中医临床丛书

中医内科

中卷

主编 王永炎 晁恩祥

人民卫生出版社

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中医临床丛书

110293

今日中医内科

中卷

主编 王永炎 晁恩祥

副主编 鲁兆麟 李乾构 王承德 曾兆山

主审 任继学

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　中卷/王永炎，晁恩祥主编．-北京：人民卫生出版社，1999
（中医临床丛书）
ISBN 7-117-03463-7

Ⅰ．今…　Ⅱ．①王…　②晁…　Ⅲ．中医内科　Ⅳ．R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字（1999）第 33614 号

中医临床丛书

今日中医内科

（中　卷）

主　　编：王永炎　晁恩祥
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：54.5
字　　数：1311 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 7-117-03463-7/R·3464
定　　价：83.00 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》（中卷）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
	晁恩祥	中日友好医院	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
	李乾构	北京中医医院	主任医师
	王承德	中国中医研究院广安门医院	副主任医师
	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）

罗　侃	中国中医研究院望京医院	教授　主任医师
张荣利	中国中医研究院望京医院	医学硕士
剡　雄	中国中医研究院望京医院	主治医师　医学硕士
姜良铎	北京中医药大学东直门医院	教授　主任医师
王成祥	北京中医药大学东直门医院	主治医师　医学博士
秦　英	北京中医药大学东直门医院	医学博士生
武维屏	北京中医药大学东直门医院	教授　主任医师
罗　慧	北京中医药大学东直门医院	医学博士生
张立山	北京中医药大学东直门医院	医学博士生
冯淬灵	北京中医药大学东直门医院	医学硕士生
张贻芳	中国中医研究院西苑医院	主任医师

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苗　青	中国中医研究院西苑医院	主治医师
李春生	中国中医研究院西苑医院	主任医师
高　鹏	河北省南宫市中医院	主治医师
唐玲华	中国中医研究院西苑医院	主治医师
张洪春	中日友好医院	副主任医师　医学博士
尹英杰	中日友好医院	副主任医师　医学硕士生
晁恩祥	中日友好医院	教授　主任医师
杨道文	中日友好医院	主治医师　医学博士
韩春生	中日友好医院	主治医师　医学硕士
程　皖	安徽中医学院附属医院	主治医师
刘　健	安徽中医学院附属医院	副主任医师
韩明向	安徽中医学院附属医院	教授　主任医师
张纾难	中日友好医院	主治医师　医学硕士
李兰群	中日友好医院	主治医师　医学硕士
高尔鑫	安徽中医学院	教授
王　茎	安徽中医学院	讲师
曾永蕾	安徽中医学院附属针灸医院	主治医师
张声生	北京中医医院	副主任医师　医学硕士
张晓明	北京复兴医院	副主任医师
李乾构	北京中医医院	主任医师
周　斌	北京中医医院	主治医师　医学硕士
唐旭东	中国中医研究院广安门医院	副主任医师　医学博士
段鲜红	河南中医学院	副教授
单兆伟	江苏省中医院	教授　主任医师
陆为民	南京中医药大学	医学博士生
沈　洪	南京中医药大学	副教授　医学博士
梁继红	南京中医药大学	主治医师　医学硕士
史锁芳	南京中医药大学	主治医师　医学硕士
李涯松	南京中医药大学	医学博士生
吴　静	江苏省中医院	主治医师　医学硕士
李佩文	中日友好医院	教授　主任医师
朱世杰	中日友好医院	医学博士生
李小兵	河南安阳市中医院	主治医师
樊茂蓉	中国中医研究院针灸研究所	住院医师
周学文	辽宁中医学院附属医院	教授　主任医师
倪力强	辽宁中医学院	医学博士
王希利	辽宁中医学院附属医院	主治医师
柳月冬	辽宁中医学院	医学硕士

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

周　奇	辽宁中医学院	医学硕士
田德禄	北京中医药大学东直门医院	教授　主任医师
李军祥	北京中医药大学东直门医院	主治医师　医学博士
刘　敏	北京中医药大学东直门医院	副教授
李振华	中国中医研究院西苑医院	副主任医师
周乐年	中国中医研究院西苑医院	主任医师
葛文津	中国中医研究院西苑医院	主任医师
李玉波	中国中医研究院西苑医院	主任医师
吴丹明	中国中医研究院西苑医院	副主任医师
纪太军	中国中医研究院西苑医院	主治医师
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

统　审　王永炎　晁恩祥　白永波　鲁兆麟　李乾构

（以下前两行人员按姓氏笔画为序）

尹英杰　张声生　张洪春　张家玮　张晓明　周　斌

秦　英　唐启盛

张　虹　吴武兰　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，开拓奋进，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“大一”与极微无内之“小一”来解释，还讲：遍为万物，说而不休，大而无外，小而无内，“大一”中寓有“小一”，“小一”中又涵有“大一”，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“大一”，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“小一”。“小一”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，充满艰辛与欣慰。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 ❋

斗转星移，寒来暑往，历史的长河奔流不息。在东方大地上创造了灿烂辉煌的中国文化，也萌发、缔造了中医药学宝库，同时也为中华民族的繁衍生息建立了不朽的功勋。从有人类就有对饮食之物的追求，同时也逐步积累了治疗疾病的经验，即所谓医食同源。从神农尝百草医药起源，逐步有了不断发展的中医药学；有了中医药学随之就有了内科学的发展。《黄帝内经》奠定了中医学术的理论基础，也为中医内科提供了丰硕广博的临床和医学理论的宝库。它创立了与天地相应的整体观念，创立人们要顺应四时气候变化观，告诫人们“逆之则灾害生，从之则苛疾不起”（《内经》），为中医辨证论治打下了良好的基础。汉·张仲景又进一步丰富了中医学辨证论治体系，其后，中医学在继承发扬中不断前进，完善四诊八纲的临床内容，逐步形成了中医药学和中医内科学的医疗体系。随着中医药学的发展与争鸣，医学手段与经验之大厦逐日叠加，今天她不仅要为炎黄子孙服务，而且也正在为世界各国人民服务。因此，可以相信中医学将成为世界医学宝库的重要组成部分。中医药学必然会是中国的，也是世界的。

随着社会的发展和科学技术的进步，疾病谱发生了重大变化，加上我国中西医并存的现实，中医现代化愈加强烈，在这20世纪即将结束之际，中医药学重新面临着新的挑战。作为中医学的二级学科——中医内科学，更是首当其冲。王永炎院士、鲁兆麟教授发起组织撰写《中医临床从书》的设想，得到了大家的响应，因为它表达了我们一批从事中医内科学医疗、教学、科研几十年的仁人志士、学术骨干的心愿。面对现实，回顾历程，我们仍感责任在身。四十年来我们不仅在医、教、研中走过了艰难征程，而且后续了一大批新生力量，一批学士、硕士、博上，一批同道同行步人了中医药学术研究的队伍。为了使中医药学青春常驻，与日发展，继承发扬仍然是我们的任务和希望，我们将不会辜负老一辈中医专家的期望，我们也应勇于面对新的挑战，不断充实中医，吸取现代科学和西医之长，发展自己；中医、中西医结合同道应团结奋进、共同努力。“继承不泥古，发扬不离宗”，应该是我们铭记在心的座右铭。

《中医临床丛书》，分《今日中医内科》上、中、下三卷，《今日中医外科》、《今日中医妇科》、《今日中医儿科》、《今日中医眼科》各一卷。在王永炎院士、鲁兆麟教授及人民卫生出版社的盛情要求下，由我与李乾构、王承德、曾兆山等同志负责《今日中医内科》中卷的编写任务。我们根据总体设计组织安排，将肺及脾胃方面疾病的部分病证，依着总体意图将病证【今日临床】、【近代研究】、【古训今释】三部分的内容具体化，力争该书内容具体丰富有可阅读之处；力争密切联系临床，改变著述不切实际、脱离临床的文字内容与临床两张皮现象；力争使读者能够对所写病证有个较全面、实际的了解，可以找到有益

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

于辨证的方法与手段。全篇尤其重视了今日之临床研究现状的归纳总结，同时也对古代言简意赅的精辟论述，以及古训、名言之处敬而收释，以飨读者。中医内科历来是大方脉、大内科，它具有更广泛的中医学各科的基础学科地位，历代医家著书立说，早成风气，内科学有关著作则汗牛充栋、浩若烟海，古往今来、代代相传，读者难穷。《中医临床丛书》分科撰写并择其部分，乃为求详尽，也为今后留有余地，举一反三，以示大内科之广义。

本卷之编写是由从事中医内科又长于肺系病与脾胃病的同道编撰而成的。其在内容上力求重视中医当代有关标准、规范的研究并予以收集引用，力求网集近几些年的有关肺、脾两方面的科研成果、论文、综述，尤其重视新观点、新方法、新发现，不因循守旧，可能有的篇章独具个人之见，但必定是多年临床和研究的积累。这里不仅重视了 GB（国标）、ZY（中医行标），而且也大胆地撰写抛出了少量新见解的篇章，其目的一则争鸣，二则共同讨论研究验证。书中更吸取了现代医学的诊断标准为我所用，为我所取，力求作到“继承不泥古，发扬不离宗”。当然由于临床医师并非都是成熟的作家，专业也非广通各家，书中必有不足，还望同道斧正。若对读者有益，当感欣慰，如若勉强，自感悲歉。

谨向对本卷编写工作予以支持并付出辛劳的主审任继学教授、主编王永炎院士及各位作者及办公室同仁深表谢忱。

中日友好医院　晁恩祥

1999 年 6 月

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 目　录 ❋

感冒 …… 罗侃　张荣利　刻雄　（1）
【今日临床】 …… （1）
【近代研究】 …… （21）
【古训今释】 …… （32）
风温肺热病 …… 姜良锋　王成祥　秦英　（44）
【今日临床】 …… （44）
【近代研究】 …… （59）
【古训今释】 …… （72）
咳嗽 …… 武维屏　罗慧　张立山　冯淬灵　（83）
【今日临床】 …… （83）
【近代研究】 …… （97）
【古训今释】 …… （105）
喘病 …… 张贻芳　苗青　李春生　秦英　高鹏　唐玲华　（119）
【今日临床】 …… （119）
【近代研究】 …… （149）
【古训今释】 …… （158）
哮病 …… 张洪春　尹英杰　晁恩祥　（173）
【今日临床】 …… （173）
【近代研究】 …… （191）
【古训今释】 …… （201）
肺胀 …… 杨道文　张洪春　韩春生　晁恩祥　（212）
【今日临床】 …… （212）
【近代研究】 …… （230）
【古训今释】 …… （238）
肺痈 …… 程皖　刘健　尹英杰　韩明向　（253）
【今日临床】 …… （253）
【近代研究】 …… （261）
【古训今释】 …… （274）
肺痿 …… 张纾难　李兰群　晁恩祥　（285）
【今日临床】 …… （285）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【近代研究】 …… (309)
【古训今释】 …… (319)
悬饮 …… 高尔鑫　王茎　曾永蕾　秦英　(339)
【今日临床】 …… (339)
【近代研究】 …… (354)
【古训今释】 …… (368)
胃脘痛 …… 张晓明　张声生　李乾构　(382)
【今日临床】 …… (382)
【近代研究】 …… (430)
【古训今释】 …… (456)
胃痞 …… 周斌　唐旭东　聂森　段鲜红　李乾构　(467)
【今日临床】 …… (467)
【近代研究】 …… (493)
【古训今释】 …… (504)
呕吐 …… 单兆伟　陆为民　沈洪　梁继红　史锁芳　李涯松　吴静　(510)
【今日临床】 …… (510)
【近代研究】 …… (551)
【古训今释】 …… (561)
噎膈 …… 李佩文　朱世杰　李小兵　樊茂蓉　(576)
【今日临床】 …… (576)
【近代研究】 …… (588)
【古训今释】 …… (596)
泄泻 …… 周学文　倪力强　唐旭东　王希利
柳月冬　张晓明　周奇　(607)
【今日临床】 …… (607)
【近代研究】 …… (647)
【古训今释】 …… (661)
痢疾 …… 田德禄　李军祥　刘敏　(680)
【今日临床】 …… (680)
【近代研究】 …… (704)
【古训今释】 …… (712)
便秘 …… 李振华　周乐年　葛文津　李玉波　吴丹明　纪太军　(719)
【今日临床】 …… (719)
【近代研究】 …… (740)
【古训今释】 …… (748)
吐血 …… 秦克力　刘静霞　(758)
【今日临床】 …… (758)
【近代研究】 …… (781)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【古训今释】 …… (797)
便血 …… 秦克力 刘静霞 (810)
【今日临床】 …… (810)
【近代研究】 …… (826)
【古训今释】 …… (834)

附录 …… (843)
方剂汇编 …… (843)
古代主要参考书目 …… (855)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 感　冒 ❋

感冒是感受触冒风邪所引起的常见外感疾病。初起多见鼻塞、流涕、喷嚏、声重、恶风，继则发热、咳嗽、咽痒或痛、头痛、身楚不适等。本病一年四季均可发生，尤以冬春季节为多见。起病较急，病程短。本病既是一个独立的疾病，又是许多慢性病（如慢性支气管炎、支气管哮喘、肺心病、缺血性心脏病、慢性肾炎、肾功能衰竭、风湿病等）常见的复发及加重因素。病情有轻重不同，轻者多为感受当令不正之气，一般通称伤风或冒风、冒寒；重者多为感受非时之邪，称为重伤风。在一个时期内广泛流行，证候多相类似者，称为时行感冒，时行感冒相当于西医所指流行性感冒。本篇主要讨论普通感冒，对于时行感冒，传统中医辨证论治原则与普通感冒基本一致，亦可相互参照。

【今日临床】

1　诊断标准

感冒是感受外邪所导致的常见外感疾病，临床表现以鼻塞流涕，喷嚏，咳嗽，头痛，恶寒发热，全身不适为特征。1995 年中华人民共和国卫生部公布实施了《中药新药临床研究指导原则》，以此为标准作一介绍。

1.1　病名诊断标准

主症：恶寒、发热、鼻塞流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、全身不适等症状。舌淡红或边尖红，苔薄或黄，脉浮。

诱发因素：气候反常或起居不慎引起，突然发病。

1.2　证类诊断标准

风寒证　恶寒重，发热轻，无汗，头痛，肢体酸痛，鼻塞声重，时流清涕，喉痒咳嗽，咯痰稀薄色白，口不渴或喜热饮，舌苔薄白而润，脉浮或浮紧。

风热证　身热较著，微恶风，汗泄不畅，头胀痛，咳嗽，痰粘或黄，咽燥，或咽喉红肿疼痛，鼻塞，流黄浊涕，口渴欲饮，舌边尖红，舌苔薄白微黄，脉浮数。

暑湿证　身热，微恶风，汗出不畅，肢体酸重或疼痛，头昏重胀痛，咳嗽痰粘，鼻流浊涕，心烦口渴，或口中粘腻，渴不多饮，胸闷、泛恶，小便短赤，舌苔薄黄而腻，脉濡数。

2　中心证候特征

鼻塞流涕、头痛、喷嚏、恶寒发热、脉浮为本病的主要证候特征。感受风寒之邪者，以恶寒重、发热轻、鼻流清涕、苔薄白、脉浮紧为特点；感受风热之邪者，以发热重、恶寒轻、头痛、口渴、鼻流黄浊涕、苔薄黄、脉浮数为特点。由于四时六气之异和兼夹之邪

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有别，外感风寒、风热之邪每多夹湿、夹暑、夹燥等不同病邪；小儿外感由于体质之异常夹食、夹热、夹惊；体虚感冒者又同时兼有虚损证候。

3 病 因

感冒主要由六淫之风邪侵袭肺卫皮毛所致，与气候突变、寒温失常以及体质的强弱等因素有关。以风邪为主因，风邪虽为六淫之首，在不同季节，往往与其它当令之时气相合而伤人，常随时气而入侵，如春季多为感受风热，夏季感冒每多夹暑夹湿，秋季感冒多兼燥气，冬季多见感受风寒。若四时六气失常，非其时而有其气，“春时应暖而反寒，夏时应热而反冷，秋时应凉而反热，冬时应寒而反温”（《诸病源候论·时气病诸候》）均可致病。非时之气夹时行病毒伤人，则更易引起发病且不限于季节性，病情多重，往往互为传染流行。

4 病 机

卫表不和与肺失宣肃是感冒的基本病机。风性轻扬，多犯上焦，故《素问·太阴阳明论》说：“伤于风者，上先受之。”肺处胸中，位于上焦，主呼吸，气道为出入升降的通路，喉为其系，开窍于鼻，外合皮毛，职司卫外，故外邪从口鼻、皮毛入侵，肺卫首当其冲，感邪之后，很快出现卫表及上焦肺系症状。以致卫表不和而见恶寒、发热、头痛、身痛；肺失宣肃而见鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛。因病邪从表自上而入，内合于肺，故尤以卫表不和为其主要方面。由于四时六气不同，以及人体素质的差异，故临床表现的证候有风寒、风热和暑湿兼夹之证。在病程中且可见寒与热的转化或错杂。若感受风寒湿邪，则皮毛闭塞，邪郁于肺，肺气失宣，感受风热暑燥，则皮毛疏泄不畅，邪热犯肺，肺失清肃。如感受时行疫毒则病情多重，甚或有变生它病者。

4.1 发 病

起病较急，畏寒发热、头痛鼻塞多为首发症状，必见肺卫症状。外邪侵犯人体，是否引起发病，关键还在于正气之强弱，同时与感邪的轻重也有一定关系。当人体卫外功能减弱，肺卫失调，恰逢外邪侵袭时，则易感受发病，如气候突变，寒温失常，六淫及时行之邪肆虐，侵袭人体，卫外之气不能调节应变，则每见本病的发病率升高；或因生活起居不当，寒温失调，以及过度劳累，而致肌腠不密，外邪侵袭为病；若体质偏弱，卫表不固，稍不谨慎，吹风受凉之后，则可见虚体感邪。他如肺经素有痰热、伏火，或痰湿内蕴，肺卫失于调节，则亦每易感受外邪。如素体阳虚者易受风寒，阴虚者易受风热、燥热，痰湿偏盛者易受外湿。于此说明，在禀赋素质有所偏差失调的情况下，最易内外因相引而发病，正如清·李用粹《证治汇补·伤风》所说：“肺家素有痰热，复受风邪束缚，内火不得舒泄，谓之寒暄，此表里两因之实证也。有平昔元气虚弱，表疏腠松，略有不谨，即显风证者，此表里两因之虚证也。”

4.2 病位与病性

病位主要在肺卫，如《素问·咳论》：“皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其合也。”又如《医学入门·风》卷五：“胃风恶风多属肺。”病邪传变，由表及里，可涉及内在脏腑。本病一般以实证居多，如体虚感邪，则为本虚标实证。

4.3 病　　势

总的趋势为邪袭肺卫，多以表证为主，很少有发生传变的情况，病程短而易治愈。年老体弱、抗病能力较差者，外邪也可由表入里，缠绵难解，或变生他病。

4.4 病机转化

初起多以风寒或风热之邪为主，外邪束表，肺卫功能失调。风热不解，或寒邪郁而化热，则可转为肺热证；病邪传里化热而表寒未解，以致内外俱实，发为表寒里热证；反复感邪，正气耗散，由实转虚，或体虚感邪，正气愈亏，病机则转化为正虚标实。

4.5 证类病机

风寒感冒

(1) 风寒表实　风寒外束，寒为阴邪，最易伤阳；又寒主收引，卫阳被郁，不能温分肉，故恶寒重；正邪相争则发热；风寒外束，腠理闭塞则无汗；足太阳膀胱经主一身之表，寒邪犯表，太阳经气不舒，故头项疼痛、肢节酸痛；鼻为肺窍，肺主皮毛，风寒犯表，肺气不宣，则鼻塞声重流涕、喉痒、咳嗽痰白；寒为阴邪，故口不渴；舌苔薄白、脉象浮紧，主风寒表病。亦有初感寒邪、卫阳闭郁、未能及时伸展与邪相争者，可暂不发热，但为时甚短、终必发热。

(2) 风寒表虚　寒伤营，风伤卫，风外袭，营阴失调，卫外失职，则恶风寒；卫气浮盛于外，与邪相争，则发热；风性疏泄，风邪中于皮毛，腠理开疏，则卫失固外，因致营阴失守，故汗出；太阳主一身之表，其经脉循头下项，风寒外袭，经气不利，故头项不舒或头痛；风寒犯表，肺气不利，则咳喘或咳白稀痰；脉浮主表，因汗出肌疏故见缓象；苔薄白亦为病邪在表之象。

风热感冒

(1) 风热表实　风热为温邪，其邪上受，首先犯肺，肺主表卫，风热之邪伤表卫，即出现恶寒、发热等表证；但风热为阳邪，从火化，易伤阴津，故发热重、恶寒轻、口渴欲饮；风热犯肺，其窍为风热所壅，则鼻塞流黄浊涕、咳嗽痰黄；风热上犯于头，则头痛，上犯咽喉则咽痛；身热无汗系由邪气实而腠理闭所致；舌苔薄黄、脉浮数，皆为风热在表之征。

(2) 风热表虚　腠理疏松，卫阳不固之体，复感风热表邪，风伤卫阳，阴津失守，故发热汗出；风热上扰则头痛；风热犯肺，肺气不宣则咳嗽；风热皆为阳邪，易化火伤津，故咽干口渴；舌边尖红、苔薄黄、脉浮数，为风热在表之象。

表寒里热　素体热盛或肺热内蕴，复感风寒，内热为外寒所遏，即形成外寒里热证，又称寒包火。恶寒、发热、无汗、肢节烦痛、鼻塞声重、脉浮数。为表寒内热之证；内有蕴热，热攻于上，则见心烦、口渴、咽痛；邪热郁闭于肺，肺气失宣而见咳嗽气急、痰黄粘稠；热结于下，则便秘溲赤；苔黄、脉数，为里热之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

暑湿感冒 感受夏季暑邪，暑多夹湿，每多暑湿并重。暑湿伤表，表卫不和，故身热、微恶风、汗少、肢体酸痛；风暑夹湿，上犯清空，则头昏重胀痛；暑热犯肺，肺气不清，故咳嗽痰粘、鼻流浊涕；暑热内扰，热灼津伤，则心烦、口渴、小便短赤；湿热中阻，气机不展，故胸闷、泛恶、口中粘腻、渴不多饮；舌苔薄黄腻、脉濡数，为暑热夹湿之征。

风燥感冒 外感秋燥之邪，表卫郁闭，故恶寒发热无汗；燥邪易伤津液，故见口、鼻、咽、唇干燥，干咳、苔少津等表现；若初秋感受燥邪，则多见燥而偏热，可有烦热口干、舌边尖红、苔薄黄而干等见症；而在深秋外感燥邪，则为凉燥，燥而偏寒，舌苔多薄白而干；其脉浮数为燥邪在表之象。

气虚感冒 素体气虚，表卫不固，腠理疏松，易感风寒之邪，故可见恶寒发热、头痛鼻塞、苔白等风寒表证；语声低怯、气短、倦怠等症状，均为肺气亏虚之象。

阳虚感冒 阳虚之体感受风寒邪气，正虚无力抗邪，一般恶寒重、发热轻；若阳虚汗出较多，则阳气耗散，故恶寒更甚；因阳气虚惫，鼓动无力，不能温煦血脉，故脉沉细无力。

血虚感冒 血虚之体感邪，阴血耗伤，故心悸、眩晕、脉结代；血虚汗源不足，故无汗或少汗；邪犯肌表，正气无力抗争，故见身热、微恶风等。

阴虚感冒 阴虚之体，肺有燥热，感邪之后，发热汗多，易伤阴液，阴虚之象更为明显，可见发热，微恶风寒，无汗或微汗，或寐中盗汗。如肺阴素虚，肺气失于清肃，咳嗽伤络，可见痰中带血。

5 临证思路

感冒乃常见病、多发病，一年四季均可发生，尤以冬、春季为多见。由于四季气候的变化和病邪的不同，患者体质强弱的差异，感邪轻重不一，临床表现的证候各不相同，治法迥异，故临证时必须注意以下几点。

5.1 抓住主诉，明确诊断

感冒为风邪侵袭肺卫肌表所致，但“风者百病之始也”（《素问·骨空论》），许多疾病均可由风邪引起，故临证时必须抓住主诉，明确诊断。风邪从口鼻、皮毛入侵，肺卫首当其冲，感邪后，很快出现卫表及上焦肺系症状。卫表症状可见恶寒、发热、头痛、身痛；肺系症状可见鼻塞、流涕、咳嗽、咽痛，这是诊断感冒的主要依据。

5.2 分析病位，确定治则

风性轻扬，多犯上焦，“伤于风者，上先受之”（《素问·太阴阳明论》）。肺处胸中，位于上焦，主呼吸，气道为大气出入升降的通路，喉为其系，开窍于鼻，外合皮毛，职司卫外。故感冒病位在肺卫。元《丹溪心法·伤风》说：“伤风属肺者多”。故治疗感冒应遵循“其在皮者，汗而发之”（《素问·阴阳应象大论》）之义和《温病条辨》“治上焦如羽，非轻不举”的原则，应用解表发汗之法。

5.3 辨寒热虚实，分清兼夹

由于感邪性质的不同，临床要分清风寒、风热，运用辛温解表或辛凉解表不同的治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方法。一般来说，感冒多属于表实证，但若反复发作，或者体质素虚，复感外邪，即形成虚证感冒，治疗当以扶正祛邪。临证时还应分清气虚、阳虚、阴虚、血虚等不同证候。感冒可夹湿、夹暑、夹燥、夹食、夹痰、夹饮、夹瘀、夹疹、夹行经、夹房劳等，必须详细辨别。

6 鉴　　别

鼻渊　鼻渊与感冒均可见鼻塞流涕或伴头痛等症，但鼻渊多流腥臭浊涕，感冒一般流清涕，并无腥味；鼻渊一般无恶寒发热，感冒多见外感表证；鼻渊病程漫长，反复发作，不易治愈；感冒病程短暂，治疗后症状可较快消失。

风温　风温之初起症状颇与风热感冒相仿，在各种湿热病的流行季节，应特别注意鉴别。风温病势急骤，寒战高热，热势甚壮，汗出后热虽渐降，但脉数不静，身热旋即复起，咳嗽胸痛，头痛较剧，甚至出现神昏、惊厥、谵语等证，如治疗不当，可产生严重后果。感冒一般发热不高，病势轻，多见鼻塞、流涕、喷嚏、声重、恶风，继则发热、咳嗽、咽痒或痛、头痛、肢体酸楚不适等，全身症状不明显，少有传变，病程短，预后良好。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

治疗感冒应遵《素问·阴阳应象大论》“其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之”之义，以解表达邪为原则。风寒感冒治以辛温发汗，风热感冒治以辛凉解表，暑湿杂感者又当清暑祛湿解表，虚体感邪则应扶正与解表并施，不可专行发散，重伤肺气。

7.1.1 风寒感冒

7.1.1.1　风寒表实

临床表现：恶寒发热，恶寒重，发热轻，无汗，头项强痛，鼻塞声重，时流清涕，或有喉痒咳嗽，痰稀白，口不渴，肢节酸痛，舌苔薄白，脉象浮紧。

病机分析：风寒外束，寒为阴邪，最易伤阳；又寒主收引，卫阳被郁，不能温分肉，故恶寒重；正邪相争则发热；风寒外束，腠理闭塞则无汗；足太阳膀胱经主一身之表，寒邪犯表，太阳经气不疏，故肢节酸痛；鼻为肺窍，肺主皮毛，风寒犯表，肺气不宣，则鼻塞声重流涕、喉痒、咳嗽痰白；寒为阴邪，故口不渴；舌苔薄白、脉象浮紧，主风寒表病。

治法：辛温解表。因风寒之邪外束肌表，腠理闭塞，太阳经气不舒，故须辛温解表，发散风寒，宣肺止咳。

方药：荆防败毒散(《摄生众妙方》)化裁。

荆芥穗　防风　羌活　麻黄　桂枝　前胡　川芎　枳壳　茯苓　桔梗

加减：头痛者，加白芷、藁本，或加蔓荆子、白蒺藜；项背强痛者，加葛根；咳嗽痰多色白者，加化橘红、半夏、杏仁、炒莱菔子；鼻塞流涕者加苍耳子、辛夷花；四肢酸痛者，加桑枝；舌苔厚腻、嗳腐吞酸，属中焦停食者，加焦三仙，以消食行滞，轻症加香橼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

皮、佛手。

临证参考：轻症感冒，可服中成药感冒清热冲剂（由苏叶、杏仁、芦根、地丁、桔梗组成）。方中地丁一味虽寒而不恋表邪，且有群药辛温相伍，风寒用之无妨，于感冒初中期用之均可。高热者可肌内注射柴胡注射液，每次2ml，每日3次；或用散热酊（酒精、樟脑、薄荷脑、冰片）外擦散热。

7.1.1.2 风寒表虚

临床表现：恶风发热，汗出，头痛，或有项强，咳喘，咯白稀痰，舌苔薄白，脉浮缓。

病机分析：寒伤营，风伤卫，风邪外袭，营卫失调，卫外失职，则恶风；卫气浮盛于外，与邪相争，则发热；风性疏泄，风邪中于皮毛，腠理开疏，则卫失固外，因致营阴失守，故汗出；太阳主一身之表，其经脉循头下项，风寒外袭，经气不利，故头项不舒或头痛；风寒犯表，肺气不利，则咳喘或咳白稀痰；脉浮主表，因汗出肌疏故见缓象；苔薄白亦为病邪在表之象。

治法：调和营卫。风寒袭表，营卫失和，腠理开泄，经气不利，故须调和营卫而解表邪。

方药：桂枝汤(《伤寒论》)加味。

嫩桂枝 白芍 荆芥 防风 炙甘草 生姜 大枣

加减：咳喘痰白者，加厚朴、杏仁、半夏；食纳欠佳者，加神曲、麦芽；鼻塞流涕者，加苍耳子、辛夷（包煎）；头痛者，加白芷。

临证参考：外感风寒，分表实、表虚，用药皆宜辛温，但表虚者不可用发汗峻剂；若误用清热解毒，阳气益伤，使病情加重，故必须强调辨证。另外，运用本方药须注意服药方法，《伤寒论·辨太阳病脉证并治》有："服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力。温覆令一时许，遍身絷絷微似有汗者益佳，不可令如水流离，病必不除。若一服汗出病差，停后服，不必尽剂。若不汗，更服依前法；又不汗，后服小促其间，半日许，令三服尽。若不汗出，乃服至二三剂。禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。"

若风寒夹湿困遏卫表，痹阻经络，可见身热不扬，恶寒汗少，头重胀如裹，肢体骨节酸重疼痛，咳嗽声重，鼻塞多涕，舌苔白腻，脉濡。治宜疏表祛湿，方选羌活胜湿汤加减。羌活、独活、防风、藁本、川芎、蔓荆子、甘草。方中羌活、独活祛风胜湿；防风、藁本疏风散寒；川芎、蔓荆子祛风清上，甘草和中。头痛、身疼加白芷祛风散寒；脘痞苔腻加苍术、厚朴燥湿宽中。

对于风寒感冒，还可选用下列便廉验方：①生姜、红糖、葱头（连根），水煎服，每日1～2剂。②紫苏、生姜、葱头、香菜，每日1～2剂。③金沸草、麻黄、荆芥穗、生姜，水煎服，每日1剂。④贯众、紫苏、荆芥、甘草，水煎服，每日1剂，连用3天。⑤荆芥、苏叶、茶叶、生姜、红糖，水煎，药汁溶解红糖后趁热服，每日1剂，连服3～5天。⑥胡桃仁、葱白、生姜、茶叶，水煎，趁热服，每日1剂，连服3～5天。

有时风寒感冒以头痛为主诉，则又当辨为风寒头痛。

临床表现：头痛时作，痛连项背，恶风畏寒，遇风尤剧，头痛喜裹，口不渴，苔薄白，脉浮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：疏散风寒。

方药：川芎茶调散(《太平惠民和剂局方》)加减。

川芎　荆芥　防风　羌活　白芷　细辛　薄荷（后下）　甘草　茶叶

若头痛剧、无汗，遇寒即甚，寒象明显可加熟附片、麻黄。若兼见咳嗽、痰稀色白，可在上方基础上加杏仁、前胡、苏叶增强宣肺止咳之力。若寒邪侵犯厥阴经，引起巅顶头痛、干呕、吐涎沫，甚至四肢厥冷，苔白，脉弦，治当温散厥阴寒邪，用吴茱萸汤(《伤寒论》)去人参、大枣加川芎、藁本之类；若外感寒邪侵犯少阴经脉，可用麻黄附子细辛汤(《伤寒论》)。

7.1.2　风热感冒

临床表现：发热重，微恶风寒，鼻塞流黄浊涕，身热无汗，头痛，咽痛，口渴欲饮，或有咳嗽痰黄。舌苔薄黄，脉象浮数。

病机分析：风热为温邪，其邪上受，首先犯肺，肺主表卫，风热之邪伤表卫，即出现恶寒、发热等表证；但风热为阳邪，从火化，易伤阴津，故发热重、恶寒轻、口渴欲饮；风热犯肺，其窍为风热所壅，则鼻塞流黄浊涕、咳嗽痰黄；风热上犯于头，则头痛，上犯咽喉则咽痛；身热无汗系由邪气实而腠理闭所致；舌苔薄黄、脉浮数，皆为风热在表之征。

治法：辛凉解表。风热之邪犯肺袭表，易从火化伤阴津，故须辛凉解表，疏泄风热。

方药：银翘散(《温病条辨》)化裁。

金银花　连翘　芦根　淡豆豉　桔梗　牛蒡子　薄荷（后下）　荆芥穗（后下）　鲜芦根　防风

加减：气粗似喘，邪在气分者，仿白虎汤意加石膏、知母；肺热甚加黄芩；咽喉肿痛兼大便干者，加玄参、射干；咽痛、大便不干者，加马勃、僵蚕、土茯苓；咳重痰黄者，加天竺黄、贝母、瓜蒌仁；胸闷者，加瓜蒌皮、郁金；衄血者，加马勃、白茅根、侧柏叶炭；头痛者，加菊花、蔓荆子；口渴者，加花粉、石斛；鼻塞者，加苍耳子；咽痒者，加蝉蜕；高热者，加柴胡、葛根、黄芩、生石膏（先煎）。

临证参考：应注意煎服法，鲜芦根煎汤，候香气大出即可，勿过煮。邪未入里，无里热者，忌用桑白皮、黄芩、黄连等苦寒恋邪药物，否则冰伏其邪，延长病程。

风热可化燥伤津，秋令感受温燥致病亦可风热兼燥，症见身热头痛，鼻燥咽干，咳嗽无痰或少痰，口渴，舌红，舌苔白而燥，脉数。治宜清宣凉润，方选银翘散(《温病条辨》)合桑杏汤(《温病条辨》)加减，不宜再伍用辛温之品。

风热感冒参考验方：蝉蚕解表汤(《中国当代名医验方大全》)药物组成为蝉蜕、僵蚕、板蓝根、连翘、桑叶、薄荷、芦根，上药用水浸泡 30 分钟，武火煎 15 分钟，每剂煎 2 次，将 2 次煎出的药液混合。根据病情轻重，每日 1～2 剂，分 2～4 次温服。本方具有清热解毒，透邪外达之功，凡风热温毒由外感引发高热诸症，皆可加减应用，每获著效。若高热神昏，加生石膏、知母、清瘟散；身热恶寒头痛，加菊花、钩藤、清化散；身疼四肢酸痛，加桑枝、忍冬藤；咽红肿痛，加马勃、公英、牛蒡子；咳嗽，加杏仁、贝母；口渴不欲饮水，芦根加倍；有热大便稀者，加葛根、泽泻；烦躁不寐，加竹叶心、莲子心、连翘心、玄参心；鼻衄，加白茅根、大蓟小蓟。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

对于风热感冒还可选用以下便廉验方：①金银花、薄荷、甘草。②荆芥、薄荷、甘草。③羌活、板蓝根、蒲公英。④野菊花、桑叶、炙枇杷叶。⑤柴胡、薄荷、桔梗。⑥桑叶、菊花、僵蚕。⑦青蒿、薄荷。⑧黄芩、桔梗、柴胡。⑨鲜竹叶、鲜芦根。⑩鲜薄荷、金银花、淡竹叶。以上均为水煎服，每日1剂。

有时风热感冒以头痛为主诉，则又当辨为风热头痛。

临床表现：头痛而胀，甚则头痛如裂，发热或恶风，面红目赤，口渴欲饮，便秘溲黄，舌质红，苔黄，脉浮数。

治法：疏风清热

方药：桑菊饮(《温病条辨》)加黄芩、栀子。

桑叶　菊花　杏仁　连翘　桔梗　甘草　薄荷（后下）　黄芩　栀子

若症见高热、口渴、鼻干、心烦、舌红、少津等热甚伤津之证，可加葛根以解肌，生石膏、知母、天花粉以清热生津。若咳嗽不爽，痰稠而黄，口渴咽痛，可于上方加川贝母、瓜蒌仁、沙参等以化痰生津。

外感风热，肺卫失宣，内扰心神，还可致心悸。除见发热或微恶风寒、咽痛、肌肉酸痛、汗出、咳嗽表证外，还可有胸闷、心中悸动不安，舌尖红，苔薄白或黄，脉数。治疗以清热透表为主，以银翘散(《温病条辨》)加丹参、板蓝根、玉竹等为主方，金银花、连翘、竹叶、荆芥、桔梗、牛蒡子、薄荷（后下）、芦根、丹参、玉竹、板蓝根。方中金银花、连翘、薄荷、荆芥清热解毒透表，牛蒡子、板蓝根解毒利咽，玉竹滋养津液，丹参通利心脉，甘草、桔梗宣肺化痰，芦根生津止渴，竹叶清心除烦。

足少阳胆经绕耳轮，手少阳三焦经入于耳，风热等邪从外入，因耳为上窍，少阳相火受扰，郁于少阳，脉络闭塞，可致外感耳鸣耳聋。《伤寒论·辨少阳病脉证并治》第264条有："少阳中风，两耳无所闻，目赤……。"风寒、风热之邪上干清窍为常见病因，多在外感热病的过程中先出现耳鸣，失治误治或病情转重继则耳聋，或耳中作痒、痛连齿龈，或见寒热身痛，可伴见头痛、眩晕、胸闷、呕逆，苔薄腻，脉浮。治宜疏风清热，方选翘荷汤(《温病条辨》卷一方)：连翘、薄荷（后下）、焦栀子、桔梗、绿豆衣、甘草，水煎顿服，每日服2～3剂。若咽痛者加牛蒡子、金银花、黄芩清热利咽；热甚加羚羊角、苦丁茶；头目不爽，肝热上蒙加蝉蜕、僵蚕、菊花以清热疏肝。外感耳鸣耳聋的出现多因虚而致，故《景岳全书·杂证谟·耳证》论治法："凡遇此证，必当专顾元气，有邪者兼以散邪。"所以治疗本症必须注意顾护正气，审其外证，量施透解，不可乱用破泄之剂，犯"虚虚"之戒。清·陈修园《时方妙用·耳聋》曰："外感暴聋，总不外伤寒一经。"伤寒不解，营卫失和，解其外邪则其内闭自开，此邪在半表半里，证见寒热往来，胸胁痞满，心烦喜呕，默默不欲饮食，耳鸣耳聋，或胁下痛、或腹中痛、或渴、或利、或咳、或悸、小便不利，治宜和解少阳，可用小柴胡汤(《伤寒论·辨太阳病脉证并治》)化裁。

7.1.3 表寒里热

临床表现：发热恶寒，无汗，头痛，肢体酸痛，鼻塞声重，咽喉疼痛，咳嗽，心烦，口渴，痰粘稠或黄白相兼，舌边尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

病机分析：素体热盛或肺热内蕴，复感风寒，内热为外寒所遏，即形成外寒里热证，又称寒包火。寒热无汗、肢体酸痛、鼻塞声重、脉浮数，为表寒内热之证；内有蕴热，热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

攻于上，则见心烦、口渴、咽痛；邪热郁闭于肺，肺气失宣而见咳嗽气急、痰黄粘稠；苔薄黄、脉浮数，为表寒肺热之象。

治法：疏风宣肺，散寒清热。内有郁热，复感风寒，外寒里热，故须散寒清热。邪热郁闭于肺，肺气失宣，故宜疏风宣肺。

方药：麻杏石甘汤(《伤寒论》)加味。

麻黄（先煎，去上沫）　苦杏仁　生石膏　生甘草　黄芩　桔梗

加减：外寒较甚、恶寒骨节疼痛者，加荆芥、防风、苏叶、桂枝以祛风散寒；里热较甚、咽喉红肿疼痛者，可加栀子、板蓝根、以清热解毒；咳嗽痰黄者加桑白皮、全瓜蒌、贝母以清热化痰。

临证参考：先煎麻黄，去上白沫，后下诸药，煎两次，分服。方中生石膏当为麻黄用量的5倍以上，但当患者仍恶寒无汗时，麻黄用量可稍大。如见口渴引饮、多汗、高热，则以生石膏400g速煎温服，以清里热。如大便秘结、身热不退、苔腻、脉滑实而数，乃表里俱实之证，可改用防风通圣散以表里双解。

7.1.4　暑湿感冒

临床表现：身热，微恶风，汗少，肢体酸重或疼痛，头昏重胀痛，咳嗽痰粘，鼻流浊涕，心烦，口渴，或口中粘腻，渴不多饮，胸闷，泛恶，小便短赤，舌苔薄黄而腻，脉濡数。

病机分析：感受夏季暑邪，暑多夹湿，每多暑湿并重。暑湿伤表，表卫不和，故身热、微恶风、汗少、肢体酸痛；风暑夹湿，上犯清空，则头昏重胀痛；暑热犯肺，肺气不清，故咳嗽痰粘、鼻流浊涕；暑热内扰，热灼津伤，则心烦、口渴、小便短赤；湿热中阻，气机不展，故胸闷、泛恶、口中粘腻、渴不多饮；舌苔薄黄腻、脉濡数，为暑热夹湿之征。

治法：清暑祛湿解表。暑天感冒，每多夹湿，暑湿伤表，表卫不和，故须清暑祛湿而解表。

方药：新加香薷饮(《温病条辨》)加减。

香薷　金银花　鲜扁豆花　川厚朴　连翘

加减：小便短赤加滑石、通草；发热甚可加青蒿、黄芩；汗出多者，去香薷；身酸痛加羌活；头痛者，加桑叶、菊花、白芷；心烦、小溲短赤者，加竹叶、赤茯苓或六一散；呕恶者，加陈皮、姜半夏、竹茹；胸闷者，加砂仁、枳壳；纳呆者，加神曲、麦芽、鸡内金；若湿重于暑而无汗者，加黄豆卷以发表。

临证参考：《菊人医话》说："此症由风暑袭肺而成，当主用辛凉，参以芳香解暑之味为适当，如鲜薄荷、鲜藿香、杏仁、通草、六一散、丝瓜络、竹茹、西瓜皮、鲜荷叶等味投治，目的在使风暑分解，不致损及肺金。因夏天伤风与春天伤风情形不同，春天伤风不过是风与火，夏天伤风，其势风暑感于外，内热应于中，如失于调治，或治法失当，风暑与火就能交结为患。肺脏最为娇嫩，怎能胜得暑风与火相搏？后果可畏，临证者不可不慎！"

验方选：①暑令感冒合剂(《中国当代名医验方大全》)药物组成为香薷、藿香、佩兰、厚朴、炙枇杷叶、鸭跖草。适用于夏季感冒，高热头痛，胸闷脘痞，身体重痛或咽痛，咳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

嗽，或身痛无汗，舌质红苔薄腻微黄，脉象濡数。若患者体温高于39.6℃，必须在方中加入黄连；咽红肿痛明显时，可加入板蓝根。②藿香、佩兰、薄荷、牛蒡子，水煎服，每日1剂。③绿豆、白茅根、白糖，水煎服，每日1剂。④鬼针草、倚叶、青蒿、甘草、滑石，水煎服，每日1剂。⑤香薷、藁本、柴胡、扁豆，水煎服，每日1剂。

有时感冒兼感风湿之邪以头痛为主诉，又当辨为风湿头痛。

临床表现：头痛如裹，肢体困重，纳呆胸闷，小便不利，大便或溏，苔白腻，脉濡。

治法：祛风胜湿。

方药：羌活胜湿汤(《内外伤辨惑论》)加减。

羌活　独活　川芎　蔓荆子　防风　甘草　藁本

若伴见呕吐者，加姜半夏、姜竹茹以降逆止呕。若见烦闷，纳呆，口苦粘腻，小便黄，苔黄腻，脉濡数，此为湿郁化热所致，可加黄芩、黄连、黄柏、半夏以清热燥湿。如见胸闷腹胀，四肢困重，纳差，大便溏泻，可加苍术、厚朴、陈皮、枳壳等以燥湿和中。

7.1.5　风燥感冒

临床表现：恶寒发热，头痛鼻塞，烦热口渴，无汗，鼻咽干燥，干咳少痰，舌苔薄白而干，或舌边尖红，苔薄黄，脉浮弦而数。

病机分析：外感秋燥之邪，表卫郁闭，故恶寒发热无汗；燥邪易伤津液，故见鼻咽干燥，干咳、苔少津等表现；其脉浮数为燥邪在表之象。

治法：疏解风燥。外感风燥之邪，表卫郁闭，易伤津液，故须疏解风燥。偏于温燥者宜清宣凉润；偏于凉燥者，用药当温而不燥，润而不凉。

方药：桑杏汤(《温病条辨》)加减。

桑叶　杏仁　沙参　浙贝母　香豆豉　山栀皮　梨皮

加减：温燥之头痛者加菊花、薄荷、蔓荆子；烦热口渴者，加麦冬、竹叶；干咳者，加枇杷叶、紫菀；咽痒者，加蝉蜕、僵蚕；咽痛者，加射干、土茯苓、山豆根等。凉燥之头痛兼眉棱骨痛者，加白芷；无汗脉紧者，加羌活；咳嗽者，加陈皮、半夏、百部等；痰粘者，可加服鲜竹沥水。

临证参考：《温病条辨》云："燥气起于秋分以后，小雪以前，阳明燥金凉气司令……燥令必有凉气感人……若治燥病，则以凉投凉，必反增病剧。殊不知燥病属凉，谓之次寒，病与感寒同类　经以寒淫所胜，治以甘热，此但燥淫所胜平以苦温，乃外用苦温辛温解表，与冬月寒令而用麻桂姜附，其法不同……。"

7.1.6　气虚感冒

临床表现：恶寒发热，或热势不盛，但觉时时形寒，自汗，头痛鼻塞，咳嗽，痰白，语声低怯，气短，倦怠苔白，脉浮无力。

病机分析：素体气虚，表卫不固，腠理疏松，辄感风寒之邪，所以时时形寒。气虚之体感受风寒之邪偏多，故见恶寒发热、头痛鼻塞、苔白等风寒表证；语声低怯、气短、倦怠，均为肺气亏虚之象。

治法：益气解表，调和营卫。气虚表卫不固，腠理疏松，复感风寒之邪，故须益气解表，调和营卫，扶正达邪。

方药：参苏饮(《太平惠民和剂局方》)加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

人参　紫苏叶　葛根　前胡　清半夏　茯苓　橘红　炙甘草　桔梗　枳壳　木香

加减：头痛者，加白芷、川芎，或加北细辛；自汗出者，加黄芪、浮小麦；无汗寒热者，加防风、羌活；鼻塞者，加辛夷、苍耳子；纳少不香者，加陈皮、佩兰。

临证参考：气虚者，往往返复感冒，当以扶正祛邪为主，可常服玉屏风散。

7.1.7　阳虚感冒

临床表现：阵阵恶寒，甚则蜷缩寒战，或稍兼发热，无汗或自汗，汗出则恶寒更甚，头痛、骨节酸冷疼痛，面色㿠白，语言低微，四肢不温，舌质淡胖，苔白，脉沉细无力。

病机分析：阳虚之体感受风寒邪气，正虚无力抗邪，故恶寒重、发热轻；若阳虚汗出较多，则阳气耗散，故恶寒更甚；面色㿠白，语言低微，四肢不温，为阳虚之象，因阳气虚惫、鼓动无力，不能温煦血脉，故脉沉细无力。

治法：温阳解表。阳虚之体，复感风寒，阳气虚惫，故须温阳解表、托邪外出。

方药：麻黄细辛附子汤(《伤寒论》)。

麻黄　熟附子　细辛

加减：鼻塞者，加炒苍耳子；头痛者，加羌活、川芎、白芷；背寒者，加葛根；无汗者，加防风、荆芥穗；有汗者，加桂枝、白芍。

临证参考：先煎麻黄，再下诸药。本方药用于少阴病兼外感，若阳虚程度不甚严重，仍能在助阳的同时兼以解表；若阳气衰弱，已见下利清谷、脉微欲绝等症时，则不宜用，若误发其汗，必导致厥逆亡阳，此当注意。气虚、阳虚之体，其感冒皆为虚体感冒，其恶寒发热表现，皆为寒重热轻。如以发热高低来衡量感冒轻重，此对体壮者适合，而对虚体感冒者则不甚适合。在体虚者，正气与邪气相争，斗势不烈，故恶寒发热反应不强烈，体温常不甚高，但临床症状并不比体壮者轻，故临床处理感冒患者时，应结合年龄、体质等，全面权衡处理。

7.1.8　血虚感冒

临床表现：头痛，身热，微寒，无汗或少汗，面色不华，唇淡、指甲苍白，心悸，头晕，舌淡苔白，脉细或浮而无力，或结代。

病机分析：外感风寒故见头痛，身热，微寒；血虚汗源不足，故无汗或少汗；面色不华，唇淡，指甲苍白，为血虚之象；血虚之体感邪，阴血耗伤，故心悸、眩晕、脉结代。

治法：养血解表。素体血虚或失血之后，复感外邪，正虚邪实，故须养血解表，扶正祛邪。

方药：葱白七味饮(《外台秘要》)加减。

葱白　熟地黄　当归　淡豆豉　生姜　麦冬

加减：头痛者，加羌活、白芷；鼻塞者，加苍耳子；自汗者，加桂枝、白芍；无汗者，加苏叶、荆芥，但不可大发汗，以微汗为原则；咳嗽痰白者，加陈皮、半夏、杏仁、炒莱菔子；食滞者，加炒莱菔子、神曲、麦芽。如血虚感邪，血液运行不畅，脉络痹阻，而见脉象结代者，可加桂枝、红花、丹参以通阳活血宣痹。

临证参考：本证多见于妇人产后。《刘奉五妇科经验》中说："对于产后外感的经验应当注意风寒、风热的鉴别，不能一见发烧就用辛凉解表或苦寒清热。应当根据其外邪深浅的病位相应处理。若属风寒束表，宜辛温解表；若属风热束表，宜辛凉解表；若属风寒束

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

表而里有夹热者，宜先解其表，后清其里；若属表里俱热则表里双解；若属外有表寒而内夹食滞者，则表里双解内外兼治；在邪实的情况下，不要顾虑体虚而忽略了祛邪的重要性，因为邪去才能正安，或于祛邪之后再扶正。总之，应当寒热分清，表里详辨。”临证可遵此原则辨证论治。

7.1.9 阴虚感冒

临床表现：发热，微恶风寒，无汗或微汗，或寐中盗汗，头痛，心烦，口干咽炽，手足心热，干咳少痰，或痰中带血丝，舌质红，脉细数。

病机分析：阴虚之体，肺有燥热，感邪之后，发热汗多，易伤阴液，故阴虚之象更为明显，见无汗或微汗或寐中盗汗，心烦，口干咽炽，手足心热。如肺阴素虚，肺气失于清肃，咳嗽伤络，可见痰中带血；舌质红，脉细数为阴虚之象。

治法：滋阴解表。阴虚之体，复感外邪，多为风热之证，阴虚更甚，故须滋阴解表，使邪去而不伤阴。

方药：加减葳蕤汤(《通俗伤寒论》)化裁。

玉竹　白薇　葱白　豆豉　薄荷（后下）　桔梗　炙甘草　大枣

加减：心烦口渴较甚者，可加沙参、麦冬、竹叶、天花粉以清热生津除烦；咳嗽咽干、咳痰不爽者，可加牛蒡子、射干、瓜蒌皮；咳嗽胸痛、痰中带血者，可加鲜茅根、生蒲黄、藕节；咽痛者加板蓝根、玄参、青果以解毒利咽。

临证参考：年老体弱者多患本证，用养阴之品药量宜轻。

7.2 外感高热的治疗

外感高热是指由于感冒引起的体温骤然上升至38.5℃以上，并持续4小时以上不能消退者，临床以身热、烦渴、舌红苔黄、脉数为特点。对于外感高热的辨证治疗主要参照罗侃的治疗经验加以概述。

7.2.1 急救处理

针刺　针刺退热从古至今一直沿用，只要取穴准确，手法得当，一般针刺后4小时体温多能下降0.5～1.0℃。常规选穴：上肢取曲池、合谷，配内关、手三里；下肢取足三里、阳陵泉、三阴交，可单刺或留针，但均采用泻法。还可以采用耳针疗法，取耳尖、皮质下及头针等疗法。

穴位注射　选用柴胡注射液、银黄注射液或羚羊注射液0.5ml，取曲池（双），足三里（双），穴位注射，每6小时1次，热退为止。

滴鼻疗法　①三解素滴鼻液：由柴胡、金银花、连翘、青蒿等组成，经提炼成31%蒸馏液，每次每侧鼻腔滴3～4滴，每半小时至1小时1次，退热效果较好。②复方柴胡滴鼻液由柴胡、薄荷等组成，制成40%的蒸馏液，用法同上。

物理降温　令病人卧床休息、多饮水，同时使用中药物理降温药剂。①荆芥、薄荷，水煎液擦浴，得微汗而解，适用于风寒外感高热。②麻黄、薄荷，用法同上。③20%石膏煎液擦浴，适用于邪热入里之高热。

灌肠疗法　①大黄枳实汤(重庆中医研究所)：生大黄、枳实、甘草、山药、寒水石，水煎取汁200ml，高位直肠滴注或保留灌肠30分钟，每隔2～4小时1次，体温下降之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后，应视病情而减少灌肠次数或停用。②清热灌肠汤(辽宁中医学院)：生石膏、连翘、荆芥、薄荷、芦根、赤芍，水煎取汁 200ml，用法同上，适用于邪至卫分、气分之高热证。

注射针剂疗法 ①清开灵注射液 1 日 2～4ml，肌内注射。②羚羊注射液每次 2～4ml，肌内注射。③柴胡注射液每次 2～4ml，肌内注射，每日 3～4 次。

丸、散、冲剂疗法 ①紫雪散每次 3～5 分，每日 3 次口服。羚翘解毒丸，每次 1～2 丸，每日 3 次，口服。②清热安宫丸，每次 1～2 丸，每日 3 次，口服。③板蓝根冲剂，每次 1 袋，每日 3 次。

由于高热多伤津液，所以除嘱病人安静卧床休息外，还应大量饮水，必要时应用增液疗法。10%养阴针注射液或 10%增液注射液（重庆市中医药研究所）500～1000ml 静脉滴注。以上应急处理方法，基本上是属于对症疗法，有时通过这些处理之后，病人热退而疾病痊愈，也有的热不退，症不减，此时应结合辨证施治。

7.2.2 辨证论治

7.2.2.1 风寒高热

临床表现：以感受风寒之邪而发热恶寒，头痛身痛，鼻塞流涕，舌淡苔白，脉浮紧。

治法：发散风寒，辛温解表。

方药：汤剂用麻黄汤(《伤寒论》)。

麻黄 桂枝 杏仁 甘草

或用荆防败毒散(《摄生众妙方》)。

荆芥 防风 柴胡 川芎 枳壳 羌活 独活 茯苓 桔梗 甘草

中成药选用荆防注射液 2～4ml，肌内注射。

或板蓝根冲剂，以姜汤为引冲服。

7.2.2.2 风热高热

临床表现：因感受风热之邪而致发热微恶寒或不恶寒、口渴、舌红苔微黄少津，脉数或浮数。

治法：发散风热，辛凉解表。

方药：汤剂用银翘散(《温病条辨》)。

金银花 连翘 桔梗 薄荷 淡竹叶 生甘草 荆芥穗 淡豆豉 牛蒡子 鲜芦根

热甚加黄芩、板蓝根、青蒿；口渴甚加天花粉；痰多加贝母，杏仁。

中成药选用银翘解毒丸，每次 1～2 丸，每日 3 次。

银黄针 4～6ml，肌内注射，每日 2 次。

清温针 2～4ml，肌内注射，每日 2 次。

7.2.2.3 邪在少阳

临床表现：病邪已离太阳之表，但尚未入阳明之里，邪正相争于半表半里，其临床表现是寒热往来，口苦咽干，心烦喜呕，舌红苔黄，脉弦数。

治法：表里双解，和解少阳。

方药：汤剂用小柴胡汤(《伤寒论》) 化裁。

柴胡 半夏 黄芩 人参 甘草

或用达原饮(《温疫论》) 加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

槟榔 厚朴 草果 知母 芍药 黄芩 甘草

中成药选用柴胡注射液 4ml，肌内注射，每日 2 次。

7.2.2.4 邪热壅肺

临床表现：邪热传里侵肺致肺气不宣或郁而化热，以高热，咳嗽，黄痰，痰液粘稠，舌红，苔黄，脉浮数为特点。

治法：清热解毒，宣肺平喘。

方药：汤剂用麻杏石甘汤(《伤寒论》) 加减。

麻黄 杏仁 生石膏 甘草 金银花 连翘 黄芩 板蓝根 鱼腥草

中成药选用鸭跖草注射液 4～6ml，肌内注射，每日 2 次。

银黄针注射液 4～6ml，肌内注射液，每日 2 次。

鱼腥草注射液 2ml，肌内注射，每日 2 次。

穿心莲注射液 2ml，肌内注射，每日 2 次。

7.2.2.5 阳明热盛

临床表现：高热，汗出，烦渴引饮，舌红，苔黄，脉洪大。

治法：清热解毒，止渴生津。

方药：汤剂用白虎汤(《伤寒论》) 加味。

知母 粳米 石膏 甘草 金银花 连翘

便秘加大黄、芒硝，发斑加水牛角、玄参。

中成药选用银黄注射液 4ml，肌内注射，每日 2 次。

羚羊注射液 2ml，肌内注射，每日 2 次。

新雪丹 2.5～5g，每日 3 次，口服。

清热安宫丸，1 丸，每日 3 次或每六小时 1 次。

7.2.2.6 营血炽热

临床表现：高热伴有神昏谵语，抽搐或出血，皮肤瘀斑瘀点，舌质红绛，脉细而疾数。

治法：清热透营，凉血解毒。

方药：汤剂用清营汤(《温病条辨》) 加减。

水牛角 玄参 麦冬 竹叶心 金银花 连翘 丹参 黄连

上方水煎服，每 6 小时 1 次。有血证者加丹皮、白茅根。

中成药选用安宫牛黄丸 1 丸，每日 3 次，口服。

紫雪丹或牛黄清心丸，每次 1 丸，每日 3 次。

醒脑针 10ml，肌内注射或静滴。

清开灵注射液 20ml，静滴。

7.2.2.7 湿邪发热

临床表现：身热不扬，头重如裹，胸脘痞闷，苔白厚腻。

治法：清热化湿。

方药：表湿偏重者用藿香正气散(《太平惠民和剂局方》) 加减。

藿香 紫苏 白芷 桔梗 白术 厚朴 半夏 大腹皮 茯苓 橘皮 甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

里湿偏重者用三仁汤（《温病条辨》）。

杏仁　滑石　通草　白蔻仁　竹叶　厚朴　生薏仁　半夏

针灸：大椎、曲池、中脘、脾俞、三焦俞、丰隆。

7.2.2.8　暑邪发热

临床表现：感受暑邪，高热烦渴，汗出不解，苔黄而腻。

治法：清暑利湿。

方药：汤剂用黄连香薷饮（《类证活人书》）加减。

黄连　香薷　厚朴　石膏　知母　甘草

中成药选用暑湿感冒注射液 2～4ml，肌内注射。

7.3　临床用药经验与体会

感冒为邪气在表，风邪外袭，卫气不宣，表气闭郁，治疗当用辛散轻清宣透，疏泄腠理，给邪气以外泄之路。风邪侵袭往往夹有不同的时气，一般以风热和风寒为多见，在辛散中又分辛凉和辛温，这是治疗感冒的基本法则，遇有夹暑、夹燥、夹湿的，应合用清暑、润燥、化湿；有的患者素有内热或痰湿壅盛，自应配合清热或化痰之法。感冒用药不外疏表宣肺，感冒初起多微恶风寒，头胀鼻塞，寒热不明显，宜用轻宣之品，如防风、薄荷，兼有低热者加荆芥、桑叶以取其微汗；感受风寒较重，形寒头痛较剧者，不论已发热或未发热，均宜辛温发汗，或用紫苏、防风，或用豆豉、葱白，或用麻黄、桂枝，夏季常用香薷。清热之法亦为常用，但清热必须在疏散外邪的基础上使用，常用连翘、金银花、山栀、黄芩，若逢夏令则用兼有化湿之功的青蒿、六一散（滑石、甘草）之类。感冒的兼夹症亦十分多见，如鼻塞流涕用苍耳子、辛夷；头胀疼痛者用菊花、蔓荆子；四肢酸疼者用羌活、桑枝；咽喉红肿疼痛者用山豆根、马勃；大便秘结者用瓜蒌皮、枳实；胸脘痞闷用郁金、香附，或用桔梗、枳壳升降调气等等。

肺位上焦，主气司呼吸，外合皮毛。肺为娇脏，清虚而处高位，风邪外袭，表气闭郁，肺气不得宣发，而生咳、痰之证，常有咽痒、咳嗽、痰多等肺失清肃的症状，治应宣化，用药宜轻宣，不宜重浊。且娇脏不耐寒热，以辛平甘润最为适宜。一般治喉痒用蝉蜕、胖大海轻扬宣散；咳嗽用麻黄、紫菀、牛蒡子、前胡、桔梗、苦杏仁、浙贝母、橘红等宣化风痰；若肺热痰黄者，可加人黄芩、桑白皮、瓜蒌以清热化痰；若湿盛痰多色白者，加陈皮、清半夏以化湿除痰；若肺燥痰少者，属热痰、燥痰者用川贝母、浙贝母、杏仁、麦冬以止咳化痰润肺。

小儿感冒又有其自身特点，往往夹痰、夹滞、夹惊。夹痰者兼见咳嗽较剧，咳声重浊，喉中痰鸣，舌苔厚腻，脉象浮滑而数。偏于风寒者，治宜辛温解表，佐以宣肺化痰，加用三拗汤及苏子；偏于风热者，治以辛凉解表，佐以清肺化痰，加桑白皮、黛蛤散等。气喘较剧者，加葶苈子、代赭石泻肺降逆而定喘。夹滞者兼见脘腹胀满，不思饮食，呕吐酸腐，口气秽浊，大便酸臭，或腹痛泄泻，或大便秘结，小便短赤，舌苔厚腻，脉象滑。治宜解表药中选加消食导滞之品，如神曲、山楂、麦芽、鸡内金、莱菔子、枳壳等。或用成药保和丸，若证见大便秘结，小便短赤，壮热口渴，舌糙黄垢，则为郁滞化热，治宜清热导滞，通腑泄热，可用大黄、玄明粉、枳实通腑泄热，表里双解。夹惊者兼见惊惕啼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

叫、睡卧不宁，甚则惊厥，舌尖红，脉弦。治宜清热解表之中佐以安神镇惊，如蝉蜕、钩藤、僵蚕等，或用成药小儿回春丹，或琥珀抱龙丸。

7.4 针灸疗法

7.4.1 针刺法

7.4.1.1 风寒感冒

治法：取手太阴、阳明和足太阳经穴为主，毫针用泻法；体虚者用平补平泻。

取穴：列缺 风门 风池 合谷

方解：本方以祛散风寒表邪为主。肺合皮毛，寒邪束表，取肺经络穴列缺，毫针浅刺，以宣肺气而止咳嗽。太阳主一身之表，取风门以疏调太阳经气，散风寒解表邪以治恶寒发热，头痛肢楚。阳维主阳主表，所以取足少阳、阳维会穴风池以疏解表邪。太阴、阳明为表里，故取阳明原穴合谷以祛邪解表。四穴合用，以达到散风寒，宣肺气的目的。

7.4.1.2 风热感冒

治法：取手太阴、阳明、少阳经穴为主。

取穴：大椎 曲池 合谷 鱼际 外关

方解：本方以散风热，肃肺气为主。督脉为阳脉之海，大椎属督脉经穴，又是诸阳之会，取之表散阳邪而解热。合谷、曲池分别为手阳明原穴的合穴，手阳明与手太阴相为表里，二穴并用，具有清肺气与退热的功用。鱼际为肺经荥穴，用以泻肺火利咽止痛。外关为手少阳之络，通于阳维，可疏散在表阳邪以解热。五穴共奏宣散风热，清肃肺气之功。

7.4.2 灸法

7.4.2.1 风寒感冒

治法：疏风解表，宣肺散寒。

取穴：风池 列缺 外关 风门

配穴：风寒夹湿加取阴陵泉，气虚者加足三里，身痛者加大杼。

灸法：艾条悬灸，每穴 3～5 分钟。

方解与加减：风寒感冒为寒邪束表，肺卫失宣所致，取风池、风门疏风解表，列缺乃肺经络穴，调理肺气善治头项不适，古人有“头痛寻列缺”之说，外关疏调三焦，清利头目。风寒夹湿者取阴陵泉，散寒祛湿；气虚者加足三里健脾益气。身痛加大杼散寒祛邪止痛。

7.4.2.2 风热感冒

治法：疏散风热，清肃肺气。

取穴：风池 大椎 曲池 合谷

配穴：咽喉痛甚加少商，血虚者加足三里、三阴交，头痛加印堂、太阳，咳嗽加尺泽、天突。

灸法：艾条悬灸，每穴 3～5 分钟。

方解与加减：风热感冒为外感风热之邪所致，取风池疏散风热，大椎清热散风，合谷、曲池清热解表。咽喉痛甚加少商清热利咽，血虚加足三里、三阴交益脾补血，头痛加印堂、太阳散邪止痛，咳嗽加尺泽、天突祛痰止咳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5 推 拿 疗 法

7.5.1 风寒感冒

患者坐位，医者以拇指与余四指于颈项部揉拿项肌，按拿搓风池，提拿双侧肩井，搓拿项背部，轻揉俞穴，重点按肺俞、风门穴；再以一手握患者腕部，另手施以揉拿手三阴法、揉拿手三阳法、搓捋双臂法，同时点按鱼际、外关、列缺等穴，以达解表之效。嘱患者俯卧位，医者于背俞以揉摩，兼以提拿足三阴法、提拿足三阳法，以解除四肢的酸痛。嘱患者仰卧位，自患者头部始施以推运印堂法、分阴阳法、鸳鸯理额法及干洗脸法，重点按迎香、禾髎穴，以开鼻窍。

头痛重者以干洗头法、双运太阳法，祛风止痛；咳嗽者点按鱼际、上星、太渊，以温肺止咳。外感发热者以鹰爪抓鸡（脊）法、搓运夹脊法，发散风寒而解表。

7.5.2 风热感冒

患者坐位，医者以一手点按双发际，拇指与余四指揉拿项肌法，重点风池、风府穴及点揉大椎穴，以清热除风。双拿肩井及揉搓斜方肌，置俞穴揉按之，再以一手握患腕，另手施以揉拿手三阴法、揉拿手三阳法，同时点按曲池、合谷，以驱散风邪。施用四指归提法，以疏风止痛，清热解表。咳嗽甚者，可施用开胸顺气法，重点云门，以清宣利肺；咽喉疼痛者，可点按廉泉及二龙戏珠法，以解毒利咽；鼻衄者，可双点少商，以清肺泻热，凉血止血。

7.6 西医诊疗撮要

7.6.1 诊断标准

参考 1978 年全国感冒科研协作座谈会制定的《感冒及流行性感冒诊断和疗效判定标准》拟订如下：

诊断上呼吸道感染主要靠有感冒流行接触史，临床表现，X 线所见与白细胞计数，以及对抗生素治疗的反应。

（1）临床表现：咽干咽痛，鼻塞喷嚏，流涕，咳嗽，发热，头痛，全身酸痛，乏力纳差等。

（2）白细胞计数正常或偏低。

（3）免疫荧光法病毒分离等检查可确定病原诊断。

7.6.2 治疗

除对症治疗外，可根据临床表现及辅助检查结果，选用抗生素或抗病毒药物治疗，对于病毒性感染，目前尚无较好的特异性病原治疗，以下几种药物仅对少数病毒可能有治疗与预防作用：金刚烷胺、病毒唑、疱疹净、干扰素等。青少年及壮年患者病程多数为自限性。

一般疗法　症状轻、无并发症者，一般无需特殊治疗，但需避免受凉劳累，注意适当休息和保暖。症状重、发烧或婴幼老年体弱，特别是患有慢性心、肺疾患、慢性肾炎等疾病时，应多休息，重者卧床，室内保持温暖，不外出。

药物疗法　目前尚无较好的抗病毒药物。金刚烷胺能降低甲型流感患者的体温和改善

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

其他症状。吗啉呱是一种广谱抗病毒药物，对高热等患者也可试用。一般认为本病的自限性主要是由于病毒感染时，能诱导机体产生干扰素和相应的抗体等。

本病多不引起鼻咽部菌群增加，也多不并发细菌感染，故一般不用抗菌疗法。疑有继发细菌感染时，如病程长、症状重、高热不退、痰呈脓性、白细胞计数增多，可加用抗生素。对婴幼儿、年老体弱、原有慢性病患者，也可在感冒初期给抗生素，以防止发生细菌感染。根据临床情况可给予复方新诺明、青霉素、氨苄青霉素、庆大霉素等治疗。

对症疗法　鼻塞、清涕，可用0.5%～0.1%麻黄碱或1%去甲肾上腺素滴鼻，每日3次，后者作用较持久。新福林滴鼻作用与麻黄碱同，但反应性充血较轻，可用0.25%～0.5%溶液。发热、头痛、肌痛等较剧者可用解热镇痛药，常用者有阿斯匹林、复方阿斯匹林。咽喉疼痛者，可用温盐水含漱，每日4～6次，并可服增效联磺片，本药有一定的胃肠道反应。声嘶者，避免说话、多喝水等有助于病情恢复。咳嗽者，吸入水蒸汽、多喝水，必要时可用镇咳剂如咳平，也可含服复方甘草片，痰较多时可用必嗽平。

8　疗效评定标准

本标准参照《中药新药临床研究指导原则》拟订。

痊愈：治疗3天以内体温正常，症状消失，且无反复。

显效：治疗3天以内体温基本正常，主要症状消失。

有效：治疗3天以内体温下降，但仍有反复，主要症状部分消失。

无效：治疗3天以内体温未降，症状无明显改善。

9　转归与预后

感冒病位在表，经恰当治疗后，外邪由表而散，一般很快痊愈，病程约为1周左右，多不变生他病。风寒感冒，寒热不退，邪气可化热而见口干欲饮、痰转黄稠、咽痛等症状，反复感冒，引起正气耗散，可由实转虚；或在素体亏虚的基础上反复感邪，以致正气愈亏，而风邪易侵，均可导致本虚标实之证。

感冒一般预后良好，但也不能认为感冒是小恙而加以忽视，古人有伤风不醒便成劳之说。如因感冒诱发其他宿疾而使病情恶化者，其预后又当别论。

10　调摄护理

10.1　生活调摄

病室应保持空气流通，但不可让患者直接吹风。温、湿度适宜，不可太干燥。

高热患者以流质饮食为宜，并多进食鲜水果，多饮水。热退可进半流食；恢复期即予普食。严禁患者吸烟、饮酒，并忌食油腻辛辣燥热之品。

10.2　辨证施护

对高热者应每4小时测体温、脉搏、呼吸一次，热退后按常规测量体温。病人无汗时

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

应注意盖被，服药宜微汗为度，不可令大汗淋漓。汗出较多要更换衣服，但勿受凉。注意观察汗出后体温、脉搏的变化，这对于判断病情转归具有重要意义。一般不用冰袋冷敷，以防遏邪。

11 康　　复

感冒患者热退痰少时可行康复疗法。

11.1 药物康复

主要是针对体虚感冒者，无论是补气还是养阴，均需注意肺气的通畅。多数患者随着感冒的向愈，食欲渐增，对于病退而纳呆者，当调其脾胃，培补后天之本，可酌用香砂六君子汤。

11.2 食疗康复

对于风寒感冒，可用大蒜3个，葱白3根切碎，加入煮熟的粥中，再熬10分钟，趁热服用，服后并盖被保暖；或用葱白30g切碎，老姜15g切片，茶叶9g，水煎后趁热服，注意避风寒。风热感冒可用绿豆50g、绿茶9g、冰糖20g，先将绿豆用开水煮烂，用绿豆汤冲沏茶叶、冰糖，代茶饮。夏月暑湿感冒，可用西瓜、西红柿各适量，西瓜去皮、籽，取汁；西红柿用沸水烫过后去皮、籽，取汁。两汁混匀，代茶饮用，能清热祛暑化湿。沙参粥，适用于燥咳无痰、口渴舌干少苔者。每次取北沙参15g，捣碎，再用粳米50g，冰糖适量，同入砂锅，加水500ml，煮至参烂米花汤稠，粥面有油为度。早、晚各1次温服，3～5天为1个疗程。

12 预　　防

12.1 加强锻炼　增强体质

根据不同的年龄和体质状况，进行各种体育活动，如广播体操、太极拳、八段锦、跑步等，养成经常参加户外活动的习惯。可采用自我按摩防治感冒，每日早晨起床漱口后或晚上睡觉前，取直立位或端坐位，双目微闭，调顺气息。①取肾俞穴按摩5分钟。手法：双手握拳背后，以食指指掌关节突顶住肾俞穴进行按摩，稍用力不觉痛为度。②按摩耳轮八分钟。手法：双手呈护耳状，以大小鱼际压住整个轮进行按摩，力度同前。③按摩迎香穴，同时提捏鼻柱。手法：以左手拇、食指尖分别顶住左右迎香穴进行按摩，与此同时右手拇食指提捏鼻柱2分钟。

每日还可做防感冒操，做法如下（2～4个八拍）：

（1）擦脸：预备姿势，身体直立，两脚平分与肩同宽。五指并拢，中指贴鼻翼两侧上至前额，发际，两手掌心沿发际向外至颌下，还原至鼻翼两侧，最后一节还原成预备姿势。

（2）揉颈：预备姿势同上，屈肘，五指并拢紧贴颈部向后再向前搓擦，最后一节还原成预备姿势。手、面、颈是暴露的体表部位，搓擦后可促进血液循环，外邪不易侵入，增

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

强机体抗病能力。搓擦时手掌尽量与搓擦部位紧贴，以有热感为宜。

(3) 扩胸：预备姿势同上，然后两臂胸前平屈，两手握空拳，拳心向下，向右用力振臂，再振一次。扩胸运动锻炼胸部肌肉，调节呼吸，增强肺活量。扩胸运动后用力振臂，弹回时放松，振动时两臂保持与肩平。

(4) 按摩迎香：预备姿势同前，两手半握拳，食指按迎香穴，向内外旋转。迎香穴属手阳明大肠经，它与手太阴肺经相表里，肺主皮毛，开窍于鼻，常用于治鼻塞、流涕、喘息等症，按摩后可疏经活络，通鼻气。按摩迎香时，穴位要准确，按摩旋转辐度不宜过大，以有酸沉感为度。

(5) 按摩风池：预备姿势同前，屈肘五指并拢，食、中、无名指紧拢风池穴向外向内旋转。按摩风池可益气固表，致密腠理闭汗孔。

(6) 捶打足三里：左脚向左跨出一步，与肩同宽，两臂斜上举，掌心向前，然后上体前屈，手尖触地，将动作再重复一遍。两手握拳，左拳捶打左腿足三里穴，右臂成斜上举；右手捶打右腿足三里穴，左臂成斜上举。足三里穴是强壮穴，属阳明胃经，与足太阴脾经相表里，据研究刺激足三里穴，可激活网状内皮系统的吞噬机能，增强人体的免疫机能。捶打后可以调理脾胃，强壮身体。捶打足三里穴要准确，捶打时前臂放松，动作自然，两上臂斜上举应抬头挺胸。

12.2 慎避时邪

一年四季，特别是在春季，一定要注意起居有节，并避免与感冒病人接触，防时邪人侵。同时应注意防寒保暖，在气候冷热变化时，随时增减衣服，避免受凉雨淋及过度疲劳，劝阻患者到公共场所活动，防止交叉感染，以控制其流行。

12.3 药物预防

对气虚易感冒，经常出汗不止，并常伴有神疲、乏力、气短、恶风寒者，可选用防感健身片。其是古方“玉屏风散”提炼加工制成的糖衣片，对肺气不足感冒有较好的预防作用。

服用卫生防疫宝丹（甘草、细辛、白芷、薄荷、冰片、朱砂）。

便廉验方：

贯众、紫苏、荆芥、甘草，水煎，顿服，连服3天，适用于冬春风寒当令季节。

藿香、佩兰、薄荷，煎汤代茶饮，适用于夏月暑湿当令季节。

生白萝卜、青果，水煎服，连服3剂。

藿香、佩兰、薄荷，水煎服，连服3～5剂。

大青叶、桑叶，水煎服，连服5～7剂。

野菊花、桑叶，水煎服，连服5～10剂。

鲜一枝黄花、金银花，水煎服，连服5～10剂。

贯众、忍冬藤、甘草，水煎服，连服3～5剂。

用食醋按每立方米5～10ml，加水1～2倍稀释后，加热蒸熏二小时，每日或隔日1次，空气消毒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

【近代研究】

感冒是全球常见的多发性疾病，据统计，成年人每年要感冒 3～4 次，儿童则多达 6 次以上。感冒对孕妇、老人和儿童所造成的危害极大。据世界卫生组织统计，每年死于感冒人数至少有 200 万人以上。[1]

1 病因病机研究

感冒主要是以感受风邪为主因，或触冒时行之气，或风寒暑湿等六淫之邪夹时行之气侵入人体而发病。多发于气候突变，寒暖失常之时。一年四季均可发病，但以冬春季节为多见。因冬春季节鼻腔咽喉部血管收缩，粘膜干燥，细胞破裂，抗体水平下降。西医学认为，感冒由病毒引起。感冒病毒已知有 10 种 100 个亚型以上，其中鼻病毒约占 50%，感冒是病人通过手的接触而传播给健康人的。[1]感冒还由于受凉（夏天受暑热）使上呼吸道粘膜过敏引起。近年来城乡空气的污染也使过敏体质和过敏反应的人增多。

风寒暑湿及时行之气，通常从皮毛、口鼻侵人人体，或犯足太阳膀胱经，或犯手太阴肺卫。一般先出现恶寒发热等卫表之症，此乃卫阳被遏，营卫失和，正邪相争所致。外邪犯肺，肺气失于宣肃，则见咳嗽，鼻塞等症；邪犯经络则全身酸痛；邪气上扰则头痛。体质较强者，一般仅侵袭肺卫，以表证为主，尚易解散；若年老体弱者，则易由表人里，使症状加重，或变生他病。

西医认为，感冒病毒至少有下列 6 种：

鼻病毒：约占 50%。属微小核糖核酸病毒群，生物学上与脊髓灰质炎病毒和其他肠病毒有关。现已鉴定出 120 种以上的鼻病毒。

冠状病毒：占 15%～20%。于 60 年代末被鉴定，初冬与冬末，当鼻病毒流行下降后，该病毒便可引起感冒。其潜伏期较长，而患病期较短。

腺病毒：冬末、初春和初夏，常易分离出本病毒。在某些人群中，例如生活在密切接触环境的年轻新兵中，本病毒有时也可引起急性上呼吸道疾病。

副流感病毒：本病毒一般引起成人的单纯性感冒，但可导致儿童发生哮吼和细支气管炎。

呼吸道合胞病毒：是成人上呼吸道感染的一种病原，本病毒能引起危及生命的下呼吸道感染，例如儿童的细支气管炎。

柯萨奇病毒、埃可病毒及其他肠道病毒：与夏季感冒的发热及严重咳嗽有关，本病毒也可引起脑膜炎、胸膜炎及心包炎。

此外，可能还有其他一些至今未能鉴定的病毒也可引起感冒。

对于感冒的传播方式，西医认为，感冒并非通过空气传播，而主要是通过手与手的接触传播，至少对鼻病毒与呼吸道合胞病毒是如此。从理论上说，呼吸道病毒可通过下列 3 种方式传播：小颗粒气雾（主要从咳嗽排出），大颗粒气雾（由咳嗽和打喷嚏排出），以及直接或间接接触被病毒污染的物体，传播随病毒脱落（一般多由鼻分泌液排出）而开始。鼻腔的感冒病毒比咽部粘膜多 10～100 倍。

关于治疗，西医认为，口服抗病毒药可分布于全身组织，但当其剂量足以产生临床疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

效时，常引起人体难以忍受的副反应，包括粘膜刺激和明显的淋巴细胞浸润。为了使感冒疫苗或抗病毒药发挥最大的效果，必须将药物直接注入鼻道内，但因鼻纤毛能清除颗粒物质，包括药物分子，所以在鼻道内维持足量的抗病毒药也是困难的。

许多抗病毒药在体外能有效地杀灭鼻病毒，但在临床试用中，当达到临床有效量时，不是对预防感冒无效，就是引起不能耐受的副反应，最初用干扰素 α-2 鼻腔内使用的治疗试验提示，大剂量干扰素 α-2 可预防感冒或缩短其病程，但长程干扰素治疗令人不适，虽然明显是可逆性的，但副反应可能至少与感冒本身一样严重。经几周的每天 2 次治疗后，可出现鼻部充血、炎症及粘膜上有血痕。最近试行的“接触预防”提示，这种短程疗法对预防感冒有效。然而，干扰素的价格以及在儿童中使用是否安全等问题，还有待进一步研究。[2]

2 抗感冒方剂与中药的实验研究

中国中医研究院中药研究所以随机给药法和双盲法对照观察比较了正柴胡饮（柴胡、陈皮、防风、芍药、生姜、甘草）与板蓝根冲剂的疗效。正柴胡饮组 666 例，服药 48 小时内主要症状消失或好转九成以上者 526 例（79%）；板蓝根冲剂组 238 例中仅 130 例（54.6%）好转。正柴胡饮疗效明显优于板蓝根冲剂。该院还通过实验研究证明，此方对流感病毒感染有较好的防治效果，具有抗菌、镇静、镇痛、解热、抗炎和增强机体免疫的功能。[3]

桂枝汤对体温具有双向调节作用。方中君药桂枝、臣药芍药既能解热，又能使体温加速恢复，甘草亦呈一定双向作用，然而生姜仅能促进低体温恢复，大枣仅有较弱的解热作用。在单味药研究中，所用的剂量仅为该药在全方（相当于临床等效量）中的用量，用量较全方总剂量低，且一般在此剂量时已显示作用；但将它们的用量加大四倍，接近全方总量时，它们对体温的起效时间、作用强度或维持时间均不如全方，说明成方的作用优于各个单味药物。[4]

柴葛解肌汤出自《伤寒六书》，是一首辛凉解表兼清里的方剂。葛根、柴胡、羌活、白芷主要使皮肤血管扩张，促进发汗，使其散热；生石膏、黄芩、桔梗与抑制产热过程有关；白芍能提高机体对高温刺激的耐受力，还对机体的免疫功能有调节作用，起到了协同退热的效果。扩张血管、促进发汗、解热镇痛、抗菌、抗炎、抗病毒，是本方解肌清热的药理学基础，煎服方法使药力相继是发挥退热疗效好的关键。[5]

上海市卫生防疫站用 4 种方法筛选抗流感病毒单味药及复方，结果对病毒有抑制作用的有金银花、连翘、黄连、百部、香薷、赤芍、黄柏、紫荆皮、蚤体、板蓝根、山栀子、败酱草、西河柳、佩兰、黄芩、大黄、防风、常山、槟榔、丹皮、胖大海、茵陈蒿、五味子、贯众、羌活、前胡、厚朴、桂枝、黄精、射干、石榴皮、地榆、乌梅、胡黄连、茶叶、独活、川芎、马齿苋、藜芦、紫菀、生地、五味子、五倍子，其中以蚤休、贯众、石榴皮、五倍子最为有效；复方有荆防败毒散、银翘散、藿香正气散、雷击丸及玉枢丹。[6]

麻黄：麻黄主要有效成分是生物碱，其中主要为三对立体异构的麻黄碱类生物碱，分别为麻黄碱、伪麻黄碱、去甲基麻黄碱、去甲基伪麻黄碱、甲基麻黄碱、甲基伪麻黄碱。[7]挥发油也是麻黄有效成分之一，草麻黄含 0.250%，已鉴定了 32 种成分，木贼麻黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

含 0.124%，已鉴定出 27 种成分。[8]麻黄的水溶性提取物 70～300mg/kg 灌胃，使足底部水分散发增加，呈剂量依赖性发汗作用。麻黄碱 2mg/kg 灌胃也能促进大鼠足底部发汗。给猫静注麻黄碱 70mg/只，使后肢足跖放散的水分量增加，这种作用在切断坐骨神经后消失。[9]麻黄配合桂枝后，使汗腺上皮细胞胞浆内空胞发生率显著增加，说明对汗腺有显著兴奋作用，其发汗作用部位可能在中枢。[10]实验表明麻黄对内毒素所致发热反应也有明显抑制作用。[11]麻黄挥发油乳剂对消毒牛奶所致人工发热家兔有解热作用；挥发油及其主要成分松油醇，对小鼠正常体温也有下降作用，松油醇的作用更明显。[12]

桂枝：主要有效成分为挥发油，油中主成分为桂皮醛，[13]挥发油中尚含有苯甲酸苄酯、肉桂醇乙酸酯、白菖蒲烯等。[14]挥发油中主要成分桂皮醛 125mg/kg 和 250mg/kg 腹腔注射或 500mg/kg 灌胃，可使小鼠正常体温明显下降，125mg/kg 腹腔注射对伤寒、副伤寒杆菌所致小鼠发热也有明显解热作用。[15]桂枝煎剂对小鼠正常体温及伤寒、副伤寒疫苗所致家兔发热有降温和解热作用。[16]

荆芥：主要有效成分为挥发油，油中主成分有薄荷酮、胡薄荷酮、异薄荷酮和柠檬烯等。[17]对伤寒混合菌苗引起发热的家兔，灌胃荆芥煎剂或浸剂 2g（生药）/kg，仅有微弱解热作用。[18]对伤寒副伤寒甲菌苗精制破伤风类毒素混合制剂引起体温升高的家兔，腹腔注射荆芥煎剂 4.48g（生药）/kg，有明显解热作用。[19]给正常大鼠灌胃荆芥油 0.5mg/kg，给药 1 小时后体温逐渐下降，给药 3 小时后较用药前体温降低 2.2℃，说明荆芥油有降低正常体温的作用。[20]荆芥水煎剂在体外对金黄色葡萄球菌和白喉杆菌有较强的抗菌作用，对炭疽杆菌、乙型链球菌、伤寒杆菌、痢疾杆菌、变形杆菌和绿脓杆菌等也有一定的抗菌作用。[21]

防风：主要成分为挥发油。20%的防风煎剂或醇浸剂，分别给家兔灌胃 10ml/kg，半小时后对伤寒混合菌苗所致发热有中等度解热作用，煎剂作用较强，可持续 2.5 小时以上。[22]家兔腹腔注射防风煎剂 4.4g/kg，对伤寒、副伤寒菌苗和破伤风毒素的混合制剂所致发热，有明显解热效果。[23]

生姜：挥发油中主要成分有姜醇、姜烯、水芹烯、莰烯、柠檬烯、芳樟醇、甲基庚烯酮、壬醛等。[24]生姜对小鼠和大鼠的正常体温无明显影响，但对注射酵母发热的大鼠，给予生姜油 0.375ml/kg 静脉注射，有明显的解热作用。[25]小鼠热板法，鲜姜注射液 5g 或 10g（生药）/kg 腹腔注射，能显著提高痛阈。[26]生姜提取物对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、伤寒、宋内氏痢疾和绿脓杆菌均有显著抑制作用，且与其浓度呈现依赖关系。[27]姜油酮和姜烯酮对多种病原菌有强大杀菌作用，姜油酮的作用更强。[28]

香薷：主要有效成分为挥发油，海州香薷含挥发油 0.1%～0.9%。油中主要成分有香荆芥酚、百里香酚、对－伞花烃、γ－松油烯等。[29]海州香薷和石香薷挥发油有广谱抗菌作用，并能直接抑制流感病毒，其抗菌有效成分为百里香酚，香荆芥酚和对－伞花烃。[30]海州香薷和石香薷的挥发油及水煎剂对大肠杆菌和金黄色葡萄球菌有明显抑制作用。[31]石香薷挥发油喉片含服或混悬液喷喉，大面积应用，有显著预防流感作用，可控制流行或大幅度降低发病率。[32]

柴胡：主要有效成分为柴胡皂甙。许多实验证明柴胡有明显抗炎作用，但柴胡根煎剂对小鼠醋酸腹膜炎无明显抗炎作用。[33]北柴胡油 300mg/kg，北柴胡皂甙 380mg/kg 和

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

650mg/kg腹腔注射，对大鼠啤酒酵母发热均有明显解热作用。[34]柴胡皂甙元A100mg/kg，腹腔注射对大鼠伤寒、副伤寒菌苗所致发热有明显解热作用，并且使正常大鼠的直肠体温下降。[35]

葛根：灌胃葛根粉15g/kg对皮下注射蛋白胨发热的家兔有明显解热作用，10g/kg尚有效，而5g/kg无效。[36]灌胃葛根煎剂2g（生药）/kg对静脉注射伤寒混合菌苗发热的家兔仅有微弱解热作用，但灌胃葛根浸剂2g（生药）/kg却有明显而较持久的解热作用，且能使体温降至正常以下。[37]

薄荷：含挥发油，油中主要成分为薄荷醇，其次为薄荷酮，还有异薄荷酮、胡薄荷酮等。[38]薄荷全草还含香豆精、类胡萝卜素、总生育酚、橙皮甙、糖类化合物。[39]100%薄荷煎剂10mg/ml在原代乳兔肾上皮细胞培养上，能抑制单纯疱疹病毒感染，增大煎剂浓度至100mg/ml，则呈现对细胞的毒性作用。[40]

3 诊断与疗效评定标准研究

对于诊断与疗效评定标准，较早的有1978年全国感冒科研协作座谈会制定的《感冒及流行性感冒诊断和疗效判定标准》，[41]1995年中华人民共和国卫生部公布实施了《中药新药临床研究指导原则》（内容详见【今日临床】相关部分），[42]中华人民共和国中医药行业标准，[43]其中有关中医诊断标准、分开标准及疗效判定标准基本相同，现仅摘录中医药行业标准如下：

3.1 诊 断 依 据

鼻塞流涕，喷嚏，咽痒或痛，咳嗽。

恶寒发热，无汗或少汗，头痛，肢体酸楚。

四时皆有，以冬春季节为多见。

血白细胞总数正常或偏低，中性粒细胞减少，淋巴细胞相对增多。

3.2 证 候 分 类

风寒束表：恶寒、发热、无汗、头痛身疼，鼻塞流清涕，喷嚏。苔薄白，脉浮紧或浮缓。

风热犯表：发热、恶风、头胀痛，鼻塞流黄涕，咽痛咽红，咳嗽。舌边尖红，苔白或微黄，脉浮数。

暑湿袭表：见于夏季，头昏胀重，鼻塞流涕，恶寒发热，或热势不扬，无汗或少汗，胸闷泛恶。舌苔黄腻，脉濡数。

临床尚有体虚感冒，以及夹湿、夹滞等兼证。

3.3 疗 效 评 定

治愈：症状消失。

好转：发热消退，临床症状减轻。

未愈：临床症状无改善或加重。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4 药物疗法研究

4.1 辨病与辨证结合治疗的研究

张竹山认为，对急性上感的治疗，首辨寒热，注重兼夹，治宗宣透，寓以辛凉，顾护脾胃，忌过早补涩，防其疏散太过，慎用苦寒。具体治疗，宣透宜选用荆芥、防风、豆豉、葛根之味；顾护脾胃宜选用半夏、陈皮、茯苓、神曲之类；寓于辛凉宜选用桑叶、菊花、银花、连翘、薄荷、牛蒡子之属。并适当选用有效剂型，针剂如复方大青叶、柴胡注射液、银黄注射液，丸剂如小儿回春丹，片剂如银翘片、三黄片等；汤剂如银翘散、葱豉汤等。[44]张泽仁等主张“伤寒温病一炉共治，新感伏邪首重辨证确定病名不泥四时，辨识证候分清六气。当邪气方侵，正气惶惑之时，欲求安正，惟以攻邪为妙。用药不拘经方时方，权衡在手，条理井然。”[45]

方华等用抗感冲剂(松针、龙芽草、荆芥、葛根、大青叶、贯众)治疗感冒，显效 266 例，有效 299 例。[46]甘绍虞等用外感风痧冲剂(苍耳草、狗仔花、藤苦参、山芝麻、岗梅、两面针)治疗感冒 130 例，痊愈 46 例，显效 33 例，好转 36 例，总有效率 88%。[47]

孙会文以神解散（《伤寒温疫条辨》方：白僵蚕、蝉蜕、金银花、黄连、黄芩、黄柏、生地、桔梗、车前子、木通、神曲）治疗小儿上感 60 例，显效 25 例，有效 28 例，总有效率 88.3%。[48]金凤丽以小柴胡汤加减治疗妊娠感冒 92 例，用本方加减：柴胡 12g，炒黄芩 10～12g，法半夏、荆芥、防风、苏叶各 10g，太子参 15g，生姜 6g，大枣 6～10g。呕吐加藿香、竹茹、砂仁；恶寒发热去大枣，加葛根、羌活；咽痒或呛咳去大枣，加桔梗、金银花、射干；便秘去大枣，加玄参、桑叶；咳嗽痰多加杏仁、陈皮、桑叶；腰腹痛，或阴道少量出血，用苏梗易苏叶，加炒续断、白术、仙鹤草、苎麻根。日 1 剂水煎分 3～4 次服（忌空腹服）。呕吐甚服药前用生姜片擦舌面。结果：治愈 51 例，有效 33 例，无效 6 例，自行停药 2 例。[49]

4.2 分型证治的研究

4.2.1 实证感冒

风寒型：传统用药一般轻症用葱豉汤重症用荆防败毒散、桂枝汤、三拗汤及麻黄汤等。杜怀棠等以荆防针（荆芥、防风、羌活、独活）治疗风寒感冒发热 60 例，随机分为治疗组（肌注荆防针）和对照组（肌注安痛定)。两组显效各为 22 例和 7 例，有效 5 例和 9 例。治疗组症状改善似优于对照组，而副作用小于对照组。[50]

风热型：林彗娟等用银柴散（金银花、葛根、生石膏、柴胡、连翘、牛蒡子、蝉蜕、苏叶、桔梗、甘草）治疗风热感冒 100 例，痊愈 51 例，显效 36 例，总有效率为 87%。平均退热时间为 1.6 天。[51]祝江迁等用热毒清糖浆（金银花、大青叶、荆芥、薄荷、桔梗、藿香、神曲、蝉蜕、芦根、甘草）治疗小儿外感热病 200 例，速效者 124 例（62%），总有效率达 99.5%。[52]庞化威等用验方清热合剂（金银花、赤芍、连翘、栀子、黄芩、牛蒡子、花粉、龙胆草、六一散、枳壳、青黛、薄荷、荆芥穗）治疗小儿上感 95 例(T＞39℃加服阿司匹林)，同时设对照组（吗啉双胍或抗生素等）95 例。中药组显效 70 例

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(73.7%)，有效 15 例（15.8%），总有效率 89.5%；西药组显效 58 例（61%），有效 13 例（13.7%），总有效率 74.8%。两组有显著差异。[53]饶儒瑾等用小儿清热冲剂（连翘、黄芩、大青叶、生甘草）治疗小儿上感 60 例（清热组），与野菊感冒冲剂 12 例对照（对照组），清热组显效 61 例（76.25%），对照组显效 6 例，有效 3 例，有显著性差异。[54]

寒湿型：选用散寒化湿的正气片，九味羌活汤或羌活胜湿肠。[55]

4.2.2 虚证感冒

4.2.2.1 分型 虚证感冒临床常分为气虚、阳虚、血虚、阴虚四型。杨章福分析了 237 例虚证感冒，气虚型 36.29%，阳虚型 22.78%，血虚型 16.24%，阴虚型 24.47%。[56]朱建孝除以上四型外，增阴阳两虚型。[57]刘士正分为感冒发病期与表证已解期，发病期又分为表虚、气虚、血虚、阳虚、阴虚、内伤六型，表证已解期分为肺虚、脾虚、肾虚三型。[58]

气虚型：选用益气解表的参苏饮、人参败毒饮。

阳虚型：选用助阳解表的麻辛附子汤、再造散。

血虚型：选用养血解表的归葛饮、葱白七味饮。

阴虚型：选用滋阴解表的加减葳蕤汤[55]、加减沙葛汤（北沙参、芦根、葛根）。[59]

4.2.2.2 治法

4.2.2.2.1 益气固表法：刘克明根据玉屏风散研制防感片，采用双盲对照治疗 210 例。结果治疗组 IgA、T－淋巴细胞转换率、E－玫瑰花环形成率等显著上升，预防效果随疗程增加而增加（$P < 0.001$），症状明显改善者为 70.1% ~ 88.6%，高于对照组 21.2% ~ 55.6%。[60]遂国伟报道了玉屏风散与人体丙种球蛋白预防反复性感冒的效果比较，各设 20 例，观察结果：玉屏风散组每次 10g，每月服 3 ~ 4 日，显效率 60%，无效 15%。人体丙种球蛋白每月肌注 1 支，显效率 55%，无效 15%。[61]杨永芳将黄芪 15g、大枣 10 枚，加工成固表防感冲剂，每包含生药 12.5g，每日 2 包，分 2 次服，小儿减半，经 160 例临床观察（双盲给药），治疗且 IgA 上升大于安慰剂组 2.3 倍。[62]吴葆德用玉屏风散方制成糖浆，预防儿童反复呼吸道感染，服药后唾液分泌型 IgA 上升，发病次数下降。停药 3 个半月，患儿发病次数与健康组无差异。[63]方鹤松将玉屏风散加味（生黄芪 9g、白术 6g、防风 3g、陈皮 6g、山药 9g、生牡蛎 9g，为细末，每服 3g，日 2 次）加工制成小儿脆口酥糖，治疗小儿感冒 85 例。观察时间选在 10 月 ~ 4 月呼吸道病多发季节。治疗前 IgA 平均值低于正常，治疗后增加了 31.16 ± 10.88u/ml。[64]

4.2.2.2.2 调和营卫法：江育仁[65]与马融[66]从不同的角度报道了防感合剂的临床研究与作用机理。选用桂枝加龙骨牡蛎汤并加黄芪等制成的合剂，将 131 例学龄前呼吸道复感儿随机分为防感合剂组 86 例，西药左旋米唑组 30 例，空白对照组 15 例。服药 2 个月为 1 疗程，停药 1 个月复查。两个治疗组有效率分别为 97.7%、86.7%，疗效差异显著，空白组与两治疗组比较，差异非常显著。证明本方能使发病次数减少、病程缩短、病情减轻，尤以在改善患儿症状、体征方面优于左旋米唑组。二者均可提高机体免疫功能，服药后唾液分泌型 IgA、植物血凝素皮试较服药前显著增高。防感合剂的抗病毒实验证明，对小儿呼吸道常见的呼吸道合胞病毒有部分灭活作用。

4.2.2.2.3 健脾益气法：张学能等总结了 81 例运用补脾法预防“易感”。药用黄芪、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

党参、白术、茯苓、当归、灵芝、陈皮等制成健脾益气糖浆，连用3个月，停药1个月后总有效率为81.5%。[67]皱治文等用黄芪、浮小麦、茯苓、橘红、鸡内金等组成健脾益气冲剂，每袋含生药5g。1~3岁每次1袋，5岁以上每次3袋，每日3次，服用3个月。治疗62例脾虚易感儿，治愈率为58.1%，总有效率为90.3%，其中以重度患儿疗效最好，有效率100%。对多汗症状，尤以大汗症状疗效较好。治疗前体重均较正常小儿标准低8%以下，治疗后增加体重2kg以上者为40.3%。免疫功能测定巨噬细胞的吞噬率、吞噬指数、糖元以及α-醋酸萘脂酶均较治疗前明显增加。经透身电镜检查用药后的脾虚大鼠，发现其巨噬细胞体变大，胞突增多变长，细胞器增多，特别是溶酶体量增加明显。[68]高智铭等以运脾消积、补肺益肾，佐以清热为法则，选用黄芪、冬虫夏草、鸡内金、白花蛇舌草等制成肺宝糖浆，含生药0.26g/ml，治疗反复呼吸道感染儿童189例。先期自身对照观察105例，后期随机分为肺宝组和左旋米唑组各45例，单盲对照观察，肺宝组：小于1岁10ml/次，1~2岁15ml/次，2~3岁20ml/次，3~5岁25ml/次，大于5岁30ml/次，日2次，每周服3天停4天，3个月为一疗程。左旋米唑组服左旋米唑糖浆，每日2.5~3mg/kg，服法、疗程同上。结果两组有效率分别为95.2%和78.6%。认为本方益气健脾、固表止汗、改善消化功能的作用较突出，能从多方面提高和调节机体免疫功能，尤以服药前后的细胞免疫和血清IgA水平提高明显。[69]

4.2.2.2.4 养血解表法：沈新华用四君子汤加解表药治疗妇女经期感冒74例，均发热在38~39℃，平均3剂痊愈。[70]

4.2.2.2.5 益气养阴法：王克馥拟益气养阴汤（人参、黄芪、麦冬、五味子）预防感冒，认为能增强机体免疫功能和非特异性抵抗力，坚持久服远期效果极佳，未感或感后外邪已尽者宜服，而已感或外邪未尽者不宜服用。[71]

4.2.2.2.6 温阳解表法：马义杰用当归四逆汤加味（当归、白芍、桂枝、细辛、木通、防风、紫菀、生姜、大枣、甘草）治疗虚人感冒42例，全部治愈，服药最少2剂，平均4剂。[72]朱建孝认为：阳虚感冒因阳虚畏寒、外感恶寒，两寒相加，治宜用再造散加白术，外寒加麻黄，身痛甚加当归。加此三药，则形成玉屏风益气固表，麻黄附子细辛汤治少阴兼表，当归四逆汤治厥阴兼表，具有温里助阳、解表固表、内固外散之功，而阴阳两虚感冒，其病深、其治难，每以张景岳大温中饮而收良效。[57]

4.2.2.2.7 益气活血法：张湘屏以益肺、健脾、温肾、益气固表、养血活血为治法，组成益肺健身合剂（黄芪、菟丝子、当归、赤芍等）防治小儿反复呼吸道感染305例，通过唾液免疫球蛋白、血清免疫球蛋白（IgA、IgG）、E-玫瑰花环、C_3、血红蛋白、甲皱微循环、肺阻抗血流图等观察，总有效率为95.1%，与玉屏风散组单盲对照，比较发病次数、体重增加程度、主要症状的改善，均优于玉屏风散组，差异显著。[73]

4.2.2.2.8 通里解表法：李克绍认为，反复易于感冒者，不单纯是肺气虚，其他脏器邪热内伏，宿邪与外邪互相纠缠，更为常见，尤以消化道慢性炎症为常见。在治疗上选用刘河间双解散、防风通圣散治之效好。[74]阎田玉在治疗小儿反复感冒中，对除发热、流涕、喷嚏等外，还有胃肠道症状者，采用养阴益胃、鼓舞胃气、改善胃肠道功能的方法，以调胃承气汤加味（玄参、生地、大黄、芒硝各9g，甘草6g，水煎服，每日1剂，分3次服。6个月以下减半）治疗，结果患儿服药后6~8小时排便，体温遂降。认为辨证当

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

正邪全面考虑，应用一定的通便药物，使其恢复正常机能，有利于全身症状的改善，人体机能活动正常即可抗御外邪。[75]

4.2.2.3 证治特点 毕可恩论述了小儿外感虚证的4个特点：①平素小儿体质较差，有脾肺气虚的表现；②小儿素有食积证候，日久化热，则有郁热表现；③易反复感受外邪；④感邪后常流清涕。用药规律：脾肺气虚、夹有食积或兼有郁热者，在未感邪前以消食化积为主；若积久脾气大虚则补；若误用攻下，积去脾气大伤者，则应补脾益气。[76]小儿感冒的治疗，程炳钧认为小儿感冒容易寒从热化，或热为寒闭，形成寒热夹杂之证。单用辛凉解表则往往汗出不透；单用辛温发散又汗出不解，故初宜辛温辛凉并用，疏风解表。酌取桑叶、菊花、蝉蜕、芥穗、防风、苏叶、葛根等。[77]夏以林测定了呼吸道反复感染证属脾肺气虚和脾肺阴虚患儿头发的微量元素，发现锌、钙、锰下降与铜上升均明显。[78]谭茹测定了小儿复感者肺气虚与肺脾气虚证头发微量元素，二者均有低锌、低铜和铜镍比值升高，铁与铜有中度正相关改变，肺气虚尚有铁镍比值升高。患儿头发微量元素的测定为中医微观辨证提供了客观依据。[79]赵立诚提出了老年感冒的证治特点，认为老年感冒是以体温不高、外感鼻塞流涕喷嚏症状不明显、很快出现支气管炎症状、不易恢复为证候特点。在治疗上宜疏解、驱邪外出，不宜大剂苦寒攻里，不宜用发汗力强的麻黄、桂枝。因脾胃虚弱易出现消化道症状，忌吐；固其卫表兼解风邪，不宜只补不祛；用药量不宜过大。[80]朱建孝认为，妇女因经行、产后等多种因素，易因血虚而外感，用小柴胡汤和表里、扶正祛邪、运行气血，柴胡用量15～30g。[57]沈新华认为，妇女经期外感，血室正开，正气虚弱，用四物汤加解表药治之，但四物用量不宜过重，以3～6g为宜，以免引邪入里。[70]

5 针灸推拿疗法研究

5.1 针 刺 法

谢国荣针灸治疗感冒，证属风寒而又体壮者针合谷、风池。还可取合谷、足三里，左右交叉只刺2针，行针以温，加灸风池；体弱者取内关配足三里左右交叉只刺2针；若外邪犯肺，加之咳嗽者，针尺泽、足三里，左右交叉只刺2针；若恶心呕吐，腹痛腹泻，针内关、足三里、阴陵泉。风热感冒则首先针大椎、曲池，泻法，热减之后，可于当日之内继针鱼际、足三里，泻法。若见身热烦心，泻鱼际（或尺泽或少府）、补复溜（或涌泉）。若溲赤便秘、舌苔黄腻，针泻曲池、阴陵泉。口苦、呕吐、恶寒、发热者，可针外关、阳陵泉，或加配大椎。[81]陈琼熙用三棱针治疗感冒1000例，取经：任脉、督脉、足阳明胃经、足太阳膀胱经；取穴：太阳、风池、风府、曲池、手三里、八邪、犊鼻、足三里、八风。患者坐位，医者用手重刮所选经络，至皮肤发红为度，再用三棱针自上而下挑刺经络线上穴位，继而挑所选头部及四肢穴位，挑刺宜轻快，深度约1分。头痛甚者加百会等，胸闷欲吐者加内关、天突等，咳甚或鼻塞流涕者加迎香、列缺，发热甚加十二井。一般1次即可，若效不佳，休息2天再挑1次。结果：痊愈871例，显效85例，无效44例，总有效率95.6%。[82]申健取液门穴（握拳手背四五掌指关节前陷中）治疗感冒，避开可见浅静脉，用毫针顺掌骨间隙刺0.5～1寸，左右捻转数次。一般取单侧，10分钟后效果不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

好者加刺对侧，留针 15～30 分钟。治疗 394 例，症状全部消失 247 例，占 63%，基本消失 82 例，占 21%，明显改善 36 例，占 9%，好转 20 例，占 5%，无效 9 例，占 2%。[83] 俞长宏针刺合谷、足三里治疗体虚感冒，取单侧对称合谷、足三里针刺，行气后捻转 30 秒，留针 10 分钟后捻转 30 秒钟出针。日 2 次，4 日为 1 疗程。结果：显效 21 例，好转 7 例，总有效率 93.3%。[84]

5.2 灸　　法

王寅用艾条温和灸治疗外感风寒发热，本组取穴大椎、曲池（双）。恶心、恶寒明显加灸风门；咳嗽重加灸肺俞；体虚加灸足三里。艾条距皮肤 2～3cm，每穴施灸 10 分钟。对照组予抗生素治疗，辅以输液等其他支持疗法。本组 64 例，对照组 34 例，治疗 24 小时后分别痊愈 39、2 例，好转 21、10 例，无效 4、22 例。48 小时后痊愈 54、10 例，好转 7、12 例，无效 3、12 例。治疗 24、48 小时两组疗效均有显著性差异（$P<0.01$）。[85]

5.3 穴位注射法

刘桂春用胎盘组织液大椎穴注射防治感冒 400 例，近期疗效观察 214 例，治疗当日症状减轻者 153 例，占 71.5%；远期疗效随访（6 个月～5 年）126 例，未发病者 119 例。33 例急症（体温 38.5～40.4℃）治疗后 4～12 小时体温降至正常者 25 例。[86] 尹红君用风池穴注药治疗上感，本组 50 例，用 4 号针头 5ml 注射器将鱼腥草和板蓝根注射液 1～2ml 于双侧风池穴注射，每穴 1.5ml，隔日 1 次。对照组 50 例用青霉素、链霉素或鱼腥草、板蓝根注射液肌注，或用复方新诺明口服，连用 3～4 日。两组总显效率第 2、4、6 日分别为 56%、31.5%、63.5%、60.5%，65%、72%，两组疗效无显著差异。本组对头痛效果明显优于对照组。[87]

5.4 拔　罐　法

郭子光针刺大椎穴拔罐治疗风寒感冒 73 例，消毒后，用三棱针点刺大椎穴局部 2～3 下，立即在针刺部位拔火罐，以溢血为度，留 5～10 分钟起罐，以患者自觉症状消除，决定次数。如病情不减，在原部位连续进行 1～2 次，待症状消除为止，本组疗效满意。[88] 吴漱玉等推罐治疗感冒，患者坐位，头前倾，两手支撑床沿或椅背，在背部督脉和足太阳膀胱经循行部位涂一层薄薄的石蜡油。用闪火法拔罐，先吸拔大椎穴区，后手扶罐体沿督脉循行路线慢慢下推移到至太阳区，再上推移到大椎区，往返 6～8 次，使局部皮肤潮红或瘀血，留罐于大椎区。用同样方法，将火罐吸拔背部大杼穴区，沿膀胱经循行路线将火罐往返推移于大杼穴与膈俞穴之间，留罐于风门穴区。如伴咳嗽，可加拔两侧肺俞区。留罐均 5～8 分钟，每日或隔日 1 次。本组 41 例，经 1～4 次治疗，治愈率达 70.73%，总有效率 95.12%。用推罐疗法治疗感冒，经 41 例统计，治愈率 70.7%，总有效率 95.12%。治疗次数均在 1～4 次之间。[89] 陈石用膈穴走罐法治疗感冒 26 例，患者俯卧或坐位伏案，走罐处先抹上麻油，取中号拔火罐沿太阳膀胱经的 4 条循行线上上下来回走罐多次，至局部皮肤潮红为度，最后把罐停在大椎穴上，留罐 5 分钟。可加灯芯草灸风池、肺俞。治疗 1～3 次均治愈。[90]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.5 推拿疗法

王庆祥等点穴治疗感冒166例，风寒型取列缺、风门、风池、太阳、合谷、百会；风热型取大椎、风池、曲池、合谷、外关、太阳、百会。患者取坐位，风寒型先点按列缺、风门；风热型先点按大椎、曲池。然后医者左手食指点按百会，右手食、拇指点按双风池，用重手法；余穴辨证取穴。均点36下，以得气为度。日1~2次，3次为1疗程。治疗1个疗程，结果：痊愈136例占81.93%，显效26例占15.66%，有效3例占1.8%，无效1例占0.6%，总有效率99.4%。[91]

6 外感高热治疗的研究

王左用中成药治疗外感发热，分型细致明晰，共分以下几型论治：

风寒型：表实选用辛温解表的荆防败毒煎（荆芥、防风、羌活、独活、川芎、柴胡、前胡、桔梗、陈皮、茯苓、薄荷、生姜、甘草）、午时茶、川芎茶调散、羌活针等。表虚者用桂枝冲剂。表实里虚较少见，选参苏饮或麻黄附子细辛汤加减。

风热型：选辛凉解表的荆银合剂，青羌冲剂、感冒宁、银黄片等。用银黄片治疗外感发热，风寒及内热型均有效，但以风热型退热快，且咽痛改善明显。

热盛型：肺热类选四季青片、鱼腥草片、百蕊草片等；肠热类选用攻下泄热的承气茶散。

湿热型：分为以下五类：湿重类，选用化湿泄热的三仁汤加减。热重类，选用清热化湿的甘露消毒丹和黄连素片。肝胆湿热类，选用清利肝胆湿热的黄芩甙片合茵陈针或鹿蹄草素针、苦胆草片、茵栀黄针等。肠道湿热类，选用秦皮合剂（秦皮、白头翁、红藤、败酱草、马齿苋、凤尾草、赤芍、甘草），或鹿蹄草素针、穿心莲内酯片、黄连素片、麝香奇应丸等。下焦湿热类，选用八正散、鹿蹄草素针、黄连素片。

暑热型：分为伤气类和湿郁类，伤气类用清暑益气汤，湿郁类用清暑饮或麝香奇应丸。

半表半里型：分为少阳类，选用和解少阳的小柴胡汤、柴胡冲剂；募原类，选用开达募原的达原饮。

营血型：选用清营凉血的清营汤、犀角地黄汤（犀角现已不用，可以水牛角代替）加减，犀角丸、紫雪散、抗热牛黄丸、醒脑静针、生地针、紫草针等亦或选用。

阴竭型：选用滋阴清热的青蒿鳖甲汤、三甲复脉汤、生地针、养心针、醒脑静针等。

亡阳型：选用回阳救逆的参附汤、参附针等。

在统计的外感热证3618人次中，风寒型占16.13%，风热型74.4%，热盛型4.94%，湿热型2.6%，寒湿型1.33%，少阳型0.63%，营血型0.02%，亡阳阴竭型0.02%。[92]

黄珍定等用复方香鱼合剂（细叶香茶菜、鱼腥草）治疗外感发热660例，治愈413例(62.5%)；显效235例（35.6%）；总有效率达98.1%。[93]李秋英等用锦灯笼注射液治疗小儿上感发热191例，大多数在2~3天内退热，其余也在4~5天内退热。[94]刘双根用速效退热合剂（柴胡、黄芩、羌活、大黄各10g，葛根、金银花、连翘各15g，生石膏20g，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大青叶、板蓝根各 30g，甘草 6g）治疗外感高热 62 例，日 1 剂水煎分 3～4 次服，用 1～3 剂，结果：体温恢复正常 58 例，无效 4 例。[95]刘征利用香石清解袋泡剂（组成：香薷、金银花、连翘、薄荷、荆芥、生石膏、知母、射干、板蓝根、藿香、滑石、熟大黄、甘草）治疗病毒性上感高热 239 例，平均退热时间 18.68 ± 9.64 小时，症状消失时间 24.00 ± 10.70 小时，明显优于对照组（青霉素、板蓝根冲剂、感冒清热冲剂）。[96]刘洪等用抗感退热灵袋泡剂（含金银花、连翘、柴胡、葛根、大青叶等）治疗外感发热症 301 例，对照组 100 例，用抗病毒冲剂，3 日为 1 疗程，结果：两组分别痊愈 130、19 例，显效 79、26 例，有效 64、27 例，总有效率 90.7%、72.00%（$P < 0.01$）。本组 24、48、72 小时内及平均退热时间均优于对照组（$P < 0.01$ 或 $P < 0.05$）。两组血象及本组治疗前后自身比较均有显著性差异 $P < 0.01$。[97]荣远明等辨证治疗外感发热症 300 例，分 4 型。①卫气证：风热用银翘散去豆豉，加黄芩、板蓝根、青蒿或合五味消毒饮；风寒用荆防败毒散加桂枝、麻黄、北杏仁；冒暑用新加香薷饮加荷叶、石膏；温燥用桑杏汤加黄芩、金银花、麦冬。②卫气同病用银翘白虎汤加黄芩、花粉。③气分证：肺热用麻杏石甘汤加黄芩、鱼腥草、金银花、连翘；胃热用白虎汤加黄芩、黄连；腑实用大承气汤加黄芩、山栀子，或增液汤；胆热用大柴胡汤或龙胆泻肝汤、茵陈蒿汤；大肠湿热用葛根芩连汤加山栀子、黄柏、白头翁、广木香；膀胱湿热用八正散加柴胡、黄芩、金银花、蒲公英。④热入营血：热灼营阴用清营汤加减；热入心包用清宫汤加减；热盛动血用犀角地黄汤（犀角现已不用，可以水牛角代替）加味；血热动风用羚羊钩藤汤加减。日 1～2 剂水煎服，部分病例配合柴胡、板蓝根、银黄等注射液；或中药针剂雾化吸入；少数用大黄或大承气汤煎剂灌肠，紫雪丹、清开灵注射液。结果：治愈 281 例，显效 10 例，有效 5 例，无效 4 例，总有效率为 98.66%。[98]陈伟生等用双解汤（麻黄、桂枝、丹皮、生石膏、黄芩、蒲公英、连翘、大青叶、白糖、粳米、食盐、甘草）加减治疗 170 例外感高热。里热外寒型加生姜，表里俱热型用原方，表里俱热型去麻黄、桂枝，加生柴胡、青蒿，总有效率 87.1%。[99]

7 预防研究

陈杰等用健儿散（人参、五味子、川贝三药按 3:2:1 组成），预防小儿上呼吸道感染 352 例，总有效率达 93.2%。[100]中国医学科学院病毒研究所对 540 名易感者进行防治对比试验表明，单服黄芪确有减少感冒发病和缩短病程的作用。1281 人的对比试验表明，黄芪加干扰素预防感冒效果优于单独使用低浓度干扰素。其降低发病率也从 28.6%～37.5%。提高到 48.7%～74.4%。在 150 人中进行的预防流感的病毒试验，也证明二者合用有一定的预防作用。[101]采用补脾法防治易感成人 81 例，经防治前后的自身对照证明，健脾益气药的疗效与其机体免疫增高的程度相平行。[67]以健康人群 4431 人口服螃蜞菊制剂预防流感，对照组 4527 人不服任何药物，预防组和对照组发病率分别为 3.9%和 9.1%，两组比较有显著差异。[102]用保儿宁糖浆（黄芪、芦根、茯苓、淮山药、白术、鸡内金、防风）防治 141 例易感儿，服药前后作自身对照；另健康儿 50 例服保儿宁，另 50 例服安慰剂，对照观察。结果易感儿临床症状，血色素，补体 C_3 均有改善，发病次数减少，有显著性差异。[103]唐才东用中药（板蓝根、柴胡、白芷、银花藤、苏梗、生姜）配

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

合醋熏预防流感，中药组 267 例，中药配合醋熏组 330 例。中药组有效率 86.1%，中药加醋熏组有效率达 98.5%。[104]何耀普用泽泻汤加味（泽泻 20g、焦白术 15g、牛膝 10g，卫分症状明显者加生姜 3 片、冰糖 15g）防治体虚反复感冒 85 例，结果：痊愈 80 例，无效 5 例，治愈率 94.1%；随访 3 年未感冒者 21 例，2 年未感冒者 28 例，0.5～1 年未感冒者 31 例。[105]刘耀武用加味玉屏风散预防矽肺病人罹患感冒 106 例，药用黄芪 30g、白术 20g、防风 10g、甘草 6g，日 1 剂水煎服，从冬至后的一九第 1 日起至三九的最后 1 日，共服 27 日，观察 2 个月。结果：1989～1991 年感冒的发病率分别是 10%、6.3%、6.8%，与 1987～1988 年（43%、37%）同期未服本方者相比有非常显著性差异。随访对其中 26 例，抽取服药前后的静脉血液测定免疫球蛋白，结果表明本方对 IgG 升高有促进作用。[106]张慎斌观察了马王堆古方预防感冒的疗效，将高良姜、山奈、桂皮、冰片、樟脑、雄黄，放人衣袋中或悬挂于颈部，10 日换 1 次，1 月为 1 疗程。预防易患感冒者（每年感冒在 12 次以上，近季节感冒在 3 次以上）500 例。结果：常年不患感冒者 123 例占 24.6%；感冒次数明显减少，近季节感冒在 2 次以下者 225 例占 45%；感冒次数有不同程度减少 152 例。作鼻 SIgA 测定，使用香袋前后均值分别为 6.9Iv/ml、8.7Iv/ml，两者比较有显著性差异。[107]杨永持报道，安徽研制成功防治感冒、鼻炎的药物口罩，对上呼吸道感染的化脓球菌有较强的抑制作用。[108]

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 感冒与时行感冒

感冒之名，首见于宋代《太平惠民和剂局方·治伤寒·淳祐新添方》“人参养胃汤”条下有：“大抵感冒，古人不敢轻发汗者……”，“参苏饮”条下亦有：“治感冒发热头疼，或因痰饮凝结，兼以为热，并宜服之”，自此，感冒之病名一直沿用。明·戴元礼《证治要诀·卷二》：“感冒为病，亦有风寒二证，即是伤寒外证初起之轻者，故以感冒名之。”迨至清代，由于温病学说的发展，不少医家认识到有些感冒具有流行性，能在一个时期内广泛流行，不分男女老幼，症状多相类似，与感受时行之气有关，称时行感冒，清·林珮琴《类证治裁·伤风》：“时行感冒，寒热往来，伤风无汗，参苏饮、人参败毒散、神术散。”时行感冒病情较一般感冒为重。

1.2 冒风与冒寒

冒风指感受风邪所致的轻症，明·李梴《医学人门·风》卷五：“冒风恶风多属肺。”清·雷丰《时病论》卷五：“冒风者，风邪冒于皮毛，而未传经人里也。”清·汪昂曰“轻为冒，重为伤，又重则为中。可见冒风之病，较伤风为轻浅耳。”又：“今谓冒风，乃因风邪复冒皮毛，皮毛为肺之合，故见恶风、微热、鼻塞、声重、头痛、咳嗽，脉来濡滑而不浮缓，此皆春时冒风之证据，与风伤卫之有别也，宜乎微辛轻解法治之。”冒寒较冒风为重，清·雷丰《时病论·冒寒》：“冒寒之病乃寒气罩于躯壳之外，而未传经人里也。是以遍体酸

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疼，头亦微痛，畏寒发热而乏汗，脉象举之而有余，宜辛温解表法治之。”

1.3 伤风与伤寒

伤风指风邪犯表所致的一种外感轻症，风金·刘完素《伤寒直格·伤风表证》卷中：“夫伤风之候，头痛项强，骨节烦疼，或目疼、肌热、干呕、鼻鸣、手足温、自汗出、恶风寒，脉阳浮而缓，阴浮而弱也。”明·张景岳《景岳全书·杂证谟》：“邪轻而浅者，止犯皮毛，即为伤风。”宋·陈言《三因极一病证方论·斜伤风论》载六经皆有伤风症：太阳伤风，症见发热，恶风，自汗，头项强，腰脊痛，脉浮等，宜桂枝汤。阳明伤风，症见发热，腹满，烦渴，自汗，嗜卧，身重，小便难，脉浮弦长而数等，宜杏子汤。少阳伤风，症见身热，恶风，自汗，颈项强，胁满，口苦而渴，脉浮弦等，宜柴胡加桂枝汤。太阴伤风，症见自汗，胸满，腹痛自利，咽干，脉弦大而缓等，宜桂枝芍药汤。少阴伤风，症见口燥，舌干，咽痛，心烦，自汗，脉沉弦等，宜桂枝汤。厥阴伤风，症见恶风而倦，自汗，小腹急痛，寒热如疟，骨节烦疼，脉微而迟等，宜八物汤。宋·陈言《三因极一病证方论》所论伤风为感受风邪所致的一类外感热病，其创立对伤风进行六经辨证的学说，在当时确有一定影响，金、元以后采用者寥寥无几。伤寒有广义和狭义之分，广义指外感病的统称，如《素问·热论》：“今夫热病者，皆伤寒之类也。”《伤寒论·辨阳明病脉证并治》第176条：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”第262条：“伤寒瘀热在里，身必黄。”狭义伤寒指伤于寒邪而言，如《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第3条：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒”，此证即为外感风寒表实证。明·张介宾认为，伤风与伤寒之不同在于感邪之深浅、病情之轻重，《景岳全书·伤风》中说：“伤风之病，本由外感，但邪甚而深者，遍传经络，即为伤寒，邪轻而浅者，只犯皮毛，即为伤风。”

1.4 中风与中寒

中风之名首见于《内经》，如《灵枢·邪气脏腑病形》有：“五脏之中风”。考历代文献，中风其义有二：一指卒中，指卒暴昏仆、不省人事，或突然口眼㖞斜，半身不遂，言语謇涩的病症。《素问·通评虚实论》有：“仆击，偏枯，痿厥，气满发逆，甘肥贵人，则膏粱之疾也……，不从内外中风之病，故瘦留著也。”其二指外感风邪而致的一类表证，如《素问·通评虚实论》：“乳子中风病热，喘鸣肩息……”，《难经·五十八难》：“伤寒有五，有中风，有伤寒……，中风之脉，阳浮而滑，阴濡而弱”，《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第2条：“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名曰中风。”《伤寒论》第12条：“太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者热自发，阴弱者汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之”，此汤证大致与今之感冒表虚证相当。不唯太阳病有中风，三阴三阳病皆有中风。中寒其义亦有二：一指类中风之一，又名寒中，明·戴元礼《证治要诀·诸中门》：“中寒之证，人身体强直，口噤不语，或四肢战抖，或洒洒恶寒，或翕翕发热，或卒然眩晕，身无汗者，此为寒毒所中。”其二指为寒邪所中而致的风寒表证，如《金匮要略》：“夫中寒家，喜欠，其人清涕出，发热色和者，善嚏。”，而明·秦景明《症因脉治·卷一》则指寒邪直中三阴：“一得外寒，则直中三阴，而为中寒之症矣。”此外，中

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

寒亦有指中焦脾胃虚寒之义者，与此迥然不同。

冒风、伤风、中风、冒寒、伤寒、中寒皆是根据感受外邪的性质不同而命名的，冒、伤、中又体现出感邪之轻重，大致讲来轻则为冒，重则为伤，又重则为中。明清时期，多将感冒与伤风互称，冒风、冒寒、伤风可视为感冒之别名，各有轻重之分，而中风、伤寒、中寒概念上与感冒则不完全等同，只在某些含义上与感冒之证相通，应予区分。

2 病因病机

早在《内经》即已有外感病症的记载，与今之感冒症状颇相类似，并认为其病因主要是感受风寒之邪所致。《素问·玉机真脏论》："是故风者百病之长也，今风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热，当是之时，可汗而发也……"《素问·骨空论》说："风从外人，令人振寒，汗出头痛，身重恶寒"。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》所论中风、伤寒之桂枝汤、麻黄汤两个汤证，实质是感冒风寒的表虚证和表实证，这为后世治疗感冒辨别表虚、表实奠定了理论基础。宋·杨士瀛认为感冒为感受风邪所致，并用参苏饮治疗，"感冒风邪，发热头痛，咳嗽声重，涕唾稠粘"（《仁斋直指方·诸风》）。隋·巢元方《诸病源候论·风热候》又提出了外感风热致病，"风热之气，先从皮毛入于肺也。"元·朱丹溪对感冒的治疗分列辛温、辛凉两大治法，即是针对风寒、风热两种不同病因的治疗。若从具有较强传染性的时行感冒而言，则又当隶属于"时行病"之类，其病因为感受"时行之气"而致，如隋·巢元方《诸病源候论·时气病诸候》说："夫时气病者，此皆因岁时不和，温凉失节，人感乖戾之气而生，病者多相染易。故预服药及为方法以防之。"并指出"非其时而有其气，是以一岁之中，病无长少，率相近似者，此则时行之气也。"清·徐灵胎《医学源流论·伤风难治论》："凡人偶感风寒，头痛发热，咳嗽涕出，俗语谓之伤风，……乃时行之杂感也。"风热之邪亦是常见病因，如清·林珮琴《类证治裁·伤风》："火伤风，火郁燥嗽咽痛"。引起感冒的病因，虽然以风邪为主，但并非全由风邪所致，而常有所兼夹，其中由风寒、风热所致者最为多见。

感冒病位在肺，病机与肺卫功能失调有关。如《素问·咳论》："皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。"指出大凡外邪从皮毛而入者必先舍于肺。风气外入还可影响卫气，如《素问·风论》："风气与太阳俱入，行诸脉俞，散于分肉之间，与卫气干，其道不利……。"明·李梴及清·沈金鳌皆认为病位在肺，如"冒风恶风多属肺。"（《医学入门·风》），"风邪袭人，不论何处感受必归于肺。"（《杂病源流犀烛·感冒源流》）从先秦到明清，关于病位的认识都一脉相承。

3 证 候

《内经》中即有类似感冒的记载，主症是汗出、头痛、身重、恶寒等。如《素问·风论》："风气藏于皮肤之间，内不得通，外不得泄，风者善行而数变，腠理开则洒然寒，闭则热而闷，"《素问·热论》："伤寒一日，巨阳受之，故头项痛腰脊强。"《素问·骨空论》："风从外入，令人振寒，汗出头痛，身重恶寒，治其风府，调其阴阳……。"汉·张仲景提出了中风、伤寒两大证候，明、清时期，对风热感冒及时行感冒的认识得到了进一步的发

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

展，从而使感冒的理、法、方、药更加完备。

3.1 风 寒 感 冒

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第 12 条："太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者，热自发，阴弱者，汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者，桂枝汤主之。"第 2 条："太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风。"第 3 条："太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。"第 35 条："太阳病，头痛，发热，身痛，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。"以上数条集中概括了风寒外感的主要症状是恶寒、发热、鼻塞、流涕、咳嗽、喘急、头痛、身痛等表证。寒邪郁表过重还可出现鼻衄，如第 55 条有："伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄"。清·吴谦《医宗金鉴·幼科心法要诀·感冒门》记述了小儿外感风寒："其证身体发热，恶寒无汗，头痛身痛，而脉浮紧。"

3.2 风 热 感 冒

隋·巢元方《诸病源候论·风病诸候·风热候》："风热病者，风热之气先从皮毛入于肺也。肺为五脏上盖，候身之皮毛。若肤腠虚，则风热之气，先伤皮毛，乃入肺也。其状，使人恶风寒战，目欲脱，涕唾出。"清·沈金鳌《杂病源流犀烛·感冒源流》："至有风热兼伤者，或先感风，又受热，或先受热，又感风，一时交发，贵审其轻重而治之。宜桔梗汤、上清汤、菊花散，或加味二陈汤。若久而不愈，其人必虚，固不得专用疏散也。阳虚宜加参、术，阴虚宜加地黄、五味，倍门冬、白芍。"清·雷丰《时病论·卷二》："春应温而过热，是为非时之气，所感之风，风中必夹热气，故名风热病耳。"伤风而见燥火证候者为火伤风，清·林珮琴《类证治裁·伤风》："火伤风，火郁燥嗽咽痛，甘桔汤加薄荷、玄参、黄芩、前胡、花粉。"伤风有热象者为热伤风，明·孙一奎《赤水玄珠·卷一》："热伤风，咳嗽，喉疼，面热，此素有痰火郁热在内，热极生风或为风寒所束不得发越。此热为本，寒为标。治宜清热散寒。经云：火郁则发之。又曰：风寒外束者可发，二陈汤加桔梗、天花粉、玄参、薄荷、酒芩、前胡。"

3.3 感冒兼夹证

感冒四气：出自明·万全《育婴秘诀》。为感受风寒暑湿之气而致的病证，即春伤风，夏伤暑，秋伤湿，冬伤寒。此四时之正气病。小儿失其调理，尤易感之，嫩弱之故。治法与大人同，但剂应小。

感冒头痛：又称伤风头痛。《丹溪心法·头痛》："如感冒头痛，宜防风、羌活、藁本、白芷。"感冒头痛，往往夹寒、夹热、夹湿。风寒头痛为外有风寒表症而头痛剧烈者。清·罗国纲《罗氏会约医镜·杂证》："外感风寒，头痛暴甚。"症见头痛或连及项背，恶风寒，骨节酸痛，鼻塞流清涕，舌苔薄白，脉浮紧等。风热头痛指外感风热引起的头痛，见唐·王焘《外治秘要·卷十五》，明·万全《医林绳墨·头痛》："上攻头目，或连齿鼻不定而作痛者，此为风热之头痛也。"清·沈金鳌《杂病源流犀烛·头痛源流》："因风热痛者，必兼目昏鼻塞。"风湿头痛为风邪、湿痰所致的头痛，明·孙一奎《赤水玄珠·头痛门》："风

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿头痛亦作痰患。”

感冒夹食、夹热、夹惊：清·吴谦《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀》有详尽论述。夹食者为感冒夹有食积，症见发热，恶寒，头疼身痛等感冒症状外，常伴有脘闷嗳气，口臭，呕吐酸馊及未消化之食物，腹胀，甚或腹痛，便秘，脉滑，指纹沉滞。感冒夹热因小儿体质娇嫩，消化力薄弱，如饮食失宜，最易生痰生热，所以在病理方面每有脏腑蕴热的特点。假如一旦遭到风寒外邪的侵袭，则外邪与内热相搏，而致郁蒸化火，成为本证。临床表现多为面红，唇焦，口鼻干燥，初起时有恶寒的现象。随即发热，口渴喜冷，并见心神烦躁，谵妄，二便闭结不通等热象。感冒夹惊因小儿神气怯弱，遭受外感以后，又被外界异声异物所惊吓，或者由于邪热刺激，可引起神志不宁，症见身热烦躁，面色青赤，睡卧不安，且有胆战心惊的现象。

感冒胁痛：风寒胁痛指因感受风寒而致的胁肋疼痛。明·秦景明《症因脉治·卷一》：“感冒胁痛之症，并无时行传染，因自冒风寒，先见恶寒发热，胁痛耳聋，呕而口苦，此伤寒少阳经胁痛症也，若寒热已除，后乃胁痛干呕，此表解里未和，热邪痰饮之症。”又：“感冒胁痛之治，风邪在表，柴胡羌活汤；热邪在半表半里，小柴胡汤；热邪在里，小柴胡加山栀、青皮、枳壳；表已散，里气不和作痛，审知是燥痰结饮，轻则瓜蒌仁汤，重则十枣汤；若肝胆郁火成痰，家秘胆星汤主之。”清·林珮琴《类证治裁·胁痛》：“风寒者，外感之邪，留著胁下，小柴胡汤加桔梗、枳。”

4 治则治法

《内经》提出汗法，但无具体方药应用。《素问·热论》：“三阳经络皆受其病，而未入于脏者，故可汗而已。”，“其未满三日者，可汗而已”，《素问·阴阳应象大论》：“其有邪者，渍形以为汗，其在皮者，汗而发之”，《素问·疟论》：“风无常府，卫气之所发，必开其腠理”，皆明确指出外感邪客皮毛之病，当用汗法，至于用药，因病位在肺，《素问·五脏生成篇》：“肺欲辛”，所以辛味药以取其发散之性，《素问·阴阳应象大论》：“气味辛甘发散为阳”。及至张仲景，首开辛温解表之先河，具体应用了发汗解表之法，并为我们创立了桂枝汤和麻黄汤两张治疗外感的代表方剂。元·朱丹溪《金匮钩玄·伤风》：“属肺者多，散宜辛温或辛凉之剂。”认为病位在肺，根据辨证常规，分列辛温、辛凉两大治法。清·沈金鳌《杂病源流犀烛》：“春夏治以辛凉，秋冬治以辛温，则肌表解而邪从汗散矣”。清·吴瑭《温病条辨·上焦》之辛凉平剂银翘散和辛凉轻剂桑菊饮将辛凉解表法具体化，风热感冒的提出及辛凉解表的具体应用对后世影响颇深。宋《太平惠民和剂局方·治伤寒》中用人参养胃汤治外感冒风寒，内伤生冷，运用了扶正解表之法，清·李用粹《证治汇补·伤风》说：“如虚人伤风，屡感屡发，形气病气俱虚者，又当补中，而佐以和解，倘专泥发散，恐脾气易虚，腠理易疏，邪乘虚人，病反增剧也。”清·徐灵胎《医学源流论·伤风难治论》将伤风治法归为：“一驱风，苏叶、荆芥之类。二消痰，半夏、象贝之类。三降气，苏子、前胡之类。四和荣卫，桂枝、白芍之类。五润津液，蒌仁、玄参之类。六养血，当归、阿胶之类。七清火，黄芩、山栀之类。八理肺，桑皮、大力子之类。八者随其症之轻重而加减之，更加以避风寒，戒辛酸，则庶几渐愈，否则必成大病。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 方剂归类

5.1 辛温解表类

(1) 麻黄汤 (《伤寒论》)

麻黄 桂枝 甘草 杏仁

功能发汗解表，宣肺平喘。治外感风寒之头痛，发热，身痛，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者。

(2) 桂枝汤 (《伤寒论》)

桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣

功能解肌发表，调和营卫。治外感风寒，头痛，发热，汗出，恶风之症。

(3) 小青龙汤 (《伤寒论》)

麻黄 桂枝 芍药 细辛 干姜 五味子 半夏 炙甘草

功能解表化饮，止咳平喘。适用于外感风寒，内停水饮，症见恶寒发热，无汗，喘咳痰多而稀，不渴，苔润滑，脉浮紧者。

(4) 九味羌活汤 (《此事难知》)

羌活 防风 川芎 细辛 甘草 苍术 白芷 黄芩 生地

功能发汗祛湿，兼清里热。治春夏秋非时感冒暴寒，头痛，发热，无汗，脊强，脉浮紧。

(5) 加味香苏散 (《医学心悟》)

紫苏叶 香附 陈皮 荆芥 防风 秦艽 蔓荆子 川芎 生姜 炙甘草

功能发汗解表，理气解郁。适用于四时感冒，症见恶寒发热不甚，头痛项强，鼻塞流涕，身体疼痛，无汗，胸闷，苔薄白，脉浮。

(6) 金沸草散 (《太平惠民和剂局方》)

旋覆花 麻黄 荆芥 前胡 半夏 甘草 赤茯苓 以生姜 大枣为引

功能发汗解表，宣肺止咳。治外感风寒，咳嗽喘满，痰涎不利。

(7) 葱豉汤 (《肘后备急方》)

豆豉 葱白

水煎顿服，取汗 (若服后不汗，加葛根二两，升麻三两，水煎分二次服，取汗；若再不汗，更加麻黄二两)。功能通阳解表，治伤寒初起一、二日，头痛，肉热，脉洪。

5.2 辛凉解表类

(1) 麻黄杏仁石膏甘草汤 (《伤寒论》)

麻黄 杏仁 石膏 甘草

功能辛凉宣泄，清肺平喘。治肺热壅盛，症见发热口渴，喘咳气粗，无汗或有汗，舌苔黄，脉滑数。

(2) 柴葛解肌汤 (《伤寒六书》)

葛根 柴胡 白芷 羌活 桔梗 石膏 黄芩 赤芍药 甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以生姜、红枣为引，功能解肌清热，治外感风寒，寒郁化热，症见恶寒渐轻，身热增盛，头痛肢楚，目痛鼻干，心烦不眠，眼眶疼痛，舌苔薄黄，脉浮微洪。

(3) 葱豉桔梗汤（《重订通俗伤寒论》）

鲜葱白　桔梗　薄荷　连翘　焦栀子　豆豉　甘草　鲜竹叶

功能疏散风热，治风温、风热等证初起，头痛发热，微寒无汗，或有汗不多，心烦口渴，舌尖红赤，脉数，或兼咳嗽，或兼咽痛，或兼胸闷。

(4) 桑菊饮（《温病条辨》）

桑叶　菊花　杏仁　桔梗　芦根　连翘　薄荷　甘草

功能疏风清热，宣肺止咳，治风温初起，症见咳嗽，身热不甚，口微渴，舌苔薄白，脉浮数。

(5) 银翘散（《温病条辨》）

金银花　连翘　桔梗　薄荷　牛蒡子　竹叶　荆芥穗　豆豉　甘草

功能辛凉透表，清热解毒，治温病初起，发热微恶风寒，无汗或有汗不多，头痛口渴，咳嗽咽痛，舌尖红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

5.3 祛暑化湿解表类

(1) 香薷散（《太平惠民和剂局方》）

香薷　炒扁豆　厚朴

功能解表散寒，化湿和中，治暑季乘凉饮冷，外感于寒，风伤于湿，身热恶寒，头重头疼，无汗胸闷，或腹痛吐泻。

(2) 新加香薷饮（《温病条辨》）

香薷　厚朴　连翘　金银花　鲜扁豆花

功能祛暑清热，化湿和中，治感受暑邪，发热微恶寒，无汗头痛，心烦口渴，舌红苔薄白，脉洪大者。

(3) 藿香正气散（《太平惠民和剂局方》）

大腹皮　白芷　紫苏　茯苓　半夏曲　白术　陈皮　厚朴　桔梗　藿香　炙甘草

功能解表和中，理气化湿，治外感风寒，内伤湿滞，症见恶寒发热，头痛，胸膈满闷，腹痛呕吐，肠鸣泄泻，口淡，舌苔白腻等症。

5.4 扶正解表类

(1) 参苏饮（《太平惠民和剂局方》）

人参　紫苏叶　葛根　半夏　前胡　茯苓　木香　枳壳　桔梗　炙甘草　陈皮　生姜　大枣

功能益气解表，理气化痰，治体虚气弱，感冒风寒，内有痰湿，症见恶寒发热，头痛鼻塞，咳嗽痰多，胸闷呕恶。

(2) 人参败毒散（《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

功能益气解表，散风祛湿，治伤寒时气，头项强痛，壮热恶寒，身体烦疼，及寒壅咳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

嗽，鼻塞声重，风痰头痛，呕哕寒热。

(3) 葱白七味饮（《外台秘要》）

葱白　葛根　麦门冬　干地黄　豆豉　生姜

功能养血解表，治病后阴血亏虚，调摄不慎，感受外邪，或失血之后复经感冒，头痛身热，微寒无汗者。

(4) 加减葳蕤汤（《通俗伤寒论》）

葳蕤　白薇　葱白　豆豉　薄荷　桔梗　甘草　大枣

功能滋阴清热，发汗解表。适用于素体阴虚，感受外邪，头痛身热，微恶风寒，无汗或有汗不多，咽干咳嗽，心烦口渴，舌红脉数者。

(5) 再造散（《伤寒六书》）

人参　附子　黄芪　桂枝　甘草　羌活　防风　川芎　芍药　细辛　煨生姜　大枣

功能助阳益气，发汗解表。适用于阳气虚弱，感冒风寒，头痛身热恶寒，热轻寒重，无汗肢冷，倦怠嗜卧，面色苍白，语言低微，舌淡苔白，脉沉无力者。

6 预防康复

《素问·热论》："诸遗者，热甚而强食之，故有所遗也。""热病少愈，食肉则复，多食则遗，此其禁也。"强调对于外感病不应食味厚腻之品。《素问·上古天真论》："法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳"，"虚邪贼风，避之有时；恬惔虚无，真气从之；精神内守，病安从来"要避免外邪的侵袭关键还在于生活起居有规律，尽量避免外邪侵袭。关于本病的康复，清·沈金鳌《杂病源流犀烛·感冒源流》有："先擦手心极热，按摩风府百余次，后定心以两手交叉紧抱风府，向前拜百余，俟汗出，勿见风，定息气海，清坐一香，饮食迟进，则效矣。"

中医药治疗感冒，以往多注重辨证论治，但现今辨病和辨证相结合已成为近年来和今后一段时期的发展潮流。在治疗方面，手段也更加完善，如针剂、袋泡剂、茶剂、散剂等，以及外治法针灸、拔罐，中药配合醋熏，灌肠等。打破了单一用煎剂、丸散剂的局面。加之新的药物不断发现展示了中医药防治感冒的广阔前景。另外，风热型和热盛型感冒有增多的趋势，这与近年来感冒病毒型、株变异和城乡空气污染使人体抵抗力降低以及城市化带来的运动缺少，工作紧张有关。因此加强对其防治的研究已成为重要课题。中医药防治感冒，以往只是和西医药设对照组，迄今还采用了和中药组对照的方法，显示了中医药治疗中的可比性。提示人们要在中医药宝库中不断发掘、前进。

中西医结合治疗感冒，主用中药，高热加退烧药、抗生素等治疗取得较满意的疗效。尤其对病毒和细菌合并感染者疗效最佳，充分发挥了各自的长处。运用现代医学先进的检测手段，为疗效对比提供了客观依据。通过抗病毒，抗病菌药物的研究，可促进中医感冒理论的发展。

虚证感冒的防治，多以提高人体免疫力为主，较集中地采用了补益肺脾的方法，常用方剂为玉屏风散、四君子汤。祛邪治疗主要用解表法，多配伍经药理研究证明有抗病毒作用的清热解毒之品，体现了中医辨证观点。用现代免疫学方法，监测虚证感冒患者的疗效及剂型的多样化，显示了治疗方法的科学性。虚证感冒的中医防治，因其疗效好而深受广

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大患者的欢迎。探讨虚证感冒的病因病机及辨证规律，分析总结有效方剂，在待于同道共同努力。

感冒与流感的防治，西医虽有抗病毒药物、抗生素及人体白细胞干扰素等，但尚无理想效果。中医药在防治感冒上确有所长，在设有对照组的观察中，有些确优于西药，如荆防针、螃蟆菊制剂、验方清热合剂等。在一些无对照组的治疗中，也有一些较好的方药，如热毒清、解毒乙方等。有待进一步通过药理、药化试验，筛选出新的长效、速效、高效药物，以便大量生产推广使用。

（罗侃　张荣利　刘雄）

近现代参考文献

[1] 连长贵．重新认识感冒．大众医学，1985（3）:20

[2] 胡林华，朱锡云．感冒的研究进展．国外医学流行病学传染病分册，1987（1）:29～31

[3] 中国中医研究院中药研究所．正柴胡饮治疗普通感冒的临床观察．中医杂志，1985（12）:13～14

[4] 陈红，周爱香，郭淑英，等．桂枝汤及方中单味药对体温双向调节作用的研究．中国实验方剂学杂志，1998，（1）:13～16

[5] 解淑华．柴葛解肌汤治疗高热110例疗效分析．甘肃中医，1997（5）:13

[6] 上海市卫生防疫站．中药对“流感病毒”作用的研究报告．上海中医药杂志，1960（2）:68～73

[7] 饶伟文．加盐蒸馏——中和法测定麻黄中生物碱的含量．中草药通讯，1985（8）:372

[8] 贾元印．草麻黄和木贼麻黄挥发油成分的比较研究．中国药学杂志，1989（7）:402

[9] 刘志．麻黄的成分、药理和生化研究．国外医学中医中药分册，1981（4）:12

[10] 沈映君，王一涛，陈蓉，等．麻黄桂枝协同发汗作用的实验研究．成都中医学院学报，1986（1）:31，64

[11] 邓文龙．中药的抗内毒素作用研究进展（续）.中药药理与临床,1988(4):45

[12] 江苏新医学院．中药大辞典（下册）．上海：上海人民出版社，1977．2221

[13] 赵建国，张嘉硕，张建波，等．HCLP测定肉桂挥发油中桂皮醛的含量．中草药，1988（3）:108

[14] 朱兆仪，冯毓秀，方洪钜，等．大叶清化桂的资源利用与国产肉桂的比较．中草药，1985（7）:28

[15] 原田正敏．桂皮的药理学研究（第一报）.药学杂志,1972(2):135

[16] 王浴生．中药药理与应用．第1版．北京人民卫生出版社，1983．862

[17] 叶定江．荆芥不同药用部位及炒炭后挥发油的成分研究．中药通报，1985（7）:19

[18] 孙世锡．几种中药解热作用之药理研究．中华医学杂志，1956（10）:964

[19] 李淑蓉，唐光菊．荆芥与防风的药理作用研究．中药材，1989（6）:37

[20] 卞如濂．荆芥油的药理研究．浙江医科大学学报，1981（5）:219

[21] 零陵地区卫生防疫站．561种中药抗菌作用筛选报告．湖南医学杂志，1974（4）:51

[22] 孙世锡．几种中药解热作用之药理研究．中华医学杂志，1956（10）:96

[23] 李淑蓉．荆芥与防风的药理作用研究．中药材，1989（6）:37

[24] 江苏新医学院．中药大辞典（上册）．上海：上海人民出版社，1977．655

[25] 张竹心．姜的不同炮制品的成分研究．中国中药杂志，1989（5）:278

[26] 药理教研组．鲜姜注射液抗炎消肿及镇痛作用实验研究．泸州医学院学报，1979（3）:1

[27] 边藏丽．生姜提取物对常见病原微生物的抑制作用．中成药，1991（1）:45

[28] 王浴生．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社，1983．320

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[29] 李章万．挥发油成分的研究．药学学报，1983（5）:363
[30] 湖南省衡阳市卫生防疫站．华荠苎（细叶香薷）挥发油化学成分的研究．中草药通讯，1977（5）:9
[31] 王志伟．中药香薷的生药鉴定及抑制作用．上海医科大学学报，1987（5）:367
[32] 零陵地区卫生防站．细叶香薷的抗菌作用及预防流感作用效果观察．中草药通讯，1973（1）:44
[33] 吴泽芳．柴胡注射液解热抗炎作用的初步研究．药物分析杂志，1983（5）:293
[34] 周重楚．北柴胡和大叶柴胡药理作用比较．药学通报，1979（6）:252
[35] 柴田丸．柴胡的药理研究．药学杂志，1973（12）:1660
[36] 丹野与三太．葛根的解热作用．日本药物学杂志，1941（3）:263
[37] 孙世锡．几种中药解热作用之药理研究．中华医学杂志，1956（10）:964
[38] 杨瑞萍．薄荷属4种栽培植物挥发油的含量及成分研究．中草药，1990（7）:12
[39] 周金黄．中药药理学．上海：上海科学技术出版社，1986．40
[40] 陈祖基，宁洁贞，张勇，等．中草药抗单纯疱疹病毒的实验研究．中医杂志，1980（2）:73
[41] 全国感冒科研协作座谈会．感冒及流行性感冒诊断和疗效判断标准．成都中医学院学报，1994（2）:55～56
[42] 中华人民共和国卫生部．中药新药临床研究指导原则．第二辑．1995．
[43] 国家中医药管理局．中医病证诊断疗效标准．南京：南京大学出版社，1994．1
[44] 张竹山．中医开展急症首先要重视“上感”的治疗．江苏中医杂志，1986（4）:43
[45] 吴敏，张健生．张泽仁老中医治疗外感病经验简介．云南中医杂志，1985（5）:28
[46] 方华，庄希贵．“抗感冲剂”治疗感冒337例疗效观察．福建中医药，1984（6）:36
[47] 甘绍虞，容碧娴，梁文法．外感风痧冲剂治疗感冒30例．广西中医药，1986（1）:17
[48] 孙会文．神解散治疗小儿上呼吸道感染．四川中医，1986（1）:13
[49] 金凤丽．小柴胡汤加减治疗妊娠感冒92例．云南中医学院学报．1997（1）:39～40
[50] 杜怀棠，冯世纶，周平安，等．荆防针治疗风寒表证发热临床疗效观察．中医杂志，1985（10）:39～40
[51] 林彗娟，王翠萍，包培蓉，等．银柴散治疗风热感冒100例．山东中医杂志，1985（6）:14～15
[52] 祝江迁．“热毒消”治疗小儿外感热病200例．四川中医，1986（5）:31～32
[53] 庞化威．验方清热合剂治疗小儿上呼吸道感染95例．辽宁中医杂志，1986（5）:27
[54] 饶儒瑾．小儿清热冲剂治疗小儿上呼吸道感染80例临床观察．上海中医药杂志，1986（1）:28～29
[55] 沈舒文．治疗感冒八法．陕西中医学院学报，1986（1）:18～19
[56] 杨章福．中医治疗237例虚证感冒临床报道．新疆中医药杂志，1987（1）:38
[57] 朱建孝．谈治虚人外感．新中医，1991（10）:14
[58] 刘士正，隋瑛．虚证感冒的防治体会．山东中医杂志，1990（5）:28
[59] 程法森．自拟加减沙葛汤治外感发热．浙江中医杂志，1985（7）:319
[60] 刘克明．防感片的疗效观察．上海中医药杂志，1987（2）:18
[61] 遂国伟．玉屏风散与人体丙种球蛋白预防反复性感冒的效果比较．山西中医，1986（4）:21
[62] 杨永芳．固表防感冲剂防治感冒160例临床分析．湖南中医学院学报，1987（4）:13
[63] 吴葆德．古方玉屏风散预防体弱儿反复呼吸道感染效果观察．新医学，1984（6）:298
[64] 方鹤松．加味玉屏风散预防体弱儿反复呼吸道感染效果观察．中医杂志，1982（1）:37
[65] 江育仁．防感口服液的临床作用及理论探讨．中医杂志，1990（12）:8
[66] 马融，王萍芬，郭玉梅，等．防感合剂防治小儿反复呼吸道感染的临床研究．中西医结合杂志，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1991 (10):592
[67] 张学能，陈泽霖，吴榕洲，等. 补脾法预防“易感”的疗效. 辽宁中医杂志，1983 (1):29
[68] 邹治文，李秀敏，钱允健，等. 健脾益气方治疗脾虚易感儿临床及实验研究. 中医杂志，1987 (11):27
[69] 高智铭，范忠纯，云鹰，等. 肺宝防治小儿反复呼吸道感染临床与实验研究. 中西医结合杂志，1991 (4):206
[70] 沈新华. 四物汤加解表药治疗妇女经期感冒. 上海中医药杂志，1989 (11):21
[71] 王克馥. 益气养阴汤预防感冒的体会. 山东中医杂志，1990 (1):0
[72] 马义杰. 当归四逆汤加味治疗虚人感冒. 山东中医杂志，1989 (2):52
[73] 张湘屏，邢向晖，马云汉，等. 益肺健身合剂防治小儿反复呼吸道感染 305 例. 中国医药学报，1990 (5):44
[74] 陈景源，印会河，李克绍，等. 汗法的临床运用与体会. 中医杂志，1990 (3):7
[75] 阎田玉. 治疗小儿感冒的几点体会. 中西医结合杂志，1987 (7):36
[76] 毕可恩. 小儿外感虚证的特点. 山东中医杂志，1984 (1):17
[77] 程炳钧. 小儿外感疾病辨证论治特点. 云南中医杂志，1986 (2):5～16
[78] 夏以琳，胡文蓉，王霞芳，等. 呼吸道反复感染儿童头发微量元素的分析. 辽宁中医杂志，1991 (7):6
[79] 谭茹. 小儿反复呼吸道感染肺气虚证与微量元素关系的研究. 辽宁中医杂志，1991 (7):8
[80] 赵立诚. 老年感冒的证候特点及防治. 新中医，1985 (10):51
[81] 谢国荣. 对针灸治疗感冒的认识. 湖南医药杂志，1983 (2):59
[82] 陈琼熙. 三棱针治疗感冒 1000 例. 中国针灸，1989 (5):40
[83] 申健. 感冒 一针灵. 河南中医，1988 (4):19
[84] 俞长宏. 简论针刺合谷、足三里治疗体虚感冒的作用机理：附 30 例分析. 青海医药杂志，1989 (4):33～34
[85] 王寅. 艾条温和灸治疗外感风寒发热的初步观察. 中医杂志，1987 (4):50～51
[86] 刘桂春. 胎盘组织液大椎穴注射防治感冒初步报告. 北京医学院学报，1980 (3):218～219
[87] 尹红君. 风池穴注药治疗上感. 国医论坛，1989 (3):封 4
[88] 郭子光. 大椎穴针刺拔罐治疗风寒感冒 73 例观察. 新中医，1986 (4):36
[89] 吴漱玉，谭克强，陈政庭. 推罐治疗感冒介绍. 江苏中医杂志，1985 (11):37
[90] 陈石. 腧穴走罐法治疗感冒 26 例. 浙江中医杂志，1989 (8):378
[91] 王庆祥，王丽娟，崔玉静. 点穴治疗感冒 166 例. 针灸临床杂志，1996 (1):15
[92] 王左. 外感发热的中成药治疗. 中成药研究，1986 (9):21～23
[93] 黄珍定，梁庆嫦. 复方香鱼合剂治疗外感发热 660 例体会. 广西中医药，1984 (6):9～10
[94] 李秋英，温振英，柳文鉴，等. 锦灯笼注射液治疗小儿上呼吸道感染 191 例临床观察. 北京中医，1986 (3):30
[95] 刘双根. 速效退热合剂治疗外感高热 62 例. 中原医刊，1995 (4):9
[96] 刘征利，张孔壁，赵素兰，等. 香石清解袋泡剂治疗病毒性上感高热 239 例. 中医杂志，1992 (8):29～30
[97] 刘洪，丁培琳，李洪成，等. 抗感退热灵袋泡剂治疗外感发热症 301 例临床疗效观察. 中成药，1995 (12):25～27
[98] 荣远明，曾润生，谭飞祥，等. 辨证治疗外感发热症 300 例临床观察与体会. 中国中医急症，1995 (6):259～261

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[99] 陈伟生，陈金姝．加减双解汤治疗170例外感发高热．新中医，1985（1）:18～19，23
[100] 陈杰，张者兰，姚昌云，等．健儿散预防小儿上呼吸道感染352例初步观察．中医杂志，1985（6）:46
[101] 中国医学科学院病毒研究所，中国医学科学院流行病学研究所，中国医学科学院药物研究所，等.益气药黄芪的研究．中医杂志，1980（1）:71
[102] 朱汝辑．螃蜞菊防治流行性感冒的研究．中西医结合杂志．1986（1）:29～30
[103] 孙美华，杜跃进，潘文孚，等．怎样炼功预防感冒．上海中医药杂志．1986（5）:22～23
[104] 唐才东，吴琼瑛．中药配合醋熏预防流感．四川中医，1986（6）:39
[105] 何耀普，万庚辰，杨玉会，等．泽泻汤加味防治体虚反复感冒85例疗效观察．国医论坛，1992（4）:14
[106] 刘耀武．加味玉屏风散预防矽肺病人罹患感冒106例．内蒙古中医药，1993（1）:8～9
[107] 张慎斌．马王堆古方香袋防病观察．贵阳中医学院学报，1992（3）:32
[108] 杨永持．防治鼻炎感冒药物口罩研制成功并通过鉴定．中医药信息，1985（4）:36
[109] 罗佩、武静波．中医内科急症学．北京：中医古籍出版社，1992．19～26
[110] 董建华．内科心法．北京：中医古籍出版社，1992．1～4
[111] 王永炎，张天，李迪臣，等．临床中医内科学．北京：北京出版社，1994．
[112] 中国药材公司．中国民间单验方．北京：科学出版社，1994．1～32

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 风温肺热病 ❋

风温肺热病是感受风热病邪所引起的四时皆有而以冬春两季多发的以发热、咳嗽、咯痰为主要临床表现的急性外感热病。风温肺热病属于中医外感热病的范畴，从临床表现来看，相当于西医的急性肺炎、支气管周围炎和急性支气管炎等急性肺部感染疾病，为临床常见病、多发病。目前抗生素的应用虽使多数细菌性肺炎得以治愈，但病毒性及耐药菌株引起的肺炎仍然严重影响着人民的身体健康，革兰阴性杆菌引起的肺部感染病死率仍高达50%左右，因此对本病进一步研究和掌握是非常必要的。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

风温肺热病的诊断标准，目前有国家中医药管理局医政司北方热病协作组制定的风温肺热病急症诊疗规范，有1994年国家中医药管理局发布的中医药行业标准（ZY）中的风温肺热病的诊断标准，还有1993年卫生部发布的中医药新药临床研究指导原则中有关治疗风温肺热病的诊疗标准。现将北方热病协作组制定的风温肺热病急症诊疗规范中的有关内容摘录如下。

1.1 病名诊断标准

①男女老幼均可发罹患，大多突然起病，多在冬春季节发病。

②具有发热寒战或微恶风寒、口渴、无汗或汗出异常，舌红苔黄或白或腻，脉数或滑或弦或浮等外感温热病的征象。

③具有咳嗽、或喘促痰多，痰黄或白或红，胸痛等肺气失于宣降的症状。查体可闻及肺部干湿啰音或呼吸音降低或叩浊。

④实验室检查：周围白细胞计数升高，中性粒细胞升高。胸部X线有炎性改变。

具备②③两项，参考①④两项，在排除时行感冒与肺痈、悬饮、急痨的基础上，可以确立风温病的诊断。

关于风温肺热病的诊断标准，中国中医药学会内科热病专业委员会于1995年8月对此进行了补充，提出了风温肺热病（病毒性下呼吸道感染）诊断标准，并经中华医学会病毒学会论证，目前作为讨论稿试行。

诊断依据

临床特点：以身热、咳嗽、烦渴、或伴气急胸痛为主症。兼见咽干、胃纳差、便秘、头身疼痛；病重者可见高热烦躁、神志昏蒙或四肢厥冷等。我国大部分地区以冬春季较多发，具有起病急、传变快、病程短的特点。

体征：肺部有实变体征或可闻及干湿性啰音。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化验检查：外周血白细胞总数正常或偏低。

病毒病原学检查：采取急性期病人鼻咽分泌物，运用呼吸道病毒检测方法检测病毒抗原或病毒核酸。

双份血清抗体检测：恢复期血清病毒抗体 > 4 倍急性期血清病毒抗体，则为阳性或早期病毒特异性 IgM 抗体阳性。

X 线检查：可见肺部炎性表现，如肺纹理增粗、节段性均匀片状影等。

1.2 证类诊断标准

邪在肺卫

主症：发热恶寒并见，咳嗽，白痰或无痰，口微渴，头痛，鼻塞流涕。

兼症：舌尖红，苔薄白，或微黄，脉浮数。

痰热壅肺

主症：发热，咳喘，咳黄痰或铁锈痰。

兼症：喘促不宁，腹满便秘，舌红苔黄或厚腻，脉滑数。

热闭心营

主症：灼热夜甚、精神萎糜、嗜睡或神昏谵语，咳喘气促。

兼症：口干不欲饮，心烦不寐，昼轻夜重，痰粘难咯，或斑疹，舌红绛，脉细滑数。

阴竭阳脱

主症：发热骤降，大汗肢冷，面色苍白，呼吸急促或表浅，痰涎壅盛，唇甲青紫，神志恍惚，血压下降。

兼症：神识淡漠，尿少面赤，或汗出如油，或二便失禁　舌红少津，紫黯无苔，脉微细欲绝或细弱而促。

气阴两伤，余热未尽

主症：低热夜甚，干咳少痰，口燥咽干，五心烦热，神倦纳差。

兼症：心烦不寐，舌红少苔，脉细数。

1.3 症状评分与病性分级标准

1.3.1 症状评分

发热：	体温在 39.5℃以上	6 分
	体温在 38.5℃～39.5℃	4 分
	体温在 37.5℃～38.4℃	2 分
	体温正常	0 分
咳嗽：	咳嗽连声，影响工作和睡眠	6 分
	介于轻重之间	4 分
	咳嗽偶发	2 分
	无咳嗽	0 分
咯痰：	每日痰量≥100ml 或痰中带血丝	3 分

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

	每日痰量 100ml	2 分
	痰量 10ml ~ 50ml	1 分
	痰量 < 10ml	0 分
呼吸：	呼吸急促，憋气明显	6 分
	介于轻重之间	4 分
	稍有气短憋气感	2 分
	呼吸平稳无气短憋气	0 分
头身痛：	头痛身痛，持续存在	2 分
	头痛或身痛程度较轻	1 分
	无头身痛	0 分
胸痛：	有胸痛或胸闷	2 分
	无胸痛或胸闷	0 分
口干渴：	有	2 分
	无	0 分
舌象：	有异常	2 分
	无异常	0 分
体征：	病变局部叩浊有湿啰音或管状呼吸音	2 分
	局部叩浊，呼吸音低，未闻及湿啰音	1 分
	局部无阳性体征	0 分
X 线：	胸部 X 线有炎性征	2 分
	胸部 X 线无炎性征	0 分

1.3.2 病情分级判定

轻：积分在 8 ~ 15 分之间。

中：积分在 16 ~ 24 分之间。

重：积分在 25 分以上。

2 中心证候特征

由肺卫受邪宣降失常所导致的证候是风温肺热病的证候特征。以热、咳、痰、喘为风温病最主要的症状，四者之中尤以身热为最重要。热、咳、痰、喘在本病不同的发展阶段具有不同的特征。

在本病卫分证期时，身热伴咳嗽、恶风寒、头痛，或先热继而咳嗽；或先咳而后发热、头痛，痰色白尚易咳出，一般无喘促。

在卫分证向气分证过渡时，身热虽高但仍恶风寒，头痛仍不消除，咳嗽明显加重，痰色转黄或色虽白而粘腻难出，部分患者可有呼吸困难乃至喘促。

在气分营分时，热势高或日晡为甚，呼吸困难或喘促较甚，痰鸣而难出或咯痰带血，常可涉及阳明经、心包经与肝经。

在恢复期时，身热已退或虽退未净，或暮热早凉，但很少恶寒。呼吸虽通畅但咳嗽仍可存在，痰量较少或无痰，一般无呼吸困难及喘促。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 病　因

3.1 原发病因

风热病邪是引起本病不可或缺的因素。具有风邪和温热之邪的双重特点。因风性轻扬、善行多变，故易侵袭上焦肺卫，头面咽喉，且在病变中传变迅速；又因其热灼津液，则更易出现肺胃津伤。

3.2 继发病因

热毒　热毒是风热之邪入侵体内而产生的病理产物，同时又是新的病因。热毒一方面致使热势炽张，耗气伤津；另一方面，又使病情传变异常，最易产生逆传。

痰热　由于风热病邪犯肺，使肺肃降宣发功能下降，津停为痰；痰一旦形成，又作为新的病因存在。痰浊化热加重发热，痰浊阻肺加重咳喘，热痰为患闭阻心包，亦可致神昏。

燥屎　由于热移胃肠，耗伤津液，大便不得外排而结于内。燥屎一旦形成，必然影响胃肠传导功能，重则可出现热结神昏之证。

3.3 诱发因素

寒冷、饥饿、劳累、失眠、气候骤变等，皆可使人体对外界的适应力和抵抗力下降，因而是本病的诱发因素。

4 病　机

4.1 发　病

风温属新感温病范畴，一般感邪即发，发病急骤，但亦有少数属伏邪发病者。感受风热病邪能否发病，与机体正气之强弱密切相关。正气虚弱者每易发病。

4.2 病　位

以肺为最主要的病位，在不同的证类中病位中心有所不同，可牵及心、胃、大肠等，但大多与肺有关。

4.3 病　性

温热为主，也可有温热挟湿及湿热者。为标实证或本虚标实证，标实主要表现在邪热、痰热、热毒、瘀血、燥屎等，多出现在急性期；本虚表现为气虚、阴虚等，主要见于恢复期及体质虚弱的患者。

4.4 病势与病机转化

风热病邪轻扬侵上，故本病早期，病势易于侵上，尔后热势渐张，劫灼津液，则可深

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

人肝肾。

4.5 病机转化

表证期，主要是风热之邪与卫气、肺气的抗争，阴津的损伤并不严重；若所感风热之毒邪不盛，正气不衰，则可能邪不传里。反之，邪热深入，出现里证，津液亏耗渐有加重，经过正邪的剧烈抗争，出现热退正衰或正气衰败；在表里证期，主要是邪气未全入里，正气又不能达邪外出，正邪交争处于相持阶段而致表里不和；在里证期，主要是邪气深入，而正气损伤较重，正邪交争处于邪盛而正有所伤的局面。

4.6 证类病机

虽然风热病邪作为风温肺热病的病因始终存在，但各证类中所发生的影响有所不同，兹将主要证类的病机略述如下。

热在肺卫 风热病邪犯于表，卫气与之抗争而发热；卫阳之气不能通达于表而微恶寒；卫气被郁，开合失司而无汗或汗少不畅；风热病邪犯于肺，肺宣发功能受到影响而致咳嗽。初起时以卫表为侧重，故虽咳嗽，痰不多或咳不著；继之邪渐全归于肺，则邪蕴肺胃证类转化。

痰热壅肺 由卫表受邪转来，热邪入里灼津为痰，形成痰热，或热邪入里，与宿痰相合而成。由于邪热炼津为痰而现痰黄、痰粘、痰红等候；由于温邪内蕴、痰热内阻，影响肺络失和而致胸痛。肺与大肠相表里，痰热壅盛，热灼肠液里结，大便秘而不行，兼湿滞者大便虽稀而不爽快，邪入阳明之腑，浊气上冲而影响神明，出现谵语神昏等候。

热陷心包 本病热陷心包的特点是痰热胶结内扰心神。由肺卫逆传心包者，病情更为重笃，其表现为神识昏迷、谵妄等。

阴竭阳脱 为热甚伤阴，阴不敛阳，致使阳气外脱，出现四肢厥冷，而色苍白，冷汗淋漓，脉微欲绝等。

气阴两伤 热邪不燥胃津，必耗肾液。本病晚期患者大多出现气阴两伤之证，其病机比较明确。气虚、阴津损伤构成本病的病机。气虚可见乏力气短懒言，津伤则口干渴。病势衰而邪未除，表现为低热不退、咳嗽不愈等。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

寒热伴有肺系症状是其最基本的特征，同时还具有发热急、季节性强、传变快的特点。详细了解有无感冒病史对本病具有重要意义。本病大多数患者可有感冒史，且起病大多突发寒热为先，继则咳嗽、咯痰、胸痛等。

5.2 分析病位

发病时和刻下有无肺系症状，若有，程度如何？如素日有咳嗽病史，则此次犯病与素日之咳喘是否一样？小儿或老人常开始出现胃肠症状，但总是与肺系有关，应仔细观察及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

检查。

5.3 确 定 病 性

根据患者临床表现定其属于温热、温热挟湿、湿热中的哪一种。风温病以温热为多。

5.4 确定病情轻重及所处的阶段

确定病情轻重及所处的阶段，从而了解其转归，认识本病的特点。辨风温病的特点要特别重视热和痰。内伤杂病中痰白为寒，风热病早期痰白也可按热论治，若痰呈脓样而黄则为肺热的重要依据。

6 鉴 别

本病应与风热感冒、肺痈、悬饮、急痨等相鉴别。

风热感冒 风热感冒也多由风热病邪引起，临床也出现发热、咳嗽、咯痰等症状，但其病情轻，发热多不高，或不发热，病位一般局限在卫分，极少传变。治疗多以解表宣肺之药即可汗出热退身凉。风温肺热病则病势急骤，寒战高热，热势甚壮，汗出后亦不易迅速退清，咳嗽胸痛，头痛较剧，甚至出现神志昏迷、惊厥、谵妄等症，如治疗不当，可产生严重后果。

悬饮 悬饮主要由水饮之邪引起，临床表现为胸痛、咳嗽、胸闷、憋气，郁而化热而多见发热症状，但本病初期，胸痛多重，饮停胸胁时，喘息胸闷重，发热多为中低度热。胸部 X 线片可鉴别。

肺痈 肺痈也为外感邪气引起，初期症状与风温肺热病相似，但其发病更急，常突然出现恶寒或寒战，高热，午后热甚，咳嗽胸痛，咯吐粘浊痰，继则咳痰增多，咯痰如脓，有腥臭味，或脓血相兼，随着脓血的大量排出，身热下降，症状减轻，病情好转，经数周逐渐恢复。如脓毒不净，则持续咳嗽，咯吐脓血臭痰，低热，盗汗，形体消瘦，转入慢性过程。对于少数难于确诊的病例，可结合进行 X 线胸部检查或摄片。

急痨 此项鉴别较为困难，因均具有发热及肺系症状，一般肺痨患者的发热午后为突出，伴盗汗等结核中毒症状，血沉加速，结核菌素试验呈强阳性。痰培养、PCR 发现结核杆菌，胸部 X 线检查对于二者的鉴别有重要意义。

其它病证 邪郁上焦证宜与乳蛾和大头瘟相鉴别。本证与它们的根本区别在于本证属于风温病中的兼证，仍有较显著的咳嗽、痰多特点，为风热上犯，其本在肺，本证与火郁变证有所不同，火郁证可有内火因素参与，且未必有肺系症状。热入营分与热陷心包者和其他温病中所出现的心营症状不同的是，前者必然存在痰的影响，但又不同于痰蒙心包的以痰为主。它有痰、热两种因素，亦即兼有痰蒙心包与热入心包两方面的特点。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

7.1.1 热在肺卫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：发热，咳嗽，头痛，恶风寒，口渴，痰多，无汗，苔白或微黄，脉浮数，亦可见弦滑。以恶风寒，无汗为本证诊断要点。

病机分析：风热病邪犯于表，卫气与之抗争而发热；卫阳之气不能通达于表而微恶寒；卫气被郁，开合失司而无汗或汗少不畅；风热病邪犯于肺，肺宣发功能受到影响而致咳嗽。初起时以卫表为侧重，故虽咳嗽，痰不多或咳不著。

转归：本证候经过正确的治疗，可减少逆传心包的发生，但亦有少数病例虽初起即得到正确的治疗，病变仍逆传心包，应予警惕。所以风温肺热病的早期辨治是非常重要的。

治法：用辛凉疏散法。辛以疏风，凉以散热。

方药：银翘散（《温病条辨》）加减。

金银花　连翘　　杏仁　薄荷　芦根　苦桔梗　甘草　桑叶　牛蒡子

加减：无汗者，加荆芥；心烦者，加山栀；喘促者，加炙麻黄、生石膏；痰多者，加贝母；头痛者，加菊花、蔓荆子；咽痛明显者，加山豆根、板蓝根。

临证参考：本病不同于普通感冒中的风热外感，治疗时除针对风热之邪而辛凉疏散外，也要注意肺气的宣畅，故杏仁、桔梗必不可少。方中桔梗、薄荷不可用量过大，一般不超过 6g 或 10g，以防升散太过；金银花、连翘用量宜大，体壮者可达 30g，以加强辛凉疏散之力。病重者可每日两剂汤药，每隔 6 小时服 1 次；煎药时间不宜过长，以汤药“香气”大出为度；服药后微微发汗为佳。可先开两日的剂量，因热病传变快，若发生传变当另行辨治。

7.1.2　痰热壅肺

临床表现：发热，痰多痰鸣，痰粘或黄或白，咳嗽，胸闷，气粗，舌红苔黄或白或腻，脉弦滑而数。以痰多痰鸣，痰粘痰黄或红，胸闷苔腻为本证诊断要点。

病机分析：邪热内侵，灼津成痰，痰热壅肺，肺之宣发、肃降功能失常，故咳嗽而喘，咯痰白粘或黄粘。痰热阻滞，气机不畅，故胸闷或胸痛；舌红苔黄腻，脉弦滑而数，亦为痰热之象。

转归：痰热壅肺证是病情转变的一个关键阶段，如果失治误治，或病情重笃者，可邪传心包，出现热陷心包证。如果治疗及时得当，则病情好转，进入恢复期。因此在临床常把此期作为主要研究对象。

治法：清热化痰。清热指清肺气之热及痰中蕴积之热。化痰指化肺中有形之痰。根据“热”与“痰”的侧重而决定具体治法中“清热”与“化痰”的比重。

方药：

中成药选用穿琥宁注射液 400mg 加入 5% 的葡萄糖注射液 500ml 中静脉点滴，每日 1～2 次；双黄连粉针剂 1.2g，加入到 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静脉点滴，每日 1～2 次。

汤剂选麻杏石甘汤（《伤寒论》）合千金苇茎汤化裁。

炙麻黄　杏仁　生石膏　黄芩　连翘　虎杖　白花蛇舌草　鱼腥草　全瓜蒌　冬瓜仁　贝母　桔梗　甘草　芦根

加减：腹实便秘者，加大黄、全瓜蒌；痰黄稠者，加胆南星、天竺黄；痰红者，加桑叶、焦山栀；痰鸣者加射干；胸闷甚者，加广郁金、金沸草；热甚者，加山栀、金银花。

临证参考：痰热壅肺宜清化痰热，痰热去则肺气通，故要注意观察痰色与痰量的变

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化，从而在选药及药量上作出适当调整。热重者加强清热，痰甚者加强化痰。痰多痰粘或痰黄痰鸣者为邪蕴肺胃；汗出，尿黄赤少为气分热炽；便秘、口渴、汗出为阳明腑实。

7.1.3 热陷心包

临床表现：神昏，谵语，发热夜甚，咳嗽气促，痰鸣肢厥，舌红绛，苔干黄，脉数滑。以神昏谵语为本证诊断要点。

病机分析：本病热入心包的特点是痰热病机的参与。由肺卫逆传心包者，病情更为重笃，其表现为神识昏迷、谵妄等。

转归：该证主要发生于老年患者，或有肺部宿疾或发生于危重的原发病之后。是外感热病的危重证候。如果患者正气尚未完全衰败，加之治疗得当，病情得到控制，进入恢复期。如果正气大亏，或治疗不当，病情加重，出现昏迷或昏愦。

治法：清热豁痰开窍，即清开闭窍之痰热。

方药：

中成药选用清开灵注射液 40ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静滴，1 日 1～2 次；醒脑静注射液 20ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静滴，1 日 1～2 次；安宫牛黄丸、或紫雪丹 1 丸，口服或鼻饲，日 1～2 丸。

汤剂常以清营汤（《温病条辨》）合菖蒲郁金汤（《温病全书》）加减。

羚羊角粉　生地　连翘　石菖蒲　广郁金　牛蒡子　天竺黄

加减：舌绛者，加丹皮；舌干者，加石斛；苔黄者，加黄连；尿赤者，加白茅根、芦根。

临证参考：本证所用基本方药既不完全同于其他温病常用的清营汤、菖蒲郁金汤，又有两方之意，主要是考虑到本证系风温痰热闭窍之故，临床要在开窍的同时，根据患者痰之多少，热势之盛衰，决定化痰与清热的力量。

7.1.4 气阴两伤，余邪未净

临床表现：发热或不发热或自觉发热、咳嗽，痰不多而粘，口燥渴，气短神疲，舌干红、裂，苔黑或焦，脉数细。以口燥渴、气短神疲为本证诊断要点。

病机分析：热邪不燥胃津，必耗肾液。本病晚期患者大多出现气阴两伤之证，气虚可见乏力气短懒言，津伤则口干渴。病势衰而邪未除，表现为低热不退、咳嗽不愈等。

治法：养阴清热。风温肺热病用益气养阴法，要注意宣肺、润肺、益肺。

方药：

中成药选用养阴清肺糖浆，每日 10ml，每日 3 次。

汤剂常用方为沙参麦冬汤合增液汤化裁。

北沙参　麦冬　生地黄　甘草　石斛　天花粉　玄参　白芍　杏仁　阿胶　太子参

加减：纳呆者，加谷芽、麦芽；腹胀者，加佛手、香橼皮。

临证参考：年老体弱患风温者多有此证。成年体壮者较少出现此证，即便有此证，往往可用饮食调理而愈。用益气养阴当惟调补为主，药量宜轻。

7.2 临床用药经验与体会

7.2.1 清热解毒药

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

风温肺热病的致病邪气是风热病邪，故清热解毒是其最主要的治法，但苦寒之品最易损伤脾胃，在具体应用清热解毒药物时，每每权衡邪正的盛衰而用之。若邪毒炽盛，热势鸱张，清热解毒亟当加大用量，不可因其虚弱而不敢选用；因热势炽盛，若不急除其邪，邪热必耗伤阴津，甚则入营生变，或致厥脱，比单纯药物伤脾胃的副作用要危险的多。若正虚邪恋，邪势不盛，则只需轻清之品，并导邪以出路即可，量宜小，若再用苦寒重剂，有害无益，徒伤脾胃。

7.2.2 益气养阴药

益气养阴药，在风温肺热病中的应用，一般用于恢复期，邪退正虚，或正虚邪恋阶段。但因病人的体质不同，也有用于其它阶段的，不可拘泥。

扶正之法，最难掌握，在长期临床中发现，热势高者不是正气尚旺就是邪气过亢，二者无论是哪一种情况都不能用益气助火之黄芪、党参、黄精之类；热势低者若见苔黄腻或是红绛无苔，即使有气短乏力等气虚症状，也不可选黄芪、党参之类，否则有死灰复燃之虑。甘寒养阴之品基本上可用于病程的各阶段，但肺胀而有痰湿体质者，虽有口干、痰粘之阴伤症状，也不可用养阴，否则有助湿生痰之虑。在具体应用时，可把扶正之品分成几个层次，以便根据虚损的程度、邪实和正虚的孰轻孰重来辨证选用。

仙鹤草、功劳叶：二药均有一定的益气补虚损的功能，补虚而不留邪，邪盛而正虚不甚时用之最佳，是邪盛而正虚的首选药物。

太子参：益气补虚作用较前二药稍强，补虚不留邪。

人参：益气作用强，并有一定的生津作用，正虚邪气留恋在表选用时配苏叶、豆豉，也常用于抢救阴竭阳脱者。气阴两伤较明显者，多选用西洋参。人参古人记载其扶正而不恋邪，但邪热炽盛时以不用为好。

黄芪：甘温，益气偏于助阳，气虚初感寒邪，尚未化热可用；发热者不可轻易用之，气虚内有蕴热者，可与知母配伍。

沙参、麦冬：养阴生津而不恋邪，病程中有阴津伤者均可选用。

黄精、熟地：滋阴易留邪，非后期热退阴亏者，不可用之。

知母：苦寒清热养阴，用于邪在气分，阴伤舌苔黄燥者最为合适。

玄参：咸寒清热滋阴，用于邪在营分，阴伤舌红无苔者。

生地：甘寒清热养阴，热盛阴伤或邪在营分均可用之。

芦根、白茅根：甘寒，清热不伤阴，生津不留邪，并有利小便的作用，易于邪气从下而解，可用于病程的各个阶段。

7.3 变证的治疗

变证不是风温肺热病演变过程中的必然证候，它的出现与患者的体质及感受邪气的程度密切相关。一般说来，如果患者体质差，感受邪气重，易于出现变证，变证较一般证候更为凶险。风温肺热病常见变证有三种，即厥脱、咯血、昏谵。

7.3.1 厥脱证

厥脱证主要见于老年人或虚人而患的风温肺热病，患者一般体质状态较差，感受邪气重，致使风热邪毒容易内陷，耗伤阴津，阻遏阳气，其厥为热厥，阴耗过度，不能敛阳，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发为阴竭阳脱。临床主要表现为高热骤降，大汗肢冷，颜面苍白，呼吸急迫，痰涎壅盛，唇甲青紫，神志恍惚，脉微欲绝，血压下降，脉压差缩小，舌红少津。此证发生前可有一些先兆征象，如高热持续不退，虽高热但面色苍白，精神萎顿，尿少，舌质由红转淡或虽起芒刺而圆钝。治疗清热解毒祛邪仍为重要治法，为治本，不清热解毒，则热厥无以除。回阳救逆为治标的权宜之法，即所谓急则治其标，一但阳气回复，温热之附子、肉桂之品就不可继用。具体应用时，一方面回阳救逆，用参附汤浓煎鼻饲，参附青注射液或生脉注射液静脉点滴；另一方面大剂清热凉营，并合用穿琥宁注射液、双黄连粉针剂和清开灵注射液静脉点滴。另外，风温肺热病厥脱证的病理实质是邪毒内陷，耗伤阴津，这必然造成血液运行缓慢，而出现血瘀证。故在用药时，加用活血化瘀的药物是必要的，根据临床观察，在抢救风温肺热病引起的厥脱证时，加用丹参注射液 40ml，加入 5% 葡萄糖溶液中，静脉点滴，可以增加抢救成功率。

7.3.1.1 气阴两亏

临床表现：精神萎靡，气短，口渴，汗出，四肢欠温，尿少，舌红或淡红，脉细数。

治法：益气养阴。

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）加减。

人参 麦冬 五味子

加减：若汗出明显者，加山萸肉、煅龙牡。肢冷息微者，加炮附子 15g，急煎频服或灌服。

针剂：参脉注射液 40ml，加 10% 葡萄糖注射液 100ml，静脉注射，每 10～15 分钟 1 次，连续 3～5 次。

临证参考：本证多见于风温肺热病的急性期，患者多有严重的原发病，或年高体弱。治疗首先按照“急则治其标”的原则，以益气养阴固脱为主，同时也应该明白，风温肺热病厥脱证的发生是因邪毒内陷所致，所以大剂清热解毒的应用也是必须的。厥脱证期，因邪毒内陷，正气不足，脾胃运化缓慢，故采用口服或鼻饲药物发挥作用时间会相对延长，故用药最好采用静脉用药，但可用于静脉用的中药，治疗此证还无完全把握，故此期临床仍然是中西结合治疗。但可以肯定的是参脉注射液、生脉注射液等中药制剂，对于稳定血压是有效的。

7.3.1.2 阳气暴脱

临床表现：神志淡漠，气息微弱，四肢逆冷，大汗淋漓，面色苍白，口唇紫绀，体温不升，舌干无苔或光剥，脉虚数或结代，或消失。

治法：回阳固脱。

方药：参附汤（《正体类要》）或四逆汤（《伤寒论》）加减。

红参 炮附子 干姜 炙甘草

本证最为凶险，急当中西结合救治。

7.3.2 咯血

本证多出现于素有肺痨、咳喘等肺部宿疾或心痹、心喘等心系宿疾基础上，又患风温肺热病的患者，也可见于无宿疾者。因热邪久羁，深入血分，耗伤津液，迫血妄行所致，按卫气营血辨证，为血分证。临床主要表现为：咳嗽频作，咯出大口鲜血，或痰中夹带血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

丝，伴心烦，身热夜甚，舌质紫绛，脉数。

治法：清热解毒，凉血散血。

方药：犀角地黄汤（《备急千金要方》）加减。

丹皮　水牛角　生地　连翘　黄连

热毒炽盛者，选用清瘟败毒饮合血府逐瘀汤加减。若出血过多，气虚不摄，欲虚脱者，可急投独参汤以补气固脱而摄血。

由于血分热毒炽盛必然带来两种恶果：一是邪热灼伤血络，迫血妄行，致使血不循经，溢出脉外，引起各部位之出血，形成离经之瘀血。离经之血瘀于体内，阻滞血行，加重出血；二是热邪大量耗伤血中津液，导致血液浓缩，运行涩滞，渐聚成瘀，瘀阻络脉，便可加重出血。因此，清热解毒，凉血散血，以治其本；滋阴养液，降低血液粘稠度，改善血液的凝聚状态，可凉血散血而化瘀，起到相辅作用；少佐活血化瘀之品，使瘀血消散，祛瘀而助止血，止出血不留瘀血，化瘀血以生新血，相辅相成，三全其法。

7.3.3　昏迷

昏迷是指神识迷糊或人事不省，即心跳呼吸存在，而意识丧失，对环境刺激缺乏反应。临床上，昏迷和谵语常并存，俗称“昏谵”

7.3.3.1　阳明腑实

临床表现：高热或日晡潮热，面目俱赤，声重气粗，神昏谵语，四肢厥逆，腹满便秘，腹部按之灼手，苔黄燥或焦黑起芒刺，脉滑数或沉实有力。因胃络通心，热结阳明，腑实壅滞，火热上冲，扰乱心神所致。

治法：苦寒下夺，釜底抽薪。

方药：增液承气汤（《温病条辨》）加减。

生地　玄参　麦冬　大黄　玄明粉　水煎　送服安宫牛黄丸

7.3.3.2　热闭心包

临床表现：身热灼手，神昏谵语，痰壅气粗，唇干舌蹇，肢厥便秘，昼轻夜重，舌质红绛，苔黄燥，脉细滑而数。

治法：清心凉营，豁痰开窍。

方药：清宫汤（《温病条辨》）送服（《温病条辨》）安宫牛黄丸。

水牛角　玄参　莲子心　竹叶卷心　连翘心　麦冬　水煎送服安宫牛黄丸

临证参考：若是瘟疫、瘟毒、热毒壅盛，充斥气血三焦，壮热烦渴，口秽喷人，头痛如劈，谵狂不安，斑疹紫黑，吐血衄血，舌质紫绛，舌苔黄焦者，则以大剂清瘟败毒饮送服安宫牛黄丸。

7.3.3.3　痰蒙心窍

临床表现：神识昏蒙呆痴，时昏时醒，间有谵语，身热不扬，胸腹痞满，舌苔黄浊而垢，脉濡或滑数。

治法：清热化湿，豁痰开窍。

方药：菖蒲郁金汤（《温病要书》）加减。

石菖蒲　郁金　山栀　连翘　丹皮　竹叶　滑石　天竺黄　竹沥　姜汁

热重者送服至宝丹；痰盛者送服苏合香丸；湿盛者送服玉枢丹。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4 外治法

风温肺热病高热的外治。

刮痧：自上而下，先轻后重，刮至局部皮肤出现红紫色痧点即可。常用部位为背部沿督脉和膀胱经，腋窝及肘窝等处，刮后半小时复测体温脉搏。

擦敷散热酊：用纱布蘸取酒精、或散热酊反复擦拭前额、颈项、胸背、四肢等处（小儿及对酒精过敏者忌用）。

灌肠：用大黄枳实汤（生大黄、枳实、甘草、山药、寒水石），煎水取汁 200ml，高位直肠滴注或灌肠（保留 30 分钟左右），每隔 2～4 小时 1 次。体温下降后应视病情而减少灌肠次数或停用。也可用清热灌肠汤（生石膏、连翘），煎取汁 200ml，用法同大黄枳实汤。

7.5 针灸疗法

邪在肺卫：针刺大椎、曲池、合谷，也可取十宣穴点刺放血。

痰热壅肺：针刺曲池、肺俞、丰隆穴，痰粘难咯者，加天突穴。

热陷心包：针刺人中、内关、涌泉穴。

阴竭阳脱：针刺关元、气海，或灸关元、百会等穴。

7.6 西医治疗撮要

风温肺热病相当于西医多种病原体引起的肺炎。肺炎的种类繁多，按病因分为病毒、支原体、立克次体、细菌及真菌性肺炎。

7.6.1 肺炎链球菌肺炎

一般措施：卧床休息，多饮水，进食易消化食物。

抗菌药物治疗：以青霉素 G 为肺炎链球菌肺炎的首选抗生素。病情轻，无并发症者，可青霉素钠盐 80 万 U，肌注，每日 2～3 次；病情重者，青霉素钠盐 160～640 万 U，静脉滴注，每日 2～3 次；病情危重者，可合用氨基糖甙类。疗程一般 5～7 天。对青霉素过敏者，可用红霉素、头孢菌素等。

对症治疗：高热者，给予物理降温或用小剂量解热药物；呼吸困难者，给予吸氧；咳嗽明显者，可用镇咳药及祛痰药；胸痛明显者，可用可待因等。

7.6.2 金黄色葡萄球菌肺炎

一般治疗及对症治疗同肺炎链球菌肺炎。

抗菌药物治疗：对青霉素敏感者，可应用青霉素钠盐，剂量 8 万～12 万 U/（kg·d）；对青霉素过敏者，可选用红霉素、庆大霉素、林可霉素等；严重感染者可选用头孢菌素Ⅰ、头孢菌素Ⅱ，剂量为每日 4～6g，分 3～4 次静脉点滴；严重的耐药金葡菌感染，可选稳可信 1g，静脉点滴，每日 2 次。

7.6.3 肺炎克雷白杆菌肺炎

一般处理及对症治疗见肺炎链球菌肺炎。

抗菌药物治疗：首选氨基糖甙类与头孢菌素。一般应用庆大霉素 8 万 U，肌注，每日

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2次；也可用丁胺卡那霉素及第二、三代头孢菌素类；无合并症的肺炎常规维持治疗3周，有肺不张、肺脓肿、或脓胸时应延长治疗时间。

7.6.4 军团菌肺炎

一般处理及对症治疗见肺炎链球菌肺炎。

抗菌药物治疗：首选红霉素，轻症患者每日1～2g，分4次口服；中、重度患者可用红霉素2g/d，静脉点滴，疗程至少为3周；对免疫抑制或有脓肿、脓胸者，可以红霉素与利福平联用，利福平用量400mg/d。

7.6.5 肺炎支原体肺炎

一般处理及对症治疗见肺炎链球菌肺炎。

抗生素治疗：对大环内酯类抗生素有特效。一般以红霉素0.4g，每日3次或4次等症状缓解、病变吸收后停药。复发后用上药仍有效。

7.6.6 病毒性肺炎

以婴幼儿及年老抵抗力降低者易患。

对症治疗为主，严重者加强支持疗法。

抗病毒药：金刚烷胺片0.1g，每日2次，连用3～5日。病毒唑0.2～0.4g，每日3次。连用3～5日。

继发细菌感染者应予以抗生素。

7.6.7 休克型肺炎

指肺炎合并有周围循环衰竭者，又称中毒性肺炎。多由毒力较强的肺炎链球菌及大肠杆菌引起，少数可有病毒引起。

一般治疗：去枕平卧，稍抬高下肢。给予吸氧、保暖、维持呼吸道畅通。

补充血容量：低分子右旋糖酐500～1000ml/日，静脉点滴；也可用706代血浆500ml/日，或新鲜血液200～400ml/日，静脉点滴；以5%葡萄糖生理盐水补足每日液体需要量。

血管活性药物：东莨菪碱0.6～1.2mg/次，静脉注射；多巴胺20mg/200ml液体内静脉点滴；间羟胺10mg/100ml液体内，静脉点滴。

纠正酸中毒及电解质紊乱：根据血液检测情况，给予相应的治疗措施。

控制感染：在获得痰菌培养结果前，凭经验选二三个抗生素联用，待药敏试验结果回报后，做相应的调整。

肾上腺皮质激素的应用：地塞米松5～10mg/次，每日一般不超过60mg，疗程不超过3～5天。

其它治疗：有心衰者，适当应用强心剂，常用西地兰0.2～0.4mg/次，缓慢静脉点滴；烦躁不安者，可给予不影响呼吸中枢的镇静剂；伴呼吸衰竭者，治疗呼吸衰竭。

8 疗效评定标准

国家中医药管理局医政司北方热病协作组制定的风温肺热病疗效评定标准如下。

临床治愈：热退，咳嗽、喘息、咯痰症状消失，或恢复到发病前状态，化验正常，胸X线提示有明显吸收者。

显效：热退、咳嗽、喘息、咯痰症状明显减轻，血象正常，X线提示炎症有部分吸收

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者；或症状基本消失，但X线提示无明显吸收者。

有效：热势减退，咳嗽，喘息，咯痰较前有好转。血象基本正常，X线提示炎症有好转或无明显吸收者。

无效：仍发热，咳喘症状同前或恶化者。

中国中医药学会内科热病专业委员会制定的风温肺热病（病毒性下呼吸道感染）诊疗标准中急性气管-支气管炎、肺炎的疗效评定标准如下。

急性气管-支气管炎

治愈：临床症状在3~4天内全部消失，肺部体征消失。

显效：临床症状及肺部体征在4~6天内大部分消失。

好转：6天之内部分症状和体征消失或明显减轻。

无效：6天以上症状和体征未减轻或加重者。

肺炎

临床治愈：临床症状及肺部体征在7天内全部消失，X线显示明显好转。

显效：临床症状及肺部体征在7~9天内大部分消失，X线显示好转。

好转：10天内部分症状消失，肺部体征或X线有所减轻。

无效：10天以上症状和体征未减轻或加重者。

9 调摄护理

9.1 一般护理

让患者安静卧床休息；保持室内空气要新鲜，避风寒；测定体温脉搏，每日4次；查看舌苔，每日1次；饮食宜清淡，忌油腻及鱼虾腥荤等生痰助热之品，禁烟酒。

9.2 辨证施护

邪在肺卫：恶寒者保暖，酌加衣被；高热者散热；汤药宜热服，并辅以热饮料，取微汗，忌大汗；观察病人出汗部位、性状及体温变化；汗出多者以干毛巾擦拭，忌用冷毛巾或冷水擦身；观察病人饮水多少，喜冷喜热，咳嗽轻重，痰量性状，二便情况，以判断邪之进退。

痰热壅肺：退热可参考上述散热措施；嘱多饮开水或芦根水或清凉饮料；喘憋者吸氧；咯痰不爽者，取侧卧位，以手掌轻轻拍背，或饮鲜竹沥水，鼓励病人将痰咯出；服泻下药后，观察大便次数、性状及体温变化。

热陷心包：定时翻身，保持皮肤清洁，宜用温湿毛巾擦身，预防褥疮；如皮肤灼热泛红，心烦胸闷，甚或耳聋，为欲发斑疹之兆，应及时报告医生；已发斑出疹者，注意斑疹透发情况，色泽及相应症状，以判断顺逆；喘促而不知吐痰者，吸氧，必要时吸痰；密切观察神志、呼吸、体温、脉搏、血压变化。

阴竭阳脱：发现病人体温骤降，汗出肢冷，血压下降，为阴竭阳脱之危象，应立即报告医生，并尽快开辟静脉通路，准备好急救车及急救用品，参加抢救，配合医生密切观察患者神志、呼吸、脉搏、血压的变化，并随时给以相应的处理。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气阴两伤，余热不尽：风温肺热病后期，气阴两伤，余热不尽，嘱病人饮食清淡，安静休息，不可贪凉贪食，以防病情反复。

9.3 调　　摄

由于风温肺热病属常见多发病，因而在未病之前，进行预防，既病防止传变，病后防止复发，具有重要意义。

9.3.1 加强锻炼，增强体质

锻炼方法较多，可选适合个人情况的方法。太极拳、五禽戏、内养功、医疗行走、八段锦等皆可选择，但对于预防本病来说，仍以呼吸体操为好。

9.3.2 药物预防

对于有年老、体弱或有肺部宿疾的患者，在冬春易发季节，采用药物预防是必要的。但目前无特异性预防药物，应用时当根据个体特点，辨证用药，才能受到较好的预防效果。

肺气不足，卫外不固，多见易感冒，动则气短汗多，舌质淡，苔薄白，脉按之无力。治当益肺气固卫表，可选用玉屏风散加味。药用生黄芪、炒白术、防风、生姜、大枣。泡水代茶饮。

肺津不足，以咽喉时时作痒，口干舌稍红脉细为特点，当润肺为主，可用沙参麦冬汤加减，药用沙参、麦冬、银花、甘草。泡水代茶饮。

9.3.3 慎避时邪

在冬春易感季节，要注意起居衣着，避免与感冒病人接触。

10 康　　复

10.1 药 物 康 复

药物康复主要是针对风温肺热病变后期存在的不同程度的正虚而进行调补。无论是补气还是养阴，均需宣畅肺气。

多数患者在风温肺热病后期纳食渐增，对于病退而纳呆者，当调其脾胃，助其消化，培补后天之本，可酌用香砂六君子汤加苏梗、焦三仙等。

10.2 饮 食 疗 法

可辨证地先用沙参粥、麦门冬粥或蒲公英粥。

沙参粥：适用于燥咳无痰、口渴、舌干少苔者。每次取北沙参 15g，捣碎，选用粳米 50g，冰糖适量，同入砂锅内，加水 500ml，煮至参烂米熟，汤稠粥面有油为度，早晚各 1 次温服，3～5 天为 1 疗程。

麦门冬粥：适用于肺胃津伤，心火较盛而心烦者。每次取麦门冬（去心）10g，温水浸泡片刻，大枣 2 枚，冰糖适量，白粳米 50g，同入砂锅内，加水 500ml，煮至麦门冬、大枣烂熟，米熟粥稠即可。每日 2 次温服，3～5 天为 1 疗程。不可与木耳同时服。

蒲公英粥：有清热解毒、消肿散结之功。适用于肺部 X 光阴影消散缓慢而又有热象者。每次取连根蒲公英 30g，洗净切细，煎取浓汁，约 200ml 去渣，入北粳米 50g，冰糖适

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

量。再加水 400ml 煮成稠粥。每日 2 次，3～5 天为 1 疗程。

10.3 自我按摩

拍肺：两手自两侧肺尖开始向下沿胸廓拍打各 10 次。两手握空拳，背稍前屈，捶打背部 10 次。

按天突穴：用于有痰不易咳出者或气短不能平卧者，可用拇指按压胸骨上的天突穴，拇指要从天突穴向胸骨柄内面按压，以有酸胀感为宜，按压 10 次。

按摩膻中穴：膻中穴位于前胸两乳之间，用手掌按于膻中穴，作顺、逆时针方向按摩 60 次。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 正名

风温肺热病始见于 1986 年第 3 期《中国中医药杂志》的《风温肺热病 335 例临床研究》，1994 年 1 月国家中医药管理局医政司《中医内科急症诊疗规范》："风温肺热病是感受风热病毒所引起的，以冬春两季多发的急性外感热病。"由董建华、杜怀棠等人研究而成，获 1986 年度卫生部重大科技成果乙级奖，1994 年列入国家中医药管理局制定的行业标准中。

其源于《素问·刺热篇》："肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄。身热，热争则喘咳，痛走胸膺背，不得太息……"及陈平伯《外感温热篇》："风温为病，春月与冬季居多，或恶风，或不恶风，心身热。咳嗽、烦渴。"

风温为冬春两季常见的外感热病，肺热病为感受外邪后引起的痰热阻于肺脏的病证，即感受风热外邪，痰热、瘀毒互阻，致肺脏功能失常，症见发热，咳嗽，咯痰，口干渴，舌红苔白或黄，脉数。四季皆有，冬春多发。查肺部可有局部叩诊浊音，听诊有呼吸音低、气管呼吸音、湿啰音等。胸部 X 线透视肺部有炎性改变。末梢血象白细胞升高，中性增多。痰培养、病毒分离发现病原体。

它多见于急性肺炎、支气管周围炎和急性支气管炎等急性肺部感染疾病。

1.1.2 别名

别名又有风温、冬温之称。

风温：《外感温热篇》："风温为病，春月与冬季居多，或恶风，或不恶风，心身热。咳嗽、烦渴。"

冬温：《温病条辨》："冬温者，冬应寒而反温，阳不潜藏，民病温也。"

1.1.3 弃名

弃名有肺热病、温热。

肺热病：《素问·刺热篇》："肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

温热：《温病条辨》："温热者，春末夏初，阳气弛张，温盛为热也。"

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学的现代研究

1.2.1.1 季节气候因素 杜怀棠等通过335例风温肺热病临床研究发现，春季（从立春至谷雨）112例，夏季（从立夏至大暑）36例，秋季（从立秋至霜降）59例，冬季（从立冬至大寒）106例，22例未做统计。冬春两季发病明显高于夏秋两季，符合古代文献"春月与冬季居多"的记载。[1]

王成祥等对100例老年风温肺热病发病月份统计发现：老年风温肺热病的发病虽亦冬春为多，但秋季也不少。见下表

月 份	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
例 数	11	7	10	6	4	5	5	13	9	8	12	10

1.2.1.2 外邪 外邪是引起风温肺热病的病因，对于风温肺热病外邪的性质，《内经》认为是"热邪"，如《素问·至真要大论》记载"热淫所胜，民病寒热咳喘"；叶天士认为是"温邪"，陈平伯认为是风温之邪；北方热病组在《风温肺热病临床研究》中认为是风热病邪。虽说法不一，但对感受的病邪为温热性质的看法一致。

1.2.1.2.1 风热病邪的形成 风热病邪是风邪与温热之邪的合邪。凡多风或气候偏温的季节均可孳生。正如清·吴昆安所说："凡天时晴燥，温风过暖，感其气者，即是风温之邪。"风为春令之主气，此时阳气升发，气候温暖多风，故最易形成风热病邪。叶天士所说："风温者，春月受风，其气已温"就是此意。并且，春季的多风气候，也是风热病邪播散的最好条件。冬季应寒反暖，亦可形成风热病邪。

1.2.1.2.2 风热病邪的致病力 临床发现，不同病人虽都感受风热病邪，但病情轻重不同，这除了说明体质不同外，也说明所感受邪气的致病能力不同，风热病邪致病力的强弱主要决定于形成它的气候和所侵犯的机体的抵抗力。正常的气候条件所形成的风热病邪，致病力一般较弱。若冬春气候反常，如春季风过大或过热，冬季过暖，此时所形成的风热病邪致病力较强，甚至可引起流行。若机体抵抗力低，感受风热病邪，正气难以与邪对抗，不能及时祛邪外出，必然导致邪气鸱张，致病力增强。

风热病邪一般不会传染，但对体质虚弱的老年人来说，也极易引起交叉感染，或院内感染。

1.2.1.2.3 风热病邪入侵途径 风热病邪形成以后，散布于空气中，一般侵犯面部空窍为主，在体质虚弱机体抵抗力降低的情况下，由口鼻侵入，通过气道，进入肺脏则发为风温肺热病。

1.2.1.2.4 风热病邪的兼夹致病 风热病邪的致病，还可能夹杂其它因素，如春月忽冷或在冬季，都可能夹杂寒邪致病，叶天士对此论述道："春月暴暖忽冷，先受温邪，继为寒束，咳嗽、痰喘最多"（《三时伏气外感篇》）。若在夏秋季节，还可能兼夹湿邪致病，而成风温夹湿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2.1.2.5 风温肺热病外邪的微观分析 从微生物学的观点看，风热病邪为一组致病微生物，气候条件的变化一方面为其孳生、传播提供了条件，另一方面可引起机体抵抗力的下降，使病邪更易入侵。

王成祥等对53例痰菌培养阳性的老年风温肺热病（细菌性肺炎）结果进行分析发现，金黄色葡萄球菌2例；肠道杆菌科：埃希菌属、大肠杆菌8例；柠檬细菌属：弗劳地枸橼酸杆菌4例；克雷白菌属：肺炎杆菌11例，臭鼻杆菌6例；肠杆菌属：阴沟杆菌5例，产气杆菌1例；簇状肠杆菌：10例；变形杆菌属：奇异变形杆菌3例。其它革兰阴性需氧或兼性厌氧菌、假单胞菌属：绿脓杆菌9例，嗜麦芽假单胞菌1例，恶臭假单胞菌1例；不动杆菌属：硝酸盐阴性杆菌2例；真菌：混合霉菌感染2例。其中，革兰阴性杆菌所占比例为96.21%。王成祥等1997年冬春季，采用桥联酶标法（APAAP法）对成人病毒性肺炎进行流感病毒、副流感病毒、合胞病毒、腺病毒四类八型病毒检测，检测阳性的67例中，流感病毒52.24%，副流感病毒26.87%，合胞病毒和腺病毒感染占7.46%。

1.2.1.3 宿疾与体质 王成祥等对100例老年风温肺热病患者进行研究发现，老年组100例中，有宿疾者89例，占89%，其中肺部宿疾占65例次；而老年前期组36例，有宿疾者25例，占69%，其中肺胀19例；青壮组17例，有宿疾者1例，占5.88%。三组宿疾出现率依次为：老年组＞老前组＞青壮组。老年组与老年前期组、与青年组比较，X^2 检验分别为 $P<0.01$、$P<0.001$，有极显著差异。还可看出有肺胀宿疾的患者更易患风温肺热病。而虚性或虚实夹杂体质出现率：老年组84%，老年前期组为虚性体质出现率为75%，青壮组为5.88%，可以看出三组虚性体质出现率为：老年组＞老前组＞青壮组。

1.2.2 风温肺热病发病特点的研究

王成祥等对100例老年风温肺热病患者的发病诱因、发病部位、起病时症状等进行调查中发现：

发病诱因：起居不慎，“受凉”感冒者21例，天气变化12例，劳累7例，病重抵抗力下降或长期卧床者16例、叙述不出或不能叙述其诱因者24例，回答不肯定者20例。

发病部位：按卫气营血划分，发于卫分者56例，发于气分者23例，发于营分者3例、发病情况不明者18例。老年风温肺热病为新感温病，理论上推断应该有卫分证，之所以出现一发病即在气分或营分的情况，机理可能如下：①部分老年人正气极度虚亏，全身和局部抗邪能力均见降低，卫气功能近于消失，外邪入侵，很快进入气分或营分，好象缺少卫分阶段；②老年人反应能力差，若感受风热病邪毒的致病力较低，肺卫阶段邪正交争不烈，致使肺卫阶段无明显临床表现，待病情加重，症状表现明显时已进入气分阶段或营分阶段。

起病时症状（并与老年前期、青年期比较）：先见恶寒继见发热者44例；发病时先见宿疾加重恶寒或不恶寒，继见发热或烦热者23例；初起发热而无明显恶寒者13例；起病时发热、嗜睡者3例；发病时症状不明确者17例。而老前组23例中，初起有恶寒发热者23例，宿疾加重伴低热者6例，诸症加重而无发热者4例，发病情况不明2例。青壮组17例中，起病时出现发热恶寒者17例。可以看出，老年风温肺热病患者，初起恶寒发热多不典型，有宿疾者多表现为宿疾症状的加重。

发病与体温：老年组平均体温38.05℃，老年前期组平均38.79℃；青年组平均体温

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

39.17℃。发病时体温两两 t 检验，老年组与老年前组比较，$P<0.05$；老年组与青年组比较，$P<0.01$；老年前组与青年组比较，$P<0.01$。老年风温肺热病发病时体温较其它年龄组低。

1.2.3 病机学说的研究

姜良铎在病因病机学说研究上，认为除传统的风寒、风热、暑湿、温毒等病邪外，对“毒”邪致病有了新的认识，提出邪毒致热学说。邪毒致热学说认为毒是温病致热、致变、致急的因素，毒随邪入，热由毒生。湿毒、瘀毒在发病、病机转化中的作用逐步得到认识。另外，他认为随着中西医学相互间不断渗透和结合，西医细菌和病毒致病学说对中医外邪致病理论产生了很大的影响，细菌、病毒在感染传播途径、发病学机制、致病后机体的表现等方面均与中医外邪有相同之处。但两者在病因分类、传变方式、致病的分类等方面又不尽相同。因此，如何利用西医的细菌、病毒致病学说来丰富和发展中医外邪理论，是热病学病因病机学说发展的重要问题。如果将病毒、细菌与外感六淫邪气对等起来，认为流感病毒与风热邪气相对应，既抹杀了中医外邪致病理论的独特性，也很难与临床辨证相结合，不利于指导临床治疗。从中医学角度发展、创新外邪理论，使之客观化、量化，又不失中医理论的特性，与临床辨证论治能密切结合，是热病学病因病机理论的新课题。[2]

近年在对老年人风温肺热病的病机研究中发现，本病的病机及其转化有以下特点：①正虚是老年人易感受风热病邪的内因：《内经》对外感病的发病有“正气存内，邪不可干”的论述，说明正气在外感热病发病中占重要地位。老年人体质虚弱且多有宿疾，宿疾中又以喘证或肺胀为多，肺部宿疾长期缠绵不愈，一方面影响肺主一身之气的功能，导致全身正气虚弱，而且还可影响气道局部抵抗外邪的能力，使风热病邪更易入侵。②不同的宿疾、体质感邪后病机演变不同：对老年人风温肺热病（老年人细菌性肺炎）病机研究发现，老年人虚实夹杂的病理体质和缠绵不愈的宿疾，使感邪后的病机复杂化。素有肺胀者，其体质多属气阴两虚夹痰夹瘀，感受风热病邪后，邪热易与痰、瘀互结，蒙蔽清窍，发为神昏。

肺胀或胸痹日久，多出现阴阳两虚体质，感受风热病邪后，往往不但损伤阴津，而且也能耗气伤阳、阳气虚，则易引起水饮射肺凌心或水泛四肢，出现暴喘、水肿，其症喘息不能平卧、心悸气短、颜面及肢体浮肿（下肢为甚），发热并见畏寒，脉数，舌质淡胖。此类情况临床并不少见，相当于西医原发病为冠心病或肺心病，因肺部感染加重心脏负担，而引起的左心衰竭或全心衰竭。

正虚夹瘀者，感受风热病邪，热邪耗伤津液，使血液更加粘稠，以致瘀血内阻，阳气不得外达，而致厥脱。

2 临床研究

2.1 证候学与辨证规律研究

2.1.1 证候学研究现状

风温肺热病包括急性肺炎、支气管周围炎、气管炎等急性肺部感染性疾患。王成祥等对风温肺热病的治疗以清肺饮在临床上进行了观察，认为风温肺热病痰热壅肺证的痰主要

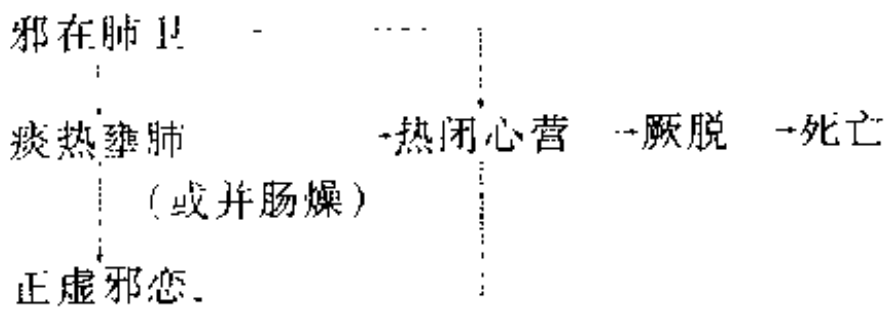
小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

是因邪热炽盛，灼津成痰。故痰的性质多为粘痰而难以排出。有喘证、肺胀等肺部宿疾者，多有宿痰留滞，邪热入里，与之搏结、凝炼津液，其痰多稠厚难咯。痰不得排出，壅阻在肺，进一步影响肺的宣发肃降功能，更加重了咳、喘症状。临床观察咳嗽、痰粘难出是风温肺热病（病毒性肺炎）痰热壅肺证患者的主要临床表现。鉴于上述痰形成的原因，要想从根本上祛除粘痰，除要祛已形成的痰外，还必须清解邪热，杜绝形成痰热的主要因素。清肺饮宣肺清热化痰，组方既有化痰之桔梗、瓜蒌、甘草，又有化痰加清热之黄芩，临床治疗风温肺热病（病毒性肺炎）疗效确切。[3] 周仲瑛等认为肺炎多属风温，治分卫气营血。风温气分证是病机转化的重要阶段，根据肺与大肠相表里的理论应用下法治疗肺炎有一定的疗效。[4] 北京中医药大学东直门医院与全国北方热病协作组进行的“风温肺热病辨治方案及证候疗效评分法”的研究，获部级乙级成果奖。该研究是应用系列辨证方药的方法，治疗 335 例风温肺热病并与西药抗生素相对照，结果表明：中医治疗风温肺热病的疗效与抗生素相当而无毒副作用，有效率达 89.6%。在以东直门医院为主的北方热病协作组研制的风温肺热病诊疗标准通过了鉴定。认为本病病位在肺，病理机制为痰热瘀毒互阻，肺脏功能失常，其传变和辨证规律多循卫气营血，但重点始终在肺，故把好气分关乃是成败的关键。[5] 姜良铎提出风温肺热病的证候学特点与有无内伤基础有密切关系。无内伤基础者素体健壮，因正气一时不能胜邪而发病，这部分患者，虽以青壮年为主，也有年少及老年患者。其证候表现有两个显著特点：一是临床经过呈典型性；二是临床表现与体质类型密切相关。典型的临床经过表现在：①有明确的外感病史；②急性发病；③因其兼夹邪气之不同而按六经或卫气营血或表里三焦传变，传变快，层次清；④反应虽剧烈，予后尚良好，一般病程短；⑤具明显的季节性；⑥同一种邪气致病的大环境中，外感病人群的症状具相似性。正常体质的易感性表现在病邪毒力较强或正气虚于一时。其倾向性多反映出病邪自身的特点；有内伤基础时风温肺热病的证候学特点是，内伤基础的存在常常导致外感病的非典型性与复杂性，呈现显著的个体差异性与复杂的临床证候。不同的内伤基础患风温肺热病后产生不同的特点：①肺系内伤者，多有喘证、哮证、肺胀、痰饮等肺系宿疾，患病后，出现恶寒、发热，原有咳喘痰加重，痰色转黄，痰量增多。体弱者可不发热，痰粘不畅而胸闷憋气转剧。②心系内伤者，心悸、怔忡、胸痹、心痹等患者在感受外邪方面更为敏感。发热常不显著，但衰弱感觉突出，心慌胸痛发作次数增加。③脾胃内伤者，胃脘痛、嘈杂、泄泻等患者发病后，可无明显的恶寒发热症状，而呈现原有脾胃症状的突然加重。[6]

2.1.2 风温肺热病证候组合、演变规律的现代研究

王成祥对 100 例老年风温肺热病传变规律与 23 例老年前期患者、17 例青壮患者对照，按卫气营血理论进行分析，发现有以下特点。

（1）易入营分为老年风温肺热病重要传变特点。风温肺热病属外感温热病的一种，所以其传变也遵循外感热病的卫气营血传变规律。老年风温肺热病的传变规律如图：



小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

老年风温肺热病的传变有两种情况：正常传变规律、异常传变规律。正常传变规律，也就是所谓的顺传，由邪在肺卫→痰热壅肺阶段→肺热肠燥→正虚邪恋。异常传变规律，即叶天士所说的“逆传”，由肺卫阶段→营分阶段，或由痰热壅肺阶段→营分，然后由营分阶段→厥脱→死亡。前者主要见于正气尚不甚虚，邪气毒力弱者，后者则相反。老年前组多数按第一种情况传变，少数按第二种情况传变。青年组仅按第一种情况传变。说明随着年龄的增长，患风温肺热病入营的机率越来越高。易入营分是老年风温肺热病的重要传变特点。除此之外，老年风温肺热病厥脱证及正虚邪恋证出现率也比其它年龄组高的多。

(2) 高龄、虚体、严重宿疾、热毒炽盛是老年风温肺热病易入营分的原因。热病易入营分的两个重要因素为正虚和邪盛，正虚抗邪无力，则邪气容易深入；邪气太盛，超过了人体正气的抗邪能力，正气不能抵挡邪气的深入。高龄和宿疾是引起正虚的重要因素，而热毒炽盛是反映邪盛的指标。

风热病邪的入侵也和其它外邪一样，由外感受，入里传变的。风热病邪由口鼻而入，先经过肺卫第一道防线，肺卫抗邪主要是依靠体表的藩篱作用和卫气的祛邪作用。老年人多有宿疾，并以肺胀等肺部宿疾为多，日久必致肺气虚弱，肺主皮毛，开窍于鼻，肺气虚弱，皮毛失于温养，鼻窍失于濡润，卫气功能也必降低，于是邪气通过肺卫第一道防线；老年人宿疾对机体的影响，并不限于局部，而是影响全身，引起全身正气虚弱，此已被有关病理体质的研究所证实。正气虚弱，抗邪无力，若邪气不甚重，正气聚而抗邪，则可祛邪外出，若邪气过甚，正气不能祛邪外出，便进一步发展；老年人病理体质以虚实夹杂为多，多表现为阴虚或气阴两虚夹痰或瘀，外邪由气分传入，则易与痰瘀相合，闭阻心包，叶天士对此曾有描述：“或平素心虚有痰，外热一陷，里络就闭”。

2.1.3 老年风温肺热病各证型主症的演变及次症的变换

肺卫阶段，有发热者多并见恶寒，无发热者，也多有周身酸痛，体困乏力，鼻塞流涕等表症；喘息多不重，咯痰或白或见清稀。脉浮数或弦数，舌象多无明显变化。

半表半里阶段虽有恶寒，周身酸痛等表症，但咳嗽加重，痰变粘变黄，大便干者开始增多。

痰热壅肺阶段有发热者多已不恶寒，咳、喘均较明显，痰量增多或变得稠粘难咯，大便干结，数日不下。舌质变红，苔变为白腻、白干或黄腻。脉象多见弦滑数。

进入热闭心营阶段，热势仍重，入夜尤甚。咳嗽则变得较轻或不咳，但喘促加重，神志变化增多，轻则萎靡嗜睡，重则神昏。出现舌红绛少苔或无苔，脉多见细数。

厥脱阶段，咳嗽消失，喘促重笃，喉中痰声漉漉。汗出肢冷，有部分病人体温在出现厥脱前，突然异常增高，出现厥脱后，又骤降到正常以下。神识淡漠，渐至昏迷。

正虚邪恋阶段，喘症多已不明显，咳嗽也见减轻，多为干咳无痰或痰少而粘，正虚症状成为主要矛盾。

2.2 治则治法研究

2.2.1 风温肺热病（细菌性肺炎）治则治法研究

在外感热病方面，在传统的治法如清热解毒法、通腑泻热法、化湿祛湿法之外，又对透邪法、滋阴法、活血化瘀法在热病治疗中的应用进行了深入的研究，运用于临床治疗取

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

得了可喜的疗效。同时，姜春华提出的截断扭转理论，认为治疗急性热病要重用清热解毒，早用苦寒攻下，及时凉血化瘀，这一理论已被临床及实验研究证明疗效高，可起到扭转病势，阻挡病邪深入的作用，是治疗理论上的重大突破。

老年风温肺热病的中医治疗方面，吕秉仁等认为老年肺炎，初起因体质虚弱，外邪进犯，迅速进入少阳，治疗用小柴胡汤加减以扶正祛邪；外邪入里，易出现阴伤热炽之证，用验方桑知饮疗效较好，用药桑皮、黄芩、银花、羚羊角、知母、青蒿、白薇、南沙参、枇杷叶、桔梗、生甘草；老年阳气不足者，易出现阳衰脱证，治疗以附子合四逆汤。[7]张万能对18例老年肺炎吸收不良者进行辨证治疗，正气不足，邪热恋肺者，以补虚养正，佐以清热化痰，用生脉散加黄芪、瓜蒌、枳实、竹茹、胆星；痰热为主者，以清气化痰汤加黄芪、玄参、麦冬等。邪热久羁气血两虚者，以养阴益气的生脉散加养阴清肺汤；脾肺两虚，痰浊阻肺者，以六君子汤加减；痰瘀互结，阻于肺络者，以复元活血汤加减。[8]裴业民提出治疗老年热病的经验，攻补兼施为常；先证而治为安；峻剂伤正为忌。[9]

2.2.2 风温肺热病（病毒性肺炎）治则研究概述

随着高效抗生素的广泛应用以及器官移植、骨髓移植的普遍开展，呼吸道病毒感染已越来越得到国内外的广泛重视。老年人、小儿及免疫低下人群的病毒性呼吸道感染都可能是致命的，最为有效、有针对性的治疗药物尚待开发，而中医复方制剂是最有前景的。因为病毒性呼吸道感染尤其是下呼吸道感染与人体的免疫状态密切相关，一般情况下，在免疫功能低下时发病，因此具有抗病毒和增强免疫功能双重作用的中药复方制剂较之单纯的抗病毒药物如病毒唑、阿昔络维更为对症和有效。可见开发有效的中药复方制剂是必须的，尤其是能静脉应用的药物。因此，中医药是目前国内治疗病毒性肺炎的主要手段之一。其主要治法有：①清热解毒、宣肺平喘，②活血化瘀，③扶正祛邪，④清热泻下等。

2.2.2.1 清热解毒、宣肺平喘 病毒性肺炎，属中医“外感热病”范畴，中医理论认为其病因是风热之邪，外邪从口鼻而入，侵犯肺脏，导致肺之宣肃失常。“热者寒之”、“温者清之”，清热解毒针对其邪热，宣肺平喘针对邪气所致的肺功能失常。故清热解毒与宣肺平喘合用应为病毒性肺炎的主要治法。对该法的临床报道也较多，有以古典名方化裁，有根据自己临床经验拟方，有根据现代药理研究提取有效成分的，此法则形成制剂的也最多，并且也取得了较好成果。

李贵满应用清瘟败毒饮加味，药用生石膏30g，黄连5g，黄芩、栀子、金银花、连翘、生地、丹皮、丹参、苏子、地龙、前胡、贝母各10g，治疗小儿腺病毒肺炎，并与西药对照。结果中药组治愈率明显优于西药组，同时啰音消失时间、喘咳消失时间及胸片恢复正常时间均明显缩短。[10]李美琴根据《伤寒论》理论及方药，按邪热壅肺之机理，从治热着手，用麻杏石甘汤治疗重症病毒性肺炎12例，治愈好转率为96%。[11]马建政用麻杏石甘汤加味，治疗小儿病毒性肺炎，结果治愈率为88.1%。[12]陈汉宁应用普济消毒饮加减治疗婴幼儿肺炎，并配合使用板蓝根注射液、鱼腥草注射液、柴胡注射液。结果治疗组总有效率为94.3%，与对照组相比有显著差异，$P<0.05$。[13]刘末宝应用双黄连治疗小儿合胞病毒性肺炎，并与病毒唑对照，二者对症治疗相同。结果：平均住院天数、啰音消失时间，均优于对照组。[14]孔晓棠采用双盲随机对照方法，用双黄连20g/L浓度雾化吸入，并与病毒唑对照，结果发现双黄连可加速病情缓解，加快退热，并能提高PO_2，改善X线表

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

现。[15]严淑敏应用大青合剂治疗小儿病毒性肺炎50例，方剂组成：大青叶20g、金银花15g、连翘15g、黄芩10g、地龙6g、胆星2g、桔梗4g、玄参10g、陈皮6g、甘草4g、杏仁5g。结果除3例病情较重转院外，其他全部治愈。[16]熊继柏应用苇茎五虎颗粒剂（以《备急千金要方》之苇茎汤合《仁斋直指方》之五虎汤为基本方化裁研制而成）治疗49例，并与病毒唑加抗生素对照，结果治愈率分别为95.9%、91.1%。但前者对于改善症状、体温恢复正常时间、咳嗽消失、X线片恢复正常，显著优于后者。[17]

2.2.2.2 活血化瘀 肺主气，气行血，肺朝百脉，当肺受外邪侵袭而影响其生理功能时，血脉运行受阻而产生瘀血病理现象，西医学也发现小儿病毒性肺炎患者存在微循环严重异常，这是应用活血化瘀治疗病毒性肺炎的依据。

许国英等报道，以活血化瘀为主治疗呼吸道合胞病毒肺炎104例，其中气血凝滞有血瘀证者治用化瘀汤以行气活血，化瘀散结，方用黄芪15g，当归、赤芍、川芎、水蛭各9g，鸡血藤12g，丹皮、虻虫各6g；气滞血瘀，痰涎壅阻，咳痰盛者，应用平喘Ⅱ号以化瘀散结，豁痰平喘，方用丹参、瓜蒌各12g，红花、桃仁各9g，胆星、乳香各6g，没药、细辛各3g；血瘀气滞，毒热内盛者应用解毒通瘀汤以养血益气，破血消瘀，方用黄芪12g，莪术、当归各10g，青黛、紫草、丹皮各9g，桃仁6g；气血凝滞，热盛者加用抗毒解热剂以通里攻下，逐瘀通滞，祛胃肠结热，方用大黄、芒硝、玄参、板蓝根各9g，甘草6g。结果治愈103例，平均7.5天退热，9.6天肺部啰音消失，15天出院。[18]罗玉桃等认为治疗病毒性肺炎在清热解毒基础上加用活血化瘀的丹参注射液疗效更好。[19]杨振汉以活血化瘀立法，以自拟活肺汤治疗病毒性肺炎36例，并与西药治疗组36例对照，结果治愈率和总有效率均明显高于对照组，$P<0.01$。[20]莪术静脉注射液治疗婴幼儿RSV肺炎有较好疗效。动物实验表明其作用机理为：抑制RSV，改善肺微循环，减轻肺泡膜、毛细支气管和支气管损害。[21]

2.2.2.3 扶正祛邪 正气不足是邪气内侵的必要条件，而邪热内炽又可耗气伤津，据此提出扶正祛邪的治疗原则。

温振英等以扶正解毒合剂组（用药生黄芪、玄参、天花粉、黄精）与清解组（麻杏石甘汤加黄芩、连翘、板蓝根）比较，结果前者在平均退热时间、止喘时间、T细胞低于正常者恢复均优于后者，$P<0.001$；以扶正解毒合剂与病毒唑比较，结果治愈率与显效率均有显著差异，$P<0.01$。在止咳、平喘、平均啰音消失方面也有显著差异，$P<0.05$。[22]刘传珍等针对小儿病毒性肺炎的炎症高热机体免疫功能低下、血液流变学改变等特点，采用扶正化瘀法对照治疗63例。其中治疗组34例，采用清肺扶正祛瘀汤（桑白皮、黄芩、天花粉、黄芪、沙参、丹参、桃仁）随症加减，每日1剂，结果治愈率为88.2%，显效为5.9%，好转2.9%，无效2.9%。对照组29例采用病毒唑治疗，治愈率为68.9%，显效为16.9%，经统计学处理有显著差异。[23]有人以养阴清热立法，药以玄参、黄芩、川贝各7g，生地10g，桔梗、甘草各5g，随症加减。水煎服日1剂，并与西药组比较。结果：两组退热天数无显著差异，但肺部哮鸣音消失天数和水泡音吸收天数中药组明显优于西药组（$P<0.05$）。[24]

2.2.2.4 清热泻下 肺与大肠相表里，外邪入肺，肺之肃降功能失常，可导致大肠传导功能失职；通导大肠，可导邪热自下而出，宜于邪气的祛除和肺功能的恢复。因此宣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上通下结合是治疗本病的常用方法之一。[25]诸惜勤以清热泻肺通腑法，药用虎杖、鱼腥草、桃仁、苏子、葶苈子、大黄、甘草，治疗小儿肺炎，疗效优于以麻杏石甘汤为主方的治疗[26]。

3 实 验 研 究

3.1 常用治法疗效机理研究

3.1.1 清热解毒

对清热解毒法疗效机理的研究，主要有以下几方面：

3.1.1.1 抗病原作用

因为风温肺热病是感受风热之邪引起，故清热解毒是其主要治法。从微观看，风热之邪的实质，主要是致病微生物。故清热解毒作为祛邪的一种主要治疗方法，肯定对病原微生物有一定作用。药理实验亦证实，许多清热解毒药具有抗多种病原微生物的作用。

3.1.1.1.1 抗菌作用 具有抗葡萄球菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌作用的清热解毒药物有，金银花、连翘、野菊花、牛蒡子、夏枯草、蒲公英、四季青、鱼腥草、白毛夏枯草、白头翁、一枝黄花、半枝莲、虎杖、马鞭草、鸭跖草、黄柏、黄连、黄芩、青黛、桑叶、栀子、大黄、败酱草、板蓝根、穿心莲、功劳叶、金荞麦等。

具有抗肺炎链球菌作用的清热解毒药有，金银花、虎杖、侧柏叶、板蓝根、鱼腥草、射干、十大功劳叶、丹皮、大黄、知母、蒲公英、老鹳草、四季青、紫花地丁、大青叶、栀子、黄芩、黄连等。

具有抗铜绿假单胞菌作用的清热解毒药有桑叶、知母、夏枯草、金银花、蚤休、紫花地丁、黄连、白头翁、黄芩、蒲公英、穿心莲、一枝黄花、丹皮、马兜铃、七叶一枝花、四季青、大黄、虎杖、矮地茶、半边莲等。

具有抗肺炎克雷白杆菌、变形杆菌等作用的清热解毒药有，野菊花、剪刀草、大黄、知母、夏枯草、千里光、丹皮、大青叶、板蓝根、金银花、连翘、虎耳草、马齿苋、茯苓、七叶一枝花、黄连、黄芩、百部、马鞭草、地锦草、虎杖、贯众、金钱草、穿心莲等。

抗流感嗜血杆菌的有板蓝根、败酱草、瓜蒌等。

3.1.1.1.2 抗病毒作用 具有抗病毒作用的单味清热解毒药有，板蓝根、贯众、大蒜、菊花、柴胡、白头翁、七叶一枝花、黄芩、连翘、败酱草、薄荷、夏枯草、银花、大青叶、秦皮、桂枝、赤芍、侧柏叶、射干、丹皮、穿心莲、大黄等。

具有抗病毒作用的复方清热解毒剂有，双黄连口服液（由金银花、黄芩、连翘组成）、敦煌空气净洁剂（含大青叶、板蓝根、贯众、丁香、黄连、黄柏、柴胡、麻黄、生姜、桂皮等十多味中药成分混合配伍，经非离子乳化剂乳化成白色乳状液体）、清热解毒液（内含板蓝根、金银花、黄芩等多种清热解毒药物）、抗病毒合剂等。

抗真菌有效的中药有，桂枝、丹皮、藿香、马兜铃、白果、满山红、葱白、大蒜、山豆根、白芷、大黄、栀子、白头翁、黄连、川楝子、黄芩、黄柏、白芥子、冬虫夏草、百部、黄精、一枝黄花、土荆皮等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.1.2 提高机体免疫功能 对网状内皮系统的影响：动物实验证明，清热解毒类中药的抑菌、杀菌作用不强，抗感染作用可能是通过调整机体而引起的。大多数人认为与增强免疫力有关。据报导黄芩、白花蛇舌草、鱼腥草等可增强吞噬细胞吞噬功能。鱼腥草能促进血清白介素及溶菌酶的增加。

中药协同诱生 IFN_α 及对 NK 细胞活性的影响：山羊角水煎液腹腔注射后，对 α 干扰素的产生有协同作用，对 NK 细胞的活性有明显促进作用，用山羊角处理人胚皮肤肌肉纤维母细胞，抵抗流感病毒和副流感病毒的能力增强。[27] 双黄连口服液及静脉注射液两种剂型均能增强人外周血 NK 细胞活性，且具有促进淋巴细胞生成 α 干扰素的能力。[28]

对体液免疫的影响：80%浓度的扶正抗毒糖浆能提高小鼠免疫球蛋白水平，高于白开水对照组，接近胸腺肽组，以 IgM 更为明显。[22] 麻杏石甘汤可提高患儿体液免疫功能和细胞免疫功能。[29] 童康片临床研究表明能提高人体免疫球蛋白水平。[30]

3.1.1.3 拮抗内毒素及内毒素所致的脏器损伤 清热解毒药与抗生素不尽相同，除有抗微生物作用外，还具有拮抗内毒素及内毒素引起的脏器损伤。

3.1.1.3.1 单味清热解毒药及其成分 高淑娟等对金银花、连翘、公英、地丁、败酱草等清热解毒药，进行体外抗内毒素效力的比较，结果表明：提示以上诸药均表现出不同程度的抑制内毒素作用。其减毒作用以双花和连翘作用最强。[31] 刘晓波等采用产色基质偶氮法对 9 种单味中草药，体外拮抗内毒素作用做了筛选。结果表明，乌梅、连翘、大黄、蛇床子，均有明显拮抗内毒素的功效（$P < 0.05$），凝试验凝胶法得出相似的结论。有关这些中草药在动物模型中抗内毒素作用有待进一步研究。[32] 刘云海等发现大青叶、板蓝根氯仿提取物有破坏内毒素作用，内毒素经板蓝根氯仿提取物作用后，经电子显微镜观察内毒素由链状变为片状。[33] 王毅等在研究过程中，发现含黄芩血清对伤寒、副伤寒内毒素诱导兔单核细胞内 DNA 及 Ca^{2+} 内流有明显抑制作用，因而能阻止伤寒、副伤寒内毒素诱导兔单核细胞内生致热原的合成。研究亦显示，黄芩甙对该过程中 DNA 和蛋白质合成均有明显抑制作用。研究还发现黄芩甙能减轻内毒素对内皮细胞膜结构的损伤作用，尤其对细胞连接的保护作用较为明显。同时发现黄芩甙能抑制内毒素所致的细胞蛋白分泌功能增强，蛋白水解酶的释放以及氧自由基的产生等，故认为黄芩甙在一定程度上对内毒素作用的内皮细胞有保护作用。其机理与黄芩甙抑制了内毒素引起的内皮细胞的呼吸暴发和氧自由基的释放等机制有关。[34] 陈剑雄等发现甘草酸单铵对细菌感染诱发的支气管高反应性有预防作用，其作用机制与甘草酸单铵对 β-cAMP 系统向上调节有关。[35] 任园等用证实草河车提取物剂量在 20～200mg/kg 对小鼠内毒素致死性攻击有明显的保护作用。[36] 金丽娟等用荧光染料 INDO-1 标记小鼠腹腔巨噬细胞内游离钙，在粘附式细胞仪检测下观察细胞内游离钙的动态变化。在大肠杆菌 O55：B5 内毒素刺激下细胞内游离钙迅速升高，于第 400s 达峰值。经虎杖甙处理的巨噬细胞加入内毒素后，胞质游离钙无明显增高。因细胞浴于无钙环境，故胞内游离钙升高不是由于细胞外的 Ca^{2+} 进入细胞，而是由于内毒素影响胞内钙库调节功能。虎杖甙可能保护胞内钙库中胞质钙的某种调节机制，从而避免胞质游离钙升高[37]。

3.1.1.3.2 拮抗内毒素 已明确有抗内毒素作用的有：凉营透热汤，由水牛角、玄参、生地、丹参、栀子、公英等组成；热毒清，由大青叶、金银花、蒲公英、鱼腥草等组

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

成；及茵栀黄注射液、穿心莲注射液等。

3.2 风温肺热病的实验研究进展

3.2.1 风温肺热病实验动物模型的研究现状

建立动物模型是实验研究的第一步，目前已建立了风温肺热病（细菌性、病毒性肺炎）的整体动物模型、风温肺热病症状模型及风温肺热病细胞模型。

3.2.1.1 风温肺热病（病毒性肺炎）整体动物模型的复制 病毒株：流感病毒 A/PR/8/34（H_1N_1）经鸡胚传代后，－70℃冰箱保存，试验时测血凝滴度。

试验动物：小白鼠，体重 18～20g，饲养室温度 18℃～24℃，湿度 40%～70%。

造模：病毒感染模型，小鼠轻度乙醚麻醉后，每只取 $5LD_{50}$ 鸡胚尿囊液 0.05ml 滴鼻。

正常对照模型，在乙醚轻度麻醉下，每只小鼠鼻内滴生理盐水 0.05ml。造模后，各组动物隔离喂养。

观察指标：肺指数、鼠肺中病毒含量测定。

3.2.1.2 风温肺热病（细菌性肺炎）整体动物模型的复制 主要是大肠杆菌造成家兔肺炎模型。

3.2.1.3 实验性温病（卫气营血证）动物模型 四川医学院温病理论研究室熊启逵等制作的家兔卫气营血证模型：采用家兔（2kg～2.75kg）。实验前对每只家兔分别测试有关生理和生化指标。再从败血症患者血培养分离出的普通型大肠杆菌，经过处理（保持细菌毒力），用生理盐水洗下细菌，每毫升含大肠杆菌 2.7×10^9 个，以 0.75ml/kg 菌液从兔耳缘静脉缓慢推注。兔在染菌后 15～25 分钟内，出现类似卫分证候。35～90 分钟出现气分证候，气分阶段可持续 2～4 小时。感染后 4～6 小时出现类似营分证候，此阶段可持续 24 小时。血分证候一般在感染 6～12 小时出现，也有在感染后 90 分钟出现而死亡。动物感染后血培养均有注入的大肠杆菌生长，白细胞及血小板计数显著减少。[38] 宋崇顺等根据“卫气营血”传变规律和证候特点，用静脉注射伤寒三联疫苗及大肠杆菌内毒素的方法，制造了两种实验动物模型。此两种模型在发热、呼吸、心电、血液流动性等方面都有各自不同特点。伤寒造型组动物特点颇似中医的气分证；内毒素造型组特点颇似中医的营血证。[39] 叶望云等用内毒素诱发家兔全身性施瓦茨曼反应制成温病营血分证模型，并通过病理学、血液学、微循环学及生化学等方法检查，证明本模型有血管内凝血、血液低凝和纤溶增强、血粘度增高、微循环障碍及线粒体、溶酶体和微粒体等细胞器的损伤，并有过氧化脂质增多。据此认为温病营血分证的实质是，感染引起弥散性血管内凝血、微循环障碍，多种细胞器损伤和氧自由基的毒害。[40] 杨进等通过家兔在禁水禁食 18 小时后，予速尿二度利尿脱水，造成“阴津亏虚”状态，然后注射大肠杆菌内毒素以致“热盛”，从而完成温病阴虚热盛模型的制作。观察家兔实验前后的症状体征，尿量与体重、血清电解质含量、体外血栓形成试验、血液流变学、血浆 LPO 含量等变化，确认造模方法的可行性。[41]

3.2.2 风温肺热病症状模型的复制

3.2.2.1 家兔发热模型的复制

动物：大耳白家兔，雄雌各半，体重 1.7～2.2kg。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

造模：按 lg/kg 体重肌注 10% 蛋白胨，每隔 1 小时测体温一次，待体温平均升高 1℃时，用药。

用药剂量及方法：根据人临床常规剂量，按下公式换算成家兔实验剂量。

$d_B = d_A \times (R_B/R_A) \times (W_A/W_B)^{1/3}$。

d_A、d_B 是 A、B 两种动物的每公斤体重剂量（mg/kg）；

W_A W_B 是动物的体重；

R_A R_B 是动物体型系数。

3.2.2.2 枸橼酸引咳豚鼠模型

动物：豚鼠，雄雌各半，体重 200～250g。

仪器：压缩空气罐，密闭钟罩，流量计，玻璃喷头。

模型设计：按《药理实验方法》提供的方法设计。压力 600mmHg，通过玻璃喷头的速度为 15L/分。喷雾 1 分钟，观察 5 分钟。于实验前一天进行筛选，观察 5 分钟，选择咳嗽次数 10 次以上者入选。

试验：用药后 1 小时，按模型设计方法实验，记录咳嗽潜伏期（喷雾结束到第一次咳嗽为潜伏期）及喷雾结束后 5 分钟内咳嗽次数。

3.2.2.3 豚鼠哮喘模型

动物：豚鼠，雄雌各半，体重 150～200g。

仪器：药物气雾引喘装置，按《药理实验方法》提供的方法设计。

造模：以 400mmHg 压力喷入 2% 氯化乙酰胆碱和 0.1% 组织胺等容积混合液 15 秒钟。观察指标：从喷雾开始到抽搐跌倒出现的时间。于实验前一天进行筛选，抽搐跌倒出现时间大于 2 分钟者不用。

3.2.3 风温肺热病无细胞病毒酶模型的复制

3.2.3.1 材料

试剂：dGTP、dATP、dCTP，购于北京华美生物工程公司北京分公司。闪烁液、酵母 RNA，购于北京百泰生物试剂公司。P^{32} - UTP，购于北京亚辉公司。含量：150μci/0.1ml。

标准反应液：内含 50mmol/L TRIS - HCl，PH8.0，dGTP、dATP、dCTP 各 0.2mmol/L，4mmol/L $MaCl_2$，0.4mmol/L EDTA，2.5mmol/L 巯基乙醇。

终止液：0.1mol/L $Na_2P_2O_7$，- 20% 三氯醋酸。

病毒株：流感病毒 A/PR/8/34（H_1N_1）由中国预防医学科学院病毒所提供。经鸡胚传两代后，收获尿囊液，并取出绒毛尿囊膜，低温保存备用。

仪器设备：日超速冷冻离心机，Beckman 液体闪烁计数仪，恒温器。

3.2.3.2 方法

分离纯化流感病毒 RNA 聚合酶，制作无细胞病毒酶模型。

用无菌方法取出接种病毒 48 小时的鸡胚绒毛尿囊膜，冷盐水洗涤数次，放置 - 20℃冷冻过夜；绒毛尿囊膜剪碎后，再次冷冻 2 小时左右；取出称重，每 20 克加入 60ml 0.1mol/LTris - HCl，P^H8.1 缓冲液；用组织捣碎器高速捣碎 3 分钟 2 次，4℃2 000r/min 离心 15 分钟，弃沉淀；上清液边搅拌边缓慢加入饱和硫酸铵溶液达到 30% 的饱和度，继续搅

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

拌 20 分钟后，4℃9 000r/min 离心 20 分钟，弃沉淀；上清液加固体硫酸铵至 65% 饱和度（每 100ml 上清液中加入固体硫酸铵 22.7g），电磁搅拌 20 分钟后，4℃11 000r/min 离心 20 分钟，弃上清液；沉淀用 0.1mol/LTris－HCl，P^{H}8.0 缓冲液重悬，并以相同缓冲液透析过夜；透析后的酶液 100ml 内，缓慢加入固体硫酸铵 22.4g（43% 饱和度），电磁搅拌 20 分钟后，4℃9 000r/min 离心 20 分钟，沉淀；上清液继续加入固体硫酸铵至 57% 饱和度（每 100ml 上清液中加入固体硫酸铵 9.7g），电磁搅拌 20 分钟后，4℃放置 10 分钟后，11 000r/min 离心 20 分钟，弃上清液；沉淀用 0.1mol/LTris－HCl，P^{H}8.0 缓冲液重悬，用同样缓冲液透析过夜，即为粗制酶液。

上述粗制酶液铺加在 30% 无菌蔗糖溶液上，4℃27 000r/min 梯度密度离心 70 分钟，收集上层酶液重复27 000r/min 蔗糖梯度离心，获得纯化的流感病毒 RNA 制剂。小容积分装置于－70℃保存。

3.3 病毒性肺炎病原学诊断研究

经典的病毒学诊断技术主要通过病毒分离培养鉴定及血清学试验，设备要求复杂，除血清抗体 IgM 诊断较快外，其它方法费时费力，临床只能作为回顾性诊断。

近年来分子病毒学和生物工程技术的发展，使病毒诊断技术有了长足的进步，从检测全病毒向检测病毒蛋白及核酸成分发展，表现在多种病毒基因的克隆成功，使大量获得特异性病毒核酸成为可能，从而开辟了应用核酸杂交技术进行病毒诊断的全新领域；对病毒基因的序列分析，提示了病毒基因的保守序列，应用这些保守区设计引物进行 PCR，可快速简便地进行病原学诊断；应用人工合成肽段或通过纯化病毒的获得的有关多肽，可检测患者或感染者对各种多肽的相应抗体，还可进一步分析感染者的状态；对标本进行病毒核酸存在状态的研究，可对潜伏感染状态进行诊断与分析。[42] 现在可用于病毒诊断的主要技术有：

免疫荧光技术（IFA）：是检测病毒抗原及抗体蛋白质成分较成熟的方法之一，既可以检测抗原，也可检测抗体，该技术已较普遍地应用于 Adv、RSV、流感病毒和副流感病毒感染的快速诊断。

免疫酶组化法：①酶标记金黄色葡萄球菌蛋白 A（SPA 法），利用 SPA 能与多种动物 IgG 的 Fc 段非特异性结合的特点，完成抗原的示踪和抗体的检测，该方法简单，稳定，不需标记多种抗体；②辣根过氧化物酶-抗辣根过氧化物酶法（PAP 法），本法操作简单，不需特殊设备；③碱性磷酸酶-抗碱性磷酸酶法（APAAP）桥联酶标法，此技术开始于 80 年代，其优点是可避免内源酶的干扰，操作简便敏感，可对呼吸道常见病毒四类八种作出快速诊断；④生物素-抗生物素（ABC）法，因 ABC 有放大效应，故此法较敏感。

酶联免疫吸附试验（ELISA）：该法容易自动化，标本处理简单，不仅可用于病毒可溶性蛋白质抗原的检测，而且可用于合成肽的抗原的检查，及病毒感染后机体各种免疫反应的测定等，为目前常用方法之一。

放射免疫法：是 60 年代初创立的一种超微量分析技术。检测病毒抗原敏感性高，结果判定客观，现可用于 Adv 和 RSV 的检测。

电子显微镜技术：利用电镜可以直接检测呼吸道分泌物中的病毒颗粒，以达到快速诊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

断目的。

DNA 聚合酶链反应（PCR）法：1985 年 Saiki 首次报道，由于 PCR 技术能快速扩增特定核酸片段，经琼脂糖凝胶电泳后即可观察到核酸条带，因此具有高敏感性，并且快速特异，易于自动化的优点。

核酸分子杂交技术：是近年来建立起来的一种新技术，具有高度敏感性和特异性．方法有斑点杂交，Southern 印迹杂交法，Northern 印迹杂交法，原位核酸杂交等。[43 44]

目前通过实验室检测结合临床和流行病学资料，可以对 70% 以上的病毒感染患者完成特异性诊断，并且诊断也更快速、敏感。

呼吸道病毒快速诊断技术的应用，使病毒性肺炎的大样本流行病学调查和监测研究成为可能；用于指导临床，可以避免抗生素的滥用，并对临床使用及检验抗病毒药物提供依据。

【古训今释】

1 病名溯源

古代无“风温肺热病”病名，但有“风温”和“肺热病”病名。

1.1 风温病名溯源

最早记载风温一名的是汉·张仲景《伤寒论·辨太阳病脉证并治》，说：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名曰风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。若被下者，小便不利，直视失溲。若被火者，微发黄色，剧则如惊痫，时瘛疭，若火熏之。一逆尚引日，再逆促命期。”这里所说的风温，是指温病误用发汗等治法后，导致伤阴化燥，风火相煽的一种变证。与后世所称之感受风热之邪引起的外感风温病自不相同。

晋·王叔和《伤寒论·伤寒例》中指出“若更感异气变为它病者，当依后坏病证而治之。……阳脉浮滑，阴脉濡弱者，更遇于风，变为风温”。从文中看出，误汗后感风或不感风为风温，与后世风温名同而实异。

宋代医家庞安时，对风温病病因、病位、症状、治法提出了新的看法。他在《伤寒总病论·卷五》中说：“病人素伤于风，因复伤于热，风热相搏，则发风温。四肢不收，头痛身热，常自汗出不解，治法在少阴厥阴，不可发汗，汗出则谵语。”已初步认识到风温病的病因是风邪与热邪相合为患。

风温病作为四时温病中一个独立病种被明确提出来，始于明代汪石山。他认为春季发生的温病除了有因“冬伤于寒”而致的伏邪温病外，还“有不因冬月伤寒而病温者，此特春温之气，可名春温。如冬之伤寒，秋之伤湿，夏之中暑相同，此新感之温病也。”这里所说的春温，即是指春季感受时令风热之邪而引起的新感风温。这就是首先在理论上突破了以往认为春季温病皆由于“冬伤于寒”的传统观念，而且也为风温病的因证脉治奠定了初步的理论基础。

清代，随着温病学说的发展，对风温病的认识也日益深刻和丰富。一些著名温病学家

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

在继承前人理论的基础上，结合自己的临床经验，创造性地总结出了一整套诊治风温的理论和方法，从而形成了对风温病因证脉治较为全面的认识，其中尤以叶天士、陈平伯的贡献最为突出。

叶天士根据《素问·太阴阳明论》“伤于风者，上先受之”的理论，结合自己的实践体会，首先明确提出了风温病新概念。他在《三时伏气外感篇》中说：“风温者，春月受风，其气已温。经谓春病在头，治在上焦。肺位最高，邪必先伤，此手太阴气分先病，失治则入手厥阴心包络。”不仅明确了风温是感受时令风温之邪所致的外感热病，而且还阐明了其病机特点，传变趋向以及治疗原则等。叶氏在《外感温热篇》中，对“温邪上受，首先犯肺”的外感温病，从病因病机、辨证治疗等方面，作了更全面、更系统的论述，这是学习和研究风温病最主要的两部文献。

清·陈平伯所著的《外感温病篇》，也是系统论证风温病因证脉治的一部专著。它对风温病发病季节、病因病机、初起特点、演变过程及其证治等均作了详尽的阐述。指出：“风温为病，春月与冬季为多，或恶风或不恶风，必身热咳嗽、烦渴”，并以“风温内袭，肺胃受病”作为病机总纲，对指导临床具有很高的实践价值。其所论风温病与《内经》肺热病有相同之处，但《内经》以病位和主要病机为定名依据，陈平伯则以主要病因为依据。

1.2 肺热病名溯源

肺热病一名首见于《内经》，并对肺热病的临床表现作了较详细的描述，《素问·刺热篇》“肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄，身热，热争则喘咳，痛走胸膺背，不得太息，头痛不堪……”，是记载本病的最早文献。

汉·张仲景《伤寒论》，创方剂麻杏石甘汤，为后世治疗本病的常用方剂。

唐宋时期，孙思邈《备急千金要方》对其病机及表现有论述“邪克于肺，则寒热上气喘汗出，咳动肩背、喉鸣、甚则唾血……”，“胸满气喘，痰盛稠粘，皆肺气热也。”宋·陈直《养老奉亲书》提出诸多饮食疗法，对老年患者尤为适宜，如：食治老人咳嗽、烦热、或唾血气急不得食，地黄饮方”，“桃仁煎方，食治老人上气、热、咳嗽引心腹痛、满闷”等等，反对用汗吐下峻攻之法。

金元时期，张从正、刘完素等以“喘嗽”为名论述，对老年患者论述尤详，张从正认识到“热乘肺者，急喘而嗽，面赤潮热，手足寒”；“火乘肺者，咳喘上壅，涕唾出血，”刘完素认为“……外感风邪，皮毛属肺，风寒随元府而人，腠理开张，内外相合，先传肺而人，遂成咳嗽，乃肺热也……。”明·陈无择《三因极一病证方论》对“肺虚感热”用紫菀茸、白芷、人参、甘草、黄芪、地骨皮、杏仁、桑白皮等扶正祛邪兼顾。

清·叶天士概括了本病的病因及传变规律：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，并提出治疗“首用辛凉清肃上焦。”陈平伯提出风温病提纲，“风温为病，春月与冬季为多，或恶风或不恶风，必身热咳嗽、烦渴，此风温证之提纲也。”并建立了关于本病较完整的辨证治疗体系。

1.3 风温肺热病名

国家中医药管理局医政司北方热病组将《内经》的肺热病与陈平伯的风温病合面为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一，称为风温肺热病。从定名学的角度看，这种定名更具科学性，风温反映了主要病因，肺则突出了主要致病部位，“热”则反映了本病的主要病机。本病相当于西医某些呼吸系统急性传染病、感染性疾病，如流行性感冒、急性支气管炎、大叶性肺炎、病毒性肺炎、支气管周围炎等疾患。

2 证候与病象

2.1 邪在肺卫证

《素问·刺热篇》：“肺热病者，先淅然厥，起毫毛，恶风寒，舌上黄。身热，热争则喘，咳痛走胸膺背，不得太息……。”论述了肺热病的邪在肺卫与痰热壅肺证。

《素问·至真要大论》：“少阴司天，热淫所胜，民病寒热咳喘，”指出热邪伤肺可引起寒热咳喘。

宋·朱肱《类证活人书》指出了风温“脉尺寸俱浮，头疼身热，常自汗出，体重，其息必喘，四肢不收，嘿嘿但欲眠”的邪在卫分证候。

清·陈平伯《外感温病篇》“风温证，身热畏风，头痛咳嗽，口渴，脉浮数，舌苔白者，邪在表也”。论述邪在肺卫之证候。

2.2 痰热壅肺证

清·陈复正《幼幼集成卷三·咳嗽证治》：“肺热者痰腥而稠、身热喘满、鼻干面红，手捏眉目”，指出小儿肺热病的详细症状。

对于风温肺热病中痰热壅肺证的本证及传变证，陈平伯在《外感温病篇》有详细的论述，对肺经气分证、肺胃热盛证、热灼营阴、肝风内动证及痰热阻闭心窍证等症状表现，描写颇详。而在清代以前，则多从肺热病角度论述，对肺热病的证候描述散见于各章节，尚未有完整的总结。究其原因，可能把肺热病的许多证候表现都纳入了咳嗽证有较大关系。

2.2.1 肺实感热

晋·皇甫谧《针灸甲乙经》曰：“肺气热，呼吸不得卧，咳上气呕沫，喘，气相追逐，胸满胁膺急，息难，振栗，脉鼓，气隔，胸中有热，支满不嗜食，汗不出，腰脊痛，肺俞主之。”

唐·孙思邈《备急千金要方》有“邪克于肺，则寒热上气喘汗出，咳动肩背、喉鸣、甚则唾血……”，“胸满气喘，痰盛稠粘，皆肺气热也。”

宋·杨仁斋《仁斋直指方》指出：“肺实肺热，必有壅盛、胸满、外烘内炎之状，……。”

明·戴思恭《证治要诀·咳嗽》提出热嗽，他说：“热嗽咽喉干痛，鼻出热气，其痰嗽而难出，色黄且浓，或带血丝，或带腥臭，或坚如蚬肉。”

隋·巢元方《诸病源候论·伤寒病》“伤寒病，其人先苦身热，嗌干而渴，饮水即心下满，洒淅身热，不得汗，恶风，时咳逆者，此肺热也。”

唐·孙思邈《备急千金要方》“肺有病则鼻口张，实热则喘逆，胸凭仰息，其阳气壮，则梦恐惧等，虚寒则咳息下利少气……。”“肺实热，右手寸口气口以前脉阴实者，手太阴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

经也，病苦肺胀，汗出若露，上气喘逆，咽中塞如欲呕状，名曰肺实热也”。

2.2.2 肺虚感热

明·陈无择《三因极一病证方论》则有“……肺虚感热，咳嗽、喘满、自汗衄血、肩背瞀重、血便注下……”；“热乘肺者，急喘而嗽，面赤潮热，手足寒”；“火乘肺者，咳喘上气，涕唾出血”，虽未提出肺热病名，但火热乘肺，必可引起肺热之病，其症咳喘，涕唾出血，面赤潮热等，自然也为老年肺热病的主症了。

3 传变与变证

对于风温肺热的发展趋势，前人亦有论述，认为肺卫之邪不解，则其发展趋向大致有两种情况：一是顺传于胃；一是逆传心包。叶天士谓：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。”明确指出风温初起的病变所在和传变规律。

晋·皇甫谧《针灸甲乙经·热在五脏发瘛第四》：“故肺气热则叶焦，焦则皮毛虚弱急薄著，著则生瘛瘲矣”。“肺者脏之长也，为人之盖，有所亡失，所求不得，则发为肺鸣，鸣则肺热叶焦，发为瘛瘲。”主要是关于由肺热所致瘛瘲的论述。

清·吴鞠通《温病条辨·中焦篇》在篇中较详尽地论述了太阴温病的传变、症状、预后及治疗等，虽然以太阴为主，病在上焦，但依文义看，多与肺关系较大。

清·王孟英《温热经纬》：“热病已得汗出而脉尚躁，喘且复热，勿刺肤，喘甚者死。吴鞠通曰：热不为汗衰，金受火克；喘而化源欲绝，故死。然间有可治者。热病已得汗而脉尚躁盛，此阴脉之极也，死。其得汗而脉静者生。吴鞠通曰：汗后脉躁，阴虚之极，故曰死。然虽不可刺，能以甘凉药沃之得法，亦有得生者。热病者脉尚躁盛，而不得汗者，此阳脉之极也，死。脉盛躁得汗静者生。吴鞠通曰：脉躁无汗，阳盛之极，阳盛而至于极，阴无容留之地，故亦曰死。虽然较前阴阳俱静有差，此剂犹可大剂急急救阴，亦有活者。即已得汗而阳脉躁甚，邪强正弱，正尚能与邪争，若留得一分津液，便有一分生理，贵有留之得法耳。至阴阳俱静，邪气深入下焦阴分，正无扞邪之意，直听邪之所为，不死何待？七日咳而血衄，汗不出，出不至足者死。吴鞠通曰：咳而衄，邪闭肺络上行清道；汗出邪泄可生，不热则化源绝矣。雄按：汗出不至足者，肺气不能下及，亦是化源欲绝之征也。”比较明确地指出了热病（以肺热病为主）的变证、传变及预后。

4 病因病机学说

4.1 病　　因

4.1.1 外因

风邪致病，既可与温相合，亦可与寒相兼。因此外感风邪，在性质上每有风热、风寒之分。由于春季风气当令，阳气升发，气候渐暖，故风邪易从“热化”而多风温为病。正如叶天士在《三时伏气外感篇》所说：“风温者，春月受风，其气已温。”冬季虽属寒气当令，但如气候反常，应寒反暖，或“冬初气暖多风”，亦可导致风从热化，形成风热病邪，故冬季亦有因感受非时之暖而发生风温的因其发于冬季，故亦称冬温。所以陈平伯《外感温病篇》说：“风温为病，春月与冬季居多。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

陆廷珍《六因条辨》“夫风者天之阳气，温者天之热气，……冬春久暖，雨泽愆期，风阳化燥，鼓荡寰宇，而人于气交之中，素禀阴亏者，最易凑袭……，风与温合，是为风温。”清·叶天士有“风温者，春月受风，其气已温。”清·吴昆安《伤寒指掌》“凡天时晴燥，温风过暖，感其气者，即是风温之邪，阳气熏灼，先伤上焦。其为病也，身热汗出，头胀咳嗽，喉痛声浊。”陈平伯所论风温与《内经》肺热病表现相似：“风温为病，春月与冬季为多，或恶风或不恶风，必身热咳嗽、烦渴。”清·吴鞠通《温病条辨》“太阴风温，但咳、身不甚热、微渴者……”等，指出了本病的病因为风温。

《素问·至真要大论》“少阴司天，热淫所胜，民病寒热咳喘”，指出热邪伤肺可引起寒热咳喘。清·陈复正《幼幼集成》“经曰：热伤肺。由儿衣太厚，爱养过温，伤于热也。”指出小儿肺热病的原因为热邪。

叶天士《外感温热篇》“温邪上受，首先犯肺，逆传心包”，指出了风温肺热病的病因、发病及传变规律。

金元时期，张从正认识到“老年咳嗽，火乘肺也”。清·吴谦《医宗金鉴》“火嗽--证，乃火热熏扰肺金，遂致频频咳嗽，而赤咽干，痰喜气秽，多带稠粘也。”“火邪刑金作喘者，多以口干舌躁作渴，面赤唇红也”。等，认为火热之邪伤肺的病因病机。

汉·张仲景《金匮要略·肺萎肺痈咳嗽上气病脉证治第七》“风伤皮毛，热伤血脉，风舍于肺，其人则咳，口干喘满，咽燥不渴，多唾浊沫，时时振寒”。指出在肺痈的发病过程，由风热之邪袭肺，致肺热而壅，出现口干喘满，咽燥不渴，多唾浊沫，时时振寒，进则血凝不通，肺叶蒸腐，热脓成矣。宋代医家庞安时，对风温病病因、病位、症状、治法提出了新的看法。他在《伤寒总病论·卷五》中说：“病人素伤于风，因复伤于热，风热相搏，则发风温。四肢不收，头痛身热，常自汗出不解，治法在少阴厥阴，不可了汗，汗出则谵语。”已初步认识到风温病的病因是风邪与热邪相合为患。陆廷珍《六因条辨》“夫风者天之阳气，温者天之热气，……冬春久暖，雨泽愆期，风阳化燥，鼓荡寰宇，而人于气交之中，素禀阴亏者，最易凑袭……，风与温合，是为风温。”晋·皇甫谧《针灸甲乙经》“风感则为寒热。皮寒热，皮不可附席，毛发焦，鼻槁腊，不得汗，取三阳之络，补手太阴。”

此外，感受冬温之邪，也可引发风温肺热病。陈平伯《外感温病篇》“风温为病，春月与冬季居多，或恶风，或不恶风，必身热咳嗽烦渴，此风温证之提纲也。”

4.1.2 内因

主要是指正气虚。《内经》“正气存内，邪不可干”，“邪之所凑，其气必虚”，“风雨寒热不得虚，邪不能独伤人。……此必因虚邪之风，与其身形，两虚相得乃客其形。”可见，风热之邪能否侵袭人体，或侵袭人体后是否发病，则取决于机体抗御病邪的能力即正气的强弱，正气虚弱，抵抗力降低，邪气才可内侵而发病。刘完素认识到老年正气虚是易患咳嗽之疾的内在因素，他说：“老年正气衰也，多病……上气喘咳，涎唾稠粘，口苦舌干，咽嗌不利……，此皆阴衰阳实之热证也。”其次，起居不慎，寒温失调，均可损伤机体正气，影响卫气的卫外防御功能，而导致外邪的侵袭发病。风温病的发生，所以常在过分劳倦或突然着凉受冷的条件下而诱发，就是由于肺卫卫外功能下降，不能抗御外邪的缘故。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 病　机

叶天士《外感温热篇》“温邪上受，首先犯肺”，是风温肺热病发病的基本规律。肺居上焦，上通于鼻，外合皮毛，主一身之表；而风为阳邪，其性轻扬，具有升散和疏泄的特点，所以风热之邪侵袭人体，多从口鼻而入，先犯上焦肺卫。“肺主气属卫”，风热犯肺，外则卫气郁阻，皮毛开合不利；内则肺气不宣，肃降失职。以致产生发热恶寒、咳嗽等肺卫失宣的证候。

刘完素说：“夫嗽者，五脏皆有，皆因内伤脾胃，外感风邪，皮毛属肺．风寒随元府而入，腠理开张，内外相合，先传肺而入，遂成咳嗽，乃肺热也，寒化热，热则生痰，故喘满也。经云：喉中介介如梗状，甚则嗽血也，胸满气喘，痰盛稠粘，皆肺气热也。”则更明确地道出了外感风邪化热入肺的病变过程，即风温肺热病的形成。清·王孟英《温热经纬·仲景伏气温病篇》“若发汗已身灼热者，名曰风温。风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重多眠睡．鼻息必鼾，语言难出。雄按：彼冬温春温之先犯手太阴者，皆曰风温，乃吸受之温风也。此伏邪内发，误汗致逆者，亦曰风温，乃内动之虚风也。然风温在肺，只宜清解。若误以辛热之药汗之，亦有自汗多眠鼻鼾难语之变。”指出风温误汗而致的发病机制。“吴鞠通曰：肺病先恶风寒者，肺主气，又主皮毛，肺病则气腠郁，不得捍卫皮毛也。舌上黄者．肺气不化，则湿热聚而为黄苔也。喘，气郁极也；咳，火克金也，胸膺背之腑也，皆天气主之，肺主天气，肺气郁极故痛也。走者，不定之词；不得太息，热闭肺脏也；头痛不堪，亦天气腠郁，热不得泄，直上冲脑也。郁热而腠开汗出，其热暂泄则寒也。”

5 治则治法

唐·孙思邈《备急千金要方》引《小品方》之葳蕤汤作为治疗《伤寒论》所述风温的主方。开滋阴解表之先河，具有一定的指导意义。

《素问·至真要大论》云：“风淫于内，治以辛平，佐以苦甘，以甘缓之，以辛散之。热淫于内，治以咸寒，佐以甘苦，以酸收之，以苦发之……”

综述古人治疗本病的文献，发现治疗该病当以清解为主，不可误用辛温，既不可用汗、吐、下法峻祛其邪，又不能早用补法，当以平和之药调之。关于风温病的治疗禁忌，根据临床经验，大体有三，一是解表忌辛温发汗。风温初起邪在肺卫，治疗只宜辛凉轻透，切忌辛温燥烈之品强发其汗以免助热化火、伤津耗液而造成严重后果。章虚谷说：“盖以寒邪恶阴凝，故须麻桂猛剂。若温邪为阳，遇宜轻散，倘重剂大汗而伤津液，反化燥火，则难治矣。”（《温热经纬》）吴鞠通在《温病条辨·上焦篇》又进一步指出：“太阴温病不可发汗，发汗而汗不出者，必发斑疹，汗出过多者，必神昏谵语。”二是清热不可早用寒滞。热初传气，只宜轻清宣气；里热蒸腾于外，亦只宜辛寒之剂清气泄热，透邪外达。不可早用苦寒沉降和滋润腻滞之品，以免遏邪内伏和滋腻留邪，而病反难解。王孟英指出：“风温流连气分……，但宜展气化以轻清……，虽不可遽用寒滞之药，而厚朴、茯苓亦为禁剂。”（《温热经纬》）章虚谷指出：“清气热不可寒滞，反使邪不外达而内闭，则病重矣。”（《温热经纬》）三是滋阴须防留邪。风温后期邪热已解，阴伤未复者，治当以滋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴为主；但若邪热亢盛，则不可滥用滋阴，以免腻滞留邪。即使邪盛伤阴亦只宜在清热中佐以滋阴。吴鞠通所说："壮火尚盛者，不和用定风珠复脉。"（《温病条辨·下焦篇》）即是此意。

5.1 清 利 法

对于肺热病的治疗，宋·杨仁斋《仁斋直指方》指出"肺实肺热……，法当清利"。

清·王孟英《温热经纬·仲景伏气温病篇》"然风温在肺，只宜清解。若误以辛热之药汗之，亦有自汗多眠鼻鼾难语之变。"

清·王孟英《温热经纬·叶香岩三时伏气外感篇》"风温肺病，治在上焦，大春温忌汗，初病投剂，宜用辛凉。……又此证初因发热喘嗽，首用辛凉清肃上焦。如薄荷、连翘、牛蒡子……"；"风温乃肺先受邪，遂逆传心包，治在上焦，不与清胃攻下同法。"

清·吴鞠通《温病条辨·上焦篇》"太阴风温，但咳、身不甚热、微渴者，辛凉轻剂桑菊饮主之。"

清·陈平伯《外感温热篇》"风温证，……凉解表邪、风温证，……凉泄里热、风温证，……泄热和阴、风温证，……升泄温邪、风温证，……凉解之、风温证，……清热散邪、风温证，……解毒提斑、风温证，……泄热救津、风温证，……息风清热、风温证，……泄热通络。"共十法。

清·吴谦《医宗金鉴·幼科心法要诀·咳嗽门》"火嗽面赤咽干燥，痰黄气秽带稠粘，便软加味泻白散，便硬加味凉膈煎"；"火嗽一证，乃火热熏扰肺金，遂致频频咳嗽，面赤咽干，痰黄气秽，多带稠粘也。便软者，加味泻白散主之，便硬者，凉膈散加桔梗、桑皮煎服，则热退气清而嗽自止矣。"

清·吴谦《医宗金鉴·幼科心法要诀·喘证门》"火邪刑金作喘者，多口干舌燥作渴，面赤唇红也。因于肺热者，以凉膈散主之。"

5.2 扶 正 祛 邪

主要用于肺虚感热和老人风温肺热病。陈无择治肺虚感热，用药紫菀茸、白芷、人参、甘草、黄芪、地骨皮、杏仁、桑白皮等扶正祛邪并用。

金元时期，张从正则反对温补，他认为"老年喘嗽，火乘肺也，若温之则甚，峻补之则危"（《儒门事亲》）。

明·李中梓对形病俱虚者，提倡攻补结合，他说："然治表者，虽宜动以散邪，若形病俱虚者，又当补中气而佐以和解，倘专于发散，恐肺气益弱，腠理益疏，邪乘虚人，病反增剧矣"。（《医宗必读·咳嗽》）

5.3 辛 凉 轻 解

清·吴昆安认为"治宜辛凉轻剂解之，大忌辛温汗散"；陈平伯则开风温病治疗之专篇，至此对风温肺热病的证治趋于完整。

清·徐大椿《慎疾刍言》有"盖老年气血不甚流利，岂堪补住其邪，以与气血为难，故治老人之有外感者，切勿用辛热之药，竭其阴气，助其阳亢"之论。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

陈平伯《外感温病篇》云："风属阳邪，不挟寒者为风温，……当先解表，但不同于伤寒之用麻桂耳。"

5.4 泄热和阴

陈平伯《外感温病篇》云："风温为燥热之病，燥则伤阴，热则伤津，泄热和阴，又为风温病一定之治法。"

5.5 失治误治

治疗不当，虽可祛除病邪，也能使正气受到损伤。巢元方《诸病源候论》："谓其人先有素疾，或患虚劳、风冷、积聚、寒疝等疾，因温热病发汗吐下之后，热邪虽退，而血气损伤，脏腑皆虚，故因滋而生诸病。"

宋·杨士瀛《仁斋直指方》："退热用凉药，不可十分尽，或余热些少未去，不足关心，自然无事，否则热去则寒起，古人戒之。一方多用川芎、茯苓、甘草，少用白术，粗末水煎，病后和胃，收敛浮阳，屡试得效。"他指出在治疗过程中，尤其是中后期，不可过用寒凉，亦不可滥用滋补，以免寒凉败胃，滋补恋邪，延长病程，妨碍康复，宜用清灵醒脾胃之品为宜。

6 方剂用药归类

宋·《圣济总录》："治肺热咳嗽，用黄金丸。有葶苈子、半夏、青橘皮、干姜、大黄。"及"治肺热嗽。气急喘闷。马兜铃汤方。有马兜铃、桑根白皮、甘草、葶苈、半夏。"对于肺热病的治疗，由于患者自身条件不一，则症状表现必然会有各自特点，有咳嗽为主者，有胸闷为主者，有喘急为主者。针对这些情况，该篇有调肺丸、顺中散、蔓荆实散、地黄煎、防己汤、杏仁汤等，处方用药，不拘一格。

清·雷丰《时病论》泻白散，治肺经有火，皮肤蒸热，洒淅寒热，日晡尤甚，喘嗽气急等证。

宋·陈直《养老奉亲书》提出诸多饮食疗法，如：食治老人嗽咳、烦热、或唾血气急不得食，地黄饮方。桃仁煎方，食治老人上气、热、咳嗽引心腹痛、满闷。反对用汗吐下峻攻之法，他说："老弱之人，若汗之则阳气泄，吐之则胃气逆，泻之则元气脱，立致不虞。"朝鲜医家康明吉也说："老人虽有外感，切忌苦寒药及吐、汗、下，宜以五菜、五果、禽兽、鳞介与平和之药调之。"（《济众新编》）

清·叶天士《临证指南医案》有许多案例写老年热病的治疗，如毛案六十："温邪热人营中，心热闷，胁肋痛，平素痰火，与邪胶结，致米饮下咽皆肿，老年五液已涸，忌汗忌下。"秦案六三："体质血虚，风温上受，滋清不应，气分燥也。宜清其上，石膏　生甘草　薄荷　桑叶　杏仁　连翘。"

清·吴昆安认为"治宜辛凉轻剂解之，大忌辛温汗散，古人治风温，有葳蕤汤、知母葛根汤，内有麻黄、羌活等药，皆不可用"。

《备急千金要方》"治肺实热，胸凭仰息，泄气降热方……治肺热，言音喘息短气，好唾脓血方……治肺热，闷不止，胸中喘急，惊悸，客热来去，欲死，不堪服药，泄胸中喘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气方……治肺热气上，咳息奔喘，橘皮汤方……治肺热喘息，鼻衄血方……治肺热，饮酒当风，风入肺，胆气妄泄，目青，气喘方……”

金元时期张从正《儒门事亲·风形·风温十二》：“阳夏贺义夫，病伤寒，当三日以里，医者下之而成结胸，求戴人治之。戴人曰：本风温证也，不可下，又下之太早，故发黄结胸。此已有瘀血在胸中，欲再下之，恐已虚，惟一涌可愈，但出血勿惊。此条调瓜蒂散吐之，血数升而衄，且噎逆。乃以巾小针，而使枕其刀，不数日平复。”

宋·钱乙《小儿药证直诀·肺热》：“唇深红色，治之散肺。虚热，少服泻白散。”

7 预防康复

清·傅仁宇《审视瑶函》在“动功六字延寿诀”中论及肺时，认为肺为心之华盖，最好清，肺清则不生痰也。故创“肺病呬气手双擎”以养肺病。

《素问·热论》“帝曰：热病已愈，时有所遗者何也？……帝曰：病热当何禁之？岐伯曰：病热少愈，食肉则复，多食则遗，此其禁也。”“诸治热病，以饮之寒水乃刺之，必寒衣之，居止寒处，身寒而止也。”在治疗及护理方面提出见解。

展　望

风温肺热病属于中医外感热病的范畴。随着风温肺热病研究的深入，外感热病的研究也展示出光明的前景。建国以来，我国南北方医家对热病学进行了多方面的研究，取得了很多成果，近十余年来，研究逐步向客观化、规范化的纵深方向发展，新的研究思路和方法不断出现，开展多元的临床和实验研究是目前的发展趋势。风温肺热病是一个新近提出的中医病种，北京中医药大学东直门医院与全国北方热病协作组进行了千余例病例的观察，证明了中医治疗风温肺热病的疗效与抗生素相当而无毒副作用，目前，正在运用已建立的风温肺热病诊疗规范进行临床和实验研究是主要趋势。风温肺热病相当于西医的急性肺部感染性疾病，从风温肺热病的角度研究，突破了西医单纯的解热、抗炎、抑菌、抗病毒的思路，而且在对呼吸道病毒感染性疾病的治疗方面更是具有极大的优势。随着抗生素广泛应用产生的许多耐药菌种以及器官移植、骨髓移植的普遍开展，呼吸道病毒感染已越来越得到国内外的广泛重视。老年人、小儿及免疫低下人群的病毒性呼吸道感染都可能是致死的，最为有效、有针对性的治疗药物始终是处于被动开发，而中药复方制剂是最有前景的。相信对风温肺热病的研究能使该病的预防、诊断、治疗提高到新的水平。

（姜良铎　王成祥　秦英）

近现代参考文献

[1] 杜怀棠，周平安，董建华，等. 风温肺热病的临床研究——附335例临床总结. 中国医药学报，1986 (3):18

[2] 姜良铎，焦扬. 中医热病学研究展望. 北京中医药大学学报，1996 (4):2

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[3] 王成祥，姜良铎，郝瑞福，等. 清肺饮治疗成人病毒性肺炎36例. 中国中医急症，1998 (2):66
[4] 周仲瑛. 辨证施治肺炎40例的临床分析. 中医杂志，1982 (4):32
[5] 董建华，杜怀棠，周平安，等. 内科热病临床研究进展述评. 北京中医学院学报，1989，12 (6):1
[6] 姜良铎. 论外感病的内伤基础. 中医杂志，1994 (4):201
[7] 吕秉仁. 老年肺炎证治概述. 中医药研究杂志，1986 (6):4
[8] 张万能. 18例老年肺炎吸收不良的辨证治疗. 辽宁中医杂志，1982 (7):38
[9] 裴业民. 老年温病证治规律探讨. 浙江中医杂志，1987 (6):241
[10] 李贵满. 清瘟败毒饮加味治疗小儿腺病毒肺炎对照观察. 上海中医杂志，1988 (6):6
[11] 李美琴. 试探伤寒论与病毒性肺炎的关系. 浙江中医学院学报，1991 (1):12
[12] 马建政. 麻杏石甘汤加味治疗小儿病毒性肺炎42例疗效观察. 实用中西医结合杂志，1991 (7):406
[13] 陈汉宁. 普济消毒饮加减治疗婴幼儿肺炎. 实用中西医结合杂志，1995 (3):158
[14] 刘木宝. 双黄连治疗小儿合胞病毒性肺炎. 中国农村医学，1994 (8):43
[15] 孔晓棠，江载芳，照日格图，等. 双黄连雾化吸入治疗呼吸道病毒所致下呼吸道感染. 中华儿科杂志，1996 (1):11
[16] 严淑敏. 大青合剂治疗小儿病毒性肺炎50例. 吉林中医药，1994 (3):29
[17] 熊继柏. 韦圣五虎颗粒剂治疗病毒性肺炎的临床研究. 吉林中医药，1995 (3):6
[18] 许国英，赵惠芬，等. 活血化瘀为主治疗呼吸道合胞病毒肺炎. 中医杂志，1991 (9):34
[19] 罗玉桃，等. 婴幼儿病毒性肺炎中西医结合治疗的临床观察——附635例分析. 中医杂志，1989 (4):26
[20] 杨振汉. 活血化瘀法治疗病毒性肺炎36例临床观察. 新中医，1996 (5):25
[21] 阎田玉，郑企静，周光延. 我术静脉注射液治疗小儿呼吸道合胞病毒肺炎及其作用原理的研究. 中国中西医结合杂志，1992 (12):711
[22] 温振英，等. 扶正祛邪法治疗小儿病毒性肺炎的临床与实验研究. 中医杂志，1991 (10):41
[23] 刘传珍，等. 清肺扶正祛瘀法治疗小儿病毒性肺炎的临床报道. 中国医药学报，1993 (4):32
[24] 彭兆麟，彭禄曾. 对腺病毒合并呼吸合胞病毒双重感染婴幼儿肺炎中药治疗的临床观察. 中医杂志，1989 (1):28
[25] 杜怀棠. 下法的临床应用与体会. 中医杂志，1990 (5):5
[26] 诸惜勤. 清热泻肺通腑法治疗小儿肺炎30例. 上海中医药杂志，1984 (6):8
[27] 姚昆，周瑶玺，吴筱玲，等. 山羊角对流感病毒感染和对机体免疫功能影响的观察. 南京医学院学报，1984 (4):228
[28] 黎凯建，王跃红，胡君茹. 双黄连气雾剂与注射剂的药效学及临床应用研究. 中国中药杂志，1994 (11):689
[29] 乐芹，倪珠英. 麻杏石甘汤加味对急性下呼吸道感染患儿免疫功能的影响. 中西医结合杂志，1990 (7):406
[30] 关珩. 提高免疫功能防治体弱儿反复上呼吸道感染新药—童康片. 实用儿科学杂志，1987 (1):45
[31] 高淑娟，戴锡珍，要华民. 几种清热解毒中药抗内毒素作用的比较实验. 天津中医，1992 (3):42
[32] 刘晓波，马布仁. 应用产色基质偶氮法筛选抗内毒素中草药. 实用中西医结合杂志，1995 (8):583
[33] 刘云海. 板蓝根抗内素作用研究. 中国药科大学学报，1995 (5):297
[34] 王毅，朱佩芳，王正国. 黄芩甙对内皮细胞保护作用及其生化机理. 中国中医急症，1994 (6):260
[35] 陈剑雄，曹永舒. 甘草酸单铵对内毒素诱发支气管高反应性的作用-β-cAMP向下调节影响. 中药药理与临床，1994 (1):17
[36] 任园，陈鸿珊，周立草. 河车抑制TNF及其对小鼠内毒素致死性保护作用的研究. 中国实验临床

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

免疫学杂志，1995（3）:1

[37] 金丽娟，乐毅，张薇．虎杖甙对内毒素刺激的单个世噬细胞内游离钙动态变化的影响．第一军医大学学报，1997（2）:103

[38] 熊启逵．四川医学院温病理论研究室．四川医学，1983（2）:65

[39] 宋崇顺，刘新槐，师园．温热病实验动物模型的探讨．辽宁中医杂志，1994（2）:91

[40] 叶望云，李鸣真，陆付耳．温病邪入营血分实质的实验研究．中国中医急症，1994（5）:227

[41] 杨进，陆平成．家兔“热毒血瘀证”系列动物模型的试制．南京中医药大学学报，1995（2）:70

[42] 闻玉梅．医学分子病毒学及其应用．上海：上海医科大学社，1995．66

[43] 林万明．医学分子微生物学进展（下册）．中国科学技术出版社，1992．578

[44] Nathalie J. Schmidt，Phd Richard W. Emmons，MD，PhD 主编．顾方舟译．病毒，立克次体及衣原体疾病诊断技术．第六版．北京：北京医科大学中国协和医科大学联合出版社，1993．

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 咳　嗽 ❊

咳嗽是因邪客肺系，肺失宣肃，肺气不清所致，以咳嗽，或兼有咯吐痰液为主要症状的病症。是肺系疾患中多种疾病的一个常见症状，也是一个具有独立性的证候，中医学对该病认识较早，治疗上有较好的疗效。古代曾有人将无痰而有声者称之为咳，无声而有痰者称之为嗽，既有声而又有痰者称之为咳嗽，但在临床中二者很难分开，所以一般均称为咳嗽。西医学中的呼吸道感染、急慢性支气管炎、支气管扩张、肺部感染，以及其它系统疾病中伴有咳嗽症状者均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

中医诊断标准有国家中医药管理局 1994－6－28 批准，1995－1－1 实施的中华人民共和国中医药行业标准，现采录如下：

咳嗽是因邪客肺系，肺失宣肃，肺气不清所致，以咳嗽、咯痰为主要症状的病症。

诊断依据为：咳逆有声，或伴咽痒咳痰；外感咳嗽，起病急，可伴有寒热等表证；内伤咳嗽，每因外感反复发作，病程较长，可咳而伴喘；急性期查血白细胞总数和中性粒细胞增高；两肺听诊可闻及呼吸音增粗，或伴散在干湿性罗音；肺部 X 线摄片检查，正常或肺纹理增粗。

1.2　证类诊断标准

风寒袭肺　咳嗽声重，咯痰稀薄色白，恶寒，或有发热，无汗。舌苔薄白，脉浮紧。

风热犯肺　咳嗽气粗，咯痰粘白或黄，咽痛或咳声嘶哑，或有发热，微恶风寒，口微渴。舌尖红，苔薄白或黄，脉浮数。

燥邪伤肺　干咳少痰，咯痰不爽，鼻咽干燥，口干。舌尖红，苔薄黄少津，脉细数。

痰热壅肺　咳嗽气粗，痰多稠黄，烦热口干。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

肝火犯肺　咳呛气逆阵作，咳时胸胁引痛，甚则咯血。舌红，苔薄黄少津，脉弦数。

痰湿蕴肺　咳声重浊，痰多色白，晨起为甚，胸闷脘痞，纳少。舌苔白腻，脉滑。

肺阴亏虚　咳久痰少，咯吐不爽，痰粘或夹血丝，咽干口燥，手足心热。舌红，少苔，脉细数。

肺气亏虚　病久咳声低微，咳而伴喘，咯痰清稀色白，食少，气短胸闷，神倦乏力，自汗畏寒。舌淡嫩，苔白，脉弱。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3 分期分度标准

轻度（+）：白天间断咳嗽，不影响正常生活和工作。

中度（++）：症状介于轻度（+）及重度（+++）之间。

重度（+++）：昼夜咳嗽频繁或阵咳，影响休息和睡眠。

2 中心证候特征

六淫外邪侵袭肺系或脏腑功能失调内邪干肺所引起的肺失宣肃，肺气上逆是咳嗽的证候学特征。其主证为咳嗽、咳痰。

咳嗽　有外感内伤之分。外感咳嗽多有发热、恶寒或恶风。外感风寒咳嗽，痰白而稀；外感风热咳嗽，痰黄而稠；燥热伤肺咳嗽，无痰或痰少而粘稠。内伤咳嗽多无恶寒的表现，痰湿犯肺咳嗽，痰多而白，有纳少便溏、苔白腻等症。肝火犯肺咳嗽，有气逆，痰稠、咳时胸胁痛等症。肺阴虚咳嗽，无痰、或痰少而粘，痰中带血，咽喉干燥等症。肺气虚咳嗽、有痰多清稀而白，自汗等症。肺肾两虚咳嗽，有动则气促、头晕、耳鸣、腰酸等症。

咳痰　痰有寒热燥湿之分。痰白而清稀，或有灰黑点者，属寒痰；痰黄粘稠，坚而成块者，属热痰；痰少而粘，难于咯出者，属燥痰；痰白清而量多，易咯出者，属湿痰；痰清稀而多泡沫，多属风痰。

3 病　因

3.1 外感咳嗽

六淫外感，侵袭肺系致使肺气上逆而咳者为外感咳嗽；多因肺的卫外功能失调六淫外邪乘虚从口鼻而入，或从皮毛而受。由于四时主气的不同，因而人体所感受的外邪亦有区别。风为六淫之首，其他外邪多随风邪侵袭人体，所以外感咳嗽常以风为先导，夹寒、湿、热、燥等邪而致咳嗽。张介宾曾有“六淫皆令人咳，风寒为主”之说，认为以风邪挟寒者居多，然结合临床实际情况来看，风热亦不少见，有时甚至居诸病之首。其他如吸入烟尘秽浊之气亦可犯肺致咳。

3.2 内伤咳嗽

肺失宣降　肺主气，司呼吸，主宣发与肃降肺气。若久咳伤肺，肺气不足，宣发肃降功能失职，水津不布而生痰浊，每见咳嗽不止，咳痰，自汗，乏力，易感冒等虚（肺气虚）实（痰湿内阻）夹杂之证。

脾虚生痰　脾主运化，肺气有赖于脾所运化之水谷精气充养，若久病脾虚可致肺气亦衰，出现咳嗽、气促、语言低微等症状。脾失健运，不能输布水谷精微，酿湿生痰，上渍于肺，壅塞肺气，影响气机出入，遂为咳嗽。另外嗜酒及嗜食辛辣燥热之品，亦易化火生痰迫肺为咳。

肝火犯肺　肝与肺以经络相联，肝经“其支者，复从肝别贯膈，上注肺”（《灵枢·经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉》)。肝气升发，肺气肃降而互相制约，互相协调，则人体气机升降正常。若肝气郁结，失其升发疏泄之能，就会影响肺气的肃降而致咳嗽，如有些慢性咳嗽患者每因情志郁怒而诱发，就是肝对肺影响的表现。肝火上炎，灼伤肺阴，则可出现咳嗽、痰出不爽、咽喉干燥、胸胁胀满等症，即“木火刑金”。

肾虚及肺 呼吸虽由肺所主，但肾能助肺吸气，若肾之精气亏损，不能助肺吸气，就会出现呼吸短促、动则尤甚、咳逆等症。又肺阴与肾阴有着相互资生、相互促进的关系，若肾阴下亏不能上滋肺金或虚火上炎，灼伤肺阴，均会出现干咳少痰、颧红、口干、声嘶等症。

咳嗽虽有外感与内伤之分，但又常常相互影响，相互累及。如外感咳嗽日久，必致内伤咳嗽；内伤正虚、抗病力弱，每易致外邪侵入而见外感咳嗽，形成表里同病、虚实并见、外感与内伤并存之局而，故有时又不可绝对区别开来。

4 病　机

4.1 发　病

不论邪从外入，或自内而发，均可引起肺失宣肃，肺气上逆作咳。

4.2 病　位

咳嗽的病位在肺，涉及脾、肾。

4.3 病　性

外感咳嗽属实，内伤咳嗽则多属虚、虚实挟杂。

4.4 病势与病机转化

外感咳嗽与内伤咳嗽的转归，从疾病性质上来说，主要是由实转虚的变化。从脏腑病转归来说，主要是肺、脾、肾之间的相移。外感属实，其病在肺，但调治失宜，亦可转为内伤而累及他脏。一般说病肺为轻，病脾较重，病肾尤重。另肺主气，心主血，气血相关，肺脏病变，日久必及于心。内伤咳嗽若反复发作，日久不愈，常导致肺、肾、心、脾亏虚，气滞、痰凝、血瘀、水停而演变成为肺胀。总的说来，外感咳嗽的预后良好，大多可在较短时间获得治愈。内伤咳嗽的预后一般亦较好，但部分患者易于反复发作。转化为肺胀者，则预后较差，往往病程缠绵，迁延难愈。

4.5 证类病机

风寒袭肺 风寒之邪外束肌表，内郁肺气，以致肺卫失宣为本证的主要病机。风寒袭肺，肺气郁闭不宣，故咳嗽、咯痰、鼻塞流涕；风寒束表，皮毛闭塞，卫外之阳气被遏，故恶寒、无汗、头痛、骨节酸痛；舌苔薄白、脉浮，为风寒之邪束表客肺之象。

风热犯肺 风热犯肺，热灼肺津，故见咳嗽、痰黄稠、咯痰不爽、口干；风热之邪从口鼻而人，鼻咽部先受其邪，故鼻流黄涕、咽喉疼痛；风热客表，营卫失和，故头痛、发

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热、汗出、恶风、舌红苔薄黄、脉浮数，为风热初犯肺卫之征。

温燥犯肺 燥热犯肺，耗伤津液，故咳嗽少痰，或略有粘痰，咯出不易；热伤血络，则痰中带血；燥胜则干，故见咽干，唇鼻干燥；初起常见表证，乃属风热外客，营卫不和；舌尖红，苔薄黄而干，均属燥热之象。

凉燥伤肺 凉燥之气，袭表犯肺，使肺气失宣，表卫失和，为本证的主要病机。与温燥比较，本证兼见风寒袭表症状，如头痛、恶寒、发热、无汗、苔薄白、脉浮紧等。

痰热壅肺 此证实为邪热外犯，侵及肺脏之外感咳嗽。痰热蕴肺，肺失宣降，故见发热、气急、咳嗽痰黄难出；痰热灼肺伤络，故见痰中带血；痰热壅盛，气机不利，故胸闷胸痛；口干而苦为热甚伤津；苔黄，脉滑数均为痰热之象。

痰湿蕴肺 脾虚健运失常，以致痰湿内生，上渍于肺，阻碍气机，故咳嗽痰白而粘，“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，即此之谓；痰阻胸膈，气机不畅，则胸脘满闷；纳减，四肢乏力，既因脾胃虚弱，也因湿困脾胃；肺脾气虚，卫外力弱，则气短、易感冒；舌苔白腻、脉象濡滑或弱，为痰湿内聚、气失宣展之征。

肝火犯肺 情志不遂，肝气郁结化火，逆乘于肺，肺失清肃之权，故气逆咳嗽不已；木火刑金，肺络损伤到咳吐鲜血或痰带血丝；胁为肝之分野，肝火肆逆，故胁痛；性急易怒，烦热口苦，咽喉干燥，面红耳赤，脉弦数，均为肝火炽盛之象；苔薄黄少津，肝郁肺热津亏之征。

肺阴亏耗 阴虚内燥，肺失滋润，以致肃降无权，肺气上逆为本证的主要病机。阴虚肺燥，故干咳无痰或痰少而粘、口干舌燥；阴虚火旺，故五心烦热，潮热盗汗，形瘦无华；热伤肺络，则见咯血；舌红少苔，脉细数，为阴虚内热之征象。

肺肾气（阳）虚 肺脾肾阳气亏虚，摄纳无力，肺气上逆，为本证的主要病机。阳虚不运，水饮内停，上干于肺，故咳嗽、痰涎清稀；阳气虚衰，摄纳无力，卫外不固，易感外邪而诱发，故咳嗽反复发作；水气上泛故头痛、心悸；水气游溢肢体故肤肿；肾阳亏虚，不能化气行水，则小便不利；阳虚生外寒，故畏寒肢冷；苔白润、脉沉滑，为阳气不足，寒水内停之象。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

咳嗽临证应当了解咳嗽的时间、节律、性质、声音以及加重的有关因素。咳嗽时作，白天多于夜间、咳而急剧、声重，或咽痒则咳作者，或咳声嘶哑，病势急而病程短者，多为外感风寒或风热，病势缓而病程长者为阴虚或气虚；咳声粗浊者多为风热或痰热伤津所致；早晨咳嗽阵发加剧，咳嗽连声重浊，痰出咳减者，多为痰湿或痰热咳嗽；午后、黄昏咳嗽加重，或夜间时有单声咳嗽，咳声轻微短促者，多属肺燥阴虚；夜卧咳嗽较剧，持续不已，少气或伴气喘者，为久咳致喘的虚寒证。咳而声低气怯者属虚，洪亮有力者属实。饮食肥甘、生冷加重者多属痰湿；情志郁怒加重者因于气火；劳累、受凉后加重者多为痰湿、虚寒。

同时还需要注意痰的色、质、量、味。咳而少痰的多属燥热、气火、阴虚；痰多的常

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

属湿痰、痰热、虚寒；痰白而稀薄的属风、属寒；痰黄而稠者属热；痰白质粘者属阴虚、燥热；痰白清稀透明呈泡沫样的属虚属寒；咯吐血痰，多为肺热或阴虚，如脓血相兼的，为痰热瘀结成痈之候。有热腥味或腥臭气的为痰热；味甜者属痰湿；味咸者属肾虚。

5.2 分析病位

一般说，外感咳嗽多是新病，常在受凉之后，突然发生，伴有鼻塞流涕、喷嚏、咽痒、头胀痛、全身酸楚、发热等症（其他外邪为患，亦当有其相应症状），病位在肺。内伤咳嗽多是宿疾，起病缓慢，往往有较长的咳嗽病史，有其他脏腑病症，如疲乏无力、胸满胁痛、食少便溏等。病位在肺、多涉及脾、肝、肾等。

5.3 确定病性

咳嗽当据其见证分清属虚属实。外感咳嗽，是由外邪侵袭引起的，多是实证；内伤咳嗽，是脏腑功能失调引起的，多是虚证或虚中挟实。

6 鉴　别

咳嗽应着重与下列病证相鉴别：

肺痨　咳嗽是肺痨的主要症状之一，因此须与作为病证诊断的咳嗽相鉴别。鉴别的要点是，肺痨由痨虫犯肺而引起，常同时出现咳嗽、咯血、胸痛、潮热、盗汗、消瘦等症。必要时可结合进行 X 线肺部检查，以助诊断。

肺胀　有久患咳、喘、哮等病证不愈的病史。在咳嗽的同时，并有胸中烦闷，膨膨胀满，上气咳喘，甚至面色晦暗，唇舌紫绀，颜面四肢浮肿等症，且病情缠绵，经久难愈。

哮证及喘证　哮证及喘证虽然也会兼见咳嗽，但各以哮、喘为其主要临床表现，哮证主要表现为痰气交阻，气道壅塞，呼吸不利，喉间痰鸣气吼。喘证主要表现为呼吸迫促，张口抬肩，甚至摇身撷肚，不能平卧。

肺癌　肺癌的特征为咳吐浊唾涎沫。临床症见咳嗽，咯吐浊唾涎沫，或唾白如雪，细沫稠粘，或有时唾血，气息短促，或时有寒热，形体瘦削，皮毛干枯，头昏，神疲，面色青等。肺癌属虚证。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 风寒袭肺

临床表现：咳嗽，痰稀薄色白，咽痒，常伴鼻塞，流清涕，喷嚏，恶寒，无汗，头痛，骨节酸痛等症，舌苔薄白，脉浮。

病机分析：风寒之邪外束肌表，内郁肺气，以致肺卫失宣为本证的主要病机。风寒袭肺，肺气郁闭不宣，故咳嗽、咯痰、鼻塞流涕；风寒束表，皮毛闭塞，卫外之阳气被遏，故恶寒、无汗、头痛、骨节酸痛；舌苔薄白、脉浮，为风寒之邪束表客肺之象。

治法：疏风散寒，宣肺止咳化痰。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：杏苏散（《温病条辨》）加减。

紫苏 前胡 杏仁 桔梗 枳壳 陈皮 半夏 茯苓 甘草 生姜 大枣

加减：咳嗽较甚者，加金沸草、紫菀；咳而气急者，去紫菀加麻黄、苏子宣降肺气；表邪较甚者，可酌加防风、羌活。

临证参考：若外寒内热，症见咳嗽声重音嘎，痰浓不易咯出，咳引胸痛，恶寒鼻塞，或有身热，口渴咽痛，甚则气逆而喘，舌苔白腻而黄，舌质红，脉滑数。此证为风寒外束，肺热内郁所致，俗称“寒包火咳”。治宜散寒清热，用麻杏石甘汤。此证与燥邪伤肺不同，不宜早投清润之剂。若风寒兼湿，证见咳嗽痰多，兼有胸脘作闷，舌苔白腻，脉濡。此为湿邪内郁，复感风寒之邪，肺气失于宣畅所致。治宜疏散风寒，兼于燥湿祛痰，用杏苏散加厚朴、苍术之类。若风寒夹饮，主要症状与风寒证相同，但见咳逆上气，胸闷气急，舌质淡红，苔薄白滑利，脉浮紧或弦滑，此属风寒外来，饮邪内犯，肺失宣降而发咳嗽，治宜疏散风寒以除表邪，温化寒饮以逐内患，用小青龙汤加减。若外感风寒咳嗽迁延不愈，表邪未尽，或愈而复发者，则可用止嗽散加减治疗。

7.1.2 风热犯肺

临床表现：咳嗽痰稠或黄稠，咯痰不爽，口干，咽喉疼痛，鼻流黄涕，发热，汗出，恶风，头痛，舌红苔薄黄，脉浮数。

病机分析：风热犯肺，热灼肺津，故见咳嗽、痰黄稠、咯痰不爽、口干；风热之邪从口鼻而入，鼻咽部先受其邪，故鼻流黄涕、咽喉疼痛；风热客表，营卫失和，故头痛、发热、汗出、恶风、舌红苔薄黄、脉浮数，为风热初犯肺卫之征。

治法：疏风清热，宣肺止咳化痰。

方药：桑菊饮（《温病条辨》）加减。

桑叶 菊花 薄荷 杏仁 桔梗 甘草 连翘 芦根

加减：如咳甚者加鱼腥草、枇杷叶、浙贝母、矮地茶；若热邪较甚，身热口渴明显者，加黄芩、知母、金银花加强清泄肺热之力；咽痛明显加射干；若风热伤络，出现鼻血或痰中带血丝者，加白茅根、藕节；热伤肺津，咽燥口干，舌质红，酌加南沙参、天花粉清热生津。

临证参考：若风热兼湿，证见咳嗽痰多，胸闷汗出，舌苔白腻中黄，脉濡数，此为风热夹湿蕴蒸，邪在上焦，肺气失肃所致，宜于桑菊饮中加入杏仁、薏苡仁之类，以宣气化湿。若风热夹暑，证见咳嗽胸闷、心烦口渴，溺赤，舌质红苔薄，脉濡数。由于外感风热，夹时令之暑湿，侵犯上焦，肺气不宣，其邪不能从汗外泄所致。宜用香薷、前胡、鲜藿香、佩兰、六一散之类，以疏风解暑。

7.1.3 温燥犯肺

临床表现：此证实乃风热挟燥邪犯肺，多发生于初秋。证见咳嗽少痰，或略有粘痰不易咯出，或痰中带有血丝，咽干，咽痛，唇鼻干燥。咳甚则胸痛，常有恶寒、发热等表证。舌苔薄黄而干，舌尖红，脉数。

病机分析：燥热犯肺，耗伤津液，故咳嗽少痰，或略有粘痰，咯出不易；热伤血络，则痰中带血；燥胜则干，故见咽干，唇鼻干燥；初起常见表证，乃属风热外客，营卫不和；舌尖红，苔薄黄而干，均属燥热之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：疏风清热，润肺止咳。

方药：桑杏汤加减。

桑叶　豆豉　山栀　杏仁　贝母　沙参　梨皮

加减：燥热现象明显者，加麦冬、知母、石膏；头痛、发热甚者，加薄荷、连翘、蝉衣；咽痛明显者加玄参、马勃；鼻衄，加白茅根、生地治之。

7.1.4　凉燥伤肺

临床表现：此证则为风寒挟燥邪犯肺所致，多发生于深秋。证见咳嗽，痰少或无痰，咽干唇燥，头痛，恶寒，发热，无汗，舌苔薄白而干，脉浮紧。

病机分析：凉燥之气，袭表犯肺，使肺气失宣，表卫失和，为本证的主要病机。与温燥比较，本证兼见风寒袭表症状，如头痛、恶寒、发热、无汗、苔薄白、脉浮紧等。

治法：疏散风寒，润肺止咳。

方药：多用杏苏散（《温病条辨》）加减。

苏叶　杏仁　半夏　陈皮　前胡　枳壳　桔梗　百部　款冬　甘草

加减：若风寒表证明显，可加荆芥、防风等以加强解表散寒之力。

7.1.5　痰热壅肺

临床表现：证见咳嗽，痰色黄稠而难咯出，甚或呼吸急促，痰中带血，发热（多为高热），胸闷胸痛，口干，口苦，咽痛，舌苔黄腻，脉滑数。

病机分析：此证实为邪热外犯，侵及肺脏之外感咳嗽。痰热蕴肺，肺失宣降，故见发热、气急、咳嗽痰黄难出；痰热灼肺伤络，故见痰中带血；痰热壅盛，气机不利，故胸闷胸痛；口干而苦为热甚伤津；苔黄，脉滑数均为痰热之象。

治法：清肺泻热，化痰止咳。

方药：清金化痰汤（《杂病广要》引《统旨方》）加减。

黄芩　山栀　知母　桑白皮　陈皮　桔梗　瓜蒌仁　麦冬　贝母　甘草　茯苓

加减：肺热壅盛，咳而喘满、高热、口渴者，去陈皮，加金银花、大黄、蒲公英、鱼腥草、石膏、葶苈子等以加强清热泄肺之力。

本证亦常用麻杏石甘汤加金银花、连翘、鱼腥草、蒲公英、大黄、黄芩、紫地丁、桔梗、芦根等药以治之。

7.1.6　痰湿蕴肺

临床表现：咳嗽多痰，痰白而粘或清稀，胸脘满闷，食纳不佳，四肢乏力，平素易感冒，舌苔白腻，脉象濡滑或沉弱。

病机分析：脾虚健运失常，以致痰湿内生，上渍于肺，阻碍气机，故咳嗽痰白而粘，“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，即此之谓；痰阻胸膈，气机不畅，则胸脘满闷；纳减，四肢乏力，既因脾胃虚弱，也因湿困脾胃；肺脾气虚，卫外力弱，则气短、易感冒；舌苔白腻、脉象濡滑或弱，为痰湿内聚、气失宣展之征。

治法：益气健脾，燥湿化痰。

方药：常以二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加减，肺脾气虚明显者用六君子汤加味。

半夏　党参　白术　茯苓　陈皮　甘草

加减：如痰湿较重。痰多，脘闷明显，加苍术、厚朴、薏苡仁、杏仁之类，以增强燥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿化痰之力；证属寒痰者，加干姜、细辛以温化之；属热痰则加黄芩、蒲公英、鱼腥草之属；属风痰者，加制南星、白附子以祛风化痰；痰滞食阻而见痰多胸痞、食欲不振者，可合三子养亲汤顺气降逆、化痰消食；气虚甚者可加黄芪、五味子以加强补气之力，亦或以补肺汤加减以治之。

7.1.7 肝火犯肺

临床表现：咳嗽气逆，咳则连声，痰滞难咯，或干咳少痰，甚则咳吐鲜血，或痰带血丝，胸胁串痛，性急易怒，烦热口苦，咽喉干燥，面红目赤。舌苔薄黄少津，脉象弦数。症状可随情绪波动而增减。

病机分析：情志不遂，肝气郁结化火，逆乘于肺，肺失清肃之权，故气逆咳嗽不已；木火刑金，肺络损伤到咳吐鲜血或痰带血丝；胁为肝之分野，肝火肆逆，故胁痛；性急易怒，烦热口苦，咽喉干燥，面红耳赤，脉弦数，均为肝火炽盛之象；苔薄黄少津，乃肝郁肺热津亏之征。

治法：清肝泻肺，止咳降逆。

方药：黛蛤散（《医说》引《类编》）合泻白散（《小儿药证直诀》）加味。

青黛　海蛤壳　桑白皮　地骨皮

加减：火热较盛，咳嗽频作者，可加山栀、枇杷叶等，以增强清热止咳之功效；咯血可用大黄、紫草、丹皮、生地、地榆等凉血止血，或加三黄泻心汤治之；咳嗽日久可加沙参、麦冬、五味子、诃子等敛阴生津止咳。

7.1.8 肺阴亏耗

临床表现：证见久咳不愈，干咳无痰，或痰少不易咯出，口干舌燥。或五心烦热，潮热盗汗，形瘦无华，或见咯血。舌红少苔，脉细数。

病机分析：阴虚内燥，肺失滋润，以致肃降无权，肺气上逆为本证的主要病机。阴虚肺燥，故干咳无痰或痰少而粘，口干舌燥；阴虚火旺，故五心烦热，潮热盗汗，形瘦无华；热伤肺络，则见咯血；舌红少苔，脉细数，为阴虚内热之征象。

治法：养阴润肺，宁嗽止咳。

方药：以沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

沙参　麦冬　玉竹　天花粉　桑叶　甘草　扁豆　川贝母　杏仁　百合　桑白皮　地骨皮

加减：若久咳不愈，加五味子、诃子敛肺止咳；潮热加银柴胡、青蒿、鳖甲、胡黄连以清虚热；盗汗加浮小麦、黄芪、乌梅收涩敛汗；咯痰黄稠加海蛤粉、黄芩清化热痰；痰中带血或咯血加大黄、丹皮、栀子等凉血止血。

临证参考：阴虚咳嗽兼见五心烦热、颧红、腰膝酸软、梦遗滑精者，为肺肾阴虚，可改用八仙长寿丸：以六味地黄丸滋肾润肺，麦冬、五味子滋阴敛肺止咳。虚火明显而潮热者，可改用知柏地黄丸或大补阴丸加沙参、百部、百合、青蒿等味以治之。亦可用百合固金汤加减。

7.1.9 肺肾气（阳）虚

临床表现：咳嗽反复发作，经久不愈，咳痰清稀量多，头昏目眩，心悸，畏寒肢冷，腰膝酸软，或兼水肿，喘气（动则尤甚），或兼小便不利，舌苔白滑，脉沉滑无力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：肺脾肾阳气亏虚，摄纳无力，肺气上逆，为本证的主要病机。阳虚不运，水饮内停，上干于肺，故咳嗽、痰涎清稀；阳气虚衰，摄纳无力，卫外不固，易感外邪而诱发，故咳嗽反复发作；水气上泛故头痛、心悸；水气游溢肢体故水肿；肾阳亏虚，不能化气行水，则小便不利；阳虚生外寒，故畏寒肢冷；苔白润、脉沉滑，为阳气不足，寒水内停之象。

治法：温肾健脾益肺，止咳化痰。

方药：常用苓甘五味姜辛汤（《金匮要略》）加附子、肉桂、巴戟天、淫羊藿、黄芪、党参之类。若见水肿，小便不利，可改用真武汤加细辛、五味子、黄芪、党参等。

7.1.10 瘀血咳嗽

对于胸背跌仆损伤，瘀血内阻，肺气不利，证见咳嗽不愈，夜间加剧，呛咳少痰，痰中时带极少血丝或血点，胸背受伤部位有阵发性刺痛，舌淡紫或见瘀斑，脉弦等的瘀血咳嗽、治疗当以化瘀肃肺为主，常用旋覆花汤加减。可用旋覆花、茜草降气消结通络，桃仁、紫菀止咳，痰中带血者，加三七、白茅根活血化瘀、止血。其中白茅根每次可用至二两煎汤代水煎药。如吐血紫黑，咳嗽气急只能侧卧一边，可用血府逐瘀汤加杏仁、五味子。

7.2 辨病论治

呼吸道感染，急性支气管炎初起咳嗽多按外感咳嗽治疗，宜疏散外邪，宣通肺气；病久外感咳嗽如迁延失治逐渐转为内伤咳嗽则按内伤咳嗽治疗，宜调理脏腑，祛邪止咳。

慢性支气管炎急性发作期多属邪实正虚，治当祛邪止咳，扶正补虚，标本兼顾，分清虚实主次处理。迁延期亦当兼顾虚实处理，缓解期应坚守“缓则治其本”的原则，补虚固本以图根治。

7.3 临床用药经验与体会

近代医家治疗咳嗽经验不一，用药特点各异，以下所述是综合有关专家治疗咳嗽的临床用药心得体会。

7.3.1 止咳平喘药

止咳平喘药用杏仁、百部、紫菀、款冬花、苏子、桑白皮、葶苈子、枇杷叶、白果等。其中杏仁苦微温入肺大肠二经，取其止咳平喘的功能，可随配伍不同而用于多种咳喘证。治风热咳嗽，与桑叶、菊花等配伍，如桑菊饮；治燥热咳嗽，与桑叶、贝母、沙参等同用，如桑杏汤；治肺热咳嗽，与麻黄、生石膏等合用，如麻杏石甘汤。现代药理研究认为杏仁所含苦杏仁甙经消化酶或苦杏仁甙酶分解，逐渐产生氢氰酸，可对呼吸中枢呈抑制作用，使呼吸运动趋于安静而达镇咳平喘效应。百部润肺止咳，紫菀，枇杷叶化痰止咳，款冬花、苏子辛温多用子寒嗽，桑皮、葶苈子、泻肺平喘治喘咳痰多甚，白果敛肺平喘。

7.3.2 化痰药

化痰药用清半夏、桔梗、白前、贝母、前胡、瓜蒌、海蛤壳等。其中清半夏辛温归脾胃肺三经，为治湿痰要药，呼吸道炎症引起的多痰与无痰的咳嗽常用之。常与陈皮、茯苓配伍。若兼有寒象，痰多清稀者，可配细辛、干姜等药。若见有热象，痰稠色黄者，则可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

与黄芩、瓜蒌等药配伍。现代药理研究其所含生物碱镇咳作用和可待因相似但较弱，被认为系抑制呼吸中枢。桔梗辛散苦泄，功能开宣肺气而利胸膈咽喉，并有较好的祛痰作用。治咳嗽痰多，不论肺寒、肺热俱可应用。白前性微温而不燥热，长于祛痰，又能降气。凡肺气壅实，痰多而咳嗽不爽，气逆喘促之证都可应用。贝母、瓜蒌、海蛤壳均清肺化痰止咳，用于痰热咳嗽。

7.4 古今验方

(1) 宁嗽散：桑白皮、紫苏各 9g，细辛 3g，五味子、橘皮、半夏各 6g，茯苓、杏仁、枳壳、桔梗、甘草各 10g。为“诸嗽通用”之方。

(2) 肺热久嗽方枇杷叶、木通、款冬花、紫菀、杏仁、桑皮各 10～15g，大黄 6～9g。适用于肺热咳嗽。

(3) 百部煎：百部、生地、生姜、百合、麦冬各 10～15g。适用于阴虚久咳之证。

(4) 枇杷叶煎：枇杷叶（包）、紫苏各 9g，甜杏仁 12g，大蒜头 3g。先将杏仁、大蒜共捣烂；再将枇杷叶、紫苏煎汁 150ml 左右，过滤后冲于杏、蒜泥中浸液。每日 1 剂，分 2 次服。适用于外感咳嗽。

(5) 加味生脉饮：人参、五味子各 10g，麦冬 20g，桔梗、罂粟壳各 15g。加水 300ml，煎取汁 150ml，分 3 次服。适用于肺虚咳嗽。

(6) 沉香丸：沉香 24g，蛤蚧 2 对，人参、地黄各 50g，胡桃肉、丹参、黄芪、补骨脂各 100g，肉桂、麻黄各 40g，厚朴 80g，炙甘草 30g。共为蜜丸，每丸 6g；早晚用温水各送服 2 丸。适用于肾虚久咳。

(7) 珍珠层粉 60g，青黛少许，麻油调服，分 8 次服，日 2 次，用于咳嗽气急。

7.5 变证的治疗

咳嗽常见变证有两种，即音哑，喘证。

7.5.1 音哑

久咳肺肾阴虚，阴虚火旺发展为音哑。

临床表现：干咳少痰，声音低沉费力，讲话不能持久，甚则嘶哑，日久不愈，头晕耳鸣，虚烦少寐，腰酸膝软，手足心热，舌红少苔，脉细数。

治法：滋养肺肾，降火利喉开音。

方药：百合固金汤（《医方集解》引赵蕺庵方）加减。

百合 10g　生地 10g　熟地 10g　麦冬 10g　玄参 10g　当归 10g　白芍 10g　桔梗 10g　甘草 10g　贝母 10g　蝉衣 10g　木蝴蝶 10g

7.5.2 喘证

久病肺弱，咳伤肺气，肺之气阴不足，以致气失所主而短气喘促。

7.5.2.1 阴虚

临床表现：喘促短气，气怯声低，痰吐稀薄，或咳呛痰少，质粘，烦热口干，咽喉不利，面潮红，舌质淡红或舌红苔剥，脉较弱或细数。

治法：补肺益气养阴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）加补肺汤（《济阳纲目》）合方加减。

党参 10g　黄芪 10g　麦冬 10g　五味子 10g　熟地 10g　桑白皮 10g　紫菀 10g

7.5.2.2　气虚

临床表现：喘促日久，动则喘甚，呼多吸少，气不得续，形瘦神惫，跗肿，汗出肢冷，面青唇紫，舌苔淡白或黑润，脉微细或沉弱。

治法：补肾纳气。

方药：金匮肾气丸（《金匮要略》）加参蛤散合方。

桂枝 10g　制附片 10g　熟地 10g　山萸肉 10g　山药 10g　茯苓 10g　丹皮 10g　泽泻 10g　党参 10g　蛤蚧 1 对

7.6 外 治 法

7.6.1　外敷法

甘遂、白芷、白芥子、半夏各 15g，共捣烂，以姜汁调成糊状，外敷于两侧心俞、肺俞、膈俞三穴上以治久咳不愈伴气喘的慢性支气管炎。

白芥子 75g，白芷 10g，共研为细末，加入少许蜂蜜拌匀成糊状，然后分成两半烤热后敷贴于风门穴上，早晚各换药 1 次，连敷数日即愈，适用于急性支气管炎之风寒、风热外侵咳嗽。

7.6.2　鼻吸法

款冬花、金耳草、熟地各等量卷成香烟样，然后点燃吸之。每天 1～2 次，适用于外感咳嗽。

款冬花、雄黄、艾叶各 30g 共研细末，用纸卷成香烟样，然后点燃吸之，每天 1 次，适用于外感咳嗽。

7.6.3　拔罐法

选穴：大椎、风门、肺俞、膻中、胸椎两侧各穴及胸骨上面诸穴等。

治法：用 15cm 口径的火罐（小儿用较小的火罐），第一次拔大椎、风门、肺俞、膻中等穴。第 2 次拔 1～7 胸椎两旁各穴及胸骨部位诸穴，隔日 1 次。严重者可在脊椎两侧拔走火罐，3～5 天拔 1 次，5 次为 1 个疗程。

适应证：久咳不止的急、慢性支气管炎。

7.6.4　敷脐法

鱼腥草 15g，青黛、海蛤壳各 10g，研碎为末，取葱白 3 根、冰片 0.3g 与药末捣烂如糊状，临用时先以 0.75%酒精消毒脐部，然后取药糊涂布于脐孔中，以纱布覆盖，胶布固定之。每天换药 1 次，10 次为 1 个疗程。适用于急性支气管炎之咳嗽。

罂粟壳、五味子各 30g，研碎为细末，装入瓶内密封备用。临用时取药末 30g，与适量蜂蜜调和均匀，捣烂如膏状，以药膏贴敷于脐孔上，外加胶布固定。2～3 天换药 1 次，敷至病愈停药。适用于久咳不愈之慢性支气管炎。

7.6.5　热熨法

鲜荆芥 250g，鲜曼陀罗花 20g，地龙 20 条，共捣烂，然后平摊于第 1～7 胸椎上，以热水袋热敷 30 分钟，每天敷熨 2～3 次，适用于支气管炎之咳嗽，对急性者疗效卓著。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.6.6 发泡法

用米粒大的斑蝥粉，置于肺俞、脾俞、肝俞上，以胶布固定，约6~12小时，揭去胶布，即见小水泡，任其自然吸收。如已溃破，则涂以龙胆紫液，覆以消毒纱布，以防感染。此法适用于慢性咳嗽急性发作期。

7.7 针灸疗法

针灸对于急慢性咳嗽，均有较好的效果。如慢性咳嗽治疗收效不显时，宜采用多种方法综合治疗。对久咳伴有肺气肿的病人，胸背部穴位宜浅刺。

7.7.1 外感

治法：取手太阴、手阳明经穴为主。毫针浅刺用泻法。风热可疾刺，风寒留针或针后在背部肺俞等穴拔罐。

处方：肺俞　列缺　合谷

随证配穴：咽喉肿痛配少商、尺泽；发热配大椎、外关。

方义：肺主皮毛，司一身之表，故宜浅刺。手太阴与手阳明相为表里，取其络穴列缺，原穴合谷，配以肺俞，三穴合取，能加强宣肺解表的作用，使肺气通调，清肃有权，肺之功能得以恢复。凡风热咽喉肿痛者，取少商点刺出血，泻尺泽，可清泄肺热以消肿利咽。发热者取大椎、外关用泻法，以疏泄热邪，使邪外泄而热自解。

7.7.2 内伤

7.7.2.1 痰湿侵肺

治法：取手足太阴经穴为主。毫针刺用平补平泻法或加灸。

处方：肺俞　太渊　章门　太白　丰隆

方义：原穴为本脏真气所输注，故取肺原太渊与脾原太白，配合肺俞、章门，健运脾土而利肺气，因脾为生痰之源，故脾肺同取，为标本合治之法，丰隆为足阳明经的络穴，取其推动中焦脾胃之气，使气行津布，痰湿得化。

7.7.2.2 肝火犯肺

治法：取手太阴、足厥阴经穴为主。针泻足厥阴经穴，平补平泻手太阴经穴，不灸。

处方：肺俞　尺泽　阳陵泉　太冲

方义：肺俞调肺气，尺泽为肺经合穴，泻之以清肺热；阳陵泉、太冲清泄肝胆二经邪。以免肺阴受灼。

7.7.3 耳针疗法

肺、气管、神门，针双侧，留针20分钟，隔日1次，10次为1疗程。或用王不留行子压贴耳穴。

7.7.4 皮肤针疗法

叩刺上背部脊柱两侧，以皮肤潮红，或少量出血为度。每日1次，5次为1疗程。

7.7.5 水针疗法

多用于慢性咳嗽。常取颈$_7$~胸$_6$夹脊穴。药液及方法：①维生素B_1，每次取穴1对，每穴注射0.5ml，由上而下，逐日更换：如第1次取颈7夹脊穴，第2次则取胸1夹脊穴，依次类推。每日或隔日注射1次，20次为1个疗程。②胎盘组织液，取穴同上，每次注射

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

0.5～1ml。③当归液，方法同胎盘组织液。

7.7.6 灸法

选穴：大椎 肺俞（或风行） 膏肓

方法：采用麦粒灸，3～5天治疗1次，5次为1个疗程。或予艾条灸。每天治疗1次，每次约5～10分钟，以皮肤潮红为度，可和针刺配合应用。本法适用于慢性支气管炎。

7.8 西医治疗撮要

7.8.1 止咳药

中枢镇咳药 如磷酸可待因15～30mg/次，喷托维林15～30mg/次，右美沙芬10～30mg/次，左丙氧芬50～100mg/次，氯苯达诺25mg/次，异米尼尔40mg/次，二甲氧酯25～50mg/次，布他米酯10mg/次，普罗吗酯200mg/次，苯丙哌林20～40mg/次，依普拉酮20～40mg/次。

外周性镇咳药 如那可定15～30mg/次，苯佐那酯50～100mg/次，奥索拉明200～300mg/次。

7.8.2 祛痰药

恶心性祛痰药 如氯化铵，愈创木酚甘油醚。

刺激性祛痰药 如桉叶油，安息香酊，薄荷醑，松节油，愈创木酚。

粘液溶解剂 如溴己新8～16mg/次，羧甲半光氨酸500mg/次，α-糜蛋白酶、胰蛋白酶、去氧核糖核酸酶等作气雾吸入。

临床常用的镇咳祛痰药复方制剂多属成品，诸如复方咳必清糖浆、复方甘草合剂、氯化铵合剂、敌咳糖浆等。

8 疗效评定标准

据1995年卫生部制定颁布的“中药新药治疗慢性支气管炎的临床研究指导原则”中对本病的疗效评定标准规定如下：

临床控制：咳嗽症状基本消失。

显 效：咳嗽症状明显好转（+++→++）。

有 效：咳嗽症状好转（+++→++或++→+）。

无 效：咳嗽减轻不明显，或咳嗽加重。

9 调摄护理

积极开展卫生宣传教育，改善环境卫生，积极消除烟尘和有害废气的危害，加强劳动保护。

吸烟对呼吸道是一种刺激，应当戒绝。

咳嗽患者，应忌食辛辣香燥、肥腻及过于寒凉之品。

需调情志，戒郁怒。

注意气候变化，预防感冒，感冒是引起咳嗽发生、复发和加重的重要原因，应极力避

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

免。

体虚易感冒者，尚可服玉屏风散之类方药以益气固表。

10 康 复

慢性咳嗽，尤其是慢性支气管炎之咳嗽可通过疗养促进疾病康复。

10.1 一 般 康 复

心理疗法：慢性支气管炎病因繁多，但植物神经功能失调，可能是慢支发病内因之一。患者的抑郁或悲观情绪，可加剧病情。因此，慢性支气管炎患者，保持乐观情绪，对疗养康复有积极作用。

预防感冒：感冒是慢性支气管炎发病的重要原因。预防感冒的方法有①保健按摩。擦鼻：用两手大鱼际肌互相对搓致热后，用擦热的大鱼际肌从印堂穴开始，沿鼻两侧下擦至鼻翼之迎香穴，两手同时或两手轮流进行，共 32 下；按迎香穴：用两手中指指腹紧按两侧迎香穴作顺反时钟方向按摩各 16 次，注意不要偏离穴位，然后在该穴上加压重按 15 秒钟，有酸胀感觉效佳；洁面拉耳：两手掌心相对擦热，用掌根贴住额前发际，自上而下擦至颌部，然后沿下颌骨分擦至两耳，用拇、食指夹住耳垂部，轻轻往外拉，然后手掌擦至两侧颞面部至前额部，重复 16 次，以两耳部发热、脸面部舒适感为宜；揉合谷穴：先取一侧合谷穴，用另一手拇指指腹在该穴上作正反方向抹擦 16 次，再换手进行。②冷水洗脸：先从温水开始逐步降低水温，直至习惯冷水，常年不懈。

避免吸入粉尘和刺激性气体；戒烟忌酒。

10.2 饮 食 康 复

慢性支气管炎病人每天排出的痰很多，消耗了不少蛋白质，宜补充高蛋白饮食。

多食绿叶蔬菜、动物内脏、蛋黄、牛奶等富含维生素 A 的食物。

偏方验方：①橄榄 250g，萝卜 500～1000g，煎汤代茶饮；②食盐焖猪心：取新鲜猪心 1 个，洗净稍干后，放铁锅内加少量水，用食盐覆盖，用火焖 1 小时，取熟猪心吃，1～2 次显效。③蜂蜜蒸萝卜：蜂蜜 60g，大萝卜 500g，挖空萝卜中心，装入蜂蜜，用碗盛好。隔水蒸熟服用。④将生梨 1 个（约 200g）连皮切碎，冰糖适量炖服。每天 1 剂。⑤柿饼 30g，大蒜 15g，将上述二味切碎，加适量水煮、去渣，每天 1 剂，分 2 次服。⑥鲜猪胆数个，洗净切开，取胆汁。将大蒜籽剥去外衣、捣烂，按 3∶1 剂量（3 份胆汁、1 份大蒜）浸入胆汁中，24 小时后烘干，研末装瓶备用。每次服 1g，每天 3 次，饭后服用。

10.3 体 育 康 复

医疗步行：户外步行活动，可先慢后快，先短距离后长距离，逐渐增加活动量，量力而行。

太极拳：每天 2～3 次，每次 5～10 分钟。

气功：内养功或强壮功均可选用。特别是内养功采取鼻式呼吸，利用呼吸和意守丹田，达到全身松静。更适于虚弱体质病人。一次练功约 20 分钟。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

五禽戏、八段锦等改善全身健康状况有一定益处，也不妨选用。

揉搓颈部：解开衣领，先将两手掌搓热，然后用手掌在颈部摩擦，直至颈部发热为止，每天2次，可改善胸部肌肉及肺部的血液循环。

两手摸墙：面墙，两手举起向最高处摸墙，摸后放下，反复摸20～30次，能使呼吸肌得到锻炼。

胸膝运动：跪在床上，弯腰、前臂屈曲贴在床上，使胸部尽量向下压床，然后抬起胸来向后压，如此反复抬起压下20～30次。有利于患者向外排痰，适合于痰多的病人进行锻炼。

10.4 物理康复

慢性支气管炎可选用短波、超短波、紫外线穴位照射疗法。中温重碳酸钠泉、氯化钠泉浴或矿泉雾化吸入疗法，每天1次，每次15～30分钟，15～20次为1个疗程。选大椎、肺俞、膏肓等穴拔罐，5～7天为1个疗程，对慢性支气管炎有效。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病名研究

近代医家多宗刘完素之说，即认为咳谓无痰而有声，嗽谓无声而有痰，咳嗽谓有痰有声。并且如全国中医高等院校教材《中医内科学》等内科书籍均谓“咳嗽是肺系疾病的主要证候之一”，张发荣对此提出异议，并提出咳嗽概念应包含4层意思：①病位在肺系；②病机是气机上逆；③有聲咳之声；④与哮证、喘证含义有所区别。张氏提出其概念为：咳嗽是肺系疾病之一，为肺气上逆，冲激气道所发出的聲咳之声，或伴有吐痰为主要表现的一种病证。[1]1995年颁布实施的《中华人民共和国中医药行业标准》规定咳嗽为因邪客肺系，肺失宣肃，肺气不清所致，以咳嗽、咯痰为主要症状的病症，多见于急慢性支气管炎。

当代医家一般很少将咳与嗽分开，往往咳嗽并称，并将有声无痰称为干咳，且普遍认为咳嗽是肺系疾病的主要证候，作为症状又可见于各种肺系疾病，而不是一个独立疾病。如章巨膺认为咳嗽不是病名，它是临床上最常见的一个症状，这个症状在很多病候中可以见到。[2]岳美中认为咳嗽不是病名，而是某疾病的一种证候。[3]

1.2 病因病机研究

对于咳嗽之病因，《素问·咳论》中论述形寒饮冷伤肺致咳，又指出“五脏皆令人咳，非独肺也”，后世医家多遵此说。至明张景岳将咳嗽分为外感与内伤，“咳嗽之要，止惟二证，何谓二证？一曰外感，一曰内伤而尽之矣。”张氏之说对后世影响颇深，近代医家，如程门雪、施今墨等无不将咳嗽之病因分为外感与内伤，外感的病因无非六淫邪气，内伤咳嗽多由于心、肝、脾、肾、肠等脏腑功能失调或肺脏本虚，尤其是脾肾的虚损。现代医

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

家亦普遍执此说，如岳美中认为“但以外感、内伤二证括之，则可尽握咳嗽枢要。外感咳嗽必由皮毛而入，因肺主皮毛，最易感受外邪，以从其合。内伤咳嗽，多属脏气相互影响，如脾虚不能升清，肝火上灼伤肺等等”，[4]姜春华认为“咳嗽是呼吸系统的症状。……从证分类，如外感有风、寒、暑（热或火）、湿、燥等，内伤有劳瘵（相当肺结核）虚损、脾虚、肝旺、肾亏、心火上炎等。”，[5]李今庸认为“咳嗽可由外感风、寒、热、暑、湿、燥等邪气引起，也可由脏腑功能失调引起……咳嗽乃肺之本病，由各种原因引起的肺气不得肃降，其气上逆而得”。[6]咳嗽病机为肺受邪气而失于宣肃，上逆而咳。所受邪气无非外感之六淫，或内伤之痰湿、水饮、气滞、郁火等。对五脏六腑皆令人咳未闻异议，只是在此基础上，各家对内伤咳嗽的病因病机又有所侧重，如岳美中等强调肾精不足之重要，[7]而武维屏等认为肝肺气机失调是内伤咳嗽的重要原因。[8]赵玉哲通过 1040 例咳嗽与时间关系的调查分析认为咳嗽发生与气血流注有关，与人体阳气盛衰亦关系密切。[9]

2 临床研究

2.1 证候学及辨证规律研究

50～60 年代对于咳嗽辨证多以个案为主，讲究理法方药的严密一致。70 年代后，随着对慢支研究的深入，主张辨证分型，对型用药，但辨证论治原则的运用，仍占重要地位，而且对不同的证候治疗也在不断深入。综合近代文献资料，对咳嗽证候分型大多分为风寒型、风热型、风燥型、暑湿型、肝火型、痰湿型、痰热型、肺虚型、脾虚型、肾虚型等，并且认为各证候之间可互相转化，如风寒型失治或过用辛温可化热，风热型可化热伤津转为风燥型，痰湿可从热化转为痰热型，进而伤津化燥，致肺肾阴虚，或从寒化成寒饮犯肺，久则致脾肺两伤、脾肾气虚等，另有学者为研究需要，尤其是在研究慢支时，按标证、本证分类，标证分为寒痰、热痰，本证包括肺气虚、脾阳虚、肾阳虚、阴阳两虚，充分体现了中医标本虚实、脏腑、八纲理论的精华，同时吸取了西医在病因学、病理学、诊断学方面的长处，且通过多学科多指标的方法评选，经多年临床验证，有利于提高临床疗效，对中医分型标准化、规范化也起了促进作用。

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

咳嗽治疗，应分邪正虚实，标本缓急，采用“实则泻之，虚则补之”，“急则治其标，缓则治其本”的原则，同时注意标本兼治。一般而言，外感咳嗽为实证，治疗以祛邪利肺为主，用药宜轻扬，忌收涩而留邪，因势利导使邪去正安；内伤咳嗽多为邪实正虚，标实为主者，以祛邪止咳为主，本虚为主者，以补肺、健脾、益肾为主，标本并重者，当标本兼顾，用药忌宣散伤正，耗气伤阴。

2.2.2 治法研究

对于咳嗽治疗，虽然 70 年代后，各地从民间发掘的有效中草药达 300 余种，并且很多学者在临床验证的基础上，进行了大量的药理、剂型、生产及药源研究，尤其是对杜鹃类药物、抗胆碱类药物和牡荆类药物研究较多，并取得了一定成果，但依据临床表现辨证

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

论治仍为当代医家所宗。如赵金铎提出治咳七法：宣法、清法、润法、降法、和法、补法、涩法；[10]姜春华提出表者解之，寒者温之，热者寒之，燥者润之、清之、化之，湿者燥之、温之、祛之，逆者降之，剧者止之。[5]又提出治咳截断法。赵绍琴有治咳八法：①疏风散寒，肃降止咳。②疏散风热，兼以止咳。③泄火清金以定其咳，甘寒增液兼缓其燥。④甘寒育阴以折邪热，清燥救肺而止咳嗽。⑤养阴润燥以止咳嗽，扶羸增液兼退骨蒸。⑥养肺阴，清虚热，肃降止咳，滋肝阴，调木郁，从本治疗。⑦补肺气而益其中，纳肾气以定其咳。⑧温阳以化其水饮，运脾则肺肾得安。[11]综合文献，咳嗽治疗有如下疗法：

2.2.2.1 宣法 外感咳嗽，邪气轻浅，当宣肺解表达邪，这是历代医家之共识。张仲景《伤寒论》即用麻黄剂宣肺解表，开辛温宣肺之法门。至清代温病学派如叶桂、吴鞠通等更以银翘散之类方剂创辛凉宣肺解表之法。近代医家总结前人经验，将宣肺之法又分为温宣、凉宣等，用于不同的六淫邪气犯肺。如焦树德将宣法分为辛温宣化法，用于外感风寒，皮毛束闭，肺气不宣所致咳嗽；辛凉宣肺法，用于感冒风温、风热、温邪袭肺，使肺气失宣所致的咳嗽；宣郁理气法，用于情志不遂，肝郁气滞，胸中气机不得宣畅，影响到肺气失宣的咳嗽。[12]秦伯未将宣法分为辛平宣肺法，用于外感咳嗽初期，风寒或风热征象不明显；辛温宣肺法，用于风寒咳嗽，痰多，恶寒，或伴低热；辛凉宣肺法，用于风热咳嗽伴口干或低热；清燥宣肺法，适于秋燥咳嗽；辛润苦温宣肺法，适于外感咳嗽日久不愈，或稍减复剧，喉痒，咳痰不利，甚则气短面红。[13]现今多数医家主张根据临床症状辨证论治，亦有医家有所侧重，如岳美中认为“外感咳嗽，无论四时，多因于寒邪。盖寒随时气，人客肺中，所以余治咳嗽，多治以辛温，其邪自散。”，故主张宣肺宜用辛温之品宣通肺气。[7]

2.2.2.2 降法 咳嗽病机即肺气上逆而咳，《内经》云：“肺苦气上逆，急食苦以泻之”，《金匮要略》中葶苈大枣泻肺汤治疗咳逆不得卧即选葶苈子泻肺降气。此后降法为历代医家重视，当代医家注意到肺脏气机与肝、肾、脾胃、大肠气机升降密切相关，在直接治肺的降气化痰、豁痰肃降等法的基础上，又提出疏肝肃肺、温肾纳气、调理中焦、化痰通腑等法，丰富了降法的内容。

2.2.2.3 温法 肺性本凉，易受寒侵，累及脾肾，阳气不足，痰饮内生，均致犯肺作咳，“病痰饮者，当以温药和之”，张仲景即选用小青龙汤、苓桂术甘汤、真武汤等温化痰饮，之后温法在治疗咳嗽时常为医家采用，甚至有的医家，如洪广祥认为肺系疾病，痰饮为患居多，提出治肺不远温。因为痰饮为阴邪，慢性咳喘病人以肺阳虚、痰饮内伏、痰瘀互结为主要病理基础，种种热象为标证，故临证时应排除对标证的顾忌，施以温化、温散、温补、温通等治本之方药，具体分为：①寒饮化热者以温化寒饮为本。②阳虚痰瘀化热者，以温补阳气，涤痰祛瘀为主。③时热证寒者，治寒不远温。[14]温法之中当包括温肺化痰、温肺行气、温中化痰、温肾纳气等，当今临床治疗咳嗽时如青龙剂、苓桂剂仍时有选用，且文献报道疗效显著。

2.2.2.4 清法 肺体属金，其为娇脏，畏热怕火，故火热咳嗽以清法为宜，如清化痰热、清泻肺火、清燥养肺之属均属清法之列，尤其近年来文献报道治疗外感咳嗽总的来看用清法较多，这可能与当今气候条件、生活条件及人们的生活习惯导致火热咳嗽较多有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

关。很多用于清法的药物如黄芩、黄连、连翘等等现代药理研究都有抗病原微生物的作用。目前临床上应用的注射剂如鱼腥草注射液、双黄连注射液、清开灵注射液等亦主要由这类药物组成，这些注射剂的应用扩大了中药的给药途径，而且由于中药较少副作用及抗病毒作用而得到了广泛应用。

2.2.2.5 润法 肺属秋金，其性本燥，燥邪最易伤肺，《内经》即有“燥者润之”。秋季燥邪当令，若秋季初凉，感之受病，多为凉燥，若时值秋令，秋阳暴烈，可为温燥。若久病、大病伤津耗液，或房劳耗精，可为内燥。近代以来医家虽对燥邪属阴属阳意见不一，但一般认为燥邪伤肺所致咳嗽宜生津养阴，即滋润津液，润肺养阴，祛除燥邪。如焦树德氏将润法分为甘凉滋润法、养阴润肺法、甘寒生津法。[12] 有些学者认为润法应为主治外燥为患，多与轻宣之药同用，以祛邪为主；而养肺法则主治肺阴不足，常与降火之药并施，以扶正为主。然二者皆用甘寒濡润之品，皆为治疗燥邪，统称润法也为很多学者采纳。

2.2.2.6 敛法 咳嗽日久，正气大伤，肺气欲散不收，须急收敛肺气。近代以来医家均认为治咳应用收敛之法宜谨慎，掌握好时机，不能盲目敛肺止咳。如岳美中认为外感咳嗽，不宜使用敛肺之品，即使病程较长，亦不可用。他认为“大凡外感咳嗽，经月不愈而引起慢性支气管炎者，切忌敛镇而强制其咳，否则兜涩其痰，必致久咳不愈。”，“外感咳嗽，表邪有其共性……咳本身是机体抗病的反应，因此，治疗上宜因势利导，引邪外出，不能过早用敛肺之剂以锢邪。”[7] 凌耀星亦谓“见咳治咳，治标不治本，虽非误治，但在某些情况下，也有可能不见其功，反见其害。如因痰而致咳的，就不可多用镇咳止嗽的药物，因为咳嗽能帮助排出痰液，本属于一种保护性反射动作。用镇咳药可使这种保护动作受到抑制，不能及时把积贮的痰液清除出去，结果只能使咳嗽加甚，甚至变生他病。”[15] 但内伤久咳，恰当运用收敛之法，往往收到良好效果。如姜春华以截断法治咳，对久咳不愈者，辨病结合辨证，恰当运用敛肺之法而取得了良好的疗效。[16]

2.2.2.7 化痰法 痰是肺系疾病最重要的病理产物，亦是一个关键的致病因素，1979 年全国慢性支气管炎中西医结合诊断分型防治方案中标证即为寒痰、热痰，并且有些学者运用现代科学方法研究中医寒痰热痰的本质，以期指导临床，可见化痰之重要，秦伯未更提出治咳化痰务尽。[17] 当代医家总结前人经验，结合临床实践将痰分为寒痰、热痰、湿痰、燥痰、风痰，化痰方法也日趋完善，主要包括温化寒痰、清化热痰、燥湿化痰、润燥化痰、祛风化痰、通腑化痰等等。如任应秋将痰分为湿痰、燥痰、风痰、热痰、寒痰，分别治以健脾燥湿（二陈汤加枳实、苍术），润燥劫痰（二母散），祛风导痰（十味导痰汤），清火涤痰（牛黄丸），温肾化痰（加味桂苓丸）。[18] 武维屏将化痰亦分为化湿痰、化寒痰、化热痰、化燥痰、化顽痰。[19]

2.2.2.8 理气法 咳为肺气上逆所致，故调理气机，使肺气宣降得常而不上逆，为一重要治法。调理肺脏本身气机无非恢复肺之宣发肃降，肺之宣法降法前面已经提及，不再赘述。它脏气机调理，亦有助于肺气宣降，如脾胃中焦为气机枢纽，肺与大肠相表里，肺主呼气，肾主纳气，故调理脾胃气机、通腑降气、滋肾纳气等在文献中经常见到。值得一提的是因肝主疏泄，调畅气机，肺主一身之气，且肝升于左，肺降于右，共司气机升降，肝气不升，则肺气不降，上逆而咳，故调理肝气一直为医家重视。如章次公、朱良春

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

等都有调理肝气治疗咳嗽的病案，武维屏更系统阐述了肝肺气机的关系，并提出了相应的治法。[8]

2.2.2.9 补法 外感咳嗽迁延失治，久则伤及脾肾，脾肾虚损更易招致外邪而成虚实夹杂之证。外感之邪固宜表散，而内伤之本更宜培补。补法主要针对咳嗽本虚而言，特别是咳嗽迁延期和缓解期。补法主要分为补肺、健脾、益肾。20 世纪 60、70 年代国内围绕慢支研究较多，西苑医院曾研究健脾为主的扶正固本丸防治慢性气管炎，[20] 而沈自尹等重点从温肾法研究温阳片防治慢支，[21] 二者均从临床及实验方面证实健脾益肾确是防治老慢支的有效方法，另有学者研究加味玉屏风散，从临床及实验证明能够提高机体免疫力，防止外感。

2.2.2.10 调肝理肺法 《内经》即有“肝咳”“胆咳”之说，清代叶天士常有从肝论治咳喘病案，近代以来不少医家注意到肝与咳嗽有关，运用小柴胡汤、四逆散等方剂从肝治咳的验案也时有报道。武维屏总结前贤经验，提出了肝肺生理相连、病理相关：生理上肝肺共司气机升降，主气在肺，调气在肝。共主气血调畅，肝主疏泄，肺主治节。肝肺相克乘侮互制，且经络联系相关。病理上肝郁则气滞、血瘀、枢机不利，肺气出纳受阻；或木叩金鸣；或木郁生痰犯肺，或木火刑金；或肝阴不足致虚风内扰，招致外风，摇钟而鸣；或肝肾不足，真阴亏虚，虚火灼肺，或阴虚肝阳上亢，风阳内动，冲逆犯肺。以上种种，均可致咳喘发生。系统地从风、痰、气、瘀、虚论述了肝肺的病理联系，并提出了疏肝理肺、清肝泻肺、柔肝熄风宣肃肺气、疏肝利肺化痰、养肝益肾肃肺等方法，用诸临床，取得了理想的疗效。[8] 有些学者提出痉挛性咳嗽，认为咳嗽与气道痉挛有关，治以祛风解痉止咳，用药如蝉衣、僵蚕、钩藤、全蝎、蜈蚣等，究其根本，不外从外风、内风角度论治咳嗽，亦可并入调肝理肺法之内。

2.2.2.11 针灸疗法 针灸治疗咳嗽有较好的效果，近代文献资料也有报道，特别是 70 年代以来我国医务工作者围绕慢支的研究，对针灸疗法治疗慢支进行了广泛的观察，有资料统计 70 年代至 80 年代十年间国内发表论文 60 余篇，针灸治疗慢支 18400 例，有效率 70% ~ 97%，部分患者得到临床控制和临床治愈，多数患者临床症状有一定改善。[22] 有关针刺止咳国外亦有报道。针刺常用穴位一般以肺腧、定喘、风门、天突、膻中、丰隆等为多，类似方法还有电针、耳针、指压、穴位注射、穴位埋药、割治、挑治、穴位拔罐、穴位磁疗、隔姜灸等，临床报道均取得一定疗效。穴位贴敷中药近年来报导尤多，所选穴位与针刺大致相同，所选药物大多以元胡、甘遂、冰片、麝香、细辛、白芥子等芳香温通之品为主，多根据中医“春夏养阳，秋冬养阴”的理论，采用冬病夏治，于三伏天贴药，有资料收集 70 ~ 80 年代 10 年间 11 篇文章，观察治疗 3362 例患者，平均有效率 80% 左右。

2.3 辨病论治研究

咳嗽并非一个独立的疾病，一般认为现代医学中的上呼吸道感染、支气管炎、咽炎、肺炎等以咳嗽为主要症状时可参照咳嗽治疗。

2.3.1 急性上呼吸道感染

西医学认为该病主要由病毒、细菌引起，中医认为其为感受风邪，或触冒时行之气，或风寒暑湿之邪挟时行之气侵入人体所致。对于急性上感的辨证分型治疗，郑新民综合文

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

献整理出 15 型：①风寒型；②风热型；③热盛型；分为肺热类和肠热类；④寒湿型；⑤湿热型；⑥暑湿型；⑦半表半里型；⑧营血型；⑨秋燥型；⑩气虚型；⑪阳虚型；⑫血虚型；⑬阴虚型；⑭阴竭型；⑮亡阳型，[23]可谓集辨证分型之大观。然翻阅文献，从辨病论治角度来看近年治疗感冒的专方专药绝大多数为疏风清热、解表宣肺之品，药物诸如银花、连翘、柴胡、荆芥、薄荷、石膏、板蓝根等等，一方面认为这些药物有抗病毒抗菌消炎的作用，另一方面也与近年风热型、热盛型感冒增多吻合，郑氏认为风热感冒增多与近年来感冒病毒型、株变异和城乡空气污染使人体抵抗力降低以及城市化带来的运动减少，工作繁忙有关。

2.3.2 咽炎

临床经常见到咽喉疾病致咳嗽，症状咽痒如蚁行及异物痰阻咽喉，咽痒则咳，大多为急慢性咽炎，有的学者称之为喉源性咳嗽。咽炎的发生与多个脏腑功能失调有关，郑尚雪总结咽炎辨证分型有风热犯肺型、阴虚火旺型、气虚型、虚阳上越型、阳虚痰凝型、痰气郁结型、气滞血瘀型、心肾不交型，[24]但就临床资料报导，仍以风热型及阴虚火旺型为多，如顾丽水等以“青莲冲剂”（女贞子、旱莲草、大青叶、玄参、延胡索、木蝴蝶）治疗慢性咽炎 122 例，每次 1 包，每日两次，七天为一疗程，一到两个疗程后，总有效率 77.9%。[25]上海市金果饮临床协作组以“金果饮”（含生地、玄参、胖大海等）治疗慢性咽炎 219 例，总有效率 95.4%。[26]杨灵山等应用“复方青果口服液”（青果、黄芩、玄参、蝉蜕、桔梗等药经水提醇沉淀法制备 10ml 瓶装口服液）治疗急性咽炎 156 例，每次 10ml，每日 3 次，总有效率 96.2%。[27]周宗起用“山豆根口服液”（山豆根、黄芩、双花、连翘、玄参、竹叶、桔梗、甘草等）治疗急性咽炎 70 例，总有效率 97.1%。[28]统观其所用药物大多为疏风清热、养阴生津之品。另外近年有些学者认识到慢性咽炎与脾胃有关，如顾友松运用胃镜直接观察和胃粘膜活检的方法，证实了一部分慢性咽炎患者同时伴有慢性胃炎，并且发现本病在慢性胃炎活跃时引起喉堵、咽痛、咽异物感及咽部粘膜充血等症状。[29]干祖望也认为慢性咽炎与脾虚不运有关，提出治疗可从健脾入手，如治以参苓白术散。[30]

2.3.3 支气管炎

急性支气管炎开始往往有鼻塞、喷嚏、咽痛、咳嗽等上呼吸道症状，同时亦出现畏寒、发热、头痛、骨节酸痛等全身症状，但最主要的还是咳嗽。医家一般认为急性支气管炎多缘于外感，如蒲辅周认为急性支气管炎多为外感，外邪郁闭而致咳喘，治宜宣通肺气，透邪外出。[31]任应秋亦认为急性支气管炎基本有两种可能：一种为风寒犯肺，治以辛温散寒的小青龙汤，另一种为风热伤肺，治以疏风清热的麻杏石甘汤加味。[18]慢性支气管炎的防治一直是中医界较为重视的课题，20 世纪 50、60 年代讲求比较严格的辨证论治，如袁启敏用大青龙汤治疗慢性支气管炎时限于证现久年咳呛，脉象弦紧，舌苔黄腻，或厚糙，咳剧则气喘不休，面颊泛红，夜难安枕，有时形寒洒淅，自觉有内热，咳吐黄稠痰者。[32]王永钧用麻杏石甘汤加味治疗慢性支气管炎亦仅选择痰热壅肺或饮热犯肺者。[37]70 年代以来全国各地都进行了研究，1979 年出台了慢性支气管炎中西医结合诊断分型防治方案，可谓是多年的研究成果，该方案将慢支分为标证和本证，标证有热痰寒痰、热喘寒喘，本证有肺气虚、脾阳虚、肾阳虚、阴阳俱虚、肺肾阴虚，基本反映了人们对慢支病因

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机的认识，从临床资料来看，医家普遍认为慢支急性期应以化痰止咳为主，且因为近年热证的增多，以及对清热解毒药抗感染机理的揭示，临床上清化痰热为很多医家重视并采纳，慢性迁延期及缓解期应以扶正固本为主，多数以益肺健脾补肾为法，如齐幼龄治以补肺益肾的补肺丸，[34] 西苑医院的补益肺脾为主的扶正固本片，[20] 沈自尹的补肾为主的温阳片[21] 等等。

2.3.4 肺炎

肺炎一般医家认为与风温相近，而如果以咳嗽为突出表现，亦可以咳嗽论治。多数医家认为肺炎病机由乎肺热，如赵绍琴认为肺炎病机为内有蕴热，外受温邪，内外合邪，卒然而病。[35] 曹鸣高认为初期邪从上受，肺胃内应，宜先透发；若发热不退，温热郁蒸肺胃，行将化火劫津，内陷心包，宜泄热生津，宣肺和络。[35] 沈仲圭认为大叶性肺炎病机为风寒外袭，内有蕴热，以麻杏石甘汤加味主之。[35] 何任认为肺炎病机属正气不足，卫外无权，感受风温之邪所致。初始辛凉透邪，以银翘散、麻杏石甘汤、千金苇茎汤等，逆传心包，宜清营透热，清心开窍，治以清营汤、安宫牛黄丸。[35] 查阅文献，对于肺炎的治疗，多宗卫气营血辨证，初期辛凉解表，继则清肺化痰、清营凉血，后期养阴清肺，有的医家以一传统古方为基本方治疗，如潘泰阶用白虎汤加味治疗，[39] 汪慎之以麻杏石甘汤加味治疗，[37] 有些则根据临床实践组成有效方剂治疗，如湖南医学院第二附属医院祖国医学教研组用清肺解毒汤（柴胡、黄芩、瓜蒌、十大功劳叶、银花、法夏、桔梗、陈皮、甘草）加白花蛇舌草治疗大叶性肺炎 76 例，有效率为 86.8%。[38] 浙江中医学院附属医院运用清肺解毒方（银花、连翘、黄芩、七叶一枝花、牛蒡子、杏仁、芦根、生石膏、虎杖、野荞麦根、麻黄、甘草）治疗急性肺炎 60 例平均开始退热时间为 7 小时，体温降至正常时间为 3.46 天，X 线吸收时间为 10.06 天。综合来看，基本以清热解毒、清热化痰等为主要治法。[39]

2.4 辨证用药研究

2.4.1 单方单药研究

70 年代对慢支的研究重视单方单药，如几次全国性的防治慢性支气管炎会议，先后推出几十种药物，其中如黑龙江祖国医药研究所等 10 个单位研究的杜鹃类满山红，具止咳祛痰作用，但长期服用有一定副作用。广东 10 余个单位研究的紫花杜鹃；兰州医学院等 8 个单位研究的烈香；吉林安图县等 8 个单位研究的鼠叶杜鹃；解放军 52824 部队医院等 6 个单位研究的照山白；福建 8 个单位照山白协作组研究的满山红，以及青海生物研究所等 5 个单位研究的百里香，对慢支的咳喘、咯痰、喘促均有较好效果。再如河南防治慢性支气管炎热参协作组研制的热参气雾剂能止咳祛痰平喘。中医研究院等 18 个单位研究的新药牡荆、黄荆叶、荆条挥发油，经各地验证取得良好疗效，无副作用。浙江中医药研究所等单位对艾叶进行研究，认为艾叶挥发油具有平喘镇咳、祛痰、消炎作用，其制剂艾叶油气雾剂及胶囊剂，福建厦门中医药研究所等单位研制的清咳片等均有治疗慢性支气管炎的较好效果。在慢支研究中，传统平喘药洋金花被重新重视，北京军区 4800 部队某卫生团研制成洋金花注射液，经验证疗效良好。不过该药有一定副作用，如口干、头晕、视物不清，大剂量可致躁动、谵语等，青光眼忌用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.4.2 治疗用药规律浅析

外感咳嗽治疗多以宣肺为主，使邪气外出；内伤咳嗽多由痰湿、肝火及肺脾肾虚损而成，故治疗常用化痰、理气、润肺、补益，久咳还可用收敛之法，结合文献，各法常用药物如下：

宣法：桔梗、荆芥、苏叶、防风、麻黄、桂枝、金银花、薄荷、牛蒡子、射干、生姜、葱白等。

降法：苏子、杏仁、桃仁、旋覆花、白前、沉香、半夏、槟榔、莱菔子、葶苈子等。

清法：桑白皮、栀子、生石膏、寒水石、黄芩、知母、青黛、青果、桑叶、连翘、山豆根、芦根等。

温法：白芥子、干姜、紫菀、款冬花、桂枝、薤白等。

补法：黄芪、党参、人参、白术、山药、冬虫夏草、蛤蚧、钟乳石、太子参等。

润法：麦冬、沙参、阿胶、蜂蜜、梨皮、生地、玄参、柿饼等。

敛法：五味子、乌梅、罂粟壳、诃子、五倍子、白果等。

化痰法：半夏、陈皮、天南星、干姜、白芥子、瓜蒌、竹沥、马兜铃、贝母等。

3 实验研究

3.1 临床实验研究

咳嗽一病，涵盖西医病种较多，鉴于慢支对人群的危害较大，70年代国内学者对慢支进行了广泛研究，天津、福建、山西、河南、河北、浙江、江西等九省市慢性支气管炎中西医结合标本分型研究协作组对慢支的标证、本证进行了研究，标证中“痰”主要从痰中性粒细胞、痰DNA浓度及总量、痰白蛋白含量等测定结果进行分析，认为热痰其病理性质主要为一个炎症过程，气管粘膜的损伤相当显著，此外尚存在全身的炎症反应，细菌性炎症是主要的，变态反应也占重要地位。不少病例先前有过病毒感染，另一病理特征是植物神经功能失调类型以交感神经功能亢进或副交感神经与交感神经同时亢进为多见。寒痰也存在一定程度的炎症性病理变化，但其特征的病理改变为分泌亢进，植物神经功能失调多以副交感神经偏亢为主。本证研究综合了生理学功能、植物神经、生化、内分泌、能量代谢、细胞免疫、消化吸收功能、血浆环核苷酸及实验病理等多指标的检测。认为从肺气虚到脾阳虚到肾阳虚，是一个肺气肿逐渐加重的过程，是一个从不累及到逐渐累及以至明显累及心血管及全身各系统的过程；是一个微循环逐渐紊乱加重的过程；是一个肾上腺皮质和髓质、性腺、甲状腺等内分泌功能逐渐低下的过程；是一个细胞免疫逐渐低下、自身免疫逐渐形成的过程。[40] 该报道综合概括了九省市的科研成果，具有较高的学术价值。宋卫东等检测105例慢支患者及36例健康人血、支气管肺灌洗液（BALF）中皮质醇，并以皮质激素抑制肺泡巨噬细胞（AM）分泌血栓素 B_2（TXB_2）及与其中医辨证分型的关系进行探讨。结果表明：①慢性支气管炎各证型血中皮质醇含量与健康组比较无明显差异，但肺气虚、肺阴虚证BALF中皮质醇含量明显低于健康人。②皮质激素对慢性支气管炎各证型AM分泌 TXB_2 抑制作用远低于健康人。[41]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床治疗研究多偏重于慢支的防治，如许建中等通过对扶正固本丸防治慢支远期疗效观察，发现服扶正固本丸后痰中溶菌酶增加，血中 IgA 和 IgG 增高，淋巴细胞转化率增加，进而认为扶止固本丸增强了支气管、肺的防御机能，加强并调整了体液及细胞免疫的功能。[20] 沈白尹等用温阳片采用温肾法防治老年性慢性支气管炎 522 例（肾阳虚型及无特殊见证型），测定 24 小时尿 17-羟皮质类固醇、促肾上腺皮质素（ACTH）、血浆 ACTH、血浆皮质醇昼夜节律、总三碘甲状腺原氨酸、促甲状腺素释放激素、IgG、IgA、IgM、E 花环形成试验，追访 5 年，认为老慢支患者辨证肾虚型特别是肾阳虚型占多数，通过研究提示老慢支患者有下丘脑—垂体—肾上腺轴功能紊乱，肾阳虚型存在轻微下丘脑—垂体—甲状腺轴储备低下。温肾法取效机制可能是作用于下丘脑—垂体及其靶腺，通过神经体液因素提高非特异性免疫功能。[21]

3.2 动物实验研究

与临床实验相仿，动物实验也主要围绕慢支进行，但一直未形成一整套动物模型和生理生化客观指标。苏州医学院 70 年代用 SO_2 刺激制造了慢支鼠动物模型（SO_2 吸入刺激，隔日一次，每次 10 分钟，持续 30 天，以咳嗽、体重不增及支气管粘膜病检炎性改变作为客观指标）。任勃等报道用烟熏方法复制慢性支气管炎动物模型，具体做法是将小鼠放入 10000ml 下口瓶中，瓶盖留有直径 1.5cm 通气孔，下口连接一个三通管，另两端分别连接 50ml 注射器及点燃的香烟，用注射器通过三通管连续吸注香烟烟雾，每次 400ml 烟熏 30 分钟，前 10 天每天上下午各一次，后 10 天每天下午一次，连续 30 次，全程 20 天，光镜检查气管及各级支气管均出现了不同程度慢性支气管炎的各种病理改变，在超微结构上见到膜结构不清，胞浆电子密度降低，出现脂滴，水肿区及线粒体肿胀，空泡样变，内质网扩张，核固缩等，显示了细胞受损、变性的基本特征，这些病理变化与人慢支早期病理形态改变极为相似。[42] 徐锡鸿等根据中医理论，成功地建立了大鼠肺气虚证的动物模型，为“证”的本质的研究和治疗提供了实验基础。孔繁智等利用小鼠慢支模型，以抗绿脓杆菌粘附作为客观指标提供了肺气虚易感的客观依据，并用加味玉屏风散作药物反证。[43] 齐幼龄等亦以 SO_2 刺激复制慢性支气管炎动物模型，将实验小鼠 50 只分为 4 组：SO_2 组、SO_2 加补肺液组（玉屏风散加补肾止咳之蛤蚧等多种中药）、SO_2 加负氧离子组、和空白对照组，逐日观察实验鼠食欲、活动度、毛发光泽、体重及各器官病理，结果是加补肺液组小鼠生态变化及器官病理变化均比 SO_2 组明显减轻，死亡数少；补肺液组与 SO_2 组的死亡率分别为 2/15 与 7/15，有明显差异，齐幼龄等认为补肺液的益肺固表功能，可提高支气管粘膜对刺激物的耐受性，使得 SO_2 组动物在同等强度刺激下，炎症病变较轻。[44] 总的来看，对咳嗽的动物实验研究由于种种原因研究不多。

【古训今释】

1 病 名 溯 源

咳嗽是肺系疾病的主要证候之一，早在战国时期的著作《周礼》就载有“冬时有嗽上

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气痰。”又《礼记》一书也载有“季夏行春令，则国多风咳。”咳嗽之名始见于《内经》。《素问·阴阳应象大论》曰：“秋伤于湿，冬生咳嗽”……其《素问·咳论》篇论咳精深。而后，汉·张机《伤寒论》只言咳而不言嗽，《金匮要略》有“痰饮咳嗽”、“咳嗽上气”等专篇，以咳嗽并称。历魏、晋、六朝、隋、唐、五代，以至两宋诸家论咳嗽者，未细为分别。金·刘完素《素问病机气宜保命集·咳嗽论》将咳、嗽二字分别剖析，称“咳谓无痰而有声，肺气伤而不清也；嗽谓无声而有痰，脾湿动而为痰也；咳嗽谓有痰而有声，盖因伤于肺气，动于脾湿，咳而为嗽也。”将咳、嗽、咳嗽明确分为三证。明·赵献可《医贯·咳嗽论》云“咳谓无痰而有声，嗽是有痰而有声”将咳、嗽列为二证。后世多从刘完素之说。临床一般多为痰声并见，故以咳嗽并称。

2 咳嗽分类

咳嗽分类，历代诸家立论纷纭，名称甚多。《素问·咳论》以脏腑命名，分为“肺咳、心咳、肝咳、脾咳、肾咳、胆咳、大肠咳、小肠咳、膀胱咳、三焦咳”，并且描述了各类不同证候的特征。华佗有五嗽之说“冷嗽、气嗽、鳗嗽、饮嗽、邪嗽”隋·巢元方《诸病源候论·咳嗽候》有十咳之称，除五脏咳外，尚有“风咳、寒咳、支咳、胆咳、厥阴咳”等。唐·孙思邈《备急千金要方》、唐·王焘《外台秘要》、宋·王怀隐等《太平圣惠方》及宋政和年间《圣济总录》等多宗巢氏之说。宋·陈无择《三因极一病证方论》将咳嗽分为内因、外因、不内不外因所致三类。至金·刘完素、张从正更明确地把咳嗽与六气联系起来，刘完素《素问病机气宜保命集·咳嗽论》云“寒暑燥湿风火六气，皆令人咳嗽。”明·程充辑《丹溪心法·咳嗽》将咳嗽分为风寒、痰饮、火郁、肺胀、劳嗽五种。明·李梴《医学入门》首先出现外感、内伤分类。明·张介宾在《景岳全书·咳嗽》中云“咳嗽之要，止惟二证，何为二证？一曰外感，一曰内伤而尽之矣。”明确地将咳嗽分为外感、内伤两大类。此后历代医家有更详的分类，如清·沈金鳌归纳咳嗽病因证候为十六种。清·张璐《张氏医通》辨咳嗽、痰饮证候达数十种。至此，咳嗽的辨证分类趋于完善，而且切合临床实用，延用至今。

3 病因病机

3.1 病 因

《内经》对咳嗽病因病机论述颇详，《素问·宣明五气篇》“五气所病，……肺为咳。”《素问·咳论》“皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。”又云“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”强调了外邪犯肺，脏腑功能失调，均可致咳嗽。指出了咳嗽成因分为内、外两个方面。《素问·阴阳应象大论》、《素问·气交变大论》、《素问·至真要大论》等篇详细论述了风、寒、暑、湿、燥、火六气胜复的变化对咳嗽产生的影响。后世医家对咳嗽的病因病机均有详细论述，丰富和完善了对本病的认识。金·张子和主张“嗽分六气毋拘于寒（《儒门事亲》）。张介宾倡“六气皆令人咳，风寒为主”，认为风邪夹寒者居多。刘完素及李东垣尤重视湿邪的致病因素，金·刘完素《素问病机气宜保命集·咳嗽论》“寒暑燥湿风六气皆令人咳，唯湿病饮人胃留之而不行，此人于肺则为咳嗽。假令湿在于心经谓

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之热痰；湿在于脾经谓之风痰；湿在于肺经谓之气痰；湿在于肾经谓之寒痰。……”元·王海藏《此事难知》设有专篇“秋伤于湿，冬必咳嗽论”“湿气所伤论”阐发“秋伤于湿，冬伤咳嗽”“秋伤于湿，上逆而咳”的经义。清·喻昌《医门法律·秋燥论》对于燥的病机及其伤肺为病而致咳嗽的证治，多有发挥，并提出《素问·阴阳应象大论》“秋伤于湿，冬生咳嗽”，当为“秋伤于燥”的见解。

《素问·咳论》详细描述了五脏六腑咳的临床表现，如“心咳之状，咳则心痛，喉中介介如梗状……”并论述五脏皆“各以其时受病，从其时，各传以与之，人与天地相参，故五脏各以治时，感于寒则受病，微则为咳，甚则为泄，为痛。”又云：“其寒饮食入胃，从肺脉，上至于肺，则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。”说明肺脏自病及他脏及肺均可致咳。其传变规律是脏腑表里相传，五脏之咳，日久不愈，则传于六腑。而五脏六腑之咳，“皆聚于胃，关于肺”，认为胃为五脏六腑之海，而肺主气为百脉之朝会，故脏腑受邪，必聚于胃，并循肺脉而影响于肺。后世医家对内伤咳嗽致病因素的描述不外饮食劳倦、七情内伤，其主要的病理因素为痰与火。

3.2 病　　机

3.2.1 病机概要

清·陈修园《医学三字经·咳嗽》“咳嗽不止于肺，亦不离乎肺。肺为脏腑之华盖，呼之则虚，吸之则满，只受得本然之正气，受不得外来之客气，客气于之则呛而咳矣，只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气，病气于之亦呛而咳矣，肺体属金譬如钟然，一外一内，皆所以撞之使鸣也。”清·程国彭《医学心悟·伤寒兼症》亦指出“肺体属金，譬若钟然，钟非叩不鸣，风寒暑湿燥火六淫之邪，自外击之则鸣，劳欲情志，饮食炙煿之火自内攻之则亦鸣。”概括了咳嗽是内外病邪犯肺，脏腑为了祛邪外达所产生的一种病理反应。

3.2.2 病位认识

咳嗽主要病位在肺，五脏六腑皆可致咳，而与脾、肾关系最为密切。明·王纶《明医杂著·咳嗽》云“病本虽分五脏六腑之殊，而其要皆主于肺。”明·张介宾《景岳全书·杂证谟·咳嗽》云“咳证虽多，无非肺病。”均明确了咳嗽的病位在肺。刘完素对咳、嗽的分别描述指出了咳嗽与肺气、脾湿的关系。明代医家结合脏腑功能，从其相互关系对咳嗽病机做了进一步的研究。如明·王肯堂《证治准绳·杂病·咳嗽》引《仁斋直指方》“肺出气也，肾纳气也，肺为气之主，肾为气之本。”阐发了肺肾对气的相互关系，为肾虚咳嗽提供了理论依据。明·赵献可《医贯·咳嗽论》进一步论述了咳嗽与肺、脾、肾三脏的关系，并强调肾的重要。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》在论述咳嗽的病理时说“盖肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤火不炽，咳不甚，其大较也。”不仅指出肺脾肾三脏为咳嗽的主要病变所在，并指出了咳嗽累及的脏腑是随着病情的加重而由肺及脾，由脾及肾的。

3.3.3 病因病机分述

3.3.3.1 外邪犯肺，肺气不宣　外感咳嗽病机如隋·巢元方《诸病源候论·咳嗽病诸候》云“肺主气……气得温则宣和，得寒则否涩，虚则气不足而为寒所迫，并聚上肺间，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不得宣发。故令咳而短气也。”朱丹溪云“肺主皮毛，人之无病之时，荣卫周流，内气自皮毛腠理善达于外。一或风寒外来，则内气不得外达，便从中起，所以气升痰上，故咳嗽。”风为六淫之首，寒、热、燥、湿等邪多以风为引导侵犯人体于肺系，肺气壅遏不畅而致咳嗽。

3.3.3.2 火刑肺金，肺失宣肃 痰与火为内伤咳嗽的主要病理因素，朱丹溪云“干咳嗽极难治，此系火郁之证，乃痰郁其火邪在中。”清·何梦瑶《医碥·杂症·咳嗽》有“若内伤火炎，火性亲上，不论何脏腑之火，皆得上干于肺。”又云“火刑肺金，燥痒不能忍因咳。咳而痒，痒因火燥，是咳必有火……”

3.3.3.3 痰热内闭，金实不鸣 宋·王怀隐等辑《太平圣惠方》“夫肺气壅实，上焦有热，饮水停留，在于胸膈，与热相搏，积滞而成痰也，肺主于气，令邪热搏于气，气道否塞，不得宣通，但心胸烦闷，痰滞不利，故令咳嗽痰唾稠粘也。”清·何梦瑶《医碥·杂症·咳嗽》云“有痰壅于肺者，金实则不鸣也。”

3.3.3.4 脾虚湿停，乘肺而嗽 《医碥·杂症·咳嗽》谓：“脾胃先虚，不能制水，水泛为痰，乘肺而嗽”；又有“初虽心火刑金，因服寒凉伤脾，脾虚而嗽。”

3.3.3.5 痰饮内停，上干于肺 东汉·张仲景《金匮要略》对痰饮内停所致咳喘设有专篇论述，详细描述了其症状及用药；清·喻昌《医门法律·咳嗽门·咳嗽续论》亦云“盖众嗽必因之痰饮，而五饮之中，独膈上支饮最为咳嗽根底。”

3.3.3.6 七情内伤，气机不畅 清·吴澄《不居集·七情伤感嗽》“七情伤感，无非伤动脏腑正气，致邪上逆，结成痰涎，肺道不理……”发为咳嗽。

3.3.3.7 饮食停积，肺气上逆 明·李梴《医学入门·寒类·咳嗽》“食咳，因食积生痰，痰气冲胸腹满……”。清·汪昂《医方集解·表里之剂》“过饮则脾湿，多食油腻之物皆能生痰，壅于肺膈，故满闷，五更咳嗽，由胃有食积，至此时火气流入肺中，故嗽。”

3.3.3.8 瘀血内停，肺道不利 清·唐容川在《血证论》中论述了血虚、血瘀均可致咳嗽，如“又有瘀血作咳……盖人身不可有壅滞，内有瘀血则阻碍气道不得升降，是以壅而为咳……”。

3.3.3.9 阴血亏虚，肺失所养 清·唐宗海《血证论》有“杂病咳嗽，另有方书可查，未及备论。兹所论者，虚劳失血之咳嗽也。失血家，十有九咳……”

3.3.3.10 阴虚火旺，虚火刑金 明·赵献可《医贯·咳嗽论》云“病起于房劳太过，亏损真阴，阴虚而火上，火上而刑金，故嗽。”明·张介宾《景岳全书·咳嗽》“内伤之嗽必起于阴分，盖肺属燥金为水之母，阴损于下则阳孤于上，水涸金枯，肺苦干燥，肺燥则痒，痒则咳不能已也。”总结了阴虚火旺，虚火刑金而致咳嗽。

3.3.3.11 阳虚金寒，肺失宣降 明·赵献可《医贯·咳嗽论》云“肺为娇脏，畏热畏寒，火刑金致嗽，水冷金寒亦嗽”。

4 治则治法方药

4.1 治 则 研 究

对咳嗽论治历代医家均有详细论述，其治则不外正治反治、标本缓急、扶正祛邪、脏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腑补泻、三因治宜五大原则。

4.1.1 辨外感、内伤；分新久、虚实

明·王肯堂《证治准绳·杂病·咳嗽》云“治法当审脉证三因……又须原其虚实冷热……”；明·王纶《明医杂著·咳嗽》“盖肺主气而声出也，治法须分新久虚实。”；明·张介宾《景岳全书·咳嗽》“于二者（外感内伤）之外当辨阴阳，当分虚实耳。”；清·林珮琴《类证治裁·论治》“肺为华盖，职司清肃，自气逆而为咳，痰动而为嗽，其症之寒热虚实，外因内因，宜审辨之。”；清·吴澄《不居集·咳嗽总论》撮其大要，补前人之未及，论咳分三大纲领、八条目：“外感分寒热两症，内伤分金水两脏；虚中夹邪，分轻重，查虚实。”

4.1.2 脏腑补泻

清·李用粹《证治汇补·咳嗽·治分肺脾》：“因咳而有痰者，咳为重，治在肺；因痰而致嗽者，痰为重，治在脾”；清·林珮琴《类证治裁·论治》亦分五脏六腑治之，“夫五脏久咳，乃移六腑，然终不离乎肺脾肾也。”临床辨证当分清所主脏腑。

4.1.2.1 虚则补其母，实则泻其子 明·赵献可《医贯·咳嗽论》云：“故咳嗽者，必责之肺、治之法，不在乎肺，而在于脾；不专于脾，而反归重于肾。盖脾者，肺之母，肾者，金之子。故虚则补其母，虚则补其子也。”清·程国彭《医学心悟·伤寒兼症》云：“久咳不已，必须补脾土以生肺金。”《叶天士医案大全》谓：“从来久病，后天脾胃为要。咳嗽久非客症，治脾胃者，土旺以生金，不必穷纠其嗽。”

4.1.2.2 壮水制阳 明·赵献可《医贯·咳嗽论》曰：“有火烁肺金而咳嗽者，宜清金降火。……补北方，正所以泻南方也；滋其阴，即所以降火也。”

4.1.2.3 益火消阴 明·张介宾《景岳全书·杂证谟·咳嗽》曰：“其有元阳下亏生气不布以致脾困于中肺困于上而为喘促、为痞满、为痰涎、为呕恶、为泄泻，畏寒，凡脉见细弱，证见虚寒而咳嗽不已者，此等证候皆不必治嗽但补其阳而嗽自止。”

4.1.3 因时治宜

古代诸多医家治疗咳嗽因时治宜，一年分四季，一日分四时，兹选录如下：

4.1.3.1 治分四时 明·王纶《明医杂著·咳嗽》云：“春气上升，清润抑肝；夏火炎上，清金降火；秋湿热甚，清热泻湿；冬风寒重，解表行痰。”；清·林珮琴《类证治裁》曰：“春季咳，木气升也，治宜兼降；夏季咳，火气炎也，治宜兼凉；秋季咳，燥气乘金也，治宜清润；冬季咳，风寒侵肺也，治宜温散。”

4.1.3.2 一日分四（五）时 丹溪云：“上半日嗽，多胃中有火；午后嗽，多阴虚火旺；黄昏嗽，多阴火上浮，宜敛而降之”又云“五更嗽者，胃中有痰火，伏积于内，至此时火气生养之时，上潮于肺也；……午前嗽者，气分有热；午后热者，血分有热。”；清·何梦瑶《医碥·杂症·咳嗽》云：“凡咳嗽上半日多，阳火也……；下半日多，阴火也……；黄昏咳多，火气浮于肺也……；黄昏睡熟中，食积痰也……；五更清晨嗽，为痰停，咳亦属火……；日轻夜重，属阴虚。”；清·林珮琴《类证治裁·论治》曰：“以一日计之，清晨嗽为气动宿痰；上午嗽属胃火；午后嗽属阴虚；黄昏嗽属火浮于肺；夜半嗽为阳火浮动。”临床用药因时辨证加减。

4.1.4 扶正祛邪

明·王纶《明医杂著·咳嗽》云：“新病，风寒则散之，火热则清之，湿热则泻之；久

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病，便属虚，属郁，气虚则补气，血虚则补血，精虚补精，兼郁则并郁，滋之，润之，敛之，则治虚之法也。”

4.1.5 正治反治

明·赵献可《医贯·咳嗽论》曰：“肺为娇脏，畏热畏寒，火刑金固咳（肾水虚火上炎者，六味丸），水冷金寒亦嗽（肾火虚，下焦寒，逼火上浮乘肺，肺热而咳，属虚热，亦同寒治，八味丸）。”

4.1.6 标本缓急

明·张介宾《景岳全书·杂证谟·咳嗽》“外感之咳与内伤之咳其所本不同而所治亦异。盖外感之咳其所来在肺，故必由肺以及脏，此肺为本而脏为标也；内伤之咳先因伤脏，故必由脏以及肺，此脏为本而肺为标也。凡治内伤者，使不治藏而单治肺，则真阴何由以复，阴不复则咳终不愈；治外感者，使不治阳而妄治阴，则邪气何由以解，邪不解，咳终不宁。经云：治病必求其本，何今人之不能察也。”

4.2 用药忌宜

对于咳嗽治疗用药一般原则为外感咳嗽忌敛涩留邪，内伤咳嗽应防宣散伤正。如明·张介宾《景岳全书·杂证谟·咳嗽》云：“阴邪自外而入，故治宜辛温，邪得温而自散也。内伤之咳，阴病也，阴气受伤于内，故治宜甘平养阴，阴气复而嗽自愈也。然外感之邪多有余，若实中有虚，则宜兼补以散之，内伤之病多不足，若虚中有实，以当兼清以润之。”明·李中梓《医宗必读·咳嗽》云：“（咳嗽之治）大抵治表药不宜静……治内者，药不宜动。”清·喻昌《医门法律·咳嗽续论》“凡邪胜咳频，断不可用收涩药，咳久势衰，其势不锐，方可涩止。”清·程钟龄云：《医学心悟·伤寒兼症》曰：“故初治必须发散，而不可以过散，不散则邪不去，过散则肺气必虚，皆令缠绵难愈。”

4.3 治法方药

古代医学对咳嗽诊治，积累了丰富的经验，文献记载浩如烟海，方药杂多。立法原则为外感新病属于邪实，治应祛邪利肺；内伤久病多属邪实正虚，治应祛邪止咳，扶正补虚，分别主次处理。内伤咳嗽除直接治肺外，还应注意治脾、治肝、治肾等整体方法。现就治咳代表方药分类摘录如下：

疏风散寒，宣肺止咳：适应于风寒袭肺，肺气壅塞不得宣通，故咳而声重，兼有风寒表证。代表方剂：宋《太平惠民和剂局方》三拗汤、华盖散、金沸草散，明·张介宾《景岳全书》六安煎、清·程国彭《医学心悟》止嗽散等，药用麻黄、杏仁、桔梗、紫菀、白前、百部、荆芥、旋复花等；若属风寒客表，水饮内停者，方选东汉·张仲景《伤寒论》小青龙汤，东汉·张仲景《金匮要略》射干麻黄汤、泽漆汤、苓甘五味姜辛汤等，药多选麻黄、芍药、细辛、干姜、桂枝、半夏、五味子、射干等。

疏风清肺，宣肺止咳：适用于风热犯肺，肺失清肃而咳嗽气粗，伴表热证者。代表方剂如东汉·张仲景《伤寒论》麻杏石甘汤，清·吴鞠通《温病条辨》桑菊饮等。主要药物多选桑叶、菊花、杏仁、桔梗、连翘、薄荷、甘草、麻黄、石膏等。

疏风清肺，润燥止咳：若感受温热燥邪，肺失清润而干咳作呛，兼有风燥外客卫气不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

和的表证，选用轻宣温燥之剂。代表方如清·吴鞠通《温病条辨》桑杏汤多选用桑叶、杏仁、南沙参、贝母、栀子、梨皮、麦冬、玉竹等。温燥伤肺重证可选用清·喻昌《医门法律》清燥救肺汤，清燥润肺，药用桑叶、石膏、人参、甘草、火麻仁、阿胶、麦冬、杏仁、杷叶等。若外感凉燥，肺失宣肃而咳，伴有表证，宜用清宣凉燥法。代表方清·吴鞠通《温病条辨》杏苏散，药用苏叶、半夏、茯苓、前胡、桔梗、枳壳、橘皮、杏仁、甘草、生姜等。

祛风胜湿，宣肺止咳：用于感受风湿之邪，内侵于肺，肺失宣肃而致咳嗽，兼有表证者，选用明·秦景明《症因脉治》防风胜湿汤，药用防风、荆芥、葛根、白芷、桔梗、甘草等；若湿热壅肺，选《症因脉治》神术泻肺汤，药用苍术、石膏、桑皮、地骨皮、桔梗、甘草等。

祛暑清热，宣肺止咳：感受暑邪，外有表证者，选用《症因脉治》所引十味香薷饮、泻白六一散、《温病条辨》清络饮等，药用香薷、厚朴、白扁豆、荷叶、丝瓜络、陈皮、茯苓、苍术、黄柏、葛根、桑白皮、地骨皮、滑石、甘草等；暑热伤肺，内热烦燥可用《症因脉治》石膏知母汤，药用石膏、知母、桔梗、桑白皮、地骨皮、甘草等。

燥湿化痰，理气止咳：适应于痰湿内蕴，上渍于肺，壅遏肺气，肺失宣肃而致咳嗽之痰嗽。代表方如宋《太平惠民和剂局方》的二陈汤、明·韩悉《韩氏医通》的三子养亲汤，药用陈皮、半夏、茯苓、甘草、苍术、苏子、白芥子、莱菔子等。金·刘完素《素问病机气宜保命集》云“故咳嗽者治痰为先，治痰者下气为上。”因而，方药中加入理气之品效果更佳。

清热化痰，肃肺止咳：适应于痰热壅阻肺气，肺失清肃，故咳嗽气息喘促，同时伴有痰热征象。代表方如《统旨方》清金化痰汤、唐·孙思邈《备急千金要方》苇茎汤、元·罗天益《卫生宝鉴》金珠化痰丸等，药用桑白皮、黄芩、知母、山栀、贝母、瓜蒌、桔梗、麦冬、橘红、茯苓、甘草、苇茎、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁等。

清泻肺热，止咳平喘：适用于肺有伏火郁热之证。代表方如宋·钱乙《小儿药证直诀》的泻白散、明·楼英《医学纲目》泻火补肺汤等，药用地骨皮、桑白皮、甘草、粳米、麦冬、青皮等。

清肺平肝，顺气降火：适用于木火刑金所致咳嗽。代表方如金·李杲《医学发明》加减泻白散及验方黛蛤散、清·张璐《张氏医通》枳壳煮散、宋《太平惠民和剂局方》引《简易方》四七汤等，药用桑白皮、地骨皮、知母、黄芩、青皮、陈皮、青黛、枳壳、蛤壳、苏叶、半夏、厚朴、桔梗、甘草等。

润肺清热，理气化痰：适用于肺燥阴虚，液郁成痰之燥痰证。代表方如清·程钟龄《医学心悟》贝母瓜蒌散，药用川贝、瓜蒌、花粉、茯苓、橘红、桔梗，阴虚明显者可用明·张介宾《景岳全书》当归六黄汤。

滋阴润肺，止咳化痰：适用于肺阴亏虚，虚热内灼，肺失清润之咳嗽，其伴有阴虚之症状。代表方如东汉·张仲景《金匮要略》麦门冬汤、清·吴鞠通《温病条辨》沙参麦冬汤、清·汪昂《医方集解》引赵蕺庵方的百合固金汤、明·王肯堂《证治准绳》紫菀饮、清·郑梅涧《重楼玉钥》养阴清肺汤，药用麦冬、半夏、沙参、玉竹、玄参、生地、知母、贝母、紫菀、花粉、百合、桔梗、甘草、茯苓、桑叶、扁豆、杏仁等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

培土生金：适用于脾虚不运，肺失所养，宜发无力之虚咳。代表方宋·陈自明《妇人大全良方》六君子汤、清·陈士铎《辨证录》补母止嗽汤、异功散加减。药用陈皮、半夏、人参、白术、茯苓、紫菀、麦冬、苏子、桔梗、甘草等。

滋阴降火：明·张介宾《景岳全书·杂证谟·咳嗽》“凡治劳损咳嗽，必当以壮水滋阴为主，庶肺气得充嗽可渐愈，宜一阴煎、左归饮、琼玉膏、左归丸、六味地黄丸之类择而用之。”明·赵献可《医贯·咳嗽论》亦云“盖病本起于房劳太过，亏损真阴，阴虚而火上，火上而刑金，故咳。咳则金不能不伤矣。预先以壮水之主之药如六味地黄之类，补其真阴，使水升而火降，随即以参芪救肺之品，以补肾之母，使金水相生而病易愈矣。”药用熟地、山萸肉、山药、泽泻、茯苓、丹皮、枸杞子、菟丝子、鹿胶、龟胶等。

益火之源：明·张介宾《景岳全书·杂证谟·咳嗽》“其有元阳下亏，生气不布以致脾困于中，肺困于上，……皆不必治嗽但补其阳则嗽自止，如右归饮、右归丸、八味地黄丸、大补元煎、六味回阳饮、理中汤之类。”药用熟地、山药、山茱萸、枸杞、鹿角胶、菟丝子、杜仲、当归、肉桂、附子等。

化痰消积：用于由于食积痰作，壅塞肺气而致咳嗽。明·王肯堂《证治准绳》以二陈汤加瓜蒌、莱菔子、山楂、枳实、麦芽等；元·朱震亨《活法机要》以大承气汤下之，因痰而不能食者厚朴汤主之；清·汪昂《医方集解》的顺气消食化痰丸，药用半夏、胆星、青皮、陈皮、莱菔子、神曲、杏仁。

4.4 脏腑、时间论治

4.4.1 分时论治

明·程充辑《丹溪心法·咳嗽》：“五更嗽者，宜知母、石膏、地骨皮、青黛、海石治之；午前咳嗽者，泻白散加知母、石膏；午后咳嗽者，四物汤吞六味丸、合滋肾丸。”

清·张璐《张氏医通·诸气门·咳嗽》“上半日嗽，属胃火者，竹叶石膏汤；属胃气虚者，补中益气汤或五味异功散加山栀；午后嗽，六味丸加麦冬、五味子；黄昏嗽者，都气丸；五更嗽者，二陈汤加枳实、川连、虚者六君子汤加姜汁炒川连。”

清·何梦瑶《医碥·杂症·咳嗽》咳嗽“上半日多，二陈加贝母、石膏、竹茹；下半日多，四物汤加炒柏、知母或知柏八味丸；黄昏咳多，五味子、五倍子；黄昏睡熟中，二陈加山楂、麦芽；五更清晨嗽，二陈加黄芩、桔梗、桑皮；日轻夜重，二陈加当归。”

清·林珮琴《类证治裁·论治》清晨嗽，二陈汤加贝母、枳壳、桑白皮、枇杷叶、橘红；上午嗽，石膏、石斛；午后嗽，四物、六味等汤；黄昏嗽，五味子、五倍子之属；夜半嗽六味丸加牡蛎、淡藻之属。

4.4.2 脏腑论治

金元时期王好古将《内经》十一咳证分别配以具体方药，多为后世医家引用。如王肯堂《证治准绳》肺咳用麻黄汤；心咳用桔梗汤；肝咳用小柴胡汤；脾咳用升麻汤；肾咳用麻黄附子细辛汤；胃咳用乌梅丸；胆咳用黄芩加半夏生姜汤；大肠咳用赤石脂禹余粮汤、桃花汤，不止用猪苓分水散；小肠咳用芍药甘草汤；膀胱咳用茯苓甘草汤；三焦咳用钱氏异功散。

《张氏医通》、《类证治裁》肺咳用千金五味于汤去续断、地黄、赤小豆，加麦冬、玉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

竹、细辛；心咳用凉膈散去硝黄，加黄连、竹叶；肝咳用枳壳煮散去芎防，加肉桂、橘红、苏子；脾咳六君子汤加枳壳、桔梗；肾咳用都气丸加参麦；胃咳异功散加川椒、乌梅；胆咳用小柴胡汤；大肠咳用赤石脂禹余粮汤；小肠咳用芍药甘草汤；膀胱咳用茯苓甘草汤；三焦咳用七气汤加黄连、枳实。

清·程钟龄《医学心悟》在止嗽散基础上分十二经加减用药。

5 单方验方

历代医家所用单方验方不计其数，在此仅选录少数如下：

唐·孙思邈《海上方》“伤寒咳嗽　伤寒咳嗽夜无眠，细碾明矾末一钱，半夏橘皮姜共煮，煎汤调下化粘涎。远年咳嗽　远年咳嗽最难痊，休要求人枉费钱，但用款冬花作末，烧香一吸便安然。咳嗽不止　咳嗽多时如不止，谁知只用好浮萍，干时捣烂浓煎服，一夜安眠直到明。咳嗽　枇杷叶煎汤，用绢滤汁入梨汁熟蜜煮黑枣，肚碗内时常取食，如腹泻者去蜜，夏月恐陈宿要每日煮食，冬月煮枣可存五六日，痰多加川贝母。痰咳嗽　蛤蜊壳炭火烧炙放地下，冷出火气，碾筛为末，每服三四钱，用干面糊为丸，滚水服，痰随药下，狠咳不能睡者，服即安稳。蛤粉性平，常服无碍，但须旋丸带湿服下，不可俟其干坚。”

宋·王怀隐《太平圣惠方》“治久咳嗽诸方　百部根五斤者。上件药，捣绞取汁，入蜜一斤，煎之如饧，每服一匙，以温粥饮调服，日三四服。款冬花一两。上件药，捣罗为末。炼蜜和圆，如半枣大、以绵裹一圆，含咽津，日四五服。……治卒咳嗽诸方　取梨去皮核，捣绞取之一大盏，入椒四十粒，煎五七沸，去渣，又纳黑饧四两，更煎成膏，不计时候，服一茶匙，含化咽津。蝉壳七枚碾末。上以粥饮调服之。……”

明·孙一奎《赤水玄珠·卷七·咳嗽门》“疗三十年嗽，以百部根二十斤，捣绞取汁，煎之如饴，服二匙，一日三服，验。治咳嗽感冒方及痰嗽热嗽　雪梨一个，开一窍，入明矾一钱，用纸封固，灰火中煨，令矾化梨熟为度，食之立愈，甚者不过二枚。治痰嗽　细芽茶三四两浓煎，滤去渣，好蜜六两，水内炖滚，抹去沫，入浓茶内同煎二三沸，露一宿，空心温服一碗，二三次全愈。”

清·孙伟《良朋汇集》“拣顶大生半夏用香油炸，炸得裂口，捞出研末，姜汁为丸如绿豆大。大人六七分，小儿三四分，姜汤送下力效。治久嗽吐血方　大萝卜一个，切出顶，内搂空，入祭灶黄米汤令满，以原顶盖之，黄泥包裹，灰火煨熟服之，甚效。”

清·曹氏原本　项天瑞增刊《同寿录》“治咳嗽不止，胸膈气壅滞者　取桃仁一升（去皮尖，麸皮同炒令黄）。细研贮瓶中以酒五升浸，蜜封三日后、每温服一钟，日进三四服。又方蝉蜕七枚，研末，粥饮调服。消痰止嗽膏　白米糖一，好猪板油四两，谷雨前茶叶二两。水四碗，先将茶叶煎至两碗半，将板油去膜切碎，连苦茶米糖同下熬化，听用，白滚汤冲数匙服之。”

清·鲍相敖《验方新编·卷三·咳嗽》“咳嗽痰喘　雪梨四两，生姜一两。共捣汁去渣，加蜜四两，共煎数沸，入瓷器内封固。不拘时服一剂，即愈。无病亦可服，最能滋阴降火，忌食萝卜。咳嗽气喘　生山药半碗（捣烂），甘蔗汁半碗。和匀炖，微热服，立止。诸般咳嗽　桔梗（炒）、荆芥（炒）、紫菀（饭上蒸一次，再炒）、白前（饭上蒸一次，再

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

炒)。以上各八两，共磨细末，每服三钱，临时开水调服。如初感风寒者，生姜汤调下。小儿昼夜咳嗽，食少发黄，此脾虚也，用真山药一味煮熟，加糖调服，神效之至。”

6 其它治法

6.1 针 灸

唐·孙思邈《备急千金要方·卷三十》载有“天容、廉泉、魄户、气舍、谚语、扶突主咳逆上气喘息、呕沫齿噤；缺盆、心俞、肝俞、巨阙、鸠尾主咳唾血；期门、右手曲臂中横文外骨上主咳逆上气；缺盆、膻中、巨阙主咳嗽；然谷、天泉、陷谷、章门、曲泉、天突、云门、肺俞、临泣、肩井、风门、行间主咳逆；维道主咳逆不止……”

元·危亦林《世医得效方》：“上气咳逆，短气，胸满多唾，唾恶冷痰，灸肺俞五十壮；咳嗽咽冷，声破猜猜，灸天突五十壮。”

明·高武《针灸聚英》：“灸天突、肺俞、肩井、少商、然谷、肝俞、期门、行间、廉泉、扶突；针曲泽、前谷；面直热咳，支沟；多唾，三里。”

明·龚信《古今医鉴》“治久患咳嗽，百治无效，可用此法；将病者乳下，大约离一指头，看其低陷之处，与乳直对不偏者，此名直骨穴；其妇人即按其乳头所到之处，记是直骨穴也；艾灸三壮，其艾圆如豆大，男左女右不可差，其咳即愈，如不愈，其病再不可治也。”

朝鲜·许浚《东医宝鉴》：“咳嗽有痰宜灸天突、肺腧以泄火热，泄肺气；咳嗽上气多唾冷痰灸肺腧五十壮，又灸两乳下黑白肉际各百壮；久患咳嗽，夜不得卧，夏月亦衣 温背心是膏肓病也，灸之而愈；久嗽宜灸膏肓，次灸肺俞；伤寒咳甚，灸天突即瘥；咳嗽寒痰取列缺；肺胀痰嗽不得卧，但可一边眠者，可左侧者灸右足三阴交，可右侧者灸左足三阴交立安。”

清·徐宝谦《灸法心传》：“咳嗽病，因形寒饮冷，冰消肺气，灸天突穴五十壮；久咳不止，灸肺腧二穴各五十壮即止，若伤寒后或中年久嗽不止，恐成虚痨当灸关元三百壮。”

6.2 食 疗

明·朱橚等《普济方》：“紫苏子粥 治上气咳逆，冷气，及腰脚中湿风，结气。上将苏子研汁，煮粥食。常服令人肥白身香。”

明·龚廷贤《万病回春·咳嗽》：“治咳嗽痿肺吐血气喘等症。用猪肺一个，倒悬滴尽血水，又用大萝卜十个捣烂，用新砂锅一个，水五碗。先煮煎萝卜烂，滤去渣，添蜜四两，鸡子清十个，不用黄，与蜜搅匀却装入肺内；又用款冬花、五味子、诃子去核各一钱，白矾五分，俱为末，通搅和蜜与鸡子清内入肺管，煮熟。空心服之，立效如神。 又方猪肺一个洗净血水，若病人每岁用杏仁一个去皮尖，将肺以竹片签眼，每眼用杏仁一个，麻扎住，安磁器内重汤煮熟，去杏仁不用。只吃此肺。轻者只用一具而已，重者制二具吃全安。”

明·龚廷贤《寿世保元·咳嗽》：“年老人，日久咳嗽，不能卧者，多年不愈。用猪板油四两，蜂蜜四两，米糖四两。上三味，熬成膏，时时刻刻挑一匙，口中噙化，三五日其嗽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

自止。银杏膏（治疗年久咳嗽吐痰）陈细茶四两（略焙为细末），白果肉四两（一半去白膜，一半去红膜擂烂），核桃肉四两（擂），家蜜半斤。上药入锅内炼成膏，不拘时服。久嗽，并连嗽四五十声者，用连皮生姜自然汁一勺，加蜜二茶匙，同放茶碗内。煎一滚，温服三四次即止。”

明·罗浮山人集《蓦竹堂验方》：“治咳嗽　雄猪肺一个（不见水者），桑白皮五钱，蜜蜡一两。上盛肺管内共煮，空心食之妙。　治咳嗽妙方　麻油四两，蜜糖四两，生姜（白然汁）四两，子、明矾、五味各五钱。瓦罐煎来黑如漆，每日清晨进一匙。”

明·龚居中《红炉点雪》：“治虚热咳嗽，口干涕唾。用甘蔗汁一升半，青粱米四合。煮粥，日食二次，极润心肺。”

清·刘晓《济人宝笈》：“治痰咳方。用白芝麻去壳一升，蜂蜜一斤。先将芝麻炒熟，始入蜜于内，炒成团子。每早用滚白水化服。能化痰清火止咳。”

清·刘清臣《医学指南》：“胃冷久咳。肥鸭一只，剖去肠什，入人参、焦术、肉桂炖食。或猪肚一个，入生姜四两炖食。　年老久咳　夜卧难安，猪板油四两，煎去渣，入饴糖、蜂蜜、胡桃各四两。开水冲服。加白梨膏更效，噙化亦可。或猪心肺一副，蜂蜜四两，甜杏仁四十九个，姜汁半杯，入肺管内炖熟，睡醒时服。”

民国·张锡纯《医学衷中参西录》：“珠玉二宝粥　治脾肺阴分亏损，饮食懒进，虚热劳嗽，并治一切阴虚之症。生山药二两，生薏米二两，柿霜饼八钱。上三味，先将山药、薏米捣成粗渣，煮至烂，再将柿霜饼切碎，调入融化，随意服之。　水晶桃　治肺肾两虚，或咳嗽，或喘逆，或腰膝酸疼，或四肢无力，以治孺子尤佳。核桃仁一斤，柿霜饼一斤。先将核桃仁饭甑蒸熟，再与柿霜饼，同装入瓦罐内蒸之，融化为一。晾冷按意服之。薯蓣粥　治阴虚劳热，或喘，或嗽，或大便滑泻，小便不利，一切羸弱虚损之证。生怀山药一斤（轧细过罗）。上药一味，每服用药七八钱，或至一两。和凉水调入锅内，置炉上，不住以箸搅之，两三沸，即成粥服之。”

6.3 外　　治

宋·王怀隐等《太平圣惠方》：“治咳嗽腹胀，上气不得卧，用药熏方。上用蜡纸一张，以熟艾匀薄布遍纸上，熏黄末一分，款冬花末二、三分，并布艾上。著一苇筒卷之，每取三寸，以粗线系定，烧下头，吸烟咽之。尽三剂即差，若后断盐一百日。”

明·龚信《古今医鉴》：“吸药如神散　治风人肺中，久嗽不愈。雄黄、佛耳草、鹅管石、款冬花、甘草、寒水石、青礞石（煅过）、白附子、枯矾、孩儿茶各等分。上为细末，纸燃烧烟，令病人吸之。”

明·张介宾《景岳全书·卷六十》“古方八阵　嗽烟筒治一切犯寒咳嗽，遇冬便作。款冬、鹅管石、雄黄、艾叶各等分。上为末，铺艾上，用纸卷筒，烧烟吸入口内吞下，即咽茶水一口，压之自效。一方有佛耳草无艾叶，用纸卷成条，每切一节长约三五分许，焚炉中吸烟咽之。”

明·龚廷贤《万病回春·卷二·咳嗽》：“一切久嗽不止者　治新久咳嗽，百药无功服此立效。款冬花蕊五钱，鹅管石二钱半，陈皮二钱半。年老人及虚者加人参五分，冬月加肉桂一钱半。上忌铁器，为细末和匀，分作七帖，作七日服，每服一帖。夜仰卧，将药一帖

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

作三次入竹筒内，病者口噙竹筒，近咽喉用力一吸，将白温水一口送下。不可多吃水，忌诸般油腻、盐一七日。药服完之后亦少用些盐，至半月后不忌。”

清·邹存《万病外治方》：“咳嗽熏法　天南星、款冬花、石钟乳、郁金、雄黄各等分，为末，以生姜一片含舌上，用艾烧药，含烟入喉中，取效。久了不止　罂粟壳末，或五味子末，掺与膏药贴脐上，即止。　又方　咳从脐下起者，用破故纸末，掺膏药贴，纳气归肾，即止。　干咳嗽　火郁也，姜汁和蜜，擦背佳。　咳嗽呛逆　雄黄一钱（研末），黄纸三张。用鸡蛋白将黄雄调匀，搽于黄纸上，晒干。卷成纸管，插入笔管或烟管内，烧燃吸之，如同吃烟，少顷呕吐嗽止。一日一次，忌食诸物七日，惟食白粥。如嫌气味难受，食白煮猪肉，即解。”

明·朱橚等《普济方》：“先以鼻内气，乃闭口咳。还复以鼻内气，咳则愈。向晨去枕，正偃卧伸臂胫，瞑目闭口无息，极胀腹两足再息，顷间吸腹，仰两足背拳，欲自微息，空腹为之，春三夏五，秋七冬九，荡涤五脏，津润六腑。又云，还向反望侧望，不息七通，疗咳逆，胸中病寒热。”

6.4 导　　引

展　　望

咳嗽作为多种肺系疾病的一个主要症状，历来为各代医家所重视，特别是70年代以来对慢性支气管炎进行了全国范围的研究，取得了一定的成果。近年来由于支气管哮喘患者的不断增加，中医界加强了对哮喘防治的研究，对咳嗽的研究势头相对弱了一些，然而由于环境污染的加剧、全球气候变暖、病毒株型不断变异以及对抗菌素耐药的增加，急慢性支气管炎、肺部感染等以咳嗽作为主要症状的疾病仍将严重威胁人群的健康。中医对咳嗽的治疗经验丰富、疗法多样，尤其是治疗呼吸道病毒感染以及对慢性肺部疾病的防治，有着西医无可比拟的优势，鉴于慢性支气管炎仍是目前对人群危害最大的一种疾病，尤其是其进一步发展导致慢阻肺、肺心病、呼吸衰竭，故对慢性支气管炎的治疗仍将是以后的研究重点。由于多数慢支患者服药时间较长，汤药服用不便，如何改进中药剂型、研制临床上行之有效的药物以防止支气管炎的复发及阻断病程进展，如何在急性期中西医结合治疗取得更好的疗效，都是摆在中医界学者面前的课题。

（武维屏　罗慧　张立山　冯淬灵）

近现代参考文献

[1] 张发荣．咳嗽名义考辨．成都中医学院学报，1985（1）:6，5

[2] 章巨膺．咳嗽的辨证论治．上海中医药杂志，1963（2）:1

[3] 岳美中．咳嗽的认证与施治．中医杂志，1953（8）:32

[4] 中医研究院西苑医院．岳美中医话集．北京：中医古籍出版社，1984．62

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[5] 姜春华. 咳嗽的治疗. 中华内科杂志，1977 (2):106
[6] 李今庸. 李今庸临床经验辑要. 北京：中国医药科技出版社，1998. 62
[7] 于世良. 岳美中治疗咳嗽的特色. 浙江中医杂志，1982 (11/12):482
[8] 武维屏，贺福田. 肝与咳喘哮. 北京中医学院学报，1990 (2):11
[9] 赵玉哲，陈选平，强克礼. 1040 例咳嗽与时间关系的调查分析. 陕西中医，1986 (3):10
[10] 赵金铎. 赵金铎医疗经验集. 北京：北京出版社，1986. 98
[11] 赵绍琴. 赵绍琴临证 400 法. 北京：人民卫生出版社，1997. 3
[12] 焦树德. 治咳七法. 山西医药杂志，1983 (3):186；(4):229
[13] 秦伯未. 外感咳嗽. 中医杂志，1965 (9):8
[14] 赵凤达，蔡灿林，洪广祥 "治肺不远温" 在慢性咳喘中的应用. 江西中医药，1993 (2):3
[15] 凌耀星. 治咳心得. 上海中医药杂志，1990 (7):24
[16] 贝润浦，徐敏华. 姜春华谈治咳截断. 中医杂志，1981 (11):17
[17] 秦小珩，戴德英，黄宣. 秦伯未治疗咳嗽的经验. 中医杂志，1981 (12):14
[18] 任应秋. 咳痰喘与支气管炎. 陕西新医药，1975 (6):43
[19] 武维屏. 胸内结节病中医治疗初探. 北京中医学院学报，1989 (3):28
[20] 中医研究院西苑医院呼吸病研究室. 扶正固本丸（片）防治慢性支气管炎远期疗效观察，中西医结合杂志，1984 (1):32
[21] 沈自尹，姜兴慧，查良伦等. 温肾法防治老年性支气管炎原理探讨. 中医杂志，1981，(10):22
[22] 田从豁，臧俊岐. 针灸治疗慢性支气管炎. 中国针灸，1981 (3):37
[23] 郑新民. 中医药防治感冒进展. 云南中医杂志，1987 (3):43
[24] 郑尚雪. 中医治疗咽炎近况. 四川中医，1993 (12):18
[25] 顾丽水，万金福，龚启华. "青莲冲剂" 治疗 122 例慢性咽炎的临床观察. 上海中医药杂志，1986 (10):23
[26] 上海市金果饮临床协作组. 金果饮临床 371 例疗效观察. 中成药，1990 (2):20
[27] 杨灵山，申庆亮，王洪道. 复方青果口服液治疗急性咽炎 156 例. 实用中西医结合杂志，1992 (3):164
[28] 周宗起. 山豆根口服液治疗急性咽炎的临床观察. 中成药，1991 (8):20
[29] 顾友松. 慢性咽炎的脾胃证治. 上海中医药杂志，1993 (10):26
[30] 严道南. 干祖望老中医运用健脾法治疗慢性咽炎经验. 福建中医药，1985 (6):20
[31] 蒲辅周老中医医疗经验整理小组整理. 支气管炎的治疗经验. 新医药学杂志，1975 (11):37
[32] 袁启敏. 大青龙汤治慢性气管炎. 新中医药，1952 (3):60
[33] 王永钧，洪用森. 治疗慢性支气管炎急性发作 28 例报告. 中医杂志，1965 (12):33
[34] 齐幼龄，季绍良，谭沃钊等. 补肺丸对 80 例肺心病缓解期病人的治疗观察. 广西中医药，1983 (3):14
[35] 赵绍琴. 肺炎证治. 中医杂志，1985 (10):6
[36] 潘泰阶，陶克文，汪鑫涛. 用中药治疗大叶性肺炎 9 例的疗效观察. 上海中医药杂志，1957 (4):23
[37] 汪慎之. 用麻杏石甘汤加味治疗 17 例大叶性肺炎初步观察. 哈尔滨中医，1961 (10):34
[38] 湖南医学院第二附属医院祖国医学教研组. 清肺解毒汤加白花蛇舌草治疗大叶性肺炎的临床及免疫学观察. 中草药，1980 (3):122
[39] 浙江中医学院附属医院三病区. 中医治疗急性肺炎 60 例疗效分析. 浙江中医学院学报，1983 (2):25
[40] 九省市慢性支气管炎中西医结合标本诊断分型研究协作组. 慢性支气管炎中西医结合标本诊断分型研究的总结报告. 福建中医药，1986 (4):30

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[41] 宋卫东，赵江云，刘中本．慢性支气管炎皮质醇局部作用与辨证分型关系．中国中西医结合杂志，1994（10）:592

[42] 任勃，陶庆丰，马淑扬等．慢性支气管炎动物模型的复制及病理形态学观察．天津医药，1995（2）:102

[43] 孔繁智，徐锡鸿，沈金美等．加味玉屏风散对慢性支气管炎模型鼠呼吸道细菌粘附性的影响．中华结核与呼吸杂志，1990（6）:331

[44] 齐幼龄，黄新凤，廖渝修等．“补肺液”防治慢性支气管炎的动物实验观察．广西中医药，1992（3）:44

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 喘　病 ❊

喘病可因肺系疾病或其它脏腑疾病而致肺气上逆，肺失宣降，以呼吸喘促为主要证候的疾病，可见呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧。所以喘病不是一个独立的病种，许多种疾病发展到一定阶段或作为某些疾病的一个临床表现。包括西医的急、慢性支气管炎、肺气肿、支气管哮喘，肺心病、呼吸衰竭、风心病、肺结核、矽肺、心肌病、心肌炎冠心病、肺间质纤维化、肾功能衰竭以及贫血等疾病。其中慢性阻塞性肺病（COPD)以及哮喘在喘病中占据了相当大的比例。尤其近年来肺结核、风心病的发病率已有所下降，但大气污染的增加、吸烟以及各种病毒、细菌感染等因素诱发了慢性支气管炎的反复发作，进一步演变为肺气肿、肺心病，这些疾病致残和致死率很高，严重影响了人民的健康和劳动力，给社会生产和经济带来很大损失。近年来，对我国北部及中部地区 102230 成年人进行调查，慢性阻塞性肺病约占 15 岁以上人群的 3%，其患病率之高，是十分惊人的。另外，我国哮喘的患病率为 0.5% ~ 2%，全世界的平均患病率为7%，而且近年来有增高的趋势。更值得注意的是我国青少年、中青年人群中吸烟人数却在逐年增加，在 21 世纪，以慢性阻塞性肺疾病为主的喘病的发病率不但不会下降，甚至还会有所增加。因此，加强对喘病的认识和防治，具有十分现实而重要的意义。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

有关喘病的诊断标准，西医则参考相应疾病的诊断标准，如慢性喘息性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿、肺心病等，并参考相应的疗效判定标准和评分标准。中医诊断标准和疗效评定标准参考国家中医药管理局制定的行业标准，及全国中医、中西医结合呼吸病专业委员会所讨论、制定的诊断和疗效判定标准。

1.1 病名诊断标准

（1）主症：喘促不宁，呼吸困难，胸胀气粗，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧，喉中痰鸣为特征。

（2）次症：咳嗽，咯痰，恶寒，发热，胸闷，胸疼，口干口渴，汗出，心悸气短，精神烦躁，或者语声低怯，咳声无力，咽喉不爽，面色发黯，腰膝酸软，消瘦无力，动则更甚，小便失禁。

（3）急性起病：多有诱因，常有先兆症状。多因外感六淫、七情内伤、劳欲过度、饮食不节，或环境改变、以及有关的过敏因素诱发。

（4）喘病可见于各年龄组，但以老年人更多见。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 证类诊断标准

风寒束肺 喘急胸闷，咳嗽痰多清稀，伴有恶寒发热，头痛，喉痒，舌苔薄白，脉浮紧。

外寒内饮 喘急胸闷，形寒肢冷，背冷，口不渴，咳嗽痰多稀薄带泡沫，或恶寒发热，口干，舌苔白腻或滑腻，脉浮滑或弦滑。

表寒里热 喘逆上气，呼吸急促，鼻翼煽动，胸部胀热，咳痰色黄，粘稠不易咯出，恶寒发热，无汗、周身酸痛、舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。

风热袭肺 喘逆气粗，甚则鼻翼煽动，痰少而粘，口干渴喜饮，发热恶风，汗出，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

燥邪伤肺 喘息咳嗽，咽红喉干，心烦口渴，口唇干裂，咳痰不利，痰中带血丝，身热，恶风，胸胁作疼，舌尖红，苔薄黄而干，脉浮数。

邪热壅肺 喘促气粗，声高息数，痰黄粘稠，不易咯出，口干咽燥，身热汗出，胸疼，大便秘结，小便赤涩，舌红苔黄，脉滑数。

痰热郁肺 呼吸急促，喘息不宁，喉中痰声漉漉，痰黄粘稠不易咯出，胸中烦热，口渴喜冷饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

痰湿阻肺 喘而胸满窒闷，甚则倚息不能平卧，痰多粘腻，咯吐不利，恶心纳呆，舌苔白厚腻，脉滑。

肝火犯肺 喘急气促，四肢厥逆，身冷，胸胁闷胀，精神忧郁或易怒，喘息多由情志因素诱发，舌质红，苔薄黄，脉弦数。

肺虚 咳喘短气，咳声低微，自汗畏风，吐痰稀白，或潮热盗汗，颧红咽干，舌质红或淡，脉虚细数。

脾虚 咳喘短气，胸脘满胀，口粘纳呆，咳嗽痰多，面色苍白，倦怠乏力，四肢不温，尿少便溏，舌质淡嫩胖，苔薄白，脉细弱。

肾虚 喘促日久，呼多吸少，身寒肢冷，腰膝酸软，浮肿溏泄，气不接续，动则更甚，舌质淡，脉沉细。

2 中心证候特征

因久患肺系疾病或其它脏器疾病，致肺气上逆是喘病的症候学特征。其主症为呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧。次症有咳嗽、咯痰，或活动后喘息加重，或见恶寒、发热、胸闷、胸疼、口干口渴、心悸气短、精神烦躁、或语声无力、咽喉不爽、面色发黯、腰膝酸软、消瘦无力、小便失禁。舌象一般见舌质红，少数伴有黯红或舌边有瘀斑，病程短而不伤阴者舌红而润泽，病程长者、有伤津者则有舌干少津。舌苔薄白或白腻者较多，薄黄或黄腻者也不少见，舌干苔黑腻者少见。视舌质颜色的变化作为辨证的依据。舌下观察舌腹静脉的形态以及是否有曲张和延长，可鉴别是否有肺气肿、早期肺心病。脉象多为浮滑或弦滑，大部分患者有脉数的表现。久病者脉多沉滑。

喘息：初起表现为实症，呼吸深长而有余，以呼出为快，气促声高；病情加重则见喘息喉鸣不能缓解，劳累之后甚至稍微活动喘憋即见加重，常有夜间加重，睡眠时可以闻及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

喉鸣，大汗淋漓，端坐呼吸不能平卧，甚至神昏；久则为虚证，呼吸短促难续，深吸为快，气怯声低，无力而喘。

咳嗽：多与喘息同见。或干咳无痰伴有剧烈阵咳，或咳嗽有痰，咳声或有力或无力，夜间咳嗽时有加重。

咯痰：咳痰的多少因病情而异，有的痰多，有的痰少；或吐白色稀泡沫痰，或吐黄色粘稠脓痰，或吐绿色带异味的稠痰，或痰中带血丝。有的易咳出，有的不易咳出。

3 病　因

3.1 原发病因

外感六淫

风寒　外感风寒，侵袭于肺，内则郁遏肺气，外则郁闭皮毛，阻遏阳气，肺气上逆；风寒表邪未解，郁而化热，壅塞气道，肺失宣降，上逆而喘。

风热　风热之邪，侵犯肺卫，邪热内迫，肺气宣降失常，气逆上涌而喘。

伤燥　燥邪伤肺，燥邪由口鼻而入，肺金受伤，清肃失司，肺气上逆而喘。

饮食不节　多食膏粱厚味，脾失健运，变生痰浊，上干于肺，肺气不得宣畅，气逆而喘。

七情内伤　情志不遂，或郁怒伤肝，或惊恐伤及心肾，致使肺气升降失常，气逆而喘。

劳欲过度　劳倦过度则伤脾，纵欲过度则伤肾，脾肾俱虚，根本不固，摄纳无权，气逆不纳而为喘。

3.2 继发病因

久病　久病伤肺，致使肺气、肺阴不足，气失所主而为短气喘促。久病不已，则由肺及肾，肾元亏虚，摄纳失常，气逆于肺而为喘促。

痰饮　痰饮是人体病理产物，上述诸多病因均可导致痰饮的产生，而致气机壅塞，肺气上逆而喘。痰饮一经产生，又可作为一种致病因素而作用于人体，导致喘病。

3.3 诱发因素

外感六淫、饮食不节、七情内伤、劳欲过度均可诱发喘病或加重病情。

4 病　机

4.1 发　病

一般言之，实喘者发病暴急，虚喘者发病缓慢。常由外感六淫、七情内伤、饮食不节或劳欲过度等诱发，多在冬春季节发作，但夏秋发病者也不少见。发作前常有咳嗽、气急、胸闷、咽喉不适等症状，并逐渐出现喘憋，甚至出现张口抬肩，大汗淋漓，不能平卧等严重证候。凡喘证每以内伤为本，外感为标。本虚标实或上实下虚者居多。单纯外因致

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

喘者少见。通常此类患者的发病，多因久病体弱无法抵御外邪的侵袭而发病。

4.2 病 位

喘病的主要定位在肺、肾两脏，但与肝、脾两脏相关，最后累及心脏。

4.3 病 性

喘病当分虚、实。急性发作期以邪实为主，外感六淫、痰饮、肺火，肝郁等临床表现较为突出；慢性迁延期往往虚实夹杂，肺、脾、肾虚的症状逐渐出现，且以气虚、阴虚为多见；临床缓解期多表现为肺、脾、肾气虚为主，并以肺肾气阴不足较为多见。

4.4 病 势

喘病总的发展趋势是由表及里，由上及下，由肺及于肾、心、脾、肝等脏器。或表里同病。

4.5 病机转化

喘病的病机转化决定于邪实与正虚的消长变化。外感六淫邪气者，邪在肺卫，正气不虚，可以运用解表之法，使其汗出表解而令喘平；若失于表散，卫气不固，外邪由表入里化热，则见喘促气急，伴有喉鸣，咳嗽、咳吐黄痰，粘稠不易咯出，胸痛烦闷，口渴，身热汗出；如病情进一步发展，痰热交炽，则见喘息不能缓解，大汗淋漓，咳嗽频频，端坐呼吸不能平卧；因痰饮、肝郁所致者，日久不愈，亦可化热化火；久则耗气伤阴，损伤正气。若迁延不愈，由肺及肾，肺肾俱虚，表现为喘促日久，呼多吸少，而动则气不能接续，汗出肢冷，舌红少津，脉沉细。

虚喘因肺所致者反复发作，可累及脾肾两脏；因肾虚所致者，复感外邪，可转化为上实下虚之证。如喘病长期迁延不愈，可造成肺、脾、肾等脏腑虚损严重，最后可累及于心脏，转化为心阳欲脱之证。

4.6 证类病机

风寒束肺 风寒袭表，外伤皮毛，内壅肺气，以致肺气壅实，不得宣降，故咳嗽气急，喘息胸闷；肺气失宣，津聚为痰，故痰多色白而稀薄、口不渴；风寒在表，皮毛闭塞，故恶寒发热，头痛，喉痒。

外寒内饮 寒饮内伏，故形寒肢冷、背冷、口不渴，内饮被外寒引动，阻塞气道，肺气不宣，故咳嗽喘息，痰多稀薄起沫；风寒外束，故恶寒发热，口干。

表寒里热 多为肺有郁热；感受风寒，或风寒束表，失于表散，入里化热而成。寒邪束表，肺有郁热，气道闭塞，肺气上逆，故喘逆上气、呼吸急促，鼻翼煽动，胸部胀痛；热郁于里，灼津为痰，故咳吐黄痰粘稠不易咯出，寒邪束表，故形寒发热，无汗身痛。

风热袭肺 风热外袭，肺卫受邪，正邪相争，故发热、恶风、汗出；肺热内郁，肺气上逆，故咳喘气粗，甚则鼻煽，邪热煎灼津液，故痰少而粘。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

燥热伤肺 燥热之邪，由口鼻而入，灼伤肺金，肺叶枯槁，肺气不宣而喘咳痰少；燥热伤阴，故咽红喉干、心烦口渴、口唇干裂；热伤肺络，故胸胁作痛、痰中带血。

邪热郁肺 邪热迫肺，肺气上逆，故喘促气粗，声高息数；邪热内盛，灼津为痰，故痰黄而粘稠不易咯出、口干咽燥。

痰热壅肺 痰热郁肺，壅塞气道，肺气肃降无权，故呼吸急促、喘息不停；痰热内蕴，故痰声漉漉、痰黄粘稠不易咯出；痰热郁蒸于肺，故胸中烦热，口渴喜冷饮。

痰湿阻肺 痰湿阻肺，肺失宣降，故喘而胸满闷窒，甚则倚息不能平卧；痰湿内阻，胃失和降，故恶心纳呆；痰湿为患，故咳嗽，痰多而粘腻、咯吐不利。

肝火犯肺 郁怒伤肝，肝郁化火，上犯于肺，肺失肃降，故气促喘急；肝气不舒，肺气郁闭，故胸胁闷胀；心肝气郁，心神不宁，故精神忧郁或暴怒。

肺虚 因外邪停滞，损伤肺气，或因过劳耗伤肺气，或久病肺弱，气津亏耗，以致肺气不足，短气而喘。肺气不足，故咳喘气短，咳声低微；肺虚，卫外不固，故有汗恶风；肺阴虚，故潮热盗汗，颧红咽干，五心烦热。

脾虚 因胃为水谷之海，虚则不能转化，脾土为湿所滞，水湿停滞中焦，阻遏清气，胃失和降，肺气壅塞，升降失常，因而成喘。或因过劳忍饥，或过饱失宜，或久病延续，思虑过度，均可伤脾。脾气虚，健运失权，故咳喘短气、胸脘闷胀、倦怠无力、纳少便溏。

肾虚 多因真元耗损，肾气上奔，真阳虚急，肾气不得归元，喘逆乃作。肾阳虚衰，卫外之阳不固，故汗出；阳气不得温养于外，故肢冷面青、舌质淡、脉沉细；如肾阳虚面气脱，孤阳浮越，则见面赤烦躁，此乃火不归元所致。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

喘息气促，呼吸困难，气急不能接续，张口抬肩，伴有咳嗽、咯痰。一般有多年喘咳病史，或有过敏病史。

5.2 分析病位

本病的病位主要在肺肾，久病可涉及心、脾、肝各脏。喘息气促，咳吐白痰，病位在肺；呼多吸少，喘声浊恶，病位在肾。实喘多责之于肺，虚喘多责之于肾。气喘伴见大汗淋漓，当属心阳虚脱。

5.3 确定病性

喘病的病性当分虚实，实证以寒、热、痰、湿为主，虚证以气阴两虚为主。呼吸深长而有余、呼出为快、气促声高、张口抬肩、咳吐黄、白痰，病性属实；呼吸短促难续、深吸为快、声低气怯，病性属虚；喘作不重、活动后气难接续、咳嗽无力、咯痰不爽，甚至神志恍惚，属虚实夹杂；喘声高而息数，口渴心烦，病性属热；无力而喘或腹满而喘；遇冷即发，咳吐白色稀痰，病性属寒。一般久喘患者多为虚中夹实。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 鉴 别

短气 喘病与短气之症相似而又有区别。喘病，促促气急、漉漉有声，张口抬肩，摇身撷肚，倚息不能平卧。短气者，呼吸急促而不能接续，似喘而无抬肩，呼吸急促而无痰声，动后更甚。短气者有较喘病为轻者，有似轻而实际并不轻者。因为短气是由肾精元气虚之故，而肾为气之根，主精髓而在下焦，若真阴亏损，则精不化气，下不交上则为重症。

哮病 喘与哮虽相类似，但实有区别。《医宗金鉴》说："喘者，促促气急，喝喝痰声，张口抬肩，摇身撷肚。哮与喘相似，但不似喘开口出气之多，而呀呷有声。呷者，口开；呀者，口闭，开口闭口，尽有声音。呷呀二音合成哮声。似痰堵喉间，与气相击。故呷呀有声。

咳嗽 喘病在临床上亦可兼见咳嗽症状，但是主要以呼吸困难，甚至张口抬肩、鼻翼煽动、不能平卧为特征。咳嗽病证日久不愈，有的可以转变为喘病。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 风寒束肺

临床表现：喘急胸闷，咳嗽痰多清稀，伴有恶寒发热，头痛，鼻痒、喉痒，舌苔薄白，脉浮紧。

病机分析：肺主气，司呼吸，主宣发肃降，外合于皮毛。风寒外袭，则外伤皮毛，内壅肺气，以致肺气壅塞不得宣发肃降，故咳嗽气急，喘息胸闷；肺气失宣，津聚为痰，故痰多色白而稀薄、口不渴；风寒在表，皮毛闭塞，故恶寒发热，头痛，喉痒，或关节肌肉疼痛。风寒外袭，故舌苔薄白，脉浮紧。

转归：本证邪气尚在皮毛，若及时正确地运用发汗解表治法，往往汗出后表解喘平。喘病患者在外感风寒，喘病初起时就诊者很少，稍久则邪气郁而化热，症见发热、喘咳、吐黄痰等肺热症候。同时，素有慢性喘病病史的病人，或身体非常虚弱的病人，风寒诱发伏饮、宿根，外闭内阻，肺气不得宣发、肃降，喘病急剧加重；或正气大虚，甚至可能出现喘脱等危急症候。

治法：祛风散寒，宣肺平喘。

方药：麻黄汤（《伤寒论》）加减。三拗汤（《太平惠民和剂局方》）、华盖散（《太平惠民和剂局方》）也可以选用。

麻黄　桂枝　杏仁　甘草　苏子　前胡

临证参考：本证为风寒束肺，肺气不降，因此，在治疗时，选用了发汗解表的麻黄、桂枝，同时也要加用降气化痰平喘的杏仁、苏子、前胡。方中麻黄、桂枝为辛温发汗解表的峻药，对于气虚、老年人、形体虚弱的应慎用；如喘而有汗喘不甚重者可用桂枝加厚朴杏子汤调和营卫，下气平喘。

本证治疗一般先以发汗解表为主，次以降气平喘为法，最后治以补肺之法，可选用玉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

屏风散。喘病患者往往卫气虚弱，易于感受风寒邪气，因此，玉屏风散可以益气补肺健脾、散风，增强人体抵抗力，避免感受外邪，以达到预防喘病的作用。如出现脾虚则以六君子汤加减；另外发汗太过或化热伤阴可选用沙参麦冬门汤加减。

如素有喘病，痰饮内伏，卒感风寒秽浊之气，也可出现暴喘，表现为喘憋突发，张口抬肩，喉中痰鸣，胸中满闷，痰粘不易咯出，以上症状可以持续 12 小时以上，舌质黯淡，舌苔白腻，脉滑数或浮数。发作前常有鼻痒、喷嚏、咽痒、咳嗽等症状。其病情危重，变化迅速，可因病邪蒙蔽神明，致阴阳逆乱，或阴阳衰竭，不相维系，神无所倚而演变为闭证或脱证。预后多差。

暴喘治以三拗汤合导痰汤加减，基本方为麻黄、杏仁、苏子、半夏、陈皮、前胡、枳实、胆南星。

正气欲脱，喘逆甚剧，大汗淋漓，四肢厥冷，面唇青紫，舌质淡，脉微，则以益气养阴，回阳救逆为法。方用生脉散合参附汤加减，基本方为人参、熟附子、麦冬、五味子、炙甘草、肉桂。汗出如油者加龙骨、牡蛎、山萸肉；也可配合送服黑锡丹。

本证为临床危急重证，应采取综合治疗方法，积极抢救。病人喘急不能服药或来不急服药者，需紧急吸氧，静脉输液，甚至应用呼吸机进行机械通气等多种措施，进行抢救治疗。

7.1.2 外寒内饮

临床表现：喘急胸闷，形寒肢冷，背冷，口不渴，咳嗽痰多稀薄起沫，或恶寒发热，口干，舌苔白腻或水滑，脉浮滑或弦滑。

病机分析：《内经》曰：形寒饮冷则伤肺。寒饮内伏，故形寒肢冷、背冷、口不渴，内饮被外寒引动，阻塞气道，肺气不宣，故咳嗽喘息，痰多稀薄起沫；风寒外束，故恶寒发热，口干。

转归：本证多有痰饮宿根，久病咳喘，感受外寒，故而发作喘病，因此，应用发散风寒为主的方剂，可以解表祛邪，使本次发作缓解，但若要去除病根，则非短期可以见效。另外，表寒入里化热，或水饮郁久也可以化热，而使病情加重。痰饮多属寒邪，易于伤人阳气，再感外寒，则更易损伤阳气，因此，本证也可以转化为寒邪伤阳的虚寒证。久则出现肺肾不足，精气内夺，肾气上奔，甚则出现脱症。

治法：解表散寒，温肺化饮。

方药：小青龙汤（《伤寒论》）加减。

麻黄　桂枝　细辛　干姜　五味子　半夏　紫菀　款冬花

加减：表邪明显者，加紫苏子、生姜；痰多者加白前、杏仁、葶苈子。化热者加生石膏。

临证参考：如外邪已解，而咳喘未除者，可去桂枝以减缓发散之力，麻黄蜜炙以偏重宣肺平喘；如为素体阳虚，外有风寒，内有痰饮，而不宜发散者，可用六君子汤加干姜、细辛、五味子。

小青龙汤为治疗外寒内饮的有效方剂，但不能认为有效就长期服用，因为方中有麻黄、桂枝、细辛、干姜等气味辛温的药物，虽有五味子味酸以收敛，但其发散之力仍很强烈，因此，老年人、肾气不足的病人长期服用，可能会出现阳气上亢或燥烈伤阴的症候。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本证一般外寒与内饮同时治疗，单治外寒则饮邪不去；单治水饮则表寒不解，都不能很好地解决喘病。如果表解之后，水饮不除，则须以温化痰饮为治疗大法。如《金匮要略》的苓甘五味姜辛汤、苓桂术甘汤、苓桂味甘汤甚至真武汤、肾气丸等方剂均可选用。如果后期出现阴伤的情况，则以养阴为法，可以根据病情选用生脉饮、六味地黄丸等方剂。

7.1.3 表寒里热

临床表现：喘逆上气，呼吸急促，鼻翼煽动，胸部胀痛，咳痰色黄而粘稠，形寒发热，无汗身痛舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。

病机分析：表寒里热：多为肺有郁热；感受风寒，或风寒束表，失于表散，入里化热而成。寒邪束表，肺有郁热，气道闭塞，肺气上逆、呼吸急促，鼻翼煽动，胸部胀痛；热郁于里，灼津为痰，故咳痰色黄而质粘；寒邪束表，故形寒发热，无汗身痛。

转归：本证外有表邪郁闭皮毛，肺气不得宣发，里热又盛，肺气上，故喘咳往往较重，此时宜表里同治，使表里邪气尽解。否则，辛温发表，则助里热，不解表邪，但以寒药清其里热，治法为逆，必病深不解。本证日久表邪入里化热，则可转化为邪热壅肺之证。本证若治疗不及时，则有可能形成喘病的严重发作，表现为喘憋不能平卧，呼吸急促，烦燥不安，甚至出现神志昏迷，危及生命。

治法：外散风寒，内清里热。

方药：麻杏石甘汤（《伤寒论》）加减。

麻黄　生石膏　杏仁　黄芩　桑白皮　苏子

加减：痰多色黄者，加瓜蒌、川贝母；痰多喘逆，不得平卧者，加葶苈子、射干。

临证参考：本证治疗一般解表散寒，与清解里热同时进行，所以方中既有麻黄辛温解表，又有生石膏、黄芩等清解肺热，同时又用桑白皮、杏仁、苏子降气平喘。若表解之后或表邪化热入里后，方可注重清热，否则只用大剂清热药物，就不会起到很好的平喘作用。此症若见热重烦燥者，可选用大青龙汤或越婢加半夏汤加减。若年老体弱的病人经治疗后，出现肺脾两虚的表现，则可用六君子汤加减，或选用《医学衷中参西录》的升陷汤，益气升阳，健脾补肺。常用黄芪、山药、知母、升麻、桔梗、柴胡、桂枝等药物。

7.1.4 风热袭肺

临床表现：喘逆气粗，甚则鼻煽，痰少而粘，口渴欲饮，发热　恶风，汗出，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。

病机分析：风热外袭，肺卫受邪，正邪相争，故发热、恶风、汗出；肺热内郁，肺气上逆，故咳喘气粗，甚则鼻煽，邪热煎灼津液，故痰少而粘。

转归：本证病邪在肺卫，因正气不虚，病程又短，应用轻清宣肺，降气平喘之法，则邪气易去，病情会很快得到缓解。如延误治疗，邪失于表散而入里，可转化为其他证候，如邪热壅肺证、痰热郁肺证等等。另外，还可能出现伤阴症候，表现为肺阴不足，甚至伤及肾阴。

治法：疏风清热，宣肺平喘。

方药：桑菊饮（《温病条辨》）加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桑叶　菊花　连翘　薄荷　桔梗　杏仁　生甘草　前胡　枇杷叶　瓜蒌

临证参考：本证治疗以疏风清热解表为主，表解之后，多能使喘病缓解。若邪热袭肺，则易伤阴液。喘病正发之时，滋阴增液，易致邪气内留，应权衡利弊，待邪热缓解，再投滋养之品，调整善后，可用《温病条辨》沙参麦冬汤加减。基本方为：沙参、麦冬、扁豆、桑叶、玉竹、甘草、天花粉。

7.1.5　燥邪伤肺

临床表现：喘咳痰少，咽红喉干，心烦口渴，口唇干裂，痰中带血丝，身热，恶风，胸胁作疼，舌尖红，苔薄黄而干，脉浮数。

病机分析：燥热之邪，由口鼻而入，灼伤肺金，肺叶枯槁，肺火不宁而喘咳痰少；燥热伤阴，故咽红喉干、心烦口渴、口唇干裂；热伤肺络，故胸胁作痛、痰中带血。

转归：本证虽然较早出现伤阴征象，但身热恶风，脉浮数，都是燥邪在表的表现，因此，本证的治疗，仍以解散表邪为主，邪去则正安，喘病可解；若失于治疗，则燥邪入里或灼液成痰，则可转化为邪热壅肺和痰热郁肺证。或燥热伤阴，日久损及肾阴。

治法：清燥润肺，生金平木。

方药：桑杏汤（《温病条辨》）加减。

桑叶　杏仁　豆豉　川贝母　瓜蒌仁　百部　桔梗　栀子　沙参　梨皮

加减：痰中带血丝者，加白茅根、仙鹤草；喘咳痰黄、大便不通者，加大黄、莱菔子；口干燥明显，加麦冬、玉竹。

临证参考：本证在清燥的同时，可以加入一些润肺养阴药物，既利于缓解症状，使咽干口渴得到好转，还能使痰液易于咯出，令喘病减轻，同时也能起到防止阴液大伤，而损及肾阴的作用。但本证的治疗重点，仍是以解散表邪为主，不能单纯养阴，而忽视了解表。本证后期，可见肺燥阴伤和肾阴受损的表现。

若燥热较甚，则可选用《寓意草》的清燥救肺汤加减，药用：人参、甘草、枇杷叶、生石膏、阿胶、麦冬、知母、桑叶、玄参。

若肺肾阴伤，表现为喘咳痰少，口干渴，咯血，低热，腰膝酸软，舌红绛少苔或无苔，脉细数者，则以清肺养阴为法。可用百合固金汤、麦味地黄丸以及加减复脉汤等方剂。基本方为：百合、生熟地、玄参、麦冬、桔梗、川贝母、白芍、当归、丹皮、枇杷叶。

7.1.6　邪热壅肺

临床表现：喘促气粗，声高息数，痰黄少粘而不易咯出，口干咽燥，身热汗出，胸疼，大便秘结，尿赤涩，舌红苔黄，脉滑数。

病机分析：邪热迫肺，肺气上逆，故喘促气粗，声高息数；邪热内盛，灼津为痰，故痰黄而粘稠不易咯出、口干咽燥。

转归：本证为喘病中最常见的一种证候类型，用寒凉药物治疗一般会得到比较理想的效果。但有部分患者可能会出现四肢厥逆，阳气怫郁而喘，六脉俱涩，甚至沉伏，此乃阳气闭郁，不能营运于体表，以致身冷脉微，闷乱喘息。此时切不可用寒冷药物下之，更不能以温热药物温之，惟用逍遥散加吴茱萸、黄连之类，疏之导之，宣散郁热，得汗而愈。若久而不愈，热伤津液为痰，则转变为痰热郁肺证。若邪热炽盛，热毒内陷，则可以出现

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

逆传心胞之候，症见高热烦燥口渴，甚则神昏谵语，此为临床危重症候。

治法：清热泻肺，降气平喘。

方药：桑白皮汤（《景岳全书》）加减。

桑白皮　黄芩　黄连　栀子　苏子　杏仁　瓜蒌　生石膏　麻黄

加减：便秘腹胀者，加大黄、芒硝；喘促不能平卧者，加葶苈子、地龙；痰黄腥臭者，加鱼腥草、桃仁、芦根。

临证参考：夏季感受暑热之邪，症见咳喘汗出、头身疼痛、烦热、口干渴、脉洪大者，可用白虎汤或竹叶石膏汤加减；亦有因食滞化火而致，症见喘逆自汗、胸中满闷、泛恶欲吐、面赤便秘、脉滑数者可以保和丸加减。

本证若出现四肢厥逆，阳气拂郁而喘，六脉俱涩，甚至沉伏，方用逍遥散或四逆散加吴茱萸、黄连解郁透热。基本方为：柴胡、白芍、枳实、当归、黄连、吴茱萸、生甘草、杏仁、生石膏。

本证若出现逆传心胞，表现为神昏谵语，喘息气粗，不能平卧，高热烦渴，大便秘结，舌质红绛苔黄，脉滑数。则治以清热解毒，泻肺救逆之法，方用黄连解毒汤加减。基本方为：黄连、黄芩、栀子、黄柏、麻黄、杏仁、生石膏、葶苈子。

便秘者，加大黄、芒硝、枳实；神昏谵语者，另加安宫牛黄丸灌服。

7.1.7　痰热郁肺

临床表现：呼吸急促，喘息不停，喉中痰声漉漉，痰黄粘稠不易咯出，胸中烦热，口渴喜冷饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：痰热郁肺，壅塞气道，肃降无权，故呼吸急促、喘息不停；痰热内蕴，故痰声漉漉、痰黄粘稠不易咯出；痰热郁蒸于肺，故胸中烦热，口渴喜冷饮。

转归：本证为喘病最常见的证候之一，虽然治疗的方剂很多，但本证最易迁延不愈，有的患者可延续几个月甚至几年或几十年而不愈，而且，在治疗发展过程中，容易出现伤阴症状。

治法：清热化痰，宣肺平喘。

方药：清金化痰汤（《统旨方》）加减。

桑白皮　黄芩　杏仁　栀子　川贝母　瓜蒌　桔梗　麻黄　地龙

加减：痰黄如脓或腥臭者，加鱼腥草、苇茎、板蓝根；喘憋不能平卧加葶苈子、射干；便秘不通者，加大黄、芒硝；热重加生石膏。

临证参考：本证是痰热为患，临证时要视痰与热的轻重不同程度，分别重化痰或重清热治疗。一般而言，因痰郁而热者，重化痰；因热而生痰者则重清热。

7.1.8　痰湿阻肺

临床表现：喘而胸满窒闷，甚则倚息不能平卧，痰多粘腻，咯吐不利，恶心纳呆，舌苔白厚腻，脉滑。

病机分析：痰湿阻肺，肺失宣降，故喘而胸满闷窒，甚则倚息不能平卧；痰湿内阻，胃失和降，故恶心纳呆；痰湿为患，故咳嗽，痰多而粘腻、咯吐不利。

转归：本证若予化痰除湿，降逆平喘治疗，可以获效，使病情得以缓解。如因复感而致痰湿化热，则转化为痰热郁肺证；也因反复病久，肺脾两伤，而转化为虚喘之证。若痰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿日久伤人阳气，复因外感或情志不遂，或痰饮水湿上犯于心肺，可见呼吸骤急，不能平卧，咳嗽阵作，吐白色泡沫痰，面色苍白汗出，或口唇发绀，或心悸怔忡，尿少浮肿，此为临证危候。

治法：化痰除湿，降逆平喘。

方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）合三子养亲汤（《韩氏医通》）加减。

陈皮　半夏　茯苓　甘草　苏子　白芥子　莱菔子　枳壳　紫菀　款冬花

加减：痰多气逆、喉中痰声漉漉、不能平卧者，加葶苈子、桑白皮；咯痰略黄有化热之象者，加黄芩、瓜蒌仁。

临证参考：痰湿之患，既可由气滞而致，又可导致气滞，因此，治疗时要注意顺气，气顺则一身之津液亦随气而顺。

本证若日久不愈，出现肺脾两伤证候，表现为喘息气短，动作加重，少气懒言，不思饮食，后背恶寒，胃脘痞闷，大便稀溏，舌淡红苔白或腻，脉虚弦。宜健脾补肺，佐以化痰，但以补脾为主。方用六君子汤或《脾胃论》升阳除湿汤加减。基本方为：人参、白术、茯苓、甘草、半夏、陈皮、黄连、苏子、干姜。

本证若见痰饮水湿上犯于心肺，症见呼吸骤急，不能平卧，咳嗽阵作，吐白色泡沫痰，面色苍白汗出，口唇发绀，心悸怔忡，尿少浮肿，舌黯苔白，脉沉细数。则治以温阳化痰，泻肺行水之法，方用真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减，基本方为：附子、桂枝、茯苓、生姜、白术、葶苈子、大枣、桑白皮、泽泻。

7.1.9　肝火犯肺

临床表现：喘急气促，四肢厥逆，身冷，胸胁闷胀，精神忧郁或易怒，喘多由情志因素而发，舌质红，苔薄黄，脉弦数。

病机分析：郁怒伤肝，肝郁化火，上犯于肺，肺失肃降，故气促喘急；肝气不舒，肺气郁闭，故胸胁闷胀；心肝气郁，心神不宁，故精神忧郁或暴怒。

转归：本证用清肺泻肝，解郁平喘之法可获速效，如日久不愈，灼津为痰，则可转化为痰热郁肺之证。

治法：清肺泻肝，解郁平喘。

方药：化肝煎（《景岳全书》）合泻白散（《小儿药证直诀》）加减。

青皮　陈皮　赤芍药　丹皮　栀子　贝母　桑白皮　黄芩

加减：四肢厥逆、身冷明显者，加香附、柴胡、枳壳；喘甚者，加旋覆花、代赭石。

临证参考：用药物治疗此类喘病患者的同时，须劝慰其心情开朗，避免不良刺激。此外，处方用药时，可少佐以消食、活血药物，如神曲、麦芽、丹参等，以减少食郁、血瘀的产生。

7.1.10　肺虚

临床表现：咳喘短气，咳声低微，自汗畏风，吐痰稀白，或潮热盗汗，颧红咽干，舌质红或淡，脉虚细数。

病机分析：因外邪停滞，损伤肺气，或因过劳耗伤肺气，或久病肺弱，气液亏耗，以致肺气不足，短气而喘。肺气不足，故咳喘气短，咳声低微；肺虚卫外不固，故有汗恶风；肺阴虚，故潮热盗汗，颧红咽干。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：肺之气阴不足，则皮毛不固，卫气抗邪无力，而易于感受外邪以及痨虫，使肺虚加重，形成痨瘵，症见潮热盗汗，五心烦热，不思饮食等等。若肺虚日久不愈，则可以出现脾虚、肾虚的症候。

治法：益气养阴定喘。

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）加减。

人参　麦冬　五味子　白果　熟地黄　黄芪　甘草

加减：咯痰清稀有沫、形寒者，去麦冬、熟地黄，加干姜、细辛；肺气虚明显者，加冬虫夏草；阴虚明显者，可用百合固金汤加减。

临证参考：治疗时要兼顾肺脾肾三脏关系。如兼有脾气虚者，可加茯苓、白术之类，经健脾益气；如兼有肾气虚者，可加山萸肉、胡桃肉、蛤蚧粉之类，以纳气定喘。

若见痨瘵之症，表现为五心烦热，潮热盗汗，食欲不振，周身乏力，舌红无苔，脉细数，须重用养阴清肺之药，可以选用拯阴理痨汤加减。基本方为：人参、麦冬、五味子、当归、白芍、生地、龟甲、薏苡仁、丹皮。

7.1.11 脾虚

临床表现：咳喘短气，胸脘满胀，面色苍白，倦怠乏力，四肢不温，纳少便溏，舌质淡嫩胖，苔薄白，脉细弱。

病机分析：因胃为水谷之海，虚则不能转化，脾土为湿所滞，水湿停滞中焦，阻遏清气，胃失和降，肺气壅塞，升降失常，因而成喘。或因过劳忍饥，或过饱失宜，或久病延续，思虑过度，均可伤脾。脾气虚，健运失权，故咳喘短气、胸脘闷胀、倦怠乏力、纳少便溏。

转归：脾为后天之本，脾虚则气血生化无源，精微不化而痰湿内生，虚实夹杂，则病情迁延不愈。脾虚则后天匮乏，肾气亦虚。

治法：健脾益气。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）加减。

人参　黄芪　炙甘草　白术　升麻　柴胡　茯苓　陈皮　山药　扁豆

加减：胃脘冷痛、呕吐清水者加附子、高良姜；食欲不振者，加山楂、神曲、麦芽。

7.1.12 肾虚

临床表现：喘促日久，呼多吸少，身寒肢冷，腰膝酸软，浮肿溏泻，气不接续，动则更甚，舌质淡，脉沉细。

病机分析：多因肺病日久，真元耗损，不能纳气于肾，肾气上奔，真阳虚急，喘逆乃作。肾阳虚衰，卫外之阳不固，故汗出；阳气不得温养于外，故肢冷面青、舌质淡、脉沉细；如肾阴虚而气脱，孤阳浮越，则见面赤烦躁，此乃火不归元所致。

转归：本证患者多因病久迁延不愈，即使治疗正确，也往往难以在短时间内见到理想的效果，须经过很长时间的调治，才能逐渐取得疗效。肺病日久，肺肾同病，必然导致心阳不足，血脉运行不畅，则出现唇、舌、指甲明显紫绀，脉结代。此为喘病晚期所出现心肺功能不全的证候，要及时处理，以免贻误病情。另有患者喘促持续不解，渐渐导致心阳欲脱，喘逆加剧，面赤躁动，肢冷，汗出如珠，脉浮大无根，此为危候，必须及时抢救，否则会危及生命。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：补肾纳气。

方药：

中成药选用参附注射液加入5%葡萄糖注射液中静脉滴注。

汤剂选用金匮肾气丸（《金匮要略》）合参蛤散（《济生方》）加减。

熟附子、肉桂、熟地黄、山药、山萸肉、人参、蛤蚧、五味子、补骨脂、胡桃肉

加减：肾阳虚甚者，加仙灵脾、仙茅；喘逆甚者，加紫石英、沉香；肾阴虚者，可去附子、肉桂、补骨脂、人参，加龟甲、麦冬、西洋参。

临证参考：若见阴阳俱虚者，应权衡主次处理之；本证易见本虚标实、下虚上实之证，症见喘咳痰多，气急胸闷，手足厥冷，舌苔白腻，脉滑大无力，宜化痰降逆，温肾纳气，可用苏子降气汤加减治疗。基本方为：苏子、半夏、陈皮、肉桂、前胡、厚朴、沉香、当归、甘草、人参。

临证参考：本证若出现喘咳胸闷，咯痰清稀，尿少浮肿，不能平卧，心悸，面、唇、爪甲青紫，脉沉细或结代者，为心肾阳虚，水饮上凌心肺，血脉瘀阻之证，急予温阳利水，活血化瘀，方用真武汤合苓桂术甘汤加丹参、桃仁、红花、川芎、泽兰等。

本证若出现气喘痰鸣，气不接续，张口抬肩，鼻煽气促，端坐不能平卧，四肢厥冷，心悸不安，汗出如珠，脉浮大无根，或模糊不清者，急予扶阳固脱，用参附汤送服黑锡丹、蛤蚧粉等。

若伴有烦躁内热，口干颧红，汗出粘手，为阴阳俱竭，可以用参麦注射液50～100ml静脉滴注，口服生脉饮益气养阴，使用时应选用西洋参，汗多气逆加龙骨、牡蛎等以敛汗固脱。

7.2 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、用药应当根据临床表现，进行辨证，确立证候类型和立法后，再根据病人的体质和具体情况灵活运用。因此，对于喘病的组方用药，积累了很多经验，而且各医家又有不同的体会，从而丰富了喘病的方药辨证体系。以下是综合有关喘病专家治疗喘病的临床用药心得体会。

7.2.1 宣肺祛风药

宣肺祛风法是针对风邪为患，气道挛急的病机而设立的治法。风邪为患是喘病的致病因素和诱因之一，宣肺祛风药物既可以祛风解表，又可以宣肺解痉，是治疗喘病的常用药物。药用麻黄、苏叶、蝉衣、荆芥、防风、牛蒡子、桑叶、菊花、细辛等。其中主药麻黄味辛温，疏风散寒，宣肺平喘，宣中有降，《神农本草经》说麻黄止咳逆上气，除寒热。虽然喘病涉及五脏六腑，又有虚实寒热之分，但肺失宣降却是共同的病理特征。风寒束肺可与桂枝、杏仁配伍，如三拗汤、麻黄汤等。风热或痰热所致喘病可与生石膏、瓜蒌、葶苈子等合用，如麻杏石甘汤与桑白皮、黄芩、地龙等合用，则清肺平喘作用更强。近年来通过临床实践发现，对于一些虚中夹实的喘病，在治疗时也可以适量加入炙麻黄，而取得较好的疗效，如《精选千家妙方》中的温阳平喘汤即以麻黄与附子、淫羊藿等同用。现代药理学认为其中的麻黄碱对支气管平滑肌有明显的松弛作用，且具有作用持久的特点，其挥发油在体外对流感病毒具有很强的抑制作用，其煎剂对金黄色葡萄球菌有杀灭作用。蝉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

衣味甘微寒，体轻性浮，能入肺经，疏风宣肺解痉，长于疏散风热，所谓风邪既有外感入肺的虚邪贼风，又有内动之肝风，蝉衣既可外散风热，还能入肝经散内风，因此本品常用于治疗肺肝有郁热的哮喘病，其平喘作用虽然未能见诸本草，但古今临床却广为应用。可与白果、地龙、麻黄等合用。荆芥、防风辛甘温，功能祛风解表解痉，抗过敏；适用于外感风寒所致咳喘，如《症因脉治》的防风桔梗汤和防风泻白散等。紫苏解表散寒，行气宽中，《滇南本草》言其消痰，定喘吼。《本草纲目》称其能消痰利肺，同杏仁、莱菔子则消痰定喘。《本草正义》言其茎能降逆定喘。因此紫苏同苏子一样也有化痰平喘的作用，尤其适用于外感风寒，痰气上逆之咳喘，如《丹溪心法附余》的苏沉九宝汤即以本品与桑白皮、乌梅、陈皮等同用。现代药理学认为紫苏能减少支气管分泌，缓解支气管痉挛；桑叶、菊花味甘苦性寒，能祛风清热、宣肺解表，桑叶中的槲皮素对支气管有解痉作用；牛蒡子则长于疏散肺经风热、利咽喉、宣透疹毒。《本草备要》认为本品可以理痰嗽，而止咳喘。

7.2.2 降气化痰药

降气化痰法是针对喘病发作期痰阻气逆病机而设的治法。常用药物有苏子、莱菔子、白芥子、葶苈子、桑白皮、紫菀、款冬花、杏仁、百部、厚朴、乌药、薤白、沉香等。此类药物往往是喘病治疗的必用药物。其中杏仁味苦微温，能止咳平喘，现代研究苦杏仁甙能抑制呼吸中枢而达到镇咳平喘作用；苏子为治痰壅气逆、咳嗽气喘之要药；桑白皮、葶苈子功能泻肺平喘、利水消肿，常用于治疗痰涎壅滞，咳嗽喘促，小便不利，水肿之症，其中葶苈子味苦辛大寒，现代研究具有强心作用；紫菀与款冬花常配合使用，实验证明，款冬花的醚提取物对组织胺引起的支气管痉挛有解痉作用，但不如氨茶碱确实，并具有呼吸兴奋作用，类似可拉明。莱菔子能消食除胀，降气化痰，主治食积气滞，胸闷腹胀，咳嗽痰喘等病证。百部味甘苦微温，能润肺止咳，化痰平喘，无论新久咳嗽还是老年咳喘都有很好的疗效，实验证明其生物碱对于组织胺所致的支气管痉挛有松弛作用，其作用强度与氨茶碱相似，但较缓慢而持久。厚朴辛开苦降，功能燥湿化痰，下气平喘。治疗痰饮阻肺所致喘咳，可以与苏子、陈皮、半夏等合用如苏子降气汤；也可用于胸腹气滞，痰气阻肺之证。乌药辛开温通，上行肺脾而顺气降逆平喘，如用于七情气逆而致上气喘急，胸膈脘闷常与人参、槟榔、沉香合用，如四磨饮子。沉香味苦质重，沉降下行，既能温肾纳气，又能降逆平喘，长于治疗下元虚冷，肾不纳气的虚喘证，常与附子、肉桂等温肾药同用，也可以和苏子、半夏、陈皮等化痰药同用以治上实下虚之证。薤白性温而滑利，入肺经能宣壅滞，降痰浊而达下气导滞，止咳平喘之功，可以与苏子、白芥子、莱菔子等同用以理气化痰，止咳平喘。现代观察发现薤白有解痉平喘作用，其舒张支气管作用以哮鸣音改善最为灵敏。

7.2.3 活血化瘀药

活血化瘀是针对瘀血痹阻这一病机而设立的治法。是依据久病入络，久病多瘀的理论，用以弥补中医治疗喘病重痰而不重瘀的不足。随着近年来活血化瘀的研究进展，发现瘀血证是形成慢性阻塞性肺病和肺心病的主要环节，并贯穿于疾病发展的全过程；哮喘病人由于肺失宣降，肺气壅滞日久亦可致瘀；在此基础上洪广祥又提出了痰瘀相关学说，因此活血化瘀也成为治疗喘病的重要治则。可用于急性发作期，也可以用于缓解期。药用丹

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

参、桃仁、红花、丹皮、赤芍、川芎、当归、水蛭等。近年来许多学者运用现代科学方法对活血化瘀治疗哮喘的机理进行了探讨，发现药物的作用机理如下：①抗病毒及细菌感染。体外实验证实，某些活血化瘀药物，如赤芍、丹参、川芎、当归等对流感和副流感病毒、大肠杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌、百日咳杆菌、结核杆菌、葡萄球菌及一些真菌等多种病原微生物有较强的抑制作用；②钙通道阻滞样作用。有人对丹参、川芎的有效成分丹参酮和川芎嗪的药理和电生理进行了研究，推测该成分系一种新的钙离子拮抗剂，具有钙通道阻滞作用；③经证实，红花、川芎、当归等可使 B 受体作用增强而使气道平滑肌得到扩张；④抑制血小板聚集及介质释放。丹参、赤芍、当归、川芎等能抑制血小板聚集，其中赤芍、当归、川芎可通过不同途径使 TXA2 的生成减少；⑤清除氧自由基；⑥改善通气功能及缺氧状态；⑦改善微循环。

桃仁：味辛苦平，《别录》谓其：止咳逆上气，消心下坚。《食医心镜》称其：治上气咳嗽，胸膈痞满，气喘。药理研究表明桃仁煎剂能降低血液粘度，抑制血小板聚集，而有平喘作用。

丹参：味苦微寒，功能活血凉血，养血安神。研究发现丹参能抑制前列腺素的释放，抑制细胞粘附因子的生成，清除氧自由基，稳定肥大细胞，抑制炎症介质的释放，因此对于哮喘日久而伴有瘀血的，常有良效。

川芎：味辛温，功能活血行气，祛风定痛。研究证实，其主要成分川芎嗪能拮抗血小板聚集，抑制炎症介质的释放，并能解除乙酰甲胆碱引起的气管平滑肌收缩，所以常可用于支气管哮喘、慢喘支、肺心病的治疗。

7.2.4 调肝药物

肺属金，肝属木，金木相克，升降相因，经络相连，且人体之气，其主在肺，其调在肝。肝为五脏之贼，因此肝木不达往往导致或诱发喘病。肝郁气滞，肺失清肃致喘，宜用疏肝解郁，行气平喘药物。药用柴胡、枳实、枳壳、厚朴、香附、苏梗、郁金等。其中柴胡性味苦平，人肝胆经，木火刑金致喘，宜清肝泻肺，药物如栀子、黄芩、桑白皮、葶苈子、地骨皮、青黛、海蛤壳等；若阴虚之体，风阳内动，或外风引动内风，而致风摇钟鸣导致喘病，表现为咳嗽阵作，或咳喘哮鸣时作时止，或时轻时重，胁肋隐痛，胸闷干咳，咽干口渴，舌红少苔，脉弦细，宜柔肝熄风，宣肃肺气，药用生地、熟地、麦冬、五味子、乌梅、白芍、沙参、当归、山萸肉、女贞子、钩藤、菊花等。

7.2.5 益气健脾药物

是针对缓解期脾胃气虚病机而设立的治法。脾为生痰之源，肺为贮痰之器，脾为肺之母，因此，脾胃气虚，肺气不足而致喘病，应当益气健脾，药用人参、白术、茯苓、甘草、黄芪、山药。人参味甘微温微苦，能补气固脱，补脾益肺，《用药法象》称人参甘温，能补肺中元气，肺气旺则四脏之气皆旺。药理研究发现人参能增强机体对有害刺激的防御能力，加强机体适应性，能增强机体免疫功能及网状内皮系统的吞噬功能，并具有兴奋肾上腺皮质作用，有明显的抗应激作用。多年的研究认为，许多单味中药如人参、黄芪、党参等，以及复方制剂如补中益气汤、四君子汤等，都能提高机体免疫力，其机制是应用健脾药物，改善机体营养状态，从而提高机体免疫力；并能增加呼吸肌收缩力，改善呼吸肌疲劳，为慢性阻塞性肺病的治疗开辟了新途径。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.6 补肾药

补肾法是针对缓解期肾阴虚、肾阳虚或阴阳两虚而设立的治法。药用生熟地、山萸肉、山药、附子、肉桂、怀牛膝、补骨脂、淫羊藿、冬虫夏草、胡桃肉、蛤蚧、紫河车、磁石、紫石英、鹿茸、鹿角等。附子辛甘大热，温肾助阳，可用于阳虚脏寒所致咳喘，实验证明其有效成分中去甲乌药碱具有松弛气管痉挛和平喘作用，据上海等地报道以附子为主药的方剂对于肺心病和哮喘季节性发作都有很好的防治作用。淫羊藿味辛温，功能补肾壮阳，止咳平喘，常用于阳虚咳喘之证，可单味也可复方应用，对于治疗哮喘、肺气肿和慢性喘息性支气管炎均有防治作用。肉桂味辛甘大热，功能温肾助阳，可用治肺肾虚寒的咳喘，临床多用于复方，有人用肉桂粉的醇提取液作穴位注射可以起到控制哮喘的作用。紫河车甘咸性温，功能补肾益精，益气养血，多用于肺虚喘咳，补骨脂温补脾肾，对于防治哮喘也有一定作用。山药味甘无毒，补脾胃，益肺肾，多用于肺虚久病咳喘，可单味煮汁代茶饮用，也可与其他药物配合使用。蛤蚧味咸平，补肺益肾，止嗽定喘，主治肺肾不足所致咳嗽气喘；实验证明，其醇提取物，能加强白细胞的移动性，增强肺、支气管吞噬细胞的吞噬作用，从而提高机体的免疫力，故多用于哮喘和慢性喘性支气管炎的缓解期，长期应用无明显毒副作用。

经研究发现扶正固本方药对免疫功能及肾上腺皮质功能有调节作用，有的通过神经系统的作用而具有调节内分泌功能；有的对内分泌系统有直接作用；还有的因为含有激素样物质，能外源性地补充机体的不足；有人在研究中发现，肾阳虚患者血浆皮质醇浓度值偏低，ACTH 浓度低下，血浆皮质醇昼夜节律紊乱，证明肾阳虚者不但肾上腺皮质功能偏低，而且有下丘脑-垂体功能的变化，经补肾治疗后复查，原 ACTH 低下者恢复正常，说明补肾可以通过调节下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统的功能而获得疗效。

7.2.7 虫类药

虫类药物有熄风解痉以及活血化瘀的作用，能够疏通气道壅塞和血脉痹阻，常用药物为地龙、蝉衣、僵蚕、蜈蚣、全蝎、水蛭等。地龙咸寒泄降，能清热息风，定痉平喘，宜于肺热喘病；药理研究证实，从地龙中提取一种含氮的有效成分（次黄嘌呤），对大鼠及家兔肺灌注具有明显的舒张支气管作用，并能对抗组织胺和毛果云香碱引起的支气管收缩；静脉注射于豚鼠可提高对组织胺的耐受性，从地龙抗组织胺作用明显的水溶酸性部分分离的琥珀酸，将其作用于临床，有宽胸祛痰作用。傅氏发现地龙液（从新鲜地龙中提取的一种平喘药）对支气管哮喘的发作有即刻平喘疗效。蝉衣性味甘寒，体轻性浮，能入肺经，宣肺定痉平喘，药理研究证明，蝉衣有解除支气管平滑肌痉挛，抗过敏作用，近年来常用于治疗过敏性哮喘。水蛭，味咸苦平，功能活血化瘀，《本经》谓其逐恶血、瘀血、月闭、破血癥积聚，无子，利水道。现代药理研究认为，水蛭的提取物水蛭素对 ADP 诱导的血小板聚集有显著抑制作用，能抑制血小板释放生物活性物质，从而预防和治疗支气管哮喘。僵蚕，味咸平，常用以治疗痰热惊风等症，药理研究证明，其中所含蛋白成分有兴奋肾上腺皮质功能，因此常用于治疗支气管哮喘。

7.2.8 酸涩药物

敛肺法是针对久病虚喘，肺气欲散之证而设。常用五味子、诃子、白果、罂粟壳、乌梅等。其中白果味甘苦涩，有敛肺气、定喘嗽之功；药理研究发现，白果叶的提取物对引

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

起气道高反应、支气管哮喘的血小板活化因子（PAF）有拮抗作用。五味子味酸温，能敛肺滋肾，治疗久咳虚喘，《神农本草经》言其主益气，咳逆上气；现代药理研究发现五味子能直接兴奋呼吸中枢，使呼吸频率及幅度显著增加，并能对抗吗啡对动物呼吸中枢的抑制作用；并有镇咳祛痰作用。乌梅味酸辛，《本草纲目》谓其敛肺涩肠，治久嗽。现代研究证明，乌梅有抗过敏作用，能抑制支气管哮喘发作期的变态反应，消除过敏原的刺激，因此，近年来常用于治疗过敏性支气管哮喘。

7.2.9 通便药物

攻下药物是针对腑气不通，影响肺气肃降的病机而经常应用的药物。其中又分为攻下、缓下与逐水药物。肺与大肠相表里，肺气不降，则腑气不通；大便秘结又使肺气难以肃降，诱发或加重喘病。常用的攻下药物有大黄、芒硝等，缓下药物有郁李仁、瓜蒌仁、杏仁、桃仁、瓜蒌、苏子、葶苈子，逐水药有黑白丑、商陆、芫花等，此类药物多用于小儿哮喘。芫花味苦辛性寒，有毒，善逐上焦水饮，《本经》谓其：主咳逆上气，喉鸣喘。适用水饮上犯的哮喘，内服宜慎用，并注意药物剂量，一般用 1.5～3g 入于丸散中；但现在更多用于外敷贴穴治疗哮喘。

7.3 变证的治疗

7.3.1 闭证

闭证一般见于喘病的后期，是喘病的严重合并症，多由喘病迁延失治，痰浊内留，肺气闭郁，脾失健运，肾虚不能气化，痰浊愈加壅盛，邪害清空，清窍闭塞，故发生闭证。此为喘病的危重变证，应积极抢救治疗。

7.3.1.1 痰浊蒙窍

证候：咳喘痰鸣，痰多稀白，神志朦胧，或见嗜睡，甚则昏迷，舌质紫黯，苔腻，脉弦滑。

治法：涤痰开窍。

方药：涤痰汤（《奇效良方》）加减。

半夏　茯苓　胆南星　菖蒲　郁金　远志　桃仁　陈皮　丹参　鲜竹沥　鲜姜汁

鼻饲或灌服，每日 1 剂。

7.3.1.2 痰火扰心

证候：咳喘痰多，粘稠色黄，烦躁不安，循衣摸床，甚则神昏，谵语，或见发热，大便秘结，小便短赤，舌质紫绛，苔黄厚，脉滑数。

治法：清心泻火，豁痰开窍。

方药：自拟方。

菖蒲　郁金　胆南星　黄连　生石膏　枳壳　麦冬　生地　鱼腥草　远志　竹沥水

鼻饲或灌服，每日 1 剂。

7.3.1.3 痰热动风

证候：咳喘痰黄，肢体震颤甚则抽搐，烦躁不安，神志昏迷，舌质紫红，苔黄厚，脉弦滑数。

治法：清热化痰，平肝熄风。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：以清金化痰汤（《统旨方》）加减。

杏仁　瓜蒌　茯苓　枳实　黄芩　胆南星　钩藤　桑白皮　羚羊角粉（冲服）　陈皮

每日 1 剂。

闭证为喘病的危急重证，治疗刻不容缓，可以同时灌服安宫牛黄丸、至宝丹和紫雪散以清热化痰，开窍醒神。痰热重者，安宫牛黄丸为佳，热重者用至宝丹，热盛动风者，宜紫雪散。

中药开窍醒神的针剂如下：

石菖蒲注射液：一般用 20ml 加入 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注，每日 1 次。或先用 10ml 加入 25% 葡萄糖注射液 20ml 中静脉推注。

醒脑静：6～8ml 加入 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注，每日 1 次。

清开灵：每次 50ml 加入 5% 葡萄糖注射液中静脉滴注，每日 1 次。

7.3.2　脱证

7.3.2.1　气阴两脱

脱证为喘病的急重证，元气耗散，真阴欲绝，或阴阳离散，往往危在倾刻，命在旦夕，即使救治得法，也不能挽救其生命，预后极差。

证候：气息微弱，呼吸不规则，或呈叹气样呼吸，神志昏迷，知热汗出，面色紫绀，唇舌干燥，舌红津少，脉细数或微细欲绝。

治法：补气养阴，扶证固脱。

方药：生脉饮（《内外伤辨惑论》）加减。

红人参　麦冬　五味子　白芍　甘草

急煎服每日 1～2 剂。

7.3.2.2　元阳欲脱

证候：气息微弱，呼吸不规则，神志恍惚，甚至昏迷，四肢厥冷，大汗淋漓，脉微欲绝。

治法：回阳固脱。

方药：参附龙牡（《世医得效方》）汤。

红人参　附子　龙骨　牡蛎

灌服或鼻饲，每日 1～2 剂。

还可以选用以下注射药物进行抢救治疗：

参麦注射液：以参麦注射液 50～100ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静脉滴注，每日 1 次。

参附注射液：50～100ml 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 中静脉滴注。

7.3.3　血证

在喘病发作过程中，可以并发血证，包括咯血、呕血、便血、衄血以及全身出血等，也属于危急证候。

7.3.3.1　血热妄行

证候：咳喘气短，咯血，呕血或便血等，血色鲜红，口干口苦，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

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　生地　芍药　丹皮　紫珠草　侧柏叶　生大黄　金银花

每日1剂。

还可以用大黄粉凉开水冲服，每日3~4次。

7.3.3.2　气不摄血

证候：咳喘气短，少气懒言，衄血、便血、咯血、呕血，血色淡红或暗红，日久不愈，头昏心悸，纳呆便溏，舌淡苔白，脉细弱。

治法：补气摄血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减。

人参　白术　黄芪　当归　茯苓　熟地炭　棕榈炭

每日1次。

7.3.3.3　瘀血内阻

证候：咳喘气短，面色紫黯，皮下出血，或咯血、便血、呕血、尿血，唇舌紫黯，脉涩滞。

治法：化瘀止血。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

柴胡　枳壳　桔梗　牛膝　当归　桃仁　红花　川芎　生地　水蛭　泽兰

每日1剂。

7.3.4　水肿

7.3.4.1　风水泛滥

证候：咳喘气短，不能平卧，颜面及周身浮肿，兼有恶风发热，舌红苔白，脉浮数。

治法：疏风利水。

方药：越婢加术汤（《伤寒论》）加减。

麻黄　生石膏　苍术　半夏　葶苈子　茯苓　金银花　苏叶　杏仁

每日1剂。

7.3.4.2　脾虚湿盛

证候：咳喘气短，四肢乏力，少气懒言，不思饮食，肢体浮肿，舌淡胖苔白，脉细弱。

治法：健脾利水。

方药：防己黄芪汤（《金匮要略》）加减。

防己　黄芪　白术　党参　车前子　生苡仁　茯苓　泽泻　大腹皮　桑白皮

每日1剂。

7.3.4.3　心肾阳虚

证候：咳喘气短，甚则不能平卧，面浮身肿，心悸乏力，四肢厥冷，腰膝酸软，舌暗淡、苔白水滑，脉沉细。

治法：温阳利水。

方药：真武汤（《伤寒论》）加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

附子　白术　茯苓　赤芍　桂枝　生姜　车前子　益母草　泽兰

7.3.4.4　气虚血瘀，水湿内停

证候：咳喘气短，少气懒言，面色青紫，肢体浮肿，唇舌紫黯，脉沉涩。

治法：补气健脾，活血利水。

方药：四君子汤（《太平惠民和剂局方》）合桂枝茯苓丸（《金匮要略》）加减。

人参　黄芪　白术　茯苓　桂枝　桃仁　丹皮　赤芍　葶苈子　车前子　泽兰

7.3.5　心悸

肺与心同居上焦，肺主气，司呼吸而朝百脉，心主血，两脏紧密相连。如果肺气虚弱，或肺失宣降，则可以影响心主血脉的功能，导致血液运行不畅，表现为胸闷少气，心悸怔忡或胸痛等症候。

7.3.5.1　心肺气虚

证候：咳喘气短，心悸怔忡，动则加重，自汗，周身乏力，舌淡红，苔白，脉弱。

治法：益气补肺，宁神定心。

方药：生脉饮（《内外伤辨惑论》）加味。

人参　麦冬　五味子　炙甘草　黄芪　桂枝　龙骨　牡蛎

加减：夜眠不佳，加酸枣仁；自汗多者加麻黄根、浮小麦。

7.3.5.2　痰热扰心

证候：咳喘痰多，心悸不宁，善惊易恐，心烦多梦，口干苦，舌苔白腻或黄腻，脉弦滑。

治法：宣肺化痰，宁心安神。

方药：温胆汤（《备急千金要方》）加减。

半夏　陈皮　茯苓　枳实　竹茹　瓜蒌　黄连　杏仁　苏子　远志

7.3.5.3　心肺气虚，脉络瘀阻

证候：咳喘气短，心悸不安，面色青紫，时有胸痛，舌黯或有瘀斑，脉涩或结代。

治法：补气活血，化瘀通络。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

柴胡　枳壳　桔梗　牛膝　桃仁　红花　当归　赤芍　川芎　生地　黄芪　人参

7.3.5.4　心肺阴虚

证候：咳喘气短，心悸口干，五心烦热，痰粘难咯，舌红少苔，脉细数。

治法：益气养阴，宁心定悸。

方药：加减复脉汤（《温病条辨》）加减。

炙甘草　麦冬　阿胶　白芍　生地　酸枣仁　生龙骨　生牡蛎　西洋参　五味子

7.3.5.5　阳虚水泛

证候：咳喘气短，胸闷心悸，甚则不能平卧，形寒肢冷，尿少浮肿，舌淡胖，脉沉或结代。

治法：温阳化饮。

方药：苓桂术甘汤（《伤寒论》）合真武汤（《伤寒论》）加减。

茯苓　白术　桂枝　炙甘草　附子　赤芍　干姜　牛膝　葶苈子

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4 外治法

7.4.1 拔罐法

多用于喘病的缓解期，但在发作期也可施用。一般选用大椎、风门、肺俞、心俞、定喘、膏肓和肾俞等穴位，酌情轮流使用；可以同时在2～4个穴位上拔罐，每次20分钟，每日1～3次。

7.4.2 外敷膏药法

药物组成：多由白芥子、甘遂、芫花、细辛、麻黄、附子、川乌、麝香、生姜、皂角等药物配制而成。可以取天突、大椎、肺俞、定喘、膻中、脾俞、肾俞等穴位。每次取3～4个穴位，用调好的膏药贴敷，并用胶布固定，持续30～60分钟，擦去药膏，每日1次，10次为1个疗程。

7.4.3 吸入法

是目前中医和西医治疗哮喘的主要手段之一。具有安全、方便、剂量小、见效快、副作用小等特点。如用曼陀罗叶制成卷烟状，发作时燃吸。或将药物制成后装于定量雾化器中、或用喷雾和超声雾化吸入。

7.5 针灸疗法

7.5.1 常用组方

主方1：宣肺祛邪，化痰平喘。取定喘、列缺、尺泽、合谷、膻中等穴。本主方为治疗实喘的组方，凡风寒外感、痰热内壅以及气机不畅而致喘者都可以此方为基础进行加减配穴。列缺为手太阴络穴，合谷为手阳明经原穴，肺主表，太阴与阳明相为表里，故二穴相配，可以宣肺祛邪，散风解表。尺泽为手太阴经合穴，合主逆气而泄，故长于治疗肺气上逆之实喘。膻中为气之会穴，与经验效穴定喘相配，有理气化痰，降逆平喘之效，属近部取穴法。

主方2：培正扶本，化痰平喘。取肺俞、定喘、太渊、膏肓俞、足三里等穴。本主方为治疗虚喘的组方。针补并灸肺俞、膏肓俞、定喘以补益肺气，使肺能宣发肃降而平喘。太渊为肺之原穴，配五行属土，取虚则补母之义。足三里为足阳明经合穴，可以调补脾胃，以资生化之源，使水谷之精微能上归于肺，取补土生金之义。

临床应用：喘病的病变部位在肺，但也与肝、脾、肾有着密切联系。由于外受风寒邪气或恣食肥甘厚味，内生痰热或肝气上逆犯肺而引起的实喘，治疗以宣肺祛邪，疏肝理气，化痰平喘为法，取手太阴、阳明经穴位为主，针刺泻法，以主方1进行治疗，风寒者还可加用灸法。由于肺气不足，脾胃虚弱以及肾不纳气引起的喘病，治疗宜扶正固本，化痰平喘为法，取手太阴经穴和背俞穴为主，可用主方2加减配穴，针刺补法，并可用灸法。

7.5.2 随症配穴

风寒者配风门、肺俞；风热者配曲池、大椎、商阳；肝郁者配太冲、期门、隐白；痰多者配丰隆、中脘；胸痛者配中府；喘甚者配天突；肺肾气虚者配脾俞、胃俞、太白；肺脾两虚者，肾俞、气海、太溪。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.3 灸法

取穴：肺俞、膏肓俞、脾俞、肾俞。用艾柱如枣大，隔姜灸，每穴3～5壮，不发泡，皮肤微红为度。每日1次，在三伏天施灸。

7.5.4 耳针疗法

发作时可选用对屏穴、下屏穴、肺、下脚端、耳神门，用中强刺激，每次30分钟；也可取平喘、肾上腺、气管、皮质下、交感等，每次取2～3穴，用强刺激，留针5～10分钟，每天1次，10次为1个疗程。也可用王不留行子埋压耳穴治疗，并经常手压刺激。

7.5.5 腧穴注射法

通常用喘息、肺俞、膏肓、列缺、合谷或夹脊穴，每次选一对，注射药物或胎盘组织液，每穴位0.5ml；或用维生素B_{12}穴位注射，隔日1次，每次0.5ml，10～20次为1个疗程。另外，还有用胸腺肽、灭活卡介苗、丙种球蛋白以及转移因子作穴位注射的。

7.6 气功疗法

以放松功结合意守与保健功为主。发作时用放松功结合保健功，缓解期则侧重于意守。阳虚者宜守丹田或命门，且宜少放多守。阴虚者宜守涌泉，且多放少守。

7.7 推拿疗法

常以内功推拿常规手法辨证加减。风寒束肺者，加直擦背部膀胱经，以透热为度，并以一指禅推法或按揉法在肺俞、心俞、膈俞施术，每穴两分钟；风热袭肺者，加直擦背部膀胱经，以温热为度，并用三指推拿及按揉颈椎两侧，往返5～6次；痰湿阻肺者，加横擦左侧背部，以透热为度，并按压双侧尺泽、孔最、内关、经渠、足三里、丰隆等穴位，以酸胀为度，每穴约1分钟。肺虚者，重点横擦前胸上部及背部心俞、肺俞区；肾虚者，宜温补肾阳，直擦背部督脉及腰部肾俞。

7.8 西医诊疗撮要

7.8.1 西医诊断标准

7.8.1.1 支气管哮喘的诊断标准

(1) 反复发作喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动有关。

(2) 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性，以吸气相为主的哮鸣音，呼气相延长。

(3) 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

(4) 症状不典型者（如无明显喘息或体征）应至少具备以下一项试验阳性。

①支气管激发试验阳性或运动试验阳性；②支气管扩张试验阳性；③最大呼气流量(PEF)是内变异率或昼夜波动率大于或等于20%。

(5) 除外其他疾病所引起的喘息、胸闷和咳嗽。

7.8.1.2 慢性支气管炎的诊断标准（1979年，广州）

疾病诊断标准

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(1) 临床以咳嗽、咳痰为主要症状或伴有喘息，每年发病持续3个月，并连续2年或以上。

(2) 排除具有咳嗽、咳痰、喘息症状的其他疾病（如肺结核、尘肺、肺脓肿、心脏病、心功能不全、支气管扩张、支气管哮喘、慢性鼻咽疾患等）。

7.8.1.3 病情判断标准

(1) 症状、体征判断标准及实验室检查

咳嗽

轻度（+）：白天间断咳嗽，不影响正常生活和工作。

中度（++）：症状介于轻度和重度之间。

重度（+++）：昼夜咳嗽频繁或阵咳，影响工作和睡眠。

咳痰

少（+）：昼夜咳痰10~15ml，或夜间及清晨咳痰5~25ml。

中（++）：昼夜咳痰51~100ml，或夜间及清晨咳痰26~50ml。

多（+++）：昼夜咳痰100ml以上，或夜间及清晨咳痰50ml以上。

喘息

轻度（+）：喘息偶有发作，程度轻，不影响睡眠和活动。

中度（++）：病情介于轻度和重度之间。

重度（+++）：喘息明显，不能平卧，影响睡眠和活动。

哮鸣音

少（+）：偶闻，或在咳嗽、深快呼吸后出现。

中（++）：散在。

多（+++）：满布。

实验室检查 有条件的单位，可进行X线、肺功能及其他实验室检查，作为病情、疗效判断的参考。

(2) 临床病情程度的判断：按就诊时的症状及肺部哮鸣音，任何一项够重度者为重度，够中度者为中度，均不足中度者为轻度。

7.8.1.4 慢性肺原性心脏病诊断标准

全国第二次肺心病专业会议修订（1977年，大连）

慢性肺源性心脏病（简称肺心病）是慢性支气管炎、肺气肿、其他肺胸疾病或肺血管病变引起的心脏病，有肺动脉高压、右心室增大或右心功能不全。

(1) 慢性肺胸疾病或肺血管病变，主要根据病史、体征、心电图、X线，并可参考放射性同位素、超声心动图、心电向量图、肺功能或其他检查判定。

(2) 右心功能不全主要表现为颈静脉怒张、肝肿大压痛、肝颈返流征阳性、下肢水肿及静脉压增高等。

(3) 肺动脉高压：

①体征：剑突下出现收缩期搏动、肺动脉瓣区第二音亢进。三尖瓣区心音较心尖部明显增强或出现收缩期杂音。②X线诊断标准。③心电图标准。④超声心动图诊断标准。⑤心电向量图诊断标准。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

④、⑤项有条件的单位可作诊断参考。本标准在高原地区仅供参考。

7.8.2 西医治疗撮要

7.8.2.1 治疗目的

(1) 阻止症状发展和疾病反复加重。

(2) 保持最适当的肺功能。

(3) 改善活动能力，提高生活质量。

7.8.2.2 主要治疗方法

(1) 戒烟 吸烟是引起慢性阻塞性肺部疾病的主要致病因素，因此，应努力劝说病人戒烟，戒烟即使不能使肺功能损害发生逆转，但也可以改善患者的咳喘及咯痰症状，减缓肺功能的进一步损害，延缓病情的进一步发展，提高生存率。戒烟是一项非常重要的治疗措施。

(2) 控制污染 随着我国经济的发展，我国大气污染状况越来越严重。矿物燃料的废气中含有二氧化硫，以及工业粉尘、汽车尾气、被动吸烟，都是慢性肺部疾病的重要致病因素。因此，控制职业性污染，避免或防止粉尘，治理环境，改善空气质量，减少烟雾和有害气体的吸入，是防治慢性肺部疾病的一个重要措施。

(3) 抗生素的应用

慢性阻塞性肺疾患以及支气管哮喘的急性加重多与感染有关，这其中包括病毒感染和细菌感染。合理使用抗菌药物是治疗细菌感染的有效手段。目前临床上常用的抗生素包括：β内酰胺类，如青霉素类、头孢菌素类；大环内酯类；氨基糖甙类；喹诺酮类等药物。用痰或气道分泌物进行致病菌的培养和药物敏感试验，对于抗菌素的选择有一定的指导作用，针对感染的病原体选择应用抗菌素是抗菌素使用的原则。但在未能确定感染病原菌的情况下，常需根据经验选择用药。

青霉素 G：主要用于溶血性链球菌、肺炎球菌、草绿色链球菌、肠球菌、厌氧菌、放线菌等所致的感染。

第一代头孢菌素为广谱抗生素，主要针对革兰氏阳性菌的效果较好，临床常用的静脉制剂为先锋Ⅴ和先锋Ⅵ，常用的口服制剂为先锋Ⅳ和先锋Ⅵ；第二代头孢菌素的主要代表是头孢呋新，商品名为西力欣，有口服和静点二种剂型；第二代头孢菌素的特点是对革兰氏阳性菌的作用与第一代相仿或稍差，对于革兰氏阴性菌的作用比第一代强，比第三代弱。但对沙雷菌属、不动菌属和绿脓杆菌无效。第三代头孢菌素的主要代表有头孢他定（复达欣）、头孢曲松（罗氏芬）、头孢哌酮（先锋必）、头孢唑噻等，其特点是对于肠菌属具有强大的抗菌作用，对于绿脓杆菌也有很好的作用，其中以复达欣作用最强，除头孢哌酮外，对于酶的稳定性更好，肾毒性更小。

大环内酯类抗生素对于革兰氏阳性菌以及军团菌、支原体、衣原体等有确切的疗效。近年来，由于致病菌发生了变迁，军团菌、支原体和衣原体感染增多，尤其军团菌感染的死亡率很高，所以愈来愈受到人们重视，而且近年来发现红霉素除了抗炎作用外，还能破坏某些细菌的生物被膜，这使红霉素等大环内脂类抗生素，尤其是红霉素又重新受到重视。此类药常见的副作用为胃肠道反应、静脉炎等以及转氨酶增高。新一代的大环内酯类抗生素如罗红霉素、克拉霉素、阿齐霉素等口服胃肠反应小，半衰期增长的特点，一般多

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为口服制剂，但近年来也出现了克拉仙等静脉制剂。

新一代的氟喹诺酮类有氧氟沙星、环丙沙星、洛美沙星和培氟沙星、诺氟沙星等，对于各种肠杆菌属、绿脓杆菌以及不动杆菌都有很好的效果，对军团菌和支原体等也有效，副作用有胃肠道反应、静脉炎、皮疹、肝功能损害、以及头痛、失眠、眩晕等神经系统症状。

氨基糖甙类对于革兰氏阴性菌有很好的作用，常用有庆大霉素、妥布霉素、丁胺卡那霉素等，但由于耐药菌株的增多和耳肾毒性，使其临床应用受到了限制。但应用此类药物时，二重感染少见。

抗霉菌药物主要有两性霉素、酮康唑、氟康唑、依曲康唑、5－氧氟嘧啶等，两性霉素仍为最有效药物，但其毒副作用大。

(4) 支气管扩张剂　支气管扩张剂可以松弛支气管平滑肌，使支气管舒张，缓解气流阻塞症状。包括抗胆碱能药物、β受体兴奋剂以及甲基黄嘌呤类药物。并制成多种制剂形式，以适应不同的给药方式。

抗胆碱能药物　此类药物可以与迷走神经释放的乙酰胆碱竞争性地和平滑肌表面的胆碱能受体相结合，因而可以阻断乙酰胆碱所致的平滑肌收缩，主要药物为溴化异丙托品。长期应用未发现明显的耐药和副作用，但这类药物只能暂时性地扩张支气管，而无累积的功效，不能减缓 FEV1 的逐年下降率。对于慢性阻塞性肺病，其扩张支气管的作用要强于 β_2 受体兴奋剂，如果将两药联合应用具有相加作用。

β_2 受体兴奋剂　能扩张支气管，并有刺激支气管上皮细胞纤毛运动，以利排痰的作用，可以预防各种刺激引起的支气管痉挛。常用的有沙丁胺醇和舒喘宁等。口服有舒喘灵、美喘清及博利康尼等。

茶碱类药物　可以解除平滑肌痉挛，扩张支气管，兴奋呼吸中枢，改善呼吸功能，增加心肌收缩力，改善心搏血量，扩张全身血管和肺血管，增加水盐排出，降低呼吸肌的疲劳以及某些抗炎作用。

(5) 糖皮质激素的应用　现在已公认糖皮质素为治疗哮喘的首选药物，它能增强内皮细胞、平滑肌细胞和溶酶体膜的稳定性。抑制免疫反应和减少抗体合成，从而使组胺等过敏活性物质的释放和减少和活性降低，并能减轻抗原-抗体结合时激发的酶促反应，抑制平滑肌的收缩反应。但在慢性阻塞性肺病的患者应用时须慎重。目前认为吸入激素与口服和静脉滴注相比，具有用量少，起效快，作用直接，全身副作用少等优点。

(6) 祛痰药　大量痰液潴留促使继发感染，并向影响气道通畅。祛痰药有二类：粘液溶解剂可使粘蛋白破坏；痰液调节剂通过改变粘蛋白合成以减少粘稠度。

乙酰半胱氨酸具有粘液动力学作用，还有抗氧化作用，具有较强的粘液溶解作用。口服有一定效果。

盐酸溴环己胺醇（沐舒痰）：可调节粘液和浆液的分泌，促进肺部表面活性物质的合成，加强纤毛摆动，使咯痰变得容易。

(7) 氧气疗法

医院内氧疗：在急骤发生的严重缺氧时，给氧具有第一位的重要性，可以用鼻塞、鼻导管、面罩加压给氧、机械通气给氧等方法。氧疗的指征为 $PaO_2 < 8kPa$，对于单纯低氧而无二氧化碳潴留的患者，可以给予浓度稍高的氧气吸入，无 CO_2 潴留之虑；但对于慢性

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阻塞性肺疾病的患者，在缺氧的同时，常伴有 CO_2 的潴留，应给予低流量吸氧，一般氧浓度为 25%～28%，不超过 35%。这是因为长期 CO_2 潴留，呼吸中枢对于高碳酸血症，已经适应，主要依靠低 O_2 来刺激呼吸中枢，维持通气，而高浓度氧可以使低 PAO_2 迅速提高，反而抑制呼吸中枢，形成 CO_2 麻醉。对于冠心病，左心功能不全，肺水肿，呼吸窘迫综合征患者可以短期吸入高浓度氧。

长期家庭氧疗　长期氧疗是指给慢性低氧，血症患者，实施每日吸氧，并持续较长时间，每日吸氧 18～24 小时，称为持续氧疗；夜间吸氧 12 小时者称为夜间氧疗。长期氧疗可以纠正低氧血症，改善由于长期缺氧所致的呼吸困难、活动后气短、注意力不集中、记忆力和智力减退、定向障碍、头痛、烦躁、嗜睡等症状，降低肺动脉高压，减慢肺功能损害，延缓肺心病的发展，提高生活质量，提高生存率。

(8) 呼吸兴奋剂　目前尚无可靠而有效的呼吸兴奋剂，一般认为呼吸兴奋剂配合抗感染、扩张支气管、排痰等综合措施，能够改善呼吸衰竭。但在气道不通畅的情况下使用呼吸兴奋剂，不仅不能使 CO_2 顺利排出，反而会增加呼吸功耗，增加机体耗氧量。

尼克刹米：选择性地兴奋延髓的呼吸中枢，也可作用于颈动脉体和主动脉体的外周化学感受器，使呼吸加深加快，增加通气量，可以肌肉注射，也可以静点或静脉滴注。

洛贝林：兴奋颈动脉体化学感受器而反射性地兴奋呼吸中枢，可以皮下或肌肉注射，也可以静脉注射。

(9) 控制心功能不全　对于充血性心衰的治疗，首先应加强心肌收缩力，最常用的药物还是洋地黄类药物，洋地黄的剂量虽有规定范围，但因病情和个体反应不同，故洋地黄的使用也是因人而异。利尿剂可以降低心脏的负荷，常用药物有噻嗪类利尿剂，如双氢克尿噻，氯噻酮；保钾利尿剂如安替舒通、氨苯喋啶等；快速利尿剂如速尿和丁尿胺等。应用血管扩张剂是近 10 年来心衰治疗的一项重要进展，根据作用机制不同分为四类：肾上腺素能受体阻滞剂如酚妥拉明，直接作用于平滑肌的血管扩张剂如硝普钠、消心痛和硝酸甘油等，血管紧张素转换酶抑制剂如巯甲丙脯酸，钙离子拮抗剂如心痛定等。

由于慢性阻塞性肺疾病和肺心病引起的心功能衰竭，主要是由于呼吸道感染导致肺动脉高压，右心肥厚扩大而形成的。所以，一般轻症患者经过吸氧、抗感染、改善通气治疗后，心功能衰竭往往可以缓解，而不必使用强心药物。如经过上述治疗，病情不能缓解，或有明显水钠潴留的，可以使用利尿剂治疗，如口服双氢克尿噻、安替舒通、氨苯喋啶等，也可以短程使用速尿等强利尿剂，但应注意使用的剂量不要过大或时间过长，否则可以使血液浓缩，痰液粘稠不易咯出，以及电解质紊乱。在呼吸功能未得到改善，尤其是酸中毒较为严重时，应用洋地黄制剂的效果较差，而且容易引起洋地黄中毒。所以在应用时，应注意掌握剂量，有条件的应做血药浓度监测。

8　疗效评定标准

8.1　总疗效判定

治愈：喘息及其它体征消失，实验室检查明显好转。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

好转：喘息及其它症状好转，实验室检查有改善。

未愈：主症未改善或恶化。

8.2 单项症状疗效判断

临床控制：咳、痰、喘症状基本消失，肺部哮鸣音消失者。

显效：咳、痰、喘症状明显好转（+++/+），肺部哮鸣音明显减轻。

有效：咳、痰、喘症状好转（+++/++，或++/+），肺部哮鸣音减轻。

无效：咳、痰、喘症状及哮鸣音无改变，或减轻不明显，以及症状及哮鸣音加重者。

8.3 急性发作期疗效判断

临床控制：咳、痰、喘及哮鸣音恢复到急性发作前水平，可参考其它客观检查指标。

显效：咳、痰、喘及肺部哮鸣音显著减轻，但未恢复到急性发作前水平，可参考其它客观检查指标。

有效：咳、痰、喘及肺部哮鸣音有减轻，但程度不足显效者，可参考其它客观检查指标。

无效：咳、痰、喘及肺部哮鸣音1个月内仍未恢复到急性发作前水平，可参考其它客观指标。

8.4 慢性迁延期疗效判断

临床控制：咳、痰、喘、哮鸣音4项中3项达到临床控制，另一项达到显效。

显效：咳、痰、喘、哮鸣音4项中3项达到显效，另一项达到有效；或2项临床控制，2项达到显效或有效；或1项临床控制，2项显效，1项有效。

有效：咳、痰、喘、哮喘4项中1项达到临床控制，另一项达到显效或有效；或2项达到显效；或1项显效，另2项达到有效；或有3~4项好转。

无效：咳、痰、喘、哮鸣音4项均无效，或仅一项好转，以及4项中有1项或1项以上加重，其它各项亦无好转者。

8.5 远期疗效判断标准

临床治愈：停用对症药治疗2年以上，临床症状及肺部哮鸣音均不足轻度者。显效：病情达到显效水平，持续2年以上。

有效：病情达到有效水平，持续2年以上。

无效：病情稳定在原程度，或经过2个冬春治疗，病情反复。

8.6 支气管哮喘疗效判断标准

临床控制：哮喘症状完全缓解，即使偶有轻度发作不需用药即可缓解，FEV_1或PEF增加量>35%，或治疗后FEV_1或PEF大于或等于80%预计值，PEF昼夜波动率<20%。

显效：哮喘发作较治疗前明显减轻，FEV_1或PEF增加量范围25%~35%，或治疗后FEV_1或PEF达到预计值的60%~79%，PEF昼夜波动率<20%，仍需用糖皮质激素或支气管扩张剂。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

好转：哮喘症状有所减轻，FEV_1 或 PEF 增加量 15% ~ 24%，仍需用糖皮质激素或支气管扩张剂。

无效：临床症状和 FEV_1 或 PEF 测定值无改善或反而加重。

9 调摄护理

9.1 心理治疗

喘病在许多情况下并不能完全治愈，但也不是不可战胜的，通过积极的治疗能够使病情得到缓解，并通过锻炼使心肺功能得到改善，而提高生活质量。因此应积极向患者讲解喘病的防治知识，鼓励患者树立起战胜疾病的信心。生活中保持乐观的情绪，淡薄名利，健康的心理状况，无论对于急性期的抢救治疗，还是对于缓解期的功能恢复，都将十分有利。正如《内经》所说：恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来？另外，还应鼓励患者参加力所能及的工作和社会活动，这样不仅能使患者得到体力上的锻炼，也能使患者增强自信心，感受到生活的乐趣。

9.2 环境卫生

注意环境卫生和家庭卫生，居室内保持一定的湿度和温度，注意通风，保持空气清新，有条件的可以经常进行空气净化和消毒，还可以安装空气加湿器，尽量不要接触有害气体。

9.3 注意饮食调护

喘病患者的饮食调护很重要，例如慢性阻塞性肺病的患者，由于气道阻力增加，进行呼吸时较正常人做功多，消耗能量也随之增加，长期的缺氧，以及药物刺激，又使患者的食欲下降，消化吸收能力减弱，能量摄入也不足，因此病人常常伴有营养不良，而使机体抵抗力减弱，容易受到感染，使病情进一步加重。因此对于患者的饮食要引起必要的重视。首先要注意饮食的色、香、味，以增进食欲，同时还须容易消化；注意粗粮和细粮，荤素以及水果和蔬菜的合理搭配；因为过多的碳水化合物，在代谢过程中，既消耗了大量的氧，同时也产生了水和二氧化碳，从而加重了肺的通气负担，因此一般对于喘病的患者，每日碳水化合物的摄入量不应超过每天总热量的 50% ~ 60%；脂肪应占 20% ~ 30%，其来源应以植物油为主，动物脂肪和富含胆固醇的动物内脏应以少食为佳；蛋白质应占每天总热量的 15% ~ 20%，其来源为鱼、瘦肉、乳类、蛋清、大豆和豆制品等。另外还要注意电解质和微量元素的摄入，可以多食一些蔬菜和水果，如核桃、猕猴桃、橘子、莲子和苹果等。应尽量避免食用辛辣刺激食物，以免刺激咽喉，引起咳嗽而诱发喘病。至于肥甘厚味以及生冷不易消化的食物，长时间在胃中存留，可以影响横膈的升高，使肺气不能下降，而对于喘病不利。

9.4 注意呼吸道的卫生

这是控制和缓解喘息气促症状的必要措施，其目的是充分引流呼吸道的分泌物，以使

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气道通畅。包括体位引流、手法和训练有效咳嗽三项基本措施。

10 辨证施护

10.1 一般护理

注意观察患者的体温、脉搏、呼吸和血压。注意观察舌质的变化，如果舌质紫暗、舌干少津，说明缺氧严重，对于喘病患者的高热，慎用冰袋和酒精擦浴，以防邪气郁闭不得宣达，喘作时的面色、痰量的多少，并做好护理记录。对喘病患者禁止使用镇静剂，慎用强烈的镇咳药，以防造成窒息。

10.2 实喘患者的护理

如因外感而诱发的喘病患者，要注意观察使用解表药后汗出的情况，对于汗出较多的患者要及时更换衣服。外邪化热由表及里者，要注意观察呼吸、脉搏和体温的变化；对于应用生大黄泻肺热的患者，要注意大便的性状和次数。应尽量多给病人饮用鲜果汁、鲜梨汁、鲜橘汁等。要注意喘作时的状态，如有严重的呼吸困难，必须及时吸氧。

10.3 虚喘患者的护理

对于久喘的患者，要观察喘息的状态，如患者喘息气短，要适当把床头摇起；如喘息、喉中痰鸣咯痰不畅者，要注意翻身拍背，以助痰液的排出。如痰液难以排出者可适当应用吸痰器定时吸痰；如果患者心悸气短、汗出、下肢浮肿、小便不利，说明心阳不振，水气凌心，应详细记录24小时的出入量。如果患者有神志变化，出现烦躁、嗜睡、精神萎靡不振，唇舌紫绀，脉浮大无根或脉微细弱者，应立即抢救治疗。

11 康 复

11.1 药物康复

药物康复的重点在于益气润肺，补肾纳气。脾虚者以六君子汤调补，肺气虚者以生脉饮滋养，肾虚者可用六味地黄口服液、金匮肾气丸等进行调理。目前还有一些常用的扶正固本药物，如固本咳喘片等。

11.2 饮食康复

气虚者，取生黄芪30g煮水，然后加入糯米熬粥患者每日可以吃1小碗。

气血两虚者，取胎盘1个洗净，煮熟，可以加羊肉一起炖，然后连汤分数次服用。也可口服胎盘糖衣片。肾不纳气者，可用胡桃肉、黑芝麻捣碎口服，每次5～10g。

11.3 针灸康复

针刺或灸肺俞、肾俞、膏肓、气海、足三里等穴位，以温通诸经之气，增强抗喘之效。耳穴埋针止喘较好，可用王不留行子贴压相应的穴位，3天换1次即可。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

11.4 自我疗法

11.4.1 按摩疗法

可以自己按摩肺经穴位及天突、膻中等穴位。也可以请医生进行按摩。

11.4.2 拍打疗法

可以用手轻轻拍打脊柱两旁腧穴，自下而上地进行数次，有助于痰液的排出。

11.4.3 体位排痰

使患侧的肺处于高位，其引流的支气管开口向下，可以促使痰液引流到气管而咳出。应根据病变部位而采取不同的体位，每次 15～30 分钟，每天做 3～4 次。如病变位于上叶尖后段取坐位、身体略前倾；上叶前段取平卧位，床脚抬高；中叶或舌段可将患者背部垫高 45 度，床脚抬高；下叶基底段可侧卧，患侧在上，床脚抬高。

11.4.4 训练有效咳嗽

有效的咳嗽可以帮助患者将体内的痰液排出体外，有利于炎症的吸收和肺功能的康复。其做法为先吸气，然后屏气，再腹肌、肋间肌等同时用力将肺内气体咳出即为有效咳嗽。

11.4.5 气功疗法

可以用气功外气调补人身正气，亦可练习凝神松肌功，每日练习 30 分钟，进行自我调节。

11.4.6 医疗体育

医疗体育是缓解期病人易于接受的一种锻炼方式，不受时间、场所和设备条件的限制。而且对于患有喘病的患者也是相当重要的，可以消除和控制本病的症状和可逆变化，减少肺部感染，有利于肺功能的恢复和保护，延缓病情进展，降低呼吸衰竭。

11.4.6.1 骨骼肌放松锻炼 由于慢性阻塞性肺病的患者呼吸功能存在不同程度的损害，活动后往往出现或者加重喘息气促症状，为此病人除了减少体力活动外，并努力增加呼吸运动，使全身骨骼肌长期处于紧张状态，并使组织耗氧量增加。放松锻炼，可以最大限度地使肌肉放松，减少机体的耗氧量。锻炼时可取坐位、立位或卧位或以进行一般的肢体放松锻炼，也可进行气功锻炼，如松静内养功。

11.4.6.2 全身运动锻炼 全身运动锻炼可以增加全身肌肉的力量和耐力，提高机体的抗病能力，是喘病缓解期病人的进行功能锻炼的重要方法。在进行锻炼时，应该选择适合自身条件的运动方式、锻炼强度以及锻炼时间，运动量宜从小开始，量力而行，逐渐增强运动的耐受能力。锻炼的时间，受到锻炼强度的影响，对于喘病患者，低强度较长时间的锻炼更容易被接受，并且安全。而且效果也好于短时间高强度的锻炼方式。在开始锻炼的时候，可以从每次坚持 5～10 分钟开始，逐渐延长时间。每天做 4～5 次。

锻炼方式：可以根据病人的实际情况和具体条件选择不同的运动方式，例如可以进行步行、慢跑、登梯、踏车、园艺、家务劳动、太极拳、广播体操、气功等活动方法，甚至有人提倡在冬季游泳，既可增加耐寒能力，又可增加全身体力，改善呼吸功能。

11.4.6.3 呼吸肌锻炼

行走、慢跑、游泳、登山等方法，是以全身锻炼来实现呼吸肌的锻炼，也可以针对呼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

吸肌进行锻炼，指导病人学会有利于呼吸肌群放松的呼吸运动，如吹气球、吹蜡烛、缩唇呼吸等，近来，CO_2 过度通气法、阻力呼吸法、经皮膈神经刺激也逐渐被采用。下面介绍二种呼吸锻炼方法。

膈肌呼吸锻炼：因膈肌每增加 1mm，可增加通气量 300ml，因此以膈肌为主来代替呼吸辅肌的收缩，是呼吸训练的要点。取仰卧位，··手放于胸部，—手放于腹部，做深而缓慢的腹式呼吸，可以加强膈肌运动，有利于改善肺内气体分布不均，增加肺泡通气量，有利于延缓小气道的陷闭。也可以取坐位或立位，每次进行 15～20 分钟，每天数次。

缩唇呼吸：用鼻吸气，用口呼气，呼气时口唇闭拢，象吹口哨一样。吸气与呼气之比为 1:2 或 1:3，使呼气时间长于吸气时间，尽量将肺内气体呼出，可以改善通气。

11.4.7 耐寒锻炼

耐寒锻炼可以逐渐提高机体对外界寒冷环境的适应能力，增强体质，减少感冒的发生。可以从夏天即开始用冷水洗脸、擦洗全身，冬天可以根据天气的情况，适当提高水温。也可以进行游泳锻炼。

【近代研究】

1 理论研究（病因病机学研究）

喘证的病因一般而言，不外外感与内伤两端，外感为六淫，内伤有饮食、情志、或劳欲、久病。病理性质有虚实两方面，有邪者为实，因邪壅于肺，宣降失司；无邪者属虚，因肺不主气，肾失摄纳。近代关于喘证的病因病机学研究，张贻芳等人认为，喘证是本虚标实之证，本虚以气阴两虚多见，标实以热痰多见。对喘证之病因，认为喘证病因分两大类。一为外感，一为内伤。前者包括风寒致喘，炎热致喘，燥气犯肺，外感湿邪。后者包括脏腑亏损，气血不足，先天不足而肾不纳气，脾胃虚弱及肾阳不足。[1] 许德盛等强调肾虚为喘证病人的基本体质，喘证病人无论临床上有无肾虚见证，皆存在“隐藏性肾虚证”。[2] 史锁芳认为喘多为本虚标实证，本虚多为肾虚，标实则多表现为气闭痰壅。[3] 谢昌仁认为咳喘病急性发作，常常咳喘并见，来势较猛，每以外感新邪为诱因，多因风寒痰浊引起邪气壅肺，气失宣降所致。[4]

喘证的发病机理主要与肺、肾相关，因肺为气之主，司呼吸，外合皮毛，内为五脏华盖，若外邪侵袭，或他脏病气上犯，皆系使肺失宣降，肺气胀满，呼吸不利而致喘促，如肺虚气失所主，亦可少气不足以息而喘。肾为气之根，与肺同司气体之出纳，故肾元不固。摄纳失常则气不归元，阴阳不相接续，亦可气逆于肺而为喘。它如肝经痰浊上干以及中气虚弱，或肝气逆来亦无不与肺有关。谢昌仁把咳喘分为三期，即：急性发作期、慢性迁延期、症状缓解期。其中除急性发作期重在邪气壅肺，气失宣降之病机外，后两期均与脾虚有关。因“脾为生痰之源”，“肾虚则水泛为痰”。其本在肺肾，故于迁延、缓解之际，宜培补脾肾。[4] 晁恩祥等人根据哮喘病多发于春冬季节，有明显季节性，发病前多有鼻痒、眼痒、喷嚏、咳嗽等先兆症状；发病迅速，时发时止，反复发作，发时痰鸣气喘的特点，认为此与风邪“善行而数变”的性质相符。因而重视风邪为患，提出“风盛痰阻、气道挛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

急”是其主要病机的观点。[5]李静等认为喘证患者中，大多数发病时间较长的病人确有明显的血瘀征象，并从临床和动物实验两方面证实了血瘀内阻在本病发病中的重要作用。[6]武维屏等人认为喘证发病虚为本，病邪多端，气郁气逆是关键。[7]

2 临床研究

2.1 证候学及辨治研究

邵长荣则辨为寒喘与热喘二型，分别治以小青龙汤和定喘汤加减。[8]焦树德将喘归纳为虚、实两大纲，即实喘和虚喘，并分六证：寒实证，临床特点是每遇受凉及冬季容易发病，或病情加重，痰白而稀，喜暖喜热饮。舌苔白，脉象滑或迟缓；热实证，临床特点是气喘声粗，痰黄，口渴，恶热喜凉，每遇受热或夏季病情加重，舌苔黄，脉数；痰实证，临床特点是胸闷，痰稠，咯吐不爽，甚则痰鸣有声，痰多气道不利而气喘，脉滑，舌苔腻；肺虚证，气短而喘，气怯声低，易受感冒，面白，脉虚或濡；脾虚证，临床特点是面黄，肢倦，气短，少食，舌胖苔白，脉象濡滑；肾虚证，呼吸困难，腰痛，肢酸，动则气喘，舌淡苔薄白，脉象尺弱。[4]俞岳真对喘证的辨别实喘重苔，虚喘重脉，指出治喘之要，全在明辨虚实。审动静之变化，以诊病源，外感之喘在肺，动亦喘、静亦喘。虚喘之源在肾，静则不喘，动则喘。审寒热之有无，外感之喘属实，必有寒热之象，无寒热多属虚喘。风寒喘，恶寒而无汗；风热喘，发热而有汗。痰喘和虚喘不夹外感，则无寒热。阳虚喘，畏寒而无热象，阴虚喘，虽热而无寒象。审起病之暴久，初病暴喘，病变在肺，在肺属实，久病在肾，在肾属虚。[4]

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则研究

喘证的原因很多，但其总病机为肺气上逆，所以平喘为治疗大法。实喘病位在肺，治予祛邪利气，区别寒热痰的不同，采用温宣，清肃，化痰等治法。痰喘其治在肺肾，以肾为主，治予培补摄纳，针对脏腑病机，采用补肺纳肾，益气，养阴等法。若虚实夹杂，上实下虚者当分清主次，才能权衡标本适当处理。综观喘证，当属本虚标实、下虚上实之证。治当宣泄其上，补益其下。亦不外急则治标、缓则治本之总则。喘证缓解期，以扶正培元治本为法，临证根据孰重孰轻，孰主孰次，或益肺，或健脾，或补肾，或相合论治。其中尤以补肾法最为重要。焦树德总结出三条治则：①喘病发作时要以祛邪为主，多从实证论治，以除其标；②在喘证不发作时，要以扶正为主，多从虚证论治，以固其本；③喘病而兼哮者，要注意加用祛痰药。[4]钱朝余等观察补肺定喘丸（黄芪、白术、党参、百部、沙参、百合、桑白皮、麦冬、防风、紫菀）对肺虚型哮喘缓解期的疗效，以固本咳喘片作对照。治疗后治疗组痊愈率为31.25%，总有效率为92.5%，与对照组比较有明显的差异。[9]许得盛等将哮喘发作期分为寒喘、热喘两型，采用标本兼治法治疗并以治标作对照。其中，寒喘治疗组服用自拟的补肺定喘汤（麻黄、细辛、苏子、杏仁、陈皮、半夏、黄芪、太子参、补骨脂、仙灵脾等），对照组服用小青龙汤；热喘治疗组服用自拟的清肺补肾汤（黄芩、射干、杏仁、金荞麦根、桑白皮、麻黄、生甘草、生地、黄芪、麦冬、补骨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脂、山萸肉等），对照组服用定喘汤。结果寒喘治疗组 20 例，显效率、有效率分别为 45.0%和 90.0%；对照组 21 例，显效率、有效率分别为 28.6%和 76.2%。热喘治疗组 38 例，显效率、有效率分别为 42.1%和 89.5%；对照组 38 例，显效率、有效率分别为 21.1%和 68.4%。[10]

2.2.2 治法研究

近年来不少医家提出了许多行之有效的治法，丰富和发展了中医治疗该病的内容。

2.2.2.1 祛风解痉法 是针对风邪为患，气道挛急之病机而设的治法。如晁恩祥等人根据此法而制定的具有“祛风解痉平喘汤”（炙麻黄、苏子、苏叶、蝉衣、白果等），临床治疗 28 例发作期患者，临控 8 例，显效 12 例，有效 7 例，总有效率为 92.86%。[5] 黄维良用祛风解痉汤（制僵蚕、制全蝎、防风、蜈蚣、地龙干、蝉蜕、杏仁、麻黄、甘草）加减治疗小儿咳喘 52 例，总有效率为 94.2%。[11] 宋修亭自拟蝉蜕定肺汤（蝉衣、地龙、白僵蚕、射干、麻黄、甘草、细辛、川贝）治疗发作期哮喘 130 例，治愈率 90%，总有效率为 99%。[12]

2.2.2.2 宣肺降气法 本法针对发作期肺气壅实，宣降失司的病机而设的治法。邢萍以宣肺降气汤（杏仁、桔梗、苏子、白前、枇杷叶、百部、芥穗、鱼腥草、连翘、银花）加减治疗咳喘 280 例，痊愈 226 例，显效 48 例，无效 6 例，总有效率为 97.85%。[13] 李良彪及王玉等分别以宣肺定喘汤（麻黄、桂枝、杏仁、桔红、桑皮、厚朴、地龙、桔梗、甘草）和喘嗽宁（地龙、白果、苦参、杏仁、茯苓、陈皮、桑白皮、白前、黄芩、甘草）治疗本病，均获良效。[14,15]

2.2.2.3 理气化痰法 本法是对发作期气郁痰阻之病机而设的治法，陈军等以厚朴汤（厚朴、生石膏、炙麻黄、细辛、黄芩、桂心、秦皮、制半夏、杏仁、陈皮、茯苓、枳实、大戟、生姜、甘草、大枣）加减治疗顽固性哮喘 30 例，痊愈 1 例，临控 11 例，有效 6 例，无效 2 例，总有效率为 93.3%。[16] 祝谌予治疗喘，以治痰为要，重视调畅气机，除宣肺、肃肺之外，常以旋覆花汤降胃气、逍遥散加味舒肝气，寓有调畅气机，气顺痰消之意。[17]

2.2.2.4 活血化瘀法 本法是基于发作期瘀血痹阻之病机论治。邵长荣等先后分别以川芎嗪和川芎平喘合剂（川芎、丹参、赤芍、白芍、当归、辛夷、细辛、胡颓叶、黄荆子）治疗发作期哮喘患者 30 例和 100 例，前者总有效率为 83.3%，认为川芎嗪具有抗血小板聚集，抑制和对抗血栓的释放功能；后者总有效率为 92%，认为川芎平喘合剂具有拮抗 TXB_2 的合成和释放，松弛平滑肌和改善肺功能的作用。[18] 朱鹏用复元活血汤治疗 12 例瘀血型患者，取得满意疗效，显效 5 例，有效 7 例，并且观察到病人的高粘滞状态得到改善。[19] 高建华用血府逐瘀汤治疗喘证 66 例，亦取得一定疗效，痊愈 47 例，占 71.2%，总有效率 90.9%。[20] 王学东等用天地哮灵（制大黄、桃仁、莪术、地鳖虫、天龙、地龙、白芍、炙黄芪、熟地、川厚朴、生甘草）加减治疗哮喘 50 例，临床控制 9 例，显效 22 例，好转 16 例，无效 3 例，总有效率为 94%。[21]

2.2.2.5 肺肾同治 如张镜人等以补肾益肺法为主抢救哮喘持续状态，主方是参蛤散、人参胡桃汤，结合辨证，寒喘选用三拗汤、小青龙汤；热喘选用麻杏石甘汤、白果定喘汤等。共抢救 12 例发作持续状态者，结果临床控制 9 例，显效 3 例，好转 1 例，无缓

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

解1例，总有效率为94%。[22]陈良良等用清肺补肾法（炙麻黄、黄芩、射干、苦参、鱼腥草、全瓜蒌、葶苈子、补骨脂、黄芪、雷公藤、沉香、大枣）治疗34例，并与单纯清肺平喘法（上方去补骨脂、沉香、黄芪）作对比观察，结果治疗组总有效率97.06%，对照组总有效率81.48%。[23]李传方采用标本兼治方（麻黄、葶苈子、细辛、射干、五味子、罂粟壳、黄芪、参蛤散）治疗青少年哮喘30例，也取得了较好疗效，有效率为93%。[24]许德盛等以补肾和清肺平喘药组成的宁喘冲剂（附片、熟地、巴戟天、麻黄、黄芩、苏子等）在发作期治疗哮喘36例，显效率为61.6%，且可明显减少激素用量，西药对照组的显效率为50%。[25]陈超等以补肾益肺法治疗哮喘300例，总有效率91%，其中显效率为49.3%。[26]

2.2.2.6 肺肝同治 武维屏等人对194例哮喘病人采用调肝理肺法治疗，药物分别用四逆散加减、柴芩泻白散加减、柴胡陷胸汤加减、过敏煎加减。结果哮喘1周内缓解者34例，2周内缓解者79例，2周以上缓解者45例，无效或加重者16例，总有效率为90.80%。[27]熊家平提出采用平肝泻法治疗哮喘46例（炙麻黄、杏仁、桑白皮、黄芩、丹皮、川楝子、地龙、蜈蚣），其中痊愈31例，好转10例。[28]张健明亦用疏肝理气法治疗哮喘，认为在临床上对即使没有情志因素影响的哮喘，也应辅以疏肝理气一法。[29]王德玉等对咳喘从肝论治总结了五法，分别为疏肝理肺法、清肝泻肺法、通肝畅肺法、平肝和肺法和滋肝润肺法，试用子临床亦获良效。[30]谢建农用清肝泻肺汤治疗肝咳78例，除5例无效外，其余均获效。[31]

2.2.2.7 肺脾同治 张贻芳等人用哮喘灵（麻黄、杏仁、生石膏、黄芩、黄连、黄柏、甘草）以治肺，用哮喘平（党参、茯苓、白术、鸡内金、焦三仙、甘草）以治脾，1日两方同用，间隔服药，意在标本兼治，扶正祛邪。观察了111例，结果总有效率为97%，显控率为67%。[1]

2.2.2.8 从肾论治 沈自尹等人采用温阳片（附子、生地、熟地、山药、仙灵脾、补骨脂、菟丝子等）预防哮喘季节性发作，并用小青龙汤作为对照组。治疗组5批284例，显效率63.4%～75.0%；对照组3批81例，显效率仅为18.5%～22.2%。[32]邵桂珍用补肾法（丹皮、泽泻、茯苓、五味子、山茱萸、补骨脂、胡桃肉）治疗本病31例，随访两个冬春，总有效率96.7%。[33]李国奇以七味都气丸化裁治疗哮喘33例，总有效率为93.3%。[34]张永涛运用温阳补肾法治疗激素依赖性慢喘支28例，药用陈皮、半夏、淫羊藿各10g，党参、女贞子、补骨脂、菟丝子各12g，黄芪、生熟地、山茱萸各15g，炙甘草6g，湿热加黄芩、全瓜蒌，阳虚去半夏加附片。结果临床控制，症状基本消失。停用激素两周后，一般活动无喘息者14例，显效15例，有效5例，无效4例。[35]

2.2.2.9 其它 高铎在喘证治法上归纳为五大治法，①宣肺开闭法，用于胸中阳微，水寒射肺之证，药用麻黄、射干、石膏、杏仁、桑皮、细辛、干姜、白芥子之类。②暖肝降逆法。用于肝寒气逆证，药用细辛、吴茱萸、仙灵脾、全蝎、地龙、沉香、麻黄、炙甘草之类。③补脾益气法，用于脾肺两虚证，药用山药、黄芪、芡实、苏子、牛蒡子、白果之类。④滋阴敛气法，用于阴虚阳气外越证，药用天冬、麦冬、生地、熟地、白芍、山萸肉、白果、党参、炙黄芪、牡蛎、代赭石之类。⑤温肾纳气法，用于肾虚寒或夹水寒上逆证，药用沉香、葶苈子、苏子、补骨脂、山萸肉之类。[36]李世君秉承先师李镜堂治喘之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

意，宗《伤寒论》、《韩氏医通》定喘之旨，每遇喘证，无论新久，寒热．虚实均以通腑为先，疗效逾常，素染喘痰，伤寒而作，无汗而喘者，三拗承气汤主之。风喘证伤风即动，喘而汗出者，桂枝承气汤主之。咳喘多痰，胸闷气紧，心悸不宁，丹参承气汤主之。喘家反复发作，久治不愈，汗出不止，唇青肢厥，附子承气汤主之。壮热多汗，喘而气促，口干引饮，脉洪数，宣白承气汤主之。喘咳气急，痰涎壅盛，胸闷呕恶者，三子承气汤主之。[37]马仁美报道，王正公治疗本病，虽分为发作期和缓解期，但各期均以一方统之，随症加减。在发作期采用宣肺透邪法，常用三拗汤合止嗽散。偏于风热者，加牛蒡子、前胡、桑白皮；偏于风寒者，加荆芥、桂枝、苏子；偏于痰热者，加生石膏、银花、连翘、黄芩；偏于痰湿者，加半夏、陈皮、茯苓。缓解期采用扶正培本、清透余邪法，方有南北沙参、炙甘草、当归、白芍、白术、僵蚕、百部、牛蒡子、白前组成。偏于肺气虚者，加党参、黄芪、山药；偏于痰湿者，加半夏、陈皮、远志；肺有伏热者，加芦根、甘草。他治疗此期患者143例，结果控制症状者16例，症状减轻者71例。[38]朱秀峰对发作期以平喘祛痰解痉脱敏为原则，选用麻黄、钩藤、葶苈子、乌梅、蝉衣、石苇、甘草为基本方；寒喘加川椒、干姜、细辛、五味子；热喘加鱼腥草、金荞麦、秦皮。在缓解期，他以补肺益肾脱敏为法，选用北沙参、黄芪、菟丝子、仙灵脾、熟地、石苇、蝉衣、乌梅、甘草为基本方，按脏腑阴阳偏盛偏衰随证加减。共治疗95例，近期总有效率94.2%，远期总有效率87.50%。[39]

2.3 专方专药治疗喘证

治喘专方依各家经验施治各异。近年来，有关治疗喘病的单方、验方的报道颇多，均有一定的疗效，有的已研究制成成药，广泛应用于临床。李广龙等用珠贝定喘丸（珍珠、川贝、牛黄、麝香、麻黄、人参、肉桂、氨茶碱、异丙嗪等）治疗哮喘、慢性支气管炎，设治疗组359例，并设立对照组（用定喘片）45例。结果治疗组显效123例，好转188例；对照组好转3例，其余无效。[40]王锁才等用当归的有效成分藁本内脂制成的当归精油丸，他认为该药丸可适用于各种哮喘。[41]姜春华自拟截喘方，由佛耳草、老鹳草、开金琐、碧桃干、全瓜蒌、合欢皮、防风、旋覆花组成，用于哮喘急性发作期，疗效颇佳。[5]郭一钦等用复方石英冲剂治疗哮喘患者，2个疗程后，临床控制5例，显效33例，好转87例，无效9例，总有效率为92.4%；该粉剂尤以治疗寒喘型及过敏型疗效显著。[42]李智华用抗敏煎（防风、银柴胡、五味子、乌梅）治疗过敏性哮喘48例，显效31例，有效4例，总有效率为93.6%。[43]李富生把白芍、甘草按2:1研成细末，每日30g口服，治疗35例，显效8例，有效23例。[44]陈德智以太子参止咳平喘散（太子参、冬虫夏草、浙贝母、槟榔、白及、甘草等）治疗哮喘506例，2个月为1疗程，治疗3个疗程后，治愈率为89.1%，好转率9.7%，无效率为1.2%。[45]傅洁指出地龙液（新鲜地龙液中的提取物）对哮喘的发作有即刻平喘的疗效，治疗70例，总有效率为76%。[46]许德金等用丹参片（每片含生药1g）防治哮喘，临床获得满意效果，血液流变学亦得到改善。[47]汪世平等治疗32例虚寒喘证，具2年以上病史，经中西医各种治疗，无效或效差患者。在急性发作期，予小青龙汤，定喘汤；肺心病心衰者，于三子养亲汤加味或以西医抗感染，解除支气管痉挛、祛痰、强心等，同时予黑锡丹。心源性哮喘以人参汤送服，余者淡盐汤送服。结果临

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

床控制 11 例，显效好转各 6 例，无效 9 例。[48] 高建华运用血府逐瘀汤治疗喘证 66 例，气郁者加香附、薤白；血瘀者加丹参、三七粉；痰盛者加旋覆花；便秘加大黄；发热加生石膏、黄芩，加重柴胡用量，久病加黄芪，年高加山茱萸。痊愈 47 例，好转 13 例，无效 6 例，总有效率为 90.9%。[49] 吴雪姣等应用五子温肾润肺汤治疗寒喘 48 例，本方含熟附子、白芥子、桑白皮、紫苏子、莱菔子、五味子、山药、补骨脂、甘草。痊愈 31 例，有效 15 例，无效 2 例，总有效 95.9%。[50] 陈慧贞运用双麻贝雾化剂（金银花、麻黄、浙贝、连翘、黄芩）治疗喘证气道痰阻者 100 例，观察结果为总有效率 96%。[51]

另外，虫类药在治疗喘证中有独特的作用，如僵蚕、蝉衣、蜈蚣、五灵脂、炮山甲、地鳖虫、水蛭等，擅长祛风解痉、活血化瘀，能够疏通气道壅塞及血脉瘀痹，对缓解支气管痉挛、改善缺氧现象有显著疗效。[52,53]

2.4 针灸疗法

2.4.1 针法

针灸治疗哮喘，主要是用其物理作用，刺激肌肤与腧穴，通过经络传导，使气血通畅，机体阴阳得以调整而趋平衡。从而促进肺脾肾三脏功能恢复，达宣肺平喘之目的。有些穴位平喘疗效甚佳。如有人取双侧鱼际、孔最穴，用 1 寸针快速刺入穴位，得气后施以泻法，然后于针柄上通电，选择连续波输出频率 160 次/分，即时平喘效果显著，治疗 192 例，临床缓解 59 例，显效 88 例，总有效率 92.9%。[54] 曲敬来对脾虚型患者针刺足三里进行即刻平喘疗效观察，结果总有效率达 90%。[55] 严芳取定喘向脊柱斜刺，风门透肺俞，于风门与肺俞之间拔罐。共治 54 例，显效 19 例，好转 26 例，无效 9 例。[56] 王全仁等应用针刺膻中穴为主，配合肺俞穴拔罐，治疗 155 例，治愈 45 例，好转 74 例，无效 36 例，总有效率 77%。[57] 邵经明等以肺俞、大椎、风门为主，随证配穴，虚寒者用艾条温和灸为主或针灸并用，阴虚内热或肺部感染有热者在大椎与双肺俞穴间拔罐，总有效率为 92%。[58] 赖新生等用子午流注养子时开穴法治疗 30 例，有效率达 97%。[59] 马明非则采取以喘点为主，随症配以咳点，医者用咳点或喘点透劳功且在运针期间让患者配合进行深呼吸的方法，治疗 100 例，临控 22 例，显效为 53 例，好转 23 例，总有效率达 98%。[60]

2.4.2 灸法

灸法不仅能减轻本病的临床症状，减少本病的发作次数，且能提高机体的免疫机能，因而灸法在本病的固本治疗中占有重要的地位。一般认为化脓灸治疗本病效果持久且有不易复发，远期疗效显著的特点。严华等对哮喘患者在夏季 7～8 月间选大椎、肺俞穴进行化脓灸，经 487 例临床观察，总有效率 74%。[61] 李志明取大椎、肺俞等穴位用化脓灸疗法，灸治 182 例，近期有效率 76.9%，三年后复查 50 例，35 例无复发，总有效率达 70%。[62] 张舒雁等于每年夏令不发病时治疗。第 1 年取大椎、双肺俞；第 2 年取双风门、灵台或膻中；第 3 年取双膏肓、双大杼，均灸 9 壮，灸后用膏药贴敷，每日更换直至灸疱愈合。共治 23 例，显效 10 例，有效 9 例，无效 4 例。[63] 刘祖政用乌蝉液涂于所选穴位（大椎、肺俞、灵台、天突，每日选取一穴）处，待局麻后再涂汁，放置艾柱连灸数壮，消毒后贴上定喘膏治疗 40 例，结果有效 10 例，痊愈 28 例，总有效率 95%。[64] 黄进贵以自拟八华穴（天突、膻中、云门、大椎、定喘、肺俞、肾俞），采用艾条作隔姜灸，同时配

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

服中药煎剂治疗本病 80 例，痊愈 37 例，临控 18 例，显效 11 例，总有效率达 93.6%。[65] 连维真等取列缺、足三里等穴利用红外线进行灸治，治疗 30 例，显效 20 例，有效 7 例，有效率达 90%。[66] 孙兰英等取大椎、肺俞和风门、膏肓，于初、中、末伏 3 日隔姜灸 3 壮后，原穴上外敷药糊，两组穴位交替。治疗 67 例，有效率为 77.6%。[67] 刘玉芬等以大椎、肺俞、命门、足三里为主穴，用自制药膏外敷穴上，将熏灸器置于药膏上，加点燃的艾卷灸 40～50 分钟，每日 1 次，连续灸 3 个伏天。结果小儿组 23 例，有效率 100%；成人组 401 例，有效率为 88.5%。[68] 梁栋富等以肺阻抗图、肺活量等为客观指标，对气象因素在三伏灸治疗哮喘中作用进行了观察，认为强调伏天治疗，确有临床意义。[69]

2.4.3 药物敷贴

药物敷贴疗法，是在患者体表穴位贴敷药物，通过药物的作用治疗疾病。依照“冬病夏治”的理论，对冬季多发的哮喘采取三伏天穴贴治疗。因三伏天气候炎热，人体腠理开泄，药物易由皮肤进入穴位，通过经络、气血的运行，到达有关脏腑组织，发挥防病治病作用。姚云任用白芥子、细辛、元胡等中药制成细末，再将姜汁、六神丸调人制成药饼进行“三伏天”灸治 353 例，结果治愈 96 例，显效为 119 例，好转为 101 例，无效 37 例，总有效率 89.3%。[70] 杨惠德用洋金花、甘遂等制成粉末，分为三组，各组分别加入砒霜、麝香、安息香。分别随访 110、106、112 例，显效 21、22、22 例；好转 69、64、67 例；总有效率分别为 81.8%、81.1%、79.5%。[71] 张庆祯等用自制药膏（白芥子、甘遂、元胡、细辛、半夏）伏天贴药。穴取双侧肺俞、心俞、定喘（第一组），厥阴俞、风俞、膈俞（第二组），两组交替使用。每伏第一天贴药，共贴 3 次，连贴 3 年为 1 疗程。治疗支气管哮喘 1500 例，痊愈 129 例，显效 1059 例，有效 298 例，总有效率为 99.07%。[72] 董征等用消喘膏（白芥子、元胡、细辛、甘遂，姜汁调成糊状）于夏季三伏贴于患者双侧肺俞、心俞、膈俞，治疗 223 例，观察 10 年，痊愈 72 例，总有效率为 86.5%。[73] 阎怀士等对 51 例哮喘病人做了伏天贴穴治疗前后血干扰素测定。结果表明，穴位敷贴后体内干扰素水平有明显升高。认为贴穴疗法具有促进体内干扰素活性的作用。他还观察到，经治疗后，患者除哮喘症状缓解外，感冒的次数亦明显减少。[74] 王忆勤等取百劳、肺俞、膏肓三对穴位，用中药敷贴配合离子导人的方法治疗哮喘急性发作。对哮喘寒证用白芥子、延胡索、甘遂，对哮喘热证用生石膏、麻黄、甘草、苍耳子、辛夷、黄芩、夏枯草、白芍。借助离子导入仪，使药物经皮肤渗透而发挥作用。他用该法治疗 64 例患者，总有效率达 87.5%。同时他还对离子导入前后有关的生化、免疫、肺功能等指标的检测。证明此法能改善肺通气功能，调节环核苷酸代谢，降低血清 IgE 水平，提示这种疗法有一定的抗过敏作用。[75] 刘益斌选用膻中、神厥、大椎、定喘、肺俞等穴，于“三伏”，“三九”季节各拔罐贴药 3 次。方法是先在各穴位上拔罐，然后取参龙白芥散适量，以鲜姜汁调成糊状，贴于穴位。参龙白芥散由红参、白芥子、海龙、细辛、甘遂、吴茱萸、苍术、青木香、川芎、麝香、冰片组成。他用此法治疗支气管哮喘 132 例，近期总有效率 91.67%，远期总有效率 90.14%。[76] 陈家鼎在夏令三伏季节，选择双侧心俞、肺俞、膈俞、膻中穴、针刺得气后出针敷药。治疗支气管哮喘 46 例，随访 3 年，痊愈 29 例，临床收效良好。[77]

2.4.4 穴位埋藏

穴位埋藏疗法既有针具刺激产生的针刺效应，又有组织疗法效应。这些多种刺激融为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

一体，协同发挥作用，形成一种复杂的、持久而柔和的刺激冲动，通过神经传导和体液调节，调整脏器的机能状态，提高抗病能力。

2.4.4.1 羊肠线埋藏 羊肠线作为一种异体蛋白埋在体内，被逐渐软化吸收，对人体产生特异性刺激，可起到疏通经络，调和气血的作用。俞瑜等采用羊肠线穴位埋藏，主穴取膻中、鱼际，过敏型加肺俞，感染型加太渊，混合型加肾俞。治疗200例，临床近期控制率79%，总有效率96%。[78]罗永芬等用穴位埋线疗法治疗外籍哮喘患者90例，穴取中府、膻中和肺俞及肾俞3组穴位，每次取1组，每月1次。治疗3个月后，总有效率为97%。[79]管遵惠采用肠线穴位埋藏治疗哮喘。主穴取定喘、肺俞、大椎、风门、配穴有心俞、脾俞、肾俞、膈俞，辨证取穴，每次2~3穴，治疗哮喘80例，有效率为92.5%。[80]

2.4.4.2 兔脑垂体埋藏 兔脑垂体为动物内分泌腺体，埋藏于一定穴位可起到补肾之功。既兴奋下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴，又有长效针感效应。王三山采用此法治疗哮喘，主穴取膻中，根据不同证型随证配穴。将兔脑垂体混悬液埋藏于所选穴位，3次为1疗程，治疗176例，总有效率90.3%。[81]孙颖等将兔脑垂体埋入定喘或大椎穴，2~3月重复1次，连续3次。760例经治后，痊愈167例，显效402例，有效182例，无效9例。[82]蔡永良取膻中配双侧定喘穴埋藏兔脑垂体，治疗哮喘600例，两年后进行随访，临床治愈179例，显效216例，有效157例，总有效率92%。[83]

2.4.4.3 胎儿胸腺埋藏 胎儿胸腺活组织含有丰富的免疫活性细胞、胸腺素和其它免疫活性物质。埋入机体穴位，含有免疫活性物质的胸腺组织刺激机体。通过经络的传导，调整脏腑功能，起到抗过敏、止咳平喘的作用。姬树鹏等利用此法治疗儿童支气管哮喘32例，经3年随访痊愈24例，好转8例。[84]

2.4.4.4 异体脂肪埋藏 异体脂肪埋藏是将甲乙两患者两穴脂肪交叉移植，埋入指定穴位。通过异体脂肪的溶解吸收，形成一种持续而稳定的刺激。[85]唐维礼采用鱼际与膻中、定喘与肺俞穴，脂肪交叉移植治疗哮喘426例，痊愈168例，显效117例，有效98例，总有效率89.9%。[86]

2.4.4.5 综合埋藏 综合埋藏是将两种穴位埋藏方法结合应用，以加强治疗效果。尹芳秋等选天突、膻中、玉堂、肺俞、足三里等穴埋羊肠线，并用兔脑垂体埋藏，治疗支气管哮喘240例，总有效率为95%。认为羊肠线与兔脑垂体均属异体蛋白，埋于一定穴位可形成稳定刺激，具有长效针感效应。[87]

2.4.5 穴位注射

林卓友用黄芪注射液2ml于足三里穴注射，两侧交替，防治小儿哮喘47例，治愈31例，好转10例，有效率87.3%。[88]王建新等于肺俞穴注射维生素K_3，两侧交替治疗123例，有效率为86.2%，与对照组（用哮喘1号）比较有显著差异。[89]高正今对异搏定喘息穴注射治疗哮喘进行了观察，结果显效率和有效率分别为78.6%和92.9%。[90]吕玉霞等采用转移因子1mg，每日1次注射膻中、定喘或肺俞、大椎，疗程2周，治疗40例，总有效率87.5%。[91]陈剑平以肺俞、定喘穴为主，核酪穴位注射，防治哮喘98例，结果1年以上未复发者71例，显效22例，症状减轻仍需少量服药者5例。[92]

2.4.6 其它疗法

激光具有光、热、压强和电磁场效应。作用子俞穴，通过经络的调整作用，协调阴

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阅五使》说："肺病者，喘息鼻张。"同书《灵枢·本脏篇》云："肺高则上气肩息。"汉·张仲景《伤寒论》中有不少条文论及喘证的病因、辨证和治疗。《金匮要略》中，"肺痿肺痈"、"虚劳"、"胸痹"、"痰饮咳嗽上气"、"水气"等许多篇里，也都有关于喘这一症状的论述。隋·巢元方所著《诸病源候论》一书所记载的"上气"、"咳嗽上气"与喘这一症状属异名同义。唐代《备急千金要方》、《外台秘要》广搜博采古近方书，其中有不少治喘的方子。宋代《圣济总录》比较明确地把喘病划分为肺虚、肺实、肺胀、邪气在表、邪气在里、阴证发喘、心下有水气而喘等不同证候，所载方药既多，论述也比较精详。虽然宋代医家对喘病的认识日趋丰富与深刻，但此期著作，差不多都把哮病与喘病混论，统称为喘，即使王执中《针灸资生经》中已有了哮与喘的病名，而许叔微《普济本事方》另有"齁喘"（即哮病）之说，但由于哮必兼喘，所以一直未能作出明确的分证论述，直至金元时期，明·程充辑朱丹溪《丹溪心法·哮喘》遥承前人之学，正式把"哮"作为一个独立的病名，以其"专主于痰"和具有发作性的特点而区别于喘病。从此就有了哮病和喘病二个独立的病名。迨明代虞抟《医学正传》明确地对哮与喘作出区别："喘以气息言，哮以声响言；喘促喉中如水鸡响者，谓之哮；气促而连续不能以息者，谓之喘"。

总之，喘的病名最早溯源于《黄帝内经》，但在宋代及其以前，喘与哮常合并论述，混称为喘，直至金元时期朱丹溪首次把喘病和哮病作为二个独立的病名分证论述，对后世产生了很大影响。由于二者的病因病机、证候分类和治则治法不尽相同，分病论述有利于喘病和哮病的进一步研究。

2 证候与病象

有关喘病证候的论述，从《内经》至清代诸家所著，极为丰富，但综合分析，可分为3类。即从病因学角度分为外感致喘、内伤发喘；就其病理过程而言有脏腑虚实不同；而从发病的时间看，则可概括为发作期和缓解期。

2.1 病因病机论

从古至今，历代医家对喘病的症候和病因病机的描述不尽相同，但在喘证病因认识方面有较多的一致点，多以"外邪致喘"立论。如《素问·通评虚实论》云："乳子中风热，喘鸣肩息者……"又《素问·太阴阳明论》云："犯贼风虚邪者，阳受之，则入六府……入六府，则身热，不时卧，上为喘呼。"《素问·气交变大论》："岁火太过，炎暑流行，金肺受邪，……少气，咳喘，……；岁金太过，燥气流行，甚则喘咳逆气……；岁水太过，寒气流行，甚则腹大胫肿，喘咳……。"又《素问·逆调论》云："夫不得卧，卧则喘者，是水气也。"由此可见《内经》认为喘证的病因，与"风热"、"贼风虚邪"、"岁火太过（炎暑流行）"、"岁金太过（燥气流行）"、"岁水太过（寒气流行）"及"水气"等有关，较强调外感致喘，对内伤致喘论述较少。汉·张仲景《伤寒论》中强调六经辨证及治疗，对喘证病因论述亦较少，如36条麻黄汤证之风寒束肺；40条小青龙汤证之外寒内饮；43条桂枝加厚朴杏子汤证之"下之微喘者，表未解"；63条麻杏石甘汤证之误下或误下后，余热迫肺等等。隋·巢元方所著《诸病源候论》认为不仅外邪致喘，而且与情志（怒）、饮食（饮水过多）、体质虚弱（虚劳之病）有关，如其《诸病源候论·逆气候》云："夫逆气者，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

能降低卵白蛋白和弗氏完全佐剂多次免疫家兔的血清免疫复合物含量。哮喘宁对Ⅳ型变态反应模型小鼠2、4－二硝基氯苯（DNCB）接触性皮炎和小鼠绵羊红细胞(SRBC)足垫反应亦有显著抑制作用；对小鼠脾脏溶血空斑数和血清溶血素抗体未见影响。[106]陈良良等在应用清肺补肾汤（雷公藤、炙麻黄、射干、苦参、黄芩、全瓜蒌、葶苈子、补骨脂、黄芪、鱼腥草、沉香、大枣）取得满意疗效的基础上，进行了抗过敏性哮喘的基础实验。结果表明，清肺补肾汤能够有效地抑制大鼠卵白蛋白被动皮肤过敏反应，抑制豚鼠卵白蛋白过敏性哮喘，拮抗组织胺和乙酰胆碱对支气管的痉挛作用，并有促进大鼠胸腺增殖的效果。[107]沈自尹、胡国让、许得盛等在近年来的研究表明，补肾的温阳片能全面影响哮喘发病的变态反应（总IgE和特异性IgE反应，组织胺等介质释放）和非变态反应（以Ts细胞为主的免疫调节，β受体功能、内分泌功能）的多个主要环节，使哮喘患者免疫系统和神经－内分泌系统功能得以改善，逐步摆脱哮喘发作的恶性循环，最终减轻或中止哮喘的季节性发作。他们用具有高度特异性的组织胺吸入实验，观察到服空白片对照组哮喘患者在发病季节的20%组胺浓度（PC_{20}值）进一步明显下降，而服温阳片补肾治疗组的PC_{20}值保持在缓解期水平。提示补肾法可通过对自主神经系统的调节产生影响，能通过改善β受体等功能，从而起到稳定哮喘气道反应性的作用。[108,109,110]邵长荣等依据支气管哮喘患者具有气道高反应性的特点，给25例哮喘缓解期患者服用补肾方剂（补骨脂、杜仲、桑寄生、枸杞子、款冬花、藿香）一个半月后，气急、咳嗽、胸闷、痰多等症状改善，气道反应性指标PC_{20}和第1秒用力呼气量FEV_1下降百分比与组织胺激发浓度的比值（R值）明显降低。[111]

3.2 单味药疗效机制的研究

奚肇庆综述了薤白在平喘方面的作用，薤白具有抑菌消炎，提高前列腺素（PGI_2）含量，抑制血栓素A_2（TXA_2）合成和血小板聚集，降低过氧化脂质（LPO）与抗自由基效应，是一味新的解痉平喘药。[112]黄芩具有抑制肥大细胞脱颗粒作用，且具有钙通道阻滞剂样活性。[113,114]药理研究证实，从广地龙中提取得一种含氮的有效成分（次黄嘌呤），对大鼠及家兔肺灌注具有显著的舒张支气管作用，并能对抗组织胺及毛果芸香碱引起的支气管收缩。静脉注射于豚鼠可提高对组织胺的耐受量。从地龙抗组织胺作用明显的水溶酸性部分分离得琥珀酸，将其用于临床，有宽胸、祛痰作用，并有镇静作用。[115]从银杏中提取的BN52021等系列药物，是目前使用较多的PAF拮抗剂。在动物模型实验中，BN52021不仅抑制吸入PAF后的气道反应性升高，而且降低豚鼠吸入卵蛋白、致敏兔吸入豚草后产生的AHR。初步临床应用表明，PADF拮抗剂对哮喘的支气管痉挛有一定的疗效，但对AHR的作用仍有待进一步研究。[116]

【古训今释】

1 病名溯源

在现存古代文献中《黄帝内经》一书最早记载了喘的名称和症状表现，如《灵枢·五

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阅五使》说："肺病者，喘息鼻张。"同书《灵枢·本脏篇》云："肺高则上气肩息。"汉·张仲景《伤寒论》中有不少条文论及喘证的病因、辨证和治疗。《金匮要略》中，"肺痿肺痈"、"虚劳"、"胸痹"、"痰饮咳嗽上气"、"水气"等许多篇里，也都有关于喘这一症状的论述。隋·巢元方所著《诸病源候论》一书所记载的"上气"、"咳嗽上气"与喘这一症状属异名同义。唐代《备急千金要方》、《外台秘要》广搜博采古近方书，其中有不少治喘的方子。宋代《圣济总录》比较明确地把喘病划分为肺虚、肺实、肺胀、邪气在表、邪气在里、阴证发喘、心下有水气而喘等不同证候，所载方药既多，论述也比较精详。虽然宋代医家对喘病的认识日趋丰富与深刻，但此期著作，差不多都把哮病与喘病混论，统称为喘，即使王执中《针灸资生经》中已有了哮与喘的病名，而许叔微《普济本事方》另有"齁喘"（即哮病）之说，但由于哮必兼喘，所以一直未能作出明确的分证论述，直至金元时期，明·程充辑朱丹溪《丹溪心法·哮喘》遥承前人之学，正式把"哮"作为一个独立的病名，以其"专主于痰"和具有发作性的特点而区别于喘病。从此就有了哮病和喘病二个独立的病名。迨明代虞抟《医学正传》明确地对哮与喘作出区别："喘以气息言，哮以声响言；喘促喉中如水鸡响者，谓之哮；气促而连续不能以息者，谓之喘"。

总之，喘的病名最早溯源于《黄帝内经》，但在宋代及其以前，喘与哮常合并论述，混称为喘，直至金元时期朱丹溪首次把喘病和哮病作为二个独立的病名分证论述，对后世产生了很大影响。由于二者的病因病机、证候分类和治则治法不尽相同，分病论述有利于喘病和哮病的进一步研究。

2 证候与病象

有关喘病证候的论述，从《内经》至清代诸家所著，极为丰富，但综合分析，可分为3类。即从病因学角度分为外感致喘、内伤发喘；就其病理过程而言有脏腑虚实不同；而从发病的时间看，则可概括为发作期和缓解期。

2.1 病因病机论

从古至今、历代医家对喘病的症候和病因病机的描述不尽相同，但在喘证病因认识方面有较多的一致点，多以"外邪致喘"立论。如《素问·通评虚实论》云："乳子中风热，喘鸣肩息者……"又《素问·太阴阳明论》云："犯贼风虚邪者，阳受之，则入六府……入六府，则身热、不时卧，上为喘呼。"《素问·气交变大论》："岁火太过，炎暑流行，金肺受邪，……少气，咳喘，……；岁金太过，燥气流行，甚则喘咳逆气……；岁水太过，寒气流行，甚则腹大胫肿，喘咳……。"又《素问·逆调论》云："夫不得卧，卧则喘者，是水气也。"由此可见《内经》认为喘证的病因，与"风热"、"贼风虚邪"、"岁火太过（炎暑流行）"、"岁金太过（燥气流行）"、"岁水太过（寒气流行）"及"水气"等有关，较强调外感致喘，对内伤致喘论述较少。汉·张仲景《伤寒论》中强调六经辨证及治疗，对喘证病因论述亦较少，如36条麻黄汤证之风寒束肺；40条小青龙汤证之外寒内饮；43条桂枝加厚朴杏子汤证之"下之微喘者，表未解"；63条麻杏石甘汤证之误下或误下后，余热迫肺等等。隋·巢元方所著《诸病源候论》认为不仅外邪致喘，而且与情志（怒）、饮食（饮水过多）、体质虚弱（虚劳之病）有关，如其《诸病源候论·逆气候》云："夫逆气者，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因怒则气逆，甚则呕血及食而气逆上。”而《诸病源候论·支饮候》云：“支饮谓饮水过多停积于胸膈之间，支饮乘于心，……其病令人咳逆喘息……”并对喘病证候（实喘）产生的机理作了较确切的描述。如其《上气鸣息候》云：“肺主气，邪乘于肺，则肺胀，胀则肺管不利，不利则气道涩，故气上喘逆，鸣息不通，诊其肺脉滑甚……”宋代《圣济总录》中对喘病中因内伤虚弱夹外感而形成的下虚上实的病机论述较为中肯，如该书《圣济总录·肺气喘急》谓“肺气喘急者，肺肾气虚，因中寒湿，至阴之气所为也。盖肺为五脏之华盖，肾之脉入肺中，故下虚上实，则气道奔迫，肺叶高举，上焦不通，故喘急不得安卧。”宋代严用和《济生方》对喘证病因病机的论述，较之前人更为全面，从而确立了“内伤致喘”的立论。他说：“诸气皆属于肺，喘者亦属于肺，……将理失宜，六淫所伤，七情所感，或因坠堕惊恐，渡水跌仆，饱食过伤，动作用力，遂使脏气不和，营卫失其常度，不能随阴阳出入以成息，促迫于肺，不得宣通而为喘也，……更有产后喘急，为病尤亟，因产所下过多，营血暴竭，卫气无所主，独聚于肺，故令喘……。”宋·杨仁斋《直指方》中有痰浊引起喘的描述，如其《直指方·喘嗽方论》云：“惟夫邪气伏藏，痰涎浮涌，呼不得呼，吸不得吸，于是上气促急。”从而使喘证病因病机的认识日趋完善。

金元时期的医家，其著书立说，多各明一义，因此互有发明，亦互有短长。如刘完素论喘因于火热。其《素问玄机原病式·六气为病》说“病寒则气衰而息微；病热则气甚而息粗。又寒水为阴，主乎迟缓；热火为阳，主乎急数。故寒则息迟气微；热则息数气粗而为喘也。”《儒门事亲·嗽分六气毋拘于寒述》引伸其论，谓“热乘肺者，急喘而嗽，面赤潮热。”“火乘肺者，咳喘上壅，涕唾出血。”但张从正同时也纠正了河间之偏，认为亦有“寒乘肺者，或因形寒饮冷，冬月坐卧湿地，或冒冷风寒，秋冬水中感之，嗽急而喘。”朱震亨关于喘病的病因病机内容论述更为丰富，如《丹溪心法·喘》云：“肺以清阳上升之气，居五脏之上，通荣卫合阴阳，升降往来，无过不及，六淫七情之所感伤，饱食动作，脏气不和，呼吸之息，不得宣畅而为喘急。亦有脾肾俱虚，体弱之人，皆能发喘。又或调摄失宜，为风寒暑湿邪气相干，则肺气胀满，发而为喘。又因痰气皆能令人发喘。”明代，李中梓强调喘病与内火有关，其著《医宗必读·喘》云：“愚按内经论喘，其因众多，究不越于火逆于上而气不降也。……虽然火则一，而虚实则分，……气盛而火入于肺者，补气为先，……阴虚而火来乘金者，壮水为亟，……。”清代，沈金鳌的观点与李中梓一致，在所有致喘病因中强调“热”和“虚”的重要性，其著《沈氏尊生书·哮病症治》言“独诸病喘满皆属乎热一语”，“总之，喘因虽多，而其未有不由虚者。”而明代秦景明《症因脉治·喘症论》中明确把喘病按病因分类，分作外感三条（风寒、暑湿、燥火），内伤六条（内火、痰饮、食积、气虚、阴虚、伤损），产后二条（外感喘、内伤喘），从而使喘病的病因认识更为全面。

清代，顾靖远对喘病病因的认识更为完整，他认为前人强调的喘病病因—肺中之火，有实火，亦有虚火。其书《顾氏医镜·喘病》云：“巢氏严氏本内经诸逆冲上，皆属于火之说，止言实热。然余观昔贤之论，悉有所本，不可偏废。审果实热有余所致者，则从巢氏之说治之；审果火烁肺金，真气不足所致者，则从海藏之治。其它尚有风寒暑湿火之邪、气郁、痰壅、食滞、气虚而火入于肺者，阴虚而火乘金者及肾虚气不归原和肾虚水邪泛滥。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2 脏腑虚实病机论

历代医家对喘病所涉及脏腑和其虚实及病势演变情况分别给予详细的描述。早在《黄帝内经》中提到喘病与五脏有关，《素问·经脉别论》云："夜行则出于肾，淫气病肺；有所堕恐，喘出于肝，淫气害脾；有所惊恐，喘出于肺，淫气伤心；度水跌仆，喘出于肾与骨。"清代·蒋宝素也有类似观点，他在其《问斋医案》中提到"呼出心与肺，吸入肾与肝，呼吸短促，不能相续，提之若不能升，咽之若不能下，乃子午不交，元海无根，危候谨防大汗。"喘病不仅与五脏有关，而且与胃腑亦有一定联系，这为喘病的治疗提供了一种新的思路。明代，秦景明所著《症因脉治·喘症论》一书中云："诸经皆令人喘，而多肺胃二家，喘而咳逆嗽痰者，肺也；喘而呕吐者，胃也。"清代，方仁渊和林珮琴亦有相似的看法，如方仁渊在《哮喘论治》中言"痰喘之症不一，须分虚实两途，实者因风寒痰火，大都病在肺胃。……虚者乃平素肺肾内虚，肃降摄纳无权，……"但《内经》中把喘病所涉及的脏腑主要定位在肺与肾。如《素问·藏气法时论》说："肺病者，喘咳逆气，肩背痛，汗出……虚则少气不能报息；……肾病者，腹大胫肿，喘咳身重"；《素问·至真要大论》云："诸气愤郁，皆属于肺……"；《灵枢·经脉》亦谓："肺，手太阴之脉……是动则病肺胀满膨膨而喘咳"；"肾，足少阴之脉……是动则病饥不欲食，咳唾则有血，喝喝而喘"。清代医家林珮琴，在其所著《类证治裁·喘症论治》中更为确切地解释了肺、肾作为喘病的主要病变脏器的理由和机制，他说："肺为气之主，肾为气之根，肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和。若出纳升降失常，斯喘作焉。"他还认为喘多兼胀，喘与胀因出现的时间先后不同，治疗的重点亦不一。上书还提到"喘与胀二症相因，皆小便不利，故喘则胀，胀必喘，先喘后胀者，治在肺；先胀后喘者，治在脾。"总之，喘病与五脏、胃腑相关，但病变的重点在肺脾肾。

喘病有虚实之分，早在《素问·玉机真藏论》云："秋脉太过与不及，其病皆何如？……太过则令人逆气而背痛愠愠然，其不及则令人喘，呼吸少气而咳。"其中前者指实喘，而后者指虚喘。《素问·调经论》则更为扼要，书中云："气有余则喘咳上气"，指实喘；"不足则息利少气"指虚喘。而《灵枢·本神》描述了肺气虚实时的喘病症状，他说"肺气虚则鼻塞不利，少气；实则喘喝，胸盈仰息。"前者指肺虚之喘，后者指肺实之喘。隋代，巢元方所著《诸病源候论》一书，认为："肺主于气"，故喘息与上气、咳逆上气一类疾患均系肺的病变，但有虚实之异，如《诸病源候论·虚劳上气候》云："肺主于气，……气有余则喘满逆上，虚劳之病，或阴阳俱伤，或血气偏损，今是阴不足，阳有余，故上气也。"即是论虚喘；又《诸病源候论·上气鸣息候》云："肺主气，邪乘于肺则肺胀……故气上喘逆。"即是论实喘。宋代《圣济总录》比较明确地把喘证划分为肺虚、肺实、肺胀等不同证候，并认为还有虚实夹杂证。明代，张介宾首次将喘证分为虚喘和实喘二类，并从病因病机、症状上加以详细鉴别，其著《景岳全书·杂病谟·喘促》云："气喘之病，……欲辨之者，亦惟二证而已，所谓二证者，一曰实喘，一曰虚喘也，此二证相反，不可混也。实喘者有邪，邪气实也；虚喘者无邪，元气虚也。实喘者，气长而有余；虚喘者，气短而不续。实喘者，胸胀气粗，声高息涌，膨膨然若不能容，惟呼出而快也；虚喘者，慌慌气怯，声低息短，皇皇然若气欲断，提之若不能升，吞之若不相及，劳动则甚，而唯急

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

促似喘，但得引长一息为快也。此其一为真喘，一为似喘；真喘者，其责在肺，似喘者，其责在肾。”这对后人关于喘病的临床辨证是很有指导意义。清代医家，林珮琴、叶天士、陈修园亦有类似观点，林珮琴所著《类证治裁·喘证论治》云：“夫喘分虚实，实喘者，气长而有余；虚喘者，息促而不足。实喘者，胸满声粗，客邪于肺，上焦气壅……，虚喘者，呼长吸短，肾不纳气，孤阳无根。”叶氏著的《临证指南医案·喘》在前人基础上进一步把喘病的证治纲领总结为“在肺为实，在肾为虚”。

同时喘病由于起病新久之差，虚实不同，而病位有浅深、病情有轻重之别。如《景岳全书·虚喘证治》云：“凡虚喘之证，无非由气虚耳，……若脾肺气虚者，不过在中上二焦，化源未亏，其病犹浅，若肝肾气虚，则病出下焦，而本末俱病，其病则深，此当速其根，以接助真气，庶可回生也。”这对判断疾病的预后和指导治疗有一定意义。清代，喻嘉言亦有类似看法，他在其医案中说：“人身难治之病有百证，喘病其最也。喘病无不本之于肺，然随所伤而互关，渐以造于其极，惟兼三阴之证者为最剧，三阴者，少阴肾、太阴脾、厥阴肝也，而三阴又少阴肾为最剧。”因此从前人对喘病的论述中，可看出喘病的发展是一个病位由肺及五脏，由浅入深，病性由实到虚，病情由轻到重的过程，因此为了阻断喘病的进展，预防相当重要。

2.3 临床不同阶段论

始自《黄帝内经》，到历代医家著作，对于喘病发作期的症状描述基本一致。《内经》中早有“喘息”、“息张”、“肩息”等记载，详细地描述喘证轻重不同的发作情况。如《灵枢·五阅五使》云：“肺病者，喘息鼻张。”《灵枢·本脏》云：“肺高，则上气肩息。”同时对喘病的预后和出现虚脱情况也有记载，如《素问·通评虚实论》说：“……喘鸣肩息者，脉实大也，缓则生，急则死。”《素问·阳明脉解篇》云：“……或喘而死者，或喘而生者，何也？……厥逆连脏则死，连经则生。”明代秦景明对喘病症候的描述更为详细，如其著《症因脉治·喘症论》云：“喘者，促促气急，喝喝喘息，甚者张口抬肩，摇身撷肚。”

古代对喘病急性发作期和缓解期的划分及缓解期症状无明确论述，但有类似的描述，如“发时”、“平时”、和“已发”、“未发”等划分。缓解期症状以程度不同的“虚”为主，尤其以肺肾虚弱为常见。宋代·陈无择较详细地描述了肺气虚弱症状，如其书《三因极一病证方论·喘脉证治》中云：“若气口以前脉虚者，必咽干无津，少气不足以息，此乃肺虚气乏也。”而明代·张介宾则较完整地描述了肺肾气虚，肾不纳气症状，其著《景岳全书·喘促》云：“……虚喘者，气短而不续；……虚喘者，慌张气怯，声低息短，皇皇然若气欲断，提之若不能升，吞之若不相及，劳动则甚，而唯急促似喘，但得引长一息为快也。”元代·朱震亨所著《脉因证治·喘附哮》中明确描述了肾虚之喘病的脉象，“左尺脉大而虚者是”。古人对虚喘的详细论述，为后人认识喘病缓解期症状有很大帮助。

古今对喘病证候内容的描述相当丰富，然而总以外感、内伤为其主线，从宋以前多以外感致喘立论，对内伤因素论述较少，自宋以后逐渐确立了内伤致喘的立论，并逐步扩充其内容，使其更加全面。喘病所涉及的病变脏腑亦由五脏向肺脾肾三脏集中，并阐述了喘病由浅入深，由轻至重的演变规律。归纳出实喘、虚喘的证候分类方法，指导了喘病的辨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证治疗及对预后的判断。虽然我们对喘病的认识取得了较大的进展，但仍然存在着一些没有认识和解决的区域，尚需进一步加以挖掘，并结合现代科学进行深入研究，使其日趋完善。

3 治 则 治 法

喘病，是一种本虚标实，上盛下虚的证候。发作期，虽可有本虚见症，但以标实（邪实）为主，多为实喘；缓解期，以本虚症状为常见，多为虚喘。由于对喘病所涉及病变脏器认识上的差异，故治则治法亦略有不同。

3.1 治 则

古人对喘病发作期或缓解期的治疗脏腑各有二种不同论点。发作期或实喘有治肺、治肺胃之不同；缓解期或虚喘有治脾肾、治肺肾之异。发时治肺胃，未发时治脾肾观点以清代医家王旭高为代表，如《王旭高医案》言："……一触风寒，喘即举发。治之之法，在上治肺胃，在下治脾肾，发时治上，平时治下"。发时治肺胃，未发时治肺肾论点以清代方仁渊为代表，其著《哮喘论治》说："古人谓实喘治肺，虚喘治肾，确有见地，然不可执一，实喘治肺须兼治胃，虚喘治肾兼宜治肺。"除上述二名医家支持发时治肺胃论点外，绝大多数医家认为发时治肺脏为主，这可能与喘病发作时是否伴有胃气上逆症状有一定关系。

古人对于喘病治则有发作期单纯祛邪，缓解期单纯扶正和发时以攻邪为主，未发时以扶正为主二种不同论述，前者以明代陈文治、清代王旭高为代表，陈氏著的《诸证提纲·喘证》言："凡喘之暴作，以攻邪发散为先，喘定之后，方可补养；久病喘嗽未发之前，当扶正气；已发之际，宜专攻邪，若补其既发，其喘益甚矣，此喘之先后宜分别也。"后者以明代张介宾、元代朱震亨为代表，如张氏著的《景后全书·实喘证治》云："喘有夙根，遇寒即发，或遇劳即发者，亦名哮喘。未发时以扶正气为主，既发时以攻邪为主，扶正气者须辨阴阳，阴虚者补其阴，阳虚者补其阳；攻邪气者须分微甚，或散其风，或温其寒，或清其痰火；然发久者，气无不虚，故于消散中宜酌加温补，或于温补中宜量加消散；此等证候，当卷卷以元气为念，必使元气渐充，庶可望其渐愈；若攻之太过，未有不致日甚而危者"。张介宾上面的论述中还体现了"寒则热之"，"热则寒之"，"虚则补之"，"实则泻之"，"攻补兼施"等治喘之原则，喘病有新旧不同，轻重不一，虚实之异，因此治则上亦因针对不同情况分别论之较为合适。

3.2 治 法

古人关于喘病的治法有很多，主要有解表法、降逆理气法、治痰法、补肺法和补肾法等五种。

解表法，古代医家对解表法早有载述，如宋代《圣济总录·伤寒喘》"伤寒喘，其证不一，古人亦各求其，……故在表者当汗，……"。"风寒喘逆之治，风气胜者，宜散风解表"。明代张介宾对解表法的论述更为具体，其著《景岳全书·实喘证治》言："治风寒之实喘，宜以温散，治火热之实喘，治以寒凉"。其中"温散"指辛温发散法，而"寒凉"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则包括辛凉发散和寒凉清肺法在内。清·李中梓对解表法的内容又有新的补充，其著《医宗必读·喘》云："风寒者解其邪，……湿气者利其水，……暑邪者涤其烦"。外邪是喘病发作的主要诱发因素，因此解表法是治疗喘病经常使用的方法之一。正如清·沈金鳌所著《沈氏尊生书·哮病症治》中所记载，"喘遇秋冬即发，寒包热，解表则愈"。

理气降逆法，肺气壅滞和肺气不降是喘病的主要病机，故理气降逆亦是喘病的主要治法之一。如明代秦景明《症因脉治·喘病症论》提出了伤损喘逆的治法，他说："伤损喘逆之治，理气调逆，和血去瘀"。而明·龚信辑《古今医鉴·喘急》中提出了情志致喘的治法，"惊忧者，惕惕闷闷，引息鼻胀，与之宽中下气，……有气急者，呼吸急促而无痰声，降气为主"。清代医家方仁渊对理气降逆法有自己的理解，其著《哮喘论治》云："痰喘之症不一，须分虚实两途，实者因风寒痰火，大都病在肺胃，……乃风温痰热壅于肺胃，不得降化也，宜宣通肺络，清降胃气"。

治痰法，痰饮既是喘病的主要病理产物，又是致病因素，因此治痰之法显得很重要。关于痰喘的治法，以明张介宾的论述最为精辟，其著《景岳全书·实喘证治》云："有痰喘之说，前人皆曰治痰，不知痰岂能喘，而必有所以生痰者，此当求其本而治之。……然痰之为病，亦惟为病之标耳，犹必有生痰之本，故凡痰因火动者，必须先治其火。痰因寒生者，必须先去其寒。至于或因气逆，或因风邪，或因湿滞，或因脾胃虚弱，有一于此，皆能生痰。使欲治痰而不知治其所以痰，则痰终不能治，而喘何以愈哉。"至于痰的具体治法，清代喻嘉言在其《喻嘉言医案》有详细论述，他说："治痰之法，曰驱，曰导痰，曰涤，曰化，曰涌，曰理脾，曰降火，曰行气。"另外对于肝气横逆，扰动痰饮之喘逆，《凌晓五医案》中有"治宜平肝降逆，理气豁痰之治法。"

由于喘病的起因不同，因此在治疗喘病过程中会配合其他一些治法，如通下、利尿、消导、活血等法。如宋《圣济总录·伤寒喘》中云："在里者宜下，至于心下有水而喘，又当利其小便"。明代秦景明《症因脉治·喘症论》中云："食积喘逆之治，宜消化者，……大便秘结者，用下法"，等。

补肾法，肾虚肾不纳气是喘病晚期的主要症候，因此补肾法亦是喘病的主要治法之一。元代医家朱震亨对此就有简要论述，其著《脉因证治·喘附哮》云："虚喘，由肾虚，呼吸气短，……宜补肾"。明代秦景明对肾阴虚火旺的治法有扼要论述，其书《症因脉治·内伤喘逆·内火喘逆》云："内火喘逆之治，肾虚火旺，宜养阴制火，壮火之主，以镇阳光。"而同期李中梓则论述了肾阳虚水泛的治法，他在《医宗必读·喘》中说："肾虚水邪泛滥，逐水下流，金匮肾气丸"。相当于现在的温肾利水法。

补肺法，喘病经久不愈，必然导致肺气虚弱，故补肺法亦是治喘病的主要治法之一。如明代龚信辑《古今医鉴·喘急》就记载有治肺气虚寒之法，如"治喘之法，当究其原，肺虚肺寒，……法当温补"。而同期张介宾对补肺法的阐述更为全面，其书《景岳全书·虚喘证治》云："老弱人久病气虚发喘者，但当以养肺为主，凡阴胜者，宜温养之，阳胜者宜滋养之"。

喘病急性期的治法原则上采用有表邪则须解表，有肺实则须泻肺，有痰者则治痰，有虚者须补之。正如清代林珮琴《类证治裁·喘病论治》所言："夫喘分虚实，实喘者，……客邪于肺，上焦气壅，治宜疏利；虚喘者，……肾不纳气，孤阳无根，治宜摄固。"但在

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床上尚存在着虚实夹杂，上实下虚之证。如《薛生白医案》中记载："咳嗽半载，喘急不卧，……，此肺肾两虚也……今肾气亏乏，吸不归根，三焦之气，出多入少，所以气聚于上而为喘嗽，……法当清气于上，纳气于下，使肺得其清宁，肾得其蛰藏，则气自纳而喘自平矣。"即标本兼治法。

对于喘病危重证的治法，古人亦有论述，如清代沈金鳌著《沈氏尊生书·哮病症治》中言"……喘不休，汗出如油，气脱也，不治，惟独参汤浓煎多服，或可少延时日。"即是益气固脱法的应用，同期林珮琴的《类证治裁·喘症论治》中记载了重度肾不纳气之喘病的治法，"……肾阳虚而气脱，孤阳浮越，面赤烦躁，火不归元，七味地黄丸加人参、麦冬，肾不纳气，身动即喘，阴阳枢纽失交，急须镇摄，肾气汤加沉香。"

总之喘病的治法，大法不外乎虚则补之，实则泄之，寒则热之，热则寒之。一般实喘其治在肺，解其外邪，则其喘自平，虚喘其治在肺肾，或补益肺肾，或益肾填精，或温肾壮阳，纳气归元，亦可逐渐向愈，惟病可由多种原因引起，故又应特别注意处理原发病，以求其本，如气随血脱之喘，当益气固脱，瘀血上冲之喘，当活血化瘀；气郁不舒，肝气横逆之喘，当疏肝理气；饮食积滞之喘，当消导攻下之类，不可一见气喘，便漫投平喘套方，延误病情，特别是大出血或疾病后期出现呼吸迫促，似断似续，兼见冷汗，足冷者，是脱证危候，应积极抢救，否则立致危殆。

喘证之属实证者，一般易于见效；虚证之喘，因精气亏损，难以骤复，故治之较难，效果也较差，应在严密的辨证之下，守方治疗，巩固疗效，同时患者还应积极配合治疗摄生，以改变和增强体质。正如明代李中梓著的《医宗必读·喘》中所言"治实者攻之即效，无所难也。治虚者补之未必即效，须悠久成功，其间转折进退，良非易也。故辨证不可不急，而辨喘证尤为急也。"

4 方剂用药归类

古人治喘病的方剂根据用药途径和药物性质不同可分为内服、外用、食疗三大类，内服方剂根据方剂作用的急缓和药物的成分、毒性不同又可分为急救疗喘方、含金属或毒性物质方剂和一般作用方剂。

4.1 内 服 方 剂

4.1.1 急救疗喘方剂

古书中记载一些治疗喘病危重证的方剂，如《圣济总录》中的八珍丸、金箔丸，《金匮要略》中皂荚丸，《顾氏医镜》中的参附汤，《诸症提纲》的返阴丹。常用药物有二类：一是涤痰开窍，清心镇静作用药物，如胆星　水牛角　羚羊角　牛黄　冰片　硼砂　朱砂　珍珠　金箔　皂荚等；二是回阳救逆作用药，如人参　制附子　干姜等。

4.1.2 含金属或毒性药物方剂

用金属或毒性药物治疗喘病是古籍治喘的一个特点，用金属治疗喘病方剂有《圣济总录》的金箔丸和《沈氏尊生书》的黄连膏，常用金属有金箔、水银等。用毒性药物治喘的方剂有《顾氏医镜》的八仙长寿丸，《圣济总录》的八珍丸、杏仁丸、金箔丸、款冬花丸、葶苈丸、银粉丸，《黄帝素问宣明论方》中的大人参半夏丸、神应丹、新添半夏瓜蒌丸，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《素问病机气宜保命集》的半夏丸，《诸症提纲》中的小萝皂丸、定息饼子、兜铃丸、黄芩利膈丸，《小儿药证直诀》中的白饼子、褊银丸，《类证治裁》中的灵砂丹，《沈氏尊生书》的神仙住喘汤，《本事方》中的紫金丹，《症因脉治》煮黄丸，《丹溪心法》中的痰喘方。常用毒性药物有铅丹　朱砂　白矾　雄黄　轻粉　白砒　硫黄　水银等。

4.1.3　一般方剂

4.1.3.1　含解表作用方剂　外感是喘病发作或加重的主要因素，因此祛风解表法亦是古籍中治喘的常用方法之一。具体含解表作用的方剂有《丹溪心法》中的九宝汤、三拗汤，《黄帝素问宣明论方》中的人参润肺汤、人参保肺汤、大人参半夏丸、神应丹、葶苈散，《伤寒论》中的小青龙汤、麻黄汤、桂枝加厚朴杏仁汤、葛根芩连汤，《金匮要略》中的小青龙加石膏汤，《症因脉治》中的干葛竹茹汤、防风桔梗汤、防风泻白散、前胡汤、前胡苏子饮、清暑益元散、甦醒汤，《圣济总录》中的木通饮、生地煎、杏仁丸、桔梗汤、殊效汤、紫菀汤、款气丸、款冬花丸、黄芩汤、黄芪汤、蔓荆子散，《沈氏尊生书》中的定喘汤，《三因极一病证方论》中的清肺汤，《顾氏医镜》中的疏邪利金汤，《备急千金要方》中的橘皮汤。常用解表药物有麻黄　薄荷　生姜　紫苏　葱白　白芷　葛根　荆芥　柴胡　连翘　藿香桂枝　细辛　防风　升麻　牛蒡子　蝉蜕　前胡　羌活　淡豆豉　汉防己　香薷　蔷本　独活　蔓荆子等。

4.1.3.2　清化热痰方剂　清化热痰法亦是古人治喘的常用方法之一，具体含清化热痰作用的方剂有《圣济总录》中的木通饮、甘草桔梗汤、生姜泄肠汤、白前丸、石膏汤、华盖散、华盖汤、地骨皮汤、百部汤、贝母煎、贝母饮、贝母汤、泻肺丸、泻肺汤、前胡饮、枸杞汤、柴胡饮、苦葶苈丸、桑白皮散、马兜铃汤、紫菀饮、紫菀汤、麻黄汤、款气秘效丸、款气丸、款冬花汤、犀角饮、黄芩汤、黑金散，《素问病机气宜保命集》中的双玉散、《黄帝素问宣明论方》的葶苈散，《备急千金要方》中的大前胡汤，《症因脉治》中的加味泻白散、四物青黛汤、石膏泻白散、知母甘桔汤、柴胡清肝散、栝蒌根汤，《沈氏尊生书》中的桔梗汤、定喘汤，《伤寒论》黄连解毒汤、麻黄杏仁石膏汤，《顾氏医镜》麻杏石甘汤、顺气开痰汤、泻白散，《卫生宝鉴》定喘汤，《诸症提纲》中的新增加味散邪定喘汤、葶苈散，《金匮要略》的葶苈大枣泻肺汤。常用清化热痰药物有黄芩　桑白皮　桔梗　生石膏　寒水石　枳实　前胡　地骨皮　知母　青黛　竹沥　山栀　竹茹赤茯苓　紫菀　款冬花　葶苈子　竹叶　大黄　百部　贝母　马兜铃　白茅根　天花粉　连翘　瓜蒌　薏苡仁　射干　灯芯草　芦硝　郁金　枇杷叶　黄连　黄柏　羚羊角　海蛤粉等。

4.1.3.3　温化痰饮方剂　病痰饮者，当与温药和之。因此温化痰饮法亦是古书中治喘不可缺少的方法之一，具有温化痰饮作用的方剂有《类证治裁》的七气汤，《备急千金要方》中的大五饮丸、大枣汤，《圣济总录》的大半夏丸、小青龙加杏仁去麻黄汤、川椒丸、半夏丸、半夏汤、细辛散，《伤寒论》中的小青龙汤，《金匮要略》中的小青龙加石膏汤、厚朴麻黄汤，《顾氏医镜》中的加味六君汤，《医宗必读》中的渗湿汤。方中常用温化痰饮的药物有：半夏　生姜　肉桂　肉苁蓉　桂心　细辛　附子　肉豆蔻　干姜　沉香　川椒　皂荚　白前　白芥子　厚朴　丁香等。

4.1.3.4　温化清化痰饮并用方剂　寒痰化热，寒热并见亦是喘病的一个特点，因此

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

古方中有不少温化清化寒热并用方剂，具体有《黄帝素问宣明论方》的大人参半夏丸，《圣济总录》的木香丸、白前汤、杏仁丸、厚朴枳壳汤、茯苓汤、通膈汤，《古今医鉴》中的定喘汤，《症因脉治》的前胡汤，《备急千金要方》的厚朴汤、麻黄引气汤，《金匮要略》中的射干麻黄汤，《医心方》中的效验方游气汤，《沈氏尊生书》的桔梗二陈汤。方中常用药物参见清化痰饮和温化痰饮方剂。

4.1.3.5 理气燥湿化痰方剂 理气燥湿化痰法亦是古人治喘的常用方法之一，古籍中具有理气化痰作用的方剂有《丹溪心法》的千缗汤、四磨汤、导痰汤、苏子降气汤、痰喘方，《诸症提纲》中的大萝皂丸、小萝皂丸、香附南星丸、黄芩利膈丸、新增加味散邪定喘汤，《景岳全书》中的六安煎，《素问病机气宜保命集》中的半夏丸、款气丸，《黄帝素问宣明论方》的杏仁半夏汤，《伤寒标本心法类萃》的茯苓半夏汤，《圣济总录》中的半夏丸、固气汤、紫苏散，《顾氏医镜》的沉香降气散、顺气开痰饮，《沈氏尊生书》中的定喘汤。古方中常用理气燥湿化痰药物有：半夏 皂角 生姜 南星 陈皮 白芥子 茯苓 枳壳 杏仁 沉香 砂仁 木香 乌药 郁金 苏子 厚朴 前胡 枳实 香附 莱菔子 苏梗 大腹皮 猪苓 槟榔等。

4.1.3.6 消食导滞和泻下通便方剂 肺胃之气同降，肺与大肠相表里，因此消食导滞，泻下通便，通畅腑气是古人治喘的方法之一，古人治疗食喘的方剂有《顾氏医镜》的保和丸，《症因脉治》的保和丸和《沈氏尊生书》的资生丸。常用消食导滞药物有山楂 神曲 麦芽 连翘仁 萝卜子 白蔻仁等。泻下通便法治喘的方剂有《诸症提纲》中的二母散、定息饼子、《备急千金要方》中的大五饮丸、木防己汤，《圣济总录》的大承气汤、五灵脂汤、双仁丸、天门冬丸、生姜泄肠汤、柴胡饮、降气散、桂皮汤，《小儿药证直诀》的白饼子，《素问病机气宜保命集》的利膈丸，《类证治裁》的杏仁丸，《症因脉治》的牡丹皮散。常用泻下通便药物有巴豆 大黄 芒硝 枳实 厚朴 槟榔 杏仁 桃仁 核桃肉 冬瓜仁 蓖麻子 牵牛子等。

4.1.3.7 利水逐饮作用方剂 痰饮和水饮既是喘病的病理产物，又是喘病的致病因素，因此利水逐饮法亦是古人治喘的方法之一。所用方剂有《备急千金要方》的大五饮丸、木防己汤、肺脏方，《圣济总录》中的大腹皮汤、天门冬煎、白前汤、赤茯苓汤、防己丸[1,2]，泽漆汤、芸苔子丸、甜葶苈丸、猪苓汤、葶苈丸，《儒门事亲》的导水丸，《金匮要略》的苓桂术甘汤、葶苈大枣泻肺汤，《素问病机气宜保命集》的款气丸。方中常用利水逐饮药物有甘遂 芫花 大戟 葶苈子 大腹皮 赤茯苓 桑白皮 木通 白茯苓 木防己 汉防己 牵牛子 滑石 泽漆 陈皮 泽泻 猪苓 桂枝 麻黄等。

4.1.3.8 含活血化瘀作用的方剂 活血化瘀法是喘病出现瘀血指征时所用的方法，古书中亦有一些用此法治喘的方剂，具体有《症因脉治》的白及散、夺命散（产后）、牡丹皮散（产后）、桃仁红花汤（产后），《景岳全书》的玉女煎，《圣济总录》的水蓼散、双仁丸、前胡饮、鳖肺丸，《黄帝素问宣明论方》的大百劳散。方中所用活血化瘀药物有白及 牛膝 三棱 苏木 桃仁 没药 血竭 当归 大黄 赤芍 蒲黄 泽兰 延胡索 山楂 五灵脂等。

4.1.3.9 含益气养阴作用方剂 益气养阴法是古籍中治疗虚喘的常用方法之一，古书中含益气养阴作用的方剂有《圣济总录》的七宝丸、五味子汤、天门冬丸[1,2]、天门

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冬煎、玉液饮、生地煎、地黄汤[1,2]、旋覆花汤、紫菀杏仁煎、紫菀散、紫菀汤、紫苏知母汤、紫金丸、黄芪汤，《诸症提纲》中的二母散、人参理肺汤，《黄帝素问宣明论方》的人参润肺汤、人参保肺汤、小百劳散、安神散、知母茯苓汤，《症因脉治》的人参白虎汤、四物知柏汤、四物青黛汤、参冬饮、参橘煎，《三因方》的人参散、白术汤、神秘汤、神效散、鳖肺圆，《类证治裁》中的人参定喘汤，《朱肱活人书》的五味子汤，《景岳全书》中的玉女煎，《顾氏医镜》的生脉散，《沈氏尊生书》的琼玉膏。方中常用的益气养阴药物有麦冬 生地 知母 款冬花 川贝母 人参 白术 甘草 粳米 橘红 当归 罂粟壳 黄芪 茯苓 川芎 阿胶 乌梅 五味子 天冬 紫菀 生地汁 白蜜 藕汁 麦冬汁 白芍 熟地 玄参 半夏 黄精 百合 玉竹 大枣 百部等。

4.1.3.10 含补益肺肾作用的方剂 补益肺肾法亦是古人治虚喘的常用方法之一，古书中有此作用的方剂有《顾氏医镜》中的八仙长寿丸、六味肾气汤，《黄帝素问宣明论方》中的大百劳散，《景岳全书》中的大补元煎、大营煎、小营煎、贞元饮，《圣济总录》中的大泽泻汤、木香丸、水蓼散、补肺汤、蛤蚧丸、黄芩汤，《古今医鉴》中有参桃汤，《症因脉治》中的家秘天地煎、家秘肝肾丸，《三因方》的真应散、神秘散、理气园，《金匮要略》中的肾气丸，《沈氏尊生书》的嵩崖脾肾丸，《类证治裁》的钟乳丸。方中常用补肺肾药物有熟地 山萸肉 山药 丹皮 茯苓 泽泻 牛膝 麦冬 五味子 紫河车 沉香 人参 白术 陈皮 半夏 甘草 苍术 蛤蚧 鳖甲 附子 干姜 茴香 黄芪 当归 枸杞子 杜仲 肉桂 炮姜 补骨脂 生地 磁石 白芍 肉豆蔻 丁香 覆盆子 白石英 钟乳石 天冬 胡桃肉 黄柏 知母 干地黄 阿胶 仙茅 益智仁 桂枝 大枣 砂仁等。

4.2 外用方剂

清代·林珮琴著的《类证治裁》中记载有治喘的外用方—三建膏，它由天雄 川乌 川附 桂心 官桂 桂枝 花椒 干姜 黄丹 细辛各二两组成，做成膏药后外贴双侧肺俞穴。

4.3 食疗方

古书中用食疗法治喘的方剂有《类证治裁》中的杏仁丸，《古今医鉴》中的参桃汤，《圣济总录》中的殊效汤、猪胰散方、酥蒜煎。方中常用食物有杏仁 核桃肉 胡桃肉 干柿饼 陈皮 健猪胰 腻粉 酥 蒜 姜汁等。

展 望

喘病属危害人类健康，极难彻底治愈的重大疾病。中医对本病的防治较西医有很大的优势和特色，展望未来，在许多方面需要进一步的深入研究。

近 30 年，用现代科学方法对喘病的几个证候分类（寒痰、热痰，肺虚、脾虚、肾虚）的实质及治疗上作了较深入的研究，亦取得了一定的进展，研制了用于喘病缓解期的诸如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

固本咳喘片等药，并对外用中药敷贴穴位法治疗喘病机理进行了探索，取得了一定的疗效。尽管目前中医关于喘病的研究文章很多，经验也不少，但大多数缺乏统一的诊断、分型及疗效判断标准，加之科研设计缺乏严谨性给研究和比较带来一定的困难。中医的喘病包括西医学的几个疾病，因此，迫切需要使喘病的中医诊断、证候分类及疗效判别标准进一步标准化、规范化及客观定量化。迫切需要集中人力物力加强对喘病的临床和基础进行进一步研究。

（张贻芳　苗青　李春生　秦英　高鹏　唐玲华）

近现代参考文献

[1] 张洪春．全国中医内科学会肺系病学术会议述要．中国医药学报，1992（4）:55

[2] 许德盛等．温阳片防治支气管哮喘远期疗效观察．上海中医药杂志，1989（12）:4

[3] 史锁芳．支气管哮喘治疗方案及组方新构想．中医药信息，1993（3）:11

[4] 史宇广、单书健．当代名医临证精华·咳喘专辑．北京：中医古籍出版社．1988．98，94，86

[5] 张洪春，等．祛风解痉法治疗哮喘病的临床研究．北京中医药大学学报，1995（4）:27

[6] 李静，等．活血定喘方治疗发作期支气管哮喘的研究．山东中医学院学报，1995（2）:129

[7] 武维屏，等．肝与咳、喘、哮．北京中医学院学报，1990（2）:11

[8] 傅继勋．邵长荣治疗支气管哮喘的经验．中医杂志，1988（3）:12

[9] 钱朝余，等．补肺定喘丸对肺虚型哮喘缓解期限疗效观察．新中医，1996（1）:26

[10] 许得盛，等．扶正法缓解哮喘发作的作用探讨．中国中西医结合杂志，1996（4）:198

[11] 黄维良．祛风解痉汤治疗小儿咳喘52例体会．新中医，1994（3）:25

[12] 宋修亭．自拟蝉蜕定喘汤治疗哮喘130例．四川中医，1994（9）:25

[13] 邢萍．宣肺降气汤治疗咳喘280例．河北中医，1993（1）:9

[14] 李良彪．宣肺定喘汤与固本定喘汤在临床上的研究院与运用．中医药研究，1994（2）:15

[15] 王玉，等．喘嗽宁治疗哮喘308例的疗效观察．中国医药学报，1988（3）:41

[16] 陈军，等．厚朴汤治疗顽固性哮喘30例．湖北中医杂志，1996（1）:41

[17] 董振华，等．祝谌予治疗哮喘的经验．浙江中医杂志，1994（1）:19

[18] 邵长荣，等．川芎平喘合剂防治支气管哮喘的临床与实验研究．中国中西医结合杂志，1994（8）:465

[19] 朱腾．复元活血汤治疗哮喘12例疗效观察．江西中医药，1992（5）:33

[20] 高建华．血府逐瘀汤治疗喘证66例观察．黑龙江中医药，1991（3）:22

[21] 王学东，等．天地哮灵治疗支气管哮喘的临床观察．新中医药，1996（1）:24

[22] 张镜人，等．补肾益肺法在哮喘持续状态抢救中的应用．中西医结合杂志，1983（1）:8

[23] 陈良良，等．清肺补肾法和清肺平喘法治疗支气管哮喘发作的对比观察．中西医结合杂志，1990（4）:22

[24] 李传方．标本兼治青少年慢性反复发作性哮喘．中医杂志，1985（10）:41

[25] 许德盛，等．宁喘冲剂对哮喘防和治双重作用观察．中国医药学报，1995（5）:15

[26] 陈超，等．补肾益肺法治疗哮喘病300例．中医函授通讯，1993（6）:14

[27] 武维屏，等．调肝理肺法治疗哮喘174例临床观察．北京中医学院学报，1990（4）:19

[28] 熊家平．平肝泻肺法治疗哮证46例．浙江中医杂志，1988（2）:76

[29] 张健明．疏肝理气法在哮喘治疗中的应用．上海中医药杂志，1992（4）:8

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[30] 王德E，等．咳喘从肝论治．浙江中医学院学报，1993（4）:10
[31] 谢建农．清肝泻肺汤治疗肝咳78例．江苏中医，1993（3）:16
[32] 沈自尹，等．温阳片预防支气管哮喘季节性发作及其原理研究．中西医结合杂志，1986（1）:17
[33] 邵桂珍．补肾法治疗支气管哮喘31例．陕西中医，1986（7）:442
[34] 李国奇．补肾法治疗哮喘33例．四川中医，1988（7）:15
[35] 张永涛．温阳补肾法治疗激素依赖性慢喘支28例．江苏中医，1995（8）:6
[36] 高铎．论喘证治疗五法．北京中医，1996（6）:25
[37] 李世君．通肺定喘的临床应用．四川中医，1987（2）:17
[38] 马仁美．王正公治疗支气管哮喘143例疗效总结．上海中医药杂志，1989（3）:30
[39] 朱秀峰．中药治疗支气管哮喘95例临床观察．江苏中医杂志，1982（6）:22
[40] 李广龙，等．珠贝定喘丸治疗哮喘、慢性支气管炎359例疗效观察．新中医，1986（2）:21
[41] 王锁才，等．当归精油丸对支气管哮喘止喘作用的临床观察．天津中医，1986（1）:4
[42] 贝润甫．姜春华教授截治支气管哮喘的临床经验．中西医结合杂志，1986（9）:566
[43] 李智华．抗敏煎治疗过敏性哮喘48例．湖南中医杂志，1988（3）:43
[44] 李富生．芍药甘草汤治疗哮喘．中医杂志，1987（9）:66
[45] 陈德智．太子参止咳平喘散治疗支气管哮喘506例疗效观察．湖北中医杂志，1996（1）:36
[46] 傅洁．地龙液即刻平喘的临床和实验研究．上海中医药杂志，1991（2）:24
[47] 许德金，等．丹参防治支气管哮喘的临床及血液流变学的研究观察．江苏中医，1992（9）:38
[48] 汪世平，等．黑锡丹治喘证的远期疗效观察．新中医，1988（15）:20
[49] 高建华．血府逐瘀汤治疗喘证66例观察．黑龙江中医药，1991（3）:22
[50] 吴雪姣，等．五子温肾润肺汤治疗寒喘48例．吉林中医药，1995（2）:12
[51] 陈慧贞．双麻贝雾化剂治疗喘证气道痰阻者100例疗效观察．新中医，1995（10）:39
[52] 施赛珠，等．某些平喘方药的临床应用和研究进展．中医杂志，1985（4）:74
[53] 曹鸣高，等．支气管哮喘证治．中医杂志，1984（10）:4
[54] 臧俊岐．针刺对哮喘192例的即刻平喘效果观察．中医杂志，1989（12）:32
[55] 曲敬来，等．针刺足三里对脾虚型支气管哮喘的即刻平喘作用．中医药信息．1990（6）:38
[56] 严芳，等．针刺加拔罐治疗支气管哮喘54例．中国针灸，1989（3）:42
[57] 王全仁，等．针灸膻中穴配拔火罐治疗哮喘155例疗效观察．中国针灸，1993（1）:17
[58] 邵经明．针灸治疗哮喘188例临床观察及实验研究．河南中医，1992（2）:68
[59] 赖新生，等．养子法治疗支气管哮喘的临床疗效和环核苷酸、皮质醇变化的初步观察．中国针灸，1988（6）:38
[60] 马明非．针刺手部喘点治疗喘咳病100例小结．甘肃中医学院学报，1990（3）:29
[61] 严华，等．化脓灸对哮喘患者免疫功能的影响．上海针灸杂志，1989（1）:17
[62] 李志明，等．瘢痕灸治疗182例喘息的疗效观察．中国针灸，1982（5）:13
[63] 张舒雁，等．化脓灸治疗哮喘疗效观察．浙江中医学院学报，1990（2）:50
[64] 刘祖政．艾灸治疗支气管哮喘40例疗效观察．湖南中医杂志，1986（2）:40
[65] 黄进贵．艾灸自拟八华穴为主治疗支气管哮喘80例．陕西中医，1989（12）:553
[66] 连维真，等．红外线灸治哮喘病临床观察．浙江中医学院学报，1989（4）:48
[67] 孙兰英，等．三伏灸贴治疗哮喘多指标观察与分析．上海针灸杂志，1987（3）:3
[68] 刘玉芬，等．"三伏灸"治疗气管炎哮喘作用观察．中国针灸，1989（5）:16
[69] 梁栋富，等．气象因素在三伏灸治疗哮喘中的作用观察．上海针灸杂志，1992（2）:3
[70] 姚云任，等．穴位贴药治疗347例咳喘病疗效观察．河南中医，1988（4）:40

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[71] 杨廉德，等．白芥子泥丸穴位贴敷治疗慢支哮喘580例临床观察．甘肃中医学院学报，1989（2）：16
[72] 张庆祯，等．伏天贴药疗法对1500例支气管哮喘的疗效观察．中国医药学报，1991（1）：51
[73] 董征，等．消喘膏对223例哮喘患者的10年疗效观察．中西医结合杂志，1988（6）：336
[74] 阎怀士，等．穴位敷贴对哮喘患者血清干扰素的影响．上海针灸杂志，1992（2）：7
[75] 王忆勤，等．中药敷贴离子导入治疗哮喘发作64例．浙江中医杂志，1989（5）：203
[76] 刘益斌，等．穴贴疗法为主治疗支气客哮喘132例．广西中医药1989（1）：22
[77] 陈家鼎．针刺加贴敷治疗支气管哮喘与慢性支所联系实际炎．浙江中医杂志，1990（3）：101
[78] 俞瑜，等．埋线法治疗哮喘200例临床观察．内蒙古中医药，1993（1）：31
[79] 罗永芬，等．肠线穴位埋藏法治疗外籍支气管哮喘患者90例．成都中医学院学报，1992（4）：29
[80] 管遵惠，等．肠线穴位埋藏治疗哮喘80例临床观察．中国针灸，1992（1）：7
[81] 王三山．兔垂体穴位埋藏治疗慢性支气管炎支气管哮喘1000例疗效观察．中国针灸，1989（1）：1
[82] 孙颖，等．穴位兔脑埋藏治疗支气管哮喘760例．实用中西医结合杂志，1992（2）：85
[83] 蔡永良．穴位埋藏兔脑垂体治疗哮喘600例．陕西中医，1989（12）：552
[84] 姬树鹏，等．胎儿胸腺穴位埋藏治疗支气管哮喘32例疗效分析．临床儿科杂志，1991（1）：12
[85] 姬树鹏，等．胎儿胸腺穴位埋藏治疗支气管哮喘32例疗效分析．临床儿科杂志，1991（1）：12
[86] 唐维礼．异体脂肪穴位埋藏治疗慢性支气管炎支气管哮喘1500例疗效观察．中国针灸，1991（2）：1
[87] 尹芳秋，等．穴位埋线配合兔脑垂体埋藏治疗慢性支气管炎与支气管哮喘536例疗效观察．针灸学报，1991（4）：29
[88] 林卓友．黄芪穴位注射防治小儿哮喘47例．江苏中医，1992（4）：20
[89] 王建新，等．维生素K_3穴位封闭治疗支气管哮喘123例．实用中西医结合杂志，1990（4）：238
[90] 高正今．异搏定穴位注射治疗哮喘疗效观察．中西医结合杂志，1990（2）：118
[91] 吕玉霞，等．转移因子穴位注射对儿童支气管哮喘的疗效观察．黑龙江中医药，1993（5）：35
[92] 陈剑平．核酸针穴位注射防治哮喘98例临床观察．中医药研究，1991（5）：35
[93] 何树槐，等．激光照射治疗小儿支气管哮喘．中国针灸，1991（2）：25
[94] 赵世荣．穴位割治法治疗支气管哮喘456例．陕西中医，1989（3）：130
[95] 尉迟静，等．耳贴治疗支气管哮喘．黑龙江中医药，1987（1）：6
[96] 李邦雷，等．耳穴贴压治疗支气管哮喘及改善免疫功能的观察．中国针灸，1992（2）：11
[97] 符文彬．眼针控制哮喘发作76人次即时疗效观察．北京中医学院学报，1993（3）：64
[98] 洪圣达，等．液氮冷冻穴位治疗咳喘症204例疗效分析．中国针灸，1989（2）：7
[99] 叶树棠，等．穴位免疫疗法治疗尘螨过敏性哮喘的疗效观察．中西医结合杂志，1987（8）：486
[100] 周荣林．血位脱敏治疗变态反应性哮喘的疗效观察．中西医结合杂志，1989（4）：216
[101] 王筠默，等．小青龙汤平喘作用的研究．中成药研究，1982（3）：22
[102] 李健春，等．麻杏石甘汤对第Ⅰ型变态反应影响的实验研究．辽宁中医杂志，1983（8）：43
[103] 施赛珠，等．某些平喘方药的临床应用和研究进展．中医杂志，1985（4）：74
[104] 钟南山，等．降气定喘散对支气管哮喘患者心肺功能的作用．中西医结合杂志，1987（1）：24
[105] 李美珠，等．益气平喘防治的药理研究．中成药、1992（1）：28
[106] 钱伯初，等．哮喘宁免疫药理研究—抗Ⅲ、Ⅳ型变态反应．中西医结合杂志1987（1）：38
[107] 陈良良，等．清肺补肾汤抗过敏性哮喘研究．中西医结合杂志，1990（1）：37
[108] 沈自伊，等．补肾法预防哮喘的变态和非变态反应的机理研究．中西医结合杂志，1989（2）：82
[109] 胡国让，等．补肾法对支气管哮喘患者血清IgE和T细胞亚群水平的影响．中医杂志，1983（5）：33

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[110] 许得盛，等．哮喘患者淋巴细胞β受体功能测定和对温阳片疗效的评价．中西医结合杂志，1987 (2):71
[111] 邵长荣，等．支气管哮喘缓解期补虚后气道反应性测验．上海中医药杂志，1988 (1):21
[112] 聂肇庆．薤白平喘作用的临床应用与展望．中西医结合杂志，1991 (9):575
[113] 梁学谦．国外对甘草、黄芩的免疫学研究．天津医药，1997 (5):44
[114] 高贤钧．中草药钙通道阻滞剂的研究与展望．中西医结合杂志，1990 (7):447
[115] 周金黄，等．中药药理学．上海：上海科学技术出版社，1986．168
[116] 王长征．血小板活化因子与气道高反应性．国外医学．呼吸系统分册，1993 (2):76

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❀ 哮　病 ❀

哮病又称哮喘病、哮证，是一种常见的反复发作的肺系疾患。它是由宿痰伏肺，复因外邪、饮食、情志、劳倦等因素，致气滞痰阻，气道挛急、狭窄而发病。以发作性喉中哮鸣有声，呼吸困难，甚则喘息不能平卧为主要表现。相当于西医学的支气管哮喘病。据不完全统计，全世界约有 1 亿以上的哮喘病患者，我国至少也有 1～2 千万，哮喘病发病率的增加已引起国际上的广泛的关注。美国及欧洲一些国家于 1992 年纷纷制定了哮喘病的防治指南。联合国世界卫生组织也于 1993 年制订了“全球性哮喘防治战略”的文件，就哮喘病的流行病学、病因、发病学、定义及诊断、治疗，社会经济问题及教育等方面取得共识，以提高其防治水平。

【今日临床】

1　诊 断 标 准

关于哮喘病的诊断标准，西医诊断目前多参考中华医学会呼吸病学会于 1993 年制定的支气管哮喘的诊断及疗效评定标准。中医诊断标准有国家中医药管理局制定的行业标准(ZY)，及中国中医药学会内科学会制定的哮喘病诊断及疗效评定标准。一般多采用国家中医药管理局制定的行业标准，现摘录如下：

1.1　病名诊断标准

主症：发作时喉中哮鸣有声，呼吸困难，甚则张口抬肩，不能平卧，或口唇指甲紫绀，两肺可闻及哮鸣音，或伴有湿啰音。

诱发因素：呈反复发作性。常因气候突变、饮食不当、情志失调、劳累等因素诱发。发作前多有鼻痒、喷嚏、咳嗽、胸闷等先兆。

病史：有过敏史或家族史。

理化检查：血嗜酸性粒细胞可增高。

痰液涂片可见嗜酸细胞。

胸部 X 线检查一般无特殊改变，久病可见肺气肿征。

1.2　证 候 分 类

1.2.1　发作期

冷哮　喉中哮鸣有声，胸膈满闷，咳痰稀白，面色晦滞。或有恶寒、发热、身痛。舌质淡，苔白滑，脉浮紧。

热哮　喉中哮鸣有声，气促息涌，胸膈烦闷，呛咳阵作，痰黄粘稠，面红，伴有发热，心烦口渴。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚哮 反复发作，甚者持续哮喘，咯痰无力，声低气短，动则尤甚，口唇爪甲紫绀。舌质紫黯，脉弱。

1.2.2 缓解期

肺气亏虚 平素自汗，怕风，常易感冒，每因气候变化而诱发。发病前喷嚏频发，鼻塞流清涕。舌苔薄白，脉濡。

脾气亏虚 平素痰多，倦怠乏力，食少便溏，每因饮食失当而诱发。舌苔薄白，脉细缓。

肾气亏虚 平素气息短促，动则为甚。腰酸腿软，脑转耳鸣，不耐劳累，下肢欠温，小便清长。舌淡，脉沉细。

关于哮喘病的证候分类，上述内容尚有不完善之处，建议在发作期，增加风哮、瘀哮、痰哮。

风哮 反复发作，时发时止，发时喉中哮鸣有声，止时又如常人。发前多有鼻痒、咽痒、喷嚏、咳嗽。舌淡苔白，脉紧。

瘀哮 哮喘痰鸣，反复不愈，胸闷胁痛，唇甲青紫，面色晦黯，胸高喘满，或有轻度浮肿，女子月经不调、经血暗红或紫黯，舌紫黯或有瘀斑，脉沉涩。

痰哮 哮喘胸满，不能平卧，痰涎壅盛，喉如拽锯，痰粘难咯，舌苔厚浊，脉滑实。

2 中心证候学特征

气滞痰阻，气道挛急、狭窄，是哮喘病的主要病机。反复发作的喉中哮鸣，喘息气粗，两肺可闻及哮鸣音为其中心证候。哮喘发作之前，多先见喷嚏、咽痒、鼻痒、咳嗽等先兆症状，继见喉间哮鸣或如水鸡声，或声如拽锯，或哮鸣如鼾、如吼、如哨笛，伴有胸憋喘促，咳嗽咯痰等症。哮喘发作之时，胸闷喘促，呼吸困难，呼气延长，尤以夜间为甚。患者为减轻痛苦，多取坐位，双手撑腰。张口耸肩，摇身撷肚，严重者伴有紫绀、心慌、大汗淋漓。哮喘始发，呼气期两肺可闻及广泛的、高调的哮鸣音，随着呼吸困难的加重，哮鸣音反减弱。

3 病 因

3.1 原发病因

肺气虚弱 禀赋薄弱，易受外邪，哮病始于婴幼之年者多因于此，以肾虚为主。病后体弱，伤于肺、脾、肾，致痰饮留伏，成为宿根。

外邪侵袭 外感风寒、风热或暑湿等邪气，未能及时表散，邪入其合，壅阻肺气，气不布津，聚液成痰。或吸入花粉、烟尘、异味等致使肺气宣降失常，痰浊内生，气道涩窄而发哮喘。

饮食不当 嗜食生冷，伤及脾阳，寒饮内停；或嗜食酸咸肥甘，积痰蕴积或进食海发物，使脾失健运，饮食不化，痰浊内生，上干于肺，痰阻肺气，而发哮喘。

气机失调 情志抑郁或惊恐恼怒，或月经期前，或剧烈运动后，均可导致气机失调而发病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 继发病因

由于上述原发病因，导致痰浊、水饮、瘀血、气滞、火郁等邪实的形成；或产生气虚、阳虚、阴虚、气阴两虚、阴阳两虚等本虚体质。本虚与邪实是病理结果，又可成为继发病因而致哮喘发生。其中，痰、瘀、虚最为重要。

上述原发病因，也可作为诱因而导致哮喘发病。各种诱因多相互关联，其中以外感诱发者为最多。

4 病　机

4.1 发　病

哮喘病发作的病机为内伏之宿痰遇诱因引触，痰随气升，气因痰阻，痰气搏结，壅塞气道，肺气宣降失常。起病前可有喷嚏、鼻痒、鼻塞等先兆，亦有骤然起病而无先兆者。以起病急骤，时发时止，反复发作为特点。

4.2 病　位

发作期的病位在肺与气道，缓解期的病位在肺、脾、肾，与五脏六腑皆有关联。

4.3 病　性

本病为本虚标实之证，病性有寒热、虚实之分，发作期以邪实为主，缓解期以正虚为主。

4.4 病　势

病势随病邪盛衰、正气强弱、病情轻重、病程的长短以及治疗是否得当而变化。一般而言，初次患病，病邪尚轻，病程短暂，正气未伤，加上治疗及时，则病势缓，趋于邪外解而向愈。反复发作，病程较长，病邪亢盛，正气已虚，加上治疗不当，则病势急，趋于邪内伏而恶化。故本病总的趋势为由表入里，由浅入深，由轻及重。

4.5 病机转化

病机的转化主要决定于感邪的性质、机体正气的盛衰及病程的长短等。若风寒内侵，因于寒或素体阳虚，痰从寒化，而为冷哮；风热暑湿犯肺者，因于热或素体阳盛，痰从热化，而为热哮。寒热之间可相互转化，寒痰内郁可化热；热证日久不愈可病从寒化。痰壅日久，阻碍气血的运行，可成瘀哮。哮喘病反复发作，久治不愈，寒痰易伤脾肾之阳，热痰易耗肺肾之阴，病可由实转虚，从肺伤及脾、肾。本病虚实之间常互为因果。如肺虚不能主气，气不布津，则痰浊内蕴，肃降无权，并因卫外不固而易致外邪侵袭。脾虚不运，积蕴生痰，上干于肺，影响肺气升降。肾虚摄纳失常，则阳虚水泛为痰，或阴虚虚火耗津成痰，上干于肺。

总之，病程短者，以邪实为主，病机重在痰阻气逆；病程长者，正气耗伤，病机

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转为正虚邪实，正虚为五脏气虚、阴虚、阳虚，邪实为痰瘀互阻，病机重点在正虚。

4.6 证类病机

4.6.1 发作期

风哮 风邪挟寒热暑湿及秽浊之气，自口鼻皮毛而入，首犯肺卫，正邪交争于咽喉，故见鼻痒喷嚏、流涕咽痒；邪入其合，肺失宣降，故咳嗽、喘憋；风盛痰阻，气道挛急，肺气上逆，故喉中哮鸣如哨；风邪为患，故哮喘反复发作，时发时止；舌淡苔薄白，脉浮为风邪为患。

冷哮 寒痰伏肺，复因诱因所触发，痰升气阻，壅塞气道，肺失宣降。肺气闭郁，不得宣畅，故喉中哮鸣有声，胸膈满闷，咳痰稀白；阴盛于内，阳气不得宣达，故有面色晦滞，形寒怕冷；外寒引动内饮，故受寒易发。若兼有风寒表证，则可有恶寒、发热、身痛。舌质淡，苔白滑，脉浮紧，为外有表寒，内有内饮之象。

热哮 肺内素有邪热痰伏，外邪侵犯，肺失清肃，上逆而致痰气搏击，面发喉中哮鸣声；痰热壅肺，肺失清肃，肺气上逆，阻塞气道，故气促息涌，胸膈烦闷，呛咳阵作；热蒸液聚生痰，痰热胶结于肺，故痰黄粘稠，不易咯出；痰热郁蒸于内，故可面红，发热，心烦口渴。舌质红，苔黄腻，脉滑数，为痰热内盛之象。

痰哮 痰气壅实，肺气不利，痰浊阻肺，气涌痰阻，故哮喘胸满，不能平卧，痰涎壅盛，喉如拽锯，痰粘难咯；舌苔厚浊，脉滑实，亦为痰浊内壅之征。

瘀哮 哮喘久发，肺气不利，正虚邪实，由气虚气滞或痰阻而致血行不畅。瘀血与痰浊内阻，肺气不利，故哮喘痰鸣，反复不愈，兼见胸闷胁痛，唇甲青紫，面色晦黯；瘀血痰阻，肺失宣降，肺络瘀阻，气机壅阻，故胸高喘满；瘀血阻闭，血行不畅，故女子月经不调、经血黯红或紫黯；舌紫黯或有瘀斑，脉沉涩，为瘀血内阻之征。

虚哮 哮喘久治不愈，反复发作，致使正气损伤。正气亏虚，卫外不固，易受邪伤而发哮喘，故病人常反复发作；正虚无力祛邪外出，故哮喘发作甚者持续哮喘，咯痰无力，声低气短，动则尤甚；正虚血运不畅，可见口唇爪甲紫绀。舌质紫黯，脉弱，为正虚瘀阻之征。

4.6.2 缓解期

肺气亏虚 哮喘久发，日久不愈，肺气亏虚。肺气亏虚，卫外不固，卫阳不能充实腠理，故平素自汗，怕风，常易感冒，每因气候变化而诱发；外邪犯肺，肺气失宣，故发病前喷嚏频发，鼻塞流清涕。舌苔薄白，脉濡，肺气虚弱之征。

脾气亏虚 哮喘反复发作，脾气亏虚。脾虚健运无力，故倦怠乏力，食少便溏，每因饮食失当而诱发；脾虚不能化水谷为精微，反而聚湿生痰，故痰多而质粘。舌苔薄白，脉细缓，为脾气亏虚之候。

肾气亏虚 哮喘久治不愈，正气亏虚，由肺脾及肾。久病肾虚，摄纳失常，气不归元，故平素气息短促，动则为甚；肾虚精气亏乏，不能充养，故腰酸腿软，脑转耳鸣，不耐劳累；肾气亏虚，阳虚外寒，故下肢欠温，小便清长。舌淡，脉沉细，为肾虚内寒之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 抓主症

哮喘发作，喉中痰鸣，呼吸急促，甚或胸憋闷窒、难以平卧。

5.2 分析病位

哮喘病的病位主要在肺和气道，但与五脏皆相关。如哮喘反复发作，伴有纳呆、脘腹胀满、便溏者，病位在脾；哮喘发作多与情志有关，并有胸满胁痛，或月经前发病者，病位在肝；哮喘日久不愈，伴有腰膝酸软、动则喘甚者，病位在肾；哮喘喘甚，便秘口渴腹胀者，病位在大肠。

5.3 病性

哮喘病为本虚标实之证，本虚为气虚、阳虚、阴虚，标实为痰浊、瘀血、气郁等。发作期以邪实为主，未发期以正虚为主。如为新病，表现为哮喘气粗声高，呼吸深长，呼出为快，脉象有力者，病性属实；如为久病，哮喘气怯声低，呼吸短促难续，吸气不利，脉细者，病性属虚。实证中，咯痰清稀或色白而如泡沫，口不渴，遇寒凉而发，背恶寒如掌大者，病性为寒痰；咯痰色黄而粘，排吐不利，烦闷不安，口渴喜饮，便秘者，病性为热痰；哮喘发作，口唇爪甲青紫，舌紫黯者，病性为瘀血；哮喘发作，胸胁闷痛，与情志有关，或经前发作者，病性为气郁、气滞。虚证中，气短乏力，面色㿠白，自汗畏风者，病性属气虚、阳虚；手足心热，自汗盗汗，颧红者，病性属阴虚。

6 鉴别

喘证 喘证系因先天亏损、元气不足，或因外感六淫、饮食失调、痰浊内阻而引起的，以呼吸急促、气息不续，甚则张口抬肩、鼻翼煽动、唇甲青紫、汗出如雨、不能平卧为特征的病证，是多种急慢性疾病的一个症状。喘证与哮喘病之间即有联系，又有区别。由于哮必兼喘，哮喘病反复发作，久延不愈，又可发展成为持续性的痰喘，但喘未必兼哮，正如《医学正传·哮》："夫喘促喉间水鸡声者谓之哮，气促而连续不能以息者谓之喘。"《临证指南·哮》："喘证之因，若由外邪壅遏而致者，邪散则喘亦止，后不复发……；若夫哮证，……，邪伏于里，留于肺腧，故频发频止，淹缠岁月。"可见，两者虽有类似之处，但在发病机理方面又有各自的特殊情况。

支饮 支饮以咳逆倚息不得平卧为主症，偶或也有喉中哮鸣，但以咳喘痰多色白、咳喘重于哮鸣、发作与间歇界限不清、病势时轻时重为特点，是为与哮喘鉴别的要点。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 风哮

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：哮喘病反复发作，时发时止。发时喉中哮鸣有声，呼吸急促，不能平卧，咳嗽痰少或无痰，止时又如常人。发前多有鼻痒、咽痒、喷嚏、咳嗽。舌淡苔白，脉紧。

病机分析：哮喘患者宿有痰浊伏肺，复因风邪夹寒热暑湿及秽浊之气，自口鼻皮毛而入，侵犯人体，致使风盛痰阻，气道挛急而发哮喘。风盛痰阻，气道挛急，肺气上逆，故患者喉中哮鸣如哨，呼吸急促，不能平卧；痰浊伏肺，肺气不能宣畅，故咳嗽痰少；正邪交争于咽喉，故见鼻痒喷嚏、流涕咽痒；风邪为患，故哮喘反复发作，时发时止；舌淡苔薄白，脉浮为风邪为患。

转归：本证常见于素有“宿根”的患者。一般而言，患者每次哮喘的发作均有一定的季节性，而且有一定的诱因。此类患者，予疏风解痉、通窍降气、豁痰平喘治疗，使风散痰消挛解，肺气得以宣降，多可在二周内缓解。若失治误治，以致正气损伤，少数患者可出现喘憋严重，口唇紫绀明显，大汗淋漓的哮喘病危证。

治法：疏风解痉，宣肺化痰平喘。

方药：

中成药可选用止喘灵注射液，2ml，肌肉注射，每日 2 次或 3 次；也可选用银黄气雾剂吸入治疗。

汤剂选用祛风解痉平喘汤加减（晁恩祥经验方）。

炙麻黄　蝉蜕　苏子　苏叶　僵蚕　紫菀　款冬花　杏仁　地龙　白果　白芍

加减：胸闷明显或闷痛者，加瓜蒌、薤白；鼻塞流涕重者，加荆芥、防风、辛荑；喉中痰鸣如水鸡声，倚息不能平卧者，加射干、葶苈子。

临证参考：风哮患者多见于既往有过敏史、治疗有应用激素的过程，有速发速止、反复发作、变化迅速的特点，因此临床上应尽量使患者脱离过敏环境外，尚应密切观察病情变化，以防发生呼吸困难、气息急促、唇甲紫绀、颜面苍白，四肢逆冷等哮喘危象。在治疗应以祛邪为主，可根据患者的不同表现，选择一些虫类药物，如全蝎、蜈蚣等，以增强祛风解痉的作用。麻黄在复方中的用量不必拘泥“麻黄不过钱”之说，生麻黄发散力大，成人哮喘可用至 9 克，若不用表散可改用炙麻黄，剂量一般在 15 克以下，要注意有对麻黄过敏者。

7.1.2 冷哮

临床表现：喉中哮鸣有声，胸膈满闷，咳痰稀白，面色晦滞，形寒怕冷，口不渴或渴喜热饮，天冷或受寒易发。或有恶寒、发热、身痛。舌质淡，苔白滑，脉浮紧。

病机分析：寒痰伏肺，复因诱因所触发，痰升气阻，壅塞气道，痰气搏击，故而呼吸急促，喉中哮鸣有声。肺气闭郁，不得宣畅，痰出不利而胸膈满闷，咳痰稀白。阴盛于内，阳气不得宣达，故有面色晦滞，形寒怕冷。病因于寒，内无郁热，口不渴或渴喜热饮。外寒引动内饮，故受寒易发。若因外感风寒而诱发，故可有兼有恶寒、发热、身痛等表症。舌质淡，苔白滑，脉浮紧，为外有表寒，内有内饮之象。

转归：本证患者多为素体阳虚，痰从寒化，或感受寒邪而成。在治疗过程中，如能及时给予温肺散寒、化痰平喘之剂，使表寒得以宣散，里寒得以温化，病情可得以控制。如迁延日久，损伤正气，由肺及肾，可形成虚哮，或为上盛下虚之证。如过用温燥、温散之剂，又可使痰从热化，转化为热哮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：温肺散寒，化痰平喘。表寒甚者，重在宣散；里寒甚者，重在温化。

方药：

中成药可选用小青龙冲剂口服，或予通宣理肺丸（口服液）、橘红丸口服。

汤剂可选用射干麻黄汤（《金匮要略》）加减。

射干　炙麻黄　干姜　细辛　清半夏　陈皮　紫菀　款冬花　苏子　前胡　白果

加减：痰壅喘逆不得卧者，加葶苈子、杏仁，或合用三子养亲汤；浮肿者，加茯苓、薏苡仁、车前子；喘剧烈者，可合冷哮丸或在密切观察下服用紫金丹；表证明显者，可改用小青龙汤加减。

临证参考：砒制剂在一般的情况下不用，若必须用时应严格掌握剂量，每次不超过150mg，冷茶送服，忌饮酒，连服5日至7日，密切观察服药后反应。本品不可久服。服药后见呕吐、腹泄等症者，应立即停药。如治疗后患者哮喘持续不解，喉中痰鸣如鼾，声低，气短不足以息，面色苍白，汗出肢冷时，治疗当以标本同治，既要祛邪，又要扶正。同时，治疗过程中，使用麻黄、细辛、干姜等辛散之时，要因时、因地、因人而有所变化。

7.1.3　热哮

临床表现：喉中哮鸣有声，气促息涌，胸膈烦闷，呛咳阵作，痰黄粘稠，不易排出，面红，伴有发热，心烦口渴。舌质红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：肺内素有邪热痰伏，又因外邪侵犯，致使肺失清肃，肺气上逆，阻塞气道，故喉中哮鸣声，气促息涌，胸膈烦闷，呛咳阵作。火热壅盛，热蒸液聚生痰，痰热胶结于肺，故痰黄粘稠，不易咯出。痰热郁蒸于内，故可面红，发热，心烦。病因于热，肺无伏寒，故口渴喜冷饮。舌质红，苔黄腻，脉滑数，为痰热内盛之象。

转归：本证以痰热郁肺为主，多为感受热邪，或素体阳盛，痰从热化而成。若及时给于清热宣肺、化痰定喘之剂，使痰热得以清化，表热得以清宣，火郁得以清降，病情可得以控制。若过用苦寒、寒凉之品，损伤中阳，可转变为冷哮。若未能得到正确及时的治疗，常因为痰热未清，余邪未尽，进面因热盛伤阴，肺阴不足，夹有痰热，而使哮喘不能缓解。

治法：清热宣肺，化痰平喘。表热宜清宣，痰热宜清化，火郁宜清降。

方药：

中成药可予祛痰灵或鲜竹沥水口服，亦可选用银黄口服液、双黄连口服液口服。

汤剂用定喘汤（《摄生众妙方》）加减。

炙麻黄　黄芩　桑白皮　杏仁　白果　生石膏　地龙　瓜蒌　款冬花　鱼腥草

加减：痰鸣喘息不得卧，腑气不通者，加大黄、葶苈子；痰黄粘稠者，加败酱草、海蛤粉；口渴欲饮者，加知母、芦根。

临证参考：临床上常见风寒外束，痰热内郁之寒包热证，即俗称“寒包火”，症见喉中哮鸣，呼吸急促，痰黄难咯，烦躁，口渴，伴有恶寒、发热、身痛等，可选择厚朴麻黄汤或大青龙汤加减治疗。对于病久正虚，虚中夹实，阴虚痰热者，当予养阴清热、敛肺化痰之剂，可选用麦门冬汤加减。治疗热哮时，常用定喘汤、越婢加半夏汤，两者的主要区别在于：前者以痰热郁肺为主，而表证不著；后者则以肺热内郁，外有表证。临证应灵活

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

配伍应用。

7.1.4 痰哮

临床表现：哮喘喉如拽锯，喘咳胸满，不能平卧，发作时无痰或少痰，痰粘难咯，发后则痰多咳嗽，痰出而哮喘缓解，舌苔厚浊，脉滑实。

病机分析：痰浊阻肺，阻塞气道，肺失清肃，肺气上逆，故哮喘胸满，不能平卧。痰浊内阻，气道挛急，故喉如拽锯，痰粘难咯，痰出而缓。舌苔厚浊，脉滑实，亦为痰浊内壅之征。

转归：本证的病机重在以痰气壅实为主，寒与热俱不显著为特征。治疗上予以涤痰利窍、降气平喘之剂，使痰消气顺挛解，哮喘可以控制。若痰浊内阻，日久不化，易因外感而诱发。同时，日久又可影响血液的运行，致血行不畅，痰瘀互结而难愈。若屡愈屡发，损伤正气，病及与心，可转化为肺胀。

治法：涤痰利窍，降气平喘。痰阻气逆，肺失宣降，气道壅阻，故须涤痰以利窍，降气以平喘。

方药：

中成药可选择鲜竹沥水或祛痰灵以排痰外出。

汤剂用麻杏二三汤（焦树德经验方）加减。

麻黄　杏仁　半夏　橘红　苏子　白芥子　石菖蒲　沉香　葶苈子　全瓜蒌　僵蚕　蝉蜕

加减：痰少而气粗便秘者，可加桑白皮、地龙；哮喘一发即痰吐不绝者，可加皂角、莱菔子；苔白厚腻、口粘脘胀者，加苍术、厚朴；痰壅喘急，不能平卧者，可暂予控涎丹。

临证参考：本证为临床常见证类之一，以痰气壅实为基本病机，寒热俱不显著。在临床上随着病程的演变，可出现痰从寒化、热化的不同情况，治疗应灵活掌握。同时，痰壅气阻，往往影响血液的运行，致血行不畅，因此可少佐柴胡、香附、丹参、全蝎等疏肝理气、活血化瘀之品。由于用药多辛温，易伤津化热，故应中病即止。

7.1.5 瘀哮

临床表现：哮喘痰鸣，反复不愈，胸闷胁痛，唇甲青紫，面色晦黯，胸高喘满，或有轻度浮肿，女子月经不调、经血黯红或紫黯，舌紫黯或有瘀斑，脉沉涩。

病机分析：哮喘久发，肺气不利，正虚邪实，或肝肺气机不畅，气血失和，由气虚、气滞或痰阻而致血行不畅。瘀血与痰浊互结内阻，肺气不利，故哮喘痰鸣，反复不愈。肝脉布两胁，肝气不舒，气滞血瘀，故兼见胸闷胁痛，唇甲青紫，面色晦黯。瘀血痰阻，肺失宣降，肺络瘀阻，气机壅阻，故胸高喘满。瘀血阻闭，血行不畅，故女子月经不调、经血黯红或紫黯。舌紫黯或有瘀斑，脉沉涩，为瘀血内阻之征。

转归：多为上述各证转化而成。予活血化瘀行气之品，使血行痰消，气血调畅，瘀血得除，病情能够得以控制。若失治、误治，屡愈屡发，迁延日久，痰瘀内伏，成为宿根，则深痼难疗。也可使正气日耗，病及于心，发为水肿、心悸之证，或哮喘变证。

治法：活血化瘀，降逆平喘。

方药：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中成药可选择复方丹参注射液 30ml 或川芎嗪 80mg，入 5% GS 500ml（0.9% NS500ml）中，静脉点滴；或复方丹参滴丸 10 粒，每日 3 次。

汤剂可选用血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

柴胡　枳壳　赤芍　当归　川芎　地龙　苏子　大黄　桔梗　牛膝　半夏

加减：痰多色白者，加瓜蒌、陈皮、石菖蒲；痰多色黄者，加黄芩、鱼腥草；气虚血瘀者，加黄芪；兼有肝经郁热者，加丹皮、郁金。

临证参考：瘀哮临证时当首辨虚实。有虚致实者，有实致实者。虚者有气虚、阳虚及阴虚；实者有气滞、痰浊等。若病久突见胸憋闷窒，面唇青紫，甚至昏厥、停息，为痰瘀闭窍之变证，可按变证治疗。

7.1.6　虚哮

临床表现：哮喘反复发作，甚者持续哮喘，胸憋难以平卧，痰多，咯痰无力，声低气短，动则尤甚，神疲心悸，或腰膝酸软，口唇爪甲紫绀。舌质紫黯，脉弱。

病机分析：哮喘日久不愈，反复发作，致使正气损伤，邪浊留恋。正气亏虚，卫外不固，易受邪伤而诱发哮喘，故病人常反复发作，久治不愈。正虚无力祛邪外出，邪浊内留，故哮喘易反复发作，甚者持续不解。邪浊内伏，气机不畅，故胸憋难以平卧，痰多。正气已损，由肺及脾与肾，气失摄纳，故咯痰无力，声低气短，动则尤甚，神疲心悸，或腰膝酸软。哮喘日久，由气及血，血运不畅，可见口唇爪甲紫绀。舌质紫暗，脉弱，为正虚瘀阻之征。

转归：本证多为哮喘日久，治之失当，长期使用激素，逐渐加重而成。治疗多棘手，临床上也难取速效。其病机以正虚为主，但亦有痰浊、血瘀等邪实的一面。如能正确的辨证论治，子益气温阳，降气定喘，佐以消痰化瘀之品，能够使病情缓解。但若反复发作，正气渐伤，正气衰微，导致变证，亦可转化为肺胀。

治法：益气温阳，降气定喘。

方药：

汤剂可选用人参理肺汤（《李氏医鉴》）加味。

红人参　补骨脂　仙灵脾　山药　沉香　当归　炙甘草　苏子　炙麻黄　杏仁　桔梗　木香

加减：偏于肾阳虚明显者，加附子、肉桂；肺气虚明显者，加黄芪、白术；痰多者，加白果。

临证参考：虚哮者具有反复发作、缠绵不愈的特点，临床上既有正虚的一面，也有邪实的一面，治疗时应权衡主次及利弊。临证时还常见有上盛下虚者，痰浊壅盛于上，肾阳亏虚于下，可选苏子降气汤加减治疗。

7.1.7　肺气亏虚

临床表现：平素自汗，怕风，常易感冒，每因气候变化而诱发。发病前喷嚏频发，鼻塞流清涕。气短声低，咯痰清稀色白，或喉中常有哮鸣声，舌苔薄白，脉濡。

病机分析：哮喘久发，日久不愈，肺气亏虚。肺气亏虚，卫外不固，卫阳不能充实腠理，外邪易侵，故平素自汗，怕风，常易感冒，每因气候变化而诱发。外邪犯肺，肺气失宣，窍道不利，故发病前喷嚏频发，鼻塞流清涕。肺气亏虚，津液不能输布，痰浊内蕴于

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺，故气短声低，咯痰清稀色白。痰饮伏肺，气道不利，故喉中常有哮鸣声。故舌苔薄白，脉濡、为肺气虚弱之征。

转归：本证为哮喘病缓解期常见的证类之一，若能及时给予补肺固卫之剂，使肺虚得补，卫气得充，则可使病情稳定。若失治或误治，常使肺气更伤，痰浊不化，易受外邪的侵犯而诱发哮喘。如此反复，可由肺及脾、及肾，使病情难以控制。日久又可转化为肺胀等病证。

治法：补肺固卫。

方药：

中成药可选用玉屏风颗粒口服，或百令胶囊口服，有补肺固表的作用。

汤剂用玉屏风散（《丹溪心法》）加味。

黄芪　白术　防风　桂枝　茯苓　紫菀　款冬花　大枣

加减：表虚自汗较重者，加浮小麦、煅牡蛎；痰多质稀者，加细辛、干姜。

临证参考：临床上还可见到肺气阴两虚者，以痰少而粘、口干舌燥、舌质红、脉细数为特征，可用生脉散加黄芪、沙参、丹皮等。

7.1.8 脾气亏虚

临床表现：平素痰多，倦怠乏力，食少便溏，每因饮食失当而诱发，气短不足以息，语言无力。舌苔薄白，脉细缓。气短不足以息。

病机分析：哮喘反复发作，脾气亏虚。脾虚健运无力，四肢无以充养，故倦怠乏力，食少便溏。脾气已亏，运化失职，复因饮食不当而更伤脾胃，故每因饮食失当而诱发哮喘。脾虚不能化水谷为精微，反而聚湿生痰，故痰多而质粘。脾气亏虚，中气不足，故气短不足以息，语言无力。舌苔薄白，脉细缓，为脾气亏虚之候。

转归：本证多为他证转化而来，亦可见于素体脾气亏虚而发哮喘者。若能给予健脾益气化痰之剂治疗，使脾气健，痰浊化，可以控制病情，稳定在缓解期相当长的时间。若失治误治，致使脾气更虚，易因饮食不当或外邪侵袭而变生发作期各证。

治法：益气健脾化痰。

方药：

中成药可适当选用六君子丸、参苓白术丸等药物治疗。

汤药可选用六君子汤（《太平惠民和剂局方》）加味。

党参　白术　茯苓　陈皮　半夏　炙甘草　黄芪　杏仁　焦山楂

加减：形寒怕冷、肢凉便溏者，加桂枝、干姜；纳食不香者，加鸡内金、炒麦芽。

7.1.9 肾气亏虚

临床表现：平素气息短促，动则为甚，吸气不利，气不得接续。腰酸腿软，脑转耳鸣，不耐劳累，遇劳累后易发哮喘，下肢欠温，小便清长，咳吐白色泡沫痰。舌淡，脉沉细。

病机分析：哮喘久治不愈，正气亏虚，由肺脾及肾。久病肾虚，摄纳失常，气不归元，故平素气息短促，动则为甚，吸气不利。肾虚精气亏乏，不能充养四肢百骸，故腰酸腿软，脑转耳鸣，不耐劳累，遇劳累后易发哮喘。肾气亏虚，阳虚外寒，故下肢欠温，小便清长。阳虚肺失温养，痰饮内停，故痰白清稀。舌淡，脉沉细，为肾虚内寒之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：本证为哮喘缓解期最为严重的证类，已由肺及脾及肾，累及了先天，一般预后不佳。若能坚持治疗，予补肾摄纳之剂，使肾气渐充，精气充盛，可减少哮喘发作的次数，减轻哮喘发作的程度。若不能及时治疗，使正气愈虚，病邪深伏，可反复发作，日久可转为肺胀等病证。

治法：补肾摄纳。

方药：

中成药可选用七味都气丸、百令胶囊等药物口服。

汤药可选用肾气丸（《金匮要略》）加减。

熟地　山药　山萸肉　党参　黄芪　五味子　胡桃肉　紫河车　茯苓　肉桂

加减：畏寒肢冷甚者，加补骨脂、淫羊藿、鹿角霜；自汗甚者，加附子、龙骨、牡蛎；动则喘甚者，加蛤蚧粉。

临证参考：临床上亦可见到肾阴虚明显者，患者表现为低热、盗汗、痰少而粘等，治疗当以益肾滋阴为主，选用七味都气丸加麦冬、百合、龟甲胶等。应用补肾药物时，应注意阴中求阳、阳中求阴，用药既不可过于滋腻，也不可过于温燥，要中病即止。

7.2　临床用药经验与体会

7.2.1　疏风解痉药

疏风解痉药，通过疏风，可使表邪外达，肺气清肃得行，气道通利，痰祛络通而喘自平。解痉，就是解除气道挛急，使肺管通利。因为只有气道通畅，痰浊之邪才得以出路，才易于排除，肺之宣发肃降得复常态。药用炙麻黄、苏叶、蝉蜕、僵蚕、荆芥、防风、地龙、全蝎、蜈蚣等。其中麻黄应用最多，为平喘的要药，现代药理研究认为，麻黄含有麻黄碱、假麻黄碱、麻黄油，麻黄碱有显著松弛支气管平滑肌作用，能解除因平滑肌痉挛而引起的呼吸困难。临床体会麻黄如连续久服，常效力递减，如间歇使用，则其效每著。故当以间歇应用为宜。但又因其有收缩血管使血压升高，因此，对高血压病患者应用时应予注意。现代药理结果也证明，具有疏风作用的许多药物，都有很好的免疫作用，确有改善机体的体质，降低其易感性的作用。

7.2.2　止咳平喘药

止咳平喘药，通过宣肺祛痰、润肺止咳、下气平喘等作用，达到肺气宣、逆气降、痰浊祛的目的。药用杏仁、紫菀、款冬花、杷叶、白果、苏子、桔梗、百部等。其中以紫菀、款冬花应用最多。紫菀性温而不热，质润而不燥，辛散苦泄，入肺经气分，长于开泄肺郁，降逆定喘，为化痰止咳要药。款冬花辛甘温润，入肺经气分，兼入血分，其温而不热，辛而不燥，甘而不滞，为润肺化痰止咳之良药。上述二者，对一切咳喘属于肺病者，不论外感内伤，寒热虚实，皆可应用。白果，甘苦涩，有小毒，入肺经，有敛肺气、定喘咳之功，药理研究证实，白果含有 BN52020、BN52021、BN52022 等物质，其对血小板活化因子（PAF）有明显的抑制作用。现已经生产的中成药银黄气雾剂，就是以白果为主要药物的。因白果有一定的毒性，临床上应注意其用量一般不超过 10g。

7.2.3　降气化痰药

降气化痰药，通过化痰祛除有形或无形之伏邪，通利气道，肃降逆气的作用，达到治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗哮喘的目的。痰有热痰、寒痰之分，故又有清化、温化之别。清化热痰的药物有前胡、贝母、瓜蒌、鲜竹沥、海浮石等。温化寒痰的药物有半夏、制南星、白芥子、皂荚等。

7.2.4 活血化瘀药

活血化瘀药，通过通行血脉，促进血行的作用，达到祛瘀行滞、活血生新的目的。药用川芎、当归、丹参、赤芍、红花、桃仁等。其中川芎、丹参较为常用。川芎辛温香窜，走而不守，能上行头巅，下达血海，外彻皮毛，旁通四肢，为血中之气药，有活血行气等作用。丹参苦、微寒，苦能降泄，微寒清热，入心、肝二经血分，能活血祛瘀，凉血消肿，清心除烦等作用。现代药理研究证实，川芎、丹参都能扩张周围血管，增加血管血流量及血流速度，改善微循环，对哮喘患者存在的血瘀现象有明显的改善作用。在临床上，无论何种证类的哮喘患者，均可适当配伍活血化瘀药，对提高临床疗效有一定的帮助。

7.2.5 培补脾肾药

培补脾肾药，通过补益脾肾，使正气渐充，痰浊渐化，达到减轻哮喘发作或得以根治的目的。因脾为后天之本，肾为先天之本，长期坚持服用培补脾肾的药物，使后天充盛，先天得养，正气渐强，可使内伏痰浊这一宿根渐化，哮喘可由重转轻或可根治。补脾的药用：党参、黄芪、白术、茯苓、山药、黄精、孩儿参等。补肾的药用：冬虫夏草、蛤蚧、淫羊藿、补骨脂、山萸肉、胡桃肉等。现代药理研究表明，扶正培元（以益肺、健脾、补肾为多）的药物，能全面影响哮喘发病的变态反应和非变态反应的多个主要环节，使哮喘患者免疫系统和神经内分泌系统功能得以改善，逐步摆脱哮喘发作的恶性循环，最终减轻或中止哮喘的发作。

7.2.6 疏肝理气药

疏肝理气药，通过调理气分、疏畅气机，达到疏肝气、调脾（胃）气、理肺气等目的。因人体之气，虽其主在肺，其根在脾，但其调在肝，因此，有人提出在临床上对即使没有情志因素影响的哮喘，也应辅以疏肝理气药。药用：香附、柴胡、木香、陈皮、沉香等。

7.3 变证的治疗

哮喘病的变证主要为喘脱证，为哮喘发作期患者，由于失治或误治，造成正气衰微，摄纳失常，而出现的急危重症，应采取综合措施，及时抢救患者。现将其常见证类分述如下。

7.3.1 心肾阳脱

证候：哮喘过程中突然喘逆剧甚，汗出淋漓，四肢厥冷，心慌动悸，面青唇紫，气短难续，舌黯胖苔腻，脉数欲绝。

治法：回阳救脱，化痰活血。

方药：

中成药可用参附注射液 50ml 入 5%GS500ml 中，静脉点滴。

汤剂可用参附汤（《正体类要》）加味。

西洋参（或人参）　制附片　炮姜　五味子　白果　石菖蒲　郁金

临证参考：此类患者由于病程较久，尤其是长期依赖激素，多出现心肾阳虚之象，为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

急危重症，治疗贵在速效，能以1~2剂药扭转病机，药可频频饮服，也可以上方药送服黑锡丹。但黑锡丹内含铅，只宜急救，不可久服。

7.3.2 气阴将竭

证候：喘促痰鸣，鼻煽颧红，汗出粘手，神志昏昧，舌红少津，脉细数。

治法：益气养阴，敛汗固脱。

方药：

中成药可用生脉注射液50ml或参脉注射液50ml入5%GS 500ml中，静脉点滴。

汤剂可用生脉散（《内外伤辨惑论》）加味。

西洋参（或人参） 麦冬 五味子 丹参 煅牡蛎 煅龙骨 山萸肉

7.4 外治法

7.4.1 敷贴法

白芥子涂法：《张氏医通》载白芥子涂法，可减少哮喘的发作次数及减轻症状。白芥子、元胡各20g，甘遂、细辛各10g，研为末，加麝香0.6g和匀。夏季三伏中，分3次用姜汁调敷肺俞、膏肓、百劳等穴，约1~2小时去之，每10日敷1次。

破故纸敷法：取破故纸、小茴香各等量，共研极细粉末，用药适量纳入脐孔，外以纱布覆盖，胶布固定，2天换药1次，10天为1疗程。

7.4.2 穴位注射法

药物注射：任选鱼腥草注射液、50%胎盘组织液、20%莨菪子注射液、定喘灵注射液等一种，子定喘、曲池、身柱、檀中等穴位（可辨证选穴）进行注射，一般每穴1ml，每天3~4穴，10次为1疗程。

酒精注射：取无水酒精（或95%酒精）90ml，加入10%普鲁卡因10ml（或95%酒精加入普鲁卡因结晶粉2g）过滤，密封。选用肺俞、厥阴俞、心俞等穴位进行穴位注射。每穴注射0.3~0.5ml，病情顽固者加膈俞，隔日1次，2~4次为1疗程。

7.4.3 割治疗法

取膻中或手掌（食指第一指掌面正中，或掌侧第二、三或三、四掌骨间）割治，选定穴位，进行常规消毒，局麻后切开皮肤，切口长0.5~1.5cm，摘除少量皮下脂肪组织，或在切口周围进行一定的机械刺激，切口处用拔毒膏药贴敷，覆盖消毒纱布包扎。一般割治1~3次，两次治疗间隔为7天，可在原处旁约1cm处或另选一部位进行。用于哮喘反复发作者。

7.4.4 穴位埋藏法

羊肠线埋入：取穴定喘、膻中、中府透云门、肺俞透厥阴俞、孔最、足三里，每次1~2穴。选定穴位后常规消毒，局麻，用埋线钩针或三角缝针穿入羊肠线，快速刺入皮肤，埋于所需深度（皮下组织与肌肉之间），线头不可暴露于皮肤外，针孔涂以碘酒，覆消毒纱布，胶布固定。一般3~4次开始见效，每两次间隔20~30天。应注意过敏反应的问题。

兔脑垂体埋入：也可将兔脑垂体代替羊肠线埋入，但对子并发心脏病、高血压病、肺结核、肾炎、急性肝炎及孕妇等，应忌用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5 针灸疗法

7.5.1 体针

寒哮：取背腧穴，毫针刺，用平补平泻法。主穴为肺俞、膻中、膏肓俞；配穴为定喘、天突、中脘、丰隆。

热哮：取手太阴经穴，毫针刺，用泻法。主穴为列缺、尺泽、少商；配穴为丰隆、膻中、定喘。

虚哮：取背腧穴，毫针刺，用补平法。主穴为肾俞、肺俞、膏肓俞；配穴为气海、关元、足三里。

实哮：取任脉、足阳明经穴，毫针刺，用泻法。主穴为天突、丰隆、中脘；配穴为膻中、合谷。

7.5.2 耳针

取肺、气管、肾上腺、平喘、神门，配肾、脾、三焦、大肠、喘点、耳迷根。发作时每天毫针刺激1次，每次选4~5穴，双耳或单耳交替使用，留针30分钟，其间间隔运针，每10分钟捻转1次。每日治疗1次。待症状稳定后，隔日治疗1次。

亦可用电针与激光照射穴位。待症状基本缓解时，可用压豆法，每周1次，其间嘱患者自行按压若干次。

7.5.3 皮肤针

发作时：胸、腰、前后肋间、剑突下、气管两侧、大小鱼际、孔最，重点叩胸、腰、肋间。以重刺激叩打，每日2~3次。

缓解期：脊柱两侧、前后肋间、剑突下、气管两侧，重点叩脊柱两侧。以中度刺激叩打，每日1次。

7.5.4 灸法

肺虚者，取大椎、肺俞或风门、膻中；脾虚者，取大椎、肺俞或膏肓俞、中脘；肾虚者，取大椎、肺俞或膏肓俞、气海或肾俞。

大椎、肺俞、风门、膏肓俞每次灸5~7壮，气海、肾俞灸5~9壮，中脘灸7~9壮，膻中灸3~5壮。

用艾绒制成豌豆大的艾炷，直接放在涂好蒜汁的施灸穴位上，用火点燃，待艾火烧至1/2时，术者可用双手在施灸穴周围轻轻排击，以减轻疼痛。或在施灸穴位的皮下注射普鲁卡因0.3ml，使局部呈丘疹形，将艾炷放在穴位上点燃亦可减轻痛苦。

灸完1壮，用棉棒将余灰拭净，可更换艾炷，依法灸至预定壮数，随即在灸处贴胶布，以资保护。灸后一般7~15日化脓，30~45日灸疮愈合而留有疤痕。

7.5.5 穴位激光照射

取天突、膻中、定喘、肺俞穴。用氦氖激光固定照射2~3个穴，或分组交替照射。用电压220伏、功率6~10mW、波长6328A之激光医疗机。被照部位距激光管出口处40~60cm，射在皮肤上的光束斑点直径为2mm。

每次照射2~3穴，每穴照射6~8分钟。每日1次，10次为一疗程。休息1周后，可再继续第2疗程。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8 西医诊疗撮要

8.1 支气管哮喘病的定义

传统的观点认为，哮喘是一种Ⅰ型的变态反应，由抗原通过Ⅰ型超敏反应机制作用于致敏的肥大细胞，后者释放出多种介质引起支气管平滑肌收缩。近年的研究已证明哮喘是一种慢性气道炎症，即使轻症哮喘气道亦有炎症表现—上皮损伤、以嗜酸细胞为主的炎细胞侵润、微血管扩张、通透性增高和渗出物增多。哮喘的特征为可逆性气道阻塞和气道反应性增高（AHR）。气道阻塞由炎症引起的管壁增厚和平滑肌收缩两种因素造成，前者尤为关键。不久前，美国国家卫生院及联合国世界卫生组织召集17个国家23名专家起草的《哮喘防治的全球战略》中，对哮喘的定义是这样概述的："支气管哮喘是由多种细胞特别是肥大细胞、嗜酸性粒细胞和T淋巴细胞参与的慢性气道炎症，在易感者中此种炎症可引起反复发作的喘息、气促、胸闷和（或）咳嗽等症状，多在夜间和（或）凌晨发生，此类症状常伴有广泛而多变的通气受限，但可部分地自然缓解或经治疗缓解，此种症状还伴有气道对多种刺激因子反应性的增高。"主要内容归纳起来有四个关键点：①哮喘是一种气道的慢性炎症；②这种气道的炎症是与气道的高反应、气流受阻及呼吸道的症状密切相关的；③气道炎症引起急性支气管收缩、管壁水肿、慢性粘液栓形成和气道壁的重塑是导致气流受阻的主要因素；④气道对普通的环境抗原过敏即气道的高反应性是哮喘发生的重要环节。

8.2 支气管哮喘的治疗

8.2.1 糖皮质激素的使用

8.2.1.1 全身应用糖皮质激素

全身应用糖皮质激素指征：经吸入足量糖皮质激素仍反复发作者；哮喘急性发作用足量支气管扩张剂仍不能缓解者；重度支气管哮喘发作或哮喘持续状态，尤其病情进行性加重而危及生命时应尽早静脉使用；不宜吸入或无条件吸入糖皮质激素的中度哮喘患者可考虑口服给予；过去曾长期使用糖皮质激素，肾上腺皮质功能差的急性病人；曾有因哮喘引起呼吸衰竭病史的急性发作期的病人。

全身应用糖皮质激素常用制剂特点：短效类制剂，如氢化可的松静脉应用，其作用快，适用于哮喘严重发作和哮喘持续状态，无水钠潴留的副作用。中效类制剂，如静脉用甲基强的松龙，虽为哮喘急性发作和哮喘持续状态应用激素的首选制剂，但有水钠潴留的副作用。长效类制剂，如地塞米松，其作用更强，且几乎没有水纳潴留的副作用，但其长期应用对下丘脑—丘脑—肾上腺抑制作用强，不宜用于为维持治疗。

全身应用糖皮质激素常用治疗方案：包括急性期快速疗法、短程口服疗法、中程口服疗法及长期维持疗法。

全身应用糖皮质激素的副作用：主要包括对丘脑—下丘脑—肾上腺轴的抑制作用，类肾上腺皮质功能亢进作用，诱发或加重感染及消化道、心血管的并发症等。

8.2.1.2 糖皮质激素吸入疗法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

糖皮质激素吸入疗法的适应症：所有中度支气管哮喘均应把糖皮质激素吸入疗法作为首选治疗；对糖皮质激素产生依赖的重度哮喘病人，为避免或减少全身应用糖皮质激素的副作用，应尽早采用吸入疗法；轻度哮喘病人经正确的色甘酸钠吸入疗法仍不能完全控制症状者；无论何种类型支气管哮喘，当病情需要每日吸入支气管扩张剂达 2 次以上者。

糖皮质激素吸入疗法常用制剂：包括二丙酸倍氯米松、丁地去炎松及丙酮确炎松等。

糖皮质激素吸入疗法的副作用及防治：包括全身副作用及局部副作用。局部副作用，包括白色念珠菌性口腔炎、声嘶等。其发生率为 10% ~ 20% 之间，在吸入后及时漱口可以有效地预防这一些局部副作用。

糖皮质激素吸入疗法的注意事项：通常糖皮质激素吸入疗法在吸入 3 ~ 7 天开始见效，所以在起效之前病人仍需根据病情使用支气管扩张剂和口服糖皮质激素；由于过敏性哮喘患者经常伴有其他过敏性疾病，当吸入疗法代替全身用药时使某些特应性皮炎、变应性鼻炎等被全身糖皮质激素治疗抑制的疾病复发，此时可用酮替芬等抗组织胺药治疗，既可控制特应性湿疹和变应性鼻炎，又可预防哮喘发作；糖皮质激素吸入疗法不宜在哮喘急性发作期使用；吸入疗法和技术正确与否与疗效有密切关系。

正确的吸入方法（MDI 的正确吸入方法的具体步骤如下）：

①打开保护盖，用力震摇气雾瓶使瓶内混悬液达到均匀状态；②挺胸颈后仰，将气雾剂喷口置于两唇之间，口唇包围喷口，用力呼气后继之缓慢地吸气，吸气量保持在每分钟 5L 左右，在完成整个吸气过程的 1/5 时，将置于口唇之间的气雾剂用力按压，使喷出的气雾随剩余的 4/5 气流慢而深的吸入气道内；③将气雾剂喷口撤出，尽可能屏气 10 秒钟以增加药物微粒在气道内的沉积量；④随即用温开水漱口，不要作吞咽动作，将漱口水吐出；⑤第二次吸入应至少间隔 1 分钟。

上述吸入步骤应严格执行，吸气过快时可使吸入量明显减少；如果屏气时间短于 4 秒，可使气道内的微粒沉积量减少；喷雾吸入时牙齿或舌头的位置不当也会影响药物的吸入。

8.2.2 支气管扩张剂的应用

支气管扩张剂主要包括：β_2 - 肾上腺素能受体激动剂、茶碱类药物、胆碱能受体拮抗剂、钙离子拮抗剂等。

支气管扩张剂的应用时应遵循的原则：应在充分的气道抗炎治疗的基础上使用；应仅用于缓解哮喘症状，如哮喘突然发作时用于控制症状；在使用气道抗炎药物治疗哮喘但没有起效之前用于暂时控制症状；应以吸入给药。

8.2.2.1 β_2 - 肾上腺素能受体激动剂

短效类：疗效持续的时间为 4 ~ 6 小时。有舒喘灵（沙丁胺醇）、异丙喘宁、克喘素（双氯醇胺）等。

中效类：疗效持续时间为 6 ~ 8 小时。有间羟舒喘宁（博利康尼、喘康速）、氯丁喘胺、匹布特罗等。

长效类：主要有佛莫特罗茶、萨美特罗、普卡特罗等。

β_2 - 肾上腺素能受体激动剂的主要副作用：有使心率增快、反常支气管痉挛、骨骼肌震颤、血糖升高、并易产生耐药性等。

8.2.2.2 碱类药物

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

碱类药物包括氨茶碱、喘定、胆茶碱、茶碱缓释剂（12小时制剂、24小时制剂）等。

8.2.2.3 胆碱能受体拮抗剂

胆碱能受体拮抗剂包括溴化异丙阿托品（爱喘乐）、甲硝基阿托品、山莨菪碱（654－2）。胆碱能受体拮抗剂主要的副作用是口干、头晕、头痛等。

8.2.2.4 钙离子拮抗剂

钙离子拮抗剂主要有心痛定、异搏定等。钙离子拮抗剂的主要副作用有头痛、头昏、面部潮红、乏力及血压下降等。

8.3 哮喘患者急诊指征

经吸入或口服支气管扩张剂仍不缓解者；出现指、趾甲或口唇发灰或发青者；出现呼吸困难以及行走或谈话困难者；出现颈肌、胸肌及肋间肌的收缩和鼻翼煽动者；经治疗峰流值仍然逐渐下降或峰流值仅在正常基线的50%以下者；需要频繁使用支气管扩张剂和吸入舒喘灵气雾剂达4次以上/日者。

9 疗效评定标准

哮喘病的疗效评定标准，与诊断标准一样，在国家中医药管理局制定的行业标准中有其疗效评定标准，有中国中医药学会内科学会制定的哮喘病疗效评定标准，还有中华医学会呼吸病学会于1993年制定的支气管哮喘的疗效评定标准。就其实用性，以中华医学会呼吸病学会制定的支气管哮喘的疗效评定标准为佳。现摘录如下：

9.1 病情严重度分级

9.1.1 轻度

治疗前临床表现：间歇、短暂发作，每周1～2次；每月夜间发作2次或以下；两次发作间无症状。

肺功能：FEV1.0（或PEF）＞预计值的80%；PEF变异率≤20%；应用支气管扩张剂后FEV1.0（或PEF）在正常范围。

控制症状所需治疗：仅需间断吸入（或口服）β_2激动剂或茶碱。

9.1.2 中度

治疗前临床表现：每周哮喘＞2次；每月夜间发作＞2次；几乎每次发作均需吸入β_2激动剂。

肺功能：FEV1.0（或PEF）为预计值的60%～80%；PEF变异率20%～30%之间；治疗后FEV1.0（或PEF）可恢复至正常。

控制症状所需治疗：经常需用支气管扩张剂；需每日吸入糖皮质激素。

9.1.3 重度

治疗前临床表现：经常发作哮喘活动受限；近期曾有危及生命的大发作。

肺功能：FEV1.0（或PEF）＜预计值的60%；PEF变异率＞30%；经积极治疗FEV1.0（或PEF）仍低于正常。

控制症状所需治疗：需每日给予支气管扩张剂；需每日吸入大剂量皮质激素；经常全

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

身应用糖皮质激素。

9.2 疗效判断标准

9.2.1 临床控制：哮喘症状完全缓解，即使偶尔有轻度发作不需用药即可缓解。FEV1（或 PEF）增值在 35%以上，或达到预计值 80%～100%，PEF 变异率＜20%。

9.2.2 显效：哮喘发作较前明显减轻，FEV1.0（或 PEF）增殖 25%以上，或达到预计值的 60%以上；PEF 变异率＞20%，仍需用皮质激素或支气管扩张剂，但只需既往用药剂量的 1/3。

9.2.3 好转：哮喘症状有所减轻。FEV1.0（或 PEF）增值 15%～25%，仍需用皮质激素或（和）支气管扩张剂，用药剂量不能少于原来的 1/2。

9.2.4 无效：临床症状和 FEV1.0（或 PEF）测定值无改善或反而加重。

10 调摄护理

10.1 调 摄

哮喘病的发生或诱发，多有其诱因，因此，在生活中要积极予以预防，以避免其发作。如做到室内家具力求简单洁净，不宜使用呢绒原料制作的软椅、沙发和地毯。室内勿挂壁毯、字画等，地面勿用羊毛地毯及草垫。被褥和枕心尽量用新棉制作，避免用丝棉、皮毛、羽绒等材料。室内不要养猫、狗、鸟等动物。注意保持室内的阳光和通气，每日定时通风。

室内避免烟雾、杀虫剂、化妆品、樟脑丸以及香味浓郁的花草。擦拭门窗、家具尽量使用湿布，勿用干布及鸡毛掸子，以免扬起灰尘。应尽量避免接触烟尘、油漆、DDV、蚊香和冷干空气等刺激性气体等。

哮喘病具有病程长、反复发作，甚至终身不愈的特点，因此，哮喘患者保持良好的情绪，树立战胜疾病的信心，亦具有重要意义。同时哮喘病人还应避免强烈的精神刺激和剧烈运动，避免大笑、大哭、大喊等动作。在其缓解期应加强体育锻炼和耐寒、耐力训练，以增强体质，加强机体对气候改变的适应，减轻精神压力。

饮食宜清淡而富营养，忌食生冷肥甘厚味、海腥发物、辛辣等食物，并戒除烟酒。

对于哮喘患者来说，还必须注意在换季节之时、寒温剧烈变化之时，避免外邪的侵袭；在外邪侵袭后，必须予以积极的治疗。

10.2 护 理

哮喘病的护理，一般采取常规护理与辨证护理相结合。对急性发作者，可采取内科一级护理或二级护理，定时观察患者的体温、脉搏、呼吸、血压及神志的变化，密切观察喘息发作的时间、持续时间、加重时间及昼夜变化的规律，观察口唇及指甲紫绀的程度等。对于喘憋胸闷、唇甲紫绀、呼吸困难者，应予持续低流量吸氧；对于呼吸急促、张口抬肩、不能平卧，同时有汗出如油、肢体不温而欲发喘脱者，应予以特护，并采取综合措施。对于喘鸣痰多，痰声漉漉或痰粘难咳者，应予翻身拍背、雾化吸入等方法，帮助排

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痰，并防止窒息。对喘息哮鸣，心中悸动者，应限制活动，防止喘脱。

11 康　　复

11.1 药物康复

在康复阶段可继续使用扶正祛邪之品。扶正宜用补肺益肾、益气温阳的药物和方剂。药如党参、黄芪、黄精、太子参、五味子、山萸肉、补骨脂、淫羊藿、紫河车、山药、薏苡仁、菟丝子等。方选玉屏风散、参苓白术散、七味都气丸、金匮肾气丸、右归丸等。祛邪的药物重在活血化瘀，可用半夏、陈皮、冬瓜仁、橘红、苏子、丹参、当归、红花、川芎等，方以二陈汤、三子养亲汤、桃红四物汤等。

11.2 食疗康复

11.2.1 气虚不复者：宜用参苓粥（《圣济总录》）。即用党参 30g、茯苓 15g、生姜 6g，水煎去渣留汁，入粳米 100g 煮粥，临熟时下鸡子 1 枚，用盐少许，继续煮至粥熟而成。常食此粥，能健脾益气。

11.2.2 阴虚不复者：宜用珠玉二宝粥（《医学衷中参西录》）。即以生山药 100g、生苡米 100g、柿霜饼 40g，先将山药、薏苡仁捣成粗渣，煮至烂熟，再将柿霜饼切碎，调入融化，随意服之，有益肺养阴之功。

11.2.3 阳虚不复者：宜食枸杞羊肾粥（《饮膳正要》）。粥用杞苗 100g、羊肾一个切细、羊肉 50g、葱 15g、盐少许，共煨而成，分次食用，有温阳益气、康复脾肾之功。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病因病机的研究

一般认为，哮喘多由触冒风邪、饮食不节、情志过极和过度疲劳等诱发，病理因素多责之于痰。近年来诸多医者根据自己的临床实践和研究观察的结果，从不同角度阐述了自己的认识，主要有以下观点。

1.1.1 风邪为患

如晁恩祥等人根据哮喘病人及家族中有哮喘、湿疹、荨麻疹、过敏性鼻炎等病史；多发于春冬季节，有明显的季节性；发作前多有鼻痒、眼痒、喷嚏、流涕等先兆症状；发病迅速，时发时止，反复发作，发作时痰鸣气喘的特点，认为此与风邪“善行数变”的性质相符，因而重视风邪为患，提出“风盛痰阻、气道挛急”是其主要病机的观点。[1]

1.1.2 痰瘀伏肺

如洪广祥认为，痰饮内伏，并不是孤立存在的，往往与气郁、血瘀互为因果，提出了痰饮内伏为哮喘“宿根”。[2]李琳认为本病邪羁日久，病人面色黎黑，口唇乌暗，眼下发青，爪甲紫绀，舌青或有瘀点，舌下脉络黯而怒张，实属血行不畅，络道壅塞。[3]李静等

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

认为哮喘患者中，大多数发病时间较长的病人确有明显的血瘀征象：面色黎黑，口唇发绀，舌质黯红，或有瘀斑或瘀点。临床资料表明，84 例哮喘患者有 58 例明显存在瘀血征象，同时对观察组的 26 例病人进行血液流变学检测，明显高于正常。动物实验证明豚鼠造模动物的红细胞流动性明显低于正常组。研究结果证实了血瘀内阻在本病发病中的重要作用。由于痰瘀皆是人体津血的病理产物，津变成痰，血变成瘀，津血间互相转化，故痰瘀也相互影响。二者胶结难化，影响着本病的发生、发展和转归。[4]

1.1.3 气郁、气逆

如高铎等认为，其发病时胁肋紧缩，收而难舒，胸憋如窒，呼长吸短，均为有升无降的气逆之象。[5]熊家平认为，人体之气，虽其主在肺，其充在脾，其根在肾，但其调在肝。若肝气疏泄失职，郁而生风，夹痰循经上扰肺金，亦可导致肺金清肃不利，痰气交阻，发为哮喘。[6]

1.1.4 本虚标实

如张贻芳等认为，哮喘是本虚标实之证，本虚以气阴两虚多见，标实以热痰多见。[7]李传方认为，哮喘反复发作的患者，往往于发病时既有外邪客肺和痰浊阻肺的标实证，又有脾肾不足的本虚证，强调肺脾肾不足是哮喘的宿根。[8]许德盛认为肾虚是哮喘的基本体质，哮喘病人无论临床上有无肾虚见证，皆存在“隐性肾虚证”。[9]

1.2 诊断和疗效标准的规范化研究

统一的诊断与疗效判定标准是进行临床、科研工作的必备前提。为此，中华全国中医学会内科学会在集全国众多专家、学者经验的基础上，反复验证，不断修订充实完善，于1982 年制定并于 1987 年修订了哮喘病诊断及疗效评定标准，首次将中医学中的哮喘病赋予了适当的定义，并制定诊断标准，将证候分寒哮、热哮两个类型；病情分轻、中、重三度；疗效评定分五级，即痊愈、临床控制、显效、有效、无效。此标准公布后得到了全国多数学者的认可，并在临床、科研工作中运用。诊断和疗效标准的进一步统一，减少了标准不一所导致的对疗效评价的悬殊差异，有利于治疗效果的总结，使中医药治疗哮喘病的研究水平向高水准发展。[10]

2 临 床 研 究

2.1 治 法 研 究

2.1.1 祛风解痉法

是针对风邪为患，气道挛急的病机而设的治法。如晁恩祥等人根据此法而制定的具有祛风解痉、宣肺化痰平喘作用的“祛风解痉平喘汤”（炙麻黄、苏叶、苏子、蝉衣、白果等），临床治疗 32 例发作期患者，临床疗效结果为：临控 10 例，显效 13 例，有效 6 例，无效 3 例；控显率为 71.87%，总有效率为 90.62%。临床实验室检查结果表明，祛风解痉平喘汤能改善肺功能，降低易感性，降低呼吸道阻力，并能改善微循环，降低全血粘度、血浆粘度，使舌浅表血流量增高，从而达到治疗目的。[1]药效学的研究机制证明，祛风解痉平喘汤具有拮抗组织胺和乙酰胆碱对平滑肌的收缩，对大鼠卵蛋白被动皮肤过敏试

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

验有明显的抑制作用，并能明显增强呼吸道的排泄酚红作用。[11]杨巧玲认为哮喘病治疗应以外散风邪、内清痰火为主，使风邪清散，痰火清化，则哮喘自可缓解。自拟消风散（荆芥、防风、蝉衣、当归、生地、苍术、牛蒡子、甘草、麻黄、地龙、干姜、杏仁）加减治疗支气管哮喘36例。治疗结果：临床控制17例，占47.2%；显效11例，占30.6%；有效5例，占13.7%；无效3例，占8.3%；总有效率91.7%。治疗前嗜酸性粒细胞增高者23例，治疗后第3天恢复正常水平者16例（69.5%），治疗6天后恢复至正常水平者5例（21.7%），总有效率为91.2%。[12]

2.1.2 宣肺降气化痰法

是针对发作期痰阻气逆之病机而设的治法。如苏梅者用麻杏二三汤（炙麻黄、杏仁、橘红、半夏、茯苓、炒苏子、莱菔子、白芥子、茶叶、诃子、甘草）治疗哮喘23例，总有效率91%；王玉等用喘嗽宁（地龙、白果、苦参、杏仁、茯苓、陈皮、黄芩、桑白皮、白前、甘草）治疗哮喘308例；金梦贤用四子克喘汤（麻黄、杏仁、生石膏、甘草、苏子、白芥子、莱菔子、五味子、川贝母、干姜等）治疗哮喘200例；杨通礼用橘龙宁嗽汤（七瓜橘红、广地龙、炙麻黄、桂枝、茯苓、桔梗、杏仁、五味子、罂粟壳、炙甘草）加减治疗本病50例；乔世举用麻龙三白汤（麻黄、白果、柴胡、地龙、白芍、黄芪、白前、杏仁、夜交藤、甘草、苍术、石韦、莱菔子、桑白皮、丹皮、紫菀、苍耳子）加减治疗支气管哮喘112例；褚东宁用清热定喘汤（白果、麻黄、苏子、杏仁、桑白皮、黄芩、半夏、款冬花、甘草、生石膏、鱼腥草、葶苈子）加减治疗支气管哮喘70例，均获得较明显效果。[13-18]

2.1.3 活血化瘀法

是针对发作期瘀血痹阻之病机而设的治法。如许德全在总结历代中医治喘的经验基础上，发现以往治喘重视“痰”的病理因素，而忽视“瘀”的病理存在。依据“久病入络”、“久病多瘀”的理论，根据中医辨证施治原则，以丹参为主药配伍相关中药，组成了治喘合剂Ⅰ号方（丹参、炙麻黄、川贝母、金荞麦等）、Ⅱ号方（丹参、炙麻黄、贝母、白芥子等），治疗哮喘70例，并设定喘汤、苏子降气汤治疗哮喘50例为对照组。临床结果表明：Ⅰ号方临床控制5%，显效30%，好转60%，无效5%，总有效率95%。Ⅰ号对照方临床控制3.3%，显效20%，好转70%，无效6.6%，总有效率93.3%。Ⅱ号方临床控制3.3%，显效23.3%，好转66.6%，无效6.6%，总有效93.3%。Ⅱ号对照方临控0%，显效20%，好转70%，无效10%。总有效率90%。实验发现，治喘合剂有良好的治疗哮喘作用，其机理可能在于抗过敏、稳定肥大岷细胞膜、抑制其脱颗粒和介质释放，拮抗慢性反应物质以及对支气管平滑肌的解痉作用。[19]李静以活血定喘方为基本方（川芎、赤芍、当归、丹参、桃仁、红花、生地、柴胡、枳壳、桔梗、瓜蒌、地龙、甘草），加减治疗顽固性哮喘46例，并设立理气化痰的定喘方（麻黄、杏仁、苏子、桑白皮、黄芩、款冬花、半夏、甘草）为对照组。结果表明：活血定喘方的作用明显优于定喘方，经统计学处理有显著的差异，多项研究指标揭示，活血定喘方能拮抗炎症介质，改善血液循环，降低气道反应性。[4]

兼村俊范对难治性支气管哮喘，即使口服足量的药物仍有发作，必须给予输液治疗；腹证均有少腹胀满，静脉怒张，有便秘倾向，皮肤有瘀斑等，辨证为瘀血者。治疗给予祛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘀剂如桂枝茯苓丸、大黄牡丹皮汤、桃核承气汤等，观察其治疗经过。同时应用可显示上皮细胞水分主动移动情况的狗培养气管上皮细胞，测定祛瘀剂（桂枝茯苓丸）对离子转运的作用。结果所有病例均在投药后 2 周症状减轻。在长期的治疗过程，瘀血症状减轻的同时，发作次数、喘息分数、治疗分数等均有改善，类固醇依赖性哮喘者的类固醇依赖量也减少。另外投与桂枝茯苓丸可减少狗培养气管上皮细胞的离子转运。[20]

邵长荣等人采用川芎嗪静脉点滴治疗发作期支气管哮喘 30 例，并与葡萄糖注射液静脉滴注作对照，结果治疗组总有效率 96%，对照组为 30%，统计学上有非常显著的意义。[21]许德全等用丹参防治本病 25 例，并以新型哮喘防治药噻哌酮作对照。丹参组总有效率 96%，对照组总有效率为 92%，两组比较 $P>0.05$。[22]杨俊修用血府逐瘀汤加减治疗顽固性哮喘 10 例，9 例有效，部分患者 10 年内未复发。[23]

2.1.4 肺肾同治

如张镜人等以补肾益肺法为主抢救哮喘持续状态。主方是参蛤散（移山参 6～9g，蛤蚧一对去尖，水煎服，每日一剂，连服 1～2 天）、人参胡桃汤（移山参 9～10g，胡桃肉 10g）。结合辨证，寒喘选三拗汤、小青龙汤；热喘选麻杏石甘汤、白果定喘汤。共抢救 12 例发作持续状态者，结果临床控制 9 例、显效 3 例、无缓解 1 例，总有效率为 94%。[24]陈良良等用清肺补肾法（炙麻黄、黄芩、射干、苦参、鱼腥草、全瓜蒌、葶苈子、补骨脂、黄芪、雷公藤、沉香、大枣）治疗 34 例，并与单纯清肺平喘法（上方去补骨脂、沉香、黄芪）作为对比观察，结果治疗组总有效率 97.06%，对照组总有效率 81.48%。[25]陈良良在应用清肺补肾汤取得满意疗效的基础上，进行了抗过敏哮喘基础实验。结果表明，清肺平喘汤能有效地抑制大鼠卵蛋白被动皮肤过敏试验，抑制豚鼠卵白蛋白过敏性哮喘，拮抗组织胺和乙酰胆碱对支气管的痉挛作用，并有促进大鼠胸腺增殖的效果。[26]李传方采用标本兼治方（麻黄、葶苈子、细辛、射干、五味子、罂粟壳、黄芪、参蛤散）治疗青少年哮喘 30 例，也取得了很好的效果，有效率为 93%。[27]伯运宽等人报告重型支气管哮喘 100 例按就诊顺序用序贯随机平行分组为对照组和治疗组。用单纯西药治疗 50 例（对照组），治疗组除上述治疗外，用定喘合剂治疗 50 例。疗程为 7 天。对照组总有效率为 74%；治疗组总有效率为 96%，中医辨证分型间疗效无显著差异。经统计学处理两组总有效率差异显著，$P<0.01$，治疗组总有效率高于对照组。认为定喘合剂是治疗重型支气管哮喘的有效药物。[28]许得盛等人在以往的工作应用补肾法对预防支气管哮喘的季节发作具有明显的作用，而对发作期患者难以奏效的基础上，进一步以补肾法结合清肺平喘药物，而标本兼顾组成宁喘冲剂（附片、熟地、巴戟天、麻黄、黄芩、苏子等），不仅观察其对哮喘发作的疗效，还观察其缓解哮喘的疗效。结果表明宁喘冲剂在缓解期治疗哮喘、预防哮喘发作的显效率为 45.2%，安慰剂对照组为 4.8%；在发作期治疗哮喘，缓解哮喘发作的显效率为 61.1%，西药对照组的显效率为 50%，两组比较 $P>0.05$，但中药每天平均服平喘药 1.25 片，而西药对照组为 4.26 片（$P<0.01$）。宁喘冲剂还可明显减少皮质激素用量。[29]

2.1.5 肺肝同治

如武维屏等人对 174 例哮喘病人采用调肝理肺法治疗，药物分别用四逆汤加减、柴芩泻白散加减、柴胡陷胸汤加减、过敏煎加减。结果哮喘 1 周内缓解 34 例，2 周内缓解 79

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例，2周以上缓解者34例，无效或加重者16例，总有效率为90.80%。[30]熊家平提出采用平肝泻肺法治疗哮喘46例（炙麻黄、杏仁、桑白皮、黄芩、丹皮、川楝子、地龙、蜈蚣），其中痊愈31例，好转10例。[6]张健明也用疏肝理气法治疗哮喘，认为在临床上对即使没有情志因素影响的哮喘，也应辅以疏肝理气一法。[31]朱秀峰用疏风平肝之基本方（钩藤、炙麻黄、葶苈子、乌梅、蝉衣、石韦、生甘草）治疗支气管哮喘95例，总有效率94.2%。[32]新井基夫等人对难治性哮喘，以大柴胡汤为基本方，与桂枝茯苓丸或半夏厚朴汤合方，加麻黄、杏仁、甘草、石膏、细辛、或五味子等生药。疗效判定从发作分数、治疗分数、哮喘分数、最大呼气流量、全面改善程度等五个方面进行评价。结果，9例患者的全面改善程度为：显著改善5例，中度改善3例，轻度改善1例。中田敬吾用神秘汤加减方（麻黄、苏叶、橘皮、柴胡、杏仁或加厚朴、甘草），在半年内治疗哮喘13例患者，结果有效以上8例，无效5例。他认为神秘汤治疗支气管哮喘的适应症如下：①支气管哮喘的发作类型为与麻杏石甘汤相同的笛声型喘鸣；②有咯痰少的倾向，而且粘热痰；③发作程度中等，而非麻杏石甘汤证的严重呼吸困难；④腹证为胸胁苦满；⑤性格为神经质易受刺激或处于应激过多的环境中；⑥多为易感冒体质。[33]山本忍用柴朴汤治疗支气管哮喘，治疗对象为14例类固醇依赖性、难治性支气管喘患者（男8例，女6例），其中特异反应型9例，非特异反应型5例。投予柴朴汤7.5g/日，子投药前后52周进行了比较探讨。结果，14例中8例（57.1%）哮喘分数及临床症状轻度以上改善；6例类固醇剂减量，但未见恢复垂体－肾上腺系统机能的作用。临床综合效果评价：有效4例，稍有效8例。分析患者尿中的排泄物，检出柴朴汤中厚朴的成分厚朴酚、游离型厚朴酚，有效例（19.87±15.66μg/日）较无效例（4.27±2.33μg/日）明显增加（$P<0.05$）。该结果表明，测定厚朴酚的结合能，可作为临床疗效的指标。[34]

2.1.6 肺脾同治

如张贻芳等人用哮喘灵（麻黄、杏仁、生石膏、黄芩、黄连、黄柏、甘草）以治肺，用哮喘平（党参、白术、茯苓、鸡内金、焦三仙、甘草）以治脾，1日两方同用，间隔服用，意在标本兼顾，扶正祛邪。观察了111例，结果总有效率为97%，显控率为67%。[35]陈济德等人用苏子降气汤合旋覆代赭汤合方加减成Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ号方，方一：炒苏子6～15g，半夏6～12g，前胡6～12g，旋覆花10～15g，川厚朴10g，当归10g，肉桂3g，鱼腥草20g，地龙12g，白芥子6～12g，甘草6g。水煎分2次服，日1剂。如寒热较盛，咳痰黄稠，舌质红苔黄者用方二：炒苏子15g，半夏6～12g，前胡10g，旋覆花15g，黄芩12g，桑白皮15g，瓜蒌24g，川厚朴10g，当归6g，鱼腥草30g，地龙12g，甘草6g。水煎分2次服，日1剂。如寒热错杂，咳痰黄绸或白粘难咳，或恶寒身痛，烦急气促，面目浮肿者用方三：炒苏子15g，白芥子6g，葶苈子10～30g，半夏10g，瓜蒌24g，黄芩12g，川朴10g，肉桂3g，地龙15g，旋覆花15g（包），当归10g，丹参15g，泽泻10g，代赭石30g。水煎分2次服，日1剂。结果：痊愈8例，临床控制24例，显效20例，有效6例，无效7例，总有效率89%，显效率80%。[36]杜立峰等人用半夏定喘汤（半夏、陈皮、葶苈子、白茯苓、黄芩、党参、山药、白术、桔梗、杏仁、麻黄、甘草、生黄芪）治疗支气管哮喘85例，热哮者加生石膏、天竺黄；寒哮者加干姜、细辛；兼有血瘀者加赤芍、川芎；发热者加柴胡、鱼腥草。结果：显效31例；有效45例；无效9例，总有效

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

率89.4%。[37]黄新风自制补肺片（党参、白术、黄芪、蛤蚧、防风、五味、桔梗等）治疗缓解期支气管哮喘，并设立酮替崛酚为对照组。按就诊先后顺序分为治疗组38例，对照组29例。结果治疗组临床治愈4例，显效10例，有效21例，无效3例；对照组显效5例，有效15例，无效9例。两组总有效率分别为92.1%和68.9%，经统计学处理，$P<0.05$。[38]

2.1.7 从肾论治

沈自尹等人采用温阳片（附子、生地、熟地、山药、仙灵脾、补骨脂、菟丝子等）预防哮喘季节发作，并用小青龙汤作为对照组。治疗组5批284例，显效率63.4%～75.0%；对照组3批81例，显效率仅为18.5%～22.2%。[39]郝建新等人对支气管哮喘急性发作的患者辨证为热哮时，治疗主张加用补肾温阳之品，他们认为本病的发生发展变化与肾虚（主要是肾阳不足）的关系密切。故尽管发作时证属热哮，肾虚仍为本病之本，也就是说基本病理为本虚标实，以痰热上壅于肺，肾阳亏于下为特点。若在治疗中加入温肾补阳之品甚合标本兼顾之意，故能提高疗效。一般可选用补骨脂、淫羊藿、五味子、附子、黄芪等药，以温补肾中阳气，扶助纳气之功，而治其本。[40]王文鼎认为老年患者肾气已虚，病机多为肺肾两虚，肾气不纳为主，治当补肾纳气，固肾真元，切不可囿于“发时治标”之说而乱用攻伐；对肾虚为主兼有标实之老年久哮，可崇王氏全真一气汤蜕化方（人参、熟地、山萸肉、麦冬、五味子、怀牛膝、白芥子、生姜）补肾固本兼以化痰。[41]邵桂珍用补肾法（丹皮、泽泻、茯苓、五味子、山萸肉、补骨脂、胡桃肉）治疗本病31例，随访两个冬春，总有效率为96.7%。[42]李国奇以七味都气丸化裁治疗哮喘33例，总有效率为93.3%。[43]日本平松幸治根据舌诊（干燥、裂纹、红舌）以及问诊诊断为肺阴虚的18例支气管哮喘患者（男性7例，女性11例）为观察对象，年龄为45～70例，平均年龄为58.5岁。选用六味地黄丸、麦门冬汤、滋阴降火汤等方的提取方，单方或合方治疗4周。效果判定：以重症程度、发作频率均改善者为显著改善；某一方面改善者为改善。结果：18例中10例改善，其中3例显著改善。由此认为，补阴药治疗该病有效。另外，应用六味地黄丸有改善病例，这表明中老年支气管哮喘不仅与肺阴虚有关，而且与肾阴虚也有密切关系。[44]

2.2 分期分型论治

2.2.1 哮喘的分期分型论治

哮喘的分期分型论治，一般分为发作期和缓解期。如张沛虬、刘国安将本病发作期分为：①寒痰阻肺型，以小青龙汤加减。②热痰阻肺型，方用泻白散合麻杏石甘汤加减。③气郁痰阻型，方用二陈汤合三子养亲汤加减。缓解期分为：①肺气不足型，治以参麦散合苏子降气汤加减。②脾气虚弱型，治以六君子汤加减。③肾不纳气型，偏于肾阳虚者，以温补肾阳佐以纳气，肾气丸合参蛤散；偏于肾阴虚者，用滋补肾阴佐以纳气，七味都气丸合参蛤散。[45-46]康景华将本病分为急性发作期、慢性迁延期和临床缓解期。急性发作期分为：①外感风寒表邪型，治以宣肺止咳平喘，祛风散寒。②外感风寒表虚型，治以标本兼顾，散寒固表。③痰热闭肺型，治以清热宣肺，通下腑气。慢性迁延期患者多表为肺、脾、肾虚，治疗既要宣肺化痰，又要益气养阴，健脾化痰。临床缓解期多为气阴两

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

虚，兼有血瘀，治以益气补肾，活血化瘀。患者 58 例，显效 10 例，占 17%；好转 40 例，占 68%；无效 8 例，占 13%，总有效率 86%。[47]

2.2.2 以一方统之，随证加减

有的虽也分为发作期和缓解，但各期均以一方统之，随证加减。如马仁美报道，王正公治疗本病，在发作期采用宣肺透邪法，常用三拗汤和止嗽散加减。偏于风热者，加牛蒡子、前胡、桑白皮；偏于风寒者，加荆芥、桂枝、苏子；偏于痰热者，加生石膏、银花、黄芩；偏于痰湿者，加半夏、陈皮、茯苓。缓解期采用扶正固本，清透余邪法。方由南北沙参、炙草、当归、白芍、白术、僵蚕、百部、白前等组成。偏于肺气虚者，加党参、黄芪、山药；偏于肺阴虚者，加麦冬、百合、五味子；偏于痰湿者，加半夏、陈皮、远志；肺有伏热者，加芦根、甘草。他治疗此期患者 142 例，结果临床控制症状 16 例，症状减轻 71 例。[48]朱氏对发作期患者以平喘祛痰解痉脱敏为原则，用麻黄、钩藤、葶苈子、乌梅、蝉衣、石韦、甘草为基本方。寒喘者加川椒、干姜、细辛、五味子；热喘者，加鱼腥草、金荞麦、秦皮。对缓解期患者，他以益肾补肺脱敏为法，用北沙参、黄芪、菟丝子、仙灵脾、熟地、石韦、蝉衣、乌梅、甘草为基本方。按脏腑阴阳偏盛偏虚随证加减。共治疗 95 例，近期总有效率 94.2%，远期总有效率 87.50%。[49]陈超认为哮喘病因以寒冷、感冒为最多，其病机主要在肺肾两虚，并提出了补肾益肺，扶正祛邪，改善体质的主要治法。基本方为太子参、麦冬、五味子、苏子、陈皮、半夏、乌梅、地龙、紫河车等。气虚者加黄芪；阴虚者加沙参、生地；阳虚者加附子、肉桂。共观察 300 例，结果用药两周后，结果总有效率 80.7%，4 周后总有效率 91%。[35]

2.3 单方验方治疗

近年来，有关治疗哮喘的单方、验方报道很多，均有一定疗效，有的已研究制成成药，广泛应用于临床。李广龙等人用珠贝定喘丸（珍珠、川贝、牛黄、麝香、麻黄、人参、肉桂、氨茶碱、异丙嗪等）治疗哮喘、慢性支气管炎，设治疗组 359 例，并设立对照组（用定喘片）45 例，结果治疗组显效 123 例，好转 188 例；对照组好转 3 例，其余无效。[50]王锁才等人用当归的有效成分藁本内脂制成当归精丸，他认为该药可适用于各种哮喘。[51]姜春华自拟截喘方，由佛耳草、老鹳草、开金锁、碧桃干、全瓜蒌、合欢皮、防风、旋覆花组成。用于哮喘急性发期疗效颇佳。[52]郭一钦等用复方石英冲剂治疗哮喘患者，2 个疗程后，临床控制 5 例，显效 33 例，好转 87 例，无效 9 例，总有效率为 92.4%；据称该粉剂尤以治疗寒喘型和过敏型疗效显著。[53]李智华用抗过敏煎（防风、银柴胡、五味子、乌梅）治疗过敏性哮喘 48 例，显效 31 例，有效 4 例，总有效 93.6%。[54]李富生把白芍、甘草按 2:1 研成细末，每日 30 克口服。治疗 35 例，显效 8 例，有效 23 例。[55]孙碧雄等以张伯臾治疗哮喘方（由皂荚、紫苏、车前子、甘草、地龙、五味子组成）制成糖浆，治疗哮喘发作期患者 20 例，疗程 14 天；另设服酮替酚（含氨茶碱）组 15 例作同期对照。结果两组有效率相仿（$P > 0.05$），治疗前后心率、血压无明显变化，但中药组无酮替酚之困倦、乏力的副作用。[56]张波等人用河北省著名老中医郭中元的经验方一息喘汤（天竺黄、板蓝根、麻黄、地龙、黄芩、元参、石韦、白前、橘红、甘草）治疗重症支气管哮喘 84 例，治疗后症状基本得到控制，哮鸣音消失，评为显效 73 例；症状

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

部分得到改善，发作次数减少，程度减轻．哮鸣音局限或偶闻．评为好转 8 例；治疗前后无明显改善，或病情加重者评为无效 3 例。总有效率 96.4%。对 26 例患者做治疗前后最大通气量和时间肺活量测定，治疗后两者平均上升 30% 和 40%。合并肺气肿者气道阻塞性功能障碍也得到明显改善。有效病例最少服药 6 剂，最多服药 32 剂。[57]严忠自拟麻龙汤（麻黄、杏仁、甘草、白芥子、生诃子、地龙、鱼腥草）为基本方。偏于风热者加牛蒡子、桑白皮；偏于风寒者加荆芥、桂枝；痰热者加射干、竹茹；痰湿者加半夏、陈皮、前胡、茯苓。疗程为四周，治疗期间均停服止咳、平喘的西药，原服激素者均两周内减量后停服。治疗结果：68 例发作期疗效，①总体疗效：临床控制 28 例，症状减轻 31 例，无效 9 例。②各年龄组有效率：19～30 岁组为 80%，31～50 岁组为 87%，51 岁以上组为 89%。③单项症状有效率：咳为 80%，痰为 85%，喘为 87%。16 例坚持一年治疗的疗效是显效 4 例，好转 10 例，无效 2 例。[58]王素英等用白果定喘膏（炙麻黄、白果、苏子、苍耳子、马兜铃、蝉衣、防风、辛夷、百部、细辛、黄芩、地龙）治疗哮喘 30 例，治疗后患者肺功能、IgE、嗜酸细胞计数等指标均有显著改善。[59]刘洁以自拟定喘方（麻黄、杏仁、钩藤、葶苈子、乌梅、蝉衣、川贝、石韦、甘草），临床寒痰型加桂枝、细辛、白芍、五味子；热痰型者加鱼腥草、黄芩、石膏、海浮石；湿痰型加陈皮、半夏、茯苓、细辛；肺虚型合玉屏风散以补益肺气；脾虚型加四君子汤以健脾益气；肺肾阴虚者加玄参、麦冬、木蝴蝶；肾阳不足者合肾气丸。结果：38 例近期疗效，显效 18 例，好转 16 例，无效 4 例，总有效率 89.4%。观察 30 例远期疗效，总有效率为 84.5%。[60]朱培新用止哮饮（金银花、连翘、黄芩、柴胡、炙麻黄、杏仁、葶苈子、地龙、白果、苏子、甘草、丹参、麦冬、大枣）治疗支气管哮喘发作期 32 例。结果：喘鸣音消失时间平均为 3.97 天，缓解时间为平均 7.88 天。[61]田乃等以敏喘平胶囊（麻黄、杏仁、白蒺藜、生石膏、枳壳、苦参、百部、蝉衣等）治疗哮喘 45 例，并设对照组 40 例，予常规西药治疗，包括抗炎、化痰、解痉．其则用肾上腺皮质激素；综合组 35 例，以上两种方法并用。结果：总有效率分别为 91.10%、87.5%、97.2%。[62]吴玉荣等用平喘饮（桂枝、白芍、炙甘草、麻黄、五味子、苏子、浙贝母、半夏、干姜、细辛）治疗支气管哮喘，126 例中痊愈 46 例，占 36.5%；显效 46 例，占 36.5%；有效 33 例，占 26%；无效 1 例，总有效率为 99.2%，对病程短．症状轻者，一般用 3～6 剂便可见效。病程长，症状重并兼症者，服用 9～12 剂有效。据称 1 年后复发服此方仍有效。[63]范中明用乌梢蛇饮（麻黄、浮萍、西河柳、蝉衣、乌梢蛇、白鲜皮、蛇床子、地肤子、白僵蚕）治疗支气管哮喘，据称对发作期或缓解期均可应用。[64]

2.4 外治法研究

中医采用外治法治疗哮喘的报道，近年来较多。董征等研治冬病夏治消喘膏（由炙白芥子、延胡索、细辛、甘遂）组成，用于缓解期支气管哮喘或喘息型支气管炎，在三伏天于背部双侧肺俞、心俞、膈俞穴位敷贴 4～6h，每 10 天贴 1 次，每年 3 次。防治哮喘患者 223 例（其中支气管哮喘者 35 例，喘息型支气管炎 188 例），历时 10 年，痊愈 72 例，总有效率为 86.5%。[65]高国忠采用这一方法防治支气管哮喘 128 例，经 4 年观察，痊愈 21 例，总有效率 93%。该作者认为，消喘膏在发作期贴敷有治疗作用，缓解期贴敷有预

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

防作用。其巩固疗效的原因可能是：①药物的刺激在大脑皮层形成一个新的兴奋灶，遗留了痕迹反射，长期的后抑制作用改变了下丘脑－垂体－肾上腺皮质轴的机能状态。②药物吸收后使免疫系统发生变化，同时使肺内相应感受器也产生相应改变，进一步使肺表面活性物质得到调整。[66]朱瑞群等以中药Ⅱ号方（白芥子、延胡索、甘遂、生姜）和Ⅴ号方（以麻黄、甘草、苍耳子、白芍、夏枯草为主）穴位贴敷治疗1128例哮喘患者，疗效可靠。[67]金全明等人用桂枝、延胡索、白芥子、甘遂、生川乌、川椒、细辛，并把上药研粉用生姜水调成稠糊状。选用肺俞（双）、膏肓俞（双）、膻中等穴，取5cm×5cm正方型胶布，将药糊2g，置于胶布中心，取0.1g麝香置药糊上，正对穴位3～6小时。局部发烧、发痒、红晕或稍有发泡可取下。夏贴三伏，每伏第一天；冬贴3九，每九第一天。全年共贴6次，3年为一疗程。390例中痊愈148例，占37.99%；好转195例，占50%；无效47例，占12.1%。[68]许济群用麝香定喘膏于“三伏”天时进行穴位敷贴，发现治疗前后嗜酸性粒细胞计数、肺功能、免疫球蛋白IgE均有显著性差异；同时还观察到，贴药年限愈长，次数愈多，效果愈好。[69]

2.5 给药途径研究

2.5.1 口鼻气道雾化吸入

如王玉等研制的“喘平气雾剂”，经临床与实验证明具有平喘、化痰、抑炎和松弛平滑肌作用。[70]李西亭报道，寒喘型治疗以加味麻黄汤，药用麻黄、桂枝、杏仁、甘草、苏子、橘红；热喘型以加味麻杏石甘汤，药用麻黄、杏仁、石膏、黄芩、桑白皮、银花。上二方均采用水煎浓缩液进行雾化吸入，共治疗哮喘发作期60例，总有效率为90%。[71]高安莉等人采用降气、化痰、消炎的方法，用三子养亲汤加味（苏子、白芥子、莱菔子、葶苈子、细辛、麻黄、天竺黄、胆南星、陈皮、丹参、甘草），加氧雾化吸入治疗支气管哮喘52例，有效率为100%。哮喘控制时间与对照组（庆大霉素、α－糜蛋白酶、地塞米松雾化吸入）相比差异显著。[72]范欣生等以中药（辛夷、麻黄、杏仁、蝉衣）雾化吸入的形式，观察其对34例支气管哮喘患者的治疗作用。结果见临床控制及显效率为63%，总有效率为90%；治疗后患者PEFR和EOS有显著改善（$P<0.05$）。动物实验见对豚鼠乙酰胆碱－组胺性哮喘有平喘作用（$P<0.01$），体外对微粒体脂质过氧化的形成具有抑制作用（$P<0.01$）。[73]

2.5.2 直肠给药

浙江省叶醇研究协作组在证实香叶醇具有平喘效果的基础上，制成栓剂肛门给药。通过对148例发作期支气管哮喘患者观察，其中显效74例，有效53例，总有效率为85.8%；以吸入型哮喘效果最好，其止喘时间不亚于气雾剂和注射剂。[74]金亚城对11例哮喘患者经用抗炎、平喘及激素治疗3天仍无效者，改用麻黄、半夏、桑白皮、五味子、细辛、山海螺、夜交藤、甘草等药物水煎液作高位保留灌肠，5天为一疗程。结果，中度发作者8例于灌肠后0.5～3小时开始缓解，2天左右完全控制；重度发作者3例于灌肠后1～1.5天开始缓解，5天左右控制。[75]

2.5.3 鼻疗

如杜峰等人以咳喘鼻闻安为实验用药（G组），异丙肾上腺素气雾剂做对照组（D

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组），受试者在治疗期间一律停用其他中西药，采用闻剂和雾剂治疗。G 组采用闻吸法。本法有随意法和间歇法两种，患者实际情况选则。随意法即把“闻剂”大包置于床头枕旁，患者躺卧于床，头面鼻孔贴于“闻剂”处，通过鼻孔不断吸药气味而达到治疗目的，适宜卧床病人或夜间治疗；间歇法是置小包“闻剂”于上衣口袋内，用时拿在手上，置于鼻孔下，任意闻吸药味，每隔 1～2 小时闻吸 10～15 分钟，夜间按随意法使用。D 组采用喷雾吸人法，即打开药栓，向咽喉部喷雾，每次 1～2ml，每日 4～6 次。共观察 690 例，其中 G 组闻吸咳喘闻安 460 例，D 组 230 例。G 组总有效率为 85%，D 组总有效率为 56%，经统计学处理结果表明，G 组疗效显著优于 D 组（$P<0.01$）。[76]

2.5.4 注射剂

扬州市苏中制药厂生产的纯中药复方制剂—“止喘灵”已被推广为 1995 年全国中医医院急诊科室必备药，这是被列为呼吸系统的唯一急救中药。该药为肌肉注射给药，药理实验证明其作用疗效明显优于氨茶碱衍生物喘定等药。

3 实 验 研 究

3.1 专方疗效机制的研究

如有报道小青龙汤中有某种抑制浆细胞或淋巴细胞产生免疫球蛋白 IgE 的物质，又能间接或直接刺激机体产生某种抑制因子，使血清 IgE 下降；同时还能松弛豚鼠支气管平滑肌，并有抗组织胺、乙酰胆碱和氯化钡作用。麻杏石甘汤在某种程度上能抑制支气管和肠道平滑肌肥大细胞释放组织胺，动物实验效果与色甘酸二钠近似。定喘汤中黄芩有解热作用外，也能抗变态反应。实验证明黄芩对豚鼠离体过敏性支气管收缩及整体动物过敏性哮喘均有缓解作用，其机理主要是由于破坏了肥大细胞酶激活系统，从而减少组织胺的释放。[77～78]钱伯初等的研究发现哮喘宁（由黄芩、丹皮、桂枝、甘草的乙醇及水提取物组成）不仅具有平喘、抑制Ⅰ型速发变态反应，抑制和拮抗过敏反应介质等的释放作用，而且对Ⅲ型变态反应模型家兔主动 Arthus 反应和大鼠被动 Arthus 反应有明显的抑制作用，也能降低卵蛋白和弗氏完全佐剂多次免疫家兔的血清免疫复合物含量。哮喘宁对Ⅳ型变态反应模型小鼠 2，4－二硝基氯苯（DNCB）接触性皮炎和小鼠绵羊红细胞（SRBC）足垫反应也有显著抑制作用；对小鼠脾脏溶血空斑数和血清溶血素抗体未见明显影响。[79]李美珠等对含有麻黄的中药标本兼治复方益肺平喘丸（由人参、鹿茸、蛤蚧、珍珠、地龙、僵蚕、细辛、麻黄等组成）进行药理研究。结果表明，益肺平喘丸对豚鼠实验性哮喘和小鼠实验咳嗽均有明显的保护作用，并能增加小鼠呼吸道酚红排出量，增强家鸽气管纤毛运动，显著增加环磷酰胺所致免疫功能低下小鼠的免疫器官重量及血清碳粒廓清率，使正常大鼠血清皮质醇浓度明显升高，肾上腺内维生素 C 含量明显降低。揭示益肺平喘丸不但具有良好的平喘止咳祛痰作用，而且能提高肌体免疫功能，对垂体－肾上腺皮质轴系统有一定兴奋作用。[80]

3.2 补肾法疗效机理研究

如沈自伊等人在 1957～1965 年用补肾法防治哮喘取得远期疗效的基础上，1979～

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1983年用温阳片（附子、生地、补骨脂、菟丝子、仙灵脾等）预防支气管哮喘季节发作5批284例，显效率63.4%～75.0%；对照组（小青龙汤或空白）3批81例仅18.5%～22.2%，$P<0.01$。1984～1986年采用温阳片预防治疗哮喘186例，显效率为59.1%；对照组（空白片）71例，显效率为6.8%（$P<0.05$），这一疗效完全可以重复以往结果。他们所做的原理研究表明，补肾的温阳片能全面影响哮喘发病的变态反应（总IgE和特异性IgE反应、组织胺等介质释放）和非变态反应（以Ts细胞为主的免疫调节，β受体功能、内分泌功能）多个主要环节，使哮喘患者免疫系统和神经－内分泌系统功能得以改善，逐步摆脱哮喘发作的恶性循环，最终减轻或中止哮喘的季节性发作。他们用具有高度特异的组织胺吸入实验，观察到空白片对哮喘患者在发病季节的20%组织浓度（PC20）进一步明显下降，而服温阳片补肾治疗组的PC20保持在缓解期水平。揭示补肾法可通过自主神经系统的调节产生影响，通过改善β受体功能，从而起到稳定哮喘气道反应性的作用。[81-87]邵长荣等依据支气管哮喘具有气道高反应性的特点，给25例哮喘缓解期患者服用补肾方剂（补骨脂、杜仲、桑寄生、枸杞子、款冬花、藿香组成），一个半月后，气急、咳嗽、胸闷、痰多症状改善，气道反应性指标PC20和第一秒用力呼气量FEV1下降百分比与组织胺激发浓度的比值（R值）明显下降，说明补肾法对根治本病有良好的作用。[88]

3.3 外治法疗效机理研究

为进一步探讨中医穴位敷贴的疗效机理，王忆勤将上述Ⅱ号和Ⅴ号方贴于豚鼠哮喘动物模型的颈项部，结果发现，两方能延长哮喘发作潜伏期，减轻哮喘程度，对组胺和乙酰胆碱致痉的支气管平滑肌有显著的松弛作用，对肥大细胞膜有保护作用，对腹腔淋巴细胞环核苷酸水平有一定调节作用；能提高肺β受体Rt值，降低kd值，使β受体功能增强，使支气管狭窄、肺气肿和肺不张程度减轻。[89]孙向春通过豚鼠实验性哮喘的对照观察，证实挑刺使哮喘发作症状减轻，使豚鼠引喘潜伏期明显延长，支气管平滑肌挛急受到抑制，定喘穴和肺俞作用显著（$P<0.01$）。挑刺和氨茶碱抑制哮喘的效应基本一致。挑刺和氨茶碱结合，抑制哮喘发作也有明显的效应。[90]

【古训今释】

1 病名溯源

哮证是指由于外感或内伤等病因，导致肺气壅滞或痰阻于肺，痰气搏击，表现以喉中鸣响、呼吸急促、甚或胸憋闷窒，难以平卧为特征的一种顽固的反复发作性肺系疾病。历代医家对其命名较多，如隋·巢元方《诸病源候论》中名为“呷嗽”，宋·许叔微《普济本事方·卷一》称为“齁喘”，明·林珮琴《类证治裁》中有“冷哮”、“热哮”、“盐哮”、“酒哮”、“糖哮”等名称，清·叶天士《临证指南医案》中有“痰哮”、“稚天哮”的记载，明·秦景明《症因脉治》称其为“哮病”，明·程充辑《丹溪心法》中首次以“哮喘”作为独立的病名。总之，或以症状特征命名，或以病因为名，或以病理性质为名，杂驳不一。明·李中梓《医宗必读》提出“哮证”病名，为后世医家所推崇，沿用至今。因哮必兼喘，故亦称为哮喘。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 证候与病象

《内经》中虽无哮证的病名，但在各篇中散在大量哮证的证候及病象的记载。如《素问·阴阳应象大论》中曰："阳胜则身热，腠理闭，喘粗为之俛仰，汗不出而热，齿干，以烦冤腹满死，能冬不能夏。"《素问·阴阳别论》："阴争于内，阳扰于外，魄汗未藏，四逆而起，起则熏肺，使人喘鸣。"《素问·脉要精微论》："肝脉搏坚而长，色不青，当病坠若搏。因血在胁下，令人喘逆。"《素问·玉机真藏论》："帝曰：秋脉太过与不及，其病皆何如？岐伯曰：太过则令人逆气而背痛，愠愠然，其不及则令人喘，呼吸少气而咳，上气见血，下闻病音……病人舍于肺，名曰肺痹，发咳上气。"《素问·藏气法时论》："肺病者，喘咳逆气，肩背痛。"《素问·通评虚实论》："乳子中风热，喘鸣肩息者，脉何如？岐伯曰：喘鸣肩息者，脉实大也，缓则生，急则死。"《灵枢·五阅五使》亦云："肺病者，喘息鼻张。"《灵枢·胀论》指出"肺胀者，虚满而喘咳。"对哮病的症状有了明确的描述。

汉·张仲景《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治》曰："咳而上气，喉中如水鸡声者，射干麻黄汤主之。""其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之"、"咳逆上气，时时唾浊，但坐不得卧，皂荚丸主之。"

隋·巢元方《诸病源候论·呷嗽候》载："呷嗽者，犹是咳嗽也，其胸膈痰饮多者，嗽则气动于痰，上搏咽喉之间，痰气相击，随嗽动息，呼呷有声，谓之呷嗽。"

唐·王焘《外台秘要·久咳坐卧不得方》记载："久患气嗽，发则奔喘，坐卧不得，并喉里呀声，气欲绝"、"脉浮咳逆，咽喉中水鸡鸣，喘息不通，呼吸欲死。"

宋·许叔微《普济本事方·卷一》称哮病为"齁喘"，指出"凡欲天阴欲作雨，便发，……甚则坐卧不得，饮食不进。""此病有苦至终身者，亦有母子相传者。"指出本病缠绵难愈和具有遗传性。

明·秦景明《症因脉治·哮病论》载："秦子曰：哮与喘似同而实异，短息喉中水鸡声，乃谓之哮，但张口气急，不能转息者，谓之喘。"该书《哮病》又载："哮病之证，短息倚息，不能仰卧，伛偻伏坐，每发六七日，轻则二三日，或一月或半月，起居失慎，则旧病复发，此哮病之症也。""哮病之脉，多见沉弦，沉数痰火，沉涩痰湿，沉迟寒饮，沉结顽痰。"

明·程充辑《丹溪心法·哮喘》中首次以"哮喘"作为独立病名。明·虞抟《医学正传》将哮与喘作了明确区分，指出"喘以气息言，哮以声响言"，"喘促喉中如水鸡声响者，谓之哮，气促而连续不能以息者，谓之喘"。明·王肯堂《证治准绳·杂病·喘》则更加详细述及哮、喘之异，曰："喘者，促促气急，喝喝息数，张口抬肩，摇身撷肚"，"哮与喘相类，但不似喘开口出气之多，……以胸中多痰，结子喉音，与气相搏，随其呼吸呀呷于喉中作声，……待哮出喉间之痰去，则声稍息，若昧不节，其胸中未尽之痰复与新昧相结，哮必更作。"明·陈文治《诸证提纲·哮证》指出："哮者，喉中气促似拽锯之有声，非若喘以气息而言也。"明·李中梓《医宗必读·喘》则明确提出了喘、哮、短气三者之不同，论曰："喘者，促促气急，喝喝痰声，张口抬肩，摇身撷肚。短气者，呼吸虽急，而不能接续，似喘而无痰声，亦不抬肩，但肺壅而不能下。哮者，与喘相类，但不似喘开口出气之多，而有呀呷之音，呷者口开，呀者，口闭，开口闭口，尽有音声，呷呀二字，合成哮字，以

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痰结喉间，与气相击，故呷呀有声，三证极当详辨。”

日本·丹波元坚《杂病广要》引《医学统旨》中载：“哮证，喘吼似水鸡声，牵引胸背，气不得息、坐卧不安，或肺胀胸满，或恶寒肢冷，病者夙有此根；又因感寒作劳气脑，一日暴发、轻者三五日而宁，重者半月或一月而愈。”

综合上述前贤所论，哮病之症状为“喘鸣”、“喘鸣肩息”、“咳而上气”、“喉中如水鸡声”等等，与哮喘发作时的临床症状十分类似。至明朝，又将哮与喘进行了明确区分，认识到两者之异同，指出此病具有顽固性，反复发作性，难治性和遗传性。并认识到本病有“宿根”，每遇感受外邪而诱发。

3 病因与病机

早在《内经》中，就对哮病的病因病机有了初步认识，如《素问·太阳阳明论》载：“犯贼风虚邪者，阳受之则入六腑，阴受之则入五脏，其身热不时，上为喘呼。”明确指出了感受外邪是本病的主要病因。《素问·示从容论》曰：“喘咳者，是水气并阳明也。”《素问·五藏生成篇》曰：“咳嗽上气，厥在胸中，过在手阳明、太阴。”《素问·痓论》中指出：“阳盛则外热，阴虚则内热，外内皆热，则喘而渴，故欲冷饮也。”《素问·咳论》：“肺咳之状，咳而喘息有音，甚则唾血。”《素问·痹论》曰：“肺痹者，烦满喘而呕。心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘。”《素问·大奇论》：“肺之壅，喘而两怯满。”《素问·脉解篇》：“阴气在下，阳气在上，诸阳气浮，无所依从，故呕咳上气喘也。”《素问·水热穴论》曰：“水病下为腑肿大腹，上为喘呼。”《素问·调经论》：“气有余则喘咳上气，不足则息利少气。”《素问·气交变大论》曰：“岁金太过，燥气流行……甚则喘咳逆气，肩背痛。”《素问·至真要大论》：“少阴司天，热淫所胜……民病心中烦热……咳喘……肩背臂臑及缺盆中痛，心痛肺膜，腹大满膨膨而喘咳。病本于肺……诸气膹郁，皆属于肺……诸痿喘呕，皆属于上。”又说：“太阴之复，湿变迺举，胸中不便，饮发于中，咳喘有声。”《素问·五常政大论》：“金曰坚成……坚成之纪，是为收引……其病喘喝胸凭仰息。”

《灵枢》中论述亦颇多，如《灵枢·本神》曰：“肺气虚则鼻塞不利，少气，实则喘喝，胸盈仰息。”《灵枢·经脉》：“肺手太阴之脉，是动则病肺胀满，膨膨而喘咳。”《五邪》：“邪在肺则病皮肤痛，寒热，上气喘，汗出，咳动肩背。”

从《黄帝内经》中记载来看，对本病的病因有了初步认识，认为本病病位在肺，与肺气壅滞或肺气上逆或肺气虚弱有关，宿有“水气”为哮喘发作的内在病理基础之一，时气太过，外感虚邪贼风，则为本病的外在致病因素。

汉·张仲景《伤寒论》中论：“阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤”，“伤寒表不解，心下有水气，……，或喘者，小青龙汤主之。”“下之后，不可更行桂枝汤，若汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤。”又云：“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也，汗出而喘者，葛根芩连汤主之”，“喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳。”主要论述了哮喘之病多与外感因素有关。汉·张仲景《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》：“男子面色薄者，主渴及亡血。卒喘悸，脉浮者，里虚也。”《肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治第七》：“风舍于肺，其人则咳，口干，喘满，咽燥不渴，多唾浊沫……肺胀咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之。”《五藏风寒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

积聚病脉证并治第十一》："肺中风者，口燥而喘，身运而重，冒而肿胀。"《痰饮咳嗽病脉证并治第十二》："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，必有伏饮。"《水气病脉证并治第十四》："正水，其脉沉迟，外证自喘。"则又明确指出哮喘其内在病因为痰饮水湿内伏不去，并与里虚有关。

隋·巢元方《诸病源候论·虚劳上气候》载："肺主于气，气为阳，气有余则喘满逆上，虚劳之病，或阴阳俱伤，或气血偏损，今是阴不足，阳有余，故上气也"；《诸病源候论·上气鸣息喉》："肺主于气，邪乘于肺，则肺胀，胀则肺管不利，不利则气道涩，故上气喘逆，鸣息不通。"《诸病源候论·上气喉中如水鸡鸣候》："肺病令人上气，兼胸膈痰满，气行壅滞，喘息不调，致咽喉有声，如水鸡之鸣也。"《诸病源候论·逆气候》："夫起居如故，而息有音者，此肺之络逆，络脉之气不得随经上下，故留经而不行，此络候之疾。人起居如故，而息有音者，不得卧，卧则喘者，是水气之客。"《久咳逆上气候》："肺感于寒，微者则成咳嗽，久咳逆气，虚则邪乘于气，逆奔上也。肺气虚极，邪则停心，时动时作，故发则气奔逆乘心，烦闷欲绝，少时乃定，定后复发，连经滞久也。"强调哮喘的外因为风寒外袭，造成肺气壅滞，或水气客肺，肺之络逆，肺管不利，气道涩滞，又因肺脏气虚，肃降失职，内外合邪，肺气逆而不降，而致哮喘，比较详细地阐述了本病的病因病机，并强调指出了本病具有发作性且顽固难治。

宋·赵佶撰，程林辑录《圣济总录·伤寒上气》载："论曰：伤寒上气者，肺主气，手太阴是其经也，病人肺气凡有不调，又遇寒热，邪气伤于其经，则胀而气逆不下，故令上气。"该书《肺气喘急》载："论曰：肺气喘急者，肺肾气虚，因中寒湿，至阴之气所为也。盖肺五脏之华盖，肾之脉人肺中，故下虚上实，则气道奔迫，肺叶高举，上焦不通，故喘急不得安卧。"宋·许叔微《普济本事方·卷一》指出："此乃肺窍中积有冷痰，乘天阴寒气从背、口鼻而人，则肺胀作声，此病有苦至终身者，亦有母子相传者。"明确指出本病外因乃风寒或风热外袭，内因为寒痰蕴肺，肺气上逆或肺肾气虚，下虚上实，其病因病机的论述符合临床实际。

明·秦景明《症因脉治·哮病论》曰："《正传》云：哮以声响名，喘以气息言，哮病内伤痰饮，外感风寒，合而成病者"，又曰："哮病之因：痰饮留伏，结成窠臼，潜伏于内，偶有七情之犯，饮食之伤，或外有时合之风寒，束其肌表，则哮喘之症作矣。"

清·林珮琴《类证治裁·卷之二·哮证论治》认为本病的病因病机为"症由痰热内郁，风寒外束，初失表散，邪留肺络，宿根积久，随感辄发，或贪凉露卧，崇嗜甜咸，胶痰与阳气并于膈中，不得泄越，热壅气逆，故声粗为哮。"清·李用粹《证治汇补·卷五》则更加精辟地把哮喘的病因病机总结为"哮即痰喘之久而常发者，因内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者结合，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。"清·陈念祖《医学实在易·热症十条》云："哮证，寒邪伏于肺俞，痰窠结于肺膜，内外相应，遇风寒暑湿燥火，六气之伤即发，伤酒伤食亦发，动怒动气亦发，役劳房劳亦发；一发则肺俞之寒气与肺膜之痰浊，狼狈相依，窒壅关隘，不容呼吸，而呼吸正气，转触其痰，鼾齁有声。"清·何梦瑶《医碥·杂症·喘哮》则指出："哮者，……得之食味酸咸太过，渗透气管，痰人结聚，一遇风寒，气郁痰壅即发。"清·沈金鳌《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》又明确指出儿童常患哮喘，谓哮病"大都感于童稚之时，客犯盐醋，渗透气脘，一遇风寒，便窒塞道

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

路，气息急促"。强调本病常发生在儿童期。

前贤对哮喘的病因病机论述颇多，归纳起来主要有①外邪侵袭，外感风寒、风热、暑湿等邪气，未能及时表散，邪蕴于肺，造成肺气宣降失常，肺气壅阻，气不布津，聚液成痰，痰浊阻肺，形成宿根。②内伤七情，惊恐恼怒或饮食不当、贪食生冷、或嗜食肥甘厚味，伤及脾胃，而致痰热内蕴，阻于肺中，形成发病之基础。③脏气虚弱，或由禀赋不足，或因痰浊、水饮、火郁、气滞等原因导致肺、脾、肾三脏虚损，而致气虚、阳虚、阴虚、气阴两虚、阴阳俱虚，形成本虚标实之证。其病位主要在肺，病性则又有寒热虚实不同，其病势则因正邪消长之变化或治疗及时正确与否而发生不同的转归。

4 治则治法

《内经》中虽无具体的治法，但认识到哮喘与外感虚邪贼风，肺肝脾肾脏腑机能失调有关，如《素问·举痛论》曰："阳盛则外热，阴虚则内热，外内皆热，则喘而渴，故欲冷饮也。"《调经论》曰："气有余则喘咳上气，不足则息利少气。"《灵枢·本神》亦云："肺气虚则鼻塞不利，少气；实则喘喝，胸盈仰息。"故在本病治则上，示人以大法，热者寒之，寒者热之，实则泻之，虚则补之。

汉·张仲景则倡发汗解表之法，如《伤寒论·辨阳明病脉证并治》中曰："阳明病，脉浮，无汗而喘，发汗则愈，宜麻黄汤"，并立调和营卫，宣肺化痰之法，如"喘家作，桂枝加厚朴杏子佳"。《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治第七》云："肺胀咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水气，小青龙加石膏汤主之"，同书《痰饮咳嗽病脉证并治第十一》载："支饮亦喘而不能卧，加短气，其脉平也……夫短气有微饮者，当从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之。"鉴于张仲景强调痰浊伏饮与哮喘关系密切，其创多种方剂如小青龙汤、桂枝加厚朴杏子汤、麻杏石甘汤、射干麻黄汤、葶苈大枣泻肺汤等，仍为后世医家治疗哮喘所常用。

隋·巢元方《诸病源候论·呷嗽候》中提出治疗哮喘，"至于投药，则应加消痰破饮之物"的治疗原则。宋·钱乙《小儿药证直诀·咳嗽论》载："有肺盛者，咳而后喘，面肿，欲饮水，有不饮水者，其身即热，以泻白散泻之……后用化痰药；有肺虚者……此久病也，以阿胶散补之；痰盛者先实脾……；治嗽大法，盛即下之，久则补之，更量虚实，以意增损。"明确提出了咳喘之病的治疗方法当据病情久暂，邪正虚实，分别采用泻肺、补肺、化痰，实脾等法。明·程充辑《丹溪心法·喘》中强调"痰"在哮喘中的重要性，主张"哮喘必用薄滋味，专主于痰"，并将哮喘的治法精辟地概括为"未发以扶正气为主，已发用攻邪气为主"，其论点对后世影响颇大，现在治疗哮喘亦分为发作期，缓解期而施以不同治法。明·李中梓《医宗必读·喘》指出："哮证，似喘而非，……，宜避风寒，节厚味，禁用凉剂，恐风邪难解；禁用热剂，恐痰火宜升；理气疏风，勿忘根本。"强调了理气疏风法的重要性，主张用苏子、枳壳、桔梗、防风、半夏、瓜蒌、茯苓、甘草之类药，冬加麻黄，夏加石膏。现代验之临床，其治法及用药每多效验。明·张介宾《景岳全书·喘促》宗丹溪未发扶正，已发攻邪之说，并补充："扶正气须辨阴阳，阴虚则补其阴，阳虚则补其阳；攻邪须分微甚，或温其寒，或清其痰火；发久者，气无不虚，故于清散中酌加温补，或与温补中宜量加消散，此等证候当眷眷以元气为念，必须使元气渐充，庶可望其渐

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

愈，若攻之太过，未有不致日甚而危者。”此说一直为后世所推崇。明·龚信辑，王宇泰补《古今医鉴·哮吼》提出“治法必用薄滋味，不可纯用寒凉，须常带表散”。明·陈文治《诸证提纲·哮证》除宗丹溪之说外，还强调审因论治：“然此证所因不同，有水哮者，乃幼年时被水停畜于肺，积久为痰，宜金沸草散、小青龙汤加防己或葶苈散，导水丸。有寒热者，麻黄加桔梗、紫苏、半夏、黄芩。有风痰者，千缗汤或法如制鸡子。大凡治哮病，宜忌燥药，亦不宜纯用凉药，欲拔病根，必断厚味，然后投清金扶正之剂，如定喘汤、黄芩利膈丸是也。遇厚味复发者，清金丸。久不得睡者，兜铃丸、猫头散。用者择焉”。明·秦景明《症因脉治·哮病论》强调“哮病之治，身发热者，外有感冒，先解表，前胡苏子饮、防风泻白散，佐以化痰之药。身无热，无外邪者，消痰理气为主，二陈汤、三子养亲汤、小半夏汤。伏痰留饮，结成窠臼，控涎丹、滚痰丸，量情选用，然必气壮人乃可。”提出疏风解表，理气消痰的治哮方法。

清·林珮琴《类证治裁·哮症论治》曰：“须避风寒，节厚味，审其新久虚实而治之”，并提出辨治之法：“大率新病多实，久病多虚，喉如鼾声者虚，如水鸡者实，遇风寒而发者为冷哮为实，伤暑热而哮者为热哮为虚，其盐哮、酒哮、糖哮皆虚哮也。”清·叶桂《临证指南医案》又指出：“大概以温通肺脏，下摄肾真为主，久发中虚，又必补中益气……。”强调了肺、脾、肾三脏虚损在哮喘病中的重要性，倡导温肺、健脾、补肾之法。

如前贤所论，哮喘病的治法治则，因病因不一，治法各异，归纳起来，不外于寒则热之，热则寒之，风者散之，逆者降之，壅者宣之，虚者补之，此治哮之大法。顽痰宿根在哮喘的致病因素中具有重要性，故应时刻注意祛痰之法的运用，寒痰则温化，热痰则清化等等。哮喘发作之时，急则治其标，当以祛邪为主，针对病因，按症而施治。哮喘缓解后，缓则治其本，又须分清本虚与标实孰轻孰重，尤以补虚固本为主，常用先治其本，缓治其标，亦或标本兼顾，善治病者，临机以应变，辨证而治之。

5 方剂归类

5.1 冷哮方剂

冷哮丸：麻黄　杏仁　细辛　甘草　南星　半夏　川乌　川椒　白矾　牙皂　紫菀茸　款冬　神曲　糊丸　（清·林珮琴《类证治裁》）

钟乳丸：钟乳石甘草汤煮研，麻黄醋汤泡焙干　杏仁　甘草　蜜丸（同上）

射干麻黄汤：射干十三枚一法三两　麻黄四两　生姜四两　细辛　紫菀　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　上九味，以水一斗三升，先煮麻黄两沸，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服。

麻黄汤：“治上气脉浮，咳逆，喉中水鸡声，喘息不通呼吸，状甚危者”。麻黄八两　甘草四两　射干二两　大枣三十枚　水煎三钱　温服。（宋·《圣济总录》）

5.2 热哮方剂

桑白皮散：“治肺气壅热，喘急咳嗽，不得安卧，咽嗌干燥。”桑白皮　木通　大腹皮　紫苏　桔梗各一两半　款冬花　槟榔　旋覆花　紫菀各一两　前胡　杏仁各五钱。上粗捣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

筛为散，用生姜半分，水煎三钱，温服，日三。(《圣济总录》)

麻杏石甘汤："治哮喘。此降气消痰清火而兼散邪之剂。"麻黄四两，去节 杏仁五十个，去皮尖 甘草三两，炙 石膏半升，碎，绵裹。(《顾氏医镜》)

越婢加半夏汤："治咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮者。"麻黄六两 石膏半升 生姜三两 甘草二两 大枣十五枚 半夏三两 上六味，以水六升，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服。(《金匮要略》)

5.3 理气化痰方剂

顺气化痰饮："治痰壅致喘"

苏子 橘红 枇杷叶 郁金 贝母 花粉 瓜蒌霜 茯苓 竹沥。(《顾氏医镜》)

紫金丹：生白矾一钱 枯白矾三钱 另研淡豆豉一两 水润去皮 蒸研如泥，矾、矾合和为丸，如绿豆大，冷茶送下七丸，甚者九丸。(《普济本事方》)

控涎丹：治哮病，伏痰留饮结成窠臼者 甘遂 大戟 白芥子 (《症因脉治》)

前胡苏子饮："治哮病，身发热者，外有感冒，先解表。" 前胡 苏子 枳壳 半夏 橘红 甘草 桔梗。(《症因脉治》)

5.4 上盛下虚方剂

苏子降气汤：苏子二钱 半夏一钱五分 当归一钱五分 陈皮一钱 甘草五分 前胡 厚朴 枳实各七分。(《丹溪心法》)

5.5 补肺定喘方剂

生脉散："治喘因气虚而人于肺。" 人参 麦冬 五味 苏子 茅根 贝母。(《顾氏医镜》)

人参理肺汤："治喘不止。" 麻黄去节炒黄色 木香 当归各八分 人参一钱五分 杏仁麸炒 罂粟壳炒各二钱四分 水煎。(《诸症提纲》)

定喘汤：阿胶五钱 蛤粉炒成珠 姜半夏五钱 麻黄去节五钱 人参五钱 甘草三钱 桑白皮五钱 罂粟壳二钱蜜炙 五味子三钱。上锉，每服一两一钱，生姜五片，水煎，临卧服。(《古今医鉴》)

5.6 肺脾同治方剂

加味六君子汤：人参 白术 茯苓 半夏各二钱 陈皮 炙甘草 干姜各一钱 细辛八分 五味七分 水煎服。(《顾氏医镜》)

5.7 肺肾同治方剂

杏仁丸："治老人喘。"杏仁 核桃肉 蜜丸。(《类症治裁》)

5.8 肺脾肾同治方剂

参桃汤：治肺虚发喘，少气难以布息。 人参二钱 胡桃肉二枚去壳不去皮 上锉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生姜五片　大枣二枚　食后临卧时水煎服。(《古今医鉴》)

6 预防康复

哮病的预防，古代医家论述颇多，不外虚邪贼风，避之有时，慎起居，节厚味，食疗预防、针灸按摩，气功导引等等。如明·李中梓《医宗必读》指出“宜避风寒，节厚味……”。清·沈金鳌《沈氏尊生书》倡导引气功之法，载“保生秘要曰：用手法于十一椎下脊中穴，掐之六十四度，擦亦如数，兼后行动，喘自安然”，“以手摩擦两乳下数遍，后擦背、擦两肩、定心咽津降气、以伏其喘”。明·张璐《张氏医通》采用贴敷法：白芥子、延胡索各 20g，甘遂、细辛各 10g 研为末，加麝 0.6g 和匀，在夏季三伏中，分 3 次用姜汁调敷肺腧、膏肓、百劳等穴，约 1～2 小时起，每 10 日外敷 1 次。开“冬病夏治”之先河。

展　望

综上所述，近年中医药在支气管哮喘的防治方面，取得了可喜的进展，其内容也更加丰富，改变了那种“内科不治喘”悲观局面。然而也不难看出，至今从病因病机的认识到临床治疗仍未形成一套较完整的辨证论治规律，以下问题有待于进一步研究。

1. 诊断和疗效评定方面应力求准确和严谨，有人提出修定补充的意见应得到重视，以利该病科研水平的提高。

2. 对哮喘的持续发作与防治复发的研究仍是该病治疗的难点，需要深入研究探索，从中药中研制出优于西药的有效制剂。在治疗手段上，应遵循中医辨证论治的原则，严格掌握适应症，设对照组，以求研制开发出确有高效的新剂型。

3. 对临疗效较高的方药应进一步探讨其机理，有组织有计划地搞好科研协作，避免重复。

4. 加强现代医学研究与传统中医经验和用药相互参合的研究工作，以便更快提高哮喘的防治水平。

(张洪春　尹英杰　晁恩祥)

近现代参考文献

[1] 张洪春，等. 祛风解痉法治疗哮喘病的临床研究. 北京中医药大学学报，1995　18 (4):27
[2] 洪广祥. 哮证治疗之我见. 中医杂志，1988 (3):7
[3] 李琳. 久哮当祛痰化瘀，未发宜标本兼顾. 上海中医药杂志，1986 (2):28
[4] 李静，等. 活血定喘方治疗发作期支气管哮喘的研究. 山东中医学院学报，1995 (2):129
[5] 高铎，等. 温通开闭法治疗支气管哮喘 42 例临床观察. 中国医药学报，1986 (3):43
[6] 熊家平. 平肝泻肺法治疗哮证 46 例. 浙江中医杂志，1988 (2):76
[7] 张洪春. 全国中医内科学会肺系病学术会议述要. 中国医药学报，1992 (4):55
[8] 李传方. 哮喘反复发作不能固于“发时治标”之说. 新中医，1987 (2):54
[9] 许德盛，等. 温阳片防治支气管哮喘远期疗效观察. 上海中医药杂志，1989 (12):4

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[10] 中华全国中医学会内科学会．哮喘病诊断及疗效评定标准．中国医药学报，1993（3）:67
[11] 张洪春，等．祛风解痉平喘汤治疗哮喘病的药效机制．中国医药学报，1996（3）:56
[12] 杨巧玲．消风散加减治疗支气管哮喘36例．山东中医杂志，1994（2）:297
[13] 苏梅者，等．麻杏二三汤治疗哮喘的体会．北京中医学院学报，1988（4）:30
[14] 王玉，等．喘嗽宁治疗哮喘308例的疗效观察．中国医药学报，1988（3）:41
[15] 蓝泰洲，等．金梦贤老中医治疗哮喘200例疗效观察．天津中医，1989（4）:2
[16] 杨通礼．橘龙宁嗽汤治疗支气管哮喘50例．黑龙江中医药，1988（3）:17
[17] 乔世举．麻龙三白汤加减治疗支气管哮喘112例．中国中医急症，1994（3）:116
[18] 褚东宁，等．清热定喘汤治疗支气管哮喘70例临床观察．中国中西医结合杂志，1994（4）:240
[19] 许德全，等．治喘合剂治疗支气管哮喘的临床和实验研究．江苏中医，1995（5）:44
[20] 兼村俊范，等．祛瘀剂对难治性支气管哮喘的效果．日本东洋医学杂志，1993（5）:32
[21] 邵长荣，等．川芎嗪静脉滴注治疗发作期支气管哮喘．上海中医药杂志，1990（8）:18
[22] 许德全，等．丹参防治支气管哮喘25例疗效观察．江苏中医杂志，1987（11）:23
[23] 杨俊修．血府逐瘀汤加减治疗哮喘．上海中医药杂志，1984（11）:9
[24] 张镜人，等．补肾益肺法在哮喘持续状态抢救中的应用．中西医结合杂志，1983 3（1）:8
[25] 陈良良，等．清肺补肾法和清肺平喘法治疗支气管哮喘发作的对比观察．中西医结合杂志，1990（4）:22
[26] 陈良良，等．清肺补肾汤抗过敏性哮喘研究．中西医结合杂志，1990（1）:37
[27] 李传方．标本兼治青少年反复发作性哮喘．中医杂志，1985（10）:41
[28] 伯运宽，等．定喘合剂治疗重型支气管哮喘疗效分析．中国中医急症，1994（6）:25
[29] 许德盛，等．宁喘冲剂对哮喘防和治双重作用观察．中国医药学报，1995（5）:15
[30] 武维屏，等．调肝理肺法治疗哮喘174例临床观察．北京中医学院学报，1990（4）:19
[31] 张健明．疏肝理气法在哮喘治疗中的应用．上海中医药杂志，1992（4）:8
[32] 朱秀峰，等．中药治疗支气管哮喘95例临床观察．江苏中医杂志，1982（6）:22
[33] 金航．支气管哮喘的汉方汤剂治疗．国外医学·中医中药分册，1995（4）:12
[34] 山本忍．柴胡类方剂作用机制的探讨．日本东洋医学杂志，1994（3）:83
[35] 张洪春．全国中医内科学会肺系病学术会议述要．中国医药学报，1992 7（4）:55
[36] 陈济德，等．苏子降气汤合旋覆代赭汤加减治疗哮喘65例．山东中医杂志，1994（7）:98
[37] 杜立峰，等．半夏定喘汤治疗支气管哮喘85例．陕西中医，1995（4）:145
[38] 黄新风，等．“补肺片”治疗缓解期支气管哮喘疗效观察．广西中医药，1995 18（3）:3
[39] 沈自尹，等．温阳片预防支气管哮喘季节性发作及其原理研究．中西医结合杂志，1986 6（1）:8
[40] 郝建新，等．支气管哮喘发作期证属热哮者为何仍主张加用补肾温阳之品治疗．中医杂志，1994（5）:85
[41] 李兴培．王文鼎治疗哮喘经验琐谈．江苏中医杂志，1984（1）:15
[42] 邵桂珍．补肾法治疗支气管哮喘31例．陕西中医，1988（7）:442
[43] 李国奇．补肾法治疗哮喘33例．四川中医，1988（7）:15
[44] 平松幸治，等．对中老年支气管哮喘应用补阴剂的治疗经验．日本东洋医学杂志，1994（5）:85
[45] 张沛虬．支气管哮喘的证治．浙江中医学院学报，1987（6）:22
[46] 刘国安，等．中医药治疗哮喘的体会．辽宁中医杂志，1988（4）:33
[47] 康景华，等．辨证治疗支气管哮喘58例临床观察．天津中医，1984（6）:27
[48] 马仁美．王正公治疗支气管哮喘143例疗效总结．上海中医药杂志，1989（3）:30
[49] 朱秀峰．中药治疗支气管哮喘95例临床观察．江苏中医杂志，1982（6）:22

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[50] 李广龙，等．珠贝定喘丸治疗哮喘、慢性支气管炎359例疗效观察．天津中医，1986（1）:4
[51] 王锁才，等．当归精油丸对支气管哮喘止喘作用的临床观察．天津中医，1986（1）:4
[52] 贝润甫．姜春华教授截治支气管哮喘的临床经验．中西医结合杂志，1986（9）:566
[53] 郭一钦，等．复方石英冲剂治疗哮喘118例临床疗效观察．上海中医药杂志，1989（6）:36
[54] 李智华．抗敏煎治疗过敏性哮喘48例．湖南中医杂志，1988（3）:43
[55] 李富生．芍药甘草汤治疗哮喘．中医杂志，1987（9）:66
[56] 孙碧雄，等．张伯臾治哮喘方疗效观察．中西医结合杂志，1990（1）:42
[57] 张波，等．息喘汤治疗重症支气管哮喘84例．北京中医，1994（1）:45
[58] 严忠．麻龙汤治疗支气管哮喘68例疗效观察．浙江中医学院学报，1995（3）:5
[59] 王素英，等．白果定喘膏治疗支气管哮喘临床观察．内蒙古中医药，1995（3）:5
[60] 刘洁．自拟定喘方治疗支气管哮喘38例．山西中医，1995（6）:11
[61] 牛培新．止哮饮治疗支气管哮喘发作期32例．山东中医杂志，1994（8）:347
[62] 田乃，等．敏喘平治疗支气管哮喘的临床研究．天津中医，1994（6）:38
[63] 吴玉荣，等．平哮饮治疗支气管哮喘126例．山东中医学院学报，1995（4）:253
[64] 范中明．乌梢蛇饮治疗支气管哮喘．河南中医，1994（3）:183
[65] 董征，等．哮喘膏对223例哮喘的10年疗效观察．中西医结合杂志，1986（6）:336
[66] 高国忠，等．冬病夏治防哮喘．上海中医杂志，1991（8）:6
[67] 朱瑞群，等．中药敷贴疗法治疗哮喘1128例临床疗效观察．上海中医药杂志，1992（4）:11
[68] 金全明，等．中药穴位贴敷治疗支气管哮喘390例疗效观察．新疆中医药，1994（4）:25
[69] 许济群．麝香定喘膏外治哮喘的临床观察．中国医药学报，1989（4）:41
[70] 蔡灿林．全国中医内科学会肺系病学组第三次学术交流论文简述．江西中医药，1990（1）:21
[71] 李西亭，等．中药雾化治疗哮喘急性发作60例体会．黑龙江中医药，1990（1）:31
[72] 高安莉，等．三子养亲汤雾化治疗支气管哮喘53例．陕西中医，1995（4）:148
[73] 范欣生，等．中药雾化吸入治疗中度哮喘临床和实验初步研究．中国中医急症，1995（3）:100
[74] 浙江省香叶醇研究组．香叶醇栓即时平喘作用的临床观察．浙江中医杂志，1980（3）:122
[75] 金亚城．中药保留灌肠治疗哮喘11例．浙江中医杂志，1983（12）:535
[76] 杜峰，等．咳喘鼻闻安治疗慢性支气管炎支气管哮喘460例临床观察．湖南中医杂志，1995（3）:15
[77] 施赓珠，等．某些平喘方药的临床应用和研究进展．中医杂志，1985（4）:74
[78] 刘亚生，等．慢性阻塞性肺部疾病的中医治疗近况．中医杂志，1987（12）:56
[79] 钱伯初．哮喘宁免疫药理研究—抗Ⅲ、Ⅳ型变态反应．中西医结合杂志 1987（1）:38
[80] 李美珠，等．益肺平喘丸的药理研究．中成药，1992（11）:28
[81] 沈自尹．支气管哮喘采用补肾法防治及其内分泌和免疫方面的观察．中医杂志，1981（5）:21
[82] 胡国让，等．补肾法对支气管哮喘患者血清IgE和T细胞亚群水平的影响．中医杂志，1983（5）:33
[83] 胡国让，等．血清IgE检测在评价补肾法防治支气管哮喘疗效中的应用．中医杂志，1982（5）:23
[84] 胡国让，等．哮喘患者淋巴细胞β受体功能测定和对温阳片疗效的评价．中西医结合杂志，1987（2）:71
[85] 许德盛，等．温阳片对哮喘患者组胺释放、IgE作用的同步观察．中西医结合杂志，1988（6）:330
[86] 许德盛，等．补肾法稳定哮喘的气道反应性作用的观察．上海中医药杂志，1988（11）:14
[87] 沈自尹，等．补肾法预防哮喘的变态和非变态反应的机理研究．中西医结合杂志，1989（2）:82
[88] 邵长荣，等．支气管哮喘缓解期补虚后气道反应性的测定．上海中医药杂志，1988（10）:21

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[89] 王忆勤，等．中药贴敷疗法治疗哮喘的动物实验研究．上海中医药杂志，1992（6）:42
[90] 孙向春，等．挑刺对豚鼠实验性哮喘的影响．黑龙江中医药，1994（1）:40

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 肺　胀 ❋

肺胀首见于《灵枢·胀论》，其原文为“肺胀者，虚满而喘咳”，就其字面而言仅仅描述了肺胀的三个症状，即咳、喘和胸满，后代医家在此基础上有所发展。如张仲景指出了肺胀的主症为咳、喘，李东垣以及皇甫中认为肺胀的主症为动则喘息，朱丹溪指出了肺胀有痰浊、瘀血的临床表现。总之，肺胀的临床主症为胸中胀闷、咳嗽、咯痰、气短而喘，可有血瘀症状，其中喘为动则气喘。与西医所称的慢性阻塞性肺疾患的阻塞性肺气肿、肺动脉高压、肺心病代偿期的以喘、咳、咯痰、紫绀等临床表现相近。

【今日临床】

1 诊断标准

结合中医内科五版教材及中华人民共和国国家标准中的《中医临床诊疗术语·疾病部分》，肺胀的临床主要症状为胸中胀闷，气短喘息、咳嗽咯痰，到后期伴有紫绀表现等，从临床症候群上可与西医的慢性阻塞性肺气肿、肺动脉高压、慢性肺原性心脏病代偿期相当。从历代关于肺胀的文献中可以看出，肺胀的临床主要症状为喘息、咳逆上气、咯痰、胸部胀满等，病情发展可见有烦躁、目如脱状以及颜面浮肿等，这与慢性阻塞性肺气肿发展为慢性肺原性心脏病的失代偿期有类同之处；从近代的文献资料中可以看出，有人把肺心病失代偿期以及呼吸衰竭也归为肺胀的范畴。肺胀为一古病名，应当在古代文献的基础上，阐明其内涵与外延。古代文献从证候学的角度阐明了肺胀为肺气胀满不能敛降的一种病理状态，并无相当于西医的心力衰竭和呼吸衰竭的证候群。因此肺胀可与西医的慢性阻塞性肺气肿、肺动脉高压、慢性肺原性心脏病代偿期相当。至于肺心病失代偿期、呼吸衰竭以及由此而发生的休克、DIC、肺性脑病均应归属于肺胀的变证之列。

1.1 病名诊断标准

肺胀的临床证候群可分为两类，一类是缓解期以胸中胀满、憋闷如塞，活动后气喘加重、气短、呼多吸少、咳嗽、咯痰等虚证为主；一类是由于外邪侵袭而出现的急性发作期，表现为动喘加剧、咯痰量增加、汗出、恶寒发热、唇舌紫绀、烦躁不得眠、目如脱状；或见心悸，颜面、下肢浮肿等以邪实为主。至于出现神志昏迷、四肢厥逆、大汗淋漓或见出血等证候则为肺胀的变证。凡具有以上证候群，结合慢性支气管炎病史、支气管哮喘病史、慢性肺原性心脏病病史以及X线、心肺功能检查、血气分析即可确诊。

1.2 证类诊断标准

目前尚无肺胀的证类诊断标准，根据五版中医内科教材及本病临床的特点，本病的证类诊断应从缓解期、急性发作期两个阶段来考虑。在缓解期，可根据正气亏虚的程度以及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病程的长短，辨明其在肺、在脾、在肾，并且具有由肺→脾→肾的传变规律。在肺者可表现为容易感冒、重度劳动时喘息汗出、咳嗽、咯痰量少；在脾者除有在肺的临床表现外还兼见乏力、纳差、身体消瘦或虚胖，喘息气短较在肺为甚，中等劳动即可出现；在肾者，可表现为喘息气短加重，稍动即喘，咳喘则遗尿、乏力、咯痰无力。急性期多由感受外邪引起，临床表现以邪实为主，如喘息加重、咯痰量较缓解期增多或痰粘难以咯出、咳嗽较频等，病程较长者还可见紫绀、舌质紫黯、舌下瘀筋粗乱延长。甚至可出现嗜睡、昏迷等心窍被阻之喘昏证；喘促、汗出如油、四肢厥逆等之喘脱证；心悸、下肢或/和面目浮肿、尿少之喘肿证以及皮肤有瘀斑、吐血、呕血、尿血等热瘀伤络证，如此等等，均为肺胀之变证。

外寒内饮

主症：咳逆喘满不得卧，气短气急，咯痰清稀，呈泡沫状，胸部胀满，周身酸楚，恶寒，舌体胖大，舌质黯淡，舌苔白滑，脉浮紧。

次症：面色黯暗，口干不欲饮。

痰热郁肺

主症：咳喘气急，胸高气粗，痰黄质粘，难以咯出，烦躁口渴，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

次症：身热微恶寒，便干，溲黄。

肺肾阴虚

主症：气短，呼吸困难，活动后加重，咳嗽咯痰量少，腰膝酸软，舌质红，少苔或无苔，脉细滑。

次症：五心烦热，痰有咸味，夜尿频数，咳甚则遗尿。

肺脾两虚痰浊内阻

主症：气短喘息，咳嗽，咯痰量多，困倦乏力，纳差脘痞，便溏腹胀，舌苔白厚，脉滑。

次症：易于感冒，汗多恶风，气短懒言，渴不欲饮或喜热饮。

气虚血瘀

主症：平素气短难续，动则益甚，自汗恶风，易于感冒，口唇轻度紫绀，舌质淡有瘀斑、瘀点，舌下静脉迂曲、粗乱，脉沉滑。

次症：咳痰喘促，畏寒怕冷，或口干口渴。

肺肾气虚

主症：咳嗽，气喘，活动后加重，乏力，腰膝酸软，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

次症：咯少量泡沫痰，纳差，夜尿频数。

以上证类诊断标准参照《临床中医内科学》、《中药新药临床研究指导原则》、《中医内科学》第6版教材、《中医内科学》教学参考书以及临床实际情况而拟定。

1.3 肺胀分期标准

临床缓解期

久患慢性咳嗽、咯痰或喘息等肺系病疾患之人，平素容易感冒，喘息，劳动或活动后加剧，咳嗽甚则遗尿、咯痰以夜间或晨起为多，易于咯出，舌质淡黯，舌苔薄白，脉滑。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血象正常或血红蛋白增加、胸部 X 线检查可无炎性改变。

急性发作期

慢性咳嗽、咯痰、喘息等肺系疾病患者因感受外邪或过度劳累而出现喘息气促，咯痰量明显增多或痰粘难咯或咯痰无力或痰色由白变黄，胸部满闷如塞，甚至不能平卧，舌质红，舌苔黄，脉滑数。可有发热等其他炎症表现。血象及胸部 X 线检查证实有炎性改变。甚则出现心慌、下肢浮肿、口唇紫绀；神志不清或昏迷；皮下出血、呕血、尿血、咯血；喘息汗出、四肢厥逆、面色苍白或紫黯、血压下降等合并有心力衰竭、肺性脑病、休克、DIC 等肺胀之变证。

1.4 肺胀分度标准

根据喘息、咯痰、咳嗽的轻重程度、在肺在脾在肾病位之不同、在气在血之差异以及心肺功能临床分为轻中重 3 度。

轻度：喘息在重度劳动时发作，咳嗽偶有，咯痰量少，昼夜咯痰 10～50ml。工作、步行及上下阶梯可与同龄健康人一样，平素容易感冒，病位在肺，在气。肺底活动度在 4cm 以上，残气量容积/肺总量比值 40%～50%。

中度：喘息中等强度活动后发作，咯痰量中等，昼夜咯痰 51～100ml，平素容易感冒，乏力，纳差，身体消瘦或虚胖，病位在肺脾，在气。平地步行按自己速度可走 1km 以上，但不能达到同龄健康人那样的速度，肺底活动度 3～4cm，残气量容积/肺总量比值 51%～60%。

重度：喘息稍劳即作，甚则静息时亦喘，喘甚则遗尿，咯痰量多，昼夜咯痰 100ml 以上，夜尿频或少尿，病位在肺脾肾，在血。说话、穿衣、转身均可发生气急，肺底活动度 3cm 以下，残气量容积/肺总量比值 60%以上，可有心功能减退，但在代偿期。

2 中心证候特征

喘、痰、咳、虚、瘀并见为本病的主要证候特征。喘是指平素不喘但劳动或活动后喘息，甚则静息时亦有气短、吸少呼多，可闻及喘鸣音；痰乃清晨或夜间咯痰，甚则痰涎壅盛，痰粘难出，可闻及痰鸣；咳即长期反复发作咳嗽，甚则咳嗽遗尿；瘀为唇舌、爪甲紫绀、面色晦暗；虚为肺脾心肾脏腑亏虚，表现为平素容易感冒六淫之邪，自汗，乏力气短，纳差便溏，夜尿频数，腰膝酸软等。

3 病 因

3.1 原发病因

先天禀赋不足，素患咳嗽、咯痰、喘息等肺系疾患失于治疗，病情迁延不愈，病程较久；从事有害职业、肺脏素虚。

3.2 继发病因

肺系慢性疾病如内伤久咳、支饮、哮喘、肺痨日久，或迁延失治，痰浊内蕴，肺气郁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阻，日久气阴耗伤，痰阻血瘀或气虚血瘀；脏腑亏虚，易为外邪所侵犯，成为发病的基础。

3.3 诱发因素

肺虚卫外不固，外邪六淫（包括微生物和气候、化学物质刺激等理化因子）、过度吸烟、酗酒、纵欲、劳极、忧伤等，诱使病情反复发作，并呈进行性加重。

4 病　机

4.1 发　病

本病的发生，多因先天禀赋不足或喘息、久咳、咯痰等慢性肺系疾病，迁延失治，导致肺气自虚，卫外不固，易为外邪所侵；脏腑虚损，津液输布失常痰浊内生；气虚行血无力瘀血阻络；痰瘀互结成为本病的内在发病基础，在六淫之邪的侵袭下致使本病反复发作。

4.2 病　位

首先在肺，继则影响脾肾，后期影响到心。影响到肝、脑则为本病之变证。

病变首先在肺　肺主气，开窍于鼻，外合皮毛，主表、卫外。故外邪从口鼻、皮毛入侵，首先犯肺。邪气壅肺，肺气宣降不利，或咳，或喘，或哮，或津液失于输化而成痰，久则肺虚，气阴耗伤，导致肺的主气功能失常，遂使六淫乘袭或他脏之邪干肺，而成肺胀。

日久累及脾肾　脾为肺之母，肺病日久，子耗母气，则脾失健运，导致肺脾两虚，脾虚不能散精上归于肺，肺病不能输布水津，则聚为痰浊。足少阴肾脉从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，夹舌本。“肺为气之主，肾为气之根”。肾能助肺纳气，若肺病日久，累及于肾，精气耗损，肺不主气，肾不纳气，可致气喘日益加重，吸人不易，呼吸表浅难续，动则更甚。

后期病及于心　肺与心脉相通，同居上焦。肺朝百脉，肺气辅助心主血脉之功能。咳喘日久，肺病日深，治节失职，则心营不畅，致喘悸不宁，甚则心气、心阳虚衰，心脉郁阻。

心阳根于肾阳。肾阳不足，日久进一步导致心阳也衰，可以出现本病的变证喘脱危候。

此外，本病还可出现影响到肝、脑的变证。如在感受外邪急性发病阶段，可因痰热内郁，热极生风，或阴液耗损，虚风内动，出现抽搐、震颤、神昏等。

4.3 病　性

病理性质多属标实本虚，但有偏实偏虚的不同。

发作期偏于标实，以邪实为主　常与肺部所受之邪是否得以祛除有关。外邪为风寒、风热；内邪有痰浊痰饮、瘀血等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

缓解期偏于本虚，以正虚为主　常与心肺功能的代偿程度有关。早期多属气虚，部分可呈气阴两虚，由肺及脾肾；晚期气虚及阳，以肺、肾、心为主，也有阴虚或阴阳两虚者。其中纯属阴虚者较少见。

虚实错杂、互为因果　虚实两者不可截然分开，如阳气不足，卫外不固，易感外邪，痰饮难除。而阴虚者，外邪、痰浊易于化热。故虚实之间常互为因果，夹杂出现，邪留正伤、正虚受邪，每致愈发愈频。

传变迅速、变证烽起　由于脏腑亏虚，痰瘀阻内，起居不慎，非时之气，乘虚而入，临床上表证非常短暂，即从阳化热或从阴化浊，表现为里实证，由气分进入血分；由于脏腑亏虚，虚不拒邪，外感之六淫与内生之痰瘀相和为虐，正气更虚，可迅速由邪实转化为虚脱证候；正气亏虚、痰瘀内阻，心窍被闭则可出现心窍蒙蔽之变证；亦可由血不利而为水，阳气亏虚，而转化为喘肿之变证或邪热炽盛，热伤血络等，难以一言尽之。

4.4　病势与病机转化

本病病势由上及下。久咳、久喘、久哮、复感外邪，肺之体用俱损，呼吸失常，气壅于胸，滞留于肺，痰瘀阻结肺管气道，导致肺体胀满，张缩无力，不能敛降而成肺胀。

病变首先在肺，继则影响到脾、肾，后期影响到心。因肺主气，开窍于鼻，外合皮毛，主表，卫外，故外邪从口鼻、皮毛入侵，每多首先犯肺，导致肺气宣降不利，上逆而为咳，升降失常则为喘，久则肺虚，主气功能失常。若肺病及脾，子耗母气，脾失健运，则可导致肺脾两虚。肺为气之主，肾为气之根，肺伤及肾，肾气衰惫，摄纳无权，则气短不能接续，动则益甚。且肾主水，肾阳衰微，则气不化水，水邪泛溢则为肿。肺与心脉相通，肺气辅佐心脏运行血脉，肺虚治节失职，则血行涩滞，循环不利，血瘀肺脉，肺气更加壅塞，造成气虚血瘀，血瘀气滞，由肺及心的恶性后果，临床可见紫绀、心悸等症。

肺胀的病理因素主要为痰浊水饮与瘀血互为影响、兼见同病。痰的产生，病初由肺气郁滞，脾失健运，津液不归正化而成；渐因肺虚不能化津，脾虚不能转输，肾虚不能蒸化，痰浊潴留益甚，咳喘持续难已。由于膈有胶固之痰，内有壅塞之气，又复感风寒，则可成为外寒内饮证；感受风热或痰郁化热，可表现为痰热证；外邪祛除则表现为气虚血瘀、痰瘀内阻之证。

4.5　证类病机

外寒内饮　寒邪犯肺营卫不和故见恶寒、周身酸楚；外寒引动内饮痰浊上干于肺，可见咳嗽痰多，色白粘腻或呈泡沫状；肺气虚弱，气因痰阻而见咳逆喘满不得卧，短气，喘息，稍劳即甚，胸部胀满；舌体胖大，舌质黯淡，舌苔白滑，脉浮紧为有寒有饮之征。

痰热郁肺　痰热阻肺，肺失清肃，肺气上逆，故咳嗽喘急，胸满气粗；痰浊化热，而见痰黄，粘稠难咯；热郁伤津表现为烦躁口渴、舌质红、溲黄便干；身热微恶寒为外感风热之征；舌质红、苔黄腻、脉滑数为内有痰热之象。

肺肾阴虚　肺主气司呼吸，肺虚则气短呼吸困难；肾不纳气则活动加重，腰膝酸软，夜尿频数，咳甚则遗尿；肺阴虚则肺热叶焦，金不生水，肾阴虚则阴不上润，肺失所滋。肺气燥则咳嗽咯痰量少；舌质红，少苔或无苔，脉细为阴虚内热之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺脾两虚、痰浊内阻 脾为生痰之源，肺为贮痰之器，肺脾两虚，津液不归正化变生痰浊，上贮于肺，肺气上逆则咳喘、咯痰量多；气虚则气短懒言、困倦乏力；脾虚则水谷运化不力而见纳差脘痞，便溏腹胀，肺虚卫外不固则易于感冒，汗多恶风；舌苔白厚，脉滑为内有痰浊之象。

气虚血瘀 肺气虚则卫外不固，自汗恶风，易于感冒；肺肾气虚则平素气短难续，动则益甚；口唇轻度紫绀，舌质淡有瘀斑、瘀点，舌下静脉迂曲，粗乱，脉沉滑为内有瘀血之象。

肺肾气虚 肺主气司呼吸，以肃降为顺，肺虚则虚而上逆可见咳嗽，气喘，活动后加重，乏力；腰为肾之府，肾虚则腰膝酸软。肾主五液，肾虚则蒸腾气化无力故夜尿频数。

5 临证思路

5.1 抓住主证

喘息活动后气喘加重、气短、呼多吸少、咳嗽甚则遗尿、咯痰以夜间或清晨为重，病情反复发作，容易感冒，乏力，或面色晦黯，舌质紫黯，口唇爪甲紫绀。

5.2 分析病位

平素容易感冒，重度体力劳动则感气短，咳嗽，咯痰。经X线发现有肺气肿征象者病位在肺，若伴见纳差、便溏、体倦乏力者则影响到脾，若动则气短益甚，咳甚则遗尿则病及于肾，若伴见心悸，则病及于心，紫绀者病位在血。

5.3 确定病性

肺胀的病性为本虚标实。本虚为肺脾肾心之气阴阳虚；标实为痰浊、瘀血、气滞为患。咳逆上气、痰涎壅盛，病性属痰浊；咳逆上气、胸中胀满不得平卧，病性属气滞；咳逆上气、面色晦黯、唇舌紫绀，病性为瘀血。呼吸短浅难续、声低气怯、汗出恶风，病性为气虚；咳喘、痰多清稀呈泡沫状、畏寒肢冷、脘痞纳差，病性为阳虚。

6 鉴 别

哮病 哮证是一种反复发作性的疾病，发作时多有先兆，如鼻痒、喷嚏等，其临床表现可有喉中有哮鸣音，咳嗽、咯痰均少，无本病胸中胀满、动则益甚的表现，且缓解则一如常人。但长期反复发作，亦可发展为肺胀。哮病可有一定的过敏因素，气道激发实验阳性，嗜酸性粒细胞计数多增高。相当于现代医学的过敏性支气管哮喘。

喘证 喘证发作时有喘息之症状，但咳嗽咯痰的症状并不突出，可见于多种急、慢性疾病，缓解后亦无胸中胀满的表现。

肺痿 肺痿是反复发作的咳吐浊唾、涎沫面气短的一种疾病，与西医的肺纤维化相似，临床无胸中胀满的症状。

痰饮 痰饮是肺脾肾功能失调尤其是脾阳不运引起的水液停聚于某些部位的一类病症，表现为水走肠间，沥沥有声（痰饮）；留于胁下咳唾引痛（悬饮）；溢于四肢（溢饮）；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

咳逆倚息，短气不得卧（支饮）。肺胀进一步发展可出现支饮。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 外寒内饮

临床表现：咳逆喘满不得卧，气短气急，咯痰清稀，呈泡沫状，胸部胀满，口干不欲饮，周身酸楚，恶寒，面色晦黯，舌体胖大，舌质黯淡，舌苔白滑，脉浮紧。

病机分析：肺主气，卫外而司呼吸。肺胀一病，肺气本虚，易为外邪所犯。寒邪犯肺，肺气不利，失于宣肃，上逆而为喘息；肺气壅滞，不能敛降，则胸部胀满，咳逆气急不得平卧；肺不布津，津液不归正化变生痰饮，则咯痰清稀，痰呈泡沫状，周身酸楚，恶寒，为外有风寒之证；面色晦暗，舌质淡黯，为其本有瘀血的表现，舌苔白滑，脉浮紧，为风寒束表之证。

转归：本证为感邪初期，常在起病后一周内变化较多。若及时宣散风寒、温化痰饮，则风寒得祛、痰饮得化，肺气自平而喘咳得止，周身酸楚、恶寒可除。若治疗失误，一味从西医感染的角度考虑而用苦寒解毒之品，则风寒难除、痰饮不化，病程迁延，可变生他证。若温化不力，痰饮郁久化热，则可转化为痰热壅肺之证。本证虽有肺气虚、瘀血内阻的宿根，也应当遵循急则治其标的原则，以温肺散寒，降逆涤痰为法。

治法：温肺散寒，降逆涤痰。

方药：小青龙汤（《伤寒论》）和三子养亲汤（《韩氏医通》）加减。

炙麻黄　杏仁　桂枝　细辛　干姜　半夏　五味子　白芍　甘草　旋覆花　苏子　白芥子　莱菔子

中成药：可选用穿琥宁注射液，每日 400mg～600mg，每日 2 次。或合欢牌正柴胡饮冲剂，开水冲服，每日 3 次，每次 1 袋。

临证参考：若咳而上气，喉中有水鸡声，表寒不著者，可用射干麻黄汤。饮郁化热，烦躁而喘，脉浮，可用小青龙加石膏汤兼清郁热。本证的重点在于观察痰的颜色与质地以及咯痰的难易程度，若痰色虽白而质粘难咯则为热痰，不得做痰饮论治，宜用清热化痰之治法。

7.1.2 痰热郁肺

临床表现：咳喘气急，胸高气粗，痰黄质粘，难以咯出，烦躁口渴，或身热微恶寒，便干，溲黄舌质红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：感受风热之邪或痰饮郁久化热上贮于肺，肺失肃降，肺气上逆而喘咳气粗；痰热内扰，故烦躁、目睛胀突，痰黄质粘难咯、口干欲饮脉滑数为有痰热之证。

转归：本证治疗及时，用药得当则可祛除痰热之邪，转为虚证；若治疗不及时或用药不当则病情迁延，可转化为痰瘀阻肺之证或肺衰之痰蒙神窍证。

治法：清肺化痰，降逆平喘。

方药：越婢加半夏汤（《金匮要略》）或桑白皮汤（《古今医统大全》）。

越婢加半夏汤：麻黄　半夏　石膏　生姜　大枣　甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桑白皮汤：桑白皮　黄芩　黄连　栀子　贝母　半夏　苏子　杏仁

中成药：可选用双黄连口服液，10ml，每日3次；或穿琥宁注射液一日400mg～600mg，每日2次。或清开灵注射液40ml，静脉点滴，每日1次。

加减：痰热内盛，粘稠咯出不易者，加鱼腥草、瓜蒌皮、海蛤粉、风化硝以清热滑痰利肺；痰鸣喘息，不得平卧，加射干、葶苈子泻肺平喘；痰热壅结，便秘腹满者，加大黄泄热通便，以降肺气。但不可过剂，以免伤正；痰热伤津，口舌干燥，加天花粉、知母、芦根以生津润燥。阴伤而痰量已少者，酌减苦寒之品，加沙参、麦冬等滋养阴液。

临证参考：在清热化痰的基础上酌加疏风解痉之品，使息道畅通有利于防止向痰蒙神窍证转化。

7.1.3　肺肾阴虚

临床表现：气短呼吸困难，活动后加重，咳嗽咯痰量少，腰膝酸软，五心烦热，痰有咸味，夜尿频数，咳甚则遗尿，舌质红，少苔或无苔，脉细滑。

病机分析：肺主气司呼吸，肺虚则气短呼吸困难；肾不纳气则活动或加重，腰膝酸软夜尿频数，咳甚则遗尿；肺阴虚则肺热叶焦，金不生水，肾阴虚则阴不上润，肺失所滋。肺气燥则咳嗽咯痰量少；舌质红，少苔或无苔，脉细为阴虚内热之象。

转归：本证为肺胀缓解期的证候之一，若调理得当或治疗及时，则肺肾阴虚的症状如腰膝酸软，五心烦热，夜尿频数，咳甚则遗尿可以得到缓解，气短，活动后加重有不同程度的减轻。若起居不慎，为外邪所侵，则其内生的痰瘀之邪与外邪相兼为病，可转化为痰热阻肺之证。

方药：麦味地黄丸（《体仁汇编》）。

麦冬　五味子　生地黄　山萸肉　山药　丹皮　泽泻　茯苓

中成药：可选用生脉饮注射液30ml，静脉点滴，每日1次。

加减：气喘者加白果、桑白皮、代赭石；气短者，加沙参、或西洋参；咯痰不爽者加川贝母、竹沥；口唇紫绀者，加桃仁、赤芍、丹参；大便干燥者，加郁李仁、玄参、麻仁；咽痛者，加玄参、牛蒡子、青果；口渴者，加知母、天花粉。

7.1.4　肺脾两虚、痰浊内阻

临床表现：气短喘息，咳嗽，咯痰量多，困倦乏力，纳差脘痞，便溏腹胀，易于感冒，汗多恶风，气短懒言，渴不欲饮或喜热饮，舌苔白厚，脉滑。

病机分析：脾为生痰之源，肺为贮痰之器，肺脾两虚，津液不归正化变生痰浊，上贮于肺，肺气上逆则咳喘、咯痰量多；气虚则气短懒言、困倦乏力；脾虚则水谷运化不力而见纳差脘痞，便溏腹胀；肺虚卫外不固则易于感冒，汗多恶风；舌苔白厚，脉滑为内有痰浊之象。

转归：本证为虚实夹杂证，正虚与邪实并重。若治疗及时、用药得当，则痰浊得祛，咯痰减少，舌苔渐化；气虚得到不同程度的恢复，纳差脘痞、便溏腹胀、气短懒言、困倦乏力等可以消失；若失于调理，起居不慎，复感外邪，则可以转化为痰（热）浊阻肺证，甚至可以转化为本病的变证，闭窍、喘肿、热瘀伤络等。

治法：健脾益肺，化痰降浊。

方药：金水六君煎（《景岳全书》）。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

熟地黄 当归 陈皮 半夏 茯苓 甘草 生姜 大枣

加减：喘咳气短，动甚者加沉香、冬虫夏草纳气定喘；纳差腹胀者，加神曲、鸡内金、大麦芽、槟榔以消食除胀；痰量多者，加苏子、白芥子、莱菔子、桔梗以宣肺化痰；痰色转黄者，加鱼腥草、黄芩、黄连以清热化痰；口唇紫绀者，加丹参、赤芍、茜草、红花、水蛭以活血化瘀。

7.1.5 气虚血瘀

临床表现：平素气短难续，动则益甚，自汗恶风，易于感冒，口唇轻度紫绀，咳痰喘促，畏寒怕冷，或口干口渴舌质淡有瘀斑、瘀点，舌下静脉迂曲、粗乱，脉沉滑。

病机分析：肺气虚则卫外不固，自汗恶风，易于感冒；肺肾气虚则平素气短难续，动则益甚；口唇轻度紫绀，舌质淡有瘀斑、瘀点，舌下静脉迂曲、粗乱，脉沉滑为内有瘀血之象。

转归：本证为肺胀病程较久，缓解期的主要证候之一。若积极治疗，用药得当，则瘀血可以祛除，气虚得到一定的缓解。临床上口唇紫绀，舌质淡有瘀斑、瘀点，舌下静脉迂曲粗乱可以消失，动喘虽然存在，但在活动度加大的情况下才能发生。若认为在缓解期不需要治疗，而不坚持用药，则在卫外不固的基础上，很容易为外邪所犯，从而转化为外寒内饮证或肺肾气虚痰浊内阻证或痰热郁肺证。

治法：益气化瘀。

方药：金匮肾气丸（《金匮要略》）和桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

黄芪 白术 山药 山萸肉 熟地黄 党参 桃仁 红花 赤芍 茜草

中成药：可选用生脉注射液 40ml 加丹参注射液 20ml 静脉点滴，每日 1 次。

加减：咳喘气短甚者，加胡桃肉、五味子、淫羊藿；咯痰者，加陈皮、瓜蒌、茯苓；畏寒怕冷者，加肉桂、干姜、附子；口干口渴者，加麦冬、玉竹。

7.1.6 肺肾气虚

临床表现：咳嗽，气喘，活动后加重，乏力，腰膝酸软，夜尿频数，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

病机分析：肺主气司呼吸，以肃降为顺，肺虚则虚而上逆可见咳嗽，气喘，活动后加重，乏力；腰为肾之府，肾虚则腰膝酸软；肾主五液，肾虚则蒸腾气化无力故夜尿频数。

转归：本证为肺胀的内伤基础，诸多证候均在本证的基础上发生。肺肾气虚亦有程度的轻重之别。若治疗及时，则可阻止肺肾气虚程度的加重，防止病情的进一步发展，减少外邪侵袭的机会。若疏于治疗和调理，稍有起居不慎，已为外邪侵袭，转化为肺肾气虚痰浊内阻证或外寒内饮证或痰热郁肺证；或由于气虚日久，津液化生乏源，可转化为气阴双亏或肺肾阴虚证。

治法：调补肺肾。

方药：调补肺肾方（经验方）。

西洋参 冬虫夏草 茯苓 枸杞子 女贞子 淫羊藿 山萸肉 五味子 丹参

中成药：可选用百令胶囊，每次 5 粒，一日 3 次。

加减：血瘀明显者，加桃仁、赤芍、红花；血虚者，加阿胶、当归、鹿角胶；气短甚者，加蛤蚧、胡桃肉、杜仲；心悸者，加麦冬、葶苈子；夜尿多者，加益智仁、覆盆

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

子。

7.2 辨病论治

7.2.1 阻塞性肺气肿

临床表现：由于肺气肿的类型和程度不同，临床症状轻重不一。早期肺气肿可无任何症状，或在剧烈劳动时感到气急，以至逐渐感到难以胜任原来强度的工作。随着肺气肿范围的扩大，气急程度逐渐加重，稍有劳作、甚至完全休息时仍然感到呼吸困难，常有体重减轻，食欲减退，乏力，慢性咳嗽，紫绀等临床症状。

体征：早期肺气肿的体征仅有呼气延长或无异常发现。肺气肿加重时，则可见胸廓前后径增大，呈桶状胸，呼吸运动减弱，语音震颤减弱，叩诊呈过清音，心浊音界缩小或消失，肝浊音界下降，肺底活动度减小，呼气相延长。

实验室及其它检查：

X线检查：多表现为肺纹理减少，肺野透亮度增加，肺血管纹理减少，膈肌低平，最大弧度＜1.5cm，胸腔前后径增加，肋骨平举，胸骨前突，胸骨后间隙增宽（＞3～4cm），心脏呈悬垂型，肺动脉及其主要分支增宽，外周血管细小，稀少。

此外，肺断层片、CT检查有助于肺气肿的诊断，尤其是局部肺气肿的诊断。

肺功能检查：残气容积/肺总量增加，后者超过35%；第一秒肺活量/肺活量比值低于60%，或最大通气量占预计值80%以下。

血气分析：早期正常，中重度肺气肿患者可表现为氧分压降低，二氧化碳分压增加。

心电图：一般正常，有时可表现为低电压。

阻塞性肺气肿的辨证论治，首先分为缓急期和急性期。在缓解期表现以虚证为主，可表现为肺肾气虚、气虚血瘀、肺肾阴虚证；急性期可表现为外寒内饮、痰热郁肺、痰浊阻肺等证，具体治法及方药可参考分证论治一节。

7.2.2 慢性肺原性心脏病代偿期

临床表现：长期慢性咳嗽、咯痰、喘息，心悸气短，紫绀。在气温巨变，尤其是冬季气温降低时，病情出现急性发作，咳嗽加剧，咯痰量多，色黄或白。缓解期，咳嗽、喘息减轻，咯痰量减少，痰色变白，质地变稀。在临床上由于患者病情较重，咯痰无力，也可见痰量较少或无痰。早期多在活动量增加时感到呼吸困难，随着病情的发展，即使轻微活动，甚至休息时也会感到心悸气短。

体征：明显的肺气肿体征，包括桶状胸、肺部叩诊过清音、肝浊音上界下降、心浊音界缩小甚至消失。听诊呼吸音减弱，可有干湿啰音，心音遥远，有时近在剑突下可以听到。肺动脉瓣区第二心音亢进，上腹部剑突下有明显心脏搏动，是肺气肿发展为肺心病的主要表现，颈静脉充盈或轻度怒张，但静脉压并不明显增高。

实验室及其它检查

X线检查：首先有肺气肿表现（见肺气肿）；其次为肺动脉高压的表现：肺动脉总干弧形突出，肺门部的肺动脉扩大延及肺动脉第一分支。肺动脉压显著增高时，中心肺动脉扩张，搏动增强而外周肺动脉干突然变细呈截断或鼠尾状；再次为心脏变化：心脏呈悬垂位，右心室流出道增宽。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

心电图：右心房增大表现 P 波高尖，振幅≥2mm。右心室增大表现为心电轴右偏，极度顺钟向转位、右束支传导阻滞。

超声心动图：可见右肺动脉内径扩大，右心室流出道增宽，右心室内径扩大波动幅度增强。

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的压力，可作为肺心病的早期诊断依据。

血液检查：红细胞计数和血红蛋白常增高，红细胞压积正常或偏高，全血粘度和血浆粘度常增高，红细胞电泳时间延长，血沉偏慢。

细胞免疫功能一般低于正常，血清 IgA、IgG 增高，血清补体（CH_{50}）、C_3、C_4 含量低于正常。

辨证论治

发作期

（1）痰浊壅肺

临床表现：咳嗽痰多，色白质粘，或呈泡沫状，气短喘息，多汗恶风，倦怠乏力，纳差，舌质淡，苔白，脉滑。

病机分析：肺脾两虚，痰浊内生，上贮于肺，肺气不利，逆而向上，则咳嗽咯痰，色白质粘，痰从寒化为饮，则痰呈泡沫状，肺气虚，卫外不固，则多汗恶风，脾虚失于健运则纳差乏力，舌淡苔白脉滑为痰浊内阻之象。

治法：祛痰降逆。

方药：苏子降气汤（《太平惠民和剂局方》）。

苏子　橘皮　半夏　当归　前胡　厚朴　肉桂　当归　甘草

加减：痰多，胸中胀满，不能平卧，加白芥子、莱菔子；恶风怕冷者，加细辛。

（2）痰热郁肺（见前）

缓解期

（1）气虚痰阻

临床表现：平素轻度咳嗽，咯少量痰白色泡沫痰，纳差乏力，气短懒言，动则气喘，舌质淡黯，苔白，脉滑。

病机分析：由于反复发作，虽经治疗而病情趋于缓解，但元气已虚。气虚则气化不利而痰浊内生，故平时即有轻度的咳嗽、咯痰量少呈泡沫状；脾虚则运化无力，故见乏力纳差，舌质淡黯、苔白、脉滑为有痰浊之象。

转归：本证虽为缓解期的证候之一，但正气已伤，痰浊较为显著，属子本虚标实之证，若经及时治疗，则痰浊可以得到一定程度的缓解，正虚得到不同程度的恢复。若失于调摄，治疗不当、则有复感外邪之可能，迅速转化为痰浊阻肺、痰热壅肺证，甚至可以出现窍闭、喘肿、喘脱、出血等危重证候。

治法：健脾补肾，益气化痰。

方药：六君子汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

党参　白术　茯苓　黄芪　补骨脂　陈皮　半夏　全瓜蒌　山萸肉　五味子

加减：咳喘气促，动则益甚者，加沉香、冬虫夏草；纳差腹胀者，加鸡内金、槟榔、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

山楂、神曲；痰多者，加苏子、白芥子。

(2) 气虚血瘀（见前）

7.3 临床用药经验与体会

本病是常见病、多发病，临床表现十分复杂，无论是急性期，还是缓解期，都是变化多端的。临床往往表里兼见，虚实夹杂，应当辨证周详，用药谨慎，不失时机地给予针对性的治疗才能使患者安全的度过急性期或减少急性发作的次数。当代不少名家对本病的治疗积累了丰富的临床经验，由于学术观点的不同，用药特点有异。通过学习文献及个人临床经验，治疗该病时应采取以下措施：

肺胀的临床治疗，应首先分清缓解期和发作期。在缓解期以正虚表现为著，治疗时应在扶正顾本的同时兼顾痰瘀等标实，尤其应注重缓解期扶正固本的治疗，在急性期以标实表现为著，在治疗标实的同时应兼顾其虚。临床上应注意以下几点：①痰瘀为肺胀的内生之病理因素，贯穿本病的始终。尤其应注重瘀血在肺胀发生发展中的作用，在辨证用药的同时，应酌加活血化瘀之品。②应遵循中医辨证论治的原则，在证候发生变化时，治法应随之而变，临床用药亦应当依法而变。本病临床上虚实并见，以虚实夹杂证多见，治虚勿忘祛邪、祛邪勿忘本虚。③本病的急性期，临床变化多端，变证丛生。如外寒内饮证，很快变化为痰浊阻肺证或痰热郁肺证，甚至可以转化为肺胀的变证—痰阻窍闭、喘肿、肺衰、喘脱、出血等危重证候。④由于肺胀为一病程较长的疾患，尤其应注意缓解期的治疗和调摄，扶正固本可以减少外邪侵犯的机会，即使外邪侵袭，临床上转化为危重证候的机会。

对轻度肺气肿可采用宣肺平喘，化浊除痰的方法。药用黄芪、白术、葶苈子、白芥子、莱菔子、丝瓜络。方中可重用黄芪，其余药可按常规用量。外感加柴胡、苏叶、防风；痰多，偏寒加半夏、陈皮、桂枝、细辛；偏热加杏仁、桑白皮、黄芩、鱼腥草；浮肿加姜皮、木通。

肺胀缓解期的基本病机为气阴双亏，瘀血内阻时，采用益气活血、清肺养阴的治法。药用太子参、丹参、黄精、丹皮、赤芍、葶苈子、车前子、全瓜蒌、千里光、北沙参。感染严重者加蚤休、金银花、大青叶；气虚甚者，加人参、黄芪；阴虚，加麦冬、玄参；气阴两虚，加生脉饮；便秘，加大黄、郁李仁；痰多，加胆南星、竹茹或天竺黄。缓解期的基本病机以气虚血瘀为主时药用人参（或红参、或西洋参、或党参、或太子参、或南北沙参，可随症选用 1 种）、桂枝、五味子、杏仁、款冬花、苏子、紫菀、丹参、沉香、紫石英。

以肺肾两虚证为主者采用补益肺肾，行瘀平喘的治法。药用生晒参、蛤蚧、沉香末、五味子、炒椒目、丹参。

肺胀急性期外邪以寒邪为主时以温肺祛寒，温肾纳气为法，组方为：炮姜、款冬花、苏子、陈皮、白芥子、鹿角胶、鹿角霜、阿胶、枸杞子、肉苁蓉、龟甲、紫河车、生地黄。

7.4 变证的治疗

肺胀的变证主要有喘肿、喘脱、热瘀伤络、痰阻窍闭。相当于西医的右心衰竭、休

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

克、DIC、肺性脑病。现分述如下：

7.4.1 喘肿

心脾肾阳虚水泛

临床症状：喘咳，浮肿，心悸，气短不能平卧，怕冷尿少，口唇紫绀，舌质紫黯，舌下瘀筋粗乱、延长，苔白腻，脉滑数或结或代。

病机分析：肺为水之上源、脾为运化水谷之枢、肾主五液，肺脾肾阳虚，则运化、输布、蒸腾气化不力，水液内停而为水饮。水饮凌心射肺，故心悸，气短不能平卧；水邪泛溢，故浮肿；寒水内盛，可见怕冷少尿；口唇紫绀，舌质紫黯，舌下瘀筋粗乱、延长，苔白腻，脉滑数或结或代为阳虚血瘀水停之证。

转归：本证为危重证候之一，若治疗及时，用药得当，则水饮可除，阳虚可以得到一定程度的缓解，从而转化为肺胀的气虚血瘀证或肺肾气虚痰浊内阻证。若治疗不力，用药不当，则有可能转化为喘脱证，或痰热壅肺、热瘀水停证，或热瘀伤络证。

治法：温阳利水，佐以活血。

方药：真武汤（《伤寒论》）加味。

制附子　干姜　桂枝　茯苓　白芍　赤芍　白术　丹参　水蛭　葶苈子　泽泻　猪苓　白茅根

中成药：可选用参附注射液 40ml 静脉点滴，每日 1 次。

加减：恶风有汗，加防己、黄芪；水肿较剧者，加沉香、黑白丑、万年青根。

痰热壅肺、热瘀水停

临床表现：咳喘气急，痰多色黄，胸憋，不能平卧，颜面及下肢浮肿，尿少，口唇紫绀，舌质紫黯，苔黄，脉滑数或结或代。

病机分析：痰热壅肺，肺失宣降，肺气上逆，而见咳喘气急，咯痰色黄；水饮内停凌心射肺，可见胸憋，喘息不能平卧；瘀血内阻，可见口唇紫绀，舌质紫黯，舌苔黄，脉滑数为有痰热之象。

转归：本证为肺胀之变证喘肿的证候之一。若及时用药，辨证周详，则痰热可除，转化为肺胀气虚血瘀证；若用药不力，或失于治疗，则有可能转化为热瘀伤络证，或喘脱等危重证候。

治法：清热宣肺，化瘀行水。

方药：麻杏石甘汤（《伤寒论》）合五皮饮（《中藏经》）加减。

麻黄　杏仁　生石膏　生甘草　桑白皮　陈皮　大腹皮　茯苓皮　生姜皮　丹参　赤芍　水蛭

加减：痰多胸闷不能平卧，加葶苈子、苏子、万年青根；发热痰黄，鱼腥草、黄芩、栀子；尿少者，加车前子、白茅根。

7.4.2 喘脱

气阴两虚，阴阳欲绝

临床表现：面色晦黯，自汗肢冷，烦躁不安，大小便失禁，舌卷囊缩，舌质淡胖，脉微欲绝。

病机分析：病反复发作，由阳及阴，逐渐加重，阴津耗伤，故见烦躁不安，舌卷囊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

缩；阳气不达四肢，则四肢厥逆，阳虚不固则二便失禁；阴阳离决，可见神志昏聩，脉微欲绝。

转归：本证是危重证候之一，病情笃重，抢救不及时，有死亡之可能。若抢救及时，用药得当，则阴阳得以维系，转化为阴阳两虚、痰瘀内阻之证。

治法：益气养阴，回阳救逆。

方药：生脉饮（《内外伤辨惑论》）和参附汤（《正体类要》）加味。

人参　制附子　干姜　麦冬　五味子

中成药：可选用参附注射液 40ml 加参脉注射液 40ml 静脉点滴，每日 1 次。

加减：大汗淋漓、汗出如油者，加黄芪、肉桂等；口唇紫绀，舌质黯者，加丹参、赤芍、水蛭。

7.4.3　痰阻窍闭

痰浊阻肺，蒙蔽心窍

临床表现：神昏谵语，甚至昏迷，呼吸急促，喉中痰鸣，汗出如油，口唇紫绀，舌下瘀筋迂曲、粗乱，脉弦数。

病机分析：痰浊上犯，蒙蔽心窍，则神昏谵语，甚至昏迷；痰浊阻肺，可见呼吸急促，喉中痰鸣；口唇紫绀，舌下瘀筋迂曲、粗乱，为有瘀血内停之象，汗出如油为心神溃败之征。

转归：若用药及时，则痰浊得降，脑窍得开；若用药不力，或失于抢救，则可转化为阴阳离决之绝证或痰热闭窍或热瘀伤络之危证。

治法：涤痰开窍。

方药：涤痰汤（《奇效良方》）加减或苏合香丸（《太平惠民和剂局方》）。

胆南星　枳实　石菖蒲　竹茹　橘红　半夏　茯苓

苏合香丸，每次 1 粒，每日 2 次。

中成药：可选用醒脑静注射液 40ml，静脉点滴，每日 1 次。

加减：痰浊壅塞气道，痰鸣喘促不安，加用猴枣散（每次 0.3～0.6g，每日 2～3 次）、鲜竹沥水（30～60ml）等以利肺化痰。血瘀明显者加丹参、水蛭、赤芍、红花。

痰热腑实，心窍闭阻

临床表现：神志时有模糊，呼吸急促，有黄痰不易咯出，口唇紫绀，发热汗出，目赤，大便秘结，舌苔黄腻，舌下瘀筋粗乱，脉滑数。

病机分析：痰热上蒙心窍，可见神志模糊；痰热阻肺，可见呼吸急促，有黄痰不易咯出，舌苔黄腻、脉滑数为有痰热之象。口唇紫绀、舌下瘀筋粗乱为素有瘀血之征。大便秘结，为腑实不通之表现。

转归：本证实属危候，若抢救不及时，则可转化为热瘀伤络之证或阴阳离决之绝证。

治法：清热通腑，化痰开窍。

方药：凉膈散（《太平惠民和剂局方》）加减。

黄芩　栀子　鱼腥草　竹沥水　芒硝　大黄　枳实　厚朴　赤芍　丹参

至宝丹，每次 1 粒，每日 2 次。

7.4.4　热瘀伤络

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：表情淡漠，喘息，皮肤有瘀斑，痰中带血，咯血或呕血、便血，舌质紫黯，少苔或无苔，舌下瘀筋明显粗乱，脉多细数或沉弱。

病机分析：热伤脉络，血溢脉外，则见皮肤有瘀斑，痰中带血，咯血或呕血、便血；舌质紫黯、舌下瘀筋明显粗乱为有瘀之征。

转归：本病病情危重，若及时抢救则出血可止，瘀血渐化，热毒得清。若抢救不及时，或用药不当，则可转化为阴阳离决之绝候。

治法：清热凉血，活血止血。

方药：生脉散（《内外伤辨惑论》）和犀角地黄汤（《备急千金要方》）加减。

西洋参　麦冬　五味子　生地黄　丹皮　赤芍　水牛角　大黄炭　三七粉　茜草

加减：肝风内动者，加全蝎、钩藤。

7.5 外 治 法

7.5.1 白芥子涂法

主要采用《张氏医通》中记载的白芥子涂法。用白芥子（炒）、甘遂、延胡索、细辛等药研细成面，加生姜汁调涂背部肺腧、心腧、膈腧穴位上，暑伏当天贴1次，二、三伏各1次，每次贴4～6小时，有改善咳、痰、喘症状的作用。

7.5.2 穴位注射疗法

主穴：肺俞、定喘穴，配穴：肾俞、丰隆、曲池。脾虚甚者加脾俞，喘甚者加天突、肾俞。气血两虚者加足三里，每周2次，5～7次为一疗程，每次每穴位注射核酪2ml，每次需要药量4ml，可以调气血，扶正固本。

7.5.3 雾化吸入法

根据中医辨证论治的原则，选用中成药注射液，用超声雾化吸入的方法进行治疗，或用中药银黄气雾剂喷雾治疗，能起到促进化痰、排痰、解毒等作用，可以改善临床症状。

7.6 针 灸 疗 法

7.6.1 体针

肺肾两虚：取穴太渊、太溪（补法）；膻中、孔最（泻法）；三阴交（平补平泻）。痰湿阻肺，取膻中、丰隆（泻法）；尺泽、合谷、三阴交、足三里（平补平泻），适用于阻塞性肺气肿。

7.6.2 耳穴贴压疗法

以王不留行籽贴压耳穴，选穴：肺、肾、心、气管、平喘、皮质下。3天更换1次，两侧耳穴交替使用，7次为1疗程，经耳穴贴压治疗可明显改善血液流变学状况。

7.6.3 灸法

取穴肺俞、肾俞、膈俞；用生姜5分厚置穴位上，用艾灸X之，时间约10分钟左右，左右两侧交替运用，15天为一个疗程。

7.7 推 拿 疗 法

肺胀的基本病机为肺肾两虚，推拿疗法以扶正固本、提高机体的抗病能力为主、治表

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

邪为次。

手法：一指禅推法、拿法、滚法、擦法、按法、揉法、分推法。

取穴与部位：天突、膻中、肺俞、膏肓俞、肾俞、中府、云门、中脘、丹田等穴。肺肾气虚者，加命门、丰隆等穴；肺肾阴虚者，加三阴交、太溪穴；脾肾阳虚者，加脾俞、足三里等穴。

操作要点：①患者取坐势。术者立于其侧方，在患者前胸部用掌摩或指摩法施术，并配合按揉天突、膻中、中府、云门等穴。然后在胸部用擦法左右来回摩擦，以擦热为度，时间约3～5分钟。②继上势，在患者背部用手掌左右来回摩擦，以擦热为度。再按揉肺俞、膏肓俞、肾俞等穴，时间约3分钟。③按揉中脘、丹田穴，在胃脘部用掌摩法施术，时间约3分钟。④在腰部肾俞穴用擦法上下往返摩擦，以透热为度。⑤随证加减：如肺肾气虚者，加按揉命门、丰隆等穴；肺肾阴虚者，加按揉三阴交、太溪穴；脾肾阳虚者，加按揉脾俞、足三里等穴。

每日或隔日1次，10次为一个疗程。

7.8 西医治疗撮要

7.8.1 急性发作期的药物治疗

7.8.1.1 平喘药的应用

用于治疗肺气肿、早期肺心病的平喘药有抗胆碱药物、β_2受体激动剂、茶碱类（甲基黄嘌呤）药物及肾上腺糖皮质激素（皮质激素）。其主要作用是松弛气道平滑肌，使中心气道及周围气道的阻力降低，直径扩大，同时还有减轻肺充气过度、改变粘液纤毛清除力的作用。

平喘药的治疗效果除决定于药物的强度及剂量外，还取决于作用时间长短，开始作用时间的快慢。它们的抗炎作用发生慢而支气管扩张作用发生快。给药途径也决定药物的效果。使用茶碱类及皮质激素时，在慢性阻塞性肺疾病患者的急性加重期可静脉点滴或肌肉注射，如氨茶碱0.25～0.5g加液静脉点滴或琥珀酸氢考200mg加液静脉点滴，甚至可用地塞米松5mg静脉注射或肌肉注射。在一般情况下，可选用口服及吸入途径用药，如舒弗美（长效茶碱控释剂）0.1～0.2g，每12小时1次。使用抗胆碱药（如爱喘乐）、β_2受体激动剂（如比可酮）及皮质激素（如都保），在慢性阻塞性肺疾病患者以吸入较口服法为宜。口服β_2受体激动剂（博利康尼）虽简单方便但发生效果慢，且副作用较多。皮质激素口服及胃肠道外给药，作用比雾化吸入法快但副作用远远多于雾化吸入法。慢性阻塞性肺疾病为一慢性呼吸疾病，采用吸入法给药应较口服或胃肠道外途径给药为宜。

吸入法的缺点或困难是慢性阻塞性肺疾病患者以中老年人为多，老年慢性阻塞性肺疾病患者常不能适时地配合启动定量吸入器作吸入动作。补助的办法是用储存器或干粉吸入装置的方法。

7.8.1.2 平喘药的联合应用及阶梯治疗方案

支配气道平滑肌的神经主要有肾上腺素能神经及胆碱能神经。肾上腺素能神经的β_2受体主要分布在小气道，兴奋β_2受体能引起小气道平滑肌的舒张；而胆碱能神经的M受体主要分布在大中气道，抑制胆碱能神经或阻断M受体可引起大中气道的舒张，也可使

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气道粘液分泌减少。β_2 受体激动剂起效快作用时间短；而 M 受体阻滞剂如异丙托品起效慢持续时间较长。两者联合应用可互补长短。

治疗慢性阻塞性肺疾病阶梯方案如下：

首先选用定量溴化异丙托品雾化吸入（3～6 喷），每日 4 次，若疗效理想继续应用，若症状改善不理想增用定量 β_2 受体激动剂雾化吸入，每次 2～6 喷，每 3～6 小时用一次，若疗效理想继续用同一方案治疗；若疗效与单纯吸入溴化异丙托品相同则停用 β_2 受体激动剂，增用长效茶碱制剂口服，每日 300～900mg。若疗效理想继续用同一方案治疗；若增用茶碱后症状无改进则停用口服茶碱制剂，增用泼尼松，每日 40mg 计 14 天，若症状无改变停用泼尼松；若症状改善，14 天后逐渐减量至最小有效量，每日或隔日 5～10mg 或改用雾化吸入皮质激素。

7.8.1.3 祛痰剂、粘液促动剂的应用

祛痰药是一类能使痰液变稀，粘稠度降低，易于咳出，或能加速呼吸道粘膜纤毛运动，改善痰液转运功能的药物，又称粘液促动药。它促进呼吸道腔内痰的排出，减少对呼吸道粘膜的刺激，间接起到镇咳、平喘作用，也有利于控制继发感染。应用祛痰药是呼吸系统疾患对症治疗的重要措施之一。祛痰药按其作用机制可分为恶心性祛痰药、刺激性祛痰药、粘痰溶解药三类。目前常用的有复方咳必清糖浆；桉叶油或松节油 1～4ml，加入 500ml 热水，吸入其蒸气；沐舒坦 30mg，一日 3 次，烯化粘素 0.3g，一日 3 次。

7.8.1.4 呼吸兴奋剂的应用

当慢性阻塞性肺疾病患者病情发展到呼吸功能不全时既出现肺胀之肺衰变证时，先出现低氧血症继而发生二氧化碳潴留、高碳酸血症，最后并发Ⅱ型呼吸衰竭。为了增强肺泡通气，排出二氧化碳，可使用呼吸兴奋剂。呼吸兴奋剂需与抗感染、支气管扩张剂和排痰药等联合应用，方能发挥作用。如气道不通畅，则效果差，反而增加氧耗量，故只能短期应用，若无效应及时停用。国内常用的呼吸兴奋剂有山梗菜碱（洛贝林）、尼可刹米，临床上可用洛贝林 5 支、尼可刹米 5 支加液静脉点滴，甚至可将二者的剂量加至各 10 支。若无效，则应进行呼吸机治疗。

7.8.1.5 氧气治疗

随着慢性阻塞性肺疾病患者病程的进展，呼吸功能减退，必然会发生低氧血症既出现肺胀之肺衰变证。低氧血症可迅速引起损伤性细胞缺氧，纠正缺氧时对具有进行性低氧血症、慢性阻塞性肺疾病患者具有重要作用。氧疗是有效地纠正低氧血症的方法。长期低流量给氧，可提高患者的生存率和改善其生活质量。

7.8.1.6 抗感染治疗

对慢性阻塞性疾病患者急性加重期进行治疗时，应确定其急性加重的原因，以便针对性的治疗。引起急性加重的首要原因是下呼吸道感染，应用抗生素是对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的重要措施。在痰培养的基础上，选择敏感的抗生素可迅速控制感染，而转入缓解期。

7.8.1.7 抗凝治疗

抗凝治疗是针对慢性阻塞性肺疾病患者均存在着不同程度的血液流变学的异常，即粘、浓、聚、瘀的情况。经抗凝治疗后患者的缺氧状况可得到不同程度的缓解，可用小剂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

量的肝素静脉点滴，或蝮蛇抗栓酶、尿激酶静脉点滴。

7.8.2 手术疗法

西医对重度肺气肿患者用肺减容术，以调整血气比例，改善患者的肺功能，提高患者的生存质量。

8 疗效评定标准

目前尚无公认的疗效评定标准。现根据肺胀的病情轻重分级标准拟订如下：

显效：肺胀分度提高一个级别者。

有效：感染得到控制由急性期转化到缓解期，或喘息、咯痰、咳嗽症状减轻者。

无效：感染没有得到控制，病情无变化或病情加重者。

9 调摄护理

9.1 护 理

对于本病患者，给予内科三级或三级以上护理。病室温度、湿度要适宜，避免干燥或潮湿，空气要新鲜，避免烟雾尘土，以免刺激呼吸道而引起咳喘。有吸烟嗜好者，应劝其戒烟。室内禁止放置有刺激性的花草。

患者饮食要清淡易于消化营养要丰富，禁食辛辣、过甜、过咸、肥厚油腻、酒类及刺激性食物。发热患者，因津液耗伤，要适当多给予饮料。

注意观察患者气喘气短发作的时间、程度和面色、神志、出汗、二便、体温、舌象、脉象等的变化。气喘气短患者，取半卧位或端坐位，尽量避免活动或情绪激动。汤剂应在发病前 1～2 小时服。痰多者，可让病员取健侧卧位，经常更换体位以利排痰。对痰多无力咳嗽者，要注意防止呼吸道堵塞而发生窒息，要随时准备好吸痰器，以备急用。

9.2 调 摄

9.2.1 树立信心：患者精神上要乐观，勿恼怒、急躁、消沉，保持良好的情绪和心理状态，树立战胜疾病的信心。

9.2.2 慎起居，适寒温：随季节气候的变化而增减衣被，避免受凉感冒。在感冒流行季节，少去或不去公共场所，如去则要带口罩，室内可用食醋熏蒸消毒。喘促者要长年坚持缩口呼气以缓、慢、深、长的腹式呼吸，锻炼膈肌，增加肺活量。饮食要清淡富有营养。

9.2.3 保护精、气、神：患者要节房事以保精，少言语以保气，勿操心以保神。

10 康 复

本病患者病情缓解，正气仍虚，瘀血尚留，应以药物、饮食等疗法综合调理，促使病体早日康复。

10.1 药 物 康 复

在康复阶段，根据患者肺脾肾等的具体情况，继续选用益气、宁肺、健脾燥湿、补肾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

纳气、活血化瘀的药物和方剂。药如黄芪、党参、沙参、白术、苍术黄精、茯苓、薏苡仁、山药、补骨脂、五味子、熟地黄、当归、丹参、川芎、桃仁、赤芍等；方剂如补肺汤、沙参麦门冬汤、补中益气汤、金匮肾气丸等。

10.2 食疗康复

肾虚不复：气短气促、腰膝酸软、舌质淡、有齿痕、两尺脉无力者，用熟地黄 12g、山萸肉 10g、五味子 10g、补骨脂 10g、杜仲 10g，水煎两次，取汁再入粳米 100g，煮成粥，加调味剂后食之。有补肾纳气之作用。

肺虚不复：轻咳短气、倦怠乏力、易于感冒、舌质淡、苔白者，用蜜炙黄芪 20g、党参 20g、炙款冬花 15g、防风 6g、炙甘草 6g，水煎两次，去渣留汁，再入粳米 200g，煮成粥，加调料常食。能益气润肺。

脾虚不复：咯痰脘胀食少者，用香砂六君子粥，以党参 20g、白术 15g、茯苓 15g、法半夏 12g、陈皮 10g、炙甘草 6g、木香 6g、砂仁 9g，水煎两次，取汁入粳米 100g，煮成粥，加调料食用。有健脾化湿之效。

瘀留不复：唇甲紫绀、舌有瘀斑点且经久不退者。用黄芪 15g、丹参 20g、川芎 12g、赤芍20g，水煎两次取汁，再入粳米 100g，煮成粥，加调料即可食用。有益气活血之功能。

11 预 防

对于本病的预防，应遵循未病先防和已病防变原则，注意体育锻炼以增强体质，预防感冒以免使病情反复或加重。

11.1 增强体质

根据自己的体力和爱好，选太极拳、田径、游泳、体操等体育项目 1～2 种，坚持锻炼，可常年用冷水擦面或常年冷水浴。

11.2 预防感冒

肺虚易感冒者，每天按摩迎香穴 3 次，每次 10 分钟；脾虚者灸足三里 10～15 分；肾虚者睡前按摩肾俞、涌泉穴 15～20 分钟。

注射麻疹减毒疫苗或核酪注射液。

肺虚易感冒者服玉屏风散；脾虚者服补中益气丸；肾虚者服河车大造丸。

【近代研究】

近代医家对肺胀的内涵与外延的认识不同，文献报道有把慢性肺源性心脏病失代偿期、呼吸衰竭、肺性脑病、休克、弥漫性血管内凝血等均归属于肺胀范围之列。许多医家在临床实践中，积累了丰富的经验，现就有关资料综述如下：

1 病因病机的研究

一般认为肺胀多由其它疾病转化而来，如咳喘、痰饮等。本病内因是正气虚损，脏气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

失和;外因当责之风、寒、湿、热诸邪，而气候变化、过劳、体虚是该病的诱发因素。因此本虚标实为该病的主要机理，本虚为正气亏虚，标实为痰浊瘀血内停。近年来许多医者根据自己的临床实践和研究观察，从不同的角度阐述了自己的认识，主要有以下观点。

1.1 肾不纳气，痰浊内阻

晁恩祥结合现代医学的病理生理，认为本病多继发于慢性阻塞性肺疾患，尤以慢性肺源性心脏病多见，病程较长，以老年患者较多见，其发病年龄多在50岁以上，临床表现多有呼吸困难、咳嗽、咯痰、紫绀等。从中医的角度来看，年老肾气虚衰，久病及肾，肾虚必然存在，本病首先病位在肺，肺虚才会有病机的转变，肺肾两虚是其发病的基础，临床上虽然有外邪犯肺的发病诱因，但这一阶段非常短暂，很快会出现肺肾气虚，痰浊内阻的证候，此时正虚与邪实均较为显著，因为此病缺氧远较二氧化碳潴留的危害更为严重，故认为纳气泻肺至关重要。[1,2]

1.2 痰瘀伏肺

洪广祥认为，肺胀一病，阳气虚衰是其发病的内因，痰瘀伏肺是发病的夙根，外感风寒是发病的主要诱因。[3]周仲英认为其病理因素为痰浊瘀血、水饮互为影响；病理基础是久病肺虚，痰浊潴留，导致胀满，不能敛降进而累及心、脾、肾诸脏；病理性质多属本虚标实，外邪、痰瘀阻肺，气阴耗伤为病。[4]曾庆骅认为肺、心、脾、肾四脏的虚损是此病之本，外邪侵袭则形成本虚标实的证候。首先是肺脏自病，肺失宣肃而咳，咳久伤肺，日久咳伤肺络，则血络瘀阻，呼吸不畅，肺气壅塞；久病由肺及心、脾、肾，其病理产物为痰饮、瘀血、水气。认为它是外有非时之感、内有壅塞之气，膈有胶固之痰，气滞血瘀，痰瘀互结而形成的。[5]卓玉翠认为肺胀急性期属于虚实夹杂，虚在肺、脾、心、肾，实在痰、饮、瘀。[6]徐旭东认为血瘀为肺胀的本质之一，贯穿整个病程的始终；痰为其病理因素，可有寒痰和热痰之不同。[7]

1.3 痰热壅肺

杨明均认为本病多为外感非时之气，其有温病发生发展变化的传变规律，外邪犯肺的早期属卫分；及至气分则为痰热闭肺；营分为痰热闭窍；血分为热瘀伤络。[8]周次清认为本病的发生正虚为发病的内因，外邪犯肺为外因，肺胀的急性发作期是外邪闭肺，火气内发，痰因火动而形成的，无论其痰的颜色或质地均属于热，有一分痰，便有一分热。[9]马全然认为本病的形成有两个方面的因素，一为痰浊壅塞气道，一为肺虚血瘀，因此治疗时多采用清热祛痰，化瘀开窍之法。[10]刘振永认为肺心脾肾四脏虚损是本病急性发作的主要病机，临床上出现的种种变化均由痰热引起，虽然患者入院时可能有外感寒邪之症状，但持续时间很短即入里化热，临床上治疗以清热化痰为主。[11]王立军等认为本病的病机为痰热壅肺，肾不纳气所致，并非单纯的清热化痰可以治疗，因为肺肾两虚是这一疾病的主要病机之一。[12]应耀虎认为本病急性发作期的病机为痰热阻肺，血行瘀滞，因此采用清肺化瘀煎治疗本病。[13]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.4 痰浊阻肺

周灿等认为肺胀急性发作期痰为重要的病理因素，临床上有湿痰、寒痰、热痰之不同。[14]陈娴等认为肺胀急性发作期在现代医学来看主要是肺部感染引起的，临床上表现为痰量增加，可以分为寒痰型和热痰型论治。[15]汪达成从临床学的角度认为本病虽较复杂，病情轻重不一，但主要症状均以咳、痰、喘三者普遍常见，尤其在住院病例中观察到患者虽有咳喘、胸闷、气急、紫绀等症，但病情之反复恶化或好转减轻，常随咯痰之难易，痰量之多少，性状之变化而变化。从血气分析客观指标中，同样反映出痰的变化与血氧饱和度之高低呈同步一致性。大多患者常因咯痰情况之改善而咳喘诸症，包括低氧血证和高碳酸血证，电解质平衡失调等变化，也由此而相应改善。因此认为本病应从痰论治。[16]

1.5 肺热气逆

从现代医学的角度来看，其急性发作期的诱发因素为呼吸道感染，故在治疗上采用积极控制感染，改善呼吸功能为主。刘立东以此为根据，认为该病的中医病机为肺热气逆，在治疗上采用清热降逆之法。[17]张素英也有同样的观点，这从她临床治疗肺心病急性发作期的方药可以看出，方中用大剂量的清热解毒之品。[18]

1.6 气阴两虚，痰瘀阻肺

从临床证候学的角度考虑，有的患者口干乏力、咳痰粘稠难出、舌质红绛无苔等症状，并且大多数患者有发热，热伤气阴，从而有气阴两虚的病机存在；气虚血行不畅而有瘀血存在，肺虚不能通调水道痰饮内伤，因此临床上采取一方为主加减治疗。如董锡安采用补肺逐瘀化痰汤治疗肺心病急性发作期中药组成有生脉饮和化痰逐瘀之品。[19]李帮阔认为肺胀基本病机为本虚标实，本虚为气阴耗伤，标实为痰瘀阻肺。[20]吴德芸也有同样的观点。[21]孔明云强调正气不足贯穿本病的全过程，从他临床用于肺心病急性发作期的肺心Ⅰ号的方药组成上可以看出，也认为气阴两虚，痰瘀阻肺为肺胀的病理关键。[22]刘文昭观察慢性肺源性心脏病急性发作期30例患者，临床上以心悸、汗出、舌红少苔多见，认为本病的病机为气阴双亏，痰瘀热邪交结。[23]

1.7 气阳不足，痰瘀内停

牛振华认为肺胀，多因久病咳喘等慢性肺部疾患，迁延失治而导致肺气虚，肺与心脉相通，肺气佐心脏运行血脉，肺虚治节失职，久病及于心，出现心肺同病的气虚血瘀证，肺虚不能化津，津液不归正化而成痰浊，痰瘀内结，成为本病的夙根。[24]吴明华认为本病的病理基础为本虚标实，虚为阳气虚，实乃痰浊瘀血水气为患，尤以标实为主。[25]沈安明认为本病常因咳嗽反复发作，耗伤肺气，日久及肾，初为气虚，终为阳衰，累及于心，心阳衰竭，则血鲜有不瘀者，因此阳气虚和血瘀是其基本病机，而喘、肿、绀、悸则为其临床主症。[26]楼献奎认为本病临床多伴有心力衰竭，虽为心肺肾气虚均存在，而以心阳为主，痰瘀水饮为标。[27]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.8 阴虚内热，痰热交结

王绵丽认为本病病程较久，肺阴耗伤，阴虚则内热，煎熬津液使痰壅于肺而痰热交结。[28]

1.9 痰浊闭窍

慢性呼吸衰竭二氧化碳分压上升过快或过高均可引起肺性脑病，表现有精神神经症状，中医辨证为肺胀痰浊闭窍证，鉴于慢性呼吸衰竭患者血液流变学指标明显高于正常，陶凯等认为肺胀的主要病机为痰（热）瘀闭窍。[29]宋康认为本病为痰浊（热）壅肺，肺气郁滞，腑气不通，心血瘀阻，浊邪蒙窍而致，其主要病理为痰浊、瘀血、燥屎等错杂交结。[30]罗本清认为肺性脑病的主要病机为痰瘀阻闭心窍，痰分寒热，痰热可转而化风，从而有风动窍闭的临床证候。[31]高昌杰认为肺胀病机为痰热瘀闭窍，同时伴有腑气不通，临床上若有寒痰闭窍，阳气外脱者，首先予以回阳救逆，而后仍然用豁痰开窍、清热化痰、通里攻下的方法。[32]

1.10 内闭外脱

樊亚巍认为肺胀危重之候的基本病理环节是内闭外脱，内闭是指阴邪阻闭，外脱是指阳气外脱，阳气外脱是先由肺阳虚衰渐及脾肾阳衰，后至心阳暴脱。阴邪包括痰饮、瘀血、浊气。[33]

2 治法研究

近年来不少医家提出了许多行之有效的治法，丰富和发展了中医治疗该病的内容。

2.1 纳气醒神法

纳气醒神法是针对肺胀肺肾气衰，痰浊闭窍证而设的治法。如晁恩祥等人根据此法而制订的具有宣肺利水、化痰清热，补肾纳气，通腑开窍作用的“泻肺化痰醒神汤”（石菖蒲、葶苈子、山萸肉、大黄等），临床治疗疗效满意，实验研究表明该药可以明显提高动脉血氧分压、降低二氧化碳分压之作用，并且可以明显改善实验大鼠的血液流变学的异常状况，并且显示了该药还可以改善明显呼吸衰竭大鼠的骨密度降低的肾虚客观指征。[2]王立军认为本病机理主要在于肺和肾，肺失宣降，肺气胀满，呼吸不利而致喘促，肺虚气无所主，肾气不固，摄纳失常，则气不归元，阴阳不相接续，虚气上逆。治疗标本兼顾方用消喘散，方药为：蛤蚧、冬虫夏草、黄芪、人参、沉香、川贝、百部、杏仁、丹参、桃仁、地龙，双花、连翘、黄芩等。[12]陈见如自拟泻肺纳气汤治疗老年呼吸衰竭，其药用为桑白皮 12g、地骨皮 10g、五味子 5g、山萸肉 10g、淮山药 12g、陈皮 6g、丹参 12g、桃仁 10g、补骨脂 12g、熟地 10g、茯苓 15g、瓜蒌皮 12g、人参蛤蚧散 4g（兑服）。[34]

2.2 化痰逐瘀法

本法是针对该病具有痰瘀伏肺的病机而设的。周仲瑛认为本病的治疗应当化痰行瘀，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

降气平喘为法，可予杏苏二陈汤合桃红四物汤加减。药如：法半夏 10g，杏仁 10g，陈皮 6g，炙甘草 3g，炒苏子 10g，葶苈子 10g，旋覆花（包）5g、降香 3g，当归 10g，丹参 10g，桃仁 10g、红花 6g。当出现肺性脑病痰瘀蒙蔽神机时，治疗当涤痰泄浊，化瘀开窍。可取涤痰汤合天王加味旋覆花汤增减。药如：竹沥 10g，陈胆星 6g，天竺黄 10g，炙远志 5g，茯苓 10g，橘皮 6g，石菖蒲 10g，炙甘草 3g，旋覆花 5g（包），广郁金 10g，丹参 10g，桃仁 10g，泽兰 10g，气阴耗伤加太子参、麦冬各 10g；肝风内动加炙全蝎 3g，炙僵蚕 10g，广地龙 10g，石决明 30g，另服羚羊角粉 0.3～0.6g；喉中痰涎壅盛，加猴枣散 0.6g，神昏窍闭者可辨证属痰热者可给予至宝丹或安宫牛黄丸；属痰浊者给予苏和香丸。[4]张宗铭在西药抗生素的基础上加用肺心平治疗本病，认为本病的机理为气虚痰瘀阻肺，故其立法为益气化痰逐瘀，药物组成为太子参、杏仁、益母草、莪术各 15g，生黄芪 15～30g，生白术、姜半夏、桃仁、泽兰各 10g，葶苈子、化橘红各 6～10g，桔梗 12g，水蛭 6g。[35]方邦江对此采用宽胸理肺汤治疗，其重点在肺心同治，取栝蒌薤白半夏汤加减，药用法半夏、茯苓各 15g，全瓜蒌 30g，薤白、杏仁、陈皮、桃仁、地龙各 12g，麻黄 9g，甘草 6g。[36]

2.3 清热化痰法

本法系针对本病的诱因为呼吸道感染，临床表现以痰热证候者为主，治疗以控制感染为主，这与现代医学控制感染用抗生素的机理有吻合之处。如周次清认为有一分痰便有一分热，临床上以清热化痰为主。方用五虎二陈汤（麻黄、杏仁、石膏、橘皮、半夏、茯苓、甘草、桑白皮、人参、木香、沉香、生姜）或银翘散合千金苇茎汤加减。[9]王洋认为本病既有痰热也有气逆之象，临床采用清肺化痰，降逆平喘的方法，方用泻白散合葶苈大枣泻肺汤加减。药用瓜蒌、鱼腥草、紫菀、冬花各 20g，桑白皮、地骨皮、枳壳、炒杏仁、葶苈子各 12g，赤芍、黄芩各 10g，甘草 6g。[37]马全然在西药常规处理的基础上采用中医清热祛瘀化痰开窍的方法治疗肺性脑病，其药物组成为苇茎、桔梗各 15g，竹茹、鱼腥草、黄芩、川贝、枳壳、丹参、桃仁、丹皮、赤芍、菖蒲、郁金各 10g。烦躁者加茯神 10g，远志 15g，羚羊角粉 0.3g 冲服；心悸者加葶苈子 15g。[10]刘振水也在西药常规处理的基础上加用中药，以清热化痰为主，祛瘀行水为辅 65 例，效果满意。其基本方为生石膏、鱼腥草各 30g，黄芩、麦冬、葶苈子、前胡、赤芍、地龙各 15g，麻黄、陈皮、杏仁、枳壳、丹皮、桔梗各 10g，甘草 5g。[11]王立军等治疗本病痰热内蕴肺肾两虚证候用中药散剂，其药名为消喘散，组成为蛤蚧、黄芪、人参、川贝、百部、沉香、黄芩、杏仁、丹参、桃仁、地龙、金银花、连翘、甘草等药组成。临床治疗 60 例表明消喘散可以明显提高动脉血氧分压、降低二氧化碳分压、改善肺功能、缓解临床症状的作用。[12]

2.4 清肺降逆法

本法系针对肺热气逆证候而设，认为积极控制感染，改善呼吸是治疗肺胀的重要方法。如张素英在西药常规处理的基础上用中药治疗肺心病急性发作 72 例，作血气分析的有 60 例，治疗后中药治疗组明显优于西药常规处理组，其药物组成为金银花 30g，连翘 30g，蒲公英 30g，黄芩 20g，鱼腥草 30g，陈皮 15g，贝母 10g，桔梗 10g，生地 15g，败

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

酱草 30g，当归 12g，赤芍 12g，丹参 15g，麦冬 15g，甘草 6g。[19] 刘立东在西药抗生素的基础上加用中药降气清肺汤（紫菀 10g，金银花 10g，瓜蒌 10g，杏仁 10g，地龙 10g，百部 10g，桔梗 10g，麦冬 10g，丹参 10g，黄芩 15g，知母 15g，蒲公英 20g，甘草 3g），临床疗效明显优于西医组[18]。

2.5 益气养阴，化痰活血法

本法是针对肺胀患者有气阴两亏的证候而设，因痰瘀为本病发病的夙根，故认为标本均重，单纯化痰活血或清热均不利于患者的临床症状的改善，养阴有助于痰液的湿化和排出。故采用标本兼顾的治疗方法。如董锡安采用补肺逐瘀化痰汤治疗肺心病急性发作期 42 例，有效率 95.3%，显效率为 78.7%。他认为肺为娇脏，喜润恶燥，咳喘日久，耗伤气阴，标本俱重，故宜采用益气养阴化痰逐瘀的治法，药用党参、杏仁各 12g，五味子 10g，麦冬、黄芩各 15g，瓜蒌、葶苈子各 30g，麻黄 8g，桂枝、地龙各 20g。[19] 李帮阔认为肺胀系肺阴亏虚，气阴两衰，治节无权，宣肃失司所致，可见咳喘气急，口干等症状，以六神散合生脉散加百合、西洋参为最宜，若胀满心悸，唇舌紫暗，甲床青绀，加用自制丹味葶苈四物汤：人参、麦冬、五味子、百合、炙黄芪、炙甘草、冬虫夏草、丹参、葶苈子、车前子、当归、陈皮、杏仁等。[20] 李孔定认为本病之初，为因病致虚，久则因虚而致实，虚实夹杂，虚为肺肾气阴两虚，实为痰饮、瘀血内停，自拟金水交泰汤治疗近百例患者，疗效显著。其方药组成为南沙参 50g，黄精 30g，木蝴蝶 10g，赤芍 30g，黄芩 30g，制南星 15g，沉香 6g（碾末冲服），葶苈子 15g，甘草 15g。有神志恍惚、时清时乱者加石菖蒲、远志化痰通窍。[38] 吴德芸认为本病病程较长，反复发作，都不同程度上用过抗生素和利尿剂，故有伤阴现象存在，中医辨证可责之气阴不足，在标实方面，认为以邪热壅肺和夹痰夹瘀为主，治疗的关键主要是益气养阴，祛痰化瘀，常用生脉饮合桂枝龙牡汤加减。药用太子参 15g，天冬、麦冬各 10g，五味子 6g，川桂枝 5g，牡蛎（先煎）20g，苏子、莱菔子（各）15g，紫丹参 30g，生甘草 5g，葶苈子 15g，广地龙 10g，怀牛膝 10g，地骨皮 15g。治疗 68 例，有效率为 89.7%。[21] 孔明云强调正虚是发病的基础，扶正固本是治疗本病的关键，祛除外邪也是主要的一环，临床上运用肺心Ⅰ号治疗效果满意。其方药组成为葶苈子 30g，五味子 15g，黄精 30g，太子参 15g，沙参 30g，地龙 20g，苏子 12g，赤芍 20g，丹参 30g，桃仁 12g，制南星 10g，炙甘草 10g，菖蒲 10g，郁金 12g。[22] 刘文昭在 10 余年治疗肺胀的基础药物中筛选出除了慢性肺原性心脏病急性发作期的中成药肺心灵糖浆。他认为肺心病急性发作时，心肺功能衰竭而免疫机能低下，电解质紊乱，体内酸碱平衡失调，咳喘痰肿与心悸、汗出、舌红少苔同时并现，必须积极把握，急需益气养阴，佐以清热，化痰祛瘀。其药物组成为生石膏 15g，炙麻黄 3g，太子参 15g，麦冬 10g，五味子 10g，胆南星 10g，全瓜蒌 15g，桑白皮 10g，蚤休 20g，丹参 12g，桃仁、杏仁各 10g，橘红 10g。临床治疗 30 例，有效率为 83.3%。[23] 付振伟认为本病反复发作，治疗上多以宣肺化痰（温化或清燥）治其标，温补肺脾肾治其正虚，以致阴虚不能化气，气不化湿而痰自生。临床上常采用的方药为沙参 12g，麦冬 12g，五味子 6g，石斛 15g，全瓜蒌 15g，半夏 10g，葶苈子 10g 等随证加减。[39] 严兆象认为益气养阴当防止养阴太过，使痰滞难出，如生脉散中五味子的用量不宜过重。[40] 陶凯在多年观察及临床抢救失败的教

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

训中认识到，肺胀患者以体虚久病、元气耗伤为基础，加之长期大量咳痰、发热，进饮食少，吸收量差，消耗多，大量出汗，利尿剂、茶碱类等均可使精微物质大量丢失，致使气耗津亏、气血津液代谢失调（内环境紊乱）为特点，采用益气养阴的方法，同样可以达到化瘀排痰之目的，其药物组成为西洋参 9g，人参 9g，麦门冬 12g，五味子 9g，生地 30g，黄芪 20g，砂仁 9g。[41]

2.6 温阳益气，化痰祛瘀法

本病系针对肺胀患者表现为气阳不足，痰瘀内停而设的治法。多认为气虚是本病的发病关键，气虚可以招致外邪犯肺，气不布津，聚津为痰；气虚行血无力，血瘀内生，久则阳气亦虚，临床上患者多有畏寒怕冷，气短自汗，咳痰无力，纳差腹胀等阳气虚的症状。如洪广祥认为本病的本虚为素体阳虚，诱因为风寒犯肺，痰瘀伏肺。病人临床表现为咳喘、咯痰、神疲乏力，食欲减退，并无明显的恶寒发热之象，渐至口唇及四肢末梢发绀，颜面及下肢浮肿，尿量减少，不能平卧，需要吸氧以维持呼吸，肺部可闻及湿性啰音或哮鸣音，显系阳虚不能温煦全身所致，痰瘀日久，损伤肺气，肺病及肾，肺肾阳虚不能蒸化水液而泛溢肌肤，水气凌心，心血瘀阻。痰浊为阴邪，非温不化，因此温阳利水，涤痰祛瘀为其基本治法。药用制附子 10g，茯苓 20g，白术 15g，红参 10g，干姜 6g，泽泻 20g，山萸肉 10g，葶苈子 15g，牡荆子 10g，青皮、陈皮各 15g，生大黄 10g，桃仁 10g，水蛭胶囊 4 个。[42]楼献奎认为本病以心阳肺肾气虚为本，痰瘀为标，临床用木防己汤加味治疗，其方药为木防己 12g，桂枝 30～60g，生石膏 30～50g，人参 5g，红花、陈皮、水蛭各 10g。[27]沈安明用补肺活血汤治疗肺心病合并呼吸功能不全 46 例，总有效率为 93.5%，而西药常规处理组总有效率为 68.8%。其方药组成为红参 30g，炙黄芪 15g，丹参、赤芍各 12g，制附子、川芎、葶苈子、防己各 10g，红花 6g。[26]吴明华用益气活血利水剂治疗肺心病急性发作加重期 141 例，其中有 15 例合并肺性脑病，结果总有效率为 96%，其方药组成为党参、黄芪、丹参、葶苈子、泽泻各 15g，制附子、五味子各 10g，有肺性脑病者加石菖蒲、胆南星、竹沥、半夏。[25]牛振华治疗肺胀急性发作期 60 例，用补阳还五汤加减，临床疗效相当满意，其方药为黄芪 90g，当归、赤芍各 12g，川芎、桃仁、红花、地龙各 6g、菖蒲 10g、郁金 10g、胆星 10g。[24]张国梁认为本病的病理关键在气血两个方面，临床表现为呼吸困难，呼多吸少，动则心慌气喘，口唇紫绀，颈静脉怒张、肝脏肿大等均为气虚血瘀的表现。临床用益气活血方（红参 20g，黄芪 50g，丹参、牡丹皮各 30g，川芎 10g）治疗 30 例老年肺胀急性发作期患者，检测了患者血浆内皮素和心钠素的含量，改善心肺功能，与西药有协同作用。[43]张桂明认为本病寒热错杂，但以气虚为主，虽有痰热之象也仅是一种标的征象，临床上用温阳益气，佐以活血化瘀，清热化痰治疗。药用猪苓、茯苓各 20g，桂枝 6g，白术 10g，制附子 6g，赤芍 10g，生姜 6g，车前子 25g，葶苈子 10g，丹参 15g，鱼腥草 20g，蒲公英 20g，黄芪 15g。[44]

2.7 滋阴化痰、清热法

本法系针对肺阴耗伤，痰热壅肺之证而立的治法。如王绵丽认为本病的病机在于久病肺阴内耗，阴虚内热，熬煎津液，使痰壅于肺而痰热交结，此时若清热宣肺，则余邪非但

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不解，反内壅气机，阴津更伤。养阴润肺，肺得濡润、热消痰稀，使肺气得宣，排痰通畅，又利于改善通气。故用药为百合、沙参、丹参、茯苓、鱼腥草各 15g，当归、麦冬、炒杏仁、浙贝各 12g，苇茎 30g。[28]

2.8 化痰祛瘀，醒神开窍法

本法系针对肺性脑病痰瘀闭窍证而设的治法。鉴于慢性呼吸衰竭患者血液流变学指标明显高于正常，且有明显的血瘀痰阻征象和二氧化碳麻醉的临床表现，故采用化痰祛瘀，醒神开窍的方法，它可于清热通腑法合用。如陶凯用菖蒲雾化合剂（石菖蒲、丹参、双花、甘草、黄芩等）治疗痰热瘀阻证，以清热化痰、祛瘀开窍为原则，观察了动脉血气分析、肺阻抗血流图、简易肺功能、血液流变学等指标，显示了中药在改善临床症状和理化指标方面的显著作用。[29]马全然用清热化痰祛瘀开窍法治疗 32 例，从血气分析和血液流变学以及神志症状等方面阐明了肺胀喘昏的病机为痰瘀阻遏清阳，蒙蔽心脑神机。其用药为苇茎、桔梗各 15g，竹茹、胆星、鱼腥草、黄芩、川贝、枳壳、丹参、桃仁、丹皮、赤芍、菖蒲、郁金各 10g。[10]高昌杰以豁痰开窍，清热化瘀，通里攻下为基本法则，以导痰汤和大承气汤为基本方临床加减。其药物为法半夏 12g，茯苓 12g，陈皮 9g，胆星 6～9g，石菖蒲 15～30g，贝母 9g，杏仁 9g，黄芩 9g，金银花 9g，生大黄（后下）3～15g，芒硝（冲服）9～20g，枳实 6～12g，丹参 9g，桃仁 9g。治疗 30 例，有效率为 86.7%。[32]罗本清等治疗 68 例肺胀窍闭患者，临床分为寒痰闭窍和热痰闭窍证两个主证，寒痰闭窍证用复方三生针 30ml 加入 10%葡萄糖液静脉点滴；复方丹参针 10～20ml 加入 10%葡萄糖液 100ml 静脉点滴，热痰闭窍证在寒痰闭窍证用药的基础上加用醒脑静注射液 4～10ml 加入 10%葡萄糖 100～200ml 中静点。总有效率为 70.58%，较单纯西药对照组 34 例的总有效率 58%有非常显著性差异。[31]姜树界认为肺胀窍闭属于痰浊闭窍，用涤痰开窍的方法，药用菖蒲郁金汤和涤痰汤加减：菖蒲、郁金、远志、茯苓、天竺黄、陈皮、半夏、南星等，治疗 5 例死亡 1 例，显效 1 例。[45]宋康用涤痰通腑祛瘀法治疗肺性脑病 35 例，药用石菖蒲 10g，郁金 10g，胆星 10g，陈皮 10g，茯苓 10g，黄芩 30g，七叶一枝花 15g，猴枣散 2 支，生大黄 6～12g，枳壳 10g，瓜蒌仁 10g，便溏者不用大黄；阳虚欲脱去大黄加别直参 6～10g。总有效率为 85.7%。[30]何镔观察 35 例肺胀窍闭患者，痰浊闭窍证 12 例，用至宝丹 1 丸，汤药菖蒲郁金汤和涤痰汤加减；瘀血阻肺证 10 例，用苏合香丸 1 粒，继用二地活血汤加减；痰热腑实证 13 例，先用安宫牛黄丸 1 粒口服或鼻饲，继用羚羊钩藤汤和小承氏气汤加减，总有效率为 88.6%。[46]樊亚巍在通腑化痰祛瘀的基础上用益气固脱的方法治疗肺胀窍闭 30 例，药用红参、熟附子、青皮、陈皮、槟榔、生大黄、菖蒲各 10 克，郁金、牡荆子、葶苈子、卫矛各 15g，黄芪 20g。总有效率 86.7%，慢性优于西药对照组。[33]谢春娇在用西药无效的情况下用通腑泻肺的方法治疗肺胀 2 例，其基本用药为葶苈子、桃仁、红花、茯苓、猪苓、泽泻、白术、大黄、肉桂等。[47]

3 给药途径的研究

中医药治疗慢性Ⅱ型呼吸衰竭，为了迅速控制感染，改善呼吸功能，近年来又有经口鼻雾化吸入、直肠给药等途径的报道。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1 口鼻气道雾化吸入

陶凯等研制菖蒲雾化合剂，由石菖蒲、银花、丹参、黄芩、甘草等组成，浓度相当于1g（生药）/ml，每次雾化10ml，每日1次。经临床及实验研究，证实有稀释痰液、止咳、平喘、抗菌、抗炎、改善肺功能、提高动脉血氧分压、降低二氧化碳分压等作用。[29]李玉珠用鱼腥草注射液10ml，鲜竹沥20ml，卡那霉素0.5、氨茶碱0.25超声雾化，每日2次，15～20分钟，两周治疗肺心病急性发作期10例，缓解期20例，显效率为50%，有效率为40%，无效率为10%。曹理璞在西药常规处理、中药服用益气化痰活血剂的基础上，采用雾化吸入的方法，治疗肺胀急性发作141例，总有效率为95.5%，其雾化吸入的药物为生理盐水20ml加鱼腥草注射液4ml加丹参注射液4ml，每日2次。[48]

3.2 直肠给药

刘秀兰等认为肺心病心衰的传统治疗方法容易出现毒副反应及导致水、电解质平衡紊乱，加之本病患者大多因肺气壅滞、大肠传导不利而见大便秘结，故采用中药保留灌肠加西药常规处理，治疗20例慢性肺心病患者，表明该药可以明显提高患者的动脉血氧分压，降低二氧化碳分压，总有效率为90%，不失为一种安全有效的方法，其灌肠药液组成为麻黄15g，黄芪25g，生大黄10g，黄芩20g，大腹皮20g，葶苈子20g，丹参40g，川芎20g，五味子20g。[49]

3.3 注 射 剂

中药现代制剂治疗肺胀以复方丹参注射液报道的最多。其主要药理依据为抑制钙离子内流，直接扩张小动脉，降低肺循环阻力，增加心排出量，改善肺血管顺应性；改善微循环，提高机体耐缺氧能力；降低血液粘稠度，改善血液流变学；抗菌谱广，与抗生素有协同作用。[50-55]川芎嗪是中药川芎中的有效组分，药理研究证实有疏通血脉，降低血粘度及红细胞压积，解除红细胞和血小板聚集，扩张肺血管，改善微循环，降低肺动脉压，改善心脏功能，解除支气管平滑肌痉挛，改善肺通气量等作用。[56,57]醒脑静注射液由牛黄、黄连、麝香等药物组成，具有清热解毒，镇惊开窍的功能。[58]复方麝香注射液，具有苏醒止痉，芳香开窍的功能，临床证实疗效较好。[58]参麦注射液，益气固脱，药理研究证实，有扩张血管，增加血流量作用，增强耐缺氧能力，减少毒素对机体的损害。[58]复方三生针，由生南星、生附子等组成，有助阳祛寒、温化痰湿、通络止痛之功。药理研究表明，附子有明显的强心、增加冠脉血流量、抗心律失常，增强耐缺氧能力的作用，同时能兴奋垂体—肾上腺皮质系统功能。[58]清开灵注射液由牛黄、水牛角、珍珠母、黄芩等药物研制，具有清热开窍之功，临床对肺性脑病疗效较好。[59]

【古训今释】

1 病名溯源

肺胀一病首见于《灵枢·胀论》，其原文为“肺胀者，虚满而喘咳”。就其字面而言仅

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仅描述了肺胀的三个症状即咳、喘和胸满，临床上无法将其与咳嗽、喘证、哮证相鉴别。为了确切了解肺胀的内涵和外延，首先很有必要对胀字进行一番考证。

1.1 《内经》中关于胀的含义

《内经》中对胀的分类有三即脉胀、脏胀、腑胀，其病理层次有在气在血，在脏在腑之分，脉胀证见肤胀、脉坚大以五脏六腑胀病的表现因部位不同而有差异。一般有本脏腑的所主、分野五体等病理表现。如《灵枢·胀论》云："黄帝曰：脉之应于寸口，如何而胀？岐伯曰：其脉大坚以涩者，胀也。黄帝曰：何以知脏腑之胀也？岐伯曰：阴为脏，阳为腑。黄帝曰：夫气之令人胀，在于血脉之中耶？脏腑之内乎？岐伯曰：三者皆存焉，然非胀之所舍也。黄帝曰：愿闻胀之舍。岐伯曰："夫胀者皆在于脏腑之外，排脏腑而郭胸胁，胀皮肤，故命曰胀。黄帝曰：脏腑之在胸胁腹里之内也，若匣匮之藏禁器也，各有次舍，异名而同处一域之中，其气各异，愿闻其故？黄帝曰：未解其意，再问。岐伯曰：夫胸腹，脏腑之郭也。膻中者，心主之宫城也。胃者太仓也。咽喉小肠者，传运也。胃之五窍者，闾里门户也。廉泉玉英者，津液之道也。故五脏六腑者，各有畔界，其病各有形状。营气循脉，卫气逆为脉胀，冲气并脉循分为肤胀。三里而泄，近者一下，远者三下，无问虚实，工在疾泻。……黄帝曰：愿闻胀形。岐伯曰：夫心胀者，烦心短气，卧不安；肺胀者，虚满而喘咳；肝胀者，胁下满而痛引小腹；脾胀者，善哕，四肢烦悗，体重不能胜衣，卧不安；肾胀者，腹满引背，央央然腰髀痛。六腑胀：胃胀者，腹满胃脘痛，鼻闻焦臭，妨于食，大便难；大肠胀者，肠鸣而痛濯濯，冬日重感于寒，则飧食不化；小肠胀者，少腹嗌胀，引腰而痛；膀胱胀者，少腹满而气癃；三焦胀者，气满于皮肤中，轻轻然而不坚；胆胀者，胁下痛胀，口中苦，善太息。"文中明确指出了胀为一种病理状态，即"排脏腑而郭胸胁，胀皮肤"。

对胀的病因《内经》有寒热之分，如《灵枢·胀论》："黄帝曰：胀者焉生？何因而有？岐伯曰：卫气之在身也，常然并脉循分肉，行有逆顺，阴阳相随，乃得天和，五脏更始，四时有序，五谷乃化。然后厥气在下，荣卫留止，寒气逆上，真邪相攻，两气相搏，乃合为胀。"《素问·至真要大论》："少阴司天，热淫所胜，民病胸中烦热，咽干，右胁满，甚则浮肿肺嗌，腹大满，膨膨而喘咳。"《素问·至真要大论》："诸腹胀大，皆属于热。"

对胀的病机《内经》认为此论胀病的病因，乃卫气不循常道，寒气逆上，荣卫留止，真邪相搏而成。如《灵枢·胀论》云："然后厥气在下，荣卫留止，寒气逆上，真邪相攻，两气相搏，乃合为胀。"

对胀的治疗《内经》首先将胀分为虚实两类，补虚泻实为其治则，因其病机主要在于气逆，故降气为主要目的。如《灵枢·胀论》："黄帝问于岐伯曰：胀论言无问虚实，工在疾泻，近者一下，远者三下，今有其三而不下者，其过焉在？岐伯对曰：此言陷于肉肓而中气穴者也，不中气穴，则气内闭，针不陷肓，则气不行上越，中肉则卫气相乱，阴阳相逐。其于胀也，当泻不泻，气故不下，三而不下，必更其道，气下乃止，不下复始，可以完全，乌有殆者乎？其于胀也，必审其脉，当泻则泻，当补则补，如鼓应桴恶有不下者乎？"凡此诸胀者，其道在一明知逆顺，针数不失，泻虚补实，神去其室，致邪失正，真不可定，粗之所败，谓之天命。补虚泻实，神归其室，谓之良工。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 《内经》中与肺胀有关的论述

《灵枢·脉解》云："太阴所谓病胀者，太阴子也，十一月万物气皆藏于中，故曰病胀，"此解为肺脾二经之病，有胸满腹胀症状。

《素问·标本病传论》："肺病喘咳三日，两胁支满痛，一日身体重痛，五日而胀，十日不已，死。冬日入，夏日出。"此论述肺胀的发展由肺及脾的一个过程。

《灵枢·海论》"膻中者为气之海，气海有余，气满胸中，冤息面赤。"文中论述了气乱胸中有呼吸困难，面赤，胸满等症状。

《灵枢·五乱》"清气在阴，浊气在阳，荣气顺脉，卫气逆行，清浊相干，乱于胸中，是谓大怨，乱于肺则俯仰喘喝，接手以呼。"表明肺胀还有心烦的症状。

由此可见，胀的主要含义是肿胀或胀满，即"排脏腑而郭胸胁，胀皮肤"的一种病理状态。显而易见，肺胀即为肺脏肿胀或胀满，肺气不降的一种病理状态。相当于现代医学的肺气肿或残气量增加的一种病理状态。

1.3 历代医家对肺胀的论述

汉·张仲景在《内经》的基础上，明确提出肺胀的症状除了有胸满、喘咳等症状外还有烦躁、短气、面目浮肿、脉浮等症状和体征。并针对临床证候提出了相应的治法，如宣肺利水法、解表化饮法等。首先提出了肺痈可以伴发肺胀，并对该病的预后做了评论。如《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》说："上气，喘而躁者，属肺胀，欲作风水，发汗则愈。""肺痈，胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳逆，上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之。"又"咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉大浮者，越婢加半夏汤主之。"又曰："肺胀咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水气，小青龙汤加石膏汤主之。""上气面浮肿，肩息，其脉浮大不治，加利尤甚。"但是仲景仅描述了因风寒郁于肺中，不得发越，内有痰饮或痰饮郁而化热的情况，在临床上未能全面。

隋·巢元方《诸病源候论》对肺胀的见解未能超出仲景论述的范畴，但是他明确的提出了肺胀的病机为肺虚感寒，邪正相搏，气聚于肺，肺气胀满，气逆而上。如在《诸病源候论·咳逆候》中有这样的论述，"由肺虚感微寒所成，寒搏于气，气不得宣，胃逆聚还肺，肺则胀满，气逆不下，故为咳逆。"在《诸病源候论·咳逆短气候》中有这样的记载"肺虚为微寒所伤则咳嗽，咳则气还于肺间则肺胀，肺胀则气逆。"

唐·孙思邈及王焘在《备急千金要方》、《外台秘要》中对肺胀的论述没有新的见解，仅增添了新的方药，或对以往的方药作了汇总，如孙思邈用白前汤治疗肺胀；王焘增加了紫菀汤、一合汤、麦门冬丸、鲤鱼汤、蜀椒散、杏仁煎等方剂，丰富了肺胀的临床辨治内容。在《外台秘要》中对肺胀的病机和疾病的分期做了一定的阐述。如"病源肺虚感微寒面成咳，咳而气还聚于肺，肺则胀，是为咳逆也。邪气与正气相搏正气不得宣通，但逆上咽喉之间，邪伏则气静，邪动则气奔上。烦闷欲绝，故谓之咳逆上气。"

宋·王怀隐等辑的《太平圣惠方》是一部大型的方书，该书总结了宋代以前的医疗经验，书中对肺胀明确阐述之处不多，但是较仲景明确提出了肺胀不得卧的原因为"痰饮溜滞，喘息短气，昼夜常嗽"所致，同时指出腹胀便秘对肺胀的不利影响，首次运用大黄通

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

腑泻下的作用来缓解肺胀的临床症状，例如在治久咳嗽上气诸方中麻黄散方中有大黄与葶苈子同用的记载。书中还指出了久咳可以导致肺胀，病理层次可由气至血，由气逆至血瘀，但是对血瘀的治疗没有十分重视，仅在治疗“久肺气咳嗽，涕唾稠粘，水气喘急”的蛤蚧圆方中有一味赤芍药。宋·窦材《扁鹊心书·神方》中没有对肺胀的病机进行阐述，但以方测证，可以看出，他认为肺胀是阳虚气逆所致，固针对肺胀用硫磺和苏子进行治疗。宋·杨仁斋在《仁斋直指方论·喘嗽方论》明确提出了“有惊忧气郁肺胀而喘”的情况，表明杨氏认为肺胀不是一个病而是一种病理状态，但也说明了肺胀可见于喘证，并且有气郁致肺胀而喘的临床证候。宋·陈言在《三因极一病证方论·喘脉证治》中的论述与杨仁斋的观点一致，在方药上增添了理气圆以治疗肺胀虚证。

金·李杲在《脾胃论》中认为肺胀为气虚冲脉之火上逆所致，并对肺胀的临床证候做了发挥认为动者气喘是其临床症状之一，治疗以补气敛降为主，多用五味子，人参次之，麦门冬又次之，黄连少许，如甚则交两手而瞀者，真气大虚也，平居则气平和，行动则气促而喘者，是冲脉之火上攻也，有老人素有喘或吐唾血痰，平居则不喘稍行动则气促喘急以滋肾丸空心服七八十丸，其症大减此泄冲脉之火邪故如此其效也。元朝·朱震亨对肺胀的见解较前代有所发展。也许受古医家遵古遗风的影响，《丹溪心法·卷二》喘和咳嗽的论述中对肺胀是一个病或一种病理状态没有明确阐述，例如在咳嗽十六有这样的论述“咳嗽有风寒、痰饮、火郁、劳嗽、肺胀。”显然认为肺胀属于病因或病机的范畴，而在喘十五中遵循了仲景的论述“上气喘而躁者为肺胀，欲作风水证，宜发汗则愈。”在这里肺胀明显为一种疾病。但是在病机明确提出了“痰挟瘀血碍气而病”，在治疗上相应为“养血以流动乎气，降火清肝以清痰”，具体方药为“四物汤加桃仁、诃子、青皮、竹沥、姜汁之类”

明代医家辈出，对肺胀的论述在病机和治法上有新的见解。赵献可在《医贯·喘论》中对肺胀的临床证候有补充“先觉呼吸短气，两胁胀满，左尺大而虚。”治疗上提出补肾之法，在气虚中满论中论述五脏之胀为本虚标实，本虚为五脏虚，标实为水气挟相火上逆而成，以六味地黄加门冬五味大剂服之。明·李梴《医学入门》在论述肺胀时仍遵循《内经》仲景之论，仅提到“肺胀喘咳”，在论述治疗时偏重于对“胀”作腹胀解释，从而笼统而言，“补中行湿法相共，凡胀初起是气，久则成水，治比水肿更难。”但是李梴在痰喘一节中明确提出了“喘必生胀，胀必生喘，二证相因，皆小便不利”，并针对病机提出清金降火行水之治法。“水肿、水气胀肺而喘，然喘必生胀，胀必生喘，二证相因，皆小便不利。肺主气，先喘而后胀者，宜清金降火，而行水次之；脾主湿，先胀而后喘者，宜燥脾行水，而清金次之。”对寻常感冒，风寒相干，腹胀逆而喘者，随时令祛散。对风喘，用金佛草散、麻黄杏仁饮；寒喘者，用加减三拗汤、藿香正气散加五味子、杏仁，或苏沉九宝饮；暑月，香薷汤；热证，小柴胡汤、凉膈散。李中梓在《医宗必读·喘》明确指出喘证有肺胀，相当于哮喘肺残气量增加的状态，治法方药遵仲景用越婢加半夏汤，继以参术补养肺金。皇甫中在《订补明医指掌·咳嗽》中简明扼要地提出了肺胀为动则喘急息重也。

清·喻昌力主大气之说，认为肺胀之喘乃痰浊溢人上窍，透出肺膜结为巢囊，窒塞关隘，不容呼吸出入；外因动其居下之浊气，随火势而上腾，清浊相干肺气胀满而发咳喘呼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

吸不利，胸膺仰息，咳吐痰浊。张石顽认为肺胀实证居多。有肾虚肺燥，痰浊内停所致者，方用仲景越婢汤和千金麦门冬汤，除去半夏生姜之辛燥，更以葳蕤白蜜之甘润，忌用耗气动血之品。亦有气虚而喘者，用局方七气汤加重人参的用量，添肉桂、半夏、炙甘草、生姜等。林义同治疗肺胀，认为肺胀的基本病机为肾阳不潜，金为火烁；治宜摄纳，先清降治标用百合、贝母、杏仁、麦冬、沙参、牡蛎、阿胶加生地、丹参、竹茹、玄参、羚羊角。或晨服都气丸加参、朮、远志、故纸，晚服肾气汤去丹皮、桂、附加茯苓、五味子、枸杞子、沙苑、莲子、枣仁。潜阳摄阴用阿胶、龟板、龙骨、牡蛎、五味、山药、高丽参、茯神、枣仁、坎炁。李冠仙认为肺胀乃肾气上逆所致，治疗宜纳气归元为法，方用都气丸加减。许珊林认为肺胀之虚证为肺脾两虚，无痰动喘可用西洋参、冬虫夏草、川贝、青盐、陈皮、阿胶、当归、杞子、枇杷叶、蒺藜、牡蛎等可达土金相生之妙。何仁认为本病为痰浊阻肺，肾元亏虚，以温降平喘为主，方用苏子降气汤加减。林开燧《林氏活人录汇编》中提出肺胀非喘证而为气胀，论述病机为肺之元气自虚，不能宣布施化于外以润泽脏腑，反逆本经则诸窍闭塞，肾家呼吸之气亦为阻塞，气机有升无降所致。直到清·汪蕴谷在《杂证会心录·喘证》中才提出“肺叶胀大”的概念，并认为肺胀虚证居多，以肺肾气虚为主，也有阴虚阳虚之别。并提出左右不得眠为侧卧时肺叶向脊，阻塞气道之路，喘咳加剧，非痰饮瘀血所致。清代刘默在《证治百问·肺胀咳嗽脉症》中论述了肺胀的病因属肺虚窍闭所致，并明确指出，肺胀并非喘证，临床分为气胀和虚胀两个证候。

2 证候与病象

综合历代医家对肺胀的论述，我们基本上可以清楚肺胀一病的内涵和外延；它相当于现代医学的阻塞性肺气肿，同时也包含着肺残气量增加的一种病理状态，但是并不包括肺心病，因为在历代医家有关本病的论述中，没有肺心病的临床症状学出现。古代医家对肺胀的临床症状综合起来有以下几个方面。

2.1 病 象

胸满，咳嗽，喘憋，呼吸气短，呼多吸少，呼吸频率增加，烦躁，睡眠不安或不能平卧；平居则如常，动则喘息；小便不利，脉浮大或沉而尺涩。甚至目珠突出；口唇紫绀。体征可有桶状胸；X光片显示肋间隙增加，膈肌下移，肺含气量增加；听诊可有呼吸音减弱或有哮鸣音，语音传导减弱，心音遥远，口唇紫绀。如《灵枢·五阅五使》云：“肺病者，喘息鼻张。”

2.2 证 候

喘、痰、咳、虚、瘀并见为本病的主要证候特征。喘是指平素不喘但劳动或活动后喘息，甚则静息时亦有气短、吸少呼多，可闻及喘鸣音；痰乃清晨或夜间咯痰，甚则痰涎壅盛，痰粘难出，可闻及痰鸣；咳即长期反复发作咳嗽，甚则咳嗽遗尿；瘀为唇舌、爪甲紫绀、面色晦黯；虚为肺脾心肾脏腑亏虚，表现为平素容易感冒六淫之邪，自汗，乏力气短，纳差便溏，夜尿频数，腰膝酸软等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痰夹瘀血阻碍气机：胸中胀满，咳嗽，口唇紫绀，呼吸气短，左右不得眠。

风寒郁于肺中不得发越：咳嗽吐痰，呼吸气短，烦躁，目如脱状、面目浮肿，脉浮。

停水不化，肺气不得下降而胀：喘咳，呼吸不利，痰涎壅盛，心下痞满，脉弦。

气散而胀：喘咳不得平卧，汗出如油，声低气怯，呼多吸少，胸中满闷，脉浮大无根。

气逆而胀：喘咳较剧，胸高息粗，多有情志致病之病因，脉弦。

肾虚水枯肺金不得施化而胀：喘咳声低，口干咽燥，自觉少腹有逆气上冲，胸中胀满，慌张气怯，动作益甚，脉细尺弱。

3 病因病机

3.1 病　　因

肺胀的病因是多方面的，有肺脏自病和他脏及肺，两种情况。常有起居不慎，六淫之邪外侵；饮食不节，损伤脾胃，水谷之精气不得上输于肺，肺气日衰，津液不归正化，聚湿生痰，阻碍气机；七情过极，肝气上逆，肺气不降；房劳过度，肾精亏损，金水无有生源；嗜好香烟，燥炙肺阴等等。如明·王纶《明医杂著·胀论》中论述“喘与胀二证相因，必小便不利，喘则必生胀，胀则必生喘，但要得标本先后，喘而后胀者，主于肺，胀而后喘者，主于脾。此言胀病与肺脾有关。”再如明·李中梓《医宗必读·水肿胀满》“按内经之论肿胀，五脏六腑靡不有之。……可见诸经虽皆有肿胀，无不由于肺脾肾者，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，悉属于肺，转输二脏，以制水生金者，悉属于脾，故肿胀不外此三经也。……先喘而后胀者，治在肺；先胀而后喘者，治在脾”。

3.2 病　　机

肺胀的总病机为肺叶胀满，肺气不降。外邪犯肺，肺气不宣，清浊相干，气逆而上；饮食不节，痰湿内生，阻碍气机，痰挟肝气逆而上升；脾胃受损，气血生化乏源，肺气不足失其宣发肃降之职；久病失治，伤及肺气，肺失宣肃；先天禀赋不足，子盗母气，肺卫失司，外有非时之感，膈有胶固之痰，气机不畅；不知持满，房劳过度，肾精耗散，纳气无力，气浮于上，动则尤甚；七情失其活，肝气过旺，侮肺凌脾，太阴受损，肺气不清，痰饮内生，挟肝气而上逆；久病肺失主气之职，气虚行血无力，血行瘀滞，痰瘀交加，气机不畅。如清·沈金鳌《杂病源流犀烛·脏腑门》中论述“肺胀喘急，睡不安，痰少，甚者干咳无痰，乃肾水枯涸邪火独炎所致。”再如同书《肿胀源流》“肿胀肺脾肾三经病也。文中引用张介宾之言，凡五气所化之液，悉属于肾，五液所行之气悉属于肺，转输二脏利水生金悉属于脾，所以肿胀之生，无不有三者失职旨哉。必先肾气不足，下气厥上，三合而成。经曰厥气在下，营卫留止寒气逆上，真邪相搏乃合而为胀。”因虚致使外邪犯肺而为肺胀，如宋《圣济总录·上气门》“人一日一夜，凡一万三千五百息，呼随阳出，吸随阴入，气于是降，一升一降，阴阳交通，气乃亨融。所谓上气者，盖气上而不下，升而不降，痞满膈中，胸背相引，气道奔急，喘急有声音是也。本于肺脏之虚，复感风邪，肺胀

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

叶举，诸脏之气又上冲而壅遏，此所以有上气之候也。”如明·赵献可《医贯·气虚中满论》：“殊不知阴虚三焦之火旺，与冲脉之属火者同逆而上，由是水从火溢，上积于肺而嗽，甚则为喘呼不能卧，散聚于阴络而为跗肿·随五脏之虚者入而聚之，为五脏之胀，皆相火泛溢其水而生病也，以六味地黄，加门冬五味大剂服之。”清·喻昌《医门法律·胀病论》“胀病与水病非两病也，水气积而不行，必至于极胀，胀病亦不外水裹，气结，血凝。”明·赵献可《医贯·喘论》：“虚喘者，肾虚先觉呼吸短气，两胁胀满，左尺大而虚，宜补肾。……论人五脏皆有上气，而肺为之主，居于上而为五脏之华盖，通荣卫，合阴阳，升降往来，无过不及，何病之有？若为风寒暑湿所侵，则肺气胀满而为喘，呼吸迫促，坐卧不安，或七情内伤，郁而生痰，或脾胃俱虚，不能摄养。一身之痰，皆能令人喘。”明·朱橚《普济方·咳嗽门》“夫肺气不足，为风冷所伤，则咳嗽而气还，聚于肺，则肺胀，邪气与正气相搏，不得宣通，胸中痞塞，痰饮溜滞，喘急气短，昼夜常咳嗽，故不得卧。”等。

4 治则治法

4.1 治 则

鉴于肺胀同其它疾病一样，病机有虚实之分，疾病有外邪犯肺与因虚之胀之异，故治疗首分虚实，虚则补之，实者泻之，虚实夹杂则攻补兼施或先去其实再补其虚或先补其虚后攻其实，以平为期。

4.2 治 法

痰挟瘀血阻碍气机者宜行血以流动其气；风寒郁于肺中不得发越者，宜发汗祛邪利肺以顺气；停水不化，肺气不得下降而胀，宜宣肺利水降水气之逆；肾虚水枯肺金不得施化而胀者，宜滋肾养肺降阴火之上冲；气散而胀者，宜补气；气逆而胀者宜降气。如《医门法律·律一条》“凡治胀病而用耗气散气，泻肺，泻膀胱诸药者，杀人之事也。”此言胀病有水停气结血瘀之病机，然其本虚单用泻药，与病情不利。《简明医彀》“喘证……有气遏，肺胀而喘……喘则必胀，胀则必喘何也？盖肺朝百脉，通调水道，下输膀胱，小便出焉。如肺受邪而失降下之令，则小便渐短而发肿，此必先喘后胀属肺病。当清肺降气，分利水道。”

5 预 后

凡气喘较甚至鼻翼煽动，不得安卧，身冷脉浮尺涩难补；病气人一身尽肿，四支不收，喘无时，厥逆不温，脉候沉小者死，浮大者生；病寒人狂言不寐，身冷脉数，喘急目直者死，脉有力而不喘者生。病上气脉数者死。上气浮肿肩息频，浮滑之脉即相成，忽然微细应难救，神功用尽也无生；肩息直视，及唇焦而肿苍黑也难逃；右不得眠者肺胀，多死；肺胀郁遏不得眠者难治；凡咳喘至肺胀有咽疮失音者必死；喘息汗出发润均较难治。甚即喘如牛吼，坐卧行立不得，或中夜后，气攻胸心，肿者一年二年死。明·皇甫中在《订补明医指掌·咳嗽》中简明扼要地指出肺胀治疗最难。如《中藏经·脉病外内证决论》：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

“病气人一身尽肿，四支不收，喘无时，厥逆不温，脉候沉小者死，浮大者生……病寒人狂言不寐，身冷脉数，喘急目直者死，脉有力而不喘者生。”《病机汇论·虚证门》把肺胀归为虚证并论述其预后：“右不得眠者肺胀，多死。肺胀郁遏不得眠者难治。”

6 方剂归类

6.1 泻肺利水类

(1) 葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）：泻肺利水。

葶苈（熬令黄色，捣丸如弹子大），大枣十二枚。上先以水三升，煮枣取二升，去枣，内葶苈，煮取一升，顿服。

(2) 越婢加半夏汤（《金匮要略》）：宣肺降逆。

麻黄六两，石膏半斤，生姜三两，大枣十五枚，甘草二两，半夏半升。以上六味，以水六升，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服。

(3) 紫菀汤（唐·王焘《外台秘要》）：泻肺利水。

紫菀六分，甘草八分炙，槟榔七枚，茯苓八分，葶苈子三合炒末。右五味切，以水六升，煮取二升半，绞去滓，分温三服。每服如人行四五里久，进之，以快利为度。忌生葱菜、热面、海藻、菘菜、大醋、蒜、粘食。

6.2 温肺散寒、解表清热类

(1) 小青龙加石膏汤（《金匮要略》）：麻黄、芍药、桂枝、细辛、甘草、干姜各三两，五味子、半夏各半升，石膏二两。以上九味，以水一斗，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升。强人服一升，羸者减之，日三服，小儿服四合。

白前汤：治水咳逆上气，身体肿，短气胀满，昼夜依壁不得卧，咽中作水鸡声方。白前、紫菀、半夏、大戟各二两。上四味，㕮咀，以水一斗浸一宿，明旦煮取三升。分三服。

(2) 麻黄散（《备急千金要方》）：温肺散寒、解表清热。

麻黄、芍药、生姜、细辛、桂心、半夏、五味子各半升，石膏四两。治肺胀咳而上气，咽燥而喘，脉浮者心下有水气。

(3) 麻黄汤（《外台秘要》）：温肺化饮、兼清里热。

麻黄去节、芍药、姜五两，细辛、桂心各三两，半夏半升洗，石膏四两，五味子半升。右八味切，以水一斗，煮取三升，分三服。忌生葱、羊肉、生菜。以疗肺胀，咳嗽上气，咽燥脉浮，心下有水气。

(4) 麻黄汤（《普济方》）：温肺散寒、解表清热。

麻黄、芍药、生姜、细辛、桂心、半夏、五味子各半升、石膏四两。右㕮咀，以水一斗，煮取三升，分三服。仲景名此为小青龙加石膏汤用甘草二两为九味。以治肺胀咳而上气，咽燥而喘，脉浮者，心下有水。

6.3 温肺逐饮类

(1) 一合汤方（《外台秘要》）：温肺逐饮。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

芫花二分熬，桂心、干姜各五分，甘草炙、细辛各四分，芫花二分。右六味切，以水三升，煮取一升，先食服一合、日三夜一。右云合汤，亦得分六七服，一日尽便愈。一方有菖蒲四分无芫花。忌海藻、菘菜、生葱、生菜等。

(2) 蜀椒散（《外台秘要》）：温肺利水。

蜀椒五合去目并闭口者汗、桂心、甘草各一两炙，通草、半夏洗各三两右五味捣筛，饮服方寸匕，日三夜一。忌海藻、菘菜、羊肉、生葱。以疗咳逆上气，腹中有坚痞，往来寒热，令人羸瘦，不能饮食，或时下利，此腹中如绞，在脐上下关，疝气上肠使然为病。

(3) 麦门冬丸（唐·王焘《外台秘要·肺痿肺气上气咳嗽二十八门》）：温肺化饮。

干姜六分，麦门冬十分去心，昆布洗、海藻洗各六分，细辛、海蛤、蜀椒熬、桂心各四分。右六味捣筛，蜜和丸如梧子。以饮服十丸，渐加至二十丸，日三。有人患风虚得冷，辄胸中上气，喉中常如吹管声，咳嗽唾清涕，将此丸服得差。若散服方寸匕，日三。忌生葱、生菜。主气逆上气。

6.4 健脾利肺类

鲤鱼汤（《外台秘要》）：健脾利肺。

生鲤鱼一尾，熟艾二升，白蜜一升，紫菀、牡蛎各四两熬，款冬花一升，杏仁二十枚，豉半升。右十二味吠咀，药和内鱼腹中，置铜中，蒸之五斗米饭下，药成服一升，日三夜一，忌生菜、羊肉等。以疗咳逆上气，喉中不利方。

6.5 温肺降逆类

杏仁煎（《外台秘要》）：温肺降逆。

杏仁一升，石斛、干姜各四两，桂心、甘草炙、麻黄去节各五两，五味子、款冬花、紫菀各三两。以疗咳逆上气。

6.6 健脾益肺、纳气降逆类

(1) 蛤蚧圆（《太平圣惠方》）：健脾益肺、纳气降逆。

蛤蚧一对（头尾全者，涂酥炙令微黄），汉防己半两，贝母半两（煨令微黄），甜葶苈半两（隔纸炒，令紫色），桑根白皮一两（锉），蝉壳半两，猪苓半两（去黑皮），赤芍药半两，陈橘皮三分（汤浸，去白瓤，焙），人参三分（去芦头），甘草一分（炙微赤，锉），五味子半两。上件药，捣罗为末，炼蜜和捣五七杵，圆如梧桐子大。每于食后，以温粥饮下三十圆。

(2) 清金汤（《东医宝鉴》）：益气健脾、化痰敛肺。

陈皮、赤茯苓、杏仁、阿胶珠、五味子、桑白皮、薏苡仁、紫苏叶、百合、贝母、半夏曲、款冬花七分，罂粟壳、人参、甘草各三分，右锉做一分贴，入姜三枣二梅一个煎服。以治咳嗽喘急，胸满气逆，坐卧不安。

(3) 神秘汤（《东医宝鉴》）：健脾化痰。

紫苏叶橘红桑白皮各二钱，人参赤茯苓半夏各一钱，木香五分，右锉作一贴，入生姜五片水煎服日二钱。以治上气喘急，不得卧，卧则喘者，水气逆行上于肺，肺得水而浮、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

使气不得流通，其脉沉大。

6.7 泻肺降逆类

(1) 麻黄散（《太平圣惠方》）：泻肺降逆。

麻黄一两（去根节），桑根白皮一两（锉），甜葶苈一两（隔纸炒令紫色），五味子三分，白前三分，甘草半两（炙微赤，锉），木通三分（锉），川大黄（半锉碎，微炒），黄芪一两（锉），陈橘皮三分（汤浸，去白瓤，焙）。上件药，捣筛为散，每服四钱。以水一中盏，加生姜半分，煎至六分，去滓。不计时候，温服。

(2) 大腹皮散（《太平圣惠方》）：泻肺降逆。

大腹皮三分（锉），杏仁（汤浸，去皮尖、双仁，麸炒微黄），甜葶苈（隔纸炒令紫色），百合半两，紫菀三分（去土苗），半夏半两（汤浸七遍，去滑），赤茯苓一两，桔梗三分（去芦头），桑根白皮一两（锉），甘草半两（炙微赤，锉）。上件药，捣筛为散，每服五钱。以水一大盏，入生姜半分，煎至五分，去滓。不计时候，温服。以治咳嗽上气，肺胀喘急，胸中满闷。

(3) 槟榔汤（《普济方》）：宣肺降逆。

槟榔二枚、诃梨勒二枚、陈皮三分、甘草半两、桑白皮一两三分、豉半合、紫菀一两半、甘草二两、槟榔七枚、赤茯苓、葶苈子一两。右捣筛，每服三钱，水一盏，煎至七分，去滓，温服，日三，以快利为度。治肺气胀心腹满闷。

(4) 紫菀汤（《普济方》）：泻肺降逆。

紫菀一两半、甘草二两、槟榔七枚、赤茯苓、葶苈子一两。右捣筛，每服三钱，水一盏，煎至七分，去滓，温服，日三，以快利为度。以治嗽喘肺胀，不得眠卧，气急欲绝。

(5) 大腹散（《普济方》）：化痰降逆敛肺。

大腹皮一两，紫苏子一两，诃黎勒皮一两半，前胡一两，五味子一两，赤茯苓一两，槟榔半两，甘草半两。治肺壅胀，胸中满闷，喘急不利。

6.8 温肾纳气类

(1) 金液丹（《扁鹊心书》）：温肾纳气。

金液丹其制法为舶上硫磺十斤，用铜锅熬化，麻布滤净，倾入水中，再熬再倾，如此七次，研细，入阳城罐内，盖顶铁扎定，外以盐泥封固八分阴干。先慢火煅红，次加烈火，煅一柱香，寒炉取出，埋地中三日，去火毒，再研如粉，煮蒸为丸，梧子大。每服五十丸或三十丸，小儿十五丸。气虚人宜常服之，益寿延年功力最大。

(2) 理气圆（《三因极一病证方论》）：温肾纳气。

杏仁去皮尖麸炒另研、桂枝去皮各一两，益智去皮、干姜炮各二盛。右为末，蜜丸如梧桐子大，以钟乳粉为衣，每服三十丸，空腹，米汤下。以治气不足，动便喘咳，远行久立，皆不任。汗出，鼻干，心下急，卧不安。

(3) 皱肺丸（《普济方》）：温肾纳气。

五灵脂二两、柏子仁半两、胡桃八枚去壳研。右研成膏，滴水为丸，如小豆大，煎香，甘草汤下十五丸。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.9 疏肝理气类

(1) 四七汤 (《仁斋直指方论》): 疏肝理气。

人参、槟榔、沉香、乌药。上件各浓磨，水和，煎三五沸，温服。以治七郁结，上气喘急。

(2) 沉香降气汤 (《杂病源流犀烛》): 降逆理气。

香附四两　炙甘草一两二钱　砂仁五钱　沉香四钱　共末，每二钱，苏叶盐汤下。

(3) 快气汤 (《杂病源流犀烛》): 疏肝理气。

香附三两五钱　砂仁八钱　炙甘草四钱　共末，每一钱，盐汤下。

6.10 清肝化痰类

(1) 敛肺丹 (《脉因证治》): 清肝化痰。

诃子、杏仁、青黛、瓜篓、半夏、香附。以治肺胀及火郁。

(2) 清化丸 (《杂病源流犀烛》): 清肝化痰。

贝母一两　杏仁五钱　青黛二钱　姜汁砂糖丸含。

(3) 诃子青黛丸 (《杂病源流犀烛》): 清肝化痰佐以收敛。

诃子　青黛　杏仁　海粉　便香附　瓜篓仁　半夏　姜汁、蜜丸含化。

(4) 诃黎勒丸 (《东医宝鉴》): 清肝化痰佐以收敛。

诃子皮五钱、海粉、瓜篓仁、青黛、杏仁、贝母、便香附各二钱半为末，姜汁和蜜为丸樱桃大含化徐徐咽下。以治劳嗽干嗽及肺胀喘急。

6.11 降逆化痰佐以温肾类

苏子降气汤 (《杂病源流犀烛》): 降逆化痰佐以温肾。

半夏曲　苏子各一钱、肉桂　陈皮各七分半、当归　前胡　炙甘草　厚朴各五分、加生姜　大枣　苏叶。以疗上气。

6.12 养阴清肺类

(1) 麦门冬汤 (《东医宝鉴》): 养阴清肺。

肺胀满膨膨而喘咳者多用五味子而人参次之，麦门冬又次之，黄连少许，甚则交双手而瞀者，真气大虚也。若气短加黄芪五味子人参；若气盛去五味子、人参加黄芩、荆芥穗。

(2) 石膏汤 (《普济方》): 养阴润肺。

石膏、麻黄、桑白皮、甘草、冬花、熟地各一两、麦冬、桔梗半两、右捣每服三钱，如竹叶少许，水一盏，煎至七分去滓，温服，日三夜一。

(3) 木通饮 (《普济方》): 清肺养阴。

木通、桔梗、桑白皮、升麻、黄芩各一两、恶实一两。右捣筛，每服五钱，水一盏半，生地黄分切，煎至八分，去滓，温服。以治肺胀膈膨膨，喘嗽，缺盆中痛。

(4) 赤茯苓丸 (《普济方》): 润肺降逆。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

赤茯苓三两，旋覆花半两，桔梗三分，桑白皮一两，百合半两，杏仁一两，熟地二两，甘草半两，郁李仁三分，右为末，炼蜜和丸，如梧桐子大，每服二十丸，不计时候，煎枣汤下。以治肺气喉中呀甲声，痰粘咳嗽，胸膈短气，胁肋坚胀。

6.13 补益肺肾类

救绝止喘汤（《石室秘录》）：补益肺肾。

人参、熟地各一两，山茱萸、白芥子各二钱，麦冬五钱，五味子、牛膝各一钱，水煎服。一剂轻，二剂喘止，十剂疼愈。此病实死证也，幸几微之气，留连于上下之间，若用凉药以平火，是速其亡也。然用桂附以补火，亦速其亡。盖气将绝之时，宜缓续而不宜骤续，譬如炉中火绝，止存星星之火，宜用薪炭引之，若遽投之以硫磺之类，反灭其火矣。更以寒凉之物动之，鲜有生气矣。方中妙在一派补肾补肺之药，与人参同用，则直入至阴之中而生其气，肾气生而肺气亦生，自能接续于无何有之乡。况人参又生肺以助肾之母，母子相生，更能救绝也。

6.14 化痰通腑类

半夏饮（《普济方》）：化痰通腑。

半夏、麦冬各一两半、升麻、前胡一两、槟榔两枚、陈皮、大黄各半两、竹叶三十片、生地三两。右㕮咀如麻豆大，每服五钱，水二盏，入生姜二、枣大煎至一盏，去滓，温服，日再。以治肺气胀满，咳嗽喘痰壅四肢痿弱，积渐虚羸。

6.15 清肺化痰类

（1）半夏汤（《普济方》）：清肺化痰。

半夏半升、麻黄六两、石膏半斤、甘草二两。右㕮咀如麻豆大，每服五钱，水二盏，如生姜五片，枣二枚，煎至一盏，去滓，温服，日三。以治肺胀咳逆倚息喘，目如脱，脉浮大。

（2）清金化痰丸（《林氏活人录汇编》）：清肺化痰。

紫菀、茯苓各五钱，杏仁、陈皮、苏子各四两，黄芩、花粉、桑皮各三两，黄连、蒌仁、半夏、桔梗各二两，甘草一两，水叠为丸，午后、临睡白汤吞服二钱。

（3）海粉（《万病回春·本草分类·虫鱼部》）：清肺化痰。

海粉无毒气寒咸，能治热燥湿顽痰，更疗肺胀多咳喘，海石痰火病相兼。

6.16 疏风解痉类

（1）杏仁丸（《普济方》）：疏风解痉。

杏仁、马兜铃、蝉蜕各半两、砒霜一分。右为末，煮枣二十枚，去皮核，研烂和丸，如梧桐子大，每服一丸至二丸，空心薄荷汤下。以治肺气喘急者，由肺乘于风邪，则肺胀或肺管不利，经络涩滞，气道不宣，则上气逆喘或息鸣。

（2）导痰丸（《普济方·喘门》）：疏风化痰。

天南星，大半夏，白明矾，生姜各半斤，猪牙皂角四两，皂角四两。以上味，一处用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瓦罐，以水浸过为度，煮干令透，去白矾，生姜，皂角，止服南星半夏，锉焙同后药同研，为末：真紫苏子，萝卜子，麦牙各四两，山楂四两。以治痰饮气滞，胸膈不利，喘咳气促，胁肋满胀，咳嗽多痰，鼻塞稠涕，气不升降，胸膈痞结，并宜服之。

6.17 活血化瘀类

四物汤（《杂病源流犀烛》）：活血化瘀。

川芎 当归 白芍 生地

展 望

综上所述，近年中医药在治疗肺胀方面，取得了可喜的进展，其内容也更加丰富。然而也不难看出，至今肺胀的认识上存在着分歧，治疗方法也不一致，未能形成一套统一的、较完整的辨证论治体系，以下问题有待进一步研究。

1. 诊断和疗效评定方面应力求准确和严谨，加强中医流行病学的研究，制订统一的诊断和疗效评定标准，以利于该病科研水平的提高。

2. 对肺胀急性期和缓解期的研究仍是该病治疗难点，需要深入研究和探索，从中药中研制出系列速效的、可以与西药起协同作用或优于西药的有效制剂。在治疗手段上，应遵循中医辨证论治的原则，严格掌握适应症，设立对照组，以求研制开发出确实有高效的新剂型。

3. 借鉴现代病理生理和药理的研究方法，对临床疗效较高的方药应进一步探讨其作用机理，有组织有计划地搞好科研协作，避免重复。

4. 加强现代医学研究与传统中医经验和用药相互参合的研究工作，以便更快提高肺胀的防治水平。

（杨道文 张洪春 韩春生 晁恩祥）

近现代参考文献

[1] 晁恩祥. 慢性肺心病急性期286例疗效分析. 天津中医. 1985 (1):1
[2] 杨道文. 呼吸衰竭的研究进展. 中国中医急症. 1998 (2):85
[3] 蔡灿林. 洪广祥治疗肺心病心衰的经验. 江西中医药. 1993 (3):16
[4] 周仲英. 慢性肺原性心脏病的辨证要点. 中医杂志. 1990 (1):23
[5] 宾学森，杨香生. 曾庆骅治疗肺心病经验. 江西中医药. 1992 (2):12～13
[6] 卓玉翠，康晓娥. 中西医结合治疗慢性肺心病急性加重期64例. 湖南中医杂志，1996 (3):25
[7] 徐旭东. 中西医结合治疗肺心病急性发作64例. 四川中医. 1996 (14)7:22
[8] 杨明均. 慢性肺心病急性发作期81例（85例次卫气营血辨证分型及防治的探讨. 辽宁中医杂志. 1982 (1):17
[9] 高洪春. 周次清教授诊治慢性肺心病的经验. 辽宁中医杂志. 1992 (3):1
[10] 马全然. 清热祛痰化瘀开窍法治疗肺性脑病的临床观察. 天津中医，1996 (5):8～19

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[11] 刘振永. 中西医结合治疗慢性肺心病急性发作期疗效观察. 天津中医. 1995 (33):3~5
[12] 千立军，张雅丽. 韩桂芝. 消喘散治疗慢性呼吸衰竭临床观察，黑龙江中医药. 1996 (2):8~10
[13] 应耀虎. 清肺化瘀煎治疗呼吸衰竭的临床观察. 实用中西医结合杂志，1997 (3):234
[14] 周灿，陈纯. 中西医结合治疗肺心病 42 例临床体会. 湖南中医杂志. 1996 (1):6~7
[15] 陈娴，朱简. 肺心病急性发作期中西医结合治疗观察. 天津中医. 1996 (4):8~9
[16] 赵子敏. 汪达成治疗肺心病的临床经验. 陕西中医学院学报. 1994 (4):18
[17] 刘立东. 中医为主治疗肺心病 35 例疗效观察. 湖南中医杂志. 1992 (5):22~23
[18] 张素英. 中西医结合治疗肺心病急性肺感染疗效观察. 天津中医. 1995 (4):5~6
[19] 薛锡安. 中药为主治疗肺心病 42 例. 陕西中医. 1992 (3):101
[20] 李帮阔. 肺胀病辨治点滴. 湖北中医杂志. 1995 (1):39
[21] 吴德芸. 治疗肺原性心脏病 68 例临床观察. 上海中医药杂志. 1994 (7):22
[22] 孔明云. 慢性肺心病辨治求要. 陕西中医. 1995 (4):165~166
[23] 刘文昭，杨润平. 肺心灵治疗慢性肺原性心脏病急性发作期 30 例临床观察. 中医杂志. 1992 (10):26~28
[24] 牛振华，张东有. 补阳还五汤治疗肺心病 92 例. 陕西中医. 1993 (11):483
[25] 吴明华. 中西医结合治疗慢性肺原性心脏病急性加重期 141 例. 实用中医药杂志. 1996 (2):24~25
[26] 沈安明. 补肺活血汤治疗肺心病 46 例. 安徽中医学院学报. 1995 (1):31
[27] 楼献奎. 木防己汤加味治疗肺心病心衰 38 例. 安徽中医学院学报，1994，(4):17
[28] 王绵丽. 润肺化痰法治疗肺心病合并感染 50 例. 陕西中医. 1993 (11):484
[29] 陶凯，周晓园，林慧鹃等. 菖蒲雾化剂治疗慢性呼吸衰竭失代偿期临床研究. 中医杂志. 1996 (3):161~164
[30] 宋康. 涤痰通腑祛瘀法治疗肺性脑病 35 例观察. 中医杂志. 1994 (6):347~348
[31] 罗本清，吴桂华. 肺性脑病的中医辨证治疗探讨. 实用中医药杂志. 1995 (1):27~29
[32] 高昌杰. 中西医结合治疗肺性脑病 30 例临床分析. 实用中医药杂志. 1996 (4):23~24
[33] 樊亚巍. 开闭固脱法在肺性脑病中的应用. 实用中医药杂志. 1993 (1):11~12
[34] 陈见如. 老年呼吸衰竭辨证救治四法. 上海中医药杂志. 1987 (5):13
[35] 张宗铭，陈怀珍，伍丽华. 肺心平分型论治肺心病急发期 80 例. 中国中医急症. 1996 (2):56~58
[36] 方邦江，占鸽. 宽胸理肺汤治疗慢性肺心病 64 例. 陕西中医. 1994 (4):150
[37] 王洋. 中西医结合治疗肺心病呼吸衰竭 21 例小结. 山西中医. 1994 (2):23~24
[38] 张耀，景洪贵. 李孔定治疗慢性肺原性心脏病的经验. 中药杂志. 1993 (10):590~591
[39] 付振伟. 养阴化痰治疗肺心病. 吉林中医药. 1995 (5):12
[40] 严兆象. 中西医结合治疗急性发作期肺心病 64 例. 浙江中医学院学报. 1994 (3):31~32
[41] 陶凯. 周晓园. 麦门冬饮子加味治疗慢性呼吸衰竭失代偿期 89 例. 中国中医急症. 1998 (2):6
[42] 李建生，李素云主编. 常见老年呼吸系统疾病中医治疗. 北京：中国中医药出版社. 1996. 141~142
[43] 张国梁，李明. 中西医结合治疗对老年肺心病急性发作期患者血浆内皮素和心钠素含量的影响. 中西医结合实用临床急救. 1996 (10):450
[44] 张桂明，叶文跃. 试论肺心病的病因病机及治疗. 山西中医. 1995 (1):8
[45] 姜树界. 慢性肺原性心脏病急性发作期辨证论治 90 例. 新疆中医药. 1995 (2):11
[46] 何镔. 辨证分型论治肺性脑病 35 例临床观察. 安徽中医临床杂志. 1997 (2):70
[47] 谢香娇，杨振国，邱玉华. 通腑泻肺法治疗顽喘风哮的体会. 实用中医内科杂志. 1997(1):27

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[48] 曹理璞，周晓虹，杨廷光等．中西医结合治疗慢性肺原性心脏病急性发作期的疗效观察．中西医结合实用临床急救．1996（3）:291
[49] 刘秀兰，等．中西医结合中药灌肠治疗肺心病心衰20例．国医论坛．1995（1）:34
[50] 陈道阳，等．“低肝丹”合剂治疗肺心病高凝状态及呼吸衰竭的对照观察．实用医学杂志．1992（8）:14
[51] 睦元麟，等．中西医结合治疗肺心病急性发作疗效观察．广西中医药．1995（2）:4
[52] 徐济民．丹参、氯酯醒与大剂量三磷酸腺苷治疗肺性脑病的临床观察．新医学．1984（3）:238
[53] 田博文．复方丹参注射液治疗肺心病心衰疗效观察．四川中医．1995（5）:28
[54] 张秀锦，等．丹参注射液的临床新用途．临床荟萃．1995（10）:441
[55] 黄河清，等．复方丹参注射液治疗肺原性心脏病急性发作期疗效观察．中西医结合实用临床急救．1996（8）:367
[56] 王伟，等．川芎嗪注射液治疗肺心病急性发作期的临床疗效观察．江西中医药．1994（2）:13
[57] 王克定，等．川芎嗪治疗肺心病急性加重期42例．临床荟萃．1995（8）:369
[58] 罗本清，吴桂华，黄晓苏等．豁痰化瘀开窍针剂为主治疗肺性脑病的临床研究．中国中医急症．1994（6）:244～250
[59] 刘勇．清开灵注射液治疗肺性脑病55例．安徽中医临床杂志．1995（2）:13

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 肺　痈 ❋

肺痈是肺叶生疮，形成脓疡的一种病证。属内痈之一。临床以咳嗽、胸痛、发热、咳痰量多而腥臭，甚则咳吐脓血为其特征。主要由于热邪犯肺，内蕴不解，肺气壅滞，脉瘀蕴毒，以致血败肉腐而化脓成痈，多缠绵难愈。

肺痈为实热证，清热解毒，化瘀排脓为其基本治疗原则，清热解毒法适用于疾病的全过程，可根据不同阶段及证候表现，分别配合解表，化瘀，排脓及益气养阴等法。对于已成脓者，按照“有脓必排”的要求，以排脓为首要措施。对恢复期的治疗以扶正托邪为主。

本病多发于壮年，男性多于女性。该病相当于现代医学的肺脓肿、脓胸，以及化脓性链球菌肺炎，结核性脓胸等。

【今日临床】

1　诊 断 标 准

以1995年中华人民共和国卫生部制定颁布的《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为依据。

1.1　病名诊断标准

(1) 起病急，常突然寒战高热，咳嗽胸痛，呼吸气粗。

(2) 咯吐大量黄绿色脓痰或脓血痰，气味腥臭。

(3) 肺部叩诊呈浊音，可闻及支气管呼吸音或湿啰音。

(4) 血白细胞总数及中性粒细胞增高。

(5) 痰菌培养有致病细菌，胸部X线摄片，肺部可见大片浓密炎症阴影或透亮区及液平面。

1.2　证类诊断标准

初期　恶寒发热，咳嗽胸痛，呼吸不利，口鼻干燥，苔薄白，脉浮数而滑。

成痈期　身热转甚，时时振寒，继则壮热，汗出烦躁，咳嗽气急，胸满作痛，转侧不利，咯吐黄绿色浊痰，自觉喉间有腥味，口干咽燥，苔黄腻，脉滑数。

溃脓期　咯吐大量脓血痰，如米粥，腥臭异常，有时大咯血，胸中烦满而痛，甚则气喘不能平卧，身热面赤，烦渴喜饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数或数实。

恢复期　身热渐退或低热，咳嗽减轻，咯吐脓血减少，臭味减轻，痰液转为清稀，精神食欲好转，胸胁隐痛，气短神疲，自汗盗汗，舌质红或淡红，苔薄，脉细或细数无力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 中心证候特征

本病以发热、咳脓痰为中心证候。本病初期常突然发生，壮热不退，午后尤甚，伴有恶寒或寒战；进入恢复期，往往表现为低热，或呈不规则发热。本病初起即见咳嗽，早期痰白而粘，以后痰量逐渐增加，尤以早晨起床及夜晚就寝时最多，甚则可达 300～500ml，后期痰色黄绿而稠厚，气味腥臭，有时咳吐脓血。

本病一般可分为初期、成痈期、溃脓期、恢复期四类证候。

初期以恶寒发热、咳嗽胸痛、痰白而粘为特征；成痈期以壮热不退、咳嗽气急胸痛、痰黄稠腥臭如脓为特征；溃脓期以咳吐腥臭脓痰或如米粥，或痰血相兼、发热胸痛为特征；恢复期以身热渐退或低热、咳痰日渐减少以至消失，自汗盗汗，口干舌红为特征。

本病多表现为实热证。初起积极治疗，可不致转变成成痈期。但在一般情况下，多逐渐演变为成痈期、溃脓期，随着大量腥臭脓痰的排出，可进入热势渐退，痰量日少之恢复期，此时多见气阴两伤之证。在溃脓期，若热毒炽盛而内陷，亦可产生内闭外脱之危象。

3 病 因

3.1 感受外邪

外感风热之邪，侵袭肺卫，或感受风寒之邪，日久不愈，郁而化热，邪热壅遏于肺，肺络瘀滞，热瘀互结而成肺痈。

3.2 痰热蕴肺

由于饮食不节，嗜食肥甘辛辣之品，或嗜酒成癖，滋生湿热成痰；或肺金素有痰热蕴结，加之外邪侵袭，内外合邪，引发为肺痈。

4 病 机

4.1 发 病

一般发病较急骤，突然恶寒壮热、咳痰，痰色渐黄稠。部分患者发病亦可较为缓慢。

4.2 病 位

病位在肺。本病初期病在肺卫，出现咳嗽，痰白而粘等症状；成痈期邪热壅肺，咳嗽，咳吐脓痰腥臭；溃脓期，肺热炽盛，血败肉腐，咳嗽，咳吐大量腥臭脓痰；恢复期肺气阴两伤，咳嗽，痰量减少。各期均以肺气上逆的咳嗽症状为主。

4.3 病 性

属实热证。热邪蕴肺为本病之特点，并贯穿于病程的始终。但热邪亦可耗气伤阴，出现邪实正虚或正虚邪恋之证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.4 病势与病机转化

初期为风热袭肺，或风寒外袭，日久化热。继则邪热壅肺，瘀热内结而成痈。热毒鸱张，肉腐血败，致使痈脓溃破，咳吐大量腥臭脓痰，亦可热伤肺络，咳吐脓血。后期，随着腐败腥臭脓痰排出，邪毒渐趋缓和，以致消尽，同时气阴亦见耗伤，但终致病情逐渐向愈。亦可出现气阴日渐受损，而邪毒留恋不去之虚实夹杂证，以致病情缠绵，迁延难愈。

4.5 证类病机

风热袭表犯肺 见于本病初期。表卫失和，肺失宣降，为本期的主要病机。肺卫受邪，正邪交争则恶寒发热；邪热壅肺，肺失宣肃则咳嗽、痰粘、呼吸不利；肺络阻滞则胸痛；苔薄黄、脉浮滑数为风热外袭之象。

邪热壅肺，血脉瘀阻 多见于成痈期。毒瘀内结成痈为本期的主要病机。邪热内盛，化火成毒，壅滞气机，瘀阻肺络，故见壮热不退，咳嗽气急，胸胁疼痛，转侧不利等症；瘀热内结成痈，则咳吐脓痰腥臭；邪热扰心，则烦躁不安；热伤津液，则口燥咽干；舌红苔黄腻，脉滑数或洪数，均属热势亢盛之象。

血败溃脓 本病之溃脓期则以血败肉腐，化脓为痈为主要病机。痈肿破溃，故排出大量腥臭脓痰；脓毒蕴肺，肺气不利，肺络瘀阻故胸中烦满而痛；热毒内炽则身热面赤；热耗津液则口渴喜饮。

气阴两虚 正虚邪衰，气阴亏耗为恢复期的主要病机。由于大量脓痰排出，邪毒渐去，故发热、咳嗽、咯痰、胸痛等症逐渐减轻；但因热毒久蕴于肺，津气必为其所耗，以致气阴亏虚，故见短气，自汗、盗汗、心烦、口燥咽干等症；舌质红或淡红，脉细数，亦为气阴不足之象。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

发热、胸痛、咳吐腥臭脓血痰为患者的主诉。

5.2 分析病位

肺痈之证病位在肺。初期多有恶寒发热、咳嗽、脉浮数等表证，故病位在肺卫。进入成痈期，出现但热不寒，壮热不退，咳吐黄稠脓痰，脉滑数或洪数，此时病位在肺。进入溃脓期及恢复期，病位亦在肺。

5.3 确定病性

肺痈之病多属实热证，后期多转为正虚邪衰，少数可出现正虚邪恋之虚实夹杂证。如恶寒发热、咳嗽胸痛、咯吐大量腥臭脓痰或壮热烦渴、汗出、咳痰量多而稠且带有腥臭味，苔黄腻、脉滑数，亦或咳吐大量腥臭脓痰或脓血痰、身热面赤、胸满气急、苔黄腻、脉滑数者，病性均为实热证；如咳吐脓痰渐少、身热亦退、口渴喜饮、舌红、脉细带数，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或伴神疲乏力者，病性属正虚邪衰，逐渐向愈；如脓血痰虽减，但持续不已，仍有腥臭味，低热缠绵、口干咽燥、汗出神疲形瘦、面色少华或痰液一度清稀复转臭浊，病情反复，迁延不愈者，属正虚邪恋之虚实夹杂证。

另在临证时还应注意以下几个问题：①起病时见恶寒发热、咳嗽气急、胸痛烦渴、咯铁锈色痰或咯吐浊痰、苔黄、脉数、多数为风温邪恋气分，但经一周仍身热不退或退而复升时，应考虑有发生肺痈之可能性；若起病时振寒及咯吐浊痰明显，喉中有腥味，则应考虑为肺痈之初起，邪在肺卫。②若咯吐脓血痰状如败卤，腥臭异常，伴气急鼻煽、坐卧不安、胸痛剧烈、食少、发热不退、发音嘶哑无力，爪甲青紫带弯，脉弦急或短涩，多为肺叶腐败或脓溃后流入胸腔，为危重恶候，预后欠佳，应中西医结合治疗，有手术指征者作手术引流。③疾病过程中若发生大量咯血，应警惕气随血脱，或发生血块凝结，阻塞气道引起窒息，应采取相应的急救措施，并严密观察病情变化。④爪甲、指螺、舌下生细粒，是本病的特异性体征。肺痈迁延不愈，可见“爪甲紫而带弯”，指端呈槌样。近代有验指螺法，肺痈指螺臃胀，称为蛾腹指，与杵状指不同，可作为诊断及预后的参考。

6 鉴 别

痰饮 痰饮咳嗽患者虽亦有咳嗽倚息，咯痰量多等症，但其咳嗽起病较慢，痰量虽多，每为白色泡沫样，并无腥臭脓痰，亦非痰血相兼；如有发热者，热势亦不如肺痈亢盛，且痰饮咳嗽多有反复发作史，结合胸部 X 线检查不难鉴别。

肺瘘 肺瘘是以肺脏瘘弱为主要病变的慢性疾患。起病缓，病程长，患者形体虚弱，多继发于其他疾病，并以虚热、咳吐浊唾涎沫为其特征。肺瘘以虚证多见，而肺痈以实热证多见。临床结合 X 线、CT 及血液实验室检测均有利于鉴别。

肺痨 肺痨以咳嗽、咯血、潮热、盗汗及身体逐渐消瘦为其临床特征，多因体质虚弱，气血不足，痨虫侵袭所致，其病理以肺阴亏损为主，而肺痈则表现为热毒为患，以咳嗽、胸痛、发热、咯吐腥臭脓痰，甚则脓血为特征。临床结合 X 线、结核菌素试验有助于鉴别诊断。

7 临 床 治 疗

7.1 分 证 论 治

7.1.1 初期

临床表现：恶寒发热，咳嗽，胸痛，咳则痛甚，胸闷气短，痰白而粘，痰量逐渐增多，舌苔薄黄，脉浮数而滑。

病机分析：风热之邪所伤，表卫受邪，正邪交争则恶寒发热。邪犯于肺，肺为热毒熏灼，气失清肃，不得宣畅，故见咳嗽胸痛等，热灼津液，则痰白而粘，苔薄黄、脉浮数而滑，均为风邪痰热较盛之征。

转归：本病为实热证，病情演变较为迅速，如能早期确诊，并得到及时有效的治疗，在成痈之前加以阻断，可使其消散，病情较轻，病程亦较短。

治法：疏风宣肺，清热解毒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：银翘散（《温病条辨》）化裁。

金银花　连翘　薄荷　淡豆豉　荆芥　苦桔梗　苦杏仁　生甘草　牛蒡子　竹叶　芦根

加减：热势较甚者，加鱼腥草、黄芩，以加强清热解毒之力；头痛者，可加菊花清利头目；咳甚痰多者，加瓜蒌仁、贝母化痰止咳；胸痛甚者，加郁金、桃仁化痰通络。

临证参考：本病不同于普通风热感冒，治疗时除针对风热之邪，用辛凉解表疏散之法以外，还要注意宣畅肺气及清热解毒。方中金银花、连翘为主药，用量宜大，连翘可用至此 20～30g，金银花可用 30～50g。煎药时间不宜过长。病重者可加服 1 剂，或每 6 小时服 1 次。

7.1.2　成痈期

临床表现：壮热不退，咳嗽气急，咳吐黄稠脓痰且气味腥臭，胸胁疼痛而难以转侧，烦躁不安，口干咽燥，舌质红，苔黄腻，脉滑数或洪数。

病机分析：热毒内盛，正邪交争，故壮热寒战。邪热迫津外泄，则见多汗。痰热壅肺，肺气上逆，故咳嗽气急。瘀热内结成痈，则吐脓痰腥臭。热毒伤子肺络，气血壅滞而胸痛。热入血分、耗伤津液，故口干咽燥。热毒内炽，上扰子心，则烦躁不安。舌红苔黄腻，脉滑数或洪数皆属肺有实热，热毒蕴结之象。

转归：当痈成溃破后，多数患者随着脓痰的排出，病情渐趋好转，逐渐恢复直至痊愈，预后良好。

治法：化瘀散结，清热解毒。

方药：千金苇茎汤合大黄黄连泻心汤（《伤寒论》）加减。

苇茎　薏苡仁　冬瓜仁　桃仁　桔梗　黄连　黄芩

加减：热毒内盛者，加金银花、连翘、鱼腥草、鹿衔草、蒲公英等以清热解毒；热盛烦躁、咯痰黄稠者，可加桑白皮、山栀子等以清热解毒化痰；热毒瘀结，痰味异臭者，可加服犀黄丸；胸闷喘满、咳唾浊痰量多者，宜加瓜蒌、桑白皮、葶苈子以泻肺去壅；便秘者，加大黄、枳实以荡涤积热；胸痛甚者，加枳壳、丹参、延胡索、郁金以活血化瘀，理气止痛。

临证参考：本期热盛血瘀已蕴酿成痈，必须注意攻其壅塞。痰热壅肺，痰瘀热毒互结而胸胁胀满，呼吸急促者，当予大剂清肺消痈之品，可加大桔梗、鱼腥草等药剂量，以求痈肿消散。本期不宜用补益之品，以免助邪资寇，邪壅不去。

7.1.3　溃脓期

临床表现：咳吐大量脓痰，或痰如米粥，或痰血相兼，腥臭异常，胸中烦闷而痛，身热面赤，口渴喜饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

病机分析：热壅血瘀，郁结成痈，痈肿内溃，随咳而出，故咳吐腥臭脓血之痰。肺中蓄脓，脉络壅滞，肺气不利，故胸中烦满而痛。热毒内蒸，则身热面赤；耗伤肺胃之阴，则烦渴喜饮。舌质红，苔黄腻，脉滑数均为热毒壅盛之象。

转归：溃脓期是病情转为顺与逆的关键阶段。若痈脓溃后，声音清朗，脓痰大量排出，脓血逐渐减少而转稀薄，臭味变淡，壮热渐退，胃纳增加，脉象平缓，则为顺证；若痈脓溃后，音嘎无力，排脓不畅，腥臭异常，壮热不退，气喘胸痛，甚则鼻翼煽动，烦躁

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不安、或见爪甲青紫带弯，脉象弦急等，则为逆证。

治法：清热解毒排脓。

方药：加味桔梗汤（《医学心悟》）。

桔梗　生甘草　贝母　橘红　金银花　薏苡仁　葶苈子　白及

加减：脓出不畅者，加皂角刺以透脓，亦可口服淡竹沥；气虚无力排脓者，加生黄芪扶正托脓；津伤口燥甚者，加沙参、麦冬、百合以养阴生津；咳血者，加白茅根、藕节、丹皮、生地黄、侧柏叶以凉血止血，同时还可加鱼腥草、金荞麦根、败酱草，以增强清热毒排脓之功；便秘者可加大黄，以泄热通腑。

临证参考：脓成以后，脓痰是否能顺利排出，是病情顺逆的关键。桔梗中含桔梗皂甙，为强力祛痰药，可用较大剂量，以加速排脓。金荞麦根亦为治疗肺痈之要药，其清热解毒、消痈排脓之功，可予增剂应用。

7.1.4 恢复期

临床表现：身热渐退，咳嗽减轻，脓痰日渐减少，或有胸胁隐痛、短气、自汗盗汗、心烦、口燥咽干、舌质红、苔黄、脉细数无力。

病机分析：正气渐复，邪气渐退，日趋好转，但余邪未尽，痰热尚存，故仍咳嗽咯痰，而脓痰日少，身热渐退。气阴两伤，正虚邪恋，故见短气、自汗盗汗、心烦、口燥咽干。舌质红、脉细数无力，为阴虚气弱之征。

转归：恢复期随着脓痰的畅通排出，病情渐趋好转，预后良好；但亦有热毒复萌，转归为正虚邪恋之证，病情往往迁延难愈。极少数患者，由于痈脓溃破后大量脓血一时难以排出，阻塞气道，或体虚无力排痰，脓痰窒塞气道，可导致突然窒息，病情险恶。或脓溃后流入胸腔，持续壮热，形成脓胸，如不及时抢救，预后亦多凶险。

治法：养阴补肺，兼清余热。

方药：沙参清肺汤（经验方）加减。

北沙参　黄芪　白及　生甘草　桔梗　薏苡仁　冬瓜子

加减：气虚甚者，加太子参，重用黄芪以补气生肌；血虚者加当归养血和络；阴虚重者，加麦冬、玉竹；溃处不敛者，可加阿胶、白蔹以补疮口；脾虚食少，便溏者，可配白术、山药、茯苓以健脾；若邪恋正虚，脓毒不尽，咳唾脓血迁延不已，或痰液一度清稀而复转臭浊，病情时轻时重者，仍应重视脓毒的消除，可配伍鱼腥草、金荞麦根、败酱草、桔梗等解毒排脓之品，以扶正祛邪。

临证参考：恢复期患者正虚邪衰，治疗当以养阴益气为主，但仍应时时不忘清除余邪，以防热毒复萌。如此时低热复起，痰由白转黄稠而腥臭，为正虚邪恋的征象，治疗应祛邪扶正兼施，加强清热解毒排脓之力，以祛邪安正。

7.2 辨病论治

肺痈临床在辨证论治的基础上往往结合辨病论治。

肺脓肿　多属中医肺痈范畴，常多选用金荞麦根治疗，将其洗净晒干，去根须，切碎，以瓦罐盛干药250g，加清水或黄酒1250ml，罐口用竹箬密封，隔水文火蒸煮3小时，最后得净汁约1000ml，加防腐剂备用。成人每服30～40ml，一日3次，儿童酌减。现代

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药理研究，金荞麦根对金葡菌凝固酶、溶血毒素及绿脓杆菌内毒素有对抗作用；有一定的祛痰的作用。肺痈患者服金荞麦制剂后，多有咯痰增多，随着大量的脓痰排出，空洞缩小，液平消失，体温逐渐恢复正常，病灶也随之逐渐吸收。金荞麦根不是通过直接抗菌或通过体内代谢产生有抗菌作用的物质而起治疗作用的，不属传统的抗菌药，而是一种新型抗感染药物。可能通过调整机体功能从多个环节促进肺脓肿愈合，改善毛细血管通透性，抑制血小板聚集，改善微循环，改变病变组织的缺氧状态，加强白细胞的吞噬作用，促进坏死组织分解液化并使之引流通畅，加速组织的再生和修复过程。

临床常选用的单方、验方如①鲜薏苡根适量，捣汁，炖热。日服3次，每次30～50ml，以祛痰排脓。②陈芥菜卤，每服半茶杯，一日2～3次，燉热服，亦可用沸豆浆冲服，脓尽为度。③鲜构树根皮，洗净切碎，用量500g，加水2000g，煎至1000g，一日3次分服，连服1～2周。愈后忌辛辣及臭卤百日。④荷叶，适量，煎脓汁，稍加白蜜服之。在肺痈的治疗中临床还总结了许多专方。如三仁化瘀汤治疗慢性肺脓肿（桃仁、杏仁、薏苡仁、鱼腥草、桔梗、丹皮、白茅根、金银花、连翘、黄芩、川贝母、甘草）。消痈汤治疗肺脓疡（金银花、黄芩、紫菀、苡仁、陈皮、桔梗、生甘草、桃仁、芦根）。消痈汤治疗肺痈（鱼腥草、苦桔梗、浙贝母、苦杏仁、黄芩、粉甘草）。二花三黄葶苈汤治肺痈（金银花、月季花、大黄、黄连、黄芩、葶苈子）等。

7.3 临床用药经验与体会

中医治病强调辨证论治，对肺痈的治疗，近代医家经验不一，各有所长，以下所述是综合有关医家治疗肺痈的临床用药心得体会。

肺脓肿，属祖国医学肺痈范畴，中药治疗肺脓肿能有效地控制炎症，排脓解毒，促进病灶愈合，改善全身症状。只要辨证准确，用药得当，多获良效。切忌止咳收敛之品，以免助邪资寇。

肺脓肿根据发病的不同阶段，不同证候辨证施治。如咳吐黄痰，选用清热化痰药：瓜蒌、枳壳、射干、马兜铃、法半夏、橘红、冬瓜子等。咳血可加黄芩炭、藕节、生地炭等。葶苈子泻肺平喘，利水消肿，散结涤饮，为治疗肺气壅实喘咳之佳品，常可配伍黄芪，寒温并用，升降同施，补泻兼行。肺痈热毒蕴肺成痈，以甘凉之药清其火，可用苇茎汤加鱼腥草、紫花地丁、蒲公英等清火化痰，逐瘀排脓。肺痈溃脓初期，体实病实，可用涌泄之药排其脓，用三物白散加减治疗（桔梗、川贝、巴豆霜）；肺痈痰浊量多，肉腐血败所致，伤正耗血不可避免。故应加入养阴补血之品，扶正以祛邪，在清热解毒化痰中加入生地、麦冬、阿胶，即是此意；肺痈热毒炽盛，耗阴伤血，故仅用清热解毒之银花、黄芩、鱼腥草、红藤等，药力有所不逮，可加入珍珠粉、牛黄、朱砂等以增强解毒作用。肺痈整个病程中，咯吐大量痰浊为其特征，祛痰为要着之法，药用竹沥、梨汁、陈芥菜卤、瓜蒌仁，均具有良好的祛痰作用。肺痈肉腐成脓，出现穴洞，只祛其邪，不填其孔，病难痊愈，可选用王氏圣灵丹合千金黄芪汤。肺痈有腑实证者，因肺与大肠相表里，应用生大黄、玄明粉等泻下药，可使肺热下移，痰结得逐，但应中病即止，免伤正气。痈者壅也，肺失调理，气机不畅，咳嗽频作，故通气不可忽视，可选用太乙紫金锭辛香走窜以通气，解毒化痰以治痈。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

中药治疗慢性肺化脓症。在本病各阶段均应选用大剂益气养阴药。慢性肺化脓症患者由于支气管系统反复感染，局部防御功能明显减弱，故治疗中不能过分强调清热解毒，应抓住气阴两虚的特点，在病程各阶段均选用黄芪、党参、麦冬、沙参、花粉等益气养阴药。

7.4 针灸疗法

7.4.1 体针

肺痈宜取手太阴，手阳明经腧穴为主，取肺俞、列缺、合谷、鱼际、丰隆，以针泻之，或三棱针点刺出血。壮热不退者，可针刺大椎、曲池、合谷、太冲等穴，用泻法以透邪泄热。

7.4.2 耳针

取肺、神门、气管、耳尖、下耳背、下屏尖。方法：每次取 2～3 穴，捻转，中、强刺激，留针 20～30 分钟。

8 疗效判断标准

以 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则》的肺痈疗效判断标准为依据。

(1) 临床治愈：症状及体征消失，X 线检查病灶吸收，其它实验室检查恢复正常。

(2) 显效：症状及体征基本消失，X 线检查病灶大部分吸收，其它实验室检查基本正常。

(3) 有效：症状及体征明显减轻，X 线检查病灶部分吸收，其它实验室检查部分恢复。

(4) 无效：症状及体征未见改善。

9 西医诊疗撮要

肺脓肿，多属于中医肺痈的范畴。是由于化脓菌引起的肺部感染，局部肺组织坏死液化形成空腔并积聚脓液。早期应用抗生素治疗可促进肺部化脓性炎变消散吸收，降低肺脓肿的发生率。在肺脓肿的早期，选用对致病菌敏感的足量抗生素，鼓励病人咳嗽排痰，作体位引流或经支气管镜吸除痰液，并改善营养增强体质，可缩短病程收到治愈的效果。上述治疗未能收效，肺部感染持续存在的少数病例，则需施行外科手术治疗。早期肺脓肿可经胸壁切口作肺脓腔引流术。术前必需作详细的 X 线检查，包括后前位、侧位和斜位摄片和 X 线透视检查。术后作脓腔负压吸引引流，但不宜冲洗脓腔，以免引起剧咳和脓液经支气管溢流人其他肺叶。肺脓肿经引流后，痰量可迅速减少，体温下降，临床症状和 X 线征象均得到改善。慢性肺脓肿脓腔壁厚，周围肺组织损坏，纤维硬变，丧失修复能力，并发支气管扩张或反复大量咯血，以及癌性空洞不能排除的病例，则需考虑施行肺切除术。术后注意保持胸膜腔引流通畅，以促进余肺尽早扩张，避免并发脓胸。肺切除后，化脓病灶消失，病人康复，疗效良好。

10 调摄护理

对壮热不退者，可以物理法降温，头部放置冰袋，或予酒精擦浴。每天观察并记录体

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

温、脉象变化及咳痰的色、质、量、味。痈脓溃后，应予以体位引流，可使痈肿部位处于高位，同时在患处的背部轻拍，每日2~3次，以防脓痰阻塞气道。

患者饮食宜清淡，多食蔬菜及有润肺生津化痰作用的水果，如橘子、生梨、枇杷、萝卜等。忌油腻厚味及一切辛辣刺激海腥之物，如大椒、葱、韭菜、黄鱼、虾、螃蟹等，并戒烟酒。壮热者，可予半流质饮食。

11 康　　复

11.1 药物康复

本病患者恢复期多表现为气阴两虚，应辨证选用益气养阴之剂，如沙参麦冬汤、生脉散等。脾胃虚弱、胃纳不佳者，可选用香砂六君子丸，香砂枳术丸等。药如南北沙参、党参、太子参、茯苓、百合、天冬、麦冬、玉竹、黄精等。

11.2 食疗康复

薏苡仁粥：以薏苡仁50g加糯米若干，煮粥食用。

沙参麦冬粥：以南北沙参各15g，麦门冬15g，加糯米若干，煮粥食用。

百合粥：以百合50~100g，加少量糯米煮粥食用。

每日以黄豆磨浆，兑冷开水成豆汁，以汁代茶，频频饮之，有解毒排脓之效。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

肺痈是指肺叶生疮，形成脓疡的一种疾病，属内痈之一。临床特征为发热，咳嗽，咯吐腥臭脓血浊痰。肺痈病名，始见于汉·张仲景《金匮要略·肺痈肺痿咳逆上气病篇》："咳而胸满，振寒，脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者，为肺痈，"后世医家皆宗此说。

该病相当于现代医学所称的肺脓肿。肺脓肿（lung abscess）是肺化脓性感染的一个主要类型，开始时可能是肺组织的感染性炎症，随后发展至中央性坏死，当坏死液化组织破溃进入支气管，即形成空腔，其外周常为肉芽组织所包围。临床特征为高热、咳嗽、咯大量脓性或臭味痰。多发于壮年、男多于女，自抗生素广泛应用于肺部炎症感染以来，本病发病率有明显降低。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

本病目前多认为由风热犯肺，或痰热素盛，以致热伤肺阴，蒸液成痰，热壅血瘀，肉腐血败，成痈化脓而成，何任认为肺痈之症总由于感受风寒未经发越，停留于肺蕴发为

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热，或由湿热痰浊蒸淫肺窍所成。[1]

1.2.2 病因学的现代研究[2]

1.2.2.1 感受内热。风热病邪自口鼻或皮毛侵犯于肺，或风寒袭肺，蕴结不解，郁而化热，肺受邪热熏灼所致。

1.2.2.2 因饮食不节或原有宿痰而致痰热蕴结，蒸灼于肺，形成痈疡，具体而言，平素嗜酒太过或恣食辛辣煎炸厚味，酿湿蒸痰化热，熏灼于肺。肺脏素有痰热，或他脏痰浊瘀热蕴结日久，上干于肺。

1.2.2.3 内外因的相互作用。内外合邪：如宿有痰热蕴肺，复加外邪侵袭，内外合邪，则更易引发本病。正虚邪乘：如疲劳过度，肺卫薄弱，卫外不固，则外邪乘虚内侵；或内伏之痰热郁蒸致病，成痈化脓。

1.2.3 现代医学的病因及发病机理[3]

1.2.3.1 口腔或上呼吸道吸入 病原体经口鼻咽腔吸入下呼吸道是肺脓肿发病的最多原因，一般情况，呼吸道有灵敏有效的咳嗽反射，可以防止误吸，但在熟睡、酒醉或神志恍惚昏迷等情况，上述保护机制即被削弱或丧失而致病。常见的致病原因为龋齿、扁桃体、鼻旁窦炎分泌物、齿槽脓溢、口腔、鼻咽部手术后的血块，或酒醉后呕吐物等倒流气管，吸入肺内，阻塞细支气管，病原菌即可繁殖致病。

1.2.3.2 血源性肺脓肿 原发病灶可能是皮肤创伤感染、疖痈或全身某器官组织感染灶，如骨髓炎等侵入血流发生脓毒血症。致病菌以金黄色葡萄球菌最为常见。肺循环栓塞肺小血管，引起肺组织炎症、坏死、形成脓肿。

1.2.3.3 继发性肺脓肿 在肺部其他疾病基础上，如支气管扩张、支气管囊肿、空洞性肺结核等产生继发感染而发病。支气管肺癌或呼吸道异物阻塞支气管，诱发引流支气管远端肺组织感染而形成肺脓肿。亦有肺癌本身迅速增长，以致血供不足，发生中央性坏死伴发感染形成脓腔，肺部邻近器官感染病变如膈下脓肿，阿米巴肝脓肿扩散蔓延穿破膈肌进入肺部，引起肺脓肿。阿米巴脓肿好发于肝右叶，故继发性阿米巴肺脓肿多位于右肺下叶。此外，肾周围脓肿、脊柱脓肿、食管穿孔，亦可引起肺脓肿。

1.2.4 病机学说的研究[2]

1.2.4.1 病位病性 本证病位的肺，病理性质主要属实、属热（痰热、瘀血郁结，血败肉腐、成痈化脓），本病是总属邪热郁肺，蒸液成痰，邪阻肺络，血滞为瘀，而致痰热与瘀血郁结，蕴酿成痈，血败肉腐化脓，肺损络伤，脓疡溃破外泄。其病理主要表现为邪盛的实热证候，脓疡溃后，方见阴伤气耗之象。成痈化脓的病理基础主要在于血瘀。血瘀则生热，血败肉腐而成脓。

1.2.4.2 病理演变 病理演变过程有初期、成痈、溃脓及恢复期等不同阶段。

初期（表证期），风热（寒）之邪侵袭之表，内郁于肺，或内外合邪，肺卫同病，蓄热内蒸，热伤肺气，肺失清肃，出现恶寒、发热、咳嗽等肺卫不和之候。相当于现代医学所指的炎症期，病灶部位发生炎性浸润，充血肿胀的病理变化。

成痈期 邪热壅肺，蒸液成痰，气分热毒浸淫及血，热伤血脉，血为之凝滞，热壅血瘀，蕴酿成痈，表现为高热、振寒、咳嗽、气急、胸痛等痰瘀热毒蕴肺的证候，进入肺组织坏死形成脓肿阶段。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

溃脓期　痰热与瘀血壅阻肺络，肉腐血败化脓，继则肺损络伤，脓疡内溃外泄，排出大量腥臭脓痰或脓血痰。此期坏死组织液化，脓腔破溃，脓液通过气道而排泄。

恢复期　脓疡溃后，邪毒渐尽，病情趋向好转，但因肺体损伤，故可见邪去正虚，阴伤气耗的病理过程，随着正气的逐渐恢复，病灶趋向愈合，此期坏死组织逐渐排净，脓腔消失，健全肺组织膨胀填补缺损。

1.2.4.3　溃后迁延，溃后如脓毒不净，邪恋正虚，阴伤气耗，每致迁延反复，日久不愈，病势时轻时重，而转为慢性。此时脓疡部位仍有炎症存在，脓腔周围纤维组织增生，腔壁增厚，难于愈合。

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

本病发病多急，常突然出现恶寒或寒战、高热、午后热甚，咳嗽胸痛，咯吐粘痰，经过旬日左右，咳痰增多，咯痰为脓，有腥臭味，或脓血相兼，甚则咯血量多，随着脓血的大量排出，身热下降，症状减轻，病情有所好转，经数周逐渐恢复。如脓毒不净，持续咳嗽，咯吐脓血臭痰、低热、出汗，形体消瘦者，则为转入慢性病程。

由于本病为热毒痰瘀蕴肺，成痈酿脓，属于邪盛的实热证候，故发病急，病程短，根据病程的先后不同阶段辨证分为初期（表证期）、成痈期、溃脓期、恢复期。

胸痈咳唾腥臭脓血浊痰，置水中则沉，留置后可分层，上层为泡沫，中层为清淡液体，下层为坏死组织。试验口味可见啖生豆或豆汁不知腥。

肿痈患者常具有一些特异性病征：①舌下生细粒　《外科全生集·肺痈肺疽》曾载："舌下生一粒为细豆者……且此一粒，患未成脓，定然色淡，患愈亦消，患笃其色紫黑。"②爪甲紫而带弯　溃后迁延之慢性病变，可见"爪甲紫而带弯"，指端形如鼓槌（发绀、杵状指）。③验指螺　肺痈指螺部分膨胀，称为蛾腹指，与杵状指不同，其程度随病情而消长。

2.1.2 危绝症与病势转归

本病预后与热毒的轻重、病人体质、诊治是否及时、有效等因素有关。凡能早期确诊，及时治疗，在初期即可阻断病情发展不致成痈；或在成痈期得到部分消散，则病情较轻，疗程较短。老人、儿童、体弱和饮酒成癖而患之，因正气虚弱或肺有郁热，须防其病情迁延不愈或发生变证。多数患者经初期、成痈期后进入溃脓期，此期为病情逆顺的转折点，其关键在于脓液是否通畅排出。凡脓得畅泄，症状减轻者顺，脓臭异常，经久不净，症状如重者逆；若络损血溢、脓溃入胸等又可发生他变。

危绝症：溃后大量咯血，可出现血块阻塞气道，或气随血脱，汗出肢冷，脉微细数的危象。脓溃后流入胸腔，形成"脓胸"恶候，高热持续，咳嗽困难，气促胸痛，面色苍白，脉细而数者，预后较差。

顺证：溃后声音清朗，脓血稀释而渐少，臭味转淡，饮食知味，胸胁少痛，身体不热，坐卧如常，脉象缓增。

逆证：溃后音嘎无力，脓血如败卤，腥臭异常，气喘，鼻煽，胸痛，坐卧不安，饮食

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

少进，身热不退，颧红，爪甲青紫带弯，脉短涩或弦急为肺叶腐败之恶候，提示转归慢性肺痈，或肺坏疽。

2.2 证候学的现代研究

2.2.1 证候诊断研究现状[4]

卫生部在《中药新药治疗肺痈的临床研究指导原则》中制定了肺痈证的辨证标准：

2.2.1.1 中医诊断标准：起病急，常突然寒战高热，咳嗽胸痛，呼吸气粗；咯吐大量黄绿色脓痰或脓血痰，气味腥臭。

2.2.1.2 中医证类诊断标准见［今日临床］有关内容。

2.2.1.3 西医诊断标准 体征为病变部位叩呈浊音，听诊呼吸音减弱或闻及湿性啰音；血常规检验为白细胞总数及中性粒细胞增高；胸部X线检查：早期见大片浓密模糊阴影，成脓后见透光区或液平面，恢复期残留条索纤维阴影；痰培养有致病菌。

2.2.2 基本证候的演变规律及意义

2.2.2.1 初期（表证期） 起病常多突然恶寒或寒战，发热，午后为剧系风热初客，卫表不和；咳嗽，胸痛，咳后痛甚，呼吸不利为邪热蕴肺，清肃不行，络脉痹阻；咯粘沫痰，色白，痰量少渐多为热蒸津液为痰；口干鼻燥为风热上犯；舌苔薄黄或薄白，脉浮数而滑为风热表证之象。

2.2.2.2 成痈期 身热转甚，时时恶寒，继则壮热不寒，汗出烦躁属邪热入里，热毒内盛，正邪交争；咳嗽气急，胸满作痛，转侧不利属热毒壅肺，肺气愤郁，肺络不和；咳吐浊痰，呈黄绿色，自觉喉间有腥味为痰蕴痰热，郁蒸成痈；口干咽燥为内热壅盛，津液耗伤；舌苔黄腻，脉滑数当属痰热内盛。

2.2.2.3 溃脓期 痰量陡然增多，咳吐大量脓血，或如米粥，腥臭异常；有时咯血乃热毒瘀结，肺损络伤；胸中烦满而痛，甚则气喘不得卧为脓毒蕴肺，肺气不利；身热而赤，烦渴喜饮为热毒内蒸；舌苔黄腻，质红或绛，脉滑数或数实为脓毒内盛，热瘀营血。

2.2.2.4 恢复期 阴伤气耗证：身热渐退，咳嗽减轻，咯吐脓血渐少，臭味亦淡，痰液转为清稀为脓毒渐净；精神食纳均见好转为正气渐复；胸胁隐痛，难以久卧为肺络受伤，溃处未敛；气短，自汗为肺气耗伤；盗汗，低热，午后渐热，心烦，口干咽燥为阴虚内热；面色无华，形体消瘦，精神萎靡为正虚之象；舌质红或淡红，苔薄，脉细或细数无力为气、阴两伤。

邪恋正虚证：咳嗽，咯吐脓血浊痰虽减，然日久不净，胸痛不除，身热缠绵——脓毒不净，痈脓未消；或痰液一度清稀而复转臭浊，病情时轻时重系热毒复萌，转为慢性；面色无华，形疲神萎，气短、自汗、盗汗、心烦口渴系气阴亏耗；舌红，苔少或黄，脉细数或虚数系热毒伤阴。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则研究状况概述[2]

2.3.1.1 治以祛邪为原则。采用清热解毒，化瘀排脓为主之法。清热解毒：热毒为本病之因，整个病程都要重视清热解毒。化瘀消痈：血瘀为成痈的病理基础，化瘀有助于

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痈疡的消散，成痈尤当留意。排脓：脓已酿成则为热毒盘踞之根，脓净则毒去在溃脓期须遵“有脓必排”的原则，着意排脓以祛邪毒。

2.3.1.2 审病程，分期施治

初期：风热侵犯肺卫，宜清肺散邪。

成痈期：热壅血瘀，宜清热解毒，化瘀消痈。

溃脓期：血败肉腐，宜排脓祛毒。

恢复期：阴伤气耗，宜益气养阴；邪恋正虚，宜扶正祛邪。

2.3.2 治法研究

顾丕荣[15]总结治疗肺痈八法。①涌泄之药以排其脓：肺痈溃脓初期，体实病实，咳吐大量脓痰，可用三物白散（桔梗 1.5g，川贝 1.2g，巴豆霜 0.3g，研极细末，每服 0.3g，一日 2 次）。《外台秘要》指出，本方“病在膈上者，吐脓血；膈下者出”，可迅速驱邪以安正。②甘凉之药以清其火：肺痈热毒蕴肺成痈，身热转甚，时时振寒，或壮热不寒，烦躁，咳嗽气急，胸满作痛，咳吐黄浊脓痰，苔黄腻，脉滑数。可用苇茎汤（苇茎、薏苡仁、冬瓜子各 30g，桃仁 12g）加鱼腥草 30g，清火化痰，逐瘀排脓。③消降之药以祛其痰：肺痈整个病程中，咯吐大量痰浊为其特征，祛痰为要着之法，药用竹沥、梨汁、陈芥菜卤、瓜蒌仁（霜）30g，均具良好的祛痰作用。④芳香之药以通其气：痈者壅也，肺失调理，气机不畅，咳嗽频作，故通气不可忽视，方用太乙紫金锭（山慈菇、五倍子各 60g，千金子霜 30g，红芽大戟 45g，朱砂，雄黄、麝香各 9g，制成锭剂，每服 3g，病重 4g，磨服或捣碎冲服）。本方辛香走窜以通气，解毒化痰以治痈。⑤滋润之药以养其血：肺痈痰浊量多，肉腐血败所致，伤正耗血不可避免，故应参入养阴补血之品，扶正以祛邪，方用桔梗杏仁煎（桔梗、杏仁、川贝、枳壳、阿胶各 10g，金银花、连翘、红藤、夏枯草、百合、麦冬各 15g，甘草 5g）；沙参养肺汤（太子参、生地、麦冬、黄芪、冬瓜子各 15g，鱼腥草、败酱草、薏苡仁、金银花、连翘各 30g，白及、桔梗各 9g），在清热解毒化痰中加入生地、麦冬、阿胶，即是此意。⑥珠黄之药以解其毒：肺痈热毒炽盛，耗阴伤血，故仅用清热解毒之银花、黄芩、鱼腥草、红藤等，药力有所不逮，难以迅遏烈炎之势，宜加入珠黄之药，解毒之力始宏，则津血安。方用王氏圣灵丹（珠粉、犀黄各 9g，没食子、辰砂各 1.5g，琥珀 1.8g，乳石、尿浸石膏、制月石各 3g，入麦粉 15g，橘络 3g，研细和匀，每次 6g，日服 2 次），方中珠粉、牛黄、朱砂有良好的解毒作用。⑦金石之药以填其孔：肺痈肉腐成脓，出现空洞，只祛其邪，不填其孔，病难痊愈，填孔之法，实为良法，方用王氏圣灵丹（方中月石、尿浸石膏、朱砂、琥珀、滴乳石为填孔生肌之良药）合千金黄昏汤（即合欢皮一味 30～40g，取其粘性，实足以补肺脏之罅漏而收其全功，较世传之白及尤为稳当，俞根初用合欢皮、白及“以清敛肺脏之溃穴”）。⑧清养之药以善其后：肺痈恢复期，阴伤气耗，正虚邪恋，可用沙参麦冬汤（沙参、麦冬、玉竹、天花粉各 15g，桑叶、扁豆各 10g，甘草 6g）清养肺阴，生津润燥以靖余邪。

上述八法，可辨证选用，若配伍得当，联合运用，或配合专方，其效更佳。如“珠黄之药解其毒，金石之药填其孔”两法相合，不论空洞形成与否，均可使用，方选王氏圣灵丹加减。若见咯吐脓痰，又可合甘凉清降之药，用苇茎汤加竹沥、陈芥菜卤、梨汁、瓜蒌仁送服王氏圣灵丹；若咳嗽频作，胸闷且痛气短，又可用太乙紫金锭送下；若肺片示有空

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

洞存在，又可用专方千金黄昏汤送下；如脓痰已少，气阴不足，又可用沙参养肺汤、沙参麦冬汤送下。

何任认为：肺痈为邪毒蕴结为有形之血。所谓血结者，排其毒，此是治法概要。具体言之：《金匮》治肺痈之专方有桔梗汤（桔梗、甘草），用于脓已溃后或较轻之症；葶苈大枣泻肺汤（葶苈、大枣），用于肺实壅塞，喘不得卧之重症。二方如应用恰当，自有治效。千金苇茎汤（苇茎、薏苡仁、桃仁、冬瓜仁），常用于肺痈初起，形寒身热，口干，咳嗽，胸痛，脉象滑数者，酌加连翘、炙百部、银花、桔梗等，清热疏风，散结逐瘀，不使进一步成脓，有较好疗效。至于高热、咳甚、气促、胸闷、痰中脓血、吐如米粥样者，则于上方中酌加清热解毒之品。病势稍缓或热退，咳减脓痰渐少，舌质红而苔微黄脉虚数者，则为邪渐退而正虚之状，常需既清余邪，兼养阴液。可酌参用《金匮要略》麦门冬汤（麦冬、半夏、人参、甘草、粳米、大枣）。

历来治肺痈之常用者，除有桔梗汤之升提、葶苈大枣汤之泻肺、千金苇茎汤之疏利气血、麦门冬汤之清养外，还应因种种症状之不同，而随症施方。何任常以千金苇茎汤为基本方自制成银花大贝汤（冬瓜仁、炙甘草、沙参、薏苡仁、桃仁、芦根、麦冬、玄参、浙贝母、金银花、桔梗、百部、连翘、蒲公英），随症加减，常有明显治效。[1]

孙志远认为肺痈的治疗可依据病程发展的具体情况，分初期、成脓期、溃脓期和恢复期四种类型。

初期风热型：由风热袭肺，肺失宣肃，痰热壅肺所致。症见恶寒轻，发热重，咳嗽，胸痛，咳则痛甚，呼吸不利，咯白色或黄色粘稠痰、量少，口燥，舌苔薄黄，脉浮数而滑。治宜疏散风热，清肺化痰。方用银翘散加减：银花 9～12g，连翘、竹叶各 12g，薄荷（后下）6g，桔梗、牛蒡子（炒去毛）各 3g，鲜芦根 30g，赤芍 12～15g，生甘草 4.5～6g。如热势甚加重楼草 15g、鸭跖草 12g；咳嗽较甚加全瓜蒌 15g、象贝母 12g；胸痛加剧加郁金 12g、桃仁 9～12g。

初期风寒化热型：由于风寒化热袭肺，肺失宣降所致。如寒邪全部化热，则宜按风热型治疗。但如风寒未清者，若在风热型的见症上，出现恶寒重，发热轻，身痛，苔薄白滑等，治宜在上述风热型的方药上加荆芥、防风等辛温解表药物，但用量不宜过多。因为肺脓疡初起，虽有感受风寒而起者，但之所以化脓成病，与热邪不散有密切关系，故谓“积热不散，血败为脓”（《诸病源候论·肺痈候》）。其因乃“感受风寒，未经发越，停留肺中，蕴发为热，或挟湿热痰涎垢腻，蒸淫肺窍”，而致肺痈。治疗“慎不可用温补保肺药”，也“大忌发汗伤其肺气”。中医还认为，肺脓疡究因热毒蕴肺所致，故清热解毒应始终贯彻于治疗的全过程。《医门法律·肺痈肺瘘门》指出：“清肺热，救肺气，俾其肺叶不致烂腐，其生乃全，故清一分肺热，即存一分肺气。”因此肺脓疡病初起，在解表祛邪的同时，宜加入清热解毒的药物。

成痈期：辨证属热壅肺络，血瘀成痈。由于痰热壅肺，血脉瘀阻，热毒与瘀互结，蕴蒸成痈。症见壮热不退，时时振寒，咳嗽气急，咳吐黄稠脓痰，气味腥臭，胸胁疼痛，转侧不利，烦躁不安，口燥咽干，舌苔黄腻，舌质红，脉滑数或洪数。治宜清热解毒，化瘀消痈。用千金苇茎汤合葶苈大枣泻肺汤加减：苇茎 15～30g，桔梗、桃仁各 9g，薏苡仁、葶苈子、鱼腥草各 12～15g，冬瓜仁、银花、连翘各 12g，大枣 4 枚，生甘草 4.5g。如烦

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

渴甚加生石膏 30g、知母 9g、天花粉 12～15g；胸痛剧加乳香、没药各 6g、广郁金 12g、赤芍 15g；热毒甚而痰黄腥臭量多，加犀黄散（吞服）6g。千金苇茎汤为治疗肺脓疡成痈期的有效方。如病重者，方中苇茎可重用至 90～120g，冬瓜仁可用至 30～60g，其消肿排脓作用很强。肺脓疡伴脓毒血症者，可以千金苇茎汤合用黄连解毒汤凉血解毒。葶苈大枣泻肺汤治疗该病成痈期效果很好，特别是葶苈子，如用之得当，往往泻肺排脓作用显著。

溃脓期：辨证属血败肉腐，肺络溃脓。由于成痈期热毒未散，致热壅血脉，败肉成脓。症见咳吐脓血，或痰如米粥，腥臭异常；或痰血相兼，胸中烦满而痛，甚则喘不能卧，面赤身热，烦渴喜饮，苔黄腻，舌质红，脉滑数。治宜清热解毒，排脓祛痰。用桔梗汤合千金苇茎汤加减：桔梗 12～15g，薏苡仁 24～30g，冬瓜仁、葶苈子、桃仁、连翘各 9～12g，败酱草、金荞麦根各 15g，鱼腥草 15～30g，银花 15～20g，丹皮 9g，生甘草 4.5～6g。如痰血多或咯血，加白芨 9g、藕节 12g，若血仍不止者，可冲服三七粉 2g；烦渴甚者，加生石膏 30g、知母 9g、天花粉 12～15g；形体壮实，咳吐脓血臭痰，胸部满胀，喘不能卧，大便秘结，脉滑数有力者，可服桔梗散 0.6g，峻逐脓痰消胀，但一般不宜用，年老体弱及孕妇尤当慎用。

溃脓期是肺痈预后的关键阶段。如出现脓血痰稀而量减少，臭痰转淡，声音清朗，饮食知味，胸胁痛减，身体不热，坐卧如常，脉濡缓，为顺证，属病情好转；反之若脓血痰状如败卵，腥臭异常，声音嘎而无力，饮食少进，胸胁剧痛，身热不退，坐卧不安，鼻煽气急，颧红，爪甲青紫带弯，脉短涩或弦急，为肺叶腐败之恶候，为逆证，属病情恶化。以复方鱼桔汤（鱼腥草、桔梗、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁、鲜芦根、银花、黄芩、黄连）治疗肺脓疡溃脓期，疗效比仅用鱼腥草、桔梗两味要好。

恢复期正虚：病久气阴亏虚，邪退渐尽，症见身热渐退，咳嗽日轻，脓痰日渐减少或无脓痰，或有胸胁隐痛胀闷，短气，身羸，自汗盗汗，心烦，口燥咽干，苔少舌质偏红，脉细数或濡数。治宜益气养阴，扶正祛邪。用沙参麦冬汤加减：南北沙参各 15g，生黄芪、麦冬、薏苡仁、冬瓜仁各 12～15g，桑白皮、地骨皮各 12g，合欢皮、太子参各 15～18g，白薇、杏仁各 9g，炙甘草 4.5g。如低热不退，加十大功劳叶 15g、白薇 9g；纳少便溏加生白术、淮山药、党参各 12～15g。[6]

恢复期邪恋：邪毒留恋不去，病久气阴亏损，症见身热不净，或呈烘热，骨蒸潮热，咳减痰少而未尽，有时仍有脓痰，胸胁隐痛，口苦咽干，短气，自汗盗汗，舌苔薄黄带腻，舌质偏红，脉滑数或细数。治宜祛痰解余毒，益气养阴。以桔梗汤合沙参麦冬汤加减：桔梗 3～4.5g、薏苡仁、南北沙参、十大功劳叶各 15g，冬瓜仁、苇茎、麦冬各 12g，生黄芪 12～15g，桃仁、丹皮、白薇各 9g，天花粉 15～30g，生甘草 4.5～6g。如脓血未净，绵绵不断，加白及 6g，合欢皮 12～15g。[6]

2.4 辨证用药研究

2.4.1 辨证施治

凌绥丽[7]辨证治疗肺脓肿 140 例。风热痰壅型：证见发热咳嗽，痰少而粘，胸痛，咳时尤甚，呼吸不利，口鼻干燥，舌红、苔薄腻或薄黄，脉浮滑而数。治宜清热宣肺，解毒祛痰。方用麻杏石甘汤、选如象贝母、鱼腥草、天花粉、桔梗、紫花地丁、桃仁、薏苡

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

仁、金银花、连翘等。热毒溃脓型：证见壮热汗出，胸闷痛，咳嗽气急，转侧不利，咳吐腥臭脓痰，甚或脓血，烦躁口渴。苔黄腻，脉滑数，治宜清热解毒，化瘀排脓。方用黄连解毒汤合千金苇茎汤，选如鱼腥草、红藤、大青叶、紫花地丁、败酱草、连翘等。便秘加大黄；津伤口燥甚加沙参、麦冬、花粉；咳血加丹皮、藕节、白茅根。邪衰正虚型：证见发热已退，咳嗽减轻，脓痰日少，诸证逐渐好转，神疲乏力，食少纳呆。舌红苔少，脉细数无力。治宜益气养阴，润肺化痰。方用麦味地黄丸，选加沙参、薏苡仁、象贝母。潮热盗汗加银柴胡、地骨皮；纳呆加鸡内金、谷芽；大便难解加芝麻、火麻仁。[7]

焦源等辨证治疗 120 例肺脓肿。热痰壅滞：证见发热咳嗽，胸痛，咯腥臭脓痰，舌质较红、苔薄腻或薄黄，脉滑数或弦数。施清热解毒、祛痰排脓法，方用加减鱼桔汤：鱼腥草、银花、生薏仁各 50g，桔梗、浙贝母各 15g，桃仁 10g，芦根、黄芩各 30g，甘草 3g。邪盛正衰：证见热邪已退，咳嗽咯痰很少，胸痛减轻或已消失，形气衰者。施清养补肺法，方选沙参清肺汤：沙参 15g、黄芪 25g、太子参、合欢皮各 30g，白及 12g，桔梗 10g，生薏苡仁 25g，冬瓜仁 20g，甘草 3g。咳嗽者加紫菀、百部、杏仁；胸痛者加郁金、丝瓜络；气急痰壅者加葶苈子、桑白皮；潮热盗汗加银柴胡、青蒿、地骨皮；口渴者加天花粉；苔腻胸闷、纳呆者加枳壳、陈皮、谷芽；舌红脉细者加麦冬、玉竹；便秘者加全瓜蒌、枳实。治疗结果：痊愈：89 例，无效：9 例，总有效率为 92.5%。[8]

吴春清等治疗肺痈 32 例。辨证：热毒袭肺期：7 例，证见恶寒、咳嗽、胸痛、口干、舌燥、舌质红、脉浮数。成痈溃脓期：21 例，证见胸痛、咳脓痰或脓血痰、有臭味、状如米粥、量为 200～500ml、舌苔厚腻、舌质红绛等。正虚邪恋期：4 例，证见形体消瘦、咳吐脓痰、久延不愈、舌红少苔。治疗热毒袭肺期采用宣肺清热，辛凉解表，方药：金银花 25g、牛蒡子 15g、桔梗 25g、芦根 20g、薄荷 10g、豆豉 10g、甘草 10g，痰多加杏仁、贝母、冬瓜仁；热甚加栀子、石膏；胸痛加全瓜蒌、赤芍。成痈溃脓期采用清热解毒，化瘀排脓，方药：芦根 100g、薏苡仁 25g、桃仁 20g、冬瓜仁 20g、桔梗 25g、金银花 20g、败酱草 20g、贝母 20g、黄芩 25g、黄连 5g、甘草 10g；咯血甚加茜草、白及、侧柏炭、三七粉。正虚邪恋期采用养阴补肺，清化痰热，方药：生地 15g、麦冬 15g、玄参 20g、贝母 20g、白芨 15g、甘草 15g。另加用祛痰排脓之桔梗、芦根、薏苡仁、冬瓜仁。以上三期病人每日均加用鱼腥草一两、红枣 8 枚，煎汤代茶喝，随时服饮。本组治愈 27 例，显效 4 例，无效 1 例。热毒袭肺期病人多为实证，故以攻利为法，开泄郁气，清热解毒。在成痈溃脓期则病深毒重，当驱邪为上，故以排脓药为主。在治疗中常见排出脓痰或脓血量增加，乃用药功效之表现，火清毒解，气宣腐去而新生，邪去正安。在正虚邪恋期，病人正气已伤，在巩固治疗的同时以养阴补肺之生地、麦冬、玄参、促进早日康复。[9]

2.4.2 专方治疗

朱学以金荞麦Ⅱ号片治疗肺脓肿 49 例，均为急性起病，病程中有畏寒、发热、咳嗽、胸痛，咯大量脓痰或脓血痰，部分病例痰有腐败恶臭；X 线检查，肺部有大片致密阴影，内有典型透亮区和液平，确诊为肺脓肿；并排除结核、肿瘤、支扩等所致之继发性肺脓肿。均系住院治疗，入院后停用一切抗生素，单服金荞麦Ⅱ号片治疗，每次 2～5 片，每日 3 次，儿童酌减，连服 1～3 个月，直至痊愈。高热纳少者，酌予支持治疗。疗效：痊愈 39 例（79.6%），好转 6 例（12.2%），无效 4 例（8.2%），无一例死亡。无效病例分

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

别加用抗生素或灭滴灵治愈。退热时间：入院仍有发热的41例中，退热时间最短1天，最长25天，平均7.9天。脓腔内液平消失时间：住院期间每7～10天胸透1次，除10例入院时脓腔内已无液平外，其余39例脓液排空而液平消失时间见于服药后20天内的有30例，21～30天的8例，31～40天的1例，平均液平消失时间为15.4天。住院日数：病人多在临床症状消失，病灶尚未完全吸收，即出院休养，带药回家继续治疗，定期复查。平均住院日数为22.4天。副作用：在服金芥麦Ⅱ号片过程中，未见消化道刺激症状，亦未发现肝、肾功能损害等其他不良反应。[10]

石学波以三仁化瘀汤治疗慢性肺脓肿8例。药用桃仁15g，杏仁10g，薏苡仁30g，鱼腥草30g，桔梗12g，丹皮12g，白茅根30g，金银花15g，连翘15g，黄芩10g，川贝母10g，甘草10g，水煎服，日1剂。若兼气虚多汗者，加黄芪15g、党参15g；咳血者加生地15g、三七6g；口干咽燥者加沙参10g、麦冬10g；痰浊量多者加桑白皮10g、葶苈子10g。治疗期间，停用其他药物。服药后症状消失，肺部X线摄片复查示脓腔及炎性病变完全消散者为痊愈。其中服药少者14剂，多者42剂，平均21剂。本方在清热解毒、化痰排脓的基础上，重用活血祛瘀的桃仁、丹皮、白茅根。桃仁苦甘性平，功专破瘀行血，为本方主药。丹皮气香味辛，为血中之气药，擅长凉血活血；白茅根味甘性寒，长于“除瘀血，血闭寒热，利小便”(《神农本草经》)。诸药合用，清热解毒而不伤阴，化痰排脓而不耗气，破瘀散结，养血和血。[11]

高杰臣等以消痈汤治疗肺脓疡10例。基本方：金银花50g，黄芩25g，杏仁15g，芦根50g。伴咳血者加仙鹤草等止血药，后期痰消失伴干咳者加沙参、百合等。将上方煎成汤剂，每日2～3次分服，在服中药两天后停用所有抗菌素，仍配合西医支持疗法，待体温正常，痰除、咳吐、X光检查病灶成索条阴影时停药。治疗结果：体温最短者4天正常，最长者18天正常。白细胞：一周内恢复正常者3例，最长者25天。X光检查：病灶愈合时间最短者6天，最长者43天，平均22.2天，其中20天内愈合者5例、30天愈合者3例、31～43天2例。[12]

陈裔清以“消痈汤”治疗肺痈84例。除少数因高热（体温在40度以上），配用“柴胡注射液”、“安热静”等对症治疗药外，均单用“消痈汤”加味治疗。处方：鱼腥草30g(后入)，苦桔梗10g，浙贝母、苦杏仁各9g，黄芩18g，粉甘草12g。初期：邪郁卫表伴发热恶寒等症者，酌加苏薄荷6～9g，淡豆豉15g。极期：并见高热汗出，烦躁不寐等热毒炽盛的表现者。加蒲公英30g，穿心莲12g（研末分送），金银花24g。末期：痈肿内溃，咳吐脓血或带鲜红血，痰量大增，其味奇臭等，加败酱草15g、地丁草12g。热盛加北柴胡10g、肥知母12g。痰中带血加田三七4g（研末分冲），茅根各30g，粉丹皮10g。加水500ml文火浓煎成100～150ml，半空腹四次分服，四天为一疗程，短者4～5疗程，长者9～15疗程，一般都在6～9疗程告愈。治疗结果：显效61例（占72.6%），有效18例（占21.4%），无效5例（占5.9%），总有效率达94%。发热、白细胞和肺部病灶变化情况：全部病例治疗后三者的变化分别是：初期：4～5疗程，症状消失，白细胞计数和分类正常，胸透示：病灶阴影全部吸收，肺野清晰无异常发现。极期：6～15疗程，病灶阴影吸收空洞消失，血检正常告愈。末期：6～10疗程达到以上治愈标准。本方中应用大量寒凉之品，枯黄芩、鱼腥草性寒善清肺热，解毒直达病所，撤其燎原之势。鱼腥草味

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辛是治疗肺痈的要药。桔梗、浙贝母清热宣肺，排痰痈，以助黄芩、鱼腥草清热解毒痈之功，苦杏仁宣开肺气而止咳平喘。甘草调和诸药，且可增强清热解毒，止咳散痈之效。[13]

顾梦飚等以中药为主治疗慢性肺化脓症。急性复发阶段，患者有发热、胸闷、咳痰不畅、有时咳血，伴身热、衰弱、口渴等全身热毒症状。X线检查，除肺部病变外，可见新增肺野或支气管周围浸润，肺部脓腔形成或出现液平。治法：宣肺益气，清化热痰。慢性迁延阶段，患者具有胸闷胸痛，低热缠绵，咳吐脓痰等症状。见痰粘稠，或呈黄绿色糊状，痰培养多见革兰氏阴性及厌氧菌生长。X线检查示：肺部浸润，脓腔形成及部分纤维化病灶。治法：清肺养阴，托脓排痰。[14]

在本病各阶段选用大剂益气养阴药。慢性肺化脓症患者由于支气管系统反复感染，局部防御功能明显减弱，咳吐脓痰经久不止，所以常见舌红少津、脉细数带滑，或舌质偏淡、舌苔黄腻等本虚标实之象。这和单纯的急性肺炎、急性肺脓疡的病理表现有所区别，在治疗中不能过份强调清热解毒，若苦寒过甚，反而伤气阴，疗效反而不理想。在辨证中掌握气阴两虚为主的特点，在病程各阶段均选用黄芪、党参、麦门冬、沙参、花粉等益气养阴药，对于扶正补虚具有积极意义，对于正虚者更是如此。如仿《金匮要略》麦门冬汤加减治疗5例，终于使其6个月以上病程的右肺中叶复张，症状明显改善，说明大剂益气养阴生津药对于增强体质、提高呼吸系统防御功能起积极作用。

排脓祛痰药的应用有利于豁痰破癥、顺气平喘。本病慢性迁延阶段的临床特征是咳吐大量脓痰，其病理变化基础是支气管系统的反复炎性感染、脓性分泌物瘀积。选用仙方活命饮和《外科正宗》透脓散化裁，药用皂角刺、穿山甲、白蔹、芙蓉叶等。其中皂角刺具有消痰积、破结的作用；穿山甲性善走窜，直达病所，具有活血行瘀消痈作用，有利于排脓而畅通气道，使胸闷喘息减轻。

清泄肺热与荡涤大肠相结合，宜于本病复发阶段腑实证者。本阶段痰热壅滞，常伴腹满便结。因肺与大肠相表里，应用生大黄、玄明粉等泻下药，可使肺热下移，痰结得逐。但应中病即止，免伤正气。

抗生素只有合理应用才能恰到好处。本病多数有多种细菌或其他病原体如霉菌、支原体、病毒的混合感染，而以耐药菌株为多。在急性复发、高热、全身症状明显的阶段须根据痰液培养选用敏感抗生素，并用中药扶正；在用抗生素时一般不用大剂清解药；在炎症控制后应及时减少或撤去抗生素，侧重用中药。贯彻整体治疗为主，同时重视局部炎症的对因治疗，可以减少抗生素耐药性的产生。

田中峰以苇茎汤治疗肺痈16例。初中期：外感风热之毒，肺受热灼，清肃失常，热壅血瘀，证见发热咳嗽、吐脓痰、胸痛等症状，透视肺部有脓腔，炎症浸润表现，治以清热解毒；苇根30～60g，冬瓜仁30g，薏苡仁15～30g，桃仁9g，公英30g，金银花30g，地丁30g，连翘15g，黄连9g，栀子9g，甘草3g，口渴加石膏、花粉，吐血加白及、仙鹤草。后期为体弱正虚、阴虚阶段。症见病人低热或不发热、吐痰少。胸透：脓腔缩小或闭合，中期症状未全消失。治则清热解毒药减味减量，并加养阴补肺药，如沙参、麦冬、白豆蔻、黄芪、黄精等，以增强机体抵抗力，促进病灶愈合。16例肺脓疡患者，治愈13例，好转2例，无效1例，有效率为93.75%，治愈率为81.2%。[15]

王明义等以二花三黄葶苈汤治疗肺痈79例。基本方：金银花、月季花各30g，大黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（后下）15g，黄连 10g，黄芩 15g，葶苈子 30g。高热加生石膏，烦渴加天花粉、麦冬，咯血加白茅根，纳差加鸡内金、麦芽，血虚加当归，气虚加黄芪、人参。治愈 27 例，占 34%，无效：4 例。占 5%，总有效率为 95%。[16]

商娅介绍治疗肺痈经验。肺痈初起尚未成脓，邪热鸱张，治疗应疏解邪热，清热解毒银翘散之类；肺痈成脓已溃，治疗应清热解毒，祛痰排脓，千金解毒散加桔梗、千金苇茎汤之类；肺痈溃久肺虚，治疗应祛痰排脓，佐以养阴补肺之补肺汤加沙参、麦门冬、花粉之类；咯血者加凉血止血之生柏叶、白茅根等。同时根据临床实践，病情急重者，药量要大，服药次数要多，每日可服 2～3 剂，分 4～6 次服用，方能速取疗效。[17]

吴广基介绍治肺痈经验。方药组成：芙蓉花 15g，鱼腥草 15g，桔梗 9g，苇根 15g，黄芩 9g，冬瓜仁 18g，薏苡 30g，银翘各 15g。芙蓉花清热解毒，又可消肿排脓，活血止血，乃方中之主药，鱼腥草，黄芩，银翘，苇根清肺热，又助芙蓉花之力，桔梗、冬瓜仁、薏苡仁化浊散结排脓，以上诸药共凑清热解毒、消肿排脓，活血祛痰之功。[18]

程玉书等介绍任继学教授治愈肺痈 1 例。中医诊断：肺痈—溃脓期，西医诊断：化脓性胸膜炎。补气养血，托里透脓为法，选炙黄芪 15g，白芷 10g，天花粉 15g，桔梗 10g，漏芦 10g，蜂房 20g，当归 15g，白芍 10g，生地 10g，白蔹 15g，金银花 50g，鹿胶 5g，木芙蓉叶 15g，水煎服，服药 1 个月，病人胸痛、咳嗽症状明显减轻，咳吐脓痰量减少，无发热，自觉疲乏，胸部引流管继续保留，每日约有 60ml 淡红色液体排出，调方用生黄芪 25g，炙黄芪 25g．天花粉 25g，附子 5g，麦冬 20g，当归 15g，白术 15g，漏芦 25g，继服 1 个月，症状消失，胸部引流管撤掉，体温正常，治愈出院。[19]

2.4.3 中西医结合治疗

赵玉洁以中西医结合治疗肺脓肿 14 例。全部采用非手术方法治愈，其中 1 例由于病程短，入院后单用中药治疗痊愈。其余 13 例运用中医“清热解毒排脓”的治疗原则，配合抗生素和运用支气管肺泡灌洗术治疗。

按中医辨证施治“有脓必排”原则，以“千金苇茎汤”加“桔梗汤”为主方（芦根 10g，薏苡仁 30g，冬瓜仁 15g，桃仁 9g，桔梗 12g，生甘草 12g）随证加减：胸闷痰多加瓜蒌仁 15g，葶苈子 9g；咳嗽者加杏仁 10g、半夏 9g；胸痛者加郁金 9g；热毒瘀结、痰臭加鱼腥草 20g，半枝莲 20g；大便干燥加大黄 6g。水煎服，每日 1 剂，15 天为一疗程。在服中药同时，根据痰培养或药敏试验结果，选择抗生素。一般运用青霉素，每日给予 5% GNS 100ml 加青霉素 320 万单位，每日 1 次静滴。疗效不佳时，采用纤支镜下气管肺泡灌洗。吸出脓液或分泌物，用生理盐水反复灌洗肺泡后，局部注入抗生素，使局部病灶达到最高浓度。在病人体温正常，咳嗽减轻，血象恢复正常情况下，适当服益气养阴润肺的中药，达到痊愈的目的。

治疗结果：本组例全部治愈，疗程最短者 18 天，最长者 64 天，平均疗程 41 天。随访 10 例，其中 1 例治愈后 3 年死亡（74 岁，原因不明），其余健在，未见复发。中药桔梗为强有力的皂甙祛痰药，所以在肺脓肿形成后加大桔梗剂量．为了清除脓肿周围的肺部炎症，同时加重了清热解毒的中药，如鱼腥草、半枝莲等，退热之后，注意扶正，用益气养阴润肺之药，如黄芪、白术，标本兼顾，以期加速痊愈。实践证明，中医中药治疗肺脓肿确有疗效。但在化脓高峰期，特别在经常规抗炎治疗效果较差的情况下，及时给予支气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

管肺泡灌洗，取得了满意效果，因为它既能直观支气管内的病变，又能及时清除下呼吸道分泌物，改善引流，提高病灶的药物浓度，从而缩短病程，具有较高的临床价值。[20]

叶景华以中西医结合治疗肺脓肿47例。在肺脓肿发展阶段，表现为发热、咳嗽、胸痛等，X光检查肺部有炎性病变，空洞及液平，用清热解毒、祛痰排脓法：鱼腥草30g、桔梗15g、金银花30g、生甘草5g、冬瓜仁30g、生薏苡仁30g、桃仁10g、象贝母10g、黄连5g。肺脓肿后期，邪衰正虚，发热退，咳嗽、咯脓痰等减轻，但有正气虚弱现象，肺部病变渐好转，空洞未闭合，炎症消散慢，用清热补肺法：黄芪15g、太子参15g、北沙参12g、合欢皮30g、生甘草5g、白及10g、生薏苡仁15g、冬瓜仁15g、黄芩10g，抗生素常用的有青霉素、链霉素、金霉素。结果：痊愈1例，平均住院36.3天，显效27例，平均住院23.3天，好转9例，平均住院34天。在肺脓肿发展阶段，热毒伤肺，脓痰壅滞是病变的主要矛盾，故首先应清解蕴结的热毒，使肺叶不再受热毒烧灼，祛除脓痰，使已酿成的脓痰不再壅滞在肺叶内，这是治疗肺脓肿的两个主要治法。若邪热盛而肺部炎症范围大者，应重用清热解毒之剂，才能取得疗效。若肺脓肿空洞内液平明显而咳痰排出，才能使症状好转，若年老体弱或病程比较长的病例，有正气虚弱情况者则除用上述二法外，尚须应用扶正之剂才能取效。肺脓肿经治疗后病变好转，临床症状渐消失，这时邪衰正虚，可逐渐减少清热解毒，祛痰排脓之剂，加用清热补肺之品，以使肺部病变消散而恢复健康，但是清热解毒之剂的减少，不能仅凭临床症状的消失，肺部病变明显消散，空洞液平消失，血象白血球正常，才可减少清热解毒，祛痰排脓之剂，如过早减量，往往病变要反复。[21]

李玉安等以中西医结合治疗急性肺脓肿26例。中药：急性期清肺解毒、祛痰排脓，方选苇茎汤合黄连解毒汤加减：芦根30g、桃仁10g、冬瓜子20g、薏苡仁30g、黄连10g、黄芩12g、栀子15g、大黄5～15g、瓜蒌30g、桔梗15g、连翘12g。随症加减：体温39℃以上者加生石膏30～60g（先煎）、金银花30g，清热泻火；烦渴者加天花粉15g、麦冬15g，生津止渴；咯血者加白及10g、白茅根30g凉血止血；喘不得卧者加葶苈子30g、竹茹20g，泻肺去壅，气虚不能托脓者加生黄芪30g，补气托毒。恢复期：益气养阴、润肺止咳，方选沙参麦冬汤加味：沙参12g、麦冬12g、扁豆12g、玉竹10g、天花粉10g、百合10g、黄精15g、蒲公英10g、川贝10g、甘草3g。随症加减：食欲不振当培土生金，加白术10g、山药12g；低热者加青蒿10g、地骨皮10g，清热凉血，气虚多汗者加黄芪30g、麻黄根10g。西药：青霉素480万单位加入10%葡萄糖注射液500ml中静脉点滴，每日1次。疗程：15天为一疗程。结果：痊愈24例（92.3%），显效1例（3.85%），无效1例（3.85%）。[22]

苇茎汤的作用为清热化痰，化瘀排脓，在此方基础上合用黄连解毒汤，以加强苇茎汤清热解毒的作用，加瓜蒌、桔梗清热祛痰，并依据中医肺与大肠相表里，大肠的传导，有助于肺气“宣通肃降”的理论，加用大黄以退实热，行积滞，引热下行，以泻代清。研究证实：大黄有较强的抗菌作用，对金黄色葡萄球菌、链球菌敏感，其次对大肠杆菌、绿脓杆菌、肺炎球菌、伤寒杆菌等也很敏感。大黄不仅能通便、泻火解毒、消痈散结，而且可活血祛瘀，推陈出新。痰消热退后，注意益气养阴，扶正固本，以增强机体的免疫力。急性期暂时合用青霉素抗感染，发挥中西药协同作用，则见效快，疗效高。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

周质胜等[23]以中西医结合治疗急性肺脓肿42例。初期：起病急骤，有高热、恶寒、咳嗽、气急及胸痛。初则痰粘，色白量少，呈泡沫状，以后痰渐增多，变为粘液状，口干，舌边尖红、苔薄黄，脉浮滑而数。本期14例，均有发热，体温平均39.4℃，病程5～17天，平均7.5天，白细胞增多，中性增多。在未形成空洞前X线见肺部大片浓密阴影。治以疏解外邪，清热解毒为主。基本方剂：金银花15g、连翘15g、牛蒡子10g、桔梗10g、薄荷10g、大贝10g、冬瓜子15g、蒲公英30g、郁金10g、瓜蒌皮12g、豆豉12g、杏仁12g。成痈期：持续发热，汗出而热不退，咳出大量腥臭脓痰，胸痛，口干，咽燥而不渴，苔黄，脉数。本期16例，病程6～20天，平均11.5天。一般均有高热，入院时平均体温39.7度。白细胞明显增高。X线见肺部阴影浓密，多有液平空洞形成，洞内液平面高，说明脓腔内积脓尚多。治以清热解毒，祛痰排脓为主。基本方剂：金银花30g、连翘15g、蒲公英30g、桔梗12g、薏苡仁30g、冬瓜子30g、桃仁10g、芦根10g、桑白皮12g、葶苈子10g、胸痛加郁金10g，丝瓜络12g。恢复期：体温渐降，脓痰明显减少，有的出现气阴两伤，咳痰反增，面色萎黄，自汗，盗汗，舌淡红少苔，脉沉细数。本期12例，10例体温正常，病程多在20天以上，白细胞已恢复正常，X线仍见空洞阴影，洞周的炎症已有吸收、洞腔内没有液平或仅有很小液平。治以益气养阴为主。基本方剂：黄芪15g、南北沙参各10g、麦冬12g、地骨皮10g、蒲公英15g、桔梗10g、薏苡仁15g、冬瓜子15g、芦根15g、花粉10g，咳血加白及10g、丹皮10g。出院时症状、体征消失，X线达到痊愈者32例，好转者10例，平均住院28.8天，经门诊随访复查，以后均到痊愈标准，在6个月至3年的随访中，未见复发及形成慢性肺脓肿者。中西医治疗的作用在于：初期，肺部正处于急性炎症阶段，用中药清热解毒，疏解外邪并配合适当抗生素，能使炎症加速消散；成痈期中药有明显的化痰排脓作用，使大量脓痰顺利排出，达到祛邪的目的，优于支气管镜吸引术；恢复期，空洞内液平已消失，中毒症状明显减轻，中药能调整机体的内环境，增强免疫力，达扶正目的。随着全身改善，局部病变也相应愈合。[23]

张运知[24]以中西医结合治小儿肺脓疡110例。中药治疗方法：鲜芋茎20g、鱼腥草15g、炒桃仁6g、冬瓜仁15g、薏苡仁10g、桔梗6g、生甘草3g、黄芩6g，一日1剂，水煎分4次温服。初起寒战高热、体温血象较高者加银花15g、连翘6g、胸疼、咳嗽、吐脓痰较多者，加葶苈6g、川贝6g；患儿久病体弱者酌加党参6g、黄芪6g。本方为10岁小儿的药物用量，可根据年龄酌情增减。西药对症和支持法：体位引流排脓：采取适当体位，促有液顺流咳出。输液：适当输液，以补充热量和维持水和电解质的平衡。输血：由于长期发热、祛痰剂等对症处理。治疗结果：治愈68例，占61.8%，好转29例，占21.3%，无效13例，占11.9%住院时间最长45天，最短者14天。[24]

易德英[25]等以中西医结合治疗小儿肺脓疡40例。鲜鱼腥草50g（或干品20g）水煎内服，1日1剂。另配中药：金银花6～12g、黄芩3～6g、桔梗5～10g、杏仁5～10g、薏苡仁6～12g、芦根6～12g。久病体弱，正气者加用党参、黄芪各5～10g。水煎分2次内服，每日1剂，西药配以全身支持疗法及补充维生素等治疗。治疗效果：痊愈27例，占67.5%；好转13例，占32.5%住院时间最短6天，最长32天，平均住院15.8天。[25]

刘远坝以中西医结合治疗肺脓肿20例。急性期属热毒壅肺，蒸灼肺络，郁腐成痈。治宜清热解毒，消肿溃坚，逐瘀排脓为主，方拟仙方活命饮加减：金银花、蒲公英、鱼腥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

草各30g、花粉15g、桔梗、浙贝母、赤芍、归尾各10g、乳香、没药、炮山甲、皂刺、防风、白芷各6g。同时加用抗生素。后期热毒症状已消除，表现出神倦乏力，潮热心烦，自汗盗汗，舌质红，脉虚数。治以益气养阴清肺为法。药用生黄芪、薏苡仁各20g、太子参、花粉、金银花、茯苓各15g、桔梗、瓜蒌仁、川贝母、当归各10g、生甘草6g。并停用抗生素或间断性使用抗生素。治疗结果：除1例中断治疗外，其余19例均临床治愈。其中退热时间最短2天，最长23天，平均为5.8天；疼痛消失时间最短1天，最长14天，平均4.2天；X线检查透光区或液平面消失时间最短8天，最长62天，平均为16天。[26]

【古训今释】

1 病名定义起源

1.1 涵 义

肺痈是指肺叶生疮形成脓疡。以发热、咳嗽、胸痛、咳痰量多而腥，甚则咳吐脓血为其临床特征。汉·张仲景《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七》指出："咳而胸满振寒，脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者，为肺痈。"

《释名》痈，"壅也，气壅否结裹而溃也。"《说文》：痈，"肿也。"清·尤在泾《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》："痈者壅也，如土之壅而不通，为热聚而肺顸也。"清·喻昌在《医门法律·肺痈肺痿门》中更进一步指出："肺痈者，肺气壅而不通也。"并认为肺叶生疮是由于"卫中之风，得荣中之热，留恋固结于肺叶之间，及致血为凝滞，以渐结为痈脓。"

1.2 历史沿革

《内经》无肺痈之病名。汉·张仲景在《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》篇中首先提出，并对本病进行详细论述，认为："咳面胸满，振寒，脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者，为肺痈。"，"若口中辟辟燥，咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，此为肺痈，咳唾脓血。"说明了肺痈的临床特点是有寒热、咳嗽、胸痛、咯痰腥臭或咳脓血；认为其发病原因是："风中于卫，呼气不人；热过于营，吸而不出，风伤皮毛，热伤血脉……热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓"，提示病起于风热伤肺，成痈机理在于热壅血瘀。治疗上提出："肺痈，喘不得卧，葶苈大枣泻肺汤主之"，"久久吐脓如米粥者，为肺痈，桔梗汤主之。"强调了未成脓时治以泻肺去壅，用葶苈大枣泻肺汤；已成脓者，治以排脓解毒，用桔梗汤。并提出："始萌可救，脓成则死"的预后判断，强调早期诊治的重要性。

晋·王叔和《脉经·平肺萎肺痈咳逆上气淡饮脉证第十五》说："何以知有脓？脓之所在，何以别知其处？师曰：假令痛在胸中者为肺痈，其人脉数，咳吐有脓血，设脓未成其脉自紧数，紧去但数，脓为已成也。"进一步指出辨别脓成与否是临床处方用药的关键。

隋·巢元方《诸病源候论·咳嗽病诸候》："肺痈者，由风寒伤于肺，其气结聚所成也。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺主气，候皮毛，劳伤血气，腠理则开，而受风寒；其气虚者，寒乘虚伤肺，寒搏于血，蕴结成痈，热又加之，积热不散，血败为脓。”强调了正虚感邪是肺痈的致病原因，病初虽有感受风寒而起者，但之所以化脓成痈，与热邪不散有密切关系，故谓“积热不散，血败为脓”。

唐·孙思邈《备急千金要方·肺痈》除引用《金匮要略》治疗肺痈的桔梗汤、葶苈大枣泻肺汤外，还提出著名的苇茎汤，并指出服后“当有所见吐脓血。”此外还有：“治咳有微热烦满，胸心甲错，是为肺痈，黄昏汤方”。是用合欢皮治疗肺痈之始。唐·王焘《外台秘要·卷十》列有“肺痈方九首”，寓有清热解毒，活血消痈，泻肺排脓，益气托毒，补肺养阴诸法，其中“疗肺痈经时不瘥”的桔梗汤，是以《金匮要略》的桔梗汤加地黄、当归、白术、薏苡仁、败酱、桑白皮而成，现在临床对于肺痈之经久不愈，气血衰弱者，仍多采用。

宋《太平圣惠方》将肺痈作为内痈之一，与其他痈证合并列入第六十一卷论述，并在《辨痈疽证候好恶法》一节中，具体指明痈疽“五善七恶”的各种症状，对深入观察病情，判断疾病预后很有参考价值。

宋代以后，除内科书籍外，亦常在外科书籍中论及肺痈。如元·齐德之《外科精义·论诊候肺疽肺痿法》将肺痈称为肺疮：“其肺疮之候，口干喘满，咽燥而渴，甚则四肢微肿，咳唾脓血或腥臭浊沫。”“大凡肺疮，当咳嗽短气，胸满时唾脓血，久久如梗米粥者难治，若呕脓而不止者，亦不可治也。其呕脓而自止有自愈，其脉短而涩可自痊，浮大者难治，其面色当白而反面赤者，此火克金皆不可治。”指出肺痈的预后，凡病进邪盛，如呕脓不止，面赤脉大者预后不良；病退邪衰，如呕脓血止，脉短而涩者，预后较好，对临床有一定指导意义。

至明清，对本病的认识更趋深入全面。明·楼英《医学纲目·卷十九》“肺痈者，由食啖辛热炙煿，或酣饮热酒，燥热伤肺所致。”认为饮食不节为病因之一。明·李梴《医学入门·卷五》载验痰之法，如“咳唾脓血腥臭，置之水中则沉”为肺痈。明·陈实功《外科正宗·肺痈论》明确指出：“夫肺痈者，金受火刑之证也。”并说：“初起脉浮虚细，身体不热，咳嗽有痰呼吸调匀者顺。已成，脉浮微数，咳吐脓痰，形色鲜明，语声清朗者吉。溃后，咯吐脓痰，间吐鲜血，时发时止，饮食知味者顺。吐脓渐渐稀少，胸胁不疼，面色微微带黄，便调、多稳。初起脉洪弦数，身热多寒，胸疼气喘，面红多汗，损寿。已成，咯吐脓痰，气味腥臭，黄痰如胶粘固，唇反，终亡。咯吐再兼白血，气急多烦，指甲紫而带弯，终归冥路。手掌皮如枯树，面艳颧红，咽痛，音如鸭声，鼻掀，终死。”对肺痈的临床表现，观察细致，指明判别病情顺逆的依据，具有临床意义。所指到的“甲紫而带弯”类似现今所称的杵状指。治疗上，初起“宜解散风邪”，继则“降火抑阴”，而后“平肺排脓”，终用“补肺健脾”，对后世分期论治影响很大。明·龚廷贤《寿世保元·肺痈》：“肺痈，吐脓腥臭，用黄豆一粒，予病人口嚼，不觉豆之气味，是肺痈也。”这种用生黄豆验口味的辅助诊断方法，可供临床参考。《本草经疏·卷二》有治疗六忌、八宜，曰：“忌敛涩，补气，升，燥热，酸，咸”，“宜清热、消痰、降火、解毒、散结、甘寒、苦寒、辛寒。”

清·喻昌《医门法律·咳嗽门》指出：“凡属肺痿肺痈之咳，误作虚劳，妄补阴血，转滞其痰，因致其人不救者，医之罪也。”说明肺痈不同于虚劳之咳。又在《肺痿肺痈门》

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

说："肺痈由五脏蕴崇之火，与胃中停蓄之热，上乘于肺，肺受火热薰灼，即血为之凝，血凝即痰为之裹，遂成为痈。"治疗上以"清肺热，救肺气"为主，强调清肺热的重要性："清一分肺热，即存一分肺气。"清·张璐《张氏医通》对其治疗指出："盖由感受风寒，未经发越，停留肺中，蕴发为热，或挟湿热痰涎垢腻，蒸淫肺窍，皆能致此，慎不可用温补保肺药，尤忌发汗伤其肺气，往往不救"，同时还强调了"肺痈危证，乘初起时，极力攻之，庶可救疗。"清·林珮琴《类证治裁·肺痿肺痈》曰："肺痈由热蒸肺窍，至咳吐臭痰，胸胁刺痛，呼吸不利，治在利气疏痰，降火排脓。"说明了肺痈的基本病机和主要治疗原则。

综上可见，《金匮要略》对肺痈的病因病机、临床特征已有明确认识，并提出桔梗汤及葶苈大枣泻肺汤。唐代治疗肺痈方法有所增加，其中以《备急千金要方》的苇茎汤及《外台秘要》的桔梗汤为代表。宋代以后，尤其是明清期间，对肺痈的认识更为深入，在临床症状的观察、吉凶预后的判断、治疗原则的确定，以及治疗方法的扩充等方面，都有较为全面的论述。

2 病 证

2.1 症 状

汉·张仲景在《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病篇》指出："咳而胸满振寒，脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者"。清·林珮琴在《类证治裁·肺痿肺痈》中亦指出："肺痈者，咽干吐脓，始则恶寒毛耸，喉间燥咳，胸前隐痛，痰脓腥臭，按右胁必痛，著左卧则喘，脉滑数而有力者是也。"可见肺痈在临床上以发热、咳嗽、胸痛、咯吐腥臭脓血浊痰为其主要症状。

清·尤在泾对肺痈病证的形成作了进一步的论述，《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》认为："凡言风脉多浮或缓，此云微者，风入营而增热，故脉不浮而反微，且与数俱见也。微则汗出者，气伤于热也，数则恶寒者，阴反在外也。呼气不入者，气得风而浮，利出而艰入也。吸而不出者，血得热而壅，气亦为之不伸也。肺热而壅，故口干而喘满，热在血中，故咽燥而不渴，且肺被热迫，而反从热化，为多唾浊沫，热盛于里，而外反无气，为时时振寒，由是热蓄不解，血凝不通，而痈脓成矣。"

而明·陈实功在《外科正宗·肺痈论》中更进一步将肺痈病证分初起、已成、溃后、恢复四期，指出："初起，脉浮虚细，身体不热，咳嗽有痰，呼吸调均者顺。已成，脉浮微数，咳吐脓痰，形色鲜明，语声清朗者吉。溃后，咯吐脓痰，间吐鲜血，时发时止，饮食知味者顺。吐脓渐渐稀少，胸胁不疼，面色微微带黄，便调，多稳。初起脉数，身热多寒，胸疼气喘面红多汗，损寿。已成，咯吐脓痰，气味腥臭，黄痰如胶粘固，唇反，终亡。咯吐再兼白血，气急多烦，指甲紫而带弯，终归冥路。手掌皮如枯树，面艳颧红，咽痛，音如鸭声，鼻掀，终死。"

2.2 特 殊 诊 法

2.2.1 验痰法

明·李梴《医学入门·卷五》云："咳唾脓血腥臭，置之水中即沉"；明·王绍隆《医灯

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

续焰·肺痈脉证》指出："凡人觉胸中隐隐痛，咳嗽有臭痰，吐在水中，沉者是痈脓，浮者是痰。"

此外，还可根据试验口味来判断肺痈。明·龚廷贤《寿世保元·肺痈》云："用黄豆一粒，予病人口嚼，不觉豆之气味，是肺痈也。"清·张璐《张氏医通·肺痈》又说："肺痈初起，疑似未真，生大豆绞浆饮之，不觉腥味，便为真候。"

2.2.2 特异性病证

(1) 舌下生细粒：清·王维德《外科全生集·肺痈肺疽》载："舌下生一粒如细豆者……且此一粒，患未成脓，定然色淡，患愈亦消，患笃其色紫黑。"

(2) 爪甲紫而带弯：为肺痈溃后的慢性迁延病变。明·陈实功《外科正宗·肺痈论》指出："咯吐再兼白血，气急多烦，指甲紫而带弯，终归冥路。"

2.2.3 与肺痿相鉴别

肺痿、肺痈同属肺部疾病，临床表现亦有许多相似之处，故往往将它们列在同一篇进行讨论，但两者之间又有许多不同。

清·林珮琴《类证治裁·肺痿肺痈》："肺痿者，津枯叶悴，因热在上焦，咳久伤肺，始则寒热自汗，口吐浊沫，或唾红丝脓血，脉数而虚者是也。肺痈者，咽干吐脓，因风热客肺，蕴毒成痈，始则恶寒毛耸，喉间燥咳，胸前隐痛，痰脓腥臭，按右胁必痛，著左卧则喘，脉滑数而有力是也。"从病因、症状、脉象上进行区别。清·尤在泾在《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》中更进一步指出："其人咳，咽燥不渴，多唾浊沫，则肺痿肺痈二证多同。惟胸中痛，脉滑数，唾脓血，则肺痈所独也。"

在两病的病情方而，清·喻昌《医门法律·肺痈肺痿门》指出："肺痈为实，肺痿为虚；肺痈为阳实，肺痿为阴虚；阳实宜散邪，攻宜下之，阴虚宜补胃津，兼润肺燥。"

2.3 预　后

本病的预后与热毒的轻重，病人体质，诊治是否及时有效等因素有关。

2.3.1 顺证

明·陈实功《外科正宗·肺痈论》云："初起，脉浮虚细，身体不热，咳嗽有痰，呼吸调匀者顺；已成，脉浮微数，咳吐脓痰，形色鲜明，语声清朗者吉；溃后，咯吐脓痰，间吐鲜血，时发时止，饮食知味者顺。"

2.3.2 逆证

如清·张璐《张氏医通·肺痈》指出："若喘鸣不休，唇反，咳吐脓血，色如败卤，腥臭异常，正气大败，而不知痛，坐不得卧，饮食难进，爪甲紫而带弯，手掌如枯树皮，面色颧红，声哑鼻煽者不治。""肺痈初起，脉不宜数大，溃后最忌短涩，脉缓滑而白者生，脉弦急面赤者死。"清·林珮琴《类证治裁·肺痿肺痈》认为："吐脓如米粥者难治，呕不止者，脉浮洪而大者，难治。"

2.3.3 转化

如明·陈实功《外科正宗·肺痈论》："久嗽劳伤，咳吐痰血，寒热往来，形体消削，咯吐痰脓，声呕咽痛，其候转为肺痿。"明确指出肺痈转为肺痿，标志着病情由浅入深，由实转虚。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 病 因

肺痈的发生与机体因素关系密切，有内因外因两方面。明·陈实功《外科正宗·肺痈》指出："患肺痈者，先因感受风寒，未经发越，停留肺中，……又久嗽劳伤，……又有七情饥饱，劳役损伤脾肺者，……又有房恣劳伤者。"说明外感、劳倦七情等因素均可致病。

3.1 感受外邪

感受外邪，多为风热之邪，或风寒化热，热邪伤肺薰灼所致。如清·李用粹《证治汇补·胸膈门·咳嗽》："因风寒内郁，痰火上凑，邪气结聚蕴蓄成痈。"清·林珮琴《类证治裁·肺痿肺痈》："肺痈者，咽干吐脓，因风热客肺，蕴毒成痈。"清·张璐《张氏医通·肺痈》："肺痈者，由感受风寒，未经发越，停留胸中，蕴发为热。"

3.2 痰热素盛

因饮食不节或原有宿痰而致痰热蕴结，蒸灼于肺，形成痈疡。

3.2.1 饮食不节

平素嗜酒太过或恣食辛辣煎炸炙煿厚味，酿湿蒸痰化热，薰灼于肺。明·楼英《医学纲目·卷十九》即指出："肺痈者，由食啖辛热炙煿，或酣饮热酒，燥热伤肺所致，治之宜早。"清·李用粹《证治汇补·胸膈门·咳嗽》："酒毒留于肺者，缘肺为清虚之脏，酒多则损其清虚之体，由是稠痰浊火，蒸灼其间，轻则外为鼻齄准赤，内为咳嗽痰火；重则肺叶受伤，为胸痛胁胀，咳嗽脓血，痰出腥秽，肺痈溃烂。"

3.2.2 原有宿痰

肺脏宿有痰热，或他脏痰浊瘀热蕴结日久，上于于肺。如清·张璐《张氏医通·肺痈》说："或夹湿热痰涎垢腻，蒸淫肺窍，皆能致此。"清·喻昌《医门法律·肺痿肺痈门》："肺痈由五脏蕴祟之火，与胃中停蓄之热，上乘于肺，肺受火热薰灼，即血为之凝，血凝即痰为之裹，遂成小痈。"

3.3 内外因相互联系

3.3.1 内外合邪

如宿有痰热蕴肺，复加外邪侵袭，内外合邪，则更易引发本病，正如清·吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀·肺痈》所论："此症系肺脏蕴热，复伤风邪，郁久成痈"。

3.3.2 正虚邪乘

疲劳过度，肺卫薄弱，卫外不固，则外邪乘虚内侵，或内伏之痰热郁蒸致病，成痈化脓。如隋·巢元方《诸病源候论·咳嗽病诸候》指出："肺痈者，由风寒伤于肺，其气结聚所成也，肺主气，候皮毛，劳伤血气，腠理则开而受风寒，其气虚者，寒乘虚伤肺，寒搏于血，蕴结成痈。"明·龚廷贤《寿世保元·肺痈》："盖因调理失宜，劳伤血气，风寒得以乘之，寒生热，风亦生热，壅积不散，遂成肺痈。"清·陈士铎《辨证录·肺痈门》："盖肺之所以生痈者，因肺火不散也，然肺火来因肺气虚也，肺虚而火留于肺，火盛而后结为痈。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

亦有因思虑过度，郁火内蕴而发肺痈，如清·张璐《张氏医通·肺痈》："平昔劳心思虑，多郁火人，唾臭痰鲜血，此属阴火。"

4 病　机

4.1 病位、病性

病位在肺。如明·陈实功《外科正宗·肺痈》云："肺痈者，金受火刑之症也。盖肺为五脏华盖，其位主高，其质至清，中主声音，外用皮毛，又兼主乎贵贱寿夭。"

病理性质属实，属热。如清·喻昌《医门法律·肺痈肺痿门》云："肺痈由五脏蕴祟之火，与胃中停留之热，上乘于肺，肺受火热熏灼，即血为之凝，血凝即痰为之裹，遂成小痈。"总之由于邪热郁肺，蒸液成痰，阻于肺络，血滞为瘀，而致痰热与瘀血互结成痈。

而成痈化脓的病理基础，主要在于血瘀。血瘀则生热，血败肉腐而成脓。如《灵枢·痈疽篇》："荣卫稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐为脓。"清·喻昌《医门法律·肺痿肺痈门》亦云："肺痈属在有形之血"。而清·柳宝诒《柳选四家医案·环溪草堂医案》更明确指出："肺痈之病，皆因邪瘀阻于肺络，久蕴生热，蒸化成脓。"

4.2 病理演变的不同阶段

初期：风热（或风寒化热）之邪侵袭卫表，内郁于肺，或内外合邪，肺卫同病，热伤于肺，肺失清肃，出现恶寒、发热、咳嗽等症。如隋·巢元方《诸病源候论·久咳嗽脓血候》："肺感于寒，微者，则成咳嗽。"明·陈实功《外科正宗·肺痈》又谓："肺痈者，先因感受风寒，未经发越，停留肺中，初则毛耸恶风，咳嗽声重，胸膈隐痛，项强不能转侧，是其真候也"。清·尤在泾《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》："肺痈之由，为风热蓄结不解也。"

成痈期：邪热壅肺，蒸液成痰，热伤血脉，血为之凝滞，热壅血瘀，蕴酿成痈，表现高热、振寒、咳嗽、气急、胸痛等症状。如隋·巢元方《诸病源候论·久咳嗽脓血候》："嗽伤于阳，则有血，血与气相随而行，咳嗽极甚"，清·喻昌《医门法律·肺痈肺痿门》："肺痈由五脏蕴祟之火，与胃中停蓄之热，上乘于肺，肺受火热薰灼，即为之凝，血凝即痰为之裹，遂成小痈"。

溃脓期：痰热与瘀血壅阻肺络，肉腐血败化脓，继则肺络受损，脓疡由溃外泄，排出体外，症见咳吐大量腥臭脓痰或脓血。如隋·巢元方《诸病源候论·久咳嗽脓血候》："伤血动气，俱乘于肺，肺与津液相搏，蕴结成脓，故咳嗽而脓血。"而《诸病源候论·肺痈》又云："热又加之，积热不散，血败为脓。"

恢复期：脓溃后，邪毒渐尽，但因肺体受损，故邪去正虚，阴伤气耗，随正气恢复，病灶趋向愈合，病情趋向好转，如明·陈实功《外科正宗·肺痈》云："吐脓渐渐稀少，胸胁不痛，面色微微带黄，便调多秽者顺。"又云："此症以身凉脉细，脓血交流，痰色鲜明，饮食知味，脓血渐止者生。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.3 溃后迁延

溃后如脓毒不净，邪恋正虚，阴伤气耗，每致迁延不愈，病情时轻时重，而转为慢性。如清·张璐《张氏医通·肺痈》："肺痈溃后，脓痰渐稀，气息渐减，忽然臭痰复甚，此余邪未尽，内气复发，……但虽屡发，而势渐轻，可许收功，若屡发而痰秽转甚，脉形转疾者，终成不起也。"

总之，肺痈之病机正如清·尤在泾《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》所云："问曰：病咳逆，脉之，何以知此为肺痈？当有脓血，吐之则死，其脉何类？师曰：寸口脉微而数，微则为风，数则为热。微则汗出，数则恶寒。风中于卫，呼气不入，热过于营，吸而不出，风伤皮毛，热伤血脉，风舍于肺，其人则咳，口干喘满，咽燥不渴，多唾浊沫，时时振寒，热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓，吐如米粥，始萌可救，脓成则死。"

5 治则治法

肺痈的治疗以清热解毒，化瘀排脓为主。

如清·林珮琴《类证治裁·肺痿肺痈》云："肺痈毒结有形之血，血结者排其毒，此治法之概也"。又云："肺痈治在利气疏痰，降火排脓。"而清·喻昌在《医门法律·肺痈肺痿门》中更进一步指出："凡治肺痈病，以清肺热，救肺气，俾其肺叶不致焦腐，其金乃生。故清一分肺热，即存一分肺气。而清热必须涤其壅塞，分杀其势于大肠，令浊秽脓血，日渐下移为妙。若但清解其上，不引之下出，医之罪也。甚有恶其下利奔迫，而急止之，罪加等也。"清·沈金鳌《杂病源流犀烛·脏腑门》："勿论已成未成，总当清热涤痰，使无留壅，自然易愈。"

同时根据病程的不同分阶段论治，如明·陈实功《外科正宗·肺痈》云："初起风寒相人，头眩恶寒，咳嗽声重者，宜解散风邪；汗出恶风，咳嗽气急，鼻塞头强，胸膈隐痛，宜解表清肺；日间多寒，喜覆衣被，夜间发热，多烦去疲，宜滋阴养肺；口干喘满，咳嗽身热，脉弦数者，宜降火抑阴；胸满喘急，咳吐脓痰，身热气粗，不得安卧，宜平肺排脓；热退身凉，脉来短涩，精神减少，自汗盗汗，宜补脾健脾"。根据疾病病理演变的不同阶段提出了解散风邪，解表清肺，滋阴养肺，降火抑阴，平肺排脓，补脾健脾的治则，对现今临床有一定指导意义。又曰："余平日因此症甚多，集唐人以来治肺痈之法，用甘凉之药，以清其火，滋润之药以养其血，滑降之药，以清其痰，芳香之药以通其气。更以珠黄之药解其毒，金石之药填其空，兼数法而行之，屡试必中。"

清·柳宝诒《柳选四家医案·环溪草堂医案·咳喘门》云："肺痈之病，皆因邪瘀阻于肺络，久蕴生热，蒸化成脓，故其证初起病在此叶者，不及彼叶，初用疏瘀散邪泻热，可冀其不成脓也。继用通络托脓，是不得散而托之，使速溃也，再用排脓泄热解毒，是既溃而用清泄，使毒热速化而外出也。终用清养补肺，是清化余热而使其生肌收口也。"提出了初期用疏瘀散邪泻热，痈成用通络托脓，溃脓用排脓泄热解毒，恢复期用清养补肺之法，更切合临床实际。

另历代医家还指出，在肺痈治疗过程中应注意的一些问题，供我们临床参考。如清·

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

张璐《张氏医通·肺痈》指出："慎不可用温补保肺药，尤忌发汗伤其肺气，往往不救。"《本草经疏》提出："肺痈属肺热极，忌敛涩、补气、升、燥热、酸、碱。宜清热、清痰、降火、解毒、散结、甘寒、苦寒、辛寒"。清·徐玉台《医学举要》："因肺痈不可用补，而脾虚又不能生肺；肺燥专喜于润，而脾滞又难于运食。今日脾虚之极，咳逆有加，则于清肺药中加阿胶以润燥。"

6 方剂归类

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·脏腑门》："肺热极而成病也。其症痰中腥臭，或带脓也，总治宜清金饮，皆缘土虚金弱不能生水，阴火烁金之败症，故补脾亦是要着。而其条治之法，如初起，咳嗽之急，胸中隐痛，吐脓痰，急平之，宜麦冬平肺饮。或咳吐脓痰，胸嘱胀满，喘气，发热，急清之，宜元参清肺饮。或病重不能卧，急安之，宜宁肺桔梗汤。或已吐脓血，必以去脓补气为要，宜排脓散。勿论已成未成，总当清热涤痰，使无留壅，自然易愈，宜金鲤汤。"

6.1 初　　期

(1) 小青龙汤（《证治汇补》）："若风邪内结者，小青龙汤。"

原书无附方。

(2) 麦冬平肺饮（《杂病源流犀烛》）："初起，咳嗽气急，胸中隐痛，吐脓痰，急平之，宜麦冬平肺饮。"

麦冬　人参　赤芍　槟榔　甘草　赤苓　陈皮　桔梗

6.2 成　痈　期

(1) 葶苈大枣泻肺汤（《金匮要略》）："肺痛，喘不得卧，葶苈大枣汤主之。"

葶苈（熬令黄色捣丸如鸡子大）　大枣十二枚

右先以水三升，煮枣取二升，去枣内葶苈，煮取一升，顿服。

清·尤在泾《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》："此方原治肺痛喘不得卧，此兼而目浮，鼻塞清涕，则肺有表邪宜散，故先服小青龙汤一剂乃进。"又云："肺痈诸方，其于治效，各有专长，如葶苈、大枣。用治痈之始萌而未成者，所谓乘其未集而击之也。

(2) 千金苇茎汤（《备急千金要方》）："千金苇茎汤，治咳有微热，烦满，胸中甲错者，是为肺痈。"又云："此方具下热散结通瘀之力，而重不伤峻，缓不伤懈，可以补桔梗汤，桔梗白散二方之偏，亦良法也。"

苇茎切二升以水二斗煮取五升去渣　薏苡仁半升　瓜瓣半升　桃仁30枚

右四味咬咀，内苇汁中煮取二升，服一升，当如所见吐脓血。

(3) 肺痈方（《证治汇补》）："治肺痈未成即消，已成即溃，即愈。"

桔梗　金银花　黄芪　白及各一钱　陈皮　甘草各一钱二分　苡仁五钱　贝母一钱半　甜葶苈八分

水姜煎服，初起加防风，去黄芪，溃后加人参，久不敛加合欢皮。

(4) 泻肺汤（《圣济总录》）："治肺痈喘急，坐卧不得，泻肺汤方。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桑根白皮　甜葶苈隔纸炒各一两

右二味，粗筛，每服三钱，煎至六分，去滓食后温服，微利为度。

6.3 溃 痈 期

(1) 桔梗汤（《金匮要略》）："咳而胸满，振寒脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者，为肺痈，桔梗汤主之。"

桔梗一两　甘草二两

右二味，以水三升，煮取一升，分温再服，则吐脓血也。

清·喻昌《医门法律·肺痈肺瘘门》："论金匮桔梗方……此上提之法也，痈结肺中，乘其所造未固，提而出之，所提之败血，或从唾出，或从便出，即可愈。与滋蔓难图，脓成自溃之死证迥殊。脓未成时，多服此种，亦是以杀其毒势，而坚者渐瑕，壅者渐通也。然用药必须有因，此因胸满振寒不渴，病不在里而在表，用此开提其肺气，适为恰当，如其势已入里，又当引之从胃入肠，此法殊不中用矣。"

(2) 四顺散（《外科正宗》）："治肺痈吐脓，五心烦热，壅闷咳嗽，气急不能安"。

贝母　紫菀　桔梗各一钱五分　甘草　杏仁各七分　水二盅煎八分，食后服，或为某部木板末白汤调服二钱。

(3) 紫菀茸汤（《外科正宗》）："治膏粱厚味或煎炒法酒，饮食过度，致伤肺气，咳嗽咽干，吐痰脓血，喘急胁痛不得安卧。"

紫菀茸　犀角　炙甘草　人参各五分　桑叶用经霜者　款冬花　百合　杏仁　阿胶　贝母　半夏　蒲黄生各七分　水二盅，姜三片，煎八分，入犀角末，食后服。（注：古代犀角今多用水牛角倍用代之）

(4) 金鲤汤（《外科正宗》）："治肺痈已成未成，胸中隐痛，咯吐脓血者"。

金色活鲤鱼一尾约四两重　贝母一钱

鲤鱼连鳞刮去肚肠，勿经水气，用贝母细末，糁在鱼腹内，线扎之，用上白童子小便半大碗，将鱼浸入童便内，重汤顿煮，鱼眼突出为度，少顷取起，去鳞，骨取净肉浸入童便内炖热，肉与童便作二、三次，一日食尽，其功效甚捷。

(5) 外台桔梗白散：《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》："治咳而胸满振寒，脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者，为肺痈"。

桔梗　贝母各二两　巴豆一分去及熬研如脂

右三味为散，强人饮服半钱匕，羸者减之。病在膈上得吐脓，在膈下者泻出，若下多不止，饮冷水一杯则定。

(6) 排脓散（《杂病源流犀烛》）："或已吐脓血，必以去脓补气为要，宜排脓散。"

人参　黄芪　白芷　五味子等分

6.4 恢 复 期

(1) 清金宁肺丸：痈脓溃后咳嗽无休，脓痰不尽，形气虚羸者，宜清金宁肺丸主之。

陈皮　白茯苓　苦桔梗　贝母去心　人参　黄芩　各五分钱　麦冬去心　地骨皮　银柴胡　川芎　白芍(炒)　胡黄连各六钱　五味子　天冬去心　生地酒浸捣膏　熟地捣膏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

归身　白朮（炒各一两）　甘草炙三钱

共为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大，每服七十丸，食后白滚汤送下。

（2）人参五味汤：治气血劳伤咳脓或咯血，寒热往来，羸瘦困乏，一切虚损之症。

人参　五味子　前胡　陈皮　白朮　桔梗　当归　茯苓　熟地　甘草各一钱　黄芪　地骨皮　桑白皮　枳壳　紫菀各五分　水二钟，姜三片煎八分，食后服。

7 预防康复

平素体质虚弱或有慢性疾患者，易受外邪，应注意保暖，起居有时。肺有蕴热或平素肺虚者，应避免食用辛辣炙煿食物、忌烟酒，以免燥热伤肺。

在本病初期，一旦确诊，应及时治疗，以阻断疾病的发展，否则易传变成肺痿，或疾病进一步发展而危及生命，如明·陈实功《外科正宗·肺痈论》："久嗽劳伤，咳吐痰血，寒热往来，形体消削，咯吐痰脓，声哑咽痛，其候传为肺痿。"又如清·张璐《张氏医通》："若屡发而痰秽转甚，脉形转疾者终成不起也。"

本病康复阶段多表现为气阴两虚，应辨证选用益气养阴之剂，如沙参麦冬汤，生脉散等。脾胃虚弱，胃纳不佳者，可选用香砂六君子丸，香砂枳朮丸等。

食疗方面可选用①薏苡仁粥：以薏苡仁 50 克加糯米若干，煮粥食用。②沙参麦冬粥：以南北沙参各 15 克，麦门冬 15 克，加糯米若干，煮粥食用。③百合粥：以百合 50～100 克，加少量糯米煮粥食用。

（程皖　刘健　尹相杰　韩明向）

近现代参考文献

[1] 何任．漫话肺痈．新中医，1991（11）:18

[2] 张伯臾主编．中医内科学．北京：人民卫生出版社，1993．84～94

[3] 陈灏珠主编．内科学．第 3 版．北京：人民卫生出版社，1992．68

[4] 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．第二辑．1995．22

[5] 沙建飞．顾丕荣老中医治疗肺痈八法简介．陕西中医，1988（8）:38

[6] 孙志远．肺脓疡的中医防治．上海中医药杂志，1991（8）:8

[7] 凌缓丽．辨证治疗肺脓肿 140 例．浙江中医杂志，1989（6）:245

[8] 焦源，等．辨证治疗 120 例脓肿．陕西中医，1986（10）:440

[9] 吴春清，等．辨证治疗肺痈 32 例．中医药学报，1987（3）:23

[10] 朱学．金荞麦Ⅱ号片治疗家肿临床观察．江苏中医，1991（12）:34

[11] 石学波．三仁化瘀汤治疗肺脓肿 8 例．山东中医杂志，1993（4）:27

[12] 高杰臣，等．消痈汤治疗肺脓痛 10 例．北京中医杂志，1987（2）:25

[13] 陈裔清．"消痈汤"治疗肺痈 84 例效观察．福建中医药，1987 18（5）:23

[14] 顾梦飚，等．中药治疗慢性肺脂脓症．上海中医药杂志，1985（2）:12

[15] 田中峰．苇茎汤治疗肺痈 16 例效观察．实用中医内科杂志，1989（1）:37

[16] 王明义，等．二花三黄葶苈汤治疗肿痈 79 例。吉林中医药，1993（1）:19

[17] 商娅．3 例肺痈治验．福建中医药，1995（5）:62

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[18] 吴广基. 肺痈治验. 福建中医药, 1987 (6):62
[19] 程玉书, 等. 任继学教授治愈肺痈 1 例. 吉林中医药, 1994 (6):8
[20] 赵玉洁. 中西医结合治疗肺脓肿效分析. 贵阳中医学院学报, 1997 (2):14
[21] 叶景华. 中西医结合治疗肺脓肿 47 例. 实用中西医结合杂志, 1992 (2):81
[22] 李玉安, 等. 中西医结合治疗急性肺脓肿 26 例. 实用中西医结合杂志, 1992 (2):83
[23] 周质胜, 等. 中西医结合治疗急性肺脓肿 42 例观察. 实用中西医结合杂志, 1990 (4):234
[24] 张运知. 中西医结合治疗肺脓疡 110 例. 河南中医, 1991 (5):24
[25] 易德英, 等. 中西医结合治疗小儿肺脓疡 40 例. 中级医刊 1990 (2):61
[26] 刘远坝. 中西医结合治疗肺脓肿 20 例. 广西中医药, 1990 (2):10

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 肺　　痿 ❋

肺痿是肺脏的一种慢性虚损性难治病。多由其它肺系疾病（如久咳、久喘等）迁延不愈或失治误治后，耗伤肺气、灼伤肺津，致使津液不得输布，经过由虚致损的过程，终至肺叶萎弱不用而得。临床表现以反复发作不已或次第出现的咳嗽、喘息、唾涎沫为特点。

本病大体与西医学中各种原因所致的肺纤维化疾病相当。这是一种异型的疾病，病变主要发生于肺间质，但也可累及肺泡上皮细胞、毛细血管内皮细胞和肺的动静脉。

目前国内外学者均将间质性肺病（ILD）的研究重点主要集中于特发性肺纤维化（IPF），但以中医所谓肺痿病而言，其所涵盖的辨治范畴可包括各种原因所致的肺纤维化。

【今日临床】

1　诊断标准

目前国内尚无统一的肺痿诊断及疗效评定标准可资执行。为加快中医病证规范化的进程，不断提高临床与科研水平，并逐步使之与国际接轨，参照有相关内容以及肺纤维化诊断标准及其临床表现，初步拟定中医肺痿诊断与疗效评定标准如下，有待今后在临床和科研工作的基础上不断修订与完善。

1.1　病名诊断标准

主症：咳嗽、喘息、唾涎沫。

次症：紫绀、心悸、汗出、神疲消瘦、咳血。

慢性经过：有长期反复发作的咳喘病史。常因外感诱发且加重。

理化检查：①胸部X线所见阴影分布呈弥漫性、散在性、边缘性，下肺野＞上肺野，两侧肺门无淋巴结肿大；阴影形状呈磨玻璃状、小结节状、结节-网状、广泛线-网状、蜂窝状、肺大泡影。晚期肺容积缩小，下肺野显著，呈蜂窝肺所见，横膈上抬，无纵膈移位。②肺功能测试以限制性通气功能障碍为主。③支气管肺泡灌洗液（BALF）显示肺泡炎以中性粒细胞和巨噬细胞增加为主，可见嗜酸性粒细胞，少数病人淋巴细胞增多。④肺活体组织检查：早期病变为非特异性肺泡炎。晚期病变为广泛纤维化、蜂窝肺所见。

除外可引起咳喘痰的其它疾病，如哮证、喘证、咳嗽、肺胀等。

使用说明：

具备三项主症或两项主症两项次症或一项主症三项以上次症者，结合病史即可确诊；如不具备上述条件，结合有关理化检查亦可诊断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 证类诊断标准

燥热伤肺 干咳无痰，或痰少质粘稠难以咯出，可见痰中带血丝，咳甚胸痛，可伴见寒热，鼻燥咽干，舌尖红少津，苔少或薄黄，脉细略数。

痰浊阻肺 咳喘痰多胸闷，恶心欲呕，食欲不佳，口粘无味，或喘息气急，鼻翼煽动，咳嗽咯痰色黄质粘，身热汗出，烦闷胸痛，舌淡苔白腻，脉滑。

气滞血瘀 咳嗽吐浊唾涎沫，其质或稀或稠，或咳痰带血，胸闷短气，唇甲青紫，舌质暗红，或有瘀斑瘀点，脉虚而涩。

肺阴亏损 咳嗽涎沫浊唾，其质较粘稠，或咳痰带血丝，咳声不扬，甚则音嘎，气急喘促，口渴咽燥，形体消瘦，午后潮热，皮毛干枯，舌红而干，脉虚而数。

肺气虚寒 咳唾涎沫，其质清稀量多，口不渴，头眩，短气不足以息，形寒，食少，乏力神疲，小便数或遗尿，舌质淡，脉虚弱。

气阴两虚 喘促短气，气怯声低，喉有鼾声，咳嗽低弱，咳痰稀白，汗出畏风；或呛咳痰少质粘稠，烦热，咽喉不利，可兼见少食便溏，肢倦乏力，呼多吸少，气不得续，动则喘甚，形瘦神疲。舌红少津，脉虚细数。

阴阳俱损 喘促气不得续，面红，咽干，烦躁，足冷，汗出如油，浮肿，肢冷，面青，舌红少津，脉虚细数；或喘逆剧甚，张口抬肩，鼻煽气促，端坐不能平卧，心慌动悸，烦躁不安，面唇青紫，汗出如珠，甚或神识不清，舌卷囊缩，脉浮大无根或见歇止。

1.3 分级分度标准

轻度：活动后气短，咳痰喘等症状较轻，生活能自理，能坚持正常轻工作，肺功能轻度受损。

中度：喘咳气短，呼吸困难，动后尤甚，生活勉强自理，难以胜任日常工作，肺功能减退。

重度：呼吸极度困难，静息时亦喘息，胸闷憋气，张口抬肩，不能平卧，唇甲紫绀，心悸汗出，甚则烦躁，浮肿。生活完全不能自理，肺功能极差。

主要症状：

咳嗽：

轻度（+） 间断咳嗽，不影响日常生活及睡眠。

中度（++） 阵发咳嗽，对日常生活及睡眠有一定影响。

重度（+++） 频发咳嗽，对日常生活及睡眠有明显影响。

咳嗽痰涎：

轻度（+） 干咳或少痰，一昼夜痰量在50ml以内。

中度（++） 一昼夜痰量51～100ml。

重度（+++） 一昼夜痰量在100ml以上。

喘息：

轻度（+） 体力劳动后气短。

中度（++） 一般活动后气短。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重度（+++） 安静状态下气短。

紫绀：

轻度（+） 甲床出现紫绀。

中度（++） 唇甲出现紫绀。

重度（+++） 颜面出现紫绀。

1.4 IPF诊断及治疗标准

中华医学会呼吸病学会于1994年1月正式颁布“特发性肺纤维化（IPF）诊断及治疗试行方案”，IPF亦称CFA或IIP。本病为一原因未明的慢性肺间质性疾病，起病隐袭，呈进行性，常因肺纤维化最终导致心、肺功能衰竭。诊断应依据病史、临床表现、胸部X线学、肺功能测试、BAL和肺组织活检等综合判定，并须除外与IPF容易混淆的某些弥漫性肺纤维化疾病。

2 中心证候特征

阴津亏耗或肺气虚损所引起的肺叶萎废不用是肺痿的证候学特征。其常见主症为咳嗽、喘息、唾涎沫。次症有唇甲紫暗、咳血、寒热、烦渴、汗出、消瘦、食少、皮毛干枯等。舌象有干红少苔或无苔，暗红或有瘀斑瘀点，体瘦小色暗淡，苔薄白，白腻或黄；脉象多为虚数，或细数。

咳、喘、唾涎沫三项主症可悉具、可以或缺项或次第出现。因患者体质及患病阶段不同而异。

咳嗽：一般为最早出现的症状，且初起多为干咳，可经年累岁，时轻时重。此阶段易被忽视。至中后期可伴见咳唾浊痰涎沫，或痰中带血，气短等。

喘息：此症出现较为隐袭，但呈渐次加重之势。初起多为劳力后稍感气短，渐至动则喘息气短，以致发展为喘促，喘脱，张口抬肩，不能平卧。

唾涎沫：多为白色泡沫痰，亦可见白粘痰，黄痰或痰中带血丝，病至后期可见有红线状血痰。

3 病 因

3.1 原发病因

肺燥津伤 燥热多来自内伤病邪，先天阴虚禀赋不足是其发病的基础。阴虚生内热，热在上焦者，消烁津液，津枯则肺燥，肺燥津伤，清肃之令不行、脾胃上输之津液转从热化，煎熬而成痰涎，或脾阴胃液耗伤，不能上输于肺，致肺叶失于濡养、以致焦萎不用而发病。正如清·喻昌在《医门法律·肺痿肺痈门》所言：“肺痿者，……总由胃中真液不输于肺，肺失所养，转枯转燥，然后成之。”

肺气虚冷 肺气虚冷多来自于本脏自病。先天肺气不足，肺气耗损伤及肺阳；或虚热伤阴，阴损及阳。致肺虚有寒，气不化津，津液不得输布，津反为涎，肺失濡养，萎废不用。即所谓“上虚不能制下，此为肺中冷”者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以上两方面乃肺痿发生的根本原因。正如清·尤在泾在《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》中所总结的那样："盖肺为娇脏，热则气灼，故不用而痿；冷则气沮，故亦不用而痿也。"

3.2 继发病因

瘀血内阻 无论何者为原始病因，一俟发病，气虚或津亏皆可导致瘀血的产生。气虚乏力无以运血，津亏脉涩血为之滞。瘀血一旦形成，愈使病情加重。正如明代李梴在其所著的《医学入门》中所云："……痰与瘀血碍气，所以动则喘急。"

痰浊热毒蕴结 肺主气，其气虚不能温摄津液，脾胃上输之津液反聚为痰涎。盖脾为生痰之源，肺为储痰之器故。或有因阴虚于内，蕴久酿为热毒者，均可致肺失其清肃之职，致发本病。

3.3 诱发因素

失治 久罹咳嗽、喘、哮等肺系疾者，未能得到及时有效治疗，是诱发本病最为常见的因素。如咳喘日久，损伤肺气，耗气伤阳，或阴虚日久伤及于阳；肺痨久嗽，耗伤阴津；肺痈迁延不愈，热毒伤阴；上消日久，虚火伤肺，阴津耗竭等，均可诱发本病。

误治 它病误治每可诱发本病。最常见的是误用汗、吐、下法，重亡津液，损伤肺胃之阴，胃津不能上输，上焦生热，以致肺燥津涸，燥热日益耗阴，故阴难复，肺失清肃，宣降失司，津液不布，诱使本病发生。

其它诱因 除上述原因外，气候变化、情志失常、烦劳过度等因素均可诱发本病。如外邪犯肺及其它热病之邪伤及肺阴而致发病。明代朱橚《普济方·咳嗽门》对此有较为全面的论述："有劳嗽一证，皆因肺虚，或苦风寒暑湿，及劳逸抑郁，忧思喜怒，饮食饥饱，致脏气不平，积微成著，以致渐成肺痿肺痈者。"指出本病是在肺虚的基础上，因于外界各种因素的诱发而成。

从外邪而言，归纳后人所总结大约有三种，即热、寒、湿。如清代魏荔彤在《金匮要略方论本义》中指出："肺叶如草木之花叶，有热之萎，如日炙之则枯；有冷之萎，如霜杀之则干也。"近代曹颖甫在《伤寒金匮发微》中说："痿之言萎，若草木然，烈日曝之则燥面萎；水泽渍之则腐而萎。"即认为有燥热、寒燥、寒湿致痿者。

4 病 机

4.1 发 病

本病起病多隐袭。早期症状不明显，多表现为干咳、劳力后气短等。常呈进行性加重，一般发病过程较为缓慢。随病情进展可渐现咳嗽、咯唾痰涎、动则喘息、乃至爪甲紫绀、发热、消瘦等症。但亦有少数患者一俟就诊，即呈现明显的咳喘唾涎之典型征象、短期内迅速恶化者，临证应予注意。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 病　位

本病初起病位在肺，随病情进展可渐及脾、肾，最终亦可损及于心。因心脉上贯于肺，肾脉上络于心，心阳的盛衰与先天肾气、后天呼吸之气均有密切的关系。一旦肺肾俱衰，必然导致心阳虚弱。

4.3 病　性

本病以虚为本，即或有以实见证者，亦属本虚标实之候。虚者有气虚、阴虚、阳虚之分，多责之于肺、脾、肾；实则以瘀血、痰浊、热毒为多见。

4.4 病　势

本病的发展趋势多为由上及下，即由肺及于脾、肾；但亦可见有由下及上者，即由脾肾上及于肺，终及于心。由上及下者，病呈渐进，尚有可治之机；而由下及上者，病多重笃危急，预后不佳。

4.5 病机转化

肺痿的病机转化取决于肺气的盛衰和内伤病邪的进退。凡肺气渐复、肺之阴津得滋者，可使萎叶得复，病情可得渐缓或长期稳定。另一方面，燥热邪气渐衰者，亦能使肺气得渐复之机，病情向愈。肺气的康复与否与其它导致肺痿发生的慢性肺系病的治疗及时与否有至为密切的关系。消除其继发或诱发因素，致令不再产生燥热之邪，不再形成瘀血痰浊热毒等，使肺气有得复之机，萎叶始得滋润。

本病的常见病机为虚热津伤而致燥热伤肺，日久肺津渐涸，阴损及阳，而成肺气虚寒之证。肺气虚寒，营卫俱虚，易受外邪侵袭，正邪相争化热，又可伤及肺阴，复转为虚热之证。在此寒热互相转化的过程中，其慢性的演变经过决定了病由阴及于气、血，由肺及于脾、肾的必然结果。患者往往由初起的干咳发展为咳唾涎沫，由劳力后气短渐致动喘、喘促。此为殃及母子之由。脾为肺母，肾为肺子故也。另外，不论寒热如何，久而不愈，均可导致气滞血瘀，表现为胸闷气短、唇甲青紫等。而实际上，气滞血瘀程度不同可贯见于各个阶段和互相转化的各个证类中。

本病发展到一定阶段，常因患者体质下降而易招致实邪夹杂。临床最为多见的是表现出上实下虚的征象。如咳喘痰多胸闷、动则喘甚、腰酸肢冷、汗出心悸、小便频数、舌苔腻、脉沉细或濡滑无力。此为痰气壅实于上，肾气亏损于下之候；病至后期脾肾俱衰，导致心阳受损，心阳虚弱不能鼓动血脉，则见心悸气促，血行瘀滞，唇甲舌面皆现青紫。喘促持续不解以致喘逆加剧，抬肩撷肚、面赤躁扰、肢冷、汗出如珠、脉浮大无根之肺衰危候。

4.6 证类病机

燥邪伤肺　肺主气，为五脏之华盖，上连咽喉，开窍于鼻，司呼吸，外合皮毛，直接与外界接触。一旦外邪侵袭，或从口鼻而入，或从皮毛而受。肺卫感邪，致令肺气壅遏不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

宣，清肃之令失常，故为之咳。燥邪为患，肺津受灼，肺失清润，故见干咳无痰。燥为阳邪，化热灼肺，气机为之不利，故咳甚则胸痛。风燥之邪，客于肌表，卫气不和，故可见寒热。若肺络受伤，可见痰中带血丝。鼻燥咽干，舌尖红少津，苔少或薄黄，脉细略数等，均为燥邪所伤之证。

痰浊阻肺 痰浊上壅于肺，气道被阻，肺气失降，因而咳喘痰多胸闷。脾为生痰之源，痰浊困于脾胃，故可兼见恶心，纳呆，口粘无味。此证患者多咳痰不爽，盖为痰浊粘滞之故。尚有日久化热或阳盛体质从化者，可见有热邪毒浊蕴肺之象，喘息气急，甚则鼻翼煽动，咳嗽咯痰色黄质粘，身热汗出，由热盛气壅，肺气为之奔迫故。热毒之邪伤津灼液，炼为粘痰浊唾，痰热毒邪交阻胸中，故烦闷或痛。

气滞血瘀 久病肺气虚弱，肺虚则宣肃失职，气机不畅，滞于胸中则生瘀血。久咳伤及肺络，络伤亦致血瘀，阻塞肺气，使肺失宣肃，复加重气滞血瘀；气虚无力推血，血行滞缓而成血瘀；亦有津枯致瘀等。总之为久病成瘀之必然。肺中津液不能正常运行，积于肺中而成浊唾涎沫，其质或稀或稠，或咳痰带血，胸闷短气，口唇爪甲青紫，舌质暗红或有瘀斑瘀点。

肺阴亏损 痨嗽日久，久嗽伤阴，肺阴消竭；或肺痈热毒熏蒸伤阴；或消渴津液耗伤；或因热病邪热伤津；或因误治（汗，吐，下等）消亡津液等各种因素，以致热蒸上焦，消灼肺津，变生涎沫，肺燥阴竭，肺失濡养，其叶日渐枯萎，而终成斯证。

肺气虚寒 内伤久咳，久喘等大病久病之后，耗气伤阳，阳虚生寒；或虚热肺痿，迁延日久阴伤及阳。以致肺虚有寒，气不化津，津液不布，津反为涎，经口吐出。肺气虚冷，不能温摄津液，肺失濡养，萎弱不用。

气阴两虚 肺虚日久气失所主，偏于肺气不足者可致喘促短气，气怯声低，喉有鼾声。由肺气不足致咳声低弱，气不化津故咳痰稀白，肺虚卫外不固则汗出、畏风；偏于阴虚者，由虚火上炎致呛咳痰少质粘，烦热，咽喉不利。其肺虚日久，每可损及脾肾，若中气虚弱，脾肺同病，可兼见食少便溏，肢倦乏力。久病肺虚及肾，气失摄纳，可见有呼多吸少，气不得续，动则喘甚。因肾虚精气耗损，故可见形瘦神疲。

阴阳俱损 本病至后期，因久病阴损及阳，导致阴阳俱损，肺脾肾乃至心诸脏衰竭的危重情况。除喘促气不得续的主症外，因真阴耗竭，阴不敛阳，孤阳上越，气失摄纳，故见喘急面红，咽干，烦躁，足冷，汗出如油，舌红少津，脉虚细数等戴阳之征；肾阳既衰，阳虚气不化水则见浮肿，阳气不能温养于外则肢冷，面青；若喘逆剧甚，张口抬肩，鼻煽气促，端坐不能平卧，心慌动悸，烦躁不安，面唇青紫者，为痰饮凌心，心阳不振，血脉瘀阻之重症；继之若现汗出如珠，脉浮大无根或见歇止，神识不清者，为肺气欲竭，心肾阳衰的喘脱危象。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

本病常见主诉为反复发作或次第出现的咳、喘、唾涎沫。但临床需注意的是，此三者属本病之典型主症，尤其以三者并现者在临床实际中并不多见，以此为主诉就诊的患者，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

多为病至晚期，属重笃之候。作为有经验的临床医师，应善于从非典型的症状中早期发现本病，以及时抓住治疗时机。比如，许多患者以“干咳”就诊，极易误诊为“感冒”或“支气管炎”；还有不少患者以“劳累后气短”为主诉，这类情况均应引起高度重视。必要时应结合有关理化检查项目以免漏诊或误诊，避免“此嗽不早疗，遂成肺痿”的情况。

5.2 分析病位

本病病位一般初起在肺，随疾病发展可渐及于脾，肾二脏，至晚期亦可殃及于心。单纯以干咳或咳吐涎沫为主症者，病在肺；如渐见动喘，腰膝酸软，足根疼痛者，病在肺肾；兼见乏力懒言，食少腹胀便溏，肢重消瘦者，病在肺脾。

5.3 确定病性

本病病性总属于虚，即或有实邪见症者，亦属本虚标实。其虚以气虚、阴虚为主，多责之于肺脾肾；其标实则多为痰浊、热毒、瘀血。咳吐浊唾涎沫，质粘稠，不易咯出或痰中带血丝者，病性属虚热；咳唾涎沫，质清稀量多，口不渴，气短者，病性属虚寒；咯吐涎沫浊唾，胸闷气短，唇甲青紫者，为有瘀血。

6 鉴　别

肺痈　肺痿、肺痈两者同属肺部疾病，症状也有相似之处，故张仲景在《金匮要略》中把这两者并列于一篇加以讨论，后世医家亦多沿此法。但详加辨析，即能发现两者的根本不同。具体而言，肺痿以咳喘唾涎沫为主症，而肺痈则是以咳吐脓痰、血痰为主症，且痰血腥臭并多伴有胸痛。从病性而言，两者虽同属肺中有热，但肺痿属虚，多为阴虚内热，或肺气虚冷日久化热。肺痈则多属风热犯肺，痰热壅肺的实热证；从病理病变形态看，肺痿为肺热叶焦所致的肺叶萎缩，痿废不用。肺痈则是肺叶生疮，形成脓疡的一种病证。对此清·尤在泾在《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》中有较为通俗而准确的解释：“则肺痿肺痈二证多同，惟胸中痛，脉滑数，唾脓血，则肺痈所独也。比而论之，痿者萎也，如草木之萎而不荣，为津灼而肺焦也；痈者壅也，如土之壅而不通，为热聚而肺溃也。故其脉有虚实不同，而其数则一也。”从病程进展而言，肺痿一般发展缓慢，病程较长，可经年累月反复发作，多伴有形体消瘦。肺痈多发病急，进展快，形体消瘦不明显；从预后看，肺痿难治，即或是早期治疗用药，亦是延缓疾病进展，减轻症状。而肺痈初期若用药得当，则见效较速。即使成痈、溃脓期，难治者也在少数。

肺痈失治误治每可转变为肺痿或与肺痿兼见。如明·陈实功《外科正宗·肺痈论》指出：“久嗽劳伤，咳吐痰血，寒热往来，形体消削，咯吐痰脓，声哑咽痛，其候转为肺痿。”认为肺痈转化为肺痿，是病情由浅入深，由实转虚的标志。清代吴谦则在《医宗金鉴·订正金匮要略注》中指出肺痿、肺痈互相兼见的特点：“发热汗出，恶寒恶风，咳而喘满，咽燥不渴，呼气不入，吸气不出，则为痿、痈互相兼有必然之证也。”并指出此时应及早图治，尚有逆转之机。

肺痨　肺痿与肺痨亦同属肺部疾病，多有相似之处。两者均以阴虚为主要证候。但两者却有本质的区别。从临床症状看，肺痨以咳嗽，咯血，潮热，盗汗为主症，且具有传染

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

性。较之肺痿，病变严重时每可伴见遗精，泄泻，而极少见有喘息。

肺痹若治疗及时得当，多可痊愈康复，其预后较之肺痿为好。肺痹久治不愈亦可转化为肺痿。唐代·王焘在《外台秘要·传尸方》中即曾指出，肺痹为“传尸之疾，……气急咳者，名曰肺痿。”既说明了其具有传染性的特点，又指出其转变为肺痿时的临床指征，即伴见喘息气急的表现。从某种意义上讲，两者之间既有联系又有区别，存在着一定程度的因果关系。

咳嗽 肺痿与咳嗽的关系较为复杂，单依临床实难辨析。咳嗽本身属肺系的常见疾病，既是许多肺系病的主要证候之一，也是多种肺系疾病（包括肺痿）的常见症状。肺痿的早期临床表现多以咳嗽见症，此时极易混淆于咳嗽证。咳嗽证可分为外感与内伤两类，因具体感邪或内伤脏腑之不同而异，辨证准确多可获愈；肺痿的咳嗽初起多为干咳，反复发作不已，渐次加重并伴见喘息，难以治愈。如清·喻昌《医门法律·肺痿肺痈门》所云：“肺痿者，其积渐已非一日，其寒热不止一端。”说明肺痿之咳嗽不管其临床表现轻重如何，病机较为复杂。

从另一个角度讲，咳嗽日久必然转为肺痿。唐代·王焘在《外台秘要·咳嗽门》中引许仁则论云：“肺气嗽者，不限老少，……此嗽不早疗，遂成肺痿。”因此，咳嗽是肺痿的一个主要的常见症状，而咳嗽证日久失治迁延不愈，又可发展为肺痿。

喘证 肺痿之于喘证的关系，与上述所论咳嗽有相似之处。

肺痿病所见的劳力性喘息与喘证之喘有所不同。喘证是以呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，难以平卧为特征的；严格地讲，肺痿之喘息实为气短。气短，亦即少气，短气不足以息，一般不至似喘证以抬肩但卧为快，似喘而无声，仅以呼吸微弱浅促为临床表现。如清·李用粹《证治汇补·喘病》所指出的：“若夫少气不足以息，呼吸不相接续，出多入少，名曰气短，气短者，气微力弱，非若喘症之气粗奔迫也。”另外，喘证可分虚实两端，而肺痿之见喘者多属虚，即或有以实见证者，亦属本虚标实之候。

喘证日久可致肺痿，而肺痿至中、晚期，其喘息与喘证的临床表现则难以区分，且两者均可发展为喘脱。为明晰起见，可通过必要的西医学手段鉴别之。无论是何种疾病，有喘息表现的患者其肺部听诊多可闻及（干、湿性）啰音。啰音产生的机理不同，导致其特点各不相同，据此可以区分上述两类疾病。喘证的肺部啰音，是由于支气管分泌物和/或支气管平滑肌痉挛所引起的声调各异的干湿性啰音；而肺痿病所引起的啰音有其特征，由于肺间质病变（肺叶萎废不用），导致肺组织回缩力的增强，使小气道在吸气时突然张开，产生一种特异性的清脆、细碎的啰音，因其极似 Velcro 尼龙带拉开时的声音，故称此为“Velcro 啰音”，主要在肺底吸气期闻及。此为其鉴别要点。

肺胀 肺痿与肺胀有相似之处，临证应注意鉴别。两者同为由多种慢性肺系疾病反复发作，迁延不愈所致的一种慢性难治性疾患。均呈反复缠绵、时轻时重、渐次加重的发展过程。临床均可表现出咳喘咯痰等症状，且最终可致唇甲颜面晦暗，以致成为喘脱危候。

临证辨别肺痿与肺胀，首先应着眼于其根本的不同，即从病性上看两者有本质的区别：一般而言，肺痿属虚而肺胀多属实。如清·张璐《张氏医通·肺痿》指出：“盖肺胀实证居多。”另外，肺胀的主要病理因素是痰瘀阻碍肺气所致，此与肺痿的虚中挟实证极易混淆。但由于两者的基本病性与病机不同，临床细加分辨亦能看出其不同。肺胀是由于肺

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气胀满，不能敛降所致的以咳逆上气，胸部膨满，闷胀如塞，痰多喘息，甚则目胀如脱，烦躁不安，颜面四肢浮肿为主症的一种疾病。正如《素问·大奇论》所形容的："肺之壅，喘而两胠满。"而肺痿是由于肺叶萎废不用所致的以咳喘唾涎沫为主症的一种疾病，一般少有肿胀见症。隋·巢元方《诸病源候论·上气鸣息候》对此有较为详细的论述："肺主于气，邪乘于肺则肺胀，胀则肺管不利，不利则气道涩，故上气喘鸣息不通。"相对而言，肺痿是肺叶痿弱无力以运呼吸之气，故表现为短气不足以息。

由于两者基本病因为久病肺虚，有相似的进展过程，即初起在肺，继之及于脾、肾，终及于心，所以还应从这个角度注意辨别。一般而言，肺胀有明显的发作期和缓解期。在缓解期中，多表现为肺脾肾俱虚，由于气候骤变，冷暖失调，招引外邪，或劳倦、七情内伤等因素引起急性发作；而肺痿则一般呈渐次加重的发展过程，没有明显的发作期与缓解期的界限。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 燥热伤肺

临床表现：干咳无痰，或少痰而粘连成丝，不易咳出，时轻时重，亦可见痰中带血丝，咳甚胸痛，鼻燥咽干口干，有时伴有寒热。舌尖红少津，苔少或薄黄，脉细略数。

转归：本证属肺痿的早期证候，肺卫为燥邪所伤，病变尚浅，若能及时诊断并使用清肺润燥止咳之品，可望取得良效，预后较好。若不能正确诊治，则病邪渐进，损伤肺叶，形成不可逆转之势，致使咳嗽反复发作不已，并伴随出现其它征象，如喘息、吐涎沫等。清代·喻昌在《医门法律·秋燥论》中指出："惟肺燥甚则肺叶痿而不用，肺气逆而喘鸣，食难过膈则呕出，三者皆燥证之极也。"对于其预后，唐代·王焘在《外台秘要·卷九·许仁则疗咳方》指出："肺气嗽者，不限老少，宿上多热，后因饮食，将息伤热，则常嗽不断，肺气衰便成气嗽。此嗽不早疗，遂成肺痿。"提示早期治疗的重要性。

治法：清肺润燥止咳。

方药：桑杏汤（《温病条辨》）加减。

桑叶　杏仁　沙参　梨皮　淡豆豉　浙贝母

加减：津伤严重者加麦冬、玉竹、百合以滋阴肺阴；热象明显者加知母、石膏、虎杖、鱼腥草以清肺泄热；痰中带血丝者加白茅根、荷叶以清热止血；如经久不愈，或愈而复发，表证不著者，可改用止嗽散以直清余邪。

临证参考：本证属肺痿之初起阶段，易为疏于重视。但此期若能及时正确予以诊治，可望获愈。此阶段的治疗应因势利导，宣通肺气，清润肺燥，俾咳自止。不能单纯见咳唯止咳。正如明·李梴《医学入门·咳嗽》中所云："新咳有痰者外感，随时解散；无痰者便是火热，只宜清之。久嗽有痰者燥脾化痰，无痰者清金降火。盖外感久则郁热，内伤久则火炎，俱宜开郁润燥。……苟不治本而浪用马兜铃、粟壳涩剂，反致缠绵。"清代·沈金鳌在《杂病源流犀烛·肺病源流》中亦指出，肺痿早期治疗的原则是"宜急治之，切忌升散辛燥温热"。清代·陈士铎在《石室秘录·燥论》指出此证早期治疗的重要意义："此等病是

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺气之燥，肺金之气一燥，即有意外之虞，若不急治，必变肺瘘。”陈氏还强调了本证善后的重要性并给出具体方药：“燥病既除，善后之计惟大补肾水，水足则肺金有养，方中六味汤加麦门冬、五味子治之可也。”另外，朱震亨也提出，这种肺瘘的难治性干咳嗽应先予逍遥散之属，再继予补阴可愈。这些论述均可谓经验之谈，临床可资参考。

7.1.2 痰浊阻肺

临床表现：咳喘痰多，色白粘腻或呈泡沫状，短气喘息胸闷，稍劳即著，恶风易汗，倦怠乏力可兼见恶心，纳呆，口粘无味。此证患者多咳痰不爽，日久化热或阳盛体质从化者，可见有喘息气急，甚则鼻翼煽动，咳嗽咯痰色黄质粘，身热汗出，烦闷或痛，舌质偏淡，舌苔薄腻或浊腻，脉濡滑。

转归：本证为由表及里、由轻转重之过渡。其预后取决于身体素质的强弱与遣方用药的及时正确与否。肺弱脾虚，可知病已及脾，呈虚实夹杂之象。若扶正祛邪运用得当，可望阻止疾病进展而向愈；否则，邪羁日久，致使虚更虚、实愈实，以致形成瘀血。进一步发展亦有从寒从热之别。咳喘痰多，呈泡沫状多为寒化；若出现烦躁喘促，口渴，脉浮滑，舌红苔黄，为热化之象。

治法：健脾燥湿，化痰止咳。

方药：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

半夏　陈皮　茯苓　炙甘草　苏子　厚朴

加减：寒象明显者，加细辛、干姜以温肺化痰，表寒内饮者，以小青龙汤散寒化饮；热象明显者，加桑白皮、瓜蒌、黄芩、鱼腥草以清肺热，或用小青龙加石膏汤清郁热；痰热伤阴，口干唇燥者，加花粉、知母以生津润燥；有热化趋势者，用千金苇茎汤；阴伤痰量减少者，去苦寒之味，加沙参、麦门冬以养阴。

临证参考：本证重点在于辨别标本之孰轻重与从化之趋势。若能辨明，则可望逆转。但多数情况是，病至此阶段已呈慢性反复发作，故难取速效。应随时调方，并注意利用疾病稍缓的有利时机，坚守“缓则治其本”的原则，以期根治其疾。即或邪盛，不能见痰唯祛痰。确如清·喻昌《医门法律·肺瘘肺痈门》所指出的那样：“……凡属肺瘘肺痈之咳，误作虚劳，妄补阴血，转滞其痰，因致人不救者，医之罪也；凡咳而渐致气高汗渍，宜不俟喘急痰鸣，急补其下。若仍治标亡本，必致气脱卒亡，医之罪也。故行峻法，大驱涎沫，图速效，反速毙，医之罪也。”此律应在临床引以为戒。

7.1.3 气滞血瘀

临床表现：咳嗽浊唾涎沫，其质或稀或稠，或咳痰带血，胸闷痛短气，口唇爪甲青紫，舌质暗红或有瘀斑、瘀点，脉虚而涩。

转归：气滞血瘀的形成，往往意味着疾病的可逆转性变得愈加困难。瘀血虽为标实之候，但却是疾病由气及血、由浅入深、由实转虚的标志。正如汉·张仲景《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》所云：“五劳虚极羸瘦，……内有干血。”临床所见肺瘘多是在此阶段方引起重视并被诊治。若此时能及时准确地辨治，把握好理气祛瘀与补虚之间的分寸，或可阻止疾病演进，否则痼疾一旦形成，则难以根除，致使病情进一步恶化发展。

治法：理气活血。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

柴胡　枳壳　赤白芍　香附　川芎　当归　炙甘草

加减：口干口渴、咳吐涎沫者，加麦冬、干地黄以养阴；涎沫稀薄、形寒肢冷者，加干姜、人参以温阳益气；瘀象明显者，酌加桃仁、红花、丹参及水蛭、䗪虫、地龙等虫类药，或用血府逐瘀汤；伴咯血者，慎用逐瘀药，可选用活血止血药，如三七、阿胶。

临证参考：从某种意义上讲，此证程度不同地贯穿于各证候之中。无论是肺阴虚、肺气虚寒，或寒热错杂，皆可致气滞血瘀。因此，当瘀血成为主要矛盾时，应专于理气活血；偏于阴虚者佐以养阴；虚寒者佐以温肺。致令肺气振，气行血行。另一方面，理气活血亦有助于肺气恢复。本证虽为气滞血瘀，实则属于标候。其本仍为肺气虚弱。因此，虽有“不去其瘀，病终不愈”之说（清代柳宝诒语），但化瘀仍不能忘补虚，用药不可太燥太寒，以免伤肺气。

7.1.4　肺阴亏损

临床表现：咳嗽涎沫浊唾，其质较粘稠，或咳痰带血丝，咳声不扬，甚则音嘎，气急喘促，口渴咽燥，形体消瘦，午后潮热，皮毛干枯，舌红而干，脉虚数。

转归：此证临床最为常见。若能刻刻注意保护津液，重视调理脾胃，可得将息延年。如若不然，久延伤气，每可转为虚寒证，出现咳吐涎沫，质清稀量多，口不渴，短气不足以息，头眩，神疲乏力，形寒食少，小便数或遗尿；或因滋润不利，出现既有咳吐脓血、口燥咽干，又有下利肢冷、形寒气短之上热下寒、寒热错杂之候；甚或出现欲咳不咳、咳出干沫、上气喘满、或燥而渴、大便溏薄或下利白沫、声嘶喉哑、脉虚而数、按之涩等危象。若出现此等情况则提示预后不佳。

治法：滋阴清热，润肺生津。

方药：麦门冬汤（《金匮要略》）合清燥救肺汤（《医门法律》）加减。

麦冬　人参　半夏　炙甘草　粳米　大枣　桑叶　阿胶　胡麻仁

加减：出现虚烦、呛咳、呕逆者，为火盛之象，去大枣，加竹茹、竹叶以清热和胃降逆；咳吐浊唾粘痰、口干欲饮者，加花粉、知母、川贝以生津润燥；津伤严重者，加沙参、玉竹以养肺阴；潮热者加银柴胡、地骨皮以清虚热退蒸；虚热肺痿之平稳期，可常服清肺膏或琼玉膏以资调理。喘息明显者酌加牛膝、山萸肉、五味子以纳气平喘。

临证参考：本证为肺痿之常候，一般以严重程度不同而分为阴虚及燥热偏盛者。前者用麦门冬汤加减则可；若出现干咳少痰、咽痒气逆者，属于燥热偏盛，应予清燥救肺汤合之；若仍难以做到药逮其症，进一步发展可出现欲咳不咳、咳出干沫、上气喘满、或燥而渴、大便溏或下利白沫、声嘶喉哑、脉虚而数、按之涩等症，此属肺津干涸，肺气衰微，殃及母子之象，应予调理脾肾，以甘辛合用，甘以滋液，补脾助肺，培土生金，益气生津，俾气能化津，水合于正化，从而达到益肾纳气之功。

本证治疗还应注意长于守方，以求缓功。切不可妄用燥热之药，以免助火伤津。亦应忌用苦寒滋腻之品，以防碍胃。更不能滥用峻剂以驱逐涎沫，犯虚虚之戒，“图速效，反速毙”是之谓也。养阴润肺同时兼顾脾肾，人参、半夏、甘草、粳米为临床不可或缺之品，口干明显者，可加大人参用量；寒热错杂者，应予平调阴阳，以半夏泻心汤化裁治之。

7.1.5　肺气虚寒

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：咳唾涎沫，质清稀量多，口不渴，短气不足以息，头眩，神疲乏力，形寒食少，小便数或遗尿，舌质淡，脉虚弱。

转归：本证较之阴虚者虽属少见，但其证更重。若能通过温阳药物的合理应用，俾阳气渐复，则病情可获平稳或好转。临床上其好转的标志是痰涎量减少。需要注意的是，也不能完全惟痰涎的减少与否而论。如若温补不利，致使其气愈虚，其津愈涸，则亦可出现痰涎减少的情况，但这是病情加重的征象。每可转化为阴阳两虚的证候，以致出现喘脱的危象。因而，临证时除注意观察痰涎量外，还应结合全身情况，以正确判断其预后转归。

治法：益气温阳。

方药：甘草干姜汤（《伤寒论》）加味。

炙甘草　炮干姜　人参　生姜

加减：大便溏薄者，加白术、茯苓以健脾益气；尿频、唾涎量多者，加益智仁、附子以温肾阳固脾肺；咽燥而咳者，去干姜，加大枣、百合以滋阴生津润燥；喘息短气著者，加钟乳石、五味子以纳气定喘，并可另配合吞服蛤蚧粉。

临证参考：肺痿主要是由肺系多种疾病久延转化而来。虚寒证较之虚热证虽属少见，但其证更“虚”，以致每每出现“上虚不能制下”的病机与症状。故治疗应急予温阳益气之法，人参、干姜之用意即在子此。合用甘草，旨在甘温扶脾，温肺复气，亦即培土生金、虚则补其母之意。是否可用温热药物，应依具体情况而定。不能拘于“不可妄投燥热”之训。此说本是意在强调肺阴既伤，针对此情，以防竭其阴液。但病虚寒者，阴损及阳。无阳则脾胃不能生津液，肺阴亦无望恢复。因此，温阳时应酌用润燥之品。清代喻昌在《医门法律·肺痿肺痈门》中对此有深刻认识：“凡肺痿病多不渴，以其不渴，漫然不用生津之药，任其肺日枯燥，医之罪也；以其不渴，恣胆用燥热之药，势必镐镐不救，罪加等也。”可谓要言不繁。

7.1.6　气阴两虚

临床表现：喘促短气，气怯声低，喉有鼾声。咳声低弱，咳痰稀白，汗出，畏风；呛咳痰少质粘，烦热，咽喉不利。可兼见食少便溏，肢倦乏力。呼多吸少，气不得续，动则喘甚。或见形瘦神疲。舌红少津，脉虚细数。

转归：本证之预后转归关键在于是否能辨明气与阴及肺脾肾受损之主次。若能准确辨证，可望缓解；肺之气阴虚损不愈，殃及脾肾，可出现喘促气不得续、面红、咽干、烦躁、足冷、汗出如油、肢冷、面色青紫。此为阴损及阳之危候，预后不佳。

治法：益气养阴。

方药：炙甘草汤（《伤寒论》）加减。

炙甘草　人参　桂枝　生姜　阿胶　生地　麦冬　火麻仁　大枣

加减：自汗畏风者，加黄芪、防风以固表止汗；喘息者，加冬虫夏草；动则喘甚者，加紫石英、胡桃肉以补肾纳气；食少便溏，腹中气坠者，予补中益气汤以补脾养肺，益气升陷；喘逆便干者，加苏子、牛膝以降逆通便。

临证参考：本证属晚期重症，重在将息调理。炙甘草应重用至 30～60g。必要时配合西药治疗。

7.1.7　阴阳俱损

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：喘促气不得续，面红，咽干，烦躁，足冷，汗出如油，舌红少津，脉虚细数，浮肿，肢冷，面青；或喘逆剧甚，张口抬肩，鼻煽气促，端坐不能平卧，心慌动悸，烦躁不安，面唇青紫，汗出如珠，脉浮大无根或见歇止，神识不清。

转归：病至此期，恐为一般药力所不逮。患者多预后不佳，最终可至阴阳离绝，呼吸殆停而亡。

治法：回阳救脱，纳气定喘。

方药：依具体病情而定。

偏于肾阳虚者，予金匮肾气丸合参蛤散加减以温补肾阳、纳气平喘；偏于肾阴虚者，予七味都气丸合生脉散以滋阴纳气；阳虚停饮、上凌心肺者，予真武汤加味以温肾益气行水；肺气欲绝、心肾阳衰之喘脱危候，急予参附汤送服黑锡丹、蛤蚧粉以扶阳固脱，镇摄肾气。

临证参考：本证为肺痿病之最后阶段，各种变证纷现，应注意密切观察病情变化，权衡主次，细辨阴阳。并需酌情配合西药等急救措施，以期挽其亡阴亡阳之危局。

7.2 按主症辨证论治

临床上，肺痿患者多是以某些较为突出的临床症状为主诉。若直对其主症进行有针对性的治疗，往往能起到理想效果。以下分别对其常见主症进行论述。

7.2.1 以咳嗽为主

肺痿之咳嗽，多由虚损而来。而虚与损又有程度的不同。虚是气血阴阳之虚，损乃脏腑组织之损，两者有轻重深浅之别。肺痿咳嗽，应首先据其症状，以明病位所在脏腑之标本，再析其气血盛衰与寒热演变，辨其阴阳虚实而后论治。就其病位而言，可谓与五脏六腑皆有关系。但首先固当责之于肺，再须识其标本之所在。正如明代·张景岳在《景岳全书》所云："外感之咳，其来在肺，故必由肺以及他脏，此肺为本而他脏为标也。内伤之咳，先因伤他脏，故必由他脏以及肺，此他脏为本而肺为标也。凡治内伤者，使不知治他脏而单治肺，则真阴何由以复，阴不复则咳终不愈。"又云："凡内伤之嗽，必皆本于阴分。何谓阴分？五脏之精气是也。然五脏皆有精气，而又惟肾为元精之本，肺为元气之主。故五脏之气分受伤，则病必自上而下，由肺由脾以及于肾；五脏之精分受伤，则病必由下而上，由肾由脾以及于肺；肺肾俱病，而他脏亦不免矣。所以劳损之嗽，最为难治，正以其病在根本，而不易为力也。病在根本，尚堪治不求本乎？"此观点既说明了肺痿之咳的难治性，又给出了诊治中辨别阴阳气血虚实标本的重用意义。

临证时如何辨别其阴阳虚实是取得疗效的关键所在。一般而言，阳虚者多可表现为面色萎黄或㿠白，或黧黑，印堂青暗，虚怯少神，唇甲乌白，声低息短，身重畏寒，不思饮食，口多涎唾且清稀，二便自利，舌质多为淡白或淡红，舌苔白或腻。若阳虚已极，则津液干涸，脉多为沉迟无力；阴虚者多表现为肌肤干燥，虚烦不眠，咽干口燥，干咳无痰或痰少而粘，不易咯出，舌质红或绛，舌苔干少津，脉细数虚。关于其治疗，清代·喻昌在《医门法律》中的论述可谓颇有足珍："……咳，治各不同，火盛壮水，金虚崇土，郁甚疏肝，气逆理肺，食积和中，房劳补下，用热远热，用寒远寒，内已先伤，药不宜峻。"即治疗当分别其脏腑标本、阴阳虚实之不同而论。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.1.1 燥热伤肺之咳嗽

肺痿患者咳嗽反复发作难止，多为干咳无痰，或痰少粘稠不易咯出，鼻燥咽干喉痒，咳甚胸痛或咯出血丝，舌尖红，苔薄黄而干，脉细略数。

外感燥热之邪，持续不愈，最易演变为肺痿之候，以其伤津故也。反之，盖因其为肺痿之干咳，亦当先从燥热论之。感受外来燥热诸邪，致使肺津受烁，肺失宣降清肃之职，故可见干咳持续不解，以“热在上焦者，因咳为肺痿。”肺失清肃，气机不利，故咳甚胸痛；肺络受伤，则可见痰中带血丝。舌红苔干，脉细略数，均为燥热伤肺日久之象。总之，本证以外感后余邪经久未净，肺气失于宣肃之职，咳嗽（以干咳为主）缠绵不愈为特征。

治法：止咳清肺润燥。

方药：选用止嗽散（《医学心悟》）加减。

荆芥 桔梗 炙甘草 白前 橘红 百部 紫菀 紫苏 麦冬 贝母 知母

临床尚可常见有咳嗽日久不愈，以气逆作咳、阵阵而发为特征，兼见面红喉痒、咳引胁痛、干咳或咯痰如絮条状、难以咯出者，为肝郁化火刑金，肝旺肺热之证。治疗当遵丹溪之验，先宜疏肝清热，以逍遥散或小柴胡汤加味（桔梗、黄芩、桑白皮之属）；待郁热之象祛除后，继以滋阴润燥止咳，予六味地黄汤加味（麦冬、五味子等），每可收到奇效。

7.2.1.2 阴耗津涸之咳嗽

肺痿患者干咳久久不愈，咳声低怯，或咳出少量干沫，消瘦少食，渴欲饮冷，舌干红少津，脉细数而虚。

肺痿之干咳不愈者，是为燥热之邪所伤，但以上方治疗乏效。因其阴伤液枯已臻严重，肺热熏灼，为一般清肺润燥药物所不逮；或因肺气衰微，殃及母子，致津枯液涸，肺脾肾俱衰。热烁津液，本应无痰，但以其肺气已虚，通调失职，不能敷布脾气上散之津液，又为热所熏灼，致成白沫，随肺气上逆而唾出矣。此类干咳，非滋真阴、补脾胃所不能愈也。

治法：滋阴润肺，补益脾肺。

方药：选用清燥救肺汤（《医门法律》）加减。

人参 炙甘草 炙枇杷叶 桑叶 石膏 杏仁 麦冬 阿胶 炒胡麻仁 生姜

7.2.2 以喘息为主

肺痿患者以喘息见症者，早期常表现为劳力后气短，后渐次加重，出现稍动则喘，气不足以息，可伴见自汗畏风，轻咳其声低弱，咳痰稀白，或呛咳痰少质粘，咽喉不利，舌质淡红或舌红苔剥，脉软弱或细数而虚。

肺痿总由肺脏虚损而来。先有虚而继之损。肺为气之主，肺虚则气失所主，故短气而喘息，咳声轻而低弱；肺气虚弱，卫外不固，故自汗畏风；舌淡红、脉软弱为肺气虚弱之象；若见呛咳痰少、咽喉不利，则为肺阴虚之象，其舌象为红而苔剥脱，脉细数而虚；若动喘以致呼多吸少，气不得续，形瘦神疲，为肺病深及脾肾，下元不固，气失摄纳之故。其舌象转为质淡，脉沉细无力。

治法：益肺补肾平喘。

方药：选用补肺汤（《永类钤方》）加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

人参　黄芪　熟地　五味子　紫菀　桑白皮　蛤蚧　胡桃肉

肺痿作喘者，非只肺虚，而已肺损。是故多为肺脾肾均受累及。其初起多以肺虚为主，以补肺汤合生脉散可也。若表现出寒痰内盛者，可酌加钟乳石、苏子、款冬花以温肺化痰定喘；若阴虚著者，可加沙参、玉竹、百合以滋补肺阴。损及于肾者，其偏于阳虚者用金匮肾气丸合参蛤散以温补肾阳，纳气归肾；偏于阴虚者，用七味都气丸以滋阴纳气。若损及于脾，脾肺同病，食少便溏，可用补中益气汤以补脾益肺，升阳举陷。若喘逆剧甚、张口抬肩、鼻煽气促、不能平卧，甚则心悸烦躁，面青唇紫、汗出如珠、肢冷、脉浮大无根或有歇止，为肺气欲绝，心肾阳衰之喘脱危象，应急予参附汤送服黑锡丹、蛤蚧粉以回阳固脱、镇摄肾气。

7.2.3　以吐痰唾涎沫为主

吐痰唾涎沫为肺痿的常见症状，治疗时应予重视。痰，古作淡，淡与澹通。形容水的淡荡流动。痰之本，水也，肾为水脏，故其源于肾；痰之动，湿也，脾能化湿，故其主于脾；痰之成，气也，肺主气，故其贮于肺。因而临床亦有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的说法。肺痿之咳痰唾涎，与多个脏器有关，但主要关乎肺脾肾三脏；其证虚实皆有，但是以虚为多。张介宾对此所论颇详，他认为“痰即人之津液，无非水谷之所化，此痰亦既化之物，而非不化之属也。但化得其正，则形体强，荣卫充，而痰涎本皆血气；若化失其正，则脏腑病，津液败，而血气即成痰涎。”

肺痿之痰涎，属虚者十之八九，其来渐去迟，病著难愈。对其治法明代·张景岳亦有所论，他在《景岳全书·痰门》中说：“法无他，但能使元气日强，则痰必日少，即有微痰，亦不能为害，而且以充助胃气。若元气日衰，则水谷津液，无非痰耳，随去随生，有能攻之使尽，而且保元气无恙者，吾不信也。故善治痰者，惟能使之不生，方是补天之手。”可谓真知灼见，值得临床借鉴。

7.2.3.1　阳虚寒燥之唾涎

肺痿患者频频咳吐浊唾涎沫不止，多呈泡沫状，或为粘稠白沫，泛泛欲吐，短气不舒，咽燥而渴，苔白，脉虚数细弱。

此寒燥致痿，清代魏荔彤所述极为形象，他在《金匮要略方论本义》中谈道：“肺叶如草木之花叶，……有冷之萎，如霜杀之则干也。”对于这一证候的病机，清代汪昂在《医方集解》中所论颇详：“肺痿者，肺气虚惫而肺叶枯萎。此乃清燥之甚，如秋树之枯叶，非由火热而肺枯。反多唾者，不能复受津液，则胃气上蒸者，皆化痰涎而已，痰涎积膻中，津液不复流布，故心中温温液液。”即寒燥伤肺，津液不得敷布，故成斯证。

治法：温润行气，化燥祛涎。

方药：选用生姜甘草汤（《备急千金要方》）或甘草汤（《外台秘要》）加减。

生姜　人参　甘草　大枣

若属寒燥之痿而服之不效，或出现脉虚细微弱或结代者，为寒燥肺痿之重症，应改用炙甘草汤。

炙甘草　桂枝　生姜　麦冬　麻仁　党参　阿胶　大枣　生地

7.2.3.2　气虚寒湿之唾涎

肺痿患者，吐涎量多而清稀，多浊唾，不咳，即咳亦不甚或不爽，口不渴而臭，头

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

眩，短气恶寒，神疲乏力，饮食减少，小便数或遗尿，舌质淡，苔白腻，脉虚数。

对此肺痿证候，近代曹颖甫在《伤寒金匮发微》一书中曾有过形象的论述："痿之言萎，若草木然，……水泽渍之则腐而痿。"肺气虚损，病久伤及肺阳，并及于脾肾。肺气虚津液不能敷布，脾气虚不能运化水湿致成寒湿之肺痿。津液不布，反为痰涎；肺中冷，上虚不能制下，故见尿频数或遗尿；脾虚则见神疲乏力少食。曹氏对其病机亦有解释："肺中冷，实为肺寒，眩为水气上冒，多涎浊，则寒湿在上也。"其不渴，亦为有寒湿水气之故；不甚咳则为肺气虚极，排痰力弱，故咳而亦不爽利。

治法：辛甘化阳，温复肺气。

方药：选用甘草干姜汤（《金匮要略》）加减。

炙甘草　炮干姜　大枣　黄芪　党参　茯苓

7.2.4　以瘀血为主

肺痿患者咳唾涎沫，其质或稀或稠，或咳痰带血、胸闷胸痛、短气、皮毛干枯、骨蒸消瘦、唇甲青紫、甚或颜面紫黯、指呈杵状，舌质暗红有瘀斑、瘀点，脉虚数，按之涩。

肺气虚日久，无力推动血行，血行为之滞缓而成瘀；气虚导致肺之宣肃失职，气机不畅，滞于胸中，故见胸闷胸痛；久咳伤及肺络，络伤则见咳血，离经之血瘀阻于内，阻碍肺气，使肺失宣降，复加重血瘀；津枯液涸，肺失濡养，故见皮毛干枯；血瘀于肌腠之间，则变骨蒸，毛发焦折，形体消瘦；肺中津液不能正常运行，积于肺中而成浊唾涎沫；舌质暗红，有瘀斑瘀点，脉虚按之涩，均为瘀血之征象。

治法：活血化瘀，益气行气。

方药：选用代抵挡丸（《证治准绳》）合血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

醋炒大黄　当归　生地　穿山甲　桃仁　牛膝　黄芪　桔梗　枳壳　柴胡　炙甘草　苏子　茯苓　半夏

对于以血瘀为主要见症的肺痿患者，临证时应注意以下几方面。首先，必须认识到尽管是以血瘀为主，但其仍属本虚标实之候。一般而言，其标在肺，其本在肾。因此，在祛瘀的同时，刻刻不能忘补虚。体弱而不便于峻攻者，宜攻补兼施，可用参苏饮以保肺祛瘀。即使体质尚能耐受，也应时时虑及攻伐日久而伤正致虚。故宜亟攻以速祛其瘀。补虚者，以肺胃为先，以肾为要。盖肺为华盖，外主皮毛，内主治节，肺虚则津枯致瘀。应以滋补肺阴为法，应予辛字润肺膏或用地魄汤（方出《血证论》）。并可常服生脉散、黄芪糯米汤加阿胶、麦冬。偏于肺阳虚者，用保元汤以致肺阳布散，阴翳自消。又肾者气之根，阴虚阳无所附，气不归根，故见浮喘咳逆，此为肾阴虚所致，宜用三才加五味、沉香。肾阳虚不能化水，可见腰痛便短，气喘咳逆，宜用肾气丸加五味治之。

另外，活血同时应注意行气药的运用。散气以解血故也。气滞于膈上者加香附、瓜蒌、生姜。气滞于右者加桑皮、陈皮。气滞于左者加青皮、牡蛎。瘀象著者，可酌用虫类药物以破其瘀血。右侧不得卧，翻身咳甚，加用鳖甲、莪术、青皮。左侧不得卧，翻身咳甚者，加郁金、桑皮、姜黄。皮毛干枯，肌肤甲错者，可用大黄䗪虫丸治之。运用活血化瘀法应注意，便溏者慎用，此为预后不佳的表现。咳血者慎用，可改用三七、阿胶等活血止血之品。最后，还应注意善后问题。瘀血既去散，但其仍处于血分之中，瘀血散而恐复聚。应予调血和气，俾不复积，常用逍遥散加丹皮、香附或归脾汤加柴胡、郁金致血调气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

和，以固其疗效，防其复发。

7.3 辨 病 论 治

辨证论治是中医学的特色，而辨病论治同样是提高中医临床疗效的一个重要手段。所谓辨病论治，即是在中医理论的指导下，以西医的病理与中医的病机相结合探讨疾病内在联系及规律的治疗方法。对于肺痿病而言，辨病论治尤其重要。既往资料一般均是依据其临床症状，把肺痿的辨治范畴扩大到几乎所有呼吸系统疾病甚至其它系统的部分疾病（如心源性哮喘）。如此涵盖的缺点是显而易见的，即因其专指性不强而往往失之空泛，从而很难药对其证，缺乏针对性，最终影响了临床疗效的提高。

根据历代中医所谓肺痿的病名定义、病机特点、临床表现特征及其病性等诸方面的论述，结合对西医学的有关认识，目前越来越多的学者主张将各种原因所致的肺纤维化归诸肺痿的辨治范畴。如此认识更具可行性、科学性与合理性。兹就中医对此的辨病论治的有关内容介绍如下。

7.3.1 肺泡炎

病理特点：无论何种原因所致的肺纤维化，发病伊始多数均有一个肺泡炎的经过，这是本病的早期阶段。此时肺实质尚未受到损伤，仅表现为肺泡间隔内各种炎性细胞浸润，并渐见肺泡壁增厚，肺泡腔变形。此阶段的病理变化尚属可逆。因此，及时认识并采取有效措施治疗肺泡炎，对于肺纤维化的治疗与预后具有战略上的重要意义。如不能及时治疗，长期肺泡及肺实质的炎症最终将触发间质细胞增生，使炎症区域形成纤维化，导致不可逆的病理变化。

诊断：从临床症状看，ILD 之肺泡炎与其它呼吸系统及非呼吸系统疾病无明显特异性，在此期影像学检查亦可无异常发现或与一般肺部炎症表现相同。目前认为，对此病具有诊断价值的是肺功能检查。其中主要是 DLco 较为敏感。即许多患者在无任何临床症状和 X 线异常发现之前便见 DLco 下降，如能同时在系列检测中发现肺总量或肺活量逐渐下降，并结合 HRCT 检查及考虑易感性，则会更有助于早期发现。

临床特点：多数肺泡炎患者临床以干咳为主，亦可见有少量粘痰或痰中带血丝，咽燥口干，有时伴见发热，胸痛，气急。舌尖红少津，苔少或薄黄，脉细略数。

治法：清肺润燥止咳。

方药：桑杏汤（《温病条辨》）合百合固金汤（《医方集解》）加减。

桑叶　杏仁　沙参　川贝母　生地　桔梗　知母　百部　甘草

本病重在燥热伤肺的持续难解。故用大量清肺润燥之品，以期养肺阴、润肺燥、止干咳。若属放射性肺炎，应酌用清热解毒之药，如鱼腥草、虎杖、连翘等；咳血者加白茅根、侧柏叶；热甚者加石膏、丹皮；气短者加西洋参、黄芪。

7.3.2 肺纤维化

病理特点：在此阶段肺泡炎变为慢性，肺泡的非细胞和细胞成分进行性地遭受损害。间质胶原紊乱，大量纤维组织增生，逐渐加重终至出现弥漫性无功能的囊性变化，成为不可逆转的改变。

诊断：X 线早期表现是磨玻璃样阴影，进一步发展可呈现结节状、网状或网状结节状

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴影或呈蜂窝状肺。病至此期一般较易作出诊断。

临床特点：咳嗽持续不断，干咳或咳痰，喘息动甚，唇甲紫绀，合并呼吸道感染可出现发热咯黄痰等。

治法：益气润肺，佐以化瘀解毒。

方药：炙甘草汤（《伤寒论》）加减。

炙甘草　人参　生地　麦冬　阿胶　黄芪　百合　蛤蚧　红景天　牛膝　桃仁　三七　鱼腥草　虎杖

本病总属虚证，多为由肺及脾、肾，阴损及阳。伴见实象者，亦属本虚标实之候。临证时关键在于权衡标本之轻重缓急，随时调整用药。其治疗的最终目的是减轻症状、延长寿命，不宜追求解剖病理上的复原。如就临床所见，经常是患者的症状有所缓解，但胸片并无改变。肺通气功能的好转也并不意味着病理上好转的可能。

7.4　临床用药经验与体会

7.4.1　养阴润肺法

肺痿最为常见的证候是肺燥津伤，故养阴润肺法是治疗肺痿的主要治法。养阴润肺，意在滋肺阴之枯、润肺焦之燥，从而达到清金生津、举萎挽废之能。后人多宗仲景金匮肺痿篇中的“麦门冬汤”。直至清代喻嘉言创立“清燥救肺汤”，补充和完善了其治疗用药，是对仲景养阴润肺法的一大发展。

养阴润肺的常用药物有：麦冬、人参、甘草、沙参、枇杷叶、桑叶、石膏、阿胶、知母、百合、川贝母等。其中麦冬、人参为主药。麦冬味甘微苦，性微寒，入肺、胃经。具有清肺养阴、润燥生津之功效。专主用于肺阴亏损，燥咳口干之证，尚能益胃生津。《别录》言其能“疗虚劳客热，口干烦渴，止呕逆，愈痿躄，强阴益精，消谷调中，保神，定肺气。”人参味甘微苦，性微温，归肺、脾经。大补元气，生津止渴，补益脾肺。《药性本草》谓其“主五劳七伤，虚损瘦弱……治肺痿。”此二味主药一温一寒，共成润燥生津益肺之功效，是养阴润肺法的代表用药。甘草益肺补脾，止咳化痰。沙参具有清肺热、养肺阴、止咳祛痰的作用。《本草纲目》云其“治久咳肺痿。”百合是润肺止咳之妙药。适用于阴虚久咳，痰中带血，虚烦惊悸等证。石膏主清肺胃之热。知母清热且能滋润肺燥，生津降火。《日华子本草》言其有“消痰止咳，润心肺”之功。贝母清热化痰，润肺止咳。桑叶为解表药，具有清肺润燥之能，多用于燥热伤肺不解之证。枇杷叶为止咳平喘化痰、清肺泄热之品，《本草从新》言其“清肺气，降肺火，止咳化痰，止吐血呛血，治痈痿热毒。”阿胶本为滋阴补血止血药，但也有清肺润燥止咳之功。如《本草纲目》指出，阿胶“疗……虚劳咳嗽喘息，肺痿唾脓血……。和血滋阴，除风润燥，化痰清肺，利小便，润大肠。”上述诸药合而用之，对于肺痿常见证候阴虚肺燥所引起的咳嗽，咽燥等症状具有良好效果。

7.4.2　温肺益气法

温肺益气法是中医治疗肺痿的传统治法，常用药物有：炙甘草、炮干姜、人参、党参、黄芪、山药、黄精、白前等。其中甘草为主药。甘草，干姜甘辛合用，甘以滋液益气，辛以散寒温肺。甘草入脾益肺，干姜温补脾肺，使气能化津，水合而正化；人参大补

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

元气，党参味甘性平，人脾肺经，能补肺气，健脾土。《本草纲目拾遗》云："党参，治肺虚，益肺气。"；黄芪补肺助脾升阳，固表止汗；山药既能补气又可养阴，为平补肺脾肾三经之良药，且稍有涩性。适宜于气阴两虚久咳，遗尿之证；黄精补脾之气阴，兼能润肺燥，益肾精，多用于肺肾两虚咳喘之证。白前辛苦，微温，主人肺经，具有降气，消痰，止咳之功。上药合用，共成温肺益气之功，对肺气虚寒之肺痿咳喘可谓理想治法。

7.4.3 活血化瘀法

随着对肺痿病研究认识的不断深入，活血化瘀法在近年来越来越受到重视。其常用药物有：桃仁、牛膝、郁金、延胡索、当归、毛冬青、三七、水蛭、䗪虫、地龙等。其中桃仁、当归为主药。桃仁味苦甘，性平，人心、肝、大肠经。苦能泄降导下以散瘀血，甘能调畅气血以生新血，祛瘀生新，走而不守，泻多补少，尚能治气逆喘咳，并有润肠之力。临床如无脾虚便溏且少伤正气之虞者，可酌情重用（30～60g）。当归为补血活血之要药，亦有润肠通便之功，《本经》言其"主咳逆上气"。以上二药对于气虚血瘀，津亏便干，咳逆喘息者最为适宜。近年药理研究发现其具有抗纤维化的作用。牛膝性善下行，直趋肝肾，能逐瘀通脉，补肝肾，强筋骨。对于肾虚血瘀动喘者尤为适宜。郁金味辛苦，性寒，主入肺、心、肝经。能入血分而行血中之气，具有行气破瘀，清心解郁，凉血止血之功。延胡索辛苦微温，入肺、脾、肝经。具有活血行气止痛之能。毛冬青在活血化瘀药中专入肺经，其辛以散结，苦能泄降，寒可清热。长于活血通脉，清热解毒，止咳化痰。对有干血、死血且正气尚存者可用。但对正气不足，或有出血者当慎用之，以免伤正动血。瘀血肺痿出现咳血者，三七应为首选药物。取其散瘀血之功，临床一般用粉剂 3g 分冲服用。地龙的药理作用主要是解热、镇静、平喘。另外，还可加用阿胶以养血活血。并酌用止血药物，如仙鹤草、藕节、侧柏叶等。仙鹤草、藕节均为收敛止血之品，但前者尚有补虚强壮之能，而后者则兼具解毒活血之力。正如《大明本草》所说："藕节，解热毒，散瘀血。"侧柏叶为凉血止血药，且有清肺止咳祛痰的作用。此三者为咳血患者的常用药物。临床应用每多获效。

7.4.4 清热解毒法

传统认为，肺痿是由"肺热叶焦"所致，意即肺脏受热毒之邪熏灼，导致其叶焦萎不用。故可认为清热解毒法是经典的清肺润燥法的延伸和补充。清热解毒的常用药物有：鱼腥草、虎杖、牛蒡子、桑叶、丹皮、地骨皮、黄芩、败酱草、射干、马勃、穿心莲等。

体现清热解毒法的主要药物是鱼腥草和虎杖。鱼腥草味辛，性微寒，专入肺经。为肺系病清热解毒之要药，多用于肺热咳喘之症。虎杖原为治疗风湿痹证的药物，但近年临床与实验证实，本药对于呼吸系统感染所致的咳喘痰等症状尤为有效；牛蒡子辛散苦降，既能疏散风热之邪，又可清肺解毒，止咳祛痰。桑叶清肺热，润肺燥。此二者虽属解表药，但作为清热解毒治法，在疾病早期或并发感染者为常用之品。丹皮善入血分，既可散瘀，又能清血热而退骨蒸。凉血止血而不瘀滞，散瘀活血而不致血热妄行是其特点。地骨皮为清热凉血止血之品，尤善清肺火，退虚热，且略有生津之功。黄芩专于清肺火解热毒，《本草纲目》认为本药"治……火咳肺痿，喉腥，诸失血。"故为治疗肺热咳喘之要药。败酱草清热解毒，活血行瘀。射干、马勃同为清热解毒，消肿利咽之药。《本经》云射干"主咳逆上气，喉痹咽痛"。《本草备要》认为马勃的功用是"清肺解热，散血止嗽，治喉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痹咽疼，鼻衄失音”。《岭南采药录》认为其“……能理内伤咳嗽”。从中医理论看，上述诸药多能入肺经，由表及里专清肺热而解毒。

7.4.5 止咳化痰法

咳唾涎沫作为肺痿的主症一直是历代医家的共识。因而止咳化痰祛涎法在肺痿的治疗中始终占据重要的位置，具体应用如下：

7.4.5.1 润燥止咳 本法适用于以干咳为主者。常用药物有川贝母、桑叶、玉竹、知母、芦根、花粉、百部等。川贝母为主要用药。本药苦甘微寒，具有清热润燥止咳之功，临床常与麦冬、杏仁、紫菀、款冬花配合使用，效力益佳。《日华子本草》言其有“消痰止咳，润心肺”之功。蜜炙桑叶专于清肺润燥，用于燥热伤肺干咳咽燥之证。桑叶本为解表药，但以其具有清肺润燥之能而多用于燥热伤肺不解之证。玉竹甘微寒，归肺、胃经。功能养阴润燥、生津止渴。用于肺胃阴虚，燥热咳嗽之证。知母清热且能滋润肺燥，生津降火。用于治疗肺燥咳嗽，津伤口渴之证。芦根清肺生津而除烦，能导肺热从小便而出。花粉生津清肺润燥止咳，蜜百部润肺止咳而能降气。诸药合用，对于肺燥干咳之肺痿多能取效。

7.4.5.2 清热化痰止咳 本法适用于咳嗽咯痰粘稠，或黄或白，或黄白相间，其特点是质粘难以咳出。为痰热壅肺所致，故治宜清热化痰止咳。常用药物有全瓜蒌、生竹茹、桑白皮、海浮石、枇杷叶、马兜铃、前胡等。其中瓜蒌、竹茹为主药。瓜蒌味甘性寒，归肺、胃、大肠经，甘寒润降，导痰浊下行为其所长，能清热化痰，利气宽胸。竹茹味甘微寒，入肺胃经。具有清热化痰，除烦止呕之功能。桑白皮专入肺经，泻肺中之火而行肺中痰水，有泻肺平喘止咳之能。海浮石咸寒归肺经，能清肺降火化痰，《本草纲目》云“入肺除上焦痰热，止咳嗽而软坚。”枇杷叶化痰清肺止咳。马兜铃、前胡皆为清肺降气祛痰之品。

7.4.5.3 温肺燥湿化痰止咳 本法适用于咳嗽痰涎清稀量多之证。常用药物为清半夏、天南星、白芥子、皂荚、桔梗、白前、苏子、款冬花、橘皮、益智仁等。其中半夏、南星为主要用药。半夏味辛性温，入脾胃经。具有行水湿，降逆气之功。长于燥湿化痰。天南星亦为燥湿化痰之常用药。白芥子豁痰利气，孙思邈谓其“治咳嗽胸胁支满，上气多唾者”。皂荚辛散走窜，咸以软坚消痰，导滞除垢，祛痰通窍力胜。桔梗辛苦平，主入肺经，能祛痰利咽，宣肺止咳。白前为降气消痰之品。苏子下气消痰且能平喘。款冬花辛，微苦，温，专入肺经。能润肺下气，止咳化痰。药理研究发现其具有镇咳、祛痰、平喘作用。益智仁辛温，能温脾暖肾，专于摄唾开胃，固精缩尿。《本草备要》认为它能“摄涎唾，缩小便”。橘皮为燥湿化痰之品。

7.4.6 纳气平喘法

肺痿常可见不同程度的喘息症状。初起多为劳力后气短，逐渐发展致动喘、喘息、喘促甚至喘脱。此为由肺及肾的必然结果。治宜纳气平喘为法。常用药物有人参、蛤蚧、胡桃肉、海马、五味子、山萸肉、冬虫夏草、沉香等。其中人参、蛤蚧为主要用药。人参大补元气，用于肺气不足，气短喘促，脉虚自汗者。蛤蚧味咸性平，归肺肾二经，功能补肺气，助肾阳，定喘嗽，益精血。专用于肾不纳气之证。《海药本草》谓其“主肺痿上气，咯血咳嗽。”冬虫夏草味甘性平，归肺肾经，功能补肺化痰，益肾助阳。用于肺之气阴不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

足，久咳虚喘之证。《本草从新》言其能“保肺益肾，止血化痰，已劳嗽。”胡桃肉味甘微温，入肺肾经。具有补肺温肾润肠，定喘纳气之功能。海马甘温，能纳气平喘，补肾止遗。五味子酸温，入肺肾心经。本品五味俱备，惟酸独胜。虽曰性温，但温而性润。上能敛肺气止咳喘，下能滋肾水固下焦。山萸肉补益肝肾，收涩固脱。沉香暖肾纳气，常用于虚寒性肾不纳气之证。对于咳喘病久者，常可酌加用诃子肉、乌梅等收涩之品。其中诃子肉苦酸性平，入肺与大肠经。苦能降气，酸涩收敛，故能敛肺气而止咳逆，且能下气降火，清音利咽。多用于肺虚咳喘及久咳失音者。乌梅亦为敛肺止咳常用之品。

7.5 肺痿危急重症与变证的治疗

肺痿是一种慢性难治性疾病，随着病情演变，出现各种危重证候与变证是为必然。其证候的临床表现主要包括：喘急、咳血、音哑声嘶、消瘦、汗出、皮毛干枯、下利白沫、脉沉涩而急或细数无神等。其中喘脱、血证为肺痿最为常见的危急重症与变证。对此应当本着《普济方·肺痿附论》所提出的“当急救之”的法则予以治疗。现就此二端分述如下。

7.5.1 喘脱

肺痿之出现喘脱之候，临床有两种情况，但其治一也。常见者为慢性演变而来，即由气短，动喘而渐至喘脱证现；亦有少数一俟罹患，即现喘脱征象，是为暴喘，不容忽视。两者治疗遵循相同法则。

证候：呼吸浅短，急促难续，声低气怯，甚则张口抬肩，倚息不能平卧，咳嗽，咳痰状呈泡沫如雪，咯唾不利，胸闷心悸，形寒汗出，下利白沫，舌淡或暗紫，脉沉细无力或有结代。此为病久肺肾两虚，不能主气，纳气，故见呼吸浅短，急促难续，声低气怯，甚则张口抬肩，倚息不能平卧；寒饮内伏于肺，肾虚水泛，故见咳嗽，咳痰状呈泡沫如雪，咯唾不利；肺病及心，心气虚弱，心阳不足，故有胸闷心悸，形寒汗出；病久损及脾，脾虚而见下利白沫；肺失制节，气不帅血，气滞血瘀，故舌淡或暗紫，脉涩无力或有结代。

7.5.1.1 常用治法

治法：补肺益肾，纳气定喘。

方药：选用平喘固本汤（经验方）加减。

人参　黄芪　五味子　冬虫夏草　胡桃肉　沉香　灵磁石　苏子　紫河车　麦冬　款冬花　法半夏　橘红

无痰而仅咳喘短气者，为肺肾两虚，治宜补肺益肾，方用补肺汤化裁。

人参　黄芪　熟地　五味子　紫菀　款冬花　冬虫夏草　炙甘草

加减：肺虚有寒舌质淡者，加肉桂、干姜、钟乳石；兼见阴伤、低热、舌红少苔者，加麦冬、百合、生地；气虚血瘀，唇面青紫者，加当归、丹参、苏木、牛膝；如出现喘脱危象，神昧，汗出如珠，肢冷，脉微欲绝者，应急用参附汤送服蛤蚧粉（1.5g）或黑锡丹（3～4.5g）以补肾纳气，回阳固脱。若能得恢复平稳于万一，可予皱肺丸（《自一选方》：五味子、人参、桂枝、款冬花、紫菀、白石英、杏仁、羯羊肺）以敛肺益气，调理将息。

临证参考：临床出现本候者，多为渐积而成，难期根治。一般为预后不良之征兆。其基本病机为久病肺虚，影响脾、肾，终及于心；病性多由气虚、气阴两虚而至阳虚　在疾病发展过程中可因痰、饮、瘀血、热毒等各种病理产物的出现而加重病情。标本虚实或兼

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

夹或互为影响，终致邪盛正虚，加之诊治不利，患者体质本虚、高龄、病久缠绵等种种因素，致使变端纷现，提示预后极差。正如《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》所云："上气，面浮肿，肩息，其脉浮大，不治。又加利，尤甚。"其常见变端如因气不摄血而引起咳唾泡沫血痰，或吐血，便血；痰迷心窍，肝风内动，出现阴闭清窍，神明失用之证，表现为谵妄昏迷，抽搐震颤，循衣摸床，颜面青紫，身肿肢冷等，是为阴阳消亡，危笃之候，呃逆可危，恐为一般药所不逮，应配合必要的应急措施。

7.5.1.2 应急措施 以下各法用于神志不清，呼吸衰微者。

7.5.1.2.1 搐鼻疗法 用辛香走窜之品以宣通开窍，苏醒神志，兴奋呼吸。药用搐鼻散（细辛、皂角、半夏）合通关散（猪牙皂、细辛、薄荷、麝香）。上药共研细末，吹入鼻中，令其喷嚏，以取效为度。

7.5.1.2.2 针刺疗法 强刺激会阴穴，留针 1～2 小时，10～20 分钟捻转一次。亦可交替选用气舍、太冲、涌泉等穴位。

穴位注射：洛贝林 3mg，注射于曲池穴，两侧交替；回苏灵 8mg，注射足三里或三阴交，两侧交替；醒脑静 1～2ml，注射膻中、曲池、中府、肺俞、足三里，每 20～30 分钟交替穴位。

7.5.1.2.3 鼻饲疗法 取六神丸 20 粒，每日 3 次。伴见喉中痰鸣者，用苏合香丸 1～2 丸，每日 3 次。伴见烦躁抽搐谵语者，安宫牛黄丸 1 丸，每日 2～3 次。伴见肌肤紫斑，呕血，便血者，紫雪散 1～2 支，每日 3 次。

7.5.1.2.4 输液疗法 回阳固脱救逆、静脉滴注参附注射液或参附青注射液；益气养阴，静脉滴注生脉注射液或参麦注射液；理气救逆，取枳实注射液。

7.5.2 血证

肺痿之见血证者，以咳血为主。属临床危重证候。如《医学入门·血证》所云："唾中红丝，乃是肺痿，难治。"清代沈顾《病机汇论·血证门》亦指出："咳血杀人……咳血不易医。"明代王纶在《明医杂著·痨瘵》中指出："若先见血证，……宜先治血。"《血证论·吐血》亦指出："则存得一分血，便保得一分命。"均是认为对此证应及时治疗。同时对其难治性也有充分的认识。如《脉因证治·嗽血》指出："……内伤门损于肺者之难治也。"可见此证为历代医家所重视，因其难治且为危候，应急治之。

既往中医对此证候多分而论之。认为咳血、咯血、唾血病机不同，治疗各异。咳血为咳而出血，责之于肺；咯血为痰中带血丝，责之于心、肾；唾血的特点是血随唾出而无咳声，血与唾混杂而出，多责之于脾。但也有人主张通称为嗽血者。可见古人对于此证的认识之详。以今观之，如此分类的意义不仅在于其病名用词的细微差别，而更是意在强调临证应辨明其病机特点，以正确指导临床用药。故而不应拘泥于病名的遣词用字，应以准确辨别证候病机为临床目的。目前一般多将此证泛称为咳血。

7.5.2.1 常用治法 咳血总由肺络受损而来，以肺为娇脏，不耐寒热故也。如《医学入门·总论》所言："劳伤气虚挟寒，阴阳不相为守，血亦错行。"咳血一般可分为虚实两端，其实证多属火灼肺金，虚证多为气虚与阴虚。但肺痿之咳血则以虚证为多。具体证治如下。

7.5.2.1.1 实证 咳嗽痰中带血丝，其色鲜红。多见于疾病的早期阶段。证属心火

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上炎，灼伤肺络。治宜清火止血导热。方药可选用导赤散加黄连、丹皮、血余炭、蒲黄、天冬、麦冬、贝母等；或用地骨皮散加茯苓、射干、旋覆花、牛膝。

7.5.2.1.2 虚证

肺阴不足：咳血反复发作，量较多。治宜滋阴润肺，宁络止血。方药选用百合固金汤合清燥救肺汤加茜草、侧柏叶、白及、三七。

脾虚不摄：脾虚不摄以脾气虚多见，患者频频咳血，血随唾出。治宜健脾益气止血。方药选用四君子汤合归脾汤加减化裁；若见有便秘唇干，脉细数者，为脾经阴虚，津枯血乱，虚火上烁所致。治宜养阴滋脾，清热止血。方药选用麦冬养荣汤合甲乙化土汤化裁；若见有脾虚而为肝木所乘之，出现肝旺征象者，当予逍遥散合当归芦荟丸化裁以清其肝火。

相火妄动：咳血见肾阴不足，相火妄动征象者，可予大补阴丸加海蛤粉、茯苓、丹皮，或地黄汤加旋覆花、五味子、二冬、蒲黄。或猪苓汤加丹皮、蒲黄。

恶血攻肺：患者不能仰卧，卧则气逆而咳出泡沫状血痰，其色淡红或粉红，咳则心下煽动，阴火上冲，两颧发赤。此为恶血攻肺，证属危急。治宜纳肺肾之气以引火归元。方药可酌情选用桂附八味丸、参麦地黄汤、三才汤等，加用龙骨牡蛎、灵磁石、钟乳石、琥珀等药。

7.5.2.2 应急措施 根据条件酌情选用以下药物止血：三七粉 3g，每日 3 次；云南白药 1g，每日 3 次。或保险子 1 粒吞服；白及粉 10g，每日 3 次；十灰散 10g，每日 3 次；仙鹤草素片 20～40mg，每日 3 次；血余炭 10g，研面吞服；血宁冲剂 7.5g，每日 3～4 次。

7.6 西医治疗撮要

本病相当于西医所指各种原因所致的肺纤维化，为临床难治病。根据其病种不同将治疗分为病因治疗和对症治疗，但一般来讲目前疗效均不理想。

7.6.1 病因治疗

病因治疗是指对于有限的原因已明的病种而言。在这一方面，更强调预防的重要性，即尽量注意避免已知的致病因素，以从根本上减少发病的可能。如避免接触存在有害气体和粉尘的环境，尽量避免使用已知有致纤维化作用的药物，必须使用时，应在用药过程中密切观察病情变化，定期作胸部 X 线、肺功能等有关检查，以利早期发现、及时治疗，阻止其演变发展；注意加强防辐射能力，包括放射治疗技术的提高和仪器设备的改进等，定期作医学监护；其次，对于某些病种，如矽肺、尘肺等，经支气管灌洗治疗，可明显减轻疾病，改善症状。平时注意工作环境的防尘与通风，严格遵守操作规程。总之，脱离接触环境是最根本的解决办法。

7.6.2 对症治疗

无论是原因已明还是原因未明者，在目前缺乏有效治疗手段的情况下，对症治疗是主要的可行措施。虽然依具体病种不同其采用方法不尽相同，但基本上遵从相似的治疗原则。

7.6.2.1 传统用药 本类疾病一般治疗用药仍首选糖皮质激素，且强调早期使用及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗个体化。即晚期使用效果不佳。

皮质激素治疗无效或不能耐受时，免疫抑制剂可考虑作为第二线药物选用。但其治疗是非特异性的，且疗效尚不肯定。

7.6.2.2 其它姑息疗法 有低氧血症时给予氧疗，合并感染时应用抗生素，呼吸衰竭时使用呼吸兴奋剂等，均是临床常用的一些对症措施。但由于肺顺应性减低，使用机械呼吸器治疗无明显效果。

7.6.3 肺移植

随着免疫抑制剂的应用和外科技术的发展，肺移植用于选择性的晚期患者已越来越成熟。单侧肺移植后患者存活最长的记录目前是 81 个月。但由于费用、外科技术的普及程度及复杂的道德文化等因素的影响，肺移植仍受到极大的限制，且肺移植本身还要考虑排斥、感染、肺梗塞及肺通气障碍等种种反应。故目前尚未具备普及应用的条件。

7.6.4 其它治疗研究

除上述治疗外，尚有一些方法仍在研究过程中。如细胞因子和生长因子抑制剂、抗氧化剂、单克隆抗体等，但目前均不能成熟地用于临床。确定新型药物的疗效需要大组的病例。采用死亡率、胸部 X 线片、肺功能和生命质量等指标虽然可以帮助判定疗效，但仍需寻找一些替代标志以研究疗效，如 BALF 和高分辨率 CT（HRCT）为较好的标志。

8 疗效评定标准

由于目前国内尚无本病统一的疗效评定标准，参照国家中医药管理局颁布的有关行业标准和卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》中的相关内容，结合临床实际，初步拟定肺痿疗效评定标准如下：

显效：症状减轻如病情由重度转为轻度，中度转为不足轻度者，肺功能明显好转，生活可以自理。

有效：症状减轻如病情由重度转为中度，中度转为轻度者，阳性体征及肺功能改善不著者。

无效：病情未减轻甚至加重者。

9 康 复

康复运动的目的是在于改善呼吸功能、增强体质、提高抗病能力。康复运动的主要方法有呼吸练习、各种健身运动、气功等。

因患者平时多用胸式呼吸，使腹式呼吸受限。呼吸练习的目的是训练腹式呼吸，即加强横膈的运动。具体做法是放松全身肌肉，先取仰卧位（以后可采用坐位或站位），患者一手放置于腹部，另一手放置于胸部，用鼻深吸气，同时使腹部向上鼓起，继之经口缩唇呼气，同时腹部下陷，呼吸时用手感知腹部和胸部运动。腹部在呼吸过程中适当加压，使吸气时腹部在对抗阻力的同时，缓慢隆起，呼气时加压推动横膈向上移动。练习数次后可稍事休息，两手交换位置继续练习。每日可进行多次。缩唇呼气时，将口唇缩拢，如吹笛状，使气体经过缩窄的口唇缓慢呼出，以提高支气管腔内压力，防止小支气管过早闭合，有利于肺泡内气体的排出。在仰卧位练习的基础上，可进行坐位或站位下锻炼。坐位或站

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

位下练习时，可用一长 1.5m、宽 10cm 的布带，从下背部绕到前下胸部交叉，用双手握住布带两端，吸气时放松，呼吸时用力拉紧，对下胸部加压，以加强呼气。还可以在患者面前，与口部等高处，距离由近到远，点燃蜡烛，呼气时吹灭火苗或使火苗倒向对侧，以达到加强呼气练习的目的。

与呼吸练习配合，通过散步、上下楼梯、保健操、太极拳、气功等多种方式，来增强体力，特别是运动耐力。循序渐进，运动量由小到大，达到适宜运动量后，长期坚持，完成康复训练计划。长期坚持进行康复运动，能减轻症状，增强耐力，配合药物、营养、戒烟、预防感染等综合措施，可提高生活质量，控制疾病发展。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

肺痿一病由汉代张仲景在《金匮要略》中首提并立专篇论述，从而确立了该病的定义并为后世医家沿用至今。后世认识虽几经周折，但基本遵崇仲景之说，病名定义鲜有发展，仅是围绕仲景之论加以进一步论述和解释，如清代尤在泾在《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病》中说“痿者萎也，如草木之枯萎而不荣，为津烁而肺焦也。”因此，认为肺痿是指肺叶痿弱不用，临床以咳吐浊唾涎沫为主症的一种慢性肺系病。近代多数学者仍拘仲景之言，据症状一二将其与现代某些疾病相联系。如《实用中医内科学·肺痿》认为“近代有关肺痿的研究，分别见于慢性支气管炎、支气管扩张、矽肺和肺痨咯血等报道中”。[1]亦有人依某些病理特征，将肺不张、气胸归于肺痿。李学等将放射性肺炎归于肺痿。[2]而晚近出版的《临床中医内科学·肺痿》中提出“凡各种原因所致的慢性咳嗽、咯痰、喘息、上气等病证，如支气管扩张、肺纤维化、肺不张、肺结核等”均属于肺痿辨治范畴。并将咳吐浊唾涎沫、气短、反复发作列为本病的“中心证候特征”。[3]所论虽仍欠精确，但较前已有发展，具体在于明确将肺纤维化归诸肺痿和强调喘息是肺痿的主症之一，但其所指范围过大，仍未脱出历史的误区。由于概念不清，界定不明确，致使对肺痿的研究滞后。晁恩祥等通过长期的临床实践与理论研究，认为肺痿的定义为“由各种原因所致的以肺脏萎缩为基本病理特征，以咳喘唾涎为主要临床表现的慢性虚损性难治病，预后不佳。”明确提出肺痿与现代医学各种原因所致的肺纤维化相关，[4]并拟定病名诊断标准（见今日临床）。

此标准所定义的肺痿只限定于西医的间质性肺纤维化，较以前病种的范围缩小，可操作性强，但有关肺纤维化于肺痿关系的研究报道较少，仍需进一步探讨。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识缵粹

晁恩祥采用描述性流行病学的研究方法，查阅了自汉代以来有关论述肺痿的文献，统计有代表性的 28 位医家的 62 条论述，结果热邪伤阴 18 条，气虚 10 条，虚寒 7 条，湿 2

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

条。[4]近代肺痿的研究报道较少，李学将放射性肺炎归诸于肺痿，认为电离辐射之“火”与癌毒相搏，伤败之物与热互结，瘀积成毒，“阴虚”与“热毒”是其主要病因。[2]刘绪英认为放射性肺炎的主要病因为肺气虚。[5]

1.2.2 病因学的现代研究

晁恩祥认为肺痿相当于肺纤维化，丰富了病因学的内容。[4]肺纤维化分为原因已明和原因未明两类。原因已明者约占35%，主要包括吸入无机粉尘（锑、铝、二氧化硅、滑石、石棉、煤等）或有机粉尘（霉草尘、蔗尘、棉尘、蘑菇工尘、鸟类饲养者肺、曲菌病等）、放射性损伤、感染（病毒、细菌、结核菌、支原体、真菌、卡氏肺孢子虫、肺寄生虫等）、吸入气体（氯、氧化氮、脂类、合成化纤、电木、汞蒸气、化学性粉尘、氧、二氧化硫、烟尘等）及药物（白消安、环磷酰胺、博莱霉素、呋喃坦啶、氨甲喋呤等）。其中环境污染和放射线等为现代因素，而药物所致者具体机制不明。值得注意的是，近年有关使用利尿药而引起肺纤维化的报道时有出现，而中医在论述肺痿病因时，一致强调的就是因“小便利数”、“快药下利”、“汗出”等所致的“重亡津液”，此两者之间是偶然巧合还是有其内在联系，值得进一步探讨。但有一点是肯定的，即中医早已认识到肺痿的发生与它病之后的误治、失治的用药有关。石广璞报道应用易致肺纤维化的抗心律失常药物时，引发患者大量流涎（服用异搏定760mg，同时72小时流出唾液638ml），并云“引起大量流涎的原因尚不清楚”。[6]而中医病因学认识则释之了然，当属肺痿无疑。对于原因未明者，现代医学认为与免疫有关。在医学发展到现代水平仍不能有明显认识的情况下更不能苛求古人，但中医所强调的“大发汗后”、“上虚不能制下”、“肺中冷”等原因，以现代医学研究仍不失为灼见。辛温解表药多呈免疫抑制作用和“虚证”为免疫功能低下表现等的研究结论即能证实此说。

1.2.3 危险因素的研究

肺痿是其它肺部疾病如咳嗽、喘证等日久不愈，肺气受损所致。六淫时邪外感可引发或加重咳、喘发作，是肺痿发生的重要诱因。吸烟和空气污染对呼吸道刺激，损伤肺气，与肺痿发病率有一定的关系。但这方面的研究很少，今后应利用流行病学方法研究，以期确定其病因学、个人易感性及易感因素等。

1.2.4 病机学说的研究

仲景所论肺痿其病位在肺，其性属虚，其证候分肺热津亏之麦门冬汤证与肺气虚冷之甘草干姜汤证。对此认识后世医家几乎无其右者。晁恩祥认为，肺痿属慢性疾患既为世医不争之理，则临证必有其动态演变之经过。在总结历代医家所论和自己临床经验的基础上，提出由阴（伤）及于气、血，由肺及于脾、肾乃是肺痿病机转化的必然结果。从而概括了肺痿的病机实质，强调肺痿的病位不唯在肺，尚及脾肾；病性不唯属虚，尚见虚实夹杂，为本虚标实。其本虚多在于气与阴，标实多见于痰瘀热。虚证与本虚标实均可责之于肺脾肾。[7]这一学术观点突破了传统上肺痿无实证的学说（孙思邈云：“肺痿虽有寒热之分，从无实热之例”（《备急千金要方·肺痿》），发展了临证辨治的理论基础。肺痿本由津亏液耗而来，津液入于肺为痰，入于脾为涎。若症见咳唾涎沫，为热迫津液上攻所致；若欲咳不咳，咳出干沫或干咳不已，为阴伤及气，肺气衰微，津涸液枯之象；若症见咳嗽气短，渐致气喘、动喘，甚或喘促，为殃及母子之由。脾为肺母，肾为肺子，肺金受邪，病

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

久母子俱损，运化无权，摄纳无力，终成危重之象。临床所见证属肺痿者，每伴反复感染不愈，多呈痰热之象。肺病日久，可因气虚血运不畅，故多有紫绀、杵状指等症状，此为瘀证，合于“气虚不足于推血，则血必有瘀”之论。

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，指导临床治疗是肺痿病研究的首要任务。

晁恩祥采用描述性流行病学研究的方法，查阅了自汉代以来论述肺痿的文献，统计有代表性的 28 位医家的 62 条论述，论及症状处 48 条，出现各种症状 130 余条次，涉及症状 10 余种，常见的有咳嗽 25 条次，唾涎沫 25 条次，喘息 23 条次，咳血 11 条次，寒热 9 条次，烦渴 8 条次，咽不利 8 条次，汗出 4 条次，消瘦食少 4 条次，其中最为集中者为咳嗽（52.08%）、唾涎沫（52.08%）、喘息（47.92%）三项，其余均在 22%以下。传统中医所谓肺痿是以咳唾涎沫为主症，但从上述文献总结看出，喘与咳唾涎沫几乎相同而并列于主症的前三位，因此，根据历代医家所论和临床观察，提出肺痿之主症应为咳、喘、唾涎，三者可并现，可或缺。肺痿之症不仅在于“咳唾涎沫”症状之有无，而更在于“肺热叶焦”病理之存在。[4] 张纾难观察了 32 例肺纤维化病人，有不同程度的呼吸困难者 30 例，伴干咳 11 例，咳痰 18 例，发热 8 例，另有乏力、胸痛、咯血各为 6、5、2 例。[8] 李兰群等对 35 例放射性肺炎进行回归分析，其中出现咳嗽 32 例，咯痰 28 例，咯白痰 25 例，咯黄痰 3 例，咯血或痰中带血 4 例，干咳无痰 7 例，气喘 25 例，胸闷 20 例，胸痛 7 例，发热 11 例，心悸 3 例，乏力纳差 7 例。统计结果发现，放射性肺炎以咳嗽（91.4%）、咯白痰（71.4%）、气喘（65.7%），胸闷（57.1%）为主要症状，发热（31.4%）、胸痛（20%）、乏力纳差（20%）为次要症状。[9]

2.1.2 危急变证与病势转归

肺痿是慢性难治性疾病，随着病情演变，出现各种危重证候和变证是必然的。其证候的临床表现主要包括：喘急、咳血、音哑声嘶、消瘦、汗出、皮毛干枯、下利白沫、脉沉涩而急或细数无神。其中喘脱、血证为肺痿最为常见的危急重证和变证。肺痿出现喘脱之候，临床有两种情况。常见者为慢性演变而来，即由气短、动喘而渐至喘；亦有少数一俟罹患，即现喘脱征象，是为暴喘，不容忽视。

2.1.3 舌象与脉象的观察

张纾难观察了 32 例肺纤维化病人，其中舌质淡黯 8 例，紫黯或瘀点 9 例，淡胖 3 例，质红 3 例，淡红 4 例，嫩红 3 例，其它 2 例；薄白苔 5 例，白腻苔 6 例，少苔 6 例，黄腻苔 5 例，其它 2 例；脉虚数 12 例，细数 4 例，弦数 3 例，沉细 4 例，沉弱（缓）6 例，其它 3 例。[8] 李兰群等观察 35 例放射性肺炎，有舌脉记录的 25 例，其中舌质淡红 5 例，舌质黯红 11 例，舌质红 9 例，苔白 8 例，苔黄 9 例，苔少 8 例，脉细数或细滑数 11 例，脉弦细 6 例，脉沉细 7 例。[9]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2 证候学研究

2.2.1 证候研究现状

《临床中医内科学·肺痿》认为肺痿包括各种原因所致的慢性咳嗽、咯痰、喘息、上气等病证，如支气管扩张、肺纤维化、肺不张、肺硬变、肺结核、矽肺等。分为阴虚肺热、肺气虚寒、寒热错杂、气滞血瘀四类证候，分别以竹叶石膏汤、甘草干姜汤、半夏泻心汤、柴胡疏肝散为主方加减治疗。[3]张纾难观察了32例肺纤维化病人，辨证属肺气虚者7例，气阴两虚者21例，兼见肾虚者15例，夹瘀者16例，夹痰（热）者11例。自拟益肺化纤方（炙黄芪、太子参、麦冬、苏子、牛膝、鱼腥草、虎杖、甘草、三七粉）加减治疗，有效率75%。[8]王书臣等观察了45例肺纤维化，根据临床表现分为：风热犯肺3例，痰热壅肺4例，心肺气虚血瘀6例，气阴两虚血脉瘀阻19例，心脾肾阳虚水泛7例，阴阳俱虚6例。并分别以桑菊饮、麻杏石甘汤、六君子汤合四物汤、生脉散、真武汤合苓桂术甘汤、参附汤合生脉散加味治疗。[10]吕登平等将放射性肺炎辨证分为痰热壅肺证、肺阴虚证、气阴两虚证、肺脉瘀阻证四个基本证型，并分别设立基本方随症加减，治疗112例，总有效率为91.07%。认为肺阴耗损、肺络灼伤是RP的基本病机，因此强调滋养肺阴和活血化瘀药物的使用。[11]《实用中西医结合呼吸病学·弥漫性肺间质纤维化》明确提出弥漫性肺间质纤维化应属中医肺痿范畴，辨证有虚热、虚寒之分，一般以虚热为见。虚热证宜麦门冬汤、清燥救肺汤加减；虚寒证宜甘草干姜汤或生姜甘草汤加减。[12]《实用中医呼吸病学·肺痿》认为肺痿包括了西医学中的慢性支气管炎、支气管扩张症、慢性肺脓疡后期、肺纤维化、肺不张、肺硬变、矽肺等。辨证分为虚热、虚寒、寒热错杂证。虚热证以麦门冬汤、清燥救肺汤或竹叶石膏汤治疗；虚寒证以甘草干姜汤、生姜甘草汤或炙甘草汤治疗；寒热错杂证以麻黄升麻汤（麻黄、升麻、当归、桂枝、干姜、知母、黄芩、茯苓、白术、白芍、玉竹、麦冬、石膏、甘草）治疗。[13]《中医呼吸病学·肺痿》将肺痿分为燥热伤肺、阴虚火旺、气阴两虚和肺中虚冷四个证型，并分别以清燥救肺汤、紫菀散加柴胡、炙甘草汤加地骨皮、五味子和甘草干姜汤治疗。[14]李兰群等对35例放射性肺炎分析发现，临床辨证以肺热阴虚证（85.7%）为主，治疗多采用清热解毒法、养阴润肺法、活血化瘀法。[9]

2.2.2 肺痿病证候组合、演变规律的现代研究

《临床中医内科学》认为燥热伤肺是本病的主要致病因素，肺中冷为本病的次要因素；两者是引起肺痿的原发病因。虚热证是肺痿病的主要证候，其次为虚寒证；两证候既可单独存在，又可相互兼见，相互转化。虚热证燥热伤阴，长期不愈，阴损及阳，则成肺虚寒冷证。肺中冷者，营卫俱虚，易受外邪侵袭，正邪相争化热，又可伤及肺阴，转化为虚热证。虚热证和虚寒证同时出现时，就转化为寒热错杂证。上述三者，久而不愈，皆可转化为气滞血瘀证，而气滞血瘀可见于各类证中。“脾为生痰之源，肺为储痰之器”，脾肺气虚，运化无权，水液停聚为痰，遂成痰湿阻肺证，而痰郁化热，又可演变成痰热壅肺证。阴虚日久伤气，气虚日久，阴液无以化生，均可致气阴两虚。阴阳互生，病久则阴损及阳，阳损及阴，使阴阳俱损。[3]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则研究状况概述

历代医家强调肺痿早期治疗、长期治疗，这是基于本病的难治性所决定的。肺痿系咳、喘等日久不愈演变而成的肺脏虚损性疾病，疾病早期肺脏虚损而未殃及脾、肾，病在气分而未入血分，因此早期治疗可以截断疾病的发展，治愈的可能性也越大。若错过了早期治疗的机会，至肺肾之阴枯涸已极，则难以治愈。盖由于本病的慢性发病过程，及受到各种因素的限制，很难做到早期治疗。一旦失去早期治疗的机会，则应对其难治性有充分的认识，以足够的耐心给予长期治疗，切不可急功近利。要考虑到本病的慢性发展过程和难治性，就必须遵循缓而图之，将息调理的治疗原则。

肺痿之为病，是属本虚兼见标实，治疗应权衡补虚攻邪之轻重。不论何种原因致病，不论寒热虚实如何，肺脏虚损为其病机的关键。其虚可见气虚和阴虚，后期可致气阴两虚；肺脏亏虚又可损及心脾肾。故而本病的治疗原则应重在固其本，补其虚。然而，肺痿虽属虚证，但不惟纯虚。因此应当根据临床的具体情况而施攻补之法，只是在权衡标本缓急的辨证过程中，时时考虑肺痿本虚的病性特点。因其有午后潮热，唇甲青紫，咳唾痰涎等症在，又可知虚热、血瘀、痰浊的标实症在，故治疗方面最宜标本兼顾，补虚兼以攻邪，攻邪而不忘补虚，采用养阴清热、益气活血、健脾化痰的方法。

2.3.2 治法研究

肺痿一病近年来发病率有增加趋势，但仍为少见病、难治病，自汉代张仲景创此病并立专篇论治，后世医家对本病的认识及研究鲜有本质的发挥，甚至有人将其列入咳嗽、肺胀门中。其病名的内涵与外延界定模糊，尤其令人愤懑的是至今尚缺乏统一的诊断及疗效标准，这一定程度上阻碍了学术的发展，使对肺痿的研究滞后于其它肺系病。《实用中医呼吸病学·肺痿》提出肺痿的治则总以补肺生津为主，但又有养阴、清热、益气、温阳之不同。[13]《临床中医内科学·肺痿》又指出针对肺痿的病因病机，其治疗原则为养阴、益气、清热、温阳为主，佐以理气化瘀。[3]《中医呼吸病学·肺痿》强调肺痿的治疗应重视调补脾肾，因为脾为后天之本，肺金之母，培土有助于生金；肾为气之根，司摄纳，补肾亏以助肺纳气。又因肺痿是虚损性疾病，忌投燥热、苦寒、滋腻之品，慎用驱痰峻剂。[14]

2.3.2.1 养阴润肺法 肺痿自汉仲景创立以来即分虚热、虚寒。基于对本病基本病机的认识，即肺痿由于肺脏亏损，肺阴不足，故治疗方面应首重养阴生津，是谓重用大法，肺阴不足宜滋养肺阴，心阴不足宜兼养心阴，肾阴不足则兼滋肾阴。凡阴虚生内热，有虚热者，同时用退虚热之法。阴虚内热而使肺燥，故同时用润肺生津方法。

2.3.2.2 清热解毒法 肺痿是“肺热叶焦”所致，即肺脏受热毒之邪熏灼，导致叶焦萎弱不用。因此，清热解毒法是经典清肺润燥法的补充。有关研究表明，清热解毒能减轻肺泡的炎症，同时对肺纤维化合并的肺部感染有效。我们在对放射性肺炎的治疗中强调清热解毒法的运用，重用鱼腥草、虎杖等，取得了较好的效果。

2.3.2.3 益气温阳法 汉·张仲景指出“肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，必眩，多涎唾，甘草干姜汤以温之。”肺中虚寒宜益气温阳，肺气不足常涉及脾气和肾气而使之亦不足，因此，益肺气的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

同时要兼补脾肾之气。其阳气虚者，当用温补。

2.3.2.4 理气活血法 不论是肺阴虚热，还是肺中虚寒，或是寒热错杂，皆可导致气滞血瘀，表现为胸闷气短、口唇爪甲青紫、舌质黯红或有瘀斑。因此，治疗都要注意理气活血，当气滞血瘀明显时则专于理气活血，当肺阴虚明显者佐以养阴，当肺气虚寒明显者兼以温阳，热入血分者当以凉血活血。

2.3.2.5 止咳化痰法 咳嗽、咯痰是肺痿的主要症状，因此止咳化痰法在肺痿的治疗中尤为常用。临症以干咳为主者，当以润燥止咳；咳嗽咯痰粘稠者，当以清热化痰止咳；咳嗽痰涎清稀量多者，当以健脾燥湿化痰止咳。

2.3.2.6 纳气平喘法 肺痿常见不同程度的喘息症状。初起多为劳力后气短，逐渐发展成动喘、喘息、喘促甚至喘脱。这是肺气虚损及肾，肾不纳气的必然结果。治疗宜补肾固本纳气平喘。

2.4 辨证用药研究

2.4.1 肺痿病治疗用药规律初探

历代医家治疗肺痿病创制了不少的专门方剂，作为中医辨证论治的最终载体，这些方药的组成和运用，基本上能够反映出肺痿治疗用药的大概规律。晁恩祥等采用描述性流行病学的方法，对肺痿病治疗用药进行了统计分析，自汉代至民国初年的用药使用率较高的是甘草、生姜、麦冬、人参、桑白皮、紫菀、桔梗、生地、贝母等，从这些比较多用的药味功能来看，较为集中的是养阴、清热、益气，这种治疗法则和用药规律的产生，主要是根据仲景肺痿分虚热、虚寒说而形成的。[4]而从近年的治疗用药上看，清热解毒药物应用较以前增多，主要以鱼腥草、虎杖、丹皮等为主；平喘多采用肺肾双补、固本纳气，如人参、黄精、冬虫夏草、蛤蚧、山萸肉、五味子等；同时，强调在各法处方用理气活血化瘀的药物，如柴胡、香附、川芎、丹参等，这些用药特点说明，后世已经认识到肺痿由肺及肾，由气及血的转化。

总之，从用药统计的大体情况可以看出，目前中医药治疗肺痿病无论是从理论上还是从治疗原则上，已经与古代略有不同。从肺阴虚热治以养阴润燥、肺中虚冷治以益气温阳发展到清热解毒、肺肾双补、活血化瘀、寒热平调。但由于肺痿定义的界定模糊，理论研究尚未突破仲景学说，一定程度上限制了学术的发展。

2.4.2 新药的开发研究

肺痿作为难治病，为了提高其治疗效果，开发研制疗效好、使用安全、方便的中成药显得愈加重要。应在规范本病认识的基础上，依据中西医理论，严格按开发新药的要求开展研究工作。

百令胶囊、生脉饮对本病有一定的治疗效果。具有活血化瘀作用的丹参注射液、川芎嗪注射液，具有清肺化痰作用的鱼腥草注射液，以及具有益气养阴作用的生脉注射液、参脉注射液也已在临床运用。但仍需对临床疗效较好的方剂和制剂进行扩大的临床观察，配合药理和新药制剂的研究，以最终开发出有效治疗本病的新型中药制剂。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.5 预防预报研究

根据个人情况，参加力所能及的体育锻炼，增强体质，提高机体的抗病能力。慎起居，生活规律，视气候随时加减衣服。时邪流行时，尽量减少外出，避免接触病人。戒烟以减少对呼吸道的刺激。改善环境卫生，消灭烟尘的空气污染。避免过食辛辣肥甘粘腻之品，以免加重病情。积极治疗肺部咳喘等疾病，防止其向肺痿转变。咳喘日久，使肺肾气虚，肺卫不固，易感外邪而反复发作，平时可服用百令胶囊、玉屏风散等，补肺益肾，提高机体抵抗力。已有外感，应尽早及时治疗。

2.6 中医康复疗法的研究

《临床中医内科学·肺痿》中指出肺痿的康复包括药物疗法、饮食疗法、针灸疗法。

药物疗法：虚寒者可服八味地黄丸，虚热者可服六味地黄丸。纳差、腹胀、便溏者，可选服补中益气丸，参苓白术散等。

饮食疗法：

麦门冬粥：麦门冬 10g，大枣 2 枚，冰糖适量，粳米 50g，同入砂锅内加水 500ml，煮至麦门冬烂熟即可。每日 2 次温服。宜于虚热证者。

山药粥：山药 30g，大米 180g，煮粥，每日 1 次。各类肺痿患者均宜食之。

生姜粥：生姜 10g 切片，大米 100g，煮粥温饮。虚寒肺痿患者服之。

针灸疗法：

艾条点燃，对准足三里穴，并保持一定的距离，使局部有温热感，皮肤微红为度。艾灸时间一般为 10～15 分钟，日 1 次，各类肺痿患者均宜。[3]

3 实 验 研 究

纵观近年来肺纤维化的实验研究现状，发病机理研究仍为重点，疗效机理的研究较少。

3.1 肺间质纤维化发病机理研究新进展

3.1.1 肺间质纤维化实验动物模型的研究现状

文献中复制肺纤维化的方法有三种：①X 线照射法：实验动物用大鼠或小鼠。进行半侧胸部或全身照射。小鼠接受 1100cGy 全身照射后 28 天，肺泡壁毛细血管周围成纤维细胞和胶原纤维增生。大鼠接受 3000cGy 半侧胸部照射 3 个月后，在毛细血管周围出现厚的胶原纤维束。②投与 monocrotaline 法：给大鼠只作 1 次皮下注射 60mg/kg 体重的 monocrotline，2 周后肺泡壁间质细胞肿胀，弹力纤维溶解；毛细血管内皮细胞下水肿，微血管内血栓形成，肺泡内形成透明膜；注射后 3 周间质明显水肿。给大鼠喂饲 monocrotaline，能引起肺脏小动脉壁增厚、血管炎、纤维蛋白血栓、肺泡壁间质水肿、纤维化以及支气管粘膜上皮鳞状化生。③应用抗肺抗体注射法：以大鼠肺脏为抗原免疫家兔取抗血清，再以此抗血清向正常大鼠气管内注射，见有中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核细胞浸润，肺泡壁增厚和肉芽肿形成。或以家兔的肺脏为抗原免疫鸭，取其抗血清向正常家兔气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

管内和静脉内注射，看到支气管和细支气管粘膜上皮脱落，粘膜周围有中性粒细胞、淋巴细胞浸润，肺泡壁纤维化，并见有巨噬细胞和肉芽组织增生。[15] 近年报道中多采用博莱霉素向正常大鼠气管内灌注，[16] 或用平阳霉素向小鼠气管内滴人，复制肺纤维化模型。[17] 博莱霉素是从轮生链霉菌中提取的一种抗癌抗生素；平阳霉素是一单体，是平阳霉素菌产生的博莱霉素类抗肿瘤抗生素，其毒性作用小于博莱霉素。自本世纪 70 年代 Snider 等首次用博莱霉素 A_2 造模成功，其后不断有学者在此基础上重复和改进，但均无更新。80 年代以后，国内不少学者进行了有关研究。如刘兴汉采用气管内注入博莱霉素 A_5 成功制备了豚鼠肺纤维化模型；[18] 陈银祥等用平阳霉素气管内滴人制备了小白鼠模型；[19] 王晓芝等用博莱霉素复制 SD 大白鼠肺纤维化模型。经光镜观察证实，肺组织病变在第 48 小时为局性肺泡炎改变；第 7 天，肺泡炎性病灶扩大或融合，肺泡间隔成纤维细胞和胶原性基质开始增多；第 14 天，病灶内梭形细胞明显增多，肺泡结构明显增厚；第 28 天，肉芽组织逐渐向疤痕组织过渡，形成纤维化。[20] 但由于上述造模方法均是气管切开滴人或经咽喉注入给药，药物剂量容易掌握，但操作有一定的技术难度，须经过专门训练才能熟悉掌握和运用。因此，不易推广普及且在一定程度上妨碍了研究的广度和深度。张纾难等采用大鼠雾化吸人平阳霉素复制肺纤维化动物模型，获得成功。方法是：在大鼠清醒状态下，将大鼠放人一长、宽、高各 40cm 且与雾化器联通的透明玻璃盒中，2 只/次。通过雾化管向盒内喷入雾化液 2.0ml（雾化液为平阳霉素用 0.9% NaCl 稀释至 2mg/ml）。各组均喷人一次，10min/次。造模后 7、14 天肺组织呈不同程度的肺泡炎改变，肺泡内有炎性细胞渗出，肺泡间隔内成纤维细胞和毛细血管增生，并可见梭形细胞和胶原基质；28 天肺组织在炎性病灶扩大或融合的基础上，肺泡间隔胶原性基质增多，肺泡壁组织增生，结构增厚，间质纤维化疤痕形成。[21]

3.1.2 发病机理研究状况

特发性肺纤维化的发病机理仍未明确，随着细胞技术、分子生物学以及支气管肺泡灌洗（BAL）等技术的发展，有关研究和认识渐趋深人。一般认为 IPF 的发生和发展主要与巨噬细胞 - （T 和 B）淋巴细胞 - 中性粒细胞的活化及其产生的一系列反应有关。Bingisser 等通过研究支气管肺泡灌洗液（BALF），证明 IPF 患者肺泡的巨噬细胞（AM）、中性粒细胞增多，并能分泌肿瘤坏死因子（TNF）、胰岛素生长因子（IGF - 1），启动炎症反应，参与 IPF 的形成。[22] Pesci 通过对 49 例患者 BALF 的细胞分类，观察到肺组织中有大量的肥大细胞（MC），认为 MC 在调节肺纤维化的胶原蛋白沉积方面起积极的作用。[23] 本病的特征是成纤维细胞增生、结缔组织成分堆积以及肺胶原蛋白含量增多。王莉等测定了 18 例 IPF 患者 BALF 中纤维蛋白降解产物并与 12 例正常人对照，发现其含量明显高于正常人，提示纤维蛋白降解产物对 IPF 的发生和发展有一定的影响。[24] 陈陌义等检测了 26 例患者 BALF 中Ⅲ型前胶原含量，结果显著高于对照组，且与其中 AM 总数相关。提示 BALF 中高水平Ⅲ型前胶原是肺局部产生所致，可能参与肺纤维化的形成过程。[25] 氨基己糖多糖类为正常结缔组织基质的主要成分之一。马跃文等通过测定 IPF 患者 BALF，发现透明质酸（HA）显著升高，动物实验和临床观察均表明肺组织及 BALF 中的氨基己酸增高，尤以 HA 为著，是参与 IPF 形成的因素之一。[26] 李保玉等提出，肺纤维化的形成与肺内糖胺多糖（GAG）含量增高及沉淀有关。[27] 肺泡壁损失、间质成分改变及修复障碍是肺

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

纤维化发生的关键。GAG的存在在某种意义上可以为细胞增殖提供必要的环境。单兆运等提出“肺间质纤维化是慢性阻塞性肺疾病发展的必然趋势和病理结局”的论点。[28]何权瀛等测定患者BALF中谷胱甘肽（GSH）的浓度，结果显著低于对照组，提示肺内GSH缺乏可能增加肺上皮细胞对氧化剂损伤的易感性，从而参与IPF的发病机制。[29]Teramoto等测定了14例IPF患者血中GSH并与12例正常人对照，也得出相同的结论。认为由于正常肺组织具有抗氧自由基系统，GSH是其重要组成部分，患者下呼吸道GSH含量降低，提示氧自由基和抗氧自由基系统的失衡是其发病机制之一。[30]王莉等用复钙法测定18例IPF患者和12例正常人BALF促凝活性，结果研究组的促凝活性显著高于对照组，提示患者肺内可能存在的促凝活性亢进对纤维化的形成和发展有一定的影响，这也为从“瘀”治疗本病提供了依据。[31]日本学者通过测定患者BALF中的嗜酸细胞阳离子蛋白（ECP），发现其含量增加。ECP属嗜酸性粒细胞的特殊成分，是其所含多种细胞毒性物质之一，嗜酸细胞活化与本病的组织损伤有关。宋明臣等观察博莱霉素致肺纤维化大鼠肺组织表面活性物质蛋白（SP）A、B、CmRNA的表达，结果肺纤维化大鼠肺泡Ⅱ型上皮细胞数量增加，肺组织SP-A、SP-B、SP-CmRNA的表达减低。提示肺泡Ⅱ型上皮细胞功能的改变可能参与肺纤维化的发病过程。[16]欧阳能太等采用原位分子杂交技术和免疫组织化学方法，对8例IPF病人的肺活检组织及7例正常肺组织进行了ras和c-erbB癌基因及其产物的检测。结果ras癌基因产物P21在6/8例IPF病人肺组织中呈阳性反应；5/8例IPF肺组织c-erbB-2显免疫阳性以应，而在7例正常肺组织P21及c-erbB-2均无明显表达，原位杂交结果显示IPF肺组织没有明显ras和c-erbB癌基因的DNA扩增，提示IPF的病变过程与ras和c-erbB癌蛋白表达增强有关。[32]

总之，IPF的发病机制探讨均围绕三个方面进行研究：①炎症细胞对肺组织的损失作用机制和炎症细胞的相互作用；②上皮细胞和内皮细胞的作用；③成纤维细胞和胶原物质代谢的研究。具体包括：

3.1.2.1 胶原蛋白 该病的特征表现为成纤维细胞增生，结缔组织成分堆积以及肺的胶原蛋白含量增多。导致其增多的原因一是转移性生长因子及其它促胶原生成因子的含量增多，而非成纤维细胞分泌胶原的能力增强；二是胶原分解速率减慢。此与临床预后直接相关。这是由于胶原蛋白酶活性下降及酶抑制物活性增高所致。

3.1.2.2 纤维连接蛋白 纤维连接蛋白（Fn）是一种高分子糖蛋白，具有多种生物学功能。组织学和BALF检测结果证实，该病形成过程伴有BALF中的Fn的升高。此有助于判断患者病变的程度、活动性及临床分期。

3.1.2.3 Ⅲ型前胶原蛋白肽 Teschler等提出用BALF中T淋巴细胞亚群与Ⅲ型前胶原蛋白肽的测定结果综合判断患者预后：①T_4/T_8比值正常，Ⅲ型前胶原蛋白肽基本正常者，病情进展的可能性小；②T_4/T_8比值增大，Ⅲ型前胶原蛋白肽基本正常者，病情进展可能性居中；③T_4/T_8比值及Ⅲ型前胶原蛋白肽均增大者，病情进展的可能性大。[33]Kohno等认为血清Ⅲ型前胶原蛋白肽测定是诊断该病最有希望的指标之一。[34]

3.1.2.4 磷脂类 患者磷脂总量明显下降；磷脂各组分中磷脂酰甘油（PG）比例明显下降，磷脂酰肌醇（PI）明显上升。此对判断预后有意义。

3.1.2.5 氨基己糖多糖类 氨基己糖多糖类为正常结缔组织基质的主要成分之一。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

动物实验及临床观察均表明肺组织及 BALF 中的氨基己糖多糖类明显增高，尤以透明质酸（HA）升高为著。

3.1.2.6 氧自由基 氧自由基可造成肺组织损伤。Strausz 等认为 AM 是肺内氧自由基的主要来源。正常肺组织具有抗氧自由基系统，谷胱甘肽是其重要组成成分。患者下呼吸道谷胱甘肽含量明显降低，提示氧自由基和抗氧自由基系统的失衡。[35]

3.1.2.7 血管紧张素转换酶（ACE） Specks 等测定患者 BALF 中 ACE 显著升高，与血清浓度相关且与病情平行。[36]

3.2 治疗机理研究进展

IPF 与免疫炎症损伤有关，TNF 和 IL－1 具有启动炎症反应的作用。有人试用细胞因子自然抑制物，如 IL－1 拮抗剂 IL－1ra 与 IL－1 受体结合但不使之激活。最近研制的抗蛋白酶对细胞因子转化为活性形式所必需的酶具有阻断作用，IL－4 能抑制其它细胞因子基因的表达；生长因子抑制剂的研制类似细胞因子抑制剂。[37]研究发现，β 转化生长因子（TGF－β）发挥着诱导肺组织产生大量结缔组织生长因子的关键作用。这些方面的研究还为基因治疗和白细胞移行的调节提供了可能。[38]实验证明，提高肺组织的抗氧化酶水平可免除有毒活性氧化物质对肺的破坏作用。[39]金洪也通过实验发现抗氧化制剂可减轻和延缓肺泡炎，并通过降低胶原含量、增强肺组织超氧化物歧化酶（SOD）活力而减轻纤维化的程度。[17]有人提出，应用单克隆抗体或能成为具有选择性的治疗方法。[40]李京红等实验研究发现，TGF－β_1 单克隆抗体对成纤维细胞的增殖和胶原的合成有部分抑制作用。[41]

近年来，中医药治疗日益受到重视，中华医学会呼吸病学会亦将“试用中医药治疗”作为推荐治疗方案的主要内容之一正式颁布实施。有学者分别用丹参、川芎、当归等具有活血化瘀功效的中药制剂进行研究，发现有一定的抗纤维化作用。[42～43]王荷碧等通过对活血化瘀药物 764－3 对胶原生物合成影响的研究发现，764－3 对博莱霉素 A6 诱发肺纤维化大鼠肺组织胶原合成有明显抑制作用，尤其能使肺组织中Ⅰ型胶原及糖胺多糖（GAG）明显减少，体外实验证实，764－3 可抑制 3H－pro 及 3H－TdR 掺入成纤维细胞，且使其表面纤维粘连蛋白（Fn）明显减少。提示中药 764－3 抗纤维化作用机理的研究，应以细胞外间质组分－胶原合成为基点深入进行。[45]张纾难自拟具有益气润肺、化瘀解毒功效的益气化纤方对 32 例 IPF 患者进行治疗观察，认为此方是通过调节患者的细胞免疫和体液免疫而达到扶正驱邪的效应。[8]

3.3 影像学与肺间质纤维化诊断相关性的研究

尽管 5%～10%经肺活检证实的弥漫性间质性肺病在 X 线平片上并无异常发现，正侧位胸片仍然是诊断间质性肺病的主要手段。早期可呈毛玻璃状，典型改变为线条状、结节状、结节网状或网状阴影，严重者可显示蜂窝样改变，两侧肺门无肿大淋巴结。开始时肺动脉无异常，晚期可有肺动脉高压表现。病变分布情况对鉴别诊断有一定的帮助，下肺野＞上肺野。由于肺顺应性降低，晚期肺容积缩小，呈蜂窝肺改变，横隔上抬。有时肺容积缩小是间质性肺纤维化的唯一 X 线平片表现。

CT 由于没有组织结构的重叠，且分辨率高，因此效果优于胸片。有助于周边部、膈

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肌部、纵膈和支气管-血管束周围异常阴影的扫描。尤其是高分辨率CT，诊断效果优于胸片和常规CT。间质性肺病在CT上的表现为：小叶间隔增厚、不规则线状阴影、囊状改变、结节状阴影、毛玻璃样改变或气腔实变等。

【古训今释】

1 病名源流

1.1 仲师首创，确立病名

肺痿乃中医学独有的一个病名。众所周知，该病名是汉代张仲景在《金匮要略》中首次创造性地提出并设专篇论述。《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》篇云："寸口脉数，其人咳，口中反有浊唾涎沫者何？师曰：为肺痿之病。"从此确立了本病在中医学中的地位并为后世医家沿用至今。

1.2 训诂探源，字精意当

仲景的学术思想渊源于《内经》，为世医皆知，关于肺痿的认识与论述亦概莫能外。何故命名为"肺痿"？断非信手拈来之笔。欲揣先贤之匠心，必溯本求源而后明。

《内经》（及兹后至仲景时）虽无"肺痿"一说，但用"痿"字却非鲜见，更有将其与"肺"相联系者。《素问·至真要大论》有云："诸痿喘呕，皆属于上。""诸气膹郁，皆属于肺"，"诸逆冲上，皆属于火"。已将诸般"痿"病归之于肺（或曰"上"），并认为此类疾病的产生原因多可责之于"火"。《内经》在谈到这类痿病时，也有言及其具有"咳、喘"等肺系的症状。《素问·气交变大论》提出："岁火太过，炎暑流行，金肺受邪，民病疟，少气咳喘，血溢血泄注下。"《素问·痿论》曰："肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，著则生痿躄也。"仲景在其所论专篇中也谈道："热在上焦者，因咳为肺痿。"可见，仲景所谓"肺痿"一类病症在《内经》时已存在并有论及，所不同者是仲景在归纳《内经》相关论述的基础上，结合自身的实践经验和体会，创造性地将"痿"字竟引诸于"肺"，其贡献在于奠定"肺痿"病名；发展了"痿"的外延。

从上述古论可知，仲景之前"痿"字多用于形容（肢体）软弱无力的一类病症。《内经》虽有"肺热叶焦"之说，但重在言此为病因，其所云病症仍以"痿躄"为主。即因肺主身之皮毛，其受热则金燥叶焦，而皮毛虚薄，五脏之皮肉筋骨皆由于肺以滋养，今皮毛薄著，则津液不能转输，故致五脏皆热而生痿躄。亦即所谓脏病于内而致形痿于外之义。正如明代张介宾在《景岳全书·瘫痿门》一书中所总结的："痿证之义，《内经》言之详矣。观所列之证，皆言为热，而五脏之证，又总由肺热叶焦，以致金燥水亏，乃成痿证。"仲景具此创造性地明示为"肺"脏之"痿"——"肺"言病位，"痿"言病性病态。

既云肺痿，是否仅指肺脏软弱无力以行呼吸之运动？通过训诂答案自明。"痿"《广雅释诂》谓"病也"；《字林》曰"无力也"；《说文》云"痿软无力以运动"；《汉书·哀帝纪赞》释为"集注引如淳，音萎枯之萎"；《新编汉语词典》则是"指身体某一部位萎缩或失去机能的病"；明代孙一奎在《赤水玄珠·肺痿》中也就痿字作了注解："痿，干瘪也。即

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

早发还先痿之痿”、“萎”：《经籍纂诂》谓“草木菸也”，又指“柔软也”；《声类》云“犹悴也”；《新编汉语词典》解释为“干枯，衰落”。痿与萎古相通假，从构字而言，“痿”字从“疒”而“委”则从“艹”。从字面意思看“痿”主要是指机能上萎废不用的一种病态；“萎”则是（多指植物）形态上的干缩与衰落，读作平声时用指精神方面的萎靡不振。仲景定名“肺痿”，一方面尊从前贤取其“痿”字，用以说明肺脏功能的软弱无力的病性，同时假借“萎”字的意思，将古人“肺热叶焦”的描述更为形象化，准确地加以涵盖，用以说明该病因津涸而致肺叶干枯萎缩的病理形态，诚可谓匠心独运。

1.3 定义病名，鲜有发展

自仲景首创肺痿病名以降，后人在认识本病病名方面未曾脱于仲景之说。仅是围绕病名定义对仲景之论加以进一步的说明和解释。如清代尤在泾在《金匮要略心典·肺痿肺痈咳嗽上气病》中说：“痿者萎也，如草木之枯萎面不荣，为津烁面肺焦也。”故而，认为肺痿是指肺叶痿弱不用，临床以咳吐浊唾涎沫为主症的一种慢性肺系病。此病名定义基本沿用至今。

2 证候与病象

2.1 常见证候与病象

2.1.1 主要证候与病象

正如病名定义一样，肺痿之证候同样以仲景所论为经典。《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》就此论述道：“热在上焦者，因咳为肺痿”；“肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，必眩，多涎唾……”。从而将肺痿分为虚热与虚寒两种证候。其典型病象前者是以咳嗽、唾涎沫为主；后者则为不咳、唾涎沫、小便数、头眩等。

后世医家在肺痿证候方面基本囿于仲景虚寒与虚热之说，即所谓“热在上焦”与“肺中冷”。但在此基础上亦不断有所发挥。如清代魏念廷在《金匮要略方论本义》中将肺痿分为热燥与寒燥两种证候，并作了形象的比喻：“肺叶如草木之花叶，有热之萎，如日炙之则枯；有冷之萎，如霜杀之则干也。”而曹颖甫则将此病分为热燥与寒湿两类，他在《伤寒金匮发微》中同样用形象的语言对此进行了描述：“痿之言萎，若草木然，烈日曝之则燥而萎；水泽渍之则腐而萎。”因此，归纳起来可以认为，后人对于肺痿证候的认识虽仍基本遵从仲景之虚热与虚寒之说，但其认识更为细致。大体而言，可分为热燥致痿、寒燥致痿与寒湿致痿三个证候。如此认识，不仅将虚寒肺痿分寒燥与寒湿之不同而分别论述以更致其详，而且在一定程度上蕴含着肺痿虽总属虚损之证，但以其虚损程度的不同和致痿原因的各异，决定了本病并非总是一派纯虚之象的观点，这对于其进一步的认识论治具有重要意义。

在病象描述方面，后世医家则有较多的补充和完善。仲景所述者，除上云咳唾涎沫之主症外，尚有“短气”症。只是此条并非出自“肺痿”专篇。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证》说道：“息张口短气者，肺痿唾沫。”或许是缘于此说非出自专篇而为尊者讳之故，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后世医家虽亦认识到短气为肺痿的常见症状之一，并在有关论述中不厌其详地加以记载，但在定义肺痿时仍受其“专篇”之规范而仅以咳唾涎沫为主症。如金代刘完素在《素问玄机原病式》中，在解释上述作为启迪仲景的《内经》中“诸气膹郁病痿，皆属肺金”之条目时指出：“诸气膹郁病痿，皆属肺金。膹郁，谓奔迫也（气急上逆也）。”元代朱震亨在《丹溪手镜》中说：“热在上焦，其病多涎唾，小便反难而数，大便如豚脑，欲咳不咳，咳出干沫，唾中出血，上气喘满，或燥而渴，寸口脉数而虚，按之涩。”明代朱橚在《普济方·热病门》中谈到肺痿时说：“烦热壅于胸膈，而渴引饮水，必致喘粗。”日本人丹波元简在《金匮玉函要略辑义·金匮玉函要略述义》中说：“其初起半卧半起，号为殗殜。气急咳者，名曰肺痿。”清代唐容川《血证论》云：“如肺叶枯燥，不能覆下，则翘举而气亦上逆，不得喘息”。可见，历代医家在论述肺痿病象时，言其喘息见症者不在少数，只是用词各异，然其意一也。正如清代周学海在《读医随笔》中所言；“喘之为病也，其类有四：曰气急，曰气逆，曰气短，曰气脱。”故无论是竟言“喘”者，还是用“上气”、“气逆”、“息气上”、“奔迫”、“气沮”、甚或“殗殜”者，均是形容本病气短难续之状。为便于总结归类，均归之为“喘息”。

初步查阅自汉代至清末（1911年）论述肺痿的文献，计28位医家有代表性的论述62条，其中言及病象者48条，共出现各种症状130余条次，涉及症状10余种，其中重复出现者及重复次数依次为：咳嗽（25），唾涎沫（25），喘息（23），咯血（11），寒热（9），烦渴（8），咽不利（8），汗出（4），消瘦食少（4）。由此可以看出，在肺痿的常见证候中，主要是阴虚肺热与肺气虚寒两种，最常见的病象是咳嗽（52.08%），唾涎沫（52.08%），喘息（47.92%）三项。其余均在22%以下。

2.1.2 次要证候与病象

在常见证候中，除上述阴虚肺热与肺气虚寒所致的咳、喘、唾涎沫的主要临床表现外，尚有一些相对少见者亦时有论及。其中以唐代王焘所述较详，他在《外台秘要·咳嗽门》中全面描述了此证的病象：“肺气嗽经久将成肺痿。其状不限四时冷热，昼夜嗽常不断，唾白如雪，细沫稠粘，喘息气上，乍寒乍热，发作有时，唇口喉舌干焦，亦有时唾血者，渐觉瘦悴，小便赤，颜色青白，毛耸，此亦成蒸。”认为病久导致肺气阴两虚证的一系列临床表现。清代李用粹在其所著《证治汇补·胸膈门》中论及肺之气阴两虚证的临床表现：“久嗽肺虚，寒热往来，皮毛枯燥，声音不清，或嗽血线，口中有浊唾涎沫，脉虚而数，为肺痿之病。”类似的描述在清代沈金鳌的《杂病源流犀烛·肺病源流》中也有论及，指出肺痿“其证之发，必寒热……自汗气急，烦闷多唾，或带红线脓血。”其共同点是均认为久病之后，肺的气阴两虚，气虚表现为喘息气急，阴虚表现为咽干毛枯，咳血等症状。明代陈实功在《外科正宗·肺痈论》中，谈到肺痈转为肺痿的证候与病象：“久嗽劳伤，咳吐痰血，寒热往来，形体消削，咯吐瘀脓，声哑喉痛，其候转为肺痿。”指出肺痈转为肺痿时特有的证候和临床表现。

总结归纳历代医家对肺痿病各种证候病象的论述大体为，虚热肺痿的主要临床表现是形体消瘦、皮毛干枯少泽、干咳或欲咳而不得咳，有时可咳出少量浊唾涎沫，其质粘稠，可见有气短喘促、口渴咽干、虚热烦躁，甚则咳痰带血、口中乏津，舌苔多干而燥黄，脉多虚数无力；寒燥肺痿的典型症状为频频咳吐涎沫不止，咽燥而渴，心中温温液液，有泛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泛欲吐之势，短气不舒，舌苔白，脉多虚数细软；因于寒湿而致痿者，其特征性的临床表现多为口不渴，咳不著，即咳亦不爽利，咳则吐涎沫，量多而清稀，多浊唾，口臭，头眩短气，畏寒神疲，饮食减少，小便数或遗尿，舌质淡，舌苔白腻或滑，脉多虚数。

2.1.3 少见证候与病象

除上述重复出现者外，另有一些少见症状，兹不一一罗列，仅对有特殊临床意义的一条提出。《丹溪手镜·肺痿肺痈肠痈》在论述肺痿时有云："热在上焦，其病多涎唾，小便反难而数，大便如豚脑，欲咳不咳；咳出干沫，唾中带血，上气喘满，或燥而渴，寸口脉数而虚，按之涩。"所言肺痿的脉症可谓详实。对其中"大便如豚脑"我们认为大便性状对肺痿预后判断有一定的价值和意义。

2.2 晚期重症的证候与病象

肺痿作为一种慢性难治性疾病，必然会渐致发展演变为晚期重症。在这一方面古人亦多有论及，其认识较为全面。明代李中梓在《医宗必读·总论》中开明宗义地指出："按痿者，重疾也。"清代唐容川在《血证论》中两处谈到肺痿重症的证候与病象。《血证论·咳血》有云："其气上逆，咳嗽咳血，变为肺痿重病，吐白沫如米粥，咽痛声哑，皮毛洒淅，恶寒憎热，皆金损之证，不易治也。"认为肺痿重症为肺虚所致，出现一系列肺脏受损的病象。唐氏还进一步分析了这种"肺痿重症"的病理机制和其它表现，《血证论·喘息》曰："血虚则火旺津伤，肺叶痿而不下垂，故气不得降，喘息鼻张，甚则鼻敝若无关阑，乃肺痿之重症也。"提出肺痿重症是由于血虚致火旺，灼伤津液，导致肺叶萎废不用，出现喘脱欲现的重症。

肺痿重症虽多是由疾病慢性演变而来，但亦有少数一俟罹患即表现出此危重征象。其临床表现与慢性经过者相似，只是来势迅猛，谓之暴喘。此类患者多属肺肾素虚之体，故极易招致外邪侵袭。即所谓"邪之所凑，其气必虚。"外界非时之气侵袭，一触即发。《脉因证治·气虚喘逆》云："或本元素虚，或大病后，大劳后失于调养，或过服克削，元气大伤，则气虚喘逆之证作矣。"《医贯·喘证》则认为："真气耗损，喘出于肾，气之上奔。"均认为素体禀赋不足而导致其证卒然发作是根本原因。

日本学者丹波元简认为，肺痿晚期重症主要是由肺气衰极所致。他在《金匮玉函要略辑义·金匮玉函要略述义》中描述了此证候的临床症状："其病起半卧半起，号为殗殜。气急咳者，名曰肺痿。……积年累月，肺气衰。……若此将成，多不救矣。……其状不限四时冷热，喘息气上……亦有唾血者，渐觉瘦悴。"何谓"殗殜"？查《经籍纂古》云其意为："病半卧半起也。"《康熙字典》谓："重也……一日殁也。"综合来看，用殗殜一词来描述肺痿，意在一者形容本病喘息气短不能平卧之状，一是强调其预后极差、发展迅速危重之性。清代吴谦在《医宗金鉴·订正金匮要略注》中指出肺痿兼见肺痈者亦属重症，其症状为"发热汗出，恶寒恶风，咳而喘满，咽燥不渴，呼气不人，吸气不出，则为痿、痈互相兼有必然之证也……盖示人图治于早。"对于这类证候产生的病因、病机及预后判断，隋代巢元方在《诸病源候论·肺痿候》中说："肺主气，为五脏上盖，气主皮毛，故易伤于风邪。风邪伤于腑脏，而血气虚弱，又因劳役大汗之后，或经大下而亡津液，津液竭绝，肺气壅塞，不能宣通诸脏之气，因成肺痿。其病咳唾而呕逆涎沫，小便数是也，咳唾咽燥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

欲饮者必愈；欲咳而不能咳，唾干沫，而小便不利者难治。诊其寸口脉数，肺痿也，甚则脉浮弱。”清代柳宝诒在《增评柳选四家医案》中也谈道此病重症的证候与表现，认为属于中气不足所致。他指出：“咳而吐沫，食少恶心，动作多喘，中气伤矣。”又云：“音哑，脉形细弱……此属肺痿沉疴。”

综而观之，肺痿重症的主要临床表现包括：喘急、咳血、音哑声嘶、消瘦汗出、皮毛干枯等症状。之所以有上述种种征象，古人认为主要是由于病久肺气虚极，渐及脾肾所致。隋代巢元方在《诸病源候论·咳嗽候》中对此解释道：“久咳嗽上气者，是肺气极虚……积年累月，久不瘥，则胸背痛，面肿，甚则唾脓血。”“诸久咳嗽不已，三焦受之。其状，咳而腹满，不欲食饮，寒气聚于胃，而关于肺，使人多涕唾而变面浮肿，气逆故也。”

肺痿患者一旦出现这些症状，往往即意味着预后极差。在此方面的认识，最早可追溯到内经的有关论述中。《素问·阴阳别论》云：“阴争于内，阳扰于外，魄汗未藏，四逆而起，起则熏肺，使人喘鸣。”认为喘鸣的发生是由于内外合邪熏肺而致。《素问·举痛论》亦指出：“劳则喘息汗出，外内皆越，故气耗矣。”同样认为喘息，汗出症状的形成，是因为阴阳相争，耗伤肺气，熏蒸肺阴所致。《灵枢·邪气脏腑病形》则对此证的脉象进行了分析：“肺脉微缓为痿，偏风，头以下汗出，不可止。”后世医家对此条的理解和解释是，缓则热甚，热甚则蒸，故多汗。“不可止”，是形容汗出如珠之状，为肺热叶焦，熏蒸致痿，喘息欲脱之危象，预示着预后不佳。《素问·调经论》云：“肺藏气，气有余则喘咳上气，不足则息利少气。”指出喘息有虚实之分，这一观点一直指导着后世对此证的认识。扁鹊在《难经·二十四难》中提出：“手太阴气绝，即皮毛焦。太阴者肺也，行气温于皮毛者也。气沸营则皮毛焦，皮毛焦则津液去，津液去即皮节伤，皮节伤则皮枯毛折，毛折者则毛先死。内日笃，丁日死。”分析了皮毛干枯为肺气欲绝之征的形成机理，提示若出现此症则预后不良。后世医家在《内经》、《难经》有关论述的基础上，对肺痿重症预后极差的相关症状亦有所认识。如明代张介宾在其所著《景岳全书·虚劳门》中指出：“劳嗽音哑，声不能出，或喘急气促者，此肺脏之败也，必死。”这些论述说明，古人对本病危重证候的病机，病象的认识已十分全面，是长期临床实践经验的总结，至今仍有着非常重要的参考价值。

3 病因病机

3.1 基本病因与病机

3.1.1 肺阴亏损

肺痿的病因主要是肺有燥热，烁伤津液。造成肺有燥热的原因有很多，汉代张仲景最早提出的是因热病邪热伤阴或因误治（汗，吐，下等），或消渴津液耗伤等而重亡津液。如在《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》中所云：“热在上焦者，因咳为肺痿……或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数，或从便难，又被快药下利，重亡津液，故得之。”隋代巢元方在《诸病源候论·伤寒肺痿候》中亦云：“大发汗后，因复下之……虚邪中于肺……欲咳而不能，唾浊涎沫，此为肺痿之病也。”后人在不断印证，重复此说的基

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

础上，对造成燥热伤肺的原因有所补充。如痨嗽日久，久嗽伤阴，肺阴消竭；或肺痈热毒熏蒸伤阴等。如明代陈实功在《外科正宗·肺痈论》中说："久嗽劳伤，咳吐痰血，寒热往来，形体消削，咯吐瘀脓，声哑咽痛，其候转为肺痿。"清代李用粹在《证治汇补·胸膈门》中亦云："久嗽肺虚，寒热往来，皮毛枯燥，声音不清，或嗽血线，口中有浊唾涎沫，脉虚而数，为肺痿之病。"清代唐容川则从血虚的角度认识所致津伤的原因，他在《血证论·咳血》中指出："血虚则火盛津伤，肺叶痿而不下垂，故气不得降，喘息鼻张，甚则鼻敝若无关阑，乃肺痿之重证也。"其病理机制不外是由于上述各种原因，损伤肺，胃之阴，胃津不能上输，上焦生热，以致肺燥津枯，热燥日益伤阴，故阴难复，肺失清肃，宣降失司，津液不布，则咳而口吐涎沫，虚热肺痿乃成。

3.1.2 肺气虚冷

根据仲景所论，造成肺气虚冷的原因是虚热肺痿日久，阴伤及阳；或大病、久病之后，耗气伤阳，阳虚生寒，导致肺虚有寒，气不化津，津液不布，津反为涎，经口吐出；肺气虚冷，有不能温摄津液，肺失濡养，痿弱不用。如《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》指出："肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，……"肺气虚冷，气不化津，津液不布，肺失濡养，渐致肺叶枯萎而成。

肺气虚冷细辨可分为寒燥与寒湿两端。清代汪昂在《医方集解》中解释了寒燥肺痿的病因病机："肺痿者，肺气虚惫而肺叶枯萎，此乃清燥之甚，如秋树之枯叶，非由火热而肺枯。反多唾者，肺燥之甚，不能复受津液，则胃气之上蒸者，皆化痰涎而已，痰涎积于膻中，津液不复流布，故心中温温液液。"认为在肺气虚的基础上，寒燥伤肺，不能敷布津液而致；曹颖甫对寒湿致痿的病因病机解释为："肺中冷，实为肺寒，眩为水气上冒，多涎浊，则寒湿在上也。"指出是在肺气虚的基础上损及肺阳，致使寒湿停于上焦以成此病。

3.2 其它病因与病机

除此论述外，后人还认识到六淫、劳逸、情志、饮食等因素对肺痿发生的作用，这对仲景之病因学说是一个补充。如明代朱橚《普济方·咳嗽门》谈到："有劳嗽一证，皆因肺虚，或苦风寒暑湿，及劳逸抑郁，忧思喜怒，饮食饥饱，致脏气不平，积微成著，以致渐成肺痿肺痈者。"明代王肯堂在《证治准绳·咳嗽论》中也谈到："七情饥饱，内有所伤，则邪气上逆。肺为气出入之道，故五脏之邪，上蒸于肺而为嗽，此自内而发者也。"认为饮食、七情等原因内伤于脏，阻碍肺气，使不得降，邪气上蒸而作，是本病发生的内在病因与病机。

关于六淫外邪对肺痿发生的作用，清代唐容川在《血证论·咳血》中曾有论及："设肺中阴液不足，被火克刑，则为肺痿。肺叶焦举不能下垂，由是阴液不能垂之下注，肺中之气乃上逆而为咳，难治之证也。"认为在肺阴虚的基础上，外来火热之邪复伤于肺，成为肺痿。清·徐灵胎在《伤风难治论》中则指出："伤风由皮毛入于肺，肺为娇脏，太寒则风气凝而不出，太热则火灼肺而动血，太润则生痰饮，太燥则伤津液，太泄则汗出而阳虚，太涩则气闭而郁结。并有视为微疾，不避风寒，不慎饮食，经年累月，病机日深，或成血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证，或成肺痿，或成哮喘，或成怯弱，比比皆然。”认为六淫太过，日久不愈，复加再感风寒之邪或饮食不慎，终致肺痿。因此提示人们不可忽视外邪之于肺痿发生的作用。清代周学海则在此基础上强调湿热对于肺痿的重要性。他在《读医随笔》一书中说：“若夫……肺痿，则由肺家燥热太盛，实由脾家湿热熏蒸太久，浊气日增，清气不复，渐致液竭血沸而腐败矣。”唐代王焘在《外台秘要·许仁则疗咳方》中云：“肺气嗽者，不限老少，宿多上热，后因饮食，将息伤热，则常嗽不断，积年累岁，肺气衰便成气嗽，此嗽不早疗，遂成肺痿。”指出饮食不当，调理失摄在肺痿发生发展的过程中也起着重要作用。

3.3 病因及病理变化

后世医家不仅对肺痿的病因病机有所论述，结合病因病机还对本病的病理变化过程有一些具体认识并作了较为详尽的探讨。有关描述较之仲景之“肺热叶焦”更为形象而具体。清代唐容川在《血证论·咳血》中云：“盖肺金火甚，则煎熬水液而为痰，水伤液，则肺叶不能腴润下垂，其在下之肝肾，气又熏之，肺叶焦举，不胜制节，故气逆为咳，气愈逆，所以久咳不止也。”日本著名汉方医学家丹波元简在其所著《金匮玉函要略辑义·金匮玉函要略述义》中对肺痿发生的病理变化则作了更为细致的描述：“盖肺处脏之最高，叶间布有细窍，此窍名泉眼。凡五脏之蒸溽，从肺莞吸人之，只是气从泉眼呼出之，便成液。息息不穷，以灌溉周身者，皆从此出。此即人身之星宿海也。一受火炎，呼处成吸，有火即从此眼渗入，碍去窍道，便令人咳。咳则见血，愈咳愈甚，愈渗愈嗽。久则泉眼俱闭。吸时徒引火升喉间，或痒或呛。呼时并无液出。六叶遂枯遂焦，此肺痿之由也。”这些论述显然已对本病的病理变化有了非常具体的认识，有些甚至与现代的认识极为接近。

此外，古人还认识到瘀血在肺痿发生发展过程中的重要性。如周学海在《读医随笔》谈到肺痿治法时提及“养液行瘀”，说明对此已有了一定的认识。清代柳宝诒在《增评柳选四家医案》中也指出，治疗此病“不去其瘀，病终不愈。”认为瘀血既是肺痿的一个病因，又是其疾病过程中的一个证候。

4 治则治法

4.1 治　　则

4.1.1 治疗图早

肺痿的治疗原则，历代医家均认为早期治疗为第一要义。这是基于本病的难治性所决定的。如唐代王焘在《外台秘要·许仁则疗咳方》中指出：“肺气嗽者，不限老少，宿上多热，后因饮食，将息伤热，则常嗽不断，积年累岁，肺气衰便成气嗽。此嗽不早疗，遂成肺痿。”说明了本病早期治疗的重要性。明代孙一奎在《赤水玄珠·肺痿》中指出：“此证初起可治，久则难愈。何者？上枯水之源，下竭水之本也。……始萌可救，微发渴者欲愈。”认为若错过了早期治疗的机会，至肺肾之阴枯涸已极，则难以治愈。清代吴谦在《医宗金鉴·订正金匮要略注》中明确指出肺痿的治疗应“图治于早”。清代沈金鳌也在《杂病源流犀烛·肺病源流》中也提出“宜急治之”的观点。清代周学海在其所著《读医随笔》中更是直接地指出本病“初起可治”的论点。这些均从不同角度说明了肺痿早期治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的重要意义。

4.1.2 治疗图缓

盖缘本病一俟罹患，因受到各种因素的限制、而难以做到早期治疗。一旦失去早期治疗的时机，则应对其难治性有充分估计，以足够的耐心予以治疗，而切不可急功近利。在这一方面，历代医家早已有充分的认识并多有论述。明代朱橚在《普济方·咳嗽门》中说："……积微成著，以致渐成肺痿肺痈者。……药不奏效，而证日深，自此而成，着床者多矣。"认为肺痿一旦形成，则难以在短期内奏效，故应循循调理将息之。清代喻嘉言在《医门法律·肺痿肺痈门》一书中谈到肺痿的治疗原则，认为"大要缓而图之，……图速效，反速毙。……肺痿属在无形之气，气伤宜徐理。……此辨证用药之大略也。"之所以提出这个治疗原则，正是因为考虑及其发生发展的慢性经过。喻氏在本篇中还说到："肺痿者，其积渐已非一日，其寒热不止一端。"清代林珮琴在《类证治裁·肺痿》中也强调了本病的难治性："元气久削，痰嗽肺痿，寸脉虚数少神，难治之证。"清代唐容川在《血证论·咳血》中则竟云本病"不易治也"。既考虑到本病的难治性与慢性发病过程，就必须遵循缓而图之、将息调理的治疗原则。

4.1.3 标本缓急重在本，攻补兼施补为要

肺脏的生理特点是喜温而恶寒，喜润而恶燥。肺为娇脏，故无论何种原因致病，均须善而待之。肺痿之为病，不管寒热虚实如何，肺脏亏损是其病机关键。历代医家均认识到，本病的治疗原则应重在固其本、补其虚。

唐代医家孙思邈在《备急千金要方·肺痿》中指出，肺痿"虽有寒热之分，从无实热之例"。此说虽嫌绝对，但可见其对本虚的重视程度。清代吴谦在《医宗金鉴·订正金匮要略注》中明确提出："痿为虚，……是则肺痿当补。"清代江笔花在《笔花医镜·虚劳》一书中认为："肺金痿者，其受病不同，及其成劳一也。"意即无论何种原因致病，其病性终归属虚，因此，补虚乃治疗图本之举。

在权衡标与本，攻与补的问题上，认为应重其本，补为优。如清代徐忠可在《金匮要略论注》中说："肺痿之热由于虚，则不可直攻。"指出临证时不能因其有热，而妄用清热去火解毒之剂，病本为虚故也，应慎施攻法。清代喻嘉言在《医门法律·肺痿肺痈门》中警示了肺痿治疗中攻补忌宜，值得临床借鉴。他指出："凡属肺痿肺痈之咳，误作虚劳，妄补阴血，转滞其痰，因致其人不救者，医之罪也。凡咳而渐致气高汗渍，宜不俟喘急痰鸣，急补失去下。若仍治标亡本，必致气脱卒亡，医之罪也。……肺痿属虚，决不可用峻法，大驱涎沫，以图速效，反促其毙。"谆谆告诫了治疗时应注意辨明其标本缓急的原则。当然，以今视之，更要理解其精神实质，而非只言片语。"急则治其标，缓则治其本"。虽然肺痿总属虚证，但不惟纯虚。因此应当结合临床具体情况而施攻补之法。只是在权衡标本缓急的辨证过程中，时时考虑肺痿本虚的病性特点。在对肺痿治疗原则的总体认识方面，明代李中梓可谓经验颇丰，他在《医宗必读·咳嗽总论》中指出肺痿的治则"……皆以温养脾肺为主，稍稍治标可也。若欲速愈而及攻其邪，因而危困者多矣，可不谨诸！"这一论述值得临床借鉴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 治　法

基于对本病基本病机的认识，即肺痿总由肺脏亏损、阴虚气耗所致，且多属肺阴不足，故其治疗方面首重生津润肺，是谓其重要大法。如明代孙志宏在《简明医彀·肺痿》中分析了其常见病证的病机，认为肺痿“证属上焦游火缊热，肺金受其熏蒸，则清纯之气扰乱，生化之令不施，故为咳嗽红痰，往来寒热，自汗，便数，口中浊唾，涎沫多出，寸脉数，而虚者是也。又有因汗多，有因吐甚，或消渴而反通小水，或虚闭而峻利大便，重亡津液，真阴日损，致肺燥而亦成痿矣。”在具体临证运用上，历代医家均以仲景之滋阴润肺（麦门冬汤证）和温肺益气（甘草干姜汤证）为宗。

在此基本认识的前提下，后世医家依各自临床经验和体会而不断有所补充和发挥。其中以清代喻嘉言在《医门法律·肺痿肺痈门》中所提出的肺痿治疗的七大要点最为全而且具代表性，至今仍对临床具有指导价值。他在该书中总结道，治疗肺痿“大要缓而图之，生胃津，润肺燥，下逆气，开积痰，止浊唾，补真气，散火热。……以通肺之小管，以复肺之清肃。”可谓有法有度，亦补亦攻，较之前人有所发展，更为切合临床实际。归纳历代所论治法，大体可分为虚实两端，具体如下。

4.2.1　补虚

在补虚方面，计有养阴、益气、温肺、健脾补肾等。

较为常用的是滋阴润肺、温肺益气。这是宗仲景所云者。后世医家在此基础上不同程度还强调了补益脾肾的重要性。如喻氏所云“生胃津”、“补真气”是之谓也。清代叶桂在《临证指南医案·肺痿门》中对此有精辟的论述：“肺痿一证，概属津亏液燥，多由汗下伤正所致。夫痿者，萎也，如草木之萎而不荣，为津亡而气竭也。然致痿之因非止一端。金匮云：或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数，或从便难，又被快药下利，重亡津液，故令肺热干痿也。肺热干痿，则清肃之令不行，水精四布失度。脾气虽散津液上归于肺，而肺不但不能自滋其干，亦不能内洒陈于六腑，外输精于皮毛也。其津液留贮胸中，得热煎熬，变为涎沫，侵肺作咳，唾之不已。故干者自干，唾者自唾，痿病成矣。《金匮》治法，贵得其精义。大意生胃津，润肺燥，补真气，以通肺之小管，清火热，以复肺之清肃。故《外台秘要》用炙甘草汤，在于益肺气之虚，润肺金之燥。《千金要方》用甘草汤及生姜甘草汤，用参甘以生津化热，姜枣以宣上焦之气，使胸中之阳不滞，而阴火自消也。及观先生之治肺痿，每用甘缓理虚，或宗仲景甘药理胃，虚则补母之义，可谓得仲景心法矣。”明代赵献可在《医贯·咳嗽总论》中也指出了治疗脾肾的必要性：“治之之法，不在于肺而在于脾，不专于脾而反归于肾。盖脾者肾之母，肾者金之子。故虚则补其母，实则泻其子也。”他还进一步解释了治疗肺痿而重视脾肾的原理和意义：“脾实则肺金有养……五行之间，惟脾肾二脏，母盛而子宫受邪。何则？肺主气，肺有热，则气得热而上蒸，不能下生于肾，而肾受邪矣。肾既受邪，则肺益病，此又何也？盖母藏子宫，子隐母胎，凡人肺金之气，夜卧则归藏于肾水之中，今因肺受心火之邪，欲下避水中，而肾水干枯，有火无可容之地，于是复上而病矣。”因面，强调补益与调理脾肾对于治疗肺痿的重要性。

4.2.2　祛邪

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺痿虽然总属虚证，但在其发展演变的过程中，因肺脏的生理特点所决定，各种外邪“首先犯肺”；或由其主气之功能下降，气不足以推血而产生血瘀等。因此，切不可拘于前人“不可用攻法”之论而贻误病情。但需要注意的是，祛邪法的运用一要中病即止，所谓“衰其大半而止”，不可妄施峻法以至伤其正；一要祛邪同时毋忘补虚，虚乃肺痿之本，需刻刻谨记。

祛其实邪者，以清热、散火、祛痰、燥湿、化瘀等较为常用。即喻氏所谓“开积痰”、“止浊唾”、“散火热”之义。元代朱震亨在《金匮钩玄》中所云“肺痿，专主养肺，养血，养气，清金”，其中即含祛邪法。清代沈金鳌在《杂病源流犀烛·肺病源流》中进一步阐述了本病的治法，“切忌升散辛燥温热。……大约此证总以养肺、养气、养血、清金降火为主”。清代周学海在《读医随笔》中提出治疗肺痿“宜清热宣郁，养液行瘀”的观点，强调了化瘀的重要性。对此，清代柳宝诒在《增评柳选四家医案》中作了更为明确的解释：“治瘀血内阻，化火刑金而咳，……不去其瘀，病终不愈。”可见其对化瘀的重视程度。

5 方剂用药归类

5.1 总体归类

查阅历代论述肺痿的有关文献，统计有代表性的28位医家的62条论述，所见处方63首计有：甘草干姜汤、麦门冬汤、皂荚丸、生姜甘草汤、桂枝去芍药加皂角汤、炙甘草汤、甘草汤、芦根饮子、玉华煎、白胶汤、秦艽扶羸汤、十味汁煎、麻黄散、柴胡散、款冬花散、牡蛎散、黄芪散、五味子散、麦门冬散、马兜铃散、清燥救肺汤、贝母丸、天门冬丸、保和汤、四物汤、人参养肺汤、钟乳补肺汤、人参清肺汤、诃子散、清燥汤（一名茯苓燥湿汤）、知母茯苓汤、竹茹汤、杏仁半夏汤、人参平肺散、紫菀汤、百部散、桑根白皮散、白前散、紫菀散、杏子汤、旋覆花汤、白煎汤、赤芍药散、保肺饮、七宝散、紫菀散、阿胶散、犀角饮、地黄汤、杏仁煎、鹿髓煎、人参散、温中生姜汤、半夏肺痿汤、桔梗散、防己散、补肺散、雄黄款冬花散、桔梗散、防己散、蛤蚧散、蛤蚧汤、保肺饮、团参饮子、地黄汤、劫劳散等。

上述方剂中涉及药物101味，出现频率较高者为（数字为应用出现味次）：甘草（36），生姜（32），麦冬（28），人参（28），桑皮（21），紫菀（20），生地（16），贝母（15），柴胡（11），茯苓（10）。以药性分类，较为集中的是：养阴类5味（麦冬，天冬，沙参，玉竹，鳖甲），出现味次为33（33%）；清热类7味（知母，芦根，竹叶，生地，赤芍，地骨皮，射干，桑皮，柴胡，葛根），出现味次为28（28%）；益气类8味（甘草，人参，党参，黄芪，白术，山药，茯苓，大枣），出现味次为23（23%）；其余分别散见于化瘀、行气、温里、润下等。

5.2 分证候用药

历代医家治疗肺痿的方药可散见于不同书籍及篇章。由于本病作为一个独有的疾病，对其认识颇多周折和争议，故并非是一以贯之地立有专篇而论。比如有见于咳嗽者，有见于咳血者，甚至有见于虚劳者。故兹根据其所论主症分述，若有数症相兼者，本书以方意

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

所针对之主症为分类依据。

5.2.1 肺痿咳嗽候

(1) 杏仁煎《普济方·肺痿附论》：治肺痿久嗽。药物组成：杏仁 阿胶各半两 瓜蒌一两 人参一两 贝母 丹砂各一分。

(2) 鹿髓煎《普济方·肺痿附论》：治伤中脉绝筋急肺痿咳嗽。药物组成：鹿髓半升蜜酥各一两 生地汁五合 杏仁 桃仁各三两。

(3) 人参散《普济方·肺痿附论》：治身热头痛，积热，黄瘦，肌热恶寒，蓄热发战，膈热呕吐，烦渴，湿热泄利或目赤口疮，咽喉肿痛或风昏眩，虚汗肺痿劳嗽。药物组成：石膏 甘草各一两 滑石四两 寒水石二两 人参半两。

(4) 知母茯苓汤《普济方·肺痿附论》：治肺痿喘嗽不已往来寒热自汗。药物组成：茯苓 甘草各一两 知母 五味子 人参 薄荷 半夏 柴胡 白术 款冬花各半两 桔梗 麦冬 黄芩各半两 川芎 阿胶各三钱 生姜 10 片

(5) 天门冬丸《普济方·肺痿附论》：治肺痿经年咳嗽不止，唾成五色，喘急促急，少食羸瘦。药物组成：天门冬 大麻仁 紫苏子 大黄 厚朴 贝母各半两 升麻 麻黄 甘草 桔梗 五味子 陈橘皮各一两 紫菀三分 杏仁 49 枚

(6) 杏仁半夏汤《普济方·肺痿附论》：治肺痿涎喘不定，咳嗽不已及甚者往来寒热。药物组成：杏仁 桔梗 陈皮 茯苓 汉防己 白矾 桑白皮各二两 薄荷叶一钱 甘草二寸 猪牙皂角一锭

(7) 人参平肺散《普济方·肺痿附论》：治心火刑肺传为肺痿，咳嗽喘呕，痰涎壅盛，胸膈痞满，咽嗌不利。药物组成：赤茯苓四两 知母七分 桑白皮一钱 炙甘草半钱 青皮二分 地骨皮三分 天门冬二分 陈皮三分 人参三分 五味子 30 个。

(8) 保肺饮（明代孙志宏在《简明医彀·肺痿》）：治肺痿咳嗽，胸中隐痛，辟辟燥咳。药物组成：人参 麦冬 薏苡仁 百部 黄芪 桑皮 五味子 当归 芍药 黄芩 百合等分加姜煎服。

(9) 七宝散《普济方·肺痿附论》：治肺痿劳嗽久嗽。药物组成：人参 款冬花 钟乳石 鹅管石 明矾 辣桂 甘草各一钱。

(10) 蛤蚧散《普济方·肺痿附论》：治肺痿咳嗽及肺壅嗽。蛤蚧一对 人参 茯苓 知母 贝母 桑白皮各二两 大杏仁六两 炙甘草五两。

(11) 人参款花膏（《赤水玄珠·肺痿》）："脾胃虚寒，久嗽不已，咽膈满闷，咳嗽痰涎，呕逆恶心，腹胁满胀，腰背伤痛。或虚劳冷嗽，及远年近日一切咳嗽，诸药不效，欲成肺痿。"药物组成："款花 人参 五味子 紫菀 桑白皮各一两。"

(12) 人参养肺汤（《赤水玄珠·肺痿》）："治肺痿咳嗽清痰，午后热，并声飒者。"药物组成："人参 炙甘草 阿胶珠各一钱 茯苓一钱半 贝母 柴胡四钱 杏仁五味 桔梗各一钱半 桑皮二钱 枳实一钱半"

(13) 保和汤（《病机汇论·咳嗽门》）："治劳证久嗽，肺痿。"药物组成："知母 天冬 麦冬 款冬花 贝母各一钱 薏苡仁 天花粉 杏仁各五分 紫菀 桔梗 百合 马兜铃 阿胶（蛤粉炒） 当归 百部各六分 五味子十二粒 炙甘草 薄荷各四分 姜一片 饴糖一勺匙，食后服。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2.2 肺痿喘息候

(1) 麦门冬汤 (《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》): "火 (大) 逆上气, 咽喉不利, 止逆下气, 麦门冬汤主之。" 药物组成: 麦门冬七升 半夏一升 人参三两 甘草二两 粳米三合 大枣十二枚

(2)知母茯苓汤(明代孙一奎《赤水玄珠·肺痿》):治肺痿喘嗽不已,往来寒热,自汗。药物组成:茯苓 炙甘草各一两 知母 五味子 人参 薄荷 半夏 柴胡 白术 款冬花 桔梗 麦冬 黄芩各五钱 川芎 阿胶各三钱。

(3) 地黄汤 (《普济方·肺痿附论》): 治虚寒肺痿喘气。药物组成: 熟干地黄 川芎各五两 桂皮 人参各三两 大麻仁一升 桑白皮二升。

(4)白前散(《普济方·肺痿附论》):治肺痿咳嗽日月久远,喘息促,肩胛高,卧仰不安。药物组成:白前 旋覆花半两 桑白皮一两 赤茯苓一两 汉防己半两 麻黄半两 紫菀两 五味子一两 白蒺藜 (原书无剂量)。

(5) 白煎汤 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咳嗽日久, 喘急仰卧不安。药物组成: 白前 木通各二两 防己 麻黄各半两 白茯苓 厚朴 桑白皮各二两 紫菀头 50 枚。

(6) 赤芍药散 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿唾嗽如稠胶, 日夜肺气上逆, 坐卧不安, 胁肋疼痛。药物组成: 赤芍药三分 赤茯苓一两 桔梗三分 贝母一两 炙甘草半两 款冬花半两 獭肝半两 紫菀一两。

(7) 半夏肺痿汤 (《普济方·肺痿附论》): 疗虚寒喘鸣, 多饮逆气呕吐。药物组成: 半夏一升 母姜一斤 橘皮一斤 白术半斤 桂心四两。

(8) 温中生姜汤 (《备急千金要方》): 治肺虚寒羸瘦, 缓弱战掉, 虚吸胸满肺痿。药物组成: 生姜一片 桂心 橘皮四两 麻黄 (原书无剂量)。

(9) 清燥救肺汤清 (《血证论》): "血虚则火盛津伤, 肺叶痿而不下垂, 故气不得降, 喘息鼻张, 甚则鼻敫若无关阑, 乃肺痿之重症也, 生津补肺, 宜清燥救肺汤。" 药物组成: 桑叶三钱 石膏 (煅) 二钱五分 甘草一钱 人参七分 胡麻仁一钱 真阿胶八分 麦门冬一钱二分 杏仁七分 枇杷叶一片

(10) 玉华煎 (《医醇賸义》): "肺痿即气痿也, 玉华煎主之 (玉竹, 五味子, 麦冬, 沙参, 党参, 茯苓, 白术, 山药, 川断, 牛膝。)"

5.2.3 肺痿唾涎候

(1) 甘草干姜汤 (《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七》): "肺痿吐涎沫而不咳者, 其人不渴, 必遗尿, 小便数, 所以然者, 以上虚不能制下故也。此为肺中冷。必眩, 多涎唾, 甘草干姜汤以温之。" 药物组成: 炙甘草四两 干姜二两。《集验》, 《肘后》有大枣十二枚。

(2) 生姜甘草汤 (《备急千金要方》): 治肺痿咳唾涎沫不止, 咽燥而渴。药物组成: 生姜五两 甘草四两 人参三两 大枣十二枚。

(3) 桂枝皂荚汤 (《备急千金要方》): 治肺痿吐涎沫不止。药物组成: 桂枝 生姜各三两 甘草二两 皂荚一两 大枣十五枚。

(4) 炙甘草汤 (《外台秘要·卷九》): "治肺痿涎沫多, 心中温温液液者。" 药物组成: 炙甘草 人参 桂枝 阿胶 生地 麦冬 火麻仁 大枣。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(5) 百部散 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咳嗽涕唾稠粘, 胸膈烦壅, 咽喉不利, 心神烦热。药物组成: 百部 桔梗 射干 川升麻 天门冬 木通各一两 炙甘草半两 沙参半两 川大黄半两。

(6) 桑根白皮散 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咳嗽涕唾稠粘, 胸膈烦壅, 咽喉不利。药物组成: 桑白皮半两 桔梗 木通 紫菀 槟榔 旋覆花半两 款冬花半两 前胡杏仁半两。

(7) 杏子汤(《普济方·肺痿附论》): 治肺痿四肢烦热, 涕唾稠粘。药物组成: 杏仁升麻各一分 桔梗 紫苏茎叶三分 马兜铃一钱半 五味子 麻黄 芍药各半两。

(8) 旋覆花汤 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咳嗽唾如稠涎, 羸瘦喘急盗汗。药物组成: 旋覆花 炙甘草 牡蛎各一分 薇蕤 紫菀 桔梗各半两 生地汁 生姜汁各二合。

(9) 桔梗散 (《太平圣惠方》): 治肺痿咳嗽胸中满而振寒脉数, 干或渴, 时出唾又吐脓如米粥者。药物组成: 桔梗三两 炙甘草一两 赤茯苓二两。

(10) 雄黄款冬花散 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿喘嗽痰涎壅盛。药物组成: 款冬花半两 佛耳草半两 明雄黄一钱

(11) 桔梗散 (《太平圣惠方》): 治肺痿咳嗽, 胸中满而振寒, 脉数, 干或渴, 时出唾又吐脓如米粥者。药物组成: 桔梗三两 炙甘草一两 赤茯苓二两。

(12) 人参平肺散 (《赤水玄珠·肺痿》): "治心火克肺, 传为肺痿, 咳嗽喘呕, 痰涎壅盛, 胸膈痞满, 咽嗌不利。" 药物组成: "橘红 炙甘草 地骨皮 茯苓 青皮 苏叶 半夏各五钱 桑白皮一两 知母七钱 人参 天门冬各四钱。有热加黄芩四两, 五味子三百粒。

5.2.4 肺痿咳血候

(1) 甘草汤 (一名温液汤, 《备急千金要方》): 治肺痿涎唾多出血, 心中温温液液方。药物组成: 甘草二两。

(2)竹茹汤(《普济方·肺痿附论》): 治肺痿劳吐血。药物组成: 竹茹 赤小豆 麦冬各三两 大大枣10个 桔梗 北柴胡 川续断各二两 桑白皮二两 甘草一两二钱半 麻黄 五味子各一两五钱。

(3) 紫菀汤 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿唾脓血多咳嗽, 日渐羸劣。药物组成: 紫菀天门冬 桔梗各半两 白茯苓 知母各一分 生百合三枚 生地汁多少不拘。

(4) 阿胶散 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿损败, 气喘咳嗽有血。药物组成: 阿胶一两 干地黄三分 白茯苓半两 人参一两 麦冬半两 蛤蚧一双 侧柏叶一两。

(5) 犀角饮 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咳嗽, 气喘喉中有血。药物组成: 犀角镑 竹茹各一两 桔梗 柴胡 黄芩各半两 天门冬 朴硝少许

(6) 劫劳散 (《世医得效方·卷九》): 治心肾俱虚, 劳嗽时复三四声, 遇夜发热, 热过即有盗汗, 四肢倦怠, 体瘦, 恍惚异梦, 嗽中有血, 名曰肺痿。药物组成: 白芍五两 黄芪 甘草 人参 白茯苓 熟地 当归 五味子 半夏曲 阿胶各二两。

(7) 防己散 (仁存方): 治肺痿咯血多痰。药物组成: 汉防己 黄蓍芳 (等分每服二钱)。

(8) 补肺散 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿劳伤吐血。药物组成: 黄明胶二两 花桑

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

叶二两。

(9) 薏苡仁粥 (《医宗必读·血证》): "肺痿吐脓血，薏苡仁煮粥，日服半升。"

(10) 团参饮子 (《济生方》): "治病因抑郁忧思，喜怒饥饱失宜，致脏气不平，咳嗽脓血渐成肺痿，增寒壮热，羸瘦困顿，将成痨瘵：人参 紫菀茸 阿胶 (蛤粉炒) 百合 细辛 款冬花 天冬 杏仁 半夏 霜桑叶 五味子各一两 炙甘草五钱 生姜五片。因气而咳者，宜加木香，咳而唾血有热者，加生地黄。咳而唾血有寒者，加钟乳粉。因疲极而咳嗽者，加黄芪。因损咳而唾血者，加没药、藕节。咳而呕逆，腹满不食，加白术，仍倍加生姜。咳而小便多者，加益智仁。咳而大便溏者，去杏仁，加钟乳粉。咳而面浮气逆者，加沉香，橘皮煎。"

(11) 人参清肺汤 (《赤水玄珠全集·肺痿》): "疗肺痿劳，吐血腥臭，干呕，烦热，发音不出，肌肉消瘦，倦怠减食。"药物组成："乌梅一枚 地骨皮 人参 炙甘草 阿胶 杏仁 桑皮 知母 粟壳各一两。"

(12) 紫菀散 (《病机汇论·咳嗽门》): "治咳中有血，虚劳肺痿。"药物组成："人参 紫菀 知母 贝母各一钱五分 五味子九粒 甘草五分 桔梗 茯苓 阿胶 各一钱 蛤粉炒珠。"

(13) 人参养肺汤、钟乳补肺汤、蛤蚧汤 (清代喻嘉言《医门法律·杂论》): "久咳肺损肺痿，痰中见血，潮热声飒，人参养肺汤；血腥喘乏，钟乳补肺汤。……蛤蚧汤，治咳嗽吐脓血，及肺痿羸瘦，涎涕稠粘。"药物组成：蛤蚧汤：蛤蚧 知母 贝母 桑白皮 鹿角胶 枇杷叶 葛根 人参 炙甘草 杏仁各一两。

(14) 白胶汤、十味汁煎 (《医醇賸义》): 肺也痿败，喘咳夹红者，白胶汤主之 (白芨，阿胶) ……桑皮等汁十味煎，治咳嗽经久将成肺痿，乍寒乍热，唾涕粘稠，喘息气上，唇干呕血 (桑皮汁，地骨皮汁，生地汁，生葛汁，淡竹汁，生姜汁，白蜜，牛酥。)

(15) 清燥救肺汤 (《血证论》): "肺脏津虚，火气乘之，致成燥咳，气逆痰涩或带血丝，久成肺痿，清燥救肺汤主之。"

5.2.5 肺痿咽燥候

地黄汤 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咽燥，咳嗽，吐脓血，胸胁胀满，短气，羸不思饮食。药物组成：生地 赤茯苓 柴胡各一两 射干 炙甘草 麦冬各半两 紫菀 半夏 麻黄 黄芩 桑白皮 五味子各三分

5.2.6 肺痿小便不利候

(1) 紫菀汤 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咳嗽涕唾稠粘，小便不利。药物组成：紫菀 桔梗 木通 白蒺藜 桑根白皮 赤茯苓各二两 炙甘草 茅根 旋覆花各半两

(2) 紫菀散 (《普济方·肺痿附论》): 治肺痿咳嗽涕唾稠粘，小便不利。药物组成：紫菀 桔梗 木通各半两 赤茯苓 白蒺藜 甘草 桑白皮 茅根各三分。

(3) 黄芩清肺饮 (明代沈顾《病机汇论·小便不通门》): "治肺燥而小便不通。黄芩一钱，栀子三个，盐豉二十粒。"

5.2.7 肺痿骨蒸候

(1) 芦根饮子 (《外台秘要·卷九》): "疗骨蒸肺痿，烦躁不能食，芦根饮子方 (芦根，麦冬，地骨皮，生姜，橘皮，茯苓)。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（2）秦艽扶羸汤（《医醇賸义》）：“治肺痿骨蒸，或寒或热，成劳咳嗽，声嘎不出。”药物组成：秦艽，柴胡，人参，当归，鳖甲，地骨皮，紫菀，半夏，甘草。

5.2.8 肺痿重候

清燥汤（《普济方·肺痿附论》）：寸口脉不出而反发汗，阳脉短数，阴脉不涩，三焦踟蹰，入而不出，阴脉不涩。寸口脉数而虚，按之涩，身体反冷，其内反烦，多唾唇燥，小便反难此为肺痿。复于津液，便如烂瓜，下如豚脑，但坐发汗故也。其病咳嗽不得咳嗽，干沫出，久小便不利。其脉平弱。……肺痿咳唾咽燥欲饮者自愈。自张口者短气也。肺为五脏华盖，百脉取气，运动血脉，卫养腑脏，灌注皮毛。将理失宜，气与血乱，则成肺痿，痈矣。然五脏皆有痿、痈，而独论此者，以肺属金，数尽于阳九，位最高，内为五脏长，多致此病，故独论此。……六七月之间湿令大行，子能令母实而热旺，湿热大盛而刑庚大肠，故寒凉以救之。以天令言之，则清燥之气绝矣。古人之法，夏月热以救热伤天真元气，燥金受湿热之邪，绝寒水生化之源。源绝则肾亏，痿厥之病大作。腰以下痿软瘫痪，不能动行，及不正。两足欹侧更宿，有湿热之证，当急救之。”药物组成：“黄芪一钱半　黄连一分　苍术一钱　五味子九个　白术半钱　橘皮半钱　人参三分　当归身二分　生地二分　升麻三分　白茯苓三分　泽泻半钱　猪苓一分　柴胡一分　炙甘草二分　麦冬二分　酒黄柏--分（稍热空心服）”。

6 预防康复

6.1 预　　防

基于肺痿的难治性，预防其发生演变为历代医家所重视。即未病先防，既病早治已成为其共识。肺痿的预防主要从以下几方面考虑。

6.1.1 防燥热伤肺

燥热伤肺的认识来源于《内经》。有关论述《内经》言之颇详，比如在燥气的形成方面，《素问·气交变大论》认为：“岁金太过，燥气流行。”“岁木不及，燥乃大行。”从五行相生相克及其与脏腑相配的角度解释了燥气形成的机理；在临床表现方面，《素问·六元正纪大论》指出：“金郁之发，燥气以行，民病咳逆，……火郁之发，炎火行，大暑至，民病少气。”《素问·气交变大论》云：“岁火太过，炎暑流行，金肺受邪，民病……少气咳，喘血溢血。”《素问·至真要大论》也提出：“少阴司天，热淫所胜，怫热至，火行其政，民病胸中烦热，嗌干，右胠满，皮肤痛，寒热咳喘，大雨且至，唾血血泄。”《素问·阴阳应象大论》曰：“燥胜则干。”均认为燥热（火）之邪伤于人，可出现咳嗽、气喘、咳血、肌肤干枯疼痛等一系列肺系病的症状；在治疗方面，《内经》也提出了基本原则。如《素问·至真要大论》提出：“燥者濡之。”“燥淫于内，治以苦温，佐以甘辛，以苦下之。”“燥化于天，热反胜之，治以辛寒，佐以苦甘。”这些均为后世医家治疗此类疾病提供了指导性的理论依据。

有关燥热伤肺的认识，以清代喻嘉言所论最为系统。他曾立专篇对《内经》的有关理论进行阐述。《医门法律·秋燥论》云：“秋伤于燥，上逆而咳，发为痿厥。”在治疗方面，提出“治燥病者，补肾水阴寒之虚，泻心火阳热之实，除肠中燥热之甚，济胃中津液之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

衰。”并为此专门创制著名的清燥救肺汤，至今为临床所沿用而颇效验。喻氏还谆谆告诫道：“凡治燥病，不深达治燥之旨，但用润剂润燥，虽不重伤，也误时日。”认为失治误治，可外邪入里化为燥热，熏灼肺津，损及肺叶，转为肺痿之候。唐容川在《血证论·咳血》中明确指出：“设肺中阴液不足，被火克刑，则为肺痿。”徐灵胎在《伤风难治论》中亦云：“肺为娇脏，……太热则火灼肺而动血，……太燥则伤津液。……并有视为微疾……经年累月，病机日深……或成肺痿……”。周学海在《读医随笔》中说到：“……肺痿，则由肺家燥热太盛。”均认为燥热之邪若不能得到及时治疗，最终将会转为肺痿的可能性。

总结归纳历代医家防止燥热伤肺，转为肺痿的具体措施，首先强调慎避外邪，即在燥气流行的季节，注意防护，以免燥热之邪侵袭而犯肺卫；注意加强锻炼，以增强机体抗病能力；在药物预防方面，平时可常服玉屏风散以益肺固表。偏于阴虚者可服用五汁饮以生津养阴；在既感燥热之邪以后，初期酌用辛凉（桑杏汤）或辛温（杏苏散）甘润以散邪润燥。继则以清燥救肺汤清肺润燥。后期用百合固金汤以育阴生津。《六因条辨·秋燥论》指出：“盖犯是症者，必有禀赋阴虚，元阳偏盛，或身瘦身长，或色苍少泽，禀乎木火之质者，比比皆然。”提示阴虚体质之人有易患趋势，平素应注意调养，可常服六味地黄丸以防患此疾病。

6.1.2 防久咳伤肺

咳嗽反复发作不愈，必然耗伤肺津，损伤肺气，导致肺痿的发生。如明代孙志宏在《简明医彀·肺痿》中就指出：“如咳嗽恶风，胸胁胀满者，防成此患”。肺为娇脏，为五脏之华盖，喜温恶寒，最易受伤。人体受邪，首先犯肺，肺卫不耐侵袭，反复发作，演变为由虚至损的必然过程。即每每出现咳嗽—反复发作—损伤正气—复感外邪—咳嗽愈重—肺阴亏损，肺气不足，肺叶萎废—肺痿。因此，预防咳嗽的反复发作对于肺痿的预防具有重要的意义。其预防的重点在于提高机体的卫外能力，增强抵抗力，减少外感机会，即做到“正气存内，邪不可干”。具体方法如下。

6.1.2.1 适应气候变化 注意气候变化，做到避之有时，依外界气候变化随时增减衣服，尤其在气候骤冷时更应注意，以防止感受风寒之邪，引发感冒，犯肺致咳。

6.1.2.2 增强体质 对已患慢性咳嗽，肺肾皆虚的患者，平素应进行适宜于自身情况和耐受能力的身体锻炼和耐寒训练，以提高肺卫的抗邪能力。对于平时易患感冒者，可常进行自我按摩，穴位取迎香、足三里，或常用手揉搓面部。

6.1.2.3 药物预防 针对不同的体质情况，酌情选用药物辨证预防是防止感冒咳嗽的有效方法。

对于肺气不足，卫外不固而易患感冒咳嗽者，宜用玉屏风散（成药或各药等分粗末），每服 10g，每日 1～2 次；对于气阴两虚者，服用生脉饮，每次 1～2 支，每日 2～3 次；对于无明显偏颇倾向者，亦需适时用药以扶正固本。冬季可用固本止咳片，夏季用固本止咳夏治片。

6.1.3 防久喘伤肺

喘息反复发作，耗伤肺气，日久亦可导致肺痿发生，理同久咳。故在预防喘证的发生与持续不解方面，增强体质，加强锻炼，提高机体抗病能力的道理和方式与防止咳嗽相同，此不赘述。其药物预防主要是针对喘证的病机不同而辨证选用不同药物。常用玉屏风散、生脉饮、丹参片、固本咳喘片等，意在改善心肺功能，防止喘证的反复发作。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.1.4 防误治伤肺

误治致痿，主要是指误用或过用汗、吐、下等法，以及消渴、肺痈等病失治而致津液耗损，伤及肺之阴津与肺气，导致肺失濡养，津液不得输布，最终出现肺叶萎废不用而成肺痿之候。对此先贤早有明示。汉代张仲景在《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七》中云："肺痿吐涎沫而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。""……或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数，或从便难，又被快药下利，重亡津液，故得之。"即强调各种治法的运用失当，造成"重亡津液"或"肺中冷"，是引发肺痿的重要原因。因此，临床上在治疗它病时，一要注意祛其邪者谨遵"衰其大半而止"之古训，以防过当伤正；一要对某些有伤阴耗气倾向之疾病及时治疗，以防其延误变生肺痿。

6.2 康　　复

肺痿病在稳定期可行康复治疗。其康复疗法为历代医家所重视，故方法种类繁多，总结归纳如下。

6.2.1 药物康复

气阴两虚者，表现为轻咳，口干渴，体倦乏力等。宜益气养阴，予沙参麦冬汤调理，药用沙参、麦冬、扁豆、桑叶、玉竹、花粉、甘草、百合、黄精、生地等。

肺肾阴虚者，表现为五心烦热，腰膝酸软，轻咳微喘等。宜滋补肺肾，予麦味地黄丸常服，每次1丸，每日2次。

肺脾气虚者，表现为气短懒言，肢倦乏力等。宜健脾益肺，予六君子汤加味，常用药为党参、茯苓、白术、甘草、山药、黄芪、大枣等。

脾肾阳虚者，常用药为附子、肉桂、冬虫夏草、杜仲、川断、兔丝子、补骨脂等；偏于阴虚者，常用药为五味子、枸杞子、兔丝子、生熟地、牛膝等。无论阴虚、阳虚还是气虚，均需配以宣畅肺气之品，如杏仁、苏子、瓜蒌、紫菀、冬花之属。使正气渐复，肺得宣降而向愈。

6.2.2 饮食康复

6.2.2.1 百合杏仁粥：适宜于干咳无痰，微喘，大便干者。鲜百合30g，杏仁30g，粳米50g，冰糖适量。先将粳米、百合、杏仁加水500ml，煮成粥后加冰糖。3～5天为一疗程。

6.2.2.2 五汁饮：适宜于口干咽燥，干咳，便干者。梨汁、荸荠汁、鲜芦根汁、麦冬汁、蔗糖。共煎成汁，频频饮服。

6.2.2.3 五汁蜜膏：适宜于阴虚有热者。鸭梨（或雪花梨）1000g，白萝卜1000g，鲜姜250g，炼乳250g，蜂蜜250g。取梨皮，洗净萝卜、生姜，分别用纱布铰挤取汁。取梨汁、萝卜汁共置锅中，先武后文用火煎煮，浓缩至膏状时，加入姜汁、炼乳、蜂蜜，急搅令匀，继续加热至沸，停火待冷装瓶备用。每次一汤匙，沸水冲调。每日2次。具有养阴清肺止咳之功。

6.2.2.4 糖渍陈皮：适宜于久咳纳差者。鲜橘皮、白糖。将鲜橘皮或干橘皮泡软后，切丝置锅中，加入相当于橘皮一半重量的白糖。加水使之没过橘皮，加热煮沸后改微火慢煮，至余液将尽时取出橘皮，放置盘中。将冷时再洒入约橘皮一半重量的白糖，拌匀即

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

可。不拘时，量、频频服用。具有开胃理气，止咳化痰，增进食欲之功。

6.2.2.5 枇杷叶粥：适宜于肺热者。枇杷叶 10～15g，粳米 50g，冰糖适量。先将枇杷叶用布包水煎去渣取浓汁，或将鲜枇杷叶 30～60g 刷尽毛绒，切丝水煎，去渣取汁，加入粳米煮粥。粥将成时加入冰糖，稍煮供用。每日早、晚佐餐用。具有清肺化痰，止咳降气之功。

6.2.2.6 五味子汤：适宜于肺肾两虚者。五味子净肉 500g，紫苏叶 200g，人参（去芦）125g，砂糖 1000g。将五味子核泡水至无酸味，以此水熬煮五味子肉、苏叶、人参，去渣澄清，以此汤代茶饮。不拘时量，随意饮用。具有生津止咳，温肾益气之功。

6.2.2.7 芪车羊肉粥：适宜于气血两虚者。生黄芪 30g，胎盘 1 具，羊肉适量。胎盘洗净煮熟，再加黄芪，羊肉炖至熟，最后加粳米煮 15 分钟。每日食 1～2 碗。

6.2.2.8 胡桃芝麻散：适宜于肾不纳气者。核桃肉，黑芝麻，等量捣碎。每日服用 10～15g。长期服用。

6.2.3 其它康复方法

6.2.3.1 气功锻炼

松静站立，舌抵上腭，待津生满口时，缓缓咽下，以意念引至丹田。

6.2.3.2 针灸按摩

每日灸双侧足三里 2 次，每次 10 分钟；揉双侧风池、血海 2 次，每次 10 分钟；频频拍背，方法是两手自两侧肺尖开始，向下沿胸廓拍打以利排痰。针灸肺俞，肾俞，膏肓，足三里，以增强抗喘能力。或用耳针按压肺经腧穴及天突、膻中，每 3 日一换。

展 望

肺痿病是中医学中的一个疾病，病名由汉代张仲景首创。后世医家对此病的研究和认识较少。近年来，随着相关学科研究的深入，对本病的认识逐渐受到重视，不少学者围绕临床证治和学术建设进行了有益的探讨和研究，并在一些方面取得了可喜的苗头。关于肺痿病的研究，多从以下诸方面进行：

1 理 论 研 究

1.1 病 名 研 究

遵照“尊古不泥古”的原则，深入开展对病名概念的内涵与外延的学术探讨，在系统、全面复习整理历代有关论述的基础上，通过学术讨论和专家论证，使其成为既与先贤所论不悖，又与现代认识密切联系，富有时代特征的传统病名，以恢复和确立本病在中医学中的应有地位，从而发展中医学术，指导临床实践。

1.2 病 机 研 究

结合现代西医学及其它相关学科的发展，深入开展对本病病机实质的研究。探讨其与西医疾病内在联系的客观指标和物质基础，以揭示其发病、发展的规律，为临床治疗奠定理论基础。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 临床研究

2.1 治疗研究

筛选古今验方、效方，探讨其疗效作用机制。临床研究应严格遵循临床流行病学的方法设计，统一标准多中心进行。

2.2 规范研究

在多中心、大样本临床研究的基础上，探讨其证候学规律，进而制定出本病的有关诊断和疗效标准。

应该看到，对于肺痿的认识和治疗，中医有着独特的优势和丰富的经验，所以，整理、挖掘古代文献和进行现代研究结合是攻克肺痿病的关键。

（张纾难　李兰群　晁恩祥）

近现代参考文献

[1] 方药中，邓铁涛，李克光，等。实用内科学。上海：上海科学技术出版社，1987．86～87

[2] 李学，张代钊，放射性肺炎（肺萎）的中西医结合治疗，中日友好医院学报，1994（1）

[3] 王永炎，张天，李迪臣，等．临床中医内科学．北京：北京出版社，1994，463～470

[4] 晁恩祥，张纾难．肺痿再辨识．北京中医药大学学报，1997（5）：14

[5] 刘绪英．益气补肺汤治疗放射性肺炎．山东中医杂志，1996（7）：303～304

[6] 石广璞．异搏定引起大量流涎一例报告．中华内科杂志，1986（1）：6

[7] 张纾难，张洪春，韩春生，等．晁恩祥教授论治肺痿经验．全国中医内科学会肺系病第七次学术交流会论文集，1997．115～117

[8] 张纾难．益肺化纤方治疗特发性肺纤维化临床研究．中国中医药信息杂志，1997（9）：18

[9] 李兰群，张纾难．急性放射性肺炎中医辨识—附35例临床分析．北京中医药大学学报，1999(2)：45

[10] 王书臣，崔天红，王伟，等．中医治疗弥漫性肺间质纤维化辨证分型探讨．全国中医内科学会肺系病第八次学术交流会论文集，1998．131～134

[11] 吕登平，刘登湘，王淑贞，等．辨证治疗放射性肺炎112例临床观察．北京中医药大学学报，1998（2）：55～56

[12] 郭仓，熊正明．实用中西医结合呼吸病学．北京：中国医药科技出版社，1992．363～376

[13] 洪素兰，陈永辉，裴晓华．实用中医呼吸病学．北京：中国中医药出版社，1995．106～114

[14] 欧阳忠兴，柯新桥．中医呼吸病学．北京：中国医药科技出版社，1994．74～80

[15] 郭鹤．人类疾病的动物模型（第一辑）．北京：人民卫生出版社，1982．51～257

[16] 宋明臣，何冰，邱忠民，等．博莱霉素致肺纤维化大鼠肺组织表面活性物质蛋白A、B、CmRNA的表达，中华结核和呼吸杂志，1998（7）：420～422

[17] 金洪．汉防己甲素阻断平阳霉素致肺纤维化模型的实用研究．中华结核和呼吸杂志，1991(6)：359

[18] 刘兴汉，周双文，张恩达，等．博莱霉素A_5引起豚鼠弥漫性间质肺纤维化的实验研究．中华结核和呼吸杂志，1986（1）：28～29

[19] 陈银祥，严仪昭，曾卫东，等．丹参、川芎嗪及糖皮质激素对肺纤维化保护作用的实验研究．中

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

华结核和呼吸杂志，1987（3）:152～154

[20] 王晓芝，张瑞祥，车东媛，等. BLM 致鼠肺损伤过程中丙二醛及羟脯氨酸的动态变化. 中华结核和呼吸杂志，1992（3）:158～160

[21] 张纾难，韩春生. 一种新的肺纤维化造模方法. 中日友好医院学报，1997（24）:283～285

[22] Bingisser R, meller M. et al. Apoptosis in human alveolar macrophages is induced by endotoxin and is modulated by cytokines. Am J Respir Ceel Mol Boil, 1996（1）:64

[23] Pesci A. Antifibrinolytic in the lungs with idiopathic pulmonary fibrosis. Chest, 1993（4）:989

[24] 王莉，王宏达，李振华，等. 特发性肺纤维化 BALF 中纤维蛋白降解产物的测定及临床意义. 中国实用内科杂志，1996（1）:40

[25] 陈佰义，赵洪文，吕长俊，等. ILD 血清和 BALF 中Ⅲ型前胶原含量及其临床意义. 中华内科杂志，1995（5）:312

[26] 王跃文，王宏达，李振华，等. IPF 患者 BALF 透明质酸的检测. 中国医科大学学报，1995(5):501

[27] 李保玉，刘玉和，董云鹏，等. 糖胺多糖在肺间质纤维化发生中的作用. 中华结核和呼吸杂志，1992（4）:204～205

[28] 单兆运，陈治安，马文富，等. 慢性阻塞性肺疾病的光镜、电镜及免疫病理研究. 中华结核和呼吸杂志，1990（5）:311～313

[29] 何权瀛，石井芳，北村渝. 弥漫性间质性肺病患者 BALF 中谷胱甘肽浓度测定. 中华结核和呼吸杂志，1994（1）:24

[30] Teramoto S, Fukuchi Y, Uejima Y, et al. Superoxide anion formation and glutathione metabolism of blood in patients with IPF. Biochem Mol Med, 1995（1）:66

[31] 王莉，王宏达，李振华，等. IPF 患者 BALF 促凝活性测定及临床意义. 中国医科大学学报，1995(6):572

[32] 欧阳能太，徐军，冉丕鑫，等. ras 和 c－erbB 癌基因在特发性肺间质纤维化中表达. 中国组织化学与细胞化学杂志，1997（1）:39～41

[33] Teschler H, et al. Pneumologie 1990, 44:217

[34] Kohno N, et al. Chest 1989, 96:66

[35] Strausz J, et al. Am Rev Respir Dis 1990, 141:124

[36] Speck U, et al. Am Rev Respir Dis 1990, 141:117

[37] Smith DR, Kunkel SL, Standiford TJ, et al. Increased interleukinl rece ptor antagonist in IPF. Am J Respir Crit Care Med, 1995（6）:1965

[38] Cordier JF. Treatment of diffuse interstitial pulmonary fibrosis. Rev Med Literne, 1991（3）:177

[39] Jack CI, Jackson MJ, Johnston ID, et al. Serum indicators of free radical activity in IPF. Am J Respir Crit Care Med, 1996（6）:359

[40] Hunninghake GW, Raghu G. IPF progress and challeng. Am J Respir Critt Care Med, 1995（3）:909

[41] 李京红，何冰，翁保迎. 转化生长因子-β_1 单克隆抗体对大鼠肺纤维化的治疗观察. 中华结核和呼吸杂志，1997（6）:347～349

[42] 张纾难. 试论瘀血肺痿. 上海中医药杂志，1994（1）:7

[43] 朱建伟. 丹参、当归对小鼠肺纤维化抑制作用. 山东中医学院学报，1995（4）:267

[44] 郭娟. 大剂量川芎嗪治疗肺间质纤维化临床分析. 临床汇萃，1995（10）:504

[45] 王荷碧，郭娟，顾洁，等. 活血化瘀药物 764－3 对胶原合成影响的研究. 中国药学杂志，1997（10）:587～590

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 悬　饮 ❊

悬饮系指三焦气化功能失调，水液输布障碍，以致饮停胸胁，出现咳唾引痛，甚或气急，不能平卧等症的一类病证。多因素体不强，或原有其它慢性疾患，肺虚卫弱，以致外邪乘虚侵袭，肺失宣通，胸络郁滞，气不布津。若饮阻气郁，日久则可化火伤阴，或耗损肺气。本病为临床常见疾病，与西医所称的结核性胸水类似。此外，由于心力衰竭、肿瘤、低蛋白血症及外伤等引起胸腔积液甚至胸水的，则按其原发病进行治疗，不归属悬饮的范畴。

【今日临床】

1　病名诊断标准

关于悬饮病中医诊断与疗效标准目前多参考国家中医药管理局 1994 年 6 月 28 日发布、1995 年 1 月 1 日正式实施的行业标准。

1.1　诊 断 依 据

主症：初期以咳唾胸胁引痛，或伴有恶寒发热为主症，发病缓急不一。

积饮形成后，胸痛减轻，胸闷逐渐明显，重者有呼吸困难。

积饮消退，可后遗胸胁疼痛，咳声不扬，少痰、迁延不愈。

体格检查：少量积液时，患侧可闻及胸膜摩擦音。积液量多时病侧呼吸运动受限制，胸满隆起，肋间隙增宽，叩诊呈浊音或实音。

理化检查：血白细胞总数正常或偏高，血沉增快。胸水常规检查呈透明黄色或微混，少数可呈血性，比重大于 1.018，蛋白含量大于 2.5%；白细胞计数以淋巴为主。胸水结核菌培养可为阳性。

胸部 X 线摄片检查，可见肋膈角变钝或消失。积液多者患侧有密度均匀致密阴影，纵膈向健侧移位。包裹性积液边缘光滑饱满，不随体位改变而移动。超声检查有积液。

1.2　证类诊断标准

邪郁少阳　寒热往来，或恶寒发热，胸胁疼痛，咳嗽痰少，舌苔薄白或黄、脉弦数。

饮停胸胁　咳唾对胸胁引痛，转侧不利，偏卧于病侧则痛缓，肋间胀满，呼吸息促，舌苔薄白，脉象沉弦。

肺络不畅　胸胁疼痛，呼吸不畅，或有闷咳迁延不已。舌苔薄，脉弦细。

2　中心证候特征

由于肺脾肾功能失调，三焦气化失司导致水液输布障碍，饮停胸胁出现咳嗽，胸胁痛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

是悬饮的证候学特征，其临床证候随病程的不同又有不同表现。

初期　患者恶寒发热，或寒热往来，胸胁疼痛，咳嗽痰少，呼吸转侧胸痛加剧，口苦咽干，舌苔薄白或黄，脉弦数。

中期　咳唾引痛，但胸胁痛势较初期减轻，而呼吸困难加重，咳逆气喘息促不能平卧，偏卧于病侧则痛缓，患侧肋间饱满。舌苔薄白腻，脉沉弦或弦滑。

后期　胸胁闷痛不舒或感刺痛，咳声不扬，口干咽燥，或午后潮热，颧红，心烦，手足心热，盗汗，形瘦，舌质偏红少苔，脉弦细或细数。

3 病　因

3.1 原发病因

正气虚衰　久病体虚或年老体衰，正气不足以致脏腑功能衰微，肺气亏虚，则不能宣发，脾气亏虚，则不能转输，肾气亏虚，则不能蒸腾，三焦失于气化，以致水液不运，停滞胸胁，发为本病。

劳倦内伤　劳倦，纵欲太过，伤及脾肾之阳，水为阴邪，阳虚则不能温化水湿，以致水停为饮，结于胸胁。

寒湿浸淫　凡气候湿冷，或经常冒雨涉水，坐卧湿地，久之水湿之邪侵袭卫表，卫外之阳先伤，肺气不得宣布，湿邪浸渍肌肉，由表及里，阻遏脾胃之气化功能，以及水津失运，蓄积成饮，停滞胸胁。

饮食不当　暴饮过量之水，或夏暑及酒后，恣饮冷水及进食生冷之物，因热伤冷，中阳暴遏，脾不能运，湿从内生，饮停胸胁。

情志不和　恼怒伤肝，肝郁化火，肝木旺则克脾土，脾虚则脾失健运，或忧思伤脾，脾失健运均可导致水湿内停，聚而为饮，停于胸胁。

3.2 诱发因素

外感风寒　素体阳虚阴盛，停饮胸胁，复感风寒，外寒引动内饮，以致饮邪上逆，肺气不宣，胸阳痹阻，咳喘胸痛。

外伤、劳欲过度也可诱发饮停上逆，出现咳唾引痛。

4 病　机

4.1 发　病

本病发病缓急不一，发病急者起病多有恶寒发热或寒热往来，发热较甚，胸胁刺痛，咳嗽加重，伴头痛，肌肉酸痛。发病缓者发热，热势不甚，胸部闷痛，咳声不扬，伴乏力，体倦，气短神疲。本病发病常因受凉或胸部外伤或劳累过度而诱发。

4.2 病　位

病位在胸胁皮里膜外之间，病情严重可影响心肺功能的紊乱。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.3 病　　性

为本虚标实，阳虚阴盛。本虚为阳气不足，标实为水饮停聚。但本病初起多以标实为主，饮流胁下，咳逆胸胁引痛，正气不虚，正邪交争。中期饮邪久郁，气机不利，以邪郁气滞为主。后期为饮停胁下未尽，久而不去，耗伤脾肺之气以致阳气衰微。

4.4 病　　势

本病初起，可见寒热往来，胸胁刺痛，治疗得当，预后较好。病情发展，可见胸胁疼痛反而缓解，出现呼吸不畅，患者喜卧病侧，如积极治疗，病情可向好的方向转归。如病情进一步发展，出现息短气微，汗出不止，面色苍白或灰黯，四肢厥冷，脉微欲绝者，则多预后不良。

4.5 病机转化

悬饮病的病机转化决定于饮邪与人体阳气相争及其消长变化。疾病初起，外邪侵袭，卫外被束，肺气不宣，邪郁少阳，此时正气亦盛，正邪交争，如治疗得当，正胜邪退，少阳得以和解，则寒热往来，胸胁满痛之症得以缓解。如失治误治，或外邪过盛，由表及里，肺治节无权不能通调水道以致水停胁下，此时饮盛而正尚未衰。饮郁日久，阻遏阳气，或攻伐之后，饮邪虽去而阳气已衰，如疾病后期阳衰饮微，此时胸胁痛势不显，而且气短乏力，体倦神疲。亦有饮郁日久气机郁滞，化火伤阴，而且阴虚内热者，症见潮热、盗汗，颧红。

总之人体阳气的盛衰决定病机的转化，阳气盛则饮难留，阳气虚则饮难逐。

4.6 证类病机

邪郁少阳　肺居胸中，两胁为少阳经脉分布循行之处，今时邪外袭，热郁胸肺，少阳枢机不利，故证见寒热往来起伏，胸胁疼痛。脾热内蕴，肺气失宣，故咳而少痰，热郁少阳则口苦咽干，舌苔薄白或黄，脉弦数为肺卫受感，邪在上焦之候。

饮停胸胁　肺气郁滞，气不布津，停而为饮。饮停气滞，脉络受阻，故咳唾引痛，因水饮已成，气机升降痹窒，反见痛轻喘息加重。饮邪上迫肺气，则咳逆不能平卧，饮停胸胁，故肋间胀满隆起，舌苔白，脉沉弦为水结于里之候。

气机郁结　饮邪久郁之后，阻遏气机，气机不利，经脉痹阻，故胸胁疼痛，闷窒不舒，气郁日久化火则痛势如灼，气滞血瘀则刺痛经久不已，脉弦，苔薄乃气滞络痹之候。

阴虚内热　饮阻气郁，日久气郁化火，火热伤阴，阴虚肺燥，可见咳呛痰粘量少，口干咽燥。阴虚火旺则潮热，颧红，心烦，盗汗，手足心热。经脉不利则胸胁闷痛，正虚则形体消瘦。舌红少苔，脉细数为阴虚内热之象。

气虚不足　病程迁延日久，邪恋正伤，正气亏虚，脏腑功能虚衰，证见神疲体倦，气短乏力，脾胃虚弱，运化失司，故见纳呆。肺气亏虚，肺气不宣，余饮迫肺，故见咳嗽。呼吸胸胁引痛，舌胖嫩，苔少，脉沉细为气虚不足之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5 临证思路

5.1 抓住主诉

咳唾胸胁引痛，甚或气急，不能平卧。

5.2 分析病势

根据热势，痛势及呼吸状况确定病势。初起邪袭肺卫，少阳枢机不利，多有发热较甚，胸胁痛甚的特点。中期积饮已成多无发热或仅有低热，胸胁痛反而缓解，由于饮迫于肺而出现呼吸息促的症状。后期阳衰饮微，低热或不发热，胸胁痛势不剧，短气乏力。

5.3 确定病性

本病总属本虚标实，阳虚阴盛之证。以阳气亏虚为本，饮邪内聚为标。本病初起多以标实证候为主，外邪袭表，肺卫被遏，少阳枢机不利，故见发热或寒热往来，胸胁疼痛，咳嗽等症，此时正邪相争，如治疗得当，正能胜邪，则邪去正安，如正气素虚或失治误治，病情发展至中后期，多表现为正虚邪恋。中期积饮量多，上迫于肺，出现咳唾引痛，呼吸息促，后期阳衰饮微，此时饮尚未尽而阳气已衰，故见神疲体倦，气短乏力，若潮热盗汗，颧红，手足心热，舌红少苔，脉细数，多属阴虚内热。

如初见胸胁刺痛而无呼吸息促者，多系初期积饮未成。而如咳唾胸胁引痛，痛势较前缓解而倦呼吸息促者多属积饮已成。

本病确定积饮是否已成是治疗的关键，初起积饮未成自当以和解少阳，疏散表邪为主，如积饮已成则根据患者体质而治法有所侧重，体质强的自当峻下逐水为主，体质弱者恐其体力不支又当以缓下为主，总以逐水不伤其正为原则，但在疾病过程中应根据标本缓急的不同灵活掌握，不可拘泥，当病情急促时，急者治其标，不能忌患者体质而惧用逐水之剂，误用滋补之剂以致闭门留寇，遗患无穷。而后期饮邪渐退，阳气已虚的情况下，又不可滥用峻下之剂以伤其正，自当益气行水，温阳散饮。总之应审时度势，当下则下，当补则补，谨守病机，治疗无误。

6 鉴 别

6.1 病名鉴别

痰饮 广义的痰饮即包括悬饮，而狭义的痰饮为四饮之一，即饮留胃肠的一类病证，症见脘腹坚满而痛，胃中有振水声，或肠间水声漉漉。无咳嗽，呼吸息促等症。

支饮 饮邪留伏，支撑胸肺，症见咳喘胸满不得平卧，痰如白沫量多，久咳则面目浮肿。但本病无胸胁疼痛之症，且咳嗽痰稀量多，与悬饮咳嗽痰少质粘迥异。

溢饮 水饮停聚，淫溢肢体，症见四肢沉重或关节疼痛，甚则肢体微肿，亦有咳喘而痰多白沫，而无咳唾胸胁引痛之症。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.2 病证鉴别

肺胀 久病肺虚，痰浊潴留，复感外邪导致肺气胀满，不能敛降。症见胸部膨满，胀闷如塞，咳逆上气，本病胸胁刺痛不显，某些症状和悬饮相似，两证皆属津液停积为患，故两证常可相互转化，如阳虚阴盛，气不化津，痰从阴化为饮，停聚胸胁则可为悬饮之证。

肺痈 风热邪毒蕴滞于肺，热壅血瘀，血腐化脓而成，以发热、胸痛、咳唾腥臭脓血痰为主症，而悬饮多见咳嗽痰少，饮成后肋间饱满，多无发热，或发热不甚以资鉴别。但肺痈发展可并发悬饮之证。

肺痨 感染“瘵虫”所致肺部慢性消耗性传染性疾病，以咳嗽、咯血、潮热、盗汗、消瘦为主症，而悬饮虽亦有以咳嗽，盗汁，潮热为症状，但无咯血之症，且胸胁刺痛较显。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 邪郁少阳

临床表现：寒热往来，或恶寒发热，胸胁满痛，咳嗽痰少，口苦咽干，纳呆，舌苔薄白或黄，脉弦数。

病机分析：本证多由外寒袭于太阳之表未解而传入少阳，以致气机不利，水饮初停。恶寒发热是邪犯太阳，表寒未解之象。邪留少阳，正邪交争，故见寒热往来。胸胁为半表半里之位，又为少阳经之分野，邪郁少阳，少阳枢机不利，故见胸胁满痛；邪袭于表，肺卫被束，肺气不宣，故见咳嗽痰少；少阳郁热，胆汁上逆，故见口苦咽干，少阳被遏，肝郁木旺克土，故胃不纳谷则纳呆；苔薄白，脉弦数为邪伏少阳之象，若有化热趋势，则苔黄，脉数较明显。

治法：和解少阳。

方药：柴枳半夏汤（《卫生宝鉴》）加减。

柴胡　黄芩　半夏　瓜蒌仁　枳壳　桔梗　杏仁　青皮　甘草

备选方：小柴胡汤合小陷胸汤。

加减：咳逆气急，胸痛者，加白芥子、桑白皮、葶苈子。胁痛甚者加桃仁、郁金、元胡以通络止痛。热盛有汗，咳嗽气粗者，可去柴胡，合麻杏石甘汤以清热宣肺化痰。

临证参考：饮证初起，或饮未成，或饮成水少，其证每在半表半里的少阳之位。少阳受邪而气滞，升降开阖之枢机不利，故其临床特征为：寒热往来，胸胁苦满，胸膈满闷，喜太息，偶伴咳唾胸痛，口苦喜饮，饮食后诸症加剧，脉多小弦滑数，舌淡红苔薄白腻，临床用药多守和解表里，宣肺化饮之剂。选用方剂除了柴枳半夏汤、小柴胡合小陷胸汤之外，若饮阻湿盛，症见身热不扬，舌淡红苔薄黄腻，多以加减茯苓皮汤。茯苓皮汤源自《温病条辨·卷二》，原治湿热弥漫三焦，头胀身痛，呃逆，舌白，渴不多饮，小便不利者，由茯苓皮、生苡仁、大腹皮、猪苓、通草、淡竹叶组成。今去猪苓、淡竹叶，增加苦桔

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

梗、苦杏仁、连翘、薄荷、枳壳、芦根。方中茯苓皮健脾利水；苦杏仁、苦桔梗、连翘宣肺解表，以达提壶揭盖，宣肺利水之功；薄荷宣透少阳之表；枳壳通达上中焦之气以期宽胸舒络；大腹皮、薏苡仁扶中利湿，振一身之阳气，以增祛邪出表之功；通草、芦根则轻清利湿，自下焦引邪外出。全方共奏表里双解、上、下分消之功。若湿盛中焦痰饮胶固，苔厚浊白腻，脉来沉滑，寒热往来日一作或一日多发作者，可加用煨草果以燥太阴之脾湿、降痰饮于胸中，若虑其燥烈之性伤阴，可加用黄芩以牵制其燥热之性，且黄芩可清泄少阳半里之热；食纳不馨、舌苔白浊腻者，可加藿香、佩兰之属以斡旋中焦气机，助脾之运化，亦可酌加神曲，山楂等以增消食之功。

7.1.2 饮停胸胁

临床表现：咳唾胸胁引痛，但胸胁痛势较初期减轻，而呼吸困难加重，咳逆气喘息促不能平卧，肋间饮满，头昏眩晕，食欲不振，舌苔薄白腻，脉沉弦。

病机分析：本证多由平素饮食不节，脾失健运，加之外邪袭表不解，肺卫失常，肺气不宣，气不布津、以致水停胸胁。两胁为气机升降之道，水流胁间，气机被阻，脉络不通，故咳唾胸胁引痛。因积饮已成，气机升降窒塞，故疼痛较初起为轻，饮邪上通于肺，故见喘息咳逆不能平卧，饮停胸胁，故肋间胀满隆起，舌苔白腻，脉沉弦，为水结于里之象，至于头晕目眩乃饮邪内停，清阳不升之象。故《七松岩集》云："悬饮者，虚悬流走不定之义，随其上下出入者也。亦有头眩、臂痛、脚重、肢体酸楚，背胀，久则浮肿诸症，随其上下而治之。"

治法：攻逐水饮。

方药：十枣汤（《伤寒论》）加减。

大戟　芫花　甘遂　大枣

本方宜空腹顿服，并注意中病即止，"得快下利后，糜粥自养"以调理正气，故若病人中气已虚者不宜用此峻猛之剂。

备选方：①控涎丹。本方即十枣汤去芫花，大枣，加白芥子而成，并改为丸剂应用，甘遂，大戟攻逐水饮，白芥子辛温，善祛皮里膜外之痰水，故《丹溪心法》云："痰在胁下，非白芥子不能达。"本方较十枣汤，药力较缓，药后反应较轻。②葶苈大枣泻肺汤。方用葶苈子配大枣以泻肺行水，下气平喘，药性缓和，可用于体质偏弱不堪峻下者。③瓜蒌汤。方用葶苈子，桑白皮泻肺逐饮，苏子、陈皮、半夏降气化痰，瓜蒌宽胸理气，椒目、茯苓、生姜皮利水导饮，共达泻肺祛饮，降气化痰之效，亦用于体虚不宜峻下者。

加减：胸部满闷，痰浊偏盛舌苔浊腻可加薤白、杏仁。如水饮久留不去，胸胁支满、体弱、食少气短者，不可再予峻攻，总用十枣汤、控涎丹，宜用椒目瓜蒌汤加桂枝、白术、甘草等通阳健脾化饮。

临证参考：水饮停聚已成，肋间饱满，喘息不得卧，伴胸痛阵阵、咳唾更剧，口中流清水痰涎，触之胸中水气振荡，叩之浊音明显，按之则痛。此时饮已成而水流胁间，络道被阻，气机阻塞，升降失司，水饮迫肺所致。此时利水为临床首要。多以葶苈大枣泻肺汤治之，其中葶苈子宜重用至30g以加大泻肺利水之功，现代药理研究表明，葶苈子有强心利尿作用，能够增强心肌收缩力，增加肾动脉灌流量，减少全身水液潴留，从而缓解饮邪迫肺的程度。除此之外，可佐以其它强峻的利水之品，如主不留行（其用量不宜超过

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

15g），车前子、车前草、泽泻以通透下焦，俾饮从下行；峻泻之时，尤需顾护正气，用大枣取其补中益气，甘缓泻下之功，现代认为大枣含有人体所需的多种微量元素及其它营养成分，对维持人体体液平衡起重要作用。本方中以大枣缓葶苈子之峻泻，寓意深刻。若胸阳不振，水饮不化，口反渴者，当遵循《温病条辨》之“支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之。饮家反渴，必重用辛，上焦加干姜、桂枝，中焦加枳实、橘皮，下焦加附子、生姜”之意，以辛温之品温化水饮、振奋胸中之阳，使胸阳得复，饮邪得祛。此时，仍要注意宣肺气而通调水道，使水饮从小便而出，可加用桔梗、桑叶、金银花、连翘，既可透达肺气，又能清热解毒以防饮从热化。如果水饮壅盛，用上方久攻不去，症见咳唾短气，胸胁胀痛或胸背掣痛不得息，脉沉弦，当用峻猛逐水祛饮的十枣汤，方中大戟、芫花、甘遂三药均为泻水逐饮之猛剂，其各有专攻，合用则逐水之功更强。体弱者慎用，既使体质尚强者，亦不可下利太过，中病即止。为防止下利太过而虚脱，宜采用以下措施：①重用大枣，煎汤送服，取其扶正益脾，缓和诸药峻猛之性，减少服药后的负反应。②顾护胃气，可另煎白术、茯苓、山药等培中之品频频呷入。若逐水下利太过者，宜饮米汤 200～250ml 以养胃气，原方中也强调“得快下利后，糜粥自养”。③亦可于方中加温中之品，如干姜、附子，但剂量不宜过大，以防止燥伤胃阴。

对本证的治疗，主要分 3 个步骤，首先投以葶苈大枣泻肺汤，若水饮壅盛，饮邪难去，继则投以十枣汤以逐水攻饮，中病辄止，不可太过；最后注意对胃气的调护，使攻不伤正，在临床使用时，必须重视。同时，临证时必须灵活机动，因证用药，根据症状的轻重，病人体质的强弱，确定药量的大小及剂型。

7.1.3 气机郁结

临床表现：胸胁疼痛，胸闷不舒，呼吸不畅，或有闷咳，甚则经久不愈，舌苔薄，质黯，脉弦。

病机分析：本证多因饮邪停聚胸胁日久，阻碍气机，脉络失和所致。肝居胁下，其经脉布于两胁，饮邪积聚胁部，则气机失常，肝气郁结，不通则痛。水饮之邪，上通于肺，以致胸胁失畅，肺气不得宣降，故胸闷不舒，呼吸不畅。气为水饮所滞，肺气被遏，宣发不利，故见闷咳，气滞则不能行水，故饮邪久恋不去，舌苔薄，质黯，脉弦为气滞络痹之象。

治法：理气通络。

方药：香附旋覆花汤（《温病条辨》）加减。

生香附　旋覆花　苏子　薏苡仁　半夏　茯苓　陈皮　杏仁

备选方：①瓜蒌薤白半夏汤。方用瓜蒌，薤白宽胸理气，半夏燥湿化痰降逆，合入白酒则更能理通阳气，舒络止痛，共用可起宽胸理气止痛之效。②枳实薤白桂枝汤，方用枳实，厚朴理气舒肝，薤白配桂枝温通胸阳，温阳化水，瓜蒌利气宽胸化痰，共达理气宽胸，通络化饮之效。以上二方在《金匮要略》中为治疗胸痹之方，证见心下痞闷胸满，胁下之气上逆抢心，属胸阳不振，水气上逆者，用于悬饮，多适用于水饮停于胸胁，气机不畅，脉络不和而偏胸阳不振者。

加减：腹满者加厚朴以宽中除满；久痛入络痛势如刺，加当归尾、赤芍、桃仁、姜黄、延胡索，水饮不尽加通草、路路通、冬瓜皮等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：本型的临床特征主要为胸闷阻，胸痛重，纳少嗳呃，呼吸不利，且所有症状随情绪而波动，舌苔薄白，脉弦。其病机当属肝木克土，木反侮金。此类病人情志不舒在整个疾病的发生、发展过程中占重要位置，金·张从正《儒门事亲·饮当去水湿补转剧论》云："有愤郁而得之，有思虑而得之"，均可影响气机输布，而阴寒水湿易停，流于胸胁，阻碍气机而致络脉失和而致本病发生。治疗当着重舒肝解郁，化气消饮，临床上疏肝解郁的方剂诸如大、小柴胡汤、逍遥散等均可随证成为治疗的主方而予加减化裁使用，但不论使用哪种方剂，利湿消饮法则不能变，主要采取舒肝解郁化气的方法。针对病人情绪抑郁，胸闷阻，肋间疼痛，喜太息，随情志波动而增减，在利湿消饮之品中加入舒肝解郁、理气和络之柴胡、川楝子、赤芍、白芍、广郁金、香附等。而在临床实践中，又根据病人郁证之轻重程度不同，将疏肝解郁之品分为轻、中、重剂三个层次。在疏肝轻剂中主要有佛手、玫瑰花、绿萼梅，治疗郁之轻者；疏肝之品有片姜黄、制香附、延胡索，治疗郁之较重者；若病人胁胀痛，肋间痞满闷胀明显，属气结于胸，郁滞不行，当使用破气、化气、行气之重剂，如沉香、乌药、刺蒺藜、青皮等。以上疏肝解郁之轻、中、重剂的使用，都应寓于利湿化饮之中。在治疗过程中始终把"郁"作为主证去解决，但并不放弃利湿化饮的方向。

7.1.4 阴虚内热

临床表现：干咳少痰，胸胁闷痛，口干咽燥，或午后潮热，颧红、心烦、手足心热，盗汗少寐，病久不复，形体消瘦，舌质偏红，少苔，脉细数。

病机分析：本证为饮留胁下，久而不去，阻碍气机，气郁过久，化热伤津，以致阴不制阳，虚热内起所致。饮为有形之邪，结聚于胸胁少阳之位则气机升降不利，气滞而郁，郁久化火即所谓"气有余，便是火"，火灼阴津，阴虚肺燥，故见干咳少痰，口干咽燥。饮停气郁，津液不足，脉络失于濡养，气机不利，故胸胁闷痛。肺阴亏虚而生内热，故见午后潮热，颧红。虚热迫津外泄，故盗汗。日久肺虚及脾，脾胃虚弱，精微不足，周身失养，故形体消瘦。舌红少苔，脉细数均属阴虚内热之象。

治法：养阴清热。

方药：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

沙参　麦冬　玉竹　桑叶　甘草　天花粉　生扁豆

该方本为治疗外感燥邪，肺胃阴伤，发热而咳的方剂，用于治疗悬饮阴虚内热者，具有较好清热生津之效。

备选方：①泻白散，方用桑白皮、地骨皮以清肺降火，生甘草、粳米以补益脾胃，培土以生金，偏于治疗悬饮咳呛逆气，肌肤蒸热者。②养阴清肺汤，方中麦冬、玄参、生地、丹皮养阴清热；甘草健脾调中，贝母润肺化痰，薄荷宣郁利气，共达养阴清热，解郁化痰之效。③大补阴丸，方用黄柏、知母皆苦寒坚阴之品，能平相火而保真阴；熟地滋阴，龟甲潜阳，猪脊髓为血肉有情补阴之品，诸药均能益肾水而制相火。为壮水与制火并重方剂。

加减：潮热甚者加银柴胡、功劳叶、鳖甲，咳甚加百部、川贝、杏仁；胸胁间痛甚者加瓜蒌、枳壳、广郁金；积液未尽者加牡蛎、泽泻；兼有气虚，神疲，易汗者加太子参、黄芪、五味子。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临证参考：饮邪久居胸胁少阳之位，气机升降开阖不利而致气机郁滞，郁久则化火，火盛则伤阴，阴虚则生内热，内热盛则更伤阴津的恶性循环，以致变证蜂起。其临床特征为胸痛咳嗽痰少，咽干口燥，或午后潮热，盗汗，五心烦热，形体消瘦等。治疗上既要养阴清热，又要祛除饮邪，祛饮不宜过于辛燥以防伤耗阴津，养阴又不可过于滋腻而致饮邪难去。

本病病位虽在肺，但火热之邪亦可灼伤肝肾之阴，故治疗时当辨明何脏阴伤明显，而在遣方用药时有所侧重。肺阴伤明显者症见咳嗽无痰或痰少，痰稠白粘起丝，咽喉干痛，声音嘶哑，治疗当以养肺阴清虚热为主，方宜沙参麦冬汤加郁金、半夏之属。肝阴伤明显者症见胁肋胀满灼痛，烦躁，易怒，颜面烘热等治疗当滋肝阴、疏肝郁，方用一贯煎加白芍、丹皮等。肾阴伤明显者证见腰膝酸软乏力，形体消瘦，手足心热，潮热盗汗，遗精等，治疗应以益肾阴为主，方以六味地黄丸改熟地为生地，加二陈以化痰祛饮。若虚火甚，症见骨蒸劳热，五心烦热，夜寐不安，可用知柏地黄丸清肾之虚火。如果虚火上炎，灼伤肺络，证见痰中带血甚或咯血，宜加用白茅根、仙鹤草、侧柏炭、大蓟炭、小蓟炭、茜草根、生地炭等。本证的治疗尚需权衡饮证与阴虚内热的轻重缓急，“急则治其标，缓则治其本”，若饮邪壅盛，上迫于肺面见咳嗽气急，胸闷胀痛明显，呼吸不利，头昏眩晕，治当以利水消饮为主，兼以养阴清热，方宜养阴清肺汤加苏子、杏仁、半夏、茯苓、薏苡仁等宽胸理气，利水消饮之品。若咯血量多，其势急迫，宜用犀角地黄汤加三七粉冲服，以清热泻火，凉血止血，其中生地黄宜炒炭用之，以增加止血功效，犀角以水牛角代之。

7.1.5 气虚不足

临床表现：病程迁延日久，气短乏力，咳嗽呼吸胸胁引痛，体倦神疲，食欲不振，舌质胖嫩，苔少，脉沉细数。

病机分析：本证为悬饮留于胁下，久而不去，损伤脾肺之气所致。脾主运化，为后天之本，人一身之濡养全赖脾气的转输。若水邪久滞，耗伤正气致脾气也虚，脾运化失常，久则水谷精微不充，以致清阳不升，浊阴不降，脏腑组织失养。肺主一身之气而司呼吸，悬饮久留，上迫攻肺，以致咳逆喘息，日久肺脏受损，气阴两亏。肺脾气虚则气短乏力，脾不运化则食欲不振，清阳之气不得充于周身，则体倦而神疲、舌质胖嫩苔少，脉沉细数皆为脾肺气虚之象，悬饮未尽而正气已虚，故仍见胸胁引痛，但痛势已缓，不如初期剧烈。

治法：补中益气。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）加减。

黄芪　炙甘草　人参　当归　陈皮　升麻　柴胡　白术。

备选方：①参苓白术散。本方即由四君子汤加山药、扁豆、莲肉、砂仁、薏苡仁、桔梗而成。四君子汤本为治疗脾胃气虚之方，加山药、扁豆、莲肉补益脾气，砂仁和胃理气，薏苡仁，健脾渗湿，桔梗载药上行，广泛用于脾气亏虚之证，且药性平和，无寒热偏盛之弊，且山药、党参、扁豆亦有补肺之功，桔梗宣降肺气，故本方尚能补肺之虚，理气化痰，适于脾肺两虚者。②生脉散。方用人参、麦冬、五味子三味，以人参甘平补肺，大补元气为君，麦冬甘寒养阴生津，五味子酸收敛肺，共用达益气生津之效，适用于悬饮稽久，气阴两虚者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：胁肋痛甚加延胡索、郁金、枳壳。脾阳虚见肢冷便溏者加干姜、肉桂以温运脾阳。胃纳不佳加神曲、焦楂、麦芽。

临证参考：饮为粘腻难去之邪，流于胸胁，久滞而不去，则戕伐人体之正气，而正气一虚，则肺之宣发治节，通调水道功能、脾之转输运化水谷精微功能，肾之开阖气化功能等失司，则饮邪更难外出，以致清阳不升，浊阴不降，升降失常，水谷精微不得输布周身，症见气短乏力，食欲不振，体倦神疲，仍有胸胁引痛，但痛势不如初期剧烈，舌质胖嫩苔少，脉沉细数或虚大无力，其病机当属饮邪停于胁下未尽而正气已虚，其治疗当以补中益气为主，但因本证有饮邪留伏，故在补益之中不忘化气利饮，使饮邪尽而正气复，本证益气之品的运用，应根据病人的体质情况，确定气虚之程度以选择峻补之品或平补平泻之品。峻补之品主要有人参、黄芪、西洋参、党参之类，使用时应注意：①佐以行气之品，以防气机壅塞，而有关门留寇之虑；②药味选择要精炼，剂量不宜过大。平补平泻之品主要有淮山药、白术、莲子肉、白扁豆、茯苓、赤小豆、薏苡仁等，既可健脾益气又可淡渗利湿。化饮之品的应用，本证虽有饮胁留伏，但毕竟是非主要矛盾，破气化饮之品当慎用，在临床上多选用走肌肤而利湿的皮类之品，如黄芪皮兼可护卫分之表，茯苓皮兼以健脾渗湿，生姜皮兼可温中，甘蔗皮、梨皮兼可滋阴利尿，均可根据不同的情况，选择使用。

7.2 临证用药经验与体会

悬饮病根据疾病的不同阶段，积饮是否形成以及患者体质的强弱而用药有所不同。具体分析其用药特点如下：

7.2.1 和解少阳药

本类药多用于悬饮初起，表邪未尽，传入少阳半表半里，邪郁少阳之证。药用柴胡、黄芩、半夏、枳壳、陈皮、生姜等。柴胡入少阳经轻清升散，疏邪透表，使半表之邪得从外宣，配以黄芩、善清少阳相火，使半里之邪得从内彻。半夏、生姜、辛温，饮为阴邪，“病痰饮者，当以温药和之”，故半夏温化痰饮，配黄芩又能辛开苦降，善治饮热互结之证，枳壳、陈皮善于行气，疏利少阳气机，气得行则水饮化。

7.2.2 攻逐水饮药

本类药用于积饮已成者，是治疗悬饮病的主要方药。药用甘遂、大戟、芫花、白芥子、葶苈子、椒目、黑丑、大黄等。方中甘遂、大戟、芫花三药为治疗悬饮内停的主药，三药药性峻烈，皆有毒性、易伤正气，故多用于饮停而患者体质尚强者，其中甘遂有效成分难溶于水，应研末吞服，或装胶囊吞服，入煎剂效差。现代临床多以上三味等分为末，或装入胶囊，每服 2～4g 为宜，以大枣十枚煎汤送服，以减轻毒性，服用时晨起空腹为宜，得效止服，必要时可隔 5～7 日再服 1 次，药后腹泻一般在 8～12 次之间，总量约 3000～4000ml，偶有泻前腹痛呕吐，腹泻次数过多可饮热粥即止。白芥子辛温，善治皮里膜外、胸膈间之痰涎，葶苈子泻肺利水，椒目温化水饮三药性味缓和，多用于正虚邪实者，至于大黄、黑丑亦属性味猛烈之泻下药，适用于水热互结而正气未虚者。

7.2.3 理气宽胸药

本类药用于饮停日久，胸阳痹阻之证，饮为阴饮，易伤阳气，故饮邪留恋不去，胸阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

被遏导致胸闷胸痛。常用瓜蒌、薤白、桂枝、枳实、厚朴等，方中薤白温通胸阳为主，配桂枝通阳化气行水，瓜蒌利气宽胸，枳实、厚朴、理气开结化饮，诸药共达通阳散结，祛水之功。

7.2.4 活血化瘀药

本类药用于水饮阻遏气机，脉络失和，气机郁结之证，气滞则血瘀，血瘀则不通作痛。常用香附、桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、牛膝等，胸胁为肝经循行之处，气机阻滞，瘀血在胸中，则肝郁不舒，胸胁刺痛，日久不愈，方以香附理气化瘀，气为血之帅，气行则血行，桃仁、红花、当归、川芎、赤芍活血化瘀兼养血，牛膝引血下行，诸药互相配合，使血活气行，瘀化而肝疏。

7.2.5 滋阴清热药

用于悬饮久而不去，气郁化热伤阴以致阴虚内热之证，常用沙参、麦冬、玉竹、花粉、生地、黄柏、知母、丹皮、龟甲、鳖甲等，沙参、麦冬、玉竹、生地具养阴生津之效，花粉、黄柏、知母善清热；龟甲、鳖甲尤为退虚热之特效药，共用奏滋阴清热，生津润燥之效。

7.2.6 健脾益气药

用于病程日久，正气亏虚之证，或正虚饮盛之时配合攻逐水饮药使用。常选用黄芪、人参、白术、山药、扁豆、茯苓、薏苡仁、甘草等。脾主运化，为后天之本，人之一身皆赖脾气营运转输，若水邪久恋，伤耗正气则脾气亏虚，运化失常，脾主运化水湿，运化失常，则水饮更难去除。本类药中以黄芪为主药，善补脾肺之气，人参、白术、甘草健脾益气为辅，山药能补脾肺之气，又能益脾肺之阴，扁豆、茯苓、薏苡仁健脾化湿以利水，对悬饮稽久，气短，神疲，乏力可起补中益气，利水渗湿之效。

7.2.7 宣肺化痰药

本类药用以配合治疗悬饮咳嗽咯痰，胸闷不舒之证，可见于悬饮病变各阶段，药用桔梗、贝母、旋覆花、杏仁、苏子、桑白皮等，桔梗、贝母能宣肺化痰，治咳痰不爽，胸膈痞闷之证，旋覆花具消痰行水之功，杏仁、苏子宣肺降气以利呼吸，桑白皮兼宣肺及利水之功，诸药常共用以宣肺利气，化痰消饮。

以上各类药在悬饮病变过程中根据症状的不同而灵活配合使用，而不拘于一端，辨正邪之盛衰，明攻补之宜忌，勿使虚虚实实，而致药力不逮。

7.3 针灸疗法

针灸治疗悬饮是指用针刺或者艾灸腧穴的方法以达到行气逐水，通络止痛的效果，对于改善悬饮病的临床症状具有一定的效果，但对于积饮已成者，针灸可作为一种辅助治疗手段，不能作为唯一的治疗方法，以防针之不及，灸之不达而致病情逐渐恶化。临床上根据患者正气虚实状况分为虚证和实证，一般悬饮初起及积饮虽成而体质尚强者为实证，悬饮后期饮留恋不去，致正虚邪恋者为虚证，其分治如下：

7.3.1 实证

治法：疏经通络，行气利水。

处方：三阴交、水分、膻中、列缺、偏历、足三里、日月、期门、丰隆。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方义：三阴交善治血分之证，具活血之效，兼为足三阴经之会穴，具健脾利水之功。水分善治水证，《铜人腧穴针灸图经》云："水病灸之大良"，膻中为气会之穴，二穴共灸之有行气利水之用。列缺为手太阴肺经之原，偏历为手阳明大肠经之络，二穴配合属原络配穴法，有宣肺利水之义。至于足三里能行气止痛，而日月、期门疏调胁肋部经气，共用对胁肋疼痛有较好疗效。丰隆为化痰饮之有效穴。

随症配穴：如伴恶寒发热者可配大椎、曲池、外关；咳喘甚配中府、肺俞；胸闷痛配内关。

7.3.2 虚证

治法：补益脾肺。

处方：脾俞、章门、肺俞、太渊、膏肓、足三里、气海、三焦俞。

方义：脾俞配章门为俞募配穴法，合用达健脾益气之效，肺俞配太渊可补益肺气，膏肓穴为主治诸虚百损之要穴，足三里为胃之合穴，具补益中气之效，气海温灸有温补阳气之功，三焦俞通调水道。诸穴合用补法或灸之可补益脾肺之气。

随症配穴：阴虚阳亢者可配肾俞、太溪以滋阴潜阳，潮热加鱼际，盗汗加阴郄，胸胁痛配支沟、阳陵泉、内关。

7.4 西医治疗撮要

结核性胸膜炎是一种常见的疾病，在各种胸膜炎中占首位。正常情况下胸膜腔有微量液体，起润滑膜作用，胸液的产生和吸收取决于胸膜毛细血管静水压、胶体渗透压和组织间各种压力的综合平衡。在病理情况下，改变了上述的压力平衡关系，液体产生增多或吸收减少，就出现胸腔积液。结核性胸膜炎是由结核菌及其代谢产物进入过敏机体胸膜腔而引起。感染途径有病变直接蔓延、淋巴播散和血行播散。按病理解剖结核性胸膜炎分为干性胸膜炎和渗出性胸膜炎；按积液性质分为渗出性、血性、脓性、胆固醇性和乳糜性；按其发生部位分为典型胸膜炎（肋骨膈肌胸膜炎）、包裹性胸膜炎、叶间胸膜炎、纵膈胸膜炎、膈肌胸膜炎和肺尖胸膜炎。结核菌到达胸膜表面，当人体处于高过敏状态时，可发生渗出性胸膜炎，多见年轻患者，肺内可同时有或无明显结核病灶发现。起病多缓慢，有发热、乏力、胸痛等症状。先是胸膜充血、水肿，继而出现渗出液。大量积液可使纵膈移位及呼吸循环障碍。结核菌素试验多为阳性或强阳性，血沉增快，X线常见单侧中等量胸腔积液。胸腔为草黄色，浆液纤维蛋白性渗出液，淋巴细胞为主（急性阶段中性粒细胞可占多数）。少数病人胸液也可呈血性。胸液结核菌培养约1/5阳性，胸膜活检约半数可见干酪灶或干酪肉芽肿组织。多数患者用抗结核药物治疗效果良好，若无肺内病灶，异烟肼每日300mg配合链霉素肌注每日1g联用，经1～3日后改为每周2次联用（间歇用药阶段，异烟肼加至600～700mg），疗程1年。胸痛剧烈时，可酌情用止痛剂（服强痛定30mg或可待因30mg）。少量胸液一般不需抽液或只作诊断性穿刺。中等量以上积液可每周抽液1～2次，直至积液甚少不易抽出时，每次抽液不宜超过1000ml。抽液过多过快，可使胸腔压力骤减，发生肺水肿及循环衰竭。抽液时若发生"胸膜反应"，有头晕、出汗、面色苍白、心悸、脉细、四肢发凉者，应立即停止抽液，使患者平卧，必要时皮下注射0.1%肾上腺素0.5ml，并密切观察血压，注意休克的发生。全身中毒症状严重、大量积液患

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者，在给予充分抗结核治疗的同时，可加用糖皮质激素，如强的松 5～10mg、每日服 3 次，以加快胸液吸收并减少胸膜粘连，待症状消退，胸液减少后逐渐减量至停用，疗程 3～4 周。

8 疗效评定标准

根据中华人民共和国中医药行业标准（ZY）录用悬饮疗效评定如下：

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

悬饮病的调摄护理是治疗悬饮病的重要环节，应在作好一般护理的基础上，根据病变不同的临床见证采取相应的调摄护理。

9.1 呼吸不利的护理

多系饮停胸胁，上逆肺气所致。

绝对卧床休息，取半卧位或向患侧卧位，酌情给氧。

服逐水剂后应观察药后反应，如腹痛、腹泻恶心呕吐并详细记录，注意有无心慌，出汗，气急，胸闷等不良反应，及时向医生汇报．随时做好急救准备。

9.2 胸闷痛的护理

多因饮邪内停，肺气失宣或气滞血瘀，络气不和所致。

少量积液，体位以病人舒适为度，避免频繁转侧翻身，以免加重痛苦。

胸闷胸痛较甚者可针刺期门、日月、太冲、阳陵泉、内关等穴以舒络止痛。

9.3 发　　热

乃因邪郁少阳，枢机不和或水饮化热、壅阻肺气或久病伤阴，虚热内蕴。

恶寒时，注意保暖，发热时酌减衣被。

高热者，可针刺合谷、曲池、大椎，多饮开水，高热持续不退，用物理降温。

低热不退，伴结核活动者，应予隔离。

药宜温服，药后盖被安卧，汗出不可当风。

9.4 恐惧及忧虑的护理

系患者缺乏对疾病的认识及病延日久，求愈心切所致。

向病人介绍疾病的基本概念，对疾病有正确的认识，给予精神安慰和心理诱导，使其能配合治疗。

详细解释服逐水剂后可能出现的反应，如腹痛、腹泻、呕吐等，以免患者误解而产生恐惧。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9.5 生活自理能力下降的调摄护理

因饮停胸胁，气息喘促，动则加甚；逐水后正气耗伤及病久阴伤气耗致患者自理能力下降。

保持床铺清洁、干燥。

年老体弱卧床日久者，每天协助翻身，用1%当归红花液按摩受压处2~3次，以防褥疮。

注意饮食调摄。停饮期饮食宜清淡，给予半流饮食，忌肥厚、油腻、辛辣之品；恢复期宜逐步增加营养，进高蛋白饮食如牛奶、鸡蛋、瘦肉及百合、银耳等，以增强体质。

9.6 预 防 外 感

防止外邪乘虚而入。

保持病室整洁，卫生，舒适，空气流通，开边窗，避免直接吹风。

注意保暖，随气候变化增减衣被，避免汗出当风，以防感邪。

恢复期，适当户外活动，以增强体质，多做深呼吸运动，防止胸膜粘连。

10 康 复

悬饮病后期伴随着大量体液的丢失及蛋白质的消耗，患者体质虚弱，有的患者在饮液消退后，会遗留胸膜粘连及胸膜肥厚，有的形成包裹性积液，甚者导致病变局部圆形肺不张，使患者病变后期胸闷胸痛，呼吸不畅症状长期不能缓解。故悬饮后期除药物治疗外，康复治疗尤为重要。

其实，对于悬饮病的康复，古人早有认识，如《养生方导引法》云："鹜行气，低头倚壁，不息十二通，以意排之，痰饮宿食从下部出，自愈。鹜行气者，身直颈曲，排气下行而一通，愈宿食，久行自然能出，不须孔塞也。"即提出以导引术以帮助水饮宿食排出。后世《诸病源候论》、《外台秘要》等多引用其法，此外还提出："左右侧卧，不息十二通，疗痰饮不消，右有饮病右侧卧，左有饮病左侧卧，又有不消气排之，左右各十二息，疗痰饮。"可见古人对悬饮的康复治疗积累了丰富经验。

由于现代医学的发展，大多悬饮已非不治之症，但由于悬饮病所遗留的后遗症，尤其是呼吸功能的障碍，往往使患者的生活和工作能力下降，故帮助尽快恢复患者的身体健康，提高生活质量，培养独立生活能力的康复治疗显得尤为重要。其康复治疗可从以下几方面着手。

10.1 心 理 康 复

中医认为，心理活动以脏腑为物质基础，脏腑的功能活动可在心理活动中得到反映，二者关系极为密切，因此，正常的喜怒哀乐是脏腑功能活动的基础，异常的情志变化常是致病的重要因素。对于情志致病的治疗，早在《内经》中已提到"悲胜怒"，"恐胜喜"，"怒胜思"，"喜胜忧"，"思胜恐"的"以情胜情"之说，认为由情志所致的病证，用心理疗法来治疗，往往收到事半功倍之效。悬饮患者因饮液压迫导致呼吸困难，患者往往有恐

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

惧心理，故心理治疗尤为必要：

10.1.1 劝导释疑 患者往往对自己的病情看得过于严重，而产生悲观心理，医生要耐心解释，消除疑虑，使患者能很好地配合治疗。只要对患者讲清疾病性质，使患者对疾病有正确认识，消除悲伤心理，树立战胜疾病信心，就能使患者心情舒畅，精神开朗，气血畅通，有利康复，反之则患者整日忧虑，精神抑郁，气血郁滞，病情加重。

10.1.2 安定情绪 病情较重者，或病情缠绵不愈者，往往丧失治愈病证信心。病人可彻夜不眠思想包袱重，精神压力大，悲观厌世之情油然而生，甚则拒绝治疗，此时，安定情绪极为重要。故《内经》云："恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。"说明摒弃疾病扰乱，扫除杂念，不为病证所扰，有利病证康复。

10.1.3 调畅情志 情志异常往往是悬饮病发病原因之一，而疾病过程中又往往影响情志，或忧思，或悲观，致使心情抑郁，影响疾病康复，正如张杲在《医说》中所云："若非宽缓情意，则虽服金丹大药，亦不能已。法当令病者先存想以摄心，抑情意以养性。"故对于悬饮患者，应分散他们的注意力，根据患者具体情况，适当开展下棋、绘画、唱歌等文娱活动，以调畅情志，行气活血。

10.2 饮 食 康 复

中医在疾病康复过程中应用食物来进行"食养"和"食疗"的历史十分悠久。悬饮的发病或因饮食不节以及发病过程中伴有大量体液及蛋白质的丢失，所以悬饮病的康复与饮食有着密切的关系。

10.2.1 忌暴饮暴食：悬饮病的发病多与过饮生冷，饮食不节有着密切关系，故在悬饮病康复过程中，忌饮生冷之物，忌大饮大食以免损伤脾阳，滋生水饮。后期因患者体质较虚，忌食不消化食物，如油煎、油炸食品，腌腊制品及辛辣之品。

10.2.2 忌食过咸之品：中医认为五味与五脏的关系极为密切，五味不可偏嗜，否则会影响健康引发疾病。悬饮为病主要为水液积聚在胸腔，治疗的关键在逐水，中医认为肾的作用为主水，味过于咸，会渗透伤肾，影响肾的功能，不利于水液排泄，此外从现代生理角度看，过多摄入钠离子，易导致水钠潴留，加剧水饮的停留，不利于悬饮病的治疗。

10.2.3 宜进高蛋白饮食：悬饮患者由于大量水液积聚在胸腔，同时伴有大量蛋白质的丢失，故悬饮病后期患者体质虚弱，消瘦乏力，故恢复期宜逐步增加营养，进高蛋白饮食如牛奶、鸡蛋、瘦肉以及豆类食品配合银耳、百合等滋阴之品以益气养阴，增加体质。

10.3 运 动 康 复

运动康复疗法是利用人体的运动，以达到促进身心功能恢复的一种方法，它可由病人自己或家属、医生指导下进行。《养生方导引法》所记载的实际上即为传统的运动康复疗法。

10.3.1 体位疗法

这是一种变换体位以改变膈肌的位置，使积存在一处的胸水发生流动，防止胸膜严重粘连的方法。

侧卧位，取患侧在上的侧卧位。这种体位促使胸水移到纵膈侧，防止横膈与侧胸壁的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

粘连，同时有助于肺充分扩展到侧肋膈角。

半侧俯位，取患侧在上的半俯卧位，防止横膈与后胸壁的粘连和协助肺伸展到后肋膈角。

半仰俯卧位，取患侧在上的半仰卧位，防止横膈与前胸壁的粘连和协助肺膨胀到前肋膈角。

注意事项：①因为肋膈角的后侧和侧方最深，侧卧位和半俯卧位特点，至少每一种体位持续到一次 20 分钟以上。②体位疗法期间结合呼吸训练。③引流期间取侧卧位，引流后取半俯卧位或半仰卧位。

10.3.2 呼吸疗法

悬饮病后期常遗留胸膜粘连或圆形肺不张，呼吸训练是减少这类后遗症的有效方法。尤其是胸部呼吸及 2 段呼吸的训练极为有效地减少了这类后遗症。

10.3.2.1 局部胸式呼吸 悬饮患者因局部积饮压迫而导致胸壁活动减弱，局部胸式呼吸即利用部分胸壁的有效活动进行的呼吸。有单侧、上部、中部和下部胸式呼吸，其中下部胸式呼吸最重要。其指导方法如下：

取仰卧或坐椅位。

助手把手放在所要进行局部呼吸相应的胸壁位置上。

放松胸壁紧张的肌肉，使胸壁落下去的同时闭嘴呼气。助手从呼气的后期开始逐渐用力压迫胸壁。

放在胸壁上的手不要离开，仍在用力的情况下让患者鼓起胸壁，用鼻吸气，边吸气边减轻手部的力量。

领会以上要领后，让患者自己用手压着练习，做到任何姿势下也可以进行。

如果患者仍不能领会要领时，让患者把手放在助手的胸壁上练习。

开始时两侧同时进行，当熟练后再进行单侧的练习。只进行单侧练习时，同对侧比较就可知道进行的好坏。

进行下部胸式呼吸时，用宽布带等物，从肩胛骨下方绕到胸前交叉，用右手拿左侧布头，用左手拿右侧布头，当进行右下部胸式呼吸时，右手的布带抓紧，左手的布带则按照用手局部压迫时要领，呼气时拉紧，吸气时放松。

10.3.2.2 2 段呼吸 该方法有最大吸气作用，可使横膈充分下降，其方法是于正常吸气后以略快速度再努力吸气，使胸廓充分扩张后，缓慢而长地呼气。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

悬饮病名，最早见于《金匮要略》，汉·张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病》篇中首次论述痰饮有四、日痰饮、悬饮、支饮、溢饮。明确指出悬饮为四饮之一，乃“饮后水流胁下，咳唾引痛，谓之悬饮”。追根溯源，早在《内经》即有“积饮”之说，如《素问·六元

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

正纪大论篇》："太阴所至，为积饮否隔。"《素问·至真要大论篇》说："湿淫所盛……民病积饮……"奠定了痰饮的理论基础。然《金匮》首以专篇论述，始有四饮之说。自仲景之后，后世医家皆遵《金匮要略》原旨，虽有称悬饮为辟饮者，但其语义概念皆指水饮停积在两胁。自西医东渐以来，人们基于悬饮的症候特点与西医的渗出性胸膜炎、胸腔积液颇为相似，此类疾患以悬饮论治，疗效颇佳，故目前对悬饮一病认识统一，较少歧义。1994年发布，1995年执行的行业标准规定了悬饮病中医诊断与疗效标准。

从此标准规定的悬饮病来看主要相当于西医的渗出性胸膜炎及胸腔积液。因胸腔积液的病因较多，可以是漏出液或渗出液，从本规定来看，悬饮主要包括由渗出液所致的胸腔积液。但临床上因漏出液所致胸腔积液以悬饮论治亦见显效，故悬饮病亦应包括因漏出液所致胸腔积液，悬饮病诊断标准有进一步研究及改进的必要。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

现代医家对悬饮病的发病观点各有不同，细分析之，不外乎责之肺脾肾功能失司，三焦气化不利，如刘胜力、曾立昆、秦茂林等多从泻肺利水治之，[1,2,3]陈定学认为乃脾胃阳虚，饮停胸胁，治以温脾化饮。[4]郝子林、刘宪章认为悬饮的病理变化重点在肺与三焦，并非脾肾，理肺气，通三焦是治疗的关键，饮停于胁是滞塞气道和三焦通络的要患，故立逐饮、泻肺、化痰、活血等法，观点极其鲜明。[5]彭治安认为悬饮多为少阳转枢不运，以致三焦气机受阻导致水饮内蓄，治疗避弃"十枣汤"之峻下，而倡疏利三焦之法，观点亦颇独特。[6]关强生亦认为悬饮多涉及与三焦的病变，肺气失其宣发肃降，三焦水道不畅，使水津停滞不得宣行，变生饮邪留于胸胁而为患。[7]徐澧先认为本病按照"导水必向高源"立论，以理气治肺为主，结合利水治肾，化湿治脾为辅，兼顾肺、脾、肾三方。[8]梁映涛又认为本病除三焦气机不利外，其关键在脾，由于脾主运化水湿，上输于肺，若脾运失职，则影响津液代谢。[9]

综上所述，诸家虽有所侧重，但大多认为本病初起多责之于肺，中、后期影响到脾，而素体即肾阳的虚盛影响本病的转归。

1.2.2 病因学的现代研究

1.2.2.1 季节、气候因素 现代临床发现季节、气候因素虽然不是悬饮病发病的决定因素，但季节的变换，气候的突变常常是悬饮病的诱发因素。临床资料表明是，大部分悬饮患者发病前常有感冒受凉病史。彭治安曾治疗悬饮患者42例，因外感诱发者33例，占78.6%。[16]本病与时辰、月份无明显关系，但冷暖交错时，本病发病可明显增多。

1.2.2.2 情感因素 现代临床尚无明显的病例表明情志的异常能直接导致本病的发生，但长期的精神抑郁或情绪暴躁或思虑过度，有可能成为悬饮病的诱发因素。

1.2.2.3 劳累及外伤 过度劳累及胸部外伤与悬饮病的发病有密切关系。临床上大量病例表明劳累及外伤能直接诱发本病，其发病率仅次于外感诱发者，彭治安统计占21%，[6]缪正来曾医治一农民负重后发病患者。[10]梁映涛曾医治左胸部被拳击后而出现明显症状者，[9]黄继鸿亦治一被打伤吐血后发病者，黄氏认为外伤致瘀血积于胸胁、肺失和降、水道不调，失于宣布，以致血与水互结，积于胸胁。劳累及外伤后血瘀气滞以致津液

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不布，水饮内停是导致本病的重要因素。[11]

1.2.2.4 素体亏虚 素体阳气虚衰是悬饮病发病的内在因素，本病患者多有肺结核或结核性胸膜炎病史，病程日久多见正气亏虚，以致气不行水，津液不布，水湿内停。

1.2.3 悬饮病危险因素的研究

1.2.3.1 六淫对悬饮发病的影响 大量临床资料表明，六淫中以寒湿之气对悬饮病发病影响最大，70%以上悬饮病人发病前多因感受寒湿之邪以致肺卫被遏，脾阳不振，水湿内停。郝子林通过大量临床观察，发现本病起始于太阳表证，多因失治误治，热入与水互结胸胁而成饮。徐洁生亦持相同观点，认为乃因感寒湿之邪，清阳郁闭，误治失治，迁延日久，虚实并见，寒热错杂。[12]故随六气六淫的消长变化而能自我调适者可减少本病的发生。

1.2.3.2 疫气对悬饮发病的影响 疫气对本病的发生常起很大影响，临床发现，大多数青年患者多有疫气感染史。许运明通过45例患者临床观察发现患者均有结核病史或接触史，有结核中毒症状，发病时间5～90天不等，故有的患者潜伏期很长。[13]张华卿观察100例悬饮患者，均有结核病史，患者平均年龄38岁。[15]故有疫气接触史的年轻人为本病的高危人群。

1.2.4 悬饮病机学说的研究

现代医家多认为悬饮与肺与三焦关系最为密切，如杨巽隆认为本病因邪气犯肺，宣降失司，三焦气化不行，饮停胸胁，少阳枢机不利，络道被阻，故胸胁胀痛。[15]郝子林、刘宪章更明确提出悬饮的病理变化重点在肺与三焦，并非脾肾，理肺气，通三焦是治疗的关键。[5]关强生亦认为悬饮多涉及肺与三焦的病变，肺气失其宣发肃降，三焦水道不畅，使水津停滞不得宣行，变生饮邪留于胸胁而为患。[7]但梁映涛同时认为及时健脾，有利悬饮病的转归，梁氏认为脾主运化水湿，脾运失司，首当其要，脾阳一虚，则上不能输精以养肺，水谷不从正化，反为痰饮而干肺；下不能助肾以制水，水寒之气反伤肾阳，必致水液内停。[9]诸家之说，互为参照，悬饮病机总属阳虚阴盛，输化失调，水液停积为患。

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

悬饮病在疾病发展的过程中，虽症状表现有差异，但大量的临床观察表明，悬饮病主症不外乎发热、咳嗽、胸痛三类，并根据胸痛痛势的急缓往往能判断积饮是否形成，其发热又可分为热盛、寒热往来，低热；咳嗽又有干咳少痰、咳逆气急，闷咳、咳声不扬之区别。根据患者三大主症的表现不同，可判断疾病的发展阶段。

悬饮病发病缓急不一，病程长短各异。邓悦、张起玉通过临床观察认为，本病初起患者多见高热或寒热往来，干咳少痰，胸胁刺痛较甚，发病前患者多有感冒病史。饮成之后患者热势不甚，症见咳逆气急，胸病较初起反而缓解。饮成之后积液的性质，积液量的多寡，患者体质的强弱，往往影响疾病的转归。郝子林认为若患者体质较差而出现阴阳俱虚的息短气微，汗出不止，面色皖白或灰黯，四肢厥冷，脉微欲绝者，多提示预后不良；悬

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

饮后期症多见低热，胸部以闷痛为主；闷咳或咳声不扬，多见于积饮明显减少，病变后期胸膜粘连者。亦有发病即见午后潮热、颧红、心烦、手足心热、咳吐少量粘痰、胸闷不适者，多伴活动性结核，乃阴虚火旺，灼伤胸络所致。[5]陆礼然通过对 15 例悬饮患者观察也表明其中发热 13 例，胸痛 13 例，咳嗽 14 例此三类主症最为多见。通过对悬饮病主症的分析，了解疾病的变化与转归，做到胸有成竹，有的放矢。[16]

2.1.2 变证与病势转归的研究

悬饮病因失治误治所致变证或素体亏虚，病程日久所致变化往往影响疾病的转归。陆孝夫认为悬饮病初期有表邪时，应先解表而后攻下，反之则变证蜂起：一则是原为恶寒发热，咳嗽，胸部不适因妄下峻逐之剂以致表邪未尽，过早攻下，邪热迫肺，水饮痰热互结出现胸部闷痛，微汗而喘，卧则加剧，虽自觉身热减轻，而体温反而升高。二则为恶寒、发热、头痛、经峻泻逐水后寒热不退，朝轻暮重，胸胁按痛，咳痰气急，心烦少寐，口苦咽干乃误下致水饮痰瘀交阻，邪在少阳，饮停胁下，二类病情均为误治致病变未得缓解，反而进一步加重。[17]郝子林亦认为本病起始于阳，故似太阳表证。多因失治误治，热入与水结于胸胁而成饮。邪热入里临证多见发热汗出或身热不扬，大便干燥、溲赤、脉沉弦数或弦滑，苔黄的里热实证，饮少者以咳唾，呼吸时胸痛为甚；饮多者以息促，气短、胸胁胀满突出，甚则可有心悸。若治疗有误，可发展为正虚邪实证。阴虚者临床见低热或午后潮热盗汗，手足心热，脉沉细数；阳虚者可见不热而畏寒，四肢不温，自汗便溏，脉沉细无力，若久治不愈，体质较差而出现阴阳俱虚的息短气微汗出不止，面色㿠白或灰黯，四肢厥冷，脉微欲绝者，多提示预后不良。详细揭示了病变过程中的病症特点，有利于我们了解悬饮病的病势转归。[5]

2.1.3 舌象与脉象的研究

舌象与脉象研究对于辨别悬饮病的不同阶段，预测疾病的转归，具有一定的临床意义。张起玉观察，本病初起病在表症见恶寒发热时，其脉多沉弦或弦滑，舌苔白腻，病变后期胸闷不畅者其脉多弦细，舌苔薄或舌红少苔，故症见弦脉者对本病具有一定的辅助诊断价值，尤其是见沉弦脉多提示积饮已成。[18]陆礼然观察 15 例悬饮患者，其中舌质淡红 3 例，舌红 12 例，白苔 3 例，白腻苔 3 例，黄苔 3 例，黄腻苔 6 例，滑脉 5 例，弦滑脉 2 例，滑数脉 5 例，浮滑数 1 例，弦滑数脉 2 例。[16]对于我们了解悬饮病的舌苔脉象具有一定参考价值。舌苔脉象与疾病的转归亦有密切相关，阴阳的盛衰往往反映在舌苔脉象上，郝子林认为正盛邪实时脉沉弦或弦滑，发展为正虚邪实证时，阴虚者脉多沉细数，阳虚者脉沉细无力，若症见脉微欲绝者，多为阴阳俱虚之证，预后不良。[5]

2.2 辨证施治规律研究

根据悬饮病不同阶段的病理特点，邓悦、吴深涛认为悬饮病可分为邪郁少阳、饮停胸胁、脾肾两虚、络脉不和、阴虚邪恋五型，分别以柴枳半夏汤、椒目瓜蒌汤送服十枣汤、健脾益肾汤、香附旋覆花汤、泻白散合沙参麦门冬汤治之。[19]张起玉观点与邓、吴氏亦基本相同。[18]陈林才根据积饮是否大量形成以辨证论治，悬饮初起，胸水尚未大量形成时；若见风寒表证，用十枣汤加辛温解表药；若见风热表证，用十枣汤加辛凉解表药，胸水增多；偏于寒者，十枣汤加附片、干姜等；偏于热者，十枣汤加黄连、黄芩等；偏脾肾阳虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

十枣汤加桂枝、白芍、附片、干姜、黄芪、党参等；偏阴虚加沙参、鳖甲、青蒿等；血虚加当归、熟地；水饮甚加桑白皮、葶苈子等，观点亦颇具特色。[20]此外，亦有根据患者体质强弱辨证施治，陆孝夫即提出胸水多，体质壮实者用十枣汤以峻下逐水，体质弱者恐峻下剂耗伤正气，以葶苈大枣泻肺汤为主方结合兼症不同加味治疗本病。[21]邓悦又根据病情发展的过程分三期论，初期多邪实饮盛，中期多邪虚饮少，易变为痰热悬结不散，痰水凝滞不易吸收之症，末期邪衰正虚，应扶正理脾。[19]

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

悬饮一病，总属本虚标实，阳虚阴盛之证，在疾病初中期，积饮已成之时，常以标实证为主，后期正虚邪恋，常以本虚为主，如素体亏虚，水饮内停，常呈虚实夹杂之态。初期以祛邪为主，后期证候多由实转虚，应以补虚为主，至于悬饮病变过程中虚实互见的状况，应遵循“祛邪而不伤正，补气而不留邪”的原则。

2.3.2 治法研究

现代医家根据病变的实际情况，灵活运用前贤经验，或温或下，或和或逐，辨证施治。如陆孝夫提出峻剂逐水法，泻肺行水通阳散结法、活血化瘀法治疗悬饮。[21]郝子林、刘宪章提出治饮六法：辛开、苦降、逐饮、化痰、活血、扶正。[5]邓悦、吴深涛根据悬饮病不同证候提出和解疏利法，逐水祛饮法，健脾补肾法，理气和络法、滋阴清热法。[19]曹联翠、张起玉治疗方法与邓氏基本相同，[18,22]它如丛法滋之解毒利湿法、[23]黄继鸿清肺化痰法[24]、熊曼琪[25]温肺逐饮法等均各具特色。至于缪正来[10]旗帜鲜明提出“悬饮胁痛，治当逐水为急务”，认为无论患者体质强弱，均宜攻逐水饮，实为张子和之拥趸者。

2.3.2.1 和解法 此法适用于悬饮病初起，证见恶寒发热，或寒热往来，干咳少痰，胸胁刺痛，为外邪侵袭，郁于少阳，少阳枢机不利。此时积饮尚未大量形成，表邪未解，若过早使用峻下之剂，易致悬饮变证，出现表邪未尽，邪热迫肺，水热互结。故悬饮初起邪郁少阳宜和解透邪，张起主倡用柴枳半夏汤以和解疏利。[18]彭治安用小柴胡汤治疗悬饮42例，其中大多有外感史，彭氏认为外感引起邪犯胸胁、病在半表半里，邪正相争，肺气郁滞，升降失常，不能输布津液，导致水饮内停，治疗宜首当从少阳经脉着手，并根据《金匮要略》“病痰饮者，当以温药和之”之旨义，认为悬饮证重取其经文中“和”字之意，即不可温之太过，又不可攻之猛峻，故用小柴胡汤以助少阳转枢之机。[6]至于悬饮初起因失治误治，表邪未解，痰热内蕴，梁映涛倡用柴胡陷胸汤治疗，既取小柴胡汤之透达少阳之邪，又用小陷胸汤以清热涤痰，宽胸散结，梁氏认为此病为邪在胁肋，胁肋为少阳经脉循行，少阳升降失常，枢机不利，若饮停胸胁，阻碍气机升降，日久化热与痰浊互结，故可用柴胡陷胸汤治疗可取效。[9]

2.3.2.2 逐水法 逐水法为治疗饮病的重要法则，用于积饮内停期，证见胸胁饱满，咳唾胸痛，甚则呼吸息促。然临床上患者体质有强弱之不同，病情有缓急之区分，不能一概峻下逐水，故逐水法又可分以下几类：

2.3.2.2.1 峻下逐水法 以十枣汤为代表，用于饮停胸胁，患者体质较强者。常济公用十枣汤治疗本病，以三药研末装胶囊，每粒重0.5g，剂量为1～3g，日服1次，晨起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

空腹用大枣十枚煎汤送服，服4～8次。[26] 霍瑞兰以芫花6g、大戟6g、甘遂3g、大枣10枚，水煎取300ml，分三份，顿服一份。“得快利止后服”。“如不下更服，取下为效” 用以治疗积饮量多者疗效显著，10天内积液消失，25天痊愈。[27] 陈林才以十枣汤为主结合兼证加味治疗悬饮94例均痊愈。陈氏认为运用时必须注意，若体质偏寒，芫花剂量适当加大；体质偏热，大戟、甘遂剂量加大。体质相对较弱者开始3g，并加健脾益气药，体强者6～9g，有用12g未发生意外，服药时先少量进食后再服药，并加代赭石防止呕吐。[20] 因峻下逐水剂易伤正气，故陆孝夫认为十枣汤要与健脾渗湿药同用，停服十枣汤后也要用健脾药善后。[21]

2.3.2.2.2 缓下逐水法 缪正来即以控涎丹治疗悬饮，每服1.2g，每日2次，用米汤调服，空腹服下，共3日量。疗效颇佳。缪氏推崇张子和“留饮无补法”之观点，认为十枣汤去芫花加白芥子，其猛烈之性小于十枣汤。白芥子《丹溪心法》云“痰在胁下，非白芥子不能达”，缪氏认为它确是开胸，驱除皮里膜外之痰的佳品。缪氏并指出此类药一定要把其中的原生药依法炮制好，且用量应视病人体质由小剂量开始，酌情选加、否则，药后容易产生剧烈呕吐或吐泻并作，即损伤正气，又使病人对服药产生畏惧心理，个别体弱或体质敏感的病人，服控涎丹后如泻下不止，给服冷米粥或冷开水即可止。[10] 缪氏观点确是经验之谈。

2.3.2.2.3 泻肺逐饮法 以葶苈大枣泻肺汤运用较为广泛，方以葶苈子、大枣二味药共煎顿服，具泻肺行水，下气平喘之效，因本法副作用小，毒副反应少，适合于体质虚弱而见积饮者、故广为临床医师所选用。陆礼然善用葶苈大枣泻肺汤加减治疗悬饮，陆氏认为肺居上焦，有通调水道、下输膀胱的作用，外邪客于上焦，则肺气不得宣降，通调水道功能失常，则水液不能正常输布而导致胸腔蓄水积液、饮留胸中，肺气不利故胸闷，气急不得卧。陆氏以为十枣汤攻逐水饮，虽使积饮迅速消除，但其药有毒性，功力峻猛，部分病人服药后恶心呕吐，腹泻腹痛相当剧烈，体弱者不宜服用，恐伤其正，故改用葶苈大枣泻肺汤为主治疗本病，同样可达消水逐饮之目的。通过临床观察证明，本方药性平和，药力较缓，无恶心呕吐腹泻等副作用，仅有尿量增加，较之十枣汤更为安全。[16] 邱明义亦以葶苈大枣泻肺汤重用葶苈子达30g治疗包裹性胸腔积液取效。[28] 孔宪辉以葶苈大枣泻肺汤加味治疗老年体虚之悬饮均获良效。[29] 其它医家亦大多在葶苈大枣泻肺汤基础上加减用药治疗本病，本方不仅可用于悬饮，对于心包积液，肺水肿亦有良效，可知其所泻之肺水，可泛指横膈以上胸腔内所有组织器官之积水。

2.3.2.3 通阳散结法 适用于积饮量多，致胸背痛，喘息咳唾，短气证。饮为阴邪，宜阻遏阳气，故水饮停于胸胁，久而不去，致胸阳痹阻不通，其证与胸痹之证难截然分清。临床医家多以栝蒌薤白半夏汤以通阳散结豁痰，如陆孝夫倡用栝蒌薤白半夏汤用以治疗悬饮胸阳不宣者。[21] 徐洁生针对悬饮迁延日久，清阳郁闭者亦用葶苈大枣汤配栝蒌薤白半夏汤治之，均取得较好疗效。[12]

2.3.2.4 清热化痰法 用于饮停日久、郁久化热以致饮热互结，出现胸中痞满胀痛，口苦、舌苔黄腻等症，其证与结胸证颇相似。《伤寒论》说，“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者。”痰热内结、气郁不通，故胸部痞闷。陆孝夫用小陷胸汤治之，取清热化痰，宽胸散结之义。[21] 郝子林认为少量积液由稀变稠、最易化为痰热，久积胸胁不易吸

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

收，故宜用清热化痰之药以促使吸收，倡用大、小陷胸汤以治之。[5]其他医家针对悬饮偏痰热者亦多以清热化痰药加减治疗。

2.3.2.5 健脾法 脾在水液代谢中起着至关重要的地位，梁映涛认为由于脾主运化水湿，上输于肺，肺朝百脉，通调水道，肾的温煦蒸化，分工协作，维持津液的代谢。若脾运失职，影响津液代谢，凝聚成痰成饮。造成水湿痰饮病，虽与肺肾等脏腑有关，但脾主升，转输运化，关键在脾，且饮病在攻逐之后，易伤脾气，故应及时加党参、山药、茯苓等健脾之品，以增强健运之功而固其本。[9]因脾居中权，脾虚则水湿内停，故临床医家多以健脾利湿，或温脾化饮治之。如孔盛洪用加味五苓散方以补气健脾化饮治疗悬饮病6例，配合抗痨治疗，缩短胸水消退时间。[30]张保安拟宽中健脾治悬饮20例，多获痊愈。[31]陈定学用实脾饮加味以温脾化饮，益气行水，亦获良效。[4]

2.3.2.6 解毒利湿法 丛法滋以清热解表药金银花、连翘等配合利水渗湿药治疗悬饮病热象较为突出者，丛认为患者虽有悬饮，但热势较高，热毒较盛，治当清热解毒，利湿消水。[23]秦茂林亦以蒲公英、连翘、鱼腥草等为主治疗15例悬饮患者，根据积液量的多少及体质强弱酌加煅大戟、制甘遂各1.5～3g，白芥子3～6g，患者均获痊愈。[3]

2.3.2.7 活血化瘀法 多用于悬饮中后期，积饮量少，但迁延不已，胸痛如灼或感刺痛。张起玉即以香附旋覆花汤加减治疗19例悬饮积液明显减少及后期胸膜粘连者，取得很好效果，其中痛势如刺可加桃红、土鳖虫，制乳没；留有少许积液者加通草、路路通、茯苓、冬瓜皮。[18]陈元文认为水饮的通利及蠲除与气有密切的关系，气行则水畅，故应理气行水，故亦选香附旋覆花汤为主。[32]夏发镛用血府逐瘀汤加减治疗悬饮52例，气急不能平卧加葶苈子或黄芪；大便秘结加大黄；高热加蒲公英、黄芩。所有病例全部治愈，积液完全吸收。[33]邓悦认为饮为有形之邪，既可损阳，又易阻遏气机，致气滞血瘀。故活血理气法应做为一重要法则贯彻始终，尤其是中末两期活血化瘀法改善微循环，不仅对病灶有消炎、促进组织恢复与新生，而且对代谢和免疫方面均有较强作用，对防治胸膜肥厚、粘连均有较好作用。邓氏认为活血化瘀法应始终贯穿悬饮病中后期的观点对临床具有指导意义。[19]

2.3.2.8 养阴法 适用饮停胸胁，久而不去，阻碍气机，气郁过久，化热伤阴，以致阴虚火旺。症见干咳少痰，胸闷不适，口干咽燥或午后潮热，手足心热。陶凯以益气养阴药黄芪、生地等治疗悬饮后期症状。[34]张起玉以泻白散合沙参麦冬汤治疗悬饮阴虚邪恋者3例。[18]曹联翠亦以生地、沙参、麦冬、鳖甲、桑白皮等养阴药治疗结核性胸膜炎配合西药治疗比单纯用西药治疗胸水消退时间明显缩短。[22]

2.3.2.9 温肺化饮 以小青龙汤为代表，小青龙汤是张仲景治饮证之重要方剂，主要用于“外束风寒，内有停饮”。熊曼琪以小青龙汤治愈悬饮患者，认为此类患者多因外感诱发，方中麻、桂发汗解表，桂、芍调和营卫，故可治“外寒”；干姜、细辛、半夏温肺化饮，配五味子酸敛收涩，是散中有收，以防肺气耗损太过，外邪解，内饮化，肺气宣，则咳喘自平，其关键在于温化。熊曼琪指出小青龙汤运用广泛，不一定“外寒内饮”皆具，只要有饮邪即可用之。推而广之，苓桂术甘汤、苓甘五味姜辛汤皆具温化水饮之效，用于悬饮病皆见成效。[25]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.4 辨证用药研究

2.4.1 悬饮病治疗用药规律研究

自张仲景在《金匮要略》上首创四饮病名，提出“病悬饮者，十枣汤主之”之后，后世医家多遵仲师原旨，亦有在十枣汤基础上加减组方治疗悬饮，如刘完素之三花神佑丸（十枣汤加牵牛、大黄、轻粉），陈无择之控涎丹（去芫花、大枣、加白芥子），张介宾之舟车丸等，但临床疾病变化无常，有病同证异，有证同病异，有同病异治，有异病同治，故现代临床治疗悬饮不拘于“十枣汤”之类，余如葶苈大枣泻肺汤、小柴胡汤、小青龙汤、小陷胸汤等现今临床亦广泛采纳，观察古今医家的用药规律，使用率较高的药为大戟、甘遂、芫花、葶苈子、白芥子等逐水药及柴胡、茯苓、桂枝、半夏等温和之剂，其用药法则无非是“急则治标，缓则治本”原则的体现，积饮内停量多者宜攻逐水饮，故张从正大声疾呼“留饮下无补法”，而病情较缓，积饮不盛者当温和之，体现张仲景“病痰饮者当以温药和之”之原则，但逐水剂视患者体质强弱亦有峻下，缓下之分，温和之法依临床证候不同有和解、温阳之妙。近年来，活血化瘀药广泛用以悬饮病的临床治疗，如桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、丹参等。现代医家通过对活血化瘀法的机理研究，其能改善微循环，促进组织的再生及吸收，防止胸膜肥厚、粘连均有较好作用，故有医家认为理气活血法应作为一重要法则贯彻悬饮病的治疗始终。活血化瘀药的使用为减少悬饮病的后遗症开通了新的渠道。

2.4.2 悬饮病治疗用药剂型及给药的研究

悬饮病用药大多以汤剂为主，但常用峻下逐水药甘遂、大戟、芫花用药颇有讲究，三药药性峻烈，具有毒性，用量较小，且甘遂有效成份难溶于水，故现代临床多以三药等分研为细末，或装入胶囊，以大枣十枚煎汤送服。有医家报道用十枣汤剂和粉剂分别治疗悬饮患者，结果表明，十枣汤的剂型以粉剂为最佳，其疗效远较水剂为好，剂量则以上述三药各 1.5g 较合适，即能充分下泻，又能减少副作用。十枣汤服用有医家认为饭后服。如陆孝夫认为十枣汤治疗悬饮形体俱实，脉象沉弦有力者，能促胸水吸收，但药性峻猛，用量要从少开始，且服后有多次稀溏大便，有的还有呕吐等反应。所以吞服甘遂、大戟、芫花三味药粉时，每次总量 1.5g（三味各 0.5g 混和）最多用量每味不超过 1g，一般服 1 次到 2 次就有效，但要隔 3 天后再服第 2 次，临床体会在饭后 2 小时服，能减少副反应。[21] 亦有医家认为宜空腹服，如常济公亦以三味药末装胶囊内，每粒 0.1g，剂量为 1～3g，日服 1 次，晨起空腹用大枣煎汤送服，一般服 4～8 次，服十枣汤后，多数患者患侧胸胁感到灼热感，随即泻下。[26] 霍瑞兰则以上药水煎取 300ml，分 3 份，顿服 1 份。“得快利止后服”。“如不下更服，取下为效”。“得快下后，糜粥自养”。[27] 此外芫花在三药中毒性最大。宜醋炒以减低毒性后使用。甘遂自古就有反甘草之说，但郝子林认为甘遂合甘草使用即能扶正气，又增逐饮之功，未见有任何副作用。[5] 控涎丹与十枣汤都有攻逐水饮之功，但其力较缓，现代用法多以上三药为细末，水丸如绿豆大，每服 1～3g，食后临卧，温开水送服，服后反应较小。此外，土本重用柴胡陷胸汤浸膏剂治疗渗出性胸膜炎，亦颇具特色。[35] 受西医向胸腔内注射抗生素及化疗药物以减少胸水产生的方法启示，有人提出可向胸腔内注射丹参注射液、川芎注射液等活血化瘀药物提取液，以促进微循环，加快胸水吸

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

收，减少局部粘连及肥厚，虽未见有病例报道，但却提示不失为中医药治疗悬饮病的新方法，新途径，值得临床进一步研究。

3 实验研究

3.1 悬饮病发病机理的研究

胸膜腔是一个密闭的潜在的腔，它的内壁是胸层，紧贴在肺的表面，外壁是壁层，与胸壁内侧面相贴，在正常情况下，胸膜腔内含有微量的浆液，这一薄层液体，不仅起着滑润作用，减少呼吸运动时两层胸膜间的摩擦，并由于分子的吸附作用，使两层胸膜互相贴紧，不易因胸廓增大或肺的缩小而分开。胸液的产生与吸收经常处于动态平衡，任何原因加速其产生和减少其吸收时就出现胸腔积液。

健康人胸膜腔内积压为负压（呼吸时平均为 $-5cmH_2O$）。胸液含蛋白质，具有胶体渗透压（$8cmH_2O$）、胸液的积聚与消散还与胸膜毛细血管中渗透压，静水压有密切关系。壁层胸膜由体循环供血，毛细血管静水压高（$30cmH_2O$）；脏层由肺循环供血，静水压低（$11cmH_2O$）。体循环与肺循血管中胶体渗透压相同（$34cmH_2O$），结果是液体由壁层胸膜进入胸膜腔，并从脏层胸膜以相等速度被吸收。从动物实验测算，人类每天胸膜腔约有 5000～10000ml 液体通过。胸液中的蛋白质主要是经由淋巴管而被吸收，每天约有 250～500ml 淋巴液由胸膜腔淋巴管进入胸导管。胸膜炎症可使血管壁通透性增高，较多蛋白质逸入胸膜腔，使胸液渗透压增加。肿瘤可压迫，阻断淋巴引流，使胸液中蛋白积聚，也导致胸腔积液。门静脉性肝硬化伴有低蛋白血症，血中胶体渗透压降低，可产生漏出液，当有腹水时，又可通过膈肌先天性缺损或经淋巴管而引起胸腔积液。此外，变态反应性疾病、心血管疾患或胸外伤等均可引起胸腔积液。

具体分析胸腔积液的发病原因有以下几种：

3.1.1 胸膜毛细血管内静水压增高

当静脉血液回流受阻时或血容量增加时，静脉及毛细血管内的压力增高，这不仅使毛细管动脉端滤过到胸腔的液体增多，而且使静脉端回流入血的液体减少，故引起胸腔积液　如充血性心力衰竭、缩窄性心包炎、上腔静脉或奇静脉受阻等。

3.1.2 胸膜毛细血管通透性增加

毛细血管壁是一层半透膜，正常情况下只有水分及晶体物质（钠离子、葡萄糖等）能通过，而血浆蛋白通过是受限制的。通过毛细血管的物质主要是从内皮细胞间许多小孔透过的，当某些原因，如炎性物质、组织分解产物、缺氧、某些介质、激素的作用，均可引起毛细血管的这些小孔扩大，使血管壁的通透性增加，液体及血浆蛋白漏出到胸腔，产生积液，如胸膜炎症、结缔组织病、胸膜肿瘤、肺梗塞、膈下脓肿。

3.1.3 胸膜毛细血管内胶体渗透压降低

血浆胶体渗透压主要决定于血浆中蛋白质的含量，特别是白蛋白的含量影响渗透压最大，当血浆总蛋白降到 $5 \pm 0.5g\%$（正常为 6.5～8g%），或白蛋白量降到 $2.5 \pm 0.5g\%$（正常为 4～5.2g%）时，血浆胶体渗透压便降低，就可使液体进入浆膜腔中增加，而回流减少、引起积液，血浆蛋白降低的原因很多，如低蛋白血症、肝硬化、肾病综合症。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.4 胸膜淋巴引流障碍

胸液除了从毛细血管吸收回流外，另一部分还从淋巴管道回流入血，故淋巴管道的阻塞，使胸液回流发生障碍，导致胸水，如癌性淋巴管阻塞。

3.1.5 胸液胶体渗透压增加

胸膜炎症使血管通透性增加，大量蛋白质进入胸腔，使胸液蛋白积聚，胶体渗透压增加，导致胸水积聚。

3.1.6 外伤等所致胸腔内出血

外伤致血管破裂，主动脉瘤破裂及食道破裂使液体渗入胸腹腔致积液。

综上所述，致胸腔积液的病因较多，而中医所言之悬饮以渗出性胸膜炎所致积液为主。现代研究发现，炎症是炎性渗出的原因：一是因血管扩张，充血，使毛细血管内压增高；二是细菌毒素，组织酸中毒对毛细血管壁的损伤，以及许多活性物质如组织胺，5-羟色胺激肽等，使毛细血管内皮细胞收缩而在细胞间出现空隙（直径 0.1～1μ），故不仅能通过液体，而且能通过较大的蛋白分子；三是变质和血管反应所造成的炎区组织内胶体渗透压增高。如果血管壁损伤较轻，渗出物以血清为主，其中含有白蛋白和少量球蛋白，随着血管壁损伤的加重，分子较大的纤维蛋白原也可渗出到血管外，并很快变成纤维蛋白。但不论损伤较轻较重，炎性渗出液都和漏出液有区别。炎性渗出液含蛋白多（一般在 3%以上），比重较大（多在 1.018 以上），容易凝固，浆膜粘蛋白反应阳性；而漏出液一般含蛋白少，细胞成份少，所以澄清而比重低（1.012 以下），不易凝固，浆膜粘蛋白反应阳性。液体渗出对机体是有好处的，因为渗出液不仅能稀释致病毒素，以及运来抗体、补体和备解素、溶菌素等各种抗菌物质，而且渗出液中的纤维素元凝结成致密的纤维素网，能限制病原微生物的扩散，并为吞噬细胞的爬行吞噬作支架，也为以后的再生修复起最初的支架作用，故少量胸腔积液不需抽吸。然而，渗出液如果渗出过多，或者不能及时吸收，则将产生不良后果，胸腔积液过多压迫肺脏影响呼吸功能，心包积液压迫心脏，或发生机化粘连，影响肺及心脏的功能。故胸腔积液量多而不易吸收时应加以抑制或加快吸收。

3.2 常用治法机理的研究

3.2.1 宣肺利水以通调水道机理的研究

现代临床治疗悬饮以葶苈大枣泻肺汤加减及宣肺利水药物的使用最为广泛。通调水道是肺的主要功能之一。所谓通调水道，就是说肺通过输布、运行和排泄等对水液代谢有着调节作用，主要体现在以下几个方面：其一，肺主宣发，调节汗液的排泄，汗液是体内水液的一部分；其二，肺气肃降，维持水道通畅，可将体内水液不断向下传输。通过三焦，肾和膀胱等脏腑协调，排出体外，从现代研究角度考察肺通调水道从以下几方面：

3.2.1.1 肺通过呼吸蒸发一部分水分 悬饮病外邪束表，肺卫被遏，通过宣肺药物使用可以宣肺利气，改善肺呼吸运动。据研究，由肺呼出的气体所含水分较多，成年人每日由呼吸排出的水分约 350ml，呼吸过快过慢都可以引起水分排出的异常。

3.2.1.2 肺循环可以调节水液代谢 人体的血液是沿着心脏和血管包括肺循环在周而复始地运行 任何部位发生循环障碍，都会程度不同地影响全身血液循环，从而影响水

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

液代谢。当肺循环由于炎症、栓塞等原因发生阻塞时，就会发生肺瘀血，甚则体静脉瘀血，从而引起水液停留。肺组织和肺血管有很大的扩张性，所以全肺可容纳的血管很大，故认为肺循环也是人体的血库之一。肺组织容纳的血液随呼吸波动在 750～1100ml 之间。当肺容纳血液过多时，肾血液量自然减少，肾小球滤过压低，尿液生成减少，水液容易停留。宣肺利水药少加快肺循环，减少肺容纳血液，促进尿液排出，减少水液积聚。

3.2.1.3 肺组织中的血管紧张素转换酶对水液代谢的作用 人体肾脏的近球细胞可以产生肾素。它为一种蛋白水解酶，能催化血浆中的血管紧张素原（α_2-球蛋白）进行水解，使之分解为一种 10 肽，称为血管紧张素Ⅰ。无活性的血管素Ⅰ随血流进入肺循环，被肺血管内皮细胞内的血管紧张素转换酶催化，由 10 肽降解为 8 肽称为血管紧张素Ⅱ。血管紧张素Ⅱ可以刺激肾上腺皮质球状带分泌醛固酮。醛固酮调节肾远曲小管对 Na^+，水的排泄。所以肺组织中血管紧张素转换酶活性的高低影响人体的水液代谢，改善肺的呼吸运动，可促进水液的排泄。

3.2.1.4 前列腺素对水液代谢的作用 已有的研究证明前列腺素，除精液外，还可从肺，脑等组织分离出来，并认为肺是灭活前列腺素的主要部位之一。所以肺既影响着前列腺素的产生，又影响前列腺素的灭活。前列腺素依结构不同分为前列腺素 E、F、A、B 等，其中前列腺素 A 使血管平滑肌松驰，小动脉舒张作用持久，并能使肾皮质的血管舒张，肾血流量增加，使尿量增加，促进水液的排出。

3.2.1.5 心钠素对水液代谢的作用 心钠素分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ种，心钠素Ⅱ、Ⅲ有较强的利尿作用，而心钠素主要在肾、肝、肺组织中被降解，肺对心钠素降解的速度就会影响人体的水液代谢。1986 年，我国汤健首次发现肺组织内亦有心钠素，为肺参与水液代谢提供了又一证据。[36]

因肺与水液代谢关系密切，通过宣肺药物的使用，改善肺的功能，从而加快水液的排泄。以上观点揭示了之所以宣肺能利水疗法的作用机理。

3.2.2 泻下治法作用机理研究

悬饮病积饮内停，标实证明显，且形体充实者多以十枣汤类以峻下逐水或大黄等攻逐水饮，临床观察发现，导泻成功与否，常是逐水方药取得疗效的关键，甘遂、大戟、芫花等峻下药均为刺激性泻药，其作用于胃肠道，能产生明显的泻下作用，使胸腔积存的水液从大便排出，故服十枣汤后产生腹泻是服药的正常反应，此类药物促进肠蠕动，有利于肠管的排空。[37]但中医泻下剂不同于西医的“泻药”，除了有泻下作用，实验研究表明：下法方药还有抗炎作用，对醋酸、组胺、松节油、透明质酸酶、蛋清，角叉菜胶等物质所致炎症早期的毛细血管通透性增高导致炎性渗出和积液有明显的抑制作用，此外下法方药以大黄为代表具有较强的抗病原微生物作用，它们对多种细菌均有强烈的抗菌作用，其最低抑菌浓度（$\mu g/ml$）为：白色葡萄球菌 < 12.5，甲型链球菌 < 25，乙型链球菌 100，枯草杆菌 50，白喉杆菌 < 25，其抗菌成分不因加热而减弱。[38]对免疫功能的影响也经实验表明，此类药能明显提高人外周血白细胞对金色葡萄球菌的吞噬活性，实验还发现，大黄、甘遂等能增强小鼠腹腔内异种血的吸收，此外大黄能促进人体干扰素的产生，增强人体的免疫力，通过对此类药的研究提示泻下药不仅仅单纯的泻下作用，还具有抗菌抗炎，减少进一步渗出，提高人体免疫力的作用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2.3 补中益气治法的机理研究

对于阳气虚水湿内停所致悬饮或悬饮病攻伐之后或饮邪日久耗损脾气者多以补中益气疗法治之，即使是在停饮期攻逐水饮时也兼顾补脾益气，如十枣汤以大枣配合照顾脾气。经大量的实验研究表明，补中益气法有提高免疫功能的作用，杨承进报道用补中益气汤于脾虚患者，治疗后患者淋巴细胞转化率提高 10.94%，血清 IgG 则降低 1.91mg/ml，表明有提高非特异性细胞免疫功能的作用。[39] 施玉华就中药复方对小白鼠氢化可的松模型肝组织学与组织化学的影响进行了研究，他们将氢化可的松肌注于小白鼠，形成“阳虚”的模型，分成给药组和不给药组，并设置正常组，结果发现，给药组肝组织病损轻或接近正常；PNA 含量与正常组相近，使下降的 GDH，SDH，MAD，G－6－PH，G－6－P，ACP，N－Ease 等成分上升；肝细胞糖元有所下降，说明补中益气法对肝、脾和淋巴细胞有一定保护作用。[40] 季宇彬报道补中益气汤与环磷酰胺联用于动物移植性肿瘤，发现有明显的协同作用，对小鼠 S_{180}，小鼠 L_{615}，小鼠 Lewis 模型，二者同用时的抑制瘤重率明显优于单用环磷酰胺，而且能显著延长对小鼠的生存时间，生命延长率达 90%～100%，对由环磷酰胺引起的血细胞下降，补中益气汤可使红细胞、白细胞总数升至正常值以上，表明补中益气汤具有一定的促进机体免疫功能。[41] 通过实验对补中益气疗法机理的揭示，提示本法对悬饮峻下逐水剂因毒性较大易损伤肝脏，合用补中益气药可减轻毒性，对悬饮后期免疫力的下降及肿瘤所致悬饮，用本法均有较好的疗效。

3.2.4 活血化瘀法作用机理的研究

悬饮中后期水饮渐退胸络不畅致胸部刺痛，呼吸不畅，闷咳等证宜用活血化瘀药物治疗，临床发现此类药对促进胸水吸收，减少胸膜粘连及肥厚有良效。近年来对川芎、赤芍、当归、红花、桃仁等药的研究，已从分子水平上说明其活血化瘀的作用机理，实验研究表明，微循环障碍是多种疾病的重要发病环节，许多活血化瘀药对微循环均有明显的改善作用。有人报道，活血化瘀药组成的血府逐瘀汤从消化道给药后，能明显改善由高分子右旋糖酐造成的大白鼠微循环障碍，并且还可防止由于循环功能紊乱导致的血压急剧下降，说明不仅能改善微循环，还能增加组织器官血流注量。对免疫功能的影响也是活血化瘀药的重要作用，此类药能提高巨噬细胞的吞噬能力，以益母草、当归、川芎、白芍、广木香组方对体液免疫有明显抑制作用，以丹参及其复方制剂具有免疫增强效应。刘建华总结近年来有关报道，认为此类药有改善微循环、抗凝、改善毛细血管通透性，促进损伤组织修复，抑制结缔组织代谢减少瘢痕形成及粘连、镇痛、抑制肿瘤细胞生长，复活肝脏清除能力。[42] 故现代临床有人认为活血化瘀法应贯穿悬饮病始终是有其理论依据的。

3.3 鉴别诊断的实验研究进展

胸腔积液的病因很多，现代临床以结核性胸膜炎和肿瘤所致的胸腔积液最为多见，二者积液性质不同，预后亦截然不同，但良恶性胸腔积液的鉴别在临床上较困难，随着发病率的增加，鉴别具有迫切性。通常胸水癌细胞检查是鉴别诊断中最可靠的方法，但阳性率低，通过实验研究发现对胸水多项指标的检测及胸膜活检可以提高本病的诊断率。许印师报道通过对疑为胸膜肿瘤特别是胸水呈血性，临床诊断为结核性胸膜炎，但抗结核和抽液治疗二周不见改善以及其它诊断不明的胸腔积液选用检查对象，共 16 例，获得特异性诊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

断 8 例，4 例肿瘤，4 例结核，总阳性率 56.3%。胸膜活检优点是能比较准确、迅速的提供病理学诊断证据。[43]林友华等报告胸水恶性细胞检查需平均穿刺 3.8 次，而胸膜活检仅 1.3 次即可确诊，缩短了待诊时间，与细胞学检查相比，胸膜活检可以为恶性肿瘤提供明确组织学类型的依据，对选择治疗有参考意义。[44]胸膜活检主要由于肿瘤性胸水或诊断不明的其它胸水，其阳性率国内报道约在 60%～70%之间。在结核性胸膜炎的患者身上进行胸膜活检，取胸膜组织培养结核菌阳性率达 88%，而胸水结核菌培养阳性仅 36%。提示胸膜活检不失为一种高诊断率的诊断方法。刘书盈报道通过对胸水多项指标的联合检测（CEA，Ferritin，β_2MG、FDP），具有较高的准确率。CEA（癌胚抗原）、Ferritin（铁蛋白），β_2MG（β_2 微球蛋白）、FDP（纤维蛋白降解产物）检测对胸水的鉴别诊断国内外已有报道，但单项检测均有不足，通过四项联合检测结果提示，CEA、Ferritin、β_2MG 胸水值癌性明显高于结核性（$P < 0.01$），FDP 测定则两组无差异。[45]李小惠认为胸水腺苷脱氨酶与溶菌酶的检测对于积液的鉴别诊断具有重要意义，李氏报道通过对 108 例胸腔积液患者胸水分析，结核性胸腔积液胸水腺苷脱氨酶的含明显高于癌性胸腔积液验（$P < 0.05$），胸水溶菌酶与血清溶菌酶之比亦明显高于癌性胸水组。腺苷脱氨酶是嘌呤代谢中催化腺苷和脱氧腺苷脱氨生成次黄苷和脱氧次黄苷和脱氧次黄苷一种酶，大量存在于体外中性粒细胞和淋巴细胞中，结核性胸腔积液患者的腺苷脱氨酶活性最高。溶菌酶存在于结核性类上皮细胞肉芽肿与病灶附近被活化的巨噬细胞中，结核性胸腔积液患者溶菌酶在胸腔局部释放，引起溶菌酶含增高。通过检测胸水中腺苷脱氨酶及溶菌酶与血清溶菌酶之比显示：若两者明显升高首先考虑结核可能，若两者均明显降低，要高度怀疑癌性胸水可能。[46]文献报道，腺苷脱氨酶测定与胸水，血清溶菌酶比值相结合，其诊断特异性高达 99%，提示常规检测对鉴别诊断有重要价值。此外徐芳、江平通过对胸水肿瘤标志物的测定，提示对恶性积液的诊断亦具有临床应用价值。[47][48]

对胸水性质的鉴别直接影响到临床的治疗，决定疾病的预后，故鉴别诊断对不明原因的胸水至为重要。通过实验室对胸水及胸膜的检测提高了疾病的诊断率，在现代临床悬饮病的治疗中具有重要意义。

3.4 悬饮病影像学的研究

3.4.1 影像学与悬饮病诊断相关性的研究

悬饮病仅凭证候确诊较为困难，B 超及 X 线检查是确诊本病的最有力手段，其中 B 超检查对本病的定性定位最有价值。周郁甫通过对 50 例悬饮患者的 B 超显象进行分析，根据液体暗区的回声情况分为两型：一类为无回声型，共 6 例，其中 2 例为心瓣膜病并心力衰竭，4 例为低蛋白血症（肝硬化 2 例，肝癌 1 例，胃癌 1 例）。图像特征为壁层胸膜薄，明亮规整，线样连续，厚度均 < 2mm；液性暗区透声良好，提高灵敏度暗区亦无，或仅有疏落细小光点反射；患侧肺向内压缩，肺气反射减弱或消失，随呼吸运动，脏层胸膜规整；4 例为双侧，2 例为单侧，胸液常规及生化检查为漏出液。第二类为光点反射型，共 44 例，其中结核性 21 例，占位性病变 19 例，化脓性 4 例。图像特征为壁层胸膜多增厚。42 例 > 3mm，2 例为 2mm（为早期结核性胸腔积液），最厚为 7mm，结核性脓胸及化脓性胸腔积液增厚最明显，增厚的壁层胸膜其壁侧回声增加，腔侧回声较低，表面毛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

糙，模糊欠规整。恶性肿瘤胸膜腔转移可见胸膜连续性中断，局部有实质性光团向胸膜腔内凸出；此外液性暗区内有数量较多之光点反射。化脓性胸腔积液光点最多，透声较差。结核性脓胸则有较多的，同明亮的光点和光斑，呈“雪片样”或“鳞片性”在胸液内浮动；患侧肺部征象可见肺向内压缩，如为肺内占位性病变，可见压缩之肺内有实质性光团。本组 15 例肺内占位性病变患者 13 例发现肺内实质性光团，呈圆形、椭圆形或分叶状，中等或中强回声，无气体反射，随呼吸活动度差；包裹性积液范围局限，呈圆形或椭圆形，其形态不随体位变动而改变，有宽厚而模糊的包膜，液性暗区后方回声增强。结核性包裹性积液的液性暗区透声较好，光点反射较化脓性少；化脓性者光点多，透声差；多房性包裹性积液者，可见液体暗区内有多条明亮光带分隔；本类型患者均为单侧性。胸水常规及生化检查均为渗出液。[49]

B 超对胸腔积液的检出率高，温雨飞报道 B 超诊断胸腔积液的准确率为 93%，优于 X 线的 83%，B 超检出积液最少的 1 例为膈上液性暗区厚径 10mm。而当胸腔积液仅为 300～500ml 时，X 线显示仅为肋膈角变钝，不易检出。肺下积液 X 线表现与横膈升高相似，须与膈高位及膈肌麻痹鉴别，包裹性肺下积液时，X 线尚需采用人工气腹法，内服沸腾散胃底空气造影法与膈下病变鉴别，而 B 超不受限制，容易鉴别。B 超检查有助于间接提示胸液的性质和病因的诊断。壁层胸膜薄，明亮规整，细线样连线，液性暗区呈无回声反射的多为漏出液，反之则多为渗出液，从 B 超图像的分析，可以初步提示漏出液与渗出液的诊断。此外通过对渗出性胸腔积液的图像分析，对其病因诊断可能有所提示。脓性积液常有显著壁层胸膜增厚，液性暗区有多量的光点反射，显示一幅混浊、模糊、透声不良图像。对于肺内及胸膜腔的占位性病变，B 超检查常发现实质性光团的存在。[50]周毅等报道肿瘤合并胸腔积液，B 超对肿瘤显示率达 90%。包裹性胸腔积液与胸膜间皮瘤的鉴别诊断，X 线诊断有时也很困难，而 B 超检查不难分出液性或实质性肿块，可补充 X 线诊断之不足。[51]此外 B 超有助于胸穿定位准确，特别是包裹性积液的定位穿刺，赵砚峰等认为测量局限性积液互相垂直的 3 条经线，以椭圆形求积公式预测积液的含量，对穿刺抽液有一定的指导意义。[52]

3.4.2 影像学与临床疗效相关性研究

B 超与 X 线检查作为悬饮病最常规有效的检测手段，不仅仅用以诊断，而且可以用作临床疗效的评价。张华卿等通过对 100 例结核性渗出性胸膜炎的影像学诊断及中西医结合治疗进行了对比观察，张氏报道 100 例病人分为对照组 50 例，观察组 50 例。对照组用传统西医疗法：口服异烟肼，利福平，盐酸乙胺丁醇，链霉素肌内注射，口服强的松。15 天为 1 疗程，观察 2 个疗程。观察组根据疾病证候分为痰热蕴结型，饮留胸胁型，阴虚内热型，分别予柴胡陷胸肠、葶苈大枣泻肺汤、清骨散加减配合西药抗痨剂，15 天为 1 疗程，观察 2 个疗程。经治疗 1 个月后观察对照组多数患者服药后 15 天临床症状缓解或消失，2 周后 B 超，X 线检查液体消失 25 例，减少 22 例，无变化 3 例，治愈率 50%，有效率 94%，随访 1 年 2 例复发。观察组发现服药后 10 天均能缓解临床症状，临床症状消失占 40%，2 周后 B 超，X 线检查液体消失 30 例，减少 11 例，治愈率 78%，有效率 100%，随访 1 年无复发。通过对比观察说明西医传统疗法多恢复慢、易复发，且愈合常伴不同程度胸膜粘连肥厚，中西医结合治疗，不仅奏效快，疗效巩固，且复发率低，副作

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用少。[14]刘胜利亦报道治疗胸腔积液 68 例，以 X 线和 B 超检查，积液量在第 4 前肋间以下为少量积液（28 例）；在第 2～4 前肋间为中量积液（20 例）；超过第 2 前肋间以上为大量积液（10 例）；双侧少量积液（5 例）；包裹性积液（5 例）。所有病人均予自拟“悬饮汤”治疗，中、大量积液气喘明显者，均穿刺抽液以减轻压迫症状，每周 1～2 次，首次不超过 600ml，以后每次不超过 1000ml。经治疗前后 X 线及 B 超检查相比较，治愈 60 例，占 88.2%；好转 5 例，占 67.5%；无效 3 例，占 4.3%，总有效率 95.7%。[53]陈元文以中西医结合法治疗结核性渗出性胸膜炎 50 例，亦分为对照组，观察组。对照组以西医抗痨治疗，观察组以香附旋覆花汤为基本方加减，配合抗痨治疗，通过前后 X 线及 B 超测结果对比，中西医结合治疗明显优于单纯西医治疗，治疗结果统计学处理，有显著性差异（$P < 0.05$）。[32]此外祖武以二子柴陷汤，孙盛洪以加味五苓散等治疗胸腔积液经前后影像学对比观察，均取得较好疗效。[54,30]临床医家多认为，中医或中西医结合治疗可以缩短胸水吸收时间，避免因抽胸水所发生的蛋白质丢失，减少副作用，防止胸膜的粘连及肥厚。

【古训今释】

1 病名溯源

早在《内经》中就有“饮发”、“积饮”之说。如《素问·气交变大论》说：“岁土太过、饮发中满食减。”《素问·六元正纪大论》说：“太阴所至，为积饮否隔。”《素问·至真要大论》说：“湿淫所盛……民病积饮……太阴之胜……独胜则湿气内郁，饮发于中。”初步奠定了痰饮的理论基础。

到汉代张仲景首创悬饮病名，其在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中说：“问曰：夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮、有悬饮、有溢饮、有支饮。”，后又指出“饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。”张仲景在本篇中同时提出了留饮和伏饮，后世虽有医家将留与上四饮并称五饮，但大多数医家揣仲景原意认为留饮为长期留而下不去的为留饮，对于伏饮所指为伏而时发的饮病则从无争议，留饮与伏饮仍属四饮范围。

汉·张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中初步完善了痰饮的理论体系，其中对于悬饮一证从脉方药等多方面进行了论述，成为后世辨证治的主要依据，后世医家每论及悬饮时皆遵其旨，多无出其右。

隋·巢元方在《诸病源候论·痰饮诸候》中专设悬饮候一条，指出“悬饮，谓饮水过多，留注胁下，令肋间悬痛，咳唾引胁痛，故云悬饮。”所述与《金匮要略》几乎无异。巢氏在同一篇中所列癖饮候一条为“此由饮水多，水气停聚两胁之间，遇寒气相搏，则结聚而成块，谓之癖饮。在胁下，弦亘起，按之则作水声。”此处的癖饮与悬饮无论病因病机、病变部位还是症状都十分类似。

巢氏《诸病源候论》设有癖病诸候一篇，其中所论及的某些癖病，如久癖、寒癖、饮癖、痰癖、悬癖等与张仲景所论之悬饮在病因病机症状上有许多相通之处。

巢氏在《诸病源候论·水肿病诸候》中列有“水癖候”云“水癖，由饮不浆不消，水气结聚而成癖，在于两胁之侧，转动便痛，不耐风寒，不欲食而短气是也。”巢氏反复指

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出“癖者、谓僻侧在胁间，故受名也。”似乎更着重于病变部位，以“癖”——“僻侧在胁间”作为疾病的分类方法，而仲景之“悬饮”病名，正如清·吴谦《医宗金鉴·痰饮总括》所说“悬饮者，饮后水留在胁下，不上不下，悬结不散，咳唾引痛，即今之胁下有水气停饮胁痛病也。”其强调“悬”字是为了别于痰饮病（广义）之痰饮（狭义）、溢饮、支饮。

巢元方关于癖病的某些论述可以视作张仲景关于“悬饮”论述的进一步补充和发展，我们今日研究时可以与《金匮要略》互参。

唐·孙思邈在其《备急千金要方·痰饮篇》中不但引用了张仲景关于四饮的论述，还指出：“大五饮丸，主五种饮，一曰留饮，停水在心下；二曰澼饮，水澼在两胁下；三曰淡饮，水在胃中；四曰溢饮，水溢在膈上五脏间；五曰流饮，水在肠间，动摇有声。夫五饮者，由饮酒后及伤寒饮水过多所致。”其中关于“澼饮”的论述当视为悬饮，其成书在《诸病源候论》之后，孙氏关于澼饮的论述想来应是受了巢氏《诸病源候论》的影响，其不用“癖”而用“澼”字应是为了强调饮邪乃“有形之水”的形态。

唐·王焘在其所著《外台秘要·痰饮胃反噎鲠等三十门》中列有悬饮方二首，首方为“范汪大甘遂丸”，并注“疗久澼留水澼饮方”，第二首为“千金疗悬饮十枣汤方”亦即《金匮要略》之“十枣汤”，可见古人已将悬饮、澼饮视为一病。

后各代医家在其著作中大多列专篇论述痰饮。每于其中论及悬饮一证，再无别的病名出现，均谓之“悬饮”，或直接贯以“十枣汤证。”但古代医家对于“结胸”、“肺胀”等病证的某些描述也与悬饮有相类似之处，有的是一种疾病病程中的不同阶段，有的是病证命名的角度有所不同，研究时可以互参。

鉴于中医学对于人体解剖学的认识由于当时的历史条件下没有辅助检查方法，古代医家根据疾病演变过程和患者临床表现进行症状学诊断，难于进行详尽的疾病鉴别，但我们仍应肯定古代医家对于“悬饮”一证认识的巨大价值，其理论体系今于对于临床仍有极其重要的指导意义，现在我们可以运用先进的医疗技术，如理化检查、X线、CT、MRI等对于悬饮进行规范化、标准化方面的研究，努力发掘中医学宝库，让中医学理论更好地指导我们的理论研究和临床实践。

2 证候与病象

自《内经》即有“饮发”、“积饮”之说，至汉代张仲景创立痰饮学说，始有悬饮病名，之后众医家都是在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》关于悬饮有关论述的基础上展开讨论，大多奉张仲景论述为经典，但随着历史的发展，关于悬饮的理论也在不断完善着，综观古医籍，关于悬饮的论述多集中在病因病机、症状分析、悬饮脉象等3个方面。以下分述之。

2.1 病因病机

关于悬饮病因病机的论述散见于各代中医著作中，综合分析，主要为外感寒湿、饮食不节、七情内伤或劳倦所伤、致肺脾肾三脏功能失调、三焦水道不利、水饮内停、停于胸胁而成悬饮之证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（请参下文3 病因病机学说）

2.2 症状分析

2.2.1 主症分析

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说“饮后水流在胁下，咳嗽引痛，谓之悬饮”，“水在肝、胁下支满、噎而痛”，及“留饮者痛引缺盆、咳嗽则辄已。”此乃悬饮之主要症状。清·尤在泾《金匮要略心典》注：“悬者悬于一处”，水饮停留在胁下指的是胸腔部位，胁下有水，碍阴阳气机升降的道路，咳嗽吐痰时胸胁就牵引作痛，尤氏又说“肝脏布胸胁、水在肝，故胁下多满，多满犹偏满也，噫出于肺，而肝脉上注肺，故噫则相引而痛也。”“胁下痛引缺盆者，饮留于肝，而气连于肺也，咳嗽则辄已者，饮被气击而欲移，故辄已。一作咳嗽则转甚，并通，即水流胁下，咳唾引痛之谓。”

2.2.2 兼症分析

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》说“太阳中风，下利呕逆，表解者，乃可攻之。其人絷絷汗出，发作有时，头痛、心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒者，此表解里未和也，十枣汤主之。”此段中所述之心下痞硬满，引胁下痛为悬饮主证，其余下利呕逆、絷絷汗出、发热有时，头痛、干呕短气、汗出不恶寒，当视为悬饮兼症。后世医家对此亦有论述，如清·沈金鳌《杂病源流犀烛》说：“（饮证）种种各异，或发寒热、不思饮食、及不得安眠、皆其候也。”

饮停胸胁、肺气不利，故呼吸短气；肺合皮毛、肺气不利、毛窍开合失常，故絷絷汗出、邪正相争故发作有时，或发寒热；饮邪浸渍胃府，胃失和降，故干呕，不思饮食，不得安眠；饮邪下趋于是下利，上攻则头痛，诸种表现全由水饮内停，上下攻窜，周身泛滥所致。众多兼症，不一定同时见于一个病人，但临证时当会识别。

2.3 悬饮脉象

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说“脉沉而弦者，悬饮内痛”，脉沉弦乃悬饮最典型的脉象、脉沉主里、脉弦主饮。尤在泾注为“脉沉而弦，饮气内聚也，饮内聚而气击之则痛。”

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说“肺脉不弦，但苦短气”，清·喻嘉言注曰“见饮脉弦，饮脉不弦，则水之积也不厚，然亦害其阳气，微喘短气而已。”对于《金匮》所说之“脉浮而细滑者伤饮”，喻氏注曰“饮之初郁气分而未深也。”

《金匮》说“脉弦数，有寒饮，冬夏难治”，尤在泾注为“脉弦数而有寒饮，则病与脉左、魏氏所谓饮自寒而夹自热是也，夫相左者必相持，冬则时寒助饮，欲以热攻，则脉数必甚，夏则时热助脉，欲以寒治，则寒饮为碍，故曰难治。”

古人以脉象来辨别悬饮病之深浅，饮生多少，以指导治疗判断预后。但脉象必须与望闻问切其它所得综合分析后，方可作出正确判断，不可单凭脉象而论治。

3 病因病机学说

自《内经》有“饮发”、“积饮”之说，至汉代张仲景首倡痰饮学说，创立悬饮病名，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

比较完整地论述了痰饮包括悬饮的病因病机、理法方药、加上后世家的不断完善，如今，对于悬饮的病因病机的认识比较全面，对于其病因多从四方面认识，即外感寒湿、饮食不当、情志内伤及劳倦所伤，其病机为以上病因致肺失宣降，脾胃运化失司，肾的气化失常，三焦水道不利以致水饮停积，停于胸胁即是悬饮，以下分述之。

3.1 病　　因

3.1.1 外感寒湿

早在《内经》对于饮之成因的论述，多重外湿重运气、所见九处论病因者，有八处如此，如《素问·气交变大论》说“岁土太过，时雨流行甚则饮发”，《素问·至真要大论》云“湿淫所盛……民病积饮”及“太阴之胜……独盛则湿气内郁，饮发于中”等，凡气候湿冷或冒雨涉水，经常坐卧湿地，水湿之邪袭卫表，卫外之阳先伤，肺气不得宣布，湿邪浸渍肌肉，由表及里，困遏脾胃的气化功能，以致水津停滞，积而成饮，积于胁即是悬饮。

3.1.2 饮食不当

《内经》论及饮病时已有关于饮食不当的论述。如《素问·脉要精微论》说：“溢饮者，渴暴多饮，而易入肌皮肠胃之外也。”之后众医家对于饮食不当而致饮病的论述甚多，《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说“饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。”隋·巢元方《诸病源候论·痰饮病诸候》说：“悬饮，谓饮水过多，留注胁下，令胁间悬痛，咳唾引胁痛，故云悬饮。”唐·孙思邈《备急千金要方·痰饮第六》说：“夫五饮者，由饮酒后及伤寒饮冷水过多所致。”元·朱丹溪《脉因证治·宿食留饮》中说：“饮，水也，无形之气也。因而大饮则气逆，形寒饮冷则伤肺，病则为咳、满、水泄，重而为蓄积。”清·沈金鳌《杂病源流犀烛·痰饮源流》中指出：“（饮病）种种不一，总有饮食水浆，乖时失度而成。”

3.1.3 七情内伤

宋金时人张从正在其《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》中指出“此论饮之所得，其来由五：有愤郁而得之者、有困乏而得之者、有思虑得之者、有痛饮而得之者、有热时伤冷而得之者。饮证虽多，无出于此。”张氏不但指出外感及饮食所伤是饮病病因，同时认为七情内伤亦可致病。

明·龚廷贤所编《寿世保元·卷三·痰饮》中说“或食后，因之气恼劳碌，惊恐风邪，致饮食之精华不能传化，因风寒湿热之感，或七情饮食所伤，以致气逆液浊，变为痰饮。”

清·沈金鳌在其所撰《杂病源流犀烛·痰饮源流》中说“此症多因酒后过饮茶汤，则水浆与肠胃中饮食湿热之气凝而为饮，或因情怀抑郁，饮食停滞，不得以时消散，亦能成饮。”沈氏亦非常重视七情内伤在饮病致病因素中的重要性。

3.1.4 劳倦所伤

张子和《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》中所述之“此论饮之所得，其来由五……有困乏而得之者……”即是阐明劳倦所伤亦可致饮病。

明代龚廷贤编撰的《寿世保元·痰饮》指出：“或食后，因之气恼劳碌，惊恐风邪，致饮食之精华不能传化，变为痰饮。”其中明确提出劳倦所伤与外感，七情均为痰饮致病因素。

以上病因可单独致病，亦常多种因素共同作用而成饮病。如《儒门事亲·饮当去水温

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

补转剧论》认为“人困役远来，乘困饮水，脾胃衰”，即是劳倦所伤与饮食不当共同致病。

3.2 病 机

自仲景创痰饮学说，立悬饮病名之后，历代医家在其著作中，对饮证包括悬饮病因病机的论述颇多，历代医家认为饮证的成因感受寒湿，饮食不当，七情内伤或劳倦所伤，以致肺脾肾三脏的气化功能失调，三焦水道不利，水谷不得化为精微输布全身，津液停积，变生痰饮。后世医家在论述时有偏重于脾虚者，有偏于三焦者，以下分述之。

3.2.1 脾胃虚致病论

《素问·经脉别论》说“夫饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”论述了健康人水液代谢的生理过程。明·李中梓《医宗必读·痰饮》中引上文接其后说“何痰之有？惟脾土虚湿、清者难升，浊者难降，留中滞膈，淤而成痰。”强调脾虚为痰饮发病的主要机制。明·张介宾在《景岳全书》中亦说“水谷不化而停为饮者，其病全由脾胃。”

清·喻嘉言在痰饮病机中亦独重脾胃，其在《医门法律·痰饮门》中说：“（游蓄之水）浅者在于躯壳之内，脏腑之外，其名有四，曰痰饮，曰悬饮，曰溢饮，曰支饮。……一由胃而流于肠，一由胃而旁流于胁，一由胃外出四肢，一由胃而上入于胸膈，始先不觉，日积月累，水之精华，转为混浊，于是遂成痰饮。必先困聚于呼吸大气难到之处，故由肠而胁，而四肢，而渐渍于胸膈，其热愈逆矣。痰饮之患，未有不从胃起者。”

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·痰饮源流》说：“水与饮同出异名，人惟脾胃有亏，故所饮水浆，不能传化，或停心下，或聚胁间，或注经络，或溢膀胱，往往因此成痰。”及“必由脾胃有湿。或脾胃本虚，又感饮食之湿，则停而不消，此饮之大略也。”亦将饮病成因主要责之于脾胃。

胃主受纳，脾主运化，共同完成饮食物的消化，吸收及水谷精气的输布。若因外伤寒湿、饮食不当、内伤七情或劳倦所伤而致脾为湿困脾胃虚弱，运化失职，水谷精气不能正常输布，则可凝聚而为痰饮，正如《素问·至真要大论》所说：“诸湿肿满，皆属于脾。”故很多医家论述饮病病机时以脾胃立论。

3.2.2 三焦致病论

隋·巢元方《诸病源候论·诸饮候》说：“诸饮者，皆由荣卫气否涩，三焦不调，而因饮水多，停积而成痰饮，其为病也，或两胁胀满，或心胸烦闷，或眼暗口干，或呕逆短气，诸候非一，故云诸饮。”此处的诸饮即包括巢氏于同一篇中描述的悬饮。

宋人编撰的《圣济总录·痰饮统论》说：“论曰人之有形，借水饮以滋养，水之所化，凭气脉以宣流，盖三焦者，水谷之道路，气之所终始也，三焦调适，气脉平匀，则能宣通水液行人于经，化而为血，溉灌周身。三焦气涩，脉道闭塞，则水饮停滞不得宣行，聚成痰饮。”

三焦有主持诸气，总司人体气化的作用，人体之饮食水谷，特别是水液的消化吸收、输布与排泄，是由多个脏腑参加，共同完成的一个复杂的生理过程，其中就有三焦的作用，正如《难经·三十一难》所说：“三焦者，水谷之道路。”《素问·灵兰秘典论》又说：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”就指出了水谷，特别是水液的通行，必须以三焦为通

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

道。

从三焦分布与所属脏器的关系而言，肺居上焦，主宣降，有通调水道的作用；脾居中焦主运化，有运输水谷精微的功能；肾处下焦，主水，有蒸水液，分清泌浊的职责。正如《灵枢·营卫生会》所说："上焦如雾，中焦如沤，下焦如渎"，如三脏功能失调，肺之通调涩滞，脾之转输无权，肾之蒸化失职，则三焦水道不利，导致水液停聚而发饮病。

由于致病因素的多样性和病人自身情况的差异，悬饮病的发病机制亦不尽相同，有偏重于肺者，有偏重于脾肾者，有多脏腑共同致病者。不可一言以概之。

论其病理性质，则总属阳虚阴盛，输化失调，因虚致实，水液停积于胸胁为患，在疾病发展过程中出现时邪与里水相搏，或饮邪久郁化热，阴虚内热，饮热相杂之候。

4 治则治法

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》提出"病痰饮者，当以温药和之"，成为治疗痰饮病包括悬饮总的原则。针对悬饮又指出"病悬饮者，十枣汤主之"，从而奠定了悬饮一证的总治则。

后世医家在仲景治则的基础上，逐步充实完善，阐明治疗悬饮当辨明标本缓急、寒热虚实，水饮壅盛者当祛饮治标，阳微气虚者则温阳治本。正虚者宜补，邪实者当攻，属邪实正虚，治当消补兼施，饮热相杂者又当寒热并用。即使实证，当饮邪基本消除后，如正气虚馁者，亦需继用健脾温肾之剂，以固其本。

历代医家由于其所人历史时期的不同，以及其对于悬饮病因病机认识各有所侧重，所以论著中有重温化者，有重攻下者，有重健脾者，有重行气者。

4.1 治　　则

4.1.1 病痰饮者，当以温药和之

张仲景《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说："病痰饮者，当以温药和之"，被后世奉为痰饮病治疗的总法则，乃痰饮病尤其是饮病的治本之法。

饮为阴邪，多由脾虚生湿或肾虚水泛，水饮内停，聚积而为病也。停积于胸胁，致咳嗽而牵引胸胁疼痛，心下痞硬即为悬饮，此乃悬饮患病之本也。正如明·张介宾《景岳全书·杂病谟·痰饮》所说"痰必因病而生，非病之因痰而致也，痰非病之本，而唯病之标耳。"张介宾认为《内经》中有饮无痰，亦无治痰之法，并非先贤未认识到痰饮之为病，只是因为其乃病之标非病之根本故不言治，痰饮之为病只须求其病之本—脾肾为病，痰饮乃生，用温化之剂治其根本，则自愈也。张介宾在其《景岳全书·杂病谟·痰饮》中将"痰饮"比喻为乱世之盗贼，他说"痰即人之津液，无非水谷之气化，此痰亦既化之物，而非不化之属也，但化得其正，则形体强营卫充，而痰涎本皆血气，营化失其正，则脏腑病津液败，而血气即成痰涎，此亦犹乱世之盗贼，非治世之良民，但盗贼之兴必由国运，而痰涎之作，必由元气之病。"其比喻相当形象。之后他人指出"（痰饮为病）无不由乎脾肾"，及"积饮留饮，积蓄而不散也，水得燥则消散，得湿则不消"，亦即温药和之之意。

清代众医家对于"病痰饮者，当以温药和之"论述较多，如清·尤在泾《金匮要略心典》说"痰饮阴邪也，为有形，以形碍虚则满，以阴冒阳则眩，苓桂术甘汤温中去湿，治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗之良剂，是即所谓温药也。盖痰饮为结邪，温则易散，内属脾胃，温则能运耳。”

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·痰饮源流》说：“痰饮，湿病也。……然天之云雾，阳光一出，即消散无踪，人身之痰，若元阳壮旺，亦阴湿不凝，而变火无迹，其理固相同也。”而仲景之“温和”之法正是使元阳壮旺之法。

清代林珮琴在其《类证治裁·卷二·痰饮》中对于痰饮治则论述甚详，他说：“痰饮津液所化，痰浊饮清，痰因于火，饮因于湿也。饮聚于胃，寒留则水液不行，从而泛滥，或停心下，或溃肠间，此由脾胃水湿阴凝。必阳气健运，则浊阴下降，如烈日当空，则烟云消散，宜理脾逐湿为治也。若夫肾阳虚，火不制水，水泛为痰，饮逆上攻，故清而澈，治定通阳泄湿，忌用腻品助阳……仲景之治痰饮当以温药和之，此可为一言提要者矣。”从林氏以上论述可看出其深得仲景痰饮治疗之要旨。

但对于张仲景“病痰饮者，当以温药和之”的观点，后人亦有错会为“温补”者，故清·魏念廷指出“言和之，则不专事温补，即有行消之品，亦概其例于温药之中，方谓之和之，而不可谓之补之益之也。盖痰饮之邪，因虚而成，而痰亦实物，必可有开导，总不出温药和之四字，其法尽矣。”盖此当为仲景本意。

金元四大家之一，力主攻下的张从正在其《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》中指出：“今之用方者，例言饮为寒积，皆用温热之剂，以补之，燥之，夫寒积在中，反以热药从上投之，为寒所拒，水湿未除，反增心火，火既不降，水反下注，其上焦枯，其下寒燥，留饮下无补法，气方隔塞，补则转增”。今天看来张子和的观点未免有所偏激，治疗饮病重要的还在于审证求本，辨明虚实，当补则补，当泻则泻，不可拘泥一法。

悬饮乃邪停于胸胁，两胁为少阳经脉循行之处，邪犯其地，经气不畅，故悬饮病之初可出现寒热往来，胸胁苦满，胁下硬满等少阳证表现，此时当和解少阳，则可疏利三焦，调达上下，宣通内外，和畅气机，则饮形无已蓄积而悬饮可愈也。正如清代吴谦等编《医宗金鉴·伤寒心法要诀》指出：“邪气传里必先自胸，若脉浮唯胸满不及胁者，仍属太阳表分也，宜麻黄汤，因胸及胁而皆满者，属少阳经也，宜小柴胡汤……若表已解，心下及腹引胁硬满而痛，干呕小便不利者，是停饮内实也，宜十枣汤攻之。”故仲景“温药和之”尚有和解少阳之意。

4.1.2 急则治其标

张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中说“病悬饮者，十枣汤之”。此乃急则治其标之法也。

饮为阴邪，总由肺脾肾三脏气化失司，三焦水道不利，水饮内聚而为患。故仲景曰：“病痰饮者，当以温药和之。”此乃治本之法。当饮已成形，停于胸胁之时，致病人胸胁胀满，咳嗽引痛，其则喘促气逆，不能安卧，病属实而不属虚，当立即逐去饮邪，不致邪恋伤正而成虚实夹杂难治之症。待饮邪被逐去后，再审证求因，以治其本。

但十枣汤是峻下之剂，只能用于正邪俱实之人，若形体本虚或邪已伤正者，则不可用之，正如张介宾《景岳全书·杂证谟·痰饮》中所说：“古方用十枣汤、控涎丹、神佑丸、滚痰丸、木香枳实丸，利膈涤痰、透络破饮、降气化痰等汤，苏合丸之类，皆形气充实之药也，西北人用之可有效验，其属虚弱者，必肚腹胀满而殁。”

即便对于形气俱实用十枣汤者，仲景亦非一味攻伐而不顾其正气，本方以十枣为君，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以甘缓芫花、甘遂、大戟之毒性，同时大枣可补土顾护脾胃正气，可见仲景用方之精当。仲景在方后嘱强人，羸人分服不同剂量，并皆由小剂量开始，若不下利次日再加量，体现了因人治宜的思想。仲景又嘱“得快下后，糜粥自养”，养护胃气，使邪去而不伤正也。脾胃不伤，邪去正安，饮邪无以凝聚，则悬饮方可痊愈。正如明·龚信父子《古今医鉴》所说“若攻之太重，则胃气虚而痰愈盛矣。”

4.2 治　法

对于悬饮，常用的治法有逐饮法、和解法、理气法、温里法及针灸、导引术等。

4.2.1 逐饮法

“病悬饮者，十枣汤主之”便是典型的攻下法，用于水饮已成，停于胸胁，正邪俱实者。悬饮初起之时，往往有寒热，必须待汗出不恶寒，表邪已解而邪尚未伤正时才可用此法，所以临证时关键在于掌握好运用攻逐饮邪的恰当时机。今世医家；在十枣汤的基础上或改汤为丸，或去芫花改白芥子等，以减缓药力，减轻服药后恶心呕吐，腹痛泻反应，使病人更易接受而收到更好的疗效。

宋金时人张从正为攻下派代表人物，他在《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》中指出“饮下无补法”可谓将攻下法发挥到极致。

《素问·六元正纪大论》有“大积大聚，其可犯也，衰其大半而止”之戒，故应用攻逐法当中病即止，以防过于攻下而伤正气，发生变证，其后当辨证论治以其本，以收全功。

4.2.2 和解法

张仲景《伤寒论》说：“伤寒五六日，已发汗而复下之，胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，也烦者，此为未解也，柴胡桂枝干姜汤主之。”此为悬饮初起之证，伤寒误治，邪入少阳，少阳枢机不利，疏泄反常，则三焦因之壅滞决渎失职，而致饮停胸胁，小便不利，故当和解少阳，温化水饮，因饮邪初起而未盛，故不能用攻逐峻法。

4.2.3 理气法

《诸病源候论》、《圣济总录》对于痰饮病机，特别强调三焦不调，气机受阻，其后痰饮病治疗多重视理气法。如《圣济总录·痰包统论》说：“（痰饮）病虽多端，由三焦不调，气道否涩而生病焉，是以气行则水行，气滞则滞，故知饮之为病，在人最多，善疗此者，要以宣通气脉为先，则水饮无所凝滞。”宋·严用和《济生方·咳嗽痰饮门》提出“不若顺气为先，分导次之，气顺则津液流通，痰饮运下，自小便出。”元·朱震亨《丹溪心法》说：“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液，亦随气而顺矣。”

明·张介宾在总结前人治痰经验后，不独强调理气，更加强调辨证，正确选择攻下、理气二法，或两者并用而分其先后，似乎更加全面。《景岳全书·杂病谟·痰饮》说：“有理气而痰自顺者，治其微也；有逐痰而气方顺者，治其甚也，二者皆治痰之要也，不可偏废者也。但看痰与气孰重，施治有可急而可缓，故曰逐痰理气有所先后。”

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·痰饮》说：“治痰治饮，不外理脾理气两法”及“饮证治宜燥湿利水、行气健脾为主”，虽然不以理气为治痰饮证唯一治法，但理气法仍是重要的一方面。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2.4 温里法

因饮为阴邪，常由于脾肾阳虚，气化失司，水湿内聚而生，故温里法，包括温健脾阳，温补肾阳在饮病治疗中常可用到，且是治本之法。正所谓“病痰饮者，当以温药和之”之义。

《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》说：“心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。”是温健脾阳以利水。之后又说“夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之。”即指出痰饮病的治疗有在脾在肾的不同，脾肾衰微致病者当温健脾阳；肾阳衰微致病者，当温补肾阳。

明·李中梓《医宗必读·痰饮》中说：“治痰先补脾，脾复健运之常，而痰自化矣。”清·尤在泾《金匮要略心典·痰饮咳嗽病脉证并治》中说：“痰饮为结邪，温则易散，内属脾胃，温化能运耳。”强调健脾在痰饮治疗中的重要地位。

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·痰饮源流》说：“治痰治饮，不外理脾理气两法，盖脾胃健运自无痰，故曰治痰先必理气。”“饮证治宜燥湿利水，行气健脾为主”，将健脾与理气并提，是在前贤基础上总结而得的经验之谈。

清·林珮琴在《类证治裁·痰饮》中指出脾虚饮当理脾逐湿；肾虚水泛当通阳泄湿，对于温里法的论述比较全面。清·叶天士更将此总结为“外饮治脾，内饮治肾”。并用以指导临床，取得极佳疗效，对后世影响亦很大，被视作仲景温药和之理论的发展。

4.2.5 针灸、导引术

唐·孙思邈《备急千金要方·痰饮第六》中指出“结积留饮，澼囊，胸满，饮食不消，灸通谷五十壮。”

此处通谷当为足少阴肾经之腹通谷穴，在上腹部当脐中上 5 寸，前正中线旁开 0.5 寸。灸之有温肾通阳，化气行水之效故可治水饮停积之患。

唐·王焘《外台秘要·痰饮胃反噎鲠等三十门》说：“病源痰饮者由气脉闭塞，津液不通，水饮气停在脾腑，结而成痰……今附于后养生方导引法云：左右侧卧，不息十二通，疗痰饮不消，右有饮病右侧卧，左有饮病左侧卧，又有不消气排之，左右各十二息，疗痰饮。”

导引术有行气通津之功，病人用意念驱逐饮邪，或许可作为悬饮证辅助治疗手段，但此法今已少有使用。

5 方剂用药归类

历代医家对于悬饮病的治疗，根据疾病的不同阶段及正气盛衰情况而处方遣药，综合分析，方剂归类主要为五大类：诸饮共治类、逐饮类、和解类、健脾类、温肾类；用药归类主要为七大类：和解少阳类、攻逐水饮类、理气宽胸类、活血化瘀类、宣肺化痰类及健脾温肾类、渗湿利水类。

5.1 方 剂 归 类

5.1.1 诸饮共治类

(1) 大五饮丸（《备急千金要方》）：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

远志、苦参、乌贼骨、黎芦、白朮、甘遂、五味子、大黄、石膏、桔梗、半夏、紫菀、前胡、芒硝、瓜蒌根、桂心、芫花、当归、人参、贝母、茯苓、芍药、大戟、葶苈、黄芩各一两、恒山、薯蓣、厚朴、细辛、附子各三分、巴豆三十枚、苁蓉一两、甘草三分。主五种饮。

(2) 倍朮丸 (《外台秘要》):

白朮一斤，桂心、干姜各半斤。疗五饮酒癖方。

(3) 清气化痰丸 (《古今医鉴》):

天南星、半夏、白矾、牙皂 (不锉)、生姜各二两。治一切痰饮咳嗽，头晕目眩，胸膈痞闷气滞，食积酒积，呕吐恶心。

(4) 二贤汤 (《医门法律》):

橘皮用真正广产者一斤，炙甘草、食盐各四两。治一切痰饮。

5.1.2 逐饮类

(1) 十枣汤 (《金匮要略》):

芫花 (熬)、甘遂、大戟各等分。病悬饮者，十枣汤主之。

宋代陈无择改十枣汤为十枣丸，以三味为末，枣肉和丸，名三因方。使其毒性略缓。

《外台秘要》中之深师朱雀汤疗久病痰癖饮，停痰不消，在胸膈之液，时头眩痛，苦挛，眼睛身体手足，十指甲尽黄，亦疗胁下支满，饮辄引胁下痛。即本方用甘遂、芫花各一份、大戟三分、大枣十二枚。

十枣汤是悬饮证之代表方，用于形气俱实正邪俱盛之人。后世诸多攻逐之剂皆此方之加减即得。

(2) 范汪大甘遂丸 (《外台秘要》)：疗悬饮方之一。

芫花 (熬)、甘遂、葶苈子 (熬)、大黄、苦参、大戟、芒硝、贝母、桂心各一两。

杏仁三十枚、巴豆三十枚去心皮熬，乌喙 (炮令折) 三分。

(3) 干枣汤 (《外台秘要》)：夫上气汗出而咳者，此为饮也，干枣汤主之。若下后不可与也，干枣汤主肿及支满澼饮方。

(4) 深师消饮丸 (《外台秘要》)：疗酒疸，饮酒停痰水不消，满逆呕吐，目视眈眈，耳聋，腹中水声方。

(5) 葶苈大枣泻肺汤 (《医宗金鉴》)：治肺痈不得卧，及水饮攻肺喘急者。

葶苈 (苦) 一两，大枣十枚。

(6) 苏葶定喘丸 (《医宗金鉴》)：治饮停上焦，攻肺喘不得卧，面身水肿，小便不利者。

葶苈子 (研泥)、南苏子 (研泥)。

(7) 三花神佑丸 (《脉因证治》)：治留饮、悬饮、脉弦。又治脉伏，其人欲自利，难利，心下续坚满，此为留饮欲去故也。

(8) 三物白散方 (《医宗金鉴》)：治伤寒，寒实结无热证者，及胸膈寒实痰水内结等证。

(9) 大陷胸汤 (丸) (《医宗金鉴》)：治胸中水结而未及中焦者。

逐饮法用于形气充实，正邪俱盛之悬饮证。素体亏虚或正已伤者，则不可用。即便可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用之人，亦当掌握剂量，从小量开始，并中病即止，不可恋战，致正气受损，而饮反不能速去。服药期间尤应重视顾护胃气，遵仲景所训“得快下利后，糜粥自养。”

5.1.3 和解类

小柴胡汤（《伤寒论》）：伤寒五六日，中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴、或腹中痛、或胁下痞硬、或心下悸，小便不利，或不渴，身有微热、或咳者，小柴胡汤主之。

悬饮初期多表现出少阳证，邪居少阳，枢机不利，三焦不调，饮之将生或已生而未盛者，当以小柴胡汤或小柴胡汤去枣加牡蛎以和解少阳，疏利三焦，上下调达，内外宣通，则可安也。

5.1.4 健脾类

苓桂术甘汤（《金匮要略》）：心下有痰饮，胸胁支满，目眩，苓桂术甘汤主之。

《备急千金要方》、《外台秘要》称此方为甘草汤。《圣济总录》谓之为茯苓汤。此方被后世视作张仲景“病痰饮者，当以温药和之”之代表方剂。

5.1.5 温肾类

肾气丸（《金匮要略》）：夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之。肾气丸亦主之。

《济生方》之肾气丸为上方加川牛膝、车前子。

本方所治为肾阳亏虚，阴虚水泛而为饮病者。方中利水渗湿，清泻肝火之药与温补肾阳药合用，阴中求阳。《医宗金鉴》有谓“此肾气丸纳桂附于滋阴剂中十倍之一，意不在大补，而在微微生火，即生肾气也。”

5.2 用药归类

5.2.1 和解少阳类

药用柴胡、黄芩、半夏、枳壳、陈皮、生姜等，用悬饮初起而表现为少阳证者。

5.2.2 攻逐水饮类

药用芫花、甘遂、大戟、葶苈子、黑丑、大黄、芒硝等，使饮邪从三焦出，该类药多有毒性，用之当慎。

5.2.3 理气宽胸类

药多用陈皮、白芥子、苏子、瓜蒌、桂枝、厚朴、枳实、薤白等，气行则水行，伸胸中为饮所遏之阳。

5.2.4 活血化瘀类

药用红花、当归、川芎、牛膝、桃仁等，饮阻胸中，气机阻滞，气滞则血瘀，故行气药，活血药常并用。

5.2.5 宣肺化痰类

药用桔梗、旋覆花、杏仁、苏子、白芥子、生姜、半夏、瓜蒌、竹沥等，悬饮邪胸中，胸乃肺之居也，悬饮为病时，必致肺气不宣，宣肺化痰，使肺气宣降，痰饮得化，此为直达病所之治法。元·朱震亨《丹溪心法》说：“痰在胁下，非白芥子不能达。”“痰在皮里膜外，非姜汁、竹沥不能达。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.2.6 健脾温肾类

药用白术、人参、山药、茯苓、黄芪、大枣、甘草、苁蓉、附子等。饮证多由脾肾而生，故治当健脾温肾，此乃治本之类。

5.2.7 渗湿利水类

药用茯苓、泽泻、车前子、猪苓、薏苡仁等，其中以茯苓最为常用。因饮为水邪，多从小便而解，故健脾温肾也罢、行气化痰也罢都须与此类药合用使邪有出处。

6 预防与饮食

悬饮病病因如前病因病机学说中所论，不外外感寒湿、饮食不当、七情内伤及劳倦所伤四类。正如张从正《儒门事亲·饮当去水温补转剧论》所说“此论饮之所得，其来由五：有愤郁而得之者、有固乏而得之者、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。”古典医籍中虽没有针对悬饮专论预防，究其病因，当知预防悬饮应调适冷暖，适时加衣，避免外感寒邪，不要冒雨涉水，勿坐湿地以防水湿浸渍，饮食方面应适时适量，勿乘渴因热暴饮冷水。因七情内伤，劳倦所伤亦能致病，故应修身养性，保持情态畅达；劳役不可太过，勿过耗精气。若能如此，则五脏安和，津液顺畅，饮而无从以生，更不致聚，何来悬饮之患？

张仲景《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇说：“病悬饮者，十枣汤主之。”仲景在其后十枣汤方煎服方法中说“得快下后，糜粥养自”，为的是温养脾胃，使脾胃健运，饮不再生，由此可见顾护胃气，调摄饮食是悬饮病调护的关键。

唐·王焘《外台秘要·痰饮胃反噎鲠等三十门》中于治悬饮、留饮、伏饮方后多注明忌桃李、猪肉、生葱、海藻、醋物及盐酱等，实即饮病（包括悬饮）的饮食禁忌。

因饮为阴邪，系水饮内聚为患、治疗以温化疏导为主，应忌食咸寒酸收滋腻之品，以防助邪，故应忌食桃李、猪肉、海藻、盐酱等。今天从现代医学理论角度来看，古人之忌盐酱即是避免加重水钠潴留，使胸腔积液即悬饮增多，这一点上中医理论与西医病理学甚相吻合。

饮邪内停，郁久则化热，而致饮与热结，寒热夹杂，更为难治，故饮病患者亦不宜进食生葱等香燥之品，以防饮邪化热。

综上，饮病患者之饮食当平淡温和，不燥不腻，才不偏颇，亦含药物治疗当“温药和之”之意。

（高尔鑫　王　茎　曾永蕾　秦　英）

近现代参考文献

[1] 刘胜利．悬饮汤治疗胸腔积液68例疗效观察．山西中医，1989（2）:25
[2] 曾立昆．悬饮医案二例．广东医学，1985（7）:36
[3] 秦茂林．治疗悬饮15例的经验体会．江苏中医杂志，1985（11）:7
[4] 陈定学．悬饮验案．新疆中医药，1986（1）:64
[5] 郝子林、刘宪章．治疗悬饮的体会．北京中医，1984（2）:28

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[6] 彭治安. 小柴胡汤治疗悬饮——附42例临床观察. 湖南中医杂志, 1987 (2):12~13
[7] 关强生. 宣清化饮汤治疗悬饮30例. 湖北中医杂志, 1986 (3):33
[8] 徐澧先. 悬饮证治一得. 江西中医药, 1984 (3):55
[9] 梁映涛. 柴胡陷胸汤加减治疗悬饮的体会. 新中医, 1985 (1):23
[10] 缪正来. 悬饮胁痛, 治当逐水为急. 中医药研究, 1985 (2):38
[11] 黄继鸿. 悬饮变证治验. 湖北中医杂志, 1987 (1):40
[12] 徐洁生. 悬饮治验. 北京中医学院学报, 1989 (2):25
[13] 许运明. 中西医结合治疗结核性渗出性胸膜炎45例临床观察. 山西中医, 1992 (6):7~8
[14] 张华卿. 中西医结合治疗结核性渗出性胸膜炎及影像学对比观察. 山东中医杂志 1994 (1):25
[15] 杨巽隆. 和解化饮汤治疗悬饮体会. 甘肃中医, 1992 (3):25
[16] 陆礼然. 葶苈大枣泻肺汤加味治疗渗出性胸膜炎的临床观察. 1988 (3):30
[17] 陆孝夫. 结核性胸膜炎变证治例. 浙江中医杂志. 1982 (7):318
[18] 张起玉. 辨证治疗结核性胸膜炎32例临床观察. 河北中医, 1988 (3):4
[19] 邓克、吴深涛. 中医治疗渗出性胸膜炎进展. 吉林中医药. 1990 (2):36
[20] 陈林才. 十枣汤加味治疗胸膜炎94例。浙江中医杂志. 1985 (12):497
[21] 陆孝夫. 运用金匮要略治疗结核性胸膜炎的临床体会. 辽宁中医杂志, 1981 (7):7
[22] 曹联翠. 70例结核性渗出性胸膜炎的中西医结合治疗观察. 中西医结合杂志. 1988 (4):229
[23] 丛法滋. 解毒利湿法治疗悬饮一例. 北京中医, 1984 (2):41
[24] 黄继鸿. 悬饮变证治验. 湖北中医杂志. 1987 (1):40
[25] 熊曼琪、彭万年. 小青龙汤临证治验. 新中医 1989 (4):18
[26] 常济公. 十枣汤治疗悬饮体会. 山西中医, 1988 (2):18
[27] 霍瑞兰. 十枣汤治愈渗出性胸膜炎二例. 河北中医, 1986 (2):28
[28] 邱明义. 小陷胸汤的临床运用. 陕西中医, 1981 (6):16~17
[29] 孔宪辉. 包裹性胸膜炎治验. 江苏中医杂志. 1985 (11):6
[30] 孔盛洪. 加味五苓散治疗结核性胸水的疗效观察. 上海中医药杂志. 1983 (11):1
[31] 张保安. 宽中健脾汤治疗渗出性胸膜炎20例. 四川中医, 1987 (7):14
[32] 陈元文. 中西医结合治疗结核性渗出性胸膜炎50例临床观察. 江西中医药, 1992 (2):40
[33] 夏发镛、胡良勇. 血府逐瘀汤加减治疗悬饮52例总结. 湖南中医杂志, 1991 (2):17
[34] 陶凯. 益气活络法治疗结核性胸膜炎后期症状12例. 山东中医杂志, 1990 (6):20
[35] 七本重. 最近四诸例. 汉方临床, 1982 (10):25
[36] 汤健, 等. 心脏的内分泌功效及其临床意义. 中华内科杂志, 1984 (12):721
[37] 邓文龙、龚世蓉. 下法方药的临床及实验研究进展. 中成药研究, 1986 (5):36
[38] 江文君, 等. 中药大黄炮制研究IV——炮制对大黄抑菌作用与成分的影响. 中药通报, 1983 (3):18
[39] 杨承进. 黄芪建中汤、补中益气汤对脾胃虚证免疫功能影响的临床观察. 上海中医药杂志, 1983 (2):28
[40] 施玉华. 中药复方对小白鼠氢化考的松模型肝组织的组织学与组织化学研究. 中医杂志, 1983 (5):62
[41] 季宇彬. 补中益气汤和四君子汤抗突变及抗肿瘤作用的实验研究. 中成药研究, 1985 (12):27
[42] 刘建华. 血府逐瘀汤在近代医学中的应用. 福建中医药, 1983 (1):58
[43] 许印师. 胸膜活检的临床价值. 中级医刊, 1988 (3):30
[44] 林友华. 针刺胸膜活组织检查. 中华结核和呼吸系统病杂志, 1981 (4):133
[45] 刘书盈等. 胸水多项指标检测诊断胸水性质的临床价值. 山东医药. 1989 (4):9

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[46] 李小惠. 腺苷脱氨酶与溶菌酶检测在诊断结核性胸腔积液中的价值. 临床肺科杂志，1997 (4):9
[47] 徐建芳. 肺瘤标志物检测对恶性胸水鉴别诊断的临床意义. 临床肺科杂志，1997 (4):11
[48] 江平. 胸水肿瘤标志物测定对癌性积液的诊断价值. 临床肺科杂志，1997 (4):14
[49] 周郁甫等. 胸腔积液的 B 型超声诊断. 广东医学，1991 (2):24
[50] 温雨飞. 胸腔积液 93 例 B 超声像图特征与分析. 中国超声医学杂志，1987 (3):200
[51] 周毅等. B 型超声对肺肿瘤合併胸腔积液的诊断价值. 中华放射学杂志，1989 (1):49
[52] 赵砚峰等. 以实时超声显像作胸腔穿刺前定位. 中华物理医学杂志，1987 (3):186
[53] 刘胜利. 悬饮汤治疗胸腔积液 67 例疗效观察. 山西中医，1989 (2):25
[54] 祖武. 二子柴陷汤治疗胸腔积液 31 例，湖南中医杂志，1993 (3):33

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 胃脘痛 ❊

胃脘痛又称胃痛，就是指胃脘近心窝处疼痛为主症的疾病。本病多由暴饮暴食，气怒劳累，感受外邪等致胃之气机阻滞，胃失和降而成，常伴随有食欲不振，恶心呕吐，嘈杂反酸，嗳气呃逆、大便异常等胃肠道症状。

胃脘痛在内科疾病中占有极其重要的地位，是内科的常见病、多发病之一。胃脘痛发病广泛，男女老幼均可罹患。胃脘痛病位在胃脘处，病变主要涉及的脏腑是胃、脾、肝。根据现代流行病学资料和临床观察，本病发病有一定的季节性。慢性胃脘痛冬春季节发病率、复发率较高，急性胃脘痛夏季秋季多见。

胃脘痛是临床上常见的病证，可见于多种疾病发生发展过程中，从现代医学讲，主要包括急慢性胃炎、消化道溃疡、十二指肠炎、上消化道出血、胃下垂、胃粘膜脱垂、胃痉挛、十二指肠壅积症、胃扭转、胃神经官能症以及部分胆囊炎、胆结石、胆道蛔虫症、胰腺炎、肝炎和胃癌等疾病出现以上腹胃脘部疼痛者，均可参考本病辨证施治。

“胃脘痛”作为一种独立的病名出现后，经历了两千多年的岁月。中医对胃脘痛的辨证施治积累了极其丰富的实践经验。广大临床工作者和研究人员对此进行了系统化的整理和研究，并在临床实践和研究中进一步充实完善，制定了相应的诊断、辨证、治则和疗效评定标准，为胃脘痛的研究工作规范化、标准化进行了有益的工作。

【今日临床】

1 诊断标准

关于胃脘痛的诊断标准，西医诊断根据是包括本书所阐述以胃脘痛为主症的相应西医疾病的诊断标准及疗效评定标准，如急性胃炎、慢性胃炎、胃溃疡、十二指肠溃疡等诊断标准，目前多参考 1993 年中华人民共和国卫生部药政司制定发布《新药（西药）临床研究指导原则》的诊断和疗效标准。

胃脘痛的中医诊断标准有中国中医内科学会脾胃病专业委员会 1988 年在昆明制定《急症胃痛诊疗规范》，1989 年在庐山第一届全国脾胃病学术会议上发布的《胃脘痛诊断及疗效评定标准》。1993 年中华人民共和国卫生部制定发布《中医中药新药临床研究指导原则》制定了治疗胃脘痛的临床研究指导原则，1994 年 1 月国家中医药管理局医政司脾胃急症协作组又制订了《中医内科急症诊疗规范》，1994 年 6 月国家中医药管理局制定的行业标准。

关于胃脘痛的中医诊断标准，既往运用比较广泛的是 1989 年中国中医药学会脾胃病专业委员会制定的《胃脘痛诊断及疗效评定标准》（《庐山标准》），其后，国家中医药管理局颁布了行业标准及 1993 年卫生部制定了《中药新药临床研究指导原则》，在临床也较为实用。这些标准基本和《庐山标准》相同，临床科研均可斟酌采用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.1 病名诊断标准

主症：以上腹胃脘部近心窝处发生疼痛。

次症：食欲不振，恶心呕吐，嘈杂泛酸，嗳气吐腐，脘腹胀满，大便不调等胃肠道症状，和倦怠乏力，四肢酸懒，心悸气短，消瘦失眠等全身症状，病情严重者常出现呕血、便血等出血见证。

发病特点：突然发病，患者以中青年居多。

病史特征：有反复发作病史。

诱发因素：发病前多有明显的诱因，如气怒、感冒、劳累、暴饮暴食、饥饿、饮食生冷干硬，辛辣烟酒等。

实验室检查：纤维胃镜检查常见胃、十二指肠粘膜充血、水肿、糜烂，有出血点或溃疡。上消化道钡餐造影可见胃粘膜有龛影；胃蠕动与排空异常；或有胃窦部激惹征，十二指肠变形或有龛影。作 C^{13}检查，胃液分析，胃运动试验，胃分泌功能测定，作胃电图和血清胃泌素等项目检查可见异常有助于确诊。

上述凡具备主症，参考其他项即可诊断为胃脘痛。

以上诊断标准录自李乾构、王自立主编的《中医胃肠病学·胃脘痛》（中国医药科技出版社，1993 年 10 月，第 1 版）。

1.2 证类诊断标准

气滞证

主症：胃脘胀痛，攻窜两胁，得嗳气或矢气则舒，舌苔白，脉弦。

次症：①遇烦恼复发或加重；②胸闷食少，嗳腐吞酸；③大便成形，排便不畅；

上述主症必须具备，并应兼具次症 2 项以上，即可诊断。

虚寒证

主症：①胃痛隐隐，喜暖喜按；②空腹痛重，得食痛减，食后腹胀；③舌质淡嫩，边有齿痕，苔薄白，脉沉细或迟。

次症：①怠倦乏力，神疲懒言，畏寒肢冷；②大便溏稀，或虚秘，或初硬后溏；③食欲不振，食后脘闷。

具备上述主症 3 项或具备主症①、③及兼具次症 2 项，即可诊断。

阴虚证

主症：①胃脘隐隐灼痛，空腹时加重；②似饥不欲食，口干不欲饮；③舌红少津有裂纹，少苔或花剥苔，脉细数。

次症：①口干舌燥，纳呆干呕；②大便干结；③手足心热。

上述主症 3 项或具备主症①、③及兼具次症 1 项，即可诊断。

火郁证

主症：①痛势急迫，脘部灼痛拒按；②口干口苦，喜冷饮；③舌红苔黄，脉弦数有力。

次症：①心烦易怒，泛酸嘈杂；②大便干结，小便短赤。

具备主症 2 项（①项必备），并应兼具次症 1 项，即可诊断。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

寒凝证

主症：①胃痛暴作，以绞痛为主，遇冷即发或加重，得热痛减，发病多由突受外寒或过食生冷诱发；②苔白，脉紧或弦。

次症：①不欲饮食，食则喜按；②口淡无味，泛吐清水；③大便溏薄，小便清长。

具备主症 2 项，并应兼具次症 2 项，即可诊断。

瘀血证

主症：①胃痛拒按，如割如刺，痛点固定，痛时持久；②舌质紫黯，或有瘀斑瘀点，脉涩。

次症：①食后或入夜痛重，或痛彻胸背；②呕血或黑便史。

具备上述主症 2 项，并应兼具次症 1 项，即可诊断。

食积证

主症：①胃脘胀痛，拒按厌食；②嗳腐吞酸，恶心呕吐，吐后痛缓；③舌苔厚腻。

次症：①有饮食不节或暴饮暴食病史；②大便不爽或泄泻，排便排气酸臭如败卵。

具备上述主症 3 项，并应兼具次症 1 项，即可诊断。

以上证类诊断标准录自《中药新药临床研究指导原则》第一辑“胃脘痛的临床研究指导原则”，由中华人民共和国卫生部 1993 年制定发布。

1.3 胃脘痛分级标准

根据胃脘痛的程度分为轻度痛、中度痛和重度痛 3 级。

轻度疼痛：胃脘疼痛较轻，疼痛可以忍受，但无痛苦面容。

中度疼痛：胃脘疼痛较重，有痛苦面容，但无坐卧不安。

重度疼痛：胃脘疼痛重，剧痛难耐，捧腹呻吟，坐卧不安。

以上标准录自 1988 年中国中医内科学会脾胃病专业委员会制订的《急症胃痛诊疗规范》。

2 中心证候特征

胃脘痛即在胃脘近心窝处疼痛为主要症状，病位在上腹胃脘部，疼痛的特点可由于寒邪、热邪、气滞、血瘀等病因不同，表现为凉痛、灼痛、胀痛、刺痛之分。由于虚实的不同，可有喜按、拒按，暴痛、隐痛；由于寒热的不同，可有喜温、喜冷；胃痛可有急性发作，亦可反复发作；实证以突然发病，疼痛急迫，胃痛拒按，进食后加重，病程较短，邪气犯胃为特征；虚证以发病反复，病势较缓，胃痛喜按，进食后减轻，饥饿时加重，病程较长，脏腑功能虚弱为特征。胃脘痛发作时可固定在胃脘部，也可连及胸胁或胃痛彻背、胃脘绕脐痛，并兼见食欲不振，恶心呕吐，嘈杂反酸，嗳气呃逆，大便异常等胃肠道症状；继而出现倦怠乏力，气短懒言，四肢酸软，面黄肌瘦等全身症状。

3 病 因

3.1 原 发 病 因

外感因素

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

寒邪　外感寒邪侵袭，通过口鼻皮毛，经络内传，寒邪积于中焦，寒性收引凝滞，中焦气血流通不畅，胃之气机阻滞不通，致气血流注变慢受阻而发病。

热邪　邪热内侵，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，与胃肠有形之物相搏结，气机阻滞而胃腑之顺降功能失常，大便秘结不通，或大便排出不畅，致胃失和降而痛。

湿邪　深秋多雨季节或春天黄梅天气，或坐卧湿冷之地，或冒雨涉水等寒湿之邪内侵，循经内停中焦，脾为阴土，喜燥恶湿，寒湿胜则困阻脾阳。脾阳困阻，则影响脾胃的运化、传输功能，致脾胃气机逆乱而发病；或多进肥腻煎炸之品，湿蕴中焦，阻滞气机而发本病。

湿为阴邪，临床上每多兼夹，感于寒则为寒湿，兼风则为风湿，兼热则为湿热。湿邪的来源有内外二因，顾松园说："天之湿，雾露雨雪是也；地之湿，冰水泥泞是也；人之湿，汗出沾衣是也（外因）；饮食之湿，酒水瓜果乳酪是也。内因的湿，固然必伤脾胃，而外因之湿，初则虽伤在皮肤筋脉，而日久还是归于脾胃。脾为湿土，湿邪易感，湿阴凝滞，人降必伤其阳，阳虚生寒，湿寒相合困脾。"

暑浊　暑属阳邪，其性炎热，暑天又多雨潮湿，热蒸湿动，故暑邪常挟湿浊为患侵犯人体，暑天之际，人们在烈日下奔走劳作，或在高温环境下工作，容易感受暑邪，又因炎热燥渴，恣食生冷瓜果，或冰凉饮料，或贪凉露宿，则暑邪挟湿浊入侵为患，经口鼻皮毛内侵，停留胃腑。暑易伤津耗气，湿邪粘滞重浊，困阻脾胃之气，故暑邪湿浊为患，既耗伤气机又使气机受阻，津伤而血行不畅引起本病。

内伤**因素**

饮食　胃脘痛致病的原因，许多是由于饮食不当所致，饱餐过度，饥饿过度；素有胃疾或脾胃运作无力，复加饮食生冷或夏日炎热之时贪凉食用冰冷瓜果，寒湿积于胃中，损伤脾阳，气虚寒凝，气血运行不畅，发作胃脘痛。由于地区、季节和生活习惯不同，进食的食物粗糙固硬，如韭菜、茭白、芹菜、夹生饭、硬饭、糕团及其他坚硬的食物，当素有胃疾之人或体虚之人，脾胃功能虚弱，消化机能低下，固硬冷凝之物停积胃中，阻滞胃之气机，轻者嗳腐吐酸呕恶，重者胃脘痛发，吐后方快。

饮食辛辣厚味也是导致胃脘痛的主要原因之一，素体脾胃虚弱或素有胃疾之人，每因进食辛辣煎炒或浓烈调味品，或肥甘冷腻的食物等而发作。由于辛辣燥热，肥腻厚味，湿滞粘腻，湿热蕴积胃中，阻滞胃之气机；辛辣也可直接刺激胃络，使胃阴损伤，胃络瘀积，经络破损发病。

酒味甘辛，性如火烈，多饮烈酒，则积滞胃腑，阻滞气机，甚至助热动火，伤及胃络发生胃脘痛，甚至吐血便血。

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，阻滞胃腑气机，而发生胃脘痛，胀满呕恶。对久患胃疾或脾胃虚弱者，可因饮过量浓茶而诱发胃脘痛。

毒物　误食有毒食物或进食腐败变质的鱼、肉、蛋及其他食物，或进食加工处理不当的食物。以上有毒食物经口直接进入胃腑，搅乱了胃肠功能，致升降失常，清浊不分，除胃脘痛，尚可呕吐，腹痛，泄泻。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

烟为热毒之气，长期吸烟，或工作烦忙，应酬过多，大量吸烟，灼伤肺胃之津，煎熬成痰，痰热郁阻，影响脾胃之升降功能。目前已观察到长期吸烟可使幽门括约肌舒缩功能失调，胆汁反流，损伤胃粘膜屏障而发生炎症、溃疡。

药品的服用不当也可引起胃脘痛，如长期过用辛辣燥热药物，损伤胃阴，胃阴不足，胃失濡养而引起胃脘痛；过食寒凉药物，寒积于中，阻滞气机，中阳受损，胃失升降引起胃脘痛；因病服用对胃有损害的药物，如阿司匹林、保泰松、激素等，往往会引起急性胃痛，甚至吐血、便血等症状。

情志因素

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，也能引起脾胃升降失常而引起胃痛。

忧思伤脾　脾胃在情志变动中表现为思，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，或焦虑不安等可影响心神，见失眠心悸，同时也可导致消化功能的紊乱。忧思过度可导致气机郁结不畅，脾胃升降功能受阻，不思饮食，脘腹痞满，大便不调甚至胃痛。

其它　情志失调除表现恼怒忧思外，尚有喜悲惊恐等，虽然从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，如惊恐可影响气机运行使之不畅，伤及肝，进而影响脾胃，过分的喜与悲能损气耗气伤及宗气与中气，情志失调日久，每易影响脾胃功能，最终发生胃脘痛。

体质因素

先天禀赋不足，易感外邪；素体脾胃虚弱，运化无力，易导致饮食内伤；先天脾胃虚弱，更易肝木乘脾土；因此稍有外感、饮食、劳倦、忧思或恼怒则损伤脾胃之气，气虚血行不畅，胃络失养发为本病。

其它因素

虫积　也可以是引起胃脘痛的原发因素。主要是由于误食了粘有虫卵的生冷瓜果、菜蔬及其他不洁食物，或南方地区赤脚下田劳作，蚴虫由皮肤侵入人体内所致。脾胃不和，运化无权是诸虫赖以生存的内在因素，正如《奇效良方·诸虫门》“九虫皆因脏腑不实，脾胃俱虚，杂食生冷甘腻卤藏等物，或食瓜果禽兽内脏，遗留诸虫子类而生”。诸虫居肠道，壅塞肠道气机，影响脾胃的升降功能，致湿热食滞内生；湿热食滞又会反过来阻滞气机，致胃失和降而引起胃脘痛，若虫体逆行于胃，扰于胃腑，可急发胃脘痛，呕吐出虫体等。

3.2 继发原因

脾胃虚弱　饮食不节，情志失调，劳倦过度，患病日久，脾胃受伤，脾失健运。脾阳不足，寒邪内生，胃之脉络失于温养；或素体脾虚，容易感受外邪，内外合邪，寒积于中，阻滞气机；或胃阴受损，胃络失养，不荣则痛。

痰湿　暴饮过量水分，酒后恣饮冷水，或夏暑进食生冷之物，因热伤冷，中阳暴遏，脾运不力，聚湿生痰而成痰湿，痰湿阻滞中焦气机而引起胃脘痛。或久病体虚，年高气弱，或劳倦过度，脾胃之气虚弱，水液难于输化，一旦伤于饮食，劳倦等因素，更易停蓄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痰饮，阻滞中焦气机，亦可引起本病。不论是饮食因素，还是体质因素，皆能导致脾胃运化功能失常，饮食纳入后不能化生精微物质，反而变成病理性痰饮，痰饮停留胃中，影响脾胃之升降，阻滞胃络。

瘀血 六淫所伤，情志失调等，皆可引起胃脘痛；痛则不通，久病气滞必影响血液的运行，血流迟缓而成血瘀，阻于胃络，或寒邪凝滞胃中，邪热忧及胃腑，煎熬血络，均阻滞气机，血行不畅，气滞与血瘀互相为患。

久病和体虚之人，中气不足，血行无力，血液循环迟缓，血流不畅而成瘀血停着，反过来又阻滞气机、在饮食、劳倦及其他因素的作用下，可加重气滞与血瘀等病理变化，引起胃脘痛。

叶天士《临证指南医案·胃脘痛》："胃阴失而屡发，必有凝痰聚瘀。"因此，胃痛日久屡发者，应注意对痰瘀等病证治疗。

3.3 诱发因素

气候 气候骤暖又寒；深秋多暖季节，春季黄梅天气，天气阴冷潮湿；暑天之际烈日下劳作，劳累、中暑。

起居 衣不御寒，被不保暖，起居失宜，久卧湿冷之地，冒雨涉水，劳作疲惫过度，高温环境下工作，或流汗过多。

饮食 饮食生冷瓜果，冰冷饮料、雪糕，进食粗糙固硬食物，如韭菜、茭白、芹菜、夹生饭、硬饭、糕团，嗜食辛辣刺激食品，或肥甘冷腻食物。饮酒，饮茶过浓过多，饥饱无常，服食、误食腐败变质食品或食物处理不当，毒素未去，或服食过多某些对人体不利食品，吸烟过量。

情志 情志不畅，抑郁寡欢，烦恼暴怒，思虑过度。焦虑不安，惊恐不已，悲伤暗泣，狂喜大笑。

药物 长期过量服用温燥热药，或服用对胃有损害的西药，如阿司匹林、保泰松、激素等，均可诱发或加重本病。

4 病 机

4.1 发 病

胃脘痛可分为急性和慢性两种发病状况。

急性胃脘痛发病 发病急骤，疼痛剧烈，病情变化迅速，多在感寒中暑、饮食不当、饮酒恼怒、情绪激动、食物中毒、药物刺激后突然发病胃脘痛。根据体质和诱发的原因不同，可兼有恶寒、头昏、头痛、眩晕、恶心、呕吐、腹痛、腹泻，甚至呕血、便血。发作前可无先兆症状。当出现疼痛剧烈、胃部穿孔，梗阻，或失血过多，在短期内可导致昏迷晕厥等危急症候。

慢性胃脘痛发病 起病缓慢，疼痛渐发，病程较长。疼痛发作前可出现一段时间的先兆症状，如胃脘寒冷，四肢欠温，饮食减少，胃脘烧灼感，恶心，脘腹胀满，胃中嘈杂，嗳气吐腐，泛酸呕逆，继而出现胃脘痛。出现胃脘痛症状后不因致病诱因的解除而消失。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有持久性、阵发性、规律性或无规律性经常发作的特点，有时由于病程较长，消化吸收功能障碍，疼痛刺激，部分病人体质明显下降，形体消瘦，面色萎黄，体倦乏力。

一般来讲，由外邪所致或外邪诱发的胃脘痛多起病急，由脏腑功能失调而致的胃脘痛多起病缓慢。

4.2 病　　位

在胃脘，主要涉及脾、胃、肝，初病在气分，久病可入血分。

4.3 病　　性

本病有虚实之分，实者乃寒凝、食积、痰湿、湿热、气滞、血瘀、虫积；虚者乃脾胃虚弱，胃阴不足。寒热错杂，虚实互见为本病的特点。

4.4 病　　势

其病初起病在胃腑，多因情志抑郁，肝逆犯胃，饮食失调，劳损脾胃中气，涉及气血，以寒热、气滞、食积、痰瘀、虫积等标实为主，表现出寒痛、灼痛、胀痛、刺痛，来之迅速，去之迅速。

病久则气郁化火，或瘀血伤络，或损其阴津，或伤其阳气，气血阴阳受损，肝脾等脏受损，以本虚为主，即成缠绵难已之症，表现为隐痛。

急性胃脘痛发病急骤，疼痛突发，一般病势较剧。由于诱发原因不同而出现胃脘胀痛、刺痛、灼痛、寒痛，同时可见消化道功能障碍的表现，当邪驱除，病自愈，所以病程短。但如病情未及时治疗，进一步发展可出现呕吐、腹痛、泄泻，甚至出现呕血、便血、厥脱等证，病情危笃。

慢性胃脘痛起病缓慢，疼痛渐发，一般病程较缓，由于素体脾胃虚弱，或久病体虚，中气不足，可先出现消化道障碍症状，如脘腹痞满，嗳气呕恶纳差，大便不调，稍有寒热，饮食、情志刺激，渐发展成胃脘痛，所以慢性胃脘痛病程较长，但慢性胃脘痛如突然出现疼痛规律的变化或突然疼痛消失，出现呕血、便血等症状，也可以出现病势加重的危重证候。

4.5 病 机 转 化

胃脘痛的病机转化体现在寒转化为热，食积生湿热，痰湿郁而化火，肝郁而化火，气滞导致痰阻，气滞导致血瘀，久病伤及中气，或中气虚弱易受外邪侵袭，脾胃虚弱易导致食积，肝郁导致脾虚，脾虚易受肝侮等变化过程。

胃脘痛的病机转化决定于邪实、情志等病邪与人体脾胃之气的强弱转化和消长变化。急性胃痛，邪气盛，停积胃腑，困阻脾胃之气，或肝木气盛，脾气被抑，脾胃升降、纳化功能失调，但如果脾胃之气未衰，经过辨证论治，病邪一旦驱除，胃脘痛自行消除。若素体脾胃虚弱，或久病中气虚衰，或邪气日久，邪气过盛，损伤脾胃之气，加之饮食起居不当，脾胃长期失养，胃之脉络失于濡养，肝郁化火伤及胃阴，脾不能为胃行其津液，至胃阴不足，或气滞日久导致血瘀，治疗不能坚持，饮食起居不能调节，发展成慢性胃痛，长期难以消除，时间可达十多年甚至几十年。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胃脘痛初期以邪气犯胃的实证为主，病多在气分，无论是六淫七情，病邪阻络，还是正虚邪侵，开始都影响到脾胃气机阻滞而发生胃痛。胃痛日久，气滞与气虚均导致血行不畅，瘀血停着，不通则痛，所以病久反复发作，缠绵难愈。这时，病在血分，胃络受阻可致呕血、便血。

胃脘痛虚寒者居多，气滞血瘀者居多，素体脾胃阳虚者居多，寒湿者多。初病易见实热，久病常见虚寒。气分较轻，血分较重，其发病机理的共同之处，即所谓“不通则痛”。实证可从热化或者寒化，关键要看邪正双方的力量对比，一般由寒化热是人体正气充实，阳气旺盛，则邪气才能从阳化热。若虽为热证，但阳虚体衰，正气不足，正不胜邪，阳气损伤，则热证也可转化为寒证。

4.6 证类病机

寒邪客胃 外感寒邪，内客于胃，或食生冷，寒积胃中，寒为阴邪，易伤阳气，寒性收引，使气血凝结不通，可致胃冷暴痛。此证病人胃痛暴作，饮热则寒得温热之气而缓，随之疼痛减轻。寒邪犯胃，中阳被阻，不能达于四肢，可以出现四肢不温、畏寒，运化不健，可见纳呆、便溏、小便清长。

肝气犯胃 肝与脾胃关系密切，肝主疏泄，以条达为顺，胃主受纳，以通降为顺。肝气可疏泄脾胃气机，协助胃腑消磨水谷，又助脾气升清阳，若因忧思恼怒，气郁伤肝，肝木失于疏泄，则乘脾犯胃，脾胃纳运受制，气机阻滞而引起胃脘胀满。肝郁日久可化火生热，郁火乘胃，胃脘灼热而痛；火灼胃阴，胃络失于濡养，胃脘隐隐灼痛，气郁既久，则血行不畅，血脉凝聚，瘀血内结，阻于胃络，胃脘疼痛如刺。

饮食伤胃 饮食不节，饥饱无常；暴饮暴食，饮食过量，损伤脾胃，致使胃不能腐熟水谷，脾不能传输精微，食滞不化，停滞胃脘可致气机阻滞，失于和降引起胃饱胀痛。

湿热阻胃 凡是过饮烈酒或恣食肥腻辛辣油炸之品，或久居湿地，湿邪内侵，蕴久化热，可致热湿阻滞中焦，灼伤胃腑，引起胃灼闷痛。

瘀血停胃 气为血帅，气行则血行，凡肝气郁结日久，久痛入络，致瘀血内停，痛有定处；瘀血壅塞胃络，故痛如刀割而拒按。

痰饮停胃 凡饮食不节，思虑劳累，脾胃受伤，致使水谷不能运化，水反为湿，谷反为滞，聚湿生痰成饮，困阻中焦，胃腑气机凝滞，可使胃脘痞闷疼痛，纳呆口粘，或泛吐清水粘液。

蛔虫扰胃 饮食不洁（节），化生湿热，湿热生虫，扰乱脾胃气机，吸食水分精微；蛔虫不安其位，由肠上窜入胃，发为脘痛，呕吐或吐蛔，若蛔虫钻入胆道，气机阻滞则发为绞痛，痛则阳气不达，使四肢逆冷，虫静则痛止，虫动则痛作。

脾胃虚损 凡因饮食不节，劳累过度或诸邪犯胃，久痛不愈等因素均可损伤脾胃。脾胃损伤，每因过劳或稍多进食而诱发胃病，或致使原来的隐隐作痛症状加重。素体脾胃虚弱者，因脾阳不振，寒自内生，或进食生冷，或进服寒冷药物，损伤中阳，使胃络失于温养，则致胃凉隐痛。若脾胃虚弱，过食辛辣油炸之物，或肝郁化火生热，损伤胃阴，可使胃脘隐隐作痛。

胃阴不足 胃喜润恶燥，胃阴不足，胃络失养，不荣则痛。若已有阴虚胃痛，又受五

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

志过极之火，或饮食辛温香燥，或暑温之邪入侵，更伤胃阴；或因素体胃气虚弱，肝郁气滞，胃痛日久，肝郁化火伤及胃阴；或素体脾胃虚弱，不能为胃引进津液致胃阴不足；或同患热病、消渴等，热邪耗伤胃阴；或长期进食辛辣煎炸食物，过用辛温香燥之药物都能耗伤胃阴。

寒热错杂 寒气客胃与热气相搏，寒气稽留，火气从上，气血逆乱而发胃脘痛。当季节转换之时，气候乍寒乍暖，非时之气侵入人体，或素体阳气偏盛，复感寒邪，或素体阳气虚弱，复感暑热之邪，寒郁化热，均导致寒热错杂，停积中焦，气血逆乱，气机阻滞而发生胃脘痛。

5 临证思路

5.1 一般步骤

抓住主诉与现病史 患者主诉上腹胃脘部近心窝处发生疼痛。了解是否伴有其它胃肠道症状；是否有反复发作史、时间长久，发作和复发的季节性，胃脘痛是否有规律可寻，如与饮食的关系及疼痛的性质，发病的缓急，疼痛的轻重；询问诱发原因，特别是受凉、饮食、情志、劳累等所伤；了解全身症状和治疗情况。详细了解以上情况可以帮助医生诊断和辨证。

重视四诊合参及现代检查 通过望、切、闻三诊，进一步明确胃脘痛的性质，了解涉及的脏腑、气血，病情的轻重缓急。现代医学手段为中医的检查扩大了视野，纤维胃镜的使用，强化了中医望诊的直观性。

明确病位 一般病为初发，病史短暂，病在气分，属胃气阻滞，胃失和降，胃脘胀痛，病势急来去速。如有反复发作，病史时间较长，病在血分，属气滞血瘀，经络不通，不通则痛，胃脘刺痛，病位较深，病情较重，病势缓去之慢。通过现病史资料进一步辨证脏腑盛衰，胃脘痛所涉及的脏腑主要是脾、胃、肝、胆。

确定病性 胃脘痛根据发病的速度和时间（急缓和病情的轻重特点）分为急性和慢性。根据胃脘痛的发病特点分为虚证和实证。根据临症的表现症候群可分为寒性、热性。根据病初病久可分气血。

急性胃脘痛表现为发病急骤，疼痛突发，一般病势较剧，病程较短，且病情急重，变化多端，易于出现呕血、便血，甚至胃部穿孔。慢性胃脘痛表现为发病缓慢，疼痛渐发，一般病势较缓，病程较长。

实证胃脘痛多见于新病体壮者，病势急剧，按之尤甚或拒按，痛而胀闭，食后疼痛加剧，空腹减轻者，脉实有力。虚证胃脘痛多见于久病体弱者，病势缓慢。按之得减或喜按者，隐痛不闭者，食后疼痛得缓，空腹加剧者为虚症，脉虚沉弱。胃脘痛虚多实少，实在寒热气滞，虚在脾胃虚弱。

寒与热是鉴别疾病属性的两个纲领，无论急性胃脘痛，还是慢性胃脘痛，或虚证或实证都不外寒证与热证两大类，因此必须加以辨证区分。就体质而言，素体脾胃气虚，一般多兼内寒。内寒体质易受外寒侵袭，或为饮食生冷所伤，多为寒证。寒证表现为胃脘冷痛，或拘急暴痛，遇寒加剧，得热痛减，口淡不渴，或喜热饮，泛吐清水，四肢不温，舌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

淡苔白滑，脉沉细或弦或迟，如兼有外寒，则可见恶寒、头痛、鼻塞、流清涕等。素体胃热偏盛，或气机常郁，滞而不舒，“气有余便是火”，多属热证。热证则表现为胃脘灼痛，痛势急迫，吐酸嘈杂，口干口臭，渴喜冷饮，消谷善饥或食入即吐，大便秘结，小便短赤，苔黄舌红，脉滑数。如属胃阴不足，阴虚生热者，则可兼见食少形瘦，舌光红少苔，脉细数。

治病之要识，在于明气血。胃脘痛一般初病在气，久病在血。在气者，有气滞气虚之分，气滞多胀痛，胃气郁滞，气逆于上，则兼见恶心呕吐，嗳气频频；肝郁气滞，肝胃失和者，则可兼见胃脘胀痛，涉及两胁，性情急躁易怒。气虚多隐痛，兼食少，食后腹胀便溏，面色少华，舌淡脉细。在血者，有血瘀和血虚之异，多由气滞不能行血，气虚推动无力，导致血瘀。血瘀胃痛部位固定，状如针刺，舌质紫黯，脉细涩，既往有黑便病史。血亏之证，多为小量出血，虚而不复或脾胃气虚，运化不健，气血生化不足所致，常表现面色萎黄不华，唇甲舌淡，头晕目眩，心悸神倦，舌淡脉细弱。

在临床中各类证型往往不是单独出现或一成不变，而是互相转化和兼夹，如虚实互见，寒热错杂、气血同病，或兼有痰饮、食滞、湿热、暑浊、浊毒等复杂证候，临床上并不少见。

判断病情轻重缓急 胃脘疼痛较轻者，治宜本为主，而疼痛较剧较重者，治宜以标为先。急症胃痛，为病邪犯胃，治应祛邪治标；慢性反复发作性胃痛，为脏腑失调，治应扶正治本。

5.2 疑难点思考

胃脘痛急性发作，牵连腹部，疼痛剧烈，拒按，面色苍白，四肢逆冷，脉弦紧，应考虑胃穿孔，应采取中西医结合方法处理。

胃脘疼痛，迁延日久，疼痛规律突然消失，脘腹胀满，呕吐清水或不消化食物，量多，朝食暮吐，暮食朝吐，应考虑幽门梗阻，按“反胃”治疗。

胃脘疼痛，迁延日久，恶心呕吐，吐血量多，面色苍白，肢冷脉虚，应考虑胃溃疡出血，按“吐血”、“呕血”治疗。

胃脘疼痛，大便色鲜红、黯红、或紫红，甚至黑如柏油样，次数增多，应考虑消化系统出血性疾病，按“便血”处理。

胃脘疼痛，日久不愈，病势加重，脘腹痞满，形体消瘦，应及时查明病因，以防恶变。

6 鉴 别

真心痛 真心痛是心经病变引起的心痛证。其疼痛程度、病变部位、临床特征和预后转化等均与胃脘痛有明显区别。心居胸中，真心痛部位常在左侧胸膺，痛彻肩背或向左背内侧放射，疼痛如绞，或如割如刺，突然发病，其痛剧烈难以忍受，常伴胸憋汗出，心悸气短，甚则出现面色苍白，四肢冷厥，唇甲手足青紫，大汗淋漓，脉络细或结代等危急病证。

真心痛多见于老年人，心电图检查可见 ST 段和 T 波改变，病情严重者可出现心律紊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乱、心衰、休克等并发症。一般病情较重，预后较差，正如《灵枢·厥论》所云“真心痛，手足青至节，心痛甚旦发夕死，夕发旦死”。

胃脘痛始终在上腹胃脘部，疼痛不如真心痛之剧烈，同时伴有纳差、嘈杂、嗳气、呃逆、泛吐酸水或清涎等脾胃症候。胃脘痛多见青壮年，心电图检查无异常，而作纤维胃镜或上消化道钡餐造影检查则可见异常，一般病情较缓，预后良好。

值得指出的是部分真心痛患者，其临床表现为剑突下疼痛，病人常常主诉胃脘痛而到医院就诊，故对中老年的剧烈胃脘痛患者应作心电图检查，以排除心脏疾患。

胁痛 胁痛是指一侧或两侧胁部发生疼痛为主的病证。有时也可出现和胃病相似的证状，但两胁是厥阴肝经和足少阳胆经循经所过。故胁痛多与肝胆胰腺疾患有关。一般疼痛较剧，每每于油腻饮食后诱发或胁痛加重，胆囊造影或胰胆管造影，或肝胆部位“B”型超声波检查可见异常。临床常伴有寒热往来，口苦心烦，胸闷纳呆，目黄肤黄等症。胃脘痛病变在胃，虽肝气胃痛可病连两胁，但仍以胃痛为主。两者在部位证状上有明显区别。

腹痛 胃脘痛与腹痛的鉴别，主要是病位不同。胃脘痛的病位在上腹胃脘，近心窝处。疼痛部位较局限。病变在胃，常伴有嗳气、泛酸、纳差、呕吐等症状，而腹痛的病位则在胃脘以下，耻骨毛际以上整个腹部发生疼痛，疼痛范围较广，可见于多种疾病，除原发的证状外，常伴有腹部痞硬腹满等，包括胁腹痛，大腹部痛或小腹部痛。但胃腑位于腹中，与肠相连，常常胃脘痛影响及腹，或腹痛牵连于胃，故有些病例胃脘痛和腹痛并称，所以要根据具体证候的孰轻孰重来仔细辨证，进行诊断和鉴别诊断。总之，两者仅就疼痛的部位和兼证来说，是有区别的。但必须注意，胃处于腹中，与肠相连，因而在一些疾病中，胃痛可以影响及腹（如穿孔），腹痛可以牵连及胃，所以临证之时，要详细病史，细心检查，辨析病情，弄清其疼痛的主要部位和如何起病等，则两者的鉴别自能解决。

肠痛 病变初起，常常表现为突发性胃痛，但随着病情的发展，很快由胃部转移至右下腹部疼痛为主，表现为痛处拒按，腹皮拘紧，右腿屈曲不伸，转侧牵引则疼痛加剧，多伴有恶寒发热等证。急症胃脘痛始终局限于胃脘，痛处不移，一般无发热。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 寒邪客胃

临床表现：胃凉暴痛，遇冷痛重，纳呆喜热，口淡乏味，或寒热表证，泛吐清水，大便稀溏，小便清长，舌淡苔白，脉弦紧。

病机分析：外感寒邪，贪食生冷或阴寒内生，使寒邪积于胃中，阳气被遏不得舒展，致气机阻滞胃失和降，“不通则痛”故胃脘骤发疼痛。寒为阴邪，主收引，遇寒则凝，故感寒则痛甚，得温则阳气舒展，气机通畅，“通则不痛”故痛减。纳呆便溏，恶心呕吐吞酸，畏寒肢冷，体倦乏力，小便清长均为中寒内盛，阳气被遏，不能达于四末，脾胃阳虚，运化不健，和降失司所致。舌淡苔白薄为胃寒之候，弦脉主痛，紧脉主寒，弦紧之脉为寒邪犯胃之象。

转归：本证一般发病急，以胃痛暴作，恶寒喜温为特点，轻证用热水袋局部热敷加服

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

生姜红糖汤即可止痛。感受风寒者，一旦消除外感寒邪，胃脘痛可自行消失。如外感寒邪复暴饮暴食，即可形成寒加食滞证，必须外散风寒内消食滞。治病不及时或辛温过度，寒邪化热，出现寒邪未尽，热已形成，寒热兼夹错杂；这时舌质由淡转红，苔黄白相兼，应辛散郁热，苦降蕴火，温化寒邪，调和阴阳。急性期初期应及时辨证治疗，及时消除病因，不然反复的刺激可导致病情深入，损伤脾胃，由实转虚，虚实夹杂，形成慢性胃脘痛。

治法：温胃散寒，理气止痛。寒邪盛者，宜温经散寒；有食滞者，宜化滞行气。

方药：良附丸（《良方集腋》）合香苏饮（《太平惠民和剂局方》）化裁。

高良姜　香附　紫苏　荆芥穗　荜茇　厚朴　生姜

加减：兼见恶寒头痛等风寒表证者，加防风、桂枝、羌活，加强疏风散寒解表的功能；如寒邪郁久化热，寒热夹杂，证见胃脘痛有灼热感，呕吐、舌红、苔黄腻，脉濡弱，可加服黄连、吴茱萸、制法夏、干姜以辛散郁热，苦降蕴火，湿化寒邪，调和阴阳。苔白腻，伴吐泻，为寒食并阻，用藿香正气散加减。一般可根据病情调整其用量，每日 1 剂分 3 次，饭前半小时服用。

临证参考：本证是临床最常见的证候。寒邪客胃以寒邪直中为突出病机，寒邪有外感风寒和寒冷饮食，或素体阳虚寒自内生的区别，在治疗上侧重点不同，但不论哪种寒邪，最终都导致胃阳阻遏，气机凝滞，所以治疗上要疏散风寒，温中健脾，行气止痛。一般风寒早期以疏风散寒兼消食导滞；如饮食寒冷所伤，应温中健脾，消食导滞止痛；如素体阳虚，寒自内生者，以温阳健脾，缓急止痛为主。临床还要注意辨察“寒邪”的诱因，脾胃阳气衰弱的程度，如本证治疗不当或治疗不及时，使寒邪滞留，脾胃功能受损，则可转为慢性寒性胃痛，所以健脾温中可防止疾病的延伸加重。

一般选择温胃健脾散寒止痛的方剂还有：①黄芪健中汤，黄芪，桂枝，白芍，炙甘草。②大建中汤，川椒，干姜，党参，饴糖。③附桂理中汤，附子，肉桂，党参，白术，干姜，炙甘草。④吴茱萸汤，吴茱萸，党参，大枣，生姜。同时寒邪郁久化热，或辛温之剂太过，可以出现寒热错杂的征候，此时应双方兼顾，辛散苦降，温化调和，可选用半夏泻心汤。

要使寒邪客胃之胃痛迅速解除的关键，除合理的用药外，还应注意衣被保暖，饮食温热柔软，注意休息。

中成药的选择：①藿香正气丸（水、胶囊）。②胃苏冲剂（扬子江药业集团）。③良附丸。

7.1.2　肝气犯胃

临床表现：胃脘胀痛，痛窜两胁，嗳气频作，气怒痛苦，胸脘痞闷，嘈杂吞酸，喜叹息，舌边红，苔白，脉沉弦。

病机分析：肝主疏泄，以条理为顺，胃主受纳，以通降为和。情致不舒，则肝气郁结，疏泄失职，横逆犯胃。胃气阻滞，和降失常，则胃脘胀痛，胁为肝之分野，气病走窜游移，故疼痛攻称连胁。若滞气行于上则嗳气，行于下则矢气觉舒。胃失和降，则胸脘痞痛，木郁则胃气不行，脾气不运，往往痰、湿、食之滞气上逆，可见嗳腐吐酸。气滞肠道传导失常，故大便不畅。弦脉主肝病，主痛。当情志不和，则肝郁更甚，气结复加而痛

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

作。

转归：本证的发病是一个慢性过程，虽然在发病时可因情志因素突然出现胃脘痛，但必有一个肝气郁结过程，由于长期情志抑郁，忧思恼怒，肝气旺盛，脾气虚弱，肝木乘脾土，肝不得疏泄，脾不能运化，脾气不升，胃气不降，久之脾胃升降失调，脾气虚弱，肝气更易乘侮。胃气阻滞，和降失常则发胃脘胀痛，或胃脘隐痛。病久可以使肝郁化火，形成肝胃郁热，这时出现胃脘嘈杂，灼热疼痛，口苦，呕吐泛酸，烦躁易怒，舌红苔黄，脉弦数。气行血行，气郁日久也可使气滞血瘀，肝气郁结，胃络瘀阻，这时胃痛如刀割，疼痛持久，痛处不移，夜重，甚至呕血黑便，舌质黯紫，脉弦。所以在治疗中以疏肝气为主，同时要健脾行气，防止久痛入络，肝郁化热，损伤胃阴。

治法：疏肝理气，和胃止痛。

方药：四逆散（《伤寒论》）合金铃子散（《素问病机气宜保命集》）化裁。

醋柴胡　醋炒白芍　枳壳　甘草　延胡索　炒川楝子

加减：兼肝郁化热、胃部灼热、嘈杂反酸者加丹皮、栀子、乌贼骨、黄连以清泻肝胃之热；兼见肝郁脾虚，不思饮食，脘胁胀满者，加太子参、厚朴、陈皮等以健脾舒肝；嗳气呃逆者加旋覆花、代赭石、刀豆子、沉香等以顺气降逆；胃酸多者加乌贼骨、煅瓦楞、煅牡蛎、五灵脂等以和胃制酸；对年老体弱者，可用玫瑰花、代代红、厚朴花等轻清馨香疏肝健脾之品。

临证参考：本证以肝气郁结为主，治疗重在柔肝行气止痛，止痛当用甘酸缓急与辛酸制木，常用药为醋柴胡、醋炒白芍、木瓜、延胡索、吴茱萸、青皮。在治疗中应注意调节情志，否则影响疗效。

中成药选择：①疏肝止痛丸（同仁堂制药二厂）。②三九胃泰（深圳南方制药厂）。③气滞胃痛冲剂（辽宁本溪制药厂）。④疏肝理气丸。⑤左金丸。⑥胃苏冲剂（扬子江药业集团）。⑦越菊保和丸（同仁堂药业集团北京中药二厂）。⑧枳术丸。

7.1.3 饮食伤胃

临床表现：伤食胃痛，脘腹饱胀，厌食拒按，嗳腐酸臭，恶心呕吐，吐后症轻，大便不爽，矢气酸臭，舌苔厚腻，脉弦滑。

病机分析：暴饮暴食，过食油腻或不洁之物，致饮食停滞于胃，使胃中气机阻滞，故胃脘胀满而痛，内有实邪则拒按，食滞中焦，脾胃运化腐熟失司，则食而不化，胃主降以通为顺，若食浊不降而上逆则嗳腐，甚至恶心呕吐，吐则食滞去，胃气得疏则痛减，肠中腐败浊气下排则矢气酸臭，胃中饮食停滞，影响小肠化物及大肠传导功能，则大便不爽。舌苔厚腻，脉弦滑，为食滞胃痛之证。

转化：本证有明显的饮食不节史，多在暴饮暴食或饮食不洁后立即发生胃脘痛，饮食坚硬、辛辣、酸腐或饮酒都可以直接刺激胃腑发生胃痛。本证有急性和慢性胃痛两种。饮食伤胃是胃脘痛的主要病机。此证的关键在饮食。一时的饮食所伤，可以通过药物的作用和饮食的调理很快地解除胃痛；如果多次或长期的不洁饮食刺激，可导致脾胃功能失调，胃失和降，胃腑受损，甚至胃络损伤，出现较顽固的胃脘痛。

治法：消食导滞，调理气机。

方药：枳实导滞丸合保和丸加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

枳实　莱菔子　炒橘皮　大黄　焦三仙　鸡内金　厚朴　半夏曲

加减：停食着凉，兼恶寒发热者加服银花、连翘、苏叶、荆芥穗以疏解表邪；兼胃气上逆而呕吐呃逆者，加陈皮、生姜、姜半夏、旋覆花以降逆止呃。兼食积郁热者加连翘、黄连等以清泄肠胃之热。

临证参考：饮食积停胃脘易复感风寒，可以出现恶寒发热、胃痛、呃逆、大便腐臭。食积可郁而化热，热燥于肠加宿食内停，气机郁阻，可出现胃脘剧痛，脘腹痞满，大便秘结、腐臭、苔黄．这时需要苦寒泄热，行气散结，消积导滞。

方中大黄应视体质强弱和大便干燥程度而定，体壮便硬者大黄后下，体质一般者制大黄同煎，体弱大便不干者宜用大黄炭。本证治疗以消食导滞为主，由于宿食内停，胃中的气机阻塞，因此要兼顾行气。气机通畅可以加快饮食宿食的消化和排泄。在疾病的后期，宿食已消，脾胃功能未复，这时有明显的脾胃虚弱症状，应给予健脾行气之剂做善后处理，但治疗中始终要强调饮食的调节。应禁止辛辣、油腻，严禁饮酒、生冷坚硬之品，对暴饮暴食导致的胃脘胀痛早期应适当控制进食，其它饮食所伤应给予半流质饮食。

中成药选用：①保和丸。②枳实导滞丸。③木香槟榔丸。④枳实消痞丸。⑤六味安消胶囊（贵州信帮制药有限责任公司）。

7.1.4　湿热阻胃

临床表现：胃脘热痛，胸脘痞满，口苦口粘，头身重着，纳呆嘈杂，肛门灼热，大便不爽，小便不利，舌苔黄腻，脉滑数。

病机分析：湿热困阻中焦，气机不畅，由于机体不能运化水谷之湿，复感时令之邪，湿郁不解，郁而化热，湿热相结，困扰脾胃，运化失调，中焦阻滞不通，而导致胃脘胀痛，胸脘痞满，大便不爽之症；湿热交蒸，经络阻滞，气血失调而见头身重着，口干尿赤；胃中湿浊上逆故口粘纳呆，苔黄而腻；湿热蕴郁大肠故肛门灼热；湿热为患，因而脉象濡滑而数。数脉主热，濡滑之脉主湿。

转归：湿热胃病多呈急性胃脘痛，与饮酒、饮食辛辣有直接关系。辛辣与酒直接刺激胃腑，灼伤胃络，产生本证。湿热型胃脘灼痛，发病急剧，变化迅速，如果继续饮酒或辛辣饮食、坚硬饮食的刺激，可以出现胃络破损、呕血、便血。若在急性期及时运用清热利湿健脾和胃之剂，同时调整饮食，可使病情得到控制。由于湿邪重浊粘滞，即使在急性期正确的治疗控制病情其病程也比较长。如果在用药中过食苦寒辛燥之品，易于损伤脾胃阳气，所以要掌握用药尺度，后期应以健脾渗湿为主善其后。慢性胃脘痛多由于素体脾胃虚弱，或久居湿地，损伤脾胃，或饮食肥甘厚腻，内生痰湿，久而化热，出现脾胃虚弱，或肝郁日久化热，与胃脾湿邪相搏，形成肝胃郁热，湿邪内停。此证形成有一定的过程，在治疗中一般服药一周后，症状减轻，但舌苔仍然腻，说明脾胃之气未复，需要坚持善后调整，达到临床症状痊愈标准，并防止复发。

暑季感受暑湿之邪，脾胃被湿热困阻，亦可形成本证。

治法：清化湿热，和胃止痛。

方药：连朴饮（《霍乱论》）合六一散（《类证治裁》）加减。

黄连　厚朴　栀子　清半夏　吴茱萸　藿香　六一散（包）

加减：偏热者加黄芩、大黄以加强清热泄火之力；偏湿者加薏苡仁、佩兰、荷叶以增

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

强芳香化湿之力。若见肝胃郁热，迫血妄行者加犀角、生地、丹皮、大黄、三七等苦寒清热，直折其火、凉血止血，清热解毒，使火降气顺则血自止。

临证参考：本证的治疗要以清热除湿并行。在治疗过程中，有偏盛，有转化过程。热邪偏盛者，在治疗中，往往后期热邪消退，湿邪仍然存在，这时要以健脾利湿为主。

中成药选用：①藿香正气丸，②香薷丸，③十滴水，④片子黄，⑤香连丸。

7.1.5 瘀血停胃

临床表现：胃痛如割，痛久拒按，痛处不移，呕血黑便，入夜痛甚，通彻胸背，食后痛重。舌赤带紫黯或舌质黯红，或有瘀斑；脉弦涩。

病机分析：脾为统血之脏，胃为多气多血之府。胃痛日久则血行不畅，气机阻滞，终则导致瘀血内停，胃络壅塞，“不通则痛”，故胃痛剧烈，状如针刺刀割。昼为阳，夜为阴，昼则阳盛，夜则阴气盛，血亦为阴，故昼轻夜重。瘀血有形，故痛有定处而拒按，进食则食与瘀并，所以食则痛甚。瘀伤胃络，血溢于脉外上逆出于口则为呕血，下渗于大肠出于后阴则为便血、黑便。血瘀则舌少滋荣，故舌质紫黯或边有瘀斑，血瘀则脉道血行不畅，所以脉涩。

转归：早期可能出现气滞肝郁征候，继而郁久入络，瘀血内停。瘀血停于胃中。郁久化热，热邪可迫血妄行，常因情志因素引起出血症。脾气虚弱，气不行血，瘀血停滞者，常因饮食不当损伤胃络，脾不统血，而引起出血症。当疼痛加剧或疼痛突然消失时，应注意大便颜色，观察是否黑便。当恶心呕吐应引起高度重视。当呕吐大量残食、清水时，可转为“反胃”证。胃痛日久，瘀血凝滞，脾胃之气衰竭，病情加重，胃脘刺痛剧烈，持续时间延长，胃脘痞满，或胃有积块，而形成“痞证”或“积证”。

治法：理气行郁，活血化瘀。

方药：丹参饮（《时方歌括》）和失笑散（《太平惠民和剂局方》）加减。

丹参　生蒲黄　五灵脂　生大黄　檀香　三七粉（冲）

加减：呕血伴舌质红，苔黄脉弦数者，属肝胃郁热，迫血妄行，宜加黄芩、黄连、白茅根、丹皮等，清热泻火，凉血止血。出血色黯红，面色萎黄，四肢不温，舌淡脉弱者，属脾胃虚寒，脾不统血，宜加入参、黄芪、仙鹤草等温脾益气，统摄止血。出血量多而证状较重者，可加阿胶、白及、十灰散以加强止血作用。

临证参考：本证在治疗过程中，始终以活血为中心，但也要随时防止出血，没有出现出血时以行气化瘀为主，佐以活血止血剂预防出血；当出现出血症时，当以止血为先，佐以活血化瘀；当出血过多时，应考虑是否虚脱，应及时益气补血。

中成药选用：①元胡止痛片，②失笑散，③九气拈痛丸，④丹参片。

7.1.6 痰饮停胃

临床表现：胃脘痞痛，胸腹堵闷，呕吐痰涎，口粘不爽，肢体沉重，口淡不饥，舌白厚腻，脉弦滑。

病机分析：肺主治节，脾主运化，肾主开合，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，则胃脘痞痛，胸腹堵闷；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

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

重；痰浊内盛，故苔白厚腻；脉弦主痛，滑主痰饮。

转归：本证多见于素体肥胖和痰湿较盛之人。多由于外感湿邪或过食厚腻，或生食饮食。本病发病原因是慢性过程，早期发病时可因饮食原因急性发作。由于痰湿重浊粘滞，此病病程比其它症型病情缠绵，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，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》）化裁。

茯苓　桂枝　白术　制半夏　陈皮　枳实　荜茇　炙甘草

加减：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，加苏梗、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、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。若痰火犯胃，症见胃痛急迫，痞满拒按，而赤烦躁，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。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。若痰浊阻胃，胃气上逆，症见胃痛脘胀，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出宿谷不化，挟有痰涎，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。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。

临证参考：本证治疗以健脾燥湿为基本法则，必用法夏、陈皮、白术、茯苓，同时行气渗湿。气行水则行，气滞则水湿难去。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。

中成药选用：①香砂养胃丸，②香砂枳术丸，③木香槟榔丸，④胃苓丸。

7.1.7　蛔虫扰胃

临床表现：脘胁突发窜痛，痛剧难忍，辗转不安，甚至汗出肢冷而厥，痛止则安静如常人，吐蛔或便蛔，能食面瘦，面有虫斑，或夜寐磨齿，口角流涎，舌淡红，苔白或微黄或见花斑，脉乍大乍小弦数。

病机分析：本证多见于素有虫积者，虫居肠中，吮吸水谷精微，耗伤了人体气血，故嗜食而面黄饥瘦。蛔虫可因“脏寒”、“胃热”或“寒热错杂”“饮食不节”使蛔虫不安其位，由肠上窜人胃，发为脘痛，呕吐或吐蛔；若蛔虫钻人胆道，气机阻滞则发为绞痛。痛则阳气不达，故四肢逆冷，虫静则痛止，虫动则痛作。苔黄或微黄，乃寒湿或湿热之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉之大小与痛之作止相应。脉弦主痛，数主热。

转归：本证发病有明显特征，发病前有一段时间的蛔虫的直接侵入，使胃腑损伤。除剧痛外，可以出现恶心呕蛔。中气虚损是诱发蛔虫感染的原因。蛔虫的感染必影响脾胃的消化功能。由于蛔虫可以通过肠道上行到胃；当吸收时可伤及胃络出现胃络损伤出血、黑便，当影响胃的正常蠕动时可引起呕吐不止，当钻入胆道可出现胁痛，甚至影响肝胆疏泄功能，胆汁循环不循常道出现黄疸。

治法：安蛔止痛。

方药：乌梅丸（《伤寒论》）加减。

乌梅肉　人参　黄柏　细辛　桂枝　干姜　炮附子　当归　川椒　炒黄连

临证参考：针对蛔虫对药物的反映，驱虫一般分二步。首先以酸安蛔，使蛔虫安静，减轻疼痛，继而用驱虫剂。所以早期用乌梅丸，而后用追虫丸、化虫丸、使君子散。后期应健脾扶正，在消除虫积时，应运用行气消积，加速肠胃的排虫功能。

中成药选用：①乌梅丸，②使君子散。

7.1.8　脾胃虚寒

临床症状：胃凉隐痛，喜按喜热，纳少便溏，畏寒肢冷，得食痛减，遇冷痛重，餐后饱胀。口淡流涎。舌淡有齿痕，舌苔薄白，脉沉细迟。

病机分析：脾胃虚寒属脾虚中寒、中阳不振，故胃脘冷痛，得食扶正以抗邪，痛得以减、寒得温而散，得冷则凝，故喜温喜按而遇冷则痛甚，脾虚中寒，水不运化而上逆，则口淡多涎，下渗则便溏，受纳水谷失常则纳呆，中气不足，脾虚不运则倦怠无力，舌淡，脉细弦，均为脾胃虚寒之象。

转归：本证多见于素体虚弱病人，以慢性胃脘痛为多见。长期的劳累、饮食所伤，或服寒冷药过度，久病不愈均使脾胃中阳损伤。当脾胃虚寒时，又最易感受外感风寒，加重胃脘痛。或饮食稍有不慎，引发胃脘隐痛。脾胃虚寒，运化失职，饮食和水液积滞于中，成痰生饮，而痞满、心悸、眩晕、呕恶。寒凝血滞，气虚血行无力，久之导致血瘀经络，出现胃脘疼痛，病久难愈，甚至便血梗阻。

治法：益气健脾，温中止痛。

方药：黄芪建中汤（《金匮要略》）合理中汤（《伤寒论》）加减。

黄芪　党参　桂枝　白芍　干姜　甘草　延胡索

加减：兼见泛吐酸水痰涎者，加陈皮、姜夏、白术、茯苓以健脾助运、化痰除湿；兼嘈杂泛酸者加乌贼骨、煅瓦楞和吴茱萸以暖肝制酸。内寒偏盛者加附子、蜀椒，去桂枝改用肉桂以加强温中散寒之力。

临证参考：本证属内寒证，故诸药宜炙宜炒，不可生用，芍药宜久炒用量宜大，30克以上止痛效果更好。当痛止之后可用香砂六君汤进行调理。本证在治疗过程中如辛温太过，可致伤阴或化热。

中成药选用：①桂附理中丸，②理中丸，③香砂六君丸、④温胃舒胶囊（合肥神鹿药业有限公司），⑤肉蔻四神丸。

7.1.9　胃阴亏虚

临床表现：胃热隐痛，口干舌燥，手足心热，纳呆干呕，空腹症重，似饥不食，或有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大便干结，舌红少津，或有裂纹无苔，脉细数。

病机分析：胃阴不足，或为素体阴虚，脾虚不能为胃行其津液，或热病耗损胃阴；或久病中虚，生化乏源，如溃疡病术后，胃津生化乏源；或胃腑出血，津液亏损，均可导致胃阴不足，胃失濡养，气机不畅，上不布津，则胃脘灼痛，口燥咽干，舌红少津或有裂纹；胃阴不足，虚火内扰，则见心中烦恼，手足心热；气津不足，纳少不化，嘈杂干呕，渴欲含漱；阴虚液耗，无以下溉，肠道失润，而大便干结，脉象细数，乃阴虚内热之征。

转归：本病多见于慢性胃脘痛，素体阴虚者易导致本证，多由于其他证演变而形成，如肝郁化火，饮食辛热，湿郁化热，实邪滞久化热，药物辛热太过。这些化生的热邪均可伤及胃阴，导致胃阴亏虚。胃阴亏虚证可以单独出现，也可以兼于其他证中出现，可与热、湿、瘀并存，也可因气虚不能为胃引其津液导致气阴两虚。胃阴亏虚日久，最易迫血妄行，出现呕血、便血；失血又会加重胃阴更加亏之。胃阴虚亏日久，胃失濡养，也可导致胃痞证。

治法：育阴生津，益胃止痛。

方药：益胃汤（《益胃汤》）合芍药甘草汤（《伤寒论》）化裁。

北沙参　麦冬　鲜生地　玉竹　白芍　淡竹叶　生石膏　天冬　甘草

加减：兼灼痛嘈杂泛酸者加黄连，少佐吴茱萸以疏泻肝热。肝火伤阴者加丹皮、栀子、石斛清泻肝热而养阴；肝胃火盛，灼烁肾阴加黄柏、知母、熟地、栀子泄肝肾之火，补肝肾之阴；胃火盛者加生石膏、生大黄清胃泄火；兼有气郁气滞者，宜用绿萼梅、香橼、佛手等疏肝解郁而不伤阴的理气药。

临证参考：阴津已伤者，要慎用香燥理气药。

中成药选用：①益胃止痛口服液，②养阴清肺膏，③养胃舒胶囊（合肥神鹿药业有限公司）。

7.2 辨病论治

7.2.1 急性胃炎

临床表现：起病急骤，常伴有剧烈的胃脘痛或上腹不适、嗳气、恶心、呕吐（呕吐物多为胃液、食物残渣等）。部分病例合并肠炎、腹泻，甚至上消化道出血。严重的患者因呕吐、腹泻剧烈可导致脱水、电解质紊乱、酸中毒和体克。

体征：可见上腹部或脐部轻度压痛，肠鸣音亢进。

检查：

(1) 实验室检查：对不洁污染食物进行细菌培养，腐蚀剂分析。急性期血中性白细胞记数大多增高。

(2) 胃镜检查：主要变化是胃粘膜充血水肿，表面有片状渗出物和粘液，粘膜皱裂上有散在细小的出血点、糜烂或小脓肿。

应激性胃糜烂大多数散布于全胃，以胃底和胃窦部居多。腐蚀性胃炎原则上禁作胃镜检查，以免引起胃穿孔。

主症分析：急性胃炎以胃脘痛和呕吐为主要临床症状。胃主受纳和腐熟水谷，为六腑

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之一，其性以通降为顺。若因病邪犯胃，胃失通降，气机失调，阻滞不通，不通则胃痛，和降失司，胃气上逆，轻则嗳气恶心，重则呕吐频作。

急性胃痛发病急，病程短，属实证，如气滞、寒滞、食滞等。本病大致可以分为饮食积滞证、寒邪犯胃证、湿热中阻证、毒物犯胃证。

治疗原则是：急则治标先止痛，缓则标本兼治证。

方药：

(1) 止痛药的选用：①寒痛选胃气止痛丸或附子理中片。②气痛选气滞胃痛冲剂或气痛丸。③瘀痛选元胡止痛片。

(2) 标本兼治选用：①饮食积滞选保和丸（《丹溪心法》）加味。药用陈皮、半夏、茯苓、焦山楂、神曲、莱菔子、木香、厚朴。食积化热便秘加大黄、枳实；呕吐甚加藿香、苏梗。②寒邪犯胃选黄芪建中汤（《金匮要略》）加减。药用炙黄芪、桂枝、炒白芍、香附、高良姜、炙甘草、生姜、大枣。若泛吐清水者加姜半夏、陈皮；大便溏泻加吴茱萸、罂粟壳。③湿热中阻选三仁汤（《温病条辨》）加减。药用薏苡仁、白蔻仁、杏仁、清半夏、厚朴、通草、赤茯苓、竹茹。胃脘痛甚者加延胡索、枳壳；湿热盛者加茵陈、蒲公英，黄芩；口粘纳呆加藿香、佩兰、焦山楂。④毒物犯胃选瓜蒂粉 15g 沸水冲服。本方用于食毒物 2～3 小时内，神志尚清或呕吐反射尚存在的情况下使用。凡腐蚀性毒物引起的食道及胃粘膜损伤者禁用。绿豆 60g 煎水取汁 500ml 洗胃，也可反复多次。用于服毒在 4～6 小时内，有呕血、便血者禁用；腐蚀性毒物引起的食道及胃粘膜损伤者禁用。绿豆 60g、甘草 12g、芦根 30g 水煎服，可兑入姜汁 10 滴、泽泻叶 3g 内服，清除肠道积滞之毒。

转归与预后：本病多因饮食不慎所致，是自限性的病理过程，病程短，只要积极针对病因治疗，一般短时间内可以治愈，绝大多数病人预后良好。对腐蚀性毒物的服食引起胃粘膜的出血糜烂，除必要的止痛、消炎止血外，必须有严格的饮食限制，同时补充入体的营养，治疗时间一般在二周以上，预后稍差。个别人并发消化道大出血、体克，因失治误治造成严重后果。

7.2.2 慢性萎缩性胃炎

临床表现：①上腹胃脘部胀痛、钝痛，痞闷、嗳气、或腹部、胁部、胸部胀满，或见胃脘堵塞感。痞闷症状较上腹疼痛顽固。嗳气频繁发作，有持续声音响亮者，或见间断声低者。②食欲减退者甚至无食欲，或虽有食欲，但进食后或进食过量，或进食生冷后既感胃脘部胀满不适或消化不良。③或有大便秘结，口苦口渴，或便溏 1 日数次，肠鸣音亢进。④或有泛酸烧心或嘈杂不适。

体征：上腹胃脘部压痛，或深压不适感。

检查：

(1) 实验室检查：

①胃液检查：正常胃内容物 pH 值为 1.3～1.8，如刺激后，最大分泌时得 pH 值 > 6.0 则可诊断为真正胃酸缺乏。A 型 CA 患者无酸或低酸，提示壁细胞数量显著减少；B 型 CA 患者大多正常或正常值低限，但一般不会泛酸。

②血清胃泌素含量测定：胃窦部粘膜细胞分泌胃泌素。A 型 CA 患者细胞数量不减

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

少，因而血清胃泌素显著增高；B型CA患者胃窦粘膜细胞萎缩，直接影响细胞分泌胃泌素功能，血清胃泌素低于正常。

③幽门螺旋杆菌（HP）测定及其抗体测定：在CA伴有活动性胃炎时，检查常呈阳性。

（2）胃镜检查：粘膜颜色呈灰白、灰黄、灰或灰绿色；同一部位的粘膜深浅不一致，红色强的地方也带有灰白色，一般灰黄、灰白色的地方也有略隆起的小红点或红斑存在；萎缩粘膜的范围可以是弥漫的甚至是小灶状的，粘膜变薄而凹陷，境界常不明显。粘膜下血管透见，萎缩初期可透见粘膜内小血管，重者可见到粘膜下的大血管如树枝状，暗红色，有时犹如在粘膜表面上，易与皱裂相混；胃底贲门的血管正常时也可见到。

主症分析：慢性萎缩性胃炎主症为胃脘部疼痛，多因情志失调，意欲不遂，或思虑过度等各种原因致气机不畅，则腹胀脘痞，纳呆食少。肝木克土，胃失和降则胃脘胀满，嗳气、大便不畅。胃痛日久，郁热伤阴，胃络失养，阴虚津少上乘则口燥咽干或口渴，肠道失润则大便干燥，也有因饮食不节，过食肥甘，湿热内生而致胃脘痛，气机阻滞，胃失和降日久，必然会影响血液运行，血液流动迟缓而血瘀，或久病气虚，推动血行之力，致血液运行迟缓、血液不畅而致瘀血，瘀血又能阻滞气机，气滞与血瘀互为因果，形成恶性循环，故疼痛固定不移且缠绵难愈。

本病大致可以分为湿热证、瘀血证、气虚证、阴虚证、阳虚证。

治法：湿热证宜清热化湿，通降气机。瘀血证宜活血化瘀，通络止痛。气虚证宜补中益气。阴虚证宜养阴清热，益胃生津。阳虚证宜温中散寒，健脾助运。

方药：

（1）湿热证选用三仁汤（《温病条辨》）加减。药用杏仁、白蔻仁、薏苡仁、厚朴、半夏、通草、滑石、竹叶、黄连、茵陈、丹参。恶心呕吐者加竹茹、生姜以和胃降逆；兼表湿者加香薷、藿香以解表化湿；食欲不振明显者加内金、神曲、麦芽以消食导滞。

（2）瘀血证选用失笑散（《太平惠民和剂局方》）加味。药用蒲黄、五灵脂、延胡索、地龙、青皮。兼气虚加黄芪、黄精以益气；血瘀气滞，疼痛剧者可改用少腹逐瘀汤。

（3）气虚证选用补中益气汤（《脾胃论》）加味。药用党参、黄芪、白术、当归、陈皮、甘草、升麻、柴胡、砂仁。夹食滞者加莱菔子、麦芽等消食导滞；气血两虚者加枸杞子以益气补血；兼出血者加生三七、白及以化瘀止血。

（4）阴虚证选用益胃汤（《温病条辨》）加减。药用沙参、麦冬、生地、玉竹、柴胡、地骨皮。夹湿者加茵陈、黄芩以清热化湿。

（5）阳虚证选用小建中汤（《伤寒论》）合良附丸（《良方集腋》）加减。药用桂枝、芍药、饴糖、大枣、炙甘草、黄芪、高良姜、陈皮。

转归：早期萎缩性胃炎经及时正确的治疗，病变部位萎缩的腺体是可以恢复的，改变了以往对CA不可逆转的认识，单纯萎缩性胃炎伴有中、重度肠上皮化生及重度不典型增生者，或伴癌胚抗原阳性的病人，被认为属癌前期病变，我国学者研究本病癌变率约2%～3%，应当引起足够的重视。在纤维胃镜及活组织检查确诊后，一般建议1～3个月之内纤维胃镜复查，同时也应及时服用中药治疗。手术后萎缩性胃炎者因其长期受胆汁反流的刺激，癌变率较高，更应采取积极措施，减轻碱性反流液的刺激，预防癌变的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

发生。

7.2.3 慢性浅表性胃炎

临床表现：可无症状，或诉消化不良，胃脘饱胀、烧灼、钝痛，常见刺激性食物或食物过冷过热而加重。或伴嗳气、恶心、呕吐。临床无明显特异性，也少发生出血。本病典型的症状是胃脘疼痛和烧灼痞满。

体征：常见的体征为中上腹轻度压痛。

检查：

（1）实验室检查：胃酸分泌多正常或轻度减少与升高。

（2）胃镜检查：胃粘膜间质充血、水肿、红白相间，粘膜皱襞顶端浅样出血，粘液增多，粘膜有斑点状糜烂或出血。粘膜活检，病理检查发现粘膜浅表层炎细胞浸润，腺体正常。

（3）X线无阳性发现。

主症分析：慢性浅表性胃炎胃脘痛是因为饮食所伤，影响脾胃的运化升降，或七情内伤，气机逆乱，升降不利；或由于急性胃炎误治失治，由表入里，由气分入血分，或五脏疾病失于调治，脾胃受累，使脾清阳不升，胃浊阴不降，气机逆乱，阻滞于中，气机流通受阻，必导致痰饮内生，瘀血内停，不通则痛。本病多为虚实夹杂，寒热兼见。

本病大致分为胃气壅滞证，肝胃郁热证，痰湿内阻证，饮食积滞证，脾胃虚弱证，脾胃虚寒证，虚火灼胃证。

治疗原则：临床所见，慢性浅表性胃炎病机错综复杂，很难固定于某一个证，具体辨证时，须谨查阴阳、气血、脏腑、虚实，或一法独进或数法兼用，方能切中病机。一旦辨证得法，必须守法守方，持之以恒。

治法：胃气壅滞证宜理气开郁，和胃通降；肝胃郁热证宜泄肝清热，和胃通降；痰湿内阻证宜祛湿化痰，顺气宽中；饮食积滞证宜消食导滞，理气和胃；脾胃虚弱证宜甘湿益气，健脾和胃；气阴两虚证宜甘平调中，益气养阴；虚火灼胃证宜酸甘化阴，滋胃和中；脾胃虚寒证宜辛甘通阳，补虚健中。

方药：

（1）胃气壅滞证选用香苏散（《和剂局方》）加味。

香附　苏梗　橘皮　枳壳　大腹皮　香椿皮　佛手　甘草

偏寒加高良姜；胀甚加鸡内金、焦三仙；胁胀加紫苏、青皮、郁金；痛甚加川楝子、延胡索；吞酸加左金丸、乌贼骨、瓦楞子。

（2）肝胃郁热证选用左金丸（《丹溪心法》）合化肝煎（《景岳全书》）加减。

黄连　吴茱萸　白芍　青皮　陈皮　栀子　泽泻

口苦便秘加龙胆草、大黄；肝火上炎，头痛目赤加菊花、钩藤、刺蒺藜；吞酸嘈杂加煅瓦楞子、乌贼骨；食滞加鸡内金、谷芽、麦芽、山楂；兼加湿浊而见脘闷纳呆，口苦口粉，苔黄腻，加厚朴、草蔻仁。

（3）痰湿内阻证选用平陈汤加减。

苍术　厚朴　陈皮　半夏　茯苓　枳壳　旋覆花　草蔻仁

气弱痰湿，气逆不降而心下痞硬，嗳气不除，用旋覆代赭石汤；素有痰浊又感风寒，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用香苏散加葱白、豆豉、枳壳、桔梗；痰热口苦恶呕，黄腻苔用温胆汤加味。

(4) 饮食积滞证选用保和丸（《丹溪心法》）加味。

焦三仙　茯苓　半夏　陈皮　连翘　炒茉莉　枳壳　木香　砂仁

湿浊中阻，口粘、苔厚腻者合平胃散；若食积化热，烦躁、苔黄加黄连，兼大便秘结加大黄、槟榔；食积脾虚者加白术，或合枳术丸。

(5) 脾胃虚弱证选用甘温健胃方（出自北京中医药大学附属东直门医院）。

党参　黄芪　茯苓　苍术　芍药　木香　砂仁　当归　三七粉

便秘加扁豆，生薏仁，莲子肉；食后腹胀加香橼皮，佛手，鸡内金，焦三仙；头晕目眩加首乌，当归，阿胶。

(6) 气阴两虚证选用甘平养胃冲剂（出自北京中医药大学附属东直门医院）。

太子参　白术　炙百合　沙参　萼梅　八月札　香橼皮　鸡内金

盗汗加鸡内金，糯稻根。胃痛重加芍药甘草汤，恶呕嗳气合旋复代赭石汤。

(7) 虚火灼胃证选用酸甘益胃方（出自北京中医药大学附属东直门医院）。

沙参　麦冬　白芍　石斛　首乌　生甘草

胃痛重加丹参饮，目干胁痛加入一贯煎，热结津枯便秘加入增液汤，阴虚热盛加生石膏、知母、天花粉。

(8) 脾胃虚寒证选用黄芪建中汤（《金匮要略》）加减。

黄芪　白术　白芍　桂枝　甘草　生姜　红枣

有寒痛甚加入良附丸，泛吐清水加陈皮、姜夏、茯苓，泛吐酸水加左金丸，或加乌贼骨，煅瓦楞子。

成药选择：①脾胃虚弱证选用香砂六君丸。②肝胃不和证选用胃苏冲剂，疏肝理气丸。③气滞胃寒证选用气滞胃痛冲剂，三九胃泰，香砂养胃丸，温胃舒胶囊。④饮食积滞证选用保和丸。⑤胃阴亏虚证选用养胃舒。

转归：慢性浅表性胃炎是属于一种良性的慢性疾病，多数患者经过治疗和调养，做到持之以恒，预后良好。但也有少数患者治疗不当，发展成慢性萎缩性胃炎，使疾病迁延顽固。

7.2.4　消化性溃疡

临床表现：腹部疼痛可归结于局部性、缓慢性和节律性的胃脘部疼痛。胃溃疡疼痛多位于剑突下正中或偏左，十二指肠溃疡则位于腹正中或偏右，起病多缓慢，病程长达数年或数十年。胃溃疡疼痛多在餐后 1/2～2 小时发作，经 1～2 小时胃排空后缓解，其规律是进食→疼痛→缓解。十二指肠溃疡一般在餐后 3～4 小时发作，进食后缓解，其规律是进食→缓解→疼痛，也可晚间睡前或半夜出现疼痛，称夜间痛。胃溃疡位近幽门，其疼痛节律可与十二指肠溃疡相同。当溃疡较深，特别是穿透性者，疼痛可透及背部。本病呈周期性发作，与季节有关，秋末冬初最多。春季次之，夏季少见。与饮食、精神情绪治疗反应等有关。疼痛性质常为隐痛、烧灼样痛、钝痛、饥饿痛或剧痛，可为碱性药物所缓解。特殊类型溃疡如幽门管溃疡、球部溃疡或有并发症时，疼痛可不典型。

本病除疼痛外，兼有胃肠道症状，如嗳气、反酸、烧心、恶心、呕吐等。呕吐和恶心多反映溃疡具有较高的活动程度，大量呕吐宿食，提示幽门梗阻。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

体征：发作期如无并发症，可仅于上腹疼痛区有压痛点，一般较轻。后壁穿透性溃疡在背部第 11～12 胸椎两旁常有压痛。

检查：

（1）实验室检查：

①基础泌酸量及最大泌酸量测定有助诊断，胃溃疡的基础泌酸量正常或偏低，但不应为游离酸缺乏；十二指肠溃疡的最大泌酸量增高，但应小于 60mol/h。

②溃疡活动期大便潜血阳性。

③X 线钡餐检查可见龛影及粘膜皱襞集中等直接征象。单纯局部压部、激惹或变形等间接征象仅作参考。

（2）胃镜检查：可用于胃或（及）十二指肠球部、球后部见圆或椭圆形、底部平整、边缘整齐的溃疡。根据溃疡面所见，可分为：

①活动期：溃疡面为灰白或褐色苔膜覆盖，边缘肿胀，色泽红润，光滑而柔软。

②愈合期：苔膜变薄，溃疡缩小，其周围可见粘膜上皮再生的红晕；或溃疡面几乎消失，其上有极少的薄苔。

③疤痕期：溃疡而白苔已消失，变为充血的瘢痕；可见皱襞集中。

主症分析：

胃脘痛：因肝气郁结不能疏泄，横逆犯胃可出现胃脘胀痛，攻撑连胁；因瘀血停滞，脉络壅塞不通，所致胃脘痛，痛有定处而拒按，食后痛甚；肝郁化火，火扰于胃，胃气逆乱，可出现灼痛，痛势急迫；因脾胃虚寒，中气不适，中阳不振，胃失温养，所致胃脘隐痛，喜温喜按，空腹痛甚，得食痛减；胃痛日久，郁热伤阴，胃失濡养则胃脘隐痛，口燥咽干，舌红少津。

吐酸：病机有二：肝气犯胃，肝胃郁热；脾胃虚寒，中阳不运，皆可导致胃失和降而吐酸。

嘈杂：肝气犯胃，肝郁化热，湿热熏蒸，脾虚气滞，胃阴亏虚皆可引起嘈杂。

呕血、便血：多由于胃热炽盛，灼伤脉络，迫血妄行；或脾胃虚寒，中气不足，脾不统血；或久病入络，脉络瘀滞，血不循经而外溢所致。

嗳气、恶心呕吐：多因脾胃虚寒，肝胃不和，肝胃郁热，痰饮阻胃等致胃气上逆所致。

本病大致可分为肝胃不和证、脾胃虚弱证、胃阴亏虚证、瘀血停滞证。

治法：肝胃不和证宜疏肝理气，和胃止痛；脾胃虚弱证宜温中健脾，和胃止痛；胃阴亏虚证宜养阴益胃；瘀血停滞证宜温血化瘀，通络止痛。

方药：

（1）肝胃不和证选用柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

柴胡　白芍　香附　广木香　陈皮　延胡索　川楝子　甘松　枳壳　甘草

自觉胃脘发凉，喜热饮者加吴茱萸、干姜；胃中灼热苔黄加栀子、黄连；伴吐酸加乌贼骨、浙贝母或煅瓦楞子以制酸和胃；嗳气频繁加沉香、白蔻仁、苏子或代赭石以顺气降逆；嗳腐苔厚腻加神曲、麦芽、半夏、茯苓以消食和胃，苔质偏红有阴虚倾向，去香附加石斛、麦冬、郁香。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 脾胃虚弱证选用黄芪建中汤(《金匮要略》)合良附丸(《良方集腋》)加味。

黄芪　桂枝　白芍　高良姜　香附　党参　白术　茯苓　广木香　煅瓦楞子　炙甘草　生姜　大枣

泛吐清水明显者，加半夏、陈皮、干姜以温胃化饮；泛吐酸水明显者，加吴茱萸、乌贼骨、益智仁以温中制酸；大便潜血阳性者加炮姜炭、白及、伏龙肝、仙鹤草等以温中止血。

(3) 胃阴亏虚证选用一贯煎(《续名医类案》)加味。

沙参　麦冬　当归　生地　川楝子　枸杞　白芍　石斛　玉竹　佛手　生麦芽　甘草

胃脘灼热疼痛，吞酸嘈杂者，可配用左金丸；兼瘀血者，加丹参、云胡、赤芍、桃仁；气阴两虚兼乏力神疲加黄芪、太子参、山药；大便干结者加重生地用量，并加瓜蒌、火麻仁、紫菀以润燥通便。

(4) 瘀血停滞证选用失笑散(《太平惠民和剂局方》)合丹参饮(《医宗金鉴》)加味。

丹参　檀香　砂仁　生蒲黄　五灵脂　当归　赤白芍　党参　香附　延胡索　乌贼骨　甘草　三七粉

疼痛较剧者，加乳香、没药、九香虫、大黄以加强化瘀定痛，兼气滞者加柴胡、枳壳；瘀血日久，耗伤正气者，加黄芪、白术；兼呕血黑便者加生大黄、白及、藕节化瘀止血。

转归：治愈一个活动的消化性溃疡一般是不困难的。但如何避免溃疡的复发，即真正治愈消化性溃疡，目前尚无理想的方法。内科治疗约有 10% 的难治愈率和很高的溃疡复发率，大量资料提示，5 年内的复发率为 50% ~ 90%，一般认为胃溃疡的复发率低于十二指肠溃疡，坚持积极治疗，可望降低复发率。

本病的病死率约为 0.48% ~ 3.6%，25 岁以前的病死率几乎等于零，以后则按年龄而增加，年老患者预后较差。溃疡病的死亡原因主要是并发大出血和穿孔。胃溃疡合并出血病死率明显高于十二指肠溃疡合并出血。外科手术可治愈内科治疗失败的消化性溃疡，但仍不免有手术后的并发症和术后溃疡的复发。

7.2.5　胃粘膜脱垂症

临床表现：一般表现为上腹部疼痛，进食有时可使疼痛加重，一般在饭后 1/2 ~ 1 小时左右出现，疼痛性质可表现为钝痛、胀痛，或绞痛。右侧卧位可使疼痛加剧，左侧卧位可使疼痛缓解或减轻。此外，本病还常伴有消化不良症状，如上腹部胀满，嗳气，反酸，纳呆，食后反胃，恶心，呕吐等。在发生幽门梗阻或持久性脱垂时，粘膜可发生嵌顿或狭窄，出现严重的恶心呕吐，或持续上腹部剧痛。如脱垂的粘膜发生溃烂，则可合并上消化道出血，在出血前数日或数小时大多有恶心呕吐，不规则的胃脘痛。进食后可诱发或加重，呕吐后可缓解，而制酸药物无效。

检查：

(1) X 射线钡餐检查：十二指肠底部可见“伞状”或“蕈状”或“菜花样”改变，也可见蜂窝状或分叶状，条形胃粘膜皱裂连续通过幽门环进入球底部。

(2) 胃镜检查：可见在胃蠕动波到达幽门后，胃粘膜堆积伴随幽门口收缩而将其推回幽门窦部，呈唇状翻卷突入胃腔，多伴有胃蠕动亢进及肠炎、胆汁反流。脱垂的胃粘膜表

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

面可有充血及糜烂，甚至形成溃疡。

主症分析：中气亏虚，虚中夹实，胃气不降，气血阻滞，发为胃脘痛。脾胃虚弱，运化不及，升降失常，宿食停滞，气机阻滞可出现胃脘胀痛、呕吐宿食、嗳气纳呆；脾胃虚弱，失于健运、水饮内停，所致呕吐痰涎清水，腹中有振水音；中焦虚寒，中阳不振，胃失温养，不能消化水分所致胃脘隐痛，喜温喜按，或呕吐反胃，神疲乏力，食少便溏，脉虚。寒热互结，气机受阻，胃脘痞满腹胀，烧心吞酸，喜温，便结或便溏，口干苦，苔黄或黄白相兼；中气虚弱，气虚不能运血，瘀血内停，可见胃脘刺痛，痛有定处而拒按，食后痛甚，舌质黯或紫。

本病一般分为脾胃虚弱证、脾胃虚寒证、寒热夹杂证、气虚血瘀证。

治法：脾胃虚弱证宜健脾和胃，升清降浊；脾胃虚寒证宜温脾化饮，和胃降逆；寒热夹杂证宜辛升苦降，平调寒热；气虚血瘀证宜益气健脾，化瘀定痛。

方药：

(1) 脾胃虚弱证选用四君子汤（《太平惠民和剂局方》）合丹参饮（《时方歌括》）加味。

党参 白术 茯苓 丹参 檀香 砂仁 生蒲黄 五灵脂 莪术 红花 枳实 炙甘草

若兼血虚者加当归、白芍、川芎、养血补血，兼气虚下陷者加柴胡、升麻、黄芪以益气养精；舌干津少欠润，阴津不足者，去白术、党参，加太子参、石斛、麦冬、生山药等以养阴益胃生津；伴黑便或大便潜血阳性者，去莪术，改用炒蒲黄，加乌贼骨、大黄炭、白及、三七等化瘀止血。

(2) 脾胃虚寒证选用香砂六君汤（《时方歌括》）加味。

党参 白术 茯苓 陈皮 半夏 枳实 木香 砂仁 煅瓦楞子 炙甘草 生姜

吐酸较重、反胃呕吐者，加吴茱萸、旋覆花、代赭石和胃制酸，降逆止呕；脘胀，苔白腻，加苍术、厚朴、藿香、白蔻仁，化湿醒脾；食滞加神曲、谷麦芽；中气下陷，脘中坠胀，倦怠无力，气短懒言，食少便溏，脉虚者，改用补中益气汤加枳实升阳举陷；兼见黑便，大便潜血阳性者，加炮姜炭、灶心黄土、仙鹤草、白及、三七参以温中止血。

(3) 寒热夹杂证选用理中汤（《伤寒论》）合小半夏加茯苓汤（《金匮要略》）加减。

党参 白术 干姜 半夏 茯苓 吴茱萸 桂枝 陈皮 枳实 甘草 生姜

若饮停较甚者，加椒目以利水导饮；小便不利加猪苓、泽泻利小便。

(4) 气虚血瘀证选用半夏泻心汤（《伤寒论》）合左金丸（《丹溪心法》）加味。

党参 半夏 黄连 黄芩 干姜 吴茱萸 陈皮 延胡索 茯苓 煅瓦楞子 炙甘草 生姜

脘中痞满较甚者，加瓜蒌、枳壳以行气宽中。疼痛明显，脘中畏寒加高良姜、香附，呕吐明显者加苏叶、黄连。

转归：由于本病常常伴有胃窦部粘膜慢性炎症、慢性十二指肠球炎、消化性溃疡等疾病，所以临床治疗要积极配合这些并发疾病。同时本病常合并上消化道出血及幽门梗阻，所以在临床治疗时，要积极预防这些合并症的出现，一旦出现后，须积极进行处理。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.6 急性胰腺炎

临床表现：突发胃脘钝痛、钻痛或刀割样疼痛，疼痛逐渐加重至持续性剧痛，疼痛向腰背部放射，少数表现为腹痛，反复剧烈恶心呕吐，发热或恶寒，烦渴多汗，严重者可迅速呈现厥脱之象。

体征：水肿性急性胰腺炎有上腹部压痛，伴肌紧张和反跳痛。出血坏死性胰腺炎肠鸣音减弱致消失。有较轻的黄疸。

检查：

(1) 实验室检查：

血白细胞：早期出现白细胞计数增高，在 10000～20000/mm^3 之间，中性粒细胞明显增多，重者超过 20000/mm^3。

淀粉酶：血清与尿淀粉酶升高。淀粉酶肌酐清除率比率升高。

血糖、尿糖：暂时性升高。

血清正铁白蛋白：呈阳性。

(2) X 射线检查：为急性、慢性胰腺炎主要诊断方法，腹部平片可见哨兵襻或肠麻痹表现，弥漫性模糊影提示存在腹水，腹膜后气泡影提示胰腺脓肿。

(3) B 超：水肿型显示胰腺呈均匀性增大，回声减低，胰腺界限不清；出血坏死型显示胰腺呈普遍增大，回声不均匀，或有散在回声，胰腺表面不光滑，有渗液，可清晰显示假性囊肿及脓肿。

主症分析：暴饮暴食，停积不化，胃肠气机痞塞阻滞，胃脘胀痛；气机阻滞，瘀血内阻，胃脘疼痛剧烈，钝痛、钻痛或刀割样疼痛，痛处固定，拒按；或饮食失节，食积胃肠，损伤脾胃，湿浊内蕴，阻遏气机，继而化热，湿热内阻，出现身热不扬、黄疸；痰浊内停，脾胃损伤，气机升降失常，胃气不降则恶心、呕吐，腑气不通则矢气不通、大便秘结；情志拂郁，宿食停积，痰湿内蕴，腑气壅滞，气血淤阻均可化热，或实热内结而导致发热，烦渴多汗。

本病一般分肝郁气滞证、肝胆湿热证、脾胃实热证、食积热结证、蛔虫上扰证。

治法：肝郁气滞证宜疏肝理气，活血化瘀；肝胆湿热证宜疏肝利胆，清热化湿；脾胃实热证宜通里攻下，清热理气；食积热结证宜消食导滞，泄热通便；蛔虫上扰证宜安蛔和中，理气止痛。

方药：

(1) 肝郁气滞证选用柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。

柴胡　白芍　枳壳　陈皮　香附　郁金　桃仁　丹皮　延胡索　川楝子　当归尾　甘草

若大便秘结者，加生大黄、番泻叶以通腑；兼食滞者，加山楂、鸡内金、炒莱菔子以消食导滞；恶心、呕吐者加半夏、旋覆花降逆止呕；发热者加黄芩、菊花、红藤；矢气不通者加青皮、厚朴。

(2) 肝胆湿热证选用茵陈蒿汤（《伤寒论》）合大柴胡汤（《伤寒论》）加减。

茵陈蒿　栀子　生大黄　柴胡　芍药　枳实　丹皮　半夏　黄芩　龙胆草

湿热重加金钱草、黄连、黄柏；热毒重者加二花、野菊花、红藤；呕吐甚者加旋覆

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

花、代赭石、竹茹；腹胀者加大腹皮、木香。

(3) 脾胃实热证选用大承气汤（《伤寒论》）合血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

生大黄 厚朴 枳实 芒硝 柴胡 红花 桃仁 黄连 栀子 连翘

痞满燥结者可用大承气汤灌肠；热甚者加银花、野菊花、红藤，或重用生大黄，加生地。

(4) 食积热结证选用枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》）加减。

大黄 枳实 神曲 山楂 厚朴 陈皮 黄芩 黄连 木香 甘草

呕吐者加姜半夏、姜竹茹；腹胀甚者加带皮槟榔、莱菔子。

(5) 蛔虫上扰证选用乌梅丸（《伤寒论》）加减。

乌梅 黄连 黄柏 川楝子 川椒 白芍 木香 干姜 延胡索 槟榔 甘草

转归：本病的发病率高于慢性胰腺炎，以青壮年女性多见，约有40%～50%合并胆道疾患，病程80%～90%为良性；本病来势急骤，严重者可迅速呈现一派厥脱之象；一般采取内科治疗，在除去促发因素和治愈并发症后多数在1～3星期可以完全恢复正常。其中少数患者转为慢性胰腺炎。少数严重患者伴腹膜炎、休克、肾功能衰竭、呼吸衰竭等，乃至死亡。总的死亡率约占2%～10%。现代临床报道中西医结合治疗本病，可降低手术率和死亡率。

7.2.7 慢性胰腺炎

临床表现：胃脘疼痛，呈阵发性反复发作隐痛或钝痛，病情发展可持续性刺痛、剧痛。腹胀、纳呆、恶心、嗳气、腹泻或脂肪泻，或身目黄染，体倦乏力、形体消瘦。

体征：上腹部压痛，消瘦。

检查：

(1) 实验室检查：

①血白细胞：慢性胰腺炎在急性发作期血白细胞可升高，如合并胆道感染时明显升高。

②大便显微镜检查：粪便中含有未消化肌肉纤维和脂肪滴。

③血淀粉酶：一般血淀粉酶无明显升高，在急性发作时可显著升高，测定血清胰腺型淀粉酶同工酶可辅助诊断慢性胰腺炎，中重度胰腺分泌功能不全时明显降低。

④血糖及糖耐性实验：慢性胰腺炎合并糖尿病时空腹血糖可升高或糖耐性实验异常，可为诊断慢性胰腺炎提供参考依据。

(2) X射线检查：腹部平片显示腰椎1～3左侧胰腺区有钙化，对诊断有肯定价值。

(3) B型超声：为胰腺弥漫性增大，胰腺实质密度不均匀，回声不均，或胰腺边界不清，有的可见胰管扩张或不均，有的胰管内见强回声光团，提示可能有胰管结石，胰腺钙化时可见胰腺区片状强回声区。

主症分析：慢性胰腺炎一般都是急性胰腺炎的后遗症。本病为虚实夹杂之证，不同的患者因为体质、病邪各不相同，有偏实偏虚之差异。饮食、七情、石积、蛔虫所伤，邪阻胃肠，气机失于通降，腑气不得疏泄，横逆犯胃；或气滞日久，病及血分，气血郁结，胃失和降；或寒热实邪直客胃腑，肠胃失和；凡此病情缠绵日久，均可导致脾胃虚弱，邪积中脘，清浊逆乱，而出现胃痛、纳呆、恶心、呕吐、腹胀等症；脾胃升清降浊失调，水谷

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不化，清气不升反降，则见腹泻；脾胃失健，气血化生不足，常可由实转虚，形成虚实夹杂之候，致使难愈。长期反复发作，可导致营养不良，出现贫血、消瘦。

本病一般分脾胃虚弱，积滞不化；寒实结滞；实热结滞；气血结实。

治法：脾胃虚弱，积滞不化证宜健脾胃，消积滞；寒实结滞证宜温中导滞；实热结滞证宜通里攻下；气血结实证宜行气通瘀散结。

方药：

(1) 脾胃虚弱，积滞不化证选用香砂六君子汤（《时方歌括》）合保和丸（《丹溪心法》）加减。

香附　砂仁　半夏　陈皮　白术　焦三仙　木香　甘草

积滞重者加大黄、赤芍；口苦、胁胀者加柴胡、郁金；肝经有热者加栀子、茵陈蒿。

(2) 寒实结滞证选用大黄附子汤（《金匮要略》）加减。

大黄　附子　细辛　柴胡　枳实　厚朴　莱菔子

(3) 实热结滞证选用清胰汤（出自遵义医院）合小承气汤（《伤寒论》）加减。

柴胡　黄芩　黄连　白芍　厚朴　木香　枳实　大黄　延胡索　甘草

胃中积滞化热，邪热上冲，见口臭而渴，苔黄脉数者，加山栀、连翘、神曲、半夏、山楂；热结重者加重大黄用量，加金银花、蒲公英、半枝莲、白花蛇舌草；肝郁有热者加栀子、连翘赤芍、草河车。

(4) 气血结实证选用膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。

柴胡　赤芍　香附　延胡索　厚朴　枳壳　桃仁　红花　甘草

疼痛剧烈加白芍、川楝子；疼痛日久，瘀血甚有包块者可加三棱、莪术、生牡蛎或加五灵脂、生蒲黄、丹参；胀气明显者加大腹皮、带皮槟榔、莱菔子。恶心呕吐甚者加姜半夏、姜竹茹或沉香、旋覆花、代赭石；胸胁苦痛者加柴胡、白芍、枳壳；口苦泛酸者加吴茱萸。

转归：由于胰腺炎症的反复发作，胰岛遭到严重破坏，造成胰岛素的分泌减少，主要表现为糖尿病；由于外分泌减少可并发消化性溃疡；少数病人衍变为胰腺癌。

7.3　临床用药经验与体会

胃脘痛是中医常见的病证，所属西医疾病的范畴广泛。近代医家在长期的临床实践中潜心研究，积累了丰富的经验。由于他们所处的历史、地理环境等不同，用药经验各具特色，学术观点亦有不同，现就有关专家治疗胃脘痛的心得体会以及现代药理研究简述如下：

7.3.1　散寒止痛药

散寒止痛即以辛温散寒之剂散其寒邪，通达气机，以达到寒去痛止的作用，对于外寒内侵，饮食生冷引起的胃脘痛均可采用这一治法。常用的中药有干姜、生姜、吴萸、桂枝、苏梗、毕茇、毕澄茄、小茴香、丁香等。代表方：良附丸，黄芪建中汤。

干姜辛热，入心肺脾胃经，取其辛散寒气温化痰饮之功效。在祛散外邪的同时，温暖胃腑，使寒邪外出。生姜，辛微温，归肺脾经，具有散寒解表温中的作用。现代研究，挥发油能促进血液循环，并可发汗；姜辣素能促进胃液分泌及肠管蠕动，帮助消化。吴茱

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

萸，辛苦热，有小毒，归肝脾胃肾经，取其温中止痛，治疗脘痛冷痛；吴茱萸内酯、吴茱萸碱、吴茱萸次碱有镇痛、升高体温的作用。桂枝，辛甘温，归心、肺、膀胱经，具有发汗解表，温经通阳的功效，可以在外感风寒湿邪侵入经络，随经入里，胃腑寒凝气滞、胃脘作痛时使用；苏梗，辛温，归肺脾经，能散寒行气宽中，对于胃脘胀痛而外感风寒者为适宜之用，具有健胃解痉的功效。苏叶与苏梗的作用相似。

7.3.2 温中健脾药

由于脾胃阳虚，寒自内生，阴寒凝滞，气机不畅所致胃脘痛，运用健脾温中，振奋脾胃之阳气，胃经得温，寒邪得祛。常用的药有附子、肉桂、高良姜、蜀椒、艾叶、肉豆蔻、刀豆子等。代表方剂：附子理中汤。

附子辛，甘，大热，归心肾脾经，具有温肾助阳，祛寒止痛的作用，治疗胃脘痛是通过其益命火而暖脾土，而使阴寒之邪得祛。肉桂，辛、甘、大热，归肾、脾、心、肝经。取其温中补阳散热止痛之功效，擅长于温通血脉，治疗由阴寒内盛引起的胃脘冷痛，食少便溏，完谷不化。高良姜，辛、热，归脾胃经，本品善于温中散寒止痛止呕，是治疗虚寒型胃脘痛的良药。蜀椒辛热，归胃、大肠，本品多作为温中散寒健脾的辅助用药，佐以高良姜等加强健脾止痛的功效。

7.3.3 益气补中药

当脾胃虚弱时，运布无力，气虚而导致气机呆滞时，也可引起胃脘隐痛。痛时喜按，食后痛减，纳少便溏，神疲无力，此时应用甘温补气为主，少佐辛香引滞之品，中气健旺，邪滞自散，胃痛自愈。常用药物有党参、太子参、黄芪、炒白术、山药、茯苓、莲子肉、扁豆、芡实米、薏苡仁、大红枣。代表方剂有四君子汤、参苓白术散及补中益气汤。

党参，性甘平，入脾肺经，本品为补气要药，在胃脘痛的治疗中，取其补气健脾之功。《本草从新》曰："党参力能补脾养胃，润肺生津，健运中气。健脾运而不燥，滋胃阴而不湿，鼓舞清阳，振动中气而无刚燥之弊"。现代药理研究证实，有抗胃溃疡的作用，并对慢性萎缩性胃炎、胃窦炎有明显疗效。太子参，甘，微苦，平，归脾、肺经，具有补气生津功效。对于脾虚胃阴不足引起的胃脘痛当数首选药。黄芪，甘，微温，入脾肺经，具有补益中气，温养肝胃的作用。能柔脾胃，为中州之药。现代药理研究证实，本品具有增强机体免疫功能，并有抗菌作用。临床报道治疗，以黄芪为主治疗萎缩性胃炎，胃、十二指肠球部溃疡，胃下垂，取得了满意的疗效。白术，甘、温、苦，入脾胃经，功能补脾益气，燥湿利水，为健脾燥湿之要药。茯苓，甘淡平，入心、脾、肺经。茯苓在脾胃病中有着广泛的运用，具有健脾和胃功能。常与白术、党参、陈皮、甘草等配伍治疗虚寒性胃痛。

7.3.4 健脾理气药

胃为六腑之一，以通降为顺，无论脾虚或寒凝均导致气滞，而脾胃失权，不通则痛，因此健脾理气贯穿了胃脘痛病治疗的始终，通过行气使脾胃气机运转，瘀滞得祛，通则不痛。常用药有陈皮、苏梗、香橼皮、佛手、大腹皮、枳壳、砂仁、枳实、木香等。代表方：枳实消痞汤，中满分消丸，香砂六君丸，木香顺气丸。

陈皮辛，甘，温，归脾肺经，有行气健脾，燥湿化痰，降逆止呕功能，是脾胃气滞所

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

致胃脘胀满疼痛的首选药。偏寒配伍苍术、厚朴，如平胃散。偏虚寒者，配党参、白术、炙甘草，如五味异功散；砂仁，辛温，入脾、胃、肾经，功效芳香化湿，行气止痛，健脾止泻。本品为胃肠病常用药，为脾胃之要药。《本草经疏》认为砂仁香气入脾，是补中益气之正品。对气滞血瘀所致胃脘痛常配伍丹参、檀香；脾胃虚弱、气滞难舒的胃脘痛常配伍乌药、香附同用；据报道，以砂仁配合理气治血之品，治疗萎缩性胃炎有显著疗效。枳实，苦，辛，微寒，入脾、胃经。功能理气宽中，消食化痰，散积消痞，在治疗胃肠疾病中，主要用于胃家有痰，兼有脘腹胀痛等证，如《症因脉治》枳朴二陈汤，在胃脘痛的治疗中，属气滞湿阻，痞满胀痛的，可与厚朴合用；属脾胃虚弱，饮食停滞，脘腹痞满，则与白术相伍；属气血停滞，脘腹胀痛，现代研究枳实含橙皮甙，挥发油和维生素 C，能促进胃肠蠕动，临床治疗胃扩张、胃下垂、胃肠无力性消化不良，适宜与白芍配伍，一散一收，相反相成，行气活血，消积止痛，但对无气滞单脾胃虚弱者当慎用。

7.3.5 疏肝和胃药

临床上肝气郁滞，横逆犯胃所致胃脘痛颇为多见。情志不畅，抑郁恼怒之后，症见胃脘胀闷，攻撑作痛，连及两胁，当以疏肝理气和胃止痛法治疗。常用的药有柴胡、白芍、川楝子、香附、郁金、佛手、青皮、香橼、沉香、木香、香附、降香、藿香、乌药、厚朴、娑罗子、砂仁、豆蔻、绿橼梅等。代表方：越鞠丸，柴胡疏肝散，逍遥散，木香顺气散。

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。本品辛开苦降，清扬善窜，为血中之气药，在胃肠病中广泛运用，对于肝郁气滞，忧思伤脾之胃脘痛疗效明显，常配伍佛手、木香、陈皮。郁金所含挥发油有健胃、镇痛、利尿、抗菌及利胆作用，多用于慢性胃炎、消化道溃疡等病，也有治疗肠梗阻的报道。木香，辛苦温，入脾、胃、大肠、胆、肝、三焦经，能温中和胃，行气止痛。本品芳香性燥可升可降，下气宽中，通行胃肠，为三焦气分之要药，专治气滞诸痛，寒凝结痛尤为适宜。治疗浊气在上，胸膈满痞闷，脘胁胀满，时时刺痛；与槟榔、陈皮、枳壳、三棱、大黄、黄连等配伍，现代药理研究，本品主要成分为挥发油、木香碱、豆油醇，有解痉止痛及抗菌作用，本品对消化系统调节呈双相作用，既能抑制胃肠运动，又能兴奋胃肠运动，并能促使消化道的分泌。香附，辛微苦干，归肝胃经，擅长疏肝理气止痛，用于情志抑郁所致消化不良。胃脘疼痛，胁胀，呕吐吞酸，常与苍术、六曲、川芎等配伍。

7.3.6 消食导滞药

适用于饮食停滞的胃脘痛。由于暴饮暴食，偏嗜辛辣甘肥，寒凉生冷，所致胃脘胀痛，拒按，嗳腐吞酸，呕吐不消化的食物，运用陈皮、枳实、鸡内金、山楂、莱菔子、六曲、谷芽、麦芽、槟榔、白术、陈皮、厚朴等消其食、导其滞，通降胃气，消除胃脘痛。代表方为保和丸、木香槟榔丸、枳实导滞丸、大安丸。

山楂，酸，甘、微温，入脾、胃、肝经，有消食化积，引滞散瘀的作用，自古以来是消食积的要药，尤其擅长消肉食积滞。治疗食积引起的胃脘痛，配木香、青皮。本品还具有抗菌作用，体外实验表明对痢疾杆菌、绿脓杆菌均有明显的抑制作用。另有研究表明，山楂有助消化、止痛功效。山楂服后能增加胃中酶类，促进消化。其所含脂肪酶亦能促进脂肪食物的消化、止痛功效。鸡内金，甘，平，入脾胃、膀胱经，能健胃消食，涩精止

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

遗，化石通淋，本品为消食导滞之要药。本品主要由蛋白质构成，并含胃肠激素，维生素B、C等，其药理作用有：(1) 促进胃液分泌，使胃的酸度及消化力增强，其中消化力增强出现的较迟缓，维持时间较长。(2) 使胃运动机能明显增强，表现为胃蠕动期之延长及胃蠕动波之增强。同时有报道以鸡内金为主治疗慢性萎缩性胃炎取得较好的效果。莱菔子，辛、甘、平，入肺、脾、胃经，能消食导滞，降气祛痰。莱菔子对于积滞引起的胃脘痛具有通气开郁的作用，为食积胀满的常用药。本品含莱菔素具有抗菌作用，对链球菌和大肠杆菌有显著的抑制作用。神曲、谷芽、麦芽均为消食健脾之品，在治疗食积引起的胃脘痛中起到了促进消化吸收，减轻和消除胃脘胀满的作用，常配伍厚朴、陈皮等同用。对于食积气滞较重者，可运用槟榔消积导滞，行气泻下，多与木香、青皮、大黄相配伍。

7.3.7 温化痰饮药

适用于痰饮阻胃引起的胃脘痛，胃中水声漉漉，泛吐涎沫，呕吐清水，头晕目眩。“病痰饮者，当以温药和之”。常用药有桂枝、椒目、防己、半夏、干姜、茯苓、白术、旋覆花、葶苈子等。代表方为苓桂术甘汤、小半夏汤、己椒苈黄汤、旋覆代赭汤。

桂枝，辛、甘、温，归心、肺、膀胱经，具有温化痰饮，通阳利水的作用。通过辛温散寒，使痰饮蒸化。椒目，苦寒，入脾、膀胱经，配伍防己、桂枝等消痰饮胀满，导引下行，从小便排出。防己，苦、辛、寒，归肺、脾、膀胱经，治疗痰饮，利湿消肿，常配伍黄芪、白术等，健脾化痰，防己有镇痛，抗炎，抗过敏及降压作用，小剂量可刺激肾脏增加排尿量。汉防己含生物碱有肌肉松弛作用。半夏，辛、温、有毒，入脾胃肺经，燥湿化痰，消痞散结，降逆止呕，为治湿痰的要药。常与陈皮、厚朴、伏苓、生姜配伍治疗中焦脾虚，化生痰湿，气机阻滞引起的胃脘满痞疼痛，取其开塞宣降的特点，代表方是二陈汤、小半夏汤。寒痰凝滞配干姜、细辛温化痰饮。痰热互结，胃脘痞满胀痛可配伍瓜蒌、黄连；对寒热互结者可配黄连、黄芩、人参、干姜、甘草、生姜等，代表方为半夏泻心汤、生姜泻心汤；现代药理证实半夏对食道癌、胃癌、舌癌等有一定的抑制作用。葶苈子，辛、苦、寒，入肺、膀胱经，除痰饮的作用在于开肺气，宣通水之上源，通利大便，大黄配伍涤荡肠胃，二味药合用逐水通下，使饮邪从幽门而去；前后分解，饮邪去则气机通畅，胃脘胀满痞痛自愈矣。旋覆花，辛、苦、咸，微温，入肺、脾胃、大肠经，能化痰利水，降逆止呕。本品与青皮、茯苓、半夏同用，具有行气化饮，和胃止呕之功，用于胃脘胸嘏痞满、呕吐、食不下，如旋覆半夏汤。与代赭石、半夏、人参、生姜、大枣配伍，有补气降浊，涤饮镇逆之功，用于脾胃虚弱，痰阻气逆所致心下痞硬，嗳气不除，呕吐，如旋覆代赭汤。据报道，以本品为主组方治疗顽固性呕吐、胃脘痛等有效。

7.3.8 化湿和胃药

用于因起居不适，感受暑湿邪浊之邪，或涉水淋雨，久卧湿处，寒温内侵，或饮食生冷，厚腻、甘甜，损伤肠胃，湿自内生。湿壅滞中焦，升降失常，气机郁阻，导致胃脘痞痛，痞闷恶呕，腹痛泄泻。常用药有藿香、半夏、陈皮、石菖蒲、佩兰、白豆蔻、砂仁、苍术、薏苡仁、厚朴、泽泻、猪苓、茯苓、生姜。代表方为藿香正气丸。

藿香，辛、微温，归脾、胃、肺经。能芳香化湿，和中止呕，解暑避浊，为暑浊时节之要药。因其气味芳香，能助中州清气，胜湿避浊，在治疗暑湿伤胃及胃中虚寒，湿伤脾

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胃的胃脘痛中，常配伍半夏、苍术、厚朴、陈皮、砂仁。代表方有藿香安胃散、藿香正气丸、藿香饮、不换金正气散、六合汤。藿香所含挥发油能刺激胃粘膜，促进胃液分泌，有助消化之作用。体外实验证明，广藿香酮对金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌有抑制作用。近代多用藿香正气丸、片或水剂治疗急慢性胃肠炎及胃肠型感冒。石菖蒲，辛、温，入心、肝、脾、胃经，芳香开窍，和胃化湿，宁神醒脑。本品有健胃化湿的作用。在治疗胃脘痛中，适用于湿浊阻滞中焦所致的胸脘闷胀疼痛，不思饮食，配伍藿香、厚朴、陈皮等。现代药理研究证实，石菖蒲煎剂内服能促进消化液的分泌及制止肠胃异常发酵，亦有缓解肠胃平滑肌痉挛的作用，所以常用于食积、气积、中暑胃脘痛、霍乱、腹痛、吐泻等证。凡各种胃痛，因湿浊中阻，脾运不良者，用之无误。佩兰，辛、平，归脾、胃经，芳香化湿，疏散表邪，对于外感暑邪，湿浊内阻，中气不运的胸脘痞闷，疼痛恶呕，口臭多涎，可与藿香、厚朴、白豆蔻同用。白豆蔻，辛温，入肺、脾、胃经，化湿行气，温中止呕，芳香开郁，辛散温煦，通行三焦，宽膈行滞，实为醒脾和胃之良药，常用治湿阻中焦所致的胃脘痞满疼痛，反胃呕吐，多与薏苡仁、砂仁、厚朴、陈皮。对于寒凝气滞之胃脘痛，常与丁香合用。代表方为神香散。寒湿困脾引起呕吐纳差者，配藿香、陈皮、半夏，代表方为白豆蔻汤；对于脾胃虚寒，肾阳虚弱者，常于肉桂、陈皮配伍，代表方为白蔻散。现代药理研究证实，本品含芳香挥发油具有驱风健胃之作用。能刺激胃肠运动，有助于胃肠内容物的排空。近年来本品多用于治疗慢性浅表萎缩性胃炎、胃十二指肠溃疡、吸收不良综合征等，一般在复方中应用。砂仁辛、温，归脾、胃、肾经，化湿行气近似白豆蔻，善治湿阻中焦，及脾胃气滞所致的胸脘痞闷疼痛，常与陈皮、木香、枳壳同用，加强行气止痛之力。苍术，辛、苦、温，归脾、胃经，是脾胃病的常用药，苍术走而不守，善于泄水开郁，强胃健脾。本品善燥脾湿，用于脾湿内困，运化失司，常与厚朴、陈皮配伍，如平胃散。本品具有刺激胃肠运动的作用，有助于胃肠内容物的排空，增进食欲及抗菌、抗病毒等作用。临床报道，以苍术为主治疗细菌性痢疾有效。泡茶饮用治疗胃下垂有效。薏苡仁，甘淡微寒，入脾胃肺肾经，生用利水渗湿，炒用健脾止泻。本品长于利湿化浊，在胃肠病方面多用于湿浊内阻，脾受湿困，脾胃气机阻滞的病症。

现代研究表明，薏苡仁对癌细胞有阻止生长及伤害作用。曾报道，以薏苡仁为主制剂治疗消化道癌症有一定疗效。猪苓，甘淡平，入肾、膀胱经，能利水渗湿，消肿除满，在胃脘痛中多用于脾虚湿困，饮停胃中，中焦气机升降失常而疼痛、呕吐、泄泻等症，如猪苓汤。据报道，猪苓在治疗消化道肿瘤方面已显示出较强的优势。

7.3.9 清化湿热药

适用于湿从热化，湿热内蕴，及肝胆湿热，犯于胃腑，导致脾胃气机壅阻，升降失司，胃脘灼热，胀满痞痛，口粘纳呆，泛酸欲吐。常用的药有瓜蒌、黄连、芦根、滑石、竹茹、半夏、茯苓、泽泻、茵陈、水红花子、木通、防己、龙胆草、竹叶、竹茹、草薢、山栀、凤尾草、铁树叶、蒲公英等。代表方为橘皮竹茹汤。

瓜蒌，甘寒，归脾胃小肠经。瓜蒌能清化痰热，行气宽胸，在胃肠疾病中多见胃脘部痞闷作痛，拒按，大便秘结，与枳壳、半夏、黄连合用。竹茹，甘微寒，归肺、胃、胆经，功效清化热痰，除燥止呕。竹茹善清胃热止呕吐，对痰热互结所致胃脘痛、呕逆，可配陈皮、半夏、人参同用，如《金匮要略》橘皮竹茹汤。药理研究竹茹对白色葡萄球菌、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大肠杆菌、伤寒杆菌等有抑菌作用。黄连，苦寒，入心、肝、胆、胃、大肠经。功效清热燥湿，泻火解毒，除燥止呕。本品是胃肠病常用药，与黄芩、芦根、黄柏、木香、吴茱萸等配伍，治疗脾胃湿热中阻，气机郁滞引起的胃脘胀痛，恶呕，肛门灼热，大便不爽。黄连在胃肠道疾病方面的应用广泛。据报道，以黄连为主的组方或制剂治疗萎缩性胃炎、胃十二指肠溃疡、上消化道出血均取得了良好的效果。

7.3.10 清胃泻热药

适用于火郁胃病，有肝郁气滞，郁久化火，横逆犯胃者；有嗜食辛辣煎炸之品，内生积热者，导致胃热偏盛，失于和降。临床表现胃脘灼热疼痛，嘈杂泛酸，心烦易怒，口苦口干，口臭龈肿。常用药有清木香、蒲公英、山栀、芦根、黄连、吴萸、青皮、陈皮、丹皮、川楝子、芍药等。代表方为左金丸、香连丸。

蒲公英，甘苦性寒，入肝、胃经，能清热解毒，清肝明目，清热利湿。现代药理研究证实，其具有良好的抗感染、抗癌、保肝及提高机体免疫功能。在胃肠病方面，近年来多用于治疗慢性萎缩性胃炎、胃及十二指肠溃疡、急性阑尾炎等病疗效颇佳。山栀，苦寒，归心、肝、肺、胃、三焦经，善泻三焦之火，对胃火炽盛，胃脘骤痛灼热者，可用此药治疗，同时对血热妄行、吐血、便血者有凉血止痛功效。芦根，甘寒，归肺胃经，能清热生津，止呕利尿的作用，对胃热疼痛呕逆可配伍竹茹、姜汁合用，同时又能滋阴增液，防止疼痛损伤胃阴。丹皮、赤芍均为苦微寒之品，清热凉血化瘀，对于肝经郁热，横逆犯胃之胃脘痛，具有泻肝火，降逆气，治血中伏热，行气散瘀止痛的功效。药理研究，丹皮对黄金色葡萄球菌、福氏痢疾杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、百日咳杆菌及链球菌、皮肤真菌均有抑制作用。芍药甙具有较好的解痉作用和镇痛、镇静、解热、抗炎、抗惊厥、抗溃疡和降血压等作用。

7.3.11 通腑止痛药

适用于实热阻滞，腑气不通的胃脘痛，症见脘腹胀痛拒按，大便燥结，苔黄而干或燥黄，脉沉实有力，运用通腑泻下之剂，开邪出路，荡腑泄热，使气机得畅，通则不痛。常用中药大黄、枳实、厚朴、全瓜蒌、黄连、芒硝、番泻叶、郁李仁、火麻仁、肉苁蓉、晚蚕砂、皂角子等，代表方剂为承气汤类。

大黄，苦寒，入脾、胃、大肠、心包、肝经，攻积导滞，清热燥湿，泻火解毒，活血消瘀。本品沉降下行，力猛善走，能荡涤胃肠积滞，临床应用较广，在胃脘痛中运用也很普遍。代表方剂有三承气汤、大黄黄连泻心汤、大黄牡丹皮汤、黄龙汤、秘红丹。现代药理研究表明，大黄具有泻下、收敛止血、解痉、抗菌的作用。在胃脘痛方面用于消化道溃疡、消化不良、上消化道出血、肠梗阻等病的治疗，取得了显著的疗效。厚朴，苦辛温，入脾胃肺大肠经，攻效芳香化湿，行气除湿，温中止痛，降逆平喘。本品燥湿除满，行气导滞是治疗脘腹胀满，大便秘结的常用药，可配大黄、枳实，代表方为大小承气汤、厚朴承气汤。对痰饮中阻者配苍术、陈皮、甘草，代表方为平胃散。寒湿阻滞中焦，气机不畅者配陈皮、木香、草豆蔻等，代表方为厚朴温中汤。现代药理研究，厚朴有广谱抗菌作用、含多量芳香性挥发油，具有驱风健胃的功效，并有抗菌、解痉等药理作用。以厚朴为主组方临床运用于消化道感染性疾病及消化道功能紊乱。番泻叶，甘苦寒，归大肠经，本品有较强的泄热导滞的作用，配伍枳实、厚朴，可以涤荡胃肠，泻下除满。芒硝，苦咸，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大寒，归胃、大肠经，功效软坚泻下，清热泻火。本品具有“主百病，除寒热邪气，逐六腑积聚，结痼留癖，能化七十二种石”。为治里热燥结之要药，常与大黄、甘草配伍治疗胃脘胀痛，大便秘结之证，如调胃承气，配大黄、甘草治疗热邪与大便结聚，心下至少腹硬满而痛者，如大陷胸汤。

7.3.12 养阴益胃药

适于胃阴不足，或肝气郁结，化火伤津，或温热化燥，胃热炽盛，灼伤胃阴所致胃痛，证见胃痛如灼，嘈杂如饥，食少形疲，大便干结，口燥咽干。治疗上用甘寒养阴益胃之品，恢复胃阴。常用的中药有西洋参、黄精、北沙参、麦冬、石斛、玉竹、生地、乌梅、木瓜、白芍、甘草、川楝子、绿梅花、山药、扁豆、荷叶、绿萼梅等。代表方为益胃汤、一贯煎、芍药甘草汤、麦门冬汤。

沙参，甘、微苦、微寒，入肺、胃经，滋阴润肺，养胃生津，止咳祛痰。本品甘寒，守而不走，能入胃，是养胃阴，退虚热，生胃气的要药。用于热病伤及胃阴或久病阴虚津亏而致胃脘痛，可与麦冬、玉竹配伍，代表方为益胃汤。以沙参组成的方剂如麦门冬汤、益胃汤等治疗脾胃阴虚性胃脘痛能取得良效。据报道，以本品为主治疗萎缩性胃炎、小儿厌食症疗效满意。麦冬，甘、微苦、微寒，入心、肺、胃经，养阴清热，润肺止咳。本品为养阴生津之要药，能清胃中之热邪，止血家之呕吐，治疗胃阴亏虚，燥伤胃气的脘腹胀满，口干便秘，与玉竹、沙参、甘草配伍，如《温病条辨》中的玉竹麦冬汤。对于胃阴亏虚，食积不化者，可配伍沙参、玉竹、花粉、扁豆、甘草等；以本品加黄芪、党参、沙参、玉竹、玄参、乌梅、石斛、花粉等治疗脾虚胃阴不足型慢性胃炎、萎缩性胃炎，多取良效。以本品加麦冬、玉竹、石斛、花粉等治疗脾虚胃阴不足型慢性胃炎、萎缩性胃炎，多取良效。以本品加麦冬、玉竹、槟榔等治小儿厌食症也有较好的效果。石斛，甘淡、微寒，入肺、胃、肾经，养阴益胃，清热生津。本品也为养阴生津之常用药，用于胃阴不足诸症。对气阴两虚，脘痞纳呆，体倦乏力，口渴干呕者，配黄芪、麦冬、生地、玄参，如石斛汤。对胃阴不足，热壅气逆者，配丹皮、赤芍、藿香、陈皮，如清胃散。本品含石斛素和粘液质，具有解热镇痛健胃和升高血糖、降低血压的作用。石斛煎剂口服能促进胃液的分泌而助消化，促使肠蠕动，但用量过大反使肠肌麻痹。有报道用本品配伍太子参、白芍、甘草、延胡索、川黄连、吴茱萸等治疗慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡属胃阴亏虚者之症颇效。白芍，甘酸微寒，入肝、脾经；功效养血敛阴，缓急止痛，平肝潜阳。本品为肝家之要药，阴血亏虚之良品。据文献报道，本品在胃肠病方而应用也极为广泛。《医学启源》云：“芍药安脾经，治腹痛，收胃气，止泻利，活血固腠理，泻肝补脾胃。”《本草纲目》云：“白芍药益脾，能于土中泻木。”本品与甘草配伍，能酸甘化阴，缓急止痛，用于脘腹疼痛及转筋等症。与柴胡、枳实、炙草配伍能调和肝脾，透解郁热，用于脘腹疼痛，泻利下重，热郁肢冷等症，如四逆散。本品与桂枝、生姜、甘草、饴糖、大枣配伍，具有温中补虚，缓急止痛之功，用于疲劳里急，胃中虚寒凝胃胃脘痛，如小健中汤。本品含芍药甙、牡丹酚、苯甲酸等，具有解痉止痛，抗炎抗溃疡，抗菌，解热等作用。临床报道在治疗胃十二指肠溃疡、慢性浅表性胃炎方面，以本品为主组合的方剂有较好的疗效。玉竹，甘微寒，归肺胃经；养阴润肺，益胃生津，用于热伤胃阴，津液不足之征，与沙参、麦门配伍。百合，甘、微苦、平，入心、肺经，养阴滋肺，清心安神。近年来以百合为主

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组方治疗胃脘痛也取得良好的疗效。

7.3.13 活血化瘀药

适用于胃病日久入络，气滞血瘀，瘀血阻于胃络，引起胃脘刺痛，部位固定而拒按，或见吐血黑便，舌质紫黯，脉弦涩。祛瘀通络，瘀消络通，通则不痛。常用的中药有丹参、当归须、五灵脂、蒲黄、制乳香、制没药，炙刺猬皮、九香虫、川芎、大黄、血竭、麝香、桃仁、红花、三七、三棱、莪术、延胡索、制香附等。活血化瘀是治疗胃脘痛的大法之一，如有气滞者，当配伍行气之品，气虚者配伍益气之药，血虚者养血活血，出血者活血止血。代表方为丹参饮、失笑散。

丹参，甘、微寒，入心、心包、肝经，活血化瘀，养血安神，调经止痛。本品为活血祛瘀之要药，多用于心血管及妇科疾病，在胃肠病方面多用于疼痛之症。《神农本草经》曰："丹参主心腹邪气，肠鸣幽幽如走水，寒热积聚"。《别录》云："丹参养血，去心腹痼痰结气"。本品与檀香、砂仁配伍，用于气滞血瘀所致胃脘痛，效果颇佳。近代丹参已广泛应用于临床各种疼痛疾病的治疗中。有报道，对胃肠道病变引起的中、上腹部疼痛，两胁胁痛等有捷效，疼痛缓解率达 92.2%。焦树德治疗长期难愈之胃脘痛或服食其他药无效的胃脘痛，多以三合汤为基础每获良效，方药有丹参饮、良附丸、百合汤三方组合而成。玄胡，辛苦温，入肝、脾、胃、心经；功能活血化瘀，行气止痛，消积散结。本品为活血、行气、止痛之良药，凡气滞血瘀引起的胃脘痛最为适宜。《本草纲目》云："玄胡索能行血中气滞，气中血滞，故专治一身上下诸痛，用之中的，妙不可言"。本品与川楝子配伍，具有行气化瘀，用于肝胃气郁疼痛等症，如《类编朱氏集验方》中的通膈散；与五灵脂、草果、没药配伍，具有行气化瘀，温中化湿之功，治疗心脾气痛等症，如《丹溪心法》中的手拈散。近代对延胡索进行了大量的实验研究，发现其中延胡索甲素、乙素和癸素具有镇痛作用，疗效可与杜冷丁大致相当。在消化系统疾病治疗中对胃液分泌及胃酸均有抑制作用。对实验性胃溃疡有保护作用。目前以玄胡索为主的各种制剂用于胃及十二指肠溃疡、慢性胃炎、胃痛及胃酸过多等病症效果显著。凡胃肠病的各种痛症，在辨证主方中加入本品，均有缓解疼痛之功。五灵脂，咸甘、温，入肝、脾经，活血止血，散瘀止痛。用于寒凝血滞引起的胃脘刺痛。本品气味具厚，专入血分，多用于胃痛日久，络脉瘀阻之证。在临床上多与蒲黄合用，如《太平惠民和剂局方》中的失笑散；《本草纲目》云："五灵脂治男女一切心腹、胁胁、少腹诸痛，疝痛、血痢、肠风腹痛"。《本草经疏》云："五灵脂，其功长于破血行血，……，瘀血心胃间作痛，血滞经脉，气不得行，攻刺疼痛等证，在所心用"。现代药理研究证实，本品含多量树脂、尿素、尿酸及维生素 A 等物质，对消化系统的主要作用有：缓解平滑肌痉挛，对伤寒杆菌、藿香弧菌、葡萄球菌等均有较强的抑制作用。李克绍用炒五灵脂配枯矾共研末温酒冲服，或五灵脂配桃仁研末醋糊为丸，治疗瘀血所致溃疡病胃痛均有良效。三七，甘苦、温，入肝、胃、肺经，止血化瘀，消肿定痛。本品既能散瘀又能止血，为伤科、血证常用良药。在胃肠病方面多用于瘀血胃痛、吐血、便血等症。本品含三七皂甙、黄酮甙、蛋白质等，有止血消炎，止痛的作用。其止血原理主要为缩短凝血时间，使局部血管收缩，增加血液中凝血酶。据报道，本品治疗上消化道出血效果显著。乳香、没药均有活血止痛，消肿生肌的作用，用于血凝气滞的脘腹疼痛，可配伍五灵脂、高良姜、香附等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.14 安蛔定痛药

本法适用于蛔虫扰胃所致的急性胃痛。由于饮食不洁，虫侵于腹，或肥甘不节，积湿生热，虫得孳生，一旦肠寒胃热，蛔虫上窜于胃，失于和降，猝发胃痛，时发时止，甚则痛厥，四肢逆冷，恶心呕吐，或有吐蛔，口干面苦。以安蛔定痛的方法，蛔安则痛定，蛔祛则痛不复作。根据蛔虫遇酸则静，见辛则伏，得苦则下的特性，常用的中药有乌梅、使君子、槟榔、苦楝皮。代表方：乌梅丸，槟榔丸。

乌梅，酸、平，入肝、脾、肺、大肠经，舒肺涩肠，生津安蛔。使君子，甘、温，有小毒，入肝、胃经，杀虫消积，治蛔虫、蛲虫病、小儿疳积。药理研究表明，使君子水或酸浸剂在体外可麻痹蛔虫，使君子酸钾对猪蛔虫也有类似作用。槟榔，苦、辛、温，入脾、胃经，杀虫破积，下气行水，治疗肠寄生虫病、食滞、泻痢、水肿、脚气。试验研究，槟榔碱驱除猪肉绦虫有效，使虫体瘫痪，对牛肉绦虫仅使头部和未成熟节片瘫痪，而对中段和后段影响不大，可与南瓜子合用。苦楝皮，苦寒，有小毒，入肝、脾、胃经，能治疗蛔虫、钩虫、节鞭虫、蛲虫病及阴道滴虫、疥疮、头癣。本品含苦楝素，能麻痹猪蛔虫头部神经环使不能附着于肠壁，但对胃有刺激，所以胃炎、胃溃疡患者慎用。本品伤肝，不能连续使用。

7.3.15 涌吐祛邪药

凡误食毒物尚未吸收，或暴饮暴食，宿食积于胃脘所致胃脘急痛胀满者，采用“其高者，引而越之”的治疗方法，通过涌吐以祛邪，邪祛则胃自安。常用的催吐药有瓜蒂散（甜瓜蒂、赤小豆）、三圣散（防风、瓜蒂、藜芦）、入参芦等。另外可用鹅笔探喉，或用手指刺激喉部引起呕吐。应注意的是，吐法较烈，易伤胃气，对年老体弱、产妇、孕妇、便血吐血、心悸气喘者应禁用。如服上药呕吐不止者可嚼咽少许姜汁，或服食冷粥、冷开水。用瓜蒂散者，可予葱白汤、甘草、贯众煎汤解之。

7.4 变证的治疗

胃脘痛常见的变证有便血、吐血、梗阻、厥脱。

7.4.1 便血

胃脘痛症急性发作，或久病而疼痛突然加重，或疼痛规律消失后出现便血。其便色多呈黑色或酱而赭色，如柏油样便，量较多。其病因可由于胃腑素有积热，饮食辛辣、醇酒，热伤胃络，火邪迫血妄行而出现络破血溢胃中，随肠道而下；也有因为忧思恼怒，情志过极，气滞而血行不畅，日久血瘀脉中，因情志因素加重病情，气机逆乱，血不循常道，络破而血溢胃肠；或素有瘀血内停，胃肠气血运行不畅，络脉脆弱面发生便血。肝郁日久化火，邪热移于胃脘，迫血妄行，或热盛伤阴，阴虚火旺，血热妄行，亦可造成血渗胃肠之间而大便出血。因久病入络，瘀久伤络，也出现便血。素体脾胃虚弱，或因久病劳倦，损伤脾胃，气虚日久累及肾气，脾气失于统摄，肾气失于封藏，离于脉道，渗于胃肠而亦成便血。

7.4.1.1 胃中积热

临床表现：便血色紫黯，或紫黑，量多口苦，胃脘胀闷作痛，并有灼热感，有时烦躁，头昏目眩，大便不畅，舌红而燥，苔黄，脉弦数或滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：清胃泻火，化瘀止血。

方药：泻心汤（《金匮要略》）合十灰散（《十药神书》）加减。

黄连 黄芩 大黄 大蓟 小蓟 侧柏叶 丹皮 栀子

加减：出血较多可酌加天花粉、石斛养阴生津；出血过多，气阴两亏者，加用生脉饮以益气养阴；阴虚火旺，迫血妄行所致便血，可用黄连阿胶汤加旱莲草、茅根、藕节以滋阴凉血止血。

7.4.1.2 肝胃郁热

临床表现：便血色紫黯、或黑，脘胁胀痛，口苦、口干，纳呆，心烦易怒，舌质红，苔薄黄，脉弦数。

治法：泻肝清胃，凉血止血。

方药：丹栀逍遥散加减（《校注妇人良方》）加减。

丹皮 栀子 柴胡 当归 白芍 龙胆草 生地 大黄 黄芩 茜草根 花蕊石

加减：如肝火急迫，灼伤胃络，兼见吐血，色鲜红量多，血出如涌者，宜清热凉血，可用犀角地黄汤，并以参三七末调服；火邪炽盛伤阴，可加石斛、天花粉、麦冬以养阴生津。

7.4.1.3 气滞血瘀

临床表现：便血紫黯，脘腹胀痛，面色暗滞，或胁下痞块，舌质紫黯，脉数脉弦细或涩。

治法：行气解郁，活血止血。

方药：膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。

当归 川芎 赤芍 桃仁 红花 五灵脂 香附 乌药 延胡索 三七粉(分冲) 生地榆

加减：瘀血内停，郁而化热，热扰心营，见发热，入夜热势加重，可用犀角地黄汤，凉血止血。胁下有痞块者，可加郁香、丹参、鳖甲，活血祛瘀，消癥化积。

7.4.1.4 中气不足

临床表现：便血色紫黯或紫黑，脘腹不舒，面色少华，头昏目眩，神倦乏力，纳食不香，舌质淡红，脉细缓。

治法：益气健脾，养血止血。

方药：补中益气汤（《脾胃论》）加减。

人参 白术 炙黄芪 升麻 柴胡 当归 陈皮 炙甘草

加减：可酌加炮姜温中，加白芍、槐实、地榆止血。出血较多者，可吞服三七粉或云南白药以化瘀止血；如面色苍白，汗出肢凉，脉细弱者，乃气随血脱之象，急用独参汤益气固脱。

7.4.1.5 脾胃阳虚

临床表现：便血色紫黯或黑，脘腹隐隐作痛，面色无华，肢倦懒动，少食便溏，甚则畏寒肢凉，小便清长，舌淡，苔白，脉沉细无力。

治法：健胃温肾，益气摄血。

方药：黄土汤（《金匮要略》）加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

炒心黄土　附子　白术　熟地　阿胶（洋化）　黄芩　甘草　炮姜　黄芪　当归　参三七（分冲）

加减：如肾阳虚较重，出现大便滑泻不禁，面色㿠白，腰酸膝软，舌质淡胖，脉虚细无力，宜加温补固涩之品，如仙茅、淫羊藿、补骨脂等，并加重附子用量。若日久中气下陷者，可合用补中益气汤。

7.4.2　吐血

吐血也是胃脘痛严重的变证之一，当胃脘痛病程日久，有饮食内伤，进食干硬食物或饮烈酒，用力过度等是转变为吐血的常见诱因。如素体脾胃虚弱，多因久病或劳倦过度，使脾虚而失统摄，血溢脉外，上逆而吐血。有平素嗜食辛辣炙烤之品，燥热结于胃腑，胃火内炽，扰动血脉而外溢；或饮酒过度，湿邪郁结在胃，酒热戕胃，助热动血，或暴饮暴食，食滞胃腑，化热化火，损伤胃络，或忧思恼怒，肝郁日久化火，加之胃有素热，三火相灼，火扰血动，气逆血升，皆可导致吐血。此外，因气滞血瘀，或久病入络，瘀血内阻，血脉阻滞，流行不畅，致使血不循经，经破血溢，随胃气上逆也导致吐血。

7.4.2.1　胃中积热

临床表现：吐血紫黯或呈咖啡色，甚至鲜红，常混有食物残渣，口干口臭，喜冷饮，胃脘胀痛灼热，便秘。舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清胃治火，凉血止血。

方药：泻心汤（《金匮要略》）合十灰散（《十药神书》）加减。

生大黄　黄连　黄芩　大蓟　小蓟　侧柏叶　茜草根　白茅根　棕榈皮　丹皮　炒栀子

加减：因胃气上逆，恶心呕吐明显者加代赭石、竹茹、旋覆花和胃降逆，口渴舌红面干，脉象细数者为热伤胃阴，加麦冬、石斛、天花粉养胃生津；如胃热甚，伤阴较重可改用生地黄散以凉血养血止血。

7.4.2.2　肝火犯胃

临床表现：吐血鲜红或紫黯，口苦目赤，胸胁胀痛，心烦易怒，失眠多梦，或有黄疸，胁痛宿疾，或见赤丝蛛缕，痞块，舌红苔黄，脉弦数。

治法：泻肝清胃，降逆止血。

方药：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减。

龙胆草　黄芩　栀子　泽泻　柴胡　甘草　木香　车前子（包）　生地　当归

7.4.2.3　脾虚不摄

临床表现：吐血黯淡，胃痛绵绵，大便稀溏而色黑，面色㿠白，唇甲淡白，神疲乏力，心悸头晕，遇劳则甚，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：补中益气汤（《脾胃论》）合归脾汤（《济生方》）加减。

黄芪　丹参　白术　茯苓　甘草　当归　升麻　炮姜　白芍　三七　酸枣仁　远志　陈皮

加减：若吐血量多，出血后面色青白，心慌气短，汗出肢凉，舌质淡，脉细数无力等症，为气随血脱之危重症候，当急用独参汤益气固脱，或用参附汤益气回阳固脱，并加服三七粉、云南白药、阿胶等止血。若脾肾阳虚，吐血伴面白息微，四肢厥冷，畏寒欲寐，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

舌质淡，苔薄白而滑，脉沉微迟，可用黄土汤合附子理中汤加减，以温阳健脾，养血止血。

7.4.2.4 瘀血阻胃

临床表现：吐血其色紫黑有瘀块，伴胃脘刺痛，痛处固定，拒按，面色黯黑，口渴但欲漱而不饮咽，舌质黯红，有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀，降逆止血。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

桃仁 红花 赤芍 当归 生地 白芍 牛膝 枳壳 柴胡 桔梗 丹参 甘草

加减：如出血不止，可加三七、白及以化瘀止血。

7.4.2.5 阴虚火旺

临床表现：吐血反复不已，色红量多，胃痛隐隐，多伴有恶心呕吐，口干欲饮，乏力消瘦，面赤心烦，失眠，多梦，舌红，少苔，脉细数。

治法：滋阴清血，凉血止痛。

方药：玉女煎（《景岳全书》）加减。

生石膏 知丹 生地 麦冬 炒牛膝 沙参 白芍 白茅根

加减：吐血较重，可加丹皮、侧柏叶、旱莲草、藕节以增强滋阴凉血止血之功效。

7.4.3 厥脱

胃脘痛出现厥脱的原因是由于剧痛和便血、呕血后失血过多面耗气伤阴，损及五脏功能，使气血运行障碍，从而导致阴阳之气不相顺接，气机逆乱，甚则阴阳离决。如素体羸弱，或久病不愈，气血阴阳俱虚，加之胃脘疼痛剧烈，或呕吐、便血、吐血、失血过多，元气耗竭，阴损及阳，阳损及阴，以致阴阳不相维系，终至阴阳离决，导致脱证。

厥脱是内科胃脘痛的急性变证，临床特点是胃脘痛的同时出现面色苍白，四肢发冷，心悸多汗，短气乏力，尿少，烦躁不安，脉搏细弱，血压下降，神志神情淡漠；重者昏不知人，唇指发绀，四肢厥冷，呼吸短促，脉微欲绝，或不应指，无尿，血压不升。厥可分为寒厥，热厥；脱则有阴脱（亡阴）、阳脱（亡阳）、阴阳俱脱之分。

7.4.3.1 寒厥

临床表现：胃脘痛的同时出现手足厥冷，无热畏寒，神情淡漠，身冷如冰，尿少或遗溺，下利清分，面色晦暗，苔白舌淡，脉微欲绝，属于阳证。

治法：治宜温经散寒，回阳救厥，补气养血。

方药：

(1) 阴虚内结，胃脘剧痛之寒厥证用四逆汤（《伤寒论》）。

生附子 干姜 炙甘草

(2) 寒邪内侵，阳气衰微，血虚经脉不利导致寒厥用当归四逆汤（《伤寒论》）加减。

当归 桂枝 芍药 细辛 甘草 通草 大枣

7.4.3.2 热厥

临床表现：胃脘灼热疼的同时出现手足厥冷，并见发热，烦渴燥妄，溺赤便秘，便下腐臭，苔黄舌燥，脉数。

治法：邪实热甚，腑实燥结者，宜泄热解毒。痰壅气滞者，宜豁痰行气。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：

(1) 邪实热甚，腑实燥结者用人参白虎汤（《伤寒论》）合承气汤（《伤寒论》）加减。

人参　生石膏　知母　粳米　甘草　生大黄　芒硝　厚朴

(2) 痰壅气滞者用二陈汤（《和剂局方》）合导痰汤（《妇人良方》）加减。

半夏　天南星　枳实　茯苓　橘红　竹茹　生姜　菖蒲　郁金

7.4.3.3　阴脱（亡阴）

临床表现：胃脘灼痛剧烈，面唇苍白，发热烦躁，心悸多汗，口渴喜饮，尿少色黄，肢厥不温，脉细数或沉微欲绝。

治法：养阴益气固脱。

方药：固阴煎（《景岳全书》）加减。

人参　熟地　黄精　山萸肉　黄芪　淮山药　麦冬　五味子　甘草

7.4.3.4　阳脱（亡阳）

临床表现：多为亡阴之后演变而成，四肢厥冷，面色晦暗，甚至瘀紫色，神情呆滞，甚至神志昏迷，身冷如冰，汗出如油，尿少色清，或二便失禁，舌淡苔白，脉微欲绝。

治法：温阳益气。

方药：人参四逆汤（《伤寒论》）加减。

人参　附片　干姜　甘草　肉桂

加减：唇面指端紫绀者可加丹参、赤芍、红花、川芎活血之品；呕血不止者加三七粉、云南白药、阿胶；便血不止者加白芨、地榆、槐实。

针灸：

(1) 主穴：素髎、内关；配穴：少冲，少泽，中冲，涌泉。

针后半至一小时血压稳定者，则加 1～2 穴位。

手法：中度刺激，留针，持续，间断捻针，血压稳定后方可出针。

(2) 主穴：足三里，合谷。昏迷加涌泉。针刺或电针，电压 10.5～14V，频率 105～120 次。

(3) 主穴：人中。配：内关，足三里，十宣。须刺激。

7.4.4　反胃（梗阻）

反胃又称胃反，是以脘腹胀满，宿食不化，朝食暮吐，暮食朝吐为主要临床表现的一种病证。胃脘痛病症发展成为反胃的变证，其特征表现为原来的胃脘痛的节律消失，胃内饱胀，恶心嗳气呕吐，呕吐症状突出，呕吐量大，呕吐物多为积存的食物或液体，严重者可呕血、便血。形瘦神疲乏力。当胃脘痛病程日久，由于饮食不节，饥饱无常，偏食生冷等均可导致损伤脾阳，致使脾胃虚寒，运化不良，则谷食不化，宿食积滞胃中，致使气机不畅，血流受阻，不通则痛；脾虚生湿，湿聚成痰，痰浊阻胃，再加宿食停积，妨碍胃腑之通降，致胃气上逆，则呕吐频作。亦有过食辛辣煎炸之物及膏粱厚味，或嗜酒无度，均致胃中积热，火热之性上炎，迫积外出，故呕吐酸臭。脾胃虚弱不能吸收、输布水分精微，四肢面骸失其濡养，可见神疲无力。应当指出，从西医来看胃脘痛之变证的反胃有两种趋势，由于胃、十二指肠溃疡病引起的幽门管局部炎症、水肿、痉挛及小瘢痕形成，采取积极的中西医内科治疗，一般预后较好；因溃疡面较大，瘢痕较大，造成幽门永久性狭

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

窄时，则内科治疗无效。对于胃部各种肿物并发的幽门梗阻、肥厚性幽门狭窄并发梗阻者，不在内科治疗范围中。

7.4.4.1 脾胃虚寒

临床表现：胃脘疼痛，食后较甚，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出物为宿食残渣及清稀粘液，吐后则舒，大便溏少，畏寒喜热，神疲乏力。舌质淡红，苔白或白滑；脉沉弱。

治法：温中健脾，化积降逆。

方药：丁香透膈散（《太平惠民和剂局方》）加减。

丁香 木香 香附 砂仁 白蔻仁 党参 白术 麦芽 神曲 炙甘草

加减：呕吐甚者加法半夏、厚朴以增强和胃降逆之功；脘胁胀满，口苦呃逆者加代赭石、沉香以镇肝降逆；痰多胸闷者半夏、橘红以燥湿化痰；病程日久，腰膝酸软，畏寒喜暖，眩晕耳鸣者为脾肾阳虚，命门火衰，脾失温煦，宜附子理中丸（《太平惠民和剂局方》）或六味回阳丸（《景岳全书》）。

7.4.4.2 痰浊阻胃

临床表现：脘腹胀满，进食后加重，胸膈满闷，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出物为宿食残渣及痰涎白沫，伴有眩晕、心悸。舌质淡红，苔白厚腻或白滑；脉弦滑。

治法：祛痰化浊，和胃降逆。

方药：导痰汤（《济生方》）加味

半夏 茯苓 橘红 甘草 竹茹 枳实 厚朴

7.4.4.3 胃中积热

临床表现：脘腹胀满灼疼，餐后加重，朝食暮吐，暮食朝吐，吐出物为宿食残渣及稀浊酸臭之粘液，心烦口渴，欲进冷饮，大便稀，小便短黄。舌质红少津，苔黄燥或黄厚腻；脉滑数。

治法：清泄胃热，和中降逆。

方药：大黄黄连泻心汤（《伤寒论》）加味。

大黄 黄连 黄芩 竹茹 半夏

加减：呕吐甚者加旋覆花、代赭石以降逆止吐；热结腑实，大便不通者加枳实、芒硝以行气通便；舌干唇燥，口渴欲饮者加生地、花粉以清热生津；湿热相蒸，胃火上冲者宜黄连汤（《伤寒论》）和三仁汤（《温病条辨》）以清化湿热。

7.4.4.4 瘀血阻结

临床表现：脘腹胀满不减，痛处不移，食后尤甚，上腹或有积块，按之则痛甚，早食晚吐，晚食早吐，吐出物为宿食残渣及褐色浊液，或混有血液，大便灰黑色成形。舌质黯红，兼有瘀点，苔薄白；脉弦涩。

治法：活血化瘀，消积和胃。

方药：膈下逐瘀汤（《医林改错》）加味。

当归 赤芍 川芎 丹皮 五灵脂 桃仁 红花 延胡索 台乌药 香附 枳壳 甘草 焦山楂 竹茹

加减：上腹部剧痛者加乳香、没药化瘀止痛；呕吐褐色浊液或血块者加三七、茜草以活血止血；腹胀呕吐甚者加厚朴、半夏和中降逆；上腹部包块，坚硬不散者加鳖甲、莪术

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以软坚散结。

7.4.4.5 气阴两虚

临床表现：胃脘痛日久不愈，反复呕吐，形体消瘦，唇干口燥，神疲乏力，大便干燥，小便短少。舌红少津；脉细弱。

治法：益气生津，降逆止呕。

方药：麦门冬汤（《金匮要略》）加味。

麦冬　半夏　党参　甘草　粳米　大枣

加减：口干舌燥，烦渴欲饮者加沙参、生地、元参以养阴生津；气短乏力者加黄芩、黄精、扁豆以补中益气；大便干燥者加当归、火麻仁、柏子仁以润肠通便；胃气上逆，呕吐不止者加竹茹、旋覆花以降逆止呕。

7.5 外治法

7.5.1 涂抹

天津中医--附院研制的“止痛灵”，用棉球蘸药液涂抹于胃痛部位，有通络活血，理气止痛的功用，适用于胃脘痛急性发作。也可用芸香精涂于胃脘部疼痛部位。过敏体质，部分患者涂药后，局部皮肤出现药疹，忌用涂抹疗法。

7.5.2 贴膏药疗法

大连市中医院研制的：“止痛膏”，外贴胃痛部分，有理气活血，温胃止痛，也可用“消炎镇痛膏”、“伤湿止痛膏”贴在胃脘部最痛部位。贴膏药后局部皮肤出现皮疹者改用其他疗法。

7.5.3 熨敷疗法

食盐适度炒热，乘热熨敷胃痛部位，民间用于胃寒疼痛多有效验。也可用“寒痛乐”振动发热后固定在胃痛部位，或热水袋放在胃脘部痛处，适用于虚证、寒证、瘀血性胃脘痛。

7.5.4 羊肠线穴位埋植

取穴内关、足三里、胃俞、脾俞、中脘，每次埋植 2～3 穴位，20 天埋植 1 次，3 次为 1 疗程。

操作方法：

穴位皮肤用碘酊、酒精消毒，带无菌手套，2%利多卡因局麻。9 号腰椎穿刺针（将针芯的前端磨平），或 9 号注射针头另配针芯（使用前高压消毒），将消毒的 0 号羊肠线剪取 1.5mm，放置穿刺针前端然后按上针芯，左手食指绷紧穴位周皮，右手持针快速入皮，送针到所需深度。左手食指左右捻转，出现酸胀痛针感后缓推，边退边推出针芯，将羊肠线埋藏穴内，以皮下组织与肌肉之间为好。针孔涂上碘酊，盖上无菌棉球胶布固定。

7.5.5 刮痧疗法

在上脘、中脘、下脘部和前胸胸骨柄及脊椎两旁，用纱布擦干汗后以 75%酒精消毒，然后用酒精擦过的钱币或汤匙蘸油或酒由上往下刮动，反复到 20～30 次用力均匀，轻重适当，以皮肤出现紫红色皮下出血点为准，适用于热证、实证之胃脘痛；虚证、寒证体质、十分虚弱者不宜选用此法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.6 点穴疗法

按摩疗法是以手代药在患者身上某处皮肉筋骨部位，运用按摩推拿等各种手段，以通畅经络，调理气血，从而起到治病止痛的作用的一种疗法。

选穴：中脘，气海，天枢，章门，期门，胃俞，脾俞。

操作：患者坐在靠背椅上，医生用食指、中指、无名指三指并拢，以中指对准中脘穴，用力由轻到重压揉按，按至病人不能忍受时突然松开手，反复操作至胃痛缓解，亦可在中脘等穴用手掌依顺时针方向按压揉摩 10～15 分钟，用力适度，疼痛亦可缓解，适用于虚证、寒证。实证、热证不宜用。

7.5.7 药烟疗法

药烟疗法是指用中药制成香烟剂型，点燃吸入，从而达到治病止痛的一种治疗方法。

操作：用火点燃中药香烟，令患者如抽烟一样一口一口吸入，然后吐出，反复吸入吐出，达到温中散寒止痛的作用。厌恶吸烟和咳嗽的患者慎用。

7.6 针灸疗法

针灸疗法是以中医经络学说为理论基础，通过针刺法和灸法对经络腧穴进行刺激，以调和人体阴阳，扶正祛邪，行气活血，疏通经络，达到治愈疾病的目的。针刺法和灸法对胃脘痛有显著的疗效。

7.6.1 体针

7.6.1.1 饮食积滞

治则：消积化滞。

主穴：足三里，中脘，胃俞

方义：足三里为胃脘合穴，中脘为胃之募穴，配胃俞属俞募相配。三穴合用以达疏通胃气，升清降浊，和胃止痛之功。

配穴：痛甚者加解溪、公孙、脾俞。

刺穴方法：患者采用坐位，三穴常规消毒。直刺足三里 5 分～1 寸 5 分，中脘直刺 5 分～8 分，胃俞 5 分～1 寸。如胃脘有寒邪内郁，可用灸法 10 分～30 分针。

7.6.1.2 肝气犯胃

治则：疏肝和胃。

主穴：中脘，期门，内关，足三里，公孙，行间。

方义：中脘，足三里以疏通胃气；内关、公孙是八脉交会配穴法，能宽胸解郁，善治胸胃疼痛；合期门、行间，以平肝胆之冲逆，疏肝理气，消胀定痛之功效。

配穴：痛甚加梁丘；胁痛加阳陵泉；气滞重加檀香、太冲、肝俞、章门。

刺穴方法：针用泻法，患者取仰卧位，穴位局部常规消毒。足三里直刺 5 分～1 寸 5 分，中脘直刺 5 分～8 分，内关一般刺 5 分至 1 寸，期间针 2～3 分，行间针 2～3 分局部胀感。

7.6.1.3 脾胃虚寒

治则：健脾温中散寒。

主穴：脾俞，胃俞，中脘，足三里，内关，三阴交。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方义：取脾胃的俞募穴配足三里，内关，三阴交，灸之可温中散寒，补肝和胃。针用补法可补益胃气，濡养胃络。

配穴：呕吐者加气海；虚寒严重可针公孙。

刺穴方法：脾俞针 3～5 分，向脊柱斜刺时可到 7 分～1 寸，针感向下，或沿肋骨向前放射，胃俞针 5 分～1 寸，胀麻，常向前方或沿肋间放射。

7.6.1.4 临床经验 北京中医医院针灸经验方："老十针"穴位有：上脘，中脘，下脘，气海，天枢（双），足三里（双），内关（双）。手法：虚寒证用补法或针后加灸。实热和寒虚证用泻法。适用于胃脘痛诸证。

7.6.2 耳针

取脾、胃、肝、交感、神门、皮下等耳穴，每次刺 2～3 穴，痛剧时用强刺激，痛缓时用轻刺激。隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。

操作：病人取坐位，医生用毫针针柄在牙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 1～15 分钟。若胃痛反复发作，可用皮下针埋针治疗。

7.6.3 灸法

实证取中脘，梁门，足三里穴。虚证取中脘，胃俞，脾俞，足三里，内关穴。每日用艾条施灸 1 次，每次 3～5 穴，亦可用艾条悬灸，10 次为一个疗程。操作：将艾条点燃，施灸于穴位上，艾条与穴位之间距离以患者有温热感并能忍受而无灼热感为度。或用艾柱置于穴位上直接点燃灸，或隔姜隔蒜点燃灸，灸至皮肤红晕为止，每穴灸 3～5 分钟。

7.6.4 皮肤针

取腰背部足太阳膀胱经穴，以第八胸椎至第三腰椎之间为重点，取腹部足阳明胃经上的结带条索或反应点，用梅花针常规消毒后扣打上述穴位，每日或隔日扣 1 次，10 次为一疗程。

7.6.5 指针

取膻中穴、中脘、足三里、内关、胃俞、阿是穴等，用右手大拇指或食指指尖先轻后重施行点、压、捏、揉等手法，每次 2 分钟，以酸痛为度，每日 1 次，5 次为一疗程。或取双侧胆俞夹脊穴，用中指末端重按双侧穴，顺时针旋转 10 分钟。孕妇慎用胶穴。

7.6.6 足针

患者俯卧或侧卧，脚趾用力向下垂伸，于根腱陷处正中间取穴，向上斜刺 0.5～1 寸，得气后留针 5～15 分钟，每日 1 次，10 次为一疗程。

7.6.7 三棱针

取足三里、膏肓、中脘、太冲等穴，局部常规消毒后，用三棱针点刺出血。

7.7 探吐疗法

探吐疗法是用手指或羽毛等物，探触咽喉引起呕吐而将误食的毒物或胃内痰涎蛔虫吐出的一种治疗方法。

操作：患者取坐位或侧卧位，张口，医生用手指或羽毛或棉签、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。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

适应证：误食毒物或服药中毒，或暴饮暴食而食人时间不足停于胃脘者。

禁忌：急性胃痛患者中年老体弱者，孕妇，或合并高血压，冠心病者忌用。

7.8 灌肠疗法

灌肠疗法是将药物灌进大肠，通导大便，从而使腑气通降，而达到治病止痛的一种治疗方法。

操作：患者取侧卧屈膝，医生将肛管从肛门插人，然后灌入大黄液或蕃泻叶液 200～300ml，拔出肛管，嘱病人入厕排便。

适应证：急症胃痛实证，热证，宿食停滞证之大便燥结者。

禁忌：脾胃虚寒证及大便稀溏者忌用。

7.9 洗胃疗法

洗胃疗法是通过清洗胃腔，将胃内有害物质排出体外。从而达到祛邪止痛目的的一种治疗方法。

操作：患者取坐位或侧卧位，医生将胃管从患者鼻腔插人胃内，然后将绿豆甘草汤或温开水 500～1000ml 缓慢地自漏斗灌人冲洗，随后利用虹吸原理将胃内有害物质和清洗液排出，如此反复多次，直至将胃内有害物质排尽。

适应证：因误食毒物和饮食过饱所致急症胃痛。

禁忌证：对食人腐蚀剂患者或有食道静脉内张的患者，不宜用洗胃法治疗。

7.10 西医治疗撮要

胃脘痛是中医临床常见病证，可见于急慢性胃炎、消化道溃疡、消化道出血、胃下垂、胃粘膜脱垂、胃痉挛、胃神经官能症、十二指肠炎、胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、胰腺炎等多种疾病的过程中。现就常见的以胃脘痛为主症的消化性溃疡的西医治疗方法撮要如下：

7.10.1 消化道溃疡

（1）一般治疗

①生活应规律，避免劳累紧张。溃疡活动期可暂时休息。

②少食多餐，吃容易消化的食物。避免刺激胃液分泌多的食物，如咖啡、茶叶及调味品。

③戒烟忌酒及损伤胃粘膜的药，如保泰松、激素类。

（2）药物治疗

①抗酸剂：即用碱性药中和胃酸，缓解胃脘痛有较好的效果，但其药理作用时间短。临床常见的抗酸剂有：碳酸钙、氢氧化铝、氢氧化镁、乐得胃或胃得乐、胃舒平。

②胃粘膜保护剂：能与胃粘膜的粘蛋白结合形成保护膜，覆盖溃疡面，使胃粘膜免受胃酸-胃蛋白酶的侵蚀，促进胃粘膜的再生，增强胃粘膜的抵抗力。临床常见药有：硫糖铝、生胃酮。

③新型抗胆碱能药物：能缓解疼痛，能促进溃疡愈合，副作用少。临床有：哌仑西平。

④H_2 受体阻断剂：与壁细胞膜上 H_2 受体结合，阻止组胺与之结合，以减少胃酸分

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泌。临床常见药有：甲氰咪呱、雷尼替丁、法莫替丁。

⑤质子泵抑制剂：对 H^+-K^+-ATP 酶的抑制作用是不可逆的，其抑酸作用时间长，由于胃酸分泌的最终步骤被抑制，故能抑制任何刺激剂对壁细胞的刺激作用，从而产生很强的抑酸效应。常用药有：奥美拉唑、兰索拉唑 、潘妥拉唑。

⑥胶体铋剂：与溃疡面蛋白质结合形成保护膜，使溃疡与胃酸隔离，抑制胃蛋白酶活性，消除幽门螺旋杆菌 HP，减少溃疡复发。常用药有：德诺、丽珠得乐、麦滋林-S 颗粒、迪乐。

⑦前列腺素 E：能促使粘液和重碳盐酸分泌及粘膜血流量增多，抑制胃酸分泌。副作用为腹泻。常用药有：喜克溃。

⑧抗 HP 剂，HP 敏感性抗生素有：阿莫西林、甲硝唑、替硝唑、呋喃唑酮、四环素、庆大霉素、甲红霉素、痢特灵、黄连素。

二联疗法：

含秘剂二联疗法　秘剂 + 阿莫西林（或甲硝唑或四环素）

含质子泵抑制剂二联疗法　奥美拉唑（或兰索拉唑 ） + 阿莫西林

奥美拉唑 + 克拉霉素

三联疗法：

含秘剂三联疗法　秘剂 + 四环素（或阿莫西林） + 甲硝唑（或替硝唑）

含质子泵抑制剂三联疗法　奥美拉唑 + 阿莫西林 + 克拉霉素

奥美拉唑 + 阿莫西林 + 甲硝唑

奥美拉唑 + 甲硝唑 + 克拉霉素

兰索拉唑 + 阿莫西林 + 克拉霉素

兰索拉唑 + 甲硝唑 + 克拉霉素

含 H_2RA 的三联疗法　雷尼替丁 + 阿莫西林 + 甲硝唑

四联疗法：

含奥美拉唑的四联疗法　奥美拉唑 + 秘剂 + 四环素 + 甲硝唑

含法莫替丁的四联疗法　法莫替丁 + 次水杨酸铋 + 四环素 + 甲硝唑

⑨其它疗法：胃泌素受体拮抗剂：丙谷胺。作用于中枢神经系统的药物：可促进胃肠蠕动，抗胆汁反流，减轻肠胃不适症状。常用药有：西沙比利、胃复安、消胆胺。

8　疗效评定标准

8.1　临床疗效评定标准

痊愈：证候大部分消失，半年至 1 年内不复发，相应的主要理化检查基本恢复正常或明显好转；

显效：主要证候消失，半年至 1 年内不复发，相应的主要理化检查好转；

有效：主要证候基本消失，半年至 1 年虽有发作，但疼痛减轻，持续时间缩短，相应的主要理化检查改变不大；

无效：主要证候无变化，相应的主要理化检查无改变。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

录自《中药新药临床研究指导原则》第一辑，中华人民共和国卫生部1993年制定发布。

8.2 止痛疗效评定标准

显效：服药后30分钟内胃痛消失，观察60分钟胃痛不复发；

有效：服药后60分钟内胃痛消失，或用药30分钟内胃痛由重度到中度痛，或胃脘痛由中度痛减到轻度痛；

无效：用药60分钟后胃脘痛未消失者。

录自《中医胃肠痛学·胃脘痛》李乾构，王自立主编．第1辑，中国医药科技出版社，1993：204

9 调摄护理

胃脘痛发作多与情志不遂，饮食不节和寒温不适，劳累过度有关，因此，在胃脘痛的预防上，要重视精神与饮食等方面的调摄。患者要保持精神愉快，性格开朗，不生气发怒，注意劳逸结合，切忌暴食暴饮或饥饱不均，不仅可减轻和减少胃脘痛发作，而且可进而达到预防胃脘痛的目的。

对胃脘痛患者的饮食要求，以少食多餐，清淡易消化为原则，但对胃脘剧痛伴吐血、黑便者应予暂禁食，使胃休息，减少胃蠕动，以利于胃痛恢复；但临床实践证实，禁食并不意味着使胃部休息，而给与少量的食物用以中和胃酸，反面可减少胃酸对溃疡的刺激，使病人稍感舒适，但要注意食物的温度宜低，这样可以防止血管舒张，减少出血量。大量出血的膳食处理是暂禁食，然后按医嘱2～3小时给予冷流质食品，如不加糖的冷牛奶、冷豆浆、冷蛋羹，每次100～150ml，1日6～7次。少量出血可暂进米汤、牛奶等流质食物，少量多餐，进而吃藕粉，山药粉，米粥等半流质饮食或少渣软饭等。对胃酸过多而饥饿时胃痛加重者，可进苏打饼干或烤面包片，烤馒头片以中和胃酸减轻疼痛。胃痛持续不已者，应在一定时间内，进流质或半流质饮食。总之要预防胃脘痛，除注意情志调摄外，还要注意饮食定时定量，吃七八成饱，克服偏食不良习惯，食品温度宜适中，饮食不要过凉，亦不可过热，同时要注意饮食的质量，既不可进食油炸煎炒，辛辣甜润之品，也不可过量饮酒吸烟，专吃粗粮或专吃精细粮食，做到掌握好饮食的质和量，照顾到饮食营养全面摄取而不伤脾胃，从而达到预防胃痛的目的。

溃疡病大量出血冷流食谱举例：

早餐：牛奶（冷）150ml；

加餐：过箩米汤（冷）100ml；

午餐：蒸蛋羹（冷）150ml；

加餐：冲杏仁霜（冷）100ml；

晚餐：蒸蛋羹（冷）150ml；

加餐：冷牛奶100ml。

溃疡病少量出血少渣半流食谱举例：

早餐：大米粥，蒸嫩鸡蛋，烤面包；

加餐：豆浆，饼干；

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

午餐：肉末鸡蛋面条；

加餐：藕粉，蛋糕；

晚餐：猪肉末挂面（加菜汁），烤馒头片；

加餐：牛奶 1 杯。

胃痛食疗方：

方 1：羊肉粥

组成：鲜瘦羊肉 50～100g，大米或糯米适量，调料适量。

制法与服法：羊肉洗净切细，先煮烂熟，与米同煮成粥，加适口调料。早、晚为主食，或佐餐食之。

功效：温胃散寒，补虚止痛。

适应证：劳伤脾胃，虚劳里急，胃脘疼痛，腹冷泄泻等证。冬日常食，其效尤佳。

禁忌：胃热，虚寒者，不宜服。

方 2：吴茱萸粥

组成：吴茱萸 6g，生姜 6～9g，糯米 50～100g，调料适量。

制法与服法：先用纱布包吴茱萸与生姜，加水煮 20～30 分钟。去渣留汁，再人淘净糯米煮成粥，加适口调料。早、晚为主食，或佐餐食之。

功效：温胃散寒，理气止痛。

适应证：虚寒胃痛，胃脘痞满，虚寒呃逆，虚寒呕吐等证。

禁忌：阴虚，胃热者，不宜食。

方 3：土豆蜜膏

组成：鲜土豆 500g，蜂蜜 250g。

制法与服法：土豆洗净去皮，捣烂，加水适量，双层纱布绞压取汁。土豆汁文火浓缩后，再人蜂蜜，熬至成膏，装瓶冷藏备用。每日 3 次，空腹时 1～2 汤匙，鲜开水冲服。

功效：健脾养营，缓急止痛。

适应证：久病胃痛，以饥时胃痛者尤佳，以及老年便秘，阴虚便秘等证。

方 4：姜橘土豆汁

组成：鲜土豆 250g，生姜 10g，鲜橘子汁 30～50ml。

制法与服法：土豆洗净，去皮切片，与生姜同捣，纱布包取汁，汁与橘子汁混合，煮开装瓶，冷藏备用。每日 3 次，空腹时 10～15ml，开水冲服。

功效：益胃调中，理气止痛。

适应证：胃脘疼痛，肝胃失和，恶心、呕吐等证。

对患胃脘痛的患者，做好护理工作十分重要。首先要全面细致观察病情，辨证施护，如胃脘痛的部位，性质，发作时间，诱发因素和舌象脉搏的变化并详细记录，为辨证施护和辨证论治提供可靠的依据。胃脘痛患者住室应整齐通风，光线柔和环境安静。胃脘痛剧烈时要卧床休息，疼痛缓解后方可下床适当活动，同时要注意生活规律，情绪稳定，防止过劳，保证充分睡眠，出现胃脘痛剧烈难忍呕血黑便时，更应体贴关心照顾病人。向病人宣传消除紧张恐惧心理，保持乐观情绪和树立战胜疾病的信心的重要性。同时要注意保暖，调节室温，要随天气变化为病人增减衣被，以防止因气候变化而加重病情。胃脘痛发

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

作时应立即去医院诊治，不可延误时间，以防他变。同时要坚持治疗，服药得法。内服汤药，虚寒证、寒证宜热服；湿热证或虚热证宜凉服，伴有呕吐者，药宜少量多次服，服药前用生姜片擦舌面或用药调治，无论蜜丸或水丸都要用开水化开服。

对呕吐鲜血或大便色黑如柏油样的，应重点观察血压脉搏的变化，最好是住院观察，以便随时掌握病情，辨证治疗。

总之，人们注意一年四季的气候变化，适时调摄，春夏养阳，秋冬养阴，以养其生，同时要选择适合自身的体育锻炼，增强体质和抗病能力，并注意饮食有节，起居有时，劳逸结合，防止过劳，这些对预防胃脘痛发生均起重要作用。

10 康 复

胃脘痛的患者一般情况下经内科治疗大多可以痊愈，症状消失或外科手术后恢复良好，但是应该指出，胃脘痛的复发率比较高，特别是有慢性胃脘痛的患者，当脾胃受损，气血亏虚时，往往一时的疏忽，如饮食不当，劳累或感受寒冷，精神紧张即可引起复发。因此要使患者身体恢复健康，仍要求继续坚持服药，无论是什么原因引起的胃脘痛对脾胃必有损伤，所以“急则治其标，缓则治其本”，邪气已去，正气则需要扶持。一般在胃脘痛消失后医生仍要求继续服一段时间的药，调理善后，以巩固疗效，防止复发的可能。但胃脘痛属消化性疾病，必须注意饮食的调养，要配合饮食疗法，体育锻炼等综合性调理才能使正气复元，身体康复。

对急性胃脘痛发作期后，为了巩固疗效，仍然需要适当限制对胃有刺激性的食物，在恢复期可继续吃流质、少渣半流的饮食，还可以逐渐增加些含纤维素少又易于消化的食物，如冬瓜、西红柿、去皮的茄子、嫩小白菜叶、土豆、胡萝卜等。烹调时切成细丝或小丁，煮透煮软或调成羹状，水果也要削皮，然后切成小丁煮软，再制成水果羹，以后逐渐吃些软饭、馒头、肉馅包子、蒸蜂糕、蒸蛋糕、面包或面条等。

溃疡病恢复期食谱举例：

早餐：牛奶 200ml，煮鸡蛋 1 个，蒸蜂糕 1 块，白米粥 1 小碗，酱豆腐少许；

午餐：软烂饭 1 小碗，蒸肉饼 1 份，烧细软胡萝卜丝 1 份；

加餐：煮果子水 1 小碗，烤馒头干 2 片，黄油；

晚餐：肉末碎青菜汤 1 小碗，花卷 1 个，红烧鱼 1 份；

加餐：牛奶或豆浆加糖 200ml，饼干 25g。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

“胃脘痛”一病名虽基源于《内经》，但历代有“九心痛”之称，一病多名，一名多称，对“胃脘痛”的中医研究和发展带来了不利的影响，为此近代诸多著名中医临床学家就如何统一“胃脘痛”的中医病名发表过真知卓见，并为之努力，为我们开展中医“胃脘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛”病名的诊断规范化研究打下了基础。如裘庆元、曹炳章、何炳元等在其所著中对胃脘痛的病证防治均有记载，张锡纯继承中医，自学西医，博采中西医学之长，集一生学术和临床经验著《医学衷中参西录》（1918 年），该书在医案类中设有肠胃病门，并举例胃脘疼闷证。

新中国成立（1949 年）以来，中医脾胃医家继承和阐明先辈提出的理论、接受了辩证唯物主义的教育，系统学习掌握了西方医学的知识，经过长期的临床实践，明确地提出了胃脘痛属于消化系统疾病中表现出的一种主要病症，可见于西医的“急慢性胃炎，消化性溃疡，上消化道出血，胃下垂，胃粘膜脱垂，胃痉挛，胃神经官能症，十二指肠肠炎，胃癌及部分肝炎，胆囊炎，胆石症，胆道蛔虫症，胰腺炎等疾病。关于“胃脘痛”病证的定义，1985 年 6 月版《实用中医内科学》（上海科学技术出版社）集现代名医家任应秋、黄孟垣、李聪甫、张伯臾、张大钊、何任、盛国荣、张镜人、张伯纳、方药中、董建华、陈可冀、王永炎、邓铁涛、许自成、时振声等之作，在“胃脘痛”篇说：“胃痛是以胃脘部疼痛为主要症状，多由忧思郁怒，肝木横逆犯胃，或饮食劳倦，损伤脾胃之气所致”；在诊断中说，“其疼痛有胀痛、刺痛、隐痛、剧痛等程度的不同。在疼痛的同时，常伴见脘腹胀满，嗳腐吞酸，恶心呕吐，不思食，大便或结或溏等脾胃证状以及神倦乏力，面黄消瘦，浮肿等全身症状”。1985 年 10 月由上海科技卫生出版社出版的全国高等中医药教材《内科学·胃脘痛》中指出：“胃痛是以上腹胃脘部近心窝处经常发生疼痛为主症。”又说：“胃痛之主要部位系在上腹胃脘部近心窝处，痛时可以牵连胁背，或兼见胸脘痞闷，恶心呕吐，纳差，嗳气嘈杂，或吐酸或吐清水，大便溏薄或便结，甚至呕血便血等症。”1989 年全国中医脾胃学术委员在庐山会议上正式提出胃脘痛的病证名称和定义，其标准如下：

主症：以上腹胃脘部近心窝处发生疼痛。

消化道症状：食欲不振，恶心呕吐、嘈杂泛酸，嗳气呕逆，脘腹胀满，大便不调等。

全身症状：倦怠乏力，四肢酸懒，心悸气短，消瘦失眠。

并发症：病情严重者，常出现呕血黑便等出血见症。

发病特点：突然发病，患者以青中年居多。

病史特征：多有反复发作病史。

诱发因素：本病多因气怒，感寒，劳累和暴饮暴食而诱发。

理化检查：做纤维胃镜检查，可见胃粘膜充血水肿、糜烂、有出血点或有溃疡，做上消化道钡餐检查，可见胃粘膜充血水肿、糜烂，有出血点，或有溃疡，作上消化道钡餐造影检查，可见胃粘膜皱裂紊乱，或有龛影；胃蠕动与排空异常，或有胃窦部激惹证。作胃液分析，胃运动试验，胃分泌功能测定，作胃电图和血清胃泌素等项目检查可见异常，有助于确诊。

病名诊断：凡具有以上第 1 项主症参考 2～8 项，即可诊断为胃脘痛。

此指标及定义已被中医界肯定。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识集粹

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

关于胃脘痛的病因病机，现代医家有着不同的观点，在多年的研究、探讨和临床实践中，总结出了自身对胃脘痛的认识，现分述如下：

外感内伤因素　现代医家基本观点认为：胃脘痛初起多因停食、外感寒邪或暑湿之邪，乘虚而入，初犯经络，损伤胃体，经络不通，气血失调，气机不畅，小络拘急而生实证胃脘痛，成病之后，常因饮食、劳倦、寒温不调，七情所伤而经常发作，渐成慢性胃脘痛；如秦伯未认为，胃脘痛可分为胃气痛，胃寒痛，胃虚痛三种。胃气痛一因是饮食所伤胃气阻滞所致，二因是由于肝气引起，恼怒之后，肝气横逆犯胃所致；胃寒痛是中焦受寒所致，可有饮食不慎，寒凉生冷所致，也有外感寒邪所致。[1]

病理变化机制　胃脘痛之病情，虽有虚、实、寒、热或虚实并见，寒热错杂之殊，就其病因病机推之，则可辩为气滞、血瘀、寒凝、火郁、食伤、停饮、中虚、津伤，以及虫积等不同。由于寒热、饮食、情志导致脾胃虚弱、气滞血瘀、湿阻痰结，胃气壅滞不通，是胃脘痛发生发展过程中的重要环节。对此现代医家多有论述，如董建华强调气滞在胃痛发作发展的重要作用，具有独特的见解，认为胃痛常因情志不遂，饥饱劳碌，或冷热无度等，影响了胃气之通降而成，胃气壅滞不通，轻则为胀，重则为痛。气滞可以导致血瘀、湿阻、食积、痰结、火郁等种种胃痛，病久不愈，伤阳损阴，病可由胃及脾，由实转虚，后期常表现为虚寒或虚热两种情况。[2]李鸣皋从气血、寒热、饮食方面阐发了发病机理，将胃痛分为六辨：①胃气痛：多因情志不遂，肝失条达，横逆犯胃，致胃脘胀痛。②胃血痛：多因肝郁日久，气病及血，导致气滞血瘀，胃络受阻。③胃寒痛：多因寒气犯胃，寒凝气阻，气血凝滞，而出现胃痛。④胃热痛：多因肝气郁久化火，搏结胃脘，胃失润降，气机不和而发胃痛。⑤寒热错杂胃痛：胃脘久痛不愈，或长期服用温燥之品，导致胃阴被灼，阴阳升降失调，出现上焦有热，脾胃虚寒的寒热错杂证。⑥食滞胃痛：食滞中焦，运化失常，胃失和降。[3]任继学从脾胃升降气机不畅说明了胃脘痛病理，认为久病脘痛，阳伤则阴不化，或七情郁结，久而化热，或过用香燥之品，伤阴损燥者，可致胃阴不足之胃脘痛；亦有因脾阳素虚或嗜食生冷而致中阳不振，升降之能呆滞，气机不畅所致胃痛者。[3]朱良春在水湿中阻、气虚血瘀病机中则提出：久患胃疾，脾胃虚弱，中焦气虚，水谷精微无力推动，日久之后，则水湿中阻，故胃虚之证，多见挟湿，湿浊不得宣化，清阳岂能上升。胃病既久，耗气损阴，气衰无力推动，血行瘀滞，“久病多瘀”，“久病多虚”，因此常呈现气虚血瘀之候。[1]

脏腑偏盛偏衰　黄文东认为胃痛的病机可归纳为肝旺、脾虚、胃实六个字。肝旺可分为肝郁、肝气横逆、肝阳上亢、肝火偏旺、肝阴不足；脾虚是指脾气、脾阳、脾胃阴虚；胃实并非指阳明腑证，而是指食积、瘀血、痰湿等实邪停积胃中。[1]

辨证辨病结合　随着现代医学检查手段的使用，运用中医辨证方法认识胃脘痛相关性疾病，是当代许多名老中医在胃脘痛病因病机临床研究方面积累的丰富经验。章次公把胃脘痛的病因分主动和被动。主动多属胃之本身疾患，如胃溃疡、胃炎、胃痉挛之类；被动多因某种原因使之作痛，如胃酸过多，冷食及刺激等。[1]薛盟认为：中阳下陷，血不归经，多见于十二指肠球部溃疡、胃下垂症。肝火升逆，胃气虚乏，多见于胆汁返流性胃炎。水气留胃，胸痞攻冲，多见于糜烂性胃炎。劳力伤络，血瘀致痛，多见于浅表性胃炎。肝胃不和，阴虚嘈杂，多见于胃粘膜脱垂症。气阴两虚，多见于萎缩性胃炎。脘间积

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

聚，大便异常，多见于胃息肉。[3]李鸣皋认为：肝气郁结，胃中不和，表现为气滞为主之胃脘痛，临床多见于慢性胃炎及胃神经官能症。肝胃郁热者，好发于急、慢性胃炎。若肝郁胃寒而致胃脘冷痛，常见于胃及十二指肠溃疡反复不愈者。肝郁日久，化火伤阴及胃失濡养的萎缩性胃酸缺失，或伴肠腺化生之胃脘隐痛或灼痛。血瘀于胃，反刺激胃粘膜，遂加重胃痛，呈刺痛或刀割样痛。此见于胃、十二指肠溃疡或伴有出血之萎缩性胃炎及部分胃癌。[3]

综合而论，胃脘痛病因病机不外乎寒热、饮食、劳倦、情志所伤，由于脾虚、肝旺、胃实，而出现气滞、血瘀、痰湿的病理变化。

1.2.2 病因学的现代研究

1.2.2.1 季节、气候因素 现代流行病学对胃脘痛相关性疾病与气候的变化进行了研究调查，显示患者发病呈明显的季节性变化，并与气象有密切的关系。

季节因素：于中麟、张澍田对1984年至1993年的十年间该院消化内镜43000余病例的逐旬检出率进行了分析研究，将高发过程分为冬型、秋型和夏型，然后将其与北京同期气象资料中的10类气象因素逐旬进行了相关回归分析。结果发现：消化性溃疡检出率有明显的季节变化，秋、冬季为高发期。冬型高发过程与气压极大值和气温极高值有关；秋型高发过程与气压极差和气温差有关；夏型高发过程可能与气压急剧下降有关。消化性溃疡检出率与同期旬降水量等气象因子的关系最为密切。[4]亓鲁光应用余弦法对947例上消化道出血的时间节律进行了分析，结果表明：吐血（便血）节律明显，其峰相位在春季。[5]

气候因素：俞荣青等研究了寒潮对胃脘痛之影响，认为六淫之中，寒邪对慢性胃痛症状影响显著，并分析了两年中寒潮对132例329例次胃脘痛患者的影响，发现症状加重率为48.94%。统计资料表明，寒潮降临，气温大幅度骤降，将促使病情加重，但人工防护可使寒潮影响减少。同时寒潮对不同证型之影响也有区别。胃阴不足，脾胃虚寒，脾胃虚弱者诊状症状加重率最高；虚实相兼，中虚气滞，肝胃不和者次之，而夹热型最低。[6]杨洪涌对上消化道出血的病因学进行了研究。结果发现，外感（气象因素）是本病的主要诱因之一，其发病与冷空气活动关系相当密切，在季节上有12～2月，4～5月两个高峰，及8～9月一个小高峰。在气象因素中又以气温日变差（相临两日日平均气温之差）、气压日较差（一昼夜间最高气压与最低气压之差）对出血影响较大，结合出血发病高峰日与气象要素剧变指标之符合率，特别强调在气温骤降和气压剧烈变动时，易发生上消化道出血。[7]

其它天体因素：洪兆汗对254例消化性溃疡出血中医证型与月廓盈亏的关系进行了观察，结果表明每月15日前后是出血的高峰时期，而月初和月末发病率最低，计从10～20日的10天内出血者147例明显高于1～10日的57例和21～30日的50例，11～20日的脾虚胃热与肝火犯胃例数明显高于其他时间的例数（$P<0.01$）。[8]表明月节律的周期性变化是影响上消化道出血的原因之一。

由此可见恶劣的天气伴随有冷空气、台风或热带风暴出现，气温大幅度骤降，是发生胃脘痛和加重病情的重要原因之一，而临床所谓诱因不明显及多次反复出现胃脘痛应考虑与气候、气象、天体运行有关。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2.2.2 情志因素 胃脘痛流行病学研究显示，情志因素是导致胃脘痛的重要原因之一，情志失调可以是致病之源，即可作为一种潜在的发病因素，又可作为一种诱发因素，其中以郁、怒、忧、思的情志变化最为常见。情志失调作为发病的潜在因素，常常可使机体脏腑气血功能紊乱或功能低下，抗病能力低下，易在饮食、劳倦、外感、情志等因素作用下发生胃脘痛。目前认为：人处于紧张、焦虑、恐惧、愤怒状态时，大脑皮层对周围神经的反射不敏感，对周围神经的控制、调节能力下降，使胃的分泌、运动功能紊乱，易产生胃脘痛疾病。[9]

北京中医医院对186例确诊为溃疡病患者进行了病因分析，结果以情志失和引起胃脘痛的最多，占55%。同时统计学显示在胃脘痛发病人群中，不考虑饮食刺激的情况下，科研人员高于其他人员，表明思虑和精神紧张是胃痛发生的主要原因之一。

许凌成对溃疡病患者进行个性研究，结果显示受试者多具有多愁善感，焦虑，紧张，容易激动，激动后持久不能平静等情绪不稳的个性特征，说明情志失调是溃疡病发病的重要因素之一。[10]

武成等通过临床观察研究和心理测量两方面研究了229例消化性溃疡的心身关联性，结果表明消化性溃疡在不良的心理—社会因素刺激强度方面，与急性感染性疾病组和健康对照组比较均有显著性差异；艾森克人格问卷调查结果表明消化性溃疡组精神质高于其他两组，且具有情绪不稳定性；精神卫生自评量表（SCL-90）调查结果表明消化性溃疡存在以精神障碍为中心的临床表现。[11]

1.2.2.3 饮食因素 胃脘痛的发生、复发和加重与饮食关系极为密切。不少调查研究结果表明：随着饮食不节时间的增长则病情加重，进食寒冷，进食辛热，进食粗硬、肥腻、甘甜，嗜好烟酒均易导致胃脘痛的发生、复发和加重。

张晓梅通过对484例胃脘痛与各种饮食的关系进行了调查证实：随着饮食不节时间的增长，病情加重；饮食不节在胃脘痛的发生率显著高于对照组（$P<0.01$）；男性吸烟在3年以上者胃痛发病率明显高于对照组（$P<0.05$）。阳虚证患者进食寒冷引起复发和加重者占34.67%，进食辛热者占6.5%；阴虚证进食辛热引起复发和加重者占39.02%；进食寒冷者占4.88%。虚实寒热错杂证进食寒凉及辛热饮食均易导致病证复发加重。进食粗硬食品引起病证复发加重者占67.76%；饮食不节引起病证复发加重者占74.38%；稍多食引起复发和加重者占54.55例，尤其是晚餐稍多食引起复发和加重者占58.89%；进食肥腻引起复发加重者占17.77%；食甘甜食物引起复发和加重者占11.89%。[12]

上海中山医院调查371例慢性胃炎患者有饮食不规则史的占40.5%，与对照组比较有显著地差异（$P<0.05$）。麻仲学对1544例胃脘痛的流行病学研究调查也与上述研究相符。[9]

现代研究证实，酒精对胃肠道粘膜有损害作用，酒不仅是引起消化道炎症溃疡的病因之一，同时也能降低胃药的治疗作用。[13]

1.2.2.4 劳逸过度 现代医家临床观察研究表明，体力劳动和脑力劳动过度均可使脾胃运化迟滞，气血运行失畅，出现胃脘痛，伴随四肢乏力、精神萎顿、食欲减退等症。胃脘痛病因学研究表明，那些工作中一直处于高度紧张的职业，如驾驶员，飞行员，企业

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

管理人员，医务工作者的胃痛发生率高于普通人群。另外一些生活规律被打乱的人群，例如必须夜间上班的人群，由于生活节律被打乱，胃酸分泌与调节紊乱，易引起各种胃部疾病而出现胃脘痛。

1.2.3 病机学研究

胃脘痛的病机是指胃脘痛的发生、发展、变化的机理。几十年来中医对胃脘痛的病机进行了多方面的理论研究和临床研究，取得了卓越的成绩。不少学者认为胃脘痛的病机主要是频繁的七情刺激，特别是忧思恼怒引起的脾胃不和，土虚木横，气滞血瘀，以及长期饮食不节，劳倦内伤，导致脾胃虚弱，气血失调而成。在病机转化方面，认为肝气犯胃，迁延不愈，既可化火伤阴，迫血妄行；又可久痛入络，血分瘀滞，或胃络受损，而致吐血黑便。肝气乘脾可致湿浊内生，或经久不愈损伤脾胃之阴。日久中气不愈，脾不统血，而致出血。总之机体肝胆脾胃功能失调，导致体内寒热偏盛偏衰，气血阻滞逆乱，痰湿淤血郁阻，是胃脘痛的主要病机。胃脘痛的发病机理大致可分为寒热失调，气机升降失常，瘀痰内阻，脾胃虚弱，肝胃不和。在疾病发生发展中，互相影响，互相转化。在邪正斗争中，虚实转变。

1.2.3.1 寒热失调 寒热虽然可以是胃脘痛的发病原因，同时在发病过程中也可以作为脏腑功能失调产生的病理机制。各种原因所致的阴阳失调，机体大多以寒热的形式表现出来。

如六淫所伤，伤于脾胃，患者体质强，阳气盛，邪从热化，或寒邪入里，郁久化热，热伤胃络；或湿邪化热，湿热交蒸，困脾碍胃；或五志化火，火伤脾胃；或热邪耗气伤津。在胃脘痛的初期为阳盛生热，但在疾病的中后期则表现为阴虚内热的病理变化。因为在疾病转化中，病久则津亏气弱，从实转化为虚。

若身质虚弱者，阳气虚弱，邪人寒化，易感寒邪，或寒邪入里，抑遏阳气，必导致胃络凝滞，气血瘀阻；或感受湿邪，湿与寒结，寒湿凝聚，损伤脾阳，运化失常，加重痰饮生成；或寒邪抑遏阳气，加之素体阳虚，脾阳不能温煦，使气机运行不利，在发病过程中，以虚为主。但病久寒与痰瘀气滞共存，是因为在脾胃阳气长期被遏，运化功能失常，痰湿内生，气滞血瘀，加重脾胃受损，虚实夹杂。

不少学者在寒热病机研究中，对胃脘痛相关性疾病进行了观察，如田德录观察胃、十二指肠溃疡的形成认为主要是邪毒所致，尤以热毒为多。初期实热证为主，以中焦湿热为多见。在纤维胃镜下观察，溃疡大而深，其表面附有黄厚苔，周围粘膜肿胀呈围堤状、表面糜烂渗血者，为湿毒热毒炽盛；溃疡表面黄苔减少并均匀，周围隆起渐消者，为热毒之势稍减，正盛邪有退势；不论胃或十二指肠部溃疡，其活动期均有红肿热痛的特点。[14]

徐千里治疗萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床研究 42 例，其中肝胃湿热证 10 例，高于其它类型的患者。认为导致本病病程长，不易治愈的原因是脾虚湿胜，湿浊郁久化热，及久病入络，络脉瘀阻等。[15]

杨春波等对 98 例慢性胃炎患者进行了免疫组织化学研究，其中脾胃湿热证 60 例，研究表明脾胃湿热 HP 感染 80%，胃镜下胃粘膜充血、糜烂、水肿、湿润感，粘膜表面附有污浊粘液等表现。杨氏认为慢性胃炎脾胃湿热证是胃脘痛的病理类型，具有一定病理组织

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

学基础，是急性活动性炎症类型。HP 属中医湿热邪气之一，是导致脾胃湿热的主要原因之一，而胃内的湿热环境又有利于 HP 的生长和繁殖。[16]

罗伟生分析 146 例消化性溃疡病患者肝胃郁热者占 50.7%，脾胃虚寒者占 34.9%。[17]

张万岱对 105 例溃疡病患者运用中西医理论进行临床对照分析，发现寒热夹杂型相当于溃疡病活动期，以充血、水肿、糜烂和溃疡为主要表现，交感神经兴奋占优势；脾胃虚寒型相当于溃疡病活动程度减轻，趋向愈合过程的时期，以副交感神经兴奋占优势。[18]

1.2.3.2 气机升降失常 气机升降是脾胃功能的具体体现，脾气宜升则健，胃气宜降则和，脾胃的运化和统血功能就是在脾胃气机的升与降中完成，通过升清降浊，化生气血，祛除糟粕。升降的运行达到脾胃之气的正常运行，气机升降出入正常才能保证机体有度有序的新陈代谢，以维持机体正常的生理活动，而脾胃气机的升降为人体气机升降的关键，因此脾胃的气机运行是机体升降的枢纽。多种原因导致脾胃气机升降失司，气机失常，可演成诸多脾胃的病理表现，胃气不降，则糟粕不能向下传递，产生脘腹胀满疼痛，便秘等症。脾气不升反降则痞满腹胀、腹泻。脾气不足以升反降则中气下陷，内脏下垂，脱肛，亦可引起气滞血瘀发生胃脘痛。近年来，许多学者将脾胃升降理论应用于临床，运用调节气机升降与出入，调其变为常，在治疗胃脘痛方面取得了显著的成果。

周学文认为胆汁返流性胃炎引起胃脘烧灼样疼痛、呕吐、体重减轻，其病机是由脾虚木乘，胆邪犯胃，胃失和降，胃气不降反升所致。同时周氏还认为消化性溃疡不乏脾虚合湿热壅阻中焦，导致气机升降失司，胃腑失和。[19]

1.2.3.3 痰瘀内阻 痰与瘀是胃脘痛发病过程中的病理产物。痰湿或痰饮的形成与阳虚水液不化，或气机阻滞，气不行津，或津液受火煎熬，津液因寒积滞，渐致凝结成痰等机制有关。痰饮一旦形成即可阻碍气机。在胃脘痛的发病机制中，痰湿困脾，脾阳受遏，脾胃升降失常是病机的重要因素，而瘀血的产生，与气虚、气滞、郁火、寒凝，影响血液在血脉中运行有直接的关系。因为脾气虚弱不能推动气血运行，胃腑经络阻滞可导致胃痛，因为气滞升降失常亦可阻滞血不得行而停蓄于胃腑导致胃痛，或由于内有伏火，郁蒸津血，血液煎熬，粘稠难行而致血瘀胃痛；寒邪凝滞血脉，血流不通，也可形成瘀血胃痛；也有因离经之血而未出的瘀血，如消化性溃疡出血。痰瘀之证在胃脘痛的发病机理中，多在久病和顽固性疾病中出现，且病程长，治疗难度大，预后较差。

王钦山等对 72 例溃疡病患者进行活血化瘀治疗的同时分析了 25 例患者血液流变，认为本病的发生多与精神、饮食、情志、受寒等因素有关，这些因素均能导致气机失调，进而产生气滞血瘀。[20]

于兆芬等对胃十二指肠粘膜缺血在消化性溃疡病发病机制中的作用进行了分析：①胃粘膜微循环解剖特点与消化性溃疡好发部位有密切的关系；②粘膜血流量减少或供血不足导致微循环障碍，确对溃疡病的发病起一定作用。说明气滞血瘀是溃疡病的重要的病机之一。[21]

田德禄观察胃、十二指肠溃疡，纤维胃镜显示出溃疡面变浅，黄白苔退而未净，周围肿胀的粘膜消退出现粘膜集中者，为瘀血未尽，气血淤滞；溃疡而变浅趋平坦，敷苔消

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

退，粘膜集中形成疤痕，其颜色或紫暗或苍白者，为邪净正虚脉络瘀阻。[14]

任俊杰等对100例痰瘀型胃炎进行了临床及实验研究，认为胃痛日久不愈与痰瘀有关，其中大部分患者为慢性胃炎。胃镜所见粘液呈黄色或灰白色浑浊状，胃粘膜水肿、糜烂出血，凹凸不平等，认为痰湿阻滞，胃络瘀血的痰瘀胃痛，运用化瘀祛痰中药“利胃复胶囊”治疗，结果有效率96%。[22]

1.2.3.4 脾胃虚弱 脾胃功能是纳化水谷和运化水湿，脾统血。胃脘痛为胃腑疾病，属本脏之病，必然与脾胃有直接关系。无论是外感、七情、气血和其它脏腑引起，最终导致胃脘痛的发病机理即在脾胃本身的脏腑功能失调。因此脾胃气虚是胃脘痛的根本原因，脾虚则胃之膜络亦弱，防护及抗邪的能力下降，尤其是中和对抗刺激性食物的能力及对不节、不洁之饮食的调节适应能力减弱；再加之邪气（热毒）对胃之脉络的破坏，局部经络阻塞，气血凝滞，不通则痛。[23]

近年来，许多医务工作者对胃脘痛相关性疾病中脾胃虚弱证候的指标进行了探索，在临床实验研究和临床观察取得了不少的进展。

许多文献报告提出，溃疡病病机主要是肝、脾、胃三脏（腑）受损，脾胃虚弱是普遍的基本症候。脾胃虚弱是溃疡病的主因，也是本病的主要证候。溃疡病患者中有60%～70%出现脾胃虚弱或脾胃虚寒证型，认为脾胃虚弱是其发病的根本内因，应用小健中汤、香砂理中汤和黄芪健中汤等治疗，可促进粘膜保护因子，增强屏障功能，加速上皮细胞再生，调节粘膜的血循环，从而收到良好的临床效果。慢性胃炎患者中则约有1/3左右出现脾虚证型，其中浅表性胃炎多为脾气虚证，萎缩性胃炎多为脾胃虚寒证型，肥厚性胃炎多为脾虚湿阻证，胃下垂和胃粘膜脱垂症则80%多出现脾气虚证，应用补中益气汤治疗每多取效。[2]

任光荣对33例溃疡病患者进行治疗观察，应用黄芪健中汤能使胃中BAO、胃蛋白酶活性和血清胃泌素下降，认为脾胃气虚是溃疡病发病的病机之一。[24]

王兆清等应用电子计算机对969例纤维胃镜下胃粘膜变化与辨证分型的关系进行了分析，认为胃窦苍白、幽门舒缩不良、胃体粘膜出血及溃疡可作为脾胃虚弱的指标。[25]

第一军医大学一附院认为脾胃虚弱以胃窦部病变为主，多见于疾病的慢性期、急性发作消退期或有明显的萎缩性改变者。胃阴不足多属疾病之急性发作期，以胃弥漫性病变为主，胃内急性炎症如充血、水肿和溃疡均较明显。[26]

尹光耀等研究以脾虚证为主的慢性浅表性萎缩性胃炎和胃癌患者42例的血浆环核苷酸（CAMP）含量和胃粘膜上皮化生的关系，发现脾虚证患者血浆CAMP较正常健康人下降极显著，并与肠上皮化生的严重程度呈负相关，即血浆中CAMP含量与肠上皮化生率呈反比，所得资料提示慢性胃炎患者的脾虚证、肠上皮、癌变均与胃内CAMP降低有关，在脾虚证的发生、发展和转归中，CAMP量变起一定的作用。[27]

1.2.3.5 肝胃不和 肝与胃的关系是木与土的关系，肝主疏泄，性条达则畅，胃主受纳，性降则顺，升则逆；肝主疏泄，调情志助化生，若木不降土，胃气壅滞，则受纳传化发生失常，滞而为病。近年来，不少学者认为肝气失于疏泄，胃气阻滞，胃络瘀阻是发生胃脘痛的重要病机之一。认为由于心绪不佳，焦虑恼怒，或过度紧张，造成肝气郁结，横逆犯胃，胃脘疼痛之病乃成。现代医学认为情志因素能造成植物神经功能紊乱，胃酸分

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泌过多，胃肠功能失调，胃肠出现逆蠕动波，幽门失去阀门样作用，胆汁往胃返流，胃内环境失衡，HP 大量繁殖，在上述各种因素的相互作用下，使胃粘膜局部充血、水肿、微循环发生障碍，营养不足，进一步糜烂，溃疡形成。[28]根据溃疡病临床与病理分析，认为大脑，血脑～垂体～肾上腺和植物神经的功能相似于中医的“肝”，消化功能可能与“脾”、“胃”相当。胆汁返流与肝胃不和有关；大脑皮层、皮层下功能紊乱和胃泌素增多与肝气横逆有关；胃液分泌和胃功能紊乱、胃内容物的潴留和胆汁反流与脾胃气机失调有关。[25]

在胃脘痛相关性疾病临床观察和实验研究中有报道慢性胃炎、溃疡病的发病原因中肝胃不和者占 84%。通过胃镜观察与中医辨证关系对比，发现幽门往往位置越高，病变面积越大，肝胃不和证就越明显。气血瘀滞也较重。[28]

北京中医医院对 186 例确诊为溃疡病的患者进行病因分析，结果以情志失和引起胃脘痛的最多，占 55%。经用纤维胃镜或 X 线钡餐造影对其病理机制进行研究，发现胃脘痛肝气犯胃证大致相当于溃疡病早期或疤痕期，临床表现以胃肠功能紊乱为主。

2 临 床 研 究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床证候的观察研究

胃脘痛一病由于古今说法不同，因此必须与真心痛、胁痛、腹痛加以鉴别，明确其疼痛的部位，涉及脏腑及其症候群。胃脘痛的疼痛部位在胃脘部，病位无疑在胃，但疼痛可以涉于胁肋或放射脐部周围。由方药中，邓铁涛，李先光，陈可冀，金寿山，黄星坦，董建华主编的《实用中医内科学·胃痛》（1985 年上海科技出版社出版）书中写道：“胃脘痛以胃脘疼痛为主要症状，其疼痛由胀痛，刺痛，隐痛，剧痛等程度不同，在疼痛的同时，常伴有脘腹胀满，嗳腐吞酸，恶心呕吐，不思食，大便或结或溏等脾胃症状以及神倦乏力，面黄，消瘦，浮肿等全身症状”。在 1985 年上海科技出版社出版的全国高等中医药教材中进一步阐明：“胃痛，又称胃脘痛，是以上腹胃脘部近心窝处经常发生疼痛为主证。”此后在《行标》、《中药（新药）临床研究指导原则》也都制定了胃脘痛证候概念，明确了胃脘痛的临床症状学，现已作为胃脘痛的诊断依据。

2.1.2 辨证规律的研究

胃脘痛辨证要点为阴阳、寒热、虚实、气血、缓急、轻重，即从喜温与喜冷，体质强与弱，新病与久病，拒按与喜按，有形与无形，得食痛减与加重，脉实与脉虚，疼痛暴作与渐发，疼痛的忍耐程度加以辨证，但具体脏腑所属和分证，当应根据不同的证候、舌、脉参合诊辨。

当代许多医家强调胃脘痛首辨虚实，对此骆震运认为：拒按者为实，喜按者为虚；痛而胀闭者为实，隐痛而不闭者为虚；喜寒者为实，喜热者为虚；饱则痛者为实，饥时痛者为虚。按之痛者为实，不痛为虚。黄文东认为，胃痛初起多实，每因受寒、夹食、夹湿引起气滞；久病多虚，又因体质差异而有阴阳气血亏虚之不同。[3]

丁光迪认为，胃痛病情，寒热虚实，往往可以通过问诊从病人主诉中确定。中热则喜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

寒，中寒则喜热。胃中热则消谷，令人悬心善饥，脐以上皮热。胃中寒则腹胀。寒热错杂证，尽管寒热可有轻重，见证亦能差异。按之痛者为实，不痛为虚。脘痛拒按，手不可触，定有食积，或者还可能是穿孔出血；脘痛喜按，尤喜温暖，每有虚寒，亦有可能是血虚。饥时痛作，得食痛缓，其病多虚；食入痛加，饱胀不堪，病多属实。实证苔厚而腻，但有时暴实尚无苔；苔黄少津者，已从热化，有时苔如积粉，白厚无津，病非一般，加之舌绛而暗，其病情就很值得推敲，不能轻易认为实证；至于虚寒证，较为易认，多质嫩稍胖苔薄。[3]

胃脘痛气血辨证就是要辨别气滞与气虚、血瘀与血虚，涉及的脏腑为肝脾胃。胃痛初期多因饮食所伤，胃气阻滞引起，或恼怒之后，肝气郁结，横逆犯胃；或劳力伤络，血瘀致痛，属于气血实证；久病则脾胃俱损，甚至中阳下陷，血不归经，失血日久，必使肝藏血不足，此属气血虚证。凡见痛如针刺而有定处，或痛不休止，胃脘似有物顶住等症，即有气滞瘀阻的指征。[1]

2.1.3 病势转归

急症胃脘痛，发病快，疼痛剧烈，特别是由于饮酒、辛辣刺激食物或有毒腐蚀物，损伤胃络，血液不循常道，其势向下，最易引起消化道出血之“便血”变证；有饮食所伤、情志所扰，脾胃受损，肝气横逆，胃气上逆，其势向上，出现恶心“呕吐”变证。

急症胃脘痛，病多属气分实证，通过选用发表散寒、温胃化饮、消食健脾、疏肝降气、行气消积、清热散结等法，胃痛能够较快缓解消失。但要警惕的是胃脘疼痛突然消失，而出现脘腹胀满，恶心呕吐，呕吐鲜血，大便遗泻柏油状样便，量较多，提示胃络大伤，应及时辨证治疗，给予抢救；如果出血过多必出现“厥脱”之证，提示病势严重。当大便由黑色变为酱黄色，恶心消失，预示病情好转。当急性胃痛剧烈，放射至背、胁、左下胸，同时很快出现呕吐，反复干呕不止时，预示胃肠气机闭阻，此时表现为痛、胀、吐、闭四大主症，此时常可发生吐血、便血、急腹症、厥脱，治疗不及时，往往危及生命，应及时确诊，及时手术。

慢性胃脘痛，可由急症胃脘痛发展形成，常因情志、劳倦和饮食等因素复发或加重病情，其发病缓慢，病程长，虚实夹杂，寒热错杂，由外传里；胃痛日久，正虚邪盛，胃气衰败，痰瘀壅塞，胃痛减轻，胃脘痞满，提示病情加重，出现“胃痞”变证。当疼痛规律消失，或胃脘痛消失而被上腹部膨胀、沉重感所代替，出现恶心、呕吐。呕吐突出，多为自发性，呕吐量大，呕吐物多为积存的食物，水样物质，吐后胀痛感消失，此为“反胃”变证。此变证转归预后与幽门的梗阻状态有直接的关系，一般由胃、十二指肠溃疡引起幽门管局部炎症、水肿、痉挛及小瘢痕形成者采取中西医结合内科治疗，大多能很快缓解梗阻，一般预后较好。因溃疡反复发作溃疡面较多，瘢痕较大，造成永久性狭窄者，内科治疗一般无效，但手术疗法预后较好。

丁光迪对胃痛的气血病机病势转变进行了论述，他认为：气郁胃痛，常见两种病情，一种是胃气本身郁滞，失于通降；另一种是情志因素，肝郁犯胃。前者多猝发，见气机上逆，胃痛不能食，或呕，嗳出浊气，胸膈胀满，大便不通。后者病情较缠绵，或轻或重，或缓或急，每随心情畅抑为转移，人们常谓胃气病。胃痛波及血分者，常见的亦有两类情况：一类是胃穿孔或胃溃疡出血，和痛久入络之瘀血。两病痛势缓急大异，前者暴而后者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

缓，每有隐痛。另一类是出血后的血虚，和寄生虫性贫血。两者痛势都不剧，而且每喜温按。有些病例，舌紫瘀斑，有终身不退的。痰饮胃痛，痛亦不剧。胃寒喜温，头眩泛恶，病较顽固。多见于肥厚性胃炎、胃下垂等。[3]

2.1.4 舌象与脉象的观察

中医学认为脾开窍于舌，舌质舌苔的变化直接反映脾胃寒热虚实之证，同时也反映出肝、脾的偏盛偏衰，观察舌苔的变化可以了解胃脘痛的病机转归和病情变化。

一般急性胃痛属实，脉多滑数有力，慢性胃痛属虚，脉多沉缓细弱。属实者，寒邪客胃，舌质淡，苔薄白，脉弦紧；饮食停滞，舌苔厚腻，脉弦滑；肝气犯胃舌边红，苔白，脉沉弦；瘀血内停，舌质黯或有瘀斑，脉弦涩；湿热阻胃，舌质红，舌苔黄腻，脉弦滑数。属虚者，脾胃虚寒，舌淡有齿痕，舌苔薄白，脉沉细迟；胃阴亏虚舌红少津，裂纹无苔，脉细数。

在疾病的发展过程中，各证候之间常可互相关联，互相影响，互相转化，舌象、脉象、病情也随病邪的转变和脏腑偏盛偏衰发生变化。如寒邪，由于使用温药太过可以化热，舌质由淡转红，脉由细转数；气郁可以化热，舌淡黯可转化为紫红，脉由弦涩转滑数；积滞亦可变生湿热，苔由白腻转黄腻，脉由滑弦转滑数；气滞可转化为血瘀，舌淡转黯，脉弦转涩；凡邪夹热均可化燥伤阴，舌苔少津无苔，裂纹。邪气久羁，消耗正气，正气虚损，脾胃失职，则气血不足，运行不利，久则留瘀生痰，在虚实转化过程中，舌质、舌苔及脉象上都会发生变化。一般舌苔由薄转厚为逆向，舌质由淡转黯为病情加重。

近代医家集毕生临床经验研究舌质及脉象机理，强调审舌必辨津液，一般认为：阴虚者，必见舌嫩苔微，舌质红少津，或见舌尖红，涎唾少；舌质光而口尚润，欲得温饮，这是阴伤而阳气亦虚；舌面光，舌质稍暗，津润有涎者，为胃有痰饮；实证苔厚而腻，这是常见的，有时暴实尚无苔，不能胶执；苔黄少润者，已从热化，有时苔如积粉，白厚无津，病非一般，加之舌绛而暗，其病情就值得推敲，不能轻易认为实证。脉由弱转有力为顺向，由弦滑转沉涩为逆向。舌脉在断定疾痛的转归一定要与证候的变化相联系，舌、脉、证合参而定。

近年来不少学者对胃脘痛舌象、脉象进行了深入的研究，通过舌诊、脉象的宏观辨证与胃镜观察相结合，探讨与胃部疾病的相关性，有关文献多达 50 余篇，可见对这一课题的重视。姚保泰等的中医舌象与胃镜像、组织学检查、幽门螺杆菌感染相关性研究显示，胃粘膜正常或仅表现潮湿明显，反光度增强等水肿改变，舌象以质淡红，苔薄白为主；若充血明显，或出血、糜烂、溃疡急性发作，舌象以质红、红绛、苔黄、黄厚腻为主。胃粘膜固有质内炎细胞 > 100 个/HP 和（或）病理性淋巴细胞滤泡形成，伴有中性淋巴细胞及多形核细胞浸润患者，舌象以质红，苔黄腻为主。若同时有腺上皮变形坏死、糜烂、溃疡形成者，舌像以质红绛，苔黄腻为主。粘膜上皮萎缩，幽门腺及胃底腺的壁细胞和主细胞减少或消失者，舌像以质淡红，苔薄黄为主。[29]也有学者对萎缩性胃炎进行了观察，发现舌质淡白者占 45.4%，舌质红者占 46.5%，舌有瘀点和有裂纹者占 22%，舌苔薄白者占 40.9%，舌苔黄腻者占 11.6%；脉象以细脉为多，占 55.2%，弦脉占 43.3%，弱脉占 15.2%，数脉占 12.4%。[30]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2 证候学研究

2.2.1 证候研究现状

2.2.1.1 近代医家认识集粹 对胃脘痛的证候研究体现出明确诊断，判明证性，仍然是近代医家临床依证施治的重要前提。近代医家临床实践研究各有独特的见解，具有代表性的有：

秦伯末将胃痛分为胃气痛，胃寒痛，胃虚痛。

董建华根据胃痛的发展过程，扼要地把它分为气滞，血瘀与虚证三种类型。

叶熙春将胃脘痛分为胃火内炽，寒邪伤胃，湿阻胃腑，脾胃两虚，胃阴不足。

张泽生将胃痛分为中焦气滞，肝胃不和，气滞血瘀，痰瘀互结，气滞痰阻。

魏长春将胃痛分为肝气犯胃，肝胃郁热，寒邪犯胃，脾胃虚寒，郁热伤阴，湿热中阻，气滞血瘀，饮食停滞。

梁乃津辨证以肝、脾、胃的阴、阳、气、血、寒、热、虚、实为主要辨证原则，实在寒、热、气滞，虚在脾胃虚弱胃阴不足。

印会河从脾胃生理特点出发，通过临床实践制定出新的辨证施治方法：①酸多便干型；②纳少型；③压痛型；④嗳气胀闷型；⑤痉挛型；⑥食后饱闷、嗜甘型。

2.2.1.2 胃脘痛为主症的消化系统疾病的证候研究现状 近代临床医家和学者在对消化系统疾病引起的胃脘痛进行了大量的研究，审查病因，分析病情，在辨证论治的同时，也将其证候进行了分类。

在王永炎主编《临床中医内科学》中，将急性胃炎、慢性萎缩性胃炎、消化性溃疡、胃粘膜脱垂等病进行了证候分类，并阐明了证类特征。其中慢性萎缩性胃炎分为脾胃虚寒、脾胃湿热、脾胃阴虚、肝胃不和、瘀血阻络五个证候。消化性溃疡分为气滞、热郁、淤血、阴虚、虚寒等五类证候。胃粘膜脱垂分为脾虚气滞、脾虚气陷、脾胃虚寒、胃阴不足、肝气犯胃、肝胃郁热、气虚血瘀七类证候。

近年来，随着胃镜、X钡餐及各种实验室检查的运用，对胃脘痛及相关性疾病研究更加深入。

有学者运用胃镜观察消化性溃疡病中，胃脘痛肝胃郁热证候占50.7%，脾胃虚热证候占34.9%，肝气犯胃证候占9%，其他证候占5.4%。[17]张继泽观察：脾胃虚弱证一般胃镜所见多属胃窦苍白，幽门舒张不良，为体粘膜出血及溃疡；肝胃不和型多见胃体红白相间以红为主，胃窦粘膜皱起粗乱，常伴胆汁返流；痰湿中阻型多见胃窦分泌物多，局限性隆起、溃疡，粘膜皱襞细薄和胃体溃疡。[31]

吴鸿宾等通过对十二指肠球部溃疡X钡餐检查所见，肝胃不和证呈高张胃，空腹潴留液少，蠕动亢进，排空增速，胃炎伴发率高，幽门松弛，十二指肠易激惹较为常见。脾胃虚寒证呈低张胃，空腹潴留液多，蠕动较弱，排空缓慢，常伴有率幽门痉挛，十二指肠淤滞较为多见。[32]

胡补菊、柴可夫作了消化性溃疡血清微量元素与中医辨证关系的测定，结果表明脾胃虚寒证组比正常人血清铜、铁含量明显低；胃阴不足证锌、镁含量较正常人明显降低。他们认为消化性溃疡引起体内锌、铁、铜的含量减少是因为胃肠对它们的吸收排泄功能异

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常；慢性萎缩性胃炎患者，胃酸缺少或缺乏可影响铁的吸收，胃粘膜上皮转换加快可引起内源性铁的丢失，而铁的缺乏本身亦可导致胃粘膜萎缩和胃酸缺乏，两者互为因果。提示脾胃虚寒，胃阴不足者导致脾胃虚弱，无力生化气血，其病理变化与这些元素的缺乏有关。[33]

2.2.2 辨证标准

上述各家学者的辨证施治研究各具特色，各有所长，多数已被临床医师所接受，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。经过几次脾胃病专业委员会的制定、审核，1989 年中国中医学会内科学会制定了《胃脘痛中医诊断·疗效评定标准》。在此基础上，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》中，对胃脘痛的病名、证类进行了阐述，将胃脘痛分为七个证候群，证类诊断标准见 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》第一辑“胃脘痛的临床研究指导原则”。本项研究属于中医病证诊疗规范化的研究，是一项学术建设的基础性工作，使胃脘痛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，中药新药临床药理指导原则的制定奠定了基础。这一标准的推广使用，对胃脘痛的临床、科研起到了很大的推动作用。但是应该指出，胃脘痛的各类证候缺乏量化指标所以对急性、慢性胃脘痛和疼痛级别的区别不明确，对胃脘痛的证候表现与组合形式缺乏客观化的观察和整理研究。

2.2.3 证候研究的现代方法学特点

临床证候研究　对历代医家的理论和临床经验加以综合分析，筛选出临床有代表性的分证方法，建立比较统一的证类标准。

证候诊断标准研究　经过几十年的努力，从个体不同的观点及经验分类到由著名医家集体研究制定的比较完整的诊断和类证分型，具有一定的客观指标，为协作性攻关和大宗的临床观察创造了条件，其中各类证分型采取了分主次证候法。

充分运用现代科学方法　从宏观辨证与微观检查中找到胃痛相关的敏感而特异性的客观指标。在各种证类研究中除从神经系统、免疫系统进行探索外，各种客观指标不下几十种方法，如胃镜检查、X 钡餐检查、胃酸、胃泌素、前列腺素、胃蛋白酶、胃电测定、胃动力、放射性核素标记、数字体温研究、木糖吸收试验、皮纹观察等。

科研设计研究　具有统计学处理、研究对象随即性选择。

动物模型研究　运用中医理论，创造客观条件，培育出一种相似人类疾病的供研究的动物模型，运用辨证施治用药取得实际经验。

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

“急则治其标”：胃脘痛是以疼痛为主的疾病，因此缓解疼痛是治疗胃脘痛的关键。一般急性胃脘痛，因为实邪之诱因发病，病在气分，属实证。本着“实者泻之”的法则，对于急性胃脘痛病人应用“急则治其标”的原则，以祛邪止痛为先，可以采取散寒止痛，缓急止痛，行气止痛，消食导滞，辛开苦降，泄热止痛，通腑泻下等治法，迅速祛除病邪而止痛。由于病在气分，祛邪始终都应顾及行气法的运用。李聪甫认为疗脘痛无论何种治

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则，皆令胃气开降，调畅气机，“通则不痛”，可复其常。董建华认为气滞是胃痛发生发展的重要环节，胃气壅滞不通，轻则为胀，重则为痛。本着郁结者解之，瘀积者行之、湿阻者化之，虚损者补之的原则，采用“通”为主。

“缓则治其本”：慢性胃脘痛，久病正气损伤，以虚证为突出。本着“虚者补之”的原则，对于慢性胃脘痛病人当遵守“缓则治其本”的原则，采用健脾益胃，温胃健脾，滋阴养胃，益气和中等方法，顾其正气，祛邪外出而止痛。由于久病在血分，络道不利、应考虑活血法的应用。同时颜亦鲁得临床实践提出胃脘久痛，治从“热、瘀”的新的见解。[3]戚景如认为：治痛之要，理气为主，肝郁日久，当取阳明、寒湿壅遏，湿散当先，久痛入络，治以去瘀，不荣而痛，通补相兼，液枯气滞，酸甘为法。[3]

预防传变：在胃脘痛的治疗原则中，还应强调预防为主的原则。疾病早期要及时准确地辨证用药，杜绝疾病进一步发展，同时对久病胃脘痛的患者，应把握疾病的传变机制，以动态的观点制订正确的治疗方案，对可能受到传变的脏腑和影响的气血津液采取预防措施，阻断和防止病变的转移、扩大和传变，以利于疾病的彻底治疗。如王季濡从胃痛的病机转化中认识到肝气横逆犯胃和肝邪化火犯胃是胃痛最常见的机理，所以病虽在中焦，从肝论治。认为治疗胃痛的原则是“从肝论治，刚柔共济，通调气机。”[3]孟景春也认为“治胃痛宜通宜和，通和着眼于肝。”[3]

2.3.2 治法研究

为了提高治疗胃脘痛的疗效，几十年来，临床医家深入探索胃脘痛的治疗方法，许多著名的医家都对胃脘痛的治法提出了自己的见解，综合他们的临证心法，归纳为①散寒温胃法，②泄热清胃法，③消导泄胃法，④舒肝和胃法，⑤疏通胃气法，⑥升降调胃法，⑦清化醒胃法，⑧芳化胃浊法，⑨补中益气法，⑩补虚暖胃法，⑪滋阴养胃法，⑫化痰顺胃法，⑬化瘀通胃法，⑭止血护胃法，⑮驱蛔安胃法共十五种。

施今墨提出温、清、补、消、通、泻、涩、降、和、生等治疗十法，寒宜温，热宜热，虚宜补，实宜消，痛宜通，腑实宜涩，肠滑宜涩，逆宜降，嘈杂宜和，津枯用生、并指出上述治法要注意适度，中病即止，切勿太过，或盲目滥用。温防伤肝，清防伤胃，补防壅塞，消防耗气，泻防伤正，生防阻运，涩防留邪。[3]比较全面地论述了胃脘痛的治疗大法。

叶熙春综合胃脘痛的治疗方法，提出寒热太过者除之，阴阳不足者补之，胃气痹阻者行之，六腑不通者泻之，或反，或正，或顺，或逆，审其证，求其因，随机立法，辨证施治，以恢胃气行展通降之能。[3]

姜春华治胃脘痛常用以下七法：脾胃虚惫，培扶中气；寒遏中宫，温阳暖胃；肝郁犯胃，解郁疏达；入痛入络，活血化瘀；饮食停滞，消导通腑；湿热中阻，苦寒清泄；阴虚胃痛，益阴润胃。[3]

董建华认为气滞是胃痛发生发展的重要环节，采用“通”为主，通降十法即理气通降、化瘀通络、通腑泄热、降胃导滞、滋阴通降、辛甘通阳、升清降浊、辛开苦降、平肝降逆、散寒通阳。[1]

值得一提的是黄一峰认为：治疗以通调气机为纲，气行则气、血、痰、火、湿、食等邪皆能消散。在调气方面，不仅应当疏肝气，生脾气，降胃气，而且还需宣肺气，认为宣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肺气，为其治节，可调升降，运枢机，肺气舒畅，则肝郁得解，诸邪皆同而愈（常用紫菀、桔梗宣泄肺气，升麻以升脾气，代赭石、刺猬皮降胃气，绿萼梅、香附、陈皮、旋覆花、檀香等疏肝气）。[3]

这些临床研究成果是治疗胃脘痛的宝贵经验，为临床研究胃脘痛治则治法提供了方向，至今对临床仍有实际的指导意义。

2.3.2.1 舒肝和胃法 适用于肝气犯胃或肝胃不和证，或肝胃气滞证。凡因抑郁恼怒，情志不畅，肝气郁结，失于疏泄，横逆犯胃，胃失和降而引起的胃脘痛，可用疏肝和胃法。

叶熙春认为肝乘胃，治在肝，宜苦辛并通，如黄连配吴茱萸，川楝子配延胡索，丹皮配川椒，甘草配白芍，以奉辛开、苦降、甘缓、酸敛之功，佐入当归、郁金、婆罗子、青皮、陈皮、金佛梗、四制香附等疏肝行气，养血止痛。

近年来，在疏肝和胃法基础上治疗胃脘痛，临床疗效得到了肯定。文献资料显示疏肝和胃法制成的药品，治疗慢性浅表性胃炎，症状总有效率为88.4%，胃镜总有效率77.97%，病理有效率65%，对消化性溃疡和各种胃炎，表现胃酸多而痛者，疗效颇佳，能缓解胆汁反流性胃炎的证状。对实验性胃炎，胃溃疡有明显的保持胃粘膜作用，降低胃蛋白酶的活性。[34]

现在医家深研其理，虽各有独见之道，但均认为在治疗胃脘痛时，应慎用芳香燥热之品，其品虽能取得一时之效，但只能作为治标之用，久服香燥理气药会伤气阴，易导致出血之变。张泽生主张选用比较平稳又能调诸经之气的理气药，如木香、陈皮、佛手、郁金等。

经临床观察和实验研究，舒肝和胃法具有以下作用：①对中枢神经系统有保护性的抑制作用；②减低胃肠道平滑肌的紧张性，具有解痉作用；③降低奥狄氏括约肌的紧张度，具有利胆作用；①抑制胃液分泌量，降低游离酸度及总酸度，因而可能降低胃溃疡的发病率。

2.3.2.2 散寒温胃法 适用于寒邪犯胃证或寒凝气滞证。凡因外寒侵袭，内客胃腑，或过食生冷，冷积于中，寒凝气滞，导滞胃脘痛发作者，皆可用散寒温胃法。

临床上许多中医对此法进行了研究，北京协和医院研制的七味片，以散寒温胃法处方（木香、高良姜、肉桂、荜茇、鸡内金、西皮氏1号、硬脂酸镁、桃酸），临床治疗消化性溃疡和胃炎疗效满意。

通过散寒温胃法组方药物的药理研究表明具有以下作用：增强消化功能，消炎除菌；利胆，松弛奥狄氏括约肌，抗溃疡；促进肠道节律性蠕动。[35]

2.3.2.3 泄热清胃法 适用于胃脘痛肝胃郁热证或热邪灼胃证或胃火炽盛证。凡因过食辛热之品、或肝气郁结日久化热伤胃，或胃热偏盛又与情志郁火相抗，导致郁热内生，胃失和降而胃脘作痛者，可用泄热清胃法治疗。

临床研究中，杨春波用清化湿热和胃理气法治疗急性胃炎，在胃镜检查下胃粘膜的红、肿、粘液增多（充血、水肿、渗出）有明显的疗效。[36]

危北海认为清热利湿，解毒消痛，对胃内急性活动性炎症和糜烂性出血等病变消退有良效（常用的药如连翘、蒲公英、大黄、土茯苓、野菊花、白芍、白花蛇舌草、败酱草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

等)。[37]

在治疗慢性浅表性胃炎研究中，陈泽民治宣清胃热（常用黄连、蒲公英、金钢藤、白芍、白花蛇舌草、半枝莲、连翘），并和健脾和胃法相配，达到了消炎和调理胃肠功能的作用。[38]

多年来临床医家对此法进行的研究表明：泄热清胃法为基础制定出的方药，在急性胃炎和慢性浅表性胃炎的治疗中具有消除充血、水肿、渗出等胃内急性活动性炎症和糜烂性出血病变，并消退幽门螺杆菌的感染。能改善 CAG 患者胃分泌酸的功能，增强胃粘膜屏障功能。

2.3.2.4 消导泄胃法 适用于胃脘痛宿食停滞证或食滞郁热证。凡因暴饮暴食，上嗜酒无度，超越胃腑的正常容量而致胃不能腐熟水分，食积胃脘，阻滞气机引起胃脘作痛可用此法治疗。

步玉茹指出，食积胃脘痛，亦注意区分其中各种疑似证，尤其对体壮者，缘暴食而积与久病中虚勉强进食致积要进行分辨论治，前者消积不畏猛，后者健脾为先，稍加消导，拳之于扶正。

临床用于急性胃肠炎、消化不良和慢性胃炎急性发作。经临床和实验观察，消导泄胃法能促进胃肠蠕动及消化液的分泌，增强网状内皮系统的吞噬作用等功能。

2.3.2.5 补虚暖胃法 适用于脾胃虚寒证或脾胃阳虚证。凡因脾胃虚弱，中阳不振，寒自内生，寒凝气滞而胃脘作痛者，可用此法治疗。

近代名医对此法研究颇多，认为此法是治疗胃脘痛之大法。在消化性溃疡的治疗研究中，秦伯未认为溃疡病的疼痛多属虚寒一类，基本治法是温养脾胃。顾丕荣指出溃疡宜补不宜通，补可保护粘膜，促进愈合。

步玉茹对此法进行了潜心研究，指出要把小建中汤证，理中汤证，香砂六君子汤证的疑似证辨证分明，才能在运用本法时得心应手。用此法之香砂六君子汤治疗胃脘痛脾胃虚弱证，总有效率 100%，胃镜转阴率 88.4%，钡餐转阴率 63%。[39] 延芍六君子汤治疗慢性胃脘痛总有效率 92.7%。[40] 十二指肠溃疡脾胃虚弱证有效率 77.78%。[41]

临床研究表明：补虚暖胃法方药具有保护胃粘膜、抗溃疡、解痉镇痛、调整胃酸分泌、助消化、促进血液循环的作用。

2.3.2.6 滋阴养胃法 适用于胃脘痛胃阴不足证。凡因胃热伤津或肝火犯胃灼阴或温热化燥伤阴，致使胃的津液耗伤，阴津不足，胃失濡润，和降不利从而导致胃脘痛可用此法。

近代名医的临床研究指出，胃属阳腑，喜润喜柔，宜通宜降。根据这一特点，在胃脘痛治疗的始终都应注意观察胃阴，顾护胃之阴气。特别是胃脘痛病程较长，气阴均易损伤，理气药辛燥香窜也宜耗损气血，运用不当时助热损阴，对有的患者易导致出血之变。

临床资料显示，胃阴亏虚是慢性萎缩性胃炎的一大证型之一，因此运用滋阴养胃法治疗已被广泛运用。危北海认为健脾滋阴法对慢性萎缩性胃炎粘膜肠化增生，非典型增生疗效较好。[37]

滋阴养胃法在治疗消化性疾病中具有对胃粘膜修复作用，兴奋胃液分泌，提高胃酸浓度，促进细胞腺体再生，改善胃粘膜的营养，增强屏障功能，延长上皮细胞生存时间；同

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

时解痉，镇痛、抗溃疡，也能增强肠道排空作用。[35]

2.3.2.7 化瘀通胃法 适用于胃脘痛瘀血停胃证或胃络淤滞证。凡因胃脘痛迁延日久，久痛入络，血行不畅，瘀阻胃络，或血溢脉外，蓄瘀不去，血运受阻而致胃脘作痛可用此法。

董建华认为在运用化瘀时，胃痛减轻或基本抑制住后，常有食少、乏力等虚象，这时可用和胃健脾调和法，切忌早补或岐补，因为胃腑以通为补，如补不适当，又会引起气滞血瘀，病情反复。

胃病血证，多虚实相兼，不应峻攻，而宜和血温通为治。朱良春对此法的研究认为，久病多瘀，久病多虚，胃痛即久，耗气损阳，气衰无力推动，血行淤滞，因此血瘀和气虚常兼，治疗应取益气化瘀之品方能奏效。益气化瘀之法，补气而不壅中，攻伐而不伤正，破中有补，补中有行，可以相辅相成。通过临床实践证明，凡服益气化瘀之剂者，胃痛多趋缓解或消失，食欲显著增强，病理变化也随之改善或恢复。

许自成用化瘀通络治疗慢性萎缩性胃炎 88 例，临床疗效达 66.7%，胃镜有效率 47.7%，病理有效率 61.4%，肠异型增生有效率 66.7%，伴肠化有效率 59.9%。许氏认为慢性萎缩性胃炎常见到胃痛显著，痛点固定不移，说明瘀血的变化存在于慢性萎缩性胃炎的全部病理过程中，在辨证施治基础上重用活血化瘀药可提高疗效，对改善病灶循环障碍，消除炎症细胞浸润，促进萎缩腺体的恢复起了良好的作用。[42]马山也主张该病以虚寒夹滞为主，治疗以益气温中，活血化瘀为原则，自拟益中活血汤总有效率达 97%，胃镜及病理有效率分别为 75% 和 46%。[43]

陈洋民等运用活血化瘀法治疗难治型消化性溃疡 80 例，有效率 90% 以上，认为消化性溃疡久病必虚，虚则气滞，气滞则血瘀。[44]

近年来，活血化瘀法在胃脘痛的治疗研究上越来越被广泛重视和推广，普遍认为活血祛瘀可以增加胃粘膜的血流量，改善微循环，加速炎症吸收和溃疡愈合，促进固有腺体再生，并能抑制体液免疫，增加细胞免疫，是治疗慢性胃炎常法之一。

2.3.2.8 辛开苦降法 适用于寒热错杂证，多为寒邪不去，郁而化热，或胃热素盛，感受寒邪，以致寒热互结，壅塞中焦，胃失和降所致。用清热，则胃热未除而中寒更甚；一味温补则寒邪未散而胃火更炽，故宜寒热互用以和其阴阳，苦辛并用以调其升降。

俞长荣临证运用半夏泻心汤治疗胃痛的体会认为，寒热错杂证病者既有寒象又有热象，并确切提出半夏泻心汤适用于寒热虚实夹杂的胃脘久痛的应用标准。[45]有文献报道，近年来在胃脘痛的治疗中，运用半夏泄心汤加减治疗胆汁返流性胃炎，总有效率 93.8%。[46]

田耀州运用辛开苦降法治疗胃脘痛 68 例，疗效观察总有效率 88.24%。[47]柴可夫运用半夏泻心汤治疗胃窦炎和 HP 相关性胃炎均取得良好效果。[48]

2.4 辨证用药研究

2.4.1 治疗用药规律初探

胃脘痛的治疗用药是在辨证施治的基础上确定的，在用药过程中既要分析自身脏腑生理、病理特点，又要辨证寒热、虚实、气血。胃脘痛治疗用药大法仍在于："寒者热之，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热者寒之，实者泻之、虚者补之”。在辨证施治用药的基础上，根据药物的性味，归经及药物的临床功效而运用。用药时应注意刚柔相济，动静结合。根据大量的临床资料和专科医籍报道，结合笔者对当代医家用药情况发现，在胃脘痛的治疗中除保存着辨证用药原则外，还增加了对以胃脘痛为主症的各种疾病的辨病用药，同时运用现代的药理研究结果，广泛动用了各种止痛药的配伍。这些基本反映了胃脘痛不同证候的用药规律。现仅将近代名医用药规律简述归纳如下：

温胃药类：肉豆蔻，附子，肉桂，吴茱萸，刀豆子，生硫黄，高良姜，荜茇，川椒，甘松，荜澄茄，桂枝，沉香末，苏梗，樟树梨，仙灵脾。

清胃药类：栀子，知母，龙胆草，竹茹，黄连，黄芩，蒲公英，金银花藤，败酱草，忍冬藤，藤利根，铁树叶，丹皮，制棉纹，龙葵，红藤，地丁。

补脾药类：党参，黄芪，山药，白莲肉，白术，薏苡仁，芡实，扁豆，苍术，黄精，白蔻仁，饴糖，升麻，柴胡。

消导药类：厚朴花，玫瑰花，佩兰，木香，沉香油，神曲，枳壳，鸡内金，炒山楂，炒莱菔子，槟榔，厚朴，苏梗，藿梗。

行气药类：沉香，乌药，半夏，厚朴，松香，生香附，青皮，川楝子，天仙藤，香橼皮，大腹皮，南木香，九香虫，婆罗子，降香，砂仁，枳壳，陈皮，佛手。

活血药类：延胡索，丹参，五灵脂，乳香，没药，桃仁，红花，郁金，蒲黄，姜黄，刺猬皮，川芎，三七，莪术，苏蕙石，赤芍，玫瑰花。

降逆药类：丁香，柿蒂，旋覆花，代赭石，橘皮，竹茹，紫苏，代代红，佛手花，藿香，扁豆花，佩兰叶，铁树叶。

滋阴药类：西洋参，石斛，绿萼梅，荷叶，乌梅，木瓜，花粉，芦根，百合，川贝粉，生甘草，沙参，麦冬，玉竹，生地，五味子，玄参，无花果，扁豆，白莲肉。

润肠药类：郁李仁，大麻仁，瓜蒌，杏仁泥，肉苁蓉，蚕沙，皂角子，首乌，当归。

涩肠药类：赤石脂，禹余粮，石莲子，柯子肉，苍术炭，血余炭，罂粟壳，海参，五倍子，椿根皮，金樱子。

抑酸药类：瓦楞子，牡蛎，海螵蛸，白螺壳，珍珠母，乌贼骨，柿饼霜。

祛湿药类：苍术，草果，姜夏，茯苓，薏苡仁，黄连，石菖蒲，大豆卷，藿香，佩兰。

通下药类：大黄，芒硝。

止血药类：蒲黄，五灵脂，旱莲草，茜草，槐米，白及，藕节炭，地榆，侧柏炭，三七粉，阿胶，玉米，白药粉。

疏肝药类：柴胡，白芍，绿萼梅，佛手，乌药，吴茱萸，香附，川楝子，白檀香，青皮，郁金，八月札，枸橘李。

2.4.2 新方新药开发研制及临床应用

2.4.2.1 舒肝和胃方药 在临床实践中，根据肝胃的生理特点和病理变化，医家提出疏肝和胃要注意升降润燥，如夏度衡自拟肝胃百合汤（百合、柴胡、郁金、乌药、川楝子、黄芩、丹参、甘草）。针对气机失调，裘吉生自制疏肝和胃散（香附、于松、沉香曲、九香虫、刺猬皮、延胡索、降香、瓦楞子、黄连、吴茱萸、生姜片、甘蔗汁）。康焕章认

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为胃痛与情志关系最为密切，善用木香、砂仁、厚朴、青皮、陈皮、香附、檀香等理气之品以调节气机。魏长春自制五花芍草汤（玫瑰花、佛手花、绿梅花、扁豆花、厚朴花、白芍、甘草）。董建华自拟胀痛方（苏梗、香附、橘皮、枳壳、大腹皮、香橼皮、佛手）。在治疗肝气犯胃之胃脘痛方面均取得了满意的疗效。

近年来，为了方便临床使用，中药剂型不断在改革，各专业药品研究单位对汤药剂型进行了成品化生产。第一军医大学研制成功三九胃泰（三棱苦，九里香，芍药，生地，木香），即在疏肝和胃法基础上制出的药物成品，临床疗效得到了肯定的。[49]另外，镇痛丸（郁金，延胡索，白芍，田三七等），经广东省人民医院、广州中医学院附属医院、广东省中医研究院等6个单位临床验证，有效率达91.3%。由本溪制药厂生产的气滞胃痛冲剂对于肝胃不和、气滞胀痛的治疗疗效也得到了临床肯定。北京中医医院自制“疏肝和胃散”（海螵蛸、浙贝母、鸡内金、红豆蔻、广郁金、生甘草等），经临床观察30余年，对消化性溃疡和各种胃炎，表现胃酸多而痛者，疗效颇佳。理气止痛口服液（醋柴胡、炒白芍、炙甘草、炒枳壳、延胡索、炒川楝于）临床观察治疗急性胃痛患者571例，总有效率87.04%。临床还有气滞胃痛冲剂，胃苏冲剂，健胃愈疡片，金佛止痛丸。

2.4.2.2 散寒温胃方药 魏长春在此法研究中，自订了加减建理汤（桂枝，白芍，干姜，红枣，饴糖，丹参，附子，甘松）。金慎之则将此法分为①中焦气滞者，用生吴茱萸，生姜，丹参，党参，红枣，旋覆花，代赭石，姜半夏，厚朴，干姜，良姜沫，甘松，肉桂，炙甘草，红枣，当归，白蜜。②单纯虚寒用党参，川椒，饴糖，生姜，桂枝，白芍，炙甘草，红枣，当归，炙黄芪，木香，砂仁，干姜，白术，陈皮。③中寒饮停用半夏，生姜，茯苓，生吴茱萸，川椒，细辛，良姜，樟树梨，煅牡蛎。董建华制定虚痛Ⅰ号方（黄芪，桂枝，白芍，炙甘草，饴糖，良姜，大枣，川楝子，延胡索，陈皮）。

2.4.2.3 泄热清胃方药 魏长春运用此法治疗胃脘痛自订的蒲乳清胃汤（蒲公英、羊乳参、黄芩、生白芍、陈皮、竹茹、无花果、生地、党参、炙甘草），梁乃金新订为清胃汤（蒲公英，花粉，郁金，佛手，白芍，甘草，延胡索，五灵脂）治疗肝胃郁热，火郁犯胃者，临床屡效。清化药可调节胃液分泌，减轻、消除胃粘膜充血、水肿、糜烂等炎症。

2.4.2.4 消导泄胃方药 对此法的研究，多年来临床医家已研究出疗效肯定的方药。魏长春自订的加减保和丸（六神曲，炒山桂，炒莱菔子，陈皮，姜半夏，茯苓，鸡内金），金慎之则运用平胃散合保和丸（厚朴，苍术，陈皮，元曲，山楂，麦芽，鸡内金，莱菔子，茯苓，半夏，连翘，川楝子，香附，甘草）。临床疗效肯定。

2.4.2.5 补虚暖胃方药 1985年张伯臾主编的《中医内科学》自拟补虚暖胃汤（炙黄芪，嫩桂枝，炒白术，炙甘草，制香附，炮干姜，荜茇）。1985年安徽合肥中药总厂出品的温胃舒（党参，白术，山楂，黄芪，肉苁蓉等药组成）。临床治疗慢性胃炎，萎缩性胃炎，经安徽中医学院，解放军105医院长期临床观察疗效确切。该产品科研成果奖或1987年全国中医药重大成果乙级奖。

北京中医医院研制的温中止痛口服液（炙黄芪，桂枝，炙甘草，炒白术，制香附，高良姜）。在临床长期应用中，曾观察治疗570例急性胃痛患者。总有效率91.05%。

临床确定的代表方剂为黄芪建中汤，寒甚者用大建中汤或理中丸。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.4.2.6 滋阴养胃方药 1985年张伯臾主编的《中医内科学·胃痛》有自拟滋阴润胃汤（北沙参，麦门冬，肥玉竹，生白芍，生甘草，生山药）。魏长春自订经验方为沙参麦门冬汤（沙参，麦冬，白芍，炙甘草，陈皮，竹茹）。目前临床常使用的传统中成药有麦门冬膏，二冬膏，养胃膏，养阴清肺糖浆。

在滋阴养胃治疗胃脘痛的方法研究中，1985年合肥中药总厂生产出了养胃舒胶囊（白术，乌梅，党参，黄芪，山桂等），经临床观察治疗率达91%，现已广泛运用于临床。贵州信邦制药厂六味安消丸，也是在此法上确定的成药。

临床确定的代表方剂为一贯煎合芍药甘草汤。

2.4.2.7 化瘀通胃方药 魏长春老中医的加味失笑芍甘汤（蒲黄，五灵脂，赤芍，丹参、玫瑰花，九香虫，香附）即体现了此法的运用原则。李乾构、贾正中在《中医胃肠病学·胃脘痛》中也有自拟化瘀通胃汤（紫丹参，生蒲黄，五灵脂，酒大黄，白檀香，延胡索，九香虫）。董建华用瘀痛Ⅰ号方（川楝子，延胡索，香附，陈皮，枳壳，大腹皮）治疗血瘀轻型胃痛，如果血瘀胃痛继续发展，瘀久入络，此时当用瘀痛Ⅱ号方（炙刺猬皮，炒九香虫，炒五灵脂，川楝子，延胡索，制乳香没药，香附，香橼皮，佛手）。他指出在运用化瘀方面，胃痛减轻或基本抑制住后，常有食少、乏力等虚象，这时可用和胃健脾调和法，以香砂、枳木或香砂、六君子之类收功。

化瘀通胃新研究方药有胃乃安胶囊，胃康灵胶囊。

临床确定此法的代表方剂是失笑散合丹参饮。

2.4.2.8 辛开苦降方药 许履和运用苦辛通降法半夏泻心汤治疗幽门梗阻，显示能促使充血、水肿消失，解除幽门痉挛，促进胃排空。[50]有关研究表明，半夏泻心汤对动物模型胃溃疡具有对抗盐酸型溃疡的作用，认为可能与促进胃粘膜合成，改善胃粘膜的血流量有关。[51]并表明具有较好的抗HP的作用。[52]

临床确定此法的代表方剂为半夏泻心汤。

2.4.2.9 同时各临床单位根据自身的地域环境、病群的所属及临床经验和科研成果，研制出一批科研用药，如北京中医医院自制的“疏肝和胃散”，北京协和医院研制的“七味片”，殷德燧等研制的“胃炎冲剂”，许自成研制的“胃康胶囊”，曹平等研制的“参梅养胃冲剂”和“参芪健中冲剂”，李汝敏等研制的“胃炎冲剂”，高寿征等研制的“胃宁冲剂”，刘室臣配制的“胃粘膜保护方”，李家帮研制出“健胃愈疡片”，周祖华研制出“胃痛安”，林天禧研制出“溃疡散”，谭凤华研制出“舒胃散”，这些药品集中了疏肝健脾，温中引气，缓急止痛的特点，将胃脘痛的主要病理因素考虑在内，因此在治疗中均取得较好的疗效。

任俊杰实验表明利胃复胶囊能增加胃粘膜血流量，减少胃内胆酸和胃酸抑制幽门螺杆菌促进醋酸溃疡膜型的愈合，抵抗纯酒精对胃粘膜的损伤，对肠胃返流性胃炎胃粘膜有保护作用。[22]

高寿征等以胃宁冲剂（党参、白术、茯苓、炒白芍、丹参、大黄、木香、川楝子、乌梅、香黛）治疗慢性浅表性胃炎，症状总有效率为88.4%，胃镜总有效率77.97%，病理有效率65%，同时观察到通过对实验性胃炎、胃溃疡有明显的保持胃粘膜作用，降低胃蛋白酶的活性。[34]危北海常用木香、川楝子、鸡内金、丁香、郁金、乌药、沉香等，对胆

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汁反流性胃炎的症状有缓解作用;[37]殷德燧等的胃炎冲剂，对离体的十二指肠作了自发性活动实验，证实该冲剂对肠管有兴奋作用，并可明显解除由硝酸毛果芸香碱、氯化钡和组织胺所致的肠管痉挛，又可促进肠管平滑肌收缩。对小白鼠肠道有明显促进胃肠推动作用，免疫指标检测结果表明 CAG 主要是影响体液免疫。[53]许自诚等以胃康胶囊治疗 CAG 120 例，其疗效主要机理：含 cAMP 样物质及多种生物碱，多种氨基酸和微量元素。[54]曹平根据分型以“参芪健中汤冲剂”和“参梅养胃冲剂”治疗慢性萎缩性胃炎。从大白鼠实验中证实该冲剂有解痉止痛，改善微循环以利于炎症消退和萎缩腺体再生，降低胃泌素分泌，保护胃粘膜屏障的作用。[55]李恩复以摩罗丹治疗慢性萎缩性胃炎，认为对胃泌酸功能起双向调节作用。[56]

2.4.3 新剂型的开发与运用

面对急症胃痛的临床治疗需要，新型针剂药品的研制开发成功，并广泛运用临床。北京市中医院使用的止痛一号针剂，适用于急性胃痛气滞证和虚寒证。临床中将中药研制的注射制剂，经辨证施治，合理利用，常用的有丹参注射液，刺五加注射液，清开灵注射液，复方丹参注射液，当归注射液，川芎嗪注射液，其中丹参注射液和复方丹参注射液，用于急症瘀血证的胃痛，具有活血化瘀的作用；清开灵注射液用于胃热证的胃痛，在急性炎症期疗效较好，具有清热消炎的作用；刺五加注射液用于脾虚有瘀的患者，能健脾益气，活血化瘀、能增加体质，增强脾胃功能。对于急症血证胃痛的针剂有当归注射液，丹参注射液或川芎嗪注射液。

2.5 预 防 研 究

根据胃脘痛的发病机理，要预防胃脘痛的发生或复发，应该避免一切诱发因素的发生，使胃之受纳、脾之运化功能正常，中焦斡旋有权，气机升降有序。平时要做到情志调畅，保持稳定乐观的情绪；饮食有节，不暴饮暴食，不饥饱无常，不嗜食辛辣甘腻食品，避免烟酒茶的刺激，不饥食生冷干硬或不洁有毒食品，避免食物对胃的刺激，劳逸适度，坚持经常锻炼。

对于原有胃脘痛病史，经治疗缓解或痊愈者应该防止复发，除上述预防措施外平时饮食当以软食、无刺激性食物为主，有条件者可通过药膳康复巩固疗效，增强脾胃功能，调节人体神经系统内分泌代谢功能。

近年来，有许多临床学者对胃脘痛的复发机理进行了研究，同时对中药抗胃脘痛复发的对策也进行了实践和讨论。基本思路有：①健脾益气药的继续使用；②佐以制酸剂；③参用活血化淤药；④择机配伍敛疮生肌药。有资料表明，消化性溃疡的复发机理为幽门螺杆菌感染，自由基损伤，胃肠激素分泌紊乱，多巴胺含量减少，免疫功能紊乱，以及与溃疡愈合质量、慢性胃炎有关。在治疗方面强调：温中健脾益气，增强胃肠粘膜屏障作用以“扶正”。[57]研究证明，溃疡愈合后继间断服用健脾益气方，如小建中汤、黄芪建中汤、香砂理中汤、四君子汤等，可截断胃十二指肠溃疡再次发生的途径。根除幽门螺杆菌感染以“祛邪”，可选用黄连、大黄、乌梅、丹参、三七、延胡索、白花蛇舌草、黄芩、半枝莲、徐长卿、地锦草等中药。活血化瘀能改善胃粘膜微循环以消除“瘀血”的病理改变，常用药物有郁金、延胡索、丹参、乳香、没药、三七、三棱、莪术等。疏肝理气，调畅气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

机，能改善不良生活习惯以消除复发的危险因子；改善不良饮食生活习惯，意志和情志的调节，可以预防溃疡病的复发，调畅气机的中药有：柴胡、陈皮、木香、郁金、佛手、合欢皮。抑制胃酸的中药有乌贼骨、煅龙骨、煅牡蛎、珍珠母。[58]

2.6 中医康复疗法的研究

胃脘痛的康复是调护的过程，对于胃脘痛患者在疼痛缓解后可下床适当活动。室内空气新鲜，光线柔和，环境安静。在疼痛缓解或痊愈后，仍要注意情绪的稳定和饮食有节，劳逸适当。对于胃脘痛康复期，应坚持服中药或成药以善后，巩固疗效。同时药膳的作用不可忽视。药膳疗法不仅能扶正还能祛邪，并能顾护胃气。但药膳治疗胃肠病应注意配伍，忌杂陈，烹制忌火重，调味忌厚烈，食用忌过量。施金墨的经验是：治胃痛，虽药从口入，即达病所，奏效较速，但日进饮食胃不得少休，且周围环境、日常生活、人的情绪都能影响于胃，故根除甚难，所以治疗胃病还需要有适当的体力劳动，使之气血流畅，再加注意生活规律，饮食有节，减少精神紧张，虽病已久，调养适当亦能痊愈，这的确全面阐述了胃脘痛的康复和调护。

3 实验研究

综观近年来中医对胃脘痛及其所属疾病的发病机理、疗效机理的研究仍然是当前实验室研究的重点。

3.1 发病机理的研究

近年来中医临床人员和实验工作者对胃脘痛及其相关疾病的发病机理从实验室的各种指标上进行检测和研究，力求寻找出有特异性的指标，主要研究的有胃酸分泌功能试验、胃泌素含量测定、胃蛋白酶活性测定、胃电测定、胃内温度测定、HP 测定等。

胃酸分泌功能研究 胃泌素胃酸分泌功能试验或加大组织胺试验，可用来衡量胃的壁细胞数量，同时也与壁细胞分泌功能有关。影响壁细胞分泌功能的因素很多，包括神经、内分泌机制，营养状态及其他疾病的影响等，PAO（高峰酸排量）能了解胃分泌盐酸的全部潜力，可以反映胃的壁细胞数量，BAO（基础酸排量）是了解在不给任何刺激和最弱的高级神经系统影响下的胃酸分泌功能，两者功能状态取决于受试者的全身整体情况和局部胃肠情况。有文献报道，用五肽胃泌素检测胃酸分泌功能，对溃疡病和慢性胃炎的观察发现：BAO 及 PAO 因病理变化不同而有显著不同，胃溃疡接近正常人，十二指肠溃疡高于正常人，萎缩性胃炎则较正常人明显减少，说明病理变化与胃酸分泌功能是紧密相关的。[28]同时在观察胃脘痛的不同辨证分型病例的胃酸分泌功能结果中发现：肝胃不和的实证患者，BAO 及 PAO 均较正常值高；脾胃虚弱及胃阴不足的虚证 BAO 及 PAO 则较正常值低；肝郁脾虚的虚实夹杂病例，BAO 及 PAO 均介于实证及虚证之间，与正常值相比，无显著差异。可见脾胃虚弱者，泌酸功能低下，尤其胃阴不足者最低，而无脾虚者，泌酸功能偏高。[59]说明虚证的共同发病基础为生理机能减退，必然会反映胃泌酸的低下。

胃蛋白酶的测定研究 兰州医学院附属第一医院研究了胃及十二指肠溃疡病的中医辨证的寒证和热证，其中 70 例消化性溃疡和慢性胃炎分热证和寒证两组，测定胃蛋白酶活

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

性，结果热证组显著高于寒证组。[1]广东中医学院、解放军第115医院对脾虚患者的胃蛋白酶的测定，证明其活性下降，经健脾益气的中药治疗后，临床症状的到改善，胃蛋白酶的活性得到恢复。[2]祈建生对75例慢性胃炎病人进行了胃蛋白酶活性测定，结果表明：脾虚证病人46例，24小时尿蛋白酶活力比正常对照组虽有降低倾向，但不显著（$P<0.05$），但是29例脾肾阳虚证病人，24小时尿蛋白酶活力水平显著低于正常人，尤以日尿蛋白酶活力下降为显著，认为可能因为脾肾阳虚病人除胃粘膜本身的形态损伤外，机体的整个反射弧功能下降，分泌减少，致使机体在白天进食情况下对食物刺激效应的整个反射弧功能下降。研究者通过胃内酶的活性测试研究脾胃腐熟水谷、运化水谷的功能。[60]

胃肠电的测定研究 近十年来随着电子技术和生理学实验方法的发展，胃肠电的测定方法开始运用胃肠运动功能研究领域。广州中医研究院脾胃研究组对脾虚和脾虚肝郁病人进行了胃电测定，结果发现脾虚患者体表胃电波幅无论是空腹或进食后均较正常人为低。脾虚患者进食后略有增高的胃电波幅持续时间亦较正常人明显缩短。这些结果提出脾虚患者迷走神经胆碱纤维张力低下，兴奋耐受能力亦差。经健脾治疗后，随着脾胃症状的好转，脾虚患者的上述胃电参数均有不同程度的恢复。根据上述研究结果，可以认为脾虚患者确有植物神经纤维功能紊乱，在有效负荷下，表现出副交感神经与交感神经应激能力低下。[1]

放射性核素标记研究 潘志恒自1993～1995年间应用国际上广泛采用的放射性核素标记试餐法，测定了45例不同中医分型的胃、十二指肠疾病患者的液体排空功能。研究结果表明，脾胃虚弱组患者的胃排空时间较正常对照组和其它各组（脾胃肝郁组除外）明显缩短（$P<0.01$），说明脾胃虚弱组患者的液体排空速度加快。研究结果还发现，肝胃不和组和肝胃郁热组患者的胃排空虽然较正常组有所延长，但差异无统计学意义（$P>0.05$），但与脾胃虚弱组比较有明显延长（$P<0.01$），而脾虚肝郁组无论与正常对照组或脾胃虚弱组比较均无显著差异（$P>0.05$），提示慢性胃脘痛“实证”和“虚证”的胃排空状态是截然不同的，说明中医慢性胃脘痛的虚实证型可能有着各自不同的病理生理基础，脾虚肝郁型因虚实挟杂，其胃排空情况较为复杂。[61]

数字体温研究 李恩复观察到胃粘膜温度由高到低遵循：正常人＞慢性浅表性胃炎＞慢性萎缩性胃炎，也就是随着病变程度的加重，温度也越来越低，同时随着年龄的增长，代谢渐缓慢，温度也越来越低。且胃寒组显著低于胃热组。测定胃液免疫球蛋白结果，CAG者当分泌功能减低、胃液pH＞5时，IgG、IgA显著高于参考值，提示CAG者免疫功能紊乱，因此改善胃内环境、增强机体免疫力，提高自身调节机能是治疗CAG的方法之一。[56]兰州医学院附属第一医院研究了胃及十二指肠溃疡病的中医辨证的寒证和热证，其中70例消化性溃疡和慢性胃炎分热证和寒证两组，66例患者与36例正常人对照测定胃腔内温度（CR-S-I型数字体温计通过纤维胃镜），热证组温度明显高于寒证正常人，寒证和正常人之间无差异。消化性溃疡寒证胃内温度低于正常人，热证则高于正常人。慢性胃炎热证胃内温度高于寒证正常人，但寒证与正常人之间无差异。[2]

胃镜病理对比研究 萎缩性胃炎患者辨证与胃镜病理的对比研究表明：寒热证候、郁热证候、瘀血证候在病理形态学方面各有其特征性表现。三者之间的病损程度、病理形态改变由轻到重，认为因为热邪煎熬津液，而使胃液量明显减少，津液不足，粘膜失于滋

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

润，故胃粘膜萎缩较重；瘀血证候型病损程度最重，系由于久病不愈，瘀血内阻胃络，胃粘膜长期失于濡养，故多出现粘膜中、重度萎缩，瘀血日久，血不循经而外溢，故多出现出血点或斑，不典型增生也高于其它两型。[62]杨春波等对98例慢性胃炎脾胃湿热证的免疫组织化学研究表明，脾胃湿热中CSG占88.33%，可见活动性炎症多表现为脾胃湿热证与胃镜下所见：胃粘膜充血、水肿、湿润感，粘膜表面附有粘液斑等表现相似。[16]郭森仁等观察到：湿热中阻型胃粘膜多见水肿、充血糜烂和污浊液多，至于活动性炎症中，有13.79%表现脾胃气虚证者可能与夹热有关。[63]活动性实即急性炎症，华培显等观察40例慢性胃病组织病理学中，亦认为湿热等实证多呈急性炎症。[64]中国中西医结合研究会消化系统疾病委员会也把“胃粘膜急性活动性炎症，充血糜烂明显”作为脾胃湿热证的辨证参考标准。慢性胃炎中，CSG、活动性胃炎多表现为脾胃湿热证；CAG、非活动性胃炎多呈脾胃气虚证.再次证实了脾胃湿热证与炎症的关系，尤与炎症的活动性关系更为密切。

3.2 HP与胃脘痛相关性研究

1983年国外有人从人体胃内发现了一种新的细菌，形态呈螺旋形，为弯曲状，当时称之为幽门弯曲菌，随着对这种细菌研究的深入，目前国内外已统称为幽门螺杆菌，简写为HP。我国的研究结果与国外一致，发现HP与慢性胃炎、胃十二指肠溃疡，甚至胃癌的发生有一定的关系。

胃、十二指肠溃疡 根据大约70%的胃溃疡患者和80%～90%的十二指肠患者有HP感染，特别是溃疡复发者其感染率更高，因此幽门螺杆菌也是溃疡病的重要原因，而且杀灭HP的药也能治愈溃疡。

慢性胃炎 通过大量的人群检测发现慢性胃炎患者HP感染率极高，在80%～100%之间。1990年世界胃肠病大会在澳大利亚的悉尼市召开，专家通过大量的事实材料第一次肯定了HP是慢性胃炎的重要病因，大约80%的慢性胃炎与幽门螺杆菌有关。江苏省中医院单玉坤等对通过胃境检查并经病理诊断为慢性胃炎2031例，从年龄分布上研究了HP感染与慢性胃炎的两个主要病理类型（CSG和CAG）活动性、CAG分级、肠上化皮生之间的关系，探讨了HP与胃癌发生的关系。通过分析发现，HP阳性率占本组慢性胃炎的52.19%，而慢性活动性胃炎占慢性胃炎53.32%。从而提示HP感染90%左右集中在慢性活动性胃炎中。慢性活动性胃炎HP阳性率不足10%。[65]

胃癌 我国曾有人对300例胃癌患者检测HP感染率为63%。中国医科大学肿瘤研究所和日本名古屋大学医学院也曾共同对我国胃癌高发区和一般地区的居民进行了对比研究，结果发现胃癌高发区的居民幽门螺杆菌的感染率为62.5%，低发区的居民HP感染率为12.6%，说明胃癌与HP有关。

与此同时，中医界也开始了这一课题的研究工作。杨春波等对98例慢性胃炎脾胃湿热证的研究表明，HP（+）占80%，这与国内学者的报告相近。“邪气”在中医病因学里包含着致病微生物，其中之一的“湿热邪气”的发病特点是：惹性、渐进性和反复性，这也符合HP感染胃病的临床表现。从所报道的试验室和临床研究结果来看，对HP抑杀作用较强和临床清除、根除较好的中药，是苦寒清热的大黄、黄连、黄芩，以及祛湿化浊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的槟榔、厚朴等，也证实了湿热与 HP 的关系。[16]

在危北海研究的 102 例幽门螺旋杆菌（HP）与中医辨证关系中，发现 HP 感染阳性率及程度之高低与证型有明显的相关性，邪盛者 HP 阳性率增高（83.9%），正虚者偏低（45.76%）。其排列次序是脾胃湿热 > 肝胃不和 > 脾胃虚寒 > 脾胃阴虚。[66] 刘圣杰等对 500 例胃病患者观察了舌象与 HP 的关系，结果表明，胃炎及消化道溃疡活动期 HP 多呈阳性，舌质红或黯，苔白腻或黄腻居多；而静止期 HP 多阴性，舌质多淡红、苔薄白。HP 与组织学慢性浅表性胃炎严重程度有关，炎症越重，阳性率越高，尤以活动性病变者明显。[67] 徐建国的研究发现，气滞兼郁热型 HP 阳性率最高（76.8%），其次为气滞血瘀和中虚气滞型，单纯虚寒型 HP 阳性率最低（57.5%）。在对幽门螺杆菌感染导致胃痛疾病相关研究中，有人对舌象 HP 进行了观察。[68]

新近一些十分有趣的发现将 HP 与胃酸分泌联系起来。HP 感染者的餐后胃泌素显著增高，而 HP 阴性的 DU 患者血中胃泌素正常。而且阳性者其基础酸排除量和五肽胃泌素刺激后的高峰酸排出量均增高，HP 阳性者经抗菌治疗，随 HP 消失，胃泌素的释放显著下降，遂提出了“胃泌素环”假说。HP 感染引起胃泌素释放增加的原因尚不十分清楚，目前有 3 种解释：①HP 分解尿素产生氨形成碱性微环境；②由于胃窦部炎症，一些炎性介质直接刺激 G 细胞释放胃泌素；③HP 代谢产物抑制了壁细胞的功能，G 细胞代偿性分泌增加。

3.3 胃镜与胃脘痛证候相关性研究

80 年代以来，随着纤维胃镜和 X 光钡餐普遍应用于中医临床作为望诊的延伸和深化，以胃脘痛为主症的消化道疾病基本上得到了确诊。特别是纤维胃镜的应用为临床观察研究消化道疾病提供了有益的条件，更客观地了解了中医对胃脘痛为主症疾病的观察，对阐明其病理基础、发病机制提供了客观指标。同时指导临床治疗，可以将治疗前后胃镜检查的结果进行比较，对判定疗效提供了客观指标。在消化道疾病中，越来越多的学者和临床医师将胃镜检查作为一项重要的诊断指标和疗效指标。

在胃脘痛的研究领域，有的学者将胃脘痛的中医辨证分型与胃镜所示的胃粘膜状态进行比较，并寻找出了具有较规律性的结果。综合文献报告认为：

在急性胃炎的临床研究中，多认为以实热证候为主，胃镜检查胃粘膜呈红肿，粘液增多（充血、水肿、渗出），应用清化湿热、和胃理气法治疗可取得良好的效果。[36]

慢性胃炎脾胃虚弱之证纤维胃镜所见之胃粘膜色淡、苍白或血管透见，而血瘀之证内镜所见之粘膜粗糙不平、结节隆起，颗粒状或鹅卵石样隆起，活检多为慢性胃炎伴肠上皮化生及非典型增生。[43] 肝胆郁热之证，胃粘膜充血糜烂，伴出血点，或见胆汁返流；痰热壅阻证候常见炎症较多，有肠腺化生，或间变上皮细胞等。[68]

有学者运用胃镜观察胃脘痛的证候与溃疡的关系，观察胃镜结果所见，脾胃虚弱证候，胃窦苍白，幽门舒缩不良，胃粘膜出血及溃疡；肝胃不和证候多见胃体红白相间以红为主，胃窦粘膜皱起粗乱，常伴有胆汁返流；痰湿中阻证候多见胃窦分泌物多，局部型隆起，溃疡，粘膜皱襞细薄和胃体溃疡。[31] 寒热夹杂证候和胃阴不足证候具有热象表现的病理基础，胃粘膜出血或溃疡周缘的充血、水肿、糜烂性病变是；当溃疡周缘炎症消退而出

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

现新生上皮组织或有萎缩病变时多属脾胃虚寒证候；当溃疡愈合结疤而功能紊乱时多呈肝胃不和证候。由此可见，与溃疡病分期一样，中医证候也是以病理改变为基础的。[28]

王兆清等应用电子计算机对1000例胃镜下粘膜变化与辨证分型的关系作了分析，认为胃窦苍白、幽门舒缩不良、胃体粘膜出血及溃疡可作为脾胃虚弱证候的指征；胃体粘膜红白相间，以红为主，胃窦粘膜皱襞粗乱及胆汁返流可作为肝胃不和证候的指征；胃窦分泌物增多，胃窦粘膜皱襞细胞及存在溃疡可作为痰湿中阻证候的指征。[2]

总之，胃粘膜的病理改变是中医辨证分型的物质基础之一，中医证候往往揭示病程发展的程度和转归。

3.4 止痛治法的疗效机理研究

关于胃脘痛的治疗方药研究日益增多，其中有成方的研究，也有单味药的疗效研究，其中文献报道研究最多的是中药治疗胃脘痛的止痛机理和对胃粘膜的保护作用，以及对胃肠蠕动和消化液分泌的影响。

90年代来，研究人员对各种止痛药的单味药和成分进行了理化分析，同时也有综合各种治法疗效原理的推测，在中药止痛的机理研究中归纳为：①缓解平滑肌的痉挛。通过动物实验认为中药中具有行气作用的青皮、枳壳、乌药、厚朴、香附、木香，均能降低动物离体肠管的紧张性，对抗乙酰胆碱引起的胃肠平滑肌痉挛性收缩。②增加胃肠运动，如枳实、枳壳、乌药对在胃肠管表现兴奋效应，使胃肠运动节律加强，收缩增加。复方木香注射液灌胃给药亦能明显增强胃和肠道运动，促进肠内容物的推进。这些药物的这种兴奋肠道胃肠作用，有利于受抑制的肠运动恢复，增加蠕动，排除胃肠积气积物。临床用于治疗胃下垂、胃肠胀气取得一定效果，治疗后多数患者自觉症状消失。③促进胃液分泌，在理气止痛中药中陈皮挥发油能促进胃液分泌，有助于消化。佛手、厚朴、木香、乌药等含挥发油口服后对胃肠亦具有局部作用。但对病理性胃酸增加，如大鼠结扎幽门所引起的实验性胃溃疡，以理气药为主组成的理气开郁方（木香、枳实、陈皮、郁金、柴胡、白芍、甘草）可降低其溃疡发病率，使受试动物胃酸分泌减少，游离酸与总酸度降低。厚朴酚也有抗大鼠应激性溃疡和拮抗中枢性胃酸分泌的作用。另外，对中药复方丁桂散的研究认为，此方是治疗胃肠受寒后痉挛疼痛的有效方。经试验证实，大黄能直接抑制胃蛋白酶的消化作用，从而可减轻对溃疡面的局部刺激而达到止痛效果，并且能迅速止住溃疡面的出血。此作用除了与大黄中所含的鞣质有关以外，还与其α受体及直接肌原性兴奋有关。

在古方研究方面最多的是芍药甘草汤和黄芪建中汤，日本细野史郎等报告该方的水煎剂在高浓度时，对试验动物（兔）的胃蠕动有抑制作用：对离体肠管因组胺或乙酰胆碱引起的异常兴奋也有抑制作用；同时还指出本方能镇静、镇痛、抑制胃液分泌，故而适用于平滑肌痉挛引起的内脏疼痛。中医所说该方是酸甘化阴，以缓急止痛的道理可能即在于此。日本的高木敬次郎等曾对芍药甘草汤作过研究，他们表明，芍药或甘草 FM_{100} 是其有效成分，两者合用有协同作用，能增强镇静、抗炎、抑制胃液分泌，抗应激性溃疡的作用，但其毒性也相应增大。关于芍药和甘草的用量，原书中是等量，有人用优选法研究了该方的用量，按双因素用0.618法证明，轻症胃痉挛用芍药30g、甘草6g为好，重症酌加，一般情况是芍药用45g，甘草18g为宜，这种临床上的用法是一致的，似应引起注

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

意。由于芍药早已分化为白芍和赤芍两种，其性味和作用不尽相同，因此使用上宜应有选择。现在一般是虚性腹痛有白芍，实性腹痛多用赤芍。

现代药理学研究表明，加味黄芪建中汤能对抗大白鼠因结扎幽门引起的胃溃疡，其作用可能与镇静、解痉及抑制胃酸分泌有关。从中医临床上来看，溃疡病多呈慢性经过，特别是典型的十二指肠球部溃疡有饥饿痛，又有痛喜温按寒冷季节易于发病或加重者，中医辨证当属脾胃虚寒、土虚木乘。据文献报道溃疡病重脾胃虚型者约占68.3%或78%，所以秦伯未认为溃疡病从根本上说是一个脾胃虚寒的疾病，故选用黄芪建中汤辨证加减，不是没有道理的临床上已有不少报道，用黄芪建中汤辨证加减，疗效满意，还有人观察到用党参代替黄芪组成的党参建中汤，亦有一定的疗效。[1]

【古训今释】

1 病名溯源

“胃脘痛”的病名记载，始见于《黄帝内经》。《素问·五常政大论》说：“少阳司天，火气下临，……心痛，胃脘痛”。这是最早提出胃脘痛病名的记载。《素问》、《灵枢》中有关胃脘痛的病名有：“胃脘当心而痛”、“心痛”、“厥心痛”、“胃心痛”、“胃脘痛”。如《素问·六元正纪大论》：“木郁之发，民病胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，食饮不下。”《素问·至真要大论》也说：“寒厥入胃，则内生心痛”。《灵枢·厥论》：“厥心痛，腹胀胸满，心尤痛甚，胃心痛也。”《灵枢·经脉》有“动则病舌本强，食则呕，胃脘痛，腹胀，善噫，得后与气，则快然如衰，身体皆重。”从上述描写的症状及发病原因分析，均属于胃脘痛之病。后世医家对此进行了大量的分析释义，对此已得到基本肯定。明·虞抟《医学正传·胃脘痛》中指出：“《内经》曰：木郁之发，民病胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，食欲不下。善木气被郁，发则太过，土败木贼之候也。夫胃为脾之腑，阳先于阴，故脏未病而腑先病也，……胃之上口，名曰贲门，贲门与心相连，故经所谓胃脘当心而痛也。今俗呼为心痛者，未达其义耳。”说明内经描述的厥心痛、胃心痛与真心痛有着本质的不同。其厥心痛、胃心痛都属于胃脘痛的范围。

汉·张仲景在《伤寒论》、《金匮要略》中多次提到“心下”这个部位大多指胃脘而言，如《伤寒论·辨太阳病脉证并治》第135条：“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石鞕，大陷胸汤主之。”这里所说的“心下痛”，系指胃脘痛而言。在伤寒论中有所谓：心下痞，按之濡，或心下痞，按之痛等，实皆指胃部而言。

到了唐宋时代，胃脘痛的论述更多，归纳有九痛，正如唐·孙思邈《备急千金要方·心腹痛》所载：“九痛丸，治九种心痛，一虫心痛，二注心痛，三风心痛，四悸心痛，五食心痛，六饮心痛，七冷心痛，八热心痛，九来去心痛。”以上论述虽未说明九种心痛的临床表现，但从名称上分析，这里所说的心痛，大部分是指胃脘痛，所谓九种心痛之说，实际上是对胃痛按照病因进行的归纳。唐·王焘《外台秘要·心痛方》说：“足阳明为胃之经，气虚逆乘心而痛，其状腹胀而归于心而痛甚”。这里的心痛实指胃脘痛。宋·陈无择《三因极一病证方论·九痛叙论》对胃脘痛提出了非心痛，认为“夫心痛者，在方论有九痛。内经则曰举痛，一曰卒痛，种种不同，以其痛在中脘，故总而言曰心痛，其实非心痛也。”

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

直至金元时代以前的古代文献多把胃脘痛与心痛、腹痛等相并而论，把属于胃脘痛的心痛和属于心经本身病变的心痛混为一谈。胃脘痛一病的辨证施治发展到了金元代才真正有了明确的概念。金元时期李杲《兰室秘藏·卷二》首立“胃脘痛”一门，将胃脘痛的证状病因病机和治法明确区分于心痛，在其《实验方·心胃及腹中诸痛》中说：“胃脘痛，腹胀善噫……，”并指出“脘痛者，太阴也……”。朱震亨明确指出，前人所指心痛实指胃脘痛，其痛以中焦脾胃病变为主。在其《脉因证治·卷二十二》中说道：“脾病者，食则呕吐，腹胀善噫，胃脘痛，心下急”。在金元时代医家澄清纠正了心痛与胃脘痛相互混淆的局面，使胃脘痛成为一种独立的病证。

此后，明清时代进一步丰富了胃脘痛的病证。虞抟在《医学正传·胃脘痛》中明确指出前人以胃脘痛为心痛之非。“古方九种心痛……，详其所由，皆在胃脘，而实不在心也”。王肯堂认为历代方论将心痛、胃脘痛混为一门，原因在于“胃脘痛处在心下，故有当心而痛之名。”李中梓《医宗必读·卷八》指出：“心在胸中，胸痛的病位在心之上，胃脘痛则在心之下，胃脘痛多兼有或满，或胀，或呕吐，或不能食，或吞酸，或大便难，泻利，面浮而黄。”说明本病与客邪参杂而见，不但将胃脘痛与真心痛的疼痛部位加以区别，同时明确了胃脘痛所兼见的胃腑病变。

综上古代医学文献可以看出，胃脘痛的名称在唐宋以前有：“胃脘当心而痛”，“心痛”，“厥心痛”，“胃心痛”，直至金元时代“胃脘痛”才独立成以病名，并在以后年代不断完善，确定“胃脘痛”是胃腑的病变，同时伴有胃腑的病证。

2 病 因 论

古历代医家对胃脘痛的病因认识，大致归于外感、饮食、七情所伤及先天禀赋不足，与今日大体一致。

2.1 外 感 所 伤

胃脘痛因外感所伤多由于寒邪人胃，气血壅凝：寒水凝滞，气机不利；寒邪外袭，水饮内停，引起气血壅滞不通而作痛。对此古人早有论述，如《素问·至真要大论》说：“厥阴司天，风淫所胜，民病胃脘当心而痛。”《素问·至真要大论》指出：“太阳之胜，凝溧且至，寒厥人胃，则内生心痛，复见厥气上行，心胃生寒，胸膈不利，心痛痞满。”“厥阴之胜，胃膈如寒，胃脘当心而痛。”《素问·举痛论》又云：“寒气客于胃肠，厥逆上出，故痛而呕也。”表明风淫、寒气、寒水所胜，感之则寒凝气滞，可发生胃痛。汉·张仲景以证治阐明了外感风寒，内停水饮亦能导致胃脘痛，在《金匮要略·水气病脉证并治》有：“气分，心下坚大如盘，边如旋杯，水饮所作，桂枝去芍药加麻辛附子汤主之”。此外，《素问·至真要大论》还曰：“少阳之胜，热客于胃，烦心心痛……”论述热邪外袭，内客于胃，亦可导致胃痛。

2.2 饮 食 所 伤

脾主运化，胃主受纳，如饮食不节，饥饱无常，恣饮热酒煎炸食品，或食寒凉生冷，常可损伤脾胃，导致胃脘痛。在《内经》中首次明确阐明了饮食伤胃的病因，如《素问·

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

辨论》所谓“饮食自倍，肠胃乃伤”。汉·张仲景又从脉证病治明确了宿食停积导致气机壅滞，腑气不通可发生胃脘痛，如《金匮要略·腹胀寒疝宿食病脉证并治》谓：“脉数而滑者实也，此有宿食，下之愈。……宿食在上脘当吐之。……痛而闭者，厚朴三物汤主之。……按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。”金元时代李东垣则认为胃脘痛的主要病因，多由于饮食劳倦而致脾胃虚弱，又为寒邪所伤而致。龚廷贤从饮食不节的病理转归上对胃脘痛发病机理进行了阐述，指出饮食不节可以导致痰湿停滞，痰郁可以化火，引起热性胃痛。如《寿世保元·心胃痛》：“胃脘痛者，多是纵恣口腹，喜好辛酸，恣饮热酒煎，复食寒凉生冷，朝伤暮损，日积月徐，自郁成积，自积成痰，痰火煎熬，血亦妄行，痰血相杂，妨碍升降，故胃脘疼痛。”

2.3 七情所伤

七情所伤可以影响脾胃功能，特别是忧思可以直接损伤脾胃，同时恼怒伤肝，肝木横逆，犯脾侮土，可以间接损伤脾胃，导致肝胃不和，气机失调之胃脘痛。对此古人得到了明确阐明，如《素问·六元正纪大论》说：“木郁之发，民病胃脘当心而痛”。说明胃痛与木气偏盛，肝胃不和有关。明·方贤《奇效良方·心痛》“胃心痛者，腹胀满不下食，食则不消，皆藏气不平，喜怒忧郁所致，属内因。”虞抟在《医学正传·胃脘痛》中说：“胃脘当心而痛，……未有不由痰涎食积郁于中，七情九气触于内之所致焉。”在此明确了七情致病的病理机制。

2.4 禀赋不足

有素体禀赋不足者，脾胃虚弱，易受寒邪外侵或饮食所伤；亦有饮食劳倦而致脾胃虚弱者，此为胃脘痛的主要内在病因。脾胃虚弱则肝气易于相乘。汉·张仲景以证治阐明了中阳虚衰，阴寒内盛导致的胃脘痛，如《金匮要略·腹胀寒疝宿食病脉证并治》谓：“……上下痛不可触近，大建中汤主之”。元·李杲《东垣十书》曰：“腹痛有部分，中脘痛，太阴也……。”说明脾胃虚弱为胃脘痛的主要内在病因。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·胃痛》篇曰：“胃痛，邪干胃脘病也，胃禀冲和之气，多气多血，壮者邪不能干，虚则着而为病，偏寒偏热，水停食积，皆与真气相搏而痛。惟肝气相乘为尤甚，以木性暴且正克也。”阐明了胃脘痛的内在原因是胃气虚弱，病邪只有在胃虚的前提下才能犯胃，同时他强调肝旺横逆犯胃之胃痛证。

2.5 其 它

唐·孙思邈在《备急千金要方·卷十三·心腹痛》中有九种心痛之说，如虫心痛、注心痛，风心痛，悸心痛，食心痛，饮心痛，冷心痛，热心痛，去来心痛，实际上是对胃脘痛按照病因和临床表现作出的归类。证明胃脘痛的发病病因除上述四种外，还有因虫、因火、因痰、因血等皆能作痛。

3 病 机 论

对以上各种致病因素历代医家均已认可，认为邪气搏于正气，邪正交击，气道闭塞，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

郁于中焦，气滞血瘀是胃脘痛的基本病机，正象宋代严用和指出：九种心痛“名虽不同，而其所致皆因外感六淫、内阻七情，或饮啖生冷果实之类，使邪气搏于正气，邪正交击，气道闭塞，郁于中焦，逐成心痛。”

《内经》首先阐发了寒邪入侵发生胃脘痛的机理，如《素问·举痛论》云：“寒气客于胃肠之间，膜原之下，血不得散，小络引急，故痛。”张介宾论胃病病机时说：“胃脘痛证，多有因食、因寒、因气不顺……”认为“因寒者常居八九，因热者十惟一二，盖寒则凝滞，凝滞则气逆，气逆则痛胀而生。”晋·葛洪《肘后备急方》说：“凡心腹痛，若非中恶霍乱则是皆宿结冷热如为。”认为胃脘痛是冷热之气宿结于内导致。

朱丹溪明确提出了胃痛日久可郁而化热的胃热证，完善了胃痛的病机学说。同时论述了胃脘痛的病因病机转变，认为劳役太甚，饮食失节，中气不足，或寒邪乘虚而客之，亦有病久郁而生热，或素有热，虚热相搏，结郁于胃脘而痛；或有食积痰饮；或气与食相郁不散，停结胃口而痛。

黄甫中在《明医指掌图》提出了“胃脘湿热痛”的论点。

清代叶桂对本病的病机有独到见解，在《临证指南医案·胃脘痛》载胃脘痛案44例，在病机方面以“肝邪犯胃”为主，认为：气机淤滞是胃痛发展的主要病机，痰凝血瘀是胃痛发展过程中的病理变化。从胃痛发生、发展的情况分辨气血经络，“初病在经，久痛入络，以经主气，络主血，则知其治气治血之当然……”，还指出：“久痛寒必化热，”“气闭热自内生，”并说：“胃病久而屡发，必有凝痰聚瘀，”从而创立了“久病入络”的病机学说。临床实践确已得到证明。李用粹《论治汇补·胃脘痛》认为胃脘痛亦有清痰食积于中，七情九气触于内，是以清阳不升，浊阴不降，妨碍道路而为痛也”。另外，王清任的《医林改错》和唐容川的《血证论》也阐明了瘀血滞于中焦，胃脘胀满刺痛的病理学说。

沈金鳌《杂病源流犀烛·胃痛》篇曰：强调肝旺横逆犯胃之证和肝胃之火移入于胃的病理变化，他说：“胃痛有食、痰、死血、气、寒、火、中气虚之别，方书所载甚明，独有一种肝胆之火，移入于胃。”说明了肝胃郁热是临床常见的一种证型。

高鼓峰的《医宗己任编》新阐发了胃脘痛燥热的阴虚证，树立了新的独特见解。

综述上述的古代医籍，我们看到了经过古代医家的研究和临床实验，总结了大量的临床心得，这些资料极大地丰富了中医对胃脘痛一病的病因病机的认识，逐渐完善了胃脘痛的病因病机学说。对现在研究胃脘痛病因病机和临床治疗胃脘痛病证仍有着指导意义。

4 辨 证 论

虚实、寒热、气血是胃脘痛的辨证大法，对此古人早已有所论述，综合而论对胃脘痛的辨证是以病因所致胃痛的时间长短、自觉证状、脉象及触诊为依据的。

4.1 虚实辨证

最早提出对痛证的虚实辨证大法始于《内经》。《素问·调经论》曰：“实者外坚充满，不可按之，按之则痛，……虚者聂气气不足，按之则气足以温之，故快然而不痛”。汉·张仲景从腹满之多少，按之痛与不痛，以鉴别胃痛的虚证或实证，并以大承气汤为主，提出了实邪宿食积滞用攻下法的脉证原则。《金匮要略·辨腹满寒疝宿食病脉证治》曰：按之心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

下满痛者，此为实也，当下之……”“腹满不减，减不足言，当须下之。”“腹满，按之不痛者为虚，痛者为实，可下之。……寸口脉浮而大，按之反涩，尺中亦微而清，故知有宿食，大承气汤主之”“脉数而滑者实也，此有宿食”，“下利不欲食者，有宿食也”，“脉紧如转索无常者，有宿食也”。到了明清时代，胃脘痛的辨证更加丰富完备。张介宾认为，胃脘痛首先要辨虚证实证，并提出：“辨之之法，但当察其可按者为虚，拒按者为实；久痛者多虚，暴痛者多实，得食稍可者为虚，胀满畏食者为实，痛徐而缓莫得其处者为虚，痛剧而坚一定不移者为实，……，脉与证参，虚实自辨”。王纶《明医杂著》曰：“大凡腹满痛，按之不痛为虚，痛为实。”基本反映了胃脘痛的虚实辨证原则。

4.2 寒热辨证

《内经》从运气胜复，外感寒、热淫气所表现的证状提出胃痛的寒证或热证，如《素问·五常政大论》曰：“少阳司天，火气下临，……胃脘痛，厥逆鬲不通。”《素问·至真要大论》指出：“厥阴之胜，胃膈如寒，胃脘当心而痛，上支两胁，肠鸣飧泄，少腹痛，甚则呕吐，鬲咽不通。”汉·张仲景是从脉证治提出了寒热辨证的依据，如《金匮要略·辩腹满寒疝宿食脉证治》：“腹满时减复如故，此为寒，当与温药。”“腹中寒气，雷鸣切痛，胸胁逆满呕吐，……”。明·李梴《医学入门》即从疼痛的喜按、怕按辨证寒热入里的深浅，认为：“旧以虚痛喜按，实痛怕按，但寒热邪有浅深，不可太泥。寒谓寒气入经，客于卫分，则血涩急痛，按之热则止。寒气客于荣分，则气郁满痛甚怕按。寒气客于肠胃募原血络，急引皮痛，按之则气血散而痛止。”

4.3 气血辨证

明·张介宾《景岳全书·心腹痛》“无形者痛在气分，凡气病为胀为痛者，必或胀或止而痛无常处，气聚则痛而见形，气散则平而无迹，……有形者痛在血分，或为食积，凡血癥食积而为胀痛者，必痛有场所而胀无休息，不往不来，不离其处，是有形之痛，然或食或血，查得所因，乃可攻而去之。”比较全面地阐述了胃脘痛气血辨证的原则。清·叶桂则对胃脘痛的气血辨证提出了独到之见，他认为：“夫通则不痛，通字须究气血阴阳，便是看诊要旨矣。”并在《临证指南医案·胃脘痛》类中列出了气机阻滞证三案，瘀阻胃络证七案。

4.4 脏腑辨证

清·叶天士从胃脘痛的脏腑辨证推论胃脘痛的辨证要点，在《临证指南医案·胃脘痛》类中列出了肝木犯胃证八案，土虚木贼证十案，肝胆郁热证四案。

4.5 缓急辨证

明·张介宾在《景岳全书·心腹痛》中论胃痛病机时认为：胃脘痛证，因食、因寒、因气不顺者大多暴痛者多；因虫、因火、因痰、因血者渐痛者多。

4.6 其它辨证

叶桂认为：痰凝血瘀是胃痛发展过程中的病理变化。“胃病久而屡发，必有凝痰聚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘀。”因此在《临证指南医案·胃脘痛》类中列出饮浊凝聚证十二案。

可见历代医家在对胃脘痛的辨证方面首先考虑了辨别虚实两大纲领。上述可见各医家通过四诊合参的方法，鉴别虚与实两大证型，这种方法现在临床上仍具有实用价值。

5 治 则 论

古代医家从各个侧面对胃脘痛进行了论述，纵观历代医籍所阐明的治疗原则不外乎：实热证宜攻下，虚寒者宜温散。中气虚者补之于气；胃气寒者温之于中；气滞者理之其气；血瘀者活之于络；胃失和降和之于胃；寒则温之，热则清之，痰则化之，血则散之，气则顺之，虫则杀之。

古人认为初得感寒，宜温散或温利，朱丹溪曾指出：“大凡心膈之痛，须分新久。若明知身受寒气，口吃寒物而得痛者，于初得之时，当予温散，或温利之药。”张仲景在《金匮要略·辨腹满寒疝宿食脉证治》中指出“腹满时减复如故，此为害，当与温药。”又“病者腹满，按之不痛者为虚”，在鉴别虚证的基础上，提出虚证、寒证宜温、补的治疗原则。

古人认为病久成郁，郁久化热，应宜清热法；实邪内闭，当用下法。朱丹溪认为：若曰病得之稍久则成郁，久郁则蒸热。提出病久成郁，郁久化热，热久必生火，应宜清热。汉代张仲景曾在《金匮要略·辨腹满寒疝宿食脉证治》提到“按之心下满痛者，此为实也，当下之。”“腹满不减，减不足言，当须下”。“脉数而滑者实也，此有宿食，下之愈。……宿食在上脘当吐之。”在鉴别实证的基础上，提出实证、热证宜清、下的治疗原则。

明·龚信辑《古今医鉴·诸痛》中指出：“是寒则温之，是热则清之，是痰则划之，是血则散之，是气则顺之，是虫则杀之，临症不可惑也。”更加完善了“胃脘痛”病证的治疗原则。

6 治 法 论

6.1 治疗大法

古代论述胃脘痛的治疗方法很多，从《内经》开始记载的治疗方法见《灵枢·邪气脏腑病形》篇中：“胃病者，腹胀胀，胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下，取之三里也。”即针刺足阳明胃经合穴足三里，以健脾行气止痛法治疗胃痛，同时《灵枢·四时气》：“饮食不下，膈塞不通，邪在胃脘，在上脘，则刺抑而下之，在下脘，则散而去之。”提出实邪在上用消导，实邪在下用通利法，开创了辨证治疗胃脘痛的先河，为后世医家研究和治疗胃脘痛奠定了基础。

此后，各代医家对胃脘痛的治法不断完善。汉代张仲景在《伤寒论》、《金匮要略》中虽未明确提出，但通过其辨证施治得以窥见出胃脘痛的治疗方法有：清热除烦法，泻火清胃法，清热生津法，清热涤痰法，温中健脾法，温饮散寒法，辛开苦降法，清上温下法，疏肝理气法，滋阴润胃法，通腑降逆法，益胃降逆法，调和营卫法，甘温健中法，温补脾肾法，温脾摄血法，活血化瘀法，驱蛔安胃法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

晋·葛洪《肘后备急方》中对胃脘痛也多有论述，其采用的方法有内治法，外治法，吐法，下法，温法，清法等，方虽似民间方，但对证治疗有效，为胃脘痛提供了新的治疗方法和经验。

金元时代李杲独立“胃脘痛”病证一门，其理法方药各成一体，由于所论病理多因饮食劳倦致脾胃虚损，复感寒邪所伤，因此治疗上多采用益气、温中、理气、和胃之法．在所著《试效方·心胃及腹中诸痛》中阐明了胃脘痛的治疗方法，不仅可药，也可用刺灸法．治疗胃痛的方法较前代医家更为完备。

朱震亨在治疗上比较细致地分作寒、热、气、湿、痰积、死血、虫八类辨证施治，提出了初得感寒，宜温散或温利，病久成郁，郁久化热，应宜清热。

明代医家对胃脘痛的治疗方法论述的比较全面，张介宾认为“胃痛与气的关系最为密切，食停则气滞，寒留则气凝，所以治疗胃脘痛以理气为主。”这一治则正切中胃脘痛的病机和治疗要点。

虞抟在《医学正传》中说：“浊气在上者涌之，清气在下者提之，寒者温之，热者寒之，虚者培之，实者泻之，结者散之，留者行之。”论述治疗胃脘痛的大法。

在这一时代，李中梓、孙一奎等人还对“痛无补法”进行了批驳，指出要在治疗中辨明形实形虚，不得实实虚虚，损不足而益有余。李中梓说：“愚再按近世治痛，有以诸痛属实，痛无补法者；有以通则不痛，痛则不通者；有以痛随利减者，互相传授，以为不易之法。不知形实病实，便闭不通者乃为相宜；有形虚脉弱，食少便泻者，岂容混治。”

清·叶桂治疗胃脘痛首先要辨病在气在血，而施以理气活血之法。叶氏对各种胃痛的治疗，均以“通”法为主，指出：“痛则不通，通字须究气血阴阳，”强调病初在气，治以苦辛通降或疏泄气滞为主，久病入络，以辛柔和络或搜剔缓攻为主。治饮重在通阳，治瘀重在通络，健运二阳，通补为宜，守补为谬，即采用通补法，更为其独到之处。

凌奂《医学新传》对胃脘痛“通法”有较全面的阐述，他说：“实通者不痛，理也，但通之之法各有不同。调血以和气通也；上逆者使之下行，中结者使之旁达，亦通也。虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也。若必以下泻为通，则妄矣。”

顾靖远在治疗上主张用缓急止痛法，以芍药甘草汤为基本方，随证加减。

高鼓峰《医宗己任篇》对胃脘痛属阴虚，燥热口渴者，运用清肝养阴法治疗，可见当时医家已对肝郁化火，损伤胃阴之证得到了重视。

王清任的《医林改错》、唐容川《血证论》则对活血化瘀法进行了深入的研究，其中对胃脘痛胀满刺痛，急而剧者，运用活血化瘀法治疗。

6.2 用药特点

汉代张仲景在《伤寒论》、《金匮要略》中通过其辨证施治得出胃脘痛的治疗方药有：清热除烦法，用于栀子豉汤证；泻火清胃法，用于大黄黄连泻心汤证；清热生津法，用于白虎汤证；清热涤痰法，用于小陷胸汤证；温中健脾法，用于理中丸证；温饮散寒法用于小半夏汤证；辛开苦降法用于半夏泻心汤证；清上温下法用于黄连汤证；疏肝理气法用于四逆散证；滋阴润胃法用于芍药甘草汤证；通腑降逆法用于大柴胡汤证；益胃降逆法用于旋覆代赭石汤证；调和营卫法用于桂枝汤证；甘温健中法用于小建中汤证；温补脾肾法用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

于四逆汤证；温脾摄血法用于黄土汤证；活血化瘀法用于大黄䗪虫丸证；驱蛔安胃法用于乌梅丸证。此外，还有附子粳米汤、吴茱萸汤、大建中汤、黄芪建中汤等方药，皆为后世治疗胃脘痛的有效方法。

宋代的《太平惠民和剂局方》、《太平圣惠方》、《圣济总录》等书，采集了大量的医方，治胃痛多用辛燥理气之品，如白蔻仁、砂仁、广木香、藿香、檀香、丁香、高良姜等等。

金元时代李杲用药主张益脾胃之气，多用人参、黄芪、炙甘草；温中祛寒多用益智仁、吴茱萸、白豆蔻；理气止痛多用木香、青皮、陈皮，柴胡、厚朴、荜澄茄；和胃安中，多用麦芽曲、半夏、陈皮；和血活络多用当归、桃仁、红花。益气、温中、理气、和胃之法，拟草豆蔻丸，神圣复气汤，麻黄豆蔻丸三方。在所著《试效方·心胃及腹中诸痛》中说："脘痛者，太阴也，理中，建中，草豆蔻丸之类主之。……杂证而痛者，苦楝汤酒煮当归丸，丁香楝实丸之类主之，是随其下治也。更循各脏部分穴腧而刺之，如厥心痛者，取之然谷、太溪，余脏皆然"。

朱震亨在治疗病久成郁，郁久化热，应宜清热，并认为胃口有热作痛，非山栀子不可，须左以姜汁，多用台芎开之；痛甚者脉必伏，用温药附子之类，不可参、术；胃脘湿而痛者，以小胃丹下之。

杨继州用针灸法对胃脘痛开创了新的穴位，如太渊、鱼际，足大趾、次趾内纹处。

可见明代对胃脘痛的治法较前代又有新的发展，开辟了更多的途径。

到了清代各医家对胃脘痛的发病原理研究更加深入，辨证用药更加全而。清·叶桂本着邪去正安之意，用药不畏其峻。而对胃痛虚证则谓："胃虚益气而用人参，非半夏之辛，茯苓之淡，非通剂矣。"

高鼓峰对胃脘痛属阴虚，燥热口渴者用逍遥散加生地、丹皮、山栀。

江涵暾《笔花医镜·卷二》把胃脘痛分为虚实寒热辨治，用药则补泻温凉各有"主将"、"次将"；如其补胃猛将则白术、黄芪、大枣，次将则扁豆山药炙草、桂圆肉；温胃猛将则干姜、良姜、益智仁、肉豆蔻、草果、丁香、木香、胡椒，次将则藿香、砂仁、白蔻仁、半夏、厚朴、川椒、煨姜。

顾靖远在治疗上主张用芍药甘草汤缓急止痛：气滞者加四磨饮；血瘀者加失笑散。并对食滞者用保和丸消食导滞；对热证者用黄芩汤、竹叶石膏汤等清泻胃热。

王清任对行气活血法的推出在胃脘痛的治疗上获得了有效的运用。属瘀血滞于中焦，用血府逐瘀汤，实为临床有效方剂。此法至今仍为治疗胃脘痛之大法。

综上所述，胃脘痛一病治疗，在唐宋以前，多与心痛相混而称。金元时期朱丹溪将胃痛从心痛门中分离出来，独立成一个病证。明清时期医家从各个侧面对胃脘痛进行了论述，将胃脘痛的病机和辨证施治系统化。纵观历代医籍所阐明的治疗大法不外乎：实热宜攻下，虚寒宜温散；中气虚者补之于气，胃气寒者温之于中，气滞者理之于气，血瘀者活之于络，胃失和降和之于胃；浊气在上者涌之，清气在下者提之；寒者温之，热者寒之，虚者培之，实者泻之，结者散之，留者行之，痰则化之，血则散之，气则顺之，虫则杀之。并创立了刺灸、外熏、外洗等法，用药方面所创更是数不胜数，有许多的方药仍在临床广泛使用，疗效显著。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

展 望

胃脘痛是影响人类健康的常见多发病。近几十年来，医学界对胃脘痛相关性疾病进行了大量的理论和临床实验研究，主要表现在规范中医辨证的客观化指标，规范了以痛为指征的疗效标准。但是在相关性疾病中还缺乏较一致的分类辨证，在研究中主要依靠胃镜病理作为疗效指标，但观察结果受各种因素的影响，符合率仅为60%左右。在实验室的病机研究中，也正力求通过神经、免疫、激素、屏障、HP等多种实验检测，找出与胃脘痛相应证型的特异性指标，但现仍缺乏统一认识。许多研究还缺乏科学的统计手段，缺乏动态的观察和治疗疗效评定，定量化不足，影响疗效评定。药物的药理研究，对单味药研究多，成方研究少，可重复性差，研究结果也不统一，需要更进一步筛选出临床高效的中药成方。

值得一提的是，中医对于幽门螺杆菌和胃病的关系，以及胃癌前病变的研究和防治取得了一定的进展，有着其独到的优势，并得到了充分的重视。国内中医界许多学者从临床和症候学、病理学、药理学方面进行了大量的研究工作，主要是胃镜检查与中医辨证相结合，病证改善与疗效标准相结合，并在中药领域挖掘新型的药物阻止和消除HP感染，改善胃粘膜的屏障功能，增加内循环和胃内各项有机环境，从而达到纠正治愈胃粘膜腺体的病变，消除有害机制，对防止胃癌的发生起到了重要的作用，充分显示出中医辨证施治的实力及其科学性和适用价值。

展望未来，有以下设想：

文献研究　系统整理古今文献，追溯古今在胃脘痛的病名、病机、辨证、治疗、预防等方面的发展。

临床病因调查　进行地区流行病学大宗病历调查，为防治胃脘痛提供有力数据。

搞好严格的临床疗效科研设计　由专家领头的大宗病例观察，科学的治疗、诊断计划，统一观察的科学性。加强多学科、多部门的横向联系，协作攻关，使胃脘痛的防治水平有实质性的突破。

利用现代科学手段，找出相关病因的特异敏感指标　在制定统一的证型条件下，寻找可重复性的客观指标，加深对致病机制的认识。

以提高疗效为中心，加强有效方药的研究　找出具有说服力的药物，或明确辨证使用中所起的关键作用，体现出中医中药理法方药特点，在此基础上，筛选验证有效方药，摸索针对性强的固定处方、单方、验方，研制开发方便于临床的用药剂型。

（张晓明　张声生　李乾构）

近现代参考文献

[1] 全国急症胃痛协作组．急症胃痛证治．北京：中国医药科技出版社，1991

[2] 危北海．中医脾胃学说应用研究．北京出版社，1993

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[3] 当代名医临证精华 胃脘痛专辑. 北京：中国古籍出版社，1993
[4] 张永琇. 消化性溃疡与气象有关. 健康报，1996—10—11.
[5] 亓鲁光，赖幼林，宋开源. 应用余弦法对947例上消化道出血时间节律的分析. 四川中医，1990 (8):29
[6] 俞荣青，王天龙. 寒潮对胃脘痛之影响.《中医杂志》，1989 (4):47
[7] 杨洪涌. 上消化道出血之原因学研究.《新中医》，1991 (5):8
[8] 洪兆汗. 消化性溃疡出血中医证型与月廓盈亏的关系. 福建中医药，1993，24 (3):20
[9] 麻仲学. 胃脘痛流行病学研究.《辽宁中医杂志》，1985 (11):6；(12):26
[10] 许凌成. 溃疡患者的个性研究. 中华消化杂志，1988 (4):239
[11] 武成，李方儒，张春红等. 消化性溃疡心身相关病证结合的临床研究. 中医杂志，1996，37 (8):476
[12] 张晓梅. 胃脘痛与饮食关系观察. 中国中医药学报，1989 (4):16
[13] Burbige，Ej. 酒精对胃肠道的影响. 国外医学消化系统疾病分册，1985 (2):108
[14] 习栓成，等. 田德录教授治疗胃十二指肠溃疡的经验. 北京中医学院学报，1993，(4):32
[15] 徐千里. 柴平汤加味治疗萎缩性胃炎伴肠上皮化生临床研究. 实用中西医结合杂志，1993，(11):609
[16] 杨春波，傅肖岩，柯晓，等. 慢性胃炎脾胃湿热证的免疫组织化学研究. 中国中西医结合脾胃杂志，1998，(2):68
[17] 罗伟生. 146例消化性溃疡的胃镜诊断与胃痛证型的关系. 广西中医药，1990 (3):3
[18] 张万岱. 胃镜鉴定生胃宁治疗溃疡病105例的临床观察与实验研究. 广东医学，1981 (4):7
[19] 周学文. 脾胃气机升降理论与临床运用举隅. 中国中西医结合脾胃杂志，1997 (3):129
[20] 王欣山，等. 活血化瘀法治疗溃疡病72例. 湖北中医杂志，1988 (1):28.
[21] 于兆芬. 胃、十二指肠粘膜缺血在消化性溃疡病发病机理中的作用.《中华消化杂志》，1985 (3):183
[22] 任俊杰，等. 利胃复胶囊治疗痰瘀胃痛的临床及实验研究. 中国中西医结合脾胃杂志，1997 (3):151
[23] 刘喜明. 对十二指肠溃疡病的认识及辨证体会。北京中医学院学报，1990 (3):7
[24] 任光荣. 黄芪健中汤治疗溃疡病的机理. 四川中医，1988 (6):24
[25] 王兆清. 脾虚胃脘痛与胃粘膜病变关系初探. 中医杂志，1984 (10):25
[26] 第一军医大学一附院. 溃疡病的中医分型及其病理基础初探. 中医杂志. 1980 (2):17
[27] 尹光耀，等. 脾虚证慢性胃病患者胃粘膜与CAMP和CGMP测定及其临床意义. 中西医结合杂志，1985 (1):31
[28] 季占发. 慢性胃炎、十二指肠溃疡病临床观察及实验研究. 中国中西医结合脾胃杂志，1997 (3):180
[29] 姚保泰，孙秀荣，王洪京，等. 中医舌像与胃镜像、组织学检查、幽门螺杆菌感染相关性研究. 全国中医内科学会第九届脾胃病学术会议论文集.
[30] 孙普琳. 533例慢性萎缩性胃炎舌、脉象观察. 四川中医，1982，创刊号:61
[31] 张继泽. 关于慢性萎缩性胃炎几个问题的探讨. 江苏中医，1982，3 (6):1
[32] 吴鸿宾，等。十二指肠球部溃疡病中医分型X线诊断的探讨. 福建中医药，1990 (3):9
[33] 胡补菊，柴可夫. 消化性溃疡患者血清微量元素与中医辨证关系. 实用中西医结合杂志，1993 (7):397
[34] 高寿征，等. 胃宁冲剂治疗慢性浅表性胃炎的临床及实验研究. 中西医结合杂志，1990 (5):269

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[35] 孙孝洪. 中医治疗学原理. 四川科学技术出版社, 1990.
[36] 杨春波. 胃炎与热的关系. 北京中医, 1990 (10):4
[37] 危北海. 慢性胃炎的诊治. 中西医结合杂志, 1990 (5):265
[38] 陈泽民. 治疗慢性胃炎的体会. 中西医结合杂志, 1990 (5):267
[39] 李振华, 等. 125 例脾胃气虚型胃脘痛的临床疗效观察. 河南中医, 1986 (3):17
[40] 韩明向, 等. 延芍六君子汤治疗 123 例慢性胃脘痛. 安徽中医学院学报, 1987 (1):25
[41] 许鑫梅, 等. 溃疡病的病机与治法初探. 新中医. 1982 (11):12
[42] 许自成. 中医治疗慢性萎缩性胃炎 88 例疗效观察. 中西医结合杂志, 1986 (6):342
[43] 马山. 胃友治疗慢性萎缩性胃炎 910 例临床报告. 中医杂志, 1989 (9):32
[44] 陈泽民. 辨证治疗难治性消化性溃疡 80 例. 陕西中医, 1987, 305
[45] 俞长荣. 临证运用半夏泻心汤的体会. 河南中医. 1997 (2):16
[46] 杨峰. 半夏泻心汤治疗胆汁反流性胃炎. 中医函授通讯, 1993 (1):47
[47] 田耀州. 运用辛开苦降法治疗胃脘痛 68 例. 中国中医急症. 1996 (2):59
[48] 柴可夫. 运用半夏泻心汤治疗 HP 相关性胃炎 72 例临床观察. 新中医. 1994 (3):20
[49] 张万岱. 三九胃泰治疗慢性胃炎 302 例的临床观察及机理探讨. 内部资料.
[50] 徐福松. 许履和老师治疗梗阻性疾病的经验. 辽宁中医杂志, 1981 (2):10
[51] 白晓蓟, 米子良. 半夏泻心汤对盐酸型胃粘膜损伤实验研究. 中国中西医结合第十次消化系统学术研讨会, 1998
[52] 魏喜保. 幽门螺杆菌相关胃病中医治疗进展. 同上
[53] 殷德燧. 慢性萎缩性胃炎的临床及实验研究. 专题座谈会材料, 青岛:1991
[54] 许自成. 中药胃康胶囊治疗慢性萎缩性胃炎 102 例. 中西医结合杂志, 1990 (9):49
[55] 曹平. 复方参芪建中冲剂及参梅养胃冲剂治疗慢性萎缩性胃炎的研究. 专题座谈会材料, 青岛:1991
[56] 李恩复. 对慢性萎缩性胃炎、胃粘膜 pH、胃液微量元素等七项检测指标研究报告. 专题座谈会材料. 青岛:1991
[57] 张平. 对消化性溃疡复发机理的认识. 中国中西医结合脾胃杂志, 1997 (3):190
[58] 黄亚慧. 中医药抗消化性溃疡复发的对策. 中国中西医结合脾胃杂志, 1997 (3):78
[59] 王兆清, 等. 脾与胃酸分泌功能关系的初探——附 341 例分析. 中西医结合杂志, 1984 (1):13
[60] 祈建生. 慢性胃炎中医辨证分型与尿、胃蛋白酶活力水平的关系. 福建中医药, 1983 (6):19
[61] 潘志恒. 中医分型的胃、十二指肠疾病患者的液体排空功能. 中国中西医结合脾胃杂志, 1997 (9):144
[62] 周学文, 王垂杰, 洪奇, 等. 萎缩性胃炎 436 例中医辨证与胃镜病理变化的探讨. 中医杂志, 1988 (11):34
[63] 郭森仁, 黄皓春, 陈峻华, 等. 胃镜象与常见消化道疾病辨证关系初探. 北京中医, 1994 (5):22
[64] 华培显, 李向荣, 秦茂林等. 胃病中各型脾虚证的组织学观察. 中西医结合杂志, 1986 (4):213
[65] 单玉坤, 聂明, 许红英, 等. 从 2031 例慢性胃炎的临床病理分析中 HP 与胃癌. 中西医结合杂志, 1991 (3):20
[66] 陈飞松. 慢性胃病幽门螺旋杆菌感染和中医证型的关系. 北京中医, 1990 (4):4
[67] 刘圣杰. 舌诊及 HP 与胃脘痛发病关系的探讨. 中西医结合杂志, 1990 (11):677
[68] 徐建国, 等. 胃病辨证与幽门螺旋杆菌感染的关系. 中西医结合杂志, 1991 (3):58

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

※ 胃　痞 ※

胃痞之“痞”，是指“痞塞不开，胀满不行”，胃痞是指病人自觉胃脘部饱胀、胀满或胀痛不适，伴有食少纳呆，嗳气，大便溏或排便不爽等主要临床表现的胃肠疾病，通常反复发作在2个月以上。多因饮食不节、七情失和、药物损伤等病因，导致脾失健运，升降失常而成。

胃痞的临床表现与现代医学所称的慢性胃炎（尤其是慢性萎缩性胃炎）、功能性消化不良、胃下垂、胃粘膜脱垂以及胃神经官能症等疾病相似，其中最常见者乃慢性萎缩性胃炎。

【今日临床】

1 诊 断 标 准

关于慢性胃炎（萎缩性胃炎）的诊断标准，西医诊断目前多参考1982年重庆会议所制定的《慢性胃炎的分类、纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准》，以及1990年世界胃肠病学大会Misiewicz等根据内镜所见与活检病理结合提出的悉尼系统分类法。

中医诊断标准主要参照国家卫生部1993年制定的《中药新药临床研究指导原则》和中国中医药学会内科学会脾胃专业委员会1990年制定的胃痞证候及诊断标准。

1.1 胃痞中医诊断与疗效标准

1.1.1 病名诊断标准

(1) 所有症状中，以上腹近心窝处痞满堵闷，餐后加重为主症；

(2) 每次发作以痞满为主症；

(3) 绝大多数情况下，每次发作以痞满为主症；

(4) 有反复发作病史。

具备上述第一条和其它一条，即可确立诊断。

1.1.2 证类诊断标准

(1) 胃阴不足证：

主症：胃脘痞满，口干舌燥；胃脘隐痛；手足心热；舌面无苔，或有裂纹。

次症：脉象细数；饥不欲食；纳呆干呕；大便干结。

(2) 脾胃气虚证：

主症：胃脘痞闷，餐后加重；舌质淡红，舌苔薄白；倦怠乏力；气短懒言。

次症：不饥纳少；隐痛喜按；大便溏软；脉象细弱。

(3) 脾胃阳虚证：

主症：胃脘痞满，喜暖喜按；舌质淡嫩，边有齿痕；畏寒肢冷；隐痛纳呆。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

次症：餐后脘胀；腹凉便溏；遇冷症重；脉沉细迟。

(4) 湿热中阻证：

主症：胃痞口苦，胸闷口粘；舌边尖红，苔黄厚腻；排便不爽；肛门灼热。

次症：脘痛腹胀；不思饮食；头身困重；脉象弦滑。

(5) 肝胃气滞证：

主症：脘胀连胁；舌边红苔薄白或黄，脉弦；嗳气胀减；气怒症重。

次症：胃脘胀痛；嘈杂吐酸；排便不畅；喜叹息。

(6) 瘀血阻胃证：

主症：胃痞刺痛；舌质黯红，或有瘀斑；痛处不移，久痛不愈；呕血黑便。

次症：入夜痛甚；口干不饮；痛彻胸背；系带紫黯。

诊断：以上六证，凡具备主症第一项和其它主症二项，即可诊断为该证；或具备主症第一项，加其它主症一项和次症 2 项者，亦可诊断为该证。

1.1.3 病情轻重分级标准

+：进食后偶有胃部饱胀不适感，持续时间少于半小时，胃部无压痛，食量如常且食之有味，嗳气次数每日少于 3 次。

++：每于进食后觉胃部饱胀不适，持续时间在 1/2～1 小时，胃部无压痛，食量未减但食之觉不香，嗳气次数每日 4～6 次，大便稍硬或稍溏，但次数无增减。

+++：每于进食后觉胃部胀满不适，持续时间在 1～3 小时，胃部按之轻痛，食量减少 1/3 以上，嗳气次数每日 7～9 次，大便次数每日增多 1～2 次，或 2～3 日排便 1 次。

++++：不论进食与否均觉胃部胀满，甚至胀痛，须宽衣松裤，胃部按痛明显，食量减少 2/3 以上，嗳气次数每日超过 10 次，大便每日 3 次以上，或 3 日以上大便 1 次。

1.1.4 疗效判定标准

(1) 临床治愈：痞满症状消失，其它有关检查基本上达到正常。

(2) 显效：痞满症状减轻 ++（如由 +++ 减为 +），其它有关检查明显好转。

(3) 有效：痞满症状减轻 +（如由 ++ 减为 +），其它有关检查有好转。

(4) 无效：痞满症状减轻不及 +，其它有关检查无好转。

关于胃痞（痞满）的诊断疗效标准，国家中医药管理局 1995 年颁布的行业标准中没有涉及。如果是中药新药开发研究，可依据中药新药临床研究指导原则，如果是科研或临床活动可采用学会标准。针对慢性萎缩性胃炎及其癌前瘤变的研究，应在上述标准的基础上，对病理组织检查的萎缩、肠上皮化生、异型增生进行分度统计，以达到疗效判定的客观与准确。

2 中心证候特征

本病以脘部痞满、胃脘胀痛为中心证候。脘部痞满为本病患者常见症状，触之无形且不痛。初起多见心下胃脘痞满不通，胸膈苦闷，病久则痞塞悠悠，胸膈满闷时急时宽。每于餐后、午后或夜间加重，胀满重者连及两胁胸背，常伴嗳气频作，嗳气或失气后得减。胀痛位于脘部，一般为轻度疼痛或中度疼痛，饮食不慎、情志不畅、劳累过度可加重病情。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 病　因

3.1 原发病因

禀赋不足，脾胃素虚　素体脾胃虚弱或劳倦内伤，中伤脾胃；或久病不愈延及脾胃；或用药不当致使中阳不运，脾胃虚弱、阳气不足，胃纳呆钝、脾失健运，精微不化、升降失职，气机阻滞而致胃脘痞满、胀痛。亦有素体脾胃阴虚，复因过食辛燥之品，内生虚火，灼伤胃阴；或过用温燥之药伤及脾胃之阴，脾胃失却阴液濡润，中焦运化失司，气机升降阻滞而成本病。

现代研究证明，不论是原本体质虚弱，还是其他原因引起的脾胃虚弱，都会导致胃粘膜屏障受损，胃运动功能障碍和（或）胃分泌功能紊乱，引起本病发生。

饮食不节，损伤脾胃　《素问·痹论》云："饮食自倍、肠胃乃伤"。暴饮暴食，饥饱无常；或寒温失调，恣食生冷，寒凝胃脘，损伤脾胃之阳气，气机升降失常；或过食辛辣肥甘、过饮烈酒损伤脾胃而至中焦通降失司，气机壅塞，而出现痞满胀痛之症。

抑郁伤肝，横犯脾胃　《素问·举痛论》云："思则气结，怒则气上，悲则气郁，惊则气乱。"七情失和，均可导致气机逆乱，升降失调，引发痞满、胀痛之症。其中尤以肝郁气滞较为多见，如《类证治裁·痞满》云："暴怒伤肝，气逆而痞。"肝为将军之官，喜条达而恶抑郁，若境遇不遂，忧思恼怒；情志不畅，肝郁气滞，疏泄失职，横犯脾胃，脾胃乖和，而致胃脘胀满，嘈杂等症。

3.2 继发病因

外感内伤，脾胃湿热　外感暑湿、寒湿、湿热之邪，内侵脾胃，邪阻中焦，水湿内停，郁而不达；或脾气虚弱、运化不足，湿自内生，湿浊中滞，阻塞气机；或饮酒过度，酿湿生热，损伤胃腑；或肝郁脾虚，脾失运化，蕴生湿热。湿热之邪阻滞中焦，气机升降失常，从而导致痞满、胀痛之症。诚如《证治汇补·痞满》云："有湿热太甚，上来心下为痞者，分消上下，与湿同治。"

脾虚不运，痰气搏结　"脾为生痰之源"，因饮食不节，暴饮暴食，食积胃肠，聚而生痰，或长期饮酒，损伤脾胃，湿浊内蕴；或外感寒湿，内犯脾胃；或脾胃素虚，复因肝气横犯，聚湿生痰，痰阻中焦。以上诸因均可使脾失健运，不能运化水湿，湿聚生痰，痰凝气滞，壅塞中焦，使清阳不升，浊阴不降，则为心下痞满。痰饮上逆胸中，阴邪乘其阳位，使胸阳受阻，则胸膈满闷。正如《类证治载·痞满》云："噫膈痞塞，乃痰与气搏，不得宣通。"

气滞不爽，瘀血阻络　早在《素问·痹论》中就有"病久人深，营卫之行涩……"的认识，至《脾胃论》具体描述为"脾胃不足，皆为血病"，至清代叶桂则进一步提出"病初气结在经，病久则血伤入络"的观点。胃痞为病，病程日久，牵延不愈，气血阻滞胃腑；或术后损脉，瘀血内生，胃络失于滋养；或情志不畅，肝气郁结，气滞血瘀，瘀阻胃络，中焦升降失常，而致胃脘疼痛痞满等症发生。

虚火内生，灼伤胃腑　恣食肥甘辛辣，或饮酒过度，蕴湿酿热，日久不愈，灼伤胃

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

络；或热病伤阴，耗伤胃阴；或肝郁日久，气郁化火；或气滞血瘀，病邪留滞，瘀久化热，火灼胃阴，伤津灼液，胃失濡养，失降失宜而致本病。

3.3 诱发因素

饮食不当，情志相激，烦劳过度，气候骤变，劳力过度等均可诱发或加重本病。

过度劳作是诱发本病的重要因素之一。过劳则伤耗元气，脾胃虚而消化功能降低，且可因脾胃虚而发生气滞血瘀，导致胃肠升降失司而生本病。

4 病 机

4.1 发 病

本病以慢性发病为多见，多有较长的胃脘不适、痞闷等脾胃疾病史，病程多较长，病情多迁延，缠绵难愈。

4.2 病 位

本病病位在胃，与脾、肝、胆、肾等脏腑关系较为密切。

4.3 病 性

本病的性质为本虚标实，常虚实夹杂。寒热错杂，或痰瘀兼见。

4.4 病 势

本病初起多表现为脾胃升降失司，脾失健运，胃失摄纳，临床症见胃脘痞满或胀痛，嗳气等，进而表现为脾胃虚弱、气血不足症状，如面色少华、神倦乏力、消瘦、齿龈萎缩等，如果病情进一步发展，气滞中焦，壅塞不通，由腑及脏，由滞而瘀，则病情顽重，症见胃脘疼痛如针刺、刀割，痛处固定、拒按，呕血、黑便，齿龈色黯或黑等，此即难以救治。

4.5 病机转化

本病初起以寒凝、食积、气滞、痰阻、湿蕴为主，尚属实证；病情进一步发展，则郁而化热，表现为寒热互见。邪气久羁，耗伤正气，则由实转虚，或虚实杂见，虚证可表现为阴虚、阳虚、气血不足等。久病入络则变生瘀阻，而为营血不足、胃络瘀阻之虚实夹杂证。总之，本病的基本病机是脾失健运，胃失和降。

4.6 证类病机

脾胃虚寒　脾胃素弱，饮食不节，过食生冷，使寒湿内侵。寒凝气滞，中焦阳气阻遏，胃失通降，影响受纳水谷与运化精微，故胸膈痞闷不舒，胀痛、不思饮食、嗳气时作时止、泛吐清水、面色少华、神疲乏力；阳气虚衰，不能达于四肢，则手足欠温；脾运失司则便溏。舌质淡、苔白润、脉迟缓或弦紧，均为中焦虚寒、阳气不足的表现。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脾胃湿热　素体痰湿内盛，或因饮食失节，恣食肥甘、炙煿之品、醇酒厚味等物，或因劳倦，或郁怒、忧思之扰，以致脾不运化，胃失顺降，使痰湿内生为患，故见胸脘痞塞、满闷不舒；痰湿阻于中焦，湿性重着，所以身重倦怠、苔浊腻、脉滑。

脾胃阴虚　胃痛日久，因寒邪化热，或气郁化火，或胃热素盛；或过用温燥之药，而致胃液受耗，郁火内盛，故见胃脘灼痛、口燥咽干、烦渴思饮；阴伤肠燥，则大便干结；舌红少津、脉弦细数，为阴虚内热之征。

肝胃不和　情志不和，暴怒伤肝，肝气郁结，气机阻塞不畅，肝木郁而不伸，故见胸脘不舒、痞塞满闷、两胁作胀；肝郁化火，故心烦易怒；肝郁气滞，横逆犯胃，肝胃不和，故纳呆、嗳气、善太息、舌苔薄白、脉弦；肝热上炎，迫灼津液，则口干口苦、舌红苔黄、脉数。

瘀血阻络　由于久病入络，络伤则血瘀成瘀，或胃阴不足，阴津不敷，胃失濡养，络脉干枯而致瘀，故见胃痛如针刺或刀割、痛有定处而拒按；瘀痛日久，血不循经，上溢则吐血，下溢则便血。舌质紫黯、脉涩，均为血瘀之象。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

本病以脘部痞满、胃脘疼痛为主证。脘部痞满为本病最常见症状，每于食后、午后或夜间加重。胀满重者连及两胁胸背，常伴嗳气频作，嗳气或失气后得减；疼痛位于脘部，一般为轻度疼痛或中度疼痛，其性质为隐痛、闷痛、胀痛、灼痛、刺痛，尤以隐痛、闷痛为多见，饮食不调、情志不畅及劳累过度可加重病情。

5.2 分析病位

胃痞病位在胃，临证时一般应根据其它兼症分析是否涉及其他脏腑。如兼有纳少、神疲乏力、面色少华、大便溏薄等证明病变还涉及脾脏；若兼有痛连两胁、心烦易怒、嗳气纳差或时作太息等，证明涉及肝脏；若兼见精神萎靡、面色晦黯、畏寒肢冷、小便清长或小便不利等，说明病变涉及肾脏。

5.3 确定病性

胃痞的病性为本虚标实。以气、血、阴、阳之虚为本，以食积、湿浊、痰饮、瘀血为标。本病之脾胃湿热，肝胃不和及瘀血阻络属实，脾胃虚寒。脾胃阴虚、脾肾阳虚属虚。虚实证可以相互转化，由实转虚，如肝胃不和，因郁化热伤阴，则出现胃脘隐痛伴灼热感，舌质红的脾胃阴虚证；脾胃湿热，热清而湿盛伤阳，则形成以胃脘隐痛、痞满、喜温喜按为特征的脾胃虚寒证。由虚转实，不论脾胃虚寒或脾胃阴虚，均可因饮食停滞、腐熟失职而酿成湿热，形成胃脘胀痛、口粘口苦、舌苔黄腻的脾胃湿热证。病属气滞，如肝胃不和证，可因气滞致瘀、火郁致瘀，转化为脘痛如刺、固定不移、舌黯紫或有瘀斑的瘀血阻络证。有极少数患者，尤其是瘀血阻络证者，因顽固不愈可演变为癥积，其特征是脘痛加剧、纳食大减、乏力消瘦，甚则失血而面色苍白。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6 鉴 别

胀满 胀满是指腹内胀急，外见腹部膨隆，腹满拒按，按之则痛；胃痞是心下及胸膈处自觉满闷不舒，而外无胀大之形，触之濡软，按之不痛。《丹溪心法·痞》云："胀满，内胀而外也有形，痞则内觉痞闷而外无胀急之形也。"这简明扼要地阐述了二者鉴别重点。

胸痹 胸痹是指胸中痞塞不通，胸膺部内外疼痛的一类病证，临床以胸闷、胸痛、气短3大症为主症。胃痞则是指心下胃脘部痞塞满闷，虽然也影响胸中清阳流畅，而出现胸膈满闷不舒，但无胸痛症状，以此为别。

膨胀 膨胀是指腹部胀大如鼓而命名。以腹部胀大，皮色苍黄，甚则腹皮青筋暴露为特征的疾病。胃痞是指自觉心下满闷、滞塞之感，而外无胀急之形，更无皮色苍黄、腹大及青筋外露等症状，据此不难鉴别。

胃缓 胃缓是指胃体弛缓，失却固托，而出现脘腹胀满、嗳气、呃逆等症。一般多在食后出现症状，并伴有肠鸣漉漉，重坠隐痛。当平卧后或用手向上托脘腹部时，则坠痛缓解，站立或剧烈活动时加剧。胃痞患者有胃脘痞塞胀满感，但无隐痛及活动后加剧的表现，且轻微适度的活动可使痞满症状缓解，以此为辨。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 脾胃虚弱

临床表现：胃脘胀满或隐痛，以胀满为主，纳少，食后胀甚，嗳气，头晕乏力，神疲倦怠，大便溏薄或先干后稀，舌质淡红，舌苔薄白，脉细弱或虚弱。

病机分析：《素问·痹论》云："饮食自倍，肠胃乃伤。"暴饮暴食，饥饱无常，或恣食生冷，寒积胃脘，损伤脾胃之气，气机升降失常，或过食辛辣肥甘，过饮烈酒，损伤脾胃，或气郁日久，克伤脾土，脾气虚弱，中焦升降失司，则胃脘胀满或隐痛，病属虚证，故以胀满为主。运化失职则纳少，食后更增已虚之脾胃负担，故餐后胀甚；清升浊降失调故嗳气频频；中焦运化失司，气血生化泛源，则头晕乏力、神疲倦怠；大便溏薄，或先干后稀为脾虚之证，舌淡苔薄白，脉细弱或虚弱为脾气不足之象。

转归：病证初起，多由诸多原因损伤脾胃之气始，此时应健脾益气和中，则脾虚得复，胃痞得解。若治不及时，则气损及阳，变生脾胃虚寒之证，表现为胃脘胀满疼痛，遇寒食冷则加重，喜温喜按，形寒肢冷，小便清长，大便稀溏，急宜温中健脾。故本型病起虽轻浅亦应予以重视，及时治疗，以免变生他证，迁延难愈。

治法：补气健脾，消痞和胃。

方药：香砂六君子汤（《太平惠民和剂局方》）加味。

木香 砂仁 陈皮 半夏 党参 茯苓 炒白术 炙甘草

加减：若脾气虚弱甚可加重党参用量，加炙黄芪温补中气；若气虚及阳，中焦虚寒，则加干姜、良姜温中散寒；若食欲不振可加焦三仙、神曲消积开胃。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.2 脾胃虚寒

临床表现：发病缓慢，病程较长，胃脘不适，隐隐作痛，喜温喜按，喜热饮食，纳食不香，时吐清水，病在空腹，得食则缓，神疲乏力，肢末欠温，尿清便溏，舌质淡嫩，舌苔薄白，脉细弱。

病机分析：胃痞日久不愈，脾胃阳虚，纳运不健，胃失温煦，中寒内生，故胃脘胀满不适，隐隐作痛，喜热饮；寒得温而散，气得按而行，所以喜温喜按；脾虚中寒，水不运化而上逆，则泛吐清水；受纳运化失常，则纳食不香。胃虚得食，产生气血助正抗邪，所以得食则病缓；脾主四肢，阳气虚衰，不能达于四末，则肢末欠温；脾运失司则便溏，舌淡嫩，苔薄白，脉细弱均中焦虚寒，阳气不足的表现。

转归：本证为胃痞迁延不愈之常见证型，若调治得当，脾胃之气得复，病情可渐渐趋向好转，预后尚好。若调治失时或不当，则脾胃阳气不足，渐及于肾阳，导致脾肾阳虚，温煦气化不足，水湿滞留难化，寒湿内聚，阴寒内生，壅滞胃脘，阻滞气机，临床兼见精神萎靡，面色晦黯，畏寒肢冷，晨间恶心或呕吐清涎，小便清长或小便不利，大便稀溏，舌质湿嫩，舌苔白腻，脉象沉弦或沉迟，则病属危重。因此本病的治疗尤其强调应治疗及时，辨证准确，用药精当。对本证的生活调理强调应禁食生冷，注意保暖，身居温处，固护阳气，促进病势向顺境发展。

治法：健脾益气，温中和胃。

方药：黄芪建中汤《金匮要略》加减。

黄芪　桂枝　芍药　甘草　大枣　生姜　饴糖

加减：泛吐清水较多者，可加陈皮、半夏、茯苓以降逆和胃，健脾燥湿；吐酸者，可去饴糖，加左金丸；胃寒痛甚者加良附丸；以增强温中散寒、行气止痛之效，痛止后，可服用一段时间的六君子丸，或香砂六君子丸，或黄精丹（黄精、当归），以温健脾胃，巩固疗效；若久痛不止，痛则不通、有瘀者，加红花、蒲黄、五灵脂、丹参；寒重者，加吴茱萸、肉桂、细辛温经散寒；便黑者加干姜炭、伏龙肝、白及、地榆炭。

7.1.3 脾胃湿热

临床表现：胃脘痞满或胀痛明显，胸闷痞塞，嗳气不畅，嘈杂恶心，口中粘腻或口苦口臭，有时口舌糜烂，渴不思饮，身重肢倦，纳差，食后胀痛加重，小便黄，大便不畅，舌质红，苔黄白腻或黄厚腻，脉濡滑。

病机分析：湿热蕴结于中焦，气机阻滞，脾失升清，胃失和降，有形之邪阻于中焦，故胃脘痞满、胀痛明显，甚则兼及胸胁；清升浊降失司，故见嗳气不畅，嘈杂，浊气上逆则恶心；湿热熏蒸，热郁于中，上升于口，则口中粘腻，热甚则口苦、口臭；热极则口舌糜烂生疮；热中兼湿，则口渴而不欲饮；湿阻中焦，阻于四末，则身困肢重；湿阻中焦，摄纳失司则纳少，进食后重增脾胃负担，故胀满加重；湿热内甚，下趋膀胱则小便黄；湿热气滞，则大便不畅，舌质红为内热之象，苔黄厚腻或黄白腻，脉濡数或滑数，均为湿热中阻之征。

转归：本证亦为胃痞之常见证型，临证若辨证准确，调治得当，则湿去热清，病情可渐渐趋向好转，本证预后尚好。若治不及时或调治失当，湿热之邪久滞中焦，若湿邪偏重时，湿为阴邪，伤及脾胃之阳气，导致脾胃虚寒，变证丛生；若热邪偏重时，热邪灼液耗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

津，则致脾胃阴液耗伤，致生胃阴不足证，复兼湿邪，治疗互有牵涉，病情更为复杂。故本型患者最忌辛辣油腻之品，以免助湿生热，治疗中要辨清湿热之孰轻孰重，掌握好清热与祛湿之比例，杜绝清热过极而向寒湿转化，祛湿过极而伤及胃阴。总之，临证调治精当方可热清湿祛，病势趋向好转。

治法：清热化湿，和胃消痞。

方药：调气平胃汤（《经验方》）加减。

苍术　厚朴　藿香叶　佩兰　木香　檀香　砂仁　白豆蔻　陈皮　黄连　黄芩　生甘草

加减：若口苦胸闷、小便黄赤、舌苔黄腻者，为痰湿郁而化热，可加重黄芩、黄连用量，再加竹茹、山栀以清热化湿；纳食呆滞者可加焦三仙、神曲以消食和胃；嗳气呃逆者加姜半夏、竹茹、公丁香、煅赭石以化湿清胃降逆；若胃脘痞满伴见泄泻、倦怠、脉细者，为气虚不能化湿，当重用党参、白术、茯苓，健脾利湿；痰滞较甚，大便不畅，加全瓜蒌、枳实以化痰导滞；舌苔黄腻，便闭甚者，可适量加入大黄以导滞通腑。

7.1.4　肝胃不和

临床表现：胃脘胀满以胀为主，攻撑作痛，痛有定处，连及两胁，遇情志不舒则加剧。胸闷嗳气、恶心欲吐、善太息、头昏寐差，多梦，大便不畅，或溏或便秘，舌苔薄白，舌质红、脉弦滑。甚则病势急迫，心烦易怒，嘈杂吐酸，口干、口苦，舌质红，苔黄，脉弦滑数。

病机分析：肝主疏泄而喜条达，恼怒忧思，肝郁气滞，不得疏泄，则横逆犯胃乘脾；肝胃不和，故胃脘胀满，气病多走窜不定，两胁为肝经之分野，故痛无定处，攻撑两胁；气郁不舒，胃失和降，则嗳气泛酸，恶心欲吐，时太息。肝主藏血，内舍魂，肝气不舒，魂失潜藏，则头昏、寐差、多梦；腑气不通则大便不畅或溏或便秘，如情志不和则肝郁更甚，气结复加，故遇情志不舒诸症加剧；病在气分而湿浊不甚，故苔多薄白；病在气而属肝郁，故脉弦滑。若气郁日久而化火，火性急暴，则病势急迫，兼见烦躁易怒，嘈杂泛酸；火热上蒸，迫灼津液，则口干口苦，舌红苔黄，脉滑数均为肝胃火灼之象。

转归：经云："百病皆生于气也"。情志多有不畅者，所致肝气郁结，犯胃乘脾，实为常见。若认证准确，调治及时，结合心理疏导，几可凑全功，使之好转；若调治失时，情志不舒，气郁化火，则病势加重；或气郁日久，气滞导致血瘀，则病情深重，甚则可转为癥瘕、痞块等变证，危及生命。故本型治疗尤应注意心理调节，使其心情舒畅，气郁自散，而诸症得解。

治法：疏肝解郁，理气和胃。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。

柴胡　制香附　枳壳　川芎　陈皮　生白芍　生甘草

加减：痛甚者加延胡索、川楝子、佛手以增强理气解郁、止痛之功；嗳气者加白豆蔻、沉香、旋覆花以顺气降逆。

临证参考：若肝气郁结，日久化火，肝胃郁热，胃脘灼痛，嘈杂泛酸者，应以舒肝泄热为治，慎用香燥之品，避免助火伤阴，常用丹栀逍遥散加减，方中丹皮、栀子清泄肝热，柴胡、当归、白芍、薄荷理气养血疏肝，白术培中健脾，茯苓、甘草、生姜和中降

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

逆。可合用左金丸，其中黄连清胃泻火，稍佐吴萸，辛散肝郁，俾郁散热泄则痞痛自愈；若肝火伤阴，加生地、丹皮，或用一贯煎；肝郁气滞，气滞血瘀者，加活血之丹参、当归、红花等；若瘀血停滞，结聚有形，刺痛固定不移，可加用三棱、莪术、桃仁、乳香、没药、五灵脂等以活血散血止痛消痞。

7.1.5 瘀血阻络

临床表现：胃脘痞满、疼痛如针刺或刀割，痛处固定而拒按，夜间尤甚，嗳气、太息，嘈杂泛酸，或见呕血、黑便，舌质紫黯或有瘀斑，苔薄白，脉沉或沉细涩。

病机分析：胃脘痞满疼痛反复发作，气滞血瘀，瘀血阻络，故胃痛如针刺或刀割，且痛有定处而拒按；血属阴分，夜晚阳气入于阴，故疼痛夜间尤甚；胃络瘀血，中焦升降摄纳失常，故见嗳气、太息，嘈杂泛酸；瘀痛日久，损伤络脉，血不循经，上溢则吐血，下溢则便血，舌质紫黯或有瘀斑，脉沉或沉细涩，均为内有瘀滞之象。

转归：胃痞久治不愈，病情迁延，由气及血，病入血分，病属较重，出现本证，此时当活血通络止痛，及时救治或许可逆挽狂，使瘀化络通，诸症好转。若救不及时，瘀血渐结成形，成为癥瘕、痞块等有形之疾，即属难治；若瘀久成痨，症见消瘦脱形，面色黎黑，则病情危重，有生命危险之虞，病当此时，应及时救治，杜绝形成有形结块，促使病势向顺境发展。

治法：理气活血，化瘀止痛。

方药：失笑散（《太平惠民和剂局方》）合丹参饮（《时方歌括》）加减。

蒲黄　五灵脂　丹参　檀香　砂仁

临证参考：气为血之帅，气行则血行，故用活血化瘀药时，可酌加延胡索、枳壳、青皮以行气；气虚者可加党参、白术、黄芪、黄精以益气；血瘀气滞、疼痛较剧者，可用血府逐瘀汤或膈下逐瘀汤，理气活血化瘀止痛。刺痛甚者可加九香虫、徐长卿、莪术以增强化瘀止痛之功，心烦易怒者，可加川楝子、郁金以疏肝解郁。若血瘀胃痛，伴呕血、便血，当辨寒热虚实，分别治之；如出血鲜红，舌红苔黄，脉弦数，系郁热迫血妄行，可用大黄黄连泻心汤加炒蒲黄、阿胶珠、地榆炭、白及、三七之类，以清热凉血止血，亦可加五倍子、明矾收涩止血；如出血色黯，病者面色萎黄，四肢不温，舌淡脉弱，系脾不统血危殆者，选用独参汤益气固脱，继以黄土汤加减以温脾益气摄血；或用人参、黄芪、白术、炮姜、龙骨等益气扶正之品，合白及、伏龙肝、仙鹤草止血化瘀。

7.1.6 脾胃阴虚

临床表现：胃脘隐隐灼痛，口干咽燥少津，口干思饮，胃中嘈杂，灼热似饥，食少纳呆乏力，大便干结，舌质浅绛，苔少，薄黄，或花剥、无苔而少津，脉弦细或细数。

病机分析：胃脘痞满胀痛日久，因寒邪化热、或气郁化火，或胃热素盛，或治疗长期使用温燥之品，或肝阴虚、肝阳上亢，迫灼胃阴、下汲肾水，而致胃液枯槁、虚火内盛，故症见胃脘隐隐灼痛；胃阴不足无以上承，见口干咽燥少津，甚则饮水自救。胃阴不足，虚火内生，故胃中嘈杂，虚火可能化食故灼热似饥；阴液不足，胃体失濡故食少纳呆乏力；阴伤肠燥则大便干结；舌质红绛苔少或薄黄，脉弦细或细数均为阴虚内热之象。

转归：胃脘胀满疼痛日久，诸多原因导致脾胃阴液不足之证，此时治当益胃养阴，适

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

当配合食用梨汁、藕汁、荸荠汁、甘蔗汁等以滋补胃阴，俾阴液得复，诸症自愈。若治不及时，或治疗失当，胃阴不足，下汲肾水，导致肾阴亦虚，出现五心烦热、骨蒸盗汗等肾阴虚证，则变证丛生、病情危重。另外，虚火亦可灼伤络脉，出现吐、衄、便血等症，亦应及时滋阴凉血止血。

治法：养阴益胃。

方药运用：益胃汤（《温病条辨》）加减。

沙参　麦冬　玉竹　生地　冰糖

加减：阴虚胃热炽盛，可配竹叶石膏汤泄热降逆；如肝胃火燔，动燥肾阴，肾水不足，使肝木更失滋养，肝阴不足，则肝火愈加横暴，治疗上则宜滋肾养肝为主，佐以清胃清肝，常用一贯煎，或加黄连，竹叶以增清火泻热之功；纳差者可加少量陈皮与神曲、麦芽之类以助胃气通降；吞酸者加煅瓦楞子、浙贝；疼痛较甚者，可合芍药甘草汤，柔肝缓急止痛；兼有瘀滞者加丹参、桃仁、红花活血化瘀。

7.1.7　寒热错杂

临床表现：胃脘胀满不适、疼痛，或有灼热，口苦泛酸，恶心呕吐，便溏或干，舌质红，苔薄白或薄黄，脉象弦细。

病机分析：久病失治或食滞胃脘，脾失健运，胃失和降，化寒生热，交错复杂而致本证。中焦升降失司故胃脘胀满不适、疼痛；郁热上炎，或有灼热、口苦泛酸，浊气上逆则恶心呕吐；下焦虚寒水谷失去温化则便溏；胃肠气滞腑气不通则现大便干燥，舌质红、苔薄白或薄黄，脉弦细为寒热错杂之征。

转归：病情迁延，因失治或误治，病情演变为寒热错杂，病情复杂，此时应辨清寒热之部位、轻重，用药准确精当，尚可使寒热俱复，病情向愈；其寒渐盛，甚为阴邪伤其阳气，可转变为脾胃虚寒之证；或热邪较甚，伤其阴液，则可变为脾胃阴虚之证。故此时病情处于转化之关键，辨证治疗，尤应慎重，以防变生他证。

治法：和胃缓急，辛开苦降。

方药：生姜泻心汤（《伤寒论》）加减。

生姜　黄连　黄芩　半夏　白芍　党参　良姜　甘草

加减：若脾胃虚寒较甚者，可加大党参用量，同时酌加炙黄芪，以温补中焦；若郁热较甚，证见口干口苦，口舌生疮糜烂，可加栀子、蒲公英以清热；若下元虚寒，症见腹泻、便溏，加附片、艾叶以温补下元。胃痛明显加香橼、元胡；嗳气、矢气不畅加佛手、枳壳；食少难消加鸡内金、焦三仙；气短者加黄芪、当归；胃中冷者加干姜，肉桂；灼痛口干加炮姜、石斛。

7.1.8　痰浊中阻

临床表现：胃脘痞满隐痛，呕吐痰涎，胸膈痞塞不适，纳少、嗳气，头身沉重困倦，眩晕嗜卧，舌质红，苔白滑或白腻，脉弦滑或沉细滑。

病机分析：因饮食不节，暴饮暴食；或长期饮酒，损伤脾胃，湿浊内蕴；或外感寒湿，内犯脾胃，食积胃肠，聚而生痰；或脾胃素虚，复因肝气横犯，聚湿生痰，痰阻中焦，痞塞不通则出现胃脘痞满隐痛，胸膈痞塞不适；痰浊上逆则咳吐痰涎；痰阻中焦摄纳失司则纳少；升降失调则嗳气频作；痰本无形，流溢四周，则头身沉重困倦，上犯清窍则

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

眩晕，蒙闭神明则嗜卧，舌质红，苔白滑或白腻，脉弦滑或濡细滑为痰浊中阻之征。

转归：胃癌病程较长，病情缠绵，变证丛生，可出现痰浊中阻之证型，临床宜化痰和胃，俾痰浊清化，中焦升降复常，则病证向愈；若治疗不当或失治，痰浊久蓄，痰阻络脉，气滞血瘀，则导致瘀血阻络症，症见胃脘疼病如针刺或刀割，痛处固定而拒按，夜间尤甚，此时当活血化瘀通络，若救治及时，可使病势向顺境发展。

治法：温中化痰，健脾和胃。

方药：导痰汤（《妇人大全良方》）加减。

半夏　茯苓　陈皮　甘草　枳实　制南星

加减：若痰结较甚，可加菖蒲、郁金，以化痰散结；兼有脾虚症见气短、乏力、纳呆等，加党参、炒白术益气健脾；痰郁化热可加瓜蒌、黄芩、黄连、山栀清化痰热；纳呆者可加神曲、焦三仙、砂仁消导和胃。若痰浊阻气，气机不畅，胸闷、气短者，加薤白、旋覆花、枳实

临证参考：若痰浊郁久化热，痰热内扰，舌苔黄腻者，可选用黄连温胆汤；若脾胃虚弱，痰浊内阻，气逆不降，嗳气频作，可合用旋覆代赭汤益气和胃，降逆化痰，并可酌加枇杷叶、枳壳以利气机顺降。

7.1.9　热毒蕴结

临床表现：胃脘灼热闷痛，口苦口渴，烦躁易怒，泛酸呃逆，大便干结，舌质红，苔黄厚或黄腻，脉弦数。

病机分析：恣食肥甘辛辣，饮酒过度，蕴湿酿热，日久不愈，化为热毒；或肝气久郁，化而为火，火盛成毒；或气滞血瘀，病邪留滞，瘀久化热，热极成毒。热毒蕴结中焦，故见胃脘灼热闷痛；热灼阴液，则口苦口渴；热郁于中则泛酸呃逆；热毒灼伤肠中阴液，则大便干结；舌质红，苔黄厚或黄腻，脉弦数为热毒内盛之征。

转归：综上诸多原因导致热毒蕴结中焦，此时治应解毒消痞、清热和胃，治疗及时得当，热祛毒清则病情好转；若治不及时或失治，热毒愈甚，热伤血络则可见吐血、黑便等出血危象，此时应凉血、止血、清热。治疗中本证病人应禁食辛辣、戒除烟酒、愉悦情志，积极配合治疗，使病情渐趋顺境。

治法：解毒消痞，清热和胃。

方药：自拟之清热解毒汤。

生黄芪　马齿苋　乳香　没药　公英　白花蛇舌草　半枝莲　鱼腥草　地榆　败酱草　地丁　皂角刺　白芍

加减：若毒热较甚，恐其灼伤络脉，可加赤芍、丹皮、生地以凉血和血；若热结肠腑，腑气不通，大便秘结加生大黄；若热邪迫血妄行，吐血、便血鲜红，舌红苔黄，脉弦数，配用大黄黄连泻心汤加炒蒲黄、阿胶珠、地榆炭、白及、三七粉之类，以清热凉血止血。

7.2　按主症辨证论治

临床上胃癌病人多表现为某些症状比较突出，针对主症的治疗，往往是临床的重点，常可取得较好疗效，但总以胃癌的中心证候为主，兹就胃癌的常见主证进行论述。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.1 胃脘痞满为主

7.2.1.1 脾虚气滞（肝郁脾虚）

临床表现：胃脘痞闷，胸胁胀满，生气及餐后饱胀加重，恶心嗳气，纳食减少，神疲乏力，大便干稀不调，舌淡苔白，脉弦。

病机分析：中焦脾胃虚弱，气机运化不畅，故胃脘胀闷、纳食减少，生气后肝郁克犯脾土，两胁为肝经之分野，故见胸胁胀满；进食则更增加已虚之脾胃负担，故可使饱胀加重；脾胃为气血生化之源，脾胃虚弱、气血生化不足则神疲乏力；中焦气机升降失调，浊气上逆则恶心、嗳气，甚则呕吐；气机不畅，肠腑气机不调则大便干稀不调，舌淡，苔白，脉弦，均为脾虚气滞之象。

治法：健脾理气，消胀除满。

方药：自拟胃胀冲剂加减。

党参 炒白术 茯苓 炙甘草 陈皮 姜半夏 炒枳实 厚朴 炒莱菔子 大黄 柴胡

7.2.1.2 脾胃虚弱

临床表现：胃脘痞满、喜暖喜按，纳呆乏力，食后胀满，面色少华，甚则手足不温，大便不实，舌淡苔白，脉虚弱或迟缓。

病机分析：脾胃虚弱、中焦气化不足，升降失调，气机阻滞，则胃脘痞满；纳运失司则纳呆；病属虚寒故喜暖喜按；中焦为气血生化之源，脾胃虚弱，纳运不足则乏力，面色少华，甚则四肢不温；进食后复增已虚之脾胃负担则食后胀满；脾胃虚弱则大便不实，舌淡苔白，脉虚弱或迟缓均为脾胃虚弱之象。

治疗：健脾益气消痞。

方药：香砂六君子汤《太平惠民和剂局方》加减。

党参 茯苓 炒白术 炙甘草 陈皮 木香 砂仁

临证参考：若脾胃虚弱，中焦虚寒较甚，伴见四肢不温，泛吐清水，喜温喜按，进热食后可缓解者，可合入黄芪建中汤。

7.2.1.3 脾（胃）阳虚证

临床表现：胃脘隐痛或凉痛，多进食则腹胀，嗳气，喜热饮，四肢不温，疲倦乏力，大便稀溏，舌质淡，苔薄白，脉细濡。

病机分析：脾胃阳虚，中焦虚寒，故表现为胃脘隐痛或凉痛，进食后更增已虚之脾胃负担，故多进食则脘胀，进热饮食可暂时温散中焦之虚寒，故喜热饮食；中焦升降失司浊气上逆则嗳气；脾主四肢，脾虚气血生化泛源，则四肢不温，甚则疲倦乏力，大便稀溏为脾胃虚寒之征，舌质淡，苔薄白，脉细濡为中焦虚寒之象。

治疗：健脾温中。

方药：自拟温胃汤加减。

党参 白术 黄芪 菟丝子 枸杞 白芍 巴戟天 仙灵脾 肉苁蓉 乌梅 山楂 砂仁 薏仁 益智仁

7.2.1.4 （脾）胃阴虚证

临床表现：胃脘痞满、灼热隐痛、嘈杂似饥，或饥不欲食，口干，大便干结，舌质嫩

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

红，苔少或尖剥，脉弦细或细数。

病机分析：脾胃阴液不足，脏腑之体失濡，中焦升降失常，故胃脘痞满；阴虚生内热故胃脘灼热隐痛，阴虚难以消食，故嘈杂如饥或饥不欲食，阴虚无液以上承则口干，阴虚肠燥则大便干结，舌质嫩红苔少或光剥，为阴虚之象，脉弦细或细数为阴虚内热之征。

治法：益气，养阴益胃。

方药：自拟养胃汤加减。

党参　黄芪　白术　乌梅　沙参　玄参　天冬　麦冬　黄精　山楂　菟丝子

7.2.2　胃脘疼痛为主

7.2.2.1　痛在气分

临床表现：即胀且痛，时胀时止，痛无定处，嗳气或失气后缓解，揉按之气散可缓解，舌淡苔白，脉弦。

病机分析：病在气分则表现为胀痛为主，气本无形则时胀时止且痛无定处，以上亦均为气痛之特点。嗳气或矢气后气机暂畅故可一时减轻，揉按之后有助气机运化，则亦可使胀痛减轻，舌淡苔白脉弦为气机郁滞之象。

治疗：理气止痛。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）和沉香降气汤（《张氏医通》）加减。

柴胡　芍药　川芎　香附　陈皮　枳壳　甘草　沉香　砂仁　川楝子　延胡索

7.2.2.2　痛在血分

临床表现：多为刺痛、痛处固定、按之痛甚或吐血黑便，舌质紫暗或有瘀斑，苔白脉沉弦或沉涩。

病机分析：诸多原因导致胃络瘀阻，不通则痛，表现为刺痛，血为有形之邪，故痛有定处；按之触及血瘀之络则痛甚；吐血黑便均为血证之征。舌质紫黯或有瘀斑，苔白、脉沉弦或沉涩均为内有瘀血之象。

治疗：活血通络止痛。

方药：失笑散（《太平惠民和剂局方》）加丹参饮（《时方歌括》）加减。

五灵脂　生蒲黄　丹参　檀香　砂仁　大黄　甘草

临证参考：如偏血虚之瘀血，则多选调营敛肝饮加白及、三七，方中当归、川芎、白芍、阿胶养血止血、活血止痛；枸杞子、五味子、酸枣仁、茯神柔肝敛肝；陈皮、木香理气止痛，俾气行则血行，生姜和胃止痛，煅海蛤壳软坚散结、制酸止痛，加三七、白及化瘀止血护膜。

若中虚偏寒，脾不统血，可选黄土汤加减，方中灶心黄土、白术、炮附子、炙甘草温阳健脾，阿胶、干地黄养血滋阴，黄芩苦寒反佐，可加三七、花蕊石、白及粉化瘀收敛止血。

7.2.2.3　寒痛

临床表现：发病缓慢，病程较长，胃脘不适，隐隐作痛，喜温喜按，畏寒肢冷，遇冷痛重，喜热饮，纳呆便溏，时吐清水，痛在空腹，得食则缓，神疲肢冷，肢末不温，尿清便溏，舌苔薄白，舌质淡嫩，脉细弱。

病机分析：胃痛日久不愈，脾胃阳虚，纳运不健，胃失温煦，中寒内生，故胃脘不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

适，隐隐作痛，喜热饮，寒得温而散，气得按而行，所以喜温喜按；脾虚中寒，水不运化而上逆，则泛吐清水；受纳运化失常，则纳食不香。胃虚得食，则产热助正以抗邪，所以得食痛缓；脾主四肢，阳气虚衰，不能达于四肢，则肢末不温；脾运失司则便溏。舌淡、脉细弱均为中焦虚寒，阳气不足的表现。

治疗：健脾益气，温中和胃。

方药：黄芪建中汤（《金匮要略》）加减。

黄芪　桂枝　芍药　甘草　大枣　生姜　饴糖

加减：如泛吐清水较多者可加陈皮、半夏、茯苓以降逆和胃，健脾助运、温化痰饮；若嘈杂泛酸者可去饴糖，加乌贼骨、煅瓦楞制酸和胃，或加左金丸暖肝制酸；若胃寒痛甚，加良附丸以增强温中散寒，行气止痛之效；内寒偏盛者加附子、蜀椒，去桂枝饮用肉桂以加强温中散寒之力，便黑者加干姜炭、伏龙肝、白及、地榆炭。痛止后，可服用一段时间六君子丸或香砂六君子丸以温健脾胃，巩固疗效。

7.2.2.4　热痛

临床表现：胃脘灼痛、口干、口苦、口臭、喜冷饮、嘈杂泛酸，烦躁易怒，便秘溲赤，舌红苔黄，脉弦滑。

病机分析：肝胃郁热，停滞中焦，则胃脘灼痛，邪热上炎则口干口苦，热郁湿腐则口臭；邪热扰心则心烦，郁热中阻则嘈杂泛酸，肝经郁热则烦躁易怒，中焦郁热下趋前后二阴则便秘溲赤，舌红苔黄，脉弦滑均为中焦肝胃郁热之象。

治疗：清泄肝热，和胃抑酸止痛。

方药：温胆汤合左金丸加味。

竹茹　枳实　陈皮　半夏　茯苓　生甘草　黄连　吴萸　白螺丝壳　煅瓦楞子

加减：若胃见灼热感者加生石膏、生大黄以清胃泻火；热偏重可加黄芩、黄连、山栀以清热；肝火旺可加龙胆草、马尾连以清肝泻火；大便不通者可加生大黄，后下以通腑泻热。

7.3　中医辨病论治

如前诊断所述，胃痞即指西医学之慢性萎缩性胃炎。本病是消化系统常见病。本病反复发作，不易治愈。因其与胃癌的发生关系密切，故萎缩性胃炎越来越受到人们的重视。

7.3.1　临床表现

本病的临床表现缺乏特异性，但有一定的规律及特点。临证多见①上腹部胀满、痞闷、嗳气（占87.9%），胃脘胀或腹部、胁部、胸部胀满，或见胃脘堵塞感。痞闷症状较上腹疼痛顽固。嗳气频繁发作，有持续性声音响亮者，或见间断声低。②胃脘部疼痛，呈隐痛、胀痛、钝痛，急性发作时也可见剧痛或绞痛，有的胃脘不适或胃脘部难受无可名状。疼痛可出现在胁部、背部、腹部或胸部，可局部压痛或深压不适感。③食欲减退甚无食欲，或虽有食欲，但进食后或进食过量，或进食生冷后即感胃脘部胀满不适或消化不良。④大便秘结，数日一行，或便溏一日数行，肠鸣音亢进。⑤反酸烧心或嘈杂不适。⑥睡眠障碍。⑦本病日久可见虚弱诸症：身体疲乏无力、神情倦怠、精神萎靡等。

7.3.2　实验室及其他检查

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.2.1 胃液分析：正常胃内容物的 pH 值为 1.3～1.8，如刺激后，最大分泌时的 pH 值＞6.0 则可诊断为真正胃酸缺乏。A 型 CAG 患者无酸或低酸，提示壁细胞数量显著减少；B 型 CAG 患者大多正常或正常值低限，但一般不会泛酸。

7.3.2.2 血清胃泌素含量测定：胃窦部粘膜的 G 细胞分泌胃泌素。A 型患者 G 细胞数量不减少，因而血清胃泌素显著增高；B 型患者胃窦粘膜萎缩，直接影响 G 细胞分泌胃泌素功能，血清胃泌素低于正常。A 型平均值为 566.22 ± 140.39g/ml，B 型平均值为 246.76 ± 9.529g/ml。

7.3.2.3 PCA 测定：A 型常有该抗体，而 B 型一般无此抗体。

7.3.2.4 幽门螺旋杆菌（HP）测定及其抗体测定：伴有活动性胃炎时，此检查常呈阳性。

7.3.2.5 内因子：可减少到 400～600U/L。

7.3.2.6 伴恶性贫血者，其贫血性质为巨幼红细胞性贫血，可见 Howell-Jolly 小体，网织红细胞增高，部分病人白细胞及血小板计数轻度低下。骨髓象显示有核细胞增生，以红细胞系增生为特征，红细胞呈巨幼型改变。

7.3.2.7 胃蛋白酶测定：基础胃蛋白酶分泌量（BPO）和最大胃蛋白酶分泌量（MPO）均低于正常。正常人组 BPO 为 79.77 ± 52.61mg TY/hr；MPO 为 181.53 ± 87.14mg TY/65hr；本病组 BPO 为 59.31 ± 84.21mg TY/hr；MPO 为 170.34 ± 115.89mg TY/hr。

7.3.2.8 微量元素测定 患者血清锌、铜、铁、锰等元素随萎缩性病变的加重而增加，在重度时，则与胃癌值相近。

7.3.2.9 胃镜检查：见诊断。

7.3.3 诊断

本病的诊断主要根据胃镜和病理检查结果。根据 1982 年重庆会议所制定的“慢性胃炎的分类、纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的病理诊断标准”，其诊断标准如下。

7.3.3.1 胃镜表现

(1) 粘膜颜色改变：正常为橘红色，萎缩时呈灰白、灰黄、灰或灰绿色；同一部位的粘膜深浅不一致。

(2) 血管透见：萎缩初期可见到粘膜内小血管，重者见到粘膜下的大血管如树枝状，暗红色。

7.3.3.2 病理诊断标准

(1) 固有腺体萎缩，减少 1/3 以内者为轻度，减少 1/3～2/3 者为中度，减少 2/3 以上者为重度。

(2) 粘膜肌层增厚。

(3) 肠上皮化生或假幽门腺化生（可有可无）。

(4) 固有膜炎症（可有可无）。

(5) 淋巴滤泡形成（可有可无）。

（《最新国内外疾病诊疗标准》．北京：学苑出版社，1991。275～277）

7.3.4 中医辨证治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

慢性萎缩性胃炎临床辨证有虚有实，但以虚中夹实多见，宜明辨治之。

7.3.4.1 脾胃虚弱

症状：胃脘胀痛或隐痛，以痞满为主，纳少，食后胀甚，嗳气；头晕乏力，神疲倦怠，大便溏薄或先干后稀，舌淡红，苔薄白，脉细弱。

治则：补气健脾，消痞和胃。

方药：香砂六君子（《太平惠民和剂局方》）加味。

党参或太子参 茯苓 炒白术 木香 砂仁 半夏 炙甘草

7.3.4.2 脾胃虚寒

症状：胃脘胀满疼痛，遇寒食冷则加重，喜温喜按，纳呆乏力，口淡无味，形寒肢冷，大便稀溏，小便清长，舌质淡体胖，苔薄而白，脉缓弱或沉紧、弦紧。

治则：温中健脾，和胃止痛。

方药：黄芪建中汤（《金匮要略》）加味。

黄芪 桂枝 白芍 生姜 大枣 生甘草 饴糖

7.3.4.3 肝胃不和

症状：胃脘胀痛，痛连两胁，嗳气频作，甚者呕哕，有时泛酸，口干口苦，心烦急躁，大便不畅，情绪易于激动，每于情志不畅时加重，舌质淡红，苔薄白，脉弦。

治则：疏肝理气，和胃降逆。

方药：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

柴胡 赤芍 白芍 陈皮 川芎 枳实 香附 茯苓 薄荷 生甘草

7.3.4.4 脾胃湿热

症状：胃脘痞满、疼痛，食后加重，嗳气不爽，口干口苦或口粘而腻，纳少身困，时有口舌糜烂，大便不爽，小便黄少而赤，舌质红，苔黄腻或黄厚，脉象弦滑。

治则：清热化湿，和胃健脾。

方药：调气平胃汤（《张氏医通》）加味。

苍术 厚朴 藿香 木香 檀香 砂仁 白豆蔻 陈皮 生甘草 生苡米

7.3.4.5 瘀血阻胃

症状：胃脘疼痛，痛有定处，拒按，按之痛甚，食后痛增，呕吐咖啡色胃内容物，大便色黑，舌质暗红，苔薄黄，脉涩细或沉细。

治则：活血化瘀，和胃止痛。

方药：失笑散（《太平惠民和剂局方》）加味。

生蒲黄 五灵脂 丹参 赤芍 红花 檀香 砂仁 枳壳 青皮 生甘草

7.3.4.6 胃阴不足

症状：胃脘隐痛胀闷，胃中嘈杂灼热，口干咽燥，纳食无味，神疲乏力，头昏寐差，大便干结，舌质红或深红，苔花剥或无苔而少津，脉细数或弦细。

治则：养阴益胃，缓急止痛。

方药：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

北沙参 麦冬 玉竹 生地 石斛 白芍 乌梅 生甘草 大枣

7.3.4.7 痰浊中阻

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症状：胃脘痞满隐痛，咳吐痰涎，胸膈痞塞不适，纳少嗳气，头身沉困，眩晕嗜卧，舌质淡红，苔白滑或白腻，脉弦滑或沉细滑。

治则：温中化痰，健脾和胃。

方药：导痰汤（《妇人大全良方》）加味。

陈皮　半夏　茯苓　枳实　胆星　竹茹　生甘草

7.3.4.8　热毒蕴结

症状：胃脘灼热闷痛，口苦口渴，烦躁易怒，泛酸呃逆，大便干结，舌质红，苔黄厚或黄腻，脉弦数。

治则：解毒消痈，清热和胃。

方药：自拟解毒和胃方。

生黄芪　马齿苋　公英　白花蛇舌草　半枝莲　鱼腥草　地榆　败酱草　地丁　皂刺　赤芍　白芍　乳香　没药　生甘草

7.4　临床用药经验与体会

中医药治疗注重理法方药的完整统一，临证组方遣药当据证候、析病机，在辨证论治指导下加以灵活运用，以取得较好的临床疗效。近代医家经验不一，用药特点各异，大大丰富了胃痞的方药辨证体系，以下将各中医专家治疗胃痞的临床用药心得体会综述如下。

7.4.1　健脾益气药

中医学对胃痞总的病机认识是：脾胃虚弱、中气不足是发病的内在因素，饮食不节、情志内伤、外邪侵袭是发病的外在条件；若无脾胃虚弱之本，纵有外邪侵袭，也不一定致病。由此可见，脾胃虚弱是胃痞病机的基础。在胃痞患者中，脾胃虚弱证型尤为常见，且在胃痞病程中，多种证型均可兼有脾胃虚弱证，治疗多从补中益气，调理脾胃着手。临床常选用党参、黄芪、炒白术、茯苓、太子参、山药、莲肉等。现代药理学研究证明本类药物能通过调节胃泌素的分泌功能调节胃酸的分泌，调节胃蛋白酶的活力水平，对提高细胞免疫功能有显著作用。还具有抗应激、抗溃疡等作用。同时黄芪、党参等补气健脾药可增强网状内皮系统的吞噬功能，调节机体反应性，增加病原微生物诱发干扰素的能力，增强机体免疫力。

7.4.2　理气消痞药

胃痞病居中焦，脾胃升降失常在胃痞发病中起重要作用，调理气机，使中焦升降复常是治疗胃痞的大法之一，常用的药物有陈皮、枳壳、枳实、香橼、佛手、木香、厚朴、大腹皮、柴胡、香附、青皮、川楝子等。现代药理学研究证明本类药物可以调节胃肠功能，既能抑制胃肠道运动，又能兴奋胃肠道运动，主要与消化道机能状态有关，通过兴奋或抑制使失调的胃肠功能恢复正常。多数理气消痞药具有抑制胃肠平滑肌的作用，如陈皮、青皮、枳实、枳壳、木香、香附等均能降低实验动物离体肠管的紧张性，使收缩幅度减少，节律减慢，能对抗乙酰胆碱、毛果芸香碱、氯化钡引起的肠肌痉挛收缩。青皮、陈皮、枳实、枳壳作用最显著，并在阿托品使肠管紧张性降低的基础上进一步显示其舒张作用。陈皮中所含橙皮甙及甲基橙皮甙能抑制肠肌收缩，是其松弛胃肠平滑肌的有效成分。历代本草文献记载，青皮、陈皮有治气冲胸中疗呕哕、反胃吐清水之效；枳实、枳壳能治心下痞

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

急、气逆胁痛、呕吐、溏泄，木香治壅气上冲、呕逆反胃、肠鸣、泄泻；乌药和香附有止反胃、呕吐、泻利的作用。这些主治作用均反映有不同程度的胃肠道运动亢进现象。理气药的抑制胃肠道运动，缓解肠管痉挛是其降逆、止吐、止泻、镇痛作用的病理基础。部分理气药如枳实、枳壳、川楝子使在体肠管（胃瘘、肠瘘）节律性增强，收缩加强，提高紧张性。理气药兴奋胃肠道，使肠运动恢复，排出积气是其治疗脘腹胀满、饮食不消、便秘等消化道运动或消化功能低下等症的药理基础。理气消痞药对消化液的分泌有影响，具有健胃助消化作用，可能与药物中含有挥发油有关，有人认为陈皮挥发油对消化道有缓和的刺激作用，能促进胃液分泌，有助于消化。枳实、香附、佛手、木香等所含挥发油口服后，对胃肠也有局部刺激作用。总之，本类药物具有调节胃肠运动功能，促进消化液的分泌。诸药合理配伍，使中焦气机升降畅达，肝气调达，则痞满病证缓解。

7.4.3 消食化积药

中焦气机不畅，纳食运化失职，常合并食积兼证，症见消化不良，脘腹胀满，不思饮食、嗳气吞酸，恶心呕吐，大便失常等，临床常合用消食导滞、化积和胃之品，药如山楂、麦芽、谷芽、鸡内金、神曲、莱菔子、槟榔、阿魏等。性味多甘平。据现代药理学研究消食化积药的主要药理作用有：①促进消化。②促进消化液的分泌。③增进胃肠运动。总之，消食化积药的合理配用，可消导中焦之食滞，化积和胃，理气，使胃痞症状缓解。

7.4.4 活血通络药

胃痞病情缠绵，病程较长，据叶氏“初病在经，久病入络”之说及临证结合四诊，常见胃痞患者兼有瘀滞之象。现代临床研究认为胃痞常合并非典型增生、肠上皮化生等情况，亦为胃络瘀滞之表现，临床多选用丹参、蒲黄、五灵脂、郁金、延胡索、三七、三棱、莪术、九香虫、红花、乳香、没药、桃仁、当归、丹皮、生地、赤芍、川芎等活血通络之品，现代药理学研究证明本类药物具有如下作用：①改善血流动力学，活血通络药一般都有扩张外周血管及增加器官血流量的作用。②改善微血管状态，表现为解除微血管痉挛，减轻微循环内红细胞的瘀滞和汇集，使微血管攀顶瘀血减少或消失、微血管轮廓清晰，形态趋向正常。③毛细血管通透性降低，微血管周围渗血减少或消失。

除上述之外，丹参、当归、赤芍、川芎、延胡索还有镇静止痛作用等。

总之，针对胃痞患者中医四诊及现代研究所表现的“瘀”象，适当、合理地配伍活血通络之品，可改善血液流变学、改善微循环、抑制组织异常增生、抑制炎症、镇痛、调节免疫功能等，从而达到抑制或（和）逆转胃粘膜的萎缩、肠上皮化生及非典型增生等，从而改善胃痞临床症状，使疾病自愈。

7.4.5 芳香化湿药

脾主运化，胃主受纳，脾主升清，胃主降浊，中焦职司水液、水谷之运化，脾胃虚弱或中焦邪阻均可导致水液、水谷运化失司，停而为饮，蓄积为湿，故临床治疗胃痞亦多选用芳香化湿之品，常用的有苍术、厚朴、藿香、佩兰、白豆蔻、草豆蔻、草果、砂仁等，现代研究本类药物含有挥发油，故该类药物辛香温燥，有疏畅气机，宣化湿浊，健脾醒胃作用，适用于脘腹痞满、呕吐泛酸、大便溏薄、食少体倦、口甘多涎、舌苔白腻等湿困中焦之证。使用本类药物时，根据病证的不同性质，配伍其他药物：属寒湿者，可配温里药；湿热者，配清热燥湿药。由于湿邪可阻滞气机，行气有助于化湿，故芳香化湿药又常

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

与行气药合用。此外，又常与补脾药配伍，以培其本增强化湿功能。

7.4.6 名医验录

7.4.6.1 活血化瘀治疗胃癌

胃癌多反复难愈，病程较长，而中医理论认为“久病必虚”，“气虚则血瘀”，“久病必瘀”。故有人认为“瘀”是其根本病理变化，活血化瘀为基本治疗法则。苗世举用活血化瘀汤（黄芪、当归、川芎、枳壳、良姜、乳香、没药、炙甘草）治疗胃癌50例，结果治愈21例（42%），好转27例（54%），无效2例（4%），总有效率为95%。（《中西医结合杂志》，1986，6（5）：267）。

7.4.6.2 胃癌从“痈”论治

李玉奇、周学文等提出了“以痈论治”本病的学术观点，并总结出了一套辨证治疗胃癌的治疗体系，102例中治愈28.43%，显效38.24%。李玉奇认为胃癌与《圣济总录》记述的胃脘痈相似，主张“以痈论治”，并加黄芪、五倍子、白及、蚕砂、马齿苋、乳香、没药等解毒消痈之品，治疗胃癌102例，总有效率达93.4%，（《中国医药学报》，1987，(2)：9）。

7.5 针灸疗法

胃癌为现代难治病证之一，针灸治疗此病经临床验证疗效确切，无副作用，可作为主要的治疗方法之一。

7.5.1 毫针疗法

7.5.1.1 辨虚实治疗

7.5.1.1.1 实证

治则：温中散寒，消食导滞，疏肝和胃。

治法：取胃之募穴和足阳明经穴为主，针刺用泻法，寒证加灸。

处方：中脘、足三里、内关。

方义：中脘是胃之募穴，邻近胃腑；足三里是足之下合穴，又是足阳明经穴，根据脏有病取其募，腑有病取其合的原则，中脘配足三里，募穴与下合穴相配，局部与循经远端取穴相结合，是治疗胃癌之主方。内关是手厥阴经的络穴，与三焦经相连，也是阴维脉之交会穴，功于宽胸理气，善治胃脘痞满，本方调胃与理气相结合，胃癌者每可收良效。

随证配穴：寒邪犯胃者配梁丘、合谷；饮食停滞者加下脘、建里、里内庭；肝气犯胃者配太冲、阳陵泉；瘀血者配膈俞、梁丘、血海。

7.5.1.1.2 虚证

治则：健脾益气，阳虚者温中散寒，阴虚者益胃养阴。

治法：取脾胃之俞募穴及足太阴、阳明经穴为主。针刺补法，可灸。

处方：脾俞、胃俞、中脘、章门、足三里、三阴交。

方义：本方用脾胃的俞募穴配足三里、三阴交；灸之可温中散寒，补脾和胃；针用补法可补脾益胃，濡养胃络，故适用于胃癌之虚证。

随证配穴：脾胃虚寒者加气海、肾俞；胃阴不足者配行间、内庭、照海。

7.5.1.2 以主方治疗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主穴：中脘、内关、足三里，胃俞。

配穴：肝胃不和者加肝俞、太冲、行间。脾胃阳虚者加脾俞、气海、三阴交。胃阴不足者加三阴交、太溪、照海。瘀热内阻者加血海，膈俞。胃热停滞者加下脘、天枢、内庭。饱食停滞者加下脘、内庭、章门。

方法：实证用泻法，虚证用补法加灸，还可用温灸盒灸中脘，神阙，每日1次，10次一个疗程。

7.5.1.3 子午流注纳甲法

治疗方法：根据徐凤《针灸大全》中“子午流注逐日按时取穴歌”取穴治疗，并依“合日互用”原则。

开穴组：依病人来诊时辰而按时取穴，不配用其他任何腧穴，针刺得气后，行平补平泻手法（井穴除外），然后接通 G－6805 电针仪，用频率为 120 次/分的连续波形，电流大小以患者能忍耐为度，通电 20 分钟。

闭穴组：仍采用上述纳甲法之基本原则，所不同的是，将取穴时间推迟 24 小时，即取来诊前一日同一时辰所开之腧穴。手法及治疗方法同开穴组。

疗程：每日 1 次，10 次为 1 个疗程。第一个疗程后不休息，若坚持治疗两个疗程者，可在第 2 个疗程结束后休息 3 天或停止治疗。

7.5.2 芒针疗法

取穴：中脘、梁门、水分、气海、内关、足三里。

方法：芒针常规手法操作，手法宜轻，每日治疗 1 次，10 次为 1 个疗程。

7.5.3 耳针疗法

取穴：胃、脾、肝、交感、神门、皮质下、内分泌。

方法：每次选用 3～4 穴位，隔日或每日 1 次，10 次为 1 个疗程；亦可用耳穴埋针或耳穴压豆疗法。

7.5.4 头皮针疗法

取穴：胃区、感觉区。

方法：头针常规方法操作，留针 30 分钟，中间行针 2 次，隔日治疗 1 次，10 次为 1 个疗程。

7.5.5 电针疗法

取穴：中脘、下脘、天枢、足三里。

方法：用普通电针仪的输出端接到针柄上，中等刺激 20 分钟，隔日 1 次，10 次为一疗程，疗程间可休息 3 日。

7.5.6 三棱针刺络疗法

取穴：足三里、膏肓、中脘、太冲。

方法：穴位局部常规消毒，用三棱针点刺出血，亦可加拔火罐加大出血量。

7.5.7 皮肤针疗法

部位：腰背部督脉或足太阳膀胱经，以第八胸椎至第三腰椎之间为重点，以及腹部壬脉和足阳明经；也可在以上区域寻找结节、条索状物和反应点进行叩刺。

方法：轻度叩刺，每日或隔日 1 次，10 次为一疗程。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.8 艾灸疗法

取穴：实证 中脘、梁门、足三里；虚证 中脘、胃俞、脾俞、足三里、内关。

方法：每日用艾绒施灸 1 次，每穴 3～5 壮，亦可用艾条悬灸，10 次为 1 个疗程。

7.5.9 拔罐疗法

取穴：中脘、梁门、幽门、肝俞、胃俞、三焦俞、天枢。

方法：用大型或中型火罐，拔 10～15 分钟，每日 1 次，10 次一个疗程。

7.6 穴位注射疗法

7.6.1

取穴：中脘、内关、足三里、脾俞、胃俞、膈俞、肝俞。

方法：药物用胎盘组织液、5～10%葡萄糖注射液、维生素 B_1 注射液、5%当归注射液、复方丹参注射液，任选一种，每次选用 2～3 穴位，每穴注入药液 0.2ml，每日或隔日 1 次，10 次为 1 个疗程。

7.6.2

取穴：①左足三里、右胆囊穴。②右足三里、左胆囊穴。

方法：两组穴位交替使用，每次每穴注入徐长卿注射液 2ml（含生药 4g），每周 3 次，10 次为一疗程，疗程间隔 1 周。

7.7 穴位敷药疗法

取穴：中脘、足三里、脾俞、胃俞

方法：取川椒 150g、炮姜 100g、生附子 100g、檀香 100g、苍术 200g，上药共研细末，混匀，贮瓶备用。敷贴时每次取药 30g，用生姜汁调成稀糊状，分别敷贴在穴位上，上用油纸或塑料布敷盖，胶布固定即可，每日敷灸 1 次，10 次为一疗程。

7.8 穴位埋线疗法

7.8.1

取穴：上脘、中脘、膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、胃仓。

方法：每次选取 2～3 穴位，每周埋线 1 次，4 次为一疗程。

7.8.2

取穴：第一组胃俞透脾俞、中脘透上脘；第二组 梁门透承满、胃仓透意舍。

方法：选取上述任一组穴位，循规植入羊肠线，两组交替使用，每周埋线 1 次，4 次为一疗程。

7.9 穴位割治疗法

取穴：足三里、胃俞、中脘为主穴，肝俞、脾俞为备用穴。

方法：将肠线置 75%酒精中浸泡 1 小时，手术器械高压灭菌，先做普鲁卡因过敏试验，备必要急救药品，施局麻后，切开皮及皮下组织 1cm，分离肌层，在深部寻找敏感

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

点，出现感染现象时，施用特定的诱导方法，扩大基底后，视病情及体质下人适量的肠线，并与切口成一定角度，冲洗消毒，缝合一针，盖灭菌纱布，十天拆线。

7.10 推拿疗法

胃癌多见于中年以上患者，多病程较长，病情缠绵，除胃脘胀满、疼痛等主症外，常伴有疲乏、消瘦、嗳气、腹泄或便秘等症状，应用推拿疗法，亦可获得较好疗效。

7.10.1 基本治疗

7.10.1.1 背部操作

(1) 取穴：脾俞、胃俞、肝俞、膈俞、胆俞、三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞。

(2) 手法：按揉法或掌根揉法、一指禅推法、按法、搓法。

(3) 操作：

①用一指禅推法或指按揉法、掌根按揉法按揉脾俞、胃俞，以酸胀为度，每侧半分钟。

②捏脊法：自膈俞至大肠俞，自上而下捏脊 10 次。

7.10.1.2 腹部操作

(1) 取穴：中脘、神阙、气海、关元、天枢

(2) 手法：一指禅推法、摩法、点揉法

(3) 操作：

①用一指禅推法施术中脘穴，以酸胀为度，时间 2 分钟。

②用逆时针摩法于神阙穴，以微温热胀感为度，时间 1～2 分钟。

③施轻拿揉法于气海、关元、天枢穴，以得气为度，时间 1～2 分钟。

7.10.1.3 四肢操作

(1) 取穴：手三里、内关、合谷、足三里、太溪、太冲、公孙

(2) 手法：点揉法、按揉法、拿法

(3) 操作：

①患者取坐势，医生用五指拿法拿手三里、内关二穴，用点揉法点揉合谷、太溪、太冲、公孙穴，以得气为度，时间每穴 1～2 分钟。

②用拇指点揉法刺激足三里穴，时间每侧 1～2 分钟，以酸胀为度。

7.10.2 辨证治疗

7.10.2.1 食滞型

(1) 主证：胸脘胀闷、嗳气吞酸、或恶心脘痛、纳食无味，舌淡红、苔厚腻，脉滑。

(2) 治则：健脾和胃：消积导滞

(3) 取穴：脾俞、胃俞、三焦俞、中脘、梁门、期门、章门、手三里、足三里。

(4) 手法：捏法、按揉法、拿揉法、振法。

(5) 操作：

①用按揉法施术于脾俞、胃俞、三焦俞穴，以酸胀为度，每穴 1～2 分钟。

②用点揉法施术于中脘、梁门、期门、章门各穴，按顺时针方向，以酸胀得气为度，每穴约 1～2 分钟。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③用掌根振法操作于中脘穴，以温热为度，时间约 1 分钟。

④拿揉手三里、足三里，以酸胀为度，每穴约 1～2 分钟。

7.10.2.2 胃热型

(1) 主证：胃脘嘈杂不适，时有烧灼感，吞酸呕吐、口干且苦、渴喜冷饮、大便秘结、小便短赤、舌微红、苔黄腻，脉洪数或弦数有力。

(2) 治则：清热和中。

(3) 选穴：肝俞、胃俞、上脘、中脘、下脘、天枢、阴陵泉、太冲。

(4) 手法：加提法，推按法，拿拔法，掐法。

(5) 操作：

①用提法在肝俞、胃俞上各 3～5 次；

②自上脘至下脘，延任脉用大鱼际推按 10 次；

③拿拔天枢穴 1 分钟，以重度酸胀为度；

④掐阴陵泉、太冲穴，每穴半分钟。

7.10.2.3 胃脾阳虚型

(1) 主证：胃脘满闷，时胀时减，喜温按，朝食暮吐、纳少、舌淡、苔薄白而润，脉沉迟或弱。

(2) 治则：温补脾胃。

(3) 选穴：脾俞、胃俞、肾俞、中脘、气海、公孙、命门。

(4) 手法：加擦法、振法、按揉法

(5) 操作：

①用鱼际擦脾俞、胃俞、肾俞穴，以透热为度，每侧 3 分钟。

②掌振中脘、气海两穴，以温热感为度，每穴 1 分钟。

③按揉公孙、命门穴，每穴 1 分钟，以得气为度。

7.10.2.4 胃寒型

(1) 主证：胃脘闷胀、疼痛绵绵不已、呕吐清水、遇冷加剧、喜热饮，不思饮食、四肢发冷，大便溏薄，小便清长，舌淡，苔薄白，脉沉迟或沉紧。

(2) 治则：温中和胃

(3) 选穴：脾俞、胃仓、梁门、中脘、阴都、手三里、梁丘。

(4) 手法：加推法、擦法、按揉法

(5) 操作：

①指推脾俞、胃仓二穴，以透热为度，每侧 1 分钟；

②横擦梁门穴、阴都穴、中脘穴，以透热为度，时间每穴 1 分钟；

③按揉手三里，梁丘两穴，以得气为度，每穴 2 分钟。

7.10.2.5 气滞型

(1) 主证：胃脘胀满、疼痛连及两胁、嗳气、吐酸纳少、苔白、脉弦。

(2) 治则：疏肝理气，和胃消痞。

(3) 选穴：肝俞、胆俞、三焦俞、期门、章门、间使、梁丘、内庭。

(4) 手法：加按揉法、摩法、拿揉法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(5) 操作:

①患者侧卧位，医生用二指按揉法在肝俞、胆俞、三焦俞操作，以酸胀为度，时间每穴 1 分钟;

②患者仰卧位，医者用四指摩法在期门、章门操作，以温热为度，每侧 1 分钟;

③体位不变，用拿揉法在间使、梁丘、内庭穴操作，以得气为度，时间每穴 1 分钟。

7.10.2.6 郁热型

(1) 主证：胃脘胀满疼痛、有烧灼感、喜冷饮、口干、嘈杂、烦躁易怒、舌红苔黄、脉滑数。

(2) 治则：和胃泄热、养阴柔肝。

(3) 选穴：肝俞、胆俞、太冲、手三里、解溪。

(4) 手法：加按揉法、掐法、拿揉法、点揉法。

(5) 操作:

①患者侧卧位，医者站一侧，用指按揉法操作于肝俞、胆俞，手法要求轻柔有渗透，时间每穴 2 分钟;

②患者仰卧位，用掐法操作于太冲穴，以患者能忍受为度，力度以轻重轻的方式操作，时间每穴半分钟;

③继上体位，用拇指点揉操作于解溪穴，时间每穴 2～3 分钟;

④用拿揉法，在手三里操作，时间每穴约 1 分钟。

7.10.2.7 血瘀型

(1) 主证：疼痛有定处，多重而持久，拒按，痛甚肢冷汗出，痛彻胸背，常伴呕血、黑便，舌黯紫，脉弦而细涩。

(2) 治则：活血化瘀、理气和胃。

(3) 选穴：肝俞、脾俞、胃俞、膈俞、安眠、间使、血海、三阴交。

(4) 手法：加按揉法、揉法和弹拨法。

(5) 操作:

①患者偏卧位，用拇指揉法在肝俞、膈俞、脾俞、胃俞四穴上操作，手法要有渗透力，每穴约 1 分钟;

②继上体位，用揉法在安眠穴及血海穴操作，手法要求有渗透力，每穴 1 分钟;

③弹拨三阴交及间使穴，每穴弹拨半分钟;

④中脘穴手法注意轻柔或不用。

7.10.2.8 脾胃阴虚

(1) 主证：胃脘隐隐灼痛、虚烦干呕、口燥咽干、食少便干，舌红少苔，脉细数或细弦。

(2) 治则：滋阴健脾、养阴和胃

(3) 选穴：足三里、三阴交、内关、七节骨、左侧腹部太阴经。

(4) 手法：加按揉法、推法、摩法。

(5) 操作:

①用指按揉法在足三里、三阴交、内关三穴操作，以得气为度，时间每穴 1 分钟;

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

②患者取坐位（或偏卧位），用掌推下七节骨，以透热为度，往返 15～30 次；

③患者仰卧位，医者用四指顺时针摩法在左侧腹部太阴经操作，时间 2 分钟。

7.11 西医治疗撮要

7.11.1 一般治疗

饮食宜规则，避免食用对胃有强刺激如过热、过咸、辛辣食物。应戒除烟酒，避免使用对胃粘膜有损害的药物，如阿斯匹林、消炎痛、红霉素、可的松等。

7.11.2 弱酸治疗

经五肽胃泌素试验测定证实低酸或无酸患者可适量服用米醋，或 10%稀盐酸，饭前或饭时服，同时服用胃蛋白酶合剂，亦可选用多酶片（DPP）或胰酶片治疗，以改善消化不良症状。

临床部分患者显然胃酸减低，但有时给予碱性药物亦可缓解症状。另外，胃肠功能调节剂康胃素有促进胃肠功能作用，能使消化器官的唾液、胃液、胰液、胆汁及肠液等分泌增加，在使胃液增加时，可以增进食欲，加强消化功能，有利于低酸的恢复。

7.11.3 针对幽门螺杆菌治疗

慢性萎缩性胃炎时，胃酸降低或缺乏，胃内细菌孳生，尤其是幽门螺杆菌检出阳性率较高，应用抗生素类药物对促进慢性萎缩性胃炎的症状改善有一定疗效。常用于清除幽门螺杆菌的方法是三钾二枸橼酸铋（TDB，De-Nol）、羟氨苄青霉素胶囊和呋喃唑酮（痢特灵）。这些药物不仅能清除幽门螺杆菌，而且对减轻和消除伴同的活动性胃炎有帮助。

7.11.4 抑制胆汁返流

消胆胺可中和返流到胃内的胆盐，防止胆汁酸破坏胃粘膜屏障。硫糖铝可与胆汁酸及溶血卵磷脂结合，也可用于治疗胆汁返流；亦可给予熊去氧胆酸（UDCA）服用 UDCA，胃液内胆汁酸以 UDCA 为主（可占 43 ± 15%），而胆酸、去氧胆酸和石胆酸浓度明显下降，从而减轻后者对胃粘膜的损害作用。

7.11.5 改善胃动力

吗叮啉可增加食道下段扩约肌张力，增强胃蠕动，促进胃排空，协调胃、十二指肠运动，防止胆汁返流，调节和恢复胃肠运动。亦可使用胃复安，或西沙比利。

7.11.6 五肽胃泌素和激素

五肽胃泌素除促进壁细胞分泌盐酸，增加胃蛋白酶原分泌外，还对胃粘膜以及其他上消化道粘膜有明显的增殖作用，可用于治疗低酸、无酸或有胃体萎缩的慢性萎缩性胃炎患者。

7.11.7 加强胃粘膜营养及保护

合欢香叶酯能增加胃粘膜更新，提高细胞再生能力，增强胃粘膜对胃酸的抵抗力，达到了保护胃粘膜的作用。也可选用活血素。

7.11.8 “生肌消炎”治疗

中药云南白药以及维生素 U 对胃粘膜有生肌消炎作用，亦可选用愈创木天蓝羟。

7.11.9 纠正贫血

合并缺铁性贫血者可口服硫酸亚铁，或肌注右旋糖酐铁。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.11.10 手术治疗

中年以上的慢性萎缩性胃炎患者，如在治疗或随访过程中出现溃疡、息肉、出血或即使未见明显病灶，但活检病理中出现重度不典型增生者，结合患者临床情况可以考虑作部分胃切除，从这类病人的胃切除标本中可能检出早期胃癌。

7.9.11 其他对症治疗

包括解痉止痛，止吐，助消化，抗焦虑等。

12 调摄护理

胃癌病情轻重不同，但均反复发作，缠绵迁延，甚至导致癥瘕痞块等。寻找有效的护理方法和措施是提高胃癌临床治愈率、减少合并症、降低病残率和死亡率的重要环节。

胃癌的影响因素较多，其中情志因素如忧思恼怒、七情不和等起着重要作用，而胃癌病人都有不同程度的焦虑和恐惧，认为该病与胃岩有关，故或忧心忡忡、精神抑郁，或烦躁易怒；或悲观失望，造成失眠、多虑等。而上述表现反过来又影响治疗，甚至加重病情。因此胃癌的调摄护理最关键的是心理护理，使病人从主观上建立治愈该病的信心，治疗要持之以恒。既使治愈后，每年也要定期复查，每年巩固服药一月左右，以减少该病复发。

应了解病人胃脘胀满及疼痛的性质，如饭前胀满疼痛，饭后胀满疼痛，规律性胀满疼痛，不规律胀满疼痛，剧痛、刺痛、隐痛、胀痛等，以及胀满疼痛之部位，注意病人大便的颜色、性状之变化，注意病人精神状况、面色、体重之变化，注意病人腹中有无癥瘕形成等。

注意饮食的调摄，饮食要因病、因人、因时、因地的调整，要注意酸、辣、辛燥、烟、酒等食饮之偏嗜。避免进食生冷、辛辣之物，不酗酒，不吸烟，不暴饮暴食，多食易消化、有营养的饮食，多吃新鲜蔬菜及水果。

针对胃癌的病因和发病机制最为密切的饮食，结合临床辨证施护如下，可作为临证时之参考。

1. 郁热伤阴型：此证是因饮酒或嗜食辛辣或过用燥药使中焦郁热，胃阴耗伤，护理上除结合养阴和胃药治疗外，饮食宜少量多餐，多食果、汁、新鲜蔬菜等，禁食辛辣烟酒等。

2. 气滞络阻型：此证是因情志所伤，肝气郁结，护理上结合疏肝理气，通络药物治疗外，需耐心体贴，安慰病人，解除思想顾虑，加强生活护理，做好心理护理工作，饮食清淡为主，禁肥甘厚味食物。

3. 湿热中阻型：此证由于饮食失节，嗜食油腻食物导致湿热阻于中焦。护理上结合清利湿热、理气和胃药物治疗外，饮食以清淡易消化为宜，勿暴饮暴食，禁油腻甘味饮食。

4. 脾胃虚寒型：此证是因饮食不节，过食生冷或受寒邪所致，护理上除结合温中益气健脾外，饮食宜富有营养，禁生冷、防过饱。

13 康 复

13.1 药物康复

本病患者在康复阶段还应辨寒、热、虚、实之不同而用药。虚证者可选用健脾益气及

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

养阴益胃方药治疗，临床上常选用党参、黄芪、白术、茯苓、炒山药、麦门冬、沙参、石斛之类。实证者可视肝胃不和、湿热内蕴、瘀血阻络、痰浊中阻之不同而选用舒肝和胃、清利湿热、活血化瘀、化痰利浊方药治疗，如柴胡疏肝散、平胃散、失笑散、导痰汤等，可采用成药，且剂量宜小，利于患者长期服用，缓缓图治。

13.2 食疗康复

13.2.1 脾胃虚寒证者可选用四和汤：炒白面 500g，炒芝麻 500g，炒茴香 50g，炒盐 30g 为末拌匀，每日早晚服 10g 左右，温开水送下。或服炒小米粥：炒小米面熬粥，加红糖食用。

脾胃阴虚证者可服食山药粥：山药 60g，切碎煮粥。

肝胃不和者用薤白粥：白米 50g，薤白 10g 煮粥服。

13.2.2 脾虚不运、纳少乏力、食后作胀、嗳气时作、舌质淡、苔白者可食用山药扁豆糕，即山药 200g（鲜），扁豆 50g（鲜），陈皮丝 3g，红枣肉 500g；山药去皮切片，扁豆、枣肉切碎与陈皮丝拌匀蒸糕。作为早点，每次 50 ~ 100g，以达健运脾胃之目的。

13.2.3 肝郁不舒，症见胁脘时感胀闷、嗳气纳少、易因情志不遂而诱发或加剧，舌苔薄白，脉弦。可用舒肝和胃之品，如佛手、茴香苗、芹菜等，佛手、茴香苗有理气降逆之功，芹菜性平、有平肝缓胃之用，同粳米煮粥，香甜可口，养胃益脾，对肝胃不和之痞胀有效。

13.3 心理康复

如上所述心理因素在胃痞发病中具有重要作用，所以胃痞之心理康复亦十分重要。应使患者避免各种精神刺激，保持精神愉快，可配合气功、太极拳、健身操及适当的户外运动，生活起居要有规律，以利于脾胃功能的恢复。

13.4 按摩康复

按摩疗法，以自我按摩为主，以手掌按于胃脘部，顺时针按摩 20 次，逆时针按摩 20 次，每日起床前及睡前各一次，以醒脾健运、调畅气机。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

1.1.1 病名溯源 胃痞是八十年代末期，中国中医药学会内科学会脾胃专业委员会对上消化道常见疾病如消化性溃疡、慢性浅表性胃炎、慢性萎缩性胃炎等进行广泛研究时，从中医证候学角度出发，为了区别胃脘痛，而定的病名，它的内核源自中医古籍中的“痞满”。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痞满一证，《黄帝内经》中有满、否、否塞、否膈之称，主要指胸膈满闷，心下痞塞的症状。至东汉时，张仲景明确提出“满而不痛者，此为痞”的概念。此后，隋唐宋元医家对痞满的病机与治疗方药研究颇丰。关于痞满一名之解释，张介宾《景岳全书·杂病谟·痞满》的阐述较为精练明了：“痞者，痞塞不开之谓；满者，胀满不行之谓。”关于痞满概念外延的界定，金元医家朱震亨和明代医家王肯堂均有论述：《丹溪心法·痞》把痞满与胀满作了区分，“胀满内胀而外亦有形，痞则内觉痞闷，而外无胀急之形”，认为二者相类似而痞满轻，胀满重；《证治准绳·痞》把痞与胀进行鉴别，认为胀在腹中，其病有形，而痞在心下，其病无形。

1.1.2 病名内涵 胃痞一名的产生，主要缘自近二十年对慢性萎缩性胃炎的多中心研究，重度萎缩和肠化而无炎症的胃粘膜仅仅是慢性胃炎的一种后遗情况，单纯萎缩的临床表现主要是消化不良，而炎症和活动度是导致腺体数量减少的原因，如果它与萎缩并存，则除了痞满胀闷、嗳气食少等消化不良表现之外，还可见疼痛，烧心等症状。

慢性萎缩性胃炎是以上腹胃脘部痞满为主症的疾患，因此从“胃脘痞满”、“上腹饱胀”、“心下胀闷”等主诉着眼，当属中医学古代文献中的“痞满”一证的范畴。那么，对于慢性萎缩性胃炎确立“胃痞”病名，而不延用古代“痞满”病名，有三点解释更能说明其缘由。其一，慢性萎缩性胃炎等疾病病在胃腑，形诸于胃脘，使用“胃痞”病名，既说明了其主症特征，同时又指明了病位所在，较之“痞满”更为恰当。其二，“胃痞”不完全同于古代文献中的“痞满”，《实用中医内科学》及其它中医内科学著作均将“痞满”的概念定为心下痞塞不通，满而不痛，触之无形的病证，东汉张仲景在《伤寒论》中指出的“满而不痛者，此为痞”为其代表依据，此中“不痛”的绝对限定似与慢性萎缩性胃炎等病的临床表现不相符合。其三，古人对于“痞满”的另一限定是外无胀急之形，这一点与慢性萎缩性胃炎等病的临床表现还是相符的。因此，胃痞这一中医病名诊断，赋有一定的新意，它与古代医学文献论述的“痞满”范畴大致相同，但也存在着一定的差异。

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因研究 古人在论述痞满的病因病机上，多重痰湿和中虚。单从病因特点而论，虽有内外之分，但多重内伤。主要有：一、误下伤中。汉代张仲景对此论述颇为详尽，他认为主要是伤寒病太阳阶段，医早下之，正虚邪陷，升降失调所致。二、饮食不节。主要由饥饱失均，恣食生冷，肥甘不节，以致损伤中气，酿生痰浊湿热，中焦升降失常。三、七情失和，气机逆乱，影响升降，而为痞满。

刘立力对160例萎缩性胃炎的病因病机分析，认为情志不舒、易怒、饮食不节、过劳等是本病发生的重要因素，归纳起来，慢性萎缩性胃炎的病因主要有：①饮食不节，劳倦过度；②忧思恼怒；③烟酒热毒，久蕴伤胃；④药物对胃粘膜的损伤。[1]黄一峰等则认为慢性萎缩性胃炎之因主要是气机升降斡旋的失调；而外因是精神因素，如忧思恼怒引起肝气郁结，横逆侵犯脾胃，致胃失和降，脾失健运。[2]

1.2.2 病机研究 历代医家对痞满的病机论述颇多，但病机的特点是多由脾胃素虚，内外之邪乘而袭之，使之清阳不升，胃之浊阴不降；其病位在于心下，即胃与脾；病理性

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

质有虚实之分，临床以虚实夹杂多见。

现代对慢性萎缩性胃炎的研究，在病机认识上从八十年代初至今不断深入，渐趋全面。曹鸣皋等提出本病一般起于阴液衰少，胃失濡养；张镜人等认为本病多由情志失调，气郁伤肝，肝失疏泄，横逆犯胃，或肝胃郁热；[3]张继泽则认为胃阴不足是病机之一，更主要的是中虚气滞；[4]李玉奇认为生活起居不慎，饮食不节，六淫施虐均能波及于胃，从而引起胃气致壅，久而渲化为痈；[5]史载祥认为脾之运化，胃之和降，小肠受盛化物，大肠传导气化，与血气的生成、升降、运行有着密切的关系，气滞血瘀往往是病机演变的一个重要方面；[6]唐旭东认为，萎缩性胃炎多由慢性浅表性胃炎或其它慢性胃病发展而来，病程绵长反复，内伤、外邪等诸多因素导致血络瘀阻是不可忽视的重要环节。胃为多气多血之腑，以通降为顺，情志、饮食、劳倦诸因损胃伤中导致胃病，无论是虚是实，均可致胃气阻滞，和降失司，而后气滞血亦瘀滞，而致血络瘀阻。对肠化、异型增生等癌前病变的病机认识，多从瘀血、痰凝考虑。[7]

2 临床研究

2.1 证候学研究

2.1.1 症、舌、脉研究 潘秀珍等认为该病属中医学“痞满”、“胃胀”、“噫气”等范畴，以痞、满、胀、痛为主；[8]李恩复等认为慢性萎缩性胃炎以纳呆、厌食为主，有的出现消瘦、贫血、便溏、嗳气、善饥、嘈杂、吞酸，恶心等症状，或以口干、便秘为主，有的则无疼痛症状，对其致病机理应多方面认识；[9]王克健等通过胃镜观察胃粘膜变化及其与舌诊的关系，认为根据舌诊特点可以推断某些胃部疾病；[10]董建华等报告慢性萎缩性胃炎44例，舌淡21例，淡红舌6例，红舌7例，黯红舌10例，薄白苔24例，薄黄苔8例，白腻苔6例，黄腻苔1例，剥苔5例；[11]马山等报道910例萎缩性胃炎患者齿龈及上下唇系带周围粘膜紫色或黯紫色者占44.3%，黯红色占46.2%，舌质淡占86.2%，舌质紫有瘀斑者占4.8%；[12]徐州医学院附属医院报告萎缩性胃炎110例，其苔多薄白或薄黄，少数为腻苔，舌质多淡红或舌红少苔，有的舌质黯红或黯紫，脉多见弦细、沉细、细弱、细数、弦数。[13]中医对该病的认识，在症状、舌象、脉诊上变化很大，这可能由于地域的差异、体质的差异等缘故所致，当然，萎缩性胃炎本身就有症状繁多，症状与病变程度不平行的特点。

2.1.2 证候与辨证规律研究

2.1.2.1 辨证分型 对萎缩性胃炎的辨证分型报道，各家意见不一，分型种类繁多，多至八型，少至二型。张镜人将本病分为气滞与气虚证二型，[14]周学文则分为虚寒与郁热二组，[15]陈泽民将本病分为脾胃虚弱、肝胃不和、胃阴不足、脾胃湿热、脾虚胃热、痰浊中阻、脾肾阳虚、肾寒胃热八个证型，[16]杨春波等将本病分为气滞、血瘀、湿阻、热郁、气虚、阴虚、脾虚、肾虚八个证型，[17]董建华、田德录把萎缩性胃炎定为虚痞，分为气阴两虚、虚火灼胃、脾胃虚弱三个证型。[18]

对58篇现代文献报道及学术会议交流文章的5383例萎缩性胃炎患者的辨证分型进行了统计，情况如下：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

第一，各地报道的萎缩性胃炎辨证分型繁多，没有统一标准，在此58篇论文中所用证型名称多达45分。笔者对其中名异实同或非常近似的证型进行了归类，现列如下：

肝胃气滞证：包括肝胃不和、肝郁气滞证、气滞证；

脾胃虚弱证：包括脾胃气虚证、中虚证、气虚证；

胃络瘀阻证：包括气滞血瘀证、血瘀证、气虚血瘀证、阴虚血瘀证、虚寒血瘀证、湿热血瘀证；

脾虚气滞证：包括中虚气滞证、脾虚胃滞证、气虚气滞证；

脾胃湿热证：包括湿热中阻证、湿浊中阻证、痰湿中阻证、湿阻证、食滞湿阻证、气滞湿阻证；

胃阴不足证：包括肝胃阴虚证、虚火灼胃证、阴虚证；

气阴两虚证；

肝胃郁热证：包括热证、胃热证、火郁证、郁热证、热郁证、气滞热郁证；

脾胃虚寒证：包括虚寒证、阳虚证、脾肾阳虚证；

阴阳两虚证；

中虚湿阻证；

中虚火郁证。

第二，笔者对上述几个证型在此58篇文章中出现的频次及所占有的病例数进行了统计，按先后顺序，前6者为：肝胃不和证，脾胃虚弱证，胃络瘀阻证，脾虚气滞证，脾胃湿热证，胃阴不足证。见下表：

慢性萎缩性胃炎辨证分型种类统计表

序号	证名	出现次数及所占%		病例数及所占%	
1	肝胃气滞	46	23.2%	1481	27.5%
2	脾胃虚弱	39	19.7%	856	15.9%
3	胃络瘀阻	31	15.7%	971	18%
4	脾虚气滞	27	13.6%	581	10.8%
5	脾胃湿热	15	7.5%	443	8.2%
6	胃阴不足	13	6.5%	412	7.6%
7	气阴两虚	7	3.5%	228	4.2%
8	脾胃虚寒	7	3.5%	143	2.7%
9	肝胃郁热	6	3.0%	119	2.2%
10	阴阳两虚	4	2.0%	64	1.2%
11	中虚湿阻	2	1.0%	52	1%
12	中虚火郁	1	0.5%	33	0.6%
	合计	198次	100%	5383例	100%

2.1.2.2 审证求因

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证是病因病机反映于机体的证候群，它是中医学术特点在临床上的体现，中医对萎缩性胃炎的辨证分型研究虽然繁多，但是，审证求因，通过上述辨证分型的统计分析，可以看出以下几个问题：

（1）从病因病机看，主要的致病及病理因素有：气滞、血瘀、痰湿、寒热等，而且病机特点是虚实夹杂。实，着重于肝胃气滞和胃络瘀阻，还有湿热；虚，重在脾胃气虚、阴虚，还有虚寒。

（2）从脏腑病位看，病在胃，且以脾胃为病变中心，涉及肝、肾等脏。

（3）从分型上，较为特别的是潘秀珍把肾虚型作为萎缩性胃炎辨证分型之一[19]，考其缘由，乃根据脾胃正常生理功能必靠“肾阳的温煦”和“肾阴的滋养”，以及“久病及肾”的理论而来。临床上有阴虚及阳虚的萎缩性胃炎病人兼用益肾法确有一定效果。

（4）对萎缩性胃炎的辨证分型，实质上反映了对萎缩性胃炎病机本质及特点的认识，其深层次就是病机的核心。一般认为，萎缩性胃炎症见胃胀、胃部隐痛不适、纳差、嗳气等，病机关键，无论是因于饮食不节，还是起于情志不遂，最终都是胃腑气滞和胃络血瘀，以及本虚之轻重罢了。

（5）很多学者涉及了对萎缩性胃炎所见的肠化、异型增生等癌前病变以及胆汁返流的中医辨证分型认识，对于癌前病变的辨证，多从瘀、痰、热毒着眼，认为肠化、息肉、假息肉形成的病机如同《圣济总录》所云：“瘤之为义，留滞而不去也，气血流行不失其常，则形体和平，或无余赘；及郁结壅塞，瘤所以生”，而辨为瘀血阻络、痰瘀阻络等。如詹继烈等报告2000例慢性胃炎中，胃络瘀滞型与胃络灼伤型粘膜的病理诊断以肠腺化生为多[20]。此外，对胆汁返流的认识，仍主张以四诊合参辨证为主，大多认为属肝胃不和或胆胃不和之证。

2.1.3 证候学现代研究 王玉玫等认为，根据中医“有诸内必行诸外”的论点，认为胃镜所见和活检病理一方面丰富中医辨证论治的内容，而另一方面中医分型又往往揭示病情发展的程度及其转归，通过观察，脾胃虚弱（虚寒）、肝胃不和（肝胆湿热）、胃阴不足等证在胃镜下表现及活检组织学检查有一定规律[21]。詹继烈等通过对2000例慢性胃炎患者进行中医辨证及胃镜观察，认为胃粘膜相微观辨证分型可分四型：胃寒型粘膜、胃热型粘膜、胃络瘀滞型粘膜及胃络灼伤型粘膜，四型各占总病例的27.4%、29.8%、24.2%、18.6%[20]。

笔者对150例胃癌、180例胃脘痛患者的胃镜检查及粘膜病理活检结果进行了统计及比较分析，可以看出，胃癌及胃脘痛患者的现代医学诊断的分布及范畴很广，可见到多种现代医学消化系统疾病，但胃癌主要以慢性胃炎患者占绝对多数，而胃脘痛患者则以消化性溃疡和慢性胃炎为主。进一步分析，胃脘痛的慢性胃炎患者中，浅表性胃炎占54%，慢性浅表加萎缩性胃炎占37.9%，单纯萎缩性胃炎占8.1%；而胃癌的慢性胃炎患者中，单纯萎缩性胃炎占20.4%，慢性萎缩加浅表性胃炎占70.8%，单纯浅表性胃炎占8.8%。可见浅表性胃炎多以胃痛为主，而萎缩性胃炎常以胀为多。此外，胃癌患者有22.8%是合并病变，即有2种以上胃肠疾病存在，这提示合并疾病、伴随病变对胃癌的辨证分析有一定影响。参见下表：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

150 例胃癌、180 例胃脘痛患者胃镜检查及粘膜病理活检结果统计表

序号	现代医学病名诊断	胃 癌		胃脘痛	
		例 数	%	例 数	%
1	反流性食管炎	16	10.7	23	12.8
2	慢性浅表性胃炎	12	8	47	26.1
3	慢性萎缩性胃炎	28	18.7	7	3.9
4	慢性胃炎(浅表+萎缩)	97	64.7	33	18.3
5	胃溃疡	9	6	17	9.4
6	胃粘膜脱垂	2	1.3	4	2.2
7	胃癌	1	0.7	5	2.8
8	十二指肠球部溃疡	4	2.7	62	34.4
9	十二指肠球炎	11	7.3	23	12.8
10	十二指肠憩室	4	2.7	6	3.3
	合 计	184	122.8	237	126

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则研究状况概述 大多数学者均一致认为，萎缩性胃炎虽然病变表现在胃粘膜，而与其它器官、系统息息相关；再加患者的年龄、性别、病程、嗜食、地域和病变部分、病变程度以及体质因素的不同，临床就有各种症候表现，所以必须进行辨证，准确的辨证是有效治疗的基础[22]。董建华等认为，萎缩性胃炎属胃癌中的虚癌，乃脾胃受病，临床上以气阴两伤为多见，因此治疗用药则应针对虚癌“本虚标实”这一基本病理关键，标本兼顾，补虚泻实，补泻结合[18]。李恩复等则抓住胃阴不足，肝胃郁热，湿热内蕴，气滞血瘀几个方面，以凉润通降为总的治疗原则[23]。还有许多学者，在强调萎缩性胃炎病机上“虚”的一面的同时，非常重视“血瘀”病机及其活血化瘀治疗的重要性，甚至把活血化瘀作为治疗慢性萎缩性胃炎的重要治则之一[7,24-27]。

2.2.2 治法研究

2.2.2.1 滋阴养胃法 本法用于治疗胃阴不足型的患者。此型多因外感热邪，损伤津液，或因过食辛辣厚味肥甘，胃腑蕴热，消灼胃阴而致胃阴亏损而成。症见胃脘隐痛，嘈杂不适，胃纳欠佳，口干舌红、苔黄少津，脉细弦。临床多选用玉女煎、一贯煎、芍药甘草汤、沙参麦冬汤、养胃汤等。常用药物有沙参、麦冬、石斛、花粉、白芍、玉竹、百合、黄精、生地、枸杞、乌梅、枳壳、山楂、麦芽、甘草等。朱海龙等报道用“胃安Ⅱ号丸”(白芍、甘草、石斛、北沙参、黄精、山楂、枳壳、黄连）治疗萎缩性胃炎属于胃阴不足者 60 例，结果显效 19 例，好转 37 例，总有效率 93.3%[28]。许继祥报道，治疗萎缩

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

性胃炎的体会是胃阴不足和脾阳虚弱二者很难截然分开，治当滋阴与健脾合用；不可单用甘酸之品，若纯补可致气壅，药力难达病所；胃以通为补，但辛通太过可致化燥伤阴。他使用地丁散（生地、丁香、黄连、白术、陈皮、厚朴、党参、麦冬、五味子、乌梅、甘草）治疗萎缩性胃炎效果良好[29]。

2.2.2.2 疏肝和胃法 本法为肝脾不和而设。肝为刚脏，性喜条达而恶抑郁，若情志不遂，抑郁恼怒，则致肝郁失于疏泄，横逆犯胃乘脾，使脾胃气滞。特点是胃脘胀痛，攻撑胸胁或少腹，嗳气吞酸，口干而苦，心烦易怒，舌红或黯红，苔薄白或黄，脉弦或数。临床多选用四逆散、柴胡疏肝散、逍遥散等方。常用药物有柴胡、枳实、白芍、甘草、香附、黄连、丹参、砂仁、川楝子、佛手、延胡索、山楂、麦芽等。殷德燧等报道，自拟胃炎冲剂（檀香、肉桂、细辛、山楂、鸡内金、苡仁、木香、乌梅等）治疗萎缩性胃炎310例，结果治愈8例，显效224例，好转70例，总有效率达97.4%[30]。卢成林运用复萎汤（玉竹、麦冬、山楂、石斛、蒲公英等）治疗萎缩性胃炎50例，结果治愈5例，显效25例，好转17例，无效3例[31]。

2.2.2.3 健脾益胃法 本法是治疗萎缩性胃炎的基本方法，主要用于脾胃虚弱型的患者。脾胃互为表里，同居中焦，共司受纳运化，饮食不节、酒食过度，或久病不愈，日久损及脾胃，运化不力，气机升降失调。症见胃脘疼痛痞闷，食后尤甚，喜温喜按，纳呆乏力，肠鸣便溏，舌淡苔白，脉缓无力。治疗上多选用六君子汤、参苓白术散、补中益气汤加减。常用药物有党参、黄芪、炒白术、苡仁、茯苓、木香、砂仁、陈皮、半夏、鸡内金、麦芽等。华英兰等自拟治萎合剂（黄芪、党参、龙葵、薏藓、白术、当归、白芍、茯苓、石斛、丹参、甘草、红枣）治疗萎缩性胃炎73例，结果显效55例，好转12例，无效6例[32]。李世俊等自制养胃冲剂（黄芪、党参、白芍、甘草、怀山药、陈皮、香附、乌梅、蔗糖）治疗萎缩性胃炎132例，结果显效54例，好转57例，无效21例，总有效率84.1%[33]。

2.2.2.4 活血化瘀法 本法是针对气滞血瘀型而设。萎缩性胃炎病程绵长，病情反复迁延，“久痛入络”、“久病留瘀”，寒、热、湿、食诸邪均使气机阻滞，影响血络运行；或气虚或阴虚，胃腑失濡，血络运行无力，亦可致血气瘀滞。症见胃脘隐痛或刺痛，痛有定处，形体消瘦，面色晦暗，口干漱水不欲咽，舌有瘀斑，舌质紫暗，脉细或涩。临床治疗多选丹参饮、失笑散、金铃子散、桃红四物汤、血府逐瘀汤等方。常用药物有丹参、红花、当归、生蒲黄、五灵脂、赤芍、桃仁、降香、莪术、金铃子、延胡索、九香虫、没药等。孙咸茂等自拟益气活血汤（黄芪、吴萸、三棱、莪术、乌梅、丹参、乳香、没药、肉桂、生蒲黄、川芎）治疗萎缩性胃炎60例，其中伴肠化15例，结果显效49例，好转7例，无效4例，总有效率93.3%[34]。苗世举自拟活血化瘀汤（黄芪、当归、川芎、枳实、良姜、乳香、没药、炙甘草）治疗萎缩性胃炎属气虚兼滞、寒凝血瘀者50例，结果治愈21例，好转27例，总有效率达96%[35]。

2.2.2.5 清化湿热法 本法适用于脾胃湿热的患者。此型多因外感时气湿热之邪，日久郁而化热，或肝气横逆犯胃，郁久化火，灼伤胃气，或食滞伤中，酿生湿热，以及脾虚不运，水湿内停，困脾阻胃，日久化热。症见胃脘满闷不适或疼痛，嘈杂嗳气，甚则恶心呕吐，口臭纳呆，便溏不爽，舌红苔腻，脉滑数或弦数。临床治疗多选平胃散、左金

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

丸、藿朴夏苓汤、黄芩滑石汤等方法。常用药物有藿香、佩兰、厚朴、半夏、茯苓、苡仁、苍术、黄连、黄芩、大黄、滑石等。潘秀珍自拟胃炎Ⅰ号方（党参、黄芪、白术、白芍、神曲，仙灵脾、黄连、元胡、当归、柴胡、莪术、砂仁、陈皮、甘草）和胃炎Ⅱ号方（玉竹、沙参、黄芪、麦冬、佛手、花粉、山楂、枸杞、山药、麦芽、谷芽、丹参、白芍、黄连、五味子、甘草）分别用于治疗气虚滞湿类热型、气阴虚滞热夹湿型萎缩性胃炎共54例，结果显效29例，好转22例，总有效率94.4%[8]。

2.3 辨证用药研究

2.3.1 现代验方治疗用药规律分析

笔者首先将近二十年治疗胃癌（萎缩性胃炎）的45首现代验方中使用的药物进行功效分类整理，以了解现代医家治疗胃癌的辨证用药规律，结果如下：45首验方共计使用中药133味，使用频次为409次，平均每方使用中药约为9.1味。各类药物按使用的频次由高到低前10位的排列顺序是：理气药、活血化瘀药、补气药、清热药、化湿化痰药、消食药、补阴药、补血药、温里药、收涩药。各类的常用药有：①理气药：香附、佛手、柴胡、枳壳、木香、川楝子、陈皮、苏梗、枳实、乌药等；②活血祛瘀药：包括丹参、元胡、莪术、没药、蒲黄、川芎、郁金、五灵脂、红花等活血化瘀药和徐长卿、龙葵、红藤、金刚藤、山慈姑、平地木等祛瘀散结药；③补气药：黄芪、党参、白术、山药、大枣、太子参、甘草等；④清热药：包括清热燥湿药黄连、黄芩，清热泻火药山栀、知母，清热凉血药赤芍、玄参，清热泻下药大黄以及清热解毒药蒲公英、青黛、白花蛇舌草、半枝莲等；⑤化湿化痰药：砂仁、厚朴、茯苓、苡仁、半夏、贝母等；⑥消食药：鸡内金、山楂、神曲、谷芽、麦芽等；⑦补阴药：麦冬、沙参、百合、石斛、黄精等；⑧补血药：白芍、当归等；⑨温里药：吴萸、良姜、肉桂、细辛、干姜等；⑩收涩药：乌梅、五味子、五倍子、刺猬皮等。

若以单味药物的使用频次高低来排列顺序，前10位的顺序依次为：①甘草（27次）；②白芍（15次）；③黄芪（12次）；④党参，白术（11次）；⑤丹参，黄连（10次）；⑥香附，佛手，柴胡，乌梅（8次）；⑦枳壳，砂仁；茯苓，鸡内金，山楂，延胡索（7次）；⑧木香，川楝子，麦冬，莪术（6次）；⑨山药，大枣，半夏，陈皮，沙参，当归，没药，徐长卿（5次）；⑩苡仁、吴萸，黄芩，苏梗，乌药，枳实，郁金，川芎，蒲黄（4次）。共计38味中药，占总药味的28.6%；使用频次为270次，占总频次的66.0%。

从药物统计结果可以看出，今人治疗胃癌的治疗用药，方法主要侧重于理气消胀、活血化瘀、健脾益气、清热解毒、消食化滞、养阴和胃、养血活血、温中祛寒等，其中以前四者为常用；今人对胃癌病机的认识，着重于气滞、血瘀（胃络瘀阻）、脾虚（气虚、阳虚）、郁热、食滞以及胃阴不足等。从药物的使用上可以看出，理气药喜用香附、佛手、柴胡、枳壳、砂仁、木香、川楝子等，以疏理肝胃之气为特点；活血化瘀药善用丹参、元胡、莪术、没药、蒲黄、当归、郁金、徐长卿等，既有活血养血，也有活血化瘀，更有逐瘀散结之品，用药上存在着层次感；健脾益气药常用黄芪、党参、白术、茯苓、苡仁等，健脾补气而不忘祛瘀，然祛湿也常用半夏、陈皮等和胃化湿较为平和之品；养阴常用乌梅、沙参、麦冬、以及白芍等酸甘化阴之品。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3.2 治疗胃痞的现代验方与治疗痞满的古方用药规律比较 笔者将45首治疗胃痞（萎缩性胃炎）的现代验方与60首治疗痞满的古代方剂的用药规律进行比较，得出以下结论：①45首验方的处方平均药味为9.01，而60首古方则为7.6，说明今人在治疗胃痞上，较古人治疗痞满，组方用药相对较多，但较之目前的临床处方药味（12味左右），尚属精练。②从用药统计看，其常用药物的排列顺序古今发生了变化，突出的有以下四个方面：其一，验方较重视活血化瘀药物的使用，这一点在古方中虽有一定数量，但明显处于次要位置，名列末尾，而在今方用药中仅次于理气药，排于第二位，并且在活血药物中加入了一些逐瘀散结的药物；其二，验方较重视清热药物的使用，尤其是在清热解毒药物的使用上，验方远远多于古方，说明今人治疗胃痞多重视郁热病机；其三，古方用药以化湿化痰药为最多，排在首位，几乎不用养阴药，而验方中的化湿化痰药已较少使用，仅排在第5位，养阴药物却明显增加，说明今人在认识胃痞病机上，增人阴伤一说；其四，在理气药的使用上，古方着重在于调理中州气机，而验方则加人一些疏肝理气之品，肝胃并调。③从用药特点的古今对比上，可以看出今人治疗胃痞既继承了古人明察病机虚实及理气消食化湿治法的传统，又对胃痞的病机认识融人了新的概念，即对气滞血瘀等的认识，重视调理气机、活血化瘀及清热解毒、养阴益胃等治法的运用。

2.4 癌前病变及其治疗研究

2.4.1 萎缩性胃炎与癌前病变、胃癌的关系 如开篇所述，胃痞的临床表现与现代医学的慢性胃炎、功能性消化不良、胃下垂等疾病相似，其中最为常见者乃慢性萎缩性胃炎。近年来，癌症研究的重点转向了癌前病变的研究，及时和正确地发现和治疗胃癌的某些癌前状态和癌前病变，即对胃癌进行二级防治，具有重要的现实意义。目前认为，胃粘膜上皮细胞癌变，并非由正常细胞一跃而变为癌细胞，而是一个渐进性过程，在发展成为恶性肿瘤之前，往往经历持续多年的癌前期病变。WHO将此分为二类[36]：一类是胃癌的癌前状态，为临床概念，指一些发生胃癌危险性明显增加的临床疾病，如慢性萎缩性胃炎、慢性胃溃疡、胃息肉、残胃等。从这几种疾病的临床患病率来看，以萎缩性胃炎最多、最普遍。另一类是胃癌的癌前病变，为病理概念，指较相应正常部分更容易发生癌变的组织病理学改变。两者既有区别又有联系，如慢性萎缩性胃炎是癌前状态，而当其伴有异型增生时，则是癌前病变。在胃粘膜病理研究领域，有两种变化被视为胃粘膜的癌前病变，即异型增生和肠上皮化生，其中中、重度的异性增生和不完全性大肠型肠化生，与胃癌发生的关系更为密切。

2.4.2 癌前病变的治疗研究 现代医学对癌前病变尚无特效疗法，主张：①以内窥镜并胃粘膜活检病理检查为手段进行密切随访，必要时手术切除；②细胞分化诱导剂的应用；③幽门螺杆菌感染的治疗。近年来中医药治疗取得了较为满意的效果，主要有以下特点。

（1）辨证论治：许自成等将本病分为脾胃虚寒、肝胃不和、胃阴不足、脾胃湿热四型，分别治以黄芪建中汤合良附丸加减、柴胡疏肝散合黄鹤丹加减、沙参麦冬汤加减、三仁汤合藿朴夏苓汤加减。本组88例萎缩性胃炎，伴肠化42例，经治疗后总有效率为59.5%；伴异性增生者27例，治疗总有效率66.7%[37]。张文尧等亦将本病分为4型，肝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气犯胃者以四逆散合甘草芍药汤加减，脾胃虚寒者以黄芪建中汤加减，脾胃湿热者以连朴饮加减，胃阴不足者以养胃汤合芍药甘草汤加减进行治疗。治疗前萎缩性胃炎伴轻度异型增生者 1 例，治疗后无明显改变；伴中度者 51 例，治疗后转为正常者 4 例、转为轻度者 39 例、无变化 7 例、转为重度者 1 例[38]。张镜人等把本病分为气虚和气滞 2 个证候，分别治以疏肝理气及健脾和胃等。治疗前萎缩性胃炎伴轻度肠化 16 例、中度 17 例、重度 1 例，治疗后轻度为 22 例、重度 1 例、消失者 11 例；治疗前伴轻度异型增生者 4 例、中度 3 例，治疗后全部消失[39]。董建华等将本病分为气阴两虚、虚火灼胃、脾胃虚弱三个证候，分别以甘平养胃方、酸甘养胃方、甘温健胃方进行了两个临床阶段的治疗，其中第二阶段的 104 例中，癌前病变征象改善率达 95.76%，消失率为 52.12%[18]。

（2）基本方加减论治：王富天等用润胃汤治疗萎缩性胃炎伴肠化者 2 例、异型增生 25 例，基本方为麦冬、石斛、生地、玉竹、天花粉、乌梅、山楂、白芍、甘草、三七粉，胃热盛者加石膏、蒲公英；胃脘刺痛加蒲黄、五灵脂等。治疗后肠化减轻或消失者 17 例，异型增生程度减轻或消失者 19 例，病理总有效率 83.34%，临床总有效率 98.08%[40]。陈云芝以自拟方异消平治疗癌前病变，基本方为柴胡、枳壳、薄荷、郁金、黄柏、茯苓、莪术、白花蛇舌草、白扁豆，气虚加党参、黄芪，嗳气呃逆者加旋覆花、代赭石等。治疗前轻度肠化 27 例，治疗后减至 7 例；中度肠化治疗后 4 例全部消失、1 例转为轻度；重度肠化 4 例，治疗后 2 例减为轻度，2 例消失。治疗前 3 例异型增生，治疗后全部消失[41]。朱生梁等用平萎方随证加减，基本药物有苏梗、白术、枳壳、桂枝、川芎、莪术、党参等。重度肠化 11 例，治疗后消失或转为轻度者 8 例、转为中度者 3 例；轻度异型增生者 30 例，治疗后 25 例消失，5 例无效；中度异型增生者 9 例，治疗 7 例消失、1 例转为轻度、1 例无效。

（3）固定方治疗：董林自拟胃萎方（黄芪、生地、甘草、白芍、白术、木香、乌梅、山楂等）治疗萎缩性胃炎伴轻度肠化者 11 例，治疗后 5 例消失、5 例无改变；中度者 31 例，治疗后 11 例消失、3 例转为轻度、17 例无改变；重度者 4 例，治疗后 3 例消失、1 例转为轻度。伴轻度异型增生者 7 例，治疗后 5 例消失、2 例无改变；中度者 3 例，治疗后 2 例消失、1 例无改变[42]。孙希圣用自制胃复康（散剂）（乌梅、枳壳、仙鹤草、白矾、郁金、火硝、制马钱子、炒干漆）治疗萎缩性胃炎伴肠化者 20 例，治疗后 16 例消失[43]。蔡生业等用黄芪、党参、白术、山药、当归、木香等中药制成的冲剂治疗萎缩性胃炎伴肠化和异型增生者 42 例，经内镜病理活检治疗 3 个月前后对比观察，中药组显效率 54.8%，总有效率 92.9%，疗效明显优于猴头菌片对照组。

3 实验研究

3.1 中医常用治法疗效机理的研究

近二十余年以来，有关中医药治疗胃癌（慢性萎缩性胃炎）的报道很多，但常用的治法主要有疏肝和胃、健脾和胃、养阴益胃、清热化湿、理气活血等，综合有关的实验研究报道，以上治法及其药物取效的机理主要与以下几个方面的综合作用有关：

3.1.1 调节胃肠运动功能，促进消化作用 研究表明，无论是临床症状疗效、镜下

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗效还是动物实验研究，都表明中医药能明显改善胃内环境，促进胃肠蠕动和消化液分泌，解除胃肠平滑肌的痉挛，协调胃、幽门及十二指肠的移行性复合运动，从而有利于胃粘膜慢性炎症的恢复。

3.1.2 减轻和阻止胆汁反流 研究表明，碱性肠液，尤其是胆汁的反流，是造成粘膜炎症、腺体萎缩乃至癌前病变的主要原因之一。理气通降、清热化湿等中药能明显减少人或动物的胃液中胆酸的含量，减轻和抑制十二指肠、胃反流，从而消除胆盐等对胃粘膜的损伤作用。

3.1.3 抗幽门螺杆菌作用 近年来，幽门螺杆菌感染与胃粘膜活动性炎症、萎缩性胃炎伴见癌前病变的关系，已受到了广泛重视，临床观察和动物试验、以及中药抑菌试验表明，多种清热燥湿、凉血解毒以及部分补益气血、活血化瘀等中药都对幽门螺杆菌具有良好的抑菌和杀菌作用[44]，以利于胃粘膜炎症的修复。

3.1.4 免疫调节作用 萎缩性胃炎的发病与免疫因素有关，尤其是B型萎缩性胃炎患者的血清免疫球蛋白IgG、IgM、IgA显著高于正常人[45]。临床研究和动物实验表明，补气健脾、清热解毒、理气活血等多种中药能调节体液免疫，新近研究表明，对外周血的多种细胞因子及其受体有一定的调节作用。

3.1.5 改善局部血供，增强胃粘膜屏障作用 萎缩性胃炎是胃粘膜固有腺体减少的一种慢性病变，存在着局部微循环障碍，同时，局部血供的障碍，则影响细胞的新陈代谢，从而加剧胃粘膜充血、水肿、糜烂等炎性病变。活血理气等中药能明显改善微循环和局部血供，增加胃粘膜血流，以改善萎缩的胃粘膜腺体细胞代谢的营养供给，以利于粘膜炎症的修复和腺体的再生。

3.1.6 抗癌前病变作用 既往的动物实验研究表明，莪术、半枝莲等多种活血逐瘀、清热解毒中药具有抗肿瘤作用，近年来通过免疫组织化学及癌基因研究、病理形态定量检测、细胞核DNA含量测定以及细胞增殖活性研究，表明中药复方具有抗癌前病变的作用，对异型增生、肠上皮化生等胃癌前病变具有治疗作用。

3.2 实验动物模型研究现状

3.2.1 萎缩性胃炎实验动物模型研究

近二十余年，在中医药治疗慢性胃炎、萎缩性胃炎临床研究广泛深入开展的同时，萎缩性胃炎的实验动物模型研究也取得了长足进展。

笔者认为，萎缩性实验动物模型的选择，主要以临床病因学为依据。一般认为，萎缩性胃炎的病因与发病机理较为复杂，有的比较明确，有的尚有争论。但是自身免疫反应、幽门螺杆菌感染、胆汁或十二指肠液反流是一致公认的病因和发病环节，尤其是胆汁或十二指肠液反流是引起浅表性胃炎、萎缩性胃炎的重要因素，在慢性胃病中占有很高的比例，这一点通过消化道压力、pH值、胆酸测定，以及胃镜检查可以证实。造成胆汁反流的主要因素和关键是幽门功能失调以及胃、十二指肠蠕动的不协调，而饮酒、抽烟、精神因素等是造成幽门功能失调的诱因。基于上述认识，以长期牛磺胆酸钠或去氧胆酸钠口服，以及幽门环扩张法（如幽门弹簧置入法）较为符合人类萎缩性胃炎的发病机制。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2.2 胃癌前病变实验动物模型的研究 WHO 召开的胃癌专家会议上曾提出[46]：癌前期变化包括癌前期状态和癌前期病变，前者指一些发生胃癌的危险性增加的临床情况或疾病，如萎缩性胃炎、胃溃疡、胃息肉、残胃等；后者指一类容易发生癌变的病理组织学改变，如中度以上的不典型增生、大肠型肠上皮化生。从临床上看，癌前状态的临床疾病中以萎缩性胃炎最为常见，其中许多患者进行粘膜活检后发现伴有癌前期病变。因此，在胃癌前病变的实验动物模型的选择与制备上，也应考虑到这个因素。目前，N—亚硝酰胺是公认的致癌物，经水饮用或饲料口服 N—甲基—N′—硝基—N—亚硝基胍、N—乙基—N′—硝基—N—亚硝基胍、N—丙基—N′—硝基—N—亚硝基胍、N—甲基—N′—乙酰脲等几种烷基亚硝酰胺，在多种动物包括大鼠和狗可以诱发类似人类胃癌的腺胃腺癌，8 个月即可造成鼠胃粘膜中重度的异型增生等癌前病变。由于时间长、试剂费用高，笔者认为，可将萎缩性胃炎造模方法的幽门弹簧置入法、去氧胆酸钠口服法与上法相结合，或者进一步施加高盐食物等影响因素，可节省费用，缩短造模时间。

【古训今释】

胃痞病名虽由今人提出，但中医古籍对其论述多散在于痞满的论述之中，下面从病因病机、证候与诊断、临床治疗等方面分述如下：

1 病因病机论

据中医文献记载，对痞满之阐述，最早见于《内经》，在《内经》中或称痞、满、否膈、否满。当时对本病的病因、病机已有相当地认识。认为其病因多由饮食不节，起居不时，寒邪内侵等，如《素问·太阴阳明论》云："饮食不节，起居不时者，阴受之。……阴受之则入五脏，……入五脏则膜满闭塞……。"《素问·异法方宜论》云："脏寒生满病。"又如《素问·阴阳应象大论》云："寒气生浊，……浊气在上，则生膜胀。"

东汉·张仲景对痞满的认识进一步深化、具体，明确指出："满而不痛者，此为痞"（《伤寒论》）。认为痞满的病因病机多因外感表证未愈，误下伤中，正虚邪陷，结于心下，阻碍中州气机正常升降运行。如《伤寒论》云："伤寒中风，医反下之，其人下利，日数十行，谷不化，腹中雷鸣；心下痞硬而满，干呕，心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚，此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也……。"

隋·巢元方《诸病源候论·诸痞候》认为，引起痞满的原因非止一端，概其病机，却不外乎营卫不和，阴阳隔绝，血气壅塞，不得宣通。着重强调了引起痞满的内在因素。如论中云："诸否者，营卫不和，阴阳隔绝，脏腑痞塞而不宣通，故谓之痞。但分有八否、五否或六否，以其名状非一，故云诸痞。其病之候，但腹内气结胀满，闭塞不通。"

金元时代，李杲大倡脾胃内伤之说，认为："内伤脾胃，百病由生。"其所论述脾胃病的致病原因有饮食不节，劳役过度，喜怒忧恐等均与痞满之病因有关。如《兰室秘藏·中满腹胀论》云："脾湿有余，腹满食不化。……亦有膏粱之人，湿热郁于内而成胀满者。……或多食寒及脾胃久虚之人，胃中寒则生胀满，或脏寒生满病。"这主要从脾胃内伤角度阐述了本病的病因病机。

《丹溪心法·痞》对痞满的病机阐述尤为具体，如论中云："痞者与否同，不通泰也。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

“脾气不和，中央痞塞，皆土邪之所为也。”

综上所述，痞证之病因从《内经》之饮食不节，起居不时，寒邪内侵等，至仲景外感表证未愈，误下伤中，正虚邪陷，及东垣之脾胃内伤之说，中医对痞证之病因病机认识，逐渐全面、完善，对后世对痞证病因病机研究起着指导作用。

2 证候、诊断及鉴别诊断

《内经》认为痞证病变多涉及脾胃，其临床表现为心下痞满不畅，胸膈满闷不舒。如《素问·六元正纪大论》说：“太阴所至，为积饱痞膈。”《素问·至真要大论》云：“太阴之复，厥气上行，……心胃生寒，胸膈不利，心痛痞满”。《素问·五常政大论》说：“土曰备化，……备化之纪，气协无休，……其病否。……卑监之纪，是谓减化，……其病留满否塞，从木化也。”

仲景对本病的诊断及类证鉴别也进行了论述，如《伤寒论》云：“脉浮而紧，面复下之，紧反入里，则作痞，按之自濡，但气痞耳。”又云：“若心下满而硬痛者，此为结胸也，……但满而不痛者，此为痞。”

《丹溪心法·痞》对痞满与胀满的鉴别，论中阐述具体、明确，认为二者相类似而痞满轻、胀满重，如“胀满内胀而外亦有形，痞则内觉痞闷，而外无胀急之形”。

明·王肯堂《证治准绳·痞》在前人基础上更进一步地把痞与胀进行了鉴别，认为胀在腹中，其病有形；痞在心下，其病无形。

张介宾《景岳全书·痞满》对本病的辨证颇为明晰：“痞者，痞塞不开之谓；满者，胀满不行之谓。盖满则近胀，而痞则不必胀也。所以痞满一证，大有疑辨，则在虚实二字，凡有邪有滞而痞者，实痞也；无邪无滞而痞者，虚痞也。有胀、有痛而满者，实满也；无胀无痛而满者，虚满也。”

3 临 证 治 疗

《内经》有关对痞满的病因病机及临床表现的阐述，为后世医家研究本病及临证治疗，初步奠定了基础。在辨证施治上，仲景首开先河，所论述之诸泻心汤证，其条理清晰，立法精当，一直为后世医家所效法。

唐、宋时期的医学著作，虽然在有关痞满的理论方面未见更多的论述，但在治疗方而，所搜集的方药十分丰富。从立法用药上分析，有以调补脾胃为主的，有以疏利攻邪为主的，有以消补兼施的。如《备急千金要方·脾脏方》之槟榔散，主治“脾寒，饮食不消，劳倦，气胀，噫满，忧恚不安”，以人参、白术、茯苓与陈皮、麦芽、陈曲、吴萸、厚朴、槟榔同用，为消补兼施的代表方剂；《本事方》的枳壳散中，白术、枳壳、香附、槟榔同用，《局方》的利胃丸中，人参、白术、茯苓与枳壳、厚朴、槟榔、三棱同用，两方均是调理脾胃、消补兼施，为治疗虚实相兼之痞满的代表方剂。特别在《局方》中，既有木香槟榔丸、匀气散、平胃散等以攻邪为主之方，又有参苓白术散等“冲和不热”治疗“虚痞”之处方。进一步丰富了治疗痞满的经验。

金元时代，李杲大倡脾胃内伤之说，《兰室秘藏·卷二》之消痞丸、枳实消痞丸以及《内外伤辨惑论》里所引用的张元素的枳术丸，均是在上述理论指导下组拟的消补兼施，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苦降辛开合用的治疗痞满病之良方。同时期的朱丹溪汇集前人之长，他特别反对一见痞满便滥用利药攻下，不知中气重伤，脾失运化，痞满更甚。这些认识对后世影响很大。

明、清时期医家在汇集前贤论述和经验的基础上，对痞满的辨证论治作了较系统的总结。张介宾在明辨痞、满之虚实的基础上，提出“实痞、实满者，可散可消；虚痞、虚满者，非大加温补不可。此而错用，多致误人。”李用粹在《证治汇补·痞满》篇中，对本病的治疗阐述尤详，“初宜舒郁化痰降火，久之固中气佐以他药，有痰治痰，有火清火，郁则兼化”。张璐着重强调因人施治的原则，如《张氏医通·诸气门上》云：“肥人心下痞闷，内有湿也；瘦人心下痞闷，乃郁热在中焦；老人、虚人脾胃虚弱，运转不及”等等。林珮琴《类证治裁·痞满》论述尤详，他首先指出：“伤寒（热病）之痞，从外之内，故宜苦泄；杂病之痞，从内之外，故宜辛散。”他把杂病痞满分作胃中寒滞停痰，饮食寒凉伤胃、脾胃阳微、中气久虚、精微不化、脾虚失运、胃虚气滞……等若干证型，并指出“亦有寒热虚实之不同”，宜分别而治之。条分缕析，因证选方，对临床很有指导意义。叶桂在《临证指南医案·痞满》篇云：“六淫外侵，用仲景泻心汤；脾胃内伤，用仲景苓姜桂甘法，即尊古贤治痞之以苦为泄，辛甘为散二法。其于邪伤津液者，用辛苦开泄，而必佐酸味以助之，于上焦不舒者，即有枳、桔、杏、蒌开降，而有用栀、豉清热化腐，疏畅清阳之气，是又从古人有形至无形治内，化出妙用。若所用保和化食，白金驱痰，附姜暖中，参、苓养胃，生脉敛液，总在临证视其阴阳虚实，灵机应复耳。”叶氏对痞满的辨证、立法、选方、用药等方面论述备至，值得临证学习效法。

痞满一证，源于《内经》，辨证论治，奠基于仲景，隋唐时期有所充实，金元时代逐渐深化，明清时期，日趋完善，实为后世辨治痞满之规绳。

展　望

胃痞病是影响人类健康的重大疾病之一。由于该病尤其是晚期的非典型增生、肠上皮化生及癌变等，往往导致恶性不可逆之后果，甚则危及生命，故近二十年来，国内医学界对该病从中医学及中西医结合角度进行了大量的理论、临床和实验研究。国家七五、八五攻关课题期间，秉承脾虚证的现代研究，对该病进行大量的探索，体现出中医及中西医结合对该病的防治具有明显的优势和特色。展望未来，随着现代科学技术及西医学之发展，对该病的研究应从更广阔更深的领域进行探索，在诸多方面亟待加强研究。

1. 立足中医理论，统一中医对该病之认识：

中医典籍，浩如烟海，历代医籍中对该病的论述颇丰。近十年来，国内中医界对该病中医学病机的论述很多。有从（胃）阴虚论治、有从（脾）阳虚论治、有从血瘀论治、有从热毒论治，更有从痈论治者；对该病的辨证分型治疗更是各不一致，用药亦不统一。这既反应出中医学术上争鸣性、活跃性，同时也对该病临床疗效的提高及新药的研制、开发产生了障碍，所以笔者认为应组织有关专家对该病的中医理论研究进行全面系统总结。立足中医理论，对该病的病因病机、辨证分型、选方用药进行归纳整理，达成对该病中医认

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

识的统一共识。从而指导临床治疗，提高临证疗效，促进新药的研制与开发，加速科技成果转化为生产力。

2. 应用现代科学方法，深入机理研究

现代科学技术发展迅速、日新月异，对胃痞病的研究一定要充分应用现代科学方法，紧紧跟上现代科学技术的发展。除常规之影象学及病理形态学外，尚可采用放射免疫法测定、胃肠激素测定、胃肠道屏障功能测定、胃肠电生理测定、胃肠 pH 值及胃肠运动功能测定、胃肠粘膜腔感受度测定、离体细胞培养检测等方法，从细胞、亚细胞、分子生物学水平进行广泛而深入的研究。

同时在科研设计方面，要求更严谨、更科学，要使得出的结论能经得起反复验证。对各种“证”的研究，一定要设立与之接近的其他“证”进行对照观察，才能看出他们之间的异同点，这样得出的结论，也才更客观，更具有说服力。

3. 临床与基础相结合

中医的生命力在于临床，因此对于胃痞的现代研究，一定要临床研究与基础研究相结合。在临床研究中，则应以中医传统的辨证论治为基础，结合辨病及有关检测指标进行治疗，以明确疗效机理，不断提高临床疗效。为了验证临床疗效，可以建立合理的动物模型。动物模型的建立一定要与各证型的临床表现基本吻合，这样才能保证其他指标研究的准确性。在临床取得疗效的基础上，同时开展新药研究及各种基础研究。

只有临床取得较好的疗效，才能比较客观地评价各种方药的治疗效果，其方药研究也才有价值。方药的研究则应加强药物的有效成分、方药配伍、整体作用及合理剂型的开发研究。

同样临床研究与基础研究也是相辅相成的，基础研究既不能脱离临床，但反过来又有利于辨证分型更加客观化。从而提高“证”的准确性，为临床治疗用药和疗效观察提供客观指标，以不断提高临床疗效。

4. 开展多学科研究

医学的发展与其他学科有着密切的关系，近二十年的研究已初步揭示了其与消化系统组织学、生理功能及病理改变等有关外，还与人体多系统改变有着密切联系。如血液循环系统、神经内分泌系统、免疫系统、第二信使及微量元素等。近年来也有人从一氧化氮角度进行了大量研究。因此今后的研究仍应围绕着多学科进行，在现有的基础上采用最新指标，以使研究不断深入。可以相信，通过更完善的科研设计，借助现代先进科研手段，将会逐步揭示胃痞病的本质，为中医现代化、世界化作出贡献。

（周斌　唐旭东　聂淼　段鲜红　李乾构）

参 考 文 献

[1] 刘立力. 160 例萎缩性胃炎的病因病机分析. 中医研究，1990；3 (4)：37
[2] 何焕荣，等. 黄一峰老中医对胃肠疾病的治疗经验. 新医药学杂志，1979；(5)：3
[3] 曹鸣皋，等. 治疗慢性萎缩性胃炎的初步体会. 江苏中医杂志 1980；(1)：43
[4] 张继泽. 关于慢性萎缩性胃炎几个问题的探讨. 江苏中医杂志，1982；(6)：1

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[5] 李玉奇. 中医药国际学术会议论文集（沈阳：1991. 6）
[6] 史载祥，等. 活血化瘀法在慢性消化系疾病中的应用. 江苏中医杂志 1980；(2)：18
[7] 唐旭东. 慢性萎缩性胃炎血瘀病机与治疗方法探讨. 中医杂志，1998，(11)：687
[8] 潘秀珍，等. 慢性胃炎辨证论治为主治疗 134 例初步总结. 福建中医药，1981，(6)：21
[9] 李恩复，等. 胃病研究. 石家庄：河北科学技术出版社，1991
[10] 王克健，等. 慢性胃炎与溃疡病的舌苔观察——附 111 例纤维胃镜检查资料分析. 新医学，1977，8 (3)：110
[11] 吴建华，等. 全国首届中医内科学术会议论文选编. 内部资料.
[12] 马山，等. 胃友治疗慢性萎缩性胃炎 910 例临床报告. 中医杂志，1989，(9)：32
[13] 徐州医学院附院. 胃安丸治疗慢性萎缩性胃炎 110 例疗效观察. 中医杂志，1982，23 (2)：30
[14] 张镜人，等. 122 例慢性胃炎的证治探讨. 新中医，1983，(7)：305
[15] 周学文. 慢性萎缩性胃炎辨证论治. 中医杂志社召开的萎缩性胃炎中医药治疗专题座谈会材料. 青岛：1991
[16] 陈泽民. 60 例萎缩性胃炎的辨证论治和疗效观察. 武汉医学院学报，1981，(3)：78
[17] 杨青波，等. 慢性胃炎中医辨证分型的现代病理基础初步探讨. 福建医药杂志，1982，(1)：26
[18] 董建华，等. 虚痞（慢性萎缩性胃炎癌前病变）中药治疗观察. 中国医药学报，1989，(6)：12
[19] 潘秀珍，等. 中药胃炎合剂治疗慢性萎疗效观察. 中医杂志，1984，25 (2)：27
[20] 詹继烈，等. 胃粘膜相微观辨证分型探讨. 中医杂志，1989，(4)：37.
[21] 王玉玫，等. 200 例萎缩性胃炎的胃镜诊断与中医分型的对照研究. 中医药学报，1984；(4)：32
[22] 杨春波，等. 中医药治疗萎缩性胃炎专家座谈会纪要. 中医杂志，1991，(12)：46
[23] 李恩复，等. 中医中药治愈慢性萎缩性胃炎 31 例总结. 山东中医学院学报，1985，(2)：43
[24] 宋建萍. 慢性胃炎与血瘀关系的探讨. 新中医，1989，(6)：14
[25] 黄骏. 浅述从虚、瘀辨治萎缩性胃炎. 新中医，1986，(11)：16
[26] 侯东梅，等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与血液流变学的关系. 中国中西医结合脾胃杂志. 1997，5 (1)：14
[27] 孙维峰. 慢性胃炎与脾虚血瘀的关系. 中国中西医结合脾胃杂志，1997，5 (2)：123
[28] 朱海龙，等. 胃安丸治疗慢性萎缩性胃炎 110 例疗效观察. 中医杂志，1982，(2)：30
[29] 许继祥. 地丁散治疗慢性萎缩性胃炎. 浙江中医杂志，1984，(11)：512
[30] 殷德燧，等. 胃炎冲剂治疗萎缩性胃炎 310 例临床观察. 中医杂志，1985，(7)：36
[31] 卢成林. 自拟“复萎汤”治疗萎缩性胃炎 50 例. 辽宁中医杂志，1987，(6)：21
[32] 华英兰，等治萎合剂治疗慢性萎缩性胃炎 73 例. 陕西中医，1987，(7)：304
[33] 李世俊，等. 养胃冲剂治疗慢性萎缩性胃炎临床观察. 中医杂志，1986，(11)：30
[34] 孙威茂，等. “益中活血汤”治疗萎缩性胃炎 60 例报告. 中医杂志，1983，(9)：23
[35] 苗世举. 活血化瘀汤治疗慢性萎缩性胃炎 50 例小结. 中西医结合杂志，1986，(5)：267
[36] Morson Bc，et al. Precancerous conditions and epithelial dysplasia in the stomach. J clin Pathol，1980；33：711
[37] 许自成，等. 中医治疗慢性萎缩性胃炎 88 例疗效观察. 中西医结合杂志，1986，6：342
[38] 张文尧，等. 慢性胃炎伴胃腺异型增生的中医治疗. 中医杂志，1987；28：751
[39] 张镜人，等. 调气活血法治疗萎缩性胃炎 52 例疗效观察. 中医杂志，1987，28：588
[40] 王富天，等. 润胃汤治疗萎缩性胃炎 156 例. 陕西中医，1992，11：344
[41] 陈云芝. 异消平治疗慢性胃炎肠化不典型增生 40 例. 陕西中医，1987，8：299

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[42] 董林．胃萎方治疗萎缩性胃炎 50 例疗效观察．浙江中医杂志，1985，20:493
[43] 孙希圣．中药胃复康治疗萎缩性胃炎伴肠腺上皮化生 20 例观察．中医杂志，1986；26:898
[44] 张琳，等．中医药治疗萎缩性胃炎治疗经验谈．中医杂志，1992，33 (2):7
[45] 张德中，等．萎缩性胃炎免疫功能的研究．中华消化杂志，1984，4 (1):4
[46] 张荫昌．关于胃癌癌前病变的研究．中国医科大学学报，1983，12 (2):1

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 呕　吐 ❋

呕吐是指胃失和降，气逆于上，使胃中食物、痰涎等由口中吐出的病证。

西医认为呕吐是通过胃的强力收缩迫使胃内容物经口排出的病理生理反射，可单独出现，但更多的则见于许多疾病的过程中，尤其是消化系统疾病的常见症状之一，如急性胃炎、胃粘膜脱垂症、幽门痉挛、不完全性幽门梗阻、贲门弛缓、十二指肠壅滞症、急性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症、急性胰腺炎、急性阑尾炎、急性肝炎、急性细菌性痢疾、食物中毒、胃肠神经官能症、肠梗阻、消化道肿瘤等，其它如内耳眩晕症、尿毒症、中暑、妊娠反应、药物影响及某些感染性疾病或颅脑病变等出现以呕吐为主症时，也可参考本病进行辨治。大多数患者出现呕吐，常伴有器质性疾病，少数则为功能性疾病所致，有时呕吐则是人体的一种保护性机制，临床当仔细区别。

【今日临床】

1　诊 断 标 准

关于呕吐的诊断标准，凡本书涉及以呕吐为主要症状的西医疾病，必须按本病的最新诊断标准执行。评分标准及疗效标准，目前多参考 1993 年中华人民共和国卫生部药政司发布的《新药（西医）临床研究指导原则》一书的诊断和疗效标准。

呕吐的中医诊断标准，中国中医内科学会脾胃病专业委员会编著的《中医胃肠病学》（中国医药科技出版社，1993 年 10 月，第一版）一书中参考的是《中医诊疗常规》（中医古籍出版社，1989 年）中的诊断标准，过于简略，1994 年 6 月国家中医药管理局颁发的行业标准，较为全面，1995 年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》第二辑中有关呕吐的诊疗标准是中药新药开发研究的依据。

1.1　病名诊断标准

主症：呕吐食物残渣，或清水痰涎、或黄绿色液体，甚则兼夹少许血丝，一日数次不等，持续或反复发作。

次症：伴有恶心，纳谷减少，胸脘痞胀，或脘腹胁肋疼痛。

诱发因素：多有骤感寒凉，暴伤饮食，劳倦过度及情志刺激等诱发因素。或有服用化学制品、药物、误食毒物史。

体格检查：上腹部压痛或有振水声。肠鸣音增强或减弱。

理化检查：呕吐控制后，胃肠 X 线摄片及内窥镜检查可明确病变部位及性质。血查肝、肾功能，电解质，血气分析，B 超探查肝、胆、胰等有助于鉴别诊断。

凡具备上述主症，参考其他项即可诊断为呕吐。

以上诊断标准根据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

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大学出版社，1994 年 7 月，第一版）。

1.2 证类诊断标准

1995 年卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》（第二辑）中对本病的证类诊断有如下标准。

外邪犯胃证 外感风寒暑湿秽浊之邪，突然恶心呕吐，恶寒发热，头痛身疼，或兼脘腹胀闷，肠鸣腹泻，舌质正常，舌苔薄白或白腻，脉浮紧或濡缓。

食滞胃脘证 暴饮暴食或进食不洁之食物后，呕吐时作，嗳腐食臭，食后加重，吐后减轻，恶心厌食，胸脘闷胀或兼肠鸣，完谷不化，舌苔厚腻，脉滑。

肝胃不和证 情志郁怒诱发呕吐，随情绪变化而时轻时重，时作时止，吐后仍时有呕恶，嗳气频作，胁脘作痛，吞酸烧心，烦急易怒，口苦咽干，舌边红，舌苔薄白，脉弦。

痰饮中阻证 呕吐痰饮涎沫，脘闷纳呆，眩晕心悸，口干不欲饮，水入即吐，吐后反而不渴，大便软而不爽，舌苔白滑或白腻，脉濡缓或弦滑。

胃热上涌证 食入即吐，吐后嘈杂，脘腹胀痛拒按，口干喜冷饮，大便燥结，舌红，苔黄，脉滑数。

脾胃虚寒证 遇冷食凉则呕吐，时发时止，脘腹冷痛，喜热喜按，神疲乏力，面色萎黄，口干不欲饮或喜热饮，食少便溏，舌淡，苔白，脉沉迟。

胃阴不足证 反复发作呕吐或干呕，胃脘嘈杂，饥不欲食，稍食即饱，口燥咽干，渴不多饮，舌嫩红，苔中剥或无苔，脉细数。

2 中心证候特征

呕吐宿食痰涎或黄绿苦水、酸水为本证的中心证候。

本病一般可分为外邪犯胃，食滞胃脘，肝胃不和，痰饮中阻，胃热上涌，脾胃虚寒，胃阴不足七类证候。

外邪犯胃证的特征是起病较急，突然呕吐，其感受风寒者伴恶寒身楚；感觉风热者有发热恶风，苔黄；感受暑湿者兼见胸脘痞满，苔黄腻；感受暑热者呕吐可呈喷射状并壮热头痛，脉洪数，舌红苔黄燥；感受秽浊者呕吐频繁，胸脘痞满，苔垢腻；食滞胃脘证的特征为呕吐酸腐，厌食脘胀，吐后反快；肝胃不和证的特征是呕吐吞酸，嗳气胸闷，与情志刺激有关；胃热上涌证的特征是食入即吐，呕吐酸苦，脘腹胀痛拒按，大便燥结，舌红，苔黄，脉滑数；痰饮中阻证的特征为呕吐浊痰涎沫，头晕心悸，苔白滑腻；脾胃虚寒证的特征是饮食稍凉则吐清水或食物，四肢不温，舌淡；胃阴不足证的特征为呕吐时作，量少或酸或苦，饥不欲食，舌红少津。

3 病 因

3.1 原发病因

外邪犯胃 由于感受风寒暑湿火热之邪或秽浊之气侵犯胃腑；使胃失和降，水谷随气逆而上，即发生呕吐。如《素问·举痛论》说："寒气客于胸胃，厥逆上出，故痛而呕也。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《素问·至真要大论》亦说："少阴之胜……炎暑至，呕逆。"一般来说，"卒然而呕吐，定是邪客胃腑，在长夏暑邪所干，在秋冬风寒所犯。"然而，在外邪所致呕吐中，又以寒邪致病最多，乃寒邪最易耗损中阳，使邪气凝聚胸膈，动扰胃腑之故。

饮食内伤 由于饮食不节，温凉失调，饥饱无常，或过食生冷油腻，难以消化之物，误食不洁之物，停滞不化，伤及胃腑，致胃气不能下行，上逆而致呕吐。

情志失调 恼怒愤郁，肝失条达，横逆犯胃，以致肝胃不和，胃气上逆而作呕吐，诚如张景岳所说："气逆作呕者，多因郁怒致动肝气，胃受肝邪，所以作呕。"（《景岳全书·呕吐》）至于忧思损伤脾气，脾失健运，食难运化，胃失和降以致呕吐，是情志失调所致呕吐的另一种表现。

脾胃虚弱 中阳不振，不能腐熟水谷而化生气血，和降失常，而致呕吐。或因病后胃阴不足，失其润降，亦可引起呕吐。如《证治汇补·呕吐》中所说："阴虚成呕，不独胃家为病，所谓无阴则呕也。"

其它 如胃有痈脓，服食有毒食物或药品，以及蛔虫扰胃等，皆可引起呕吐。

3.2 继发病因

痰饮 多因脾胃运化失常，导致水谷不能化生精微，停痰留饮，积于中脘，痰饮上逆，而发呕吐。

气滞 无论湿浊、寒邪、暑热等侵犯胃腑，皆可阻塞气机。如《医文辨难大成》所说："外邪客于中焦则其气闭，气闭而气与邪争。"情志失调，肝气郁滞；素体阳气虚弱，脾阳不振，运化无权，寒湿内生，气滞不畅；中气衰惫，运化不力，脾虚气滞；肝郁日久，化火伤阴，肝失柔和之性，肝胃阴虚，木土失和，气机阻滞，胃失和降，可发生呕吐。

瘀血 气滞日久，可由气及血，由经入络，气血俱病，络道不利，形成瘀血，瘀血停于胃腑，和降失司，可致呕吐。

3.3 诱发因素

精神刺激，情绪激动皆可诱发肝气犯胃之呕吐；外感六淫，饮食不节，劳欲过度则可加重虚证之呕吐。如《古今医鉴·呕吐》说："若胃虚之人，不能摄养，或为寒气所中，或为暑气所干，或为饮食所伤，或气结而痰聚，皆能令人呕吐。"《张氏医通》亦曰："吐虽曰脾胃虚寒，然致病之由必有积滞于内。"

4 病 机

4.1 发 病

缘由外邪，食人不洁之物，误食有毒食物或药品以及蛔虫扰胃等，呕吐多突然发作；因劳倦内伤者多见于饮食不当或劳累后发作，呕吐较轻缓；情志失调者，多因情声相激而诱发或加剧。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 病　　位

主要在胃，与脾、肝等有密切关系。脾为阴脏，胃为阳腑，互为表里，胃主受纳，腐熟水谷，脾主运化，亦能磨谷（程应旄《医经句测》），脾主升清，胃主降浊，乃人体气机升降之枢纽，在生理上共同完成水谷精微的运化与转输，因此，脾脏有病，必然影响到胃。肝属木，喜条达，胃属阳土，木旺土虚则可产生肝木乘土之现象，从而影响胃的通降功能。

4.3 病　　性

有虚实之别，实者乃外邪、食滞、痰饮，或肝气犯胃；虚者有脾胃虚寒或胃阴不足之分，亦有虚实夹杂者。

4.4 病　　势

实证呕吐多为外邪、食滞、胃中积热、肝气犯胃或痰饮内停所致，来势较急，病程较短，邪去则呕吐自止，虚证呕吐多为脾胃虚弱或胃阴不足所致，来势较缓，但病程较长，正安则呕吐亦可自愈。

4.5 病机转化

疾病的过程，是一个不断变化的过程，其转归常和致病原因，罹患时间久暂，正气亏损情况，治疗正确与否，素体禀赋强弱等都有密切关系。就一般呕吐而论，本病并非凶险大证，如果治疗及时，药证得当，多能向愈。但如果失治或治疗不当，则可出现邪实、正虚或虚实夹杂证。如暴病呕吐多为邪实，若治疗失宜，缠绵不愈，脾胃受损，可转化为虚证呕吐；又如肝气犯胃，郁而化热，耗伤胃阴，可变为胃阴不足之呕吐；呕吐中虚，再受外邪，饮食失调，多进滋补，亦可转为虚实夹杂证，或暂以实证为主要表现。呕吐反复不愈，损伤胃络，血溢脉外，则可出现呕血、黑便等；严重疾病如关格、中风等患者出现的呕吐，多属虚实夹杂，其病机转化取决于原发病的转化。

4.6 证类病机

基本病机是胃、脾、肝三脏失调，引起胃失和降，胃气上逆乃成呕吐之患。

外邪犯胃　外感风、寒、暑、湿、热邪或秽浊之气，侵犯胃腑，以致胃失和降，水谷随胃气上逆而致呕吐。同时随所感外邪之不同而出现相应的证候。

食滞胃脘　暴饮暴食或多食生冷、醇酒、肥甘之品，或误食不洁之物，停滞不化，伤及胃腑，以致胃气不能顺降，反上逆为呕。由于宿食内停，浊气上泛，故见嗳腐吞酸；脾失健运，气机受阻，致痞满厌食。

肝胃不和　情志过极，恼怒伤肝，木郁不达，横逆犯胃，胃气上逆而呕吐。胃气失于通降，故嗳气吞酸；气郁不疏，以致出现胸胁胀痛等症。如忧思伤脾，脾失健运，食纳不化，胃失和降，亦可产生呕吐；由于脾运失司，同时可见胃纳不佳，脘腹痞满等症。

痰饮中阻　脾虚失运，水谷之气不能化生精微，反生痰饮，积于胃脘，随胃气上逆而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

呕吐。痰饮内停，气机阻滞，故胸闷不适；水饮上犯，清阳之气不展，故头眩耳鸣；水饮凌心，可出现心悸等症。

胃热上涌 热邪蕴积胃腑，胃热上冲，故食入即吐，呕吐酸苦，吐后嘈杂；阳明热盛，灼伤胃津，故烦渴喜冷饮；热积肠胃，腑气不通，则脘腹胀痛拒按，大便秘结不通。

脾胃虚寒 劳倦过度，耗伤中气，或中阳素虚，虚寒内蕴，不能腐熟水谷，水谷随胃气上逆致呕。脾胃虚寒不能温养四肢，故四肢不温；脾运失健，以致出现大便溏薄等症。

胃阴不足 病后胃阴不足，失于润降，胃气上逆而呕吐。胃阴受耗，失于濡润，故见饥不欲食；胃阴不足，不能上承，以致口干舌红。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

以呕吐饮食物、痰涎、酸苦水液等为主诉。

5.2 分析病位

呕吐病位在胃，与脾、肝密切联系。在胃可见脘腹胀满，嗳气厌食，呕吐酸腐，胃脘疼痛而吐后反快，大便臭秽；或干呕，饥不思食，口燥咽干，胃脘嘈杂感，苔黄腻或苔少，脉滑实或细；在脾，可见呕吐痰涎，脘腹痞满，食欲不振，大便溏薄，舌淡苔白腻或薄白，脉滑或细弱；在肝，则见呕吐吞酸，嗳气频作，胸胁攻窜胀痛，口苦，多因情志触发，脉弦或弦细。

5.3 确定病性

呕吐有虚实之分。实者，邪气实，包括外邪侵入，饮食所伤及肝气犯胃，并有寒热之别。虚者有脾胃虚寒与胃阴不足。实证呕吐，发病急骤，病程较短，呕吐声响量多，体壮脉盛；虚证呕吐，发病缓慢，病程较长，呕吐息微量少，仅为清水稀涎或不消化物，体虚脉弱。亦有病程较长，邪气久留，损伤正气，或素体正气不足，复感外邪所致之虚实夹杂证，临床当详辨。

5.4 分析病情

若呕吐突然发生，喷射而出，伴高热，头痛剧烈，颈项强直，神识昏蒙，提示病情严重，应及时予抢救处理，并进一步查清病因，治疗原发病证。

呕吐频作，饮食不进，伴大小便不通利，应考虑为走哺，多因肠道有实邪阻滞；或暴饮暴食，使脾胃受损，肠胃壅滞，或因脾胃虚弱而脾约便结所致。

多种慢性疾病发展至后期危重阶段，若出现频繁呕吐伴小便闭而不通，应考虑已发展成关格重证，乃因浊邪壅滞三焦，致正不胜邪，升降反作，为凶险之候。

5.5 辨主症和兼症

呕吐是以食物或痰液水液诸物从胃中上逆而出为主症，但其所因不同，兼症各异。如

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

因寒滞者常兼腹痛；因食滞者可兼胀满；因气逆者兼见胀痛连及胁下；因外感者兼头痛恶寒；虚寒呕吐，必兼一派虚寒征象。

5.6 辨可下与禁下

一般而言，呕吐不宜使用下法，其理为呕吐病在胃，不应用下药攻肠，同时，呕吐能使胃中停滞之宿食或不洁之物从上排出，下之无益。若呕吐之属于虚者，下之更有虚虚之弊。若呕吐之属于外邪者，当逐邪外达，其呕自止，亦不宜攻里，引邪深入。故《金匮要略·呕吐哕下利病脉证并治》有“病人欲吐者，不可下之”之训，《医宗金鉴·呕吐哕总括》亦谓：“初吐切不可下，恐逆病势也。”但下法并非所有呕吐都绝对禁忌，如呕吐因于胃肠实热，又兼大便秘结者，必要时就可用下法，因为人体是一个整体，上下相互联系，下既不通，势必上逆而呕，通其大便可折其上逆之势，故《金匮要略》、《医宗金鉴》又分别有“食已即吐者，大黄甘草汤主之”及“若大小二便闭而不行，宜攻下也”之论，可见，呕吐禁用下法，既有原则性，又有灵活性，可下与否，当因证而宜，分而待之。

5.7 辨可呕与止呕

呕吐大多属于病理现象，故一般均可选用降逆止呕之剂，冀其胃气调和，呕吐自止。但并非所有呕吐均可一概不问病因而使用止呕之剂，有些呕吐是机体驱邪外出的一种抗病机能表现，这种情况，应因势利导，使其邪去正安，无须止呕。胃有痈脓、痰饮、食滞、误服毒物等引起的呕吐，就是机体排除胃内有害物质的表现，让其吐出，则邪去病除，因此，临证时要严格根据辨证，掌握何者可吐，何者不可吐。

6 鉴　　别

反胃　呕吐与反胃，均为胃部病变，病机都是胃失和降，气逆于上。反胃又称：“翻胃”、“胃反”，是指食物入胃，不能纳化而复吐出的病证，临床以食后脘腹胀满，朝食暮吐，暮食朝吐，宿食不化为特征。由于反胃起病缓慢，病情反复，缠绵不愈，久则脾胃受损，气血生化乏源，形体失于充养，故可见消瘦，而色少华，神疲乏力等症，反胃多见于幽门梗阻等疾病。呕吐以吐食物残渣，或清水痰涎，或黄绿液体，甚则兼夹少许血丝，一日数次不等，持续或反复发作，不受时间限制等表现为特征。呕吐有虚实之不同，实证呕吐，多数起病急剧，食入即吐或不食亦吐；虚证呕吐，多数时吐时止，吐无定时，或干呕恶心，吐出物为当日食物或痰涎清水。呕吐在广义上讲可以包括反胃。

噎膈　呕吐之吐，吐无定时，进食顺畅，无梗噎感；噎膈之吐，多于进食时发生，伴梗阻不畅，且有进行性加剧之势，初时梗噎不畅，但尚能进食，继而只能进食半流质饮食，流质饮食，甚则汤水不进，食入即吐，由于饮食不下，精微无源，津液枯槁，其人日益消瘦，面色苍黄，大便秘结如羊屎，此其一也；其二：呕吐病变部位主要在胃，乃胃气失降，气逆上行所致；噎膈病变部位主要在食道、贲门，因气滞痰瘀结于胸膈，食道狭隘，阻隔胃气使然；其三：预后不同，呕吐之吐，大多病情较轻，病程较短，治疗较易，预后较好；噎膈之吐，病情深重，病程较长，治疗困难，预后不良。噎膈多见于食道癌、贲门失弛缓症等疾病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

呃逆 呃逆是以喉间呃呃有声，声短而频，令人不能自制，或无或有物吐出，病位在喉，病机除胃气上逆外，尚有膈间不利的因素存在。一般预后尚可，若发生在危重病证后期或年老正虚患者，呃声低微，饮食难进，六脉沉伏者，乃元气衰败，胃气将绝之候。

霍乱 霍乱起病急骤，来势凶险，卒然之间，吐泻交作，腹痛，泻下如米泔，病人迅即消瘦，肢冷脉沉微。呕吐起病相对较缓慢，多不伴腹泻，亦少有危在顷刻不变。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 外邪犯胃

临床表现：起病较急，脘腹满闷，突然呕吐。如感受风寒，可兼见发热恶寒，头痛，周身酸楚或酸痛，舌苔薄白，脉浮紧；如感受风热，可兼发热恶风，头痛身疼，汗出，舌红，苔薄白或薄黄，脉浮数；如感受暑热，可兼见胸脘痞闷，身热，心烦口渴，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

病机分析：气候骤变，或衣着单薄，起居失宜，或其人中阳素虚，偶触时令之寒，或夏季贪凉露宿，寒邪由肌表经络而人里内传，经口鼻而人，内犯脾胃。夏暑之际，烈日或高温环境下工作，感受暑热，侵袭于胃；夏季多雨潮湿，或感受雾露之邪，或久居潮湿，涉水淋雨，或水中作业，皆可感受外湿。外邪内犯，动扰胃腑，阻遏中焦，使胃失和降，浊气上逆，所以突然呕吐，起病较急。邪束肌表，营卫失和，故见发热恶寒，头身疼痛。暑热秽浊之气阻于胸腹，气机失宜，故见胸脘痞闷，舌苔黄腻，脉象濡数。暑热之邪耗伤胃阴，津不上承，热扰心神，故见心烦口渴，舌质红。

转归：感受风寒、风热、暑热之邪，呕吐虽起病突然，但一般往往随外邪的祛除而痊愈，不致向坏的方向转归。感受暑温之邪者，呕吐多呈喷射性，伴有壮热，头痛，面赤，项强，皮肤斑疹，或尿血便血，甚则神昏抽搐等，病情重笃，非一般治疗呕吐方法可以取效，而应根据暑温发病机理，予清心凉营，化痰开窍，凉肝熄风，凉血散血等法，防止患者发生厥脱之危候，一旦发生则往往预后不良。一些素体虚弱者，每因正虚抗邪无力，而致外邪不易速去，留恋缠绵，则形成正虚邪实之候，呕吐常反复不愈，日久胃气受戕，胃液耗伤，胃络受损，可见呕血、便血之疾。

治法：疏邪和中，降逆止呕。因风寒、风热、暑湿袭表犯胃，其邪在表，故用祛风，散寒，清热，清暑化湿；胃失和降，则用和中降逆之法。

方药：

外感风寒者，用藿香正气散（《太平惠民和剂局方》）化裁。

藿香叶　紫苏叶　姜半夏　陈皮　白芷　厚朴　苍术　茯苓　生姜

外感风热者，用银翘散（《温病条辨》）加减。

金银花　连翘　桑叶　杏仁　芦根　姜竹茹　鲜竹沥　姜半夏　旋覆梗

外感暑湿者，用黄连香薷饮（《类证活人书》）化裁。

黄连　香薷　清水豆卷　厚朴　陈皮　姜半夏　六一散　鲜荷叶

临证参考：因暑温出现呕吐频繁、头痛、神志改变者，应按暑温病辨证施治。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

秽浊之气犯胃突然呕吐者，可先选用玉枢丹，每次0.3~0.6g吞服，每日3次，以辟浊止呕；外感风寒暑湿热邪，夹有食滞者，可加消食导滞之品，如神曲、山楂、鸡内金等；气机阻滞，脘腹痞满者，可加行气消胀之品，如木香、枳壳等；表邪偏重，寒热无汗，加防风、荆芥之类以祛风解表。

外邪引起的呕吐，治疗重点在于祛邪，并以降逆止吐。陈皮、半夏、生姜等为治疗风寒犯胃呕吐之要药。竹茹、黄连、橘皮、旋覆梗等具清热和胃止呕之功，治疗热性呕吐甚宜。香薷、扁豆花、川朴、银花、连翘是暑湿犯胃作呕之要药。此外，重镇降逆药，如代赭石等也可随证加之。丁香性温，不但善止呃逆，而且有较强的止吐作用，治疗风寒呕吐及脾胃虚寒之呕吐，均可加用。

7.1.2 食滞胃脘

临床表现：呕吐酸腐，脘腹胀满，嗳气厌食，腹痛，吐后反快，大便臭秽，或溏或结，舌苔厚腻，脉滑实。

病机分析：饮食过量，暴饮暴食，使宿食停积于胃，壅滞不通，中焦气机受阻；饮食不洁之物，或进食腐烂变质食物，或饮用污水，戕伤脾胃，致使纳化腐熟功能失司；或过食肥甘厚味，壅滞脾胃气机，运化失健等，均可致胃失和降，胃气上逆而发生呕吐，食滞内阻，浊气上逆，故呕吐酸腐；食滞中焦，脾胃升降功能失常，气机阻滞，不通则痛，故胃脘胀满作痛；脾胃受伤，脾失健运，胃失受纳，故厌食；气逆于上见嗳气；升降失常，大肠传导失司，则大便或溏或结。舌苔厚腻，脉滑实，为食滞内停之候。

转归：本证之呕吐，往往在消导积滞后可停止，大多预后良好。然亦有暴饮暴食后，脾胃为饮食所伤，胃伤则失于和降，气逆而上则呕吐频频，脾伤则失于运化，气机痞塞，中焦不通则脘部饱满，腹部膨胀，久之则胃气衰败，脾阳不振，而致病情危笃（相当于西医的急性胃扩张），乃致厥脱（急性胃扩张并发胃出血，胃穿孔，弥漫性腹膜炎，甚至休克）。亦有平素嗜食辛辣，复加暴饮暴食，进食肥甘厚腻，而致食积于内，酿生湿热，湿热内蕴，气机失畅，胆失疏泄，胆汁外溢，而见黄疸（如胆囊炎、胆石症的急性发作）；化生热毒，血腐肉败成脓，可见肠痈（诱发急性阑尾炎）；热结于内，腑气不通，不通则痛，可见腹痛剧烈，拒按（诱发急性胰腺炎）；热毒深入营血，则可致神昏，厥脱等危候（急性出血性坏死性胰腺炎），临床尚须警惕，防止漏诊、误诊。

治法：消食导滞，和胃降逆。因食滞中阻，故治宜消食化积；气机受阻，浊气上逆，则予理气和胃。

方药：保和丸（《丹溪心法》）加减。

山楂　神曲　炒莱菔子　谷麦芽　茯苓　陈皮　姜半夏　生姜　枳实　连翘

临证参考：食积与湿热互结，脘腹胀满，大便秘结，舌苔黄腻者，可加生大黄、黄芩、厚朴以泻下通腑，使浊气下行，邪有出路，或改用枳实导滞丸加减；如胃中积热，食之即吐，口臭口干者，可加知母、生石膏、生大黄、黄连、芦根等清胃泻火；若胃寒甚者，可去连翘加干姜、砂仁以温中和胃止呕；如属饮食不洁之物或饮食过量，症见脘腹疼痛，欲吐不得吐者，可先用浓盐汤内服，随用鹅毛或压舌板探喉取吐，因势利导，冀其邪去病除。

此外，尚可根据病人所伤之因对症选用相应药物，可收事半功倍之效，如因鱼、蟹积

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

滞者，可加生姜、紫苏；因饮酒积滞者，可加葛花、枳椇子、白蔻仁或用葛花解醒汤；因食肉而吐者，可重用山楂；米、面食滞者加谷芽麦芽；豆类及其制品积滞者加用生萝卜汁；面食积滞者重用炒莱菔子。

总之，饮食不节所致之呕吐，治疗重点在于消食导滞，不应强行止吐。伴大便秘结者，应予攻逐积滞，食滞得消，呕吐自愈，对进食有毒之物者，更应因势利导，作催吐治疗，而后再予攻下。

7.1.3 肝胃不和

临床表现：肝气犯胃者，可见呕吐吞酸，嗳气频作，胸胁胀痛，胃脘不适，每遇情志刺激病情加剧，苔薄，脉弦。忧思伤脾者，可兼见脘腹痞满，食欲不振，神疲乏力，气短懒言，舌淡，脉弦细。

病机分析：胃司受纳腐熟水谷，脾主运化，同居中焦而属土，肝以血为体，以气为用，性喜条达，主疏泄而属木。恼怒愤郁，肝失条达，肝气不舒，横逆犯胃，胃失和降，故呕吐吞酸，嗳气频作；肝气犯胃，气机失畅，不通则痛，故见胸胁胀痛，胃脘不适；情志刺激，则肝气不舒益甚，病情加重；苔薄，脉弦，均为肝气郁滞之象。忧思伤脾，木气乘土，脾失健运，胃失受纳，故见脘腹痞满，食欲不振；胃为水谷之海，气血生化之源，脾主四肢肌肉，胃失受纳，脾失健运，水谷不能化生气血精微，形体失养，故见神疲乏力，气短懒言；舌质淡，脉弦细则为肝郁脾虚之征。

转归：本证病情多随情志变化而增减，往往反复发作，一般预后尚良好。然气郁日久可化热生火，火热灼伤胃络，致血液妄行，溢于脉外，可见呕血，便血等症；肝郁日久，肝阴暗耗，肝阳上亢，夹胃气上逆，往往突然呕吐，可兼见头晕头痛，面红目赤，甚则发生肝阳化风，走窜经络，蒙蔽清窍，而出现突然跌仆，肢体偏瘫，神志昏糊等危候；肝失疏泄，胆汁不循常道，溢于肌肤，可出现黄疸；气滞日久，气病及血，血行不畅，瘀血内结，则呕吐反复不愈，胸胁刺痛，甚则见腹部包块，面致癥积之患；忧思伤脾，脾伤则气结，气结则津液不得输布，聚而为痰；肝为藏血之脏，肝郁则血行不畅，久之积而成瘀，气滞，痰凝，血瘀互结，阻塞胃口，食不得下则可成噎膈之疾；肝胃郁热，胃阴受损，则渐成胃阴不足之证；肝病乘脾，素体中阳不足，则可成脾胃虚寒或痰饮内停之证。

治法：疏肝健脾，和胃降逆。因恼怒伤肝，肝气郁滞，肝胃失和，治宜疏肝理气和胃；忧思伤脾，运化失司，治用疏肝健脾。

方药：

肝气犯胃者，用半夏厚朴汤（《金匮要略》）合四逆散（《伤寒论》）化裁。

醋柴胡　枳实　白芍　郁金　厚朴　紫苏叶　生姜　姜半夏　茯苓

忧思伤脾者，用逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加减。

醋柴胡　党参　炒白术　白芍药　炒当归　茯苓　生姜　陈皮　姜半夏　砂仁　木香　甘草

临证参考：气郁化火而呕吐泛酸者，加左金丸吞服以辛开苦降，清热止呕；口苦嘈杂，大便秘结者可稍加大黄、枳实以通腑降浊；如热象较甚，加山栀、竹茹以清肝降火止呕；火郁伤阴，证见口燥咽干，胃中灼热，舌红少苔者，宜减香燥之品，加北沙参、石斛等以养胃阴；若属胃气虚弱，常因情志刺激，精神紧张而发生呕吐者，可用旋覆代赭石汤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以补虚降逆，和胃止呕；呕吐苦黄水者，此为胆汁外溢，加金钱草、黄芩等清利肝胆；肝阳夹胃气上逆而吐者，加天麻、钩藤、生石决明、生赭石、生龙骨、生牡蛎等平肝潜阳之品；气滞血瘀者，加桃仁、红花、赤芍等活血化瘀之品。

本证除见于某些器质性病变外，尚可见于胃肠神经官能症之神经性呕吐，临床肝气犯胃的病人常伴脾胃虚弱之体质，故其病机多见土虚木乘或偏于寒湿，或偏于湿热，应按不同辨证进行治疗。

精神因素对本证的影响极大，治疗时除依靠药物外，更须说理开导，使之心情开朗，在精神上树立战胜疾病的信心，以增强药物治疗的作用，有时可采用“暗示”疗法。

7.1.4 痰饮中阻

临床表现：呕吐痰涎清水，胸脘痞闷，不思饮食，或呕而肠鸣，头眩心悸，或伴耳鸣，舌苔白腻，脉滑。

病机分析：脾主运化水液，对水液具吸收、转输和布散的作用，脾的运化水液功能健旺，则能使脏腑百骸得到水液的充分濡润，又能防止水液在体内发生不正常的停滞，维持体内水液的动态平衡。诸多病因皆可损伤脾胃，久则脾胃虚弱，或素体中阳不足，脾胃虚寒，升降失常，运化不力，气化不及，水谷不归正化，则水湿聚而为痰为饮，而痰饮既成，又可阻遏脾胃气机，损伤脾胃功能，形成恶性循环，脾胃愈虚，痰饮益甚。痰饮留聚，阻碍气机，饮留于肠，则可见水走肠间，沥沥有声；头居高位，乃清明之腑，水饮上犯，清阳失旷，故见头眩耳鸣；水气凌心则心悸。舌苔白腻，脉滑为痰饮内停之征。

转归：本证多见于西医不完全性幽门梗阻，内耳眩晕症等病，痰饮得去，则呕吐可止，一般预后多良好。然痰饮为阴邪，缠绵难去，久则气机阻滞，脾胃升降失常，复加情志抑郁，肝胆失于疏泄，病变由气及血，血行不畅，瘀血内生，导致痰瘀互结，阻于食道胃口，食不得下，可成噎膈；结于胃肠，可成癥积；痰饮郁久，则可化热，饮热互结，胃失和降，腑气不通，则可出现便秘，加重呕吐；热伤血络，血溢脉外，则可见呕血、便血；热邪伤阴，则胃阴不足，形成正虚邪实之证，祛饮化痰易伤阴，养阴生津易生痰留饮，治疗更为棘手；饮为阴邪，易伤阳气，病久则脾肾衰败，可致虚脱等危候。

治法：温中降逆，通阳化饮。由于痰饮停胃，中阳不展，故治以温中降逆，通阳化饮。

方药：小半夏汤（《金匮要略》）合苓桂术甘汤（《金匮要略》）化裁。

生姜　姜半夏　茯苓　桂枝　生白术　甘草　陈皮

临证参考：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，可增化痰蠲饮之力。如痰饮郁久化热，并见心烦口苦者，可用温胆汤清胆和胃，除痰止呕。如腹痛，肠鸣漉漉有声，呕吐腐臭，大便不通者，可予生大黄、甘遂末等以逐邪通腑。若眩冒甚，小便不利，加泽泻、猪苓以渗湿升清；若脘部冷痛，吐涎沫，加干姜、吴萸、川椒目、肉桂等温中和胃；若心下胀满加枳实以开痞。

饮为阴邪，遇寒则聚，得温则行，治疗当以温化为原则，如《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云：“病痰饮者，当以温药和之”，同时还当分别虚实标本缓急之不同，采取相应的处理，如邪实正虚，治当消补兼施，饮热相杂者，又当温凉并用；饮邪祛除后，正气虚馁者，宜用温肾健脾之剂，以固其本。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.1.5 胃热上涌

临床表现：食入即吐，呕吐酸苦，吐后嘈杂，胸中烦热，口渴喜冷饮，脘腹胀痛拒按，大便燥结，小便黄，舌质红，苔黄，脉滑数。

病机分析：患者平素嗜酒及辛辣厚味过度，或胃热素盛，或外感热邪传入胃中，使胃中积热，热邪壅阻，气机怫郁，胃热上涌而发呕吐，其特点为食入即吐，呕吐酸苦，吐后嘈杂；胃络上通于心，阳明之脉主胸膺，热随胃之经脉逆走于上，故胸中烦热；阳明为多气多血之腑，热灼胃津，津液受损，故渴喜冷饮，舌红，苔黄；胃为水谷之海，肠为传导之官，胃中积热，耗伤津液，肠失濡润，故大便燥结；热邪下移膀胱，故小溲黄；热积胃肠，腑气不通，则脘腹胀痛拒按；热积胃中，阳气有余，故脉滑数。

转归：本证多呈急性发病，及时给予清胃通腑治疗可以速愈，一般预后尚可，然热邪久郁，灼伤血络，阳络伤则血上溢，阴络伤则血下溢，血热妄行，不循常道，血溢脉外，则可见呕血、便血之患；若胃热不除，呕吐不止，胃之阴津受损，久则胃阴亏虚，胃失润降，呕吐缠绵不止；若过用苦寒，损伤脾胃阳气，则脾胃虚寒，气机升降失常，久则气滞血瘀，而见胃痛、癥积、反胃等，治疗较为棘手。

治法：清胃通腑止呕。胃主受纳，胃气宜降，阳明热盛，胃热上涌，故治以清胃通腑，胃热得除，腑气得通，胃气可降，呕吐自止。

方药：竹茹汤（《本事方》）合大黄甘草汤（《金匮要略》）加减。

竹茹　黄连　山栀　枇杷叶　半夏　陈皮　芦根　生大黄　生甘草

临证参考：湿热中阻，胸脘痞闷者，加黄连、黄芩以清热燥湿；胃热炽盛，迫血妄行者，加水牛角、生地、丹皮、三七等苦寒清热，直折其火，凉血止血，火降气顺则血自止；嘈杂泛酸者，加吴萸、瓦楞子以辛开苦降，清肝泻胃；舌红少苔，脉细数者，加麦冬、石斛以养胃阴；若因酒食伤脾者，宜加用葛花解醒汤，药用葛花、砂仁、神曲、青皮等。

7.1.6 脾胃虚寒

临床表现：饮食稍有不慎，即易呕吐，时作时止，胃纳不香，食入难化，胸脘痞闷，口干而不欲多饮，面色㿠白，倦怠乏力，四肢不温，大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

病机分析：脾主运化，胃司受纳，素体不足，中阳亏虚，或过用寒凉之品，或恣食生冷，克伐中阳，或因命门火衰，不能温煦中土，皆可致脾胃虚寒之证。脾胃虚寒，中阳不振，水谷腐熟运化不及，故饮食稍有不慎，即易呕吐，时作时止，胃纳不香，食入难化，胸脘痞闷；中焦虚寒，气不化津，津不上承，故口干而不欲饮；“清阳实四肢”，“阳虚则生内寒”，脾主四肢肌肉，脾胃阳虚，气不外达，形体失于温煦，故面色㿠白，倦怠乏力，四肢不温；脾阳不足，温运无力则大便溏薄；舌质淡，苔薄白，脉细弱为脾胃虚寒之象。

转归：本证通过及时正确治疗，一般预后尚可，然亦有久治不愈者，患者经久迁延，中阳益亏，脾胃乃气血生化之源，脾胃虚寒，胃失受纳，饮食减少，脾失健运，不能化生气血精微，五脏失养，则可成虚劳之患，治疗较难，预后亦差。血得温则行，遇寒则凝，脾胃虚寒，寒凝脉络，血流不畅，涩而成瘀；脾失健运，湿邪内生，日久凝而成痰，痰瘀互结，阻于胃腑，可致癥积、反胃；脾主统血，脾胃虚寒，失于统摄，血溢脉外，则可致

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

出血，若呕血不止，则有血脱之虞。

治法：温中健脾，和胃降逆。因中阳不足，脾胃虚寒，故宜温中益气止呕。

方药：理中汤（《金匮要略》）合六君子汤（《医学正传》）化裁。

党参　炒白术　茯苓　陈皮　姜半夏　干姜　甘草

临证参考：呕吐清水不止，加吴茱萸以温中降逆，而止呕吐。呕吐日久，肝肾俱虚，冲气上逆者，可用来复丹镇逆止呕。若见腹中冷痛，腰膝酸痛者，加附子、肉桂以温阳散寒。瘀血明显者，加川芎、莪术。

脾胃虚寒之呕吐，常伴有胃脘隐隐作痛，泛酸频频，因此，治疗时除温中止呕外，尚须增加益气温中，散寒止痛及止酸之品，如黄芪、高良姜、川椒、乌贼骨等。

7.1.7　胃阴不足

临床表现：呕吐反复发作而量少，时作干呕，口燥咽干，饥不欲食，舌红少津，苔少，脉细数。

病机分析：胃主受纳腐熟水谷，其气主降，以降为和，体阳而用阴，胃得阴柔滋润则通降正常，性喜滋润而恶温燥，如叶桂所云："阳明阳土，得阴自安。"若患者平素嗜食辛辣烟酒，胃中积热，或外感热病，外邪侵袭胃腑，化热化燥，或五志过极，郁热化火；或过用汗、吐、下、利及辛香温燥之品等均可耗伤胃中津液而致胃阴不足，胃失阴津之濡养，气失润降，而反上逆则呕吐反复发作而量少，时作干呕，饥不欲食；胃阴不足，津液不能上承，故口燥咽干；舌红少津，苔少，脉细数均为津液耗伤，阴虚有热之象。

转归：古有"阴虚难复"之训，呕吐胃阴不足之证，一般均出现在疾病的后期，阴虚则生内热，热伤阴津，则胃阴益虚，病情反复难愈，恶性循环；热伤血脉，血液不循常道，血溢脉外，可致出血；阴虚血液运行不畅，瘀血内停，可成阴虚血瘀之证；阴虚日久及阳，中阳不振，气化不力，水液不归正化，可并见湿阻、饮停之候；阴虚日久，损及肝肾之阴，水不涵木，肝阳上亢，可致肝阳夹胃气上逆之突然呕吐，甚则神昏，呕血等危候。

治法：养阴益胃，降逆止呕。因胃失润降，上行为逆，故予滋养胃阴，降逆止呕。

方药：麦门冬汤（《金匮要略》）化裁。

麦冬　太子参　北沙参　姜半夏　竹茹　橘皮　枇杷叶

临证参考：阴伤过甚，半夏剂量不宜过大，以免温燥劫阴，并可酌加石斛、生地、花粉等，以增生津益胃作用。大便干结，舌质红绛者，加生大黄、芒硝等以急下存阴，单纯见大便干结者，加火麻仁、白蜜等以润肠通便。

临床治疗本证以养阴救液为主，如胃阴枯涸，须用大剂量养阴生津之品，并用西洋参炖汤代茶。

7.2　按常伴主症辨证论治

呕吐可单独出现，亦可见于多种病证中，因此可出现许多证候交叉，有时一味止呕，反难取效，而从它病着手治疗，则可提高疗效，兹就呕吐常伴主症治疗论述如下：

7.2.1　胃痛为主

7.2.1.1　寒邪客胃

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：胃痛暴作，喜暖恶寒，脘腹得温则痛减，遇寒则痛增，呕吐清水，喜热饮，苔薄白，脉弦紧。

主症分析：由于腹部受寒，或过食生冷，而致寒积于中，寒为阴邪，主收引，其性凝滞，寒邪内客于胃，则阳气被寒邪所遏而不得舒展，气机阻滞，胃失通降，故胃痛暴作，呕吐清水。寒邪得阳则散，遇阴则凝，故喜暖恶寒，得温痛减，遇寒痛增；喜热饮，苔薄白是属寒象，脉弦主痛，紧主寒，寒凝胃痛，故脉见弦紧。

治法：温胃散寒，行气止痛。

方药：良附丸（《良方集腋》）合香苏饮（《太平惠民和剂局方》）化裁。

高良姜　制香附　紫苏叶　荆芥穗　荜茇　生姜　厚朴

7.2.1.2　饮食停滞

临床表现：胃痛，脘腹胀满，嗳腐吞酸，呕吐不消化食物，吐后痛减，大便不爽，矢气酸臭，舌苔厚腻，脉滑。

主症分析：暴食多饮，饮食停滞，致胃中气机阻塞，故胃痛脘腹胀满；健运失司，腐熟无权，谷浊之气不得下行而上逆，故见嗳腐吞酸，呕吐不消化食物；吐则宿食上越，故吐后痛减；胃中饮食停滞，肠道传导失司，故大便不爽，矢气酸臭。苔厚腻，脉滑为宿食停积之象。

治法：消食导滞，调理气机。

方药：枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》）合保和丸（《丹溪心法》）加减。

枳实　炒莱菔子　大黄　焦三仙　鸡内金　厚朴　半夏曲

7.2.1.3　肝气犯胃

临床表现：胃脘胀闷，攻撑作痛，脘痛连胁，嗳气频繁，恶心呕吐，大便不畅，每因情志而痛作，苔多薄白，脉沉弦。

主症分析：肝主疏泄而性喜条达，若情志不舒，则肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃而作痛。胁及肝经之分野，而气多走窜游移，故疼痛攻撑连胁；气机不利，肝胃气逆，故脘胀嗳气，恶心呕吐；气滞则肠道传导失司，故大便不畅；情志不和则肝郁更甚，气结复加，故每因情志而痛作。苔薄白，脉沉弦均为肝胃不和之象。

治法：柴胡疏肝散（《景岳全书》）合金铃子散（《素问病机气宜保命集》）化裁。

醋柴胡　炒白芍　炒枳壳　川芎　制香附　甘草　陈皮　金铃子　延胡索

7.2.1.4　湿热阻胃

临床表现：胃脘热痛，胸脘痞满，恶心欲吐，口苦口粘，头身重着，纳呆嘈杂，肛门灼热，大便不爽，小便不利，苔黄腻，脉滑数。

主症分析：嗜食辛辣肥厚或过饮烈酒，损伤脾胃，酿生湿热，或湿热之邪侵袭，内犯胃腑，致湿热中阻，气机失畅，不通则痛，故见胃脘热痛，胸脘痞满；胃失和降，气机上逆，故恶心欲吐；湿热上蒸，故口苦口粘；湿热中阻，脾失健运，胃失受纳，见纳呆嘈杂；湿热下迫，肠道传导失司，肛门灼热，大便不爽；湿热移于膀胱，小便不利；湿热内蕴，阳气被遏，不得外达，故头身重着；苔黄腻，脉滑数为湿热中阻之象。

治法：清化湿热，理气和胃。

方药：连朴饮（《霍乱论》）合六一散（《伤寒标本心法类萃》）化裁。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄连　厚朴　山栀　清半夏　藿香　六一散

7.2.2　腹痛为主

7.2.2.1　寒邪内阻

临床表现：腹痛急暴，得温痛减，遇冷则甚，恶心呕吐，小便清利，大便溏薄，舌苔白腻，脉沉紧。

主症分析：寒为阴邪，其性收引，寒邪入侵，阳气不运，气血被阻，故腹痛暴急，得温则寒散而痛减，遇冷则寒凝而痛甚；气机阻滞，胃失和降，恶心欲吐；寒邪内阻，中阳被伤，运化不健，则大便溏薄；小便清利，舌苔白腻，脉沉紧，为里寒之征。

治法：温里散寒，行气止痛。

方药：良附丸（《良方集腋》）合正气天香散（《证治准绳》引刘河间方）化裁。

高良姜　干姜　制香附　乌药　陈皮　紫苏　炙甘草

7.2.2.2　湿热壅滞

临床表现：腹痛拒按，胸闷不舒，恶心呕吐，大便秘结或溏滞不爽，烦渴引饮，自汗，小便短赤，舌苔黄腻，脉象濡数。

主症分析：湿热内结，气机壅滞，腑气不通，不通则痛，故腹痛拒按，胀满不舒；腑气不降，浊气上逆，故恶心呕吐；湿热之邪耗伤津液，胃肠传导功能失常，故大便秘结或溏滞不爽，烦渴引饮；热迫津液外泄，故自汗。尿赤苔黄，脉数均为实热之象。

治法：泄热通腑。

方药：大承气汤（《伤寒论》）加减。

生大黄　芒硝　枳实　厚朴　黄连　黄芩

7.2.3　胁痛为主

7.2.3.1　肝胆湿热

临床表现：胁肋胀痛、灼痛，触按痛甚，恶寒发热，口苦，胸闷纳呆，恶心呕吐，目赤或目黄、身黄、小便黄赤，舌苔黄腻，脉弦滑数。

主症分析：湿热蕴结肝胆，肝络失和，胆不疏泄，故胁痛拒按，口苦；少阳枢机不利，见恶寒发热；湿热中阻，升降失常，故胸闷纳呆，恶心呕吐；胆汁不循常道而外溢，见目黄、身黄、小便黄赤；舌苔黄腻，脉弦滑数等均为肝胆湿热之征。

治法：清利肝胆湿热。

方药：龙胆泻肝肠（《兰室秘藏》）化裁。

龙胆草　山栀子　黄芩　北柴胡　全当归　生地黄　泽泻　木通　车前子

7.2.3.2　肝胆实火

临床表现：起病多急，胁肋绞痛或切痛，按之痛甚，连及肩背，可因暴饮暴食，过食肥甘等诱发或加重，恶心呕吐，吐后疼痛不缓，恶寒发热，面目俱黄，口苦纳差，尿黄便秘，舌红苔黄，脉弦实有力。

主症分析：肝胆湿热蕴久化火，或湿热久蕴，炼液成石，或蛔虫残体阻滞胆道，肝胆疏泄失常故见右胁肋绞痛、切痛，痛连肩背，按之痛甚，起病急骤；胆邪犯胃，胃气上逆，恶心呕吐，吐后实热未除，疼痛不能缓解；少阳枢机不利，见恶寒发热；肝胆实火，胆失疏泄，胆汁外溢，胆气上逆，见面目俱黄，口苦纳差，尿黄便秘；舌红苔黄，脉弦实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有力为肝胆实火之象。

治法：清泄肝胆实火。

方药：大柴胡汤（《伤寒论》）化裁。

北柴胡　黄芩　大黄　枳实　清半夏

7.2.4　黄疸为主

7.2.4.1　热重于湿

临床表现：身目俱黄，黄色鲜明，发热口渴，心中懊侬，恶心呕吐，腹部胀满，口干而苦，小溲短少黄赤，大便秘结，舌苔黄腻，脉弦数。

主症分析：湿热熏蒸，胆汁外溢肌肤，因热为阳邪，故黄色鲜明，发热口渴，小便短少黄赤，是湿热之邪方盛，热耗津液，膀胱为邪热所扰，气化不利所致；阳明热盛则大便秘结，腑气不通则腹部胀满；湿热熏蒸，胃浊与胆气上逆则见恶心呕吐，心中懊侬，口干而苦；湿热蕴结，肝胆热盛，故苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利湿，佐以泄下。

方药：茵陈蒿汤（《伤寒论》）加味。

茵陈蒿　山栀　生大黄　蒲公英　赤芍　郁金　茯苓　生甘草

7.2.4.2　湿重于热

临床表现：身目俱黄，但不如前者鲜明；恶心欲吐，胸脘痞满，食欲减退，腹胀便溏，舌苔厚腻微黄，脉弦滑或濡缓。

主症分析：湿遏热壅，胆汁不循常道，溢于肌肤，故身目色黄，因湿重于热，湿为阴邪，故其色不如前者鲜明；恶心呕吐，胸脘痞满，食欲减退，腹胀便溏，乃湿困脾胃，浊邪不化，脾胃失于运化所致。舌苔厚腻微黄，脉弦滑或濡缓，均为湿重热轻之征。

治法：利湿化浊，佐以清热。

方药：茵陈五苓散（《金匮要略》）合甘露消毒丹（《温热经纬》）化裁。

茵陈蒿　茯苓　猪苓　苍术　藿香　白蔻仁　清半夏　石菖蒲　黄芩　木通　生薏苡仁　郁金

7.2.4.3　热毒炽盛

临床表现：身目深黄色鲜明，发病急骤，黄疸迅速加深，高热烦躁，呕吐频作，胁痛腹满，大便秘结，小便短少黄赤，精神萎靡，舌质红绛，苔黄或黄厚而糙，或焦黄起刺，脉弦数或洪数。

主症分析：湿热夹毒，郁而化火，热毒炽盛，弥漫三焦，熏灼肝胆，迫使胆汁外溢肌肤，故见身目深黄，迅速加深，起病急骤，并见高热烦渴；热毒内盛，气机失调，胁痛腹胀；热结阳明，胃失和降，腑气不通，则呕吐频作，大便秘结；热毒猛烈，损伤元气，故见精神萎靡，热毒内炽，灼伤津液，故小便短少黄赤；舌红绛，苔黄或黄厚而糙，或焦黄起刺，脉弦数或洪数，均为热毒内炽之象。

治法：清热解毒，泻火退黄。

方药：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）合茵陈蒿汤（《伤寒论》）加减。

黄连　黄芩　山栀　连翘　生石膏　知母　茵陈蒿　赤芍药　丹皮　生大黄　生地　生甘草

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.4.4 热毒内陷

临床表现：黄疸急速加深，身黄如金，高热口渴，呕恶频作，腹胀如鼓，大便不通，尿少黄赤或尿闭，或小便失禁，皮下斑疹，紫癜或衄血、牙龈出血、呕血、便血、尿血，神昏谵语，躁动不安，舌质红绛，苔黄糙或少苔或苔秽浊，脉弦细数。

主症分析：多因时气疫毒入侵所致，疫邪热毒鸱张，内灼肝胆，胆汁大量外溢而致黄疸急速加深，身黄如金；热毒炽盛，损耗阴液，致高热口渴；热毒内结，胃失和降，腑气不通，见呕恶频作，腹胀如鼓，大便不通；热毒内阻膀胱，气化无权，见尿少黄赤，甚则尿闭；热毒侵入营血，迫血妄行，致各种出血；热毒内陷心包，上扰神明致神昏谵语，躁动不安，小便失禁。舌红绛，苔黄糙或少苔或苔秽浊，脉弦细数均为肝胆热毒，灼伤津液之象。

治法：清营解毒，凉血开窍。

方药：清营汤（《温病条辨》）加减。

金银花 黄连 山栀 连翘 生地 丹皮 赤芍 麦冬 玄参 水牛角 大黄 茵陈 蒿

7.2.5 头痛眩晕为主

7.2.5.1 肝阳上亢

临床表现：头痛而眩，甚则恶心呕吐，心烦易怒，夜眠不宁，或兼胁痛，面红口苦，苔薄黄，脉弦紧。

主症分析：诸风掉眩，皆属于肝，肝阴不足，肝阳上亢，循经上扰清窍，故见头痛而眩；肝阳偏亢，肝气犯胃，胃气上逆，则恶心呕吐；肝火偏亢，扰乱心神，则心烦易怒，夜眠不宁；肝胆气郁化火，肝阳上亢，故胁痛；口苦面红，苔薄黄，脉弦有力，均为肝阳偏亢之象。

治法：平肝潜阳。

方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）加减。

生龙骨 生牡蛎 怀牛膝 钩藤 天麻 菊花 夏枯草 白芍 玄参 生地 川芎

7.2.5.2 痰浊中阻

临床表现：头痛昏蒙，眩晕恶心，呕吐痰涎，胸脘满闷，苔白腻，脉滑或弦滑。

主症分析：脾失健运，痰湿中阻，上蒙清窍，清阳不展，故头痛昏蒙而眩晕；痰浊上逆，则呕恶痰涎；痰阻胸膈，则胸脘满闷；苔白腻，脉弦滑均为痰浊内停之征。

治法：化痰祛湿降逆。

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减。

半夏 白术 天麻 橘红 茯苓 生苡仁 川芎 丹参 葛根

方用天麻熄风化痰，平肝镇痛；半夏、白术、橘红、茯苓、薏苡仁健脾以痰降浊；川芎、丹参、葛根活血通络止痛。

呕吐伴随症状较多，各脏腑中均可出现，以上是临床常见的几个症状，可参考辨治，值得指出的是，临床不能一味见呕止呕，关键在于祛除原发病因，病邪得去则呕吐自止。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3 辨病论治

中医呕吐主要包括了西医急性阑尾炎、急性胰腺炎、肠梗阻、腹膜炎、急性肝炎、急性胃炎、胃粘膜脱垂、不完全性幽门梗阻、急性胆囊炎、胆石症、胆蛔症、细菌性食物中毒、消化道肿瘤、胃肠神经官能症、内耳眩晕症、尿毒症、中暑、妊娠反应、脑血管意外、脑肿瘤、以及药物影响等病因所出现的呕吐症状。而且这些疾病以呕吐为主要症状，则以呕吐为中心，辨别疾病的病性、病位、转归，进行针对性地治疗。

7.3.1 急性肝炎

临床表现：恶心呕吐，厌油，全身无力，食欲不振，上腹不适，可伴发热及畏寒，可依次出现尿色加深，巩膜黄染，皮肤黄染。

体征：除黄疸外主要伴有不同程度的右上腹压痛和叩击痛，此外，可有肝脾大，一般肝在肋下 1～3cm。

实验室检查：急性期白细胞常稍低或正常，淋巴细胞相对增多。血查谷丙转氨酶（SALT）及谷草转氨酶（SAST）明显升高，也可伴有 γ-谷氨酰转肽酶、碱性磷酸酶的升高。

主症分析：急性肝炎多发病急骤而见胁痛、黄疸、呕吐的症状，多为湿热疫毒之实邪为患，肝胆湿热，肝气不调，气逆不顺使得胃失和降而吐，到后期损及脾肾则更是清阳不升，浊阴不降而呕吐发作。

分证论治

肝胆湿热，疫毒蕴结：可见身、目、小便俱黄，胁肋胀痛，口苦，呕吐，厌食，舌红，苔腻，脉弦滑。治以清热利湿，方选龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）合茵陈蒿汤（《伤寒论》）加减。药用龙胆草、茵陈、生大黄、虎杖、土茯苓、赤芍、茜草、草河车、山豆根、野菊花、川楝子、橘红。

肝郁脾虚，湿阻阳遏：可见泛泛欲吐，胁痛腹胀，大便溏薄，四肢不温，舌质淡有齿痕，苔白，脉沉。治以疏肝健脾温阳，方选柴胡疏肝散（《景岳全书》）合小陷胸汤（《伤寒论》）加减。药用醋柴胡、生白芍、枳实、炙甘草、郁金、紫丹参、生黄芪、茯苓、法半夏、黄连、全瓜蒌、桂枝。

肝肾阴虚，痰瘀内结：可见呕吐而面色晦黯，头晕耳鸣，腰酸腿软，胁下痞块，烦热，舌红少苔或有瘀斑，脉沉细。治以滋补肝肾，化瘀活血，方选麦门冬汤（《金匮要略》）合膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。药用北沙参、天门冬、麦门冬、生地黄、枸杞子、当归、丹参、牡丹皮、生牡蛎、红花、泽兰叶、川楝子、桃仁。

7.3.2 急性胃炎

临床表现：急性起病，上腹部疼痛不适，恶心呕吐，嗳气，严重者可导致脱水、电解质紊乱、酸中毒及休克。

体征：可见上腹部轻压痛，肠鸣音亢进。

实验室检查及其它检查：对不洁饮食物进行细菌培养，腐蚀剂分析。急性期血中性白细胞计数可升高。胃镜检查可见胃粘膜局部或广泛密集的点、片状出血，充血水肿。腐蚀性胃炎急性期禁忌作胃镜检查。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

主症分析：急性胃炎以胃脘疼痛及呕吐为临床主症。胃主受纳和腐熟水谷，为六腑之一，其性以通降为顺，若因病邪犯胃，气机失调，胃失和降，胃气上逆则恶心、呕吐、嗳气发作。

急性胃炎引起的呕吐发病急，病程短，实证多，恢复也快。

治法：理气导滞，和胃降逆为主结合分型治疗。

分证论治

寒邪客胃：胃痛呕吐暴作，脘腹得温痛减，遇寒痛剧，口和不渴，喜热饮，苔薄白，脉弦紧。治以散寒止痛，方选良附丸（《良方集腋》）合香苏散（《太平惠民和剂局方》）加减。药用高良姜、香附、陈皮、枳实、紫苏、甘草、半夏、神曲、鸡内金。

肝气犯胃：嗳气呕吐频繁，胃脘胀闷，胃痛连胁，大便不畅，每因情志因素而发作，苔薄白，脉沉弦。治以疏肝理气，方选柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。药用柴胡、炒白芍、川芎、香附、陈皮、枳壳、甘草、郁金、川楝子。

饮食停滞：呕吐不消化食物，胃痛脘胀，吐后痛减，嗳腐吞酸，大便不畅，苔厚腻，脉滑。治以消食导滞，方选保和丸（《丹溪心法》）加减。药用法半夏、陈皮、茯苓、连翘、山楂、神曲、炒莱菔子、枳实。

肝胃郁热：呕吐，返酸口苦，胃脘灼痛，痛势急迫，烦躁易怒，舌红苔黄，脉弦或数。治以疏肝泻热和胃，方选化肝煎（《景岳全书》）合左金丸（《丹溪心法》）加减。药用丹皮、山栀、黄连、吴萸、芍药、青皮、陈皮、佛手。

脾胃虚寒：泛吐清水，胃痛隐隐，食后痛减，喜温喜按，神疲乏力，大便溏薄，舌淡苔白，脉虚弱或迟缓。治以温中健脾，方选黄芪建中汤（《金匮要略》）加减。药用黄芪、桂枝、白芍、甘草、饴糖、大枣、干姜、陈皮、半夏、茯苓。

7.3.3 胃粘膜脱垂

临床表现：上腹部疼痛，恶心呕吐，多发生在餐后。

体征：体征常不明显，有些病人有上腹部或右上腹部深在压痛，个别可触及柔韧的包块。

实验室检查及其它检查：可有不同程度的贫血，大便潜血可阳性。X线胃肠钡餐造影是诊断的重要依据，以右前斜卧位阳性率为高。

主症分析：该病主症或痛或吐，比较单纯，但病机多种多样，常见的是脾虚而气机阻滞，不能正常运行，饮食壅滞于胃脘，气机上逆而吐。也有清阳不能上达而吐清水，肝气横逆犯胃而致气机失调，上逆而吐，或阴虚胃失濡润，不能和降而吐。

分证论治

脾虚气滞：嗳气恶心，偶有呕吐较轻，胃痛隐隐，纳少倦怠，舌淡苔白，脉细弱。治以健脾理气，方选香砂六君子汤（《医方集解》）加减。药用党参、白术、茯苓、陈皮、法半夏、木香、砂仁、旋覆花。

脾胃虚寒：泛吐清水，胃脘隐痛，食后脘胀，胃寒肢冷，舌淡胖，苔白，脉沉弱。治以温中健脾，方选黄芪建中汤（《金匮要略》）加减。药用黄芪、桂枝、干姜、党参、白术、生白芍、生甘草、木香。

胃阴不足：呕吐伴嘈杂似饥，胃脘隐痛、灼热，口干心烦，大便干燥，舌红苔少，脉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

细数。治以养阴益胃，方选沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。药用北沙参、玉竹、石斛、白芍、生甘草、川楝子、佛手、蒲公英。

肝气犯胃：呕吐吞酸，嗳气频繁，脘腹饱胀，遇及情志变化加重，苔白脉弦。治以柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。药用柴胡、香附、枳壳、降香、旋覆花、厚朴、竹茹、苏梗、法半夏、生白芍、甘草。

气虚血瘀：脘腹饱胀呕吐，胃脘隐痛刺痛，痛处固定，舌淡暗，脉细涩。治以健脾益气，活血化瘀，方选补中益气汤（《脾胃论》）合丹参饮（《医宗金鉴》）加减。药用黄芪、党参、白术、升麻、柴胡、丹参、莪术、蒲公英、枳实、生甘草。

7.3.4 胃神经官能症

临床表现：进食不久则发生呕吐，呕吐容易，无明显恶心，不影响食欲和食量，常常在看到特定的情景或受到暗示后发生呕吐，病情随情绪变化而波动。常伴有失眠、健忘、头痛、神经过敏等功能性症状。

体征：常无明显阳性体征，亦无营养不良表现。

实验室检查及其它检查：粪常规化验正常。血液学检查和胃镜、X线检查排除慢性胃病、妊娠呕吐、尿毒症、颅内占位性病变等疾病。

主症分析：本病的病机较为复杂，呕吐频频、两胁胀满者多因肝气犯胃；呕吐而胸脘痞闷、肠鸣漉漉者多因痰饮内停；呕吐时作时休、大便溏薄者多因脾胃虚寒；呕吐日久而精神疲惫、腰膝酸软者多因肾气亏虚。总之，本病多由肝气郁滞起病，常常由实转虚，由胃及脾，由肝及肾，若正虚受邪，也会出现虚实夹杂。

治法：舒肝理气、降逆和胃为治疗大法，结合化痰、健脾、益肾等治法。

分证论治

肝气犯胃：性格乖僻，易怒烦躁，干呕或呕吐，嘈气频作，心下痞满，两胁作胀，苔薄白腻，脉弦。治以疏肝解郁，和胃降逆，方选逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加减。药用柴胡、生白芍、白术、当归、茯苓、薄荷、甘草、生姜。

痰饮内停：呕吐清水痰涎，脘闷痞塞，不思饮食，肠鸣有声，舌质淡，苔白腻水滑，脉弦滑。治以温胃化饮，降逆止呕，方选小半夏汤（《金匮要略》）合苓桂术甘汤（《金匮要略》）加减。药用清半夏、生姜、茯苓、桂枝、白术、生甘草。

脾胃虚寒：多思好虑，稍有饮食不慎或劳累则呕吐，困倦乏力，面色㿠白，四肢不温，大便溏薄，舌淡苔薄腻，脉濡细。治以温中健脾，方选理中丸（《伤寒论》）加减。药用人参、白术、干姜、甘草。

肾气亏虚：呕吐日久，日渐消瘦，面色苍白，形寒肢冷，腰膝酸软，舌质淡胖，边有齿印，苔白腻，脉沉细迟。治以温补肾阳，方选金匮肾气丸（《金匮要略》）加减。药用肉桂、熟附子、山萸肉、熟地黄、山药、茯苓、丹皮、泽泻。

7.3.5 急性胰腺炎

临床表现：常见突然发生腹痛，恶心呕吐，中等度的发热，黄疸，严重者甚至出现低血压及休克。

体征：腹部压痛，腹肌紧张，可有反跳痛，黄疸，皮肤可苍白湿冷或面色青紫。

实验室检查及其它检查：白细胞计数常升高，血清淀粉酶超过500Somogyi单位可确

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

诊，超过350Somogyi单位应考虑本病，同时伴有尿淀粉酶的升高。淀粉酶与肌酐清除率比值>5.5%可确诊。此外，常伴有血钙降低，血尿淀粉酶同功酶升高。腹部平片、消化道钡剂造影、胆胰管造影有助于诊断。

主症分析：本病以剧烈的腹痛及恶心呕吐为主症，发病急、病势重，以气滞、热毒为发病主要病机，气滞实邪结聚，中焦阻塞，不通而痛，胃气不能通降则吐；实热内盛，与血相搏致使血败肉腐而成胰腺肿胀、化脓等内痈之患。

治法：以理气、祛湿、清热解毒为基本治法。

分证论治

肝郁气滞：突然腹痛，阵阵加剧，痛连胁肋，恶心呕吐，口苦咽干，便秘尿黄，苔薄白，脉弦细。治以疏肝理气，清热通下，方选大柴胡汤（《伤寒论》）加减。药用大黄、柴胡、黄芩、延胡索、木香、枳壳、蒲公英、虎杖、生白芍、法半夏。

脾胃实热：上腹突然剧痛如刀割，呕吐频作，高热，口干苦，大便不通，舌质红，苔黄腻、厚腻或燥，脉弦数或细数。治以清热解毒，通里攻下，方选大承气汤（《伤寒论》）加减。药用柴胡、黄芩、生大黄、厚朴、枳实、芒硝、败酱草、金银花、赤芍、延胡索。

肝胆湿热：突发上腹疼痛，右上腹明显，恶心呕吐，上腹拒按，口苦咽干，身目发黄，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉弦滑或数。治以清热利湿，解毒通下，方选茵陈蒿汤（《伤寒论》）合小柴胡汤（《伤寒论》）加减。药用茵陈蒿、山栀子、生大黄、柴胡、黄芩、蒲公英、延胡索、赤芍。

7.3.6 肠梗阻

临床表现：突然发生的阵发性腹痛，呕吐可较轻，或频繁而剧烈，可见腹胀，便秘，发热，也可伴有烦躁不安或疲倦，乏力，嗜睡和心慌等症状。

体征：腹部膨胀，肠鸣音亢进或消失，腹部压痛或触及腹部包块。

实验室检查及其它检查：周围血白细胞增多。X线平片可见梗阻以上的扩张肠段充满液体，扩张的肠管之间有腹水征。

主症分析：本病以呕吐，腹痛，腹胀，便秘为主症。多责之于寒热虫血等实邪为患，寒凝气滞，肠腑不通则使气机逆乱，可有痛、胀而吐；热郁食滞，腑气不通亦可致胃失通降而吐；虫结血瘀等因皆可使腑气不通，胃气不降而呕吐，腹痛，便秘。

治法：攻里通腑为本病的治疗大法。

分证论治

腑实热结：突然腹痛，肠鸣有声，呕吐食物，口干口苦，大便秘结，苔黄腻，脉洪大。治以泻热通腑，荡涤积滞，方选大承气汤（《伤寒论》）加减。药用生大黄、枳实、芒硝、厚朴。

寒邪直中：突然腹痛，恶寒，呕吐清涎，面色青冷，苔白润，脉沉紧。治以温中散寒止痛，方选大黄附子汤（《金匮要略》）加减。药用生大黄、熟附子、北细辛、枳实、厚朴、芒硝。

虫积内结：腹痛时作时止，面黄肌瘦，或面有虫斑，呕吐食物或清水，苔白，脉弦。治以驱虫消积，方选追虫丸（《证治准绳》）加减。药用雷丸、苦楝皮、黑丑、槟榔、皂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

角、木香、茵陈、川椒、黄连。

血瘀气滞：腹痛持续，胀痛或痛处固定，呕吐，大便秘结，舌质紫黯，苔白或黄，脉弦细。治以活血化瘀，行气助运，方选少腹逐瘀汤（《医林改错》）加减。药用当归、川芎、赤芍、没药、香附、木香、小茴香、干姜、延胡索、官桂、生蒲黄、五灵脂。

7.3.7 腹膜炎

临床表现：常出现急性腹痛，恶心呕吐，可见虚脱和休克症状。

体征：表情痛苦，被迫仰卧位，两下肢屈曲，呼吸浅表，全身厥冷，面色灰白，皮肤干燥，见有腹部压痛、腹壁肌肉痉挛、反跳痛，也可伴有腹壁反射消失和肠鸣音减少或消失。

实验室检查及其它检查：白细胞计数升高，中性可达90%以上。尿液可出现蛋白尿和管型。X线检查可显示膈与肝圆顶之间被气体填充的透光空隙。

主症分析：本病以发热、腹痛、恶心呕吐为主症。多责之于热、毒、血、瘀，这些实邪致病均可使得里热炽盛，血败肉腐成痈，腹痛剧烈，肠胃气机失调而出现呕吐。

治法：以行气导滞，清热解毒，活血化瘀为治疗法则。

分证论治

湿热内蕴：持续腹痛，恶心呕吐，腹胀腹泻，身热不扬，尿黄，舌红，苔黄腻，脉濡数。治以清热利湿，理气止痛，方选三仁汤（《温病条辨》）加减。药用 杏仁、薏苡仁、法半夏、厚朴、滑石、蒲公英、藿香、白芍、生甘草、延胡索、木香。

热结胃肠：腹部持续剧痛，呕吐，大便燥结不通，潮热汗出，口干舌燥，舌质红，苔焦黄起刺，脉沉实有力。治以通腑泻热，方选大承气汤（《伤寒论》）加减。药用 生大黄、芒硝、厚朴、木香、黄芩、丹皮、紫花地丁。

火毒内陷：腹部持续疼痛不解，高热烦躁，呕吐频繁，神志不清，皮肤有斑疹，舌绛苔少，脉细数。治以凉血解毒，方选清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。药用水牛角、生地黄、玄参、淡竹叶、金银花、连翘、黄连、丹参、麦冬、丹皮、赤芍。

瘀热互结：腹部局部疼痛，扪之有块，压痛明显，口干呕吐，大便干结，舌质暗红，苔黄燥，脉弦数。治以清热活血，方选大黄牡丹汤（《金匮要略》）加减。药用丹皮、赤芍、冬瓜仁、川楝子、木香、皂角刺、生大黄、蒲公英、金银花。

7.3.8 胆囊炎、胆石症

临床表现：右上腹疼痛，恶心呕吐，发热。

体征：急性病容，呼吸浅表、不规则，右胁下胆囊区腹肌紧张，压痛，反跳痛，Murphy征阳性。

实验室检查及其它检查：白细胞计数升高，血清胆红素，转氨酶、碱性磷酸酶升高。B型超声波可以确诊。腹部X线平片示右胁下区阳性结石、胆囊增大，囊壁钙化。胆囊造影和CT可以确诊。

主症分析：本病以右胁疼痛，恶心呕吐为主症。由于病在肝胆，气机不能疏利，肝胃不和、胆胃不和都会导致胃失和降，气机上逆面恶心呕吐，肝胆气机阻滞，胆液排泄不畅，不通则痛。

治法：以疏肝理气，清热利湿解毒为治疗大法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

分证论治

肝胆气滞：右胁胀痛或窜痛，胸脘痞闷，嗳气呕吐，头晕目眩，舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉弦缓或弦细。治以疏肝解郁，理气止痛，方选柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。药用柴胡、生白芍、枳实、川芎、香附、生甘草、郁金。

肝胆湿热：右上腹疼痛急发，恶心，呕吐黄苦水，恶寒发热，小便黄赤，大便不爽，或见黄疸，舌红苔黄腻，脉弦滑或弦数。治以清热利湿，疏肝利胆，方选茵陈蒿汤合龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减。药用茵陈蒿、栀子、生大黄、柴胡、黄芩、木通、泽泻、生甘草、郁金、车前子。

肝胆火热：右胁疼痛胀满，恶心呕吐，寒热往来，口苦咽干，心烦，便秘尿赤，或见黄疸，舌红苔黄燥或有芒刺，脉弦滑数或洪数。治以清热泻火，疏肝利胆，方选大柴胡汤（《伤寒论》）合黄连解毒汤（《外台秘要》）。药用黄连、黄芩、黄柏、生大黄、栀子、柴胡、半夏、枳实、木香、白芍、甘草。

正虚邪陷：胁痛剧烈，神情淡漠或恍惚，呕吐，二便不通，面色苍白，汗出肢厥，舌质紫黯，苔黄腻，脉弦数无力。治以益气回阳，活血定痛，方选四逆汤（《伤寒论》）合四君子汤加减（《太平惠民和剂局方》）加减。药用人参、炮附片、干姜、生甘草、炙黄芪、白术、桃仁、红花、当归、赤芍。

7.3.9 内耳眩晕症

临床表现：常见眩晕，视物旋转如坐舟中恶心呕吐，出汗，面色苍白，或伴有耳鸣、心悸。

体征：可出现水平或水平兼旋转性眼球震颤，眩晕发作后则消失，眩晕发作时伴随有听力障碍。

实验室检查及其它检查：Romberg 试验阴性，甘油试验常呈阳性。

主症分析：本病以眩晕、耳聋、耳鸣，恶心呕吐为临床主要症状。其病因病机以痰、虚为多，与血瘀、风、火有关。饥饱劳倦，饮食不节可伤及脾胃，脾失健运，痰湿中阻或痰热内盛则可致清阳不升而眩晕、浊阴不降面呕吐；久病气血亏虚、肾精不足，不能充养清窍亦可导致眩晕，同时，肾虚不摄，虚气上逆可以出现呕吐；如果气郁伤肝，肝阳上亢，可见眩晕，而风阳上冒也会使气机逆乱，胃气失和而呕吐。

治法：应根据病情，选择不同的治法，偏于实者以清火、化痰、熄风、潜阳为主；偏于虚者以滋阴、养血、补肾、健脾等法为主。

分证论治

肝阳上亢：眩晕耳鸣，头痛且胀，呕吐口苦，急躁易怒，少寐多梦，舌红苔黄，脉弦。治以平肝潜阳，滋养肝肾，方选天麻钩藤饮（《杂病诊治新义》）加减。药用天麻、钩藤、石决明、川牛膝、桑寄生、杜仲、山栀、黄芩、益母草、珠茯神、夜交藤。

痰浊中阻：眩晕而见头重如蒙，胸闷恶心呕吐，食少多寐，苔白腻，脉濡滑。治以健脾和胃，燥湿祛痰，方选半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减。药用法半夏、陈皮、白术、天麻、代赭石、竹茹、生姜。

痰热内盛：头目胀痛，心烦呕吐，口苦，渴不欲饮，苔黄腻，脉弦滑。治以化痰泻热，方选温胆汤（《备急千金要方》）加减。药用法半夏、橘皮、甘草、枳实、竹茹、生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

姜、茯苓、黄连。

肾精不足：眩晕而精神萎靡，少寐多梦，健忘，腰酸膝软，偏阴虚者五心烦热，舌质红，脉弦细数，偏于阳虚者四肢不温，形寒怕冷，舌质淡，脉沉细无力。偏于阴虚者用左归丸（《景岳全书》）加减。药用熟地、山萸肉、菟丝子、牛膝、龟甲胶、山药、枸杞子。偏于阳虚者治以补肾助阳，方选右归丸（《景岳全书》）加减。药用熟地、山萸肉、杜仲、制附子、肉桂、仙灵脾、龙骨、牡蛎。

7.3.10 尿毒症

临床表现：恶心呕吐常常是尿毒症的首发症状，还可见尿量改变，头昏、头痛、失眠、乏力，甚至淡漠、神识不清等症状。

体征：病人常呈贫血貌，查体有视力障碍，血压高，严重者可出现无意识四肢运动。

实验室检查及其它检查：查血尿素氮增高而肌酐不成比例增高，血中白蛋白降低，血红蛋白下降。B超肾脏正常或增大，常有尿路梗阻。

主症分析：本病以恶心呕吐为主症。分析其病机，责之于肾之泌浊功能失司，患病日久，浊邪内盛，或寒或热，侵犯脾胃，使得清气不升、浊阴不降，浊气上逆则为吐。

治法：以降浊止呕为主要治法。

分证论治

寒浊困脾：少气乏力，面色无华，恶心呕吐，厌食腹胀，身肿尿少便溏，舌体胖大，色淡，舌苔厚腻，脉沉细或濡细。治以温中补虚，降浊止呕，方选吴茱萸汤（《伤寒论》）合二陈汤（《太理惠民和剂局方》）加减。药用人参、吴萸、茯苓、陈皮、清半夏、生姜、厚朴、木香、生甘草。

热浊犯胃：恶心干呕或呕吐频作，纳呆腹胀，便结不通，舌红苔黄腻或干糙，脉细数或弦数。治以扶正降逆，通腑泻浊，方选温脾汤（《备急千金要方》）合温胆汤（《备急千金要方》）加减。药用人参、茯苓、甘草、法半夏、生姜、熟附子、陈皮、生大黄、黄连、淡竹茹、枳实。

7.3.11 妊娠反应

临床表现：妊娠后出现恶心呕吐，头晕厌食或食人即吐。

实验室检查及其它检查：尿妊娠试验阳性。

主症分析：恶心呕吐为本病主症。妊娠以后，阴血聚于冲任以养胎，致使孕妇机体处于阴血偏虚，阳气偏亢的生理状态，同时随着胎体渐长，往往影响气机升降，若冲脉之气上逆，胃失和降则可发生呕吐，其中以脾胃虚弱，肝胃不和最为常见。

治法：以和胃降逆，安胎止呕为治法。

分证论治

脾胃虚弱：妊娠以后，恶心呕吐不食，口淡或呕吐清涎，神疲思睡，舌淡苔白润，脉缓滑无力。治以健脾和胃，降逆止呕，方选香砂六君子汤（《医方集解》）加减。药用党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、木香、砂仁、生姜、大枣。

肝胃不和：妊娠后呕吐酸水或苦水，胸满胁痛，头晕而胀，嗳气叹息，烦渴口苦，舌淡红苔微黄，脉弦滑。治以抑肝和胃，降逆止呕，方选苏叶黄连汤（《温热经纬》）加味。药用苏叶、黄连、法半夏、陈皮、竹茹、乌梅。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.12 胆道蛔虫症

胆道蛔虫症的表现为恶心呕吐的同时有发作性右胁疼痛剧烈，甚则吐蛔，肢冷汗出，苔薄脉沉伏，治以缓急止痛安蛔，方选乌梅丸（《伤寒论》）合四逆散（《伤寒论》）、金铃子散（《素问病机气宜保命集》）或用大柴胡汤（《伤寒论》）亦有效。

7.3.13 中暑

中暑而见呕吐的中医病机为暑湿秽浊之气或贪凉饮冷，暑湿秽浊交阻，气机被困而烦躁呕吐，多兼身热汗出、烦躁、舌红苔黄腻、脉滑数，治当清暑泄热，化浊阻秽，方选连朴饮（《霍乱论》）加味。

7.3.14 消化道肿瘤

在诸多消化道肿瘤当中，最易引起呕吐的当属食道与胃的肿瘤。

它们所致的呕吐在中医病机上相似，需联系病程并结合辨证进行治疗。肿瘤早期出现的呕吐较轻，多为实证，或痰气交阻或痰瘀内结，随着病情的发展邪实益盛，正气愈虚，肝脾肾俱败，甚至出现阴阳离决之势。因此，早期痰气交阻治以理气化痰，润燥散结，方选启膈散（《医学心悟》）或海藻玉壶汤（《医宗金鉴》）加减；痰瘀内结治以软坚散结，化痰活血，方选通幽汤（《兰室秘藏》）或膈下逐瘀汤（《医林改错》）合导痰汤（《济生方》）加减；随病情发展采取扶正祛邪之法，阴液损伤明显，治以养阴生津，清热散结，方选麦门冬汤（《金匮要略》）加减，阳气受损治以益气温阳，方选右归丸（《景岳全书》）合四君子汤（《太平惠民和剂局方》）或理中丸（《伤寒论》）加减。

7.3.15 药物影响

易引起呕吐的常见药物为化疗药物、抗生素、神经精神用药。这些呕吐的治疗除停药以外，需结合辨证或中西医结合的方法进行治疗，抗生素易损伤胃阳，中医治疗多温胃止呕；化疗药物最易耗气伤阴，与中医热毒相类，治疗以益气养阴，解毒和胃为主。

7.3.16 其它疾病

除了上述病症引起的呕吐以外，尚有其它一些病症如急性心梗、脑肿瘤、急性脑血管意外、金属中毒、手术、麻醉、严重感染以及各种疾病的终末状态都可以出现呕吐，可分别采用辨病或结合辨证或中西结合加以治疗。

7.4 临床用药经验与体会

呕吐是消化系统疾病中最常见的症状之一，所涉疾病广泛，按中医的辨证施治进行治疗，历代医家积累了丰富的临床经验，但由于他们所处的历史、地理环境不同，用药特点、经验各异，形成了不同的学术流派，对于不同的类证，除有代表方外，在用药方面，有其各自的特点，兹就有关经验介绍如下，供临床用药参考。

7.4.1 辨证用药规律

7.4.1.1 泻下通腑药 前贤有“呕家忌用大黄”之戒，仲景亦在《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》强调：“病人欲吐者，不可下之。”而大黄性味苦寒，泻下攻积，清热解毒，活血祛瘀，似无止呕之功，且对胃家虚寒或阴虚病证，用之苦寒益伤中阳，泻下阴津更亏。然若见素体阳盛，痰热内蕴，腑气不畅，浊气上干，胃气上逆之呕吐，其特点为食入即吐，则宜用泻下通腑药治之，大黄乃最为常用，故《金匮要略》有云：“食人即吐者，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大黄甘草汤主之。”急用大黄，可顿挫上逆之气，呕吐自然得止，不必拘于前人“忌用、禁下”之戒而延误病机。当然效果的巩固，尚不可缺少辨证药方，但大黄的先锋之功起了决定作用。细细想来，大黄止呕实与其气味质量有关，如《药品化义》云：“大黄气味重浊，直降下行，走而不守，有斩关夺门之力。”

王自立主任医师据其多年的丰富经验，也擅用大黄治疗顽固性呕吐，认为：大量大黄能荡涤肠胃，除瘀泻火，而少量则以健脾助运，调中化食，安和五脏见长。呕吐本为胃气上逆之证，少佐大黄以助通降胃气，故可获效。其不管虚实，均少佐以大黄 1～2g，疗效明显。

7.4.1.2 活血化瘀药 呕吐病因虽多，但其基本病机为胃失和降，胃气上逆，其中病邪导致瘀血阻络，阻碍气机亦是不可忽视的病理变化之一，长期反复发生呕吐，气机紊乱，也可导致瘀血阻络，两者互相影响，互为因果，乃致恶性循环，使呕吐缠绵难愈。《医林改错》血府逐瘀汤用以治疗“胸中血府血瘀”所致诸证，指出“无他症，惟干呕、血瘀之症，用此方化血，而呕立止。”可见前人已认识到瘀血可致呕吐，因此，应用活血化瘀药治疗某些顽固性呕吐、神经性呕吐等可取得明显疗效，它既开拓了活血化瘀药的应用范围，也丰富了呕吐的治疗方法。

在具体治疗时，对呕吐反复不愈，迁延日久者，皆可加入活血化瘀之品以增强疗效，不必拘于舌紫黯，脉涩等瘀滞之象。脉症瘀血之象明显者，可纯用活血化瘀的方剂。对没有明显瘀血之象者，可结合全身情况，在辨证施治的方剂中配入活血化瘀的药物，如桃仁、红花、赤芍、丹参、莪术等。

7.4.1.3 温阳益肾药 清陈士铎《石室秘录·噎膈反胃治法》有云：“夫食人于胃而吐出，似乎病在胃也，谁知肾为胃之关门，肾病而胃始病。”其中有因肾阳不足引起中阳不振，水谷腐熟运化失司，胃气逆上；而肾又主纳气，肾阳不足则肾不纳气而气浮于上，又可加重脾胃升降失司。王成玉采用温阳益肾之品，以金匮肾气丸加减治疗甚效。药用附子、桂枝温下焦而通化中焦，山药、山萸肉、熟地、茯苓等益肾补脾以助附子、桂枝温通之效，使中气生化有源，清升浊降，呕吐得止。（王成玉．温阳益肾法治疗呕吐．江苏中医，1990；11（7）：19）

7.4.1.4 恣酒呕吐，葛花解醒 少量饮酒对人体有利，但大量酗酒，则容易损伤身体，酒能助湿生热，影响气机，损伤脾胃，或浊气不降，发为呕吐；或清气不升，发为泄泻；或盘踞中州，阻碍气机，葛花解醒汤出自《兰室秘藏》，由葛花、白蔻仁、砂仁、木香、青皮、陈皮、人参、白术、茯苓、神曲、干姜、猪苓、泽泻组成，此方集醒酒、健脾、和胃行气和利湿于一体，因于酗酒过度之呕吐，疗效满意。

7.4.2 名医治呕经验谈

7.4.2.1 张锡纯对重症呕吐治用山药粥 近代名医张锡纯制薯蓣半夏粥治疗胃气上逆，冲气上冲，以致呕吐不止，闻药气则呕吐益甚，诸药皆不能下咽者，张氏认为：“凡呕吐之人饮汤则易吐，食粥则可借其粘稠留滞之力，可以略存胃腑，以待药力之施行。”而且认为：“山药汁本稠粘，若更以之作粥则稠粘之力愈增，大有留肠胃之功也。”郝向春等受此启发，凡遇重症呕吐患者均重用山药，改汤为粥，疗效显著。（郝向春，单秀华．重症呕吐治用山药粥．山西中医．1993；9（1）：53）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.2.2 张泽生巧用石菖蒲治疗神经性呕吐 石菖蒲为开窍宁神之要药，历代医家言之凿凿，用之效切，但它对神经性呕吐有良效，则鲜为人知，张泽生等根据其性味温和，有芳香开胃，化湿祛浊之特性，用于神经性呕吐，共治疗21例，结果显效15例，有效5例，无效1例，取得了较为满意的疗效。

据此，张氏等认为，石菖蒲除具有为人熟知的通窍除痰，醒神健脑，去湿开胃等功效外，还具有化浊解郁，平恶止呕之效，从药理分析，这可能与其促进消化液分泌及制止胃肠异常发酵，并有弛缓肠管平滑肌痉挛之作用有关，是治疗神经性呕吐之良药。

根据其经验和体会，运用该药时宜将其捣碎，以纱布包之，加水500ml左右，文火煮沸15分钟后取汁，该药用量，每次以10~20g为宜（1日量），取汁后宜少量频饮，分次进药，每日10~30次不等，这样既防止病人拒药而吐，又有利于药在胃内缓慢吸收，逐渐起效，需要注意：凡阴虚火旺体质，或心气耗散者宜慎用。（张泽生，张生武，崔成，等．石菖蒲对神经性呕吐有效．中医杂志，1996；37（12）：711~712）

7.4.2.3 徐景藩擅用半夏、生姜治疗呕吐 徐氏认为半夏性味辛温，燥湿化痰祛饮，降逆止呕，仲景治呕吐每以半夏为主药，生姜辛温，入脾、肺、胃经，《备急千金要方》誉之为治呕吐之“圣药”，生姜止呕吐的机理大致有三：一是生姜含辛辣素和姜醇等，刺激舌上味蕾及胃粘膜的神经感受器，反射性地抑制视丘下的呕吐中枢；二是具有调整食管和胃的蠕运及胃的分泌、消化功能；三是具有解毒作用，能消除胃中有害因素的刺激。因此，生姜止呕具有较广泛的适应证和良好的效果。半夏与生姜的药量多寡需根据病情，并参考配用药物的作用而确定。

小半夏汤原文“加水7升，煮取1升半”，说明煎煮时间宜长些。用生姜汁之方，先煎半夏，后入生姜汁，煮取量为水的1/2。根据徐氏经验，治呕吐用生姜，一般为10g，吐甚而胃寒盛者用20~30g，处方勿写片，因为“片”的大小厚薄不一，不如计量为好，煮时不宜过久，沸后20分钟即可，一般宜温服，如用量较大者，药宜稍冷服下。（刘沈林．徐景藩治疗胃病痰饮中阻引起呕吐的经验．江苏中医，1994；15（7）：293~294）

7.4.2.4 李华倡治呕宜方小药精 考历代治呕名方，如张仲景之大小半夏汤，王孟英之苏叶黄连汤，《医宗金鉴》之黄连半夏汤、橘皮半夏汤等，药仅二、三味，可谓方小药精，但疗效之佳却实非方大药杂者可比。李氏常用大半夏汤、小半夏加茯苓汤、黄连半夏汤，治疗各种顽固性呕吐，每收佳效，其机理可能是方小药精，作用突出，既避免了多药相伍，彼此拮抗，影响药效的发挥，又减少了药方气味庞杂，加重对胃的不良刺激，而且药味少则煎液亦少，有利于呕吐病者服用。（李华．治呕琐谈．中医研究，1995（4）：32~33）

7.4.2.5 叶秉仁治疗呕吐用药经验

7.4.2.5.1 阴虚气逆，石斛沉香可制 阴虚者，胃阴虚也；气逆者，肝气逆也。盖久呕胃津必伤，胃虚则肝气更为亢逆而呕吐不止。症状每见干呕频频，心烦面红，胸脘痞闷，口干，苔剥起裂或苔薄少津，脉细弦，治当滋阴清热，平降逆气，叶氏常以鲜石斛配沉香为主，酌情选用北沙参、麦冬、绿萼梅、制半夏、陈皮、竹茹等。石斛甘寒，功专滋养胃阴，新鲜者，清热之力尤胜，沉香苦辛，泄降逆气，两药配合，滋胃阴而顺气，泄肝逆而护阴，刚柔相济，疗效较好。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.2.5.2 热呕液伤，丁地相配颇宜 叶氏早年从闽籍无锡魏老先生临诊，见他治多例重症呕吐，每用丁香、黄连、吴萸、半夏、陈皮等而获效，遂知丁香不专治呃，尚能治呕。查《图书集成医部全录·呕吐门》中列方一百零三张，用丁香者有二十二张，而《蜀本草》也谓其“疗呕逆甚验”，决非虚语，惟其性温燥，一般只用于胃寒呕吐。然临证又每见火旺阴伤之证，如《素问·六元正纪大论》云：“火郁之发，民病呕逆。”叶氏受石斛与沉香配伍经验的启发，将丁香与鲜生地相伍，用于热呕液伤，盖丁香下气止呕，鲜生地既可清营救液，又可减少丁香温燥助火的副作用，相反相成，用之得当，每获良效。

7.4.2.5.3 全蝎解痉止呕，另有一功 幽门痉挛常造成反复呕吐，叶氏每在方中加入一味全蝎，全蝎本为治厥阴风痰之要药，但它解痉止呕，另有一功。

7.4.2.5.4 安蛔止呕，一味乌梅 蛔虫上窜至胃，常引起恶心，甚则呕吐，此多见于发热之后肠道环境改变时或胃酸缺乏的患者。蛔性畏酸，用乌梅治之则蛔自伏、呕自止。(江苏中医学术活动文选第 1 辑. 第 1 版. 南京：江苏人民出版社，1978；3)

7.4.2.6 祈振华治疗呕吐的服药经验

热药冷服 把煎好的汤药，置于冷水中降温，凉服能镇吐，进药 2 小时后不吐，药已起到降逆作用，再服第二煎时，以热服为好。

先进姜汁：生姜辛辣温胃，温散寒湿，能降逆，开胃止吐，先服浓姜汁汤少许，再服汤药，可止吐纳药。

先服用具有镇吐作用的丸散药以止吐，为服汤药做准备。

少量徐徐与服：祈老认为，少量多次分服，使药力徐徐不断，能止吐降逆而获效。

(邵慧中 . 祈振华临床经验集 . 第 1 版 . 沈阳：辽宁科技出版社，1985，11)

7.4.3 巧用药对，提高疗效

呕吐一症，可见于临床各科及多种疾病，凡能引起胃失和降，气逆于上者，均可发为呕吐。病因不一，治法各异。临证时倘能结合选用治呕药对，往往可增强疗效。

7.4.3.1 半夏、生姜蠲水饮停胃 半夏辛散温燥，降逆和胃；生姜温中散寒，和中止呕。两药组对，化饮和胃，治疗水饮停胃而致呕吐清水痰涎，舌苔白腻等症，最为合拍。对胃寒呕吐，两者相须为用，即《金匮要略》小半夏汤，堪称“止呕方之祖”。岳美中谓：“胃有痰涎而呕吐者，非半夏生姜同用不为功。”两药配伍治诸种呕吐，故有“呕家圣药”之称。

7.4.3.2 黄连、吴茱萸泄肝火犯胃 黄连苦寒，清胃热以止呕；吴茱萸辛苦性热，疏肝下气止呕。两药寒热配对，取黄连苦寒泻火为主，少佐吴茱萸，从热药反佐以制黄连之寒，且又入肝降逆，一主一辅，相反相成。临证时常取连萸六一之比，即丹溪左金丸，对肝郁化火，肝火犯胃而见的胸胁胀痛，嘈杂吞酸，呕吐口苦，脘痞嗳气等症，每获良效，《药鉴》称为“吞吐酸水之神方”。吴萸仅为黄连的六分之一，其义有三：一是反佐以缓解郁热，一是取其降逆之用，一是引热下行。但临床仍应根据肝热之轻重，痰湿之有无，而斟酌连、萸之用量，不可拘泥于此。

7.4.3.3 白茅根、芦根清邪热蕴胃 白茅根、芦根皆为甘寒质润之品。《本草纲目》谓白茅根能治“伤寒哕逆”，《新修本草》言芦根善疗“呕逆不下食、胃中热”。两药皆入胃经，对于温病邪热蕴胃伤津而出现的心胸烦闷，气逆呕哕，口干喜饮等症，两味常相须

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为用。因其清热而不伤阳，生津而不恋邪，性平和缓而不粘腻，故常获良效。鲜品入药，则效果更为理想。

7.4.3.4 半夏、陈皮燥痰湿阻胃 半夏辛温性燥，既能燥湿化痰，又能降逆和胃。《药性论》谓之可“消痰下肺气，开胃健脾，止呕吐，去胸中痰满。”陈皮为脾肺二经气分之药，既能理气调中，又能燥湿化痰。《本草纲目》言其能“疗呕哕反胃嘈杂”。两味联用，使气顺而痰消，痰除而气自下，常用治痰湿内停，阻滞气机，胃失和降而出现的胸膈痞闷，恶心呕吐，肢体困倦，舌苔白润等症，疗效颇速。因两者入药均以陈久者为佳，故有“二陈”之称。

7.4.3.5 神曲、苍术消饮食滞胃 神曲甘辛性温，入中焦而健脾和胃，消食调中，为消化谷麦酒积之佳品；苍术其气芳香，能强胃健脾，发谷之气且又疏泄阳明之湿。故两味合用，同调脾胃，以奏健脾和胃，消食化滞之功。对于食滞中脘，浊气上逆所致的呕吐酸腐，脘腹胀满，嗳气厌食，舌苔厚腻等症，疗效显著。另外对于湿邪犯胃及夏令感受暑湿而致呕哕，亦每选用。

7.4.3.6 干姜、半夏散寒凝客胃 干姜味辛性热，能走能守，长于温中，善治脾胃寒证；半夏辛散温燥，功能燥湿化痰，降逆和胃，为治寒饮呕吐之要药。两药相配，相辅相成，共入中焦而温中和胃，降逆止呕，每用治胃寒呕吐，效果理想。其治胃寒之呕，无论对于寒邪犯胃所致的突然呕吐，恶寒发热，头身疼痛等症，还是脾胃虚寒而见的胃脘冷痛，口淡不渴，泛吐清水等症，均能奏效。

7.4.3.7 藿香、佩兰化湿浊中阻 藿香与佩兰均为芳香化湿、辟秽之佳品。唯前者为治脾胃吐逆之要药，长于止呕而兼解表，后者为疗脾瘅口甘之佳品，侧重醒脾而又开胃。两味成对，治疗湿浊内蕴或暑湿困中而见胸闷、纳呆、呕恶、苔腻者，湿浊一开，则呕吐自平。临证只要抓住舌苔浊垢这一特征，再结合口淡粘甜等症，则不致误。

7.4.3.8 黄连、紫苏清肺胃湿热 黄连苦寒，善于清热燥湿，和中止呕；紫苏辛温，长于通理肺胃，顺气畅中。两味伍用，寒热相配，相反相成，协同清热和胃，理肺畅中，用治湿热阻于上中两焦、肺胃不和而见的恶心呕吐，胸闷不舒，口苦口粘，舌苔黄腻等症，最为适宜。温病学家薛雪曾言：“湿热证，呕恶不止……两味煎汤，呷下即止。”可见，此药对功力之非凡。使用时，用量须轻，取“轻可去实”之义。

7.4.3.9 麦冬、半夏养胃土之阴 麦冬甘寒质润，功善益胃生津，养阴和中；半夏辛温燥烈，长于燥湿化痰，降逆止呕。两药组对，润降相宜，既滋肺胃，又降逆气，且半夏得麦冬则燥性减而降逆之性存，麦冬得半夏则滋而不腻，故常合用以治胃阴不足、虚气上逆所引起的时作干呕、口燥咽干、舌红少津等症，仲景之麦门冬汤、竹叶石膏汤中均有选用。

7.4.3.10 旋覆花、代赭石降痰气上逆 旋覆花功长降气消痰止呕，俗有“诸花皆升，旋覆独降”之言；代赭石质重而沉降，善镇冲逆。两药虽一药一石，质有轻重之别，但性皆主降，故两药组合，用治痰涎内阻，气逆不降之呃逆反胃，嗳气不舒，咳逆喘呕等皆有效。现代临床上在治疗急慢性胃炎、胃溃疡、高血压、美尼尔氏综合征等病时，见有眩晕、呕恶属痰气上逆或肝气挟痰上逆者，亦常用此药对为主组方获效。

7.4.3.11 白术、干姜除寒湿困中 白术与干姜同用，最善除脾家寒湿。脾性恶湿，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脾虚则湿盛，湿为阴邪，易损脾胃而生内寒。白术苦甘而温，其气芳烈，既能补气健脾，又能燥湿；干姜味辛性热，既温脾胃之阳，又善祛中焦之寒湿。两药合用，温中健脾，散寒祛湿之力增强，用治脾阳不足，寒湿困中，脾胃气机升降失调而致的口淡而粘，呕吐泄泻，舌苔白腻等症，最为切合。

7.4.3.12 竹茹、黄连清胃中痰热 竹茹甘而微寒，轻可去实，凉能去热，功善清胃热，止呕吐；黄连苦寒，善除中焦湿热。两味组对，竹茹得黄连寒清苦降之助，清热止呕之力大增，且能燥湿化痰，临床上多用于单纯胃热引起的噎膈，恶心，干呕等症。亦可用于痰热阻胃所致的呕吐痰涎，吞吐酸水等，若临证时再加用陈皮，半夏两药，则止呕之力更佳。

7.4.3.13 干姜、黄连和胃降逆气 寒热错杂之证，临床较为多见。今以黄连苦寒直折，以泄胸中之热结，又除阳明之郁热；用干姜味辛性热，善祛脾胃寒邪，又助脾胃阳气，两者同用，寒热并施，辛开苦降，共奏和胃降逆止呕之功。每用于因寒热互结心下而见的胃脘痞满，嘈杂泛酸，不思饮食或上热下寒所致的食入即吐，腹痛肠鸣等症，《伤寒论》黄连汤、半夏泻心汤等诸方中，均有选用。

7.4.3.14 黄芩、白术安胎止恶阻 黄芩苦寒，清热燥湿安胎；白术苦甘性温，补脾燥湿，安定中焦。妊娠之初，血聚养胎，则多见阴虚或阳偏盛，虚热扰动血海，则胎动不安，下焦血旺，气反上逆，故发恶阻。取黄芩清热而不伤血，血不妄行，胎自得养；用白术健脾以助生化之源，中州安定而恶阻自除。两药结对，寒热并进，协调气血，血气平和，则胎动自安，恶阻自除，故有“安胎圣药”之美誉。

7.4.3.15 木瓜、木香和胃除霍乱 木瓜酸温，功长舒筋活络，化湿和胃，为治霍乱转筋之要药，《别录》言其：“主湿痹邪气，霍乱大吐下，转筋不止。”木香其气芳香，辛散温通，功善调中宣滞，现代研究报道其对肠道内多种细菌有抑制作用。两味成对，取木瓜除湿止呕为主，配以木香芳化畅中，调理气机，每用治暑湿所致的吐泻并作，腹痛转筋等症，确有良效。

7.4.3.16 白术、陈皮理脾胃和中 白术和陈皮为调理脾胃的常用药对。脾虚易生湿，湿停中焦则阻碍气机，反之气机不畅，湿邪不得运，则脾虚难复，是故脾胃和调，方能中州安定。白术，甘温健脾扶中，苦温燥湿助运；陈皮，辛开苦降，理气燥湿，和中醒脾，两味结对，补疏兼施，相辅相成，用治因脾胃失和而出现的脘腹胀闷、呕恶不食、口中粘腻、苔腻脉滑等症。

7.4.3.17 半夏、秫米和胃安神志 半夏辛温，既能燥湿化痰，又有降逆和胃；秫米甘平，功长健脾益气，升清安中。两药相配，一泻一补，一降一升，共奏调理脾胃，舒畅气机之功。临证治疗因饥饱不调，有伤脾胃或脾胃虚弱，运纳失常所致的胃中不和，而见夜卧不安，或胃脘痛闷，或反胃吞酸，或嘈杂似饥等症时，常以此药对为主，再随症配伍，确能收到较好的和胃安眠之效。

7.4.3.18 橘皮、生姜降胃气上逆 橘皮辛苦温燥，功长理气调中，燥湿化痰；生姜辛而微温，善长温中和胃，降逆止呕。合而用之，使阳通寒去，胃气和降，则呕吐自愈。故清代周岩在《本草思辨录》中谓橘皮为脾肺之散药泄药，言生姜为肺胃之散药升药，“二物有相须之益，故常并用。”《金匮要略》橘皮汤即以此两药组方，对于寒湿阻中，胃

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

气不降所致的脘腹闷胀，泛恶欲吐等症，疗效显著。

7.4.3.19 生姜、紫苏解内寒犯胃 生姜、紫苏均为辛温解表之药，生姜“行阳分而祛寒发表，宣肺气而解郁调中”；紫苏疏肌表以通泄腠理，开胸膈而舒醒脾胃。两药相须为用，合治风寒犯胃，和降失常而见恶心呕吐，恶寒发热等症，因紫苏芳香辟秽，能解鱼蟹毒，故鱼蟹中毒之吐泻两味亦常用。

7.4.3.20 人参、干姜疗脾胃虚寒 人参甘苦性平，为补气要药，善健脾气，扶胃气而峻补中焦；干姜味辛性热，善温暖脾胃而祛寒。两者相合，辛甘扶阳，且人参得干姜使补而能行，干姜得人参使行而不过，从而相助相补，使中气畅达，则呕吐自平。临床多用治脾胃虚寒日久或久病胃气将尽而见的形衰气弱，脘腹冷痛，恶心呕吐等症，临床症状较轻时，亦可以党参代替人参用之。

7.4.3.21 黄连、半夏泄湿热内蕴 黄连苦降，清泄胃热，半夏辛开，温燥脾湿，两味合用，治疗湿热并存，脘腹痞满，呕吐，苔腻等症，颇能燥湿清热。还应视湿热之孰甚，权衡辛苦之偏重：舌苔黄浊而热偏重者，重用黄连；苔腻黄白而湿偏重者，重用半夏。依此处理，方能增效。

7.4.3.22 乌梅、川椒治蛔扰胆胃 乌梅味酸，蛔得酸则静；川椒味辛，蛔得辛则伏。二药组合，用于蛔虫人胃上膈所致的呕吐，泛恶，和胃安蛔，功效可靠。但应细察寒热虚实，推敲配伍变化，如偏于寒加干姜、吴萸，偏于热加黄连、黄柏，偏于虚加党参、当归，偏于实加大黄、槟榔，如是辨治，可使药效更臻理想。

7.4.3.23 丁香、柿蒂疗胃寒呕呃 丁香温中以行滞气，柿蒂苦涩以散逆气，《本草求真》谓：“一辛热而一苦平，合用深得寒热兼济之妙。”不惟治呃，且能止呕。凡胃中有寒，和降失职而呃逆、呕吐者，均可施治。又丁、柿温胃降逆，可因伍药不同而改变其性，如二味配以大剂鲜生地，治津伤热呕其效亦宏。乃知以热治寒之理，可循而不可囿。

7.4.3.24 枇杷叶、鲜竹茹降胃热气冲 枇杷叶清降胃热，苦泄下气；鲜竹茹凉解阳明，甘寒止呕。合用能治胃中有热，气逆不降而恶心、呕吐等症。惟二药同中有异，同者均能清肺胃之热，异者枇杷叶兼能泄风热，鲜竹茹可清虚热痰浊，临证时不可不辨。

7.4.3.25 党参、半夏治气虚胃逆 党参甘温补虚，半夏降逆止呕，二味合用，补中虚而顺气，降呕逆而益胃，以之治疗中气匮乏，胃虚不降的呕吐不食、反胃等症，当推首选。若兼便秘需加蜂蜜，一以润导，一以安中，是《金匮要略》大半夏汤原意。

7.4.3.26 党参、石斛复气阴两伤 石斛养阴清热，濡胃生津，党参益气补中，健脾和胃，二味组对，健脾运而不燥，滋胃阴而不腻。用治气阴两伤，胃失和降的呕吐，谷食不进，可收止呕开嗜之效。俾得胃气渐苏，泛哕见衰，饥意稍生，方可转商他治。

7.4.3.27 党参、吴萸理虚寒呕逆 吴萸辛热下行，温中降逆；党参甘温升发，补气安中。二味配伍，用治胃中虚寒呕吐，或厥阴寒邪上干阳明而哕吐涎沫，功能疏郁结而理中虚，暖肝胃而降冷浊。如久吐累及肾阳，法当益火温脾，附子、干姜之属均可选用。

7.4.3.28 石斛、沉香制阴虚气逆 石斛甘寒滋阴，沉香辛温气降气。石斛得沉香则滋胃阴而不抑遏，沉香得石斛则降逆气而不燥津。二药寒温相济，顺气养阴，对阴虚气逆

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症见干呕不止，口燥，舌红少津者，收效颇速。

7.4.3.29 大黄、甘草下胃实止呕 大黄清泄郁热，攻导积滞；甘草泻火解毒，甘缓和中。二味生用，治疗阳明郁热积滞，症见呕吐，腑气不通等症，力能苦降润下止呕。亦适应于气火上逆引致的泛哕，斯时只欲其引火下行，而不欲其峻通地道。若再加白残花10g，顺气和降，更能提高疗效。

7.4.3.30 内金、麦芽消食滞健胃 内金磨谷化积，宽中健脾；麦芽开胃消食，舒肝下气。二药配合，用治食积伤中的呕吐有较好疗效。但磨谷消导之品，削伐有余，中病之后，应逐步减量，终不可多服久服。

7.4.3.31 韭汁、水蛭散瘀血内结 韭菜汁散血行气，和胃降逆，李时珍谓其“辛温能散胃脘痰饮恶血”。水蛭破血逐瘀，攻积消癥。二药相合能宽膈降逆，化瘀开关，可治瘀血湿痰阻结胃口，表现吞咽不利，食后即吐等症。倘久呕伤阴，舌红而光者，应配以牛乳生津养胃，支持正气，寓补于消。

7.4.3.32 伏龙肝、鲜芦根除诸般呕哕 呕吐泛哕，急切间寒热难辨者，可用伏龙肝配鲜芦根降逆止呕，屡屡获效。考伏龙肝辛温，温中和胃；鲜芦根甘寒，清胃生津。二药寒温互济，养胃津而不伤中阳，温脾气而不损胃阴。对妊娠恶阻，胃弱不胜重药者，疗效亦好。切不可因其平淡而等闲视之。

7.5 变证的治疗

呕吐一般而言，预后良好，但某些顽固性呕吐，由于呕吐反复不止，津液耗损，可致病情突变，并危及生命，兹就其常见的变证分述如下：

7.5.1 呕血、便血

7.5.1.1 胃热壅盛

证候：呕血色红或紫黯，黑便如柏油样，脘腹胀闷，甚则作痛，口臭，或便秘，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清胃泻火，化瘀止血。

方药：泻心汤（《金匮要略》）合十灰散（《劳证十药神书》）加减。药用黄芩、黄连、大黄、大蓟、小蓟、柏叶、荷叶、茅根、大黄、茜根等。

临证参考：本证多见于患者平素嗜食辛辣肥厚，或过饮烈酒，胃中积热，或因情志失调，肝气郁滞，日久化火，或因感受暑湿、暑温之邪，内犯于胃，热迫血行，血溢脉外，乃致呕血、便血，临床治疗关键在于清胃泻火，如“斧底抽薪”，胃热得除，胃气得降，血归正道则呕血、便血也易止。

7.5.1.2 气不摄血

证候：吐血缠绵不止，时轻时重，或黑便，大便溏薄，血色暗淡，神疲乏力，心悸气短，面色苍白，舌质淡，脉细弱。

治法：健脾益气摄血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减。药用人参、茯苓、白术、甘草、黄芪、当归、龙眼肉、酸枣仁、远志、木香、炮姜、阿胶等。

临证参考：本证多见于脾胃虚寒型呕吐反复不愈，脾气益亏，脾失统摄，血溢脉外，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乃致呕血、便血，治疗应加强益气健脾摄血。

7.5.1.3 阴虚火旺

证候：吐血量较多，色红，便黑或干黑，面色潮红，盗汗，口渴引饮，烦躁不安，头晕心悸，耳鸣，少寐，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴清热，凉血止血。

方药：玉女煎（《景岳全书》）加味。药用石膏、知母、麦冬、牛膝、丹皮、侧柏叶、茅根、旱莲草、藕节、紫珠草。

临证参考：本证多见于呕吐反复，胃之阴津耗损，或胃中积热，灼烁阴津，胃阴亏虚，阴虚则生内热，阴虚火旺，灼伤胃络则见呕血便血。本证治疗宜养阴清火为主，阴伤得复，虚火自灭，则呕血便血自止。

7.5.1.4 瘀络阻胃

证候：吐血紫黯，便血，脘腹疼痛，痛有定处而拒按，或痛如刀割，面色灰滞，或胁下癥块，舌质紫，脉涩。

治法：活血祛瘀止血。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加味。药用柴胡、白芍、枳实、甘草、当归、川芎、生地、赤芍、桃仁、红花、牛膝、茜草、小蓟等。

临证参考：本证多由情志失调，肝气郁滞，或痰饮中阻，脾胃升降失常，气机阻滞，或脾胃虚寒，寒凝脉络等致血行不畅，涩而成瘀，血溢脉外。治当活血化瘀为法，瘀血得去，血行则畅，气机升降复常，胃气得降，呕血自止。

7.5.1.5 气随血脱

证候：吐血量多不止，面色青白，心慌气短，汗出肢冷，神志不清，舌质淡，脉微。

治法：益气回阳固脱。

方药：独参汤（《景岳全书》）或参附汤（《妇人良方》）加减。药用人参、附子、三七粉等。

临证参考：本证多出现于病情严重患者，治疗当积极抢救，包括西医的输血、扩容、止血、维持水电、酸碱平衡等。

7.5.2 噎膈

7.5.2.1 津亏热结

证候：吞咽梗涩面痛，饮水可下，食物难进，食后大部分吐出，夹有粘痰，形体消瘦，肌肤枯燥，胸背灼痛，口干咽燥，欲饮凉水，脘中灼热，五心烦热，或潮热盗汗，大便干结，舌红而干，或有裂纹，脉弦细而数。

治法：滋养津液，泻热散结。

方药：五汁安中饮（《中医内科学》）加味。药用韭汁、牛乳、梨汁、藕汁、生姜汁等。

7.5.2.2 痰瘀内结

证候：吞咽梗阻，胸膈疼痛，食不能下，甚则滴水难进，进食即吐，泛吐痰涎，大便坚如羊屎，或吐下如赤豆汁，或便血，面色灰黯，形体羸瘦，肌肤甲错，舌质红或青紫，舌上少津，脉细涩。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：祛瘀破结，滋阴养血。

方药：通幽汤（《兰室秘藏》）加减。药用桃仁、红花、地黄、当归、甘草、升麻、海藻、昆布、贝母、瓜蒌、三七、乳香、没药、丹参、赤芍、五灵脂、蜣螂等。

7.5.2.3 气虚阳微

证候：吞咽受阻，饮食不下，面色㿠白，精神疲惫，形寒气短，泛吐涎沫，面浮足肿，腹胀，舌胖，苔淡白，脉细弱，或沉细。

治法：温补脾肾，益气回阳。

方药：温脾用补气运脾汤（《统旨方》）加减。药用人参、黄芪、白术、茯苓、半夏、陈皮、生姜、旋覆花、代赭石等。温肾用右归丸（《景岳全书》）加减。药用熟地、山茱萸、当归、枸杞、鹿角胶、肉桂、附子、杜仲等。

7.5.3 关格

7.5.3.1 脾阳亏虚

证候：少气乏力，面色无华，唇甲苍白，形寒，腹胀，晨起面脸浮肿，下午脚肿明显，纳食不馨，泛恶，呕吐频作，尿量减少或水肿，脉濡细，苔薄质淡。

治法：健脾温中。

方药：理中汤（《金匮要略》）或小建中汤（《伤寒论》）化裁。药用人参、干姜、白术、甘草、桂枝、芍药、生姜、大枣、姜半夏、茯苓等。

7.5.3.2 浊泛中焦

证候：浊邪困脾者，神疲乏力，四肢困重无力，面色无华，恶心呕吐，厌食腹胀，或腹有痞块，口腻面甜。舌苔厚腻，舌质淡或胖，边有齿印，脉沉细或濡细。

浊邪犯胃者，恶心，干呕或呕吐频作，纳呆，腹胀，若热化者，并见便结不通，苔黄腻或干燥，脉细数或弦数，苦寒化者，并见大便溏薄，便次反而增多，苔薄白，舌质淡面胖，脉濡细。

治法：浊邪困脾者，温阳健脾，行气化浊为主。浊邪犯胃者，和胃降逆化浊为主。

方药：浊邪困脾者用实脾饮(《济生方》)化裁。浊邪犯胃者用小半夏汤(《金匮要略》)、大半夏汤（《全匮要略》)、旋覆代赭汤（《伤寒论》）化裁。

实脾饮药用白术、茯苓、炙草、人参、生姜、大枣、干姜、附子、草果、大腹皮、厚朴、木香、木瓜。

旋覆代赭汤、大半夏汤药用人参、甘草、大枣、白蜜、半夏、生姜、旋覆花、代赭石。

临证参考：关格变证主要见于呕吐反复不止，脾胃益损，脾阳不振，气化失常，水泛为湿，停于中焦所致，早期治疗病情尚有转机，若见脾肾衰败，浊邪侵犯三焦，则病情重笃，预后不佳。

7.5.4 脱证

证候：本变证多见于大吐之后，属内科常见的急危重症，临床特点，早期多见面色苍白，四肢发冷，心悸多汗，短气乏力，尿少，烦躁不安，脉搏细弱，血压下降，神情淡漠；重者昏不知人，唇指发绀，四肢厥冷，呼吸短促，脉微欲绝，或不应指，无尿，血压不升。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法方药：

阴脱治宜益气养阴固脱，方选固阴煎（《景岳全书》）加减。药用人参、熟地、黄精、山萸肉、黄芪、淮山药、麦冬、五味子、甘草等治之。

阳脱治宜温阳益气固脱，选人参四逆汤（《伤寒论》）加味。药用人参、附片、干姜、甘草、肉桂等治之。

阴阳俱脱治宜阴阳双补以固脱，选用参附汤（《金匮要略》）合生脉散（《内外伤辨惑论》）或人参四逆汤合固阴煎加减治之。

若见唇面指端紫绀者，可加丹参、赤芍、红花、川芎等活血之品。

常用救逆固脱针剂选用参考：

①生脉针：每次 20～30ml，静脉注射，30 分钟 1 次。血压回升后改静滴。

②参附针：每次 10～20ml，静脉注射，1～2 次后，用 40～80ml 稀释后静滴维持，每日二次。

7.6 外 治 法

寒性呕吐取涌泉穴，以吴萸研细末，用醋或开水调成膏状，敷穴上，一般敷药后 1～4 小时见效。

明矾末，面粉适量，以食醋调成糊状，敷两足心，用布包扎固定。适用于中毒性消化不良，因呕吐而不能服药者。

制半夏末 9g，生姜汁适量，调成糊状，敷于中脘、内关穴，适用于急性胃肠炎，食物中毒，妊娠呕吐。

鲜芫荽 50g，苏叶、藿香各 3g，陈皮、砂仁各 6g，煮沸后倒入水壶内，令患者鼻孔对准壶嘴吸入蒸气，适宜子妊娠呕吐，药、食难进者。

生姜、半夏各等份，共炒热，布包，熨胃脘、脐中及脐下等处，适宜于胃寒呕吐。

取鲜生姜切成厚 0.1～0.3cm，直径 1cm 的姜片，用胶布固定在双侧太渊穴上，并让姜片压迫桡动脉，5 分钟后，让病人服药，便不发生呕吐。用生姜片贴在内关穴上亦可。

闻药即吐者，取灶心土（伏龙肝），用水做成圆柱形，塞入两鼻孔内即效。

生姜 10g 煎汤，将毛巾放入浸湿，拧干至毛巾不滴水，温度适宜时围在患者的颈部一圈，注意不宜过紧，然后服药就不会发生呕吐。（吴震西．服药即吐，用什么外治法止吐．中医杂志，1992；33（9）：56）

将大蒜头 5 个（新鲜）去衣捣烂，与吴茱萸米 10g 拌匀，揉成 5 分钱硬币大小的药饼，外敷两足心（涌泉穴），2 小时后即可见效。（沈文娇．止吐妙方“一贴灵”．浙江中医杂志，1991；7：317）

7.7 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，调和气血，疏通经络，治愈疾病的目的，针灸疗法特别是针刺法，对于呕吐有着显著的疗效。

其它针刺方法如耳针疗法、穴位注射疗法等，在呕吐的治疗中，既可单独应用，又可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

配合或综合应用，对于提高本病的临床疗效，具有很大作用。

7.7.1 常用组方

主方选穴：中脘、内关、足三里、公孙。

主方方义：中脘是胃之募穴，位于胃脘部，足三里是胃之下合穴，又属循经远端取穴，二穴募合相配，具有疏理气机，和胃降逆的作用。内关是手厥阴心包经的络穴，和三焦经相联系，具有理气降逆的作用，是治疗呕吐之效穴。公孙属足太阴脾经，又为冲脉交会穴，脾胃相表里，取之以和中焦而平冲逆之气。

临床应用：穴位确定后，一般遵循“实则泻之”、“虚则补之”的原则，进行治疗，呕吐时予针刺治疗效果尤佳，呕吐止后仍可每日一次或隔日治疗一次以巩固疗效，单侧或双侧取穴。

此外，应用主方，还需结合随症配穴与辨证配穴，以达到更好的治疗目的。

取仰卧位，中脘穴，直刺0.8~1.3寸，内关，直刺0.5~1寸，足三里，直刺0.6~1.3寸。

呕吐时一般予中等强度刺激手法，并留针以达止呕之功，呕吐止后，可予平补平泻法或补法以巩固疗效。

7.7.2 随症配穴

呕吐不止：金津、玉液。

胃脘疼痛：梁门、梁丘。

腹部疼痛：支沟、天枢。

高热：合谷、曲池、大椎、少商。

神昏：中冲、行间、十宣、神门、印堂、人中。

头痛：太冲、太溪、风池。

头晕：太冲

7.7.3 辨证配穴

7.7.3.1 感受外邪

治法：散风解表，和胃降逆。

配穴：合谷、外关、大椎。

方义：合谷功能疏风散邪，通调气血，有助于降逆和胃；外关散风解表，清热，通经活络；大椎解表清热，疏风散寒，通阳理气。三穴相配，起散风解表，和胃降逆之功。

7.7.3.2 饮食停滞

治法：行气导滞，降逆止呕。

配穴：下脘、璇玑、天枢。

方义：下脘健脾和胃消食化滞；璇玑宽胸理气，降逆止呕；天枢健中和胃，健脾化湿，调经理气。三穴配用，起健中理气，消食化滞，降逆止呕之功。

7.7.3.3 痰饮内阻

治法：健中蠲饮，理气化痰。

配穴：膻中、丰隆、三阴交。

方义：膻中具调理气机，宣肺降逆，宽胸化痰之功，有助水归正化；丰隆能和肠胃，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

祛痰湿；三阴交健脾胃，助运化，通经络，调气血。三穴配伍起健脾蠲饮，理气化痰之功。

7.7.3.4 肝气犯胃

治法：疏肝解郁，宽胸利膈。

配穴：上脘、太冲、阳陵泉。

方义：上脘疏肝宁神，降逆止呕；太冲泄肝火，清头目，行气血；阳陵泉疏肝清胆，泄热利湿。三穴相伍，起疏肝理气，宽胸降逆之功。

7.7.3.5 脾胃虚弱

治法：健中和胃止呕。

配穴：脾俞、胃俞、章门。

方义：脾俞功能健脾助运，和胃降逆；胃俞具调中和胃，化湿消滞；章门能疏肝理气，调和脾胃。三穴相伍达健脾胃，助运化，调气机，降逆气。

7.7.3.6 胃阴不足

治法：益胃养阴，和中止呕。

配穴：三阴交、内庭。

方义：三阴交健脾助运，益胃养阴，通经络，调气血；内庭清除胃热，行气通腑。两穴配伍，可起养阴和胃之功。

7.7.4 耳针疗法

取穴：胃、神门、枕、交感、皮质下、食道。

方法：每次取 2～3 穴，强刺激，每日 1 次，留针 30 分钟，也可用耳穴埋针法，压豆法。

7.7.5 电针疗法

取穴：上脘、中脘、胃前、上巨虚、间使。

方法：使用脉冲电流，每日 1 次，每次 30 分钟。

7.7.6 灸法

适宜于脾胃虚寒证，用艾条灸隐白、脾俞等穴，具健脾温胃，和中止呕之功。

7.7.7 临床经验

以肩井穴为主治疗呕吐临床疗效分析：神经性呕吐，酒石酸锑钾静注反应，术后，过敏性，胃癌，妊娠等引起的呕吐单用肩井。胃炎，溃疡病引起者配中脘；消化不良引起者配三里；麻疹呕吐者配肺俞；乙脑呕吐配大推。并酌情配以灸法。1～3 次/日，143 例中，126 例吐止。（陈维扬．以肩井穴为主治疗呕吐临床疗效分析．江西中医药，1981；(1)：39）

7.8 推 拿 疗 法

经络遍布于全身，内属脏腑，外络肢节，推拿手法作用于体表局部，在局部通经络，行气血，濡筋骨，从而改善和调整脏腑功能，使脏腑阴阳得到相对平衡，有助于呕吐的治疗和恢复。呕吐的辨证推拿手法如下。

外邪犯胃 患者坐位，医者以双手拇指点按大推、曲池，以解表通阳，理气降逆，通

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

经活络，疏风解表，调和气血，表散外邪；以一手握患腕，另一手施用推拿手三阳法，点按内关、外关、合谷，以疏风解表，理气和胃，宁心安神。嘱患者仰卧位，施用椎脾运胃法，以降逆和胃，疏邪化浊，辟浊止呕，共达疏邪解表，益脾化浊。

饮食停滞 患者坐位，医者以拇指点按脾俞、胃俞、三焦俞，以助运化，补脾阳，化湿消滞。医者坐于患者背后，以双手分别置于患者两胁下，施用抓提抻法，以消食导滞，通调三焦，和胃止呕。嘱患者仰卧位，施用梳胁开胸顺气法，点按璇玑、公孙，以疏导积滞宿食，和调脾胃，消化食积；施用双胁卧滚龙法，以消积导滞，调和胃气；点按缺盆，以止呕逆。

痰饮内阻 患者坐位，医者以双手拇指点按脾俞、三焦俞、膀胱俞，以温化痰饮，和胃降逆，引湿下行。嘱患者仰卧位，施用点三脘开回门法，点按膻中，以降逆止呕，理气行滞，**蠲**化水湿；施用推搓回心法，点按丰隆，以调和胃气，清化痰湿，健脾温经，行气活血，共达温化痰饮，和胃降逆之效。

肝气犯胃 患者坐位，医者以双手拇指点按胃俞、肝俞，以和胃止呕，清肝泻火。嘱患者俯卧位，医者施用提拿夹脊法，以舒肝理气，和胃降逆。嘱患者仰卧位，医者施用梳胁开胸顺气法，加施揪抻双胁，以理气宽中，通腑降逆止呕。

脾胃虚寒 患者坐位，医者以双手拇指点按胃俞、脾俞，以调胃和中，温胃降寒。嘱患者仰卧位，医者施用补神阙法。点按中脘，以温暖腹部，消寒散积，温中降逆；施用提拿足三阳法，点按足三里、公孙、关元，以散寒消积，健脾和胃，脾胃通调，寒凝则化，共达温中健脾，和胃降逆之效。

胃阴不足 患者坐位，医者以双手拇指点按脾俞、胃俞、三焦俞，以调胃和中，补益脾胃。嘱患者仰卧位，施用运运颤颤法，以滋阴养胃；施用二龙戏珠法，以引液上承，滋阴润咽；施提拿足三阴法，点按中隆，三阴交，以滋阴养胃，降逆止呕。

（李茂林．实用按摩推拿大全，第一版，北京：中医古籍出版社，1990）

7.9 探吐疗法

探吐疗法是用手指或羽毛等物，探触咽喉引起呕吐而将误食的毒物或胃内痰涎蛔虫吐出的一种治疗方法。

操作：患者取坐位或侧卧位，张口，医生用羽毛或棉签，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：误食毒物或服药中毒，或暴饮暴食等。

禁忌：急性呕吐患者年老体弱者，孕妇，或合并高血压，冠心病者。

7.10 单 验 方

（1）旋覆花 10g，代赭石 12g，半夏 10g，党参 12g，川楝子 10g，延胡索 10g，陈皮 10g，大枣 6g，生姜 6g。水煎服。

（2）生姜嚼服或用生姜捣汁后服，适用于胃寒呕吐及干呕吐逆不止。

（3）母丁香 3 个，陈橘皮 1 块，去白，水煎热服，治疗胃冷呕逆，气厥不通。

（4）百合 45g，鸡子黄 1 枚，用水洗百合浸一夜，当白沫出，去其水，再用清水煎，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加鸡子黄，搅匀再煎，温服，适用于神经性呕吐。

（5）鲜芦根 90g，切碎，水煎服，适用于热性呕吐。

（6）橘皮 3g，白米 1 小撮，水煎，姜汁冲服，适用于胃炎呕吐。

（7）白豆蔻 15g，生姜汁 1 匙，将豆蔻研末，用生姜汁为丸，每服 1～3g，开水送服。适用于胃寒呕吐。

（8）陈皮 9g，茯苓 9g，姜半夏 9g，柴胡 9g，黄连 6g，木香 6g，砂仁 6g，厚朴 9g，甘草 4g。水煎服，治疗神经性呕吐。

（9）姜半夏 9g，陈皮 9g，茯苓 9g，竹茹 9g，生姜 9g，甘草 3g。水煎服，治内耳眩晕呕吐。

（10）藿香、大枣各 10g，砂仁 2g，乌梅 8g，白豆蔻 3g，炮姜 3 片，治外感呕吐。

（11）砂仁叶油 0.5ml，以开水送服，每日 1 次。治疗胃寒呕吐。

（12）行军散 0.3～0.6g 或红灵丹 0.3～0.6g，冷开水调服，每日 3 次。治疗暑热呕吐。

（13）伏龙肝（灶心土）30～60g，包，水煎 15 分钟后，取汤，冲入生姜汁 1 匙，一次服下。治疗虚寒呕吐。

（14）乌梅肉 120g，蜂蜜 120g，熬膏，日服 3 次，每次服 20ml。适用于胃阴不足者。

7.11 西医治疗撮要

治疗原则包括纠正代谢紊乱、原发疾病的治疗以及对症治疗。后者包括抗胆碱药物，抗组胺药物，安神或抗精神病药物，促动力药物等。

抗胆碱药物：东莨菪碱。

抗组胺药（H_1 受体拮抗剂）：异丙嗪，敏可静。

安神药（包括抗精神病药）：氯丙嗪，奋乃静，普氯拉嗪，异丙嗪，硫乙拉嗪，氟哌啶醇。

促胃动力药：胃复安，多潘立酮，西沙必利。

其它：四氢大麻素，5－羟色胺受体拮抗剂如恩丹西酮等。

在镇吐药中，抗胆碱药物东莨菪碱和组胺受体（H_1）拮抗剂对晕动症疗效最好，促动力药物对胃轻瘫或假性肠梗阻所致呕吐较有效，5－羟色胺（5－HT）受体拮抗剂对化疗引起的呕吐效果较好，各种安神或抗精神病药物除神经性呕吐有效外，对多种病因引起的呕吐均有一定疗效，如尿毒症、药物、化疗、放疗引起的呕吐等。

8 疗效评定标准

疗效标准参考《中药新药临床研究指导原则》第二辑，中华人民共和国卫生部制定颁发，1995 年：108。

临床痊愈：呕吐消失，其他相关症状消失，停药后不复发。

显效：呕吐基本控制，其他相关症状消失或明显改善。

有效：呕吐及其他相关症状减轻。

无效：呕吐无减轻，或反加重。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9 调摄护理

呕吐剧烈者，应卧床休息。饮食所伤引起的呕吐者，应暂时禁食；情志失调引起的呕吐者应避免情绪波动；脾胃虚寒者，应忌食生冷之物；胃阴不足者，应忌辛辣之品。伴有高热者，饮食宜流质为宜。对昏迷者，应予侧卧位，防止呕吐物进入气道，引起窒息及吸入性肺炎等，亦可插入胃管，行胃肠减压或注入流质饮食。

呕吐剧烈者，若偏热证，予玉枢丹 0.6～0.9g，用生姜汁 5 滴温开水冲服；若偏寒证，用盐制吴茱萸 3g，黄连 1g，生姜 3 片，煎汤饮服，最好取坐位服药，每次 20～40ml，药后半小时再服其他汤剂或中成药。亦可单用生姜汁 3g 口服，并令病人暂屏呼吸，勿闻药味，少量频服，少顷，如上法再服，切忌大口多量服药，否则所服药物会全部吐出，也可针刺内关穴或先用手指按压双侧内关穴各 100 次，按双侧足三里穴各 150 次，然后服药。

对高热患者，可以物理法降温；对昏迷及长期卧床者，应定时予以翻身，并以热水擦洗，防止褥疮形成。呕吐之后，用温开水漱口，保持口腔清洁。

10 康　　复

呕吐之后，胃气必伤，故善后调理很重要，可从以下三方面进行：

10.1 药 物 康 复

应以健脾和胃为主，药物以轻灵之品为宜，避免用滋腻之品，以防进一步损伤胃气，对气虚夹湿者，可酌用香砂六君子汤加苏梗、旋覆梗、谷麦芽等。胃阴伤者可酌用生脉散合增液汤。

10.2 食 疗 康 复

患者康复期应先进稀软易消化流质饮食或半流质饮食，少食多餐，逐步增加食量，避免暴饮暴食及生冷油腻之物，并可按辨证论治原则进行如下饮食调理，以助康复。

10.2.1 外邪犯胃

(1) 生姜饴糖饮：鲜生姜 10g，饴糖 30g，沸水泡焖 10 分钟，日服数次。生姜性善发散，主治胃寒呕吐。饴糖甘温，能健脾胃，补虚冷。二味合用，故治脾胃虚弱，感受寒邪的呕吐。

(2) 藿香粥：鲜藿香 30g（干品 15g）煎汁，另用粳米 100g 煮粥，煮成后加入藿香汁调匀煮沸即可服食，日服 2 次。藿香味辛微苦，含芳香挥发油，故香气浓郁。《本草纲目》上说藿香能“治暑月吐泻。”《老老恒言》说藿香粥治脾胃吐逆，霍乱，心腹痛，开胃进食。因此，此粥对暑热引起的呕吐泄泻有良效。

(3) 姜苏饮：生姜 15g，紫苏叶 10g，放入砂锅或瓷杯，加水 500ml 煮沸，入红糖 20g 趁热服，每日 2 次。紫苏叶辛温，功能散寒解表，健胃止呕，配合生姜和胃降逆；红糖暖胃和中。此方对外感风寒，胃气上逆，呕吐不止，功效显著。

(4) 姜连散：生姜 12g，榨汁，黄连 30g，锉末，文火烘炒加姜汁搅匀，以干为度。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

每服6g，绿茶温送下，每日3次。黄连大苦大寒，寒能清热，苦能燥湿，泻心胃肝胆之实火，清利肠胃积结之湿热；姜汁炒用，既减黄连的大寒，又有止吐和胃作用，加绿茶之清凉苦涩，对感受暑湿，脾胃湿热呕吐者大为适宜。

10.2.2 饮食积滞

(1) 内金粉粥：鸡内金10个，干橘皮10g，砂仁3g，粳米150g，将前3种研末，粳米煮粥，粥成入药粉，加白糖适量服食，每日3次。内金消食化积，橘皮畅中理气，砂仁温胃止呕，粳米、白糖补中益胃。此粥对饮食所伤引起的腹痛、呃逆、嘈杂、呕吐、泻泄，均可食用。

(2) 消食散：谷芽、山楂、槟榔、枳壳各等份，共研为细末，每服10g，每日3次，谷芽健脾开胃；山楂化滞消积；槟榔消食、下气、导滞、通便；枳壳行气和胃。四药合用，消导之力甚强，故能和胃止呕。凡食滞呕吐，腹胀嗳气，不思饮食者均有良效。

(3) 莱菔子粥：莱菔子10～15g，粳米50g，将莱菔子炒后研末，与粳米同煮粥服食，每日2次，莱菔子味辛甘，性平，有行气消食，化痰平喘之功。凡因食滞引起的脘腹胀满，消化不良，食欲不振，恶心呕吐，咳嗽多痰，胸膈满闷服之必效。

(4) 生麦芽粥：生麦芽40g，鸡内金10g，槟榔6g，陈皮30g。将鸡内金、陈皮、槟榔先入锅中煎煮30分钟，滤去药渣，加入生麦芽制成粥，加白糖或盐，分顿食之。生麦芽健胃消积，鸡内金化瘀消食，陈皮行气和中，槟榔行气化滞，配合应用，可消化各种饮食积滞。中焦食滞消除，呕吐自止。

10.2.3 胃中积热

(1) 枇杷叶粥：枇杷叶10～15g，鲜者30～60g，粳米60g，冰糖少许。先将枇杷叶用布包入煎，取浓汁后去渣。或将新鲜枇杷叶刷尽叶背面的绒毛，切细后煎汁去渣，入粳米煮粥，粥成后入冰糖少许，煮成稀薄粥，每日分2次温服。枇杷叶性凉味苦而无毒，具有清肺气，降肺火，清胃热，止呕的作用，煮粥服食，对呕吐呃逆的病症有良好的效果。

(2) 芦根竹茹饮：鲜芦根100g，竹茹30g，同煮加蜂蜜适量，温服。芦根甘寒能生津止呕，利尿解毒；竹茹味甘微寒，能降逆止呕；蜜糖甘平和中解毒。合而用之，治疗胃热呕吐，效果显著。

(3) 代赭石散：代赭石60g，研极细末，每次服15g，每日2次，口苦舌苔黄者，开水冲，温服；身体素虚者，以人参10g（或党参30g）煎汤送服，每日2次。赭石，色赤，性微凉，入心脾二经，善顺逆气，止呕吐。口苦苔黄而呕吐者系胃腑有热，用之最为适宜；身体素虚者，参赭并用，万无一失。

(4) 竹茹芦根茶：竹茹、芦根各30g，生姜3片。煎水代茶饮。竹茹味甘微寒，能降逆止呕；芦根甘寒，"能解大热，开胃。治噎哕不止。"故此茶适用于胃热呃逆，呕吐不止者。

10.2.4 痰饮内停

(1) 生姜粥：鲜生姜9g，切为姜末，大枣2枚，粳米150g，同煮为粥服食，日3次。生姜辛温功能温中散寒，化痰行水。用于痰饮咳喘，呕吐恶心；大枣甘温，能补脾和胃，以杜生痰之源，二味合用，功能温中健脾，化痰逐饮，对痰饮内停所致之呕吐颇为适宜。

(2) 薯蓣半夏粥：清半夏30g，用温水淘去矾末，以砂锅煎取清汤200ml，去渣入薯蓣末50g，煎二、三沸，粥成后加白糖，每日作早晚点服。半夏辛温，燥湿化痰，降逆止

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

呕，用于痰饮呕吐；山药补脾益胃，煮粥借其稠粘留滞之力，以利药力发挥。

(3) 姜汁炖砂仁：砂仁 6g，生姜汁 1 汤匙，加清水半碗，隔水炖 30 分钟，去渣，缓缓饮之。生姜性味辛温，功能暖胃散寒，止呕开痰；砂仁性味辛温，功能行气调中，开胃醒脾，二味为伍，有温中散寒，化痰行水，降逆止呕的作用。

(4) 橘皮粥：橘皮 15～20g(鲜者 30g)，粳米 60～100g。先把橘皮煎取药汁，去渣，然后加入粳米煮粥，或将橘皮晒干研为细末，每次用 3～5g 调入已煮沸的稀粥中，再同煮为粥，温热服食，每日 2 次。橘皮味辛苦，性温无毒，香气浓，入脾肺经，功能理气顺膈，燥湿化痰，所以用橘皮同粳米煮粥，不仅可以加强橘皮理气化痰之力，还可增强健脾养胃之效。

10.2.5 肝气犯胃

(1) 玫瑰花茶：玫瑰花瓣 6～10g，沸水冲泡，代茶频饮。玫瑰花味甘微苦，性温，入肝肺经，功能理气解郁，舒肝健脾。气机舒畅，肝胃调和，呕逆自止。

(2) 佛手柑粥：佛手柑 20g，煎汤去渣，粳米 100g，加水适量，煮粥，粥成后加入冰糖并入佛手汤稍煮即可，每日 2 次。佛手柑味辛酸性温，清香开胃，理气止呕。故此粥对肝气不舒，横逆反胃，胃气失于和降者有良好疗效。

(3) 薤白粥：薤白 15～30g（鲜者 30～45g），同粳米 100g 煮粥。可供早晚餐，温热服食。此粥有宽胸、行气、散结、止痛的作用，因此，只要能够坚持食用，一定会收到疏畅气机，和胃降逆的效果。

(4)桔饼：市售桔饼，时时嚼食，能宽中下气，和中顺膈，止呕止痛。但必需久服，方能生效。

10.2.6 脾胃虚寒

(1) 丁香姜糖：冰糖或白沙糖 50g，加水少许，放砂锅中，文火熬化，加生姜末 30g，丁香粉 5g 调匀，继续熬至挑起不粘手为度。另备一大搪瓷盆，涂以小磨麻油，将糖倾入摊平。稍冷后趁软切作 50 块，随意服食。丁香辛温，有温中降逆，下气止痛功效；生姜辛温，治胃寒吐逆；冰糖味甘性平，补中益气。此方补虚止呕，温中镇吐，效果甚佳。

(2) 生姜煨红枣：取新鲜带皮生姜数块，每块切开两半，挖空中心，藏入红枣 1 枚，再合好，放炭火上煨，生姜至焦黑后取红枣食，每次食红枣 5～6 枚。生姜性味辛温，有散寒、暖胃、止呕的功效；红枣性味甘温，功能补脾和胃，益气调营。二味配合使用，对于脾胃虚寒之呕吐颇有效验。

(3) 砂仁粥：先以粳米 100g 煮粥，待粥煮成后，调入砂仁细末 3～5g，再煮一、二沸即可，可供早晚餐温热服食。砂仁辛温，功能暖脾胃，助消化，调中气，止呕吐；粳米补中益气。此粥专治虚寒胃痛，兼治胀满、呕吐。

(4) 干姜粥：干姜 1～3g，高良姜 3～5g，粳米 60g，先煎干姜、高良姜取汁，去渣，再入粳米同煮为粥，早晚服食。干姜辛温，功能温暖脾胃，散寒止呕，高良姜味辛性大热，有强烈的散脾胃寒邪而止呕作用，与干姜配合煮粥，既可增强暖胃散寒的功效，又能收到补养脾胃的效果。

10.2.7 胃阴不足

(1) 麦门冬粥：麦门冬 30g，煎汤取汁。用粳米 100g，煮半熟，再加麦门冬汁及冰糖适量，同煮为粥，每天早晚服食。麦门冬甘苦微寒，润肺清心，养胃生津，与粳米同用治胃阴不足之虚热呕吐尤佳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 乌梅膏：乌梅2500g，煮烂去核，将汁肉浓缩，捣膏，加饴糖适量拌匀，冷却装瓶。每服10ml，每日3次，饭前服。乌梅生津和胃，饴糖健胃补中。此膏有养阴和胃，益气生津之效，适用于胃阴耗伤呕吐。

(3)甘蔗粥:甘蔗汁100~150ml,粳米60g,兑入适量水煮粥服食,日2次。甘蔗汁味甘性寒,具有清热、生津、养阴润燥之功。甘蔗同粳米煮粥,除有润肺止咳作用外,还能滋养胃阴,用于胃阴不足引起的反胃呕吐,食欲不振,消化不良,口舌干燥,治疗效果颇为理想。

(4) 银耳粥：将银耳10g洗净，泡4小时，用粳米100g，大枣5枚先下锅，水沸后加银耳及适量冰糖同煮成粥，早晚食用。银耳味苦淡性平，入肺胃二经，能滋阴润肺，益土以生金，对肺胃燥热阴虚呕吐，疗效明显。特别为胃阴耗伤患者的最佳饮食。

总之，对于呕吐的病例，无论何种之吐，均应节制饮食，并以清淡稀软为原则，加稀粥、藕粉、面片、牛奶等；进食须注意多次少量，切勿一时进食过多，否则易诱发呕吐的发生，禁忌刺激性食物，如辣椒、酒、烟、韭菜等，亦忌滋腻厚味难消化之物。

10.3 自我康复

10.3.1 按压内关穴

仍有频频恶心者，可用一侧拇指按压另一侧内关穴，或同时加按摩，以每次餐前施用为宜，每次约10分钟。

10.3.2 按摩胃脘部或足三里

病后胃气虚弱，胃纳不佳或食后作胀者宜用，每次可用手掌（或拇指）作顺逆时针方向按摩各5分钟。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

呕吐病名，基源于《内经》，在《伤寒论》中正式有专篇论述，后世医家多有发挥，呕吐是一个症状，可以出现在多种不同疾病的过程当中。系胃失和降，胃气上逆，而出现胃内容物从口吐出为主要临床表现的病症。

据《中医诊疗常规》（北京：中医古藉出版社，1989.73~75）呕吐的诊断要点为：饮食痰涎等从胃中上涌，经口而出。嗳腐食臭，恶心纳呆，胃脘胀闷。

按照1994年颁布的中华人民共和国中医药行业标准，中医内科病症诊断疗效标准ZY/T001.1-94，呕吐的诊断依据可见“今日临床”之病名诊断标准。

反胃是食物入胃不能纳化而复吐出的病证。按照国家技术监督局发布的中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·疾病部分》反胃定义为：因胃肠病变日久，或因手术损伤，或腹内肿瘤等，使痰食气血壅滞，胃之下管不利，胃气上逆所致，以脘腹痞胀，宿食不化，暮食朝吐，朝食暮吐，甚或食入不久即吐为主要表现的内脏类疾病。可见呕吐在广义上包括了反胃，区别在于通常所讲的呕吐特征为不食也吐或食入即吐。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 病因病机研究

1.2.1 病因学的现代研究

1.2.1.1 外邪侵袭因素 风寒暑湿燥火之邪以及秽浊之气皆可使胃失和降，水谷不循常道而呕吐，李金玉等对病因进行探讨亦这样认为，外感风邪可直接侵袭脾胃大小肠而致病；寒由肌表或口鼻入里亦可使气机失畅、纳化失常而呕吐；暑为阳邪，耗伤胃中阴液，进而耗伤胃气，致胃失和降，升降失司；长夏湿邪最易困脾，脾胃纳化失常则发病；胃为燥土，容易病燥，燥邪耗伤胃阴则失其和降之能；火热之邪更易灼伤胃肠而致病；此外，时行疫毒也会阻遏中焦，使脾胃受伤，升降失常，清浊相干而成上吐下泻之症。[1]

1.2.1.2 情志因素 情志因素引起的呕吐发生多见于青春期少女或青年妇女，多因平素性情急躁或情志过激暴怒伤肝，肝气犯胃，肝胃失和，胃气上逆作吐，常常在精神打击之下出现。[2]

1.2.1.3 饮食因素 过食肥甘生冷不洁之物均可损伤胃腑，使胃气难以下行，气逆而吐。饮食不洁是呕吐的常见病因，具有明显的季节性，以夏季为多见。

1.2.1.4 内伤因素 素体虚弱或劳累过度，或久病未愈，损伤脾胃或热病后期损伤胃阳均会引起呕吐，多由于中阳不振，脾虚不能承受水谷，水谷精微不能化生气血，以致寒浊中阻而引起呕吐。[3]徐景藩联系仲景："呕家有痈脓不可治呕，脓尽自愈"之"脓"认为致病原因中包括了邪实于内，或摄入腐败有毒之物；或暴饮暴食所伤；或胃中络膜损伤，气血瘀滞；或积热伤胃，肉腐酿脓；或肠腑阻塞，水谷腐熟而不得下行，以致腹痛胀满，吐出宿食甚则杂以粪秽等，此外，病因还当以寒热加以区别。[4]

1.2.2 病机学说的研究

关于呕吐的致病机理，现代医家的认识比较相近，论述较多。张锡纯认为："从来呕吐之证，多因胃气冲气并而上逆。"因此，上责之于胃，下责之于肾，而胃气上逆"推其致病之由，或因性情多怒，肝胆气逆于上；或因肾虚不摄，冲中气逆上冲，而胃气受肝胆冲气之排挤，其势不能下行，转随其排挤之力而上逆。"[5]董建华认为其病机关键无疑在于胃气上逆。[6]但造成胃气上逆的机制多种多样，王焕斌认为呕吐的形成与五脏六腑都有关联，五脏六腑皆令人呕。心肺受损时如心经郁热内燔足阳明胃可使胃气上逆，心阳不振也会使寒邪上逆而呕，而肺胃之气同主于降，肺失宣降亦可致呕；肝胃不和、肝脾不和、肝胆湿热以及肝经虚寒都可使胃失和降而呕吐，如果邪袭少阳，郁而化热则胃肠失通而成柴胡证，也可出现呕吐；肾为胃之关，肾病水气上泛则呕，如膀胱气化不利、三焦决渎失职皆可使饮入之水不能正常输布而呕吐；至于大肠、小肠失传导，腑气不通而呕吐则更为常见。[7]当然呕吐的病机有其重点所在，周学池认为胆胃不和是重要的发病机理。[8]余韵星引用清代薛雪《湿热病篇》："肺胃不和最易致呕，胃移热于肺，肺不受邪，还归于胃"的理论，认为肺胃相互滋生制约，宣肃通降，去糟粕吸精华，生气血敷津液，某一方生病，则会出现"肺胃不和"可致呕吐。[9]班世民则认为"实在阳明，虚在太阴"脾胃虚寒，健运失职，气逆不降，而致恶心呕吐，从临床吴茱萸汤加减疗效颇佳可得验证。[10]现代医家比较重视肾在呕吐病机中的作用，徐会吾等认为肾与胃有着"先天"滋"后天"，"后天""养"先天"的依赖关系。故而肾阴不足，胃失濡润，燥而不纳，气逆而不降则呕

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

吐；肾阳不足，命门火衰，脾失温煦，健运失司，水谷不化，聚而为痰、饮、水、湿，阻于中焦，致胃失和降而上逆则呕吐。[11]李瑞亦强调肾在呕吐发病机制中的作用，认为肾气虚衰，失于气化行水，关隘失守，水聚于内，水气聚而上攻于胃，致胃气失和，冲逆于上，是呕吐的重要发病机理之一。[12]文闻德分析了“呕哕发下焦”的理论，提出呕哕发下焦是因寒、热、湿邪乘虚而入导致脏腑功能失调而升降失常。虚证的病机可见下焦阳虚，阴寒内盛；下焦阳虚，水湿为患；心肾阳虚奔豚证；下焦阳虚水热互结；温邪久居下焦及下焦亏虚，阳损及阴；实证的病机可见下焦蓄水；热结下焦；湿热阻滞下焦等。病久亦可虚实互见。[13]

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

呕吐常发生于多种疾病过程中，是临床最常见病证之一，由于呕吐的成因不同，其呕吐的特点及伴随症状亦表现不一。从症状学入手，探索呕吐的成因及症候规律，是指导临床并提高临床疗效的重要任务。

呕吐一病，根据发病之缓急、呕吐物之性状及伴随症状，首先当分虚实。一般暴病呕吐多属邪实，如外邪犯胃，必兼表证；食积伤胃者多有饮食不节史，呕吐常见于食后 12 小时，伴脘胀厌食、嗳腐吞酸；肝胃不和，则呕吐胀连胁肋；痰饮内阻，则呕吐清水痰涎。久病呕吐多属正虚，脾胃虚寒，则呕吐疲倦乏力，肢冷便溏；胃阴不足，则多干呕，口燥咽干。凡虚证呕吐，多起于病后，反复发作，时作时止，每因饮食不慎或微劳即发。结合现代医学临床特点，肾脏病损晚期频发恶心呕吐多为浊毒犯胃，常兼见面色苍白，晦而虚浮，小便不利或量多难固；妊娠扰胃呕吐多见于早孕 13 周之间，时发恶心干呕，或食后呕吐，内多为未消化饮食及粘液，甚则食入即吐，拒食难入。陈趾麟观察发现，神经性呕吐临床表现主要为反复的餐后呕吐，一般无严重的恶心，呕吐亦不费力，呕吐量或多或少，但不影响食欲和摄食量，从祖国医学来看，多属于肝胃气逆一类。[14]王金茂根据 40 例神经性呕吐的临床分析亦认为其与肝气郁结有关。[15]金钟英总结饮酒（50～60 度白酒）所致呕吐的特征是：发病多在24～48小时内，先有上腹疼痛，然后出现呕吐。而消化性溃疡病出现的呕吐，多发生于疼痛的高潮，呕吐物中含有大量酸性液体。幽门梗阻食入即吐者，呕吐物中多不含胆汁。临证时需细辨。[16]

2.1.2 危绝症与病势转归

一般而言，呕吐若处理及时、正确，多能向愈，预后良好。如失治误治，可使病情反复，缠绵难愈，终致脾胃衰败。“食已即吐”症在临床中以幽门梗阻多见，一般经中西医结合内科保守治疗成手术治疗，预后较好，但若处理不及时，掉以轻心，因食已即吐，饮食营养和药饵不进，可致病人营养不良，体质极度消瘦而预后不佳。由于暴吐不止或吐泻交作，可导致大量体液丢失及酸碱平衡失调和电解质紊乱，此时体液的补充和电解质、酸碱平衡的调节是急需的，若处理不及时，见患者脉伏肢冷，汗出如雨者，此为阳气欲绝，多病情险恶。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.1.3 舌象与脉象的观察

中医学认为，脾开窍舌，舌为脾之外候，苔乃胃气之所熏蒸，故舌象的变化能直接反映脾胃寒热虚实的变化；脉以胃气为本，所谓“有胃气则生，无胃气则死”。故舌象和脉象的观察在呕吐病中，对判断其寒热虚实属性，预测病势转归，指导临床治疗具有重要作用。一般急性起病者，苔多厚腻，脉多弦滑有力；苔白腻或滑，脉弦滑者，多属食积或痰饮；苔黄腻，脉沉实或滑数有力者，多属湿热；苔薄白，脉浮或弦者，多属外感或肝郁；舌红少苔而干或苔有花剥，脉细数无力者，为胃阴不足，胃气大伤，病情较重；若久病阳衰，卒然呕吐，脉微细欲绝，伴见四肢厥逆，恶寒倦卧，小便自利者，乃釜底无薪，浊阴上逆之象，为重笃之证，多病情险恶。由于疾病的发展是一个动态变化的过程，故病人的舌、脉也是随着病情的变化而变化，如寒证过服温燥之品或寒邪日久从阳化热，舌质可由淡变红，脉由迟变数；热证过用寒凉损伤阳气，或邪气过盛耗伤正气，舌质又可由红转淡，脉由数转迟；同样，食积可变生湿热，气滞可导致血瘀，邪盛可致正虚，正虚无力运化，可致食滞痰阻而因虚致实，变为虚实夹杂等等，其证的变化必表现为舌脉的不断变化。临床以视其外应，知其内脏的原理，在静态观舌切脉分析病情基础上，还通过动态观察舌脉的变化以判断病之转归，一般而言，舌质由淡转暗，舌苔由薄变厚，脉象由有力转为虚弱者，多为病进，反之，则为病退。但舌脉与病的关系十分复杂，临床运用，尚应四诊合参，才能正确诊断和治疗。

2.2 证候学研究

2.2.1 证候研究现状

按照据证立法，依法组方，理法方药完整统一的原则，进行辨证论治仍然是多数学者治疗呕吐的常用方法。如李正全根据呕吐的成因及证候表现，将呕吐分为外邪犯胃、食积伤胃、胃腑湿热、脾胃虚寒、胃阴虚损、肝胃不和、蛔虫动扰、浊毒犯胃、妊娠扰胃等九型。[17]王少华亦将呕吐分为九型：邪热内扰型、邪壅上焦型、肝风型、胃寒型、胃热型、食滞型、痰浊型、气滞型、胃阴虚型；[18]韦绪性等宗《外台秘要》积冷、积热之分法，以寒热为辨，将暴吐分为热证和寒证，并结合季节、体质、诱因等方面，又将热证分为暑秽卒中、疫毒内攻、肝火犯胃、热郁少阳、胃肠实热五型，分别以玉枢丹、三黄石膏汤、化肝煎、小柴胡汤、大承气汤加减治疗；寒证又分寒邪犯胃、脾肾阳衰、痰饮中阻、寒热错杂四型，分别以平胃散、四逆汤、小半夏加茯苓汤、半夏泻心汤加减治疗。[19]李胜军等则主张分为十一型；[20]等等。另外，在辨病的基础上，对妊娠恶阻、神经性呕吐尚有多种分型方法。如何时希对于妊娠恶阻安门分型：①脾胃门；②肝胆门；③肺胃门；④肝肾门；治疗上有独到之处。[21]

证型规范化是临床研究向规范化、系统化迈进的前提，虽然 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》已将呕吐统一分为六型，[22]但标准在理论上的一致性与实际操作时尚有许多偏倚，故不同单位的临床报道，仍难以遵循统一的辨证分型。因此，证型规范化仍然是有待于进一步深化研究的课题。

2.2.2 证候组合、演变规律的研究

证型是疾病某一阶段的综合表现，由于呕吐病因病机复杂，尤其是病程较长者，常可

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

见多证型相兼出现。如王少华观察发现，肝风型与痰浊型、肝风型与气滞型、胃寒型与食滞型，分别可在久病患者中互见，此外，胃寒证失治，常演变为虚寒证，而胃热证不愈，亦可导致胃阴虚证的出现。[18]笔者根据近代有关呕吐临床报道的统计发现，神经性呕吐中以肝郁证与血瘀证同时出现的概率在各种证型组合中占首位。

2.3 治 法 研 究

提高疗效是临床研究的最终目标，多年来，临床医家从临床观察和总结有效病例入手，积极探索和寻求最佳的治疗方案与方药，取得了较满意的临床疗效。当代医家多宗前人之说，在辨病的基础上，依据临床表现辨证论治。其中对《伤寒》、《金匮》呕吐证治的归纳研究和应用阐述尤多。如郁保生将散在仲景书中的治呕之法通过系统整理，归纳为解表、清热、和解、蠲饮、利水、排脓、驱蛔、宁血、平肝温胃、补虚润燥和温脾补肾等十二种止呕法。[23]沈仲圭则归纳为十法：协调阴阳法、和解少阳法、化饮降逆法、益气降逆法、清泻降逆法、温中降逆法、清补和胃法、理气降逆法、清热益气养阴法。[24]马汴梁总结历代因胃气失降，气逆于上所致呕吐者，将其治法分为：芳香化浊、清热降逆、导滞行气、消食化积、疏肝解郁、重镇降逆、清胆和胃、化痰逐饮、温中健脾、养阴清胃、通里攻下、安蛔驱虫、补肾摄纳、活血化瘀、缓急止痛、安胎止呕等十七法。[25]另外，根据小儿和妊娠呕吐的特点，张锡君临证用治小儿呕吐十法，[26]张国祥提出治疗妊娠呕吐四法，各有千秋。[27]现将常用治法介绍如下：

2.3.1 通降法

根据呕吐为胃气失降，气逆于上的病机。降逆止呕是治疗呕吐的正治大法，于胃气失降原因诸多，有因食积、痰浊、湿热等实邪中阻，亦有因脏虚无力，通降失常者，故审因论治，单以降逆治疗者较少，而多与其它治法相兼合用。如李志峰等归纳常用降胃法有芳香降胃、温中降胃、化痰降胃、开郁降胃、消食降胃、泻下降胃、清热降胃、养阴降胃、解毒降胃等九法。[28]董建华论治呕吐提出通降七法。[6]

2.3.2 攻下法

呕吐用下法治疗常被认为是禁忌，盖因医圣张仲景在《伤寒论》中有呕吐禁用下法之说，但此非绝对，《金匮要略》十七篇曰："食已即吐者，大黄甘草汤主之。"是证乃因胃肠实热，腑气不通，浊气上逆所致，用大黄下之，腑气得通，浊气得降，反胃可瘥。后世医家宗此之意，认为常法可治者当不用下法，常法不胜者当可用下法，尤其是呕吐兼有阳明证和一些顽固性呕吐，非下法治之不能克。如现代名医章次公认为，呕吐与便秘有关，腑通则呕自止，并大胆地突破经文的禁令，取得了下法治疗呕吐的成功。沙建飞通过临床实践，除用下法治疗实热积滞之呕吐外，变通应用下法治疗诸种呕吐，均取得了较好的效果。[29]

2.3.3 调和法

本法适用于胃肠寒热错杂，中焦气机阻滞，阴阳升降失司之证。阴阳失调虽为三焦俱病，而中气为上下之枢，故不必治其上下，而但治其中，即用辛开苦降法，其中仲景之半夏泻心汤应用最为广泛，并屡用屡验。

2.3.4 活血化瘀法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

活血化瘀法是近代随着活血化瘀法的临床和实验研究的广泛深入开展而逐渐被应用于呕吐的治疗。但早在《医林改错》就记载："……无他症，惟干呕。血瘀之症……化血，而呕立止。"临床多用于神经性呕吐，血府逐瘀汤应用最为广泛。杨承岐认为，除临床辨证属瘀血呕吐而用活血化瘀法外，凡顽固性呕吐，皆可加入活血化瘀药以增效。[30]活血化瘀法治疗呕吐是对呕吐治疗学的丰富和发展。

2.4 辨证用药研究

2.4.1 治疗用药规律初探

以张仲景为首的历代医家为呕吐病的治疗创制了不少专门方剂，这些方药的组成和运用，基本上反映了治疗用药的大概情况，作为中医辨证论治的最终载体，确能反映出呕吐病中医辨证论治的发展情况。不少学者就呕吐病治疗用药进行了统计分析，以期反映呕吐病的用药规律。根据周建龙的统计结果表明，历代著作中有止呕作用的常用中药有 34 味：藿香、生姜、干姜、高良姜、竹茹、半夏、丁香、吴茱萸、代赭石、陈皮、柿蒂、伏龙肝、香薷、白豆蔻、砂仁、草豆蔻、草果、苍术、荜茇、蜀椒、黄连、黄芩、胡椒、木瓜、乌梅、沉香、荜澄茄、芦根、扁豆、枇杷叶、旋覆花、紫苏、香附、槟榔。这些中药性味功效不一，适应证各异，临床应用既根据辨证，又结合了有关现代实验研究，并多配伍使用以增疗效。[31]药对止呕亦是中药治疗呕吐病的一大特点，邓方总结历代止呕用药规律，发现不同的病证用不同的药对，常用的药对多达 20 对：半夏配生姜、黄连配吴茱萸、白茅根配芦根、神曲配苍术、干姜配半夏、藿香配佩兰、黄连配紫苏、麦冬配半夏、旋覆花配代赭石、白术配干姜、竹茹配黄连、干姜配黄连、黄芩配白术、木瓜配木香、白术配陈皮、半夏配秫米、橘皮配生姜、生姜配紫苏、人参配干姜。[32]以上药对配伍的多样化，既反映了呕吐病治疗用药的规律性，同时也反映了因证立法，依法用药的灵活性。

另外，在近二十篇"食已即吐"及重症呕吐的报道中，以大黄甘草汤和大承气汤为代表的通腑攻下方药应用频繁，其中大黄以复方或单方的形式，或口服或灌肠，应用尤为灵活、广泛。而在另十二篇神经性呕吐的中药治疗中，运用较多的除大黄外，还有桃仁、赤芍、丹皮、莪术等活血化瘀药。这些用药规律，初步反映了攻下法与活血化瘀法在呕吐病的治疗中已被较为广泛的应用，这是呕吐病无论从理论上还是治疗原则上有别于古代的一种体现。

2.4.2 新药的开发研制

呕吐的治疗目前仍以辨证汤药治疗为主，中药新药的研制尚处于起步阶段。从临床看近几年来研制的复健宁胶囊、参莲胶囊对肿瘤化疗反应所致的呕吐有较好的预防和治疗作用，但还有待于系统的临床和实验研究。[34-35]开发研制出疗效可靠、适应症广、使用安全、方便的中成药，是提高呕吐病临床疗效的关键。因此，开发研制止呕新药已成为呕吐病研究所面临的新课题。

2.5 预 防 研 究

预防本病，应注意"虚邪贼风，避之有时"，要注意饮食卫生，不食生冷不洁食物，勿饮酒过度，不过食肥甘厚腻之品，不饥饱无度，以免损伤脾胃。要注意精神上调摄，心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

情舒畅，避免肝气横逆，犯胃作呕。同时还要适当参加体育活动，如散步、打太极拳等，以增强体质，从而达到“正气存内，邪不可干”的目的。

另外，在肿瘤化疗、放疗过程中，中药及针灸对胃肠道反应的预防治疗方面发挥了重要作用，综观近代30余篇临床报道，益气健脾类中药和针刺或穴位注射足三里穴应用尤为广泛，并且疗效显著，具有广阔的开发前景。

3 实 验 研 究

综观近年来中医对呕吐及其所属疾病的疗效机理的研究仍然是当前实验室研究的重点。

3.1 中医常用治法疗效机理的研究

3.1.1 内治法疗效机理的研究

文献报道的有关呕吐的治疗方药研究日益增多，其中有成方的研究，亦有单味药的研究。其中研究最多的是中药治疗呕吐的止吐机理和对胃粘膜的保护作用，以及对胃肠平滑肌运动、平滑肌机电活动和胃液分泌的影响等。八十年代中期至九十年代以来，研究人员对各种止吐药的单味药和成分进行了理化分析，同时也有综合各种治法疗效原理的推测，其在中药止吐机理研究中可归纳为：①缓解胃肠平滑肌痉挛。如邱赛红等通过动物实验证实单味吴茱萸和吴茱萸汤能明显缓解离体大鼠胃条的痉挛性收缩，从而减慢胃的逆行蠕动面达止吐作用。[35]②抑制胃液胃酸分泌。实验亦显示吴茱萸汤能显著抑制胃液分泌，并降低胃液酸度。秦彩玲等通过研究亦发现黄连汤具有抑制胃酸分泌的作用，这些均为吴茱萸汤和黄连汤的和胃制酸止吐提供了有力佐证。[36]③保护胃粘膜。研究证实吴茱萸汤可明显减轻硫酸铜、冷水及饥饿刺激等造成胃粘膜的损伤破坏。秦彩玲等研究也显示黄连汤对乙醇、盐酸、阿斯匹林诱发的三种大鼠胃粘膜损伤均有明显的保护作用，而且随剂量增加其保护作用增强，尤其是对乙醇胃粘膜损伤的抑制作用表现出良好的良效关系。同步观察该作用明显强于甲氰咪胍，充分显示出中药对保护胃粘膜的优势。[36]④抑制 CTZ 和呕吐中枢。研究已证实温胆合剂（温胆汤加黄连、西洋参、薄荷等）能对抗阿扑吗啡所致的呕吐，又能对抗 $CuSO_4$ 引起的呕吐，研究认为温胆合剂具有抑制 CTZ 和呕吐中枢及对中枢神经具有镇静作用。[37]⑤朱海洪等研究发现温胆合剂对猫肠平滑肌运动及肠平滑肌肌电有抑制作用，能使胃平滑肌频率加快，强率增强。在此基础上给予顺铂后，能明显对抗由顺铂引起的胃肠平滑肌兴奋致吐的作用。[37]张惠云等通过研究也得出同样结果。[38]这些研究结果说明中药抗化疗反应引起的呕吐有着广阔的前景。

在古方研究方面，多集中在仲景经方的研究上，如通过吴茱萸汤对家鸽镇吐的正交设计实验，提出止呕作用以吴茱萸最为重要，配伍生姜则加强，最佳组成为原方四药同时运用。这些研究结果对临床治疗有一定指导意义。黄连汤为平调阴阳、和胃降逆的古方，秦氏等通过实验研究证实了黄连汤对硫酸铜致鸽子呕吐具有明显的镇吐作用及对乙醇、盐酸、阿斯匹林诱发的大鼠胃粘膜具有明显的保护作用，小鼠口服黄连汤400倍于临床用量无任何毒副作用。为黄连汤的临床应用提供了实验依据。[36]旋覆代赭汤是《伤寒论》中和胃化痰降逆之剂，邱明义等通过实验证实了该方能明显对抗硫酸铜所致家鸽的呕吐潜伏期

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

及呕吐频率，推测其作用机理主要是抑制了延髓呕吐中枢的化学感受器而起镇吐作用。[39]

研究表明：对于呕吐的控制，除了针对病因治疗外，止呕及调节水、电解质的平衡亦是重要环节。因此，冯泳测定了的无机元素含量，并分析其与止呕作用的关系。文献报道：半夏所含生物碱、生姜所含姜烯酮和姜油酮的混合物等有机成分分别具有中枢性或末梢性的止吐效果，而该研究认为：小半夏加茯苓汤的各药均含有大量维持水、电解质平衡的无机元素如 K、Na、Ca、Mg 等，单味药中各元素比例在第一煎和第二煎中均没有什么规律性，但当它们组成复方后，第一煎各元素比与第二煎各元素比相似，复方所产生的这种无机元素比可能有纠正由痰饮呕吐所致的体内电解质失调和紊乱的功能。且方药中所含的 Ca 元素含量最高，推测可能与 Ca 能降低神经肌肉兴奋性而缓解胃平滑肌痉挛有关联。[40]所以研究者认为：该方的止呕作用有三方面的环节，即有机成分的止呕效果、无机成分的离子平衡作用以及降低神经肌肉兴奋性三方面的作用环节。本研究为揭示止呕作用机理开辟了新途径。且结合对药物溶出率的检测比较研究提示复方制剂具有优越性，为应用复方治疗本病提高疗效提供了依据。

3.1.2 针灸和外治法机理研究

在对中医内服治疗呕吐的研究基础上，研究人员根据针灸学原理，认为凡内脏功能失调，沿其经络系统所产生的反应点亦是具有良好疗效的治疗点。通过实验证明了针灸及相应的外治疗法同样具有明显的效果。如冷建平等应用电针方法观察对豚鼠外周性呕吐胃肠电频率、幅值的影响，结果表明：应用电针方法，可使灌服 $CuSO_4$ 致吐的豚鼠胃肠电幅值下降、频率减慢、峰电位出现减少，而迷走神经切断后电针镇吐效应消失。说明电针止吐的作用机理是：电针兴奋了穴位下的神经末梢等多种感受器和血管壁周围的神经装置，通过躯体神经传入中枢，再经中枢整合后通过植物神经，调节胃肠功能活动，而达到镇吐效应；另外，电针还可促使某些神经递质的释放而起到镇吐的作用。[41]潘朝宠等运用电针抑制狗的实验性恶心呕吐试验表明，针刺内关穴可通过植物神经及其介质达到止吐作用，而肾上腺素能神经对电针刺激起双向调节作用。[42]这些研究结果，为探讨针刺影响内脏牵拉反应提供了途径，从而亦为腹部手术施行针刺麻醉提供了可行性依据。

王霞芳等对按压“火丁”治疗婴儿吐乳症的机理进行了研究，认为：董氏之家传按压“火丁”的手法（用消毒后的食指蘸以少许冰硼散，快速地按压舌根部的“火丁”上，立即退出，隔日按压一次，3 次为一疗程），可促使脾胃气机调畅，通降复常面奏降逆止呕之效。通过按压猫“火丁”方法的实验证实：本法是通过迷走神经兴奋，释放嘌呤类神经介质作用于胃壁平滑肌使之舒张而缓解了呕吐症状。这种外治方法，不仅具有显著的疗效，而且具有坚实的生理学基础。它避免了内服药的副反应，具有简、便、验的特色，易于为患者接受。有深厚的社会效益和经济效益，确为祖国医学瑰宝之一，值得进一步研究和推广。[43]

3.1.3 抗毒止呕及防治其他并发症的机理研究

由于呕吐可分为反射性呕吐、中枢性呕吐、前庭障碍性呕吐、神经官能性呕吐等类，所以呕吐可见于多种疾病的过程中。因此，中医临床工作者和实验研究人员，多将本病的治疗机理研究分散于原发病的研究之中。如恶性肿瘤的化疗和放疗常常出现恶心呕吐的胃

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肠道反应，研究人员试图从中医中药寻找抗毒止呕方药而进行相关的实验研究，如中国药科大学对“养正合剂”（黄芪、枸杞子、猪苓等）的减毒作用和镇吐作用进行了研究，结果发现养正合剂能提高家鸽对顺铂所致呕吐的止吐率及可减少平均呕吐发作次数，提示养正合剂对化疗引起的呕吐等胃肠反应有一定的抑制作用。从而为中药可作为防止抗癌药物的毒副反应及辅助用药提供了实验依据。[44]赵自强等通过实验证明：铁心甘草对大鼠离体回肠的正常收缩运动有明显抑制作用，对由 MPGF2a 所致的大鼠离体回肠强烈收缩有明显抑制作用。为临床运用铁心甘草治疗妇科痛经并发呕吐等胃肠道反应，提供了实验依据。[45]

3.2 呕吐的实验研究进展

3.2.1 呕吐实验动物模型的现状

近几年来，关于呕吐的实验研究有了较快的发展，致吐的实验模型较为多样化，大致可分为外周性致吐和中枢性致吐模型。致吐和镇吐试验常用动物有家鸽、犬、猫。外周性呕吐模型致吐剂常用硫酸铜，犬：0.25%，1～2ml/kg；家鸽：20～200mg/kg；猫：80mg/kg 灌胃。中枢性呕吐模型致吐剂常用盐酸阿扑吗啡，犬：20u/kg 静脉注射或 0.1～0.5mg/kg 皮下注射；左旋多巴，犬 80mg/kg 灌胃；氢麦角毒（海得琴），犬 0.1mg/kg 静脉注射；洋地黄及吗啡等也常选用。分析药物的致吐、镇吐作用机理，常采取以下试验：比较灌胃和消化道外给药的作用差异，如灌胃催吐效应小，呕吐发生晚，则提示药物的致吐作用可能不是局部效应；若脑室内注射能引起强烈呕吐，而破坏第Ⅳ脑室底部极后区 CTZ 后不再引起呕吐，则提示药物为中枢性催吐剂；若用药物或手术消除迷走效应后不再引起呕吐，则提示该药为外周感受器的刺激物；若用氯丙嗪处理后仍有催吐作用，则提示药物为非中枢性催吐作用。这些方法为探讨中药的镇吐机理定位性起到过一定作用。但是观察指标常用呕吐诱发时间及药后 2 小时的呕吐次数等作为定量分析依据，结果似不能反映药物镇吐的性质和确切作用机制。为此，临床工作者和实验研究人员，通过反复探索反复实践，不断改进制模方法和观测指标，如为阐明药物是否具有抗毒止吐功能，则选择顺铂作为制模剂；为了研究应用“火丁”止吐的作用机理，上海中医药大学生理教研室就采用止血钳夹住棉球，在猫的舌根部位摩擦刺激致吐的方法，观察猫胃的容积变化；安徽针灸经络研究所为了探讨针刺影响内脏牵拉反应引起呕吐的途径，以便提供克服内脏牵拉反应引起呕吐的理论依据，则以电刺激狗胃小弯部迷走神经的办法，模拟内脏牵拉反应（呕吐）进行了有益的研究。研究证实：胃是一个复杂的电化学器官，胃平滑肌本身可周期性地产生电活动，这种电活动影响胃的紧张性收缩、胃的蠕动和排空。而呕吐存有相关的异常胃肠电活动。因此，贵阳中医学院选择直接记录胃电活动变化作为观察指标，以家兔为实验动物，运用传统公认的致吐剂硫酸铜通过灌服或静脉注射，制作用于研究中药止吐效果的动物模型，初获成功，为止吐机理的探讨找到了一条新的途径。[46]

近 10 年来，随着电子技术和生理学实验方法的发展，胃肠电的测定方法开始运用于胃肠运动功能的研究领域。目前，对胃肠电活性及运动活性的测定，已形成了一整套理论和具体办法。[47]胃肠电活动的测定包括离体器官和整体实验，中药对离体平滑肌的作用实验方法，可采用多种动物的离体肠肌进行实验，一般常用离体豚鼠回肠及兔空肠标本，亦

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

可用十二指肠，豚鼠回肠自发活动减少，描记时有稳定的基线，兔空肠有节律的收缩活动，可观察药物对肠摆动运动的影响。离体平滑肌实验时可在营养液中加入已知受体激动剂及拮抗剂，进一步分析受试药物的作用机理。离体大鼠胃底条实验是观察药物对胃纵行肌的作用，实验方法是用饥饿48小时的大鼠，处死后取出胃，剪下胃底部，沿胃小弯剪开胃腔（切断环行肌），再沿纵行肌方向平行交叉剪开5～6道，使形成较长胃底条，取2cm长条置克氏液中，悬吊在麦氏浴槽中，同肠肌实验法观察收缩曲线。离体平滑肌实验应同时观察药物的量效关系，应从低剂量至高剂量依次加入不同浓度药物，绘出对数剂量－反应曲线，并求出半效作用量 ED_{50}（或半效抑制浓度 IC_{50}），若受试药物对某种受体激动剂或拮抗剂有明显的浓度依赖关系，则需进一步测定 PD_2、PA_2、PD_2 等参数，以判断药物与受体亲和力大小及药物与受体的关系。

离体平滑肌实验操作简便、经济易行，且实验条件易于控制。中草药煎剂，由于内含杂质、无机离子、皂甙及鞣质等，会影响实验的可靠性，最好用水煎醇沉液。在离体实验后应进一步做在体实验。

整体实验多在动物清醒状态下进行，其一是测定胃肠内容物的推进性活动，如胃排空和小肠的推进活动等；其二是胃肠肌电活动记录，即基础电节律（basic electrical rhythm，BER）和峰电位（spike potential，SP）以及小肠移行性肌电复合波（migrating myoelectrical complex，MMC）。此外，人体表胃电图和肠电图近年在中药的实验研究中亦已被试用。

（1）胃排空实验：给动物灌胃含有定量指示剂的溶液，一定时间后处死动物取胃，测定胃内指示剂残留量，可计算出排空率。动物常用小鼠和大鼠，指示剂可用甲基橙、酚红等不易被胃肠道粘膜吸收的物质。被观察药物应采用胃外给药途径，如需胃给药应避免该药本身颜色及pH值等因素对显色的影响。

（2）小肠推进实验：常用小鼠炭末法，即给小鼠灌胃炭末阿拉伯胶混悬液，一定时间后处死动物，量取小肠总长度（l）以及幽门至炭末前沿距离（d），小肠推进率（%）= $d/l \times 100\%$。

（3）胃肠平滑肌电活动记录：多采用慢性清醒动物模型，可选用大鼠、兔、猫、狗等实验前于无菌条件下，在胃和小肠浆膜面安放双极铂丝电极，导线经背部皮下引出。术后1周左右开始记录，实验时将导线连接至多道生理记录仪上，胃肠电记录所选用时间常数为0.3～0.03秒，高频滤波15～30Hz。药物作用的评价，常以电活动的频率及振幅的改变作为指标进行分析。

（4）人体表胃肠电图：将 Ag-AgCl 电极放置在胃和小肠的体表投影区，电极与胃肠电图机连结，胃肠电活动可由体表电极检测出来。临床实验胃电图一般取频率、幅值和规律性（变异系数）等参数进行分析。

3.2.2 呕吐实验研究的展望

近期的呕吐实验研究表明动物模型的制作多从西医的病或症进行设计操作，这种方法对阐明药物止吐的作用机理固然有一定价值，但是，中医药的治疗精粹是辨证论治，也就是说，中医治疗呕吐均应在辨证论治的原则指导下进行，方能获得良效，这已被临床研究所证实。因此，在制作呕吐模型时，亦应考虑到中医证型的实际问题，方能符合中医临

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

床。而传统的造模多用 $CuSO_4$ 等致吐剂制作，模型多较单一，且未结合临床具体辨证治法，故欠合理。据考证硫酸铜为《本经》中石胆（诸本草又称胆矾或蓝矾）的主要成分，其味酸辛涩、性寒，以之口服造成的呕吐模型应属寒证范畴，对于研究吴茱萸汤的止吐机理较为适宜，但用于研究苦寒清胃止吐方药的实验，则与证型治法有悖。因此，尽可能遵循中医理论，结合证型治法确立呕吐模型，乃为今后制模研究的方向。

【古训今释】

1 病名溯源

《寿世保元·呕吐》说："呕吐者，饮食入胃而复逆出也。"溯其病名之源，始见于《黄帝内经》，如《素问·六元正纪大论》说："土郁之发，甚则心痛胁膜，呕吐霍乱。"此外，尚有"呕逆"、"呕胆"、"呕涌"、"噫呕"、"哕"等名，如《素问·至真要大论》说："少阳之胜，炎暑至，呕逆"，"少阴司天，热淫所胜，民病喷呕。"《素问·六元正纪大论》说："少阳所致为呕涌。"《灵枢·四时气》所说："邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦，故曰呕胆。"《灵枢·胀论》说："脾胀者，善哕。"其中呕吐、哕等名称，多为后世所沿用，如《金匮要略》就列有"呕吐哕下利病脉证治"专篇，并根据证候特点又提出了"干呕"一词，如"干呕、吐逆，吐涎沫，半夏干姜散主之。"这一命名，还在《诸病源候论·呕哕病诸候·干呕候》中得到了进一步发挥："干呕者，胃气逆故也。但呕而欲吐，吐无所出，故谓之干呕。"

嗣后，历代医家根据呕吐的病因不同或伴随证状的差异，对呕吐又有了分类命名，如唐代孙思邈《备急千金要方·膀胱腑·三焦虚实》提出了"漏气"、"走哺"之名，其曰："此气剽悍滑疾，见开而出，故不得从其道，名曰漏气。其病则肘挛痛，食先吐而后下，其气不续，膈间厌闷。""下焦热，气逆不续，呕吐不禁，名曰走哺。"宋代陈无择《三因极一病证方论·卷三十一》则在承袭《备急千金要方》命名的基础上，又提出了"寒呕"、"热呕"、"痰呕"、"食呕"、"血呕"、"气呕"等证名，更便于临床的辨证用药。金代成无己《伤寒明理论·呕吐》还指出"呕者，有声者也。俗谓之"哕"，即以哕字代呕，对此，元代王履《医经溯洄集·呕吐·干呕·哕·咳逆辨》说："夫哕与哕盖字异而音义俱同者也，以之证呕亦疏矣。"到了明代，强调虚实辨证的医学大师张景岳在《景岳全书·杂证谟·呕吐》中又把呕吐分为虚实两类，至此，呕吐的命名和分类已大致完备。

既然呕吐有上述的命名，那么其内涵是如何界定的呢？以病因为根据进行分类和命名的概念往往比较明确，故古代医家的着眼点多放在呕、吐、哕、干呕的区别和意义上，并提出了不同的观点。如《东垣试效方·呕吐哕门·呕吐哕论》指出"呕者，阳明也，阳明多血多气，故有声有物，血气俱病也，……吐者，太阳也，太阳多血少气，故有物无声，为血病也。……哕者，少阳，少阳多气少血，故有声无物，乃气病也。"《丹溪心法·呕吐》则归纳的极为简略："凡有物有声，谓之呕吐。有声无物，谓之哕。"对两者的差异，王履的《医经溯洄集·呕吐·干呕·哕·咳逆辨》是赞同李杲的观点："夫呕者，东垣所谓声物兼出者也；吐者，东垣所谓物出而无声也；至于干呕与哕，皆声出而无物也，东垣但以哕该之，而无干呕之论。夫干呕与哕，其所异者杲何在哉？微甚而已矣，……则干呕乃哕之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

微，啰乃干呕之甚。”同时，他还对诸症的轻重作了比较：“以吐与呕较之，吐轻呕重，以吐与干呕较之，干呕轻于吐，然两者亦各有轻重，不可定拘也。”这些论述，多为后世医家所接受，然就临床实际来说，《丹溪心法》的观点简便而切合实用。

2 病因病机论

翻开历代医家所著，可以发现他们对呕吐病因病机的认识有一个从简单到复杂，从重外感到外感内伤并重，从重视局部到重视整体的过程，其间所积累的真知灼见和经验对今日临床仍有着重要的指导意义。

2.1 六淫皆可致呕吐论

六淫导致呕吐的学术观点，最早可上溯至《黄帝内经》，如《素问·至真要大论》说：“厥阴司天，风淫所胜，民病食即呕。”“少阳之胜，炎暑至，呕逆。”“太阴之复，湿变乃举，饮食不化，呕而密默。”“岁阳明在泉，燥淫所胜，民病喜呕，呕有苦。”《素问·举痛论》说：“寒气客于肠胃，厥逆上出，故痛而呕也。”《素问·六元正纪大论》也指出“火郁之发，民病呕逆。”值得一提的是该篇对因热致吐证候群及发病季节的综合描写颇类似现代临床上流行性颅内感染导致的中枢性呕吐：“太阳司天之政，气化运行先天，初之气，地气近，气乃大温，身热头痛呕吐。”后世医家在继承这些理论的基础上作了进一步发挥并着重于六淫致病机理的探讨，形成了不同的流派。如隋代巢元方在《黄帝内经》的“正气存内，邪不可干”、“邪之所凑，其气必虚”理论的影响下，在其病理学专著《诸病源候论·呕吐哕病诸候·呕吐候》中强调外感致吐是以脾胃虚弱为其内因，六淫所受为其外因，六淫之中又以风邪为主，他说：“呕吐者，皆由脾胃虚弱，受于风邪所为也。”与此不同，刘完素则推崇《素问·至真要大论》“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”的学说，强调呕吐的病因病机以火热为主，他在《素问玄机原病式·六气为病》中指出：“呕，胃膈热甚则为呕，火气炎上之象也。”“吐下霍乱，三焦为水谷传化之道路，热气甚则传化失常而吐泻霍乱，火性躁动故也。或云热无吐泻，止是寒停者，误也。”稍后的医家李杲则重视《内经》“寒气客于肠胃”的论点，强调呕吐以寒为主，形成了主寒主热的学术争鸣。到了明代，张景岳成为主寒学说的集大成者，《景岳全书·杂证谟·呕吐》中指出：“凡病呕吐者，多以寒邪犯胃，故胃寒者十居八九，内热十止一二，而外感之呕，尤多寒邪。”基于这样的认识，他对寒邪致病的分类和病机进行了系统的阐述：“寒邪犯胃而作呕吐者，其证有三：一以食饮寒凉或误食性寒生冷等，致伤胃气，因而作呕。……一以阴寒气令，或雨水沙气，及水土寒湿之邪犯胃，因而作呕、作泄。……一以风寒外感，或伤寒或疟，凡邪在少阳，表邪未解而渐入里，所以外为寒热，内作呕吐。”明代另一医家秦景明则持论平正，其所著《症因脉治·呕吐论》外感内伤并提，寒热兼蓄，将外感呕吐分风、寒、暑、湿、燥火、湿热而论述其发病机理：“风气呕吐之因，或当风取冷，风冷入胃，或胃中饥饿，风邪乘虚而入，如此者令人呕吐也。”“寒气呕吐之因，胃气素寒，又值时令之寒，偶或感入，则寒气伤胃而为呕吐矣。”“暑气呕吐之因，夏秋之交，中气不足，暑热之气，入于肠胃，则令呕吐也。”“湿气呕吐之因，长夏时令，坐卧卑湿，湿气袭于胃土，胃气不能下降，而湿气呕吐作矣。”“燥火呕吐之因，燥气行令，肺胃有热，以热伤热，以燥伤燥，而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

诸喘呕之症作矣。”“湿热呕吐之因，肠胃当有积热，又遇外感时行，则两热交蒸，攻冲清道，湿热呕吐之症作矣。”条分缕析，纲目分明，颇合于临床实际情况，具有较大的实用价值。

2.2 食滞、痰饮、虫毒、瘀阻与呕吐

饮食不当导致呕吐，在《黄帝内经》中已有论述，如《灵枢·五味》说：“黄帝曰：苦走骨，多食之，令人变呕，何也？少俞曰：苦入于骨，五谷之气，皆不能胜苦，苦入下脘，三焦之道皆闭而不通，故变呕。”《素问·脉解篇》也说：“所谓食则呕者，物盛满而上溢，故呕也。”揭示了饮食停滞呕吐的主要症状和其发病机理。对此，《三因极一病证方论·食呕证治》中说得极为明确：“此由饮食伤脾，宿谷不化之所为也。”在《济生方·呕吐》中，严用和把饮食因素作为呕吐的主要原因：“其或饮食失节，温凉不调，或喜餐腥脍乳酪，或贪食生冷肥腻，露卧湿处，当风取凉，动扰于胃，胃既病矣，则脾气停滞，清浊不分，中焦为之痞塞，遂成呕吐之患焉，然此特论饮食过伤，风凉冷湿之所由致者。”证之临床，饮食停滞，合以伤风受凉感湿确实是呕吐的最主要原因之一。

除上述的饮食不节、饮食不当、饮食不洁等因素外，酒食所伤也是呕吐的常见病因。对此，古代医籍也有散在的记载，如《医林正印·呕吐》有“酒后呕吐”之说，明代戴原礼《秘传证治要决·伤酒》所述“伤酒，恶心、呕逆，吐出宿酒，昏冒眩晕，头痛如破”，形象地描写了醉酒后的状态。此外，痰饮停积也是古代医家极为重视的致吐因素，早在东汉张仲景《金匮要略》之“痰饮咳嗽病脉证并治”、“呕吐哕下利病脉证治”等篇中就有了较多的论述，如“呕家本渴，今反不渴者，以心下有支饮故也。”“先渴却呕者，为水停心下，此属饮家。”“卒呕吐，心下痞，膈间有水。”这不仅指出痰饮内停可致呕吐，也点出了口渴与否是诊断和鉴别诊断的要点，得到了后世医家的认同并有所发展。《三因极一病证方论》特列痰呕证治，指出痰呕“或因气郁，涎结于胃中，或因酒食甜冷，聚饮之所为也。”在明代，李梴《医学入门·杂病分类·内伤类·痰类·呕吐》强调“呕吐，痰火为多”，张介宾《景岳全书·杂证谟·呕吐》则认为：“痰饮留于胸中或寒湿在胃，水停中脘而作呕吐。”其论一主寒，一主热，反映了临床痰饮呕吐两类不同病理性质，故明·秦景明《症因脉治·呕吐论》将两者合而论述：“痰饮呕吐之因，脾气不足，不能运化水谷，停痰留饮，积于中脘，得热则上炎而呕吐，遇寒则凝塞而呕吐矣”。还有医家认为呕吐的反复发作与痰饮内伏有关，如《秘传证治要决·呕吐》说“中脘伏痰，遇冷即发。”究痰饮产生与内伏的机理，与脾胃失于健运有密切的关系，诚如《医学正传·呕吐》所说：“脾湿太甚，不能运化精微，致清痰留饮郁滞上中二焦，时时恶心吐清水。”这也正是痰饮呕吐的病机关键。

在《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》和《金匮要略·趺蹶手指臂肿转筋阴狐疝蛔虫病脉证治》中，张仲景提出了吐蛔一证，后世医家多把其归纳到呕吐范畴中，认为蛔虫内扰也是导致呕吐的原因之一。《医学入门·呕吐》认为：“虫吐，时常恶心，胃口作痛，口吐清水，得食暂止，饥则甚者，胃中有蛔也。”《景岳全书·杂证谟·呕吐》则从病机角度进一步分为“有因胃火而吐蛔者”，“有因胃寒而吐蛔者”，“有因胃虚而吐蛔者”，更加符合临床的实际情况。

《三因极一病证方论·呕吐凡例》、《景岳全书·杂证谟·呕吐》等著作都提出了“中毒而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

呕”，说明他们已认识到中毒也是导致呕吐的原因之一，从而为对症解毒治疗提供了依据。《三因极一病证方论·呕吐叙论》说：“呕吐虽本于胃，然所因亦多端，故有寒热饮食气血之不同。”明确提出“瘀血凝闭”亦可使人呕吐，并列有“血呕证治”以示其病机和证治均有其独特性。其后严用和在《济生方·呕吐》中对于瘀血形成的机理作了探讨，强调“胃受邪热，瘀血停蓄，亦能令人呕吐。”对此，后世医家没能给予足够的重视，虽有简单重复记载，但缺乏深入系统的探讨。至清代王清任《医林改错》倡导瘀血学说，指出：“无他症，惟干呕，血瘀之症。”说明，瘀血阻胃确实是呕吐，特别是顽固性呕吐的重要因素。此外，清代何梦瑶《医碥·杂证·呕吐》还补充了呕吐的其他原因，指出：“又若银钗之探撩，舟车之摇撼，恶臭劣味之触犯，皆能扰动胃气而致呕。”进一步完善了呕吐的病因学说。

2.3 呕吐总属胃气上逆，然与五脏相关论

宋代严用和《济生方·呕吐》说：“夫人受天地之中以生，莫不以胃为主。盖胃受水谷，脾主运化，生血生气，以充四体者也。若脾胃无所伤，则无呕吐之患。”《东垣试效方·呕吐哕门·呕吐哕论》也明确指出：“夫呕吐哕者，俱属于胃，胃者总司也。”可见呕吐总属胃病。胃为阳明之腑，性喜通降为顺，呕吐乃升降反作，故其病机突出在一个“逆”字，《素问·至真要大论》谓之：“诸痿喘呕，皆属于上。”明·李用粹《证治汇补·膈门·呕吐》概括为“气上逆而食不得下”。呕吐虽关乎胃病，但胃气的上逆除和上述致病因素有关外，与脏腑之间的功能失调和相互影响也有密切的联系，这一点，在《黄帝内经》中就已得到初步的阐明。如《灵枢·经脉篇》说：“是主肝所生病者，胸满呕逆。”“脾足太阴之脉，是动则病舌本强，食则呕。”《素问·痹论》也指出：“肺痹者烦满而呕。”以后的医家多在此基础上作进一步的探讨、阐释和总结，使呕吐的病因病机逐渐臻于完善。

呕吐与脾胃的关系最为明确，盖脾胃同居中焦，升降相因，燥湿相济，共司饮食水谷的受纳和运化。金代李杲《脾胃论·脾胃胜衰论》云：“胃乃脾之刚，脾乃胃之柔，表里之谓也。饮食不节，则胃先病，脾无禀而后病；劳倦则脾先病，不能为胃行气而后病。其所生病之先后虽异，所受邪则一也。”故呕吐亦可认为是脾胃同病。其病机如《圣济总录·呕吐门》所说：“若脾胃虚冷，水谷不化，则阴阳否隔，三焦不调，浊阴之气，不能下行，奔冲于上，故发为呕吐。”呕吐缘于脾胃虚弱者，又约可分为三类：一是“脾胃虚寒，不能运化水谷，反而上逆”（《症因脉治·呕吐论·内伤呕吐》）；一是脾胃气虚，如清代陈士铎《石室秘录·双治法》所说：“胃吐由于脾虚，脾气不下行，自必上反而吐，补其脾气，则胃气自安。”一是脾胃阴虚，《症因脉治·内伤呕吐》将其归入胃火呕吐中，指出：“阴虚火旺，相火上冲，火气上炎，呕吐作矣。”清代陆以湉《冷庐医话·吐》则明确提出：“胃阴受戕，纳食即吐。”由此可见，脾胃功能的失调确是呕吐的主要病机。

至于肝与呕吐的关系历来受到医家的重视，清代邵仙根在《伤寒指掌·呕吐》中评曰“呕吐为胃气上逆，其胃气之所以上逆，因肝木犯胃所致。夫呕吐……虽有多因，总因肝火上升，乘虚犯胃，以木土相仇，肝木克土，而顺乘阳明也。”清代魏之琇《柳州医话·三十》亦指出：“呕吐证良由肝火上逆者极多”，并批评“张景岳偏于温补，以为多属胃寒，其误人谅不少矣。”我们知道，土赖木疏，木赖土荣，木土相克的病理本质亦不外是这两

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者关系的失调。究其原因，一是情志怫逆，木郁不达，横逆犯胃；二是脾胃不足，土雍木郁，土虚木侮，《景岳全书·杂证谟·呕吐》称前者为："气逆作呕者，多因郁怒致动肝气，胃受肝邪，所以作呕"，后者是"肝气微逆，即为呕吐，总胃虚也。"又胆附于肝，胆胃相关，胆腑疏泄不利，易随肝气犯胃，导致呕吐，《灵枢·四时气》谓之为"邪在胆，逆在胃"，以呕苦为其主要表现。

肾与呕吐的关系，也散见于医家论述，如《景岳全书·杂证谟·呕吐》说："食入下焦而不化者，土母无阳，命门虚也。"《症因脉治·呕吐论》说："真阳不足，火不生土"是胃寒呕吐的主要原因。对此最为重视，论述最为系统者当推清代陈士铎，如《石室秘录·腑治法》指出："呕吐之症，人以为胃虚，谁知由于肾虚。无论食人即出，是肾之衰，凡有吐症，无非肾虚之故。"这虽有以偏概全之嫌，但确实揭示了呕吐病机的另一侧面。那么，肾虚是如何导致呕吐的呢？《石室秘录·逆医法》认为："更有大吐之症，舌如芒刺，双目红肿，人以为热也。不知此乃肾水干槁，火不能藏，水不能润，食人即吐耳。……盖胃为肾之关，胃中之火，必得肾中之水以润之。肾水耗，不能上润脾胃，则胃火沸腾，涌而上出。"在《石室秘录·热治法》中，陈氏还提出："肾寒呕吐"，认为肾阳不振，命门火衰，不能温养脾胃，也能导致呕吐。这一观点，《医学心悟·呕吐哕呃逆》概括为"命门火衰不能生土"而给予了肯定。

此外，对于心肺与呕吐相关的论述在古代文献中也占有一席之地。如《备急千金要方·心脏·心脏脉论第一》说："心病烦闷少气，大热，热上汤心，呕咳吐逆。"《三家医案合刻·温热赘言》则对肺的重要性作了特别的强调："肺胃不和，最能致吐，人所不知，盖胃热移肺，肺不受邪，还归于胃，呕恶不止。"考历代医家治疗经验和所拟处方，肺胃不和实是呕吐中较为特殊，但并不少见的病机之一，临床上应给予足够的重视。

3 辨 证 论

对于呕吐征象的记载可上溯至《黄帝内经》。隋代巢元方《诸病源候论》专列"干哕候"、"呕哕候"、"哕候"、"呕吐候"，着重于病机及相应证候的探讨。宋代陈无择《三因极一病证方论》则按病因、病机分列证候病象，具备了寒热辨证的雏形。明代张景岳《景岳全书》则以虚实为辨证纲要，作了较为深入的阐述使呕吐的辨证水平有了很大程度的提高。明代秦景明《症因脉治》在继承前人经验的基础上，以外感、内伤为纲，详列病因为目，分证论治，建立了呕吐的辨证论治模式。爰综合各家之论如下：

3.1 审 病 因

不同的病因可出现不同的证候群，故由不同的证候可推测其相应的病因，这种审证求因的方法是辨证论治的重要手段之一。如同属外感呕吐，《症因脉治·呕吐论·外感呕吐》就是按六淫分证："偶遇风冷，即发呕吐，头额疼痛，面赤而热"为风气呕吐，其"脉多见浮，浮紧风寒，浮数风热，浮滑风痰，浮濡风湿"；"偶遇寒冷，顿发呕吐，胸前绵绵而来，身无内热，小便清白，大便通顺"为寒气呕吐，其脉"多见弦紧，或见迟缓，或见沉细，甚则沉伏"；"暑热行令，头眩目暗，呕吐暴作，身热恶寒，烦渴引饮，齿干唇燥，腹中疼痛，小便赤色，或混浊涩短"为暑热呕吐，其脉"虚大而涩，或见沉细，或见沉数，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

或见躁疾，或见脉伏”；“胸前满闷，头重身重，面目浮肿，呕恶而吐，口不渴，吐多痰涎”为湿气呕吐，其“脉多濡软，或见浮缓，或见沉伏，脉迟者寒，脉数者热”；“喘逆呕吐，吐则气急，呕少难出，口唇干燥，烦渴引饮”为燥火呕吐，其脉“右寸浮数，燥邪伤肺，右关数大，燥邪伤胃”；“内热烦躁，口臭身热，面目黄肿，满闷恶心，闻谷气即呕”为湿热呕吐，其“脉多数大，浮数在表，沉数在里；右关脉数，肠胃湿热。”同样，对内伤呕吐的原因，《症因脉治·呕吐论·内伤呕吐》也采用了这一分析方法，如“呕而肠鸣，漉漉有声，眼黑眩晕，时时恶心”为痰饮呕吐，其“脉多弦滑，滑数热痰，弦紧寒饮，痰凝饮伏，脉反沉迟”；“胸前满闷，嗳气作痛，痛则呕吐，得食愈痛，按之亦痛”为食积呕吐，其“脉见实大，或见沉滑，热积实数，寒积迟弦，滑大洪实，食积胸前。”其它如“瘀血呕吐”，《三因极一病证方论·血呕证治》谓其证候为“病者心下满，食入即呕，血随食出”；蛔虫致呕，《医学入门·痰类·呕吐》谓其证候为“虫吐，时常恶心，胃口作痛，口吐清水，得食暂止，饥则甚者，胃中有蛔虫也”，发作时常以吐蛔为特征性表现。清·张璐《张氏医通·诸呕逆门·呕吐哕》认为：“大抵吐蛔，寒热交错者多”则在审病因的基础上，和定病性进行了有机的结合。

3.2 定 寒 热

《医学入门·痰类·呕吐》强调“呕吐须知胃冷热”，呕吐的寒热之辨是历代医家探讨和争论的焦点，在金元四大家中，刘完素主热，李杲主寒，并对后世医家产生了较大的影响，其实，就病理性质而言，呕吐非寒即热，或寒热错杂，两者不可偏废。大多数医家也都主寒热并论。如《证治汇补·胸膈门·呕吐》从呕吐的发生时间和所挟外候来辨别寒热，“有胃中有热，食入即吐者；有胃中有寒，食久方吐者”，“挟寒，则喜热恶寒，肢冷脉小；挟热，则喜冷恶热，燥渴脉洪”，颇能起到提纲挈领的作用。《症因脉治·呕吐论·内伤呕吐》则把内伤中诸多引起热的因素和引起寒的因素分别归纳为胃火和胃寒两大证治，其征象是：“胃火呕吐之证，食入即吐，其味或酸或苦，五心烦热，夜卧不宁，口中干渴，二便阻涩”，其“脉多洪数，左关洪数，肝胆之火；右关洪数，火在脾胃；阴火上冲，脉数沉细”；“胃寒呕吐清冷，二便清利，口不渴，唇不焦，食久不化，吐出不臭”，其脉“多见沉迟，两尺沉迟，真阳不足；左关沉迟，木不生火；右关沉迟，脾胃无火”。如是则呕吐的寒热之性不难区分。

3.3 辨 虚 实

纵观古代医家，强调呕吐虚实之辨者莫过于《景岳全书·杂证谟·呕吐》，论述之详，立意之深，切合实用者亦莫过于此。其原文如下：

“呕吐一证，最当详辨虚实……所谓虚者，或其本无内伤，又无外感，而常为呕吐者，此既无邪，必胃虚也。或遇微寒，或遇微劳，或遇饮食少有不调，或肝气微逆，即为呕吐者，总胃虚也……呕吐无常而时作时止者，胃虚也。食无所停，而闻食则呕者，胃虚也。气无所逆，而闻气则呕者，胃虚也。或身背或食饮，微寒即呕者，胃虚也。或吞酸，或嗳腐，时若恶心，兀兀然泛泛然，冷咽靡宁者，胃虚也。或因病误治，妄用克伐寒凉，本无呕而致呕者，胃虚也。或朝食暮吐，暮食朝吐，食入中焦而不化者，胃虚也。食入下焦而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不化者，土母无阳，命门虚也。”

“凡实邪在胃作呕者，必有所因，必有见证。若因寒滞者，必多疼痛；因食滞者，必多胀满；因气逆者，必痛胀连于胁肋；因火郁者，必烦热燥渴，脉洪而滑；因外感者，必头身发热，脉数而紧。”值得指出的是：呕吐的虚实并非是一成不变的，虚实可以兼夹，虚实亦可转化，临床应随证而辨，不可拘泥。

3.4 分 三 焦

明确提出三焦分证的当推金·刘完素《素问病机气宜保命集·吐论》：“论曰吐证有三：气、积、寒也，皆从三焦论之。上焦在胃口上，通于天气，纳而不出。中焦在中脘，上通天气，下通地气，主腐熟水谷。下焦在脐下，下通地气，主出而不纳。是故上焦吐者，皆从于气，气者，天之阳也，其脉浮而洪，其证食已暴吐，渴欲饮水，大便燥结，气上冲而胸发痛……中焦吐者，皆从于积，有阴有阳，食与气相假，为积而痛，其脉浮而匿（弦），其证或先痛而后吐，或先吐而后痛。……下焦吐者，皆从于寒，地道也，其脉沉而迟，其证朝食暮吐，暮食朝吐，小便清利，大便秘而不通。”这段论述被《活法机要·吐证》引用后广为流传，受到后世医家的推崇，如《医学入门·内伤类·痰类·呕吐》说：“次分三焦有妙括”，并对其作了进一步的概括：“眩晕不食气上攻”，“胸满酸闷食作孽”，“厥冷下焦停有寒”，突出了上焦气逆，中焦积滞，下焦寒凝的证候学特点，便于掌握和临床应用。

按刘完素所提出的三焦，和中医传统的三焦概念不同，乃专指胃之上中下而言，结合其所归纳的部位和证候特点，可以认为上焦指贲门，下焦指幽门，中焦为贲门和幽门之间的部位。这种按解剖部位探讨致吐病机和症状，并采取相应治疗的方法，不仅在当时是别具一格的诊疗思维，而且在今日临床上也有重大的参考价值，值得进一步总结和研究。

3.5 察 并 病

呕吐作为一个症状，常可出现在其他疾病过程中，对此，古代医家也有散在的论述，如前文所述的蛔虫病伴发呕吐就属于这样的例子。此外，宋代朱肱已认识到脚气病可并发呕吐，他在《类证活人书·问呕者》中说：“若病人患呕吐而复脚弱或疼，乃是脚气，当作脚气治之。”《类证活人书·问呕吐下利》还上承仲景学说，对呕吐、腹泻同时出现这一临床常见情况作了分析：“呕吐而下利，有两证。仲景云：伤寒发热，汗出不解，心中痞硬，呕吐而下利者。……又有霍乱证，霍乱呕吐而下利。”

明代张介宾《景岳全书·杂证谟·呕吐》提出“疟痢”可以作呕，认为：“在疟疾则以表邪内陷，凡邪在少阳、阳明、太阴者皆能作呕，表解呕必自止。在痢疾之呕，则多因胃气虚寒。”

合并呕吐的其他疾病还很多，在此不再赘述。对呕吐并病的掌握实际上是临证中的鉴别诊断，有助于判断病情的轻重，病势的进退，预后的转归和制定正确的治疗方案，属于呕吐辨证的一项重要内容。

3.6 明 顺 逆

从古籍文献来看，主要从以下几个方面判断呕吐的顺逆。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

分析症状的轻重和持续时间，如明代周慎斋《慎斋遗书·吐》说："吐而胸胁痛，脉洪大而硬，大便闭，三日不愈，厥逆死。""吐而大便闭，胃气传送不得也，不治。""吐而浑身作胀，肝气实也，不治。"《证治汇补·胸膈门·呕吐》亦说："船晕大吐不止，渴欲饮水者危。""女子肝气大实，久吐不已者死。"

呕吐剧烈，特别是吐泻交作者，易出现阴津耗竭，阳气亡脱，故凡呕吐合并厥脱证候者，均被认为是逆证或死证，如明·李中梓《医宗必读·呕吐哕》指出："脉弱而呕，小便复利，身有微热见厥者死。"明·周慎斋《慎斋遗书·吐》说的更为明确："若冷汗如水，烦躁便闭，脉无，不治。吐而四肢冷，尺脉短少，六脉浮大无根，多凶少吉。……吐而有出气无入气者，不治。"

由上述可以看出，脉象的变化往往是判断病情危重的一个敏感指征，所以古代医家常常凭脉明其顺逆，如明代喻昌《医门法律·中寒门·比类金匮胃寒四则》指出呕吐"脉紧而涩，其病难治。"《慎斋遗书》谓："吐而无脉者不治。"

另外，还有以呕吐物的色泽作为判断预后的标准，如《证治汇补·胸膈门·呕吐》说"吐如青菜汁者，死。"这一观点，辗转引抄于多家著作，但其客观性及准确性尚有待于临床上进一步验证。

对于剧烈呕吐导致上消化道出血这一临床现象，早在《三因极一病证方论·血呕证治》中就有了非常准确的记载："病者心下满，食人既吐，血随食出，名曰血呕。"其病情的危重程度远高于单纯的呕吐，临床应给予足够的重视。

最后，我们引用明代皇甫中《明医指掌·呕吐证》的歌诀对上述内容作一概括："得食即吐知为火，停久而来却是寒。久病胃虚因不纳，或缘气逆与停痰。食填胃口多生呕，新谷如何得下关。欲辨寒热虚实候，大微迟数脉中参。"

4 治 法 论

4.1 其高者，因而越之

呕吐虽属上逆之症，然若因饮食停滞所致，亦可用吐法，取其因势利导，驱逐病邪以达邪去正安，胃气复降之目的。其方法如《备急千金要方·宜吐》所说："宿食在上脘，宜吐之。"《慎斋遗书·吐》曾对吐法的疗效作了说明："暴吐，饮食所伤。食在上脘，一吐而愈。"

吐法非王道之法，易伤正气，又与呕吐之病势相从，故应用时应严格掌握其适应症和用药法度，《脾胃论·用药宜禁论》所说："吐多不得复吐"可作为参考的尺度。如属中毒引起的呕吐则宜吐而不宜止吐，应当别论。

《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》曾说："夫呕家有痈脓，不可治呕，脓尽自愈。"后世医家均附和此说而不加辨解，实际临床上罕见有呕吐痈脓者，如和《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治》"蓄结痈脓，吐如米粥"互参，仲景此处呕家恐为肺痈患者。

4.2 下 为 变 法

自《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》"病人欲吐者，不可下之。""食已即吐者，大黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

甘草汤主之”之文出，遂引起后世医家呕吐禁下和宜下之纷争，其间也有统一两者于一体者，如明代王肯堂《证治准绳·诸呕逆门·呕吐》说：“欲吐者，其病在上，因而越之可也。而逆之使下，则必抑塞愦乱而益甚，故禁之。若既已呕吐而吐不已，有升无降，则当逆而折之，引令下行，无速于大黄，故不禁也。兵法曰：避其锐，击其惰，此之谓也。丹溪泥之而曰，凡病呕吐，切不可下，固矣夫。”

其实，在《伤寒论》中就有用下法治疗呕吐的例子。如103条：“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，为未解，先予小柴胡汤；呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。”那么，什么是呕吐运用下法的指征呢？《脾胃论·用药宜忌论》说：“吐而大便不通，则利大便。”可见，呕吐伴有阳明腑实证是其运用下法的指征。

清代李用粹《证治汇补·胸膈门·呕吐》曰：“凡呕吐者，切不可下，逆之故也。”但这只是指一般情况而言。《医学入门·内伤类·痰类·呕吐》说的较为贴切：“呕家不可下者，常也，”如“三阳热壅大便结”则为可下之症，故可视下法为治疗呕吐变通方法，临证不宜偏废。

4.3 和胃降逆为基本治法

呕吐的病机主要是胃失和降，气逆于上所造成的，所以和胃降逆为其基本治疗方法，《医学正传·呕吐》称之为“治当降气和中。”但其运用需根据证候的寒热虚实，结合祛除病因的治疗方能达到胃气和降的效果。具体方法如《证治汇补·呕吐》所例：“主以二陈汤，加藿香、厚朴。因食者，必嗳气吞酸，加枳实、山楂、麦芽。因气者，必痞满不舒，加枳壳、苏梗、厚朴。为热者，必呕苦吐酸，加黄连、姜炒山栀。胃寒者，必呕冷不食，加炮姜、益智。湿痰者，必呕绿水痰涎，加苍术、香附。虫痛者，必吐清水，能食加楝根、使君。气虚挟热合理中汤，或入糯米共煎，或用伏龙肝水煎，或煎好调代赭石末服。”其选二陈汤为和胃止呕的主方诚得呕吐用药之精要。

4.4 诸药不效，当以重镇

明代戴思恭《秘传证治要诀·呕吐》指出：“呕吐，诸药不效，当借重镇之药，以坠其逆气，宜姜苏汤，下灵砂丹，须百粒作一服，俟药得效，即以养正丹、半硫圆导之。”《证治准绳》、《医宗必读》、《证治汇补》等著作多宗此法。考其处方多由水银、硫磺、朱砂、铅锡等药组成，其性虽能重坠降逆，但因多有毒性，目前临床上已很少应用，临证可师其法而取代赭石以代之，必要时可用朱砂重镇降逆止吐。

4.5 治疗经验钩玄

4.5.1 用药宜注意升降

脾胃为人体气机升降之枢纽，呕吐乃胃气上逆，升降反作之病，如《圣济总录·呕吐门·呕吐统论》所说：“胃既虚弱，水谷停滞，三焦格拒，升降不匀”，因此，治疗“要当以安其胃气为本，使阴阳升降平均，呕逆之病顺而愈矣。”可见调理脾胃气机升降为取效的关键之一。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

调理脾胃升降的方法，一是依赖于药物的升降浮沉特性，最常用的是桔梗和枳实或枳壳配伍，代表方如《明医指掌·呕吐证》治疗胃热呕吐之和中桔梗汤（茯苓、半夏、陈皮、白术、枳实、生姜、厚朴、桔梗），《类证治裁·呕吐论治》治疗暴吐之枳桔汤（枳、桔、陈、朴、木香）。二是通过药物的辛开苦降特性达到调整升降的目的，如《伤寒论》之半夏泻心汤，《湿热条辨》之连苏饮（黄连、苏叶）。其理如《临证指南医案·呕吐）华岫云所按："胃司纳食，主乎通降，其所以不降而上逆呕吐者，皆由于肝气上逆，阻胃之降而然也"。故叶桂用药多取"苦辛泄降"为主，或佐以酸味之品，用之临床，往往能取得满意的效果。

4.5.2 生姜、半夏、陈皮为治呕要药

纵观历代治疗呕吐的方剂，多含有生姜、半夏、陈皮，究其源流，实滥觞于张仲景，其含有该类药物之治呕处方俯拾皆是，如半夏泻心汤，黄芩加半夏生姜汤，大半夏汤，生姜半夏汤，橘皮汤等。逮至《备急千金要方·胃腑·呕吐哕逆》倡言："生姜，此是呕家圣药"，遂被奉为用药之圭臬。其后《类证活人书·问吐》在此基础上增半夏，《东垣试效方》又增橘皮，成为治疗呕吐处方的基本药物。《证治汇补·胸膈门》说："半夏、生姜、橘皮为呕家圣家"就是对这一用药经验的最好总结。

4.5.3 药入口即吐之治法

临床上每见呕吐患者不耐药物，服药即吐，影响了药物作用的发挥。对此，《备急千金要方·胃腑·呕吐哕逆》的处理方法是："凡服汤药呕逆不人腹者，但服之，不吐益佳，消息定，然后服余汤，即流利更不吐也。"《秘传证治要诀》还曾举以病案生动地作了演示："曾有患者，用附子理中汤、四逆汤加丁香，到口即吐。后去干姜，只参、附加丁、木二香，煎熟，更磨人沉香，药立吐定。盖虚寒痰气凝结，丁、附既温，佐以沉、木香则通，干姜、白术则泥耳。"强调了用药宜通不宜滞。对于同样的情况，清代医家的治疗用药则又别具一格，颇有异曲同工之妙，如《张氏医通·诸呕逆门·呕吐哕》说："药到口即吐，先用生姜汤下黑锡丹以镇坠之，俟药可进，则以二陈加枳、术、砂仁、厚朴、姜汁，虚加人参。"《医学心悟·呕吐哕》亦说："格拒饮食，点滴不人者，必用姜水炒黄连以开之，累用累效。"在这里，我们不妨引用一下近代妇科名医朱小南治疗妊娠恶阻，药人即吐的给药经验：用鲜芫荽一把，加苏叶、藿香各 3g，陈皮、砂仁各 6g，蒸沸后倾人大壶内，将壶口对准患者鼻孔，令吸其气，能达悦脾醒胃，定逆止呕之效（《朱小南妇科经验选·妊娠病·恶阻呕吐》）。临证可师其意，参其法，推而广之用于呕吐不受药物的治疗。

4.5.4 用药宜忌论

关于呕吐的用药禁忌，《丹溪心法·呕吐》明确指出："呕吐药忌栝楼、杏仁、桃仁、萝卜子、山栀。"可见其选择的标准是苦寒、滑腻或性味重浊等伤胃、碍胃之品。对此，《景岳全书·杂证谟·呕吐》曾列有专篇阐述呕吐气味之注意事项，其曰："凡治胃虚呕吐，最须详审气味，……胃虚气弱者，则有宜否之辨，而胃虚之甚者，则于气味之间，关系尤重。盖气虚者，最畏不堪之气，此不但腥臊耗散之气不能受，即微香微郁，并饮食之气，亦不能受，其他可知矣。胃弱者，最畏不堪之味，此非惟至苦极劣之味不能受，即微咸微苦，并五谷正味，亦不能受，而其他可知矣。此胃虚之呕，所以最重气味，或使略有不投，则人口便吐，终无益也。故凡治阳虚呕吐等证，则一切香散咸酸辛味不堪等物，悉当

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

以己意相测，一有不妥，切不可用，但补其阳，阳回则呕吐自止，此最确之法，不可忽也。”此虽论胃虚呕吐，但推及胃实呕吐亦颇有参考意义，说明临证选择药物时应充分考虑气味宜忌与否，方能达到治疗目的。

4.5.5 历代用药特色论

治疗呕吐常用的和、吐、下、降等法在《伤寒论》、《金匮要略》中已经具备，除呕吐哕篇所列的专用方剂外，麦门冬汤、小柴胡汤、旋覆代赭汤、乌梅丸、《金匮》肾气丸等名方也被后世医家广泛地应用于临床，并在此基础上不断地熔入自己的用药经验，创造出许多有效的方剂，使呕吐的治疗方法日臻丰富。

晋代葛洪《肘后方·治卒胃反呕方》治呕吐以单味药和小方为主，所用药物如生葛根、甘蔗汁、甘草汁、生姜、枇杷叶、芦根、半夏、人参及大黄甘草汤、吴茱萸汤等。其治“卒不止方，若以少许皂荚屑内鼻中，令嚏，则差。”则在治疗的途径、给药的方法上别有新意。《备急千金要方·胃腑·呕吐哕逆》治呕吐多从寒、热、虚、痰入手，组方以半夏、生姜、橘皮、茯苓等为主，并喜用肺经药物，如前胡、芦根、枇杷叶等，对于寒热虚实夹杂者，则复法使用，如“前胡汤，主治寒热呕逆，少气，心下结聚，彭亨满，不得食，寒热消渴，补不足方。”其用前胡开肺下气，半夏、生姜、茯苓和胃止呕，滑石、石膏、黄芩清热，大黄、芒硝通下，附子温阳、人参、麦冬、甘草、当归、芍药、栝楼根补虚扶正。组方法度严谨，博而不乱，用之得当，当有桴鼓之效。

《三因极一病证方论》治寒呕喜用硫磺以温阳散寒，甚者则和附子相伍，并以绿豆反佐（灵液丹）。对于瘀血呕吐，则在辨证的基础上，取当归、川芎、旋覆花、以化瘀止呕。陈氏还拟方麦门冬汤（麦冬、芦根、竹茹、白术、甘草、茯苓、橘皮、人参、玉竹）治疗“上焦伏热，腹满不欲食，食人胃未定，汗出，身背皆热，或食入先吐而后下，名曰漏气”，可谓益气养阴，清热和胃法在呕吐治疗中的具体运用。又在《济生方·呕吐翻胃噎嗝门》中，严氏处方喜用丁香以降逆，并拟赤芍药汤（赤芍、半夏、橘红）治瘀血蓄胃之血呕，较陈氏方更为简略实用。在《圣济总录·呕吐门》中，所录方剂众多，其特点是取沉香、丁香以降气（沉香煎丸），肉豆蔻、草豆蔻以温脾暖胃（豆蔻汤、七宝汤），藿香以和胃止呕（藿香饮、藿香半夏丸），厚朴以化痰（厚朴丸、厚朴散），甚则用重镇降逆之品，如软红丸（丹砂、砒霜、胭脂、巴豆）等。其用药特点虽承绪汉唐，而有所变化。

金元时代的医学争鸣极为活跃，四大家论治呕吐也各有侧重。刘完素虽倡呕吐主热说，然《素问·病机气宜保命集·吐论》所载方剂却是寒热并蓄，主三焦之论，上焦吐者，用桔梗汤以降气和中；中焦吐者，取木香散、槟榔散行气和中；下焦吐者，大便秘结，取附子、巴豆、砒以温通降逆。张从正《儒门事亲》治呕逆不食，主张用下法。李杲擅长从脾胃论治，用药多以二陈汤合以温补为主，其特点是甘温中参以苦寒沉降之品。如《兰室秘藏·呕吐门》治“呕吐哕，胃虚寒所致”之丁香茱萸汤反佐黄柏；兼有外风者酌加辛散之品，《东垣试效方·呕吐哕门》之柴胡半夏汤用升麻、藁本等。朱丹溪上承河间之说，又有所创新，清火之外，比较重视治痰的作用，故用药亦多从二陈汤化裁。《丹溪心法·呕吐》还提出：“注船大吐，渴饮水者即死，童便饮之最妙。”并被后世医家所沿用。

及至明代、受温补学说的影响，用药又有变化，薛己多以六君子汤为主，随证加减。张介宾强调温补脾胃，喜用理中汤，附子理中汤，并根据临床具体情况，衍化成温胃饮、

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

圣术煎、黄芽丸、四味回阳饮、一粟丹等著名方剂。尤为可贵地是，他在《景岳全书·杂证谟·呕吐》中创造性地提出了呕吐急危重症及中毒性呕吐的治疗方法，较前人有了很大的进步，如“虚在阴分，水泛为痰而呕吐者，宜金水六君煎”，真阴虚弱，胀满呕哕，用理阴煎（熟地、炙甘草、干姜，或加肉桂），呕吐阴阳将脱，危在顷刻用六味回阳饮（人参、炙甘草、附子、炮干姜、熟地、当归）。对于中毒呕吐，他认为：“凡中毒而吐者，当察其所中者何物。盖中热毒而吐者，宜解以苦寒之剂；中阴寒之毒而吐，泻不止者，宜解以温热之剂；若因吐泻而脾胃致虚者，非大加温补不可。”明代马兆圣《医林正印·呕吐》对“阴虚邪气逆，窒寒呕哕”的治疗又有所不同，主张“宜当归、生苄、桃仁泥之属，和血、凉血、润血，兼用甘草以补其气，微加大黄、芒硝，以通其闭。大便利，邪气去，则气逆呕哕自除矣。”对于“瘀血停积胃中”，马氏用“四物汤加赤茯苓、牡丹皮、红曲、橘红之类。”“凡人有酒后呕吐者，宜从饮治，葛花解醒汤主之，”进一步充实了呕吐的治疗方法。《症因脉治·呕吐论》不仅在证候分类、辨证方法上有了较大的突破，而且选方平实，理法方药丝丝入扣。其论“胃寒呕吐之治，肾阳不足，宜补接真火，八味肾气丸。木不生火，逍遥散。”则又颇有见地，不同凡响。

清代医家论治呕吐的心得，突出在肝肾两个方面。对于从肝治疗，《类症治裁·呕吐论治》最为详细，认为：“呕吐症，胃气失降使然也，而多由肝逆冲胃致之。……故治呕吐，必泄肝安胃。用药主苦降辛通，佐以酸泄。其肝阳上亢，食人呕吐者，用苦辛降逆，如黄连、川楝子、吴茱萸、半夏、厚朴、姜汁之属。或苦酸泄热，如乌梅、白芍、木瓜、枳实、左金丸、戊己汤。其胃阳衰，风木乘克，食人不变者，用温胃平肝，如人参、干姜、丁香、半夏、青皮、白芍，或吴茱萸汤。”“其肝火郁热，吞酸吐酸者，用辛咸苦降，左金丸，或盐水炒吴茱萸汤去枣。”“其肝厥上逆，脘痛呕涎者，用辛通，佐以酸泄，如川椒、干姜、桂枝、乌梅、白芍、半夏。其因惊恐动肝，致胁痛干呕而液虚者，用辛通调补，大半夏汤加茯神、麦冬、青皮、白芍、当归。”“其肝阴胃津两虚，肝风扰胃呕吐者，用柔剂滋液熄风养胃，如人参、白芍、麦冬、阿胶、小麦、半夏、茯苓、粳米之属。其肝风犯胃，呕吐眩晕者，用苦酸以和阳，如黄连、白芍、乌梅、牡蛎之属。”“其气冲呛咳，吐逆者，肝火上凌，过胃犯肺，用清肃苦降，如苏子、杏仁、枇杷叶、前胡、山栀、栝楼仁、降香末。”“其久呕致伤肝肾，并冲脉上逆者，用温通柔润，如苁蓉、茯苓、当归、杞子、桂心、沙苑子、鹿角霜。其厥阴浊邪上攻，痛从少腹逆冲为呕者，用辛温泄浊，如吴萸、小茴、桂枝、韭白汁、茯苓。”其论条分缕析，药随证转，极尽变化之妙，达到了较高的学术水平，堪为临床师法。在治肾方面，《石室秘录》强调，“补胃必宜补肾，而补脾亦宜补肾也。”其治肾寒呕吐，方用熟地、山茱萸、茯苓、人参、肉桂、附子、北五味、吴茱萸、山药；肾虚大吐，肾水干槁，用六味地黄丸；上假热而下真寒，用六味地黄丸加附子、肉桂。至此，呕吐的治疗体系已较为完备。

4.6 其它治法

除药物治疗外，古代医家普遍采用的还有针灸和导引疗法。

在针灸方面，以灸法为主，如《肘后方》治卒干呕不息，“灸腕后两筋中一穴，名间使，各七壮。灸心主尺泽亦佳。”《备急千金要方·胃腑·呕吐哕》说：“吐逆呕不得下食，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

灸心腧百壮”，“吐呕逆不得不食，今日食，明日吐者，灸膈腧百壮”，“吐变不得下食，灸胸堂百壮。”“吐逆不得食，灸巨阙五十壮。”“吐逆，饮食却出，灸脾募百壮，三报。”明·杨继洲《针灸大成·卷八·心脾胃门》指出：“胆虚呕逆，热，上气，气海。”

在导引方面，《诸病源候论·呕吐哕病诸候·呕吐候》采取的方法是：“正坐，两手向后提腕，反向拓席，尽势，使腹绞绞上下七，左右换手亦然。除腹肚冷风，宿气积，胃口冷，食饮进退吐逆不下。又云：偃卧，展两胫两手，左右跱两足踵，以鼻内气，自极七息。除腹中病，食苦呕。又云：坐，直舒两脚，以两手挽两足，自极十二通。愈肠胃不能受食，吐逆。以两手直叉两脚底，两脚痛，舒。以头抵膝上，自极十二通，愈肠胃不能受食，吐逆。”

上述疗法为中医学特色之一，和药物疗法构成了呕吐治疗的完整体系，值得我们重视和进一步研究。

展　望

呕吐是消化系统的常见症状之一，但临床各系统病变均可伴有呕吐，对此，本书也从按主症论治及辨病论治两方面作了论述，目的在于提醒临床不能一味见呕治呕，而应结合现代医学的检查手段，找出原出病，对症下药，方能收效迅速，亦不致贻误病情。

综观目前对呕吐的研究，笔者认为在诊断、辨证、疗效等标准方面的研究尚嫌不足，如中国中医内科学会脾胃病专业委员会编著的《中医胃肠病学》是目前中医脾胃病方面较为权威的参考书，但其诊断标准参考的是《中医诊疗常规》一书，过于简单，实用价值不高，1994 年 7 月国家中医药管理局颁布的行业标准及 1995 年卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》第二辑，有关呕吐的诊疗标准，较为全面，也是目前中药新药开发研究的依据，但标准在理论与实际的操作中还有许多偏倚，且不足之处也非常明显，故临床治疗仍相当混乱，因此，有关标准化、客观化等的研究尚需进一步加强。

中医临床治疗呕吐的内容较为丰富，各有千秋，而外治疗法，针灸疗法，推拿疗法及单验方疗法等，有简、便、廉、验的特点，值得内科临床的推广应用，以提高疗效，缩短病程。治法研究，则反映了通下法与活血化瘀法在呕吐的治疗中已逐渐被广泛使用，从而在理论及治疗原则上均突破了古代传统的认识，今后仍应加强有效疗法的研究和探索。实验研究方面，传统的呕吐模型较为单一，未能考虑到中医证型的实际问题，与中医的辨证论治原则还相去甚远，因此，遵循中医理论，结合证型治法确立呕吐模型，乃是今后研制动物模型的方向。

古代医家在呕吐的治疗方面积累了丰富的经验，发掘有效的治疗方药和方法，仍是一项非常有价值的工作，只有努力继承，去伪存精，方有发展和提高。

此外，呕吐虽非内科大证，但若误治失治，亦可由实变虚，由轻转重，久病久吐，则有脾胃衰败之虞，故应重视。祖国医学早有“治未病”之训，勿忘“病从口入”之戒，注意饮食卫生，适应四时气候变化，增强体质，注意保护胃气，做到未病先防，这都是非常重要的。

（单兆伟　陆为民　沈　洪　梁继红　史锁芳　李涯松　吴　静）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 李金玉. 胃肠病中医病因学探讨. 山西中医，1994 (4):5

[2] 汪鸿志. 实用消化内科手册. 北京：人民军医出版社，1996. 188

[3] 张伯臾. 中医内科学. 上海：上海科学技术出版社，1985. 143

[4] 徐景藩. 试析仲景治疗呕吐的学术思想. 吉林中医药，1983 (6):6

[5] 张锡纯. 医学衷中参西录. 石家庄:河北科学技术出版社，1985. 上册：55；中册：303

[6] 董建华. 从通降论治呕吐七法. 光明中医，1988 (1):3

[7] 王焕斌. 五脏六腑皆令人呕. 新中医，1986 (12):40

[8] 周学池. "邪在胆，逆在胃"的理论与临床，新中医，1993 (8):11

[9] 余韵星. 略论"肺胃不和". 北京中医杂志，1994 (1):20

[10] 夏洪生. 北方医话. 第一版，北京:北京科学技术出版社，1996. 135

[11] 徐会吾. 略论呕吐从肾论治. 陕西中医学院学报，1997 (1):16

[12] 李瑞. 呕吐从肾论治的探讨. 针灸临床杂志，1996 (11):8

[13] 文闻德. 浅谈呕哕发下焦. 新中医，1983 (11):9

[14] 陈趾麟. 朱砂散治疗神经性呕吐. 江苏中医杂志，1982 (2):30～31

[15] 王金茂. 治疗神经性呕吐的探讨. 天津中医，1991 (6):17

[16] 金钟英. 饮酒与急性出血性糜烂性胃炎的关系. 中华消化杂志，1985 (1):20

[17] 李正全. 实用中医脾胃学. 重庆:重庆出版社，1992. 474～478

[18] 王少华. 呕吐的辨证论治. 浙江中医杂志，1965 (8):22～25

[19] 韦绪性. 谢玉安. 暴吐证治初探. 云南中医杂志，1986 (4):4～6

[20] 李胜军. 陈立兵. 呕吐辨证与止呕十一法. 湖北中医杂志，1984 (2):53

[21] 何时希. 因胎而致病-恶阻. 上海中医药杂志，1984 (2):2

[22] 国家中医药管理局发布. 中医病证诊断疗效标准. 第一版，南京:南京大学出版社，1994. 7

[23] 郁保生. 仲景治呕 12 法. 成都中医药大学学报，1996 (2):12～14

[24] 沈仲圭. 于世良. 仲景对呕吐哕证的治疗规律浅探. 河北中医，1984 (3):8～9

[25] 马汴梁. 治呕十七法. 福建中医药，1985 (1):60～61

[26] 余朋千. 张锡君治疗小儿呕吐十法. 辽宁中医杂志，1987 (7):4～5

[27] 张国祥. 妊娠恶阻辨治经验. 安徽中医学院学报，1985 (3):38

[28] 李志峰. 秦增祥. 降胃九法. 陕西中医函授，1992 (5):10～12

[29] 沙建飞. 呕吐禁用下法雏议. 中医药学报，1985 (6):52～53

[30] 杨承岐. 活血化瘀治疗呕吐. 北京中医学院学报，1989 (3):36

[31] 周建龙. 止呕中药简介. 陕西中医函授，1987 (4):46～50

[32] 邓方. 浅谈治呕药对. 江西中医学院学报，1996 (2):24～25

[33] 陈学良. 复健宁胶囊在白血病联合化疗中减毒作用的临床观察. 中成药，1997 (4):21～22

[34] 黄曜. 参莲胶囊配合介入疗法治疗原发性肝癌临床观察. 中国中西医结合脾胃杂志，1996 (2):83～84

[35] 邱赛红，窦昌贵. 吴茱萸汤温胃止呕作用的实验研究. 中药药理与临床，1988 (3):9～15

[36] 秦彩玲，刘君英. 黄连汤对实验性胃粘膜损伤的保护作用及镇吐作用的研究. 中国中药杂志，1994 (7):427～429

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[37] 朱海洪，陈洋涛．温胆合剂抗化疗致消化道反应的临床及实验研究．实用中西医结合杂志，1996 (6):331～332
[38] 张惠云，王静．参连温胆汤对抗化疗胃肠道反应的作用．山东中医学院学报，1995 (5):46～348
[39] 邱明义，俞良栋．旋覆代赭汤止呕作用实验研究．时珍国药研究，1996 (1):21～22
[40] 冯泳．小半夏加茯苓汤的无机元素与治疗作用关系的实验研究．贵阳中医学院学报，1989 (2):47～50
[41] 冷建平，许冠荪．电针对外周性呕吐胃肠电活动的调整作用．针刺研究，1991 (1):69～71
[42] 潘朝宠，金文秀．电针对“内关”穴区去甲肾上腺素影响的荧光组化观察．安徽中医学院学报，1985 (2):47～50
[43] 王霞芳，陈家树．按压“火丁”治婴儿吐乳症的机理探讨．辽宁中医杂志，1994 (3):115～116
[44] 皋聪，曹于平．养正合剂在抗肿瘤治疗中的减毒作用．中国药科大学学报，1994 (6):357～360
[45] 赵自强，韩生银．铁心甘草对大鼠离体回肠的作用研究．宁夏医学杂志，1996 (5):260～261
[46] 赵云华，许红．以胃电为指标研究中药止吐效应的一种动物模型．贵阳中医学院学报，1994 (3):63～65
[47] 陈奇．中药药理研究方法学．第一版．北京:人民卫生出版社，1993．233～235，439～440

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 噎　膈 ❋

噎膈系因痰气交阻，或痰瘀阻滞，致胃失和降，出现饮食梗噎难下，或食人即吐为主要临床表现的病症。噎，指吞咽时梗噎不顺；膈，指饮食格拒不入，或食人即吐。噎证可单独出现，亦可为膈证之前驱，故往往噎膈并称。根据噎膈的临床表现，大致包括西医之食管癌、贲门癌、贲门痉挛、食管憩室、食管神经官能症及食管炎等，其中以食管癌最为多见。中国是世界上食管癌高发地区，据全国恶性肿瘤死亡回顾调查统计，其卒死亡率为16.7/10万，食管癌死亡人数占全国恶性肿瘤死亡的21.80%，仅次于胃癌居第2位。河南省、河北省、山西省及北京市是我国的食管癌高发区，江苏、福建、四川等省发病率也很高。中医治疗食管癌是我国独特的治疗方法，它与西医疗法的不同在于治病从整体出发，毒副反应较小，对改善症状及恢复病人体力均显示了巨大的优越性。特别是中西医结合疗法，从辨证论治出发，调整机体功能，改善症状，减轻放化疗毒副反应，综合了整体与局部结合的观点，取长补短，提高了临床疗效。

【今日临床】

1 诊断标准

与噎膈有相关性的西医疾病，多属食管病变，根据临床症状、放射学检查、纤维食管镜及细胞学检查，常可明确诊断。噎膈的中医诊断标准，有1988年国家中医药管理局制定的《中医内外妇儿科病证诊疗标准》第一辑（试行）。1994年国家中医药管理局又发布了行业标准，现采录如下：

1.1 病名诊断标准

主症：吞咽食物时，自觉胸骨后有梗噎难下之感。久则饮食难下，甚则食入即吐，夹有痰涎，形体逐渐消瘦。

理化检查：上消化道钡餐X线检查可显示食道或贲门部痉挛、狭窄、肿瘤等病变。

食道镜检查作组织病理活检，或食道脱落细胞检查，可明确病变部位及性质。

1.2 证类诊断标准

痰气阻膈　吞咽梗噎，胸膈痞满，泛吐痰涎，病情可随情绪变化而增减。苔薄腻，脉弦滑。

瘀血阻膈　饮食难下，食人即吐，吐出物如赤豆汁，胸膈疼痛，肌肤枯燥，形体消瘦。舌质红有瘀点、紫斑，脉细涩。

津亏热结　食人格拒不下，人而复出，形体消瘦，口干咽燥，大便干结，五心烦热。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

舌质尖红少津，脉细弦数。

气虚阳微 水饮不下，泛吐多量粘液白沫，形瘦神衰，畏寒肢冷，面浮足肿。舌质淡紫，苔白滑，脉弱。

2 中心证候特征

气血瘀结阻塞胸膈所引起的食道不利是噎膈病的证候学特征。其主症为吞咽困难、饮食格拒不下、胸膈疼痛、身体消瘦。次症有肌肤甲错、精神衰惫。舌象有舌质红绛，或青紫；舌苔黄腻、白滑或少苔。脉象有弦细数或涩。

吞咽困难 见于噎膈病早期，多在进食固体或硬质食物时胸膈部有梗阻感，稍事休息可减轻。

饮食格柜不下 在噎膈病的中后期出现，先是进食干燥坚硬食物格拒不下，继而流质饮食及汤水亦格拒不入，纳即复出，吐出为快，泛吐食物、沫涎或血液。

胸膈疼痛 初期仅为胸膈痞满不适，时间短暂而间歇出现，中后期疼痛加重，甚或剧烈而持续地疼痛，多呈刺痛、灼痛或涩痛。

身体消瘦 初期不明显，中期尤其是后期呈进行性消瘦，出现严重的阴液涸竭症状。

3 病 因

3.1 原发病因

情志失和 忧思伤脾，脾伤则气结，气结则津液不得输布，凝聚成痰，气痰交阻，逆而不降，初则饮食难进，继则食下随涎上涌。郁怒伤肝，木旺则克土，土被克则聚液成痰，气结痰阻，冲气上干则成本病。

饮食所伤 饮食不节，损伤脾胃，亦可导致噎膈的形成。如恣食辛辣燥热之品，津伤血燥，以致食道干涩，食物难入；嗜酒无度，或喜饮热酒，过食肥甘厚味，则湿热蕴结，津伤痰阻，终致饮食难入。

正气亏损 房劳过度，精血亏耗，则诸脏受累。盖肾为化生之本，肾精亏耗，影响脾胃，则化源告竭。若阴亏液涸，则食道干涩，饮食难以下咽；若阴伤及阳，命门火衰，脾胃失其温煦，则中气虚馁，运化无力，痰瘀互结，阻于食道，而成噎膈。

3.2 继发病因

痰瘀交阻，郁久而生痰，气滞而血瘀，痰瘀互结，胶于脘膈之间，阻碍道路，食管狭窄，饮食难入而成本病。

3.3 诱发病因

外受寒温之邪，失于疏解、滞留闭阻，或内伤七情、饮食不节、劳欲过度，均可诱发或使本病加重。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4 病 机

4.1 发 病

因情志失和，饮食所伤，正气亏损所致之噎膈病，一般发病较为缓慢。但如瘀血、顽痰交结食道、胃口，使“食管窄隘使然”时，则发病较为迅速。

4.2 病 位

在食道，属胃气所主。

4.3 病 性

为本虚标实，虚实夹杂。本病初期，病人体质尚好，属实证，以气结、痰阻、血瘀为主。日久伤正，还可见津枯、阴虚、阳衰等，转化为本虚标实或虚实夹杂证。

4.4 病 势

初起正气未大虚，仅有吞咽困难，或食后胸膈痞满，灼热疼痛，属邪实为主之证；随着病情发展，出现饮食难入，或食入即吐，系由实转虚，或虚实夹杂；晚期因脾肾衰败，阳消阴竭，见有饮食不下，二便不通，形体羸瘦，肢体浮肿，神疲脉细者，多属不治之证。

4.5 病机转化

噎膈病初起，多因肝脾气结，痰气交阻，或痰热胶结，胃津亏耗，食道涩滞而表现为吞咽梗噎不顺，多属实证而正虚不太明显。继之痰瘀热毒互结，阻隔胃气，或胃阴亏耗，损及肾阴，则饮食格拒不下，证属虚中夹实，病情加重。病情继续发展，汤水不下反而呕吐，此为病深及肾，肾之精气并耗，脾之生化告竭，必形体瘦削或形衰浮肿，病至晚期，正虚不任攻伐，病情已属危笃。若出现阳竭于上而汤水不下、阳竭于下而二便不通；乃开合之机已废，阴阳将离决之危候。

4.6 证类病机

痰气阻膈 每因起居失宜，情志不畅或郁怒急躁，致痰气交阻，闭塞胸膈，食道不利。进食时觉吞咽梗阻，胸膈痞满不适。若放慢进食速度，不吃辛冷固硬食物或饮少许温开水，休息片刻或稳定情绪后，气机得以顺畅，痰气交阻之势可减轻，病情往往可暂缓。痰气交阻会影响津液的正常输布，不能上承于咽，且痰气郁而化热伤津，故病人口燥咽干、舌质偏红、脉弦滑。

瘀血阻膈 瘀血阻于食道，致食道狭窄闭阻难通，不但吞咽梗阻，且胸膈处疼痛，痛有定处，饮食格拒不下，甚至水饮亦难下。瘀血内结，络脉受伤，血溢于外，故吐出物中除痰涎外，还会夹有腐肉、败血，如赤豆汁样。久病阴血枯槁，肠道干涩，大便坚如羊屎，难以排出。长期饮食不下，化源告竭，脏腑、肌肤失于滋养润泽，故形体羸瘦，肌肤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

甲错，面色灰黯；舌红少津或青紫，脉细涩，为阴亏瘀血之象。

津亏热结 由于痰气久郁化热，胃津亏耗，食道失于濡养，故进食吞咽时梗涩作痛，尤以进干硬食物为甚，若勉强食之也易随即吐出，但质软带汤食物尚可慢慢咽下。由于饮食减少，化源不足，不能濡养肌肤筋脉，病人逐渐消瘦，肌肤亦枯燥不润。热结津亏，胃肠道均失润，除口燥咽干外，大便也干结难解，舌质红干。

气虚阳微 阴损及阳，脾肾阴气衰微，饮食无以受纳和运化，津液输布无权，水湿内停，浊气上逆，不但汤水难入，反见泛吐清涎，且见面色苍白而浮肿、足肿、腹胀等症。舌淡胖，脉细弱，均为气虚阳微之征。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

以吞咽时有梗噎感、食物难以咽下或食入即吐，或呕吐痰涎为主诉。

5.2 分析病位

本病病位在食道和胃，与肝、脾、肾有密切关系。吞咽时阻噎不顺，胸膈痞闷，证候随情志变化而有所增减者，病位在食道、胃与肝、脾；吞咽困难，咽下时食管梗涩而痛，食物难下，形体消瘦，口干咽燥，舌红少津者，病位在食道、胃与肝、肾；吞咽困难日重，食饮难下，泛吐清涎，伴面晄形寒，面浮足肿者，病位在食道、胃及脾、肾。

5.3 确定病性

本病之病性为气结、痰阻、血瘀，其次为津枯、阳衰。吞咽不利，梗噎不顺，胸膈痞闷，呕吐痰涎，舌苔薄，脉弦滑，病性为气结痰阻；胸膈疼痛、饮食难进，时吐状如赤豆汁之黯红涎沫，面色晦黯、舌紫黯，脉涩，病性属痰瘀内结；吞咽梗涩难下，汤水可进，形体消瘦，口燥便结，五心烦热，舌红少津或有裂纹，脉细数，病性为津枯热结；饮食不下，汤水难进，精神疲惫，形寒气短，肢冷浮肿，舌淡胖，脉细弱，病性属阳气衰微。

噎膈病病位在于食道，病机主要是胃气上逆所致，所以顾护胃气是噎膈病治疗的关键。由于胃为阳土，喜润恶燥，即忌温燥之品以劫胃阴，又忌苦寒之剂以损伤胃阳，还忌滋腻之药以滞胃气，因而，投药应以清润和降为顺，时时应当顾护胃气为主。只有抓住这一治疗关键，才能使胃气振奋，使化源充足，诸脏皆得以滋养。反之，不顾胃气，胃气一绝，则化源断绝，诸药罔效，势必不救。

6 鉴 别

反胃 反胃是食入不化，停留胃中，朝食暮吐，暮食朝吐的病证。噎膈病虽亦有食入而吐者，但主要为吞咽困难，食不能下，而反胃则无此等症状。

呕吐 呕吐病与噎膈病均有呕吐食物之症状，但二者在主症、病位、预后方面有所区别。呕吐病以呕吐宿食痰涎，或水液诸物，或干呕等为主症；而噎膈病以饮食难以下咽，或食入即吐，甚则饮食不下为主症。呕吐病病位在胃；而噎膈病病位在食道。呕吐病多数

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

能治愈，预后较好；而噎膈病治疗困难，多数预后不良。

梅核气 主要应与噎膈病初期鉴别。梅核气惟自觉咽中有物梗塞不畅，吐之不出，吞之不下，但与进食并无妨碍；而噎膈病则有饮食吞咽受阻状况，故二者不难鉴别。

关格 关格与噎膈病的危重阶段均有呕吐不止，滴水不入，二便不通，羸瘦疲惫等阳衰阴竭之危候，但从初起之时，二者有根本区别。关格是因阳不化水，水湿内生，浊邪壅塞三焦而致，病变部位在肾与膀胱，且初起临床表现以呕吐不止，小便不通为主症。没有食物下咽梗塞感；而噎膈系因脏腑不和，胃气上逆，痰瘀气结，阻塞食道所致，病变部位以胃为主，且初起以饮食吞咽受阻，或食入即吐为主症，没有小便不通症状。因而二者在初发病时，不难鉴别。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 痰气阻膈

临床表现：吞咽梗噎，胸膈痞满，泛吐痰涎，病情可随情绪变化而增减。苔薄腻，脉弦滑。

病机分析：因情志久郁不舒，使气机痞塞，吞咽困难，为气机结于上。然气结则水湿不运，必与之凝结成痰，阻塞胸膈则痞满。抑郁日久，痰气交阻，使气结津伤而咽下梗塞，若快意之时，气机暂通，症状可略缓解。已而复结，故旋即又作。痰气交阻，胃失和降，阻塞水谷之道路，浊阴聚凝，则清阳不升而浊阴不降，故泛吐痰涎。痰气交结则脉弦滑，苔腻。

治法：利气化痰，开郁润燥。

方药：启膈散(《医学心悟》)加味。

郁金 丹参 砂仁 沙参 川贝 茯苓 荷叶蒂 杵头糠

加减：气虚者加党参；兼瘀血者，加桃仁、红花；痰结甚者，加天竺黄；食滞者，加莱菔子；气滞甚者，加枳实；便秘者，重用全瓜蒌；吞咽困难者，加姜汁频频呷服。

临证参考：噎膈病初期，表现为吞咽梗噎感，较少出现饮食不下，病人的饮食与身体的一般情况均较好，若能抓住时机进行恰当治疗，不少病人是可以治愈的。

临证还可选用四七汤、温胆汤、四磨饮、利膈化痰丸等化痰理气开郁。

7.1.2 瘀血阻膈

临床表现：饮食难下，食入即吐，吐出物如赤豆汁，胸膈疼痛，肌肤枯燥，形体消瘦。舌质红有紫点、紫斑，脉细涩。

病机分析：本证多由跌扑损伤，致使瘀血留内，或大怒气上，血随气溢，瘀阻经络而不行。此即所谓离经之血，阻于经脉而成瘀，故痛处固定，其痛如刺。食入拒隔不受，旋复吐出，甚则滴水难下，发无休止。瘀血内结，则津液更伤，肠失润泽，故大便干结。倘若瘀结日久，络伤渗血，则吐下均如赤豆汁。日久饮食不下，更使阴血乏源，不能充养形体，润泽皮肤，故形体消瘦，肌肤枯燥甲错。舌质红有紫点、紫斑，脉象细涩，皆为瘀血内结之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：活血化瘀，化结养阴。

方药：通幽汤(《兰室秘藏》)为主方。

当归　升麻　熟地　生地　桃仁　红花

加减：大便燥结甚者，加芒硝，倍用桃仁；血瘀甚者，加三棱、莪术或失笑散；服药即吐出、难于下咽者，先服玉枢丹；久瘀血者，加苏木、姜黄；痛甚者，加延胡索、五灵脂；血虚者，倍用熟地、首乌、枸杞子。

临证参考：本证为邪盛正虚，由于痰瘀之邪互结，阻于食道，患者胸膈疼痛较明显，致饮食难进，或随入吐出，甚至水饮难下。由于饮食不入，化源告竭，病人很快出现衰竭状态；或痰瘀之邪毒伤及血络，引起吐血等危重症状。由于梗塞明显汤药难进，治疗时宜采取综合疗法以降逆开膈。对大便燥结甚者，在辨证论治的基础上，可用中药直肠滴注、润肠丸、增液承气汤等都可选用。饮食不进者，须适当输液。

7.1.3　津亏热结

临床表现：食入格拒不下，入而复出，形体消瘦，口干咽燥，大便干结，五心烦热。舌质尖红少津，脉细弦数。

病机分析：津亏血燥，虚火内炎，肠胃津液枯涸，致使传化失宜，故食入格拒不下，入而复出；津亏血燥，不能荣润肌肤，则唇燥舌焦，身形羸瘦，肌肤干瘪。本证之成，多由饮酒过度，过食辛香燥热之品，或入房过甚，情欲伤精，乃致伤津耗血，积热灼阴，故五心烦热。津血不能上荣，则咽膈枯槁，饮食不得流通；不能下滋，则肠道失其传导，大便燥结。津亏热结，不能滋润，则舌质尖红少津，脉细弦数。

治法：滋养津液，泻热散结。

方药：五汁安中饮（经验方）加减。

韭汁　牛乳　生姜汁　梨汁　藕汁

加减：肠燥便干，加当归、生首乌、黑芝麻。胃火盛，饮食格拒不入，用黄芩、黄连、栀子、竹茹、枇杷叶、芦根、花粉降火止呕。

临证参考：本证虽以热结为主，但已耗伤阴津，温燥药固然不宜用，清热泻火之苦寒药如黄连、黄柏、黄芩、栀子等也当少用，因苦能化燥伤阴。生姜汁和胃止呕，韭汁和胃消瘀，但两药味皆辛温，多用亦能伤津，故用量宜少。梨汁、藕汁甘寒濡润，本证用之甚为合拍，但若药源不足，也可改为用沙参、麦冬、玉竹、蜜糖等养阴生津之品。

7.1.4　气虚阳微

临床表现：水饮不下，泛吐多量粘液白沫，形瘦神衰，畏寒肢冷，面浮足肿。舌质淡紫，苔白滑，脉弱。

病机分析：病情严重发展，阴损及阳，脾肾阳虚。脾为后天之本，肾为先天之根。肾气之充，全赖脾土运化后天精微充养；脾气之运，皆靠命火蒸腾温煦不熄。若脾肾阳虚，则不能温化健运。先天不能温后天，后天不能养先天，寒邪内凝，噎膈不通，故长期饮食不下，泛吐多量粘液白沫。脾肾阳虚，则后天精微无以输布，故形体消瘦。脾主四肢及运化水湿，脾阳虚则水湿不运，故颜面、下肢浮肿而腹胀。肾阳不足，不能温煦，则脾阳更为不振，故形寒气短，而色㿠白。舌质淡紫，苔白滑，脉弱，皆脾肾阳虚之象。

治法：温补脾肾。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：补气运脾汤(《沈氏尊生》)加减。

人参 白术 茯苓 甘草 黄芪 陈皮 砂仁 半夏曲 生姜 大枣

温肾用右归丸。

熟地 山药 山茱萸 枸杞子 杜仲 菟丝子 附子 肉桂 当归 鹿角胶

临证参考：本证已至脾肾俱败阶段，生化告竭，一般宜先进温脾益气、和胃降逆之剂，以救后天生化之源，再以暖脾温肾之方，以复开合之机。

7.2 按主症辨证论治

临床上，噎膈病人多表现为某些症状比较突出，针对主症的治疗，往往是临床的重点。但总以噎膈病中心证候为主，兹就噎膈病的常见主症进行论述。

7.2.1 吞咽困难为主

临床表现：以吞咽困难，进食时有梗阻感为主，其它症状不典型，或伴胸膈痞满或隐痛，嗳气、呃逆，或呕吐痰涎，食物，口干咽燥，大便艰涩，形体可日渐消瘦，舌红，苔薄黄腻，脉弦细数。

病机分析：气结初起之时，结尤未深，故仅吞咽不利，进食有梗噎之感；若气结日深，津液失于输布而为痰，痰气交阻，闭塞胸膈，食道不利，则见吞咽困难，胸膈痞满或隐痛；至若痰气郁而化火，耗伤阴津，食道失于濡润，则吞咽时有梗塞、灼痛之感。肝失疏泄则见胸闷、嗳气；胃失和降而致气逆呕吐；痰气上逆则呕吐痰涎；津少失润，则大便艰涩；津液既伤，故口干咽燥，胃不受纳，精微乏源，故形体消瘦。痰气相结，故舌苔腻而脉弦。

治法：化痰，开郁，启膈。

方药：启膈散(《医学心悟》)为主。

郁金 丹参 沙参 茯苓 川贝 砂仁 荷叶蒂 杵头糠

本病晚期常因食管梗阻严重，出现汤水难下，可给予通膈涤痰散瘀之散剂含化或冲服。如开道散每次含化 1g，徐徐咽下，每小时 1 次，待粘沫吐尽，能进流质饮食后，改为 3 小时 1 次，连用 2 天后停药。开关散每次含化 0.9～1.5g，每日 4 次。噎膈散早晚各冲服 3g。李佩文等治疗食管狭窄所引起之梗阻，用吞冰球法扩张食管，方法极其简单，无需透视及使用器械便能奏效。

7.2.2 胸膈疼痛为主

临床表现：除吞咽困难外以疼痛为主，且痛有定处，表现为吞咽痛，胸背或剑突处痛。或伴食不得下，甚至滴水难入，进食即吐，泛吐粘痰，或吐出物如赤豆汁，大便如羊屎，或见黑便，面色晦暗，形体羸瘦，肌肤甲错，舌红或带青紫，舌下系带两侧络脉粗暗，脉细涩。

病机分析：气滞、痰阻、液涸、寒凝，最终必致瘀血内结，阻于食道，甚至闭塞不通，故胸膈疼痛，痛有定处，食入即吐，渐至滴水难下。血结阴伤，肠失润泽，故大便干如羊屎。瘀热伤络，故有呕血如赤豆汁、黑便。食不能下，化源先竭，故形体羸瘦。瘀阻血亏，故面色晦滞，肌肤甲错，舌带青紫及舌下脉络粗暗，脉细涩。

治法：滋阴养血，祛瘀破结。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：通幽汤(《兰室秘藏》)加减。

生地　熟地　桃仁　红花　当归　升麻　炙甘草

加减：因血瘀多伴气滞，故活血化瘀药中，常佐以理气药，气血药合用，才能气行血行，以获佳效。若疼痛明显或呕血者，可加用白及粉 60g、三七粉 15g、延胡索粉 30g、普鲁卡因粉 0.5g 加氢氧化铝凝胶，使呈糊状，头低位分次口服。还可加云南白药、止血粉及其它止血、镇痛剂等。

7.3　临证用药心得体会

有关噎膈病的临证治疗，近代医家积累了丰富的临床经验，除前述常见的辨证论治内容外，尚有许多宝贵的临证体会，现介绍如下。

7.3.1　清膈降逆，涤痰散瘀

噎膈病，总的病机，不外乎气、火、痰、瘀四者相互郁滞，阻膈食道所致。有的单一为患，有的四邪合而为病。因为本证的发生，多因郁怒伤肝，肝失疏泄，横逆脾胃；或酒食所伤，脾虚湿盛，痰浊内生，邪郁胸膈，气逆于上，咽食不下。其病久不愈，气痰郁久化热，由气入血，热伤阴血，以致气滞血瘀或痰瘀互结，甚或痰火内结。因此，本证其标为气、火、痰、瘀交阻食道，其治疗大法，应以清膈降逆，涤痰散瘀为主。

在选药方面，近代医家总结出不少的有效疗法，刘叔林等认为噎膈病的治疗应以祛邪为主，方用清膈降逆汤（半夏、枳壳、瓜蒌、代赭石、柴胡、黄连、山栀、赤芍、郁金、砂仁），以清膈降逆，涤痰散瘀。庞春生等对噎膈病初起，热痰壅盛，胸骨后或剑突下烧灼疼痛，咽下食管涩痛者，用清热化痰汤（黄连、麦冬、半夏、桃仁、瓜蒌）清热化痰，降逆和胃。河南中医学院早期用软坚破瘀，舒肝理气，消肿攻痛法治疗，常用金银花、蒲公英、苦参、瓜蒌、鬼针草、蜀羊泉、山慈菇、夏枯草、穿山甲等，加噎膈散、制癌丸、癌散一号等药治疗。上海中医学院曙光医院用“食二方”（姜半夏、姜竹茹、旋覆花、代赭石、木香、公丁香、沉香曲、豆蔻、川楝子、厚朴、南北沙参、天冬、麦冬、石斛、急性子、蜣螂、当归、仙鹤草）为基本方。安徽省人民医院用消癌三号散（威灵仙、板蓝根、猫眼草、人工牛黄、硇砂、制南星）；或用开道散（硼砂、火硝、硇砂、沉香、冰片、礞石）；硇砂散（硇砂 30g，研细，置瓷器中加水 80ml，放火上先武火，后文火煮干，取其结晶粉末，每服 0.6～1.5g，1 日 3 次）；复方硇砂煎（硇砂、海藻、昆布、草豆蔻、乌梅、白花蛇舌草、半枝莲）；开关散（青黛、柿霜、海蛤粉、硼砂、硇砂、白糖）。上述各地的经验，重在祛除气、火、痰瘀之邪气，对食通梗阻，饮食难入的症状，均有一定疗效。

在祛邪的诸方中，都以硇砂为主，或配方中有硇砂。现代研究证明，硇砂制剂治疗食管癌，主要有化腐蚀疮、化痰下气、破结祛瘀的作用，对噎膈病解除食道梗阻的症状有显著效果。但用量要小，剂量过大时可导致呕吐，也不能长期服用，否则对食管、胃的粘膜有一定的损害。其它如硼砂、青黛等毒性较大的药物亦应注意用量勿大，使用时间勿长，做到缓解梗阻症状后即没用它药。

7.3.2　滋阴润燥，贯穿始终

噎膈之病，皆因郁怒伤肝，肝郁化火，痰火内结，灼伤津液阴血，食道干涩，以致吞

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

咽困难，膈食不下。鉴于这一基本病机，治疗本证，宜将滋阴润燥，养血生津，贯穿于治疗的过程中，不要妄投燥热伤津之药。

张代钊治疗噎膈非常注重滋阴清热之法，他对于热毒伤阴，阴热盗汗，口干咽痛，吞咽不利者，用生地、元参、麦冬、石斛、天花粉、夏枯草、白花蛇舌草等治疗之。河南用冬凌草制剂，中国中医研究院中药所用六味地黄丸治疗噎膈病均取得良好效果，并认为这些治法有防止癌变的作用。徐健飞治疗痰火凝结的噎膈病，用启膈散加海蜇头、荸荠，另生嚼荸荠，咽水吐渣，取得佳效，其中荸荠具有生津润燥之作用。上述治疗经验，突出了清热解毒，滋阴润燥的治则，值得借鉴。

7.3.3 晚期用药，攻补兼施

噎膈病久，转入晚期，以正气虚弱为主，常见气血两虚、脾肾阳虚等证，但是，其痰、瘀之邪气仍然存在，因而治疗时应攻补兼施，采用补气养血、补脾益肾以扶正、理气化痰、破结行瘀治其标。

现代医家在扶正祛邪方面，更有新的发展，如张代钊治疗气血双亏证，全身乏力，心悸气短，噎塞梗阻，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉细无力者，以八珍汤加减（党参、白术、茯苓、木香、陈皮、焦薏苡仁、白芍、女贞子、补骨脂、半枝莲）治之。郁仁存对于气微阳虚证，治以益气养血，温阳开结之法，方用黄芪、党参、当归、白芍、旋覆花、代赭石、威灵仙、急性子、生半夏、桂枝、陈皮、生地、熟地。李海莲用健脾补气法，治疗脾胃气虚，气滞血瘀证，以补中益气汤加白花蛇舌草、丹参等药，取得良好疗效。

7.3.4 护胃气，畅气机，宜清润和降

前已述及，噎膈病病位在于食道，病机主要是胃气上逆所致。注重顾护胃气，乃治噎膈病之大法。在噎膈病治疗过程中，既和胃降逆化痰开结，又避免损伤胃气。如初期郁怒伤肝，痰气交阻证，既行气、开郁、化痰，又加沙参、瓜蒌、麦冬等生津润燥，以防伤津之弊。在津亏热结证时，既用五汁安中饮和胃滋养津液，又加韭汁活血行瘀，并要求少量多饮，以免滋阴泥胃不化。当病至后期肾虚阳衰，气血两虚，则既用健脾益气，补养气血，温肾暖脾之剂，又配以熟地、山萸肉、当归、枸杞等滋阴药，或配陈皮、木香之理气药，以防用温养药再伤胃肾之阴，用补药而腻胃气。这些治疗用药的方法，有助于提高临床疗效，不可忽视。

7.4 针灸疗法

针灸疗法包括针刺法与灸法的部分，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。针灸疗法对于噎膈病的治疗有一定疗效。

7.4.1 针灸辨证治疗

7.4.1.1 痰气阻膈

治法：理气，化痰。

处方：内关、中脘、巨阙、足三里、丰隆、膻中、内庭

内关，得气后提插补法，令针感上达胸下达手指。中脘、巨阙，捻转泻法。膻中向下斜刺，施捻转提插相结合的补法。足三里，提插补法，令针感向下至足。丰隆，提插泻

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

法，令胀麻感下达。内庭，捻转泻法，以上穴位均留针 30 分钟，每 10 分钟行上述手法 1 次。

方义：内关、中脘是治疗噎膈病的主穴。具有宽胸、理气，宣通上焦，配膻中、巨阙、足三里、丰隆，化痰降气，内庭通降胃气。

7.4.1.2 瘀血阻膈

治法：化瘀、活血，通膈。

处方：中脘、内关、足三里、膻中、巨阙、膈俞、胃俞。

中脘、内关、足三里手法同前，膻中、巨阙捻转补法，膈俞、胃俞，斜刺向胸椎，捻转补法，如有放射到胸的针感最好。

方义：中脘、内关、足三里是治疗噎膈病的主穴，配用膻中、巨阙宽中理气。膈俞、胃俞行瘀血，开胸膈。

7.4.1.3 津亏热结

治法：养阴清热。

处方：内关、中脘、廉泉、三阴交、太溪、气海、足三里、公孙、天突。

内关、中脘、足三里手法同前。廉泉，仰头斜刺 5 分，捻转泻法不留针；天突，斜刺针尖向后下方 8 分，捻转泻法；太溪，直刺捻转补法，针感向足趾；三阴交，提插补法，针感至足；公孙，提插补法。

方义：选用治疗噎膈病的主穴，中脘、内关、足三里，意在宽胸利气，宣通上焦，配用廉泉、天突、三阴交、太溪，利机关除痰气，补脾土，滋肾阴，退虚热，清逆火，配气海、公孙调气益元，培脾外虚。

7.4.1.4 气虚阳微

治法：补气温阳健脾。

处方：足三里 中脘 内关 气海 膻中 膈俞

中脘、内关刺法，同前；足三里，提插补法后温针，膈俞、气海、膻中均用捻转补法后膈姜灸。

方义：中脘、内关、同前。足三里，膈俞，理脾胃，调中气宽胸膈，膻中、气海温下焦，调气益元。

7.4.2 电针疗法

取穴：中脘 内关 足三里 膈俞

操作：每次取 4 个穴，分两组通电 20 分钟可加强疗效。

7.4.3 耳针疗法

取穴：胃 脾 食道 神门 内分泌 肝 肾

操作：用 0.8 寸毫针刺，留针 1～4 小时，可配合电针治疗机，止痛效果会更好。

7.4.4 穴位埋线疗法

取穴：足三里 公孙 膈俞 胃俞

操作：将羊肠线，剪成 2cm 长，穿入注射用针腔内，同穴位注射一样，注射到穴位内然后一面向针内穿针栓，一面向外抽针既完成。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5 推拿疗法

7.5.1 常规按摩法

7.5.1.1 患者仰卧，以拇指、食指点按患者天突、膻中、足三里、内关、上脘等穴，每次2分钟。

7.5.1.2 患者俯卧，以手掌沿脊柱两侧膀胱经第一侧线由上向下施以推法5～6遍，透热为度，再以拇指点按胃俞、脾俞、膈俞各2分钟。

7.5.2 耳穴按摩术

取胃、脾、肺、大肠、神经点、上腹、下腹等穴，各按3分钟，每日按压12次。

7.5.3 足穴按摩术

取肾、膀胱、输尿管、腹腔神经丛，胃、十二指肠等反射区，各按摩5分钟。

以上3种方法，临证时可任选1种，每日2次，15日为1疗程。

7.6 西医诊疗撮要

7.6.1 诊断标准

本标准参考1978年全国抗癌药物经验交流学习班制订的标准：

(1) 症状：早期进食停滞感，轻度梗塞感，以后逐渐加重。

(2) X线食管钡餐检查：食管粘膜皱壁紊乱、中断，局部管腔狭窄、充盈缺损，管壁僵直，蠕动消失，或见软组织阴影等。

(3) 实验室检查：

①食管镜检查及组织活检病理证实

②食管细胞学检查、癌细胞阳性

③颈部淋巴结活检阳性

有症状，X线检查有阳性发现，并经细胞学或活检证实者，可予诊断。

7.6.2 治疗

外科治疗　噎膈早期，一旦确诊，应积极争取手术治疗。主要适用于①Ⅱ期以前病例，无严重并发症者；②Ⅲ期病例，可考虑术前放疗的综合治疗方法，下段病变虽7cm长也可考虑手术；③放疗后复发者，病变范围不大，无远处转移，条件允许也应争取手术；④食管高度梗阻者，病人一般情况好，可考虑胸骨后结肠代食管而后给予放疗。手术治疗应注意禁忌症：病变范围大；有远处转移；有严重心肺功能不全者；恶病质。手术时的切除长度，一般距肿瘤上下缘各5cm以上，食管周围结缔组织及肿大淋巴结要清扫。

放射治疗　放射治疗的适应症很广泛，可分根治性放疗和姑息性放疗两大类。照射方法分为外照射和腔内照射两种，早期食管癌放射治疗可达到同手术一样的治疗效果，颈段及上胸段的食管癌因手术难度大，并发症多，应首选放疗，胸中段手术与放疗效果接近，两种手段都可选用。除有心、肝、肾、肺严重功能不全、恶液质和远处广泛转移外，都不能视为绝对禁忌症，可行姑息治疗。根治性放疗通常放射量为60～70Gy/6～7周，每周照射5次，每次2Gy。术前放疗采用中等剂量，40Gy/4周/20次，间隔2～4周行手术治疗。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

化学药物治疗，临床上多采用联合化疗，尤其是顺铂、平阳霉素参与食管癌的联合化疗方案后，临床疗效较前大幅度提高，有效率在50%左右，目前临床效果转好的化疗方案有以下几种：①DPV方案　DDP 80～100mg/m^2，静脉滴注，3周一次，第1天用；PYM6mg/m^2，肌肉注射，第3、5、10、12天用；VCK 1～2mg/m^2，静脉滴注，第3、10天用。用药两周，休息一周，3周期为1疗程。②DBV方案　DDP 3mg/kg，静脉滴注，第1天用；VDS 3mg/m^2，静脉滴注，第1、8、15、22天用；BLM 10mg/m^2，静脉滴注，第3、4、5、6天用。③DMP方案　DDP 20mg/m^2，静脉滴注，第1～5天，3周重复；MMC 4～6mg/m^2，静脉冲入，每周1次，共7周；PYM 6mg/m^2，肌肉注射，每周3次，共7周。④DF方案　DDP 20mg/m^2，静脉滴注，第1、5周连用5天；5Fu 750mg/m^{2}溶于葡萄糖中缓慢静滴8小时以上，第2、6周各用5天。

综合治疗　运用现有治疗手段，有计划地合理地综合治疗是提高生存质量及疗效的重要手段，有放疗与手术综合治疗，药物与手术综合治疗，化疗与放疗综合治疗，免疫治疗与化疗综合治疗等。

8　疗效评定标准

1988年国家中医药管理局制订《中医内外妇儿科病证诊疗标准》，将噎膈的疗效评定标准规定如下：

治愈：临床症状消失，钡餐X线透视、摄片或食道镜检查恢复正常。

好转：临床症状改善，X线钡餐摄片或食道镜检查明显好转。

未愈：临床症状及体征均无改善或恶化。

9　调摄护理

9.1　生活调摄

噎膈病已成，治疗较为艰难，患者应正视现实，树立与疾病作斗争的信心，安排好生活，调配好饮食，保证每天有足够的休息与睡眠时间，以保持体力，能配合医生完成各项治疗。

不宜作超体力的各项活动，但也不可久卧久坐不活动，因过劳或过逸均可伤及脏腑气血而加重病情。患者应根据自身状况适当活动，以疏通气血，有利于邪去正复。

应进食营养丰富的食物，如牛奶、羊奶、肉汁、蜂蜜等。可采取少量多餐，缓慢进食的方法进餐。有呕吐者，应在吐止后补充进食。

9.2　辨证施护

对噎膈病人要特别注意心理护理。噎膈病初期多因情志失和、肝脾功能失调、痰气交阻所致，故消除病人郁怒、思虑等情志因素有利于本病的治疗。噎膈病的邪实系气痰瘀毒互结，其中气郁是首位，故对噎膈病人应始终加强心理护理，以保持肝气疏达、气血流通，则痰瘀之搏结易解。

噎膈病人以阴虚津伤者为多，症见口干咽燥、五心烦热、潮热盗汗、大便干结等，故

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用药和食物都忌温热香燥，如忌烟酒，不吃辛辣刺激性食物，大便干结者可进食蜂蜜糖水或芝麻糊等。患者要少量多次饮水，可用大米或小麦适量，炒至焦黄，加水煎沸片刻，去渣作茶分次饮用，有消食、止渴、止呕及补充营养的作用。

噎膈病晚期脾肾俱伤，病人多数卧床不起，此时应适当补液，并定时予以翻身，以防褥疮；痰涎壅盛而无力吐出者，当以机械吸取，以免壅塞气道。

10 康　　复

噎膈病属痰气交阻与热结津伤证的患者被治愈后，仍须注意调节情志，避免精神刺激，饮食要谨防燥热。津亏未复者，可用浮小麦 30g，红枣 5 枚（去核），甘草 6g，煎水代茶，以滋阴养心宁神。

噎膈病痰瘀内结证等，若病属食道、贲门肿瘤之类患者，经治疗癌瘤已消失，健康状况也好转，仍须按照医嘱，定期到医院复查。

【近代研究】

1 理 论 研 究

1.1 病证名称与定义

噎膈是以饮食吞咽受阻，或食入即吐为临床特征的病证。中医对此病早有认识，噎膈的病名见于宋·严用和《济生方》，近代仍沿用这一病名，如秦伯未在其《内科纲要》中就直论噎膈，[1]内容以总结前人治疗经验为主。随着近代西医知识的渗透，中医界对噎膈一病有了新的认识。五十年代，朱寿朋提出，大概中医所谓噎膈，综合各种症候，实包括现代西医典籍中的“喉部新生物”或“肿瘤”、“食道狭窄”、“食道癌”、“食道扩张”、“食道憩室”、“食道痉挛”等病。[2]但传统噎膈病中所包含的良性病变和恶性病变在治疗和预后方面有很大的差别，所以现代研究中的噎膈一般指食管癌或贲门癌等恶性病变。

1.2 病因病机研究

近代以来，很多学者通过临床观察对噎膈的病因病机进行了分析归纳研究，总体来说，使噎膈的病因病机逐渐丰富而完善。

1.2.1 病因学的现代研究

本世纪三十年代，许半龙提出噎膈由食、痰、虚所致。[3]到了现代，郁仁存认为噎膈的发生与下列因素有关。[4]

1.2.1.1 七情郁结，脾胃受伤　中医理论认为，忧思可以伤脾，脾伤则气结，从而导致气机失调，气机失调则津液不得输布，遂聚而为痰，痰气交阻食道，于是渐生噎膈。

1.2.1.2 气滞血瘀，瘀湿凝结　赵世庆[5]对 115 例食管贲门癌以内窥镜检查观察其舌苔的变化，发现舌质晦暗，瘀斑腻苔者，属气滞血瘀型，有 63 例，占 54.7%。舌质淡而发紫者，属正虚瘀阻型，阳气频于衰竭所致，此症有 26 例，占 22.6%。舌质淡红薄白苔者 16 例，占 13.9%。单纯舌质较淡，舌体肥胖，薄白苔者 8 例，占 6.8%。镜而舌无

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苔者两例。从以上115例中发现舌质晦暗、瘀斑腻苔和舌质淡而发紫黄厚苔共89例，占77.39%。由此可见噎膈的发病原因与气滞血瘀、痰湿凝结密切相关。

1.2.1.3 饮食不洁，生活不节 噎膈的发生与不良饮食习惯有关，一些医家指出好热饮人，特别是喜欢喝热酒的人，由于慢性损伤使食管增生癌变。饮食不节，食物中营养缺乏也是诱因之一。现代医学证明，食管癌病因和发病条件与饮食有密切关系。综合考察高、低发区饮食营养的结果显示，食管癌的发生可能与缺乏某些营养素有关。高发区居民不经常吃鲜菜，实验证明，一定量维生素C能阻断亚硝酸盐和二级胺在体内合成亚硝胺；大剂量维生素A也能抑制和阻断亚硝胺对食管粘膜的致癌作用。从中医理论讲，饮食不节，嗜酒无度，而又多进肥甘之品，则易酿生痰浊，使食管狭窄；恣食辛香燥热等物，则易致津伤血燥，使咽管干涩，从而妨碍咽食而发生噎膈。

1.2.1.4 气血亏损，年高体衰 人的气血亏损与年高肾衰与噎膈的发病有关，是噎膈发生的内因，而先天禀赋不足，对噎膈的遗传易感性也要加以考虑。

1.2.2 病机学说的现代研究[5]

1.2.2.1 病位病性 噎膈的病位在于食道，属胃气所主。基本病理改变为食道狭窄。又因肝、脾、肾三脏与食管、胃皆有其经络联系，在功能上，脾为胃行其津液，肝气之疏泄及肾阳之温煦亦有助于胃气和降，而肾之津液循足少阴之脉濡润咽嗌。故脾、肝、肾有病可累及胃与食道渐生噎膈。噎膈由轻而重，逐步发展，也往波及脾、肝、肾等脏。

1.2.2.2 病理演变 一般而言，噎膈轻证，或由肝脾气结，痰气交阻；或因胃津亏损、食道滞涩，均使食物咽下不顺。如在痰气交阻的基础上又形成血瘀，以致痰瘀互结，阻碍胃气，或胃津亏耗而损及肾阴，皆属于噎膈重症，每使食物咽下即发生疼痛，甚至食人即吐，水饮亦难以咽下。倘病变继续发展，由阴损以致阳衰，则肾之精气并耗，脾之生化告竭。必形体羸瘦日甚，或伴有肢体浮肿，病情已属危笃。在此阶段，如因阳竭于上而水谷不入，阴竭于下而二便不通，称为关格，系开合之机已废，为阴阳离决的一种表现。

1.2.3 中西医结合病因病机认识撷粹

张代钊认为噎膈的发生与毒邪人侵有密切关系，一些晚期食管癌病人从食管里吐出癌块组织，即是毒邪侵人人体的表现，[7]从而为抗癌解毒治则提供了理论依据。

2 临床研究

2.1 临床诊断研究

潘德年根据中医理论“有诸内，必形诸外”及经络、脏象学说等理论，对800例已确诊的资料（包括食管癌100例），通过对眼、耳、唇、舌、体、甲诊等在临床上进行验证和考核，其准确率达82%。以后在临床上试用，通过双盲法对照观察、术前诊断与术后病理的吻合对照、院内疑难病例会诊中的应用、实地考核等多种方法共验证304例，本法的准确率为75%。其中舌诊对食管癌符合率最高。在100例食管癌定位诊断中，观察到眼诊：在眼珠上半部表层血管，如出现横形血管，或血管走向呈现U形属阳性，约占57%；眼球上半部球结膜下层呈现“一”字形的静脉显露为阳性，占35%。耳诊：单侧相应耳穴区域隆起为阳性，占33%；单侧耳穴相应区域凹陷为阳性，占21%。唇诊：下

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

唇粘膜上的紫色斑块，色紫黑不高出皮肤，压之不褪色，直径在0.2～0.6cm，单个或多个出现者属阳性，占48%。舌诊：舌质呈现青紫色或伴有瘀斑、瘀点者，占70%。体诊：躯干白斑（指胸、剑突周围、腹、背、腰部）阳性者，占62%；肩背部长毛发（常见于背部大椎穴周围和肩胛骨上）为阳性者，占10%。甲诊：手指甲床纵指纹，颜色深浅不一，粗细不等，深者呈现黑色，浅者呈现褐色，一指或多指出现一条或几条即为阳性，占39%。根据以上观察结果，若舌诊＋体诊＋耳诊，三诊阳性时病变定位在食管；舌质青紫黑色合并舌根部舌乳头增大，明显高于舌面者，则考虑食管病变。[8]

李佩文对具有典型症状并经细胞学、病理学、X线1项或1项以上检查确诊为食管贲门癌患者500例进行舌象观察，观察时间为饭后两小时左右，将舌质分为淡白、淡红紫四类，将舌苔分为薄白、薄黄、白厚、黄厚及无苔5种。其结果紫色178例，占35.6%；红色150例，占30%；紫色、红色占总例数的65.6%。食管癌有黄厚苔148例，占29.6%；白厚苔88例，占17.6%。紫舌是血瘀症的重要指标之一，在食管癌病人中，紫舌比较多见。临床观察结果亦证明，食管癌组舌质紫色者所占比例最大，而且愈到晚期，紫舌出现率也愈高。根据临床观察，紫舌明显者多伴有较严重的下咽疼痛、梗噎、胸闷等症状，仔细检查时常可发现肿瘤已转移。食管癌早期患者以淡红舌比例最高，晚期患者则以紫舌比例最高。舌紫的加深程度常可反映肿瘤的恶化程度。在治疗过程中，若舌质由紫转淡红或由晦暗转明润，舌苔由厚转薄，或由无苔转薄白苔，均示病有转机，正在向好的方面转化。反之为逆，示病向坏的方面发展，应警惕肿瘤有无转移、扩散、穿孔或出血等情况发生。治疗过程中始终保持淡红舌不变者疗效多较显著，预后多良好。[9]

2.2 治则治法研究

汤新民认为噎膈缘于肝失濡养，气火有余，血瘀痰凝、流连不去所致，甚者血随气升，可突然而出为呕血。因此治疗当从肝、肺着眼，以行血利气为主，而治肝当先实脾，健脾和胃之品亦不可少，俾肝木调达，肺气下行，则诸症自除，据以上治则治法，组方如下：牡蛎、夏枯草、桃仁、蒲黄、丹参、沙参、川贝、党参、黄芪、米仁、旋覆花、代赭石、公丁香、降香、枳壳、木香、陈皮、半夏、竹茹、海藻、海带、徐长卿、蜀羊泉，间有呕血则加贯众、藕节、侧柏、地榆、槐花、仙鹤草，在临床上收到很好的疗效。[10]

余瀛鳌认为噎膈多见于老年人，易造成阴血渍乏，局部气结血瘀，故初期偏于气结者，治当以解郁润燥为大法，病情发展，则肺胃津耗、气郁血虚、痰滞瘀结，当先治标以救其急，治以开郁化痰、启膈活瘀，佐以润燥盖血，后以养阴益气化燥、化痰温中调胃，常可转安而获愈。[11]

谢远明认为噎膈早期，仅噎不膈时，以肝郁气滞、湿热内聚型多见，当噎膈兼有或格阻明显时，则以瘀血阻滞、脾胃虚寒型为多见。治则紧扣“瘀血”病机，选用活血化瘀、经研究证明有抗癌作用的中药，可取得较好的疗效。对虽同属瘀血内阻型的噎膈患者，但辨证各有不同，在处方用药上亦因人而异，对于血瘀而兼气滞者，不可忽视疏肝理气药物的配用。瘀血挟有湿热者，必须配以适当的清热解毒、利湿的药物，才能更好地发挥其治疗作用。[12]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3 单味中药治疗研究[13]

2.3.1 冬凌草

制剂和用法：①冬凌草糖浆（1:1浓度），每次30ml，每日3次，饭后口服，2~3个月1疗程。间歇1个月后，再用第2或第3疗程。②冬凌草片（每片含生药4g），每次4片，每日3次，2~3个月1疗程。间歇1个月后，再用第2或第3疗程。③冬凌草原草，每天60~90g，加盖文火煎沸15分钟，滤过调味，饭后分次服用。或置于暖水瓶中沸水冲入，加盖，分次服用，2~3个月1疗程。以上三种制剂可单用一种，也可选两种联合应用。并可与化疗、放疗合用，或化疗、放疗、手术后作为维持治疗长期服用。

疗效及副反应：河南冬凌草临床协作组单用冬凌草治疗食管癌疗效如下：①早期食管癌76例，经过13~15年的治疗随访，3、10、13、15年生存率分别为84.02%、63.49%、50.13%、44.56%，与不治疗对照组的5、10、13年生存率28.62%、11.45%、8.59%相比，治疗组生存时间明显延长，差异有高度显著性意义（$P<0.001$）。②中晚期食管癌167例，完全和部分缓解率为8.38%，总有效率（CR+PR+MR）为33.53%，治疗后1、3、5和10年生存率分别为30.77%、13.46%、10.26%、8.89%。③中晚期胃底贲门癌44例，PR6.82%，MR27.2%，总有效率为34.02%，治疗后1、3、5和10年生存率分别为40.09%、11.36%、6.82%和4.76%。王明武用冬凌草治疗食管癌、贲门癌54例，结果虽较PYM等化疗药缓解率低，但生存时间长，无明显副作用，优于乌骨藤和鸦蛋子乳口服液的疗效。副反应为偶有腹胀、腹痛、肠鸣及溏便等。对肝肾及骨髓功能无明显影响。[14]

2.3.2 乌骨藤

制剂和用法：①消癌平注射剂，每支20ml，每次100ml，加入5%葡萄糖溶液500ml中，静脉滴注，每日1次，3500ml~4500ml为一疗程。②乌骨藤原草30~60g，水煎取汁，每日1剂，饭后分次服用。

疗效和副反应：①河南省消癌平临床协作组共治疗食管癌65例，PR7例（10.8%），MR12例（18.5%）。②王志良[15]用中药乌骨藤治疗食管癌、胃癌112例，CR+PR为9.8%，症状明显改善。仅有少数病人偶有低热、关节痛，局部血管刺激等。

2.3.3 斑蝥

制剂和用法：①斑蝥素片，每片0.25mg，每次0.25~0.5mg，每日3次，饭后口服，或从小剂量开始，逐渐加量，一疗程总量一般240mg左右。②斑蝥酸钠针剂，每支7mg，每次7mg、14mg或21mg，隔天1次，静脉滴注，15~20次一疗程。

疗效和副反应：张玮等用斑蝥酸钠治疗食管癌46例，贲门癌15例，治疗后5年生存率21mg组为10%，而7mg或14mg组为45.8%。副反应是对消化道和泌尿道有轻度刺激作用。

2.3.4 蟾蜍

制剂和用法：华蟾注射液，①每支2ml（含生药1g），每次4mg，每日2次，肌肉注射。1~2个月一疗程。②每支10ml（含生药5g），每次10~20ml加入5%葡萄糖注射液500ml中静脉滴注，每日1次，30天一疗程。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

疗效与副反应：对食管癌等胃肠道肿瘤有一定临床疗效。王明武治疗食管癌贲门癌19例，有效率21%。副反应：对肝、肾、心及骨髓功能无明显影响，仅少数病人有短暂体温波动、局部刺激及消化道反应。

2.3.5 柘木

制剂和用法：柘木糖浆，每次含生药60~120g，每日3次，2~3个月1疗程。

疗效与副反应：对食管癌有明显缓解症状的作用。偶见个别病人大便稀或次数增多。

2.3.6 攀枝花

制剂和用法：攀枝花制剂，每次含生药166g，每日3次，6个月一疗程。

疗效与副反应：刘太永等治疗食管癌29例，治后症状消失19例，症状减轻两例。X线食管钡餐造影检查病变缩小。少数病人服药后有胃部烧灼感及返酸等。

2.3.7 中药494

制剂和用法：中药494系担子菌多糖体，制成冲剂，每次含生药25g，每日2次，连服14天一疗程。

疗效与副作用：侯浚用494冲剂术前治疗食管癌65例，用药后症状基本稳定，未见肿瘤缩小。手术切除58例，病理发现癌组织生长尖端退化，间质及癌旁淋巴结反应显著。无明显不良反应。

2.4 中药复方验方治疗研究

宋洪恩采用验方复方壁虎酒治疗食管癌42例，获得显著效果。其方药组成：黄酒1000ml，泽漆100g，壁虎50条（夏季可用活壁虎10条），蟾皮50g，锡块50g，共装入消毒容器内（禁用铁、铝制品），每日搅动2次，注意密封。浸泡5~7天后，滤出药渣，静置2天即可服用。每日3次，每次25~50ml，饭前半小时服，天冷时可以温服。能进食后，每次可调服壁虎粉2g及蟾皮粉1g。按卫生部1971年制订的全国中医中药治疗恶性肿瘤疗效判定标准，其治愈率为30.95%，临床治愈率45.24%，显效率16.67%，无效率7.14%。[16]

马吉福运用自拟复方八角金盘汤治疗食管贲门癌178例，取得满意疗效。其方组成：八角全盘10g，八月扎30g，石见穿15g，急性子15g，半支莲15g，丹参12g，青木香，生山楂12g，水煎服，每日1剂。本方具有活血散瘀、解毒消肿、消积散滞的作用。据观察存活5年以上有25例，存活3~5年有67例，存活2~3年有72例，存活1~2年及无明显效果者14例，3年以上存活率为51.6%。故本方对延长食管癌患者生存期有明显效果。[17]

中药复方验方治疗食管癌临床应用比较广泛，文献报道也不少，王瑞林[13]将其中有具体治疗病例及有一定疗效的方剂做了整理，具体如下：

回春散（马前子、代赭石），金灯膏（山慈菇、鸡血藤、红花、儿茶、石菖蒲）。河南医学院（1972年）治疗食管癌59例，治后平均生存时间17.2个月，较未治疗病人平均生存时间10.8个月延长6.4个月。

食二方（姜半夏、姜竹茹、旋复花、代赭石、广木香、公丁香、沉香曲、豆蔻、川楝子、川厚朴、南北沙参、天麦冬、石斛、急性子、蛾螂、当归、仙鹤草）结合辨证加药。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

上海中医学院曙光医院（1972 年）治疗食管癌连续用药三个月以上，并有食管钡餐摄片作为随访依据者 13 例，其中显效 4 例，有效 6 例，无效 3 例，有 1 例治后生存 11 年。

抗癌乙片（黄药子、草河车、山豆根、夏枯草、白鲜皮、败酱草），中医研究院广安门医院等（1972 年）治疗食管癌、贲门癌 25 例，显效 4 例，有效 8 例，稳定 2 例，疗效未定 3 例，恶化 8 例。

龙虎白蛇汤（龙葵、万毒虎、白英、白花蛇舌草、半支莲），中国医科院情报所（1976 年）报道曾有人辨证治疗食管癌 70 例，47.1%的病人有一定病情改善。

3 号抗癌散（板蓝根、猫儿眼草、人工牛黄、紫硇砂、威灵仙、制南星）配合开道散或针刺。林新民（1976 年）治疗食管癌，贲门癌疗效较好的 10 例中，消瘤 7 例，缩小 3 例。生存 3 年以上 2 例，6 年以上 3 例，7 年以上 1 例，8 年以上 3 例，9 年以上 1 例。

消癌灵（斑蝥、硇砂、蟾酥、水蛭、丹参、莪术、牛黄、核桃青皮、白花蛇舌草、三七、黄芪、西洋参及数种微量元素组成，分别炮制及浓缩提取，每日 3 次，每次 2g，冲服，30 天一疗程），许殿元、张效苏（1992 年）治疗中晚期食管癌、贲门癌 85 例，平均 2.5 疗程，CR1 例、PR4 例、MR7 例、SD40 例，平均生存时间 15.5 个月。

郑润身运用自拟 3 方治疗噎膈，取得较好的临床疗效。第 1 方：山药六钱，代赭石一两，桃仁三钱，南红花三钱，花粉六两，天冬五钱，土鳖五钱，党参五钱，汉三七二钱（研），煎服。第 2 方：汉三七一两，桃仁一两，月石六钱，甘草四钱，碘化钾 15g，百布圣 20g，上药共为细末，炼蜜为丸，每重三钱，每日早晚各服 1 丸。第 3 方：山慈姑洗净四两；好净白蜜半斤。把山慈姑研细末，与蜂蜜混合成膏，每日服 2 次，每次服五钱至一两，按病情酌用。服法：三个方运用，先服前两方，即先服汤药，隔 1 时后，再吃丸药。服该两方至症状大减，能吃流质食物不噎塞时，再接服第 3 方，服至痊愈。[18]

2.5 辨证用药研究

2.5.1 固定方辨证分型治疗研究

食管癌的辨证分型，国内报道甚多。大都是从阴阳气血、虚实寒热及脏腑功能出发，从不同角度反映了食管癌病情演变的某此规律。但由于辨证分型方法大同小异，认识也统一，所以分型稍显混乱。而定方分型论治，比较切合实际病情演变规律，把辨病与辨证、整体证候与局部病理指征结合起来，在临床上收到良好的治疗效果。

王瑞林定方组成：冬凌草叶 50g，龙葵 20g，通光藤 20g，蛇莓 20g，王不留行 15g。将食管癌分为以下 6 型辨证论治：①气滞型，定方与逍遥散或四七汤加减化裁。②梗噎型，定方选加橘红、苏梗、佛手、香橼、郁金、旋覆花、代赭石等。③血瘀型，定方加丹参、鸡血藤、泽兰、生黄芪、瓜蒌等。④痰湿型，定方与利膈汤及旋覆代赭石汤等加减。⑤虚竭型，以个体差异分阳虚、阴虚、气虚、血虚，以定方分别加补阳药、滋阴药、补气药、补血药治疗。⑥壅阻型，定方加开管散或利膈汤、治膈散治疗。[13]

张代钊自拟两个抗癌基本方：Ⅰ号方，白术 15g，莪术 15g，威灵仙 15g，蜚虫 15g、丹参 9g，每日或隔日服 1 剂。Ⅱ号方，人工牛黄 3g，蜂房 3g，山慈菇 15g、水红花子 9g，每日或隔日服 1 剂。将食管癌辨证分为以下 5 型论治：①肝郁气滞型，定方合逍遥散加减。②脾虚痰湿型，定方合二陈汤及旋覆代赭汤加减。③瘀毒型，定方酌加桃仁 9g，红

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

花9g，归尾15g，赤芍15g，苏木15g，郁金10g，丹参30g，紫草30g，金银花15g，夏枯草15g。④热毒伤阴型，定方酌加生地30g，玄参10g，麦冬10g，石斛30g，天花粉30g，夏枯草15g，白花蛇舌草30g。⑤气血双亏型，定方合八珍汤加减。[7]

2.5.2 噎膈常见症候的治疗研究

张代钊治噎，方1：生半夏6g，生南星6g，莪术6g，沉香3g，水煎服，每日1剂。方2：白术15g，莪术15g，威灵仙15g，䗪虫9g，丹参9g，水煎服，每日一剂。方3：人工牛黄3g，蜂房9g，山慈姑15g，水红花子9g，共为细末，每日服2次每次服3g。方4：黄药子300g，丹参30g，人参90g，当归60g，五味子30g，土大黄150g，上药捣碎后，浸于62%白酒2000ml内，浸泡2周后祛渣备用，每日服15ml，频频服用。方5：全瓜蒌30g，薤白10g，檀香6g，丝瓜络10g，清半夏10g，南星10g，白术10g，急性子10g，败酱草30g，硇砂（另包后下）1.5g，焦六曲30g，鸡内金10g，半支莲30g，此方对咽下困难症有明显效果。服法：每日1剂，分2次或3次服。对于有呕吐表现者，张氏用代赭石30g，生半夏9g，苍术15g治疗，水煎服，每日1剂。[7]

吴清都用启膈汤治疗食管癌咽下困难症36例，以䗪虫、蜈蚣、山慈姑、半边莲、半夏、党参为主方，痰湿加夏枯草、全瓜蒌、郁金，瘀血加桃仁、丹皮、赤芍、当归，气虚阳微加黄芪、干姜、白术，呕吐加丁香、柿蒂、竹茹。服药两周，症状消失20例，好转13例，无效3例。肿块完全堵塞者无效。炎症、水肿、痉挛者效好。[19]

田逸之用大半夏汤治疗晚期食管癌贲门癌梗阻，重用半夏60～120g，人参15～20g，白蜜100～200ml，威灵仙、代赭石各40g，昆布、丹参、当归、海藻、栝蒌皮、苡仁各30g，三棱、莪术各15g，僵蚕、郁金、象贝各12g，白芍10g，水煎三次取液，加蜜、白芍，频饮，1～2天服完，多数患者服1剂后，食道痰涎减少，能进流质饮食，继服，则梗阻逐渐好转。[20]

2.6 中西医结合治疗研究

2.6.1 化疗配合中药

2.6.1.1 同步化增效作用 王瑞林将不能手术的食管癌病人分为平阳霉素、消瘤芥（简称PN）化疗组（31例）及PN化疗加冬凌草组（84例），前者完全缓解和部分缓解率6.5%，后者30.95%，前者有效率32.3%，后者70.2%，$P<0.05$。可见冬凌草可提高化疗疗效。[21]

2.6.1.2 协同抗癌作用 姜廷良综述临床上用山豆根、夏枯草、全瓜蒌、黄芪、白术、丹参、苡仁、香橼组成的复方和由白花蛇舌草、半支莲、半边莲组成的抗癌灵，分别与BLM－CTX，BLM－CTX－5－Fu合用治疗食管癌，显效率从单用化疗的22%分别提高到44%和50%。疗程结束后继续用中西药物巩固和维持治疗，可使部分病人长期生存。刘少翔[23]用中药绞股蓝、黄芪、石见穿、藤梨根、甘草辨证加减与MMC－PYM－DDP－MTX合用治疗晚期食管癌60例，1、2年生存率分别为11.6%和6.67%，对照组则为3.33%和3.33%。中位数生存期分别为9.4个月和5.6个月。[22]

2.6.1.3 促进免疫功能，增强化疗药抗癌效果 河北医科院肿瘤研究室用黄芪、白花蛇舌草等中药结合小剂量化疗治疗食管癌60例，其中早期44例、中期晚期各8例，结

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

果早期平均生存52.9个月，中期47.5个月，晚期17个月，而对照组分别为36.6个月、13.3个月、8.8个月。[24]杨崇江用中药扶正抗癌汤（黄芪、黄精、天花粉、陈皮、鸡内金、甘草）与MMC-VCR-5-Fu化疗合用，治疗晚期食管癌32例，CR2例，PR11例，S16例，PD3例，CR+PR40.6%。[25]

2.6.1.4 减轻化疗药的副反应 作者所在中日友好医院中医肿瘤科总结245例，分为化疗加中药组和单纯化疗组。观察结果表明，中西医结合组化疗完成率高，患者血象、免疫功能及其它副反应有明显改善，和对照组相比有显著差异。李乃卿用参芪注射液治疗食管癌，共观察176例，参芪配合化疗组可明显减轻化疗的毒副反应，与对照组相比有显著性差异，$P<0.01$，血液流变学检查显示参芪组全血粘度明显下降，可提高淋巴细胞转化活性，增强巨噬细胞的吞噬功能。[26]

2.6.2 放疗配合中药

2.6.2.1 增效作用 冀法欣用鸦胆子油口服乳剂配合放疗治疗中晚期184例，每人每次给予10%鸦胆子油口服乳剂20ml，每日3次，一月为一疗程。单纯放疗84例，两组相比，前者减少放射剂量，胃肠反应较轻，病人容易接受，疗效高于单纯放疗组，复发率及死亡率降低。病人症状缓解，食量增加，体重上升，白细胞及血小板偏低后有上升趋势，说明此药对消化道癌肿有一定抗癌能力，可使一些对射线不敏感的肿瘤增加敏感性，减少放射剂量，提高治疗效果，延长生存期。[27]徐德门用地龙胶囊（912）与放疗综合治疗食管癌76例，单纯放疗组54例，用双盲法在治疗前及治疗结束时分别作食管动态观察，判断疗效，从统计结果看，地龙胶囊能较明显地提高放射治疗食管癌的效果。[28]阮晓峰用小柴胡汤合并放疗与单纯放射治疗食管癌66例，两组放疗方法与剂量相同，综合组在放疗的同时，口服小柴胡汤，显示小柴胡汤能提高中晚期食管癌的放射治疗效果，并能减轻放疗引起的血象下降的毒性反应。

2.6.2.2 减轻放疗的副作用 中日友好医院采用扶正解毒冲剂（生黄芪、生地、银花、石斛、麦冬、枸杞子等）对食管癌在放疗中出现的副反应进行了临床治疗与研究，结果表明，中西结合组的各种放射副反应均较对照组轻。

2.7 预防研究

林培中用抗癌乙片治疗食管上皮重度增生，对照组3年内食管癌发生率为6.7%，抗癌乙片组的发生率只有3.2%，两组有非常显著性差异（$X^2=8.9115$，$P<0.01$），使食管癌重增的癌变率减少了52.2%。[29]李佩文应用六味地黄丸防止食管上皮重度增生癌变，共观察211例，与对照组相比，2年后癌变率分别为1.9%和8.3%，差异具有显著性，且癌变主要发生在阴虚组中，说明食管上皮重度增生的转归情况与中医辨证分型存在一定关系。阴虚组中服用六味地黄丸者癌变率为0.5%，对照组为15.2%，$P<0.01$。[30]侯浚对648例食管上皮重度增生者用复方苍豆丸进行规模临床研究，药用苍术、山豆根、绿茶(3:3:1)，研末制成水丸，每人每天服药7g，每月服药3周，休息1周。连续服药两年。对照组服用安慰剂。结果治疗组408例发生食管癌2例，发生率为0.4%，癌变率为1.5%。对照组240例，发生食管癌2例，发生率为0.83%，癌变率为4.2%，两组有显著差异，$P<0.05$，治疗组比对照组癌变率减少了64.2%。[31]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 实验研究

中医研究院中药研究所对滋阴补肾的六味地黄丸进行了实验研究，观察到六味地黄丸能降低 N-亚硝基氨酸乙酯引起的小鼠前胃癌的诱发率，使接受化学致癌物的动物脾脏淋巴小结生发中心增生活跃，在接种移植性肿瘤初期，可增强单核巨噬细胞的吞噬活性，可延长荷瘤动物的存活时间，但对肿瘤的发展无甚影响，也不影响肺转移的生长。[32]

张覃沐对冬凌草进行了实验研究，发现冬凌草化学成分复杂，其中冬凌草甲素和冬凌草乙素为抗肿瘤有效成分，体外抗肿瘤作用研究证明，冬凌草甲素及乙素对人体食管 Ca-109 细胞及 BEL-7402 细胞均有明显细胞毒作用，体内抗肿瘤实验证实对 EAC、S_{180}等均有明显抗肿瘤作用。体外实验还证实，冬凌草甲素可明显增强博莱霉素、消瘤芥的细胞毒作用。进一步研究发现，冬凌草甲素对 EAC、L_{1210}肿瘤细胞的“指数生长期”及“早期细胞”均有抑制作用，对细胞周期的 S、G_1、G_2、M 期细胞均有不同程度的杀伤作用。[33]

葛铭实验研究证明蛇莓、王不留、瞿麦、冬凌草、防己、番木鳖等单味中药及冬凌草、龙葵等复方中药对食管癌 109 细胞组有较强的杀伤作用，抑制率均在 50% 以上。[34]余桂清等报道，实验证明冬凌草和冬凌草素、鸦蛋子及其乳剂、山豆根和苦参碱、仙鹤草和鹤草酚、龙葵和龙葵碱、马蔺子甲素、马钱子甲素、斑蝥和斑蝥素衍生物、乌骨藤、天花粉等主要抑制核酸代谢和蛋白质合成，发挥其抗肿瘤作用。[35]

李乃卿对“参芪注射液”做了实验研究，有效成分主要是黄酮类和皂甙类，实验证实参芪注射液对动物有抗肿瘤作用，对移植性小鼠肉瘤 S_{180}有明显的抑制作用，抑制率达 36%～55%。[26]

【古训今释】

1 病名溯源

早在 2000 多年以前，豫西一带已有关于噎膈的记载，其症状表现和食管癌相符合。《素问·阴阳别论》提出“三阳结谓之膈”，《素问·通评虚实论》曰：“隔塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。”《灵枢·脏腑邪气病形》曰：“膈中，食饮入而还出，后沃沫。”后世对本病的认识不断加深，如宋·严用和《济生方·噎膈》载“噎膈”之名，明·程充辑《丹溪心法》有“胃脘亦槁，在上近咽之下，水饮可行，食物难入，名之曰噎，其槁在下，与胃为近，食久复出，曰膈。”清·张璐《千金方衍义》曰：“噎之与膈，本同一气，膈证之始，靡不由噎而成。”清·姜叙《风劳鼓膈四大证治》曰：“气留噎嗌，噎塞窒碍，食物不得顺利曰噎，气结胸膈，填塞隔绝，食物不得下通，曰膈。”清·陈修园《医学从众录·卷五·膈症反胃》曰：“膈者，阻隔不通，不能纳谷之谓也。又谓之膈。”

2 证候与病象

隋·巢元方《诸病源候论》提出五膈即忧膈、表膈、气膈、寒膈、热膈。

忧膈：自觉胸中气结，烦闷，津液不通，饮食不下，羸瘦不为气力。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

表膈：心下苦实满，噫气频作，食不消，心下积结，大小便不利。

气膈：胸胁胀满而咽喉有室塞感，胸膈不通，不喜饮食。

寒膈：心下，腹部胀满，咳喘气逆，腹部恶寒，腹中雷鸣绕脐痛，食不消，不能食肥甘厚味。

热膈：脏有热气，五心中热，口中烂，生疮，骨烦四肢重，唇口干燥，身体、头面、手足或热，腹背皆疼痛，胸痹引背，食不消，不能多食，身体羸瘦而少气懒言。

明·赵献可《医贯》又指出："唯男子年高者有之，少无噎膈。"

据临床观察，噎虽可单独出现，而又每为膈的前驱，故往往以噎膈并称。

3 病因病机

3.1 病　　因

关于噎膈形成的原因，历代医家的论述各有侧重。早在《素问·阴阳别论》说："三阳结谓之膈。"首先提出噎膈的发病与人身津液之亏少密切相关。后《素问·通评虚实论》指出："膈塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。"认为与精神因素有关。后世许多医家十分强调情志，痰结及气虚血枯对疾病的重要影响。明·邵达提出"噎膈多起于忧郁"。明·张介宾亦指出："噎膈一证，必以忧愁、思虑、积劳、积郁……而成。"后世有诸多医家引用张鸡峰之"噎膈，所谓神思间病是也"，来强调情志在噎膈发病中的重要作用。明·龚信《古今医鉴·噎膈》及明·王肯堂《订补明医指掌·噎膈》中均指出顽痰胶于上焦，道路狭窄，不能宽畅，饮或可下，食则难人，而病成。明·程充辑《丹溪心法·卷三·翻胃》曰："翻胃即膈噎，膈噎乃翻胃之渐。"比较重视脏腑气血亏损而致病的病因。再如清·姜天叙等医家在多年的临床实践中总结出噎膈多见于暮年之人，老年人多数气虚血少，血属阴，阴亏则不能制火，火熬津液则成痰，痰火窒塞胸膈则成噎膈之证。

纵观古之医家对噎膈病因的阐述，可分为外因和内因。

外因包括六淫侵袭，寒湿失调，饮食不节，贪恋酒色等。《灵枢·上膈》指出噎膈一证多因喜怒不适，食饮不节，寒温不时而形成。明·徐春甫在《古今医统大全·卷二十七·嘱噎证》中尤强调酒色过度，耗伤人体津液，极易致精血枯涸而成噎膈。

内因则包括阴阳不和，七情郁结，脏腑内虚，顽痰恶血，气滞血瘀等。隋·巢元方《诸病源候论》提出阴阳不和，而脏腑生病，结于胸膈之间，故称为膈气。情志因素在噎膈形成中占有重要的地位，前已有较多的介绍，在此不再赘述。脏腑内虚、气滞血瘀、顽痰恶血等因素可直接导致气血虚弱，而气血虚弱往往致痰火内生窒塞胸膈而病噎膈。

3.2 病　　机

祖国医学对于噎膈病机的论述，大体可分为以下四种：

3.2.1 热结津伤 清·何梦瑶《医碥·反胃噎膈》中说："酒客多噎膈，饮热酒者尤多，以热伤津液，咽管干涩，食不得人也。"酒食易生湿，若嗜酒无度或恣食肥甘厚味则痰浊内生，久而痰聚生内热，若嗜食辛香燥烈之品或房劳过度则耗伤阴津而致津伤血燥，使咽管干涩，则咽食困难而成噎膈。正如明·张介宾《景岳全书·杂证谟·噎膈》中指出的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

"酒色过度则伤阴，阴伤则精血枯涸，气不行则噎膈病于上，精血枯涸则燥结病于下。"其病机不外乎精少液枯，气不运行，导致血液枯竭，为内耗肾阴而然。

3.2.2 痰气交阻 忧思过度则伤脾，脾伤则运化无权，水谷无以化为精微，聚而成湿成痰，阻滞气机，则津液不能输布，亦聚而成痰，痰气交阻于气道，于是渐生噎膈，正如明·王肯堂《订补明医指掌·噎膈》所言："(噎膈) 多起于忧郁，忧郁则气结于胸，臆而生痰，久则痰结成块，胶于上焦，道路狭窄，不能宽畅，饮或可下，食则难入，而病已成矣。"正指噎膈初起而言。

3.2.3 瘀血内阻 郁怒则伤肝，肝藏血，肝郁则血液不能畅行，久而成痰，瘀血阻塞于胃口则食不得下，忧思伤脾，脾伤则气结，气结则血液运行不畅，积于食管之中则成噎膈，明·徐灵胎说："噎膈之证必有瘀血，顽痰越气，阻隔胃气。"

3.2.4 气血亏虚 先天禀赋不足，年少者房劳过度或年高者均肾气不足，气血亏虚，人的气血亏损和年老肾虚作为内因与食管癌的发病有关。明·张景岳说："噎膈一证，必以忧愁、思虑、积劳、积郁或酒色过度，伤阴而成，……伤阴则阴血枯涸，气不行则噎膈病于上，精血枯涸则燥，结病于下。"元·朱丹溪说："噎膈反胃各虽不同，病出一体，多由气血虚弱而成。"明·赵献可《医贯》论膈证时亦指出："惟年高者有之，少无噎膈反胃者。"以上说明人体的脏腑虚弱，气血亏损，乃年高之人精枯阴伤，都能诱发噎膈证。

综上所述，本病的病位在于食道，初起一般为实证，发展到中期多为虚实夹杂，末期往往以虚证居多。食道属胃气所主。叶天士有："食管窄隘使然"之说。

4 治 则 治 法

4.1 治 则

中医从整体出发治疗噎膈，毒副作用小，在改善症状及恢复患者体力方面显示了极大的优越性，治疗上认识不断深入，治疗的方剂不断增多，疗效也不断提高。

古代医家积累了丰富的治疗经验，提出了许多辨证论治的原则，如理气化痰，舒肝解郁，消食快气，温胃散寒，泻热补水，活血化瘀，健脾益肾，益气养血等，还有一些行之有效的验方，同时还介绍了针灸等不同治疗方法。

各派医家对"噎膈"提出了不同的治疗法则。

丹溪认为噎膈多由阴液亏损而致，但治噎膈喜用活血化瘀之法攻之，张子和主用舟车丸攻之，以瓜蒂散扬之，刘河间力倡三承气下之，而李东垣倡用辛甘助阳之品以治其本。此外，明代的张介宾又力举健脾益肾以扶正祛邪等等。

总之，在辨证时，首先应辨明虚实，实者多由于气、痰、血互结于食道，虚者多为津血亏耗，发展至后期脾肾两亏亦不少见。初起以标实为主，根据气结、痰阻、血瘀的不同，分别治疗，但需加入滋阴养血之品，随着病情的发展，经久由实转虚，由气及血，而治法亦当权衡其虚实之程度，与气、血、痰郁结之微甚，适当加以处理。后期以本虚为主，应根据津血枯涸及阳气衰弱的程度，给予不同的治疗。总之总的治则为：实者舒肝解郁，豁痰通络，活血化瘀，虚者养血生津润燥，健脾益肾，到了终末期还应注意分清标本缓急，急则治其标，缓则治其本。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 治　法

4.2.1 急性期的治法

急性期患者常表现为食不得下，或虽勉强吞下随即吐出，甚则水饮不下。

此时的治疗亦应根据病因、病理、病程长短及舌脉分清气结、血瘀、痰阻，辨证论治，否则恐使病情加重，古代医家对食管癌急性期的治疗提出了不同方法：

元·张从正认为泻热最为要紧，他在《儒门事亲·卷三·斥十膈五噎浪分支派疏》中说："三阳热结，分明一句，到了难从，不过抽薪，最为要紧，扬沸止沸，愈急愈增，岁月弥深，为医所误。卜言可下，退阳养阴，张眼吐舌，恐伤元气……今代刘河间治膈气噎食，用承气三汤，独超。"张从正主张以舟车丸攻之，以瓜蒂散扬之。丹溪则喜用活血化瘀之法攻之。东垣倡用辛甘助阳之品以治其本，加堵塞之药以泻其标。他在《脾胃论》中这样说："堵塞咽喉，阳气不得出者曰塞；阴气不得下降者曰噎。夫噎塞，迎逆于咽喉胸膈之间，令诸经不行，则口开、目瞪、气欲绝，当先用辛甘气味俱阳之药，引胃气以治其本，加堵塞之药以泻其标也（原注：即加用橘皮、青皮、炒六曲之类；以泻堵塞咽喉胸膈之间的浊气）寒月阴气助阴邪于外，于正药内加吴茱萸大热大辛苦之味，以泻阴寒之气。而元·罗天益则认为桂香散（水银、黑锡各三钱，硫黄五钱）治膈气反胃，诸药难效，朝食暮吐，暮食朝吐，甚者食已辄出，其效如神。

总之在临床上我们要辨清病机，灵活运用古人的经验，才得收到好的疗效，但对于晚期的噎膈重症，古代医家也感到十分棘手，预后不良。高士宗认为："患此病者，百无一生。"清·徐大椿亦指出："膈病乃胃口枯槁之症，百无一治。"

4.2.2 缓解期的治疗

综合古代医家对于噎膈的治疗经验，噎膈缓解期的治疗可分为以下几型：

4.2.2.1 津亏热结型

代表方剂：五汁安中饮加散结灵。

药物：韭汁　牛乳　生姜汁　梨汁　藕汁　水煎频服

源典：清·王旭高《王旭高医案》"（噎膈）久之则中焦之气日伤，津液日竭，胃管之口缩小，纳食梗，嗌作痛，胃气即失须降，二肠自少灌溉，渣滓留滞不行，加以肝胆郁结之火，日加煽灼，大便自然燥而不通，甚至经旬始通，通下如羊矢黑粒者，不可治矣。夫噎膈固属难治，而古人治此者亦少精妙之方。……此外如丹溪五汁安中饮、左金丸等，尚可取法。"

4.2.2.2 痰气交阻型

代表方剂：启膈散佐四君子汤。

药物：河参三钱　丹参三钱　茯苓一钱　川贝母（去心）一钱五分　郁金五分　砂仁壳四分　荷叶蒂二个　杵头糖五分　人参二钱　炙甘草一钱　白术二钱　茯苓二钱

源典：清·程钟龄《医学心悟》："古方治噎膈，多以止吐之剂通用。不思吐，泻症也，宜燥；噎膈，燥症也，宜润。经云：三阳结谓之膈。结，结热也，热甚则物干。凡噎膈症，不出胃脘干槁四字。槁在上脘者，水饮可行，食物难入；槁在下脘者，食虽可入，入而复出。……予尝用启膈散开关，更佐以四君子汤以调理脾胃。……启膈散，通噎膈，开

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

关之剂，屡效。”

4.2.2.3 瘀血内结

代表方剂：导滞通幽汤。

药物：升麻梢 桃仁泥各一钱 炙甘草、红花各三分 熟地 生地各五分

水二盅，煎一盅，调槟榔末五分稍热服。

源典：明·李梴《医学入门·噎膈》：“疏云：膈有相格意，即膈食反胃也。玉机云：噎塞大便不通，通幽汤，故以膈噎为题。……病因内伤忧郁失志，及饮食淫欲而动脾胃肝肾之火，或因杂病误服辛香燥药，俱令血液衰耗，胃脘枯槁，其槁在上焦……。其槁在中焦幽门者，食物可下，良久复出，幽门与中脘相近，言其位幽僻，胃中水谷自此而入小肠也。……大便闭者，导滞通幽汤。”

4.2.2.4 气虚阳微

代表方剂：温补脾阳补气运脾汤主之，温补肾阳，右归饮加当归主之。

药物：补气运脾汤：人参二钱 白术二钱 橘红、茯苓各钱半 蜜炙黄芪一钱 砂仁八分 炙甘草四分

右归饮：熟地二三钱或加至一二两 山药（炒）二钱 枸杞二钱 山茱萸一钱 甘草（炙）一二钱 肉桂一二钱 杜仲（姜制）二钱 制附子一二三钱 水二钟，煎七分，食远温服。

源典：清·姜天叙《风劳鼓膈四大证治》：“中气虚弱，不能运转，噎塞反胃者，补气运脾。……

明·张介宾《景岳全书·杂证谟·噎膈》：“凡治噎膈大法，当以脾肾为主。盖脾主运化，而脾之大络布于胸膈；肾主津液，而肾之气化主乎二阴。故上焦之噎膈，其表在脾；下焦之闭结，其责在肾。治脾者宜从温养，治肾者宜从滋润，舍此二法，他无捷径矣。然泰应之道，天居地下，故必三阳出土而后万物由之，可见脾土之母由下而升。褚侍中曰：外病疗内，上病救下，辨病脏之虚实，通病脏之子母，斯言得矣，不可忽也！……阳中之阳虚者，宜右归饮加当归。

4.2.3 噎膈的针灸疗法

清·吴亦鼎《神灸经论》中详述了针灸治疗噎膈的临床经验，现总结如下：

主穴：膻中、中脘、膏肓、内关、胃仓、足三里、心俞、膈俞、脾俞、天府、乳根。

诸穴相配共奏理气解郁，健脾化痰养血之功。若痰较多者可加丰隆、足三里加强健脾化痰之效，若伴有食道出血则可加内关、列缺、曲池、合谷，伴有胸骨疼痛者可加内关、华盖、及胸前六穴。

5 方剂用药归类

历代医家在治疗噎膈过程中积累了丰富经验。沈括《苏沈良方》中“昆布丸”以及明代方贤《奇效良方》中急性子、透骨草、牡蛎，《太平惠民和剂局方》中丁香启膈散，徐春甫《古今医统》治膈润肠膏中的威灵仙，严用和《严氏济生方》五膈散中半夏、南星等药物在临床上具有明显疗效，并一直沿用至今。

现将《内经》以来的医家对噎膈治疗用药、方剂归类如下：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.1 痰气交阻型

常用药：八月札　枸橘李　生南星　生半夏　夏枯草　石上柏　石见穿　公丁香　谷麦芽等理气健脾化痰，急性子　山豆根等清热解毒抗噎膈

常用方剂：

5.1.1 《医学入门》

(1) 丁香煮散

丁香（不见头）　红豆（去皮）　青皮（去白）　甘草（炙）　川乌（炮去皮脐）　陈皮（去白）　干姜（炮）　良姜（炮去芦头）各四两　益智（去皮）五两半　胡椒二两

右件剉为粗散，每服二钱，水一盏，生姜三片，盐一捻，煎至七分，空心食前稍热服，滓再焦。病退即止，极妙。

(2) 木香匀气散

丁香　檀香　藿香　木香各一两　甘草四两　砂仁二两　白豆蔻仁　沉香各一两

为末，每服二钱，加生姜三片，苏叶五片，食盐少许，水煎，不拘时热服，或炒茴香煎汤入盐酒调下。

(3) 化痰丸

半夏四两　汤洗七遍，焙干，矾石烧灰，研一两。右二味，捣研为细末，以生姜自然汁煮枣，取肉和丸，如梧桐子大，每服十五丸，生姜汤下，不拘时服。

(4) 六君子汤

人参（去芦）　甘草（炙）　茯苓（去皮）　白术各等分

研为细末，加半夏、陈皮、姜、枣煎。

(5) 瓜蒌实丸

栝蒌实　枳壳　半夏　制桔梗各一两

右为末，姜汁米糊和丸，梧子大，每五七十丸姜汤吞下。

(6) 四七汤

半夏一钱半　白茯苓一钱三分　苏梗一钱　厚朴一钱

右剉一剂，生姜七片，大枣一枚，水二钟，煎八分服。

(7) 阿魏撞气圆

茴香（炒）　青皮（去白）　甘草（炒）　莪术（炮）　川芎　陈皮各一两　白芷半两　丁香皮（炮）一两　缩砂仁　肉桂（去皮）各半两　生姜四两（切作片子用盐半两淹一宿炒黑色）　胡椒　阿魏（醋浸一宿以面同为糊）各二钱半

右捣为末，用阿魏和圆，如鸡头大。用朱砂七钱为衣。丈夫气痛炒姜盐汤下一粒至二粒。妇人血气醋汤下，常服一粒烂嚼，茶酒下。

5.1.2 《证治准绳》

(1) 十味温胆汤

半夏（汤炮）　枳实（麸炒）各二钱　广陈皮二钱　茯苓钱半　人参　熟地　枣仁（炒）　远志（制）　五味子各一钱　炙甘草五分

水二盅，生姜五片，枣一枚，煎八分，不拘时服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 生姜半夏汤

半夏一两　生姜二两

右以水煎，汤作三服。

(3) 金花丸

半夏（洗）一两　槟榔二钱　雄黄一钱半

为末，姜汁浸，蒸饼为丸，梧桐子大，生姜汤送下。

(4) 橘皮半夏汤

橘皮半两（去白）　半夏二钱半（汤洗七次）

右末，分作二服，每服水一盏半，入生姜十片，同煎至七分，去滓温服。

(5) 紫沉丸

半夏曲一两　橘皮五钱　代赭石三钱　砂仁　乌梅　丁香　槟榔各二钱　杏仁　沉香　木香　白术各一钱　肉豆蔻　巴豆霜各五分

为末，入巴豆霜令匀，醋糊为丸，梧桐子大，每服三十丸，姜汤送下。

5.1.3 《风劳鼓膈四大证治》

(1) 利膈豁痰汤

橘红　半夏　枳实　栝蒌　黄连　栀子　香附　细茶　槟榔　沉香　石膏　白芥子

初服二三帖加麻黄、苏叶煎。

(2) 香砂宽中汤

木香（磨）　白术　陈皮　香附　白豆蔻　砂仁　青皮　槟榔　半夏曲　茯苓　厚朴　甘草加姜蜜少许煎服

(3) 旋覆代赭汤

旋覆花（包）三钱　代赭石（打，先煎）　党参三钱　炙甘草一钱　制半夏三钱　生姜四钱　大枣三枚

(4) 涤痰丸

半夏曲　枯矾　皂角（炙，割去皮结子）　元明粉　茯苓　枳壳各等分

(5) 霞天膏和丸。

5.1.4 《证治要诀》

(1) 木香槟榔丸

木香　槟榔　青皮　陈皮　广茂　黄连（麸炒）各一两　黄柏　大黄各三两　香附子（炒）　黑牵牛各四两

为细末，梧子大，用水丸，每服三五十丸，食后生姜汤下。

(2) 半硫丸

半夏（汤浸七次焙干为细末）　硫黄（用净好者研令极细，用柳木槌子杀过）

上等分，以生姜自然汁同煮，入干蒸饼末捣和匀，臼内杵数百下，丸如梧桐子大。每服空心温酒或生姜汤下十五丸至二十丸；妇人醋汤下。近代用法：上二味研末，用生姜汁二两打汁，和冷开水冷丸如绿豆大，每用二至三钱，开水送下。

(3) 导痰汤

二陈汤去乌梅，加南星、枳实，煎服法同。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.1.5 《医林绳墨》

半夏 橘红各五两 茯苓三两 炙甘草一两五钱

咬咀，每服四钱，用水一盏，生姜七分，乌梅一个，同煎六分，去滓热服，不拘时候。近代用法：不用生姜、乌梅，饮片煎服；或作丸剂，取前四味为末，用蜜，或生姜汤，或水泛为丸，每服二三钱，温开水送下。

5.1.6 《医学心悟》

(1) 小半夏汤

半夏一升，生姜半斤。

水煎，分两次服。

(2) 调中散

北沙参三两 荷叶（去筋）净一两 广陈皮（浸去白）一两 茯苓一两 川贝母（去心，粘米拌炒）一两 丹参二两 陈仓米（炒熟）三两 五虫（醋炒焦黄）一两

共为细末，每用米饮调下二钱，日二服。

5.1.7 《脾胃论》

(1) 木香汤

木香 陈皮各三斤 姜黄 炒麦芽各五斤 炒甘草 炒盐各十一斤 莪术四斤

为末，每服一钱，不拘时，沸水点服。

(2) 橘皮枳术汤

枳实 橘皮各一两 白术二两

右件为细末，荷叶烧饭为丸。

5.1.8 《世医得效方》

五磨饮子

槟榔 沉香 木香 乌药 大黄 枳壳

各磨汁半盏，和匀温服。

5.1.9 《景岳全书》

六安煎

陈皮一钱半 半夏二三钱 茯苓二钱 甘草 杏仁（去皮尖）各一钱 白芥子五七分（年老气弱者不用）

水一盅半，加生姜三五七片，煎七分，食远服。

5.1.10 《外科正宗》

木香流气饮

川芎 当归 紫苏 桔梗 青皮 陈皮 乌药 黄芪 枳实 茯苓 防风 半夏 白芍各一钱 甘草节 大腹皮 木香 槟榔 泽泻 枳壳各五分 牛膝下部一钱

5.1.11 《太平惠民和剂局方》

五膈宽中散

白豆蔻（去皮）二两 甘草（炙）五两 木香三两 厚朴（去皮，姜汁炙熟） 香附子（炒）各一斤 丁香 缩砂仁 青皮（去白） 陈皮（去白）各四两

右为末，每服二钱，姜三片，盐少许，不拘时沸汤下。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 逍遥散

柴胡 炒当归 白芍药 白术 茯苓各一两 炙甘草五钱

为粗末，每服二钱，加煨姜一块，薄荷少许，水煎，不拘时服。

5.1.12 《备急千金要方》

二陈汤去乌梅，加竹茹、枳实、大枣。

5.2 瘀血内结型

5.2.1 《寿世保元》

当归活血润肠汤

当归（酒洗）一钱半 桃仁（去皮尖）一钱 广陈皮（青色者）八分 红花七分 川厚朴（姜炒）一钱 片白术（盐水炒）一钱 炙甘草三分 黄连（吴茱萸炒）一钱 大腹皮（甘草汤洗）一钱 善饮酒者，加葛根水煎服。

5.2.2 《风劳鼓膈四大证治》

抵挡丸

水蛭（熬） 虻虫（去翅足熬）各二十个 桃仁二十五个 大黄三两

四味，捣分四丸，以水一升，煮一丸，取七合服之，啐时当下血，若不下者更服。

5.3 热结津亏型

5.3.1 《医学心悟》

调中散

北沙参三两 荷叶（去筋）净一两 广陈皮（浸去白）一两 茯苓一两 川贝母（去心粘米拌炒）一两 丹参二两 陈仓米（炒熟）三两 五谷虫（醋炒焦黄）一两

共为细末，每用米饮调下二钱，日二服。

5.3.2 《医学从众录》

滋液救焚汤

生地黄 麦门冬各二钱（并取汁） 胡麻仁（炒研） 炙甘草 真阿胶 紫石英（酿碎） 寒水石（敲碎） 滑石（敲碎）各一钱 柏子仁（炒）七分 五味四分 生犀三分（研汁） 生姜汁二茶匙

右除四汁及阿胶，共八物，用名山泉水四茶杯，缓火煎至一杯半，去滓入四汁及阿胶，再上火略煎，至烊化斟出，调牛黄细末五厘，日中分二三次热服，空心先服崔氏八味丸三钱。

5.3.3 《王旭高医案》

五汁安中饮（见前）。

5.4 阳气虚衰型

常用药：附子 黄芪 人参 茯苓 白术 枸杞 肉桂 吴茱萸等。

常用方剂：

5.4.1 《风劳臌膈四大证治》

补气运脾汤（略）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.4.2 《景岳全书》

右归饮（略）

5.4.3 《太平圣惠方》

附子（炮裂去皮脐） 炮姜各一分 干地黄二两

为粗末，分三次水煎，去渣服。

5.4.4 《医学入门》

（1）肾气丸

干地黄八两 山药四两 山茱萸四两 泽泻三两 茯苓三两 牡丹皮三两 肉桂一两 附子（炮）一两

为末，炼蜜和丸梧子大，酒下十五丸，加至二十五丸，日再服。近代用法：每服三钱，日一二次，温开水或淡盐汤送下。

（2）单附子散

大附子一个坐干砧上，四面着火渐逼，淬入生姜汁中，又炙、又淬之，可尽汁半碗许，捣为末，粟米饮调下一钱，不过三服差，或加丁香一钱同为末。

5.4.5 《脾胃论》

补中益气汤

黄芪 炙甘草各五分 人参 白术各三分 当归身二分 橘皮 升麻 柴胡各二分或三分

5.4.6 《证治要诀》

挝脾汤

麻油四两 高良姜十五两 炒茴香七两半 甘草十一两七钱半

用炒盐一斤同炒，为细末，每服一钱，白汤点下。

展 望

近四十年来，中医治疗噎膈取得了很大进展，使噎膈的临床治愈率不断提高，对于不能治愈的晚期病人，中医药治疗使生存质量提高，生存期延长。今后应运用科学的方法，总结以前取得的临床研究成果，从中发现噎膈的中医诊治规律，以期进一步提高中医药治疗噎膈的临床疗效。从近代中医治疗噎膈的研究成果来看，中医药在噎膈的预防方面有很大的优势，既往的研究证明，预防性应用中医药，可降低噎膈的发病率。寻找能特异性防治噎膈的药物，是今后一个时期的主要任务之一。另外，中医四诊在噎膈早期诊断方面有一定优势，有望为噎膈的早诊早治做出贡献。

（李佩文 朱世杰 李小兵 樊茂蓉）

近现代参考文献

[1] 秦伯未. 近代中医珍本集·内科纲要. 杭州：浙江科学技术出版社，1991. 31

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[2] 朱寿朋. 噎膈之辨证与治疗. 新中医药, 1956 (7):21
[3] 许半龙. 近代中医珍本集·内科概要. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1991. 76
[4] 郁仁存. 中医肿瘤学. 北京: 科学出版社, 1983. 234~236
[5] 赵世庆. 上消化道癌发病内在机制的初步探讨. 河南中医, 1984 (3):32
[6] 陈美芳. 食道癌的中医防治. 上海中医药杂志, 1993 (3):41~42
[7] 张代钊. 中西医结合治疗癌症. 太原: 山西人民出版社, 1984. 8
[8] 潘德年, 等. 中医望诊法在消化道癌临床诊断应用初探. 中医杂志, 1985 (6):51
[9] 李佩文. 食管贲门癌500例舌象观察. 中医杂志, 1982 (9):23
[10] 汤新民. 关于噎膈的治疗. 上海中医药杂志, 1985 (3):23
[11] 余瀛鳌. 噎膈悬饮. 广西中医药, 1981 (5):27
[12] 谢远明. 活血化瘀法治愈噎膈3例. 陕西中医, 1984 (5):23~25
[13] 杜百镰. 食管癌. 北京: 中国科学技术出版社, 1994. 482
[14] 王明武. 冬凌草治疗食管癌贲门癌54例临床疗效观察. 河南肿瘤杂志, 1993 (3):221~223
[15] 王志良. 中药通光藤治疗食管癌胃癌的临床观察. 河南肿瘤杂志, 1995 (3):202~204
[16] 宋洪恩, 等. 复方壁虎酒治疗食管癌42例疗效观察. 北京中医, 1986 (3):25
[17] 马吉福. 复方八角金盘汤治疗食管贲门癌178例. 辽宁中医杂志, 1985 (8):23
[18] 郑润身. 中医治疗噎膈. 中华外科杂志, 1959 (7):134
[19] 吴清都. 启膈汤治疗食管癌咽下困难症36例. 福建中医药, 1993 (6):32
[20] 田逸之. 大半夏汤加味治疗晚期食道贲门癌梗阻. 浙江中医杂志, 1994 (3):128
[21] 王瑞林. 冬凌草与化疗合用治疗食管癌增效作用的探讨. 中华肿瘤杂志, 1986 (4):297
[22] 姜廷良, 严述常. 我国抗癌中草药研究现状和展望. 中西医结合杂志, 1986 (11):698
[23] 刘少翔等. 中药结合化疗治疗晚期食管癌60例疗效观察. 见: 刘以伟等主编, 食管癌防治研究. 北京: 北京医科大学. 中国协和医科大学联合出版社, 1992. 199
[24] 河北省医科院肿瘤研究院. 中西医结合治疗60例食管贲门癌. 新中医, 1985 (9):23
[25] 杨崇江、金树文. MOF Ⅲ方案加中药扶正抗癌汤治疗32例晚期食管癌、贲门癌的疗效分析. 中西医结合杂志, 1985 (11):666
[26] 李乃卿, 等. 参芪注射液配合化疗治疗消化道肿瘤的临床及实验研究. 中国中西医结合杂志, 1992 (10):588
[27] 冀法欣等. 鸦胆子油乳剂配合放疗治疗中晚期食管癌168例. 中原医刊, 1990 (3):3
[28] 徐德门. 用动态观察法判断地龙胶囊与放疗综合治疗食管癌的近期效果. 中国肿瘤临床, 1991 (18):149
[29] 林培中, 等. 食管癌前病变(食管上皮增生)的药物阻断性治疗——抗癌乙片、维胺脂和核黄素三年和五年的阻断效果. 中国医科院学报, 1990 (4):235~245
[30] 李佩文. 六味地黄丸防止食管上皮重度增生癌变效果的观察. 中日友好医院学报, 1990 (3):170
[31] 侯浚. 复方苍豆丸治疗食管癌前病变的临床研究. 河北中医, 1992 (4):1~2
[32] 中医研究院中药研究所肿瘤组. 六味地黄汤对实验肿瘤发生发展影响的初步观察. 新医药学杂志, 1997 (7):41
[33] 张覃沐, 等. 冬凌草甲素、博莱霉素 A_5 和消瘤芥不同组合的抗肿瘤作用. 中国药理学报, 1986 (5):457
[34] 葛铭, 等. 用食管癌109细胞株筛选中草药、复合药的初步小结. 河南医学院学报, 1981 (4):7
[35] 余桂清, 姜廷良. 中西医结合防治肿瘤及抗癌中草药研究新进展. 中西医结合杂志, 1987 (2):757

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❀ 泄　　泻 ❀

泄泻是指因感受外邪，或饮食所伤，致脾失健运，大肠传导失司、清浊相混杂而下，以大便次数增多，粪质稀薄，甚至泻出如水样为主要临床表现的病证。本病一年四季皆可发病，尤以夏秋季节为多，发病率较高，为消化内科最常见的疾病之一，严重影响了病人日常生活质量和工作。依据病程长短，可将泄泻分为暴泻（急性泄泻）和久泻（慢性泄泻），一般认为病程在2个月以上者为慢性泄泻。

泄泻为临床常见病证，可见于多种疾病过程中，西医的急性肠炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎、肠易激综合征、慢性结肠炎、肠结核、克隆病、小肠吸收不良、伪膜性肠炎等，以泄泻为主要症状时，均属于中医“泄泻”范畴。

【今日临床】

1 诊断标准

关于“泄泻”的中医诊断标准，有1993年卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》，1994年6月国家中医药管理局又发布了“行业标准”（ZY）和《中医病证诊断疗效标准》，这些标准现已广泛应用于临床，科研选定标准较多采用《中药新药临床研究指导原则》。

1.1 病名诊断标准

（1）大便稀薄或如水样，次数增多。可伴腹胀腹痛等症。

（2）急性暴泻起病突然，病程短。可伴有恶寒、发热等症。

（3）慢性久泄起病缓慢，病程较长，反复发作，时轻时重。

（4）饮食不当、受寒凉或情绪变化可诱发。

（5）大便常规可见少许红、白细胞，大便培养致病菌阳性或阴性。

（6）必要时作X线钡剂灌肠或纤维肠镜检查。

凡具备以上指征者，皆可诊断为“泄泻”

上述诊断标准录于国家中医药管理局发布的“行业标准ZY”。

1.2 证类诊断标准

寒湿困脾　大便清稀或如水样，腹痛肠鸣，畏寒食少。苔白滑、脉濡缓。

肠道湿热　腹痛即泻，泻下急迫，粪色黄褐秽臭，肛门灼热，可伴有发热。舌红，苔黄腻，脉濡数。

食滞肠胃　腹满胀痛，大便臭如败卵，泻后痛减，纳呆，嗳腐吞酸。舌苔垢或厚腻，脉滑。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肝气郁滞 腹痛肠鸣泄泻，每因情志不畅而发，泻后痛缓。舌质红，苔薄白，脉弦。

脾气亏虚 大便溏薄，夹有不消化食物，少进油腻则便次增多，伴有神疲乏力。舌质淡，苔薄白，脉细。

肾阳亏虚 晨起泄泻，大便夹有不消化食物，脐腹冷痛，喜暖，形寒肢冷。舌淡胖，苔白，脉沉细。

1.3 分期分级标准

1.3.1 分期标准

急性泄泻：病程少于两个月者。

慢性泄泻：病程超过两个月者。

1.3.2 分级标准

根据泄泻的分期不同，可采用如下分级方法（作者自拟）：

1.3.2.1 急性泄泻

轻：大便次数每日在3次以下，无发热，无腹痛。

中：大便次数每日在3~7次，发热体温在38℃以下，腹痛较轻可以忍受。

重：大便次数每日在7次以上，发热体温在38℃以上，腹痛较重难以忍受。

1.3.2.2 慢性泄泻

轻：大便次数每日在3次以下，病程在2月~3年，一般状态较好。

中：大便次数每日在3~7次，病程在3年~10年，一般状态较差。

重：大便次数每日在7次以上，病程在10年以上，一般状态极差。

2 中心证候特征

大便次数增多，粪质变稀是本病的中心证候。本病以大便清稀为诊断依据。大便次数增多，不一定是泄泻，如有一日大便2~4次者，但粪质不稀，腹无所苦，不可诊为泄泻。若大便每日虽只1~2次，而粪质清稀或水样，则属泄泻之列。

初起多泄泻腹痛，泻下急迫，大便频频，甚者可达每日十余次；粪质清稀如水，或黄褐粘滞不爽，或臭如败卵。泄泻迁延日久，大便次数相对减少，粪质多溏，可夹有不消化食物或粘液，每因劳倦、受凉、饮食不慎以及情志因素而引发。

大便的性状和诱发加重因素，常对辨证有重要的指导意义。例如鹜溏、濡泄、大便稀烂多为脾气虚或脾阳虚；洞泄、泻下清稀或完谷不化多为脾肾阳虚；泻下急迫或夹脓血粘液多为肠中湿热，此时须注意是否同时伴有脾虚、肝郁或阴伤的存在；进食生冷或气候转凉则诱发加重者，属阳虚；进食油腻或泄泻泛恶者属脾（阳）虚湿困；情绪诱发，或紧张后诱致腹痛，泻后疼痛方减，或大便先干后溏，或干多溏少，或便中夹有粘液，左少腹隐痛者，属脾虚肝郁，肝脾不调之证。对于泄泻有时间规律可循者，有助于判断病位。清晨鸡鸣即感腹痛、随即腹泻，多为肾虚；而第一次稀便在早饭前后或上午，多属脾虚；若发生于下午、傍晚者要考虑肠腑湿热的可能。结合前述大便性状以及伴随症状，准确辨证多无困难。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 病　因

3.1 原发病因

感受外邪　六淫入侵，脾胃失调，皆可致泻。而六淫之中又以寒、湿、暑、热为常见，其中又以感受湿邪致泻者为最多。湿邪致泻，多兼夹其他病邪。如雨湿过多，坐卧湿地，或汗出入水，则寒湿内侵，困遏脾阳，清浊不分而致泻；或长夏兼暑（热），壅遏中焦，脾胃受病、下迫大肠而致泻；或兼风寒，犯扰于中，则泻而兼见寒热表证。

饮食内伤　饮食不节、暴饮暴食，食滞胃脘而不化，或进食不洁腐败之物、过食肥甘厚味、恣食生冷、饮酒过度，皆可损伤脾胃，以致脾失健运，水谷不化精微，水反为湿，谷反为滞，而成泄泻。

体虚久病　劳伤过度、素体禀赋不足，或久病体弱，或久泻伤正，或操劳过度，以致脾胃虚寒，中阳不健，运化无权，清气下陷，水谷糟粕混杂而下；如脾虚及肾，或年老体衰，命火不足，不能助脾土腐熟水谷，则水谷不化而为泄泻；此外，肾司开阖，开窍于前后二阴，为胃之关，关门不固亦可致泄。

毒物药物　西药非甾体类抗炎药如萘普生、二氯芬酸、异丁苯丙酸、吲哚美辛等，抗恶性肿瘤药如氟尿嘧啶等，麦角制剂、雌性激素、西咪替丁、甲基多巴等，中药泻下药如番泻叶、大黄、巴豆、甘遂等类皆可损伤胃肠道而发生泄泻。

3.2 继发病因

痰饮　脾虚运化失司，水湿停滞，聚湿成痰，痰饮流注肠腑，则泄泻迁延不愈。

瘀血　湿为阴邪，其性粘滞重浊，影响血液畅行，血行不畅，或湿滞伤络，可滞而成瘀；或因脾虚湿阻，脾运障碍，气虚不能摄血，离经之血成瘀；或腹泻日久涉及脾肾，脾虚不能推动血运，肾虚则寒从中生，阳虚不能行血，血因寒凝。或病久正气不足，因寒、热、湿、积留连肠中，邪客脉络，络伤血溢，出现因湿致瘀症状；而瘀血又可影响水液代谢，导致因瘀致湿的症状，二者互为因果，形成恶性循环，造成疾病缠绵不愈，这也是难于取得速效的病理基础。

3.3 诱发病因

脾胃内虚，或肠中素有湿热，一旦遇到下列诱因，则常常引起泄泻的发生。

外感六淫　特别是暑湿热毒侵入肠中，湿热郁蒸，肠道传导失司，清浊不分，发为泄泻。

饮食所伤　饮酒嗜辛，或进食膏粱厚味，湿热蕴蒸，脾胃运化功能失调，传化失常，发生泄泻。

季节变化　特别是秋冬季节，气温由凉转冷，寒气偏盛，一旦饮食不当，过食生冷或衣少受寒、腹部着凉，寒邪入侵，内客胃肠，脾阳受遏，运化失司，使水谷不能腐熟，精微不能升清，清浊相混而下。

情志失调　许多泄泻病人，发病常与精神因素有密切关系，特别是与焦虑、抑郁、恐

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

惧等因素有关。忧思恼怒，所欲不遂，则肝失疏泄，横逆乘脾，脾胃受制，运化失常，而成泄泻；或忧思伤脾，而致土虚木郁，亦可致泄。若素体脾虚湿胜，逢怒进食，则更易而泄。

其它疾病 如痢疾、消渴、瘿瘤、肺痨、外科手术后等许多疾病，涉及脾胃大肠，皆可发生泄泻。

4 病 机

4.1 发 病

外邪致病和饮食所伤者，起病多急骤；情志所伤及脏气虚弱者，起病多较缓慢。泄泻一证总以大便次数增多或质地溏薄为首发症状。

4.2 病 位

主要在脾胃、小肠、大肠。但与肝、肾功能失调关系密切。

4.3 病 性

有寒、热、虚、实之别。急性泄泻多因湿邪伤脾，或食滞生湿，壅滞中焦，脾失健运，水谷清浊不分，病属实证。慢性泄泻多为脾虚生湿，健运无权，或在脾虚基础上，肝气乘脾，或肾阳虚而不能助脾腐熟水谷所致，病属虚证或虚实夹杂证。

4.4 病 势

因湿性有粘滞下趋的特点，故其病多缠绵难愈，病程较长，其势向下，易于因湿致虚。

4.5 病机转化

泄泻的病机转化取决于湿邪与人体正气之间的斗争，与脾胃功能的强弱有密切关系，即脾虚与湿盛之间互相影响，互为因果，脾虚则内湿由生，湿盛则脾阳被遏，两者之间以脾为主要矛盾。

从临床上看，外邪致病，以湿邪为主，多夹他邪共同致病，表现出湿邪与寒、热、暑等相兼的病机特点，但在一定的条件下，如机体的正气盛衰、治病正确与否，其病机可向不同的方面发展，或出现寒、湿、热错杂交互为病，则成为难治之症；若进一步发展则损伤脾肾之阳气而致脏腑衰弱，病情缠绵，数十年不愈。此外，如湿热火毒伤阴，或暴泻无度，可出现伤津耗液，甚至亡阴之证。

4.6 证类病机

寒湿 寒湿之邪损伤脾胃阳气，脾胃阳气不足，则运化水湿功能失调，寒湿困阻中焦，肠道传导功能异常，清浊不分而成泄泻，泻下为水样；寒主收引，故腹痛肠鸣。

湿热 湿热或暑湿之邪侵淫中焦，脾胃受损。湿与热邪致病的特点同时存在，湿热之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

邪下注，则大便泻下急迫，肛门灼热，苔黄腻；湿热内蕴，故舌红，苔黄或黄腻。

饮食所伤 饮食不慎，伤脾碍胃，脾胃传导运化失常，水反为湿，谷反为滞，精微之气不能化生，清浊混杂，合污而下，并走大肠而泄泻。此证因食物未腐熟消化，清浊不分，故泻下物如败卵之臭，并伴有不消化食物。如食积滞留中焦，阻碍中焦气机，胃之通降失调，尚可见脘腹胀满，食少纳呆，甚则厌食之候。

肝气乘脾 情志不遂，忧思恼怒，肝之疏泄失调，郁而乘脾，致脾胃运化功能失调，则泄泻反作；胁为肝之分野，故胁胀；脉弦也为肝郁之象。

脾胃虚弱 因胃气不足不能腐熟而成食滞，脾气虚弱，则水谷不化精微而反成水湿，食滞水停清浊不分。混杂而下，遂成泄泻、大便溏薄、完谷不化；平素脾胃虚弱，在此基础上一有所犯，便发泄泻，故泄泻时作时止。

命门火衰 命门火衰则脾土失于温煦，运化失调而成腹痛、肠鸣、泄泻；黎明之时，阳气未振，阴寒极盛，故泄泻每于黎明而作。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

以大便次数增多，粪质变稀或完谷不化，甚或如水样为主症。

5.2 分析病位

泄泻之物，皆从后出，脾主升清，胃主降浊，小肠主分清泌浊，大肠司传导糟粕，故泄泻之由，与脾胃、小肠、大肠的关系最为密切。但肾司二便，肝主疏泄，肾阳虚衰，命门火衰，脾阳失其温运；肝气郁结，木郁克土，脾运失健，二者亦常为泄泻之因。一般而言，脾胃虚弱之泻者，大便时溏时泻，或食后即如厕，完谷不化，迁延反复；小肠之泻者，大便清浊相混，腹痛肠鸣，上吐下泻；大肠之泻者，多伴腹痛肠鸣，泄下急迫；肾虚泄泻，多在黎明之前，伴阳气不足之象；肝泻者，每因情志不遂，腹痛即泄，伴胸胁胀闷，嗳气纳少症状。

5.3 确定病性

泄泻一证，主要根据病人的主要症状、体征、舌象和脉象，并结合起病特点，辨别其寒热虚实。一般而言，凡病势急骤，传变较快，脘腹胀满，腹痛拒按，泻后痛减，小便不利者，多为实证；而病程较长，腹痛不甚，腹痛喜按，小便利，不渴者，多属虚证；粪质清稀如水，腹痛喜温，畏寒，完谷不化，手足欠温者，多数寒证；如粪便黄褐而臭秽，肛门灼热，泄下急迫，小便短赤，口渴喜冷饮者，多数热证。黄白腻苔属湿热，白润腻苔属寒湿，舌质淡嫩属阳虚，舌质淡嫩而见黄白腻苔者为虚寒夹湿热之象。

6 鉴 别

痢疾 二者均为夏秋之季的多发病，均有便次增多。但痢疾以下利赤白粘液或脓血为主症，与泄泻之大便溏，甚如水样便有别。应注意的是，包括五版《中医内科学》教材在

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

内的一些中医著作认为里急后重是痢疾与泄泻鉴别的重要特征，但我们认为，在下段结肠或直肠发生病变时，肠壁受排便反射的持续刺激，皆可引起多次排便和排便不畅感，即所谓的“里急后重”，并非为痢疾的特有症状。

霍乱 二者皆多发于夏秋季，均有腹泻症状。但霍乱以剧烈频繁的呕吐、腹泻并见为特征，发病特点是起病急骤，变化迅速，病情凶险，若吐泻剧烈，则见面色苍白、目眶凹陷或发生转筋、腹中挛痛等危重症，预后不良。泄泻一般无此凶险症状。

大便失禁 二者虽然都有便次增加的症状，但大便失禁每日粪便重量并不增加，是排便机制失调所致，临床常见于肛门手术或女性外阴切开术后。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 寒湿困脾

临床表现：大便清稀如水样，腹痛肠鸣，脘闷食少，或兼见恶寒发热，鼻塞头痛，肢体疼痛，舌质淡，舌苔薄白，或白腻，脉濡缓。

病机分析：外感寒湿或风寒邪气，侵袭肠胃，或过食生冷，脾失健运，清浊不分，饮食不化，传导失司，故大便清稀如水样；寒湿内盛，肠胃气机受阻，则腹痛肠鸣；寒湿困脾，脾阳被遏，健运失司，则脘闷食少。恶寒发热，鼻塞头痛，肢体疼痛，是风寒外束之象。舌苔白腻，脉濡缓，为寒湿内盛之象。

治法：温化寒湿。兼有表寒者则佐以解表散寒。

方药：藿香正气散(《太平惠民和剂局方》)加减。

陈皮 厚朴 苍术 生甘草 炒白术 茯苓 泽泻 藿香 紫苏 白芷 半夏 大腹皮

加减：病之初期，病情轻微者，可用平胃散健脾燥湿散寒；表邪重者加荆芥、防风以增疏风散寒之力；腹部胀痛，肠鸣加砂仁、炮姜温中散寒；平素脾胃虚弱者，加重白术、茯苓用量，并少用党参、黄芪、山药以健脾益气。

临证参考：本证治疗要点重在芳香化浊，去湿除邪，泄泻可止。慎勿妄投固涩、补益之剂。除服药外，尚可用热米粥以助药力，并使腹部保暖为宜。药物用量可根据临证加减，如表邪重，紫苏、荆芥、防风可用至 15g，但中病即止，不可过汗；湿邪重，厚朴、藿香、大腹皮、茯苓、泽泻可加用至10～15g。如病情较重，泄泻次数较频，可每隔4～6小时服药 1 次。

寒重于湿，症见大便泻下，腹胀冷痛，喜食热饮，手足不温，口不渴，苔白，脉沉面迟，治宜温中健脾，方可选用理中汤加减。

湿重于寒，证见体重倦怠，脘腹胀满，呕吐恶心，不欲饮食，肠鸣水泻，小便少等，治以健脾祛湿，方选胃苓汤加减。

外感风寒，内有湿浊，症见发热恶寒，头痛身重，泻下清稀，苔白脉浮，方选荆防败毒散加减。

7.1.2 肠道湿热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：泄泻腹痛，泻下急迫，肛门灼热，泻下不爽，粪色黄褐而恶臭，烦热口渴，小便短赤，舌质红，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

病机分析：湿热之邪，或夏季暑湿伤及肠胃，传化失常，气机不利，而发生泄泻腹痛。“暴注下迫，皆属于热”，湿热下迫大肠，故泻下急迫。湿热互结，则泻而不爽。湿热下注，故肛门灼热。粪色黄褐而恶臭，烦热口渴，小便短赤，舌质红，舌苔黄腻，脉濡数或滑数，均为湿热内盛之象。

治法：清热利湿或清暑化湿。

方药：葛根芩连汤(《伤寒论》)加味。

葛根　黄芩　黄连　金银花　茯苓　木通　车前子　甘草

加减：若湿邪偏重，见胸腹满闷，口不渴，或渴不欲饮，舌苔黄厚腻，脉濡缓，可加苍术、厚朴、薏苡仁增加祛湿之力。热偏重者，见身热口苦，泻下不爽宜加连翘、黄柏、马齿苋加强清热解毒止泻的作用。夹食滞者加焦三仙消食导滞。暑夏之时泄泻，证见泄泻如水，自汗面垢，烦渴尿赤，可加藿香、香薷、扁豆衣、荷叶等药清暑化湿浊。腹痛甚者，加木香、白芍理气缓急。恶心呕吐加枳壳、竹茹调和胃气。

临证参考：本方意在清热、利湿、解毒，又具有坚阴厚肠之功，因此，苦寒燥湿清热而无伤脾之虑，这是本方的配伍特点。但苦寒之品不宜量大或用时过久，葛根升清止泻、清热解肌、透邪外出，可重用至15～20g，黄芩、黄连、苦参5～10g为宜。此外，临床还应区别热重或湿重，而相应调整清热药与化湿药的剂量。

暑湿留恋：证见面赤而垢，烦渴身热腹痛暴泻，痛泻交作，小便短赤，治宜清暑利湿，方用新加香薷饮合六一散加减。

热积肠胃：证见泻下黄浊或腐秽，腹胀痛，口臭，舌红苔黄而垢腻，治宜清热荡积，泻浊除秽，方用白顺丸（酒大黄30g、炒牙皂3g）研极细末，装入肠溶胶囊，每次服3～4粒，每日2次。

7.1.3　食滞肠胃

临床表现：腹痛肠鸣，泻下粪便臭人败卵，泻后痛减，伴有不消化食物，脘腹痞满，嗳腐酸臭，不思饮食，舌苔垢浊或厚腻，脉滑。

病机分析：饮食不节，宿食内停，阻滞肠胃，传化失常，故腹痛肠鸣，脘腹痞满，不思饮食。宿食腐败下注，则泻下粪便臭如败卵。泻后腐浊外泄，故泻后痛减。宿食不化，浊气上逆，故嗳腐酸臭。宿食停积，新食难化，今而下注，故泻下伴有不消化食物。舌苔垢浊或厚腻，脉滑，为宿食内停之象。

治法：消食导滞

方药：保和丸(《丹溪心法》)化裁。

神曲　焦山楂　麦芽　鸡内金　莱菔子　半夏　茯苓　陈皮　连翘

加减：腹胀重者，加槟榔、枳壳、木香、厚朴以行气导滞除胀；泻甚加车前子分利湿邪。恶寒发热，加苏叶、藿梗解表畅中；呕吐加白豆蔻、砂仁和胃化浊；大便不爽加槟榔通腑导滞；食积化热，舌苔黄腻加黄连清热厚肠；伤油腻者加用山楂；伤面食者加用生麦芽；伤酒食者加葛花。

临证参考：本证注意禁用收涩、补益之品。治疗同时应节制饮食，如因食物中毒引起

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者，应立即阻断致病因素，还要加用解毒之药，甚者可用吐法、泄法，给邪以出路。

食积化热，湿热壅阻肠间：证见脘腹胀满，或疼痛拒按，泻而不爽，苔黄腻等。可通因通用，方以枳实导滞丸加减。

热结食滞者，宿食停滞，与热相搏结，结于肠中，碍其传导，则结者自结，水液旁流，证见腹部坚满，疼痛拒按，多有先闭结而续得泄泻，或泻而涩滞不爽，或泻下稀水臭秽，舌苔黄而厚腻，脉滑等。非攻下燥结，泻不可止，用大小承气类，以通因通用。

饮食伤脾者，湿痰流注：证见胸脘满闷、手足不温，泄泻时发时止，腹中雷鸣，漉漉有声，呕吐清水，时吐稀痰，舌苔白腻、脉弦滑。宜温中化痰，方用理中化痰丸加减。

7.1.4 脾气亏虚

临床表现：大便时溏时泻，水谷不化，稍进油腻之物，则大便次数增多，饮食减少，脘腹胀闷不舒，面色萎黄，肢倦乏力，舌淡苔白，脉细弱。

病机分析：脾胃虚弱，运化无权，清浊不分，故大便时溏时泻，水谷不化。脾失健运之职，则饮食减少、稍进油腻之物，则大便次数增多。脾虚湿阻，气机不畅，故脘腹胀闷不舒。脾胃虚弱、气血来源不足，故面色萎黄，肢倦乏力。舌淡苔白，脉细弱，乃脾虚之象。

治法：健脾益气。

方药：参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)加减。

党参　茯苓　白术　桔梗　山药　扁豆　莲肉　砂仁　薏苡仁　陈皮

加减：食欲不振者，加山楂、神曲、麦芽以助消化水谷；脘腹胀痛，嗳气者加乌药、木香以理气温中；湿蕴化热，舌苔黄腻者，加连翘、厚朴、马齿苋以清热燥湿；形寒肢冷，脉沉迟，腹部冷痛，为脾阳不振，加炮姜、豆蔻以温运脾阳；气短少力，大便滑脱不禁，甚则肛门下坠或脱者，加黄芪、升麻、羌活、石榴皮等升阳散湿、益气固脱。

临证参考：本证谦外感时，应当标本兼顾，以祛邪不伤正，扶正不留邪为基本原则。

脾虚夹湿者，证见食后即泻，粪便清稀，腹胀肠鸣，面色萎黄，舌苔白腻，脉濡或弱。治宜健脾祛湿，益气升阳。方用升阳益胃汤加减。

脾虚气陷者，证见大便溏泻，肛门坠胀，或见脱肛。治宜补中益气，升清举陷。方用补中益气汤加减。

脾虚久泻者，证见泄泻频作，时兼呕吐，腹满口干，舌苔薄白而腻，脉细缓。治宜健脾化湿，理气升清。方用七味白术饮加减。

脾阳不足者，寒湿内困：证见脘腹胀满，口中不渴，身重纳呆，手足不温，便泻清澄，色如鸭粪，脉沉迟。治宜温阳实脾。方用实脾饮加减。

脾病及肾者，脾肾阳虚：证见肠鸣水泻，腹中冷痛，四肢不温，脉沉细。治宜温补脾肾。方用附子理中汤加吴茱萸。

7.1.5 肝气郁滞

临床表现：素有胸胁胀闷，嗳气食少，每因抑郁恼怒或情绪紧张之时，发生腹痛腹泻，舌淡红，脉弦。

病机分析：素有胸胁胀闷，嗳气食少，乃肝郁乘脾之象。七情所伤，肝失条达，横逆侮脾，脾失健运，故每因抑郁恼怒或情绪紧张之时，发生腹痛腹泻。舌淡红，脉弦，为肝

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

旺脾虚之征。

治法：抑肝扶脾。

方药：痛泻要方(《景岳全书》)加减。

白术　白芍　陈皮　防风

加减：肝之疏泄太过，泄泻反复发作，或久泻不止者，宜加酸收之品，加重白芍用量，并加少许石榴皮、乌梅、木瓜平抑肝木止泻；脾虚食少神疲，病程较长者，可酌选党参、黄芪、山药、芡实、扁豆等健脾益气；便秘与泄泻交替出现者，加木香、砂仁等理气调脾；气滞明显，胁肋疼痛，脘腹满闷，腹痛即泻，泻后痛不减者，加柴胡、青皮、香附、甘草等疏肝理气和中。胃中吞酸嘈杂者，加黄连、吴茱萸泄肝和胃；大便溏薄如水样，加茯苓、车前子渗湿利水；不思饮食加麦芽；舌苔黄，口干口苦，泄下垢臭，加黄连以清热厚肠。

临证参考：本证情志诱发最为关键，平素应注意心理治疗，辅助药物疗法。本证特点是反复发作，缓解期可常服中成药以缓图。补脾益气党参、黄芪等用10～15g即可，石榴皮、乌梅用5～10g，用量过大反会影响脾胃气机之条畅。

肝木乘脾，气郁化火者，证见腹痛腹泻，以情绪波动时为甚，痛泄交替，肛门灼热、吐酸嘈杂，甚则下利完谷，舌红少苔，脉弦数。治宜泄肝理脾。方用戊己丸加减。

上热下寒，寒热错杂者，证见泄泻日久不愈，脘腹胀痛，便下不爽，口干，心烦，疲乏少力，容易感冒，舌体胖苔白或黄者。治宜攻补兼施，调和肝脾。方用乌梅丸加减。

7.1.6　肾阳亏虚

临床表现：泄泻多在黎明之前，腹部作痛，肠鸣即泻，泄后则安，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细。

病机分析：泄泻日久，肾阳虚衰，不能温养脾胃，运化失常，黎明之前，阳气未复，阴寒较盛，故泄泻多在黎明之前，腹部作痛，肠鸣即泻。泻后腹气得以通利，故泻后则安。形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细，为脾肾阳气不足之征。

治法：温肾健脾，涩肠止泻。

方药：四神丸(《证治准绳》)加味。

补骨脂　肉豆蔻　吴茱萸　五味子　党参　白术　干姜　甘草

加减：若年老体衰，久泻不止，还宜加黄芪、赤石脂等，亦可酌加附子、炮姜以增强气温肾暖脾之功。伴心烦口干，减吴茱萸、肉豆蔻用量，加黄连、黄柏调和寒热。

临证参考：肾泄为“五更泄”，但五更泄泻不一定皆为肾虚，如酒食积滞者，亦常在黎明之前即大便，但便下溏垢或夹有粪块，而无肾阳虚衰之征。此证当用二陈汤加酒黄连、红曲研末，以陈酒曲打糊为丸，乌梅煎汤送服，即可渐愈。又有五更泄而脾肾阳虚证不明显，伴见心烦嘈杂，寒热错杂症状者，治当以寒热并用，温脾止泻，用乌梅丸加减。辨证肾泄者，当注意以下几点：病程长，久泻不已，用温脾或其他药治疗无效者；五更即泄，大便清稀，完谷不化者；伴腰膝酸软，四肢不温，或少腹冷痛者；舌质淡，脉沉细而弱者。此外，“五更泄”，应在睡前服药，若离泄泻时间太长，效果不佳。

久泻滑脱者，证见泄泻日久，滑脱不禁，精神倦怠，四肢不温，腰膝酸软等。治宜温肾固脱。方以真人养脏汤合桃花汤加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2 辨病治疗

7.2.1 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎（ulceative colitis），属非特异性炎性肠病，又称特发性溃疡性结肠炎。

临床表现：本病的临床表现复杂多样，轻重不一，有急有缓。多数病人呈反复发作，发作间期症状明显缓解；少数病人症状持续活动而不缓解，或首发后缓解，长期稳定。

（1）腹部症状：

①血性腹泻：为最主要的症状，腹泻伴粘液脓血便。轻者每日2～4次，重者每日10～30次，甚则粪便呈血水样。

②腹痛：70名以上患者有腹痛，多呈痉挛性腹痛，局限于左下腹或下腹部。痛时即有便意，排便后疼痛暂时缓解。

③其它：常有骶部不适，里急后重，是由直肠炎症刺激所致。此外，还可见恶心、嗳气、腹胀、呕吐等。

（2）全身症状：体温随病情轻重缓解而定，或正常或升高，急性期多出现发热。肠外症状以关节痛最为多见，也可见皮下结节或结节性红斑、虹膜炎等。重症患者可出现全身毒血症，水、电解质紊乱，低蛋白血症等。

（3）体征：全身可见发热、脉数、失水等表现；左下腹或全腹压痛，肠鸣音亢进，注意压痛的部位、有无反跳痛、腹部胀气以及肠鸣音减弱或消失。

检查

（1）实验室检查：

①粪便检查：外观具有脓血和粘液，甚则血水样。涂片显微镜下观察可见大量红、白细胞或脓细胞。

②血液检查：血常规以贫血多见，多发生低血色素性小细胞性贫血；急性期中性粒细胞增多。此外，血小板升高，严重者血清蛋白降低，甚至出现低血钾等电解质紊乱。

（2）X线检查：溃疡性结肠炎的X线征象可见：多发性浅溃疡，表现为管壁边缘毛糙呈锯齿状或毛刺样以及肠腔内有小龛影或条状存钡区；粘膜粗乱，肠腔内可见颗粒状充盈缺损；肠管短缩、变窄、结肠袋消失，呈管状。

（3）内镜检查：对本病诊断有重要价值。对于急性重症患者应暂缓进行，以防穿孔。本病病变连续，从远端向近端发展。从内镜下看，有以下特点：粘膜粗糙呈细颗粒状，弥漫性充血、水肿、脆而触之易出血；糜烂，多发性浅溃疡，形态各异，大小深浅不同，覆盖有黄白色或血性渗出物；晚期有肠壁增厚、肠腔变窄、炎性息肉、甚至癌。

粘膜活检组织学检查可见炎性反应，糜烂、溃疡、隐窝脓肿、腺上皮增生等变化。

诊断与临床证类：根据病史、症状、体征和实验室检查结果，不难对本病作出诊断。本病的主要诊断依据包括慢性腹泻、伴脓血粘液，以及腹痛、不同程度的全身症状，反复发作的趋势，多次粪检未发现病原体，内镜检查及X线钡剂灌肠显示结肠炎病变，伴有溃疡形成。

内镜下笼统诊断为“慢性结肠炎”的病人，在没有足够依据的情况，不可随便下“溃疡性结肠炎”的诊断，可以追踪观察。本病轻症患者易被误诊为肠易激综合征。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

本病的病情分期，可分为活动期和缓解期。一个完整的诊断，还应包括临床类型、病变范围和严重程度，以便指导治疗和判断预后。

根据病变范围，分为远端直肠型、左半结肠型、全结肠型。

根据病情活动性，分为初发型、急性暴发型、慢性复发型、慢性持续型。

根据病情轻重，分为轻、中、重三型：

(1) 轻型：

腹泻：<4 次/日，不含或只含少量血；

体温正常或略高，心率及体重无变化；

无贫血或轻度贫血，血沉 < 30mm/小时；

病变范围局限于直肠和乙状结肠。

(2) 中型：

症状介于轻、重之间，病变范围较轻型更为广泛。

(3) 重型：

腹泻：6 次/日，且血量多；

体温增高，37.7℃以上至少持续 2～4 天，心率 > 90 次/分，体重短期内明显减轻；

血色素≤75g/L，血沉 > 30mm/小时，血浆白蛋白 < 30g/L；

病变范围多为全结肠炎。

主症分析：本病常见的主要症状为腹泻、便血、腹痛和发热等。

(1) 腹泻：可从大便的时间、颜色、气味、质地、以及伴随症状的情况如有无呕恶、腹痛、发热、里急后重、肛门灼热、小便黄短或清长、舌脉等，分析寒热虚实，在脏在腑。湿盛则濡泄，大便泻下稀溏，脘痞纳呆，呕恶肢困，多为湿邪伤脾，下注大肠，苔厚腻而脉濡缓者为实证。若舌淡胖边有齿痕，脉虚无力，既往便溏乏力，食少懒言，则脾虚湿盛。若泻下急迫，腹痛不爽，粪色黄褐，气味臭秽，肛门灼热，烦热口渴，小便黄短，脉数苔黄者，则为湿热互结，煎迫大肠所致。若泻下清稀如水样，肠鸣腹痛，苔白腻而脉濡缓，则为寒湿困阻脾胃，升降失司，清浊不分；若兼恶寒发热头痛，肢体酸疼，苔薄白而脉浮者，则兼外感风寒。若大便臭如败卵，泻后痛减，脘腹胀满，嗳腐酸臭，纳呆苔垢腻者，乃伤食泄泻。若泻下完谷不化，黎明之前脐腹作痛，肠鸣即泻，形寒肢冷，腰膝酸软者，则为脾肾阳虚，失于温煦运化所致。

(2) 便血：下利赤色，或纯血鲜红者，属热、属火、属血，病较深，所谓“血为热迫”；下利赤白相兼者，一般属热者多，为气血俱受邪，深浅皆及；若紫黯而黑，多属瘀血，或为“热伤血深，湿毒相瘀”；脓血粘稠难下者，或属热，或属燥，或属阴虚；暴急者，为热极生风，是谓“肠风”；高热寒战，苔焦脉数，烦躁谵语，乃“脏毒”之候。

(3) 腹痛：多在下腹、左下腹或全腹。须从腹痛的时间、性质、冷暖喜恶以及伴随症状等辨证分析。一般来说，大肠气机阻滞，则胀痛，或走窜不定；久病气滞而血瘀，则疼痛固定，或按之有块；喜热喜按者，则为虚寒痛；恶热拒按者，则为实热痛；每因忧思恼怒而加剧其复发，则多由脾虚肝郁，肝脾失调所致。

(4) 发热：兼有恶寒身痛者，多兼外感；热势缠绵，汗出不爽，肢困尿黄，多为湿热熏蒸；午后低热，手足心热，心烦口干，则多有阴血耗损；重度患者寒战高热，烦躁谵语

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者，乃火热成毒，内攻心营之象。

本病病机复杂，变化多端，病情轻重缓急不一，但临床辨证，审证求因，多为饮食不节，脾失健运，水化为湿，谷反为滞，湿滞内停；或起居不时，外邪乘虚而入，损及脾胃，内外相加，导致湿热蕴结肠道，而见腹痛、腹泻、便血粘液脓血等症。因患者体质、病邪性质、病位浅深不同而有寒、热、虚、实、在脏在腑不同，常见证候有湿热内蕴、肝郁脾虚、气滞血瘀、脾胃虚弱、阴血亏虚、脾肾阳虚等。

治则治法：中医治疗本病，多采用辨证施治。分阶段治疗多分为发作期、缓解期、恢复期，治则多遵循急则治标，缓则治本，标本兼顾，而采用清热利湿、调气和血、运脾燥湿、抑肝扶脾、健脾益气、温补脾肾等法。要把握以疏导为基本原则，不可妄投涩敛，而应酌用理气导滞、活血化瘀之品。因本病容易复发，因此疗程宜长，至少 8 周以上，临床症状缓解后，在注意饮食调摄的同时，仍需继续服药，巩固疗效，防止复发。

发作期　病势较猛，病情多重，腹痛甚，便泄频繁，多夹脓血粘液，甚或纯为血性便，且伴里急后重和发热，脉数苔腻。化验血白细胞及血小板计数增高，血清蛋白及钾、钠、氯化物降低（反复发作患者，红细胞及血红蛋白也降低）。此时为正邪相持阶段，多因饮食失调，食、湿、热、毒互结，而胃气未损，元气未亏，重点在清胃肠，法宜清、消、通。以葛根芩连汤(《伤寒论》)加味。清热当根据具体情况而定，或清热燥湿，或清热解毒，或清热凉血。湿热重而胃气未伤者，可重用黄连、黄芩、秦皮、白头翁等清热燥湿药，热毒重而伴呕恶者，可重用六月雪、地锦草、铁苋等清热解毒之品。通腑加大黄、槟榔；腹痛甚加木香、白芍、甘草、当归；便纯血加丹皮炭、槐花炭、银花炭、生地榆、三七粉。便血减少后，可配合中药保留灌肠。若血清蛋白电泳 γ 球蛋白低于 10%，提示体内免疫功能下降，可少佐黄芪、太子参等益气扶正。总之，此阶段补则不受补，温则助邪势，唯以消、清、通为要务。

缓解期　病情较轻，脘腹不舒，一旦烦劳或食生冷辈腻，即肠鸣腹泻，或腹痛以右下腹为主，便中夹有粘液，泻后痛减，仍有便意，无发热，脉细涩或无力，苔薄白或微腻。化验血红细胞及血红蛋白可减少，粪检可见少量红白细胞或不消化食物。此时为邪微正虚，脾胃已然受损，肾气尚未大亏。重点在于脾胃，法宜补、调、和。方以参苓白术散(《太平惠民和剂局方》)(党参、白术、扁豆、山药、砂仁、陈皮、莲子、甘草、薏苡仁、桔梗、大枣）加减。若腹痛拒按，加莱菔于、山楂、大黄，腹痛喜按加木香、吴茱萸、补骨脂；若脘胁胀满、嗳气、矢气，加川楝子、麦芽、香附、八月札疏肝调肝；里急后重加升麻；泻下粘液红白相间，加赤芍、三七粉、红藤。若血清蛋白电泳 α 高于 9%，提示病灶活动，加黄连、败酱草、草河车清热解毒。

恢复期　主要表现时而畏寒、精神萎靡、腰膝酸软、纳少、或食生冷油腻则脘腹不舒，便溏或黎明腹泻，脉缓濡或缓弱，苔白舌淡红或淡胖。化验血、便无异常改变。此时重点在脾肾，法宜温、补、摄。方用真人养脏汤(《证治准绳》)、附于理中汤(《阎氏小儿方论》)、香砂六君子汤(《太平惠民和剂局方》)等以温补脾肾、摄纳肾元。宜配成丸剂、片剂连服 3～6 月以上巩固疗效。

(1) 湿热内结

临床表现：发热，腹痛，腹泻，粘液脓血便，里急后重，苔黄腻，脉滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：清热利湿，理气行滞。

方药：选用白头翁汤(《伤寒论》) 加味。

白头翁　黄芩　黄连　黄柏　秦皮　木香　车前子　马齿苋　椿根皮　赤芍　焦山楂生甘草

加减：兼表热者，加葛根、防风；热甚加银花、连翘、蒲公英；脱痔纳呆，加菖蒲、茯苓；腹痛甚加枳壳、延胡；血便加地榆、侧柏炭凉血止血。

(2) 脾胃虚弱

临床表现：饮食不慎则大便次数增多，便中夹有粘液或不消化食物，纳差食少，食后腹胀，神疲少力，迁延反复，舌淡胖脉细弱。

治法：健脾化湿，理气行滞。

方药：选用参苓白术散(《太平惠民和剂局方》) 加减。

党参　茯苓　白术　桔梗　山药　莲肉　砂仁　薏苡仁　陈皮　木香　葛根　藿香

加减：久泄加黄芪、太子参、仙鹤草、功劳叶；湿热未尽，加苦参、黄连清热燥湿；脓血多者，加地榆；夹积滞者，加鸡内金、焦三仙；脱肛者，加升麻。

(3) 肝郁脾虚

临床表现：情绪紧张或恼怒生气后腹痛腹泻发作，腹痛即泻，泻后痛减，肠鸣，矢气频作，胸胁胀闷，胎薄白，脉弦细。

治法：抑肝扶脾，理气行滞。

方药：痛泻要方(《丹溪心法》) 和四逆散(《伤寒论》) 加减。

柴胡　白芍　防风　陈皮　白术　枳壳　制香附　薏苡仁　甘草

加减：神疲食少者，加黄芪、甘草；久泄伤阴者，加木瓜、乌梅；肝火盛，加龙胆草、栀子、黄芩；腹痛甚者，加乌药、川楝子。

(4) 脾肾阳虚

临床表现：久泻不愈，大便清稀或伴完谷不化，腰膝酸软，食少纳差，舌淡，脉沉迟细弱。

治法：温脾益肾，涩肠止泻。

方药：附子理中丸(《太平惠民和剂局方》) 和四神丸(《证治准绳》) 加减。

制附子　党参　炒白术　补骨脂　吴茱萸　肉豆蔻　五味子　炮姜　茯苓　诃子肉　炙甘草

加减：久泄不止，大便脓血仍多，加赤石脂、薏苡仁、冬瓜仁排脓生肌；夹有粘液，里急后重者，加苦参、丹参清热通络；滑脱不止者，加石榴皮、罂粟壳；肾虚明显，加杜仲、桑寄生。

(5) 阴血亏虚

临床表现：大便秘结或粪带少量脓血，排便困难，午后低热，失眠盗汗，消瘦乏力，舌红少苔，脉细数。

治法：养阴清热，益气固肠。

方药：生脉散(《内外伤辨惑论》和六君子汤(《医学正传》) 加减。

党参　生黄芪　白术　茯苓　陈皮　山药　麦冬　知母　五味子　乌梅　石榴皮　炒谷麦芽

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

加减：五心烦热加银柴胡；虚烦少寐加黄连；眩晕加天麻；大便滑泻加赤石脂；便下粘液脓血加马齿苋、白花蛇舌草。

(6) 气滞血瘀

临床表现：泻下脓血，或有瘀块，或色黑如光漆，腹中刺痛拒按，嗳气食少，腹内包块，舌质黯红或有瘀斑瘀点，脉涩或弦。

治法：行气活血，健脾益气。

方药：少腹逐瘀汤(《医林改错》) 和桃红四物汤(《医宗金鉴》) 加减。

乌药 香附 桃仁 红花 当归炭 赤芍 炒五灵脂 生蒲黄（包煎） 小茴香 炙甘草

其它疗法

(1) 灌肠疗法：药物灌肠治疗溃疡性结肠炎是临床行之有效的方法，可以使药物直达病所，局部药物浓度高，促进溃疡面的修复，而且能避免因口服而受胃酸的影响。一般对于远端直肠型或左半结肠型效果较好。

黄连、栀子、银花、白芍、枳壳、防风、甘草各 10g，水煎成 100ml，每晚保留灌肠一次，15 次为一疗程。主要特点是解痉止痛，适用于轻症患者。

马齿苋、白头翁、黄柏各 50g，朱砂 1.5g，蜈蚣 15g，煎成药液 200ml，加 2% 普鲁卡因 20ml，于每晚睡前保留灌肠，15 天为 1 个疗程。适用于急性期病人。

青黛 30g、黄柏 20g、儿茶 15g、枯矾 6g、珍珠母 3g，研粉和匀，每次用 5g 溶于生理盐水 40ml（37℃～38℃左右），每晚睡前保留灌肠，适用于缓解期病人。

临床实践表明，中成药锡类散、双料喉风散灌肠治疗溃疡性结肠炎有较好疗效。

(2) 单验方

煨肉豆蔻、炒五味子各 60g，煨木香 12g，炒吴茱萸 15g，共研细末，每服 6g，每日 2 次。

破叶莲研碎，入胶囊，每次口服 2.5g，日 3 次，30 天为 1 个疗程，好转者继服。

(3) 针灸

体针：湿热内结者，取曲池、足三里。泻法，发热加合谷；肝郁者，取期门、内关，泻法，配合艾灸三阴交、足三里及大肠俞；脾虚者，艾灸脾俞、中脘、神阙、足三里、三阴交等穴，或隔姜、隔葱灸。

7.2.2 肠易激综合征

肠易激综合征属于胃肠功能紊乱性疾患，指的是一组包括腹痛、腹胀、排便习惯和大便性状异常、粘液便、持续存在或间歇发作的症候群。其特征是肠道功能的易激性，过去被称为粘液性肠炎、结肠痉挛、结肠过敏、过敏性结肠炎、易激结肠等。

临床表现

(1) 症状：

①腹痛：常自觉沿肠管有不适感，多见于右上腹部、左下腹部，也可呈弥漫性；为其主要症状，多伴有排便异常并于排气、排便后缓解；持续数分钟或数小时。

②便秘：较常见，排便困难、排便不畅、排便不尽感，呈间断性，病久可为持续性，甚至长期依赖泻药。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③腹泻：每日腹泻1次或多次；有的在早晨醒后或早餐后或白昼情绪紧张时发生，夜间不出现，这一点与器质性病变不同；部分患者腹泻与便秘交替出现。

④腹胀：白天明显，夜间睡眠后减轻，腹围不增加。

⑤其它症状：消化系统症状如食管堵塞、异物梗阻感，即中医所谓的“梅核气”症状；还可有恶心、烧心、嗳气和饱胀等症状。胃肠外症状如疲气、背痛、头痛、心悸、胸闷、尿频、性功能障碍等。

(2) 体征：通常无阳性发现，有也非特异性。多有以下特点：疼痛、胀气而部位不准确，或走窜；有时可于腹部触及乙状结肠索条样痉挛的肠管，或有压痛的肠襻；乙状结肠镜检查时，极易感到腹痛，肠道易痉挛。

(3) 病史：通常起病缓慢，间歇性发作，有缓解期。症状因人而异，但某具体病人则多为固定不变的发病规律和形式。年龄多见于20～50岁。

诊断：本病的诊断无特异性指标，须详细采集病史，综合分析临床症状，排除一切可能的各种器质性病变，注意随访。

诊断标准依据1986年成都全国慢性腹泻学术研讨会制定如下：以腹痛、腹胀、腹泻与便秘为主诉、伴有全身性神经官能症状；一般情况良好，无消瘦与发热，系统体检仅发现腹部压痛；多次粪便常规及培养（至少3次）均阴性，粪潜血试验阴性；X线钡剂灌肠检查无阳性发现，或结肠有激惹现象；结肠镜检查示部分患者肠运动亢进，无明显粘膜异常，组织学检查基本正常；血、尿常规检查正常、血沉正常；无痢疾、血吸虫等寄生虫病史，试验性治疗无效。

主症分析：本病与情志因素密切相关，精神抑郁为重要诱因，而饮食因素则为另一重要环节。本病腹痛主要由于情志抑郁，精神高度紧张，肝气郁结，不得疏泄，乘脾犯胃，脾胃功能受损，中气不足，胃失和降，以致肠道气机阻滞，升降失调，不通则痛；腹泻的主要原因在于脾、胃，大小肠功能失调，每因饮食或情志因素而加剧；便秘总由气滞不行，燥热内结，阴津亏损，阴寒凝滞等原因而导致大肠传导不力；腹泻与便秘交替出现，则为多种病因导致肝脾失调，气机不畅，脾不健运，升降失常，而大肠传导失司。

治则治法：本病症候表现在肠胃，但病机主要在于肝脾气机不调，大肠传导失司，日久及肾，形成脾、肠胃、肝、肾等脏腑功能失调。临床辨证须明辨虚实、寒热、气滞以及兼夹的主次与相互关系，在治疗的整个过程中应始终注意对肝脾气机的调理。

(1) 肝郁气滞

临床表现：大便秘结，欲便不及，胸胁胀满，腹中胀痛，舌苔薄白，脉弦。

治法：调理肝脾，顺气导滞。

方药：选用六磨汤(《证治准绳》) 加减。

柴胡　香附　木香　乌药　沉香　槟榔　枳实　决明子

加减：口苦咽干，苔黄，脉弦数者，加黄芩、栀子。

(2) 肝郁脾虚

临床表现：腹痛腹泻，每因抑郁恼怒或情绪紧张时发作，伴胸胁胀闷、嗳气食少，舌边红，苔薄白，脉弦。

治法：抑肝扶脾。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：选用痛泻要方(《丹溪心法》) 加减。

柴胡 炒白术 茯苓 炒扁豆 炒白芍 煨木香 陈皮 防风 生甘草

加减：夹有食滞者，加鸡内金、焦三仙；腹痛甚者，加延胡索、川楝子；腹胀满者，加枳实、厚朴。

(3) 脾胃虚弱

临床表现：腹痛腹泻，每因进食生冷油腻而加重，饮食减少，脘闷不舒，舌淡苔白，脉缓弱。

治法：健脾益气。

方药：选用参苓白术散(《太平惠民和剂局方》) 加减。

党参 炒白术 茯苓 山药 炒扁豆 白芍 莲子 薏苡仁 煨木香 陈皮 砂仁 甘草

加减：久泻不止者，加黄芪、升麻；肾虚者，加补骨脂、肉豆蔻；湿盛者，加苍术、厚朴。

(4) 大肠津亏

临床表现：大便艰涩，排出困难，部分患者可在左下腹部触及条索状包块，失眠、烦闷，舌红少苔，脉弦。

治法：滋水清肝，润肠通便。

方药：选用一贯煎(《续名医类案》) 加减。

北沙参 麦冬 生地 当归 川楝子 生白芍 决明子 绿萼梅（后下） 槟榔 生甘草

加减：气虚者，加黄芪、太子参、甘草；腹痛重用白芍、加元胡。

(5) 寒热错杂

临床表现：腹痛腹泻，或腹泻便秘交作，便下夹有粘液，烦闷不欲食，口干，舌红苔腻，脉弦滑。

治法：平调寒热，益气温中。

方药：选用乌梅丸(《伤寒论》) 加减。

乌梅 黄连 黄柏 川椒 细辛 附子 炮姜 党参 白术 茯苓 当归 白芍 甘草

加减：少腹胀痛而畏寒，可去黄连，加小茴香、荔枝核、乌药；胃脘灼热、口苦者，去川椒、附子，加栀子、吴茱萸；湿邪内阻，腹满后重者去党参，加厚朴、槟榔。

其它疗法：

(1) 单验方：①当归、生姜、红糖各 15g，水煎服，治虚寒腹痛。②莲子、山药、薏苡仁各 500g，研细末，不拘时间服，治脾虚泄泻。

(2) 针灸：①体针：泄泻取足三里、三阴交、天枢，便秘取大肠俞、足三里，实证用泻法，虚证用补法。脾胃虚弱加脾俞、章门；肾虚加肾俞、命门、关元，也可用灸法；肝郁加肝俞，行间。②耳针：取交感、神门、皮质下、小肠、大肠。

(3) 外治法：腹部局部热敷，可缓解肠痉挛引起的疼痛。食盐 60g 炒热，装入布袋中

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

熨脐周，治虚寒腹痛腹泻。蛇床子、吴茱萸，研末敷脐，治久泻

7.2.3 克隆病

克隆病，旧名局限性回肠炎、局限性肠炎、节段性肠炎和肉芽肿性肠炎，是一种原因不明的肠道炎症性疾病。本病和慢性非特异性溃疡性结肠炎统称为炎症性肠病。本病以腹痛、腹泻、肠梗阻为主要症状，且有发热、营养障碍等肠外表现。

临床表现

(1) 症状和体征　本病以青壮年为多见，女性略多于男性；大部分病人起病隐匿，缓渐，因此诊断上有一定困难；病程多呈慢性、反复发作性。常见的症状和体征有：

①腹痛：常为痉挛性疼痛，部位多在右下腹及脐周围，一部分患者可被误诊为阑尾炎，但克隆病病程中也有一部分患者出现一般的急性阑尾炎。

②排便改变：本病可有腹泻或便秘，或二者交替出现，但仍以腹泻较为常见。

③呕吐：可继发于肠梗阻或因肠痉挛而引起反射性的呕吐。

④腹块：约 1/3 病人出现腹块，以右下腹和脐周多见，大小不一。

⑤系统性症状：如发热、多关节炎、虹膜睫状体炎、皮肤病变、消瘦等。

(2) 实验室检查

①血液检查：白细胞增多，贫血，血沉加速。严重时血清白蛋白、钾、钠、钙等均降低，凝血酶原时间延长。病变活动者血清溶菌酶浓度可增高。

②粪便检查：可见红、白细胞。潜血试验阳性。

③X 线检查：胃肠道钡餐检查用于了解末端回肠或其他小肠病变和范围。可见到病变阶段性改变，呈“跳跃”征；病变粘膜皱襞粗乱，可见“卵石”征；肠腔轮廓不规则，边缘呈小锯齿状。

钡灌肠有助于结肠病变的诊断。示末端回肠粘膜皱襞增粗，有刺激现象，结肠管腔狭窄、变小和缩短。溃疡间有炎性息肉样充盈缺损，可发现瘘管和肠梗阻征象。腹部平片可见肠袢扩张和肠外块影。X 线检查对瘘管、肠管狭窄的性状长度的了解优于内镜。

④结肠镜检查：镜下可见粘膜充血、水肿、铺路卵石样改变、沟槽样溃疡、肠腔狭窄、肠袋改变、假息肉形成，病变肠段之间粘膜正常。粘膜活检可找到肉芽肿形成。

诊断：本病的诊断是建立在临床、X 线、内镜和病理诊断的基础上。

(1) 诊断标准：北京协和医院提出以下标准。①临床症状典型者均应考虑本病的可能。②X 线表现有胃肠道的炎性病变如裂隙状溃疡、鹅卵石征、假息肉、多发性狭窄、瘘管形成等，病变呈节段性分布；CT 显示肠壁增厚的肠襻，盆腔或腹腔的脓肿。③内镜下见到跳跃式分布的纵形或蜀行性溃疡，局围粘膜正常或增生呈鹅卵石样，或病变活检有非干酪样坏死性肉芽肿或大量淋巴细胞聚集。若同时具备①和②或③，临床可拟诊为克隆病。鉴别诊断有困难时应手术探查取病理检查。

(2) 病情活动性的判断：国际上提出了计算 Crohn 病病情活动指数的建议，便于判断疾病的活动性，以及比较和评判不同组的治疗和用药效果。目前大多参照美国 Crohn 病协作组提出的，根据病情 8 个变数积分，计算出 Crohn 病活动指数，具体计算方法见下表。CDAI 小于 150 为静止期，大于 150 为活动期，大于 450 为极严重。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

克隆病活动指数（CDAI）计算方法

1. 腹泻次数	（7 天内的总数）×2
2. 腹痛（0 = 无，1 = 轻，2 = 中，3 = 重）	（7 天内的总数）×5
3. 一般状态（0 = 好，1 = 较差，2 = 差，3 = 很差，4 = 极差）	（7 天内的总数）×7
4. 下列情况每个 1 分：	（总分之和）×20
①关节痛/关节炎	
②虹膜炎/色素膜炎	
③结节红斑/坏疽性脓皮病/口疮性溃疡	
④肛裂/肛瘘/脓肿	
⑤其他瘘管	
⑥过去 1 周内体温 > 38 度	
5. 腹泻要服苯乙哌啶/阿片类（0 = 无，1 = 有）	×30
6. 腹块（0 = 无，2 = 可疑，5 = 肯定）	×10
7. 血细胞压积　男：47 - 压积 = _____	×6
女：42 - 压积 = _____	×8
8. 体重：低于标准体重的百分数	×1

主症分析：本病以禀赋脾胃虚弱不足为本，以湿为标，贯彻病程始终，因个体差异不同，或从寒化，或从热化，甚至成毒，反复迁延。初起多为寒湿困脾，症见腹痛腹泻、喜温喜按、脘腹痞满、头胀如裹、身体困重；或表现为脾胃湿热而见腹痛、泻下臭秽、肛门灼热、口干口臭等；若湿从热化，湿热蕴结而热毒盈盛，则见高热寒战、腹痛腹块、便秘尿黄；若实邪阻滞，瘀血积肠，则见腹块坚硬，腹痛固定不移，反复腹泻，面色黎黑；若热毒炽盛，蚀腐肠内，形成溃瘘，则出现高热、便血、肢冷、大汗淋漓等危象；久病不急，脾气耗伤，中气下陷，则泻下清稀如水，纳呆，神疲、面黄、消瘦。在疾病的发展过程中，邪正交争，或盛或衰，出现时以邪实为主、时以正虚为主的病理表现。

治则治法：肠中湿阻是本病病理变化的中心环节，故祛湿通腑为本病治疗大法。同时，应根据中医四诊八纲、脏腑辨证，密切注意病人机体的邪正盛衰，随证治疗。

（1）寒湿困脾

临床表现：腹痛，腹泻肠鸣，喜温喜按，脘腹痞满，头胀如裹，身体困重，舌苔白腻，脉濡。

治法：散寒除湿，温中理脾。

方药：选用胃苓汤(《丹溪心法》）加减。

苍术　厚朴　陈皮　茯苓　猪苓　泽泻　白术　白豆蔻　肉桂　生姜　甘草

加减：湿重于寒者，加薏苡仁、车前子、草果；寒重于湿者，加制附子、干姜；伴呕吐者，加丁香、吴茱萸。

（2）脾胃湿热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

临床表现：腹痛，脘腹痞满，泻下臭秽，肛门灼热，口干口臭，小便短赤，舌苔黄腻，脉濡数。

治法：清热除湿，理气安中。

方药：选用葛根黄芩黄连汤(《伤寒论》) 加减。

葛根　黄芩　黄连　木香　赤芍　赤茯苓　马齿苋　车前草　生甘草

加减：热甚，加黄柏、栀子；腹胀，加乌药、枳实；脘痞纳呆，加苍术。

(3) 热毒蕴肠证

临床表现：发热寒战，腹痛、腹块，大便秘结，舌红苔黄，脉洪数。

治法：清热解毒，通腑导滞。

方药：选用银花三黄解毒汤（验方）合小承气汤(《伤寒论》) 加减。

金银花　蒲公英　紫花地丁　生石膏　芦根　连翘　黄连　黄芩　龙胆草　大黄　枳实　厚朴

加减：热毒炽盛者，加鱼腥草、败酱草；入营成脓者，加薏苡仁、冬瓜仁、桃仁：腹痛者，加赤芍、白芍。

(4) 瘀血积肠

临床表现：腹泻反复发作，腹块坚硬，腹痛固定不移，面色黎黑，舌有瘀斑瘀点，脉涩。

治法：行气活血，化瘀散结。

方药：选用血府逐瘀汤（《医林改错》) 加减。

柴胡　枳实　桃仁　红花　当归　川芎　莪术　赤芍　川牛膝　丹参　香附　乌药　甘草

加减：服药时，可先服汤药急攻，后用丸药缓图。脾虚者，加茯苓、白术；湿热者，加黄连、败酱草；湿浊内盛者，加苍术、厚朴；久泻不止者，加石榴皮。

(5) 脾虚气陷

临床表现：泻下清稀如水，病程较长，纳呆、神疲、面黄、消瘦，舌红少苔，脉沉细无力。

治法：补中益气，升阳举陷。

方药：选用补中益气汤(《脾胃论》) 加减。

黄芪　党参　白术　当归　陈皮　柴胡　升麻　薏苡仁　炒扁豆　藿香　甘草

加减：体虚热者，加知母；湿盛者，加茯苓；气陷明显者，加葛根、枳壳。

其它疗法：

(1) 针灸：

①体针：取中脘、足三里、天枢、脾俞、气海、关元、三阴交。伴出血性休克加人中、合谷、内关、涌泉、百会。

②耳针：大肠、小肠、脾、交感、神门、皮质下。

(2) 外治法：选天枢、足三里、胃俞透脾俞、中脘透上脘，穴位埋线，每隔 15～20 天，交替埋植一次，共埋植 10～15 次。

7.2.4　吸收不良综合征

吸收不良综合征是由于各种原因所致的小肠对营养成分消化、吸收不足，以致营养物

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

质不能顺利通过肠粘膜转运被吸收，而从粪便排出，引起营养缺乏的临床证候群。其原因各异，但在临床和实验室检查方面均表现为对脂肪、糖类、蛋白质、维生素、矿物质和电解质的吸收障碍，其中以脂肪吸收不良最为突出，故又称脂肪泻。本病在临床上以腹泻、粪便呈油脂状、腹痛、消瘦为主要表现。

临床表现：包括原发病的症状和吸收不良的症状两个方面，后者易被前者所掩盖。临床表现主要有3个方面：

(1) 腹泻：以腹泻、脂肪泻和腹痛为特征。

(2) 水肿：消瘦和疲劳乏力常为病人主要的全身症状。

(3) 维生素和矿物质缺乏的表现：①贫血；②出血倾向；③手足抽搐和骨质脱钙；④肾脏结石；⑤其它。如周围神经病、舌炎、口角炎，夜盲、皮肤粗糙和过度角化等。

实验室检查：

(1) 粪便检查　粪便外观为量多、均匀、糊状、恶臭便，轻度脂肪便外观可正常。苏丹Ⅲ染色，可见大量脂肪滴。便中查到蓝氏贾第鞭毛虫包囊、钩虫卵或姜片虫可能有助于诊断。

(2) 血液检查　有助于估计营养缺乏程度和范围，以提供病因的线索或进一步检查的途径。

(3) 粪质定量测定和脂肪吸收试验：每日进食标准试餐（含脂肪量60～100g）3天，同时每日测定粪脂量，3天平均值＞6g，或脂肪吸收率＜95%，提示脂肪吸收不良。

(4) ^{131}碘-甘油三酯和^{131}碘-油酸试验：方法简便，但准确性不如粪脂化学测定法。

(5) D—木糖试验：最能反映空肠的功能。

(6) 胰腺功能试验：慢性胰腺炎、胰癌、胰囊肿性纤维化时，均可显示异常，以助胰源性吸收不良的诊断。

(7) 胃肠X线检查：吸收不良患者均应做全程胃肠造影。常见X线征象有钡剂在肠腔内聚集、分节或雪花样改变，粘膜皱襞增粗，部分肠腔扩张，钡影稀释和正常粘膜型消失，钡剂通过时间延缓等。全程造影的另一个目的是除外肠道器质性病变。

(8) 小肠粘膜活组织征象：在小肠病变时，可显示为次全或部分绒毛萎缩。

诊断：依据1987年北京人民军医出版社出版的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。

(1) 诊断依据　慢性多便量腹泻，每日大便数次至10余次，少数虽便次少但便量大。粪便不成形，有恶臭，带有光泽或呈典型脂肪泻。并有体重减轻、营养不良、贫血、低蛋白血症、浮肿等表现。

粪便苏丹Ⅲ染色脂肪球阳性：脂肪吸收试验及D—木糖吸收试验异常。

胃肠钡餐检查可见小肠皱襞紊乱、增厚，钡剂分布呈分节状、团状、雪片状等改变，无其他胃肠道器质性疾患征象。

临床症状典型，吸收试验异常，小肠纤维结肠镜检查或空肠粘膜活检有部分或次全绒毛萎缩者可以确诊。对虽无粘膜活检资料，但临床表现典型，吸收试验明显异常且有确实病因者也可确诊。对可疑病例，选择有关检查如空肠寄生虫感染、小肠菌群定量测定、胰腺外分泌功能检查、血液免疫球蛋白测定、有关内分泌并病检查等，以除外其他疾病。

(2) 临床常见的消化吸收不良性疾病：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

①消化不良性疾病：严重的慢性胰腺炎、胰腺癌晚期、胰腺囊性纤维化或胰腺切除术后引起的胰源性吸收不良；胃泌素瘤造成十二指肠内低 pH，使胰酶失去活性；由于回肠炎症或回肠手术而回肠功能不全、十肠细菌过度生长等引起的胆源性吸收不良；胃切除后吸收不良等。

②肠源性吸收不良性疾病：乳糜泻、热带性脂肪泻。

主症分析：本病在临床上以腹泻、粪便呈油脂状、腹痛、消瘦为主要表现，属中医学“泄泻”、“虚劳”范畴。初起可见实证，邪盛正衰，发展成为虚实夹杂之证，日久反复不愈，肾阳虚衰，则形成虚证。细辨之，则暴泻多因湿邪伤脾，或食滞内停、壅塞中焦、胃不消磨，脾不能运，肠胃不和，水谷清浊不分，病属实证；慢性久泻，多为脾虚生湿，土虚木郁，肝气乘脾犯胃，气机郁结不畅；或久泻伤气伤阳，脾虚及肾而脾肾两虚；泄泻日久，或湿邪化热，或感邪夹食，或寒热湿食聚集不散，入于肠络，肠络瘀阻，久泻不止；终致脾肾同病，脏腑衰败，肾虚既不能温养脾土，又不能固摄二便，而泄泻无度，夜尿频多，甚则虚浮肿胀、转成虚劳，病情重笃，预后欠佳。

治则治法：本病以脾胃运化失常，小肠泌清别浊失司为主要病理变化。因此，恢复小肠受盛功能，调理脾胃气机是本病治疗中需要贯彻始终的原则。在早期以祛除致病邪气，调整脏腑功能为主，晚期以扶助人体正气，补益脾肾阳气为本。

（1）湿热蕴结

临床表现：起病急骤，泻下急迫不爽，大便色黄臭秽如蛋花汤状，肛门灼热，腹痛，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿。

方药：选用葛根黄芩黄连汤(《伤寒论》) 加减。

葛根　黄芩　黄连　赤茯苓　木通　木香　赤芍　马齿苋　六一散（包煎）

加减：兼发热者，加金银花、藿香清热解表，芳香化湿，配合葛根透邪外出；湿浊偏重，胸腹满闷，舌苔黄腻者，加苍术燥湿健脾；夹食滞，嗳腐吞酸者，加焦三仙消食导滞；暴泻伤阴，目眶凹陷、精神萎靡、皮肤皱瘪、脉微欲绝者应及时输液纠正酸中毒，并予生脉散益气养阴救逆。

（2）食滞肠胃

临床表现：大便黄稠，臭如败卵，伴有不消化食物，或夹杂黄色脂块，腹胀肠鸣，嗳腐吞酸，舌红苔厚腻，脉滑。

治法：消食导滞。

方药：选用保和丸(《丹溪心法》) 加减。

山楂　神曲　清半夏　炒莱菔子　陈皮　茯苓　连翘　　黄连　炒麦芽

粪中夹杂脂块者，加鸡内金、厚朴；牙龈肿痛、口舌生疮者，加栀子；泻下不爽者，加枳实、槟榔。

（3）脾虚胃热

临床表现：腹泻常因进食麦胶食物而反复发作，食后即泻，粪便呈油脂状，口腔糜烂，纳呆，消瘦，面色萎黄，舌红苔剥脱，脉虚数。

治法：清热益胃，健脾止泻。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：选用白术安胃汤加减。

黄连 白术 茯苓 扁豆 车前子 五味子 乌梅 炮姜 甘草

加减：食入即吐者，加竹茹、栀子；口臭、口疮者，可合用三黄散。

(4) 脾虚湿盛

临床表现：腹泻长期不愈，稍进油腻则发、大便稀薄或有白色脂块、腹痛隐隐、纳呆神疲、消瘦、面色萎黄，舌淡苔白或腻，脉沉滑。

治法：益气健脾，燥湿止泻。

方药：香砂六君子汤(《时方歌括》) 加减。

党参 炒白术 茯苓 炒扁豆 山药 莲子 砂仁 陈皮 木香 鸡内金 甘草

加减：湿邪偏重，脘腹痞闷，倦怠身重者，加薏苡仁、厚朴；因饮食不慎而腹泻加剧者，加神曲、山楂；嗳气腹胀者，加厚朴、柴胡；久泻不止，小腹下坠，脱肛者，可用补中益气汤升提阳气。

(5) 脾肾阳虚

临床表现：腹泻日久，大便清稀色如鸭粪或完谷不化，滑脱不禁，形寒肢冷，下肢浮肿，舌淡胖，苔白滑，脉沉迟。

治法：温补脾肾，固涩止泻。

方药：选用胃关煎(《景岳全书》) 加减。

制附子 炒山药 炒白术 炒扁豆 熟地 枸杞子 炮姜 木香 茯苓 陈皮 炙甘草

加减：中气下陷，小腹下坠，脱肛者，加黄芪、党参、升麻；晨泄者，加四神丸温肾涩肠。

其它疗法：

(1) 外治法：

泻下不止，粪质清稀者，可用肉桂、川椒各 1g，醋调敷脐上，用医用胶布固定，保留 48 小时。

口舌糜烂，影响进食者，可用锡类散或冰硼散撒于患处。

热邪上炎，口舌生疮，脾虚生湿，大便稀薄者，可用吴茱萸 1g，敷于涌泉穴，胶布固定。

(2) 单验方：

久泻不止，可用罂粟壳、厚朴各 120g，研细末，每次 3g，米汤送服，忌生冷。

久泻不止，可用莲子 500g，炒研细末，加蜂蜜适量，炼蜜为丸，每次服 3g，每日 3 次。

(3) 针灸

体针：脾胃受寒者，选天枢、大肠俞、中脘、气海，用灸法；脾虚湿盛者，选脾俞(灸)、水分 (灸)、阴陵泉 (泻)、公孙 (泻)；脾肾阳虚者，选关元、气海、足三里，用灸法。

耳针：大肠、小肠、脾、胃、交感等，每次选 3 个穴位，每日或隔日 1 次，每次留针 20 分钟。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.5 肠结核

肠结核是结核杆菌侵袭肠壁引起的一种肺外结核病，通常继发于肠外结核灶，特别是排菌性肺结核，少数（约 10%）原发于肠道，称原发性肠结核。

临床表现：肠结核没有特异的症状和体征，起病多缓慢，早期多无症状，有些肠结核是因为其它原因开腹手术时被意外发现。典型者可出现以下症状：

(1) 腹痛：一般为慢性腹痛的症状，疼痛部位大多在右下腹部，也可在脐周、上腹或全腹部，因病变所在部位不同而已。疼痛性质一般为隐痛，有时可呈绞痛。

(2) 腹泻和便秘：腹泻常与腹痛相伴随，大便次数每日数次至数 10 次，半成形或水样，常带有粘液；重症病人有广泛溃疡型结核时，每有脓血便，量多，有恶臭味。

(3) 腹块：约30%～60%病人可扪及腹块，通常位于右下腹，较深，相对固定，质地偏硬，表面不平，有压痛。

(4) 全身症状　结核病的毒血症表现如发热（低热）、盗汗、消瘦、乏力等。

实验室检查：

(1) 血液检查：不同程度贫血，有并发感染时白细胞计数几中性偏高。血沉增快，可作为随访中评定结核病活动程度的指标之一。

(2) 粪便检查：肉眼观察粪便多为糊状，无明显粘液和脓血。镜下可见少量脓细胞和红细胞。粪便浓缩和便培养结核菌阳性率均不高。

(3) 结核菌素试验：近年采用效价较高的纯结核菌素衍生物进行皮内试验（PPD 试验），其结果强阳性，提示体内有结核菌感染，有助于诊断。

(4) X 线检查：X 线胃肠钡餐造影或钡剂灌肠检查对本病的诊断有很高的价值。一般分为溃疡型肠结核和增生型肠结核。

(5) 结肠镜检查　通过对全结肠及回肠末段的直观检查，对肠结核的诊断、鉴别诊断有重要意义。内镜下可见病变粘膜充血、水肿，环形溃疡，溃疡边缘不整，炎性息肉，可见肠腔狭窄。活检见找到干酪样坏死性肉芽肿或结核杆菌，则可以确诊。

(6) 腹腔镜检查　适用于诊断困难，而无腹腔广泛粘连者。病变肠段浆膜可能发现灰白色小结节，活检有典型结核改变。

(7) PCR 技术　聚合酶链反应（PCR）技术，是近年在国内开展的一种体外基因扩增技术，可检出极微量的微生物核酸，能快速、特异地进行诊断。

诊断：诊断依据参照哈尔滨黑龙江科学技术出版社 1986 年出版的《内科病诊断荟萃》。

①青壮年患者有肠外结核，特别是开放性结核证据，病变活动性虽已控制，但病人健康状况继以减退，不能以肠外结核完全解释者。

②临床上有腹痛、腹泻与/或便秘，及有结核性中毒症状者。

③右下腹压痛或回盲部肿块，伴有原因不明的肠梗阻表现。

④胃肠 X 线检查，回盲部的激惹现象或钡剂充盈缺损与狭窄征象。

⑤大便中查到结核菌，且此菌不是肠道外者。

⑥抗结核治疗两周以上而病情好转者。

判断方法：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

⑤加①、②、③、④中任何1项可以诊断。

⑥加①、②、③、④中任何1项可以诊断。

主症分析：脾虚失运，气血瘀滞，肠腑受病，是本病的基本病机。病久可出现气亏虚，生化不及或气阴两虚、阴阳两虚的表现。

(1) 腹痛：病位在肠，或由于气机阻滞，延及血分，血络瘀阻，或因素体阳虚，复加饮食不适，致寒凝中焦，脾阳受遏，胃肠气滞，或病久脾肾亏虚，寒从中生，而腹痛绵绵，喜温喜按。

(2) 腹泻：脾胃虚弱，运化无力，或饮食生冷，湿浊中阻，清浊升降失常，津液夹糟粕并趋大肠而名泻；或日久脾病及肾，肾阳虚衰，不能温煦脾土，则发为“五更泄”、“鸡鸣泄”；或气机阻滞，影响血络运行，导滞气血瘀阻，肠道受盛传导之功失职，亦发为泻。

(3) 积聚：腹块或痛或胀，初因气滞，或聚或散，尚不坚硬，但气滞日久则生痰生瘀，痰瘀互结，形成积聚，推之不移。

治则治法：本病乃正气内虚，外感痨虫所致，故补虚培元、治痨杀虫为本病基本原则，尤以补虚扶正为本。病位虽然在肠，但本病多因肠外结核而来，因此，在治疗上要注意顾及全身整体气血阴阳盛衰变化。同时在辨证论治的基础上，选用一些目前已经实验证实有杀灭结核杆菌的药物：大蒜、银杏、黄芩、黄连、地榆、连翘、苦参、石榴皮、百部、白及、金银花、夏枯草、蜈蚣、玉竹、黄精、猫爪草、大蓟根、穿破石、石吊兰等。

(1) 脾虚气滞

临床表现：腹痛泄泻，肠鸣腹胀，面色萎黄，神疲少力，舌淡苔白，脉沉细无力。

治法：温中健脾，理气杀虫。

方药：选用厚朴温中汤(《内外伤辨惑论》) 加减。

党参　厚朴　陈皮　煨木香　炒白术　茯苓　干姜　草蔻仁　炒扁豆　生甘草

加减：腹痛较甚，加川楝子、三七粉行气止痛；腹泻不止，加山药、黄连健脾厚肠。

(2) 痰凝血瘀

临床表现：腹痛固定不移，腹泻便秘交替，可触及腹内包块，舌暗红，苔薄白，脉弦涩。

治法：化痰逐瘀，软坚散结。

方药：少腹逐瘀汤(《医林改错》) 加减。

小茴香　干姜　当归　延胡索　川芎　赤芍　生蒲黄　炒五灵脂　肉桂　浙贝　乌药　甘草

加减：纳呆加砂仁、鸡内金；便秘加桃仁。

(3) 气阴两虚

临床表现：腹痛、腹胀，大便不调，潮热盗汗，体倦乏力，舌红少苔、脉细数。

治法：养阴益气，清热杀虫。

方药：知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 加减。

知母　黄柏　生地　山药　山茱萸　牡丹皮　泽泻　沙参　地骨皮　白薇　乌药　生甘草

加减：伴咳嗽，加川贝；痰中带血，加仙鹤草、三七粉；阴虚火旺，加银柴胡、胡黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

连，去泽泻。

(4) 阴阳两虚

临床表现：腹泻日久不愈，多在黎明发生，形寒肢冷，腰膝酸软，潮热，自汗盗汗，舌淡胖、脉微细或虚大无力。

治法：滋阴补阳，温肾健脾。

方药：补天大造丸(《医学心悟》) 合四神丸(《证治准绳》) 加减。

人参　黄芪　山药　枸杞　龟甲　生地　补骨脂　吴茱萸　肉豆蔻　五味子　石榴皮

加减：脘腹满闷、纳呆，加砂仁、焦三仙。

其它疗法：

(1) 单验方：紫皮蒜 10g，佐餐食用。十大功劳叶 30g，女贞子 10g，甘草 8g，水煎服。

(2) 针灸：

体针：腹痛取阿是穴、足三里、阳陵泉；腹块于局部隔姜灸；脾肾两虚隔姜灸关元、气海、神阙、脾俞、肾俞。

耳针：脾、肾、肺、大肠、交感等，每取 2～3 穴。

7.2.6　伪膜性结肠炎

伪膜性结肠炎是主要发生于结肠的急性粘膜坏死性炎症，并覆盖有伪膜。此病几乎都发生在近期使用抗生素之后，是一种医源性疾病，因此通常也称为抗生素相关性肠炎。现已证实本病是由于肠道难辨梭状杆菌过度增殖产生的毒素所致。

临床表现：本病起病大多急骤，病情轻者仅有轻度腹泻，重者可呈暴发型，病情进展迅速。

(1) 腹泻：约 100%的病人有腹泻症状，绝大多数大便为糊状，粘液状，黄绿色稀便或水样便，重者可呈海蓝色（海水样）或略呈暗红色。腹泻程度轻重不一，轻者每日2～3次，可在停用抗生素后自愈；重者每日可达 30 余次之多。多发生在应用抗生素的4～10天内，或停药后的1～2 周内，或手术后5～20 天。

(2) 腹痛：为常见症状，有时非常剧烈，可伴腹胀、恶心、呕吐等。

(3) 毒血症表现：如心动过速、发热、谵妄、以及定向障碍等，重者可发生休克、严重脱水、电解质失平衡、代谢性酸中毒、急性肾功能不全等。

实验室检查及其它检查：

(1) 实验室检查：周围血象见白细胞增多，以中性粒细胞为主。便常规可见非特异性白细胞增多，潜血可为阳性，但肉眼血便少见。90%以上病例经特殊便培养可发现 C－difficile。粪内细胞毒素检测有确诊价值。

(2) X 线检查：腹部平片是诊断本病的首选检查，其典型表现有：结肠扩张；结节状肠袋肥厚（较特异，但仅见于最严重病例）；指纹征；腹水。

(3) 内镜检查　是诊断本病的重要手段之一。内镜下肉眼观察可见肠粘膜充血、水肿，有接触性充血或溃疡，斑片状伪膜，或可融合成片，呈黄白色、灰绿色或棕色。活检有本病特殊病理变化。

诊断：依照哈尔滨黑龙江科学技术出版社 1986 年出版《内科病诊断荟萃》制定如下：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

①有林可霉素、氯林可霉素、头孢霉素、青霉素等后出现腹泻，多有恶臭的脓粘液便，海苔状黑绿色便，稀便及腹部钝痛。重症可有高热、白细胞增多。

②大肠内窥镜发现黄白色的片状伪膜形成，其由中性粒细胞及其他炎性细胞、纤维蛋白及坏死物等组成。

③从大便中检出 C－difficile 及其毒素。

有上述 3 项可确诊。有①②项为可疑诊断。

主症分析：伪膜性肠炎多为暴泄不止，《素问·至真要大论》云："暴泄下迫，皆属于热"，《素问·六元正纪大论》又云："湿盛濡泄。"本病之泄泻，多为湿热蕴结，中焦运化失职，不分清浊而倾注无度。邪热炽盛，灼伤津液，可为热盛伤阴之证。或为脾胃素弱，亦可因久病、顽疾、手术创伤等大伤正气，加之烈性存物，攻伐脾胃，脾病及肾，阳气衰惫，不能温化水湿，则致清浊不分，并走肠间而泄。气机升降失调，气机阻滞不畅则腹痛；气滞血瘀或热邪伤络，肠络受损，可见便血。病位在大肠、脾胃，涉及到肾；起病以实证为主，久病脾肾阳虚；轻者停服有害药物即可自愈，重者病势凶险，伤阴或伤阳，变生危象。

治则治法：

(1) 湿热蕴结

临床表现：暴泻急迫，大便如蛋花水样，或见伪膜，腹痛肠鸣，发热，甚至神昏，谵语，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清热解毒，利湿化浊。

方药：选用葛根黄芩黄连汤(《伤寒论》) 加减。

葛根　黄芩　黄连　黄柏　连翘　金银花　败酱草　蒲公英　牡丹皮　贯众　车前子　甘草

加减：邪入心包，见神昏、谵语、四肢逆冷，用醒神开窍，清热解毒之法，上方加生地、羚羊角，并急服或鼻饲神犀丹（或紫雪丹)。

(2) 热盛伤阴证

临床表现：久泻之后糊便频繁而量少，高热不退或午后热盛，心烦口渴，舌红少苔，脉细数。

治法：清热养阴，益气升清。

方药：选用青蒿鳖甲汤加减。

青蒿　鳖甲　知母　生地　西洋参　葛根　连翘　金银花　栀子　败酱草　丹皮　甘草

加减：腹胀加薄荷；腹痛加赤芍。

(3) 脾肾阳虚证

临床表现：泻下不止，大便如稀水，眼眶凹陷，皮肤弛皱，手足逆冷，舌淡苔白、脉沉细。

治法：温补脾肾，回阳救逆。

方药：选用附子理中丸(《太平惠民和剂局方》) 和真人养脏汤(《太平惠民和剂局方》) 加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

制附子　党参　炒白术　肉豆蔻　肉桂　煨木香　炒白芍　诃子肉　补骨脂　甘草

加减：腹胀加陈皮、乌药；中气下陷，加黄芪、升麻。

其它疗法：

（1）灌肠法：白头翁汤浓煎至200ml，每晚保留灌肠1次，2周为1疗程，用药1～2个疗程。

（2）针灸：腹泻不止，取百会、足三里、天枢等穴；休克者取人中、内关、合谷、涌泉、百会。

7.2.7　急性胃肠炎

临床表现：恶心、呕吐、腹痛、腹泻是本病的主要临床表现。呕吐起病急骤，先有恶心，继之剧烈呕吐。呕吐物多为胃内容物，严重者可吐胆汁或血性物。腹痛以上腹部较多见，严重者可呈阵发性绞痛。腹泻表现为大便呈水样，每天数次或数10次不等，伴有恶臭，多为深黄色或带绿色便，很少带有脓血，无里急后重感。上述中心证候的各种症状一般同时存在，但有先后轻重之不同。

实验室检查：

（1）血常规：白细胞计数正常或偏高。

（2）粪便检查：粪便、肛拭可检出致病菌，明确诊断。

诊断：

有可疑污染食物进食史。

潜伏期一般在2～24小时。

起病急，以腹痛、腹泻为主要症状，大便为水样便，味臭而量多，很少有脓血便。

血象白细胞计数多正常。

从患者的呕吐物、粪便、肛拭及可疑食物中检出致病菌，可明确诊断。

主症分析：感受时邪、饮食不节是本病的主要病因。夏秋之际，暑热夹湿，伤及脾胃，浊气内扰，升降失常，可见泻下急迫，恶心呕吐，尿黄苔腻等；或夏秋贪凉饮冷，寒邪秽气，郁遏中焦，脾胃升降失司，则现呕吐、泄泻清稀水样，若夹外感表邪，则见寒热头痛；饮食不节，尤其是误食馊腐变质之品、暴饮暴食，则宿食内停，阻滞胃肠，或上逆而嗳腐吞酸，或下注而泻下臭如败卵；若素体脾胃虚弱，或泄泻失治误治，迁延不愈，则脾虚愈甚，吐泻交作，纳呆乏力，久泻不止。

本病初起以寒湿为多，随后可转化为湿热，或初起即因伤食，并感秽浊之气，则病发急骤，病情较重，以上多为实证。若病程较长者，则每易损伤脾胃而中气虚损。总之，本病病位在胃肠、脾，病势有向上、向下两端，向上则吐为主，向下则泻为主，初病多实，久病则虚，病程中常证候相互转化，虚实夹杂。

治则治法：湿滞或食滞是本病发病的中心环节，因此除湿导滞是治疗本病的根本大法。根据湿热、寒湿、食积之不同，又有渗湿燥湿消食之异。

（1）寒湿阻滞

临床表现：呕吐清水，恶心，大便清稀或如水样，腹痛肠鸣并伴有畏寒发热，颈项或全身关节酸痛。舌淡红，苔白滑或白腻，脉濡。

治法：疏邪化浊，散寒除湿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：选用藿香正气散(《太平惠民和剂局方》) 加减。

藿香 苍术 姜半夏 厚朴 苏梗 茯苓 陈皮 白芷 佩兰 车前子 炮姜 甘草

加减：若表邪较重，可加荆芥、防风以增疏风散寒能力；若湿邪偏盛，则加苍术、泽泻以健脾燥湿，淡渗分利。本方既能疏风散寒，又能化湿除满，健脾宽中，调理脾胃，使湿浊内化，风寒外解，脾胃功能得到恢复，而泄泻自止。

(2) 肠道湿热

临床表现：病起急骤，恶心频发，呕吐吞酸，腹痛即泻，泻下急迫，便行不爽，粪色黄褐秽臭，肛门灼热，口渴欲饮，心烦，尿短赤少。舌红，苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法：清化湿热，理气和胃。

方药：葛根黄芩黄连汤(《伤寒论》) 加味。

黄芩 黄连 葛根 银花 茯苓 炒扁豆 荷叶 木通 车前子 六一散

加减：若湿邪偏重，可加苍术、厚朴、陈皮以燥湿宽中；挟食滞者宜加神曲、麦芽、山楂以消食化滞。

(3) 食滞胃肠

临床表现：恶心厌食，得食愈甚，吐后反快，腹满胀痛，大便臭如败卵，急迫不爽，泻后痛减。舌苔垢或厚腻，脉滑实。

治法：消食化滞，和胃降逆。

方药：选用保和丸(《丹溪心法》) 加减。

山楂 神曲 莱菔子 陈皮 姜半夏 茯苓 连翘 枳壳 制大黄 槟榔 泽泻 炒麦芽

加减：若恶心，脘闷，纳呆甚者，加藿香、佩兰；若食滞较重，化热阻滞肠胃，腹胀而泻下不爽者，则以枳实导滞丸加减，消导食积，泄热利湿。

(4) 脾胃虚弱

临床表现：禀赋不足，素体脾虚，大便溏薄，夹有不消化食物，稍进油腻则便次增多，呕吐清水，且时作时休，伴有面色不华，神疲乏力。舌质淡，苔薄白，脉细或濡弱。

治法：健脾理气，益胃降逆。

方药：参苓白术散(《太平惠民和剂局方》) 加减。

党参 炒白术 茯苓 山药 炒扁豆 薏米 砂仁 莲子肉 煨木香 陈皮 炙甘草

加减：若脾阳虚衰，宜用附子理中丸加吴萸、肉桂以温中散寒；若久泻不止可用补中益气丸，以益气升清健脾止泻。

其它疗法：

(1) 单验方：芡实、百合各 60g，煮稀饭共食，治脾虚泄泻，将大蒜捣烂，贴敷足心或贴脐中，适用于虚寒久泻。生姜、陈茶叶各 9g，水煎作一次服，连服数次，适用于水泻。

(2) 针灸：针刺上巨虚（双）、天枢（双）、足三里（双），适用于急性泄泻；艾灸上脘、天枢（双）、关元、足三里（双），适用于慢性泄泻。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3 临床用药经验与体会

7.3.1 收敛固涩药

久泻滑脱不禁，药物随投随泻，分毫不能发挥药效，当采用收涩之品，常用有诃子、罂粟壳、赤石脂、炮姜炭、石榴皮、乌梅、灶心土、生牡蛎、五味子、木瓜、合欢皮、金樱子、五倍子、椿根皮等。由于固涩法多用于久泻滑脱者，表现为脾肾阳虚的证候，因此，在使用固涩药时，应配伍健脾温中补肾之品，如附子、肉桂、党参、黄芪、白术、山药、芡实等以求标本兼治。固涩药只有在久泻滑脱、邪去正衰的情况下才能使用，且为权宜之计，治标之法，不可久用。在以下情况时更应慎用：暴泻者；兼邪者，如兼表邪恶寒身痛，或肠中湿热见肛门灼热、便下脓血，或食积便下腐臭、滞下不畅者；腹胀肠鸣音减弱者；兼见胸闷呕恶者；腹痛较重者；兼见尿黄或心烦舌红苔黄者。但又不可过拘泥于“初泻祛邪，久泻固涩”之说，凡年老体弱，在暴泻数日内出现气陷滑脱之证，当用固涩。而某些久泻患者，虽正气已衰，但仍有积滞者，切勿乱用固涩，否则病情必然深痼不解。

7.3.2 淡渗分利药

水湿内蕴是形成泄泻的主要原因，采用淡渗分利的方法，使水湿从小便而去，是治疗泄泻的有效办法，所谓“利小便即所以实大便”，“治湿不利小便非其治也”。常用如茯苓、猪苓、薏苡仁、通草、车前子、泽泻、滑石、淡竹叶、白茅根、冬瓜皮等。其中茯苓、薏苡仁有利水渗湿，健脾补中的作用；泽泻利水渗湿，还可补因泄泻引起的阴液不足；滑石清热除湿，利水通淋，现代药理研究，滑石内服可吸附肠道毒物，保护发炎的消化道粘膜，有止泻作用。但临证时有可利与不可利之分。凡新病、体实、阴液未耗者可利；久病、体虚、阴液已伤者不宜，以免分利太过，重伤阴液。另外，药物使用要注意区分寒热。一般湿热多宜清热，可选用车前子、通草、淡竹叶、滑石等，若大便潜血阳性可选用白茅根、马齿苋等；寒湿需温化，兼用渗利，当选用桂枝、生姜皮、泽泻、茯苓、薏苡仁等；火盛伤阴，可养阴清热，扶正分利兼用，选玄参、生地、石斛等滋阴，车前子、通草、泽泻等分利；对泄泻初期内湿较盛或湿热壅滞者，可选用冬瓜皮。

7.3.3 清热燥湿药

外感暑热湿浊，伤及胃肠，引发泄泻，暴注下迫，心烦口渴，小便黄赤，或有发热，选用清热燥湿药每多获效，常用如黄连、黄芩、黄柏、秦皮、白头翁、大黄等，但注意用量过大过久有伤阳害胃之弊，可加入扁豆、山药减缓苦寒之性，又能加强止泻之效。

7.3.4 清热解毒药

肠中热盛，见口干、苔黄、大便黄臭、肛门灼热者，当用清热药物，如葛根、白花蛇舌草、茵陈、蒲公英、败酱草、金银花炭、地榆、秦皮等。此类药物特别适合灌肠，利于直达病所，且药量加大，也不致过寒害胃。

7.3.5 升提药

泄泻的发生，无论暴泻、久泻，都与脾阳受损有关，故有“脾阳不伤不泻”之说。脾阳受伤除表现为运化水湿功能障碍，气机升降失调是其主要病理变化，即“清气在下，则生飧泄”。故治疗泄泻应注意升提脾阳，以图恢复正常的气机升降调节。可选用升麻、葛根、桔梗、柴胡、荷叶蒂等，升提阳气，举清降浊，振奋脾阳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.3.6 补脾益气药

泄泻一病，皆以脾虚为本，在久泻中表现尤其明显。只有补脾气振脾阳才能使水湿得化，但切忌只用大量甘缓温热之品，造成气机壅滞，反使脾胃运化功能受阻。也不可用之过早，以防闭门留寇。常用药物有黄芪、党参、太子参、山药、扁豆、白术、苍术、茯苓、甘草、芡实等。药理实验证明，黄芪能改善消化道的蠕动和分泌功能，提高免疫机能。甘草浸膏可缓解胃肠平滑肌的痉挛。

7.3.7 滋补脾阴药

久泻必然损伤阴津，可选用炙龟甲、牡蛎、生地、沙参、麦冬、山茱萸、芦根、石斛、天花粉、玄参、莲子、当归、乌梅、枸杞等甘凉滋润，滋补脾阴。但阴虚同时一般常兼气虚，故养阴同时必须佐以健脾益气之品，并注意补气而不滞气，健脾而不过于温燥。以配伍山药、太子参为好，二药补脾益肠作用虽然不强，但能兼顾气阴，补而不滞，清而不凉。气虚显著者，需加用黄芪、党参，佐以白芍。养阴同时还应配以理气，选用理气而不伤阴之品。疏理胃气用佛手、陈皮、枳壳、砂仁等；疏肝气用绿萼梅、合欢花、郁金等。

7.3.8 温肾助阳药

凡见便泄次多，甚至完谷不化、腹鸣、畏寒、神疲、甚至面肿腹胀者，系脾病及肾，火衰不能暖土。治疗重在温肾，并配合健脾之药。可选用附子、肉桂、补骨脂、益智仁、巴戟天、吴茱萸、五味子等，益智仁可提高肠管对水分的吸收功能。

7.3.9 消食药

增强胃的受纳、腐熟水谷功能，是治疗慢性泄泻的重要措施。因此在补益脾胃的同时，必须随证加配消食助运之品，不一定要在出现食滞中阻证候时才用。如麦芽、神曲、山楂等，尤以鸡内金为佳，现代药理证明鸡内金对胃酸分泌有双向调节作用。

7.3.10 温里药

包括附子、干姜、高良姜、肉豆蔻、小茴香等，适用于脏寒之久泻不愈的患者。其中以附子为代表。某些顽固性久泻、虚寒泻患者，非重用附子不能温其阳、散其寒、逐其湿。但本药中内含乌头碱，对心脏有毒副作用，老年人和有心脏器质性疾患特别是传导功能失常的患者应慎用。用量应从小量开始，逐渐增加，不宜遽用大量。在下列情况下尤其不宜大量使用：①形体消瘦的患者，特别是女性患者，此类病人看似阳虚，每每多夹内火；②便中夹有粘液者；③虽有阳虚，但便下不爽，或虽便溏但数日方排便一次；④南方湿热地区，人多气薄体弱，常兼湿热内火，尽管存在阳虚证，也不应大量使用；⑤老年人或心律失常患者。

7.3.11 调肝理气药

部分病人泄泻与情志变化密切相关，每因情绪激动、紧张而复发，均与肝失条达、疏泄失常有关。可用白芍、柴胡、佛手等，一可使肝柔顺条达，情志舒畅，有利于病情稳定恢复；二可通过调整肝之疏泄升发，促进和调节脾胃的升降功能，使清升浊降，腹痛、腹泻、便下不爽等症状得以减轻；三可直接缓解经脉挛急，使腹痛得以缓解或减轻。

7.3.12 宽中行气药

柴胡、枳壳、香附、郁金、木香、砂仁、陈皮、青皮、佛手、厚朴、乌药、紫苏梗

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

等。其中木香、砂仁、陈皮等对消化道均有调节作用，有利于胃肠积气的排出，促进胃液分泌。

7.3.13 祛风药

可升提中气、又取“风能胜湿”之意，借风药以助升阳除湿，对泄泻初期兼表证及湿盛或脾虚下陷者均应配用风药，可选用升麻、柴胡、防风、桔梗、羌活、独活等。

7.3.14 芳香化湿药

藿香、佩兰、厚朴、半夏、豆蔻，适用于内外湿邪流注大肠，症见大便溏滞不爽，胸闷脘痞不知饥饿，身困倦怠，面色晦垢，舌苔厚腻，脉濡滑者。并根据具体症状，配伍其它药物。如湿盛者加草豆蔻、薏苡仁、石菖蒲等；脾虚者配党参、茯苓、白术、甘草、山药等健脾化湿药；或佐以防风、羌活、秦艽等祛风胜湿药；或佐以黄连燥湿；或加益智仁、补骨脂温肾。

7.3.15 化痰除湿药

许多病人主诉腹中漉漉有声，便中粘液较多，此为胃肠中痰饮流注所致，当以消痰祛饮为要。选用白术、泽泻、茯苓、半夏、陈皮、代赭石、干姜等。

7.3.16 活血化瘀药

对病程较久，缠绵难愈者，可根据“病久必入络”之说，配伍活血化瘀如乳香、没药、五灵脂、丹参、赤芍、川芎、牛膝、姜黄、三七、桃仁、红花、三棱、莪术等，此类药物多具有良好的消炎抑菌、改善微循环和调节免疫功能的作用。在活血的同时，还应另酌加香附、乌药、川椒、吴茱萸等温中调气。

7.3.17 通下药

如大黄、槟榔等。对于肠腑中积滞难下，可选用通下药以达到推陈出新的作用。并配合枳壳、木香、砂仁、大腹皮等理气通降以助之。但对年老体弱，素体虚羸者，要慎用或少用，中病即止，以防元气虚陷。大黄攻积导滞、泄火凉血，其有效成分为蒽醌衍生物，所含大黄酸、大黄素和芦荟大黄素，有较强的抗菌作用，还有小剂量的鞣酸具有收敛作用。

7.3.18 峻下药

对于顽固性腹泻，证属沉寒凝滞，病势缠绵者，当以巴豆等泻寒逐痰，因其大辛大热故脾肾阳虚、肝脾不调、气阴两虚者为禁忌。其另一关键在于炮制，通过去油去霜、合蜡炒炭等办法减轻巴豆毒性。

7.4 变证的治疗

泄泻常见的变证有厥脱、脱肛等。

7.4.1 厥脱

泄泻出现厥脱的原因是由于频繁腹泻，或兼见便血后失水、失血过多面耗气伤阴，损及五脏功能，使气血运行障碍，从而导致阴阳之气不相顺接，气机逆乱，甚则阴阳离决。如素体羸弱，或久病不愈，气血阴阳俱虚，加之剧烈腹泻、便血、或呕吐致失水失血过多，元气耗竭，阴损及阳，阳损及阴，以致阴阳不相维系，终至阴阳离决，导致脱证。

厥脱是内科泄泻的急性变证，临床特点是早期面色苍白，四肢发冷，心悸多汗，短气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

乏力，尿少，烦躁不安，脉搏细弱，血压下降，神志昏蒙，表情淡漠；重者昏不知人，唇指发绀，四肢厥冷，呼吸短促，脉微欲绝，或不应指，无尿，血压不升。厥可分为寒厥、热厥；脱则有阴脱（亡阴）、阳脱（亡阳）、阴阳俱脱之分。

7.4.1.1 寒厥

临床表现：手足厥冷，无热畏寒，神情淡漠，身冷如冰，尿少或遗尿，下利清分，面色时晦时黯，苔白舌淡，脉微欲绝。

治法：温经散寒，回阳救厥，补气养血。

方药：当归四逆汤(《伤寒论》)为主方。

当归 桂枝 芍药 细辛 通草 大枣 甘草

7.4.1.2 热厥

临床表现：手足厥冷，并见发热，烦渴燥妄，尿赤，便下腐臭，苔黄，舌燥，脉数。

治法：泄热解毒，豁痰行气。

方药：人参白虎汤(《伤寒论》)合二陈汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

人参 知母 石膏 粳米 炙甘草 陈皮 半夏 橘红 郁金

7.4.1.3 阴脱

临床表现：面唇苍白，发热烦躁，心悸多汗，口渴喜饮，尿少色黄，脉厥不温，脉细数或沉微欲绝。

治法：养阴益气固脱。

方药：固阴煎(《景岳全书》)。

人参 熟地 黄精 黄芪 麦冬 山萸肉 山药 五味子 甘草

7.4.1.4 阳脱

临床表现：多由亡阴之后演变而来，四肢厥冷，面色晦暗，甚至瘀紫色，神情呆滞，神志昏迷，身冷如冰，尿少色清，舌淡苔白，脉微欲绝。

治法：温阳益气。

方药：人参四逆汤(《伤寒论》四逆加人参汤）加味。

人参 附子 当归 肉桂 细辛 通草 桂枝 生姜 甘草

7.4.1.5 阴阳俱脱

临床表现：神志昏迷，目瞪口呆，瞳仁散大，喉中痰鸣，气少急促，汗出若油，舌卷囊缩，周身俱冷，二便失禁，脉微欲绝。

治法：补益阴阳，固脱回逆。

方药：参附汤(《正体类要》)合生脉饮(《内外伤辨惑论》)加减。

人参、附子、麦冬、五味子。

唇而指端紫绀者可加丹参、赤芍、红花、川芎；便血不止者加白及、地榆、槐实。

7.4.2 脱肛

泄泻日久，多可出现脱肛变证。其临床表现为便时、或起立、咳嗽、行走时，直肠粘膜或直肠全层脱出肛外。泄泻日久，中气不足，或脾肾两虚，失于固摄，而致肠脱不收，遂成脱肛；或恣食辛辣厚味，饮酒嗜茶成癖，积湿酿热，湿热下注，下迫肛门，而为脱肛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.2.1 气虚下陷

临床表现：泄泻日久，渐致直肠脱出肛外，初期仅在便后脱出，久病虚甚者，往往起立、咳嗽、行走或排尿时，稍用力即脱出，伴见疲倦乏力，气短声低，头晕，心慌，食少，便溏，肛内常有下坠感。舌质淡胖，苔薄白，脉虚或弱。

治法：补气升提固脱。

方药：补中益气汤(《脾胃论》)加味。

黄芪　党参　白术　甘草　当归　陈皮　升麻　柴胡　乌梅　金樱子　五倍子

7.4.2.2 脾肾两虚

临床表现：直肠脱出不收，肛门常有下坠感，兼见神疲乏力，动则气短，腰膝酸软，小便频数，夜尿多。舌质淡，苔薄白，脉沉细。

治法：温补脾肾，升陷固脱。

方药：大补元煎(《景岳全书》)加减。

党参　山药　山萸肉　杜仲　枸杞子　升麻　菟丝子　肉苁蓉　乌梅　金樱子　五味子　鹿茸粉

7.4.2.3 湿热下迫

临床表现：直肠脱出肛外，肛门灼热、肿痛，兼见面赤身热，口干口臭，胸闷，大便溏滞不爽，小便短赤，舌质红，苔黄腻或黄燥，脉数。

治法：清热利湿，凉血清肠。

方药：凉膈散(《太平惠民和剂局方》)加减。

生地　黄芩　黄连　香附　白芍　当归　荆芥　防风　升麻　甘草

7.5 外治法

7.5.1 灌肠疗法

是以灌肠器或注射器从肛门将药液注入直肠内的一种治疗方法。用以治疗本病的常用灌肠法有保留灌肠法和点滴灌肠法两种。

7.5.1.1 保留灌肠法　又叫含药灌肠法，它是用中药煎成一定容量的汤剂或者用各种药物散剂溶于一定量的溶剂中，通过肛门灌入大肠内，经局部肠道吸收而达到治疗目的的一种方法。是目前临床上治疗泄泻，特别是久泻最常用的方法。从药理学来讲，肠道给药的吸收速度较口服要迅速。同时，可以避免药物口服后消化液酸碱度和酶对药物的影响和破坏，也可以减轻药物内服引起胃肠道不适及中药苦涩难咽的缺点。另外，灌肠可使药物直达病所，局部达到较高的药物浓度，并可在肠道表面形成保护膜，促进水肿、炎症、溃疡的修复，同时能避免消化液对药物的影响，并能延长药物的作用时间，迅速改善临床症状。因此在临床上，本法可作为一种主要的治疗手段，也可以作为一种辅助手段配合内服法一起应用。

灌肠前准备：保留灌肠前先排空大便或用5%茶水500ml清洁灌肠。

保留灌肠法的注意事项：必须在便排空后，方可进行保留灌肠。用中药保留灌肠时，药物浓度同口服药相比宜稍浓一些，或加入适量的助悬剂以增加其浓度，因药物在肠中应保留较长时间。药液温度要稍高于体温，一般为37.0～38.0摄氏度之间，过高过低，对

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肠管平滑肌都是刺激，影响保留时间。

药液用量：药量以50ml为宜，因直肠容积是50～100ml，超过100ml就会产生便意感，影响保留时间。

患者体位：多用侧卧位。也可根据病变部位不同采取相应体位。如仰卧、俯卧、侧卧、臀低位、臀高位等。如病变范围广泛，灌肠后应进行相应的体位活动，使药液尽可能附于病所。

灌肠用药：白及、黄柏、黄芩、苦参、地榆、白矾、甘草、青黛等或锡类散加味。并可根据证候特点随证加减，如脾虚加黄芪，肾虚加补骨脂，湿热加黄连，肝郁加防风、白芍等。

灌肠方法：用注肛器抽取药液50ml，接上16～18号导尿管，涂上少许凡士林油或液体石蜡，患者采取适当体位，将肛管缓慢插入肛内，速度越满越好，减少刺激肠蠕动，保证药液保留时间。插管深度在15～27mm，深度不够，不能达到患处，影响疗效。注药后，嘱患者卧床休息，或略抬高臀部，保留至次日晨起排便为好。以10～20天为一疗程。体息3～5天后进行下一疗程。但避免长期灌肠，刺激肠管，事与愿违。

7.5.1.2 点滴灌肠法 是中药保留灌肠的改进方法，其设备与操作与静脉输液相同，将针头换成导尿管，然后把灌肠药物倒入滴瓶内，操作前的准备工作及体位与保留灌肠相同，导尿管插入肛门内约20～25厘米，用胶布交叉固定后开始滴灌，滴速控制在每分钟50～80滴左右，每日可滴2次，1次用量在250ml左右。其优点是肠道刺激性小，保留效果好；缺点是操作过程较麻烦。

常用药物：白及、五倍子、苦参、败酱草、蒲公英、黄柏、白花蛇舌草、地榆、干姜、锡类散、云南白药等。

7.5.2 脐疗

包括“填脐”、“敷脐”、“覆脐”、“缚脐”等法，可因病因地取材使用。由于脐眼的皮肤筋膜与腹膜直接相连，能使药物直达病所，且方法简便，易为患者接受，因此，脐疗应作为治疗腹泻的首选方法。本法虚实不忌，均可使用，只是处方药物有所不同。如寒湿泻可选用吴茱萸、胡椒末；湿热泻可选用六一散、车前子；伤食泻用焦山楂、神曲、莱菔子；脾肾阳虚用肉桂、干姜、荜茇、硫磺等。脐疗用药后宜用热水袋加温片刻，以图迅速发挥药效；换药前应将脐眼洗净擦干，2～3小时后再上药；酒、醋等赋形剂有刺激性，如发现脐孔发红，糜烂应及时停药；寒性腹泻用暖脐膏贴盖最好，如用一般胶布易发生皮炎，可改用肤疾宁贴膏，治疗慢性泻一般2天换药1次，膏药要贴紧封固，避免泄气漏药。

云南白药1g加适量黄酒调糊状，敷于脐中，以伤湿止痛膏固定。日1次，3天为1疗程，适用于无脱水症状的风寒或湿热证泄泻。

肉豆蔻1～2枚，约15g左右，雄黄1g，陈醋500ml，追风膏药1贴，伤湿止痛膏1袋。将肉豆蔻、雄黄合研为粉，取1～2g，用陈醋稍加搅拌（不要成糊状），放于脐中，以追风膏药熔化后摊于伤湿止痛膏上，贴于脐上。如1次未愈，可每天换1次。脱水者应配合补液。

丁桂散（丁香、肉桂各等分），置少许于中脘、气海、天枢等穴，外贴胶布1～2层，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

并可以艾条于胶布外温灸。五倍子 6g，用醋调如水糊状，摊在纱布上，盖于脐上，如泻止，即除去该药，时间不可太长。适用于一般久泻。

白芷、干姜各 3g，共研细末，以蜜为膏。先用酒洗脐，微热后贴膏，再点燃艾条熨膏上。适用于脾肾阳虚之泄泻。

木鳖仁 5 个，丁香 5 个，麝香 1 分，研末，米汤调作膏，纳脐中贴之，外以膏药护住。治水泻不止。

大蒜捣烂贴脐中，适用于寒泻。

7.5.3 足浴

药水浸足是治疗泄泻的一种简便易行的方法，其机理与经络传导有关，因足阳明胃经属胃络脾，下行足趾，与足太阴脾经相连，足太阴脾经起于足大趾末端，上行入腹，属脾络胃之故。可取茜草、野艾、梧桐叶之一种，200～500g，水煎后，浸足，早晚各 1 次，每次20～30 分钟，加适量开水保持水温。也可根据病情辨证处方，随证加减。此法一般适用于急性泄泻，儿童尤宜。

7.6 针灸疗法

7.6.1 体针

7.6.1.1 急性泄泻 针中脘、天枢、足三里、阴陵泉。偏寒者可留针，并用艾条灸或隔姜灸。偏热者针刺多用泻法，并配合放血，热甚加内庭、商阳、少泽点刺放血，腹痛加合谷。

7.6.1.2 慢性泄泻 针脾俞、中脘、梁门、天枢、足三里。肾泄配命门、关元。针用补法，其中脘、天枢、关元、命门等穴皆可用灸法，以温运脾肾之阳。脾虚配脾俞、关元俞；肝郁配肝俞、行间；肾虚陪肾俞、命门。脘痞加公孙；胁痛加阳陵泉；气短加气海。

7.6.1.3 腹泻特效穴 足外踝最高点之下，赤白肉际交界处，将艾柱或艾条点燃后，温和灸，左右两穴每次各灸 15 分钟，日灸 2 次。

阴陵泉下直下 5 寸，距胫骨后缘 1 寸，按压有异样感觉或疼痛处，即可针刺。对急性泄泻可单点此点，用泻法；慢性泄泻配足三里，用补法，留针 30 分钟，每 10 分钟行针 1 次。

7.6.2 耳针

取大肠、小肠、胃、肝、脾、肾、交感、神门。每次酌取3～5 穴。急性泄泻留针 5～10 分钟，每日1～2 次。慢性泄泻留针10～20 分钟，隔日 1 次，10 次为一疗程。

7.7 推拿疗法

可嘱患者每晚睡前和饭后，揉按腹部，向顺时针和逆时针方向各揉20～30 次，同时按摩脾俞、胃俞、神阙、天枢、足三里穴，宜长期坚持，有增强消化功能，预防及治疗泄泻的作用。

患者取仰卧位，取中脘、气海、天枢、关元，往返5～6 遍，然后摩腹。患者取俯卧位，用滚法沿脊柱两侧从脾俞到大肠俞施术，每穴约 1 分钟，然后按揉脾俞、胃俞、大肠

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

俞、长强，往返3～4遍，再在左侧背部用擦法治疗，以透热为度。脾胃气虚着重在气海、关元、足三里按揉。脾肾阳虚按揉气海、关元，直擦背部督脉，横擦腰部肾俞、命门，以透热为度。肝气乘脾轻揉两侧章门、期门，斜擦两胁，以两胁透热为度，轻揉背部肝俞、胆俞、膈俞及太冲、行间。

7.8 西医治疗撮要

7.8.1 慢性非特异性溃疡性结肠炎

7.8.1.1 一般治疗 休息。注意补充营养，减少饮食中的纤维成分。限制乳制品的摄入。适当补充微量元素，必要时输血。纠正水和电解质紊乱，特别是注意低钾。

7.8.1.2 对症治疗 对抗腹泻及解痉、镇痛药的应用，要权衡轻重，不能轻易使用，以防诱发中毒性结肠扩张。

7.8.1.3 药物治疗

(1) 皮质类固醇类：急性暴发型与重度患者首选。并用于氨基水杨酸类疗效不佳患者。口服最为常用。病变为远端直肠型或左半结肠型可选用保留灌肠。在重度或急性暴发型患者应首选大剂量皮质激素静脉滴注。这类药长期应用易产生副作用，且不能防止复发。

(2) 氨基水杨酸类：适用于轻度和慢性期患者，特别是在减激素时用于巩固疗效，防止反跳，应视为首选药物。但应警惕该药引起的胃肠道毒性反应，特别是过敏引起的粒细胞减少、再障和自身免疫性溶血。近年应用高分子材料膜包裹 5-氨基水杨酸在结肠释放，作用强而副作用小。肛栓或灌肠局部给药，对左半结肠，甚至横结肠型疗效均好。

免疫抑制剂和免疫调节剂：在上述药物无效或不能耐受时，可考虑选用硫唑嘌呤、6-巯基嘌呤等，可获得一定疗效，但副作用较大应慎用。

抗菌药物：本病常合并感染，在急性期根据临床症状及实验室检查适当加用广谱抗生素，有利于病情的缓解。

7.8.2 肠易激综合征

治疗措施大致有以下几个方面：

7.8.2.1 饮食疗法 嘱患者避免敏感食物，减少产气食物如大豆、洋葱、奶制品的摄入，根据患者具体胃肠动力变化的特点调整其饮食结构。

7.8.2.2 心理和行为疗法 包括心理治疗、生物反馈疗法、催眠术等。

7.8.2.3 药物治疗

解痉剂：最常用抗胆碱能药物，可部分拮抗胃结肠反射和减少肠内产气，用于减轻餐后腹痛、肠痉挛、便意窘迫等；钙离子通道阻滞剂通过细胞膜钙离子流对胃肠平滑肌的作用，减少结肠蠕动。

胃肠动力药：抑制剂用于止泻；激动剂用于便秘、腹胀等。

激素和胃肠肽制剂：此类研究方兴未艾，目前报道有生长抑素类似物、阿片肽拮抗剂、CCK 拮抗剂及 5－HT3 受体拮抗剂等。

精神药物：对有明显精神症状者，可适当给予镇静剂、抗焦虑药和抗抑郁药。

泻药：副作用较多，一般应避免使用。在严重便秘、其他治疗无效时，可考虑暂时缓

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

解症状。首选渗透性泻剂。

生态制剂：如双歧杆菌制剂、地衣芽孢杆菌制剂等，用于肠道菌群紊乱。

7.8.3 慢性结肠炎

7.8.3.1 一般治疗 重症病人宜卧床休息。饮食以易于消化和富有营养为原则，避免生冷及刺激性食物。精神过度紧张者，可给予镇静剂。腹痛、腹泻较重，可应用解痉、止痛药物。全身状态差者，可以输血或应用营养支持疗法。如有水电解质紊乱，则应及时补充纠正。

7.8.3.2 药物治疗 由于慢性结肠炎的病因学仍未阐明，所以其药物治疗多凭临床经验。

传统的药物是水杨酸偶氮磺胺吡啶（SASP）、水杨酸偶氮磺胺嘧啶（SASD）及皮质激素。近年来对口服 SASPA、SASD 在体内转运的研究发现，它们的疗效是 5-氨基水杨酸（5-ASA）的作用，重氮物只不过是 5-ASA 的载体。但口服 5-ASA 在近端小肠很快吸收，经肝代谢或在小肠粘膜转运过程中代谢，约 90%以乙酰化物形式经肾排出，故有肾毒危险，且不能在大肠发挥疗效。所以 5-ASA 及其同系列药物多采用肠溶包衣或控释颗粒，以求在远端小肠和大肠提高药物浓度，或用作灌肠剂。

目前，除了 5-ASA 系列药剂与皮质激素外，临床上还应用生物制剂和免疫抑制剂治疗慢性结肠炎。双歧杆菌制剂、地衣芽孢杆菌制剂为生物制剂的代表药物，通过调整肠道菌群而止泻。免疫抑制剂如硫唑嘌呤和 6-MP 可用于其它治疗无效时，但毒副作用明显，应慎用。抗巨细胞病毒免疫核糖核酸（CMV-iRNA）可诱生多种淋巴因子和激活多种免疫细胞，特别是它可以过继抗巨细胞病毒（CMV）特异性免疫消失作用，腹腔内注射用于治疗 CMV-DNA 检测阳性的慢性结肠炎，疗效安全可靠。抗菌药物除 SASP 外均对本病无效，但合并感染时应合用抗菌素。亦有报道色甘酸钠疗效与应用激素相似。

7.8.4 克隆病

目前缺乏特效治疗手段。

7.8.4.1 一般疗法 病情活动时病人应卧床休息。重病患者，应限制饮食，注意纠正水、电解质紊乱。腹痛腹泻频繁时，可适量应用解痉和抗腹泻药。

7.8.4.2 药物疗法

水杨酸偶氮磺胺吡啶：适用于活动期轻、中度病人，病变在结肠比在小肠者效果要好。但次类药物有一定副作用，不宜长期服用。

肾上腺皮质激素：仍被认为是目前控制病情活动的最有效的药物。可口服、静脉注射或灌肠。用药原则注意：起始量要足；症状控制后逐渐减量维持，在数周到数月内减至 5～15mg/d，维持量因个体差异而不同。对病情反复活动者宜采用水杨酸偶氮磺胺吡啶或免疫抑制剂。

免疫抑制剂：适用于慢性持续性或反复发作病人。疗程一年，可改善或缓解症状。注意药物副作用，包括消化道反应，骨髓抑制等。通常在持续应用肾上腺皮质激素的基础上联合本类药物，可减少二者剂量和副作用。

7.8.4.3 营养疗法 应用要素膳饮食疗法。其作用如下：辅助治疗用于补充营养不足；基本治疗用于控制病情活动；长期维持治疗，但无资料证明可减少复发率。不提倡完

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

全肠道外营养疗法，除费用较大、并发症率较高等原因外，其疗效不一定优于要素膳。

7.8.4.4 外科治疗 切除病变肠段后克隆病的复发率较高，手术不能根治本病。手术主要针对并发症。

手术指征 自发性肠穿孔；有瘘管、窦道或肠壁脓肿；机械性肠梗阻；并发癌肿；内科治疗无效的顽固病例；不能控制的大量出血。

7.8.5 吸收不良综合征

7.8.5.1 病因治疗 乳糜泻患者给予去麦胶饮食；小肠细菌过度生长或肠道感染给予广谱抗生素治疗；炎症性肠病给予皮质类固醇激素或水杨酸偶氮磺胺吡啶等。

7.8.5.2 营养支持治疗 饮食宜高蛋白、低脂肪、高热量为主。补充必需氨基酸、必需脂肪酸、维生素、矿物质和微量元素。

7.8.5.3 替代疗法 对胰源性消化不良，治疗时要补充胰酶。

7.8.6 肠结核

7.8.6.1 一般治疗 营养和休息是治疗肠结核的基础。适当补充维生素 A、D 等。活动期病人应卧床休息，积极改善营养，必要时予静脉高营养治疗。

7.8.6.2 抗结核药物化学治疗 具体方案很多，但都必需遵循治疗结核病的公认原则：早期、适量、联合、规律、全程。现多倾向短程疗法，减少耐药性的发生。下面介绍几种治疗方案：

2SHRZ/4HR：异烟肼、链霉素、利福平、吡嗪酰胺联合应用 2 月；异烟肼、利福平联合应用 4 月。

2SHRZ/4H3R3：链霉素、异烟肼、利福平、吡嗪酰胺联合应用 2 月；异烟肼、利福平每周 3 天，继续使用 4 月。

1SHRZ/5H3R3：链霉素、异烟肼、利福平、吡嗪酰胺联合应用 1 月；异烟肼、利福平每周 3 天，继续使用 5 月。

2HRZ/4H3R3：异烟肼、利福平、吡嗪酰胺联合应用 2 月；异烟肼、利福平每周 3 天，继续使用 4 月。

6S3H3R3Z3：链霉素、异烟肼、利福平、吡嗪酰胺每周 3 天，连续使用 4 月。

7.8.6.3 手术适应证 完全肠梗阻；急性肠穿孔，或慢性肠穿孔引起粪瘘经内科治疗无效者；肠道大量出血经内科抢救不见好转者。

7.8.7 伪膜性肠炎

7.8.7.1 立即停用一切抗生素。

7.8.7.2 支持疗法和抗休克 及时纠正失水、电解质紊乱，补足液体和钾盐等。原则上应禁止使用抗肠蠕动药物，以免影响毒素的排出。

7.8.7.3 病因治疗 万古霉素是治疗本病的首选药物。剂量为 0.5g，每日 4 次，7～10 天为 1 疗程，连续1～2 个疗程。该药口服不吸收，对肾脏无损害，肠道内可达到高浓度，但静脉给药则胃肠道内浓度极低，故不宜静脉给药。服药后临床症状多能迅速缓解，但应等粪便培养或细胞毒试验转阴后逐渐减量至停药。其他也可选用杆菌肽、灭滴灵等。消胆胺作为一种阴离子交换树脂，口服后可阻碍细菌外毒素的吸收，有利于缓解症状。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.8.7.4 调整肠内菌群 口服乳酸杆菌制剂、维生素C以及乳糖、蜂蜜、麦芽糖、酸奶等以扶植大肠杆菌；口服叶酸、维生素B、谷氨酸或维生素B_{12}等以扶植肠球菌。也可选用健康人粪便5～10g，加生理盐水，滤液至100～200ml，保留灌肠，每日1次，共1～3次。

7.8.7.5 抗毒素 治疗气性坏疽的多价抗毒素含抗污泥梭状芽孢杆菌抗毒素，3万～5万U加5%葡萄糖盐水500ml静脉点滴，每日1次，连续2天。用前需皮试。

7.8.7.6 外科治疗 出现严重并发症如肠穿孔、显著性肠梗阻、中毒性巨结肠，或重症病例内科保守治疗无效者，可考虑手术切除病变肠段。

7.8.8 急性肠炎

7.8.8.1 饮食 禁食6～12小时，以后可进流质饮食，宜清淡，忌油腻。

7.8.8.2 补液 口服补液，不能口服者应静脉输液。纠正水、电解质紊乱。休克者应快速补液，补充血容量，必要时加生压药。

7.8.8.3 抗生素 一般不必选用。严重时根据致病菌酌情处理。一般用黄连素。沙门氏菌感染可选用氯霉素、甲烯土霉素或氨苄青霉素。致病性大肠杆菌可选用庆大霉素、复方新诺明、痢特灵等。空肠弯曲菌首选红霉素。

7.8.8.4 止泻剂 一般不提倡使用。严重时可选用鞣酸蛋白、硅碳银、次碳酸铋等。

8 疗效评定标准

治愈：大便正常，其他症状消失，临床检验正常。

好转：大便次数明显减少，其它症状改善。

未愈：症状未见改善。

9 调摄护理

9.1 调 摄

泄泻期间，注意卧床休息；

注意心情舒畅，切忌烦恼；

注意保暖，切勿受湿受凉，以免病情反复或加重；

注意饮食清淡，勿食油腻或不易消化食物，或生冷瓜果等，以减轻胃肠负担。

9.2 护 理

9.2.1 一般护理

急性暴泻，大便次数多、发热者，应卧床休息；慢性久泻，大便次数不多者，可适当活动。

保持室内空气新鲜、洁净，衣服干净。

排泄物及粪便应妥善处理，防止交叉感染，了解发病原因，观察大便性质、次数、颜色，有无腹痛、呕吐及寒热等全身症状，以辨别泄泻和痢疾、暴泻和久泻，并送大便标本

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

进行化验。

对重度泄泻者，应注意防止津液亏损，如出现眼窝凹陷、口干舌燥、皮肤干燥、弹性差等症状，应让患者频服生理盐水。如见呼吸深长、恶心呕吐、四肢厥冷、少尿或无尿者，则应立即进行抢救。

嘱患者每次大便后用软草纸轻轻擦肛门，温水清洗肛门，外用松花粉，以免肛门发生感染，粘膜溃破。如有肛门下坠或脱肛者，应以软草纸或纱布轻轻托上，卧床休息。

9.2.2 辨证施护

寒湿困脾证：注意保暖，脐部可热敷，饮生姜红糖水、浓茶。痛泻较剧者给纯阳正气丸 3g 或针灸止痛。

肠道湿热证：可多饮浓茶和淡盐水；服黄连粉、木香分；流质饮食或半流食，忌食肥甘厚味甜腻之品。

食滞肠胃证：控制饮食，以进食焦米粥或锅巴稀饭、酱菜等为宜，病情好转后逐渐增加饮食，可服焦山楂、鸡内金或大黄粉适量通腑导滞。

肝气郁滞证：保持心情舒畅，避免情绪刺激。

脾气亏虚证：平素注意条理饮食，宜食温热、柔软而易消化的食物，如莲子、芡实、扁豆、薏苡仁等煮粥，忌食生冷水果瓜菜、苋菜、核桃、芝麻等。腹部注意保暖，对冷痛者可给予艾灸、隔姜灸或热敷，临时吞服附子理中丸。

肾阳亏虚证：注意保暖，以防受寒。腹痛甚者，可用肉桂、川椒粉各 0.5g 纳入脐中，并用暖脐膏或胶布外贴。

10 转归与预后

泄泻在临床上较为常见，一般预后良好，这主要取决于邪气的强弱及患者的体质、正气的盛衰。

急性泄泻病程短易治，如经及时治疗，大多数均可痊愈。若急性泄泻失治误治，则可转为慢性泄泻。慢性泄泻病程较长，难治。极少数病人、年老体弱患者，暴泄久泄不止，造成亡阴亡阳危侯。见目陷皮皱、大便直出无度、手足不温、水谷不入、下泻上呕或哕逆，舌红绛无苔，体虚衰而脉洪大无伦者预后不良。

感受外邪（寒湿或湿热）而泄泻者，一般多起病较急，病程较短，经正确治疗，多数可数日向愈。但亦有极少数病人，因暴泄不止，耗伤气阴，变生亡阴亡阳之证，此时不可过分分利，以免重伤阴液。部分病人因失治或治疗不当转为慢性泄泻。

食滞泄泻者，在祛除病因后即可痊愈，预后好。

肝郁、脾虚及脾肾阳虚泄泻者，病程迁延，经年累月。治疗应从扶助正气入手，正气得复，脾胃强盛，才能正常行使运化功能，并清降浊，使大便恢复正常。在疾病缓解期还应采用扶正固本之法治疗，如用八珍汤、十全大补汤、理中丸等。部分病人出现滑泻无度，正气欲脱者，在固涩止泻基础上，可选用独参汤、参附汤、四逆汤一类回阳固脱。

泄泻主要变证是因为暴泄不止或滑脱不固引起大量阴液丢失乃至阴竭阳脱、阴阳离绝，见烦渴引饮、大汗肢冷、面色苍白、脉微欲绝或洪大无根等危候，多难救治。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

11 康复与预防

11.1 康　　复

急性泄泻患者经治疗痊愈后，仍要注意饮食调养一段时间，促进脾胃功能的恢复，无需专业治疗。慢性泄泻者，往往时作时止，迁延不愈，在缓解期应针对其病因病机加以适当治疗，扶正固本，可延迟或防止复发，同时注意体质锻炼、情志调节和饮食调养。

11.2 预　　防

注意饮食卫生，勿食馊腐变质不洁之物，勿过食生冷，或肥甘厚腻，或酒食无度，以防饮食所伤，脾胃功能失调；夏季或梅雨季节，勿多贪凉露宿，或冒雨涉水，或久卧湿地，以防湿邪入侵，脾阳受困；注意情志因素，以防肝郁乘脾。

【近代研究】

回顾近百余年来中医中药有关泄泻方面的研究文献，主要注重于临床实践，而在中医传统理论和病因病机的认识方面，基本完全继承了古人的论述，较少有新的突破，没有太多新意。这主要是由于历经两千年中医发生、发展，前人对泄泻一病已经形成了较为完整的理论体系，并切中病因病机，临床应用效果亦好，因此今人较难有进一步的发挥与创新。但是在临床上，特别是进入八十年代以来，随着中医科研水平的进步，以中西医结合为手段，开展了形式多样的研究。就我们目前所掌握的资料来看，在专业期刊发表的有关泄泻的论文呈逐年递增的趋势，进入九十年代后，平均每年发表的泄泻方面的论文已超过千余篇（包括小儿腹泻病）。由于采用病证结合的办法，借鉴西医的诊断手段和疗效评价标准，一方面明确了用中药治疗泄泻相关病种的疗效问题，一方面加深了中医对这些疾病的再认识，通过辨病与辨证相结合、微观与宏观相结合、局部与整体相结合、临床与实验相结合，拓宽了中医药诊疗的思路，提高了中医诊治水平，并对中药治疗作用的机理有了新的了解和认识。兹就目前所收集到的近现代的有关研究材料摘其要者，综述如下，以供学者们参考：

1 理论研究

1.1 病证名称

关于“泄泻”病证名称的研究大致有几个标准已被采纳，1992 年由上海技术出版社出版的中医内科学中写到：泄泻，是指大便次数增多，粪质稀薄，甚至泻出如水样而言。前贤以大便溏薄而势缓者为泄，大便清稀如水。本病一年四季皆可发病，尤以夏秋季节为多。此后 1998 年由上海技术出版社出版的中医内科学六版教材被医学界认可，现在临床医务人员多执行的有 1993 年卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》，1994 年 6 月国家中医药管理局又发布了“行业标准”（ZY）和《中医病证诊断疗效标准》。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 病 因

一般认为本病是由于正气内虚、感受外邪、饮食不节或七情不和，损伤脾胃而成。[1]

近人刘树农独以风邪立论，认为风邪也是泄泻发病的重要原因，风木之邪，胜土伤脾，脾病则湿邪滋生，清气不升，风湿之邪久羁，产生了肠间病变。此论独出新意，临床上以此为依据取得了较好的疗效。[2][3]

1.3 病 机

一般认为，泄泻的主要病变在于脾胃与大小肠。主要关键在于脾胃功能障碍。[1]因此，在治疗上多从脾胃入手。唐绍周认为慢性泄泻浅者在脾，重者在肾；[4]刘树农结合西医学认识，认为泄泻的主要症结不在脾胃而在大肠，临床上许多泄泻病人屡投健脾燥湿益气之法却效果不佳的原因亦在于此。[2]张小军认为本病与肺失宣肃关系密切。肺与大肠相表里，肺失宣发肃降，不能通调水道，水湿不布，痰湿困脾，脾失健运，水食相杂而下发生泄泻。痰浊阻肺，下传大肠，大便稀溏夹白色粘团状如鱼脑，或觉便物有冰凉感，即古人所称“痰泻”。[5]俞宜年认为久泻病机多数是由脾肾气虚或气阴两虚，且常挟气滞、湿阻。[6]

2 临床研究

2.1 证候学研究

刘士敬等选择118例临床确诊为慢性溃疡性结肠炎患者，其中脾气虚证型65例，非脾气虚证型53例，随机分为运算组和考核组，应用逐步回归方法对52项脾气虚证诊断因素进行了回归分析，得到了一较合适的回归方程，就该方程入选的主要脾气虚证诊断因素，分成三类：一类为共性诊断因素（如腹胀、食欲不振），另一类为特性诊断因素（如泄物性状、腹痛性质），第三类为理化指标（如凝血酶原时间延长，TXB2/PGFla比值下降）阐述了症状、体征、实验室指标对于证的贡献度，初步草拟了中医脾虚泄泻病脾气虚证型的量化诊断标准。[7]

2.2 治 法 研 究

陈启石总结九法，解表和中法、清热化湿法，消食导滞法，祛暑和中法，调和升降法，疏肝健脾法，升阳补中法，温中运脾法，补火生土法。[8]董建华提出标本虚实、气血两调、温清并用、燥湿相济、通涩结合五论。[9]临床报道中不同医家论述各有侧重，概括起来主要有以下几方面：

以祛邪为主立论　刘树农依据其泄泻病在大肠的观点，强调治疗慢性泄泻也应重在祛邪，重在通利，用清利肠间湿热的方法以祛肠间之邪，并借鉴西医观点，兼用活血化瘀。通法应贯穿于整个泄泻的治疗当中。[2][3]

以利小便立论　赖均宜等认为，脾喜燥恶湿，湿邪易阻气机，利小便可使水湿从小便去，促进恢复脾胃功能，通畅气机，则泄泻可愈。并认为其现代机理可能是用利尿药可减

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

轻肠壁水肿，增加消化液的吸收，从而治愈腹泻。[10]

以宣肺化痰立论　张小军认为，泄泻不愈，也有因肺而致者，肺失宣发肃降，殃及肠腑，大肠传导功能失调出现泄泻当宣肺降肃，解郁化痰。[5]

以运法立论　李寿山认为，久泻不愈，正虚邪恋，寒热交织。久泻伤脾，多夹湿滞，湿由脾虚而恋，诸证相继而生，脾虚易遭肝木侮克而气机壅滞，湿遏日久易生积滞而化热，使病情迁延反复，故主张运法，脾虚湿困，治以健运；脾虚气滞，治以疏运；脾虚热瘀，治以导运。[11]

以活血立论　赵荣莱以活血法立论，认为久泻、肾泻用药不愈，为有瘀血，应治以活血通络。[12]

以疏肝宣肺立论　季哲生认为，肝主疏泄，肺主治节，而脾为气机升降枢纽，久泻之人，脾气必虚，胃气呆滞，升降失调，必使肺失治节，肝失疏泄，从肝肺入手，使肝肺之气调畅，脾胃升降方得以恢复。[13]

以养阴立论　胡国俊认为因阴精亏损，阳失阴助，响应脏腑失调而致泄泻也不鲜见，并有津液不足、精血亏虚的不同，以及所涉脏腑也有肺脾肾肠之异，因此相应应予滋清肺阴、清润脾土、滋补元阴、填补精血的不同。[14]

2.2.1　急性泄泻治法研究

2.2.1.1　祛湿消满法　张占元用胃苓汤治疗急性水泻 40 例，均获良好效果，多者 3 剂，少者 1 剂，水泻即停，兼外感风寒，内闭暑热，身倦尿赤、恶寒无汗者加藿香、滑石、竹茹、香薷，伤食者加焦山楂、麦芽、焦槟榔，吐泻亡阳加干姜、附子，吐泻伤津加扁豆、僵蚕、木瓜、丝瓜络，头痛加菊花、薄荷，兼吐者加半夏、生姜。[15]

2.2.1.2　通利小便法　范准成等用五苓散治疗 116 例脱水病人，有效 111 例，失败 5 例，平均治愈天数 3.9 天，优于对照组（复方新诺明和补盐液、复方新诺明和胃蛋白酶）（$P<0.05$、$P<0.01$）。[16]

2.2.1.3　清热利湿法　王兴华等用白头翁汤合葛根芩连汤治疗夏秋季急性腹泻 224 例，其中 26 例加补液疗法，23 例加针灸，结果显效 150 例，有效 65 例，无效 9 例，总有效率 96%。[17]汪浩权用葛根芩连汤治疗 87 例，发热恶寒、汗少头痛者加防风、荆芥；热甚加柴胡、连翘；腹泻甚加黄柏、肉豆蔻、罂粟壳；腹痛加白芍、川楝子；口渴尿少加车前子、泽泻、六一散、芦根；恶心呕吐加半夏、吴茱萸、生姜；身热轻微、食欲不振加神曲、麦芽、谷芽。[18]

2.2.1.4　其它疗法

王天俊等以注射用水注入上巨虚穴治疗 35 例，与西医常规用药组无显著性差异（$P>0.05$），认为具有简单、实用、高效、经济的特点。[19]张锡源以丹参注射液为主治疗急性腹泻 91 例，结果显效 76 例（83.52%），有效 8 例（8.79%），无效 7 例（7.69%），总有效率（92.31%）。对照组（口服氟哌酸，静点庆大霉素）92 例中显效 72 例（78.26%），有效 11 例（11.96%），无效 9 例（9.78%），总有效率（90.22%）。两组比较无显著性差异。[20]刘天智等采用中西医结合方法治疗慢性腹泻 100 例，中型患者适当加服抗生素、解痉止痛及粘膜保护剂，如复方新诺明、黄连素、灭滴灵、麦迪霉素、普鲁苯辛、颅痛定、硫糖铝等药5～7 天，将大便控制在每日3～4 次以下即改服中药；重型患者

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

给予适当禁食、输液，服用自拟香砂健脾止泻汤（木香、砂仁、山楂炭、车前子、半夏、陈皮、茯苓、甘草）加减。临床治愈率98%，总有效率100%。[21]

2.2.2 慢性泄泻治法研究

2.2.2.1 升阳益胃法 徐卫义等用升阳益胃汤治疗14例，疗程1~2月，治愈7例，显效3例，好转4例。[22]

2.2.2.2 健脾益气法 陈治水等制健脾灵片（黄芪、党参、白术、当归、炮姜、乌梅炭、儿茶、元胡、木香、甘草等，每片0.5g），治疗268例，治愈170例，显效67例，好转27例，无效4例，治愈率64.4%。[23]

2.2.2.3 温补脾肾法 单兆伟认为肾虚泄泻多由年迈体弱、或久病之后，损伤肾阳，肾阳虚衰，命火不足，不能温煦脾土，脾运失健，而致水湿停聚，下趋大肠所致。对脾肾阳虚者可用四神丸加附子、肉桂。滑泄不禁者用真人养脏汤，赤石脂禹余粮丸、桃花汤等。久泻脾虚气陷者应配合升阳举陷久泻肾阴阳俱虚，虚火上浮，可补益脾肾阴阳，药用熟地、山药、炮姜炭、吴茱萸、白术、炙甘草等，也可用缩脾饮（陈皮、木瓜、莒蒲、连翘、乌梅、砂仁、甘草），驻车丸（黄连、干姜、阿胶、沙参、木香、焦查曲等）。[24]

2.2.2.4 补益气阴 俞宜年认为久泻见四肢乏力，形体虚羸，饮食不化，面色萎黄，舌苔白腻，脉虚缓或久泻，食欲锐减，舌红少苔，脉虚细或虚细数，属于脾（或脾肾）气阴两虚，可用俞长荣久泻验方（山药、莲子、党参、白术、白芍、陈皮、野麻草、甘草等）。[6]

2.2.2.5 清利湿热 赵伟强以自拟酢浆克泻汤（酢浆草、铁苋菜、罂粟壳、党参、附子、白术、山药、炙甘草）治疗360例，痊愈269例，好转76例，无效15例，总有效率95.83%。[25]

2.2.2.6 祛风解痉平肝法 焦君良以自拟蝉蜕平泻汤（蝉蜕、徐长卿、柴胡、防风、乌梅、合欢花皮、莲子肉、地榆、苦参）治疗伴有精神情志症状的慢性腹泻病人。[26]

2.2.3 五更泻

2.2.3.1 脾肾阳虚立论 赵锡武主张用四神丸加人参、沉香，甚者用附子、茴香、川椒。[27]唐绍周则以四神丸合四君子汤加山药、鸡内金为主，偏肾阳虚加附子、肉桂，偏脾阳虚加干姜、桂枝，偏湿盛加藿香、佩兰或猪苓、泽泻、苍术、薏苡仁，偏气滞加陈皮、木香，滑泻不止加诃子、赤石脂，气虚下陷加黄芪、升麻，治疗20例，16例痊愈，4例显效。[4]

2.2.3.2 脾胃阳虚或挟气滞立论 沈士荫方选四神丸、附子理中汤合桃花汤复方随证加减治疗30例，大便正常后以理中汤合参苓白术散调理，临床治愈22例，显效3例，好转5例。[28]

2.2.3.3 脾虚湿盛，清阳下陷立论 丁光迪认为本病乃脾虚湿盛，清阳下陷，主张健脾升阳，以羌活胜湿汤加减（白芷、升麻、葛根、苍术、白术、白芍等），取“下者举之”之意，如泄泻水多小便涩者，用升阳除湿汤之意，加泽泻、茯苓、桂枝、陈皮、神曲、益智仁等，如大便挟粘液，是气滞湿阻，虚中挟湿，用升阳益胃汤之意，加黄连、白芍、陈皮、半夏、木香、吴茱萸等。[29]

2.2.3.4 其它 朱光综合前人论述，认为五更泄每于黎明时分作泻，主要是因为：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肾命火衰，开阖失司；命衰失温，脾土失化；火不生土，肝气乘之；阳气萌动，激寒作泻；肾命火衰，子病及母。并强调，五更泄除因肾阳虚衰所致外，还与酒积、寒积、食积以及肝火有关。对酒积者，可治以川连枳壳汤；寒积者，治以藿香正气散合痛泻药方；食积者，宜加减保和丸合痛泻药方；因于肝火者，治以龙胆泻肝汤。[30]许兰孪认为五更泄泻非独脾肾阳虚，往往虚实夹杂，寒热互相转化，用四神丸不效者，当从变法中求，如化湿升清（升阳益胃汤加减）、泄土安木（痛泻要方、或四逆散合四君子汤）、化瘀通络（少腹逐瘀汤加减）。[31]

2.3 专方专药

林树芳用升阳除湿防风汤（防风、白芍、白术、苍术、茯苓），热者加黄芩、葛根，寒者加党参、干姜，里急后重加木香、槟榔、秦皮，食滞加神曲、藿香，表证加荆芥。治疗急性肠炎43例，治愈41例；治疗慢性结肠炎43例，痊愈8例，好转1例。[32]袁炳忠用温固散（肉豆蔻、五味子、木香、诃子、吴茱萸）加减，治疗慢性腹泻29例，痊愈23例，显效4例，无效1例，复发1例。[33]沈士荫用参附苦参汤（党参、附子、苦参、乌梅、白术、干姜、白芍、木香、山楂、牡蛎、茯苓、车前子）治疗60例慢性泄泻患者，脾阳虚加桂枝，肾阳虚加肉桂，气滞加青皮，气虚加黄芪、升麻，大便正常后以理中丸或参苓白术散巩固，治愈28例，显效10例，好转12例，无效10例。[34]王俭以自拟健脾温肾汤（党参、茯苓、香附、五味子等）治疗慢性泄泻315例，治愈205例（65.08%），显效87例（27.62%），好转23例（7.3%），总有效率100%。[35]安忠兰用胖大海治疗560例，治愈率78%，总有效率100%。[36]

2.4 外治法

崔周燮等报道用柞树皮煎水洗脚治疗感染性腹泻48例，总有效率93.7%。[37]

2.5 针灸疗法

刘风花采用针刺腰部夹脊穴治疗300例，痊愈297例，有效3例，总有效率100%。[38]

2.6 病证结合治疗泄泻相关病种的研究

2.6.1 慢性非特异性溃疡性结肠炎

慢性非特异性溃疡性结肠炎在国外发现已经有100多年的历史，国内于1956年首次报道。由于本病治疗难度较大，治愈后复发率较高，且与结肠癌关系密切，被联合国世界卫生组织列为现代难治病之一，因此受到医学界的普遍重视，是当前中医药界在消化胃肠领域方面的所关注的热点之一。

2.6.1.1 对病名的探讨 目前对溃疡性结肠炎具体属于那种中医学病名范畴仍难以定论，有根据所下之物如涕如脓，粘滑垢腻，排出时辟辟有声，认为属于《素问通评虚实论》的“肠癖”；有因其泻下不爽，粘滞重坠，认为属于《局方发挥》中的“滞下”[39]。董平认为本病不属于“泄泻”，而属于“痢疾”，以久痢最多，休息痢其次，暴痢少见。[40]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.6.1.2 病因病机的探讨 田海河等经总结 188 篇文献，提出本病脾虚为发病的根本，湿热为标，血瘀为局部病理损害。[41]许成群强调本病久治不愈、反复发作的原因在于瘀滞水停。[42]赵辉等通过分析动物模型的体外血栓与结肠损伤分数间的关系证明，二者间存在显著的正相关关系，即血瘀证的程度与结肠炎损伤的严重程度成正比，同时认为气虚无力运血，瘀阻肠道所致久泻不止，也是不可忽视的重要因素。[43]

2.6.1.3 辨证分型 董平将本病分为大肠湿热型，大肠寒湿型，脾肾虚寒型，营血偏虚型和肝木乘脾、中气下陷两个兼证。[40]宋天杰等收集1982～1991 年国内报道的有关文献 30 篇记载的 2084 例，归纳其临床中医分型主要有：脾虚（包括脾气虚、脾阳虚、脾胃虚弱、中气下陷、脾虚湿滞及脾虚寒湿等）、脾肾两虚（包括脾肾阳虚），湿热郁结（大肠湿热）、肝脾不和（肝旺脾虚）、血瘀肠络，此外还有气滞湿郁、寒热夹杂和气血双亏等证型。[44]

2.6.1.4 治疗 中医治疗溃疡性结肠炎的方法很多，主要采用辨证论治、专方专药、或分阶段治疗。治疗原则包括健脾益气、活血化瘀、清热解毒、温中燥湿、祛腐生肌及缓急止痛等，田维君等提出八法：温阳健脾法；补火生土法；升清举陷法；实脾固涩法；抑木扶土法；扶脾养阴法；益气化瘀法；解毒清肠法。[45]董建华则常施以调肝理气、和脾助运，芳香化湿、燥湿泄浊，清热利湿、理肠导滞，活血化瘀、通络止痛，温肾暖脾，涩肠固脱。给药途径有口服、灌肠、口服灌肠并用等。[46]宋天杰等归纳统计了1982～1991 年国内报道的 30 篇有关文献记载的 2084 例，其中用中医药治疗 1833 例，痊愈 1075 例（58.65%），缓解 677 例（36.93%），无效 81 例（4.42%），总有效率 95.34%。西药治疗 58 例，痊愈 14 例（24.14%），缓解 26 例（44.83%），无效 18 例（31.03%），总有效率 68.97%。其中：中药内服 232 例，痊愈 125 例（53.88%），缓解 92 例（39.66%），无效 15 例（6.47%），总有效率 93.54%；中药保留灌肠 1016 例，痊愈 609 例（59.94%），缓解 370 例（36.42%），无效 37 例（3.64%），总有效率 96.36%；中药内服加灌肠 443 例，痊愈 208 例（63.21%），缓解 144 例（32.51%），无效 19 例（4.29%），总有效率 95.72%；内服中成药 142 例，痊愈 61 例（42.96%），好转 71 例（50.0%），无效 10 例（7.04%），总有效率 92.96%。2084 例中，中医药治疗达 1833 例，临床疗效均较好，且未发现明显副作用，多种治疗方法中以保留灌肠最多，结果表明，灌肠法治疗本病具有疗效高，见效快，能充分发挥药物直达病所的优势。[47]

2.6.1.4.1 辨证论治法 李寿山将本病分为肝脾不和、气滞湿郁和脾虚湿盛、寒热夹杂两型，分别用四逆散和理中汤加减治疗，参苓白术散善后，治疗 31 例，痊愈 7 例（22.6%），显效 13 例（41.9%），好转 9 例（29%），无效 2 例（6.5%）。[48]朱文虎分别以疏解内托法（仙方活命饮）、益气补托法（局方托里十补散）及敛托生肌法（桃花汤）治疗 21 例，痊愈 12 例（57.14%），好转 7 例（33.33%），无效 2 例（9.52%）。[49]

2.6.1.4.2 专方专药法 葛文津等用固肠胶囊（赤石脂、黄连、厚朴、神曲、川椒、乌梅、川芎、干姜、牡蛎等）治疗 50 例，临床有效率为 98.0%，近期治愈率 45.5%。[50]

2.6.1.4.3 阶段治疗法 田海河等认为本病就诊之时常为反复发作期，一般表现为本虚标实、寒热错杂之证，当标本同治，邪正兼顾，宜注意祛邪不伤正，扶正不碍邪。但又当以标实为急，宜先主治其标，祛邪外出，此期最常见的是湿热滞肠证，当以清热化

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

湿、导滞通腑、调气行血，常用董氏理肠饮加减；邪祛之后，脾肾正虚本现，即可转手调补，扶正固本，健脾益肾、补气温阳，调理善后，清余邪而益正亏；经两阶段的治疗诸证均减，近期治愈；但若局部血液循环障碍没有解除，疾病会很快复发，每复发一次，病情加重一分，故而活血通络、化瘀理气是病后调理，防止复发的重要一环。[41]

2.6.1.4.4 保留灌肠法 本病病变部位主要累及直肠、乙状结肠及远端结肠，表现为水肿、充血、出血、糜烂或溃疡。中药保留灌肠可使药物直达病所，充分接触病灶，起到直接治疗的作用，使肠道粘膜得到保护，促进其修复，改善局部血运，又可避免胃酸对药物的影响，所以得到了临床医生的重视。张学毅用白头翁汤加减（白头翁、苦参、地榆、黄连、白芍、大黄、甘草）治疗 20 例，临床治愈 16 例，好转 3 例，中断治疗 1 例。[51]余永敏等治疗 136 例，脓血便为主者用 1 号方（朱砂、蜈蚣、白芨、煅骨丹、二色补血草、小蓟、地榆、铁苋菜），粘液便为主者用 2 号方（朱砂、蜈蚣、甘草、白芨、黄柏、千里光、虎杖、白花蛇舌草、薏苡仁、败酱草），基本治愈 61%，好转 33.1%，无效 5.9%，总有效率 94.1%，随访 117 例复发 44.4%。[52]郭可达等用活血化瘀药（赤芍、丹参、益母草、川芎、牛膝、姜黄、乳香、没药、桃仁、三七），治疗 35 例，有效率 91.4%。[53]齐孟龙等以三七珍珠散Ⅰ号（三七、珍珠、血竭、儿茶、白芨、冰片）或Ⅱ号（Ⅰ号方加大贝母），每次5～10g，加生理盐水50～100ml保留灌肠，每日 1 次，15 次为 1 疗程，治疗 36 例，痊愈 28 例（77.78%），好转 7 例（19.44%），无效 1 例（2.78%）。[54]王碧辉等用溃结清（枯矾、赤石脂、炉甘石、青黛、梅花点舌丹等）灌肠治疗 95 例，基本痊愈 68 例（71.6%），好转 22 例，无效 5 例，总有效率 94.7%，明显优于对照组（口服水杨酸偶氮磺胺吡啶、强的松，琥珀酸氢化可的松保留灌肠）（$P<0.01$）。[55]叶光华等用大果榆治疗 36 例，临床治愈率和显效率分别为 83.3%与 94.4%。[56]刘仍海等运用结肠镜下微观辨证与临床辨证相结合的方法治疗 35 例，气滞血瘀型用白术、赤芍、陈皮、丹参、三七粉、木香等，湿热下注型用补骨脂、白术、青黛、滑石、白头翁、白芨等，结果痊愈 21 例（60%），显效 9 例（25.71%），好转 4 例（11.42%），无效 1 例（2.85%），总有效率 97.14%。[57]陈震等自拟苦参汤（苦参、地榆、防风、白及）灌肠治疗 12 例，结果治愈 4 例，好转 4 例，无效 4 例，临床治愈率高于对照组（氢化考地松灌肠），复发率相近。[58]

2.6.1.4.5 灌肠与口服并用 内服中药与灌肠结合使用，可明显提高疗效。疗效好但对胃有刺激的药物，可通过灌肠给药，而口服温补脾肾、补益气血的药物，则既可改善全身机体状况，又可增加局部用药浓度，有利于治疗。叶长青用真人养脏汤加减内服并灌肠治疗 62 例，痊愈 44 例，好转 16 例，无效 2 例。[59]赵辉等用益气活血法（口服方：黄芪、党参、白术、白扁豆、赤芍、元胡，灌肠方：血竭、蒲黄、丹参、生甘草），与益气健脾、清热祛湿法（口服方：黄芪、党参、白术、白扁豆、白芍、茯苓，灌肠方：黄连、败酱草、鱼腥草、黄柏）对照治疗，二者在临床疗效方面无显著性差异（$P>0.05$），但脾虚症消失率以益气活血组高。[60]范淑惠等用少腹逐瘀汤加减口服，活血化瘀药物（乳香、没药、五灵脂、五倍子、仙鹤草、赤石脂、白芨、煅龙牡、甘草）保留灌肠治疗 13 例，结果治愈 5 例，好转 8 例。[61]梅笑玲用内服秦艽苍术汤（秦艽、防风、陈皮、苍术、泽泻、当归、升麻、槟榔、黄柏）随证加减，配合灌肠方（白菊花、蒲黄）治疗 50 例，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痊愈 30 例（60%），好转 17 例（34%），无效 3 例（6%）。[62]阎小萍以温肾健脾、利湿止泻中药（黄芪、党参、茯苓、白术、附子、莲子肉、薏苡仁、芡实等）内服，清热解毒、消肿止泻中药（白芷、黄柏、地榆、赤石脂、禹余粮、丹参）保留灌肠治疗 21 例，治愈 11 例，好转 9 例，无效 1 例，有效率 95.2%。[63]

2.6.1.4.6 中西医结合治疗 多采用中西药配合、口服与灌肠并举。叶德起等辨证口服用药，湿热型用白头翁汤合赤小豆汤加马齿苋、椿根白皮、槐花等，脾虚型用参苓白术散加减，配合灌肠（锡类散、痢特灵、抗生素）治疗 33 例，治愈 31 例，好转 2 例。[64]傅启良采用协定中药灌肠方(紫草根、罂粟壳、白头翁、茜草、仙鹤草、诃子）加奴佛卡因等保留灌肠，口服柳氮磺胺吡啶等西药，12～14 日为疗程，共治疗 55 例，痊愈 31 例(56.36%)，好转 21 例（38.18%），无效 3 例（5.45%）。[65]王新德将白萝卜汁消毒，每晚用 150ml 加庆大霉素 8 万 U 保留灌肠，每日 1 次，2 周为 1 疗程，治疗 35 例，痊愈 24 例（68.65），显效 7 例（20.0%），好转 3 例（8.6%），无效 1 例（2.9%）。[66]

2.6.1.4.7 局部用药 罗永宽用在肠镜直视下给药的方法用蒲黄治疗 56 例溃疡性直肠炎，西药对照组（庆大霉素 16 万 U，654－2 10mg，生理盐水 30ml 保留灌肠）34 例，结果治疗 15 天后溃疡痊愈合：蒲黄治疗组 29 例（51.8%），西药治疗组 12 例（35.2%）；愈合 1/2：蒲黄治疗组 22 例（39.2%），西药治疗组 11 例（32.3%）；无效：蒲黄治疗组 5 例（8.9%），西药治疗组 11 例（32.3%）。两组 15 天溃疡痊愈比较，有显著性差异（$P<0.01$）。[67]腾书玲以锡类散、千金散等配成一种糊剂经结肠镜局部涂敷，治疗 34 例，症状消失 31 例，明显减轻 3 例。[68]

2.6.2 肠易激综合征

2.6.2.1 辨证论治 张广麟分为 6 型：脾胃虚弱型，用参苓白术散；脾肾阳虚型，用理中汤合四神丸；肝脾不和型，用痛泻要方；脾胃阳虚型，用润肠丸合一贯煎；寒热互结型，用甘草泻心汤合枳术丸；气滞血瘀型，用少腹逐瘀汤。治疗 112 例，痊愈 19 例，显效 52 例，有效 35 例，无效 6 例。[69]郑翔分三型：脾胃虚弱型，用七味白术散；肝木乘脾型，用痛泻要方；脾胃阳虚型，用麻子仁丸合增液汤。治疗 42 例，痊愈 34 例，好转 6 例，无效 2 例。[70]李毓秀等分四型：肝旺脾虚型，用痛泻药方；寒热错杂、肝脾不和型，用乌梅丸；脾胃虚弱型，用参苓白术散；脾肾两虚型，用附子理中汤。治疗 30 例，治愈 18 例，有效 12 例。[71]赵明亮等分为四型：湿热困脾，阻滞肠胃型，用枳实导滞汤；肝郁胃滞，肠络瘀阻型，用膈下逐瘀汤合四逆散；寒热之邪交织肠胃型，用温脾汤合乌梅汤；脾肾阳虚，肠寒滑泻型，用四神丸、四君子汤合养脏汤。治疗 96 例，临床治愈 39 例(40.6%)，显效 30 例（31.3%），好转 23 例（23.9%），无效 4 例（4.2%）。[72]

2.6.2.2 专病专方 黄穗平认为本病的基本病机是肝疏泄失常，肝脾气机失调。用调肝法，以四逆散为基础方治疗 30 例，近期有效率 93.3%。[73]马建月认为本病属脾胃虚弱挟以肠道湿热，主张健脾，温中清肠。以四君子汤、理中汤、白头翁汤合方，治疗 57 例，显效 39 例，好转 14 例，无效 4 例，总有效率 92.9%。[74]张迪等用痛泻要方合四神丸治疗 187 例，7 天为 1 疗程，疗程间隔 3 天，治愈 128 例，占 68.45%，好转 41 例占 21.93%，无效 18 例占 9.26%。[75]阮育民用乌梅丸加减治疗 25 例，脏寒腹痛加吴茱萸、肉桂，脾虚湿盛加苍术、陈皮，大便燥结加麻仁、杏仁，痊愈 18 例，显效 5 例，无效 2

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

例。[76]翟范用痛泻药方治疗 56 例，气虚明显加党参、黄芪，便溏腹胀加木香，夜寐不安加合欢花，大便粘液多加苍术，治愈 35 例，好转 19 例，无效 2 例。[77]张传奇自拟方（香附、木香、娑罗子、枳壳、荔枝核、小茴香、甘草、沉香、莲子肉、芡实），便秘加火麻仁、郁李仁，腹泻加干姜、肉桂，小便不畅加二苓、泽泻，治疗 35 例结果症状体征基本消失。[78]刘宗凯用痛泻药方加味治疗 120 例，腹痛甚倍白芍加元胡、香附，滑泻加诃子、升麻，腹胀甚加厚朴、神曲，治愈 81 例，显效 22 例，有效 12 例，无效 5 例。[79]屈宗凯用五厚汤（五味子、厚朴、黄芪、鸡内金、石榴皮、乌梅）治疗 116 例，显效 101 例，好转 4 例，无效 11 例。[80]刘汉昌等用通泻要方加黄芪、升麻、辣蓼，治疗 34 例，治愈 20 例，有效 8 例，无效 6 例。[81]梁崇俊用痛泻药方治疗 50 例，痊愈 35 例，好转 15 例。[82]丁正康重用白芍治疗 74 例，痊愈 54 例，显效 13 例，无效 7 例。[83]刘浩江用舒肝健脾汤（柴胡、白芍、川楝子、防风、党参、茯苓、白术、扁豆、炙甘草、大枣）治疗 41 例，显效 22 例，有效 15 例，无效 4 例。[84]陈治水用四君子汤合痛泻药方治疗 87 例，治愈 62 例，有效 17 例，无效 8 例。[85]马贵同用四君子汤加减治疗 57 例，显效 39 例，好转 14 例，无效 4 例。[86]蔡代仲采用连理汤加味治疗 20 例，临床治愈 17 例，好转 3 例。[87]潘丙余自拟芪术柴桂汤（黄芪、白术、柴胡、桂枝、木香、干姜、甘草、白芍）治疗 112 例，结果临床治愈 74 例（66.1%），显效 22 例（19.6%），好转 12 例（10.7%），无效 4 例（3.6%），总有效率 96.4%。[88]

2.6.2.3 中西医结合疗法 石志乔分两型治疗：脾虚型，用易激 1 号方（党参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、山药、甘草、砂仁、薏苡仁、黄芪、车前子）；肝郁型，用易激 2 号方（白术、白芍、防风、陈皮、苍术、木香、枳壳），配合苯乙呱啶、消炎痛，治疗 30 例，治愈 24 例，好转 5 例，无效 1 例。[89]王宗战等分三型治疗：脾胃虚弱型，用参苓白术散；肝木乘脾型，用痛泻药方合四神丸；脾胃阴虚型，用麻仁丸合增液承气汤。配合大剂量谷维素治疗 79 例，治愈 51 例，好转 22 例，无效 4 例，自动放弃治疗 2 例。[90]周成钦等分三型治疗：脾胃气虚型，用四君子汤加味配合心痛定；肝郁型，用痛泻药方加味配合安定、消炎痛；脾胃阳虚型，用养胃汤配合谷维素、氧化镁，治疗 68 例，治愈 58 例，好转 7 例，无效 3 例。[91]薛育新用心痛定配合扶正散（党参、茯苓、白术、破故纸、川断、泽泻、薏苡仁、菟丝子、陈皮、山药、砂仁、甘草）治疗 24 例，显效 8 例，有效 12 例，无效 4 例，优于对照组（谷维素、安定）疗效（$P<0.05$）。[92]李地耕采用巴氏合剂（苯甲酸钠咖啡因 0.3 及三溴片 0.6）与中药六君子汤加减治疗 30 例，结果 25 例（83.3%）获得显效。[93]

2.6.2.4 灌肠法 胡团敏用三黄汤（大黄、黄柏、黄芩）保留灌肠 32 例，显效 27 例，有效 4 例，无效 1 例。[94]杨林斌用溃结露（白头翁、苦参、丹参、赤白芍）保留灌肠 35 例，显效 26 例，好转 7 例，无效 2 例。[95]李素青等分别用 1 号方（干漆炭、马钱子、郁金、枳壳、大黄、白芨粉、青黛、元胡粉）和 2 号方（双花、马尾连、黄柏、秦皮、肉豆蔻、陈皮、防风、白芍、当归、甘草、小蓟）保留灌肠 52 例，显效 27 例，好转 22 例，无效 3 例，疗效优于西药对照灌肠组（硫糖铝糊剂、硫糖铝含锡类散、羟乙唑糊剂）（$P<0.01$）。[96]

2.6.2.5 其它疗法 李坤久用 654－2 注射上巨虚穴治疗本病。[97]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.6.3 慢性结肠炎

本病包括慢性非特异性溃疡性结肠炎。

2.6.3.1 分型论治 沈庆法将本病分为三型，急性发作型宜清化湿热；慢性虚弱型宜健脾温肾；邪留正虚型苦以坚肠，温以助阳，用药三大原则是：宣通；慎涩；温清并用。[98]贺先楼分五型，脾虚胃弱型药用党参、山药、莱菔子、白术、陈皮、薏苡仁、香附、干姜、焦三仙、砂仁、车前子，气滞血瘀型药用白芍、莱菔子、木香、黄连、丹参、薏苡仁、三棱、莪术、青皮、陈皮、椒目、香附、炙甘草，脾肾阳虚型药用椒目、附子、肉桂、党参、茯苓、梅术、白术、泽泻、补骨脂、干姜、炙甘草、砂仁、陈皮、薏苡仁，湿热蕴滞型药用白术、梅术、泽泻、薏苡仁、滑石车前子、黄连、木香、槟榔、白芍、葶苈子、防己、甘草，肝脾不和型药用白芍、木香、陈皮、防风、白术、香附、乌药、枳壳、莱菔子、延胡索、焦山查、大腹皮、炙甘草，如属于慢性非特异性溃疡性结肠炎者配合中药灌肠，药用大黄、苦参、黄连、乌贼骨，治疗103例，痊愈56例（54%），显效46例（45%），无效1例（1%），总有效率99%。[99]对脾虚型王兴烈等制益肠片（人参、黄芪、白术、炮姜、补骨脂、当归、元胡、木香、白芍、儿茶、赤石脂、甘草）治疗100例，临床治愈80例，显效15例，好转3例，无效2例。[100]

2.6.3.2 专方专药 王波认为本病宜丸药缓投，自拟泻痢固肠丸（罂粟壳、白术、茯苓、肉豆蔻、陈皮、白芍等），7天为1疗程，疗程间隔3~5天，共3个疗程。治疗200例，治愈117例，基本治愈66例，显著改善79例，无效18例。[101]夏忠德等用真人养脏汤加减治疗49例，治愈29例，显效10例，好转8例，无效2例，总有效率95.92%，对治愈的29例随访7年半，复发2例，占6.89%。[102]刘宗凯用固本益肠片（黄芪、党参、山药、补骨脂、赤石脂、地榆等14味中药，每片0.5g），治疗280例，20天为1疗程，观察2~3个疗程，近期治愈185例，显效63例，好转26例，无效6例。[103]高治源以单味乌梅治疗18例，治愈15例，好转3例，总有效率100%。[104]李治方采用平胃痛泻要方（薏苡仁、车前子、黄芪、败酱草、白芷、白芍、厚朴、防风、白术、苦参、苍术、木香、陈皮、柴胡）加减治疗124例，治愈25例，显效68例，好转23例，无效8例，总有效率93.55%。[105]罗时淦以自拟温脾清解汤（黄连、白头翁、白术、苍术、砂仁、薏苡仁、蒲公英、车前子、焦山查、白芍、干姜、石斛）治疗20例，痊愈16例，有效3例，无效1例。[106]孙万祥运用健脾温肾法，方用党参、茯苓、补骨脂、肉豆蔻、五味子、白术、高良姜、黄芪、石榴皮、吴茱萸、黄连，随症加味，治疗31例，痊愈11例（35.4%），好转19例（61.3%），无效1例（3.3%），总有效率（96.7%）。[107]

2.6.3.3 灌肠 徐兆山用中药灌肠辨证治疗65例，湿热型用苦参、地肤子、白芍、败酱草、黄柏，虚寒型用补骨脂、黄柏、肉豆蔻、苍术、肉桂、蒲公英，治愈率80%，好转率10%，复发率10%。[13]

2.6.3.4 口服中药结合灌肠 黄玉林采用结肠灵（柴胡、白芍、白术、陈皮、防风、枳实、木香、黄柏、苦参、乌梅、甘草）配合灌肠合剂（苦参、黄柏、乌梅、马齿苋）治疗88例，近期治愈60例，好转24例，无效4例，总有效率96%。[108]

2.6.3.5 中西医结合疗法 王梅青以锡类散、灭滴灵为主，保留灌肠治疗52例，痊

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

愈 17 例，好转 31 例，无效 4 例，总有效率为 92.30%。[109]

2.6.3.6 外治法 范长通等用鲜律草煎水洗脚，15 天为 1 疗程，疗程间隔 5 天，共治 50 例，痊愈 43 例，好转 6 例，无效 1 例，8 年后随访，复发 2 例。[110]

2.6.4 急性肠炎

2.6.4.1 散寒除湿法 叶任高报道以藿香正气散治疗 30 例疗效显著。[111]

2.6.4.2 苦降辛开法 甘草泻心汤 毕明义等治疗 60 例，一般用药1～5 剂，全部治愈，认为本方适用于舌质红、苔腻、脉滑为主的患者。[112]

2.6.4.3 疏风补土法 痛泻要方 许正一等报道治疗 60 例，用药1～3 剂，治愈率 90%，有效率 98%。[113]

2.6.4.4 祛湿消满法 胃苓汤 宋翠琏等报道治疗冬季流行性腹泻 74 例，显效 65 例，好转 8 例，无效 1 例，明显优于对照组（氯霉素、痢特灵）（$P<0.01$）[114]；储讽等报道治疗轮状病毒肠炎 60 例，胃苓汤组 25 例，平均退热天数 1.18±0.12 天，平均止泻天数 2.24±0.19 天，优于对照组（磺胺或常规补液）。[115]

2.6.5 霉菌性肠炎

近 20 年来，由于广谱抗生素、糖皮质激素和免疫抑制剂的广泛应用，肠道霉菌病逐渐增多。中医药在此具有明显的优势。季德隆认为本病属于脾阳虚衰，用附子理中汤合参苓白术散治疗 23 例，用药9～30 剂，痊愈 15 例，好转 6 例，无效 2 例。[116]赵志谨用中药内服加灌肠法治疗 18 例，内服汤剂（党参、白芍、山药、槟榔、白术、防风、乌梅、陈皮），有热加刘寄奴、白头翁、秦皮、地榆、黄连，气虚加黄芪，阳虚加毕澄茄、肉桂、附子，湿重加薏苡仁、泽泻，腹胀加大腹皮、枳壳、厚朴，久泻不止另罂粟壳、诃子，保留灌肠药用白头翁、地榆、苦参，7 天为疗程，治疗 1～4 个疗程，全部治愈。[117]霍志谨等用苦参四君汤（苦参、党参、白术、茯苓、甘草）治疗 32 例，并与西药对照组（制霉菌素片）16 例比较，结果治疗组中治愈 15 例（46.9%），显效 9 例（28.1%），好转 7 例（21.9%），无效 1 例（3.1%），总有效率 96.9%，对照组治愈 2 例（12.5%），显效 5 例（31.3%），好转 4 例（25.0%），无效 5 例（31.3%），总有效率 68.8%，治疗组治愈率和总有效率均优于对照组（$P<0.05$）。[118]周萍用自拟健脾解毒汤治疗 110 例（黄芪、山药、莲肉、补骨脂、鸡内金、麦芽、土茯苓、大叶桉叶、苦参、金银花、炙甘草），全部治愈，与对照组（制霉菌素）比较，有显著性差异（$P<0.005$）。[119]

2.6.6 糖尿病腹泻

李波认为糖尿病顽固性腹泻多属脾肾阳虚，采用固肾健脾汤（肉桂、附子、山茱萸、山药、太子参、黄芪、茯苓、白术、炙甘草、金樱子、芡实、巴戟天），如泻下清水伴五更腹痛加补骨脂，久泻伴腹刺痛、舌瘀暗、脉涩者加蒲黄、丹参，浮肿者加车前子、泽泻，治疗 28 例，7 日为 1 疗程，用药最多 4 疗程，结果临床控制者 20 例，好转者 6 例，无效者 2 例，总有效率 92.9%。[120]周九三辨证治疗老年性Ⅱ型糖尿病腹泻 39 例，肝郁脾虚型方选柴胡疏肝散加减，脾虚湿盛型方选参苓白术散加减，脾肾阳虚型药用附子、肉桂、干姜、肉豆蔻、白术、鸡内金、补骨脂、焦山查，苡米，结果临床治愈 9 例（23.1%），显效 14 例（48.7%），好转 8 例（20.5%），无效 3 例（7.7%），总有效率 92.3%。[121]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3 实验研究

3.1 证的研究

3.1.1 免疫生化方面的研究

目前研究较为深入和广泛的是关于脾虚泄泻与免疫功能的研究。如章士亮对 90 例慢性腹泻病人作玫瑰花瓣形成试验（RFC）和淋巴细胞转化试验（LCT），与中医证型比较，发现湿热型与肝脾不和型大多在正常范围，而脾虚和脾肾阳虚型大多低于正常值。[122]高亚菲等观察 31 例溃疡性结肠炎病人的 T 细胞亚群，红细胞免疫粘附功能（RCIA、RCIC）、血清 SOD 活性、补体 C3 水平、免疫复合物（CIC）含量、MDA 含量、外周血 NK 细胞活性等有关免疫生化指标，结果表明：大肠湿热组、脾虚挟湿组 CD4、CD8 均低于对照组。大肠湿热组红细胞 RCIA、RCIC 均低于正常对照组。大肠湿热组血清 CIC、MDA、SOD 均高于正常对照组。提示红细胞免疫功能下降，CIC 和 MDA、SOD 上升可作为大肠湿热型客观指标。脾虚挟湿型辅助性 T 细胞下降明显，RCIA、RCIC 正常可作为该组客观指标参考，CD4/CD8 降低可作为脾虚挟湿与大肠湿热相区别的诊断指标之一。[123]刘健按泄泻与否将 40 例脾虚证患者分为泄泻和非泄泻组，并设立 20 例健康对照组，以观察脾虚泄泻患者红细胞免疫功能的变化。结果表明，脾虚泄泻组的红细胞 C3b 受体花环率（RNC－C3b－RR）显著低于脾虚非泄泻组和健康对照组（$P<0.01$）；脾虚泄泻组的红细胞免疫复合物花环率（RBC－IC－R）显著高于脾虚非泄泻组和健康对照组（$P<0.01$）；而且 C3b－RR 与木糖吸收率、红细胞数、血红蛋白、血浆白蛋白等呈显著正相关，IC－R 与上述指标呈显著负相关（$P<0.01$）。提示脾虚患者小肠吸收功能障碍所致的贫血、低蛋白血症使红细胞 C3b 受体数量减少或损伤或活性下降，导致红细胞免疫功能降低，脾虚泄泻患者病变程度较重，故其红细胞免疫功能降低也较明显。[124]

3.1.2 肠道菌群方面的研究

任平对脾虚腹泻和非脾虚腹泻患者粪便中的 8 种常见厌氧菌和需氧菌进行了定量分析，发现正常成人粪便以厌氧菌为主，腹泻病人的拟杆菌、双岐杆菌、乳杆菌和肠球菌量减少，占肠菌群比例极少且具有潜在致病性的梭菌、酵母菌量增多，而脾虚腹泻患者较非脾虚腹泻患者存在着更严重的菌群失调，与非脾虚腹泻组比较，双岐杆菌、乳杆菌、拟杆菌减少明显（$P<0.01$），肠杆菌、梭菌增多显著（$P<0.05$）。[125]有实验证明，四君子汤可调整小鼠肠道的菌群失调。[74]

3.1.3 肠道 X 线观察

恽敏观察 50 例脾虚泄泻患者肠道 X 线表现，结果除 5 例仅见肠道张力稍有增高外，其余 51 例均有肠道排空功能不同程度的增速，脾气虚型以大小肠均有亢进为主，且亢进程度也较明显；脾阳不足型则趋向局限于小肠或结肠，亢进程度也有所减弱；脾肾阳虚型则进一步局限，亢进程度再度降低。[126]

3.1.4 体表结肠电观察

张丹等致力于慢性结肠炎中医证型与体表结肠电的关系，发现脾胃虚弱型患者体表结肠电活动量低下，进餐负荷下更为明显，且高频慢波少，相应的紧张性收缩减少，结肠张

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

力较低。肝脾不调型患者结肠电慢成分活动量偏亢，进餐反应过强，高频慢波多，相应肠内压高，推进性运动强。脾胃湿热型患者空腹时结肠电活动与正常组相接近，餐后明显低下。[127]

3.2 动物模型的研究

目前，国内制造脾虚泄泻动物模型的方法归纳有：大黄法[128]；利血平法[129~131]；饮食失节法。[132]周干南等介绍用番泻叶复制小鼠腹泻模型的规范操作。以稀便率与稀便级的乘积表示的腹泻指数作为主要观察指标，对腹泻程度进行了全面的综合评价，认为它可以全面反映个体动物的腹泻程度并具有可比性。结果表明：小鼠的腹泻指数呈正态分布；各造型组组间的腹泻指数无差异；同组小鼠连续 6d 造型其腹泻指数也无差异，表现出良好的重现性。该模型可推荐作为筛选抗腹泻药物使用。[133]高建新等应用甲醛化空肠弯曲菌菌苗（CJ-S131）经口免疫 BALB/C 小鼠 14 周，模拟该菌慢性感染持续释放抗原的过程，发现小鼠肠道出现类似炎症性肠病的慢性炎症。[134]

3.3 中医中药作用机制的研究

3.3.1 实验方剂学的研究

四君子汤对在体胃肠道运动有抑制作用，通过抑制脾虚动物胃肠电的快波活动，来调整肠运动的节律和强度，继而纠正了脾虚泄泻动物的胃肠功能紊乱，四君子汤具有对抗乙酰胆碱（Ach）的作用。闻集普等报道采用大鼠移行综合肌电（MMC）指标，综合对比四君子汤、木香枳实合剂、丹参川芎合剂及复方对大黄所致脾虚大鼠小肠电活动的影响。结果表明，大黄所致脾虚大鼠十二指肠和空肠位相性收缩增强，四君子汤能明显阻断这种变化过程，健脾理气化瘀复方及丹参川芎合剂也有一定的复健作用，木香枳实合剂的作用较差。[139]加味四君子汤（黄芪、党参、茯苓、白术、甘草、陈皮、菟丝子）能使 8Gy 照射大鼠的 MMC 各时相及周期基本恢复正常，提示加味四君子汤具有调节小肠运动紊乱的作用。[140]

3.3.2 中药及其成分的作用研究

党参　李红等观察到党参水煎醇沉剂浓度在0.02~0.1g/ml 时，对乙酰胆碱激动剂有拮抗作用，呈明显的量效关系，但是党参制剂在低浓度时对组织胺、$BaCl_2$ 无明显影响。[141]张云如报道，不同浓度的党参能使离体豚鼠回肠有抑制或兴奋两种作用，可使回肠张力升高，或先降后升。其收缩幅度变大，频率变慢，并能持续较长的时间，而且呈量效关系。同时还有不同程度的对抗乙酰胆碱、5-羟色胺、组织胺、$BaCl_2$ 的作用。[142]王毓钟等结果与张氏相似，所不同的是党参水煎剂对乙酰胆碱引起的肠道运动无明显作用。[143]

无毒棉籽　尤越人等通过对正常小鼠、生大黄致泻小鼠及脾虚小鼠的作用研究表明，无毒棉籽有较好的抑制排便频度、治疗腹泻的作用，无毒棉籽液 6g/kg 可极其显著地抑制正常小鼠的排便频度，无毒棉籽液 6g/kg 和 3g/kg 可极其显著地抑制生大黄致泻小鼠及脾虚小鼠的排便频度。6g/kg 无毒棉籽液且可极其显著地抑制正常小鼠及脾虚小鼠的小肠推进运动。[144]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

高良姜　先给小鼠灌服致泻剂番泻叶或蓖麻油，再给予高良姜水煎剂（生药20g/kg），能显著减少番泻叶引起的腹泻次数，但不减少蓖麻油引起的腹泻次数。[145]改变给药先后次序，高良姜的水溶性提取物仍能显著减少番泻叶引起的刺激大肠性腹泻次数，对蓖麻油引起的刺激小肠性腹泻，高良姜的醚和水提取物都表现出对抗作用，其中醚提物在0.4ml/kg的小剂量时就产生强而持久的止泻作用[146]。高良姜水煎剂（$4\times10^{-4}\sim1.2\times10^{-2}$g/ml）呈浓度依赖性地增大离体兔空肠平滑肌的收缩幅度和张力[147]。由于其在较低浓度时，就能对抗六烃季铵和阿托品对离体兔回肠的抑制，又需较高浓度方能对抗肾上腺素的抑制作用。而对苯海拉明、异搏定、罂粟碱和美散痛的抑制离体肠活动无对抗作用，提示高良姜水煎剂兴奋肠管活动作用可能与胆碱能神经和M-胆碱受体无关，而可能与其具有组胺样和抗肾上腺素样作用有关[148]。但系川秀治等报道，2×10^{4}g/ml的高良姜醇提物抑制离体豚鼠回肠自发收缩运动，对抗组胺或氯化钡引起的收缩反应，抑制率分别为88.8%和69.7%。此种抑制作用可能与其所含的挥发油成分有关，因为高良姜挥发油能显著抑制豚鼠离体回肠纵肌和气管平滑肌，EC 50分别为2.7×10^{5}g/ml和1.22×10^{4}g/ml。[149]

4　中药新药的开发研制

4.1　补脾益肠丸

补脾益肠丸为广州陈李济制药厂生产的国家级新药。主要成分有黄芪、党参、当归、白芍、木香等。具有补中益气、健脾和胃、涩肠止泻、止痛止血、生肌消肿的作用。药理实验证明；补脾益肠丸能延长小鼠游泳耗竭时间，改善微循环，降低离体肠管平滑肌张力，抑制急性渗出性炎症，并能缩短家兔凝血时间。

4.2　固本益肠片

固本益肠片为沈阳市康乐制药厂生产的国家级新药。主要成分有党参、黄芪、延胡索等，具有健脾温肾、涩肠止泻的作用。经344例患者的治疗，对慢性结肠炎、溃疡性结肠炎及其他慢性腹泻的治疗，总有效率99.2%。动物溃疡性结肠炎模型实验证明，其具有较好的抗溃疡作用；动物离体肠管实验可见其有抑制肠蠕动的效应。又以大黄致使动物虚弱的条件下，可提高动物对不利环境的耐受力，另外还有一定的抗炎镇痛和促进血凝的现象。

4.3　腹泻宁脐膜

腹泻宁脐膜（FMU）是用中药提取的有效成分制备的一种新型膜剂。它对番泻叶煎剂所致的小鼠腹泻模型有明显的止泻作用，FMU主要成分2.4～7mg/鼠·d（120～350mg/kg），外贴4d，其腹泻指数无论自身对照还是与对照组相比均有显著差异，同时腹泻发生率也有下降趋势；FMU 120～350mg/kg可显著降低小鼠小肠推进率并明显减轻小鼠腹腔注射醋酸所致的疼痛反应；FMU还能使家兔离体空肠自发运动减弱，13.3%达到完全抑制。[150]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.4 结肠宁灌肠剂

结肠宁灌肠剂是由湖南中医药研究院研制，湖南长沙制药二厂生产的一种治疗慢性结肠炎性腹泻的国家级三类新药。以蒲黄、丁香蓼为主要原料，功能活血化瘀、消炎止泻。药理研究证明，结肠宁的抑菌试验在一定范围内（1:32）对痢疾杆菌、白色念珠菌有明显的抑制作用。结肠宁对家兔血管通透性试验结果表明，它能降低血管通透性，改善微循环，使局部分泌物减少，吸收增加而达到收敛、消肿的作用。通过304例临床观察，总有效率90.1%，临床治愈和显效者为61.1%，其中慢性结肠炎215例，有效率90.2%，显效率为59.5%；溃疡性结肠炎66例，有效率为87.8%，显效率为56%；慢性菌痢23例，有效率为95.6%，显效率为91.3%。[151]

4.5 脾胃康口服液

脾胃康口服液为河南省冬夏集团股份有限公司生产，主要成分由党参、白术、藿香、葛根等中药组成，对生大黄冷浸液灌胃引起的小鼠腹泻有较好止泻作用，并能对抗甲基新斯的明引起的小肠推进机能亢进，改善小鼠脾虚体征，促进血清溶血素形成，对于2,4-二硝基氯苯（DNCB）诱导小鼠DTH反应具有增强作用。[152]

【古训今释】

1 病　　名

1.1 病名源流

泄泻一病首载于《内经·生气通天论》，以“泄”称之。汉唐时期以仲景《伤寒论》为代表，多将其包括在“下利”之内，但该下利包括了痢疾。至宋·陈言《三因极一病证方论·泄泻叙论》有“方书所载泻利，与经中所谓洞泻、飧泄、溏泄、濡泄、水谷注下等，其实一也。”病名渐趋统一于“泄泻”。

“泄泻”在中医文献中二字含义略有不同，如明·孙一奎《赤水玄珠·泄泻》说：“粪出少而势缓者为泄，若漏泄之谓也。粪大出而势不阻者为泻，倾泻之谓也。”明·孙文胤《丹台玉案·泄泻门》有“泄者如水之泄也，势犹舒缓。泻者，势直以下，微有不同而其病则一，故总名之曰泄泻”之说。“泄”与“泻”虽有急缓不同，但因临床该病时急时缓，很难将其分开，随着人们对该病认识水平的提高，临床经验的积累，依不同的病因、病机、症状许多医家对该病分别定名，对临床有一定指导意义。

1.2 病名分类

1.2.1 依发病症状而定名

《内经》对本病论述颇多，有“飧泻”、“溏泄”、“鹜泄”、“濡泄”、“滑泄”、“洞泻”、“注下”等称谓。“飧泻”，飧字由苏昆切，音孙。《韵会举要》解释说晡时食谓飧，从夕从食。古代称早餐曰饭，晚饭称食，因而飧当是晚饭的别称。《素问·阴阳应象大论》曰：

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

“春伤于风，则生飧泻。”又曰：“清气在下，则生飧泄。”《圣济总录·卷七十四·泄痢门》解释说：“脾胃者土也，其气冲和，以化为是。今清浊相干，风邪久于胃中，中气不能运化，而食物完出。夕食谓之飧，食之难化在于夕，故谓之飧泄。”清·林珮琴《类证治裁·泄泻证治》也论到“飧泄，完谷不化，脉弦肠鸣，湿兼风也”，即言其风为病因，中气不运为病机，完谷不化为症状。

濡泻即言湿淫所胜，脾土受伤而为病。《素问·阴阳应象大论》曰“湿胜利濡泻。”明·李梴《医学入门·泄泻》说：“濡泻即湿泻”，又说“湿泻如水倾下，肠鸣身重，腹不疼。”明·李中梓《医宗必读·泄泻》又提出“洞泻一名濡泄，泻下多水也。”《类证治裁·泄泻证治》则进一步论述到“濡泄，身重肠鸣，所下多水，腹不痛，湿门甚也”，指明濡泄乃湿邪为病。

洞泄出于《内经》，在《素问·生气通天论》中云：“春伤于风，邪气留连，乃为洞泄。”《素问·金匮真言论》中曰：“长夏善病，洞泻寒中。”《灵枢经·邪气脏腑病形篇》从脉象上论述到“肾脉小甚为洞泄”。《类证治裁·泄泻证治》则有“洞下不禁，脉微气脱，湿兼虚也”之论，足见该证为虚寒证，指食物随入随泻，滑脱失禁之临床表现。

溏泄即言泄下溏垢污浊。出于《素问·气交变大论》“岁土太过，脏气伏，化气独治之，病腹满，溏泄肠鸣”。元·朱震亨《金匮钩玄·卷下》曰：“溏泄者，渐下汗积粘垢，湿兼热也。”指出溏泄乃湿热之邪为病。

鹜泄即言泄下澄彻清冷。《素问·至真要大论》曰：“阳明司天，燥淫所胜，寒清于中，腹中鸣，注泄鹜溏。”《金匮钩玄·卷下》云：“鹜泄者，所下澄彻清冷，小便清白，湿兼寒也。”言明鹜泄乃寒湿为病也。

此外尚有元·罗天益《卫生宝鉴》曰：“饮食太过，肠胃所伤，亦致米谷不化，此俗呼水谷利也。”及元·朱震亨《证治要诀·卷八溏泄》有“脾气久虚，不受饮……俗名录食泻”等称谓。

1.2.2 依发病脏腑而定名

继《内经》之后，《难经·第五十七难》又从脏腑辨证角度将泄泻分为五类，并进一步归纳了其症状。胃泄者，饮食不化，色黄；脾泄者，腹胀满，泄注，食即呕吐逆；大肠泄者，食已窘迫，大便色白，肠鸣切痛；小肠泄者，溲而便脓血，少腹痛；大瘕泄者，里急后重，数至圊而不能，便痉中痛，此五泄之要法。该五泄实际包括了泄泻和痢疾两病，胃泄、脾泄、大肠泄属泄泻范畴，而小肠泄、大瘕泄似属痢疾范畴。元·朱震亨在《证治要诀·卷八溏泄》则指到“脾肾泄”，曰：“有每日五更初洞泻，服止泻药，并无效，米饮下五味丸，或专以五味子煎饮，亦治脾肾泻，惟省节饮食，忌口。但得日间上半夜无事，近五更其泻复作。此病在肾，俗呼为脾肾泻。”明·李梴则提出“交肠泄”，其在《医学入门·泄泻》中说：“交肠泻者，大小便易位而出，此因气不循故道，清浊混淆所致，当分利阴阳，使气顺各安其位。”明·李中梓则提出“肾泄”及“直肠泄”，在《医宗必读·泄泻》中曰：“肾泄者，五更溏泄，久而不愈，是肾虚失闭藏之职也……。”又曰“直肠泄者，食方入口而即下，极为难治。”

1.2.3 依发病病因而定名

历代医学已认识到外感风寒暑湿燥火、饮食情志所伤均可致病。元·朱震亨《证治要

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

诀·泄泻》论述到“暑泻由冒感暑气，或饮啖日中之所晒物，坐日中热处，证状与热泻略同……。气泻肠鸣，气走胸膈，痞闷腹急而痛，泻则稍可，须臾又急……。湿泻，如其人本不甚泻，每日二三次鸭溏，此脾家不燥……。伤食泻，因饮食过多，有伤脾气，遂成泄泻，俗呼为伤败腹，其人必噫气如败卵臭……。”明·李梴亦在《医学入门·泄泻》云：“湿泻，如水倾下，肠鸣身重，腹不疼……寒泻恶寒，身痛腹胀，切痛雷鸣，鸭溏清冷，完谷不化，甚则脾败肢冷……暑泻如水，烦渴尿赤，暴泻……食泻食积，痛甚，泻后痛减，臭如抱坏鸡子，噫气作酸，须先消食所伤之物……七情泻，腹常虚痞，欲去不去，去不通泰……痰泻，或泻不泻，或多或少，此因痰流肺中，以致大肠不固……”。

2 病因病机学说

2.1 病 位

脾胃为仓廪之官，在体为肉，开窍于口，脾主运化，输布水谷精微，脾胃表里相合，共司升清降浊。而小肠受盛胃中水谷，主转输清浊，清者输于各部，浊者渗入膀胱下注大肠。大肠司传送糟粕，以排出体外。故明·张介宾在《景岳全书·卷二十四·泄泻》中曰“泄泻之本，无不由于脾胃。盖胃为水谷之海，而脾主运化，使脾健胃和，则水谷腐熟，而化气化血，以行营卫。”张氏这一对病位精群概括的认识，至今仍为学术界认可。关于泄泻的病位《素问》亦有多处论及，如“胃脉实则胀，虚则泄”、“脾病者，虚则腹满肠鸣，飧泄食不化”、“五气所病、大肠小肠为泄”等。《中藏经·利属脏腑虚实寒热》曰：“脾脉不及，则令人中满……溏泻不时……滑泄不止，……胃者，腑也，虚则肠鸣胀满，引出滑泄，胃中风则溏泄不已。”明·赵献可《医贯·论泄泻》中亦论到“脏腑泻利，其证多端，大抵皆因脾胃而作”，皆说明泄泻的病位主要在脾胃大肠小肠，尤其与脾的关系更为密切。

2.2 病 因 病 机

泄泻的发病虽与多个脏腑功能失调有关，但与脾胃功能失调关系更密切。凡能影响脾胃功能的原因皆成泄泻的致病因素。泄泻病因病机大致有以下几个方面。

2.2.1 感受外邪

外邪致泄，以寒湿暑热为常见，《内经》早已认识到这一点，《素问·生气通天论》曰：“春伤于风，邪气留连，乃为洞泄。”《素问·阴阳应象大论》曰：“湿胜则濡泻”及“久风为飧泄”等。寒邪与暑热之邪即能侵袭皮毛肺卫，从表入里，使脾胃升降失调，亦可直接损伤脾胃，导致运化失常，如《素问·咳论》所说：“时感于寒，则受病，微则为咳，甚则为泄为痛。”脾喜燥而恶湿，外受湿邪易困阻脾阳，使脾阳受阻，脾失健运，不能升清降浊，水食相杂而下发为泄泻。风寒暑热之邪多夹杂湿邪为病，故清·沈金鳌《杂病源流犀烛·泄泻源流》说：“湿盛则飧泄，乃独由湿耳。不知风寒热虚，虽皆能为病，苟脾强无湿，四者均不得而干之，何自成泄？是泄虽有风寒热虚之不同，要未有不原于湿者也。”可见引起泄泻的外邪中与湿邪关系最密切，故金元时期张子和在《儒门事亲·金匮十全五泄法后论》中说：“若无湿则终不成疾。”

2.2.2 饮食所伤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

饮食不节，暴饮暴食，宿食内停不化或恣食肥甘，饮酒过度，贪食生冷，误食不洁损伤脾胃，传导失司，升降失调发生泄泻。《素问·太阴阳明论》说："饮食不节，起居不时者，阴受之。阴受之，则入五脏。入五脏，则膜满闭塞，下为飧泄，久为肠癖。"明·张介宾在《景岳全书·泄泻》有"饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降，而泻痢作矣"的精辟论述。汉张仲景对饮食不洁在《金匮要略·禽兽鱼虫禁忌并治第二十四》中论云："疫死牛肉，食之令病洞下……。"同时对饮酒过度而致泻亦作了较深入细致的观察研究，在该篇中论到"酒泄证，饮酒之人多有之。但酒有阴阳二性，人有阴阳二脏，而人多不能辩。夫酒性本热，酒质则寒，人但知酒有湿热，而不知酒有寒湿也。故凡饮酒而生湿热者，因其性也。……因酒而生寒湿者，因其质也。……。何以辩之，常见人有阳强气充而善饮者，每多泄泻，若一日不泻，反云热闷，盖其随欲随泻，则虽泻不致伤气，而得泻反以去湿，此其先天禀厚胃气过人者也。最不易得，亦不多见。此而病者，是为阳证，不过宜清宜利，……去其湿热，而病可愈也。"明·戴思恭《证治要诀·泄泻》中云"伤食泻，伤于生冷油腻，停滞膈间，脾气不温，食难消化，或多餐糯食及一切难化之物……"，即言伤食泄病因又言其病机。明·王纶对酒泄亦有论述，其中《明医杂著·泄泻》中说"若饮酒便泄，此酒积热泻也……"。

2.2.3 情志失调

肝其性刚强，喜条达恶抑郁。凡精神情志之调节功能与肝气有密切关系。肝气可疏泄脾胃气机，使脾胃正常发挥升清降浊腐熟水谷之功能。若因情志影响，忧思恼怒，精神紧张而肝气郁结，横逆犯胃，则脾胃运化失常而发泄泻。《素问·举痛论》即曰："怒则气逆，甚则呕血及飧泄。"《素问·调经论》亦曰："志有余则腹胀飧泄。"皆认识到情志失调可致泻。《景岳全书·泄泻》更作了深入的论述："凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时挟食，致伤脾胃，故但有所犯，即随而发，此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土，脾气受伤而然。使脾气本强，即有肝郁，未必能人，今既易伤，则脾气非强可知矣。"清·罗国纲《罗氏会约医镜·泄泻》亦说："相木侮土，土亏不能制水，其病在肝，宜平肝乃可补土。"均说明情志失调，肝郁乘脾，可发泄泻。

2.2.4 脾胃虚弱

脾主运化，胃主受纳，若素体虚弱，或久病缠绵不愈，若因饮食不节，劳倦内伤或感受外邪，均可导致脾胃虚衰，使脾虚运化不及，胃失受纳腐熟，水谷停滞，清浊不分，混杂而下，发为泄泻。在《内经》中有"胃风"的描述，已相当接近虚寒泄泻的临床表现，《素问·风论篇》中说："胃风之状，颈多汗恶风，食饮不下，鬲塞不通，腹善满，失衣则膜胀，食寒则泄，诊形瘦而腹大。"朱丹溪对脾胃虚弱泄泻的病因病机有较明确的论述，其在《金匮钩玄·泄泻从湿治有多法》中云："得此证者，或因于内伤，或感于外邪，皆能动乎脾湿。脾病则升举之气下陷，湿变下注，并出大肠之道，以胃与大肠同乎阳明一经也。"明·张介宾《景岳全书·泄泻》"脾强者，滞去即愈，此强者之宜清宜利，可逐可攻也。脾弱者，因虚所以易泻，因泻所以愈虚，盖关门不固，则气随泻去，气去则阳衰，阳衰则寒从中生，固不必外受风寒，始谓之寒也。"阐明了脾虚泻的病机，并辩证的论述了虚与泻的关系。明王纶在《明医杂著·泄泻》中亦论到："若元气素弱，饮食难化，食多即腹内不和，疼痛泄泻，此虚寒也。"

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.5 肾阳虚衰

脾的阳气与肾中真阳密切相关，命门之火能助脾胃腐熟水谷，帮助肠胃消化吸收。若久病，损伤肾阳，或年老体衰，阳气不足，脾失温煦，运化失常，即可致泄泻。如《景岳全书·泄泻》所说“肾为胃之关，开窍于二阴，所以二便之开闭，皆肾脏之所主，今肾中阳气不足，则命门火衰……阴气极盛之时，则令人洞泄不止也。”清·林珮琴在《类证治裁·论肾泄》中也有深刻的认识“肾中真阳虚而泄泻者，每于五更时，或天将明，即洞泄数次，此由丹田不、所以尾闾不固，或先肠鸣，或脐下痛，或经月不止，或暂愈复发，此为肾泄。盖肾为胃关、二便开闭，皆肾脏所主。今肾阳衰，则阴寒盛，故于五更后，阳气未复，即洞泄难忍。”

3 临床辨证

《难经·第五十七难》首次从脏腑辨证的角度提出五泻，虽“大瘕泄”、“小肠泄”似病疾范畴，但将病候与脏腑相联系，却首开脏腑辨证之先河。

继之汉·张仲景在《伤寒论》中灵活的运用六经辨证与八纲辨证，为泄泻病临床辨证论治奠定了坚实的基础。首先利用六经辨证，提出合病下利，太阳病外邪除侵袭皮毛肺卫外，还能内迫阳明，少阳移热于大肠影响脾胃及大肠运化腐熟传导功能而发泄泻。如“太阳与阳明合病者，必自下利”(32)，太阳与少阳合病，自下利（172）等。又分论了寒性下利，如“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷”（225)。“下利手足厥冷，无脉者”（362)；热性下利如“下利欲饮水者”(373)，“下利谵语”(373)，“自利清水色纯青”(321)；虚性下利，如“续得下利清谷不止”(91)，“自利不渴”(277)；实性下利，如“伤寒发热，汗出不解，心中痞鞕，呕吐而下利”(165)，“而反下利脉调和者……今反和者，此为内实也”(105)，仲景对本病辨证清晰，丝丝入扣。

元·朱丹溪在《脉因证治·泄》中指出：“五泄治虽不同，其湿一也，有化寒化热之异故也。虚则无力，不及拈衣而已出，故谓之不禁也，湿之热之。实则闭不便，虚坐怒责宜下之。”对泄泻的虚实寒热之别作了论述。其对临床表现亦有具体描述，抓住了辨证要点，《证治要诀·溏泄》如是说“泻黄腹痛者，湿也；泻白腹痛者，寒也；痛一阵泻一阵，泻后涩滞者，火也；痛一阵泻一阵，泻后痛减者，食也；腹中胀痛，泻后不减者，肝气也；……腹中绞痛，下无休时者，气食交并也；……”

清·余霖《疫疹一得·疫病篇》指出：“毒火注人大肠，有下恶垢者，有利清水者，有倾肠直注者，有完谷不化者，……考其证，身必大热，气必粗壮，小溲必短，唇必焦紫，大渴喜饮，腹痛不已，四肢时而厥逆，宜因其势而清利之。”指出了毒火致泻虽病候繁杂，但均归于毒火人大肠一证中，对后人临床辨证颇有启示。宋·朱肱强调了泄泻病辨证的重要，《活人书·伤寒下利》曰：“伤寒下利多种，须辨识阴阳，勿令差互。”并从六经辨证予以阐述辨证要点，“三阳下利则身热，太阴下利手足温，少阴厥阴下利身不热，以引别之。”又很重视从脉象上对泄泻进行辨证，“大抵伤寒下利，须看脉与外证，下利而脉大者，虚也；脉微弱者为自止；下利曰十余行，脉反实者逆。下利脉数而滑者，有宿食也，下之愈；脉迟而滑者实也……”

明·李梴《医学人门·泄泻》根据能否进食而判断病邪的部位，邪在表则能食，邪在里

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

则不能食，表里之间者，欲食而不能食，又详论各泻的临证要点，“湿泻，如水倾下肠鸣身重，腹不疼……寒泻恶寒，身痛腹胀，切痛雷鸣，鸭溏清冷，完谷不化，甚则脾败肢冷。……暴泻如水，烦渴尿赤，暴泻……食泻食积，痛甚，泻后痛减，臭如抱坏鸡子，噫气作酸……七情泻，腹常虚痞，欲去不去，去不通泰……痰泻，或泻或不泻，或多或少，……火泻，实火，口渴喜冷，痛一阵，泻一阵，肛门焦痛，其来暴速，稠粘，……虚泻，困倦无力，脾虚，饮食所伤，有遇饮食即泻者，……肾虚色欲所伤，泻多足冷，久则肉消，五鼓脐下绞痛。”

张介宾在《景岳全书·泄泻》中亦有“凡实热之证，必其脉盛形强，声音壮亮，食饮裕如，举动轻捷者，此多阳也。虚寒之证，必其脉息无力，形气少神，言语轻微，举动疲倦者，此多阴也。故必察其因，而于初泻之时，即当辨其有余不足，则治无不愈，而亦不致有误矣”的论述。元·朱震亨《金匮钩玄·卷下泄泻从湿治有多法》强调治泻须分寒热，“寒热二证，冰炭相反，治之者差之毫厘，谬以千里者也。”并以小便之清白、黄赤、涩与不涩、大便之形态作为鉴别要点。

4 治则治法

4.1 治 则

泄泻治疗初期宜健脾、燥湿、消导、分利之，久泻方可温补、升提。明·李梴《医学入门·泄泻》中即言“凡泻皆兼湿，初宜分理中焦，渗利下焦。久则升提，必滑脱不禁，然后用药涩之”，对泄泻的治疗论述较清晰，对后世治泻有指导意义。《素问·标本病传论》中论及泄泻与其他病合并时的治疗原则，其中有“先病而后泄者，治其本。先泄而后生他病，治其本，必且调之，乃治其他病”之论点，如因泄泻而引起其他疾病者，首先将泄泻治愈，然后据病施治它疾。《内经》这一原则，不仅对泄泻标本缓急辨证施治有指导意义，就是对内科其它杂病的治疗，分清标本缓急同样具有重要指导意义。

4.2 治 法

汉·张仲景虽将泄泻与痢疾统称“下利”，但对因实热之邪壅滞引起的泄泻，虽有泄泻之症，但因热耗津液，亦应先驱邪，当急下之。如在《金匮要略呕吐哕下利病脉证治》篇中曰：“下利三部皆平，按之心下坚者，急下之，宜大承气汤。”及“下利谵语者，有燥屎也，小承气汤主之。”这种灵活的临床辨证治疗思想，指导着后世临床使用“通因通用”之法治疗泄泻。

“利小便实大便”这一著名的中医治泄之法，在《丹溪心法·泄泻》既已有“世俗类用涩药治利与泻，若积久而虚者，或可行之，初得之者，必变他疾，为祸不少，殊不知多因于湿，惟分利小水最为上策”之论，其在《平治会粹·第三》中又论到“泄泻有宜汗解者，有宜下而得安者，有宜化而得安者，有宜补养而愈者，有宜调和脾湿而得止者，有宜分导小水者”，可见其治泄随病因病机不同而治法出入变化，但已充分认识到“利小便”在治泄中的作用。明·赵献可《医贯·泄泻》亦有“今湿气内客于脾，故不能腐熟谷，致清浊不分，水入肠间，虚莫能利，故濡泄，治当降湿利小便”之说。张介宾治泄更善用利水之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

法，在《景岳全书·泄泻》中提出“治泻不利小水，非其治也”，认为“凡泄泻之病，多由水谷不分，故以利水为上策。”景岳对利小便的宜忌又进行详细论述，提到“然惟暴注新病者可利，形气强壮者可利，酒湿过度，口腹不慎者可利，实热闭涩者可利，小腹胀闷，水道痛急者可利。又若病久者不可利，阴不足者不可利，脉证多寒者不可利，形虚气弱者不可利，口干非渴者不可利”，务须“察其所病之本”，否则“愈利愈虚”。张景岳对泄泻治疗的认识，持论平衡，从正反两方面论述可利与不可利、法度严谨，值得后人效法。

对于久泄，可涩之，但应在非涩肠不足以止泻时方可用。明·赵献可《医贯·泄泻》曰：“久泻，大肠虚滑，元气下陷，不能自收而重，乃用粟壳等涩剂，以固其脱。”明·龚廷贤《万病回春·泄泻》曰“若泻太多不止者，当用补住为要，若泄泻初起，不可就用补塞，恐积气未尽，而成腹痛饱闷，恶心烦躁，发呃而死。”皆言初期实证切不可补涩，出现久泻滑脱虚证方可补涩，但亦应考虑是否有闭门留寇之嫌。

许多医家对泄泻治法都有较详细的论述。如明·李梴《医学入门·泄泻》曰：“其间有风胜，兼以解表，寒胜兼以温中，滑脱涩住，虚弱补益，食积消导，湿则淡渗，陷则开举，随证变用而不拘于次序”，同时还提到补虚的时候不可纯用其温，以防生湿，亦不可太苦，恐其伤脾。明·梁学孟在《国医宗旨·泄泻病机》中亦说：“治泻用药不可太苦太甘盖太苦则伤脾，太甘则生湿，惟当以淡剂利窍为最。”因此在治泄时用药取甘，湿邪重时则不宜太甘，苦寒清热，中病即止，以顾护胃气。明·李中梓总结前人治泄经验，在《医宗必读·泄泻》中指出治泄九法：“一曰淡渗……一曰升提，气属于阳，性本上升，胃气注迫，辄尔下陷，升、柴、羌、葛之类，鼓舞胃气上腾，则注下自止。又如地上淖泽，风之即干。故风药多燥，且湿为土病，风为木药，木可胜，风亦胜湿，所谓下者举之是也。一曰清凉：热淫所注，暴注下迫，苦寒之剂，用涤燔蒸，犹当溽暑伊郁之时，而商飙然倏动，则炎如失矣，所谓热者清之是也。一曰疏利：痰凝气滞，食积水停，皆令人泻，随证祛逐，勿使稽留。经曰：实者泻之。又云：通因通用。是也，一曰甘缓：泻利不已，急而下趋，愈趋愈下，泄何由止？甘能缓中，善下禁争速，且稼穑作甘，甘为土味，所谓急者缓之是也。一曰酸收：泻日久，则气散而不收，无能统摄，注泄何时而已？酸之一味，能助收肃之权，经云：敬者收之，是也。一曰燥脾：土德无惭，水邪不滥，帮泻皆成于土湿，湿皆本于脾虚，仓廪得积，水谷善分，虚而不培，湿淫转甚。经云：虚者补之，是也。一曰温肾：肾主二便封藏之本，然虽属水，真阳寓焉。少火生气，火为土母，此火一衰，何以运行三焦，熟腐五谷乎？故积虚者必挟寒，脾虚者必补母，经云：寒者温之，是也。一曰固涩：注泄日久，幽门道滑，虽投温补，未克奏功，须行涩剂，则变化不愆，揆度合节。所谓滑者涩之是也。”实乃集明以前各家治泻之法，并高度概括总结，且较精辟地分析了每种法则的应用范围及理论根据。同时认为“夫此九者，治泻之大法，业无遗蕴，至如先后缓急之权，岂能预设，须临证之顷，圆机灵变”，强调临证须灵活变通，不能拘于一法，李氏的治泄九法至今仍有效的指导着临床治疗。明·张三锡亦在《医学准绳·泄泻》中曰治泻“大法渗湿补脾，消导分利为主。有宜开提下陷之气者，有用风药以胜其湿者，又有肠胃虚滑不禁，宜收涩者，不可不知。”清·林珮琴《类证治裁·泄泻论治》云：“凡泄水腹不痛者，湿也，宜燥渗。完谷不化者，气虚也，宜温补。腹痛肠鸣，水泄一阵，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痛一阵者，火也，宜清剂。时泻时止，痰也，宜豁之。泻后痛减，食积也，宜消之。脾泄久宜涩，下陷宜升提。”清·冯兆张在《冯氏锦囊秘录·杂证大小合参·方脉泄泻合参》中亦有相似的论述，皆依病因病机不同而变化治法。

5 方剂归类

5.1 解表散寒 芳香化湿

(1) 削术豆蔻散（《史载之方》）

组成：草豆蔻 30g 削术 30g 诃子皮 30g 大芎 15g 陈皮 15g 甘草 0.4g 蒿本 0.4g 独活 0.3g 藿香 0.3g

用法：上为细末，空心，水 250ml，姜 2 片，枣 2 个，同煎 9g，取 100ml，和滓服。

(2) 升阳除湿汤（《幼幼集成》）

组成：升麻 柴胡 神曲 泽泻 猪苓各 3g 防风 3.6g 苍术 4.5g 陈皮 1.5g 炙甘草 1.5g

用法：生姜 3 片、大枣 3 枚，水煎热服。

(3) 泄泻简便方（《幼幼集成》）

组成：白术 茯苓各 9g

用法：水煎食前服。

(4) 腹泻初起神效方（《济世经验良方》）

组成：细茶 6g 生姜 9g 红糖 9g 核桃肉（炙）5 个

用法：上用水 500ml 煎 400ml，次早空心温服即愈。

(5) 平胃散（《太平惠民和剂局方》）

组成：苍术 240g 厚朴 150g 陈皮、炙甘草各 30g

用法：共研为末，每服 6g－15g 加生姜 3 片，大枣 3 枚，清水煎，空腹时温服每日 3 次，每服 6g，沸汤或姜汤送下亦可。

5.2 清热化湿

(1) 桂苓白术散（《仁术便览》）

组成：官桂 15g 白术 15g 猪苓 15g 茯苓 30g 泽泻 30g 甘草（炙）60g 石膏 60g 寒水石 60g 滑石 120g

用法：上为末，每服 6g，热汤或新汲水或姜汤，俱可调服。

(2) 玉龙丸（《证治准绳》）

组成：硫黄 硝石 滑石 明矾各 30g

制法：用无根水滴为丸。

(3) 黄连乌梅丸（《御药院方》）

组成：乌梅 黄连各 120g

制法：上为细末，炼蜜为丸，如梧桐子大。

用法：每服 20 丸，温米饮下，食前，日进二服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(4) 匀气散 (《世医得效方》)

组成：桔梗　甘草　干姜　益智仁　茴香　藿香叶各等分

用法：上为末。调脾胃，加大枣、生姜，煎汤调服。

(5) 黄芩汤 (《古今医鉴·卷五泄泻》)

组成：黄芩 15g　芍药 9g　甘草 3g

用法：上药剉碎，水煎温服。

5.3 消 食 导 滞

(1) 曲术丸 (《太平惠民和剂局方》)

组成：神曲　苍术各等分

制法：为末糊丸，梧子大。

用法：每服 30～50 丸，米饮下。

(2) 香棱丸 (《杏苑生春》)

组成：香附　三棱　莪术　陈皮　青皮　高良姜　干姜　唐球

制法：上为末，醋煮面糊为丸，如梧桐子大。

用法：每服 50 丸，食前饮米汤送下。

(3) 丁香脾积丸 (《太平惠民和剂局方》)

组成：三棱　莪术　高良姜　青皮各 1.5g　丁香 10.5g　木香　牙皂　百草霜各 9g　巴豆霜 7.5g

用法：上为末，醋面糊丸，麻子大。随人加减服。

(4) 保和丸 (《丹溪心法》)

组成：山楂 30g　神曲 10g　半夏 15g　茯苓 15g　陈皮 5g　连翘 5g　莱菔 5g

制法：上为末，炊饼为丸，如梧桐大。

用法：每服70～80 丸。

(5) 枳术丸 (《文堂集验方》)

组成：白术 10g　赤芍 10g　枳实 5g　陈皮 5g

制法：用新荷叶汤，煮老黄米为丸，如梧子大。

用法：每服 50～100 丸，以米饮送下。

5.4 抑 肝 扶 脾

(1) 荆芥散 (《史载之方》)

组成：荆芥穗　防风　芍药　诃子皮　羌活　甘草各 0.3g　白蒺藜 15g　厚朴 0.5g　木香 0.15g

用法：上为细末，以水 250ml，枣 1 个，同煎 150ml，和滓服。

(2) 痛泻要方 (《李氏医鉴》)

组成：白术 90g　白芍 60g　陈皮 45g　防风 30g

用法：上或水煎，或为丸。久泻者加升麻。随意服之。

(3) 七情交感丹 (《不居集》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：香附子 300g 白茯神 120g

制法：炼蜜丸，弹子大。

用法：空心服 1 丸，白汤下。

(4) 平泻汤（《辨证录》）

组成：芍药 60g 茯苓 30g 白术 60g

用法：水煎服。一剂肝气平，二剂洞泻止，三剂不再泻矣。

(5) 四味芍药散（《史载之方》）

组成：吴白术 芍药 桔梗 香白芷

用法：上等分为末，水 250ml，生姜 3 片，同煎 150ml，入枣 2 个，取 100ml 服。

5.5 温中散寒

(1) 茱萸断下丸（《医宗必读》）

组成：吴茱萸 60g 赤石脂 干姜各 45g 艾叶 砂仁 肉豆蔻 附子各 30g

用法：为末，糊丸。每服 9g，米饮送下。

(2) 风下汤（《世医得效方》）

组成：人参 白术 干姜 甘草各 30g 茯苓 厚朴各 60g

用法：上锉散，每服 9g，水 70ml 煎，空心服。

(3) 苍术丸（《景岳全书》）

组成：云苓 30g 白术 120g 炙甘草 30g 川椒 小茴香各 30g 厚朴 90g 苍术 240g 破故纸 120g

制法：上为末，糯米糊丸桐子大。

用法：食远清汤送下 70～80 丸。

(4) 养中煎（《景岳全书》）

组成：人参 3～9g 山药 6g 白扁豆 6～9g 炙甘草 3g 茯苓 6g 干姜 3～6g

用法：水 1200ml，煎 960ml，食远温服。

(5) 二神丸（《东医宝鉴》）

组成：肉豆蔻 60g 补骨脂 120g

制法：共为末，用红枣 49 枚，入生姜片 120g 同煮，以枣烂为度。去姜，用枣肉捣药为丸，桐子大。

用法：每服 50～60 丸，白滚汤下。

(6) 火轮散（《圣济总录》）

组成：炮干姜 炮附子 肉豆蔻

制法：上等分为细末，米糊为圆，如梧子大。

用法：每服 50 圆，空心米饮送下，神效。

(7) 桂香丸（《三因极一病证方论》）

组成：附子 肉豆蔻 白茯苓各 30g 桂心 白姜 木香各 15g 丁香 3g

制法：上为末，面糊丸如梧桐子大。

用法：空心米饮下 50 丸。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(8) 椒红固肠丸 (《瑞竹堂经验方》)

组成：神曲 180g　白术 30g　川姜 90g　川椒 45g　厚朴 30g　肉豆蔻 90g

制法：上为细末，别用蒜不拘多少，湿纸裹煨香熟，剥净研如泥，熟汤化开，滤去渣，少入面打糊，搜药为丸，如梧桐子大。

用法：每服 70～80 丸，空心米饮汤送下，日进二服。

(9) 附龙丸 (《澹寮方》)

组成：附子　伏龙肝　肉豆蔻

制法：上为细末，研饭为丸。

用法：空心饭饮吞下，每服 30～50 粒。

5.6 健脾益气

(1) 神圣香姜散 (《博济》)

组成：黄连 30g　生姜 120g

制法：上二味一处，以慢火炒令干，姜脆、深赤色即止，去姜取出，只要黄连，研为细末。

用法：每服 6g，空心，腊茶清下，甚者，不过两服，即瘥。

(2) 脾泄方 (《脉因证治》)

组成：白术 20g　白芍 10g　神曲 15g　山楂 10g　半夏 15g　茯苓 5g　苍术 15g

用法：煨饭为丸服。

(3) 扶脾散 (《寿世保元》)

组成：莲肉 15g　陈皮 10g　白术 20g　茯苓 10g　麦芽 5g

用法：上药为细末。每服 2g，白砂糖 2g，白滚水送下。

(4) 健脾散 (《鸡峰普济方》)

组成：乌头 9g　厚朴　甘草　干姜各 3g

用法：上药为粗末。每服 3g，水 50ml，姜 3 片，煎至 30ml，热服。

(5) 丁香健脾散 (《鸡峰普济方》)

组成：草果 1 个　肉豆蔻 2 个　丁香 0.3g　丁香皮 120g　茴香　干姜　肉桂　甘草各 15g　郁李仁 0.3g

用法：上为细末。白汤点之，早晨或腹冷痛服之。

(6) 固阳丹 (《鸡峰普济方》)

组成：肉豆蔻　缩砂　诃梨勒　当归　厚朴　白术各 15g　干姜 0.3g

制法：上为细末，水煮面糊和丸，如梧桐子大。

用法：空心米饮 30 丸。

(7) 鲫鱼羹 (《饮膳正要》)

组成：大鲫鱼 1000g　陈皮 6g　大蒜 2 瓣　缩砂 6g　荜拨 6g　胡椒 6g　花椒 6g

用法：上葱盐料物酱拌匀，入鱼肚煎熟作羹，五味调和，空腹食之。

(8) 羊肉扶羸丸 (《三因极一病证方论》)

组成：精羊肉 750g (微断血脉焙干取末) 120g　白姜 30g　川椒　肉豆蔻各 30g　木香 0.3g　附子　神曲 15g

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

制法：上为末，煮粟米饭为丸如梧桐子大。

用法：食前汤下 50 丸。

(9) 补中汤（《本事方释义》）

组成：人参 白术 干姜 甘草 橘红 茯苓

用法：上为粗末，每服 15g，水煎，食前服。

(10) 健脾散（《苏沈良方·第四卷》）

组成：乌头 0.9g 厚朴 炙甘草 干姜各 0.3g

用法：上服 3g，水 150ml，生姜 2 片，煎至 100ml，热服。

(11) 白术散（《太平惠民和剂局方》）

组成：人参 白术 当归 木香 陈皮

用法：加姜枣煎，去滓稍热服。

(12) 清中启脾汤（《内经拾遗方论·卷三》）

组成：薏苡仁 9g 干山药 4.5g 白术 4.2g 白扁豆 白茯苓 贝母 陈皮 2.4g 白芍药 枳实各 2.1g 甘草 0.9g

用法：上药用水 1000ml，姜 3 片，煎 800ml，食后服。

(13) 调中益气汤（《脾胃论》）

组成：黄芪 3g 人参 甘草 苍术各 1.5g 升麻 柴胡 橘皮各 0.6g 木香 0.3g

用法：上药用水 1000ml，煎 800ml。食远服。

(14) 参苓白术散（《局方发挥》）

组成：莲子肉 薏苡仁 砂仁 桔梗各 500g 白扁豆 750g 茯苓 人参 甘草 白术 山药各 1000g

制法：上为细末。

用法：每服 10g，枣汤调下。

(15) 补理煎方（《济世经验良方》）

组成：黄连 10g 黄芩 10g 白芍 8g 橘红 10g 当归 8g 人参 8g 白术 8g 炙甘草 8g

用法：水煎空心服渣再煎。

(16) 胃关煎（《景岳全书》）

组成：熟地 9g 白术 6g 干姜 3g 扁豆 山药各 6g 吴茱萸 2g

用法：水煎温服。

(17) 白术调中丸（《瑞竹堂经验方》）

组成：神曲 120g 白术 15g 人参 9g 白茯苓 9g 猪苓 9g 泽泻 9g 木香 6g 官桂 45g 干姜 30g 甘草 30g

制法：上为细末，面糊为丸，如梧桐子大。

用法：每服 50～70 丸，空心，淡姜汤送下。

5.7 温肾健脾

(1) 晨泻散（《绛囊撮要》）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

组成：老黄米 150ml　莲肉 60g　白术　干姜各 6g　木香 3g　砂糖 30g

用法：共研细末，每服 9g，白水送下。

(2) 八仙糕（《疡医大全》）

组成：菟丝子　鱼鳔　山药　芡实　茯苓　莲肉　薏苡仁　白扁豆各 120g　谷芽 240g　粳米 560g　锅巴 1120g

用法：共磨细末，每早用开水入白糖少许调服 30g 至 60g，屡建奇功。

(3) 脾肾双补丸（《先醒斋医学广笔记》）

组成：人参 500g　莲肉 500g　菟丝子 750g　五味子 750g　山茱萸 500g　山药 500g　车前子 360g　肉豆蔻 300g　橘红 180g　砂仁 180g　巴戟天 360g　补骨脂 500g

制法：细末，炼蜜和丸如绿豆大。

用法：每 15g，空心饥时各 1 服。

禁忌：忌羊肉、羊血。

(4) 桃花丸（《备急千金要方》）

组成：赤石脂　干姜等分

用法：上为末，面糊为丸，如梧桐子大，空心米饮下。

(5) 加味七神丸（《医学心悟》）

组成：肉豆蔻　吴茱萸　木香各 30g　补骨脂 60g　白术 120g　茯苓 60g　车前子 60g

用法：大枣煎汤为丸。每服 9g，开水下。

(6) 豆蔻饮（《世医得效方》）

组成：陈米 30g　肉豆蔻　五味子　赤石脂各 15g

用法：上为末，每服 6g，粟米汤饮调下，日进三服。

(7) 四神丸（《澹寮方》）

组成：肉豆蔻 60g　破故纸 120g　木香 15g　炒茴香 30g

用法：上为细末，生姜煮枣肉为圆，如梧子大，盐汤下。

(8) 六神丸（《扶寿精方》）

组成：破故纸 120g　肉豆蔻 60g　神曲 15g　麦芽 15g　木香 9g

制法：上为细末，生姜 60g 切片，煮红枣肉丸，如梧子大。

(9) 鞠圆（《本草纲目》）

组成：川芎　神曲　白术　附子各等分

制法：上为细末，用面糊圆如梧桐子大。

用法：每服 30～50 圆，米饮下。

(10) 豆蔻饮（《世医得效方》）

组成：陈米 30g　肉豆蔻　五味子　赤石脂各 15g

用法：上为末，每服 6g，粟米饮调下，日进三服。

(11) 椒曲丸（《本事方》）

组成：神曲 200g　干姜 45g　白术 60g　肉桂 45g　吴茱萸 30g　川椒 30g

制法：上为细末，面糊为丸，如梧桐子大。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

（12）固肠丸（《瑞竹堂经验方》）

组成：人参 30g 白术 90g 附子 阿胶 龙骨 肉蔻 赤石脂 炮姜 木香各 30g 诃子 90g 沉香 15g

制法：上为末。米糊丸，桐子大。

用法：每服 70～80 丸，米饮下。

（13）实肠散（《奇效良方》）

组成：肉豆蔻 诃子 砂仁 陈皮 苍术 茯苓各 2.4g 木香 炙甘草各 1.5g 厚朴 3g

用法：水煎，生姜 3 片，枣子 2 枚煎熟，空心服。

（14）四神丸（《内科摘要》）

组成：破故纸 120g 肉豆蔻 120g 五味子 90g 吴茱萸 30g

制法：生姜煮枣为丸，胡椒大。

用法：每服 9g，临卧盐汤送下。

（15）七神丸（《医学集成》）

组成：白术 10g 茯苓 破故纸 前仁各 5g 吴茱萸 肉豆蔻 木香各 2.5g

用法：蜜为丸，大枣汤送下。

展 望

综上所述，特别是进入八十年代后，随着科研水平的提高，研究手段的丰富，中医药工作者在泄泻病的治疗和研究上取得的成就是巨大的。但是，我们应该看到，由于绝大多数论文为叙述式研究、回顾性总结，设计方案不严谨，缺少科学性和统计学意义，科研价值不大，降低了可信性，以致于不能正确评价中医药的疗效，浪费了人力物力。在中西医结合研究方面，力量仅集中于几种疾病，主要是“慢性结肠炎”（含慢性非特异性溃疡性结肠炎）、“肠易激综合征”等，而其他许多与泄泻相关的疑难病种的现代研究很少或缺如。这提示我们：①这些病种在我国的发病率相对较低，临床病例的收集较为困难，难以形成有效样本进行系统研究。②诊断水平较低，相关实验室检查的滞后，造成大量病例漏诊。③没有规范的诊断标准、疗效评定方法，以至于临床医生缺少依据，难以开展科研活动。④中医药于这些相关病种缺乏手段，难以形成有效治疗方案。

因此，对于今后的工作我们可以从以下几个方面入手：

①建立健全统一的诊断和疗效判定标准，强调病证结合，以利于今后的科研工作。

②用 DME 方法指导和规范今后的科研行为。

③扩大病种研究范围，发扬中医药优势，筛选确切有效的方药。

④在中药新药的研制上，要注意对中药复方的质量控制。

药味选择要少而精，切忌多而杂，以保证复方质量的稳定与可控。在临床试验前应完成相关的药学、药理学实验等工作。

（周学文 倪力强 唐旭东 王希利 柳月冬 张晓明 周奇）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

近现代参考文献

[1] 张伯臾，董建华，周仲瑛，等．中医内科学．第1版．上海：上海科学技术出版社，1988．151～155

[2] 史宇广，单书健，郝亚臣，等．当代名医临证精华慢性腹泻专辑．第1版．北京：中医古籍出版社，1992．1～8

[3] 蒋浩庆．刘树农老师对泄泻症的认识和临床体会．辽宁中医杂志．1983（4）:16

[4] 唐绍周．四味四神汤加减治疗五更泻20例疗效观察．新中医，1977（1）:36

[5] 张小军．慢性肠炎从肺论治．陕西中医，1996（7）:336

[6] 俞宜年，许士纳，林文辉．俞长荣久泻验方探析．辽宁中医杂志，1994（9）:388

[7] 刘士敬，张玲，杨维益．中医泄泻病脾气虚证量化诊断标准研究118例慢性溃疡性结肠炎脾气虚诊断因素多元回归分析．中国中医基础医学杂志，1996（5）:37～39

[8] 陈启石，吴孝华．腹泻辨治九法的临床应用．实用中医内科杂志，1992（1）:17

[9] 田海河．董建华教授辨治泻痢五论．北京中医药大学学报，1994（1）:45

[10] 赖均宜．试论“利小便以实大便”．中医海外教学，1990（1）:31

[11] 李志民．李寿山治久泻用运法的经验．中医杂志，1991（6）:336～337

[12] 赵荣莱．治疗泻痢如何选用活血药．中医杂志，1990（5）:312

[13] 徐兆山，黄福斌．季哲生治疗慢性泄泻的经验．南京中医学院学报，1994（2）:25

[14] 胡国俊．养阴治泄一得．中医杂志，1991（11）:699

[15] 张占元．加减胃苓汤治疗急性水泻40例．江西中医药，1960（5）:18

[16] 范准成，王宝平，剧新民，等．五苓散治疗腹泻引起的脱水症临床疗效观察．云南中医杂志，1987（5）:1～4

[17] 王兴华，严永珍．止泻合剂治疗夏秋季腹泻疗效观察．中西医结合杂志，1986（8）:495

[18] 汪浩权．葛根芩连汤加味治疗急性腹泻．哈尔滨中医，1961（7）:9

[19] 王天俊，田风云．水针治疗急性泄泻35例．南京中医学院学报，1991（4）:225～226

[20] 张锡源．丹参注射液静脉滴注治疗急性腹泻91例．中国中西医结合杂志，1993（2）:109

[21] 刘天智，贺向无，吴启福．中西医结合治疗慢性腹泻100例临床观察．实用中西医结合杂志，1993，6（3）:136

[22] 徐卫义，郁觉初．升阳益胃汤治疗慢性泄泻的探讨．中医杂志，1965（6）:6

[23] 陈治水，贾丹兵．健脾灵片治疗脾虚腹泻的临床与实验研究．中西医结合杂志，1989（6）:345～347

[24] 单兆伟．从肾论治泄泻的临床体会．南京中医学院学报，1991（4）:119～220

[25] 赵伟强．酢浆克泻汤治疗慢性泄泻疗效观察．中医杂志，1992（7）:437

[26] 焦君良．蝉蜕可治慢性腹泻．中医杂志，1994（6）:326

[27] 赵锡武．泄泻集说．新中医，1978（2）:52

[28] 沈士荫，董淑侠．30例五更泄治验．湖北中医杂志，1985（6）:18

[29] 刘强．名老中医医话．丁光迪医话．第1版．重庆：科技出版社重庆分社，1985，1～3

[30] 朱光．五更泄小议．中医药学报．1987（1）:46～47

[31] 许振亚．许兰亭运用变法治疗五更泄泻的经验．江苏中医，1992（8）:339

[32] 林树芳．升阳除湿防风汤加味治疗肠炎菌痢等后的体会．广西中医药，1980（3）:12

[33] 袁炳忠．温固散治疗慢性腹泻．新中医，1980（3）:44

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[34] 沈士荫. 参附苦参汤治疗慢性泄泻60例疗效观察. 江苏中医杂志, 1986 (7):12
[35] 王俭, 王立群. 健脾温肾汤治疗慢性泄泻315例临床观察. 甘肃中医学院学报, 1994 (4):14~15
[36] 安忠兰, 王尚德, 任保成. 胖大海治疗腹泻560例临床观察. 中医药研究, 1994 (5):12
[37] 崔周燮, 洪春. 柞树皮煎治疗腹泻. 中医药学报, 1987 (1):47
[38] 刘风花. 针刺腰部夹脊穴治疗腹泻300例. 上海针灸杂志, 1994 (5):207
[39] 吕永慧. 溃疡性结肠炎的研究近况. 中国中西医结合脾胃杂志, 1996 (2):116~118
[40] 董平. 对溃疡性结肠炎辨证分型之我见. 肛肠杂志, 1983 (3):8
[41] 田海河, 李庆荣. 中医药治疗溃疡性结肠炎思路方法的分析. 中国中医药信息杂志, 1995 (9):23~24
[42] 许成群. 活血化瘀治疗慢性结肠炎机理探讨. 贵阳中医学院学报, 1994 (3):17~18
[43] 赵辉, 周建中. 益气活血法治疗慢性非特异性结肠炎的临床及实验研究. 中西医结合杂志, 1989 (9):529~530
[44] 宋天杰, 王巧燕. 非特异性溃疡性结肠炎临床文献分析. 中医杂志, 1993 (9):563
[45] 田维君, 何忠海. 溃疡性结肠炎论治八法. 四川中医, 1991 (1):16~17
[46] 田海河. 董建华教授治疗溃疡性结肠炎的经验. 北京中医学院学报, 1991 (1):23
[47] 宋天杰, 王巧燕. 非特异性溃疡性结肠炎临床文献分析. 中医杂志, 1993 (9):563~564
[48] 李寿山, 李小贤. 辨证分型治疗慢性溃疡性结肠炎31例临床观察. 中医杂志, 1982 (2):431~433
[49] 朱文虎. 特内痈说治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎21例. 山西中医, 1989 (5):24
[50] 葛文津, 甘毓麟, 陈瑜, 等. 固肠胶囊治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎的临床与实验研究. 中医杂志, 1994 (2):92~93
[51] 张学毅. 加减白头翁汤灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎20例. 吉林中医药, 1983 (2):25
[52] 余永敏, 万素清, 郭琪, 等. 中草药灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎136例疗效观察. 中西医结合杂志, 1984 (3):160
[53] 郭可达, 金松杰, 孙志田, 等. 活血化瘀药保留灌肠治疗溃疡性结肠炎35例. 中西医结合杂志, 1987 (8):500
[54] 齐孟龙, 邱景奇, 董淑清, 等. 三七珍珠散治疗非特异性溃疡性结肠炎36例观察. 中西医结合杂志, 1990 (12):744~745
[55] 王碧辉,任顺平,冯五金, 等. 溃结清治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎. 中医杂志, 1992 (3):24
[56] 叶光华, 曹秋英, 陈小安, 等. 大果榆治疗溃疡性结肠炎96例临床分析. 中医杂志, 1989 (9):546
[57] 刘仍海, 张燕生, 秦永清, 等. 中药灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎35例. 北京中医药大学学报, 1994 (4):250
[58] 陈震, 李世荣, 岳玉文. 苦参汤灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎. 中医杂志, 1990 (12):737
[59] 叶长青. 真人养脏汤治疗溃疡性结肠炎62例临床观察. 山东医药, 1990 (9):29
[60] 赵辉, 周建中. 益气活血法对慢性非特异性溃疡性结肠炎免疫功能影响初探. 中医杂志. 1990 (6):359~361
[61] 范淑惠, 胡筱娟, 刘同保. 活血化瘀法治疗慢性结肠炎13例小结. 陕西中医函授, 1987 (1):44~46
[62] 梅笑玲. 秦艽苍术汤配合灌肠治疗慢性结肠炎50例. 山东中医杂志, 1991 (4):18
[63] 阎小萍. 中药内服及灌肠治疗溃疡性结肠炎21例. 北京中医学院学报, 1991 (1):33~34
[64] 叶德起. 中西结合治疗溃疡性直肠炎. 中西医结合杂志, 1990 (5):306

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[65] 傅启良. 中西医结合治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎30例临床观察. 中西医结合杂志，1988 (8):485
[66] 王新德. 菜脯汁灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎疗效观察. 实用中西医结合杂志，1988 (1):66
[67] 罗永宽. 蒲黄治疗溃疡性直肠炎. 中医杂志，1994 (9):519
[68] 腾书玲. 局部涂敷中药为主治疗溃疡性结肠炎34例临床观察. 山西中医，1989 (1):28
[69] 张广麟. 辨证治疗肠道易激综合征112例观察. 云南中医杂志，1992 (2):18
[70] 郑翔. 辨证治疗肠道易激综合征42例观察. 中医杂志，1985 (2):116～117
[71] 李毓秀，邹锡昕. 功能性腹泻45例对比治疗观察. 中医杂志，1985 (5):347～348
[72] 赵明亮，王灵瑞，庞维新，等. 中医药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎96例的临床分析. 中医杂志，1993 (5):287～288
[73] 黄穗平. 从肝论治肠易激综合征. 中医杂志，1990 (3):31～33
[74] 马建月. 以健脾温中清肠法为主治疗肠道易激综合征57例. 上海中医药杂志，1986 (1):12～14
[75] 张迪，邹桂英，回秀利. 通泻要方合四神丸治疗肠道易激综合征. 黑龙江中医药，1986 (6):23～24
[76] 阮育民. 乌梅丸治疗肠易激综合征. 云南中医杂志，1990 (4):20
[77] 翟范. 过敏性结肠综合征（腹泻型）56例临床小结. 江苏中医，1986 (8):13
[78] 张传奇. 中国医药治疗35例肠道易激综合征. 中国医药学报，1989 (1):39
[79] 刘宗凯. 120例肠道易激综合征疗效观察. 实用中医内科杂志，1990 (3):44
[80] 屈良斋. 五厚汤治疗肠激惹综合征116例报告. 中级医刊，1982 (10):25
[81] 刘汉昌，陈慕廉. 中药治疗肠道易激综合征34例疗效观察. 中医杂志，1986 (2):140
[82] 梁崇俊. 痛泻药方治疗肠易激综合征50例. 实用中医内科杂志，1991 (4):30
[83] 丁正康. 重用白芍治肠道易激综合征. 浙江中医杂志，1990 (10):445
[84] 刘浩江. 舒肝健脾汤治疗结肠综合征. 浙江中医学院学报，1988 (6):23
[85] 陈治水. 中药治疗肠易激综合征87例. 辽宁中医杂志，1988 (6):42
[86] 马贵同. 以健脾温中清肠法为主治疗肠道易激综合征57例. 上海中医药杂志，1986 (1):12
[87] 蔡代仲. 连理汤加味治疗肠易激综合征20例. 中医杂志，1992 (12):724
[88] 潘丙余，张红红. 治疗肠易激综合征112例临床观察. 河北中医，1994 (1):6～7
[89] 石志乔. 中西医结合治疗肠易激征群30例. 中西医结合杂志，1989 (4):241
[90] 王宗战，宋玉美. 中西医结合治疗肠道易激综合征79例. 山东中医杂志，1991 (6):31
[91] 周成钦，蔡淑玲. 中西医结合治疗肠道易激综合征68例. 广东医学，1992 (4):202～203
[92] 薛育新. 硝苯吡啶配伍扶正散治疗肠易激综合征24例. 实用中西医结合杂志，1991 (11):42
[93] 李地耕，申景华. 肠易激综合征43例临床分析. 中原医刊，1993 (5):19
[94] 胡团敏. 三黄汤保留灌肠治疗肠道易激综合征疗效观察. 新中医，1991 (5):29
[95] 杨林斌. 溃结露治疗肠易激综合征35例. 陕西中医，1991 (3):114
[96] 李素青，员勋甫. 中西药灌肠治疗肠易激综合征的对比观察，中医杂志，1993 (1):39
[97] 李坤久. 654－2注射液穴位注射治疗慢性结肠过敏症的临床报告. 内蒙古中医药，1989 (4):25
[98] 沈庆法中医对慢性结肠炎的认识和治疗. 赤脚医生杂志，1980 (3):19
[99] 贺先楼，秦秀萍，彭瑗，等. 中医治疗慢性结肠炎103例临床观察. 山西中医，1992 (3):26
[100] 王兴烈，刘宗凯，张迪，等. 益肠片治脾虚型慢性结肠炎100例. 辽宁中医杂志，1988 (3):21
[101] 王波. 泻痢固肠丸治疗慢性肠炎，泄泻280例疗效分析. 中草药，1983 (11):29
[102] 夏忠德，马显万. 真人养脏汤加减治疗慢性结肠炎49例. 成都中医学院学报，1989 (4):27～28
[103] 刘宗凯. 固本益肠片治疗慢性结肠炎280例. 中医药学报，1988 (5):28～29

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[104] 高治源. 单味乌梅治疗慢性结肠炎 18 例. 黑龙江中医药, 1991 (4):43
[105] 李治方. 平胃痛泻要方治疗慢性结肠炎 124 例. 陕西中医, 1989 (11):490
[106] 罗时淦, 罗来辉等. 温脾清解汤治疗 20 例慢性结肠炎的疗效观察. 江西中医药, 1994 (1):28
[107] 孙万祥. 健脾温肾治疗慢性结肠炎的体会. 江苏中医, 1992 (8):353
[108] 黄玉林, 游开泓. 结肠灵治疗慢性非特异性结肠炎 88 例. 实用中医药杂志, 1994 (2):6
[109] 王梅青, 崔俊元. 锡类散、灭滴灵为主灌肠治疗慢性结肠炎 52 例临床观察. 河北中医, 1993 (2):16
[110] 范长通. 鲜律草洗脚治疗慢性结肠炎 50 例疗效观察. 云南中医杂志, 1986 (1):14~15
[111] 叶任高. 藿香正气散治疗急性肠炎的探讨. 广东中医, 1960 (9):442
[112] 毕明义. 重剂甘草泻心汤治疗急性胃肠炎 60 例. 山东中医杂志, 1986. (3):14
[113] 许正一, 刘福春. 应用通泻要方治疗急性肠炎临床观察. 哈尔滨中医, 1964 (4):25~27
[114] 宋翠琏, 郭斌. 胃苓汤治疗冬季流行性腹泻. 辽宁中医杂志, 1987 (3):26~27
[115] 储讽, 李桂芬, 刘维静, 等. 胃苓汤治疗轮状病毒肠炎的研究. 中医杂志, 1987, (6):444~445
[116] 季德隆. 霉菌性肠炎 23 例治疗体会. 浙江中医杂志, 1986 (4):154
[117] 赵志谨. 中药内服加灌肠治疗霉菌性肠炎 18 例. 广西中医药, 1986 (4):34
[118] 霍锡坚, 向佐成, 胡翠芳. 苦参四君汤治疗霉菌性肠炎 32 例. 中医杂志, 1994 (10):596
[119] 周萍. 健脾解毒汤治疗霉菌性肠炎 110 例. 湖南中医杂志, 1994 (3):36
[120] 李波, 贾光义. 固肾健脾汤治疗糖尿病顽固性腹泻. 中医杂志, 1991 (6):354~355
[121] 周九三. 辨证治疗老年性Ⅱ型糖尿病腹泻 39 例. 江苏中医, 1996 (5):13
[122] 章士亮. 112 例慢性腹泻病人的中医辨证论治和免疫功能的关系. 上海中医药杂志, 1984 (7):9
[123] 高亚菲, 朱昭明, 李旭. 慢性溃疡性结肠炎中医“证”与有关免疫生化物质关系的探讨. 西安医科大学学报, 1996 (9):356~358
[124] 刘健, 孙弼纲. 脾虚泄泻患者红细胞免疫功能的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1994 (9):531
[125] 任平, 夏天, 李平, 等. 脾虚腹泻患者肠道菌群的研究. 中医杂志, 1992 (6):353~354
[126] 恽敏. 从脾虚泄泻的肠道 X 线观察对脾主运化的初步探讨. 南京中医学院学报, 1987 (1):9~10
[127] 张丹, 王建华, 劳绍贤, 等. 慢性结肠炎中医证型与体表结肠电关系的初步观察. 中医杂志, 1991 (7):424~426
[128] 北京师范大学生物系消化生理科研组. 中医脾虚证动物模型的造型. 中华医学杂志, 1980 (2):83
[129] 北京市中医研究所, 等有关气虚实质的临床观察和实验研究. 中华医学杂志, 1982 (1):22
[130] 陈祥贵, 赵子厚. 四君子汤对利血平小鼠体内某些机能变化的影响. 北京医学, 1981 (5):293~296
[131] 孙贰堂, 黄树明, 梁明, 等. 豚鼠脾虚泄泻动物模型在体胃肠电的变化及四君子汤对其抑制作用. 中医药学报, 1989 (1):41~44
[132] 黑龙江中医学院中医脾胃研究组. 饮食失节所致的脾虚动物模型及中药治疗观察. 中西医结合杂志, 1983 (5):295
[133] 周干南,胡芝华,汪亚先,等. 小鼠腹泻模型的制备与腹泻指数的应用. 中草药, 1994 (4):195
[134] 高建新,马宝骊,谢雅莉,等. 空肠弯曲菌抗原诱导的小鼠慢性肠炎. 中华消化杂志, 1992 (3):133
[135] 徐叔云, 卞如濂, 陈修, 等. 药理实验方法学. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 891
[136] 钟廷机. 大鼠溃疡性结肠炎模型及其病理改变. 广州中医学院学报, 1992 (1):22
[137] Bicks RO. A chronic delayed hypersensitivity reaction in the gulnea pig colon. Gastroenterology, 1964 (5):543

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[138] 赵冠英，吴瑞贤．中医治疗伪膜性肠炎二例．中医杂志，1990（5）:273
[139] 闻集普，王建华．健脾理气化瘀方药对脾虚大鼠小肠移行性综合肌电的影响．中医杂志，1993，(9):558～559
[140] 陈国志，傅东．加味四君子汤对8Gy照射大鼠小肠移行性肌电复合波的影响．中国中西医结合杂志，1996（4）:221
[141] 李红，姜名瑛，金恩波．补气药党参抗大鼠实验性胃溃疡作用的研究．中西医结合杂志，1987（3）:163
[142] 张云如．抗衰老中药学．第1版．北京：中医古籍出版社，1989．274
[143] 王毓钟，王敏，田淑芳，等．党参对豚鼠离体回肠运动的影响．江苏中医杂志，1983（3）:186～187
[144] 尤越人，刘玉兰．无毒棉籽液抗腹泻作用研究．沈阳药科大学学报，1997（1）:16
[145] 朱自平，陈光娟，张明发，等．高良姜的温中止痛药理研究．中药材，1991（10）:37
[146] 张明发，范荣培，郭惠玲，等．温里药对小鼠胃肠推进运动及药物性腹泻的影响．中国医药学报，1988（4）:260～262
[147] 张明发，范荣培，郭惠玲，等．温里药对小白鼠胃排空及离体兔小肠活动的影响．中医杂志，1984（5）:943
[148] 张明发，郭惠玲，李蕊梅，等．温里药兴奋离体肠管作用机理探讨．中药药理与临床，1990（3）:15
[149] 系川秀治．とスタミンまたは盐化ペリウムによる摘出肠管の收缩お抑制する生药成分に关する研究（1），市贩生药およびてれてに关连した植物材料の活性试验．生药学杂志，1983（37）:223
[150] 张康宣，周干南，蔡鸣，等．腹泻宁膜脐的抗腹泻作用．中草药，1996（9）:547
[151] 曾巧军．治疗慢性结肠炎性腹泻的新药——结肠宁灌肠剂．中国药房1992（4）:30
[152] 刘惠霞，黄霞，李威，等．脾胃康口服液健脾止泻作用的药理研究．中国中医基础医学杂志，1997（1）:37

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 痢　疾 ❊

痢疾是以大便次数增多、腹痛、里急后重、下痢赤白脓血为主要临床表现的病证。本病多因外感时邪、内伤饮食所致，发病与人体正气强弱及所感病邪有关。

痢疾为临床常见之病证，可见于多种疾病过程中，现代医学的急慢性细菌性痢疾、急慢性阿米巴肠病、慢性非特异性溃疡性结肠炎等均属于中医痢疾的范畴。其他如慢性结肠炎、细菌性食物中毒、克隆病等，若临床表现与本病证相符也可参照本病辨证施治。结肠恶性肿瘤在发展过程中也可发生类似慢性痢疾症状，应及时查明，以采取相应措施加以治疗。

【今日临床】

1　诊断标准

痢疾的中医诊断标准，中国中医内科学会脾胃病专业委员会编著的《中医胃肠病学》(中国医药科技出版社，1993 年 10 月，第一版）一书中参考的是《中医诊疗常规》（中医古籍出版社，1989 年）中的诊断标准，过于简略。1994 年 7 月国家中医药管理局颁布的行业标准，较为全面，本篇病名诊断和证类标准参考此诊断标准，症状分级诊断标准参考卫生部制定的《中药新药临床研究指导原则》有关溃疡性结肠类的诊疗标准。

1.1　病名诊断标准

主症：腹痛，里急后重，便次增多，大便常有脓血粘冻。

急性痢疾发病骤急，可伴有恶寒发热；慢性痢疾则反复发作，迁延不愈。

病史特征：常见于夏秋季节，多有饮食不洁史。

理化检查：急性菌痢，血白细胞总数及中性粒细胞增高。

大便常规检查，可见白细胞及红细胞并有巨噬细胞。大便培养有痢疾杆菌生长。

肠阿米巴病的新鲜大便可找到阿米巴滋养体或包囊。

必要时作 X 线钡剂造影及直肠、结肠镜检查，有助于鉴别诊断。

1.2　证类诊断标准

湿热蕴结　腹痛，里急后重，大便赤白脓血，每日数次到数十次，肛门灼热，可伴发热。舌红，苔黄腻，脉滑数。

寒湿困脾　腹痛，大便赤白粘冻，伴有头身困重，脘痞纳少，口粘不渴。舌苔白腻，脉濡缓。

脾阳亏虚　病久迁延不已，大便呈白粘冻状，排便不畅，腹部冷痛时作，畏寒肢冷。舌淡，苔白滑，脉弱。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

热毒炽盛 发病骤急，腹痛剧烈，大便呈鲜紫脓血，气味腐臭。或恶心呕吐，噤口不食。或腹泻前即见高热，腹满胀痛，烦躁不安，面色苍白，四肢发冷，甚至昏迷。舌质红绛，苔黄燥，脉滑数。

正虚邪恋 腹泻时发时止，发时大便赤白粘冻或果酱样，腹痛后重；不发时疲劳乏力，食少，腹胀或隐痛。舌质淡，苔薄白，脉细。

1.3 症状分级诊断标准

症 状	轻（+）	中（++）	重（+++）
腹 泻	每日3次以下	每日4~6次	每日7次以上
里急后重	偶感	腹泻时伴有	持续坠胀、难忍
脓血便	大便中可有少量脓血便	脓血便为主	全部脓血便
纳 呆	食欲差，食量减少1/2以下	食欲差，食量减少1/2~2/3	无食欲，食量减少2/3以上
腹 痛	偶有，腹痛较轻	常发，腹痛较重	剧痛难忍
腹 胀	偶有腹胀或食后腹胀	腹胀每日6小时以上	整日腹胀或腹胀如鼓

2 中心证候特征

腹痛腹泻、里急后重、下痢赤白脓血为本病的中心证候。病变初起腹痛、里急后重较剧，大便频数。以热、实为主者，下痢脓血；而寒湿重者，下痢白冻，甚者可见突然高热、神昏厥脱。后期多属虚，腹痛绵绵，下痢粘垢。

本病可分为痢兼表邪、表里同病、湿热壅盛、疫毒内陷、热毒肠腐、饮食积滞、大肠寒湿、清阳下陷、脾肾虚寒、阴虚血亏、余邪未尽等十一类证候。

痢兼表邪证以寒热并见即恶寒发热同时存在为特征；表里同病证以表邪未解而里证较重为特征；湿热壅盛证以舌苔黄腻为特征；疫毒内陷证以神昏、抽搐、汗出肢厥为特征；热毒肠腐证以舌苔白腻、舌质淡为特征；清阳下陷证以懒言少气、脱肛滑泄为特征；脾肾虚寒证以形寒肢冷、脉沉细、舌淡为特征；阴虚血亏证以口干乏力、舌红少苔为特征；余邪未尽证以腹泻次数不多但仍不成形、脉无力为特征。

本病初期以邪实为主，多为湿热、疫毒、寒湿、积滞壅滞于肠。在证候转化过程中，易出现内有积滞而正气已虚的局面，舌苔厚腻者常常内有积滞而脉象无力则多反映正气不足。日久不愈，由实转虚，出现脾肾虚寒、阴血亏虚等候。若失治或误治，可见下痢无度、大便失禁、神疲体倦、皮肤干瘪之危象。

3 病 因

3.1 原发病因

感受时邪 本病多由感受暑湿时令之邪而发病，故常见于夏秋季节。邪毒的性质有二：一为湿热疫毒之邪，内侵胃肠，熏灼肠道，形成疫毒痢；一为时令之邪，酿生湿热，湿热郁蒸，阻滞气血，互为搏结，化为脓血，则为湿热痢。一般认为，伤于气分，则为白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

痢；伤于血分，则为赤痢；气血俱伤，则为赤白痢。《景岳全书·杂病谟·痢疾》谓："痢疾之病，多病于夏秋之交，古法相传，皆为炎暑火行，相火司令，酷热之毒蓄积为痢。"若时邪寒湿侵于肠胃，因寒性凝结，湿性粘滞，寒湿相兼，以致气滞血涩，肠液凝滞，与肠中秽浊之物相结，亦可下泻为痢。正如《症因脉治·痢疾论》指出："寒湿痢之因，……寒湿时行，内气不足，乘虚感人，郁遏营卫，卫郁营泣，内传肠胃则水谷不化，气血与糟粕互相蒸酿，而痢下赤白之症作矣。"

饮食内伤　饮食不节或不洁。如其人平素嗜食肥甘厚味，内酿湿热，湿热郁蒸，大肠之气机阻滞，气血凝滞，化为脓血，则成湿热痢。若其人平素恣食生冷，伤及脾胃，致中阳不足，脾虚不运，水湿内停，湿从寒化，寒湿内蕴，壅塞肠中，腑气受阻，气滞血瘀，气血与肠中秽浊之物相搏结，化为脓血，则为寒湿痢。正如《明医指掌·痢疾》所云："痢之作也，非一朝一夕之故，其所由来渐矣。盖平素饮食不节，将息失宜，油腻生冷恣供口腹，醉之以酒，……以致气血俱伤，饮食停积，湿热熏蒸，化为秽浊……脏不受病而病其腑，故大肠受之。"

七情内伤　七情所伤重在郁怒忧虑伤及肝脾，或肝气犯脾，气滞血涩，或脾失运化，饮食难化，日久胶结，可渐成下痢赤白粘冻。《症因脉治·痢疾论》曰："七情内伤痢之因，忧愁思虑则伤脾，脾阴既伤，则转输失职，日久水谷不能运化，停滞肠胃之中，气至处则凝，血流其处则泣，气凝血注，与稽留之水谷互相胶固，则脾家壅滞，而贼邪传肾之症作矣。"

脾肾不足　慢性痢疾的形成与发展与脾肾关系十分密切。痢疾病久，必伤脾胃，继而及肾。湿热、疫毒之痢，多耗阴血津液，终致肾阴不足之阴虚痢；寒湿痢反复发作，易伐中阳，终成命门火衰之虚寒痢。若其人脾肾素虚，又感寒湿之气或啖食生冷，使阳气更衰，而且致虚寒之痢。正如《景岳全书·杂病谟·痢疾》所云："脾肾虚弱之辈，但犯生冷，极易作痢。"

3.2 诱发因素

夏秋季节湿气偏盛，脾阳受困，脾运不利，易受邪气，是诱发因素。夏秋季节湿热俱盛，使疫毒邪气易于孳生和流行，喜食冷饮、瓜果、凉菜，又损害胃肠功能，抵抗力下降而受邪。

4 病　机

4.1 发　病

人体中气的强弱与发病密切相关，中气强者不易发病；中气弱者感邪后易于发病。素体阳虚者，易感受寒湿，或受湿邪后湿从寒化；阴虚者，易感受湿热，或受湿邪后湿易从热化。

4.2 病　位

主要在肠，也损伤脾胃，久则及肾。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.3 病性及病势

有湿热、寒湿两种，以湿热为主。

湿性粘滞、重浊、趋下，因而病势易于向下，先入肠胃，久则损伤脾肾。

4.4 病 机 转 化

痢疾的病机转化决定于人体正气的盛衰和感邪的轻重。当人体正气充足而邪气不盛时，经过治疗、气机宣畅，血脉调和，则可痊愈。若人体正气充盛，又暴感疫疠毒邪，正邪相争剧烈，则可见高热烦渴，甚或热陷心营，热动肝风，内闭外脱而出现逆传。素体脾胃虚弱之人感受邪气又重，或治疗不当，则可导致气留滞肠中不去，正不胜邪，反复发作。

4.5 证 类 病 机

痢兼表邪 痢疾初起，病邪外侵，常兼表证。若为风寒邪气袭表，卫阳被郁，则见恶寒发热、无汗；清阳不展，脉络失和，则头疼身痛；肺气失宣，则鼻塞流涕。若为风热邪气犯表，热郁肌腠，卫表失和，故见发热微恶寒；风热上扰，则咽痛、口干；肺失清肃，则咳嗽。若为暑湿困表，表阳被郁，卫气失宣，则身热微恶风、汗出热不解；暑湿阻络，上犯清窍，则头昏胀痛、身重肢困；暑热伤津，则心烦口渴。

表里同病 痢疾表证未除而邪毒入里，表现为表里同病。偏于湿热者，表热未解，热蒸肌表，则发热汗出；热灼伤津，则口渴心烦；邪气入于肠中，壅滞气机，则腹痛，里急后重；湿热灼伤肠道脉络，气血瘀滞化为脓血，则下痢赤白。偏于寒湿者，风寒表邪未解，卫阳被郁，则微恶风寒、口淡不渴；寒湿邪气滞于肠中，而见腹痛喜暖；寒湿伤于气分，故下痢白多赤少。

湿热壅盛 湿热痢表证已解或无表证，邪热直接入里，里热壅盛，故壮热不寒，心烦口渴喜饮；湿热壅滞肠道气机，热灼脉络而腹痛，里急后重，下痢赤白。

疫毒内陷 若感受时行疫毒之邪，热毒壅盛，则发病急骤。热盛伤津，故见壮热口渴；热扰于上则头痛；热毒壅滞肠道气机，熏灼肠道脉络，则见腹痛剧烈，里急后重，痢下鲜紫脓血。甚者热入心营，烦燥不安，或因热毒蒙蔽清窍而神志不清；若热动肝风，则见高热惊厥抽搐；若热毒邪气过盛而正虚不能胜邪，导致邪毒内闭而阳气外脱，可出现面色苍白，四肢厥冷，汗出喘促，脉细弱。

热毒肠腐 湿热邪气壅滞肠道，郁久生毒，使肠膜腐烂，因而下痢纯赤脓血、多似烂炙且有腐败之臭。

饮食积滞 饮食不节，脾胃不消，水谷停积于胃肠，气机不畅，郁久生热，故见下痢粘液秽浊，杂有食物残渣，腹胀痛拒按，恶心嗳腐，口臭厌食。

大肠寒湿 寒湿留滞肠中，气机阻滞而下痢腹痛，里急后重；寒湿伤于气分，则下痢白多赤少或纯为白冻；寒湿中阻，运化不及，则纳呆脘闷。

清阳下陷 下痢日久，损伤脾胃，脾气不升，清阳下陷，则见久痢清稀，滑泄脱肛，肢倦懒言，面黄少食。

脾肾虚寒 久痢不愈，损伤脾肾之阳，脾胃虚弱，则纳食减少，食谷不化；肾阳衰

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

微，则四末不温，面白形寒；脾肾虚寒，关门不固，则下痢清稀，滑泄脱肛。

阴虚血亏 久痢不愈，伤及阴血，阴血亏虚，内热未除，则见腹隐痛，下痢赤白，口干心烦，午后潮热，体虚乏力。

余邪未尽 痢疾后期，脾胃正气已伤，余邪未尽，故见下痢渐除，腹痛隐隐，口淡纳少，神倦懒言。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

腹痛、里急后重、下痢赤白脓血。

5.2 分析病位

痢疾病位在肠，但与脾胃、肾、心、肝诸脏腑有关。虽里急后重，下痢赤白表现在肠，但久痢不愈，腹胀呃逆，神疲体倦，面色萎黄者，则累及脾胃；下痢无度，滑脱不禁者，病位在肾；若发病急骤，烦躁抽搐，神昏肢厥者，为心肝受邪。

5.3 确定病性

痢疾当分寒热虚实。腹痛，里急后重，肛门灼热，下痢脓血，舌苔黄腻者为湿热，腹痛，里急后重，下痢白多赤少，苔白腻者，属寒湿；下痢稀薄粘冻，腹中隐痛，喜得温按，舌淡白者，为虚寒；而腹痛绵绵，下痢赤白粘冻，形瘦烦渴，舌红少苔者，属虚热。

不明原因的突发高热烦躁，痉厥抽搐，神昏肢厥，面色苍白，汗出喘促者，虽无腹痛与下痢，亦应考虑本病的可能，尤其是对小儿患者更应注意。应立即做肛拭子镜检，以明确诊断。治疗内闭外脱证要以回阳固脱为先；而热入心营及热动肝风证则以攻下通腑，清热解毒为先，须使大便通畅，疫疠毒邪有其去路，热邪方能解除。

5.4 分析病情

辨泻下物 辨泻下物包括大便之次数、形态、颜色、气味、兼夹物（脓血、粘液、不消化食物残渣）和伴随症状。

大便稀溏如糜，色黄褐而粘，痢下赤白脓血，粘滞不爽，伴肛门灼热，小便短赤等属于湿热。赤多白少，或纯为赤冻，多为热重于湿；痢下白冻，或白多赤少，多为湿重于热。

大便稀薄，甚或如水样，味秽而腥，痢下纯白清稀，或如粘冻，如涕液状，伴腹部冷痛肠鸣者，多属寒湿。

大便色黄而浅，不甚臭秽者为寒。大便次频不禁，或痢下白而滑泄，乃为虚寒。而大便质浓厚而异臭者属热，便血鲜红，为迫血妄行。

大便溏垢，臭如败卵，挟有不消化食物残渣，腹痛随泻而减者，为积滞不化伤食之证。

痢下血色紫黯，腹部刺痛，痛处固定，多属血瘀；或为“热伤血深，湿毒相瘀”，若

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

血色紫暗而便质稀淡者，则为阳虚。

痢色白者病在气分，其病浅；痢色赤者为病在血分，其病深；赤白相杂者，多属气血俱伤，深浅皆及。五色杂下，其证有虚实之分，实证多因止涩太早，或因热毒留滞于中所致，伴见里急后重太甚，脉实有力。虚证多为痢证迁延日久，脏腑之气耗伤，脾肾两亏所致，伴见频频虚坐，脉弱无力等症。

辨腹痛 腹痛胀满，痛而拒按，痛时窘迫欲便，便后痛暂减轻者，多为实证；腹痛喜揉喜按，痛势绵绵，便后反见明显者，多为虚证。

腹痛即泻，暴注下迫，肛门灼热者，多为热证；少腹冷痛拘急，完谷杂下，肠鸣肢冷者，多为寒证。腹痛缠绵不休，不坚不实，冷痛喜得温按者，为虚寒。

腹痛肠鸣即泻，泻后痛不减，或有所加重，多为气滞。

脘腹膜胀，坚满而痛，痛而拒按，泻后痛减，复几又作，嗳腐吞酸者，多为食积。

辨里急后重 里急后重为痢疾的主要见症和特点，其所以出现皆因气使然，因为无论气热、气寒或气陷而下迫，皆因为气欲出而无所出，无所出而又欲出，于是里急后重。

凡里急后重，圊后得减者，多属实证。

凡里急后重，圊后不减者，多属虚证。其中，气虚者，里急而频见污衣；气陷者，后重而圊后转甚；阴血不足者，每虚坐努责。

热症见腹痛窘迫，肛门下坠灼热，为热证。寒证见肛门下坠，腹部喜温喜按。

6 鉴别诊断

6.1 泄　　泻

痢疾与泄泻有许多共同点，在病因病机上有相似之处。如均多发生于夏秋季，病位均在肠腑，皆因外邪和饮食不节而发病，大便均稀而便次频。但究其病机，痢疾多湿热、寒湿、疫毒壅滞于肠，壅阻气血，腐败化为脓血。泄泻多脾虚湿盛，水谷不运。

二者鉴别，以粪质而辨，痢疾以便频量少，大便中杂有脓血粘冻为特征，泄泻则以大便不成形，甚或大便如水注为表现；以便势而辨，痢疾便意频生，欲便不便，涩滞难下，泄泻则多便下爽利，一泻了之；以腹痛而辨，痢疾多伴有里急后重，痛处固定，泄泻则多伴有肠鸣，痛无定处，泻、痢二证，在临床上可以相互转化，一般先痢后泻病情转轻，先泻后痢病情转重，不可不知。

6.2 肠　　风

痢疾患者虽然有时可见纯红血便，但伴有腹痛、里急后重。肠风患者下血清而色鲜，肛门射血如线或点滴不已，而无腹痛、里急后重。若久治不愈，且便后重坠感加重，应及时肛诊，除外直肠癌。

6.3 暑　　温

疫毒痢患者与暑温的暑热动风，暑人心营患者均可发高热神昏，痉厥抽搐，但疫毒痢发作更急，发展更快，能迅速演变为内闭外脱。应用冷盐水灌肠选取粘液或做肛拭子镜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

检，必要时做腰穿检查脑脊液。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 湿热痢

临床表现：腹痛，里急后重，下痢赤白脓血，口渴不思饮，脘闷纳呆，身热不扬，小便短赤，肛门灼热，恶心呕吐。舌红，苔白或黄腻，脉濡数或滑数或洪数。

病机分析：湿热之邪留恋肠道，与气血相搏结，腐败化为脓血，故下痢赤白，热势偏盛，血络受伤，故下痢以赤色为主，肠道气血阻滞，不通则痛，故见腹痛。湿热夹积，欲从肠道排出，而气机不畅，反不欲出，故里急后重，窘迫难忍。湿热踞于肠道，胃失和降，故脘闷纳呆，恶心呕吐。湿热下注，则肛门灼热，小便短赤。舌红苔黄腻，脉濡数或滑数均为湿热之象。

转归：本证多呈急性发病，及时给予清热化湿，行气和血药治疗可以痊愈，一般预后尚可。若湿热痢治疗时苦寒太过，湿从寒化，可转化为寒湿痢，治疗不当，日久不愈，正虚邪恋，可转化为休息痢。热邪久恋，热伤阴液，又可转化为阴虚痢。

治法：清热化湿解毒，调气行血。

方药：选用芍药汤(《素问病机气宜保命集》)加减。

炒白芍　全当归　生大黄　黄连　黄芩　木香　槟榔　山楂　生甘草

临证参考：

加减：可加金银花、穿心莲等加强清热解毒之效。若饮食积滞，嗳腐吞酸，腹部胀满者，加用莱菔子、神曲、谷麦芽等消食化滞。证属湿重于热者，痢下白多赤少，舌苔白腻，可去当归、黄芩，加茯苓、苍术、厚朴、陈皮等健脾燥湿。证属热重于湿者，痢下赤多白少，口渴喜冷饮，加白头翁、黄柏、秦皮等直清里热。痢下鲜红者，加地榆、苦参、丹皮、侧柏叶等凉血止痢。

本证初起，兼见发热恶寒，头痛身痛者，依感受邪气之不同，可加荆芥、薄荷之辛凉，苏叶、豆豉之辛温或藿香，佩兰之芳香等。若表邪未解而里热已盛，则宜解肌清热，用葛根芩连汤加味，如表邪已解而痢犹不止者，可用香连丸或香连化滞丸以治之。

7.1.2 疫毒痢

临床表现：起病急骤，高热，呕吐，继而大便频频，以致失禁，痢下鲜紫脓血，腹痛剧烈，里急后重感显著，更甚者津液耗伤，四肢厥冷，神志昏蒙，或神昏不清，呕吐频繁，惊厥频频，瞳仁大小不等，舌质红绛，舌苔黄燥，脉滑数或微细欲绝。

病机分析：外感疫毒之邪，内伤不洁之物，邪毒暴盛，则发病急骤，壮热不寒，热扰于胃，胃失和降，故呕吐，热毒熏灼肠道，损伤气血，故下痢鲜紫脓血，肠道气机逆乱，故腹痛剧烈，里急后重感显著，热盛风动，故惊厥频频，热毒蒙闭清窍，以致神志昏蒙或神志不清，舌质红绛，苔黄燥，脉滑数为热毒炽盛之象，脉微细欲绝为阴亏阳脱之证。

转归：本证为痢疾中最危急重症，若抢救不力或延误抢救，或平素正气虚弱，热毒充斥三焦弥漫气血，疫毒内陷心包，蒙闭心神或热盛化火，内窜营卫，进迫厥阴，少阳，引

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

动肝风，甚则耗竭气阴，阳气暴脱，阴阳离决而危及生命，特别是幼儿病例，稚阳之体，病势更凶。如果抢救及时，措施有力，多数病人亦可脱险，特别是使用多途径给药，以及中西医结合疗法，还可收到更好的效果。

治法：清热解毒凉血。

方药选用白头翁汤(《伤寒论》)和芍药汤(《素问病机气宜保命集》)加减。

白头翁　黄连　黄芩　秦皮　当归　芍药　木香　槟榔　银花　连翘　山楂　地榆　鲜马齿苋

临证参考：

加减：若见高热神昏者，为热毒深入营血，则加水牛角 30～60 克，另外加服紫雪散 1 支或安宫牛黄丸或局方至宝丹 1 丸，化服，日 2 次。也可用清开灵 40～60ml 加入 5%葡萄糖盐水 500ml 静点，一日 2 次，以清营凉血，开窍醒神。

若见面色苍白，四肢厥冷，汗出喘促，脉细弱者，为邪盛正衰，正不胜邪，阳气欲脱之内闭外脱证候，应急用生脉注射液或参附青注射液 20ml 加入 5%葡萄糖静脉点滴，以敛阴回阳以救逆。

若出现神昏烦躁，惊厥，面色灰白，瞳仁大小不等，加清开灵 40～60ml 加入 5%葡萄糖 500ml 静点，一日 2 次，另鼻饲神犀丹、紫雪丹。并可配针灸治疗。

7.1.3　寒湿痢

临床表现：腹痛拘急痢下赤白粘冻，白多赤少，或纯为白冻，里急后重，腹胀腹痛，头身困重，纳呆少馨，舌苔白腻，脉濡缓。

病机分析：寒湿滞留肠中，伤及脂膜和血络，故下痢赤白粘冻，白多赤少，甚则纯为白冻；脾气不和，传导失职，故腹痛，里急后重。寒湿中阻，运化失司，故头身困重，中脘痞闷，纳呆少馨。舌苔白腻，脉濡缓均为寒湿之象。

转归：本证多见于素体阳虚患者，湿从寒化，寒湿内蕴，再加上饮食不洁，邪气食积于肠中，遂为寒湿之痢。治疗及时，一般预后尚可。若迁延日久不愈，寒伤中阳，中阳虚衰，导致肾阳不足，脾肾阳虚，可转化为虚寒痢。

治法：温化寒湿。

方药：选用平胃散(《丹溪心法》)加减。

苍术　厚朴　台乌药　木香　槟榔　全当归　山楂　陈皮　生甘草

加减：若兼表证者，可合荆防败毒散，或用干葛平胃散，疏表解肌，暑天感受寒湿而病痢者，可用纯阳正气丸合藿香正气散，以祛暑散寒，化湿止痢。

7.1.4　虚寒痢

临床表现：痢久不已，时轻时重，下痢稀薄，带有白凉，小腹隐痛，便下不畅，甚则滑脱不禁，身倦乏力，畏寒肢冷，食少神疲，口淡不渴，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

病机分析：久痢不愈，脾肾俱伤，寒湿滞留肠中，故久痢不已；阳气不振，气机不畅，故小腹隐痛，便下不畅；中气下陷，固摄无权，故滑脱不禁，脾肾俱虚，阳气不展，运化失司，故身倦乏力，畏寒肢冷，食少神疲，口淡不渴。舌淡苔薄白脉细弱均为虚寒之象。

转归：本证多为痢久不愈。导致脾虚中寒，寒湿留滞肠中，而发生下痢稀薄带有白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冻，若脾胃虚寒，化源不足，中气下陷，易出现脱肛之证。加之肠中久痢，精微外流，易导致肾阳亦虚，关门不固，出现腰酸怕冷，滑脱不禁，缠绵难愈。

治法：温补脾肾。

方药：选用真人养脏汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

党参　肉豆蔻　干姜　肉桂　诃子　罂粟壳　木香　白芍　白朮　甘草　灶心土

加减：若中气下陷，滑肠脱肛者，去木香、加黄芪、升麻益气升提，畏寒肢冷明显者，加吴萸、附子温肾壮阳。挟积滞，大便不爽者，去诃子、罂粟壳，加山楂、槟榔行气导滞。

7.1.5　阴虚痢

临床表现：痢下赤白，日久不愈，脓血粘稠，或下鲜血，脐下急痛，虚坐努责，恶食，发热烦渴，至夜转剧，舌红绛少津，苔腻或花剥，脉细数。

病机分析：阴虚之质，感邪病痢，或痢久不愈，湿热伤阴，遂为阴虚痢。脓血乃气血津液所化，阴血亏虚，湿热薰蒸，故脓血稠粘，若阴亏血热，络脉受伤，则可下鲜血，阴亏于下，湿热交阻，故脐下急痛，胃阴亦弱，受纳无权，故见恶食。阴虚则阳盛，津液亏之，而有发热烦渴之症。阴病甚于阴时，故至夜转剧，舌红脉数乃一派阴虚火旺之象。

转归：本证患者多素体阴虚，感受湿热之邪或湿热痢日久不愈，热伤阴液，遂成阴虚之痢。若下痢不愈，耗伤阴血，导致阴血不足，最终出现气血阴阳俱亏之虚劳。治疗颇有难度。

治法：坚阴泄热，扶正止痢。

方药：选用黄连阿胶汤(《伤寒论》)合驻车丸(《备急千金要方》)加减。

黄连　黄芩　阿胶　白芍　当归

加减：若虚坐努责者加诃子肉，石榴皮收涩固脱，若湿热尚甚，口苦而粘，肛门灼热者可加黄柏、秦皮以清化湿热，骨蒸潮热者加胡黄连、鳖甲以清虚热。

7.1.6　休息痢

临床表现：下痢时发时止，日久不愈，发则下痢脓血，腹痛，里急后重，食欲不振，倦怠乏力，甚则形体消瘦，舌质淡苔腻，脉弱。

病机分析：病久不愈，耗伤正气，脾胃虚弱，湿热留恋不净，故每因饮食不慎或受凉而诱发，正气恢复时则病轻痢止。脾气不足则食欲不振，倦怠乏力。化源不足，气血虚少故形体消瘦，湿热转盛则下痢脓血，腹痛，里急后重。舌淡苔腻，脉弱为正虚而湿浊不化之证。

转归：本证多为下痢日久不愈，正虚邪恋而致。因湿热留连不去，病根未除，故感受外邪或饮食不当而易于诱发，故病情缠绵难愈，时发时止，治疗较为棘手。初起脾胃阳虚，日久脾阳虚极，肠中寒积不化，遇寒即发，下痢白冻，倦怠少食，舌淡苔白，脉沉。脾阳虚衰日久易导致肾阳不足。久痢顽固不愈，易见寒热错杂之证。

方药：发作时用连理汤(《张氏医通》)加减。

党参　炮姜　白术　炙甘草　茯苓　黄连　黄柏　苦参　五倍子　煨木香　当归

临证参考：痢疾休止时可用香砂六君子丸加山楂、黄连、木香等健脾益气，兼清余热以巩固疗效。如脾阳不振，肠中寒积不化，遇寒即发，下痢白冻，倦怠少食，舌质淡苔白

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

脉沉，可用温脾汤加减以温中散寒，消食导滞。若见痢下为酱色，时作时止，可用邪胆子仁治疗，成人每日3次，每次15粒，胶囊分装，饭后服下，连用7~10天。

7.1.7 噤口痢

临床表现：下痢不能进食或呕不能食者为噤口痢。实证，下痢兼有呕逆胸闷，纳呆口秽，舌苔黄腻，脉滑数。虚证，下痢兼有呕恶不能食，或食人即吐，肌肉消瘦，口淡不渴，舌质淡脉细弱。

病机分析：实证，多由湿热疫毒蕴结肠中，上攻于胃，胃失和降所致；热毒与气血相搏结，则为下痢赤白；热毒夹浊气上攻，胃失和降，上逆而加呕吐口秽，湿热为患，故苔黄腻，脉滑数。虚证多由久痢而致脾胃虚弱，胃虚水谷不化，而致肌肉消瘦；虽虚而余邪未清，蕴滞肠道，故仍下痢，舌淡脉弱为脾胃气虚之证。

转归：实证噤口痢疾多由湿热，疫毒蕴结肠中，上攻于胃，胃失和降所致，治疗得当，预后尚可。虚证噤口痢为久痢伤正，胃虚气逆，胃不纳食所致，治疗效果欠佳。若呕吐频繁，胃不纳食，化源不足，易导致气阴耗伤，甚则气阴耗竭，或阴损及阳，阴阳俱竭，病势危重，预后不良。

治法：实证：泄热和胃，苦辛通降；虚证健脾和胃，降逆止呕。

方药：实证以开噤散(《医学心悟》)加减。

黄连　石菖蒲　茯苓　陈皮　半夏　荷叶蒂　大黄　陈仓末

虚证以香砂六君子汤(《时方歌括》)或参苓白术散(《太平惠民平剂局方》)加减。

木香　砂仁　党参　白术　茯苓　甘草　生薏苡仁　淮山药　扁豆　桔梗　陈皮　清半夏

临证参考：若迁延至数日，正气渐虚，则可予人参、黄连煎汁，终日细细呷之。若屡饮屡吐，可先予少量玉枢丹置口中，随口水缓缓咽下，然后再予服药。

加减：若胃家虚冷，呕逆不止者，加肉桂、补骨脂、干姜暖肾温胃；若下痢无度，饮食不进，四肢不温，乃病情沉重，应急用独参汤或四逆加人参汤浓煎频服，以益气救阳。若呕吐频繁，胃阴耗伤，舌红绛而干，则可加西洋参、麦冬、石斛、芦根、清半夏，陈皮扶阴养胃。

7.2 按主症辨证论治

临床上，痢疾病人多表现为某些症状比较突出，针对主症的治疗，往往是临床的重点。但总以痢疾中心证候为主，兹就痢疾的常见主症进行论述。

7.2.1 发热为主

7.2.1.1 风热袭表

临床表现：发热微恶风寒，咽喉肿痛，头痛鼻塞流涕，咳嗽，口微渴，有汗或无汗，腹痛，里急后重，下痢赤白脓血，舌边尖红，脉浮数。

病机分析：风热邪气袭表，热郁肌腠，卫表失和，故见发热微恶风寒；风热上扰，则咽痛，口干；肺失清肃，则咳嗽；湿热壅滞肠道气机，热灼脉络而腹痛；里急后重，下痢赤白。

治法：辛凉解表，清热化湿。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：银翘散(《温病条辨》)加减。

金银花 连翘 桔梗 薄荷 牛蒡子 淡竹叶 生甘草 芦根 黄连 黄芩 木香 赤白芍

7.2.1.2 风寒束表

临床表现：发热恶寒，无汗，头痛身痛，鼻塞流清涕，咳嗽，腹痛喜温，里急后重，下痢脓血，白多赤少，舌苔薄白，脉浮紧。

病机分析：风寒邪气袭表，卫阳被郁，故见恶寒发热，无汗；清阳不展，脉络失和，则头疼身痛；肺气失宣，则鼻塞流涕。寒湿邪气滞于肠中，而见腹痛喜温，寒湿伤于气分，故下痢白多赤少。

治法：辛温解表，温化寒湿。

方药：荆防败毒散(《外科理例》)加减。

荆芥 防风 紫苏叶 羌活 独活 枳壳 茯苓 葛根 厚朴 陈皮 苍术 桂枝

7.2.1.3 暑湿在表

临床表现：发热微恶风寒，头昏头痛，身重疼痛，胸脘痞闷，腹痛，里急后重，下痢赤白脓血，舌红苔白腻，脉濡数。

病机分析：暑热犯表，热郁肌腠，卫表失和，故发热微恶风寒。暑湿阻络，上犯清窍，则头昏头痛，身重疼痛，暑热伤津，则心烦口渴。湿热壅滞肠道气机，热灼脉络，故腹痛，里急后重，下痢赤白脓血。

治法：清暑化湿解毒。

方药：新加香薷饮(《温病条辨》)加减。

香薷 金银花 连翘 扁豆花 厚朴 黄连

7.2.1.4 卫气同病证

临床表现：发病急骤，壮热恶寒，腹痛剧烈，里急后重明显，痢下紫色脓血，口渴烦躁，舌质红绛苔黄燥，脉濡滑数。

病机分析：风热表邪未解，热毒炽盛，故壮热恶寒；热毒熏灼肠道，损伤气血，故下痢紫色脓血，腹痛，里急后重。热盛伤津，故口渴，毒邪扰心，则烦躁。

治法：辛凉解表，清热凉血解毒。

方药：银翘散(《温病条辨》)合白虎汤(《伤寒论》)加减。

金银花 连翘 竹叶 牛蒡子 薄荷 淡豆豉 芦根 生石膏 知母 白头翁 生甘草

7.2.2 腹痛为主

7.2.2.1 湿热壅滞

临床表现：腹痛拒按，腹满不舒，下利赤白脓血，涩滞不畅，烦渴引饮，自汗，小便短赤，肛门灼热，舌苔黄腻，脉濡数。

病机分析：湿热内结，气机壅滞，腑气不通，不通则痛，故腹痛拒按，胀满不舒。湿热之邪与气血相搏结，脂膜和血络受伤，故下痢赤白脓血，涩滞不畅。湿热之邪耗伤津液，故烦渴引饮。热迫津液外泄，故自汗。

治法：清热化湿，通腑。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

方药：大承气汤(《伤寒论》)加减。

大黄　厚朴　枳实　黄芩　山栀　木香　赤白芍

7.2.2.2　中虚脏寒

临床表现：腹痛绵绵，时作时止，喜热恶冷，痛时喜按，饥饿劳累后更甚，得食或休息后稍减，下痢稀薄，带有白冻，兼有神疲乏力，气短怯寒，舌淡苔白脉沉细。

病机分析：痢久脾虚中寒，内失温养，故腹痛绵绵，时作时止，喜热恶冷，痛时喜按，饥饿劳累后更甚，得食或休息稍减，寒湿滞留脉中，故下痢稀薄，带有白冻。

治法：温中补虚，和里缓急。

方药：小建中汤(《伤寒论》)加减。

桂枝　赤白芍　生姜　大枣　饴糖　干姜　肉豆蔻　蔻　诃子　赤石脂

7.2.2.3　气滞血瘀

临床表现：脘腹胀满疼痛，疼痛剧烈，下痢赤白脓血，里急后重，纳食欠佳，小便如常，舌质青紫，苔薄脉弦或涩。

病机分析：气滞郁滞不通，日久导致血瘀，气滞血瘀，不通则痛，故脘腹胀满疼痛，疼痛剧烈，里急后重。湿热之邪伤及脂膜和血络，故下痢赤白脓血。

治法：柴胡疏肝散(《景岳全书》)合血府逐瘀汤《医林改错》加减。

柴胡　香附　陈皮　枳壳　赤白芍　川芎　当归　生蒲黄　炒五灵脂　黄连　木香

7.3　辨病论治

中医痢疾主要包括慢性非特异性溃疡性结肠炎，急慢性细菌性痢疾，急慢阿米巴肠病所出现的以腹痛，里急后重，下痢赤白脓血为主要症状的病证。

7.3.1　溃疡性结肠炎

临床表现：腹痛，腹泻，里急后重，便血，腹块，关节炎、虹膜炎，皮肤结节红斑等。

体征：左下腹压痛多见，肠鸣亢进，腹部包块，腹部胀满，腹肌紧张，直肠指检，肛门，直肠常有触痛。

实验室检查：中、重度病人可见贫血，白细胞升高，核左移，中毒颗粒的出现。

乙状结肠或纤维结肠镜检查所见：①受累结肠粘膜呈现多发性浅表溃疡，伴有充血，水肿；病变多由直肠起始，往往累及其结肠，为弥漫性分布。②肠粘膜外观粗糙不平，呈现细颗粒状、组织脆弱易于出血，或可复盖有脓性分泌物，似一层薄苔附着。③结肠扭袋往往变平或变钝，以至扭袋消失，有时可见到多个大小不等的假性息肉。

结肠粘膜活检病理变化呈现炎症性反应，同时常可见到粘膜糜烂，隐窝脓肿，结肠腺体排列异常及上皮改变。

钡剂灌肠所见：①结肠肠管缩短，结肠袋消失，或结肠呈管状外观。②复发性溃疡或有多发性假性息肉表现。③结肠粘膜粗糙、紊乱或可见细颗粒样变化。

主症分析：

外受湿热之邪，湿蒸热壅，损伤中州，致使肠胃气血阻滞；或感受寒湿之邪，寒湿伤害肠胃，大肠气机阻滞；或恣食肥甘厚味，湿热蕴于肠间；过食生冷瓜果，寒湿阻滞肠

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

胃；或情志不畅，肝郁乘脾，脾之转输失职，食湿停滞肠胃。这些因素皆可引起肠中气机不畅，通降不利，而出现腹痛，里急后重。若邪滞于肠，壅阻气血，损伤肠膜脉络，而见下利脓血。

分证论治：

湿热内蕴：腹痛腹泄反复发作，便中夹脓夹血，里急后重，身热，肛门灼热，口苦口臭，脘痞呕恶，小便短赤。舌红，苔黄腻，脉数或滑数。治以清热化湿，佐以理气止痛。方选白头翁汤(《伤寒论》)加味。药用白头翁、黄芩、黄连、秦皮、白芍、椿根皮、薏苡仁、白朮、乌药、木香、败酱草、焦山楂、甘草。

气滞血瘀：肠鸣腹胀，腹痛拒按，痛有定处，泻下不爽，嗳气少食，面色晦黯，腹部或有痞块，肌肤甲错。舌质紫黯，或有瘀斑瘀点，脉涩或弦。治以行气活血，佐以健脾益气。方选膈下逐瘀汤(《医林改错》)加减。药用当归、赤芍、桃仁、红花、五灵脂、蒲黄、乌药、小茴香、没药、黄芪、香附、枳壳。

脾肾两虚：久泻不愈，下痢脓血及粘液，形寒肢冷，腹胀肠鸣，腹痛隐隐，喜暖喜按，常于晨间作泻，泻后痛减，食减纳呆，腰膝酸软。舌淡苔白；脉沉细。治以温脾益肾，涩肠止泻。方选四神丸(《证治准绳》)合附子理中丸(《太平惠民和剂局方》)加味。药用制附子、党参、苍术、白术、炮姜、补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子、炙甘草。

阴血亏虚：久泻不止，便下脓血，腹中隐痛，午后低热，头晕目眩，失眠盗汗，心烦易怒，消瘦乏力。舌红少苔，脉细数。治以养阴清热，益气固肠，方选生脉散(《内外伤辨惑论》)合六君子汤(《医学正传》)加减。药用党参、白朮、茯苓、陈皮、半夏、麦冬、五味子、知母、黄芪、山药、芡实、乌梅。

7.3.2 细菌性痢疾

临床表现：腹痛腹泻，里急后重，排脓血便，恶心呕吐，可伴有高热，精神萎糜，反复惊厥，迅速发生休克和呼吸衰竭。

体征：多于左下腹部出现压痛。

实验室检查：大便呈粘液，脓血样，镜检有大量脓细胞，红细胞和吞噬细胞，大便培养可获阳性。

主症分析：

湿热、疫毒、寒湿及食积等壅滞于肠中，气血与之相搏结，使肠道传导失司，脉络受伤，气血阻滞，腐败化为脓血而痢下赤白；气机阻滞，腑气不通则腹痛，里急后重。

分证论治：

外感夹湿：可见恶寒发热，腹痛，腹泻，里急后重，下痢赤白脓血，舌淡红苔白腻，脉浮紧。治以疏风解表，清热化湿。方选荆防败毒散(《外科理例》)合葛根芩连汤(《伤寒论》)加减。药用荆芥、防风、羌活、独活、川芎、柴胡、前胡、枳壳、桔梗、茯苓、葛根、黄连、黄芩。

湿热：可见下痢赤白，里急后重，肛门灼热，小便短赤，舌苔薄白或黄腻，脉浮滑数。治以清热化湿。方选葛根芩连汤加味(《伤寒论》)。药用葛根、黄芩、甘草、黄连、半夏、白芍、生姜。

疫毒：可见发热下利鲜紫脓血便，伴有头痛恶心，烦躁抽搐，腹痛及里急后重较甚，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

肛门灼热，甚则手足厥逆，舌质红绛，苔黄腻，或黄干，脉大而数或虚数或沉弱而数。治以清热解毒、行气活血。方选白头翁汤(《伤寒论》)加味。药用白头翁、苦参、秦皮、黄柏、黄连、橘皮、竹茹、茯苓、法半夏、酒大黄、生姜、黄芩、太子参、甘草。

虚寒：可见下利稀薄，滑脱失禁，纳差神疲，四肢不温或厥冷，腰酸背冷，一般体温不高，舌苔白垢，脉沉细而弱。治以温补下元，收涩固脱。方选附子理中汤(《太平惠民和剂局方》)加减。方用炮附子、干姜、粳米、炙甘草、半夏、白术、桂枝、太子参、赤石脂。

7.3.3 阿米巴肠病

临床表现：腹痛，腹泻，排暗红色果酱样粪便，里急后重，可有发热，食欲不振，疲倦乏力。

体证：急性期腹部可有压痛，尤以脐周与右下腹为明显。慢性期可有右下腹压痛，或有肝肿大。

实验室检查：大便检查有阿米巴滋养体或包囊及夏科雷登氏结晶。

主症分析：感受暑湿、疫毒之邪，湿热壅滞肠中；或情志失和，饮食不节，致肝脾失调，升降失司，饮食不化，痰湿壅滞肠中而发生腹痛、腹泻、下痢赤白脓血等。

分证治疗：

湿热壅滞：可见腹痛，便次增多，大便呈暗红色糊状便，腥臭难闻，或有里急后重，发热不扬，头身重痛，胸闷呕吐。舌质稍红，舌苔黄腻，脉弦滑。治以清热化湿，凉血解毒。方以白头翁汤(《伤寒论》)加减。药用白头翁、黄连、黄柏、鸦胆子、厚朴、藿香、甘草。

寒湿困脾：多为慢性阿米巴肠病急性发作。腹部隐痛，便下脓血或粘液为主，里急后重多不明显，饮食减少，体倦肢冷。舌质淡，苔白腻，脉细。治以健脾化湿，调气和营。方以连理汤(《症因脉治》)加减。药用党参、白术、苍术、炙甘草、黄连、茯苓、木香、当归、赤芍、地榆。

脾胃气虚：可见腹泻反复发作，每因饮食不当，或情绪不畅则发生腹泻，日3~5次，呈糊状或溏便，或夹有少许粘液。或有轻微腹痛。舌质淡胖边有齿印，苔薄白，脉细或缓。治以健脾和胃，化湿止泻。方以四君子汤(《太平惠民和剂局方》)合香连丸（《太平惠民和剂局方》）加味。药用党参、白术、茯苓、木香、黄连、甘草、白头翁、薏苡仁、谷麦芽。

胃阴不足：可见久痢不止，或下痢不能进食，纳呆干呕。舌红，苔薄而干，脉细数。

治以养阴益胃，降逆下气。方以麦门冬汤(《金匮要略》)加减。药用麦冬、法半夏、太子参、甘草、石斛、白芍、竹茹、山药。

7.4 临床用药经验体会

7.4.1 逆流挽舟法

该法为喻嘉言所创立，无论新久，病程长短，只要是痢疾夹表邪或表邪陷于内，表里俱急，若用之得当，辨证确切，往往如桴鼓相应。逆流挽舟法要旨在于“逆挽”二字，通过疏表透邪、举邪外出，攘外安内。运用时要辨明其表邪属风、属寒、属暑、属湿，择方

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用之。属风寒者，宜辛温达表，如败毒散、桂枝汤之属；属风热者，宜辛凉疏表，如银翘散、葱豉加桔汤之类；属暑湿者，宜清暑祛湿解表，如新加香薷饮或香薷饮出入。若其人正衰邪实，可加人参之类以扶正祛邪。刘完素用“麻黄、小续命汗之”，吴鞠通用《活人》败毒散，蒲辅周用香薷饮、桂枝加葛根汤，程门雪用荆防败毒散，都是很好的例子，值得我们效法。

7.4.2 调气行血法

自刘完素在《河间六书·滞下》中立“调气则后重自除，行血则便脓自愈”的法则以来，调气行血一直是治痢疾之绳墨。然调气之法，不可一味使用槟榔、枳实；行血之道，亦不可只是当归、红花，当详辨虚实，细审盛衰。初起时，湿热积滞蕴结胃肠，滞下不爽，正气未伤，可予以清疏消导之法，用木香、槟榔、枳实以调气导滞，用当归、白芍以行血和血，所谓通因通用也。若火热甚，则人黄连、黄芩、大黄以清调；若湿甚，则人苍术、陈皮、厚朴以燥湿；若食滞重，则人莱菔子、炒山楂、焦三仙以消调。若迁延日久，则久痢有伤阴伤阳，耗气耗血之变。伤阳者，脾胃之阳，悉从痢耗，多滑脱厥逆之候，宜用附片、干姜、肉桂之属以温调；属气虚下陷者，宜以黄芪、党参、升麻、白术之类以升调；伤阴者，精血脂液，悉从痢去，多烦躁热渴之症，宜以生地、麦冬、阿胶等以润调；属血虚者，用当归、白芍、熟地、阿胶等以补调。

7.4.3 温清并用法

“寒者温之，热者清之”是为常法，然在本类疾病的应用颇有机巧。泻痢诸证常表现为本虚标实，寒热错杂之象，且多为上热上寒。下寒之证多在腹部畏寒，遇凉或饮冷加重，得温熨则舒，甚则有肢冷便溏，腰膝酸痛，肠鸣腹胀等表现；上中焦又多热邪偏盛，出现口干而苦、渴欲饮冷、嗜杂泛酸、躁扰失眠、舌红苔黄等症。泻痢初期，虽多清利机会，但只可暂施而不可久用，这是因为多是先有积热，后又感凉而得。若专事温阳，则火热循经上扰，出现牙龈肿痛，目赤耳鸣，口唇糜烂，溃疡等症，而且若专力清化，胃用苦寒则又会使大便溏泄不禁，肢冷神怯。故温清并用之法应用最多，应根据寒热之轻重，恰当地选择温清两类药物，平调阴阳，勿使太过与不及，病可渐渐向愈。若热邪偏于上焦者，常用山栀、黄芩、银花、连翘等，偏于中焦者，则常用马尾连（或黄连）、生石膏、知母等。然清为驱邪之法，对阴虚而火旺者，不宜清泄，则只应滋阴降火。在温补脾肾同时，还常配小茴香、乌药、荔枝核等散寒行气，一药多功。

7.4.4 燥润相济法

泻痢之由均与湿邪有关，故燥湿、化湿、利湿为常用之法，其中尤为燥湿法应用最多，包括苦寒燥湿之黄连、黄芩、黄柏、苦参、秦皮，苦温燥湿之苍术、草果、厚朴等。然淡渗利湿之车前子（草）、通草、木通及芳香化湿之藿香、佩兰等药，久用均有伤阴之虞。但治湿之剂，燥法又不可少，故只能掌握好用量，并注意配伍。久泻久痢必伤其阴，或阴津素亏，则当养阴生津，药用沙参、麦冬、芦根、石斛、天花粉等，然甘凉濡润之品，性寒而腻，过用则寒中碍运，水湿复聚，泻痢不止，故应两法相合，一燥一润，法度合宜，燥润相济。

7.4.5 通涩结合法

气机贵乎调畅顺达，滞则成疾。泻痢早期初得之时，元气未虚，而挟滞者，必推荡

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之，此即与喻昌之“新感而实者，可以通因通用”之说暗合，通下法多用于里急后重为主的痢而少用于泄（除非为食积中阻的伤食泻）。通过泻滞通腑，使脓血积滞随便祛除，恢复肠胃之正常通降功能。对年高体弱，或素体虚羸者，须慎用或少用，中病即止，以防元气虚陷。久泻久痢后期，纯虚无邪或少邪，中气不固，滑脱不收者，急当固涩收敛，防水谷精微不断的脱失。即“久病而虚得，可以塞因塞用。”然而大部分病例，为实中挟虚，虚中挟滞，虚实混杂，故宜通涩结合，使用时机，用量比例都有法度。叶桂曾高度概括为“泻痢大法不过通塞二义”，足见通涩的重要意义。通法尚有广义的概念，消食、导滞、化湿、祛瘀等皆为通法，不可拘于单纯泻下大便。固涩药按其药性功用，用温中止涩的肉豆蔻、炮姜炭；清肠止涩的秦皮、地榆；酸收固涩的诃子肉、乌梅；酸温固涩之五味子、石榴皮；酸寒固涩之五倍子、金樱子；健脾止涩的莲子肉、芡实；涩肠固脱的罂粟壳、椿根皮等几大类，可根据不同病情需要分别选用。

7.4.6 清热化湿法

本法常用于泻痢初期，湿热滞肠之证。但“用之初期则效，用之末期不效”。泻痢病情表现不同，虽都是用清热化湿之法，而治疗用药各具特色。对于湿热滞肠之泄泻，因湿热内蕴或下注，可以表现为腹痛即泻，泻下急迫，势如水注，便色黄褐而臭，伴肛门灼热，小便短赤等证，应用清热化湿之法，常选用葛根、黄芩、黄连、滑石块、茯苓、通草、藿香、佩兰等药。而湿热滞肠之痢疾证，痢下赤白脓血、腹痛、里急后重，亦有上述兼挟症，因其已伤及肠中血络，可在上药基础上增减，加入调气活血之品，如木香、槟榔理气导滞，当归、赤白芍行血和营，并加重清热化湿之力，白头翁、桔梗解毒排脓。对于热盛者，常选用清热之山栀、黄芩、连翘、马齿苋、蒲公英等；湿盛者，选加化湿之苍术、厚朴、薏苡仁、蔻仁等；兼食积者，常配以消导之神曲、山楂、谷芽、麦芽、鸡内金、莱菔子等。

本法多用于泻痢初期之实证，或复发期邪实而正未虚者。对于虽邪实，但正已虚者，则当慎用。另外，本法除应掌握适应证外，还应掌握一定的法度，因其毕竟为攻邪之品，湿热清化后，即应转手，不可一清到底，以免徒伤正气。

7.4.7 益气健脾法

痢多由泻来，而泄泻之由无不本于脾胃。素体虚弱（先天不足，后天失养），或久病体弱（久泻久痢伤正），或外受湿邪、内伤饮食以及思虑劳倦过度，还有抑郁恼怒，肝木克伐，这些均可造成脾气虚弱。脾失健运，不能运化，致阑门不能泌别清浊，大肠传导功能失常，则水反为湿，谷反为滞，合污而下而成泄泻。泄泻日久，入血伤络，气血凝滞，血败肉腐而痢疾，正可谓：“下为鬻泄，久为肠辟。”故而从脾论治，益气健脾乃必用之法。药常选用：党参、太子参、黄芪、山药、扁豆、茯苓、土炒白术等药，冀脾气健运，水湿得化，泻痢亦止。在临床上脾虚常与标实并见，宜根据标本先后，或先祛邪后健脾，或先健脾后祛邪，或健脾与祛邪并举。最常见的莫过于湿与脾的关系，或湿邪困脾，或脾虚生湿，应正确处理两者的关系。然具体应用时，还须注意，健脾尤当防滋腻太甚，以免助湿生邪，故常于上药中配伍木香、砂仁等药疏通气机，使益气不壅滞，补脾不助湿。若见中气下陷脱肛者，又宜配伍举陷升阳之品，如升麻、荷叶等。

7.4.8 活血化瘀法

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

叶天士说："初病在气，久必入血"。病入血分，病位较深，乃络脉之变，宜施以和血活络之法，非气分之药所能奏效。痢下赤白，白者属气，赤者属血，"调血则便脓自愈"。或久泻久痢损及肠间血络，出现大便色暗而黑，腹部刺痛，固定不移，舌紫黯、有瘀斑瘀点者理应施以活血化瘀之法。常选用赤芍、川芎、红花、炒五灵脂、蒲黄、丹参、制乳香、没药、乳或三棱、莪术等药。本类药物应注意严格掌握适应证，确有瘀象才可使用，以防冒然克伐，正气徒伤。选用药物之时，应避免使用一些活血滑肠之品，如当归、桃仁，但并非绝对，必要时亦可使用，只是应注意方中配伍。血瘀之证常与气滞关系密切，"气为血帅，血为气母"，气血互根，气行则血行，气滞则血瘀，可佐以行气之香附、枳壳、陈皮之类。而气虚无力推动，气虚血瘀证，则当佐以益气之品，如参芪辈。

7.4.9 温阳散寒法

大部分泻痢病证，尤其是久泻久痢者多有腹部发凉，畏寒喜温，饮冷或遇寒则腹泻、腹痛发作或加剧，遇温则舒缓，甚可出现四末不温，腰膝酸软之象。然寒又分虚实，实者或为风寒或为寒湿，虚者或为脾阳虚或为肾阳虚。对寒实者，依其兼挟之邪不同分而驱之；虚寒者，依其在脾、在肾之别分而温之。气聚者得温则散，血瘀者遇温而行，温阳散寒之法亦有助于气血的运行，对腹痛，里急后重，便下赤白脓血都有辅助治疗意义。对风寒者，常用荆芥、防风、桂枝、细辛之类，寒湿者，常用苍术、厚朴、草果、藿香、佩兰等药。对于脾阳虚者，常用干姜、炮姜、良姜、小茴香等药；肾阳不足者常用附片、肉桂、补骨脂、杜仲等。本法应用时，对久泻久痢阴伤之证，尤须注意配伍养阴生津之品，如芦根、石斛、沙参、麦冬等，以防温燥之品，使阴津更伤。

7.4.10 消食导滞法

因饮食不节，宿食内停，或过食肥甘厚味，呆胃滞脾，或啖食生冷不洁之物，有伤脾胃，或因脾胃受戕，水谷不化精微，反成痰浊。凡此均使脾胃运化失健，水谷停为食滞，形成泄泻。寒湿滞肠，或湿热蕴结，阻于肠间，气血瘀阻，血败肉腐，而成痢下赤白，故有："无积不成痢"之说。《医碥·神曲·泄泻》："或因于食，盖伤食则脾滞不能运行水谷故泄，嗳气如败卵臭，腹中绞痛，痛一阵，泻一阵，下过稍宽，少顷又痛，所下臭秽色黄"。所以我们认为泻痢相关，同出一辙，依感邪之轻重与素体禀赋之盛衰，或成泻，或成痢，或先泻后痢，或先痢而后泻。对伤食之证，常选用：鸡内金、焦三仙（山楂、神曲、谷麦芽）、莱菔子、木香、砂仁等消食导滞。此种类型的泻痢应主以消食导滞，但仍需伍用它法，如因脾失健运而致食滞内停者，常配伍党参、黄芪、茯苓、白术等药益气健脾以助消食；感寒饮冷而食滞者，常配伍良姜、香附、毕澄茄、甘松等温胃散寒以辅导滞；胃气壅滞，食入难化者，则又常选用枳壳、大腹皮、香橼皮、佛手理气通降，消食导滞。

7.4.11 理气通降法

泻痢之因，多因于脾胃，脾胃乃气机升降之枢纽，脾宜升则健，胃宜降则和，肠亦为六腑之一，以传导通畅为舒。临床上泻痢诸疾常兼见气机阻滞，升降失和的病证。寒凝、热壅、食积、痰湿、瘀血等病邪均可阻滞脾胃肠间气机，使清气不升，浊气不降，水谷杂下，而成泄泻；病邪阻滞肠间气机，与气血相搏结，大肠传导功能失司，通降不利，气血凝滞，其肠腑脂膜和血络受损，而见痢下赤白脓血，气机阻滞不通，而有腹痛和里急后重等症。"调气则后重自除"。用理气通降法，药常选用：木香、槟榔、乌药、小茴香、香

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

附、青皮、陈皮等。同时亦应依其兼夹寒凝、热壅、食积、痰湿、瘀血等不同的病邪，分别配合散寒、清热、消食、化痰、除湿、逐瘀诸法，以使气机复其通畅，脾胃升降调和，大肠司其传导之功，泻痢遂止。

7.4.12 疏肝扶脾法

本法适用于肝郁乘脾证。凡忧思恼怒，木郁不达，肝气横逆乘脾，脾肝受制，运化失常，而成泄泻；或思虑伤脾，而致土虚木贼亦可致泄；或素有脾虚湿盛，或逢怒时进食，更易成泄。《症因脉治》曾首先提出："七情痢"一证，乃抑郁恼怒，肝木克脾，气不宣通，郁滞肠间，气凝血涩而成。《景岳全书·泄泻》："凡遇怒气便作泄泻者，必先以怒时挟食，致伤脾胃，而但有所犯，即随触而发，此肝脾二脏之病也。盖以肝木克土，脾气受伤而然。"本病的特点是：情志波动时泻痢发作或加重，腹痛即泻，泻后痛不减轻。采用抑肝之胜，扶脾之弱的方法，常选用柴胡、白芍、香附、白术、青陈皮、防风、茯苓、八月札、绿萼梅等药。对气滞明显者，常加用川楝子、枳壳、郁金、元胡、大腹皮、黄芩等药；气郁化火者，常佐以龙胆草、苦丁茶、黄芩等药。本症矛盾的两个主要方面是肝郁及脾虚，两者可互为因果，即木贼土虚，或土壅木郁，抑肝柔肝以制亢盛，健脾助运以扶其弱，肝平脾健泻痢自止。

7.4.13 淡渗透分利法

清·雷丰《时病论·湿泻》："泄泻之病，属湿为多。湿侵于脾，脾失健运，不能渗化，致阑门不能泌清别浊，水谷并入大肠而成泄泻矣。"明·张介宾《景岳全书·泄泻》"凡泄泻之病多由水谷不分，故以利水为上策。""水谷分，则泻自止，故曰治泻不利小水，非其治也。"此所谓利小便，实大便之说。对于慢性久泻不可分利太过，以恐损正伤阴，若要分利，一定要掌握好剂量，并注意配伍得当，使利水而不伤阴或少伤阴。而痢疾中，分利小便被列为四大禁忌症之一，因痢以脂血伤败，病在下焦，肝肾大肠也，分利已无所及，故宜调理真阴，并助小肠之主，以益气化之源。本治法常与芳香化湿之藿香、佩兰，苦寒燥湿之黄芩、黄连、黄柏，苦温燥湿之苍术、厚朴等配合使用，使药力协同，共逐湿于外。

7.4.14 培元补肾法

肾为先天之本，开窍于阴，司便开阖。虽然属水，但内寓元阳，如久泻久痢，脾虚及肾，或年老体弱，肾阳虚衰，命火不足，阴寒内盛，故常于五更后，阳气未复，即洞泄难忍。若欲阳生于阴，必使肾气充固，温煦脾阳，助其腐熟运化。肾阳不足，常见五更即泄，大便清稀，或完谷不化，腰膝酸软，腹冷痛肠鸣，四末不温，舌淡，脉沉细而弱。久痢不愈，脾肾俱伤，脾虚不能运化水谷精微，无以充养先天，使肾虚更甚，关门不固，甚或滑脱。常用桑寄生、川断、杜仲、牛膝、肉桂、附片、补骨脂、肉豆蔻、益智仁、炮姜等。注意本法常与健脾之药同用，即脾肾双补，以后天养先天，补脾气可佐用太子参、茯苓、白术等药；补脾阳可用高良姜、干姜等药；肾虚泻痢易致滑脱不禁，必要时又当佐以涩肠固脱之品，如诃子肉、罂粟壳等。

7.4.15 升清举陷法

素体虚弱，或久泻久痢伤正，脾胃虚弱，中气下陷而有泻痢频作，肛门坠胀，或脱肛，还可伴有内脏其他部位的下垂如胃下垂、肛门坠胀，或脱肛，还可伴有内脏其他部位

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的下垂如胃下垂、肾下垂及子宫脱垂等症，是为清气在下乃生飧泄。相对应之浊气不降，壅滞于中，变生他邪。出现本类证候，常可加用荷叶、升麻、柴胡或黄芪等药，冀清升浊降，泻痢可止。应注意本法不能单独使用，往往与其它药相配，如脾气虚弱，常加用健脾益气之太子参、茯苓、白术等，降浊药常选加陈皮、清半夏等。

7.4.16 涩肠固脱法

久泻久痢，疾病后期，邪少虚多，或纯虚无邪，幽门道滑，关闭不利，虽投温补，未能奏效，水谷精微趋下而脱失，致虚者更虚，滑脱不禁，精神倦怠，四肢不温，腰膝酸软等症出现。当此之时，须行涩剂，则变化不愈，揆度合节，即滑者涩之。临床上常选用诃子肉、石榴皮、芡实、罂粟壳、煨肉豆蔻等药。注意本法只用于体弱或久痢后期之纯虚无邪者，涩肠以固脱。然在初起断不可用，而且虚中夹实，积滞未完全消除者，不宜过早使用涩剂，避免关门留寇，变生他患。涩法只是临床时治疗措施，不可久用，必配治本之剂，如常与炮姜、肉桂等同用，暖脾温肾，少火生气。另外，涩法又须与通法结合以防只涩不通，气滞不行，腹胀难消，其病更加复杂。应注意的是本法选用的药物部分具有成瘾性，故连续服药时间不宜过长。

7.5 痢疾变证的治疗

痢疾常见变证有三种，神昏，抽搐、脱证。

7.5.1 神昏

神昏可见于疫毒痢热入心营，临床表现为发病急骤，高热烦躁，神昏，谵妄，痢下脓血或经灌肠发现脓血便，舌质红绛，苔黄腻焦躁，脉弦滑数。

感受时行疫毒之邪，热毒壅盛，则发病急骤，热入心营，出现烦躁不安，蒙蔽清窍则神昏谵语，舌质红绛，苔黄腻焦燥，脉弦滑数均为热毒炽盛之证。

治法：清热解毒，凉血开窍。

方药：①清开灵注射液 40ml 加入 5%葡萄糖注射液 500ml 中静脉滴注，每日 2 次。

②安宫牛黄丸 1～2 丸，6～8 小时灌服或鼻饲 1 次。

③清宫汤(《温病条辨》)加减。

水牛角　连翘心　玄参心　莲子心　竹叶　麦冬

加减：腑实结聚者，加用承气汤，药用大黄、芒硝、厚朴、枳实以增强通腑解毒之力。

7.5.2 抽搐

抽搐可见于疫毒痢热毒动风，临床表现壮热不退，烦躁谵妄，手足抽搐频发，下痢脓血，舌质红绛，苔黄燥起刺，脉弦数。

热毒极盛，热盛动风，则壮热，手足抽搐频发，热毒内陷心包，蒙闭心神，故烦躁谵妄。热毒灼伤肠道，则下痢脓血。舌质红绛，苔黄燥起刺，脉弦数属热毒炽盛之证。

治法：清热解毒，凉血熄风。

方药：①羚羊角注射液，每次 2ml，4 小时 1 次，肌注。

②止痉散，每次 1～2 克，每日 3～6 次，冲服。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

③羚羊钩藤汤(《重订通俗伤寒论》)加减。

羚羊角　桑叶　川贝母　白芍　甘草　竹茹　生地黄　钩藤　杭菊花　茯神。

加减：抽搐较甚者，可加全蝎、蜈蚣、地龙等祛风止痉，心营热盛者，可加水牛角、丹皮，亦可用上方送服紫雪丹。喘促痰鸣较甚者，加用猴枣散吞服。

7.5.3　脱证

脱证可见疫毒痢邪盛正衰，正不敌邪之时。

7.5.3.1　气阴耗竭

临床表现：神情恍惚或烦躁不安，面色清白，息微失声，口渴欲饮，少尿或无尿，舌红干燥，脉象微弱。

治法：益气救阴固脱。

方药：①参麦注射液或生脉注射液 20ml，加 25% 葡萄糖注射液 20ml，每隔 10～15 分钟，静脉注射，连续 3～5 次，或以 50～100ml，加 5% 葡萄糖注射液 250～500ml，静脉滴注直至病情好转。

②固阴煎(《景岳全书》)加减。

人参　熟地　山药　山茱萸　远志　五味子　甘草　菟丝子

加减：若阴亏于下，阳浮于上，惊悸潮热者，加鳖甲、龟甲、牡蛎，以滋阴潜阳镇悸，口渴引饮，饮不解渴者，加生地、麦冬、玉竹、黄精，以养阴生津，肢冷尿少者，加附子、肉桂，以温肾化气。

7.5.3.2　阳气暴脱

临床表现：冷汗淋漓，四肢逆冷，忽尔昏愦，面赤唇紫，口干目闭，手撒遗尿，舌淡或紫，脉微欲绝或散大无根。

治法：回阳固脱。

方药：①参附注射液 8ml，加 25% 葡萄糖注射液 20ml，静脉推注，继以 50～100ml，加 5% 葡萄糖注射液 500ml，静脉滴注。

②参附汤(《妇人良方大全》)加减。

红参　炮附子

加减：若手足冷至腕踝，加干姜以增强附子回阳，救逆之力，并酌加甘草调和之；若无脉者，加葱白或猪胆汁，以通血脉；若冷汗不止者，加龙骨、牡蛎，以潜阳敛汗。

7.6　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，调和气血，疏通经络，治愈疾病的目的，针灸疗法特别是针刺法，对子痫疾有着显著的疗效。

7.6.1　常用组方

主方选穴：天枢（双）下脘、关元、足三里、神阙。

主方方义：天枢为足阳明胃经穴，又为大肠之募，疏调肠腑，理气消滞。关元、下脘为任脉经穴，前者为足三阴经与任脉交会穴，又为小肠之募穴；后者为足太阴脾经与任脉交会穴，疏通肠胃，理气导滞，清利湿热。足三里为足阳明胃经合穴，又为胃腑下合穴。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

合治内腑，调理脾胃；神阙为任脉经穴，用艾柱隔盐灸，温通元阳，化湿热祛积滞，共奏清热除湿、理气导滞之功。

操作方法：进针达一定深度，施以捻转提插手法。实证用泻法，虚证用补法。腹部穴针感向四周扩散；下肢穴针感向上下传导，后留针 30 分钟，在留针中间，每隔 10 分钟行针 1 次；神阙穴隔盐大艾炷（每艾炷用艾 2g）灸 2 壮。

疗程：一般每日针灸 1 次，若大便次数一般在 10 次以上者，每日上下午各针灸 1 次；10 次以下者，每日针灸 1 次，连续治疗 5～9 天。

7.6.2 辨证配穴

湿热痢，加曲池、水分，以清热利湿；疫毒痢，加大椎、十宣放血，以泄热解毒；寒湿痢，灸气海，针阴陵泉以温阳化湿；噤口痢，加中脘、内关以和胃降逆；虚寒痢，加脾俞、肾俞，以温补脾肾；休息痢，补脾俞、胃俞，以增强人体正气，泻次髎、大肠俞，以驱除下焦邪气。

7.6.3 耳诊疗法

取大肠、小肠、皮质下、交感、神门。每天针刺 1～2 次，中强度刺激，留针 15～20 分钟。或用耳压法，将王不留行子用胶布贴压在两耳以上所列耳穴上，每天用手按压 5～6 次。

7.6.4 水针疗法

取天枢、关元、气海、足三里，用穿心莲注射液或黄连素注射液，每日注射 2 次。将穿心莲注射液或黄连素注射液，混入少许 0.5～1%的盐酸普鲁卡因，每穴各注射 0.5～1ml，连续 7 天为一疗程。

7.6.5 皮肤针疗法

取足太阳经膈俞以下至小肠俞各穴及中脘、天枢、足三里。重复叩打，用较重刺激手法，每日 2 次，发热重者，加刺合谷、大椎；腹痛甚者加刺内关。里急后重，加中膂俞。

7.6.6 电针疗法

取天枢、上巨虚、足三里、三焦俞。恶心呕吐，加内关、中脘；小腹痛甚，加气海、三阴交；里急后重，加关元；高热，加曲池、合谷。采用疏波和疏密波，电流量用中等强度刺激，以病人能忍受为度，每日 1～2 次，每次通电 15～30 分钟，5 次为一疗程。

临床上电针治疗菌痢的特点是作用快，疗程短，患者症状往往在 1～3 天内就能得到显著改变。

7.6.7 艾灸疗法

可分组取穴。一组：神阙。二组：神阙、关元、足三里。三组：天枢、气海、阴陵泉。神阙穴隔盐大艾炷灸，其他各穴按照艾卷回旋灸、温和灸、雀啄灸法操作。每日施灸 1～2 次，每次每穴 20～30 分钟，可一组穴单用，亦可三组穴交替使用。

7.6.8 敷贴疗法

适用于急性菌痢。取神阙、大肠俞（双）。将热痢膏融化后，贴于穴位上。一般 1 张膏药可贴 3 天，但应每天两次揭下，再温化开合数次，使膏药之表面混合更新再贴。

热痢膏药物组成：大黄、苍术、香附、灵脂、茜草、梧桐叶、滑石、羌活、生姜、莱菔子、川乌、黄柏、陈皮、当归、酒芍、皂角、菖蒲、车前子、黑丑、黄连、木香、姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄、僵蚕、蝉蜕、巴仁。

治热痢亦可有大黄末做小丸如玉米大，纳神阙穴内，每日更换1次。

7.7 按摩推拿疗法

7.7.1 湿热痢

按摩推拿手法治疗：患者仰卧位，医者施用补（泻）神阙法，点按天枢、关元，以通肠益气；施用提拿足三阳法，点按上巨虚、下巨虚、阴陵泉，以清理脾湿，疏调胃气，气机通调，则涩滞易化。清大肠湿热，导滞固涩；施用狮子滚绣球法，点按足三里，以调和气血，健脾益胃，以通郁结，清热解毒，调气行血。

7.7.2 疫毒痢

按摩推拿手法治疗：患者坐位，医者施用一指托天法，以开窍镇静；双手拇指点按大肠俞、脾俞，以调理肠胃，泄热化湿。嘱患者仰卧位，施用提拿足三阳法，点按上巨虚、下巨虚，以通调腑气，清肠中之湿热，共达清热凉血，解毒止痢之效。

7.7.3 寒湿痢

按摩推拿手法治疗：患者坐位，医者以双手拇指点按大肠俞，以调理肠腑。嘱患者仰卧位，施用补（泻）神阙法，点按天枢、气海、中脘，以调气行滞，疏导肠腑，气机通调，涩滞易化；施以提拿足三阴法，提登足三阳法，点按足三里，阴陵泉，以疏调胃气，调理脾湿，通调脾气，温通散寒，温化寒湿，和胃气，散寒湿。

7.7.4 阴虚痢

按摩推拿手法治疗：患者坐位，医者以双手拇指点按大肠俞，以通调肠腑，清肠止痢。嘱患者仰卧位，施用运运颤颤法、补（泻）神阙法，以养阴和血，和营止痛；施用提拿足三阴法，点按丰降、三阴交、上巨虚、下巨虚，以养阴育阴，滋阴和血，清热除湿，共达养阴清肠。

7.7.5 虚寒痢

按摩推拿手法治疗：患者坐位，医者施用一指托天法，以升阳固脱，升清举陷；以双手拇指点按脾俞，以补益脾气，收涩固脱。嘱患者仰卧位，施用补（泻）神阙法，点按气海、天枢，以疏调肠腑，调气行滞，补虚散寒，补益肾气施用点鸠掐里法，以疏调胃气，益气补中，温补脾肾，收涩固脱。

7.7.6 休息痢

按摩推拿手法治疗：患者坐位，医者以双手拇指点按脾俞、胃俞、肾俞，以健脾益胃，培补后天之本，以助资生化之源，温补肾阳，水土得和，泄痢自止。（如脾阳极虚，则施用一指托天法，达以举阳固脱）嘱患者仰卧位，施用狮子滚绣球法，以理中清肠，调气化滞。

7.8 其它疗法

7.8.1 单验方

赤痢：干姜烧黑存性，候冷为末，日服3次，每次3g，米汤送服。

白痢：淮牛膝100g捣碎，白酒500ml泡之，每次饮25～50g，日饮3次。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

赤白痢：薤白 100g，糯米 1 小碗煮粥，日服 2～3 次，以饮为度。

噤口痢：五谷虫（蛆）洗净，置陈年瓦上焙成灰，以 3～9g 放入粥中和之，先令患者嗅其味，后食其粥。

湿热痢：取地绵、辣蓼、马齿苋、铁苋菜、穿心莲、凤尾草、白头翁、地榆等，任选 1～2 种，每日 30～60g（鲜者加倍），煎服，每日 2～3 次。

虚寒痢：取活鳝鱼，去内脏，洗净切段，放瓦上焙枯成炭，研成粉，每服 3g，以红糖拌合，热陈酒送服。

休息痢（阿米巴痢疾）：鸭胆子去皮壳，桂圆肉包裹，饭后吞服，第 1 天每服 20 粒，第 2 天每服 10 粒，第 3 天每服 8 粒，连服 7～10 天。或每日用白头翁 30g、石榴皮 30g（鲜者加倍），水煎服，日 3 次，连服 7～15 天。

7.8.2 保留灌肠

白头翁 15g，黄柏、黄连各 10g，煎水 200ml，候温，保留灌肠。1 天 1 次，连用 3～7 天，适用于急性痢疾。

10%大蒜浸出液 100～200ml，保留灌肠，每日 1 次，连续 7 天，用于急、慢性痢疾。

锡类散，1～2 管，加生理盐水 40ml，保留灌肠，每日 1～2 次，连续 14 天，用于溃疡性结肠炎。

中药保留灌肠最好选择在睡前或午休前进行，可先行清洁灌肠；肛管要插入 15cm 以上，灌肠液的温度要适中，滴入或推入的速度不要过快；药液灌注完毕后要注意转动体位，或作腹部按摩，以有利于药液在肠内停留。

7.8.3 脐中敷药

药如五倍子、肉桂、黄柏等研细面，少许，醋调，塞脐中，外贴麝香虎骨膏固定，2 天左右换 1 次。

7.9 西医治疗撮要

当确诊溃疡性结肠炎后，可根据患者体质，对重型病例，消化系统症状严重，有全身症状，结肠病变多呈进行性，并累及全结肠者，尤其是在急性发作期，密切观察病情的变化，及时纠正水与电解质平衡紊乱。对贫血者可输血，低蛋白血症者可输血清白蛋白。西医治疗本病首选水杨酸偶氮磺胺吡啶，发作期每日 4～6 克，分 4 次口服；病情缓解后改为每日 2 克，分次口服，可服 1～2 年。必要时可配合肾上腺糖皮质激素治疗，亦可选用免疫抑制剂如硫唑嘌呤。有严重并发症者，可考虑手术治疗。

急性细菌性痢疾确定后，应隔离卧床休息，饮食以流食或半流为主，忌用多渣、多油、刺激性食物，勿进牛奶。有失水者补液，轻者用口服补液盐溶液，重者应静脉补液。要维持血压在正常范围，成人每日尿量在 1200ml 以上。有酸中毒者，酌情给予碱性液体。里急后重与腹部绞痛显著者加服胆碱能神经阻滞药，如山莨菪碱，颠茄等。同时应当选用对当地菌株较敏感的药物或参考药敏试验结果选用敏感药物，常用有氟哌酸、奥复新、庆大霉素、氨苄青霉素等。中毒性菌痢，除迅速控制感染外，应扩充血容量，纠正酸中毒，维持水和电解质平衡，应用血管扩张剂，解除小动脉痉挛，防止循环衰竭。冬眠药物，控制高热惊厥，脱水剂控制脑水肿，防治呼吸衰竭，休克，中毒症状明显，可选用氢化可的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

松或地塞米松。

急性阿米巴肠病确定后，一般治疗与急性细菌性痢疾相同，但应选用作用于肠道和肠壁的药物，同时加用抗组织中阿米巴的药物。常用药物有二氯散（安特酰胺），双碘喹啉，灭滴灵，依米丁，四环素，土霉素，巴龙霉素等，疗程完成后，每月查大便1次，连续查3月，以确定是否需要重复治疗。

8 疗效评定标准

参考1994年7月国家中医药管理局颁布的行业标准。

治愈：症状消失，大便镜检正常，培养连续3次阴性。

好转：症状消失或减轻，大便镜检正常，培养致病菌转阴或未转阴。

未愈：临床症状及大便镜检无改善。

9 调摄护理

首先做好胃肠道隔离工作，对患者的排泄物、餐具、便器要进行严格消毒。

在留送检查大便标本时，要注意不混有尿和水，应挑选含粘液、脓血部分的粪便。粪便检查应在排便后取标本的1～2小时内完成，以免久置后活动性滋养体难以辨认而不能获得阳性结果。

疫毒痢或其它痢疾重症，必须严密观察病情，包括病人的神情、面色、皮肤湿润或干燥，有无肌肤甲错，瞳孔大小的变化，舌质、舌苔及脉象的变化等，定时记录患者的体温、呼吸、脉搏及血压等情况。注意观察病人有无痉、厥、闭、脱之证，并及时报告医师。

急性期患者饮食宜清淡，忌油腻荤腥、生冷瓜果及硬固难以消化食物。慢性期则要注意增加营养，适当活动当以增强体质。

每次便后用软质纸轻拭肛门，并用温水洗净。久痢引起肛周湿疹者，尤应注意肛门处清洁，外扑炉甘石粉以保持干爽。有脱肛者便后清洁完毕，用消毒纱块涂上黄连软膏轻轻纳回。

10 康　　复

痢疾属中下焦病，故痢疾之后往往遗留脾肾耗伤之象。因此，痢疾患者的康复，多从调理脾肾人手，采取多种手段，从而达到病愈的目的。

10.1 药物康复

痢疾初愈，脾胃不和症状明显者，可服香砂枳术丸以调理脾胃，助运行滞。胃纳不馨，食后难化者，可服加味保和丸以消食导滞。若脾虚不运，大便不实，则服参苓白术丸(散)，健脾化湿。若脾阳不振，畏寒肢冷，则可经常服用理中丸或附子理中丸以温中健脾。若脾阴受伤，口干不欲饮，纳呆，可经常服用生脉散以益气养阴。若兼见肾阴亦亏，也可少服六味地黄丸或麦味地黄丸等养阴滋液。若有湿热未净之象，还应合用香连丸以祛邪，标本兼顾，疗效更佳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

10.2 食　疗

诸如痢疾之类肠胃疾患病人，食疗更属重要，不仅能开胃助运，促进身体康复，同时也有不同程度的治疗意义。

山楂粥：山楂 30～60g，或鲜山楂 60g，砂糖 10g。先用山楂入砂锅煎取浓汁，去渣，然后加入粳米，砂糖煮粥，适用于各种类型的痢疾。

陈茗粥：陈茶叶 5～10g，粳米 30～60g。先用茶叶煮汁，去渣，入粳米同煮为粥。适用于湿热痢。

豆蔻粥：肉豆蔻 5～10g，生姜 2 片，粳米 30g。先把肉豆蔻捣碎研为细末，用粳米煮粥，待煮沸后加入豆蔻末及生姜，同煮为粥。适用于虚寒痢。

槟榔粥：槟榔 10～15g，粳米 30～60g。先将槟榔片煎汁去渣后，加入粳米，一同煮粥。适用于实证痢疾以气滞为主者。

黄芪乌梅膏：黄芪、乌梅各 200g，加水 1000ml，煮取 500ml，加红砂糖 250g，收膏装瓶。每服 20ml，每日 2 次。适用于气阴两虚之久痢者。

莲子粥：莲子 10 枚、粳米 30g，冰糖或砂糖 10g。先将莲子洗净，用清水浸泡，文火煮沸，入粳米同煮至熟，兑入糖，顿服。适用于脾虚之泄泻及痢疾。

鲫鱼羹：大鲫鱼 1000g，大蒜 2 枚，胡椒 6g，陈皮 6g，缩砂仁 6g，荜茇 6g。将葱、酱、盐、料物、蒜入鱼肚内，煎熟作羹，五味调和令匀，空心食之。适用于慢性痢疾以虚寒为主者。

牛奶于煎荜拨法：用牛奶于煎荜拨，服之立瘥。

（田德禄　李军祥）

【近代研究】

1　理论与临床研究

1.1　病证名称与定义

1.1.1　病名

痢疾一证，始见于《素问》："肠澼便血如何？……。肠澼下白沫如何？……。肠澼下脓血如何？……。"《伤寒论》中称之利。《金匮》中称之痢。《局方发挥》中称之为滞下。《临证指南》指出："滞下之滞字，非停滞饮食，言暑湿内侵，腑中流行，阻遏而为滞耳。"后世诸代医家皆以痢相称。

《东医宝鉴》称："痢有赤痢、白痢、赤白痢、水谷痢、脓血痢、休息痢、风痢、寒痢、热痢、湿痢、气痢、虚痢、滑痢、积痢、久痢、疫痢、虫疰痢、五色痢。"

现代医学认为，这是一种原因不明的慢性结肠炎，病变主要限于结肠的粘膜，表现为炎证或溃疡，多累及直肠和远端结肠，但可向近端扩展，以至遍及整个结肠。临床表现为：腹痛、腹泻，粘液脓血便，里急后重为主，伴有程度不同的全身症状，少数为便秘或无血便。[1]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

古贤所称痢中之疫痢，虫疰痢均具有流行性和传染性。如秦皇士曰："夏秋疫痢，乃是疫毒致病，天灾流行。……寒湿之邪，伤人肌表，侵人肠胃，而成疫痢也。……燥火之邪，伤人口鼻，直人肠胃，而成疫痢也。"《张氏医通》曰："蛲虫痢，得于胃弱脾虚，湿热郁遏化虫从谷道中出而痒。"《医贯》曰："世有病后痢者……。"根据相关文献来病，祖国医学的痢疾既包括现代医学的溃疡性结肠炎，又包括现代医学中有特异性病原体的结肠慢性炎症，如阿米巴痢、菌痢、血吸虫病、空肠弯曲菌、结核杆菌、真菌感染。

1.1.2 定义

由于本病的辨证分型过去尚无统一标准，杂乱，不利于科研。1992 年 9 月第四届全国中西医结合消化系统疾病学术交流会上制定了溃疡性结肠炎的辨证分型，分为六型。即湿热内蕴型、脾胃虚弱型、脾肾阳虚型、肝郁脾虚型、阴血亏虚型、气滞血瘀型。[2]引其病名诊断标准如下：

①主症：腹泻、脓血便、腹痛、下坠。

②持续性或反复发作性。

③好发年龄：20～50 岁。

1.2 病 因 病 机

1.2.1 古今论痢证病因，大多认为与外感六淫，内伤饮食、情志有关。如刘宗厚曰："夫病有从外感而得者，须分六气之异，外既受伤，肠胃郁结，随其寒热温凉以调之。有因脏气发动，干犯肠胃而得者，须察其何脏相兼，以平治之。又有因饮食失节而得者，则审其何物所伤，以消克之。《临证指南》曰："痢证古名滞下，夏兼秋暑湿挟积者居多，其次则风淫、火迫、寒侵、燥气独不为患。至于暑有阴阳，必并乎湿。夫阴暑由于人之阳气先亏，加以贪凉喜冷，郁折生阳，故主于温；阳暑由于天之热伏，阻气化浊，则重于清。但邪之来也，似水之流，脏腑间一有罅隙，则乘虚而着，故有在气在血之分，伤脏伤腑之异"。秦皇士曰："古云：大肠受病，则气凝注而成白痢；小肠受病，则血凝注而成赤痢；大小肠均受病，则赤白相杂，即经曰：肠下血；肠下白沫；肠下脓血。诸条皆以肠字立言，则知痢证当以肠字为主。先生论中，脱却肠字本题，而独重于脾肾。夫脾泄、肾泄、脏气不足，内伤之虚，脏证也。夏秋之痢，肠胃受邪，外感之实，腑证也。

1.2.2 病因病机的现代研究

溃病性结肠炎的病因迄今未明

巫协宁教授认为溃疡性结肠炎是由于遗传、免疫、细胞因子、炎症介质、神经内分泌和氧自由基的相互作用，造成结肠粘膜炎症、损伤及结肠动力功能的紊乱，导致一系列症状。[3]

李乾构教授认为感染，变态反应可为本病诱因，神经精神因素，由于大脑皮层机能紊乱，皮层下中枢兴奋，通过植物神经而产生结肠运动亢进，肠血管和平滑肌痉挛，组织细胞缺血，抵抗力下降，毛细血管通透性增加，导致肠粘膜炎症、糜烂、溃疡、出血。[4]

1.3 证候学研究

1.3.1 临床症状的观察研究

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症状的观察是临床研究的基础，从症状到证候，才能辨别证类。

溃疡性结肠炎的临床表现古书记载有：发热、口渴、脓垢、腹痛、大孔肿痛、里急后重，虚坠努责、脱肛、噤口、口疮、呕吐、呃逆。

1992 年 9 月召开的第四届全国中西医结合消化系统疾病学术交流会制定的溃疡性结肠炎的主要症状为：腹泻、脓血便、腹痛、下坠。并根据主症轻重程度分为三个等级，使之量化。

病势转归

溃疡性结肠炎是胃肠病中的疑难病之一，病情轻重悬殊，病程缓慢长久，且有反复发作的特点。长期不愈者易致癌变。汪鸿志认为：EKbom 等对瑞典在 1922～1983 年间确诊的 3117 例溃疡性结肠炎患者随访在 1958～1984 年随访间共 91 例诊断为结肠癌，为正常人群预期数的 5.7 倍；死亡 45 例，为预期数的 4.4 倍。凡全结肠炎和年轻时患病者，发生结、直肠癌的危险性最高。与普通人群相比，全结肠炎癌变的危险性为 14.8 倍。左侧结肠炎为 2.8 倍。直肠炎为 1.7 倍。Derroole 等指出，在 15 岁前诊断溃疡性结肠炎的癌变率最高，诊断后 35 年的累计癌变率为 43%。EKbom 等报告 35 年累计癌变率为 40%，我国至今尚无较大系列长期随访报告。[5]

舌：舌质、舌苔表现一致者为证单一，较易治。舌质舌苔表现不一致者，为寒热互结或虚实夹杂，证候复杂，较难治。

脉：《仁斋直指方》曰：诸痢疾，脉流连细小者生；浮数洪大者死。

1.3.2 证候研究现状

辨证施治为中医的核心。证候是症状的分类和归纳，在此基础上据证立法，依法组方。《临证指南》曰：痢证古名滞下，……若表现之邪郁，而气机下流不息者，喻氏论人参败毒散；里之积壅而寒热交粘者，法古立芍药汤，在气分，有苦辛调气与辛甘益气等法；在血分，有酸苦行血及咸柔养血诸方。若表证急，从乎三阳，有桂枝汤、葛根芩连汤、小柴胡汤；里势实，专究脾胃，有小承气汤、温脾汤。总之，治腑以三焦见证为凭，治脏为足三阴为要领，辨其虚实之情，酌以通涩之法。赵明亮等将溃疡性结肠炎分为湿热内阻，气滞血瘀，寒热交织，脾肾阳虚四型。分别投以枳实导滞汤，膈下逐瘀汤合四逆散，温脾汤合乌梅丸，四神四君养脏汤。[6]李志民则辨湿盛与肝脾不和之证，各施理中汤与四连散化裁而用。[7]蒋文照慎辨湿热积滞、脾肾阳虚、痰饮内犯、肝脾气虚、瘀血内阻诸证，善用人参败毒散、真人养脏汤、理中芩桂术甘汤、补肝散、震灵丹，收效非凡。[8]梁乃津则遵循溃疡性结肠炎活动期、缓解期、静止期各部邪正盛衰之变，拟“祛邪为主以治标”，“扶正祛邪顾标本”，“扶正为主以求本。”之三法，……以清热祛湿、疏肝理气、温补脾胃。[9]

1.3.3 慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准（试行方案）

溃性结肠炎因临床症状较复杂，故临床分型较杂乱。对大宗病例临床观察及科研较为不利，1992 年 9 月中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会，在山西临汾召开的第四届全国学术交流会上，制定了慢性非特异性溃疡性结肠炎（CUC）的诊断、辨证和疗效标准（试行方案）。一年多来，经讨论、修改，现整理发表于下，供临床工作者参考。

1.3.3.1 诊断特点及依据

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

突出中西医结合特点，除对临床症状进行辨证分型外，必须进行纤维结肠镜、病理活体组织检查、全消化道钡透、大便常规及大便培养等检查。根据 1987 年杭州全国消化系统疾病学术会议制定的诊断标准，对本病确诊应明确临床类型、病情分度（轻、中、重）及分期（活动与静止）、内窥镜分期及病变范围，病理组织学类型。同时对某些较具特征性的病理变化，纳入辨证分型的项目之中。其主要症状及粘膜病变分级见附表。

附表　溃疡性结肠炎主要症状及肠粘膜病变轻重分级

主要症状及肠粘膜病变	一级（+）	二级（2+）	三级（3+）
腹泻	<3 次/日	3～5 次/日	>6 次/日
脓血便	少量脓血	中等量脓血	多量脓血或便新鲜血
腹痛	轻微，隐痛，偶发	中等度，隐痛或胀痛，每日发作数次	重度、剧痛或绞痛反复发作
下坠	轻，便后消失	中等，便后略减轻	明显，便后不减
充血水肿	轻度	中等度	重度
糜烂	无或轻度	中等度，可伴有出血	重度，触之有明显出血
溃疡	无或散在分布，数量<3 个	散在分布>3 个	分布多，表面布满脓苔
	周边轻度红肿	周边明显红肿	周边明著红肿

1.3.3.2　辨证分型

湿热内蕴型　主症：①腹泻粘液脓血便。②里急后重。③舌苔黄腻。④脉滑数或濡数。次症：①肛门灼热。②身热。③下腹坠痛或灼痛。④口苦，口臭。⑤小便短赤。⑥肠粘膜充血糜烂及出血明显。⑦肠粘膜溃疡周边红肿，表面布满脓性物。证型确定：具备主症 2 项（第一项必备，以下同）、次症 2 项，或主症第 1 项、次症 3 项。

脾胃虚弱型　主症：①腹泻便溏，粪有粘液或少量脓血。②食少纳差。③食后腹胀。④舌质淡，胖或有齿痕，苔薄白。⑤脉细弱或濡缓。次症：①腹胀肠鸣。②腹部隐痛喜按。③肢体倦怠。④神疲懒言。⑤面色萎黄。⑥肠粘膜水肿较充血明显。⑦肠粘膜溃疡表浅，周边红肿不明显，表面为白色分泌物。⑧肠粘膜粗糙，呈颗粒状。⑨D-木糖排泄率明显下降。证型确定：具备主症 2 项、次症 2 项，或主症第 1 项、次症 3 项。

脾肾阳虚型　主症：①久泻不愈，大便清稀或伴有完谷不化。②腰膝酸软。③食少纳差。④舌质淡，胖或有齿痕，苔白润。⑤脉沉细或尺弱。次症：①五更泄或黎明前泻。②脐中腹痛，喜温喜按。③形寒肢冷。④腹胀肠鸣。⑤少气懒言。⑥面色㿠白。⑦肠粘膜水肿较充血明显。⑧肠粘膜溃疡表浅，周边红肿不明显，表面为白色分泌物。⑨D-木糖排泄率降低。⑩尿-17 羟、尿-17 酮降低。证型确定：具备主症 2 项、次症 2 项，或主症第 1 项、次症 3 项。

肝郁脾虚型　主症：①腹痛则泻，泻后痛减，大便稀烂或粘液便。②腹泻前有情绪紧张或抑郁恼怒等诱因。③胸胁胀闷。④舌质淡红，苔薄白。⑤脉弦或弦细。次症：①喜长叹息。②暖气不爽。③食少腹胀。④矢气较频。⑤结肠镜检查粘膜轻度充血，水肿，或有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

少许粘液。⑥D -木糖排泄率正常或偏低。证型确定：具备主症2项、次症2项，或主症第一项、次症3项。

阴血亏虚型　主症：①大便秘结或粪带少量脓血。②排便困难。③午后低热。④失眠盗汗。⑤舌红少苔。⑥脉细数。次症：①心烦易怒。②头晕目眩。③腹中隐隐灼痛。④神疲乏力。⑤肠粘膜无光泽，血管显露。⑥肠粘膜粗糙呈细颗粒状。证型确定：具备主症2项、次症2项，或主症1项、次症3项。

气滞血瘀型　主症：①腹痛泻下脓血，血色紫暗或黑便。②腹痛拒按。③暖气食少。④胸胁胀满。⑤腹内有包块。⑥肠粘膜粗糙呈颗粒状或有息肉。⑦肠腔内有肿物或发现癌肿。⑧D -木糖排泄率正常或偏低。证型确定：具备主症2项、次症2项，或主症舌象必备、次症2～3项。

诊断说明①证型确定：以就诊当时的证候为准。具备两个证型者称为：复合证型C两个证型同等并存，如脾肾阳虚与气滞血瘀证型或兼证型（一个证型为主，另一个证型为辅，前者称主型，后者称兼型，如脾胃虚弱兼湿热型）。本标准未纳入的证型，在诊断时要求列出全部证候。②肠镜及X线钡灌肠检查：以治疗前及停止治疗后10天以内的检查为准，肠镜检查必须同时做活体组织学检查。治疗后复查肠镜进行活检时尽可能在原病变处取活体组织。③必作检查：血、尿、便常规及便潜血、便培养痢疾杆菌必须连续3次。④选择性检查项目：抗大肠抗体、尿-17羟、尿-17酮、D-木糖排泄率检查。[2]

1.3.4　证候表现与组合形式及组合形态的演变

先天禀赋不足，后天脾胃功能不健，感受外邪或饮食所伤或情志不遂是本病的主要病因病机。众多的临床研究表明，脾胃虚弱在本病中具有非常重要的地位。有关研究表明，脾虚证确有免疫功能低下的表现，这与溃疡性结肠炎西医学中的免疫功能低下的观点是一致的。赵荣荣报道的312例中脾胃虚弱型最多，占68.12%，（194例）。脾虚是本病最基本最重要的证候，出现的概率在各种证候组合形态中占第一位。[10]

1.4　治则治法研究

根据文献归纳，治疗原则有：健脾益气、清热燥湿解毒、收敛涩肠、温里升提、祛腐生肌、活血化瘀及缓急止痛。田维君提出温阳健脾、补火生土、升阳举陷、实脾固涩、抑木扶土、扶阳益阴、益气化瘀、解毒清肠八法。[11]郭建生等对具有益气温阳、健脾利湿、祛瘀生肌、敛气涩肠的保元肠疡灵胶囊（党参、黄芪、三七、诃子等组成）进行了对免疫法复制的大鼠溃疡性结肠炎治疗的实验研究，结果揭示对实验模型具有降低抗大肠抗体，升高E玫瑰花结形成率（E-RFC），改善血液循环，修复结肠粘膜的作用。[12]马贵同等对具有清热解毒、活血化瘀的清肠栓（三七、马齿苋等）实验结果表明：对E大肠杆菌O_{55}为主要抗原致敏家兔制作的溃疡性结肠炎模型具有改善和修复粘膜、缓解充血水肿，减少细胞浸润，促进溃疡愈合的作用。[13]

1.4.1　中药内服法

1.4.1.1　专方专用

李恩复的腹泻停具有清热除湿、调理脾胃的作用，由葛根、黄连、地榆、秦皮、诃子、五倍子、儿茶、白芍、木香、香附、神曲组成。[14]李庆杭的升阳除湿汤合溃疡散具有

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

健脾燥湿作用。[15]吕德，卢进宝的陈荷散（陈皮、荷叶、砂仁）和舒肝理肠汤（陈皮、白术、白芍、防风、柴胡、元胡、木香、黄连、白花蛇舌草）具有行气解郁健脾作用。[16,17]林家坤与朱德梓则按脾虚血瘀、湿热积滞之机，各倡加味桂枝大黄汤与归芪地榆苦参汤主治溃结。方由：黄芪、当归、赤芍、苦参、地榆、椿根皮、薏苡仁、茯苓、木香、大黄组成。[18][19]

1.4.1.2 辨证用药

脾胃虚弱予参苓白术散；湿热内蕴予枳实导滞汤、芍药汤等；脾肾阳虚予真人养脏汤、四神丸合四君子汤等；肝郁脾虚予逍遥散加减；阴血亏虚予驻车丸等；气滞血瘀予四逆散合膈下逐瘀汤等。寒热错杂予乌梅汤加减。

1.4.2 药物灌肠法

由于 UC 的病变大部分位于结肠下端，以直肠和乙状结肠为主，肠道给药，使药物直达病所并保持较高浓度，充分发挥治疗作用。避免了口服药被胃肠酸碱消化液、消化酶及肝脏对药物的破坏，分解的影响，有利于提高疗效，显示了该病的治疗优势，是目前公认的有效方法。肠道给药主要有以下方法：

1.4.2.1 煎剂

马英生以解毒除湿，祛腐生肌，止血的土茯苓等煎水加锡类散保留灌肠治疗脾虚夹湿型 UC；土茯苓、伏龙肝煎水加生肌散保留灌肠治疗脾肾两虚型 UC、治疗 50 例，治愈 28 例，基本缓解 15 例，部分缓解 1 例。[20]朱雪萍以一见喜、生地榆煎水灌肠，治疗 85 例，痊愈 61 例，好转 22 例，无效 2 例。认为本方对肠粘膜表面有收敛止血作用，还能消炎止泻，预防直肠、结肠炎的继发感染。[21]吴华以附片、吴萸、黄连、延胡索浓煎 100 毫升保留灌肠，治疗 8 例，近期治愈 4 例，基本缓解 2 例，部分缓解 2 例。认为 UC 的免疫功能紊乱与“肾阳虚”有关。通过补肾阳振奋脾阳，恢复和重健脾的功能，使水湿运化，气机通畅，气血调顺。[22]

1.4.2.2 粉剂

粉剂：将药物制成粉剂，稀释灌肠。王碧辉以溃结清（枯矾、赤石脂、炉甘石、青黛、梅花点舌丹制成粉剂，每次 8g，加温开水 60～100ml，混匀为稀状）保留灌肠，治疗 UC95 例，基本治愈 68 例，好转 22 例；无效 5 例，总有效率为 94.8%。疗效明显高于西药组（63%）。[23]史柯等以肠炎Ⅰ号（元寸、牛黄、冰片、珍珠、朱砂、人参等）共为粉剂，每次 2g 加入生理盐水 50ml 中混匀保留灌肠，治疗 40 例，痊愈 12 例，显效 18 例，有效 8 例，无效 2 例，有效率 95%。疗效高于西药对照组（75%）。[24]张清和等以梅花点舌丹 6 研成粉剂，开水 100ml 混匀，保留灌肠，治疗 60 例，临床治愈 23 例，好转 37 例。认为本品清热解毒、活血化瘀，收敛止泻，能显著增加运物免疫器官的重量，提高腹腔巨嗜细胞功能，是一种较强的免疫促进剂。[25]

1.4.2.3 栓剂

马同贵等以清肠栓（参三七、马齿苋、五倍子等制成栓剂）每晚 1～2 支塞肛，1 月为一疗程，治疗 40 例，显效 15 例，好转 21 例，无效 4 例。疗效显著高于口服西药对照组。认为本品有抑制局部溃疡形成，促进溃疡愈合以及炎症吸收，改善局部症状等作用。[13]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.4.2.4 胶囊剂

郭松河等以生大黄、五倍子等研末制成复方大黄胶囊，在肠镜下将 5～20 粒送结肠患处，每日 1 次治疗 190 例，基本治愈 136 例，好转 44 例。无效 10 例，总有效率 94.8%，疗效明显高于西药对照组（63.6%）。[26]

1.4.2.5 中西药合用

将中药与抗菌素、激素、止痛等西药合用灌肠，其效亦佳。如王梅青等以锡类散 1 克，灭滴灵 0.6 克，2%普鲁卡因 6mg，$VitB_1$20mg，VitC200mg，生理盐水 100ml 保留灌肠，治疗 53 例，痊愈 17 例，好转 31 例，无效 4 例。[27]倪爱德以大黄、赤芍、桃仁、红花、白头翁、黄芪、生地榆、川黄连、苦参、白及、煅牡蛎、赤石脂、苍术、白术等浓煎 100～150 毫升，加柳氮磺胺吡啶粉保留灌肠，36 例痊愈 22 例，好转 10 例，无效 4 例。[28]向左成以锡类散 4 支、云南白药 2 克溶于 0.5%灭滴灵注射液 100ml 中保留灌肠，21 例临床治愈 18 例，好转 2 例，无效 1 例。[29]李天玉以葛根、黄芩、黄连、黄柏、白头翁、败酱草、马齿苋煎水加氢考 100mg 保留灌肠，治疗 90 例，临床治愈 63 例，显效 5 例，好转 16 例，无效 6 例。[30]叶德超以锡痢灵灌肠液（锡类散 2 支、痢特灵 1.2g、抗炎松 75mg）灌肠。[31]孙景兰以云南白药 3g，锡类散 1.2g，SASP2g，庆大 8 万 u，强的松 10mg，1%普鲁卡因 100ml 保留灌肠，都收到较好疗效。[32]

1.4.2.6 中成药：将中成药如锡类散、云南白药、黄连素等稀释后灌肠，均有一定疗效。

1.4.3 辨证，专方加灌肠治疗

在辨证或专方的基础上，配合药物保留灌肠，亦收到较好疗效。旨在以内服药调整整体机能，增强抗病能力治其本；灌肠药直接作用于病灶，修复，愈合局部病变治其标。这样标本同治、内外合治、提高疗效。王玉华将 UC 分湿热蕴结，肝郁脾困，脾虚湿阻三型辨证施治，用苦参、黄柏、五倍子、白芨浓煎 100ml，加云南白药 1g 保留灌肠，近期治愈 15 例，好转 17 例，无效 2 例。[33]王万贵分脾肾两虚，湿热内蕴、气滞血瘀三型治疗，以白头翁、苦参、地榆、马齿苋、白芨、秦皮、防风、黄连、广木香煎水浓缩 100ml 保留灌肠，53 例治愈 41 例，好转 5 例，无效 7 例。[34]黄德诠以补脾健运法（黄芪、党参、白术、当归、赤石脂、乌贼骨、生地榆、赤芍、延胡索、木香、白及、升麻、丹参、甘草）煎服，以土大黄、青黛、延胡索、白芨、黄连煎水保留灌肠，治疗 30 例，痊愈 25 例，好转 5 例。[35]侯英杰以健脾益肠汤（党参、黄芪、当归、白芍、木香、白术、茯苓、陈皮、厚朴、泽泻、炙甘草）煎水内服，以溃结康灌肠方（白头翁、黄柏、地榆炭、五倍子、苦参、赤石脂、白及粉）灌肠治疗 85 例，痊愈 78 例，显效 5 例，无效 2 例。[36]张敏以益脾清肠汤（党参、白术、怀山药、白芍、黄连、马齿苋、甘草）加同用，内外合治，上补下清，则脾胃虚弱得扶，湿热瘀血减，以红藤、木香、苦参、赤芍、煅牡蛎、黄连、马齿苋、墓头回浓煎 150ml 加锡类散 2 支保留灌肠，治疗 40 例，治愈 13 例，显效 16 例，好转 9 例，无效 2 例。认为两方得祛，诸证悉消。[37]

1.5 溃疡性结肠炎治疗用药规律初探

肖冰等对溃疡性结肠炎治疗用药进行了统计分析，从近年来的文献中选取有代表性的

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

65 个内服汤剂与 50 个灌肠用方药，统计各味药物出现频率，结果是：内服药物中出现 30 次以上的有党参、白芍、白术、茯苓、甘草；出现 25 次以上的有黄芪、黄连、木香、白头翁、薏苡仁；20 次以上的有地榆、秦皮、延胡索、肉豆蔻、陈皮、柴胡。灌肠方药中出现 20 次以上的有白芍、黄柏、地榆、苦参、白头翁；出现 15 次以上的有马齿苋、黄连、槐花、紫草、锡类散。可见以补气药、健脾化湿、清热解毒药为多，而其它类的药物较少。[38]

1.6 新药的开发与研制

近年来对溃疡性结肠炎药物的研制开发有了一定的发展，如海南海药研制生产的肠胃康冲剂，主要成分是牛耳枫和辣蓼。二者配伍，辛开苦降，寒热并用，顺其升降，使胃肠得和升降复常。临床实验研究肠胃康有很强的镇痛作用，显著的抑酸作用，抗痉挛作用及抑制肠蠕动作用。经上海中医药大学各附属医院对 180 例病人临床观察：肠胃康对慢性肠炎所致的腹泻有效率为 92.09%，其次对腹痛有效率达 90.57%，粘液便有效率为 88.33%，排便不尽有效率为 88%，腹胀有效率为 82.67%，总体症候疗效可达 92.22%。

再有如沈阳市康乐制药厂生产的固本益肠片，由黄芪、党参、当归、赤芍、补骨脂、延胡索、白术、地榆、儿茶、山药组成，具有健脾益气、温肾助阳、止泻止痛、消炎止血等作用。由上海中医药大学附属医院临床观察 30 例 UC 病人，对粘液或脓血及便秘有效率为 100%，腹痛有效率 91%，腹胀有效率为 91.67%。总有效率为 100%。

2 实 验 研 究

UC 的基础研究主要在免疫发病机理方面进展甚快，已如前述，此处主要介绍实验动物造型方面的进展。

药物学方法动物模型①醋酸作用：动物可选择 SD 雄性大白鼠或豚鼠，禁食 16～24h，实验时以 2%戊巴比妥钠溶液作腹腔麻醉（30mg/kg）并做腹腔清粪，用导管经肛门插人结肠内 8cm，注人 6%～10%浓度的乙酸 2ml，20s 后立即注入生理盐水冲洗，动物可在 1、3^5、周处死。本模型病变可持续 8 周。②鹿角菜及非鹿角菜硫酸化产物：鹿角菜对豚鼠、家兔、小鼠、大鼠和灵长类都可引起实验性溃疡性结肠炎（EUC），5%水溶液 3 周内可使豚鼠出现 EUC 表现；木质磺酸钠、硫酸支链淀粉等高分子硫酸化产物可引起豚鼠、兔 EUC。

病变抗原的作用　将 UC 患者结肠粘膜匀浆，冷冻 24h，融冻以后 3000r/min 速度离心 30min，取上清液提纯，蛋白质含量冰箱保存备用，使用前加入完全福氏佐剂，于动物足跖、背部、腹股沟处每次测定注射抗原 4mg，一般 5 周左右结肠出现典型溃疡，病程可持续 1 年之久。

免疫学方法

(1) 体液免疫　①提供抗原的主动免疫法：将狗结肠粘膜匀浆加 FA 行大鼠足跖注射，10d 后，随着血清抗结肠抗体浓度增高，出现 UC 样表现，30d 后病变减轻，7 个月后仍有溃疡，②提供抗体的被动免疫，将狗结肠粘膜匀浆给家兔腹腔注射，2 周后分离血浆给狗注射，数小时至 1 天内出现 UC 表现，③免疫复合物法：2%晶卵蛋白（CEA）加

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

FA 作抗原，腹腔静脉多次注射使致敏，再将 0.5% CEA 0.2ml 开腹后注射于结肠浆膜，出现 Arthus 反应引起溃疡。

（2）细胞免疫法　用二硝基氯苯（DNCB）反复刺激豚鼠皮肤，连续 15d，动物致敏后再加 DNCB 灌肠，1d 后 DNCB 接触的结肠粘膜出现以溃疡为主的炎性反应，猪和家兔用 DNCB 也可引起相似病变，家兔的 UC 至少延续 2 周以上。

（3）免疫加局部造型方法　取 Wistar 大鼠的大肠粘膜用生理盐水制成匀浆，与 Freund 佐剂混合成乳剂，给体重 3kg 左右的家兔注射免疫，15d 后加强免疫 1 次，致兔抗大鼠结肠粘膜血清达一定效价，颈动脉取血制成抗血清，然后用兔抗血清加 Freund 佐剂免疫大鼠 2 次后，再用 30mmol/L 的酸化牛胆酸钠 1ml 对左半结肠局部刺激，可造成典型 EUC。[39]

高亚菲等对慢性溃疡性结肠炎中医“证”与有关免疫生化物质关系进行了探讨，观察了 31 例溃疡性结肠炎患者的 T 细胞亚群、红细胞免疫粘附功能，血清 SOD 活性、补体 C_3 水平、免疫复合物（CIC）含量、MDA 含量、外周血 NK 细胞活性等有关免疫生化指标。结果表明：大肠湿热组、脾虚挟湿组 CD_4、CD_8 均低于对照组。大肠湿热组细胞红细胞 RCIA、RCIC 均低于正常对照组。大肠湿热组血清 CIC、MDA、SOD 均高于正常对照组。

UC 患者辨证分型中各型外周血 CD_4、CD_8 均降低，反映机体免疫失调和 T 淋巴细胞在体内重新分布。脾虚挟湿组辅助性 T 细胞下降更甚，而脾虚挟湿组 CD_4/CD_8 低于大肠湿热组。中医学认为：脾胃为后天之本，气血化生之源，一旦脾胃虚弱，则脏腑无化生之源，气血精液不足，必然影响机体正常生理功能和抗邪能力，表现为免疫功能低下。这与《脾胃论》“脾胃之气既伤，元气亦不能充，而诸病之所以由生也”是相吻合的。

大肠湿热证型中，肠粘膜可见充血、水肿、溃疡及粘液分泌增多，血清脂质过氧化物、循环免疫复合物升高，与中医所说的邪气盛，病理产物蓄积相类似，而红细胞免疫粘附功能下降，T 细胞 CD_4、CD_8 下降，与中医正气被碍亦相一致。

UC 证型的免疫生化指标的测定，对探讨客观“证”的分型标准，研究“证”的客观指标，为指导临床用药，提高疗效，提供客观实验依据。[40]

（田德禄　刘敏）

【古训今释】

1 病名溯源

中医对本病的认识记载较早，《黄帝内经》将本病称为肠澼，赤沃。如《素问·至真要大论》说“少阳司天，火淫所胜，民病泄注赤白。”“厥阴之胜，少腹痛，注下赤白。”“少阴之胜，腹满痛溏泄，传为赤沃”。《素问·六元正经大论》说“太阳司天之政，四之气，风湿之争，民病注下赤白”。《素问·太阴阳明论》说“饮食不节，起居不时，则阴受之……阴受之则入五脏，……入五脏则月真满闭塞，下为飧泄，久为肠澼。”《难经》中痢疾被作为“大肠泄”“小肠泄”“大瘕泄”。并对其临床症状进行了详细描述。“大肠泄者，食已窘迫，大便色白，肠鸣切痛”“小肠泄者，溲而便脓血，少腹痛”。“大瘕泄者，里急

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

后重，数至圊而不能便，茎中痛。”《金匮要略》将痢疾和泄泻通称为下利。葛洪在《肘后备急方》中，首先用“痢”称本病，将痢疾与泄泻从病名上彻底的区别开来，为后世医家所接受。宋代严用和《济生方·痢疾》：“今之所谓痢疾者，古所谓滞下是也。……余每遇此证，必先导涤肠胃，次正其根本，然后辨其风冷暑湿而为治法。故伤热而赤者清之，伤冷而白者温之，伤风而纯下清血者祛逐之，伤食而下如糜者分利之。又如冷热交并者，则温凉以调之，伤损而成久毒痢者，则化毒以保卫之”。其首先倡导痢疾病名，至今沿用。

2 病因病机

历代医家对痢疾的认识有一个从简单到复杂，从重视局部到重视整体的过程，其间所积累的真知灼见和经验对今日临床仍有着重要意义。

2.1 感受外邪论

东汉·张仲景《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治第十七》认为痢疾的病机多责之“以有热故也”，指出“热利下重者，白头翁汤主之。”同时认识到下利复发者为余邪未清，如“下利已差，至其年、月、日，时复发者，以病不尽故也。”

隋·巢元方《诸病源候论·痢病诸候》“由脾虚大肠虚弱，风邪乘之，则泄痢虚损不复，遂连滞涉引岁月，则为久痢也”。“休息痢者，胃脘有停饮，因痢积久或冷气，或热气乘之，气动于饮，则饮动而肠虚受之，故为痢也。冷热气调，其饮则静而痢亦休也。肠胃虚弱，易为冷热，其邪气或动或静，故其痢乍发乍止，谓之休息痢。”其认为病因上由岁时寒暑不调，外受风邪，或挟冷热之气，或饮食起居无常引起。病机方面主张脾胃大肠虚弱，营卫不足，气血不和，又受外邪而成痢证。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·暑病源流·痢疾源流》：“大抵痢之病根，皆由湿蒸热壅，以致气血凝滞，渐至肠胃之病。”认为湿热郁蒸，阻滞气血，互为搏结，化为脓血，则为湿热痢。明·张介宾《景岳全书·杂病谟·痢》“痢疾之病，多病于夏秋之交，古法相传，皆为炎暑火行，相火司令，酷热之毒蓄积为痢。”认为湿热疫毒之邪，内侵胃肠，薰灼肠道，形成疫毒痢，若时邪寒湿侵入肠胃，因寒性凝结，湿性粘滞，寒湿相兼，以致气滞血涩，肠液凝滞，与肠中秽浊之物相结，亦可下泻为痢。正如明·秦景明《症因脉治》指出：“寒湿痢之因……寒湿时行，内气不足，乘虚感入，郁遏营卫，卫郁营泣，内传肠胃则水谷不化，气血与糟粕互相蒸酿，而痢下赤白之症作矣。”

2.2 饮食所伤论

早在《内经》就认识到本病的病因与饮食不节有关。《素问·太阴阳明病》曰：“饮食不节，起居不时，则阴受之，……入五脏则膜满闭塞，下为飧泄，久为肠澼。”明·程充辑《丹溪心法·痢》曰：“皆由肠胃日受饮食之积余不尽行，留滞于内，湿蒸热瘀，郁结日深，伏而不作，时逢炎暑……又调摄失宜，夏感酷热之毒，至秋阳气始收，火气下降，蒸发蓄积，而滞下证作矣。”《景岳全书·杂证谟·痢疾》“过食生冷，所以致痢……此其病在寒邪，不在暑热。”明·皇甫中《明医指掌·痢疾》所云“痢之作也，非一朝一夕之故，其所由来渐矣。盖平素饮食不节，将息失宜，油腻生冷恣供口腹，醉之以酒，……以致气血俱伤，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

饮食停积，湿热薰蒸，化为秽浊。……脏不受病而病其腑，故大肠受之。”由上可知，饮食不节乃是痢疾的重要致病因素，如过食肥甘酒炙之品，或啖食不洁之物，则成湿热痢；若其人恣食生冷瓜果不洁之物，乃为寒湿之痢。

2.3 内伤七情论

明·秦景明《症因脉治》中曰：“七情内伤痢之因，忧愁思虑则伤脾，脾阴既伤，则转输失职，日饮水谷，不能运化，停积肠胃之中，气至其处则凝，血流其处则泣，气凝血泣，与稽留之水谷互相胶固，则脾家壅滞，而贼邪传肾之症作矣。”验之临床，此因多见于休息痢，为休息痢的主要诱发因素。

2.4 无积不成痢论

《仁斋直指方》指出“痢出于积滞。积，物积也；滞，气滞也。物积欲出，气滞而不与之出，故下坠里急，乍起乍出，日夜凡百余度，……以无积不成痢也。”不仅明确了里急后重的病理机制，而且突出了积滞在痢疾病变中的地位，倡导无积不成痢，为后世治痢疾加用消导及通下之品提供了理论基础。

2.5 痢疾与脾、胃、肾、肠相关论

《景岳全书·杂证谟》认为病之本不在大肠而在脾肾，“凡里急后重者，病在广肠最下之处，而其病本则不在大肠而在脾肾”。同时指出“噤口不食，乃痢疾最危之候。……盖噤口者，以食不得人，虽亦有实热证，而惟脾胃虚寒者居多”。

明·李中梓《医宗必读·卷四·痢疾》认为痢疾多本脾肾，“是知在脾者病浅，在肾者病深；肾为胃关，开窍于二阴，未有久痢而肾不损者，故治痢不知补者，非其治也”。《医略》则倡导“肠中生痈”之说，“前贤论痢疾证论之理正与痈疡病机暗合，但未有直言痈疖、流注、疮疡之属。生于膜原，连络肠胃之间，脓血内溃，渗入肠中，漂澼而下，为痢之赤白者”。指出下痢赤白脓血为热毒壅盛，肉败成痈成疡。

3 治则治法

张仲景认为治疗痢疾首先要辨清其寒热虚实。《景岳全书·杂证谟·痢疾》认为“凡治痢疾，最当察虚实，辨寒热，此泻痢中最大关系”。《丹溪心法·痢》承前贤之说，而多发明，首先对本病的辨证提出“赤痢属血，白痢属气”，“赤痢乃自小肠来，白痢乃自大肠来”以及“血痢久不愈者属阴虚”的见解。《医宗必读·卷四·痢疾》对痢疾的治疗颇有见地，指出“至治法，须求何邪所伤，何脏受病，如因于湿热者，去其湿热，因于积滞者，去其积滞，因于气者调之，因于血者和之。新感而实者，可以通因通用；久病而虚者，可以塞因塞用。”《内经》所谓“陷者举之，”“其在皮者，汗而发之。”

3.1 逆流挽舟法

清·吴鞠通《温病条辨·中焦篇·湿温》曰：“暑湿风寒杂感，寒热迭作，表证正盛，里证复急，腹不和而滞下……”。刘完素曰：“谓有表邪缩于内，当散表邪而愈。”清·喻嘉言

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

根据上述阐述进行发挥，创立疏表救里，逆流挽舟法。如他在《医门法律·卷五·痢疾门》曰“外感三气之热而成下痢，其必从外而出之，以故下痢必从汗先解其外，后调其内，首用辛凉以解其表，次用苦寒以清其里，二剂愈也。失于表者，外邪但从里出，不死不休，故虽百日之远，仍用逆流挽舟之法，引其邪而出之于外，则死证可活，危证可安”。

3.2 调气和血法

金·刘完素《素问病机气宜保命集·泻痢论》认为：“后重则宜下，腹痛则宜和，身重则除湿，脉弦则祛风，血脓稠粘，以重药竭之。”“行血则便脓自愈，调气则后重自除”。其针对痢疾的发病机理为邪与气血相搏结，脂膜和血络受伤，气血壅滞，气机不畅，腑气不通，故腹痛，里急后重，下痢赤白脓血。治疗时行血和血使脓血之消除，调气行气，使腹痛，里急后重消失。

3.3 清热凉血解毒法

若发病急骤，痢下脓血，腹痛剧烈，里急后重，壮热烦躁，此为热毒炽盛，壅阻肠胃，陷入血分。此证东汉·张仲景《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》原有白头翁汤之治，吴鞠通师之，以治疗邪热上冲之噤口痢，即是取其清热解毒之功，吴氏又在白头翁汤中增入黄芩之苦泄清肠，白芍之敛阴止痛，兼调血中之气，名加味白头翁汤，亦即白头翁汤合黄芩汤意，全方既能凉血解毒，又可清热燥湿，尤能缓解下痢之腹痛。立法处方较之白头翁汤更臻全面。

3.4 健脾渗湿法

吴鞠通：“噤口痢，呕恶不饥，积少痛缓，形衰脉弦，舌白不渴，加味参苓白术散主之。”《太平惠民和剂局方》参苓白术散，有补气健脾，和胃渗湿之功，主治脾胃虚弱，食少便溏等证。吴氏以本方复入炮姜、肉蔻，名加味参苓白术散，诚如其方论云：“四君子补脾益气，扁豆、薏仁补肺胃之体，炮姜补脾肾之用，桔梗从上焦开提清气，砂仁肉蔻从下焦固涩浊气，且二药皆芳香能涩滑脱，而又通下焦之郁滞，兼醒脾阳。”可见本方醒脾开胃，斡旋上下，对久痢脾胃虚弱者，最为适宜。

3.5 固涩堵截法

久痢不止固摄无权，滑脱不禁，此时湿热积滞之邪已微，再投疏利之剂，必犯虚虚之戒，治当涩肠固脱。吴氏引桃花汤、四神丸等方加减用之。如人参石脂汤、地黄余粮汤、三神汤等，若属脾胃虚寒、关闸不藏者则用人参石脂汤，此即《温病条辨》所谓“堵截阳明法”是也，人参石脂汤即桃花汤加入参以补气健脾，以炮姜易干姜守而不走，对久痢脱滑更为合拍，若久痢由脾及肾，下焦不固，属阴虚气陷而见肛坠腰痠等证，则用地黄余粮汤，此方以熟地五味子填补肾阴，配以甘平之禹余粮固涩下焦，吴氏所谓“涩少阴阴分”。如属脾肾之阳已衰，纳少运迟，则用三神丸，此方以补骨脂温补肾阳，五味子兼收其阴，肉果则温肠固脱，吴氏所谓“涩少阴阴中之阳”。上列三方均属固脱涩肠之剂，配伍极有分寸，用药各有侧重，临床如按此辨治，必效如桴鼓。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.6 用药宜忌论

治疗痢疾的禁忌具有如下几个方面。蒲松园《医镜·痢》从恰当掌握治法的适应证这一角度出发，提出治痢四忌："一忌温补"，"一忌大下"，"一忌发汗"，"一忌利小便"，而唯清热一法无忌。《医门法律·痢疾门》列律三条，其一："凡治痢，不分标本先后，概用苦寒，医之罪也；其二："凡治痢，不审病情虚实，徒执常法自恃颛门者，医之罪也；"其三："凡治痢，不分所受湿热多寡，辄投合症丸药误人者，医之罪也。"《严氏济生方·痢疾论治》提出治痢初感之时不宜过早使用罂粟壳、石榴皮、诃子、肉豆蔻辈以涩之，因痢疾多因饮食停滞肠间所致。"唐·孙思邈《备急千金要方·卷四十九·热痢第七》对饮食方面提出了禁忌"忌生冷酢滑猪鸡鱼油乳酪酥干脯酱粉咸，所食诸食皆须达熟烂为佳，亦不得伤饱"。

4 方剂用药

《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》曰："热痢下重，白头翁汤主之"说明热毒炽盛，壅阻肠胃，陷入血分之证，当以白头翁汤清热解毒，凉血止痢。虚寒痢则用桃花汤治疗。《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治第十七》"下利……以病不尽故也，当下之，宜大承气汤"。指出下利积滞未除，当消导通下。宋代严用和制定的香连丸、木香槟榔丸等，至今仍然是治疗痢疾的常用方剂。而宋代杨登父治疗慢性痢疾，以温肾为本，攻补兼施，别开生面。他说："凡泄痢无已变作白脓，点滴面下，为之温脾不愈，法当温肾。……真证面色微黑，骨力羸弱，的见肾虚，当用破故纸、当归、木香、干姜、肉桂之属，又宜与阿胶珠、青皮、赤茯苓、黄连作剂，入乌梅、白蜜同煎，荡涤恶秽，积滞即去，则偏数自疏矣。(《仁斋直指方》)。《素问病机气宜保命集》用药方面明确指出："治诸痢者，莫若以辛苦寒药治之"，"治诸痢者，黄连黄柏为君，以至苦大寒，正主湿热之病"，又指出"诸泻痢，久不止，或暴下者，皆太阴经痛，故不可离乎芍药；若不受湿，不能下利，故须用白术，以及"里急后重，须加大黄"，"宜加木香、槟榔"等，均为后世医家所宗。清代吴鞠通遵逆流挽舟法治疗痢疾，立加减小柴胡汤，与败毒散各有不同的适应证。《温病条辨》九十六条云："内陷方者，由浅入深也，治之法不出喻氏逆流挽舟之义，盖陷而入者，仍提出之出也，故以柴胡由下而上，入深出浅，合黄芩两阳之邪，以人参、谷芽宣补胃阳，丹皮、归、芍内护，谷芽推谷滞，山楂推血分之滞，谷芽升气故推谷滞，山楂降血分，故推血分之滞也"。清张璐对休息痢一证尤有心得，他说"休息痢，此证多因涩太早，积热未尽，加之调摄失宜，不能节食戒欲，所以时作时止，补中益气汤加肉果、木香，吞驻车丸。亦有阴虚多火，不能胜任升、柴、木香、白术者，用驻车丸加入参、肉桂、乌梅之类。有积可加枳实、炮姜、楂肉。"

展 望

急性细菌性痢疾和阿米巴肠病，经中西医及时治疗后，预后良好。慢性细菌性痢疾和

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阿米巴肠病，一般病情缠绵，常可持续数月到数年不等，慢性菌痢多对西药产生耐药性，效果欠佳，慢性阿米巴痢疾体质较弱而且耐受力差，往往不能耐受抗阿米巴药物长期，反复治疗。中医药具有明显优势，可根据病人的证候，辨其虚实，扶正驱邪。亦可采用丸剂、片剂、散剂、药粥、药膳等形式，以利于病人接受和坚持治疗。

溃疡性结肠炎治愈难度大，且愈后常易复发。目前中医辨证治疗虽初具疗效，但仍存在很多问题。①报道较多采用一个固定方药来治疗这个病机复杂，寒热虚实相混的疾病，势必药力分散，效果欠佳。应根据病机转化规律，分阶段进行论治。②大部分报道缺乏对照或对照不合理，从而降低了可信度和可比性。③本病病程长，常易复发，报道中没有追踪随诊，今后应加强抗复发的研究。④本病癌变率较高，对有癌变倾向的病人应予以警惕，做好癌前检测工作，重点研究中医药防治溃疡性结肠炎癌前病变。减少结肠癌的发病率。

（田德禄　李军祥　刘敏）

近现代参考文献

[1] 吕永慧. 溃疡性结肠炎的研究近况. 中国中西医结合脾胃杂志，1996 (2):116～119

[2] 陈治水，危兆海，陈泽民. 慢性非特异性溃疡性结肠炎辨证和诊断疗效标准. 中国中西医结合杂志，1994 (4):239～240

[3] 巫协宁. 溃疡性结肠炎发病机理研究的最新进展. 新消化病学杂志，1995 (3):129～131

[4] 李乾构. 中医胃肠病学. 北京：中国医药科技出版社，1993. 636

[5] 汪鸿志. 溃疡性结肠炎的发病机理和诊治. 中华消化杂志，1999 (5):50

[6] 赵明亮，等. 中医药治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 96 例的临床分析. 中医杂志，1993 (5):287

[7] 李志民. 辨证治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 34 例临床疗效观察. 福建中医药，1991 (6):7

[8] 周亮，周富明. 蒋文照教授治疗慢性非特异性溃疡结肠炎的经验. 中医教育，1993 (4):35

[9] 黄德平，罗振华. 名老中医梁乃津治疗溃结之经验总结. 现代中医，1993 (4):147

[10] 许自成. 中西医结合治疗消化道疾病的主要成就. 中国中西医结合脾胃杂志，1996 (3):129～133

[11] 田维君，何忠海. 溃疡性结肠炎论治八法. 四川中医，1991 (1):16

[12] 郭建生，金竹秋，蒋孟良等. 保元肠疡灵胶囊抗慢性溃疡性结肠炎的实验研究. 中草药，1993 (5):253

[13] 马贵同，詹剑烈，章系仪. 清肠栓治疗溃疡性结肠炎的临床及实验研究. 上海中医药杂志，1991 (9):1

[14] 李建新. 李思复教授治疗溃疡性结肠炎的经验. 河北中医，1993 (2):41

[15] 李庆杭. 升阳除湿汤合溃疡散治疗慢性溃疡性结肠炎 15 例. 实用中医内科杂志，1992 (4):23

[16] 吕德. 陈荷散治疗溃疡性结肠炎的疗效观察. 浙江中医药，1993 (3):156

[17] 卢进宝，陈世超. 舒肝理肠汤治疗溃疡性结肠炎 42 例. 临床医学，1991 (5):262

[18] 林家坤. 加味桂枝加大黄汤治疗溃结 24 例. 成都中医学院学报，1991 (3):19

[19] 朱德樟. 归芪地榆苦参汤治疗溃结. 吉林中医药，1995 (3):17

[20] 马英生，等. 土茯苓合剂灌肠治疗慢性溃疡型结肠炎 50 例. 天津中医，1993 (1):6

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[21] 朱雪萍. 一见喜、生地灌肠治疗慢性结肠炎 85 例. 上海中医杂志，1992 (4):19
[22] 吴华. 中药煎剂保留灌肠治疗非特异性溃疡性结肠炎. 云南中医杂志，1990 (1):12
[23] 王碧辉，任顺平，冯五金，等. "溃结清"治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 106 例. 北京中医杂志，1992 (2):27
[24] 史柯，王亚峰，张明昌，等. 肠炎散治疗慢性溃疡性结肠炎 300 例. 实用中西医结合杂志，1992 (8):486
[25] 张清和. 梅花点舌丹治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎 60 例. 实用中医药杂志，1993 (3):34
[26] 郭松河，李怀军，李俊锋，等. 复方大黄胶囊治疗慢性溃疡性结肠炎 190 例. 陕西中医，1993 (1):13
[27] 王梅青，崔俊元. 锡类散、灭滴灵为主灌肠治疗慢性结肠炎 52 例临床观察. 河北中医，1993 (2):16
[28] 倪爱德. 中西医灌肠治疗溃疡性结肠炎 36 例疗效观察. 黑龙江中医药，1993 (3):8
[29] 向左成·锡类散与云南白药合灭滴灵保留灌肠治疗慢性溃疡性结肠炎 21 例. 实用中医药杂志，1993 (4):20
[30] 李天玉，李愀. 中西药联用灌肠治疗溃疡性结肠炎 90 例. 辽宁中医杂志，1993 (7):5
[31] 叶德超. 中西医结合治疗溃疡炎直肠炎. 中西医结合杂志，1990 (5):306
[32] 孙景兰. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎 44 例. 浙江中医杂志，1992 (9):394
[33] 王玉华. 辨证论治配合保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 34 例. 湖北中医杂志，1993 (5):6
[34] 王万贵. 辨证服药与灌肠治疗慢性结肠炎 53 例. 陕西中医，1992 (1):18
[35] 黄德铨，等，补脾健运法治疗溃疡性结肠炎. 四川中医，1992 (6):25
[36] 侯英杰. 自拟健脾益肠汤合溃结康治疗慢性结肠炎疗效观察. 实用中医内科杂志，1993 (4):34
[37] 张敏，高祥福. 益脾清肠汤治疗慢性结肠炎 40 例. 浙江中医杂志，1992 (12):533
[38] 肖冰，周顾之，张万岱. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎进展. 中国中西医结合脾胃杂志，1995 (3):185～187
[39] 吴丹明. 试验性溃疡性结肠炎的研究概况. 中国肛肠杂志，1992 (3):33
[40] 高亚菲，朱昭明，李旭. 慢性溃疡性结肠炎中医"证"与有关免疫生化物质关系的探讨. 西安医科大学学报，1996 (3):356～357

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 便　秘 ❊

便秘是各种原因引起的大便排出困难，便质干燥坚硬，秘结不通，艰涩不畅，排便次数减少或排便间隔时间延长，或虽有便意而排出困难的病证。

便秘的有关论述在内经中有“大便难”、“结不利”的描述。汉张仲景《伤寒论》一书中称之为“不更衣”、“阴结”、“阳结”、“脾约”。宋·朱肱《类证活人书》中论及到了大便秘的概念，直至清·沈金鳌《杂病源流犀烛》中才比较明确地提出“便秘”的名称。在古典医籍中又有“实秘”、“虚秘”、“气秘”、“冷秘”、“热秘”等之分。

便秘是临床常见症状，可独立发病，亦可发生在各种急、慢性疾病过程中，症状间断出现或持续存在，发病率较高，尤其是老年人发病率更高。

西医的习惯性便秘、肠神经官能症，各种原因引起的肠粘膜应激能力减弱而出现的便秘，或因直肠、肛门疾病，药物作用等出现的便秘，均属本病的范畴。至于因肠道或肠道临近脏器的肿瘤压迫，或其它疾病并发的便秘，除进行辨证治疗便秘外，应针对原发病进行治疗，不得拘泥于单纯的“便秘”的辨证论治。

【今日临床】

1 诊断标准

关于便秘的诊断标准，目前国内外尚缺乏法定的规范的或经某专业学术团体集专家之大成，集体制定的统一行业标准。鉴于正常人群中排便次数的个体差异较大，因而对便秘做出确切的诊断标准并非易事。有人将排便费力和粪便干结即定为便秘，但多数学者认为应包括排便次数，即每周少于 2 次。我国医学界对便秘的诊断与治疗已积累了丰富的临床经验。全国中医内科学会脾胃病专业委员会主编的《中医胃肠病学》（1993、中国医药科技出版社），提出了便秘的诊断及疗效评定标准。其诊断标准分为主症：大便干燥或秘结不通，常 2、3 日以上方排便一次；或虽大便间隔时间如常，但排便艰涩、粪质坚硬；亦有少数患者屡有便意，大便亦不干燥，但排出不尽。此症患者可有头昏头胀，纳差，多梦少寐，腹胀甚至腹痛。长期便秘者可诱发肛裂肛瘘。腹部切诊可扪及左下腹条索状包块。并指出本病证多见于老年人、久病之后及产妇，身体虚弱者。凡具备 1 项主症，参考次症即可诊断为便秘。该诊断标准对临床症状如主症和次症的描述均较详细，唯对大便间隔时间的确定不够确切，有碍疗效的判定。《中药新药临床研究指导原则》制定了便秘的诊断标准，现参照该指导原则及《中医胃肠病学》制定便秘的诊断标准及疗效评定标准。

1.1 病名诊断标准

主症：排便时间延长，每次排便之间隔在 72 小时以上；便质干结，甚则为羊屎或干燥团块状，排便费力；大便并非干结而排出困难者。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

次症：伴有腹胀或腹痛；诱发肛裂或痔疮；腹部切诊左下腹可扪及条索状粪块。

使用说明：功能性便秘在1个月以上者。经检查证实由直肠、结肠器质性病变（如肿瘤、克隆氏病、结肠息肉、肠结核等）所致肠粘连狭窄而引起便秘者。其它疾病合併便秘者。

具备主症1项，次症可有或无，或次症两项以上即可诊断为便秘。

1.2 证类诊断标准

胃热腑实 大便干结或便燥成球状，小便短赤，口干口臭，舌红苔黄，脉数或弦数。

气阻痰湿 大便干结，排便困难，或大便粘腻，排便不爽，便意频频，便难排出。胸闷胁胀，腹胀或腹痛，舌质红苔腻，脉弦。

气虚血亏 大便干结，无力排出，气短心悸，面色皖白，舌淡或干瘦面红，苔薄或少苔，脉细数或沉细。

阳虚寒凝 大便干或不干，排便困难，形寒怕冷，腰酸冷痛，舌淡苔白，脉沉迟。

瘀痹积聚 大便干或不干，难以排出为主，肛门坠胀，便意频频，或便带脓血，腹胀腹痛，舌质可见瘀斑或舌质紫黯，苔厚腻，脉沉或沉涩。

2 中心证候特征

大便干结、便秘不通、排出不畅是便秘的中心证候。病人可伴有腹胀、腹痛、食欲不振、脘腹胀满、脘腹冷痛、口干舌燥等证候。

大便干结 初发病时，大便干结，排便费力，不能每日排便，或大便习惯改变，间隔时间延长。此时症状比较单纯，患者往往通过调节饮食，适当运动，或自服方便药品而治愈。若大便干结日久不愈，或失治误治，疾病会进一步发展，大便干结愈来愈重，甚则呈羊屎球样大便，排便困难，并出现全身症状，应详细询问病史，认真分析症状，注意观察舌苔变化。大便干结，有苔者多为实证，苔黄厚腻，脘腹胀满，口干口臭，大便几日不下，乃胃热腑实证。患者脘腹胀满不欲食，呕恶嗳腐，当属食积热结证。在急性热病中，患者壮热烦渴，邪气入里化热，传入阳明胃肠，实热与积滞互结，腑气不通，脘腹胀满，腹痛拒按，苔厚腻或焦黄起芒刺，实热内盛，燥结不下，而呈阳明燥热证。实热内盛燥结不下，热盛于内，耗竭津液，口干舌燥，舌红质干，便难，溲少而黄，乃为热结津伤之象。

秘结不通 大便干结与秘结不通的区别在于，后者之大便秘结，其形成并非是肠胃积滞和肠胃实热互结之阳明腑实证。大便质地秘实而不一定干结，尤其不为燥实。秘而不坚，结而不通，常常伴有阴津不足，形瘦干枯，五心烦热，口干舌红、脉细等阴虚内热证候。阴津不足，肠胃失于濡养，肠液干涸，大便秘结不通。大失血患者，阴血亏损，血虚不荣脏腑，络脉空虚，肠亦干枯不滋，通降失常，大便秘而不通。肺气不足，脾气虚弱，乃至全身之气匮乏，肠虚推动少力，便秘不下。气虚患者，脾肾阳衰，下焦失温，温煦蒸腾之力受损，津液遇冷而寒凝，肠间失养，肠内凝固，大便秘结不通。

排出不畅 大便干或不干，因排出困难，使排便时间延长，便意频频，屡屡登厕，但大便难下。此非实热内结，又非阴津气血不足，实乃中焦气滞，肠胃失和，或痰浊湿邪壅

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

盛，停留肠间，滞而不爽，大便不干不燥，粘腻相夹，难以解下，气滞日久，肝血不调，血运不畅，气血凝滞，腹痛下坠，排便不尽。

各种原因造成的腹内或肠内癥瘕积聚，肠道运行受阻，大便干结或不干结，使排便不畅或排便困难，甚则夹带脓血，腹痛腹胀，腹部可扪及肿块。

3 病　因

3.1 原发病因

便秘一证，病在大肠，虽为腑病，然与其它脏腑、气血津液关系密切。凡是影响大肠的传导功能，或引起糟粕传化失常的因素，皆可造成便秘。

胃肠积热　胃主受纳，具有腐熟水谷之功能，又主通降，以降为顺。大肠为传导之官，能将糟粕传出体外，若平素喜食辛辣，过食肥甘厚味，过饮烈酒，及过服温补之品，使胃中积热，胃之降浊功能不畅，积滞于胃中，积滞日久，郁而化热，热从燥化，肠之传导功能失常。

肺失肃降　外感风寒，寒从热化；外感风热，热邪伤肺，肺之肃降失常。大肠为肺之腑，肺气下达，津液下行，大肠传导正常。肺失肃降，津液不能下达，肠失濡养，而肠间积热，则传导失常。

情志不畅　肝气郁结，气郁化火，肝郁化热，火邪灼土，肝胃失和。气郁过久，肝气横逆，伤脾犯胃，清阳不升，浊阴不降，气郁于中，痰阻于内，气机闭塞，胃气不降，腑气不通，大便停留，便而不爽。

血虚津亏　血能营养和滋润全身，给全身脏腑组织器官以充分的营养。血的生成不足，和持久过度的耗损，血的滋润和营养减弱，致全身血虚，肠失濡养，使肠壁枯衰，传导乏力。津液有滋润和营养的功能，津液的生成，津液的输布和津液的排泄与肺、脾、肾关系密切，肺、脾、肾三脏的生理功能失调，津液的生成、输布和排泄就会出现病理变化，津液亏损，肠液减少，肠失濡养，肠的传导失常。

气虚乏力　一身之气皆属于肺。肺气虚弱，全身之气虚弱，脏腑之气衰微；脾气虚弱，运化无权，水谷精气不能输布全身。肺脾两气虚弱，致大肠的动力不足，使肠内容物停留阻滞，出现便秘。

阳虚寒凝　素体阳虚，或过食寒凉之品，过服苦寒之药，使阳气更虚，真阳受损。年老体弱者，肾阳虚衰，下焦失养，温煦失职，津液不能蒸发，肠内失养，推动乏力，虚寒内盛，便难固涩。

3.2 继发原因

癥瘕积聚　腹内癥积，乃实在之物，可在肠间腹内，或在肠内形成，固体之物，可大可小，可压迫肠管，亦可阻滞于肠内，致使本来传导正常的大肠功能，受到影响，大便不畅继发于癥积之后。各种原因引起的肠内胀气，或肠外积气，使肠壁膨胀，或肠管受挤压，而使大肠推动受阻，传导失常。

失血失液　各种原因造成的大失血，或严重呕吐、腹泻，高热不退等原因使体内阴血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

枯竭，津液亏损，脏腑失之濡养，脾之运化失常，肠中津液亏损，不能正常传导，继发便秘。

大肠蠕动失常　各种疾病引起的肠功能紊乱，蠕动减少，传化失常，传导糟粕变慢，继发便秘。

4 病　机

4.1 发　病

便秘是常见症。可见于各种年龄。老年体弱者，久病气阴俱伤的病人，喜食辛辣，胃火炽盛者，好发便秘。无明显季节性，慢性起病，可急性发作，便秘严重者可引起剧烈腹痛，甚则出现全身症状，需紧急处理。

4.2 病　位

病位主要位于大肠。胃热炽盛，胃气不降，肝失疏泄，肝郁化火之实证、热证与肝胃有关。久病体弱，肺气不足，肾阳虚衰，当责之于肺、肾二脏。各种原因造成的失血、失液、血不充养、津液不足，与气血的关系也很密切。

4.3 病　性

便秘之本应属虚证。因其气虚、血虚、肺虚、肾虚，使肠之传化失常。然其标证常属热证、实证，热邪和实邪加重了便秘的形成和症状的发展与转化。本虚标实，标证为主时即为热证、实证。气机痰湿阻滞，应为实邪致病。瘀痕积聚为实邪，久病可导致虚证。

4.4 病势与病机转化

本病之形成，首先决定于机体脏腑的盛衰与邪气之有无。先天禀赋充实，脏腑功能平衡，大肠传化功能正常。若长期情志失调，饮食失和，肝郁化火，胃火炽盛，肝胃之热，均能影响大肠传导功能，而发生便秘。病之初多为实证、热证。久病或疾病反复发作，病情逐渐加重，便秘成为顽疾。大便秘结，长期存留肠中，使腑气难以通畅，大肠传导功能受到损害。大肠不能正常传导，大便秘结越发加重。本病之关键应是大肠传导功能失常。外邪侵袭，肺失肃降，津液不能下达，可致大便难。

年老体弱者，肺气不足，肾阳虚衰，往往出现全身气力虚弱，气虚而致脏腑功能失调。大肠是胃的降浊功能的延伸，大肠无力降浊，传导糟粕功能失常，糟粕停留，滞于肠中。肾阳衰微，下焦虚寒，大肠得不到温煦，使肠失去生理活动能力。阳虚寒凝，出现因虚而闭阻的真虚假实证。

久病之体，耗气伤阴，津液亏虚，血脉不足，络脉失充，肠壁失养，肠之蠕动功能失常，或大量失血者，阴液虚亏，肠液干涸，传导无力，更加重便秘及大便艰涩之证。

总之，本病初起多为实证、热证，或虚实兼夹。正气虚弱，邪气旺盛，乃本虚标实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证。气虚无力，肾阳亏损，津虚液乏，乃为真虚之证，并见大便秘结，艰涩难解，是真虚假实证。

4.5 证类病机

胃热腑实　喜食辛辣燥热，好食肥甘厚味，致使胃中积热，过饮烈酒，多服温热之药及滋补之品，温热之味，使胃肠燥热。或外感热证，热邪伤肺，肺胃之津不能下达大肠，大肠积热，肠液耗散，导致便秘。

气阻痰湿　情志不畅，忧愁多虑，气郁不畅，肝失调达，气机阻塞，肝木侮土，胃肠失和。气郁化火，炼液成痰，痰湿积聚，腑气不通，浊气不降，大肠气机不畅，传导不利。素体肥胖，痰湿内盛，或过食肥甘，痰湿内生，湿邪滞留，邪碍脾阳，脾失健运，痰浊阻滞，停留肠间。脾失运化，气机不调，清阳不升，浊阴不降，痰浊积滞不能通降，糟粕内停，而为便秘。

气虚血亏　年老体弱，气虚乏力，久病之后，气阴两伤，尤其形体干瘦阴精亏虚者，使全身脏腑失去濡养，妇女产后，或大失血者，阴血丢失，络脉失养，血虚亦可致气虚，气血双虚，大肠推动乏力，血虚肠络失养以致大肠失去了正常的传导功能，无力使大肠糟粕排出。阴精亏虚，肠燥失养，可致便秘。

阳虚寒凝　气虚阳虚之体，或过食寒凉，损伤脾阳，脾阳不振，运化失职，腹冷寒凉。或年老体弱，命门火衰，下焦虚寒。脾阳不足，津液不能正常运化输布。肾阳亏损，下焦温煦失权，阴液不得温而不能蒸发，乃阳虚寒凝之根本，阳虚于里，寒凝于内，糟粕固于肠间，而失去正常传导。

癥瘕积聚　久泻久痢，久治不愈。大肠传导功能受损，出现气滞浊积，肠内胀气，肠胀而少传化，湿浊与糟粕互结，停留肠间，排便不爽。久病大病，病邪耗伤阴血，血瘀气滞。癥积肿块形成，肠外压迫，或肠内堵塞，使便行不畅。便结难行为其标证，应审因求本。

5 临证思路

5.1 确立诊断

《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》（1994年6月）中规定的便秘诊断依据有两条："1. 排便时间延长，3天以上1次，粪便干燥坚硬。2. 重者大便艰难，干燥如栗，可伴少腹胀急，神疲乏力，胃纳减退等症。"由此可以看出典型的便秘应具备两个条件：其一是排便间隔时间延长，其二是粪质干结，排出时耗时费力，并由此引起一些相应的症状。在临床实践中，可见到便秘的临床表现各不相同，并非所有的便秘患者都具备以上两条或一条中的所有条件。例如有些患者排便间隔时间超过3天以上，但大便性状并不一定干硬，或排便动作并不感到费力，亦无其他不适症状，这种情况若单从便秘一词的字面上去理解，并不具备大便秘结不通这一症状，也没有满足上述的诊断标准，古人也确有不视其为便秘者。如《景岳全书·秘结》中说"但察其胸腹下焦，若绝无胀实痞塞、急坠欲解等患，此其中本无实邪，即虽十日、二十日不解，亦自无妨，切不可因其

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

不便，强为疏导。”但根据现代所掌握的医学知识，粪便中含有多种有害物质，排便间隔时间过分延长，必然导致这些有害物质吸收增加，危及人体的健康。流行病学资料亦表明结肠、直肠癌的发病和排便间隔时间过长有一定关系。因此我们认为长期的习惯性的排便间隔时间过长（超过3天以上），无论其大便干结与否，有无排便困难，都应视同便秘加以调治。另外一种情况与此相反，排便间隔时间并不延长，但粪质干硬，或虽不干硬但排便时耗时费力，久之则易继发痔疮、肛裂等肛门疾患，甚至因为排便时的过度用力诱发心脑血管疾病的急性发作。因此也同样应视其为便秘加以治疗。

5.2 分析病位

大肠为传导之官，主排泄糟粕，故便秘的直接病位在大肠。大肠的传导功能离不开气机的升降出入，而气机的升降出入是由诸多脏腑共同参与完成的。肺居上焦，主一身之气，与大肠互为表里，肺气的肃降直接关系到大肠的传导；脾胃居于中焦，为气机升降之枢纽，二者一脏一腑，一升一降，关系到全身气机的流畅，大肠的传导功能与此关系尤为密切；肝在下焦，性喜条达，其气主升，肝脏的疏泄功能和气机的运动攸攸相关。肾脏虽与气机运动无直接关系，但肾为元阴元阳之所在，又司二便，故也与便秘有直接关系。由此可见，诸多脏腑的功能直接影响到大肠的传导。从治疗的角度看，病位虽在大肠，其治疗往往是从调理五脏功能入手，因此临证时明晰病证所涉及的是何脏何腑，非常重要。若不明此理，一见便秘，即施通泄之法，鲜有能获良效者。

分析病位应从发病原因，伴随症状，舌苔脉象等方面入手。如感冒时邪，急性起病或起于急性热病之后者，或其人素有咳嗽痰喘者，其病在肺；情志所伤，伴见胸胁胀满，情志不舒，心烦易怒，脉象见弦，其病位在肝；饮食失节，伴有纳差食少嗳腐吞酸者，其病在脾胃；房劳所伤，或年老体弱之人，兼见腰膝酸软、头晕、耳鸣等症者，其病位在肾。只有认清病位，并根据脏腑之特性遣方用药，才能取得预期的疗效。

5.3 辨析病性

便秘的辨证定性应根据邪气有余和正气不足的侧重不同分为实秘与虚秘两类。如明代张景岳所说：“阳结者，邪有余宜攻宜泻者也；阴结者，正不足宜补宜滋者也。知斯二者，即知秘结之纲领矣。”这里所述的阳结即今之所谓实秘，阴结即今之所谓虚秘。这样分类便于提纲挈领地辨识病证，指导治疗。

实秘，是以实邪阻滞为主要病机引起的一类病证。六淫邪气的风、寒、暑、湿、燥、火；七情致病引起的气郁；饮食不节所致的食积；病理代谢产物的痰浊、瘀血等均能导致实秘。为了便于指导临床实践，不致条目纷杂，过于繁琐，本篇在分证论治中选择临床上较为常见，又相对独立的燥热（火）、气郁、寒凝三证单列条目进行讨论。而对较为少见或继发于其它病机的一些实秘病证则附列于有关病证之后附带论述。例如风邪郁闭造成的“风秘”，临床较少单独出现。由外风引起的风秘，一般见于急性外感热病，其病机是风邪闭肺，致肺气郁滞，影响大肠传导所致。故附于“气机郁滞”证中加以讨论。内风所致者多发生在肝肾阴虚的基础之上，故附列于“肝肾阴虚”证中讨论。暑邪致病，一则为热，一则为湿，热盛者可参见“胃肠燥热”证辨治，湿盛者可参见有关湿邪便秘的诊治，故未

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

列章节。湿邪导致的便秘，临床上确能看到，在《素问·金匮真言论》中就有“太阴司天，湿淫所胜……大便难”的论述，宋朝医家严用和论述的五秘之中亦明确提出了“湿秘”的概念。但由外感湿邪导致的纯实秘范畴的湿秘，临床似不多见。便秘病中出现的湿邪郁阻一般有两种情况，其一是气机郁滞，津液输布失常引起的湿邪阻滞；其二是脾胃虚弱，运化无力导致的水湿停留，故湿秘的治疗分列于“气机郁滞”和“脾胃气虚”证中加以论述。痰浊、瘀血和食积也是一样，多继发于气机郁滞和气虚失运，故亦在相关证中予以讨论。

与实秘相比，在习惯性便秘中虚秘更为常见。虚者，正气不足也，正气者，气血阴阳也。故气、血、阴、阳的虚衰与不足均能引起便秘。本篇在虚秘中分设“气虚失运”“血虚肠燥”“肝肾阴虚”“脾肾阳虚”证加以论述。

如此分证论治仅为便于临床运用，临床上不仅纯虚、纯实较为少见，即使实秘中亦往往有多种邪气交织出现，虚秘中亦多非单纯的一种正气之不足，故临证时，应详加辨析，随证施药。

6 临床治疗

6.1 分证论治

6.1.1 燥热腑实

临床表现：大便干结，胸腹满闷，或腹部作胀，甚则疼痛拒按，小便短赤，口干口苦或口气臭秽，口渴思冷，舌质红赤，舌苔黄腻或黄燥，甚则焦黑燥裂，脉滑实有力。或兼见身体壮热，濈然汗出，不恶寒而恶热，重者可见神昏谵语。

病机分析：燥热腑实证便秘，属于古医籍中“阳结”、“热秘”的范畴。本证的实质是阳热有余，灼伤津液的实热之证。外感时邪，失于调治，化热入里是本证的常见原因；不良的饮食习惯如嗜食肥甘厚味、辛辣炙煿或饮食不节，恣饮酒浆，亦可致肠胃壅塞，郁而化热而成肠胃燥热之证。此外，若阳盛之体又遇情志刺激，致肝火暴张，横犯中焦而致燥热腑实者亦可见之。热为阳邪，易消烁津液，阴津耗伤，肠失濡润，水枯舟停故可见大便燥结，数日难行；糟粕淤塞肠间，气机失于通降故可见胸腹满闷、作胀及疼痛；邪实内踞故按之痛甚而拒按；热灼津伤，故小便短赤，口干欲饮；糟粕停留，内热熏蒸，浊气上犯故可见口苦口臭；实热内踞，迫津外泄故见身热汗出；邪热入里，表证已去，故见不恶寒反恶热；秽浊之气上扰清窍，神明失司，故可见神昏谵语。舌红苔黄，脉滑有力均为燥热腑实之征象。

转归：燥热腑实证便秘临床较少单独出现，多与急性外感热病和一些内科杂症相兼出现。可见于西医学的急性感染性疾病（如急性肺部感染、胆系感染、急性单纯型阑尾炎、急性胰腺炎等）和急性心脑血管疾病（如急性脑血管意外、急性心肌梗塞）中。因此及时正确地加以治疗不但关系到便秘本身的转归，也直接影响着兼夹疾病的预后。单纯的燥热腑实证便秘，虽然起病急骤，病情较重，但属于大实大热的实证范畴，邪气虽盛而正伤不甚，只要辨证准确，调治得当，一般数日之内即可治愈，且愈后极少复发。与其他疾病相兼出现者，只要有燥热腑实存在，无论其原发疾病如何，亦往往以通腑泻热为先。临床实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

践证明，通腑泻热法在许多疾病的治疗中占有重要地位。如风火相煽所致的急性脑血管病，其初期往往见有燥热腑实证的存在，及时给予通腑泻热，可以起到釜底抽薪，急下存阴之功效。再如在急腹症的治疗中，通腑泻热法也是很重要的治疗原则。

治法：通腑泻热。

方药：根据病情轻重可分别选用《伤寒论》调胃承气汤、小承气汤或大承气汤加减。

大黄　厚朴　枳实　栀子　芒硝　甘草

急性单纯性阑尾炎见有燥热腑实便秘者可参此治疗。本病属中医“肠痈”范畴，多因暴饮暴食，嗜食膏粱厚味致肠胃郁热，气滞血瘀所成。治疗时除通腑泻热之外，宜佐以活血消痈。方选《金匮要略》之大黄牡丹皮汤，药用大黄、牡丹皮、桃仁、冬瓜仁、芒硝。此外方中还可加红藤、败酱草等，以增强清热解毒、活血消肿的作用。

急性水肿型胰腺炎或急性胆囊炎早期亦以燥热腑实证居多，但同时往往兼有肝胆郁热的证候。治疗时可从本法变通，在通腑泻热的同时佐以清利肝胆和解少阳之品，方选《金匮要略》的大柴胡汤，药用柴胡、黄芩、芍药、半夏、生姜、枳实、大枣、大黄。

燥热腑实证便秘还有一个特殊类型即《金匮要略》中所称的“脾约”症，《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》指出：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约。”阐明了脾约症的病机是胃肠燥热，脾阴不足。主要临床表现是大便干结，小便频数。根据我们临床体会，小便频数一症并非必见之症，凡急性热病见燥热腑实便秘，病气盛实而体质稍差者，或慢性便秘属于燥热腑实又难一泻了之者均可按“脾约”论治。治疗上一方面要通腑泻热，攻逐里实，另一方面又要养阴润燥顾护正气，方选《伤寒论》之麻子仁丸，药用大黄、枳实、厚朴、麻仁、杏仁、白芍、蜂蜜。由于临床因便秘而求治者，慢性习惯性便秘远较急性热病之便秘多见，故本方较之承气汤类更为常用，常可作为燥热腑实型便秘的首选方剂。

加减：临证时还应根据燥热腑实形成的不同原因以及病证牵涉到的不同病位加减用药，如因暴饮暴食，食滞胃肠，郁积化热者可加莱菔子、槟榔、黑白丑等消积导滞；若素体肝旺又遇情志刺激而诱发者宜加芦荟、龙胆草等清肝泻火，或用《宣明论方》的当归龙荟丸（当归、龙胆草、栀子、黄连、黄芩、黄柏、大黄、青黛、芦荟、木香、麝香）。

单验方及中成药：

生大黄：用生大黄 6g，开水泡服；或用生大黄粉 3g，温开水冲服。适用于燥热腑实证便秘。

元明粉：用元明粉 6～9g，温开水冲服。适于燥热腑实证便秘。

番泻叶：用番泻叶 6～10g，开水泡服。适用于燥热腑实证便秘。

草决明：用草决明 30～60g，水煎分 2 次服用。适用于燥热腑实证便秘兼有肝热者。

新清宁片：（88）卫药准字乙—05 号。主要成分为大黄，对燥热腑实证便秘适用。

麻仁润肠丸：ZZ—0333—京卫药准字（1996）第 001050 号，北京同仁堂制药厂生产。为小蜜丸，每丸重 6g。主要成分有火麻仁、苦杏仁、大黄、木香、白芍。每服 1～2 丸，每日 2 次。对慢性便秘属燥热腑实者适用。

大黄清胃丸：《辽宁省药品标准》（1975 年），由辽宁省本溪市中药厂生产。药物组成

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

有大黄、芒硝、牵牛子、槟榔、滑石粉、木通、黄芩、白芷、羌活、胆南星。剂型为蜜丸，每丸重10g。每服1丸，每日2次。对于燥热腑实证便秘，兼有上焦热盛，牙龈肿痛，头痛头晕者最为适宜。

复方芦荟胶囊：(原名通便灵)。冀卫药准字（1995）第050219号，由河北省临西县制药厂生产。剂型为胶囊，每粒0.5g。每服1～2粒，每日1～2次。对燥热腑实证便秘兼有心肝火旺者适用。

更衣丸：《浙江省药品标准》(1982年)，由浙江杭州胡庆余堂制药厂生产。药物成分有芦荟、朱砂。剂型为水糊丸，每25粒重3g。每服3g，每日2次。对燥热腑实证便秘兼有心肝火旺者适用。

六味安消胶囊：(95)卫药准字Z—103号，由贵州信邦制药有限公司生产。药物组成有土木香、大黄、山柰、诃子、寒水石、碱花。为胶囊剂，每粒重0.5g。每服2～4粒，1日2～3次。对热结便秘兼有食积者适用。

临证参考：以上所述的治疗燥热腑实证便秘的方药，大都属苦寒泻下的峻猛之剂，因此必须辨证无误方可大胆应用。临床所见的燥热腑实证便秘大体可分为两种情况：其一是见于急性热病过程中或热病之后，只要辨证准确，应用通腑泻热法治疗后大都可起到釜底抽薪之效，热势去后，应及时调整治法方药，切忌用药过当，伤及正气。另一种情况是慢性便秘中的燥热腑实证，此种证候一般属单纯大实大热者少见，多与其他证候兼夹出现，甚至有些是实中有虚，虚中夹实的虚实夹杂证，临证时应详加辨析，并根据正邪消长，孰多孰少，随时确立相应的治则治法，不可为求一时之快，过用猛浪，伤及正气。

另外尚有少数病例，燥结较甚，兼有腹部胀痛难忍，燥屎不下，煎药服药犹嫌太缓者，当以药导法或指抠法清除燥屎，以解其燃眉之急。

6.1.2 气机郁滞

临床表现：大便干结或不干，排便费力，艰涩不畅，排便之后犹感便意未尽，兼见胸胁胀满，腹中胀痛，嗳气频频，郁郁寡欢，心烦失眠，或呕吐上逆，或咳嗽气喘，妇女可见月经不调，乳房胀痛，随情绪变化病情有所增减，舌淡红，苔白，脉弦。

病机分析：本证属于古医籍中“气秘”的范畴。“风秘”中的部分内容亦属气机郁滞所致。《素问·灵兰秘典论》谓：“大肠者，传导之官，变化出焉。”意思是说化物传导，排泄糟粕，是大肠的生理功能。然而大肠的排便功能还有赖于五脏的气机调畅，正如《素问·五脏别论》所云：“魄门亦为五脏使，水谷不得久藏。”五脏之中，与气机关系最为密切的是肺、脾、肝三脏。脾胃居于中焦，为气机运动的枢纽，脾升胃降，相辅相成，而大肠的传导功能是胃降浊功能的直接延伸，故饮食不节，口腹不慎，食滞中焦，壅塞胃肠，或思虑过度，久坐少动，均可致脾胃呆滞，气机不畅；肺为五脏之华盖，主一身之气而为五脏六腑输布津液，又与大肠互为表里，肺气宣肃正常，则大肠传导有序，若肺为邪闭，失于宣降，则大肠传导失司，糟粕郁滞难行；肝脏与气机也有密切的关系，肝喜条达而主疏泄，脾阳得之而能升发，胃气得之方能和降，饮食得以纳化，糟粕得以下行。若情志所伤，致肝气郁结，失于疏泄，则木郁而土壅。因此肺、脾、肝三脏功能失调，均能影响到气机的调畅，并进而影响大肠的传导功能，以致出现便秘。糟粕内阻，腑气不通，故可见胸胁胀满，腹中作痛；浊气不降，胃气上逆，故可见嗳气频作；肺失肃降而上逆则可见咳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

嗽、气喘；肝气郁结，失于疏泄则可见郁郁不乐，心烦失眠，月经不调，乳房胀痛等症。舌淡红为无寒无热之表现，苔薄白为内无有形之邪阻的征象，弦脉乃为气机郁滞之典型脉象。

转归：气机郁滞型便秘临床较为常见，在实证便秘中除燥热腑实型便秘之外，绝大多数属于此型。本证亦有急性和慢性之分，其转归预后难以一概而论。急性者多属外邪郁闭肺气，影响大肠传导所致，其治疗较易；慢性者多由情志伤肝，或思虑伤脾所致，临床最为多见，大凡脑力劳动，久坐少动之人，以及难以适应现代复杂多变的生活节奏，或面临各种生活及精神压力而患便秘者，绝大多数即属此种类型。在治疗上相对有一定难度。这类患者用通里攻下的方法亦可取效，但停药后往往依然如故，因此不可操之过急，除药物治疗外，还需辅以心理调适，增加运动，改变生活习惯等方法，从根本上去除病因，方可收到根治之效。

此外，气机郁滞往往还可进一步影响到体液的代谢和血流的运行，在气郁的基础之上变生出痰郁、湿阻、食滞、血瘀、火郁诸证，使病情进一步复杂化，并反过来加重气机郁滞。

治法：顺气导滞。

方药：六磨汤《证治准绳》加减。

沉香　木香　槟榔　乌药　枳实　大黄

加减：针对气机郁滞形成的不同病因以及脏腑之不同侧重，可在上方基础上加减出入。饮食失节，食滞中焦形成的单纯脾胃气滞证，可加炒莱菔子、厚朴以增加其消食导滞，宽肠理气的作用；思虑过度，郁怒伤肝而致肝气郁结较甚，症兼心烦易怒，郁郁不乐，或两胁乳房胀痛、月经不调者，宜加柴胡、香附、郁金以增强疏肝理气，开结解郁之功效；外邪闭肺，肺失宣降致大肠传导失司，大便秘结而兼咳嗽、气喘者，在顺气导滞的同时尚需佐以宣降肺气之品，可在上方基础上酌情加用桔梗、杏仁、苏子、紫菀、莱菔子等，加用桔梗者，乃取提壶揭盖，下病上取，启上通下之意，其余药味皆能肃降肺气兼通大肠，若外邪郁肺，表证未解，犹兼寒热者，方中尚需加荆芥、防风，以图表里双解之效。古人治疗风秘多有用及此二味者。

对于由气郁变生的诸郁亦应随证加减，兼有痰湿郁阻者，加苍术、瓜蒌、冬瓜仁；兼有食滞者，加莱菔子、焦山楂、焦槟榔；兼有血瘀者，加当归、桃仁；气郁化热者，加栀子、大黄。

单验方及中成药：

苏子蜜：苏子 10g、蜂蜜 30g。将苏子炒焦碾碎，晨起后以蜂蜜冲水送服，连续 10 天为 1 疗程。

莱菔子：莱菔子 30g，置文火上炒黄碾碎，温开水一次送服。

以上两方均适于气机郁闭，而病情较轻者，尤以肺气郁闭型便秘为宜，也可用于气秘经汤药治疗取效后巩固疗效。

木香顺气丸：《宁夏省药品标准》（1981 年）。药物组成有木香、厚朴、砂仁、枳壳、香附、苍术、槟榔、青皮、甘草、生姜、陈皮。为水丸剂，每 40 粒约重 3g。每服 6～9g，每日 2～3 次。对气郁便秘可统用。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

四磨汤口服液：湘卫药准字（1994）第086003号，中德湖南骜马制药有限公司生产。药物组成有木香、枳壳、乌药、槟榔。剂型为口服液，每支10ml。每服20～30ml，每日2次。实验表明该药有提高肠平滑肌张力，增强肠蠕动，促进消化液分泌等多种作用，临床试验提示对各种腹部手术后胃肠运动的恢复具有显著疗效。

临证参考：气机的升降出入是由许多脏器协调完成的，因此气机郁滞形成的原因亦各不相同，所涉及的脏腑可有不同侧重，既有外邪郁闭，情志刺激，或饮食不节所致的纯实证，亦有脏腑功能低下，推动无力所致的因虚致实，虚中夹实的虚实夹杂证。气机郁滞形成后反过来又可影响脏腑的功能活动和津液、血液的代谢，变生其他诸郁，在气滞的基础上可继发食滞、湿蕴、血瘀、火郁、痰阻等兼证，故有诸郁以气郁为先之说。具体到每个病例，其病证组合又各不相同，临证时应查其有虚无虚，兼挟何邪，认准病证，随证加减。

6.1.3 寒凝里实

临床表现：大便秘结，脘腹胀满，腹痛拒按，手足不温，口淡不渴，或兼有恶寒发热，舌淡、苔白而滑润，脉弦紧有力。重者可见面色青紫，气急口噤，甚至暴厥。

病机分析：寒实凝滞引起的便秘属于里实证的范畴，与古医籍中所述的由阳气衰微引起的“冷秘”有所不同。本证在临床上相对少见，但在一些急腹症中（如急性肠梗阻、急性胆囊炎、胆石症、胆道蛔虫症等）亦确实有属于此类者，因此不能因少见而忽视。寒为阴邪，主收引凝滞，若起居不慎，夜卧受凉，寒邪直中，或贪食生冷，则腑气为之凝滞，大肠失于传导，糟粕难于下行，故可见便秘、腹胀、腹痛；寒邪凝滞，里实积聚，故痛面不欲按；阳气被遏，不能达于四末，故可见手脚不温；若兼卫阳被遏，则同时可见恶寒发热；寒为阴邪，津液未伤，故口淡不渴，舌淡苔白润；寒主收引，故脉见弦紧；寒性凝泣，血脉绌急，气血运行不畅，故可见面色青紫，口禁气急，甚至暴厥。

转归：寒实凝滞证便秘多发病急骤，变化迅猛，若认证准确，治疗得当，其愈亦速。若失察误治，则预后堪忧。

治法：攻逐寒积。

方药：三物备急丸、大黄附子汤(《金匮要略》)合方加减。

大黄　附子　细辛　干姜　巴豆　川椒

临证参考：寒凝里实证便秘，临床有轻重、缓急之分，亦有纯实无虚和实中挟虚之不同，应根据每个病例的具体情况立法处方，尤其应该掌握好祛寒与泻下两类药物的比例。寒积较甚，病情急重，纯实无虚者，治当辛热攻下，取巴豆配合干姜、附子为宜；若寒积里实病情稍缓者，则以用大黄附子汤比较稳妥；若寒积里实又兼脾胃虚弱，实中有虚者，以《备急千金要方》的温脾汤（由大黄、附子、干姜、人参、甘草组成）最为妥当。

6.1.4 气虚失运

临床表现：大便燥结不甚或并不干燥，但便秘难解，排便困难，临厕努挣乏力，挣则汗出气短，便后疲惫，平素神疲气怯，四肢无力，面色㿠白，纳差食少，舌淡苔白，或舌体胖大，边有齿痕，脉虚无力。

病机分析：气为人体生命活动的动力和源泉，既是脏腑活动的产物（主要来源于脾胃

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的水谷之气)，又是脏腑功能活动的物质基础，(脏腑活动离不开气的推动作用)。气虚所涉及的脏腑主要在肺、脾二脏。脾肺气虚，大肠传导无力，故见排便困难，努挣乏力；肺卫不固，凑理松懈，故可见汗出气短；脾胃虚弱，气血生化乏源，四肢百骸失其所养，故可见神疲气怯，四肢无力；脾运失健，饮食纳化失常，故见纳差食少；气血匮乏，故面色㿠白，舌淡苔白，脉虚无力。

转归：气虚失运型便秘临床多呈慢性经过，主要见于久咳久喘的慢性支气管炎、肺气肿、肺心病以及脾胃功能低下的习惯性便秘患者，其来也渐，其去亦难，治疗时应本着治病求本的原则缓缓图之，切不可急于求成，妄施攻下，否则必犯虚虚实实之戒，使脾肺之气益虚，传导能力日衰，一旦停用泻药则秘结更甚。脾司运化，脾气健运则饮食水谷得以化生气血，营养周身；脾失健运则水反为湿，谷反为滞，因此在脾气虚的基础上又可以因虚致实，变生食滞、气逆、湿郁和痰阻，产生虚中有实的夹杂证候。脾气主升，脾虚重者，可以发展为脾气下陷证。此外气虚日久还可变生血虚、阳虚，临床均当详察明辨，随证加减。

治法：益气润肠。

方药：黄芪汤(《金匮翼》)加味。

黄芪　麻仁　陈皮　白蜜　党参　白术

脾虚失运，食滞不化症兼脘腹饱胀，纳差食少，嗳腐吞酸者，宜加莱菔子、焦槟榔、焦神曲，以消食导滞；水湿不化，痰湿郁阻，症兼胸腹痞闷，咳嗽痰多，舌体胖大、苔厚而腻者宜加半夏、瓜蒌仁、皂角子、冬瓜仁等祛湿化痰；肺气虚衰，肃降无权而兼气逆咳喘者，宜加苏子、杏仁、紫菀、杷叶降逆下气；若表虚自汗较甚者，汗泄愈多则肠道愈燥，宜仿玉屏风散意，重用黄芪、白术并加煅龙牡、浮小麦，以固表还津。脾气下陷，症见大便秘结，肛门坠迫，屡欲登厕，虚坐努责而无便排下，甚至出现脱肛者，宜益气升降，方选《脾胃论》的补中益气汤（药用黄芪、白术、陈皮、人参、甘草、当归、升麻、柴胡)，因方中升清之力有余，降浊之功不足，故在治疗脾气下陷之便秘症时宜加枳壳，增强降浊通便之功。至于血虚、阳虚，因有专节讨论，临证时宜互参之，此不赘述。

单验方及中成药：

生白术 60g，文火慢煎 1 小时，取汁顿服。对各种虚秘，特别是气虚便秘者有效。

枳术丸：《中华人民共和国药典》1977 年版。水丸剂，每袋 12g。处方来源于《内外伤辨惑论》药物组成：白术、枳实。每服 1 袋，每日 2 次。

临证参考：在补气药中白术有较好的通便作用，今人根据《伤寒论》174 条“伤寒作九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕不渴，脉浮虚而涩者，桂枝附子汤主之。若其人大便硬，小便自利者，去桂加白术主之。”以大剂量白术（可用至 60～90g）治疗各种便秘，均有良好的通便作用，能使干燥坚硬的大便变软易出，且无致泻之虞，尤以气虚为宜。

6.1.5 血虚肠燥

临床表现：大便干燥，秘结不通，头晕目眩，心悸失眠，多梦健忘，面色萎黄无华，唇甲色淡，舌质淡，苔白少津，脉细无力。

病机分析：本型便秘亦属“虚秘”的范畴，多见于妇女产后或手术流血过多，崩漏之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

人亦多兼有血虚便秘。血主濡润，血虚肠失濡润则肠燥枯涩，大便干结难行；血不上荣，清窍失养，则见头晕目眩；血不养心，心神不宁，故见心悸失眠，多梦健忘；面黄无华，唇甲舌淡，属血虚失养所致。血虚经脉不充，故脉细。

转归：血虚肠燥的便秘亦多呈慢性经过，治疗需缓缓图之，血虚日久还可发展为肝肾阴虚。同时因气为血帅，血为气母，二者关系密切，故血虚肠燥往往易合并气虚不运，临证时当随证治之。

治法：养血润肠。

方药：润肠丸(《沈氏尊生书》)加味。

当归　生地　麻仁　桃仁　枳壳　生首乌　白芍　黄芪　炙甘草。

加减：若气虚明显，症见神疲乏力，动则气喘者，宜加党参、白术，增强益气之功，气旺则血自生矣；若血虚日久症兼口干少津，大便燥结如栗，五心烦热者，为血虚兼有阴虚，宜加玄参、麦冬、石斛，养阴生津；心悸失眠明显者，加柏子仁、龙眼肉，养血安神；兼纳食少者加陈皮、法半夏、焦三仙，健脾开胃；若血虚便燥系崩漏下血而致者，宜加女贞子、旱莲草、乌贼骨，以补肾清热止血。

单验方和中成药：

首乌蜜：生首乌、蜂蜜各 60g。首乌水煎取汁，而后兑入蜂蜜，分两次服用。

阿胶蜜：阿胶 15g，蜂蜜 2 匙。阿胶炒后水煎，而后兑入蜂蜜，长久服之。

通幽润燥丸：《北京市药品标准》1980 年。为蜜丸，每丸重 9g。药物组成有：当归、红花、枳壳、郁李仁、黄芩、厚朴、火麻仁、桃仁、生地黄、槟榔、熟地黄、木香、生熟大黄、杏仁、甘草。每服 1 丸，每日 2 次。

临证参考：养血药多阴柔滋腻，因此治血虚肠燥便秘，应注意适当配伍健脾运导之品，勿使脾胃呆滞，如此则不唯气机调顺，传导有序，更能健旺脾胃，使血有化生之源。大剂生白芍有较好的养血润肠通便作用，可用至 45～60g，若同时伍以甘草，又有酸甘化阴，缓急止痛之意，在西医学对便秘的分类上，其中有一类属于痉挛性便秘，是由肠管持续痉挛，影响结肠的推进性蠕动而致，患者见腹部绞痛，大便干燥，状若栗粒，用大剂白芍、甘草配伍应用，一般都有良好的疗效。

6.1.6　肝肾阴虚

临床表现：大便干结，或如羊屎，形体消瘦，五心烦热，颧红咽干，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌红少津，少苔、剥苔或光滑无苔，脉沉细或兼数。

病机分析：经云人年四十，阴气自半。意思是说随着年龄的增长，人体阴精自然消耗，阴虚液亏诸症便由此产生。肾主五液，又司二便，阴虚液亏之便秘，主要责之于肾。肾阴亏虚之原因大致可以概括为房劳伤肾和他脏久病所致两类。房劳过度，阴精日耗，加之淫欲之火灼液伤津，可以直接伤及肾阴；其他脏腑久病伤及肾阴者，以肝脏常见，肝肾同居下焦，肝血、肾精又可互相滋生，故有肝肾同源之说。肝脏体阴而用阳，情志伤肝，郁结化火，灼伤肝血肝阴，往往可以累及于肾，出现肝肾阴虚，二脏同病之证。阴液既伤，大肠枯槁，以致水涸舟停，故可见大便干结，燥屎难行；阴津亏于下，虚火炎于上，故见五心烦热，颧红咽干；肾主骨生髓，开窍于耳，肾精亏虚，脑髓失养，故可见头晕、耳鸣，腰膝酸软；舌红少津、少苔、剥苔、无苔、脉沉细或细数，均为阴虚有火之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：肝肾阴虚型便秘，多见于年老体衰的慢性习惯性便秘，久病“消渴”之人，亦多兼此症，其小便愈多，则大便愈燥。本型便秘其来亦渐，其去亦难，需要长期服药调治，阴津来复，肠道濡润则便秘自通。若滥用通泻，复伤津液，或失于调治，阴伤日甚，不仅便秘难通，日久必生他变。阴津亏损，虚阳上越，加之腑气不通，浊气上犯可致中风偏瘫，古医籍中所述的“风秘”一症大体即属此类。

治法：滋补肝肾，润肠通便。

方药：左归丸（《景岳全书》）加味，基本方为：

生地　熟地　山药　枸杞子　山萸肉　川牛膝　菟丝子　鹿角胶　龟甲胶　生首乌　草决明　枳壳　砂仁

以肝肾阴虚为主的“下消”患者合并便秘者，除用养阴清热药外，应加桑螵蛸、益智仁、五味子等缩泉固津之品，此乃固小便通大便之法。

真阴虚于下，浮阳越于上而致“风秘”，症见大便秘结，手足麻木，肌肤不仁，或突然口眼歪斜、言语不利、口角流涎、半身不遂者，可选用《医学衷中参西录》的镇肝熄风汤，药用怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、龟甲、生白芍、玄参、天冬、茵陈、川楝子、生麦芽、甘草。以滋阴潜阳，润肠通便，若属急性发作者宜选用增液承气汤急下存阴，而后以镇肝熄风调理善后。

单验方及中成药：

草决明 30g，蜂蜜 30g。先将草决明捣碎，水煎 10 分钟，冲入蜂蜜搅拌，早晚分服，或每晚 1 剂，亦可平时当茶饮用，适于肝肾两虚，阴虚有火的习惯性便秘。

银耳 30g，白糖适量。银耳水煎，溶入白糖，分 1～2 次服用。

黑芝麻 30g，胡桃仁 15g，桃仁 10g 捣碎食用，每服 20g。适于肾虚便秘。

桑椹膏：江苏省药品标准（1980 年）。为膏滋剂，瓶装，每瓶 250g 或 500g。药物组成有：桑椹、蔗糖、酒石酸。每服 15～30g，每日 2 次。

临证参考：肝肾阴虚型便秘和燥热腑实便秘，均可表现出一定程度阴虚有热的征象，但二者有本质的区别，在治疗上应区别对待。前者为真阴亏虚，内生虚热的虚中有实之证，而后者为燥热炽盛灼津伤液的实中兼虚之证。在临床表现上，前者多见于年老体弱的慢性习惯性便秘患者，后者多见于体质壮实的急性热病期患者。在治疗方面，前者应补肾填精，育阴以清热，而后者则应以通腑泻热，急下以存阴，临床应予注意。此外滋阴补肾药大多味厚而滋腻，而年老体弱之人，脾胃功能亦往往低下，处方遣药时，在辨证施药的同时，应时刻不忘顾护脾胃，勿使脾胃呆滞，只有脾胃健旺，方可得有源之水，故在大队滋阴补肾的同时应伍以健脾开胃之品如砂仁、木香、陈皮等。

6.1.7　脾肾阳虚

临床表现：大便涩滞，排出困难，腹中冷痛，肢冷畏寒，或腰膝酸软，面色㿠白，舌淡苔白，脉沉而迟。

病机分析：素体阳虚或久病消耗致阳气虚衰，阳虚则气化不行，津液不布，加之阳虚生内寒，寒凝则气滞，大肠传导不利，故见大便涩滞，排出困难；阳虚失于温煦，故腹中冷痛，四肢不温；肾虚骨失所养则见腰膝酸软。面色㿠白，舌淡苔白，脉沉迟亦均属阳虚内寒之证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：阳虚便秘，即古医籍中所谓的“冷秘”。由真阳亏虚所引起，临床亦多呈慢性经过，诊疗上应缓图其功，切勿操之过急。肾乃元阳之所在，命门火衰，失于调理，久则诸阳皆衰，若同时合并心阳不振者，可诱发胸痹、真心痛。在临床上，由排便困难诱发心绞痛甚至心肌梗塞者并不少见，因此切勿因其疾小而不治。

治法：温阳通便。

方药：济川煎(《医宗金鉴》)加减。

肉苁蓉　怀牛膝　火麻仁　当归　肉桂　菟丝子　鹿角胶　枳壳

若由于阳虚便秘诱发胸痹、真心痛者，可选用《备急千金要方》的温脾汤合《金匮要略》的瓜蒌薤白半夏汤治疗。药用大黄、附子、干姜、甘草、桔梗、瓜蒌、薤白、半夏。

单验方及中成药：

肉苁蓉 60g，沉香末 30g。二药共研末，同麻子仁绞汁调为丸，如梧桐子大，每服7～8 丸。

半硫丸：江苏省药品标准（1982 年）。为水丸剂，15 粒重 1g，每袋重 12g。药物成份为半夏（姜制）、硫黄。每服 1.5g～3g，每日 1～2 次。适用于冷秘。

临证参考：阳虚、气虚、血虚、阴虚所致的便秘，皆属“虚秘”的范畴，临床多呈慢性经过，往往病情不重，但很难取效于一时，临证时应该辨证施药，缓缓图之，切不可为贪一时之快，过用猛浪泻剂。张景岳对此见解颇深，愿引其文以共戒之。“凡属老人、虚人、阴脏人及产后、病后、多汗后，或小水过多，或亡血失血大吐大泻后，多有病为燥结者，皆须详察虚实。不可轻用芒硝、大黄等剂。虽今日暂得通快，而虚其虚，以致根本日竭，明日之结必将更甚，愈无可用之药矣。”（《景岳全书·秘结》）。

6.2 辨病论治

虽然便秘的病因不一，证候各异，辨证施治为其常法，但也不应忽视其基本病机，便秘最基本的病机为大肠传导失常，液枯、津少、糟粕郁滞难下，根据六腑者传化物而不藏和腑气以通为顺的生理特性，以及“秘则通之”“涩则滑之”和“燥则润之”的治疗原则，通下和润燥两法应作为便秘治疗的基本原则和方法，并应贯彻到各证的治疗当中。这就要求辨证施药时，尽量选择那些既有改善证的作用，又具润通之性的药物。例如在治疗胃肠燥热证时，栀子与黄连都有清热泻火的作用，但栀了具有通便作用，而黄连有涩肠止泻的作用，故治疗胃肠燥热的便秘证用栀子比用黄连更为适宜。其它证的治疗也是一样，药物的选择既要针对证的机理，也不能忽视病的机理。另外组方遣药时，除辨证施药外宜在方中伍以通腑理气和润肠通便的药物，如枳实、麻仁、郁李仁等，对便秘诸证均可统用。近来对大黄和白术的通便作用研究较多，有人认为可以通用于各种证候的便秘，临证时可作为参考。

6.3 针灸疗法

6.3.1 体针疗法

一般以背俞穴和腹部募穴及下合穴为主，实秘施以泻法，虚秘施以补法，寒实或阴虚者可加用灸法。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

常用穴位：大肠俞、天枢、支沟、丰隆。

辨证取穴：胃肠燥热证：加曲池、合谷，兼有高热者，还可取商阳，用三棱针针刺放血；气机郁滞证：加中脘、期门、内关、行间；气虚失运证：加中脘、足三里、脾俞、胃俞；血虚肠燥证和肝肾阴虚证：加三阴交、照海、复溜、次髎；脾肾阳虚证寒实凝滞证：加神阙、关元、气海，用灸法。

以上取穴之法亦适用于电针治疗，频率 20～30 次/分，电量大小以局部肌肉轻微抽动患者能够耐受为度，每日 1 次，10 次为一疗程。

6.3.2 耳针疗法

中医学认为：耳者，宗脉之所聚也。按照现代全息论的观点，全身各脏腑器官，在耳部都有其相应的反射区，因此，耳穴治疗能疏通经络，调和气血，改善脏腑机能，而且简便易行。

常用穴位：胃、大肠、小肠、直肠、皮质下、交感、内分泌。每次取 3～4 穴，中等刺激，每日 1 次，两耳交替进行。在以上穴位可用埋针或压穴的方法治疗，每次选一侧耳部，隔日改换另一侧，每天按压 10 次，每次 3 分钟。

6.4 按摩疗法

6.4.1 腹部按摩

生活能够自理者，可由患者自己操作，生活不能自理者，由护士或家属操作。其方法是：操作者站立于患者右侧，患者取仰卧位，两腿屈曲，施术者将一手或两手伸平，放于患者右下腹部，按照结肠的走行方向，自右下向右上再向左上再向左下的顺序按摩腹部。在按摩过程中，患者应注意尽量使腹肌放松，按摩力度由轻到重，这样可以促进肠内容物在结肠中的通过。一般选择每晨起床前进行，也可根据自己的排便习惯，在排便前进行，待有便意后再去排便。每次治疗时间约 15～20 分钟，可长期进行。

6.4.2 穴位按摩

穴位按摩可单独应用，亦可与腹部按摩配合应用。

6.4.2.1 多穴按摩法 一般由医者实施，患者取仰卧位，两腿屈曲，放松腹肌，术者站立于患者右侧，取中脘、天枢、关元等穴进行按揉，或用一指禅推法。然后病人改换俯卧位，选取肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞进行按揉，最后以擦法或掌根推按法放松骶棘肌。根据不同证型还可进行适当变通：胃肠燥热证者在中脘、天枢、关元等穴宜用强刺激的点法，并取曲池、合谷、大椎用按揉法；气机部滞证者，加取期门、章门，用按揉法，取膻中用揉法、一指禅推法或直推法。并斜擦两胁，以透热为度；各种虚秘证，治疗手法宜轻柔持久，并加取足三里、血海施以按揉法。

6.4.2.2 单穴按摩法 临床研究发现有些穴位单独使用即有良好的通便作用。方法简便易行，患者可学会自己操作，介绍如下：

6.4.2.2.1 指压迎香穴：迎香穴位于鼻翼两旁，旁开 0.5 寸，为手阳明大肠经上的终止穴，又与足阳明胃经相衔接，阳明经多气多血，放指压迎香穴可以调畅阳明经气血，促进排便功能的恢复。方法：嘱患者每次临厕排便时，用一手之拇指及食指顶端分别按下两侧的迎香穴，以感到酸胀，且能忍受为度。患者往往能感到肠蠕动亢进，并产生便意。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

单独按压迎香穴，效果仍不满意者，可用另一手同时按摩腹部，促进排便。

6.4.2.2.2 指压通便穴：通便穴位于腹部平脐旁开 3 寸处，左右各一，共二穴。方法：嘱患者如厕排便时，全身放松，用左手中指按压左侧通便穴，力量宜稍大些，以能够忍受为度，点压后 1～3 分钟即可排便。焦纪太报道，用此法治疗便秘，效果满意。

6.4.2.2.3 指压按摩肛门：其方法是欲便时，蹲下后先不要急于排便，将肛门上提，用右手中指顶端垫以 6～7 层柔软的卫生纸，轻压肛门，并按顺时针方向旋转按摩，每次 20～30 秒钟，再缓慢地松弛肛门即可排便。薛来侠用此法治疗便秘 11 例，半年后全部脱离泻药，排便正常。

6.4.3 足部按摩法

双足有人体第二心脏之称，按照全息论的观点，足部分布着人体所有脏腑器官的反射区，通过这些反射区不但可以诊断相应的疾病，也可以治疗疾病。临床发现便秘患者用足诊法常可在胃、横结肠或降结肠、直肠、肛门反射区触到不同程度的小结节样组织或沙粒感，且有较明显的压痛。足部按摩的方法是：治疗前先让病人用温水泡双足 10 分钟，而后选取腹腔神经丛、肾、肾上腺、脾、输尿管、膀胱。重点选区为：脾、胃、十二指肠、小肠、大肠、肛门、下腹部。配区为：肺、盲肠、肝、甲状腺、骶椎，每个反射区按压 10～20 次，注意以患者能够忍受为度，每日 1 次，每次治疗时间 30 分钟。梅永才报道用此法治疗便秘 43 例，除 1 例无效外均取得较好的疗效。

6.5 中药灌肠法

以药物导引通便古已有之，早在《伤寒论》中就详细地论述了蜜煎导法和猪胆汁导便的具体方法以及其运用，后世在此基础之上还发展出以生姜片涂芒硝末或草乌末；独头蒜；乌梅肉拌和皂荚末等许多导便法，这些方法在当时的历史条件下对急症便秘的治疗发挥了不可替代的作用，但随着灌肠器具的出现，这些方法逐渐被中药灌肠疗法所取代。

6.5.1 番泻叶保留灌肠

用番泻叶 30g 加水适量煎煮，取药液 250ml，作保留灌肠，每晚 1 次。王惠恩用此法治疗习惯性便秘取得较好疗效。

6.5.2 黄硝冲剂保留灌肠

取大黄 20g，放入保温杯内，加沸水 250ml 加盖浸泡 10 分钟，加入芒硝 10g，搅拌致芒硝完全溶解后去渣，药温凉至 40℃左右，取汁 200ml 备用。病人取左侧卧位，暴露臀部，将肛管插入肛门 10～15cm 后，再徐徐将配好的黄硝冲剂灌入肠内，保留 20～30 分钟再解大便。如无效，间隔 3～4 小时再予灌肠，直至便秘缓解。此法适应于便秘急者。眭承志用此法治疗骨伤科便秘病人 35 例，其中一次灌肠后通便者 18 例，所有病例均有效。

6.6 药物敷脐法

药物敷脐法治疗便秘，就是将药物研末，用一定的溶媒调成糊状或膏状，贴敷于脐部。通过脐部吸收，作用于肠道，刺激肠道的蠕动，从而达到通便的目的。古代医籍中记载有较多的配方，现代亦见有用此法治疗便秘者。针对不同的证候可选用不同药物。实秘，热秘可选大黄粉、芒硝、甘遂末、田螺（连壳捣碎）等；寒实凝滞者，选用附子、乌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

头、丁香、白芷、胡椒、麝香等。上述药物可单用，亦可选取几种药物一起使用，每次取药适量，以白醋或黄酒调成糊状或膏状，涂敷脐部，以纱布敷盖，胶布固定，每天用热水袋热敷数次，则效果尤佳。每日或隔日换药一次。亦有用辨证方药研末敷脐者，操作方法同上。

6.7 西医诊疗撮要

在西医学中，便秘是一个常见的临床症状，而不是一个独立的疾病，不但可见于消化系病本身，也可由全身性疾病引起。近年来随着各种新的检测手段的应用，人们对于便秘的认识日趋深入，兹就便秘的分类、检测方法、诊断标准和治疗概况简述如下。

6.7.1 便秘的分类

6.7.1.1 根据发病形式分类 根据便秘发生的缓急，可分为急性便秘和慢性便秘。急性便秘常由肠梗阻、急性腹膜炎、中毒性肠麻痹、脑血管意外等疾病引起，起病急骤并伴有相应的临床症状。慢性便秘多呈慢性或亚急性经过，常见于功能性便秘。

6.7.1.2 根据发病部位分类 根据其发病部位的不同，可分为结肠型便秘和直肠型便秘。结肠型便秘的发生是由于粪便在结肠内运行过于迟缓所致。直肠型便秘是由于粪便在直肠内滞留时间太长，水份被重吸收过多，而致粪便坚硬难以排出。若二者同时存在则称为混合型便秘。

6.7.1.3 根据病理分类 根据病理可将便秘分为功能性便秘和器质性便秘。

功能性便秘又可进一步分为弛缓性便秘、痉挛性便秘和出口梗阻性便秘等三类。

弛缓性便秘：一般认为是由于肠肌神经兴奋性降低所致，故又称为运动低下性或低紧张性便秘。由于结肠的运动、张力低下，致使肠内容物停滞时间过长，水份过度吸收，粪便变硬而发生排便困难。常见于腹压降低之老年人、经产妇、全身衰弱、恶液质、内脏下垂、脊髓损伤所致的肠麻痹、内分泌疾病如甲状腺功能低下、席汉氏综合征等。

痉挛性便秘：由于植物神经功能紊乱，副交感神经功能亢进，致使结肠，特别是降结肠以下痉挛性收缩过强或持续过久，造成肠内容物通过障碍，粪便常呈兔粪样，在直肠镜检查时直肠内见不到粪便。多见于神经官能症中精神紧张的不稳定型者以及肠易激综合征。

出口梗阻性便秘：由于盆底出口处有梗阻因素存在，致使大便排出困难。见于直肠前突、直肠内套叠、耻骨直肠肌综合征、盆底痉挛综合征等。

器质性便秘，多因腿瘤、腹腔手术后肠粘连、肠梗阻、慢性结肠炎所致瘢痕性狭窄等器质性因素所致。

6.7.2 便秘的物理检测

引起便秘的原因很多，首先应该通过全面的临床及理化检查排除全身性疾患引起的便秘。而后通过直肠镜、结肠镜以及气钡双重造影检查，观察有无器质性病变。在排除以上两种情况下，针对功能性便秘可作以下检查。

6.7.2.1 肛门测压 在成人 Hirschsprug 病（一种由结肠神经节细胞缺失引起的疾病）、巨结肠症和孤立性溃疡综合征时，可以发现肛门抑制反射缺失。

6.7.2.2 排便运动造影术 本检查可以发现直肠部的解剖异常，如直肠突出、直肠内套叠等。对于指导治疗特别是手术治疗具有重要意义。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

6.7.2.3 直肠气囊逼出试验 即将注有 50～100ml 水的气囊置于直肠内，观察患者的排出情况，便秘患者往往难以将气囊逼出。

6.7.2.4 结肠传导试验 即将不透光的标记物摄人人体后，进行连续摄片，观察标记物通过消化道排出的时间，至少 80%正常人排出时间上限为 70 小时，如结肠传导无力者，排出时间明显延长。

6.7.2.5 耻骨直肠肌肌电图 用力排便时耻骨直肠肌不能松弛是功能性排便障碍的先决条件。通过本检查可以了解排便时耻骨直肠肌的情况，对于指导手术治疗具有重要意义。

6.7.3 便秘的诊断标准

6.7.3.1 器质性便秘 ①结肠、直肠和肛门部病变：包括这些部位的良性和恶性肿瘤。炎症性和肉芽肿性病变、肠系膜血管梗塞、硬皮病、先天性巨结肠、先天性无肛门和肛门闭锁、痔疮、肛裂，以及肠外肿块压迫、粘连、疝嵌顿等，均应有相应的组织学依据。②腹膜炎、感染性败血症等引起的肠麻痹和脱水，则应有相应的血象、感染性症状及体征。③全身性疾病：甲状腺功能减退、甲状腺功能亢进及其他原因引起的高血钙状态、铅中毒、糖尿病、尿崩症以及腹肌软弱的老年体弱、膈肌软弱的肺气肿等疾病，则均应有相应的生化指标及物理诊断指标。④神经系统疾病：截瘫、脊髓痨、多发性神经根炎、糖尿病性神经病变等，均应有相应的神经病学诊断指标。以上所有器质性便秘的诊断依据，应参考相关的消化系统疾病、全身疾病及神经系统病变的诊断指标。便秘仅为其症状之一。

6.7.3.2 功能性便秘 ①排便时间延长，三天以上一次，粪便干燥坚硬。②重者大便艰难，干燥如栗，可伴少腹胀急，神疲乏力，胃纳减退等症。③排除肠道器质性疾病、神经系统疾病、全身疾病等器质性疾病。④可有生活规律改变、情绪抑郁或过度疲劳、缺乏体力劳动、食物过精过少等病因，可有妊娠、精神病、镇静药以及结肠功能紊乱的病因。

诊断标准引自《临床胃肠病学》上海科学技术出版社．1985：93。

6.7.4 西医治疗撮要

6.7.4.1 生活饮食指导 慢性便秘中以弛缓性便秘最为常见，多因饮食中纤维素过少、每日摄人水份不足、缺乏运动以及无定时排便习惯等原因所致，因此纠正不良的饮食和生活习惯具有重要的意义。因在后面的“调摄护理”中还要专门讨论，故此处从略。

6.7.4.2 药物疗法 经生活和饮食调理无效者，可应用药物疗法，但应注意药物应从小剂量用起，而后逐渐加量，直至取得满意疗效。待建立起正常的排便规律后再逐渐减量，直至脱离药物依赖。用药期间应尽可能短，病情好转应尽早停药。慢性便秘主要使用缓泻药物，应针对不同的发病机理选择相应的药物。

6.7.4.2.1 刺激性缓泻剂：此类药物在肠内遇碱性肠液或胆汁而分解，其产物能刺激肠壁蠕动发挥缓泻作用，是治疗慢性便秘的首选药物，尤其适用于弛缓型便秘。常用的此类药有酚酞、果导片（主要成份为酚酞）、润肠果子糖（主要成份亦为酚酞）、三醋酚酊等。中药中的大黄、番泻叶等亦属此类药物。

6.7.4.2.2 渗透性缓泻剂：此类药物主要通过其高渗性能，增加肠内的水份发挥缓

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泻作用。常用药物有硫酸镁、甘露醇和乳果糖等。乳果糖为半合成双糖，在小肠中不被水解，至大肠始被细菌代谢，分解成乳酸和其它不易吸收的化合物，因此具有高渗致泻的作用。

6.7.4.2.3 润滑性缓泻剂：此类药物具有润滑作用和阻止肠内水份吸收的作用。常用药物有液体石腊油、蓖麻油、甘油等。开塞露即甘油和山梨醇的复方制剂，可以直接注入肛门，使用方便。

6.7.4.2.4 肠蠕动促进剂：如西沙比利，为全消化道动力药，可作用于肠胃的肌间神经丛，提高平滑肌张力，促进胃肠蠕动。红霉素亦具有胃肠动力促进作用。

6.7.4.3 灌肠疗法 用温开水、肥皂水及甘油灌肠均能起到导便作用。

6.7.4.4 指抠法：对某些因腹部手术、身体虚弱、长期卧床无力患者应用上述方法不能解除症状者可用本法，即用手指插入直肠，将粪块挤碎并抠出。

6.7.4.5 手术治疗 对于经保守治疗无效的以下几种便秘可考虑手术治疗。

特发性巨结肠或巨直肠：对本病引起的顽固性严重便秘，在保守治疗无效时，可进行结肠次全切除或结肠节段性切除。

直肠前突：并非所有的直肠前突均有临床症状，手术仅适用于本病引起的顽固性便秘且保守治疗无效者。可选择的手术方式有经肛门直肠前突修补术和经阴道直肠前突修补术。其目的是修补直肠阴道膈薄弱区。

直肠内套叠：此病为直肠全层脱出的早期表现，保守治疗无效者可根据情况分别采取注射疗法和手术疗法。

耻骨直肠肌综合征：本病是指由于耻骨直肠肌痉挛肥厚，导致外科学肛管狭窄，肛门直肠角度变小，造成进行性排便困难的一组综合征。保守疗法一般无效，应首选手术疗法。常用的手术方法是耻骨直肠肌部分切除术。

7 疗效评定标准

7.1 《中药新药临床研究指导原则》(1993) 标准

临床痊愈：大便正常，或恢复至病前水平，其它症状全部消失。

显效：便秘明显改善，间隔时间及便质接近正常；或大便稍干而排便间隔时间在72小时之内，其它症状大部份消失。

有效：排便间隔时间缩短1天，或便质干结改善，其它症状均有好转。

无效：便秘及其它症状均无改善。

7.2 ZY 标 准

即《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》（国家中医药管理局1994年6月发布）中规定的便秘疗效标准。

治愈：2天以内排便1次，便质转润，解时通畅，短期无复发。

好转：3天内排便，便质转润，排便欠畅。

未愈：症状无改善。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8 调摄护理

临床上常见的慢性功能性便秘（包括习惯性便秘），其发生原因多与日常的饮食习惯、生活起居和精神心理因素有关，在患者不自觉的过程中缓慢起病。因此通过详细地讯问病史，了解致病原因，并给予正确的饮食及生活指导，从根本上消除病因，对于预防便秘的发生和复发是十分重要的。

8.1 合理饮食

便秘的发生与饮食因素关系十分密切。中医学认为：过食辛辣炙煿等燥热食品是形成便秘的重要原因。如明代医家虞抟在《医学正传·秘结》中所说："原其所由，皆房劳过度，饮食失节，或恣食酒浆，过食辛热，饮食之火起于脾胃……故传导失常，渐成燥结之证。"因此便秘患者在饮食方面应纠正不良嗜好，少食辛辣、煎炸、肥甘厚味和酒类等食品。

西医学认为，饮食中缺乏植物性纤维和水份摄入不足，是诱发便秘的重要原因。因此便秘患者应设法增加植物纤维性食品的摄入，植物纤维在肠道内能吸水膨胀，使粪便软化并增加粪便量，还能促进肠道内正常菌群的繁殖，进一步促进粪量增加。近年来的研究表明，食物纤维对预防结肠癌、结肠息肉、结肠憩室等结肠病变以及糖尿病、高血压、高血脂等代谢性疾患都有十分重要的意义。这就要求患者在选择主食时要做到粗细搭配，不宜过于精细，尽量多吃一些如荞麦、玉米一类的粗粮。副食品应丰富多样，在各类蔬菜中含纤维素较多的品种有芹菜、韭菜、菠菜、海藻类（如海带、裙带菜、海蜇、紫菜等）、豆芽、白萝卜、胡萝卜等。多数水果亦含有丰富的植物纤维。尽量增加这些副食品的摄入，有利于改善便秘症状。但有一种情况例外，即痉挛性便秘患者应尽量限制植物纤维的摄入、进食少渣饮食，否则因纤维素对结肠的刺激，有可能加重肠痉挛和便秘的程度。

此外富含油脂类的食品如花生仁、核桃仁、芝麻以及像蜂蜜一类的大分子糖类食品亦具有良好的通便作用，宜经常食用。

便秘患者还要注意保证有充足的水分摄入，每天晨起饮两杯凉白开或淡盐水，对于改善便秘很有好处。

8.2 起居有常

慢性习惯性便秘多因工作或环境的关系，不能按时排便或忍便不解，久而久之由于直肠对刺激的敏感性降低而造成排便的时间性规律延误而形成。因此医生对患者要进行有关排便生理方面的知识教育，使其认识定时排便的重要性，并建立起正常的排便习惯。由于早饭后胃肠反射最强，因此应改变不吃早饭的习惯，无论早餐后有无便意，皆应入厕训练10分钟左右，如此经常训练，可以逐渐形成规律的排便习惯。

适度的运动对于改善便秘亦很有好处，中医学认为"久卧伤气，久坐伤肉"缺乏运动可使脏腑功能低下，而诱发便秘。西医学也认为腹肌、膈肌无力是造成便秘的因素之一。因此提倡便秘患者应适当地增加运动，如跑步、散步、体操、太极拳及其它形式的体育运

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

动，患者可根据自身的具体条件，选择适宜的运动方式，并经常进行自我腹部按摩，以改善气血流通，促进胃肠蠕动和便秘的康复。

8.3 调畅情志

中医学认为七情失和，思虑过度，或恼怒悲恐均可导致气机郁滞，大肠传导失常，糟粕内停而发便秘。故《金匮翼·气闭》有“气内滞而物不行”之说。西医学也认为精神刺激可诱发植物神经功能紊乱，使交感神经功能亢进，而副交感神经功能受抑，胃肠分泌减少，胃肠蠕动减缓，诱使便秘发生。因此对于便秘患者进行心理治疗也是十分必要的。保持轻松愉快的心情，对于便秘的恢复具有十分重要的意义。

此外患者还应努力克服对通便药物的依赖心理，力争通过生活起居和心理的调适，促进便秘的康复。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

历代中医文献对便秘的命名均有记载，早在《黄帝内经》中，称便秘为“大便难”，“后不利”等，汉代张仲景著《伤寒论》中有“阳结”、“阴结”、“脾约”之分，其它如《兰室秘藏》、《丹溪心法》、《名医类案》等书中也分别有“大便结燥”、“大便燥结”的记载，到了清代沈金鳌著的《杂病源流犀烛》，才出现“便秘”这个名称，沿用至今。

1995 年 1 月 1 日实施的，由国家中医药管理局发布之《中华人民共和国中医药行业标准》中的《中医病证诊断疗效标准》中“Zy/T001、1—94 中医内科病证诊断疗效标准的便秘的诊断依据曰：“便秘系因气阴不足，或燥热内结，腑气不畅所致，以排便间隔时间延长，大便干结难解为主要临床表现的病证。常指习惯性便秘。”诊断依据：①排便时间延长，三天以上一次，粪便干燥坚硬。②重者大便艰难，干燥如栗，可伴少腹胀急，神倦乏力，胃纳减退等症。③排除肠道器质性疾病。

便秘是临床常见症状，可发生在各种急慢性疾病的过程中，如内伤杂病中以便秘为主要症状的病证，在其它疾病过程中并发便秘者，除针对其病因治疗外，均需解除便秘之症。

对便秘的认识，西医与中医有许多相似之点，其含义包括：①大便太少、太硬，排便困难。②排便困难合并一些特殊症候群，如长期用力排便，直肠胀感，排便不完全感；③7 天内排便次数少于 2～3 次。需要指出的是排便习惯个体差异较大，故便秘的诊断主要根据排便习惯的改变和困难程度而定。通常便秘分为器质性便秘和功能性便秘，其中单纯性便秘又称之为习惯性、功能性便秘，包括①进食过少或食物过于精细，缺乏残渣，对结肠运动刺激减少。②排便习惯受干扰，由于生活规律改变或精神因素影响未能及时排便。③滥用泻药，使肠道敏感性减弱，对泻药形成依赖性。还有肠道易激综合征，其痉挛性便秘最突出的症状为左下腹痛和便秘。[2]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 病因病机研究

近代医家对于便秘病因病机的认识各有独到之处。如张锡纯认为宿食结于肠间，不能下行，大便多日不通。其证或因饮食过度，或因恣食生冷，或因寒火凝结，或因呕吐既久，胃气冲气，皆上逆不下降。[3]孔伯华认为脏结便秘，非腑气不通，脾不运化，津液不敷，误于攻下，未免伤中，脘次空乏，气不举降，渐成脏结。[5]岳美中认为胃气虚馁，湿满于中，滞填中焦，枢机不利，传化迟缓，食物留于肠胃必久，而便为之燥。[6]魏长春认为患病日久，体虚病实，元伤津亏，瘀阻肠结。董建华认为胃中积热，通降失常，大便干结。王正公认为疑难久症之便秘者，如噎膈大症，脏腑俱损，虚实互见，殊难着手，其虚因病久所致，其实因虚不复而发，只有先治其实，其虚可复，六腑以通为用，腑浊下行，中州有健运之机。熊寥笙认为大便硬结不下或老年便秘，为肠胃燥结或血枯火秘。傅灿冰认为大便秘结，坚如羊矢，肝胆湿热郁滞者，因肝气郁滞，少阳枢机不利，出入升降之机停废而导致大便秘结，艰涩不通，宜下病取上，使传化正常。步玉如认为便秘为胃肠燥热所致。[4]施奠邦认为脾虚、肝郁气滞、津亏血瘀、气机阻遏导致便秘。综合诸医家之经验，便秘病因多为气滞、血瘀、热结、寒凝、气血津液亏虚等导致大肠传导失职所致。

病因病机分析，便秘病位在大肠，由于大肠传导功能失常所致，与脾、肺、肝、肾关系密切，脾主运化，脾虚运化失常，糟粕内停，大便难行。肺与大肠相表里，肺之燥热移于大肠，大肠传导失职成便秘。肝主疏泄，肝气不疏，气机壅滞，气郁化火，火灼伤津，使肠道失润，肾主五液，司二便，肾阳不足，命门火衰致阴寒凝结；肾阴不足，肠液涩少均可导致便秘。[1]其病因病机归纳起来，大致可分为以下几方面：

1.2.1 胃肠燥热：素体阳盛，过食膏粱厚味酒醴，致胃肠积热伤津，或热病之后，津亏液耗，或肺热下移大肠积热滞留，以致火盛水亏、肠失濡润、传导失常而或结燥之证。

1.2.2 气机壅滞：情志不畅，恼怒郁闷，多食少动，肠失传化，气机郁滞、进而胃气上逆，肠道阻滞，气道不宣，出现腹胀便秘。

1.2.3 气血亏虚：机体阴阳失调，气血不足，致脾胃虚弱，大肠失养，传导不利，出现便秘。

1.2.3.1 阳虚便秘：年老体弱，脏器虚衰真阴不足，受凉受寒，过食生冷，久服苦寒药物，致脾肾阳气损耗，肠道失温润，阴寒内结，传导失利，糟粕不出，出现便秘也称冷秘。

1.2.3.2 阴虚便秘，热病汗出，阴液耗伤，劳累过度，房室劳倦，久病消渴，阴津亏耗，崩漏带下，血虚阴亏，大便津液不足，无水行舟，传导受阻，出现便秘。

1.2.3.3 气虚便秘：年迈体虚，正气不足，久病重病，耗伤元气，大肠传导无力，排便乏力，出现便秘。

1.2.3.4 血虚血瘀便秘：产后或外伤，失血过多，阴血亏损，气滞血瘀，或出血过多之疾病，脾胃虚弱，肠道失濡养，肠腔干涩，传导不利，出现便秘。

1.3 病因病理研究[7]

近年由于结肠、直肠、肛门动力研究的深入，对便秘的病理机制和病理生理有了一些新认识，对于便秘的辨病与辨证结合丰富了内涵。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.3.1 功能性便秘

1.3.1.1 功能性出口梗阻性便秘：特点为粪便积在直肠排出困难，通过排粪动态造影而发现的一组疾病。

1.3.1.1.1 耻骨直肠肌痉挛综合征（盆底痉挛综合征）：排便时肌肉痉挛，不能使肛管直肠角增大，致排便困难，这种病症约占功能性便秘的 75%。

1.3.1.1.2 直肠套叠：又称直肠内脱垂，多数人长期便秘，排便费时费力，排空困难，多见于 50 岁以上女性，因便后套叠多复位，常规检查多不能发现，依靠排粪造影才能作出正确诊断。

1.3.1.1.3 会阴下降综合征：上端肛管，屏气时肛管下降，超过耻骨联合与尾骨尖联线处 2cm 以下，多见于 30 岁以上经产妇。因长期用力摒便，长期腹内压增高使盆腔底部肌肉变薄，肛管直肠角变小，致排便困难。

1.3.1.1.4 直肠前壁突出：排便时直肠内压力朝向阴道而不向肛门，粪块积集于突出的凹陷内，致排便困难，可有局部疼痛与便血。

1.3.1.1.5 盆底疝：由于小肠或乙状结肠疝进入直肠膀胱窝，挤压直肠致排便困难。

1.3.1.2 结肠慢转运性便秘（结肠缓慢通过综合征）：便意减少，粪块干硬为其主要表现，因粪便多滞留在结肠中，直肠内粪便少，难以引发便意。便秘可伴有腹痛与腹部不适，多为女性，虽然在结肠纤维镜检下无异常，但用嗜银染色可见肠肛丛异常，表现为嗜银神经减少，神经节中出现未成熟细胞，放免检查还发现有 P 物资及 VIP 活性下降。

1.3.2 器质性便秘

1.3.2.1 结肠、直肠、肛门病变：如肠粘连、炎症性肠病、痔疮、肛裂、肛门狭窄以及肠外肿块压迫致出口阻塞。

1.3.2.2 内分泌代谢性疾病：糖尿病、甲状旁腺机能亢进、甲状腺功能低下、硬皮病等。

1.3.2.3 神经肌肉病变：截瘫与多发性神经根炎等，结肠运动的神经调节功能失调，是引起便秘的一个主要原因。先天性巨结肠、系因结肠平滑肌神经丛中缺乏神经节细胞，对正常冲动反应低下，因粪便堆积致结肠近端扩张。临床表现腹痛，腹胀，便秘。

1.3.3 各种诱因致便秘

1.3.3.1 生活不规律：忽视正常便意，排便反射受抑制，久之便秘。

1.3.3.2 食物缺乏纤维素及饮水不足，胃-结肠反射不敏感。

1.3.3.3 结肠运动减少：缺乏体育运动或老年人肌力不足。

1.3.3.4 药物影响：抗胆碱能药物，阿片类药物，钙通道阻滞剂等，可致便秘。

便秘者都存在全消化道运输缓慢，且病理生理复杂，与心理精神因素也有一定关系[7]。

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

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症状的观察是临床研究的基础。观察便秘的临床表现，可以判定便秘的寒热虚实，善恶顺逆。便秘虽然是一个临床症状，但常有不同的临床表现，并常伴见不同的全身症状。便秘常表现为：大便干结，排便困难，间隔时间延长，或排便费力，便后便意不尽，或艰涩不畅，大便质坚硬或干结，或不一定干结，但努挣不下等。一般可以从便质的坚硬程度上可以辨别便秘的虚实。大便便质坚硬者，常为实证，便质不一定坚硬，但排便费力者多属虚证。从其伴见的全身症状，又可判定其为症状性便秘，还是习惯性便秘。症状性便秘常见于伤寒、热症之中，常伴见发热、恶风寒，苔厚腻、脉弦滑等外感、内热症状；内科杂症之中出现便秘，部分也属于症状性便秘，常伴见腹痛，肠鸣，气滞血瘀等临床表现，而无大寒、大热之症状，脉多沉弦；其便秘腹痛较轻，或有或无，无寒热及他症之苦，并易自调者，多属单纯习惯性便秘，常见于妇女及老年人。老年人便秘常以气阴不足为多见，气虚则见排便而不净，虚坐努责，便后乏力，甚而心慌气短，大汗淋漓；阴虚则见肠道失濡，粪块坚固，口干舌燥，头晕心烦，食欲减退。其治疗当以益气养阴之法辨证施治。

2.1.2 病势转归

便秘虽然是一个临床症状，但不及时治疗常常出现很多变证，特别是老年人出现便秘，有时要导致一些不良后果。如冠心病患者，因便秘而排便时用力过猛，心肌需血量，耗氧量猛增，冠状动脉供血不足，易诱发心绞痛的发作；高血压患者，由于排便时体位的改变，再加上过分屏气用力，可导致血压骤升，诱发脑出血等脑血管意外疾病。因此对于老年人出现便秘，更应重视，可以说便秘是老年人之大患。便秘有虚实之分，热秘、气秘属实；虚秘，冷秘属虚，寒热虚实之间，常常相互兼夹。实秘者若失治误治，常出现气阴不足，肠道失濡的表现，而变为虚秘。因此对于便秘要及时治疗，以防诱发其他疾病。

2.2 治则治法研究

2.2.1 治则概述

便秘分伤寒、热病性便秘，杂症性便秘，一般单纯习惯性便秘。伤寒、热病性便秘，多为外感、内热性症状性便秘，多属实证，其治则当以清热解表攻里，苦寒攻下之法；杂症性便秘，也当分清寒热虚实，热秘者宜清热润肠，气秘者则顺气导滞，血瘀者当活血逐瘀通腑，气虚者则益气润肠，血虚者则养血润燥；对于习惯性便秘，气滞者以理气通便，气虚者补中升阳通便，津伤者以养阴润燥通便。故治疗便秘，常结合患者便秘的成因，及伴见的症状、舌脉，而辨证施治。

2.2.2 治法研究

临床研究是以提高临床疗效为最终目标。临床医家从临床观察便秘的症状表现，结合全身伴见的症状，舌脉灵活地运用中医辨证论治治疗便秘，取得了较满意的临床疗效。彭学谋根据便秘的成因总结出便秘治疗 18 法。①苦寒攻下法，适用于阳明腑实证；②泻热润肠法，适用于胃肠燥热、津伤液耗，大便秘结证；③养血通便法，适用于津亏肠燥及年老或产后的血虚便秘者；④清热泻结法，适用于热结胃肠，证属实证、热证的病人；⑤增水行舟法，适用于温热病后期，阴亏液耗或平素阴虚的病人；⑥泻火通便法，适用于脏腑积热证候；⑦温通破结法，适用于寒实积聚、积滞内停者；⑧清下通便法，适用于急性热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病；⑨泻火逐痰法，适用于精神失常的狂躁证；⑩清泻胆胃法，适用于少阳、阳明合病；⑪调气行滞法，适用于气机郁滞，腑气不通的患者；⑫消积导滞法，适用于饮食积滞中焦，以致食积胃肠者；⑬清胆泻火法，适用于肝胆热盛者；⑭清肺泻热法，适用于痰热阻肺的患者；⑮逐瘀通便法，适用于瘀阻胃肠的病人；⑯补气益气法，适用于久病体虚、或年老体弱，或产后中气下陷者；⑰清心泻火法，适用于心火亢盛的病人；⑱泻下逐水法，适用于阳水实证者。[8]对于习惯性便秘的治疗，临床上除辨证施治外，纵观近年来的临床报导，常见的治法有行气润燥通便法，宣肺通结法，补气宣肺法，补肾润肠法，益气补肾法，养阴活血法，甘淡平补、滋养脾阴法，养血润肠法，补气血、益脾肾、润肠通便法等。

2.2.2.1 理肺法 便秘有伤寒、热病性便秘，杂症便秘、单纯习惯性便秘。其治疗达到大便通畅为首要目的。便秘的病位在大肠，属大肠传导功能失常所致。肺为华盖，主一身之气，与大肠相表里，肺之肃降与大肠传导息息相关，肺气壅滞或肺气虚，均可导致气机升降失常，大肠传导迟缓；肺为水之上源，脾之运化水液的作用，有赖于肺气的宣发与肃降，肺失宣降，水液不行，则肠道干枯大便不行。因此治疗便秘，勿忘理肺。即前人所谓“开上窍以通下窍”，“釜上揭盖”法等。叶天士习用紫菀、枇杷叶降肺气以通便结，或以桔梗汤、苏子降气汤等治疗便秘，都是着眼于肺与大肠的关系。临床上魏战美以理肺汤（桔梗、甜杏仁、枳壳、党参等）治疗 26 例习惯性便秘，均获临床治愈。[9]牛治君以补气宣肺汤治疗功能性便秘 68 例，也取得了满意疗效。[10]从肺治疗便秘常见的治法有清肺泻火通便，养肺阴以通便，益肺气而润肠通便，或宣肺理气以通便。

2.2.2.2 补中益气法 便出于魄门，需气之斡旋，方能传导下行。脾气虚则运化失常，生化之源不足，升降失常，又可及肺，肺与大肠相表里，故脾肺虚也可影响大肠的传导而致大便不通。故治疗便秘属虚秘者，当以补中益气为主，脾气足则可生金，气足则糟粕易行，即所谓益气通幽，气斡则便自通。故临床上常见以补中益气汤、黄芪建中汤重用白术治疗便秘的报导。如岑长所、于素坤等均以补中益气汤治疗单纯性便秘及顽固性便秘都取得了满意的疗效。[11,12]

2.2.2.3 增液行舟法 阴虚血少，肠失濡润，则大肠干枯，糟粕燥结，即吴鞠通所说：“津液不足，无水舟停”之意，故养阴润燥，滋阴润肠也是治疗便秘的重要方法。临床上以滋阴，养阴润肠之法的报导非常常见。如吕琳以增液汤加味治疗老年性便秘[13]；黄晓桃以济川煎加减治疗老年顽固性便秘[14]均取得了良好的疗效。

2.3 便秘的治疗研究

2.3.1 便秘的内治法研究

历代医家治疗便秘创制了不少方剂，这些方药的组成和运用，基本上能够反映出治疗便秘用药的大概情况。具有清热润肠功能的麻子仁丸，治疗阳明腑实证的大承气汤都是临床上常用的治疗热秘的著名方剂；对于虚证便秘，补中益气汤、《尊生》润肠丸临床上也非常常用。临床上常用的麻仁润肠丸、通便灵等中成药，治疗便秘疗效也是确切的。通过总结近来的临床报导，常用于治疗便秘的药物有大黄、芒硝、生首乌、生地、当归、肉苁蓉、生白术、枳实、厚朴、桃仁、麻仁、杏仁、郁李仁等。对于伤寒、热病性便秘、杂证性便秘，临床上除辨证施治原发性疾病外，常加通便之药。对于习惯性便秘，常根据其临

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

床表现，结合舌脉等证候，而辨证施治。从肝论治常以疏肝理气以通便，常用柴胡疏肝散加味；或养血柔肝以通便，方以一贯煎加减；或以清火泄肝以通便，用丹栀逍遥散加味。从肺论治常以清肺泻火以通便，方用麻杏石甘汤合大承气汤加味；或以百合固金汤以养肺阴而通便；或以补肺汤合三子养亲汤以益肺气、润肠通便；或以桔梗汤宣肺理气以通便；从肾论治常以六味地黄汤以滋肾阴而通便；或以左、右归丸、济川煎等补肾之剂以通便。对于习惯性便秘，临床上也常见以专方、自拟方治疗的。如刘方红自拟牛麻汤（牛膝、火麻仁、大黄、升麻、桔梗）加减治疗各型便秘 96 例，总有效率达 100%[15]。王奎平以滋肾润燥、疏肝肃肺法自拟通便汤（生地 20g、熟地 20g、玄参 15g、麦冬 10g、枳壳 10g、青皮 6g、苏子 10g、杏仁 10g、当归 10g、火麻仁 15g、生首乌 15g）治疗习惯性便秘 63 例，结果痊愈 35 例，好转 25 例，总有效率 95.2%。[16]刘旺以小柴胡汤加减治疗老年性便秘 48 例，也取得了全愈 30 例，显效 16 例，有效 2 例的疗效。[17]何宛翎以硝黄粉胶囊（大黄、芒硝等份共研细末，装胶囊，每粒 0.3g）治疗习惯性便秘 50 例，也取得了全愈 12 例，显效 25 例，有效 12 例，总有效率 98%的良好疗效。[18]万金娥等自拟通便汤（麻子仁、枳实、厚朴、肉苁蓉、升麻）配合通便条（细辛、松子仁、蜂蜜）治疗便秘，也取得了全愈 102 例，有效 11 例的良好疗效。[19]

对于习惯性便秘，临床上也常见以单味药物治疗的报道。如蓝莉、戴建国均用莱菔子治疗便秘；[20,21]滕玉兰用生首乌治疗老年性便秘；[22]孙凡涵及李希今重用白术治疗便秘[23,24]；刘洪明重用白芍治疗便秘；[25]张文卿用决明子治疗便秘；[26]姜美香用鱼腥草治疗习惯性便秘；[27]王希初用牛蒡子治疗便秘[28]等，都取得了良好的疗效。

2.3.2 便秘的外治法研究

对于便秘的治疗，中医除内服中药辨证施治外，还有很多通过外治法而达到治疗便秘的目的。如针灸、按摩、气功及外敷中药等。临床上针刺治疗便秘常取的穴位有：大肠俞、天枢、支沟、上巨虚诸穴，并常配合併谷、曲池、中脘、脾俞、胃俞、气海等穴。也有单取一穴治疗便秘，如许凯声商阳点刺放血治疗便秘，[29]柏洁和林锳武针刺承山穴治疗便秘。[30]也有以穴位注射配合埋线治疗便秘的，如罗素珍以维生素 B_1 22.5mg，穴位注射双侧肓门穴，同时用穿刺针埋线法（取双侧足三里穴埋线），治疗 89 例老年人习惯性便秘，结果愈 25 例，显效 32 例，有效 19 例，总有效率 84.5%。[31]也常见有以中药外敷治疗便秘的报导，如刘克奇用芫花、大戟、甘遂各等分，大枣适量，制成蜜丸，外敷神厥、天枢，及双侧大肠俞穴，治疗便秘 48 例，结果痊愈 40 例，有效 7 例，总有效率达 97.9%。[32]徐文进用生大黄粉末敷脐[33]、孙元光用“通便灵”敷脐[34]治疗便秘，也都取得了满意的疗效。通过穴位按摩也可以达到治疗便秘的作用，如韩平通过按摩“通便穴”（左侧坐骨结节内后方深层）[35]、杨飞舟通过按压双侧迎香穴[36]也都取得了良好的疗效。耳针疗法也是治疗便秘的有效方法，临床上用耳针治疗便秘的报导也非常常见，如马奎军以王不留行子，取耳廓部位，找压痛点，治疗便秘 70 例，结果痊愈 40 例，有效 25 例，总有效率达 92.8%[37]。气功对习惯性便秘也有非常好的疗效。如庄子坐忘法等功法对便秘都有很好的辅助治疗作用。

2.3.3 便秘的食疗研究

便秘的治疗离不开饮食的调养，对于老年性习惯性便秘患者，应该禁食油腻辛辣之

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

品，应该多食膳食纤维，因为食物纤维能促进肠蠕动，有利于排便，含膳食纤维最多的食物是麦麸、还有水果、蔬菜、燕麦、胶质食物、玉米、大豆、果胶等。近年来，随着人们保健意识的增强，药膳疗法也越来越受到人们的重视。如李氏提出便秘之症，应审察病因，根据其寒热虚实而辨证给予不同的膳食。热秘者给予菠菜、海藻类（海带、紫菜等）、水果类（苹果、梨、香蕉等）；单纯便秘者，予理气导滞之膳食，多食生白萝卜；或凉拌炖炒，或用麻子仁、苏子研烂水滤取汁，煮粥食之；气虚便秘者，予益气健脾之膳食，加蜂蜜冲饮，亦可用白术研面煮粥食之；血（阴）虚者，予生食鲜藕或煮食；冷秘者，予温润通便之膳食，用胡桃仁，甚则可用锁阳、肉苁蓉与狗肉同煮食之。[38]对于习惯性便秘患者，经常参加体育锻炼，避免少动久坐、久卧，或忧思悔怒等，保持心情舒畅，养成定时排便的习惯，多食新鲜蔬菜和水果，并适量服用蜂蜜、芝麻、核桃、牡蛎、发菜、豆奶等润肠食物，多吃植物油，都有利于润滑肠道，而排便。

3. 实 验 研 究

3.1 关中医证型便秘动物模型的研究

中医对便秘的病因病机认识与现代医学不同，中医认为，便秘是饮食不当、情绪失和的外因与病人正气亏虚的内因相互作用的结果，临床上有寒热虚实不同证候，也相应有寒下、热下、润下等不同的治法及方药。为了更好地探索不同方药的治疗机制，需要建立能反映不同证型的动物模型。目前常用的中医证型便秘模型见附表。[39][40][41]

表 目前常用中医证型便秘模型

类 型	理论依据	复制方法	动物表现
实热型便秘	胃肠积热 耗伤津液	小鼠自身粪便制成 10% 混悬液，1ml/天/只，灌胃，连续 2 天，禁食(不禁水)12 小时	小鼠腹胀，少动，大便干结量少
燥结型便秘	津液耗伤 肠道失润	小鼠只食大米不饮水不食蔬菜，连续 3 天	毛发发枯，体型干瘪瘦小，体重减轻，尿黄，大便干结坚硬并成圆珠状或串珠状，或颗粒细小
寒结型便秘	寒滞食积 阻结于肠	禁食 12 小时(不禁水)，10% 活性碳，2℃ 冰水，1ml/只，灌胃，连续 3 次，每次间隔 30 分钟	小鼠粪便颗粒较大而稀软，尿多而清淡
脾胃虚寒型便秘	阳气虚衰 肠道传送无力	10% 活性碳，2℃ 冰水，1ml/天/只，灌胃，连续 3 天，试验前禁食 12 小时(不禁水)	粪便稀软，尿多清稀，小鼠活动减少喜扎堆
脾胃虚弱型便秘	劳倦少食 损伤脾胃 大肠传导无力	每天 4g/只，颗粒饲料喂养(不禁水)，每天游泳 20 分钟，连续 15 天，第 16 天，复方樟脑酊 0.1ml/20g，灌胃，连续 2 次，间隔 4 小时	体重上升不明显或下降，毛发疏松无光泽，鼻尖及脚蹼较苍白，喜扎堆

表中所列便秘模型的制备方法，造模所需时间短，模型维持的时间也短；模型制备成功与否只能靠动物的外形体态及粪便状况来判断，虽与中医证型的某一方面有相似之处，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

但仍与临床有相当大的差别，其所采用的造模方法也值得商榷，需进一步加以研究改进。

近年来，便秘治疗药物的研究，采用燥结型模型较多，如麻子仁丸通便机理研究就采用燥结型便秘模型，[42]其它类型则较少采用，可能与临床常用的治疗便秘的药物多有润肠通便的功效有关。

3.2 常用方剂通便机制的研究

3.2.1 麻子仁丸

麻子仁丸系润下剂的代表方，被广泛用于习惯性便秘的治疗，近年来，对其不同剂型进行了大量研究。

3.2.1.1 通便作用：依不同剂量分别给予不同组别的正常小鼠灌胃，收集4小时内粪便，发现小鼠排便粒数和重量均大于给药前，也大子空白对照组，并随剂量增大而增加，有良好的量效关系。但有人认为仅在剂量 < 16g/kg 时，其量效关系呈正比，在剂量 > 16g/kg 时，随着剂量增加，致泻作用反而减低，甚至产生功能性便秘，机理不明。进一步采用燥结型便秘小鼠模型，也取得相似结果，表明该药可增加排便量，且有软化大便作用，对正常动物和便秘模型动物均有通便作用[42、43]。

3.2.1.2 机制探讨：

3.2.1.2.1 小肠推进试验：禁食小鼠分组后，在灌入5%活性碳阿拉伯胶悬液前，分别灌胃药液和生理盐水，定时处死，开腹，测量炭末推进长度，结果表明，有明显推进小肠运动的作用，但有人提出不同看法，认为对小肠推进无影响[42、44、45]。

3.2.1.2.2 大肠推进试验：分别采用大鼠和小鼠，将药液通过手术切口直接注入盲肠中，均观察到有促进大肠推动运动的作用[42、45]。

3.2.1.2.3 对肠管容积的影响：蟾蜍在体小肠分段结扎后，灌入不同药物，观察各段肠管的重量，麻子仁丸组作用与液体石蜡相当，均能显著增加肠内容物重量的作用[44]。

3.2.1.2.4 对离体肠管平滑肌活动的影响：分别观察豚鼠肠管平滑肌在正常生理状况下和低温状况下的收缩状况，结果表明，麻子仁丸对两种状态的离体肠管活动均有促进作用，尤以低温下更为明显[42]。

3.2.1.2.5 在体肠管运动的影响：用多导生理仪，分别观察给药前后家兔的回肠运动情况，结果显示，肠段的收缩幅度和蠕动频率在给药后均有显著增加[42、44]。

3.2.1.2.6 粪便中水分含量的变化：收集一定时间的小鼠粪便，称湿重和干重，得出粪便中的水分含量。麻子仁丸与盐水对照组相比，能显著增加粪便中的水分含量[45]。

以上试验表明，麻子仁丸有确切的通便作用，其作用机制与促进肠管运动，增加肠管容积及减少粪便中水分的吸收有关。

3.2.2 枳术丸

包括加味枳术丸（枳术丸加肉苁蓉）和香砂枳术丸（枳术丸加木香、砂仁、陈皮、香附等）。枳术丸原用治脾胃虚弱，饮食停滞，胸脘痞满等症，近年有用治消化不良之大便秘结。

3.2.2.1 对离体肠管的影响：结果表明，可使离体家兔肠管的张力增高，收缩幅度加大，并可对抗乙酰胆碱和氯化钡引起的肠管强直性收缩，同时，对肾上腺素所致的肠肌

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

抑制也显示明显的拮抗作用，表明有双相调节的作用[46]。

3.2.2.2 小肠推进试验：对正常小鼠的小肠运动有推进作用，同时对抗新斯的明所致小鼠小肠的运动亢进和阿托品所致小肠运动抑制，也显示有双相调节的作用[46,47]。

另外的研究还表明，枳术丸对小鼠胃排空，大鼠的胃液分泌、胃蛋白酶活性及胆汁、胰液的分泌均有影响。

3.2.3 温脾汤

有温补脾阳，攻下冷积的功效，用治阳虚便秘。

有研究表明，小鼠连续3天用10%活性炭2℃冰水灌胃，造成脾胃虚寒型便秘模型，分别给予大黄、巴豆、温脾汤和三物备急汤，仅温脾汤组动物排便时间缩短，排便粒数明显增加，说明该方治疗阳虚便秘的作用[42]。

【古训今释】

1 病名溯源

便秘，在历代文献中有诸多不同称谓。《黄帝内经·素问》所称“后不利”和“大便难”即是指此病而言。汉·张仲景《伤寒论》则谓“不大便”，《金匮要略》有“脾约”的名称，是指便秘的两种特定类型。前者指外感热病极期合并的一个主症，后者指胃肠燥热而原发的便秘。唐·孙思邈《备急千金要方》中除提到“大便难”以外，又有“大便不通”之称。两种提法，是为区别便秘轻重程度不同的类别。宋·朱肱《活人书》记载有“大便秘”，此名称即与现代中医界习惯叫的“便秘”很接近。明·程充辑《丹溪心法》有“燥结”之称。明·虞搏《医学正传》称为“大便燥结”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛》称为“便秘”，延用至今。

另外，部分医家曾对便秘一病分类又列出一系列不同证候的名称，它们是便秘内属的类别，低一层次，不与便秘平列。此种名称具有较强的特定限指，相当于现代中医病证结合的名称，即辨病与辨证的结论的合称。如明·戴思恭《证治要诀》中将便秘分为：“冷秘”、“热秘”、风秘”、“气秘”、“虚秘”。明·李梴《医学入门》与李中梓《医宗必读》所述与《证治要诀》大同小异。其中“冷”是指阳虚、气虚之寒证，秘是指便秘，余项同。“脾约”，是以病机而命名的便秘中之一类，应与“热秘”互参，二者均指胃肠积热而引起的便秘。

2 证候与病象

《素问》论述到两种便秘的证候。第一种是脾胃气滞，所谓“太阴之厥，则腹满膨胀，后不利。”(《素问·厥论篇》)第二种是“太阴司天，湿淫所胜，……大便难。”(《素问·至真要大论》)即因湿邪困阻所起的便秘。脾胃气滞证的便秘，症状表现为：大便次数减少至数日一次，排便时费力，且伴有腹胀满不适。湿邪困阻的便秘，症状为：大便溏粘，数日一次，排便时粘滞不爽，不易排尽。如夹热，则大便先硬后溏。脾胃气滞证便秘后世称为“气秘”。

汉·张仲景《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》所述：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则坚，其脾为约。”是最早提出胃肠燥热证便秘的记载。后世医家称“热秘”，实质与此相同。因张仲景将其病机称为“脾约”，即胃热，热迫津液，脾不能为胃行其津液至大肠，而小肠分泌清浊时，津液偏渗于膀胱，故小便数（相对于热盛的小便短赤而言，并非频数），而大便干结，仲景学说影响较深，故现代仍将“脾约”与“热秘”并称，二者实属同一证候，不应认为是两种证。症见便干、口苦口干。

晋·王叔和《脉诀·肺脉歌》记载津亏证便秘。歌曰：“肺脉浮兼实，咽门燥又伤，大便难且涩，鼻内乏馨香。”元代朱震亨在《震亨心法·论通大便禁忌》说：“又老人虚人风人，津液少而秘者”，也是指此证而言。津液亏虚证与血虚证、阴虚证便秘，既可区分，又有难以截然分开之势，故古籍中多综合论述。如明·李梴《医学人门·大便燥结》中述：“津少，因发汗，利小便过多，及产后失血等证。”明·李中梓《医宗必读·大便不通》：“更有老人津液干枯，妇人产后亡血，及发汗利小便，病后血气未复，皆能秘结。”津亏、血虚、阴虚证便秘其症状表现古医家缺少论述。盖以病机概括，医者可自知其症状特点：大便干结，甚者可呈粒成块，二日以上排便一次，干涩难出，甚至不用药即难解大便。伴见口咽干燥，消瘦，面色无华，皮肤干燥，舌苔燥，脉细等。

“风秘”是便秘的另一种类型，其实质是指风阻气化证的便秘。《脉诀·大小便病脉》记载：“浮脉歌曰：尺部见之风人肺，大肠干涩便难通。”明·戴思恭《证治要诀·大便秘》述：“风秘之病，由风搏肺脏传于大肠，故传化难。或其人素有风病者，亦多有秘。”明·李梴《医学人门》，李中梓《医宗必读》有类似记载。风阻气化证便秘的症状表现，古籍亦无描述。以病机概括症状而已。风秘症状应见：胸闷，气喘，大便数日一次，不甚干硬；另一部分病者则有中风后遗症状口眼㖞斜，半身不遂，数日难解大便。

“冷秘”是指脾肾阳虚证便秘。此证最早见于宋·朱肱《活人书·大便难》引用注释张仲景《伤寒论》中之观点列人便秘内论述：“仲景又有阳结阴结之论，……其脉沉而迟，不能食，身体重，大便反硬，名曰阴结。”此处之“阴结”即指后世的“冷秘”。至明·虞搏在《医学正传·秘结论》中仍将“冷秘”称为“阴结”。称“阴结”，是与“阳结”（实则后世之“热秘”）相对应而讲的。至明·戴思恭《证治要诀·大便秘》方称“冷秘”，概念比“阴结”更明确。其文戴：“冷秘，由冷气横于肠胃，凝阴固结，津液不通，胃道秘塞，其人肠内气攻，喜热恶寒。”明·李中梓《医宗必读·大便不通》：“冷秘者，面白或黑，六脉沉迟，小便清白，喜热恶冷。”二者将冷秘的症状表现记述的很详细。

脾气虚衰证之便秘，在明·李梴《医学人门·大便燥结》中有记载：“气虚者，参仁丸。”气虚证可以单独存在，也可与其它证兼夹，明·赵献可《医贯·大便不通》：“如热秘而又兼气虚者，……”其症状表现医家以病机概括而未详列，其症状应是：大便不干，排便时努挣费力，乏力，纳少，面色无华等。

3 病因病机学说

3.1 病　　因

对便秘形成的病因，古医籍中已有较详尽的论述。分类归纳如下。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.1.1 因病或治疗引起便秘

唐·孙思邈《备急千金要方·闭塞》中述："人有因时疾，瘥后得闭塞不通。"概括指出患外感病之后，可以形成便秘。其中有一部分是热邪伤津液引发。《丹溪心法·燥结》说："邪人里则胃有燥粪，三焦伏热，则津液中干，此大肠夹热然也。"即指此而言。另一部分是因病中误用发汗或利尿药，或正常用，或用之过当，均可伤津液而引起便秘。明·李梴《医学入门·大便燥结》："津少，因发汗，利小便过多。"即指此类病因。

3.1.2 饮食不节

饮食不节引起便秘主要是过食肥甘、辛辣之品和饮酒。明·虞搏《医学正传·秘结论》："原其所由，……饮食失节，或恣饮酒浆，过食辛热，……。"《兰室秘藏·大便结燥门》："若饥饱失节，……及食辛热味厚之物，……故大便结燥。"

3.1.3 房室过度

房室过度，耗伤阴精，也可引起便秘。明·虞搏《医学正传·秘结论》中述："房劳过度，……淫欲之火，起于命门，以致火盛水亏，……渐成结燥之证。"

3.1.4 久病和体质因素

久病易伤正气，正气虚衰则或气虚、阳虚推动无力，或血虚阴虚失于滋润肠道涩滞，皆可形成便秘。

随年龄衰老，人的体质多有变化，或有久病不愈也能影响体质变异，或阴虚，阳虚，或气虚、血虚，均能导致便秘。《兰室秘藏·大便结燥门》中云："又有年老气虚，津液不足而燥结者。"即指此而言。

3.1.5 劳伤

体力和脑力劳动过度，均能损伤人之正气，而引起便秘。《兰室秘藏·大便结燥门》载："劳役过度，损伤胃气，……而助火邪，伏于血中，耗散真阴，津液亏少，故大便结燥。"

3.2 病 机

3.2.1 胃肠燥热

由于外感热病后，余热未尽；或饮食喜食肥甘厚味，及食量长期过多原因，均能产生胃肠内实热，热伤津液，形成胃肠燥热，大便干结而不易排出。汉·张仲景《金匮要略·消渴小便利淋病脉证并治》："……胃中有热，即消谷引食，大便必坚。"

3.2.2 风搏肺脏

肺与大肠相表里，肺气的宣降影响着大便之是否通畅。当风邪郁于肺，尤其患有中风的病人，肺气郁滞，大肠传导失常，可以导致便秘。明·戴思恭《证治要诀·大便秘》中述："风秘之病，由风搏肺脏，传于大肠，故传化难。或其人素有风病者，亦多有秘。"

3.2.3 脾胃气滞

气机升降是人体推动气血津液及水谷正常运化的原动力。由于思虑过度或悲忧而致脾胃气滞时，则可使水谷在胃肠的传导受障，从而产生便秘。明·戴思恭《证治要诀·大便秘》中说："气秘，由气不升降，谷气不行。"

3.2.4 阴虚血虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阴精、血、津液是相互联系的，当阴虚或血虚时，津液即不足，大肠燥结失于濡润，而产生便秘。明·虞搏《医学正传·秘结论》述："夫肾主五液，故肾实则津液足，而大便滋润，肾虚则津液竭，而大便燥结。""又有年高血少，津液枯涸，或因有所脱血，津液暴竭，种种不同。"

3.2.5 阳气虚衰

水谷正常传导尚须阳气之推动，阳气虚衰推动无力，亦可导致便秘。《丹溪心法·燥结》谓："虚人脏冷而血脉枯，老人脏寒而气道涩，此大肠之夹冷然也。"

4 治则治法

4.1 治 则

4.1.1 辨证论治，不执一法而通

便秘一证，临床医者多用润肠导气之方，往往对气秘、风秘、冷秘不甚注意辨识，易出现误治。因而治则应强调，辨证论治，不可执润下降气一法。元·朱震亨《格致余论·脾约丸论》中对执一方通治便秘提出异议，其精神即是指要辨证论治，文中说："愚恐西北二方，地气高厚，人禀壮实者可用。若用于东南之人，内热虽盛而血气不实者，虽得暂通，将见脾愈弱而肠愈燥矣。后之欲用此方者，须知在西北以开结为主，在东南以润燥为主，慎勿胶柱而鼓瑟。"

4.2 治 法

便秘之治法有以下几种：清热法、攻下法、散风法、润燥法、理气法、补阴补血法、补阳补气法。这些治法在应用时往往是结合使用以组方。古医家这些治法都寓于处方中，治法专论在于强调一些主要治法。如清·陈士铎《石室秘录·大便燥结》中述："干燥火炽，大肠阴尽，遂至粪如羊屎，……吾有奇方，专补其阴，使阴生而火息，阴旺则肠宽也。""大便闭结者，人以为大肠燥甚，谁知是肺气燥乎？肺燥则清肃之气不能下行于大肠，而肾经之水，仅足以自顾，又何能旁流以润溪涧哉？方用熟地、元参各三两，火麻一钱，升麻二钱，牛乳一碗，水二钟，煎六分，将牛乳同调一碗服之。一剂不解，二剂必大便矣。此方之妙，全在不润大肠，而补肾。尤妙在不止补肾，而且补肺。更妙不止补肺，而且升肺。盖大肠居于下流，最难独治。必须从肾经以润之，从肺经以清之。气既下行，沉于海底，非用升提之法，则水注闭塞而不通，启其上孔，则下孔自然流动，此下病治上法，亦腑病脏治之法也。其余治腑之法，可即以此悟之。"

5 方剂用药归类

5.1 治胃肠燥热便秘方

麻仁丸(《太平惠民和剂局方》)

治肠胃热燥，大便秘结。

厚朴去皮姜制炒　芍药　枳实麸炒各半斤　大黄蒸一斤　麻仁五两　杏仁去皮尖炒五

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

两半　右为末，炼蜜和丸如梧子大，每服二十丸，临卧用温水下，大便通利则止。

大承气汤(《伤寒论》)

治大实大满，大便不通者。

大黄　芒硝　厚朴去粗皮　枳实各半两　右剉，如麻豆大，分半用水一盏半，生姜三片，煎至六分，内硝煎，去滓服。

大黄饮子(《太平圣惠方》)

治身热烦躁，大便不通。

升麻一钱　大黄煨二钱　杏仁炒　枳壳炒栀子仁　生地各一钱半　人参　黄芩各七分　甘草炙五分　右作一服，水二锺，姜五片，豆豉二十一粒，煎一锺，不拘时服。

润肠丸(《脾胃论》)

治胃中伏火，大便秘涩，或干燥不通，全不思食，乃风结血秘，须润燥和血疏风，自然通矣。

羌活　归稍　大黄煨各半两　桃仁　麻仁各一两，右为末，除麻仁桃仁研如泥外，为细末炼蜜为丸，如梧桐子大，每服三五十丸，空心白汤送下。

二黄汤(《备急千金要方》)

治下焦热结，不得大便。

大黄三两　黄芩二两　栀子二十枚　甘草一两，右四味㕮咀，以水五升，煮取一升八合，分三服。若大便闭加芒硝二两。

五柔丸(《备急千金要方》)治闭涩。

大黄一升蒸三斗米下　前胡二两　半夏　苁蓉　芍药　云苓　当归　葶苈　细辛各一两，右九味为末，蜜和合捣万杵，为丸梧子大，食后服十五丸，后稍增之，日再。

大五柔丸(《备急千金要方》)

治脏气不调，大便难通。

大黄　芍药　枳实　苁蓉　葶苈　甘草　黄芩　牛膝各二两　桃仁一百枚　杏仁四十枚，右十味为末，蜜和丸如梧子大。一服三丸，日三。加至二十丸。酒下。

濡脏汤(《备急千金要方》)

主大便不通，六七日腹中有燥屎，寒热烦迫，短气，汗出胀满。

生葛根　猪膏各二升　大黄一两，右三味㕮咀，以水七升，煮取五升，去滓，内膏煎，取三升，澄清。强人顿服，羸人再服。亦治大小便不通。

芒硝丸(《备急千金要方》)

治胀满不通。

芒硝　芍药各一两半　杏仁　大黄各二两　黄芩一两六钱　右五味为末，蜜丸如梧子大，饮服十五丸，取通利为度，日三。

润肠汤(《济生方》)

治大便结燥不通。

生地　生甘草各一钱　大黄煨　升麻　桃仁　熟地　当归梢　麻仁各一钱　红花三分　右㕮咀，水二盏，煎至一盏，去渣，食远温服。

槟榔丸(《普济方》卷三十七引《太平圣惠方》)

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治大肠积热，气壅不通，心腹胀满，大便秘结。

大黄蒸　黄芩　麻子仁炒，去壳，别研　枳实麸炒　牵牛炒　槟榔　羌活　杏仁汤浸去皮尖炒黄　白芷各一两　人参　右为末，炼蜜和丸，如梧桐子大，每服五七十丸，空心用白汤送下。

5.2　治脾胃气滞便秘方

枳壳丸(《世医得效方》)

治肠胃气壅风盛，大便秘实。

皂角去皮弦炙　枳壳炒　生大黄　羌活　木香　桔红　桑白皮　香白芷各等分　右为末，炼蜜丸如梧桐子大，每服七十丸，空心米饮下。又方：只用枳实、皂角等分，饭饮丸亦妙。

六磨汤(《世医得效方》)治气滞腹急，大便秘涩。

沉香　木香　槟榔　乌药　枳壳　大黄各等分　右各件，热汤磨服。

桔杏丸(《世医得效方》)

治气秘、老人、虚弱人皆可服。

橘红取末　杏仁汤浸去皮尖，另研各等分，右和匀，炼蜜丸如梧桐子大，每服七十丸，空心米饮汤送下。

苏麻粥(《世医得效方》)

顺气，滑大便。

紫苏子　麻子仁不拘多少　右二味研烂，水滤取汁，煮粥食之。

小通气散(《世医得效方》)

治虚人忧怒伤肺，肺与大肠失于传送，致令秘涩。服燥药太过，大便秘亦可用。

苏叶　枳壳　橘红　木通各等分　右剉散，每服四钱，水一盏，煎温服，立通。

木香和中丸(《世医得效方》)

治大便秘。

木香　沉香　白豆蔻　枳实　槟榔　蓬术　青皮　陈皮　当归酒洗　黄芩　木通　黄连　缩砂仁　猪牙皂角去皮核并子，蜜水润炙干　郁李仁汤泡去皮　三棱末各一两　大黄四两　香附　牵牛头末各三两　黄柏二两　右末水丸，每服三钱，白汤下，或姜汤下。

5.3　治风气郁肺便秘方

麻仁丸(《卫生宝鉴》)

顺三焦，和五脏，润肠胃，除风气，治冷热壅结，津液耗少，令人大便秘难，或闭塞不通，若年高气弱，及有风人大便秘涩，尤宜服之。

枳壳去瓤麸炒，白槟榔煨半生　山药　山萸　菟丝酒浸研　防风　肉桂　车前子各一两半　木香　羌活各一两　麻仁研　郁李仁去皮研　大黄半蒸半生各四两　右为细末　入研药和匀。炼蜜丸如梧桐子大，每服十五丸至二十丸，温汤下，临卧时服。

皂角丸(《世医得效方》)

专治有风人脏腑秘涩，大效。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

猪牙皂角 枳壳去瓤 羌活 桑白皮 槟榔 杏仁研 麻仁研 防风 白芷 橘红各等分，右为细末，蜜丸如梧桐子大，每服三五十丸，白汤送下，蜜汤亦可。一方只皂角，枳壳二味等分。

疏风散(《世医得效方》)

治风毒秘结。

枳壳半两 防风 羌活 独活 槟榔 白芷 威灵仙 蒺藜炒赤去刺 大麻仁炒另研 杏仁汤泡去皮尖，炒另研 甘草炙各一两 右剉散，每服二钱半，生姜五片，蜜一匙，水一盏半，煎服。

二仁丸(《世医得效方》)

专治虚人、老人风秘，不可服大黄者。

杏仁去皮尖麸炒黄色 枳壳去瓤麸炒赤 麻仁另研 诃子慢火炒，搥去核各等分，右为末，炼蜜丸如梧桐子大，每服三十丸，温汤下。

活血润肠丸(《脾胃论》)

治大便风秘、血秘，时常结燥。

归梢一钱 防风二钱 羌活 大黄煨各一两 麻子仁二两半 皂角仁炮存性，去皮袢一两

桃仁二两研如泥 右除桃红、麻仁另研如泥外，为极细末，炼蜜为丸如梧桐子大，每服五十丸，白汤下。二三服后，须以苏子麻子粥，每日早晚食之，大便日久再不结燥。余药以磁器盛之，纸密封，勿使见风。

5.4 治血虚阴虚便秘方

导滞通幽汤(《脾胃论》)

治幽门不通，上冲吸门，不开噎塞，气不得上下，大便难。脾胃初受热中，多有此证。治在幽门，以辛润之。

当归身 升麻稍 桃仁泥 炙甘草各一钱 红花少许 熟地黄 生地黄各五分 水二盏 煎至一盏，调槟榔细末五分，稍热服。一方加麻仁、大黄各等分，红花少许，名润燥汤。

益血丹(《医垒元戎》)

治大便燥，久虚亡血。

当归酒浸焙 熟地黄各等分 右为细末，炼蜜为丸如弹子大，细嚼酒下一丸。

五仁丸(《世医得效方》)

治津液枯竭，大肠秘涩，传导艰难。

桃仁 杏仁炒去皮各一两 柏子仁半两 松子仁一钱二分半 郁李仁炒去皮一钱 陈皮四两另为末 右将五仁另研为膏，入陈皮末研匀，炼蜜丸如梧桐子大，每服五十丸，空心米饮下。

益血润肠丸(《世医得效方》)

治大便秘。

枳壳麸炒 橘红各二两五钱 阿胶蛤粉炒诛 肉苁蓉各一两半 苏子 荆芥各一两

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

当归　杏仁炒去皮尖　麻仁各三两　熟地黄六两　右为末，以熟地　杏仁　麻仁三味杵为膏，入末，同杵千余下，仍加炼蜜为丸，如梧桐子大，每服五六十丸，空心白汤送下。

润燥汤(《兰室秘藏》)治大便不通。

升麻　生地黄各二钱　熟地黄　当归梢　生甘草　大黄煨　桃仁泥　麻仁各一钱　红花五分　右除桃仁麻仁另研如泥外，剉如麻豆大，都作一服，水二盏，入桃仁麻仁泥，煎至一盏，去渣，空心稍热服。

润肠汤(《兰室秘藏》)

治大肠结燥不通。

生地　生甘草各一钱　大黄煨　升麻　桃仁　熟地　当归梢　麻仁各一钱　红花三分　右咬咀，水二盏，煎至一盏，去渣，食远温服。

润肠汤（《杨氏家藏方》）

治大便秘涩，连日不通。

荆芥穗研　麻子仁一两半研水滤去滓取浓汁　桃仁麸炒黄研各一两　脂麻半盏　右入盐少许同煎，食前代茶饮之，以利为度。

三仁丸（《圣济总录》）

治大肠有热，津液竭燥，里急后重，大便秘结。

柏子仁　松子仁　大麻仁各一两　右研令匀，用黄蜡半两熔化，和丸如梧桐子大，每服二十丸，食前用米饮送下。未快，加丸数服之。一方以白蜡和丸，用黄丹汤下，治老人虚秘。

小提盆散(《医方类聚》卷一三六引《施圆端效方》)

治大便燥结，服转药久不通。

灶突墨一钱　沧盐三钱　右研匀，每用一钱，竹筒吹入肛门，立通。

5.5　治气虚阳虚便秘方

半硫丸(《太平惠民和剂局方》)

治年高冷秘，虚秘，及痃癖冷气。

制半夏为细末　明硫磺研极细，用柳木槌杀过　右以生姜自然汁同熬，入干蒸饼末，捣匀，入臼内杵数百下，丸如梧子大，每服十五至二十丸，无灰酒或生姜汤任下。妇人酢汤下。俱空心。

黄芪汤(《太平惠民和剂局方》)

治年高老人大便秘涩。

绵黄芪　陈皮各半两　右为末，每服三钱，用大麻仁一合，烂研，以水投取浆水一盏，滤去渣，于银石器内煎，候有乳起，即入白蜜一大匙，再煎令沸，调药末，空心食前服。秘甚者不过两服即愈。常服即无秘涩之患。此药不冷不燥，其效如神。

苁蓉润肠丸(《济生方》)

治发汗利小便，亡津液，大便秘，老人、虚人皆可服。

肉苁蓉酒浸焙二两　沉香另研一两　右为末，麻子仁打糊丸如梧子大，每服七十丸，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

空心米饮送下。

（李振华 周乐年 葛文津 李王波 吴丹明 纪太军）

参 考 文 献

[1] 李乾构，王自立．中医胃肠病学·中国医药科技出版社，1993．322

[2] 黄家谦．胃肠道疾病治疗学．天津科学技术出版社，1996．351

[3] 张锡纯．医学衷中参西录·河北人民出版社，1980．151～726

[4] 董建华．中国现代名中医医案精华。北京出版社，1990．339、1148～1290

[5]《孔伯华医集》整理小组．孔伯华医集．北京出版社，1988．359

[6] 中医研究院．岳美中医案集．北京：人民卫生出版社，1978．45

[7] 王崇文．便秘研究的进展．江西医药，1995，30（2）:172

[8] 彭家谋．便秘治疗18法．时珍国药研究，1998，9（1）:9～10

[9] 魏成美．理肺汤治疗习惯性便秘26例．四川中医，1997，15（10）:23

[10] 牛治君，牛明星．补气宣肺汤治疗功能性便秘68例，山东中医杂志，1995，14（12）:543～544

[11] 岑长所．补中益气汤治疗慢性单纯性便秘183例．新中医，1998，30（5）:45

[12] 于素坤，祝令谭．加减补中益气汤治愈顽固性便秘．实用中医内科杂志，1996，10（3）:9

[13] 吕琳，增液汤加味治疗老年便秘．河南中医药学刊，1994，9（5）:45～46

[14] 黄晓桃．济川煎加减治疗老年顽固性便秘30例．湖北中医杂志，1994，16（2）:53

[15] 刘方红．牛麻汤治疗便秘96例．四川中医，1996，14（9）:36

[16] 王奎平．滋肾润燥疏肝肃肺法治疗习惯性便秘63例．实用中医内科杂志，1997，11（1）:47

[17] 刘盛旺．小柴胡汤加减治疗老年性便秘48例．山西中医，1996，12（5）:33

[18] 何宛翎，苏雪梅．硝黄粉治疗老年习惯性便秘50例．吉林中医药，1997，17（4）:15

[19] 方金娥，赵刚，杨秀云．通便汤通便条治疗顽固性便秘118例．中国肛肠病杂志，1995，15，15（1）:53

[20] 蓝莉，赵同远．单味莱菔子治便秘效好．新中医，1996，28（7）:50

[21] 戴建国．莱菔子治疗小儿便秘．中国民间疗法，1997，（1）:45

[22] 滕玉兰，陈玉梅，廖健敏．生首乌治疗老年性便秘体会．护士进修杂志，1997，12（7）:41

[23] 孔凡涵，刘洪明，孙丽华．重用生白术治便秘．吉林中医药，1997，17（5）:15

[24] 李希今．大剂量白术治疗便秘的临床验证．四川中医，1994，12(7):29

[25] 刘洪明．重用白芍治便秘．山东中医杂志，1997，16（2）:81

[26] 张文卿．决明子丸治疗大便秘结200例．辽宁中医杂志，1994，2（3）:139～141

[27] 姜美香．鱼腥草治疗习惯性便秘．山东中医杂志，1995，14（8）:373

[28] 王希初．牛蒡子治疗便秘．中医杂志，1997，38（11）:646～647

[29] 许凯声．商阳点刺放血治疗便秘．中国针灸1998，18（4）:218

[30] 柏洁，林锳武．针刺承山穴为主治疗便秘．针灸临床杂志，1997，13（8）:38～39

[31] 罗素珍．穴位注射配合埋线治疗老年人习惯性便秘．见中国老年脾胃病学术研究．天津：天津科学技术出版社，1996．170

[32] 刘克奇，许莺燕．穴位贴敷治疗习惯性便秘45例．中医外治杂志，1997，6（3）:47

[33] 徐文进，郭玉珍．生大黄粉末敷脐治疗习惯性便秘．黑龙江中医药，1997，（1）:30

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[34] 孙无光，段其华．通便灵敷脐治疗便秘 90 例疗效观察，中国民间疗法，1995，(4)：28
[35] 韩平．通便穴之发现与按摩应用．中医外治杂志，1997，6 (5)：14～15
[36] 杨飞舟．穴位按揉治疗便秘 29 例．湖北中医杂志，1995，17 (6)：41
[37] 马奎军．耳穴压丸治疗中风便秘 70 例．国医论坛，1997，12 (6)：35
[38] 薪秀婵，高晓俐．习惯性便秘的中医药治疗近况．陕西中医，1998，19 (5)：236～237
[39] 鄢顺琴．动物（小鼠）便秘模型的复制及其中药的治疗效果．中药通报，1988，13 (8)：43～45
[40] 李仪奎主编．中药药理实验方法学．上海：上海科技出版社，1991．322～323
[41] 厉兰娜，江汉才，王家安，等．虚秘小鼠模型的初步探讨．中国肛肠病杂志，1995 (1)：11～12
[42] 郭建生，蒋孟良，彭芝配等．麻仁软胶囊通便作用的实验研究．中国中药杂志，1993，18 (4)：236～239
[43] 万锦洲，陈世明，马锦星．麻仁润肠软胶囊的药效学研究．时珍国药研究，1994，5 (3)：17～18
[44] 邱赛红，陈立峰．麻子仁丸与麻仁胶囊通便作用的实验研究．中药药理与临床，1990，6 (6)：5～6
[45] 任晋斌，许卫红，宋玲，等．麻仁滋脾丸和益寿通通便作用研究．中药药理与临床，1995，11 (4)：6～7
[46] 黄春林，张北泉，黄江虹，等．加味枳术丸通便作用的临床观察与实验研究．中医杂志，1996，37 (4)：221～222
[47] 谭毓治，胡因铭，赵清云，等．香砂枳术丸对消化系统的药理作用．中药药理与临床，1992，8 (3)：9～11

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

※ 吐　血 ※

吐血，是指血由胃而来，经口而出，甚则倾盆盈碗的出血病证。其血色鲜红或紫红，并伴有大便色黑。

吐血，虽多属胃的疾患，但往往由于他脏的影响，而导致胃络受伤。如肝郁化火，脉络瘀滞，逆乘于胃，损伤阳络而发；饮食劳倦，脾胃受伤，气不摄血，血失所统而吐血；胃络瘀阻，血不循经，亦可发生吐血。

吐血是临床上常见的病证，可见于多种疾病发生发展过程中。从西医学来看，主要为上消化道出血，其中以消化性溃疡最为常见，其次见于肝硬化食道静脉曲张、食道炎、急慢性胃炎、胃粘膜脱垂、胃癌、胃恶性淋巴瘤、胃平滑肌瘤等疾病，某些全身性疾病在疾病发展的不同阶段也出现吐血，如血液病、尿毒症、脑出血、药物所致的应激性溃疡等。吐血是以主诉症状命名的病证，是临床上最常见的病证之一。其中作为最常见的导致吐血发生的消化性溃疡是一种全球性疾病，不同国度，不同地区，其发病率均呈上升趋势。据世界卫生组织调查表明，消化性溃疡总发病率占到人口 10%～12%。另据学者统计，每 5 个男人和 10 个女人中，可有 1 人在其一生中患过消化性溃疡，而出血的发病率又占本病患者的 1/5～1/4。本篇所讨论的吐血，主要以最常见的消化性溃疡作为重点。

【今日临床】

1　诊断标准

1.1　病名诊断标准

关于吐血病证名的诊断，1986 年以前基本上没有统一的规范的诊断标准，此后经过反复的讨论研究，逐渐形成了 1987 年长春会议制定的《中医血证急证诊疗规范》，1988 年青岛会议再次对其进行了修订。现在主要用 1993 年中华人民共和国卫生部制定发布《中医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》（ZY）中的吐血诊断标准。现就 ZY 标准，并对发病特点和诱因略作增补，摘录如下。

主症：胃络受损，络伤血溢，出现血从口中呕吐而出，即吐血，指上消化道出血。

次症：呕吐液呈咖啡色或黯红色，吐血量多者呈鲜红色，多夹有食物残渣，混有胃液。或起初常有恶心，胃脘不适或疼痛，吐血量多者头晕心慌，汗出肢冷，甚或晕厥。或脘腹有压痛，肠鸣音活跃，出血量多者心率增快，血压下降，而色苍白。

发病特点：突然发病者居多，患者以中壮年为主，男女之比约 2:1。

病史特征：多有胃脘痛反复发作病史，吐血前胃脘痛明显加重。

诱发因素：发作前多数有明确诱因，如气恼、感冒、劳倦、暴饮暴食、饥饿或饮食生

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

冷、干硬、辛辣烟酒等。

理化检查：呕吐物或大便隐血试验强阳性。胃肠 X 线钡餐造影及胃镜检查，可明确出血病灶部位及性质。肝功能、甲胎蛋白的测定，癌胚抗原及胆、胰、肝、脾 B 超等检查排除肝脏及其他脏器疾病所致的吐血。

凡具备主症，参照次症及其它即可诊断为吐血。

1.2 证类诊断标准

胃热炽盛

主症：吐血量多，色红或紫黯，常夹有食物残渣。

次症：脘腹胀闷甚则疼痛，口臭便秘或大便色黑，舌质红，苔黄，脉滑数。

肝火犯胃

主症：吐血色鲜红或紫黯，心烦易怒，胁痛口苦。

次症：呕哕频作，嘈杂泛酸，胃脘痞胀灼热，舌质红，苔黄，脉弦数。

瘀阻胃络

主症：吐血紫黯，胃脘疼痛，固定不移。

次症：痛如针刺或刀割，口干不欲饮，舌质紫或有瘀斑，苔薄，脉涩。

脾不统血

主症：吐血反复不止，时轻时重，血色黯淡，胃脘隐痛喜按。

次症：神疲畏寒，心悸气短，自汗，便溏，色黑，面色苍白，舌质淡，苔白，脉弱。

脾胃阴虚

主症：吐血量多色红，脘胁隐痛。

次症：嘈杂吐酸，烦热颧红，盗汗，咽干口燥，舌红无苔，脉弦细数。

以上诊断标准选自国家中医管理局颁布《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，第 1 版。

1.3 吐血、黑便分级标准

根据出血的程度分为轻度、中度、重度三级。

轻度：估计出血量在 500ml 以内，黑便成形，偶有头昏、心悸，脉率、血红蛋白无明显变化。

中度：估计出血量在 500～1000ml，大便稀溏，色黑如漆，可有吐血、心悸、口干、眩晕，或有昏厥，脉率 100 次/分左右，血红蛋白 70～100g/L。

重度：估计出血量在 1000ml 以上，吐血便血频作，眩晕心悸，口干尿少，甚则汗出肢冷，神志恍惚或昏迷，脉微细欲绝，脉率 120 次/分以上，血压下降，收缩压在 90mmHg（12kPa）以下，血红蛋白低于 70g/L。

以上标准选自《中药新药临床研究指导原则》第一辑，中华人民共和国卫生部制定发布，1993 年。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2 中心证候特征

本证以吐血为主要证候，吐血量可多可少，血量较少多呈咖啡色，且常有食物残渣；吐血量多则倾盆盈碗，血色鲜红，同时伴有大便紫黯，甚则黯红色。

临床中对本病的证候可谓各抒己见，依证设类，但综合概括起来仍不脱离胃热炽盛、肝火犯胃、瘀阻胃络、脾不统血、肝胃阴虚五大类。

吐血之血色，可有鲜红、黯红、淡红之区别，吐出血量有程度之轻重，发作时可有急骤、缓渐之相异，故而兼见的症状也就不尽相同。此外，性别之差、肥瘦之别、嗜好之异、气候地域之不相同也会造成诸多的证候变化。有的脘腹胀闷、口臭便秘；有的胁痛口苦。呕哕频作，嘈杂泛酸；有的胃痛固定，痛如针刺或刀割；有的迁延不愈、神疲畏寒、隐痛喜按；有的咽干口燥、烦热颧红。舌为心之苗，舌象的变化也可窥见一斑，舌质或红或淡红或紫或瘀斑，舌苔或黄、或白，或无苔。脉象的变化可为实：滑数、弦数；可为虚：脉细、脉弱、脉芤；也可虚实并见细弦数等。

临床上细观吐血的病理属性，实证者居多，突然发病者居多，中壮年居多，男性患者居多。发作前往往提供胃脘痛反复发作的病史，且诱发因素不容忽视，情志的变化、饮食的调理、身体的状况、个人的生活嗜好等与吐血的发生有密切的关系。胃热伤络及肝火犯胃，责之“火”，且为实火；吐血量多，导致阴血亏虚，虚火内生，责之“火”，此为虚火，严重者可出现气随血脱之象；病情迁延日久不愈，又会导致瘀血内阻，可谓错综繁杂，故需审证求因，观血色，揣兼证以区别病之虚实，察舌诊脉辨别脏腑的所属。

3 病 因

3.1 原发病因

饮食所伤 平素饮食不节，如饮酒无度、嗜食辛辣炙煿之品，燥热蕴结于胃，化火侵扰血络而外溢，迫血上溢为吐血。暴饮暴食，生冷干硬损伤胃络而吐血。

情志失调 肝与胃是木土相克的关系，肝喜条达主疏泄，肝气可疏泄脾胃气机，协助胃腑消磨水谷，若忧郁恼怒，肝郁气滞，郁久化火伤胃，损伤胃络而吐血。或平素肝胆或肝肾阴亏，肝火上扰，横逆犯胃，损伤胃络，血随火升而致吐血。

劳倦内伤 劳倦过度，损伤脾胃，脾气虚弱，统血无权，思虑伤脾，脾气受损，气失统摄，血行不畅，或久病体弱脾胃功能下降，均可导致运化无权，血无所主，脱陷妄行，血上溢而吐血。

瘀血停积 病情迁延，血行不畅，造成病理产物瘀血形成。反之，瘀血又作为病因瘀阻脉络，血不循经而外溢，或各种原因造成胃络受伤，瘀血内结，亦发吐血。

3.2 继发病因

邪热侵袭 外感六淫之暑、火、燥、疫毒等阳邪，又感素体之阳盛，二阳相搏，热伤脉络、或人营动血，迫血妄行，引发吐血。

五志过极 忧、思、恐、怒、喜五志过极，均可激动经脉之气或气郁化火，火伤脉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

络，或气血逆乱，血随气动乃致出血。

本脏病或它脏病 凡属本脏病（胃病）、他脏病（主要是肝病）等失治、误治，迁延不愈均可导致气血逆乱，进而影响血液运行，血流迟缓而成血瘀，此为气滞血瘀，脉络瘀阻，逆经妄行。

久病或热病之后 急性热病之后、慢性病久治不愈耗伤正气，气虚不能摄血，耗伤阴津，阴虚火旺，虚火上炎，迫血妄行溢血。

毒物损伤 误食有毒食物，或进食腐败变质的鱼、肉、蛋及其他食物引起中毒；或长期吸烟，灼伤肺胃津液；或长期及大量饮酒湿热伤及血络，或因病服用对胃有损害的药物，如阿斯匹林、保泰松、激素等，往往导致急性胃络损伤而致吐血。

3.3 诱发因素

时间季节因素 月相周期的变化对人体的生理病理有一定的影响，月廓盈亏的周期性与吐血的发病有直接的关系，每月的阴历十五日前后是急性出血的发病高峰，而冬春季节发病明显高于夏秋季，同时出血与气温、日照成反比。[1]

饮食 饮食宜清淡，避免进食粗糙硬粘食物，如韭菜、茭白、芹菜、搅角、夹生饭、硬饭、糕团。嗜食辛辣刺激食品或肥甘冷腻食物，饮酒、浓茶、浓咖啡等，饥饱无常，服食、误食腐败变质食品或食物加工处理不当，毒素未去，或服用对胃肠刺激性强的药物。

情志 情志是人体对外界刺激产生情感反应，如果情感抒发过于偏激，即可导致气机逆乱，如情志不畅，抑郁寡欢，烦恼暴怒，思虑过度，焦虑不安，惊恐不已，悲伤暗泣，狂喜大笑。

房室过度 房室不节，纵欲无度，肾精亏损，先天不能荣养后天，脾胃亏虚。

4 病 机

4.1 发 病

急性出血 发病突然急骤，多在过度饮酒、忧郁暴怒、食物中毒、药物刺激后突然发生脘腹胀闷或疼痛，随之发生吐血。出血量大小、速度、快慢直接决定病情的严重程度及预后，可兼见头昏、心悸、恶心、口渴、视物黑朦或晕厥，失血过多，则出现精神萎靡、烦躁不安、反应迟钝、意识模糊以至厥脱等危急证候。

慢性出血 起病缓慢，疼痛渐发，通常属病情徐缓发展、病程较长者，发作可为阵发性、持久性、无规律性，胃肠道症状也可表现时轻时重、时发时止。由于病程长，大部分病人体质明显下降，所以同时又表现为虚损劳伤的症状，如心悸头晕、疲倦无力、手足麻木、面色苍白，而这些症状往往缺乏特异性常被忽视。

4.2 病 位

血从口出，其实病位是在胃腑，故而消化系统功能障碍是其主要表现。但人是一个有机的整体，应该说，相关联的脏腑尚有肝与脾，而慢性吐血者有时还可见到肾虚的表现，至于久病导致血液运行不畅，成为瘀血时，又可以做为病因诱发吐血，那么瘀血的表现又

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

可以为全身性。

4.3 病 性

本病实多于虚，实在火热、在气滞、在血瘀；虚在脾胃、在肝，而属气虚、阴虚。

实证辨证勿忘吐血后，血亏而伴血虚，实中夹虚；虚证辨证勿忘吐血是标，是现象，其本可有脾、胃、肝、肾诸脏腑原发病的存在。

4.4 病 势

急性吐血发病急骤，倾盆盈碗，一般来说病势较剧，多为火热所致，迫血妄行，发作前可出现相应的伴随症状，如胃脘胀闷疼痛、恶心呕吐、嘈杂泛酸，同时可见消化道功能障碍，进一步发展可表现为厥脱，病情危笃，刻不容缓，应及时组织抢救。

慢性吐血起病缓慢，一般依其原发疾病的不同而表现相应的症状，病程相对较长，病势相对较缓，以虚证或虚实兼杂证居多，严重者可出现气随血脱的危候，故仍需注意。

4.5 病机转化

火热与气虚是作为吐血的两大病机，至于血瘀在不同阶段可表现为病因，也可表现出是病机。其中就实而论，火热、气滞、瘀阻是引发吐血的主导，而气虚，主要是脾气虚，阴虚，主要是胃阴不足，多有演变之嫌。在病情发展过程中，实证均可向虚证转化，而虚证则可向虚实夹杂发展。火热实证日久出血不止，可导致阴血亏损，虚火内生；而出血过多，血失气伤，势必气血两虚，甚则出现气随血脱之证。此外，出血之后，离经之血瘀积于内，或气虚与气滞导致血行不畅，瘀血停着，新血难以速生，病久反复发作，缠绵难愈。

4.6 证类病机

胃热炽盛 素常嗜酒或辛辣之物，燥热蕴积于内，胃受其害，热伤胃络，迫血上溢。或瘀血内结，日久不去，气机失畅，郁而化火，热结在胃，而出现脘腹胀闷疼痛，口臭，舌红苔黄，脉滑数。

肝火犯胃 忧思郁怒过度，肝气郁结化火，肝火横逆犯胃，肝火上逆，肝火亢盛，肝火扰动心神，临床症见口苦易怒，心烦少寐，舌红绛，脉弦数。

瘀阻胃络 无论是气滞或是气虚，或痰湿均可导致血行不畅，另外各种原因造成出血，而又不能及时排出体外，造成瘀血存于内，阻滞胃络，此时若血不循经而随胃气上逆，势必吐血之证发作，其色多紫暗，胃经瘀阻不通，可见胃脘刺痛，痛有定处而拒按，反映在舌脉则见舌质紫黯或有瘀点、脉涩。

脾不统血 脾胃为仓廪之官，主受纳腐熟水谷和转输精微。凡饮食不节，劳倦过度，思虑伤脾，致脾气虚弱，统摄无权，血无所主，而妄行外溢，故吐血缠绵不止，血色黯淡；气随血去，气血亏虚，心失所养，则心悸气短；血虚不能上荣于面，则面色苍白，舌质淡、脉细弱为气血亏虚之象。

肝胃阴虚 久病、热病之后，纵欲过度，阴津耗伤，肾阴亏虚，相火妄动，虚火肆

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

症，灼伤胃络，吐血色红；胃失濡养故胃痛隐隐；津少不能上承则口渴引饮；虚火扰动则潮热盗汗，耳鸣少寐，烦燥不安；舌红、脉细数为阴虚火旺之舌脉。

5 临证思路

5.1 抓住主诉

本病以吐出鲜红的或紫黯色的血液为主诉。

吐血除具有冬春季发病多，反复发作的特点外，一般还具有胃肠道症状和全身症状等基本特点。而一些患者就诊时往往在急性期已过，故而尚应见到一些失血后表现。

5.2 详问病因

引起吐血的病因很多，一般发病多有诱因可寻，详细了解后可有助于诊断、辨证、施治等。如饮食习惯、嗜食酒肉、过硬生冷、热烫浓茶、咖啡等。又有情志所伤，喜、怒、忧、思、悲、恐、惊既为人之情感表现方式，但太过则为致病之病因。劳倦过度、久病不愈诸多因素均可引发吐血。

5.3 分析病位

吐血主要病位在胃腑，病初在气分，病位较浅，病势急速，可突出表现为胃火盛、肝火旺。久病在血分，病位较深，病势缓渐，可见脾弱、血瘀、胃阴肝阴不足。

吐血在胃，涉及肝、脾、肾。

5.4 确定病性

吐血可根据发病的速度和时间（急缓和病情的轻重特点）分急性、慢性。根据发病特点及症状表现为实证、虚证。根据病初病久及相应症状揆度在气、在血。

急性吐血表现为发病急骤，病势较剧，且病情急重，变化多端，往往易发生厥脱之危候。慢性吐血表现为发病缓慢，渐起渐落，病势较缓，同时多出现在原发疾病的进展过程中。

吐血实多于虚，实证以火热为主，吐血的血色多为鲜红或紫黯，同时可兼见于胃热炽盛或肝火旺盛的临床特征。其次为血瘀，病性多属气滞血瘀，吐血血色与火热相似，唯独另见痛处固定拒按，痛如针刺或刀割。虚证则有气虚、阴虚之别，气虚血色淡，阴虚血色也较实证色淡，同时还表现气虚阴虚的虚象。

临床中各种类型往往不是单独出现，而是相互转化或兼挟，胃热炽盛，吐血盈盆，血失阴伤，胃阴亏耗，可谓实中有虚。肝郁日久化火，火灼胃阴，亦谓虚实挟杂。气滞不通，血行不畅，可发展为气滞血瘀，不能不表现实中有实。故临证之时，审势度时，辨证施治是治病之关键。

5.5 判断病情轻重缓急

吐血量多，甚则倾盆盈碗，或反复多次呕血，伴面色㿠白，四肢厥冷，汗出如珠，心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

悸气促，神识昏迷，脉微细如丝或浮大中空，已见虚脱昏厥之危象，故谓危急险证，应积极抢救。

吐血伴黄疸，面色黧黑，胸、颈、面部红缕赤丝，或腹大膨隆，腹壁脉络显露，或腹部积块硬痛不移，为肝脾气血瘀滞之久，导致胃络阻塞、破损所致。其时患者呕血量大，量多，来势急骤凶猛，危险性极大，应及时采取中西医结合救治。

中年及中年以上患者，若见呕血少量多次，或呕吐咖啡色液体，大便色黑或隐血持续阳性，伴食欲不振，上腹不适或隐痛，消瘦无力，面色无华，应高度怀疑胃部癌变。必须进行详细检查。

曾经因胃部疾病而行手术后，近期要密切观察，远期要随访观察，有利于防止发生再次出血和胃部疾病恶性化。

6 鉴 别

咯血 咯血是手太阴肺经所引起的病证，其病变部位在肺而不在胃，经气道随咳嗽而出，发病前多有咳嗽、喉痒、胸闷等症状，血色鲜红，常混有痰液，在较大咳血之后，可见痰中带血数天，但大便一般不呈现黑色。《证治要诀》："咳血者，咳出痰中有血者是也；呕血者，呕全血者是"。咳血与吐血两者虽血液均从口面出，但咳血者，呼吸道之疾病；呕血者，消化道之疾病，二者有本质的区别。《明医杂著·劳瘵》在治疗用药方面也将两者加以区别，"若兼衄血咳血，出于肺也，加桑白皮一钱、黄芩、山栀各五分，炒……。若兼呕吐血，出于胃也，加山栀、黄连、干姜、蒲黄炒各一钱、韭汁半盏，姜汁少许。"药理药性归经性味各有不同，可见一斑。此外，结合西医的检测手段也有助于咳血的诊断，如白细胞计数、血沉、痰培养、细菌检查、脱落细胞检查，以及胸部 X 线检查、支气管镜检与造影、胸部 CT 等综合指标对明确咯血的病因、病理、诊断可谓锦上添花。

齿鼻衄 五官科疾病，凡血自齿缝外溢，或血自鼻道外溢的齿、鼻衄，其出血也均可由口腔而出，但出血部位在体表、在五官，血色鲜红，不夹杂食物的残渣。《医学正传·血证》："……又若房劳过度，以致阴火沸腾，血从火起，故错经而妄行也，是以从肺面上溢于鼻者，曰衄血。从胃面上溢于口者，曰呕血。"若能借助于鼻镜、喉镜对鼻部及齿部的出血则能作出更明确的判断。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 胃热炽盛

临床表现：吐血量多，色鲜红或紫黯，常夹有食物残渣，脘腹胀闷甚或疼痛，口臭便秘，大便色黑，舌质红，苔黄，脉滑数。

病机分析：嗜酒或嗜食辛燥之物，热积于胃，热伤胃络则吐血鲜红，若瘀结则色紫黯；若血随大便而出则色黑如柏油样；胃中饮食不化，随呕吐而出，则夹有不消化的食物残渣，胃气以降为顺，胃失和降则脘腹胀闷，甚则作痛；胃热灼伤阴津，肠道失养，则口臭便秘；舌红、苔黄、脉滑数均为胃中积热之象。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

转归：本证一般较急，以吐血鲜红，伴食物残渣为特点。病初若能得到积极治疗，同时注意及时消除病因，通常可以使出血得到很好的控制。若出血量多而快速，未能得到有效的控制，往往出现气随血脱，表现为厥脱危候，予后较差，甚则有生命危险。

治法：清胃泻火、凉血止血。

方药：泻心汤（《金匮要略》）合十灰散（《十药神书》）化裁。

大黄　黄连　黄芩　小蓟　大蓟　荷叶　侧柏叶　茅根　茜草根　栀子　丹皮　棕榈皮

加减：

如呕恶，可酌加代赭石、竹茹清热降逆止呕；如胃痛甚者，酌加三七末、延胡索祛瘀止痛；泛酸嘈杂者，酌加白及、乌贼骨收涩止血；热伤胃阴者，酌加石斛、天花粉、白芍。

参考方：

(1) 四生丸（《妇人大全良方》）：生荷叶　生艾叶　生柏叶　生地黄

(2) 清胃散（《兰室秘藏》）：当归　黄连　生地黄　牡丹皮　升麻

(3) 栀子金花丸（《宣明论方》）：栀子　金银花　黄芩　黄连　大黄　黄柏　知母　天花粉

7.1.2　肝火犯胃

临床表现：吐血鲜红或紫黯，心烦易怒，胁痛口苦，呕哕频作，嘈杂泛酸，胃脘痞满灼热，舌红苔黄，脉弦数。

病机分析：肝主疏泄，以条达为顺，胃主受纳，以通降为和。暴怒伤肝，忧思气结，肝失疏泄，郁久化火，横逆犯胃，胃络受伤则吐血且色鲜红或紫黯；胁为肝之分野，肝经之火上逆则胁痛口苦；肝火灼伤胃阴，呕哕、嘈杂、痞胀；肝火扰乱心神则心烦；舌红、苔黄为热象，弦脉主肝病。

转归：虽然发病时可因情志因素而突然吐血，但应有肝气郁结的过程，故而临床表现较突出的胁痛、口苦、易怒若能得到很好的控制，一般预后较好。但这类病人较难疏导，容易造成因果转化，恶性循环，所以胃痛、嘈杂、灼热一旦出现常常不易控制，反复发作，预后不佳。

治法：泻肝清胃，降逆止血。

方药：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）化裁。

龙胆草　生山栀　黄芩　生地黄　白芍　车前子　柴胡　泽泻　夏枯草　川楝子　茜草根　侧柏叶

加减：兼胁痛甚者加郁金、延胡索；兼瘀血者加花蕊石、三七；吐酸者加乌贼骨、吴茱萸、黄连；嗳气频作者加沉香。

参考方：

(1) 化肝煎（《景岳全书》）：青皮　陈皮　白芍　丹皮　炒栀子　泽泻　土贝母

(2) 泻青丸（《小儿药证直诀》）：当归　龙脑　川芎　山栀子　大黄　羌活　防风

(3) 左金丸（《丹溪心法》）：黄连　吴茱萸

(4) 当归龙荟丸（《刘河间医学六书》）：当归　龙胆草　栀子　黄连　黄芩　黄柏

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大黄 芦荟 青黛 木香 麝香

(本方出自刘完素《素问病机气宜保命集》，方中备举大量大寒之药，直泻火邪从二便而去，是一首专泻肝胆实火，导热攻滞下行的方剂，非实火上盛，不可轻用。)

7.1.3 瘀阻胃络

临床表现：吐血紫黯，胃脘疼痛，痛如针刺或刀割，固定不移，口干不欲饮，舌质紫或有瘀斑，苔薄脉涩。

病机分析：胃为多气多血之腑，若病势迁延，胃痛日久则血行不畅，气机阻滞，而胃络受阻，终则导致瘀血内停，血不循经，妄行而吐血，内瘀之血则紫黯，胃经壅塞，“不通则痛”故胃痛剧烈，状如针刺刀割；瘀血有形则痛有定处而拒按，此外尚有口干不欲饮，入夜尤甚，食后痛重等特点，均属血瘀致病，脉涩反映了血瘀而致脉道血行不畅；舌质紫暗有瘀斑，则为瘀阻不通舌少滋荣。

转归：本症吐血多由其他慢性疾病转化而来，故而形成的时间相对较长，吐血前疼痛剧烈是发病的信号，若疼痛发作突然消失也应警惕，此为西医常说的碱性血液与胃酸中和而致缓解。此外，其他各型的出血，离经而未排出体外，蓄结为瘀血，妨碍新血的生成及气血的正常运行，亦可加重出血或引发出血绵绵不止。

治法：活血化瘀，理气止血。

方药：化血丹加味。

花蕊石 三七末 血余炭 丹参 降香 茜草根 地榆

加减：兼热象者加大黄、虎杖；兼寒象者加艾叶炭、炮姜炭；胃脘刺痛甚者加元胡、没药、乳香；兼气虚者加党参、黄芪；兼血虚者加当归、鸡血藤。

临证参考：本证在治疗过程中，贯穿着活血这一中心，但同时须防止出血。原则上没有新发生出血时以行气祛瘀为治；当出血症明显时止血为先，佐以活血化瘀；当出血过多时，应考虑是否虚损，应及时益气补血。

参考方：

(1)桃红四物汤(《医宗金鉴》)：桃仁 红花 当归 赤芍 川芎 生地 枳壳 柴胡

(2) 膈下逐瘀汤 (《医林改错》)：五灵脂 当归 川芎 桃仁 丹皮 赤芍 乌药 元胡 甘草 香附 红花 枳壳

(3) 云南白药 (经验方) 遵医嘱应用。

7.1.4 脾不统血

临床表现：吐血反复不止，时轻时重，血色黯淡，胃脘隐痛，喜按，神疲畏寒，心悸气短，自汗，便溏色黑，面色苍白，舌质淡，苔白，脉弱。

病机分析：劳倦过度，或素体虚弱，或久病失养而损伤脾胃，脾气虚弱，统血无权，以致吐血迁延反复发作；脾主运化，胃主受纳，二者功能失调，水谷精微不得敷布，则见神疲心悸、气短自汗、面色苍白；脾虚中阳不振则胃脘隐痛喜按，畏寒便溏；舌脉的表现为脾虚之象。

转归：本证见于临床表现以虚证为主的病人，久病不愈导致的脾胃虚弱。一般吐血多缓渐，程度相对较轻，但易反复发作。故本症治疗过程中要加强调护，包括饮食起居和用

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

药规律的掌握，极有利于吐血的恢复，否则虚体更虚，其病危矣。

治法：健脾和胃，益气摄血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减。

党参　白术　黄芪　茯苓　地榆　血余炭　白及　阿胶　甘草

加减：兼见脾阳虚者加炮姜、炮附子、灶心黄土；兼见肝郁者加柴胡、佛手、郁金。

参考方：

(1) 黄芪健中汤（《金匮要略》）　黄芪　桂枝　白芍　生姜　甘草　胶饴

(2) 理中丸（《伤寒论》）加减：干姜　白术　炙甘草　阿胶　参三七　白及　艾叶

7.1.5　脾胃阴虚

临床表现：吐血量多色红，脘胁隐痛，嘈杂吐酸，烦热颧红，盗汗，咽干口燥，舌红无苔，脉细弦数。

病机分析：素体阴虚或久病耗伤阴津，或纵欲无度，肾阴亏耗，相火妄动，虚火上扰，最终导致肝胃阴虚，故见吐血量多色红，脘胁隐痛；胃阴不足，虚火内扰则嘈杂吐酸；烦热颧红，盗汗口干，舌红无苔脉细弦数乃阴虚内热之象。

转归：本证亦多为慢性病逐渐发生发展而来，可突然吐血，所以在吐血前往往有其它疾病的演变特点可参考，以本虚标实的证象，故需审势度时，溯本探源，同时在调护方面注意饮食勿辛热，药物勿辛燥，凡属伤阴动火之品慎用，一般依其原发病的变化而解决矛盾。

治法：滋阴降火，凉血止血。

方药：茜根散（《景岳全书》）加减。

茜草根　阿胶　侧柏叶　生地黄　麦冬　旱莲草　黄芩

加减：兼气虚者酌加黄芪、党参；阴虚者加龟板、玄参；潮热者加地骨皮、青蒿、白薇、鳖甲；盗汗者加糯稻根、浮小麦、五味子、牡蛎等。

参考方：

(1) 知柏地黄汤（《医宗金鉴》）熟地　茯苓　丹皮　山萸肉　生山药　泽泻　知母　黄柏

(2) 玉女煎（《景岳全书》）石膏　熟地　麦冬　知母　牛膝

(3) 青蒿鳖甲汤（《温病条辨》）青蒿　鳖甲　生地　知母　丹皮

以上各证型后所列参考方，基本以原型提出，临证时可依其吐血情况，随症加减，调整用药，有关止血药性味归经将于后述。

7.2　辨病论治

吐血是临床常见的危重病证之一，根据出血的原因可分为炎症、机械、血管、肿瘤因素，全身性疾病以及胃肠道邻近器官的病变所致。急性发作者，主要见于消化性溃疡，急性胃炎，肝硬化合并食道或胃底静脉曲张，胃癌及应激性溃疡。慢性发作者，常见于全身性疾病伴发，如血小板减少性紫癜，再生障碍性贫血，尿毒症等。现将以“吐血”为主要临床症状的疾病的治疗分述如下，未概括进来的内容可相互参考。

7.2.1　急性胃炎

临床表现：吐血起病急骤，常伴有剧烈的胃脘痛，或上腹部不适，恶心呕吐，呕吐物

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

多为胃液、食物残渣，另可见急性水样腹泻，严重者可有发热、失水、酸中毒、休克等中毒症状。

体征：可见上腹部及脐周压痛、肠鸣音亢进。

实验室检查：对不洁食物进行细菌培养，腐蚀剂分析。血常规：急性期中性粒细胞计数大多增高。

胃镜检查：主要变化是胃粘膜充血水肿，表面有片状渗出物和粘液，粘膜皱襞上有散在细小的出血点、糜烂或小脓肿，在出血停止后的 24～48 小时内，内镜下所见胃粘膜的病变可能已不存在。应激性糜烂大多数散布于全胃。以胃底和胃窦部居多。腐蚀性胃炎原则上禁作胃镜检查，以免引起穿孔。

主症分析：急性出血性胃炎的发病数在上消化道出血的各种病因中，已由过去的 1%～2%提高到 10%～20%，其最常见的病因是应激，如药物阿斯匹林、肾上腺皮质激素，又如酗酒。胃的功能是受纳和腐熟水谷，其性以通降为顺，若邪气犯胃，胃失通降，气机失调，胃络受阻，或灼伤胃络，则可发生吐血。

治则：

(1) 外邪犯胃者，解表疏邪，和胃止血。

(2) 饮食停滞者，消食化滞，和胃止血。

(3) 湿热郁蒸者，清化湿热，健胃止血。

(4) 肝气犯胃者，疏肝理气，和胃止血。

方药：

(1) 外邪犯胃：藿香正气散（《太平惠民和剂局方》）加味。

藿香　紫苏　大腹皮　厚朴　白术　茯苓　陈皮　半夏　仙鹤草　地榆炭

若暑湿犯胃，身热汗出，可用新加香薷饮解暑化湿；如秽浊犯胃，呕吐甚剧可吞服玉枢丹辟秽止呕；若风热犯胃，头痛身热，可用银翘散减桔梗加竹茹；若壮热口渴，可用黄连解毒汤。

(2) 饮食停滞：保和丸（《古今医鉴》）加味。

白术　陈皮　半夏　茯苓　神曲　山楂　连翘　香附　厚朴　莱菔子　枳壳　麦芽　黄连　黄芩　大黄　丹皮

若脾气受困，脘闷不食，可加砂仁、白豆蔻、苍术开胃健脾；若痰浊蒙蔽清阳，头晕目眩，酌加天麻、郁金、石菖蒲。

(3) 湿热郁蒸：藿朴夏苓汤（《感证辑要》）加味。

藿香　厚朴　半夏　赤茯苓　杏仁　薏苡仁　白蔻仁　猪苓　豆豉　泽泻　白茅根　荷叶

剧痛者加白芍、甘草；吐血甚者加白及、血余炭；黑便加槐花、地榆炭。

(4) 肝气犯胃：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

柴胡　白芍　香附　广木香　陈皮　延胡索　川楝子　甘松　枳壳　甘草　蒲黄　花蕊石

兼脘气不通、大便秘结加大黄、黄柏；气滞血瘀、胁肋刺痛加旋覆花、红花；嗳气频繁者加沉香、砂仁、苏子。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.2.2 消化性溃疡

临床表现：腹痛表现为周期性、节律性、长期性。胃溃疡疼痛多位于剑突下正中或偏左，十二指肠溃疡则位于腹正中线偏右，起病多缓慢。胃溃疡疼痛多在餐后 1/2～2 小时发作，经 1～2 小时胃排空后缓解，其规律是进食→疼痛→缓解。十二指肠溃疡一般在餐后 3～4 小时发作，进食后缓解，其规律是进食→缓解→疼痛。胃溃疡位近幽门，其疼痛节律可与十二指肠溃疡相同，当溃疡较深，特别是穿透性者，疼痛可及背部。本病呈周期性发作，与季节、饮食、精神情绪反应有关。特殊类型溃疡如幽门管溃疡，球部溃疡或有并发症时，疼痛可不典型。

本病除疼痛外，兼有胃肠道症状，如嗳气反酸，烧心恶心呕吐等，呕吐和恶心多反映溃疡具有较高的活动程度，大量呕吐宿食，提示幽门梗阻。

体征：发作期无并发症，可仅于上腹疼痛区有压痛点，一般较轻，后壁穿透性溃疡在背部 11～12 胸椎两旁常有压痛。

实验室及其它检查：

基础泌酸量及最大泌酸量测定有助诊断。胃溃疡的基础泌酸量正常或偏低，但不应为游离酸缺乏，十二指肠溃疡的最大泌酸量增高，但应小于 60mmol/L。

溃疡活动期大便潜血阳性。

X 线钡餐检查可见龛影及粘膜皱襞集中等直接征象，单纯肩部压痛、激惹或变形等间接征象仅供参考。

胃镜检查：可见胃及十二指肠球部，球后部，圆形或椭圆形、底部平坦、边缘整齐的溃疡，紧急胃镜检查一般应在出血后 12～24 小时后进行。

主症分析：大量吐血是消化性，溃疡最常见病发症，其发病率约占本病患者的 1/5～1/4，并发出血者，其消化性溃疡病史大多在一年以内，尚有 10%～15%的患者以吐血为消化溃疡的首见症状。吐血可因胃热炽盛，热灼胃络，血溢脉络，或因肝气郁结，横逆犯胃，肝火灼伤胃络，迫血妄行，因瘀血停滞，脉络壅塞不通，血不循常道，或胃病日久，郁热伤阴，胃失濡养，胃阴亏耗，阴虚化火，虚火灼伤胃络而出血，或脾胃虚寒，中气不足，脾不统血而失血。

治则：

(1) 胃热炽盛者，清胃泻火，凉血止血。

(2) 肝火犯胃者，泻肝清胃，降逆止血。

(3) 瘀阻胃络者，活血化瘀，理气止血。

(4) 胃阴亏虚者，滋阴降火，凉血止血。

(5) 脾胃虚弱者，温中健脾，益气摄血。

方药：

(1) 胃热炽盛：泻心汤（《金匮要略》）合十灰散（《十药神书》）化裁。

大黄　黄连　黄芩　山栀　大蓟　小蓟　荷叶　侧柏叶　茅根　茜草根　丹皮　棕榈皮

(2) 肝火犯胃：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加味。

柴胡　白芍　香附　木香　延胡索　川楝子　黄连　丹皮　山栀子　大黄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(3) 瘀血阻胃：失笑散（《太平惠民和剂局方》）合丹参饮（《医宗金鉴》）加减。

生蒲黄 五灵脂 三七粉 丹参 檀香 香附 延胡索 乌贼骨 赤芍 白芍 乳香

(4) 胃阴亏虚：一贯煎（《柳州医话》）加味。

沙参 枸杞子 麦冬 生地 川楝子 当归 石斛 佛手 白芍 丹皮 花蕊石

(5) 脾胃虚弱：黄芪健中汤（《金匮要略》）合良附丸（《良方集腋》）化裁。

黄芪 桂枝 白芍 高良姜 党参 白术 茯苓 木香 煅瓦愣 灶心土 白及 炮姜炭 仙鹤草

7.2.3 肝硬化

临床表现：肝硬化一般分作代偿期和失代偿期，前者无明显症状，而失代偿期，则可表现出静脉曲张，当进食粗糙物或便秘腹泻时，可诱发静脉曲张破裂，引起上消化道出血或痔出血。由于肝脏合成凝血因子的功能破坏，还常见皮肤粘膜出血，如鼻衄、齿衄、紫癜、粘膜出血等。

实验室检查及其它：

肝功能试验：血清胆红素有不同程度增高，转氨酶常有轻、中度增高，一般以 ALT (GPT) 增高显著，血清总蛋白正常、降低或增高，但白蛋白降低、球蛋白增高，白球比倒置，血清蛋白电泳中，白蛋白减少，γ-球蛋白增高。

腹水检查：一般为漏出液，如并发自发性腹膜炎，则腹水透明度降低，比重介于漏出液与渗出液之间，Rivalta 试验阳性，白细胞增多。

食管钡餐 X 线检查：食管静脉曲张时，X 线显示虫蚀样或蚯蚓状充盈缺损，纵行粘膜皱裂增宽，胃底静脉曲张时，可见菊花样充盈缺损。

腹腔镜检查：可直接观察肝外形、表面色泽、边缘及脾等纹变，亦可用拨棒感触硬度，并可在直视下对病变明显处作穿刺活组织检查。

主症分析：肝硬化致吐血者绝大多数由于食管胃底静脉曲张破裂，但还应考虑其他因素如并发消化性溃疡、急性出血糜烂性胃炎、贲门粘膜撕裂综合征等，静脉曲张破裂出血可因粗糙食物，化学性刺激及腹内压增高等因素而引起。此外肝硬化后，肝脏合成凝血因子的功能减退，止血与凝血机制造成破坏。从中医理论分析，长期的肝气郁结，郁久化火，横逆犯胃而致，或外邪入侵造成脾胃湿热内蕴，气血阻滞，湿热熏蒸肝胆，热毒炽盛，灼伤血络；或热毒亢盛，损伤肝肾，阴津耗伤，虚火上炎、灼伤血络，血瘀毒结，瘀血邪毒结于胁下，瘀血内阻，络道壅塞，血行外溢。

治则：

(1) 肝火犯胃者，疏肝泻火，凉血止血。

(2) 湿热蕴毒者，清热解毒，利湿止血。

(3) 阴虚火旺者，滋养肝胃，降火止血。

(4) 血瘀毒结者，化瘀解毒，通络止血。

方药：

(1) 肝火犯胃：当归龙荟丸（《刘完素《素问病机气宜保命集》》）加味。

当归 龙胆草 芦荟 栀子 黄连 黄柏 黄芩 大黄 木香 麝香 青黛 丹皮 水牛角

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 湿热蕴毒：黄连解毒汤（《外台秘要》引崔氏方）合茵陈蒿汤（《伤寒论》）加减。

黄连　黄芩　大黄　山栀　茵陈　青蒿　赤芍　丹皮　车前子　薏苡仁　白花蛇舌草

(3) 阴虚火旺：犀角地黄汤（《备急千金要方》）加味。

水牛角　生鳖甲　赤芍　丹皮　生地　女贞子　桑椹　野菊花　白茅根　石斛

(4) 血瘀毒结：膈下逐瘀汤（《医林改错》）加减。

桃仁　红花　赤芍　延胡索　五灵脂　川芎　当归　乌药　香附　枳壳　三七　血竭　大黄　黄连　山栀

7.3 临床用药经验与体会

吐血作为一种临床症状可见于临床各科，诸多病种，作为一个疾病又属于内科系统的常见急重症。按中医理论辨证施治，理法方药，近代医家潜心研究，积累了丰富的临床经验，但由于所处的历史、地理环境、用药特点不同，用药经验各具特色，产生了不同的学术观点，对于不同类证的认识，对相同类证代表方、代表药的认识，从而出现了在证型、诊断、代表方剂、治则、用药诸方面的各抒己见，下面将综合有关专家更具代表性治疗吐血的临床用药心得体会。

7.3.1 清热泻火、攻下降气、祛瘀行血

吐血多与恼怒忧愁、饮食不节、寒热邪气侵犯有关，导致气血瘀积化热，灼伤胃络而出血，火盛则迫血妄行，离经之血则瘀血，可见这种吐血火是因，瘀是果。《先醒斋医学广笔记》明确指出："宜行血不宜止血，血不行经络者，气逆上壅也，行血则血循经络，不止自止。"拟此法用三黄泻心汤加味（大黄　黄芩　黄连　瓦楞子　地榆　白及　三七粉），方中大黄、黄芩、黄连清热泻火，荡除胃肠的燥热，直折上炎之火，并祛除胃肠道中的瘀血，瘀血去则新血生，血得归经；瓦楞子消血块，制酸止痛，又佐以具有良好局部收敛止血功效的白及、地榆，白及性涩收敛，为止血要药，与大黄相伍，可缓和大黄的峻猛，泻下之力，寓行血于止血之中；三七粉具有祛瘀止血的作用，使止血不留瘀，据现代药理研究，大黄、白及、三七均能缩短凝血时间，其中大黄还能抑制上消化道运动作用，并能使细胞外液向血管内转移，使血液稀释，同时，还能降低毛细血管的通透性，改善血管脆性，能够使纤维蛋白原量增加，使血管的收缩活动增加，能促进骨髓制造血小板，促进血液凝固，三七还能收缩局部血管，增加凝血酶的作用，白及则能抑制纤溶酶，增加血小板第三因子活性，大黄、白及尚有促进胃粘膜修复的作用。

7.3.2 清热凉血、平冲降逆、化瘀止血

急性胃出血的病机复杂，是以脾胃功能失常，气机阻滞，血脉不和，日久腐肉烂肌，络脉损伤，血溢于外，造成阴络受伤，血上溢面吐血。本症具有本虚标实，寒热错杂的临床特点，故拟止血冲剂：黄连、半夏、赤芍、茜草、白及等药物，上药经煎煮、浓缩、烘干、过筛制成冲剂，分装成包，每包含生药 15g，属针对脾虚胃热为主研制的，方中药多寒凉，血之为物冷则凝，遇寒亦止的性能，过用寒凉一则可致"寒则血凝"，恐有留瘀之弊，另则寒凉伤胃，统摄无权，血不归经，可致吐血、便血再度出现。为了防止致瘀伤胃，免留病根，以黄连配半夏，取寒热互用以调和阴阳，苦辛并用以顺其枢机，畅达脾胃之升降功能，使血能归经。出血之时，血溢脉外，蓄积体内，形成瘀血，瘀阻脉络，血不

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

循经，以致发生出血与瘀血互为因果转化关系，方中赤芍、茜草清热凉血、化瘀止血，从而达到血止瘀化，相得益彰之效，再配以白及消肿生肌，收敛止血，其制酸作用更专，能在出血表面形成一层复盖膜，止血效果更佳。

7.3.3 清热收敛止血

吐血急症，急则治标。唐容川在《血证论》中指出："惟以止血为第一要法"，强调"存得一分血，便保得一分命"。血止后再论祛瘀、宁血、补虚诸法。①胃血宁冲剂即在这一指导思想下制定的，按每人每日量虎杖 30g 姜炭 6g、白及 6g、神曲 10g，经水煎、过滤、浓缩或乳胶溶液加防腐剂备用。主药虎杖味苦性凉，有清热止血、化瘀定痛之功，辅以微寒止血的白及，配用辛温之姜炭，起反佐之效，再加神曲和胃消食而收功。现代药理研究认为：虎杖所含的蒽醌衍生物类与大黄、番泻叶、羊蹄草、茜草等所含成分一样，故均有止血作用。此外还有一定的抗菌作用，常用于外涂治烫伤，以保护创面而止痛消炎。同理对于胃的溃疡面及炎症亦有治疗作用。白及含粘液质，可增加血粘滞性，促进血凝及人工血栓，起到保护胃粘膜和溃疡面的作用，有良好的局部止血作用。本方立足于止血救急。②明虎丸：亦为此法而设，明矾、虎杖根 1:4 干燥研细过 120 筛目，混合制成粉剂装入胶囊，每粒含生药 0.35g，每次 6 粒，每日 4～6 次，出血量大者，用上药粉 12g 加冷开水调或糊状口服。

明矾成分为硫酸钾铝，有收敛、止血、燥湿作用，能在出血创面上与蛋白质化合成一层难溶于水的蛋白化合物被膜而止血，虎杖有清热祛瘀、通络止血的功能，含有蒽醌类衍物和鞣质，能促进血小板生成，缩短凝血时间，改善毛细血管致密度和脆性度，并使出血粘膜蛋白凝固，而形成保护性皱膜，同时两药均有减少胃酸分泌和降低胃蛋白酶活性，有利于出血创面止血和愈合。

7.3.4 泻火祛瘀健脾法

上消化道出血病情复杂，常常虚实互挟，证型变化多端，而胃热、血瘀、脾虚则贯穿在疾病的始终，仅仅表现为症状主次的差异，轻重的不同，则可采取泻火祛瘀健脾法。大黄、槐木、旱莲草、仙鹤草、紫珠草、黄芪、白术。方中采用大黄为君，取其泻火通腑，祛瘀止血之效，现代药理研究表明，大黄能使局部血管收缩及通透性降低，起到直接止血的作用，并能提高血浆渗透压，致使组织内水分向血管内转移，以补充丢失的血容量，同时合槐木、旱莲草、仙鹤草、紫珠草止血治标、辅以黄芪、白术健脾益气，气血双补。全方共奏泻火祛瘀、健脾止血之效，标本同治、虚实兼顾。这一治疗法则正与唐容川《血证论》提出的血证四大法则：止血、祛瘀、宁血、补虚的观点相吻合。本作者在临床实践也遵循这一法则，遣方用药另辟蹊径，组方以大黄、黄柏、三七粉、白及、仙鹤草、白蘞皮、补骨脂往往收到特殊的疗效，实属不谋而合。

7.3.5 养胃实脾、止血生肌

吐血有虚实之分，实证者，前已详述多分胃热伤络，吐血量较多、色鲜红，伴有热象。而虚证者，可由脾气虚弱，统摄无权而致，吐血可多可少，色泽紫暗成淡红，大便色黑如柏油样，同时伴有一派虚象。有临床工作者，采取虚实兼并，脾胃同治之法，采用鸡丁白敛治疗吐血。鸡蛋壳、丁香、白及，方中鸡蛋壳碳重在止血，并取其含钙质呈碱性，以中和胃酸，保护溃疡面和胃粘膜，丁香为芳香健胃药，功能理气止痛，消胀止呕，并对

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

幽门螺杆菌有抑制作用，能控制炎症的进展，白及质粘，具有收敛止血、消炎生肌的作用，且入血分以泄热，三药合用，有养胃实脾、止血生肌、行气定痛之功能。此法立意虚实并举，实为治虚、治慢性吐血之良方良药。

7.3.6 滋肾水、泄肝热、养肝血

凡属吐血或黑便兼见，证胃脘胀痛、腰膝酸软、潮热盗汗、苔红脉弦细者，临床多辨证肝阴不足、胃阴亦虚，阴虚致虚火上炎。究其本，朔其源，其阴虚之根本何在，古有肝肾同源之说，肾主骨生髓，且其华在发，发为血之余之说，且用药时滋补肾阴之法，可使肝阴得以充，是以投方滋水清肝饮加味：生地、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻、白芍、北柴胡、黑山栀、白及。方中立意在于补肾阴滋肾水，六味地黄汤为基础方，酌加白芍、柴胡、山栀养阴清热，疏肝泄热，酌加白及收敛止血，诸药合用肾阴得补，肝阴得充，肝火得灭，血不自止而自止。

7.3.7 益气止血法

吐血一证，不管何种病因所引起，皆最终可导致脾胃气虚，气虚则摄血无权，血溢脉外。“气为血之帅”，气能摄血，补气者，即为止血，即为生血，实为止血之法一大要旨，其中人参一药即为代表药。人参能大补元气，达到益气摄血的作用，《张氏医通·诸血门·吐血》曰“脱血用大剂人参，益气以固血”。《医贯·血证论》“其血妄行，出如涌泉……须臾不救即死，用独参汤亦可，故方纯用补气，不人血药何也，盖有形之血不能速生，无形之气所当急固，无形自能生有形也。”另外，上消化道大量出血可致厥脱，而人参通过大补元气来化生阴血，回阳救逆。药理学研究证实：人参能促进造血功能，改善贫血，有抗休克作用，若能在补气的同时配伍白及收敛止血，中和胃酸，减少胃内容物对溃疡面的刺激损伤的作用，互为协同，共同达到益气摄血，收敛止血的目的。

7.3.8 祛瘀和胃止血

固定性的上腹胀满和疼痛，呕血和黑便均为胃病血瘀证的临床诊断标准，其胃镜表现为胃、十二指肠粘膜的活动性炎症和溃疡而，胃粘膜肥厚、增生，或粘膜变薄、萎缩，均属胃病血瘀证的具体表现。采用“大黄合剂”具有较好的活血化瘀、止血止痛的作用。大黄、黄芪、丹参、当归、赤芍、白及、方中大黄具有止血、抗炎、抗病毒、免疫调节和活血化瘀、改善微循环等多种作用，黄芪补脾益气，增强免疫调节，丹参、当归、赤芍可活血化瘀，改善组织缺氧、促进炎症渗出吸收，白及收敛止血，泄血热。该合剂煎液置冰箱冷却3℃～5℃口服，可促使胃液分泌减少，血管收缩，有利于止血。

7.3.9 引血归经

治血宜顺其性，勿拂其意，主张以引血归经法来统括唐容川氏的止血、消瘀、宁血、补虚四法，以四物汤加麦冬、茜草、荆芥、甘草配伍，而达到顺其血性、引而归之。血随所引不妄行而归其所，不专止血而血止矣。方中当归温而滋润，系补血之动药，补中有散，助气之用，益血之体，能使气血各归于所归之经，川芎系血中之气药，具有行气活血之功，生地甘寒、能直人血分，凉血止血祛瘀，而且质润多液，又善于滋肾补血，以养肝木，为补血之静药，熟地滋肾补血以养肝木，白芍酸寒，柔肝缓急，养血育阴，平肝助脾，收敛固涩，适用营血不固之出血，另加麦冬，养胃滋阴，生津益血，同生地令肺气清而气顺，茜草根凉血行血止血，通经活络。《本草新编》云：“行血而反能止血者，引血归

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

经耳。”荆芥取其理血止血之功，甘草调和诸药，通经脉，利血气，配白芍，最能养肝，肝为血库，以静为安，以养为上，治血证勿忽视此义。

7.3.10 降冲止血

脾胃损伤，食滞化热，胃气失降，胃络乃伤，此乃冲气上逆不降之故。冲为血海，其脉下连肝肾，上隶阳明，阳明为多气多血之经，若气盛火动，胃失和降，每挟冲气而上逆，遂迫血妄行，故止血必是降气，降气尤须镇冲。①降冲止血汤：代赭石、党参、藕节、生地、白及、侧柏炭。②旋覆代赭汤（《伤寒论》）加减：旋覆花、代赭石、三七、白及、大黄、紫珠草。上二方诸药其现代药理研究对其药理药性多有阐述，唯代赭石作为方中主药，能够促使红细胞及血红蛋白的再生，有收敛保护胃粘膜的作用，配伍其它诸药，共臻镇冲和胃、降气止血之功。张锡纯认为：“盖阳明胃气，以息息下降为顺，时或不降，则必壅滞转而上逆，上逆之极，血随之上升而吐衄作矣”。“治吐衄之证，种种病因不同，疏方皆以赭石为主，而随证制宜，佐以相当之药品，吐衄未有不愈者。”由此可见，代赭石在临症治血中，是必不可少的良药。

7.3.11 祛瘀补气止血

肝硬化食道胃底静脉破裂出血，每因饮食不节、情志不舒而致胃火、肝火炽盛，损伤脉络，血溢肠道。唐容川云：“全身之血，本自潜藏，今仍大迫其常，有翻天覆地之象，非实邪与之战斗，血何出而吐出哉。”其所说“实邪”即张景岳所说的“唯火唯气”。而离经之血便是瘀。唐容川又说：“经隧之中，既有瘀血踞住，则新血不能妄行无恙，终必妄行而吐溢矣。”可用“人参大黄汤”治之。大黄、人参二药合用，其作用在于大黄清热泻火，祛瘀通腑，推陈致新。失血过多，气血俱虚，气血无根，血为气之母，血失则气失依附而浮越于外，导致气脱，气为血之帅，气脱则又反过来导致固摄无权出血更甚。唐氏云：“血尽气亦尽，气脱之症也，独参汤救护其气，使气不脱，则血不奔也。”所以，此时急以止血与补气同用，生大黄配人参，气血同治，一则清火祛瘀止血，二则补气摄血，而大黄之苦寒与人参之温热相搏，不致有过寒过热之弊。如此火热得清，瘀血得除，气摄有权，则血止矣。在此引经据典之目的不过是说明气血同治的必要性、可行性。

7.3.12 养胃阴、清虚火

患者起病日久，由脾胃生化无源而致阴血不足，经云：“脾为后天之本，气血生化之源”。血虚极至阴虚，阴虚则阳亢，虚火内炽，灼伤胃络，吐血时发时止，治宜“壮水之主，以制阳光”，同时遵古训，胃喜润恶燥，养胃阴，清虚火，方选茜根散加减：药用生地、麦冬、太子参、茜根草、黄芩、侧柏叶、阿胶、旱莲草。全方清热凉血止血以清虚火，旱莲草、茜根、侧柏叶、黄芩共举其效，生地、麦冬、阿胶养胃阴生津液、佐以太子参培补脾胃，以固后天之本。

7.3.13 宁络止血

血证急以治血为要，出血首当止血，血止而心情安稳，气血宁谧，病体康复可望，而后应取宁络之法，暗锲清气降逆，和络化滞，于其中以收功。方选倍降汤主之。组成：五倍子、降真香、白及、地榆、侧柏炭、乌药。方中五倍子、降真香降气平逆，和络涩血，辅以白及甘涩生肌、护创止血，佐以地榆、侧柏炭止血而兼清热，乌药为使，抑伏胸腹逆邪而行药势，是以止血而不嫌凝滞，清泄而不伤和气。共创清气降逆、和络止血之功，实

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

可谓血安宁。

7.3.14 局部喷洒法

随着西医的诊断和检测方法引入中国，扩大了诊断吐血的视野，同时也提供了新型广宽的治疗手段。局部喷洒法即是在纤维胃镜的直视下，对准出血部位，在胃镜的活检孔内套好塑料管，用100ml注射器抽取制备好的止血药进行喷洒。动作要轻柔，观察10～15分钟，如继续出血，要反复进行，停血后退镜，现试举几种配制液备用。①明黄液：明矾100g 清水浸泡，大黄100g煮沸去渣，混合制备10%的明黄液备用。明矾主要成分为含水硫酸钾铝，大黄主要含有大黄素、大黄酚、芦荟、大黄素等。二药合用起到收敛止血的作用，浓度在10%即为有效浓度，高浓度则引起腐烂。②白及粉：白及10g研成细粉，过120目筛后备用。白及主要成分为白及胶（粘液质）、挥发油、淀粉、葡萄糖，有收敛、止血、生肌作用。现代药理研究：白及能促进红细胞凝集，形成人工血栓，而起到局部止血作用。动物实验证明：白及胶浆能促进家兔创面肉芽生长及愈合，由于其有白及胶质，不但能迅速地止血，且对溃疡病出血患者的胃粘膜细胞有一定的保护作用，能促进溃疡病灶的愈合，近年认为胃肠合成和释放的前列腺素在对胃肠粘膜细胞的保护作用，可能起到重要作用。若经常服用白及，可刺激胃粘膜合成和释放前列腺素，从而起到预防和治疗胃十二指肠溃疡的作用。③五倍子液：五倍子16g煎煮1小时过滤，留第1次滤液，将其药渣再加水煎煮1小时，过滤，合并二次药液，置冰箱内冷存后过滤，取滤液加热浓缩至30ml，加甘油3ml，即成为五倍子液，置冰箱内保存以备用。④五明液：五倍子200g、大黄50g、明矾30g加水1000ml，煎煮两次，取汁150ml，去渣过滤后浓缩至400ml，加1/1000苯甲酸保存备用。方中五倍子收敛止血，大黄活血化瘀生新，明矾收涩止血，共奏收敛止血化瘀生新之功。研究证明：五倍子含有鞣酸、没食子酸等。大黄含鞣质、α-儿茶素、没食子酸及丰富的凝血及造血有关的钙、铁离子，可使胃肠道接触药物的局部血管收缩，并改善血管脆性，可使凝血时间缩短。明矾能和蛋白形成难溶于水的蛋白化合物而沉淀。经胃镜局部喷洒后，直视药液在出血灶形成粉红色的凝固膜，起到止血及保护病灶的作用。

7.3.15 单方、验方

7.3.15.1 收敛止血类

(1) 乌贼骨、白及，以2:1比例制成粉剂。

(2) 白及粉、五倍子、参三七等分比例，研末调成糊状，适量口服。

7.3.15.2 凉血止血类

(1) 马勃、大黄1:2比例制成散剂，过120目筛，每次3～5g，日3次口服。

(2) 大黄、虎杖、番泻叶等分研末，适量口服。

(3) 赤石脂、白及1:1比例配制，每日3次，每次3g，赤石脂功能止血生肌，《本草纲目》："五色脂，涩而重，故能收涩止血而固下，甘而温，故能益气生肌而调中。"

(4) 验方：生大黄、蒲黄、三七、白及、地榆炭、茜草炭、侧柏炭、炒小蓟，水煎服。

7.3.15.3 化瘀止血类

(1) 云南白药：3～5g，日3次口服，出血甚者，可先服瓶中保险子一粒。

(2) 紫珠草静脉注射液：为紫珠草提取物的灭菌水溶液，每毫升含干燥水提物

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

0.01g，药味苦微涩，性凉，擅散瘀止血，清热凉血。《中药大辞典》载："本药有活血止血，清热解毒作用，治吐血、咳血、衄血、便血、崩漏、创面出血，对各种中等度以上出血的止血有效率达95%。药理实验证明，本注射液可显著缩短出血时间及凝血时间，增加血小板数量。

7.3.15.4 健脾摄血类

(1) 温摄方：党参、白术、茯苓、黄芪、乌贼骨，水煎服。

(2) 应效止血方：人参、赤石脂、广地龙、三七粉、益气收涩，解痉固脱，行瘀止血。

(3) 宁血煎一号方：太子参、白术、白及、乌贼骨、煅瓦楞，水煎服。

(4) 葛花解醒汤：葛花、白蔻、砂仁、神曲、青陈皮、广木香、茯苓、猪苓、泽泻、人参、白术、干姜。

7.3.15.5 其他验方

(1) 秘红丹：大黄、肉桂、生赭石、将大黄、肉桂研末和匀，用赭石末煎汤送下。

(2) 五味止血散：大黄炭、蒲黄炭、阿胶末、白及粉、三七粉，为细末，过100目筛，备用，每次10g加适量藕粉和水，加热调成糊状温服。有活血止血，化瘀生肌的作用，止血不留瘀，化瘀而不动血，动中有静，静中有动，动静结合，提高止血作用。

(3) 荷叶丸：荷叶炭、藕节炭、白茅根炭、生地炭、棕榈炭、侧柏炭、栀子炭、炒蒲黄、仙鹤草、白及，有凉血止血祛瘀之效，有效率达99.8%，72小时无出血。

综上所述，有关中医中药治疗吐血良方益药多不胜收，现所收载仅为具有代表性的部分佳作，其法其方虽各有千秋，但基本法则无外乎是清热（清胃热、清肝火、清虚火）祛瘀血，同时可加清热法，可加健脾法，可加补气法等；补虚类（补气虚、补血虚、补阴虚、补阳虚），此外，降冲止血、宁络止血、引血归经等等。从用药特点诸方面来看，大黄、白及、三七、虎杖、人参等在不同证型中使用频率最多，且药理研究也比较深入，此外，要属运用炭类止血药，比较广泛和得到认可。

7.4 变证的治疗

7.4.1 厥脱

呕血量多，耗伤气阴，损及五脏功能，使气血运行障碍，从而导致阴阳气血不相顺接，气机逆乱，甚则阴阳离绝，发为厥证。如素体羸弱，或久病不愈，气血阴阳俱虚，吐血而致失血过多，元气耗竭，阴损及阳，阳损及阴，以致阴阳不相维系，终至阴阳离绝，导致脱证，合称为厥脱。

7.4.1.1 血厥

临床表现：突然昏厥，面色苍白，口唇无华，四肢震颤，目陷口张，自汗肢冷，呼吸微弱，舌质淡，脉芤或细数无力。

治则：补养气血，回阳救逆。

方药：独参汤（《景岳全书》）救急（方略），继服人参养荣汤（《太平惠民和剂局方》）巩固。

人参 黄芪 当归 熟地 白芍 五味子 仙鹤草 藕节 侧柏炭 附子 干姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4.1.2 阴脱（亡阴）

临床表现：神志昏迷，汗出，面红身热，口干舌绛，口渴喜饮，脉虚数或沉微欲绝。

治则：养阴益气固脱。

方药：生脉散（《医学正传》）合固阴煎（《景岳全书》）加减。

人参 麦冬 五味子 黄芪 熟地 山萸肉 生山药 黄精 甘草 龙骨 牡蛎

7.4.1.3 阳脱（亡阳）

临床表现：神志昏迷，目合口开，鼻鼾息微，手撒肢厥，大汗淋漓，面色苍白，二便自遗，唇舌淡润，甚则口唇青紫，脉微欲绝。

治则：回阳救逆固脱。

方药：参附汤（《校注妇人良方》）合人参四逆汤（《伤寒论》）加味。

人参 附子 干姜 肉桂 甘草 三七 阿胶 赤石脂

7.5 针灸疗法

针灸疗法是中医经络学说为理论基础，通过针刺法和灸法，对经络腧穴进行刺激，以调和人体阴阳，扶正祛邪，行气活血，疏通经络，达到治愈疾病的目的。

7.5.1 针法

7.5.1.1 肝火犯胃

治则：疏肝和胃泻火。

主穴：中脘、期门、公孙、肝俞、内关、足三里、行间。

方义：选中脘、足三里、肝俞以调畅气机，协助脾胃升降，内关配公孙是采取八脉交会配穴法能宽胸解郁泻热，期门配行间，以平肝胆之冲逆，疏肝理气，消胀定痛，合用经络得通，肝气条达，肝火自灭、出血自止。

7.5.1.2 瘀血阻胃

治则：理气行滞，活血化瘀。

主穴：中脘、足三里、胃俞、膈俞、三阴交。

方义：中脘、足三里、胃俞所以调畅气机为主要作用，选择膈俞配三阴交可起到化瘀定痛、理顺脾胃气血的功能。

7.5.1.3 肝胃阴虚

治则：滋阴清热，润养胃阴。

主穴：中脘、足三里、胃俞、三阴交、太溪。

方义：三阴交与太溪相伍有其独到之处，通过平补平泻的手法，1 日 1 次，助气血津液生化之源，促进精微转化之机。

7.5.1.4 脾胃虚寒

治则：健脾温中散寒。

主穴：中脘、足三里、胃俞、脾俞。

方义：所选的穴均属足阳明经穴，通过调整脾俞、胃俞可达到健脾益气、温中和胃之功用，若能采取针后加灸，效果更佳。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.5.1.5 临床经验

邱茂良老中医针灸经验总结，根据病人的临床表现，可随证取穴，轮番使用，胃俞、脾俞，上、中、下脘，足三里、公孙等，一般以3～5穴为主方，手法运用为补法或平补平泻法。[2]

7.5.2 灸法

7.5.2.1 实证 气滞血瘀，常选主穴为中脘、梁门、足三里。

7.5.2.2 虚证 脾气虚、胃阴虚，常选主穴为中脘、胃俞、脾俞、足三里、内关。

操作方法：每日用艾条施灸1次，亦可用艾条悬灸，10次为1疗程，将艾条点燃，施灸于穴位上，艾条与穴位之间距离，以患者有温热感，并能耐受而无灼热感为度，或用艾柱置于穴位上直接点燃灸，亦可隔姜、隔蒜点燃。

7.6 灌胃疗法

方药：冰冻血愁汤。

组成：乌贼骨 大黄炭 苎麻根 生地炭 黄芩炭 黄连

方义：大黄、黄连、黄芩苦寒降火，直折热势，以除血动之因，生地、苎麻根甘润阴柔，制三黄之苦燥，滋阴养脉，安络宁血，辅以乌贼骨，取收涩之性，抑大黄过泻之力，助诸药止血之功。《证治汇补》："血热行，冷则凝，见黑则止"。故大黄、生地、黄芩均炒用，增强其收涩止血之效，冰冻灌胃，使药物直接作用于出血局部，令脉络收缩，加速血凝，全方融治火、气、血之法于一炉，内治中寓有外治之意。

用法与用量：上药文火浓煎，分三次煮取1000ml，置于冰箱冷冻至1℃～4℃，经胃管快速注入200ml，协助患者转动体位，使药液与胃部充分接触，每4小时1次，观察48小时，未继续出血者，即可拔出胃管，改为口服。

7.7 嚼服生药法

方药组成：三七5g（温开水泡软） 当归10g

用法：以三七、当归咀嚼吞服，古籍早有记载。频频咀嚼生药，还能生津养胃，护疮疗疡较之研末吞服更进一步。

7.8 西医治疗撮要

7.8.1 一般治疗

有活动性上消化道出血的病人，应绝对卧床休息，要严密观察病人神色，肢体皮肤是湿冷还是温暖，每小时记录血压、脉搏、出血量和尿量，保持静脉通畅。烦躁不安者，予以镇静剂，但肝癌出血者禁用吗啡，要保持呼吸道通畅，以避免吐血时引起窒息，大量出血，尤其要立即作好外科手术止血的准备，对少量出血者宜进流质食物，多数病人在出血后常有发热，一般无需使用抗生素。

7.8.2 补充血容量

立即止血，尽快用大号针头，进行静脉输液，或经锁骨下静脉插管、输液与测量中心静脉压，输液开始宜快，可选用生理盐水，林格液、右旋糖酐，或其他血浆代用品，尽快

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

补足血容量，补液量根据失血量来定，但右旋糖酐 24 小时内不宜超过 1000ml，有条件者，尽量给予新鲜全血，以恢复血容量与有效血循环，最好保持血红蛋白不低于 90g/L～100g/L，库血含氨量较高，在肝硬化病人可诱发肝性昏迷，须慎重，应注意到输液、输血过多造成的肺水肿，老年病人最好根据中心静脉压调节输液量，输血可增加门静脉压力有激发再出血的可能性，务需警惕。

7.8.3 止血措施

7.8.3.1 药物治疗

去甲肾上腺素 8mg，兑入 1000ml 水中分次口服，或作鼻胃管滴入。

血管加压素 10u 兑入 50/LGS200ml 静脉滴注/20 分。

奥曲肽 0.1mg 兑人 100/LGS 静脉注射，继以 25～50mg/h 兑入 100/LGS1000ml 中 12 小时内静脉滴注。

甲氰咪呱 400mg 兑人 50/LGS500ml 静脉滴注。

雷米替丁 0.1g 兑人 5%GS500ml，12 小时内静脉滴注。

生长抑素 250μg 稀释后缓慢静脉滴注，以后每小时注入 250μg。8～12 小时后出血可止。

7.8.3.2 胃内降温，通过胃管以 10℃～14℃冰水反复冲洗胃腔，胃降温后，可使其血管收缩，血流减少，并可使胃分泌和消化受到抑制，出血部位纤维蛋白溶解酶活力减弱，从而达到止血目的。

7.8.3.3 三腔气囊管压迫止血 适用于食管。胃底静脉曲张破裂出血，经口或鼻腔插入三腔管，进入胃腔后，充气使管端的气囊膨胀，然后向外牵拉，用以压迫胃底的曲张静脉，此时再充气使位于食管下端的气囊膨胀，即可压迫食管的曲张静脉。

7.8.3.4 内镜下直视止血 可经内镜对出血灶喷洒止血药，用 1%去甲肾上腺素或 5%碱式硫酸铁溶液，对曲张的食管静脉可经内镜注射硬化剂，如 5%鱼肝油酸钠等，或镜下套管结扎止血。

7.8.4 手术治疗

严格掌握手术治疗和适应症、禁忌症，采取有关的治疗与预防措施。

8 疗效判定标准

8.1 观 测 指 标

8.1.1 安全性观测

包括以下几个方面：①一般体检项目；②血、尿、便常规；③心、肝、肾功能检查。

8.1.2 疗效性观测

包括以下几个方面：①吐血次数、量、色泽；②大便次数、形状、色泽和量；③全身伴随症状和精神状况；④心率、脉搏、血压测定；⑤舌象、脉象；⑥血常规、血小板、出凝血时间、凝血酶原时间测定等；⑦大便潜血试验；⑧纤维胃镜检查；⑨根据病情选择 X 线钡餐造影、超声波、CT 检查。

8.2 疗效判定标准

1993 年卫生部制定《中药新药临床研究指导原则》中对吐血的疗效判定作出下述标

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

准。

痊愈：1 周内吐血或黑便停止，大便潜血试验持续试验 3 天阴性，出血伴随症状明显改善。

显效：1 周内出血减少，大便潜血试验由强阳性转为（+），出血伴随症状有所改善。

有效：1 周内出血减少，大便潜血试验由强阳性转为（++），出血伴随症状略有改善。

无效：经治 1 周，重度出血经治疗 24 小时后无好转，甚则加重，出血伴随症状无改善或加重。

9 调摄护理

9.1 情志护理

安慰病人，消除其恐惧及忧虑，使之保持情绪稳定，避免精神刺激，达到气血平和，肝气条达，有利于止血和预防再次出血，必要时可给予养血安神药。

9.2 生活护理

大出血期间，患者应绝对卧床休息，注意保暖，避免不必要的搬动和体格检查，保持病室安静，取头低脚高位，病人呕吐时头偏向一侧，防止血液流入呼吸道引起窒息，保持口腔清洁，予淡盐水嗽口，在床上大小便，避免用力过度，以免增加腹压，引起再出血。

9.3 饮食护理

合理的饮食有利于病情康复，故应协助病人做好饮食护理，特别是救治过程中，饮食治疗是综合治疗的重要环节。根据病情发展的不同时期要采取分期饮食，如早期禁食，中期以完全无刺激，少渣，流质食物，恢复期以半流质，软而易消化的食物，逐步过渡到正常饮食，戒烟禁酒，同时注意饮食宜忌，掌握病人的寒热虚实，采取相应的食物滋补。

9.4 严格观察病情

随时注意出血量及神志、面色、血压、脉象、体温及病人主诉的变化，并做好记录，了解出血原因，记录吐血数量、性质、颜色及出血时间，并留标本送检，观察大便时，要注意某些食物、药物对大便的影响，患者大出血后，突然发生晕厥，面色苍白，大汗淋漓，血压下降，心率增快，是气随血脱的变证发生，提示病情突变，配合医护人员做好抢救和相应的应变措施。

9.5 服药护理

服药时要严格避免对胃有刺激性的药物，如甾体类的药物使用，服汤剂应注意凉服或温服，过热可刺激胃粘膜而引起出血，服散剂时，可用温开水冲服，或用汤剂送服，使散剂成为糊状，保护胃粘膜起到止血作用，服药后嘱病人平卧，注意保暖，注意用药后反应，告知病人服药期间，应避免食醋、咸菜、萝卜、油腻及刺激性食物，以免影响中药疗效。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

9.6 康复指导

主要是注意生活调摄及积极治疗原发疾病。按时用膳，避免过饥与暴饮暴食，不食过敏及辛辣、酸、煎炸、烟酒、浓茶、咖啡等物品，保持心情舒畅，选择适合自身的体育锻炼，增强体质和抗病能力，定期做身体检查。

10 康　　复

吐血患者一般情况下，经内科积极治疗大多可以痊愈，症状消失或外科手术后恢复良好。但应指出的是，吐血过程中所导致的元阴、元阳大伤，以及原发疾病所致的脾胃功能受损，营养物质得不到很好的代谢、吸收和补充，则机体虚弱已极，所谓邪气已去，正气亟待扶持，一般来讲，急性期过后的恢复期调养至关重要。承前可巩固疗效，居后可防止复发，一般采取药补与食补两类。

10.1 药物康复

本病患者在康复阶段，多数表现为脾虚，血亏的情况，故着重选用健脾益气补血方药治疗。

(1) 八珍汤：熟地　当归　白芍　茯苓　人参　白术　川芎　甘草

(2)十全大补汤:人参　肉桂　川芎　熟地　茯苓　白术　炙甘草　黄芪　当归　白芍

(3) 归脾汤：白术　茯苓　黄芪　龙眼肉　酸枣仁　人参　木香　甘草　当归　远志

(4) 当归补血汤：当归　黄芪

10.2 食疗康复

(1) 胃热或肝火盛者，选茅藕黄花煎。取白茅根、黄花菜、鲜藕，水煎服。

(2) 脾虚血亏者，选芪龙枣炖牛肉。取黄芪、龙眼肉、红枣、牛肉。将上药置碗中，适量水盖严，隔水炖熟，熟后调味服。

(3) 藕柏饮：生藕节、侧柏叶捣烂取汁，加温开水服用，每天 3～4 次。

(4) 柏叶粥：侧柏叶洗净捣汁，拌入粳米粥，加适量红糖矫味，乘热徐徐服用。

(5) 鲜荷叶汁：鲜荷叶榨汁加冰糖适量，每次服 150～200ml，每天 3 次。

(6) 三七藕蛋羹：鲜藕汁 1 小杯加水适量煮沸，三七粉 5g 与生鸡蛋 1 个调匀入沸汤内，加少量油盐，每日两餐佐食用。

(7) 藕粉糕：藕粉、糯米粉、白糖，以水和成面团，入笼蒸熟，任意煮食或煎食。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

在汉以前，中医名家，或言呕，或言吐，或言衄，各有论述。但从临床实际来看，二

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

者不易严格区分，故汉以后的中医文献采用了吐血为正名。但由于中医病证名由病因、病机、主症等诸多因素来确定，所以自古至今尚有内衄、肺疽、伤胃等病名，还有血从口出有声音，称为呕血，无声者称为吐血等说法。一些前贤著作和论文刊物上不完全统一，从1987年长春会议制定了《中医血证急证诊疗规范》，到1995年中华人民共和国中医药行业标准的出台，方得到具体的明确。

西医所称谓的吐血主要见于上消化道出血，其中以消化性溃疡最为常见，其次见于肝硬化、急慢性胃炎、胃癌、食管粘膜撕裂症，以及尿毒症、血液病、应激性溃疡等所引起的胃出血，均属于中医吐血范畴。中医定义：吐血系胃络受损，络伤血溢，出现血从口中呕吐而出的病症。西医定义：一般是指屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠、上段空肠以及胰管和胆道的出血。

1.2 病因病机研究

1.2.1 现代医家病因病机认识撷粹

关于吐血的致病病因，历代所论极为丰富。丁甘仁认为："烦劳过度，心脾并亏，摄纳无权，血不归经，治以益气摄纳；或胃中积热，肝郁化火，火扰经络，迫血妄行，治以降逆、清火、止血；或负重努伤，络损瘀滞，治以祛瘀生新；或为阳虚气滞，不能导血归经，血因停蓄，蓄久则络损血溢，上为吐血，盈盏成盆，重在温运中州，兼以和络止血，盖脾胃乃后天之本，气血生化之源，脾得温运，不仅能生化气血，且能引血归经；或吐血兼表证，吐血盈盆，同时伴有形寒发热，头痛骨楚，脉浮滑数，治以解表清营祛瘀，引血归经"。丁氏从脾气虚、胃中热、有瘀血、阳气弱、病兼表五方面阐述了吐血的成因及治疗。秦伯未对出血的认识另有见地，将吐血后的表现分为四个证型：血热妄行型、脾不统血型、肝火上逆型、瘀血内停型。血热妄行一因外感温邪、二因内伤志火。脾不统血一种是脾胃虚寒、气不摄血，根本由于中气不足，一种是出血过多、中气大伤，有气血两脱之势。肝火上逆则强调平肝法，如果肝病一见出血，遽予凉止，往往出现胸胁闷，再认为气滞而破气，往往伤肝而血更不止。瘀血内停一方面当止血，一方面又当祛瘀，但主要在于祛瘀，因为瘀血不去则新血不生血不归经。秦氏权衡利弊，指导用药量体裁衣。张锡纯以为吐血之病机乃胃气不降。张氏从《内经·厥论篇》"阳明厥逆衄、呕血"悟出此阳明指胃腑之言也，盖胃腑以腐熟水谷，传送饮食为职，其中气化、原以息息下行为顺，乃有时不下行而上逆，胃中之血亦随之上逆，其上逆之极，可将胃壁之膜排挤破裂，而成呕血之证。张氏明析"阳明""厥逆"之概念，辨识吐血之证多由于胃气挟冲气上逆、病机所在为"胃气不降"推其致病之由，或因性急多怒，肝胆气逆上干，或因肾虚不摄，冲中气逆上冲。而胃受肝胆气之排挤，其势不能下行，转随其排挤之力而上逆，总而言之，吐衄之证虽有胃热、胃凉、肝火、食滞、阳亏、气脱各异，然总的病机只有"胃气不降"。清·唐容川氏则对出血的病因病机侧重在瘀血之论，离经之血为瘀血，出血之病理结果，吐血是由于血不循常道外溢而致，不论其病性、寒热虚实如何，均可归属于"瘀血"这一病机范畴，《血证论》中明确指出："吐衄便漏，其血无不离经……离经之血，虽清血、鲜血，亦为瘀血"，认为只要有出血，不管血色污黑鲜红，均属瘀。这一观点受到越来越多的后世医家所公认。目前关于瘀血证的诊断标准中，只要有"离经之血"这一条，即可诊断为血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

瘀证，从而为临床运用活血化瘀治疗出血，提供了广泛的适应症，瘀血在出血性疾病中，既是病理产物，又是致病因素，因为瘀血停着、阻滞和损伤脉络，而致再出血。有关病因病机的认识由于所处的历史环境不同，各个医家的经历不同，地域的差别，对问题的理解、认识不同，故而产生不同的观点，可以作为后世学习和理解出血性疾病的基点。

1.2.2 病因学的现代研究

气象、饮食等因素上消化道出血的发生与多种因素有关，往往由一定的诱因引起，黄一峰引用马氏统计的438例患者进行分析发现，由劳倦引起者，242例，占55.25%，受冷引起者18例，占4.11%，饮食不当引起者85例，占19.41%，饮酒引起者37例，占8.11%，情志引起者16例，占3.65%，其他（外感、外伤）40例，占9.13%。[3]王忠平通过对347例溃疡病出血时间的分析，发现上消化道出血与月廓盈亏有关，在十五日前后发病率最高，而月初和月末发病率低，两者之间有统计学差异。[1]这一理论及观察结果，完全符合中医“天人相应”的理论。而洪兆汉在观察消化性溃疡出血中医证型与月廓盈亏的关系时也有相同的发现。根据每一患者叙述的本次出血的具体起病日期（剔除不确切日期）病例，从日历表中查出相应的阴历时期，即得到太阴月与出血的确切时期，亦为每月十五前后是出血的高峰时期，而月初和月末时出血者少，太阴月日历的十一～二十的脾虚胃热与肝火犯胃例数高于其他时期，这可能是月廓盈亏变化通过引力作用导致潮涨潮落一样，体现了中医取类比象的特色。[4]杨洪湧运用电子计算机对本病患者693例诱因进行回顾性分析，结果表明：伤食和外感（气象因素）是上消化道出血的主要诱因，其次是劳倦、药物，因于情志者最少，杨氏特别强调在气温骤降和气压剧烈波动时，易发生上消化道出血，临床上所谓诱因不明显，及多次反复出血者，大多数与气象因素有关。在饮食上，特别指出，酒类、辣椒、牛肉等可诱发出血，上述各种因素交错为患。[5]齐鲁元等根据Halberg的余弦法，编出单个余弦法，组平均余弦法，和群体平均余弦法等微机软件。对947例患上消化道出血的病人用单个余弦法进行了时间节律分析，结果表明，吐血（便血）年节律明显，其峰相线在春季。[6]

1.2.3 吐血的危险因素研究

90年代，何学敏对消化性溃疡出血的危险因素进行了较为深入的研究。通过对111例胃、十二指肠溃疡患者进行对照分析，其中男性95名，女性16名，年龄14～71岁，除按胃镜检查确定溃疡部位、数目、直径等特征外，同时调查以下因素，1. 年龄，2. 性别，3. 吸烟嗜好：吸烟20支/日以上者记录在内。4. 嗜酒，5. 发病诱因：记录饮食，疲劳及情绪变化等，6. 非固醇类抗炎药（NSA20）服用史：主要有消炎痛、炎痛喜康片、感冒药、阿斯匹林等，发病前4周内服用者记录在内，7. 溃疡病史年限，8. 以往溃疡病并发病史。结果提示年龄、性别对出血无影响，吸烟并不增加出血机会，而嗜酒的危险性增高，情绪、疲劳、饮食均为出血的重要诱因。此外，溃疡的部位与出血无关，但复发性溃疡易出血，溃疡的数目及溃疡的大小与出血的危险性之间无相关性，中医分型发现湿热型者易出血，而肝郁型者则不易出血。资料表明，诸多因素可损伤胃粘膜屏障，促发胃粘膜损伤，不仅诱发出血，亦是溃疡病发作和复发的重要因素，以往常有出血者更易出血。本研究发现曾出血者再出血率达53.16%，提示有溃疡病出血史者更应警惕出血。把溃疡病出血按中医分型，发现湿热型患者易出血，由于这类患者多因感受湿热之邪或过食肥甘

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

厚腻酒酪，酿成湿热内蕴于脾胃，而失其健运、统摄之职，血溢脉外，湿热熏灼胃络，血热妄行而致出血。[7]中医的传统理论认为，血液的正常运行决定于气的推动作用，二者之间的平衡协调与某些脏器间的生理功能亦是密切相关。因此李丽萍认为行气与摄血药之间的失衡，可引起再次出血，已有吐血的病人，脾胃气血已至亏虚，若在选方遣药时，提升固摄血液的药物少于行气活血药，也就是说，推动血液和促进血液运行的因素增加后，可使血液运行因之加速，血溢脉外而导致出血，从西医药理学角度来讲，中医的行气活血药可以增加胃肠蠕动，扩张血管，在患者只是十二指肠球部溃疡未达到组织修复期间，投以大量的行气药，增加了胃肠蠕动，使其血管壁因蠕动增快而摩擦受损，引起溃疡部位的出血。[8]这一理论的提出，为我们在选择活血药，行气药的使用提出了须慎重的信号，但实际工作中，辨证明确的瘀血症，肝郁症是否考虑这一因素，则有待于进一步论证。

1.2.4 吐血病机学说的研究

清代名医叶桂，王旭高认为吐血的病机纷繁，但从胃论治是关键，叶王二氏认为，胃乃血液生化之源，胃壮则血液丰富，胃虚则化源不足，胃为多气多血之乡，土为万物之母，阳明胃络，气血皆多。也就是说，五脏病变，皆能致之，但总不离乎胃，就五脏病理关系而言，肝胃关系至为密切，“肝胃相对”、“土木为仇”、“肝阳变风扰胃”、“络血沸起”、“木犯胃土贯膈，冲咽人肺，肺衰木反刑金”、“肝胆相火扰动阳络”，此为二贤对肝气、肝火、肝风扰动犯土乘胃引致吐血的精辟论述，说明了肝郁扰胃，伤络动血的病理变化。而陈志雄对 34 例上消化道出血的患者出血期及血止后两周进行白细胞计数等检测观察，同时设有相同的病理基础的外出血患者 30 例为对照，结果经统计学处理，观察组出血时白细胞计数，生理指标综合观察，（Y 值）和唾液淀粉酶活性比值较血止后明显增高。症状分类观察到，出血期间以火热为主，兼有不同程度血虚表现，表明主要是火热熏灼，迫血妄行，真正属于脾虚者甚少。[9]《济生方·吐衄》：“夫热之妄行也，未有不因热之所发，盖血得热则淖溢，血气俱热，血随气上，乃吐衄也。”周享通测定了 37 例上消化道出血患者的血浆纤维蛋白，血浆纤维蛋白降解产物及血浆比粘度，并进行了对比观察，发现出血患者的血液流变学异常，凝血和纤溶功能活跃。[10]表明了“出血可致血瘀，血瘀可致再出血”。而酈永平认为吐血的发生是久病宿疾（溃疡病、胃炎）存在有瘀血的病理基础上，由火热病邪所触发导致急性出血，由出血再致瘀血，由瘀血再加重出血，并引起一系列局部及全身性病理改变。在整个病理演变过程中，瘀血机制贯彻始终，故瘀血留着为本病病理变化之关键与中心环节。[11]但吴致中对吐血病机另有独见，他认为胃热脾虚是上消化道出血的基本病机，饮食不当，脾胃戕伤，嗜食辛辣炙煿、肥甘厚味之品，热蓄于胃，或饮酒无度，酒热戕胃，助火动血，以为实证。饥饱失常，脾气虚馁，生冷不节，寒郁中宫，脾阳衰微，统摄无权，血无所归而溢于脉外，以为虚。此外，过服浓茶、咖啡等饮料，以及不恰当地服用损脾伤胃的药物，亦可致胃腑膜损络破而出血。情志过极，气病及血，郁怒伤肝，肝气横逆，气郁化火，灼伤胃络，或胃热素盛，复加肝郁，肝经郁火，助长胃热之势，迫血妄行，或因肝气郁滞，日久络脉破损而血外溢。劳倦内伤，脾气虚弱，勉强劳作，或曲运神机，思虑过度均能损伤脾胃之气，气虚不能摄血，血液不循常道而发生血证。[12]张介宾《景岳全书·血证》云：“而血动之由，惟火惟气耳，故察火者，但察其有火无火；察气者，但察其气虚气实。”张志英的观点为，上消化道出血当分寒热缓急，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

突出表现在如下三个方面，一为寒格气逆呕血，二为热格气逆呕血，三为气格气逆呕血，三者均为体虚标实之证。所谓格就是清气不升，浊气不降，寒热交错，阴阳格阻。寒格以急性呕血为多，脉多沉迟或细弱欲绝为主。热格亦以急性呕血为多，舌苔黄或舌心黑，脉弦数或沉数有力。气格属非寒非热，在排除寒格、热格的征象外，以脉弱无力或浮大，重按不足为主。[13]

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

2.1.1 临床证候的观察研究

症状的观察是临床研究的基础，从症状学人手，探索疾病的证候及病变规律，判断病势的善恶顺逆，指导临床治疗是吐血病临床研究的重要任务。

吐血病的临床表现较为复杂，发作前往往有胃痛、胁痛、或有黄疸、癥积等宿疾、且多先有恶心、头晕、胃脘不适之先兆，随即血随呕吐而出，常夹有食物残渣等胃内容物，血色可鲜红，也可呈咖啡色，或紫黯色，同时需鉴定出吐血病发作时之病因病机之所属，为热、为寒、为实、为虚，体质的强与弱，新病与久病，初次吐血还是再次吐血，吐血量多与少，即为我们通常强调的辨证要点。吐血之发生简言之为饮食不节、情志失调等因素导致火盛气逆，胃腑络脉受伤，离经之血走阳络，上为吐血，走阴络、下为便血。在病位诊断学上，胃络伤出血下渗大肠，当与大肠本腑出血予以鉴别。吐血，就局部病位来说，是一种异常的“动”象，属于“通”证，本当治以“涩”法求其静，但是胃腑的生理特点以“静”、“闭”为病，所以必须佐以“动”而使之“通”，此立意反映吐血病位在胃腑，结合其生理特点，在遣方用药时要动静结合。

2.1.2 病势转归

急性吐血，量多而骤发，病情多较凶险，特别是气随血脱，阳气随血暴脱，摄纳无权，则出血更进一步加重时，病势发生转化，由大实转暴虚，其危急可想而知。古人曾对此作了具体的诊疗措施，不予补血止血剂，急以独参汤，此谓善治血者，不求其有形之血，而求其无形之气，有形之血不能速生，无形之气则当急固。其道理在于“人之生也全赖乎气，血脱而气不脱，虽危尤在，一线之气不绝，则血可徐生，复还其故，血未伤而气先脱，虽安必死”。陶志达用独参汤或参附汤治疗气衰血脱（失血过多，气随血脱）16例，成功率达97.7%，赵复金用同样的方法加参麦针静点（人参、麦冬）也取得同样的效果。特别是近年来，中西医结合抢救技术的提高，对吐血病人无疑是提供了转危为安的有效手段，故而较大多数吐血的病人预后较好。

慢性吐血的病人多发生于原发性疾病的加重阶段，通常见于全身性疾病的终末期或病情进展阶段。例如，尿毒症病人，由于水盐代谢紊乱，毒素蓄积胃肠，刺激胃粘膜，损伤胃络的出血，一般起病较慢，但随尿毒症的加重而进展。还有大部分血液病病人在疾病的进展期也可表现为吐血，且可反复发作，此类病人的吐血，虽能得到一定的控制，但病势预后均属不佳。至于肝硬化、肝癌病人等，所表现出的吐血，都提示病情严重，多为不可逆。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.1.3 舌象和脉象的观察

舌象和脉象是中医四诊合参，辨证论治的精华所在，通过望诊（观舌象）切诊（按脉）对判断证候的虚实寒热表里属性，预测病势转归，指导临床用药具有重要价值。中医学认为脾开窍于口，舌质舌苔的变化，直接反映了脾胃内脏功能变化，同时也反映出心、肝、肾诸脏器的偏盛偏衰，观察舌苔的变化可以了解胃气盛衰，进而判断胃部疾病的病理变化和病情演变。郭潮潭观察了76例上消化道出血患者，发现黄苔在上消血急性期对于确立治法颇有参考意义。76例病例中根据舌质、脉象及临床表现，属于虚寒型者63例，属于实热型者13例，但根据舌苔变化表现见有黄苔者（包括薄黄苔、黄滑苔、黄腻苔）占90.8%，结果为虚寒型在上消化道出血病人中占绝大多数，而黄苔在虚寒型中又占多数，按中医辨证认为黄苔除染苔外，均主内有蕴热，因此说明虚寒型上消化道出血在急性出血时多数挟有郁热。[14]此点恰与胃镜所见相吻合，即出血处周围均有不同程度的胃粘膜充血水肿及不等量的炎性渗出物，说明上消化道出血病的急性期多数有炎症存在。陈超则对脉诊独见真识，根据脉搏的至数变化，即脉搏的次数，非高龄患者失血量小于400ml时，脉搏至数多无变化，出血量大于400ml时，脉搏至数则加快。对中等量以下的出血，可参考“体位倾斜试验”来估计失血量，先测患者平卧时，再测半卧位3分钟后的脉搏至数，如后者比前者增加达20次/分，多提示失血量已达1000ml。出血量大，病情重者，不宜改变患者的平卧体位，以免发生晕厥、休克。此外，在了解患者的基础脉象的前提下，其虚候变化也可大致估计失血状况，如细脉多示慢性失血，累计失血量常达中等，扎脉多为急性失血，量大，速度快。脉微欲绝多示大量失血而致血脱。[15]。中医脉候可以决生死，“浮大革数而无根者，沉细涩数而不缓者，皆为难治”。“脉绝不至曰死，乍疏乍数曰死”。

2.2 证候学研究

2.2.1 证候研究现状

吐血的证候研究基本上是依照理法方药统一的原则，辨证施治这是临床研究的重要方法，目前仍为多数医生所采用，但对于证型的划分，各地的学者众说纷纭，意见不一。潘国祯治疗96例吐血病例，具体划分为三型：①热伤血络型，计59例，治以清中饮；②脾胃虚寒型，计25例，用附子理中汤加减；③寒热夹杂型，计12例，用黄连理中汤加减，结果痊愈94例，好转、无效各1例。[16]黄云也持此种分型法。[17]李艳冬划分为脾胃虚寒型、肝郁气滞型、脾胃湿热型、瘀血阻络型。[18]吴福庆分成5型：气不摄血型，用党参、黄芪、参三七粉治疗；胃中积热型，用生大黄、黄芩，侧柏叶治疗；胃络瘀阻型，用桃仁，红花、参三七治疗；阴虚灼络型，用生地、麦冬、旱莲草治疗；脾胃虚寒型，用制附片，炮姜、艾叶治疗。[19]黄一峰则另设五型：胃热型、气滞型、肝火型、血瘀型、气虚型。[3]张远志等通过35例高原上消化道出血的临床观察，提出气虚脾不摄血是高原吐血的主要病机，分作肝火犯胃型，胃热炽盛型，气不摄血型、气虚血瘀型。[20]时永华则认为瘀血是消化性溃疡出血的主要病理因素、出血为因，瘀血为果，或瘀血为因，出血为果，即瘀血化果为因，瘀血与火热同见，伴胃中积热，肝火犯胃，瘀血与脾虚同见，气不摄血，气衰血脱。[21]综合各家所见，临床分型大体是这样的，胃中积热：代表方剂为泻心

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

汤、犀角地黄汤；肝郁气滞或肝火犯胃：代表方剂为丹栀逍遥散，龙胆泻肝汤：阴虚灼络型或热伤血络：代表方剂为玉女煎、茜根散、清中饮加减；脾胃虚寒型或脾胃虚弱型：代表方剂为附子理中汤、黄土汤、归脾汤；气虚不摄型或气衰血脱型：代表方剂为独参汤、参附汤；胃络瘀阻型：代表方剂为膈下逐瘀汤、桃仁四物汤；寒热夹杂型：代表方剂为黄连理中汤。除以上各型外，部分学者还提出有脾胃湿热型，并作了有关流行病学的调查，但大多数学者不予承认。

2.2.2 辨证标准

上述各家学者的辨证论治方法虽各有所长，多数得到临床医师所接受，但难以纳入统一规范。特别是对协作攻关，进行大案病例的临床观察极为不利，1986 年全国中医治疗血证急症协作组制定了上消化道出血分级分证标准及疗效评定标准，将临床众多的证型进行了简化规范，统一为 3 级 4 型。

2.2.2.1 分级标准

轻度：1 日出血量在 500ml 以内，黑便成型，偶有头昏、心悸、脉率、血红蛋白等无明显改变。

中度：1 日出血量在 500～1000ml，大便稀烂，色黑如漆，可有吐血、心悸口干、眩晕或见昏厥，脉率在 100 次/分左右，血红蛋白 70～100g/L。

重度：一日出血量在 1000ml 以上，吐血频作，眩晕、心悸、烦燥口干、尿少，甚则汗出肢冷，神志恍惚或昏迷，脉微细欲绝；脉率 120 次/分以上，血压下降，收缩压 12kPa（90mmHg）以下，血红蛋白低于 70g/L，（7g%）。

2.2.2.2 分证标准

（1）胃中积热 （胃热壅盛，热伤血络）：吐血紫黯或呈咖啡色，甚则鲜红，大便色黑如漆，口干口臭、喜冷饮、或胃脘胀闷灼痛，舌红、苔黄、脉滑数。

（2）肝火犯胃 （肝火犯胃，火升气逆）：吐血鲜红或紫黯，口苦目赤，胸胁胀痛，心烦易怒，失眠多梦，或有黄疸，胁痛宿疾，或见赤丝蛛缕，癥积痞块，舌红、苔黄、脉弦数。

（3）脾虚不摄 （脾胃虚弱，血失气摄）：吐血暗淡，大便漆黑稀溏，面色㿠白，唇甲淡白，神疲乏力，心悸，头晕、舌淡、苔薄白、脉细弱。

（4）气衰血脱 （失血过多，气随血脱）：吐血倾盆盈碗，大便溏黑，甚则紫红，面色及唇甲淡白，眩晕心悸，烦躁口干，冷汗淋漓，四肢厥冷，尿少，神志恍惚或昏迷、舌淡、脉细数无力。

本标准出台后，使吐血病证诊疗规范化研究系统性地迈进了一步。为临床疗效评定，学术交流活动奠定了基础。以后，长春标准、青岛标准不断修订。1993 年卫生部颁标准，对吐血的病名、证类进行详尽的阐述，并附西医诊断标准，纳入病例标准，排除病例标准及观测指标。疗效判定标准，这些标准的推广使用，无疑对吐血病的临床、教学、科研都起到了推动作用，但是应该指出，吐血一病，由于病因复杂，症状相应多样化，既使目前中医药行业标准（ZY）分型有所扩展，胃热炽盛，肝火犯胃，瘀阻胃络，脾不统血，肝胃阴虚五型，也难以全部容纳所有吐血的表现，特别是纵深及演变规律的观察，尚待临床工作者进一步努力探讨。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.2.3 吐血病证候组合，演变规律的研究

证候是中医学最突出的特点之一，是中医辨证论治的核心，由于吐血仅限于一种主症，它涉及到消化系统疾病和一些全身性疾病，故而众多临床医家和学者，对吐血病的研究再深入，再广泛，也难免挂一漏万。陈超在其上消化道出血中医量化诊断要点一文中，就呕血和黑粪的情况，脉诊及全身症状三个要点作了较为详细的研究，就吐血的演变规律，着重于对出血色泽进行观察判断，已确定出血量化变化，出血的频度，指出在一定时间内，次数频繁与失血量成正比，又如肠鸣漉漉，频频临圊，甚至黑便泻泄无度，则失血量大。而出血数量表明病情程度，同时综合考虑出血的部位，胃肠蠕动等情况，陈超通过临床观察，总结出脉搏至数变化，与失血量的关系，脉搏 90 ~ 100 次/分（失血量≤500ml）100 ~ 110 次/分（500 ~ 1000ml）> 110 次/分（1500ml）> 120 次/分（> 2000ml）> 140 次/分（2500ml）。在证候组合方面，[15]陈超根据全身症状估计量如图表：

神志精神	皮肤粘膜	尿量	呼吸	其它	失血量(ml)
几无异常/紧张	无明显改变	无明显减少	无改变	轻度头晕	500 ~ 7000
可见烦躁	稍苍白	正常/稍减	可无改变	眩晕/起立晕	750 ~ 1250
淡漠/烦躁	苍白	5 ~ 15ml/h	较急促	心悸出汗	1250 ~ 1800
朦　胧	极苍白紫绀	锐减/无尿	急促	冷汗手足冷	1800 ~ 2250
昏　迷	皮肤灰白斑纹	无尿	下颏呼吸	四肢厥冷	> 2250

2.3 治法研究

勿庸置疑，临床科研无不以提高疗效为最终目标，临床医家从临床第一线观察总结了大量的第一手资料，积极探索和寻求最佳的治疗方案和方药，尤其是整体观察和辨证施治的原则指导下，近年来结合辨证与辨病的治疗方法，总结出丰富的实践经验和研究成果。

近代名医秦伯未依其临症经验，治出血不重在止血而重在治其出血的原因，一般以血得热而妄行，故清血法比较多用，又因气为血之帅，血随气行，故常用顺气或补气以止血摄血，止血方内不能都用止血药，既使用止血药也要分辨其性味及归经，前者有凉性止血，及补气或化瘀止血，后者有用于一般止血和限用于局部出血，血证初起，禁用大剂凉血止血，防止瘀血内停，挟有紫黑血块者，为已有瘀血，更忌用单纯止血剂，寒凉药久用易招致损伤脾阳，脾阳伤则越不能统血归经，并提出清热止血法，益气止血法，平肝止血法，清肺止血法，祛瘀止血法五种方法而效之于临床。焦中华依其吐血的成因拟定了清气泄热，凉血止血法；清热化湿，凉血止血法，清肝泻火，理气止血法；健脾益气、温中止血法，祛瘀通络，理气止血法。王永炎则拟定了清胃泻火、凉血止血；泻肝清胃、降逆止血；滋阴降火，凉血止血；健脾温中、益气摄血；治血化瘀五大法则。应用在吐血一病的分证施治中，丁甘仁治吐血一案，另辟殊途：案千喻左，负重努力、血络损伤、血由上溢，吐血盈碗、胁肋牵痛、艰于转侧，脉象扎数，祛瘀生新主治，全当归、紫丹参、怀牛膝、茜草根、川贝、刘寄奴、仙鹤草、真新绛、川郁金、竹茹、白茅花（包）、茜蔚子、参三七（另研细末吞）、藕汁（冲服）。本案患者吐血盈碗、乃由负重努伤所致，且见胁肋牵痛，实为络伤瘀滞之象。缪仲淳治血三要诀谓："宜行血不宜止血""行血乃使血循经

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

络，不止自止，止之则血凝，血凝则发热恶寒，病日痼矣”斯言至当。丁氏依法立方，俾瘀去新生，血循经络，则吐血自止。南瑞霞从气实血证，宜从肝治，气实（气郁、气滞、气逆）所致气机升降失常的病理改变，责之于肝，分别采用疏肝理气，解郁止血；疏肝理气，清热止血；疏肝行滞，治血止血；调理肝脾，理气止血；平肝降逆止血之法。以肝为中心，将气实血证病因病机归纳为七情所伤，疏泄异常，气血逆乱，治以调肝理气为重。[22]刘丹丽采用清热法，祛寒法、补气法、补血法、祛痰法、收涩法分别对就诊病人采取胃镜检查明确诊断，表现为呕血，黑粪的病人采取辨证施治而设。[23]芦方在辨证辨病理论指导下，把消化性溃疡的发生，归结为肝气横逆有关，“肝气”相当于植物神经功能紊乱对胃肠功能的影响，引起胃肠功能的器质性改变的概称，而对消化性溃疡所致呕血，则认为肝藏血，若因肝旺者，血随肝气上逆而发生，在肝实证，宜疏肝降逆止血。此外，许多著名的专家学者对吐血的治法均有独到见解和一已之长，现归纳总结于下文。

2.3.1 清热法

火热之邪有实火与虚火之分，外感风热，燥火，湿热内蕴，肝郁化火等均属实火，而阴虚火旺之火则属虚火，故而临床用药治疗中就产生清热大法下的诸多兼见的细法，如清热泻火法，清热凉血法，清泻肝火法，养胃阴清虚火，滋肾水泄肝热，滋阴降火，凉血止血法之异。伯运宽对吐血的辨证为胃热，肝热、脾虚之证型，运用龙胆泻肝汤为基本方加减，龙胆草、黄芩、柴胡、当归泻肝胆实火，合以大黄、三七、白及、紫珠草治血而化瘀，使血得归经，如此不止血而血自止，另配五倍子收敛止血，乌贼骨制酸护胃，二者合用，可促进出血所致的糜烂、溃疡愈合。[24]李化大自拟“饮血宁”通治各型吐血，随证加减，商陆炭、醋白芍、白及、贯众炭、黄连、黄芩、大黄、三七、甘草。胃热甚者，重用石膏、知母；肝火甚者加山栀、丹皮；脾虚不摄者，加重红参、黄芪；气虚血脱者配独参汤或生脉饮频服。胃中积热，肝火犯胃，热伤脉络，血热妄行，不循常道而外溢。选用三黄泻心汤清热折其火，商陆苦寒沉降，性下行专于下行而行血，降气止逆，与贯众共济清热消肿止血之用，白芍敛阴柔肝，白及收敛止血，消肿生肌，三七止血散瘀止痛。[25]王醒华根据胃热是导致溃疡病上消化道出血的主要病机，即嗜食辛热厚味，感受六淫外邪，久郁化热，五志化火，邪化胃腑，灼伤胃络而发病，选择《伤寒论》半夏泻心汤加减。黄连、黄芩、大黄清肝胃之热，半夏降逆止呕、三七、白及治血化瘀、生肌止血、乌贼骨、煅瓦楞止酸护胃。[26]吴福庆辨证分型后，对胃中积热型采用清胃泻火，化瘀止血的法则，药用生大黄、黄芩、侧柏叶、仙鹤草、川连，另服参三七粉。阴虚灼络型采用滋阴清热，凉血止血法，药用生地、麦冬、侧柏叶、墨旱莲、知母、牛膝、另吞服参三七。[19]曹鸣高则强调营分郁热，络脉损伤，治宜凉血止血，顺气降火：犀角（水牛角代）、生地、生石膏、牛膝炭、知母、丹皮、紫降香、茜草炭、醋制大黄等；若表现为阴虚火旺，血随气上，治宜滋阴降逆顺气：生地、麦冬、党参、阿胶、白芍、生甘草、白及、墨旱莲、丹皮、侧柏叶、仙鹤草。另用童便，引血归原，导血下行。[27]徐景藩主张清热凉血法。[28]汪明梅认为吐血就病性而论，在寒、在热、在实、在虚，治疗时就不单独考虑“络伤血溢”而收敛血络止血，而应概分因热、因郁、因气，若为呕血，黑粪表现上热下寒，侧柏叶汤主之；甚或泻心合黄土，芩连与姜附同用。若为阴虚火旺之辈，更当滋阴清火以止血，可选玉女煎。[29]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3.2 降逆法

张进安在报道治疗上消化道出血时，首选降逆大法，并在降逆的基础上，结合寒、热、气的病机变化、辨证选方用药。[13]邵小兰治疗120例上消化道出血，辨证为热郁、气虚，脾阳不足，而在治疗时强调呕血甚者，选用旋覆代赭汤，其义在理气降逆。[30]

2.3.3 补虚法

胃及十二指肠溃疡所致的出血往往与脾虚密切相关，脾虚是溃疡病的内因，在反复发作的演变过程中，胃的病变以胃不能正常受纳下降为主，脾的病理以运化失常而产生阳虚气滞症状为主；在脾胃气虚这一内因存在的前提下，诸如饮食不节，气候变化，情志过激等因素的诱发，可使胃热亢盛，热伤胃络，或脾虚失摄，继而发生呕血。而在出血血止之后静止期的善后治疗，对溃疡病的愈合，症状的消除，以及出血复发率的降低、以避免减少刺激胃部粘膜，灵活运用补虚运脾的方法实属重要，曹洪波采用的益气温中摄血法，标本兼治，基本方为：炙黄芪、党参、炒白术、炙甘草、炮姜炭、阿胶、白芍、白及、地榆炭。脾阳复常易摄血，脾气得运血归经，这一观点得到许多专家学者的共识。著名的血病专著《血证论》谓："去血即多，阴无有不虚矣……故又以外虚为收功之法"。此外，临床上尚有出血甚多，出现厥脱的病人而采取益气固脱法，已作为抢救病人生命的必要常规。杨维涛提出采用独参汤合七及散可以提高止血率。资料表明：观察组治愈率为56.7%，而对照组为31.8%，两者间有显著性差异（$P<0.01$）。资料还表明：治疗后未能出血的病例中，未及手术即死亡者，观察组占1.5%，明显低于对照组7.7%（$P<0.01$），两组的中转手术率差异不显著。术后死亡率及总死亡率均为对照组高于观察组（$P<0.01$），由此可见独参汤合七及散不仅有较好的止血作用，而且可降低手术期死亡率，红参、三七、白及的合用可以改善组织循环代谢，纠正休克状态，保护脏器的功能。[32]

2.3.4 宁血法

唐容川提出的止血、消瘀、宁血、补虚治血四法深为临床医家所推崇，亦为当今治疗吐血病的基本法则。一般来讲，在急性期以止血法为重中之重，兼顾其它，而在静止期，每以宁血、补虚而补遗，其中宁血法多与它法合并使用，以防再出血，针对本证病因，多为火盛或气虚，表现多为寒热错杂，虚实挟杂，而其中脾虚胃热见证居多，气机阻滞亦属常见，故而在采取补虚法之前，要适当选择用药，将潮动的诸多诱因加以调整。近年来的观点认为，活动期的溃疡与幽门螺旋菌感染有关，幽门螺杆菌相关性胃痛的病机多为脾虚热证，以热偏重，90%的溃疡患者在出血前有胃脘疼痛，即因寒热错杂于中，气机阻滞不通则痛，出血后由于局部张力减退而疼痛缓解或消失，患者自述可能无消化道症状，仅见头昏乏力等症，但从患者口臭、苔黄腻，脉滑数等征象及胃镜检查，即可知患者仍为胃或十二指肠溃疡活动期，此时应针对病机采取相应的宁血法，以防止再出血，临床多选用泻心汤加减。

2.3.5 消瘀法

一般认为，久病入络为瘀血，是出血之病理基础，火热动血为瘀血，是血之始动因素，离经之血为瘀血，是出血之病理结果，若论止血药物，性味多苦，酸、涩，特别是寒凉止血药，易致血瘀气滞，或出血初期过早使用收敛性较强的止血药，（如炭类止血剂）

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

而致留瘀，同时瘀血的形成又可影响新血的生长，“既与好血不相合，又与好血不能行”瘀血不去新血不生，新血不生，则旧血也不能自去，所以在临床上往往见到血止后，经输血治疗，贫血仍不易纠正。更重要的是瘀血的形成可影响溃疡的愈合，瘀血又可成为新的病理因素，在诱因的触发下，引起再次出血。所以消化性溃疡合并出血，血止后应加强祛瘀，一些专家学者也主张，治疗中不管有无瘀血见证，在辨证用药的前提下，加用治血之品，选用三七、茜草类，而达到止血不留瘀的目的。化瘀不破血伤正。而在辨证中若瘀血见证明显者，可予血府逐瘀汤化裁之。张伯臾主编的《中医内科学·胃痛》中此法的代表方剂为失笑散合丹参饮。魏长春老中医的加味失笑芍甘汤（蒲黄　五灵脂　赤芍　丹参　玫瑰花　九香虫　香附）是运用祛瘀通胃法治疗胃脘痛的方药，借鉴于此，也可达到异曲同功之妙。时永华在对 178 例消化性溃疡出血瘀血病理的临床分析和实验研究中，证实了瘀血和出血的密切关系，发现瘀血见证普遍存在，178 例消化性溃疡出血患者，舌质紫黯 81 例，占 45.5%，疼痛 123 例占 69.1%，出血 178 例，占 100%脉涩 74 例，占 41.6%，178 例患者中十二指肠球部溃疡 100 人，有瘀血证 85 人，占 85%，胃溃疡 34 人，有瘀血证 28 人，占 82.4%，十二指肠炎 40 人，有瘀血证 26 人，占 65.0%，慢性浅表性胃炎 90 人，有瘀血证 73 人，占 81.1%，慢性萎缩性胃炎 27 人，有瘀血证 21 人，占 77.8%，复合性胃炎 9 人，有瘀血证 7 人，占 77.8%。由此可见，瘀血性出血占有比例和比重均是较高的。酆永平则提出了化瘀止血法包含了两层意思，一是化瘀兼有止血的作用，二是化瘀之目的是止血。止血通过化瘀来实现，化瘀是治本，止血是治标，标本之间相济为用。单独止血，往往有留瘀之弊，而一味活血，又有动血之虞，若活血止血并用，化瘀而不动血，止血而不凝滞，则制约辅成，相得益彰。[11]综合分析，临床应用化瘀止血法，是针对出血病证瘀血这一病机实质，确立的一种治法，可以认定是治疗出血性疾病的一种根本大法。它具有以下 4 个方面的作用：①祛除体内离经之血，防止恶血内留，瘀积化热而衍生他疾。②消散经隧中之瘀血，免除瘀血阻滞，损伤经脉所致的出血，同时也有利于血瘀机制下之原发病的治疗。③祛瘀生新，唐容川的理论是“此血在身，不能加于好血，而反阻新血之化机”，故化瘀有利于生血复常。④发挥立即止血的作用，即通过化瘀和止血标本相济，两法的双重协同作用，而达到迅即止血的目的。

2.4　吐血辨证用药研究

2.4.1　吐血治疗用药规律初探

近代医家治疗吐血创制了不少的有效于临床的专门方剂。大黄、白及、三七、仙鹤草、茜草、及部分活血化瘀药的大量使用，构成了治疗出血性疾病的新趋势。特别是大黄、白及、三七的应用相对更广泛，据 50 所医院统计，应用大黄不同制剂（汤、粉、丸、片、注射剂、糖浆、胶囊、溶液等）治疗急性胃、十二指肠出血已达 3700 例，止血有效率达 95%。平均止血时间为三天，其中有 15 所医院作了 1660 例随机对照观察，证明单味大黄的止血疗效与复方中（西）药相似，但止血速度快，腹胀、纳呆、瘀热等症状消失也快，尤以大黄醇提片效果为最好，且服用方便，价格便宜。同时对因出血而引起的氮质血症也有治疗作用，故凡胃、十二指肠出血，适合内科止血者均可考虑首选大黄，特别是对出血量在 1000ml 以内，以黑便为主，并伴有瘀热、苔黄、脉弦、便秘者更为适宜，每

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

日服3次，每次服3g（或相当于生药3g的其他制剂）直至血止。而对大黄的系统研究，王少华有其独到见解，其认为出血初期，往往由火热内灼，患者证实、体实，用大黄之目的，在于大泻血热，祛瘀生新，因而用量宜大，自10～15g不等，务使其尽斩关夺隘之能。若吐血后复发作，证实体虚者，大黄用量宜小，一般在3～6g之间，藉以化瘀磨积，缓图奏功。赵淑贤对生、熟大黄止血效果进行了临床对照观察，结果证明，生大黄组较熟大黄组止血时间有明显缩短，（$P<0.05$），但生大黄组有腹胀、腹痛、肠鸣或少数患者有恶心呕吐等副作用。熟大黄组则无上述副作用。[33]焦东海研制了大黄醇提片（为生大黄醇提液的钙盐沉淀物，每片相当于生药1g），每次服3片，每日服3次，经治160例，有效率达96.6%，平均止血时间42小时，此制剂即保留了生大黄的止血效果，又基本上消除了恶心呕吐、腹痛等副作用。[34]陈汝兴用单味生大黄制成针剂，（每支含生药20g），每次用6支，加入1000ml液体中静脉滴注，每日1次，7天为限，经治44例，有效率为84.1%，大便潜血转阴天数平均2.78±1.004（$\bar{X}\pm SD$），[35]周鹤鸣用三种不同产地、不同品种的大黄。产于四川的药用大黄，又名马蹄大黄（Rheumofficinale.Baill），主产于甘肃的掌叶大黄，又名北大黄（Rheum Palmatuml），主产于青海的唐古特大黄，又名鸡爪大黄（Rheum tanguticum Maximex.Balf）制成大黄醇提片，治疗急性上消化道出血312例，作双盲对照观察，结果3组总有效率分别为90.8%、93.7%、92.8%（$P>0.05$），止血时间分别为57.1、53.4、56.0小时（$P>0.05$），说明这3种大黄片止血效果基本相似，掌叶大黄略优。焦东海对大黄止血有效成分进行分析，找到了两个止血有效单体，即α-儿茶素与没食子酸。同时对大黄进行微量元素测定，证明大黄内含丰富的与止血和造血有关的钙铁等元素。[36]此外研究较多的药物是白及，何耀荣以白地汤（白及　地榆　生地　生大黄　刺猥皮　乌药）治疗108例，总有效率85%。[37]钱耀华等以胃白散（生大黄　白及　乌贼骨　生地共研细末治疗61例，治愈50例。[38]陈庆钱用黄白散（大黄　白及）研末混匀治疗74例，总有效率为86.48%。[39]王治忠以110止血粉（紫珠草白及粉　煅花蕊石粉　赤石脂粉）治疗36例患者，35例有效。[40]黄怀龙用胃血宁冲剂（虎杖姜炭　白及神曲）治疗50例，总有效率98%。[41]魏喜保研制止血冲剂（黄连　半夏　赤芍　茜草　白及）治疗316例患者，总有效率96.2%，[42]肖康制三七黄及散（三七粉　大黄粉　白及粉按1:1:3比例研末备用）每次10g，温开水调糊状鼻饲，4小时1次，治疗颅脑损伤继发上消化道出血3例，7天后，大便潜血阴性。从统计资料来看，白及在大多数的复方中出现的机率最多。它的止血机理是多方面的，内含白及胶质极粘腻，能在创面上覆盖形成薄膜达到止血目的，白及还能抑制纤溶酶，增强血小板第Ⅲ因子活性。

总之，从用药统计学的总体情况来看，目前中医药治疗吐血病无论从理论上还是临床上，逐渐形成新的流派，特别是借助西医的治疗手段，发展中医中药与西医西药的汇通，提倡采取专方专药，经方验方的挖掘，并附以现代实验手段，进行有效药物的单体提纯等，使得治疗更加针对性强，疗效更可靠。

2.4.2　新药的开发研制

提高吐血病的治疗效果，特别是如何在中医急症领域中，发挥中医药的特长，重点课题是怎样挖掘开发中成药。关键在于研制出适应症广，疗效好，使用安全，方便的中成药，因此，吐血病新药的开发研制就成为近年来的热点之一。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治疗吐血病的云南白药散剂，内服、外敷均可，内服每次0.5g，4小时1次，功能止血定痛，祛瘀活血，治疗内外出血、血瘀肿痛。焦东海研制大黄醇提片，止血的有效单体是α-儿茶素、没食子酸。[34]陈汝兴用单味生大黄制成针剂（每支含生药20g）加入液体中静脉滴注。[35]王行宽以止血愈疡汤治疗消化性溃疡并出血患者，主要成分是党参、白及，结果表明，该方不仅具有止血及愈合溃疡的双重疗效，而且停药半年及1年后的复发率也较低。适用于脾虚兼有胃热者最相宜，其次为血瘀型、气滞型，胃中积热、肝火犯胃型者慎用，药理推测其有抗氧自由基，保护胃粘膜等重要机理。[43]魏喜保等运用止血冲剂（黄连、半夏、赤芍、茜草、白及）治疗急性胃出血316例，总有效率达96.6%。其制剂具有辛开苦降，清热凉血，平冲降逆，活血化瘀的功效。[42]陈健应用重庆桐君阁药厂生产的血宁冲剂治疗上消化道出血收到满意的效果，该药对胃热、肝火、脾虚不摄三型均适用，有效率达97.5%，[44]张丽珍运用本院止血Ⅰ号治疗上消化道出血329例，同时设西药对照组86例，两组病例均按全国中医急症协作组统一规定的分级与分型标准判定，结果治疗组总有效率为89.10%，与对照组对比P值<0.01，显著优于西药组，其主要成分为槲木、紫珠草、蒲公英组成。经动物实验证实，止血Ⅰ号能使全血凝固时间明显缩短，并能增加血小板含量和促进血小板凝集，提高纤维蛋白原的含量等，而修复伤口，达到迅速止血作用。[45]赵荣莱吸取关幼波的经验，以阿胶、三七、川贝组成止血粉治疗59例上消化道出血的病人，获得较为满意的疗效。[46]赵钦波自拟上消止血汤：三七粉、白及、海螵蛸、黑侧柏、党参（或吉林参）、炙甘草，偏脾胃虚寒者加干姜炭、砂仁、木香；偏脾虚肝郁者加郁金、延胡索、白芍、香附；偏脾虚湿热者加黄连、法半夏、陈皮、黄芩；偏气滞血瘀者加五灵脂、赤芍、延胡索、木香，治疗100例上消化道出血病人，某中临床痊愈87例，显效5例，有效4例，无效4例，总有效率为96%，平均止血天数为4.3天。[47]同时在社会上或民间尚有散在、行之有效的单方、验方，亟待去论证、去开发。而目前国内外在本病的治法上都有新的研究和进展。如：①胃镜下高频电凝止血；②胃镜下激光光凝止血；③胃镜下局部喷洒组织粘合剂等。但这些方法要有昂贵的仪器设备，操作复杂，副作用多，病人痛苦，难以推广。

2.5 预防研究

根据前已详述的吐血的发病内因，诱发外因，以及再度复发的刺激因素，我们在日常生活中就须严格的加以控制。胃主受纳、脾主运化，中焦斡旋有权，气机升降有序，因此，须强调平素对脾胃功能加以保护，而假如出现出血时应如何加强康复，即预防加治疗。刘玉莹根据消化性溃疡并出血病人的病情、饮食成分、数量、进餐次数，总热量按循序渐进的科学方法制定了分期饮食、禁食、溃疡Ⅰ号食、溃疡Ⅱ号食、溃疡Ⅲ号食、半流饮食、普食六期。此法不仅可促进机体康复，而且免除了因饮食不慎而重复出血的重要诱因，当病人康复后，仍要强调饮食指导，诸如防止暴饮暴食，禁食刺激性食物，包括浓茶、咖啡、酒、过甜过酸的饮料，不饮食生冷干硬或不洁有毒食品，尽量避免使用对胃粘膜有损害的药物，必须使用时（如肾上腺皮质激素、水杨酸制剂、保泰松）时，应采取一定措施（如饭后服或同时服碱性药物）。此外，应针对性地做好病员的疏导工作，保证病者情绪稳定，畅达乐观，达到“精神内守，病安从来”的目的，调整患者的生活起居，室

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

内温度要适宜、环境优雅安静，起居有常，不妄劳作，最终达到祛除吐血的病因，气血得以流通，脾胃功能健旺，病人保平安。

2.6 中医康复疗法的研究

疾病的预防、康复是相辅相成的，实际的预防强调的是病因学的伸展，如何去控制病因（内因、外因、刺激因素等）的影响，康复是治疗学的补充，合理的调护往往可以起到事半功倍的作用。

2.6.1 药物康复

本病患者在康复阶段，多数存在脾虚血亏的情况，故可着重选健脾益气补血方药治疗，如党参、黄芪、白术、茯苓、首乌、当归、熟地、黄精、鸡血藤、白芍、四君子汤等。若兼有阴亏者则选加麦冬、玉竹、石斛等药。此外，若有瘀血蓄积者，可适当配用活血化瘀药物，如蒲黄、三七。

2.6.2 食疗康复

（1）胃热或肝火不清：口干苦，烦躁易怒，舌红苔黄者，可用茅藕黄花煎：茅根15～30g，黄花菜30g，鲜藕60g水煎服。

（2）脾虚血亏未复：面色无华，倦怠乏力，少气懒言，食少便溏，舌淡者，可选用黄芪、龙眼、红枣炖牛肉：黄芪30g，龙眼肉15g，红枣10只（去核）、牛肉250g，将上物共放碗内，加适量水盖严，隔水炖熟，调味后服用。

3 实验研究

3.1 发病机理的研究

近年来中医临床人员和实验工作者对消化性溃疡的成因和病理结果进行全方位的研究与探讨。时永华等就消化性溃疡出血瘀血病理进行了较为深入的实验研究。该研究确立的瘀血诊断方法与标准是按照1988年11月青岛会议修订的《中医血证急症诊疗规范》的分型辨证，并从不同角度分析了瘀血与西医诊断疾病的关系、瘀血与火热的关系、瘀血与脾虚的关系，以及瘀血与血液流变学各指标的关系，进行血证患者与正常人血液流变学的比较，经统计学处理，全血粘度、红细胞压积、血沉降率及血沉k值等指标有非常显著差异（$P<0.05\sim0.01$），表现为血液粘度低下的“低血液粘度症”。[2.]这与梁子钧血瘀和血瘀证本质的研究，血瘀证与活血化瘀的研究的内容相符。在具体实验过程中，所选材料是SD大鼠，所选方法是采取醋酸蕴胃法或冰醋酸胃体部注射法制造胃粘膜损伤出血模型，然后通过肉眼判断胃粘膜损伤程度分级标准，Ⅰ级：腺体粘膜皱折展平，无明显出血点；Ⅱ级：有明显出血点，无浅表溃疡及糜烂；Ⅲ级：有明显出血点，有浅表溃疡及糜烂，甚至穿孔。通过显微镜下腺胃粘膜损伤程度分级判断标准，零级：腺胃粘膜完好无损，仅少数表皮细胞脱落，或药后大部分粘膜已恢复正常，有上皮细胞再生现象；Ⅰ级：腺胃粘膜表面上皮脱落、渗出、充血，无浅表溃疡；Ⅱ级：有坏死组织及浅表溃疡，已达固有膜深层；Ⅳ级：粘膜肌层或粘膜下层充血、水肿，炎细胞浸润，甚至出血、坏死、穿孔。然后给予以大黄、茜草、川连等药为主组方，进行治疗，结果显示治疗前后血液流变学各指标

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

的变化，各指标在治疗前后均有非常显著性差异（$P<0.05\sim0.001$），说明以化瘀凉血止血药组方的胃血宁合剂能改变血液粘度，提高红细胞压积，降低红细胞沉降率及血沉 k 值。方显明等采用民间常用的止血草药白背叶、扶芳藤等配方，对急性胃、十二指肠出血的病人进行了止血实验研究，发现本品具有散瘀（改善微循环）的作用，可促进胃肠局部的血液循环，有利于受损组织与血管的修复以及粘膜屏障功能的重建，使瘀血去，新血生，血自归经，完全符合两药原本中药功效。白背叶味微苦涩，性寒，有清热散瘀，止血止痛之功，扶芳藤味苦，性小温，有行气活血，止血散瘀之效，二味合用，功能止血清热，散瘀补虚，配伍后达到寒温相济，攻补并蓄，祛瘀而不伤正，止血而不留瘀，正切合中医治病求本的辨治原则，故对胃、十二指肠出血虚实各型病人均有较好的疗效。[48]

3.2 药理机制的研究

近年来治疗吐血的方药日益增多，其中有成方的研究，也有单味药的研究，特别是对现代药理学的研究使临床治疗水平有了较大的提高。

张明德等通过治疗消化性溃疡出血临床及实验，总结出胃血安冲剂（炙黄芪、熟附片、生大黄、五倍子、赤石脂、红藤　蒲公英、木香）平均止血天数为 2.3±1.2，同时采取动物试验：方法 1：用拘束水浸法制备应激性胃出血模型，大白鼠经拘束水浸 8 小时应激性刺激后，可出现急性胃粘膜糜烂性出血，而后大白鼠在水浸过程中于 1、4、6.5 小时灌药三次，结果二种给药剂量组（甲氰米胍为对照组）的胃出血情况经统计学处理均显示相同的情况，出血灶面积与蒸馏水比较都显示十分显著性差异（$P<0.01$），出血程度也都显示出十分显著性差异（$P<0.01$）。方法 2：用 Formdlin 法制造出血模型。胃血安对该模型采取每日灌药 2 次，连续给药 6 天，大便潜血变化经统计学处理，其中给药三天，二种剂量给药组（低剂量，高剂量）与蒸馏水组对照均有十分显著性差异（$P<0.01$）。给药 6 天，二种剂量给药组仍均有十分显著性差异（$P<0.01$），甲氰米胍组为显著性差异。动物实验结果表明，胃血安冲剂对应激性胃出血程度和出血灶都有十分显著的治疗和改善作用（$P<0.01$），通过对两组实验模型的胃出血治疗观察，胃血安冲剂高、低剂量之间的治疗作用没有明显差异，而且都优于甲氰米胍治疗组，方中的附片可使人或兔血浆凝血时间明显缩短，可能与其促进血小板聚集与血凝有关，生大黄可使凝血时间缩短，还可促进骨髓制造血小板，并使毛细血管致密，改善脆性，而达到止血目的，且有抗菌消炎，排除瘀血的作用。赤石脂、五倍子涩敛止血、保护胃粘膜。

我国学者已从大黄中分离出 2 个止血有效单体，（α－儿茶素与没食子酸），并从大黄中分离出抑制胰酶的 10 个单体，还分离出降高血脂的有效部位，为大黄的止血，降高血脂作用。[34]关于大黄的止血机理，上海市大黄研究协作组在初期的实验结果认为，服大黄后可使血小板及纤维蛋白原含量增加，凝血时间缩短，但经反复实验结果表明，大黄全成分无上述作用，它主要能使血浆渗透压增高，故外周组织的液体流向血管内，取得了相当于内输液的作用，对解除出血后的微循环障碍有益，并具有使局部血管收缩及通透性降低的止血作用。赵荣莱在总结前人治疗经验的基础上选用生大黄、柿树叶组成止血 4 号方进行实验研究，选用大白鼠为实验动物，而后采用急性阿斯匹林溃疡、亚急性阿斯匹林溃疡、结扎幽门溃疡、慢性醋酸性胃溃疡。实验结果发现，止血 4 号对 4 种胃溃疡动物模

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

型，均有不同程度的抑制作用，而四种不同胃溃疡模型的发生机理不尽相同，阿斯匹林所致溃疡性与血小板聚集及胃前列腺素合成降低有关。Suzuki 等发现，在溃疡的早期愈合中，溃疡组织中的氨基己糖有明显的增加，这一现象不仅表示再生粘膜的粘液分泌增加，同时也表明溃疡底部有肉芽形成。而阿斯匹林可以引起胃粘膜内氨基己糖的显著降低。本试验表明，止血 4 号除对于大鼠慢性醋酸性胃溃疡有比较明显的保护作用外，尚可抑制急性或亚急性阿斯匹林大鼠溃疡的发生率，同时可以增加胃粘膜氨基己糖含量。根据阿斯匹林诱发溃疡原因的推测，止血 4 号可能具有预防出血或保护胃粘膜细胞的作用。对幽门结扎引起的大鼠溃疡模型，止血 4 号不但对胃粘膜损伤具有较明显的保护作用，而且能不同程度地抑制胃液及胃酸的分泌和胃蛋白酶活性。[46]

方显明在止血草药白背叶的止血机理研究中，为了探讨该品止血有效部位及其作用机理，分别用四个部位提取 ABCD 四部分药物，结合临床用药剂型，选择了极性较大的亲水性成分 C 部分（醇提水溶液、称 C 药）和 D 部位（药渣水提液，称 D 药）作了平行药理实验，相继对小白鼠凝血时间，大白鼠血小板凝集、家兔离体主动脉等的影响，小白鼠肠系膜微循环的影响及药物急性毒性试验，观察结果显示，复方白背叶止血有效率为 94.12%，大便隐血平均转阴时间为 3.35 天，与西药甲氰米胍组在年龄分布，病情分级，病因构成以及辨证分型基本相同条件下比较，其止血疗效优于后者（$P < 0.01$），且其出血程度、证型与疗效之间均无明显关系，表明本品是一种止血较快、疗效肯定的止血药物，对不同程度出血及虚实各型出血患者均有良好的止血效果。另据药理实验观察，本品醇提物可加速血液凝固而起止血作用，与临床观察一致。其止血机理可能与激活内源性和外源性凝血因子，促进血小板聚集等有关。提取物 D 药凝血作用不如提取物 C 药，提示其止血成分易溶于乙醇，因而 C 药止血作用强，而醇提后的药渣再水煎，则止血作用明显减弱。此外，两种提取物均可舒张家兔主动脉平滑肌和加速小白鼠肠系膜微循环障碍的恢复。[48]

另外，现代研究表明，对消化道出血的化瘀止血药有：大黄、地榆、茜草、蒲黄、白及、三七、花蕊石等。有不同程度的抗菌消炎、促进溃疡愈合、增加胃肠蠕动、有利于排除体内瘀积、改善血液循环，增加血流量、改善血液流变性、调节血液粘度（高者下降，低者上升）的功效；同时还具有促进血小板生成、增加血小板表面活性和聚集性、增加纤维蛋白、缩短凝血时间、增加毛细血管的致密性和紧张性的作用，从而发挥既活血化瘀，又立即止血的作用。还有一些散在的个药研究，如五倍子含有大量鞣酸，鞣酸与组织蛋白的凝固形成机械保护膜，起到收敛、止血作用，若配与白及（主要成分为白及胶质，使损伤血管末梢的血细胞沉积达到止血作用）白及胶质在鞣酸的作用下，能牢固地与组织蛋白结合，使创面形成一层由“鞣酸-白及-组织蛋白-血细胞”凝固在一起，与创肌而牢固结合的机械保护膜，达到有效止血及防止再出血作用，这在胃溃疡出血服用，通过胃镜检查时，发现其溃疡面上有一层灰白色痂膜，不易剥掉所证实。

此外，近年来，中西医结合工作的深入，诸如在胃镜下直视给药法等逐渐被临床工作者所掌握，其方法较为可靠、有效、若再能进一步研究出配套的止血药（液、粉、膏等）将会给治疗吐血病带来一个更大的飞跃。凡此种种，充分说明了我国中医药治疗和实验研究方而都已做了许多工作，有的已达到亚细胞水平，但由于设计方法、实验条件、实验动

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

物、药物品种的不同，对有些问题的研究结论出现若干互相矛盾的情况，有待克服解决，同时对新品种治疗出血性疾病这一问题亟待解决。

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 涵 义

吐血者，血从胃来，经呕吐而出的证候，血色鲜红或紫红，常夹有食物残渣。《古今医鉴·吐血》："吐血者，吐出全血是也"。

1.2 病名历史沿革

在古代医籍中，尚有"吐血"、"呕血"、"内衄"、"肺疽"、"伤胃"等论述。

早在《内经》中对本证就有记载，称之为呕血。《素问·举痛论》："怒则气逆，甚则呕血。"《素问·厥论》："太阳厥逆，僵仆呕血。"《素问·至真要大论》："太阳司天，寒淫所胜……血变于中发为痈疽，民病厥心痛，呕血、血泄、鼽衄。"《素问·厥论》："阳明厥逆，喘咳身热，善惊衄，呕血。"指出呕血与情志及气候变化，阳气厥逆有关。

吐血之证名首见于汉·张仲景《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》，其云："夫吐血欬逆上气，其脉数而有热，不得卧者死。""夫酒客欬者，必致吐血，此因极饮过度所致也。"文中改呕血为吐血，并且指出吐血是因热，造成气逆，作为诱因是由于饮酒过度造成。

隋代·巢元方于《诸病源候论·吐血候》曰："上焦有邪，则伤诸脏，脏伤血下，入于胃，胃得血则闷满气逆，气逆故吐血也。"《虚劳呕血候》："肝伤则血随呕出也，损轻则唾血，伤重则吐血。"认识到吐血可由他脏有病导致胃络受伤而引起。

唐代·孙思邈在其《备急千金要方·胆腑》指出："廉丘云吐血有三种，有内衄，有肺疽，有伤胃。内衄者，出血如鼻衄，但不从鼻孔出，是近从心肺间津液出，还流入胃中，或如豆羹状，或如切藏血凝停胃中，因即满闷便吐，或去数斗至一石是也。得之于劳倦，饮食过常所为也。肺疽者，或饮酒之后毒满闷，吐之时，血从吐后出，或一合半升一升是也。伤胃者，因饮食大饱之后，胃中冷则不能消化，不能消化便满闷，强呕吐之，所食之物与气共上冲蹙，因伤裂胃，口出血色鲜正赤，腹绞痛，自汗出，其脉紧而数者为难治也。"孙氏第1次提出了吐血之别名，内衄、肺疽、伤胃，并指出饮食劳倦、暴饮暴食而致病，并强调若脾胃阳虚，运化失职造成吐血病重而难治。

宋代·陈言撰《三因极一病证方论》和杨士瀛撰《伤寒类书治人总括》，前者从吐血的成因进行了论述，并将三因（内因，外因，不内外因）作为论述的重点，对研究病因和临床治疗均有参考价值。"病者诸血积聚，合发为衄，而清气道闭，停留胸胃中，因即满闷，吐出数斗至于一石者，名曰内衄，或因气伤于外，七情动于内，及饮食房劳，坠堕伤损，致荣血留聚膈间，满则吐溢，世谓妄行"。后者从证治的角度进行了阐述。其初在表，后入里瘀积，采取辨证治疗，"伤寒吐血，由诸阳受邪热，初在表，应发汗而不发汗，热毒入深，结于五脏，内有瘀积，故吐血也。瘀血甚者，抵当丸；轻者，桃仁承气汤，兼服犀

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

角地黄丸、三黄丸”。从证治分析，应为化瘀泻热之法。

金元时代的四大家之一的张从正以擅用汗吐下之法而闻名于世，其对各种出血病证亦常用吐下等攻邪之法。《儒门事亲·吐血》：“岳八郎，常日嗜酒，偶大饮醉，吐血近一年，身黄如橘，昏愦发作，数日不省，浆粥不下，强直如厥，两手脉皆细。”张氏认为脉沉细为病在里，中有积聚，故应用“舟车丸百余粒，……血方止。”岳氏吐血伴身色桔黄，其因由饮酒过度造成湿热蕴积胃肠，吐血系胃肠积热，伤及阴经，热迫血妄行所发。

明清时代对吐血的论述日臻完善，明·李梴编《医学入门·呕血》：“呕血与吐无大异，成盆无声音者为吐，成碗有声音为呕”。明·赵献可在其《医贯·论血证》一书中：“引东垣之论谓，吐血出于胃，吐出成盆成碗也，又谓，胃不特呕血，肝也呕血”。明·龚信编辑《古今医鉴·吐血》：“吐血者，吐出全血是也”。清·张璐撰写《张氏医通·吐血》：“呕血者，血从腹胁而上，大呕而出，……”。清·张锡纯在《医学衷中参西录》谈及《素问·厥论》谓阳明厥逆衄呕血云：“所谓阳明者，指胃腑而言也，所谓厥逆者指胃腑之气上行而言也。盖胃以消化饮食，传送下行为职，是以胃气以息息下行为顺，设或上行则为厥逆，胃气厥逆，可致衄血、呕血。”所论虽主要谈吐血之病机，然同时也说明了吐血一证，病位在胃腑，血从胃出是胃气不降所致。

总括来讲，吐血之证名首见于汉·张仲景之《金匮要略》，在《内经》称之为呕血，自隋、唐、宋、金元、明、清不断得到完善与补充、诸多中医著作言及吐血、呕血、内衄、肺疽、伤胃，而且又把血从口出有声者称为呕血，无声者称为吐血，但从实际来看，两者不易严格区分，故汉以后的中医文献逐渐正名，采用吐血之证名。而吐血本身既是一个疾病名，同时也是某种疾病的一个症状，可见于现代医学中的多种疾病。凡表现为血从口出的疾病，如常见的上消化道出血的病人、胃、十二指肠溃疡、急性胃粘膜糜烂、慢性胃炎、胃动脉硬化、胃扭转、胃息肉、胃平滑肌瘤、胃癌、十二指肠炎、十二指肠憩室及肿瘤，胃手术后出血、门静脉炎，各种原因引起的肝硬化、食管炎、胃底静脉曲张破裂、食管－贲门粘膜撕裂症、胆道及胰腺的疾病，水杨酸制剂、肾上腺皮质激素、保泰松、消炎痛等药物对胃粘膜的刺激出血，此外尚有一些全身性疾病，如血液病中的血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病、血友病、弥漫性血管内凝血、凝血酶原缺乏与纤维蛋白缺乏、过敏性紫癜，如尿毒症、脑出血、颅内疾病昏迷之病人并发应激性溃疡；还有如猩红热、流行性出血热等急性感染性疾病，红斑狼疮等结缔组织病等，临床以吐血为主要表现者均可参考本篇理论，进行辨证施治。

2 证候与病象

有关吐血证候的论述，从《内经》到清代诸家所著，极为丰富，但综合分析，大致可以从病因病机归类，发病部位归类，脉象表现归类。

2.1 病因病机论

从古至今，历代医家对吐血证候的描述因其病因病机认识的不同各有所异。

2.1.1 外感论

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《素问·至真要大论》："太阳司天，寒淫所胜……民病厥心痛，呕血、血泄、鼽衄……"指出了呕血与气候的变化，阳气厥逆有密切关系。后世医家认同吐血与外感、气候有关的论述有：隋·《诸病源候论·伤寒吐血候》："诸阳受邪热，初在表，应发汗而汗不发，致使热毒入深、结于五脏，内有瘀积，故吐血。"阐述了表邪应解而未解，入里为热为瘀。宋·朱肱《活人书》云："伤寒吐血，……故吐血也。"亦与巢元方氏的观点一致。明·张景岳《景岳全书·血证》："暑毒伤人，多令人吐衄失血，盖暑气通心，火毒刑肺也，然暑即伤心，热又伤气，其人必脉虚气怯，体倦息微。"赵献可《医贯·论血证》："……既分阴阳，又须分三因，风寒、暑湿、燥火、外因也；进食生冷，好啖炙煿，醉饱无度，非三因也。……六淫之气，俱能伤人，暑热者十之一二，火燥者半，风寒者半，而火燥之后，卒又归于虚寒矣。"而《古今医鉴·吐血》："有伤寒不解，邪热在经，随气上涌而吐血者。""吐血者，或因四气伤于外，七情伤于内。"秦景明《症因脉治·吐血》："外感出血证，发热烦躁，而赤目赤，口干唇红，夜不得卧，从口吐出，纯血无痰，此外感吐血之证也。"大体从外感论吐血的医家基本从伤寒、暑热角度的论述多符合现代医学所包括的急性传染病如猩红热、流行性出血热、钩端螺旋体病、暴发性肝炎及严重感染性疾病如败血症等。

2.1.2 内伤论

内伤致吐血各医家所论甚众，详分如下：

2.1.2.1 饮食内伤《金匮要略》云："夫酒客咳者，必致吐血，此因急饮过度所致也。"明·王肯堂《证治准绳·杂病·吐血》："或饮酒之后，冈吐之时，血从吐后出，或因啖辛热而得吐血之证。"《医贯·论血证》载："有饮酒过多，伤胃而吐血者。"《症因脉治·吐血》曰："酒客致咳，必致吐血者……此胃火上冲伤肺三条。"清·叶天士《临证指南医案·吐血》："酒热戕胃之类，皆能助火动血"。众师所云，皆是由于饮酒无度，致胃络受损，造成吐血之虞。而饮食失调所论更详。宋·陈言《三因极一病证方论·吐血》："病者饮食过度，伤胃，或胃虚不能消化，致翻呕吐逆，物与气上冲蹙，胃口决裂，所伤吐血，其色鲜红，名曰伤胃吐血。"《医学入门·吐血》："阳盛多为饮食辛热，伤于肺胃，呕吐出血。"清·陈复正《幼幼集成》："小儿吐血，因伤食者最多。"《证因脉治·内伤吐血》："内伤吐血之因，或积热伤血，血热妄行，或失饥伤饱，胃气伤损，或浩酒醉饱，热聚于中，或盐醋辛辣，纵口不忌"。《证治准绳·杂病·吐血》："伤胃吐血，因饮食太饱之后，胃中冷不便消化，便烦冈强呕吐，使饮食之物与气上冲蹙，因伤裂胃中，吐血色鲜正赤。"《备急千金要方·脏腑》："内衄者，…得之与劳倦、饮食过常所为也。"龚信辑《古今医鉴·吐血》："有因饮食过饱，负重伤胃而吐血者。"概括而论，饮食不节，或暴饮暴食，过食生冷，辛辣刺激，均可导致胃气损伤，造成胃气不降而上冲，同时造成胃络损伤，血即随上冲之气，夺口而出，发为吐血。

2.1.2.2 脾胃虚弱《景岳全书·杂证谟·吐血》论："若素多劳倦、思虑或善呕吐，或善泄泻，而忽致吐血下血者，此脾虚不能摄血，非火证也。"《医贯·论血证》："胃者，守营之血，守而不走，存在胃中，胃气虚不能摄血，故令人呕吐，从喉而出于口也。"《证治准绳·幼科·证治通论》："唇色白，主吐涎呕逆，或吐血便血，乃脾气虚弱，不能摄血统血归源。"《古今医鉴·吐血》："有因伤脾而吐血者。"明·李梴《医学入门·吐血》："劳伤气虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

夹寒，阴阳不能相守·血亦错行，所谓阳虚阴必走者是也。”除了众医家所论及的劳倦、思虑、及其他脏疾病造成的脾虚不能摄血的原因外，另有从治疗学角度论证脾虚后致吐血的成因，《素问·阴阳应象大论》：“形不足者温之以气，精不足者补之以味。”《难经》：“损其肺者益其气，损其心者和其营，损其脾者，调其饮食，适其寒温。”《丹溪医论选·吐血之要论》：“一降火必用寒泻之药，反伤胃气，胃伤则不能统血，血愈不能归经矣。”验之于临床，可见一些慢性消耗性疾病，或思虑劳倦诸原因造成脾胃虚弱者均可表现为吐血。

2.1.2.3 火热论 因火而致吐血从古至今论述极详，且倍受专家学者们的重视，而临床论证又详分为实火、虚火、肝火、胃热，从而在治疗归纳出相应的方药。明·程充辑《丹溪心法·吐血》：“吐血，火病也。”朱氏的观点为阳常有余，阴常不足，因而阴虚火旺是导致吐血的病因，持此观点但又不完全苟同此观点的张景岳在其《景岳全书·杂证谟·血证》中提出：“吐血咯血，因劳损而气虚脉静，或微弦无力，既非火证，又非气逆而血妄行，此真阴亏损，脉络受伤也，惟用甘醇补阴，培养脉络，使营气渐固，而血自安。”又云：“吐血咯血，凡兼口渴咽痛，躁烦喜冷，脉滑便实，小便赤热等证，以水不济火，阴虚阳盛而然，治当滋阴壮水，微以清凉。”另一方面张氏又云：“吐血全由火热而逼血上行者，宜察火之微甚。火微者……火暴甚……胃火热甚……胃火炽盛而兼阴虚水亏者……若阳明热甚，……。”“怒气伤肝，肝动火则火载血，上动肝气，则气逆血奔，所以皆能呕血。”这里所谈的火，均言实火，此类实火可以在胃腑，可以在肝脏。明·戴思恭在《证治要诀·吐血》中云：“吐血人多发渴，名曰血渴，四物汤，十全大补汤。”从药物功能来分析，不难看出，此血渴也表现为阴虚、血虚。论及实火致病者，《素问·厥论》：“阳明厥逆，喘咳气热，善惊、衄、呕血。”《济生方·吐衄》：“血之妄行也，未有不因热所发，盖血得热则淖溢，血气俱热，血随气上，乃吐衄也。”《证治准绳·杂病·吐血》：“上膈壅热，吐也。”明·张璐《张氏医通·吐血》：“呕血者，血从腹胁而上，大呕而出，乃肝火内旺，鼓激胃中之血上涌……。”《古今医鉴·吐血》：“有因思虑伤心，乃积热而吐血者。”清·程锦雯《医家四要·咳血呕血肺气热》：“呕血者，因于气怒，伤肝，肝热内炽，逼血上逆所致。”《医学人门·呕血》：“胸中烦热，吐血不止，口舌干燥，头痛，石膏散。”《证因脉治·吐血》：“内有积热，诸经火盛，外有风寒，束其肌表，血络热甚，不得外越，妄行上冲，从口呕出，故外感吐血，责之邪热妄行。”以上诸段经文，分别从病因，从病机，从症状，或从治疗对实火可致吐血进行详尽的阐述。

2.1.3 不内外因论

吐血之发生，古来责之于外感者有之，责之于内伤者众多，此外还有部分学者认为有部分吐血的成因既不属于外因，亦不属于内因，即不是外感热病所致，也不是脏腑功能失调而形成，归属为另一类不内外因。《三因极一病证方论·三因论》：“然六淫，天之常气，胃之则先自经络流人，内合于脏腑，为外所因。七情，人之常性，动之则先自脏腑郁发，外形于肢体为内所因。其如饮食饥饱，叫呼伤气，尽神度量，疲极筋力，阴阳违逆，乃至虎狼毒虫，金疮蹉折，痓忤附着，长压缧溺，有背常理，为不内外因 。”《三因方·吐血》：“折伤吐血，病者因坠闪肭，致伤五脏，损裂出血，停留胃脘，脏热则吐鲜血，脏寒则吐瘀血，如豆羹汁，治之各有方。”《证治要诀·吐血》：“打损恶血，渗入胃中，以致吐血，……有因劳力太过，吐血不止……”，《古今医鉴·吐血》：“有从高坠下，损伤内脏而

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

吐血者。”“吐血者……或饮食房劳，坠闪伤损，致荣血流聚膈间，满则吐溢，也谓妄行，或吐瘀血，此名内伤。”此内伤不属脏腑功能受损，脏气虚而致，当属外力伤损，瘀血内蓄之伤损。《证因脉治·吐血》：“或恼怒叫喊，损伤膈膜，则血从口出……。”此言多为外力而致闪仆伤损或劳力太过而致血瘀。临床上尚有其它原因可致瘀血，可作内伤论，但为将瘀血内容归在一起，故另述内伤瘀血之成因《备急千金要方·卷十二·吐血》：“犀角地黄汤，治伤寒及温病，应发汗而不汗之内蓄血者，及鼻衄吐血不尽，内有瘀血，面黄，大便黑，消瘀血方。”朱肱《活人书》：“……热毒人深，致瘀血内结所致。”明·缪希雍《先醒斋医学广笔记·吐血》：“血不行经络者，气逆上壅也，行血则血循经络，不止自止，止之则血凝，血凝则发热恶食，病曰瘤矣。”清·唐容川《血证论·吐血》：“凡有所瘀，莫不壅塞气道，阻滞气机……不可不急去之也，且经隧之中，既有瘀血踞住，则新血不能安行无恙，终必妄走而吐溢矣。”“血止之血，其离经之血而未吐出者，是为瘀血……。”这些有关瘀血的精辟论述为后世倡活血化瘀法，治疗吐血病人奠定了必要的理论基础。

2.2 发病部位研究

《诸病源候论·虚劳呕血候》说：“肝伤则血随呕出也。”提出吐血不仅是胃腑之病，而且他脏有病仍可以导致胃络受伤，有关这方面的论点还可见于论著。《素问·举痛论》云：“怒则气逆，甚则呕血。”《诸病源候论·虚劳呕血候》：“肝伤则血呕出也，损轻则唾血，伤重则吐血。”《景岳全书·杂证谟·吐血证》：“怒气伤肝，动肝火则火载血，上动肝气，则气逆血奔，所以皆能呕血。”《医贯·论血证》：“有怒气伤肝而吐衄者，其人必唇青，面青，脉弦，续用柴胡栀子清肝饮。”《先醒斋医学广笔记·吐血》：“肝为将军之官，主藏血，吐血者，肝失其职也。”《血证论·呕血》：“呕血其病在于 肝……凡呕皆肝胆，而血又肝之所司，今见呕血之证，断以调肝为主。”《症因脉治·吐血》：“……若倾盆而出，肝经血，犀角地黄汤加黄芩、玄武胶，此清肝摄血之法。”“一连数口，此胃家吐血之证，若倾盆大出者，则肝家吐血也。”由此可见，胃家吐血，不单责之胃，其病可在肝，可以为气郁、气逆、气滞，可为肝阴虚，可为肝火旺，即使临床上也常常可以看到以肝脏疾病为主，而表现出吐血症者，如肝硬化、肝癌、胆囊炎、胰腺炎等，除肝外，脾病可致吐血，前已述及脾气虚弱可致吐血，而脾胃这一对脏腑，正常生理状态下即为相辅相成的关系，脾主运化，胃主受纳，二者为人之生命后天之本，气机枢纽，脾气主升，胃气主降，升降功能失调，必然会导致出血，这种认识，诸代前贤多有论著。明·王肯堂《证治准绳·杂病·吐血》：“亦有气虚不能摄血者……宜独参汤或人参饮子。”提出了气虚不摄而吐血的证候和治法。《古今医鉴·吐血》：“吐血者……有因伤脾而吐血者。”《景岳全书杂证谟·血证》对脾虚不能摄血多有论及“若素多劳倦、思虑，或善呕吐，且善泻泄，而忽致吐血下血者，以脾虚不能摄血，非火证也。”又云：“忧思过度，损伤心脾，以致吐血、咯血者，其病多非火证……是皆中气亏损，不能收摄所致，速宜救本，不得治标……”凡此种种，脾气虚弱，统摄无权，血无所主而妄行外溢，而致吐血绵绵不止。另外尚有一些学者认为呕血可以由心、肺而引起。《三因极一病证方论·吐血》：“肺疽吐血，病者因饮啖辛热，热燥伤肺，血得热则溢，因作呕吐，出血一合成半升许，名曰肺疽。伤于腑，则属胃，伤于脏，则属肺。”《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病》：“心血不足，吐血、衄血，泻心汤主

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

之。”《灵枢·邪气脏腑病形》：“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。”《医学入门·吐血》：“…阳盛多为饮食辛热，伤于肺胃，呕吐出血，大蓟饮子主之。”《古今医鉴·吐血》：“吐血者，有因思虑伤心，及积热而吐血者。有伤心肺而吐血者，……有因肺生痈疽而吐血者。”《医贯》：“愚按暑伤心，心气既虚，暑气故乘而入之，心主血，故吐衄，心既虚，而不能主血。”《诸病源候论》：“上焦有邪，则伤诸脏，脏伤血下，入于胃，胃得血则闷满气逆，气逆故吐血也。”此上焦者，当属心、肺之病也。另可见有关七情作为诱因而致吐血的论述。《医学入门·吐血》：“五志火动热者，解郁汤。”《医贯·论血证》：“喜、怒、忧、思、恐，内因也；劳心好色，内之因也。”所谓情志为病，实仍为所属脏器为病。

2.3 兼证及转归的研究

有关吐血的兼证往往根据所发病证的属性所决定，因于外感者，可表现出表证，因于内伤者，可详分因于火热者，可表现为阳盛火旺之象，因于脾虚者，一可表现出一派虚衰之象，因于肝、因于心、因于肺，又分别由其本脏疾病的特点而表现出相应的症状。在此，仅就历代医家所言及的吐血常见脉象，和有关脉象所决定疾病的转归作一归纳论述。

《灵枢·邪气脏腑病形》：“肺脉微急为肺寒热……涩甚为呕血。”此脉涩系寒客血脉，气血运行不畅之义。《灵枢·玉版》云：“呕血胸满引背，脉小而疾，是四逆也。”强调呕血病人若见脉象小而疾，其证不顺属病危候。《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病》：“病人面无血色，无寒，脉沉弦者衄；浮弱，手按之绝者，下血；烦渴者，必吐血。”“大吐血，咳逆上气，其脉数而有热，不得卧者，死”，说明病人属热盛，有烦渴，脉弦数，卧不安，病情危重不可救治。《备急千金要方·胆腑》：“一因伤裂胃，口出血色鲜红正赤，腹绞痛，自汗出，其脉数而数者为难治也”，紧脉主痛，数脉有热，病人出现腹绞痛，自汗出说明出血正旺不可止，治疗困难。《丹溪心法·吐血》：“吐血阳盛阴虚，故血不得下行，因火炎上之势而上出，脉必大而芤，大者发热，芤者，血滞与失血也。”朱氏从阳盛热有余，阴虚血不足方面表明了吐血的病人表现的脉象应当是“大”脉、“芤”脉。《证治准绳·杂病·吐血》：“……亦有气虚不能摄血者，其脉必微弱虚软，精神疲惫，……上膈壅热，吐血，脉洪大弦长，按之有力，精神不倦，……因伤胃口吐血色鲜红赤，腹亦绞痛，自汗，其脉紧而数者为难治也。”阐述因气虚而吐血，为虚证，表现为虚脉“微弱虚软”，因实热而吐血，表现为实脉“洪大弦长，按之有力”，发作时若伴有腹绞痛而自汗者，脉象紧数，预后不佳。《景岳全书·吐血》：“吐血咯血，因劳损而气虚脉静，或微弦无力……”，指出了真阴内损，脉络受伤时，表现吐血之脉象，虽弦而无力，静而微。《医贯·论血证》：“有怒气伤肝而成吐衄者，其人必唇青、面青、脉弦。”认为肝郁气滞所致吐血，表现为肝脏特征脉“弦”。《症因脉治·吐血》：“若身痛发热，表邪未解，以太阳邪热攻冲，脉浮大而数者，……若表邪已散，身仍发热目痛不眠，此阳明经邪热，脉长而数者……，脉芤而数者，归芍地黄汤。”此文言及热邪在表之脉为浮大而数，热邪入里，脉长而数，热邪伤血所致血虚血少，则脉芤而数。

脉象学是祖国医学的宝贵遗产，吐血病人除了常见症状外，脉象往往是不可缺少的辨

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

证依据，甚或可依此来判断病情的程度及预后。

3 治法与治则

《金匮要略》始有了治疗吐血的有效方剂，通过后世的不断补充发展，渐趋完善。缪希雍《先醒斋医学广笔记·吐血》强调了以行血、补肝、降气治疗血证的重要性。唐容川《血证论·吐血》提出治疗血证四法："止血"、"消瘀"、"宁血"、"补虚"，至今仍为治疗血证之大纲。

3.1 解 表 法

《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病》"吐血不止者，柏叶汤主之，心血不足，吐血，衄血，泻心汤主之。"指出了吐血有虚寒与热盛之不同，故而有一寒一热两个解表方剂。《证治要诀·吐血》："湿溢血伤，能令吐血，肾着汤加川芎，名除湿汤。此乃湿毒郁于经络，血溢妄行。"此为湿毒侵袭，治以除湿通络。《证治准绳·杂病·吐血》："吐血在暑天，病人口渴、面垢、头晕、干呕、煎茅花、灯心、麦门冬汤、加人藕节汁。"暑季感受热邪，治宜凉血清热，以药推法。《景岳全书·血证》："暑毒伤人，多令人吐衄失血，盖暑气通心，火毒刑肺也。然暑既伤心，热又伤气，其人必脉虚气怯，体倦息微。若但知为热而过用寒凉，则气必愈伤，害斯甚矣。此惟生脉散、人参汤之属为宜。若气虚之甚者，当以人参、黄芪并加用之。若火甚而热渴烦冏者，宜人参白虎汤，或竹叶石膏汤。若气不甚虚者，宜局方犀角地黄汤，或枇杷叶散。"张景岳对感受暑毒的病人的表现叙述甚详，对其病机理论颇有见地，尽管暑为热毒，作用于人，仍不可投用过于寒凉之剂，而侧重在邪伤正后需补气养阴，但若热甚烦渴者可用清热泻火的白虎汤，此时仍不忘兼以补气用人参，若气虚不明显者，尚可选用清热凉血方剂，可谓顾全大局。《医贯》："前人云：独有伤暑吐衄者，可用河间法……大汗出者，黄连解毒汤主之；甚者白虎汤。愚按暑伤心，……心既虚，而不能主血，恐不宜过用寒凉以泻心，须以清暑益气汤加丹皮、生地，兼犀角、地黄治之。盖暑伤心，亦伤气，其人必无气以动，脉必虚，以参、芪助气，使气能摄血，斯无弊也。"赵献可对感受暑邪之表证的治疗，推崇刘河间的方法，热甚汗出，清热解毒，或清热泻火，若伴心气虚者可予清热与补气法合用，同时尚可酌加凉血之品，气虚甚者，大补元气，投参芪，实为选方精当。《证因脉治·吐血》："若身痛发热，表邪未解……羌活冲和汤加减治也，佐以清胃药。若表邪已散……干葛石膏汤佐以凉血之药，或用犀角地黄汤。耳聋寒热，兼用小柴胡汤。脉芤而数者，归芍地黄汤。血紫胸痛，红花桃仁汤。"本经立意分别指出热在表用清热解表法，热在里用清热凉血法，热在肝疏肝解郁法，热伤血养阴补血法，热与瘀结活血化瘀法。

3.2 治脾胃法

脾与胃以膜相连，位于腹内，互为表里。脾胃为仓廪之官，胃主受纳腐熟水谷，以降为顺，脾主运化，又具统血之功，若饥饱劳倦，忧思愁虑，过度饮酒，均可导致脾胃功能失常。《丹溪心法·吐血》："呕吐，血出于胃也，实有犀角地黄汤主之，虚者，小建中汤加黄连主之。"一实一虚，实者，胃火盛，以清为主，虚者，以补为主。实清胃，虚补脾。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《证治要诀·吐血》："吐血人多发渴，名曰血渴，四物汤、十全大补汤，量胃气虚实用之，实为出血后，脾胃虚弱，气血生化之源不足，健脾益气，和胃养血法。"《医学入门·吐血》："如胃虚不能化食，其气逆上吐衄者，理中汤加木香；胃寒不能约血者，甘草干姜汤或七气汤加川芎；自汗者，小建中汤……。"着重强调脾阳虚，胃寒之证的治疗，温运脾阳，温胃散寒法。《证治准绳·杂病·吐血》："伤胃吐血，因饮食太饱之后，胃中冷不能消化，便烦闷强呕吐……宜理中汤加川芎、干葛"。其立足点仍是温胃法。《景岳全书·血证》："是皆中气亏损，不能收摄所致，速宜救本，不得治标。惟五福饮、五阴煎之类为宜。其或气陷而稍滞者，宜归脾汤；若阳分不足者，宜理中汤，或理阴煎之类主之。若素多劳倦，思虑或善呕吐……宜六味回阳饮大加白术主之，切不可用清寒等药。"张氏立法是从损伤脾胃后，不能摄血的程度，设有五阴煎、归脾汤、理中汤及六味回阳饮，同时指出不能用寒凉之剂，更伤脾胃。《证因脉治·吐血》："面色白，脉沉迟，内无热，阳虚不能摄血，归脾汤主之，此即血脱益气之条。"简单明了，对脾阳不足，不能摄血者温运脾阳，健脾益气。《证治准绳·杂病·吐血》："亦有气虚不能摄血者，其脉……宜独参汤，或人参饮子、团参丸。"重点放健脾益气，大补元阳。此外，因为饮酒过度而致脾胃受伤，络破出血者，在《医学入门》有古葛连丸、小调中汤。《景岳全书》有徙薪饮、清化饮、葛花解醒汤加黄连、丹皮主之，《医贯》亦用葛花解醒汤加丹皮、倍黄连主治饮酒伤胃吐血，《证治准绳》对饮酒后吐血者更是方众，"或饮酒之后，冈吐之时，血从吐后出，或因啖辛热而得吐血之证，名曰肺疽，宜大蓟散。古方用红枣烧存性，而药煎煅等分为末，米饮调服二钱。饮酒伤胃吐血，理中汤加金铃子、干葛、茅花。酒色过度，饥饱吐血，效方枇杷叶、款冬花、北紫菀、杏仁、鹿茸、桑白皮、木通、大黄为末炼蜜丸，噙化。内损吐血下血或饮酒太过，劳伤于内，其血妄行，出如泉涌，口鼻皆流，须臾不久即死。用侧柏叶蒸焙一两半，荆芥穗烧黑，人参各一两，为末人飞罗面一钱，新汲水调如稀糊，不拘时啜服。"总之，古来对饮酒过度单独立法设方，似与传统治疗脾胃的法方不相苟同，但应该说：不失为治疗饮酒太过，而致吐血的有效方剂。

3.3 治 肝 法

肝为将军之官，主血液之贮藏调节、体阴而用阳，由于情志所伤，致肝气不得疏泄，郁而化火，气火并走于上，血不归藏，乃为吐血。缪希雍提出了治血之要法"宜补肝不宜伐肝"，伐肝则损肝之体，使肝愈虚而血不藏，养肝则肝气平而血有所归，立论专以山萸肉、枸杞子补肾，乙癸同源，补肾即补肝。清·张璐遵缪氏之说，同时对呕血证治有三："一属暴怒火逆伤肝，其证胸胁痛甚则厥逆，柴胡疏肝散加酒大黄。一属极劳奔驰伤肝，甚证遍身疼痛，或时发热，犀角地黄汤加当归、肉桂、桃仁泥。一属竭力房劳伤肝，其证面赤足冷，烦躁口渴，生脉散合加减八味丸。"而张景岳又对肝火盛、肝气逆及火因气逆者，分别拟定相应的治疗法则，"凡肝火盛者，必有烦热脉证，宜芍药、生地黄、丹皮、栀子、泽泻、芩、连之属，降其火而血自清。若肝气逆者，必有胸胁痛满等证，宜芍药、生地黄、青皮、陈皮、枳壳、贝母、泽泻之属，行其气而血自清。若火因气逆者，惟化肝煎为宜。"分别设立降火法、行气法、理气泻火法。《医贯》则对怒气伤肝者，投以柴胡栀子清肝饮，郁气伤脾者，用归脾汤加丹皮、山栀。其义仍为疏肝理气为治。《证治准绳·杂

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病》对怒气伤肝者，当用鸡苏丸，煎四物汤下，并有十四友丸，灯心麦冬汤下，盖其中有理肝之药。《医学入门》对大怒气逆上冲暴甚者，四物汤加苏子、陈皮、沉香、童便，或以茅根煎汤磨沉香服之。对怒气逆甚血溢口鼻当抑怒，全阴热者解郁汤。《医宗金鉴·杂病心法要诀·失血总括》："犀角地黄汤……因怒致吐血及呕血者，加柴胡、炒栀。总而言之，各位医家对因肝而致吐血证的治疗，总体是疏肝理气、清肝泻火、柔肝养肝为基本法则，用药方面，应特殊强调不要过用损肝伐肝之品。代表方剂：柴胡疏肝散、四物汤加丹皮、柴胡、山栀，柴胡栀子清肝饮、犀角地黄汤、化肝煎之属。

3.4 泻火法

元代·朱震亨认为阴虚火旺是导致吐血的原因。《丹溪心法·吐血》中云："阳盛阴虚，故血不得下行，因火炎上之势而上出"，提出"只治火则止"，"补阴抑火，火复其位"的治疗方法，这些对临床确有一定的指导作用。泻火类无论其治疗法则或是汤药方剂应该说应分为实火（胃热、肝火）虚火。《证治要诀·吐血》："上膈壅热吐血，四物汤加荆芥、阿胶各半钱，更不止，于本方中加大黄、滑石各半钱，或降气汤吞木香槟榔丸，从大便导之。然此实热则可，虚劳则不可。"所云清热泻火为治实热之法。《医学入门·吐血》："阳盛多为饮食辛热，伤于肺胃，呕吐出血，大黄饮子主之；五志火动热者，解郁汤。"所论皆为清热凉血为基本法则。《证治准绳·杂病》则清热泻火，釜底抽薪法，"上膈壅热，吐血，脉洪大弦长，按之有力，精神不倦，或觉胸中满闷，或血是紫黑块者，用生地黄、赤芍、当归、牡丹皮、荆芥、阿胶、滑石、大黄、玄明粉、桃仁泥之属，从大便导之，此釜底抽薪法也。"《景岳全书·杂证谟·吐血》对火证吐血更是理法方药，丝丝入扣，"吐血全由火盛而逼血上行者，宜察火之微甚。火微者，宜局方犀角地黄汤，或清化饮主之；火暴甚而根本无伤者，宜抽薪饮、徙薪饮，或黄连解毒汤、三黄丸之类主之。若胃火热甚，而烦热作渴，头痛脉滑，气壅而吐血不止者，宜白虎汤，或徙薪饮，若胃火炽盛，而兼阴虚水亏者，宜玉女煎。若阳明热甚，而兼便结腹胀，气壅不降者，宜拔萃犀角地黄汤，或凉膈散，或桃仁承气汤类主之。"无论火暴、火微、胃热炽盛，还是兼阴虚水亏均设法投方，另对肝火旺者别有心得，前已述及，不再重复。此外，朱震亨《丹溪心法》，王肯堂《证治准绳·杂病证治·准绳》及《医宗金鉴·杂病心法要诀·失血总括》均对实热吐血采取清热泻火、凉血止血方法，以犀角地黄汤作为基础方，随症加减。

3.5 消瘀法

宋代朱肱在其《活人书》中指出吐血可因热毒人深致瘀血内结而致，治疗采用抵当丸，桃仁承气汤等活血化瘀的方剂。明代缪希雍所提出的治法三要诀"宜行血不宜止血"，行血乃使血循经不致瘀蓄。清代唐容川提出的治血四法，第二法即是消瘀，"血止之后，其离经之血而未吐出者，是为瘀血……故以消瘀为第二法。"基本形成治疗吐血一病以消瘀为治的大致脉络。此外《丹溪心法》、《医学入门》对瘀血致病，也用桃仁承气汤主之。朱氏在《丹溪心法·吐血》中云："吐血，觉胸中气塞，上吐紫血者，桃仁承气汤下之。"李梴曰："若暴吐紫黑成块者，瘀血也，虽多亦不妨，四物汤合解毒汤调之，觉胸中气塞者，桃仁承气汤下之。"《症因脉治·吐血》则载："血紫胸痛，红花桃仁汤"，"胸前痛，血

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

色紫而成块，红花桃仁汤。”均属活血消瘀的有效方剂。唐代·孙思邈在其《备急千金要方·吐血》中收集了治疗吐血方剂30首，其中不乏著名方药，如犀角地黄汤、消瘀血方等。陈修园谓：“余治吐血，诸药不止者，用金匮泻心汤百治百效，其在生大黄之多，以行瘀也。”大黄者通腑泻热，降气止逆，推陈致新，祛瘀止血。

关于吐血的论治，自仲景以下，历代名家皆多发挥，明清以降，缪仲醇、唐容川两家对后世医界影响较为深远。今集中论述有解表类，治脾胃类（包括补脾益气和调整饮酒过度）、治肝类、泻火类、消瘀类，尽管如此，尚不能将临床所有的治疗大法囊而括之，诸如缪仲醇的降气法“宜降气不宜降火”，张锡纯降逆法“盖凡吐血之证，无论其为虚、为实、为凉、为热，约皆胃气上逆，或胃气上逆更兼冲气上冲，以致血不归经，由吐衄而出也。治之者，皆当以降胃之品为主。”具体治法有平胃寒降法，健胃温降法，泻肝降胃法，镇冲降胃法，滋阴清降法，保元清降法，保元寒降法等。如此治法虽繁，然其中皆寓一个“降”字，尽管一家之说，细而推之，确有道理。又如唐容川治血证擅用“小柴胡汤”，细究其内，曲尽其妙，唐氏用方之深意，虽善变通，但总不离和、清、通、补四法之旨。又如明·戴元礼崇丹溪之论“对打损恶血渗入胃中，以致吐血，宜先进苏合香丸，仍以黑神散和小乌沉汤、童便调治。”此属外伤损伤所致吐血，依临证贯例，无法可遵，纯属经验之谈。王肯堂对“打仆伤损吐血，先以藕节汁、扁柏汁、茅根汁、韭汁，童便磨京墨化阿胶止之，后以川芎、当归、白芍药、百合、荆芥穗、阿胶、牡丹皮、紫金藤、大黄、滑石，红花煎汤，调降香末、白及末，与服。”这些都是宝贵的临床经验，此外还有一些民间单方、验方用中医理法方药很难解释，但沿用于临床、行之有效，这应属没有法的法，没有法的方。有待于进一步的整理与挖掘。

展 望

吐血是内科常见急重症之一，临床最常见的当属急性上消化道出血。近年来，各国各地在充分发挥中医中药优势，开展中医吐血病证理论、辨证施治研究，止血药物筛选及作用机理研究，药物剂型改革，给药途径创新等方面做了大量工作，已取得了可喜进展。然而由于长期缺乏吐血证的中医临床诊断、分型、疗效判定标准及研究指导原则，使得以往的许多临床与实验研究工作无章可循，资料缺乏统一性、客观性、可重复性，难免偏颇。为此，今后应从以下几方面加强研究工作：

1. 弘扬发展中医血证理论，深入开展对吐血病因病机、中药止血原理的研究。目前的血证临床与研究大多遵照传统的中医理论进行，如认为出血之由多缘于火、气、瘀，血证的治疗亦多从治火、治气、治瘀着手，吐血亦不例外。然而就在传统的中医理论指导临床实践的同时，实践也向理论提出了新的研究课题，敦促着理论的更新发展。例如已有的研究资料显示，某些复方制剂或单方单药能治疗病性迥异的不同证型的吐血，其机理何在？这就促使我们要运用哲学的观点透过现象抓住本质，要充分利用现代科技手段探索和研究各种病因导致吐血的机制和本质，以及辨证论治的各种治法用药的止血机理和本质，以期寻求共性、个性及其相互关系，从而丰富完善和提高传统的血证理论，再以新的理论

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

指导临床研究实践，去挖掘、创立和验证新的止血方药，如此实践与认识循环往复，必将形成更新、更高的中医理论。

2. 辨证与辨病施治有机地结合，推进吐血一证治法的研究及新药的开发研制。仅以上消化道出血为例，目前中医对该病治法多、疗效高、费用廉。从大量相关资料中看出，尽管各位研究者对证型的划分和选方用药存在一定的差别，但其基本思路是一致的，即辨证分型，依型论治、依法选方，随症加减用药。如此方法优点是能够标本兼顾，既救出血之急，又治出血之因，且副作用较少；缺点是止血效果较缓。另外，也有相当一部分资料是从辨病论治角度运用单方验方治疗吐血病证的。因为单方验方药力专一、针对性较强，止血效果相对为高，且药物取用较为方便，但却无法顾及导致出血的原发病，故待血止之后尚需进一步审因论治。在临床实践中，如何能将辨证分型施治与辨病单方验方施治有机地结合起来，互补为用，切实提高临床疗效，是摆在每位中医药研究工作者面前的现实课题，如能不断有所突破，必将推动理法方药统一，证治一体的研究，为临床新药的开发研制提供重要客观依据。

3. 加速中药剂型改革，寻求最佳给药途径。“工欲善其事，必先利其器”，为免除传统的中药煎剂在应用时缓不济急之弊，我们在研制高效、速效的止血方药的同时，还应加强药物有效部位的筛选研究和剂型改革工作，苛求给药手段与途径。近年来应运而生的各种口服液、冲剂、针剂，最佳提纯制剂（片、膏类等），为临床与科研提供了较大的方便，但有些剂型生产工艺流程尚未通过国家有关部门最新鉴定，仍需继续攻关。免煎饮片的问世，无疑是中药临床应用史上的一次革命，它为临床工作者及患者提供了极大的方便，但是免煎饮片冲服能否完全替代或超越传统中草药饮片煎剂或其它剂型的功效，尚须在临床与实验研究中不断验证。而能否通过改进加工流程，不断降低其成本，便于临床推广使用，也是从事免煎饮片研究开发的工作人员的义务和责任。同时，要积极探索新的有效给药途径，以满足提高临床疗效的需要。局部用药可直达病所，迅速奏效，以往曾有用胃管灌注中药煎液治疗上消化道出血的报告，直肠点滴则是出血量多，需要禁食病人的有效给药途径，而在纤维胃镜直视下给药止血是诊断与治疗相结合的新手段，此法能使止血药物直接作用于出血病灶，收到立竿见影的止血效果。但是由于设备技术条件所限，在临床上推广应用，特别是基层单位尚有一定困难。因此，我们还应努力探索其它不同给药途径与治疗手段，以适应临床上高效、快捷、廉价易行的实际需要。

4. 积极开展疑难吐血病证的临床与实验研究，填补医学研究空白。众所周知，中医药诊治上消化道出血临床疗效肯定，且一些新疗法、新剂型的应用，进一步展示出中医诊治上消化道出血的发展前景。但尚应看到其不足之处，中药止血效果只限于消化道溃疡出血和胃炎出血之类，而对癌症出血及食道胃底静脉破裂出血则无有效治法与理想用药。因此，要充分利用现代科学技术，深化吐血病因病机学的研究工作，加强中药止血作用机理的研究和药物筛选，拓展新的治疗手段，不断攻克吐血难疾。

（秦克力　刘静霞）

近现代参考文献

[1] 王忠平．月鄂盈方与上消化道出血．云南中医药杂志，1989，(3)：9

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[2] 吴旭．邱茂良教授针药合治消化性溃疡的经验．针灸临床杂志，1994，(5)：5
[3] 黄一峰．上消化道出血证治．中医杂志，1985，(8)：4
[4] 洪兆汉．消化性溃疡出血中医证型与月廓盈亏的关系．福建中医药，1993，(3)：20
[5] 杨洪湧．上消化道出血之病因学研究．新中医，1991，(5)：8
[6] 齐鲁光．等．应用余弦法对947例上消化道出血节律的分析．四川中医，1990，(8)：29
[7] 何学敏．消化性溃疡出血的危险因素分析．浙江中医学院学报，1994，(1)：32
[8] 李丽萍．行气与摄血药之间失衡后引起上消化道再次出血1例报导．中医药研究，1996，(5)：41
[9] 陈志雄．上消化道出血火热病机之临床研究．广州中医学院学报，1990，(1)：8
[10] 周亭通．等．从血液流变学角度探讨出血与血瘀的关系．中国医药学报，1990，(1)：16
[11] 鄢永平．化瘀止血法治疗消化性溃疡胃炎出血的理论探讨．中国中医急症，1996，(3)：125
[12] 吴致中．脾胃学说在上消化道出血中的应用．江苏中医，1994，(5)：7
[13] 张进安．张志英治疗急性上消化道出血经验．中国中医急症，1990，(5)：199
[14] 郭潮谭．黄蓄在上消化道出血中的临床意义．中国中医急症，1990，(5)：199
[15] 陈超．上消化道出血中医量化诊断要点．中国中医急症，1993，(4)：171
[16] 潘国祯．上消化道出血分型证治96例临床观察．湖南中医杂志，1990，(2)：6
[17] 黄云．等．辨证分型治疗上消化道出血的体会．湖南医药杂志，1983，(3)：8
[18] 李艳冬．等．上消化道出血87例中医分型治疗分析．山东中医杂志，1982，(6)：340
[19] 吴福庆．上消化道出血辨治经验．江苏中医，1990，(12)：8
[20] 张远志．等．35例高原上消化道出血临床观察．中西医结合杂志，1990，(5)：299
[21] 时永华．消化性溃疡出血瘀血病理的临床分析与实验研究．中国中医急症，1994，(2)：55～56
[22] 南瑞馥．试论气实血证宜从肝治．中医药研究，1987，(11)：7
[23] 刘丹丽．等．中药治疗上消化道出血41例疗效观察．甘肃中医学院学报，1994，(3)：25
[24] 伯远宽．泻肝汤为主治疗急性上消化道出血疗效观察．中国中医急症，1993，(5)：203
[25] 李化大．饮血宁治愈上消化道出血30例．河南中医，1995，(3)：168
[26] 王醒华．半夏泻心汤加减治疗上消化道出血69例临床小结．天津中医，1994，(4)：16
[27] 曹鸿高．上消化道出血证治．中医杂志，1985，(8)：4
[28] 徐景藩．上消化道出血证治．中医杂志，1985，(8)：6
[29] 汪明梅．上消化道出血证治．中医杂志，1985，(8)：6
[30] 邵小兰．120例急性上消化道出血临床分析．上海中医药杂志，1986，(11)：6
[31] 曹洪波．益中温中摄血法治疗胃及十二指肠溃疡合并出血30例．实用中西医结合杂志，1991，(12)：743
[32] 杨维涛．独参汤治疗上消化道出血67例小结．甘肃中医，1995，(5)：9
[33] 赵淑颖．等．中味生熟大黄治疗二种消化道急症的临床观察．中药通报，1986，(3)：58
[34] 焦东海．全国首届大黄学术研讨会文献概述．中医杂志，1988，(11)：66
[35] 陈汝兴．上消化道出血44例用生大黄注射液静滴治疗及临床观察．上海中医药杂志，1986，(8)：3
[36] 周鹤鸣．等．三种大黄酵提出治疗急性胃、十二指肠溃疡出血312例观察．中西医结合杂志，1990，(3)：150
[37] 何耀荣．白地汤治疗上消化道出血108例．陕西中医，1986，(7)：297
[38] 钱耀华．等．胃血散治疗急性胃十二指肠病出血临床研究．湖北中医杂志，1992，(1)：9
[39] 陈庆钱．黄白散治疗上消化道出血74例．河北中医，1988，(6)：7
[40] 王治忠．110止血粉治疗上消化道出血36例疗效观察．福建中医药，1981，(4)：46

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

[41] 黄怀龙．胃血宁合剂治疗上消化道出血50例疗效观察．福建中医药，1988，(5)：47
[42] 魏喜保．止血冲剂治疗急性胃出血的临床报告．中国医药学报，1989，(6)：32
[43] 王行宽．止血愈疡汤治疗消化性溃疡并出血68例报告．湖南中医学院学报，1993，(2)：19
[44] 陈　健．血宁冲剂治疗上消化道出血的临床观察．中国中医急症，1993，(3)：110
[45] 张丽珍．止血Ⅰ号治疗上消化道出血疗效小结．天津中医，1988，(1)：16
[46] 赵荣莱．Ⅱ、Ⅲ号止血粉治疗上消化道出血疗效小结．天津中医，1988，(1)：16
[47] 赵钦波．上消止血汤治疗上消化道出血100例临床小结．新中医，1994，(2)：38
[48] 方显明．复方白背叶对急性胃、十二指肠出血的临床观察与实验研究．中国中医急症，1993，(5)：198

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❊ 便　血 ❊

便血，是指血从肛门排出体外，无论在大便前还是在大便后，或单纯下血，或与粪便混杂而下的出血病证，均称为便血。

便血，既可缘于胃的疾患，又可缘于肠道疾患。多因外感湿热、饮食所伤、情志失调、劳倦内伤等导致胃肠积热，或饮酒嗜辛，湿热蕴结，下注大肠，损伤阴络，或脾虚不能统摄，血液下溢，或瘀阻脉络，血不循经，而导致便血。

便血，作为下消化道疾病、上消化道疾病及全身性疾病的综合病证，可散见于内科、外科、儿科等多临床学科，发病率的覆盖人群是非常广泛的。四季皆可发生，尤以冬春季为多发。

便血可见于西医多种疾病。尤其多见于消化系统炎症、溃疡、息肉、憩室及肿瘤等疾患，如消化性溃疡、出血性糜烂性胃炎、胃粘膜脱垂、食管与胃底静脉曲张破裂、胃癌、肠癌、应激性溃疡、结肠息肉、肠套叠等病，以及某些血液病、急性传染病、肠道寄生虫病、痔疮等，由于吐血与便血在临床上往往共存发生，故而在学习时可以参照互补。

【今日临床】

1　诊断标准

关于便血的诊断标准，由于包括了西医的诸多疾病，难以列出统一的标准，只能根据具体的疾病参考《实用内科学》第10版，而作出相应的诊断。而中医的诊断标准，由于吐血，便血（黑便）常常并病讨论，因此仍以1993年中华人民共和国卫生部药政司制定发布的《新药（西药）临床研究指导原则》诊断和疗效标准，以及《全国上消化道出血专题规划会议分级标准》，而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》目前尚未采录。基于此，临床上对便血的病人若表现为上消化道疾病或全身性疾病均可以吐血的诊断标准作为准则，另外一部分疾病，如下消化道疾病，可视具体情况进行判断。

1.1　病名诊断标准

根据《中华人民共和国中医药行业标准》中的便血诊断标准，现采录如下：

便血系胃、肠经脉受损，出现血液随大便而下，或大便呈柏油样为主要临床表现的病证，可见于消化道出血。其诊断依据如下。

（1）血液随大便而下，或血与粪便夹杂，或夹纯血，出血部位偏下消化道者多见便下鲜血；出血部位偏上消化道者，血色污浊而黯，色黑呈柏油状。

（2）可伴有畏寒，头晕，心慌，气短及腹痛等症。

（3）出血过多可出现昏厥，肢冷汗出，心率增快，血压下降，腹部按痛。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(4) 内窥镜，X线钡剂造影，肛门指检及乙状结肠镜检查，可助明确出血部位及性质。

(5) 询问有无传染病及疫原接触史，血、尿、粪病源体检查及培养，有助于鉴别诊断。

1.2 证类诊断标准

胃肠积热 便干夹血，色鲜红或黯红，口苦口干，嘈杂烦渴，脘腹痞满胀痛。舌红，苔黄燥，脉洪数。

湿热蕴结 大便下血，色黯红或紫黑如赤豆汁，或下血污浊腥臭，便解不畅，脘腹胀痛。舌红，苔黄腻，脉滑数。

肠风伤络 便下鲜血，血下如溅，大便干结或为便泄。舌红，苔黄，脉弦。

脾胃虚寒 病程日久，便血紫黯或色黑如柏油样，脘腹隐痛，喜按喜暖，畏寒肢冷，食少便溏。舌淡，苔白，脉细弱。

2 中心证候特征

本证以便血，脘腹疼痛为中心证候。根据出血部位之不同，有近血与远血之分。近血的特征是血色鲜红，血在便前而下，或大便外裹鲜血，亦可纯下鲜血，但出血部位距肛门稍远者，大便可呈紫红色，大便中不夹有粘冻，可伴有小腹疼痛。远血的特点是血色紫黯，甚或黑如柏油样，并有腥臭味，大便均与血混杂而下，可伴有低热，如大量出血，排出速度快，大便在肠内停留时间甚短者，亦可呈紫红色，此时往往可伴有吐血。近血之腹痛多位于左侧小腹，可呈持续性或便前作痛；远血之腹痛多位于脘腹部，疼痛往往在出血前发作或加剧，而当大量出血时，疼痛反而减轻或消失。但如大量出血后，疼痛非但未见减轻，反而加重者，则提示有再次出血之可能。

本证一般可分为胃中积热、肝胃郁热、瘀血阻络、热毒内结、湿热蕴结、脾气虚弱、脾胃虚寒、气随血脱等八个证候。

胃中积热证以便血紫黯，口苦口臭，口干舌红，胃脘灼热为特征；肝胃郁热证以便血紫黯甚或紫红，口苦目赤，胁痛易怒，苔黄舌红为特征；瘀血阻络证便血紫黯，面色晦滞，胁下癥块，舌紫黯为特征；热毒内结证以便血鲜红，肛门灼热，大便秘结，腹痛为特征；湿热蕴结证以便血鲜红或如赤豆汁，腹痛，苔黄腻为特征；脾气虚弱证以便血紫黯，面色㿠白，神疲便溏，食后腹胀为特征；脾胃虚寒证以便血紫黯或黑如柏油样，脘腹隐痛，喜温喜按，舌淡为特征；气随血脱证以血出殊多，倾盆盈碗，面色苍白，汗出肢冷，舌淡，脉细欲绝为特征。

3 病 因

3.1 原发病因

饮食所伤 饮食不节，损伤脾胃，脾气虚弱，失于统摄，气不摄血，或饮酒嗜辛，以致热积于胃，损伤胃络，迫血下渗大肠而便血。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

情志失调 忧郁恼怒，肝失疏泄，气郁及血，气滞血瘀，以致瘀血阻滞脉络，日久形成癥块，脉络瘀阻，血不循经，血下渗大肠而成便血；若气郁化火，横逆犯胃，灼伤胃络，络伤血溢，下渗肠道，亦成便血。

劳倦过度 劳倦伤脾，或久病脾虚，气虚不能摄血，血液下渗而为便血，若气损及阳，阳气虚弱，致成脾胃虚寒，统摄无权之便血。

瘀血阻滞 多因肝气郁结，气机阻滞，或腹部外伤，直接损伤经脉，经脉损伤，血液从创口流出，在体内形成血瘀，血瘀作为致病因子致肠络受损，发生便血。

肝肾阴虚 忧思郁怒，五志化火，耗伤阴血，或因醉饱入房，耗伤肾阴，致肝肾亏损，水亏火旺，扰动阴经，发生便血。

3.2 继发病因

感受风邪 多因风邪侵袭阳明经脉，郁而化热，下注大肠，热伤肠络，发生便血，临床多表现为先血后便，俗称“肠风”。

感受湿邪 由于感受湿热之邪，或感受湿邪化热，湿热下趋，蕴结肠道，损伤肠道脉络，使血液下溢而致便血。

感受热邪 暑热，瘟毒之邪内侵，或寒邪不解郁而化热内传，或湿邪中阻蕴蒸变热，均致热邪郁结肠胃，热为阳邪，损伤脉络，迫血下行而便血。

综上所述，临证中便血病因多种，既可以由一个病因致病，又可由多个病因同时致病。

3.3 诱发因素

前已述及：作为便血即可是上消化道出血，也可是下消化道出血的病理产物，那么上消化道出血中吐血的诱发因素，如时间季节因素，月相周期的变化，每月阴历 15 日前后发病呈高峰，冬春季为好发季节；饮食的饥饱失调，饮食的寒温不节及饮食偏嗜可导致胃肠的损伤；由情志失畅而导致气机失调；由房室不节、淫欲无度，而致肾失封藏；由于有害毒物的直接损伤，这些均为便血的诱发因素。

4 病 机

4.1 发 病

急性便血 发病甚急，多在暴饮暴食，尤其嗜酒及辛辣之品，暴怒之后，或跌扑损伤等造成的便血。由于出血量的大小，速度的快慢可直接影响病情的严重程度，通常所说的急性便血多为近血，更多见实热证，如热毒内结，湿热蕴结等证候，很少转化为虚证，亦可见于血脉瘀阻由于肝郁暴怒而致者。

慢性便血 起病缓慢，可因气虚，阳虚所致的便血，一般所说的远血，以脾气虚弱，脾胃虚寒者居多，胃中积热或肝胃郁热等实热证引起者亦有所见。无论实热还是虚寒引起者，如反复出血不止或大量出血，均可导致气血亏虚，甚至发生气随血脱之厥脱证。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

4.2 病　位

便血系胃、肠脉络受损，出现血液随大便而下，或大便呈柏油样为主要临床表现。故而定位应在胃、肠。但从中医整体观这一角度出发，应该说，相关联的脏腑尚有肝、脾，同时对有些长期久病，或某些全身性疾病来讲，有的与肾脏也有关系。

4.3 病　性

本证分实证与虚证两大类，近血者，多为实热证。远血者，则有虚实之分，实证或为胃中积热，或为肝胃郁热，或有瘀血阻络；虚证或为脾气虚弱，或为脾胃虚寒。同时，尚应注意到，在疾病演变发展中，可能表现出实中夹虚，或虚中夹实，仅仅是孰多孰少而已。

4.4 病　势

实证之便血一般多呈急性过程，病势骤猛，症状重，刻不容缓，临床认为出血量往往都在400ml以上，且随着血失过多，而表现出气随血脱之厥脱的危候，应及时组织抢救。

虚证之便血一般多表现为便血量可多可少，但多时发时止，反复迁延，病程相对较长，通常见于全身性疾病和慢性肛肠病，要求对其原发病有充分的认识。

4.5 病机转化

便血疾患，火热与气虚乃是本病的两大主要病机，至于在不同的临床阶段还有血瘀者。我们仍以虚实两大主线来分，因火热或湿热所致之便血属实热证，如日久不愈，可耗伤营血，产生虚实夹杂之证。因脾胃气虚所致之便血，可进一步导致阳气虚弱。但无论实热证还是虚寒证，日久均可引起瘀血内停。大量出血，则可导致气随血脱之危象。

4.6 证类病机

胃中积热　饮食不节，过食辛辣之物，热积于胃腑，灼伤胃络，迫血下行而便血；热郁中宫，气机失畅，故胃脘胀闷作痛，并有灼热感；热灼津液，则口苦而干，喜冷饮，大便不畅；郁热扰动心神，故烦躁不安；火性上炎，热扰清窍，则头昏目眩；舌红苔黄，脉数，均为胃中积热之征。

肝胃郁热　由于郁怒伤肝，肝失条达，气机郁滞，日久化热，横逆犯胃，热伤胃络，以致血溢肠中而为便血；肝气犯胃，气机失畅，故脘胁胀痛；火性上炎，则口苦，心烦易怒，舌红苔黄，脉弦数，均为肝胃郁热之征。

瘀血阻络　肝郁气滞，日久则血脉瘀阻，或久病入络，脉络瘀滞，血不循经，溢于脉外，下流肠道而见便血紫黯；气机不畅，故脘腹胀痛；气血不能上荣，故见面色晦暗；脉络瘀阻，故胁肋疼痛，日久积为癥块，舌质紫黯，脉弦细或涩，均为瘀血阻滞之象。

热毒内结　火邪热毒，蕴结大肠，热迫血溢，故见大便出血鲜红；热扰肠道，血随便下，故见便血；湿热蕴阻，气机不利，则腹痛不舒；邪热下迫，则肛门灼热；热灼津液，故口于舌燥，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数，均为热结之象。

湿热蕴结　饮食不节，恣食肥甘厚味，滋生湿热，蕴结大肠，灼伤肠络，血随便下，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

故见便血；湿热蕴阻，气机不利，则胸膈胀闷，腹部不适；湿阻中焦，脾运失健，而饮食减少；舌苔黄腻，脉濡数，均为湿热蕴结之象。

脾气虚弱 思虑劳倦伤脾，或久病脾虚，气不摄血，以致血液下渗大肠，见便血色紫黯或紫黑，中气不足，脾气虚弱，健运失司，则脘腹不舒，饮食乏味；气血不足，血少滋荣，故面色少华，头昏目眩，神倦乏力；舌淡，脉细弱，均为气血不足之象。

脾胃虚寒 脾胃素虚，或饮食不节损伤脾胃，以致脾胃虚弱，日久脾阳不振，统血无权，血下渗肠道而便血；因血来较远，故便血色紫黯或黑，脾胃虚寒，气机不利，故脘腹隐痛，喜温喜按，脾阳不振，运化失司，故饮食减少，大便溏薄，怯寒肢冷；舌质淡，脉细缓无力，为脾虚气弱之象。

气随血脱 血出量多，甚则倾盆盈碗，血在肠道停留时间甚短，故血色鲜红；血不华面，故面色苍白；血少上荣，故眩晕；血不养心，故心悸；阳气虚衰，故四肢厥冷；阳不敛阴，故冷汗淋漓；舌淡，脉微细欲绝均为气衰血脱之象。

5 临 证 思 路

5.1 抓住主诉

本证以大便见血为主诉，由于原发疾病的不同而伴有相应的胃肠道症状。

根据出血部位之不同，有近血与远血之分，本证四季皆可发生，尤以冬春季为多见。

5.2 详问病因

引起便血的原因很多，一般发病多有诱因可寻，详细了解可以帮助诊断，辨证、施治，如是否有感寒、饮食、情志、劳累、外伤等所伤。

5.3 分析病位

主要在胃、肠，又与肝、脾有密切关系。便血色紫黯或黑色，口臭口苦，胃脘灼热，苔黄，病位在胃；便血黯黑甚或紫红，伴脘胁胀痛，心烦易怒，苔黄，脉弦数或脘腹胀痛，胁下癥块，脉弦细涩，病位在肝胃；便血鲜红，肛门灼热，大便干结，苔黄或黄腻，病位在大肠；便血紫黯或黑如柏油样，伴神疲乏力，面色少华，怯寒肢冷、舌淡，脉细，病位在脾胃。

5.4 确定病性

便血可根据发病的速度和时间（急缓和病情的轻重特点）分为急性便血，慢性便血，根据发病特点及症状表现分为实证、虚证，根据病初病久及相应症状揆度在气、在血。又根据出血部位分为远血、近血。

便血色黯或鲜红或紫红，伴胃脘灼痛或脘胁胀痛，口苦口干或心烦易怒，或大便干结，苔黄或黄腻，脉弦或弦数者，病性属实属热；便血紫黯，伴脘腹胀痛，面色晦暗，胁下癥块，舌唇紫暗，脉弦细而干涩者，病性属实证，为瘀血阻络；便血紫黯或黑如柏油样，脘腹隐隐作痛或不适，喜温喜按，神疲乏力，面色少华，怯寒肢冷，舌淡，脉细者，病性属虚属寒。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

5.5 判断病情轻重缓急

大便出血量多，倾盆盈碗，色紫红或鲜红，或色黑如柏油样，量多，次数多，兼见面色及口唇苍白，冷汗淋漓，四肢厥冷，心悸气短甚或昏厥，脉细数无力或微细欲绝，为气衰血脱之象，属危重证候，须采取急救措施。

便血量多，呈赤豆样或黯红，色鲜红，伴剧烈腹痛，发热，起病急骤者，应考虑可能为急性出血性坏死性肠炎。

患者中年以上，反复便鲜血或大便带血与粘液，或大便次数增多，或便秘腹泻交替，或有里急后重，除排除痢疾及痔疮外，还应高度警惕结肠或直肠的癌肿。

胃肠出血者，尤其远血之早期，出血量虽多，但一时往往未见吐血，便血而出现突然昏厥或厥脱症，故对不明原因之昏厥或厥脱症，见面色苍白，汗出较多，脉细弱而数或微细欲绝者，应考虑患本病之可能。

6 鉴 别

痢疾 痢疾发病多见于夏秋季，一般有不洁饮食史，或病人的接触史，一般特点为起病急，发热，腹痛，腹泻，便血为脓血相兼，里急后重，肛门灼热等症，多是外感时邪疫毒，内伤饮食而致邪蕴肠腑，气血壅滞，传导失司所致。林珮琴在《类证治裁·痢疾》说："痢多发于秋，即《内经》之肠澼也，症由胃腑湿蒸热壅，致气血凝结，夹糟粕积滞，进入大小肠，倾刮脂液，化脓血下注，或痢血，痢红，痢瘀紫，痢五色，腹痛呕吐，口干，溺涩，里急后重，气陷肛坠，因其闭滞不利，故亦名滞下也。"而便血一征则无里急后重，无脓血相兼，可资鉴别。此外，通常所说的急性菌痢：肉眼所见为粘液脓性血便，显微镜下可见大量脓细胞、白细胞、少量红细胞及巨噬细胞。若在治疗前取新鲜粪便培养可获痢疾杆菌。乙状结肠镜检查：慢性者，可见肠粘膜普遍充血，水肿，颗粒状，并有多数浅表溃疡；病程长者可见肠粘膜肥厚，血管不清，或有瘢痕，息肉等。

痔疮 痔疮属外科疾病，痔疮的大便下血，其特点是便时或便后出血，血量多少不等，有时仅在手纸上有血或大便外裹有血丝，多则喷射而出。血色鲜红，并常伴有肛门异物感或肛门疼痛，作肛门检查可发现内痔。此外，在外科疾病范畴中，尚应警惕结肠或直肠癌肿而出现的便血表现。多由平素湿热内炽，过食辛辣，久坐久立，或临产用力，或久痢久泻等因素引起，以致体内生风化燥，湿热留滞，浊气瘀血下注肛门，发为本病，从治法方面，内治以清热凉血，润燥疏风为主，根据病人体质和现症进行辨证处理。外治有手术、枯痔、结扎、熏洗、挑痔等法随症采用。

7 临床治疗

7.1 分证论治

7.1.1 胃中积热

临床表现：便血色紫黯或紫黑，口苦口臭，口渴喜冷饮，口舌生疮，胃脘胀闷灼痛，头昏目眩，舌红苔黄而干，脉弦数或滑数。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

病机分析：嗜酒无度或过食辛辣之物，热积于胃，灼伤胃络，迫血下行而便血；热郁中宫，气机不畅则脘闷胀痛；热扰心神，舌为心之苗，可见口舌生疮；热扰清空，则头昏目眩；舌红苔黄、脉数，均为胃中积热之征。

转归：本证一般较急，以便血紫黯，伴有机体功能亢奋为主要临床表现。疾病发生前，往往有饮食不节的原发诱因，所以除积极治疗便血外，同样须关注诱发因素的作用。否则，既使控制了便血，可能亦是暂时的，反复发生后，血随气脱，气随血失，由实证转为虚证，预后较差，严重者尚可危及生命。

治法：清胃泻火，凉血止血。

方药：泻心汤（《金匮要略》）合十灰散（《十药神书》）加减。

生大黄　黄连　黄芩　大蓟　小蓟　丹皮　侧柏叶　地榆

加减：若口干喜饮甚者，酌加石斛、天花粉、玄参、麦冬、生地黄；血色黯而不泽者，加参三七、花蕊石、蒲黄；出血过多，气阴两虚者，可加生脉散。

临证参考：临床用药以煎剂较佳，十灰散可另包煎，用大黄治疗远血，疗效颇佳，若单独吞服生大黄粉，或入煎剂，大便隐血转阴较用其他药物为快。

参考方：

（1）槐花散（《本事方》）：槐花（炒）　侧柏叶　荆芥穗　枳壳（麸炒）各等分。主治肠风下血，血色鲜红或粪中带血，以及痔疮出血。

（2）槐角丸（《丹溪心法》）：槐角　防风　地榆　当归　枳壳　黄芩，功效清肠祛风止血，主治痔疮及肠风下血。

7.1.2　肝胃郁热

临床表现：便血色紫黯或黑色，甚或血色黯红，口苦目赤，胸胁胀痛，心烦易怒，失眠多梦，舌红苔黄，脉弦数。

病机分析：肝主藏血，性喜条达，胃主受纳，喜润恶燥，以通降为和。郁怒伤肝，肝失条达，气机郁滞，日久化热，横逆犯胃，热伤胃络，以致血溢肠中而为便血；肝气犯胃，气机失畅，故脘胁胀痛；火性上炎，则口苦，心烦易怒；舌红苔黄，脉弦数，均为肝胃郁热之证。

转归：本证特点常常显示较为漫长的一个发病过程。虽然说肝病多因情志所伤，但往往肝气郁结转化为肝胃郁热须有一个可追溯的过程，原则上只要能较好地控制情志，一般预后较好。但由于因情志致病，因病而促发情志不畅，互为因果，相互转化，恶性循环，预后则不佳。

治法：泻肝清胃　凉血止血。

方药：丹栀逍遥散（《内科摘要》）化裁。

丹皮　山栀子　柴胡　当归　生白芍　生地黄　大黄　黄芩　茜草根　龙胆草　花蕊石

加减：如脘胁胀痛者，可加延胡索、川楝子；如口干欲饮者，加麦冬、石斛。

临证参考：如便血量较多，伴有吐血，血色鲜红者，可用犀角地黄汤（《备急千金要方》）以清热解毒，凉血止血；如吐血量大，血出如涌，甚则倾盆盈碗者，治疗时参考本证吐血篇之应急措施。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

参考方：

(1) 龙胆泻肝丸(《兰室秘藏》)：龙胆草　柴胡　泽泻　车前子　木通　生地黄　当归尾　栀子　黄芩　甘草，主治肝胆实火，或湿热所致的便血，重点在于治肝，肝平则胃自和，血自止，属不治便血而达到便血消失的方法。

(2) 香连丸(《丹溪心法》)：黄连　吴茱萸　二味同炒，去吴茱萸，加木香而成。

功效为清热燥湿，行气化滞，主治湿热痢疾，脓血相兼，腹痛，里急后重。

7.1.3　瘀血阻络

临床表现：便血紫黯，脘腹胀痛，面色黯滞或黎黑，或有胁下癥块，或见赤丝蛛缕，朱砂掌，可伴有腹部膨隆如鼓，青筋暴露，舌质紫黯，或见瘀点瘀斑，脉弦细而涩。

病机分析：肝郁气滞，日久则血脉瘀阻，久病入络，脉络瘀滞，血不循经，溢于脉外，下流肠道而见便血紫黯；气机不畅，故脘腹胀痛；气血不能上荣，故见面色晦暗；脉络瘀阻故胁肋疼痛，日久积为癥块，舌质紫暗，脉弦细或涩，均为瘀血阻滞之象。

转归：瘀血作为病理产物，即可以由外伤出血突然导致，又可为各种诱发因素促发慢性形成。一旦形成，病情迁延。若瘀血不去，妨碍新血的生成，或影响气血的正常运行，故而尚可表现为虚证，虚实夹杂，多缠绵不愈。

治法：行气活血，化瘀止血。

方药：失笑散（《太平惠民和剂局方》）加味。

蒲黄　五灵脂　当归　茜草根　花蕊石　赤芍　延胡索　制香附　参三七

加减　兼胁下癥块者，加鳖甲、龟甲、郁金；兼瘀血内停化热者，加生地黄、丹皮、小蓟；兼有膨胀者，加黄芪、茯苓、泽泻、大腹皮、车前子等益气利水之品；兼阴虚者，加生地黄、麦冬、玄参。

临证参考：瘀血阻络所致之便血宜用活血化瘀止血之品，破血之品则应慎用，以防出血不止。

参考方：

(1) 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

(2) 丹参饮(《时方歌括》)：丹参　檀香　砂仁

7.1.4　热毒内结

临床表现：便血鲜红，腹痛，肛门灼热，口干舌燥，大便秘结或不爽，舌红苔黄，脉滑数。

病机分析：火邪热毒，蕴结大肠，热迫血溢，故见大便出血鲜红；热扰肠道，气机不利，则腹痛不舒；邪热下迫，则肛门灼热；热灼津伤，则口干舌燥，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数，均为热结之象。

转归：本证表现为实热，一般起病急骤，来势较猛，但得到合理恰当的治疗，祛病相对也较快，通常多见于急性肠道传染病，故非大剂清热解毒凉血止血之品，不足以止血，但应注意保持大便通畅，方能防止反复。

治法：清热解毒，凉血止血。

方药：约营煎（《景岳全书·新方八阵》）加减。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄芩 黄连 地榆 槐米 炒荆芥 生地黄 赤芍 丹皮 生甘草

加减：兼气滞腹胀者，加枳壳、木香；兼大便不畅者，加大黄；热毒内蕴，便血夹脓者，加马齿苋、红藤、败酱草；兼口干舌红，阴液不足者，加生地黄 玄参。

参考方：

(1) 清瘟败毒饮（《疫疹一得》）：生石膏 生地 水牛角 黄连 栀子 桔梗 黄芩 知母 赤芍 连翘 玄参 甘草 丹皮 鲜竹叶

(2) 白头翁汤（《伤寒论》）：白头翁 黄连 黄柏 秦皮，本方原为治热毒赤痢专用方，今用以治疗热毒内结便血仍不失为有效方剂。

若热郁于内，阳气不达四末，除有便血主证外，尚见手足微厥，头晕者，不可误认为是寒厥或阳脱证而投以益阳之剂，热微者，可投四逆散（《伤寒论》）宣肺清热；热深者，以大柴胡汤（《金匮要略》）主之。

7.1.5 湿热蕴结

临床表现：大便下血，色泽不鲜，或紫黑如赤豆汁，或下血鲜红，肛门灼热疼痛，大便不畅或里急后重，腹痛缠绵，胸膈胀闷，肢体困重，纳呆，口中粘腻，小便短赤，舌红苔黄腻，脉濡数。

病机分析：饮食不节，恣食肥甘厚味，滋生湿热，灼伤肠络，血随便下，故见便血；湿热蕴阻，气机不利，则胸膈胀闷，腹部不适；湿阻中焦，脾运失健，则纳呆口粘；舌红苔黄腻，脉濡数。均为湿热蕴结之象。

转归：湿为阴邪，得温则化，得阳则宣，但湿邪粘腻而滞，故不易速去，常经久不已，通常病史及病程均比较长。不易痊愈。

治法：清热化湿，凉血止血。

方药：地榆散（《活人书》）合槐花散（《普济本事方》）加减。

槐花 侧柏叶 地榆 生茜草 川黄连 山栀子 当归 枳壳

加减：大便秘结者，加大黄；肛门肿痛甚者，加金银花、连翘、苦参；腹痛者，加木香、延胡索；大便粘滞不爽者，加槟榔；若便血过久，营阴已亏，湿热未消者，可加阿胶、生地黄、当归。

临证参考：大肠湿热之下血，治疗重在祛湿热，不可妄用固涩止血，以防留邪。否则，血不能止，反增湿热郁积，必加重下血之势，如有脓血便，经治疗后效不显著，应进一步检查，以排除直肠癌。

参考方：

(1) 槐角丸（《太平惠民和剂局方》）：槐角 防风 地榆 当归 枳壳 黄芩

(2) 脏连丸（中成药）：黄连 黄芩 赤芍 当归 阿胶珠 荆芥穗 炒槐花 地榆炭 地黄 槐角 猪大肠

7.1.6 脾气虚弱

临床表现：便血色紫黯或紫黑光亮，脘腹不舒，面色无华或㿠白，眩晕，神疲乏力，食少纳呆，食后腹胀，便溏；舌淡胖嫩或舌有齿痕，苔白，脉细弱。

病机分析：思虑劳倦伤脾，或久病脾虚，气不摄血，以致血液下渗大肠；脾气虚弱，健运失司，则脘腹不舒，食少纳呆，眩晕乏力；舌淡体胖嫩有齿痕，脉细弱等均为脾气虚

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

弱之象。

转归：一般便血呈缓渐发生者较多，发病前多有一个慢性疾病的过程，但由于因虚而致便血，失血则进一步加重正虚，恶性循环，反复发作，其病危矣。另一方面，若能得到准确及时系统的用药治疗，并能进一步得到护理指导，预后较好。

治法：健脾益气，养血止血。

方药：归脾汤（《济生方》）加减。

党参　炙黄芪　白术　茯神　龙眼肉　酸枣仁　木香　生甘草

加减：便血较多不止者，加白及、槐米、地榆或冲服三七粉；若汗出肢冷者，加人参（分炖）；便血多，滑脱不止者，加诃子肉、枯矾、五味子、乌梅之类固涩之品。

参考方：详阅吐血篇。

7.1.7　脾胃虚寒

临床表现：便血色紫黯或如柏油样，脘腹隐隐作痛，喜温喜按，神疲体倦，怯寒肢冷，纳呆，口淡不渴，便溏；舌质淡，苔白润，脉沉细弱。

病机分析：脾胃素虚，或久病脾虚，日久脾阳不振，统血无权，血下渗肠道而便血；脾胃虚寒，气机不利，故脘腹隐痛，喜温喜按；脾阳不振，运化失司，则纳少便溏；脾阳虚，不达四末，则怯寒肢冷；舌淡，脉细缓无力为脾气虚弱之象。

转归：从脏腑整体观念分析，其病理演变也与其他脏腑相关，如脾病日久不愈，常影响其他脏腑，同样他脏之病，也常传及于脾，所以治脾能使其他脏腑疾病转归良好，治疗其他脏腑也有助于脾病的恢复，本身脾胃虚寒即为虚证，故应在护理、治疗过程中，强调以温补为主，若能得到恰当有效的治疗，预后尚可。

治法：温中健脾，益气止血。

方药：黄土汤（《金匮要略》）加减。

干地黄　白术　制附片　阿胶（烊化冲服）　黄芩　生甘草　灶心土

加减：便血不止者，加白及、花蕊石、参三七；下血日久不愈，脾虚及肾，脾肾阳虚，加仙茅、补骨脂；畏寒肢冷甚者，加鹿角霜、炮姜炭、艾叶炭。

临证参考：下血日久，脾气下陷，面色苍黄，六脉细弱，可予补中益气汤（黄芪、甘草、人参、当归、陈皮、升麻、柴胡、白术）；畏寒肢冷，腰膝酸软，脉沉细者，可予断红丸温补脾肾，益气固涩（炒侧柏叶、续断、鹿茸、炮附子、黄芪、阿胶珠、当归、枯矾，为末醋煎，米糊为丸）。

参考方：参阅吐血篇之“黄芪建中汤”“大建中汤”“理中丸”的组成、功效等。

7.1.8　气随血脱

临床表现：大便溏黑或紫红，甚则便血鲜红量多，倾盆盈碗，面色苍白，眩晕，心悸，烦躁，口干，冷汗淋漓，四肢厥冷，尿少，神昏；舌淡，脉细数无力或微细欲绝。

病机分析：出血量多，血不华面，故面色苍白，血失上荣，故眩晕；血不养心，故心悸烦躁；气随血脱，阳气虚衰，故四肢厥冷；阳不敛阴，故冷汗淋漓；舌淡，脉细数无力或微细欲绝均为气随血脱之象。

转归：此为便血之变证，危证，若不及时抢救，当有生命危险，应采取相应的急救措施，必要时可输注新鲜血及代血浆等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

治法：益气固脱，回阳救逆。

方药：独参汤（《伤寒大全》）或参附汤(《校注妇人良方》)。

（独参汤方略）

人参　熟附子

加减：如汗出较多者，可加龙骨、牡蛎；如阴阳两虚者，可与生脉散合用，即人参、麦冬、五味子。

参考方：

（1）四逆汤（《伤寒论》）：附子　干姜　甘草

（2）回阳救急汤（《伤寒六书》）：熟附子　干姜　肉桂（泡）　人参　白术　茯苓　陈皮　炙甘草　五味子　制半夏　麝香

7.2 辨病论治

便血是以肛门下血为主要表现的病证。除前已述及的上消化道大出血的疾病外，尚可见部分下消化道出血的疾病。同时，还包括部分全身性疾病的伴发症状，现将部分下消化道出血的疾病作一分述。同时，须与吐血疾病相互参考。

7.2.1 急性出血性坏死性肠炎

该病是与C型产气荚膜芽胞杆菌感染有联系的一种急性炎症性肠炎。

临床表现：腹痛，便血，发热，呕吐和腹胀。严重者可有休克，肠麻痹等中毒症状和肠穿孔等并发症。

临床特点：起病急，发病前多有不洁饮食史。腹痛最常见，病初常表现为逐渐加剧的脐周或左中上腹阵发性绞痛，其后逐渐转为全腹持续性痛并发阵发性加剧，腹痛发生后即可有腹泻。粪便初为糊状而带粪质，其后渐为黄水样，续之即呈血水样，或呈赤豆汤和果酱样，甚至可呈鲜血状或暗红色血块，间歇发作或反复多次发作。伴有高热，一般在38℃～39℃，少数可达41℃～42℃。

腹部体征：腹部饱胀，有时可见肠型。脐周和上腹部可有压痛。早期肠鸣音可亢进，而后可减弱或消失。

实验室检查：

（1）血象：白细胞增多，一般为$20\times10^9/L\sim30\times10^9/L$，以中性粒细胞增多为主，并有核左移现象。

（2）粪便：呈血性，或隐血试验阳性，可有大量或中等量脓细胞。

（3）X线核素：腹部X线平片可见空肠充血或液平面。肠穿孔者可有气腹。急性期过后钡剂灌肠可示肠粘膜粗糙，肠壁增厚，肠间隙增宽，肠壁张力和蠕动减弱，肠管扩张和僵直，部分病例尚可出现肠痉挛，狭窄和肠壁囊样积气。

主症分析：饮食不节，或恣食肥甘厚味，滋生湿热，或过食辛辣刺激之品，热积于胃，或灼伤胃络，或灼伤肠络，均可引起大便下血。西医学对本病的病因认识尚不明确，认为本病可能与感染、变态反应、食物中毒和营养不良有关系。

治法：

（1）湿热蕴结者，清肠止血，疏风利气。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

(2) 热毒内结者，清热解毒，凉血止血。

方药：

(1) 湿热蕴结：槐花散（《本事方》）合槐角丸（《丹溪心法》）加减。

槐花　侧柏叶　炒枳壳　防风　地榆　当归　黄芩　生地　黄连

(2) 热毒内结：清胃散（《兰室秘藏》）合泻黄散（《小儿药证直诀》）加减。

当归　黄连　生地　丹皮　升麻　藿香　山栀子　石膏　甘草　防风　马齿苋　红藤

7.2.2 溃疡性结肠炎

主要病变以结肠溃疡为主，临床特点为腹痛，腹泻和粪中带血，病程漫长，反复发作。

临床表现：血性腹泻，粪中含有血、脓和粘液，伴下腹或左下腹阵发性痉挛性绞痛，便后痛减，里急后重，恶心呕吐，腹胀不适，发热消瘦。

体征：左下腹部甚或全腹压痛，肠鸣音亢进，常可触及如硬管状的降结肠或乙状结肠，提示肠壁增厚，可伴腹肌紧张或肝脾大。

实验室检查：

(1) 血象：表现为低色素、小细胞性贫血。

(2) 粪便检查：粪便中常有血，脓和粘液。

(3) 内镜检查：发作期，粘膜呈细颗粒状，并有弥漫性充血，水肿，脆而易出血，糜烂及多数形状不规则大小深浅不同的溃疡，覆盖有黄白色或血性渗出物。

(4) X 线检查：钡剂灌肠在早期可见到结肠粘膜紊乱，结肠袋形加深，肠壁痉挛，溃疡所引起的外廓小刺或锯齿形阴影；在晚期可见结肠袋形消失，管壁强直呈水管状，管腔狭窄，结肠缩短，息肉所引起的充盈缺损等。

主症分析：多见于青壮年，女性较多，情绪激动，劳累过度，饮食失调，继发感染常为发作的诱因。急性便血发病急、病程短，常以湿热蕴盛为主，慢性便血发病缓慢，病程较长，常以脾虚为主。

治则：

(1) 湿热壅盛者，清热化湿解毒。

(2) 脾胃虚弱者，健脾益气，和胃渗湿。

方药：

(1) 湿热壅盛：葛根芩连汤（《伤寒论》）加减。

葛根　黄芩　木香　白芍　黄连　甘草　白头翁　红藤　茯苓　赤小豆

(2) 脾胃虚弱：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

党参　白术　炒扁豆　炒山药　薏苡仁　干姜　陈皮　砂仁　炙甘草　茯苓

有关下消化道出血性疾病临床表现为便血症状的还有很多。如结肠癌、直肠癌作为消化道的癌肿，就分别表现出不同的症状：直肠癌主要是排便次数增加，粪便中带血及粘液，里急后重，粪便变细，波及直肠周围而侵犯骶丛神经时，可出现骶尾部持续性疼痛。左侧结肠癌主要表现为进行性肠梗阻，多有顽固性便秘，晚期癌肿溃破可有血便或脓液，甚至发生穿孔。中医治疗一般采用清利湿热、化瘀解毒之剂，选用槐角、地榆、白头翁、马齿苋、红藤、败酱草、半枝连、薏苡仁、五倍子、儿茶。肠道放射性损伤，结肠与直肠

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

在照射 4000 拉得以上者几乎均有不同程度的大便次数增多或粘液血样便，累及直肠者可伴里急后重，中医学认为放射性直肠炎证属湿热下注，迫血妄行，治以清热利湿为主，方用白头翁汤合槐花散加减，此外阿米巴痢疾、肠结核、小肠血管瘤、结肠息肉等均可参考本篇辨证施治。

7.3 临床用药经验与体会

便血与吐血均属中医血证范畴，二者关系密切，有关临床用药经验在吐血篇已作详尽的介绍，本篇不再重复，仅就个别特殊用药作一介绍，二病可以互参。

7.3.1 止血中药的研究动态

血液存在着生理性凝血和抗凝血两个对立而又统一的过程，在生理状态下二者保持动态平衡，使血液呈液体状态而在血管内循环流动。使用止血中药大部分均有促凝血作用。依据药性不同和辨证论治要求，止血中药大致分为收敛止血，凉血止血，化瘀止血，温经止血四类。按止血药的主治，胃肠出血常用，白及、紫珠、槐花、地榆、三七、茜草、大黄等。

白及，能缩短凝血时间，并能形成人工血栓而有良好的局部止血作用，临床观察对胃肠出血等有较好疗效。

紫珠，干粉局部压迫，注射液局部滴药，肌注或静注均有良好止血作用。临床可用于多种内、外出血。广西合浦县医院介绍将其制成粉剂、片剂及针剂，治疗溃疡病出血 296 例，效果满意，尤以粉剂为佳。

槐花，能缩短止血时间，炒炭后更佳。因槐花含丰富的芦丁及槲片素，还能降低毛细血管通透性。

地榆，可缩短出血时间，炒炭后更佳。并有收敛性止血作用，临床介绍用本品治疗溃疡病出血 60 例，有较好止血效果。

三七，能缩短凝血时间及出血时间，其凝血作用可能与增高血液中凝血酶的含量有关。近年研究还发现三七有显著抗凝作用，能抑制血小板功能，促进纤溶。

茜草，能稍缩短凝血时间和出血时间，其促凝作用可能与抗肝素效应有关。

大黄，可使凝血时间缩短，降低毛细血管通透性，改善其脆性，还可促使骨髓制造血小板，以及局部收敛止血等。止血有效成分为大黄酚，亦与所含鞣质及钙有关。近来报道又分离出有效单体 α-儿茶素及没食子酸。

7.3.2 炭药与止血

炭药应用于临床，已有两千多年的历史，但自金元以后的数百年来，“红见黑则止”、“烧灰诸黑药皆能止血”之说，对止血药影响极大，代表方剂“十灰散”十味药皆炒炭。炒炭为什么能加强药物止血作用，初步研究结果表明。①炒炭增加炭素，加强吸附作用，局部止血作用增强。②含鞣质的止血中药，由于鞣质较其他成分耐热，炒炭可以减弱或破坏其他成分，保留鞣质而达到收敛的目的，加强止血，止泻等作用。大黄炒炭后，破坏了大黄中的蒽醌甙类，保留鞣质，因而大黄炭泻下作用极弱，而止血作用良好，其他含鞣质的中药，地榆、槐花、诃子等制炭的止血作用也同此理。③制炭后，可使某些药物中的无机盐及其他成分的溶解度增加。如果止血作用是由于这些成分的话，无疑会加强止血作

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

用。炭化后，原存在于植物体内的代谢产物，不溶性的草酸钙，经高热煅炭，分解成碳酸钙或钙的氧化物．内服后在胃酸的作用下，形成可溶性钙盐，易被吸收，增加钙的含量，促进血凝。

出血一证，有寒有热，有虚有实，出血原因不一，证候表现多样，只有从整体出发，选择适宜的药物，进行恰当的配伍，才能收到满意疗效。如血热妄行的出血，应选用寒凉性止血药，如地榆、白茅根、小蓟、侧柏叶等。或配以清热凉血的黄芩、生地、丹皮、紫草等，热清则血自止。此时多生用。炒炭反而会降低其凉血之性，削弱苦寒直折之势。阴虚阳亢的出血，也应选用寒凉性止血药，或配以滋阴潜阳的麦冬、白芍等。此时仍宜生用，如若炒炭，不仅降低药物的寒凉性，还增加苦涩之味，苦燥伤津，阴虚更甚。有瘀血的吐血，应选用化瘀止血药，如三七、蒲黄、茜草、血余等，或配活血化瘀药红花、川芎、丹参伍用，瘀血不去，血不归经，出血不止；瘀去血自安宁，瘀而实热者宜生用，瘀而虚寒者宜炒炭，炒后减弱寒凉之性，且可减缓破逐之力。虚寒性的出血，应选用温经止血药，如艾叶、炮姜、灶心土等，或配伍温里益气的附子、黄芪，多炒炭用为宜。总而言之，要求我们对炭类的运用要区别对待。绝大多数炭类药均有缩短凝血时间，提高止血效果的作用，如蒲黄、槐角、贯众、棕榈等，有些药物原来没有止血作用，炒炭后发现有止血作用，有些药物原有止血作用，炒炭后仍有止血作用，或者疗效有所提高，但也有一些中药，如大蓟、小蓟、生地、地榆、茜草、莲房、槐花、侧柏叶等炒炭后的止血作用不仅没有提高，相反的还有所降低，这是由于药物经过制炭后改变了原来的性味，破坏了原有的成分。

7.3.3 黄土汤与灶心土

《金匮要略》“黄土汤”条文：“下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之”。是病有便血，然大便在先，便后出血，因血来自直肠以上的部位，故谓远血。此等下血，一般血色紫黯或伴便溏腹痛，面色无华，手足不温，舌淡脉细等症，其多由中焦脾胃虚寒，统摄无权而血下渗所致。故治疗应以温中散寒，健脾益气，摄血止血为主。方由灶心土（或称伏龙肝）、生地、附子、白术、黄芩、阿胶、甘草组成，组方简练，用药独具特色。灶心土为久经柴草熏烧的土灶中心的焦土块，其味辛，性微温，入脾胃经，具有温中止血，止呕，止泻的作用，本品经火久炼成形，具土之质，得火之性，化刚为柔，与脾（胃）象土，主黄色，与中焦相应，同气相求，故而专入脾胃经，可温中、助脾统血故而具有收敛摄血之功能。《蒲辅周医案》载蒲氏亦曾用“黄土汤”治一“大便后流鲜血，或无大便亦流大量鲜血”之苗某患者，案析“阴气内结，不得外行，血无所禀，渗入肠间，今去血过多，治宜温养脾肾，方用《金匮要略》黄土汤加味”该方融辛热、苦寒、动静、刚柔之品于一炉，温阳而不耗阴，滋阴而不损阳。是以，吴鞠通谓之为“甘苦合用，刚柔互济法”，尤在泾誉之为“有判之师”。灶心土主要成分是硅酸盐和氧化铝，是不溶于水的矿物质，服用后可在胃肠内壁形成不吸收的保护层，从而避免胃酸等对粘膜的刺激与损害，并具有对胃肠末梢神经镇静和麻醉作用，尤其是阿胶与灶心土同煎，不仅提高了灶心土崩解物在药液中的悬浮程度，又可增强在胃肠粘膜的附着力，这与西药氢氧化铝凝胶的药理作用极为相似，证明我国早在近二千年前，就已经开始使用具有现代医药水平的“硅、铝凝胶”类药物。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

7.4 变证的治疗

大便下血量多，倾盆盈碗，色紫红或鲜红，甚或昏厥，脉微细欲绝，为气衰血脱之象，属危重证候，须采取急救措施，即用生脉注射液 10～30 毫升加入 50% 葡萄糖液 40 毫升静脉注射，每隔 15～30 分钟 1 次，连续 3～5 次；或用参附注射液 10～20ml 加入 50% 葡萄糖液 40ml 静脉注射。此外，还可用独参汤煎服，并配合输血、输液等。

便血量多，呈赤豆样或黯红，鲜红色，伴剧烈腹痛，发热，起病急骤者，应考虑为急性出血性坏死性肠炎。

患者中年以上，反复便鲜血或大便带血与粘液，或大便次数增多，或便秘腹泻交替，或有里急后重，除排除痢疾及痔疮外，还应高度警惕结肠或直肠的癌肿。

7.5 针灸疗法

7.5.1 实热型

临床表现：便血紫黯或紫黑，口苦口臭，口舌生疮，肛门灼热，舌红苔黄，脉滑数。

治则：清热泻火，凉血止血。

主穴：曲池，大椎，三阴交。

方义：手法以泻法为主。功在泻肠胃之火，透邪外出，凉血以止血。

7.5.2 虚寒型

临床表现：便血紫黯或黑如柏油样，脘腹隐痛，喜温喜按，怯寒肢冷，便溏乏力，舌淡苔白润，脉沉细弱。

治则：健脾补肾，益气固摄。

主穴：足三里，太白，脾俞，肾俞。

方义：所选上穴可采用补法或温针，功在温补固摄，或用艾灸百会、气海、关元、命门等，振奋脾肾之阳。

7.6 直接喷洒法

方药：生大黄粉　生甘草粉

治疗方法：上药按比例混合，直接在内窥镜下撒放于肠出血面上，根据出血面大小，可以多放药粉。5～10 次为一疗程，每日或隔日撒放。

方义：大黄为苦寒药，归脾胃、大肠经，清热泻火，泻下攻积，活血化瘀，止血。大黄内含芦荟大黄素能抑菌，减轻炎症反应，有利溃疡愈合，能缩短血液凝固时间，增加血小板生成，而起到止血作用。亦有增加局部循环和抑制变态反应作用。甘草味甘性平，归脾肺胃经，有补脾益气之功，能缓解大黄攻下之力。所以两药混合，洒放在肠粘膜出血面上，起到清热，止血，抑制肠变态的作用。

7.7 西医治疗撮要

参考本卷吐血病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

8 疗效判定标准

参考本卷吐血病。

9 调摄护理

9.1 精神安慰，体贴病人

要经常注意患者的精神状态，消除其紧张、恐惧、忧虑、烦恼等不良情绪，便血量多者，应卧床休息。

9.2 严密观察病情

要严密观察病情的发展和变化，定时检查与记录血压、脉象，注意精神意识、面色，以及四肢的温度，准确记录排出的黑便量，如患者继续排出柏油样便，血压下降，脉搏细微而数，呼吸急促，表示出血未止，或收缩压低于 11.7kPa（90mmHg），头昏，心慌，汗出，面色苍白，四肢湿冷，脉芤或细数等，说明病情加重，以防止产生厥脱证。

9.3 患者饮食宜清淡 忌食辛辣烟酒

对出血期患者应予软烂少渣，易消化食物，少食多餐，切忌粗纤维食物和炙烩油煎等食品，辨证属实热者，可多予百合汤，鲜藕汁或藕粉等具清热凉血，收敛止血之品；口渴者，可用生地、地榆、侧柏叶各 10g 煎水代茶冷服。脾虚者要加强营养，饮食不宜过凉，以防伤脾，伴有吐血者，应暂时禁食。

10 康 复

便血的康复疗法，适用于便血渐止或基本停止，或仅有大便隐血试验弱阳性者。

10.1 药物康复

针对便血后期患者多有不同程度之正虚表现，如气血亏虚，气阴两虚等，可根据辨证选用归脾汤、生脉散等加减治疗，但切忌乱投峻补温燥之品，脾胃功能未复者，可加用健脾、运脾之品。

10.2 食疗康复

(1) 黄鳝瘦肉煲黄芪大枣汤：适用于气血虚者，每次取黄鳝 2～3 条（约 200g）去内脏，洗净切段；猪瘦肉 100g，洗净切块；黄芪 15 克，大枣 10 枚。加水 1500ml，煮沸后文火煎 30 分钟即可饮而食肉。

(2) 黑豆炖塘虱鱼：适用于血虚者。取黑豆 75～100g，去杂质，塘虱鱼 2～4 条（约 250g）去内脏，洗净同放砂锅内，加生姜 3 片，调料适量，加水炖，待水开约 2 小时后即可服用。

(3) 羊胫骨大枣糯米粥：适用于脾虚血亏者，每次用羊胫骨 1 根（约 500g）大枣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

50g，黑糯米150g。先将羊胫骨洗净砸碎，煮汤取汁，再将洗净的糯米，大枣放入汤汁中煮粥，熟后调味服用即可。

（4）海参冰糖羹：适用于气阴两虚者，用干海参50g，或已泡发海参或鲜海参250g，洗净加水煮烂后，加冰糖适量煮羹状服用。

（5）槐花饮：适用于邪热未尽者，取陈槐花10g，粳米30g，红糖适量。将陈槐花烘干，研成末。先将粳米淘净，放入锅内，加清水适量，用武火烧沸后，转用文火煮40分钟，滤去米饭，留米汤，把槐花末，红糖放入米汤内，搅动即成。

10.3 针灸康复

对便血康复期患者，可针刺或灸足三里等穴，或采用北芪注射液，当归注射液等注射足三里、脾俞等穴位。

10.4 自我按摩疗法

患者可行自我按摩，如擦丹田、搓肾俞等。

【近代研究】

1 理论研究

1.1 病证名称与定义

便血之证名，最早见于《伤寒论》，《内经》则称之为“结阴”、“血便”。《金匮要略》又根据出血部位不同，分为“远血”、“近血”。先便而后血者，远血；先血而便者，近血。后世医家根据病因病机的区别，名为“肠风”、“脏毒”。明清以后的医家多以“便血”命名。并一直沿用至今。近代医学刊物，包括《中医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》均将此病纳入吐血范畴来一并讨论。但从临床实际情况来看，上消化道出血量达到20ml时，粪便潜血试验可呈现阳性反应，当出血量达到50～70ml时，可表现为黑粪，如短期内出血量在200～300ml时，多可表现为呕吐血。从而反映二者之间尚有程度上的区别。确切地说：凡血从肛门排出体外，无论是单纯下血，或与粪便混杂而下者，均称为便血。

西医所称之便血，除包括上消化道一些疾病外，同时还有部分下消化道疾病。病种相对较之吐血更多一些。上消化道疾病详见吐血篇。下消化道疾病包括直肠疾病，如肛管直肠损伤、非特异性直肠炎、结扎性直肠溃疡、直肠肿瘤、邻近恶性肿瘤或脓肿侵及直肠、放射性肠炎等。结肠疾病：急性菌痢、阿米巴痢、慢性非特异性溃疡性结肠炎、结肠憩室、结肠息肉、结肠癌。小肠疾病，如急性出血性坏死性肠炎、肠结扎、克隆氏病、空肠憩室或溃疡、回肠远端憩室或溃疡、肠套叠、小肠肿瘤、小肠血管病等。此外，肛管疾病，如痔、肛裂、肛瘘等。至于全身性及中毒性疾病，若表现为便血者，均可参照本病辨证施治。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

1.2 病因病机研究

张正贤在《气机升降理论在血证治疗中的应用》一文中谈到：降中兼升，畅气止血乃为治“肠风”之证而设。“肠风”是因风热湿毒壅遏于肠胃血分，血溢肠道而致。症见便前出血，血下如溅，血色鲜红，舌红脉数。治宜清降肠中热邪，疏风下气。如槐花散。槐花末清大肠湿热，凉血止血；侧柏叶助槐花凉血止血；荆芥炒用，配伍寒凉之品，能疏泄壅遏于肠道的风热毒邪，并入血分而止血；枳壳宽肠下气，与轻性上升的荆芥配伍，则于降中兼升，使气机流畅，有利于解除肠中的风热湿毒之邪。四药合用既能凉血止血，又能清肠疏风，风热湿毒清，便血自止。这一理论是从整体恒动观出发，研究人体脏腑气血的生理功能，病理变化以及药物的“升降浮沉”。升降正常，则阴阳气血调和；气机升降失常，则气血逆乱，百病丛生，气机当升反降，可出现血随气陷的下血。[1]

段和平的研究表明，湿温是由湿热病邪侵袭人体引起的急性热病，四时皆有，但多发生在雨湿较多的夏秋季节。天暑下逼，地湿上腾，人处气交当中，则易感受湿热病邪。壮者气行则已，怯者着而生病。便血最为常见。湿温病中气血水三者之间关系的紊乱，是发生便血的根本病机。气伤气阻，不能化水，留滞而成水邪，湿温病邪既影响气机，当然进而影响血的失调。《难经·二十一难》曰：“气留而不行者，为气先病也；血壅而濡者，为血后病也”。湿温伤气阻气，血运自不再有通畅可言。况且湿为阴邪，其性粘腻，亦能影响血液运行。唐容川说：“故水病则累血，血病则累气”，及“水化于气，亦能病气”。清楚地阐明了湿温病中气、血、水三者之间的关系。亦即湿温病每每出现伤气阻气和血运不畅的病机以致病邪留滞病势进展。湿温病三焦气机不通畅，全身血行不流利，肺脾肾气化功能受累，升降出入失常，因而表现出水液运行和敷布失调的证候。诸如即使口渴亦不欲饮，饮而欲吐，身重倦怠，中满不饥，大便不爽，苔腻脉濡等等。段氏在临床观察中还发现，大凡热重于湿者，便血很少发生，恰是湿重于热者变证颇多，便血亦如此。说明气阻、血壅、水滞三者合而作祟，互为因果，交杂致病而生便血。而临床用药亦得到了很好的证实。临证以通阳行气活血为主辨证用药，并在选药时注意运用血中气药，气中血药和兼具行水功能之品，如制香附、川芎、泽兰叶、莪术、郁金、大腹皮、槟榔等，再随证选择侧柏炭、地榆炭、槐花等止血之品[2]。

2 临床研究

2.1 证候与辨证规律的研究

症状的观察是临床研究的基础，从症状学入手，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。

2.1.1 临床症状的观察与总结

便血一病，由于古今认识较多，学说纷纭，因此应该依其不同的临床表现，明确其出血的部位，以所涉及的脏腑及其证候群。由王永炎主编的《中医内科学·便血》（1994 年上海科学技术出版社出版）书中写道：“有胃肠道溃疡、炎症、息肉、憩室或肝硬化等病史。大便色鲜红、黯红或紫黯，甚至黑如柏油样，次数增多。实验室检查如大便潜血试验

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

阳性”。在审因辨证方面，除强调查找诱发因素与发病机制，尚须对其兼证进行全面的分析，从而判定便血属实，属虚，属寒，属热，属瘀血等。又结合其腹痛的特点，是灼痛，是胀痛，是缠绵，是隐痛，明确疾病的不同属性而指导于临床。

2.1.1.1 脘腹胁痛 脘，分为上脘、中脘、下脘。一般来讲，脘腹疼痛主要病变部位在中上焦。就西医学来分析，胃脘疼痛的病人其便血主要为上消化道出血的较为多见。腹：分为上腹、中腹、下腹、少腹。病变部位多在下焦。就西医学分析，这类便血的病人多表现为下消化道疾病。胁，分指肝经所布区域，胁痛病人多以情志病变为多见，西医学更为常见的病人主要是肝胆胰脏的病变为主。

脘腹胁痛在临床上又单独作为一种疾病来体现。胃脘痛、腹痛、胁痛，明确地说，胃脘痛是以上腹胃脘部近心窝处疼痛为主症的病证，多伴食少，恶心，呕吐，泛酸，嘈杂等。腹痛者，是以胃脘以下，耻骨毛际以上部分的疼痛为主。胁痛者，以一侧或两侧胁肋部疼痛为主要表现的病证。《医宗金鉴》：“其两侧自腋而下，至肋骨之尽处，统名曰胁。”今所论及的脘腹胁痛，可贯穿于便血各证型之间，可单独表现为胃痛，也可合并为脘腹痛，时有表现为单独腹痛，也可表现为胸胁痛，疼痛的特点亦各有不同，如灼痛、胀痛、隐痛、闷痛等。从而为临床提供了诊治的要点，且常常是病人便血前，突然发生脘腹胁痛。又提示疾病的发生及演变规律，有效地指导于临床。

2.1.1.2 舌象，脉象 无论是吐血、便血病人，舌脉象均能准确地反映出病人的寒、热、虚、实。为寒者，舌质淡，苔白润，脉沉细弱；为热者，舌红而苔黄且干，脉弦数或滑数；为湿热者，舌红苔黄腻，脉濡数；为虚者，舌质淡，或体胖嫩有齿痕，脉细弱，细数或微细欲绝；为实者，与热同见，为胃热，为肝热，为热毒，若为瘀血，则见舌质紫黯，或见瘀点瘀斑，脉弦细或涩。总而言之，舌脉之象可以客观地反映机体内部变化，舌为心之苗，脾之外候，苔为胃气的反映。经脉中，手少阴之别系舌本，足少阴之脉夹舌本，足厥阴之脉络于舌本，足太阴之脉连于舌本，散舌下。因此脏腑的病变，可直接影响舌的变化。通过察看舌质和舌苔的形态、色泽、润燥等变化，借以辨别病邪的性质，病势的深浅，气血的盛衰，津液的盈亏和脏腑虚实等。曹炳景《辨舌指南》云：“辨舌质可辨脏腑的虚实，视舌苔可察六淫之浅深”。《灵枢·邪气脏腑病形》：“按其脉，知其病。”而通过脉动应指的形象：包括频率、节律、充盈度、通畅的情况以及动势的和缓，波动的幅度等来提示脏腑的主病，即谓“脉象主病”。

2.1.2 病势转归

一般来讲，吐血与便血往往是同一疾病的不同表现。若为上消化道疾病表现为吐血者，常常伴有便血，而下消化道疾病则仅为便血。若属全身性疾病，特别是血液系统疾病二者多数情况下常同时发生。所以在吐血篇中所提到的病势转归，便血一病同样适用。

2.1.3 舌象与脉象的观察

有研究表明，上消化道出血的以吐血、便血住院治疗，初查，舌中部剥苔约2分钱硬币大小，呈椭圆形，随治疗，大便潜血转阴，剥苔消失。数日后再次出现剥苔重新发生吐血、便血。尽管尚不能确定剥苔与上消化道出血的内在必然联系，但病程中出现剥苔不难反映是谓信号。舌象、脉象的观察对判断证候的虚、实、寒、热属性，预测病势转归，指导临床具有重要的作用。一般急性便血属实、属热；脉象表现弦数或滑数，舌质红，苔

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

黄。瘀血阻络者，脉弦细或涩，舌质紫黯，或见瘀点瘀斑。若为虚实相兼，湿热蕴结者，脉象濡数，舌红苔黄腻。一般慢性便血病人属虚、属寒者为多，脉象沉细弱或微细欲绝，舌质淡，苔白。在疾病的发展过程中，各证候之间常可互相关联，互相影响，互相转化。舌脉也是如此。实证日久可化为虚证，虚证病人复感实邪亦可表现为虚实夹杂证。一般舌苔由薄转厚为逆向，舌质由淡转黯为病情加重。脉由弱转有力为顺向，由弦滑转沉涩为逆向。根据舌脉来断定便血的转归，一定要与证候的变化相联系，舌、脉、证合参而定。

2.2 证候学研究

2.2.1 辨证分型研究

便血的证候研究依照理、法、方、药完整统一的原则，辨证论治，这是临床研究的重要方法。姚世明将便血分为脾虚失统型，胃中积热型，阴虚胃热型。韩汉毅将便血分为胃中积热型，瘀血停滞型，阴虚血热型。何焕荣将便血分为胃中积热型，肝火犯胃型，脾虚不摄型。卢书山用荷叶丸方加减治疗溃疡病出血 400 例，临床分别对湿热、脾虚、胃火、肝火、胃阴不足分别加减用药。周锦采取泻火祛瘀健脾法观察胃热、肝火、脾虚之便血。夏承义根据辨证施治的原则，初步分四型：①脾胃虚弱型；②脾胃虚寒型；③脾胃湿热型；④肝气郁结型。李慧娟采取辨病与辨证相结合的方法辨证止血。气阳虚衰，益气温阳以统血。肝胃郁热，泄肝清胃以藏血。阴虚火旺，滋阴降火以敛血。辨病调治，对胃镜提示萎缩性胃炎者，中药可选酸甘化阴之品，如乌梅、芍药、麦冬等；配理气健脾法，使阴得阳化。对胃镜提示消化性溃疡者，中药可选制酸，抑肝，清胃之品，如乌贼骨、煅瓦楞子、丹皮、蒲公英等；配健脾养胃法，使胃之分泌功能正常。对胃粘膜病理改变有腺体增生，肠上皮化生者，中药可选健脾扶正，软坚散结之品，如黄芪、党参、白术、煅牡蛎等；配合活血化瘀法，使气血调和，脾运得健，瘀痰自消。周菲将本病分为四型：胃热型、肝热型、脾胃虚寒型、气不摄血型。周晓虹等辨证治疗上消化道出血 91 例，分别对胃中积热型，用大黄黄连泻心汤合十灰散加减。脾胃气虚型，补中益气汤加减。气滞血瘀型，以膈下逐瘀汤加减。胃阴不足型，用益胃汤加减。此外，众多学者运用经方或验方对便血归类不分型治疗。脾阳不足型，熊成熙自拟赤石脂汤。葛传富、乔光泉、汤新民、张家铭、牛忻群、姜润林等运用黄土汤治疗便血。唐江山则用加味桃花汤。另有洪德华，彭述宽等治疗“脏毒”而运用当归赤小豆汤。张可可、程如海运用泻心汤加味治疗便血。另有近代许多医家从消化道疾病人手，对便血进行研究，通过钡餐透视、胃镜、结肠镜所得出的诊断，采取经验方治疗。

2.2.2 辨证标准研究

众多专家学者的辨证施治研究各具特色各有所长，多数确已得到临床医师的接受，但难以纳入统一规范，对协作攻关及进行大宗的临床观察不利。尽管《中医药行业标准》(ZY) 尚无便血的病名及诊断标准，但《中药新药临床研究指导原则》中，已将便血与吐血合并讨论。可参照其标准进行临床设计与观察。同时可参考王永炎主编的《临床中医内科学·便血》进一步可大量考察，收集资料，逐渐地将便血规范化、系统化，制定出量化指标，独立成病。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

2.3 治则治法研究

2.3.1 治则概述

综观便血一病，有其自身特点，同时尚能汇于吐血病的许多特点，两者共同之处，有热证、有寒证、有实证、有虚证、有瘀证，从临床表现的具体情况分析，吐血偏于实，偏于热者多，而便血偏于虚，偏于寒者多，从病变部位来看，吐血在上，便血在下，病变脏腑，吐血在上焦，便血在中下焦，故而两者在治则上有相同之处，也有差异。基本法则，不外乎凉血止血，降气止血，温摄止血，祛瘀止血等等。急性期采取“急则治其标”以止血为先，缓解期或慢性期当以“缓则治其本”采取调和脾胃等为基本大法。

2.3.2 治法研究

吐血篇已较为系统地对上消化道出血的治法进行了阐述，本章将对未全部列出的某些治法作一概况介绍。

2.3.2.1 温中益气，健脾摄血 “温中摄血”系温壮中焦（脾胃）阳气，祛除中焦（脾胃）寒邪，使脾有权统摄，控制阴血之法，此法为脾胃虚寒，无权统摄控制阴血，导致血不循经，流溢脉外，出现出血证而设；根据“虚则补之”、“寒则热之”、“涩可去脱”的原则而定。是以命门之火衰微，脾土无以温煦，则中阳不足，虚寒内生，失其统摄阴血之权。证见便血色黑或紫黯，腹痛隐隐，面色不华，神倦懒言，便溏色黑，舌质淡，脉细。西医学认为，消化性溃疡疾病一般与胃酸分泌过多，胆汁返流，精神过度紧张及胃粘膜防御功能减弱有关，[3]而黄土汤中每味药均可对上述病因有良好治疗作用，甘草抗炎、解痉，实验证明有明显的保护胃粘膜、抑制溃疡、吸附胃酸和降低胃酸浓度的作用，可以促进溃疡愈合与粘膜的修复。黄芩有较强的抑菌消炎和利胆功能，可减轻粘膜水肿与幽门梗阻，终止与缓解胆汁返流对胃粘膜造成的损害，生地可促进凝血，白术能缓和胃肠蠕动，缓解疼痛，减轻症状，阿胶能够促进红细胞和血红蛋白生长，灶心土主要成分是硅酸盐和氧化铝，是不溶于水的矿物质，服用后可在胃肠内壁形成不吸收的保护层，从而避免胃酸等对粘膜的刺激与损害，并具有对胃肠末梢神经镇静和麻醉作用，[4]可以产生止痛、止血及降逆止呕的疗效，尤其是阿胶与灶心土同煎，不仅提高了灶心土崩解物在药液中的悬浮程度，又可增强在胃肠粘膜的附着力，这与西药氢氧化铝凝胶的药理性质极为相似。全方寒热并用，补泻同施，温阳止血不伤阴，滋阴益气养血不碍脾。在这方面研究较多的，如郑舜华治疗 40 例急性远血证。有效 33 例，平均大便隐血试验转阴天数 4.4 ± 1.5 天；无效 7 例，有效率 82.5%。[5]葛传富治疗 29 例，治愈 15 例（呕血、便血停止，大便隐血试验阴性，随访 1 年未复发）显效 11 例（呕血、便血停止，大便隐血试验阳性）无效 3 例（出血未止）有效率为 89.6%。[6]张家铭用温中健脾治疗上消化道出血 57 例其中单用黄土汤 30 例，大便隐血转阴天数为 5.6 天。[7]此外，尚有部分学者，遵此法，选此方加减，也达到了异曲同功之妙。汤新民治疗远血 30 例，其中 17 例用黄土汤，8 例用归脾汤，3 例用六君子汤，1 例用黄芪健中汤，1 例用一贯煎，均加地榆炭，槐花炭等凉血止血药。治疗结果，30 例大便隐血试验转阴时间最短 1 天，最长 15 天，平均 6 天。[8]刘敏伶自拟益气温中散加白及、三七粉也收到满意效果。张皓取《伤寒论》理中汤与《圣惠方》的乌梅丸化裁，熔扶阳助阴于一炉，以理中汤温中散寒，乌梅合黄连酸苦化阴，达到

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

调和阴阳，其中理中汤补脾摄血，取乌梅炒炭止血，用黄连清肠热，厚肠胃；另有熊成熙自拟赤石脂汤治疗脾阳不足型血便 30 例，赤石脂、附片、炒白术、炮姜、黄芩、阿胶、香附、地榆炭，30 例全部有效，其中显效（大便隐血在 3 天内转阴者）22 例，有效（大便隐血在3～7 天内转阴者）8 例。[9]认为本证病标血便，病本虚寒，标本兼顾，采用益气统血，行血归脾为要旨。赤石脂入血分，具有温中止血之功，伍以白术、附片、炮姜温中健脾而摄血，生地炭、阿胶、地榆炭养血止血，香附行气止痛，黄芩防术，附辛燥之性，炒炭又能止血。唐江山则应用加味桃花汤：赤石脂、炮姜炭、淮山药、乌贼骨、白及、三七、大黄、炙甘草治疗脾胃虚寒型上消化道出血 32 例。[10]赤石脂甘温涩敛能止血，生肌收口，配乌贼骨、白及保护胃肠粘膜，收敛溃疡面，起协同作用，止血效果尤速，合三七既能止血，又能善化瘀血，大黄含有鞣质，降低毛细血管通透性，缩短凝血时间，乌贼骨、甘草还有制酸、解痉作用，诸药配合，涩中寓通，止消并用，止血而不留瘀，以改善局部凝血机制，促进病灶愈合。

2.3.2.2 清热利湿 洪德华认为近血主要是指肛门直肠出血，其中最常见的是痔血和肛裂，至于炎症，息肉，肿瘤引起的出血，其出血常带脓性秽浊或血色黯，实属中医“脏毒”之类。赤小豆其性下行，化湿消肿，清热毒，散恶血。当归辛润多脂，可润肠通便。[11]彭述宪则运用赤小豆当归散主治湿热蕴毒，积于肠中，形成痈脓者，亦治大便下血，先血后便，方中赤小豆渗湿解毒，清热排脓；当归养血活血，祛瘀生新，从病因病机分析则属湿热蕴结，日久化毒，加之饮食不洁，壅塞肠中，气血阻滞，传导失司，肠络受伤，而致下痢赤白，热毒下灼肛门，加之大便时努争太过，引起痔破出血。[12]

2.3.2.3 清胃泻火，通腑止血 中医学认为，便血的发生不外乎虚实两类，实证为风火内迫，湿热下注，血热妄行，热伤血络为患；虚证为血虚肠燥，阴虚火旺，灼伤血络或脾不统血，气不摄血面致。若表现为便血紫黯，口苦口臭，口渴喜冷饮，胃脘灼痛，舌红苔黄而干，脉滑数，则应泻火宁络止血。《金匮要略》泻心汤即为主治邪火内炽，迫血妄行的方剂。牛治君应用泻心汤加味对 131 例便血患者随机分组治疗，应用泻心汤加味治疗的观察组 61 例，显效率达 95.1%，应用一般药物治疗的对照组 70 例，显效率 28.6%，结果表明观察组优于对照组。与对照组比较 $P<0.005$。[13]程如海应用泻心汤治疗上消化道出血 24 例，全部止血成功，肉眼观察黑便转黄时间为 2～5 天，平均 2.7 天，大便潜血转阴时间为 2～7 天，平均 3.8 天，9 例呕血 1 天内停止者 5 例，1～2 天停止者 4 例。[14]张可可经治 24 例，结果表明：痊愈 22 例，无效 2 例（1 例胃癌转手术治疗，1 例胃溃疡穿孔）服药 1 个疗程大便转黄，大便隐血转阴 20 例，服药 2 个疗程大便转黄，大便隐血转阴 22 例，总有效率 92%。[15]李裕怀治疗上消化道出血 50 例，结果治愈 39 例，显效 7 例，有效 2 例，无效 2 例，大便转黄提示无明显出血，大便潜血转阴说明出血完全停止。大便转黄平均时间为 2.5±1.3 天，大便潜血转阴时间平均为 4.5±1.5 天。泻火一法，既是治本之图，亦寓治标之意，泻心即泻火，泻火即止血，大黄、黄连、黄芩清胃泻火，导热下行，热清火降，血自安宁。[16]另刘良绮报道洪广祥，治疗便血主张清热行瘀为要，盖热清则血静，瘀除则血归脉内，切不可过用收敛止血之品，方选《金匮要略》泻心汤加味。

2.3.2.4 降冲止血，调畅气机 气机升降理论，是中医学理论的重要组成部分，它

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

从整体恒动观出发，研究人体脏腑气血的生理功能，病理变化及药物的“升降浮沉”。升降正常，则阴阳气血调和，气机升降失常，则气血逆乱，百病丛生。血随气陷，则下血。白迎堂应用降冲止血法治疗上消化道出血，乃遵张锡纯“冲为血海属肝，冲气安而血海宁”“血之所以不安者，皆由于气之不安故也”之说，冲脉为奇经八脉之一，冲脉动则诸经皆动，冲脉逆则诸气皆逆，气逆则血升。[17]而李鸿芬运用下病上取治疗血证，是依《素问·五常政大论》“气反者病在上，取之下；病在下，取之上”。[18]汪蓉则应用倍降汤治疗上消化道出血174例，结果表明，大便潜血试验3天阴性者计57例（约占30.0%），3～7天转阴者47例（约占27.0%），7～14天转阴者55例（占31.6%）。半月内无效15例（约占8.6%）。无效者继予原方治疗，除4例（复合性溃疡2例，十二指肠球部溃疡2例）始终未能奏效外，其余11例亦都渐告血止，故实际总有效率为97%。倍降汤着眼于宁络止血，而暗契清气降逆、和络化滞于其中，主以五倍子、降香降气平逆，和络涩血，辅以白及甘涩生肌，护创止血，佐以地榆、侧柏炭止血而兼清热，乌药为使，抑伏胸腹逆邪而行药势，足以能止血而不嫌凝滞，清泄而不伤气血，共成清气平逆，和络止血之功，血止之后，标证以除，自当调养善后。[19]

2.4 辨证用药研究

便血病从古至今，由历代医家创制了许多行之有效的方剂，受到临床医家的推崇，如“黄土汤”“赤小豆当归散”“泻心汤”等广泛用于便血病的治疗中。近年来从发展的角度去研究，通过辨病与辨证相结合的方法，总结出部分成功的方剂及有特点的药物。林树宗应用应效止血汤治疗上消化道出血，证属血亏气损兼有血瘀者，基本方为人参、赤石脂、地龙、三七粉；脾胃虚寒加炮姜、甘草；胃热加大黄、黄芩炭；反酸加海螵蛸、煅瓦楞子；腹胀嗳气加乌药、厚朴；阴伤津亏加玄参、龟甲。总有效率达95.9%。何维杰采取中西医结合的方法胃管内给药三七粉合八号止血粉，50例中大便潜血试验3天内转阴者30例，4～6天转阴者10例，7天以上转阴者9例，有效49例，有效率98%。基本方组成：太子参、白及、仙鹤草、青皮、陈皮、青木香、广木香、云南白药、枯矾。[20]李志辉自制祛瘀止血散（大黄、白及、三七，按1:2:1比例烘干研末）观察45例出血病人，显效37例，有效7例，无效1例，总有效率97.8%。大便潜血试验转阴最快者18小时，最长者6天，平均2.14天。[21]卢书山选荷叶丸方加减治疗溃疡病出血400例，设对照组100例观察，结果治疗组有效399例，有效率99.8%，对照组有效93例，有效率93%，经统计学处理有非常显著差异（$P<0.01$）治疗组优于对照组。大便隐血试验平均转阴时间，治疗组为21天，比对照组短4.3天（$P<0.01$）。[22]荷叶丸出自《中华人民共和国药典》，基本方为荷叶炭、藕节炭、白茅根炭、生地炭、仙鹤草、白及、棕榈炭，大蓟炭、小蓟炭、茜草根炭、侧柏炭、栀子炭、炒蒲黄，兼湿热者，加苍术、川朴、黄芩等；脾虚不摄血者，加黄芪、党参、白术、茯苓、当归、熟地等；胃热灼络者，加大黄、黄连；肝火犯胃者，加龙胆草；胃阴不足者，加玄参。丘和明运用紫珠草注射液为主治疗胃火，肝火犯胃，脾虚不摄三型上消化道出血32例，结果痊愈30例，有效1例，总有效率96.9%，大便隐血转阴时间平均约4.2±1.1天。药理实验证明，本注射液可显著缩短出血时间及凝血时间，增加血小板数量，与对照组比较有非常显著差异（$P<0.01$）。[23]

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

除了辨证用药便血有其相应的特点外，在临床往往采用治标治本的原则，而运用分类用药。(1) 炭类止血药：将某些具有明显止血功效的药物烧炭存性，以加强止血作用。常用方药：侧柏炭、陈棕炭、血余炭、大蓟炭、藕节炭、莲房炭、地榆炭、百草霜、蒲黄炭、茜根炭、槐花炭、大黄炭、炮姜炭、当归炭、生地炭、苍术炭、黄柏炭等。(2) 酸收止血药：酸味能收能敛，故具止血涩流之功，药如五倍子、白矾、乌梅、诃子、山萸肉、五味子等。(3) 固涩止血药：药物煅龙骨、煅牡蛎、乌贼骨、赤石脂、禹余粮，儿茶以涩肠固络止血。(4) 胶粘止血药：多具补益之功，对虚性失血最为适用，药如白及、阿胶、黄明胶、银耳、京墨等。另外，某些中草药有其特殊的止血功效，临床运用取得特异作用，如沙氏鹿茸草，通称白蜈蚣、千年霜。性味苦寒，功能清热，解毒，凉血，止血，利尿散结。对血热妄行，血不循经而溢于脉外所致的出血，(便血、尿血、衄血、咯血) 实火则清热凉血，虚火则滋阴泻火，奏效迅捷。又如刺猬皮，经研究分析，刺猬皮上的刺的主要成分为角蛋白，下层的真皮层主要由胶原与其它蛋白质如弹性硬蛋白之类和脂肪等组成。刺猬皮性味苦，平，入大肠、胃经，功能降气定痛，凉血止血，主治反胃吐食，腹痛疝气，肠风痔漏，下血等，止血迅速疗效可靠。

3 实 验 研 究

上消化道出血的研究吐血篇已作了较为全而的概述，现就下消化道出血的内容归纳如下。

3.1 舌 象 观 察

夏军权对 180 例下消化道出血纤维结肠镜检查报告及舌象观察发现，所观察主要病种，慢性结肠炎、恶性肿瘤、息肉、溃疡性结肠炎、憩室，其中舌质淡红者 41 例，舌质红者 64 例，舌质淡胖者 21 例，舌质暗红者 54 例。舌苔薄白 30 例，舌苔薄黄者 45 例，舌苔白腻者 39 例，舌苔黄腻者 63 例，无苔或少苔者 3 例。由此可见，其舌象主要为湿热，瘀血之象，各占 35.6%和 30.0%。从临床症状来看，其便血特点多为鲜红或黯红色，或为脓血便，腹痛部位多固定，当责之湿热伤络或瘀血内阻。从肠镜微观辨证者，(参照慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断辨证和疗效标准) 充血水肿明显，有新鲜出血点，糜烂，溃疡等多为湿热炽盛，炎症较重的表现。而肿块 (肿瘤、息肉、血管纹理模糊等多因湿热蕴蒸，瘀血内阻。所以从中医理论来看，下消化道出血的病理机制主要为湿热下注大肠或瘀血内阻而致肠络受损，血液外溢。另外，在分组分析中，恶性肿瘤组中，黯舌共 27 例，占 75%，黄腻苔共 17 例，占 52.8%明显高于其他各组 (P 值分别 <0.01，0.05)。所以可以认为黯舌，黄腻苔是大肠恶性肿瘤的典型舌象，对下消化道出血的病人，特别是老年患者见此舌象应高度重视。[24]

3.2 止血药物的研究

丁安伟通过实验的方式对荆芥，荆芥炭水煎液，荆芥，荆芥炭提取挥发油后水煎液，荆芥炭混悬液，荆芥，荆芥炭挥发油乳剂等样品的止血作用进行了研究。结果表明：荆芥炭混悬液和荆芥炭挥发油乳剂具有较明显的止血作用，且该作用与剂量有一定关系。荆芥

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

炭混悬液的剂量在 3.2g/kg～4.8g/kg 时，其止血作用随着剂量提高而增强。但剂量达到 8g/kg 时已无明显作用。荆芥炭挥发油剂量为 150μl/kg 时，未能见到明显止血作用，剂量为 300μl/kg 时，则作用非常显著，而继续增加剂量使达到 450μl/kg 时，止血作用复又消失。[25]该文还指出，除去剂型和给药途径所造成的差异外，尚提示挥发油可能并非是荆芥炭中的唯一止血活性成分。在荆芥炭中还有其他止血活性物质存在，荆芥炭水煎剂及提去挥发油后的荆芥炭水煎剂均未见明显的止血作用。得出的结论，临床使用荆芥炭治疗各种出血疾病时，似以散剂内服为宜。丁安伟从另一角度对荆芥炭提取物止血活性部位的研究。结果表明：荆芥炭的脂溶性提取物 StE 具有明显的止血作用，在一定剂量范围内，其对数剂量与小鼠的凝血和出血时间的倒数呈显著性线性相关。StE 给小鼠 ip 后 0.5h，家兔 po 后 1h 即可见到明显的止血作用，其作用维持时间分别为 6h 及 12h。StE 的 LD_{50}（po）为 2.65 ± 0.286g/kg，LD_{50}（ip）为 1.945 ± 0.207g/kg。综合实验结果证实：荆芥炭提取物 StE 具有明显的止血作用，可显著缩短小鼠凝血和出血时间。[26]

王效菊对活血化瘀药物的作用机制作了较为详尽的阐述，通过临床应用和实验研究确认了本类药物的治疗机制：①具有改善微循环的作用，故可改善末梢出血性疾患与微循环障碍相关的病理变化。②降低血液粘稠度，从而改变出血性疾患与血液浓、粘、聚倾向增高相关的病理机制，可显著降低血浆纤维蛋白原含量及减慢红细胞沉降率。③促进内出血的吸收，减少和防止粘连，促进因出血引起的机体组织损伤的修复。④具有改善血小板的质量、加速血凝固的作用。[27]刘青云对风轮菜属四种植物止血作用作了比较研究。风轮菜、荫风轮、光风轮、瘦风轮对家兔不同部位创伤出血，有明显止血作用，其醇提物可缩短小鼠断尾出血时间，减少出血量；对血管有收缩作用。止血强度依次为风轮菜、荫风轮、光风轮、瘦风轮。对组织刺激性均小，并有一定的抗菌作用，其醇提物给小鼠灌服 LD_{50}均大于 20g/kg。本实验通过观察对家兔创伤出血的止血作用，对小鼠出、凝血时间的影响，对血管收缩性的影响，抗菌作用试验，对家兔局部组织刺激性和吸收试验及耐受量试验：结果提示同属植物对创伤出血均有明显止血作用。醇提物与云南白药比，风轮菜、荫风轮、光风轮止血作用不优于云南白药，或弱于白药，可能由于白药主要成分三七止血作用既能促进凝血功能，又有收缩血管作用；而四种植物自身相比，无论对创伤止血或体内给药断尾止血和减少出血量，均以风轮菜最强，瘦风轮较弱，荫风轮和光风轮居间。且风轮菜药源丰富，具有一定的开发价值。[28]

【古训今释】

1 病名溯源

1.1 涵 义

便血者，血从肛门而出，即大便带血；或谓下血，泄血，另有所谓肠风，脏毒，近血，远血等当属此类。《增补寿世保元·便血》云“下血者，大便出血也。”

1.2 历史沿革

综观古医籍，便血的别称有血便、下血、结阴、泄血、近血、远血、肠风、脏毒等。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

早在《内经》中对本证就有多处记载及论述。《素问·阴阳别论》："结阴者，便血一升，再结二升，三结三升。"《灵枢·百病始生》"阴络伤则血内溢，血内溢则后血。"《素问·气交变大论》："岁金不及，炎火乃行。……民病肩背瞀重，鼽嚏，血便注下。"指出了便血的发病原因是阴络伤及火热太过。

便血之名，最早见于《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》："伤寒热少微厥，……若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血"。而在《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》篇将便血称为下血，并区分为远血及近血。"下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之。""下血，先血后便，此近血也，赤小豆当归散主之。"黄土汤与赤豆当归散至今仍为临床所习用。

《中藏经·论大肠虚实寒热生死逆顺脉证之法》："热极则便血。又风中大肠，则下血。"《中藏经·论诊杂病必死候》："泻血，其脉浮大牢数者，死。""肾绝，大便赤溲下血，耳干脚浮，舌肿者，六日死。"华佗已对便血一证进行虚实寒热及逆顺判定，特别还强调脉象及耳干脚浮，舌肿者死亡的情况。

隋·巢元方《诸病源候论·血病诸候》："冷气在内，亦大便下血，其色如小豆汁，出时疼而不甚痛。前便后下血者，血来远；前下血后便者，血来近。远近者，言病在上焦，下焦也。今人面无血色，时寒时热，脉浮弱，按三绝者下血。"对便血的病因病机作了较详细的论述，认为将适失度，劳伤脏腑以及风邪、热邪人侵，病及胃肠，是引起便血的重要原因。

宋·陈言《三因极一病证方论·便血证治》："病者大便下血，或清，或浊，或鲜，或黑，或在便前，或在便后，或与泄物并下。此由内外有所感伤，凝停在胃，随气下通，亦妄行之类，故曰便血。"强调了病者便血，病因是由内外感受所致，其病位在胃。对我们研究病因及临床治疗有一定参考价值。

元·朱震亨《丹溪心法·下血》："肠胃不虚，邪气无从而人，人惟坐卧风湿，醉饱房劳，生冷停寒，酒而积热，以致荣血失道，渗人大肠，此肠风脏毒之所由作也。夹热下血，清而色鲜，腹中有痛，夹冷下血，浊以色黯，腹中略痛。清则为肠风，浊则为脏毒。有先便而后血者，其来也远，有先血而后便者，其来也近。"朱氏指出，在脾胃虚弱的情况下，邪气所凑，或久居风湿之地，醉以合房而劳作，饮食生冷伤脾胃，酒醇无度而生热，均可导致血不循经，渗人大肠。又区分为夹寒症与夹热症，又可以表现为脏毒，又可以表现为肠风，又有在粪前粪后便血之论。

明·张介宾《景岳全书·血证》："大便下血，多由肠胃之火，盖大肠小肠皆属于胃也。但血在便前者，其来近，近者或在广肠，或在肛门，血在便后者，其来远，远者或在小肠，或在胃。"对大便下血作了系统的定位，在胃，在小肠，或广肠、肛门。并从病机方面阐明火热致病。

清·沈金鳌《杂病源流犀烛·诸血源流》："便血者，《内经》谓之结阴病，由于阴气内结，不得外行，血无所禀，渗人肠间，遂成此证，与肠风不同。"简述了便血与结阴病同病而异名，是因阴寒凝结而成。

总而言之，便血古来有之，名称繁多，或称之结阴、血便、下血，或称之谓肠风、脏毒，或根据出血部位之不同又有近血、远血之分，但从实际来看，均是由肛门排出血便，

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

故而从明清医家为其正名为“便血”。并一直沿用至今，也不无道理。从西医学的角度来看，诸多表现为便血的疾病，前已多次述及，均可参照本篇理论，采取辨病辨证方法，或四诊合参辨证施治。

2 证候与病象

有关便血证候的论述，历代医家所论甚详，但归结起来，最重要的是病因病机归类，发病部位的归类。

2.1 病因病机论

从《内经》诸论始，至明清众医家对便血的病因病机认识集中在外感六淫之邪及内伤肠胃二个方而。

2.1.1 外感论

《素问·气交变大论》：“岁金不及，炎火乃行。……民病肩背瞀重，鼽嚏，血便注下。”《素问·六元正纪大论》：“阳明司天之政，气化运行后天……四之气……骨痿血便。”《素问·至真要大论》：“岁少阴在泉，火淫所胜，……民病注泄赤白，少腹痛，溺赤，甚则血便。”《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》：“伤寒，热少，微厥，指头寒，嘿嘿不欲饮食，烦躁，数日小便利，色白者，此热除也。欲得食，其病为愈；若厥而呕，胸胁烦满者，其后必便血。”诸段经文详细论述了外感热病引起便血的情况。后世医家明·李梴在其所著《医学入门·便血》中指出：“自外感得者曰肠风，随感随见，所以色鲜，多在粪前，自大肠气分来也。……外感风者，色青，或纯下清血。”明代另一位医家龚廷贤《寿世保元·便血》云：“一论下血者，大便出血也，乃脏腑蕴结湿热之毒而成。或……或风邪之冒，或七情六淫所伤，使气血逆乱，荣卫失度，皆能令人下血……”。而明张介宾在《景岳全书·杂证谟·血证》亦云：“结阴便血者，以风寒之邪，结于阴分而然，此非伤寒之证。盖邪在五脏留而不去，是谓之结阴。邪内结不得外行，则病归血分，故为便血。”对外感而致便血有热邪，同时补充尚有风邪所致。

2.1.2 内伤论

《丹溪心法·下血》：“先有便结而后下血，右尺脉浮，食毒物积于肠中，血随粪下，遇食则发，名藏毒下血，脉见积脉。阴结，夫邪入五脏则阴脉不和，血留之渗入肠间，脉虚涩也。”明·戴思恭《论证要诀·泻血》：“泻血当辨其色，色鲜为热，色瘀为寒。……肠风脏毒：血清而色鲜者，为肠风；浊而黯，为脏毒。……或久而不已，而色姜黄，渐成虚意，下元衰弱者，宜黄芪四君子汤，下断红丸，或十全大补汤，或黄芪饮。”清·李用粹《证治汇补·便血》：“纯下清血者，风也；色如烟尘者，湿也；色黯者，寒也；鲜红者，热也；糟粕相混者，食积也；……后重便减者，湿毒蕴滞也；……跌伤便黑者，瘀也。”明·绮石《理虚元鉴·肠风便血不同怯症》：“每见先天不足之人，得肠红便血之症，不肯自认为劳怯，且以为轻病而不治，久久而气血尽而不治者甚多。不知虚弱之人，饥饱劳役，风、寒、暑、湿乘虚而人，兼之酒色太过，湿滞中州，元气下陷，寒风邪火，流人肠胃，气滞血凝，腐败溃乱，而成土崩河决之势，若不速治，将成大患”。宋·严用和《济生方·血病门》：“夫大便下血者，多因过饱，饮酒无度，房室劳损，荣卫气虚，风冷易人，邪热

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

内蕴，留注大肠则为下血。”《景岳全书·血证》：“虽血之妄行，由火者多，然未必尽由于火也。故于火证之外，则有脾胃阴虚而不能统血者，有气陷而血亦陷者，有病久滑泄而血因以动者，有风邪结于阴分而为便血者。大都有火者，多因血热，无火者，多因虚滑，故治血者，但当知虚实之要。……脾胃气虚而大便下血者，其血不甚鲜红，或紫色，或黑色。此阳败而然，故多无热证，而或见恶心呕吐。盖脾统血，脾气虚则不能收摄；脾化血，脾气虚，则不能运化，是皆血无所主，因而脱陷妄行，速宜温补脾胃。……凡因劳倦七情，内伤不足，而致大便动血者，非伤心脾，即伤肝肾。……”综上所述，各位医家分别从不同角度谈及内伤而致便血。朱丹溪的食毒物而致藏毒下血，戴思恭则从血色的色泽判断属热、属瘀以及从用药推论当又有脾胃虚惫而致。李用粹则分别从风、湿、寒、热、食、积、湿毒、瘀七个方面对便血进行阐述。严用和则认为伤胃，饮酒，房劳导致热蕴，伤及肠络而致便血。张景岳则对便血作了详尽的阐述，不单因火而致，尚可见脾胃阴虚不能统血，因气陷，因滑泄，或因劳倦七情，内伤不足等而致心脾肝肾的损伤，最终引发便血。此外，如清·唐容川《血证论·便血》所云：“盖肝血上干，从浊道则吐，从清道则衄，肝血下渗，从清道则尿血，从浊道则下血。”又从肝脏病的角度进一步阐明了便血的发生，逐步完善了内伤原因而致便血的发病机制。

2.2 发病部位研究

《灵枢·百病始生》：“阴经伤则血内溢，血内溢则后血。”《丹溪心法·下血》：“下血为内伤经脉所致。”均强调便血一病是致病因伤损经脉，在里，而不在表，一般为在腑，而不在脏。《丹溪心法·下血·肠风脏毒》：“独在胃与大肠。”明·张介宾《景岳全书·血证》：“大便下血，多由肠胃之火，盖大肠小肠皆属于胃也。但血在便前者，其来近，近者或在广肠，或在肛门；血在便后者，其来远，远者或在小肠，或在胃。”张氏不仅明确指出便血部位是在肠胃，而且对便前血和便后血的部位也作了交代。或言之，只要是肛门排出血液或粪便带血，一般宜辨血色、清浊及远近。色鲜而红者为热，色瘀者为寒。血在便前者其来近，或在广肠或在肛门；血在便后者，其来远，或在小肠或在胃；血清而色鲜者为肠风，多在便前；血浊而色黯为脏毒，多在便后。这些看法可见于历代医学的撰著及观点。宋·陈言《三因极一病证方论·便血》：“风痫下血，病者因风停于肤腠，乘虚入肠胃，风动血，故便清血，或下瘀血，注下无度，名曰风利，古方以此为蛊痫，非也。”《丹溪心法·下血》：“肠风脏毒：肠风毒在胃与大肠出。”明·戴思恭《证治要诀·泻血》：“泻血当辨其色，色鲜为热，色瘀为寒。”“肠风脏毒，血清而色鲜者，为肠风；浊而黯，为脏毒。或在粪前，或在粪后”。明·楼英《医学纲目·下血》：“大便下血者，肺与大肠受热。”“肠风辨，如下清血色鲜者，肠风也；血浊而色黯者，脏毒也。肛门射如血箭者，虫痔也。又有一种下部虚，阳气不升，血随气而降者。”明·李梴《医学入门·便血》对便血的认识从外感、内伤分，外感得者是肠风，大肠气分病。内伤得者是脏毒，小肠血分病。明·龚廷贤《寿世保元·便血》：“一论肠风下血者，必在粪前，是名近血，色青而鲜，其脉又浮……一论脏毒下血，必在粪后，是名远血……一论大便下血，大肠痛不可忍，肛门肿起，此下焦热毒盛也。一论大便下血，久不止者，此脏腑虚寒故也，面色萎黄，身体瘦弱……。”清·李用粹《证治汇补·便血》：“附肠风，肠风者，自外感而得，邪气内客，随感随见。属足阳

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

明经。或外风从肠胃经络而人客，或内风因肝木过旺而下乘……附脏毒，脏毒者，自内伤而得，蕴积毒气，血色浊黯，久而始见。属大肠经积热，久而生湿，湿从而下流也。外证腹内略痛，浊血兼脓，或肛门肿胀，或肠头突出，或大便难通。”清·程国彭《医学心悟》：“便血症，有肠风，有脏毒，有热有寒，病人脏腑有热，风邪乘之，则下鲜血，此名肠风，清魂散主之。若肠胃不清，下如鱼肠，或如豆汁，此名脏毒，芍药汤主之。”本结虽列题为对发病部位的研究，实际上就部位，病因，病机一并作了系统的概述。综合起来为《中藏经》认为便血是大肠热极。下血、泻血是风在大肠。河间则认为血泄是寒客于下焦。如其在《素问玄机原病式》中说：“热客下焦，而大小便血也。”《三因极一病证方论》则论气论清浊，或鲜或黑，便前便后，皆因内外感伤，凝停于胃。《医学纲目》则辨下血为肺与大肠受热。《医学人门》则认为外感得者为肠风，内伤得者为脏毒，并分述风、热、暑、湿、寒、毒及饮食、劳倦、虚弱等便血证治。《景岳全书》认为多由肠胃之火，大肠、小肠皆属胃。此外，清·吴谦等《医宗金鉴》认为肠风是热与风合，脏毒是热与湿合。

3 治法与治则

治疗便血的有效方剂，最早见于汉·张仲景的《金匮要略》治疗远血的黄土汤，治疗近血的赤小豆当归散至今仍倍受临床推崇。治疗便血的方剂，在宋代又得到进一步的发挥。《太平圣惠方》，《太平惠民和剂局方》，《圣济总录》，《普济本事方》，《三因方》，《济生方》创制了一个鼎盛时期。明清的著名医家从理论上发展了便血，故而在治疗方而也多有建树。

3.1 祛风解毒法

《丹溪心法·下血》：“肠风者，邪气并人，随感随见。脏毒者，蕴积毒久而始见。三日方五痔肠风脏毒，辨之甚详，二证皆以四物汤加刺猬皮。”明·戴思恭《证治要诀·泻血》：“有肠风下血，以香附末加百草霜，米饮调服，加人麝香少许，其应尤捷。”“有风人肠胃，纯下清血，或风湿人肠胃，下如豆汁，或下瘀血，并宜胃风汤，胶艾汤。” “肠风脏毒：……并宜米饮汤调枳壳散，下酒煮黄连丸，或枳壳散，或乌梅丸。此乃因登圊粪中有血，却与泻血不同，或用小乌沉汤或黑神散，米饮调下，粪前后有血皆可用，色瘀尤甚捷。”明·楼英《医学纲目·下血》：“大便下血，曰肠风，切勿止涩，究其本末症状，先清其表，后攻其里，其血自止。如脉洪大，宜四物合解毒汤调治。”明·龚廷贤《寿世保元·便血》：“下血，此方治大便下血，不问粪前粪后，并肠风下血皆治，解毒四物汤。一论肠风下血者，必在粪前，是名近血，色青而鲜，其脉又浮，宜人参败毒散、柏叶汤，治肠风下血。槐角丸：治肠风下血，不问粪前粪后，远年近日皆效。一论脏毒下血，必在粪后，是名远血，宜八宝汤。”明·张景岳《景岳全书·血证》：“若素以阳脏多火，而远年近日，脏毒下血，久不能愈者，宜脏连丸、猪脏丸主之。若大肠风热而血不止者，宜防风黄芩丸主之。”清·程国彭《医学心悟》：“便血症，有肠风，有脏毒，有热有寒，病人脏腑有热，风邪来之，则下鲜血，此名肠风，清魂散主之。若肠胃不清，下如鱼肠，或如豆汁，此名脏毒，芍药汤主之。”总结以上治疗肠风脏毒的方药，大体可以用养血解毒，祛风止血概括。

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

3.2 清热利湿法

《丹溪心法·下血》："其法不可纯用寒凉药，必于寒凉药中加辛味为佳。久不愈者，后用温剂，必兼升举药中加酒浸炒凉药，如酒煮黄连丸之类，寒因热用故也。有热，四物加炒山栀、升麻、秦艽、阿胶珠，去大肠湿热。属虚者，当温散，四物加炮干姜、升麻。凡用血药，不可单行单止也……下血当别其色，色鲜红为热，以连蒲散。又若内蕴热毒，毒气入肠胃，或因饮酒过多，及啖糟藏炙燥引血入大肠，故下血鲜红，宜黄连丸，或一味黄连煎。若大下不止者，宜四物汤加黄连、槐花，乃取血见愁少许，生姜捣取汁和米大服。于血见愁草中，加入侧柏叶，与生姜同捣汁，尤好。毒暑入肠胃下血者，亦宜加味黄连、槐花，入煎服。"明·戴思恭《证治要诀·泻血》："血色鲜红者，多因内蕴热毒，毒气入肠胃，或饮酒过多，及啖糟藏炙燥，引血入大肠，故泻鲜血，宜连蒲散，吞黄连阿胶丸及香连丸，或一味黄连煎饮。"明·楼英《医学纲目·下血》："大便下血者，肺与大肠受热，宜四物同解毒药，入艾煎，下三黄丸调治之。"明·虞搏《医学正传·大便下血》："有热有虚，热用四物汤加山栀子、升麻、秦艽、阿胶，虚用四物汤加干姜、升麻。"明·王肯堂《证治准绳·杂病·下血》："下血腹中痛，谓之热毒下血，血色不鲜或紫黑，或如豆汁，黄连汤主之。下血腹中痛，谓之热毒下血，血色鲜，芍药黄连汤主之。"东垣《兰室秘藏·泻痢停》载治宿有肠血证，因五月大热吃杏肠澼下血……升麻补胃汤（湿毒）。太阴阳明腹痛，大便常溏泄……和中益胃汤（湿热），肠澼下血……阳明气冲热毒所作也，升阳除湿和血汤（湿热）。明·龚廷贤《寿世保元·便血》："一论大便下血，大肠痛不可忍，肛门肿起，此下焦热毒盛也，宜加味解毒汤。"明·李中梓《医宗必读·下血》："太阳病不解，其人如狂，热结膀胱，血自下者愈；若不愈，桂枝汤。小腹急满，抵当汤；少阴下血，桃红汤。腹满，身热，下脓血，黄连阿胶汤、地榆散。"明·张介宾《景岳全书·血证》："下血因火者，宜清热为主，惟约营煎最佳；次以地榆散、槐花散、黄连丸、槐角丸之类主之。若热在脾胃与肠之间，而火之甚者，宜抽薪饮、黄连解毒汤之类主之"。"酒毒湿热，结蓄大肠下血者，宜约营煎、聚宝丸，或槐角丸之类主之。"清·程国彭《医学心悟》："凡下血症，脉数有力，唇焦口燥，喜冷畏热，是为有火，宜用前方（指芍药汤）加黄芩、丹皮、生地之属"。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·诸血源流》："有实热积于内而便血者。宜当归水气汤。"

3.3 健脾补气和胃法

《丹溪心法·肠风脏毒》："虽然精气血气，生于谷气，靖为大肠下血，大抵以胃药收功。以四君子汤、参苓白术散、枳壳散、小乌沉汤和之；胃气一回，血自循于经络矣"。明·戴思恭《证治要诀·泻血》："或久而不已，面色萎黄，渐成虚惫，下元衰弱者，宜黄芪四君子汤、下断红丸，或十全大补汤，或黄芪饮。诸般肠风脏毒，并宜生银杏四十九个去壳膜烂研，人百药煎末，丸如弹子大，每两三丸，空心细嚼，米饮下。"明·李梴《医学入门·便血》："内伤饮食，腹必胀满，糟粕与血同来，平胃散加槐角、枳壳、当归、乌梅、甘草，或通元二八丹。虚者六君子汤加芎、归、神曲，或六神丸。""内伤劳伤，元气下陷者，补中益气汤，脱肛者，榆砂汤。""内伤中气虚弱者，四君子汤或单人参汤，加炒干姜少许，古卷柏散、古乌荆丸、剪红丸。阳虚甚者，矾附丹。内伤阴虚血弱者四物汤加干

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

姜，龟柏丸、活龟丸、肾气丸。内伤络脉下血者，古连壳丸。虚者，十全大补汤主之。内伤忧思，怔忡少寐，有汗者，归脾汤”。明·龚廷贤《寿世保元·便血》：“一论大便下血，久不止者，此虚寒故也，面色萎黄，身体瘦弱，宜断红丸”。明·张介宾《景岳全书·血证》：“脾胃气虚而大便下血者，其血不甚鲜红，或紫色，或黑色，此阳败而然，故多无热证，而或见恶心呕吐。盖脾统血，脾气虚则不能收摄，脾化血，脾气虚，则不能运化，是皆血无所主，因而脱陷妄行，速宜滋补脾胃，以寿脾煎，理中汤，养中煎，归脾汤，或十全大补汤之类主之”。“气陷不举而血不止者，宜补中益气汤，或微陷而兼火者，宜东垣加减四物汤主之。若气大虚而大陷者，宜举元煎主之。”清·程国彭《医学心悟》：“若脉数有力，唇淡口和，喜热畏寒，或四肢厥冷，是为有寒，宜用温药止之，理中加归芍主之。若便久不止，气血大虚，宜用归脾十全辈，统血归经，血本属阴，生于阳气，治者宜滋其化源”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·诸血源流》：“有下血虚寒，日久肠冷者，宜熟附子丸。有便血及肠风，有寒药热药及脾虚药俱不效者，宜山杏子散”。

3.4 活血祛瘀法

《丹溪心法·下血》：“血色瘀者为寒，血逐气走，冷寒入客肠胃，故上瘀血，宜理中汤温散。……颠扑恶损，血入肠胃，下血浊如瘀血者，宜黑神散加老黄茄为末酒调下。”明·李梴《医学入门·便血》：“有瘀血者，桃红承血汤”。清·沈金鳌《杂病源流犀烛·诸血源流》：“有瘀血内漏者，宜蒲黄散子”。

3.5 其 它 治 法

元·朱震亨《平治荟萃·下血》：“凡用血药，不可单行单止，有风邪下陷，宜升提之。盖风伤肝，肝生血，故有湿伤血宜行湿消热可也。”除以上论述的诸多治法，尚有部分临床治则及方药属于随症辨治之类。如依血色而辨用药。明·戴思恭《证治要诀·泻血》：“血色清鲜者，以瓦松烧灰细研，米饮调服，宜减桂王苓饮，加茅花五分，吞荆梅花丸，仍以侧柏叶同姜汁捣，冷水解下，侵些米饮佳。如血色淡浊者，胃风汤吞蒜连丸，或棕灰散，仍以米饮调香附末，或三灰散。”有因湿伤血，有因风邪下陷而致便血的治则。明·虞搏《医学正传·大便下血》：“便血，有风邪下陷者，盖风伤肝，肝生血故也，宜升提之，四物汤加防风、荆芥、升麻、柴胡、秦艽、槐花、条芩、地榆、枳壳，煎服。有湿伤血者，宜行湿清热，苍术、白术、黄连、黄柏、当归、川芎、芍药、地榆、槐花，水煎服之。”有外感风邪者，有外感暑热，治法各异。明·李梴《医学入门·便血》：“外感风者，色青，或纯下清血，实者人参败毒散加槐花，荆芥，虚者不换金正气散；……暑月黄连香薷散，热甚则黑者解毒汤合四物汤加大黄。”有血滑不止者，宜以固涩为治。明·张介宾《景岳全书·杂证谟·血证》：“血滑不止者，或因病久而滑，或因年衰而滑，或因气虚而滑，或因误用攻击，以致气陷而滑。凡动血之初多由于火，及火邪既衰，而仍有不能止者，非虚即滑也。凡此之类，皆当以固涩为主，宜胜金丸，香梅丸主之。然血滑不止者，多由气虚，宜以人参汤送之尤妙，或以补中益气汤，归脾汤，举元煎，理中汤加乌梅、文蛤、五味子之类主之。若滑甚不能止者，惟玉关丸最佳。另有脾湿致便血，肾元不足须补益。”清·沈金鳌《杂病源流犀烛·诸血源流》：“有由脾湿便血者，宜苍术地榆汤。有大便泻血，三代相

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

传者，宜砂仁末米汤热服二钱，以愈为度。……有便血止后，但觉丹田元气虚乏，腰膝沉重少力者，宜桑寄生散。”

展　望

便血可因多种消化系统疾患所引起，有远血、近血之分，临床上往往与吐血并存互见，故有关资料中研究更多的是吐血与便血（黑便）并见的情况。如临床常见的上消化道出血，已逐渐形成现代化的诊疗程序及中医辨证与疗效判定标准，但却缺乏对便血证，尤其是近血的中医标准化研究，今后应从以下方面着手：

1. 开展便血证的系统化研究，探索其病因病机与辨证论治的本质规律，科学地制定现代的中医便血证诊疗标准。从文献报导来看，中医药治疗便血已积累了许多宝贵经验，不论是上消化道出血，还是下消化道出血（如急性出血性坏死性肠炎、慢性非特异性溃疡性结肠炎及肛肠疾患之便血）。然而由于各家的辨证分型标准不统一，重复性较差，也由于辨证分型标准不能反映证的动态变化和系统过程，不利于临床治疗和疗效评价；更因为缺乏定性定量标准，难以统一认识，无法与国际接轨。因此，应将西医辨病、中医辨证有机地结合起来，使“证”的量化、定位，审证求因等进一步完善。运用现代基础科学与西医学对“证”进行多学科、多层次的研究，提高临床辨证的客观性和规范性，以利于确立严谨、客观的辨证诊断模式。

2. 以提高临床疗效为核心，大力开展便血证的治法与方药研究。当今临床上，辨证施治在许多血证的治疗上似乎受到单方单药的挑战，便血也不例外。究其原因，概与辨证标准不一，分型过细，选方较分散有关。随着对便血证发病机制、演变规律本质的深入研究，要注意探索切中病因病机的治法与方药，并阐明其作用机理，以确保其临床疗效的客观可靠性，以便推广应用。

3. 继续开展止血中药的现代化研究，搞好新药开发与剂型、给药途径改革。临床实验研究表明，有许多止血中药治疗便血疗效确切，甚至优于西药组，故应深入进行中药质量及药化动力学研究，寻找最佳药源，有效成分，有效组分，有效部位，阐明中药作用的物质基础及治疗机理。另外，不同的中药剂型与给药途径直接影响着临床疗效。目前临床上常用的治疗便血的方药大多以汤、丸、膏、散（末）、栓、针剂等剂型通过口服、肌注或静脉滴注及局部给药等内外治法，而发挥不同的临床疗效。因此，要充分开发利用中药资源，不断研制出简便实用、高效价廉的新中药剂型及给药途径，以满足便血急症的临床之需。

4. 发挥西医学的科技优势，推动便血疑难重症的诊治研究。便血证可发生于多种全身性疾病与消化道疾病的不同阶段，其中有许多原发疑难病症凭借便血的常规治疗无法解决，如消化系统癌症就是一个至今尚未彻底攻克的医学难题。介入性放射学是近 10 年放射学界重要的先进技术之一，它包括两大类，即在影像导引（CT、超声、X 线、数字减影仪）下施行的经皮非经血管技术和经皮经血管技术。目前报告较多的是经皮经血管技术，如对下消化道出血可试用肠系膜下动脉分支超选栓塞术达到止血，控制病情发展，或

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

为外科手术创造条件之目的。不仅如此，通过介入性诊疗技术，使得包括癌症在内的多种疑难顽症的诊断和治疗水平都大大提高，推动了临床医学的发展。今后，有关科技人员须继续致力于介人技术的创新，介入器械的改进和国产化研究，而广大临床工作者则要努力学习掌握现代化医学科学技术，使之为临床所用，并不断研制和开发出与新技术手段相匹配的新型中药（如中药止血剂、栓塞剂、化疗剂等），进一步提高中医药治疗便血及其疑难、急重症的临床疗效，使中医血证治疗逐渐步人现代科学行列。

（秦克力　刘静霞）

近现代参考文献

[1] 张正贤．气机升降理论在血证治疗中的应用．湖北中医杂志，1987（5）:43
[2] 段和平．湿温便血临证浅析．贵阳中医学院学报，1992（4）:31
[3] 林兆耆．实用内科学．第7版．北京：人民卫生出版社，1981.1683～1701
[4]《全国中草药汇编》．北京：人民卫生出版社，1978.
[5] 邓舜华．灶心土加味治疗急性远血症40例疗效观察．上海中医药杂志，1994（8）:31
[6] 葛传富．黄土汤治疗上消化道出血57例．湖北中医杂志，1994（3）:26
[7] 张家铭．温中健脾治疗上消化道出血57例．河北中医，1994（5）:28
[8] 汤新民．健脾摄血法治疗上消化道出血30例．上海中医药杂志，1993（1）:11
[9] 熊成熙．自拟赤石脂汤治疗脾阳不足型血便30例．湖北中医杂志，1992（2）:25
[10] 唐江山．加味桃花汤治脾胃虚寒型上消化道出血32例．福建中医药，1994（6）:7
[11] 洪德华．加味赤小豆当归汤治疗近血体会．1990（2）:61
[12] 彭述宪．赤豆当归散临床运用．湖南中医杂志．1993（3）:7
[13] 牛治君．泻心汤加味治疗便血临床研究．中国肛肠病杂志，1994（5）:14
[14] 程如海．泻心汤加味治疗上消化道出血24例观察．黑龙江中医药，1991（4）:15
[15] 张可可．半夏泻心汤加味治疗上消化道血证24例．安徽中医学院学报，1995（3）:26
[16] 李裕怀．三黄泻心汤加味治疗上消化道出血50例临床观察．新中医，1995（12）:23
[17] 白迎堂．降冲止血法的临床研究．上海中医药杂志，1990（5）:27
[18] 李鸿芬．运用“上病下取，下病上取”治疗血证的体会，天津中医，1985（2）:23
[19] 汪蓉．倍降汤治疗上消化道出血174例．安徽中医学院学报，1995（14）:1
[20] 何维杰．中西医结合治疗上消化道出血50例疗效观察．广西中医药，1988（11）:6
[21] 李志辉．祛瘀止血散治疗上消化道出血45例疗效观察．湖南中医杂志，1992（1）:20～21
[22] 卢书山．荷叶丸方加减治疗溃疡病出血400例．浙江中医杂志，1991（4）445
[23] 丘和明．紫珠草静脉注射液治疗上消化道出血临床疗效初步观察．中国中医急症，1993（4）:152
[24] 夏军权．180例下消化道出血纤维结肠镜检查报告及舌象观察．实用中西医杂志，1996（9）:530
[25] 丁安伟．荆芥炒炭前后止血作用的研究．中药通报，1986（11）:23
[26] 丁安伟．荆芥炭提取物止血活性部位的研究．中国中药杂志，1993（9）:535
[27] 王效菊．治以祛瘀活血法的临床应用和实验研究．中医药研究，1992（3）:55
[28] 刘青云．风轮菜属四种植物止血作用的比较研究．中药材，1991（5）:40

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

❋ 附　录 ❋

方剂汇编

一　画

一贯煎（《柳州医话》）　沙参　麦冬　当归　生地黄　枸杞子　川楝子

二　画

二陈汤（《太平惠民和剂局方》）　陈皮　半夏　茯苓　炙甘草　生姜　乌梅

十灰散（《十药神书》）　大蓟　小蓟　侧柏叶　荷叶　茜草根　山栀　茅根　大黄　丹皮　棕榈皮

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

丁香透膈散（《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　厚朴　藿香　陈皮　半夏　草果

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

七味都气丸（《医宗己任篇》）　五味子　生地黄　山萸肉　山药　茯苓　丹皮　泽泻

八仙长寿丸（《医级》）　茯苓　泽泻　熟地黄　山药　山茱萸　丹皮　麦冬　五味子

八珍汤（《正体类要》）　人参　白术　茯苓　甘草　当归　白芍　川芎　熟地黄　生姜　大枣

人参大黄汤（《备急千金要方》）　大黄　牡丹皮　当归　芍药　甘草　生姜　吴茱萸　人参

人参白虎汤（《伤寒论》）　人参　生石膏　知母　粳米　甘草

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

三　画

三子养亲汤（《韩氏医通》）　苏子　白芥子　莱菔子

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

三圣散（《儒门事亲》）　防风　瓜蒂　藜芦

三物白散（《伤寒论》）　桔梗　巴豆　贝母

三物备急丸（《金匮要略》）　大黄　干姜　巴豆

三拗汤（《太平惠民和剂局方》）　麻黄　杏仁　甘草　生姜

三黄泻心汤（《金匮要略》）　大黄　黄芩　黄连

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大半夏汤（《金匮要略》） 半夏 人参 白蜜
大安丸（《丹溪心法》） 白术 神曲 山楂 茯苓 半夏 陈皮 连翘 莱菔子
大建中汤（《金匮要略》） 川椒 干姜 人参 饴糖
大补阴丸（《丹溪心法》） 知母 黄柏 熟地黄 龟甲 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
大黄甘草汤（《金匮要略》） 大黄 甘草
大黄牡丹皮汤（《金匮要略》） 大黄 丹皮 桃仁 冬瓜仁 芒硝
大黄附子汤（《金匮要略》） 大黄 附子 细辛
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
大承气汤（《伤寒论》） 生大黄 枳实 厚朴 芒硝
大柴胡汤（《伤寒论》） 柴胡 黄芩 半夏 枳实 白芍药 大黄 生姜 大枣
千金苇茎汤（《备急千金要方》） 苇茎 薏苡仁 冬瓜仁 桃仁
川芎茶调散（《太平惠民和剂局方》） 川芎 荆芥 薄荷 羌活 细辛 白芷 甘草 防风 细茶叶
小半夏汤（《金匮要略》） 半夏 生姜
小半夏茯苓汤（《金匮要略》） 半夏 茯苓 生姜
小青龙汤（《伤寒论》） 麻黄 白芍 细辛 干姜 甘草 桂枝 半夏 五味子
小建中汤（《伤寒论》） 桂枝 芍药 炙甘草 生姜 大枣 饴糖
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
己椒苈黄丸（《金匮要略》） 防己 椒目 葶苈

四 画

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 茯神 夜交藤
开关散（经验方） 川芎 牙皂 麝香
木香顺气散（《医学统旨》） 木香 青皮 陈皮 槟榔 枳壳 厚朴 乌药 香附 苍术 砂仁 甘草
木香槟榔丸（《儒门事亲》） 牵牛子 槟榔 大黄 黄连 黄柏 木香 陈皮 青皮 莪术 香附
木香槟榔丸（《医学集解》） 木香 槟榔 香附 青皮 陈皮 枳壳 熏丑 黄连 黄柏 三棱 莪术 大黄 芒硝
五皮饮（《中藏经》） 桑白皮 茯苓皮 陈皮 生姜皮 大腹皮
五汁安中饮（《经验方》） 韭汁 牛乳 生姜汁 梨汁 藕汁
五味异功散（《小儿药证直诀》） 人参 甘草 茯苓 白术 陈皮
止嗽散（《医学心悟》） 荆芥 桔梗 甘草 白前 陈皮 百部 紫菀
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

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

皮　茯苓　泽泻　砂仁　干姜　姜黄　白术

牛黄清心丸（《痘疹世医心法》）　牛黄　朱砂　黄连　黄芩　栀子　郁金

升陷汤（《医学衷中参西录》）　生黄芪　知母　柴胡　桔梗　升麻

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

升阳除湿汤（《兰室秘藏》）　苍术　柴胡　羌活　防风　升麻　神曲　泽泻　猪苓　炙甘草　陈皮　麦芽

化血丹（《医学衷中参西录》）　花蕊石　三七末　血余炭

化肝煎（《景岳全书》）　青皮　陈皮　芍药　丹皮　栀子　泽泻　土贝母

双黄连口服液（研制方）　金银花　连翘　黄芩

丹参饮（《时方歌括》）　丹参　檀香　砂仁

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

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

六一散（《伤寒标本》）　滑石　甘草

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

六味回阳煎（《景岳全书》）　人参　制附子　炮姜　炙甘草　熟地黄　当归

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　子姜　延胡索　没药　当归　川芎　官桂　赤芍　蒲黄　五灵脂

气滞胃痛冲剂（研制方）　柴胡　枳壳　白芍　甘草　延胡索　香附等

五　画

玉女煎（《景岳全书》）　石膏　熟地黄　麦冬　知母　牛膝

玉枢丹（《中华人民共和国药典》1997年版）　麝香　朱砂　雄黄　红大戟　千金子霜　五倍子　山慈姑　糯米粉

玉屏风散（《丹溪心法》）　黄芪　白术　防风

正气天香散（《保命歌括》）　香附　陈皮　乌药　苏叶　干姜

正柴胡饮（《研制方》）　柴胡　陈皮　防风　芍药　甘草等

左归丸（《景岳全书》）　熟地黄　山药　山茱萸　枸杞子　菟丝子　鹿角胶　龟甲胶　川牛膝

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　菟丝子　鹿角胶　当归　杜仲　肉桂　附子

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

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

戊己丸（《太平惠民和剂局方》） 黄连 吴茱萸 白芍

平陈汤（经验方） 陈皮 苍术 茯苓 甘草 半夏 厚朴 白术 白蔻仁 干姜

甘草干姜汤（《伤寒论》） 炙甘草 干姜

甘露消毒丹（《温热经纬》） 滑石 茵陈 黄芩 石菖蒲 木通 贝母 射干 连翘 薄荷 白蔻 藿香

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

四物汤（《太平惠民和剂局方》） 当归 白芍药 川芎 熟地黄

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

四神丸（《证治准绳》 肉豆蔻 补骨脂 五味子 吴茱萸 生姜 大枣

四磨饮（《济生方》） 人参 槟榔 沉香 乌药

生地黄散（《医宗金鉴》） 生地黄 川芎 赤芍 羚羊角 木香 枳壳 大黄

生脉散（《内外伤辨惑论》） 人参 麦冬 五味子

生脉注射液（《研制方》） 人参 麦冬 五味子

生姜泻心汤（《伤寒论》） 生姜 半夏 黄芩 干姜 人参 黄连 炙甘草 大枣

生姜甘草汤（《备急千金要方》） 生姜 甘草 人参 大枣

代抵挡丸（汤）（《证治准绳》） 大黄 当归尾 生地黄 山甲片 芒硝 桃仁 肉桂

白头翁汤（《伤寒论》） 白头翁 黄连 黄柏 秦皮

白术安胃汤（《脾胃论》） 白术 茯苓 白扁豆 五味子 乌梅 黄连

白虎汤（《伤寒论》） 知母 石膏 炙甘草 粳米 人参

瓜蒌薤白半夏汤（《金匮要略》） 全瓜蒌 薤白 半夏 白酒

瓜蒂散（《伤寒论》） 瓜蒂 赤小豆 豆豉

加味桔梗汤（《医学心悟》） 桔梗 贝母 橘红 金银花 薏苡仁 葶苈子 白及

加减复脉汤（《温病条辨》） 炙甘草 干地黄 白芍 麦冬 阿胶 麻仁

加减葳蕤汤（《通俗伤寒论》） 玉竹 葱白 桔梗 白薇 豆豉 薄荷 炙甘草 大枣

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

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 黄连 茯苓 生姜 苏叶

六 画

地榆散（《活人书》） 地榆 犀角屑 黄连 黄芩 茜根 栀子

芍药甘草汤（《伤寒论》） 白芍药 甘草

百合固金汤（《慎斋遗书》） 生地黄 熟地黄 麦冬 百合 芍药 当归

百合固金汤（《医方集解》） 熟地黄 生地黄 贝母 百合 当归 芍药 生甘草 玄参

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

桔梗 麦门冬

百令胶囊（《研制方》） 发酵虫草菌菌丝体 干粉

百部煎剂（经验方） 百部 生地 百合 麦冬

达原饮（《温疫论》） 槟榔 厚朴 草果 知母 芍药 黄芩 甘草

至宝丹（《太平惠民和剂局方》） 犀角 琥珀 朱砂 雄黄 龙脑 麝香 牛黄 安息香 金箔 银箔

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

当归补血汤（《内外伤辨惑论》） 黄芪 当归

当归四逆汤（《伤寒论》） 当归 桂枝 芍药 细辛 炙甘草 大枣

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

竹叶石膏汤（《伤寒论》） 竹叶 石膏 麦冬 人参 半夏 粳米 炙甘草

竹茹汤（《千金翼方》） 竹茹 橘皮 半夏 生姜 紫苏 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

华盖散（《太平惠民和剂局方》） 杏仁 麻黄 苏子 赤茯苓 桑白皮 橘红 甘草

安宫牛黄丸（《温病条辨》） 牛黄 广郁金 犀角 黄连 朱砂 冰片 珍珠 山栀 雄黄 黄芩 麝香 金箔衣

冰硼散（《外科正宗》） 元明粉 朱砂 硼砂 冰片

导赤散（《小儿药证直诀》） 生地黄 木通 生甘草 淡竹叶

导痰汤（《妇人大全良方》） 半夏 橘红 茯苓 甘草 生姜 南星 枳实

防己黄芪汤（《金匮要略》） 防己 黄芪 白术 甘草 生姜 大枣

防风泻白散（《症因脉治》） 防风 桑白皮 地骨皮 甘草

防风桔梗汤（《症因脉治》） 防风 半夏 枳壳 陈皮 桔梗

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

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

七 画

麦门冬汤（《金匮要略》） 麦门冬 半夏 人参 甘草 粳米 大枣

麦冬养荣汤（《血证论》） 人参 麦冬 当归 白芍 生地 陈皮 黄芪 知母 五味子 甘草

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 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

苏沉九宝汤（《丹溪心法附余》） 桑白皮 甘草 大腹皮 官桂 麻黄 薄荷 陈皮 紫

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

苏 杏仁 生姜 乌梅

苏叶黄连汤(《温热经纬》) 苏叶 黄连

杏苏散(《温病条辨》) 杏仁 紫苏叶 橘皮 半夏 生姜 枳壳 桔梗 前胡 茯苓 甘草 大枣

来复丹(《太平惠民和剂局方》) 玄精石 硝石 硫黄 橘皮 青皮 五灵脂

连朴饮(《霍乱论》) 厚朴 黄连 石菖蒲 半夏 焦山栀 芦根 香豉

吴茱萸汤(《伤寒论》) 吴茱萸 人参 生姜 大枣

利膈化痰丸(《丹溪心法》) 南星 蛤粉 半夏 瓜蒌仁 贝母 香附 皂角 杏仁 姜汁

沙参麦冬汤(《温病条辨》) 沙参 麦冬 玉竹 甘草 桑叶 白扁豆 天花粉

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

沉香丸(《太平圣惠方》) 沉香 鹿茸 炮附子 牛膝 桂心 海桐皮 革薢 槟榔 全蝎

沉香降气汤(《张氏医通》) 沉香 砂仁 甘草 香附 川楝子 延胡索

良附丸(《良方集腋》) 高良姜 香附

启膈散(《医学心悟》) 沙参 茯苓 丹参 川贝 郁金 砂仁壳 荷叶蒂 杵头糠

补天大造丸(《医学心悟》) 人参 白术 当归 枣仁 炙黄芪 远志 白芍 山药 茯苓 杞子 紫河车 龟甲 鹿角 大熟地黄

补中益气汤(《脾胃论》) 黄芪 甘草 人参 当归 橘皮 升麻 柴胡 枳壳

补肺汤(《永类钤方》) 人参 黄芪 熟地黄 五味子 紫菀 桑白皮

补气运脾丸(《沈氏尊生》) 人参 白术 香附 陈皮 薏仁 砂仁 青皮 槟榔 茯苓 半夏 厚朴 甘草 加姜炼蜜为丸

附子理中汤(《阎氏小儿方论》) 人参 白术 子姜 甘草 附子

附桂理中丸(经验方) 附子 肉桂 人参 白术 甘草

八 画

青蒿鳖甲汤(《温病条辨》) 青蒿 鳖甲 细生地 知母 丹皮

苓桂术甘汤(《伤寒论》) 茯苓 桂枝 白术 炙甘草

苓甘五味姜辛汤(《金匮要略》) 茯苓 甘草 子姜 细辛 五味子

肾气丸(《济生方》) 熟地 茯苓 山药 山萸肉 丹皮 泽泻 肉桂 附子 牛膝 车前子

固阴煎(《景岳全书》) 人参 熟地黄 菟丝子 山药 山茱萸 远志 五味子 甘草

知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 熟地黄 山茱萸 淮山药 丹皮 茯苓 泽泻 知母 黄柏

金水六君煎(《新方八阵》) 当归 茯苓 半夏 熟地黄 陈皮 炙甘草 生姜

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

炙甘草汤(《伤寒论》) 炙甘草 生姜 人参 麦门冬 熟地黄 桂枝 阿胶 火麻仁 大枣

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

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 麦门冬 当归身 人参 五味子

泻心汤（《金匮要略》） 大黄 黄连 黄芩

泻白散（《小儿药证直诀》） 桑白皮 地骨皮 生甘草 粳米

泻黄散（《小儿药证直诀》） 石膏 山栀 藿香 防风 甘草

泻青丸（《小儿药证直诀》） 当归 龙胆草 川芎 山栀子仁 大黄 羌独 防风 竹叶

实脾饮（《济生宁》） 厚朴 白术 木瓜 木香 草果 大腹皮 附子 干姜 甘草 白茯苓

羌活胜湿汤（《内外伤辨惑论》） 羌活 独活 川芎 蔓荆子 甘草 防风 藁本

参麦注射液（研制方） 人参 麦冬

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（《正体类要》） 人参 附子

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 薏苡仁 缩砂仁 桔梗

参蛤散（《济生方》） 人参 蛤蚧

九 画

荆防败毒散（《摄生众妙方》） 荆芥 防风 羌活 独活 柴胡 前胡 桔梗 川芎 枳壳 茯苓 甘草

茜根散（《景岳全书》） 茜草根 黄芩 阿胶 侧柏叶 生地 甘草 生姜

茵陈五苓散（《金匮要略》） 茵陈 茯苓 猪苓 桂枝 白术 泽泻

茵陈蒿汤（《伤寒论》） 茵陈 栀子 大黄

茯苓皮汤（《温病条辨》） 茯苓皮 生薏苡仁、猪苓 大腹皮 通草 竹叶

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

枳实消痞丸（《兰室秘藏》） 人参 茯苓 白术 炙甘草 干生姜 半夏曲 枳实 厚朴 麦芽曲 黄连

枳实薤白桂枝汤（《金匮要略》） 枳实 厚朴 薤白 桂枝 瓜蒌皮

枳朴二陈汤（《症因脉治》） 枳实 厚朴 半夏 茯苓 陈皮 甘草

栀子金花丸（《宣明论方》） 黄芩 生栀子 黄柏 大黄 天花粉 金银花 知母 黄连

拯阴理劳汤（《医宗必读》） 牡丹皮 当归 麦冬 橘红 炙甘草 薏苡仁 莲子 白芍 五味子 人参 生地 大枣

拯阳劳理汤（《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

厚朴温中汤（《内外伤辨惑论》） 厚朴 陈皮 甘草 茯苓 草豆蔻 橘根

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

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

胃关煎（《景岳全书》） 熟地黄 炒白术 炒干姜 制吴茱萸 炙甘草 炒扁豆

胃苏制剂（研制方） 紫苏梗 香附 陈皮等

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

香苏饮（《太平惠民和剂局方》） 香附 紫苏叶 陈皮 甘草 生姜 甘草

香连丸（《太平惠民和剂局方》） 木香 黄连（与吴茱萸同炒，去吴茱萸）

香附旋覆花汤（《温病条辨》） 香附 旋覆花 苏子 陈皮 半夏 茯苓 薏苡仁

香砂六君子汤（《太平惠民和剂局方》） 人参 白术 茯苓 木香 砂仁 半夏 香附 砂仁

香砂养胃丸（《中药制剂手册》） 白术 橘皮 茯苓 半夏 砂仁 香附 木香 枳实 豆蔻仁 藿香 厚朴 甘草 生姜 大枣

香砂枳术丸（《景岳全书》） 木香 砂仁 枳实 白术

保和丸（《丹溪心法》） 山楂 六曲 半夏 茯苓 陈皮 连翘 莱菔子

追虫丸（《证治准绳》） 黑牵牛子 槟榔 雷丸 木香 茵陈 皂角 苦楝皮

独参汤（《伤寒大全》） 人参

养阴清肺汤（《重楼玉钥》） 生地黄 麦冬 玄参 贝母 丹皮 白芍 薄荷 甘草

济川煎（《景岳全书》） 当归 牛膝 肉苁蓉 泽泻 升麻 枳壳

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

穿琥宁注射液（研制方） 脱水穿心莲内脂 琥珀酸半脂 单钾盐

十 画

桂附八味丸（《金匮要略》） 附子 肉桂 熟地黄 山药 茯苓 泽泻 丹皮 山萸肉

桂枝汤（《伤寒论》） 桂枝 白芍 甘草 生姜 大枣

桂枝茯苓丸（《金匮要略》） 桂枝 茯苓 丹皮 赤芍 桃仁

荷叶丸（经验方） 荷叶 藕节 大蓟（炭） 小蓟（炭） 知母 黄芩（炭） 地黄（炭） 棕榈（炭） 栀子（焦） 白茅根（炭） 玄参 白芍 当归 香墨

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

真人养脏汤（《证治准绳》） 诃子 罂粟壳 肉豆蔻 白术 人参 木香 官桂 炙甘草 大枣 生姜

真武汤（《伤寒论》） 炮附子 白术 茯苓 芍药 生姜

柴枳半夏汤（《卫生宝鉴》） 柴胡 黄芩 半夏 瓜蒌仁 枳壳 桔梗 杏仁 青皮 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

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

射干麻黄丸（《金匮要略》） 射干 麻黄 细辛 紫菀 款冬花 半夏 五味子 生姜

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

大枣

益胃汤（《温病条辨》） 沙参 生地黄 麦冬 玉竹 冰糖

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

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

涤痰汤（《奇效良方》） 制半夏 制南星 陈皮 枳实 茯苓 人参 石菖蒲 竹茹 甘草 生姜

润肠丸（《杂病源流犀烛》） 当归 生地 大黄 秦艽 防风 皂角子 桃仁 麻仁 羌活

调气平胃汤（经验方） 苍术 厚朴 藿香 木香 檀香 砂仁 蔻仁 陈皮 甘草 红花 桃仁 蒲黄 水蛭

调胃承气汤（《伤寒论》） 大黄 芒硝 甘草

通关散（《丹溪心法附余》） 皂角 细辛

通幽汤（《兰室秘藏》） 生地黄 熟地黄 桃仁 红花 当归 炙甘草 升麻

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

十 一 画

理中汤（《伤寒论》） 人参 白术 干姜 甘草

理中化痰丸（《明医杂著》） 人参 白术 干姜 甘草 半夏 茯苓

黄土汤（《金匮要略》） 甘草 干地黄 白术 附子 阿胶 黄芩 灶心黄土

黄芪汤（《金匮翼》） 黄芪 陈皮 火麻仁 白蜜

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

黄连香薷饮（《类证活人书》） 黄连 香薷 厚朴 石膏 知母 甘草

黄连香薷饮（经验方） 黄连 香薷 清水豆卷 厚朴 陈皮 半夏 鲜荷叶 六一散

黄连解毒汤（《外台秘要》） 黄连 黄芩 黄柏 栀子

葛蒲郁金汤（《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

控涎丹（《三因极一病证方论》） 甘遂 大戟 白芥子

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

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

麻杏二三汤（经验方） 麻黄 杏仁 半夏 橘红 茯苓 苏子 莱菔子 白芥子 诃子 茶叶

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

麻黄杏仁石膏甘草汤(《伤寒论》) 麻黄 杏仁 石膏 甘草
麻黄附子细辛汤(《伤寒论》) 麻黄 附子 细辛
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
旋覆花汤(《金匮要略》) 旋覆花 新绛葱
断红丸(《济生方》) 附子 鹿茸 黄芪 续断 阿胶 当归 枯矾 侧柏叶
清中汤(《类证治裁》) 黄连 栀子 陈皮 茯苓 半夏 甘草 草豆蔻 生姜
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
清胃散(《兰室秘藏》) 当归 生地黄 丹皮 升麻 黄连
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
清胰汤(《中西医结合治疗急腹症》) 柴胡 白芍 生大黄 黄芩 胡黄连 木香 延胡索
清营汤(《温病条辨》) 犀角 生地黄 玄参 竹叶心 银花 连翘 黄连 丹参 麦冬
清宫汤(《温病条辨》) 玄参心 竹叶卷心 莲子心 麦门冬 连翘心 犀角(现以水牛角代)
清瘟败毒饮(《疫疹一得》) 生石膏 生地黄 犀角(现以水牛角代) 黄连 栀子 桔梗 黄芩 知母 玄参 连翘 甘草 丹皮 鲜竹叶
清燥救肺汤(《医门法律》) 冬桑叶 石膏 甘草 人参 火麻仁 真阿胶 麦门冬 炒杏仁 炙枇叶

十 二 画

琼玉膏(《洪氏集验方》) 高丽参 生地黄 茯苓 白蜜
琥珀抱龙丸(苏药标准) 琥珀 朱砂 枳壳 茯苓 硼砂 山药 雄黄 胆南星 沉香 天竺黄 麝香 甘草
越婢加术汤(《金匮要略》) 麻黄 石膏 白术 生姜 甘草 大枣 半夏
越鞠保和丸(《古今医鉴》) 苍术 川芎 炒神曲 香附 半夏 茯苓 枳实 黄连 当归 炒栀子 连翘 木香 炒莱菔子 山楂 白术 生姜
葛花解酲汤(《兰室秘藏》) 葛花 木香 人参 猪苓 白茯苓 陈皮 白术 干姜 生姜 神曲 泽泻
葛根芩连汤(《伤寒论》) 葛根 黄芩 黄连 炙甘草
葱白七味饮(《外台秘要》) 葱白 黄连根 干葛根 豆豉 生姜 生麦冬 干地黄 劳水
葶苈大枣泻肺汤(《金匮要略》) 葶苈子 大枣
椒目瓜蒌汤(《医醇賸义》) 川椒目 瓜蒌仁 葶苈子 桑白皮 苏子 法半夏 茯苓 橘红 白蒺藜 生姜
紫金锭(《片玉心书》) 山慈菇 麝香 续随子 雄黄 大戟 朱砂 五倍子
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 沉香 麝香 丁香 升麻 玄参 炙甘草 黄金 朱砂 朴硝 硝石

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

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

舒肝止痛丸（经验方） 柴胡 当归 白芍 赤芍 白术（炒） 薄荷 甘草 生姜 香附（醋制） 郁金 延胡索（醋制） 川楝子 木香 陈皮 半夏（制） 黄芩 川芎 莱菔子（炒）

痛泻要方（《景岳全书》） 白术 白芍 防风 炒陈皮

温胆汤（《备急千金要方》） 枳实 竹茹 半夏 陈皮 茯苓 甘草 生姜 大枣

温脾汤（《备急子金要方》） 大黄 人参 甘草 干姜 附子

滋水清肝饮（《医宗己任篇》） 生地黄 山茱萸 茯苓 当归身 山药 牡丹皮 泽泻 白芍 柴胡

翘荷汤（《温病条辨》） 连翘 薄荷 栀子 绿豆皮 甘草

犀角地黄汤（《备急千金要方》） 犀角（水牛角代） 生地黄 赤芍 牡丹皮

犀黄丸（《外科全生集》） 牛黄 麝香 没药 乳香

十 三 画

搐鼻散（《医学心悟》） 细辛 皂荚 生半夏

槐花散（《本事方》） 槐花 侧柏叶 荆芥穗 枳壳

槐角丸（《太平惠民和剂局方》） 槐角 地榆 黄芩 当归 炒枳壳 防风

新雪丹（研制方） 磁石 石膏 滑石 寒水石 硝石 芒硝 栀子 竹叶卷 升麻 穿心莲 沉香 珍珠层粉 半夏 冰片

新加香薷饮（《温病条辨》） 香薷 银花 连翘 扁豆 犀朴

十 四 画

槟榔丸（《千金翼方》） 槟榔 桂心 瓜蒌 茯苓 麻黄 杏仁 椒目 白术 附子 吴茱萸 厚朴 干姜 黄芪 海藻 防己 葶苈子 炙甘草

膈下逐瘀汤（《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

十五画及其以上

增液承气汤（《温病条辨》） 玄参 麦冬 生地黄 大黄 芒硝

镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》） 怀牛膝 代赭石 生龙骨 生牡蛎 生龟甲 白芍药 玄参 天门冬 川楝子 生麦芽 茵陈 甘草

橘皮汤（《金匮要略》） 橘皮 生姜

橘皮半夏汤（《太平惠民和剂局方》） 橘皮 半夏 生姜

橘皮竹茹汤（《金匮要略》） 橘皮 竹茹 大枣 生姜 党参 甘草

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

藿朴夏苓汤（《医原》） 藿香 半夏 赤苓 杏仁 生薏苡仁 白蔻仁 猪苓 淡豆豉

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

泽泻 厚朴

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

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》	
《难经》	
《伤寒论》	汉·张机
《金匮要略》	汉·张机
《中藏经》	汉·华佗
《脉经》	晋·王叔和
《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
《外台秘要》	唐·王焘
《太平惠民和剂局方》	宋·陈师文等
《太平圣惠方》	宋·王怀隐等
《圣济总录》	宋·赵佶
《济生方》	宋·严用和
《南阳活人书》	宋·朱肱
《普济本事方补遗》	宋·许叔微
《三因极一病证方论》	宋·陈言
《小儿药证直诀》	宋·钱乙
《史载之方》	宋·史堪
《博济方》	宋·王衮
《鸡峰普济方》	宋·张锐
《伤寒总病论》	宋·庞安时
《养老奉亲书》	宋·陈直
《扁鹊心书》	宋·窦材
《黄帝素问宣明论方》	金·刘完素
《素问玄机原病式》	金·刘完素
《素问病机气宜保命集》	金·刘完素
《儒门事亲》	金·张从正
《脾胃论》	金·李杲
《兰室秘藏》	金·李杲

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《卫生宝鉴》	元·罗天益
《世医得效方》	元·危亦林
《格致余论》	元·朱震亨
《局方发挥》	元·朱震亨
《丹溪手镜》	元·朱震亨
《活法机要》	元·朱震亨
《脉因证治》	元·朱震亨
《饮膳正要》	元·忽思慧
《金匮钩玄》	元·朱震亨
《证治要诀及类方》	明·戴思恭
《伤寒直格》	元·刘完素
《此事难知》	元·王好古
《御药院方》	元·许国桢
《瑞竹堂经验方》	元·萨理弥实
《外科精义》	元·齐德之
《医学正传》	明·虞抟
《韩氏医通》	明·韩懋
《慎斋遗书》	明·周慎斋
《医学纲目》	明·楼英
《古今医统》	明·徐春甫
《明医杂著》	明·王纶
《濒湖脉学》	明·李时珍
《本草纲目》	明·李时珍
《医学入门》	明·李梴
《赤水玄珠》	明·孙一奎
《医学六要》	明·张三锡
《医学准绳》	明·张三锡
《薛氏医案》	明·薛己
《证治准绳》	明·王肯堂
《景岳全书》	明·张介宾
《医宗必读》	明·李中梓
《伤寒六要》	明·陶华
《病因脉治》	明·秦景明
《瘟疫论》	明·吴有性
《医贯》	明·赵献可
《理虚元鉴》	明·绮石
《外科正宗》	明·陈实功
《寿世保元》	明·龚廷贤

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《万病回春》 明·龚廷贤
《先醒斋医学广笔记》 明·缪希雍
《古今医鉴》 明·龚信
《仁术便览》 明·张洁
《简明医彀》 明·孙志宏
《兰台轨范》 明·徐大椿
《伤寒六书》 明·陶华
《丹台玉案》 明·孙文胤
《国医宗旨》 明·梁学孟
《内科摘要》 明·薛己
《诸证提纲》 明·陈文治
《古今医鉴》 明·龚信辑
《订补名医指掌》 明·邵达
《医林绳墨》 明·万隅
《医灯续焰》 明·王绍隆
《奇效良方》 明·方贤
《医门法律》 清·喻昌
《寓意草》 清·喻昌
《张氏医通》 清·张璐
《医方集解》 清·汪昂
《证治汇外》 清·李用粹
《石室秘录》 清·陈士铎
《辨证录》 清·陈士铎
《顾氏医镜》 清·顾松园
《外感温病篇》 清·陈平伯
《三时伏气外感病篇》 清·叶桂
《幼幼集成》 清·陈复正
《伤寒指掌》 清·吴昆安
《慎疾刍言》 清·徐大椿
《灸法心得》 清·徐宝谦
《审视瑶函》 清·傅仁宇
《济人宝笈》 清·刘晓
《医学指南》 清·刘清臣
《万病外治方》 清·邹存
《千金方衍义》 清·张璐
《杂证会心录》 清·汪蕴谷
《证治百问》 清·刘默
《医学心悟》 清·程钟龄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《医宗金鉴》	清·吴谦等
《临证指南医案》	清·叶桂
《医学从众录》	清·陈修园
《医学源流论》	清·徐大椿
《金匮要略浅注》	清·陈修园
《医学三字经》	清·陈修园
《医碥》	清·何梦瑶
《杂病源流犀烛》	清·沈金鳌
《温病条辨》	清·吴瑭
《金匮要略心典》	清·尤怡
《笔花医镜》	清·江笔花
《医林改错》	清·王清任
《类证治裁》	清·林珮琴
《温热经纬》	清·王孟英
《时病论》	清·雷少逸
《王旭高医书六种》	汪·王旭高
《血证论》	清·唐容川
《风劳鼓膈四大证治》	清·姜天叙
《疡医大全》	清·顾世澄
《金匮要略方论本义》	清·魏念廷
《读医随笔》	清·周学海
《柳选四家医案》	清·柳宝诒
《医宗己任编》	清·高鼓峰
《罗氏会约医镜》	清·罗国刚
《疫疹一得》	清·余霖
《冯氏锦囊秘录》	清·冯兆张
《济世经验良方》	清·姚希周
《文堂集验方》	清·何京
《李氏医鉴》	清·李文来
《本事方释义》	清·叶桂
《沈氏尊生书》	清·沈金鳌
《顾氏医镜》	清·顾靖远
《问斋医案》	清·蒋宝斋
《哮喘论治》	清·方仁渊
《喻嘉言医案》	清·喻昌
《薛生白医案》	清·薛生白
《此事难知》	清·王好古
《不居集》	清·吴澄

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com

《重楼玉钥》 清·郑梅涧
《良朋汇集》 清·孙伟
《金匮要略玉函辑义》 日本·丹波元坚
《医学衷中参西录》 民初·张锡纯

小众网站大众健康：http://qianjinpianfang.com