总主编◉巩昌镇 刘一凡
编 著◉焦安钦 徐进秀

难病奇方系列丛书 第三辑

乌梅丸

乌梅丸

【诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制】

中国医药科技出版社



难病奇方系列丛书

参苓白术散
龙胆泻肝汤
补阳还五汤
防风通圣散
中医急症三宝
云南白药
小青龙汤
玉屏风散
八珍汤
五苓散
生脉散
小柴胡汤
四物汤
二陈汤
四逆散
六神丸
大承气汤
四君子汤

上架建议 中医·方剂

ISBN 978-7-5067-3970-2

9 787506 739702 >

定价：35.00元

责任编辑 宋宇红

封面设计 廖雅阁

难病奇方系列丛书（第二辑）

乌梅丸

总主编 巩昌镇 刘一凡
编 著 焦安钦 徐进秀

中国医药科技出版社

图书在版编目（CIP）数据

乌梅丸/焦安钦，徐进秀编著. —北京：中国医药科技出版社，2009.1
（难病奇方系列丛书．第3辑/巩昌镇，刘一凡总编）
ISBN 978-7-5067-3970-2

Ⅰ.乌... Ⅱ.①焦... ②徐... Ⅲ.乌梅丸—研究 Ⅳ.R286

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第171636号

美术编辑 陈君杞
版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社
地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号
邮编 100082
电话 责编：010-62253302 发行：010-62227427
网址 www.cspyp.com.cn
规格 958×650mm 1/16
印张 17½
字数 255千字
印数 1—5000
版次 2009年1月第1版
印次 2009年1月第1次印刷
印刷 北京市松源印刷有限公司
经销 全国各地新华书店
书号 ISBN 978-7-5067-3970-2
定价 35.00元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

内容提要

本书从理论研究、临床研究、实验研究方面阐述乌梅丸。上篇理论研究，主要综述乌梅丸的来源、组成、用法、组方特点以及古今医家的论述。中篇临床研究，主要叙述内科、外科、男科、妇产科、儿科、皮肤科、眼科、耳鼻喉科各种常见病和疑难病症应用乌梅丸及其加减方的临床经验与病案。下篇实验研究，主要介绍乌梅丸制剂研究、组成中药的药理研究和全方药理研究。全书内容丰富，实用性强，适合广大中医临床医生参考。

《难病奇方系列丛书》(第三辑)编委会

总 主 编 巩昌镇 刘一凡

副总主编 刘 伟 姜 文

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 元	马英鹏	王 丽	王 永
王 健	王 哲	王其建	王中琳
王伟芹	王金明	王争艳	王瑞祥
井夫杰	公 洁	古 励	田 林
白志军	代献科	宁云红	吕筱霞
成艳丽	刘 明	刘 力	刘 波
刘 勇	刘 伟	刘建永	刘利平
刘晓丽	刘一凡	刘金星	刘静君
孙淑娜	孙建光	孙丰雷	孙少芳
曲正军	师 伟	巩昌镇	巩昌靖
衣华强	李春红	李伟宁	李国香

杨佃会　杨孟祥　何　永　何新蓉
陈　勇　陈　红　陈丛丛　陈宪海
陈会苓　张　丽　张玉慧　张晓杰
张永臣　张丽娟　张加英　沈　涛
迟　程　房繁恭　贺文彦　段春霞
姜　文　高　华　高清环　高兆旺
高华伟　徐　玮　徐进秀　展照双
唐代屹　曹　华　宿成君　彭　伟
焦安钦　程　丽　董　娟　董正显
韩　萍　韩文霞　路玉滨　樊凯方
薛　良

分册编著

小柴胡汤　刘金星　刘　伟
四物汤　高　华　吕筱霞
二陈汤　孙丰雷　田　林
四逆散　高兆旺　张　丽
六神丸　李春红　宿成君
大承气汤　杨佃会　杨孟祥
四君子汤　杨佃会　彭　伟
桂枝茯苓丸　刘静君　白志军
柴胡疏肝散　刘一凡　刘　伟
丹栀逍遥散　刘一凡　贺文彦

理中丸	刘一凡	董正显
温胆汤	孙建光	巩昌靖
黄连解毒汤	张晓杰	李伟宁
五味消毒饮	张晓杰	姜　文
乌梅丸	焦安钦	徐进秀
白虎汤	刘　明	陈会苓
麻黄汤	王中琳	席加秋
藿香正气散	何　永	韩文霞
葛根芩连汤	陈宪海	刘　伟
越鞠丸	陈宪海	姜　文

总策划　孔　立　吴建华

《难病奇方系列丛书》第三辑

前　言

《难病奇方系列丛书》是为中医医生，中医研究者和中医学生而写的。我希望其他中医爱好者也从中获益。这套大型丛书试图对下列问题做出回答：中医的经典方剂为中医临床、中医理论、中医实验研究提供了什么？中医临床医生从中医经典方剂中借鉴什么？中医研究者从中医经典方剂中发现什么？中医学生从中医经典方剂中学习什么？中医方剂为人类健康留下了什么样的遗产？我们解剖每一个经典方剂，特别是那些在临床各科上有着广泛应用的著名方剂，为中医医生，中医研究者和中医学生提供一个便利的使用指南。

中医以理法方药，辨证论治形成了独特的理论与临床体系。理是指中医理论对病因病机作出的解释与判断。法是指针对病因病机所确定的治疗原则和方法。方是根据治疗法则选择的恰当处方与剂型。药是指方剂中君臣佐使药的选择与搭配。辨证论治贯穿于理法方药运用于临床实践的始终。理法方药逻辑严谨，四个要素环环相扣。法随证立，方从法出，方以药成。方剂是理法方药完整体系的最终载体。中医几千年的发展为我们创制了广泛而有效的方剂。

中医方剂，浩如烟海。历代方剂的权威著作总是以超越以往，跨越时代为己任。战国时期的《五十二病方》开方剂之先河，载方280首。汉代张仲景的《伤寒杂病论》筑经方之峰巅，收方323首。唐代孙思邈所著《备急千金要方》与《千金翼方》集前贤之大成，收入方剂6 500首。宋代的

《太平圣惠方》和《圣济总录》开官修方剂之大门，前者载方16 934首，后者收方2万首。明代《普济方》登方剂之绝顶，汇总方剂61 139首。近年南京中医学院编写的《中医方剂大辞典》汇古今方剂之成果，收录历代方剂96 592首。这些方剂印刻着张仲景勤求古训，博采众方的开拓传统；孙思邈大医精诚，医为仁术的高尚医德；李时珍格物致知，师古不泥的深邃睿智；王清任定方救逆，理精识卓的革新精神。

千方易得，一效难求。临床上没有人以方多剂广而著称，而是以一效之方而闻名。著述者更是以一方足已。钱乙以六味地黄丸名垂青史，李东垣以补中益气汤流芳百世，张介宾以左归丸、右归丸独树一帜，王清任以血府逐瘀汤闻名于世，刘渡舟以应用小柴胡汤而声名远扬。正是沿着这一思路，美国中医学院的儒医研究所发起了这套为中医临床医生、中医研究人员和中医学生编写的集理论、临床与研究于一书的大型系列丛书——《难病奇方系列丛书》。这套丛书已经出版了三辑。第一辑包括10本，《六味地黄丸》、《补中益气汤》、《血府逐瘀汤》、《桃红四物汤》、《金匮肾气丸》、《桂枝汤》、《归脾汤》、《阳和汤》、《银翘散》、《逍遥散》，由山东中医药大学和美国中医学院联合完成。第二辑包括11本，《参苓白术散》、《补阳还五汤》、《防风通圣散》、《龙胆泻肝汤》、《小青龙汤》、《八珍汤》、《玉屏风散》、《生脉散》、《五苓散》、《中医急症三宝》、《云南白药》，由中国中医科学院和美国中医学院协作完成。第三辑包括20本，《小柴胡汤》、《四物汤》、《温胆汤》、《四逆散》、《六神丸》、《大承气汤》、《桂枝茯苓丸》、《柴胡疏肝散》、《四君子汤》、《二陈汤》、《黄连解毒汤》、《五味消毒饮》、《乌梅丸》、《白虎汤》、《丹栀逍遥散》、《麻黄汤》、

《藿香正气散》、《理中丸》、《葛根芩连汤》、《越鞠丸》，由山东中医药大学和美国中医学院携手完成。美国中医学院儒医研究所将在这一方向上继续拓展。

千百年来中医理论与临床的发展，几十年来的中药与方剂的试验研究催生出了理论方剂学、临床方剂学、试验方剂学。这些千锤百炼的经典古方便成了方剂研究的核心内容。在《难病奇方系列丛书》中，每一方剂都是按照理论研究、临床研究、试验研究三部分构成一个有机整体。理论研究探讨药方的组成、用法、功效、适应证、应用范围、组方原理及特点、古今医家评述、方剂的现代理论研究。临床研究重点介绍研究者对该方的系统性的临床观察以及大量临床医家的医案和经验总结。试验研究探讨方剂中的每一味中药的现代药理，并以此为基础研究该方治疗各系统疾病的作用机制。

一方在手，便可启发治病救人之思路，发现异病同治之奥秘，开发临床研究之思维，通晓理法方药之灵魂，这正是《难病奇方系列丛书》的最高目标。《难病奇方系列丛书》每一卷都汇集了众多医家的研究成果，在此，丛书编委会对那些发明与发展这些经典方剂的古代先贤们致以崇高的敬意，向所有对《难病奇方系列丛书》每一个方剂做出贡献的现代作者和医家们致以诚挚的谢意。

巩昌镇　博士

2008 年夏

目录

上篇 理论研究

第一章 概 述 …… (3)
第一节 乌梅丸的来源 …… (3)
第二节 乌梅丸的组成、用法及组方特点 …… (4)
第三节 乌梅丸的功效与主治 …… (6)
一、方中药物的功效与主治 …… (6)
二、乌梅丸的功效与主治 …… (38)
第四节 乌梅丸的临床应用 …… (39)
第二章 古今医家的论述 …… (44)

中篇 临床研究

第一章 内科病证 …… (49)
第一节 消化系统疾病 …… (49)
一、慢性非特异性溃疡性结肠炎 …… (49)
二、肠易激综合征 …… (58)
三、慢性胆囊炎 …… (60)
四、慢性萎缩性胃炎 …… (61)
五、十二指肠壅积症 …… (66)
六、滴虫性肠炎 …… (67)
七、克隆病（Crohn 病） …… (69)
八、胆道蛔虫症 …… (70)
九、慢性腹泻 …… (75)
十、虫臌 …… (78)
十一、吞酸 …… (80)
十二、胃脘痛 …… (81)
十三、糖尿病性胃轻瘫 …… (83)

目录

十四、腹胀 …… (85)
十五、十二指肠球部溃疡 …… (86)
十六、上消化道出血 …… (88)
十七、便血 …… (89)
十八、肝癌疼痛 …… (90)
十九、过敏性结肠综合征 …… (91)
二十、小肠功能紊乱 …… (92)
二十一、急性出血性坏死性肠炎 …… (93)
二十二、肝肾综合征 …… (94)
二十三、慢性痢疾 …… (96)
二十四、呃逆 …… (97)
第二节 神经精神系统疾病 …… (99)
一、心血管神经症 …… (99)
二、帕金森病 …… (101)
三、偏头痛 …… (104)
四、神经性头痛 …… (107)
五、血管神经性头痛 …… (108)
六、抑郁症 …… (110)
七、精神性烦渴 …… (111)
八、奔豚气 …… (112)
九、痉病 …… (113)
十、癔病 …… (114)
十一、面神经瘫痪 …… (115)
十二、肋间神经痛 …… (117)
第三节 呼吸系统疾病 …… (118)
一、激素依赖型哮喘 …… (118)
二、慢性阻塞性肺气肿 …… (123)
三、慢性呼吸衰竭合并肺部念珠菌感染 …… (124)
第四节 泌尿系统疾病 …… (125)
一、泌尿系结石 …… (125)
二、慢性肾功能衰竭 …… (127)

三、慢性肾炎 …… (129)
四、泌尿系感染 …… (131)
五、糖尿病神经源性膀胱炎 …… (133)
六、乳糜尿 …… (134)
第五节 心血管疾病 …… (135)
一、慢性充血性心力衰竭 …… (135)
二、隐性心衰 …… (137)
三、晕厥 …… (138)
四、风心病水肿 …… (139)
五、心绞痛 …… (140)
六、高血压 …… (143)
第六节 内科其他疾病 …… (144)
一、胆囊术后胁下痛 …… (144)
二、雷诺病 …… (145)
三、发热 …… (147)
第二章 男科病证 …… (157)
一、慢性前列腺炎 …… (157)
二、良性前列腺增生症 …… (158)
第三章 妇产科病证 …… (161)
一、滴虫性阴道炎 …… (161)
二、慢性盆腔炎 …… (162)
三、带下病 …… (164)
四、痛经 …… (166)
五、功能失调性子宫出血 …… (168)
六、围绝经期综合征 …… (170)
七、不孕症 …… (174)
第四章 儿科病证 …… (177)
一、小儿胆道蛔虫症 …… (177)
二、迁延性腹泻 …… (179)
三、胃炎 …… (181)
四、肝硬化腹水 …… (182)

目录

五、小儿癫痫 …… (183)
六、小儿惊风 …… (185)
七、小儿盗汗 …… (186)
第五章 皮肤科病证 …… (189)
一、荨麻疹 …… (189)
二、带状疱疹 …… (192)
第六章 口腔科病证 …… (194)
一、复发性口腔溃疡 …… (194)
二、牙痛 …… (199)
第七章 眼科病证 …… (201)
一、慢性角膜炎、角膜溃疡 …… (201)
二、风火眼 …… (202)
第八章 耳鼻喉科病证 …… (204)
一、化脓性中耳炎 …… (204)
二、梅尼埃病 …… (205)
三、链霉素中毒 …… (207)
四、癔病性失音 …… (208)
第九章 外科病证 …… (210)
一、脊髓内血吸虫病术后 …… (210)
二、术后粘连性肠梗阻 …… (211)

下篇 实验研究

第一章 乌梅丸制剂研究 …… (215)
第二章 乌梅丸组成中药的药理研究 …… (217)
一、乌梅 …… (217)
二、黄连 …… (219)
三、干姜 …… (224)
四、当归 …… (225)
五、人参 …… (228)
六、附子 …… (233)
七、细辛 …… (237)

八、肉桂 …… (240)
九、黄柏 …… (241)
十、花椒 …… (242)
第三章　乌梅丸全方药理作用 …… (258)

目录

上篇

理论研究

上篇

理论研究

第一章

概　述

第一节　乌梅丸的来源

乌梅丸来源于汉·张仲景所著《伤寒杂病论》，又名乌梅丹（《普济方》卷三九九引《医方妙选》）、乌梅安胃丸（《饲鹤亭集方》）、杀虫乌梅丸（《全国中药成药处方集》兰州方）、安胃丸（《全国中药成药处方集》杭州方）。功效温脏安蛔，主治蛔厥，又主久利，脘腹阵痛，烦闷呕吐，时发时止，得食则吐，甚则吐蛔，手足厥冷，或久痢不止，胃腑发咳。

原方载于《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》原文338条之下，为蛔厥所设的代表方。《伤寒论》："蛔厥者，其人当吐蛔，今病者静而复时烦者，此为脏寒。蛔上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人常自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。又主久利。"后世医家尊崇张仲景，奉乌梅丸为治蛔之主方，如成无己、尤在泾等。《汤头歌诀》、《医方集解》等方书及现行通用的《方剂学》教材都将其列为"杀虫剂"、"驱虫剂"的首方。但清代以来，诸多医家对此提出异议，认

为乌梅丸为厥阴病主方，适用于上热下寒证的治疗。厥阴病的特点是“消渴，气上撞心，心中疼热，饥而不欲食，食则吐蛔，下之利不止”。现代临床工作者进行了大量的尝试，将乌梅丸广泛应用于内、外、妇、儿各科，扩大了其临床应用范围，被奉为治疗多种疑难杂症的验方。

第二节 乌梅丸的组成、用法及组方特点

1. 乌梅丸的组成

乌梅三百枚（30g），细辛六两（3g），干姜十两（9g），黄连十六两（6g），当归四两（6g），附子六两（炮，去皮，6g），蜀椒四两（出汗）（5g），桂枝六两（去皮，6g），人参六两（6g），黄柏六两（6g）。

2. 乌梅丸的用法

古代用法：上十味，共捣筛，合治之，以苦酒渍乌梅一宿，去核，蒸之五斗米下，饭熟，捣成泥，和药令相得，纳臼中，与蜜杵二千下，丸如梧桐子大。先食饮服十丸，日三服，稍加至二十丸。禁生冷、滑物、臭食等。现代用法：乌梅用50%醋浸一宿，去核捣烂，和入余药捣匀，炼蜜为丸，每服9g，日服2～3次，空腹温开水送下；亦可作汤剂，水煎服。

3. 乌梅丸的组方特点

本方治证为胃热肠寒，蛔动不安所致。《医宗金鉴·订正仲景全书金匮要略注》卷22云：“蛔厥者，谓蛔痛手足厥冷也。”蛔厥证，是因患者素有蛔虫，伤寒传至厥阴，形成上热下寒，蛔上入膈所致。蛔虫本寄生于肠内，喜温而恶寒，肠胃虚寒则蛔不安，为避寒就温，蛔虫扰动，上入其膈，而致腹痛时作；脏寒痛剧，有碍阳气运行，故手足厥冷；时静时烦，时发时止，是因虫动则发，虫伏则止，暂安而复动；蛔闻食臭则动，动则上扰，故饥不欲食，食而呕又烦，甚至食则吐蛔。本证既有虚寒，又有虫扰气逆化热，针对寒热错杂，蛔虫上扰之机，治宜寒热并调、温脏安蛔。柯琴说：“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下”。故方中重用味酸之乌梅，其味酸温入肝脾肺大肠

经，酸敛既能补肝，以助厥阴春生之气，平抑肝木，制其疏泄太过，又取其酸能安蛔，使蛔静而痛止，为君药。蛔动因于胃热肠寒，川花椒、细辛味辛性温，辛可伏蛔，温能温脏祛寒，共为臣药。黄连、黄柏味苦性寒，苦能下蛔，寒能清胃热。附子、桂枝、干姜皆为辛热之品，既可助其温脏祛寒之功，且辛可制蛔，当归、人参补养气血，扶助正气，且合桂枝，养血通脉，调和阴阳以解四肢厥冷，均为佐药。蜜甘缓和中，为使药。诸药合用，寒热并用，邪正兼顾，共奏温中清热、安蛔补虚之功。

至于久痢（久利），亦属久病寒热错杂而气血亏虚。厥阴乃阴尽阳生之脏，与少阳互为表里。其本阴，其标热，内寄相火。厥阴经脉属肝络胆上贯膈，肝气横逆莫制，循经上进膈中，故气上撞心；气有余便是火，消烁津液，故消渴而心中疼热。若以苦寒误下之，则胃阳败绝，而致下利不止。本方诸药相合，还具有温中补虚、清热燥湿止痢之功。因此，对于寒热错杂，正气虚弱之久泻、久痢亦可奏效。

综观全方，其组方配伍特点是寒热并用，清上温下，攻补兼施，酸辛苦甘，刚柔相济，辛开苦降，补泄兼施，上下共治，土木两调，对疾病的后期及急重阶段出现虚实并存、寒热错杂的症状更有良好的疗效。现广泛用于治疗内、外、妇、儿、五官科多种疑难病症，尤其对虚实兼有、阴阳错杂、寒热混淆的疾病更有良效。

张仲景《金匮要略》云："夫肝之病，补用酸，助用焦苦，益用甘味之药调之……肝虚则用此法，实则不在用之"。《内经》云："肝苦急，急食辛以散之，以辛补之，以酸泄之"。秦伯未《谦斋医学讲稿》："温肝：寒邪伤肝，当用温剂辛散，肝脏本身阳不足，宜以温养助长生气升发，概称曰温，意义不同。补肝阳的方法，必须在养血中佐以温药升发，不能单用温热"。乌梅丸的制方特点充分体现了其温肝阳、泄郁火的特点。乌梅丸中，乌梅约 300 粒左右，实测约为 570g，去核后，所剩乌梅肉实测约为 192g，其量独重。方中重用酸敛之乌梅，并用醋浸制，同味相求，增强其酸性，与当归相伍具有补益肝阴的作用，以成阴生阳长之义；另外乌梅味酸可敛散越之气以固本元。《医学衷中参西录》云："凡脱，皆脱在肝"。重用味酸之山茱萸救脱，与乌梅丸重用乌梅理出一辙。附子、桂枝、干姜、川花椒、

细辛温肝阳；川花椒、细辛味辛又可理气通阳疏肝；黄连、黄柏苦寒以泄热，与细辛、川花椒相伍共奏辛开苦降以泄郁热之功；人参、米饭、白蜜补气健脾养胃，培土以制肝，正体现了“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的意思。

第三节 乌梅丸的功效与主治

一、方中药物的功效与主治

1. 乌梅

乌梅为蔷薇科落叶乔木植物梅的干燥近成熟果实。

性味归经：酸、涩，平；归肝、脾、肺、大肠经。

功效：收敛生津，安蛔驱虫。

主治：肺虚久咳，久泻、久痢滑肠，久疟，虚热烦渴，呕吐，便血，尿血，血崩，蛔厥，腹痛，胆道蛔虫症，钩虫病，牛皮癣，胬肉等。

①用治肺虚久咳证。乌梅有收涩敛肺作用，用于肺阴亏虚，久咳不止，凡干咳痰少、咽干、口燥、手足心热、盗汗、便秘、苔少质红少津、脉细而数或咳血等。如《本草纲目》即配罂粟壳等份为末，每服6g，睡时蜜汤调下，治久咳不已。②用治久痢。利用乌梅的收敛之性可治疗下利日久不愈，或口渴便脓血者。久痢不止，以乌梅肉水煎服；下痢不能食者，常配黄连（《太平圣惠方》乌梅丸）以涩肠止痢；痢疾兼口渴者，常配麦冬以收敛生津。③用治消渴证。乌梅有收敛生津止渴作用，常用于治疗消渴证，症见烦渴多饮、失眠多梦、多尿、腹泻、肢体凉痛麻木等。如《简要济众方》用乌梅肉配淡豆豉治消渴，止烦闷。④用治伤寒蛔厥及虫证。现常用治胆道蛔虫症、蛔虫性肠梗阻、胃肠炎等，症见攻窜腹痛，辗转不安，呻吟呼号，恶心呕吐，或吐出蛔虫，或腹部触及虫团包块、质软，易聚易散，静时则如常人。治伤寒蛔厥常配细辛、干姜、黄连等，以酸苦并进，寒温兼施。

历代医家论述：

综论乌梅主要功用及机制，论乌梅收涩之性：①王好古：乌梅，能收肺气，治燥嗽，肺欲收，急食酸以收之。②李时珍：乌梅、白梅所主诸病，皆取其酸收之义。唯张仲景治蛔厥乌梅丸，及虫匿方中用者，取虫得酸即止之义，稍有不同耳。《医说》载曾鲁公痢血百余日，国医不能疗，陈应之用盐水梅肉一枚，研烂，含腊茶入醋服之，一啜而安。大丞梁庄肃公亦痢血，应之用乌梅、胡黄连、灶下土等份为末，茶调服亦效。盖血得酸即敛，得寒则止，得苦则涩故也。（《本草纲目》）③缪希雍：梅实，即今之乌梅也，最酸。《经》曰：热伤气，邪客于胸中，则气上逆而烦满，心为之不安。乌梅味酸，能敛浮热，能吸气归元，故主下气夕除热烦满及安心也。下痢者，大肠虚脱也；好唾口干者，虚火上炎，津液不足也；酸能敛虚火，化津液，固肠脱，所以主之也。其主肢体痛，偏枯不仁者，盖因湿气浸于经络，则筋脉弛纵，或疼痛不仁；汗主筋，酸入肝而养筋，肝得所养，则骨正筋柔，机关通利而前证除矣。（《本草经疏》）④《本草新编》：乌梅，止痢断疟，每有速效。⑤黄宫绣：乌梅，酸涩而温，似有类于木瓜，但此入肺则收，入肠则涩，入筋与骨则软，入虫则伏，入于死肌、恶肉、恶痣则除，刺入肉中则拔，故于久泻久痢，气逆烦满，反胃骨蒸，无不因其收涩之性，而使下脱上逆皆治。且于痈毒可敷，中风牙关紧闭可开，蛔虫上攻眩扑可治，口渴可止，宁不为酸涩收敛之一验乎。不似木瓜功专疏泄脾胃筋骨湿热，收敛脾肺耗散之元，而于他症则不及也。但肝喜散恶收，久服酸味亦伐生气，且于诸症初起切忌。（《本草求真》）

2. 细辛

细辛最早见于《神农本草经》，为马兜铃科植物北细辛、汉城细辛或华细辛的根及根茎。因其根形细长而味辛辣，故得名。北细辛和汉城细辛主要产于东北三省，故统称为北细辛，是目前临床用药的主要品种，而华细辛主产于陕西，产量较少。

性味归经：辛，温；归心、肺、肾经。

功效：祛风散寒，通窍止痛，温肺化饮。

主治：风冷头痛，痹痛，腹痛，牙痛；风寒表证；痰饮咳喘；鼻渊，窍闭神昏。

用于痰饮咳喘，风冷头痛，鼻渊，齿痛。①用治寒饮伏肺之咳喘。细辛擅长解表散寒、温肺化饮，是治疗外寒内饮咳喘的主药。症见咳嗽、喘哮、咯痰、痰多清稀如泡沫、恶寒无汗、发热、身疼痛、干呕、脉浮等，常配半夏、干姜、桂枝等（如小青龙汤）以散寒化饮；若寒痰壅盛，“咳而上气，喉中水鸡声”，常伍射干、麻黄等（如射干麻黄汤）；若属风寒不解，入里化热，咳痰渐稠黄者，常与石膏、麻黄、杏仁等配伍（如大青龙汤）以清热宣肺平喘。②用治风寒感冒、头痛。细辛味辛能疏风通窍，性温能散寒止痛，用治风寒感冒所致之头痛、恶寒、发热、全身骨节疼痛等，常配白芷、羌活、川芎等（如九味羌活汤）以发散风寒，通经止痛；若阳虚外感，见恶寒、发热、脉反沉者，可配伍麻黄（如麻黄附子细辛汤）以助阳解表；治疗偏正头痛，常与川芎、白芷、羌活等配伍（如川芎茶调散）以散风止痛。③用治牙痛、鼻渊。细辛芳香气浓，性善走窜，擅长散寒解表、通窍开闭，故常用于治疗头痛、鼻炎、牙痛、口舌生疮证。治疗鼻渊属风寒者，合辛夷散以疏风散寒，通窍开闭；属风热者，合苍耳子散加减以疏风清热，通窍开闭；亦可单用研末搐鼻。用治牙痛，若属胃火壅盛，则配石膏、黄芩等以清热泻火；属风寒者可与羌活、防风等祛风止痛的药物配伍。④用治风湿痹痛。细辛有较好的祛风、散寒、通经、止痛作用，症见腰、膝、腹部疼痛者，常与乌头、附子、桂枝、独活、桑寄生、当归同用以祛风胜湿，和血通络。⑤用于血虚寒凝致厥之证。张仲景治疗“手足厥寒，脉细欲绝”，用细辛配桂枝、芍药之属（如当归四逆汤）以温经散寒，调营血以通阳气；若血虚寒凝致厥又兼有陈寒痼冷之宿疾，则在当归四逆汤中再加入吴茱萸、生姜，以养血通脉，温经散寒。⑥另外，利用其入少阴经温通心阳之功，常用以治疗心悸，常配麻黄、制附子、桂枝治疗窦性心动过缓症。

历代医家论述：

综论细辛主要功用及机制：本品最早见于《神农本草经》，被列为上品，言其味辛温。主咳逆，头痛，脑动，百节拘挛，风湿痹痛，死肌。久服明目，利九窍，轻身长年。

论其发散解表：①贾所学：细辛，若寒邪入里，而在阴经者，以

此从内托出。佐九味羌活汤，发散寒邪快捷，因其气味辛香，故能上升。入芎辛汤，疗目痛后羞明畏日，隐涩难开。合通窍汤，散肺气而通鼻窍。佐清胃汤，祛胃热而止牙疼。此热药入寒剂，盖取反以佐之之义也。(《药品化义》) ②李杲："细辛，治邪在里之表，故仲景少阴证用麻黄附子细辛汤也。③徐大椿：细辛，以气为治也。凡药香者，皆能疏散风邪，细辛气盛而味烈，其疏散之力更大。且风必夹寒以来，而又本热而标寒，细辛性温，又能驱逐寒气，故其疏散上下之风邪，能无微不入，无处不到也。(《本草经百种录》) ④缪希雍：细辛，风药也。风性升，升则上行，辛则横走，温则发散，故主咳逆，头痛脑动，百节拘挛，风湿痹痛，死肌。盖痹及死肌，皆是感地之湿气，或兼风寒所成，风能除湿，温能散寒，辛能开窍，故疗如上诸风寒湿疾也。(《本草经疏》)

论其治疗头痛、齿痛：①张元素：治头痛，太阳则羌活，少阴则细辛，阳明则白芷，厥阴则川芎、吴茱萸，少阳则柴胡，用者随经不可差。细辛香味俱细而缓，故入少阴，与独活颇相类。②倪朱谟：细辛，佐姜、桂能驱脏腑之寒，佐附子能散诸疾之冷，佐独活能除少阴头痛，佐防能散诸经之风，佐芩、连、菊、薄，又能治风火齿痛而散解诸郁热最验也。(《本草汇言》) ③医家：细辛阳药也，升而不沉，虽下而温肾中之火，而非温肾中之水也。火性炎上，细辛温火而即引火上升，此所以不可多用耳。或问：细辛散人真气，何以头痛反能取效？盖头为六阳之首，清气升而浊气降，则头目清爽；唯浊气升而清气降，头目沉沉欲痛矣。细辛气清而不浊，故善降浊气而升清气，所以治头痛如神也。但味辛而性散，必须佐之以补血之药，使气得血而不散也。(《本草新编》)

论其治疗便秘：李时珍：治口舌生疮，大便燥结，起目中倒睫。又辛温能散，故诸风寒、风湿、头痛、痰饮、胸中滞气、惊痫者宜用之。口疮、喉痹、齲齿诸病用之者，取其能散浮热，亦火郁发之义也。辛能泻肺，故风寒咳嗽上气者宜用之。辛能补肝，故胆气不足、惊痫眼目诸病宜用之。辛能润燥，故通少阴及耳窍，便涩者宜用之。(《本草纲目》)

论其治水气，成无己：水停心下而不行，则肾气燥。《内经》

云，肾苦燥，急食辛以润之。干姜、细辛、半夏之辛，以行水气而润肾。(《注解伤寒论》)

论其综合功效：①陶弘景：温中下气，破痰，利水道，开胸中，除喉痹，鼾鼻，风痫，癫疾，下乳结，汗不出，血不行。安五脏，益肝胆，通精气。(《名医别录》) ②徐大椿：咳逆上气，恶风，头风，手足拘急，安五脏六腑，添胆气，去皮风湿痒，能止眼风泪下，开胸中滞，除齿痛，血闭，妇人血沥，腰痛。(《药性论》) ③黄元御：细辛，敛降冲逆而止咳，驱寒湿而荡浊，最清气道，兼通水源，温燥开通，利肺胃之壅阻，驱水饮而逐湿寒，润大肠而行小便，善降冲逆，专止咳嗽。其诸主治，收眼泪、利鼻壅、去口臭、除齿痛、通经脉，皆其行郁破结，下冲降逆之力也。(《长沙药解》)

3. 花椒

花椒是芸香科植物青椒或花椒的干燥成熟果实，《神农本草经》即有记载。

性味归经：辛，热，有小毒；归脾、胃、肾经。

功效：温中止痛，杀虫止痒，解鱼腥毒。

主治：积食停饮，心腹冷痛，呕吐，噫呃，咳嗽气逆，风寒湿痹，泄泻，痢疾，疝痛，齿痛，蛔虫病，蛲虫病，阴痒，疮疥。

用于中焦寒盛，脘腹冷痛、呕吐、泄泻、咳喘之症。花椒以其辛温之性补益脏腑，壮筋骨，益血脉，暖肌肤，逐风冷，故善于温中散寒，止痛，止泻。①用治真心痛。花椒有温通血脉、散寒止痛作用，如见“心痛彻背，背痛彻心”者，常伍赤石脂（如乌头赤石脂丸）以散寒止痛；若心胸大寒痛，呕不能饮食，常配干姜、人参、饴糖（如大建中汤）以温散阴寒，甘缓止痛。②用治脘腹冷痛、呕逆证。花椒入脾胃经，能温中散寒，凡寒邪内侵、阳气受困而见的脘腹冷痛、恶心呕吐、食欲不佳等脾胃虚寒症皆可内服或外用治之。如可用花椒炒热布包熨痛处，以散里寒。③用治寒湿泄泻。因脾胃虚寒而致呕吐泄泻、脘腹冷痛，寒盛者配附子、干姜，湿盛者配苍术、厚朴。④因川花椒味辛性热，能入肾助火，温中祛寒、下气，又能散肺中寒饮，《本经》记载“主邪气咳逆”，有止咳平喘之佳效，常用于治疗百日咳、咳喘、哮证，常配沙参、百部、白前、甘草等；《本经逢

原·卷三》以本品配茯苓，用治肺肾虚寒，腰痛痰喘，足冷如冰者。

花椒具杀虫作用，用于治疗虫症。①驱杀蛔虫，用治蛔虫引起的腹痛、呕吐，甚至厥逆。如治因虫所致之心冷痛，可单用花椒炒热，以酒淋椒，弃椒饮酒，以安蛔止痛；治蛔厥证，常配黄连、黄柏（如乌梅丸）以寒温并用，辛苦并进。现代治蛔虫性肠梗阻，以花椒入食油炸成花椒油食之。②用治皮肤疮疥、妇女阴痒、男子阴囊湿痒及白秃疮等病，常单用或与苦参、蛇床子、地肤子、白矾煎汤熏洗以杀虫止痒。现已提取花椒油制成栓剂，治疗真菌性阴道炎。另外，研究表明花椒还具有显著的杀灭滴虫作用。

历代医家综述：

论其综合功效：①《本经》即谓（川花椒）：主邪气咳逆，温中，主骨节皮肤死肌，寒湿痹痛，下气。②张璐：秦椒，味辛气烈，其温中去痹，除风邪气，治吐逆疝瘕，下肿湿气，皆取辛烈以散郁热，乃从治之法也。疮毒腹痛，冷水下一握效，其能道三焦，引正气，下恶气知也。（《本经逢原》）③缪希雍：川花椒，其主邪气咳逆，皮肤死肌，寒湿痹痛，心腹留饮宿食，肠辟下痢，黄疸水肿者，皆脾、肺二经受病。肺出气，主皮毛，脾运化，主肌肉，肺虚则外邪客之，为咳逆吐气，脾虚则不能运化水谷，为留饮宿食、肠辟下痢，水肿黄疸，二经俱受风寒湿邪，则为痛痹，或成死肌，或致伤寒温疟，辛温能发汗、开腠理，则外邪从皮肤而出，辛温能暖肠胃，散结滞，则六腑之寒冷除，肠胃得温，则中焦治，而留饮宿食、肠辟下痢、水肿黄疸诸证悉愈矣。其主女子字乳余疾者，亦指风寒外侵，生冷内停而言。泄精瘕结，由下焦虚寒所致，此药能入右肾命门，补相火元阳，则精自固而结瘕消矣。杀虫鱼毒者，以其得阳气之正，能破一切幽暗阴毒乏物也。外邪散则关节调，内病除则血脉通。（《本草经疏》）④李时珍：椒，纯阳之物，其味辛而麻，其气温以热。入肺散寒，治咳嗽；入脾除湿，治风寒湿痹，水肿泻痢；入右肾补火，治阳衰溲数，足弱，久痢诸证。一妇年七十余，病泻五年，百药不效，予以感应丸五十九投之，大便二日不行，再以平胃散加椒红、茴香、枣肉为丸与服，遂廖。每因怒食举发，服之即止。此除湿消食，温脾补肾之验也。又《上清诀》云，凡人吃饭伤饱，觉气上冲，心胸痞

闷者，以水吞生椒一二十颗即散，取某能通三焦，引正气，下恶气，消宿食也。又云：花椒“散风邪瘕结，水肿黄疸”；“久服开腠理，通血脉”；“治头风泪下，腰脚不遂，虚损留结，消宿食，通三焦，温脾胃，补右肾命门。”（《本草纲目》）

论其辛温之性：《神农本草经》载：花椒味辛、温，主风邪气，温中，除寒痹，坚齿明目，逐下气。

4. 黄连

黄连属毛茛科植物黄连、三角叶黄连或云连的干燥根茎，以上3种分别习称“味连”、“雅连”、“云连”。历代医籍对黄连的功用均有记载。

性味归味：苦，寒；归心、肝、胃、大肠经。

功效：泻火，燥湿，解毒，杀虫。

主治：治实行热毒、伤寒，热盛心烦，痞满呕逆，菌痢，热泻腹痛，肺结核，吐血、溺血、下血，消渴，疳积，蛔虫病，百日咳，咽喉肿痛，火眼，口疮，痈疽疮毒，湿疹，汤火烫伤。

用于湿热下痢、湿热泄泻、痞满呕吐。①肠胃湿热或热毒下痢及泄泻。黄连大苦大寒而质燥，既善清热燥湿，又善解毒，常与黄柏、秦皮、白头翁伍用（如白头翁汤）以清热解毒，燥湿止痢；若下痢而气滞，里急后重者，多加木香、槟榔之属（如大香连丸、芍药汤）以行气调滞；若兼有表邪者可加葛根等（如葛根芩连汤）以解表止利；对肠胃寒热错杂之心下痞满、吐泻等症，则每与干姜、半夏等配伍（如半夏泻心汤）以寒热并用。②用治痞满呕逆。黄连亦是治胃热呕吐的常用药，常配半夏、竹茹等（如黄连橘皮竹茹半夏汤）以和胃降逆止呕；肝火犯胃者常佐以吴茱萸（如左金丸）以清肝制胃。③用治痰热互结之结胸证，见心下痞硬，按之痛者，常伍半夏、瓜蒌（即小陷胸汤）以宽胸散结，清热化痰。

用于治胃火牙痛、消渴、目赤肿痛、肝火胁痛、心热不寐、吐衄、便血、热盛神昏、热毒痈肿疮毒等。①黄连亦是泻火解毒的要药，治疗胃火牙痛，常配生地黄、升麻、白芷等（如清胃散）以清热泻火解毒。②用治消渴之中消证，凡胃火炽盛，消谷善饥，烦渴多饮者，常配天花粉、生地黄等清热生津之品。③用治肝火胁痛，常配

吴茱萸、白芍（如戊己丸）以清泄肝火；若肝火炽盛之目赤肿痛，常配赤芍、栀子、夏枯草等以清肝泻火明目。④用治心热烦扰不寐，常伍朱砂、生地黄等（如朱砂安神丸）以清泻心火，除烦安神；若心火盛而又阴血不足以致心烦不眠者，常伍用阿胶、白芍等（如黄连阿胶汤）。⑤用治热盛而迫血溢之吐衄、便血等，常配黄芩、大黄（如泻心汤）以凉血止血。⑥用治热盛神昏证。凡见热盛火炽，壮热烦躁，甚则神昏谵语等症，常配栀子、黄芩等（如黄连解毒汤）以清热开窍，泻火解毒。⑦用治热毒炽盛的痈肿疮毒、疔毒走黄、烧伤及耳目肿痛等症，常配伍黄芩、大黄、连翘等（如黄连解毒汤）。热毒痛肿常配金银花、野菊花、蒲公英；湿热痒疮、耳脓常配枯矾、苦参等。此外，黄连可用于解毒。如乌头误服中毒可用黄连、甘草煎服以解毒；若巴豆中毒泻不止，可冷饮黄连绿豆汤。《本草纲目》载黄连解服药过量、烦闷，及巴豆、轻粉毒。

历代医家论述：

综论黄连综合功用：缪希雍：黄连为病酒之仙药，滞下之神草，六经所至，备有殊功，其主热气目痛，眦伤泪出，明目，大惊益胆者，凉心清肝胆也。肠腑腹痛下痢，《别录》该主泄辟，泄者，泻利也，辟者，大肠下血也，俗呼为赃毒。除水、利骨、厚肠胃、疗口疮者，涤除肠、胃、脾三家之湿热也。久服令人不忘者，心家无火则清，清则明，故不忘。（《本草经疏》）

论其清泻心火之功：①成无己：苦入心，寒除热，火毒，黄连之首，以导泻心下之虚热。上热者泄之以苦，黄连之苦以降阳。蛔得甘则动，得苦则安，黄连、黄柏之苦以安蛔。（《注解伤寒论》）②邹澍：伤寒胸中有热，胃中有邪气，腹中疼，欲呕吐者，黄连汤主之。少阴病二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之，二方皆以黄连为君，二证曾发于心，可见黄连为泻心火之剂矣。（《本经疏证》）③徐大椿：凡药能去湿者必增热，能除热着，必不能去湿，唯黄连能以苦燥湿，以寒清热，一举两得，莫神于此。心属火，寒胜火，则黄连为泻心之药，而反能补心，何也？盖苦为火之正味，乃以味补之也。若心家有邪火，则此亦能泻之，而真火反得宁，是泻之即所以补之也。（《本草经百种录》）

论其临床用药经验：①苏颂：今医家洗眼汤，以当归、芍药、黄连等份停细切，以雪水或甜水煎浓汁，乘热洗，冷即再温洗，甚益眼目，但是风毒赤目花翳等皆可用之。其说云：凡眼目之病，皆以血脉凝滞使然，故以行血药合黄连治之，血得热即行，故乘热洗之，用者无不效。(《本草图经》) ②寇宗奭：黄连，今人多用治痢，盖执以苦燥之义。亦有但见肠虚渗泄，微似有血，便即用之，更不知止，又不顾寒热多少，但以尽剂为度，由是多致危困。若气实初病热多，血痢，服之止，仍不必尽剂也。若虚而冷者，则不须服。(《本草衍义》) ③李杲：诸痛痒疮疡，曾属心火，凡诸疮宜以黄连、当归为君，甘草、黄芩为佐。(《内外伤辨惑论》) ④王好古：黄连苦燥，故入心，火就燥也，然泻心，其实泻脾也，为子能令母实，实则泻其子。治血，防风为上使，黄连为中使，地榆为下使。(《汤液本草》) ⑤朱震亨：黄连，去中焦湿热而泻心火，若脾胃气虚，不能转运者，则以茯苓、黄芩代之。以猪胆汁拌炒，佐以龙胆草，则大泻汗胆之火。下痢胃热噤口者，用黄连、人参煎汤，终日呷之，填口吐，再强饮，但得一呷下咽便好。(《格致余论》) ⑥陈嘉谟：黄连，久服之，反从火化，愈觉发热，不知有寒。故其功效，唯初病气实热盛者，服之患良，而久病气虚发热，服之又反助其火也。(《本草蒙筌》) ⑦李梴：黄连，酒浸炒，则上行头目口苦；姜汁炒，辛散冲热有功。一切湿热形瘦气急，一切时行热毒湿毒，诸般恶毒秽毒，诸疮疡毒，俱以姜和其寒，而少变其性，不使热有低牾也。(《医学入门》) ⑧周岩：黄连之用，见于仲圣方者，黄连阿胶汤，治心也；五泻心汤、黄连汤、干姜黄连黄芩人参汤，治胃也；黄连粉，治脾也；乌梅丸，治肝也；白头翁汤、葛根黄芩黄连汤，治肠也。其制剂之道，或配以大黄、芍药之泄，或配以半夏、瓜蒌实之宣，或配以干姜、附子乏温，或配以阿胶、鸡子黄之濡，或配以人参、甘草之补，因证制宜，所以能收苦燥之益而无苦燥之弊也。(《本草思辨录》) ⑨李时珍：黄连治目及痢为要药，古方治痢香连丸，用黄连、木香；姜连散，用干姜、黄连；变通丸，用黄连、茱萸；姜黄散，用黄连、生姜；治消渴，用酒系黄连；治伏暑，用酒煮黄连；治下血，用黄连、大蒜；治肝火，用黄连、茱萸；治口疮，用黄连、细辛。皆是一冷一热，一阴一阳，

寒因热用，热因寒用，君臣相佐，阴阳相济，最得制方之炒，所以有成功而无偏胜之害也。(《本草纲目》)

论其清热燥湿之功：①刘完素：古方以黄连力治痢之最，盖治痢催宜辛苦寒药，辛能发散，开通郁结，苦能燥湿，寒能胜热，使气宣平而已。诸苦寒药多泄，唯黄连、黄柏性冷而燥，能降火去温，而止泄痢，故治痢以之为君。②倪朱谟：黄连，解伤寒疫热，定阳明、少阴赫曦之传邪，退心脾郁热，祛下痢亦白后重之恶疾。又如惊悸、怔仲、烦乱、恍惚而神志不宁，痛痒、疮疡、癍毒、唐痘而邪热有余，黄连为必用也。著目痛亦肿，睛散羞明，乃肝之邪热也；呕逆恶心，吞吐酸苦，乃脾之邪热也；胁痛弦气，心下庸满，乃肝脾之邪热也；舌烂口臭，唇齿燥裂，乃心脾之邪热也；均属火热内甚，阳盛阴衰之证，非此不治。设或七情之火，聚而不散，六郁之火，结而不舒，用二陈以清之可也，然无黄连之苦寒，则二陈不能独清；吐血衄血，妄奔于上，溲血淋血，妄泄于下，用四生以止之可也，然无黄连之少佐，则四生不能独止。又有肠风下血，用之可切厚肠胃而止血。小便热闭，用之可以清内热而行便。又能退伏热而消蓄暑，其功专于泻火。清湿热而治疳热，其味在于苦寒。若胃虚不足，苦寒有不可投，姜汁制炒可也。阴分之病，苦寒有不能入，醇酒制炒可也。(《本草汇言》) ③张山雷：黄连大苦大寒，苦燥湿，寒胜热，能泄降一切有余之湿火，丽心、脾、肝、肾之热，胆、胃、大小肠之火，无不治之。上以清风火之胃病，中以平肝胃之呕吐，下以通腹痛之滞下，皆燥湿清热之效也。又苦先入心，清涤血热，故血家诸病，如吐衄溲血、便血淋浊、痔漏崩带等症，及痈疡斑疹丹毒，并皆仰绮于此，但目疾须舍泄风行血，滞下须兼行气导浊，呕吐须兼镇坠化痰，方有捷效，仅恃苦寒，亦不能操之必胜之券，且连之苦寒，尤以苦胜，故燥湿之功独显，凡诸证之必需于连者，类皆湿热郁蒸，持以为苦燥泄降之资，一不仅朗清热见长，凡非舌厚苔黄、腻浊满布者，亦不任此大苦大燥之品。即疮疡一科，世人几视为阳证通用之药，实则唯疔毒一证发于实火，需连最多，余唯湿热交结，亦所恒用。此外血热血毒之不换湿邪者，自有清血解毒之剂，亦非专恃，黄连可以通治也。(《本草正义》)

5. 黄柏

黄柏始载于《本经》，原名檗木。为芸香科植物黄檗或黄皮树的除去栓皮的干燥树皮，可分为关黄柏和川黄柏两大类。生用重在清热燥湿；盐水炒用重在泻相火。

性味归经：苦，寒；入肾、膀胱经。

功效：清热，燥湿，泻火，解毒。

主治：热痢，泄泻，消渴，黄疸，痿躄，梦遗，淋浊，痔疮，便血，赤白带下，骨蒸劳热，目赤肿痛，口舌生疮，疮疡肿毒。

用于泻痢、黄疸、带下、热淋；足膝肿痛。黄柏苦寒质燥，性主沉降，其清热燥湿作用尤长于治下焦湿热证。①用治湿热黄疸。凡见目黄、身黄、小便黄等症，常与栀子、茵陈等伍用（如栀子柏皮汤）以清热燥湿，利胆退黄。②用治湿热泻痢。常配黄连、秦皮、白头翁等（如白头翁汤）以清热燥湿，解毒止痢。③用治湿热下注，带下黄稠。凡妇女阴道滴虫症，白带、黄带过多者，常配白果、车前子等（如易黄汤）以清热燥湿止带。④用治湿热足痿、足膝肿痛及湿痹。凡风湿热痹，见膝踝关节及下肢红肿疼痛等症，常配苍术、牛膝等（如三妙丸）以清热燥湿，消肿止痛；若腰膝酸软，常配当归、牛膝之属（如虎潜丸）以强壮腰膝。⑤用于热淋小便不利。常伍萹蓄、木通等。

用于疮疡肿毒、烧伤、湿疹、目赤肿痛等。常配黄连、连翘等（如黄连解毒汤）治疗疮毒攻心；治湿疹常配苦参、蝉蜕等。

用于阴虚发热，骨蒸盗汗及遗精等证。黄柏有坚肾阴、制相火以退虚热之功。凡阴虚火旺所致骨蒸低热、盗汗、遗精等证，多与知母相须为用，并配以地黄、龟甲等滋养肾阴药（如知柏地黄丸、大补阴丸、当归六黄汤等）以泻肾经虚火。

历代医家综述：

论其综合功能：①《神农本草经》：主五脏肠胃中结热，黄疸，肠痔，止泄痢，妇女漏下赤白，阴阳伤蚀疮。②陈藏器：主热疮疱起，虫疮，痢，下血，杀蛀虫；煎服，主消渴。（《本草拾遗》）③日华子：安心除劳，治骨蒸，洗肝，明目，多泪，口干，心热，杀疳虫，治蛔心痛，疥癣，蜜炙治鼻洪，肠风，泻血，后分急热肿痛。

(《日华子本草》) ④张璐：黄柏，生用降实火，酒制治阴火上炎，盐制治下焦之火，姜制治中焦痰火，姜汁炒黑治湿热，盐酒炒黑治虚火。阴虚火盛面赤戴阳，附子汁制。(《本经逢原》) ⑤黄元御：黄柏，泄己土之湿热，清乙木之郁蒸，调热利下重，理黄疸、腹满、伤寒。乌梅丸用之治厥阴伤寒，气上撞心，心中疼热，食即吐蛔，以木郁则虫化，郁冲而生上热，黄柏泄郁升之上热，而杀蛔虫也。白头翁汤用之治厥阴病热利下重者，以木郁则利作，郁隐而生下热，黄柏泄郁陷之下热，而举重坠也。《金匮》栀子檗皮汤用之治太阴病，身黄发热者；大黄硝石汤用之治黄疸腹满、小便不利者；以乙木湿陷，不能疏泄，郁生下热，传于膀胱，水窍不开，溢于经络，则身黄腹满而发热，黄柏泄湿热而清膀胱也。阳衰土湿，乙木不达，抑遏而生湿热，冲于胃口，则寸心中疼热；陷于大肠，则热利下重；郁于膀胱，溢于肌肤，则腹满身黄。黄柏苦寒迅利，疏肝脾而泄湿热，清膀胱而排瘀浊，殊有捷效。最泻肝、肾、脾、胃之阳，后世以此为滋阴补水之剂，误人多矣。(《长沙药解》)

论其治下焦湿热之功：①张元素：黄檗，治肾水膀胱不足，诸痿厥，腰无力，于黄芪汤中加用，使两膝中气力涌出，痿软即时去矣。二制治上焦，单制治中焦，不制治下焦也。(《医学启源》) ②李杲：黄檗、苍术，乃治痿要药，凡去下焦湿热作肿及痛，并膀胱有火邪，并小便不利及黄涩者，并用酒洗黄檗、知母为君，茯苓、泽泻为佐。凡小便不通而口渴者，邪热在它分，肺中伏热不能生水，是绝小便之源也，法当用气味俱薄淡渗之药，猪苓、泽泻之类，泻肺火而清肺金，滋水之化源。若邪热在下焦血分，不渴而小便不通者，乃《素问》所谓无阴则阳无以生，无阳则阴无以化，膀胱者州都之官，津液藏焉气化则能出矣。法当用气味俱厚，阴中之阴药治之，黄檗、知母是也。(《内外伤辨惑论》) ③王好古：黄檗，足少阴剂，肾苦燥，故肾停湿也，栀子、黄芩入肺，黄连入心，黄檗入肾，燥湿所归，各从其类也。《活人书》解毒汤，上下内外通治之。(《汤液本草》) ④缪希雍：黄檗，主五脏肠胃中结热。盖阴不足，则热始结于肠胃；黄疸由湿热，然必发于真阴不足之人；肠澼痔漏，亦皆湿热伤血所取；泄痢者，滞下也，亦湿热干犯肠胃之病；女子漏下赤白，阴伤蚀

疮，曾湿热乘阴虚流客下部而成；肤热赤起，目热赤痛口疮，皆阴虚血热所生病也。以至阴之气，补至阴之不足，虚则补之，以类相从，故阴回热解，湿燥而诸证自除矣。乃足少阴肾经之要药，专治阴虚生内热诸证，功烈甚伟，非常药可比也。(《本草经疏》)

论其清泻相火之功：①朱丹溪：檗皮，走手厥阴，而有泻火补阴。配细辛，治口疮有奇功。(《本草衍义补遗》) ②朱震亨：黄檗，走至阴，有泻火补阴之功，非阴中之火，不可用也。得知母滋阴降火，得苍术除湿清热。(《格致余论》) ③李梴：黄檗，治眼赤、喉痹及痈疽发背，乳痈脐疮亦用。东垣云，泻下焦隐伏之龙火，安上出虚哕之蛔虫，单治而能补肾不足，生用而能补阴痿厥，凡下体有湿，瘫痪肿痛，及膀胱有水，小便黄，小腹虚痛者，必用之，兼：外感肌热，内伤骨热，失血遗精阴痿，抑考黄连入心，栀芩入肺，黄柏入肾，肾苦燥停湿，柏味微辛而能润燥，性利下而能除湿，故为肾经主药。然《本经》谓其主五脏热者，盖相火狂越上冲，肠胃干涸，五脏皆火，以上诸症，曾火之所为，湿亦火之郁而成也，用以泻火则肾水自固，而无狂越漏泄之患，所谓补肾者，亦此意也。丹溪谓肾家无火，而两尺脉微或左尺独旺者，皆不宜用，唯两尺脉俱旺者最宜。(《医学入门》) ④李时珍：古书言知母佐黄檗滋阴降火，有金水相生之义，黄檗无知母，犹水母之无虾也。盖黄檗能治膀胱、命门中之火，知母能清肺金，滋肾水之化源，故洁古、东垣、丹溪皆以为滋阴降火要药，上古所未言也。盖气为阳，血为阴，邪火煎熬，则阴血渐涸，故阴虚火动之病须之，然必少壮气盛能食者，用之相宜，若中气不足，而邪火炽甚者，久服则有寒中之变。近时虚损及纵欲求嗣之人用补阴药，往往以此二味为君，日日服饵，降令太过，脾胃受伤，真阳暗损，精气不暖，致生他病。盖不知此物苦寒而滑渗，且苦味久服，有反从火化之害，故叶氏《医学统旨》有四物加知母、黄檗，久服伤胃，不能生之阴戒。生用则降实火，熟用则不伤胃，酒制则治上，盐制则治下，蜜制则治中。(《本草纲目》) ⑤张景岳：黄檗，性寒润降，去火最速，丹溪言其制伏龙之火，补肾强阴，然龙火岂沉寒可除，水枯岂苦劣可补，阴虚水竭，得降愈亡，扑灭元阳，莫此为甚，水未枯而火盛者，用以抽薪则可，水既竭而枯热者，用以补阴实

难，当局者慎勿认为补剂。子尝闻之丹溪曰，君火……可以直折，黄连之属可以制之；相火……当从其性而伏之，唯黄柏之属可以降之。按此议论若有高见，而实矫强之甚。夫所谓从其性者，即《内经》从治之说也，《经》曰：正者正治，从者反治。正治者，谓以水制火，以寒治热也；从治者，谓以火济火，以热治热也；亦所谓甘温除大热也，岂帜黄连便是正治，黄柏便是从治乎？既曰黄连主心火，黄柏主肾火，然以便血、溺血者，候宜黄连，又岂非膀胱、大肠下部药乎？治舌疮口疮者，俱宜黄柏，又岂非心、脾上部药乎？总之，黄连、黄柏均以大苦大寒之性，而曰黄连为水，黄柏非水，黄连为泻，黄柏为补，岂理也哉？（《本草正》）⑥贾所学：黄柏，味苦入肾，是以降火能自顶至踵，沦肤彻髓，无不周到，专泻肾与膀胱之火。盖肾属寒水，水多则渐消，涸竭则变热。君气从脐下起者，阴火也。《内经》曰，肾欲坚，以苦坚之，坚即为补，丹溪以此一味各大补丸，目盐水制，使盐以入肾，主降阴火以救肾水。用蜜汤拌炒，取其恋隔而不骤下，治五心烦热、目痛口疮诸症。单炒褐已，治肠红痔漏，遗精白浊，湿热黄疸。又膀胱热，脐腹内痛，凡属相火，用此折之，肾自坚固，而无旁荡之矣。因味苦能走骨，能沉下，用酒伴炒，四物汤调服，领入血分，治四肢骨节走痛，足膝酸疼无力，遍身恶疮及脚气攻冲，呕逆恶心，阴虚血热，火气于足者，盖此一味，名潜行散，能散阴中之火，亦能安蛔虫，以苦降之之义也。（《药品化义》）⑦严洁、施雯、洪炜同：以黄柏补水，以其能清自下泛上之阴火，火清则水得坚凝，不补而补也，盖阴中邪火，本非命门真火，不妨用苦寒者除之。若肾中真水不足，水中之真火虚浮于上，宜用二地以滋之，水足火自归脏也。如误服知、柏，水愈燥而火愈炎，反成孤阳飞越，莫可救矣。命门之火，安其位为生生之少火，出其位则为烁阴食气之壮火，是畏火也，非急除之不可，川柏、丹皮在所必需。然少火出位，失水之源，用川柏之苦燥，不着丹皮之丰润，为无伤于真阴也。（《得配本草》）

论其用药经验：①黄宫绣：黄檗，青人同知母用于六味丸中，名为知檗八味丸，又用知、檗各一两，酒洗焙研入桂，名为滋肾丸，谓其可滋真阴，此说一出，而天下翕然宗之，以至于今牢不可破。讵知

黄檗性禀至阴，味苦性寒，行隆冬肃杀之令，故独入少阴泻火，入膀胱泻热。凡病人因火亢而见骨蒸劳热，目赤耳鸣，消渴便闭，及湿热为病而见诸痿瘫痪，水泻热利，黄疸水冲，痔血肠风，漏下赤白，与乎诸痛疮痒，蛔虫内攻，诊其尺果洪大，按乏而有力，可炒黑暂用，使其湿热颐流而下，阴火因而潜伏，则阴不受煎熬，而阴乃得长矣，非谓真阴虚损，服此即有滋润之力也。故于实热实火则宜，而于虚热虚火，则徒有损而无益。阴寒之性，能损人气，喊人食，命门其元之火，一见而消亡，脾胃运行之职，一见而沮丧，元气既虚，又用苦寒，遏绝生机，莫此为甚。(《本草求真》) ②王秉衡："黄柏之功，昔人已详之矣，或竟视为毒药，痛戒勿用，毋乃议药不议病之陋习耶？《经》言肾欲坚，急食苦以坚之。凡下部不坚之病多矣，如茎痿、遗浊、常漏、痿蹙、便血、泻痢诸症，今人不察病情，但从虚寒治之，而不知大半属于虚热也。盖下焦多湿，始因阴虚火盛而湿渐化热，继则湿热阻夫气化，反耗精液，速成不坚之病，曾黄檗之专司也，丢其蚀阴之病，正是保全生气，准谓苦寒无益于生气哉？盖黄檗治下焦湿热青证，正与蛇床子治下焦寒湿诸证为对待。(《重庆堂随笔》) ③张璐：黄柏苦寒迅利，疏肝脾而泄湿热，清膀胱而排瘀浊，殊有捷效。最泻肝、肾、脾、胃之阳，后世以此为滋阴补水之剂。误人多矣。(《本经逢原》)

6. 桂枝

桂枝为樟科植物肉桂的干燥嫩枝，最早载于《神农本草经》，出自《新修本草》。《中药大词典》言其有"发汗解肌，温经通阳。治风寒表证，风湿痹痛，胸痹痰饮，经闭癥瘕，小便不利"等功用。

性味归经：辛、甘，温；归心、肺、膀胱经，通行十二经。

功效：发汗解肌，温经通脉。

主治：风寒表证，肩背肢节酸疼，胸痹痰饮，经闭癥瘕。

用于风寒表证。桂枝既能发汗解表，又能助阳，为治风寒表虚证、营卫不和、肩背肢节酸疼、血脉阻滞之要药。①用治风寒表虚证。表虚有汗而恶风发热有汗而表不解，苔薄白，脉浮缓或浮滑者，常配白芍（如桂枝汤）以调和营卫，解除表证。②用治风寒表实证。风寒表实无汗，恶寒发热者，常与麻黄同用（如麻黄汤）以和营通

阳，助麻黄发汗。

用于风寒湿痹证。本品辛温，能发散温通经络，用于风寒湿痹，可使人体肌表经络感受风寒湿邪得以从外而解，常配附子（如桂枝附子汤、甘草附子汤）以祛除寒湿，温经止痛。

用于水肿及小便不利证。本品甘温，能温阳化饮，化气利水。①用治阳虚水内停证。如见水肿，小便不利，或为蓄水，或为水逆，或为泄泻及霍乱、吐泻等，常伍茯苓、猪苓、泽泻、白术等（如五苓散）以利水渗湿，化气利水；若因肾阳不足，膀胱气化不利而致小便不利，少腹拘急，面浮足肿者，常配附子、茯苓等（如八味肾气丸）以温阳化气行水。②用治痰饮眩悸等证。凡痰饮内停，胸胁支满，头眩心悸等症，常与茯苓、白术、甘草同用（如苓桂术甘汤）以温阳化饮，化气行水。

用于痰饮证。桂枝能温通胸中阳气，有通阳散结、消痞除满之功。①用治胸痹证。若因胸阳不振，痰饮上乘，肺失肃降导致喘息咳唾、胸背疼痛、短气等症，常伍薤白（如枳实薤白桂枝汤）以通阳散结，行气导滞。②用治心悸、脉结代证。桂枝宣通阳气的作用，又可用于心之阴阳俱虚所致之心悸、脉结代之证，以通阳复脉，多与炙甘草、人参、阿胶等配伍（如炙甘草汤）。③用治奔豚证。若阴寒内盛，引动下焦冲气，上凌心胸的奔豚病，可重用桂枝（如桂枝加桂汤、苓桂术甘汤）以增强通阳下气作用。

用于月经不调、痛经、经闭。①桂枝善温经散寒而通利血脉，若因冲任虚寒，气机郁滞，血行失常所致月经不调、经行腹痛和经闭、或产后恶露不尽或胞衣不下等证，常配当归、川芎（如温经汤）以温经散寒，祛瘀养血。②用治癥瘕。桂枝具有温通血脉的作用，与活血祛瘀的牡丹皮、桃仁等配伍（如桂枝茯苓丸）可消除腹腔内的瘀血癥瘕。

历代医家综述：

总结其综合作用：①《神农本草经》言其主土气咳逆，结气喉痹，吐吸，利关节。②陶弘景：心痛，胁风胁痛，温筋通脉，止烦出汗。（《名医别录》）③张元素：去伤风头痛，开腠理，解表发汗，去皮肤风湿。（《珍珠囊》）④邹谢：能利关节，温经通脉……其用之之

道有六：曰和营、曰通阳、曰利水、曰下气、曰行瘀、曰补中。（《本经疏证》）⑤邹谢：凡药须究其体用，桂枝能利关节，温经通脉，此其体也。《素问·阴阳应象大论》曰，味厚则泄，气厚则发热，辛以散结，甘可补虚。故能调和腠理，下气散逆，止痛除烦，此其用也。（《本经疏证》）

论其发表作用：①焦树德：桂枝气味俱轻，故能上行发散于表。（《用药心法》）②王好古：或问《本草》言桂能止烦出汗，而张仲景治伤寒有当发汗，凡数处，皆用桂枝汤；又云，无汗不得服桂枝，汗家不得重发汗，若用桂枝是重发其汗，汗多者用桂枝甘草汤，此又用桂枝闭汗也。一药二用，与《本草》之义相通否乎？曰，《本草》言桂辛甘大热，能宣导百药，通血脉，止烦出汗，是调其血而汗自出也。仲景云，太阳中风，阴弱者汗自出，卫实营虚故发热汗出。又云，太阳病发热汗出者，此为营弱卫强。阴虚阳必凑之，故皆用桂枝发其汗。此乃调其营气，则卫气自和，风邪无所容，遂自汗而解，非桂枝能开腠理，发出其汗也。汗多用桂枝者，以之调和营卫，则邪从汗出而汗自止，非桂枝能闭汗孔也。昧者不知出汗、闭汗之意，遇伤寒之无汗者亦用桂枝，误之甚矣。桂枝汤下发汗字当认作出字，汗自然发出，非若麻黄能开腠理发出其汗也其治虚汗，亦当逆察其意可也。（《汤液本草》）③朱丹溪：仲景治表用桂枝，非表有虚以桂补之；卫有风邪，故病自汗，以桂枝发其邪，卫和则表密汗自止，非桂枝能收汗而治之。（《本草衍义补遗》）④李时珍：麻黄遍彻皮毛，故专于发汗而寒邪散，肺主皮毛，辛走肺也。桂枝透达营卫，故能解肌而风邪去，脾主营，肺主卫，甘走脾，辛走肺也。（《本草纲目》）⑤倪朱谟：桂枝，散风寒，逐表邪，发邪汗，止咳嗽，去肢节间风痛之药也，气味虽不离乎辛热，但体属枝条，仅可发散皮毛肌腠之间，游行臂膝肢节之处。（《本草汇言》）⑥张璐：麻黄外发而祛寒，遍彻皮毛，故专于发汗；桂枝上行而散表，透达营卫，故能解肌。世俗以伤寒无汗不得用桂枝者，非也。桂枝辛甘发散为阳，寒伤营血，亦不可少之药。麻黄汤、葛根汤未尝缺此。但不可用桂枝汤，以中有芍药酸寒，收敛表腠为禁耳。（《本经逢原》）

论其调和营卫：①刘若金：桂枝与薄桂，虽皆属细枝条，但薄桂

尤其皮之薄者，故和营之力似不及枝也。又肉桂治奔豚而桂枝亦用之者，以奔豚属肾气，肾气出之膀胱，桂枝入足太阳故也。世医不悟桂枝实表之精义，似以此味能补卫而密腠理，若然，何拟不用参、芪耶？盖四时之风，因于四时之气，冬月寒风伤卫，卫为寒风所并，则不为营气之并而与之和，故汗出也。唯桂枝辛甘能散肌表寒风，又通血脉，故合于白芍，由卫之固以达营，使其相和而肌解汗止也。（《本草述》）

论其温经通脉作用：①黄元御：桂枝，入肝家而行血分，走经络而达荣郁。善解风邪，最调木气。升清阳之脱陷，降浊阴之冲逆，舒筋脉之急挛，利关节之壅阻。入肝胆而散遏抑，极止痛楚，通经络而开痹涩，甚去湿寒。能止奔豚，更安惊悸。（《长沙药解》）②曹家达：寒湿凝阻乎于肌肉，阳气不达于外，仲师因立桂枝汤方，以扶脾阳而达营分之郁。盖孙络满布腠理，寒郁于肌，孙络为之不通，非得阳气以通之，营分中余液必不能蒸化而成汗，桂枝之开发脾阳其本能也。但失此不治，湿邪内窜关节，则病历节；或窜入孙络而为痛，按之示知其处，俗名寒湿流筋。其郁塞牵涉肝脏，二证皆宜桂枝。（《曹氏伤寒发微》）

论其用药经验：张寿颐：桂枝轻用三五分至七八分，重用一钱至钱半，若营血素虚，而卫阳亦微，外有凛寒，则用一二分与白芍合炒，其舌滑无苔者，且必桂、芍同炒，而拣去桂枝不用，仅取其气，不食其味，此虽吴下近时新法，而不可谓其无深意者也。桂枝即肉桂之枝，柔嫩细条，芬芳馥郁，轻扬升散，味辛气温。祛营卫之风寒，主太阳中风而头痛。立中州之阳气，疗脾胃虚馁而腹疼。宣通经络，上达肩臂。温辛胜水，则抑降肾气，下定奔豚，开肾家之痹着，若是阳微溲短，斯为通溺良材。唯在燥咳气升，妄用即教血溢，抑或阴亏液耗，误投必致病加。其效在皮，而仲景书反去其皮，可悟传抄之谬，无皮为木，而晚近来或用其木，毋乃嗜好之偏。（《本草正义》）

7. 干姜

干姜首见于《神农本草经》，列于中品，又名“白姜”（《三因方》）、“均姜”（《本草纲目》），为姜科多年生草本植物姜的干燥根茎，临床上药用配伍生姜、干姜、炮姜、姜皮，用药有鲜、干、生、

熟之分，故应根据疾病特点，适当选用配伍。

性味归经：辛，热；归脾、胃、心、肺经。

功效：温中逐寒，回阳通脉，温肺化饮。

主治：脾胃寒证，亡阳证，寒饮咳喘，虚寒性出血。

用于脾胃寒证。干姜守而不走，固守中焦，能祛脾胃寒邪，助脾胃阳气，凡脾胃寒证，无论是外寒内侵之实证，或阳气不足之虚证均适用。①用治脾胃虚寒、实寒证，症见心腹冷痛，吐泻，“寒淫于内，治以辛热；脾欲缓，急食甘以缓之”，常配党参、白术、甘草（如理中汤）以补虚健脾，温中散寒；中寒较重者，可配高良姜、川花椒之属；如属虚寒夹有痰饮而腹中作痛者，常配人参、半夏（如干姜人参半夏汤）以温中散寒，健脾化痰。②用治阳虚吐逆。胃寒呕吐，可配半夏（如半夏干姜散）降逆止呕；若属虚寒吐逆、反胃者，可配桂枝、芍药等（如大、小建中汤）以温中止呕；若胃中寒热不和，食入即吐，常伍半夏、黄连（如生姜泻心汤）以辛开苦降，共奏除寒疾、清郁热、止呕逆之功。③用治腹痛泻痢。凡脾胃虚寒引起的脘腹冷痛、纳呆体倦、吐泻冷痢，常与党参、白术、附子、肉桂等药物同用；久痢不愈，脾肾阳虚，而见下利，便脓血者，常配赤石脂（如桃花汤）以温脾散寒，收涩止痢；若胃痛、腹痛、泻利而见寒热错杂证，常干姜、黄连配伍（如半夏泻心汤、黄连汤）以寒温并施，辛开苦降，现临床常用于治疗肠易激综合征、胃窦胃炎、痞证、胆汁反流性胃炎等病。

用于亡阳证。干姜辛热，通心助阳，祛除里寒，凡阴寒内盛引起的阳气衰微、四肢逆冷、脉微欲绝等症，常与与附子、炙甘草等同用（如四逆汤）以增强回阳救逆功效，并可减低附子的毒性。古曰：“附子无干姜不热。”

用于寒饮伏肺证。凡见寒饮喘咳、咳嗽气喘、形寒背冷、痰多清稀等，常与麻黄、细辛、五味子等同用（如小青龙汤）以温散肺寒而化痰饮。

用于风寒湿痹。干姜辛热燥烈，散寒邪，通凝滞，临床常配白术：干姜温中散寒，白术补气健脾，又燥湿利水，两药相须为用，共入脾胃经，以达温中补虚、健脾运湿之功。治脾阳不足，腹痛便泻或

腰背冷痛，腹部沉重，起立艰难者。

用于吐、衄、下血。干姜有温中止血功效，凡多种阳虚失血，如崩漏下血等，皆可配伍应用。如吐血、衄血属阳虚无力摄血者，常配党参、附子、白术、炙甘草等（附子理中汤）以温中健脾，摄纳离经之血；若妇人经水淋沥、胎前产后下血不止，常配阿胶、艾叶、当归、生地黄等（如胶艾汤）以温经止血。

历代医家论述：

综论干姜主要功用及机制：①《本经》提出：干姜主胸满咳逆吐气，温中，止血，出汗，逐风湿痹，肠滞下痢。②张元素：干姜其用有四：通心助阳，一也；去脏腑沉寒痼冷，二也；发诸经之寒气，三也；治感寒腹痛，四也。（《珍珠囊》）②黄宫绣：干姜大热无毒，守而不走，凡胃中虚冷，元阳欲绝，含以附子同投，则能回阳立效，故书有附子无姜不热之句，仲景四逆、白通、姜附汤曾用之。且同五味则能通肺气而治寒嗽。同白术能燥湿而补脾，同归芍则能入气而生血。故凡因寒内入，而见脏腑痼蔽，关节不通，经络阻塞，冷痹寒痢，反胃隔绝者，无不借此以为拯救除寒。（《本草求真》）

论其治疗妇科病症。①《备急千金要方·卷三妇人方中》治妇人产后虚羸及崩伤过多，虚竭，腹中绞痛，用内补芎穷汤，方中以干姜配甘草、大枣温中土之阳以助生化，配地黄、芎穷以温阳助阴血之生。在用法炮制方面，亦多需“炙黑干姜”，或“干姜炒黄”。②李时珍：震亨曰：干姜入肝经引血药生血，同补阴药亦能引血药入气分生血，故血虚发热、产后大热者用之。乃热因热用，从治之法也。产后发热由阴血虚而致者，为阳无所依，浮散于外，故发虚热。甚则血随虚热妄行而出血。乃阴虚生内热耳。盖干姜能入肺分，利肺气，又能入肝分，引众药生血，然不可独用，必与补阴血药同用，此造化自然之妙，非天下之至神，其孰能与于此耶（明·武之望《济阴纲目》）。用干姜合生熟地黄、当归、白芍等阴阳合用，用阳生血，阳中求阴，阴血生，则可摄纳浮阳，虚热自退。（《本草纲目》）③吴道源：产后发热，因去血过多则血虚，血虚则阴虚，阴虚则生内热，心胸闷烦，气短头痛眩乱，骨节酸痛，晡时转甚，与大病后虚烦闷相类者，若产后发热不已，必用炒黑干姜，炮黑的干姜亦可止虚热出血，

其理仍以退虚热为本，虚热退则血自止。干姜炮黑，其止血者，盖炒黑则能引补血药入阳分，血得补则阴生热退，此阳生阴长之义，且黑为水色，故血不妄行也。(《女科切要》)

论其止血作用：①陶弘景：干姜，凡吐血、衄血、下血，有阴无阳者，宜用之。(《本草经集注》) ②李时珍：有血脱色白而夭不泽，脉濡者，此大寒也。宜干姜之辛温以益血，大热以温经。(《本草纲目》) ③罗国钢：干姜炮则辛苦大热，干姜水浸，炙焦黄色。辛则散，炮之稍苦，故止而不移，非若附子走而不守。(《罗氏会约医镜》) ④叶桂：干姜炮黑，入足少阴肾经，气味俱升，阳也。炮姜入肾助火，火在下谓之少火，少火生气，气充则中自温也。血随气行，气逆火动，则血上溢。炮姜入肾，肾温则浮逆之火气皆下，火平气降，其血自止矣。(《本草经解》) ⑤陈佳园等：产后诸症，皆缘气血骤下，元气大亏，用药不同常法。生化汤为产后第一妙方。其方芎、归、桃仁，以炙黑干姜、炙草，引三味入于肺、肝，温中行血，行中有补，化中有生，善去旧血，骤生新血，故名生化，盖因功而立名也。(《妇科秘书》)

8. 附子

附子为毛茛科多年生草本植物乌头的旁生块根，如子附母，故名附子。因其能救治亡阳重症，拯救生命于垂危，为中医治病救命之第一品药，故明代张景岳称之为药中之“良将”。

性味归经：辛，热，有毒；归心、肾、脾经。

功效：回阳救逆，补火救阳，逐寒除湿，温经止痛。

主治：阴盛格阳，大汗亡阳，吐利厥逆，心腹冷病，脾泄冷痢，脚气水肿，小儿慢惊，风寒湿痹，痿躄拘挛，阴疽疮漏及一切沉寒痼冷之疾。

用于亡阳证。附子性纯阳无阴，刚烈迅捷，走向不守，能通上达下，行表彻里，通行十二经脉，上能助心阳以通脉，下能温肾阳以益火，力能挽回散失之元阳，为治疗亡阳证之主药。凡症见汗出清冷、呼吸气微、四肢厥逆、脉微欲绝之亡阳重症，临床常配干姜、甘草(如四逆汤) 以回阳救逆；若阳衰气脱、大汗淋漓、气促喘急者，常与人参同用 (如参附汤) 以回阳益气固脱，大补元气。现代研究证

实，本品具有强心作用，故用于休克、心力衰竭有较好疗效。有的以附子为主制成注射剂，便于急救应用。

用于各种阳虚证。附子善能补火助阳，广泛用于各种慢性病阳衰之症，无论肾阳、脾阳、心阳诸虚证，均可随证应用。①用治肾阳不足证。凡见肢冷畏寒、腰酸脚弱、阳痿、尿频、咳喘等，均可以附子为主药，常伍肉桂、熟地黄等（如右归丸）而“益火之源，以消阴翳”。若为阳虚水泛证，见小便不利、肢体浮肿等症，常配茯苓、白芍或麻黄等（如真武汤、麻黄附子汤）以温阳利水，发散水气。②用治脾阳不振证。凡见脘腹冷痛、呕吐下利等症，常配人参、干姜、白术等（如附子理中丸）以益气健脾温中。③用治阳虚水肿证。凡因阳虚寒盛，水气不化，形成水肿，常伍白术、茯苓等（如真武汤）以健脾利湿，温脾、肾之阳，助气化而行水湿。④用治心阳虚衰证。凡见心悸气短、胸痹心痛等症，常配人参、桂枝等以补心气，温心阳；若心痛彻背，背痛彻心，常伍赤石脂（如乌头赤石脂丸）以温散阴寒，收敛心气。此外，卫阳虚易自汗者，配黄芪、桂枝；阳虚之体，外感风寒，恶寒发热，身倦欲卧，舌苔水滑，脉沉者可与麻黄、细辛同用。总之，附子能通行十二经，温一身之阳，凡阳虚证，均可使用。

用于寒痹证。附子辛热温通，能温经散寒，除湿止痛，善于治疗寒湿侵于经络，周身骨节酸痛之痹证，乃治阳衰阴盛、风寒湿痹、水湿肿满、寒凝疼痛等病症之要药。张元素云：“附子以白术为佐，乃除寒湿之圣药”。若为风湿相搏、骨节疼痛、不可屈伸，恶寒而脉沉等症，常配白术、桂枝、甘草（如桂枝附子汤、甘草附子汤）以散寒除湿。

用于阴疽证。附子逐阴寒，通经络，散寒结，可用于寒性阴疽。凡见漫肿不溃，或溃久不敛者，常与党参、黄芪、当归等益气养血药配伍，用之可消可溃，溃久不敛者可温阳敛疮。

此外，以少量附子与人参、黄芪等补益药同用，能增强补益作用。

历代医家综述：

论其回阳之功：①陈修园：附子，味辛气温，火性迅发，无所不

到，故为回阳救逆第一品药。《本经》云，风寒咳逆邪气，是寒邪之逆于上焦也。寒湿痿蹙，拘挛膝痛，不能行步，是寒邪着于下焦筋骨也。癥坚积聚血瘕，是寒气凝结，血滞于中也。考《大观本草》，咳逆邪气句下有温中金疮四字，以中寒得暖而温，血肉得暖而合也。大意上而心肺，下而肝肾，中而脾胃，以及血肉筋骨营卫，因寒湿而病者，无有不宜。即阳气不足，寒自内生，大汗、大泻、大喘，中风卒倒等症，亦必仗此大气大力之品，方可挽回，此《本经》言外意也。误药大汗不止为亡阳，仲景用四逆汤、真武汤等法以迎之。吐利厥冷为亡阳，仲景用通脉四逆汤、姜附汤以救之。且太阳之标阳，外呈而发热，附子能使之交于少阴而热已；少阴之神机病，附子能使自下而上而脉生，周行通达而厥愈。合苦甘之芍、草而补虚，合苦淡之苓、芍而温固。仲景用附子之温有二法：杂于苓、芍、甘草中，杂于地黄、泽泻中，如冬日可爱，补虚法也；佐以姜、桂之热，佐以麻、半之雄，如夏日可畏，救阳法也。用附子之辛，亦有三法：桂枝附子汤、桂枝附子去桂加白术汤、甘草附子汤，辛燥以祛除风湿也；附子汤、芍药甘草附子汤，辛润以温补水脏也；若白通汤、通脉四逆汤加人尿猪胆汁，则取西方秋收之气，保复元阳，则有大封大固之妙矣。（《本草经读》）②倪朱谟：附子，回阳气，散阴寒，逐冷痰，通关节之猛药也。诸病真阳不足，虚火上升，咽喉不利，饮食不入。服寒药愈甚者，附子乃命门主药，能入其窟穴而招之，引火归原，则浮游之火自熄矣。凡属阳虚阴极之候，肺肾无热证者，服之有起死之殊功。（《本草汇言》）③张山雷：附子，本是辛温大热，其性善走，故为通行十二经纯阳之要药，外则达皮毛而除表寒，里则达下元而温痼冷，彻内彻外，凡三焦经络，诸脏诸腑，果有真寒，无不可治。但生者尤烈，如其群阴用事，汩没真阳，地加于天，仓猝暴症之肢冷肤清，脉微欲绝，或上吐下泻，澄澈不臭者，非生用不为功。而其他寒证之尚可缓缓图功者，则皆宜熟用较为驯良。唯此物善腐，市肆中皆是盐制之药，而又浸之水中，去净咸味，实则辛温气味，既一制于盐之咸，复再制于水之浸，久久炮制，真性几于尽失，故用明附片者，必拟干姜、吴萸等相助力理，方有功用，独以钱许，其力甚缓。寿颐尝于临症之余，实地体验，附片二钱，尚不如桂枝三、五分之易于桴应，盖

真性久已淘汰，所存者寡矣。是以苟遇大症，非用至一、二钱，不能有效，甚者必三、五钱，非敢孟浪从事，实缘物理之真，自有非此不可之势。若用生附，或兼用乌头、草乌，终嫌毒气太烈，非敢操必胜之券矣。(《本草正义》)

论其温阳散寒之功：①张景岳：附子，因其善走诸经，故曰与酒同功，能除表里沉寒，厥逆寒噤，温中强阴，暖五脏，回阳气，格阳喉痹，阳虚二便不通及妇人经寒不调，小儿慢惊等证。大能引火归源，制伏虚热，善助参、芪成功，尤赞术、地建效，无论表证里证，但脉细无神，气虚无热者所当急用。(《本草正》) ②李时珍：按《王氏究原方》云，附子性重滞，温脾逐寒；川乌头性轻疏，温脾去风；若是寒疾即用附子；风疾即用川乌头。一云，凡人中风，不可先用风药及乌、附，若先用气药，后用乌、附乃宜也。又凡用乌、附药，并宜冷服者，热因寒用也。盖阴寒在下，虚阳上浮，治之以寒，则阴气益甚而病增，治之以热，则拒格而不纳。热药冷饮，下咽之后，冷体既消，热性便发，而病气随愈。不违其情而致大益，此反治之妙也。(《本草纲目》) ③陈嘉谟：天雄，其气亲上，补上焦阳虚；附子，其气亲下，补下焦阳虚；乌头，守而不移，居乎中者也。(《本草蒙筌》) ④王好古：附子，入手少阳三焦、命门之剂，浮中沉，无所不至，味辛大热，为阳中之阳，故行而不止，非若干姜止而不行也。非身表凉而四肢厥者不可僭用，如用之者以其治逆也。(《汤液本草》)

论其散寒除湿止痹痛之功：①朱震亨：气虚热甚者，宜少用附子以行参、芪，肥人多湿，亦宜少加乌、附行经。②张元素：附子以白术为佐，乃除寒湿之圣药，湿药少加之引经。益火之原，以消阴翳，则便溺有节，乌附是也。③清·徐彬：附子，乃阴证要药，凡伤寒传变三阴及中寒夹阴，虽身大热而脉沉者必用之，或厥冷腹痛，脉沉细，甚则唇青囊缩者，急须用之，有退阴回阳之力，起死回生之功。近世阴证伤寒，往往疑似不敢用附子，直待阴极阳竭而用之已迟矣。且夹阴伤寒，内外皆阴，阳气顿衰，必须急用人参健脉以益其原，佐以附子，温经散寒，舍此不用，将何以救之。(《伤寒蕴要》) ④虞抟：附子禀雄壮之质，有斩关夺将之气，能引补气药行十二经，以迫复散失之元阳；引补血药入血分，以滋养不足之真阴；引发散药开腠

理，以驱逐在表之风寒；引温暖药达下焦，以祛除在里之冷湿。（《医学正传》）

9. 当归

当归始载于《神农本草经》，为伞形科植物当归的干燥根。早在2000多年以前，古代中国人民已经用它治疗疾病。至今，当归在临床仍具有广泛的用途，素有“十方九归”之说。

性味归经：甘、辛，温；归肝、心、脾经。

功效：补血活血，调经止痛，润肠通便。

主治：血虚萎黄，眩晕心悸，月经不调，经闭痛经，虚寒腹痛，肠燥便秘，风湿痹痛，跌扑损伤，痈疽疮疡。

用治一切血虚证。当归为血中之圣药，擅长养血补血，凡面色苍白或萎黄、头晕目眩、肢软乏力、心悸失眠、手足麻木，甚或抽搐等，常配黄芪（当归补血汤）补气以升血；若属心脾亏虚，气血不足证，症见心悸、失眠、多梦者，常配龙眼肉、酸枣仁等（归脾汤）以养心补血安神；若血虚较甚则配熟地黄、白芍等（四物汤）以养血和血；血虚受寒、手足厥冷，配阿胶、艾叶（胶艾汤）以温经补血；若血虚受寒，腰腿疼痛配桂枝、细辛以辛温散寒通脉（当归四逆汤）；若妊娠腹痛，胎动不安常配芍药（当归芍药散）以养血安胎。

用于血瘀疼痛诸证。①用治胸痹心痛。心血瘀阻，凡心悸心痛、胸闷不舒、唇甲青紫、舌质紫暗、或有瘀斑、脉涩或结代等，常配桃仁、红花（以桃仁红花煎）活血化瘀，通络止痛；胸痹血瘀较重，见胸部刺痛、固定不移、入夜更甚、舌质紫绀、脉沉涩，伍川芎、枳壳（血府逐瘀汤）以行气活血化瘀。②用治心腹胃痛。若胃脘疼痛，痛有定处而喜按，或有针刺感，舌质紫暗、脉涩，常配白芍、枸杞子等（调营敛肝饮）以活血化瘀，养血止痛；若气滞血瘀之腹痛，症见腹部疼痛、痛势较剧、痛处不移、舌质青紫、脉弦或涩，常与元胡、小茴香等配伍（少腹逐瘀汤）以活血化瘀止痛。③用治癥积痞块。若为瘀血内结于腹部，症见腹部积块明显、硬痛不移、面黯消瘦、女子或见月事不下、舌质紫暗或见瘀点、脉细涩者，常配五灵脂、蒲黄等（膈下逐瘀汤）以祛瘀软坚兼调脾胃；若为臌胀，症见

腹大坚满、脉络怒张、胁腹刺痛、面色黯黑、面颈胸臂有血痣、舌质紫红或有紫斑、脉细涩或芤者，常伍川芎、芍药（调营饮）等以活血化瘀利水。④若为气虚血瘀、脉络瘀阻证，中风后遗症见半身不遂，偏侧肢体活动不利、麻木乏力，舌淡或有瘀斑，脉细涩，常配黄芪（补阳还五汤）治以补气活血，通经活络。

用治月经不调、痛经、产后腹痛等证，为妇科调经要药。①气滞血瘀之闭经，症见月经数月不行，精神抑郁，烦躁易怒，胸胁胀满，少腹胀痛或拒按，舌边紫暗或有瘀点，脉沉弦或沉涩，常伍红花、枳壳等（血府逐瘀汤）以理气活血，祛瘀通经。②痛经见经前一二日或月经期小腹痛、拒按，或伴胸胁乳房作胀，或经量少，或经行不畅，经色紫暗有块，血块排出后痛减，经净疼痛消失，舌质紫暗或有瘀点，脉弦，常配五灵脂、乌药（膈下逐瘀汤）等以理气化瘀止痛。③若见产后小腹疼痛拒按，或得热稍减，恶露淋漓涩滞不爽、量少、色紫暗有块，或胸胁胀痛，面色青白，舌质暗、苔白滑，脉沉紧或弦涩，常伍高良姜、桃仁等（生化汤）以活血化瘀，散寒止痛。

用治便秘。当归具润肠通便作用，若属阴虚血燥，大便秘结而兼瘀滞者，常配肉苁蓉、枳壳等（济川煎）以理气润肠通便。

此外，当归有补血活血、消肿生肌之功，被奉为“疮家圣药”。早在《神农本草经》即言其主治“诸恶疮疡金疮”，后世在《刘涓子鬼遗方》中配用当归治疗外科疮痈的方有数十个，如治金疮虚竭之内补当归散方。

历代医家论述：

综论黄芪主要功用及机制：①《神农本草经》谓：主中风入脑、头痛、寒痹、筋挛缓急、金疮、妇人血闭无子。日华子指出，当归能治一切风，一切血，补一切劳，破恶血，养新血及主瘤癖。又云：调众脉，破癥结宿血，养新血，脑痈发背，瘰疬瘿赘，痔瘘疮疥，长肉排脓，消瘀血。（《日华子本草》）②李时珍：治痈疽，排脓止痛，和血补血。（《本草纲目》）③《肘后备急方》还记载了含有当归的外用方，如治风毒目赤方，以当归、芍药、黄连等份，水煎洗眼。葛洪言：凡眼目之病，皆以血脉凝滞使然，故以行血药合黄连治之，血得热即行，故乘热洗之，用之无不神效。（《肘后备急方》）可以看出，

当归的临床应用较汉代又有新的进展。《名医别录》对当归的效用又做了进一步的阐述：温中止痛，除客血内塞，中风痉，汗不出，湿痹，中恶客气，虚冷，补五脏，生肌肉。④张元素云：当归，其用有三：心经本药一也，和血二也，治诸病夜甚三也。（《医学启源》）⑤李时珍进一步总结了当归的功效：治头痛，心腹诸痛，润肠胃筋骨皮肤，治痈疽，排脓止痛，和血补血。而且还提出了“润肠胃、筋骨、皮肤”的见解。（《本草纲目》）

论其治妇科病症：①叶天士云：当归，治浑身肿胀，血脉不和，阴分不足，安生胎，堕死胎。（《本草再新》）②唐甄权言当归：止呕逆，虚劳寒热，破宿血，主女子崩中，下肠胃冷，补诸不足，止痢腹痛。单煮饮汁，治温疟，主女人沥血腰痛，疗齿疼痛不可忍。患人虚冷加而用之。（《药性论》）更加突出了当归的补益作用和活血调经之效。③李杲：当归梢，主瘤膊，破恶血，并产后恶血上冲，去诸疮疡肿结，治金疮恶血，温中润燥止痛。

论其和血作用：①成无己言：脉者血之府，诸血皆属心，凡通脉者必先补心益血，故张仲景治手足厥寒，脉细欲绝者，用当归之言温朗助心血。（《注解伤寒论》）②李杲：当归头，止血而上行；身养血而中守；梢破血而下流；全活血而不走。③鲁军：当归治头痛，酒煮服，取其清浮而上也。治心痛，酒调末服，取其浊而半沉半浮也。治小便出血，用酒煎服，取其沉入下极也，自有高低之分如此。王海藏言，当归血药，如何治胸中咳逆上气，按当归其味辛散，乃血中气药也，况咳逆上气，有阴虚阳无所附者，故用血药补阴，则血和而气降矣。（《本草汇编》）④《本草正涉》：当归，其味甘而重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血，补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也……大约佐之以补则补，故能济营养血，补气生精，安五脏，强形体，益神志，凡有形虚损之病，无所不宜。佐之以攻则通，故能祛痛通便，利筋骨，治拘挛、瘫痪、燥、汗等证。营虚而衰不解者，佐以柴、葛、麻、桂等剂，大能散表卫热，而表不敛者，佐以大黄之类，又能固衰。唯其气辛而动，故欲其静者当进之，性滑善行，大便不固者当避之。凡阴中火盛者，当归能动血，亦非所宜；阴中阳虚者，当归能养血，乃不可少。若血滞而为痢者，正所当

用，其要在动、滑两字；着妇人经期血滞，临产催生，及产后儿枕作痛，具当以此为君，小儿痘疹惊痫凡属营虚者，必不可少。（《本草正涉》）⑤张山雷：归身主守，补固有功，归尾主通，逐瘀自验，而归头秉上行之性，便血溺血，崩中淋带等之阴随阳陷者，升之固宜，若吐血衄血之气火升浮者，助以温升，岂不为虎傅翼？是止血二字之所当因症而施，固不可拘守其止之一字而误谓其无所不可也。且凡失血之症，气火冲激，扰动血络，而循行不守故道者，实居多数，当归之气味俱厚，行则有余，守则不足，亦不可过信归所当归一语，而有循名失实之咎。（《本草正义》）

10. 人参

人参始载于《神农本草经》，列为上品。为五加科多年生草本植物人参的根。野生者名野山参，人工培植者称圆参。

性味归经：甘、微苦，微温；归脾、肺经。

功效：大补元气，补脾益肺，生津止渴，安神益智。

主治：治劳伤虚损，食少，倦怠，反胃吐食，大便滑泄，虚咳喘促，自汗暴脱，惊悸，健忘，眩晕头痛，阳痿，尿频，消渴，妇女崩漏，小儿慢惊，及久虚不复，一切气血津液不足之症。

用于气虚欲脱、脉微欲绝证。如《景岳全书》即以大剂量人参一味浓煎服，治骤然虚脱，有拯危救脱之效。气虚常导致阳气脱，常伴亡阳，人参益气敛阴救脱，用于气虚欲脱、脉微欲绝证。人参为治虚劳内伤第一要药，故凡大失血、大汗、大吐泻，以及一切疾病导致的元气虚极欲脱之症。单用本品即效（如独参汤）；若兼见汗出肢冷等亡阳征象者，常与附子同用（如参附汤）以补气固脱、回阳救逆；若为热伤气阴之虚脱，又常与麦冬、五味子同用（如生脉散）以益气养阴并举；若失血气脱者，可与补血滋阴之熟地黄同用（如两仪膏）以养血益气固脱。

用于肺脾气虚证。①用治脾胃气虚证。人参入脾经，善补脾胃之气，凡神疲乏力、动则加重，食欲不振等症，常与白术、茯苓、甘草同用（如四君子汤）以补气健脾；若脾虚夹湿、便溏或泻泄者，可于四君中加如山药、白扁豆、砂仁、陈皮等（如参苓白术散）以奏益气健脾，去湿止泻之效；若治气虚清阳下陷而久泻脱肛或其他脏器

脱垂者，常与黄芪、白术、升麻、柴胡等药配伍（如补中益气汤）以益气升阳举陷。②用治肺气虚证。人参大补元气、益肺气，故可治肺虚气弱诸症。凡肺虚日久或肺肾气虚而见喘促、乏力自汗、脉虚等，每伍款冬花、紫菀、桑白皮等（如补肺汤）；若属肺肾两虚、喘促气短者，可与蛤蚧、胡桃肉、五味子等同用（如人参蛤蚧散）。

用于气津两伤之口渴、消渴证。人参大补元气，气足则津液盈润而口不渴，故其又有生津止渴作用。气虚津伤口渴、消渴等可选用。①治津伤口渴，若为热病气津两伤，身热烦渴不止、汗多、脉浮大而无力者，常与生石膏、知母、甘草、粳米同用（即白虎加人参汤）以清热生津。②治消渴，常与天花粉、麦冬、知母等同用以益气生津。

用于气血两虚、神志失养诸症。①用治气血两虚证。人参通过补气而滋养阴血，可治血虚或气血双亏之症，常与当归同用（如参归汤）以气血双补；若在此方基础上再加熟地黄、白芍、白术、茯苓等药即为八珍汤，补气养血之效更佳。②用治神志失养证。人参甘微温，通过大补元气，益肾壮阳，用治肾虚阳痿，可单用泡酒服，或与鹿茸、熟地黄、附子、补骨脂等同用（如人参鹿茸丸、参茸卫生丸等）则补肾壮阳之力更强。

此外，遇有邪实正虚之证，以人参配伍相应的祛邪药，有扶正祛邪之效。如治气虚外感、恶寒发热、头痛，常配羌活、柴胡、独活等（如人参败毒散）以益气解表；如属里实正虚者，常伍当归、大黄、芒硝、厚朴等（如黄龙汤）以扶正攻下。

历代医家论述：

综论人参主要功用及机制：论其补气功能，①张元素：人参，善治短气，非升麻为引用不能补上升之气，升麻一分，人参三分，可为相得也；若补下焦元气，泻肾中之火邪，茯苓力之使。（《医学启源》）②李杲：人参，能补肺中之气，肺气旺则四脏之气皆旺，肺主诸气故也。仲景以人参为补血者，盖血不自生，须得生阳气之药乃生，阳生则阴长，血乃旺矣。若阴虚单补血，血无由而生，无阳故也。③《本草》十剂云：补可去弱，人参、羊肉之属是也。盖人参补气，羊肉补形，形气者，有无之象也。人参得黄芪、甘草，乃甘温

除大热，泻阴火，补元气，又为疮家圣药。

论其甘温补阳：①王好古：人参，味甘既温，调中益气，即补肺之阳，泄肺之阴也，若便言补肺，而不论阴阳寒热，何气不足，则误矣。若肺受寒邪，宜此补之；肺受火邪，不宜用也。肺为清肃之脏，贵凉而不贵热，其象可知，若伤热则宜沙参。人参补五脏之阳也，沙参苦微寒，补五脏之阴也，安得不异。(《汤液本草》) ②王纶：酒色过度，损伤肺肾真阴，阴虚火动，劳嗽吐血咳血等证勿用之。盖人参入手太阴，能补火，故肺受火邪者忌之。若误服参、芪甘温之剂，则病日增，服之过多则死不可治。盖甘温助气，气属阳，阳旺则阴愈消，唯宜苦寒之药生血降火。(《本草集要》) ③薛己：人参但入肺经，助肺气而通经活血，乃气中之血药也，《补遗》所谓入手太阴而能补阴火者，正此意也。人参一品，古力解散之药及行表药中多用此者，亦取其通经而走表也。(《薛氏医按》) ④缪希雍：人参本补五脏真阳之气者也，若夫虚羸诳怯，劳役饥饱所伤，努力失血，以致阳气短之，陷入阴分，发热倦怠，四肢无力；或中热伤暑，暑伤气，无气以动；或呕吐泄泻，霍乱转筋，胃弱不能食，脾虚不磨食；或真阳衰少，肾气乏绝，阳道不举，完谷不化，下利清水，中风失音，产后气喘，小儿慢惊，吐泻不止，痘后气虚，溃疡长肉等证，投之靡不立效。唯不利于肺家有热，咳嗽，吐痰，吐血，衄血，齿衄，内热骨蒸，劳瘵阴虚火动之候，又有痧疹初发，虽热而斑点未形，伤寒始作，形证未定而邪热方炽，若误投之，鲜克免者。斯皆实实之害，非药可解。(《本草经疏》)

论其补益阴血作用：①《本草汇编》：丹溪言，虚火可补，须用参、芪。又云，阴虚潮热、喘嗽、吐血、盗汗等证，四物汤加人参、黄柏、知母。又云，肺肾受伤，咳嗽不愈，琼玉膏主之。又云，肺虚极者，独参膏主之。是知阴虚劳之瘵证，未尝不用人参也。古今治劳，莫过于葛可久，其独参汤、保真汤，何尝废人参而不用耶。②张锡纯：辽人参，其补力热力，皆倍于党参，而其性状大约与党参相似……方书谓人参不但补气，若以补血药辅之，亦善补血。愚则谓若辅以凉润之药，即能气血双补，盖平其热性不使耗阴，气盛自能生血也。(《医学衷中参西录》)

论其综合补益作用：①《本草蒙筌》：大抵人参补虚，虚寒可补，虚热亦可补；气虚宜用，血虚亦宜用。虽阴虚火动，劳嗽吐血，病久元气虚甚者，但恐不能抵当其补，非谓不可补尔。古方书云，诸痛不宜服参、芪，此亦指暴病气实者而言，若久病气虚而痛，何尝拘于此耶？东垣治中汤，同干姜用治腹痛吐逆者，亦谓里虚则痛，补不足也。是以医家临病用药，贵在察证虚实为先，当减当加，自合矩度。②缪希雍：人参能回阳气于垂绝，却虚邪于俄顷。其主治也，则补五脏，盖脏虽有五，以言乎生气之流通则一也，益真气，则五脏皆补矣。邪气之所以久留而不去者，无他，真气虚则不能敌，故留连而不解也，兹得补而真元充实，则邪自不能容。清阳之气下陷，则耳目不聪明，兼之目得血而能视，阳生则阴长，故明目。真气内虚，故肠胃中冷，气旺阳回则不冷矣。心腹鼓痛者，心脾虚故也，二脏得补，其痛自止。胸胁逆满着，气不归元也，得补则气实而归元也，脾胃俱虚，则物停滞而邪客之，故霍乱吐逆也，补助脾胃之元气，则二证自除。调中者，脾治中焦，脾得补则中自调矣。消渴者，津液不足之候也，气回则津液生，津液生则渴自止矣。通血脉者，血不自行，气壮则行，故通血脉。破坚积者，真气不足，则不能健行而磨物，日积月累，遂成坚积。脾主消化，真阳之气回，则脾强而能消，何坚积之不磨哉。令人不忘者，心主记，脾主思，心脾二脏之精气满，则能虑而不忘矣。（《本草经疏》）③李言闻：人参，生用气凉，熟用气温，味甘补阳，微苦补阴。如土虚火旺之病，则宜生参凉薄之气，以泻火而补土，是纯用其气也；脾虚肺怯之病，则宜熟参甘温之味，以补土而生金，是纯用其味也。东垣以相火乘脾，身热而烦，气高而喘，头痛而渴，脉洪而大者，用黄柏佐人参。孙真人治夏月热伤元气，人汗大泄，欲成痿厥，用生脉散以泻热火而救金水，君以人参之甘寒，泻火而补元气，臣以麦门冬之苦甘寒，清金而滋水源，佐以五味子之酸温，生肾精而收耗气，此皆补天元之真气，非补热火也。白飞霞云：人参炼膏服，回元气于无何有之乡，凡病后气虚及肺虚嗽者并宜之。若气虚有火者，合天门冬膏对服之。李东垣亦言生脉散、清暑益气汤，乃三伏泻火益金之圣药，而雷墩反谓发心痃久患，非矣，痃乃脐旁积气，非心病也。人参能养正破坚积，岂有发痃之理。观张仲景治

腹中寒气上冲，有头足上下痛不可触近，呕不能食者，用大建中汤可知矣。又海藏王好古言人参补阳泄阴，肺寒宜用，肺热不宜用，节斋王纶因而和之，谓参、芪能补肺火，阴虚火动失血诸病，多服必死，二家之说皆偏矣。夫人参能补元阳，生阴血而泻阴火，东垣李氏之说也明矣。仲景张氏言亡血血虚者，并加人参。又言肺寒者去人参加干姜，无令气壅。丹溪朱氏亦言虚火可补，参、耆之属；实火可泻，芩、连之属。二家不察三氏之精微，而谓人参补火，谬哉。凡人面白、面黄、面青黧悴者，皆脾肺肾气不足，可用也；面赤、面黑者，气壮神强，不可用也。脉之浮而芤濡虚大、迟缓无力，沉而迟涩弱细、结代无力者，皆虚而不足，可用也；若弦长紧实、滑数有力者，皆火郁内实，不可用也。洁古谓喘嗽勿用者，痰实气壅之喘也；若肾虚气喘短促者，必用也。仲景谓肺寒而咳勿用者，寒束热邪，壅郁在肺之咳也；若自汗恶寒而咳者必用也。东垣谓久病郁热在肺勿用者，乃火郁于内，宜发不宜补也；若肺虚火旺，气短自汗者必用也。丹溪言诸痛不可骤用者，乃邪气方锐，宜散不宜补也；若里虚吐利及久病胃弱，虚痛喜按者必用也。节斋谓阴虚火旺勿用者，乃血虚火亢能食，脉弦而数，凉之则伤胃，温之则伤肺，不受补者也；若自汗气短，肢寒脉虚者必用也。如此详审，则人参之可用不可用，思过半矣。（《月池人参传》）④倪朱谟：人参，补气生血，助精养神之药也。故真气衰弱，短促气虚，以此补之，如荣卫空虚，用之可治也；惊悸怔忡，健忘恍惚，以此宁之；元神不足，虚羸乏力，以此培之，如中气衰陷，用之可升也。又若汗下过多，精液失守，用之可以生津而止渴；脾胃衰薄，饮食减常，或吐或呕，用之可以和中而健脾；小儿痘疮，灰白倒陷，用之可以起痘而行浆；妇人产理失顺，用力过度，用之可以益气而达产。若久病元虚，六脉空大者，吐血过多，面色萎白者，疟痢日久，精神萎顿者，中热伤署，汗竭神疲者，血崩溃乱，身寒脉微者，内伤伤寒，邪实心虚者，风虚眼黑，旋晕卒倒者，皆可用也。（《本草汇言》）⑤张介宾：人参，气虚血虚俱能补，阳气虚竭者，此能回之于无何有之乡；阴血崩溃者，此能障之于已决裂之后。唯其气壮而不辛，所以能固气，唯其味甘而纯正，所以能补血。故凡虚而发热，虚而自汗，虚而眩晕，虚而困倦，虚而惊惧，虚而短

气，虚而遗泄，虚而泻利，虚而头疼，虚而腹痛，应而欲食不运，虚而痰涎壅滞，虚而咳血吐血，虚而淋沥便闭，虚而呕逆躁烦，虚而下血失气等症，是皆必不可缺者。第欲以气血相较，则人参气味颇轻而属阳者多，所以得气分者六，得血分者四，总之不失为气分之药。而血分之所以不可缺者，而未有气不至而血能自至者也。故扁鹊曰，损其肺者益其气，须用人参以益之，肺气既旺，余脏之气皆旺矣。所以人参之性多主于气，而凡脏腑之有气者，皆能补之。然其性温，故积温亦能成热，若云人参不热则可，云人参之凉，恐未必然。是以阴虚而火不盛者，自当用参为君；若阴虚而火稍盛者，但可用参为佐；若阴虚而火大盛者，则诚有暂忌人参。而唯用纯甘壮水之剂，庶可收功一证，不可不知也。(《本草正》)

二、乌梅丸的功效与主治

功效：温脏安蛔（《医方集解》）。

主治：蛔厥，脘腹阵痛，烦闷呕吐，时发时止，得食则吐，甚则吐蛔，手足厥冷，或久痢不止，现用于胆道蛔虫症。

乌梅丸由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、花椒、桂枝、人参、黄柏10味药物组成。乌梅丸方，从药性上讲，既有寒性的黄连、黄柏，也有热性的细辛、桂枝、干姜、花椒、附子，可谓寒热并用。从药味上讲，有辛味的细辛、桂枝、干姜、花椒、附子，有甘味的人参、当归、米饭、白蜜，有苦味的黄连、黄柏，也有酸味的乌梅、苦酒，可谓辛甘酸苦合用聚其功效，乌梅丸方中的药物可大致分为3组：乌梅、人参、当归为一组，三药相伍，补血生津，益气养阴：附子、干姜、桂枝、花椒、细辛为一组，五药同用，可温中散寒，升发阳气；黄连、黄柏为一组，两药相伍奏清热燥湿、泻火解毒之功，可使火去不复伤阴，起到以泻为补的作用。此外，乌梅丸是张仲景方中唯一的和以米饭、白蜜为丸之方。米饭黏性较大，在胃内崩解较缓慢，既可延长药效，又能避免或减少某些药物的刺激性；白蜜性柔润，作用缓和，有补益作用。加入米饭、白蜜制为丸剂，可助正气渐渐恢复，以治其本。

运用本方时，若无真气脱越之象，乌梅常减量。热重者加大寒药

用量，或稍加龙胆草；寒重时加大附子用量，或加吴茱萸；气虚重时加黄芪；阴血虚重者加白芍；肾气虚者加巴戟天、仙灵脾；清阳不升者加柴胡；兼有瘀滞者加桃仁、红花。

历代医家善用乌梅丸，如：《千金方》、《圣济总录》用治冷痢。左季云《伤寒类方汇参》云："此方治腹疼饮冷、睾丸肿疼、巅顶疼、胃腑咳"。叶天士善用乌梅丸治疗呕吐、胃疼、泄泻、痢疾、久疟、痞证及温病等病症，常将乌梅、川花椒为一对，黄连、干姜为一对，以作主药。黄柏、细辛一对则偶用。并常伍用白芍、川楝子酸苦敛肝与泄肝；人参每与茯苓相配以护养胃气。温胃加吴茱萸；温通营血，加桂枝、当归；厥逆危症加人参、附子。近人袁尊山用乌梅丸加全蝎、蜈蚣、僵蚕等去川花椒治疗破伤风、中毒性脑病后遗症、乙脑后遗症等；高体三用此方治疗蛔虫、经寒腹痛、虚寒性腹痛、慢性附件炎、虚寒性白带、慢性结肠炎、慢性肠炎、慢性痢疾、虚寒性胃疼、慢性前列腺炎、阳痿、遗尿、坐骨神经痛、慢性三叉神经痛及脱肛、子宫下垂等；龚志贤用此方治花翳内陷、慢性角膜炎、角膜溃疡。张再康等在临床上将乌梅丸用于寒热交作、头痛昏厥、抽搐转筋、胁脘胀痛、纳呆呕吐、嗳气下利、胸痹胸痛、消渴、麻痹、精神萎靡、痛经、阴缩阴痛、目痛甚或烦躁，或其气上脱而喘、下脓血、咽痛、口舌赤烂、口渴、善饥、心烦等，以西医病种计有心脑血管病、肝胆病、胃肠病、神经系统疾病、糖尿病、妇科病等。根据一些医家的体会，应用乌梅丸所掌握的主要指征有：①脉弦按之无力。弦为肝之脉，肝阳虚者，温煦不及以致脉拘急而弦。其弦，还可兼缓、兼滑、兼数、兼濡等，然必按之减。②舌象：舌淡苔白或白中带黄，舌尖可有红点。③具有肝经症状，例如忧郁，胆怯，头晕肢麻，四肢畏寒，胁脘胀痛，抽搐转筋，阴痛囊缩，寒热交作等等。数症可并见，或仅见一症，又具上述之舌脉者，即可使用乌梅丸来进行治疗。

第四节　乌梅丸的临床应用

乌梅丸方出自《伤寒论》，具有清热祛寒、益气补血、安蛔止痛之功。主治蛔厥，兼治久利。后世医家尊崇张仲景，如《备急千金

要方》、《外台秘要》、《圣济总录》、《太平惠民和剂局方》、《普济方》等均载此方，对其主治病症虽各书略有出入，但大抵不越“蛔厥”、“久利”两条，乃至对乌梅丸的方义、功效阐释及临床应用亦囿于祛蛔、止利，并据此将乌梅丸作为治蛔的专方。及至清代，《医方集解》、《汤头歌诀》就把乌梅丸列为“杀虫剂”的首方。陈修园在其《医学三字经·腹痛篇》中说：“虫痛要用乌梅丸”。伤寒注家柯琴也说：“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下，信为化虫佳剂。”及至现行通用的高等医学院校教材《中医方剂学》都将其列为“杀虫剂”、“祛虫剂”的首方。但自清代以来，诸多医家对此提出异议，认为乌梅丸为厥阴病主方，适用于上热下寒证的治疗。如蔡文就在谈到柯韵伯著的《伤寒来苏集》时说：“乌梅丸是厥阴病主方，主治肝风内动，寒热错杂之本证。乌梅丸一方，集酸苦辛甘、大寒大热之药，以杂治杂。”现代有人据其组方具有辛开苦降、寒热并用、补泻兼施的配伍特点，提出乌梅丸当属和法范畴，不失为理肝之要剂，可以在木土相克理论的指导下，广泛而灵活地运用于多种肝脾不和、肝胃不和的病症中去，故此应将乌梅丸列入和解剂。近年来临床工作者进行了大量的尝试，师其意而不拘其方，守其法而不泥其药，随机适当进退化裁，将其灵活应用于多种常见病、多发病以及疑难杂病的有效治疗之中，已广泛应用于内、外、妇、儿等各科，大大扩大了乌梅丸的应用范围，积累了宝贵的经验，并开展了乌梅丸的药理实验研究，为进一步提高临床疗效奠定了基础。近半个世纪的临床实践证明，对于乌梅丸的临床活用，在辨证时若能紧扣寒热错杂、虚实并见的病机，治疗勿忘重用酸收和调整寒热的比例，临证就能收到满意的疗效。

1. 内科及神经系统疾病应用

乌梅丸应用较为广泛，可用于消化系统疾病、泌尿系统疾病、呼吸系统疾病、神经系统疾病、内分泌系统疾病、循环系统以及其他内科疑难杂症等疾病的治疗。

（1）消化系统疾病：常用于治疗胆道蛔虫症、慢性结肠炎、慢性痢疾、溃疡性结肠炎、肠易激综合征、克隆病、便秘等的报道较多，效果显著。并有应用其治疗老年患者抗生素相关性腹泻者，亦有

较好疗效。张仲景之乌梅丸，方后注云“又主久利”，对于暴痢下注，历代医家多有避讳，是恐乌梅之酸收敛邪。然《千金要方》中乌梅丸（由黄连、乌梅组成）却用以治疗暴痢、新痢，且“服之无不瘥”。近代名医朱良春先生亦认为，梅占春先，得生发之气最早，味虽至酸，然与兜涩之品不可同日而语。且痢疾杆菌在酸性环境中不易繁殖，故用之有效而无碍，不必拘泥于前人酸收之说。久痢、暴痢患者如因下利不止出现四肢厥冷、血压下降，甚至虚脱等表现时，辨证为厥阴下利、寒热虚实错杂，应用乌梅丸治疗是非常对症的。用于治疗胃脘痛如西医之慢性胃炎、胃溃疡、胃黏膜脱垂、胃神经官能症、十二指肠溃疡等病，在病程中常出现胃脘疼痛、痛引胁背、气上撞心、胸腹满闷、恶心呕吐、饥而不欲食、食入即吐、嗳气或吐清水、周身乍寒乍热、四肢厥冷、脉弦紧、舌红、苔白或薄黄等症状，也具有寒热错杂、虚实俱存的病机特点，故用乌梅丸治疗也都能取得较好的治疗效果。

（2）神经系统疾病：临床报道，神经系统疾病如血管神经性头痛、鼻渊头痛、偏头痛等患者辨证属于厥阴头痛者应用乌梅丸加减治疗，常可取得较好效果。虚寒偏重者，重用人参、附子、桂枝；属于血虚者，重用当归、人参。根据病情或轻苦寒而重辛温，或轻辛温而重苦寒，本“寒者热之”、“热者寒之”法则，才可得心应手。成无己在《伤寒明理论》中说：“头痛一切属三阳经也，而阴经亦有头痛乎？太阴少阴二经，皆上止颈胸中而还，不上循头，则无头痛之症，唯厥阴之脉，循喉咙后，上入颃颡，连目眦上出额，与督脉会于巅，亦有头痛。”乌梅丸为厥阴病之正方，著名医家叶心清就曾用乌梅丸治疗一位因萎缩性鼻炎而引起剧烈头痛的患者，5剂即愈。其他如面神经瘫痪、痉厥、神经症等应用乌梅丸加减治疗，也有较好的疗效。

（3）呼吸系统疾病：如支气管哮喘、慢性支气管炎。治疗哮喘、肺气肿、肺心病的患者，一般病程较长，在临床上患者既有气促、烦躁、口苦、痰黄、舌苔厚腻、脉滑等实热症状，又常见神疲乏力、气短懒言、动则喘甚、汗出、手足厥冷、脉沉、舌胖、边有齿印等虚寒症状，故有学者认为其病机特点为寒热错杂、本虚标实，在治疗上选用乌梅丸治疗取得较好疗效。有人应用乌梅丸治疗激素依赖型哮喘，

临床症状改善，激素撤减成功率增加。

（4）泌尿系统及男科疾病：如乳糜尿症、尿潴留、肾病综合征、遗精、滑精等病，有报道投乌梅丸加减治疗每获效验。如名老中医朱良春对久治不愈之顽固遗滑症，出现上热下寒，上盛下虚，肝火上炎，肝阳妄动，风火主病，邪陷厥阴等证，恰与张仲景“乌梅丸”之病机相合者，每借“乌梅丸”加减化裁治疗遗精、滑精久治不愈症，收到满意疗效。

（5）其他系统疾病：对内分泌疾病如糖尿病、心血管系统疾病如心绞痛、心律失常，以及雷诺综合征等，只要辨证符合乌梅丸证的某些病机特点，就可用以加减化裁，亦常获良效。

2. 妇产科应用

以乌梅丸为基础方，随症加减治疗寒热虚实夹杂型带下病、痛经、慢性盆腔炎、功能失调性子宫出血、更年期综合征、不孕症等每获良效。如贾爱芝用乌梅丸改汤加减治疗更年期综合征 106 例，结果治愈 96 例，占 91%；好转 10 例，占 9%。服药最多 24 剂，最少 8 剂，有效率达 100%。

3. 外科应用

国万春用乌梅丸加减治疗慢性前列腺炎收到良好的疗效；王庆英用治胆囊术后胁下痛，用乌梅丸酸以平肝，而收良效。

4. 儿科应用

临床应用乌梅汤治疗小儿久泻、幽门螺杆菌相关性胃炎等疗效确切。如何兵部以乌梅丸加减治疗本虚标实臌胀与上热下寒口疮，屡收奇功。

5. 皮肤科应用

据报道用本方治疗口腔扁平苔藓（紫癜风）、慢性荨麻疹、带状疱疹（蛇串疮）等亦获满意疗效。潘颖萍用乌梅丸加减治疗 32 例慢性荨麻疹。若偏热者加重黄连、黄柏用量；偏寒者加重干姜、制附子用量；血虚明显者加重当归用量，并加何首乌；急性发作者加地肤子、蛇床子、白鲜皮。结果：痊愈 21 例，有效 9 例，无效 2 例。疗程最短 14 天，最长 35 天。

6. 眼科应用

如花璐白斑（慢性角膜炎、角膜溃疡）、风火眼等以乌梅丸加味治之多获痊愈。王道成以乌梅丸加入三棱、莪术、炮穿山甲治疗1例花璐白斑患者，15剂尽，多年痼疾，竟获痊愈。

7. 口腔科应用

用治复发性口腔溃疡（口疮）36例，结果：痊愈30例（口腔溃疡愈合，伴随症状及体征消失，随访1年内未复发）；有效5例（口腔溃疡愈合，伴随症状及体征消失，随访1年有复发）；无效1例（口腔溃疡，伴随症状及体征无明显改善）；总有效率为97.2%。

参考文献

[1] 李冀. 方剂学. 北京：中国中医药出版社，2006，401
[2] 薛建国，赵鸣方. 乌梅丸归属探析. 南京中医药大学学报，1995，11（5）：10
[3] 张再康，冯瑞雪等. 乌梅丸及其临床应用探析. 浙江中医杂志，2002，（5）：211－213
[4] 薛建国，赵鸣方. 乌梅丸归属探析. 南京中医药大学学报，1995，11（5）：10
[5] 邱志济，朱建平，等. 朱良春用仲景方治疗遗滑强中特色选析. 辽宁中医杂志，2004，31（1）：1
[6] 贾爱芝. 乌梅丸加减治疗更年期综合征106例. 河南中医，2007，27（1）：1
[7] 国万春，魏彦国. 李士懋教授乌梅丸应用点滴. 河北中医药学报，1999，14（2）：28
[8] 王庆英. 乌梅丸临床运用体会. 天津中医，2001，18（2）：48
[9] 何兵部. 乌梅丸在儿科中的应用. 现代中医药，2002，（3）：40
[10] 潘颖萍，刘民. 乌梅汤治疗慢性荨麻疹32例. 吉林中医药，2002，22（2）：38
[11] 王道成. 乌梅丸的临床运用. 河南中医，1996，16（2）：34
[12] 周玉泉. 乌梅丸加减治疗复发性口疮. 湖北中医杂志，2003，25（7）：40

第二章

古今医家的论述

成无己：肺欲收，急食酸以收之，乌梅之酸以收肺气；脾欲缓，急食甘以缓之，人参之甘以缓脾气；寒淫于内，以丰润之，当归、桂、椒、细辛之辛以润内寒；寒淫所胜，平以辛热，姜、附之辛热以胜寒；蛔得甘则动，得苦则安，黄连、黄柏之苦以安蛔。（《注解伤寒论》）

许宏：蛔为阴虫，故知阳微而阴胜，故用乌梅为君，其味酸，能胜蛔；以川花椒、细辛为臣，辛以杀虫；以干姜、桂枝、附子为佐，以胜寒气而温其中；以黄连、黄柏之苦以安蛔，以人参、当归之甘而补缓其中，各为使。（《内台方议》）

《古今名医方论》引柯韵伯：吐蛔，仲景立方皆以辛甘苦味为君，不用酸收之品，而此用之者，以厥阴主风木耳！君乌梅之大酸，是伏其所主也；配黄连泻心而除疼，佐黄柏滋肾以除渴，先其所因也；肾者，肝之母，椒、附以温肾，则火有所归，而肝得所养，是固其本；肝欲散，细辛、干姜辛以散之；肝藏血，桂枝、当归引血归经也；寒热杂用，则气味不和，佐以人参调其中气；以苦酒渍乌梅，同气相求，蒸之米下，资其谷气，加蜜为丸，少与而渐加之，缓则治其本也。故药亦寒热互用，

且胸中烦而吐蛔，则连、柏是寒因热用也。蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下，信为化虫佳剂。久痢则虚，调其寒热，酸以收之，下利自止。

陈修园：肝病治法，悉备于乌梅丸之中也。其味备酸甘焦苦，性兼调补助益，统厥阴体用而并治之。（《伤寒论浅注》）

柯韵伯：小柴胡为少阳主方，乌梅为厥阴主方。二方虽不同，而寒温互用、攻补兼施之法相合者，以脏腑相连，经络相贯，风木合气，同司相火故也。其中皆用人参，补中益气以固本逐邪，而他味俱不相袭者，因阴阳异位。阳宜升发，故主以柴胡；阴宜收敛，故主以乌梅。阳主热，故重用寒凉；阴主寒，故重用辛热。（《伤寒来苏集》）

柯韵伯：看厥阴诸证，与本方相符，下之利不止，与又主久利句合，则乌梅丸为厥阴主方，非只为蛔厥之剂矣……仲景此方，本为厥阴诸证立法，叔和编于吐蛔条下，令人不知有厥阴之主方，观其用药与诸证相符，岂只吐蛔一证耶？（《伤寒来苏集》）

程郊倩：至于吐蛔，为厥阴本证，则蛔厥可与阴阳不相顺接者，连类而明之也。用乌梅丸名曰安蛔，实是安胃，并主久利，见阴阳不相顺接，厥而下利之证，可以此方括之也。

中篇

临床研究

第一章

内科病证

第一节　消化系统疾病

一、慢性非特异性溃疡性结肠炎

慢性溃疡性结肠炎是一种以直结肠的表浅性、非特异性炎症病变为主的疾病。本病以直肠、结肠黏膜的非特异性炎症改变为病理特点，临床主要表现为腹痛、腹泻、黏液样血便，或有便秘、腹胀等消化道症状，常反复发作、缠绵难愈。病因尚不十分清楚，可能与免疫障碍、饮食、感染、遗传、过敏、溶霉菌分泌过多、肠道防御功能障碍和精神因素有关。现代医学尚无特异性治疗方法。本病晚期常伴有结肠组织的增生而被视为结肠癌的癌前病变，因此提高治愈率、减少复发率为研究治疗本病的焦点。

慢性溃疡性结肠炎属中医学“肠癖”、“肠风”、“泄泻”、“血证（便血）”等范畴。主要由饮食不节（洁），或过食生冷，辛辣厚味，嗜好烟酒，或情志失调，损伤脾胃，湿浊内生，化生湿热，下注肠道，致使脾胃升降失调，胃肠传导、泌别清浊之职失司，水谷精微

不能正常输布，肠道脉络受损，肉腐血败而成，属寒热错杂、虚实并见之症。故治宜补泻兼施、寒热并用，祛邪不忘扶正，扶正不忘祛邪，邪正兼顾，以平为期，才能使气血调畅，血脉冲和，邪去正安。

【临床应用】

1. 谢谋华等以乌梅丸加减治疗慢性溃疡性结肠炎56例，治疗组用乌梅丸加减治疗。药用：乌梅15g，干姜10g，黄连10g，附子5g，当归5g，党参10g，黄柏6g，桂枝10g，地榆15g，三七3g，土白术15g，炒白芍15g。每天1剂，水煎服，10天为1个疗程。对照组选用补脾益肠丸，每服6g，每天3次，10天为1个疗程。两组患者均禁食辛辣食物。治疗结果：治疗组临床痊愈32例，显效11例，有效9例，无效4例，总有效率为94.64%。对照组临床痊愈9例，显效6例，有效11例，无效8例，总有效率为76.47%。两组比较有显著性差异，治疗组疗效明显优于对照组（$P<0.05$）。

2. 魏志军，张悦以乌梅丸加减治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎急性发作90例。处方：乌梅24g，当归、川花椒各6g，桂枝、人参、附子、干姜、细辛、黄连、黄柏各9g。水煎服，每日1剂，分早、晚2次服。治疗2周为1个疗程，控制急、重症状后进入活动期治疗。加减法：寒重者重用干姜、附子；热重者重用黄连；便血甚者加白及、仙鹤草、血余炭。活动期患者采用健脾燥湿、温肾之二术汤加减治疗。处方：白术、苍术各20g，蚕砂10g，益智仁、薏苡仁、炒扁豆各15g，甘草4g。加减法：湿热盛者加黄连6g；脾胃虚寒者甘草易炙甘草，加高良姜等。治疗4周为1个疗程，3个疗程后统计疗效。对照组常规口服柳氮磺吡啶，每次0.5g，每日3次。并以氢化可的松50mg加生理盐水100ml，每晚睡前1次保留灌肠。治疗组显效率85.55%，总有效96.67%；对照组显效率43.33%，总有效率73.33%。两者经统计学处理，差异有非常显著性意义（$P<0.01$）。

3. 王玉超以乌梅丸治疗慢性非特异性结肠炎100例。其中男62例，女38例；20～45岁者73例，46岁以上者27例，以青壮年发病居多；病程最短者3个月，最长者5年。临床上以腹痛、腹泻、黏液血便为主要症状，严重者可出现高热、重度腹泻、腹痛、多量黏液血便，甚至出现脱水、大量便血、肠穿孔等。常伴有肝肿大、关节痛、

出血、假性息肉、腹部肿块等并发症。实验室检查：乙状结肠镜检查100例患者中，肠黏膜充血水肿者45例；肠黏膜糜烂、溃疡形成，有接触性出血者40例；假性息肉形成14例；直肠癌1例。乌梅丸汤剂加减：乌梅、川花椒、桂枝（或肉桂）、炮附子、细辛、干姜、黄连、黄柏、党参、当归10味药物组成。舌淡、苔白者加吴茱萸；舌苔厚腻者加厚朴、山楂；舌质不红者去黄连、黄柏；腹痛较重者加白芍；大便滑利者加赤石脂、禹余粮；胃脘不舒者加陈皮、砂仁、木香。治疗结果：基本痊愈68例，有效27例，无效5例。

4. 樊遂明等采用乌梅丸汤剂煎服治疗慢性结肠炎86例。处方：乌梅10g，细辛3g，桂枝9g，黄连5g，黄柏10g，当归10g，川花椒9g，熟附子9g，干姜9g，党参12g。加减：气虚加黄芪、白术；肾阳虚合四神丸。日1剂，水煎，早、晚饭前服，12天为1个疗程。治疗结果：起效时间最早8天，最迟15天，平均11.5天。疗程最短39天，最长82天，平均60.5天。86例中显效67例，好转13例，无效者6例，总有效率93%。

5. 刘海立，闫冬梅采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎32例。治疗组、对照组均给予柳氮磺吡啶（SASP，上海信谊药业有限公司生产，规格：每片0.25g）0.5g口服，每日1次，治疗组在此基础上加服加味乌梅汤（主要是乌梅丸与真人养脏汤加减）。方药：乌梅9g，红参9g，制附子6g，桂枝12g，黄连6g，黄柏9g，炮姜3g，细辛3g，炒川花椒6g，炒当归12g，炒防风9g，炒白术12g，白芍15g，肉豆蔻9g，制诃子9g，炙甘草6g。加水600ml，煎至250ml，每剂煎2次混合后分2次口服，每日1剂。两组疗程均为4周。结果：临床症状改善情况：治疗组显效22例，有效8例，无效2例，总有效率94%；对照组显效12例，有效10例，无效8例，总有效率73%。两组疗效比较有显著性差异（$\chi^2=6.71$，$P<0.05$）。结肠镜下炎症程度改善情况：治疗组显效21例，有效8例，无效3例，总有效率91%；对照组显效11例，有效9例，无效10例，总有效率67%。两组疗效比较有显著性差异（$\chi^2=6.94$，$P<0.05$）。组织学炎症改善情况：治疗组显效14例，有效10例，无效8例，总有效率75%；对照组显效5例，有效8例，无效17例，总有效率43%。两组疗效比

较有显著性差异（$\chi^2=7.67$，$P<0.05$）。不良反应：两组各有2例出现轻度一过性恶心，未影响治疗，其余患者无明显不良反应及并发症等。

6. 周桃元采用中西医结合治疗溃疡性结肠炎74例。治疗组发作期用乌梅丸化裁：乌梅30g，附子6g，黄连10g，当归10g，黄柏10g，干姜6g，党参20g，白术15g，柴胡10g。日1剂，水煎，分2次服。同时配合口服柳氮磺吡啶，每次1g，每日4次。缓解期口服用六君子汤合四神丸加减制成的膏剂：炒党参、炒白术、茯苓各150g，补骨脂、肉豆蔻、干姜、煨诃子、陈皮、甘草、五味子各120g。上药加水煎煮3次，滤汁去渣，合并药液，加热浓缩为清膏，再加适量红糖，文火收膏，每次服15g，日3次，饭前白开水送下。对照组发作期与缓解期均口服柳氮磺吡啶，发作期每次1g，缓解期每次0.5g，均每日4次。两组均以20天为1个疗程，连服2个疗程后复查肠镜或钡灌肠以判断疗效。缓解期服药1年，以防复发。停药半年后统计复发率。结果：治疗组显效率20.27%，总有效率98.65%；对照组显效率13.89%，总有效率77.78%。两组复发情况：治疗组16例复发，占21.62%；对照组24例复发，占66.67%。经统计学处理，有非常显著性差异（$P<0.01$）。说明治疗组预防其复发具有明显优越性。

7. 柳文，沈琳以乌梅丸合痛泻要方治疗溃疡性结肠炎30例。治疗组应用乌梅丸合痛泻要方，采用汤剂，组方：乌梅30g，细辛5g，干姜4g，黄连10g，黄柏10g，制附子10g，党参30g，当归15g，桂枝10g，川花椒3g，白芍30g，防风30g，白术30g，炙甘草30g，共煎取500ml，于早、晚饭前各服1次，每次200ml，另100ml睡前1h保留灌肠。30天为1个疗程。治疗期间不服其他药物。对照组应用补脾益肠丸，每次8粒，每天3次。连续治疗2个月，两组均每10天检查大便常规1次。1个疗程结束后5～10天内复查纤维结肠镜。两组治疗前和疗程后均采用硝酸还原酶法（试剂盒为南京建成生物工程有限公司生产）测定血清一氧化氮（NO）浓度以反映NO生成情况。治疗结果：治疗组30例，临床治愈12例，有效10例，无效8例，总有效率73.33%；对照组30例，临床治愈7例，有效9例，无

效14例，总有效率53.33%。两组比较差异，有统计学意义（$P<0.05$），说明乌梅丸合痛泻要方组有效率优于补脾益肠丸组。

8. 高先正，郭星用乌梅丸化裁治疗慢性溃疡性结疡炎120例。所有病例均予乌梅丸方：乌梅12g，当归10g，桂枝10g，细辛6g，黄连10g，黄柏10g，人参10g，附片（先煎）10g，川花椒10g，干姜各10g，细辛6g。随症加减：神疲体倦，面色㿠白者加黄芪30g，重用人参；肢冷畏寒者附片加倍；少腹胀满者加木香10g，乌药10g；肠鸣腹痛者加白芍15g，木香10g；便次增多，腰痛者加金樱子10g，补骨脂10g，莲子10g；有脓血便者加赤石脂10g，禹余粮10g；鸡鸣泄伴性欲减退者加仙灵脾10g，补骨脂10g，肉豆蔻10g；焦躁不安者加远志10g，莲子10g。以上药物混合，用中药煎药机高温、高压、密闭煎煮30min取汁300ml，分2次早、晚空腹服用，每次服150ml，10天为1个疗程，轻度患者2～3个疗程，中度患者3～4个疗程。治疗期间停用其他药物，忌辛、辣、凉及油腻食品，节情志，适劳作，避风寒。治疗结果：临床治愈98例，显效10例，好转7例，无效5例，临床治愈率81.7%，总有效率95.9%。

9. 郭洪波等以乌梅丸加减治疗溃疡性结肠炎44例，将88例患者随机分成两组各44例。治疗组口服乌梅丸加减治疗，对照组口服柳氮磺吡啶治疗。结果：近期治愈治疗组21例（47.73%），对照组10例（22.73%），两组比较，差异有显著性意义（$P<0.01$）。结论：乌梅汤加减治疗溃疡性结肠炎有良好疗效。

按：慢性非特异性溃疡性结肠炎是在多种致病因素作用下，邪蕴于肠道，气血搏结，脉络受损，传导失司而发病。病位在肠，与脾胃肝肾相关，属寒热错杂证。脾肾亏虚是本，寒凝血滞、热毒湿浊壅滞、气机不利是标。治宜温清并用，通涩兼施，扶正祛邪，平调阴阳。故用《金匮要略》乌梅丸加减治疗。方以乌梅为主药，配花椒、干姜、细辛、附子、桂枝温脏祛寒通脉；黄柏、黄连清热燥湿解毒；人参、当归益气养血，补虚扶正。全方温、补、调、清融为一炉，方药对证，使寒热升降调和，气机通畅，邪祛正安，久泄得止。

【病案举例】

1. 刘某，女，32岁。1997年10月23日就诊。诉腹痛腹泻，排

脓、血、黏液便10余年，突然加重3天。刻诊：大便日行4~7次，均有血水100~300ml及少量黏液排出，伴腹痛，里急后重，消瘦，神倦，乏力，纳少，肢冷，左下腹部轻压痛。舌淡而边尖红，苔白腻而根部黄，脉弦细而数。大便常规示：肉眼见血便，白细胞(+++)，连续3次大便培养无致病菌。血常规示：凝血4项正常，血小板207×10^9/L，白细胞10.0×10^9/L，红细胞3.12×10^{12}/L，血色素90g/L。纤维结肠镜检查：全结肠多处黏膜充血水肿，有小出血点及点状糜烂，接触性出血，肠腔变硬，多处假息肉形成。病理活检示：非特异性炎症变化。诊断：非特异性溃疡性结肠炎（急性发作期）。证属寒热错杂而正气虚，治宜温脏、清热、收敛、补虚。方用乌梅丸加减：乌梅24g，白及15g，当归、川花椒各6g，桂枝、人参、附子、细辛、干姜、黄柏、黄连各9g。水煎服，每日1剂，早、晚2次服。2周后病情明显好转。无便血。但仍时有腹痛。溏泻便伴黏液每日2~3次。根据舌脉症的变化转入活动期治疗，以健脾燥湿温肾为法，方用二术汤加减治疗3个疗程后诸症消失，肠镜检查黏膜病变恢复正常，溃疡病灶已形成瘢痕，大便常规检查3次正常，属痊愈。随访1年无复发。

按：本病脾虚是本，邪湿是标，虽湿邪可瘀而化热，但因病势日久又导致湿邪多从寒化。当急性发作时，各种致病因素可归结于“邪之所凑，其气必虚”。患者最突出的特点就是寒热错杂而正气虚，虽然此时患者脓、血便较严重，但此“久痢”与湿热痢疾截然不同，在治疗上务必寒温并用，攻补兼施，方选乌梅丸正切病机。方中细辛、干姜、附子、当归、川花椒、桂枝散寒温肾而燥脾，黄柏、黄连苦寒而清热，以人参补益脾胃又可防诸药败胃，加白及止血，合乌梅之酸涩固脱达到温脏、清热、收敛、补虚之治疗目的。

2. 陈某，男，35岁，工人。有慢性腹泻史，曾多次住院治疗，2次钡剂灌肠均诊断为溃疡性结肠炎，乙状结肠镜检可见多处溃疡，经西医口服药物及灌肠等治疗无效，遂求治于我科。现症见：每日腹泻10余次，黏液夹血，肠鸣腹胀，情志不安，胸脘不舒，舌苔薄白腻，脉细数。予乌梅丸汤剂加减。处方：炒乌梅35g，党参、补骨脂、干姜各30g，厚朴、炮附子、地榆炭、赤芍、木香各15g，黄芩、细辛

各6g，肉桂、川花椒各4.5g，黄连3g。开水煎，分2次服。2周后腹泻次数减少，3个月后大便如常。钡剂灌肠证实病变较治疗前明显好转，但左半结肠壁有多发性毛刺状向外突出阴影，右半结肠排钡后有多发性小息肉样透光影。继续中药治疗。4个月后复查X线片示：毛刺状阴影显著减少，小息肉样改变不复存在。

按：慢性溃疡性结肠炎的病位与足厥阴肝经有关。现代医学认为该病原因不明，但指出患者大多情绪紧张，且精神创伤往往成为起病或恶化的诱因，故认为神经、精神因素可能为主要病因，国外研究也证实了这一点。从病因学看，中医认为情志因素是导致疾病的原因之一，七情刺激可以伤肝，而肝气抑郁和横逆以及生热化火，又可产生一系列的病理变化，包括腹痛、腹泻、黏液血便等。从病位上看，本病患者左下腹常有绞痛或压痛，中医认为小腹两侧属肝，为肝经所过之处。由此可见，慢性结肠炎与足厥阴肝经关系密切。厥阴风木的变动不仅对发病有直接影响，而且可能参与整个病程。慢性结肠炎为寒热错杂证，是足厥阴肝经病变的特性，即前人厥阴“本阴而标热”之论。因为厥阴为三阴之尽，又是阴尽阳生之脏。厥阴为病，若病邪内陷，脏腑功能失调，则气血紊乱，呈现各种寒热错杂之象。慢性结肠炎的病机很可能与此有关。笔者认为，肝气抑郁，生热化火，此即“厥阴之热”；继之，由于邪热禀风木之性内陷，其热必侵入营中，而便脓血。《伤寒论》341条云：“厥少热多者，其病当愈；四日至七日热不除者，必便脓血。”说明厥阴病中若阳复太过，就会热伤下焦血分，乃为大便脓血。这里的“厥阴之热”则为该病的大肠湿热证。病情进一步发展，终则肝病乘脾，久利伤肾，于是局部的大肠湿热就与全身的脾肾阳虚同时并存，成为寒热错杂、虚实相兼的病机。乌梅丸中乌梅大酸，急泻厥阴，平肝柔木；附子、干姜等辛热诸品，温脾暖肾通阳气；黄连、黄柏苦寒，清热坚阴；党参、当归甘温，补气调中。诸药协同，乃成“土木两调，邪正兼顾”之方。中医历来以此方主治蛔厥。诸多临床报道证实该方对胆道蛔虫症确有良效。然张仲景明言乌梅丸“又主久利”。徐大椿曾誉其为“治久痢之圣方”。吴鞠通在《温病条辨》72条中指出：“久痢伤及厥阴，上犯阳明者，该方主之。”叶天士曾将该方灵活加减用于临床，大致也是属于“阳

明胃土已虚，厥阴肝风振动”之泄泻。笔者体会该方治久痢（慢性溃疡性结肠炎）确有良效。

3. 王某，女，55岁，农民。1997年9月5日初诊。从1975年起，出现大便异常，晨起泄泻，日4~5次，时有腹痛，每因腹部受寒或进食生冷而病情加重。其间曾多次服用抗生素、收涩止泻药及大量中药，偶有见效，药停即复发。先后住院治疗4次，均未获显效。刻诊所见：患者形体消瘦，面色不华，纳谷不香，大便稀溏，日3~5次不等，便中夹有黏液，舌质淡、舌苔黄白相间，脉细软、微数。肠镜检查提示肠黏膜充血水肿，有糜烂。西医诊断：慢性结肠炎。中医辨证为脾肾阳虚，寒热错杂证。治用乌梅丸加罂粟壳3g，吴茱萸10g，补骨脂12g，五味子10g。服药12剂，症状减轻，而后去罂粟壳继服21剂，症状完全消失，又服6剂巩固治疗。随访1年未见复发，饮食、劳动亦如常人，肠镜复查黏膜病变恢复正常。

按：慢性结肠炎病因未明，其病程长，常反复发作，本病属中医“久痢”、“肠辟”的范围。临床表现均为长期大便次数增多、大便稀溏或带脓血黏液，常伴腹痛、乏力、消瘦、虚弱等。其病机主要是脾胃虚弱，纳运失常，久泻不已，脾肾阳虚，湿热滞于肠中，而成寒热错杂之病。关于本病的治疗，柯韵伯曾指出：“久利则虚，调其寒热，扶其正气，酸以收之其利自止。”（《伤寒附翼·卷下》）。方中党参、当归补其虚；细辛、干姜、附子、川花椒、桂枝、吴茱萸、黄连、黄柏益脾肾，调寒热；补骨脂、五味子、乌梅、罂粟壳收敛止泻。诸药相合，邪正兼顾，寒热并用，燥湿涩肠以止泻痢。药证合拍，故疗效满意。

4. 史某，男，32岁，反复腹泄，黏液便、肠鸣、下坠，左下腹不适，7年。经几家医院2次肠镜检查，确诊为慢性溃疡性结肠炎。曾服磺胺嘧啶，中成药及中药灌肠治疗，病情时轻时重，缠绵反复。近半月出现头晕，乏力，眠差，焦躁不安，情绪低落，性欲减退。查体：体温36℃，脉搏76次/min，血压14.63/9.31kPa，精神差，偏瘦，左下腹可触及肠型，压痛，无反跳痛。血、尿常规正常，粪检中有脓球，腹部B超检查未见异常。心电图正常。血糖、血脂、肝肾功能正常。经乌梅丸加莲子、淫羊藿、补骨脂、芡实、台乌，服药1

个疗程，诸症悉减。患者喜形于色，再服2个疗程痊愈。现随访4年未复发。

按：慢性结肠炎是结肠黏膜的慢性炎性改变，西医认为该病与人体免疫功能异常有关，多采用免疫调节剂和磺胺类药物对症治疗，疗程长，副作用多，多数患者不易坚持和耐受而中止治疗，疗效亦不满意。本病主要表现为便次增多，便质溏稀不成形，时夹杂黏液甚或脓血，腹痛腹胀，肠鸣，五更泄。腹部下坠，腹痛时须即刻入厕，便后上述症状消失。病久则出现肾阳虚表现，可见四肢不温，形寒肢冷，小腹喜温喜按，腰酸困，性欲减退。本病病机为脾肾阳虚，寒湿凝结大肠，肠道气机阻滞，运化传输失司。腑以通为用，气机不畅则肠鸣腹痛，气阻则血滞，血滞则成瘀，瘀久则生热，热盛则肉腐，肉腐则成脓，故可见脓血黏液便，最终导致寒热错杂、虚实并见。方用姜附温补脾肾之阳，同桂枝散寒通经，佐以花椒、细辛加强散寒行气止痛之功，黄连、黄柏苦寒泄热坚阴，制干姜、细辛、花椒、附子、桂枝温燥太过之弊；人参，当归调补已虚之气血，乌梅酸涩生津止泄。干姜、黄连并用，一苦一辛，一散一降，一热一寒，实配伍之极致，开通之要药，无论寒热之邪皆可开泄。加莲子、芡实健脾止泻，淫羊藿、补骨脂、台乌温肾助阳。全方寒热并用，补泻兼施，补而不滞，寒而不过，热而不躁，祛邪扶正，极适用于寒热错杂、正气虚弱之久泄。

5. 蒯某，男，61岁。1997年5月28日初诊。患者4年前夏日雨后着凉致肠鸣下利，反复发作，每食生冷、肥腻之物则脘腹胀满、腹痛欲便，质稀或溏，便后不爽。常以诺氟沙星（氟哌酸）、黄连素服之，一时之效，久服不应。也曾服清热利湿或温中健脾之中药数十剂，未见好转。曾在某院经纤维结肠镜检查诊断为慢性结肠炎。诊见：神情忧郁，形瘦乏力，腹胀纳差，口干舌燥，腹痛腹泻，便夹黏液。舌质淡红、苔薄黄，脉沉细。证属寒热错杂，湿阻气滞。治拟寒热并用，化湿导滞。处方用乌梅丸加减：乌梅20g，细辛5g，黄连6g，附子10g，桂枝6g，干姜6g，炒花椒8g，当归10g，太子参20g，厚朴10g，炒木香10g。水煎取汁，每日1剂。4剂后腹胀痛明显好转，便次减少，复与10剂后，诸症悉除，随访半年，身体安康。

按：本例泄泻日久，脾胃虚弱，肝旺乘脾，肝脾同病，以致寒热

虚实错杂，若以常法清热利湿，亦或温中健脾治当罔效，故以乌梅丸治寒热错杂之下利，使数年沉疴之疾得愈。

二、肠易激综合征

肠易激综合征（IBS）是最常见的肠道功能性疾病，是一种生物－心理－社会病症，属胃肠功能紊乱性疾病，约占消化门诊的1/3～1/2。迄今为止，关于本病的病因病机尚不十分清楚，主要认为是多种因素导致神经－内分泌－免疫系统的异常；可能与药物、情绪紧张、食物不耐受、结肠运动功能异常、小肠功能障碍及食管、胆囊运动异常等因素有关，其中肠道功能的改变在肠易激综合征发病机制中有重要作用。国外学者发现，54%～100%的肠易激综合征患者有精神症状，其中焦虑、抑郁多见。故认为本病是一种心身疾病。常规的化学药物治疗疗效不理想。

本综合征临床主要表现为腹痛、腹泻、腹胀或便秘，属中医“腹痛”、“泄泻”范畴。近年来中医药对IBS的诊治研究取得了较大进展，总结出许多行之有效的治疗方法，在改善症状、提高患者生活质量方面显示出较大优势。

【临床应用】

路瑞琴以乌梅丸加减治疗经X线和内镜检查确诊的IBS 33例。男13例，女20例；年龄12～56岁，平均41.5岁；工人21例，教师2例，农民5例，干部4例，学生1例。以腹痛、腹泻为主要表现者16例，腹泻为主者8例，腹痛为主者5例，腹痛伴便秘者2例，腹泻便秘交替者2例；伴随症状有脘腹胀满，便急或排便不尽感，脘部烧灼感，失眠多梦等；病程2～8年，平均2.5年。治疗方法基本方：乌梅20g，干姜、炙甘草各4g，黄连、肉桂、白附片各5g，当归、黄柏各10g，川花椒3g，细辛2g，党参12g，大枣30g。加减：偏虚寒，症见腹痛腹泻、便溏、形寒肢冷、喜温喜按、肠鸣腹胀、舌淡苔白者，去黄柏，加炒白芍、肉豆蔻、煨诃子、乌药等；偏实热，症见腹痛腹泻、口干喜饮、里急后重、溲黄、舌红苔淡黄者，去细辛、干姜、白附片，加生薏苡仁、炒白芍、陈皮等；腹痛即泻、泻后痛减者，基本方合痛泻要方；便秘者，加广木香、酸枣仁、火麻仁。

用法：每日1剂，水煎分2次服，1个月为1个疗程，观察1年后判定疗效。治疗结果：33例中治愈17例（51%），显效9例（27.3%），有效4例（12.2%），无效3例（9.1%）；总有效率90.9%。

按：目前IBS发病机制尚未完全阐明，据多数学者研究认为可能与精神、饮食、菌群失调、环境刺激以及肠道动力学、分泌及吸收功能改变综合因素有关，治疗较为困难。本病的临床表现特征一是“急”，如腹痛腹泻常是突然发作，腹痛即泻、泻后痛减；二是“郁”，如病人感到脘腹胀满、精神抑郁、嗳气吞酸、失眠多梦等；三是“泄”，除少数病人表现为便秘外，大多数患者为排便次数增多，大便稀溏或完谷不化。肝主疏泄，性刚，恶抑郁，脾主运化，升清降浊，为气机升降之枢纽，本病临床常表现为肝郁脾虚或肝胃不和等证型，病位在肝、脾（胃）、肠。乌梅丸出自《伤寒论》原本为治疗蛔厥证，但条文中也注有该方“又主久利”。古往今来，以本方加减治疗慢性泄泻多有报道。乌梅丸一方寒热并用、虚实兼顾，颇符合IBS寒热错杂、虚实相兼之病机。方中乌梅性平味酸甘，具有涩肠止泻、生津止渴之效；配以当归、炒白芍、甘草、大枣又可起到柔肝敛肝，缓急止痛之功；配人参（党参）可抑肝扶脾；黄连、黄柏苦寒坚阴止泻；细辛、川花椒发散通郁；白附片、干姜、肉桂温中祛寒，适用于有内脏虚寒之人。随症加减，可收到较好的治疗作用。

【病案举例】

庄某，男，54岁，2002年10月11日初诊。患者体弱，胃病10余年。近2年左少腹经常疼痛。发时自觉有块拱起，气逆上冲，呕吐食物。大便经常溏泻，但亦有短期大便坚如羊屎。在外院经乙状结肠镜检查发现有结肠激惹现象，几经治疗无效。数天来，因情绪波动，一日数发而就诊。患者胃痛隐隐，左少腹痞块疼痛，聚散无常，泛恶呕逆，每遇恼怒辄发，面色㿠白，形神疲惫，纳呆便溏，舌质胖、舌色黯、苔薄黄，脉沉细弦。中医诊断为疝瘕。厥阴经气失敛，胃土素有不足。治宜安胃泻肝。处方：乌梅10g，川楝子10g，川花椒3g，细辛2g，桂枝10g，当归10g，炮姜6g，白芍10g，黄连3g，附子5g，元胡10g，小茴香3g。服药3剂，少腹冲气渐平，疼痛减轻，胃痛明显好转，但便溏未除，四肢较冷。原方去细辛、元胡，加党参

15g。又服5剂后，少腹痞块未发，胃痛隐隐，时有便溏。按此方作丸一料，每服10g，每日2次。一料丸药服了近1个月，左少腹痞痛未再复发，胃痛亦除。

按：肠易激综合征是胃肠道最常见的功能性疾病，临床以腹痛、腹胀、大便习惯改变为主要表现，目前对其病因尚不十分清楚，但与精神因素密切相关。《中国医学大辞典》谓："脾受肝邪，又传于肾，脾失运化之常，入遇寒水之脏，则留而成形，状如黄瓜，称为疝瘕。"此例左少腹痞块疼痛聚散无常，发则呕逆，疝瘕为病无疑脾胃素有不足，肝气又相乘之，治宜泻木安土，疝瘕得消。

三、慢性胆囊炎

慢性胆囊炎由于长期慢性炎性刺激，致使胆囊壁发生纤维增厚，瘢痕收缩，造成胆囊萎缩，囊腔可完全闭合，导致胆囊功能减退，甚至完全丧失。临床表现多为右上腹或上腹部不同程度的隐痛或刺痛，常伴有上腹饱胀、嗳气、恶心、呕吐等消化不良症状，过多高脂肪饮食或劳累后症状加重。

中医认为本病属"胁痛"、"胆胀"、"黄疸"等范畴。肝气不疏，脾失健运，湿热内生，热煎胆汁，或胆囊取石术后，寒热虚实俱存，上下内外均病为本病的病机特点。因其病机关键在于"不通则痛"，故治疗当以"通利"为大法，包括清热利湿、活血化瘀、健脾益气、疏肝利胆、温阳行气等法。

【临床应用】

杨金环应用乌梅丸加减治疗69例慢性胆囊炎患者。其中男21例，女48例，男女比例为1:2.2；年龄最小15岁，最大79岁，平均52岁；病程最短1年，最长20年，平均10.5年。69例中57例为胆囊取石术后慢性胆囊炎患者（83%），非结石性慢性胆囊炎患者12例（17%）。全部病例均根据临床症状、腹部B超检查及胆功能测定诊断。其中合并高血压病6例，冠心病2例，糖尿病2例，脑血管病1例，胃大部切除手术史1例，多发性神经根炎1例。投乌梅丸，药物：乌梅30g，细辛3g，干姜5g，桂枝5g，制附子5g，花椒5g，黄连15g，黄柏10g，党参30g，当归10g。加减：若腹胀者加大腹皮

10g，紫苏梗10g；胃纳差加焦谷芽10g，山楂15g，神曲10g；热盛而便秘者加大黄10g（后下），全瓜蒌15g；恶心呕吐者加竹茹15g，半夏10g；痛重加元胡15g，川楝子15g；胁胀加柴胡15g，郁金10g。日1剂，每剂煎2次，共煎300ml，每日2次，温开水兑服。10天为1个疗程。疗效标准：临床治愈：临床症状消失，胆囊壁厚度≤3mm，壁较光滑，B超或胆囊造影显示脂餐后1h胆囊排空功能较理想（≥50%），随访1年以上未再反复。显效：临床症状好转，胆囊壁厚度3~4mm，壁稍毛糙，B超或胆囊造影显示脂餐后1h胆囊排空功能较理想（21%~49%），随访1年以上疗效不稳定者。无效：经过3个疗程以上的治疗，临床症状未见好转，胆囊壁厚度>4mm，壁毛糙，B超或胆囊造影显示脂餐后1h胆囊排空功能差（≤20%）。治疗结果：所有患者经治疗后每6~12个月随访复查1次，通过B超检测胆囊收缩排空功能，按规定的疗效标准确定胆囊健康状况，临床治愈51例，显效13例，无效5例，有效率为92.8%。

按：乌梅丸的主要功效在于温脏祛寒，养血通脉，调和阴阳。据笔者临证观察及受先贤近代著名老中医蒲辅周启示："外邪陷入厥阴，七情伤及厥阴，虽临床表现不一，遵守病机，皆可用乌梅丸或循其法而达到异病同治。"此方治疗寒热错杂、正气虚弱的慢性胆囊炎最为适宜。方中重用味酸之乌梅为君药敛肝之真气，臣以制附子、桂枝、干姜、花椒、细辛温阳而理气，疏木达郁，遵从《内经》"肝欲散，急食辛以散之，用辛补之，酸泻之"的治疗主旨，佐以人参（以党参代之）、当归之甘味温益脾胃，调和气血，培土荣木。黄连、黄柏清利湿热，又能缓和方中诸药之过于温热，以防伤阴之弊。据笔者经验，方中黄连、黄柏用量之和要大于附子、桂枝、干姜、花椒、细辛用量之总和，疗效才佳。

四、慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎（CAG）是以胃黏膜上皮和腺体萎缩，黏膜变薄，黏膜肌层增厚及伴有肠上皮化生、不典型增生为特征的慢性胃病，是慢性胃炎的一个类型，在临床上大多伴胃酸缺乏，胃酸缺乏则对食物的消化吸收、消毒杀菌作用降低。故出现以胃黏膜萎缩变薄，

胃腺减少引起上腹部胀饱或钝痛，食欲减退，恶心嗳气，甚或消瘦、贫血、脘甲等一系列临床症状。特别是伴肠上皮化生或有不典型增生者，胃癌发生率比普通人群高，已引起医学界的高度重视。其病因根据现代临床流行病学研究结果提示，认为其发生与幽门螺杆菌（Hp）感染、遗传、不良饮食习惯、胆汁反流、免疫等因素有关。

CAG 属中医“胃脘病”、“痞满”、“嘈杂”、“腹胀”、“嗳气”等范畴，病位在胃。中医认为其与饮食、情志、感受邪气、脾胃虚弱等因素反复作用，致脾失健运、胃失和降而发病。病变初起以湿热阻滞、气机不畅为主；久则脾胃气阴受损，或脾气虚弱，或胃阴损伤；进一步发展，可因气不行血，或阴不荣络，致胃络血瘀、痰湿瘀血互结而成毒。其演变加重过程可概括为由实至虚，由虚至热，由热至瘀，由瘀至毒。其病机与脾虚、寒湿、湿热、阴亏、气滞、血瘀紧密相关。西医对 CAG 常缺乏理想的治疗方法，而中医药对 CAG 的治疗具有明显的优势，积累了丰富的经验。目前认为，在中医辨证论治的基础上，结合西医辨病，加用现代临床研究证实有较好疗效的中药，可以提高 CAG 的临床疗效和治愈率。

【临床应用】

1. 朱玲以乌梅丸治疗 36 例慢性萎缩性胃炎患者。治疗组用乌梅丸：乌梅 20g，川花椒 3g，干姜、桂枝各 5g，附子 6g，黄连 2g，黄柏 8g，当归、党参各 15g，细辛 1.5g。辨证加减：偏脾胃虚弱者加太子参、白术、黄芪；兼胃热者加蒲公英、白花蛇舌草、半枝莲、连翘；血瘀者加赤芍、川芎、红花、元胡；兼食积气滞者加鸡内金、山楂、谷芽、麦芽、砂仁、枳壳；兼肝郁气滞者加柴胡、郁金、川楝子。水煎服，日 1 剂。停用其他胃药。对照组：胃复春片（杭州胡庆余堂生产），4 片，每餐前 30min 口服。两组疗程均为 3 个月。治疗结果：治疗 3 个月后统计疗效，治疗组 36 例中，治愈 6 例，显效 11 例，好转 10 例，无效 9 例，总有效率 75%；对照组 22 例中，治愈 2 例，显效 5 例，好转 4 例，无效 11 例，总有效率 50%。两组总有效率比较差异有显著性意义（$P<0.05$）。

2. 李双以加减乌梅汤治疗慢性萎缩性胃炎 46 例临床观察。共观察 89 例患者均为慢性萎缩性胃炎，其中住院病人 49 例，门诊病人

40例。随机分为两组。治疗组46例中，男24例，女22例；平均年龄42岁，年龄最大者56岁，年龄最小者37岁；平均病程6.2年；轻度萎缩性胃炎者18例，中度者24例，重度者4例。对照组43例，其中男29例，女14例；平均年龄42.5岁，年龄最大者54岁，年龄最小者34岁；平均病程6.2年；轻度萎缩性胃炎者22例，中度者18例，重度者3例。两组经统计学处理$P>0.05$，具有可比性。治疗组用加减乌梅汤方：乌梅20g，细辛4g，干姜10g，黄连10g，当归10g，附片10g，川花椒10g，桂枝10g，党参30g，黄柏10g，白豆蔻10g。随症加减：食欲不振者加麦芽10g，鸡内金（研末冲服）10g；贫血严重者加黄芪60g；烧灼感明显者加石斛10g；恶心呕吐明显者改干姜为生姜，乌梅减量为10g。上药以水浸泡30min，加热煎煮2次混合，分2次早、晚热服。对照组均用胃蛋白酶100mg，1日3次；黄连素100mg，1日3次；维生素B_1 20mg，1日3次；并采取支持治疗，间断性静脉输注10%葡萄糖500ml内加三磷腺苷40mg；维生素B_6 100mg，维生素C1.0g，每日1次；胃胀不适加用多潘立酮15mg，1日2次。两组病例连续用药60天为1个疗程，一般4~5个疗程，疗程结束后根据用药前后炎症、伴随症状及胃镜检查与胃黏膜病理切片的情况以判断疗效。治疗结果：治疗组临床治愈率26.04%，显效率52.08%，总有效率86.8%；对照组临床治愈率8.64%，显效率13.02%，总有效率26.10%。通过治疗组与对照组的效果统计，差异具有非常显著性意义（$P<0.01$）。

3. 杨扩美以乌梅丸加减治疗慢性萎缩性胃炎78例。本组78例，经胃镜和病理检查，明确诊断。男42例，女36例；年龄26~78岁；病程1年~16年。病位在胃窦部65例，在胃窦-胃体部5例，在胃体部8例。病变程度：浅表萎缩（Ⅰ°~Ⅱ°）不等者71例，重度萎缩（Ⅳ°）7例，伴有不典型增生13例，肠上皮化生（+）~（+++）31例，幽门螺杆菌检出阳性者31例。中医辨证属虚寒型49例，寒热夹杂型29例。治疗方法：虚寒型：本组共49例，主症胃脘胀闷隐痛，嗳气或恶心，泛吐清涎，纳差，食后胀闷加重，神疲肢软，脉细或缓，苔薄白、舌质淡红。治拟乌梅丸加减：党参18g，当归身、桂枝各10g，乌梅15g，川花椒、细辛各3g，川黄连1g，干姜、甘草各

8g，附子、枳壳各12g。寒热夹杂型：本组共29例，主症胃脘胀痛明显，口干，口苦或泛酸，胃脘灼热，纳差无味，神疲乏力，舌质稍红、苔黄，脉细数。治拟乌梅丸加减：党参18g，当归身10g，乌梅15g，桂枝5g，川花椒2g，干姜、川黄连各3g，黄柏8g，甘草、枳壳各12g。上述方药每日1剂，水煎2次共600ml，分早、晚2次服完。服用3个月为1个疗程。治疗期间停用其他治疗胃病药物。治疗结果：78例经1个疗程治疗后，显效32例，有效38例，无效8例，总有效率89.7%。属虚寒型显效20例，有效24例，无效5例；属寒热夹杂型显效12例，有效14例，无效3例。本组无1例有恶变趋势。

【病案举例】

1. 郑某，男，40岁。2005年7月20日初诊。反复上腹部胀痛3年，加剧伴泛酸呃气纳差2个月，痛处按之减轻，温之亦能减轻，时见软便，乏力，体重渐减，面色萎黄，舌质淡、苔薄白腻，脉细。血常规：血红蛋白97g/L，白细胞计数4.2×10^9/L，中性白细胞75%，血小板150×10^9/L。心电图：窦性心律，正常心电图。电子胃镜：慢性浅表性胃炎伴萎缩，十二指肠球炎伴溃疡。Hp阳性。病理切片：腺体萎缩（胃窦部），中度肠上皮化生。诊为胃脘痛（虚寒型）。以乌梅丸加焦白术15g，茯苓20g。服药7天后上腹胀痛缓解；继服15天后症状消失。原方加减共治疗3个月后胃镜复查：慢性浅表性胃炎、十二指肠球炎，Hp（－），病理切片示炎症性改变。追访1年未复发。

按：CAG多属顽症痼疾，病程长久，属中医“痞症”、“胃脘痛”范畴，以虚寒多见。乌梅丸出自《伤寒论》，以乌梅为主药，取其酸涩敛精开胃之性，《本草逢原》称“乌梅酸收，益精开胃”。现代药理研究亦证实，乌梅的有效成分柠檬酸能促进胃酸分泌，对侵入胃肠道的细菌、霉菌，特别是幽门螺杆菌，均有很强的杀灭作用；附子、干姜、川花椒、细辛、桂枝温中散寒助运；黄连、黄柏苦辛通降；当归、党参补气血，助正气；焦白术、茯苓健脾。全方寒热并用，邪正兼顾，虚实并治，酸辛苦甘，攻补兼施，刚柔相济，故而奏效。

2. 舒某，男，37岁，农民，2001年8月10日初诊入院。患者自诉1995年10月起感上腹疼痛，时有烧灼感，伴反酸，在当地卫生院诊断为急性胃炎，口服西咪替丁0.2g，每日4次，硫糖铝0.9g，每日3次。间断用药，症状时有缓解，近2年来症状加重，经常感上腹不适，食欲不振，无规律性隐痛，嗳气，伴四肢疲软无力，伴头晕，而来我院检查。体查见神志清楚，表情痛苦，面色白，甲床苍白，全身未触及淋巴结肿大，心肺检查未见异常，上腹胃脘部轻压痛，舌质红、少津，脉细数。化验血常规：血红蛋白80g/L，白细胞计数4.8×10^9/L，淋巴细胞40×10^9/L，血小板100×10^9/L。B超检查肝脾正常，电子胃镜检查胃黏膜呈灰黄色，黏膜萎缩，皱襞变浅，呈红黄相间的斑块状分布，胃镜下取胃组织病理切片见固有腺体萎缩2/3，胃肌层稍增厚。诊断为中度萎缩性胃炎（属中医胃脘痛，胃阴不足兼气血亏损），投以加减乌梅汤（随症加减），连续服药3个疗程，诸症消失，达到痊愈标准出院。随访半年未复发。

按：本病属于中医的胃脘痛范畴。因多种因素引起，最后导致胃气失和，气机不利，胃失濡养，一旦发生经久难愈。本病主要是胃的腺体萎缩，胃蛋白酶分泌减少，胃的固有膜炎症三大主要病理改变，最后因摄入的食物不能靠脾胃的化津输布于全身，而出现一派气血亏虚的病理改变。针对这一主要病因病机，采用加减乌梅汤治疗本病，清热解毒，温胃消食。其作用机制主要是促进胃的腺体分泌增多，方中乌梅为主药，细辛、附片、干姜为臣药，温胃消食，二者配伍，使用效彰；川花椒协助乌梅增加胃酸分泌，桂枝通经；白豆蔻理气；黄连清热、解毒；党参、当归健脾生血。综观全方，温补兼施，寒热并举，标本兼顾，共奏其效。

3. 潘某，男，50岁。2001年7月8日初诊，诉：胃脘胀痛明显，口干，口苦，胃脘灼热，纳差无味，神疲乏力，舌质稍红、苔黄，脉细数。纤维胃镜诊为：慢性萎缩性胃炎，幽门螺杆菌检出阳性。中医辨证为寒热夹杂型。治疗用乌梅丸加减：党参18g，当归身10g，乌梅15g，桂枝5g，干姜、川黄连各3g，川花椒2g，黄柏8g，甘草、枳壳各12g。每日1剂，水煎2次，共500ml，分2次口服。7月15日复诊，诉症状明显减轻，上方川黄连改为2g，黄柏6g，连服

30天。8月15日复诊，诉症状减轻，进食后上腹稍胀，纳增。口稍干苦，精神好转，体力增加，苔薄微黄，脉细稍数。守方再进日1剂，10月8日复诊，症状消失，纳食正常，工作、生活正常，胃镜及胃黏膜病理切片，示萎缩性转浅表性，肠上皮化生减轻，幽门螺杆菌转阴性。

按：慢性萎缩性胃炎属中医“胃脘痛”、“痞满”、“嘈杂”范畴，以往被认为由胃阴虚所致。近年来发现萎缩性胃炎的症候都有不同程度涉及到脾胃、气血、湿热等，很少出现单一的病理变化。临床多表现为虚实兼存、寒热交错的病理现象。为此，笔者根据多年临床经验，对本病的治疗采用扶正与祛邪相结合的方法，用乌梅丸加减治疗。方中党参、甘草健脾益气；当归活血养血生肌；乌梅酸敛生津；枳壳行气宽中；干姜、桂枝、川花椒温煦中焦；川黄连、黄柏苦寒清泄邪热，与干姜、桂枝、川花椒辛开苦降，使脾胃升降功能得以恢复；当归、乌梅性柔，可防干姜、桂枝、川花椒、黄连、黄柏之过于刚燥。全方共同起到补泻兼施、寒温共调、刚柔相济之功。王绪霖等发现黄连、黄柏、乌梅等对幽门螺杆菌有明显的抑制作用，因此，该方对慢性萎缩性胃炎的炎症控制、黏膜损害的修复、脾胃功能的调整等都有较好的效果。

五、十二指肠壅积症

十二指肠壅积症是指各种原因引起的十二指肠阻塞，以致十二指肠阻塞部位的近端扩张、食糜壅积而产生的临床综合征。引起本症原因很多，以肠系膜上动脉压迫十二指肠形成壅积者居多（占50%），其他原因有先天异常、肿瘤、十二指肠远端或近端空肠浸润性疾病和炎症、胆囊和胃手术后发生粘连牵拉十二指肠及其他先天性畸形。患者以女性（成年无力型）或长期卧床者为多。以慢性间歇性发作居多。呃逆、恶心和呕吐是常见的消化不良症状，饱餐后1～4h有中上腹重压感，仰卧时更明显，如斜倚位或俯卧位可使疼痛减轻或缓解。也有突然起病，表现为餐后喷射状呕吐，吐出宿食和胆汁。

十二指肠壅积症一般属于中医学之“呕吐”、“反胃”等病，采

用理气和胃、消食导滞、降逆止呕等方法治疗疗效较好。

【病案举例】

王某，女，42岁，2002年3月10日初诊。患者多年胃下垂，双侧肾下垂。半年来上腹经常隐痛，食后不适，有恶心感，约2～3h即呕吐食物，多于疲劳或恼怒后诱发。数天前因家庭纠纷而诱发，苔薄黄、舌质胖、舌边有齿痕，脉右关尺沉弱、左关细弦。行X线钡透提示十二指肠壅积症。证属脾胃阳虚，兼肝气郁结。厥阴阳明同病，非苓桂术甘汤证及大半夏汤证。治宜苦辛酸以泄肝，甘辛热以安胃，稍佐止呕。处方：党参15g，乌梅10g，黄连3g，半夏10g，干姜6g，吴茱萸3g，桂枝10g，附子5g，川花椒3g，代赭石30g（先煎）、丁香2g。服药3剂，呕吐见轻。原方去吴茱萸，加茯苓15g，续服5剂。呕吐已除，唯食后尚有恶心感，神疲乏力，脾胃阳虚久矣，再以温补逐饮药以善后。

按：十二脂肠壅积症临床多从呕吐或反胃论治。细审本案呕吐，实为肝气郁结，胃失和降。乌梅丸酸苦辛合用泻肝疏肝，酸甘辛相佐温胃祛寒，从而使肝气得敛，脾阳得温，诸症得解。

六、滴虫性肠炎

滴虫性肠炎是由人毛滴虫引起的肠道感染，有极高的传染性与致病性，在农村较为常见。其腹泻、腹痛等多急性起病，反复发作，且经久不愈。对原因不明的长期腹胀腹痛、肠鸣、腹泻的患者，应及时镜检大便肠滴虫，即可诊断。

本病属于中医学“泄泻”、“下利”的范畴，尤其与脾虚泄泻极为相似。一般认为，本病因脾胃虚弱，复由寒热湿邪蕴于大肠，邪滞肠胃，食积难化，久之生虫，扰乱腑气，大肠传化失司所致。中医药治疗多以健脾燥湿、清利湿热为主，显示良好的效果。

【临床应用】

魏世超用乌梅丸治疗滴虫性肠炎96例。治疗组（96例）和甲硝唑对照组（80例），根据本病有寒热错杂、虚实兼见的临床特点，以寒与热、虚与实的孰轻孰重将乌梅汤组分为3型，按证型选用乌梅汤中药物温清、补泻的功效而增减各味药物的份量组成。每日1剂，2

次煎服，早、晚各1次。①肠热偏重型（26例）：主症见腹泻、腹痛时而加剧，泻下黄褐而臭，或肛门灼热，口苦而干，舌红、苔黄腻，脉濡或带数。调量用药：乌梅10g，党参10g，干姜3g，细辛2g，当归6g，附片3g，桂枝3g，黄柏20g，黄连10g，川花椒3g。②中焦虚寒型（40例）：腹泻溏薄日久，腹痛隐隐或肠鸣交作，形寒肢冷，神疲纳少，口淡不渴，舌淡、苔白腻，脉细弱或沉。调量用药：乌梅10g，党参15g，干姜10g，细辛6g，当归10g，桂枝10g，黄柏5g，黄连2g，川花椒6g。③寒热并重型（30例）：腹泻粪稀或有黏液，腹痛隐隐，尿赤，口不渴，舌淡红、苔薄黄，脉濡。调量用药：乌梅15g，党参15g，干姜5g，细辛3g，当归10g，附片6g，桂枝6g。甲硝唑组：成人予甲硝唑每次0.4g，每日3次口服；儿童按每日25mg/kg，分3次饭后口服。治疗结果：两组疗效都比较肯定，经统计学处理，两组疗效无显著性差异（$P>0.05$）。乌梅汤治疗组的疗程为（10.95±2.1）天，甲硝唑对照组疗程为（12.10±3.2）天，两组比较平均疗程无差别（$P>0.05$）。同时在治疗观察中发现，乌梅汤治疗组病例均无毒副反应出现，而甲硝唑对照组中，出现恶心或呕吐5例，头晕16例。治疗后两组大便情况：大便成形时间与止泻时间，乌梅汤组明显优于甲硝唑组（$P<0.01$），而治疗后粪便检查滴虫消失时间两组间无显著差异（$P>0.05$）。以上结果表明，乌梅汤不仅能够调节肠道功能，还可提高机体抗病力，并有杀灭肠道滴虫的作用。

按：乌梅汤治疗滴虫性肠炎是从《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》中："蛔厥者，乌梅丸主之。又主久利"得到启发，把"虫"与"利"作为滴虫性肠炎的病机、病症，按其寒热虚实的孰轻孰重，加以辨证分型，又根据乌梅丸组方上有寒热并用、气血兼补、驱虫扶正的功效特点，因此随症调整方中各味药物的重量而组成方剂以辨证论治，既突出了专方治专病，又体现了辨证施治的中医特色。在两组治疗对比观察中，乌梅汤治疗滴虫性肠炎疗效确切，与甲硝唑疗效相比无显著差别，同时未曾发现有任何毒副反应，能被体弱、孕妇及哺乳期妇女所接受。此外，乌梅汤在治疗后的大便成形时间与止泻时间较甲硝唑有明显的优势，而对杀灭肠道中滴虫时间与甲硝唑相似，此表

明乌梅汤能调节肠道功能，并杀灭肠道滴虫以达到治疗效应。

七、克隆病（Crohn 病）

克隆病又称局限性肠炎、节段性肠炎或肉芽肿性小肠结肠炎，是一种病因未明的胃肠道慢性炎性肉芽肿性疾病，与溃疡性结肠炎统称为炎症性肠病。病变多见于末段回肠和临近结肠，呈节段性或跳跃式分布，但从口腔至肛门各段消化道均可受累。其病因现代医学尚未完全明确。

克隆病属中医学“腹痛”、“泄泻”、“积聚”、“便血”、“休息痢”、“虚劳”等范畴。《素问·太阴阳明论篇》中说：“饮食不节，起居不时，阴受之……阴受之则入五脏……入五脏则膜满闭塞，下为飧泄，久为肠澼”。《素问·至真要大论篇》又说：“少阴之胜……腹满痛，溏泄，传为赤沃”。这些病因和症状的描述与本病颇为相似。本病病位在中焦，与肝脾肾等脏腑密切相关。病性多为虚实夹杂，虚者脾虚运化失职，肾虚温煦无能，水火不化精微，湿浊内生，混杂而下，发生泄泻；实者因饮食所伤，滋生湿热，蕴结肠中，气血阻滞，传导失司，肠络挛急则里急后重或腹痛阵作；湿热熏蒸，气血瘀滞则发热或大便黏腻带血。由于本病的发病机制尚未完全阐明，西药的治疗也仅仅是全身支持与缓解症状，尚无特效治疗药物，但中医学的辨证论治对于本病的治疗也有不少宝贵经验，在西医治疗尚乏良效之时，运用中西医结合的方法治疗本病不失为一种选择。治疗原则宜虚实兼顾，温涩固下以治其虚，清肠毒以除其实。

【临床应用】

曹钟东乌梅丸加味治疗克隆病 21 例。乌梅丸合白头翁汤化裁：乌梅 30～45g，细辛 6～10g，干姜 10～15g，炒黄连 10～15g，炒黄柏 9～12g，制附片 10～15g，炒当归 12～24g，肉桂 6～10g，红参 10g，川花椒 6～10g，白头翁 15～30g，秦皮 9～12g，大枣 10g，炙甘草 10g。每日 1 剂，水煎分 2 次温服。脾肾虚寒证明显者白头翁、黄连、黄柏、秦皮用小剂量，其他药用大剂量；发热或上焦有热者，白头翁汤用大剂量，其他药用小剂量；腹中有积块者加三棱、莪术各 10g。15 剂为 1 个疗程。治疗结果：疗效标准参考 1990 年中华全国中医学

会脾胃病专业委员会第二次学术研讨会制订的《泄泻疗效评定标准》。痊愈：临床症状消失，肠镜检查及（或）钡剂灌肠检查正常者；好转：症状基本消失或明显减轻，肠镜及（或）钡剂灌肠显示病变减轻；无效：症状无明显改善，肠镜及（或）钡剂灌肠显示病变无改善。本组21例在用药3个疗程后（含不足3个疗程痊愈者）进行疗效评定，结果痊愈16例（占76.2%），好转4例（占19%），无效1例（占4.8%），总有效率95.2%。临床取得满意疗效。

【病案举例】

史某，男，28岁。1996年3月27日初诊。有家族性腹泻病史。患者反复腹泻、腹痛、低热3年余，脐右侧肿块半年。1周前无诱因又出现腹泻，大便呈黏液样血便，日10余次，里急后重，右腹部剧痛阵作，发热。入院后用西药抗生素输液和口服消炎、止泻、止痛剂治疗1周，效果不明显。遂赴某医院进一步诊治，经纤维结肠镜检查诊断为克隆病（局限性结肠炎），又在该院用西药输液并口服治疗10天，病情改善仍不明显，继回本地求服中药。查患者舌淡、舌边有齿痕、苔中后部黄腻，脉细无力略数，据脉症中医辨证为脾肾两虚，大肠湿热。用上方白头翁汤大剂量，余药小剂量，加三棱、莪术各10g，服药7剂，腹泻腹痛明显减轻。续以白头翁汤小剂量，余药大剂量调理，3个疗程后，腹泻、腹痛诸症悉愈，纤维结肠镜复查报告，肠黏膜病变基本恢复正常，随访至今未复发。

按：本病属虚实夹杂之症候。故在治疗时宜虚实兼顾，温涩固下以治其虚，清肠毒以除其实。乌梅丸方中附子、肉桂、干姜、细辛、花椒等温补脾肾；红参、当归、大枣、炙甘草健脾益气养血；此二组药物能够调整胃肠运动功能，增强机体免疫力。白头翁燥湿清热解毒，擅治湿热痢疾，现代药理研究证明具有明显的抗肠道炎症作用；乌梅重用可泄木安土，涩肠止泄，现代药理研究其对大肠杆菌、痢疾杆菌有一定抑制作用。诸药共奏温补脾肾、益气养血、涩肠止泻、清肠解毒之功效。因药证相符，标本兼治，切中病机，故收效满意。

八、胆道蛔虫症

胆道蛔虫症是一种常见、多发病。在我国，胆石症的发病率逐年

上升，严重地影响着人们的工作及生活。胆石症的发病原因虽然与胆囊因素、脂类代谢等诸多因素有关，但是很多胆囊结石及胆总管结石则是由于胆道蛔虫而引起的。据湖南省抽样调查报告，80%胆总管结石内都含有蛔虫卵及蛔虫残体。胆囊及胆总管结石的发生与胆道蛔虫症有很大关系，在广大农村尤为如此。而在胆道蛔虫症的治疗上，经止痛、消炎、抗感染治疗后症状体征缓解，停止了继续治疗，而此时大部分病人蛔虫或残体仍在胆道内未被排出，以后这些蛔虫残体将成为结石的核心，因此，治疗胆道蛔虫症是预防胆囊及胆总管结石的一项重要手段，治疗一定要彻底。

胆道蛔虫症属于中医学之“蛔厥”范畴。蛔虫有喜钻窜和扭结成团的特性，故大量蛔虫寄生在肠内时，可壅积肠中，聚集成团，阻塞肠道，气机不能畅达，而见剧烈腹痛，胃气上逆则伴恶心呕吐等症；有蛔虫病史的患者，如遇寒热不调，饮食不节，造成脏寒膈热，蛔虫不能适应体内环境时，迫使蛔上入膈，动扰乱窜，穿肠入胆，即可发生蛔厥证。起病多突然，症见上腹部疼痛，有“钻顶样”感觉，痛剧难忍，辗转反侧，烦躁不安，多伴恶心呕吐，或吐出蛔虫，甚者四肢厥冷，汗出涔涔，发作为阵发性，乍作乍止，痛止一如常人。故其基本病机是上热下寒，本虚标实，寒热错杂，蛔虫窜扰。在治疗方面以清上温下，安蛔止痛为大法。《素问·至真要大论篇》曰：“必伏其所主，而先其所因”，根据蛔虫怕酸、怕苦、怕辛的特性，前人总结出“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下，信为化虫佳剂。”（柯韵伯《名医方论》）的经验，证之临床，屡试而爽。

【临床应用】

1. 刘选民用乌梅丸化裁治疗胆道蛔虫症48例。其中，男22例，女26例；年龄18～20岁5例，21～30岁12例，31～40岁19例，41～50岁12例。其主要症状为右上腹阵发性剧烈挛痛，并向右肩及腰背部放射，痛时坐卧不宁，弯腰弓背，以拳顶按，伴有恶心呕吐或四肢厥冷，有吐蛔虫或大便排出蛔虫史，大便查蛔虫卵阳性。所有病例均经B超确诊。治疗方药：乌梅、苦楝皮、槟榔各15g，黄连、木香各6g，花椒、干姜、大黄、黄柏各10g，川楝子、使君子各15g，细辛3g。素体虚弱者，加党参、当归、白芍各12g；肢厥、冷汗者加

制附子、桂枝各9g；兼郁热黄疸者加金钱草、茵陈各30g，栀子10g。日1剂，水煎分2次早、晚服。治疗结果：治愈：临床症状消失，B超复查正常，随访半年未复发43例；好转：临床症状消失，半年内症状复发5例；均服药6剂。

2. 夏明清应用中西医结合治疗胆道蛔虫病42例。男28例，女14例；年龄5～55岁，平均20岁。诊断标准参照《实用内科杂志》拟定即阵发性右上腹绞痛，有钻顶感，呕吐或呕吐蛔虫；B超可在胆道探及平行光条。中药用乌梅丸加味：乌梅30g，黄连、黄柏、川花椒、白芍、大黄各10g，当归、附片各6g，细辛3g。四肢冷加桂枝10g，发热明显者减附片。附片先煎30min，余药再煎；大黄后下，分早、晚2次温服。西药根据病情需要，可给予抗生素、补液、纠正水与电解质平衡，解痉镇痛；腹疼缓解即给予左旋咪唑，1次足量驱虫。疗效标准：临床痊愈：腹痛完全缓解，B超复查，胆道无平行光带；显效：腹痛缓解，B超复查，蛔虫未退出或已死亡；无效：腹痛无减轻，转其他治疗。治疗结果：临床痊愈30例，显效10例，无效2例；总有效率95.2%。腹痛缓解时间1天内23例，2～3天14例，3天以上3例。

3. 赵志伟，杨梅在采用中西医结合非手术治疗胆肾结石过程中，治疗了24例胆道蛔虫症，取得了较好的疗效。24例中，男性18例，女性6例；年龄19～81岁，平均年龄35岁；病程最短者2h，最长者1年；胆囊已摘除者3例，合并胆囊结石1例。24例中，急性发作者13例，均有剑突下偏右侧阵发性绞痛、恶心，其中伴有畏寒、发热、血象增高者9例；慢性发作者11例，时感上腹部隐痛。全部病例均由B超提示胆总管内见平行光带，胆总管扩张而确诊。治疗方法：急性绞痛发作者用“推按运经仪”点穴止痛，然后每天治疗1次，具体方法为：患者清晨空腹服中药乌梅丸加减300ml（乌梅、细辛、黄连、川花椒、黄柏、茵陈、山楂，便秘者加大黄，痛甚者加元胡），30min后服33%的硫酸镁30ml，5min后服0.5%稀盐酸30ml，5min后服油煎鸡蛋2只（胆囊摘除者可不服），10min后用“推按运经仪”二极板法治疗20min，取穴为承满、梁门、太冲、章门、阿是穴。取右侧穴，取仰卧位或坐位。20min后用推按手柄沿胆总管走向

推10min。治疗结果：急性发作者及全部病例经4～30天治疗（其中3例配合抗生素治疗）后，B超复查胆总管内平行光带消失，胆总管恢复正常，治愈率100%。

4. 尹有学将乌梅丸原方去黄柏，加吴茱萸、川楝子、元胡、杭白芍、炙甘草，用于治疗胆道蛔虫症11例（均服药3～5剂），结果治愈10例，好转1例。

5. 杨增昌等用乌梅丸加减治疗胆囊术后胆道蛔虫、胆道蛔虫合并胆囊炎和胆结石、胆道蛔虫合并胆囊炎等3例患者，取得满意效果。

6. 李德胜用乌梅丸合承气汤治疗胆道蛔虫病28例，结果总有效率为96.4%。

7. 祝丽萍采用静脉推注维生素C联合乌梅汤治疗胆道蛔虫症168例，取得较好疗效。方法：治疗组予维生素C 2g加入10%葡萄糖注射液40ml，缓慢静脉推注，必要时6h后重复1次；同时予乌梅汤加减，每日1剂，水煎，分2次服。对照组予抗感染、输液、解痉、镇痛、驱蛔等西药治疗。治疗结果：治疗组168例，痊愈159例，好转8例，无效1例，总有效率99.4%；对照组痊愈105例，好转19例，无效6例，总有效率94.29%。治疗组疗效优于对照组。

8. 钱能达用乌梅丸加减治疗重症蛔厥1例。药用：乌梅、当归、白芍、桂枝各15g，干姜、陈皮、生大黄、元胡、黄柏、甘草各10g，姜半夏、川花椒、黄连各6g，细辛9g，党参20g，4剂，水煎服。二诊继服上方3剂。3个月后无复发。

【病案举例】

1. 王某时作呕吐，经检查确诊为“胆道蛔虫症”，经治疗无效。后来痛势更重，痛及背部，自汗出，神疲身倦，食少，大便干结、3日未行而来诊。诊见上腹部疼痛明显，面部有分散之虫斑，面色苍白，身弯曲不能伸直，舌质暗红、苔薄白，脉弦数。证属上热下寒，蛔虫内扰，气机逆乱，治宜清上温下，安蛔止痛。药用乌梅、苦楝皮、川楝子、使君子各15g，花椒、干姜、黄柏各10g，川黄连、木香各6g，大黄、槟榔各10g，细辛3g。5剂，水煎服。药后痛止，大便溏泻2次，夜间安休，食欲恢复，精神清爽，经B超复查胆道蛔

虫消失，随访半年未复发。

按：针对蛔虫“闻甘即起，闻酸即止，闻苦即运，见辛则伏头而下”的特性，辨证选药，以乌梅、花椒、细辛、干姜辛热伏蛔祛寒，黄连、黄柏、大黄苦寒清热安蛔，取其酸苦辛辣之味，使蛔虫静伏而下；佐木香、川楝子理气消滞止痛，增强止痛效果；苦楝皮、槟榔驱蛔杀虫。全方清上温下，安蛔杀虫止痛，疗效满意。

2. 孙某，女，15岁，于1998年10月17日下午3时入院。右上腹阵发性绞痛4天，呕吐蛔虫1条，精神差，烦躁不安，右上腹剧烈绞痛，有钻顶感。查体温37.5℃，呼吸20次/min，脉搏96次/min，血压11.97/7.98kPa。急性病容，被动体位，四肢冷，右上腹明显压痛，莫非征弱阳性，无肌卫及反跳疼，肠鸣活跃。B超探查胆管扩张，内可见平行光带，可见蠕动，不伴身影。血常规，血红蛋白120g/L，白细胞计数1.1×10^9/L，中性粒细胞7×10^9/L，淋巴细胞29%，嗜酸粒细胞10%。诊断为胆道蛔虫，即给予氨苄青霉素抗炎，补液，阿托品解痉及哌替啶50mg镇痛等治疗后，一般情况好转，但腹痛仍未控制。拟乌梅丸化裁加大黄汤1剂，分早、晚服，脘腹疼缓减。次日晨给予左旋咪唑150mg顿服，第3日腹痛完全缓解，并下蛔虫2条，复查B超示胆管无扩张，无平行光带，痊愈出院。

按：《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》谓“蛔上入膈，故烦，须臾复止，得食而呕又烦者，蛔闻食臭出，其人常吐者，乌梅丸主之”。笔者在临床应用中观察到，乌梅丸治疗胆道蛔虫症止痛效果较慢，驱虫效果不明显，故将乌梅丸化裁加大黄，可明显提高缓解疼痛效果。及时应用西药左旋咪唑驱虫，可迅速缓解疼痛、缩短病程，减少并发症，将蛔虫驱出胆道和排出体外。应当指出，胆道蛔虫症属中医“蛔厥证”，而《伤寒论》指出本证属寒热错杂，如误用苦寒攻下，则上热不去，更损脾阳，下寒反而更重，可能造成下利不止的变证，因此，明确告诫“下之，利不止”。笔者认为，加大黄是寒热并用，在安蛔止痛的基础上进行缓下，并非单纯苦寒攻下。也是宗张仲景之法，在乌梅丸中配合了大黄附子汤，温阳而缓下，则无“利不止”之虑。胆道蛔虫患者大多有大便不通，常见1～2天未大便，故加用大黄是合适的，只要无明显腹泻，即可应用。

3. 王某某，女，34岁，1999年4月12日初诊。患者诉胃脘及右胁下阵发性剧痛半天，呕吐苦水，吐蛔虫1条，大便3天未行，在当地医院经抗炎、止痛等治疗无效，遂转来我院。入院时患者胃脘及右胁下剧痛，痛引背心及右肩，辗转不安，呕吐苦水，舌红、苔黄厚而干，脉弦数。查：体温38.2℃，腹软，剑突下及右上腹压痛明显，无反跳痛。血常规：白细胞计数15.2×10^9/L，中性白细胞82%，淋巴细胞17%；B超示总胆管扩张（0.8cm），可见双管征。印象：胆道蛔虫症。本病入院诊断：胆道蛔虫症合并感染。中医辨证属胃肠积热、蛔虫上扰之蛔厥。治宜泻胃肠积热，安蛔止痛，驱除蛔虫。中药：乌梅30g，黄连6g，川楝子12g，槟榔15g，苦楝皮10g，大黄（后下）12g，芒硝（冲服）15g，枳壳10g，黄柏9g。服药1剂即痛止，予阿苯达唑（肠虫清）400mg，空腹1次顿服，同时予头孢拉定6.0g肌内注射，必要时予哌替啶50mg肌内注射；症状缓解后予阿苯达唑400mg空腹1次顿服；合并感染者可选择适当的抗生素加入5%葡萄糖中静脉滴注抗感染。次日守上方再进1剂。大便通畅，解出蛔虫23条，告愈。

按：柯琴对乌梅丸治蛔虫作用概括为“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下”。方中重用乌梅，其味酸能制蛔，先安其动扰；川花椒、细辛味辛能驱蛔；黄连、黄柏味苦能下蛔。辨其寒热虚实，以本方加减治之。同时根据病情发展辅以西药治疗。病初时蛔虫从肠道钻入胆道后，导致胆道括约肌痉挛，引起剧烈疼痛，予阿托品皮下或肌内注射可解除胆道括约肌痉挛，缓解疼痛。重者予哌替啶肌内注射，镇痛效果显著。此外因蛔虫将细菌带进胆道，容易使胆道发生化脓性感染，可使用适当的抗生素治疗，控制感染。本病症状缓解后应及时口服驱虫药，可予阿苯达唑400mg，空腹1次顿服。

九、慢性腹泻

腹泻是指排便次数多于平时，且粪便量增加，水量增加，粪便变稀，并且可含有异常成分，如未经消化的食物、黏液、脓血及脱落的肠黏膜等。正常人排便次数因人而异，隔日或2～3日1次或每日2～3次不等，但排出的水量每日不应超过200ml，粪便成形，不含有异

常成分。慢性腹泻是指持续性腹泻病程超过3~8周或者腹泻反复发作。慢性腹泻是一个症状，而不是一个独立的疾病，必须结合病史、体征、化验、结肠镜与X线检查结果进行全面综合分析，方能作出明确的诊断。

根据慢性腹泻较长时间有大便次数增多、粪质稀薄如水样，或兼有黏液的特点，一般属于中医学之“泄泻”、“久泻”范畴。《景岳全书·泄泻》中说：“泄泻之本，无不由于脾胃。”又说：“久泻无火，多因脾肾之虚寒也。”因此治疗慢性泄泻，多从脾虚湿蕴、脾肾虚寒论治。但因慢性腹泻病情复杂，病程缠绵，虚实夹杂，寒热错杂，病位涉及脾肝肾三脏，因此单纯应用苦寒燥湿、甘淡渗湿、疏肝解郁、辛热助阳之品往往难以奏效，而须苦甘酸辛合用，肝脾肾同治方能奏效。

【临床应用】

1. 胡玲玲治疗顽固性腹泻3例，疗效显著。①慢性肠炎：乌梅丸加味，药用：乌梅10g，细辛、制附片各3g，川花椒5g，肉桂、黄连各3g，黄柏6g，当归、党参、白术各10g，干姜、甘草各3g。10剂，诸症消失。②脂肪泻：乌梅丸加味，药用：乌梅10g，细辛、肉桂各3g，党参10g，当归6g，川花椒、干姜、肉桂、黄连各3g，黄柏6g，山楂炭12g。14剂诸症消失。③溃疡性结肠炎，药用：乌梅10g，细辛、肉桂各3g，党参12g，白术10g，川花椒、附片、干姜各3g，黄连5g，黄柏10g，当归6g，白芍10g。共服30余剂，诸症皆除。

2. 陈涤平善用古方治疗久泻，他认为现代人的禀赋体质、饮食习惯、社会环境及自然环境与古人所处时代已太不相同，加之现今所用药物多为人工栽培，药效不如天然野生药材也是不争事实。因此，运用古方治疗久泻，要着重领会古方之组方意图，灵活辨证化裁，遵古而不泥古，继承不忘创新，如此才能发挥出中医药治疗久泻之特色，取得较好临床疗效。陈涤平应用乌梅丸加减方治疗慢性腹泻36例，取得了较满意的疗效。全部病例均采用乌梅丸加减方治疗。药物组成：乌梅5g，党参10g，黄连5g，炮姜5g，制附片6g，肉桂（后下）3g，煨肉豆蔻3g，砂仁3g，生山楂肉15g，焦白术10g，吴茱萸

3g，炒薏苡仁15g。水煎服，每日1剂，分2次服。疗效标准：痊愈：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；无效：治疗60天以上症状无改善。治疗结果：36例中痊愈24例（66.67%），好转9例（25.00%），无效3例（8.33%）；总有效率91.67%。疗程在7天以内者3例，8~15天者11例，16~30天者16例，31~60天者3例，60天以上者3例。

【病案举例】

曹某，男，39岁，1997年11月3日首诊。10年前因饮食不洁引起细菌性痢疾，迁延形成慢性泄泻。辗转多处，服多种中西药物无效。每于晨起时腹痛欲泻，泻后痛减，大便稀薄，每日2~5次，常夹不消化食物，腹胀不显，腹有冷感，受凉则腹痛腹泻，近年来性欲淡漠，举而不坚，四肢清冷，口干，舌质红、苔薄白腻，脉细濡。证属脾肾两虚，寒热夹杂，湿阻气滞。治拟苦辛酸甘法，健脾温肾、化湿行气。仿乌梅丸化裁：乌梅、黄连、炮干姜各5g，党参、焦白术各10g，山楂肉、炒薏苡仁各15g，制附子6g，肉桂（后下）、煨肉豆蔻、砂仁各3g。服7剂，腹泻减少至每日1~2次；继服7剂后，腹泻基本控制，唯觉胃脘时有嘈杂感。宗原方加吴茱萸，合黄连取左金丸清肝和胃之义，7剂后诸症基本消失；改服参苓白术丸6g，每日2次，以巩固疗效。

按：乌梅丸出自《伤寒论》，主治胃热肠寒的蛔厥证，具有较好的治疗效果，原方“又主久利”，可见，从仲景始即应用乌梅丸治疗久泻之症。乌梅丸一方中，有君药乌梅酸以入肝，既能柔肝缓肝，治疗肝郁克脾，又有酸涩收敛之性；有甘淡之人参益气健脾以补中治本；有黄连苦寒燥湿；有性温之干姜、附子能温脏驱寒，故用于久泻尤宜。乌梅丸组方特点是苦甘酸辛合法，因此，必须掌握好其临床适应证，用于治疗久泻应符合寒热错杂、虚实互见的症候特征，并须根据病人寒热虚实的轻重不同，灵活加减用药。乌梅丸中原有细辛、川花椒、黄柏、当归均于慢性泄泻病机不合，故宜去之。原方桂枝当易肉桂，并加肉豆蔻，仿四神丸之义，以增温肾暖土之力。须加焦白术、炒薏苡仁以协助党参健脾渗湿，以助脾之运化功能；砂仁芳香醒脾，行气以消腹胀；寒热错杂型泄泻常见食欲不减、口干、舌质红等

肝胃郁热症候，当加吴茱萸，清肝和胃。泄泻每因食油荤而引起，故当加生山楂肉以助消化“肉积”。

十、虫臌

臌胀病是历代中医“风、痨、臌、膈”四大疑难症之一，现代医学的肝硬化腹水、晚期血吸虫病形成的腹水等都属该病范围。目前西医对该病尚无较满意的治疗方法，而中医对该病的治疗方法较多，辨证与辨病相结合，外治与内治同用，并结合西医的一些疗法，使该病的疗效进一步提高。中医学认为情志郁结而伤肝，饮食不节而伤脾，肝脾俱虚；脾胃运化失职，迁延日久，进而累及于肾；肾虚不能温煦脾土，又不能滋养肝木，则使肝脾更虚，形成恶性循环。所以肝脾肾三脏失调导致气滞、血瘀、水停，气血水内阻又反过来损伤三脏。古人虽有气臌、血臌、水臌之分，但三者胶结为患，只是偏重不同而已。

【临床应用】

陈庆华以除虫逐瘀，疏肝健脾法，选用乌梅丸加减治疗1例血吸虫病肝硬化腹水患者，证属感染疫水，瘀毒凝积于肝，上热下寒，仅服1剂，即大便通畅，腹胀减轻，能进少量饮食，又守方续进21剂，诸症消失，而收良效。

【病案举例】

1. 陈某，男，61岁，1997年3月21日初诊。诉2月前觉右上腹内有一硬块，且腹胀，双下肢浮肿，在某医院行CT检查，以“血吸虫病肝硬化恶变伴腹水”收入院，1周后因疗效不显而出院。现症见：腹胀拒按，青筋显露，饮食不纳，面色黑黄，短气乏力，行走困难，形寒肢冷，口渴心烦，双下肢浮肿，且按之凹陷不复，小便短少，大便5日未行，舌红而滑、伴有青紫瘀斑，脉沉细缓。B超：肝切面形态、大小失常，右叶内见9.6cm×8.4cm的一个强光团回声，边界不规整，脾切面前后径5.2cm，侧腹见6.0cm液性暗区。诊为肝积，证属感染疫水，瘀毒凝积于肝，上热下寒并见。治以疏肝理气，活血散瘀，清上温下同施。处方：乌梅、当归、熟地黄、枳实、赤芍、柴胡、党参、三棱、莪术各20g，桃仁、红花、牛膝、麦芽、黄

连、黄柏、川芎各10g，细辛、花椒、干姜、附片各3g，桂枝5g，大黄（后下）40g。1剂，水煎分2日服。复诊：大便已通，腹胀得减，且能进少量饮食，效不更方，守上方21剂，58天后症消停药。1998年8月4日行B超检查，示：肝内原有肿块及腹水全消。追访3年，未见复发。

按：感染疫水，虫毒内生，流入肝络，气滞血阻，瘀毒凝积成肿；虫毒日久伤肝损脾及肾，致使临床出现寒热夹杂之象。故以血腑逐瘀汤合乌梅丸加减治之，方中乌梅、黄连、黄柏、附片、细辛、花椒、干姜、桂枝清上温下，理厥治虫；熟地黄、党参、当归、麦芽益气补血，培土健胃；枳实、赤芍、三棱、莪术、川芎、桃仁、红花、牛膝疏肝理气，活血散瘀，引瘀下行；大黄疏通肠腑，泻出瘀毒。药中病机，瘀毒凝积得散，血活腹水自消，诸症皆除。

2. 刘某，男，62岁，1997年3月27日初诊。患晚期血吸虫病，经治无好转。现腹胀如鼓，卧床月余。症见：腹胀如鼓，青筋显露，饮食难进，面晦消瘦，短气懒言，乏力难行，形寒肢冷，心烦口渴，双下肢浮肿，按之凹陷不复，大便6日未行，小便短少，舌体胖滑、质红、边有齿印瘀斑，脉沉弦。B超示：血吸虫病肝硬化腹水。证乃虫毒内积，脉络瘀阻，肝脾受损，寒热失调，水运失常。治以除虫逐瘀，疏肝健脾。处方：乌梅、柴胡、党参、枳实、青皮、白术、山楂、麦芽、熟地黄、当归各20g，大黄（后下）30g，芒硝（分冲）30g，黄连、黄柏、水蛭、土鳖虫、桃仁、红花各10g，细辛、花椒、干姜各3g，桂枝、附片各5g。2剂，水煎服，2日1剂。尽剂复诊，泻出硬便及黏胨样便，腹胀得减，能进少量食物。守上方增减14剂，诸症缓解。随访3年，未见复发。

按：“虫臌”一症多因感染疫水，虫毒积结于内，脉络瘀阻，肝脾受损，寒热失调，水运失常所致。方中乌梅、黄连、黄柏、花椒、干姜、细辛、桂枝、附片寒热并施，理厥除虫；枳实、青皮、水蛭、土鳖虫、桃仁、红花行瘀消积；大黄、芒硝通肠泻毒；党参、当归、柴胡、白术、山楂、麦芽、熟地黄益气补血，疏肝健脾。全方能使气行血活，瘀积消散，水循常道，痼病能愈。

十一、吞酸

吞酸是指胃内容物反流入食管、咽喉或口腔，病人感觉酸水上泛的病症，由胃酸过多引起。“酸”之为病，有吐酸、吞酸之别。若不咽下而吐出者，称吐酸；若随即咽下或酸水在胃、食管间吐之不出、咯之不上者，称为吞酸。常见于胃食管反流病、反流性食管炎、慢性消化不良、溃疡病和慢性胃炎等患者。吞酸，最早见于隋·巢元方《诸病源候论·嘈醋候》，称吞酸为嘈醋。宋·陈无择《三因极一病症方论》又将吞酸称为咽酸。《医林绳墨·吞酸·吐酸》中则曰：“吞酸者，胃口酸水攻击于上，以致咽嗌之间，不及出而咽下，酸味刺心（此处心指胃脘），有若吞酸之状也。”古代对吞酸基本概念的认识，是病人自身感受到酸水反流到喉口不吐出反咽下的症状。结合临床现代研究证实，酸来自胃液除反流喉口随即咽下引起不适者外，尚有部分患者酸反流不一定每次均达口腔咽喉，胃液只逆行到食管而同样可以引起食管黏膜损害，出现食管炎性胸痛、食道烧灼感、烧心、吞咽困难等。

【临床应用】

刘月敏用乌梅丸加减，治愈2例吞酸顽症，疗效良好。处方：乌梅20g，桂枝、细辛各6g，黄连、附子（先煎）各4g，当归15g，干姜、川花椒、人参各10g，黄柏3g。2剂，水煎服，日1剂。又随症加减4~5剂，基本痊愈。

【病案举例】

杨某，女，60岁，家属。2000年3月2日初诊。吞酸反复发作30年，曾服中药多剂，西药多种（具体药物不详），于1998年在邢台矿务局总医院作纤维胃镜示：反流性食道炎，胃窦炎。因闻1例患者治愈，特前来就诊。吞酸、烧心、食道部灼热疼痛，口干、口苦、胃脘畏寒，四肢乏力，食后气短，平素倦怠、嗜卧、汗出较多，便溏，溺赤，舌暗红、苔薄白，脉沉弱。辨证：脾虚中寒，肝经有热，寒热互结。处方：乌梅20g，细辛6g，黄连2g，干姜、桂枝、当归、川花椒、人参各10g，附子（先煎）、黄柏、吴茱萸各8g。二诊：2000年3月6日。吞酸、烧心、食道灼热疼痛已减大半，口苦、口

干基本消失。体力及精神也较前大有好转，便成形。继上方4剂。三诊：2000年3月11日。诸症继续明显减轻，舌淡红、苔薄白，脉较前有力。上方减川花椒，加黄芪20g，白术10g，5剂，水煎服。2000年10月份随访患者，自诉偶发吞酸，但症极轻微，可自行缓解，余无不适。

按：乌梅汤由乌梅丸变为汤剂而成。乌梅丸出自《伤寒论》，主治蛔厥证，其作用为温脏安蛔。吞酸一症临床多见肝经有热所致，正如《素问玄机原病式·六气为病·吞酸》“酸者肝木之味也，由火盛制金不能平木，则肝木自甚，故为酸也。如饮食热则易于酸矣”。然上述两病案既用过清肝之左金丸，也用过温中之剂理中汤加减，均疗效甚微，经反复斟酌，辨证为肝经有火，脾经有寒，寒热互结，故单用清肝或温中之剂均未取得明显效果。乌梅汤由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、川花椒、桂枝、黄柏、人参组成，原为治疗蛔厥证，属寒热错杂而正气虚者设，辛苦酸味俱备，既清肝热，又温中补虚，用本方治疗药切病机，多年顽症竟愈。吞酸证，现代医学认为由胃酸分泌过多引起，而乌梅味酸，一般认为其能使胃酸分泌增加，因此治疗吞酸一症多避开乌梅。而上述两病案，用乌梅20g，不但未使胃酸增加，病情加重，反而很快病愈。实践再次证明了中医学辨证论治的科学性。

十二、胃脘痛

胃痛又称胃脘痛，是以胃脘近心窝处常发生疼痛为主的疾患。历代文献中所称的“心痛”、“心下痛”，多指胃痛而言。如《素问·六元正纪大论篇》说：“民病胃脘当心而痛。”《医学正传》说：“古方九种心痛……详其所由，皆在胃脘，而实不在于心。”

胃痛是临床上常见的一个症状，多见急、慢性胃炎，胃、十二指肠溃疡病，胃神经宫能症。也见于胃黏膜脱垂、胃下垂、胰腺炎、胆囊炎及胆石症等病。本证中西医治疗药物颇多，患者或治疗心切，频繁更医，或掉以轻心，渐成痼疾，这也是临床寒热错杂证多见的一个重要原因。

【临床应用】

1. 郭沈旺根据木乘土多胃脘痛的机制运用乌梅丸法治疗此病。乌梅10g，炒白芍15g，黄连、川花椒各6g，姜半夏10g，桂枝6g。干姜3g，当归10g，元胡、川楝子各15g，黄柏10g，细辛3g，3剂。二诊采用：乌梅10g，川花椒3g，川楝子、元胡各10g，黄连6g，炒党参、茯苓、姜半夏各10g，陈皮6g，厚朴10g，炒枳实10g。7剂后痊愈。

2. 余俊运用乌梅丸治疗胃脘痛62例。其中男性28例，女性34例；年龄25～65岁，其中25～45岁35例，46～60岁25例，60岁以上2例；病程均在5年以上，其中最长1例病程近30年。发病原因多数均为饮食不节，情志内伤，寒温失调，过度劳累等。经纤维胃镜诊断，浅表性胃炎48例，胃及十二指肠球部溃疡14例。诊断标准：参照1988年10月国家中医药管理局医政司《中医内外妇儿科病症诊断疗效标准》。病例选择：辨证分型主要以寒热错杂为主，证见胃脘灼痛或冷痛，嘈杂或吞酸，或晨起泛涎，或干哕食嗅，大便不调，舌质淡、苔黄腻，脉沉迟而弦。治疗方法：全部病例均以《伤寒论》乌梅丸原方为主，并加入海螵蛸及浙贝母粉冲服，处方：乌梅15g，细辛6g，干姜15g，黄连6g，黄柏6g，当归15g，附子9g，川花椒6g，桂枝10g，党参15g，冲服海螵蛸15g，冲服浙贝母15g。煎服法：每2日1剂，每日2次，开水煮30min，饭后服，服2剂痛减后，续服1个月。疗效标准：痊愈：胃脘痛止，其他症状消失，随访半年无复发；好转：胃痛缓解，次数减少，其他症状好转；无效：胃脘痛反复发作。治疗结果：痊愈12例（19.4%），好转47例（75.8%），无效3例（4.8%）；总有效率为95.2%。

按：胃脘痛是临床较为常见的一个病症，临床以寒热错杂证为多见。作者在寒温并用、扶正祛邪指导临床颇有心得的同时，留心到有关清热解毒、扶正、制酸中药对导致胃炎及溃疡的幽门螺杆菌（Hp）有较好的杀灭作用的报道，受此启发，辨病与辨证相结合，将张仲景用治蛔厥及厥阴下痢的乌梅丸用于治疗本病，因而取得了较为满意的疗效。值得一提的是，多数患者在症状消除或缓解后，都不愿复查胃镜，给科学的评定疗效及治疗方法的推广带来了一定的难度。

十三、糖尿病性胃轻瘫

糖尿病胃轻瘫（DGP），又称糖尿病胃麻痹或糖尿病胃潴留，是指继发于糖尿病基础上因胃自主神经病变引起的以胃动力低下为特点的临床症候群，如胃脘胀满、食后胀增、早饱、厌食、嗳气、恶心呕吐、吞酸等，钡餐检查或胃镜检查显示胃蠕动减弱、排空迟缓；不伴有消化性溃疡、幽门梗阻、肿瘤等其他疾病。它的发生严重地影响了食物、药物的吸收利用以及血糖的控制，加重了糖尿病患者继发严重的代谢失常和心、脑、肾等重要器官的损害，为糖尿病常见的慢性并发症之一。病情较轻者生活质量降低，血糖也难以控制；重者病死率增加。自 1958 年 Kassander 首次提出 DGP 概念以来，患者的数量随着糖尿病发病率的上升而增多，大约 50% 以上糖尿病患者伴有 DGP。由于其发病机制尚未完全阐明，目前仍缺乏理想的治疗药物。

DGP 属中医学“痞满”、“呕吐”范畴。基本病机以消渴日久阴损耗气，致中气虚弱、脾胃升降失调为主，脾气虚弱、运化无力为本，气滞、血瘀、湿阻、痰浊、食积、湿热等引起胃失和降为标，为虚实夹杂之证，临床运用中医中药治疗 DGP，取得较为满意的疗效。

【临床应用】

邹世昌治疗糖尿病性胃轻瘫 40 例，疗效满意。80 例均属 2 型糖尿病患者，均符合 1985 年 WHO 提出的糖尿病诊断标准，并符合 DGP 诊断标准。80 例 DGP 患者随机分为两组。治疗组 40 例，男 18 例，女 22 例；年龄 42 ~ 77 岁，平均（52.5 ± 5.8）岁；病程 7 ~ 18 年，平均（11.2 ± 2.1）年；空腹血糖（9.9 ± 3.7）mmol/L，治疗前症状积分 58.9 ± 11.9。对照组 40 例，男 19 例，女 21 例；年龄 41 ~ 76 岁，平均（52.9 ± 6.2）岁；病程 7 ~ 17 年，平均（11.3 ± 2.2）年；空腹血糖（9.8 ± 4.2）mmol/L，治疗前症状积分 59.1 ± 11.8。两组病例资料具有可比性。治疗组采用乌梅丸加减：党参 18g，当归、桂枝、乌梅、黄柏各 10g，花椒、黄连各 4g，干姜、细辛各 6g，附子（先煎）12g。每天 1 剂，水煎 2 次取汁 400ml，分 2 次饭前服。随症加减：舌红、苔黄、口苦者加大黄连用量；舌淡、苔白者加大干姜用量；大便稀软、苔厚腻者加半夏 12g；腹胀者加枳壳 12g。每日 1

剂，水煎2次共400ml，分2次餐前服。对照组口服多潘立酮，每日3次，每次20mg，餐前30min服用。两组病例均给予胰岛素强化治疗，使空腹血糖控制在7.8mmol/L以下，餐后2h血糖控制在10.0mmol/L以下。两组疗程均为4周，1个疗程结束后评定疗效及副作用发生情况，并随访6个月。疗效判定标准：疗效指数达100%为治愈，66%～99%为显效，33%～65%为有效，≤32%为无效。疗效：治疗组40例，治愈12例，显效12例，有效8例，无效8例，总有效率80.0%；对照组40例，治愈10例，显效11例，有效10例，无效9例，总有效率77.5%。两组总有效率比较差异无显著性（$\chi^2=0.89$，$P>0.05$）。两组治疗前后症状变化积分比较：治疗组和对照组治疗后症状总积分分别为30.6±11.4及31.1±12.4，两组治疗前后比较差异有显著性$t=3.697$，$P<0.01$；$t=3.362$，$P<0.01$）。两组不良反应及随访结果：治疗组服药后，发生口干2例，稀便2例，不良反应发生率为10.0%；对照组服药后头晕5例，口干5例，稀便4例，不良反应发生率为35.0%，与治疗组比较差异有显著性（$\chi^2=4.58$，$P<0.05$）。两组治愈患者随访6个月的结果，治疗组症状复发率为8.3%（1/12例），对照组为30.0%（3/10例），两组比较差异有显著性（$\chi^2=5.26$，$P<0.05$）。治疗组治疗前后胃排空时间比较：治疗组服药前$t_{1/2}$为（87.4±33.7）min，停药1周后$t_{1/2}$为（53.7±22.4）min，用药前后$t_{1/2}$比较差异有显著性$t=3.096$，$P<0.05$）。两组治疗后血糖控制情况：治疗后空腹血糖治疗组为（6.7±3.8）mmol/L，对照组为（6.8±4.2）mmol/L；餐后2h血糖治疗组为（9.3±3.5）mmol/L，对照组为（9.2±3.8）mmol/L；两组比较差异无显著性。

按：本病属中医的“痞满”范畴，其病机是以脾胃气虚为本，寒热错杂为标，致使脾气当升不升，胃气当降不降，中焦运化之权失司，遂出现以上诸症。乌梅丸方中的细辛、干姜、附子、川花椒、桂枝等辛温之品以温中散寒，与黄连、黄柏等苦寒之品以清热燥湿，共同组成辛开苦降之法，使脾胃升降之机得以恢复；党参、当归补气养血以扶正，使脾胃之气得以旺盛，以治其本；乌梅取其有健胃作用。此外，细辛、干姜、川花椒、桂枝的辛温结合当归的养血活血使胃肠气血流畅，能改善胃黏膜的微循环，有利于胃肠运动功能的恢复。通过临床

疗效观察及胃排空功能的测定，说明乌梅丸有促进胃排空作用，用以治疗糖尿病性胃轻瘫可收到满意效果，而且不良反应少，疗效持久，不易复发。

十四、腹胀

腹胀作为一个临床症状，多见于胃肠神经官能症，以顽固性上腹胀满、厌食、嗳气、焦虑、失眠、便秘或腹泻，检查无器质性改变为特点，严重影响着患者的工作和生活。

腹胀在中医学中是症候名称，出自《素问·玉机真脏论篇》。主要由于胃肠道过量气体的存在，故以腹部胀满不适为主诉症状。病因有食、气、痰、虚四端。肝脾不和、脾胃升降失司是其基本病机。中医药治疗各种腹胀疗效确切，副作用小。

【临床应用】

余国俊用乌梅丸来治疗肠胃胀气数例，效果颇佳。按乌梅丸原方各药味间之比例组方：乌梅40g，北细辛9g，干姜15g，黄连6g，白附片9g（先煎），当归6g，焦黄柏、桂枝、红参各9g，川花椒6g，3剂，水煎服。3剂服完，肠胃胀消无芥蒂。作者认为乌梅丸是从整体上综合调节木土失和症候之最佳复方。

【病案举例】

余国俊报道病例：牟某，女，48岁，1992年10月20日诊。患者腹胀（膨胀）入夜加重，辗转难寐；或虽昏昏似睡，但每在凌晨2～3时许，脐部两侧腹壁胀急而鼓起。因胀满难忍，患者必披衣而坐，自行轻揉良久，胀满稍轻，方能渐渐入眠。如是者已历年余，曾经验血、B超、X线、肠镜等多项检查，均未发现病灶，经中西药物治疗乏效。诊见：症如上述，面带戚容，略呈青黄色，口苦咽干，纳差，大便不成形、排出不畅，月经先后无定期，舌质偏红、苔薄黄，脉弦略数、不任重按。检视曾服方药，有用柴胡疏肝散、厚朴三物汤、厚朴生姜半夏人参汤等疏肝行气破气者，有用香砂六君子汤合保和丸半补半消者，有用补中益气汤塞因塞用者，均乏效。熟思良久，乃详析之：腹胀在脐部两侧，应属肝经病位；凌晨2～3时为丑时，属肝，其膨胀特甚者，肝气旺于主令之时而乘势凌脾也；面呈青黄色，口苦咽干者，

肝气旺则胆火郁遏，必逆而炎上也；纳差，大便不成形、排出不畅者，中土因木乘而呈虚寒之象也。若此肝气旺、胆火郁、中土虚之综合性症候，非用整体性调节木土不和之复方——乌梅丸不可。乃按乌梅丸原方各药味间之比例拟方：乌梅40g，北细辛9g，干姜15g，黄连6g，熟附片9g（先煎），当归6g，焦黄柏9g，桂枝9g，红参9g，川花椒6g。3剂，水煎服。当夜仅服头煎，至凌晨脐部两侧未再胀急而鼓起，次晨自觉膜胀大减。服完3剂，腹胀消无芥蒂。随访至今，已历4年未复发。

按：乌梅丸治疗腹胀，古无明训。似因腹胀一症，其胀急而腹壁鼓起者，必有滞气壅塞于内，是以行气破气为正治。然则乌梅丸中并无一味行气破气之药，何以治疗膜胀效如桴鼓？《素问》云："厥阴气至为膜胀"；又云："浊气在上，则生膜胀"。合而论之，厥阴肝旺，夹少阳相火侵凌阳明中土，致土虚而失却升清降浊之职，浊气上逆而生膜胀。若此寒热虚实混处一身的木土失调症候，泛泛行气破气，或半补半消，或竟塞因塞用，焉能中病。而乌梅丸一方，重用乌梅，取其至酸之味，至柔之性，直入肝经以敛肝泄肝（肝以散为补、以敛为泄）；又以川花椒、细辛、干姜、附子、桂枝之辛温刚燥，配黄连、黄柏之苦寒，则寒热刚柔并用，能泄厥阴而和少阳。复以红参、当归甘温补阳明。合而观之，乌梅丸为从整体上综合调节木土失和症候之最佳复方。故尔治疗本例之脐两侧顽固性膜胀，取效迅速而出人意料。尤有可议者，乌梅一药，现代将其归入收涩药类，仅载其敛肺、涩肠、生津、安蛔之效，而讳言其开通畅达之功。笔者治疗脘腹胀、胁胀、小腹胀、肩背痛胀等气机壅塞之症时，即使不用乌梅丸，亦必于当用方中，重加乌梅30～60g，屡收捷效。是以确信乌梅于酸敛收涩之中，又大具开通畅达之力。考诸古籍，《神农本草经》谓乌梅能"下气"；《肘后方》谓乌梅可救治"心腹胀痛"；《本草纲目》引"龚氏经验方"谓乌梅治"梅核膈气"。凡此种种功效，非开通畅达而何？是以临床运用乌梅丸治疗木土失调之膜胀时，非重用乌梅以开通畅达不可。

十五、十二指肠球部溃疡

十二指肠球部溃疡是一种常见的慢性病，以反复发作和不规律的

上腹部痛为主要特征，现代医学认为，消化性溃疡的发生是由于胃黏膜的防御功能和攻击因子之间的平衡受到破坏而引起的胃黏膜局部和全身的免疫反应，攻击因子主要指胃酸及胃蛋白酶的消化作用以及 Hp 感染，其中 Hp 是重要的致病因子。目前治疗以消除 Hp、抗酸分泌、保护胃黏膜、促进溃疡愈合为主要方法。西药的短期疗效确切，但副作用较大，患者难以长期耐受。同时，多数患者的体质较差，伴有胃肠功能紊乱，单纯西药治疗难以取得理想的疗效。

十二指肠球部溃疡属中医学“胃脘痛”、“肝胃气痛”等范畴。其病因常见寒邪客胃、食伤胃、肝气犯胃、脾胃虚弱等。有寒凝而痛，食积而痛，气滞而痛，火郁而痛，血瘀而痛，阳虚胃失温养而痛，阴虚胃失濡养而痛。胃痛的病因种种不同，但其发病机制确有共同之处，即所谓“不通则痛”，而胃为多气多血之腑，气病较轻，血病较重，胃痛初起，多在气分，迁延日久，则深入血分，所以久痛胃络受伤形成溃疡，则多见呕血，或便血，有规律的上腹部痛等。因其发病总以脾胃为中心，脾胃虚寒，气阴两亏，湿热充斥，气滞血瘀是形成溃疡的关键。故治疗宜虚实兼顾，寒温并调，清化湿热，行气化瘀。

【病案举例】

王道成介绍病案：史某，男，60 岁，工人，1993 年 2 月诊治。患者素有脘腹疼痛 10 余年，时发时止，每于空腹发作，得食则缓，按之则舒，伴嗳气泛酸，纳差，大便时溏时秘。本院胃镜检查示：十二指肠球部溃疡。前医投黄芪建中汤，症状时轻或重。诊其面色苍白，形体消瘦，语声低微，上腹偏右压痛明显，口苦而干，心烦失眠，形寒畏冷，短气乏力，胃纳不佳，脉弦细而弱、尺候不足，舌苔白腻。证属肝胃不和，寒热虚实并见，乃投以乌梅丸治之。处方：乌梅 10g，黄连 6g，黄芩 10g，细辛 3g，当归 10g，高良姜 10g，党参 15g，肉桂 6g，干姜 6g，制附片 6g（先煎），泽兰 15g，三棱、莪术各 10g，炮穿山甲 10g。5 剂疼痛大减，泛酸消失，饮食增进。效不更方，守原方 50 剂，诸症告除，复查胃镜示：十二指肠球部溃疡愈。

按：此证乃肝强胃弱，肝胃不和，寒热夹杂。章虚谷曰：“木邪肆横，中土必困，故以辛热甘温助脾胃之阳，而重用酸以平肝，佐以苦寒泻火，因肝木中有相火故也”。方中乌梅味酸入肝，以养肝阴；黄

连、黄芩清泄肝胆之热；细辛、高良姜、肉桂、干姜、制附片温运脾阳；党参、当归补其气血；泽兰、三棱、莪术、炮穿山甲活血祛瘀通络。酸苦辛甘合而用之，可和胃补虚，以收扶土抑木之功，佐以活血通络之品，以祛其瘀滞。

十六、上消化道出血

消化道出血以 Treitz 韧带为界分为上消化道出血和下消化道出血，根据出血量和速度分为急性出血、显性出血和隐性出血。上消化道出血是指 Treitz 韧带以上的消化道疾病引起的出血，包括胰管或胆管的出血及胃空肠吻合术后吻合口附近疾病引起的出血，年发病率为 50/10 万 ~150/10 万，病死率为 7% ~10%。上消化道出血是消化内科常见的急症，病因繁多，在临床上以消化性溃疡（胃溃疡、十二指肠溃疡、复合性溃疡）、食管胃底静脉曲张、急性胃黏膜病变、贲门撕裂症、恶性肿瘤为上消化道出血最常见的原因，但在不同年龄组上消化道出血的病因分布有所不同。

上消化道出血属于中医学“血症”之“呕血”、“吐血”范畴，其病因多为胃中积热，或肝郁化火，脉络瘀滞，逆乘于胃，阳络损伤所致。病机为火热熏灼、迫血妄行及气虚不摄、血溢脉外，出血后瘀阻脉络，瘀血不去则出血不止，新血难生。实热迫血型病机为胃病日久不愈，久病入络，瘀血阻络，血溢脉外；饮食不节，嗜酒辛辣，内生燥火或湿热，湿热燥火动血而致出血；五志化火，迫血妄行亦致出血。血溢胃中，上则呕血，下则便血，故常以清胃泻火、凉血止血为法；若为脾胃虚弱，统摄失权，血不循经，血溢肠道而致便血者，则宜益气健脾、养血止血。

【病案举例】

杨建新报道病例：杨某，男，43 岁，1994 年 6 月 7 日初诊。患者有“胃溃疡”病史 5 年余。本次因酒后吐血，黑便 2 天于 1994 年 6 月 1 日入院。诊断为胃溃疡并出血。经西医用止血、补液、抗炎、输血等治疗 5 天，症状未见缓解，请中医会诊。诊见：血压12/8kPa，呼吸 108 次/min，面色㿠白，神疲乏力，语声低微，起则头晕，心慌气短，四肢厥冷，时有恶心、呕吐，呕吐物为鲜血夹有暗红色血块，大便每日 5

次~6次，呈柏油样，口干，尿少，舌质淡、苔黄，脉细数。查血红蛋白54g/L，大便潜血（++++），胃镜检查报告胃窦部溃疡并出血。中医诊断：①吐血；②便血。证属阳虚之体，嗜饮辛热，助火劫阴，迫血妄行。治以温阳敛阴，调补肝脾，清热泻火，益气止血。方用乌梅丸加减：乌梅肉30g，炮附片9g，红参（另煎兑服）9g，炮姜炭9g，黄连6g，生大黄（后下）4.5g，黄柏9g，白芍30g，当归9g，桂枝9g，白及9g，仙鹤草30g。每日2剂，水煎分4次温服。二诊：吐血停止，黑便次数减少至日2次，头晕、心慌等症均减。上方加地榆30g，又服4剂后，出血停止。观察治疗20余天后，痊愈出院。

十七、便血

【病案举例】

王庆英报道病例：李某，女，48岁，农民。患者以大便鲜血反复发作15年入院。入院时体检脾肿大，重度贫血，住本院外科行脾脏切除术，术后3天大便又解鲜血，请痔科会诊，诊为混合痔，再转痔科手术治疗，术后仍便鲜血，前后3次请院外血液科、消化科专家会诊，进行各种检查，包括肠镜检查，未能明确诊断。现状：形体消瘦，面色萎黄，语言有力，出汗多，胃纳可，小便正常，大便解鲜血特点是：自觉肛门部有收缩坠胀之感即有便意，便解鲜血，每次量约15~30ml不等，有时纯鲜血，有时血后大便出，大便成形，质不硬不薄，便后无脓液。大便解鲜血时间，每晚8时为甚。苔薄舌红，脉细小弦滑。辨证：久病虚实寒热互见，仿乌梅丸意化裁。处方：乌梅30g，白芍20g，党参10g，甘草5g，黄连2g，黄柏10g，炮姜2g，肉桂1g，蜈蚣1条，3剂，水煎，日服3次。另：白及20g，地榆炭30g，大黄炭10g，10剂，水煎灌肠。服药2剂后即肛门收缩坠胀感明显减轻，晚间出血减少，3剂后基本不出血，汗止，精神振，已见效，嘱继续灌肠，原方5剂再服。药后未见便血，出院，继续服原方加当归5g，口服及灌肠药各10剂。追访2个月未见复发。

按：本案为2次手术病例，且病程时间长，诊断不明确，中医属血证（近血）范畴，但治疗效果不佳。辨证从厥阴肝经论治，重用乌梅丸为君，酸以平肝，配白芍、甘草为臣，有缓急之用；黄连清肠道

湿热以止血；党参扶正；炮姜、肉桂意在反佐，仍含乌梅丸刚柔并用之意，且炮姜、肉桂亦有止血之功；重用黄柏着力于清下焦湿热；蜈蚣平肝息风。综观全方，既按方意乌梅丸配伍，又不照搬原方，每味药各司其属，故能取得满意的疗效。可见活用经方关键是思其意而化裁，有创意而不离法度。

十八、肝癌疼痛

肝癌是常见的恶性肿瘤之一，且病情重、预后差，尤其是中晚期肝癌患者，肝区疼痛难忍，成为严重危害患者生存质量的主症。目前对于肝癌伴发癌痛的治疗多采用 WHO 三阶梯治疗，但三阶梯治疗药物在临床使用中存在诱发出血、便秘、药物依赖等不良反应，这些不良反应的存在在一定程度上影响了患者的生活质量及进一步治疗。临床一般均应用吗啡类药物镇痛，但易成瘾，长期服用有耐药性，镇痛时间越来越短，不良反应大，易引起呼吸抑制，加重肝昏迷。因此，如何解除和缓解肝癌疼痛是广大临床工作者探讨的重要课题。

肝癌疼痛属中医学“胁痛”范畴，晚期肝癌患者之癌性疼痛多表现胀痛和（或）刺痛，且固定不移。一般认为是气滞血瘀，痰湿聚积，络脉痹阻所致。肝气郁结是其基本病理变化，气滞、痰凝、血瘀是主要病理因素。按此病机治疗，常可取得一定的止痛效果。中医药因其缓解肝癌疼痛有一定的疗效，且可减轻西药的不良反应及减少对西药止痛的依赖性，正成为临床研究的一个热点。目前中医在肝癌疼痛的治疗上取得了一定的进展，治疗手段多样，尤其是中医外治法在临床上得到了广泛的应用，且中医药具有价格低廉、不良反应少等优点，表明中医在治疗癌痛方面有着广阔的前景。

【病案举例】

张新等观察病例：陈某某，女，58 岁，1993 年 8 月 4 日初诊。右胁部持续性绞痛 1 个月。经 CT、B 超、剖腹探查及病理检查确诊为原发性肝癌（胆管细胞型）。诊见右胁部持续性绞痛、剧烈难忍，低热，身目俱黄，心中烦热，痛甚则四肢逆冷，口苦纳呆，形瘦神疲，头晕乏力，舌淡红、苔薄腻，脉弦。家属顾虑麻醉性镇痛药物不良反应大，且不易购到，遂予乌梅丸加味：乌梅 30g，黄连 10g，黄柏 10g，细辛

6g，川花椒10g，干姜10g，桂枝10g，附子10g，党参10g，元胡15g，白芍30g，川楝子15g。3剂，水煎服。每日1剂，分多次口服。药后胁痛未发作，上方去川楝子、白芍、元胡，继服5剂，诸症好转，病情改善。守方服用半月，后又嘱服汤剂之间加用乌梅丸，每服1丸，1日2次。服药期间患者未胁痛，后于4月22日因急性上消化道出血抢救无效死亡。

按：乌梅丸寒热并用，气血平调，邪正兼顾。临床凡见寒热错杂，正气亏虚的各种病症皆可选用。各种内科杂病，只要病机相同，即可异病同治。

十九、过敏性结肠综合征

过敏性结肠综合征典型病例有三联症状：下腹痛，便后缓解；便秘与腹泻交替出现；在腹部症状较重时，粪便变细。在农村发病率较高。

本病在中医学上无此病名，根据历代文献所载“腹痛”、“泄泻”与其类似，过敏性结肠综合征主要病因病机是饮食不节，寒热失调，气郁不舒，肝脾不和，治宜调和肝脾、理气行滞。

【病案举例】

陈英明介绍观察病例：周某某，女，35岁。1986年5月12日初诊。腹部疼痛2个月余，时轻时重；剧痛时直不起腰，需以手挤压方能忍，每日发作2~3次，时间约3~5min。胃肠钡餐透视、肝胆B超、纤维结肠镜等项均未发现阳性体征，大便反复多次检查，未发现虫卵，自服驱虫药亦未见虫体排出，血液检查中白细胞计数在正常范围，嗜酸细胞增高。据此诊断为结肠过敏。但抗过敏治疗时剧痛不发生，停药依然如此，而反复抗过敏治疗病人感头晕脑胀，精神恍惚。转请中医治疗。切诊腹部未见压痛，无肿块，腹肌不紧张，痛疼部位在脐中偏左。问诊中发现病人自觉生气后加重，发作比平时频繁，平时怕冷，遇寒亦加重，大便时干时溏、次数不多，不过剧痛时有要临厕之感觉，得矢气后疼痛即缓解，脉沉弦，舌苔正常。细思之既有肝木乘脾之象，又有寒邪气滞于中之象。治法当以平肝缓肝健脾，温中理气。乌梅丸加减：乌梅50g，桂枝15g，党参15g，当归10g，细辛6g，川花椒5g，

白附片6g，白芍30g，藿香、紫苏梗各10g，甘草10g，红枣5枚。3剂。二诊：腹痛未大发作，以上方加枳壳10g，陈皮10g，续服5剂。1个月后追访，腹痛从未发作，食欲大增，精神大振。

按：过敏性结肠综合征之患者，素体肾阳虚衰，或年老体衰，阳气不足，脾失温煦，运化失常，饮食稍有不慎而致腹痛、大便干稀不调。病程日久，寒热虚实夹杂。治疗宜寒温并用，扶正驱邪，选用乌梅丸方证对应，故可收效。

二十、小肠功能紊乱

小肠功能紊乱属于功能性胃肠紊乱（FGID）范畴，FGID包括有胃食管反流病、功能性消化不良、肠易激综合征、大肠排便紊乱等。FGID的发病率近来有不断上升趋势，发病率增高可能与社会环境因素，食物品种改善，工作条件紧张以及人们对自身健康的重视等有关。其发病机制目前还无确切定论，可能与内脏神经系统的传入、传出纤维功能异常，内脏感觉、胃肠道的激素分泌以及精神异常有关。小肠功能紊乱临床以上腹或脐周持续隐痛不适，或腹胀、肠鸣、腹泻，或便秘。实验室检查：钡剂通过小肠过快，分布连贯性差，呈分节状，肠黏膜皱襞增宽、紊乱、呈雪片状样。

小肠功能紊乱可归属于中医学之“泄泻”、“腹痛”、“便秘”等范畴，其病因主要可归结为情志失调和饮食不节。情志不遂则肝郁乘脾，饮食不节可损伤脾胃，此二者均可导致脾失健运，气机不畅，升降失调，传导失职，而引起腹痛、腹泻、便秘等症。对本病的治疗，现代医学以对症治疗、抗抑郁及心理治疗为主，但效果不甚理想，常使病情反复。从中医学的病因病理出发，小肠功能紊乱的中药治疗当从调理肝脾入手，针对本病的病因及发病机制，以疏肝理气、通便止痛、健脾和胃、升清止泻等方法，达到改善腹痛、腹胀、腹泻、便秘，从而起到治疗本病的目的。

另外，治疗期间医务人员必须与患者建立密切联系，在药物治疗的同时，进行耐心解释和思想开导，以解除其思想顾虑，树立治愈疾病的信心，同时养成合理的饮食习惯，以提高治疗效果。

【临床应用】

郑开东用乌梅丸治疗小肠功能紊乱86例。其中男50例，女36例；年龄在30～66岁，30～45岁19例，45～55岁61例，55岁以上者6例；病程均在1年以上，最长者3～5年。发病原因多数为饮食不节或过食油腻或情志内伤、过度劳倦、寒温失调等。86病例均经X线钡餐检查诊断为依据。影像学诊断标准：钡剂通过小肠过快，分布连贯性差，呈分节状，肠黏膜皱襞增宽、紊乱、呈雪片状样。临床表现主要以寒热错杂为主，患者以上腹或脐周持隐痛不适，或腹胀、肠鸣、腹泻，或便秘，腰酸乏力，形寒肢冷，舌质偏红、舌苔白而兼滑腻，脉细数无力或沉细而迟。治疗方法：全部病例均以乌梅丸为主，1次1丸温开水送服，早、晚各服1次，30天为1个疗程。若症见黎明肠鸣而泻，腰酸、形寒肢冷、舌质暗有齿印、苔白腻、脉沉细者，同时加服金匮肾气丸1丸；若症见腹痛而泻、神疲倦怠、舌质淡、苔薄白、脉细弱者，加服补中益气丸。疗效标准：痊愈：腹痛止，其他症状消失，随访1年无复发；好转：腹痛缓解，肠鸣、腹泻、便秘减轻；无效：腹痛、肠鸣、腹泻、便秘等无明显改善。治疗结果：痊愈44例，好转28例，无效14例，总有效率为84%。

二十一、急性出血性坏死性肠炎

急性出血性坏死性肠炎的真正病因尚不清楚，多数人认为细菌感染和机体的变态反应两种因素相结合是本病的主要原因。病原菌如梭状杆菌、C型产气荚膜杆菌、沙门杆菌以及某种痢疾杆菌、绿脓杆菌等确可引起肠道出血和肠壁坏死等改变。一旦肠壁有血供不足或缺血现象，致肠黏膜抵抗力下降，细菌便可侵入肠壁，轻者引起黏膜急性炎症，重者可致肠壁的全层坏死。有的学者认为，出血或坏死病变，可能是由于一种变态反应引起的肠壁的小动脉痉挛缺血坏死，也可能是因蛔虫毒素引起肠壁的过敏反应，在此基础上肠壁血运障碍，再继发感染，最终引起肠壁黏膜或全层坏死。

本病的特点是便血，因此属中医学之“便血”范畴，其病因病机为湿热内蕴，邪毒内结，气血瘀滞，肠络受损，再加饮食不洁而诱发。治疗以清热解毒、通腑泄浊、祛瘀止血为原则。

【病案举例】

杨建新报道病例：王某，女，26岁，1994年2月3日初诊。曾因食“麻辣汤”后，致发热腹痛7天，果酱样便3天，于1994年1月29日住院。入院诊断为急性出血性坏死性肠炎。经用激素、抗生素联合治疗5天，热势虽减，但余症依旧，故请中医会诊。症见：面白神疲，胸闷气短，腹痛喜温喜按，纳呆，恶心，腹泻，大便呈果酱样、腥秽异常、日7~10次，舌质淡、苔黄微腻，脉沉而数。查血红蛋白115g/L；白细胞计数15×10^9/L，中性白细胞78%，淋巴细胞22%；大便潜血（+++），脓细胞（+++）。中医诊断：便血。方用乌梅丸加减：乌梅肉18g，炮附片9g，干姜6g，白芍30g，当归9g，川花椒6g，桂枝9g，黄连9g，黄柏9g，生大黄3g（后下），党参12g，仙鹤草30g。2剂，每日1剂，水煎分3次温服。二诊：腹痛大减，果酱便消失，又予前方再服3剂。服后诸症消失，复查血及大便常规正常，病告痊愈。

按：本例，综观脉症，属阳虚复感湿热，气机阻滞，血络损伤。治以温阳清热祛湿，理气止痛，宁血止血并施，故选寒热、虚实同治的乌梅丸，方药对证，则显疗效。

二十二、肝肾综合征

肝肾综合征（HRS）又称功能性肾功能衰竭，是肝硬化失代偿期、重症肝炎及其他严重肝病患者的常见并发症，也是此类疾病致死的重要原因之一。肝肾综合征患者突出的症状为尿量减少，常伴有厌食、恶心、呕吐、嗜睡、乏力以及血中尿素氮、肌酐上升等。

本病在中医学中属于“关格”病的范围。其中小便不通名曰关，呕吐不止名曰格，小便不通与呕吐不止并见名曰关格。其病机为肝病日久，则肝病传脾，使脾阳不振，阳不化湿，二则肝肾同源，肝亏必致肾虚，肾阳衰微，气化不利，湿浊之邪壅滞三焦，正虚邪恋，水道不通故出现少尿、恶心、呕吐以及乏力、纳差等症状。临床治疗HRS的方法较多，疗效各异。中医治疗抓住脾肾阳虚之病机，以健脾补肾为主，配合降氮泄浊多能获效。

【临床应用】

1. 郑德元等采用中西医结合方法治疗HRS患者30例，方法：西

药治疗以综合治疗为主，以肌苷、维生素C、甘利欣、阿托莫兰等护肝，口服、静脉或腹腔内注射利尿剂，用多巴胺20~40mg，隔日1次，并适量补充支链氨基酸、血浆、白蛋白等，间断使用抗生素以抗感染或清除内毒素，静脉给予山莨菪碱、丹参注射液、多巴胺（不宜腹腔注射者）扩张血管，有上消化道出血者给予止血处理。中药治疗以化瘀健脾利湿为主方辨证加减，基本方：赤芍40g，丹参24g，大黄9g，白茅根30g，三七10g，茯苓30g，薏苡仁30g；湿热内蕴者加茵陈30g，金钱草30g，车前子24g，虎杖24g；气滞血瘀者加泽兰24g，佛手15g，郁金15g，炒麦芽30g；热邪炽盛者加水牛角粉30g，牡丹皮15g；脾肾阳湿者加制附片6g，炒白术24g，陈皮24g，黄芪18g，仙灵脾12g。每日1剂，水煎300ml分2次口服。中药保留灌肠方药：大黄15~30g，厚朴24g，枳实24g，丹参30g，蒲公英30g，水煎保留灌肠30min左右。病重者100~150ml灌肠，每日2次；病轻者可每日1次。20天为1个疗程。结果：显效11例，有效14例，无效5例，总有效率83%。治疗时间最短1个疗程，最长3个月。

2. 李国鑫以乌梅丸为主治愈胆汁性肝硬化继发肝肾综合征（HRS）2例，方用乌梅丸加减：乌梅、茵陈、金钱草各30g，当归、黄柏、柴胡、木香、元胡、郁金各10g，枳实15g，黄连6g，干姜3g。水煎服。生晒参20g另煎服，服20剂病愈，未再复发。

【病案举例】

钟某，女，76岁。患胆囊炎、胆石症20多年，因上腹疼痛阵发性加重5天，伴发热、黄疸、尿少、恶心呕吐，继发昏迷于1983年7月30日以“急性阻塞性化脓性胆管炎”住入某院。经消炎、抗休克、扩容及支持疗法治疗，至8月3日昏迷加深，24h液体输入量2800ml，导尿排出量150ml，血性大便300ml。检查：血白细胞计数18600/mm^3，中性白细胞90%，淋巴细胞10%，血红蛋白7.2g/dl，血小板3.8万/mm^3，大便潜血试验（++），尿蛋白（++），颗粒管型（+），黄疸指数30U，丙氨酸氨基转移酶166U；尿素氮40mg/dl，肌酐3mg/dl，血压10.64/7.98kPa。B超示：肝肋下及，密集齿状波，胆囊3.5cm×4cm×4cm。8月4日自动出院。出院诊断：①急性阻塞性化脓性胆管

炎；②胆汁性肝硬化并发肝昏迷、门脉高压、消化道出血，继发肝肾综合征。次日家属邀笔者诊治。诊见神识不清，昏睡状，肤色晦黄，腹隆，小便不通，大便暗红，呼吸微弱，时停息，镜面舌，脉细微而促。急以吉林生晒参30g蒸汁，与西瓜汁、绿豆煎汤分别频饲。连用3日后，神识清，便血止。元气始回，继以扶正祛邪并进。方用乌梅丸加减：生晒参（另煎频服）20g，乌梅、茵陈、金钱草各30g，当归、黄柏、柴胡、木香、元胡、郁金各10g，枳实15g，黄连6g，干姜3g，水煎分服。绿豆粥代食，西瓜汁代水。以后稍有出入，服药20剂病愈，能操持日常家务。于1995年1月88岁寿终正寝。

按：本例患者均系高龄，正气本虚，浊毒瘀热阻滞胆道日久，耗气伤津，致心肝肾衰败。本例为津气耗亡为主。补气生津首推人参，患者共用吉林生晒参500g；配西瓜汁、绿豆生津清热解毒、利小便，祛邪而不伤正。候正气复，即重用乌梅生津利胆，茵陈、金钱草清热利湿退黄，黄柏、黄连清热解毒，少佐干姜以制苦寒，柴胡、枳实、木香、元胡、郁金疏肝利胆，当归养血培本。诸药共用，使正气复，浊毒郁热得清，故转危为安。

二十三、慢性痢疾

慢性痢疾中最多见的是慢性细菌性痢疾，是常见的肠道感染性疾病之一，是由痢疾杆菌引起的病程超过2个月的炎症性肠道传染病，病变部位以直肠及乙状结肠多见。

该病属于中医学“休息痢”范畴，临床多表现本虚标实，虚实相兼，寒热错杂。其病因为饮食无度，宿食内停或喜食高粱厚味，呆胃滞脾，或情志失调，忧思恼怒，精神紧张，以致肝气郁结，疏泄失职，脾胃受损，运化失司，谷反为滞，水反为湿，使肠之络脉受损，气血与病邪相搏结，化而为脓，则腹痛、里急后重、痢下赤白脓血诸症丛生，故治以清热解毒、抑肝理脾、消滞祛湿、行气活血为根本大法。慢性痢疾临床多现寒热虚实夹杂症候，因此在治疗上虚实兼顾、寒热并调多能收到良好效果。

【临床应用】

陈英明用乌梅丸加减治疗慢性痢疾1例。药用：乌梅50g，熟附片

（先煎）、肉桂各10g，细辛6g，黄连、黄柏各10g，党参、苍术、白术各15g，茯苓、煨柯子各10g，罂粟壳6g，4剂。另以荔枝草（干品）100g，地榆50g，加水300ml浓煎，得100ml，加三七粉4g，分2次灌肠治疗。二诊上方加肉豆蔻、五味子、补骨脂、煨木香等连续服药半个月。诸症悉除。

【病案举例】

刘洪钧报道病例：张某，男，38岁。1992年10月17日初诊。患慢性痢疾缠绵不愈已6年，曾经中、西医治疗而不效，邀余诊治。刻诊：腹痛隐隐，肠鸣漉漉，里急后重，每日泻黏液便2~5次不等、间有红脓，口苦口干，舌淡、苔厚中间黄，脉沉细。证系寒热错杂之久痢。方选寒热并投，标本兼顾的乌梅汤加减。药用：乌梅30g，制附子、黄连各10g，干姜6g，黄柏10g，党参15g，细辛4.5g，当归、木香各10g，肉桂3g，花椒6g。4剂。每日1剂，水煎服。服后里急后重减轻，大便次数减少，守方续进10剂，诸症基本控制，然后以参苓白术散加砂仁、鸡内金，又续进10剂调理脾胃功能以善后。1年后随访病未复发。

按：难治性久痢为久治难愈之证，此例患者脉症多表现为寒热错杂、本虚标实之象，投以大酸大涩、寒热并治、标本兼治的乌梅汤，药证相符，故能获效。

二十四、呃逆

呃逆，现代医学称为膈肌痉挛，中医则认为胃气上逆动膈而引起胃失和降所致。呃逆呈连续状态，严重者昼夜不停，持续数日、或有间歇性发作数月者、甚至数年者称为顽固性呃逆，多影响患者生活、加重原来的疾病。呃逆既是较常见的疾病，也是其他疾病（如胃肠神经官能症、胃炎、胃扩张、肝硬化等）的一个症状。

呃逆一症，中医学认为系胃气上逆动膈所致，临床故根据病因的不同，可分为寒呃、热呃、气呃、痰呃、瘀呃、虚呃6种。除胃气上逆动膈，肺失肃降也是本病的致病因素。手太阴肺经之脉还循胃口上膈，以致胃、膈、肺三脏紧密相连。膈位于肺胃之间，若肺失肃降或胃气上逆，皆可使其气机不畅，逆气动膈出喉间，发生呃呃之声。《灵

枢》中也有“肺主为哕”之说。故本病病位在膈，病变关键在肺和胃，治宜降逆和胃、宽胸理气。

【临床应用】

1. 常先前用乌梅丸化裁治疗呃逆。处方为：炙乌梅10g，细辛1.5g，附子5g，桂枝5g，川黄连3g，炒党参15g，当归15g，川花椒1g，炮姜1g。3剂后呃逆减少，再进3剂已止，后又佐以柔肝理气之品5剂病痊愈。

2. 陈爱芝用乌梅20g，细辛3g，附子5g，桂枝5g，黄连3g，党参15g，当归15g，川花椒2g，干姜2g。每日1剂水煎服治顽固性呃逆，2剂后明显减轻，又守原方3剂，症状消失无复发。

【病案举例】

林穗芳介绍病例：女性，28岁，2004年10月12日初诊。呃逆不止近半年，伴烦渴、肢冷、便溏。患者半年前患甲状腺功能亢症进症后性格改变，多疑多虑，情绪抑郁。一次与人争吵后自觉食道有梗阻感，胸闷痞满，呃逆不止，呃逆声宏亮、连续不断，影响进食及睡眠。初疑为甲状腺功能亢进治疗药物所致，停用后仍呃逆不止；多方求医并住院治疗，多项检查未见异常。西医用镇静、解痉之法，中医服用柴胡疏肝散、旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤等汤药加减，并配合针灸治疗，呃逆稍减，服用镇静药能入睡，但醒后呃逆又作，尤其情绪激动则呃逆频作，饮食难进，痛苦难言，几欲寻短见。到我处诊治，症见：呃逆不止，呃声宏亮，心悸心烦，口渴欲饮，不思饮食，大便稀溏，四肢不温，舌淡、苔少，脉弦细。诊为呃逆，证属肝木乘胃，胃气上逆。但病久寒热错杂，虚实并见，治宜寒热并用、辛开苦降，仿乌梅丸加减：乌梅15g，细辛3g，熟附子5g（先煎），桂枝5g，川黄连10g，川花椒5g，党参15g，干姜5g，当归10g。水煎服，每日1剂。4剂后呃逆次数减半。药证合拍，原方再进3剂，呃逆止，但胃脘仍有不适，口仍渴，心烦心悸，舌质转红而苔少，脉细。揣度叠进辛辣之剂，胃阴已伤，改以养胃阴、和胃络，佐以柔肝理气之品调理2周而愈。

按：乌梅丸在《伤寒论》中既治寒热错杂的蛔厥证，又主胃热肠寒之久利，故其具有清上温下、辛开苦降之功。此例症状虽与《伤寒论》之蛔厥、久利症状不尽相同，但患者为情志所伤，肝气郁结，郁

久化热，横逆犯胃，致胃气上逆而呃逆。病位虽在胃，但病源在肝。而久病致脾胃亏虚，故既有心烦口渴、呃逆声响之肝热犯胃之候，又有便溏、纳呆、舌淡苔少之中焦虚寒之症，正合乌梅丸证病机。患者初用疏肝降逆不应，改用乌梅丸酸甘敛阴、辛开苦降而获效。正如清末浙江名医胡宝书云："肝郁宜疏，疏之不应则宜柔，柔之不应功当用敛"，而叶天士也有曾有对肝木乘胃、气升至咽者随方加乌梅之先例。

第二节 神经精神系统疾病

一、心血管神经症

心血管神经症是以心血管疾病的有关症状为主要表现，伴有神经症状的临床综合征，是神经症的一种特殊类型。大多发生在中、青年，以20~50岁较多见，女性多于男性，尤其是更年期的妇女。约占具有心血管症状病人的10%。本病客观检查无疾病证据，病理上无器质性心脏病依据［心电图常见窦性心动过速，部分患者可见ST-T改变，但主要局限于Ⅱ、Ⅲ、aVF导联，普萘洛尔（心得安）试验（+）或冠状动脉造影正常］，发病过程中有神经和内分泌系统症状，尤其是自主神经功能失调。临床表现为心悸、胸痛、气短、乏力、失眠多梦等症。常因过劳、精神创伤或情绪激动时加重，病情时好时坏，迁延不愈，给患者带来很大痛苦。而现代医学在明确诊断后尚无理想治疗方法。本病预后良好，但长期症状严重的患者可明显影响正常生活和工作。

心血管神经症属于中医"心悸"、"胸痛"、"郁症"的范畴。随着工作节奏加快，生活压力增加，特别是妇女面临着生理、心理、工作上的问题，容易被情志所伤，导致本病的发生。故本病与情志关系最为密切，或因情志不畅，忧郁过度，肝气郁结，气血不和；或因思虑过度，劳伤心脾；或因肝郁化火，扰动心神；或因烦劳苦读，损伤心阴，心神失养而发病。正如《丹溪心法·六郁》云："气血冲和，百病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病，多生于郁。"中医学认为"心藏神"、"心主血脉"。患者多由平素心虚胆怯、情志不畅、暴惊暴恐损伤心气，扰乱心神，或因心脾气虚不能养心，或因肾阴不足、心

火内动，或因心阳不振、心气虚弱而致病。“心主神明”，“心者，精神之所舍”，故悲、哀、愁、忧则心动。心动则五脏六腑皆摇，心动就是心脏血管功能发生紊乱。中医在治疗心血管神经症上有明显的优势，以疏肝理气、解郁安神、补养心脾、滋阴降火等法治疗，一般效果显著。

【临床应用】

郝宪恩用乌梅丸治疗心血管神经症50例。乌梅丸基本方：乌梅6g，桂枝10g，黄柏、川花椒、细辛、干姜各5g，当归、党参、炮附子（先煎）各12g，黄连9g。心悸明显者加生龙骨、生牡蛎（先煎）、磁石（先煎）各18g；胸痛明显者加丹参18g，蒲黄12g（包煎）；焦虑失眠者加酸枣仁40g，合欢花15g，远志10g；气短乏力明显者加黄芪12g；纳呆、便溏者加茯苓12g，白豆蔻8g（后下）。日1剂，14天为1个疗程。疗效标准：显效：原有症状完全消失；有效：原有症状明显好转；无效：原有症状无变化。治疗结果：服用中药7～21剂，显效32例，有效14例，无效4例；总有效率92%。

【病案举例】

郝宪恩观察病例：患者王某，女，35岁。于2002年4月2日来诊。患者身体消瘦，自述1年来常因工作紧张出现胸闷、胸痛，气短乏力，心烦不安，失眠易惊，精神不佳，头昏，记忆力减退，纳少，口服多种西药如谷维素、维生素等，未见好转。查舌质淡、苔白腻，脉弦按之减。心电图检查未见ST－T改变，心脏彩超正常。诊为心血管神经症。中医辨证为肝木虚寒，疏泄不利。方选乌梅丸加减。药用：乌梅6g，炮附子（先煎）、蒲黄（包煎）、当归、党参各12g，桂枝10g，川花椒、细辛、黄柏、干姜各5g，黄连9g，酸枣仁40g，丹参18g，黄芪15g。服上方7剂，病人述症状大为改善，偶感寐差，上方加远志10g，继服14剂，诸症皆愈。

按：本例病人为肝木虚寒，肝失疏泄。《素问·生气通天论篇》曰：“阳气者，精则养神，柔则养筋”，阳气旺，则轻捷矫健。肝应春，主春生之气，肝之少阳之气升，方有春生、夏长、秋收、冬藏。故《读医随笔》曰：“肝者贯阴阳，统气血，握升降之枢”。“肝为心之母，肝气通则心气和”（《明医杂著·医论》），若肝阳馁弱，肝失疏

泄，“母病及子”，上则影响到心，“肝气滞则心气乏”（《明医杂著·医论》）。对心功能的影响主要表现在精神、意识和思维活动等诸多方面，表现各有不同，主要有心中懊恼，焦虑紧张，心神不宁，心悸，胸痛，气短，乏力，失眠多梦，记忆力减退等症状；“子盗母气”，下则影响到肾。“精血同源”，肝与肾生理上相互资生，病理上又相互影响，盛则同盛，虚则同虚。肝失疏泄，日久伤及肾精，肾精不足，表现出头晕目眩，耳鸣健忘，腰膝酸软，易惊恐，男子可有阳痿、遗精、早泄，女子可表现出月经不调等一系列症状，严重影响正常的工作和生活，更重要的是带来了巨大的精神、心理压力。乌梅丸方中用肉桂、细辛、川花椒、干姜、附子等众多辛热之品，共扶肝阳，意在强肝助阳，以使春升之气得以升发；黄连、黄柏化其阳郁之热，寒热并用，调理阴阳；人参补肝之气；当归补肝之体；乌梅敛肝之真气。诸药合用以使肝得以升发，舒启春升之气得以升发，人犹沐春风。

二、帕金森病

帕金森病是中老年人常见的中枢神经系统变性疾病，临床主要表现为静止性震颤、肌张力增高、运动迟缓、姿势反射障碍及自主神经功能紊乱等症状。随着我国老龄化进程的加速，该病发病率有逐年增高的趋势，流行病学显示：我国50岁以上发病率为500/10万，60岁以上为1000/10万，现有患者已超过500万，现代医学认为本病的发病机制未明，其发病机制与黑质致密部多巴胺（DA）能神经元变性，致使脑内DA含量减少有关。迄今为止多巴丝肼仍是帕金森病的金标准治疗药物，是其他治疗方法和药物所不能替代和比拟的，但该药具有诸多毒副作用，且长期服药则副作用越明显、越重，尚对15%左右的病人根本无效。

中医学将帕金森病归入“震颤”范畴，对其认识最早可追溯到《内经》时代。《内经》云：“诸风掉眩，皆属于肝”，指出颤证发生与肝有关。《赤水玄珠》认为颤振“乃木火上盛，肾阴不充，下虚上实，实为痰火，虚则肾虚”，进一步明确了肝肾阴虚是本病的病理基础。《医宗必读》提出肝肾同治原则，曰：“然木即无虚，言补肝者，肝气不可犯，肝气自养，血不足者濡之，水之属也，壮水之源，木赖以

荣”。故补益肝肾、息风定颤是本病的基本治则。

【临床应用】

1. 郑春叶，雒晓东以帕病3号方治疗帕金森病30例。治疗组、对照组各30例。治疗组30例，男性15例，女性15例；年龄40～79岁，平均（63.43±10.09）岁；发病年龄平均（59.87±11.12）岁；病程6个月～15年，平均（4.75±3.50）年；Hoehn－Yahr分级：Ⅰ级12例，Ⅱ级11例，Ⅲ级7例。对照组30例，男性19例，女性11例；年龄38～76岁，平均（62.30±6.82）岁；发病年龄平均（57.67±7.46）岁；病程9个月～13年，平均（4.75±3.42）年；Hoehn－Yahr分级：Ⅰ级6例，Ⅱ级15例，Ⅲ级9例。两组患者年龄、性别、发病年龄、家族史、Hoehn－Yahr分级情况及生活功能障碍度等比较，差异无显著性（$P>0.05$），具有可比性。治疗方法：治疗组同时服用帕病3号方及多巴丝肼片［上海罗氏制药有限公司生产，批准文号：（93）卫药准字J－07］。帕病3号方（由乌梅、黄连、桂枝、党参等组成）每日1剂，水煎服，每月连服3周，连续3个月；多巴丝肼片每次125mg，每日2次，连用1周，然后改为多巴丝肼片每日早250mg，午、晚各125mg，连续3个月。对照组服用多巴丝肼片及中药协定方。多巴丝肼片的用量、用法及疗程同治疗组；中药协定方由白术、茯苓、薏苡仁、麦芽、大枣、甘草组成，每日1剂，水煎服，每月连服3周，连续3个月。治疗结果：治疗组有效13例，占43.33%；对照组有效5例，占16.67%，两组差异有显著性（$P<0.05$），治疗组疗效优于对照组。两组患者治疗前后Hoehn－Yahr分级比较：差异均无显著性（$P>0.05$）；两组间比较，差异亦无显著性（$P>0.05$）。两组患者治疗前后UPDRS（帕金森病评定量表）积分及差值比较：治疗组治疗后精神、行为和情绪积分、日常活动积分以及运动功能积分较治疗前有明显改善，差异有显著性（$P<0.05$），而并发症积分较治疗前无明显改善（$P>0.05$）；对照组治疗后日常活动积分较治疗前有明显改善，差异有显著性（$P<0.05$），而精神、行为和情绪积分、运动功能积分以及并发症积分较治疗前无明显改善（$P>0.05$）。不良反应检测：治疗期间两组1/3的患者进行了血常规、尿常规、心电图及肝、肾功能检查，均未发现可能直接与治疗有关的异常改变。

2. 郑春叶以乌梅丸加减治疗1例寒热错杂，厥阴风动之帕金森病患者，历3个月疗程病情稳定，不再进展。

3. 刘英峰认为，厥阴生理为由阴出阳，阴阳协调，和风以生；厥阴病理为阴阳出入之机不相顺接，阴阳不和，和风也一转而为贼风，乘机妄动于内。因此，厥阴主证以阴阳错杂为基础，以肝风内动为主导，厥阴主方自当谨守此病机而立法。乌梅丸集酸苦辛甘、大寒大热于一身，酸收敛肝，护体制用，虚实两顾而无攻补之过，再佐苦辛，收中有散而无寒热升降之偏，使得动荡之势于阴阳燮理之间归复于平和。并且强调乌梅丸独重大酸之乌梅，与叶天士语“厥阴肝风振动内起，酸以制肝”正相契合，即酸属木味，其先入肝，其性收敛，与风属阳邪而疏散动摇相合。由此可见，乌梅丸这种独特的敛肝息风的功能，绝非其他息风之剂所能取代。临床上神经系统疾病中凡见震颤、抽搐者，如帕金森病、肝豆状核变性、小舞蹈症、抽动－秽语综合征等，可考虑用乌梅丸化裁加以调治。

【病案举例】

郑春叶观察病例：刘某，男，60岁。患者于2003年7月发病，下颌骨及双手震颤，逐年加重，影响工作和生活，曾在某医院住院诊治，确诊为“帕金森病”予“安坦（苯海索）”、“金刚烷胺”治疗，效果不显，出院后病情仍呈进行性加重，生活自理能力差，四方寻医治疗。2004年7月特请雒教授诊治，症见：神清，疲乏，头晕，畏风寒，四肢动作笨拙、步履艰难，心烦，口苦，咽干，小便频数，入夜尤甚，大便秘结，1周1次，睡眠不安。诊查：下颌骨及双手震颤，手指节律性震颤，状如“搓丸样”，四肢肌肉强直，肌张力增高，以双上肢为甚，表情呆板，行走呈慌张步态，舌质淡暗、舌苔薄白，脉细。诊断：震颤。辨证：寒热错杂，厥阴风动。治法：养血濡筋。方药：乌梅丸加减，药物组成：乌梅10g，黄连3g，桂枝6g，党参10g，当归10g，川芎6g，石菖蒲6g，炙甘草3g。每日1剂，水煎服。2个月后复诊：患者精神转佳，震颤幅度变小、程度变轻，写字前后对照明显好转，行走较有力，诉大便仍然秘结不通，眠差，舌质淡红、舌苔薄黄，脉弱，针对上述脉症的反映，上方黄连改为6g，加用酸枣仁、火麻仁，继服数月余。三诊：精神良好，诸症见轻，生

活自理能力较前改善，病情不再进展，且有好转的趋势。

按：此病属中医震颤范畴，以肢体颤抖和肌少动为主要表现，其病机涉及肝气，肌肉拘紧或肝疏泄太过，肝风内动，或肝血不足，筋失濡养。六经中厥阴是以肝和心包的脏腑经络气化为基础的，凡肝之病，无不和厥阴的功能失常有关，可见此病的这两大主症均是厥阴病重要病机的集中体现，因此雒教授独创以六经厥阴病理论辨证治疗此病认为，以六经辨证而言，病在厥阴，故选用厥阴病主方乌梅丸加减治疗此病。清代医家柯韵伯在《伤寒来苏集》中提出“六经钤百病”，云：“原夫仲景之六经，为百病立法，不专为伤寒一科。”其次，明确了乌梅丸不只是一个简单的驱虫止利方，实为厥阴病之主方。后世诸多方书均载其方，渐渐将其视为驱蛔杀虫的专剂。柯韵伯从分析厥阴病证治规律入手，从全新的角度阐释了乌梅丸的组方配伍，首先提出了“乌梅丸为厥阴主方，非只为蛔厥之剂”的观点。至今，乌梅丸实为厥阴病主方在中医学术界中已达成共识。再次，帕金森病以肢体颤抖和肌肉拘紧为主要表现，其病机涉及肝气、肝血。肝体阴而用阳，体阴者，指肝主藏血，以血为体；用阳者，指肝以气为用，性喜条达，功善疏泄。肝为风木之脏，主疏泄，疏泄太过，肝风内动发为颤病；肝主藏血，濡养筋脉，肝血不足，筋失濡养则筋脉拘紧。选用乌梅丸加减与之相应，散寒清热、敛肝息风、养血濡筋则是其治疗大法。

三、偏头痛

偏头痛是一类有家族发病倾向、周期性发作的偏侧搏动性头痛，是临床上常见的症状之一，严重影响患者的生活质量。偏头痛病因复杂，涉及临床各科：许多颅内疾病、全身性疾病、功能性和精神疾病。头痛发作与内分泌、精神因素及血管活性物质有关。其发生机制是由于血管舒缩功能障碍，导致局部脑组织血流灌注减少或增多而致头痛。实验证明，偏头痛患者的血小板比正常人更易聚集；血小板聚集后能释放5－羟色胺、ADP（二磷酸腺苷）、组胺及去甲肾上腺素等物质，这些物质有强有力的收缩血管及减少脑血流作用；血小板聚集也可致血液流变学异常，血液黏滞性增大，血流呈高凝状态。

偏头痛相当于中医学的“头风病”、“厥头痛”、“夹脑风”等。目前普遍认为偏头痛的病机不外乎风、火、痰、瘀、虚等五端，但对各因素在发病中所占地位有不同的认识。瘀血其重要的病理因素，瘀血形成的原因与患者情志有关，情志抑郁必致气结，气结必致血瘀，瘀则不通而致痛。因此应以祛风散邪、息风通络、燥湿化痰、活血化瘀、补益肝肾或补益气血为原则。传统中医药治疗本病经验丰富，疗效确切，具有进一步发掘与提高的潜力。

【临床应用】

于立民以乌梅丸加麻黄、川芎为方治疗偏头痛1例。药用：乌梅15g，黄连、黄柏、当归、党参、花椒、桂枝、麻黄各10g，附子12g，干姜、细辛各6g，川芎30g。水煎服，1剂痛止，顿觉头脑清爽，精神为之一振，再剂去麻黄，加法半夏，诸症消失。

【病案举例】

1. 杨合增观察病例：陈某，女，42岁，农民，于1998年6月12日初诊。患者头痛10余年，近年来发作次数较频，昨天发作，头痛如裂，以巅顶为甚，伴见心烦失眠，恶心呕吐，头昏胀满，四肢发凉，舌质淡、苔薄白，脉沉细。证属厥阴头痛。心肝失调，寒热错杂，虚实并见。治以寒热并用，攻补兼施。拟乌梅丸加减。处方：乌梅、党参、川芎各15g，花椒、干姜、黄连、炮附子6g，肉桂、细辛、吴茱萸各3g，黄柏、藁本各9g。水煎服，日1剂。连服6剂，头痛减轻，睡眠转佳，舌脉同前，原方继服7剂，诸症消失。再服3剂以巩固疗效，2年后随访未复发。

按：本例头痛，证属寒热错杂、虚实并见、心肝失调之厥阴头痛。故方选乌梅丸寒热并用，攻补兼施，调理阴阳。加吴茱萸入厥阴肝经，开郁散结，当归易川芎，加藁本取芳香上行之力，药中病机，服药十余剂，使多年痼疾霍然而愈。

雒教授临证时常常谈起运用乌梅丸的体会：乌梅丸为治疗寒热错杂、上热下寒厥阴病的主方，本方与其他寒热并用方剂的最大区别是，重用酸以平肝，寒热刚柔同用，吴鞠通谓此方为“治厥阴，防少阳，护阳明之全剂”，临证中遵循辨证论治的原则，对于各科疾病，当其出现寒热错杂、虚实相兼时，皆不妨以此方化裁试治，即所

谓的“异病同治”往往可获取出其不意的效果。进而言之，临床运用乌梅丸比其他经方更难固守成方，必须根据厥阴主证错杂多变的内在特点，由常达变，随机化裁。既要针对具体疾病，辨其寒热之多少，虚实之偏颇，风动之缓急，又要辨其所乘侮之脏器，及时进行随机化裁和灵活变通，这样才能摆脱乌梅丸仅用于安蛔止利的局限，步入广泛运用的境界，真正发挥其重要作用，在古方新用中取得较为满意的效果。

2. 郑春叶报道：董某，女，42岁，2004年2月初诊。头痛3年余，以巅顶为甚，加重4天。3年前因琐事与家人争吵，外出淋雨受凉，回家后即感头痛，恶心，胸中郁闷，时作时止，未加介意，此后病情逐渐进展，头痛阵发，以巅顶为著，多因劳累、生气、受凉诱发或加重，经颅脑CT及脑电图检查未见异常，曾用中西药物治疗，屡治不效。近日又因与家人生气而发病，求诊于雒教授。症见：头痛，巅顶为甚，痛剧时需用手捶头顶或用布裹头，痛苦难忍，畏风寒，伴胸闷，心烦失眠，口苦，恶心，纳差，月经延期，量少色淡，舌边尖暗红、苔薄黄，脉沉细弦。诊断：头痛。辨证：厥阴病，证属肝血不足，巅顶空虚寒邪直中，胸中气郁蕴热，脾胃失调，寒热错杂，虚实互见。治法：温经散寒，清解郁热，益气养血。方药：选用乌梅丸加减，药物组成：乌梅15g，川花椒9g，黄连6g，干姜6g，细辛3g，黄柏9g，附子6g，党参15g，桂枝9g，藁本12g，当归9g，甘草6g，7剂。每日1剂，分2次水煎服。复诊：患者服药后诸症减轻，头痛锐减，纳增，舌转淡红，脉弦，效不更方，继服7剂而愈。嘱患者避风寒，调饮食，畅情志。

按：乌梅丸方中酸甘化阴，辛甘化阳，辛苦通降，酸苦通泄，虽为厥阴病主方，但不仅能治疗蛔厥、久利证，而凡在厥阴肝脏及其经络循行的区域中出现寒热虚实混杂的病症，都可选用乌梅丸加减治疗。本案辨为厥阴头痛，故用乌梅丸治疗获痊愈。

3. 刘西贤等观察病例：患者，女，45岁，2003年7月4日就诊。主诉左侧头痛2年余，时发时止，情绪紧张则发。西医诊断神经血管性头痛，服中西药效差。前日因生气复发，痛如针刺，时有恶心欲吐，口苦，口渴饮水不多，食少体倦，面色白，二便调，月经量

少。舌淡、苔薄，脉弦细。诊断为：偏头痛，属虚实夹杂、阴血不足。方用乌梅丸加减。处方：乌梅12g，党参、当归各15g，黄连、黄柏各6g，细辛、干姜、桂枝、附片各3g，白芍12g，甘草6g。服药7剂头痛减，原方加菊花6g，丹参15g，再服5剂痛止。

按：肝之阴血不足，肝胆之火上延，发为头痛。表现为虚实夹杂，阴血不足，方中乌梅合芍药甘草汤以生阴血，黄连、黄柏清上延之火；少用辛散之品，以疏肝通络；诸药合用，补泻兼施、散收并用，共奏调肝、通络、止痛之功。

四、神经性头痛

神经性头痛是临床上常见的内科疾病之一，又称紧张性头痛。本病主要是由于神经活动长期处于紧张与疲劳状态，或强烈的精神刺激引起大脑功能活动紊乱，造成疼痛耐受性的阈值降低与头部肌肉紧张，从而引起头痛。神经性头痛是临床常见难治性疾病，有疗效差、易复发的特点。

中医认为头为诸阳之会，足少阴经脉属肾，与足太阳膀胱经相表里。由于足少阴肾经阳气素虚，不能抗邪外出，以致太阳所感之邪，久居头部经络，寒凝筋脉，影响气血运行，故疼痛剧烈；当正气旺盛之时疼痛略有减轻，正气虚且复遇寒邪时则疼痛加重。西医用镇痛药治疗虽然能够减轻疼痛、缓解症状，但却不能去除病灶，因此药物一停，症状即会再发；肌松药对缓解肌肉痉挛，虽然也有一定作用，但也不能解除病灶，像神经营养药，虽然也常用，但亦未见到明显治疗效果。而中医药治疗本病积累了丰富的经验，能显著提高疗效、缩短疗程、减少复发率，多以活血化瘀、祛风通络、平肝息风、化痰通络、补益肝肾等法治疗。

【病案举例】

田媛等报道病例：患者，女，29岁，工人，2004年11月5日初诊。主诉：巅顶头痛3年余，时发时止，中午头痛较重，甚则呕吐。曾去青岛大学医学院附属医院和潍坊市人民医院诊治，均被诊断为“神经性头痛”，几经中西药物治疗而效果不佳。近几天因受凉而发作频繁故来求治。问其头痛与月经无明显关系，无发热恶寒。查其舌

质淡红、舌苔淡黄，脉沉弦。脉症和参，辨证为厥阴头痛。寒湿之邪侵犯人体，日久入里，滞留于足厥阴肝经，致使经气不舒，气血不通，不通则痛；巅顶为肝经过往之处，故其头痛以巅顶部位为主；中午为阳气极盛之时，力欲驱邪外出，正邪交争激烈，故中午头痛较重；肝经邪气较盛，邪气随肝气横逆犯胃，导致胃气上逆，故而呕吐；邪气入里日久有化热之象，故舌质淡红且苔淡黄。处方：乌梅15g，细辛3g，桂枝10g，干姜6g，党参12g，制附子3g，当归10g，川芎10g，白芍15g，天麻10g，黄连6g，黄柏10g，姜、枣引子，水煎服，日1剂。服用3剂后疼痛大减，共加减服用13剂而告愈。随访2年未复发。

按：本例病案辨证为寒热错杂、肝寒胃热之厥阴头痛，治疗上当以暖肝散寒、清胃降逆、柔肝和胃、通络止痛为主。方中暖肝散寒者，附子、细辛、干姜、桂枝是也；清胃降逆者，黄连、黄柏、乌梅、党参是也；柔肝和胃者，乌梅、白芍、当归、姜、枣是也；通络止痛者，天麻、川芎、桂枝、细辛是也。诸药配伍，理法严明，切中病机，故获速效良效。

五、血管神经性头痛

血管神经性头痛是脑血管痉挛收缩或扩张引起的血流改变和障碍，牵涉痛觉纤维而致。血管神经性头痛是临床常见病症，现代医学认为，血管神经性头痛是头颅血管舒缩功能障碍及大脑皮质功能失调为主要特点的临床综合征。病程缠绵，治疗困难，经久不愈。主要表现为一侧头部搏动性疼痛，多伴有恶心呕吐，往往反复发作或两侧交替发作，呈周期性、发作性、剧烈性、搏动性疼痛。血管神经性头痛中医称之“偏头痛”，我国偏头痛的患病率为9.85‰，年发病率为0.797‰。目前，西医对此病主要为对症治疗，中医药在治疗本病方面积累了丰富的经验。

血管神经性头痛属于中医学“头痛”、“脑风”、“偏头痛”范畴。中医学认为痰邪上犯巅顶，阻遏清空，壅滞不通，亦使清阳不振，而头痛；痰与湿同时并存，水湿停聚，酿成痰湿，痰湿中阻，上蒙清窍，故见头痛。临床上多见的是风、痰、瘀杂之而发病者。唐容

川《血证论》曰："须知痰水之壅，有瘀血使然，但去瘀血则痰水自去"，"血积既久亦能化为痰水"。总之，头痛的原因虽属多端，不论其病因如何，终为肝风上扰、痰浊蕴结及气滞（虚）血瘀致清阳不升，浊阴不降，瘀阻脉络而所致。人体脏腑清阳之气上注于头，手足三阳经会于头，故头为诸阳之会，清阳之府，又为髓海所在，肾藏精，肾虚精少，不能上承，髓海空虚，脑失所养，痰湿上蒙清窍，清阳不展，脉络失畅，不通则痛。故据其临床症状将本病辨为肝阳上亢、脑络瘀阻、气血亏虚、肝肾精亏、痰瘀阻络等证型，分别采用平肝潜阳、活血化瘀、补气养血、滋养肝肾、祛痰通络等法治疗，其疗效肯定，且复发率低。

【临床应用】

1. 梅和平治疗1例因头部外伤所致的血管神经性头痛患者，头痛欲裂3年，遇劳及精神因素诱发，用乌梅丸加减，养血疏肝、和中止呕、平调寒热。服3剂后头部如释重负，余症减轻，再服6剂，诸恙皆除，以蜜制为丸善后。

2. 何红权报道1例病史为13年、头痛剧烈以巅顶为甚的血管神经性头痛的患者，中医证属厥阴头痛、寒热错杂，治以温阳止痛，方以乌梅丸化裁。服药3剂头痛大减，再进3剂，诸症悉平。

3. 陈庆华用乌梅丸化裁治疗1例诉患血管神经性头痛13年的患者，近年来每年发作10余次，多因受凉诱发。四诊合参，证乃上热下寒、气机失调为本，寒凝筋脉、血瘀气阻为标。治以清上温下、行气活血，佐以搜络剔瘀。服10剂病安，半年后小发1次，守上方5剂后诸症消失，随访5年未再发。

4. 蔡景辉等谨守厥阴病机，临床上灵活运用乌梅丸，治疗厥阴头痛屡试屡效。曾报道1例头痛反复发作5年余，以巅顶为甚，每因劳累、心绪不佳或外感风寒后而加剧，西医诊断为血管神经性头痛，证属厥阴头痛、心肝失调、寒热互见，拟乌梅丸加减。服药7剂，诸症好转，续服7剂，头痛已瘥。

【病案举例】

张新等介绍：李某某，女，42岁，1990年8月12日初诊。头痛反复发作10年，加重6天。曾用中西药物治疗无效，经颅脑CT及脑

电图检查未见异常。现症：头痛阵发，疼痛甚剧，脑内觉冷，畏风寒，伴心烦失眠，腰背酸痛，时有耳鸣，骨节疼痛，四肢不温，面色微青晦，呕吐清水，脉沉弦，舌边尖暗红、苔薄白。予当归四逆汤加活血化瘀药以温肝和胃、活血化瘀止痛服5剂无效。细考其症，当属厥阴病，肝脾不调，寒热错杂，虚实互见，改用乌梅丸加减：乌梅30g，川花椒10g，黄连6g，干姜8g，细辛6g，黄柏9g，附子8g，茯苓30g，党参10g，肉桂6g，川芎15g，吴茱萸9g，白芷10g，甘草6g。8剂，水煎服。药后诸症减轻，舌转淡红，脉弦，去茯苓，续服12剂，病愈。随访2年无复发。

六、抑郁症

抑郁症是一种常见的情感性疾病，是危害人类身心健康的常见病、多发病，近年有逐渐上升的趋势，严重影响到人们的生活、工作能力。美国2000年调查发现抑郁症的终生患病率为16%，其带来的经济负担相当于心血管疾病、癌症等，已成为严重危害人类健康的疾病之一。抑郁症主要靠药物治疗，但西药抗抑郁谱窄，毒副作用大且有依赖性。随着世界范围内回归自然、重视传统医药已成为一种潮流，因此中医药治疗抑郁症积累了丰富的经验，取得了满意的疗效。

本病属中医学之“癫证”、“郁证”范畴，病因病机多因七情内伤、饮食失节、禀赋不足等导致痰气郁结，以致脏气不平，阴阳失调，闭塞心窍，神机逆乱而发为本病。中药治疗的同时配合移情易性疗法，疗效较好。

【病案举例】

杨合增观察病例：张某，女，23岁，农民，1996年8月19日初诊。患者因婚姻问题，与家人发生分歧，以致情志抑郁。近30天来，患者神情呆滞，反应迟钝，少言寡语，消极厌世，昼夜不寐，四肢欠温，舌质暗、苔薄黄，脉弦滑。经我院精神病科诊为“抑郁症”。证属肝失条达，气血不和，厥气上冲，扰其神明。治宜泄肝宁神，调和气血。拟乌梅丸治之。处方：乌梅、党参各12g，花椒、干姜、制附子各5g，黄连、黄柏各9g，细辛、肉桂各3g，当归6g，百合8g。水煎服，日1剂。服6剂后，神志恢复正常。半年后病又复发，诸症较

轻，再服原方3剂而愈，观察1年，未再复发。

按：本病由于精神刺激，损伤厥阴肝与心包，而见虚实寒热错杂、气血阴阳失调之证。故用乌梅丸扶正泄肝，和血宁神，使此难证6剂而愈。正如《医学从众录》云“以乌梅丸益厥阴之体，宣厥阴之用，治疗癫狂痫等病。”

七、精神性烦渴

精神性烦渴，属中医“消渴”范畴。多因先天禀赋不足或后天情志失调所致，如长期过度的精神紧张，或情志刺激，郁怒伤肝，肝气郁结，或劳心竭虑，营谋强思等，以致郁久化火，火热内燔，消灼肺胃阴津而发为消渴。

【病案举例】

曹海英观察病例：女，50岁。因烦渴多饮、多尿近半年于2000年8月13日初诊。自述口干、饮水较多。日饮水量在5000ml左右，伴急躁易怒，生气后加剧，胃中嘈杂，纳差，大便稀，小便量多，舌质红、苔白腻，脉弦细。经化验血糖、尿糖及钡餐透视均未见异常。西医诊断“精神性烦渴”，对症治疗无效故来诊。此证当属上热下寒证，治宜清上温下、寒热并用。方用乌梅丸加减：乌梅30g，细辛3g，桂枝6g，干姜3g，制附子3g，黄柏3g，黄连9g，当归9g，白芍15g，水煎服，日1剂。服药3剂时，烦渴明显减轻，又复上方加熟地黄30g，白术10g，服用10剂，诸症消失，食欲增加，舌质转薄，后未复发。

按：精神性烦渴，属中医消渴范畴。本案为上热下寒之“消渴”证。其病重在肾水亏虚，水不涵木，心火独亢，扰及胃腑，故见烦渴引饮。饮后渴不止，同时又见大便稀、小便清长之脾阳虚之象，治宜清上温下。方中重用乌梅，配白芍，直取肝肾，化阴柔肝，力挽阴津，以水制火；配黄连清胃热，黄柏小量微撤肾热，使热有退路；制附子、干姜、细辛、桂枝以温脾阳治下寒。加熟地黄、白术以培元固土，扶助正气，故消渴痊愈。

八、奔豚气

“奔豚”之名初始见于《灵枢·邪气脏腑病形篇》：“肾脉急甚为骨癫疾，微急为沉厥奔豚，足不收，不得前后。”《难经·五十六难》亦有奔豚之名：“肾之积名曰奔豚，发于少腹，上至心下，若豚状。或上或下无时，久不已，令人喘逆，骨痿，少气。”张仲景在《金匮要略·奔豚气病》中详细描述了本病的症状特征：“奔豚病，从少腹起，上冲咽喉，发作欲死，复还止，皆从惊恐得之”。表明发作时气上逆、咽喉屏气如死状，稍息症状可自然缓解。又“奔豚，气上冲，胸腹痛，往来寒热。”表明气上逆、胸腹疼痛。“发汗后，烧针令其汗，针处被寒，核起而赤者，必发奔豚，气从少腹上至心。”表明气上逆至心，心慌、心悸，手自扪心。“奔”即患者自觉有气上冲，“豚”指上冲之气像小猪一样奔突乱撞，有此两种症状即可考虑为奔豚气。可见奔豚气病的主要症状有：气从少腹上冲心下或胸而至咽喉，病发作时疼痛难以忍受，发作后冲气渐消疼痛解除。从症候表现看相当于现代医学的胃肠神经官能症，属于肠道积气和蠕动亢进或痉挛状态。本病涉及肝、肾、脾、胃等诸多脏器及冲脉。奔豚汤为治疗奔豚气的典型方剂，其药物组成以养血药为主，兼以清热、生津、降逆。

【病案举例】

1. 韩玉香报道：李某，男，55岁，1998年5月8日诊。该患于1个月前因情志不遂而发，即从阴器少腹开始，有一股气上冲腹部至喉，少腹及胃脘部牵拉样疼痛，病发痛不可忍，时有昏愦，苦不堪言，得热稍减，近日发作频繁，伴有嗳气，大便不爽，腹部喜温喜按，曾服疏肝理气、散寒之品，疗效无显。查：脉沉弦，舌质暗、舌苔腻略带黄。证属厥阴病，寒热错杂，肝脾失调，气血不和。治宜调肝和脾。用乌梅丸和奔豚汤加减：乌梅15g，川花椒10g，干姜10g，细辛5g，黄柏10g，制附片5g，当归9g，党参15g，吴茱萸15g，桂枝10g，白芍15g。服2剂，小腹牵拉样疼痛减轻。服6剂后，疼痛发作停止，时有嗳气，腹胀，大便正常，上方加旋覆花15g，柴胡10g，续服2剂，病未再发，告愈，随访3年，无复发。

按：少腹痛，凡牵拉阴器疼痛者，其病与厥阴最为密切。因“足厥阴肝经之脉，循股阴，入毛中，过阴器，抵小腹。”该患情志不遂，肝失疏泄，寒滞肝脉，病久寒热错杂，气血失和，气机逆乱，升降失调，选用乌梅丸寒热并调，配用奔豚汤祛寒降逆，另加柴胡、旋覆花增强疏肝理气的作用，使病告愈。

2. 张再康等观察病例：杨某某，男，63岁。病奔豚30余年，自觉有气从小腹上攻，攻至腹则腹胀痛，攻至胸则胸中憋闷疼痛，呼吸窒塞，欲死，连及头颈、后背、两臂皆胀痛，痛苦殊甚，全身无力，继则大口频频嗳气，气喷涌如山崩，气出则诸症稍缓，须臾复作，1日发作二、三次或十数次，逐年趋重，情志波动时更重。脉弦大按之减，两尺沉。西医诊为冠心病、胃神经官能症、吞气症等。中医诊断为奔豚，乃肝肾阳虚，厥气上逆，予乌梅丸加减：乌梅6g，炮附子、茯苓各15g，干姜、川花椒各5g，白术10g，细辛、沉香、黄柏各4g，黄连8g，党参、桂枝、当归各12g。此方加减，共服24剂，诸症渐减而愈，已2年未再发。

按：本例患者久病不愈，证属肝肾阳虚，厥气上逆，以乌梅丸加减治疗而收功。原方加白术、茯苓健脾渗湿，沉香降冲气，为合苓桂术甘汤以温阳化饮之意，诸药相合，寒热并调，疏肝理脾，温阳降逆，故能奏良效。

九、痉病

痉证是以项背强急，四肢抽搐，甚则角弓反张为主要特征的急性病。《内经》曾以外邪立论，《金匮要略》又分刚痉、柔痉。《金匮要略·痉湿病脉证治第二》篇云：“太阳病，发热无汗，反恶寒者，名曰刚痉。”又云：“病者身热足寒，颈项强急，恶寒，时头热，面赤目赤，独头动摇，卒口噤，背反张者，痉病也。”后世医家结合临床实践，又提出内伤致痉理论。其发病原因，外则风、寒、湿、热之邪，内则脏腑失调、气血亏虚、痰阻血瘀而筋脉失养。痉证的治疗原则是急则舒筋解痉以治其标，缓则扶正益损以治其本。同时，须辨明外感与内伤，虚证与实证。常用潜镇息风之品以治其标。

【临床应用】

陈爱芝以乌梅丸加用平肝息风之品治疗1例乙型脑炎后遗症患儿，收到满意效果。

【病案举例】

韩玉香报道病例：夏某，男，14岁。因上山砍柴，不慎砍伤左踝关节处。当即嚼苦蒿外敷。10日后创口愈合，却出现牙关紧闭，四肢抽搐，角弓反张等，随即住院治疗。查患者左踝关节内侧有一斜行创口愈合，典型苦笑面容，抽搐频繁，脉象沉细、乍疏乍数，口张不开，苔舌难辨。处方：乌梅30g，细辛4g，桂枝10g，川花椒6g，党参10g，当归6g，干姜10g，附片9g，黄连5g，黄柏9g，全蝎6g，蜈蚣3条、葛根15g。水煎，日服1剂，分3次服。6剂后获愈。

按：痉病患者，指、趾不荣，挛急强直，角弓反张等，乃筋脉失养所致。《素问·六节脏象论篇》：肝者，“其华在爪，其充在筋。”所以，把痉病纳于厥阴病的范畴来考虑，用乌梅丸补肝养筋，加全蝎、蜈蚣等息风通络，因此收到了显著效果。

十、癔病

癔症（hysteria），又称歇斯底里，是一种常见的精神障碍。其临床表现多种多样，故有人称其为“疾病模仿家”。由明显的精神因素，如生活事件、内心冲突或情绪激动、暗示或自我暗示等而引起的一组症候，表现为急起的短暂的精神障碍、身体障碍（包括感觉、运动和自主神经功能紊乱），这些障碍没有器质性基础。病因主要是心理因素及遗传，但如情感丰富、暗示性强、自我中心、富于幻想等具有癔病性格特点的人是癔病的易患因素。

其临床表现属中医“脏躁”、“郁证”、“奔豚气”、“梅核气”、“气厥”、“百合病”、“失音”、“暴聋”等范畴。其病因病理总以情志所伤、脏气郁结、气机紊乱、阴阳失调、心失所主等。癔病是一种心因性疾病。以生气动怒、情志怫郁为因，气滞肝郁为果。《素问·阴阳应象大论篇》曰肝“在志为怒”，“在动为握”，“怒伤肝”。同时与患者的性格和文化素质有关。运用中医药治疗本病时，只要病机相当，临症加减，收效甚捷。本病表现复杂，治疗各异，治疗原则有

“疏肝解郁，安神定魂”，“舒肺达肝，解郁安神”，“清金泻肺，制郁之肝气”，“肃降太阴，驯逆乱之气机”等。

【病案举例】

李家发介绍：朱某，女，28岁。1996年10月25日初诊。主诉：近3个月来，经常头晕，睡眠差，多恶梦，食纳不佳，大便稀溏，小便偶有黄短，月经先后不定期，经前小腹胀痛，经量逐渐减少。自觉咽喉不利，如物所阻。每遇情志不舒时纳差、咽喉不利等症加剧。常有压抑感。因失恋更加少言，不理会人，常自言自语，独自悲伤。前几天在家突然昏倒，面色苍白，四肢厥冷，轻微抽搐，虽神志清楚，但呼之不应。后经某医院诊断为神经官能症。刻诊：精神不振，体质瘦弱，苔白稍腻，脉弦细。证属厥阴寒热、风痰上扰。药用：乌梅15g，钩藤12g，党参、附片、半夏、石菖蒲、茯苓、川厚朴各10g，干姜、川花椒各6g，川楝子、黄连各4.5g，每日1剂，水煎服，连服5剂。二诊：纳差、头晕、呕恶渐愈，大便较前黏稠，咽喉较前通畅，精神好转，继用上方5剂。三诊：诸症基本消除，上方去川楝子，加远志、酸枣仁各10g，续服5剂，以巩固疗效。追访半年未复发。

按：本病多由七情内伤所致，若伤及厥阴心包与肝，呈现虚实寒热错杂、气血阴阳失调者，可用乌梅丸扶正泄肝、和血宁神。柯韵伯曰：“仲景此方，本为厥阴立法”，“（厥阴病）厥利发热诸证，诸条不立方治，当知治法不出此方矣”。

十一、面神经瘫痪

面神经炎又称Bell麻痹，系指茎乳孔以上面神经管内段面神经的一种急性非化脓性炎症。病因可能与感染、病毒、受寒、外伤、肿瘤、中耳炎并发症以及多发性神经炎等有关。常见病因如面部受冷风吹袭后，面神经微血管痉挛，引起局部组织缺血、缺氧所致。近年来也有人认为可能是一种免疫反应。面瘫临床表现为对侧表情肌瘫痪，口角下垂且向健侧偏斜，流泪或流涎，鼻唇沟变浅，或眼裂增大，额纹消失，或不能皱眉、闭目、露齿、鼓腮、吹口哨等。若久治不愈，本病常因受凉、过劳、精神紧张、心情抑郁而诱发。治疗不当或延

误，可后遗麻痹、同侧面肌痉挛或鳄泪症（咀嚼食物时病侧淌泪）等。

中医学归属于中风（中经络），又称“口僻”，俗称吊线风。“谓之风邪入手足阳明太阳之经，遇风寒则筋急引颊，故使口歪斜，言语不清，目不能平视。”对于其病因病理，《医林改错·口眼歪斜辨》就有阐述：“诺壮盛之人，无半身不遂，忽然口眼歪斜，乃受风邪阻滞经络而成”。故此证以风邪为主，风邪可夹热，亦可夹寒，但总因经络空虚，属本虚标实。病机为经络空虚，风邪入侵面部经脉，致使经气阻滞，经筋拘急，或纵缓不收而发病。面瘫起病急，恢复慢，治疗时间越迟，预后越差。单纯性口眼歪斜在多数中医古籍中未见明显辨证分型。古人治疗本病多以祛风通络、养血化痰着手。

【病案举例】

刘康观察病例：王某，男，38岁，电灌站职工，1998年3月10日初诊自诉口眼歪斜，语言謇涩，伴耳垂后彻痛10多天。经前医针灸及中西药治疗乏效而求治。现恶寒发热，肢倦懒言，食欲不振，时呕恶，平素大便不实，小便正常，口微渴不欲饮。查舌红、苔薄白，脉弦细；口、眼、鼻向右歪斜，鼻唇沟距正中线约0.5cm。据其舌、脉、症，诊为脾虚失运，痰湿聚滞，风寒外侵，致风痰阻络。治宜健脾益气，驱风化痰通络。方用乌梅丸加减：乌梅15g，细辛6g，干姜15g，黄连5g，白术10g，桂枝10g，白附片10g，党参10g，当归10g，川花椒5g（去目），蔓荆子10g，柴胡12g，僵蚕10g。水煎服，每日1剂。2剂后患者全身症状有所减轻，耳垂后彻痛消失。5剂后上述症状基本消失，唯言语时面部有牵引感，且鼻唇沟略向右歪，余无不适。续用上方加黄芪15g益气固表，并助党参、当归益气活血通络，2剂后诸症消失。2个月后，曾因偶感外邪复发1次，但病情较前轻微，仅感右颊跳动，有牵引感，又以上方加减2剂煎服，至今未复发。

按：面神经瘫痪属中医“中风”范畴。《金匮要略·中风历节病》曰：“寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚，寒虚相搏，邪在皮肤。正气引邪，僻不遂。”对其病因病机做了较明确的叙述，并提示了扶正祛邪这一根本治则。医者对本病多以风痰阻络论治。该病以脾

胃虚弱，因虚致实为本，因其脾胃虚，水湿失运聚而为痰；因其虚，气血失调，卫外不固而易致风寒外淫，风痰阻络。故治以健脾益气为主，配以祛风化痰通络之品。方中以党参、白术、干姜健脾益气，扶正治本；黄连苦燥脾湿，以消痰湿之源；桂枝、细辛、柴胡辛温之品通彻三阳，以解肌祛风；附子易白附片更增祛风痰之力；蔓荆子、僵蚕疏风之品开门揖寇；口眼歪斜者，《灵枢》认为是“筋急”之故也，肝主筋，故重用乌梅之酸缓经脉之急；更辅以当归活血养血。再诊时加黄芪扶助正气，助其益气活血通络之功，白术、黄芪合用，固护卫表，免外邪再犯。

十二、肋间神经痛

肋间神经痛是一组症状，指胸神经根（即肋间神经）由于不同原因的损害，如：胸椎退变、胸椎结核、胸椎损伤、胸椎硬脊膜炎、肿瘤、强直性脊柱炎等疾病，或肋骨、纵隔、胸膜病变，肋间神经受到上述疾病产生的压迫、刺激，出现炎性反应，而出现以胸部肋间或腹部呈带状疼痛的综合征。肋间神经痛分继发性和原发性两种，由胸椎退变、胸椎结核、胸椎损伤、胸椎硬脊膜炎、肿瘤、强直性脊柱炎等疾病可继发根性的肋间神经痛；肋骨、纵膈或胸膜病变会继发干性的肋间神经痛。原发性的肋间神经痛少见。

肋间神经痛属中医学“胸痹”、“胁痛”范畴。其病因病机为感受六淫侵袭，或胸胁筋络受伤，或肝气郁结，或胸阳不足，致津液不能输布，凝聚为痰，痰阻脉络，导致气机阻塞，血行不畅。中医治疗多从肝气郁结，气滞血瘀，肝阴不足等方面分别予以疏肝理气、活血化瘀、滋阴养血柔肝、暖肝散寒、通阳散结、豁痰开胸等方法辨证施治。

【病案举例】

侯士林等介绍：刘某，女，49岁。胸胁灼痛如刀割，时有心烦不安1年余，西医诊断为肋间神经痛。用中西药物治疗6个月效不著。目前除有上述症状外，尚伴有纳呆干呕，口干苦不欲饮，小便赤涩，舌体胖、质红紫，苔黄腻，脉弦滑。予乌梅丸加白芍，1剂痛减，10剂而愈。此属寒热错杂，乃肝横逆侮土而成。上热中寒，寒

热交结于胸、胁、脘部，非辛开苦降无以解此寒热兼杂之症。故用乌梅丸加白芍，温中清上，使气机畅达，气血调和，诸症皆平。

按：本例患者证属寒热错杂，故以乌梅丸温清并调，白芍酸敛缓急止痛，本病自能痊愈。

第三节 呼吸系统疾病

一、激素依赖型哮喘

糖皮质激素吸入剂已成为支气管哮喘抗炎治疗的基础药物，疗效确切可靠，副作用小，但临床上仍有一部分病人需长期口服较大剂量激素控制病情，停药或减量均会导致哮喘加重，此类哮喘被称为激素依赖型哮喘（SDA）。激素依赖性哮喘是呼吸系统疾病之一，属于难治性哮喘范畴，是临床医师面临的一大难题。由于支气管哮喘反复严重发作，患者长期大量应用激素以控制气道非特异性炎症，从而对激素产生依赖性或治疗不当所造成。临床多表现为气道炎性症状迁延难愈，肺功能持续性下降，同时伴随激素的各种毒副反应。一般在大剂量应用激素治疗后，往往于哮喘症状缓解或减轻的同时伴见医源性肾上腺皮质功能亢进，在激素减量或停服后，又表现为医源性肾上腺皮质功能不全而发生哮喘，病情反复，恶性循环，使哮喘越发越重，激素越用越大，难以撤离，严重者甚至导致死亡。

激素依赖型哮喘在中医学中当属“哮证”范畴，哮证的发生与夙根有关。禀赋不足，肾气虚衰，痰浊内蕴于肺，则形成发病的夙根，正如《景岳全书》所说：“喘有夙根，遇寒即发，或遇劳即发者，亦名哮喘。”由此可见，夙根发病的基础与肾虚密切相关。激素依赖型哮喘患者由于糖皮质激素的长期大量应用，从而导致机体下丘脑－垂体－肾上腺皮质（HPA）轴功能的严重受损与紊乱，于临床则多表现为肾虚之症。另一方面，哮喘反复发作，迁延不愈，痰瘀内阻，正气愈虚。外源性糖皮质激素作用于人体，类似于中医的纯阳壮火之品，最易劫阴伤津食气，最终使得机体阴阳失衡，气血失调，气机升降失司。长期临床观察表明，SDA 患者口服激素量越大，时间

越长，其全身性毒副作用越严重，阴虚火旺症候越突出，痰、瘀、火（热）表现越显著。在撤减激素过程中，随着外源性激素剂量的逐渐减少。SDA 患者肾阳亏虚之征渐露端倪，阴虚火旺之象持续未解，阴阳失衡、寒热错杂之势已趋形成，本虚标实之症愈显昭著。

目前对哮喘西医多以免疫抑制剂为主的非激素类药物进行替代或部分替代治疗，但此类药物疗效并不可靠，毒副作用较大，患者多难以接受。中医药重视整体观念和阴阳平衡，治疗本病有非常广阔的前景，不少中医学者在此方面做了有益的尝试和探索，取得较大成绩。

【临床应用】

1. 于月书运用中西药合用防治变应性哮喘 61 例。61 例患者均为门诊病例。其中男 28 例，女 33 例，年龄 12～50 岁。所有病例均符合下列标准：①与接触变应原有关，过敏原皮内试验阳性。②有过敏性鼻炎及皮肤过敏的家族倾向。③排除心肝脾肺肾病变。④排除重度哮喘及哮喘持续状态。⑤非急性发作的中轻度患者。治疗方法：①基本方：乌梅 15g，五味子 15g，细辛 3g，川花椒 6g，干姜 6g，熟地黄 18g，生地黄 15g，当归 15g，麦冬 12g，天冬 12g，人参 9g，肉从蓉 12g，锁阳 12g，川牛膝 15g，杜仲 15g，黄连 6g，黄柏 6g，肉桂 3g。随症加减，每日 1 剂，分早、晚服。②紫河车 1 具，清水漂洗干净，切片烘干研末装胶囊，每次 4 粒，日 3 次口服。③酮替芬 1mg，氨茶碱 0.1g，每日 2 次口服。疗程 3 个月。治疗结果：根据 1995 年国家中医管理局发布《中医病症诊断疗效标准》哮证疗效评定标准。治愈：哮喘控制，哮鸣音消失。好转：哮喘缓解，或发作次数减少。未愈：症状无变化。服药 1 个疗程后，临床治愈 29 例，好转 28 例，未愈 4 例。

2. 崔红生等运用加减乌梅丸治疗激素依赖型哮喘 20 例。治疗组 20 例，其中男性 11 例，女性 9 例；平均年龄（54.7±7.5）岁；病程最短者 2 年，最长者 40 年；具有吸烟（主动吸烟或被动吸烟）史者 16 例。对照组 20 例，其中男性 10 例，女性 10 例；平均年龄（51.6±6.8）岁；具有吸烟史者 18 例。两组病人一般情况经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。治疗组用普米克都保，每次 200μg，每日 2 次吸入；加减乌梅丸（乌梅、制附子、党参、当

归、桂枝、白芍、细辛、黄芩、黄柏、花椒、紫苏子等）煎剂，每次100ml，每日2次口服。临症加减：如以肝肾阴虚表现为主者，重用乌梅，酌加山茱萸；以脾肾阳虚为主者，重用制附子、细辛、桂枝；痰热证明显者，重用黄芩、花椒，酌加连翘；痰湿证明显者，重用细辛、桂枝，酌加干姜；若由外感风寒诱发加重者，酌加炙麻黄、防风、紫苏叶；因情志不遂，肝气郁结而诱发加剧者，酌加柴胡、白芍、郁金。分组给药后2周内维持原口服泼尼松剂量不变，于第3周根据峰值呼气流速（PEF）变异率和哮喘症状积分稳定情况开始试减激素用量。若每日口服泼尼松剂量＞10mg者，则以每次撤减5mg速度递减；若每日口服泼尼松剂量≤10mg者，则以每次撤减2.5 mg速度递减。每次减量后观察1周左右，若PEF变异率＜15%或症状积分保持稳定在递减前水平，则可考虑继续撤减；若减量后PEF下降10%以上者，则恢复至递减前泼尼松用量，继续用药观察。掌握维持量越小，递减速度越慢，所减药量越少的原则。观察结果：症候学分布情况：治疗组：肝肾阴虚、痰瘀互阻型12例，脾肾阳虚、痰湿内蕴型4例，痰热证3例，外感风寒诱发者1例。对照组：肝肾阴虚、痰瘀互阻型8例，脾肾阳虚、痰湿内蕴型6例，痰热证4例，外感风寒诱发者2例。激素撤减情况：治疗组痊愈2例，显效6例，有效10例，无效2例，控显率40%，总有效率90%；对照组痊愈1例，显效4例，有效9例，无效6例，控显率25%，总有效率80%。两组具有显著性差异（$P<0.01$）。肺功能变化比较：在肺通气功能方面，两组均有显著增加FEV_1和PEF功效的作用（P均<0.01），但两组之间无显著性差异（$P>0.05$）。两组在FEV_1/FVC%方面均无显著性差异（$P>0.05$）。

按：SDA证属本虚标实，本虚以肾阴阳两虚为主，标实则为寒热错杂，痰瘀互结。乌梅丸系张仲景《伤寒论》厥阴证主方，集酸苦辛甘于一方，阴阳双补，气血同调，寒热同施，标本兼顾，能够以杂治杂而兼理肝风，与此时SDA证治特点恰相吻合。因此，以乌梅丸作为SDA撤减激素过程中的主方进行加减化裁疗效显著。其中乌梅、当归、白芍滋阴养血，柔肝息风；党参、制附子、细辛、桂枝益气健脾，温阳化饮；黄芩、黄柏清肺坚阴；花椒、紫苏子降逆平喘。

全方共奏滋阴养血息风、益气温阳活血、化痰降逆平喘之功。临床观察表明，加减乌梅丸能够有效撤减 SDA 的口服激素用量，减轻临床症状，改善肺功能且无任何毒副作用。

【病案举例】

1. 杨硕等报道病例：丁某，女，54 岁，哮喘 10 余年，每逢季节交替或劳累后易发作。每次发作必服氨茶碱每日 20mg 以上，间断采用鼻哮平、酮替芬、百令胶囊等，停则喘甚。曾长期口服泼尼松近 2 年，后改为普米克都保 300μg，每日 2 次吸入，症状仍时轻时重。近觉哮喘加重，自加大普米克都保吸入剂量仍未见好转，夜间憋喘不能平卧，咳痰黄白相兼，畏寒肢冷，咽中不适，似有痒感，寐差多梦，大便正常，小便尚调，苔白，脉弦细。证属寒热错杂，阳虚痰阻，拟加减乌梅丸治疗。处方：乌梅、地龙、黄连等各 12g，当归、荆芥、花椒各 10g，太子参 15g，附子 5g，炙麻黄 3g，夜交藤 30g，薄荷（后下）6g。水煎服，每天 1 剂，服 6 剂后喘憋好转，夜能安卧。随症加减 1 个月余，吸入激素逐渐撤减为普米克都保 100μg，每日 2 次，病情稳定，半年后激素完全撤停。继服中药 10 个月余，诸症皆平，但激素不能完全撤停。后采用调整肾中阴阳、活血化痰、止咳平喘等法间断调治 1 年余，激素乃得停用。

按：激素依赖型哮喘患者病情稳定后，多出现阴阳俱虚、寒热错杂症候。临床上给予逐步递减激素，直至减到激素用量每天≤100mg 的过程中。由于外来助阳药物作用力减少，加之本病迁延日久，阴损及阳，即初现肾阳亏虚之症，形成阴阳失衡、寒热错杂之势。在这一时期病人肾上腺皮质功能受到严重抑制。亦有初始即见有气虚或阳虚者，这与患者素体阳虚气虚有关。此时本虚标实之症愈加明显，本虚以肾阴阳两虚为主，标实则为寒热错杂，痰瘀互结。病人可见胸憋闷、动则喘甚，痰白清稀、量多易咯，面浮㿠白，形寒怕冷，肢冷便溏等阳虚证，也可见潮热盗汗、手足心热、形体消瘦、眩晕耳鸣等阴虚证，口唇多紫暗，舌质淡嫩、少苔、或紫暗而胖、边有齿痕，脉细滑。此期病情最为复杂。一方面由于长期应用激素，使机体的下丘脑－垂体－肾上腺皮质轴严重受到抑制，神经内分泌功能紊乱，免疫功能异常；另一方面由于激素的各种毒副作用在患者身上已逐渐表现

出来。因此，本虚标实、虚实相兼、气血不调、寒热错杂于此期表现尤为突出。治宜调整寒热，阴阳双补，降逆平喘，方选乌梅丸化裁。乌梅丸是仲景《伤寒论》厥阴证主方，集酸苦辛甘于一方，阴阳双补，气血同调，寒热并施，标本兼顾，能够以杂治杂而兼理肝风，与此时 SDA 证治特点恰相吻合。药用乌梅、黄连、附子、当归、花椒、地龙、炙麻黄、太子参等。阳虚症状重时，可酌加淫羊藿、补骨脂。

2. 崔红生等介绍病例：王某，女，36 岁。于 1998 年 12 月 10 日就诊。患者既往有支气管哮喘病史 8 年，每逢气候变化或情绪波动诱发，皮肤过敏原试验阴性。现每日口服泼尼松 20mg 已半年，减量即复发。其间曾间断吸入沙丁胺醇气雾剂。此次因受凉感冒后哮喘加剧。症见：喘憋，不能平卧，咳痰黄白相兼，气短，动则汗出，心烦口苦，口唇紫绀，腰膝酸软，四肢厥冷，大便干结，二日未行，小便调，舌质暗红、苔薄黄，脉弦细略数。武教授认为，此病为本虚标实（以本虚为主），虚实错杂，寒热互结。辨证属于虚哮（激素依赖型哮喘），肝肾阴虚，肺卫不固，外风引动内邪，内外相合，风痰上扰，痰瘀互阻。治疗予以乌梅丸加减调补阴阳气血，祛风活血化痰。方药如下：乌梅 15g，当归 10g，赤芍、白芍各 10g，太子参 15g，细辛 3g，桂枝 6g，花椒 10g，炙麻黄 6g，制附子 6g，黄芩 10g，黄柏 6g，枳实 10g。服药 6 剂后，喘憋减轻，痰色变白易咳出，大便已通畅，守上方减去黄芩、枳实，加用黄芪 15g，紫苏子、紫苏梗各 10g，同时减泼尼松 5mg。7 剂后，诸症均明显减轻，继以上方加减约 3 个月后，泼尼松全部撤掉，病情稳定，随访半年，未再复发。

按：乌梅丸出自《伤寒论》，为治疗厥阴病的一张名方。阴阳错杂与风气内动是厥阴主症的统一病机。该患者素有哮喘病史多年，肺气已伤；加之应用激素等纯阳之品，更易耗气伤阴。肝肾阴虚，虚风内动；肺卫不固，外邪易侵，内外相合，夹痰上扰而喘。虚实错杂，寒热互结是本病的突出表现，其病机特点与厥阴主症正相吻合。故以乌梅丸标本兼顾，寒热同施，阴阳并治，气血双调。加炙麻黄、制附子、细辛为伍，表里同治，温肾散寒，助阳解表。加赤芍、白芍、枳实等以柔肝活血，理气降逆。诸药合用，使外邪得解，内风得灭，卫表得固，痰浊得化，肺络得通，枢机得利，肺复清虚，呼吸自如，故

激素得减，哮喘得愈。

二、慢性阻塞性肺气肿

慢性阻塞性肺气肿系终末细支气管远端部分（包括呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）臃胀，并伴有气腔壁的破坏。近数十年来阻塞性肺气肿的发病率显著增高，这是由于大气污染、吸烟和肺部慢性感染等诱发慢性支气管炎，进一步演变为本病。

慢性阻塞性肺气肿属于中医学之“肺胀”、“喘证”范畴，其病因多由内伤久咳、喘哮、肺痨等肺系慢性疾患，迁延失治，痰浊内蕴，日久气阴耗伤，导致肺虚，成为发病的基础。肺虚卫外不固，外邪六淫（包括致病微生物、气候变化、粉尘、烟雾及有害气体接触等）反复乘袭，诱使病情发作，并呈进行性加重。病变首先在肺，日久累及肝肾，精气耗损，肺不主气，肾不纳气，导致气喘日益加重，吸入不易，呼吸浅短难续，动则更甚。现代许多中医家认为：①反复感受外邪，喘咳日久，损伤肺气，致肺气日虚，肺金不能生肾水，导致肺肾两虚，喘咳乃成，形成肺气肿。②饮食劳倦，损伤脾胃，脾土不能生肺金，肺金不生肾水，肺金消而肺气虚，肾水涸少而肾亦虚，发为喘咳。又脾主运化，脾伤则运化失职，水湿内停，生痰化饮，上壅于肺，肺失清肃宣发，发为喘肿。③房劳过度伤肾，巧思过极伤脑。“肾生骨髓”，“脑为髓海”，今肾伤则生骨髓日少，脑伤则下及于肾令肾更虚，肾不滋肺则肺虚，肾不养脾则脾虚，肺、脾、肾虚，本病乃成。④他脏病变传来，转为本病。⑤病程长，气滞血瘀。痰浊壅阻，肺气失宣，经久不愈而发展到肺脉闭塞，气滞血瘀，或气虚血瘀，络脉受损，或痰瘀互结，病深至痼。根据中医“急则治其标、缓则治其本”的原则，对慢性支气管炎发作期治以止咳祛痰为主，缓解期主要为肺肾虚、血瘀，治宜补益肺肾、活血化瘀。

【临床应用】

赵富生以乌梅丸治疗慢性支气管炎合并肺气肿2例。方药：乌梅、党参、当归各12g，细辛、桂枝、干姜、黄连、黄柏、地龙、紫苏子各10g，白附片、花椒各9g，炙甘草6g。3剂后痉咳止，再予原方3剂，无气喘气短之症，追访3个月无复发。

【病案举例】

聂天义报道病例：邓某，男，58岁。患咳喘反复发作10余年，近半月来加剧，西医诊断为慢性支气管炎、肺气肿并感染。经用青霉素、链霉素、氨茶碱和复方甘草片等治疗效果不明显，遂转中医治疗。诊见：咳嗽喘促，动则尤甚，痰白呈泡沫样，间以黄色质稠，量多易咯，形寒肢冷，腰膝酸软，小便微黄，大便溏薄，面色皖白，舌淡体胖、苔微黄，脉弦尺弱弱。证属肺肾阳气亏虚，饮邪上逆，内蕴化热。治宜温肾补肺，涤饮降逆，止咳清热。方用乌梅丸加减：乌梅、桂枝、川花椒、干姜、白果各10g，细辛、黄连各6g，红参（另炖、冲服）30g，制附子、当归各12g，黄芪24g，紫苏子、桃仁各15g，地龙20克。水煎服。5剂后咳喘减轻，痰量减少，已无黄痰，大便正常。于原方去干姜、制附子，加巴戟天20g，淫羊藿18g，红参改党参30g，黄连减为3g，再10剂，咳喘遂平。

按：本病是多种慢性肺系疾病后期转归而成，病程缠绵不休，经常反复发作，难于根治。如治疗不当，极容易发生变端，出现喘脱的危象。因此治疗应有侧重地分别选用扶正祛邪的不同治疗方法，在缓解期，则应以扶正为主，提高抗病能力，并重视原发病的治疗。尽量减少发作；在发作期，则应着重针对具体症状的辨证治疗。研究表明，扶阳法治疗阳虚证的慢支、肺气肿患者可明显改善免疫指标，使淋巴细胞转化率、E－玫瑰花结形成率均有明显提高，说明中药扶阳治疗可提高机体的免疫功能。而活血化瘀中药对改善肺的通气功能，提高机体免疫功能，降低血液黏稠度和肺动脉高压等方面有一定作用。

三、慢性呼吸衰竭合并肺部念珠菌感染

呼吸衰竭是肺脏呼吸功能严重损害，呼吸大气压空气时，由于缺氧和（或）二氧化碳潴留，引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。慢性呼吸衰竭患者并发深部真菌感染易发生于其急性加重期，大多数患者同时合并有其他细菌感染，并且这类患者由于长期低氧血症，使各脏器的代偿功能减退，易致多器官功能衰竭，导致治疗困难。西医防治措施，应该加强护理，重视预防，即在积极治疗原发

疾病的同时，改善患者的营养状态，合理使用抗生素等，在此基础上配合中医药治疗，则有助于控制和预防包括念珠菌感染在内的医院感染。

本病属中医学“喘证”“肺胀”等范畴。多由于素患慢性肺病，如久咳、久哮、久喘、支饮等日久不愈，加之复感外邪，以致肺、脾、肾亏虚，肺气壅滞，宣降不利，痰饮内生，储肺作咳，而见喘促、气急、胸满闷、喘不得卧等症状。其治疗原则以祛邪化痰，降气平喘为主。

【临床应用】

雷玉慧在治疗慢性呼吸衰竭并肺部念珠菌感染的同时，短期应用糖皮质激素 16 例（治疗组），同时服用乌梅汤加减，药用：乌梅 30g，细辛 3g，干姜 9g，黄连 10g，当归 12g，附子 3g，川花椒、桂枝各 10g，人参 20g，麦冬、五味子各 15g，黄柏、苦楝皮各 10g，金银花 20g，连翘 15g，每日 1 剂，煎至 200ml，分 2 次口服。对照组氟康唑（大扶康）或两性霉素 B 口服，同时应用抗生素治疗。结果：治疗组总有效率为 70.16%，无效 5.19%，死亡率 23.15%；对照组总有效率为 28.17%，无效 30.18%，死亡率 40.15%。

第四节　泌尿系统疾病

一、泌尿系结石

泌尿系结石是泌尿系统常见疾病之一。临床主要表现为肾绞痛，尿线中断，或尿频、尿急、尿痛，甚出现小便带血。现代医学认为尿路结石成因复杂，是由于某些自然条件、社会条件，以及这种条件影响下的食物生产和分配等外界因素，通过某些生理异常因素作用，形成尿中晶体物质浓度升高或溶解度降低，呈过饱和状态，析出固体沉淀成核，然后在局部生长，聚集成为结石。有研究发现结石中的化学成分以草酸钙和磷酸钙最多，占 80% ~84%，其次为尿酸结石和感染性结石、胱氨酸结石等。

本病属于中医“石淋，血淋，热淋”范畴。中医学认为：尿路结

石乃外感湿热或过食膏粱厚味、辛辣炙烤、肥甘酒热之品，损伤脾胃，致运化失常，湿热内生，流注下焦，尿液受其煎熬，日久浓缩成为砂石，砂石不能随尿排出而形成。正如华佗《中藏经》所述："虚伤真气，邪热渐强，结聚而成砂。又如水煮盐，火大水少，盐渐成石"，"非一时而作也，益远久乃成，成即5岁，败即3年，壮人5载，祸必至也。"说明中西医学在结石的形成认识上有着惊人的一致性。现代医学治疗本病方法较多，如溶石、碎石、手术及输尿管镜取石等各有其长处，但也存在各种限制及不足。中药清热利尿，通淋排石，溶石化石有独到的作用，如配合扩张输尿管药物（黄体酮、酚妥拉明等），中西药合用互资其长，优势互补，协同奏效，可缩短治疗时间，加快排石速度。

【临床应用】

郑芳忠用乌梅丸加味治疗泌尿系结石36例。36例患者均经B超或X线摄片确诊。其中男22例，女14例；年龄最大65岁，最小18岁，平均41岁；单纯肾结石8例，肾结石合并输尿管结石20例，膀胱结石8例；结石最大12mm×9mm，最小5mm×6mm；结石最多者5个，最少者1个；36例中合并肾积水者18例，且均有不同程度输尿管扩张。治疗方法均采用乌梅丸加减治疗。基本方：乌梅15g，黄柏10g，黄连5g，党参15g，附子10g，川花椒5g，当归10g，桂枝5g，金钱草30g，威灵仙15g，芒硝5g（化），大黄10g，甘草5g。加减：肾积水严重者加石韦10g，泽泻10g，车前子20g；合并血尿者加三七10g，蒲黄10g，琥珀5g；结石较大者加莪术10g，牡蛎30g，皂角刺15g；疼痛明显者加白芍15g，元胡10g。上药加水1500ml，煎汁约800ml，于每日上午9时、下午4时分2次服用，并多饮水，适度运动，每日1剂，10剂为1个疗程。服药期间禁房事。疗效标准及结果：痊愈：经B超或X线摄片检查结石消失，临床症状消失；有效：经上述检查结石变小，临床症状减轻；无效：治疗前后检查结石无变化，临床症状无改善。结果：痊愈26例，占72.2%；有效7例，占19.4%；无效3例，占8.3%；总治愈率72%，有效率91%。

【病案举例】

郑芳忠报道病例：田某，男，46岁，2005年3月12日初诊。

患者于上午8时突发肾绞痛，急来我院就诊。B超示：左肾结石约8mm×9mm大小，左侧输尿管中段结石约5mm×4mm大小，且有轻度肾积水。尿常规检查：见镜下血尿（+++）。门诊诊断为肾合并输尿管结石伴肾积水，经西药抗菌止血、解痉止痛治疗，于当晚肾绞痛缓解，后在入院治疗期间服用八正散合石韦散治疗半月，B超示结石无变化。患者腰部胀痛不适，阴囊睾丸部位发凉，全身乏力，小便清长，舌质红、苔黄白相兼，脉沉缓，虑其过服苦寒攻下利水之品伤及肾气，招致虚实夹杂，寒热互生，故选用乌梅丸加味治疗。服药1周后，上述症状日减，且小便渐见浑浊伴有砂石样物排出。服药28剂后B超复查，结石完全消失，痊愈出院，半年后复查未见复发。

按：乌梅丸为《伤寒论》治疗蛔厥之主方，后世医家也多以其治疗蛔厥脏寒之证。全方寒热并用，邪正兼顾，方中桂枝、附子、川花椒具温脏祛寒之效，与党参、当归补气养血之药共奏温补下焦虚寒、养血通脉、调和阴阳之功。泌尿系结石的治疗多数医生视攻下利水排石为定法，有效者众，乏效者亦不少。笔者认为该病多属上热下寒、虚实相兼之证，其机制是久服攻下利水排石之品克伐肾气，致寒热内生，肾气亏损，排石无力，结石久久不下。遵清·柯琴《名医方论》“久利则虚，调其寒热”之旨，故选乌梅丸加味调其寒热，扶正祛邪，借附子、川花椒、桂枝温阳通经而助气化，从而推动结石排出。当代中医名家颜德馨对该方也备为推崇。现代药理研究亦认为，乌梅丸是一组既可增强机体免疫功能，又可控制感染；既可安蛔利胆，又可增强内脏平滑肌收缩功能的有效方剂。

二、慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭（CRF）是多种慢性疾病引起肾脏进行性损害，造成肾单位减少，使机体在排泄代谢产物，调节水、电解质、酸碱平衡等方面出现紊乱的临床综合征。CRF早期大多数病人没有症状，血液生化学异常也不明显，只表现为高血压、蛋白尿和血清尿酸水平的轻度升高，如CRF继续进展，即可引起各个系统的病理改变，包括：水、电解质紊乱，代谢性酸中毒，心血管系统、神经肌肉系统、消化系统、呼吸系统、代谢系统的改变，甚至造成肾性骨营养不良、

免疫功能下降、内分泌功能紊乱、感染、微量元素过量或缺乏。慢性肾功能衰竭是一个进行性发展的疾病，具有不可逆性，预后不良。近年来理论上和实践中，被许多学者所证实，并推测残余单位有一逐渐损害的稳定速度，而且不论其原因如何，都有一个不断恶化的过程。慢性肾功能衰竭是慢性肾脏疾病的终末阶段，近几十年来，由于透析和肾移植技术的进步，疗效已有显著提高，但因费用昂贵、移植条件受限，寻找有效的非透析手段、药物仍是研究的热点和重点。中医中药在缓解症状、保护残余肾功能、延缓病程进展、推迟必须透析和肾移植时间等方面取得了很好的成就，大大提高了慢性肾功能衰竭患者的生存质量。

中医无慢性肾功能衰竭病名记载，但据临床不同阶段，分别可属中医的“水肿”、“癃闭”、“溺毒”、“关格”、“虚劳”等范畴。多数医家认为脾肾虚损，以致衰败，气化失司，浊毒滞留，壅塞三焦，脏腑失衡，元气亏损为其基本病机。在疾病的不同阶段，可分别表现为脾肾气虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、阴阳两虚。正虚同时，夹有湿、浊、毒、瘀之邪，病机错综复杂，治疗颇为棘手，单纯一种疗法难以奏效。CRF 病情迁延，缠绵难愈，单一途径给药难以奏效，需内服、灌肠、外敷、静脉等多途径给药，综合治疗方能取效。中药外敷及静脉用药的目的在于改善肾脏循环、降低尿蛋白排泄、提高肾小球滤过功能、保护健存肾单位。多途径联合给药，局部与整体治疗相结合，既扶正固本，又除湿降浊，化瘀解毒，发挥最佳疗效。

【临床应用】

杨扩美运用乌梅丸加减治疗慢性肾功能衰竭 71 例，142 例随机分为治疗组 71 例；对照组 71 例。治疗组中男 30 例，女 41 例；年龄 20～79 岁，平均（47.31±3.89）岁；治疗前血肌酐 177～998μmol/L，平均 496.52μmol/L。对照组中男 29 例，女 42 例；年龄 19～76 岁，平均（45.27±4.12）岁；治疗前血肌酐 181～979μmol/L，平均 486.76μmol/L。两组一般资料对比差异无显著性（$P>0.05$），具有可比性。治疗方法 142 例均给予优质低蛋白、低磷、高钙饮食，并针对病情给予控制血压、感染、纠正酸中毒及电解质紊乱等措施治疗，缓解各种诱发及加重肾功能衰竭的因素。治疗组同时服用乌梅丸加

减。乌梅丸加减：党参18g，当归身10g，乌梅10g，干姜10g，黄柏6g，大黄10g，枳壳12g，茯苓12g，泽泻12g，甘草12g。1剂，水煎2次，共500ml，分2次服。1个月为1个疗程，观察3个疗程。对照组给予尿毒清（广州康臣药业公司产品，每袋5g），每次2袋，日3次，疗程同治疗组。观察指标：①观察治疗前后症状、体征；②检测治疗前后血肌酐（Scr）、内生肌酐清除率（Ccr）、尿素氮（BUN）、磷（P）、钙（Ca）、血红蛋白（Hb）、红细胞（RBC）、24h尿蛋白、总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL－C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL－C）等指标。疗效标准参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》进行评定。显效：症状减轻或消失，Scr值下降≥30%。有效：症状减轻或消失，Scr值下降≥20%。无效：Scr及临床症状无改善或加重。两组总体疗效比较：治疗组显效39例（54.9%），有效22例（31.0%），无效10例（14.1%），有效率为85.9%；对照组显效22例（31.0%），有效32例（45.1%），无效17例（23.9%），有效率为76.1%。两组显效率比较，差异有显著性（$P<0.05$）。两组临床症状、体征疗效比较：两组治疗后乏力、胸闷、恶心、呕吐、纳差、水肿、骨痛、出血倾向、皮肤瘙痒均有改善；治疗组在改善水肿、骨痛、出血倾向方面优于对照组；对照组在改善皮肤瘙痒方面优于治疗组。

按：慢性肾功能衰竭其病机为机体阴阳失调、脾胃虚损、气血衰败，而致湿瘀内阻、浊毒上逆。乌梅丸加减能健脾益胃，补气散寒，化湿清热，调和中焦，升清降浊。方中党参健脾益气；干姜温中；茯苓、泽泻利湿；黄柏清热；大黄泻浊；干姜与黄柏、大黄配伍调和肠胃，升清降浊；当归身养血活血；枳壳行气宽中；甘草调合诸药。全方共奏健脾益胃、清热利湿、升清降浊之功。

三、慢性肾炎

慢性肾炎即慢性肾小球肾炎的简称，系指各种原因引起的不同病理类型的双侧肾小球弥漫性或局灶性炎症改变的一组原发性肾小球疾病的总称。是以蛋白尿、血尿、水肿、高血压及肾功能减退为基本临床特征。慢性肾炎病情迁延，病变缓慢进展，最终将发展成为慢性肾

功能衰竭。在治疗上，西医多以防止或延缓肾功能进行性减退为主要目的，效果往往不尽如人意。

根据其临床表现，本病多属于中医学“水肿，虚劳，腰痛，血尿”等范畴。早在《内经》就提出了“水肿”的治疗原则，经过2000多年的发展，对于该病的认识和治疗积累了宝贵的经验。中医药工作者在长期的临床实践和大量病案积累总结中，发现本病的综合治疗即中西医药物治疗、饮食调控、摄生调养、心理调节等，是提高临床疗效的最佳途径。中医治疗慢性肾炎近几十年有了很大的进展。这些成绩的取得，得益于中医辨证的整体性，就是不孤立地治疗肾病，将其视作机体阴阳失调的一种反应，从总体上把握阴阳虚实的变化，抓住具体病机，有针对性的治疗，这是中医治疗的特点，也是收效的关键所在。中医药治疗慢性肾小球肾炎的临床研究很多，中医药在治疗慢性肾炎上已经显示出很大的优势性，它不但对于疾病本身具有不可替代的作用，而且配合西药治疗，降低西药副作用方面也疗效显著，明显弥补了西药治疗该病的不足，具有极大的发展前景。

【病案举例】

1. 王庆英报道病例：蒋某，男，42岁，合川农民。1992年12月10日初诊。自诉2年前因患肾炎，在当地医院进行住院治疗，病情基本得到控制，出院后未继续治疗，病情反复而成慢性肾炎。每感外邪则痼疾易于诱发。今冬因受凉致病情再度复发，且较前更重。症见：面目及下肢浮肿，按之凹陷；伴恶寒重，发热轻，稍动则冷汗出，面色苍白，神衰气怯，胃纳不佳，口干思饮，但不多饮，小便黄涩而少，脉浮紧，舌体瘦、舌质深红而有瘀斑、苔白滑。查体：肾区叩击痛。尿常规：蛋白（+++），红、白细胞少许，颗粒管型（+++）。析其病情为脾肾阳虚、寒热错杂、气血阻滞所致，方用寒热并投之乌梅丸加减：乌梅6g，细辛6g，干姜15g，黄柏6g，山药30g，炮附片20g，党参10g，当归10g，桂枝6g，茵陈15g（先煎），茯苓10g，川花椒6g。嘱试进上剂，并禁食盐。第二日复诊，得知尿量虽不多，但已不甚黄，精神好转，身体轻快，思稀粥，外感症状消失，但下肢仍肿，继以上方去黄连之苦寒伤阳，重用党参至15g，山药至50g，加黄芪30g，益母草30g，以增强益气活血之功。此方服

13剂后，小便化验正常，诸症消失。

按：《素问·经脉别论篇》云："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水津四布，五经并行"，"肾者主水"。水液的正常代谢需赖脾、肺、肾三脏之输布、宣肃、调节，其运化水液功能的正常与否又与人体阳气的盛衰有着密切的关系，因脾胃为后天之本，气血生化之源，肾又为元阴元阳之居。笔者认为治疗水肿病当以补脾肾为主。因脾胃为水液升降出入之门户，故又应侧重补脾胃以培土制水。脾胃位居中央，以灌四旁，凡水肿之病多由于中宫土败。其布散水液功能失调而停聚于体内，致肺失宣肃，肾无以开合，废液不得正常排泄所致。该患者因素体脾肾阳虚，复为外邪所诱发，故方中以黄连之苦寒燥湿，当归之甘润顺脾胃喜燥喜润之性以复其升降；党参、茯苓、茵陈、山药、桂枝、川花椒健脾益气而化气降逆利水；除恢复脾之健运外，尚伍辛热之附子、干姜、细辛以同温脾肾而补火生土；乌梅少量，取其酸涩之性收敛浮散之阳气；附子、黄柏同入肾以济水火，助其生生之用。外邪去后，气虚为本，故再伍黄芪、益母草增强益气活血固表之功，使脾肾阳复，三焦通调，则其肿自平。

2. 刘俊忠报道病例：某男，19岁，学生，面目及双下肢反复浮肿伴腰酸1年余。西医诊为慢性肾炎，迭进中西药物，病情仍时轻时重，不能缓解。诊见：面目及双下肢浮肿，按之凹陷，四肢不温，食少便溏，遗精频作，咽干咽痛，舌淡、苔白，脉沉细。查尿蛋白（++），肾功能正常。证属脾肾两虚，余邪未清。治以扶正祛邪，温肾固涩。方选乌梅丸加减：净乌梅18g，细辛3g，桂枝6g，党参15g，附子（先煎）10g，干姜6g，黄连6g，黄柏10g，当归15g，丹参20g。服药20余剂，尿蛋白尽消，浮肿诸症悉除。嘱其出院后继续服药2个月，以巩固疗效。1年后来院复查，一切正常。

按：该方重用乌梅酸涩固精，以消除蛋白尿，与温肾健脾、活血化瘀等药配合相得益彰。

四、泌尿系感染

尿路感染是指尿路内有微生物停留、繁殖并导致炎症反应发生而

出现的一组临床症候群。根据感染的部位可将尿路感染分为上尿路感染和下尿路感染，上尿路感染又称肾盂肾炎，下尿路感染则包括膀胱炎及尿道炎。此外，根据有无尿路功能上或解剖上的异常，以及是否存在全身性疾病，又可将尿路感染分为复杂性及非复杂性两大类。前者是指伴有尿路梗阻、结石、先天性尿路畸形或膀胱输尿管反流等解剖或功能异常，以及合并存在糖尿病、可导致全身免疫功能异常的疾病，如系统性红斑狼疮、艾滋病等系统性疾病，或在慢性肾脏实质疾病基础上发生的尿路感染。患者可表现出尿路系统症状及轻重不等的全身症状。尿路系统症状包括膀胱刺激症状，如尿频、尿急、尿痛，从排尿时轻度烧灼感到尿道和（或）小腹明显疼痛；亦可表现为腰区不适、酸痛乃至腰区剧痛，重者可出现肉眼血尿。全身症状可由于尿路感染的部位不同而呈现出不同的表现，如下尿路感染患者可出现低热，常＜38.5 ℃、乏力症状；而上尿路感染则可出现周身无力、寒战、高热，通常＞38.5 ℃；发展为败血症者则可以出现相关的全身中毒症状。抗生素的使用是泌尿系感染治疗的基本手段，近年来由于抗生素的广泛使用，尤其是无指征滥用抗生素，是临床上耐药菌株产生的主要原因，而且这种现象越来越严重。

泌尿系感染属于中医学“淋证”范畴，其病机主要是湿热蕴结下焦，导致膀胱气化不利。病在膀胱和肾，且与肝脾有关，若病延日久，热郁伤阴，湿遏阳气，或阴伤及气，可导致脾肾两虚，膀胱气化无权，则病症从实转虚，而且虚实夹杂。应治以清热解毒，利尿通淋，或滋阴凉血活血。西医选用敏感抗生素仍是治疗该病的有效手段，但存在易产生耐药性、复发率高的问题。中西医结合疗法对于缩短病程、提高疗效、防止复发以及恢复体力、改善症状具有明显优势。

【临床应用】

王红用乌梅丸治疗寒热错杂型尿频尿痛1例。投以乌梅丸加减：乌梅、黄连、当归、桂枝、人参、川花椒、白鲜皮各10g，细辛、制附子、黄柏各6g，干姜5g。每日1剂，水煎3次，前2煎取汁200ml，分2次服；第三煎弃渣取汁，泡洗外阴。治疗1周，小便通畅，尿急缓解，小腹冷痛拘急明显减轻，大便成形。原方再进5剂，

前方去川花椒、白鲜皮、细辛，加用车前子、茯苓、陈皮各10g。继服10剂后诸症除。

五、糖尿病神经源性膀胱炎

糖尿病神经源性膀胱炎是糖尿病常见慢性并发症之一，表现为各种类型的排尿功能异常，主要有膀胱残余尿增多、尿潴留、充盈性尿失禁等。据报道糖尿病神经源性膀胱炎在糖尿病患者中的患病率高达27%～85%。膀胱由骶髓2、3、4中3条副交感神经及胸髓第11、12神经与腰髓1、2对神经中4条交感神经调节支配，糖尿病神经病变影响上述神经，尤其是感觉神经部分，则引起排尿反射异常；由于副交感神经损害而致膀胱收缩力减弱，交感神经损害影响三角肌及内括约肌，以致尿潴留，膀胱渐充盈胀大，当膀胱胀大其容量超过1000ml以上时，渐出现尿失禁，尿淋漓不尽，由于长期残余尿增加而导致本症。其临床表现多样，发病机制复杂，诊断尚无统一标准，目前西医尚无更有效的治疗手段，尚无治疗该病理想的药物，有研究提出膀胱减容重建术能提高神经源性膀胱尿道功能障碍患者的排尿效果，但远期疗效尚无定论。近年来在西药控制血糖治疗的基础上，中医药治疗糖尿病神经源性膀胱炎取得一些成绩，显示出一定的优势。

中医据其症候表现，属“癃闭”、“遗溺”范畴，《内经》责之“膀胱不利”、“膀胱不约”。主要病机是由于肾气受损，阳气虚弱，阳不化阴，膀胱气化无权而致。中医药治疗糖尿病神经源性膀胱炎取得了一定进展。采用中药清利湿热、利尿通淋，配合针刺治疗，对该病有较好的疗效。

【病案举例】

冯鑫报道：患者沈某，女，69岁。排尿困难2年。患者2001年4月，觉解小便困难，淋沥不尽，无尿痛、尿血，口干喜热饮，腰酸，胃寒，双下肢冷麻，大便可，舌淡红、苔白，脉细弱。查尿常规尿糖6mmol/L，余无异常。当时查空腹血糖为10.4mmol/L，诊断为糖尿病，糖尿病性膀胱炎。曾求治于多名专家教授，予温阳补肾、化气行水等治疗，症状未见明显改善。刻诊：仍排尿困难，淋沥不尽，下腹胀痛，小便时有重坠感，易汗出，双下肢冷麻，心烦，口干喜热

饮，舌暗红，苔薄黄，脉细滑。辨证为寒热错杂，膀胱气化不利。予乌梅丸加减：乌梅 10g，细辛 3g，桂枝 10g，太子参 30g，熟附子（先煎）15g，川花椒 10g，阿胶 15g，黄连、当归各 10g，怀牛膝、茯苓、猪苓各 15g，泽泻 10g，黄芪 30g，干姜 10g。日 1 剂，水煎服，连服 7 剂。二诊：排尿较前顺畅，心烦、口干喜热饮基本消除，下腹坠胀、易汗出、双下肢冷麻较前有所改善，尿糖阴性，空腹血糖 8.2mmol/L，上方去黄连、阿胶，加白芍、王不留行各 15g，鸡血藤 30g，改当归为当归尾 12g，水煎服，日 1 剂，连服 7 剂。三诊：诸症大减，空腹血糖 6.1mmol/L，故又守原方继服 7 剂，诸症消失，病告痊愈。

按：本病当属清阳下陷证之一，即肝脾肾三虚不能升清，导致清阳下陷。具体而言，脾虚不升，不能制水；肾虚不升，二阴失司；肝虚不升，木郁化火，热灼伤阴从而形成上热下寒、虚实夹杂之症。故本病实属三阴同病，以厥阴肝木为主。清代医家黄坤载曰“消渴者，是厥阴之病也。”郑钦安亦曾提出“消症生于厥阴风木主气，盖以厥阴下水而生火，风火相煽，故生消渴主症。”因而选用寒热并调之乌梅丸治疗本病而获良效。

六、乳糜尿

乳糜尿是一种顽固而难治的慢性疾病，由于胸导管、乳糜池及其所联系的淋巴系统发生病变，引起淋巴回流发生障碍，淋巴管内压力增高，淋巴侧支循环代偿失调，形成肾盂区淋巴瘘，致使乳糜液通过淋巴道进入尿路而发生乳糜尿。现代医学认为班氏丝虫感染为最常见病因，此外腹内结核、肿瘤、胸腹部创伤或手术、先天性淋巴管畸形等也可引起淋巴管阻塞，出现乳糜尿。西医治疗乳糜尿主要有外科手术、肾盂药物灌注及杀灭丝虫等方法，但疗效不确切，容易复发。中医药在长期的临床实践中对乳糜尿的治疗积累了丰富的经验。

中医认为本病属“膏淋”、“尿浊”范畴，临床分为湿热内蕴、脾虚气陷、肾气亏虚三型。治疗方法各地很多，总的来说，南方都主张用“补气法”治疗，而北方则主张用“清热利湿法”治疗，有“南补北泻”的说法。本病常为本虚标实之证，多见气虚兼湿热、瘀

血证；日久不愈，湿热久蕴，耗气伤阴，则演变为气阴两虚兼血瘀证，故采用益气养阴、清利湿热、分清别浊、凉血化瘀之法多能获效。

【病案举例】

边玉凤报道：刘某，女，49岁。1993年7月20日诊。患乳糜尿10余年，近年来反复发作，经多方治疗，病情时轻时重，近来日趋加重。患者头昏乏力，面色痿黄，食纳不下，腰膝酸楚，时伴小腹疼痛，舌体胖大，苔白厚腻，脉细弱。尿检：乳糜定性阳性，尿蛋白（+++），白细胞（±），红细胞（±）。拟乌梅丸化裁：乌梅、苍术、法半夏各10g，党参、黄芪各12g，当归、干姜、附片各8g，川花椒5g，黄连、细辛各3g。上方共服28剂，前述诸症逐渐消失，尿检：乳糜定性阴性，尿蛋白阴性。

第五节 心血管疾病

一、慢性充血性心力衰竭

慢性充血性心力衰竭，简称心衰，指在有适量静脉血回流的情况下，由心脏收缩和（或）舒张功能障碍，心排出量不足以维持组织代谢需要，并致组织灌注减少，肺循环和（或）体循环淤血为主要特征的一组病理、生理症候群，是各种心脏疾病的终末期表现。西医治疗本病的最佳方案为血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）、利尿剂、β受体阻滞剂的联合应用，并用或不用地高辛。其治疗目标不仅仅是改善症状、提高生活质量，更重要的是针对心肌重塑的机制，防止和延缓心肌重塑的发生、发展，降低心衰的死亡率和住院率。强心、利尿、扩血管药物，虽能改善血流动力学，缓解症状，但不影响心衰的进行性恶化，而药物的不良反应仍是临床医生公认的事实。

中医将其归属于“心悸”、“喘证”、“痰饮”、“水肿”、“胸痹”等范畴。临床上表现为胸闷心悸、动则气短，甚则喘息不能平卧、颜面及四肢浮肿、颜面紫绀、烦躁不安、脘痞腹胀、形寒肢冷、大便溏泻、小便短少、舌质淡或淡暗、苔白、脉沉细无力或结代等症。心衰

的病因主要为心脏原发病或他脏之病影响及心，造成气血阴阳诸虚，或六淫外邪犯心，从而损伤心脏。对于心衰病机的认识，目前多数认为是虚实夹杂，本虚标实，以虚为主。本虚主要是气阳亏虚，还涉及阴伤；标实主要是血瘀、痰饮和水湿为患。本虚与标实之间相互作用，相互影响，互为因果。而对于本虚，也有不同侧重。一般认为，心气虚是心衰的根本原因和病理基础，并可进一步导致阳虚和阴虚，使病机错综复杂，形成虚实夹杂之候，最终阴竭阳脱而死亡。中医治疗以温补心肾阳气、通阳利水、活血化瘀、燥湿化痰等为大法。

【临床应用】

彭学海等运用乌梅丸合西药治疗充血性心力衰竭43例。参考有关诊断标准选择充血性心力衰竭患者86例，年龄32～86岁，平均52岁。原发病：冠心病48例，风心病13例，肺心病11例，高心病14例；心功能：Ⅱ级10例，Ⅲ级53例，Ⅳ级23例。按随机数字法分为治疗组43例，对照组43例。各组间的临床资料经统计学处理差异无显著性。治疗组和对照组均用西医常规治疗：毛花苷C（西地兰）0.2mg加50%葡萄糖注射液20ml，每天1次静脉注射，或地高辛片0.25mg，每天1次口服，呋塞米20mg加50%葡萄糖注射液20ml每天1次静脉注射。治疗组加服乌梅丸方：红参、当归身、干姜各10g，附子12g，川花椒4g，川黄连3g，黄柏5g，乌梅10g，细辛6g，1日1剂，水煎2次，共400ml，分2次服。3周为1个疗程，1个疗程结束后统计疗效。观察治疗前后心悸气急、水肿、紫绀、颈静脉怒张、肺部啰音、胃肠道等症状和体征的变化。疗效标准：按NYHA心功能分级标准，显效：治疗后心功能改善相差2级或3级者；有效：心功能改善相差1级者；无效：心功能改善不足1级或恶化者。临床疗效：治疗组43例中显效21例，有效20例，无效2例，总有效率95.35%；对照组43例中显效16例，有效18例，无效9例，总有效率79.07%。两组总有效率差异有显著意义（$P<0.05$）。

按：乌梅丸是治疗胆道蛔虫症的古方，但该方的药物组成和治疗很切合充血性心力衰竭的病机，方中红参补气，增强心肌收缩力；当归养血活血；干姜、附子、细辛、川花椒共起温阳作用，其中附子含有消旋去甲乌药碱，具有强心作用；乌梅之酸和川黄连、黄柏之苦寒

可防以上诸药温补之过于燥火，可共同起到辛开苦降、寒温共调、补虚泻实作用，使以上本虚标实、寒热错杂的病症得以解除。

二、隐性心衰

隐性心衰有些病人早期先出现舒张性心衰，即隐性心衰，临床上表现隐匿，一般无典型水肿、颈静脉充盈、肝大等。心功能衰竭的基本病理变化是心气虚弱，推动无力，血行迟滞，血脉脏腑瘀阻，日久则损及心脏阴阳而水湿泛滥全身；而在隐匿性心衰阶段，其病机是心脏舒张功能和收缩功能不协调，即心阴和心阳紊乱失衡为主。此阶段使用洋地黄类药物往往收效不大（除非合并快速型房颤）且弊多利少。

中医将其归属于“心悸”、“喘证”、“痰饮”等范畴。中医治疗可参照“慢性充血性心力衰竭”。

【临床应用】

刁锦昌等运用乌梅丸治疗隐性心衰39例。本组39例，男32例，女7例；年龄60～84岁，平均年龄68岁。按中国心衰协会1993年左室舒张功能不全的诊断标准。临床症状与体征：发病后夜尿明显较白天增多（排除前列腺肥大者），近日体重增加32例，卧位出现干咳36例，高枕位35例，轻度活动出现咳嗽、气促、心悸、胸闷32例，咳白色泡沫痰31例，白天极易疲倦25例，上腹胀闷、食欲下降间有恶心呕吐9例，失眠烦躁、夜间迫醒或阵发性呼吸困难28例，脉率＞100次/min 32例，呼吸较平时增快39例，脉压差小20例，多汗或大汗淋漓16例，心界扩大24例，双肺底湿性啰音39例。病史：冠心病16例，高血压病32例，糖尿病8例。本次发病后曾按支气管炎、肺部感染给予青霉素、头孢唑林、氧氟沙星等抗生素治疗无效38例。用乌梅丸处方：红参、制附子各8～10g，五加皮、黄精、玉竹各20g，乌梅、桂枝、黄连、黄柏各10g，三七、甘草各6g，细辛、川花椒各3g，干姜5片。每日1剂，水煎2次分服。冠心病者加心血康2片，每日服3次；高血压者加硝苯地平10mg，每日服2次；糖尿病者加服消渴丸5粒，每日3次。症状减轻后继续服中药3剂。39例均未加服洋地黄类强心药物。疗效标准与结果：痊愈：服药3

天心功能改善，自觉症状消失，病情控制在病前状态者 26 例，占 66.67%；有效：服药 6 天心功能改善，自觉症状基本消失，病情控制在病前状态者 12 例，占 30.77%；无效：服药 6 天心功能无改善，自觉症状未减轻 1 例，占 2.56%。

按：隐性心衰病情错综复杂，往往虚实寒热互见，诸症百出。针对上述病机用乌梅丸治疗是比较合适的，其中红参益气养心，三七化瘀生新，附子、桂枝、干姜振奋回阳，佐以五加皮、黄精、玉竹共奏调和阴阳之功。

三、晕厥

晕厥又称昏厥，是一组症候群，常由于一时性广泛性脑供血不足，导致大脑皮质高度抑制而突然发生短暂的意识丧失。其发作时意识丧失的深度及持续时间有轻重不同。晕厥的原因有心源性晕厥（冠心病严重心律失常等）、血管抑制性晕厥、代谢性晕厥、脑源性晕厥以及其他如反射性、原因不明晕厥等。心源性晕厥多见于完全性房室传导阻滞、病窦综合征、阵发性室速、Ⅲ度房室传导阻滞以及室性心动过速均导致心排血量急剧减少，血压明显降低，脑部缺血缺氧而致晕厥。血管抑制性晕厥多见于年轻患者，发作诱因有疲劳、长时间站立、紧张、献血、静脉穿刺等，这些刺激作用于大脑皮质，通过自主神经反射性引起外周血管阻力突然降低，血压骤降，脑小血管扩张，引起脑灌注不足，以致发生晕厥。脑源性晕厥多见于中老年患者，常由高血压、椎 - 基底动脉供血不足所致。代谢性晕厥多由低血糖引起。

晕厥属中医学之“厥证”范畴，其病因多因外邪侵袭，七情内伤，饮食不节而发病。病位在脑。意识为五脏在脑的指令下，各司其职，协调相处，共同完成人体的生命活动；气血的正常运行，使人神志清晰，思维敏捷，精神充沛；脏腑疏泄平衡协调，则脏腑气化条达。若七情内伤等，导致气机逆乱，阴阳气血不相顺接，脑血流失常发病晕厥。本证发作后常在短时内逐渐苏醒，醒后无偏瘫、失语、口眼歪斜等后遗症。《素问·厥论篇》曰：“厥或令人腹满，或令人暴不知人，或至半日远至一日乃知人者”。在《伤寒论·辨厥阴病脉证

治》中第337条提出："凡厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足厥冷者是也。"这就说明厥论有寒热虚实之分，其证状无论属寒属热都表现为手足厥冷。

【病案举例】

陈爱芝等观察病例：乔某，女，16岁，学生，1990年10月6日就诊。患者平素学习成绩较好，2个月前，因一次小考成绩较差，心情不畅，整日少言无语。于10月6日晨因和弟弟吵架后，突然昏扑，四肢厥逆，痉挛抽搐，汗出，心烦。发作时神志尚清，但呼之不应，伴眩晕、呕吐。舌质红、苔薄白，脉弦细，测血压12.0/8.0kPa，脉搏68次/min。心肺肝脾无异常。辨证为邪陷厥阴，寒热错杂之厥证。投乌梅丸加减：党参10g，制附子10g，半夏10g，茯苓10g，干姜6g，黄连6g，当归6g，川花椒6g，黄柏6g，乌梅18g，石菖蒲12g，郁金12g，急煎顿服。服药1剂，厥逆、痉挛消失，呼之则应。余症亦有改善，续服5剂，诸症悉除。随访2年未见复发。

按：此例厥证，乃患者心情不畅，肝气不舒，日久邪陷厥阴，寒热错杂之症。故投用清温并举之乌梅丸方而获愈。

四、风心病水肿

慢性风湿性心脏病是指风湿热后所遗留下来的心脏病变，以心脏瓣膜病变最为显著，故亦称风湿性心瓣膜病或简称风心病，为国内最常见的一种心脏病。风心病水肿多见于右心衰竭期，此时因长期肺动脉高压使肺小动脉由痉挛而硬化，导致右心室肥大和扩张。右心衰竭产生体循环静脉淤血、肝脾肿大与压痛，皮下及下肢水肿和腹水等。

风心病属中医"心痹"、"心悸"、"胸痹"等病范畴，其发病多由风、寒、湿邪侵入机体，由表入里，犯及血脉，累及心脏所致。心脉受侵，则主血失调、血循失度，致使心脉瘀阻，久之累及肺、脾、肾，产生复杂的病理和错综的临床表现。本病素来以阳气虚衰为本，瘀血痰饮水湿为标。心肺瘀血是病机关键。心气下通于肾，肾气上承于心。风心病久之，心阳虚衰，进而累及于肾。肾阳虚则不能蒸水化气，脾失肾之温煦则运化失司，土不制水，以致水湿内停，既泛溢于肌肤，又凌心射肺，从而导致血瘀水阻之候。症见面唇青紫，心悸怔

忡，喘咳倚息，动则加重，畏寒肢冷，全身浮肿，腹水肝大，舌质淡嫩、或见瘀斑，脉沉细兼结代。因此温阳化瘀、鼓动心脉、利水消肿常能获良效。

【病案举例】

张海成报道病例：范某某，女，48岁，1995年3月5日初诊。患风心病20余年，平素尚能生活自理及从事一般家务劳动。1个月前因感冒病情突然加重，表现为咳喘、发热、下肢水肿、肝肿大、少量腹水，诊断为风心病合并急性感染，心功能不全。经抗炎、强心、利尿等治疗后病情缓解。近10天来又有反复，邀余诊治。刻诊：两颧潮红，唇微紫，胸中满闷，气促，偶有咳嗽，痰少、痰色黄白呈泡沫状，腰以下可见凹陷性水肿，腹胀如鼓，畏冷，四肢不温，口干苦不欲饮，大便稀薄，小便量少，舌暗红、苔黄白腻，脉沉细结代。证属阳衰水湿泛滥，下寒上热。遂予乌梅丸加减。药用：乌梅10g，细辛3g，桂枝10g，黄连3g，黄芩10g，当归10g，党参20g，制附子10g（先煎），川花椒10g，大腹皮10g，茯苓皮30g，冬瓜皮30g，干姜6g。3剂，每日1剂，水煎服。3月9日二诊：药后小便量明显增多，水肿减轻，余症均有改善。效不更方，以上方略有增损，共服15剂，水肿、腹胀、胸闷气促等消失，食欲增进，精神改善，生活已能自理。

按：该例证属脾肾阳衰，失其运化转输、行气化水之能，诸症悉起，故以党参、制附子、桂枝、干姜、细辛、川花椒回阳救逆，“益火之源以消阴翳”；配茯苓皮、冬瓜皮、大腹皮温阳利水，宽中下气；当归与党参二味相伍，益气养血活血；黄连、黄芩二味清心肺内蕴热邪；乌梅既生津以缓温燥，又敛肺气祛痰止咳。诸药相伍，虚实寒热兼顾，故获良效。

五、心绞痛

心绞痛属于冠心病中最常见的类型，是冠状动脉供血不足、心肌急剧且暂时的缺血与缺氧所引起的心血管综合征。绝大多数心绞痛是由冠状动脉粥样硬化性病变所引起。心绞痛的主要临床特征是胸痛，为阵发性心前区胸骨后的紧束压迫感和疼痛，可放射至左上肢、颈或

下颌部，体力活动或精神情绪激动常可诱发其发作，通常持续数分钟，一般不超过15min，休息或舌下含服硝酸甘油可使心绞痛发作缓解，并可预防其发作。

我国古代文献中没有冠心病的病名，但类似的症候早有记载，本病属于中医学“胸痹”、“心痛”、“厥心痛”等范畴。多年来国内外学者用不同方法，从不同角度进行了大量的研究，在此将从中医病名病机、辨证分型及中药研究方面类似于此病的记载列于下：首见于《内经》。《素问·标本病传论篇》曰：“心病先心痛”。《素问·藏气法时论篇》中有“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛”等与心绞痛症状十分相似的描述。《灵枢·厥病》篇有“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”。《金匮要略·胸痹心痛短气篇》有“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气”，以及“胸痹不得卧，心痛彻背”等心肌梗死及其转归预后的描述。对于其病因病机，后世医家多宗《内经》、《金匮要略》之说。《素问》曰：“经脉流行不止，环周不休，寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。”《金匮要略》指出“阳微阴弦”的病因病机，认为该病是胸阳虚极、阴寒之邪痹阻产生的正虚邪实证。近年来，临床医家在总结前人观点的基础上提出自己对病因病机的认识，冠心病属血瘀证范畴，气滞、寒凝、痰阻、阳虚等诸多因素均可导致心血瘀阻，不通则痛，导致胸痹之症。2002年修订的《中药新药临床研究指导原则》中将心绞痛分为心血瘀阻、气虚血瘀、气滞血瘀、痰阻心脉、阴寒凝滞、气阴两虚、心肾阴虚、阳气虚衰等8个证型；中华人民共和国中医行业标准《中医病证诊断疗效标准》中将冠心病胸痹心痛症候分为6型论治，即心血瘀阻、寒凝心脉、痰浊内阻、心气虚弱、心肾阴虚、心肾阳虚。

【病案举例】

刘和强介绍：何某，女，40岁，因反复夜间心胸闷痛半年，于1991年8月28日来诊。患者于半年前，间歇性夜间心胸憋闷，气促，继而心前区压榨样疼痛，坐位后稍缓解。服硝苯地平、异山梨酯（消心痛）等能缓解。前往某医院住院，确诊为冠心病心绞痛，经1

个多月治疗后症状缓解出院。出院半个月后，复见每天或隔天入夜心前区憋闷痛，曾3次因剧烈心绞痛发作而急诊，经静脉滴注硝酸甘油后心绞痛方缓解。然第二天头晕头胀，疲乏不堪，半年来不能工作。除持续服用治疗冠心病的西药外，先后用益气活血汤、麦味地黄汤、猪苓汤、瓜蒌薤白桂枝汤、当归四逆汤等治疗，仍频频心绞痛发作。舌质黯红、苔薄白，脉弦细数。详问患者其心痛多于夜间发作，先有乍热乍寒感，之后胸闷憋气如重物压，气促至坐起，以后心烦热、压榨样疼痛、口不干，有欲便感，但无大汗淋漓，往往在月经期间或情绪波动时大发作，致数月来每入睡时惶恐。根据患者心痛，大发作诱因为月经期间或情绪波动时，多见阴血不足。发作时心中烦热为肝火上扰心神。而发作时间多在戌亥时，且有乍热乍寒症候，为阳气衰阴寒盛，邪正相争。欲便、口不干为中下焦寒邪内干，形成上热中下焦虚寒证。病机与乌梅丸证甚为合拍。用乌梅丸加减。处方：乌梅10g，槟榔、黄芩各12g，党参20g，熟附子、川花椒、炮姜各6g，大枣、麦冬、丹参各15g。3剂，日1剂。

9月1日二诊：服药后乍热乍寒症消失，然夜间临睡前仍有心胸憋闷，但不需服异山梨酯、舒心丸等，静息一段时间后可以入睡，而大便糊状，口不干，舌脉同前。示寒邪已减，阳气渐复，上方已切中病机，在原方基础上加泽泻12g，日1剂，连服5剂。

10日三诊：服上药期间心绞痛已消失，试行半天工作后，仍夜间有2次心胸憋闷，但无压榨感，可以安睡，但梦多，口转干不多饮，舌质黯红胖、苔白稍干，脉细弱。阴寒已散，阳气渐复，而阴虚火旺之象已显，加强养阴，转拟下方：乌梅、阿胶（烊）各10g，川花椒、熟附子各3g，黄连6g，党参20g，炮姜5g，槟榔、泽泻、郁金各12g，丹参、麦冬各15g，日1剂，连服5剂。

18日四诊：患者1周来，无心绞痛发作，多梦，二便正常口不干，可以胜任半班工作。拟益气活血汤加味。处方：党参20g，黄芪、黄精、丹参各15g，郁金12g，川芎、五味子、石菖蒲各6g，2日1剂，以巩固治疗。1年后随访，偶尔心前区憋闷，服舒心丸、硝苯地平及地西泮可以缓解，未有心绞痛大发作。

按：冠心病心绞痛是冠状动脉与心肌氧的供需失调而出现的症

状，属于胸痹范畴。一般属阳微阴弦或气滞血瘀、气阴虚血瘀、阳虚血瘀，而选用药物时，少有选用乌梅丸治疗的报道。乌梅丸是治疗蛔厥脏寒证的代表方，自汉代后有用此方治疗久利或泄泻证。至于乌梅丸加减的汤剂治疗心绞痛，可能在治疗机制上与本例冠心病心绞痛的寒热错杂，中下焦虚寒，而肝阴虚亏至肝火上干心脉的乌梅丸证的病理相符。而心绞痛为夜间发作，多属冠状动脉狭窄基础上痉挛，改善冠状动脉平滑肌痉挛，心绞痛病则缓解，与乌梅丸治疗蛔厥、久利泄泻，改善胆道及肠道平滑肌的痉挛作用机制可能相符，而获疗效。

六、高血压

高血压病又称原发性高血压，是以体循环动脉压增高为主要表现的心血管疾病。主要以头痛、失眠、烦躁易怒、乏力为常见症状，晚期因心、脑、肾等脏器出现不同程度的器质性损害而出现相应的各种临床症状甚至导致患者死亡与残疾。2005年《中国高血压防治指南》将收缩压（SBP）≥140 mmHg和（或）舒张压（DBP）≥90 mmHg诊断为1级高血压；SBP≥160 mmHg或DBP≥100 mmHg为2级高血压；SBP≥180 mmHg和（或）DBP≥110 mmHg为3级高血压。

中医虽没有高血压病的病名，但据其临床表现可把此病列入“肝阳”、“肝火”、“眩晕”、“头痛”的范畴。其病因病机为外感六淫、内伤七情、饮食不节、脏气不平，皆可内生风、火、痰、瘀，扰乱气血，上冲头目而发病，风、火、痰、瘀相互兼夹为病，则成风火相搏、痰火内扰、风痰上蒙、痰瘀互结等证。《内经》云“诸风掉眩，皆属于肝。”《临症指南医案》：“头为诸阳之会，与厥阴肝脉会于巅顶，厥阴风火乃能逆上作病。”《河间六书》谓：“风火皆属阳，多为兼化，阳之乎动，两动相搏。”又“肝厥头痛，肝火厥逆上攻头脑也。”可见眩晕、头痛之因皆由肝风内动，肝阳上亢，肝火上逆所致。

中医药治疗高血压病源远流长，大量的临床实验证明了中医药治疗这类疾病的临床疗效，特别是现代医学技术与中医学的有机结合研究，揭示了不少中医药对高血压病的作用机制，显示了中医药对该病治疗的广泛前景。临床研究展示了中医药不仅具有良好的降压效果，

而且可对机体进行多环节、多层次、多靶点的整合调节，其科学性和有效性已经被临床实践所证实。上述原发性高血压病从中医理论论述，大都是由于肝失其柔和、逐渐发展而成的。因此在治疗上着重采用滋阴、平肝潜阳、息风等法。

【病案举例】

张留香报道病例：李某，男，36岁，初诊：1993年7月8日。患者高血压8年，血压常维持在20～24/13～15 kPa，现血压23/14kPa。近2天发热、头痛剧烈，伴有眩晕，恶心，烦躁，口干口苦，饮食减少，大便干结，脉弦有力，舌苔白厚。当时诊为少阳失和，给以小柴胡汤加减：柴胡、黄芩、桑叶、菊花、太子参、大黄各10g，龙胆草15g，石膏、石决明各30g，竹茹15g。水煎分2次服。二诊：服药后，头痛、眩晕减，发热退，大便通利。但继感颈项强硬不舒，上肢麻木，胸闷，头沉，咽喉部发憋，脉弦。此为少阳证已去，肝阳肝风不得平息。治以乌梅汤加减：乌梅、代赭石、石决明各15g，花椒、干姜各15g，细辛6g，黄连、黄柏各3g，桑寄生、杜仲、钩藤、葛根各20g，太子参、天麻各10g。水煎分2次服，1日1剂。三诊：上方15剂后，诸症已除，特别是头部如释重冠。去干姜、花椒继服10剂，血压20/12 kPa，症状基本消失。

第六节　内科其他疾病

一、胆囊术后胁下痛

胁痛是临床常见的一种自觉症状，多种内科病都能出现胁痛。胁痛多与肝胆疾病有关，属于“胁痛”、“胆胀”范畴。凡情志抑郁，肝气郁结，或过食肥甘，嗜酒无度，或久病体虚，忧思劳倦，或跌扑外伤等皆可导致胁痛。病理性质有虚实之分，因气滞、血瘀、湿热致肝胆不利，经络瘀阻所致者属于实证；由于肝肾阴亏精乏，脏失所养所致者属于虚证。故中医治疗多宗理气活血，通络止痛，或补益肝肾之法。

【病案举例】

王庆英介绍：王某，男，71岁，离休干部。10年前因胆囊炎、胆结石在某院行胆囊切除术，术后疼痛未能缓解，又行第二次手术，原因不详。二次手术后，患者右胁下仍感疼痛，继续抗菌治疗。10年来，反复发作，每年至少4~5次，每次均用3种以上抗生素治疗，10余天方能缓解，中药叠经疏肝利胆化瘀等法治疗，症状时作时休。现症：右胁下隐隐胀痛，脘腹胀满，嗳气频作，口干口苦，大便正常，小便微黄，寒热不明显，形体矮胖，面色红赤，右上腹见手术瘢痕愈合良好，下肢不肿，苔薄黄腻、舌质红，脉弦滑。就诊时已应用头孢拉定、阿米卡星（丁胺卡那霉素）等输液10天，观前医处方大柴胡汤加活血化瘀方，症状未见改善。良由湿热蕴结，肝失疏泄，肝阴受损，肝胃不和所致。拟抑肝和胃法以乌梅丸加减。处方：乌梅15g，白芍15g，甘草4g，黄连3g，竹茹10g，川楝子10g，炒元胡10g，代赭石20g，水煎，日服3次。服上方6剂，疼痛大减，嗳气已除，苔渐净、舌红，脉小弦，前方即效，原方加减：乌梅10g，赤芍、白芍各10g，甘草4g，黄连2g，黄柏3g，姜半夏10g，陈皮6g，竹茹10g，木瓜10g。服上方5剂，临床症状基本消失，大便偏干，口中和，食纳不佳。六腑以通为用，上方加生大黄3g。服上方6剂，大便日行1次、质偏薄，自觉无痛苦而食养善后。

按：本例特点为火盛于上，气逆于中，故方用黄连、黄柏、川楝子、竹茹重在清降肝热，清火于上，降逆于中；而去桂枝、附子、细辛刚性温下之品，加入姜半夏合干姜、黄连，有辛开苦降之意，代赭石为重镇降逆要药。症见嗳气频频，脘腹胀满，说明湿热较甚，当去人参、当归。症见舌苔糙，舌质红，说明因疏泄太过，损伤肝阴，故前医用大柴胡汤效差，乃用乌梅、白芍、甘草酸甘化阴治本，要点仍然在酸以平肝。三诊时大便偏干，加生大黄少许，以通为用，同时健脾。

二、雷诺病

雷诺病（雷诺综合征），又称肢端血管痉挛症，是有末梢小动脉痉挛，致使受累部位皮肤出现苍白、发冷，继而青紫、疼痛，再转潮

红，然后复原。1862 年，Maurice Raynaud 首先报告几例因寒冷所致肢体肤色改变的病状：包括皮肤苍白、紫绀和潮红。此后，这一现象被称为“雷诺综合征”。手是好发部位，趾、面颊及耳偶尔亦可累及，女性多见，约占 60%～90%，尤其多见于伴有结缔组织疾病的女青年。男性病人则多见于老年，且伴有动脉粥样硬化，操作震动剧烈工具的人员发病率高达 40%～90%。其发病机制被认为是由中枢神经系统功能紊乱导致肢体远端小动脉、毛细血管前动脉处于收缩状态，且皮肤动静脉分流。

本病属中医“手足厥冷”、“痹证”等范畴。如成无己的《伤寒明理论》对该病的病因、病机及临床表现有较详细的描述，认为“伤寒厥者，何以明之？厥者，冷也，甚于四逆也。经曰：厥者，阴阳气不相顺接，便为厥。厥者，手足逆冷是也，谓阳气内陷，热气逆伏，而手足为之冷也”。本病外因是寒邪凝滞，内因是素体血虚、阳气不足，感受寒邪致营卫不和，气血运行不畅，四末失于温养，发为本病。故临床多以养血活血、温阳通脉为法，疗效较佳。

【病案举例】

韩凯等报道：刘某，女，30 岁，工人，2004 年 3 月 29 日，因四肢肢端间歇性苍白、紫绀、潮红交替出现 2 年就诊。开始于指趾尖端，以后逐渐上行，累及手足掌部。发时局部发白紫绀，寒凉麻木，有针刺样疼痛，转为潮红时伴有烧灼感，整个过程约持续 1h，可自行缓解，遇寒冷或情绪刺激易发作。西医诊为雷诺病，应用烟酸、硝苯地平等治疗有所好转，但停药后复发如初，本次因再次发作而来诊，诊见舌质淡、苔薄黄，脉滑细，依据寒热发作之症给予乌梅丸治疗：乌梅 15g，细辛 6g，干姜 10g，黄连 12g，炮附子 9g，当归 15g，花椒 10g，桂枝 15g，人参 6g，黄柏 10g。日 1 剂，水煎分 2 次服，服药 10 剂后症状明显减轻，守方再进 10 剂，症状基本消除。再坚持服用月余，1 年后随访未复发。

按：现代医学认为雷诺病是由于支配血管的交感神经功能紊乱，引起肢端小动脉痉挛，肢端局部缺血而出现指、趾端苍白、紫绀、麻木、充血和剧烈疼痛等症状，严重者可发生肢端溃疡、坏死。本例患者发病时局部发白紫绀，寒凉麻木，病机当为之脏寒（脾与肠中有

寒）而非脏厥（肾脏真阳极虚而致四肢厥冷），患者阳虚不能温养四末，外有寒邪客于血脉之中，脉络收引，血流不畅，瘀于肢端而致疼痛。细审乌梅丸方义，用寒用热，亦敛亦散，既温且通，攻补兼施，稍事增味，正中该例病机，故收效满意。

三、发热

现代医学的不明原因发热（FUO）的定义：①发热时间持续 ≥3 周；②体温多次 >38.3℃；③经≥1 周完整的病史询问、体格检查和常规实验室检查后仍不能确诊。发热一般分为感染性发热与非感染性发热两大类，感染性发热见于感染性疾病（细菌性感染、病毒性感染等）、结核病（肺结核、肺外结核、肠结核、腹腔结核、脑膜结核）等，是细菌或病毒等病原微生物侵入人体而引起的急性临床症状；非感染性发热是由于术后切口内无菌性坏死物、出血及渗液的吸收，吞噬细胞吞食坏死细胞的蛋白分解产物后，释放出致热原而引起发热。

中医学将发热分为外感发热与内伤发热两大类，感染性发热一般属于外感发热范畴，临证以发热恶寒、口苦头晕、胸脘痞闷、恶心纳呆、大便不畅或便秘、舌苔黄厚而腻、脉弦滑为主症，属湿热病邪侵入人体所引起的湿温病范畴，乃湿中蕴热、湿热蒸酿为患。湿热相结，如油裹面，难解难分，病邪伏匿募原，根深蒂固，病势多缠绵，难以速愈。外感发热多因风、寒、暑、湿、燥、火致病，且其发病急，传变快，多为高热，亦有低者。非感染性发热大都属于内伤发热范畴，“凡脏腑气血虚损或失调引起发热，称内伤发热”。内伤病变均可导致长期低热，体温可升高，亦有自觉烦热而体温升高不明显者；一般发病慢，病程长，时作时止或发有定时，热不恶寒或稍感怕冷，得衣被则冷减。相对而言，较之外感致热者其疗效与预后均有不及。对于发热的治疗，宗虚则补之，实则泻之，虚实并见者补泻同施，常能取得良好效果。

【病案举例】

1. 王四平等报道病例：刘某，男，23 岁，学生。1999 年 11 月 2 日就诊。近 2 周来，自觉低热，体温 37.3 ~ 37.5 ℃，伴周身乏力，

烦躁，休息时加重，口苦，胸胁胀满，大便溏泻，舌淡苔白，脉弦弱无力。患者曾在省某医院做生化检查，未见异常，诊为“发热待查”，服用抗生素未见疗效，前来求助中医治疗。辨证：肝失疏泄，郁而化火。方以乌梅丸加减：乌梅、干姜、川花椒、肉桂、细辛各4g，制附子（先煎）10g，党参、当归各12g，黄芪15g，黄连、白芍各9g，黄柏5g，炙甘草6g。3剂。药后诸症悉除。半年后随访未见复发。

2. 陈庆华介绍：唐某，男，13岁，1990年1月26日初诊。其母代诉：患感冒发热数日不解，伴肝区疼痛，经某医院检查诊为肝脓肿而收入院。入院后行手术、抗炎及对症治疗32天，查切口愈合，各项检查均正常，唯发热未尽退，转求治中医。症见：每日午后约2时始发热，体温37.5℃，傍晚体温38.4℃。用药后，须待凌晨3时许汗出方解。伴肢厥恶风，倦怠乏力，口渴饮冷，纳差，面黄消瘦，舌质淡红，苔薄白，脉细数。证属寒热错杂，气机失调。治以寒热并投，疏通气机。处方：乌梅20g，柴胡25g，黄连、黄柏、白附片、党参、当归、桂枝各10g，细辛、花椒、干姜各3g。水煎服，2日1剂。仅服2剂热退，随访3年未复发。

按：从中医阴阳消长论之，下午乃阳消阴长之时，失展之气机遇寒则凝闭，郁而发热；下半夜乃阴消阳长之时，郁闭之气机得温则开，热随汗泄自解。结合肢厥恶风、口渴饮冷等，本案辨证乃寒热错杂，气机失调。方中乌梅、柴胡、黄连、黄柏、白附片、桂枝、细辛、花椒、干姜辛开苦降，疏展气机，透达郁热；当归、党参益气补血，扶正祛邪。诸药合用，寒热错杂得解，气机调和，发热自愈。

3. 黄云春报道：白某，男，65岁。2000年5月28日初诊。患者持续发热2个月余。2个月前因发热，经X线摄胸片诊断为肺结核。当地医院用先锋霉素（头孢菌素类）、异烟肼、利福平等药治疗，发热不退。午后上升至39°C以上，清晨则减至38℃左右。发热时兼喜热饮，体温越高，越喜热饮。先后投以小柴胡汤、白通加猪胆汁汤、青蒿汤等治疗，症状无改善。察其舌红、苔白，脉细数。证属寒热错杂，热多厥少。治宜清热益气，温脏祛寒。方用乌梅丸加减。处方：乌梅10g，黄连、党参各9g，附子、桂枝、当归、甘草各6g，细辛3g，鲜马兰（酒炒）、青蒿、板蓝根各15g。水煎服，每天1剂。

服药第二天午后体温降至38℃，且未再升。效不更方，以此方治疗1周，体温恢复正常。随访1年未复发。

按：热邪郁于内，则发热口渴。脏有寒则热饮，故以黄连、乌梅、青蒿清热透达，附子、桂枝温脏祛寒，寒温并用，以治寒热错杂；当归、党参补气血，顾正气之虚；板蓝根治久热为长；马兰清厥阴经热；细辛交通阴阳。诸药合用，阴阳调和，热退症消。

4. 姜兴俊观察病例：文某，男，29岁，司机。1992年3月29日会诊。23天前，患者出车途中天气骤寒，衣着较单薄，加之用凉水擦洗车身，数小时后出现畏寒、发热、咳嗽、咽痛等症。在某职工医院住院，按“上感”治疗半月无效，体温一直波动在37.3～38.9℃之间（清晨最低时37.3～37.5℃，午后最高时38.7～38.9℃），遂于8天前转入市中心医院，转院当天体温高达40.2℃。查体见急性热病容，脉搏100次/min，余无任何阳性体征，心肺（-），肝脾未扪及。心电图、X线检查和多项化验均正常，唯周围血项中嗜酸粒细胞0.47×10^9/L。结合发热、畏寒、咳嗽、乏力，以及入院后2次夜寐中有蛔虫由喉而出的临床表现，诊断为嗜酸粒细胞增多症，病因为蛔虫感染。经用解热、驱虫、抗感染等治疗，病情依然如故，乃于29日停用一切西药，邀余用中药试治。刻诊：患者卧床不起，畏寒较甚，厚盖双被尚嫌寒冷，而扪之身肤灼热，手足不凉，并觉阵阵发热，汗出较甚，烦热不宁，口干不渴，颜面潮红，目睛红赤，又咽喉痒痛（望之色淡），干咳频作，胸腹不痛，饮食无减，浑身酸软，小便色黄量少，大便稀溏夹有气泡，舌微红而水滑、苔白腻而覆黄，脉滑数。诊断：感冒夹蛔证。病机：寒热错杂，阴阳混淆。治宜温清并用，阴阳互调。方用乌梅丸制汤：桂枝10g，制附子10g，干姜10g，细辛10g，黄连20g，黄柏10g，乌梅20g，川花椒10g，党参15g，当归10g。2剂，水煎服。

4月1日复诊：药后寒热尽除，体温正常，浑身轻松，心绪宁静，颜面不红，目赤、咽痛、咽痒和干咳俱失，小便清，大便成形，苔趋于薄白，脉象渐缓。药即显效，守方2剂，并加槟榔、川楝子各12g以驱虫。4月3日三诊：患者已下床行走，自理生活，昨日便出死蛔虫2条，舌淡红、苔薄白，脉濡缓。诸症尽失，病邪已除。经停

药观察2日，病情无反复，化验血象正常，遂于4月5日痊愈出院。

按：本案既无《伤寒论》厥阴病之见证，又与乌梅丸原文方证不符，但用乌梅丸者，乃是据证选药，取其药物功效和寒热配伍之巧。因病机寒热错杂，故药分温清两组，风寒郁表，寒趋胃肠，药用桂枝调和营卫，散肌腠之邪，附子、干姜、细辛则由里达外温散寒气；郁热在表，渐于趋里，选用黄连、黄柏清热，且量与制附子、干姜、细辛相等，意在大辛大热以散寒，必大苦大寒以清热，同时发挥作用，乃不致寒热偏颇，而达寒热共除之目的。风寒喉痹，用桂枝、制附子、干姜、细辛以温通；目睛红赤，用黄连每有效应；青年男性，久热不退，适当佐用黄柏有助于退热，此又个人之经验。内有虫疾，二诊时恰逢农历三月初，按照《名医类案》和《幼幼集成》月初驱虫方效之说，正是杀虫驱虫的最佳时机，故用乌梅、川花椒安蛔杀虫，加川楝子、槟榔以驱虫。寒热日久，正气必伤，用党参、当归以益气血；黄柏苦寒坚阴。总使正气充沛，寒热尽除，虫体亦下，故病速愈。

参考文献

[1] 谢谋华，王建军，姜宏博．乌梅丸加减治疗慢性溃疡性结肠炎56例．实用中医内科杂志，2007，21（8）：51

[2] 魏志军，张悦．辨证治疗非特异性溃疡性结肠炎90例疗效观察．湖南中医杂志，2000，16（3）：16

[3] 王玉超．乌梅丸汤剂治疗慢性非特异性结肠炎100例．甘肃中医，2007，20（9）：27

[4] 樊遂明，张素义，唐云华．乌梅丸治疗慢性结肠炎86例．河南中医药学刊，1999，14（6）：28

[5] 刘海立，闫冬梅．中西医结合治疗溃疡性结肠炎32例．现代中西医结合杂志，2004，13（24）：3228

[6] 周桃元．中西医结合治疗溃疡性结肠炎74例．湖南中医药导报，2000，6（12）：22

[7] 柳文，沈琳．乌梅丸合痛泻要方治疗溃疡性结肠炎30例．上海中医药杂志，2003，37（1）：37

[8] 高先正，郭星．乌梅丸化裁治疗慢性溃疡性结疡炎120例．现代中医药，2006，26（5）：30
[9] 郭洪波，等．乌梅丸加减治疗溃疡性结肠炎44例．新中医，2007，39，（1）：44
[10] 祁宏．经方在胃肠病中的应用．吉林中医药，2002，22（6）：50
[11] 白文，李竹君．白映淮运用乌梅丸治疗久痢经验．实用中医内科杂志，2007，21（5）：14
[12] 路瑞琴．乌梅丸加减治疗肠易激综合征33例．安徽中医学院学报，1997，16（5）：14
[13] 林金钟．乌梅丸临床运用3则．福建中医药，2005，36（1）：48
[14] 申俊岭．中西医结合治疗慢性胆囊炎39例．河南中医，2004，24（6）：52
[15] 钱芳，姜文良．柴芩金黄汤治疗慢性胆囊炎48例．河南中医，2005，25（10）：48－49
[16] 杨金环．乌梅丸加减治疗慢性胆囊炎69例．河南中医，2006，26（1）
[17] 王纯正，张武．腹部超声诊断图谱．沈阳：辽宁科学技术出版社，1991，104－105
[18] 朱玲．乌梅丸治疗慢性萎缩性胃炎36例．浙江中医杂志，2006，41（12）：703
[19] 李双．加减乌梅汤治疗慢性萎缩性胃炎46例临床观察．湖南中医药导报，2004，20（8）：17
[20] 杨扩美．乌梅丸加减治疗慢性萎缩性胃炎78例．陕西中医，2004，25（1）：6
[21] 张学庸，吴一纯．中西医简明内科学．西安：陕西科学技术出版社，1997，36
[22] 王绪霖，缴稳玲，吕家舜．抑制幽门螺旋杆菌中药的初步筛选．中国中西医结合杂志，1994，4（9）：534
[23] 魏世超．乌梅汤变量辨证治疗滴虫性肠炎96例疗效观察．中医杂志，1994，35（10）：615
[24] 曹钟东．乌梅丸加味治疗克隆病21例小结．甘肃中医，2000，3：32
[25] 刘选民．乌梅丸化裁治疗胆道蛔虫症48例．现代中医药，2002（6）：36
[26] 夏明清．中西医结合治疗胆道蛔虫病42例．实用中医药杂志，2001，17（8）：30
[27] 祝丽萍，李上康，等．静注维生素C联合乌梅汤治疗胆道蛔虫症168例．中国中医急症，2004，13（6）：352

[28] 赵志伟，杨梅．中西医结合治疗胆道蛔虫症24例报告．中国民族民间医药杂志，2002，58：288
[29] 尹有学．加减乌梅丸治疗胆道蛔虫症11例．新中医，1995，27（1）：49
[30] 杨增昌，毛兴兵．乌梅汤治疗胆道蛔虫病．新中医，1999，31（3）：50
[31] 李德胜．乌梅丸合承气汤治疗胆道蛔虫病28例．实用中西医结合杂志，1994，7（6）：336
[32] 钱能达，谢佩芳．重症蛔厥治验1例．安徽中医临床杂志，1998，10（3）：168
[33] 胡玲玲．乌梅丸加味治疗顽固性腹泻验案3则．安徽中医临床杂志，1998，10（2）：32
[34] 陈涤平．古方辨治久泻5则．安徽中医学院学报，2002，21（6）：24－25
[35] 陈涤平．乌梅丸加减治疗慢性腹泻36例．江苏中医药，2002，23（12）：20
[36] 陈庆华．血吸虫病致肝内肿块治验．湖北中医杂志，2001，17（2）：52
[37] 陈庆华．乌梅丸临证新用．湖北中医杂志，2001，23（9）：38
[38] 刘月敏．乌梅汤治疗吞酸2例．陕西中医，2001，22（10）：63
[39] 郭沈旺．乌梅丸治疗木乘土胃脘痛．浙江中医学院学报，2001，25（5）：46
[40] 余俊．乌梅丸治疗胃脘痛62例．云南中医药杂志，1999，20（1）：23
[41] Mearin F，Malagelada J R. Gastroparesis and dyspepsia in1. Patients with diabetes Eur J Gastroenterol Hepatol，1995，7：713
[42] 邹世昌．乌梅丸治疗糖尿病性胃轻瘫42例临床观察．新中医，2001，33（12）：34
[43] 余国俊．乌梅丸治愈顽固性膈胀．河南中医，1998，18（1）：21
[44] 王道成．乌梅丸的临床运用．河南中医，1996，16（2）：34
[45] 杨建新，刘岁元．乌梅丸治疗消化道出血验案举隅．国医论坛，2000，15（5）：10
[46] AdlerDG，Leighton JA，Davila RE，et al. ASGE guideline：the roleof endoscopy in acute non2variceal upper2GIhemorrhage. Gas2trointest Endosc，2004，60（4）：497－504
[47] 陈英明．乌梅丸治疗腹痛的研究．江西中医药，1995，S（2）：89
[48] 平丽，李瑜元，聂玉强，等．体检人群中功能性胃肠病的患病情况调查．中华消化杂志，2002，22（3）：190
[49] 郑开东，邓兴和．乌梅丸治疗小肠功能紊乱86例疗效观察．云南中医中

药杂志，2003，24（2）：44
[50] 郑德元，朱佑民，等．中西医结合治疗肝肾综合征疗效观察．现代中西医结合杂志，2006，15（12）：1614
[51] 李国鑫．乌梅丸加减治疗胆汁性肝硬化继发肝肾综合征2例．山西中医，1992，13（1）：26
[52] 刘洪钧．巧用乌梅丸验案三则．辽宁中医杂志，1997，24（4）：181
[53] 常先前．乌梅丸治疗顽固性呃逆．江西中医药，1995，26（3）：36
[54] 陈爱芝．乌梅丸临床新用．河南中医，1994，14（5）：307
[55] 林穗芳．经方治验呃逆四则．广西中医药，2006，29（4）：38
[56] 郝宪恩．乌梅丸治疗心血管神经症50例．陕西中医，2005，26（2）：124
[57] 何建成．帕金森病中医药治疗的再思考．中医药通报，2005，4（1）：12
[58] 刘道宽，蒋雨平，江澄川，等．锥体外系疾病．上海：上海科学技术出版社，2000，91
[59] 郑春叶，雒晓东．帕病3号方治疗帕金森病30例临床研究．中医杂志，2006，47（7）：516
[60] 郑春叶．雒晓东教授妙用乌梅丸治验．北京中医药大学学报（中医临床版），2005，12（3）：36
[61] 刘英锋．以厥阴主风理论指导乌梅丸的推广运用．中医杂志，1998，39（1）：15－16
[62] 曹生海，燕小霞，等．刘星运用乌梅丸的经验．辽宁中医药大学学报，2006，8（5）：85
[63] 韩仲岩，丛志强，等．神经病治疗学．上海：上海科学技术出版社，2004，19
[64] 郭彦，郭其祥，黄国兰．乌梅丸方治疗内耳眩晕症58例．黑龙江中医药，1998，21（4）：23
[65] 赵秀玲．重用乌梅治疗眩晕．时珍国医国药，2002，13（1）：64
[66] 李家发．乌梅丸异病同治之我见．湖北中医杂志，1999，21（11）：514
[67] 于立民．乌梅丸治偏头痛1例．江西中医药，1999，30（1）：61
[68] 杨合增，王凤菊．乌梅丸治疗神经性疾病举隅．河南中医学院学报，2004，19（2）：56
[69] 刘西贤，张国骏．石琢堃教授应用乌梅丸的临床经验．天津中医药大学学报，2006，25（4）：4
[70] 田媛，田方．乌梅丸临床新用三则．中国保健（医学研究版），2007，15（22）：108

[71] 张新，宋会都，等．乌梅丸新用举隅．山西中医，1994，(11)：28
[72] 梅和平．乌梅丸新用．新中医，1993，25 (7)：45
[73] 何红权．乌梅丸新用．新中医，1995，27 (11)：50
[74] 陈庆华．乌梅丸临床运用举隅．浙江中医杂志，2001，36 (5)：215
[75] 蔡景辉，邓 星．重温厥阴病活用乌梅丸．浙江中医杂志，2000，(5)：187
[76] 曹海英．乌梅丸应用举隅．山东中医杂志，2004，23 (11)：694
[77] 韩玉香．郝会萍乌梅丸临床应用体会．内蒙古中医药，2000，(9)：38
[78] 张再康，冯瑞雪，等．浙江中医杂志，2002，(5)：212
[79] 陈爱芝．乌梅丸临床新用．河南中医，1994，14 (5)：307
[80] 韩凯，郭文学．乌梅丸在神经系统疾病中的应用．河南中医，2006，26 (3)
[81] 刘康．乌梅丸临床应用举要．湖南中医杂志，2000，18 (6)：46
[82] 邵长荣．激素依赖型哮喘的中医证治．江苏中医药，2007，39 (6)：3
[83] 董竞成，石志芸，沈自尹，等．大剂量皮质类固醇加入补肾中药治疗激素依赖型哮喘的临床研究．中国中西医结合杂志，1994，14 (8)：458－461
[84] 崔红生，武维屏，任传云，苏惠萍．加减乌梅丸治疗激素依赖型哮喘20例临床疗效观察．中国中医基础医学杂志，2004，10 (8)：49
[85] 杨硕，武维屏，崔红生．激素依赖性哮喘中医病机与辨治探讨．新中医，2004，36 (12)：5
[86] 杨硕，武维屏．乌梅丸治疗激素依赖型哮喘探析．中华中医药杂志，2005，20 (8)：486－487
[87] 何丰华，武维屏，李维娜．乌梅丸证治发挥．中国中医急症，2004，13 (11)：751－752
[88] 季凤刚，王立华，刘长远．乌梅丸汤剂治疗激素依赖型哮喘26例．实用中医内科杂志，2001，15 (1)：111
[89] 于月书．中西药合用防治变应性哮喘61例．黑龙江中医药，2004，6：17
[90] 崔红生，范红玲，武维屏．乌梅丸治疗激素依赖型哮喘的疗效机制及临床运用．北京中医药大学学报，2000，23 (5)：62－63
[91] 崔红生，牛常霞．武维屏辨治支气管哮喘经验举隅．北京中医药大学学报，2001，24 (6)：66
[92] 赵富生．经方治验2则．甘肃中医，1995，8 (2)：22
[93] 雷玉慧，崔忠志，等．乌梅汤加减治疗慢性呼衰并肺部念珠菌感染疗效观察．辽宁中医杂志，2004，31 (7)：586
[94] 方圻，王士雯，等．充血性心力衰竭诊断和治疗对策．中华心血管病杂

志，1995，23（2）：83－94
[95] 彭学海，邹世昌．乌梅丸合西药治疗充血性心力衰竭43例．浙江中西医结合杂志，2002，12（9）：555
[96] Benack RT. Etiology of congestive heart failure in clini－cal medicine。Anu of the New York Aead of sciences，1996，156：594－596
[97] 阴建，郭力云．中药现代研究与临床应用（1）．北京：学苑出版社，1993：394－395
[98] 刁锦昌，张适宜．乌梅丸治疗隐性心衰39例．中医杂志，2000，41（2）：121
[99] 张海成．乌梅丸治验2则．山西中医，2001，17（3）：3
[100] 陈可冀，史载祥．实用血瘀证学．北京：人民卫生出版社，1999，261
[101] 刘和强．乌梅丸治疗顽固性心绞痛1例．新中医，1994，26（3）：43
[102] 张留香．乌梅丸的临床运用．吉林中医药，2000，（3）：55
[103] 吴阶平，裘法祖．黄家驷外科学．第4版．北京：人民卫生出版社，1986，1650－1666
[104] 周德生，旷惠桃．中医内科查房手册．太原：山西科学技术出版社，2004，737
[105] 郑芳忠．乌梅丸加味治疗泌尿系结石36例．国医论坛，2006，21（3）：10
[106] 杨扩美．乌梅丸加减治疗慢性肾功能衰竭71例．河南中医，2006，26（2）：20
[107] 王庆英．乌梅丸临床运用体会．天津中医，2000，18（2）：48
[108] 刘俊忠，姚雯．乌梅丸新用2则．国医论坛，1996，11（2）：12
[109] 戴自英．多重耐药性感染在临床上的重要意义．中华传染病杂志，1999，17（2）：7
[110] 王红．古方新用治疗非感染性尿道综合征．湖北中医杂志，2003，25（8）：37
[111] 董砚虎，钱荣立．糖尿病及并发症当代治疗．济南：山东科学技术出版社，1994，144
[112] 于世家，刘自力，等．糖尿病慢性并发症中医药治验．辽宁中医杂志，2002，5：249－250
[113] 冯鑫．李赛美教授巧用乌梅丸验案二则．湖南中医药导报，2003，9（7）：12
[114] 边玉凤．乌梅丸治疗乳糜尿验案一则．安徽中医学院学报，1997，16

(1)：39
[115] 禤国维，范瑞强，陈达灿．中医皮肤病临证精粹．广州：人民出版社，2001，92
[116] 韩凯，郭文学．乌梅丸在神经系统疾病中的应用．河南中医，2006，26(3)
[117] 郭宏，赵永福．乌梅丸治疗雷诺病．中国民间疗法，2001，9(2)：43
[118] 王宇明，顾长海．感染学新进展．第2版．北京：人民卫生出版社，2001，465-466
[119] 姜兴俊．久热不退，温清而愈——乌梅丸治案析．上海中医药杂志，1994，(12)：30
[120] 王四平，吕淑静．乌梅丸新用举隅．四川中医，2002，20(5)：67
[121] 陈庆华．乌梅丸临证新用．湖北中医杂志，2001，23(4)：38
[122] 黄云春．乌梅丸新用．新中医，2004，36(4)：67

第二章 男科病证

一、慢性前列腺炎

慢性前列腺炎（CBP）是男科的常见病，约占科室门诊量的25%。本病是一种常见病、多发病，发病缓慢，病情顽固，缠绵难愈，反复发作。临床主要表现为：排尿异常、局部疼痛不适、性功能障碍，甚或影响患者身心健康。

本病属于中医学“白浊”、“精浊”“白淫”等范畴，究其成因，乃多由过食肥甘辛辣之品、嗜烟酒、久居湿地等导致湿热下注；或纵欲过度、房事无节导致肾气亏损，湿热下注，壅遏气机，日久则致血瘀，出现本虚标实之症。慢性前列腺炎之所以治疗困难，是由于抗菌药物难以通过前列腺包膜而达到有效的治疗浓度，但随着新药的不断开发，这个问题已得到明显的改善。但是，CBP治疗效果并没有得到大幅度的提高。临床上常有患者使用西药治疗之后，实验室检查已经正常，但临床症状没有明显的改善。由此可见，应该寻找更为有效的治疗方法。中医药治疗慢性前列腺炎在改善患者主观症状，提高生活质量方面有一定的优势。近年来，随着临证中采用辨证与辨

病、内治与外治相结合以及物理辅助等法的综合运用，中医药在该病的治疗上取得了更大的进步。

本病发病系肾气不足，湿热下注，毒浊瘀滞所致，乃湿热、肾虚、瘀血为主的虚实夹杂证。巢元方在《诸病源候论》中提出："诸淋者，由肾虚而膀胱湿热也，肾虚则小便数，膀胱热则水下涩，则淋沥不尽。"指出了肾虚湿热是发病的最初原因。张介宾《景岳全书》中曰："浊症有赤白之分，有精溺之辨，凡赤毒多由于火，白者寒热皆有之，由溺而为浊者，其病在膀胱肝肾。"久病入络为瘀，肾虚湿热日久，必气血运行不畅，湿瘀互结，精道气血瘀滞产生少腹、会阴及肛门坠痛，病位固定，前列腺触诊结节变硬等瘀血之症。本病乃肾虚为本，湿热为标，瘀血为变，且相互影响之本虚标实证。

【病案举例】

国万春介绍病例：孙某，男，27岁，1997年11月21日初诊。患者自述小便后滴白，伴腰骶疼痛1年有余，经省某医院泌尿外科前列腺液检查：白细胞15个，卵磷小体中度减少，诊为"慢性前列腺炎"。症见尿频、尿急，但无明显刺痛，时有尿道灼热感，睾丸胀痛，腰骶酸痛，会阴、小腹憋胀发凉，脉濡缓，左兼弦无力，舌质稍红、苔微黄腻。投以乌梅丸加减：乌梅5g，党参12g，炮附子（先煎）15g，桂枝10g，干姜6g，川花椒4g，黄柏7g，黄连8g，甘草6g，琥珀粉（冲）3g，细辛4g，当归10g，茯苓15g，吴茱萸6g，白芍12g，白术10g。7剂诸症大减，再服10剂而愈，随访1年无反复。

按：本例患者尿道灼热感，舌质稍红、苔微黄腻等为下焦湿热之象，而会阴、小腹憋胀发凉则为肝经寒湿的见证，符合寒热错杂之病机，故用乌梅丸治疗效佳。

二、良性前列腺增生症

良性前列腺增生症（BPH）是男科的常见病，多发于老年男性患者，主要的症状就是排尿困难，夜尿过多，使患者的生活质量下降，严重时可产生并发症威胁生命。Mcconnell在1998年第7版《Campbells Urology》有关良性前列腺增生流行病学一节中介绍，31

~40岁时仅8%有组织学前列腺增生，51~60岁时为50%，80岁以上达90%。BPH的理想治疗是手术去除前列腺增生部分，但因许多患者年老体衰并伴有不同程度的心、肺、肾功能障碍，难以耐受手术治疗，或因梗阻症状轻，没必要进行手术治疗，还有相当一部分患者不愿意进行手术治疗，使得药物治疗最为普遍。现外科治疗以经尿道前列腺手术、微创手术为主，微波、激光、射频等物理疗法短期疗效尚可；药物治疗只能缓解尿道梗阻症状，5α－还原酶抑制剂虽疗效较好，但需长期服药治疗。

本病属中医学“癃闭、积证、淋证”范畴，癃闭之病名首见于《内经》。《素问·宣明五气篇》说：“膀胱不利为癃，不约为遗溺”。《素问·标本病传论篇》云：“膀胱病，小便闭”。《灵枢·本输》说：“三焦，实则癃闭，虚则遗溺”。提出膀胱和三焦的气化不利可导致本病的发生。后世医家在此基础上又有所发展。本病的病位在膀胱，与三焦、肺、脾、肾的关系最为密切，年老体衰、肾气亏虚是本病的发病基础，瘀血、痰浊、气滞、败精是基本的病理因素，本虚标实是本病的病机特点。根据正邪虚实的不同从湿热壅结，肺热气壅，脾气不升，肾元亏虚，肝郁气滞，下焦瘀阻论治。随着中医对直肠指检的引入，发现前列腺增生的病人多表现为前列腺体积的增大，质地的变硬及伴有压痛等，越来越多的医家认识到本病当同属“癥”、“积”的范畴，血瘀是其共同的病理环节。因此，清热利湿，利尿通淋，疏肝理气，活血化瘀，软坚散结，补益脾肾等是本病的基本治则。采用中医药治疗具有疗效确切、毒副作用小的优势，对患者整体体质的调节及控制病情的进展起着重要作用。大量临床资料已证实，中药在治疗BPH中有独到之处，并已日益受到国内外医学界的重视。

【临床应用】

郑昌炳认为老年性前列腺肥大治宜滋阴降火，消解寒热。处方为：乌梅、西党参、生地黄、益智仁各15g，菟丝子、覆盆子、五味子、枸杞子各12g，肉桂、附子各10g，黄柏、黄连各4g，细辛2g。7剂后症状改善，20剂后每晚排尿1次，再1个月后痊愈。

参考文献

[1] 国万春，魏彦国．李士懋教授乌梅丸应用点滴．河北中医药学报，1999，14（2）：28

[2] 吴阶平，裘法祖．黄家驷外科学．北京：人民卫生出版社，1992，1857－1865

[3] 顾方六．我国良性前列腺增生和前列腺癌发病调查．北京医科大学学报，2000，32（1）：30

[4] 郑昌炳．乌梅丸新用二则．湖南中医杂志，1993，9（3）：43

第三章

妇产科病证

一、滴虫性阴道炎

滴虫性阴道炎是由阴道毛滴虫引起的女性生殖道炎症。阴道毛滴虫对不同的环境的适应能力很强，而且极易传染，是最常见的性传播疾病之一，不仅局限于阴道，常可侵及尿道、尿道旁腺，甚至可上升至膀胱、输尿管及肾盂而引起炎症，与不孕、胎膜早破、早产等不良围产结局的发生有关，还可增加宫颈癌的风险并加速人类免疫缺陷病毒的传播，是一种难治疗的妇科疾病。因此，这一感染性疾病越来越受到重视。

滴虫性阴道炎属中医学之“带下病”范畴，以白带增多且呈黄白色，偶带黄绿色脓性泡沫，有腥臭，病变严重时会混有血液为特征，或伴有腰酸、尿频、尿痛、外阴瘙痒、下腹隐痛。中医认为阴道炎多因局部不洁，房事不讲究卫生使湿热虫菌侵袭而成。西医治疗以甲硝唑为高效杀灭毛滴虫药物，并辅以己烯雌酚。己烯雌酚为女性激素，可增加上皮细胞内糖原储备，加强抵抗力，减少致病菌感染。但由于抗生素的滥用，使甲硝唑等抗生素的疗效受到影响。中医治疗多以清热燥湿、泻火解

毒、杀虫止痒为根本大法，常用药如黄芩、黄柏、苦参、蛇床子、百部、川花椒、茵陈、甘草。在内服中药的同时，中药坐浴熏洗可以使药物直接作用于病处，有清除异常白带、燥湿止痒、杀灭滴虫的作用。临床中西药联用，内服外用法并举，取效更捷且疗效确切。

【病案举例】

刘炯夫观察病例：周某某，女，35岁。1978年4月5日诊：白带量多，成块状已3年。近日来阴雨绵延，野外作业，衣常着湿，因而白带更甚，并伴有阴痒。妇科检查，阴道有泡沫样白带，于阴道分泌物中找到滴虫。曾服健脾利湿杀虫等药，未能控制。今症见腰骶部疼痛，并有冷感，形寒肢倦，大便溏薄，胃纳不香，头昏，心烦，渴不欲饮，舌苔白微腻，脉沉细弦。用乌梅丸加减。处方：白附片、当归、煅牡蛎各10g，干姜、川花椒、黄连各5g，黄柏9g，乌梅12g，党参15g，桂枝、白芍各6g，水煎服。兼用外洗方：苦参、蛇床子各30g，百部、川花椒、明矾、玄明粉各15g，煎汤熏洗。内服外洗各3剂后，白带稀少，阴痒亦轻。后以内服方之量配丸，继服20剂，每日3次，每次10g，治2个月余，白带阴痒均止，滴虫检查阴性，大便成形，胃纳增进，精神好转。

按：本例带下兼有腰骶部疼痛、畏寒、大便溏薄，是肾阳虚弱、不能温养奇经；阴痒者为肝经湿热下注胞宫而生虫。用乌梅九加减，既能温阳化湿，又能清热杀虫，乃标本兼治之法。带下病（阴道炎，宫颈炎，盆腔炎）为妇科常见证，笔者投用本方常奏佳效，特别是老年性阴道炎所致的白带症。又从本例说明本方不仅治疗蛔虫，而且可消除滴虫。

二、慢性盆腔炎

慢性盆腔炎是妇科常见病、多发病，多局限于盆腔器官。是输卵管、卵巢、宫旁结缔组织及盆腔腹膜发生的炎性改变，致局部神经纤维受到激惹和压迫而产生的一系列症状。多因急性盆腔炎治疗不彻底、不及时，妇科手术、产后感染、经期不注意卫生或邻近组织器官的炎症蔓延所致。近年来慢性盆腔炎的发病率呈逐渐增长趋势，本病迁延难愈，严重影响妇女的身心健康。慢性盆腔炎包括慢性子宫内膜

炎、子宫肌炎、输卵管炎、卵巢炎、盆腔腹膜炎、盆腔结缔组织炎等，常为急性盆腔炎未能彻底治疗或素体虚弱病程迁延等所致，有的继发于较严重的慢性宫颈炎、阴道炎。临床表现以反复下腹疼痛、腰骶酸痛、白带增多为主，常伴有月经失调、低热、易感疲倦、盆腔包块、性交痛等症状，具有病程久、反复发作、迁延难愈、复发率高的特点，现代医学研究表明：引起慢性盆腔炎的菌群复杂，主要有链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌、厌氧菌及性传播的病原体。青霉素及氧氟沙星对上述菌群具有杀灭或抑制作用，但是慢性盆腔炎是由于长期炎症刺激，周围组织粘连、增厚，抗炎药物不易进入，所以疗效不理想，易于复发。

本病相当于中医学“少腹痛”、“带下病”、“痛经”、“癥瘕”等范围，妇女经期、产后或宫腔手术操作失当，患者由于抵抗力差或治疗不彻底，胞宫、胞脉感受寒，热、湿外邪未能清除，湿热毒邪蕴结下焦，客犯胞宫、盆腔，经络闭阻，气血凝滞，营卫失调，影响冲、任、带脉所致。湿热下注，带脉失约，湿热交蒸则带下黄稠，气味臭秽；湿热瘀积，阻碍气机，则小腹、腰骶疼痛；病程日久，瘀滞胞宫则月经失调，甚则不孕。若积聚不散，则成包块。正如《妇人良方》所云：“妇人月经痞塞不通。或产后余血未尽，因而乘风取凉，为风冷所乘，血得冷则为瘀血也。瘀血在内，则时时体热面黄。瘀久不消，则为积聚癥瘕矣。”故清热解毒除湿，活血化瘀软坚，通络理气调经，培元固肾，调理冲任是治疗盆腔炎的大法。而临床上有时会表现为寒热错杂、虚实并见，这时乌梅丸则实为相宜。

中药保留灌肠，药物局部吸收快，能很快发挥作用，药物不用口服，不经肝脏，由静脉丛直接进入下腔静脉，直接作用于盆腔，所以有较好的疗效。

【临床应用】

司秀蕊以乌梅丸浓煎保留灌肠治疗慢性盆腔炎，偏气虚者党参加至30g，偏血瘀者当归加至60g，偏寒湿者附子加至30g，偏湿热者黄柏加至30g。结果46例病人痊愈27例，显效10例，好转7例，无效2例。

【病案举例】

王付观察病例：许某，女，43岁，工人。1995年6月9日诊。患者经妇科检查确诊为慢性盆腔炎，每逢经期时少腹疼痛明显，曾多次服用中西药，但效果不够理想。近日因带下量多，经期少腹痛胀明显而来就诊。刻诊：小腹畏寒明显，遇冷则胀痛更甚，带下量多色白、时或色黄，阴部潮湿，心烦，急躁，口舌经常糜烂，咽干欲饮水而量不多，胸中烦热，舌略红、苔薄，脉沉。辨证为下焦有寒，上焦有热。治当清上温下。以乌梅丸加味。处方：乌梅12g，黄连10g，黄柏9g，当归12g，人参9g，附子6g，桂枝6g，细辛4g，川花椒4g，干姜3g，桃仁9g，车前子12g，牡丹皮12g。每日1剂，水煎分3次服。服上药6剂后诸症已有明显减轻，遂以该方加减续服20剂，诸症悉除。

按：女子患慢性盆腔炎，在治疗时大多服用消炎类药以及中药清热利湿剂等，导致寒邪留居于下，阳气被格拒于上，形成上热下寒证。治以乌梅丸易汤清上温下，使热从上而清，寒从下而散。又病久易致瘀，故加桃仁以活血化瘀，牡丹皮凉血散瘀，并用车前子渗湿于下。诸药合用，确收良效。

三、带下病

带下病有难愈、易复发的特点，西医尚无系统的认识，多认为是阴道炎、宫颈糜烂、内分泌失调引起。俗云“十女九带”，带下病是妇科门诊最常见的疾病之一，约占妇科门诊的60%。

“带下”之名，首见于《内经》，如《素问·骨空论篇》说：“任脉为病……女子带下瘕聚。”“带下病”又称“下白物”、“流秽物”。相当于西医学的阴道炎、子宫颈炎、盆腔炎、妇科肿瘤等疾病引起的带下增多。有广义与狭义之分。广义之带下，乃泛指女科之经、带、产诸疾病而言，因这些疾病均发生在束带以下之部位；狭义之带下是指妇女阴道内流出的一种黏稠液体，或如涕，或如唾，绵绵不断，通称为白带。带下病以湿邪为患，故其病缠绵，反复发作，不易速愈，而且常并发月经不调、闭经、不孕、瘤瘕等疾病，是妇科领域中仅次于月经病的常见病。主要病因是湿邪，如《傅青主女科》

说："夫带下俱是湿症。"湿有内外之别。外湿指外感之湿邪，如经期涉水淋雨，感受寒湿，或产后胞脉空虚，摄生不洁，湿毒邪气乘虚内侵胞宫，以致任脉损伤，带脉失约，引起带下病。内湿的产生与脏腑气血功能失调有密切的关系。脾虚运化失职，水湿内停，下注任带脉；肾阳不足，气化失常，水湿内停，又关门不固，精液下滑；素体阴虚，感受湿热之邪，伤及任带脉。总之，带下病系湿邪为患，而脾肾功能失常又是发病的内在条件；病位主要在前阴、胞宫；任脉损伤，带脉失约是带下病的核心机制。《妇人大全良方》中指出："人有带脉，横于腰间，如束带之状，病生于此，故名为带。"中医辨证施治对带下病显示了特别的优势，尤其对于非炎症所致带下，中医确有肯定疗效，而西医却无从下手。带下病的临床常见分型有脾阳虚、肾阳虚、阴虚夹湿、湿热下注、湿毒蕴结5种，故而带下病的治疗原则以健脾、升阳、除湿为主，辅以疏肝固肾；但是湿浊可以从阳化热而成湿热，也可以从阴化寒而成寒湿，所以要佐以清热除湿、清热解毒、散寒除湿等法。

【临床应用】

肖梦兰以乌梅丸治疗带下病21例，湿热过重者加败酱草、椿皮；脾虚久泻者加炒薏苡仁、炒扁豆、茯苓；心神不安者加夜交藤、合欢皮。结果：治愈18例，占85.71%；有效3例，占14.29%；总有效率达100%。

【病案举例】

王奎观察病例：张某，43岁，女性，患带下病3年余，前医以温补固涩之品治疗，效果不明显，就诊时带下量多、色淡、质稀，伴有恶寒体倦，腰困腿软，四肢厥冷，食欲不振，双下肢时有浮肿，大便稀，小便清长，口干舌燥，唇色鲜红，脉沉细。诊为脾肾阳虚，虚不固涩，久服温热之品致内生燥热。治以乌梅丸加减：乌梅12g，干姜10g，炮附子15g，当归20g，桂枝15g，人参20g，柴胡15g，黄连15g，黄柏10g，白术15g。水煎服，日1剂，5剂后复诊，带下量明显减少，四肢转温，据此方稍加增减，服用近20剂，症状全消。后以此方治类似之病均有佳效。

按：本例患者，几年来在治疗上一直以温补固涩为法而效果不显

著，细推敲此案之带下病，非纯属虚寒所致，其中夹杂实热之邪，故非单纯温补、固涩而收效。

四、痛经

痛经是妇科临床常见病、多发病之一，可分为原发性痛经和继发性痛经两种。原发性痛经是指生殖器官无明显器质性病变而发生的经期腹痛症，现代医学认为子宫内膜和经血中前列腺素含量增高，可引起本病。痛经在青年妇女尤为多见，开始来潮后逐渐减轻，临床表现为腹痛，多在经前1～2天，也有部分病例来潮后能逐渐消失，疼痛多在下腹部，也有放射至腰骶部呈坠胀痛者，常伴有头痛、乳房胀痛及恶心等。现代医学主要采取对因、对症治疗，即用前列腺素合成酶抑制剂减少前列腺素释放，防止子宫过度收缩、痉挛来减轻疼痛，严重者必须用止痛剂临时止痛，西医强调止痛、镇静，虽起效快，但不良反应大，疗效难以持久，复发率也较高；而麻醉性止痛药物，易于产生抗药性及成瘾性。

中医学认为痛经的发生与情志所伤、起居不慎、六淫致病关系最为密切，经期感受致病邪气，导致冲任瘀阻或寒邪凝滞经脉，使气血运行不畅，胞宫经血流通受阻，故产生疼痛，也有因冲任胞脉失于濡养，“不荣则痛”，故使痛经发作。该病病位在冲任、胞宫，病理变化在气血。临床表现以月经周期伴有痉挛性的下腹痛为主症。常见的分型有肾气亏损、气血虚弱、气滞血瘀、寒凝血瘀和湿热蕴结。中医药治疗痛经有独到的优势，采取西医诊断、中药治疗是一种明智而科学的最佳方案。其治疗大法以通调气血为主。研究表明，理气活血、化瘀止痛为主的中药，在治疗痛经疼痛的同时，还可改善血液流变性，揭示其在痛经的症状改善及远期疗效方面有明显的优势。

【病案举例】

1. 马大正观察病例：周某，23岁，未婚，2005年4月2日初诊。痛经5年余未愈。腹痛拒按，经量多而色红夹块，伴恶心，大便频数，每次经期均需卧床休息，月经周期延后5～20天。带下量多，色白时黄，质稠，无异味。末次月经2月19日来潮。舌淡红、苔薄白，脉细。治以温经散寒，清热调中。予乌梅丸加味。药用：乌梅

9g，细辛、干姜、黄连、白附片、川花椒、桂枝各3g，当归6g，党参10g，炒黄柏5g，益母草30g。7剂。4月9日二诊：4月2日月经来潮，痛经明显减轻，已经可以上班，经期大便也正常。当天经水已。舌脉如上。守上方去益母草，续进3剂。4月25日三诊：舌脉如上，守4月2日方，益母草改为15g，5剂。4月30日四诊：月经尚未行，舌脉如上，守上方续进7剂。5月9日五诊：末次月经5月2日来潮，无痛经，今已净，舌脉如上。守4月2日方去益母草，7剂，隔日1剂。

按：乌梅丸是治疗蛔厥的方剂，很少有人用治痛经，或以为两者风马牛不相及。其实，在痛经之中，如果患者并非属于器质性病变（如子宫内膜异位症），又因寒热夹杂者，即可投用乌梅丸治疗。而寒热药物的剂量，则可根据患者的具体情况融会变通。

2. 李家发介绍：吴某，女，20岁。1997年8月11日初诊。主诉：连续3个月经前、经初小腹胀痛，甚则牵引会阴及腰骶，情绪不好时痛剧。经量逐月减少，色紫暗，夹有少许血块，末次月经稍推后。平时心烦欲呕，咽干，口微苦，头昏，乏力，经前及经初1～2日较明显。刻诊：四肢偏凉，舌淡、苔薄白，脉沉弦。证属肝气不舒，气血不和，寒热内郁。药用元胡12g，白附片、干姜、制香附各10g，黄连、黄柏各4g，党参、当归、益母草、乌梅各15g，艾叶6g，炙甘草3g。嘱其在下次月经前1周开始服药，连服5剂，如在服药期间月经来潮，亦不必停药。5剂药刚服完月经来潮，仅只有轻微不适，经量、经色基本正常。此后月经如常。

3. 陈英明报道病案：严某，女，18岁，1987年4月25日初诊。月经15岁初潮以来，每次来经前都发生痛经，呈牵扯样疼痛，自经来后疼痛缓解。现离经期8天，心中紧张。细询之，知经期后错，经色紫暗、初夹血块，脉沉弦，舌淡、苔白。属肾气不足，寒凝气滞，肝旺脾弱之症。当补肾缓肝，温阳祛寒，理气活血，乌梅丸主之：乌梅30g，肉桂10g，制川乌10g（先煎），川花椒10g，当归15g，党参15g，细辛6g，黄柏10g，荜茇6g，桃仁10g，红花10g，川芎10g。3剂。后以此方为基础，曾加减用赤芍、元胡、熟地黄、生蒲黄等药，连续用药3个月，每月于经前10天开始服3剂，月经基本正常，痛

经未再发生。

五、功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血，简称功血，是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血，而全身及内外生殖器官并无器质性病变存在。功血是妇科常见病、多发病，可发生于月经初潮至绝经期间的任何年龄，但90%见于青春期和绝经期妇女。临床上可分为有排卵性和无排卵性两类，无排卵者约占80%以上。

中医学认为此病为“崩漏”，对其治疗经验丰富。《济生方》曰：“崩漏之疾，本乎一症，轻者谓之漏下，甚者谓之崩中。”由此可见，漏者崩之渐，崩者漏之甚，二者互为因果，互相转化，实属同病异证。崩漏的主要病机是冲任损伤，不能制约经血。引起冲任不固的常见原因有肾虚、脾虚、血热、血瘀。先天肾气不足，少女肾气稚弱，更年期肾气渐衰，或早婚多产，房事不节，损伤肾气，若耗伤精血，则肾阴虚损，阴虚内热，热伏冲任，迫血妄行，以致经血非时而下；或命门火衰，肾阳虚损，封藏失职，冲任不固，不能制约经血，亦致经血非时而下，遂成崩漏。治疗应根据病情的缓急轻重、出血的久暂，采用“急则治其标，缓则治其本”的原则，灵活运用塞流、澄源、复旧三法。崩漏是由多种原因引起的，针对引起崩漏的具体原因，采用补肾、健脾、清热、理气、化瘀等法，使崩漏得到根本上的治疗。西医常给予小剂量的雌、孕激素对青春期及生育期的患者以促进卵巢功能恢复，建立正常月经周期；对围绝经期患者给予雌、孕激素，可避免出血过频、过多。若中西药同时服用，可减少单纯用性激素的量和时间及服药的副作用，也避免了单纯服中药起效慢的弊端。

【临床应用】

1. 李苏苏应用乌梅丸加减治疗崩漏15例，颇有效验。其药物组成：乌梅10~15g，细辛、干姜各3g，黄连、黄柏、桂枝、川花椒、熟附子各6g，人参、当归各15g。每日1剂，水煎服，日服2次。临证加减：量多无血块者加海螵蛸、煅龙骨、煅牡蛎；夹有瘀血块者加蒲黄炭、三七粉；小腹胀痛、气滞者加香附、元胡；肾虚腰痛者加续断；纳差、乏力者加神曲、白术。结果痊愈10例，有效4例，无效

1例。

2. 韩梅英等以乌梅丸加减治疗崩漏患者18例。其中年龄最小20岁，最大52岁；已婚者16例，未婚2例；病程多在数月。就诊时阴道出血持续时间以10~20天为最多。治疗方法：18例均按四诊八纲综合分析，进行辨证治疗。如阴虚火旺者，以乌梅汤加归脾汤；肝郁气滞者，以乌梅汤合止崩汤；气血双亏者，以乌梅汤合当归止血汤。值得提出的是，有些患者并不表现为单纯虚热或虚寒之症，而呈现寒热错杂，主症为经水淋漓不断、色暗红或有块，头晕耳鸣，心悸烦乱，手足厥冷，脉沉缓，采用乌梅汤加减均能收到满意效果。方药：乌梅炭30g，党参20g，当归15g，黄柏炭15g，黄连10g，细辛10g，姜炭10g，附子6g，桂枝6g，川花椒10g，贯众炭10g，棕榈炭10g。结果：治愈16例，无效2例。16例中有15例在服药6天内阴道出血停止，10天内出血停止1例。治愈病人中，一般均能到月如期行经，经量正常。

【病案举例】

1. 李苏苏观察：苏某某，女，26岁，已婚。23岁结婚，婚后月经周期正常，于3个月前足月顺产一男婴，至今阴道出血淋漓不断，西医妇科诊断为功能失调性子宫出血，给予抗炎、止血剂无效，转中医妇科。查舌苔黄、舌质淡红，脉沉滑。辨证属正气虚弱，寒热错杂之症。宜温脏扶正，清热止血。用乌梅丸汤加贯众炭、仙鹤草、阿胶、生地黄、三七，3剂服后血止，诸症大减，观察5个月，月经正常。

按：大凡崩漏的治法有三，初止血，次清热，后补其虚。采用归脾汤、四物汤、当归补血汤等加减化裁。文献报道已不鲜见。但有些崩漏患者表现为心悸烦乱，小腹痛，四肢厥冷，便干尿黄，漏下不止等寒热错杂症候，采用上述诸法则难奏效。而从乌梅汤治疗寒热并见的久痢之理而试用于崩漏具有上述症候者，获满意疗效。方剂中乌梅炭止血，其性平兼有除热烦满、止呃逆干呕之功，常用15~45g效果良好。

2. 李苏苏观察：张某，女，38岁，已婚，干部。1994年4月8日初诊。行人工流产术后1个月余，阴道流血，淋漓不断，曾用西药

等治疗罔效。诊见：出血量中等，色较黯，时夹有少量血块。伴心烦，腰腹疼痛，小腹部压痛，咽干，纳差，四肢逆冷，大便秘结，小便可，舌尖红、苔薄白，脉沉弦。证属寒热错杂，冲任失固。治宜寒热并用，固崩止带。药用：乌梅汤加三七粉3g（兑服），神曲、元胡各10g。服4剂后，出血量明显减少，大便已通，诸症均减。药既中病，效不更方，再以上方去黄连，加白术10g，服3剂，血止症消。后以归脾汤加减善后，随访无恙。

按：乌梅丸本为治蛔厥之主方，而临床又以寒热错杂为投药指征。故崩漏而见有寒热错杂症候时，以本方加减投之甚验。

3. 王庆英报道病例：林某，女，39岁，已婚。1989年4月15日初诊。自诉平素月经正常，但本次月经干净后第二日即出现身体不适，乏力，胸胁胀满微痛，嗳气稍舒，继而出现阴道少量出血、色暗红、但无血块，腹部阵发微痛。曾服疏肝行气、止血之中西药，但出血反而增多，且已持续10多天。追问其病因与患者近期劳累及常常郁怒有关。诊见经色暗红、有少量血块随经血排出，少腹微痛，伴头晕乏力，纳呆，心中微烦，舌苔薄腻少津，脉细弱。妇检报告：功能失调性子宫出血。中医辨证属郁怒伤肝、肝郁气滞、劳伤气血阴阳致冲任虚衰而不固，为虚实夹杂之崩漏证。拟乌梅丸加减治疗。方药：乌梅炭20g，干姜炭20g，细辛5g，黄连5g，益母草15g，艾叶炭12g，炮附子6g（先煎），当归10g，党参15g，黄芪10g，黄柏5g，橘柑叶5片。3剂后血止、症消。

按：此病属中医“崩漏”范畴。患者因行经后郁怒、劳伤致冲任气血瘀滞而不行，虚而不固，故出现血出不止，并伴肝郁气滞及冲任虚衰之虚实错杂证。故治疗中，一方面疏肝调经止血，另一方面补益气血固冲。方中以乌梅炭、干姜炭、艾叶炭、炮附子、益母草调补冲任而止血；乌梅炭、橘柑叶疏肝调经而不耗气；黄连、黄柏少量清肝经之郁热；党参、当归、黄芪健运中焦，补益气血而固冲。因其症虚实夹杂，故以乌梅丸虚实合治而获效。

六、围绝经期综合征

围绝经期综合征是指妇女绝经前后或其他原因造成卵巢功能逐渐

衰退至完全消失的过渡时期内，由于心理和生理改变而出现的一系列临床症状，常见有烘热汗出、烦躁易怒、心悸失眠或抑郁健忘、浮肿便溏、皮肤感觉异常、头晕、腰酸等。围绝经期是妇女老化过程，是每个妇女都必须经历的过渡时期，是身体各组织器官走向老化和生殖功能走向衰退阶段。围绝经期分为三个阶段：绝经前期、绝经期、绝经后期。

中医类似绝经期综合征的描述散见于《内经》、《金匮要略·妇人杂病脉证并治》等文献，将该病归属于“脏躁”、“郁证”、“百合病”等范畴。《素问·上古天真论篇》有精辟论述：“七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏无子”。《金匮·妇人杂病脉证并治》曰：“女人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之”。1964 年国家规划中医药教材将本病归属于“经断前后诸症”。妇女在绝经前后肾气渐衰，天癸将竭，冲任虚衰，精血不足，肾之阴阳失调而致本病病位在肾及冲、任，涉及心、肝、脾。肾阴阳失调，常涉及其他脏器，其中尤以心、肝、脾为主。

现代医学对围绝经期综合征的治疗主要以雌激素替代，或辅以孕激素联合用药。虽疗效肯定，但其阴道出血、乳房胀痛等不良反应及中远期致子宫内膜癌、乳腺癌等不良反应明显，应用有一定局限性。而中医药治疗围绝经期综合征积累了比较丰富的临床经验，中医立足于整体治疗，调节脏腑功能，且不良反应少，长期服用安全可靠，在治疗上取得了较好的效果。本着治病必求于本的原则，本病治疗多宗“虚则补之”之法，以滋肾补肾、维护肾气、调整阴阳为基本治疗原则。肾阴虚者滋肾益阴，方选六味地黄丸，肾阳虚者温肾扶阳，方选金匮肾气丸，应用于治疗实践，确能取得较好的效果。但仍有部分患者采用这种调补肾脏的方法治疗，效果不够满意，而试用乌梅丸为主治疗，常能取得理想疗效。

【病案举例】

1. 浦江晨观察病例：刘某某，49 岁。2002 年 1 月 6 日初诊。自诉 1 年来月经紊乱，短则 10 余天经至，长则 60 余天来潮，月经量少、色淡，伴有胸闷，心悸，心烦，易激动，多疑，口干喜冷饮，大便溏软，夜卧不安，前半夜感手足心烦热，凌晨则四肢冰冷。舌胖大

质红、苔薄，脉弦细。西医诊断为更年期综合征。此为时值更年，天癸将竭，肝肾不足，阴阳失调，寒热错杂。治拟调和阴阳为主，投以乌梅丸加味。处方：乌梅60g，附子、桂枝、黄柏、山茱萸各10g，黄连、干姜、川花椒、五味子各5g，党参、丹参各20g，当归15g，细辛3g。每日1剂。加入清水煎煮，分上、下午2次温服。服药2个月，诸症消失。随访至今，仍无复发。

按：乌梅丸原治蛔厥，而蛔厥的发生是由于内脏虚寒，胸膈烦热，蛔动不安，致呕吐、腹痛，痛剧则阴阳之气不相顺接，以致四肢厥逆，其基本病机是寒热夹杂、虚实兼见、阴阳失调，治疗则是通过寒热并用、正邪兼顾，而达到安蛔止厥的目的。对照更年期综合征的种种症状，如烘热与畏寒交替、月经提前或延后、易饥而不欲食、泄泻便秘兼见、喜怒无常等，其病机关键可集中到阴阳失调，与蛔厥有类似之处。乌梅丸加减方中乌梅酸甘化阴，滋补肝肾，兼敛浮阳；细辛、干姜、附子、川花椒、桂枝温脏祛寒；黄连、黄柏清热通滞；五味子宁心安神；当归、党参补养气血；丹参凉血活血。全方清热祛寒，补虚祛邪，调和阴阳，故能治疗更年期综合征。浦江晨用乌梅丸治疗本病时，体会乌梅用量宜大，一般30～60g，并加入山茱萸，以增强调补肝肾、收敛浮阳的力量。

2. 王四平观察病例：张某，女，47岁，干部。1998年10月24日初诊。自述近2个月来，时感心中烦热，颈面烘热，胸胁胀痛，咽干，口苦，脘痞纳呆，倦怠乏力，少腹冷痛，大便溏泻，月经先后不定期、量少色淡，舌淡、苔白，脉弦而无力。西医诊断：更年期综合征。中医辨证：肝升发无力，寒热错杂。方用乌梅丸加减：乌梅、细辛各4g，炮附子（先煎）12g，干姜、川花椒各5g，党参、当归各12g，黄芪、炒杜仲各15g，黄连7g，黄柏3g，炙甘草6g。7剂。药后诸症减轻，乏力仍较明显，上方改黄连为5g，加黄芪至20g，又7剂，寒热错杂症状尽除，脉较以前明显有力。后以归脾丸调理月经而愈。1年后随访未见复发。

按：乌梅丸是治疗厥阴病的主方，具有温下寒清上热、调理阴阳的作用。但临证只要抓住乌梅丸的本质，可广泛地用于临床各科疾病。厥阴病的本质是肝阳虚或肝气虚。厥阴肝为阴尽阳升之脏，肝主

疏泄，主升发，若肝气虚或肝阳虚不能疏泄升发，郁而化热，郁热上攻则见胸中烦热、烦躁不宁、颈面烘热、咽痛、口干等上焦热象；肝失疏泄，木不疏土，影响脾胃受纳运化，则见脘腹胀满不适、恶心呕吐、食少纳呆、胸胁胀满、腹泻；肝气虚或肝阳虚，不能温煦下焦，则见下焦虚寒，临床可见少腹冷痛、腹泻、舌淡苔白、脉弦弱无力。乌梅丸加减方中细辛、干姜、炮附子温下焦虚寒，益肝之用，助肝之疏泄；配伍乌梅、当归，防止肝之疏泄太过，使肝之疏泄冲和条达；黄连、黄柏清上焦郁热；党参、当归补气养血，既补肝之体，又益肝之用，黄芪益气；杜仲甘温补肝。

随患者个体差异，临床施用乌梅丸，当随症加减。若上焦热甚者增加清热药物；下焦虚寒甚者，增加温中药物；中寒呕吐者加吴茱萸、半夏以温中降逆止呕；阴血不足、痛引胸胁者，加柴胡、白芍、川楝子；肝气虚者加黄芪；肾阳虚者加肉桂；肾精不足者加肉苁蓉、鹿角；脾失健运者加茯苓、白术；脾阳虚者加仙灵脾、巴戟天等；大便不通加大黄、芒硝以泻热通便；兼气滞者加木香、枳壳以行气疏肝。临床中虽患者的临床症状不同，有以上焦郁热为主，有以木不疏土为主，有以下焦虚寒为主，但必见上热下寒，脉弦弱无力，此为应用要点。临床各科但见此特征，即可用乌梅丸，而不必拘泥治疗蛔厥。

3. 张再康等观察病例：冀某，女，51 岁。昼则身如冰水浸，自心中冷不可禁，虽穿厚衣不解；夜则身热如焚，虽隆冬亦必裸卧，盗汗如洗，头痛，左胁及背痛。情志稍有不遂则心下起包如球，痞塞不通，胸中窒塞。饮食、二便尚可，年初经绝。脉沉弦、寸滑。先后住院 11 次，或称为更年期综合征，或称为内分泌失调，或称为自主神经功能紊乱。余以乌梅丸作汤剂：乌梅、黄柏各 6g，炮附子 15g，细辛 4g，干姜、川花椒各 5g，桂枝、黄连各 10g，当归、党参各 12g。2 剂寒热除、汗止，心下痞结大减，4 剂而愈。已 5 年，生活正常，未再发作。

按：张再康运用本方，若无真气脱越之象，乌梅常减量。热重者加大寒药用量，或稍加龙胆草；寒重时加大附子用量，或加吴茱萸；气虚重时加黄芪；阴血虚重者加白芍；肾气虚者加巴戟天、仙灵脾；

清阳不升者加柴胡；兼有瘀滞者加桃仁、红花。

七、不孕症

不孕症有原发不孕和继发不孕之分，随着现代医学的发展，不孕症的原因越来越明晰，原因不明不孕呈下降趋势。文献报道 15%～20%的不孕妇女最终找不到确切病因。不孕症的发病率较高，约占育龄妇女的 5%～10%。不孕症的原因较多，且极为复杂，除了诸如输卵管粘连、输卵管阻塞不通、子宫发育不完全或幼稚、黄体不全、ABO 血型不合、免疫性不孕等原因外，其他如社会、家庭、心理因素等也是发病的重要因素。输卵管因素是引起女性不孕的主要原因，约占 72.02%。输卵管病变大部分是急性、慢性盆腔炎所致。继发不孕中最常见原因为盆腔炎，约占 40%，81.2%的继发不孕女性有人工流产病史或异位妊娠病史。排卵障碍是引起女性不孕的另一重要原因，有多种因素均可导致排卵障碍，如多囊卵巢综合征（PCOS）、卵巢早衰、高泌乳素血症、生殖功能异常、其他内分泌腺的影响等，其中 PCOS 是主要原因。排卵障碍的发生率为 29.78%；PCOS 的发生率占女性不孕的 25.27%，占不排卵性不孕的 84.87%。

《内经》就对受孕过程有所阐述，《素问·上古天真论篇》云："女子二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子。"中医认为冲脉、任脉为"月经之本"，与受孕关系密切。月经的正常又与肾、肝、脾三脏关系紧密。肾藏精，系冲任，为孕育之本源；肝藏血，调冲任，若肾之精气充沛，肝疏泄正常，则天癸旺盛，冲任调和，月事以时下，乃能摄精受孕。此外，脾胃为后天之本，经血生化之源，脾运健旺，化血有源，则能滋肾养肝，调和冲任而受孕。男女双方在肾气盛，天癸至，任通冲盛的条件下，女子月事以时下，男子精气溢泻，两性相合，便可媾成胎孕，可见不孕主要与肾气不足、冲任气血失调有关。临床常见有肾虚、肝郁、痰湿、血瘀等类型。治疗重点是温养肾气，调理气血，使经调病除，则胎孕可成。

【病案举例】

1. 陈庆华观察病例：林某，女，26 岁，1983 年 11 月 12 日初诊。结婚 4 年未孕，其丈夫精液检查正常。妇检正常，但测基础体温

双相曲线不典型。西医诊为排卵障碍性不孕症。症见：月经不调、量少色淡，每7～10天方净，伴胃脘灼痛，四肢不温，饥不欲食，时常腹痛，大便带有白色黏胨、日行2次，舌淡、苔薄白，脉沉缓。证乃上热下寒，胞脉失养。治拟清上暖下，温养胞脉。处方：乌梅、熟地黄、枸杞子、菟丝子各20g，当归、党参、桂枝、白附片、黄连、黄柏、肉苁蓉、淫羊藿各10g，干姜、细辛、花椒各3g。水煎服，2日1剂。5剂尽，肢冷大减。共进12剂，胃灼痛、下利、肢冷得除。次年2月27日查妊娠试验（+），同年年底顺产一男婴。

按：中医认为，“冲为血海”，“任主胞胎”，二脉系于胞。辨本案虽与乌梅丸证相合，但实属上热下寒、胞脉失于温养所致。方中乌梅、黄连、黄柏清心泄胃，燥湿止痢；白附片、干姜、桂枝、细辛、花椒暖肝温肾，散寒除冷；党参、当归、熟地黄、枸杞子、菟丝子、肉苁蓉、淫羊藿温养胞脉。诸药相伍，切中病机。

2. 李家发报道病例：孙某，女，27岁，1998年3月15日初诊。主诉：婚后3年未孕，月经常常不按期来，提前少，推后多，经色淡、质清、夹有少许紫色血块，多逾期不止。神疲乏力，形寒怕冷，尤以下半身为明显。经前两乳发胀，甚时稍有疼痛，腰酸，有空坠感。易躁易怒，大便稀多干少，小便少。妇检：子宫偏小而光滑，宫体后位如桃核大、质硬。诊断为子宫发育不良。刻见：身体较胖，舌淡、苔薄白、边有齿痕，脉沉弦。证属肾虚肝郁，寒滞胞宫。药用：乌梅、白附片、桂枝、制香附、艾叶各10g，川花椒、小茴香各6g，细辛、川楝子、薄荷各3g，当归12g，紫河车10g，炒研细末冲服。嘱其月经干净后服用，连服10剂。连服3个月经周期。二诊：第二个月经周期后，腰围减小，乳房仅有轻微发胀，月经基本正常，大便成形、时多，小便如常，精神转佳。服完第三次药后，月经推迟10天未至，到医院检查证实受孕。

按：本案证属肾虚肝郁、寒滞胞宫，故用白附片、桂枝、艾叶、川花椒、小茴香、细辛暖肝散寒，乌梅、当归、制香附、川楝子、薄荷柔肝疏肝，紫河车滋肾养阴，共奏疏肝理气、补肝肾、暖肝寒之功，故能获良效。

参考文献

[1] 王付. 运用经方加味治疗痛经举隅. 江苏中医, 2001, 22 (7): 21
[2] 司秀蕊, 吕玉玲. 乌梅汤保留灌肠治疗慢性盆腔炎46例. 河南中医, 1996, 16 (1): 22
[3] 肖梦兰. 乌梅丸治疗带下病21例. 中国社区医师, 2000, (9): 43
[4] 陈英明. 乌梅丸治疗腹痛的研究. 江西中医药, 1995, 5 (2): 89
[5] 马大正. 经方治疗痛经验案举隅. 山西中医, 2005, 21 (5): 47
[6] 李家发. 乌梅丸异病同治之我见. 湖北中医杂志, 1999, 21 (11): 514
[7] 陈英明. 乌梅丸治疗腹痛的研究. 江西中医药, 1995, (增刊): 88
[8] 李苏苏. 乌梅汤治疗崩漏15例. 湖南中医杂志, 1996, 12 (3): 36
[9] 李秀英, 刘爽. 自拟功血康治疗崩漏158例. 辽宁中医杂志, 2008, 35 (3): 392
[10] 韩梅英, 张淼, 等. 乌梅丸加减治疗崩漏. 内蒙古中医药, 1998, (3): 26
[11] 王庆英. 乌梅丸临床运用体会. 天津中医, 2000, 18 (2): 48
[12] 卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 中国医药科技出版社, 1997, 3-4
[13] 邵敬於. 雌激素的临床应用. 上海: 复旦大学出版社, 2003, 377-381
[14] 王四平, 吕淑静. 乌梅丸新用举隅. 四川中医, 2002, 20 (5): 67
[15] 浦江晨, 沈丽华. 乌梅丸可治更年期综合征. 浙江中医杂志, 2005, (10): 456
[16] 张再康, 冯瑞雪, 等. 乌梅丸及其临床应用探析. 浙江中医杂志, 2002, (5): 212
[17] 陈庆华. 乌梅丸临证新用. 湖北中医杂志, 2001, 23 (4): 38

第四章

儿科病证

一、小儿胆道蛔虫症

胆道蛔虫症是儿科急诊，临床以7～12岁多见。患儿常突然出现剧烈的阵发性腹痛、绞痛、哭吵不安、坐卧不宁、弯腰翻滚、面色苍白或胀红，极度痛苦，体检腹部无明显阳性体征，或仅有右上腹部压痛。

小儿胆道蛔虫症属中医学之“蛔厥”范畴。近年来，由于中西医结合治疗的临床应用，极大地提高了其非手术治愈率。西医治疗安蛔解痉止痛是关键，常用维生素 k_1 以止血，加用解痉、抗过敏、抗组胺、驱蛔药等。目前临床常用的驱虫药很多，其药理机制大致相同，均是通过阻断乙酰胆碱对蛔虫的兴奋作用，从而麻痹虫体，使其不能附着于肠壁而随大便排出。此类药物在人体内很少吸收，故肠道内药物浓度较高。蛔虫顶端感觉乳突和头感器是药物作用的敏感部位，然而蛔虫进入胆道后，驱虫药失去对蛔虫头部敏感部位的作用，不能麻痹虫体，反而因药物作用继续驱赶蛔虫使之进入胆道。因此采用中西医结合治疗，则克服了西药这一缺点。中医学认为，“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦则下”。中医治疗先驱

蛔，再予调补，或配合针刺治疗，疗效确切。安蛔驱虫的常用方如乌梅丸；待虫体排出，腹痛缓解，宜调补脾胃，常用五味异功散为主方。针刺足三里、阳陵泉、内庭、胆俞等穴，可使胆囊收缩，胆汁分泌增加，Oddi 括约肌和胆总管松弛扩张，有利于胆道内蛔虫退出，或靠胆汁流冲击力使已死亡的蛔虫排出。

【临床应用】

1. 乜连祥以乌梅丸加减治疗多例小儿胆道蛔虫症均告治愈。

2. 陈立正以乌梅丸加减治疗小儿蛔虫病 60 例。便秘明显者加大黄、厚朴；腹痛明显者加元胡、川楝子；黄疸者加茵陈、栀子。结果 60 例中 59 例治愈，仅 1 例胆道蛔虫症转外科手术治疗，治愈率 98%。蛔虫性肠梗阻 6 例在服药 1～2 次后腹痛减轻，呕吐停止，腹部包块在 3 天内消失，并排出蛔虫，排虫最少者 20 条，最多 125 条。胆道蛔虫症 42 例，3 天以内症状消失 24 例，3～6 天 4 例，6～9 天 9 例。肠蛔虫病 11 例，均在服药 3 天内腹痛止，呕吐缓解。

【病案举例】

1. 陈立正介绍：付某，女，8 岁，小学生。患儿因发热，腹部阵发性绞痛，入某医院诊疗，诊断为胆道蛔虫，并发急性胆囊炎，口服驱虫灵，静脉滴注青霉素，治疗 1 周后，病情加重，患儿呻吟不止，家属畏惧手术，要求中药保守治疗。查体：舌苔黄腻，脉细数，声微气弱，口苦，便秘，痛苦面容，体温 37.5℃。乃同时投 2 方剂，安驱并用。第一方，清热利胆，化虫排蛔，大柴胡汤加减：柴胡 7.5g，黄芩 7.5g，白芍 15g，甘草 7.5g，蒲公英 15g，金钱草 7.5g，川楝子 7.5g，鸡内金 10g，健曲 10g，陈皮 7.5g，木香 5g，大黄 5g；水煎饭前 1h 服，日 1 剂。第二方，安蛔止痛，用乌梅丸汤：细辛 2g，桂枝 7.5g，太子参 7.5g，川花椒 2.5g，黄连 5g，黄柏 7.5g，乌梅 2 枚，干姜 5g，附子 2.5g，当归 7.5g；水煎饭后 1h 服，日 1 剂。上 2 方各服 3 剂后，痛减，病情缓和。因患儿腹胀，第一方加厚朴 5g，苍术 5g，莱菔子 5g。继续服上 2 方，各 3 剂。上 2 方各服 6 剂后，便下一条绿头蛔虫，患儿腹疼止，活泼如常。2 年后随访均无反复。

2. 陈立正报道：患儿孙某，女，12 岁，小学生，1999 年 3 月 16 日就诊。其母代述，近 2 年来，孩子腹部时时隐痛，曾口服驱虫灵 4

次，中西医治疗多次未效。长期忍痛上课。查体：舌苔薄白、舌面有虫斑，脉细弱，消瘦，腹部喜按畏寒，自述一阵阵隐痛，笔者诊断为隐型蛔虫症。治以温中散寒，安蛔化虫。附子理中汤加减：党参10g，白术10g，茯苓10g，甘草7.5g，附子5g，生牡蛎7.5g，木香5g，枳壳7.5g，健曲10g，鸡内金5g，白芍10g，陈皮5g，水煎服，日1剂。上方服8剂后，其母惊喜地告知，患儿吐出一寸长黑色小蛔虫1条，吐后痛止，1年后随访，无反复。

按：本例因胆道幼小蛔虫，其体小力微，故致隐隐阵痛，易被误诊，中医用传统的温中散寒之法，使胃肠道内环境得以改变，加之附子的麻醉之功，牡蛎的消散之力，将其缓缓诱捕。2例胆道蛔虫症，症状一急一缓，驱之不下，服中药8～12剂，才将虫体排出，可见此症应缓缓图治，不可急躁逐杀，以防止加重病情。

二、迁延性腹泻

婴幼儿迁延性腹泻病程一般在2周～2个月之间。由多病原、多因素引起，抗菌药物仅用于分离出特异病原的感染，并依据药物敏感试验结果选用药物，因此针对病因治疗比较困难。西医治疗，依照《中国腹泻病诊断治疗方案》，主要是采用液体疗法和营养治疗，由于引起腹泻的病因不易明确，所以难以针对病因进行治疗，而运用中医辨证进行治疗却有明显疗效。

婴幼儿迁延性腹泻属中医“泄泻”范畴。中医理论认为，此病多由外感六淫，内伤乳食，损伤脾胃，导致运化失常而发生。因治疗失时或治疗不当，以致久病迁延不愈，并可影响小儿营养、生长和发育。就病理而言，凡发病急，病程短暂，多属实证；病程迁延，反复不愈，大多为虚证。古有“泄泻之本，无不由脾胃”之说。脾胃虚弱，不能腐熟水谷，运化精微，清浊不分而下则泄泻不止。久泻之后，脾虚及肾，肾阳伤则命火不足，不能温蒸中州之气，不能腐熟水谷，又可见下利清谷等脾肾阳虚之症，故本病治法，当与一般脾虚泄泻有别，应涩肠止泻与温中健脾并施，若为脾肾阳虚，温肾、补脾又当兼顾，治病求本，方能屡获效验。

【临床应用】

张晓峰以乌梅丸加减治疗婴幼儿迁延性腹泻50例。其中男29例，女21例；年龄<1岁28例，1~3岁22例；腹泻病程2周~1个月42例，1月~2个月8例。所有病例均无明显脱水征。基本方药：乌梅12g，干姜3g，黄连1.5g，川花椒2g，桂枝6g，党参10g，炒白术10g，五味子10g，赤石脂12g，粳米15g。若呕吐次数较多者，加砂仁3g；腹痛者加白芍6g；下利清谷者加熟附片1.5g，每日1剂，煎取150ml，分3次温服，服药困难者，亦可少量多次频服。结果50例中，显效32例，有效14例，无效4例。总有效率92%。

【病案举例】

周正明介绍病例：患者，女，1岁6个月，就诊时间1993年12月16日。主诉：呕吐，腹泻，咳嗽，发热。望其精神萎靡，形体消瘦，皮肤萎黄，毛发焦枯，唇干，咽部轻度充血，舌红、瘦小，苔薄白。查其皮肤弹性不良，心肺听诊（-），喉中痰鸣音，体温38.7℃，血常规、粪常规未见异常。询其呕吐、泻泄历时1个月，近日加重，日泻达30余次，泻出蛋花水样便，呕吐次数日达十三、四次。诊为：幼儿消化不良伴轻度脱水；上呼吸道感染。中医诊为泻泄。治疗给于静脉滴注氨苄西林，纠正水、电失衡，口服葛根芩连汤合赤石脂禹余粮汤。治疗3日，吐呕、咳嗽、发热已止，泻泄仍日达30余次，泻出仍为蛋花水样便，并诉夜间泻出蛔虫2条，吐出长约20cm蛔虫1条，刻诊想儿又泻出蛔虫1条。忆及《伤寒论》“蛔厥者，乌梅汤主之。又主久利。”予乌梅汤化裁处方：乌梅9g，黄连6g，黄柏6g，细辛1g，川花椒2g，干姜2g，桂枝2g，党参3g，白附片2g。1剂泻泄止，再剂大便成形，后以参芩白术散调理数日，精神转佳，此后2个月，腹泻一直未作。在此后的临床中，有意将乌梅汤用于治疗小儿久泻、久利，均获良效。

按：乌梅丸为《伤寒论》治疗寒热错杂的蛔厥证而设，后言“又主久利”，但对于久利的临床表现和病机未做描述，从其组方可以测知其病机为寒热错杂，故在临床应用乌梅汤治疗小儿泻泄，其病机必须是寒热错杂或久泻而有蛔虫证者，其有蛔虫的指征非特指吐蛔，若具下列指征之一者，其蛔虫的辨证既可成立，如面部白斑、巩

膜蓝斑、下唇内颗粒样白点、嗜食异物等以及小儿体瘦者。方中乌梅味酸，酸能收敛固涩止泻；“湿胜则濡泄。”泻泄病大多湿气盛，黄连、黄柏味苦性寒，苦能燥湿、坚阴，寒能清热，既燥且清，又可防泻之太久而致的伤阴：久泻必伤其正，又以党参、白附片、当归、桂枝等品来补其已伤之正气；川花椒、干姜杀虫温中。因此，该方治疗久泻久痢具有收敛、燥湿、清热、温脏、杀虫之功，临床用于寒热错杂或因蛔虫而引起的久泻久痢，投之辄效。

三、胃炎

儿童胃炎是一种反复发作性多因素疾病，现代医学证实幽门螺杆菌（Hp）是儿童胃炎的主要致病因素，文献报道引起的原发性胃炎在儿科占40%～95%。Hp感染率随着儿童年龄递增而上升，并与慢性胃炎、消化性溃疡的发病有密切联系。87例胃镜检查显示，最多是慢性浅表性胃炎46例（52.87%），其次十二指肠球部溃疡17例（19.54%）。急性感染性疾病、流感或脓毒血症时，病毒细菌可通过循环血液途径进入胃组织而产生急性血源性胃炎。观察表明，学龄儿童较学龄前儿童急性胃炎的发病率高。急性胃炎比慢性胃炎发病率高，可能与卫生、饮食习惯有关。其治疗原则主要是杀灭Hp。有效的抗Hp治疗可促进胃黏膜愈合，有效地降低复发率。因此，根除Hp对相关性儿童胃炎的治疗是十分重要的。现在根除Hp的方法主要是含质子泵抑制剂（PPI）的三联疗法，根除率在80%左右。但由于存在一定的不良反应和依赖性，服药次数多，价格昂贵，儿童服药依从性又较差，因此寻求新的、符合国情的有效疗法，是今后治疗儿童胃炎工作的发展方向。

【临床应用】

刘宇应用乌梅汤加减方治疗幽门螺杆菌相关性胃炎患儿94例，取得满意疗效。方法：将143例患儿随机分组，治疗组94例口服乌梅汤加减方：乌梅、黄芩、广藿香、金铃子炭、川木通、紫苏梗、槟榔、元胡各9g，细辛、干姜、黄连、吴茱萸各6g，川花椒12g，高良姜3g。水煎服，1剂服2日，每日4次，每次40ml。对照组口服阿莫西林（羟氨苄青霉素）50mg/（kg·d），分2次，甲硝唑15mg/（

kg·d），分2次。两组均连服4周。结果两组症状、体征改善无显著性差异（$P>0.05$），Hp根除率无显著性差异（$P>0.05$），但治疗组均高于对照组，仍有一定的临床意义；治疗组不良反应率21.12%，对照组不良反应率34.169%，两组有显著性差异（$P<0.05$）。说明乌梅汤加减方具有较好的杀灭Hp、促进儿童胃炎愈合、减少不良反应和复发率的作用。

按：大量的临床资料与研究证明，中医药治疗Hp已取得一定成效。有证据表明乌梅、干姜、黄连、黄芩、元胡对Hp有直接杀灭作用，而吴茱萸、高良姜等药对Hp有抑制作用。儿童胃炎主要表现为上腹、脐周反复性疼痛，伴恶心、厌食、腹胀、便秘等症，属中医胃脘痛范畴，其病机为多种因素致胃气不舒，不舒则痛或胀。在治疗上如只是行气和胃，痛消药停则达不到消除Hp目的。乌梅汤是行气和中、温胃止痛的代表方，经加减后其紫苏梗、细辛、川花椒、吴茱萸、高良姜、广藿香、元胡、金铃子炭具有行气止痛之效，吴茱萸、黄连平胃止呕，槟榔行气通便。全方连服4周可有效根除Hp，并对胃炎所致临床症状有效消除和缓解。

四、肝硬化腹水

肝硬化腹水是临床治疗中较为棘手的难症之一，特别是临床上应用西医放腹水、利尿剂及腹水回输治疗效果不明显时，往往缺乏更有效的治疗手段。其发病机制较为复杂，现代医学认为主要是钠水潴留、腹内因素（主要是门脉高压、低蛋白血症等）、内分泌因素、感染因素等所致。

肝硬化腹水属中医“臌胀”范畴。认为本病病机主要是湿热疫毒蕴结体内，导致肝、脾、肾三脏功能失调，气滞、血瘀、水饮互结腹中。加之病情迁延，病程久长，久病则虚，故治疗应以扶正为主，逐水为辅，攻补兼施为原则。拟补气益气、活血化瘀、逐水利尿。在西医保肝、利尿、补充白蛋白等基础上联合中医治疗，多能起到较好疗效。

【病案举例】

何兵部报道，陈某，男，5岁，1982年6月10日初诊。患慢性

肝炎1年余，来诊时病情危重，症见：面色青黑晦暗，手掌干裂，骨瘦如柴，腹大如鼓，青筋暴露，肚脐外翻，肠鸣漉漉，阴囊肿大如拳，坐卧不安，呼吸困难，干呕不食，大便初硬后溏，小便色黄量少，舌质淡暗、舌苔灰而水滑，脉沉而数。查：肝脏肿大，平脐、质硬。肝功能检查：黄疸指数2U，胆红素1mg%，凡登白直、间接试验阴性，麝香草酚浊度4U，硫酸锌浊度试验8U，脑磷脂胆固醇试验（+），丙氨酸氨基转移酶80U，总蛋白50g%，白蛋白2.3g%，球蛋白2.7g%。超声波检查：肝上界第五肋间，肋下11cm，剑突下13cm；脾肋下2.5cm；密集微小波形；分隔波，腹水4cm。西医诊断：肝硬化腹水。中医诊断：臌胀。证属脾肾阳虚，肝失疏泄。拟方：乌梅15g，桂枝、红参、制附片、干姜、柴胡各9g，牵牛子、川花椒、细辛各6g，泽泻12g。2剂，水煎服。服药后大便泻下2次，色黑而青，小便频数，腹水骤减。原方减去牵牛子，红参改为党参9g，继服3剂，腹水全消。后仍以本方随症加入当归、白芍、郁金、穿山甲等养血柔肝活血之品，服20剂后于7月7日做超声波检查：肝上界第六肋间，肋下1cm，剑突下2cm；较密微小波形，肝脏质地中等。仍以原法又服20余剂，临床症状全部消失。随访至今已5年，未再复发。

按：本案由久病脾肾阳衰、肝失疏泄、三焦水道不利、水湿潴留于内所致。水势汹涌，病情危重，故用乌梅丸去连、柏以温振脾肾真阳，加柴胡疏泄解郁以利三焦水道，泽泻导水下行，牵牛子峻逐水湿。如此标本兼顾，温消并行，并改丸剂为汤剂，使水邪得以速去，阳气得以恢复，故获效迅捷。

五、小儿癫痫

癫痫是小儿时期常见的一种病因复杂的反复发作的神经系统综合征，是由于脑部神经元产生过度放电，从而引起阵发的脑功能紊乱所致。临床上表现为反复的肌肉抽搐和意识障碍，也有感觉、行为和自主神经功能的异常。具有发作性、复发性和自然缓解等特点。小儿癫痫大体可分为原发性和继发性两大类。原发性癫痫是指通过现有手段不能明确原因的病例；继发性癫痫是指通过目前的检查手段能够发现

确切原因的病例或脑部实质性病变者，如颅内肿瘤、脑外伤、脑血管畸形、中枢神经系统感染、脑发育畸形、各种脑缺血缺氧疾患、代谢紊乱、中毒等。小儿癫病患病率大约为3‰～6‰，大多数发生在学龄前期。

癫痫古人称“痫证”。中医学认为其发生可有多种原因，即风、痰、惊、热等导致脏腑失调、气机逆乱、痰浊阻滞、风阳内动，若脾失健运，不能运化水湿，内生痰浊。小儿脾常不足，气上逆，蒙闭清窍，则神志丧失；痰浊内扰，引动肝风，则四肢抽搐。若痰降气顺，则痫发渐止，复如常人。可见，其病机关键在于脾失健运，痰浊内阻。目前抗癫痫西药确有疗效，但毒副作用明显，难以长期应用。中医药具有辨证施治个体化治疗的优势和无毒（或低毒性）及可长期服用的特点，大量的临床报道表明了中医药治疗癫痫的有效性，中医治疗宜以益气健脾化痰、平肝息风安神为法则。

【临床应用】

张汉斌介绍：蔡某，女，5岁。患儿2个月前突然昏倒，牙关紧闭，手足抽搐，四肢厥冷，口吐涎沫，持续1h方醒，此后反复发作，经中西药多方治疗无效。诊见患儿摇头，咀嚼不止，苔白腻，脉弦滑。拟乌梅丸加枳实、胆南星治疗。服2剂而症状消失，续10剂获愈，至今未复发。

【病案举例】

张新等报道病例：刘某，女，15岁，1991年7月2日初诊。阵发性腹痛反复发作1年，重时1日发作7次。发作时伴恶心，呕吐清水，四肢逆冷，心烦。脑电图检查诊断为癫痫。多方治疗无效。患者不欲用西药抗癫痫治疗。查其舌淡红、苔白腻，脉弦滑。证属寒热错杂，上热下寒，气机不调。予乌梅丸原方作汤剂：乌梅30g，黄连8g，黄柏10g，细辛6g，川花椒10g，干姜8g，桂枝10g，附子10g，当归10g，人参10g，3剂，水煎服。3日后复诊，癫痫无发作。守方服用2个月，后易乌梅丸4个月而病愈。

按：本例患者基本病机为寒热错杂，上热下寒，气机不调，故用乌梅丸寒热并调，辛苦并进，贴合证机，而能收功。

六、小儿惊风

惊风一证在唐代以前，多与痫证混称，宋代《太平圣惠方》始将惊风与痫证区别开来，并创急惊风、慢惊风之病名。钱乙《小儿药证直诀》对急、慢惊风的病因病机、辨证治疗进行了详细论述，尤其是钱乙创立的泻青丸、益黄散等，对现代治疗小儿惊风仍有重要的参考价值。清代陈复正在《幼幼集成》中将惊风归纳为“误搐”、“类搐”和“非搐”三大类。

急惊风的主证是痰、热、惊、风，因此治疗应以清热、豁痰、镇惊、息风为治疗原则。痰盛者必须豁痰，惊盛者必须镇惊，风盛者必须息风，然热盛者皆必先解热。由于痰有痰火和痰浊的区别；热有表里的不同；风有外风、内风的差异；惊证既可出现惊跳、嚎叫的实证，亦可出现恐惧、惊惕的虚证。因此，豁痰有芳香开窍、清火化痰、涤痰通腑的区分；清热有解肌透表、清气泄热、清营凉血的不同；治风有疏风、息风的类别；镇惊有清心定惊、养心平惊的差异。

【病案举例】

陈爱芝报道病例：陈某，男，12岁，于1988年8月4日因高热抽搐，呕吐3天，在我院传染科住院，经血常规、脑脊液检查，确诊为“乙型脑炎”。经治疗体温维持在37.5℃左右，呕吐消失，但抽搐不减。后以乙脑后遗症出院。遂于1988年9月12日就诊于笔者。患儿表情淡漠，颈项强直，双上肢呈内收屈曲强直，紧握拳贴于胸前，双下肢呈强直性伸展。腱反射亢进，克匿征及巴彬斯征均阳性，脉细弱，因不能张口，苔舌难辨。此乃病久，阴竭阳虚、寒热错杂、筋脉失养所致的痉病。投寒热并用之乌梅丸方加减；乌梅15g，细辛4g，干姜6g，党参10g，黄柏6g，制附片6g，黄连6g，僵蚕10g，蜈蚣3条，全蝎6g，伸筋草10g，每日1剂，水煎取药汁，少量多次徐徐从口角灌入。服药4剂后，患儿可以张口，进药较易。又照上方服8剂，颈部及四肢强直明显减轻。又以上方加石菖蒲12g，郁金12g，连服20天。患儿神志清醒。能下床由父母扶在地上挪动脚步，纳食增加。咀嚼功能正常，但仍失语，又在原方基础上去黄柏、细辛，加莲子心15g，枸杞子10g，何首乌10g，连续用药30天。始能喊妈妈。

为巩固疗效，用此方加减又调治半月，患儿语言恢复，可以自主活动，仅右下肢稍有点跛，于1989年秋季又入学，智力较病前无明显差异。

按：《素问·六节脏象论篇》曰："肝者，其华在爪，其主在筋"。该案把痉病纳入厥阴病的范畴来考虑。乌梅丸是治疗厥阴病的主方，寒热并用，辛苦酸合为一方，与厥阴病寒热错杂、阴阳消长的特点颇相适应。痉病患者，指、趾不荣，挛急强直，角弓反张等，乃筋脉失养所致。故用乌梅丸补肝养筋，加全蝎、蜈蚣、僵蚕、石菖蒲、郁金等息风通络，醒脑开窍，使此病得以痊愈。

七、小儿盗汗

小儿盗汗中医学称"小儿汗证"，多属西医学自主神经功能紊乱，而维生素D缺乏性佝偻病及结核病、风湿病等，也常见多汗。

汗是由皮肤排出的一种津液。汗液能润泽皮肤，调和营卫。小儿由于形气未充、腠理疏薄，加之生机旺盛、清阳发越，在日常生活中，比成人容易出汗。若因天气炎热，或衣被过厚，或喂奶过急，或剧烈运动，出汗更多，而无其他疾苦，不属病态。小儿汗证有自汗、盗汗之分。睡中出汗，醒时汗止者，称盗汗；不分寤寐，无故汗出者，称自汗。盗汗多属阴虚，自汗多为阳虚。但小儿汗证往往自汗、盗汗并见，故在辨别其阴阳属性时还应考虑其他症候。汗是人体五液之一，由阳气蒸化津液而来。如《素问·阴阳别论篇》所说："阳加于阴，谓之汗"。心主血，汗为心之液，阳为卫气，阴为营血，阴阳平衡，营卫调和，则津液内敛。反之，若阴阳脏腑气血失调，营卫不和，卫阳不固，腠理开阖失职，则汗液外泄。小儿汗证的发生，多由体虚所致。其主要病因为禀赋不足，调护失宜。小儿脏腑娇嫩，元气未充，腠理不密，若先天禀赋不足，或后天脾胃失调，肺气虚弱，均可自汗或盗汗。肺主皮毛，脾主肌肉，肺脾气虚，表虚不固，故汗出不止。因汗证是以虚为主，故补虚是其基本治疗法则。或调和营卫，或益气养阴，或清化湿热，辨证治疗效果较好。

【病案举例】

陈乔松介绍：颜某，男，4岁，1995年4月初诊，盗汗3个多

月。无论冬春，入睡不久即出汗，轻则头汗如珠，甚则遍身淋漓，醒后汗止，食欲、玩耍如常。曾到市医院检查，未发现有器质性病变。用维生素 B_{12}、维丁胶性钙、虚汗停等治疗 1 周，未见好转，后改服中药（方药未详）10 余剂皆无效。诊见：面白唇红，口臭微渴，喜热饮，尿颜色赤，大便无异，舌淡、苔薄黄，脉细数无力。证属虚实相兼，寒热错杂。治宜扶正祛邪，调和阴阳，方拟乌梅丸加减。处方：乌梅 10g，黄芪 24g，党参、白芍各 12g，黄连、黄柏、当归、附子各 3g，桂枝 5g，煅牡蛎 15g。服 2 剂。药后汗出大减，黄苔渐退，小便次数亦减，原方续进 5 剂，汗止而愈。

按：小儿盗汗一证，临床上较为常见，其病机以阴虚者居多，阳盛者次之，而虚实相兼者亦非少见。临证除家属代诉盗汗外，往往他症缺如，舌脉大多无异。因此在辨证中有一定难度，经用一般敛汗方药治疗无效后，可用乌梅丸试之。因盗汗日久，汗出过多，其表必疏，阳气易耗，阴津易伤，故易演变为虚实相兼、寒热错杂证。以乌梅酸涩收敛；桂枝、白芍、黄芪固表和营；黄连、黄柏泻火坚阴；党参、附子温阳益气；当归和血；去细辛之发散和干姜、川花椒之燥热，加牡蛎潜阳固涩。全方使阴阳调和，气血平宁，故盗汗自止。

参考文献

[1] 陈立正．乌梅丸加减治疗小儿蛔虫病 60 例．实用中医药杂志，1998，14（3）：22

[2] 张晓峰．乌梅汤治疗婴幼儿迁延性腹泻 50 例．江苏中医，1996，17（7）：18

[3] 周正明．乌梅汤治疗小儿泻泄验案．青海医药杂志，2001，（3）：21

[4] 萧树东，刘文忠．幽门螺杆菌的治疗现状．世界华人消化杂志，1999，7：324

[5] 颜根娣．幽门螺杆菌感染与儿童感染胃炎的关系探讨．河北医药，2007，29（8）：802

[6] 谷晶，赵云萍，等．儿童胃炎的超声诊断价值．中国初级卫生保健，2006，20（5）：86

[7] 刘宇，刘建荣．乌梅汤加减治疗小儿幽门螺杆菌相关性胃炎 94 例临床观

察．四川中医，2004，22（8）：71
[8] 何兵部．乌梅丸在儿科中的应用．现代中医药，2002，（3）：40
[9] 左启华．小儿神经系统疾病．第2版．北京：人民卫生出版社，2002，215-216
[10] 张汉斌．白映淮运用乌梅丸治疗久痢经验．湖北中医杂志，1982，（2）：36
[11] 张新，宋会都，等．乌梅丸新用举隅．山西中医，1994，（11）：28
[12] 陈爱芝．乌梅丸临床新用．河南中医，1994，14（5）：307
[13] 陈乔松．乌梅丸新用．新中医，1996，28（10）：53

第五章

皮肤科病证

一、荨麻疹

荨麻疹是由皮肤、黏膜小血管扩张和通透性增加而导致的一种局限性水肿反应，临床主要表现为风团和红斑。荨麻疹有急性、慢性之分，一般认为，荨麻疹每天或几乎每天发作，持续6周或6周以上者，可诊断为慢性荨麻疹（CU）。荨麻疹由肥大细胞及嗜碱粒细胞脱颗粒释放组胺等血管活性递质而引起。尽管抗原与结合在肥大细胞表面的特异性IgE交联可以激活肥大细胞，但这并不能解释所有的荨麻疹，特别是大多数CU的发生。西医治疗常用抗组胺药物，或与西咪替丁（甲氰咪胍）等H_2受体拮抗剂以及维生素类和钙剂联合用药。肾上腺皮质激素适用于病情急、皮损广泛的严重病例。治疗慢性荨麻疹的药物很多，用药方法和治疗时机也不尽相同，出现了组胺H_1受体拮抗剂第二代药物、白三烯受体抑制剂，环孢素和激素类药物也应用于临床。

荨麻疹中医称“瘾疹”，病因与风、湿、热三方面因素有关。慢性荨麻疹因素体禀赋不耐，气血不和，卫外不固，腠理不密，风邪袭表而发病。用中医中药和中西医结合治疗本病

取得很好的效果。中医辨证论治一般将其分为风热型、风寒型、气血虚型，分别以散风清热、散风解表、调和营卫、益气养血、疏散风邪为法，而以祛风清热为主。

【临床应用】

1. 老温辉以乌梅方为基础方治疗慢性荨麻疹27例，全部病例来自门诊。其中男15例，女12例；年龄15～59岁，平均34岁；病程最短1个月，最长14个月。全部病例均曾用西药抗组胺药治疗未能治愈。来诊时均做血常规检查，其中4例嗜酸粒细胞增多，23例血常规正常；8例做IgE检查，2例轻度升高，6例正常。基本方：乌梅12g，细辛、川花椒、干姜各3g，黄连、黄柏、桂枝、红参（或党参30g）、制附子各10g，当归、白芍各15g，黄芪30g。每日1剂，渣复煎取汁600ml，分早、晚2次口服。3周为1个疗程。若偏热者加重黄连、黄柏用量；偏寒者加重干姜、制附子用量；血虚明显者加重当归用量，并加何首乌30g；急性发作者加地肤子、蛇床子各20g。结果痊愈（治疗后荨麻疹消退，经1个月随访未复发）17例，有效（治疗后荨麻疹基本消退，但过后偶有复发）8例，无效（治疗后症状无改变）2例。

2. 潘颖萍以乌梅汤治疗慢性荨麻疹32例。32例均为门诊病例，其中男15例，女17例；年龄13～63岁，平均33岁；病程最短1个月，最长11个月。全部病例均曾用西药抗组胺药物治疗未能治愈。来诊时均做血常规检查，其中7例嗜酸粒细胞增多，25例血常规正常。8例作IgE检查，2例轻度升高，6例正常。治疗方法：基本方：乌梅12g，党参25g，黄芪25g，当归15g，白芍15g，细辛5g，花椒5g，干姜5g，制附子10g，桂枝10g，黄连10g，黄柏10g。若偏热者加重黄连、黄柏用量；偏寒者加重干姜、制附子用量；血虚明显者加重当归用量，并加何首乌20g；急性发作者加地肤子20g，蛇床子20g，白鲜皮15g。每日1剂，渣复煎取汁500ml，分早、晚2次日服。2周为1个疗程。治疗结果：痊愈，治疗后荨麻疹消退，经1个月随访未复发，21例；有效，治疗后荨麻疹基本消退，但过后偶有复发，9例；无效，治疗后症状无改善，2例。疗程最短14天，最长35天。

【病案举例】

1. 老昌辉报道：陈某某，女，15岁，皮肤风团反复发生4个月，时轻时重，部位不定，尤以四肢颜面居多，大如豆瓣，小如芝麻，遇风尤甚，瘙痒难忍。皆在当地以抗组胺类药治疗未效而来诊。刻诊：躯干四肢颜面均有散发、形状大小不一、离于皮面、淡红色之皮疹，周围有红晕，部分疹块融合成片，奇痒，患者形胖而面色淡白，食不馨、睡不宁，时腹痛便溏，舌质淡边有齿印、苔黄厚，脉浮滑而欠力。患者13岁月经初潮，每次量多、色淡红。查血：红细胞计数3.60×10^{12}/L,白细胞计数5.6×10^{9}/L，嗜酸粒细胞4%，IgE 1.3mg/L。辨证属营卫、冲任不调，脾虚失运，胃肠湿热积滞，而受风邪之寒热错杂、虚实兼夹证，投乌梅丸加地肤子、蛇床子各20g，如上法煎服，5剂后病情好转，治疗2周皮疹、瘙痒基本消除。伴随症状也有所好转，去地肤子、蛇床子，服完3周停药，复查血嗜酸粒细胞及IgE均恢复正常，随访1个月未再复发。

按：瘙痒为荨麻疹之主要症状，其病因是风邪为患，致脏腑、气血、营卫失调，临床多表现为寒热虚实错杂之症候群。运用乌梅丸加减治之，获效较佳。方中乌梅酸收，配合桂枝、细辛、白芍敛阴和营，一收一散，调和营卫，疏风散寒，消疹止痒，为治标也；党参、甘草加黄芪益气固表，加大辛大热之姜附，加强温经复阳固表；再以当归配何首乌、白芍，加强养血柔肝，所谓“治风先治血，血行风自灭”，此为治本；方中黄连、黄柏二药清胃肠积热，味苦健胃，燥湿邪、解热毒、清脏腑，去除发病的内在因素，又可制约上述诸药之辛燥；地肤子、蛇床子祛肌肤湿热，燥湿止痒。诸药合用，达到了寒热并治，扶正祛邪，不因顾此失彼，又不犯虚虚实实之戒。因此，乌梅丸治疗慢性荨麻疹安全、无副作用，但胃酸过多及上消化道溃疡病人要注意其胃部反应。

2. 杨合增等报道病例：患者，女，40岁，因全身性皮肤丘疹伴瘙痒，反复发作3年，于1999年3月1日初诊。自述3年来，每于春天发病，持续至夏季。发病时先从颜面丘疹开始出现，继则全身，后逐渐融合成片，色淡红并高起皮肤，瘙痒明显。笔者曾先投养血活血、祛风止痒剂10余剂，不见效果。后详查病情，诊见：躯干皮肤

散在大小不等淡红色丘疹，以腹部及双下肢为重，经常有腹痛，大便稀，口苦口干，舌质红、苔白腻，脉沉细。考虑发病日久，寒热错杂，试投乌梅丸加减：乌梅 60g，干姜 3g，细辛 3g，黄连 9g，当归 10g，制附子 3g，川花椒 6g，桂枝 10g，党参 10g，龙骨 20g，牡蛎 20g。水煎服，日 1 剂。服药 3 剂后诸症明显减轻，又复上方加升麻 6g，蝉蜕 10g，继服 10 剂，诸症痊愈。随访 1 年未复发。

按：荨麻疹，属中医瘾疹范畴。《诸病源候论》曰："邪气客于皮肤，逢风寒相折，则起风瘙瘾疹。"究其发病，多由风邪外袭，客于肌肤，营卫失调；脾胃郁热，复感风邪，内外不达，邪热郁于肌肤；气血不足，血虚生风；或血热生风等。前贤治疗多从风、火立论，多用宣发清凉、养血祛风之品。但久病易生他变，血虚邪恋，寒热互结。治当虚实兼顾。方中重用乌梅取其味酸汁多，可润其燥而风自息、热自消；干姜、细辛、制附子、川花椒、桂枝温中州之脾阳，温里散寒，扶正以祛邪；黄连清解内热，以防干姜、制附子之燥；党参、当归养血，龙骨、牡蛎镇静，以防瘙痒之烦；升麻、蝉蜕透达肌肤，引邪外出。

二、带状疱疹

带状疱疹，是有病毒引起的急性炎症性皮肤病，主要体征为成簇的水疱沿神经走向呈带状分布，初起为丘疹，进而变成水疱，围以红晕，以腰肋部和头面部发生最多，疼痛为主，重者难以着衣。

中医学称此病为"蛇串疮"、"缠腰火丹"、"火带疮"、"蛇丹"、"蜘蛛疮"等。《医宗金鉴》记载："此症俗名蛇串疮，有干、湿不同，红黄之异，皆如累累珠形。干者色红赤，形如云片，上起风粟，作痒发热，此属肝心二经风火。"《外科启玄》云："缠腰火丹，一名火带疮，俗名蛇串疮。初生于腰，紫赤如疹，或起水疱，痛如火燎。"本病多因情志不畅，肝气郁结，久而化热蕴湿；或饮食不节，脾失健运，湿热内生，外泛肌肤，复感毒邪，以致湿热火毒蕴积肌肤而发。再则邪阻经络，气血瘀滞，不通则痛，病之后期常迁延疼痛。本病是由肝、脾、肺三经热邪蕴炽而成，有干、湿之分：干性者灼热刺痛，湿性者破口渗液、较干性者痛甚。疱底红润是属脾血不和，肝

郁气滞；灼热疼痛是湿热伤脾，火毒蕴肺；烦躁不寐是毒扰心神。据其表现为潮红煽疼，继之起丘疱疹、水疱等症象，此病乃由肝胆火盛、湿热内蕴，又感受毒邪，以致内外合邪，火毒湿热搏结皮肤、壅滞肌表、郁阻经络气血而成。其治疗当重在清火解毒祛湿，兼以疏通经络气血，令火、热、湿、毒之邪得除，经络通、气血和则病可痊。

【病案举例】

庄建西介绍：魏某，女，82岁，2002年1月21日以双侧胯腹部奇痛3天就诊。患者家住农村，平素身体健康，操持着较重的家务劳动。5天前来到新乡儿子家，刚刚休息了2天就突发两胯腹部疼痛，奇痛难忍，夜不得眠。即诊：局部不红不肿，右寸脉、左尺脉弦大有力，舌质、舌苔无明显异常。中医诊断：蛇串疮。据以往经验，蛇串疮发于胯腹部者水疱不易透出，极易造成误诊，治疗以乌梅丸为主随症加减，疗效甚佳。处方：乌梅15g，黄连10g，黄柏15g，川花椒10g，桂枝12g，干姜10g，附子10g，细辛10g，当归20g，党参30g，川牛膝15g，苍术15g，辽沙参30g，黄芪30g。服药当天疼痛大减，睡眠良好。服药第二天右胯部出现成簇水疱，面积7cm×5cm。以后加减用药12剂，疼痛轻微，停止治疗。4~5周以后疼痛才逐渐消失。

按：蛇串疮发于胯腹部者多见于老年人，每因水疱不透而误诊。1例女性63岁病人，曾按腰腿痛治疗半年多，忍受了长期的剧痛。1例男性65岁病人在某医院靠注射哌替啶度日，被怀疑为瘾君子，造成了医患矛盾。此后用乌梅丸随症加减治疗都取得了很好的疗效。另外，蛇串疮多发于单侧不超过正中线，而发于胯腹部者常常会双侧同时发病。

参考文献

[1] 老昌辉．乌梅丸治疗慢性荨麻疹27例．新中医，1995，27（6）：48
[2] 潘颖萍，刘民．乌梅汤治疗慢性荨麻疹32例．吉林中医药，2002，22（2）：38
[3] 杨合增，王凤菊．乌梅丸治疗神经性疾病举隅．河南中医学院学报，2004，19（2）：56
[4] 庄建西．乌梅丸的临床运用．河南中医，2003，23（1）：14

第六章

口腔科病证

一、复发性口腔溃疡

复发性口腔溃疡（ROU）又称复发性阿弗他溃疡，是指口腔黏膜反复出现孤立的、圆形或椭圆形的浅表性溃疡，可单发或多发，局部有剧烈灼痛，病程有自限性与周期性特点，患病率高达20%左右，居口腔黏膜病的首位。男女老幼皆可发病，初发年龄一般为10～20岁。一年四季均能发生。本病的病因复杂，反复发作，缠绵难愈，目前尚无特效药物，尤其远期疗效不够理想。多数学者认为与全身的免疫状态、遗传、消化不良及便秘、激素水平、工作劳累、精神紧张、维生素缺乏等因素有关。有研究表明患者溃疡发作期CD3、CD4明显减少，从而造成了CD4/CD8比值降低。由于T辅助淋巴细胞减少，引起机体和（或）局部细胞免疫功能降低，在一些其他因素的参与下，导致口腔黏膜上皮局部发生损伤、破坏、坏死而形成溃疡。同时血液流变学增高状态引起的微循环障碍为口腔溃疡形成的直接因素。患者血液内纤维蛋白溶解系统功能低下，血液黏度增高，血小板聚集增强，红细胞聚集，血流速度慢，血液淤滞导致微血栓形成和

血管炎症，最终致口腔黏膜组织缺血、坏死而形成溃疡。

复发性口腔溃疡属中医“口疮”、“口糜”、“口疡”范畴。口疮之名始见于《内经》，《素问·气交变大论篇》中曰：“岁金不及，炎火乃行，民病口疮。”首次指出口疮以火热为基本的发病病因。《圣济总录》更认为“口疮者，由心脾有热气冲上焦，熏发口舌，而为口疮。”指出了口疮与心脾蕴热有关。复发性口腔溃疡，病虽生于口，实与脏腑经络密切相关。缘脾开窍于口，心开窍于舌，肾脉连咽系舌本，两颊及齿龈属胃与大肠经。由于饮食、劳倦、情志等因素所伤，造成脏腑功能失调，心脾蕴热，胃火炽盛；或气阴亏虚，阴虚火旺；或脾肾阳虚，无根之火上浮，熏蒸口舌，均可导致本病的发生。

对本病的治疗可分为局部和全身治疗，局部治疗以保持口腔清洁、抗菌消炎、麻醉止痛为主。全身治疗一般对于复发频繁且病情重者，多使用糖皮质激素、免疫调节剂及补充维生素和微量元素。多数学者认为局部治疗加口服维生素类药物治疗，临床效果往往不尽人意。用口腔溃疡药膜贴患处，局部止痛效果不错，但只能治标不治本，且有些部位如舌根、软腭等处不易操作，疗效不理想，应用上也受到一定的限制。而采用中西医结合治疗复发性口腔溃疡，疗效可靠，能明显减少患者复发次数和程度，溃疡面愈合时间短，能提高患者机体的免疫功能、改善血液流变等，且无明显不良反应。

【临床应用】

1. 周玉泉用乌梅丸加减治疗复发性口疮36例。本组36例均为门诊病人，其中男17例，女19例；年龄最小者6岁，最大者62岁；病程在3~6个月者6例，7个月~1年者8例，1年以上者22例。临床症见口腔、舌面、颊黏膜、齿龈、咽峡部有一个或数个圆形或椭圆形如黄豆或米粒大的白色溃疡面，深浅不一。白苔刮之易出血，疼痛，影响进食。多数患者伴有肛门瘙痒、磨牙、睡眠欠佳或面部白斑、腹部间断隐痛等症状。6例粪便化验可见蛔虫卵。乌梅丸加减：乌梅20g，制附子、桂枝、干姜、黄柏、党参、当归各10g，花椒6g，细辛2g，黄连6g。每日1剂，水煎取汁2次分服，小儿用量酌减。服药期间禁食生冷、肥腻。热甚者制附子、干姜、桂枝减为6g，花椒减为3g；阳虚寒甚者，黄连减为3g，黄柏减为6g；虫积明显者加

槟榔12g；中虚气弱者加黄芪30g。3剂为1个疗程，连续观察1~2个疗程后统计疗效。治疗结果：未复发30例，有效（口腔溃疡愈合，伴随症状及体征消失，随访1年有复发）5例，无效（口腔溃疡、伴随症状及体征无明显改善）1例。总有效率为97.2%。

2. 周杰采用乌梅丸原方：乌梅、党参、当归、黄柏、黄连、干姜、花椒、细辛、附片、桂枝。治疗复发性口腔溃疡30例，每日1剂，每剂煎3次。每次煎取300ml左右，连续口服10天。结果：痊愈5例，显效7例，有效10例，无效8例。

3. 李晓绿用乌梅丸加减治疗此病1例。处方：乌梅15g，黄连3g，制附子10g，干姜6g，桂枝10g，细辛3g，当归10g，党参、桑螵蛸各15g，肉豆蔻10g。前后共进30余剂告愈。现已3年有余，未曾复发。

【病案举例】

1. 张海成报道病例：杨某某，男，52岁，1994年11月12日初诊。口腔溃疡反复加重5年余。刻诊：两颊黏膜、舌体侧散在数个黄豆大小溃疡，周边轻度水肿，色淡红，中心凹陷，上覆灰白色黏液，进食时疼痛，口中常有烧灼感，但不欲饮冷，每进食鱼虾类食物自觉症状加重。伴面色㿠白，消瘦，倦怠乏力，食欲不振，四末不温，口干苦不欲饮，大便稀、日行3~4次，便前脐周隐隐作痛，舌红、少苔，脉沉迟无力。细阅前所用数十张方剂，总不外滋阴清热、泻火解毒一类，偶有以理中汤调中，效亦平平，缠绵不愈，甚是痛苦。证属上热下寒。遂予乌梅丸加减，药用：乌梅30g，甘草10g，细辛3g，肉桂5g，制附子10g（先煎），黄连5g，黄柏5g，当归10g，党参10g，川花椒10g，干姜5g。3剂，每日1剂，水煎服。11月17日二诊：3剂尽，进食时口中疼痛消失，口中转润，便次减少，腹痛消失。药已中的，以上方加减共进18剂，口中溃疡愈合，诸症悉瘥。

按：口腔溃疡责之心脾两经，实、热证居多，这是其常；但虚证、寒证、寒热错杂证也不乏其例，这是其变。治有正治、反治，但终需审证求因，通常达变。本例过用苦寒，非但热邪未除反损及脾肾之阳，久则阴津亦见亏耗。当此之时滋阴则碍脾，温阳则耗津，证情复杂，颇有顾此失彼之虑。乌梅丸方中重用乌梅、甘草酸甘化阴，又

无碍脾之运化；制附子、肉桂、干姜、川花椒、细辛补脾肾之阳，两组药合用寓有阴生阳长之义；党参、当归相伍气血兼顾；黄连、黄柏以清蕴伏之邪热。药证合拍，故数年顽疾治愈。

2. 王某，女，45岁，2001年5月24日就诊。诉口腔溃疡反复发作3年余，每年发作10余次。进食时刺痛，口内涎唾多。曾先后用维生素B_2、维生素C、多种抗生素及大量清热泻火之中药治疗，效果不佳。检查：见下唇内侧、舌下、舌左边、左颊黏膜有多个溃疡点，下唇内之溃疡面达1.2 cm×1.5cm，溃疡边缘红润隆起，中心白苔覆盖。伴肛门瘙痒，夜间磨牙、不寐、头昏、四肢倦怠、纳差，舌质淡、苔白滑，脉沉细。粪便涂片镜检发现蛔虫卵。诊为复发性口腔溃疡，证属脾胃虚寒、虫积内扰。治宜温中健脾，燥湿除虫。拟乌梅丸加黄芪30g，槟榔12g。服药6剂，溃疡愈合，诸症消失。随访1年未再复发。

按：乌梅丸出自《伤寒论》，方为胃肠寒热失调、蛔虫内动而设。方中乌梅、黄连、花椒制蛔安蛔；附子、干姜、桂枝、细辛温中散寒；黄连、黄柏清热泻火燥湿。寒热并用，可使温而不燥，凉而勿过；党参、当归补气养血，扶助正气；乌梅还可滋阴润燥；黄芪补益中气，敛疮生肌；槟榔消积祛虫。诸药合用，可收较好效果。

3. 周杰报道病例：张某，男，50岁，矿工，患口腔溃疡近20年。多方求医，皆服用过牛黄上清丸、三黄片、清热解毒口服液、导赤散、天王补心丹、华素片、多种维生素……均未根治，反复发作，日趋严重，致使饭热不敢吃，饮冷不敢用，葱蒜之物不敢沾唇。若张口呼吸，气流通过口腔，即疼痛难忍。一年四季，常需戴口罩，疼痛状况，难以言表。平口大便稀溏、小便清长。应诊时，其身体消瘦羸弱、颜面潮红、心中烦热、口腔溃疡、苔薄黄、舌质淡红溃烂、脉沉迟。此因上热下寒、寒热错杂，阴寒盛于下、邪热浮于上所致，用乌梅丸加减施治。处方：乌梅15g，黄连3g，炮附子10g，干姜6g，桂枝10g，细辛3g，当归10g，党参15g，白芍15g，肉豆蔻10g。用上方稍加增删，前后共进30余剂告愈。现已3年有余，未曾复发。

按：乌梅丸出自《伤寒论·辨厥阴病脉证并治》篇，其寒热并用，补敛俱备，能解阴阳错杂、寒热混淆之邪，是治疗厥阴病的代表

方。厥阴病，其本阴，其标热，其体木，其用火。必伏其所主，而先其所因，或收或散，或逆或从，随所利而行之，调其中气，使之和平，是治疗厥阴病必须遵循的治法。酸入肝，用味酸入肝之乌梅以伏其所主。配苦寒之黄连以泻心降火除上热。肾为肝母，二者同源，炮附子以温肾，使火有所归，肝得温养以固其本。肝欲散，细辛、干姜、肉豆蔻以散之。肝藏血，桂枝、当归、白芍引血归经。用党参补中以资谷气，强升斡旋之力以平错杂之寒热。根据对方义的理解，在临床除用于《伤寒论》乌梅丸主治病症外，亦用治病机符合阴寒盛于下、邪热浮于上、上热下寒、寒热杂错所致的多种病症。因本例病人符合上热下寒、寒热错杂，阴寒盛于下、邪热浮于上之病机，故用乌梅丸加减之辄收良效。

4. 王俊杰介绍病例：张某，女，43岁，2001年7月5日初诊。患者自述口疮反复发作3年余，每次持续时间2~3个月，疼痛剧烈，严重影响饮食，曾多方医治，收效不佳，却因服用寒凉药而致脾胃受损，每遇着凉、冷食后即腹胀腹泻。诊见面色潮红，口腔内多处溃疡，大小不等，溃疡面灰白色、周边发红，舌边尖红、有芒刺，苔白、有齿痕，脉缓。属上热下寒证，方用乌梅丸加减。方药：乌梅、党参各30g，桂枝、焦三仙各20g，干姜、黄连、黄柏、竹叶、鸡内金、生地黄、山药各10g，苍术、厚朴、怀牛膝各15g。3剂。3天1剂，水煎服。另用吴茱萸10g，研末以醋调匀，临睡前涂双脚涌泉穴，以胶带固定，晨起去之。3天后来诊，口疮、疼痛大减，糜烂明显好转，诸症亦好转，按原方又服3剂，外用吴茱萸研末外涂。三诊时，口疮已痊愈，腹胀消失。又进5剂，停用外涂药，后用逍遥丸服月余，即停药，随访半年未复发。

按：该例患者口疮反复发作，曾多次服用清热药，口疮未愈，反出现腹胀、腹泻等脾胃受损之症。舌边尖红、苔白，表现出心肝火旺、脾胃虚寒的症候。方用乌梅丸清上温下；竹叶清心利尿；怀牛膝引火下行；苍术、厚朴健脾燥湿，行气消胀；生地黄、山药补脾补肾；焦三仙、鸡内金健脾消食。诸药合用，收到良好的效果。

二、牙痛

牙痛为口腔疾患中常见症状，其发病急，重者剧痛难忍，坐卧不安，严重影响生活、工作。引起牙痛的疾病有牙体和牙周组织病，如龋病、牙髓病、根尖周病、牙龈病、牙周病等。牙痛的发病率高达40%～70%，被世界卫生组织列为重点防治的疾病之一。

中医学认为牙痛有虚实之分，多因胃火上炎和肾阴不足所致。牙痛有虚实之别，主要与阳明郁火和肾阴不足有关。经络是运行气血的通道，当气血运行不畅时则疼痛。牙与龈多属胃、肾二经，大肠、胃腑积热，或风邪外袭经络，郁于阳明而化火，火邪循经上炎而发为牙痛。肾主骨，齿为骨之余，肾阴不足，虚火上升亦可引起牙痛。治当清热解毒、滋阴降火。目前，牙科对牙痛的治疗手段很多，但无论是药物局部治疗还是全身用药，还是手术直接清除病灶，大多近期疗效良好，远期效果欠佳，牙痛复发率高，并且治疗方法痛苦，费用昂贵，一般患者尤其是幼年和经济困难的病人难以接受，而中医治疗牙痛积累了丰富的经验，一般疗效较好。

【病案举例】

陈乔松报道病例：何某某，男，68岁，1995年9月6日初诊。牙痛1周，加剧3天。夜不能卧，终日含水以缓其痛。西医诊为急性牙髓炎，用抗生素、去痛片、甲硝唑治疗无效。后改服中药，方拟清胃散、知柏地黄汤加减，连服数剂未见缓解。诊见：面色潮红，表情痛苦，面颊浮肿，头身微热，恶寒，手足不温，口渴，喜饮冷水，不欲咽，大便3天未解。舌淡、苔薄微黄，脉弦细而数。此为寒热错杂证，属上热下寒。治宜清上温下，方用乌梅丸加减。处方：乌梅10g，黄连、黄柏、细辛各6g，肉桂1.5g，当归、川花椒各3g，附子、大黄（后下）各5g，党参、白芷各9g。日2剂，每剂煎2次，隔4h服1次。7日二诊：牙痛减轻，能寐，恶寒除，大便解，原方减大黄，日1剂，续服3剂，痛止能食，诸症若失而告愈。

按：本案患者年高，真阴真阳易损，嗜烟过度，燥热内盛，病后药用寒凉，易出现阳衰于下、热盛于上之寒热错杂证。故治疗并非单以清热泻火或滋阴降火能收全功。当清上温下，寒热并治。方以乌

梅、细辛、川花椒辛酸缓急止痛；细辛合白芷乃治牙痛之良药；黄连、黄柏泻火止痛坚阴；附子、肉桂引火归元；党参、当归调气和血；去干姜之燥热，加大黄泻火通便。全方使寒热并除，阴阳调和，故牙痛得愈。

参考文献

[1] 周伟民，陈伟红，等．张群芳复发性口腔溃疡中西医结合治疗的探讨．实用预防医学，2007，14（4）：1191
[2] 周玉泉．乌梅丸加减治疗复发性口疮．湖北中医杂志，2003，25（7）：40
[3] 周杰．乌梅丸治疗复发性口腔溃疡．湖北中医杂志，2003，25（8）：45
[4] 张海成．乌梅丸治验2则．山西中医，2001，17（3）：3
[5] 李晓绿，冯庆山，等．乌梅丸治疗复发性口腔溃疡．河南中医，2000，20（4）：24
[6] 周杰．乌梅丸治疗复发性口腔溃疡30例临床观察．临床口腔医学杂志，2003，19（6）
[7] 王俊杰．乌梅丸加减治验举隅．河南中医，2008，28（1）：1
[8] 陈乔松．乌梅丸新用．新中医，1996，28（10）：53

第七章 眼科病证

一、慢性角膜炎、角膜溃疡

慢性角膜炎、角膜溃疡，以感染性角膜溃疡为多见。角膜溃疡病因复杂，有感染源性、内源性、局部蔓延性区别，病情发展快，如果治疗不及时或不当，易引起角膜穿孔、眼内感染而致眼球萎缩失明。感染性角膜溃疡是临床眼科常见病，在我国是主要致盲眼病之一，有单纯疱疹病毒性角膜炎、绿脓杆菌性角膜溃疡、真菌性角膜溃疡等。真菌性角膜溃疡的致病菌主要是镰孢菌属、曲菌属、青霉菌属、念珠菌属、酵母菌等；绿脓杆菌性角膜溃疡由于起病急、发展迅速，易导致角膜穿孔。

中医学中称此病为“花翳白斑”，是指黑睛生翳，四周高起，中间底陷，状如花瓣的眼病。如治疗不及时或不当，病变向纵深发展，可引起黑睛破溃，变生蟹睛等恶候。角膜溃疡是由外感风热毒邪，肺肝火炽于内，内外相搏，火攻风轮所致。目前西医还没有特效医药疗法，采用中西医结合综合治疗方法，疗效确切，可促进溃疡愈合、减少后遗症、缩短病程。如辨证施治，内服中药调理脏腑，同时结合外用中药熏洗患眼，可达到疏通经络、消退

红肿、收泪止痛等作用。

【临床应用】

王道成以乌梅丸加味治1例花翳白斑患者。药用：乌梅10g，黄连、炒黄柏各6g，当归、党参各10g，干姜、桂枝、川花椒各6g，细辛3g，制附片（先煎）6g。上方服5剂，后加入三棱、莪术各6g，炮穿山甲1g以活血祛瘀，溃坚破结。再守原方10剂，多年痼疾，竟获痊愈。

【病案举例】

龚志贤介绍：秦某，男，32岁，视力减退3年，目睛刺痛，头昏额痛，烦躁失眠，口干而苦，胃纳不佳，饥不欲食，大便微溏，舌尖红、边有瘀斑，苔白腻，脉弦细而数。检查：乌珠混浊，上有云翳，细粒如星点或如碎末、萝卜花、鱼鳞等形状。西医诊断为慢性角膜炎、角膜溃疡。初予养阴清热、退翳明目之剂，服药10余剂，病情未减。后以乌梅丸，初服5剂，口干苦、烦躁、纳差稍减。复于上方加三棱、莪术各6g，炮山甲9g。又服5剂，目痛减轻，视力稍增，他症亦趋好转。继服5剂，视物清晰，云翳消散。守方再服10剂，云翳白陷已不复见。前后共服药25剂，多年痼疾，遂得根除。

按：本例患者目睛刺痛，头昏额痛，烦躁失眠，口干而苦乃肝经火旺，上攻于目所致；胃纳不佳，饥不欲食，大便微溏，舌尖红，脉弦细而数又为脾弱虚火偏旺之象。故证属虚实错杂，初予养阴清热、退翳明目之剂无效，为药不对证，而乌梅丸恰好与病机贴合，故收良效。

二、风火眼

风火眼一般见于西医之角膜溃疡、结膜炎等眼疾，感染性角膜溃疡是主要的致盲眼病，溃疡面积大于3mm、浸润深的病变是临床治疗的难点。

风火眼的基本病机为风热火毒，上炎攻目，而见目赤痒痛，羞明流泪等症，或伴其他上焦热盛之征。清热泄火是基本治则。

【病案举例】

陈庆华报道病例：黄某，男，48岁，1991年4月25日初诊。诉

自1988年以来，已连续4年入春后病发双眼红赤，每待入夏后方逐渐转愈。曾就诊于多家大医院眼科，均以卡他性结膜炎论治，收效甚微。症见：双眼红赤痒痛，羞明流泪，自感胸中热气上出咽喉。平素四肢不温，胃脘灼痛，胸满气胀，舌淡红、苔薄滑，脉弦。证为寒热错杂，气机郁遏，风升热郁，化火攻目。治宜调理寒热，行气解郁，清热泄火。处方：黄连、黄柏、当归、龙胆草、党参各10g，柴胡15g，大黄（后下）25g，乌梅、菊花、石决明、决明子各20g，干姜、桂枝、细辛、花椒、白附片各3g。水煎服，2日1剂。3剂尽，眼红赤大减，续服2剂获愈。至今8年未复发。

按：患者平素四肢不温，胃脘灼痛，胸满气胀，即为寒热错杂、气机郁遏。联系4年来眼疾发病在春，此乃风升热郁，化火攻目；其愈在夏，乃夏气炎热，郁遏之气机得热则开，郁热之火随开得泄，眼红自退。方中大黄、龙胆草、菊花、石决明、决明子清热泄火以治标；乌梅、黄连、黄柏、柴胡、白附片、干姜、桂枝、花椒、细辛调理厥阴寒热，行气解郁以治本；党参、当归益气补血，扶正祛邪，标本兼治，故病愈久安。

参考文献

[1] 王道成．乌梅丸的临床运用．河南中医，1996，16（2）：34
[2] 陈庆华．乌梅丸临证新用．湖北中医杂志，2001，23（4）：38

第八章 耳鼻喉科病证

一、化脓性中耳炎

急性化脓性中耳炎常为混合性感染，致病菌多为金黄色葡萄球，甲、乙两型溶血性链球菌和肺炎双球菌等多种病菌经咽鼓管传染途径及鼓膜传染途径致病。急性化脓性中耳炎是临床常见的一种耳病，有不同程度的听力损失，若失治误治，可引起颅内、外并发症。临床上常单纯采用抗生素治疗，往往有细菌耐药现象产生，疗效并不十分理想。

化脓性中耳炎属中医“脓耳”范畴，本病是是由于正气不足，内蕴湿热，外受风邪，致热毒壅盛，循肝胆经上冲于耳窍，热毒蕴结，腐烂肌膜而化脓，治疗上着重清热解毒排脓。外治宜清热解毒，消肿止痛，敛湿，祛腐生肌。

【病案举例】

段天禄介绍：张某，女，7岁。患化脓性中耳炎4年，屡用中西药治疗罔效。诊见双侧耳道内有淡白、微黄清稀脓液，伴耳轮溃烂，听力减退，口渴不多饮，大便溏薄，小便清长，五心烦热，纳差，形体瘦弱，面色青黄，舌淡尖红、苔滑，脉细弱。辨为脾肾阳虚，虚

火上发。拟方：乌梅18g，肉桂4g，北沙参、熟附子、干姜、当归、黄柏各9g，川花椒、黄连各6g，细辛3g，薏苡仁、败酱草各30g。水煎服。8剂后诸恙悉除，唯听力回复较差。后以苓桂术甘汤加石菖蒲、郁金、菊花、桔梗为散，服药1个月而愈。

按：本例化脓性中耳炎患者病程较长，迭用中西药治疗无效，而以乌梅丸加减获效，盖因耳道内有微黄脓液，伴耳轮溃烂，五心烦热，纳差，形体瘦弱，苔滑等为虚火上攻，化毒酿脓；脓液清稀，大便溏薄，小便清长为脾肾阳虚有寒之象，方中黄柏、黄连、薏苡仁、败酱草清热泻火解毒，北沙参、当归养阴补虚，熟附子、川花椒、干姜、细辛温阳散寒。诸药合用，共奏温清并用、补泻兼施之功，则药能中的，大获全效。

二、梅尼埃病

梅尼埃病又称内耳眩晕症、梅尼埃综合征，为内耳迷路的内淋巴水肿所引起。可由多种原因引起，如情绪紧张、忧虑、工作劳累等均可诱发，但病因目前尚不太明确，可能与自主神经功能紊乱、内淋巴吸收障碍、变态反应、病毒感染等因素有关。大多数患者初次发病都在50岁以前，以发生于青壮年为多，男性多于女性。发病率约占眩晕患者的9.7%～30%。本病临床特征为发作性眩晕，波动性、渐进性、感音性听力减退，耳鸣，耳聋，发作时常伴头痛、恶心、呕吐、腹泻、面色苍白，脉搏慢而弱及血压降低等。眩晕发作时患者往往卧床，不敢睁眼、翻身和转头，每次眩晕发作历时1～2天，即逐渐减轻而自行缓解。发作间歇期内一般无症状。目前西药治疗多予前庭神经抑制剂、血管扩张剂、抗胆碱药、抗组胺药及利尿、脱水药物。对于反复、频繁、剧烈发作，严重影响工作和生活，综合治疗无效的可采用手术治疗。但梅尼埃综合征具有易控制、易复发的特点，西医治疗多只能控制发作。

本病属中医学“眩晕”范畴，其中医病机不外风、火、痰、虚，辨证分型本病以痰浊为患较为常见，所谓无痰不作眩。痰之为病，留于体内，阻于经络，清阳不升，清空之窍失其所养，则头目眩晕，更兼内生之风、火作祟，则痰夹风、火，而眩晕更甚。故痰浊中阻、清

阳不升为本病主要病机，温胆汤是治疗本病的有效方剂。梅尼埃病现代医学认为是内耳的淋巴代谢失调，淋巴液分泌过多，或吸收障碍，引起内耳迷路积水所致，可视为中医的痰证、饮证范畴，张仲景早有“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之”之方论，验之临床，每可获捷效。据现代研究，泽泻能促进内耳淋巴液排泄，消除迷路积水。其他如苓桂术甘汤亦为有效方剂之一。

【临床应用】

1. 郭彦运用乌梅丸加减治疗内耳眩晕症患者58例。其中男35例，女23例；年龄44～72岁；病程最短3天，最长9天。均有突发头晕目眩、视物旋转、耳鸣、呕吐等症，部分患者有自发性眼球震颤。治疗方法以乌梅丸变汤剂加减，每日1剂，水煎3次，混匀后分早、中、晚服。疗效标准及治疗效果：服药后头晕目眩、视物旋转、耳鸣呕吐、眼颤等临床表现消失，随访观察2年未复发者为痊愈；服药后症状减轻或暂时消失，但仍有复发者为好转；服药后症状无改善者为无效。治疗后痊愈16例，好转33例，无效9例。

2. 赵秀玲以本方为基础重用乌梅治疗各种原因引起的眩晕228例，效果非常理想。以乌梅为主药，用量为30～45g，可选入五味子10～20g，龙眼肉10～20g，荆芥、黄芪、当归各10g。若属内耳性疾患引起的眩晕加炙甘草3～6g；属椎基底动脉供血不足引起的眩晕加丹参、桃仁各10g；属原因不明性眩晕加炒酸枣仁、珍珠母各30g；属窦性心动过缓引起的眩晕加桂枝15g。结果：治愈180例，有效45例，无效3例；总有效率为98.7%。

【病案举例】

李家发介绍：袁某，男，55岁，1993年3月21日初诊。主诉：有眩晕病约4年，经常发作。初起较轻微，持续时间比较短，间隔时间长。近年来，间隔时间忽长忽短，短者仅1天，长者月余，没有规律，症状逐渐加重。甚则如入云雾，视物旋转，呕吐欲扑，时间持续数小时至数日不等。先后按颈椎病、神经官能症治疗，疗效不佳。后到某医院诊断为梅尼埃综合征，经西药治疗效亦不显。刻诊：胸脘痞闷，嘈杂、心烦心悸，食纳不佳，四肢欠温，冬重夏轻，大便呈黏糊状、多有未尽之意，舌红、苔薄白，脉沉细。证属气血虚弱、寒热内

郁、风痰相结。药用乌梅、党参、半夏、白术各 12g，白附片、桂枝、当归、天麻各 10g，生龙骨、生牡蛎各 15g，黄连、川楝子各 3g。水煎，5 剂。二诊：服完第三剂后复发 1 次，症状较前明显减轻，在一诊方的基础上，稍有变更，共服 10 剂，诸症消失，追访半年未复发。

按：中医古籍中，有关眩晕的描述有许多颇具内耳眩晕症的临床特征。在《内经》中多次提到了眩晕与耳鸣的同时发生。诸如“耳鸣头眩”、“脑转耳鸣”、“耳鸣眩转”等。《丹溪心法》中提到的“身转耳聋，如立舟船之上”，《济生方》所说的“眼花屋转，起则眩倒”等，都与内耳眩晕症的临床表现相同。内耳眩晕症虽病位在耳，其病变主要在肝。《内经》云“诸风掉眩皆属于肝。”笔者临床观察，该类患者多有口苦咽干、舌红、苔黄的热象，又常见四肢厥冷、尿清、便溏的寒象，呈现上热下寒、正虚邪实之症。考《伤寒论》乌梅丸为厥阴证主方，本方寒热并用，扶正祛邪，治肝脏正气虚弱而寒热夹杂之症。采用本方治疗上热下寒、肝风掉眩之内耳眩晕症，契合病机，故能收到较满意之疗效。方中用党参、当归补气血；半夏、白术、天麻祛风化痰通络；生龙骨、生牡蛎镇潜降逆；黄连、黄柏、川楝子清泻郁热；白附片、桂枝驱散内寒，温通血脉；再以乌梅味酸入肝为君，以使药力达于肝经。

三、链霉素中毒

由于链霉素的广泛运用，其毒性反应发病率较高，已成为一种常见病，严重影响人们的健康，给患者带来了极大的痛苦。链霉素可造成第八对脑神经损害，主要是链霉素易于进入内耳的外淋巴液，在该处的浓度过高，半衰期长，致使前庭器内和耳蜗内感觉毛细胞发生退行性变，常表现为头晕、耳鸣、听力下降、口唇周围麻木、运动失调、头痛、乏力、呕吐、颜面潮红，严重者亦有发生大汗、呼吸困难等症状。用药后不一定都发病，取决于过敏体质。

本病属于中医学的“眩晕”范畴，中医认为不得虚邪不能独伤人，其发病多取决于脾虚、湿盛、痰浊之体。链霉素毒性反应的一系列表现多属于痰湿作祟，痰浊又能阻滞经络，以致气血运行不畅而出

现麻木、震颤等症。故本病与气、血、痰、瘀为主要病理因素，治疗时主要以理气、活血化瘀、化痰通络为基本原则，可使病情得到迅速的治愈。

【病案举例】

张留香报道病例：彭某，女，28岁，初诊：1989年8月2日。患者因患“急性扁桃体炎”注射青霉素80万U，链霉素0.5g，1日2次，用至第五次后，感到头痛、头晕，颜面及舌发麻，诊为链霉素中毒，立即停用链霉素，给以10%葡萄糖、维生素、肌苷、细胞色素等药输液。并口服维生素、肌苷、维生素C、三磷腺苷等药。连用1周，效不明显，且耳聋加重。刻诊：头痛、眩晕，感周围物体旋转，耳鸣耳聋，口干苦，烦躁，恶心欲吐，颜面及舌麻木，脉弦紧，舌苔黄厚。辨证为肝胆湿热，投以龙胆泻肝汤加天麻、钩藤、旋覆花、代赭石等药治疗1周不效。改用肝经主方乌梅丸试用之。处方：乌梅、天麻、代赭石、旋覆花各10g，花椒、太子参各6g，细辛、桂枝、干姜、黄连、黄柏各3g，钩藤、泽泻各30g，水煎服。3剂而症减，10剂病愈。

四、癔病性失音

癔病性失音又称功能性失音，是喉发声功能暂时性障碍，并无器质性改变的一种癔病表现。多见女性患者，病人受到精神刺激后，立即失去正常发声功能，轻者仍可低声讲话，重者仅能发出虚弱的耳语声，但很少完全无音。失音主要表现在讲话时，但咳嗽、哭笑的声音仍正常，呼吸亦完全正常。发声能力可以骤然回复正常，但在某种情况下又可突然复发。有时伴有不同程度的精神症状，如精神不振、淡漠、缺乏信心。

本病属于中医学之“脏躁证”范畴，多为情志过激，而致肝失条达，气血不和，厥气上冲，乱其神识。中医治疗一般疗效较好，采用暗示疗法多能奏效，首先要使病人建立能治愈的信心，有信心者经治疗常迅速见效。常用的暗示疗法有颈前注射、针刺、理疗等。

【病案举例】

周嵘报道病例：徐某，女，26岁，未婚。患者母亲代诉，其女

于2000年8月6日因下夜班回家途中受惊吓致失语，其他均正常，在县医院住院治疗3天无好转，于8月10日到我院诊治，诊断为癔病性失音。方用乌梅汤。药用：乌梅9g，川花椒4g，干姜4g，黄连6g，细辛3g，黄柏9g，熟附片4g，桂枝3g，党参5g，当归6g。水煎2次对匀，分2次温服。服药1剂，即可说话，如同常人，守原方服3剂以巩固疗效，随访3个月未见复发。

按：癔病性失音属中医学“厥证”、“郁证”、“失音”等范畴。多因忧思郁怒，或突受惊恐，而致气机郁闭，声喑不出。笔者认为本病因受恐吓致使肝失条达，气血不和，厥气上冲，乱其神识。治宜泄肝宁神，调和气血。乌梅汤为治厥阴之总方，其具有扶正泄肝、和血宁神之功，故用乌梅汤治疗癔病性失音而收痊效。

参考文献

[1] 吴秀成，王静．温胆汤加减治疗链霉素毒性反应56例．实用中医内科杂志，2007，21（1）：68

[2] 张留香．乌梅丸的临床运用．吉林中医药，2000，（3）：55

[3] 周嵘．乌梅汤治疗癔病失音例析．浙江中医杂志，2002，12（6）：66

第九章

外科病证

一、脊髓内血吸虫病术后

血吸虫病是一种人畜共患寄生虫病，在我国流行已久，且流行范围广泛，并严重影响着疫区人民的身体健康和生产生活。经过半个世纪的努力防治，我国血吸虫防治工作取得了显著成效，血吸虫病人数和钉螺面积显著下降。

血吸虫病一般属中医学之“虫臌”等范畴，中医药治疗有一定的优势，尤其对防治相关的并发症疗效较好。

【病案举例】

陈庆华报道病例：鲁某，女，40岁。1995年5月6日初诊。诉春节前因下水捕鱼后感腰部呈阵发性刺痛，伴尿频、尿急、尿痛收住入院。入院后行CT多项检查，未见异常。7天后因刺痛转向小腹伴二便不通而转入省某医科大学附属医院。经核磁共振检查，诊断为脊髓内肿瘤，予手术治疗，术后病理诊断为脊髓内血吸虫病。住院治疗2个月疗效不佳。诊见形体丰腴，右下肢及二阴灼热刺痛，尿道插有导尿管，大便干结，饮食尚可，四肢厥冷，舌质红、边有瘀点，苔薄滑，脉弦滑。证乃上热下寒，升降失常，寒凝血瘀气阻。治

以清上温下，活血化瘀，行气通腑。药用：乌梅、枳实、牛膝各20g，黄连、黄柏、党参、当归、桃仁、红花各10g，白附片、细辛、花椒、干姜各3g，桂枝8g，芒硝40g（分冲），大黄50g（后下）。水煎服，日1剂。3剂后二阴灼热刺痛锐减，导尿管已自行拔除，二便力努勉强可出。上方稍加减改2日1剂，12剂后诸症消失。随访5年未复发。

按：本案衷中参西，证乃平素疫水内侵，寒热失调，升降失常，瘀毒胶结脊髓脉络，久之成患，因寒引发。手术仅切除眼见之物，殊不知上热下寒，升降失常，寒凝血瘀气阻，故不得前后，灼热刺痛。方中乌梅丸清上温下，调其升降；牛膝、桃仁、红花、大黄、芒硝、枳实活血化瘀、行气通腑。全方标本同治，故能获良效。

二、术后粘连性肠梗阻

粘连性肠梗阻是肠粘连或腹腔内粘连带所致的肠梗阻，是肠梗阻中最多见的一种类型，据统计其发病率约占各类肠梗阻的20%～40%。粘连性肠梗阻一直是外科领域里的热点难点。治疗此类疾病多采用单纯西医保守疗法如禁食、胃肠减压、输液等方法，效果多不理想；手术多适用于保守治疗无效，甚至病情加重或有绞窄性肠梗阻者，但手术后病人还可能再形成新的粘连甚至梗阻，给病人带来极大的痛苦。

粘连性肠梗阻属中医学之“肠结”、“腹胀”、“关格”等范畴，是外科常见病、多发病。中医学认为肠为传化之腑，泻而不藏，动而不静，降而不升，实而不满，传化物而不藏，故实而不能满也，以降为顺，以通为用，滞塞不通为逆。由于手术创伤而影响肠道功能，使气血运行不畅，脏腑功能失调，气机阻滞不利，而产生痛、胀、吐、闭等症。不通则痛，气滞则胀，气逆则吐，同时导致气血瘀滞、湿邪中阻。基于本病气滞血瘀造成气机不畅，上下不通，根据六腑以通为用的原则，以行气导滞，通腑攻下，辅以理气、活血化瘀，能促进肠蠕动的恢复，预防肠粘连形成，治疗粘连性肠梗阻治愈率高，效果良好。

【病案举例】

陈庆华报道病例：黄某，男，38岁。1991年4月10日初诊。诉2年前因脾脏被外力击破，在某院施以脾脏摘除术，术后继发粘连性肠梗阻。之后2年间住院9次，每次半月之久，愈后仍发。诊见腹胀，腹痛阵作彻背，辗转不宁，伴恶心呕吐，呃声频作，心热上冲，四肢厥冷，大便5日未行，矢气少，舌质红、苔滑，脉弦紧。X线透视：左上腹可见3个阶梯状液平面及扩张的肠管胀气影。证乃气阻肠结，上热下寒同存。治以行气通腑、清上温下并举。药用：大黄（后下）50g，芒硝40g（分冲），厚朴、枳实、乌梅20g，当归、党参、黄连、黄柏、白附片、干姜、桂枝10g，花椒、细辛各3g。水煎服，日1剂。2剂未尽，便通痛减，予乌梅丸原方改汤煎服，2日1剂，连进10剂后诸症消失。随访9年无复发。

按：从中医“寒性收引凝敛”、“湿性重浊黏滞”、“不通则痛”，可见该病的发生与寒、湿、瘀密切相关。脾破裂必施手术，手术必致创伤渗出，致气阻肠结，不通则痛。方中以大承气汤行气通腑；乌梅丸清上温下。肠腑温暖，凝滞粘连之物得温则化，从而气机通畅，诸症得以祛除。

参考文献

[1] 陈庆华．乌梅丸临床运用举隅．浙江中医杂志，2001，(5)：215

[2] 陈庆华．乌梅丸临床运用举隅．新中医，2003，35（2）：45

下篇

实验研究

下篇

实验研究

第一章 乌梅丸制剂研究

《伤寒论》中的“乌梅丸”，是温脏安蛔的常用方剂，内科常用于治疗蛔厥，久痢，厥阴头痛，或脾胃虚引起之胃脘痛、肢体瘦弱等症，确有疗效。临床有以该方为基础，略做加减，制成丸剂，即乌梅丸，用于临床取得较好疗效，现介绍如下：

1. 乌梅丸的制备

处方：乌梅肉 120g，花椒（去目）12g，细辛 18g，黄连 48g，黄柏 18g，干姜 30g，附子（炙）18g，桂枝 18g，人参 18g，当归 12g。

制备方法：以上 10 味，粉碎成细粉，过筛，混匀。每 100g 粉末加炼蜜 125g，制成大蜜丸，即得。

2. 质量控制

性状：本品为黑色的大蜜丸；味微甜、苦、酸。鉴别：取本品，置显微镜下观察。果皮表皮细胞淡黄棕色，细胞表面观类多角形，壁稍厚，表皮布有单细胞非腺毛或毛茸脱落后的痕迹。糊化淀粉粒团块类白色。纤维束鲜黄色，壁稍厚，纹孔明显。纤维鲜黄色，直径 16～38μm，常成束，周围细胞含草酸钙方晶，形成晶纤维。含晶细胞木化增厚。薄壁细胞纺锤形，壁略厚，有极微细的斜向交错纹理。

3. 应用与疗效

用法：口服，每次6g，每天2～3次，3岁以下小儿酌减。服药期间禁生冷、滑物、臭食等。孕妇慎用，泻痢初起忌服。疗效：陈立正等对60例小儿蛔虫病患者统计分析，按临床效果判断：痊愈59例（占98%），无效1例（占2%），总有效率98%。蛔虫性肠梗阻6例在服药1次后腹痛减轻，呕吐停止，腹部包块在3天内消失，并排出蛔虫，排虫最少者20条，最多125条；胆道蛔虫症42例，3天以内症状消失34例，3～6天4例，6～9天9例；肠蛔虫病11例，均在服药3天内腹痛止，呕吐缓解。

4. 讨论

方中重用乌梅，以其味酸能制蛔，先安其动扰；花椒、细辛味辛能驱蛔，性温可温脏祛蛔；黄连、黄柏苦能下蛔，寒能清热；合奏“蛔得酸则静，得辛则伏，得苦能下”驱蛔之效。干姜、附子、桂枝温脏祛寒；人参、当归补养气血；蜂蜜为丸，调和诸药。诸药配伍，有温脏安蛔、寒热并治、邪正兼顾之功，为温脏补虚安蛔之良方。实验研究表明：乌梅具有麻醉虫体的作用；细辛、当归具有抗炎杀菌作用；干姜、黄柏、黄连、花椒均有抗溃疡的作用；附子、花椒具有镇痛作用；人参具有调节免疫的作用。

参考文献

[1] 陈立正．乌梅丸加减治疗小儿蛔虫病60例．实用中医药杂志，1998，14(3)：22

第二章

乌梅丸组成中药的药理研究

一、乌梅

1. 对蛔虫的作用

乌梅有麻醉蛔虫作用，能使蛔虫活动迟钝、静止。实验研究表明，在30%的乌梅溶液中蛔虫呈静止状态，若将其移至生理盐水，即能逐渐恢复活动。乌梅丸是以乌梅为主药的方剂，可使蛔虫呈现濒死状态，当蛔虫离开乌梅丸液一定时间后，可逐渐恢复活性，表明本方没有直接杀灭蛔虫作用，但能使蛔虫失去附着肠壁的能力。另有报告，取新鲜大小不同猪蛔虫放入1%氯化钠和0.1%碳酸氢钠溶液中，保持温度在38℃厌氧条件下，在溶液中加入50%乌梅煎剂，结果乌梅使蛔虫活动增强。说明乌梅对蛔虫有兴奋、刺激蛔虫后退的作用。

2. 利胆作用

实验证明，乌梅汤对胆囊有促进收缩和排胆汁作用，减少和防止胆道感染，也有利于减少蛔虫卵留在胆道内而形成胆石核心，从而可减少胆石症的发生。并发现加大乌梅剂量，对胆囊的上述作用明显加强，但单味乌梅作用没有复方强，表明乌梅汤有协同作用。此外，乌梅可引起胆囊收缩、胆管括约肌松弛，有利于

胆道蛔虫的排出。例如，用B超在空腹服用50g乌梅煎剂后探测胆囊大小，结果对正常人的胆囊平均收缩35%左右。用胆囊造影剂观察，乌梅对胆囊亦有轻度收缩作用。

3. 抗病原微生物作用

乌梅煎剂、醇浸水沉剂体外试验，对脑膜炎球菌、隐球菌、百日咳杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、炭疽杆菌、大肠杆菌等抗菌作用较强；对甲型溶血性链球菌、乙型溶血性链球菌、肺炎链球菌有中等度抗菌作用；对白色念珠菌、白喉杆菌、牛型布杆菌、副大肠杆菌、粪产碱杆菌等抗菌作用较弱；对结核杆菌有一定抗菌作用；但对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌等各家报道不一致，这可能与乌梅产地、制备方法、菌株等不同有关。另外，乌梅对某些致病性真菌（如须疮真菌、石膏样小芽孢菌、絮状表皮癣菌等）也有抗菌作用，而对流感病毒则无抑制作用。

4. 抗肿瘤作用

乌梅的提取液和乌梅中所含的主要三萜类成分——熊果酸，体外抗肿瘤和免疫调节初步研究结果表明，乌梅具有抑制人原始巨核白血病（HIMeg）细胞和人早幼粒白血病（HL－60）细胞生长的作用 。

5. 免疫调节作用

乌梅及其有效成分可对某些已知的诱变剂如丙烯酰胺、苯并芘及黄曲霉素呈抑制作用，发挥抑制变异原性作用，增强机体的免疫功能。

6. 其他作用

乌梅有抗过敏的作用。乌梅煎剂对豚鼠蛋白质过敏性休克及组胺性休克有对抗作用，但对组胺所致豚鼠气管哮喘无对抗作用。还能抗疲劳、抗辐射、抗衰老。乌梅干所含大量的柠檬酸，在体内是能量转换过程中不可缺少的物质，使葡萄糖的效力增加10倍，释放更多的能量以消除疲劳；乌梅干可使放射性90Sr，尽快排出体外，以达抗辐射目的。乌梅并有促进皮肤细胞新陈代谢，有美肌美发效果，尚有难得的促进激素分泌物活性，从而达到抗衰老作用。还有研究发现，乌梅有较强的杀精子作用，杀精子的主要有效成分为乌梅－枸橼酸。乌梅有显著的整肠作用，促进肠蠕动，消除炎症；同时又有收缩肠壁

作用，因而可用于治疗腹泻。乌梅有增进食欲，刺激唾液腺、胃腺分泌消化液，促进消化，促使碳化合物代谢。乌梅还可防止乳酸和肌肉蛋白质结合，避免细胞及血管硬化；尚可使体液保持弱碱性，使血液中的酸性有毒物质分解以改善血液循环等作用。最新研究发现，有乌梅的六味二陈汤与无乌梅的四味二陈汤相较，六味二陈汤在TG降低方面有优势。

二、黄连

1. 抗病原微生物的作用

（1）抗菌作用：黄连煎剂100%浓度，对痢疾杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、霍乱弧菌、大肠杆菌、变形杆菌等7种革兰阴性菌及葡萄球菌、α－溶血性链球菌、β－溶血性链球菌、肺炎双球菌、百日咳杆菌5种革兰阳性菌有较强的抑菌作用。黄连煎剂以试管稀释法试验表明，对宋内痢疾杆菌、弗氏痢疾杆菌、志贺痢疾杆菌及施氏痢疾杆菌，对鼠疫杆菌、人结核杆菌（H37），对炭疽杆菌、金黄色葡萄球菌、丹毒杆菌及绿脓杆菌均有抑制作用。黄连煎剂及醇提取剂1g/ml，平板打洞法对脑膜炎球菌有抑制作用。

（2）抗真菌作用：黄连煎剂15%浓度对许兰黄癣菌、铁锈色黄癣菌有抑制作用。8%浓度能够对小芽孢菌、絮状表皮癣菌、黄色毛癣菌有抑制作用。10%浓度对红色毛癣菌，25%浓度对足趾毛癣菌，35%浓度对白色念珠菌均有抑制作用。

（3）抗病毒作用：黄连对各型流感病毒、瘟病毒、沙眼衣原体、均有一定的抑制作用。黄连煎剂25%～100%浓度对乙肝病毒DNA有抑制作用。黄连煎剂50%浓度0.1ml鸡胚法试验表明，对流感病毒PR8株等均有抑制作用。

（4）抗原虫作用：黄连煎液及小檗碱在体外及体内均有抗阿米巴作用，小檗碱对体外及鼠体内滴虫、热带利什曼原虫、锥虫亦有杀灭作用。

2. 对心血管系统的作用

（1）对心肌的作用：小檗碱在一定剂量范围内，对动物离体心脏及整体心脏均显示出正性肌力作用。对麻醉状态正常及静脉滴注戊

巴比妥钠引起衰竭的豚鼠心脏，静脉灌注0.1%小檗碱心室内压变化最大速率增加，显示正性肌力作用。静脉注射小檗碱1mg/kg（3min内）+0.2mg/（kg·min）（维持30min），对戊巴比妥钠诱发的急性心力衰竭犬有明显增加左室内压最大上升速率作用，使其从（103.6±25.8）kPa/s增加到（250.9±45.0）kPa/s（$P<0.01$），心力面积扩大，左室舒张末期压逐渐降低，主动脉内收缩压不变，而舒张压下降，心率加快。小檗碱对改善戊巴比妥钠引起的犬的心力衰竭作用比毛花苷C作用更明显。小檗碱静脉注射对清醒状态的犬也有一定的强心作用。另有文献报道，小檗碱增强心肌收缩力的作用仅在小剂量范围内明显，随剂量大到一定程度时产生抑制作用。小檗碱具有促进心肌细胞内Ca^{2+}内流，导致细胞内Ca^{2+}浓度增加作用，小檗碱正性肌力作用产生与此有关。大剂量长时间灌流，离子电流减小，甚至消失，显示钙通道阻滞作用，导致收缩力下降。小檗碱对缺血性心肌具有保护作用。并发现小剂量盐酸小檗碱（10μg/L）对缺氧性损害心肌细胞的搏动、乳酸脱氢酶释放、细胞存活率、细胞超微结构均有较明显的保护作用，而大剂量（30μg/ml）盐酸小檗碱则可加重缺氧引起的心肌细胞损害。

（2）抗心律和心率的作用：小檗碱4mg/kg，静脉注射，对大鼠心肌缺血所致血小板和红细胞聚集性度增高等血液流变学的异常改变有明显的对抗作用，这可能有助于其抗缺血性心律失常的作用。30μmol/L小檗碱可抑制缺氧引起豚鼠离体心肌细胞APD（动作电位时程）和ERP（有效不应期）的缩短，并使缺氧心肌细胞APA（动作电位幅值）、OS（超射）和Vmax（最大除极速率）进一步降低，这也可能是小檗碱抗缺血性心律失常作用的重要机制。离体实验，小檗碱（30μmol/L）能抑制高钙条件下Ca^{2+}内流，而增加低钙条件下的Ca^{2+}内流。表明小檗碱预防再灌注心律失常作用可能与其对心肌Ca^{2+}内流有双向调节作用有关，尤其在高Ca^{2+}条件下，降低Ca^{2+}内流可能是其抗心律失常作用机制之一。小檗碱抗律失常作用机制可能与前述降低心肌自律性、延长动作电位时程及有效不应期，消除折返冲动有关。小檗碱抗心律失常作用可能与抑制心肌Na^{+}内流作用有关。大剂量小檗碱可抑制豚鼠心乳头状肌缓慢内向离子电流，有

Ca^{2+}通道阻滞作用。小檗碱抗心律失常的作用可能与自主神经无关。静脉注射后，迷走神经或交感神经刺激引起的 APD 缩短作用减弱或消失，并抑制交感神经刺激诱发的 DAD（心肌细胞延迟后除极）和触发活动。这些亦可能是小檗碱抗心律失常作用的机制之一。小檗碱对延迟激活钾通道有阻断作用，这也是其延长心肌细胞动作电位时程及发挥抗心律失常作用的重要机制之一。

（3）对冠脉和血压的作用：黄连的有效成分四氢小檗碱 3mg/kg 静脉注射，均能增加心肌血流量 23.1%，降低冠脉阻力 68%，降低心肌耗氧量 23%。给麻醉犬静脉滴注盐酸小檗碱溶液，开始时血压轻度下降，冠状动脉流量增加，随滴注时间延长，体内药量不断增加，血压下降明显，冠状动脉流量减少。给清醒大鼠静脉注射小檗碱，每次 1mg/kg，共 3 次或者单次静脉给药 10mg/kg，均能产生明显的降压作用，影响程度依次为舒张压 > 收缩压 > 左室压。在后负荷和心率下降的同时，伴有左室心肌收缩力的加强。说明小檗碱降压作用主要与心率减慢及外周阻力降低有关。小檗碱对 α 受体有竞争性拮抗作用，另有试验表明其对 α_1 和 α_2 受体均有阻滞作用。黄连所含药根碱对麻醉、清醒大鼠以及肾性高血压大鼠亦有显著的降压作用，其降压作用的机制也与 α 受体阻断引起外周血管阻力降低有关。此外另有报道，0.1% 小檗碱静脉滴注对正常和心衰豚鼠产生强心作用的同时有升压作用。

3. 对消化系统的作用

小檗碱抑制大鼠基础胃酸的分泌，胃酸总排出量明显减少（$P < 0.01$），对大鼠醋酸性胃溃疡有愈合作用。研究显示，黄连对幽门螺杆菌也有较强的抑菌作用，这可能也是黄连抗溃疡的途径之一。给小鼠灌胃小檗碱 40mg/kg、80mg/kg，可对抗蓖麻油及番泻叶引起的腹泻，但对正常小鼠胃肠墨汁推进功能未有明显影响。小檗碱能延长小肠传递时间，它的抗腹泻作用至少部分与之有关。小檗碱具有抗小肠分泌的作用，类似于阿片受体激动剂、α_2 受体和胆碱能受体拮抗剂。它与吗啡或可乐定合用无相加作用，但与 α_1 受体激动剂合用，增加其抗分泌作用，α_2 受体阻断剂不拮抗小檗碱阻止大肠杆菌热稳定肠毒素引起的水和电解质丢失，说明小檗碱不是通过兴奋 α 受体起作

用。研究表明，黄连能抑制小鼠胃肠推进运动及家兔离体的肠平滑肌自发运动；并能拮抗新斯的明引起的小鼠胃肠推进运动亢进，及乙酰胆碱、氯化钡引起的家兔离体小肠平滑肌强制性收缩。小檗碱在低浓度时加强，高浓度时抑制离体豚鼠回肠收缩反应，对于氯化钙引起的去极化回肠收缩，也呈加强作用，且高浓度不能降低氯化钙的收缩效应。黄连甲醇提取物、小檗碱、黄连碱对盐酸乙醇致胃黏膜损伤有抑制作用，小檗碱还有抑制应激性胃出血的作用。

4. 降血糖作用

给正常小鼠口服黄连水煎液 1g/kg，2.5g/kg、5g/kg 及 10g/kg，引起血糖下降，并呈量－效关系。50mg/kg 小檗碱，1 次灌胃或连续 7 日给药均能降低正常小鼠血糖。1 次给药后 2～4h 内，降血糖作用最强，6h 后作用已减弱。上述剂量的小檗碱灌胃，连续 15 日，对自发性糖尿病小鼠及四氧嘧啶糖尿病小鼠也显示有降血糖作用。1 次灌胃给药对葡萄糖和肾上腺素引起的血糖升高均有降低作用。小檗碱灌胃对小鼠胰岛素分泌及小鼠给葡萄糖负荷后的胰岛素释放均无明显影响，对正常小鼠肝细胞膜胰岛素受体数目及亲和力亦无明显影响，说明小檗碱的降血糖作用与胰岛素的释放等因素无关。小檗碱能降低肝脏和隔肌糖原含量，抑制丙氨酸为底物的糖原异生作用。小檗碱的降血糖作用还与血中乳酸含量的升高密切相关，因此推测，小檗碱的降血糖作用是通过抑制肝脏的糖原异生和（或）促进外周组织的葡萄糖酵解作用产生的。

5. 对血液系统的作用

小檗碱是一种有效的抗血小板药物，对 ADP（二磷酸腺苷）、花生四烯酸（AA）、胶原Ⅱ（COⅡ）及钙离子载体（A2 3187）诱发的家兔血小板聚集和 ATP 释放均有不同程度的抑制作用。其中以对胶原诱发的聚集和释放作用抑制最为明显。血小板内富含 α_2 受体，参与血小板的聚集过程，小檗碱具有 α_2 受体抑制作用，可能竞争性抑制血小板功能。小檗碱抗血小板作用与 Ca^{2+} 拮抗作用有关。小檗碱有抑制 AA 自血小板膜磷脂释放和代谢的作用。小檗碱与阿司匹林相似，也对 AA 所致的血小板血栓有抑制作用。

6. 降血脂作用

小鼠以50mg/kg剂量灌胃给予小檗碱，每日1次，连续7日，能显著降低喂高胆固乳剂引起的小鼠血清胆固醇水平升高。小檗碱不仅能明显降低高胰岛素血症，改善糖耐量异常，而且能明显升高肝脏SOD（超氧化物歧化酶）活性。降低肝脏LPO（脂质过氧化物）水平及血清TG、TC、VLDL－C含量，提高机体抗氧化能力，促进脂类的分解代谢，起到治疗非胰岛素依赖性糖尿病的预防动脉粥样硬化的作用。

7. 对神经系统的作用

小檗碱具有改善记忆的作用：研究小檗碱对小鼠学习记忆行为及在新异环境中的探究行为和自主活动的影响，小檗碱以每只0.4μg、4μg侧脑室注射，可改善东莨菪碱致小鼠记忆障碍及促进正常小鼠的记忆保持，对于己酰亚胺致记忆再现障碍及开场行为无影响。黄连具有镇静作用。黄连解毒滴丸大剂量给药时30～90min内能显著提高小鼠热刺激痛阈，小剂量应用作用弱于大剂量应用。

8. 对免疫的作用

用硫酸小檗碱对小鼠进行整体及离体试验以探索其对免疫系统的影响。结果表明，硫酸小檗碱10^{-4}mol/L、10^{-5}mol/L可增强腹腔巨噬细胞和人全血白细胞吞噬白葡萄球菌的功能；促进小鼠腹腔巨噬细胞产生IL－1（白介素－1），抑制脾细胞产生IL－2（白介素－2）和抑制T淋巴细胞、B淋巴细胞转化。25mg/kg、50mg/kg加速小鼠网状内皮系统对炭粒的廓清速度，抑制小鼠血清溶血素的产生和足跖的DTH（迟发型变态反应）。提示硫酸小檗碱可增强小鼠非特异性免疫反应，抑制细胞和体液免疫功能。小檗碱可抑制二硝基氟苯诱导的小鼠迟发型超敏反应，降低其血清γ－干扰素（IFN－γ）水平，抑制其腹腔巨噬细胞产生IL－1及TNF－α（肿瘤坏死因子α），抑制其脾细胞产生IL－2。表明小檗碱有抑制小鼠DTH的作用。其机制可能是抑制了IFN－γ，IL－1、TNF－α、IL－2等细胞因子的产生和分泌，从而抑制免疫反应，减轻炎症损伤。研究显示，小檗碱能抑制静息的及IL－1、TNF激活的内皮细胞与淋巴细胞间的黏附，其主要分子机制为下调内皮细胞表面黏附分子（细胞间黏附分子－1）的表达；小

檗碱能抑制 IL－1 激活的淋巴细胞与内皮细胞的黏附，从而抑制淋巴细胞再循环，这可能是小檗碱发挥免疫抑制作用的机制之一。

此外，黄连还具有抗肿瘤、抗氧化等作用。

三、干姜

1. 对消化系统的影响

干姜有抗溃疡及胃液抑制分泌的作用，可以抑制肠管活动。炮姜（干姜经砂烫炮制而成）水煎以每日 4.5g/kg 灌胃 3 日，对大鼠应激性胃溃疡、幽门结扎型胃溃疡、醋酸诱发胃溃疡均有明显抑制作用，而对消炎痛（吲哚美辛）型胃溃疡无作用；干姜煎 4.5g/kg 同法实验对 4 种溃疡模型均无影响。干姜浸剂（10g/kg 灌胃）对小鼠应激性溃疡有抑制倾向，对小鼠胃液分泌有显著的抑制作用，并有减少胃液酸度的倾向。干姜以抗胆碱样作用和抗组胺作用抑制肠管活动。姜的辛辣成分如姜油酮、姜酚、姜烯酮给家兔灌胃，可使肠管松弛，蠕动减慢。此外干姜还具有保肝利胆的作用。用原代培养的大鼠肝细胞实验发现，干姜中的姜酚类、姜烯酮类及二芳基庚烷类成分有对抗 CCl_4（四氯化碳）和半乳糖胺的肝细胞毒作用。6－姜酚及 10－姜酚以 100mg/kg 剂量，大鼠十二指肠给药，6－姜酚在给药 0.5～1h，能使胆汁分泌量显著增加。

2. 对心血管系统的影响

（1）抗血栓及抗血小板聚集：姜烯酮对家兔血小板环氧酶和血栓素 B_2（TXB_2）都有抑制作用。6－姜酚有抑制前列腺素生物合成的作用。可见姜及其有效成分的抗血小板凝集作用的机制是基于前列腺素生成的抑制作用。另有报道，干姜水煎剂 10mg/ml 浓度具有延长凝血时间并使纤维蛋白部分溶解。

（2）对血压的影响：给大鼠静脉注射干姜甲醇提取液 0.25g/kg，初期呈现暂时性升压作用，继则产生持续的降压作用，阿托品、普萘洛尔、苯海拉明及甲硫咪胺不影响其降压作用。

3. 止呕作用

淋巴注射干姜甲醇提取物 10g/kg，可显著抑制末梢性催吐药硫酸铜诱发蛙的呕吐，使呕吐次数减少 52%。给犬灌服生姜浸膏也有

同效。

4. 对各种病原体的影响

干姜具有抗菌、灭螺、抗血吸虫的作用。体外实验表明，生姜水浸剂对伤寒杆菌、霍乱弧菌、沙门菌、葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌有明显的抑菌作用。姜油酮及姜烯酮对上述病原菌也有较强的杀菌作用。姜辣素和姜烯酮有显著的灭螺活性。不同浓度的姜辣素对曼森血吸虫的毛蚴和尾蚴有显著的杀灭效果。

5. 解热、镇痛、抗炎作用

生姜油腹腔注射 0.12ml/kg、0.24ml/kg 或灌胃 0.3～0.4ml/kg，能明显抑制小鼠自发活动，延长戊巴比妥钠睡眠时间，对抗戊四氮惊厥，并能降低酵母致热大鼠体温，表明生姜油对中枢神经有抑制作用。姜及其有效成分的解热、镇痛、抗炎作用也与其抑制前列腺素生物合成有关。

6. 止咳平喘作用

2～10g/ml 姜能明显抑制乙酰胆碱、组胺引起的豚鼠离体气管痉挛。生姜挥发油 0.2ml/kg 灌胃给药，对豚鼠过敏性支气管痉挛有明显的保护作用。

四、当归

1. 对心血管系统的影响

（1）有增加冠脉流量、降低心肌耗氧量和增加外周输氧的作用：离体豚鼠心脏实验证明，2% 当归液灌注，有明显的扩张冠脉作用，流量明显增加。麻醉狗静脉注射 2% 当归液 2g/kg 后 2min，心律无明显改变时，冠脉、脑的血流量均明显增加，较给药前分别增加了 54% 和 48%。而冠脉、脑和外周动脉阻力却分别降低 50%、41% 和 76%。给药 2min 后，心肌耗氧量较用药前的（92±1.5）ml/（100g·min）下降为（75±1.7）ml/（100g·min），另外心排出量和心搏指数均有增加趋势。另外，据报道，当归可促进红细胞内 2，3－二磷酸甘油酸的生成，降低血色素与氧的亲和力，增加带氧血色素在组织中释放氧，从而加强了红细胞的输氧功能。

（2）有缩小心肌梗死面积，抗心肌缺血－再灌注损伤的作用：

整体狗麻醉后以手术结扎冠状动脉左前降支，造成冠脉闭塞性心肌梗死和室性心律失常，静脉滴注当归2g/kg，结果显示对照组心肌梗死范围为（26.16±2.23）%，而当归组仅为（14.39±1.53）%。说明当归对狗的实验性心肌梗死有明显的疗效。有实验进一步证实当归对心肌缺血－再灌注损伤有保护作用。当归能使PKC（蛋白激酶C）活性增强，含量增加，并能使心肌细胞的PKC从细胞核或细胞浆移位到细胞膜上，分布发生改变，提示当归抗心肌缺血－再灌注损伤的作用与蛋白激酶C有关。

（3）对血管、血压和器官血流量的作用：25%当归煎剂给蟾蜍血管灌流时，有收缩血管作用。水提醇液1g/kg、2g/kg和4g/kg（生药）静脉注射1～2min后可观察到麻醉狗的动脉血压分别降低了29%和137%，同时增加了外周血流量和减少了血管阻力，其作用随药物剂量加大而增强。正常血压的麻醉狗在静脉注射2g/kg后1～2min血压下降最明显，从给药前的（18.2±0.9）kPa降至（11.7±1.2）kPa。对于清醒的高血压狗静脉注射当归2g/kg共6次，则血压明显升高。麻醉狗股动脉注射当归的10mg/kg、20mg/kg和40mg/kg（生药）时，股动脉血流量分别比给药前增加了92%、106%和142%，血压变化不明显。

（4）有降血脂的作用，还能降低血小板聚集：当归粉1.5g/kg灌服对大鼠及家兔实验性高脂血症有降低血脂作用。家兔在造成高脂模型时，治疗组隔日静脉注射30%复方当归液7.5ml/kg，对照组给生理盐水7.5ml/kg。3周后对照组的血清甘油三酯由（1.72±0.23）mmol增高至（8.21±1.010）mmol；治疗组则由（1.73±0.15）mmol仅增至（5.03±0.20）mmol，显示有降低甘油三酯的作用。整体实验表明大鼠静脉注射当归20g/kg，5min后对ADP和胶原诱导的大鼠血小板聚集有明显的抑制作用。

2. 对血液系统的影响

当归多糖能增加外周血红细胞、白细胞、血红蛋白及骨髓有核细胞数。这种作用在外周血细胞减少和骨髓受到抑制时尤为明显。体外培养亦证明，当归多糖能显著刺激正常和骨髓抑制－贫血小鼠粒、单系祖细胞的增殖，其机制可能与促进机体分泌粒、单系集落刺激因子

有关。当归多糖可能是当归中促进造血功能致敏成分之一。当归补血的机制之一可能与当归多肽刺激造血组织细胞增殖、分化有关。

3. 对免疫系统的影响

（1）对非特异性免疫功能的影响：当归及其一些提取成分对非特异免疫功能有显著的刺激作用，对免疫功能处于抑制状态的机体也有调节和恢复的作用。小鼠日服去挥发油后的当归水溶液 20% 和 40%（g/ml），每只 0.5ml，连续 16 日，结果其腹腔巨噬细胞（Mφ）对鸡红细胞的吞噬率及吞噬指数均明显高于对照组。皮下注射 15mg/kg 泼尼松龙可引起小鼠免疫反应的抑制，使免疫器官胸腺、脾脏重量以及外周血液中白细胞数的下降，若同时每日腹腔注射当归多糖 25mg/kg 或 50mg/kg，连续 7 日，则能拮抗泼尼松龙上述的免疫抑制作用，而且 50mg/kg 当归多糖与泼尼松龙合用，仍能使小鼠对刚果红的廓清率提高 26.9%。说明当归多糖有对抗糖皮质激素引起的免疫抑制作用。

（2）对特异性免疫功能的影响：当归及其有效成分对细胞免疫及体液免疫均有一定的促进作用。当归多糖对正常小鼠、荷瘤小鼠和 X 线照射的荷瘤小鼠的外周血 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞数量有明显的影响。小鼠口服 100% 当归水煎液，每只每日 0.5ml，或当归补血汤 0.5ml，连续 4 日，则能明显提高羊红细胞（SRBC）抗体溶血素的产生和血清中抗体的效价。

4. 对子宫的作用

当归对子宫有“双向性”作用。当归挥发油（沸点 180 ~ 210℃）1∶50 浓度即对子宫有抑制作用，作用迅速而持久，使子宫节律性收缩减少，子宫肌弛缓；1∶25 浓度可完全停止收缩，但洗去药液后，子宫收缩恢复，对子宫无明显损害。当归水或醇溶性非挥发性物质对离体子宫有兴奋作用。当归醇浸膏 1∶1 浓度对小鼠、豚鼠、兔离体子宫的兴奋作用比水浸膏大 10 倍左右，大量或多次给药时，甚至可以出现强直性收缩。

5. 有改善急性脑缺血、缺氧的作用

脑缺血过程存在神经元凋亡，当归所含丁基苯酞能使低糖、低氧诱导的神经细胞凋亡过程减弱或停止，阻止脑梗死面积扩大。进一步

的研究表明，当归在减少脑缺血损伤后缺血区细胞凋亡的发生过程中能明显促进微管相关蛋白2的表达。当归对大鼠脑缺血半暗带再灌流细胞凋亡具有明显的抑制作用。使用当归后大鼠脑缺血半暗带凋亡相关因子BCL-2的表达明显增加。这些细胞凋亡相关因子表达的变化可能是当归对急性脑缺血、缺氧的保护作用机制之一。

6. 平喘作用

当归中有平喘作用的成分为正丁烯酞内酯和藁本内酯。体外试验证明，正丁烯酞内酯浓度为4.4×10^{-4}g/ml时，对豚鼠气管平滑肌有松弛作用，藁本内酯不仅对离体的豚鼠气管条有松弛作用，而且对乙酰胆碱、组胺以及氯化钡引起的气管平滑肌痉挛收缩也都有明显的解痉作用。

7. 其他作用

文献报道，当归还有抗辐射、抗炎、抗菌、保肝、抗肿瘤等多种药理作用。当归多糖对小鼠急性放射损害有防护作用。小鼠灌服当归水提液185.9mg/kg（生药），对血管通透性的ID_{50}（半数抑制量）与口服阿司匹林201.1mg/kg作用相当，且亦似阿司匹林能抑制血小板中致炎物质如5-羟色胺的释放，从而产生抗炎作用。当归煎剂在不同浓度分别对鼠疫杆菌、变形杆菌、志贺痢疾杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、霍乱弧菌、福氏痢疾杆菌、肺炎球菌、溶血性链球菌和白喉杆菌有抑菌作用。还有实验提示当归可显著减轻肝纤维化程度。当归多糖对实体瘤有一定抑瘤作用。

五、人参

1. 对心血管系统等的影响

人参对心脏功能的影响主要是增加心肌收缩力，减慢心率，增加心输出量和冠脉流量。人参总皂苷在增强麻醉猫心肌收缩力的同时，可使冠脉血流量增加，心率减慢，动、静脉氧分压降低，而对血压影响不明显。其强心作用原理，可能由于某些人参皂苷如Re可能是肾上腺素受体的竞争物，人参皂苷抑制Na^+-K^+-ATP酶可能与其对心脏的影响有密切关系。此外，人参尚有抗缺氧和保护心肌作用。人参皂苷可能是人参抗缺氧作用的有效成分，因为人参皂苷70～

200mg/kg 腹腔注射，可明显延长小鼠在不同低压缺氧环境的存活时间，其作用有明显量效关系。人参抗缺氧能力与其降低心肌耗氧量和增加冠脉流量有关系。而降低血红蛋白对氧的亲和力，向组织释放更多的氧，可能是人参提高机体耐缺氧能力的又一个原因。人参 Rb 组皂苷对急性缺血心肌产生明显保护作用，作用机制可能与其纠正心肌缺血时 FFA（游离脂肪酸）代谢紊乱及对抗氧自由基引发的脂质过氧化反应，增强体内抗氧化酶活性等有关。对心肌缺血后再灌流所引起的心肌损伤加重，人参皂苷 30mg/kg 静脉注射有保护作用。人参总皂苷抗心肌缺血－再灌注损伤的作用机制除提供能量基质，增加底物水平磷酸化，促进三磷酸腺苷、磷酸肌酸合成外，主要是由于其保护心肌细胞线粒体钙泵活性，减少线粒体膜磷脂降解，保护膜系统完整，降低细胞内游离钙浓度，防止心肌细胞内钙超负荷，避免了心肌再灌注损伤。

2. 对血液系统的影响

（1）对血液流变学的影响：人参具有抗血小板聚集和纤溶活性，抑制血栓形成的作用。当给家兔静脉注射人参皂苷 80mg/kg 时，显著抑制了花生四烯酸和 ADP 诱发的血小板聚集，血小板内 cAMP（环磷酸腺苷）含量升高，同时血小板内环氧酶和血栓素 A_2（TXA_2）合成酶受到抑制。TXA_2 通过膜受体使细胞内 Ca^{2+} 浓度提高，这是血小板聚集的扳机点。人参皂苷 Rg_1 可能是抑制血小板聚集的主要成分。离体实验证明，人参皂苷升高 cAMP 的水平乃由于激活腺苷环化酶和抑制磷酸二酯酶活性的缘故。人参皂苷升高 cAMP 含量可能为其抑制血小板激活的重要机制。

（2）对血象和造血功能的影响：人参对骨髓造血功能有保护和刺激作用，能使正常和贫血动物红细胞、白细胞数及血红蛋白量增加。当骨髓受到抑制时，人参增加外周血细胞数的作用更为明显。人参通过促进骨髓 DNA、RNA、蛋白质及脂质的合成，促进了骨髓细胞有丝分裂，刺激骨髓的造血功能。所以人参可用于各种贫血的治疗，但剂量选择值得注意。体外实验证明，人参总皂苷对小鼠造血具有促进作用，能促进骨髓细胞进入细胞增殖周期，人参总皂苷能通过刺激巨噬细胞、脾细胞和骨髓基质细胞产生粒－巨噬细胞集落刺激活

性（GM－CSA），以及协同 BPA（爆式红系集落刺激活性）和 EPO（红细胞生成素）等多种途经，促进小鼠血细胞发生。可见人参总皂苷是一个能促进红系细胞、粒系细胞和巨核系细胞三系造血祖细胞增殖的有效成分，其作用可能通过增加造血生长因子活性，或与生长因子起协同作用而促进造血。

3. 具有促进学习和记忆的功能

人参中增强学习和记忆能力的有效成分为人参皂苷，其中人参皂苷 Rb_1 和 Rg_1 对学习和记忆功能均有良好影响。人参皂苷 Rb_1 在剂量为 25mg/kg、50mg/kg 和 100mg/kg 腹腔注射时，对小鼠记忆获得障碍有不同程度的改善作用。人参皂苷 Rg_1 对 β－AP（淀粉样蛋白）所致的小鼠学习记忆有显著改善作用，其对胆碱酶系统的影响是人参皂苷 Rg_1 重要作用机制之一。关于人参增强学习和记忆功能的机制尚不十分清楚，从现有的研究结果来看，可能与其促进脑组织蛋白质合成有关系，因为记忆的形成和贮存与蛋白质和 RNA 的合成有密切关系。人参皂苷 Rb_1 和 Rg_1 按 50mg/kg 给小鼠腹腔注射，可使小鼠脑内蛋白质合成速率明显增加。研究证明，人参皂苷 Rb_1 和 Rg_1 对学习、记忆的影响，可能与其对海马突出膜 ATP 酶及钙调素活性的影响有关系。因为海马与学习、记忆和老年性痴呆发生均有密切关系。

4. 对垂体－肾上腺皮质系统功能的影响

人参对垂体－肾上腺皮质功能有刺激作用，其有效成分为人参皂苷。各种人参皂苷促进肾上腺皮质激素分泌的作用强度不同，人参皂苷 Rd 促进皮质酮分泌的 ED_{50} 最小，即其作用最强。人参根总皂苷无论灌胃（35mg/kg 和 75mg/kg）或腹腔注射（7mg/kg）均能增加皮质激素的分泌。

5. 降糖作用

药理学研究证明，于 10 日内每天给大鼠腹腔注射人参皂苷 30mg/kg 和 100mg/kg，待第 7 次给药后 2h，给大鼠尾静脉注射四氧嘧啶 100mg/kg，于第 8、11 天及停药后 7 天测血糖，结果表明人参总苷有明显的降血糖作用，其降血糖作用呈明显的量效关系，于停药后 7 天仍有作用。人参总皂苷按 100mg/kg 腹腔注射，不但能预防小鼠高血糖，而且对四氯嘧啶引起的高血糖也有治疗作用。进而证明，

人参皂苷 Rb_2，有明显的降血糖作用。人参多糖（或糖肽类）是人参中另一类降血糖成分。人参多糖 A 和多糖 B 按照 30mg/kg 给小鼠腹腔注射时，于给药后 5～7h 使小鼠血糖明显降低。多糖 B 的降血糖机制是由于增加了胰岛素的分泌和提高组织对胰岛素的敏感性；而多糖 A 的降血糖作用，可能由于它影响了糖代谢过程中某些酶的活性。实验证明，人参多糖 A 使小鼠血糖降低，肝葡萄糖－6－磷酸酶的活性受到抑制，而使肝磷酸化酶、葡萄糖－6－磷酸脱氢酶及磷酸果糖激酶的活性升高，从而加速了糖的利用和减少了糖原的合成，导致血糖降低。

6. 抗肿瘤作用

人参具有抗肿瘤作用，其抗肿瘤的活性成分可分为三类：①人参皂苷；②人参多糖；③人参烯醇类化合物。人参皂苷是通过阻止细胞增殖周期的 G_0/G_1 期或促使细胞死亡两种方式抑制了肿瘤细胞 U_2OS 的增殖。小田岛肃夫曾观察在离体条件下，人参皂苷 Rb_1、Rb_2、Rc、Rd、Rh_1、Rh_2、Re 及 Rg_1 对各种癌细胞增殖的影响。结果表明，人参皂苷 Rh_2 的抑瘤作用最强。王本祥等证明人参多糖对正常小鼠和荷瘤小鼠的细胞及体液免疫有刺激作用。进一步研究证明，人参多糖腹腔注射剂量为 50～460mg/kg 时，对 S180（小鼠肉瘤），U14（宫颈癌细胞）和 EAS（小鼠移植性肿瘤）均有明显的抑制作用。实验证明人参烯醇类对吉田肉瘤培养细胞的 50% 生长抑制浓度为 0.5μg/ml。

7. 对免疫功能的影响

人参对细胞和体液免疫都有影响。人参皂苷和人参多糖是人参调节免疫功能的活性成分。人参茎叶皂苷、人参花皂苷对小鼠网状内皮系统吞噬功能均有促进作用，增加小鼠血清特异性抗体的浓度。人参花皂苷体外浓度为 0.01～10μg/ml 时，可促进 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞致分裂原如 PHA（植物血凝素）、Con－A（刀豆蛋白 A）、LPS（脂多糖）刺激的淋转反应。王本祥等首先报告，人参多糖 50mg/（kg·d）、200mg/（kg·d）和 400mg/（kg·d），连服 3 天，可促进小鼠的网状内皮系统的吞噬功能，豚鼠的补体生成及提高用羊红细胞免疫小鼠血清中溶血素的浓度。人参多糖具有抗肿瘤作用，其抗肿瘤作用机制主要由于调整了机体的细胞和体液免疫功能。正常成人外周血 NK

细胞活性随人参皂苷 Re（0.16～100mg/ml）剂量增加杀伤活性显著增强，说明人参皂苷 Re 是一种理想的免疫调节剂。另外还有研究证明，与对照组比较，红参能抑制 HRA（人卵巢癌细胞）在无胸腺小鼠体内的生长，抑制肿瘤增殖。对于卵巢癌术后患者，维持化疗并用红参，其 NK 细胞活性呈增强倾向。说明红参具有增强 NK 细胞活性作用。

8. 人参的抗氧化和抗衰老作用

给小鼠按 1.6g/kg 剂量灌胃人参甲醇控取物，对乙醇引起肝中毒小鼠肝组织脂质过氧化物含量有明显降低作用。离体实验证明，人参茎叶皂苷浓度为 0.03% 或 0.04% 时，可使温孵培养的中老年大鼠的心、肝、大脑线粒体，微粒体及红细胞膜丙二醛含量明显降低。给家兔每日按 100mg/kg 灌服人参茎叶皂苷，共给药 8 周，结果表明，人参茎叶皂苷可显著增加红细胞膜和血小板膜的流动性，降低红细胞和血小板膜的胆固醇/磷脂比值，提示人参茎叶皂苷对高脂血症引起的细胞膜损伤有保护作用。人参皂苷有稳定神经元膜系统，促进蛋白质合成，延缓神经元衰老的作用。人参具有确实的抗脂质过氧化作用，因为其含有多种抗氧化物质。该类化合物可能是其抗衰老作用的物质基础。人参的抗衰老作用，除了上述抗氧化作用外，可能与其对神经、内分泌、免疫功能及物质代谢等生理功能的调节作用有关系。

9. 其他

人参的其他作用还包括：抗应激，抗辐射，抗休克等。健康犬肌内注射人参果皂苷生理盐水溶液 25mg/kg，失血后 5h，存活率明显提高，心肌超微结构病变，如肌膜、肌原纤维、肌浆网、线粒体、闰盘等细胞器损害明显减轻，心肌肌浆网内 Ca^{2+} 增加，线粒体内 Ca^{2+} 减少。这些结果说明，人参果皂苷有保护心肌、抗休克作用。此外，人参皂苷对各生发活动非常旺盛的组织如睾丸及骨髓等器官，不但能刺激 RNA 和蛋白质合成，也能促进 DNA 的合成。人参根及茎叶皂苷具有中枢兴奋作用。人参茎叶多糖不但灌胃给药有抗溃疡作用，而且皮下注射也有效。每天灌胃给予 60mg/kg 剂量的人参茎叶皂苷可明显抑制醋酸泼尼松引起的兔血清总脂、总胆固醇和甘油三酯的升高，抑制率分别达 66.2%、58.1% 和 92.8%。

六、附子

1. 对心脏的作用

（1）强心作用：给猫静脉注射附子水提物 15.30mg/kg，2min 后左心室压力（LVP）及其上升最大速度（LV dp/dt max）均明显增加。对心力衰竭猫，待 LVP 和 LV dp/dt max 分别降至正常水平的 41% 和 30% 后，静脉注射附子水提物 30mg/kg，其峰值分别恢复到正常水平的 75% 和 72%，比给药前增加了 96% 和 22%，可见附子水提物对正常或心力衰竭的猫均有明显的强心作用。2.5%、5% 熟附片煎剂 0.1ml 对蟾蜍离体心脏显示强心作用，浓度增至 20% 0.1ml，可使蟾蜍离体心脏出现收缩期停止；2.5%、5% 熟附片煎剂 0.1ml 也可使离体兔、豚鼠、大白鼠离体心脏心跳振幅加大，频率加快，但十几分钟后心跳振幅变小，有时可出现心律不齐。给犬静脉注射 10mg/kg，对其心脏收缩也有增强作用。附子的强心成分不因煎煮时间延长而减弱，而所含致心率失常的主要成分乌头碱则在煎煮过程中逐渐水解为乌头原碱而毒性大为降低，但强心作用不被破坏。说明去甲乌药碱有明显增加正常心脏功能的作用。豚鼠离体衰竭心脏灌流试验表明，0.1μg/min，共 5min 恒速灌流，或 0.1μg/min 快速注入去甲乌药碱均可明显增加心收缩幅度或使其恢复到正常水平。对于内毒素休克犬，去甲乌药碱能使心输出量、每搏输出量、心脏指数等的降低明显改善。去甲乌药碱能直接作用于离体培养的心肌细胞，使之搏动加强。从附子中分离出的棍撑碱（氯化甲基多巴胺）为 α 肾上腺素能受体激动剂，有明显的强心作用。去甲猪毛菜碱是一个弱 β 受体兴奋剂，也具有一定的强心作用。

（2）对心律和心率的影响：实验表明，附子能加强心肌收缩力，加快心率，增加心输出量，有增加心肌耗氧量、降低心脏做功效率的作用。附子的强心成分去甲乌头碱在麻醉剂、维拉帕米及烟碱等心律失常动物模型中均有一定的预防和治疗作用，表明去甲乌头碱可对抗缓慢型的心律失常。乌头碱有阻滞 L 型钙通道的作用，此作用与其导致心律失常扩张血管等作用有关。附子能改善和恢复病窦的窦房结起搏功能。其机制可能与附子具有 α、β 肾上腺素受体激动剂作用有

关。乌头碱、中乌头碱、北草乌碱和次乌头碱均有很强的致心律失常作用。乌头碱可引起多种动物和人的心律失常，随剂量增大，可出现心动过缓、室性期外收缩、室性心动过速、室颤、心跳停止等，乌头碱可使心肌细胞 Na^+ 通道开放，加速 Na^+ 内流，使细胞膜去极化。给大鼠 200mg/kg、400mg/kg 静脉注射或 500mg/kg、1000mg/kg 十二指肠给予水溶性部分（不含乌头碱类生物碱）均可使由乌头碱诱发的大鼠心律失常恢复正常。

（3）抗休克作用：给内毒素引起休克的猫以每分钟 2mg/kg 静脉滴注附子水溶部分，或 1 次静脉注射 30mg/kg，能明显对抗主动脉压力、左心室收缩压力和左心室上升最大速率的降低心率和减慢并延长生存时间，表明其对内毒素引起的休克有治疗作用。给内毒素休克犬静脉注入去甲乌药碱 1μg/（kg · min），连续观察 10h，结果可使每搏输出量、心输出量和心脏指数增加，外周阻力降低。对于心源性休克犬，去甲乌药碱可使平均动脉压，左室压峰值，左室压一阶微分正、负压最大值提高，中心静脉压降低。另有报道，川附子提取物可显著延长烫伤休克大鼠的存活时间。

（4）抗心肌缺血：静脉注射附子注射液 50mg/kg，对麻醉开胸犬急性心肌缺血损伤的范围、程度有明显缩小和减轻作用。附子在降低缺血心肌耗氧的同时，又能增加对缺血心肌的血流灌注，增加供氧量，从而改善了氧的供求平衡。给大鼠静脉注射附子注射液 50mg/kg，对垂体后叶素引起的急性心肌缺血和心律失常有明显的对抗作用。小鼠腹腔注射 50% 附子注射液 13ml/kg 和 10ml/kg 能显著提高小鼠对缺氧的耐受力。给麻醉开胸犬静脉注射附子注射液 2g/kg、去甲乌药碱 50μg/kg，能使冠脉流量明显增加，冠脉阻力和总外周阻力降低，心排出量和心脏指数以及心肌耗氧量增加，但去甲乌药碱使心率明显加快，血压下降。附子对不麻醉犬有心率加速作用和对麻醉犬冠脉血流、心肌耗氧量有增加作用，可被普萘洛尔部分对抗；对不麻醉犬的升压作用能被酚妥拉明翻转，表明附子的心血管作用，可能是通过肾上腺受体的兴奋而实现。

2. 抗炎作用

给大鼠灌胃附子水煎剂 5g/kg，每日 1 次，连续 5 日，或 10g/kg

1次灌胃，对甲醛及蛋清引起的大鼠足肿胀有明显的抑制作用，但对肾上腺内维生素C含量均无影响，对去肾上腺大鼠仍有抗炎作用，由此认为抗炎作用不是通过肾上腺皮质而引起的。但也有报道熟附片煎剂给大鼠灌胃（2g/kg），皮下注射（0.5g/kg）或肌内注射（0.25g/kg），每日1次，连续4日，均能显著降低肾上腺内维生素C含量，其作用不被戊巴比妥钠及氯丙嗪所阻断，但能被可的松部分阻断，作用的有效成分系生物碱。熟附片煎剂能增加大鼠尿中17－酮类固醇的排泄，减少末梢血液中嗜酸粒细胞，并对大鼠蛋清性足肿胀有抑制作用，因此认为熟附片对垂体－肾上腺皮质系统是有兴奋作用。乌头碱、中乌头碱和次乌头碱是附子的抗炎有效成分。灌胃乌头碱能明显抑制角叉菜胶引起的小鼠足肿胀，抑制组胺和醋酸引起的大、小鼠皮肤血管通透性增加，减少受精鸡胚浆膜上肉芽组织形成。抗炎机制可能与中枢及组织中的前列腺素有关。

3. 对中枢神经系统等的作用

（1）镇痛作用：采用热板法测定附子煎剂10g/kg、20g/kg灌胃，或腹腔注射15g/kg、10g/kg、5g/kg、2.5g/kg、1.25g/kg，小鼠痛阈明显提高，镇痛强度与剂量呈正相关。采用醋酸扭体法给小鼠灌胃附子煎剂10g/kg和20g/kg，扭体次数明显减少。用电刺激大鼠尾部法，测得乌头碱最小镇痛有效量为25μg/kg，镇痛指数为11.8，小鼠静脉注射1/4LD_{50}乌头碱和中乌头碱60μg/kg以及次乌头碱300μg/kg，均可抑制醋酸引起的扭体反应，中乌头碱镇痛效力比乌头碱强2倍，次乌头碱则比乌头碱弱，其镇痛机制可能是抑制兴奋在神经干中的传导或使神经干完全丧失兴奋和传导能力。有学者认为乌头碱类生物碱的镇痛作用是中枢性的，因为小鼠脑内注射中乌头碱可呈现强的镇痛作用，多巴胺也使其作用增强，可能它们的镇痛作用主要是通过多巴胺系统而发挥作用。另有证明，对痛阈无影响的剂量能明显增强乌头碱的作用，直流电损毁脑内蓝斑，可使乌头碱镇痛作用消失，提示镇痛作用与中枢去甲肾上腺素有关。亦有实验表明，松潘乌头总碱（TAS）是一种不同于吗啡的非成瘾性镇痛剂。

（2）对体温的影响：附子水煎剂20g/kg小鼠灌胃，可显著延长

受寒小鼠的存活率（$P<0.01$）。附子水煎剂和冷浸液均能抑制寒冷情况下引起的鸡和大鼠的体温下降，甚至使降低的体温恢复，延长生存时间，降低死亡率。

（3）镇静作用：附子冷浸液能够延长小鼠使用环己巴比妥钙睡眠的时间，减少自主运动，而炮附子在相同条件下则无此作用。

（4）对血液系统的影响：附子水提取物在促血小板聚集、纤溶酶抑制红细胞膜稳定化作用及抑制中蛋白热变性作用等方面均为阳性。给大鼠附子水煎剂10g/kg、20g/kg，能使部分凝血活酶时间及凝血酶原消耗时间明显延长，并能预防大鼠体内血栓的形成。

（5）对消化系统的影响：实验表明附子水煎剂能显著对抗小鼠水浸应激和大鼠盐酸损伤性溃疡；还能对抗蓖麻油和番泻叶引起的小鼠药物性腹泻，但对小鼠胃肠推进运动无明显影响。附子水煎剂在1mg/ml、2mg/ml、4mg/ml、12mg/ml浓度有兴奋离体肠管作用，并推测附子可能具有胆碱样、组胺样和抗肾上腺素样作用。

4. 其他作用

（1）局麻作用：有实验报道，附子能够刺激局部皮肤、黏膜和感觉神经末梢，先兴奋产生瘙痒和灼热感，继而产生麻醉感，丧失知觉，说明附子一定的局麻作用。

（2）肾血流量：有实验表明，去甲乌头碱成分能明显降低家兔肾血流量，使尿钠减少，而对尿量和尿钾无明显影响。

（3）对免疫功能的影响：有实验表明附子对特异性体液免疫、非特异性免疫均有促进作用。附子水溶性提取物60g/kg灌胃，可提高“阳虚”小鼠特异性体液免疫功能。

（4）扩张外周血管的作用：附子煎剂可明显扩张麻醉犬和猫的后肢血管。

（5）对平滑肌的作用：乌头碱和中乌头碱对平滑肌的收缩作用，不是直接作用于平滑肌本身，而是通过交感神经发生作用的。

（6）对血糖的影响：附子有明显的降血糖作用，研究者认为其降血糖的机制是增加葡萄糖的利用，而不是提高胰岛素水平。

5. 毒理研究

用序贯法测得附子水溶部分小鼠静脉注射LD_{50}为589mg/kg，大

鼠静脉注射最小致死量为（1037 ± 82）mg/kg。熟附片煎剂小鼠灌胃和静脉注射的 LD_{50} 分别为（17.42 ± 1.024）g/kg 和（3.516 ± 0.419）g/kg。乌头碱、中乌头碱和次乌头碱的毒性作用性质相似，中毒特征是呼吸抑制和引起心律失常。

七、细辛

1. 对神经系统的作用

腹腔注射细辛挥发油 0.06ml/kg、0.12ml/kg，可使小鼠安静，自主活动减少；0.06ml/kg 可产生明显镇静作用，翻正反射消失，随剂量增大，中枢抑制作用增强，1.2ml/kg 可致小鼠呼吸停止而死亡。细辛挥发油 0.050 ~ 0.075ml/kg 与阈下剂量的戊巴比妥或水合氯醛具有协同作用。细辛水煎剂 29g/kg，对电击鼠尾具有镇痛作用。小鼠腹腔注射细辛挥发油 0.060 ~ 0.24ml/kg 可明显抑制醋酸引起的扭体反应，并显著提高电击痛阈。腹腔注射细辛挥发油 0.060 ~ 0.24ml/kg，可对抗电诱发小鼠惊厥及戊四氮或士的宁诱发的小鼠惊厥。腹腔注射其挥发油 0.060 ~ 0.24ml/kg 30min 即可降低正常大鼠体温，并且降低酵母致热大鼠的体温，解热作用于给药后 1h 呈现，可持续 5h 以上。

2. 抗炎作用

细辛中去甲乌药碱对组胺诱发的大鼠踝关节肿有明显的抗炎作用。华细辛水提液（相当于生药 5g/kg）灌胃，对大鼠甲醛性及蛋清性关节炎（10g/kg）也有一定抑制作用。腹腔注射细辛挥发油 0.24ml/kg 可降低毛细血管通透性，对白细胞游走抑制率为 43 %，而且能抑制棉球肉芽肿，使胸腺萎缩和降低正常大鼠肾上腺内维生素 C 含量，明显降低角叉菜胶所致炎性渗出和组织内组胺含量。细辛挥发油能对抗巴豆油引起的小鼠耳肿胀，并抑制抗大鼠兔血清引起的大鼠皮肤浮肿。毛细辛挥发油 0.5ml/kg 或辽细辛挥发油 15ml/kg 给大鼠腹腔注射，连续 8 天，表明二者均能明显抑制棉球所致肉芽组织增生；毛细辛挥发油可显著降低血清锌含量，辽细辛挥发油虽可降低血清锌含量，但不显著。

3. 对心血管的作用

细辛挥发油能明显增加离体豚鼠心脏的冠脉流量。细辛醇提物0.3ml/kg，去甲乌药碱5μg/kg静脉注射能提高心源性休克犬的平均动脉压、左心室内压、左心室最大收缩和舒张速率，降低中心静脉压，并增加冠脉血流量。细辛醇提液0.1～0.4ml/kg可使心肺制备狗左心室内压、平均动脉压升高，心输出量增加，心率加快，左心室舒张末压下降，搏出量下降，左室等容期压力最大变化速率上升，左室开始收缩至开始射血时间缩短，等容期心肌纤维收缩成分的缩短速度、在共同最高等容收缩压条件下的心肌收缩成分的缩短速度、等容期心肌最大缩短速度上升；细辛中所含的去甲乌药碱对麻醉犬也具有同样作用，使用肾上腺素α受体阻滞剂后其改善泵血功能和心肌收缩性能的作用绝大部分被取消，但仍然显著增加心输出量。细辛挥发油对离体蛙心，小剂量兴奋，大剂量抑制，并停搏在舒张期。北细辛醇提液对离体兔、豚鼠心脏，均有明显的兴奋作用，用药后迅速出现心肌收缩力增强，心率加快。静脉注射细辛挥发油25 mg/kg，能对抗家兔因脑垂体后叶素所致的急性心肌缺血，并能增加小鼠减压缺氧的耐受力。细辛水煎液作用于体外培养Wistar种乳鼠心肌细胞，能明显增加心肌细胞的搏动频率，给药15min时作用最强，表明细辛提取物具有正性肌力和正性频率作用。细辛水煎液还能明显降低缺糖缺氧性心肌细胞释放至培养基的乳酸脱氢酶（LDH）活性，对受损心肌细胞的细胞膜有直接保护作用。还有报道，细辛挥发油使蟾蜍内脏血管扩张，静脉注射对麻醉犬、猫有降压作用，而细辛煎剂对麻醉猫却有明显的升压作用。细辛液14ml/kg小鼠腹腔注射，使耳郭微循环血流减慢或停止，血管管径轻度收缩。

4. 对呼吸系统的作用

细辛挥发油能松弛组胺、乙酰胆碱引起的离体气管痉挛，细辛中甲基丁香油酚对豚鼠离体气管有显著的松弛作用（ED_{50}为10～6g/ml）。北细辛醇浸剂对离体肺灌流量先呈短暂降低，而后持续增加，可维持15～30min。

5. 抗过敏作用

北细辛甲醇浸出液的水不溶性分离部分，均可明显抑制组胺所致

离体豚鼠回肠的收缩。细辛的水和乙醇提取物均能使速发型变态反应总过敏介质释放量减少40%以上。细辛水煎液50mg/ml能明显降低分离的豚鼠外周血中淋巴细胞α醋酸萘酯酶百分率，表明其具有免疫抑制作用。

6. 对平滑肌的作用

低浓度细辛挥发油能使兔离体子宫、肠管张力先增加后降低，而高浓度则呈现抑制作用，并能松弛组胺、乙酰胆碱以及氯化钡引起的豚鼠离体回肠痉挛。

7. 抑菌作用

体外试验表明细辛醇浸剂、挥发油对革兰阳性菌、枯草杆菌及伤寒杆菌有抑制作用，煎剂对结核杆菌及伤寒杆菌亦有抑制作用。细辛挥发油中黄樟醚5×10^{-4}mg/ml培养基有较强的抑真菌作用。

8. 其他作用

细辛对*D*-半乳糖所致衰老小鼠模型有抗氧化作用，能够提高老年小鼠脑中超氧化物歧化酶和一氧化氮合成酶（NOS）的活性，对小鼠的心、肝组织的谷胱甘肽过氧化物酶的活性也有所提高。细辛中的去甲乌药碱有较强的清除超氧自由基的能力和抑制鼠肝匀浆脂质过氧化作用，对超氧自由基诱发的透明质酸和牛关节液中氨基多糖的解聚具有保护作用。

9. 毒理研究

（1）急性毒性：华细辛煎剂给小鼠灌胃与静脉注射，LD_{50}分别为12.375g/kg及0.778g/kg。小鼠腹腔注射细辛挥发油按寇氏法测得LD_{50}为（0.55±0.01）ml/kg，按几率对数绘图法测得LD_{50}为（1.2±0.04）ml/kg。

（2）亚急性毒性：细辛挥发油0.06ml/kg，0.12ml/kg，0.24ml/kg腹腔注射，每日1次，连续给药18天，血常规，丙氨酸氨基转移酶，尿素氮，心、肝、脾、肺、病理切片检查，给药组与对照组比较，组间均无明显差异。细辛挥发油中所含黄樟醚毒性较大，在饲料掺入，2年后使28%大鼠发生肝癌。

八、肉桂

1. 对消化系统的影响

肉桂水煎剂有增加肠蠕动、增加胃黏膜血流量、改善微循环、抗溃疡的作用。20g/kg 肉桂水煎剂灌胃，能显著抑制小白鼠的胃肠推进率。对 5－羟色胺所致大鼠溃疡西咪替丁无效，而肉桂水提物通过增加胃黏膜血流量，改善微循环，从而抑制 5－羟色胺引起的胃溃疡。

2. 对心血管系统的影响

肉桂有显著的抗心肌缺血的作用。每日按 1.2g/kg（生药）剂量灌胃给药，连续 6 日，对垂体后叶素引起兔急性心肌缺血有改善。煎剂能增加豚鼠离体心脏的冠脉流量，对垂体后叶素所致豚鼠离体心脏的冠脉流量减少有对抗作用。肉桂水提物强于肉桂油，肉桂制剂能使舒张压得到较充分提高，冠状动脉及脑动脉灌注压相应增高，促进心肌及胸部侧支循环开放，从而改变其血液供应，呈现对心肌的保护作用。

3. 抗菌作用

肉桂醇提取物对厌氧菌株中的艰难梭菌、普通类杆菌、伊氏放射菌、多形类杆菌、脆弱类杆菌、卵圆类杆菌、产黑素类杆菌、痤疮丙酸杆菌、消化链球菌、吉氏类杆菌均有非常明显抑菌作用。肉桂石油醚提取物 0.1ml 对产黑素类杆菌、消化链球菌、伊氏放线菌、痤疮丙酸杆菌、吉氏杆菌、多形杆菌、脆弱类杆菌、产气荚膜梭菌等有强抑制作用。肉桂煎剂在体外对真菌有抑制作用。肉桂的乙醇或乙醚浸出液浓度 1%～10% 对许兰毛癣菌等多种致病性皮肤真菌有抑制作用。

4. 抗炎、镇痛、解热作用

小鼠尾压法或腹腔内注射醋酸扭体法，均证明其镇痛作用。桂皮醛及肉桂酸钠对温热刺激引起的发热家兔有解热作用。大鼠每天灌胃 100mg/kg，连续 5 天，对棉球致大鼠肉芽组织增生慢性炎症模型的抑制率为 51.2%。

5. 抗血小板聚集作用

体外实验，肉桂水煎剂、肉桂酸或香豆素对 ADP 诱导的大鼠血小板聚集有抑制作用。

6. 对细胞代谢的影响

肉桂具有钾通道开放活性及钙离子通道拮抗活性。膜片钳实验证明其能增强血管平滑肌钾通道延迟整流电流，说明其舒张血管作用机制之一为开放血管平滑肌的钾通道。药理实验表明，肉桂还具有钙离子通道拮抗活性，具有较强的扩血管活性。

7. 其他作用

肉桂还有升白细胞的作用。以 0.35 mg/kg 剂量给犬皮下注射桂皮酸钠，可使外周白细胞升高 150 % ~200 %。

九、黄柏

黄柏内也含有大量小檗碱，但不及黄连，论述同黄连，余药理作用如下：

1. 抗病原微生物作用

黄柏对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎链球菌、白喉杆菌、炭疽杆菌以及大肠杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、绿脓杆菌和脑膜炎双球菌等均有抑制作用。另有报道 20%、50% 黄柏煎液对念珠菌无效，对红色毛癣菌、石膏样毛癣菌、絮状表皮癣菌均有抑制作用。

2. 对心血管系统的影响

黄柏具有抗心律失常及降血压的作用。黄柏成分药根碱 10mg/kg 静脉注射，对大鼠心肌缺血和复灌所致心律失常均有对抗作用。20 世纪 60 年代初期研究报告，黄柏具有降压作用。给麻醉猫腹腔注射黄柏水煎液 12g/kg，引起血压急骤下降，10min 降至较低水平，90min 时血压为给药前之 60%。降压同时伴有心率和呼吸减慢。

3. 抗溃疡作用

给大鼠皮下注射黄柏提取物，可使乙醇引起的胃黏膜损伤抑制 21.9% 和 63.3%。灌胃给药具有相同作用。另外，对阿司匹林、幽门结扎以及水浸应激法引起的大鼠急性胃黏膜损伤均有保护作用。

4. 其他作用

黄柏能抑制免疫反应引起的炎症损伤，实验证明，黄柏有抑制小鼠迟发型超敏反应 DTH 的作用，其机制可能是抑制了 IFN - γ、IL -

1、TNF－α、IL－2等细胞因子的产生和释放。此外，黄柏还有一定抗肿瘤作用。以BGC823人胃癌细胞为实验材料研究黄柏在480nm和650nm光照下对癌细胞的光敏作用影响，结果发现黄柏加药照光组对癌细胞生长、癌细胞噻唑蓝代谢活力均有光敏抑制效应。

十、花椒

1. 抗菌消炎及杀虫作用

实验测定，川花椒在试管内对炭疽杆菌、α－溶血链球菌、β－溶血链球菌、白喉杆菌、假白喉杆菌、肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌、白色葡萄球菌及枯草杆菌等7种革兰阳性肠内致病菌有完全抑制作用，对大肠杆菌、宋内痢疾杆菌、变形杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、绿脓杆菌及霍乱弧菌等7种革兰阴性肠内致病菌有完全抑制作用。用平板小杯法实验，100%煎剂对甲型和乙型链球菌、葡萄球菌、肺炎球菌、炭疽杆菌、枯草杆菌、变形杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、白喉杆菌、霍乱弧菌、宋内痢疾杆菌、绿脓杆菌均有抑制作用。40%水浸剂体外对星形奴卡菌有抑制作用。花椒根中的吡喃－2－喹诺酮型生物碱对酵母样致病菌及皮下皮肤致病菌有抑制作用，但作用较弱。花椒油乳剂1:300以上浓度或霉菌培养皿中滴加10μl、30μl、100μl花椒挥发油均可抑制念珠球菌属霉菌生长。花椒水煎剂的1:1～1:4稀释液对阴道毛滴虫有抑制作用。挥发油中的香茅醇、枯茅毛醇等对黄曲霉素、杂色霉素有较强的抑制作用，同时还能抑制其毒素的产生。花椒醚及花椒水提取液对二甲苯所致耳壳肿胀均有明显的抑制作用，且二者均能提高腹腔毛细血管的通透性。花椒挥发油通过增加溶酶菌含量及巨噬细胞吞噬活性来增加机体的免疫能力，在抗菌、抗病毒、抗肿瘤及免疫调节中发挥重要作用。花椒所含挥发油在保温的任氏液中能使猪蛔虫中毒，且各种浓度的川花椒油都较其他驱虫药为优，唯不及香藜草油。翅花椒植物浸出物的水蒸气蒸馏部分0.1ml/kg有麻痹蛔虫的作用，对平滑肌有松弛作用，可使肠管松弛，因此驱虫时需并用盐类泻药将麻痹虫体驱除。花椒根、竹叶椒均有驱蛔虫作用。花椒的氯仿提取物对螨疥有明显的触杀作用。

2. 对凝血系统的作用

花椒有抑制血小板聚集，抗凝血的作用。取 Wistar 大鼠，分别给花椒水提取物 10g/kg，20g/kg 灌胃；花椒醚提取物 1.5ml/kg，3.0ml/kg 灌胃，给药 1h 后，测定血栓形成时间，并取血测定生化项目。结果显示：花椒水提取物 10g/kg，20g/kg 剂量下均使实验性体内血栓形成时间延迟，剂量与效用相关；花椒醚提取物在 1.5ml/kg 剂量下使体内血栓形成时间延迟不明显，在 3.0ml/kg 剂量下，有明显延迟血栓形成时间的作用。故花椒具有一定的抗凝作用，且花椒水提取物强于花椒醚提取物。采用冰水应激下心肌血管内血小板聚集引起的心肌损伤模型，观察花椒水提取物对血小板聚集功能的影响。血小板聚集反应采用不同剂量的花椒水提取物对阈浓度 ADP 诱导血小板聚集，结果显示：花椒水提取物和花椒醚提取物对冰水应激状态下儿茶酚胺分泌增加所引起的血小板聚集有抑制作用。还有报道花椒根浸剂可以用作血友病的止血剂，并着重指出只有它的氯仿、甲醛或乙醚提取物才具有延长血栓形成的活性。

3. 对消化系统的影响

（1）对肝脏保护作用：张明发等给大鼠每日灌服花椒水提取物 2.5g/kg，5.0g/kg，连续 5 天，能够降低四氯化碳所致血清丙氨酸氨基转移酶的升高，但对血清天门冬氨酸氨基转移酶升高无保护作用，而醚提物则无作用。花椒水提取物和醚提取物经十二指肠给药均无利胆作用。

（2）抗溃疡作用：鼠灌胃花椒水提物 5g/kg 和 1g/kg，对应激或吲哚美辛加乙醇所致溃疡均有明显抑制作用。给大鼠灌胃花椒水提物 5g/kg 能明显抑制结扎幽门性溃疡的形成。石油醚提取物 3ml/kg 对大鼠盐酸性胃溃疡有抑制作用。

（3）对胃肠运动的影响：口服 20g/kg 的花椒煎剂，结果生理盐水组和花椒液组的小鼠胃肠推进率分别为 60 ± 10 和 22 ± 24，两组比较 $P<0.01$，表明花椒明显抑制胃肠的推动运动。口服 20g/kg 花椒显著对抗吗啡抑制小鼠胃肠推进率。口服 20g/kg 花椒显著对抗阿托品抑制小鼠胃肠推进率。口服 5g/kg 的花椒煎剂对酚妥拉明、吗啡、阿托品性小鼠胃肠墨汁推进率无显著影响。花椒水提取物 10g/kg 灌

胃有明显抑制小鼠胃肠墨汁推进运动，但花椒醚提取物在3.0ml/kg，6.0ml/kg组均无抑制作用。对离体肠管的影响，花椒在低浓度时显著兴奋离体兔空肠自发收缩活动，但在高浓度时则抑制离体兔空肠自发收缩活动。实验表明花椒能抑制烟碱、毒扁豆碱、乙酰胆碱、组胺、酚妥拉明和氯化钡所致的离体小肠活动，推测抑制肠管运动与胆碱能神经活动无关，而有抗胆碱样和抗组胺样作用；花椒不能抑制利舍平化兔离体小肠活动，表明它们的抑制作用可能是通过儿茶酚胺能神经发挥作用。罂粟碱、维拉帕米、美沙酮、苯海拉明均能取消花椒兴奋肠管的作用。

（4）止泻作用：给小鼠口服花椒液10g/kg，20g/kg可显著对抗蓖麻油引起的小鼠腹泻，20g/kg花椒液可显著对抗番泻叶引起的小鼠腹泻，口服花椒液5g/kg对蓖麻油和番泻叶引起的腹泻均无显著影响。

4. 对心血管系统的影响

（1）降压作用：翅花椒植物浸出物的水蒸气蒸馏部分0.1ml/kg给狗静脉注射，可知血压暂时下降，其作用不被阿托品或吡拉明所阻断。家兔给予香茅醇静脉注射可使血压迅速下降。野花椒根中提得水溶性生物碱，具有一定的横纹肌松弛作用，但可使血压明显降低，临床试用时应注意。

（2）对应激性心肌损伤的保护作用：采用冰水应激下心肌血管内血小板聚集引起的心肌损伤模型，观察花椒提取物对心肌细胞结合酶、血清及肝内甘油三酯含量的影响。予花椒水提取物10g/kg、20g/kg，花椒醚提取物1.5ml/kg、3.0ml/kg灌胃。冰冻组应激时间在2～4min出现明显疲劳，5′－核苷酸酶活力明显增高（$P<0.001$），单胺氧化酶活力增高，但冰冻组与正常组相比不明显，甘油三酯含量升高（$P<0.01$）。结果表明：花椒水提取物对5′－核苷酸酶活性改变不明显，且花椒醚提取物能显著降低其活性，两者对单胺氧化酶活性均能明显降低，能明显降低血清甘油三酯，且不降低肝内甘油三酯含量；花椒水提取物对ADP和胶原诱导的血小板聚集有抑制作用。故花椒对应激性心肌损伤有保护作用。

5. 对呼吸系统的作用

香茅醇能反射性兴奋呼吸。花椒油能抑制磷酸组胺、氯乙酰胆碱、慢反应物质对器官平滑肌的收缩，与其平喘作用密切相关。

6. 局麻作用

花椒果皮制成50%的注射液可用于止痛。花椒挥发油和花椒水溶物对蟾蜍离体坐骨神经冲动有阻滞作用，花椒浸液在一定浓度下降低蟾蜍离体坐骨神经的兴奋性和可逆性阻断神经的传导，是产生局麻的基础。花椒稀醇液对家兔角膜有麻醉作用，作用强度弱于地卡因，用于豚鼠浸润麻醉作用较普鲁卡因强。

7. 抗癌及致突变作用

花椒宁碱具有抗癌作用，对人白血病具有极强作用，并对病毒引起的几种癌症有效。花椒有一定的诱变性。

8. 其他作用

花椒素10mg/kg静脉注射可致强烈惊厥，本品有兴奋唾液腺，抑制乳汁分泌，降血脂，抗动脉硬化作用。香茅醇能加强肾上腺素对子宫的收缩作用，抑制小肠收缩，给大鼠灌胃，小量有轻度利尿作用，大剂量则显著抑制尿的排泄。全金丝苷具有外周镇痛作用。

9. 毒副作用

香茅醇急性毒性试验，小鼠灌胃 LD_{50} 为4.8g/kg，家兔静脉注射为50mg/kg，死于呼吸麻痹。花椒醚提取物灌服小鼠 LD_{50} 为（32.9±2.9）ml/kg（寇氏法），水提取物灌服 LD_{50} 为（52±5）g/kg（寇氏法），动物死亡前表现为电休克样强直性惊厥，似有小毒。给小鼠灌胃青花椒水煎剂的 LD_{50} 为122g/kg（生药），川花椒的 LD_{50} 为45g/kg（生药），故川花椒毒性明显大于青花椒。

参考文献

[1] 梅全喜，等．现代中药药理手册（第1册）．北京：中国中医药出版社，1998，646

[2] 阴健，等．中药现代药理研究与临床应用（2）．北京：中医古籍出版社，1995，75

[3] 李士忠，等．乌梅汤对人体胆囊的作用．中成药研究，1983，9：19
[4] 梁品银，等．乌梅丸加减治疗胆道蛔虫113例．河北中医，1984，3：38
[5] 沈红梅，等．乌梅的体外抗肿瘤活性及免疫调节作用初探．中国中药杂志，1995，20（6）：365
[6] 章邦兴．乌梅煎剂治疗128例胆道蛔虫症．安徽医学，1985，6（4）：42
[7] 周金黄，等．中药药理学．上海：上海科学技术出版社，1985，278
[8] 黄庆玉，等．乌梅－枸橼酸对人精子穿透宫颈黏液阻抑作用的研究．实用妇产科杂志，1996，12（专刊）：205
[9] 孙蓉，等．乌梅、生姜对二陈汤降脂作用影响的实验研究．中药药理与临床，2000，16（4）：10
[10] 刘国声．中药抗菌力研究．中华新医学报，1950，1（2）：95
[11] 廖延雄．黄连及厚朴抗菌作用的研究．药学学报，1954，2（1）：5
[12] 刘国声．中药方剂的抗菌作用．中华新医学报，1950，1（4）：285
[13] 章育正等．古方香连丸在试管内及动物体内的抗菌作用．中华医学杂志，1958，44（9）：888
[14] 刘国声．中药抗菌力研究．北京中医，1953，2（1）：20
[15] 张昌绍．现代的中药研究．上海：中国科学图书仪器公司，1954，120
[16] 杨顺裕，等．黄连素的正性肌力作用及其研究．中国中西医结合杂志，1994，14（9）：559
[17] 张群英．等．盐酸小檗碱对豚鼠血流动力学的影响．铁道医学，1987，15（5）：337
[18] 黄伟民，等．黄连素对戊巴比妥钠诱发急性心力衰竭犬血流动力学的作用．中国药学杂志，1993，28（1）：20
[19] 严梅祯，等．黄连与黄芩、甘草配伍前后对金黄色葡萄球菌生长抑制作用的观察．中国中药杂志，1998，23（6）：375
[20] 唐青云，等．静滴盐酸黄连素对血管机制的影响．医药工业，1985，15（3）：34
[21] Shaffer，JE．Inotropic and chronotropic activity of ber on isolated quinea pig atria. J Cardiovasic Pharmacol，1985，7：307
[22] 孙晓东，等．小檗碱对豚鼠心室乳头状肌慢向离子电流的作用．中国药理学报，1989，10（2）：130
[23] 黄伟民，等．黄连素对小鼠心肌内总钙浓度的影响．中国药学杂志，1990，（1）：39
[24] 宜波，等．小檗碱对大鼠实验性心肌梗死的保护作用．中国药理学通报，

1995，11（3）：221
[25] 李萍，等．小檗碱对大鼠再灌心律失常及钙调节的作用．中国药理学通报，1995，11（3）：217
[26] 汪永孝．等．小檗碱抗缺血性心律失常的作用及其机制．中国药理学与毒理学杂志，1993，7（2）：108
[27] 汪永孝，等．小檗碱对在体心室纤颤阈和心肌细胞动作电位的作用以及自主神经的影响．中国药理学与毒理学杂志，1993，7（1）：34
[28] 黄伟民，等．黄连素抗心律失常机制——电压钳制术观察延迟激活钾离子流的变化．中华心血管病杂志，1992，20（5）：310
[29] 卞春甫，等．L－四氢巴马汀、L－千藤立定和四氢小檗对犬心肌血流量和耗氧量的影响．徐州医学院学报，1989，9（2）：79
[30] 方达超，等．小檗碱对清醒大鼠血液动力学的影响．药学学报，1987，22（5）：321
[31] 罗来源，等．小檗碱对大鼠肛尾肌和兔主动脉条肾上腺素α受体的阻断作用．中国药理学报，1985，7（5）：407
[32] 姚伟星，等．小檗碱对大鼠输精管及肛尾肌中α_2和α_1肾上腺素受体的阻断作用．中国药理学报，1985，7（5）：511
[33] 韩虹，等．药根碱对肾上腺素α受体阻断作用及部分激动作用．中国药理学报，1989，10（5）：385
[34] 卢干，等．小檗碱促进大鼠胃溃疡愈合的实验研究．新消化病学杂志，1996，4（3）：130
[35] 陈波华，等．黄连等中药抑制幽门螺杆菌生长的试验研究．黑龙江医药，1996，9（2）：115
[36] 马振亚．三黄注射液等七种中药制剂对结核杆菌的抗菌作用．陕西中医学院学报，1982，5（1）：540
[37] 袁健，等．黄连素对小肠传递时间影响的研究．中国中西医结合杂志，1994，14（12）：718
[38] 郑虎占，等．中药现代研究与用应（第二卷）．北京：学苑出版社，1997，4007－4008
[39] 方达超，等．小檗碱的抗心室纤颤作用．中国药理学报，1986，7（4）：321
[40] 陈其明，等．黄连及小檗碱降血糖作用的研究．药学学报，1986，21（6）：401
[41] 陈其明．小檗碱对正常小鼠血糖调节的影响．药学学报，1987，22

(3)：151

[42] 储钟禄，等．黄连素的抗血小板作用．第二军医大学学报，1989，10(2)：193

[43] 储钟禄，小檗碱的抗血小板作用和机制．中国中西医结合杂志，1994，14(8)：510

[44] 吴俊芳，等．小檗碱对局灶性脑缺血大鼠血小板聚集及血浆 TXB_2 和 6-keto-PGF_1．药学学报，1995，30(21)：98

[45] 黄才国，等．小檗碱对兔血小板 TXA_2 和血浆中 PGI_2 生成的影响．中国药理学报（上海），1991，12(5)：52

[46] 李淑秀，等．黄连素对小鼠实验性血栓形成的影响．河南医学研究，1994，3(1)：43

[47] 单爱莲，等．介绍一种小鼠高血脂模型．药学通报，1986，21(3)：143

[48] 宋菊敏，等．黄连素对非胰岛素依赖性糖尿病大鼠的抗氧化作用．中草药，1992，23(11)：590

[49] 郭树仁，等，小檗碱对小鼠学习记忆及开场行为的影响．中药药理与临床，1997，13(2)：17

[50] 马云淑，等．黄连解毒滴丸的药理作用初步研究．云南中医中药杂志，2000，21(3)：35

[51] 耿东升．等．硫酸黄连素对免疫系统的影响．中国药理学通报，1996，12(6)：536

[52] 吕燕宁，等．小檗碱对小鼠 DTH 及其体内几种细胞因子的影响．中国免疫学杂志，2000，16(3)：139

[53] 吴皓，等．干姜、炮姜对大鼠实验性胃溃疡的影响．中国中医药杂志，1990，15(5)：22

[54] 笠原义正，他．半夏乾姜藥理作用．生藥学杂志．1983，37(1)：73

[55] 张明发，等．温里药抑制离体肠管活动的机制探讨．中成药研究，1985，(5)：25

[56] 孟海琴，等．生姜与干姜的药理作用．中西医结合杂志，1990，10：638

[57] 张明发，等．干姜现代药理研究概述．中国中医药科技，1996，3(2)：46

[58] Yamahara，J. 生姜的利胆作用及有效成分．国外医学·中医中药分册，1986，8(1)：24

[59] 张竹心，等．生姜油对中枢神经的抑制作用．中草药，1988，19(9)：23

[60] 未川守，他．生藥：関藥理学研究（第Ⅳ报）．日本藥理学杂志，1986，

88：263，339
[61] 曲戈霞，等．活血化瘀类中药体外抗凝及纤溶活性筛选实验．沈阳药学院学报，1989，6：17
[62] 王浴生．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社，1983，320
[63] 张竹心，等．生姜的抗过敏作用．中成药，1992，14（11）：30
[64] 庄学煊，等．当归注射液对大鼠心肌缺血再灌注时心律失常的保护作用．中西医结合杂志，1991，11（6）：360
[65] 周远鹏，等．当归对犬血流动力和心肌氧代谢的影响．药学学报，1979，14（3）：156
[66] 章月娟．全国中西医结合研究会成立及学术讨论会．医学研究通讯，1982，（3）：10
[67] 王凤楼，等．当归对实验性心肌梗死的影响．中西西医结合杂志，1984，4（6）：357
[68] 王焱林，等．当归对大鼠心肌缺血/再灌注损伤激酶的影响．中华麻醉学杂志，2000，20（8）：490
[69] 徐理纳，等．当归对麻醉犬外周血管的扩张作用．中华医学杂志，1980，60（2）：80
[70] 沈阳军区总医院药局检验病理科．复方当归注射液药理实验研究．中草药通讯，1976，（3）：30
[71] 尹钟洙，等．当归及其成分阿魏酸对大鼠血小板聚集和5－HT释放的影响．药学学报，1980，15（6）：321
[72] 葛忠良，等．当归多糖对造血细胞的实验研究．军事医学科学院院刊，1985，（3）：275
[73] 周京滋，等．当归提取物的几项药理作用研究．中药研究通报，1985，10（4）：39
[74] 李明峰，等．当归多糖对小鼠免疫功能的影响．第四军医大学学报，1987，8（6）：422
[75] 王亚平，等．当归多糖的药理学研究进展．中西医结杂志，1991，11（1）：61
[76] 王本祥．现代中药药理学．天津：天津科学技术出版社，1997，1290
[77] 王浴生．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社，1983，424，442，773
[78] 董高翔，等．丁基苯酞抑制低氧低糖诱导的大鼠皮质神经细胞凋亡．药学学报，1999，34（3）：176－180
[79] 杨静薇，等．当归对大鼠局灶性缺血脑组织细胞调和MAP－2作用．辽宁

中医杂志，2001，28（8）：505

[80] 章军建，等．当归对大鼠脑缺血半暗带细胞凋亡的抑制作用．卒中与神经疾病，2001，8（1）：8

[81] 陶静仪，等．当归成分藁本内酯平喘作用的实验研究．药学学报，1984，19（8）；561

[82] 梅其炳，等．当归多糖对小鼠急性放射病的防护作用．中华放射医学与防护杂志，1986，6（5）：344

[83] 李广勋．中药药理毒理与临床．天津：天津科技翻译出版公司，1992，365

[84] 黄自平，等．当归对 CCL_4 所致肝损伤大鼠的抗肝纤维化作用．中国病理生理杂志，1996，12（2）：152

[85] 程国权，等．岷县当归多糖对小鼠移植性肿瘤的作用．甘肃医药，1986，5（3）：5

[86] 裴印权，等．人参地上部分总皂苷的强心作用研究．北京医科大学学报，1986，18（2）：14

[87] Kim N D，et al. Study on the tonic effects ofginseng. Effects ofginseng saponins on the rat hert. Yakhak Hoe Chi，1980，24（1）：15

[88] 徐胜民，等．人参强心作用的临床及实验研究．北京中医学院学报，1986，9（3）：28

[89] 睢大员，等，人参 Rb 皂苷对犬实验性心肌梗死的保护作用．中草药，2001，32（2）：136

[90] Bai Chang Xi，et al. Effect ofginsenoside Re on blood an myocardial concentrations of FFA and PGE2 during myocardial isch - emia/reperfusion injury in rats. The Third China - Japan Join Meeting On Pharmacology. Programme and Abstracts，Beijing China，1993，128

[91] Yin D R，et al. Protective effects Ofginseng leaf saponins an myocardial function during corollary artery occhmion and repeffu - sioninrats. 5th Southeast Asian and Wectem - Pacific Regional Meeting of Pharmacologist programme and Abstracts，1998，135

[92] 侯明晓，等．人参总皂苷抗心肌缺血 - 再灌注损伤的作用机制．中国胸心血管外科临床杂志，2000，7（4）：256

[93] Shen Jingjian，et al. The effects panax and ginseng saponins on the platetet functions and arachidonate metabolism. XTh International Congress Of Pharmacology Abstracts. Sydeny Australia，1987，1221

[94] 武水美津子，他．红参皂苷的抗血小板作用．日本第3回和汉医药学会讲演要旨集，1986，133

[95] 莫志贤，等．人参总皂苷对兔血小板聚集和环核苷酸代谢的影响．中药药理与临床，1988，4（4）：13

[96] 王本祥．人参的研究．天津：天津科学技术出版社，1985，124

[97] 王勇，等．人参总皂苷体外刺激小鼠造血作用机制的研究．中华血液学杂志，1995，16（2）：648

[98] 王晓英．等．甲人参皂苷 Rb_1 对 β－淀粉样肽（25～35）侧脑室注射所致小鼠学习记忆障碍的改善作用及机制．药学学报，2001，36（1）：1

[99] Matthies H. Pharmacology and Therapeutics．Vol5 Neuro－psychopharmacology，1978，11

[100] Lin Min，et al．Effect ofginsenoside Rb_1 and Rg_1 on synaptosomal ATPase and calmodulin in rat hippocampus. The Third China－Japan Joint Meeting on Pharmacology Programe and Abstract，Beijing China，1993，12

[101] Hiai S. et al. Chinese medicinal material and the secretion Of ACTH and corticosteroid. Advances in chinese Medicinal Materials Research Edited by H. M. Chaug Word Scientific Publ Co. Singapore 1985，49

[102] 王本祥．人参研究进展．天津：天津科学技术出版社，1991，75，159

[103] 包天桐，等．人参总皂苷对小鼠四氧嘧啶糖尿病的影响．药学学报，1981，16（8）：618

[104] Suzuki Y，et al. Mechanisms of hypoglycemic activity of panaxans A and B glycans of panax ginseng Roots：Effect on plasma level，secretion，sensitivity and binding of insulin in mice. Phytotherapy Research，1989，3（1）：20

[105] Suzuki Y，et al. Mechanisms of hypoglycemic activity of panaxans A and B glycans of panax ginseng Roots：Effect on the key enzymes of glucose metabolism in the liver of mice. Phytotherapy Research，1989，3（1）：20

[106] 张有为，等．人参皂苷对人体骨肉瘤细胞 U_2OS 增殖的影响．中草药．2001，32（2）：231

[107] 王本祥，等．人参多糖对免疫功能的影响．药学学报，1982，17（1）：66

[108] Katano M，et al. A tumor growth inhibitory substance isolated from panax ginseng. Proceeding of the 5th international Ginseng Symposium，Seoul，1988，33

[109] 崔景朝，等．人参茎叶皂苷对免疫功能的影响，中草药，1982，13（5）：29

[110] 邓文龙，等．人参茎叶皂苷对网状内皮系统吞噬功能的影响．中草药，1985，6（5）：403

[111] 杨贵贞，等．人参皂苷对体内外免疫调整作用的初步研究．白求恩医科大学学报，1983，9（3）：388

[112] 鲍涛，等．人参花总苷对小鼠的某些免疫学效应及其机制探讨．中西医结合杂志，1984，4（3）：398

[113] 王本祥，等．人参多糖抗肿瘤作用的研究．人参研究，1991，（2）：22

[114] 李凌夫，等．人参皂苷 Re 对正常人外周血 MK、NK 细胞活性影响的实验研究．中医药信息，1996，13（3）：54

[115] 户日健彦（日）．红参对 NK 细胞活性的影响．国外医学·中医中药分册，1997，19（1）：30

[116] Han B H，et al. Chemical and biochemical studies On antioxidant components ofginseng. Advances in Chinese Medicinal Mate. Rials Research（Edited by H. M Chang），1985，485

[117] 孙文静，等．人参茎叶皂苷对老、中年大鼠心、肝、大脑亚细胞器及 RBC 自由基反应的影响，中国药理通讯，1989，6（3）：57

[118] 石玉林，等．人参茎叶总皂苷对细胞膜功能的影响及 Rb_1、RS_1 升高动脉壁 PGI_2 作用．中药药理与临床，1990，6（1）：15

[119] 王淑芬，等．人参皂苷对 *D*－半乳糖拟衰老大鼠的作用．中国医科大学学报，1999，28（3）：164

[120] 李颖，等．人参果皂苷对失血性休克犬心肌保护作用的电镜观察和 Ca^{2+} 分析．白求恩医科大学学报，1998，24（5）：452

[121] Yamamoto M，et al. Stimulatory effect of panax ginseng principles on DNA，RNA，protein and lipid synthesis in rat bone marrow. Arezenein－Forsch，1977，27：1169

[122] Yamamoto M，et al. Stimulatory effect of panax ginseng principles on DNA and protein synthesis in rat tests. Arezenein－Forsch，1977，27：1404

[123] 倪小虎，等．人参根及茎叶皂苷对群养及隔离孤独饲育小鼠神经精神作用的研究．中草药，1999，30（3）：193

[124] Sun X B，et al．Anti－ulcer activity and mode of action of thepolysaccharide fraction from the leaves of panax ginseng. Planta Medica，1992，58：432

[125] Sun X B，et al．Purification of an antiulcer polysaccharide from the leaves of panaxginseng．Planta Medica. 1992，58：445

[126] Sun X B，et al. Cytoprotective activity of pective polysaccharide from the root of

panax ginseng. J Ethnohparmacology, 1991, 31: 101
[127] 文晔, 等. 人参茎叶皂苷对醋酸泼尼松造成的高脂血症的影响. 中国中药杂志, 1996, 21 (7): 430
[128] 周远鹏, 等. 附子对心血管系统作用和毒性的比较. 中西医结合杂志, 1984, 4 (1): 48
[129] 饶曼人. 关于乌头、附子强心作用的研究. 药学学报, 1966, 13 (3): 195
[130] 顾双林, 等. 人参、附子及其复方制剂对麻醉狗心肌力学的影响. 中国急救医学, 1983, (1): 39
[131] 顾科民, 等. 中药附子的研究 (川附子制剂及其提取物 "801" 对猫乳头肌的影响). 第二军医大学学报, 1983, 4 (1): 13
[132] 周远鹏, 等. 附子药理作用的研究 (去甲乌药碱对心血管系统的影响), 中华医学杂志, 1978, 58: 6114
[133] 李考先. 等. 去甲乌药碱对内毒素休克犬的血流动力学效应. 中国药理学报, 1985, 3 (4): 263
[134] 韩惫婉, 等. 去甲乌药碱对培养心肌细胞搏动的影响. 中国药理学报, 1981, 2 (2): 111
[135] Catterall W A. Activation of the action potential Na^+ ionophone by neurotoxins. J Biol Chem, 1977, 252 (23): 8669
[136] 崔志高, 等. 误服含乌头碱药酒中毒 16 例. 中国药学杂志, 1995, 30 (5): 300
[137] 周远鹏, 等. 附子水溶部分对内毒素休克的治疗作用. 中药通报, 1988, (5): 243
[138] 黄燮南. 等. 去甲乌药碱对内毒素休克犬的血流动力效应. 中国药理学报, 1985, 4 (4): 23
[139] 陈立蜂, 等, 细辛、去甲乌药碱和多巴胺对狗心源性休克的作用. 中草药, 1985, 16 (10): 24
[140] 杨煌荣, 等. 附子消炎作用及其与肾上腺皮质的关系. 药学学报, 1966, 13 (8): 573
[141] 李德兴, 等. 中国乌头及附子对垂体 - 肾上腺皮质系统作用的研究. 药学学报, 1966, 13 (2): 1
[142] 周远鹏, 等. 附子研究 (附子中乌药碱及其有关化合物的药理作用), 中药药理与临床, 1992, 8 (5): 45
[143] 朱自平, 等. 附子的温中止痛药理研究. 中国中医药杂志, 1992, 7

(4)：238
[144] 张覃沐，等．乌头碱和闹羊花毒素的镇痛作用以及并用东莨菪碱和阿托品后的增强现象．生理学报，1958，(2)：98
[145] 马健，等．阳虚模型小鼠腹腔巨噬细胞 Ia 抗原表达及乌头碱的作用．中国中西医结合杂志，1995，15 (9)：544
[146] 蔡定芳，等．乌头碱对大鼠下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素含量的影响．中西医结合杂志，1996，16 (9)：544
[147] 郑平．乌头碱镇痛作用部位及其与中枢去甲肾上腺素能系统的关系．中国药理学报，1988，9 (6)：481
[148] 党月兰，等．松潘乌头总碱的镇痛作用和身体依赖性的实验研究．中国药物依赖性通报，1933，2 (4)：242－246
[149] 张明发，等．附子和吴茱萸对缺氧和受寒小鼠的影响．天然产品研究与开发，1990，2 (1)：23
[150] 谈增毅，等．薄层层析检查附片中乌头碱限量方法的改进．中国中药杂志，1993，18 (7)：423
[151] 唐希灿．石杉碱甲对大鼠辨别操作学习和再认过程的作用．中国药理学报，1986，7 (5)：413
[152] 许青援，等．附子、吴茱萸对实验性血栓形成及凝血系统的影响．西北药学杂志，1990，5 (2)：2
[153] 宋东江，等．去甲乌头碱的抗炎镇痛和解热作用．中国药理学通报，1987，3 (3)：157
[154] 张明发，等．温里药兴奋离体肠管作用机制探讨．中药药理与临床，1990，6 (3)：15
[155]《全国中草药汇编》编写组．全国中草药汇编（上册）．北京：人民卫生出版社，1975，207
[156] 丁光霞，等．川附子水溶性提取物对“阳虚“小鼠免疫功能的影响．陕西中医，1985，(7)：299
[157] 江京莉等．附子的药理作用和毒性．中成药，1991，13 (12)：37
[158] 张银梯，等．附子毒性的研究．药学学报，1996，13 (5)：350
[159] 曲淑岩，等．细辛对中枢神经系统的抑制作用．中医杂志，1982，(6)：72
[160] 刘国卿，等．几种中药挥发油的急性毒性及对戊巴比妥钠的协同作用．中国药科大学学报，1989，25 (1)：57
[161] 江苏新医学院．中药大辞典（上）．上海：上海科学技术出版社，

1988，1477
[162] 李仪奎，等．细辛挥发油的毒性及对家兔脑电活动的影响．中国药理学通报，1985，2（4）：24
[163] 曲淑岩，等．细辛油的抗炎作用．药学学报，1982，17
[164] 唐一上．细辛药理研究综述，中医药研究，1990，（5）：27
[165] 宋振玉，等．十三种中药及民间草药对大鼠蛋白性及甲醛性关节炎的影响．药学学报，1963，10（12）：708
[166] 洪翠英，等．细辛挥发油抑制大鼠棉球肉芽肿形成与血清锌、铜含量的关系．中国中药杂志，1992，17（4）：236
[167] 胡月娟，等．细辛挥发油的解痉抗炎作用．中国药理学通报，1986，2（1）：41
[168] 陈振中，等．细辛对狗心肺制备和整体狗左心室功能的影响．药学通报，1980，15（8）：41
[169] 刘莉，等．细辛去甲乌头碱及异丙肾上腺素对麻醉犬血流动力学影响的对比研究．药学通报，1981，16（4）：50
[170] 陈振中，等．细辛对狗左心室动能的作用及其与去甲乌头碱、异丙肾上腺素的比较．药学学报，1981，16（10）：721
[171] 何秀芬，等．细辛对体外培养心肌细胞的影响．河南中医药学刊，1994，9（5）：26
[172] 王浴生．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社，1983，773
[173] 翁维良，等．川芎、良姜、细辛对微循环影响的比较．中药通报，1986，11（7）：54
[174] 张美莉．细辛煎剂对离体神经传导阻滞作用的初步观察．中药通报，1984，9（16）：35
[175] 张宝恒．影响过敏介质释放的中草药．药学通报，1980，15（8）：41
[176] 肖彭华，等，免疫药物对豚鼠T细胞α－醋酸萘酯的影响．徐州医学院学报，1988，8（3）：192
[177] Hashimatok，等．细辛根中抗过敏成分的研究．国外医学·中医中药分册，1994，16（6）：43
[178] 月长谷川雅之．木质素类的药理学研究（1）．国外医学·中医中药分册，1990，12（6）：47
[179] 栗坤，等．细辛、杜仲及其合剂对 *D* －半乳糖所致衰老小鼠模型抗极化系统影响的实验研究．中药材，2000，23（3）：161－163
[180] 栗坤，等．细辛、杜仲及其合剂对 *D* －半乳糖所致衰老小鼠模型心、肝

组织中谷胱甘肽过氧化物酶活性的影响．黑龙江医药科学，1999，22（4）：6
[181] 阎应举．细辛的药理研究．青岛医学院学报，1959，12（月）：20
[182] 姜廷良．关于某些中草药的动物致癌性．中草药，1980，（9）：4
[183] 张明发，等．温里药对小白鼠胃肠推进运动及药物性腹泻的影响．中国医药学报，1988，3（4）：260
[184] Toshiaki Akira，et al. 中药肉桂抗溃疡活性的药理研究．国外医学·中医中药分册，1987，9（5）：28
[185] 陈一，等．中药肉桂的药理研究（对血液和心血管系统的影响）．中药通报，1981，6（5）：32
[186] 许青媛，等，肉桂对正常和病态大鼠血流动力学及左心室功能的影响．中西医结合杂志，1990，（10）：742
[187] 孙迅，等．中药（丁香、藿香、桂皮、大黄）浸出液对致病性真菌抗菌作用的研究．中华医学杂志，1958，44（8）：754
[188] 江纪武，等．植物药有效成分手册．北京：人民卫生出版社，1986，217
[189] 周金黄，等．中药药理学．上海：上海科学技术出版杜，1986，146
[190] 刘鹰翔，等．4－肉桂酰阿魏酸苯酚醋衍生物的合成及其抗炎活性．中国药物化学杂志，1997，7（1）：20
[191] 牟丽嫂，等．α－苯基取代肉桂酰胺类化合物的合成其钾通道开放活性．药学学报，2001，36（7）：502
[192] 付焕建，等．芳酰胺及肉桂酰胺类衍生物的合成及扩血管活性．药学学报，1999，34（2）：109
[193] 王根录，等．中草药治疗股癣及手足癣．中华皮肤科杂志，1990，23（1）：48
[194] 陈超，等．药根碱对实验动物心肌缺血和复灌性损伤的保护作用．中国药理学通报，1989，5（6）：373
[195] 内山務，他．黄柏抽出物の抗溃疡效果．薬学雑誌（日），1989，109（9）：672
[196] 吕燕宁，等．黄柏对小鼠 DTH 及其体内几种细胞因子的影响．北京中医药大学学报，1999，22（6）：48
[197] 廖静，等．中药黄柏的光敏抗癌作用研究．首都医科大学学报，1999，20（3）：153
[198] 张维西．几种常用中药对革兰阳性嗜气菌的体外抗菌．Chin Med J，1949，67（12）：648

[199] 刘国声．中药方剂的抗菌作用．Chin Med J，1950，68（9）：307
[200] 曹仁烈，等．中药水浸剂在试管内抗皮肤真菌的观察．中华皮肤科杂志，1957，（4）：286
[201] 任丽娟，等．花椒根的生物碱研究，药学学报，1981，16：672
[202] 徐凌云，等．花椒油制霉阴道栓的制备及临床应用．药学通报，1988，23：291
[203] 李学鑫，等．花椒防霉原理浅析．中药材，1989，12（6）：30
[204] 刘永春，等．常山花椒苦参体外抗阴道毛滴虫效果观察．济宁医学院学报，1997，20（3）：45
[205] 程波．川椒挥发油抗真菌作用的实验研究．贵阳医学院学报，1991，16（1）：26
[206] 张明发．花椒温经止痛和温中止泻药理研究．中医材，1994，17（2）：38
[207] 杨靖．花椒挥发油的抗菌作用及对小鼠免疫机能的影响．济宁医学院学报，1993，16（4）：26
[208] 程波．花椒治疗疥疮的实验及临床研究．贵阳医学院学报，1992，17（4）：255
[209] 许青媛．花椒粗提物对实验性血栓形成及凝血系统的影响．中草药，1990，21（12）：17
[210] 张明发，等．温里药镇痛作用研究．陕西中医，1989，10（5）：231
[211] 范荣培．花椒抗脾胃虚寒证的药理作用研究．中药药理与临床，1994，（2）：37
[212] 张明发．温里药抑制肠管活动的机理探讨．中成药研究，1985，（5）：26
[213] 张明发．温里药兴奋离体肠管作用机制探讨．中药药理与临床，1990，6（3）：15
[214] 张明发．温里药对小白鼠胃肠推动运动及药物性腹泻的影响．中国医药学报，1988，（3）：26
[215] 孙洪范．花椒阻止神经冲动作用的研究．贵州医药，1984，8（4）：13
[216] 江苏新医学院编．中药大辞典．上海：上海科学技术出版社，1986，1051
[217] 张明发．茇澄茄和花椒对缺氧和受寒小鼠的影响．国医论坛，1991，6（3）：38
[218] 终如新，等．辽宁青花椒与川花椒急性毒性药理作用比较研究．辽宁中药杂志，1995，22（8）：371

第三章

乌梅丸全方药理作用

1. 麻醉虫体

乌梅丸对蛔虫没有直接杀伤作用，但可麻醉虫体，抑制蛔虫的活动能力。将未用驱虫药物手术直接取出十分活跃的蛔虫，分别放入37℃生理盐水及30%和5%的乌梅丸溶液中，2min后发现，生理盐水中的蛔虫仍十分活跃，而30%的药液中的蛔虫则呈静止死亡状态，5%药液中的蛔虫活动性迟钝。复将30%药液中的蛔虫放入生理盐水中，2～3min后活跃性恢复，放入10%的葡萄糖溶液中则活泼性恢复更快。表明乌梅丸有显著的麻醉虫体的作用。

2. 增加胆囊收缩、增加胆汁分泌

对健康人及慢性胆囊炎患者各5例做胆囊造影，可以发现本药对胆囊收缩和胆汁排泄有促进作用。人口服乌梅汤后用胆囊造影和A型超声波检查方法观察本方对人体胆囊的作用，结果表明，服药90min后，胆囊造影见胆囊长度明现缩短（$P<0.01$），宽度无变化；超声波检查显示胆囊上下径显著缩小（$P<0.01$），而前后径、横径变化不明显。若将方中乌梅加倍，则作用强度明显增加，胆囊造影可见在60min和90min时胆囊宽度明显缩小，

超声检查在服药30min时胆囊上下径即显著缩小，60min前后也缩小，到90min后前后径、上下径和横径均显著缩小。动物实验表明，本方能作用于肝脏，促进肝脏分泌胆汁量增加，降低胆汁的pH，其pH下降趋势与胆汁增多一致，即胆汁分泌量增加，pH亦随之下降。

3. 松弛奥狄括约肌

本方对奥狄括约肌有明显的迟缓扩张作用。向胆道术后放置的T形管内注入12.5%碘化钠造影剂，发现服本药后造影剂迅速通过奥狄括约肌流入十二指肠。

4. 抑制肠蠕动，降低小肠平滑肌张力

乌梅含苹果酸、枸橼酸等，能够抑制肠蠕动，降低小肠平滑肌张力。大剂量（5g/kg体重）乌梅能显著降低新斯的明所致肠蠕动亢进小鼠的肠炭末推进率（$P<0.05$），且能减少蓖麻油所致小鼠的稀便量（$P<0.05$）。证明乌梅能抑制在体肠运动，对抗新斯的明和蓖麻油引起的小鼠肠运动亢进，为乌梅（丸）治疗久泻久痢提供了实验依据。离体实验发现，乌梅能抑制家兔离体肠的蠕动和平滑肌张力，并可显著对抗毛果芸香碱和氯化钡所致的肠痉挛收缩，同时对阿托品和肾上腺素所致的肠平滑肌松弛可降低张力，起协同作用。由此可见乌梅可能通过直接抑制平滑肌运动而起松弛肠平滑肌的作用，其作用可能与M受体阻断亦有一定关系。

5. 抗疲劳作用和耐缺氧作用

宋俊生等进行实验研究，取小鼠30只，用完全随机法将小鼠分成给药组与对照组各半分槽喂养。给药组小鼠灌服乌梅丸0.1g/10g体重（按人体0.2g/500g体重，用量约25～30倍计算），每日分2次，连续8天。对照组灌服等量生理盐水，分2次灌入，连续8天。将给药组与对照组小鼠用苦味酸分别标记，后腿系上错坠，每只小鼠负重15g，然后各3只分别放入4个水箱内，同时计秒表，然后用木棒驱赶，使其不断游动，勿使休息，小鼠在负重疲劳的情况下，记录其死亡时间。结果见下表3-1。

表 3－1 两组小鼠负重游泳死亡时间对照（$\bar{X} \pm S$）

组别	n	负重游泳死亡时间（min）	P
乌梅丸组	12	14.648 ± 8.948	<0.05
对照组	12	7.744 ± 2.559	

从上表可看出乌梅丸组负重游泳较对照组明显延长了存活时间。

将标记后的乌梅丸组与对照组小鼠各 2 只放入已准备好的 1000ml 容积的广口瓶内（共准备 6 个），然后将瓶口涂上凡士林，加盖，盖口用粘胶带封紧，同时用秒表计时，观察记录各项指标，见下表 3－2。

表 3－2 两组小鼠在缺氧条件下各项指标对照表（$\bar{X} \pm S$）

组别	n	跳跃次数	吸收加快时间（min）	死亡时间（min）
乌梅丸组	12	68.83 ± 23.64	5.94 ± 2.06	101.64 ± 8.810
对照组	12	68.91 ± 53.796	5.26 ± 2.35	66.667 ± 27.67
p		>0.01	<0.01	<0.05

从上表可看出乌梅丸组在缺氧情况下明显延长了小鼠存活时间，但跳跃次数、呼吸加快时间无明显差别。

6. 巨噬细胞吞噬功能的影响

周尔文等进行动物实验研究，选小鼠 40 只，用完全随机法将小鼠分成给药组与对照组各半，分槽喂养。给药组小鼠按 0.1g/10g 体重给药（按人体 2.2g/500g 体重的 25 倍用量计算），每日分 2 次灌服，15 天。对照组灌服等量生理盐水。于第 15 日灌药后 4h 在小鼠腹腔内注射 2% 的淀粉液 1ml。连续 2 天，第 2 次注射后 1h，再给小鼠腹腔中注射 5% 的鸽子红细胞悬液 0.5ml，注射后 40min，脱臼处死小鼠，解剖取腹腔渗出液推片，自然干燥后染色，滴瑞氏液于标本上，30～60s 后，将蒸馏水滴于染液中，经 3～5min，水洗，待干镜检。镜下观察小鼠巨噬细胞吞噬鸽子红细胞的情况，计数 200 个巨噬细胞，计算吞噬百分率，见表 3－3。乌梅丸组小鼠的吞噬率与对照组相比，明显增高。

表 3－3 小鼠巨噬细胞吞噬鸽子红细胞率（$\bar{X}\pm S$）

组别	吞噬率（%）
乌梅丸组	54.9±11.1
对照组	28.8±6.1

注：与对照组比较，$P<0.05$，$n=20$。

参考文献

[1] 福安专科医院乌梅丸研究组．乌梅丸治疗胆道蛔虫病作用机制的实验报告．福建中药，1960，(6)：29

[2] 林保镛．乌梅丸对胆道系统的初步观察．福建中医药，1962，(3)：44

[3] 李世忠．乌梅汤对人体胆囊的作用．中成药研究，1983，(9)：19

[4] 侯建平．乌梅对小鼠家兔肠平滑肌运动的影响．中国中医药科技，1995，2(6)：24

[5] 郝应强，商铁刚，等．乌梅丸的药理实验研究．天津中医学院学报，1995，3 (3)：44

[6] 周尔文，张国俊，魏连海，等．乌梅丸对小鼠巨噬细胞吞噬功能等项实验的观察分析．中日实验方剂学杂志，1999，5 (3)：65

[General Information]
书名=乌梅丸
作者=焦安钦，徐进秀编著
页数=261
SS号=12105386
出版日期=2009.1

封面
书名
版权
前言
目录
上篇　理论研究
第一章　概述
第一节　乌梅丸的来源
第二节　乌梅丸的组成、用法及组方特点
第三节　乌梅丸的功效与主治
一、方中药物的功效与主治
二、乌梅丸的功效与主治
第四节　乌梅丸的临床应用
第二章　古今医家的论述
中篇　临床研究
第一章　内科病证
第一节　消化系统疾病
一、慢性非特异性溃疡性结肠炎
二、肠易激综合征
三、慢性胆囊炎
四、慢性萎缩性胃炎
五、十二指肠壅积症
六、滴虫性肠炎
七、克隆病（Ｃｒｏｈｎ病）
八、胆道蛔虫症
九、慢性腹泻
十、虫臌
十一、吞酸
十二、胃脘痛
十三、糖尿病性胃轻瘫
十四、腹胀
十五、十二指肠球部溃疡
十六、上消化道出血
十七、便血
十八、肝癌疼痛
十九、过敏性结肠综合征
二十、小肠功能紊乱
二十一、急性出血性坏死性肠炎
二十二、肝肾综合征
二十三、慢性痢疾
二十四、呃逆

第二节　神经精神系统疾病
一、心血管神经症
二、帕金森病
三、偏头痛
四、神经性头痛
五、血管神经性头痛
六、抑郁症
七、精神性烦渴
八、奔豚气
九、痉病
十、癔病
十一、面神经瘫痪
十二、肋间神经痛
第三节　呼吸系统疾病
一、激素依赖哮喘
二、慢性阻塞性肺气肿
三、慢性呼吸衰竭合并肺部念珠菌感染
第四节　泌尿系统疾病
一、泌尿系结石
二、慢性肾功能衰竭
三、慢性肾炎
四、泌尿系感染
五、糖尿病神经源性膀胱炎
六、乳糜尿
第五节　心血管疾病
一、慢性充血性心力衰竭
二、隐性心衰
三、晕厥
四、风心病水肿
五、心绞痛
六、高血压
第六节　内科其他疾病
一、胆囊术后胁下痛
二、雷诺病
三、发热
第二章　男科病证
一、慢性前列腺炎
二、良性前列腺增生症
第三章　妇产科病证
一、滴虫性阴道炎

二、慢性盆腔炎
三、带下病
四、痛经
五、功能失调性子宫出血
六、围绝经期综合征
七、不孕症
第四章　儿科病证
一、小儿胆道蛔虫症
二、迁延性腹泻
三、胃炎
四、肝硬化腹水
五、小儿癫痫
六、小儿惊风
七、小儿盗汗
第五章　皮肤科病证
一、荨麻疹
二、带状疱疹
第六章　口腔科病证
一、复发性口腔溃疡
二、牙痛
第七章　眼科病证
一、慢性角膜炎、角膜溃疡
二、风火眼
第八章　耳鼻喉科病证
一、化脓性中耳炎
二、梅尼埃病
三、链霉素中毒
四、癔病性失音
第九章　外科病证
一、脊髓内血吸虫病术后
二、术后粘连性肠梗阻
下篇　实验研究
第一章　乌梅丸制剂研究
第二章　乌梅丸组成中药的药理研究
一、乌梅
二、黄连
三、干姜
四、当归
五、人参
六、附子
七、细辛

八、肉桂
九、黄柏
十、花椒
第三章　　乌梅丸全方药理作用