

总主编●巩昌镇 刘一凡
编 著●孙丰雷 田 林



中国医药科技出版社



难病奇方

系列丛书 第三辑

二陈汤

二陈汤

「诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制」

内 容 提 要

本书从理论研究、临床研究和实验研究方面阐述二陈汤。上篇理论研究，主要讲述二陈汤的来源、组成、用法以及历代医家对二陈汤的认识、二陈汤的衍化方等。中篇临床研究，详细讲述了各科疾病和疑难病应用二陈汤、二陈汤衍化方的临床经验和病案。下篇实验研究，讲述二陈汤中单味中药的化学成分、药理作用，并叙述了二陈汤全方的药理作用等。全书内容翔实，实用性强，适合广大临床中医参考。

《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》、《金匱肾气丸》、《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

上篇 理论研究

第一章 概 述	(3)
第一节 二陈汤的来源	(3)
第二节 二陈汤的组成及用法	(4)
第二章 历代医家对二陈汤的认识	(6)
第三章 二陈汤的衍化方	(9)
第四章 现代理论研究进展	(15)
第一节 “治痰通用二陈”探讨	(15)
第二节 关于二陈汤中乌梅的作用	(17)
第三节 “二陈”质疑	(18)

中篇 临床研究

第一章 内科病证	(23)
第一节 呼吸系统疾病	(23)
一、急性上呼吸道感染	(23)
二、急性气管 - 支气管炎	(25)
三、慢性支气管炎	(27)
四、肺炎	(33)
五、支气管哮喘	(34)
六、肺气肿	(38)
七、慢性阻塞性肺疾病	(41)
八、肺结核	(43)
九、肺源性心脏病	(44)
十、咳喘症	(47)
第二节 循环系统疾病	(51)
一、冠心病	(51)

目 录

二、高血压	(54)
三、心脏术后	(55)
四、眩晕	(56)
第三节 消化系统疾病	(59)
一、慢性肝炎	(59)
二、脂肪肝	(61)
三、黄疸	(63)
四、胆囊炎	(64)
五、胃炎	(65)
六、呕吐	(75)
七、便秘	(77)
八、腹泻	(80)
九、化疗后胃肠道反应	(81)
十、消化性溃疡	(83)
十一、食道癌	(84)
十二、呃逆	(85)
第四节 内分泌系统疾病	(86)
一、甲状腺功能亢进症	(86)
二、甲状腺腺瘤	(87)
三、内分泌失调	(88)
第五节 代谢性疾病	(89)
一、糖尿病	(89)
二、高脂血症	(92)
第六节 内科疑难疾病	(95)
一、汗证	(95)
二、发热性疾病	(96)
三、肝萎缩	(97)
四、戒毒	(98)
五、脱发	(99)
六、蛋白尿	(99)
第二章 神经精神系统病证	(105)

一、急性脑血管病	(105)
二、头痛	(111)
三、抑郁症	(117)
四、失眠	(119)
五、多寐	(120)
六、脑震荡	(122)
七、神经官能症	(122)
八、脑萎缩	(123)
九、癫痫	(124)
十、自主神经功能紊乱	(126)
十一、面神经麻痹	(126)
十二、精神分裂症	(128)
十三、癔症性失语	(128)
十四、坐骨神经痛	(129)
第三章 外科及皮肤科病证	(133)
一、肩周炎	(133)
二、腓肠肌囊肿	(134)
三、腮窝囊肿	(134)
四、坐骨滑膜囊肿	(136)
五、丹毒	(137)
六、乳腺囊性增生症	(138)
七、瘰癧	(139)
八、瘾疹	(140)
九、脑外伤术后流涎症	(140)
十、颈椎病	(141)
十一、痹证	(142)
十二、痛风	(142)
十三、腰痛	(143)
第四章 男科病证	(145)
一、精液不液化症	(145)
二、缩阳症	(145)

三、前列腺炎	(146)
四、阴茎囊肿	(147)
五、阳痿	(147)
六、不育	(148)
第五章 妇产科病证	(150)
一、闭经	(150)
二、妊娠咳嗽	(152)
三、妊娠呕吐	(153)
四、产后缺乳	(153)
五、产后乳痛	(154)
六、产后发热	(154)
七、不孕症	(155)
八、输卵管囊肿	(155)
九、子宫肌瘤	(156)
第六章 儿科病证	(159)
一、上呼吸道感染	(159)
二、肺炎	(163)
三、小儿支气管炎	(166)
四、小儿哮喘	(167)
五、小儿厌食症	(169)
六、疳积	(170)
七、小儿胃炎	(171)
八、小儿多发性抽搐-秽语综合征	(172)
九、小儿睑板腺囊肿	(174)
十、小儿肺膨胀不全	(175)
十一、小儿眩晕症	(176)
十二、百日咳	(177)
第七章 耳鼻喉科病证	(180)
一、突发性耳聋	(180)
二、分泌性中耳炎	(181)
三、渗出性中耳炎	(182)

四、失音	(183)
五、声带息肉、声带小结	(184)
六、梅尼埃病	(185)
七、喉源性咳嗽	(188)
八、慢性咽炎	(190)
九、咽部异感症	(190)
第八章 口腔科病证	(192)
一、口疮	(192)
二、舌体硬结	(193)
三、地图舌	(193)
四、舌面干涩	(195)
五、舌下囊肿	(195)
六、舌下神经麻痹症	(196)
第九章 眼科病证	(198)
一、泪腺炎	(198)
二、视神经萎缩	(199)
三、睑板腺囊肿	(200)
四、中心性浆液性脉络膜视网膜炎	(201)
五、Graves 眼病	(202)

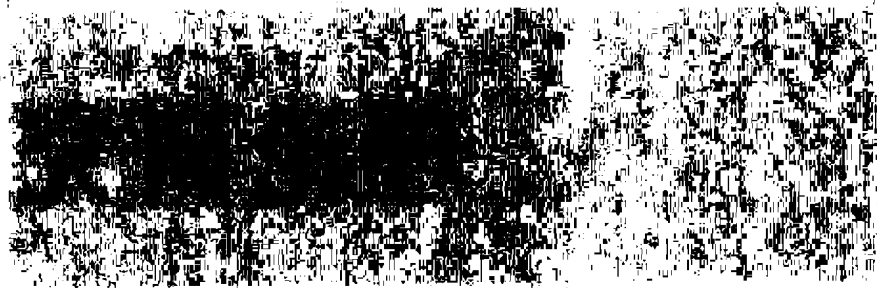
下篇 实验研究

第一章 二陈汤中单味药的现代研究概况	(207)
一、半夏	(207)
二、陈皮	(209)
三、茯苓	(210)
四、甘草	(211)
五、生姜	(212)
六、乌梅	(213)
第二章 二陈汤的药理研究	(214)
第三章 二陈汤的临床实验研究	(217)

上

篇

理论研究



第一节 二陈汤的来源

二陈汤出自宋代陈师文所著《太平惠民和剂局方》，系由唐代《千金方》温胆汤蜕变而来，方由半夏、橘红、白茯苓、甘草组成，即温胆汤去竹茹、枳实、大枣。方中半夏、橘红以陈久者良，故以“二陈”名之。原书载其主治“痰饮为患，或呕吐恶心，或头眩心悸，或中脘不快，或发为寒热，或因食生冷而脾胃不和”。本方既是治疗痰湿的主要方剂，又是调理中焦之圣剂，具有燥湿化痰、理气和中之功。

中医认为，痰之本为湿，湿聚而停留则为水，湿不能气化则为饮，饮似痰而稀，可因气化不利而停滞，湿受气火之灼，可被煎灼变稠而为痰。所以前人说“稀者为饮，稠者为痰，水湿为其本也。”痰可随气升降，无处不到，变证百出，如痰在肺则咳嗽，在胃则呕逆，在头则眩晕，在心则悸怔，在背则冷，在胁则胀，在四肢则肢节沉痛而类似痛风证，等等。凡因痰引起的多种疾病，用本方加减，均有一定的效果。

第二节 二陈汤的组成及用法

1. 组成

半夏（汤洗七次）、橘红（陈皮）各五两，白茯苓三两，甘草（炙）一两半。

2. 用法

每服四钱，用水一盏，生姜七片，乌梅一个，同煎六分，去滓热服，不拘时候。

3. 功效

燥湿化痰，理气和中。

4. 传统应用

湿痰咳嗽，痰多色白易咯，胸膈痞闷，恶心呕吐，肢体困倦，或头眩心悸，舌苔白润，脉滑。

5. 现代应用

急、慢性支气管炎，急、慢性胃炎，梅尼埃病，妊娠恶阻，神经性呕吐，甲状腺肿，闭经，神经衰弱，精神分裂症，癫痫等等。

6. 加减运用

本方随证加减，广泛应用于各种痰证，《医方集解》曾说：“治痰通用二陈”。风痰加南星、白附片、竹沥；寒痰加半夏、姜汁；火痰加石膏、青黛；湿痰加苍术、白术；燥痰加瓜蒌、杏仁；食痰加山楂、神曲；老痰加枳实、海浮石、芒硝；气痰加香附、枳壳；痰在皮里膜外加白芥子；四肢痰加竹沥。亦可根据临床不同症状加减。如咳声重浊，痰多气喘因痰阻气逆所为者，加厚朴、杏仁；痰色转黄时，需以寒凉之品葶苈子易白芥子；阳虚阴盛，湿从寒化，脾失健运，症见久咳气喘，胸胁满闷加桂枝、白术；寒饮内停，症见咳逆倚息不得卧，咳嗽痰稀，喜唾，舌苔白滑，脉弦迟，加细辛、干姜、五味子；若痰热内郁或胆虚痰热上扰，症见虚烦不眠、胸闷、咳嗽、口苦、惊悸、呕涎等，宜加竹茹、枳实；若痰饮留积不散，胸膈痞塞，胸胁胀满，喘急痰嗽，涕唾黏稠，头目眩晕，甚则发生痰厥，舌苔黄腻，脉滑，宜加天南星、枳实；若因痰热互结于肺出现咳嗽痰黄，黏稠难

咯，舌质红，脉弦滑数等痰热壅肺证时，宜加入瓜蒌、黄芩、天南星、枳实、杏仁等；若因肺肾阴虚或阴血不足，脾湿生痰或水泛为痰，痰带咸味，咳嗽气急，喘逆多痰，宜加当归、熟地黄，等等。总之，临床应用，当灵活掌握。

7. 方解

本方为治一切痰湿之基础方。主治痰湿所致之咳嗽痰多、恶心呕逆、脘腹胀满、食欲不振、头眩心悸、舌苔厚腻、脉滑等症。痰湿之症，多由脾肺功能失调所致。脾为生痰之源，肺为贮痰之器，脾失健运，则停湿生痰，湿痰犯肺，致令咳嗽痰多。湿浊内盛，阻碍清阳，令胃气失和，而见头眩心悸，恶心呕吐。治宜燥湿化痰，理气和中为法。方中以半夏为君药，其辛温而燥之性，燥湿化痰，降逆和胃。其用有三：一者辛燥而蠲湿痰；二者降逆以止呕恶；三者散结以消痞满。痰之生，因水湿之不运；液之聚，因气机之不顺。遂以陈皮为臣药，辛苦而温，燥湿祛痰，并善理气健脾，使气顺痰消，脾运得健，痰湿得除。其与半夏相配，共祛湿痰，调畅气机，使胃气得和，清阳得升，眩晕得止。湿痰之生，多缘于中州失运，故佐以茯苓健脾渗湿，俾湿去脾旺，痰无由生。其与陈皮相伍，则脾湿得化，脾气得畅，运化有权，共杜生痰之源，而助君药祛痰之功。煎加生姜者，以其降逆化饮，既能制半夏之毒，又能助半夏、陈皮行气消痰，和胃止呕。复用少许乌梅收敛肺气，其意有三：一者，其性味酸涩“入肺则收”（录自《本草纲目求真》卷2），以敛肺气，与半夏、生姜为伍，寓收于散，相反相成，使痰祛而正不伤，邪气去而正气复；二者，有欲劫之而先聚之之意，即李时珍所谓“涌痰”之功；三者，乌梅亦“去痰”（陈藏器）、“止久嗽”（录自《本草纲目》卷29）。以甘草为使药，既助茯苓健脾和中，使脾脏健运则湿化痰消，又调和诸药而兼润肺。药仅4味，配伍严谨，标本兼顾，共奏燥湿化痰、理气和中之效，为化湿祛痰的通用方剂。

第二章

历代医家对二陈汤的认识

明·吴昆：湿痰者，痰之原生于湿也。水饮入胃，无非湿化，脾弱不能克制，停于膈间，中下二焦之气熏蒸稠黏，稀则曰饮，稠则曰痰，痰生于湿，故曰湿痰也。是方也，半夏辛热能燥湿，茯苓甘淡能渗湿，湿去则痰无由以生，所谓治病必求其本也；陈皮辛温能利气，甘草甘平能益脾，益脾则土足以制湿，利气则痰无能留滞，益脾治其本，利气治其标也。又曰：有痰而渴，半夏非宜，宜去半夏之燥，而易贝母、瓜蒌之润。余曰：尤有诀焉，渴而喜饮水者，宜易之；渴而不能饮水者，虽渴犹宜半夏也。此湿为本，热为标，故见口渴，所谓湿极而兼胜己之化，实非真象也，唯明者知之。气弱加人参、白术，名六君子汤。（《医方考》）

清·李中梓：肥人多湿，湿夹热而生痰，火载气而逆上。半夏之辛，利二便而去湿；陈皮之辛，通三焦而理气；茯苓佐半夏，共成燥湿之功；甘草佐陈皮，同致调和之力。成无己曰：半夏行水气而润肾燥，《经》曰辛以润之是也。行水则土自燥，非半夏之性燥也。或曰有痰而渴宜去半夏，代以贝母……湿热生痰，故朱震亨主之加枳实、砂仁，名枳实二陈汤，其性较急也。二陈为治痰之妙剂，其于上下左

右无所不宜。(《古今名医方论》卷1)

清·汪昂：此足太阴，阳明药也。半夏辛温，体滑性燥，行水利痰为君；痰因气滞，气顺则痰降，故以橘红利气；痰由湿生，湿去则痰消，故以茯苓渗湿为臣；中不和则痰涎聚，又以甘草和中补土为佐也。(《医方集解》)

清·王子接：二陈汤，古之祖方也。汪切庵谓其专走脾胃二经，豁痰去湿。余细绎之，其功在利三焦之窍，通经隧之壅，而痰饮自化，非劫痰也。观《内经》有“饮”字而无“痰”字，两汉以前谓之淡饮，至仲景始分痰饮，义可知矣。因其通利无形之气，古人警戒橘皮、半夏必以陈者为良，恐燥散之性，能伤正气耳，故汤即以“二陈”名。若云劫痰，正当以大辛大散开辟浊阴，何反惧其太过耶？再使以甘草缓而行之，益见其不欲伤气之意。(《绛雪园古方选注》)

清·陈念祖：此方为痰饮之通剂也。痰之本，水也，茯苓制水以治其本；痰之动，湿也，茯苓渗湿以镇其动。方中只此一味，是治痰正药。其余半夏降逆，陈皮顺气，甘草调中，皆取之以为茯苓之佐使耳。故仲景书凡痰多者俱加茯苓，呕者俱加半夏，古圣不易之法也。今人不究古训，以半夏为祛痰之专品，仿稀涎散之法，制以明矾，致降逆之品反为涌吐，堪发一叹！以此方为三阳解表之剂，服之留邪生热，至死不悟。余于真方桂枝汤下已详言之，兹不复赘。(《时方歌括》)

清·费伯雄：痰之为病最烈，痰之为病亦最多。积湿与郁火二者为生痰之大源。其余或因风，或因寒，或因气，或因食，变怪百出，随感而生，难可枚举。治痰大法，湿则宜燥，火则宜清，风则宜散，寒则宜温，气则宜顺，食则宜消。二陈汤为治痰之主药，以其有化痰理气、运脾和胃之功也。学者随症加减，因病而施，则用之不穷矣。(《医方考》)

清·张秉成：夫痰之为病，先当辨其燥、湿两途。燥痰者，由于火灼肺金，津液被灼为痰，其咳则痰少而难出，治之宜用润降清金；湿痰者，由于湿困脾阳，水饮积而成痰，其嗽则痰多而易出，治之又当燥湿崇土，如此方者是也。半夏辛温，体滑性燥，行水利痰，为治

湿痰之本药，故以为君。痰因气滞，故以陈皮理气而行滞；痰因湿生，用茯苓渗湿导下，二物为臣。湿痰之生，由于脾不和，故以甘草和中补土，为佐也。（《成方便读》）

清·张石顽：按此方本《内经》半夏汤，及《金匱》小半夏汤，小半夏加茯苓汤等方而立。加甘草安胃，橘皮行气，乌梅收津，生姜豁痰。乃理脾胃、治痰湿之专剂也。（《张氏医通》）

清·唐容川：此方为去除痰饮之通剂。痰之本为水，茯苓治水，以治其本；痰之动，湿也，茯苓渗湿以镇其动。其余半夏降逆，陈皮顺气，甘草调中，皆取之以为茯苓之佐使耳。故仲景书，凡痰多者，俱加茯苓；呕者，俱加半夏。今人不穷古训，以半夏为去痰专品，不知半夏非不去痰，而辛滑之气最甚，究属降气之主，故用药，不可失其真面也。（《血证论》）

近代医学家谢观：此方以半夏和胃，陈皮理气，茯苓佐半夏以燥湿，甘草佐陈皮调和之，乌梅收津，生姜豁痰，上下左右，无所不宜，洵理脾胃、治湿痰之妙剂。然只能治实痰之标，不能治虚痰之本。吐血、消渴、妊娠忌用。（《中国医学大辞典》）

第三章

二陈汤的衍化方

自《太平惠民和剂局方》载二陈汤以来，经后世医家长期临床实践的摸索，以本方为基础，创立了很多新方，形成了二陈汤类方，具代表性的就有 12 首之多。依其源流关系的先后分述如下：

二陈汤（宋·《太平惠民和剂局方》）：半夏、橘红各五两，白茯苓三两，甘草（炙）一两半，生姜七片，乌梅一个。

参苏饮（宋·《和剂局方》）：二陈汤加人参、紫苏、大枣、桔梗、葛根、前胡、枳壳、木香。主治外感风寒，内有痰饮，畏寒发热，头痛鼻塞，恶心呕吐，胸闷咳嗽，咳痰不爽，舌苔白滑，脉弱。

苏子降气汤（宋·《和剂局方》）：二陈汤减茯苓，加炒苏子、姜厚朴、肉桂、前胡、当归。主治痰涎壅盛，咳嗽短气，胸膈满闷，咽喉不利等症。

藿香正气散（宋·《和剂局方》）：二陈汤加藿香、紫苏、白芷、大腹皮、炒白术、姜厚朴、桔梗。主治外感风寒，内有湿滞，寒热头痛，胸膈满闷，脘腹疼痛，恶心呕吐，肠鸣泄泻等症。

涤痰汤（宋·《济生方》）：二陈汤加枳实、南星、竹茹、大枣、人参、菖蒲。主治中

风，痰迷心窍，舌强失语。

导痰汤（宋·《济生方》）：二陈汤加南星、枳实。主治痰厥、眩晕，胸胁胀满，吐逆喘嗽，食欲不振等。

不换金正气散（宋·《和剂局方》）：半夏、橘红、炒甘草、生姜、大枣、藿香、姜厚朴、苍术。主治伤寒，瘴疫，霍乱吐泻及胃肠炎等。

丁香柿蒂散（宋·《济生方》）：二陈汤配伍丁香、柿蒂、高良姜、人参。主治胃寒呃逆。

七气汤（宋·《三因方》）：二陈汤减甘草，加厚朴、紫苏、桂心、白芍、人参。主治头昏咳嗽，胸腹冷痛，肠鸣泄泻。

竹茹汤（宋·《本事方》）：二陈汤减茯苓，加竹茹、山栀、大枣、枇杷叶。主治胃热呕吐。

半夏白术天麻汤（金·《脾胃论》）：二陈汤加苍白术、天麻、黄柏、干姜、黄芪、人参、泽泻、神曲、麦芽。功用补脾化痰，祛风燥湿。主治太阴痰厥，头痛眩晕，虚风内作。

顺气消食化痰丸（元·《瑞竹堂经验方》）：由制半夏、橘红、胆南星、青皮、莱菔子、炒苏子、炒山楂、炒麦芽、炒神曲、葛根、杏仁、制香附、姜汁组成。功能化痰，顺气，消食。主治咳嗽痰多，胸膈痞闷，纳谷减退者。

加味二陈汤（元·《丹溪心法》）：二陈汤去乌梅，加砂仁、丁香组成。功能化痰理气，降逆止呕。主治停痰结气而呕。

保和丸（元·《丹溪心法》）：二陈汤减甘草，加连翘、山楂、莱菔子。主治食积停滞，胸脘痞满，腹胀腹痛，噎腐吞酸，恶食，或大便泄泻，食症下痢，脉滑，舌苔厚腻而黄。用于消化不良。

大安丸（元·《丹溪心法》）：保和丸加白术。宜于小儿消化不良。

枳砂二陈汤（元·《丹溪心法》）：二陈汤加枳实、砂仁。东南方人多湿热生痰，朱丹溪倡用此方治之。

开郁二陈汤（明·《万氏女科》）：二陈汤去乌梅，加苍术、香附、川芎、青皮、莪术、槟榔、木香组成。功能行气解郁，燥湿化痰。主治肝郁气滞、痰湿内阻的经闭。

清郁二陈汤（明·《万病回春》）：二陈汤去乌梅，加苍术、川芎、香附、神曲、白芍、枳壳、黄连、梔子组成。功能清热化痰，理气和胃。主治膈有痰热，吞酸嘈杂，脉数而洪。

六安煎（明·《景岳全书》）：二陈汤去乌梅，加杏仁、白芥子组成。功能燥湿化痰，降气平喘。主治风寒咳嗽，痰滞气逆等症。

二母二陈汤（明·《症因脉治》）：二陈汤去生姜、乌梅，加知母、贝母组成。功能清热润燥，化痰止咳。主治燥咳发热唇焦，烦渴引饮，喘咳短息，时作时止，吐咳难出。

二陈平胃散（明·《症因脉治》）：二陈汤去生姜、乌梅，加苍术、厚朴组成。功能燥湿运脾，化痰止咳。主治食积咳嗽，脉沉滑，胸闷；小便不利，泄泻不止，水谷不分，腹中漉漉有声，胃有痰饮者。

二陈四七汤（明·《症因脉治》）：二陈汤去生姜、乌梅，加苏梗、厚朴组成。功能理气化痰。主治气结痰凝，腹痛，痛应背心。

清气化痰丸（明·《医方考》）：二陈汤去甘草，加黄芩、瓜蒌、枳实、杏仁、胆南星。主治痰热内结，咳痰黄稠，甚则气急，呕恶，胸膈痞满，或发热，或惊悸失眠，小便短黄，舌质红、苔黄腻，脉滑数。

金水六君煎（明·《景岳全书》）：二陈汤加当归、熟地黄。功用滋养肺肾，祛痰化湿。主治肺肾阴虚，湿痰壅盛，咳喘呕恶。

竹沥达痰丸（明·《古今医鉴》）：二陈汤方用生姜汁，加人参、竹沥、大黄、黄芩、礞石、沉香。主治正气虚损，实热老痰。

橘半枳术丸（明·《医学入门》）：橘皮、半夏、麸炒枳壳、白术。主治脾虚停痰，饮食不消，气滞痞闷。

补气运脾汤（明·《医学统旨》）：二陈汤加人参、黄芪、白术、砂仁、大枣。主治噎膈，气阳虚惫。

香砂二陈汤（明·《症因脉治》）：二陈汤加藿香、砂仁。功用醒脾行气，燥湿化痰。可用于夏季感冒夹湿和支气管炎等。

芩连二陈汤（明·《外科正宗》）：黄芩、黄连、陈皮、茯苓、半夏、甘草、桔梗、连翘、牛蒡子、花粉各一钱，木香三分，夏枯草二钱，生姜三片。

二术二陈汤（清·《张氏医通》）：二陈汤加白术、苍术组成。功能燥湿化痰，理气健脾。主治脾虚痰盛不运。

黄连二陈汤（清·《医宗金鉴》）：二陈汤去乌梅，加黄连组成。功能清热化痰，和胃止呕。主治小儿胎前受热，面黄赤，手足温，口吐黄涎酸黏者。

化坚二陈丸（清·《医宗金鉴》）：二陈汤去生姜、乌梅，加僵蚕、黄连、荷叶组成。功能化痰散结。主治眼胞及周身痰核。

桔梗二陈汤（清·《杂病源流犀烛》）：二陈汤去生姜、乌梅，加桔梗、枳壳、焦栀子、黄芩、黄连组成。功能化痰清火。主治火喘，乍进乍退，食则减，已则发。

和胃二陈煎（清·《类证治裁》）：二陈汤去生姜、乌梅，加炮姜、砂仁、大枣组成。功能温中和胃，燥湿化痰。主治伤饮恶饮，伤食恶食，呕而腹满，胃寒生痰，及气滞暖气者。

芩连二陈汤（清·《重订通俗伤寒论》）：由黄芩、竹茹、半夏、陈皮、枳实、赤茯苓、碧玉散、黄连、生姜汁、淡竹沥组成。功能清肝和胃，化痰泄饮。主治发热有汗不解，肝胃不和，痰涎壅滞，或呕黏涎，或呕酸汁，或吐苦水，或饥不欲食，食即胃脘不舒，甚则胀痛，或嘈杂心烦。

香砂二陈汤（清·《重订通俗伤寒论》）：二陈汤去生姜、乌梅，加檀香、砂仁组成。功能温中和胃化饮。主治胃有停饮，或伤冷食，胸痞脘痛，呕吐黄水。

麻菊二陈汤（清·《重订通俗伤寒论》）：由天麻、菊花、钩藤、茯神木、川芎、姜半夏、陈皮、清炙草组成。功能息风化痰。主治痰晕，风痰上扰，头晕目眩，见物飞动，猝然晕倒者。

杏苏散（清·《温病条辨》）：二陈汤加杏仁、苏叶、前胡、桔梗、枳壳、大枣。主治外感凉燥，头痛恶寒，鼻塞咽干，咳嗽痰稀，脉弦，无汗。

加味二陈汤（清·《医宗金鉴》）：二陈汤加黄芩、黄连、薄荷，主治舌下痰包。

加味二陈汤（清·《沈氏尊生书》）：二陈汤加苍术、羌活、黄芩，治疗湿阻、湿疟。另有一方为二陈汤加当归、枳实、桔梗、杏

仁、高良姜、缩砂仁、木香、肉桂，治疗痰饮咳嗽。

温中补脾汤（清·《医宗金鉴》）：二陈汤加人参、黄芪、白术、干姜、附子、肉桂、白芍、砂仁、丁香。主治中焦虚寒，脘腹疼痛，呕吐吞酸，纳呆便溏，神疲乏力等症。

二陈平胃散（清·《沈氏尊生书》）：二陈汤加苍术、厚朴、山楂、神曲、砂仁、草果、枳实。主治宿食不消，脘腹胀痛，呕恶苔腻。

苍附导痰丸（清·《叶天士女科》）：导痰汤加苍术、香附。主治胸闷咳嗽，食欲不振，肥胖症，不孕症，带下病，瘕积聚等。

加味导痰汤（清·《张氏医通》）：导痰汤加人参、白术、黄芩、黄连、瓜蒌霜、桔梗、竹沥。主治湿热痰饮及眩晕。

蒿芩清胆汤（清·《重订通俗伤寒论》）：青蒿、黄芩、仙半夏、陈皮、赤茯苓、竹茹、生枳壳、碧玉散。主治寒热如疟，寒轻热重，口苦胸闷，或干呕泛酸，舌红、苔薄黄，脉弦数或滑数。

清心涤痰汤（清·《医宗金鉴》）：二陈汤加人参、麦冬、黄连、菖蒲、南星、竹茹、枳实、酸枣仁。主治慢惊风，虚中夹热，身热口渴，气粗，烦躁，痰涎上泛。

和中丸（清·《医学心悟》）：二陈汤减甘草，加枳实、白术、神曲、麦芽、扁豆、山楂、香附、砂仁、丹参、五谷虫炭、荷叶。主治腹内包块或兼寒热、纳差神疲。

竹茹汤（清·《大生要旨》）：二陈汤减甘草，加苏梗、藿香、黄芩、枳壳、炒白芍、竹茹。主治忧郁，呃逆，呕吐。

通气散坚丸（清·《医宗金鉴》）：二陈汤加人参、桔梗、川芎、当归、天花粉、黄芩、枳实、胆南星、贝母、海藻、香附、石菖蒲。主治气瘕。可用于单纯性甲状腺肿和甲状腺功能亢进。

温中补脾汤（清·《医宗金鉴》）：二陈汤加人参、黄芪、白术、干姜、附子、肉桂、白芍、砂仁、丁香。主治中焦虚寒，脘腹疼痛，呕吐吞酸，纳呆便溏，神疲乏力等症。

香砂六君子汤（清·《名医方论》）：二陈汤加木香、砂仁。主治胃气不和，脘痛呕恶。

半夏白术天麻汤（清·《医学心悟》）：二陈汤加白术、天麻。主治痰饮上逆，眩晕头痛。

苏杏二陈汤（《中医治法与方剂》）：二陈汤加紫苏叶、杏仁组成。功能燥湿化痰，疏风解表。主治痰湿咳嗽兼风寒表证者。

麻杏二陈汤（《中医治法与方剂》）：二陈汤加麻黄、杏仁组成。功能宣肺平喘，燥湿化痰。主治外感风寒，内有湿痰，伤风伤冷，咳嗽痰多，胸闷气促。

启宫丸（《经验方》）：二陈汤去甘草，加苍术、香附、神曲、川芎。主治妇女肥胖不孕，带下稠多和月经不调。

抑肝和胃饮（《中医临床手册》）：二陈汤去甘草、茯苓，加竹茹、紫苏叶、黄连。主治妊娠呕吐。

渗湿清痰饮（《中医临床手册》）：二陈汤加苍术、白术、白芷、香附。主治带下稠多，眩晕气喘，及肥胖症。

止咳丸（市售成药）：二陈汤加桔梗、枇杷叶、紫苏子、荆芥、枳壳、马兜铃、前胡、杏仁。主治咳嗽头痛，气逆多痰。可用于感冒和支气管炎。

化坚二陈丸（《中医临床手册》）：二陈汤用生甘草，加黄连、白僵蚕。主治霰粒肿。

橘红丸（市售成药）：二陈汤加贝母、麦冬、杏仁、生石膏、瓜蒌皮、生地黄、桔梗、紫苏子、紫菀、款冬花。主治咳嗽气喘，痰白黏或黄稠。

清痰降火丸（《中医临床手册》）：二陈汤减茯苓，加大黄、僵蚕、连翘、桔梗、天麻、酒黄芩、薄荷、白芷、礞石。主治风毒袭脑或痰热生风所致头痛、颜面疙瘩、颅内轰鸣等症。

芎归二陈汤（《中医临床手册》）：二陈汤加川芎、当归。主治肥胖多痰，胸闷腹胀，月经后期，白带较多。另本方加生地黄、赤芍、牡丹皮、红花、香附、海藻，名加味四物二陈汤。主治闭经。

顺气导痰汤（《中国医学大辞典》）：二陈汤加胆南星、枳实、木香、香附、乌药、沉香。主治痰结胸痛，喘咳上气。

大和中饮（《中医临证备要》）：二陈汤减茯苓、甘草，加木香、厚朴、枳壳、泽泻、干姜、山楂、麦芽、砂仁。主治湿食停滞，食欲不振。

现代理论研究进展

第一节 “治痰通用二陈” 探讨

一般中医文献及教科书对痰的分类，多由五脏结合外邪，而将痰病分为湿痰、热痰、寒痰、风痰。湿邪外袭，困遏脾阳，或脾胃内伤，影响水液运化，水湿停蓄，聚而成湿痰，可见咳嗽痰白易于咯出、恶心纳呆、肢体困重、重着肿胀等。燥邪外袭或内伤及肺，影响肺之肃肃，液瘀为痰，或阴虚肺燥，虚火灼津为痰则为燥痰，症见以痰质稠黏、量少、或带血丝为特征，多伴有口干、鼻燥、痰难咳出等。外袭或内生之热邪，炼液为痰则为热痰，症见痰少、色黄、黏稠、不易咯出，伴见烦热、燥结等。阳虚不能温化水液，水湿聚而为痰，则为寒痰，症见痰质清稀、色白，伴见恶寒肢冷、神倦纳呆。风邪犯肺，肺失肃肃，津液不得布散，聚而为痰，或脾湿生痰与肝风相互引动，则为风痰。前者称外风夹痰，症见咳嗽痰稀薄、色白，常伴恶寒发热、头痛；后者称内风夹痰，症见头晕、目眩，甚则口眼歪斜，半身不遂或神昏不语。痰随气行，无处不到，内至脏腑，外至筋骨皮肉，变生多种疾病，故

有“痰生百病”之说。如痰迷心窍则出现神昏、癫狂；痰阻中焦则心悸、眩晕；痰停于胃则恶心呕吐，痞闷不舒，肢体困倦；痰滞于肺，则喘咳咯痰；侵入肌肤筋脉则关节疼痛，皮肤麻木不仁，皮下肿块，痈疡痰核或阴疽流注；痰阻经络则半身不遂。所以说：“百病多由痰作祟”。

“治痰通用二陈”一语出自清·汪昂《医方集解》除痰之剂。另外，李中梓也说：“二陈为治痰之妙剂，其于上下左右无所不宜”（《古今名医方论》卷1）。陈念祖《时方歌括》卷下云：“此方为痰饮之通剂也”。遂使诸多学者将二陈汤称为“治痰之主方”。

张红丽认为这一观点的正确性应从以下两个方面理解：

第一，汪昂在二陈汤的方解中指出其主治“一切痰饮为病，咳嗽胀满、呕吐恶心、头眩心悸”。并分析痰饮的病因病机，即“脾虚不能健运，则生痰饮。稠者为痰，稀者为饮，水湿为基本也。得火则结为痰，随气升降。在肺为咳，在胃为呕，在头则眩，在心则悸，在背则冷，在胁则胀，其变不可胜穷也”。除叙述方药组成、方名释义及方解之外，提出了“治痰通用二陈”的总原则，详细列举了药物的加减应用。例如：“风痰加南星、白附、皂角、竹沥，寒痰加半夏、姜汁，火痰加石膏、青黛，湿痰加苍术、白术……”。最后收录了导痰汤等12个由二陈汤化裁或主治功效类似的方剂。从这些加减变化及类方的功用主治来看，基本涵盖了湿痰、热痰、燥痰、风痰、寒痰等临床常见病。

脾为生痰之源，肺为贮痰之器，是历代医家论痰治痰的经验总结，尽管痰之为病变证多端，表现不一，治痰之法繁多，然万变不离其宗，就是善治痰者，治其生痰之源，即治痰当以调理中焦脾胃之法，对于痰饮要以温药和之，因脾以温为健，而痰遇寒则聚，遇温则行，故有“治痰不理脾胃，非其治也”之说。二陈汤及其加味方皆宗该旨，而为治痰之通剂。如半夏燥湿化痰、和胃降逆，陈皮理气燥湿、醒脾和胃，茯苓渗湿健脾、断生痰之源等。

第二，朱丹溪曾说“善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身津液随气而顺”，气滞则湿阻，气滞则痰壅，故祛痰剂中每多配伍行气之品，二陈汤中用陈皮醒脾燥湿理气，气顺则痰消。

然而也有学者认为,痰有寒、热、燥、湿、风之分,寒痰与湿痰或热痰与燥痰虽有相近之处,但寒湿与燥热却迥然有异,故治法、立方之旨理当有别。究二陈立方之意,乃以辛温而燥之半夏为君,取其温燥之性以燥化湿痰。君药者,方中之主,即所谓针对主病或主症起主要治疗作用者,其性味往往直接决定或影响着全方的功用与主治。故此可得出以温燥之性较强的半夏为君,二陈汤主治湿痰,或谓治湿痰主方无可非议。然不应以此扩大为治一切痰证之主方,尤其以此方治燥痰则相悖,所谓“渴而喜饮水者,宜易之”(《医方考》卷2)。

综上所述,对“治痰通用二陈”应灵活看待,所谓“通用”,是指二陈汤的治痰法则“通用”和二陈汤加减之后“通用”,有的方剂甚至变君药之后才可“通用”(如治“燥痰”之方),但变更君药之后,是否应看成是二陈汤加味,确实有待商榷。

第二节 关于二陈汤中乌梅的作用

二陈汤原用法中有乌梅1个,半夏得乌梅则燥湿化痰而无伤气阴之忧,乌梅得半夏则收敛肺气而无碍祛邪之虑。但后世有人或虑其酸涩收敛,疑与湿痰不宜、与半夏抵触而常予舍弃;或因其属用法中的“药引子”而予忽略。如《医方集解》、《成方切用》、《医宗金鉴》等均未加载述,现今临床亦多不用。《方剂学》统编教材2版谓“近代用法,不用生姜、乌梅”;《简明中医词典》亦谓现代多不用等等。

张红丽认为,组方之要,贵在配伍。二陈汤主治湿痰证,病在肺脾二脏。方中半夏燥湿化痰,陈皮理气祛痰,使气顺痰消,茯苓健脾渗湿,以杜生痰之源,甘草调和诸药。如此,虽兼顾痰之主要矛盾,但痰咳则不离于肺。肺者“华盖”之脏,主宣发与肃降。故治肺诸方,每每注重适合肺宣发肃降特点之配合遣药,如小青龙汤、苓甘五味姜辛汤等。本方佐入少许乌梅,味酸性涩,《本草纲目求真》卷2云其“入肺则收”。方中之用,细析有四:一者,敛肺止咳,李时珍云其“止久嗽”;二者,与半夏、生姜辛散之品为伍,则散中有收,使散不伤正,收不敛邪,恰适肺宣发肃降之主,即王好古所言:“肺欲收,急食酸以收之”之意,即李时珍所谓“涌痰”之功;三者,

陶弘景云其“去痰”，即乌梅本身兼有祛痰之功；四者，乌梅酸敛生津，可以其润性防半夏等过于辛燥，因肺者恶燥，且乌梅用量较少，不致助湿敛痰。故此，对二陈汤中佐入乌梅，理当予以足够重视，方能全面领悟原方配合之要旨。

二陈汤中乌梅的深刻含义，尚可从《太平惠民和剂局方》及宋代又一著名方书《圣济总录》中找到佐证。首先，《太平惠民和剂局方》用乌梅以增强化痰止咳作用。查《太平惠民和剂局方·卷四》中用乌梅方共5首，其中用量最大者达3两（90g），除二陈汤外，其余4首均主治咳嗽痰喘。可见祛痰止咳方中加乌梅是《太平惠民和剂局方》的常见用药形式，如用治一切咳嗽的杏子汤方后云：“每服添乌梅一个煎服，其效尤验”。尤其是用治久咳不止者，常多加乌梅，或以乌梅配罂粟壳等。同时，宋代化痰止咳方中常有应用乌梅的配伍形式。以宋代代表方书《圣济总录》为例，其中“痰饮门”用治“痰癖胁痛”的五饮丸，用乌梅1两（30g），与方中其他主药同量；“咳嗽门”用“治咳嗽”的百部丸，“治五脏诸咳”的前胡汤，方中半夏、茯苓、甘草、乌梅、生姜并见，乌梅用至1两，另配伍前胡、麻黄、杏仁、五味子等，较好地体现了化痰止咳、收散相合的功效特点，可与二陈汤互参。

今人孙蓉等曾就乌梅、生姜对二陈汤功效的影响进行了实验研究，实验证实6味二陈汤即二陈汤原方在镇咳、祛痰、平喘作用方面明显优于4味（即二陈汤去生姜、乌梅）二陈汤；在胃排空和肠蠕动作用方面优势不如前者，仅在低剂量时6味二陈汤作用才优于4味二陈汤。提示乌梅对二陈汤燥湿化痰（有形之痰）的影响较大，对二陈汤理气和中作用也有影响，但可被半夏、陈皮、茯苓、甘草剂量的加大所掩盖。

第三节 “二陈”质疑

二陈汤的方名来源是由于方中君臣药半夏、陈皮皆以陈久者良，故以“二陈”命名，正如《医方集解·除痰之剂》所云：“陈皮、半夏贵其陈久，则无燥散之患，故名二陈”。

梁·陶弘景首先提出：“橘皮用陈久者良”，“半夏陈久用之”。陶弘景的《本草经集注》谓“凡狼毒、枳实、橘皮、半夏、麻黄、吴茱萸须陈久者良，其余须精新也。”唐·《唐修本草》狼毒项下记载：“与麻黄、橘皮、半夏、吴茱萸、枳实为六陈也”。后来，人们为了便于记忆和实用，遂将六陈编成歌诀。如李中梓的《雷公药性赋》谓：“枳壳陈皮半夏齐，麻黄狼毒及吴萸，六般之药宜陈久，入药方知奏效奇”。

半夏、陈皮陈久者良是否正确？有何理论根据？纵观古今文献，大致有2种观点：

一种观点是“并非陈者良”。持此观点学者的依据为：

(1) 中药品质包括色、气、味。色，即药物的固有颜色，视而可见；气，即药气，嗅而可辨；味则尝而可知。无论何种中药，其色、气、味三者是决定该药品质优劣的主要标志，也是药物发挥疗效的物质基础，中药存放过久，就要受到温度、湿度、阳光和空气的影响。不但固有的颜色改变，气味散失，药性减弱，而且污染机会增多，从而影响药物质量。

(2) 现代药理研究证明，挥发油为陈皮的主要活性成分之一，含量的多少直接反映了药物的内在质量，陈皮所含的挥发油对消化道有缓和的刺激作用，有利于胃肠积气的排出，并可使分泌物增多，有助于消化，同时又能刺激呼吸道黏膜，分泌物增多，痰液稀释，故有祛痰作用。这与中医传统用其“理气健脾、燥湿祛痰”理论是完全吻合的。上述药物如果陈放过久，挥发油损失殆尽，其作用就无从谈起。

另一种观点是“陈久者良”，依据如下：

中药的治疗作用在于其气味，六陈药的气味都很强烈，有刺激性，较长时间的放置，则可缓和其药性，故古人从临床实践体会中提出六陈之说。以陈皮为例，陈皮所含挥发油的主要成分为右旋柠檬烯，对消化道有缓和的刺激作用，同时又能刺激呼吸道黏膜，故有作用。但陈皮的作用不止于此，如《医林纂要》言：“陈皮上则泻肺邪，降逆气，中则燥脾湿，和中气，下则舒肝木，润肾命”。而这些则非挥发油的作用，研究证实，陈皮水煎剂中有肾上腺素样的成分存

在,但较肾上腺素稳定;煮沸时不被破坏,而陈皮挥发油在煮沸中几乎逸散掉了,可见陈皮煎剂的有效成分是水溶性的、非挥发性的耐热成分,主要是黄酮类化合物,陈皮隔年后挥发油含量大为减少,而黄酮类化合物含量大大增加。清代名医张寿颐说:“新会皮,橘皮也,以陈年者之气稍和为佳,故曰陈皮”。可见,陈皮还是陈用为好。

又有报道称:有一单方,是用陈皮炖冰糖止咳,专治感冒后或支气管炎的痰多咳嗽。当一患者得知陈皮即橘皮时,就采用新鲜橘皮与冰糖炖之,其结果不但无效,反而越咳越凶。究其原因,陈皮固然是橘皮制作,但要经过一段时间的贮存才行,故名陈皮。也就是说要用陈久的。

综合两种观点,结合有关资料,我们认为,包括半夏、陈皮在内的中药“六陈”以“陈久者良”是有其合理性及科学道理的,但绝非时间越久越有效。“六陈”药材陈用疗效明显,推测其机制,可能是在储存过程中有效成分的含量发生了变化,但是否化学成分上有质的变化,尚有待从化学分析上做进一步的研究。

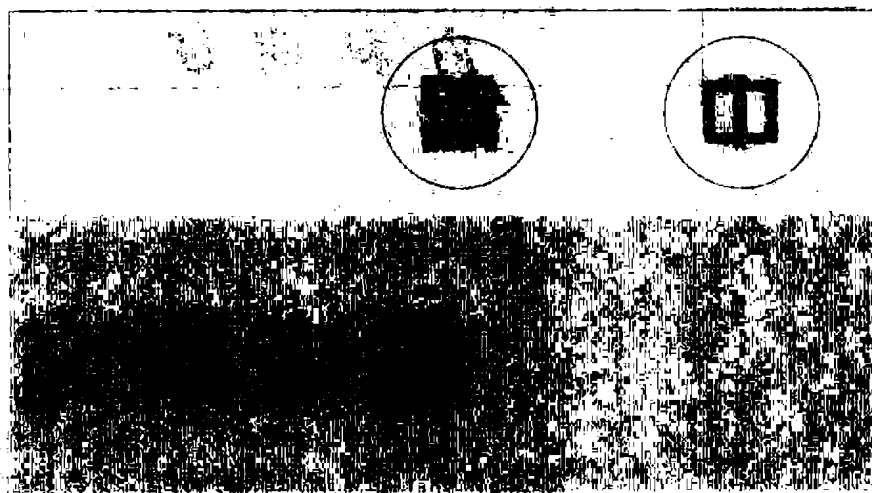
参考文献

- [1] 清·王昂. 医方集解. 北京: 中国中医药出版社, 1997, 157, 243
- [2] 宋·赵栻. 圣济总录(上). 北京: 人民卫生出版社, 1992, 1153, 1155, 1174, 1188
- [3] 孙蓉, 彭欣, 王平, 等. 乌梅、生姜对二陈汤功效影响的实验研究. 山东中医药大学学报, 2000, 3 (2): 149
- [4] 梁·陶弘景. 本草经集注. 北京: 人民卫生出版社, 1994, 549

中

篇

临床研究



第一节 呼吸系统疾病

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。常见病原体为病毒，少数是细菌。其发病无年龄、性别、职业和地区差异。一般病情较轻，病程较短，预后良好。但由于发病率高，具有一定的传染性，不仅影响劳动力，有时还可产生严重并发症，应积极防治。

【临床应用】

1. 蒋占勋采用二陈汤加味治疗急性上呼吸道感染。急性支气管炎经治疗后，其他症状消失，仍咳嗽不止，伴咯痰7天以上者共68例；其中男28例，女40例；年龄8~62岁；病程7~62天。听诊两肺呼吸音粗，胸部X线摄片、透视正常，或肺纹理增粗。予二陈汤加味治疗。处方：半夏、陈皮、茯苓、苦杏仁、地龙、蝉蜕、白芍、丝瓜络、桔梗、甘草各10g。随症加减：痰黄、黏稠者加黄芩、桑白皮各10g；干咳少痰者加川贝母（研末冲服）2g。每天1剂，水煎，分2次服。7天为

1 个疗程，一般服 1 个疗程。咳嗽、咯痰症状消失，X 线透视肺部体征恢复正常为治愈；咳嗽、咯痰症状明显减轻，但未完全消失为好转；咳嗽、咯痰症状无明显改善为无效。68 例中，治愈 52 例，好转 14 例，无效 2 例；总有效率为 97.06%。

2. 李梅以加減二陈汤治疗外感高热 31 例。男 22 例，女 9 例；年龄最小的 3 岁 6 个月，年龄最大的 71 岁。对照组 30 例中，男 23 例，女 7 例；年龄最小的 5 岁，最大的 70 岁。两组年龄比较，经 χ^2 检验， $P > 0.05$ ，差异无显著性。治疗组平均体温 (38.98 ± 0.45) $^{\circ}\text{C}$ ，对照组平均体温 (38.94 ± 0.44) $^{\circ}\text{C}$ ，差异无显著性 ($P > 0.05$)。治疗组平均就诊时间为 (1.48 ± 0.77) 天，对照组平均就诊时间为 (1.43 ± 0.73) 天，差异无显著性 ($P > 0.05$)。治疗组中上呼吸道感染者 20 例，占 64.52%；化脓性扁桃体炎 4 例，占 12.90%；支气管炎及肺炎患者 7 例，占 22.58%。对照组中上呼吸道感染者 21 例，占 70.00%；化脓性扁桃体炎 4 例，占 13.33%；支气管炎及肺炎患者 5 例，占 16.67%。治疗组服中药，处方：陈皮 10g，半夏 10g，苍术 6g，紫苏叶 6g，黄芩 10g，芦根 15g。常规煎制，每剂煎取 200ml，随煎随用。治疗组患者每 4~6h 服中药煎剂 1 次，每次服药 100ml。体温高于 39.5°C 者，酌情给予静脉补液。体温正常后，即改为每日 1 剂用以善后，不用其他中西药物。对照组全部使用青霉素静脉滴注，每次 240 万 U，每日 2 次，同时进行补液，并给予阿尼利定注射液退热治疗。治疗结果：治疗组和对照组 24h、48h 及 72h 内退热情况，经 χ^2 检验， $P < 0.01$ ，有显著性。

【病案举例】

李某，男，1 岁 7 个月。流鼻涕，咳嗽 1 个月。患儿体态偏小，咳嗽痰多，流鼻涕，多汗，食欲差，大便溏，脉浮。证属：脾胃湿滞，外感寒邪。治则：辛温发散，和胃除湿。处方：麻辛二陈汤（麻黄根 5g、细辛 2g、木香 3g、砂仁 3g、法半夏 6g、陈皮 3g、茯苓 6g、甘草 1.5g）加苍术、杏仁。服 2 剂后，出汗、咳嗽均减少，继服 5 剂痊愈。随访 3 个月未复发。

按：云南省地处高原，湖泊众多，多风湿盛，感冒往往伤寒夹湿。麻杏二陈汤具有除寒、健胃、化痰除湿之功效。其中麻黄根、细

辛宣肺除寒，木香、砂仁健胃，二陈汤化湿除痰。麻黄有致头疼之弊，可用麻黄根代替，此用法乃著名中医蒲辅周所创。《医宗金鉴》说：“虽云脏腑皆咳嗽，要在聚胃关肺中。”“聚胃”二字说明呼吸道感染与胃有关系，邪气聚在胃中，如饮食寒热之气，五味偏食之邪，均可留在胃中。六腑以通为顺。木香、砂仁行气驱邪，在本方中是不可缺少的。风寒闭肺重者，初服咳嗽加重，此乃佳兆，至咳出痰后，病情好转。本方不但治疗感冒初期效果好，对于反复呼吸道感染也有较好疗效。许多虚不受补的患者，脉虽弱，但肺中留有大量痰液。体虚不受寒，痰多不受补，稍受寒或稍受补均可增加痰量，内外合邪，引发疾病。本方驱邪为主，邪去正安。所用剂量虽然较少，但不可随便增加用量，以免攻伐太过。

二、急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状有咳嗽和咯痰。常见于寒冷季节或气候变化时。也可有急性上呼吸道感染蔓延而来。

【临床应用】

周江等用加味二陈汤治疗发作期喘息性支气管炎 60 例。其中门诊 46 例，住院患者 14 例；男 37 例，女 23 例；年龄最大 76 岁，最小者 28 岁；首次发病者 21 例，有慢性病史者 39 例。60 例病人均属急性或亚急性发作期。临床表现为咳嗽、咳痰伴有喘息为特征。查体：双肺听诊呼吸音粗糙，并可闻及散在的干、湿性啰音和哮鸣音，胸部拍片提示：支气管炎。给予处方：当归、陈皮、半夏、甘草、五味子、茯苓、桑白皮、川贝母、杏仁各 6g。所有病人按一定的服药要求服药，其中门诊病人未用或停用其他治疗，住院病人以自愿为原则停用西药抗炎平喘治疗。服药方法：上方 3 剂药为 1 个疗程。把药煎好后用冰糖服下，每剂只熬 1 次，1 次服完。第一剂：第一天下午 5 点熬好，晚上 9 点服下；第二剂：第二天晚上 9 点熬好，第三天早上 7 点服下；第三剂：第三天或第四天早晨 7 点熬好，中午 11 点服下；3 剂药渣合在一起，第五天下午 5 点熬好，晚上 9 点服下。服药期间忌烟、酒、茶、盐、葱、蒜、辣椒。7~8 天为 1 个疗程。痊愈：

症状全部消失,听诊双肺清晰,啰音消失;好转:症状明显改善,肺部啰音消失;无效:症状无改善,肺部啰音未减少。结果:痊愈36例,其中1个疗程治愈19例,2个疗程治愈17例;好转24例,均为2个疗程未治愈者。

【病案举例】

1. 吴某,女,30岁。2002年3月15日初诊。咳嗽4个月为主诉。4个月前患急性上呼吸道感染经输液抗菌治疗10余天,咳嗽未除,继服多种抗生素及市面所售多种止咳药水,毫无疗效。就诊时诉咳嗽阵作,咽痒难忍,痒则气上涌而咳,不能控制,受凉、讲话后明显,饮温水稍缓,咯少许白色泡沫痰、或灰白痰,精神食欲可,舌质淡嫩、苔薄白腻,脉缓。胸片检查未见异常。证属风寒留恋、痰饮阻肺,治以疏风散寒、温肺化饮,方选苓甘五味姜辛汤合二陈汤加味。药用:茯苓15g,甘草3g,五味子9g,干姜9g,细辛3g,法半夏、陈皮各12g,蝉蜕10g,紫菀20g,紫苏子10g,僵蚕15g。服上方3剂而咳嗽减半,咽痒能忍,咽微干,少饮,偶咯白稠痰,舌淡红、苔薄白,脉缓。上方去甘草、细辛,加沙参15g,知母6g,连服5剂,咽痒止,咳嗽消。随访半年未复发。

2. 任某,女,50岁。2002年6月15日初诊。咳嗽1个月、咳而遗尿3周为主诉。1个月前患者出现恶寒发热、咳嗽、咯痰。胸片报告:急性支气管炎。经静脉滴注青霉素、悉复欢等抗生素治疗2周,精神转佳,寒热消失,但咳嗽不止。反复更医,服中、西药物,未见疗效,迁延不愈。3周前又现咳而遗尿之症,苦不堪言,咯痰白稀、量中,痰易咯出,自汗,疲乏,舌质淡红胖嫩、苔白滑,脉沉缓,复查胸片未见异常。证属肺肾两虚、痰湿阻肺,治以补肺气、温肾阳、祛痰湿,方选苓甘五味姜辛汤合二陈汤加味。药用:茯苓15g,甘草6g,五味子、干姜各10g,细辛3g,法半夏、陈皮各12g,北黄芪、紫菀各25g,补骨脂、益智仁各15g,桑螵蛸12g,红参10g。服上方4剂咳嗽大减,痰少,精神转佳,偶咳而遗尿。予上方去甘草,加山茱萸15g,再服5剂,咳嗽止,无遗尿,精神食欲好,随访半年未复发。

三、慢性支气管炎

慢性支气管炎是指支气管壁的慢性、非特异性炎症。如患者每年咳嗽、咯痰达3个月以上，连续2年或更长，并可除外其他已知原因的慢性咳嗽，即可诊断为慢性支气管炎。本病多发于中老年吸烟者，在气候多变的冬春季咳嗽、咯痰明显，多为白色泡沫黏液痰。感染急性发作时才出现脓性痰。两肺可有散在干、湿性啰音。

【临床应用】

1. 杨国友以“二陈加络龙汤”为主方治疗慢性支气管炎64例。其中男性25例，女性39例；年龄最小2岁7个月，最大56岁；病程最短半年，最长12年。主要临床表现：咳嗽痰多，咯痰不爽或痰少而黏，胸闷甚或胸痛，64例均经X线拍片而确诊为慢性支气管炎。基本方：陈皮15g，半夏15g，茯苓15g，甘草10g，橘络12g，地龙12g，川贝母10g，黄芩12g，桔梗12g，紫菀12g，前胡12g。药量根据年龄大小，体质强弱，略有增减。随症加减：痰湿型加山药20g，焦白术12g，焦三仙各12g；痰热型加鱼腥草15g，连翘15g，金银花15g；脾肺气虚型加党参12g，黄芪12g；喘促甚者加紫苏子12g，桑白皮12g，款冬花10g。水煎服，每日1剂。临床治愈：临床症状消失，X线复查基本恢复正常有52例。好转：临床症状改善，但有轻微咳嗽或喘促，X线复查大部分正常有11例。无效：服药超过1个月，症状无改善1例。有效率为98%。临床治愈病例中，服药最少者3剂，最多者18剂。

2. 彭听其以萎贝二陈汤加减治疗慢性支气管炎30例，肺结核90例。120例中，男80例，女40例；年龄10~39岁者36例，40~70岁者84例；病程最短者7天，最长者10年，平均2年。处方：瓜蒌、川贝母、桔梗、半夏各10g，陈皮6g，茯苓10g，甘草3g，黄芪、芦根各30g，每日1剂，分2次煎服，15天为1个疗程。痰湿甚者去黄芪，加怀山药、薏苡仁各20g；风热甚者加金银花15g，连翘10g，荆芥10g，薄荷6g；阴虚火旺者加沙参3g，麦冬10g，百部15g，花粉15g。经治1个疗程后，咳嗽症状消失，X线检查病灶吸收，血常规检查白细胞及中性粒细胞恢复正常，在3个月以上未见复

发者为治愈；咳嗽症状基本消失，各项检查基本恢复正常，在3个月内无轻微复发者为有效；症状、体征及检查均无明显改变者为无效。120例中，临床治愈78例占65%，有效41例占31.2%，无效1例占0.88%。

3. 赵玉巧用加味二陈汤治疗慢性支气管炎患者30例。其中男性17例，女性13例；年龄20~45岁者20例，46~60岁者10例；上呼吸道感染者14例，外感风寒者14例，病程3个月~6个月者9例。采用健脾化湿法。基本方药为：茯苓30g，薏苡仁20~30g，山药20~30g，陈皮12~15g，半夏12~15g，厚朴10~12g，甘草6~10g，紫菀15g，款冬花15g，藿香12~15g，佩兰12~15g。肺部壅热，咳嗽吐黄痰者加黄芩、鱼腥草；肺寒痰滞，咳嗽痰白而稀薄者加干姜、细辛；外感风邪，咽部作痒，疼痛明显者加桔梗、蝉蜕、牛蒡子；大便干结者加大黄、枳实。水煎服，每日1剂，分早、晚2次温服。咳嗽、咯痰或喘息消失，X线检查肺部无异常，随访1年无复发为痊愈；主要临床症状消失或明显好转，半年内无复发为好转；临床症状无改善为无效。观察患者30例，其中治愈26例，明显好转4例。治疗天数15~40天，平均天数30天。

4. 王海霞用二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作42例。78例患者，随机分为2组。治疗组42例，男26例，女16例，年龄49~84岁，平均66.5岁，病程1~7年，平均 (2.72 ± 0.38) 年。对照组36例，男23例，女13例，年龄49~87岁，平均67岁，病程1.1~7.1年，平均 (2.73 ± 0.39) 年。两组患者性别、年龄、病程、病情等，经统计学处理均无显著性差异 $(P > 0.05)$ ，具有可比性。对照组给予口服阿莫西林每次0.5g，每日3次，溴己新（必嗽平）每次16mg，每日3次；治疗组用二陈汤加减治疗，药物组成：半夏10g，陈皮10g，茯苓10g，炙麻黄8g，紫苏子10g，白芥子10g，紫菀10g，五味子6g，甘草6g。每日1剂，水煎服，每日2次。两组均以7天为1个疗程，每日记录症状、体征及不良反应。临床控制：咳、痰、喘及肺部体征恢复到疾病发作前水平，可参考其他客观检查指标；显效：咳、痰、喘及肺部体征显著减轻，但未恢复到急性发作前水平，可参考其他客观检查指标；有效：咳、痰、喘及肺部体征有

减轻,但程度不是显效,可参考其他客观检查指标;无效:咳、痰、喘及肺部体征无改变或减轻不明显或加重,可参考其他客观检查指标。结果:治疗组42例,临控28例,显效8例,有效3例,无效3例,总有效率92.9%;临控率66.7%;对照组36例,临控15例,显效4例,有效7例,无效10例,总有效率72.2%,临控率41.7%。治疗组总疗效及临控率优于对照组($P < 0.05$)。

5. 丘秀莲等以二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作84例。其中男38例,女46例,年龄42~84岁;病程2~36年。诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》,均诊为慢性支气管炎急性发作。主要症状为咳嗽、咳痰或喘息,反复发作,连续2年以上或连续发病3个月以上者。急性发作期白细胞可轻度增高,听诊可闻少许湿啰音。X线透视或摄片可见肺纹理增粗。均排除其他心肺疾病引起的咳嗽、咳痰。以二陈汤加味治疗。药物组成:法半夏、茯苓、地龙、僵蚕、苦杏仁、半边莲、桃仁各10g,陈皮、蝉蜕、甘草各6g,桔梗9g。加减:风寒盛、久咳不愈者加炙麻黄10g;风热者加枇杷叶、黄芩各10g;痰湿壅肺加白术10g,紫菀6g;肺气虚加党参10g。每天1剂,水煎2次,饭后温服。实验室检查白细胞增高者,以5%葡萄糖氯化钠注射液250ml,加头孢拉定4g,静脉滴注,每天1次,连用3~4天。7天为1个疗程,服药时间最长3个疗程,最短1个疗程。疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》。治愈(咳嗽、咯痰消失,2周以上未发作者)61例,好转(咳嗽减轻,咯痰减少)14例,未愈(症状未明显改善)9例。总有效率89.3%。

6. 王书甲用天芩二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作期42例。所有病人都来自门诊,随机分为治疗组42例和对照组24例,治疗组42例中男28例,女14例,年龄46~78岁,平均 (62.5 ± 6.43) 岁,病程3~18年,平均7.8~8.65年;对照组24例中男15例,女9例,年龄45~70岁,平均 (56.4 ± 59.3) 岁,病程3.4~16年,平均6.6~7.4年。两组患者在性别、年龄、症状体征、X线胸片等方面比较无明显显著性差异($P < 0.05$),且有可比性。诊断标准符合全国高等医药院校教材第5版《内科学》中慢性支气管炎临床诊断。治疗组予天芩二陈汤加味治疗。药物组成:天冬10g,黄芩10g,法

半夏 10g, 茯苓 10g, 陈皮 10g, 甘草 10g, 川贝母 10g, 款冬花 10g, 紫菀 10g, 桔梗 10g, 黄芪 15g, 鱼腥草 30g。咽喉不适者可加枇杷叶 10g, 痰多气急加紫苏子 10g, 食欲不佳加莱菔子 10g, 每日 1 剂, 加水适量煎, 分 2 次服。对照组给予常规西药抗炎祛痰止咳药。两组均以 7 天为 1 个疗程, 1 个疗程后判定疗效。临床控制: 咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣音呈轻度; 显效: 咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣明显好转 (重度 + + + ~ 轻度 +); 好转: 咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣音有好转 (重度 + + + ~ 中度 + + ~ 轻度 +); 无效: 咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣音无改变或加重。结果: 治疗组 42 例中, 临控 28 例, 显效 9 例, 好转 4 例, 无效 1 例, 总有效率 99.6%; 对照组 24 例中, 临控 8 例, 显效 8 例, 好转 5 例, 无效 3 例, 总有效率 87.5%。治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

7. 林勤以加减归地二陈汤治疗咳嗽而遗尿 118 例, 男 56 例, 女 62 例, 年龄 34 ~ 70 岁, 病程 6 个月以内。证见咳嗽、咯痰, 每次咳甚均遗尿 (非膀胱充盈时), 时气喘, 口中咸, 舌淡红、苔白腻或黄, 脉细、尺脉沉等肺气上逆, 肾气不足, 膀胱失约之症。治以加减归地二陈汤, 方药组成: 半夏、茯苓、陈皮各 10g, 当归、枸杞子、紫菀、款冬花各 15g, 紫石英、熟地黄各 30g, 甘草 6g。加减: 气喘重加莱菔子、紫苏子、地龙干各 15g。咯痰黄黏量多、胸闷加桑白皮、黄芩各 10g。每日 1 剂, 水煎 300ml, 早、晚分服。治愈: 临床症状消失, 随访 2 个月以上未发, 113 例; 好转: 咳甚遗尿消失, 咳嗽减轻, 痰量减少, 4 例; 无效: 症状无明显改善, 1 例。本组 118 例, 经 1 ~ 4 周治疗, 其中 1 周治愈 26 例, 1 ~ 2 周治愈 66 例, 2 ~ 4 周治愈 21 例。总有效率为 99.1%。

【病案举例】

1. 余某, 女, 32 岁, 工人。因咳嗽、胸闷痛, 于 1996 年 3 月 14 日初诊。X 线拍片提示: 慢性支气管炎合并感染。症见: 咳嗽痰多、质稠黄, 咯吐不爽, 胸闷痛, 大便 5 日未行, 口干欲饮, 伴有身热 (体温 38.5℃), 舌质红、苔黄腻, 脉滑数。治以清热通络化痰、宣肺止咳, 方用二陈加络龙汤。处方: 陈皮 15g, 半夏 15g, 茯苓 15g, 甘草 10g, 橘络 12g, 地龙 12g, 川贝母 12g, 黄芩 12g, 桔梗 15g, 紫

菀 10g, 前胡 12g, 鱼腥草 15g, 连翘 15g, 金银花 15g, 冬瓜仁 15g, 杏仁 15g。每日 1 剂, 煎取汁 400ml, 分 3 次温服, 2 剂后咳痰爽, 大便通, 胸闷痛减半, 身热退。守原方去冬瓜仁、金银花, 服 3 剂, 诸症均减。8 天后 X 线复查: 慢性支气管炎改善, 随访 1 年未复发。

2. 李某, 女, 66 岁。2003 年 12 月 4 日初诊。咳嗽、咯痰, 反复发作 10 余年。3 天前因受寒, 原咳嗽、咯痰加重, 稍气紧, 曾用头孢菌素类、罗红霉素、病毒唑等药治疗, 效果不显而来诊。诊见: 精神疲乏, 咳嗽, 痰多、呈白色黏液, 稍气紧, 呼吸 26 次/min, 双肺呼吸音粗糙, 可闻少许湿啰音, 舌淡、苔白腻, 脉浮滑。实验室检查: 白细胞计数 $12 \times 10^9/L$, X 线摄胸片示: 肺纹理增粗。诊为慢性支气管炎急性发作。证属外感寒邪, 痰湿壅肺。治以宣肺解表止咳, 燥湿化痰。处方: 法半夏、茯苓、炙麻黄、地龙、僵蚕、苦杏仁、紫菀、桃仁、桔梗、半边莲各 10g, 蝉蜕、陈皮、甘草各 6g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎 2 次, 饭后温服。二诊: 咳嗽、咯痰稍减轻, 舌、脉象同前, 守原方继服 4 剂。三诊: 咳嗽、气紧基本消失, 少许咳痰, 舌淡红、苔薄白稍腻, 脉滑。药已对症, 守上方去炙麻黄, 继服 5 剂, 症状消失。随访 3 个月, 未复发。

按: 慢性支气管炎是支气管黏膜慢性炎症病变。本病病程缓慢, 因反复发作而屡用抗生素, 导致产生细菌耐药性, 从而不能有效地控制感染。对本病咳嗽、久咳不愈、咯痰的主症, 采用因势利导。急性发作期治以宣肺化痰止咳为主; 久咳不愈者, 肺气必虚, 抵抗力及免疫功能低下, 则以扶正祛邪, 佐以化痰止咳。针对本病病机, 以二陈汤加味辨证治疗。方中以法半夏、茯苓、苦杏仁、陈皮健脾止咳, 燥湿化痰; 僵蚕、地龙、蝉蜕止咳化痰, 平喘解痉, 地龙尚有解除平滑肌痉挛之功, 蝉蜕则有抗过敏作用; 桔梗利咽除痰; 紫菀温肺化痰; 久咳必瘀, 故以桃仁祛瘀, 通肺络, 润大肠, 活血镇咳, 改善肺循环; 酌加一味半边莲, 旨在寒温并用, 利水解毒, 并有通调水道之功; 甘草甘缓润肺, 止咳化痰, 调和诸药。全方组方严谨, 药专力宏, 使血和气顺, 气顺则痰消, 痰消则咳自平。

3. 于某, 女, 58 岁, 于 1998 年冬季发病, 咳嗽、咳痰伴喘息, 胸闷, 夜间不能平卧休息, 听诊双肺可闻及哮鸣音, 经门诊西药抗炎

平喘治疗1个月不能缓解,服用加味二陈汤(当归、陈皮、半夏、甘草、五味子、茯苓、桑白皮、川贝母、杏仁各6g)1个疗程后,症状全部消失(服药期间,停用其他治疗)。服药方法:上方3剂药为1个疗程。把药煎好后加冰糖服下,每剂只熬1次,1次服完。第一剂:第一天下午5点熬好,晚上9点服下;第二剂:第二天晚上9点熬好,第三天早上7点服下;第三剂:第三天或第四天早晨7点熬好,中午11点服下;3剂药渣合在一起,第五天下午5点熬好,晚上9点服下。服药期间忌烟、酒、茶、盐、葱、蒜、辣椒。7~8天为1个疗程。

4. 彭某,女,45岁,2000年5月首次发病而入院,以西医抗炎平喘治疗1周,气喘缓解不明显,在征求病人意见后,未停用西药抗炎平喘治疗,服用加味二陈汤(当归、陈皮、半夏、甘草、五味子、茯苓、桑白皮、川贝母、杏仁各6g)2个疗程而治愈。2002年及2003年冬季再次发作,均在门诊服加味二陈汤1个疗程治愈。服药方法:上方3剂药为1个疗程。把药煎好后加冰糖服下,每剂只熬1次,1次服完。第一剂:第一天下午5点熬好,晚上9点服下;第二剂:第二天晚上9点熬好,第三天早上7点服下;第三剂:第三天或第四天早晨7点熬好,中午11点服下;3剂药渣合在一起,第五天下午5点熬好,晚上9点服下。服药期间忌烟、酒、茶、盐、葱、蒜、辣椒。7~8天为1个疗程。

按:上2例均为喘息性慢性支气管炎,属中医“喘证”范畴。临床分虚、实两大类。加味二陈汤治疗以实喘为主,实喘在肺,为外邪、痰浊、肝郁气逆、肺失宣降所致。方以二陈汤为主,加用杏仁、桑白皮、川贝母化痰降气,五味子收敛肺气,当归和血以降气。王海藏曰:“当归血药,如何治胸中咳逆上气,按当归其味辛散,及血中气药也。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。”全方共奏化痰降气、止咳平喘之功。本方疗效关键在于服药方法特别,如若按常规煎服方法则无此明显效果。余在临床上按常规煎服方法治疗未见明显效果,可能与各脏腑对应的时辰有关,有待于临床进一步观察。

5. 黄某,男性,68岁。2006年2月20日就诊。患者1个月前发

生感冒，经某医院治疗，寒热等症已退而咳嗽至今不愈，现咳白稠痰、咽喉痒、汗出、微渴、大便干，苔白薄，脉沉。听诊：双肺底可闻及湿性啰音，X线：双肺下部纹理增粗。诊为：慢性支气管炎。辨证为痰湿结肺，郁而化热，治宜化痰止咳，清泻燥热，予以天芩二陈汤加味。处方：天冬 10g，黄芩 10g，法半夏 10g，茯苓 15g，陈皮 10g，甘草 10g，川贝母 10g，款冬花 10g，紫菀 10g，桔梗 10g，黄芪 15g，鱼腥草 20g，枇杷叶 10g，水煎服，每天 1 剂，每日 2 次，服药 7 剂而病愈。

6. 林某，女，63 岁，1997 年 2 月 9 日初诊。诊见：咳嗽咯痰已 4 个月，痰白黏、量中，每次咳甚均遗尿，时气喘，纳少，腰酸，口中咸，舌淡红、苔白腻，脉细、尺脉沉，诊断为慢性支气管炎。予加减归地二陈汤再加莱菔子、地龙、紫苏子各 15g，5 剂后咳嗽大减，咳甚遗尿消失。继服 10 剂，诸症消失，随访半年未发。

四、肺炎

肺炎是指感染细菌、病毒、真菌、支原体、寄生虫等引发的肺组织或肺实质的炎症，是儿童和老人的常见病。主要症状有发热、咳嗽、多痰、胸痛等，严重者有呼吸困难。肺炎是完全可以治愈的，但处理不当或延误治疗就有可能危及生命。

【临床应用】

郭映君运用三子养亲汤合二陈汤加减治疗小儿支原体肺炎 50 例。50 例患儿，其中男性 28 例，女性 22 例；年龄 6~14 岁，平均 8.5 岁；病程短则 1 个星期，长则 1 个月余。临床表现为发热、顽固性剧咳或百日咳样阵咳，听诊两肺呼吸音粗糙，少数可闻及干、湿性啰音，但迅速消失，周围白细胞计数正常或稍升高，血清冷凝集试验阳性，X 线胸片显示多为支气管肺炎征象，常为单侧性。基本方：炙紫苏子 9g，炒莱菔子 9g，炒白芥子 9g，竹沥、半夏各 9g，陈皮 5g，茯苓 9g，杏仁 9g，葶苈子 9g，连翘 9g，炙甘草 3g。如小儿便秘或大便干燥，可加全瓜蒌、冬瓜仁，鼻塞流涕可加辛夷、苍耳子，咳剧气急可加地龙、制僵蚕。用法：日 1 剂，水煎 2 次，不拘时频服。治疗结果：45 例痊愈（临床症状、体征消失），5 例有效（临床症状、体征

明显好转,停药后稍有反复,再服本方仍然有效)。

【病案举例】

丁某,女,6岁,2003年9月13日初诊。咳嗽半月余伴发热1天,曾在外院应用抗生素治疗1周,今日咳嗽加剧,喉间有痰,咳剧作恶,胃纳欠佳,大便干燥,二、三日一行,舌质红、苔薄白腻,脉滑数;两肺呼吸音粗糙,右肺闻及少许细小湿性啰音;查血象白细胞计数 $6.6 \times 10^9/L$;胸片示右下肺心缘旁可见片状密度增高影,其内密度不均,提示右下肺炎;冷凝集试验1:64。临床诊断为支原体肺炎。予三子养亲汤合二陈汤加全瓜蒌15g,炒谷芽、炒麦芽各9g。3剂后,患儿发热除,咳嗽明显减少,胃纳渐增,大便日行1次,继予前方去连翘,加黛蛤散(包)10g、丝瓜络5g,服5剂善后。

按:中医学认为,支原体肺炎表现咳嗽痰多者属肺炎喘嗽范畴,多因外邪侵袭,肺气郁阻发热,肺热熏蒸,炼液为痰,痰阻肺络,壅塞气道,致肺气上逆;且小儿脾常不足,输布运化失职,水液停聚而成痰,痰阻气道,升降失常,从而出现发热、咳嗽阵作、喉间痰鸣、咳逆喘急泛吐、苔薄白腻、脉细滑等症。三子养亲汤降气快膈、化痰消食,二陈汤健脾消痰,辅以杏仁、葶苈子利咽开肺,连翘轻清入肺经以宣解肺卫之邪热,诸药合用,清宣开闭、健脾化痰。临床上运用此方治疗小儿支原体肺炎,只要辨证准确,就能取得满意的疗效。

五、支气管哮喘

支气管哮喘简称哮喘,是由多种细胞(如嗜酸粒细胞、肥大细胞、T细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症导致气道反应性增加,通常出现广泛多变的可逆性气流受限,并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状,常在夜间和(或)清晨发作、加剧,多数患者可自行缓解或经治疗缓解。如诊治不及时,随病程的延长,可产生气道不可逆性狭窄和气道重塑。

【临床应用】

1. 徐银芳用加味二陈汤治疗咳嗽变异性哮喘48例。其中男32例,女16例,年龄3~15岁,病程最短4周、最长3年,常年反复

咳嗽 21 例。均在运动后加重。夜间和清晨咳嗽重者 43 例,有家族过敏史者 18 例,个人过敏史者 30 例(湿疹 22 例、荨麻疹 8 例),有过敏性鼻炎 18 例。均符合 1992 年全国哮喘协作组制定的咳嗽变异性哮喘诊断标准。治以加味二陈汤,药用陈皮 5g,半夏 10g,茯苓 10g,甘草 5g,炙百部 10g,鱼腥草 30g,莱菔子 10g,桔梗 6g,地龙 10g,蝉蜕 10g。肺脾气虚加黄芪 10g,防风 10g,炒山药 10g;痰热咳嗽加葶苈子 10g,前胡 10g,黛蛤散 10g;痰湿咳嗽加厚朴 10g,白芥子 10g;阴虚咳嗽加玄参 10g,川贝母 5g;外感风热者加葛根 10g,黄芩 10g;兼有食积者加焦山楂 10g。水煎服,每日 1 剂,分次服用,每个月服 2 周,连服 3~4 个月。咳嗽消失,停药后 6 个月不复发为痊愈;咳嗽显著减轻,发作次数明显减少为好转;咳嗽未见好转,仍经常反复发作为无效。48 例,痊愈 37 例,占 77.1%;好转 8 例,占 16.7%;无效 3 例,占 6.2%;总有效率 93.8%。

2. 孙安兵用黄芪桂枝五物汤合二陈汤治疗老年性哮喘 48 例。其中男 19 例,女 29 例;年龄最大 78 岁,最小 56 岁;病史 2~10 年,所有患者都曾接受过多种治疗,肺功能检查均有不同程度下降,个别呈重度障碍。采用黄芪桂枝五物汤合二陈汤为主方随症加减。方药组成:黄芪、桂枝、白芍、生姜、陈皮、半夏、茯苓、甘草。每日 1 剂,15 天为 1 个疗程。嘱患者注意保暖,避免接触刺激性气味,绝对戒烟。治疗 1~4 个疗程判定疗效。患者自觉症状消失,可进行正常活动,肺功能测定 FEV_1 (1 秒用力呼气量) 预计值 $\geq 80\%$, FEV_1/FVC (用力肺活量) $\geq 70\%$ 为治愈。患者自觉症状明显改善,可进行一般的活动,肺功能测定 FEV_1 预计值 $< 80\%$, $\geq 60\%$, FEV_1/FVC 在 $< 70\%$ 为显效。患者自觉症状略有改善,可进行适当的活动,肺功能测定 FEV_1 预计值在 $< 60\%$, $\geq 50\%$, $FEV_1/FVC < 70\%$ 为有效。治疗前后症状无改善,肺功能测定 $FEV_1 < 50\%$, $FEV_1/FVC < 70\%$ 为无效。结果治愈 12 例,显效 19 例,有效 9 例,无效 8 例,总有效率 83.33%。

3. 袁安冬等用过敏煎合二陈汤治疗过敏性哮喘(咳嗽变异性哮喘) 64 例。将 112 例病人单盲随机分为治疗组(过敏煎合二陈汤组)和对照组(西药组)。治疗组 64 例,男 32 例,女 32 例;年龄 18~

60岁,平均年龄(36.87 ± 12.98)岁;病程2个月~2年,平均病程(3.80 ± 2.59)个月。对照组48例,男30例,女18例;年龄18~65岁,平均年龄(37.33 ± 15.56)岁;病程2个月~3年,平均病程(3.67 ± 2.49)个月。两组患者在性别、年龄、病程方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。均衡性比较分析,两组患者入选时一般资料基本匹配,具备可比性。治疗组采用过敏煎合二陈汤组方:防风10g,银柴胡10g,五味子6g,乌梅10g,茯苓10g,陈皮10g,半夏10g,甘草6g。本方一般不作加减,如兼症明显,则酌情加味。每日1剂加水至500ml,煎至200ml,100ml早、晚分服,1个月为1个疗程,期间暂停西药治疗。对照组服氨茶碱0.1g,每日3次;沙丁胺醇雾化吸入每次2喷,日2次;西替利嗪每次10mg,每日1次口服。疗程同上。咳嗽及临床体征消失,2周以上未发作为临控;咳嗽减轻,夜间及晨起无症状,停药后症状不加重为显效;咳嗽减轻,夜间及晨起仍有轻咳,停药后症状加重为有效;症状无明显改善为无效。显效率 = (临床控制例数 + 显效例数) / 总例数。结果:治疗组64例,临控28例,显效24例,有效8例,无效4例,显效率81.25%;对照组48例,临控12例,显效18例,有效10例,无效8例,显效率62.50%。两组统计显示有显著性差异($P < 0.05$)。

4. 侯春光自拟二陈双龙汤治疗咳嗽变异性哮喘60例。60例中,男32例,女28例,年龄为2~12岁; <3岁8例,4~6岁28例,7~12岁24例;病程1~3个月18例,4~6月26例,7~12个月13例,1年以上3例。病例均符合下述诊断标准:咳嗽持续或反复发作>1个月,常在夜间和(或)清晨发作,运动后加重,痰少,临床无感染征象,或经较长期抗生素治疗无效;气管舒张剂治疗或使咳嗽发作缓解(基本诊断条件);有个人过敏史或家族过敏史,反应原试验阳性可作辅助诊断;气道呈高反应性特征,支气管激发试验阳性可作辅助诊断;除外其他原因引起的慢性咳嗽。治疗以二陈双龙汤:陈皮6g,半夏、茯苓、僵蚕、蝉蜕各10g,徐长卿、地龙各10~15g,甘草3~6g,蛇蜕3~45g。鼻塞流涕、鼻痒喷嚏者加辛夷6g,苍耳子4.5g,细辛1.5~3g,连翘10g;湿疹者加薏苡仁15g,白鲜皮、地肤子各6g;咳嗽时轻时重,面色晄白易汗,营卫不和者加黄芪10~

15g, 桂枝 6~9g; 咳剧少痰者加蜈蚣 1~3g, 代赭石 15~30g; 久咳入络者加当归 6~10g, 丹参 10g; 体瘦, 汗多, 口干舌红、苔少或剥; 阴伤者加五味子 6~9g, 玄参 9g, 南沙参、北沙参各 10g, 酌减半夏; 咳嗽阵作, 咳痰黄稠, 舌红、苔黄, 痰热内盛者加黄芩 10g, 桑白皮 6~10g, 黛蛤散 9~12g, 鱼腥草 12~20g; 咳嗽痰多色白, 气逆明显者加紫苏子、白芥子、莱菔子、葶苈子各 6~9g; 咳嗽反复发作, 迁延不愈, 肾虚者加紫河车、山茱萸各 6~12g, 淫羊藿 9~12g。上方加水 300~500ml 煎至 100~150ml, 上、下午各温服 1 次, 15 天为 1 个疗程, 一般服 2 个疗程。治疗结果: 显效 (治疗后咳嗽消失, 活动后无咳嗽) 34 例, 为 56.67%; 有效 (咳嗽基本消失, 活动后偶有轻咳) 23 例, 为 38.33%; 无效 (治疗前后无明显变化) 3 例; 总有效率为 95%。

【病案举例】

1. 王某, 女, 5 岁。反复咳嗽 1 年余, 多因受凉后诱发, 夜间及清晨起床后咳嗽加重, 咳痰清稀, 喷嚏频作, 夜寐汗多。曾多次因支气管肺炎住院治疗, 经常用多种抗生素治疗不能根治, 加用平喘药能缓解, 停药后又复发。查面色萎黄, 咽部充血, 咽后壁淋巴滤泡增生, 两肺呼吸音粗, 可闻及痰鸣音, 舌淡、苔薄白腻, 脉细滑数。诊断为过敏性咳嗽 (咳嗽变异性哮喘)。辨证为肺脾气虚, 痰湿内伏。用加味二陈汤 (陈皮 5g, 半夏 10g, 茯苓 10g, 甘草 5g, 炙百部 10g, 鱼腥草 30g, 莱菔子 10g, 桔梗 6g, 地龙 10g, 蝉蜕 10g) 加黄芪 15g, 防风 10g, 炒山药 10g。服 5 剂后咳嗽明显减轻, 喉间痰鸣之声消失, 再服 3 剂后诸症皆除, 后连服 4 个月, 随访 2 年未见复发。

按: 咳嗽变异性哮喘属中医“咳嗽”范畴。咳嗽日久, 必定耗伤肺气, 且小儿脾常不足, 故肺脾气虚, 痰湿内伏。治疗当补肺健脾, 化痰除湿。加味二陈汤方中半夏、陈皮燥湿化痰, 茯苓健脾利湿, 甘草健脾和中, 桔梗既利咽、宣肺止咳又引诸药入肺, 炙百部润肺止咳, 鱼腥草清热化痰止咳, 莱菔子消食化积、降气化痰, 蝉蜕疏风利咽, 地龙止咳平喘。诸药合用, 祛邪而不伤正, 寒热虚实兼顾, 故治疗效果显著。

2. 肖某, 女 58 岁, 气短、气喘反复发作 5 年, 伴咳嗽、咯痰。

每易寒冷季节多发,重则活动受限,经常口服“咳喘片”、“定喘胶囊”、“甘草片”、“茶碱片”等药,加重时静脉输液治疗。症见:体胖,气短、气喘,咳嗽、咯大量白色稀痰、易咯出,面色晦暗,畏寒怕冷,舌质淡,苔白腻,脉虚数。肺功能测定 FEV_1 预计值为 72%, FEV_1/FVC 为 68%。辨证为气虚痰阻。药用黄芪桂枝五物汤合二陈汤:黄芪 80g,制半夏 10g,桂枝 12g,白芍 12g,生姜 6g,陈皮 12g,茯苓 20g,甘草 15g,前胡 10g,紫菀 10g,款冬花 10g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。

1 周后复诊,患者诉症状明显改善,咯痰减少,去紫菀、款冬花,加薤白 10g、防风 8g、桔梗 12g,治疗 3 个疗程,患者症状基本消失,肺功能复查 FEV_1 预计值为 87%, FEV_1/FVC 为 80%,嘱患者注意保暖,适度锻炼。次年冬天巩固治疗 3 个疗程,截至目前病情再无发作,肺功能常规检查在正常范围。

按:古代医家对喘证的治疗有诸多论述,张景岳把喘证归纳为虚、实两大证,提出了喘证的辨证纲领。笔者认为,老年性喘证主要存在以下两个特点:一是以虚为主夹有实邪;二是营卫失和,阴阳不调。本方立法正是基于此特点。用黄芪桂枝五物汤来扶正治本,方中黄芪益气温阳,补一身之气血;桂枝温阳通脉畅达胸阳;白芍养血和营,与桂枝合用可调营卫、和表里。上述 3 药协同作用既突出了“补”,也注重了“调”,从虚入手,重在扶正。用二陈汤来祛邪治标,方中半夏燥湿化痰,降逆、和胃、平喘;陈皮利气、燥湿、祛痰;茯苓健脾、渗湿、化痰。3 药配伍重在祛除痰邪,痰邪得去,气机调畅,喘证自消。诸药合用气血阴阳并调,表里虚实兼顾,既考虑老年人的体质因素,又遵循老年人的患病特点。

六、肺气肿

肺气肿是指终末细支气管远端(呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡)的气道弹性减退,过度膨胀、充气和肺容积增大或同时伴有气道壁破坏的病理状态。按其发病原因肺气肿有如下几种类型:老年性肺气肿,代偿性肺气肿,间质性肺气肿,灶性肺气肿,旁间隔性肺气肿,阻塞性肺气肿。

【临床应用】

杜毅等应用自拟二陈降气汤为主治疗痰浊型慢支急性发作、肺气肿 98 例。其中慢支急性发作 41 例，慢支并肺气肿 57 例；男 56 例，女 43 例；年龄 13~20 岁 7 例，21~30 岁 12 例，31~40 岁 16 例，41~50 岁 19 例，51~60 岁 23 例，61 岁以上 21 例。辅助检查：血象治疗前正常 32 例，治疗后正常 66 例；胸透及胸片治疗前异常 98 例，治疗后好转或正常 59 例（余为慢支并肺气肿改变）。给予处方二陈降气汤：陈皮、桔梗、枳壳、紫苏子、白芥子、莱菔子、黄芩各 12g，制半夏、杏仁、川厚朴、川贝母、金银花、连翘各 10g，茯苓 15g。每天 1 剂水煎分服。咳喘甚者加紫菀、款冬花各 12g；痰浊重者加胆南星 6g；痰浊有化热之象者重用金银花、黄芩、连翘；口唇紫绀者加当归、地龙各 12g；便秘者加玄参、当归各 12g；肾气虚加五味子 12g；随症加减。结果：临床控制（咳、痰、喘停止或明显好转，病情轻度者）89 例，达 91%，无效 9 例。

【病案举例】

1. 杨某，男，78 岁，农民，1993 年 4 月 18 日初诊。患者 2 年前因“伤风”出现咳嗽、气喘、痰多稀薄，虽经治疗，时轻时重，迁延不愈，每年春冬两季或天气转寒、感冒诱发或加重，后口服肺宝三效、氨茶碱等也难于缓解症状。本次持续发作加重 2 个月，并见头重如蒙，口腻纳呆，喘咳痰多黏腻，咯吐不爽，胸中满闷，时呕恶，汗出，便秘。他医曾给中西药治疗罔效。查体：体温 36.5℃，脉搏 102 次/min，呼吸 34 次/min，血压 17.3/10.3kPa。唇舌紫暗，苔白腻，脉滑。颈静脉怒张，端坐呼吸，桶胸对称，呼吸运动弱，叩高清音，听呼吸音弱，两肺野满布哮鸣音及痰鸣声。心音遥远，律整。X 线检查：双肺纹理粗乱，透光度增强。白细胞计数 $12.0 \times 10^9/L$ ，中性白细胞 76%，淋巴细胞 24%。中医诊为咳嗽、喘证（痰浊型），西医诊为慢性支气管炎、肺气肿合并感染。治宜宣肺祛痰，降气平喘。用二陈降气汤加玄参、胆南星，剂量及煎服法如前述。3 剂后有效，6 剂后咳喘明显减轻，痰量少。12 剂后基本控制临床症状，15 剂后血常规正常。嘱其适寒温、节饮食，上方去玄参、胆南星继服 10 剂，以善其后。追踪 1 年，虽时有复发，但为轻度。

2. 张某,男,63岁,云南冶炼厂退休工人。患者嗜烟30余年,咳喘反复发作已7年余,曾多次住昆明医学院附一院及云南省中医医院治疗,经胸片心肺功能检查及各种化验检查后诊为慢支、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病。经抗感染、解痉、平喘等对症治疗,病情虽可缓解,但咳喘反复发作,每遇气候变冷,受凉感冒而诱发,尤以冬春季发作较为频繁。咳喘、动则喘甚,胸闷,气短,心悸,尿少,双下肢水肿,颜面唇甲发绀。1997年12月2日患者来我院门诊就诊:诉受凉后咳喘加剧已1周,痰多色白黏稠,胸闷,气短,心悸,咳时可持续0.5h,微恶风寒,腹胀,纳呆,双下肢稍肿,二便调,舌质淡、苔白腻,脉沉细而滑。查:唇甲发绀,颈静脉充盈。心率100次/min,律齐,双肺呼吸音减弱,双下肺可闻干、湿性啰音,双下肢踝关节处轻度凹陷性水肿。胸片示:肺心病,双下肺炎变。血常规化验:白细胞计数 $10.2 \times 10^9/L$,中性白细胞78%,淋巴细胞16%,单核细胞6%。辨为肺胀(肺肾两虚,寒湿痰饮阻肺)。拟四逆二陈麻辛汤加味以散寒除湿,止咳化痰,纳气平喘。处方:白附片10g,桂枝20g,炙麻黄、法半夏、茯苓、白果、胡桃仁、生姜各15g,细辛8g,杏仁、紫苏梗、陈皮、炙远志、砂仁、甘草各10g,大枣5枚。

二诊:患者服上方5剂后咳喘减轻,已无持续性咳嗽,双下肢水肿已消,但痰白黏稠,纳呆,腹胀,舌质淡、苔白根腻,脉沉细。证治同前,守上方去白果、胡桃仁,加五味子8g、桔梗10g。

三诊:患者又服上方5剂后咳喘已明显缓解,仅夜间咳嗽,痰少色白呈泡沫状,胸闷心悸,腹胀等症消失,纳食较少,二便调,舌淡、苔白,脉沉细。上方去五味子加石菖蒲10g,白豆蔻10g,炙紫菀10g以健脾除湿,止咳化痰。

四诊:患者再进上方5剂后咳喘已平,痰少色白易咯、胸闷、心悸、气短、腹胀等症消,纳可,二便调,舌质淡、苔薄白,脉沉细。复查胸片示双下肺炎变已吸收好转。血常规化验:白细胞计数 $6.4 \times 10^9/L$,中性白细胞70%。痰培养加药敏:未检出细菌。

七、慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病（简称 COPD）是一种重要的慢性呼吸系统疾病，患病人数多，病死率高。由于其缓慢进行性发展，严重影响患者的劳动能力和生活质量。COPD 患者在急性发作期过后，临床症状虽有所缓解，但其肺功能仍在继续恶化，并且由于自身防御和免疫功能的降低以及外界各种有害因素的影响，经常反复发作，而逐渐产生各种心肺并发症。稳定期康复治疗的根本目的在于预防急性发作，改善日常活动能力，尽可能恢复受损的心肺功能，防止或减缓心肺功能的减退。稳定期 COPD 的主要康复治疗措施包括卫生宣教、心理支持、药物治疗、预防感染、物理治疗和运动锻炼、长期氧疗、营养治疗、呼吸肌锻炼等。

【临床应用】

1. 刘建秋等应用加味二陈汤治疗慢阻肺疾患 136 例，男性 94 例，女性 42 例，男女之比约 2.2:1。其中工人 72 例，农民 31 例，其他 33 例。年龄 21~60 岁之间，平均 45 岁；病程最短 2 年，最长 34 年，平均 18 年；全部病例痰液为白色痰 71 例，白色黏痰 32 例，黄痰 33 例；舌诊为暗红舌 67 例，深红舌 69 例；脉象为弦脉 89 例，细滑数脉 47 例。136 例中白细胞计数在 $1.1 \times 10^9/L \sim 1.6 \times 10^9/L$ 之间，平均为 $1.2 \times 10^9/L$ 。肺部听诊均可闻及两肺不同程度的干、湿性啰音及哮鸣音。处方及用法：陈皮 15g，半夏 15g，炒紫苏子 20g，莱菔子 20g，杏仁 15g，蜜杷叶 15g，金银花 20g，桔梗 10g，甘草 5g。咳嗽剧烈者加川贝母、前胡；属寒痰咳喘者加炙麻黄、干姜；热痰咳喘者加桑白皮、黄芩、瓜蒌；湿痰咳喘者加胆南星、白芥子；久咳肺虚者加党参、黄芪、五味子。每日 1 剂，水煎，早、晚分服。咳、痰、喘症状完全消失，无肺部啰音，或有很轻的咳、痰、喘症状为临控；咳、痰、喘症状显著减轻，肺部可闻及散在啰音为显效；咳、痰、喘症状有减轻，肺部可闻及小量啰音为有效；咳、痰、喘症状及肺部啰音无变化为无效。全部患者服药最少 7 剂，最多 40 剂，平均 16 剂。一般 7 剂即可使咳、痰、喘症状明显缓解。136 例病人，临床控制 22 例，为 16.2%；显效 86 例，为 63.2%；有效 26 例，为 19.1%；无

效2例,为1.5%;总有效率为98.5%。

2. 张穗坚等用西医常规治疗法加用中药二陈汤合三子养亲汤治疗慢性阻塞性肺疾病48例。将85例病人随机分为两组,治疗组(西医常规法加二陈汤合三子养亲汤组)和对照组(西医常规治疗组)。治疗组48例,男31例,女17例;平均年龄(66.7 ± 9.3)岁;平均病程(10.3 ± 4.1)年;病情分级:Ⅱ级27例,Ⅲ级21例。对照组37例,男21例,女16例;平均年龄(65.5 ± 8.7)岁;平均病程(9.6 ± 3.7)年;病情分级:Ⅱ级20例,Ⅲ级17例。两组一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。对照组给予西医常规治疗:根据患者需要予低流量吸氧,并根据患者个体选用合适抗生素抗感染治疗,止咳祛痰用溴己新片口服,用沙丁胺醇解除支气管平滑肌痉挛,以及对症治疗,疗程为4周。治疗组在对照组治疗基础上加用中药汤剂二陈汤合三子养亲汤。处方:法半夏、陈皮、紫苏子各15g,茯苓、白芥子各10g,莱菔子3g,炙甘草6g,生姜3片,乌梅3枚。每天1剂,水煎,分2次服。中焦阳虚,痰多而稀,呕吐恶心,胸膈满闷者,加干姜、砂仁燥湿化痰,温胃止呕;胸闷气促,痰多不利者,加杏仁、厚朴利气平喘;恶风寒者,加前胡、紫苏叶宣肺解表;痰多气滞腹胀者,加枳壳行气消胀;湿重加薏苡仁、赤小豆、扁豆等。疗程为4周。呼吸困难、咳嗽、紫绀等症状体征明显减轻或消失为显效;呼吸困难、咳嗽、紫绀等症状体征减轻为有效;呼吸困难、咳嗽、紫绀等症状体征无改善或病情恶化为无效。治疗组显效36例,有效10例,无效2例,显效率为75.00%,总有效率为95.83%。对照组显效20例,有效15例,无效2例,显效率为54.05%,总有效率为94.59%。两组总有效率比较,经 χ^2 检验,差异无显著性意义($P > 0.05$);但两组显效率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。此外,治疗组SCRQ积分改善较对照组更明显($P < 0.05$);治疗组肺功能改善较对照组更明显($P < 0.05$)。

【病案举例】

王某,男59岁。咳嗽、咳痰20余年,喘促2年。2天前因起居不慎感寒而出现咳嗽,时咯黄痰,喘促而就诊。查体:舌体暗红、苔白微腻,脉弦滑;肺气肿征;两肺可闻及干、湿性啰音。末梢血象:

白细胞计数 $1.2 \times 10^9/L$ 。胸透：两肺纹理增强紊乱，在肺下可见点片状阴影。诊断为慢性支气管炎，阻塞性肺气肿。服加味二陈汤 5 剂后咳喘缓解，咯痰减少。继服 6 剂，咳、痰、喘症状基本消失，末梢血象白细胞计数 $7.0 \times 10^9/L$ 。改用本方加五味子 10g、党参 15g、生黄芪 15g，再服 7 剂，拟临床治愈。

按：慢阻肺疾患属于中医学的“咳嗽”、“喘证”等病范畴，尽管病各不同，但其特点均有慢性咳、痰、喘症状，且呈反复发作缠绵难愈。因久咳肺虚而感受外邪。如感受外邪，咳喘更甚。其病机为久咳伤肺，肺气失于宣降。正如《医学三字经》咳嗽篇所说：“然肺为气之主。诸气上逆于肺则呛而咳。”加之痰浊内聚，上干于肺，肺气失于宣降，是加剧咳嗽的原因之一。因此，诊疗慢性咳嗽当从肺入手，以肃肺为先，清化痰浊为辅。加味二陈汤中杏仁主人肺经能降气，兼以宣肺平喘。《本草便读》称杏仁功专降气，降则痰消。炒紫苏子、蜜杷叶下气平喘，消痰止咳，善治肺失肃降、痰多气逆之咳嗽，三药合用，相得益彰。陈皮、半夏、茯苓健脾理气化痰。金银花清热，可使痰去嗽止。佐以桔梗宣肺且载诸药上行。甘草调和诸药。本方可使肺气得以肃降，痰浊得以清化，咳、痰、喘症状则可恢复。临床观察结果表明，本方可为治疗慢阻肺病所致慢性咳嗽时的基本方。但在临床应用时，应依据具体病情辨证用药，则可收到满意疗效。

八、肺结核

肺结核是由结核分枝杆菌引起的肺部慢性传染病，其病理特点是结核结节、干酪坏死及空洞形成，临床上有结核中毒症状及呼吸系统症状。典型肺结核起病缓、病程长，病人有低热、乏力、纳差、咳嗽和少量咯血。部分病人可无明显症状，仅在体格检查时被发现。老年人发病亦常不典型。胸部 X 线检查是目前诊断肺结核的主要方法，痰结核菌检查亦有助于确诊。

【临床应用】

彭听其以萎贝二陈汤加减治疗肺结核 90 例，慢性支气管炎 30 例。120 例中，男 80 例，女 40 例；年龄 10~39 岁者 36 例，40~70

岁者 84 例；病程最短者 7 天，最长者 10 年，平均 2 年。处方：瓜蒌、川贝母、桔梗、半夏各 10g，陈皮 6g，茯苓 10g，甘草 3g，黄芪、芦根各 30g。每日 1 剂，分 2 次煎服，15 天为 1 个疗程。痰湿甚者去黄芪，加怀山药、薏苡仁各 20g；风热甚者加金银花 15g、连翘 10g、荆芥 10g、薄荷 6g；阴虚火旺者加沙参 3g、麦冬 10g、百部 15g、天花粉 15g。经治疗 1 个疗程后，咳嗽症状消失，X 线检查病灶吸收，血常规检查白细胞及中性白细胞恢复正常，在 3 个月以上未见复发者为治愈；咳嗽症状基本消失，各项检查基本恢复正常，在 3 个月内有轻微复发者为有效；症状、体征及检查均无明显改变为无效。120 例中，临床治愈 78 例，占 65%；有效 41 例，占 31.2%；无效 1 例，占 0.88%。

九、肺源性心脏病

肺源性心脏病简称肺心病，是指由支气管-肺组织、胸廓或肺血管病变致肺血管阻力增加，产生肺动脉高压，继而右心室结构或（和）功能改变的疾病。根据起病缓急和病程长短，可分为急性和慢性肺心病两类。临床上以后者多见。

【临床应用】

王玲等以麻杏二三汤（麻杏石甘汤、二陈汤、三子养亲汤复合加减）治疗肺心病急性发作期患者 100 例。其中男性 56 例，女性 44 例；年龄最大 85 岁，最小 36 岁，平均年龄 56.4 岁；慢性肺病史 30 年以上 76 例，10~30 年 24 例；有慢性支气管炎病史 90 例，支气管扩张病史者 11 例，肺结核病史者 10 例，其他病史者 5 例；合并呼吸衰竭者 67 例，心力衰竭者 76 例，肺性脑病者 16 例，上消化道出血者 4 例，感染性休克者 9 例。以上均为住院病人，住院时间最长者 136 天，最短者 25 天，平均住院天数 40 天；所有病例均经胸片、心电图检查，符合肺心病合并感染的诊断标准。处理方法：常规使用头孢唑啉钠每日 8g，抗感染治疗，并针对不同的合并症而对症处理。中药服麻杏二三汤加减，每日 1 剂，分早、晚 2 次服：炙麻黄 6g，炒杏仁 12g，生石膏（先煎）30g，生甘草 5g，半夏、陈皮、茯苓、漏芦、炒莱菔子各 10g，紫苏子 9g，车前子（包）15g，黄芩 12g。

可根据临床症状随症加减：喘憋不能平卧者加桑白皮 30g，葶苈子 15g；吐痰黄稠，腥臭者去陈皮、半夏，加薏苡仁、芦根各 30g；吐痰色白，清稀量多者，去黄芩、漏芦，加细辛、生姜各 6g；咯痰不利者加冬瓜子、浙贝母各 15g，全瓜蒌 30g；心悸，气短，乏力者加太子参 15g，红参 10g（另炖）；干咳少痰，口干咽燥，舌红少苔，脉细数者去陈皮、半夏、车前子，加沙参、麦冬各 10g，女贞子 15g；伴尿少，双下肢浮肿者加泽泻 20g；合并肺性脑病者加石菖蒲、广郁金、远志各 10g。治疗结果，100 例中显效 62 例，好转 28 例，无效 10 例（包括死亡病例 8 例），总有效率为 92%。

【病案举例】

1. 李某，女，62 岁。因咳嗽反复发作 30 年，加重 5 天，于 1997 年 12 月 10 日入院。入院症见：喘憋不能平卧，咳吐黄稠痰，咯痰不利，心慌胸闷，纳呆腹胀，舌质暗红、苔黄腻，脉滑数。查体见：体温 38.5℃，呼吸困难，口唇紫绀，颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性，桶状胸，双肺闻及干、湿性啰音，心音低，心率 114 次/min，心律齐，剑突下搏动明显增强。胸片示肺部感染，肺动脉高压；心电图示窦性心动过速，肺型 P 波，右心室肥厚及劳累。诊为肺心病急性发作期。给予清热化痰、降气定喘的麻杏二三汤化裁，并静脉滴注头孢唑啉钠每日 8g 及其他对症处理。药用炙麻黄 10g，杏仁 12g，生石膏（先煎）、全瓜蒌各 30g，冬瓜子、车前子（包）、葶苈子各 15g，炒莱菔子、黄芩、漏芦各 10g，紫苏子、生甘草各 6g。治疗 1 周后，发热退，喘息平，黄稠痰减少，继服上方半月，诸症明显减轻，患者能自由活动，夜间能平卧。后用益气养阴方调理获效。

按：肺心病急性发作期患者，一般年龄较大，体弱多病，抗病能力下降，病死率较高，使用抗生素疗效欠佳。在临床上运用中西医结合方法，一方面抗感染，一方面用清热化痰、降气定喘的自拟麻杏二三汤治疗，提高了临床疗效，大大降低了死亡率。麻杏二三汤由麻杏石甘汤、二陈汤、三子养亲汤化裁而来，方中炙麻黄、炒杏仁、紫苏子、莱菔子有解痉，止咳平喘的作用；生石膏、黄芩、漏芦能抗菌消炎；陈皮、半夏、茯苓有减少气管分泌物的作用；而车前子、茯苓有强心利尿的功效。诸药合用共同发挥抗感染、强心利尿、止咳平喘之

效,临证再根据不同的兼症灵活加减,更提高了临床疗效。

2. 张某,男,63岁,退休工人。患者嗜烟30余年,咳喘反复发作已7年余,曾多次住昆明医学院附一院及云南省中医医院治疗,经胸片和心肺功能检查及各种化验检查后诊为慢支、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病。经抗感染、解痉、平喘等对症治疗,病情虽可缓解,但咳喘反复发作,每遇气候变冷,受凉感冒而诱发,尤以冬春季发作较为频繁。咳喘、动则喘甚,胸闷,气短,心悸,尿少,双下肢水肿,颜面唇甲发绀。1997年12月2日患者来我院门诊就诊:诉受凉后咳喘加剧已1周,痰多色白黏稠,胸闷,气短,心悸,咳时可持续0.5h,微恶风寒,腹胀,纳呆,双下肢稍肿,二便调,舌质淡、苔白腻,脉沉细而滑。查:唇甲发绀,颈静脉充盈。心率100次/min,律齐,双肺呼吸音减弱,双下肺可闻干、湿性啰音,双下肢踝关节处轻度凹陷性水肿。胸片示:肺心病,双下肺炎变。血常规化验:白细胞计数 $10.2 \times 10^9/L$,中性白细胞78%,淋巴细胞16%,单核细胞6%。辨为肺胀(肺肾两虚,寒湿痰饮阻肺)。拟四逆二陈麻辛汤加味以散寒除湿,止咳化痰,纳气平喘。处方:白附片10g,桂枝20g,炙麻黄、法半夏、茯苓、白果、胡桃仁、生姜各15g,细辛8g、杏仁、紫苏梗、陈皮、炙远志、砂仁、甘草各10g,大枣5枚。

二诊:患者服上方5剂后咳喘减轻,已无持续性咳嗽,双下肢水肿已消,但痰白黏稠,纳呆,腹胀,舌质淡、苔白根腻,脉沉细。证治同前,守上方去白果、胡桃仁,加五味子8g、桔梗10g。

三诊:患者又服上方5剂后咳喘已明显缓解,仅夜间咳嗽,痰少色白呈泡沫状,胸闷心悸、腹胀等症消失,纳食较少,二便调,舌淡苔白,脉沉细。上方去五味子加石菖蒲10g,白豆蔻10g,炙紫菀10g以健脾除湿,止咳化痰。

四诊:患者再进上方5剂后咳喘已平,痰少色白易咯,胸闷、心悸、气短、腹胀等症消。纳可,二便调,舌质淡、苔薄白,脉沉细。复查胸片示双下肺炎变已吸收好转。血常规化验:白细胞计数 $6.4 \times 10^9/L$,中性白细胞70%。痰培养加药敏:未检出细菌。

3. 张某,男,75岁,咳嗽史20余年,每遇寒冷而诱发,近10

年加重，动则心慌气短，时足浮肿，曾在某医院诊为“肺心病”。1个月前原因不明症状加剧，咳吐白色泡沫样痰，门诊多以宣肺平喘、补肺益气、补肾纳气等法治疗，疗效不佳，于1995年2月10日收住院治疗。查体：桶状胸，气息短促，呼多吸少，不能平卧，吐痰色白量多，下肢浮肿。双肺闻及湿性啰音，心率120次/min，舌淡暗、少苔根微腻，脉沉细数。血象正常，心电图及胸透均提示为肺心病。综观病情，病机复杂，既有根本不固，肾不纳气，又有痰浊阻肺之症，宜先治其痰，待肺气自宣，再治其本，拟化痰降气之二陈汤和三子养亲汤加减：半夏12g、茯苓20g、陈皮10g、紫苏子10g、莱菔子10g、白芥子10g、葶苈子20g、泽泻20g、款冬花10g、桂枝6g，水煎服，日1剂，分2次服。5剂后咳喘、心慌等症明显减轻，已能平卧。上方继进10剂，咳喘明显减轻，已能下床活动，足肿消失，继以调治月余出院。

按：本病属于中医咳嗽、痰饮、水肿、心悸范畴。该病的病因复杂，痰是主因之一。丹溪云：“哮喘专主于痰”。并认为痰之为物，随气升降，无处不到。本例患者是由脾失健运，痰湿内生，停聚为痰，痰湿阻肺，升降不利则为咳嗽，痰浊扰心则心悸，流泛肌肤则浮肿不退。方中半夏、陈皮、茯苓燥湿化痰；紫苏子、莱菔子、白芥子、款冬花降气祛痰，止咳平喘；葶苈子、泽泻、桂枝通阳化气，泻肺行水。痰湿祛则咳嗽止，肺气降则喘自平，肺气通则水道行，水肿消则病情自可向愈。

十、咳喘症

（一）感冒后顽固性咳嗽

感冒后顽咳之症，为临床常见而难治之症。临床遇见的感冒后咳嗽患者，多见久咳，痰多清稀，或白稠，舌淡红、苔白或微黄；常规化验、胸部摄片检查常无特殊。详问病情多数患者病初都有使用1种或多种抗生素史，因效果不显而转看中医。此类患者多因误治、失治而致外邪留连，或初为风热，或风寒入里化热，投寒凉之品，伤及脾肺之阳气，气机痹阻，肺失治节，脾失运化，津聚水泛，痰湿内停，

肺失宣肃，故久咳不已。

【临床应用】

1. 余蓉等用苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减治疗感冒后顽固性咳嗽 125 例。其中男 75 例，女 50 例；年龄 3~65 岁，平均 32 岁；病程 1~12 个月，平均 2.5 个月；急性支气管炎 65 例，慢性支气管炎急性发作 31 例，上呼吸道感染 29 例。同时随机设立西药对照组，共 98 例。其咳嗽症状、年龄、性别、病程与治疗组比较无显著差异，具有可比性。治疗组予苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减治疗。方用：茯苓 15g，甘草 5g，五味子 10g，干姜、细辛各 5g，法半夏、陈皮各 15g。痰多，加紫菀、款冬花各 20g；咽痒则咳，不能自止，加蝉蜕、薄荷各 10g；胸闷，气涌上冲而咳，加麻黄、紫苏子、杏仁各 10g；痰稀薄，舌淡、苔白腻或白滑，加桂枝 10g，白术 15g；痰黄稠，舌质红、苔薄黄，去干姜，加知母 10g，桑白皮、紫菀、款冬花各 15g；干咳无痰，口干少饮，去干姜，加沙参、麦冬各 12g，知母 10g；咳甚则汗出，乏力，加北黄芪 18g，白术 15g，牡蛎 20g；咳而遗尿，加人参 10g，补骨脂、益智仁各 12g，桑螵蛸 10g。小儿剂量酌减。水煎服，每日 1 剂。2 周为 1 个疗程。对照组给予头孢拉定胶囊 0.5mg，每日 3 次；溴己新 16mg，每日 3 次。两组治疗期间，停用其他药物，忌食生冷、煎炸刺激的食物。结果：治疗组 125 例，治愈 87 例，治愈率为 69.6%，显效 29 例，显效率为 23.2%，无效 9 例，无效率为 7.2%，总有效率为 92.8%；对照组 98 例，治愈 21 例，治愈率为 21.4%，显效 33 例，显效率为 33.7%，无效 44 例，无效率为 44.9%，总有效率为 55.1%。治疗组的治愈率、总有效率均明显高于对照组，经统计学处理，差异显著。

2. 李伯用自拟的二陈牛蒡汤治疗外感后顽咳 87 例。其中男 45 例，女 42 例；年龄 11~76 岁；病程 12 天~6 个月。所有病人都做胸透或胸部摄片，除外肺及气管病变所致咳嗽。血象正常或偏高。口服自拟的二陈牛蒡汤，7 天为 1 个疗程，若 2 个疗程无效，则改用其他方法治疗。方药：广陈皮、制半夏各 9g，茯苓、黄芩、牛蒡子各 12g，甘草、桔梗、木蝴蝶各 6g，鱼腥草 30g。水煎每日 1 剂，分 2 次口服。服药期间忌油腻、辛辣之物。痊愈（咳嗽完全消失）81 例，

占93%；好转（偶尔有咳嗽）6例，占7%。

【病案举例】

吴某，女，30岁。2002年3月15日初诊。咳嗽4个月为主诉。4个月前患急性上呼吸道感染经输液抗菌治疗10余天，咳嗽未除，继服多种抗生素及市面所售多种止咳药水，毫无疗效。就诊时诉咳嗽阵作，咽痒难忍，痒则气上涌而咳，不能控制，受凉、讲话后明显，饮温水稍缓，咯少许白色泡沫痰、或灰白痰，精神食欲可，舌质淡嫩、苔薄白腻，脉缓。胸片检查未见异常。证属风寒留恋、痰饮阻肺，治以疏风散寒、温肺化饮，方选苓甘五味姜辛汤合二陈汤加味。药用：茯苓15g，甘草3g，五味子9g，干姜9g，细辛3g，法半夏、陈皮各12g，蝉蜕10g，紫菀20g，紫苏子10g，僵蚕15g。服上方3剂而减半，咽痒能忍，咽微干，少饮，偶咯白稠痰，舌淡红、苔薄白，脉缓。上方去甘草、细辛，加沙参15g，知母6g，连服5剂，咽痒止，咳嗽消。随访半年未复发。

（二）寒湿痰饮咳喘

寒湿痰饮咳喘是指咳喘声重浊，痰多，痰黄稠或色白带泡，进食甜品或油腻之品加重的一类咳喘。多是因于脾虚生痰，痰浊中阻，气机不利，壅遏肺气而致。二陈汤出自《太平惠民和剂局方》，由法半夏、陈皮、茯苓、甘草、生姜、乌梅等组成，具有燥湿化痰、理气和中之功效，能较好的治疗本病。

【临床应用】

1. 吴洋等用四逆二陈麻辛汤治疗寒湿痰饮咳喘40例。其中男性28例，女性12例；年龄最大者80岁，年龄最小者36岁，平均年龄为58岁；上呼吸道感染者占6例，慢支患者6例，慢性阻塞性肺气肿患者10例，肺心病患者14例，支气管哮喘患者4例；病程最短者1周，最长者已10余年。临床表现：咳嗽，痰多、痰色白呈泡沫状，或咯白色黏稠痰，或咯吐不利，喘息，胸闷，劳则加剧，恶风寒，严重者咳喘不能平卧，心悸气短，小便量少，双下肢水肿，脘痞纳少，神疲乏力，大便稀溏，舌质偏淡、苔白或白腻，脉沉细而滑等，属于寒湿痰饮之咳喘。上症每因气候变化受凉感冒而诱发，以冬春季发病

率较高,体检听诊双肺呼吸音粗或双肺可闻及干、湿性啰音。血常规化验,常有白细胞总数升高或中性粒细胞增高。痰培养检查有痰菌,胸片检查示双肺纹理增强或肺部感染。用四逆二陈麻辛汤治疗,方由附片、炙麻黄、细辛、桂枝、陈皮、法半夏、茯苓、生姜、大枣和甘草组成。其中附片先用开水煎煮3h后,再放入其他药味同煎0.5h即可服用,每日1剂,温分3服,服中药期间停服一切西药。10天为1个疗程,视病情轻重服药1~2个疗程。痊愈:症状及体征完全消失,血常规恢复正常,痰培养未检出细菌,胸片示肺部炎症已吸收;显效:咳嗽等症状及体征基本消失,血常规基本正常,痰培养未检出细菌,胸片示肺部炎症已好转;有效:咳嗽等症状及体征好转,血常规化验白细胞总数及中性粒细胞有所下降,痰菌阴性,胸片示肺部炎症有所吸收好转;无效:治疗前后对比不论症状、体征及检查均无好转甚至恶化。结果:临床治愈12例,占总数的30%;显效18例,占45%;好转6例,占15%;无效4例,占10%,此为肺心病患者心衰及肺部感染严重,后加入抗感染及强心利尿等西药治疗,列为无效病例;总有效率为90%。

2. 霍桦以二陈汤结合穴位敷贴治疗痰湿咳嗽33例。64例患者,均为2000~2005年的门诊病例,均以痰湿咳嗽为主要临床表现。随机分成两组。治疗组33例,其中男15例,女18例,年龄8个月~78岁,病程1天~9个月。对照组31例,其中男14例,女17例,年龄18个月~75岁,病程1天~7个月。临床症状均为:咳声重浊,痰多,痰黄稠或色白带泡,进食甜品或油腻之品加重。两组患者一般资料大致相同,具有可比性。治疗组给予二陈汤基本方:法半夏15g,陈皮6g,茯苓30g,甘草6g,生姜2片,乌梅6g。每天1剂,水煎至150ml,饭后温服。加减:痰白带泡者加苍术10g、壁虎15g;痰黄稠者加瓜蒌仁15g、海蛤壳30g;痰色青者加僵蚕15g、地龙15g;气逆痰涌者加细辛3g、沉香3g、炙麻黄9g。另外用活络油将白芥子末调成糊状,敷贴在患者双侧定喘、肺俞、心俞等穴位上,时间约6h(若贴药部位有热感,则坚持敷贴2h即可),3天1次,只做2次。对照组口服二陈汤(组成:法半夏15g、陈皮6g、茯苓30g、甘草6g、生姜2片、乌梅6g),每天1剂,水煎至150ml饭后温服。加

减：同治疗组。治疗1周后，咳止痰清为治愈；治疗2周后，咳嗽稍减，但仍然痰多者，为有效；治疗1个月后，症状没有明显改善者，为无效。结果：33例，治愈24例，治愈率72.7%；好转8例，好转率24.2%；无效1例，无效率3%；总有效率97%。

【病案举例】

1. 李某，女，32岁。患者于半年前起出现咳嗽，痰黄稠，咽痛，曾经西医疗治症状有所好转，4天后因不慎外感风寒，咳嗽症状又再加重，经中西医反复治疗，症状时轻时重。于2004年5月20日到本院中医门诊求治，来诊时症见：咳嗽，痰白稠，咽痒，胸闷，纳呆，舌质淡、舌苔白厚，脉濡缓。辨证属痰湿咳嗽，治宜健脾燥湿，宣肺止咳。方用二陈汤加味，并结合穴位敷贴治疗。处方：法半夏15g，陈皮6g，茯苓30g，甘草6g，荆芥6g，炙麻黄9g。并用活络油将白芥子末调成糊状，敷贴在患者双侧定喘、肺俞、心俞等穴位上。服药3剂，贴穴1次后，咳嗽，痰量明显减少，继续服食上方3剂及敷贴上述穴位1次后，诸症皆消而痊愈。随访1年未见复发。

2. 李某，男，69岁，工人，1994年11月28日初诊，久咳10余年，秋冬为重，此次举发近月，夜间尤剧，痰多色白味咸。舌红、苔白滑，脉濡数。证属肺肾阴虚，湿痰内盛。拟方补肾健脾、化痰肃肺为治：当归6g，熟地黄12g，陈皮5g，半夏10g，茯苓10g，牛膝10g，炙甘草3g，生姜3片。7剂，每日1剂，水煎服。1994年12月2日复诊，药后咳嗽大减，原方续服7剂告愈。

按：肺主气，根于肾，久咳不愈，迁延及肾，肾虚水泛为痰。方中以二陈健脾燥湿，杜生痰之源；加当归、熟地黄滋补肾阴，化无形之痰；更以牛膝、茯苓导肾水、脾湿以下行。诸药相伍，扶土以生金，固下而清上，咳嗽告愈。

第二节 循环系统疾病

一、冠心病

冠状动脉粥样硬化性心脏病是指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄

或阻塞,导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病,它和冠状动脉功能改变一起,称为冠状动脉性心脏病,简称冠心病,亦称缺血性心脏病。患者以心前区疼痛为主,属中医“胸痹”、“心悸”等范畴,其主要病变在心和血脉,与脏腑功能失调、气血运行不利密切相关。

【临床应用】

吴镇林用自拟芪丹二陈汤治疗冠心病心绞痛 56 例。其中男 32 例,女 24 例;年龄 40~78 岁,平均 59.8 岁;病程为 3~30 年,平均 7.3 年。合并高血压者 12 例,糖尿病者 5 例,心律失常者 8 例,下肢静脉血栓者 1 例。均有胸闷、心前区疼痛、心悸等症状,心电图出现心肌缺血改变。治以益气化痰祛瘀,药用自拟芪丹二陈汤:黄芪、丹参各 30g,瓜蒌 20g,茯苓、桔梗、薤白各 15g,制半夏 12g,陈皮、三七各 10g,甘草 6g。每日 1 剂,水煎取汁 200ml,分 2 次内服。2 周为 1 个疗程。每 1 个疗程结束时描记心电图 1 次,疗程内记录临床症状变化情况(如心绞痛的部位、性质、持续时间、程度以及胸闷、心悸等症状)。经治 2 个疗程后评定疗效。显效(症状消失、心电图恢复正常)33 例;有效(症状明显减轻、心电图明显改善)20 例;无效(症状无好转或加重,心电图无改善)3 例。总有效率为 94.64%。

【病案举例】

1. 何某,男,62 岁。1997 年 3 月 4 日门诊初诊。主诉:7 年前出现劳累性心绞痛,现胸闷如窒而痛,或痛引肩背,胸痛伴有咳唾痰症,气促,痰多、色白稠厚,舌暗紫、苔白厚,脉弦滑。心电图:心肌缺血;心肌扫描:心肌供血不足;总胆固醇 7.18mmol/L,甘油三酯 2.12mmol/L。西医诊断:冠状动脉粥样硬化心脏病、心绞痛、高脂血症。西药已用长效异山梨酯(消心痛)胶囊、非诺贝特(力平脂),疼痛时含服硝酸甘油可暂缓解疼痛,但余症无多大改变。中医辨证属胸痹之痰浊壅盛兼瘀血内阻,治宜豁痰泄浊,活血化瘀。拟二陈四仁汤加味。处方:陈皮、甘草各 6g,法半夏、茯苓、瓜蒌仁、郁金、枳壳各 12g,杏仁、丹参各 15g,薏苡仁、冬瓜仁各 20g。水煎服,日 1 剂。服药 21 剂后,胸痛次数明显减少,胸痛程度减轻,其余诸症亦消除,舌淡红、苔薄白,脉弦缓。心电图:心肌缺血改善;

心肌扫描：心肌供血正常；总胆固醇 6.50mmol/L，甘油三酯：1.78mmol/L。此例以二陈理气祛痰，四仁宽胸豁痰，柔润养脉，加丹参、郁金、枳壳理气活血，加强理气化痰之效。

2. 刘某，男性，56岁，1981年6月来诊。患者诉胸闷月余，逐渐加重，劳累及过饱则气短，胸痛，咳吐痰涎，四肢不温，服速效救心丸可缓解。心电图提示为心肌供血不足，诊见苔白稍腻浊，脉滑。证属寒痰壅阻，治以通阳散寒，泄浊豁痰，开痹止痛。予二陈汤加瓜蒌、枳壳各10g，桂枝20g，附子10g，薤白15g，丹参15g，生姜10g。3剂后症状明显减轻，续服4剂后症状基本消失。嘱服六君子丸合冠心苏合香丸以巩固疗效。

3. 陈某，男，55岁，干部，1987年8月26日初诊。自述反复胸痛3年之久，经某县医院心电图检查，诊为冠心病。近日胸部心前区隐隐作痛，无晕倒，痛甚则卧床休息，伴有胸闷憋气，头晕，精神疲倦，胃纳一般，二便正常。形体肥胖，舌淡红、苔白湿润，脉弦滑。此为胸痹。证属痰湿内阻，心气不畅。处方：陈皮、川厚朴各9g，法半夏、茯苓、薤白、瓜蒌仁、桔梗、郁金各12g，丹参15g，甘草6g。2剂。兼用救心油（广州星群药厂）外擦人中穴。

28日复诊，痛大为减轻，余症好转。药已获效，于上方加党参13g，白术9g，3剂。

31日再诊，痛已消失，精神好转，食欲增加，原方去郁金、瓜蒌仁。再进20剂，随访1年无发作。

按：此例胸痹反复发作达3年之久，本为虚证，但症见胸闷憋气、舌苔白湿润、脉滑等，属于痰浊标实。急则治其标，缓则治其本。投以二陈汤加味，燥湿化痰，理气止痛。并以救心油外治，增强止痛效力，内外合治，相得益彰。

4. 饶某，男，70岁。1991年9月24日初诊。1985年开始胸闷、气短，继而病情逐渐加重，近2年常靠吸氧以缓解病情。1989年某医院诊断为冠心病。1990年下半年出现心脏早搏，每日频发，动则加重，心悸不宁，寐则易惊。素多白痰，稀稠相兼，晨起恶心，畏寒肢冷，口干不欲饮，纳呆乏力。诊见神疲懒言，形体消瘦，面色灰暗，两手不温，舌质暗、苔白厚腻，脉结代。心电图多次检查为频发

早搏（二联律）。脉症合参，为痰饮凌心之症。治以行气化痰、通阳蠲饮。方用二陈汤合苓桂术甘汤加味：法半夏、陈皮、枳壳、桂枝、白术、杏仁、郁金各 10g，茯苓、丹参、党参各 15g，炙甘草 6g。每日水煎服 1 剂。服药 15 剂，早搏明显好转，他症悉减。继进 60 余剂，早搏完全消失，所苦尽除。心电图复查未见异常。至今早搏未再复发。

二、高血压

高血压是以体循环动脉压增高为主要表现的临床综合征，是最常见的心血管疾病。可分为原发性和继发性两大类。主要病理改变为全身小动脉硬化，小动脉内膜下玻璃样变，管壁增厚变硬，管腔狭窄，结果导致诸多脏器供血不足。患者可表现为眩晕、头痛、心慌、乏力等症状。

【病案举例】

1. 谢某，男，46 岁，干部，2002 年 4 月 26 日初诊。诉 1 年前自感头晕，如坐舟车，周围环境转动，伴恶心、欲呕，素有健忘，精神不集中，俯首则眩，易急躁，劳累后头部自觉发热，血压随即上升 [180/200/110~120mmHg (24~27/14.6~16.0kPa)] 右肋下时有闷痛，胸脘痞闷，纳谷不振，睡眠欠佳，易惊多梦，大便时硬时溏，小便时赤，舌红、苔少、边微黄，脉弦数，经西医诊断为高血压，曾服降压药，上证反复不定。本病属肝气郁结、肝阳上亢，宜平肝清热、健脾化痰，用天麻白术二陈汤加钩藤 15g，丹参 15g，夏枯草 15g，石菖蒲 10g，白芍 15g，远志 10g。服药 7 剂后眩晕消失，继服上药加减 3 个疗程病已告愈，1 年后随访未再复发。

2. 刘某，男，55 岁，1994 年 7 月 7 日以头晕时痛反复发作 3 年，近 5 日加重就诊。既往高血压病史，服用降血压药，时轻时重，但能控制症状。此次由于心情不畅，郁怒伤肝而引发头晕加重，时头痛，头蒙心烦，全身乏力，不思饮食，胸膈胀闷，两肋不适，舌质稍红、苔薄白腻，脉弦滑数，血压 23.94/14.63kPa。此为郁怒伤肝，肝风内动，肝木克脾土，脾湿生痰，风痰上扰清空之眩晕，治以疏肝解郁、化痰息风。二陈汤加味治疗：半夏 10g、茯苓 10g、陈皮 10g、白

术 10g、天麻 10g、钩藤 12g、石决明 20g、怀牛膝 10g、菊花 10g、甘草 10g，3 剂，水煎服。复诊时症状稍好转而不明显，因配合西药降压治疗，所以血压稍降为 22.61/13.3kPa，因病程日久，即时难于取效，仍用原方 8 剂，水煎服后，症状有所改善，头晕头痛减轻，饮食增加，心情好转，血压 20.55/12.5kPa，用原方加胆南星 6g，4 剂，水煎服。以后随症加减，连服 10 余剂，症状明显好转，头晕、头痛消失，血压 18.62/11.97kPa，后改用牛黄降压丸维持治疗。

三、心脏术后

二尖瓣置换术、室间隔缺损修补术等心脏手术后，出现咳嗽、痰多，喘息、胸满闷窒，不能平卧，呕恶纳呆等属于痰饮病症者，多是由于术后肺、脾、肾功能失常而导致痰浊为患，临床应用二陈汤辨证加减治疗效果较好。

【病案举例】

1. 陈某，女，1997 年 10 月 7 日行二尖瓣置换术。主诉：术后咳嗽、痰多 1 周，痰白黏滞、咯吐不利，喘息、胸满闷窒，不能平卧，呕恶纳呆、口黏不渴，舌淡、苔白厚腻，脉滑。X 射线示：胸腔积液；彩色 B 超示：心包积液少量；血常规：白细胞计数 $16.3 \times 10^9/L$ 。西医诊断：二尖瓣置换术后，胸腔积液，心包积液。中医辨证属痰饮，喘证之痰浊阻肺，治宜豁痰降气、止咳平喘。拟二陈四仁汤加味。处方：陈皮、炙甘草各 6g，法半夏、茯苓、瓜蒌仁各 12g，杏仁、苍术、厚朴各 15g，薏苡仁、冬瓜仁各 20g，穿破石、铁包金各 30g。水煎服，日 1 剂。服药 14 剂后，时有咳嗽，痰少，偶气喘可平卧，其余诸症消失。本例二陈四仁加苍术、厚朴以加强温燥祛湿化饮豁痰之力，再加穿破石、铁包金攻坚破气散结，促使积液的吸收消散，从而起到止咳平喘化痰之功。因本例始于风湿故再加治疗风心病的基本方清热宣痹方合二陈四仁汤加减，处方：陈皮、甘草各 6g，细辛 9g，桔梗、茯苓、法半夏各 12g，桑白皮、北杏仁各 15g，白茅根 20g，海风藤、忍冬藤、沙参各 30g。服药 7 剂，诸症消除，舌淡红、苔薄白，脉和缓。X 线示：胸积液吸收；彩色 B 超示：心包积液吸收；血常规：白细胞计数 $7 \times 10^9/L$ 。于 11 月 5 日出院。

2. 黄某,男,12岁。1997年9月9日行室间隔缺损修补术。主诉:术后咳嗽、痰多、低热20余天。咳声重浊,痰多,因痰而嗽,痰出咳平、痰黏腻色黄,面部浮肿,胸闷,食少,体倦,便溏,尿少,舌红、苔黄腻,脉滑。X线:胸腔积液;彩色B超:胸腔积液;双肺底部听诊湿性啰音;血常规:白细胞计数 $12 \times 10^9/L$ 。西医诊断:先天性心脏病室间隔缺损修补术后,双下肺炎,胸腔积液。术后抗生素静脉滴注治疗低热不退,胸腔积液吸收慢。中医辨证属痰饮证之痰热壅盛,治宜清热化痰止咳,利水化饮,拟二陈四仁汤加味。处方:陈皮、炙甘草各6g,法半夏、瓜蒌仁、黄芩各9g,茯苓、杏仁、猪苓、泽泻各10g,薏苡仁、冬瓜仁、鱼腥草各15g。服药21剂后,诸症消除,舌淡红、苔薄白,脉和缓。X线示:胸积液吸收;彩色B超示:胸腔积液吸收;双肺听诊清晰;血常规:白细胞计数 $8 \times 10^9/L$ 。于10月23日出院。本例以二陈四仁燥湿化痰,柔润滑利祛痰,黄芩清泄肺热,鱼腥草、冬瓜仁配对清热化痰消炎,猪苓、泽泻合茯苓利水祛饮,诸药相配,标本同治,收效显著。

四、眩晕

临床上以头晕、眼花为主症的一类病症称为眩晕。眩,即眼花;晕,是头晕,两者常同时并见,故统称为“眩晕”。其轻者闭目可止,重者如坐车船,旋转不定,或伴有恶心、呕吐、汗出、面色苍白等症状,严重者可突然扑倒。

对其发生原因及其治疗,历代医籍论述颇多,《丹溪心法·头眩》则主于痰,认为“无痰不作眩”,提出治痰为先的方法。临床上因痰浊引起的病人多见眩晕,动则加剧,神疲懒言,心悸失眠,头重如蒙,胸闷恶心,饮食减少,舌质淡、苔薄白或白腻,脉沉细或滑等。现代西医认为,眩晕与内耳性眩晕、动脉硬化、高血压、贫血、神经衰弱等以及某些脑部疾患有关。

【临床应用】

1. 王惠等用二陈汤加味治疗痰浊内阻型眩晕56例。56例病人男性40例,女性16例;年龄在32~84岁之间,平均年龄为54.83岁;高血压病15例,经颅CT或MRI证实为脑干梗死者14例,枕叶梗死

者12例,经心电图证实快速心房纤颤者9例,经颈椎片证实颈椎病者6例。56例均主诉头晕就诊,伴见视物不清,或旋转,胸闷心慌,头重如裹等,不能正常工作,舌质暗淡、舌苔白腻或薄黄腻,脉象弦滑或结代。治以二陈汤(半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、生姜、乌梅)加味,水煎取汁200ml温服,每日2次。方剂组成:半夏12g,陈皮12g,茯苓15g,炙甘草6g,生姜9g,乌梅3g,天竺黄10g,芦荟3g,丹参9g。临床痊愈:用药3周,主证、兼证消失,且无反复,辅助检查无异常;临床显效:用药3周,主证消失,且无反复,兼证部分消失,辅助检查有改善;临床有效:用药3周,主证、兼证均部分消失,辅助检查无显著变化;临床无效:用药3周,主证、兼证无改变,辅助检查无改变。56例中,痊愈5例,显效33例,有效12例,无效6例。

2. 刘洁英用桂枝龙骨牡蛎二陈汤治疗眩晕患者120例。治疗法则:平肝、和营、化痰、镇惊息风。基本方药:桂枝、半夏各12g,白芍20g,甘草6g,大枣、茯苓、牛膝、钩藤各15g,龙骨(先煎)、牡蛎(先煎)、生姜各30g,陈皮9g,何首乌18g,天麻10g(或蒺藜12g)。血虚者加当归、鸡血藤;兼热者加葛根、菊花、麦冬;抽搐者加地龙、僵蚕;高血压者加杜仲、石决明、菊花。

3. 张继元用四物二陈汤治疗眩晕32例病人。其中男21例,女11例;30岁以下4例,30~50岁22例,50岁以上6例;病程最长者12年,最短者1个月。全部病例均有眩晕、动则加剧,神疲懒言,心悸失眠,头重如蒙,胸闷恶心,饮食减少,舌质淡、苔薄白或白腻,脉沉细或滑。四物二陈汤方:当归15g,川芎10g,熟地黄12g,白芍15g,半夏10g,陈皮12g,茯苓10g,甘草6g,加石菖蒲10g,炒枣仁15g,五味子10g。水煎服日1剂。结果:痊愈29例(占87%),临床症状全部消失,随访1年无复发;好转3例(占9%),临床症状明显减轻,随访1年内复发。总有效率96%。

4. 郭秀妹用天麻白术二陈汤治疗眩晕65例。其中男性18例,女性47例;年龄最大者63岁,最小者21岁;发病时间最短半个月,最长5年。治以天麻白术二陈汤,组方:天麻15g,白术10g,半夏9g,陈皮9g,茯苓15g,炙甘草3g,鸡冠花10g,生姜6g,红枣5

枚。加减：分5个证型：①肝阳上亢型：症见眩晕耳鸣，头痛且胀，每因恼怒或烦劳后加重，伴两颊潮红，急躁易怒，少寐多梦，口苦，舌质红、苔薄黄，脉弦数。天麻白术二陈汤加钩藤 15g，石决明 15g，怀牛膝 10g，杜仲 15g。②痰湿中阻型：症见眩晕、头重，胸脘痞闷，泛泛欲呕，纳差嗜睡，舌苔白腻，脉濡滑。天麻白术二陈汤加柴胡 10g，石菖蒲 10g，竹茹 10g，黄芪 15g，砂仁 5g。③肾虚型：眩晕，神疲健忘，腰膝酸软，遗精耳鸣（或白带多），失眠多梦。偏于阳虚者，四肢不温，舌质淡，脉沉细，天麻白术二陈汤加肉桂 5g、附片 6g、杜仲 10g；偏于阴虚者，五心烦热，舌质红，脉弦细，加知母 10g、黄柏 10g；肾阴阳两虚者，加枸杞子 15g、桑寄生 15g、菟丝子 15g。④气血亏虚型：眩晕、动则加剧，面色苍白，唇甲不华，心悸失眠，神疲懒言，饮食减少，舌质淡，脉细弱，上方加黄芪 15g，党参 15g，当归 15g。⑤血瘀气滞型：眩晕，有头部外伤史，脑血管病，中风后遗症，上方加当归 10g，红花 10g，川芎 15g，石菖蒲 15g，丹参 10g。用法：将上药洗净用冷水浸泡 1h，浸透后煎煮。煎时以水淹没全药为度，用微火煎煮 2 次，首煎开后 30min，二煎开后 20min，煎成后 2 次混合量为 350~500ml 为宜。一般分 2 次温服，饭后 1.5h 服，连服 7 天为 1 个疗程，一般 2~6 个疗程。治愈：症状、体征及有关实验室检查基本正常；好转：症状及体征减轻，实验室检查有改善；未愈：症状无改变。治疗结果：65 例中，痊愈 54 例，治愈率为 83.08%，好转 3 例占 4.62%，未愈 8 例占 12.31%。

【病案举例】

1. 梁某，男，50 岁，工人。某日晨起突发眩晕，卧床不起，呕吐食物残渣，动则更甚，面色白，肢冷，汗出，耳鸣，神志尚清，舌苔白腻，脉滑数，查血压 15.7/12.0kPa，脉搏 52 次/min。诊断：眩晕，痰浊内阻型。西医诊断：耳源性眩晕。治宜平肝息风，镇惊化痰。处方：桂枝 12g，白芍 20g，甘草 6g，大枣、法半夏、茯苓、牛膝各 15g，天麻 10g，陈皮 9g，牡蛎（先煎）、生姜（自加）各 30g。

二诊：眩晕呕吐减，仍觉脑部空虚，面色白，舌质淡白，脉细弦，查血压 17.3/10.9kPa。守前方加何首乌 30g，党参 18g，6 剂后，眩晕止而愈。

2. 王某,男,15岁。1989年10月24日初诊。自诉患眩晕已6年余,间断性发作,近日病情加重,眩晕、动则更甚,不能站立,神疲懒言,胸闷恶心,头重如蒙。饮食减少,心悸失眠,大、小便正常,舌质淡、苔薄白微腻,脉沉细。即予四物二陈汤加味治之。处方:当归15g,川芎10g,白芍15g,熟地黄12g,半夏10g,陈皮12g,茯苓10g,甘草6g,石菖蒲10g,炒枣仁15g,五味子10g,3剂水煎服。10月27日复诊,自诉头晕消失,诸症减轻,守原方继服6剂而痊愈,随访1年未复发。

3. 李某,男,50岁,1997年3月28日初诊。患者诉间断发作眩晕10余年,曾应用中西药物治疗,但每年仍发作2~3次,近2日因劳累后再次复发而来诊。现症头晕、两目昏花,视物模糊,喜静恶动,动则欲旋,伴恶心、呕吐痰涎,耳鸣重听,身倦乏力,舌胖、边有齿痕、苔黄腻,脉弦滑。治拟清热化痰、宣通清阳,药用陈皮10g、半夏9g、茯苓15g、泽泻12g、竹茹15g、黄连10g、天麻12g、菊花15g、白蒺藜12g、代赭石15g、石菖蒲15g、甘草6g。服4剂后诸症悉减,舌苔渐化。效不更方,守方继服20余剂而愈,随访至今未复发。

第三节 消化系统疾病

一、慢性肝炎

肝脏发生炎症及肝细胞坏死持续6个月以上称为慢性肝炎,包括慢性迁延性肝炎和慢性活动性肝炎两类。其病因主要为乙型肝炎病毒,两者均可由急性肝炎演变而来。临床可见肝肿大或血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)增高、肝功能异常,常见症状为乏力、全身不适、食欲减退、腹胀等。其属中医“黄疸”、“湿阻”、“胁痛”、“虚证”、“癥积”等范畴,病因病机多由湿热之邪缠绵,日久正气损伤,由实致虚,形成肝郁脾虚,肝肾不足,脉络瘀阻等虚实夹杂的病理表现。二陈汤能清热利湿,疏肝健脾,补益肝肾,活血化痰,故疗效满意。

【临床应用】

1. 王嘉会用二陈汤加味治疗慢性肝炎氨基转移酶长期升高 30 例。其中住院病人 5 例，门诊病人 25 例；男 24 例，女 6 例；年龄 21~36 岁；病程 1~4 年。全部病例符合 1990 年上海肝炎会议制定“病毒性肝炎防治方案”中的诊断标准。临床表现：乏力身困 20 例，纳差 21 例，腹胀 10 例，厌油腻 18 例，眼眶晦暗 5 例，肝右肋下 1~2cm 17 例，脾在左肋下 1cm 3 例，舌苔白腻 21 例，病毒血清学 ALT 均在 150~320U/L，皆持续半年以上。全部病人的血清胆红素均接近正常。乙肝病毒血清标志物阳性 28 例，抗 HCV 阳性 1 例，甲、乙、丙肝病毒血清标志物均为阳性 1 例。给予二陈汤加味治疗。药用法半夏、陈皮、茯苓、甘草、白花蛇舌草、半枝莲、金银花、黄芩、黄芪、仙灵脾，每日 1 剂。胁痛加郁金、元胡；口渴加白茅根；腹胀加川厚朴；纳差加建曲。总疗程 3 个月，每月复查肝功能和乙肝病毒血清标志物。显效：症状、体征消失，肝功能正常；有效：症状、体征好转，ALT 下降 50% 或降至 <100U/L；无效：症状、体征无明显好转，ALT >100U/L 或下降未达 50%。结果显效 24 例，有效 5 例，无效 1 例；25 例 HBsAg 阳性患者中 1 例转阴，20 例 HBeAg 阳性患者中 8 例转阴。

2. 夏红梅用加减甘露消毒丹合二陈汤治疗慢性乙型肝炎 39 例。80 例患者随机分为治疗组和对照组两组。其中治疗组 39 例，男 33 例，女 6 例，年龄最小 23 岁，最大 45 岁，平均病程 31 天；对照组 41 例，男 35 例，女 6 例，年龄最小 21 岁，最大 44 岁，平均病程 33 天。治疗组用加减甘露消毒丹合二陈汤，茵陈 30g、黄芩 12g、水飞滑石 30g（包煎）、射干 10g、藿香 10g、陈皮 10g、石菖蒲 10g、薄荷 8g（后下）、白豆蔻 10g、川贝母 10g、木通 10g、半夏 10g、柴胡 10g、丹参 15g、赤芍 30g、茯苓 10g、甘草 3g，每日 1 剂，水煎服，疗程 60 天。对照组采用促肝细胞生长素、甘利欣注射液、茵栀黄注射液以及新鲜血浆等综合治疗，疗程 60 天。显效：临床症状消失，生化指标基本恢复正常；有效：临床症状明显好转，生化指标改善，但未恢复正常；无效：临床症状加重，生化指标未改善，且呈上升趋势。结果：治疗组 39 例，显效 12 例，有效 23 例，无效 4 例，总有

效率 89.74%；对照组 41 例，显效 15 例，有效 19 例，无效 7 例，总有效率 82.93%。治疗组优于对照组，有显著意义 ($P < 0.05$)。

二、脂肪肝

脂肪肝是指由于各种原因引起的肝细胞内脂肪堆积过多的病变，最常见者为肥胖、糖尿病、酒精中毒，最严重者为急性妊娠脂肪肝及 Reye 综合征。是仅次于病毒性肝炎的第二大肝病，已被公认为隐性肝硬化的常见原因。脂肪肝是一种常见的临床现象，而非一种独立的疾病。由于其病因不同及轻重程度不一，故临床表现差异很大。一般而言，脂肪肝属可逆性疾病，早期诊断并及时治疗常可恢复正常。正常人的肝内总脂量，约占肝重的 5%，内含磷脂、甘油三酯、脂酸、胆固醇及胆固醇酯。而患脂肪肝者，总脂量可达 40% ~ 50%，主要是甘油三酯及脂酸，而磷脂、胆固醇及胆固醇酯只少量增加。

【临床应用】

1. 陈利群运用二陈汤合逍遥散治疗脾湿肝郁型脂肪肝 43 例。65 例患者随机分为治疗组和对照组两组。治疗组 43 例，其中男 24 例，女 19 例，年龄 27 ~ 54 岁，平均 (41.70 ± 6.95) 岁。对照组 22 例，其中男 13 例，女 9 例，年龄 29 ~ 57 岁，平均 (43.54 ± 5.87) 岁。两组病例性别、年龄等一般资料经统计学处理均无显著性差异 ($P > 0.05$)，具有可比性。治疗组予二陈汤合逍遥散。药物组成：制半夏 9g，陈皮 9g，茯苓等 12g，炙甘草 6g，柴胡 10g，当归 10g，白芍 10g，白术 12g，薄荷 3g。水煎，每次 120ml，每日 2 次温服。对照组给予非诺贝特胶囊 0.2g，每日 1 次口服；维生素 C 0.1g，每日 2 次口服；维康福片 1 片，每日 1 次口服。疗程及其他治疗期间禁酒，低糖、低脂肪饮食，食用高蛋白、富含维生素食物，适量控制饮食。两组均 2 个月为 1 个疗程，1 个疗程后统计疗效。临床治愈：临床症状消失，肝功能恢复正常，B 超或 CT 检查显示脂肪肝的特征性改变消失；显效：临床症状基本消失，肝功能明显恢复，ALT、AST（天门冬氨酸氨基转移酶）正常，B 超或 CT 检查显示脂肪肝的特征性改变明显减轻；有效：临床症状改善，肝功能恢复，ALT、AST 下降 50% 以上，B 超或 CT 检查显示脂肪肝的特征性改变有所减轻；无效：临

床症状无缓解或加重,肝功能未恢复或加重,B超或CT检查显示脂肪肝的特征性改变无变化或加重。结果:治疗组43例,临床治愈2例,显效9例,有效27例,无效5例,总有效率88.37%;对照组22例,临床治愈0例,显效2例,有效7例,无效13例,总有效率40.91%。治疗组总体疗效优于对照组,具有显著性意义($P < 0.05$)。

2. 夏宝林用二陈汤加味治疗脂肪肝28例。男18例,女10例;年龄28~65岁,平均48岁;病程1~7年,平均5年。全部病例均有不同程度高脂血症,有高血压病史12例,糖尿病5例,肥胖18例,无症状者8例。全部病例均经B超及血脂分析检查确诊。其中重度脂肪肝6例,中度脂肪肝15例,轻度脂肪肝7例。给予二陈汤加味:半夏、丹参、茯苓、柴胡、白术、白芍各15g,山楂、乌梅、泽泻各18g,陈皮、甘草各8g。每日1剂,水煎3次取汁500ml,分3次温服,60天为1个疗程。治疗期间停用其他护肝、降脂药物。嘱进低脂、低糖、高蛋白饮食,限酒,加强体育锻炼,控制体重。28例患者经过1个疗程治疗后临床治愈9例,主要症状消失,肝功能、血脂、B超检查恢复正常;好转16例,主要症状明显减轻,肝功能、血脂、B超检查较前显著改善;无效3例,主要症状,肝功能、血脂、B超检查无变化或加重。

3. 方义顺运用六磨汤合二陈汤加减治疗脂肪肝58例。将全部病例随机分为六磨汤合二陈汤加减治疗组(简称治疗组)和非诺贝特加肝太乐对照组(简称对照组)。治疗组58例,男36例,女22例;年龄36~71岁,平均53.5岁;病程2~12年。对照组54例,男33例,女21例;年龄38~72岁,平均55岁;病程2~10年。两组平均年龄、男女性别比较无显著差异($P > 0.05$)。诊断标准:所有病例均间歇或持续出现肝区疼痛,呈胀痛或钝痛,食欲减退,疲乏,肥胖。肝功能指标:IBL(间接胆红素)、ALT、AST、ALP(碱性磷酸酶)、 γ -GT(γ -谷氨酰转氨酶)等2项及以上异常;血脂:总胆固醇或甘油三酯,单项或2项同时升高。B超显示:肝回声增粗、密集、增强等,表现为“光亮肝”。治疗组方用六磨汤合二陈汤加减:茯苓15g,槟榔12g,木香、乌药、枳壳、陈皮各10g,法半夏8g,

大黄、炙甘草各 6g，沉香 3g。日 1 剂，水煎，分 2 次服。对照组：非诺贝特胶囊 0.2g，每日 1 次；葡醛内酯（肝太乐）0.2g，每日 3 次。两组服药时间均为 4 周。显效：肝功能各项指标正常，血脂指标改善 1 项以上，B 超显示肝脏波型改善，体重下降 5kg 以上，临床症状基本消失；有效：肝功能及血脂指标好转 2 项以上，B 超显示肝脏波型改善，体重下降 3kg 以上，临床症状明显减轻或消失；无效：低于上述指标值为无效。结果：治疗组 58 例，显效 11 例，有效 44 例，无效 3 例，有效率 94.8%；对照组 54 例，显效 2 例，有效 16 例，无效 36 例，有效率 33.3%。两组有效率经统计学检验，有显著差异（ $P < 0.01$ ）。

三、黄疸

黄疸是血中胆红素增高引起的皮肤及巩膜黄染。见于多种疾病，最多见于肝炎。胆结石和胰腺癌也可引起黄疸。以目黄、身黄、小便黄为主症。分阳黄、阴黄与急黄三类。黄疸为临床常见病之一。病因主要系外感时邪，饮食不节，脾胃虚寒或内伤不足，但其关键为湿所患，病变脏腑在肝胆，但多涉及脾胃，导致胆汁不循常道而发病。一般阳黄热盛者，其黄易退；湿盛者，病情易迁延。阴黄则病情尤为缠绵。临证时，还需根据症情表里虚实之不同，湿与热邪之消长，阳黄阴黄之转化而相应处理。

【临床应用】

刘健用二陈汤加减治疗残余黄疸 16 例。16 例中，男 9 例，女 7 例；年龄最小 11 岁，最大 46 岁，平均年龄 28.5 岁；病史最长 15 个月，最短 3 个月。基本方：陈皮 10g，半夏 12g，茯苓 15g，甘草 6g，赤芍 15~60g，桃仁 10~30g，红花 10~30g，丹参 30g。阳黄者加茵陈 15~30g，金钱草 10~30g；阴黄者加吴茱萸 3~9g，生姜 3~6g；肢冷畏寒者加附子 3~9g，干姜 3~9g；小便不利者加车前子 10~30g，生薏苡仁 10~30g。每日 1 剂，水煎 2 次取汁 400ml，早、晚各服 1 次。16 例在治疗 3~20 天后血清总胆红素均降至 $17.1\mu\text{mol/L}$ 以下。

四、胆囊炎

胆囊炎系感染、胆汁刺激、胰液向胆道反流,以及胆红素和类脂质代谢失调等所引起的胆囊炎性疾病。胆囊炎又可分为急性胆囊炎和慢性胆囊炎。急性胆囊炎的典型表现为急性发作的右上腹持续或阵发性绞痛,可向右肩放射,胆囊区压痛或反跳痛,肌紧张,发热,恶心呕吐,或有黄疸及血白细胞增高;而慢性胆囊炎表现为反复发作且轻重不一的腹胀,右上腹及上腹不适或疼痛,常放射至右肩背,伴嗝气泛酸等消化不良症状,进油腻食物症状加剧。

【临床应用】

古献民等用自拟二陈煎治疗慢性胆囊炎 50 例。并与用消炎利胆片治疗的 42 例作对照。其治疗组 50 例中,男 15 例,女 35 例;年龄 35~78 岁,平均 43.7 岁;病程 10 个月~38 年,平均 16 年;伴有胆囊结石病史 28 例,胃痛病史 15 例。对照组 42 例中,男 12 例,女 30 例;年龄 32~75 岁,平均 40.9 岁;病程 8 个月~40 年,平均 15 年;伴有胆囊结石病史 5 例,胃病史 5 例。两组一般资料比较 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗组治以茵陈 100g、陈皮 15g,将药物洗净,加水 1500ml,文火慢煎 2h,煎取约 500ml,每日 1 剂,分 3 次口服。对照组以消炎利胆片治疗,药物组成为穿心莲、苦木、溪黄草等,每日 3 次,每次 6 片口服。观察期间除典型症状对症处理外,停用其他治疗慢性胆囊炎的中西药物。10 天为 1 个疗程。临床治愈:症状和体征完全消失,化验检查各项有关指标恢复正常,B 超检查正常或明显改善;有效:症状基本消失或减轻,B 超可见胆囊收缩功能有所恢复;无效:症状和体征无明显改善。结果:治疗组 50 例中,临床治愈 17 例 (34%),有效 31 例 (62%),无效 2 例 (4%),总有效率 96%;对照组 42 例中,临床治愈 6 例 (14.3%),有效 29 例 (69.0%),无效 7 例 (16.7%),总有效率 83.3%。两组比较,有显著性差异 ($P < 0.05$)。

【病案举例】

梁某,女,45 岁。2001 年 9 月 10 日初诊。患者原有胃痛史,发病前 2 天参加宴会后始觉上腹部胀满不适,认为胃痛发作,自服胃痛

药不效，当晚症状加重，上腹部持续性疼痛阵发性加剧，伴发热、呕吐2次，吐出胃内容物，服止痛药和藿香正气水症状仍未缓解。第二天上午自行前来就诊。见患者神疲，痛苦面容，体温38℃，脉搏90次/min，皮肤、目睛无黄染，腹平软，稍胀，右上腹部胆囊区压痛(++)，向同侧肩背放射，口干口苦，小便赤，大便不爽，舌红、苔薄黄稍腻，脉弦数。化验检查：白细胞计数 $10.1 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞67%，淋巴细胞45%。B超检查显示胆囊大小正常，胆囊内见2粒小结石，胆囊壁增厚毛糙不光滑，胆囊收缩稍差。诊断为慢性胆囊炎（湿热内蕴、气机阻滞）。治则：利胆清热兼理气。处方：茵陈100g，陈皮15g。每天1剂，水煎服。9月16日复诊发热已退，无呕吐，右上腹部胆囊区仍隐痛不舒，口微苦，两便调，胃纳尚可。守原方再服5剂，药后症状消失，血象恢复正常，B超图像显示胆囊收缩功能恢复，胆囊壁稍增厚光滑。临床治愈。随访至2002年5月无复发，曾有2次自觉不适，自取原方服用3剂即舒。

按：二陈煎具有利胆清热理气之功，方中重用茵陈利胆清热，陈皮利胆、理气和胃。现代药理研究证明，茵陈利胆功效卓著，其所含的挥发油茵陈二炔酮和6,7-二甲氧基香豆素、咖啡酸、绿原酸等10种成分均有利胆作用。其利胆能使奥狄括约肌松弛，胆囊收缩，促进胆汁排泄，同时还有护肝、利尿、抗病原体作用。陈皮中所含甲基陈皮苷能迅速利胆，促进胆汁分泌。两药相须为用，所以在临床使用二陈煎治疗慢性胆囊炎疗效确切。选取茵陈味苦、性寒凉，归脾胃、胆经，为利胆退黄专药；陈皮辛苦温，归脾胃、肺经，理气和胃，燥湿降逆。两药合用能降能泄，能清能利，有辛开苦降之义。重用茵陈似有苦寒太过之嫌，其用量超过24g时有可能出现不良反应。但佐以陈皮之辛温，又采取文火久煎制其寒凉之性，有“去性存用”之义，且符合胆气喜温和而生发之性，故临床使用未见不良反应。

五、胃炎

胃炎是任何病因引起的胃黏膜炎症。据临床发病的缓急，一般可分为急性和慢性两大类。多数患者表现为胃部的胀满、疼痛，并可见噯气、胃纳差、饭后疼痛加重、恶心、嘈杂不适等症状，本病分属于

中医的“痞”、“痞胀”、“胃脘痛”等多种病症范畴。

【临床应用】

1. 刘国栋应用柴胡疏肝散合二陈汤对慢性胆汁反流性胃炎治疗120例。其中男性62例，女性58例；年龄25~40岁者78例，41~55岁者38例，55岁者4例；病程6个月~1年者37例，1~3年者80例，3年者3例。临床症状均有腹部胀满、疼痛，嗝气，背胁胀痛，口苦，纳差等；纤维胃镜检查可见胃或十二指肠球部黏膜有明显充血水肿，并有不同程度的胆汁反流。消化系统占位性病变及胃、十二指肠球部溃疡的患者已被排除。全部患者均采用柴胡疏肝散合二陈汤治疗：柴胡、香附、枳壳、法半夏、茯苓、陈皮、赤芍、川芎各15g，甘草6g。每日1剂水煎，分2次服，60天为1个疗程。显效：患者自觉症状消失，胃镜复查胃黏膜炎症消失，无胆汁反流；有效：自觉症状基本消失或明显好转，胃黏膜炎症明显好转，无胆汁反流；无效：达不到上述标准。120例经治疗，显效85例，有效24例，无效11例，总有效率90.8%。

2. 李治方等采用柴平二陈汤加减治疗慢性胃炎72例。72例患者治疗前后均经胃镜检查明确诊断后经胃镜复查证实，其诊断标准均按1987年人民军医出版社出版的《临床疾病诊断依据治愈好转标准》慢性胃炎的部位主要以胃镜检查确诊为准。同时经有关检查排出其他疾病。72例中男48例，女24例；年龄最小者18岁，最大者60岁，平均年龄为36.5岁。病程、治疗组发病最短者1年以上，最长者达20余年。临床主要表现：以上腹痛为主要症状，疼痛性质有胀痛、隐痛、烧灼痛、刀割样或针刺样痛。其次，为腹胀、嗝气、泛酸、食欲减退、恶心呕吐、大便改变。舌质多数偏红或尖红，部分色紫暗，边有瘀点或齿印，舌苔大部分为白腻或薄黄腻，少部分为薄苔。脉多弦数、弦细、沉细、濡滑等。诊断：72例患者均为慢性胃炎诊断之列。其中辨属肝气犯胃、痰湿中阻者54例，占75%；属肝强脾弱者18例，占25%。采用柴平二陈汤化裁加行气化痰、快胃止痛之品拟定一基础方。药用：炒柴胡10g、炒黄芩6g、党参15g、元胡15g、苍术15g、厚朴6g、陈皮6g、法半夏15g、茯苓15g、木香5g、草豆蔻10g、甘草5g、生姜2片。恶心呕吐，加旋覆花10g（布

包煎),代赭石 30g;心下痞满胀甚者,去甘草加瓜蒌 10g,黄连 6g,枳实 6g;腹胀加大腹皮 10g;呃逆者加公丁香 6g、柿蒂 30g;泛酸者加海螵蛸 20g,川贝母 10g,煅瓦楞 20g;口苦者加黄连 6g,吴茱萸 4g;胃脘痛甚者加甘松 10g,石菖蒲 6g;胃酸少者加乌梅 5g,炒木瓜 10g;便秘者加枳实 6g,火麻仁 15~20g,郁李仁 15~20g;湿重者,加藿梗;湿热并重者,再加佩兰 10g;胃脘灼痛者,加枳实 6g,竹茹 10g,石斛 10~15g,蒲公英 24g;脾胃气虚者加党参至 30~50g,黄芪 30~50g;阴虚者去苍术、厚朴、法半夏、陈皮,加沙参 15g,川石斛 12g;食滞纳差者加炒神曲 15g,炒鸡内金 10g,炒麦芽 15g,炒谷芽 15g,哺乳期妇女忌麦芽;便溏者加焦白术 15g,炮姜 6g;大便有黏液者,加黄连 6g,白头翁 15g;胃寒重者去黄芩,加吴茱萸 6g,肉桂 6g,公丁香 6g;失眠、多梦者,加枳实 6g,竹茹 10g,珍珠母 30g;胃出血者,加三七粉 15g,海螵蛸 30g,浙贝母 10g;胸胁闷者,加佛手 10g;寒热错杂者,加黄连 6g,干姜 6g。治愈:连续治疗 3 个月,症状消失,食欲正常,胃酸分泌正常,胃镜所见及黏膜组织学改变基本消失或减轻;显效:胃酸分泌接近正常,胃镜所见及黏膜组织学改变稍有好转;无效:临床症状,胃液分析及其他检查均无改变。72 例中,痊愈 48 例,占 66.71%;显效 18 例,占 25%;好转 4 例,占 5.56%;无效 2 例,占 2.8%;总有效率 97.22%。

3. 于玲等用二陈汤合平胃散加减治疗湿热型胃脘痛 36 例。其中男 27 例,女 9 例;年龄最大 72 岁,最小 21 岁,平均 34 岁;病程最长 30 年,最短 2 个月,平均 7 年。做胃镜检查 17 例,钡餐检查 16 例。检查结果:浅表性胃炎 14 例,胃窦炎 12 例,胃小弯溃疡 7 例,另 3 例未做任何检查。36 例患者均表现为胃脘灼热、疼痛,舌红、苔黄腻。21 例口干、口苦,19 例泛酸,13 例大便干,5 例大便黏腻不爽。给予处方:黄芩、栀子、陈皮、半夏、茯苓、甘草、苍术、厚朴、木香、枳壳、砂仁、神曲、鸡内金、炒谷芽、炒麦芽。嗝气者加柴胡、青皮,烦躁者加柴胡、白芍,影响睡眠者加柴胡、炒酸枣仁。每日 1 剂水煎服。治疗期间停用一切制酸药物,7 天为 1 个疗程,最长服 3 个疗程。胃脘灼热疼痛、泛酸消除为痊愈;胃脘疼痛、泛酸消除,仍时有灼热为有效;服药 3 个疗程症状无明显改变为无效。治疗

1个疗程后,痊愈6例,有效18例;2个疗程后,痊愈13例,有效11例;3个疗程结束,36例患者中痊愈24例,有效10例,无效2例。3个疗程后治愈率66%,总有效率94%。

4. 杨印坤用加味二陈汤治疗慢性萎缩性胃炎120例。其中男性100例,女性20例;年龄30岁以下18例,31~40岁34例,41~50岁42例,51岁以上26例;病程最短3个月,最长20年。本组120例均经胃镜检查及胃黏膜活检确诊,病变局限于胃窦部者118例、胃窦胃体同时受累者2例;内镜下除胃黏膜呈慢性炎性改变外,尚见合并胆汁反流性胃炎者20例,胃黏膜脱垂3例,食道裂孔疝15例。病理诊断:慢性萎缩性胃炎轻度者70例,中度者46例,伴肠上皮化生者30例(其中大肠型4例)。治疗以加味二陈汤为基本方:半夏、乌药、茯苓各12g,炙甘草、陈皮各6g,沉香3g,百合30g,生姜3片。合并胃出血者加白及粉3g,每日4次冲服,或加制大黄、血余炭、藕节炭、地榆炭等清热凉血止血之品;合并胃下垂者加黄芪、升麻、扁豆等补中益气之品;气滞血瘀选加乳香、没药、川芎、莪术、三棱等活血化瘀之品;幽门螺杆菌感染者加蒲公英、黄连等。每日1剂,水煎分2次服,20剂为1个疗程。慢性萎缩性胃炎轻度者每例不少于2个疗程;中、重度者每例不少于3个疗程。本组120例中,显效(自觉症状消失或基本消失,胃镜检查黏膜呈鲜红色,或红白相间以红为主,结节形成消失或基本消失,病理组织检查见萎缩消失,胃黏膜增厚,黏膜肌层变薄,肠上皮化生消失)98例,占81.79%;好转(症状基本消失或减轻,胃镜检查明显好转,病理组织检查见萎缩病变由重度、中度降为轻度,或肠上皮化生消失者)14例,占11.7%;无效(自觉症状及内镜、病理检查无明显变化)8例,占6.6%。总有效率为93.3%。伴肠上皮化生者30例,经治疗后病变消失20例(66.7%),好转8例(26.7%),无效2例(6.6%)。

5. 谢素芝采用平胃二陈汤加减治疗胃痛46例。其中男22例,女24例;年龄20~76岁,平均48岁。临床表现:胃脘隐隐作痛,缠绵不断,食后脘腹胀满,嗝气吞酸,肢体沉重,怠惰嗜卧,大便自利或干,舌苔白腻,脉弱或弦细或缓。西医诊断为慢性胃炎35例,胃十二指肠溃疡11例。治疗予平胃二陈汤加减治疗。基本方:苍术

12g, 川厚朴、陈皮、半夏、砂仁各 10g, 木香 9g, 枳壳 12g, 茯苓 15g, 炙甘草 5g, 生姜 4 片。胃痛较甚者加白芍 12g、制五灵脂 5g; 饥饿时痛重或伴随暖气吞酸者加海螵蛸、煅瓦楞子各 15g; 呕吐者加竹茹 10g、吴茱萸 6g; 便黑者加仙鹤草 15g; 偏寒者加干姜 8g、熟附子 10g; 偏热者加黄芩 6~10g、黄连 6~10g; 食滞者加焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 10g; 便干者加火麻仁 15~20g; 气虚者加黄芪 30g、党参 15g; 血虚者加当归、阿胶(烔化)各 10g; 胃镜检查为浅表性(或糜烂性)胃炎, 或有溃疡形成者加白及 10g、海螵蛸 15g; 幽门螺杆菌阳性者加蒲公英、白花蛇舌草各 15g。煎服法: 每日 1 剂, 水煎 2 次共取汁 300ml, 分早、晚 2 次服。5 日为 1 个疗程, 一般服药 1~3 个疗程。服药期间避免油腻、生冷、辛辣刺激及较硬食物。疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准与方剂选用》。治愈: 胃痛及临床症状消失; 好转: 胃痛减轻, 其他症状减轻; 未愈: 临床症状无明显改善。结果: 46 例中, 治愈 37 例, 占 80.4%; 好转 8 例, 占 17.4%; 未愈 1 例, 占 2.2%。总有效率 97.8%。

6. 樊纪民以小柴胡汤合二陈汤治疗胆汁反流性胃炎 36 例。其中男性 26 例, 女性 10 例; 年龄 28~65 岁; 病程 30 天~2 年。小柴胡汤合二陈汤加减药物组成: 柴胡、黄芩、白芍、枳壳、半夏、陈皮、茯苓、人参、郁金、白豆蔻、佛手、木香、焦白术、炙甘草、生姜。胃寒者加高良姜、吴茱萸; 热者加茵陈、蒲公英、炒栀子。治疗效果参照《中国中医药学会内科学会胃脘痛诊断疗效评定标准》, 将治疗效果分为痊愈、显效、好转、无效 4 级。本组 36 例经治疗, 结果痊愈 23 例, 显效 7 例, 好转 4 例, 无效 2 例, 总有效率 94.4%。

7. 顾维明运用加味二陈汤治疗慢性胃炎 40 例。其中男 22 例, 女 18 例; 年龄在 21~66 岁间; 病程 0.6~20 年不等。经纤维胃镜检查确诊者 19 例(浅表性胃炎 13 例, 萎缩性胃炎 5 例, 浅表萎缩性胃炎 1 例), 其余 21 例均经 B 超、X 线等检查及临床诊断。临床主要表现为: 胃脘疼痛, 恶心欲呕, 痞满不舒, 食欲不振, 面色不华, 肢倦乏力, 或头目眩晕, 大便溏薄, 舌淡、苔白润, 脉濡滑。中医辨证属痰湿困脾, 胃失和降。治疗采用健脾化痰、理气和中法。基本方: 法半夏、陈皮、砂仁(后下)、瓜蒌皮各 10g, 白芍、茯苓各 15g, 炙甘

草、川黄连各5g, 枳实6g, 薏苡仁30g。加减: 嗝气甚者加沉香、代赭石; 脘腹胀甚者加佛手; 脾虚甚者加太子参、白术; 反酸者加海螵蛸、煅瓦楞子; 疼痛较剧者加元胡、川楝子; 食滞加鸡内金; 阴虚者加栀子、百合; 胃痛恶寒喜暖, 遇寒痛增者加高良姜。每日1剂, 水煎2次, 温服。3周为1个疗程。结果显效(临床症状消失或基本消失, 1年以内未复发者)31例; 有效(临床症状明显减轻)7例; 无效(治疗后临床症状无改变)2例。总有效率为95%。

8. 周子杰以加味二陈汤治疗反酸症55例, 并与30例西药治疗者对照。治疗组55例, 男22例, 女33例; 年龄15~79岁, 平均53.3岁; 病程0.1~6个月, 平均1.1个月; 其中慢性浅表性胃炎34例, 慢性萎缩性胃炎6例, 胆汁反流性胃炎4例, 反流性食道炎1例, 胃及十二指肠溃疡8例, 急性胃炎2例。中医辨证分型: 脾胃虚寒10例, 脾胃虚弱21例, 肝胃不和15例, 脾胃郁热4例, 脾胃湿热5例。对照组30例, 男17例, 女13例; 年龄24~78岁, 平均50.8岁; 病程0.25~3个月, 平均1.2个月; 其中胃及十二指肠溃疡15例(伴出血3例), 急性胃黏膜病变5例, 慢性浅表性胃炎6例, 萎缩性胃炎2例, 反流性食道炎2例。治疗组与对照组患者基本情况相近, 具有可比性。治疗组服用加味二陈汤: 陈皮10g, 半夏10g, 茯苓10g, 海螵蛸15g, 煅瓦楞子15g, 浙贝母10g, 白及10g, 厚朴10g, 甘草6g。脾胃虚寒加桂枝10g、白术10g、代赭石15g、旋覆花10g; 脾胃虚弱加党参10g、白术10g、砂仁10g、木香10g; 脾胃郁热加川黄连10g、丹皮10g、蒲公英15g、生大黄6g; 肝胃不和加川黄连10g、吴茱萸5g、柴胡10g、香附10g; 脾胃湿热加川黄连10g、白豆蔻10g、生薏苡仁15g、竹茹10g。水煎服, 每日1剂, 2次分服。对照组服奥美拉唑20mg, 每日1次。服药期间均停服其他抑酸药。每周就诊1次, 对症状改变加以记录, 2~4周为1个疗程, 并在停药后1个月和3个月, 随访两组的复发情况。临床痊愈: 反酸及其他症状均消失, 胃镜检查溃疡愈合。显效: 反酸消失, 其他症状明显改善。有效: 所有症状均有改善。无效: 症状无改善或反而加重。治疗后, 治疗组与对照组的临床症状改善率在反酸、烧灼、胃痛方面差异无统计学意义; 而在胃胀、腹胀、嗝气、纳差方面, 治疗组

的改善率均高于对照组。经治疗后,治疗组的痊愈率为 58.2% (32/55), 对照组为 33.3% (10/30), 两组间痊愈率有显著性差异 ($P < 0.05$)。

【病案举例】

1. 王某, 男性, 42 岁。1998 年 1 月 20 日初诊。患者 1995 年春在一次进食鸡蛋后发生呕吐腹泻, 经住院治疗后获愈。但此后经常腹部饱胀, 时有隐痛。曾经中西医结合治疗, 服药期间有好转, 但停药后又复发如初。1997 年 2 月经胃镜检查诊断为胆汁反流性胃炎, 用胃康宁、阿莫西林胶囊等治疗, 虽有暂效, 但停药后复发。诊见患者面色萎黄, 形态消瘦, 脘腹胀满, 两胁胀痛, 纳差乏力, 口苦, 时有恶心, 便溏, 舌淡、苔薄腻微黄, 脉沉缓。胃镜检查见胃底、胃体、胃角、胃窦及十二指肠球部黏膜均明显充血水肿, 可见大量胆汁反流。即给予柴胡疏肝散合二陈汤, 每日 1 剂水煎, 分 2 次服。停用其他药物。7 剂后诸症明显减轻, 30 剂后自觉症状消失, 体重增加 5kg, 面色稍转红润。服药 60 天后复查胃镜见胃及十二指肠球部黏膜炎症消失, 无胆汁反流。停药随访至今未复发。

按: 本病的主要病机是肝失疏泄, 胃失和降, 肝胃不和。因此, 其治疗原则应考虑两个方面: 一是健脾和胃, 降逆理气, 鼓动胃气, 增加胃蠕动排空功能, 阻止胆汁反流; 二是疏肝利胆, 使胆汁自然下泄入小肠, 避免胆汁对胃黏膜的直接刺激, 从而达到消除胃黏膜炎症的目的。柴胡疏肝散合二陈汤的主要功用是疏肝解郁, 降逆下气, 健脾和胃, 用于治疗本病, 药证合拍, 故疗效显著。

2. 陈某, 女, 54 岁。脘闷, 纳呆 3 个月, 症见: 恶心厌食, 纳呆不饥, 食后脘痞不舒, 呃逆, 口黏不爽, 口干不思饮水, 大便不畅, 舌质淡、舌体胖大、苔薄白, 脉沉弦滑。方用二陈汤加味: 药用白术 20g, 半夏 15g, 陈皮 15g, 厚朴 15g, 枳壳 15g, 白豆蔻 10g, 茯苓 20g, 焦三仙各 15g, 甘草 10g, 干姜 8g, 党参 15g。每日 1 剂, 日服 2 次, 服药 6 剂, 患者症状减轻, 无恶心, 大便畅, 余症同前, 舌淡红、苔薄黄, 脉沉弦。以上方去党参、甘草, 加紫苏梗 15g, 莱菔子 15g, 连翘 15g; 继服 6 剂, 诸症明显减轻。唯脘痞不舒, 继以上方加减治疗 1 周, 诸症消除而愈。

按：患者证属脾虚胃弱，气滞湿阻，致脾胃升降失常，气机不畅。方以二陈汤为主，取其温燥淡渗，益脾理气，加以干姜、白豆蔻温中化湿，厚朴、枳壳理气和胃，全方制湿理气、祛邪扶正，取得了满意的疗效。若能食易饥，泛酸，舌红、苔黄腻者，属湿蕴化热，可上方加黄连、吴茱萸、连翘以苦辛祛湿。若胸肋胀满，属肝脾不和者，加柴胡、川楝子等以疏肝理气和胃。

3. 林某，女，33岁。胃脘痞满，反复发作1年余，加重2周。症见：胃脘痞满，食后加重，腹胀肠鸣，不敢多食，口干思饮，时泄泻，疲乏无力，面黄消瘦，舌质嫩红、舌中有少量裂纹、舌苔少，脉象沉细。方用二至丸合二陈汤加减：药用茯苓20g，半夏15g，陈皮15g，甘草10g，山药20g，女贞子15g，旱莲草15g，五味子15g，石斛15g，枳壳15g，桂枝15g，焦三仙各15g，薏苡仁30g。水煎日1剂，服用6剂后，诸症减轻，继以上方加减治疗半月余，诸症消除。

按：患者证属气阴两虚，脾失健运，水湿不化，以二陈汤健脾化湿，调畅气机，以二至丸、石斛、五味子、山药补脾胃之阴，加薏苡仁健脾化湿，桂枝以助温阳化湿，诸药合用而奏效。

4. 某男，30岁，1999年9月10日就诊。主诉：上腹时灼热胀痛2年余，曾服三九胃泰、多潘立酮（吗丁啉）等治疗，效果不佳。现复发加重1个月，伴纳呆、口干口苦、时泛酸，大便溏黏，日1~2次。舌质红，苔黄腻，脉滑数。胃镜检查：十二指肠壶腹炎、糜烂性胃炎、食管炎。证属湿热郁阻，胃失和降。治以清热祛湿，和胃降气。二陈汤加减，每日1剂水煎服。2剂后症状明显好转，1个疗程症状完全消失，随访1年未复发。

按：随着饮食结构的改变，工作压力的影响，胃脘痛的辨证分型由传统的多虚寒、多气滞及虚实夹杂，转而常见胃脘灼热、纳呆、呕恶、口苦咽干、舌红、苔黄腻等脾胃湿热之症。脾胃位居中焦，主受纳水谷、消化与输布。平素偏食油腻，加之工作紧张，精神压力大，影响脾升胃降，而致水湿不运，日久生热，湿热蕴结，阻滞气机而致胃失和降，甚而疼痛；脾失健运，水湿上溢而苔腻；热邪蕴蒸则口苦口干。方中的二陈汤燥湿化痰，理气和中；平胃散燥湿运脾，行气和胃；再加清热之黄芩、栀子，以及木香、枳壳、砂仁、神曲、鸡内

金、炒谷芽、炒麦芽之理气消食，共奏清热祛湿、和胃理气之效，使湿热得除，胃气得舒，从而取得满意的疗效。

5. 刘某，男，48岁，工人。上腹疼痛、嗳气饱闷、嘈杂泛恶、反复发作8年。近2年来病情加重，于1991年5月5日到医院做胃镜检查，见胃窦部前壁黏膜红白相间以白为主，病理检查见胃黏膜萎缩，腺体减少，肠上皮化生，诊断为“慢性萎缩性胃炎”。曾经多方医治效果不佳，于1991年5月18日收住院治疗。症见中脘饱闷、灼热，嗳气频频，脘痛绵绵，咽燥口干，心烦少寐，形体消瘦，舌淡、苔白，脉弦细。此乃气阴两虚兼气滞血瘀之症，遂以加味二陈汤加入理气活血之品，进服5剂后，胃中灼热感减轻，更进5剂则诸症悉减，经治1个疗程后临床症状消失，又以前方化裁巩固疗效，2个月后再查胃镜见胃黏膜红白相间以红为主，胃黏膜活检见黏膜萎缩消失，腺体增多，肠上皮化生消失。病告痊愈，于1991年7月20日出院。

按：慢性萎缩性胃炎以腺体萎缩、胃黏膜变薄、黏膜肌层增厚及常伴有肠上皮化生为病理特点。部分学者认为，慢性萎缩性胃炎病变形后不能逆转。但近年国内有报道用中西药治疗获得一定疗效。我们认为该病的病理机制虽然复杂，但大多数病例多因诸气郁滞、情志过用所致。故以清代医家陈修园之加味二陈汤治疗，使肺气肃降，诸气俱调，病乃自愈，此法有别于一般的治疗方法。方中百合其色白而入肺，使肺气降，则诸气俱调，并能养阴清热除烦；乌药顺气宽中，散寒止痛；沉香降气、纳肾、温中；二陈燥湿化痰、理气和中。全方共奏理气健脾、养阴清热之功。但本方缺乏活血化瘀之药物，化瘀之力薄弱，故加入活血、凉血、化瘀之品，对于气阴两虚兼气滞血瘀之症更有独特之疗效。该方药物组成虽偏重于理气，同时亦照顾到寒热、阴阳。故既可治疗气阴不足、阴虚内热出现胃中灼热、口干欲饮、舌红少苔、脉沉细之胃阴虚，又可治疗脾胃虚寒、寒凝气滞出现脘痛隐隐、喜暖喜按、舌质淡红、苔薄白、脉沉细之阳虚，同时还可治疗阴损及阳、阳损及阴之阴阳两虚之症。在临床上根据寒热阴阳的偏盛偏衰，随症调节，灵活掌握药物剂量的比例，对提高疗效有重要的意义。本组有效病例治疗前病理检查可见腺体减少，黏膜变薄，黏

膜肌层增厚,血管减少及肠上皮化生,治疗后则可见腺体增多,黏膜增厚,黏膜肌层变薄,血管增多,扩张肠上皮化生消失。胃镜下所见:治疗前黏膜红白相间以白为主,黏膜上常有颗粒结节,取活检时胃黏膜很少出血或不出血;治疗后颗粒结节消失,黏膜色泽变红或部分呈充血状,取活检组织时极易出血。临床观察表明,加味二陈汤对慢性萎缩性胃炎具有肯定的疗效。

6. 田某,女,36岁,自觉心下痞满,胀闷不适半年余。曾做胃镜检查示:慢性胃炎,间断口服多潘立酮、疏肝健胃丸等药,病情时轻时重。近期症状加重,故来就诊。症见:胸脘痞塞,满闷不舒时有恶心,倦怠乏力,舌淡、苔白腻,脉滑。笔者遂以痰湿辨证施治,予姜半夏9g,茯苓15g,陈皮9g,甘草6g,生姜3片,竹茹9g,厚朴9g。每日1剂,水煎服。服药第三天,症状明显好转,又连服1周,临床症状消失。

7. 齐某,男性,43岁。2个月前饮酒后自觉咽喉不舒,伴胃脘部不适胀痛,胸胁满,嗝气频作,干呕上泛,口苦咽干,身困乏力,舌质红、苔薄白,脉沉弦。胃镜检查为胆汁反流性胃炎,证属肝木不疏,郁遏化热,升降失调,胃气不和。即用疏肝解郁、和胃降逆、清热理气法治疗,药用:柴胡15g,黄芩9g,白芍9g,陈皮9g,半夏5g,炒枳壳10g,白豆蔻9g,郁金9g,佛手9g,茯苓15g,广木香5g,炙甘草5g,生姜6g,每日1剂水煎服。服上方6剂后胸胁满、胃胀痛及嗝气上泛均减轻,继服16剂诸症基本消失,再服3剂以巩固疗效,随访1年未复发。

8. 王某,男,33岁。上腹部疼痛时作1年余。某院诊为“慢性浅表性胃炎”。经用庆大霉素等药治疗效果不佳,而来本院诊治。诊见:胃部疼痛,痞满不适,食后加重,嗝气时作,恶心呕吐,不思饮食,口淡不渴,面色黄晦,头目眩晕,舌淡、苔浊腻,脉濡滑。证属痰湿中阻,治拟健脾理中,方以二陈汤加味:法半夏、陈皮、瓜蒌皮各10g,白芍15g,炙甘草、川黄连各5g,枳实6g,代赭石(先煎)、蒲公英各30g。水煎,每天1剂。服药5剂后,诸症得减,上方加減继服20余剂,诸症皆除。随访1年未见复发。

9. 王某,女,56岁。1999年7月11日就诊。患者胃脘部饱胀

疼痛，口泛酸水 20 余年，近 1 周加重，伴恶心、呃逆。曾行胃镜检查示：胆汁反流性胃炎。西药予雷尼替丁、多潘立酮等治疗，效果不佳。现患者胃脘部胀痛不适，吞酸、恶心，进食辛辣、生冷或硬食后，上述症状加重，纳差，大便稀，夜寐梦多。查体：神清，精神弱，腹平软，剑突下压痛（+），肝脾肋下未及。舌质淡红、苔薄白，脉弦细。辨证：胆胃不和，痰热内扰。治以清胆和胃，理气化痰。方用：枳实、陈皮、法半夏、茯苓、柴胡、郁金、白芍、木香、元胡各 10g，竹茹 15g，黄连 5g，吴茱萸 3g。服药 5 剂后，患者症状减轻；守方继服 15 剂，胃痛、泛酸等症完全消失。

按：胆属木，为清净之府，喜温和而主生发，失其常则木郁不达，胃气因之不和。《素问·至真要大论篇》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热”。痰热内阻，胃失和降，则呕吐、吞酸。方用温胆汤合左金丸、四逆散加减，具有清胆和胃、行气降逆之功效。

10. 陈某，男性，36 岁，1998 年 8 月 10 日初诊。患者诉间断性胃脘痛 3 年余，时轻时重，曾服中西药物治疗无效。近半个月来胃脘部满闷疼痛，伴吞酸、腹胀、纳差，时有暖气，恶心，查舌质红、苔黄厚腻，脉弦滑略数。方予陈皮 12g、半夏 10g、茯苓 15g、黄连 10g、黄芩 12g、石菖蒲 15g、代赭石 20g、鸡内金 15g、柴胡 12g、郁金 15g、海螵蛸 15g、竹茹 15g、大黄 10g、甘草 6g，每日 1 剂水煎，分 2 次服。3 剂后诸症减轻，饮食增加，查舌苔薄黄，脉弦稍滑，上方去竹茹，大黄改为 3g，继服 10 余剂，诸症消失。嘱注意饮食情志调理，忌饮酒及辛辣，并予陈香露白片以善其后。随访至今未复发。

按：本证为平素饮食不节，恣食肥甘，嗜酒过度，蕴湿生热，损伤脾胃，至湿热聚于胃腑，胃失和降，引起胃脘疼痛等一系列症状，用二陈汤加黄连、黄芩燥湿清热，用大黄引热下行，使热自大便而出。诸药合用，使湿热去，胃气和而病愈。

六、呕吐

引起呕吐的原因很多，常见的如：消化系统感染性疾病，食物中毒、急性胃肠炎、病毒性肝炎；内脏疼痛性疾病，急性肠梗阻、胰腺炎、胆囊炎、腹膜炎；中枢神经系统疾病，脑炎、脑膜炎、高血压脑

病；药物引起，化疗药物、洋地黄类药物、某些抗生素如红霉素；晕动症，晕车晕船的人发作时可出现恶心、呕吐；神经性呕吐，有些人从儿童期或学生时代就开始发病，可有家庭史，女性多见；其他，急性青光眼、梅尼埃病、妊娠呕吐、消化不良等。

【临床应用】

杜永清用赭独二陈汤治疗呕吐 212 例。男 148 例，女 64 例；年龄 15~76 岁；病程最短 2 天，最长间断发作 6 年；经检查确诊为各型胃炎、胃及十二指肠溃疡 141 例，贲门炎及幽门痉挛 24 例，肝炎、胆囊炎 21 例，神经性呕吐 10 例，食道、胃癌 16 例。赭独二陈汤组成：代赭石 15g（打碎先煎），独活 15g，陈皮 15g，半夏 15g，茯苓 15g，生甘草 10g，生姜 30g。水煎 2 次，滤汁 600ml，分 2 次温服，每日 1 剂。寒邪犯胃者，代赭石减为 10g，半夏加至 18g，加紫苏子 10g，藿香 15g，白豆蔻 15g；湿阻中焦者，茯苓加至 20g，半夏 18g，厚朴 15g，焦三仙各 30g，连翘 15g；胃肠积热伴腹胀满，便秘不通者，加大黄 12g，枳实 15g，生姜减为 15g；肝火犯胃伴脘腹胀痛，呕噎吞酸者，加黄连 10g，代赭石 30g，吴茱萸 3g，青皮 10g；胃阴不足者，半夏减为 10g，去生姜加竹茹 20g，玉竹 15g，石斛 20g；脾胃虚寒不运者，代赭石减为 10g，加黄芪 40g，党参 15g，白术 20g，砂仁 6g，木香 3g。服药期间，停药一切其他药物。痊愈：呕吐、恶心症状完全消失，饮食恢复正常，随访半年未复发；显效：呕吐、恶心症状消失，但饮食尚未恢复正常，或者痊愈后半年内复发；有效：恶心、呕吐症状基本消失或者减轻，但饮食尚未恢复正常；无效：服药前后症状没有变化或者虽有改善但短时复发。212 例患者，治愈 168 例，显效 27 例，有效 11 例，无效 6 例，有效率为 97.2%。服药最少 2 剂，最多 6 剂。

【病案举例】

张某，男，47 岁。1994 年 8 月 6 日初诊。主诉：间断性呕吐 3 个月，伴脘腹胀闷，头重身困，口中黏腻，食欲不振，痰多。经多家医院诊断为“浅表性胃炎”、“幽门痉挛”，服药效果差，查之体胖、舌淡、舌苔白腻，脉沉缓，脉症合参诊断为痰湿中阻、胃失和降，治宜燥湿化痰、降逆和胃止呕，用赭独二陈汤。处方：代赭石 15g（打

碎先煎), 半夏 18g, 茯苓 20g, 陈皮 15g, 甘草 10g, 砂仁 15g, 厚朴 15g, 焦白术 20g, 生姜 30g。水煎温服, 1 剂症状减轻, 2 剂呕吐停止, 3 剂痊愈。效不更方, 原方代赭石减为 10g, 半夏减为 12g, 茯苓、焦白术均减为 15g, 又进 3 剂。后用香砂养胃丸善后, 随访半年未复发。

七、便秘

便秘是排便次数明显减少, 每 2~3 天或更长时间 1 次, 无规律, 粪质干硬, 常伴有排便困难感的病理现象。便秘可区分为急性与慢性两类。急性便秘由肠梗阻、肠麻痹、急性腹膜炎、脑血管意外等急性疾病引起; 慢性便秘病因较复杂, 一般可无明显症状。按发病部位分类, 可分为两种: ①结肠性便秘: 由于结肠内、外的机械性梗阻引起的便秘称之为机械性便秘; 由于结肠蠕动功能减弱或丧失引起的便秘称之为无力性便秘; 由于肠平滑肌痉挛引起的便秘称之为痉挛性便秘。②直肠性便秘: 由于直肠黏膜感受器敏感性减弱导致粪块在直肠堆积, 见于直肠癌、肛周疾病等。此外, 习惯性便秘多见于中老年和经产妇女。

【临床应用】

文连茹采用二至丸合二陈汤加减治疗老年性便秘症 73 例。男 40 例, 女 33 例; 年龄最小 56 岁, 最大 82 岁; 病程最短 5 个月, 最长 13 年。均排除器质性疾病, 属功能性便秘。临床表现为大便秘结不通, 排便时间延长, 或虽有便意而排便困难。均用二至丸合二陈汤加味治疗。处方: 女贞子 10g, 旱莲草 10g, 陈皮 6g, 半夏 6g, 茯苓 10g, 党参 10g, 当归 6g, 肉苁蓉 12g, 柏子仁 10g, 火麻仁 10g, 决明子 10g, 甘草 3g。每日 1 剂, 水煎服。10 天为 1 个疗程。加减: 气虚明显者加黄芪 10g, 血虚者加当归 10g, 阴虚者加生地黄 10g, 气滞者加瓜蒌 10g, 热甚者加大黄 3g。痊愈 (大便通畅, 随访 1 年以上未复发者) 66 例; 好转 (便秘明显减轻或消失, 停药后有不同程度的复发, 继续服本方仍有效者) 7 例。总有效率 100%。

【病案举例】

1. 黄某, 女, 74 岁。初诊: 2003 年 5 月 18 日。有习惯性便秘

史 10 年余, 排便困难, 或 4~5 天 1 次, 或 6~7 天 1 次, 大便时干结、时质软; 有便意时, 多有胁腹胀痛, 里急后重之感, 而解时量少。大便色泽正常, 无脓血便。患者形体肥胖, 平素喜食肥腻, 近年来排便困难、易激动。来我院就诊前曾在多家医院诊治, 多用麻仁丸、番泻叶或小承气汤、大黄饮子加减组方, 短期内疗效尚可, 停药后依然如故。体检: 体胖, 面色晦暗, 胸胁部有压痛、叩击痛, 腹膨隆, 左下腹可扪及肠型包块, 无压痛, 舌苔厚腻, 脉弦。中医辨证: 痰湿阻滞, 通降失常。处方: 陈皮 15g, 半夏 15g, 茯苓 15g, 甘草 6g, 枳实 10g, 槟榔 9g, 白术 15g, 柴胡 10g, 白芍 10g。每日 1 剂, 早、晚温服, 服 10 剂。

二诊, 大便 2 天 1 次, 通便顺利, 体爽, 胁腹胀痛消失, 苔白腻, 脉滑。治守前法, 上方去柴胡、白芍, 加黄芩 10g, 瓜蒌仁 6g, 服 7 剂。

三诊, 大便日 1 次, 每日晨解, 质软, 苔薄, 脉细数。患者自觉痊愈, 要求出院, 医嘱在上方基础上, 去枳实、槟榔、黄芩, 加大白术剂量至 25g, 升麻、柴胡、人参各 10g, 服 10 剂。电话随访, 通便定时、正常。

按: 便秘辨证虽分实秘、虚秘, 但该患者疏于运动, 身胖体虚, 属痰湿阻滞气机, 虚实相结。三焦气机不畅, 清气不升, 浊气不降, 大肠传导失职, 糟粕内停而为便秘。肺与大肠相表里, 肺热、肺燥与痰湿均移于大肠, 导致大肠传导失职亦成便秘。气滞于内, 故胸胁痞闷胀痛。脉弦为肝脾不和, 舌苔厚腻为内有痰湿、气滞湿阻之象。方用二陈汤理气化痰; 枳实、槟榔破气攻下; 柴胡、白芍疏肝解郁。便通则从虚着手, 扶正祛邪。以升麻、柴胡、人参升提中气, 加大白术剂量, 是因该品自有通便之妙用。从此方服用效果看, 诊治便秘, 从治“痰”入手, 往往产生意外之喜。

2. 段某, 男, 58 岁。初诊: 2003 年 11 月 6 日。习惯性便秘 8 年余。每次临厕约 40min, 便质时硬、时软, 每日往返 3~4 次。患者有吸烟史 30 余年, 晨起咳甚, 咳吐黄脓痰, 胸闷气喘, 睡眠不安。体检: 体胖, 面色少华, 喉中闻有漉漉之声, 腹胀, 左下腹可触及粪样积块, 苔黄腻, 脉弦数。中医辨证: 痰热壅肺, 肠运无力, 方用:

陈皮 15g, 半夏 15g, 茯苓 15g, 甘草 10g, 黄芩 12g, 瓜蒌皮 10g, 枳实 15g, 厚朴 15g, 麻仁 15g, 玄参 10g。每日 1 剂, 早、晚温服, 进 7 剂。嘱戒烟, 每日早、晚各漫步 15min。建立起床排便条件反射, 便时小于 20min。

二诊, 大便 1 天 2 次, 排便时排气较多, 排便较前顺利, 便质软。戒烟之初, 晨起吐涎反多, 3 天后消失。治疗以前方加生地黄 15g, 石斛 15g, 继进 10 剂。

三诊, 大便 1 天 1 次, 质软, 便随肠气而下, 只是食量稍减。嘱出院后改服麻仁丸, 门诊随访。

按: 本病痰热壅肺, 而至气机郁滞, 久之, 则大便传导无力, 糟粕内停。治当清热化痰, 理气润肠。方中以二陈汤理气化痰; 黄芩、瓜蒌仁清肺润肠; 枳实、厚朴用以下气、破气除满。7 剂有效后, 考虑长用清下逐气之品, 往往阳非有余, 阴常不足。正如唐·王冰注《黄帝内经素问·至真要大论篇》云“寒之不寒, 责之无水, 壮水之主以制阳光”, 故气秘、热秘大量使用理气清热利湿之品, 当以滋阴养阴之药, 以助人体阴阳平衡。故二诊加生地黄、石斛达养阴生津之功能。

3. 杨某, 男, 64 岁。初诊: 2004 年 3 月 16 日。患者习惯性排便困难 6 年余, 粪质时干, 时又正常, 排便时间无定时, 数日 1 次或 1 天数次, 但临厕努挣, 排出不尽。每日晨起, 咳吐痰涎约半小时。5 年前, 自疑有痔, 在某院行“混合痔切除术”, 术后便秘益甚。平素多发腹胀, 心烦易怒, 胸闷嗳气, 食欲减退。体检: 面红, 体胖, 神倦怠, 腹膨隆, 未扪及实质性包块。苔白厚腻, 脉弦。方用: 半夏 15g, 陈皮 15g, 茯苓 15g, 甘草 10g, 皂荚 10g, 牵牛子 10g, 黄芩 12g, 瓜蒌皮 10g。服 10 剂, 早、晚空腹服用, 服药间, 禁油腻之品, 增强运动。再诊, 精神焕发, 晨起吐涎消失, 排便自觉有力, 通下顺利。前方中去黄芩, 加厚朴 10g、鸡内金 6g、香附 10g, 服 5 剂, 大便顺利, 腹胀、胸闷嗳气等诸症全失, 痊愈出院。

按: 清·《石室秘录·大便闭结》云: “大便闭结者, 人以为大肠燥甚, 谁知是肺气燥乎? 肺燥则肃肃之气不能下行于大肠。”该文只指出便秘与肺有关, 但未及肺有痰湿, 亦可至气机郁滞, 使大肠传导

失职。本案以二陈汤理气化痰；皂荚、牵牛子祛痰湿，以利气机；黄芩、瓜蒌皮清肺、润肠、泄热。《古今医案按》记载李时珍治一便秘30年的妇人，亦肥胖，每日吐酸涎碗许，服润肠养血、硝黄攻下之剂，无动于衷，而用牵牛子末皂荚膏丸，一服即通。“治病求本”是诊治疾病的根本原则。《素问·标本病传论篇》曰“知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行。”即辨清寒热，识别虚实，辨证施治，方能合理施以补泻。

八、腹泻

腹泻是指排便次数明显超过平日习惯的频率，粪质稀薄，每日排便量超过200g，或含未消化食物或脓血。慢性腹泻指病程在2个月以上的腹泻或间歇期在2~4周内的复发性腹泻。

【临床应用】

张中林等用二陈加术汤治疗小儿肺炎继发抗生素相关性腹泻25例。随机分为加服中药组、对照组各25例。其中男31例，女19例；5月~1岁43例，1~2岁7例。两组间年龄、性别、病情、抗生素使用无显著差异，具有可比性。加服中药组以二陈汤加白术为基本方治疗。伴喘加炙麻黄、紫苏子，痰多加白芥子、葶苈子，气虚加党参、五味子，虚寒明显易生姜为炮姜，夹食加焦三仙。剂量：5个月~1岁，1/3成人量；1~2岁，1/2成人量。煎取50~100ml分3~4次服用。对照组给予思密达口服，5个月~1岁，半包，1天2次；1~2岁，半包，1天3次。妈咪爱口服，5月~1岁，半包，1天2次；1~2岁，1包，1天2次。肺炎用药按肺炎治疗常规，出现水电解质紊乱适当静脉补液纠正。显效：服药72h，大便性状、便次正常，腹泻、全身症状消失；有效：服药72h，大便性状、便次明显好转，腹泻、全身症状明显改善；无效：服药72h，腹泻及全身症状无好转甚至恶化。结果：治疗组显效10例，有效12例，无效3例，总有效率88%；对照组显效5例，有效10例，无效10例。两组经 χ^2 检验，有显著性差异（ $P < 0.01$ ）。

【病案举例】

1. 王某，女，64岁，江苏人，2002年5月1日就诊。自述腹泻多年，伴肠鸣，且时时左下腹刺痛，大便泡沫状伴黏液，小便正常，

舌质暗红、舌苔白腻水滑，脉濡软。从舌脉可见患者素体痰湿内盛；大便泡沫状伴黏液，为痰湿下走大肠；肠鸣为气滞肠腑之象。舌质暗红，左下腹刺痛，为瘀血内停之象。治宜燥湿化痰、行气化瘀，方用二陈汤合失笑散、平胃散。处方：半夏 15g，陈皮 12g，茯苓 15g，生蒲黄 6g，五灵脂 10g，苍术 15g，白术 15g，厚朴 10g。方中半夏、陈皮、厚朴理气燥湿化痰；茯苓、苍术、白术祛湿健脾；生蒲黄、五灵脂化瘀止痛。诸药合用正为合拍。患者自述服药近半月，多年疾患已除。

2. 陈某，男，28岁，市郊农民，1995年6月12日初诊。患慢性腹泻3年余，每因饮食不慎而作，食油腻必泻，数经中西诊治，诊为“慢性结肠炎”，中药则屡用“参苓白术散”类调治，终不能愈，因反复泄泻，又畏惧油食，形体渐趋消瘦，面黄不华，肢体疲重，3天前因食肉包子1只而致泻，日2~4次，稀糊状，不甚秽臭，泻前腹痛，泻后觉爽，舌苔白腻，脉滑。属脾虚湿滞，当参苓白术散，然前车之辙，未敢复蹈，着眼于湿，拟投二陈汤：制半夏、陈皮、茯苓各10g，乌梅5g，甘草3g。嘱自加生姜5片，日1剂，分2次服。5剂后复诊，泄泻已止，久病顽疾，意在缓图，以二陈汤加党参15g，白术10g，嘱其坚持1个月以善后。半年后偶遇，患者形体见胖，面色华润，欣告治疗后久泻已愈，多食油腻无妨。

按：泄泻之本，无不由脾胃，脾虚则湿盛，湿胜又遏脾，致泻难已，故泄泻有脾虚与湿滞二端。《医学心悟·泄泻》：“书云，湿多成五泻，泻之属湿也，明矣。”余以症有苔白腻，脉滑，泻前腹痛，知非纯虚。施以二陈为先，又湿性黏滞，缠绵难愈，病久必虚，故取效后必更以健脾胜湿以缓图，二陈、参、术并用，徐进而收功。

九、化疗后胃肠道反应

恶性肿瘤的发病率在全球呈上升趋势，化疗是目前治疗恶性肿瘤的主要手段之一，但由于化疗药物的毒性，所以在杀灭肿瘤细胞的同时，对人体正常细胞亦有伤害，特别是对机体免疫功能有影响。临床多见脾胃受损，运化失司，以致湿阻中焦，气血两亏。治当健脾化湿、和中降逆、益气养血为主。故以二陈汤加减治疗本证。

【临床应用】

1. 匡建民用柴胡疏肝散合二陈汤加减治疗住院化疗后出现药物性肝损害的恶性肿瘤患者 40 例。其中男 26 例,女 14 例;肺腺癌 12 例,肺鳞癌 6 例,贲门腺癌 14 例,胃腺癌 8 例;年龄最大 72 岁,最小 21 岁,平均在 25 岁;均化疗 2~4 周期。31 例化疗 2 周期后 ALT 由正常变为 80U 以上,9 例 3 周期 ALT 变为 80U 以上。AST 与 γ -谷氨酰转移酶均出现异常,即予中药方治疗。处以柴胡疏肝散合二陈汤。药物组成:茵陈 60g,柴胡 30g,炒白芍 60g,炒枳壳 6g,制香附 9g,川芎 6g,半夏 9g,陈皮 9g,茯苓 12g,炙甘草 6g。日 1 剂,水煎每日分 6 次服用,间隔 4h。治愈:三项指标均降至 0~40U,食欲好转,乏力改善。好转:三项指标中二项降至 0~40U,一项下降值超过 50%,症状改善。未愈:三项指标变化不明显或出现反复,症状无明显变化。40 例中,37 例 ALT、AST 均降至正常。治愈 28 例(平均服药 14 天),好转 9 例,总有效率 92.5%,未愈 3 例占 7.5%。ALT 降为正常,AST 降至 40U 以下时间,最短者 3 天,最长者 10 天。 γ -GT 恢复较缓慢,平均 30 天。

2. 段绿化用二陈汤加减治疗化疗后胃肠道反应 193 例。将 382 例患者分为中药组和西药组。中药组中,肺癌 49 例,胃癌 31 例,肠癌 33 例,食管癌 19 例,乳腺癌 22 例,鼻咽癌 9 例,肾癌 3 例,卵巢癌 16 例,宫颈癌 9 例,其他癌症 2 例;男性 129 例,女性 64 例;年龄 19~78 岁,平均 58.5 岁。西药组中,肺癌 53 例,胃癌 28 例,肠癌 32 例,食管癌 16 例,乳腺癌 30 例,鼻咽癌 10 例,前列腺癌 1 例,卵巢癌 10 例,宫颈癌 6 例,其他癌症 3 例;男性 126 例,女性 63 例;年龄 23~72 岁,平均 62.2 岁。以上所有病例均经病理检查证实。中药组患者化疗后 2~3 天开始服中药。药物组成:半夏 10g,砂仁、陈皮各 6g,茯苓、黄芪各 15g,党参 20g。加减:湿重加苍术 6g;脘痞加厚朴 10g。西药组单纯化疗,反应重时,则用西药对症处理。显效:用药 4 天后呕吐、恶心消除,胃纳得增;有效:用药 4 天后呕吐减轻,胃纳稍增,但未能恢复到正常范围,停药后能稳定;无效:用药 4 天后呕吐、恶心未除,或用药时稍有效,停药后又回升到用药前的水平。结果:中药组中显效 131 例,有效 62 例,总有效率

100%。西药组中有效 87 例，无效 102 例，总有效率为 46%。两组经统计学检验， $P < 0.05$ ，有显著性差异。

【病案举例】

章某，女，40 岁。2001 年 9 月患者因刺激性干咳 1 个月，伴左胸背疼痛，摄胸片发现左肺上叶恶性肿瘤，经 CT 证实，同月 26 日行左肺上叶切除，术后病理检查示左肺腺癌。于术后 1 个月进行化疗，化疗后 3 日，因频频恶心呕吐而来会诊。诊见面容憔悴，精神萎靡不振，少气懒言，神疲乏力，夜寐不安，不思饮食，大便偏溏，舌淡、苔白腻，脉细滑数。药用半夏、陈皮、当归、苍术、白术各 10g，甘草、砂仁各 6g，陈茯苓、黄芪、党参各 20g，炒薏苡仁、猫爪草各 30g。3 剂。药后患者呕吐已止，胃纳得增。上方续服 3 剂。恶心亦除，纳食大振，唯感乏力，上方加减继续调理。

按：化疗是目前治疗恶性肿瘤的主要手段之一，由于化疗药物的毒性，所以在杀灭肿瘤细胞的同时，对人体正常细胞亦有伤害，特别是对机体免疫功能有影响，使用后，患者多呈现一派正气亏损之象。临床多见脾胃受损，运化失司，以致湿阻中焦，气血两亏。治当健脾化湿、和中降逆、益气养血为主。故以二陈汤加減治之，方中半夏、陈皮理气降逆，砂仁加强半夏、陈皮的作用；茯苓健脾化湿；党参、黄芪健脾益气。药理研究表明：黄芪、党参益气固本，可提高巨噬细胞的功能，使淋巴细胞转化率增加，E-玫瑰花结形成率增加，免疫球蛋白如 IgA、IgG 等增加，增强体质，故而改善临床症状。诸药合用，有降逆和胃、健脾化湿之功，能起到减轻和降低化疗药物对消化道的刺激作用，所以疗效较好。

十、消化性溃疡

消化性溃疡主要指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡，即胃溃疡和十二指肠溃疡，因溃疡的形成与胃酸-胃蛋白酶的消化作用有关而得名。

【病案举例】

1. 冯某，男，59 岁，1995 年 5 月 31 日初诊。胃脘部反复胀痛 5 年，加重 3 天，患者因劳累后胃脘部胀闷疼痛，睡眠较差，头晕乏

力，面色苍白，饮食减少，大便稀薄，咳而有痰，口中黏腻，舌淡红、苔薄白，脉细软无力稍滑，曾于内蒙医院胃镜检查诊断为胃和十二指肠球部溃疡。证属脾胃虚寒、痰湿中阻之胃脘痛，治宜健脾燥湿化痰，以二陈汤加味治疗。处方：白术 10g，党参 10g，半夏 10g，茯苓 10g，陈皮 10g，甘草 10g，木香 6g，瓦楞子 30g，郁金 10g，砂仁 6g，元胡 10g。服药 3 剂后胃脘疼痛减轻，大便次数减少，饮食增加，余症同前，在上药的基础上加鸡内金 10g、浙贝母 12g，4 剂水煎服。6 月 7 日再诊症状明显好转，仅胃脘部胀闷，大便已成形，睡眠、头晕、饮食均得到改善，为巩固疗效，上方去元胡、郁金、瓦楞子，加焦三仙各 10g，4 剂，水煎服以调理。

2. 赵某，男，53 岁，2005 年 3 月 21 日初诊。患者有慢性萎缩性胃炎病史 12 年，每发胃痛即服摩络丹、猴头健胃灵等药，可缓解疼痛。近年来，胃痛加剧，空腹时痛甚，痛处拒按，伴嗳气吞酸、胃纳不佳，再服胃药，症状不能缓解。复查胃纤维镜后，确诊为慢性胃炎合并胃溃疡。诊见：面色萎黄，舌质紫暗，脉沉滑。中医诊断：胃脘痛，证属痰瘀交阻。治以健脾和胃，化痰祛瘀。处方：半夏、陈皮、炒蒲黄（包煎）、赤芍各 9g，茯苓、五灵脂各 12g，元胡 15g，佛手、枳壳各 10g，炙甘草 5g。每天 1 剂水煎服。服 15 剂，胃脘疼痛减轻。继续调理善后。

按：患者胃痛日久不愈，久痛入络，瘀血内阻，瘀久生痰；痰瘀互结，致脾胃气机运化不畅则疼痛；气滞血瘀常与痰湿互为因果，使水液停聚，湿浊内生，而湿浊又可阻遏气机，加重气滞血瘀。方用二陈汤燥湿化痰，理气和中；五灵脂、炒蒲黄活血化痰止痛；元胡活血行气，通络止痛；赤芍散瘀血、除滞止痛；佛手疏肝理气醒胃。诸药合用，共奏行气活血、化痰祛瘀、通络止痛功效。

十一、食道癌

食道癌患者的症状一般比较明显，多有噎食倒食、黏痰不断、入食即吐、反流食、吞吐困难、病灶反射性疼痛明显等症状。属于中医“噎膈”的范畴。其病位在于食道，病变脏腑关键在胃，又与肝、脾、肾密切相关，脾为胃行其津液，若脾失健运，可聚湿生痰，阻于

食道而出现一系列痰湿内阻的症状，故可用二陈汤加减治疗。

【病案举例】

1. 胡某，男，78岁。因慢支肺气肿、肺心病，每至冬春季节发作而住院。1999年4月在出院后1个月左右因进食后梗阻，呕吐涎痰而来院，经胃镜和病理证实为食道贲门癌。患者年事已高，且有肺心病，手术是不可能的，化疗也难以承受，随转中医治疗，症见：消瘦、老人貌，尚能进少许流汁（约400ml/天），但呕吐频频，多为白涎沫，每日约800ml，肌肤甲错，舌质紫暗，苔腻中焦黑，脉数而无力，小便黄，便秘4~7天，大便如羊粪状，症属：噎膈，痰阻气血瘀滞，治先理气化痰止呕，以香砂六君子合平胃散治之。木香6g，砂仁3g，姜半夏10g，陈皮6g，茯苓10g，苍术6g，厚朴6g，生姜3片，葱白3枚。药煎2次混合后约300ml，频饮（每次20ml左右，如呕吐后半小时再饮），进药7剂后即能进量大于出量，大便二、三日一解呈黑糊状（潜血+~+++），进药30剂时只有晨起呕吐1次，进半流汁，但能扪及上腹部包块（CT示胃底肿块约10cm×8cm大小），患者拒绝做胃镜检查，进药3个月时饮食如常，体重恢复到病前的60kg，用本方半年后改为2日1剂。至次年2月因肺心、慢支急发住院抢救而停服中药，10日后呕吐，梗阻症状再次出现，3周后下消化道出血、合并多器官衰竭而亡。

2. 申某，男性，63岁。近1个月来进食不利，继而噎膈，口干，喜热饮，于1998年7月来诊。胃镜检查结果为食道上段癌，诊见舌苔薄腻，脉弦滑稍沉，证属气虚阳微、痰气交阻。方用半夏12g、陈皮10g、生姜10g、人参10g、黄芪15g、茯苓20g、郁金10g、砂仁10g、瓜蒌15g、白术15g、桂枝15g、壁虎15g、炙甘草6g、附子6g，每日1剂水煎，多次少量频服。2日后进食较前顺利。上方加三七、五灵脂、海藻、丹参、草薢，服30余剂后可进食面条、稀饭等。

十二、呃逆

呃逆是指胃气上逆动膈，以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，难以自制为主要表现的病症。

【病案举例】

杨某,女,35岁,教师,1987年5月18日初诊。3天来,频频呃逆,曾炖服人参,服西药(镇静、解痉类),毫无好转,昼夜不安,影响饮食和睡眠而来就诊。询查病史,3天前因牙痛,口服红霉素0.375g,每天3次。当晚出现呃逆,伴有胃脘胀满,恶心,舌苔白腻、湿润,脉滑。此为呃逆,证属痰湿阻滞,胃气失降。治宜燥湿化痰,降逆和胃。处方:陈皮、旋覆花(布包)各9g,法半夏、茯苓各12g,甘草6g,代赭石(先煎)30g,生姜3片。2剂。20日复诊。呃逆基本停止,余症亦减,改用陈夏六君子汤善后。

按:呃逆一证,究其病性,或实、或虚、或寒、或火、或痰,其机制归属胃气失降,上冲于膈。治则以和胃降逆为基础,随症的虚实、寒痰热痰不同而加减。由此可见,二陈汤加味治疗呃逆,于理可通,于效可见。本例可谓药中病机,呃逆自平。

第四节 内分泌系统疾病

一、甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症简称甲亢,是一种常见的内分泌疾病,指甲状腺呈高功能状态,其特征有甲状腺肿大、基础代谢率增加和自主神经系统功能失常。精神刺激、感染等应激状态是本病的常见诱因,与家族遗传也有一定关系。

【临床应用】

刘艳骄以消瘰丸合二陈汤治疗甲状腺功能亢进症20例,其中男性2例,女性18例,年龄25~55岁。临床表现失眠、盗汗、心慌、气短,伴甲状腺肿大12例;静止性震颤2例;周期性四肢无力3例;长期低热2例;睡眠打鼾1例。20例患者均通过甲状腺功能测定而确诊。其中,三碘甲状腺原氨酸(T_3) $>23.1\text{nmol/L}$ (正常值 $0.924\sim3.542\text{nmol/L}$)16例,甲状腺素(T_4) $>322.5\text{nmol/L}$ (正常值 $58.05\sim174.15\text{nmol/L}$)14例,游离 $T_3>15.0\text{pmol/L}$ (正常值 $3.2\sim9.2\text{pmol/L}$)5例,游离 $T_4>50\text{pmol/L}$ (正常值 $9.1\sim27.5\text{pmol/L}$),

促甲状腺素均 $<0.3\text{mIU/L}$ ，反 $T_3 > 1.5\mu\text{g/L}$ （正常值 $0.26 \sim 0.58\mu\text{g/L}$ ），抗甲状腺蛋白抗体均 $<30\%$ 。所有患者均由西医院确诊。经过同位素碘扫描证实有结节的 12 例。已经应用甲巯咪唑（他巴唑）治疗的 14 例，应用卡比马唑（甲亢平）者 15 例，但甲状腺结节并没有消退，甲状腺功能亢进的症状仍然存在。药物组成：柴胡 10g，生牡蛎 40~60g，玄参 15g，大贝母 10g，香附 30g，夏枯草 15g，柴胡 10g，土茯苓 15g，蔓荆子 10g，杭菊花 10g，白芥子 12g，丹参 10g，郁金 10g，陈皮 10g，法半夏 10g，茯苓 10g。水煎服。每日 1 剂，分 2 次服用。应用中药 1 周以后开始减西药的用量，以后每隔 1 个月减西药 1 片。随症加减：心慌、气短者，加用丹参 10g，麦冬 10g；出汗较多者，加山药 10g，黄连 6g，生地黄 10g；失眠患者加夜交藤 15g；伴有脂肪肝者，加蒲公英 30g。另外，用黄药子 30g，加黄酒 500ml，酒浸 7 天以后，每天服用 30ml，直到甲状腺肿大消退。3 个月为 1 个疗程，一般 1~3 个疗程可以控制病情。治疗最短时间 3 个月，最长时间 1.5 年。经过中药治疗，20 例患者中有 16 例得到治愈（甲状腺功能检查正常，甲状腺结节消失，临床症状消失）；2 例好转（甲状腺功能检查基本正常，甲状腺结节缩小，临床症状减轻）；2 例无效（甲状腺功能维持原状，甲状腺结节未缩小，临床症状仍然存在）。

二、甲状腺腺瘤

甲状腺腺瘤是最常见的甲状腺良性肿瘤，可发生于任何年龄，但以青年女性多见；多数无自觉症状，往往在无意中发现颈前区肿块；大多为单个，无痛；包膜感明显，可随吞咽移动。肿瘤增长缓慢，一旦肿瘤内出血或囊变，体积可突然增大，且伴有疼痛和压痛，但过一时期又会缩小甚至消失。少数增大的肿瘤逐渐压迫周围组织，引起气管移位，但气管狭窄罕见；患者会感到呼吸不畅，特别是平卧时为甚。

【病案举例】

某女，40 岁，1996 年 1 月 5 日初诊。颈部胀麻变粗 1 年，时感胸闷气短，两肋胀满，咽部有痰，咳之不出，咽之不下。颈部 B 超

检查示左侧甲状腺腺瘤（约 $2\text{cm} \times 1.5\text{cm}$ ），甲状腺同位素扫描示左侧甲状腺温结节；化验 T_3 、 T_4 、促甲状腺素（TSH）均正常。诊为左侧甲状腺腺瘤。经用百消丹、散结片等药物治疗，效不显。查甲状腺Ⅱ度肿大、质软，左侧甲状腺可触及约 $2\text{cm} \times 2\text{cm}$ 大小圆形肿块，表面光滑，随吞咽活动。舌质暗、苔薄白，脉沉细涩。证属气滞血瘀、痰凝络脉，治宜豁痰散结、理气活血。方用二陈汤加理气散结活血药。处方：半夏 10g，陈皮 6g，茯苓 15g，夏枯草 10g，赤芍 15g，白芍 10g，柴胡 10g，香附 10g，瓜蒌 10g，郁金 10g，生牡蛎 30g，百合 10g，丹参 10g，桔梗 10g，玄参 6g，浙贝母 10g。水煎服，日 1 剂。服 7 剂，胸闷气短减轻，但仍觉咽部有痰，原方加减继服 60 余剂，咽部不适感消失，复查颈部 B 超示左侧甲状腺腺瘤消失。为巩固疗效，上方加减继服 15 剂，隔日 1 剂。停药 1 年后随访未复发。

按：《明医指掌·瘰瘤》述：“五瘰多缘气与痰，结于颈项两颐间。”又谓：“若人之元气循环周流，脉络清顺流通，焉有瘰瘤之患，必因气滞痰凝，隧道中有所留止故也。”气滞痰凝，痰气交阻，久则血行不畅，脉络瘀滞，以致痰、气、瘀三者合而结于颈项。多用疏肝理气、活血化瘀散结法治之。方中柴胡、香附、桔梗、百合、郁金疏肝理气解郁，半夏、陈皮、浙贝母、生牡蛎、夏枯草、茯苓化痰散结，丹参、赤芍活血祛瘀，玄参、白芍养阴。诸药合用，标本兼顾，气血调畅，故收显效。

三、内分泌失调

人体有内分泌系统，分泌各种激素与神经系统一起调节人体的代谢和生理功能。正常情况下各种激素是保持平衡的，如因某种原因使这种平衡打破了（某种激素过多或过少）这就造成内分泌失调，会引起相应的临床表现。男性和女性都可能出现内分泌失调。

【临床应用】

王传升用二陈汤治疗女性抗精神病药物源性内分泌紊乱 44 例。其中年龄最大者 41 岁，最小者 18 岁。并采取治疗前后自身对照，入组患者均以二陈汤为主加减。基本方组成：半夏 15g，陈皮 15g，茯苓 15g，甘草 6g，生姜 10g，枳实 10g，天南星 15g，泽泻 10g，山楂

15g, 生麦芽、炒麦芽各 60g; 大便干结者加大黄 6g。每日 1 剂, 加水 300ml 煎至 200ml 浓汁, 早、晚 2 次服用, 30 天为 1 个疗程。在服用中药期间, 抗精神病药物的应用按原方案进行, 不要求患者减少饮食物、缩短睡眠时间或增加体力活动。中药治疗前后做心电图、血常规及尿常规检查。所有患者治疗前后均于早晨 9~10 点空腹抽取静脉血 10ml, 水浴离心后取上层血清置于 -70°C 低温冰箱中保存, 用于催乳素 (PRL)、雌二醇 (E_2) 及睾酮 (T) 的测定。所用标本用同一试剂盒进行激素测定。结果: 二陈汤加减治疗前, 血清催乳素、睾酮高于正常值, 而雌二醇低于正常值; 治疗后血清催乳素、睾酮水平均有下降, 与治疗前相比差异具有显著性, 治疗后血清雌二醇水平较治疗前显著上升; 治疗前后血清催乳素水平与雌二醇均呈负相关, 睾酮与其他指标之间均未发现明显相关。二陈汤加减治疗的安全性在治疗过程中未发现与服药有关的明显副反应, 治疗前后的心电图及血、尿常规检查亦未发现明显改变。

第五节 代谢性疾病

一、糖尿病

糖尿病是多种原因引起以慢性高血糖为特征的代谢紊乱。久病可引起多系统损害, 导致眼、肾、神经、心脏、血管等组织的慢性进行性病变, 引起功能缺陷及衰竭。病变严重应激时可发生急性代谢紊乱, 如酮症酸中毒、高渗性昏迷等。本病属于中医“消渴病”范畴。

【临床应用】

1. 黄红勤采用丹参饮合二陈汤治疗糖尿病胃轻瘫 40 例。其中男 23 例, 女 17 例; 年龄 33~82 岁, 平均 57.2 岁; 糖尿病病程最短 4 年, 最长 26 年; 胃轻瘫病程最短 3 个月, 最长 4 年, 平均 2.5 年。在饮食健康指导和西药常规控制血糖的基础上给予中药治疗, 方用丹参饮合二陈汤为主化裁。基本方: 丹参 30g, 檀香 (后下)、砂仁 (后下)、陈皮、半夏、莪术各 10g, 茯苓、黄芪、太子参、天花粉各 15g, 甘草、水蛭各 6g。随症加减: 如以腹胀为主, 并有舌苔厚腻者

去黄芪加紫苏梗 15g, 枳壳、枳实各 10g; 厌食、少食者加鸡内金 10g, 麦芽、生山楂各 15g; 舌红口干者加石斛 10g, 玉竹 15g; 嗳气频作者加吴茱萸、丁香各 5g; 便秘者加肉苁蓉 15g, 酒大黄 10g; 中焦虚寒者加党参 15g, 干姜 6g, 炒山药 30g; 以呕吐为主者加枳实、竹茹各 10g, 黄连 6g; 泛酸者加海螵蛸 15g, 浙贝母 10g。治疗前后检查 X 线钡餐和胃电图。治疗 3 周为 1 个疗程, 2 个疗程观察治疗结果。显效: 临床症状、体征消失, X 线钡餐检查明显改善, 胃电图平均频率、幅值、餐后/餐前功率比增加 40% 以上, 随访 3 个月无复发。有效: 临床症状、体征明显减轻, X 线钡餐检查较前改善, 胃电图平均频率、幅值、餐后/餐前功率比增加 20% 以上。无效: 未达到显效和有效标准。治疗结果: 显效 21 例, 有效 15 例, 无效 4 例, 总有效率为 90%。有效病人的随访中有 4 例复发, 重复原方治疗后可缓解。

2. 张雪红以加味二陈汤治疗 2 型糖尿病 32 例。其中男性 15 例, 女性 17 例; 40~49 岁者 18 例, 50~59 岁者 11 例, 60~69 岁者 3 例; 病程最短为 2 个月, 最长为 7 年。空腹血糖在 8.0~11.9mmol/L 者 8 例, 在 12.0~15.9mmol/L 者 18 例, 在 16.0~19.9mmol/L 者 6 例。32 例患者均具有口干口黏, 纳谷不香, 四肢倦怠, 形体肥胖等症状。舌体胖大、舌质淡、舌边有齿痕、苔白腻, 脉缓或沉弦。中医辨证属痰湿型。32 例患者根据 1980 年世界卫生组织 (WHO) 糖尿病专家委员会的糖尿病分类及诊断标准, 均符合糖尿病 (2 型) 的诊断。治疗方法: 患者治疗期间停用其他降糖药, 按照燥湿化痰的原则, 均用二陈汤加减治疗。基本方: 半夏 10g, 陈皮 6g, 茯苓、白术、苍术各 15g, 草决明 24g, 丹参、葛根各 30g。每日 1 剂, 水煎服。4 例治愈 (空腹血糖 $\leq 5.6\text{mmol/L}$, 甘油三酯 $\leq 1.5\text{mmol/L}$, 症状消失连续 3 个月以上); 16 例显效 ($5.6\text{mmol/L} < \text{空腹血糖} \leq 7.0\text{mmol/L}$, $1.5\text{mmol/L} < \text{甘油三酯} \leq 2.0\text{mmol/L}$, 症状基本消失); 10 例有效 ($7.0\text{mmol/L} < \text{空腹血糖} \leq 8.5\text{mmol/L}$, $2.0\text{mmol/L} < \text{甘油三酯} \leq 2.5\text{mmol/L}$, 或症状大减); 2 例无效 (血糖、甘油三酯及症状无改变)。总有效率达 93.8%。

3. 曾英以血府逐瘀汤合二陈汤治疗肥胖 2 型糖尿病 (T2DM) 32

例。62例均为T2DM肥胖患者住院及门诊病例,按就诊先后,随机分为治疗组和对照组。其中治疗组32例,男15例,女17例;年龄34~78岁,平均 (58.6 ± 5.7) 岁;糖尿病病程2.5~12年,平均 (5.8 ± 3.1) 年;合并冠心病10例,合并白内障6例,合并糖尿病肾病7例,合并周围神经病变14例。对照组30例,男14例,女16例;年龄36~75岁,平均 (54.6 ± 6.5) 岁;糖尿病病程1.8~13年,平均 (7.8 ± 3.6) 年;合并冠心病者8例,合并白内障者6例,合并糖尿病肾病者5例,合并周围神经病变者12例。两组病例性别、年龄、病程经统计学处理差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。治疗方法:基础治疗包括糖尿病健康教育、饮食控制和适当运动,常规调节血压和其他临时对症处理。两组均以治疗1个月为1个疗程,连续观察2个疗程。治疗组:采用血府逐瘀汤合二陈汤,药用:桃仁12g,法半夏12g,红花10g,当归10g,生地黄10g,川芎10g,桔梗10g,赤芍6g,陈皮6g,枳壳6g,茯苓15g,牛膝15g,柴胡5g,甘草5g。每日1剂,水煎分服。二甲双胍片0.5g,饭后服,每日3次。对照组:单以二甲双胍片治疗,剂量、服法、疗程同治疗组,不服中药。观察指标:检测指标:体重指数(BMI)、空腹血糖(FBG)、胰岛素(FNS)、血脂[总胆固醇(TC)和甘油三酯(TG)],并计算胰岛素敏感指数(ISI)。FBG测定采用葡萄糖氧化酶法,FNS用放免法测定;ISI为空腹血糖与胰岛素乘积的倒数($ISI = 1/FBG \times FNS$),血脂采用酶法测定。治疗结果:治疗后两组BMI、FBG均有下降,与治疗前比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);治疗组BMI治疗后较对照组下降明显,差异有显著性($P < 0.05$)。治疗组FNS治疗后显著下降、ISI明显升高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且优于对照组($P < 0.05$);对照组FNS、ISI治疗前后比较差异无显著性意义。治疗组治疗后TC、TG均有显著下降,与治疗前比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$);对照组治疗后TG下降明显($P < 0.05$),而TC无明显变化。经治疗后两组TC、TG比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。不良反应:对照组3例出现不同程度的恶心、呕吐、腹痛等消化道反应,减量后好转;治疗组未见明显不适反应。

【病案举例】

王某,男,48岁。1990年7月8日初诊。主诉:口干口黏2年。症见口干口黏,不思饮食,四肢倦怠乏力,形体肥胖。舌质淡、苔白厚焦,脉沉缓。血糖13.2mmol/L,尿糖(++++) ,甘油三酯2.5mmol/L。患者平素喜食肥甘之品,证属痰湿内盛,脾胃呆滞、津液输布不畅,故治宜燥湿化痰。服二陈汤加减18剂后,症状消失。复查血糖5.2mmol/L,尿糖(-),甘油三酯1.0mmol/L。随访半年,病情稳定,临床治愈。

二、高脂血症

高脂血症系指血浆中脂质浓度超过正常范围。由于血浆中脂质大部分与血浆中蛋白质结合,因此本病又称为高脂蛋白血症。血脂包括类脂质及脂肪,类脂质主要是磷脂、糖脂、固醇及类固醇;脂肪主要是甘油三酯。

【临床应用】

1. 杨雨鸣用二陈汤加减治疗老年性高脂蛋白血症56例,并以该病50例(以西药非诺贝特治疗)作为对照组。全部病例均符合美国国家类固醇规划于1993年发布的ATPⅡ标准,并经饮食治疗3个月后各项指标未见明显改善。总病例数106例,随机分成两组。治疗组56例,年龄46~65岁,平均58岁;其中有高血压病史者36例,冠心病史者27例,脂肪肝病史者18例。对照组50例,年龄47~66岁,平均56岁;其中有高血压病史者36例,冠心病史者23例,脂肪肝病史者17例。所有病人均以低脂饮食为前提,治疗组以二陈汤为主方,加香附、泽泻、丹参、山楂、鸡内金,痰湿甚者加苍术、海藻,瘀血甚者加红花、三七,脾气虚者加党参、白术,肝肾阴虚者加何首乌、知母、桑寄生。每日1剂,分早、晚各煎服1次;对照组以西药非诺贝特口服,1次100mg,1日3次。两组均以4周为1个疗程。在治疗期间停用其他有降脂作用的药物。根据ATPⅡ方案,TC、LDL-C(低密度脂蛋白胆固醇)、HDL-C(高密度脂蛋白胆固醇)达到理想水平者为显效,达到临界水平者为有效。结果:治疗组显效15例(26.8%),有效39例(69.6%);对照组显效为10例(20.0%),有

效为 25 例 (50.0%)。通过对两组治疗结果进行比较, 两组在治疗后显效率差异无显著性 ($P > 0.05$), 有效率治疗组优于对照组, 两组相比差异有显著性 ($P < 0.05$)。两组在治疗前后 TC、LDL-C、HDL-C 的改善, 差异均有显著性 (分别为 $P < 0.01$, $P < 0.05$); 治疗前后 TC、LDL-C 的下降值, 两组差别无显著性 ($P > 0.05$); 治疗前后 HDL-C 的上升值, 治疗组优于对照组, 两组相比差别有显著性 ($P < 0.05$)。治疗期间治疗组患者未见不良反应, 对照组有 8 例出现胃肠道不适的症状, 3 例出现肝功能异常。

2. 林柏以加味二陈汤治疗高脂血症 42 例。其中男性 34 例, 女性 48 例, 年龄 (59.92 ± 12.21) 岁。未服用降脂药物或降脂药物已停用 4 周以上者。血脂增高符合以下条件: TC $\geq 5.17\text{mmol/L}$ 和 (或) TG $\geq 1.24\text{mmol/L}$ 。其中 TC 及 TG 均增高 40 例, 单项 TC 增高 20 例, 单项 TG 增高 22 例。除外有肝肾等疾患及内分泌疾患所致的继发高脂血症。将 82 例患者随机分为 A、B 两组。A 组 42 例, 全部采用中药加味二陈汤。方药组成: 制半夏、陈皮、泽泻各 15g, 茯苓、川芎、水蛭各 10g, 大黄末 3g (冲服), 甘草 6g。气虚加党参、黄芪; 肝肾不足加何首乌、黄精; 脾肾阳虚加仙灵脾、肉苁蓉。以上中药日 1 剂, 水煎服, 分早、晚 2 次服。4 周为 1 个疗程, 连服 2 个疗程, 服药期间停药其他影响降血脂的药物。B 组 40 例全部服用浙江嘉兴制药厂生产的非诺贝特, 每次 100mg, 每日 3 次。所有患者服药前及服药后 4 周、8 周分别测定 TC、TG、HDL-C, 以及血糖、AST、ALT、血尿素氮、肌酐。按卫生部 1988 年颁发的《药物临床研究指导原则规定》判定。显效: TC 下降 $> 20\%$, TG 下降 $> 40\%$, HDL-C 升高 $> 0.26\text{mmol/L}$; 有效: TC 下降 $10\% \sim 20\%$, TG 下降 $20 \sim 40\%$, HDL-C 升高 $0.10 \sim 0.26\text{mmol/L}$; 无效: 未达到有效标准者。治疗结果: A 组显效 24 例, 有效 16 例, 无效 2 例, 总有效率 95.4%; B 组显效 18 例, 有效 18 例, 无效 4 例, 总有效率 90%。A 组总有效率略高于 B 组。A 组和 B 组用药前及用药后 4 周、8 周查血糖、血尿素氮、血肌酐、ALT、AST 无统计学差异。

3. 杨传印以二术二陈汤治疗痰湿型高脂血症 94 例。其中门诊患者 63 例, 住院患者 31 例; 男 57 例, 女 37 例; 平均年龄 61.6 岁;

伴有冠心病33例,高血压病31例,2型糖尿病17例,脑梗死11例,脂肪肝59例;TC $\geq 6.21\text{mmol/L}$ 71例, TG $\geq 2.26\text{mmol/L}$ 55例, HDL-C $\leq 0.91\text{mmol/L}$ 32例。方药组成:苍术9g,白术12g,陈皮12g,半夏12g,茯苓15g,乌梅6g,生姜6g,炙甘草6g。伴瘀血征象者加丹参12g,川芎9g;痰湿盛者加紫苏子12g,白芥子12g;胃纳差者加焦三仙各12g。每日1剂,水煎服,连服30天。服药期间,停用其他降血脂药物,普通饮食,30天后复查TC、TG、HDL-C。临床控制:治疗后血脂检测恢复正常(TC $< 5.72\text{mmol/L}$, TG $< 1.81\text{mmol/L}$, HDL-C $> 1.04\text{mmol/L}$);显效:治疗后血脂检测达到以下任何一项者:TC下降 $\geq 20\%$, TG下降 $\geq 40\%$, HDL-C上升 $\geq 0.26\text{mmol/L}$;有效:治疗后血脂检测达到以下任何一项者:TC下降 $\geq 10\%$ 且 $< 20\%$, TG下降 $\geq 20\%$ 且 $< 40\%$, HDL-C上升 $\geq 0.14\text{mmol/L}$ 但 $< 0.26\text{mmol/L}$;无效:治疗后血脂检测无明显改善或改善达不到有效标准者。治疗结果:94例高脂血症患者经30天治疗,临床控制13例,显效23例,有效51例,无效7例,有效率为91%。治疗前后血脂水平比较有显著性差异($P < 0.05$)。

4. 刘晖等以四物汤合二陈汤加减治疗高脂血症86例。160例高脂血症病人全部来自于门诊,随机分为两组。其中治疗组86例,男48例,女38例;年龄34~69岁,平均年龄(53.0 ± 10.9)岁;病程5个月~22年。对照组74例,男44例,女30例;年龄35~68岁,平均年龄(52.0 ± 9.9)岁,病程3个月~21年。两组在年龄、性别、病程方面差异无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗组以四物汤合二陈汤加减治疗。方药组成:当归10g,生地黄10g,赤芍10g,川芎10g,三七10g,丹参15g,半夏10g,陈皮10g,茯苓20g,泽泻10g,黄芪15g,茵陈15g,决明子15g,山楂10g,甘草5g。每日1剂,水煎2次,每次200ml分早、晚餐后温服,8周为1个疗程。对照组以地奥脂必妥片治疗,每次3片,每日3次,分早、中、晚餐后服用,8周为1个疗程。所有患者于治疗前后分别取空腹静脉血测定TC、TG、LDL-C、HDL-C,观察期间停用其他降血脂药物,避免使用影响脂质代谢的其他药物。疗效标准参照卫生部1998年公布的《药物临床研究指导原则》及《中药新药临床研究指

导原则》标准。显效：TC 下降 $\geq 20\%$ 或 TG 下降 40%，或 HDL-C 上升 $\geq 0.26\text{mmol/L}$ 。有效：TC 下降 10%~20%或 TG 下降 20%~40%，或 HDL-C 上升 0.10~0.26mmol/L。无效：未达到上述标准或上升者。治疗结果：两组治疗后 TC、TG、LDL-C 均较治疗前显著下降（ $P < 0.01$ ），HDL-C 明显升高（ $P < 0.01$ ），治疗组 TC、TG、LDL-C 与对照组治疗后比较差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。提示治疗组在调节 TC、TG、LDL-C 方面优于对照组。治疗组总有效率明显高于对照组，经 χ^2 检验，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

【病案举例】

朱某，男，49岁，2003年11月24日初诊。形体肥胖，身高1.68m，体重87kg，体检时发现血脂增高，服降脂西药效果欠佳，且近2个月感胸闷不适，前来就诊。观其面部皮肤油腻，舌暗红、苔黄厚，脉弦滑按之有力。血脂检测：TC 7.98mmol/L，TG 11.06mmol/L，HDL-C 0.95mmol/L。心电图示：前侧壁心肌呈缺血型改变。辨为痰湿瘀阻证，治以涤痰除湿、化痰消脂。二术二陈汤（苍术9g，白术12g，陈皮12g，半夏12g，茯苓15g，乌梅6g，生姜6g，炙甘草6g）加紫苏子12g，白芥子12g，焦三仙各12g。服药14天，胸闷不适感消失，守原方继服1个月后复查血脂，TC 7.01mmol/L，TG 3.55mmol/L，HDL-C 1.08mmol/L，嘱其控制饮食，加强锻炼，以善其后。

第六节 内科疑难疾病

一、汗证

汗证是指人体阴阳失调，营卫不和，腠理开阖不利而引起的汗液外泄异常的疾病。包括自汗证和盗汗证。自汗为时时汗出，动则益甚的病症。《景岳全书·汗证》曰：“自汗者，汲汲然无时，而动作则益甚。”中医学认为自汗证多由营卫不和、肺脾气虚、热淫于内等所引起，在治疗上亦多以调和营卫、益气固表、清里泄热为法。但临床中由痰湿所致自汗者，亦不少见，其病因病机多为痰湿内蕴、阻滞脏

腑经络气机、腠理开阖不利而致汗液外泄异常。《丹溪心法·自汗·四十九》中明确指出：“自汗属气虚、血虚、湿、阳虚、痰。”痰湿亦是导致自汗的一种病理因素。

【病案举例】

续某，男，78岁，每日汗出，动则为甚，以胸背汗出为主，其病已有数年之久，曾求治于数家医院，然终不见好转，临床各项检查均无异常。2006年4月3日初诊，患者形体肥胖，舌体大、且边有齿痕，苔白腻，脉沉滑。遂以痰湿自汗辨证施治，方以二陈汤加味：清半夏9g，陈皮12g，茯苓15g，甘草6g，白术12g。每日1剂，水煎服。连服5剂后自汗明显减少，守上方连服半月，患者自汗症状消失，回访半年自汗未有再发。

二、发热性疾病

发热是指病理性体温升高，是人体对致热原的作用使体温调节中枢的调定点上移而引起，是临床上最常见的症状，是疾病进展过程中的重要临床表现。可见于多种感染性疾病和非感染性疾病。具有典型的热型和病程、特异的临床特点，一般诊断较易；但有部分发热患者，热程长、无特异体征，难以作出明确诊断。

【病案举例】

1. 王某，女，15岁，2005年10月9日就诊，患者淋雨受凉后发热（38~39℃），咳嗽1周，经某综合医院输液1周热势未退，而转中医诊治，症见：发热（38.6℃），恶寒，头项强痛，汗出少许，神倦，四肢乏力，鼻塞流清涕，咳嗽，痰黏色白，不思饮食，舌质红、苔薄白，脉浮数。此为太阳病经证，风寒袭表，入里化热。太阳与少阴互为表里，主一身之表，是六经的藩篱，病邪侵入首当其冲，治宜宣肺散寒，予麻根细辛二陈汤加减。处方：麻黄根15g，细辛4g，茯苓15g，法半夏15g，陈皮10g，柴胡15g，桔梗12g，木香10g，砂仁10g，紫苏梗15g，杏仁10g，冬瓜仁10g，苍耳子10g，甘草5g。3剂而热退，调理痊愈。

2. 汪某，男，34岁，2005年10月初诊，患者平素体健，2005年9月受凉感冒后发热，屡进西药、输液抗感染治疗7日后热退。

数日后因饮食不慎而发热，发热已3日。发热（38.5℃），口渴，汗出，心烦，咽微痛，腹微满，大便2日未行，舌淡红，苔薄黄，脉浮数，诊为阳明病，此为太阳伤寒迁延不解，表邪入阳明化热，阳明温热已入下焦肠腑。阳明经腑合病，热虽入阳明，内外俱热，但尚在气分，不宜投承气汤及苦寒之剂。予麻根细辛二陈汤加味，处方：麻黄根15g，细辛4g，茯苓15g，醋半夏15g，陈皮10g，柴胡15g，木香10g，枳实10g，厚朴10g，紫苏梗15g，栀子15g，淡豆豉10g，生石膏20g，甘草5g。2剂，嘱当日服1剂。2剂后体温正常，口不渴，心不烦，腹满消失，以麻辛二陈汤加益气养阴之品2剂调理而愈。

3. 李某，女，32岁，2005年10月初诊，患者平素体健，近7日来时冷时热，咳嗽，咯白色泡沫痰，口苦，咽干，目眩，胸胁苦满，不思饮食，心烦喜呕，舌淡、苔薄白，脉弦。此乃太少合病，邪入少阳，正邪相争，枢机不利，疏泄失职，肝木横逆，木邪犯土，脾胃受害，病机乃胆气内郁、胆火上炎。治宜和解表里，麻根细辛二陈汤加味。处方：小白附子10g（先煎1h），麻黄根15g，细辛4g，茯苓15g，陈皮10g，柴胡15g，桔梗12g，木香10g，砂仁10g，紫苏梗15g，杏仁10g，黄芩10g，甘草5g。2剂而愈。

三、肝萎缩

肝萎缩，就是各种原因导致的肝脏结构功能被破坏，通过影像观察可以发现形态也有缩小。多由肝脏缺血和胆管堵塞引起，如肝内胆管结石导致肝脏萎缩。部分患者肝脏硬化，肝脏结构破坏、重建也可以引起肝萎缩，如病毒性肝炎、药物中毒等。

【病案举例】

张某，男，56岁，2005年9月17日初诊，证见身目俱黄，面色晦暗，疲乏无力，口渴喜热饮，腹部胀满，食欲不振，小便清长，大便稀溏、日4~5次，脉细濡无力，舌质晦暗，苔白腻而厚。患者曾于综合医院诊为亚急性黄色肝萎缩，应用多种保肝药物治疗10余日无效，特请张师诊治。观之：精神尚可，面色晦暗，大便溏泄，身目俱黄，色如烟熏。诊为太阴病阴黄证。宜温阳健脾、柔肝利胆退黄，

以麻根细辛二陈汤加味。处方：川附子 10g（先煎 3h），麻黄根 15g，细辛 5g，茯苓 15g，陈皮 10g，柴胡 15g，木香 12g，砂仁 10g，白术 15g，白芍 15g，茵陈 15g，鸡内金 10g，甘草 5g。5 剂，每剂分 4 次服，1 周后，病情好转，黄疸明显消退，腹泻已止，改附子 15g，继服 10 剂后，黄疸尽退，改投健脾益气、益肝中药，继门诊调治 1 个月，完全康复。

四、戒毒

吸毒指凡采取各种方式，反复大量地使用一些具有依赖性的药物，这种使用与医疗目的无关，其结果是滥用者对该药物产生依赖状态，迫使他们无止境地追求使用，由此造成健康损害并带来严重的社会、经济甚至政治问题。吸毒是我国的习惯讲法，多用在社会、法学等领域，在医学上多称药物依赖和药物滥用。

近年来，采用中医药进行戒毒受到各界的广泛重视。

【临床应用】

王晓祥以二陈汤合增液汤加减戒毒 67 例。其中烫吸海洛因 65 例，静脉注射 2 例；男 62 例，女 5 例；年龄 18~40 岁，平均年龄（23±5.8）岁；吸毒时间最短 3 个月，最长 5 年；毒品（海洛因）日用量最小 0.39g，最大 3.0g；其中 24 例为第一次去毒，其余 43 例为 2 次或 2 次以上戒断后复吸病人。选取对象均无其他躯体疾病。二陈汤组成：半夏、陈皮、茯苓、炙甘草。增液汤组成：玄参、生地、麦冬。加减：桔梗、鱼腥草、石菖蒲、枇杷叶等。方法：对于第一次去毒病人从第三天开始服药，复吸病人从第一天开始给药。煎服法：水煎服，每日 1 剂，分早、中、晚 3 次服，另加少许冰糖。临床疗效标准：以病人自诉及观察为主。显效：无口腔干燥感，咳痰顺利，痰为清白或泡沫状。好转：口干症状减轻，痰液咳出顺利，偶有黄色脓痰。无效：仍感口干不适，痰液久咳不出。疗效：结果：67 例病人用药后，显效 35 例，好转 31 例，无效 1 例。总有效率 98.5%，起效时间 1~3 天。

五、脱发

脱发是头发脱落的现象，有生理性及病理性之分。病理性脱发是指头发异常或过度的脱落，主要由于病毒、细菌、高热对毛母细胞有损伤，抑制了毛母细胞正常分裂，使毛囊处于休克状态而导致脱发，如急性传染病、长期服用某种药物等。

【病案举例】

患者，女，15岁。1998年5月5日初诊。自诉：脱发1年，到处求治，服补肾药数十剂疗效欠佳。常头戴布帽，愧见于人。刻诊：本例脱发实属罕见，约占总面积1/2，剩下的头发也枯黄无光泽。面色苍黄、乏力、纳呆、痰多、舌淡、苔白厚腻、脉细弱。治以健脾燥湿化痰。二陈汤加味：陈皮、炙甘草、砂仁、木香各5g，制半夏、白术、苍术、当归各10g，茯苓、北黄芪各30g，日1剂，15日后脱发减少，无发区出现细小绒毛，伴随症也大减，药已中的。照上方去砂仁、木香，加熟地黄、何首乌、白芍各15g，续服调理2个月，脱发基本控制，毛发变粗变黑。为固效嘱其用乌鸡250g，大枣、何首乌、北黄芪各20g，当归3g炖汤服，每周2次，或鸡蛋2个，黑芝麻、大枣、红糖各25g炖服与上方交替用，再调理3个月，半年后头发乌黑如常人。

按：古人云“发为血之余，为肾所主”，可知发受精气血润之，脾胃为后天之本，气血生化之源，此病例由于脾胃虚弱，生化乏源，毛发失养而脱落，故以二陈汤加白术、苍术燥湿化痰，调理脾胃为先。脾胃健旺则生化无穷，毛发得以濡润故脱发愈。肾为先天之本，但要依赖后天水谷精微补充和濡养，健脾胃也即间接补肾，为了服食方便药疗与食疗相结合，乌鸡、鸡蛋、北黄芪、大枣、何首乌、黑芝麻炖服均能达到健脾补肾的功效，故药证相符而获良效。从上悉知中医学同病异治、异病同治的灵活性，以及辨证施治的重要性。

六、蛋白尿

蛋白尿有生理性和病理性之分。病理性蛋白尿多由肾脏疾病引

起。生理性蛋白尿多出现在剧烈运动、发热、高温、受寒、精神紧张等情况下。

【临床应用】

温利辉用雷公藤合加味二陈汤治疗蛋白尿 26 例。26 例中,男 11 例,女 15 例;年龄最大 69 岁,最小 11 岁,平均 35.3 岁;肾病综合征 11 例,急性肾炎 5 例,慢性肾炎 6 例,狼疮性肾炎 4 例。雷公藤片(或雷公藤多苷片)每次 2~3 片,每日 3 次口服;加味二陈汤(黄芪、益母草、法半夏、陈皮、茯苓、炙甘草为基础方),结合辨证分型加味,水煎服,每日 1 剂。治疗结果:26 例患者,通过治疗有 14 例蛋白尿消失,8 例蛋白尿减少,总有效率为 84.62%,4 例蛋白尿无变化。蛋白尿消失或减少的时间,最短 5 天,最长 42 天,平均 14.66 天。

参考文献

- [1] 蒋占勋. 二陈汤加味治疗外感久咳 68 例. 新中医, 2007, 39 (11): 52
- [2] 李梅, 朱宏, 张宝仁. 加减二陈汤治疗外感高热 31 例临床分析. 中级医刊, 1996, 31 (12): 44
- [3] 王明寿. 麻辛二陈汤治疗呼吸道感染心得. 中国乡村医师杂志, 2003, 10 (10): 7
- [4] 周江, 姜光萍. 加味二陈汤治疗发作期喘息性支气管炎 60 例. 新疆中医药, 2005, 23 (5): 23
- [5] 余蓉, 叶秀琳. 苓甘五味姜辛汤合二陈汤治疗感冒后顽咳临床观察. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (5): 577
- [6] 杨国友. 二陈加络龙汤治疗慢性支气管炎 64 例. 北京中医, 1998, 3: 44
- [7] 彭听其. 姜贝二陈汤治疗呼吸系统疾病 120 例总结. 湖南中医杂志, 12 (1): 22
- [8] 赵玉巧. 二陈汤加味治疗慢性支气管炎. 医药论坛杂志, 2003, 24 (16): 8
- [9] 王海霞. 二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作 42 例疗效观察. 亚太传统医药, 2006, 12: 44
- [10] 丘秀莲, 刘红霞. 二陈汤加味治疗慢性支气管炎急性发作 84 例. 新中医, 2004, 36 (12): 52

- [11] 王书甲. 天芩二陈汤加味治疗慢性支气管炎 42 例. 临床研究, 2007, 10: 40
- [12] 林勤, 陈文渊, 孙秩贞. 加减归地二陈汤治疗膀胱咳 118 例. 吉林中医药, 1999, 3: 32
- [13] 郭映君. 三子养亲汤合二陈汤加减治疗小儿支原体肺炎 50 例. 江西中医杂志, 2005, (3): 30
- [14] 徐银芳. 加味二陈汤治疗过敏性咳嗽 48 例. 实用中医药杂志, 2006, 22 (12): 745
- [15] 孙安兵. 黄芪桂枝五物汤合二陈汤治疗老年性喘证 48 例报道. 甘肃中医, 2007, 20 (8): 25
- [16] 袁安冬, 李红涛. 过敏煎合二陈汤治疗咳嗽变异型哮喘和对血清 IgE 值的影响. 光明中医, 2007, 22 (7): 53
- [17] 侯春光. 二陈双龙汤治疗咳嗽变异性哮喘 60 例. 实用中医药杂志, 2002, 18 (5): 23
- [18] 杜毅, 赵素珍, 赵丽蓉. 二陈降气汤治疗痰浊型支气管炎肺气肿 98 例. 内蒙古中医药, 1998, 2: 11
- [19] 吴洋, 彭江云. 四逆二陈麻辛汤治疗寒湿痰饮咳嗽 40 例. 云南中医中药杂志, 1998, 19 (5): 4
- [20] 刘建秋, 董桂芝, 邵渝. 加味二陈汤治疗慢阻肺疾患 136 例. 北京中医, 1996, 4: 40
- [21] 张穗坚, 方楚权. 二陈汤合三子养亲汤治疗慢性阻塞性肺疾病 48 例疗效观察. 新中医, 2006, 38 (10): 24
- [22] 王玲, 蒲海霞. 中西医结合治疗肺心病急性发作期 100 例. 山东中医杂志, 1999, 2 (4): 41
- [23] 林震, 王秀荣. 二陈汤加味临床应用举隅. 菏泽医专学报, 2000, 12 (1): 57
- [24] 李伯. 二陈牛蒡汤治疗外感后顽咳 87 例. 人民军医, 1998, 41 (11): 677
- [25] 霍桦. 二陈汤结合穴位敷贴治疗痰湿咳嗽的临床观察. 国际医药卫生导报, 2007, 13 (14): 103
- [26] 黄万钧. 二陈汤的临床运用. 甘肃中医, 1998, 11 (5): 30
- [27] 吴镇林. 芪丹二陈汤治疗冠心病心绞痛 56 例. 湖北中医杂志, 2002, 24 (9): 29
- [28] 梁碧伟. 二陈四仁汤治心脏病痰证. 深圳中西医结合杂志, 1999, 9 (3): 31

- [29] 宋亚黎, 姚昌晔. 二陈汤临证应用举验. 中国民间疗法, 2000, 8 (4): 43
- [30] 黄观熙. 二陈汤新用. 新中医, 1995, (1): 56
- [31] 戴天木. 杨百蕻运用二陈汤的临床经验. 中国医药学报, 1995, 10 (1): 30
- [32] 郭秀妹. 天麻白术二陈汤治疗眩晕的临床体会. 引进与咨询, 2006, (1): 93
- [33] 张孝礼. 二陈汤在疑难重症疾病的临床应用. 内蒙古中医药, 1996, (4): 28
- [34] 王惠, 郭燕. 二陈汤加味治疗痰浊内阻型眩晕 56 例. 光明中医, 2003, 18 (2): 39
- [35] 刘洁英. 桂枝龙骨牡蛎二陈汤治疗眩晕的体会. 1997, 29: 155
- [36] 张继元. 四物二陈汤治疗眩晕 32 例. 开封医专学报, 1994, 13 (1): 58
- [37] 王嘉会, 左建华, 徐建明. 二陈汤加味治疗慢性肝炎转氨酶长期升高 30 例. 中西医结合肝病杂志, 1995, 5 (2): 40
- [38] 夏红梅, 尹卫华, 李茂文, 等. 加减甘露消毒丹合二陈汤治疗慢性乙型肝炎临床研究. 实用中西医结合临床, 2007, 7 (2): 18
- [39] 陈利群, 于海峰, 王维淳. 二陈汤合逍遥散治疗脾湿肝郁型脂肪肝的临床观察. 河北中医, 2004, 26 (6): 435
- [40] 夏宝林. 二陈汤加味治疗脂肪肝 28 例. 中国社区医师, 2003, 19 (14): 37
- [41] 方义顺. 六磨汤合二陈汤治疗脂肪肝 58 例. 河南中医, 2007, 27 (10): 27
- [42] 刘健. 二陈汤加减治疗残余黄疸 16 例. 安徽中医临床杂志, 1999, 11 (6): 398
- [43] 古献民, 龙思海. 二陈煎治疗慢性胆囊炎 50 例疗效观察. 湖南中医杂志, 2003, 19 (3): 1
- [44] 骆和生, 王建华. 中药方剂的药理与临床研究进展. 广州: 华南理工大学出版社, 1991, 283, 304
- [45] 刘国栋. 柴胡疏肝散合二陈汤治疗慢性胆汁反流性胃炎 120 例. 中国民间疗法, 2001, 9 (7): 49
- [46] 李治方. 柴平二陈汤加减治疗慢性胃炎 72 例. 云南中医中药杂志, 1998, 19 (6): 20
- [47] 于玲, 涂晓龙. 二陈汤合平胃散加减治疗湿热型胃脘痛 36 例. 山东中医杂

- 志, 2001, 20 (1): 57
- [48] 杨印坤. 加味二陈汤治疗慢性萎缩性胃炎 120 例. 四川中医, 1995, 8: 48
- [49] 谢素芝. 平胃二陈汤加减治疗胃痛 46 例临床观察. 河北中医, 2004, 26 (12): 904
- [50] 樊纪民. 小柴胡汤合二陈汤治疗胆汁反流性胃炎 36 例. 中国民间疗法, 2003, 11 (10): 48
- [51] 顾维明. 加味二陈汤治疗慢性胃炎 40 例. 湖北中医杂志, 2003, 25 (4): 38
- [52] 周颖. 从湿论治脾胃病浅识. 实用中医内科杂志, 2006, 20 (1): 38
- [53] 武宏, 孙佩然. 二陈汤加味治疗内科杂病举隅. 河南中医, 2007, 27 (9): 73
- [54] 张葆现. 温胆汤临床应用举隅. 陕西中医, 2005, 26 (5): 464
- [55] 姚昌晔, 宋亚黎. 二陈汤临证应用举验. 中国民间疗法, 2000, 8 (4): 43
- [56] 周子杰, 黄月华. 加味二陈汤治疗反酸症 55 例. 中国民间疗法, 2000, 8 (9): 27
- [57] 杜永清. 赭独二陈汤治疗呕吐 212 例. 河南中医学院学报, 2007, 22 (2): 51
- [58] 文连茹. 二至丸合二陈汤加味治疗老年性便秘 73 例. 国医论坛, 2006, 21 (2): 29
- [59] 丰荣胜. 加味二陈汤治疗习惯性便秘验案 3 则. 国医论坛, 2004, 16 (4): 372
- [60] 张中林, 张敏. 二陈加术汤治疗小儿肺炎继发抗生素相关性腹泻 25 例. 陕西中医, 2006, 27 (10): 1208
- [61] 万圆圆. 二陈汤临证应用偶得. 天津中医学院学报, 2003, 22 (4): 40
- [62] 卢伟. 二陈汤治验两则. 黑龙江中医药, 2000, (3)
- [63] 匡建民, 张勇, 赵惠兰. 柴胡疏肝散合二陈汤治疗药物性肝损害. 山东中医杂志, 1999, 18 (7): 304
- [64] 段绿化. 二陈汤加减治疗化疗后胃肠道反应 193 例. 浙江中医杂志, 2002, 58
- [65] 张雅萍, 席书贤, 等. 二陈汤临床应用举隅. 新中医, 2007, 39 (5): 71
- [66] 余蕴珏. 二陈汤的类方变化在临床应用. 实用全科医学, 2004, 2 (2): 18
- [67] 刘艳, 骆骆斌. 消瘰丸合二陈汤治疗甲状腺功能亢进症 20 例临床观察. 北京中医药大学学报, 2003, 10 (3)
- [68] 王哲民. 戴岐运用二陈汤加味治验两则. 山东中医杂志, 1998, 17

- (11): 516
- [69] 王传升, 李恒芬, 崔桂梅. 女性抗精神病药物源性内分泌紊乱的中药治疗. 四川中医, 2007, 25 (1): 70
- [70] 黄红勤. 丹参饮合二陈汤治疗糖尿病胃轻瘫 40 例. 新中医, 2007, 39 (1): 68
- [71] 张雪红. 加味二陈汤治疗 2 型糖尿病 32 例. 湖北中医杂志, 1994, (2): 20
- [72] 曾英, 龙晓静, 江涛. 血府逐瘀汤合二陈汤治疗肥胖 2 型糖尿病疗效观察. 辽宁中医杂志, 2007, 34 (8): 1089-1090
- [73] 杨雨鸣. 二陈汤加减治疗老年性高脂蛋白血症 56 例临床观察. 中国乡村医药杂志, 2002, 9 (2): 7
- [74] 林柏. 加味二陈汤治疗高脂血症 82 例. 四川中医, 2002, 20 (1): 36
- [75] 杨传印. 二术二陈汤治疗痰湿型高脂血症 94 例. 河南中医学院学报, 2005, 20 (4): 54
- [76] 刘晖, 肖波, 陈小梅. 四物汤合二陈汤加减治疗高脂血症 86 例疗效观察. 中国医药学刊, 2005, 1 (3): 26
- [77] 武宏, 孙佩然. 二陈汤加味治疗内科杂病举隅. 河南中医, 2007, 27 (9): 73
- [78] 龙自亮. 张希禹老师应用麻根细辛二陈汤经验. 云南中医学院学报, 2006, 29 (2): 41
- [79] 王晓祥. 二陈汤合增液汤加减在戒毒治疗中的应用. 泸州医学院学报, 2002, 25 (2): 166
- [80] 卢翠飞. 二陈汤治验举隅. 中国民族民间医药杂志, 2005, 76: 305
- [81] 温利辉. 雷公藤合加味二陈汤治疗蛋白尿 26 例. 新中医, 1997, S1: 99

第二章

神经精神系统病证

一、急性脑血管病

急性脑血管病是指一组起病急骤的脑部血管循环障碍性疾病，它可以是脑血管突然血栓形成，脑栓塞致缺血性脑梗死，也可以是脑血管破裂产生脑溢血，常伴有神经系统症状，肢体偏瘫，失语，精神症状，眩晕，共济失调，呛咳，严重者昏迷及死亡，临床上又称脑血管意外、卒中。中医称此病为中风。

【临床应用】

1. 饶和平用自拟天麻葛根二陈汤治疗急性脑出血患者 52 例。96 例均符合高血压脑出血诊断标准，出血部位主要在基底结和丘脑，出血量 $< 50\text{ml}$ 。其中男性 55 例，女性 41 例；年龄最小 36 岁，最大 83 岁，平均 64.68 岁。随机分为治疗组 52 例与对照组 44 例。治疗组轻型 19 例，中型 22 例，重型 11 例；对照组轻型 17 例，中型 17 例，重型 10 例。两组上述资料无显著性差异 ($P > 0.05$)。两组患者均绝对卧床休息，保持安静，吸氧，维持水、电解质平衡和一般支持疗法；保持呼吸道通畅；血压升高者选用卡托普利、硝苯地平，或静脉滴注硝普钠；有感染者可选用抗生素；控制脑水肿选用 20% 甘露醇 125ml 快速静脉滴

注, 6~8h 1次, 脑水肿控制后改用5%葡萄糖注射液500ml加脑活素20ml静脉滴注, 每日1次。治疗组加用自拟天麻葛根二陈汤: 法半夏12g, 天麻15g, 葛根30g, 陈皮9g, 茯苓12g, 菊花15g, 蒺藜15g, 白术15g, 天竺黄10g, 大黄10g, 三七粉6g(冲), 丹参30g, 泽泻30g, 猪苓15g, 甘草6g。每日1剂, 水煎取汁300ml分3次温服, 昏迷者鼻饲给药。恢复期上方去大黄、泽泻、猪苓; 肢体偏瘫加杜仲15g, 桑寄生30g, 全蝎6g(研末吞服); 气血虚弱加人参12g, 黄芪30g, 当归15g; 肝肾不足加山茱萸15g, 枸杞子15g, 杜仲12g。两组均以30天为1个疗程。同时两组均配合瘫痪肢体康复功能锻炼及针灸、按摩。基本痊愈: 神经功能缺损程度评分减少91%~100%, 病残程度为0级; 显著进步: 神经功能缺损程度评分减少46%~90%, 病残程度为1~3级; 进步: 神经功能缺损程度评分减少18%~45%; 无变化: 神经功能缺损程度评分减少<17%; 恶化: 神经功能缺损程度评分增多18%以上; 死亡。结果: 两组临床疗效比较, 治疗组52例, 基本痊愈14例(26.92%), 显著进步20例(38.46%), 进步12例(23.08%), 无变化2例(3.85%), 死亡4例(7.69%), 总有效率88.46%; 对照组44例, 基本痊愈5例(11.36%), 显著进步7例(15.91%), 进步15例(34.09%), 无变化11例(25.00%), 死亡6例(13.64%), 总有效率61.36%。两组疗效比较, 差异有显著性($P<0.01$)。两组存活者比较, 治疗前后头颅CT片, 计算颅内血肿吸收率。结果示治疗组血肿完全吸收及大部分吸收率均高于对照组($P<0.01$ 或 0.05)。

2. 罗秀夏以自拟加味二陈汤治疗脑血管病性眩晕病人40例。80例患者, 随机分为两组, 治疗组40例, 男25例, 女15例, 年龄38~65岁; 对照组40例, 男19例, 女21例, 年龄38~45岁。临床主要表现为头晕目眩、视物旋转, 重者如坐舟船, 不能睁眼, 轻者仅觉眼花恶心, 纳呆, 口中时时欲吐, 口渴不欲饮, 胸闷隐痛多伴心悸气短, 头重如裹, 身困重, 易疲乏, 舌淡、苔厚腻, 脉弦滑。中医辨证为痰湿困阻。所有病例均经头颅CT示脑梗死或脑出血, 均伴不同程度的眩晕症状, 均符合脑血管疾病性眩晕诊断标准。治疗组口服加味二陈汤配合盐酸氟桂利嗪。加味二陈汤药物组成: 苍术12g,

厚朴 9g, 陈皮 12g, 半夏 9g, 茯苓 15g, 甘草 6g。部分病例随症加减。伴恶心欲吐, 加代赭石、竹茹和胃降逆止呕; 伴腕闷、纳呆、腹胀者, 加白豆蔻、砂仁等; 若痰浊瘀而化热, 痰火上犯清窍, 苔黄腻, 脉弦滑者, 加黄连、黄芩。每日 1 剂, 分早、晚 2 次服用, 10 剂为 1 个疗程, 连续服用 2 个疗程。同时配合盐酸氟桂利嗪 5mg, 每晚服 1 次, 连续使用 20 天。对照组单纯给予盐酸氟桂利嗪治疗, 每日 5mg, 每晚服 1 次, 连续使用 20 天。用药 2 个疗程内, 以眩晕为主的临床症状全部消失为痊愈; 症状基本消失为显效; 症状明显减轻为好转; 症状无改善为无效。结果: 治疗组 40 例, 治愈 19 例, 治愈率 47.5%; 显效 12 例, 显效率 30.0%; 有效 6 例, 有效率 15.0%; 无效 3 例, 无效率 7.5%; 总显效 31 例, 总显效率 77.5%。对照组 40 例, 治愈 9 例, 治愈率 22.5%; 显效 13 例, 显效率 32.5%; 有效 15 例, 有效率 37.5%; 无效 4 例, 无效率 10.0%; 总显效 22 例, 总显效率 55.0%。治疗组总显效率明显高于对照组, 具有显著性差异 ($P < 0.01$)。

3. 吕振等用加味二陈汤治疗急性脑梗死 23 例。39 例患者, 发病至入院最短的 3h, 最长的 1 周。均经头颅 CT, 或 MRI 检查, 诊断为动脉硬化性脑梗死。患者均表现为苔白腻, 或伴胸闷、脘痞、头重等症状, 辨证属痰湿型。通过随机分组法, 将患者分为中西医结合组与西医组。中西医结合组 23 例: 其中男性 14 例, 女性 9 例; 年龄 36 ~ 84 岁, 平均 (62.39 ± 13.77) 岁; 伴高血压 9 例, 糖尿病 6 例, 冠心病 9 例, 慢性支气管炎 4 例; 梗死部位: 基底核区 13 例, 丘脑区 4 例, 小脑 2 例, 脑桥 1 例, 多发性脑梗死 3 例。据脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准 [1986 年全国第二次脑血管病学术会议. 对脑卒中临床研究工作的建议. 中华神经精神科杂志, 1988, 创 (1): 57], 属重型 (31 ~ 45 分) 13 例, 中型 (15 ~ 30 分) 5 例, 轻型 (10 ~ 14 分) 5 例。西医组 16 例: 其中男性 10 例, 女性 6 例; 年龄 41 ~ 82 岁, 平均 (66.06 ± 11.11) 岁; 伴高血压 12 例, 糖尿病 5 例, 冠心病 4 例; 梗死部位: 基底核区 12 例, 丘脑 1 例, 小脑 1 例, 多发性脑梗死 4 例; 病情属重型 3 例, 中型 8 例, 轻型 5 例。两组病例的性别、年龄、梗死部位、神经功能缺损评分、合并症、发病

至入院时间等均无显著差异 ($P > 0.05$)。西医组: 用低分子右旋糖酐 500ml 加丹参注射液 16ml 静脉滴注, 每日 1 次。并视病情, 可予 20% 甘露醇降颅压及钙离子拮抗剂治疗。亚急性期加用胞磷胆碱或脑活素等神经细胞营养剂治疗。中西医结合组: 与西医组同样治疗的基础上, 加用加味二陈汤治疗, 每日 1 剂, 分上、下午共 2 次服用。并根据病症予以加减。不能进食者予以鼻饲。加味二陈汤基本处方: 清半夏 12g, 陈皮 12g, 茯苓 12g, 石菖蒲 10g, 竹茹 10g, 丹参 30g, 赤芍 20g, 地龙 15g, 川芎 10g。加减原则: 痰火炽盛者加黄芩 12g, 黄连 9g, 大黄 6g, 全瓜蒌 12g; 伴肝阳上亢者加石决明 45g, 天麻 10g, 钩藤 10g, 白芍 12g; 中焦湿盛者加砂仁 5g, 佩兰 10g, 苍术 12g, 枳壳 10g; 瘀血阻滞甚者加红花 6g, 桃仁 10g, 全蝎 3g, 川牛膝 15g。结果: 两组病例肌力上升 1 级以上所需的时间, 中西医结合组明显短于西医组 ($P < 0.05$), 表明中西医结合组脑细胞复苏程度较高。两组病例治疗 4 周前后神经功能缺损评分情况, 虽中西医结合组好于西医组, 但无明显差异 ($P > 0.05$)。

4. 李宝玲平胃散合二陈汤治疗脑血管病眩晕 50 例。80 例患者, 随机分为治疗组 50 例, 对照组 30 例。治疗组 50 例中, 男 29 例, 女 21 例; 年龄 38~45 岁 5 例, 46~55 岁 20 例, 56~64 岁 18 例, 65 岁以上 7 例; 对照组 30 例中, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 38~45 岁 3 例, 46~55 岁 10 例, 56~64 岁 12 例, 65 岁以上 5 例。所有病例均经头颅 CT 示脑梗死或脑出血, 均伴不同程度的眩晕症状, 重者如坐舟船, 不能睁眼, 轻者仅觉眼花。治疗组基本方剂为平胃散合二陈汤, 再随症加减。方剂为: 苍术 9~12g, 厚朴 6~9g, 陈皮 9~12g, 半夏 9~12g, 茯苓 9~15g, 甘草 6g。伴恶心欲吐, 加代赭石、竹茹和胃降逆止呕; 伴腕闷、纳呆、腹胀者, 加白豆蔻、砂仁等; 若痰浊瘀而化热, 痰火上犯清窍, 苔黄腻、脉弦滑者, 加黄连、黄芩。每日 1 剂, 分 2 次服用, 10 剂为 1 个疗程。持续服药时间: 1 个疗程以内 10 例, 2 个疗程 28 例, 3 个疗程 12 例。对照组给予钙离子拮抗剂盐酸氟桂利嗪 5mg, 每晚服 1 次, 连续使用 20 天。用药 2 个疗程内, 以眩晕为主的临床症状全部消失为痊愈; 症状基本消失为显效; 症状明显减轻为好转; 症状无改善为无效。经统计学处理, 两组差异有显

著性, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

5. 潘文举用二陈四物汤加减治疗中风病 50 例, 并与单用大活络丸治疗的 51 例进行了对比观察。两组 101 例均为住院和门诊病人, 根据随机表法将病人随机分为治疗组和对照组。治疗组 50 例中, 男性 27 例, 女性 23 例; 住院者 47 例, 门诊 3 例; 50 岁以下者 10 例, 51 ~ 60 岁者 15 例, 61 ~ 70 岁者 25 例, 平均 (58.05 ± 8.49) 岁; 平均病程 (50.82 ± 2.16) 天; 急性期 16 例, 恢复早期 18 例, 恢复中晚期 16 例; 治疗前主病积分平均值为 15.60 ± 3.36 , 中医主症积分值为 14.18 ± 4.33 。对照组 51 例中, 男性 38 例, 女性 13 例; 住院者 48 例, 门诊 3 例; 50 岁以下者 6 例, 51 ~ 60 岁者 15 例, 61 ~ 70 岁者 30 例, 平均 (60.45 ± 7.60) 岁; 平均病程 (55.00 ± 54.91) 天; 急性期 17 例, 恢复早期 17 例, 恢复中晚期 17 例; 治疗前主病积分平均值为 15.16 ± 3.16 , 中医主症积分值为 13.41 ± 4.20 。两组性别、年龄、病程、主症积分值 (含中医主症) 等资料经统计学处理, 无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗组采用二陈四物汤治疗, 方药组成: 半夏 15g, 陈皮 10g, 茯苓 12g, 炙甘草 5g, 生地黄、熟地黄各 10g, 当归 15g, 赤芍 10g, 川芎 12g, 桃仁 10g, 红花 5g。每日 1 剂, 水煎服。对照组常规内服大活络丸。两组均以 1 个月为 1 个疗程。结果: 治疗组 50 例, 基本痊愈 6 例, 显效 16 例, 有效 23 例, 无效 5 例, 总显效率 44.0%, 总有效率 90.0%; 对照组 51 例, 基本痊愈 2 例, 显效 8 例, 有效 28 例, 无效 13 例, 总显效率 19.62%, 总有效率 74.51%。治疗组总疗效明显高于对照组, 有显著性差异 ($P < 0.01$)。

【病案举例】

1. 温某, 男, 40 岁, 主因“左上肢活动不利, 言语謇涩, 眩晕”收住院, 伴恶心欲呕, 胃脘不适, 舌苔黄腻, 脉弦滑。查: 神清, 言语不利, 理解力、记忆力、计算力正常, 颅神经 (-), 左上肢肌力 II 级, 肌张力不高, 左 Hoffman 征 (+), 其余肌力、肌张力、腱反射正常, 病理征 (-), 头颅 CT 示: 右侧基底节区脑梗死。入院后中医辨证属痰热中阻, 予以苍术 10g, 厚朴 6g, 陈皮 10g, 甘草 6g, 半夏 12g, 茯苓 12g, 栀子 10g, 竹茹 9g, 黄连 9g, 全瓜蒌 30g,

丹参 18g。2 剂后眩晕症状即改善。1 个疗程后，左上肢肌力恢复至 V 级，言语流利。

按：中风病急性期多为本虚标实，而以标实为主。其病机为脏腑功能失调，痰瘀互阻而中焦气机紊乱，气机升降失常，清阳不升，浊阴不降，浊邪上犯清窍而致眩晕。多数脑血管病人发病后多活动受阻，胃肠蠕动减慢，而致食停胃脘，进一步加重了清阳的不升。平胃散合二陈汤能燥湿运脾，行气和胃，使湿浊得化，气机调畅，气顺而痰消；脾气健运，胃得和降，清升浊降，则眩晕自除。从现代药理学的角度，厚朴对肠管有兴奋作用，能够促进肠蠕动，半夏能抑制呕吐中枢而止呕，陈皮中所含的黄酮苷有维生素 P 样作用，能增强纤维蛋白溶解，抗血栓形成，改善中风症状。临床实践表明，血流运行一经改善，眩晕即可改善，血流在运行状态、方式、性质、成分、比例、速度、方向相互关系的改变，均可生成痰浊，导致高凝状态，影响微循环，“无痰不作眩”，高凝常伴血瘀，方中半夏、苍术、茯苓可化痰浊，化痰即可化瘀，从而达到痰瘀同治、脑供血改善、眩晕好转的目的。

2. 刘某，男，62 岁，1996 年 2 月入院。患者半身不遂，口眼歪斜 6 天。症见神志清，反应迟钝，形体肥胖，面色潮红，口眼歪斜，舌强语塞，舌质暗、苔白厚腻，脉滑。左上肢肌力为Ⅲ级，左下肢肌力为Ⅲ～Ⅳ级。血压 22/16kPa。有高血压病史 6 年。脑 CT 示：①脑基底动脉梗死；②脑萎缩。诊断：中风（中经络）。证属风阳上扰，痰湿阻络。治宜燥湿化痰，息风通络。二陈汤加味：半夏 12g、陈皮 10g、茯苓 30g、石菖蒲 15g、胆南星 10g、郁金 10g、钩藤 15g、天麻 10g、竹茹 10g、大黄 10g（后入）、甘草 5g。服药 6 剂，语言较前流利，左上肢肌力已有所恢复，原方去大黄加片姜黄 12g，服药 12 剂，病情继续好转，功能逐渐恢复，又改用镇肝息风、开窍通络之法治疗。住院 28 天，西药给予盐酸培他啶脉络宁静脉滴注。出院时语言流利，左上肢肌力为Ⅳ～Ⅴ级，左下肢肌力为Ⅴ级。

按：本病属中医学“中风”范畴，中医学论中风有真中和类中的不同。真中风以外风为主，乃感受外界异常的风寒之邪，而致口眼歪斜，外有六经之形症。类中风以内风为主，虽名为中风，而实与外

界六淫之风邪无关，乃机体之病理变化，风自内生。本例属老年人阳虚水湿内停，聚而为痰，痰阻经络，蒙蔽清窍，痰盛风动而发病。因此治疗应从痰论治。方中二陈汤为治痰之总剂，功能燥湿化痰。如胆南星、石菖蒲、竹茹增强豁痰开窍之功，天麻、钩藤平肝息风，大黄活血化痰。全方共使痰湿祛，脉络通，气血运行通畅而诸症除。

3. 黄某，男，66岁，1991年6月16日诊。患者于5月6日下午3时许，在教务处办公时，突然左半身麻木，一言未完，人随坐椅昏歪于地，尔后语言不利，入院CT检查所示：腔隙性脑梗死。诊见：面似黄泥如涂油，躯体丰满尚不匀称，左侧肢体麻木，活动受限，腿脚浮肿，头昏重，舌苔黄腻，脉沉滑有力，血压24/13kPa。证属湿痰上蒙清窍，脑络闭阻之症。当从湿痰而治，兼以醒脑开窍。处方：半夏、陈皮、茯苓各20g，石菖蒲12g，黄芩、防己各10g，通草6g，郁金、厚朴、天竺黄、天麻、胆南星、竹茹各15g。药进10剂，舌苔已退，血压18kPa（收缩压），麻木显缓，余症渐减，守方30剂，诸症缓缓图解。

按：本案岁逾花甲，病由水亏不能涵木，内风上旋，痰湿蒙蔽清窍，荣卫痹阻不行，痰阻舌根，故语言不利，风邪横窜经腧则肢体麻木不仁。方用二陈汤燥湿化痰之通利，石菖蒲、胆南星醒脑开窍；郁金、通草、防己、厚朴通络化湿；黄芩、天竺黄、竹茹清热涤痰；天麻息风，方药对证，以图万全。

4. 孙某，男，66岁，退休干部，2001年5月29日初诊。主诉：头晕2周，加重2天，伴视物不清，头重如裹。舌质暗淡、舌苔薄黄腻，脉象弦滑。辅助检查：颅CT示“脑干梗死”。中医诊断：眩晕；西医诊断：脑干梗死。辨证：痰浊内阻。治法：化痰泻浊，升清宁晕。方药：半夏12g，陈皮12g，茯苓15g，炙甘草6g，生姜9g，乌梅3g，天竺黄10g，芦荟3g，丹参9g。连服3周，每周复诊。其头晕、视物不清、头重如裹先后消失；辅助检查，颅CT示：未见异常。此案临床告愈。

二、头痛

中医认为，头痛是临床上最常见的病症，一般泛指头颅上半部范

围,不包括面部在内的疼痛。其引发原因繁多,有外感、内伤之别。外感头痛,有感冒风寒、风热、风湿、伤暑、火邪致痛及伤寒头痛等。内伤头痛,有气虚、血虚、阳虚、阴虚、肝阳、伤食、瘀血致痛等。从经络分,有三阳头痛(太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛)、三阴头痛(太阴头痛、少阴头痛、厥阴头痛)等。按病情轻重、病程长短、发作规律及疼痛部位分,有真头痛、头风、偏头痛、雷头痛、脑风、巅顶痛、久头痛等。

【临床应用】

1. 王晓军等报道应用二陈加芎汤治疗寒凝血瘀性头痛 66 例。其中男 38 例,女 28 例;年龄 18~30 岁 16 例,31~50 岁 29 例,51~65 岁 21 例;病程最长者约 40 年,最短者 3 年。治以二陈加芎汤(川芎 30g,陈皮、半夏、茯苓各 10g)。痛如锥刺,固定不移,加丹参 15g,赤芍 10g;头痛久发不愈,痛势较剧,加全蝎、蜈蚣各 8g;体倦乏力,少气懒言,加党参 30g,黄芪、白术各 20g;腰膝酸软无力,加杜仲 15g,女贞子、桑寄生、旱莲草各 10g;头晕、目赤、口苦,加龙胆草、栀子各 10g,夏枯草 15g;两颞部痛,加柴胡 10g,细辛 3g;前额头痛,加白芷 10g;眉棱骨痛,加蔓荆子 10g;巅顶痛,加吴茱萸 10g;因外感而巅顶痛,加藁本 10g;满头痛,用羌活、防风各 10g;头痛连及项背,用葛根 10g。水煎滤汁 400ml,每日分 2 次服完,每日 1 剂。疗程最短者 3 天,最长者 15 天。可根据病情酌情增减药物及剂量。治愈:头痛症状完全消失;有效:头痛症状明显减轻,头痛时间缩短,头痛间歇延长;无效:头痛症状无改善。结果:66 例病例,痊愈 59 例,其中服药 3 天痊愈 12 例,6 天痊愈 28 例,9 天以上痊愈 19 例;有效 6 例;无效 1 例。总有效率 98.48%。

2. 闫坤明报道以二陈汤加味治疗偏头痛 34 例。54 例患者随机分为两组:二陈汤加味组(治疗组)34 例,西药组(对照组)20 例。治疗组中,男 13 例,女 21 例;年龄 18~65 岁,平均 46.2 岁;初次发病者 1 例,病程达 6 个月者 23 例,1 年以上者 8 例,5 年以上者 2 例。对照组中,男 9 例,女 11 例;年龄 20~67 岁,平均 48.3 岁;初次发病者 5 例,病程达 6 个月以上者 6 例,1 年以上者 7 例,5 年以上者 2 例。以上患者均在发病后 1~3 天内就诊。临床表现为阵发

性一侧额颞部搏动性剧烈疼痛,持续1~4h或1~2天,伴恶心、呕吐、畏光怕强声、头目眩晕,发作时除患侧颞动脉扩张、搏动增强外,无其他体征。治疗组用二陈汤基本方:半夏、茯苓各12g,陈皮、甘草各6g,生姜3片,乌梅1枚。兼瘀血证者,加赤芍、桃仁各10g,丹参15g,川芎、红花各6g;肝火偏亢者,加桃仁、酒黄芩、龙胆草、丹皮各10g,钩藤6g;痰多者加苍术10g;便秘者加大黄10g。各型均可酌情加用蔓荆子、荆芥、蒺藜。对照组:发作时服麦角胺咖啡因片2片,30min后疼痛未缓解者,加服1~2片,24h内不超过6片,1周不超过10片。同时口服地西泮,1日3次,1次5mg。显效:服药后24h内,头痛和伴随症状缓解;有效:服药后2~3天,头痛及伴随症状缓解;无效:经3天以上治疗,偏头痛仍呈阵发性发作,而改用其他方法治疗者。结果:治疗组显效31例,有效2例,无效1例,总有效率97.1%。

3. 潘文举用加味芍药二陈汤治疗偏头痛71例。141例均为门诊或住院病人,根据随机表法随机分为治疗组和对照组。治疗组71例中,其中女性46例,男性25例;年龄31~70岁,平均 (52.8 ± 11.3) 岁;病程4~25年,平均 (12.7 ± 4.7) 年;治疗前积分平均值为 14.50 ± 3.06 ;中医症候积分平均值为 12.29 ± 4.19 。对照组70例中,其中女性49例,男性21例;年龄28~72岁,平均 53.6 ± 12.0 岁;病程3~27年,平均 12.6 ± 4.1 年;治疗前积分平均值为 14.96 ± 3.24 ;中医症候积分平均值为 12.14 ± 4.27 。两组在性别、年龄、病程、积分值等方面经统计学处理无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。治疗组采用加味芍药二陈汤治疗,药物组成:白芍20g,甘草10g,生牡蛎20g,生决明20g,茯苓10g,乌梅6g,陈皮6g,法半夏10g,升麻6g,枇杷叶15g,柴胡3g,丹参15g。每日1剂,分2次服;1个月为1个疗程。对照组头痛发作时,给予麦角胺咖啡因1片(每片含麦角胺1mg、咖啡因100mg),每日不超过6片,1周不超过12片;氟桂利嗪,每次10mg,睡前服;1个月为1个疗程。结果:治疗组治愈17例,显效28例,有效21例,无效5例;总有效率92.96%。

4. 李艳君采用二陈汤加味治疗头痛300例。其中男177例,女

123 例; 年龄 16~25 岁 103 例, 26~40 岁 109 例, 41~56 岁 88 例; 学生 162 例, 农民 60 例, 工人 42 例, 干部 36 例; 病程 1 年以内者 92 例, 2~5 年者 154 例, 6~20 年者 54 例。西医诊断: 高血压性头痛 44 例, 外伤后头痛 53 例, 煤气中毒后头痛 6 例, 药物过敏后头痛 5 例, 中学生脑神经衰弱性头痛 65 例, 脑梗死性头痛 27 例, 血管神经性头痛 100 例。治疗以二陈汤加味: 荆芥穗、茯苓、半夏、陈皮、藁本、蔓荆子、黄芩、菊花、麦芽、栀子、夏枯草各 10g, 川芎、白芷、石菖蒲、葛根各 15g, 甘草 5g。每日 1 剂, 中火煎取 400ml 液, 早、晚各 200ml, 于饭后 1h 口服; 1 个疗程 3 剂, 最多服 9 剂。痊愈: 服药 3~9 剂, 头痛、闷重消失, 随访 6 个月~3 年无复发; 好转: 服药 3~9 剂, 头痛闷重明显减轻, 但时可因感冒而加重; 无效: 服药 3~9 剂诸症无好转。结果: 痊愈 251 例, 好转 28 例, 无效 21 例; 总效率 93%。

5. 刘卫东以小白附子二陈汤治疗血管性头痛 26 例。女 20 例, 男 6 例; 年龄最小的 13 岁, 最大的 64 岁; 病程最短的 3 个月, 最长的 30 年, 半年~1 年的 6 例, 3~5 年的 12 例, 5 年以上的 8 例。全部病例均有发作性头痛, 呈一侧或双侧或全头部的搏动性或钻凿样痛、胀痛, 有几例还伴有眩晕症候, 多因劳累、情绪波动或月经来潮等诱发。其中头痛发作前有眼前闪光、羞明或短暂失明等前驱症状者诊断为典型偏头痛的有 8 例; 头痛发作时伴有恶心、呕吐、畏光、畏声、出冷汗, 血压下降等自主神经症状诊断为普通型偏头痛的有 12 例; 无前兆症状疼痛多见于一侧眼眶或颞部, 伴有同侧结膜充血、流泪、眼睑水肿或鼻塞、流涕、瞳孔缩小、垂睑、脸红, 头痛剧烈呈阵发性, 连续发作数天或数月后中止, 间隔数月或数年又复发者诊断为丛集型头痛的有 6 例。本组病例除 2 例未做检查外其余病例皆经过脑电图或脑血流图检查, 检查结果在正常范围 19 例, 异常者 5 例, 其中 8 例还做过 CT 检查, 结果均正常。大多数病例服用过止痛类药物及丹参片、镇脑灵、头痛片、麦角胺咖啡因等药物, 疗效不佳。本组病例全部以小白附子二陈汤治疗, 方药组成: 小白附子 30g, 天麻 15g, 川芎 20g, 藁本、白芷、桂枝、杭白芍、半夏各 10~20g, 茯苓 15~20g, 陈皮 6g, 蕤仁 10g, 羌活 10~15g, 大枣 4 枚, 生姜 6g, 甘

草 6g。煎法：小白附子用开水先煎 1h，再入其他药物煎 30min，煎取药液 600ml，每日 3 次温服，服药期间忌食生冷。每日 1 剂，连服 7 剂为 1 个疗程。本组病例服药最短为 7 天，最长者为 14 天。治愈：临床症状消失，半年内无反复，8 例，占 30.77%；显效：头痛消失，半年内偶有小发作，7 例，占 26.92%；有效：头痛明显减轻，有反复，7 例，占 26.92%；无效：头痛减轻，易复发或头痛无变化，4 例，占 15.38%；总有效率为 84.62%。

【病案举例】

1. 李某，男，60 岁，退休工人。2001 年 10 月 15 日初诊。右侧头部剧痛 4 天。在 4 天内右侧头部痛如锥刺，特别是早晨于 7 时开始剧痛，直至上午 11 时左右，在这 5h 内，头痛如狂，烦躁万分，大汗淋漓，伴干呕，连续自服去痛片 14 片，亦未使病情缓解，痛不欲生。既往有偏头痛 40 年，经常发作。查体：体温 36.5℃，心肺（-），头颅 CT 检查无异常。舌苔白腻，脉弦涩。西医诊断：偏头痛。中医辨证：寒饮内停，肝经血瘀。立法：温化寒饮，活血暖肝。药用二陈加芎汤（川芎 30g，陈皮、半夏、茯苓各 10g）加丹参 15g，赤芍、菊花各 10g，全蝎、蜈蚣各 8g，水煎服。10 月 18 日二诊，服药 3 剂，早上头痛明显减轻，干呕消失。前方再服 3 剂。10 月 21 日三诊，头痛基本消失，前方去丹参、赤芍、全蝎、蜈蚣，加吴茱萸 10g，再服 3 剂，以善其后。随访 3 年，未再复发。

2. 郝某，女，38 岁，教师。2003 年 6 月 10 日初诊。前额头痛半月余。半月前前额部剧烈头痛，自清晨 7~12 时约 5h，其痛几乎无间断，伴干呕，虽服解热镇痛等药，但效果不显。既往有头痛史 5 年。查体：体温 36℃，心肺（-），头颅 CT 检查正常，舌苔白腻，脉弦。西医诊断：偏头痛。中医辨证：寒饮内停，肝经血瘀。立法：温化寒饮，活血暖肝。药用二陈加芎汤（川芎 30g，陈皮、半夏、茯苓各 10g）加白芷、菊花各 10g，水煎服。服药 3 剂，头痛及干呕全部消失，已经上班。随访至今，未再复发。

3. 方某，男，59 岁，于 1990 年 5 月 21 日入院。阵发性右侧额颞部剧烈疼痛 1 天。发作时疼痛持续 1~2h，伴恶心、呕吐，出冷汗，畏光流泪。有偏头痛病史 5 年。检查：体温 37.1℃，脉搏 82

次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 15.7/10.4 mmkPa。神志清楚, 急性痛苦病容。面色萎黄, 右侧颞动脉轻度扩张, 搏动增强, 颈软。舌质淡、苔白腻, 脉弦滑。实验室检查: 血常规: 红细胞计数 $4.60 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 125.0g/L, 白细胞计数 $8.7 \times 10^9/L$ 。X 线检查: 头颅正位平片、头颅侧位平片无异常。诊断为偏头痛, 证属痰阻清窍、浊气上逆。治以祛痰通络, 方以二陈汤加苍术、荆芥、蔓荆子、蒺藜各 10g, 川芎 6g, 每日 1 剂。服药 2 剂头痛及诸兼症缓解, 舌质淡、苔白, 脉和缓有力。改用党参、白术、茯苓各 10g, 半夏 12g, 生姜 3 片, 大枣 3 枚, 甘草、陈皮各 6g, 巩固疗效。7 日后痊愈出院, 随访半年无复发。

4. 刘某, 女, 32 岁, 工人。头痛、头闷反复发作 17 年, 加重伴心烦、少寐、记忆力减退 2 年。经中西药配合间断治疗 6 年无显效而病休在家。于 1998 年 6 月 24 日就诊。诊见面色晦暗不泽, 形体欠实, 舌暗淡、苔白腻, 脉沉细弦。辨病: 头痛; 辨证: 痰浊中阻, 上蒙清窍。西医诊断: 神经血管性头痛。予二陈汤加味 (荆芥穗、茯苓、半夏、陈皮、藁本、蔓荆子、黄芩、菊花、麦芽、栀子、夏枯草各 10g, 川芎、白芷、石菖蒲、葛根各 15g, 甘草 5g) 3 剂显效, 6 剂痊愈。随访至今无复发。

5. 白某, 男, 20 岁, 学生。因学习紧张致头闷痛、嗜睡、肢倦、记忆力减退, 学习成绩下降 2 年。经中西药对症治疗未效。又因头部外伤使头痛头重明显加重, 并伴口干口苦、恶心、呕吐、纳呆、颈项不舒等症, 又经西医以“脑外伤综合征”予以支持、降颅压、镇静、止痛等治疗后呕吐消失, 精神好转, 但头痛头重仍同前。于 1996 年 4 月 3 日来求治。诊见面色暗红, 光泽, 神情欠佳, 形体充实。舌淡红、苔薄黄, 脉滑数。辨病: 头痛; 辨证: 痰火上扰, 瘀血阻络。拟二陈汤加味 (荆芥穗、茯苓、半夏、陈皮、藁本、蔓荆子、黄芩、菊花、麦芽、栀子、夏枯草各 10g, 川芎、白芷、石菖蒲、葛根各 15g, 甘草 5g, 3 剂头痛明显减轻, 6 剂诸症消失, 随访 3 年体健无恙。

6. 刘某, 女, 30 岁, 反复发作性头痛 13 天。始为 1 天发作 1~3 次不等, 近 2 天发病次数明显增多, 发作前数小时有视物不清、闪光

等先兆症状,持续10~30min不等,随后发作右侧额颞部搏动性头痛,痛剧伴呕吐、畏光,睡眠后减轻,每次持续3~4h。其母患有发作性头晕、头痛病。神经系统检查、脑电图、头颅CT等检查均正常。根据临床表现、家族史、神经系统体征及辅助检查,西医诊断为偏头痛。笔者临证时查患者形体肥胖,舌体胖大、边有齿痕,苔白微腻,脉沉滑。遂以痰浊头痛为诊断,予二陈汤加味:清半夏9g,茯苓15g,陈皮12g,甘草6g,生姜3片,竹茹9g,蒺藜12g,蔓荆子12g。每日1剂,水煎服。连服1个月,头痛未作,继服1个月,回访头痛未再发作。

7. 姚某,女,28岁,2004年12月27日初诊。患者于2年前出现头痛、头昏,自觉头部有重胀感,精神紧张时则加剧。曾在省某医院求治,诊断为紧张性头痛,屡服西药效不佳,故求治中医。诊见:面色灰暗,舌质暗淡、苔白腻,脉细弦。中医诊断:头痛,证属气滞痰阻、上蒙清窍。治以化痰祛湿,佐以疏肝解郁,方以二陈汤加减。处方:半夏、陈皮、茯苓、柴胡、川芎、香附各10g,白芍20g,甘草8g。每天1剂,水煎服。二诊:服3剂,头痛减轻,面色好转,舌淡、苔薄白。守方去柴胡,加白术10g,续服3剂,诸症均消失。

按:脑为元神之府,清灵之窍,忌邪干。本例患者性格内向、压抑,情志不畅,肝气郁滞;肝郁乘脾,脾失健运,湿浊凝聚酿痰;痰阻经脉,则血行不畅;痰浊与气血搏结,疼痛乃作。方以二陈汤调气豁痰;柴胡、香附疏肝理气;白芍养血柔肝,缓急止痛;川芎行气活血止痛。全方使气血宣畅,头痛自缓而病愈。

三、抑郁症

抑郁症是由各种原因引起的以抑郁为主要症状的一组心境障碍或情感性障碍,是一组以抑郁心境自我体验为中心的临床症状群或状态。患者常见有心情压抑、焦虑、兴趣丧失、精力不足、悲观失望、自我评价过低等症状,严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。

【临床应用】

苗红以二陈归脾汤加味治疗老年期抑郁症16例。其中男性7例,女性9例;年龄50~75岁,平均63岁,其中50~60岁7例,61~

70岁7例,70岁以上2例;病程最短半年,最长5年;其中农民6例,工人3例,干部7例。采用二陈归脾汤加味治疗。基本方:生黄芪30g,当归12g,白术10g,党参10g,茯苓15g,半夏12g,陈皮10g,天麻12g,远志10g,酸枣仁20g,木香6g,香附6g,合欢皮10g,珍珠母30g(先煎),甘草6g。加减:如兼肝火炽盛,急躁暴怒,加栀子、龙胆草;如兼阳明热盛,口渴心烦者,加生石膏、知母;兼头晕耳鸣者,加葛根、川芎;兼脘腹胀满者,加青皮、枳壳;兼乏力肢软者,加薏苡仁、狗脊;兼便干者,加芒硝、桃仁;兼便溏者,加炒薏苡仁、苍术。30剂为1个疗程,一般治疗3~6个疗程。症状基本控制稳定后,均改服归脾丸(每次1丸,每日2次),共服3个月。治愈:心境及情绪正常,兴趣增多,思维敏捷,饮食、睡眠正常,躯体症状消失,能完全适应日常生活、工作。有效:心境及情绪明显好转,焦虑减少,自我评价增高,饮食、睡眠基本正常,基本上能适应日常生活。无效:症状无明显改善。治疗结果:16例患者经3~6个疗程的治疗,治愈8例,好转6例,无效2例;总有效率87.5%。

【病案举例】

1. 李某,男,61岁,农民,2001年5月12日来诊。患者2年前因对小女嫁人一事不满意,情绪日渐低落,多思胆怯,烦躁不安,无故发脾气,寡言少动,头晕心悸,乏力消瘦,纳少腹胀,失眠健忘。面色无华,目珠呆滞,舌质淡红,苔白腻,脉细弱。某医院诊断为“老年期抑郁症”,曾服“阿米替林”“帕罗西汀(赛乐特)”、“黛安神”等抗抑郁药物症状有所缓解,但不良反应很大,甚至发生肢体颤抖、不能行走等症状。故来我院中医治疗。辨证为心脾两虚,肝郁湿阻。治以健脾养心,益气补血,疏肝理气。处方:生黄芪30g,当归12g,白术10g,茯苓15g,半夏12g,陈皮10g,天麻12g,远志10g,酸枣仁20g,木香6g,郁金10g,合欢皮10g,珍珠母30g(先煎),葛根30g,焦三仙各15g,甘草6g。服用20剂后,心情较前愉快,纳食增加,睡眠改善,继续加减服药3个月,已情绪稳定,少发脾气,饮食睡眠均正常,生活精神如常。续服归脾丸半年随诊无发。

2. 杨某,64岁,体肥,体重指数32.4,头晕、失眠,胸脘闷

胀，多疑、多虑、幻听，苔白腻，口臭，便秘，脉弦细。西医诊断为抑郁症（且有家庭史，其母、妹均同样症状自缢身亡）。症属痰热内蕴，治以泻火化痰安神，用黄连温胆汤：川黄连 3g，枳实 10g，竹茹 10g，陈皮 6g，半夏 10g，茯苓 15g，甘草 5g，生姜 3 片，葱白 3 枚。用药 7 剂后，头晕、失眠好转，服药 30 剂胸脘闷胀已除，二便调和，川黄连改为 1g，服药 60 剂时停用川黄连，余药同前，服药 3 个月后才能与他人沟通。一直服用温胆汤每日 1 剂，1 年后停药，现每至 4~5 月份服药 30 剂左右，体重指数 27~28。

3. 刘某，男，17 岁，学生，1998 年 9 月 16 日其父陪同就医。代述：患者精神异常 6 个月。半年前由于患者在校期间行为不检，常被同学殴打、讥笑，学校劝其休学。休学回家后，精神抑郁，表情淡漠，寡言呆滞，或呆若木鸡，或傻笑自语，自责自罪，偶有高声大喊。予食即食，不予食亦不思食，大便溏薄。经多方求医，曾服异丙嗪等药，未效。诊见：面色晄白无华，目光呆滞，反应迟钝，神疲乏力，舌淡、苔白腻，脉弦滑。诊断：抑郁性精神病。证属思虑太过，肝郁犯脾，脾失健运生痰浊，痰浊蒙蔽神明。予清开灵注射液 30ml 加 10% 葡萄糖注射液 250ml，静脉滴注，每天 1 次；内服二陈汤加减，处方：制半夏、郁金各 10g，陈皮、柴胡、甘草各 6g，茯苓、白术各 15g，生姜 3 片，香附 12g，石菖蒲 9g。每天 1 剂，水煎 2 次，分 2 次服。治疗 4 天后，精神抑郁呆滞好转。续上方 3 剂，诸症已除。改投归脾丸调治 20 天，随访 2 年未复发。

四、失眠

失眠又称不寐，是指经常不能获得正常睡眠为特征的一类病症，主要表现在睡眠时间、深度的不足，轻者入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后难以复寐，重则彻夜不寐。

【病案举例】

1. 王某，男，45 岁。失眠 10 余年（系由精神紧张引起）时轻时重，此次又发病 3 天，夜难入眠，每天仅可睡 4h，伴心烦、纳差、腹胀。晨起口苦而干，舌淡红、苔白腻，脉弦滑。予以温胆汤加丹参 15g、山楂 15g，3 剂。服药后入眠通宵，纳增，口干、苔腻除，腹胀

减,心烦去,继以上方3剂巩固疗效,愈后未再服药。

2. 张某,女,36岁。2000年3月9日就诊。患者2个月前因与人争吵后出现失眠。曾服地西洋、七叶神安等药物,效果不佳。就诊时患者述精神疲惫,头晕耳鸣,口干口苦,纳少,大便4天未行;月经量少、色暗红,舌质暗红、苔黄腻,脉弦滑。辨证:气郁痰扰。治以行气化痰,解郁安神。方用:枳实、柴胡、陈皮、法半夏、茯苓、木香、远志各10g,酸枣仁、竹茹各15g,大黄(后下)6g。服药3剂后,患者可以入睡约3h,大便通畅,口干口苦减轻,舌脉同前。前方去大黄,加香附、胆南星各10g,连服10剂,患者夜寐渐安,月经基本正常,余症消失。

按:大怒伤肝,肝郁气滞,津停生痰,蕴而化热,痰热内扰心神则失眠;痰火上扰清空则头晕、耳鸣;气滞血瘀故经血量少色暗;肝胆互为表里,痰火内传于胆,胆气循经上溢则口干口苦。用温胆汤加柴胡、木香以疏肝解郁,理气行滞;加大黄以清腑泻热通便;加远志、酸枣仁以安神定志。从而达到疏肝利胆,化痰安神之功效。

3. 宗某,女,64岁。1992年3月27日初诊。失眠3年,经常彻夜不寐,心烦不安。服用大量安神镇静西药方可入睡片刻。伴脑鸣耳响,视物模糊,痰多白稠,脘腹胀满,午后下肢肿重,不思饮食,舌麻口苦,便溏瘦短。西医诊断为神经衰弱,屡治无效。察其形体肥胖,舌苔黄白相兼而腻,脉象濡缓。认为失眠乃痰湿内阻,久瘀化热,痰热上扰心神使然。法当化痰清热,理气除湿。遂停用西药,以二陈汤加味治之:陈皮、法半夏、黄芩、藿香、厚朴、杏仁、郁金各10g,茯苓、滑石、薏苡仁各15g,白豆蔻、甘草各6g。每日水煎服1剂。初服7剂,夜晚可入睡4h,余症好转。继以原方随症加减,调治月余而愈。

五、多寐

多寐即嗜睡,是指不分昼夜时时欲睡的病症,一般多从阳虚阴盛、痰湿困扰立论。二陈汤可燥湿化痰,理气健脾,适用于此类多寐。

【病案举例】

1. 蔺某,男,11岁,以白天不能控制的睡眠发作,伴肥胖4个月余前来就诊。患者4个月前开始出现白天不能克制的睡眠发作,在听课、看电视、吃饭时均有发作,每次持续约30min,曾于走路时发作1次,遂引起其父母注意,同时患者伴有身体逐渐肥胖、记忆力逐渐减退症状。在本市一家西医院诊断为发作性睡病,予哌甲酯(利他林)5mg,每日2次,口服,静脉滴注胞磷胆碱等,效果不佳,故来我院诊治。笔者查其体型肥胖,以“肥者多湿”的中医传统理论,按多寐(痰湿证)予二陈汤加味口服:清半夏9g,陈皮12g,茯苓12g,石菖蒲12g,厚朴12g,薏苡仁9g,甘草6g。每日1剂,水煎服。西药守上继服。经治1个月后患者症状明显减轻,体重未再增加。效不更方,巩固治疗2个月后短暂性睡眠发作症状消失。

2. 周某,男,43岁,1996年10月4日初诊。患者近2年来,常在食后出现困倦、嗜睡,有时不分场合出现不能自制的入睡,呼之即醒,醒后仍欲睡。西医曾按“发作性睡病”治疗罔效。诊见体胖、困倦、头昏,纳食不香,舌苔白腻,脉滑。此乃痰浊内阻,清窍失养,治当燥湿化痰醒神。方用二陈汤加减:半夏10g,陈皮10g,茯苓15g,白术15g,川厚朴12g,石菖蒲12g,远志10g,郁金15g,麻黄5g,甘草5g,水煎服,每日1剂。服药10剂后,困倦嗜睡减轻,连续服药30剂,精神振作,嗜睡消失。追访半年后,嗜睡未作。

按:患者体胖,“肥人多痰”,痰浊内蕴,日久阻遏清阳,清阳不升,清窍失养,则现头昏嗜睡。方以二陈汤燥湿化痰,白术、川厚朴健脾化湿以绝痰生之源,石菖蒲、远志、郁金化痰醒神,少佐辛温之麻黄,意在振奋阳气,以助清阳上升。痰浊祛,清阳升,清窍得养,则嗜睡症告愈。

3. 刘某,男,58岁,1999年3月25日初诊。患者近1年出现嗜睡,唤之能醒,醒后复睡。诊见形体丰腴,精神萎靡,头沉,胸脘痞闷,纳呆,舌体胖大、苔白腻,脉濡滑。辨证为痰浊中阻,清阳被蒙。治宜健脾化痰通浊。方拟二陈汤加减:陈皮10g,半夏、茯苓、白术、郁金各15g,石菖蒲、枳实各10g,炙甘草8g,日1剂,水煎服。连进20剂,精神清爽,嗜睡愈,随访1年未复发。

按：本病多为痰湿作祟，如宋·王怀隐云“胸膈多痰，脏腑壅滞，致使精神昏浊，昼夜耽眠。”“脾为生痰之源”，脾失健运，聚湿为痰，阴滞气机，致清阳不升，浊阴不降。故标在痰，本在脾虚，取二陈汤、白术健脾运湿化痰，配以郁金、石菖蒲增加化痰浊之力，枳实行气以利痰消。诸药相合，共奏健脾化痰通浊之效。

六、脑震荡

脑震荡（神经外科）是指头部遭受外力打击后，即刻发生短暂的脑功能障碍。病理改变无明显变化，发生机制至今仍有许多争论。临床表现为短暂性昏迷、近事遗忘以及头痛、恶心和呕吐等症状，神经系统检查无阳性体征发现。它是最轻的一种脑损伤，经治疗后大多可以治愈。其可以单独发生，也可以与其他颅脑损伤如颅内血肿合并存在。

【临床应用】

于继华以二陈汤加减治疗脑震荡 105 例。其中男性 60 例，女性 45 例；年龄最小 5 岁，最大 71 岁，平均 40.35 岁；跌伤 15 例，打架斗殴伤 42 例，车祸伤 48 例；病程 2h~7 天。治疗予中药二陈汤：姜半夏 10g，化橘红 10g，茯苓 10g，甘草 3g。每日 1 剂，水煎服。头面瘀肿者加当归、川芎；头晕、头痛者加天麻、钩藤、蔓荆子；恶心呕吐者加姜竹茹、藿香梗；纳差者加炒白术、炙鸡内金；夜寐不宁者加酸枣仁、炙远志；耳鸣重听者加磁石、石菖蒲。共治疗 7~10 天。治愈：神志清，头晕、头痛消失，无恶心呕吐症状，胃纳佳，神经系统阴性。显效：神清，头晕、头痛好转，无恶心呕吐症状，胃纳可，神经系统阴性。无效：仍感头晕、头痛，乏力，恶心纳呆，记忆力下降。治疗结果：105 例中治愈 43 例，显效 57 例，无效 5 例；总有效率 95.24%。

七、神经官能症

神经官能症又名神经症，又称精神神经症。是一组精神障碍的总称，包括神经衰弱、强迫症、焦虑症、恐怖症、躯体形式障碍等等。主要表现为持久的心理冲突，病人觉察到或体验到这种冲突并因之而

深感痛苦,妨碍心理或社会功能,但没有任何可证实的器质性病理基础。症状复杂多样,有的头痛、失眠、记忆力减退;有的则有心悸、胸闷、恐怖感等。其特点是症状的出现和变化与精神因素有关。

【病案举例】

王某,女,48岁,2005年2月8日初诊。心慌、气短1年。患者于1年前开始出现心慌、气短,自觉心跳快,难以忍受,时发时止,伴胸闷、恶心、纳差、肢体倦怠。检查动态心电图后,排除心脏器质性病变,诊为心脏神经官能症。诊见:除上症外,体形偏胖,面容憔悴,舌苔厚腻,脉沉滑。中医诊为惊悸,证属痰浊中阻。治以燥湿化痰、理气宽中、宁神定志,方以二陈汤加减。处方:半夏、陈皮、远志各10g,茯苓15g,当归、石菖蒲各12g,朱砂(冲服)1g,甘草6g。服5剂,症状减轻。续服5剂,症状消失。

按:本例患者为中年女性,体形偏胖,喜食膏粱厚味,中伤脾胃,使脾胃气机不畅,运化失职,水湿停聚成痰,痰阻脉络则血行不畅,故心悸动、胸闷、气短;痰饮停聚,胃失和降则恶心、纳差;脾为湿困,运化失司,则肢体倦怠。治疗时如《论心病治法》曰:“此多因心下停有痰饮,心脏属火,痰饮属水,水畏火迫,故作惊悸也。宜清痰之药与养心之药并用……”。故用二陈汤化痰和中;当归活血补血;石菖蒲化痰开窍、行气;远志宁心安神、祛痰开窍;朱砂重镇安神。诸药合用,共奏祛痰和中、宁心安神止惊悸之功。

八、脑萎缩

脑萎缩是指由于各种原因导致脑组织本身发生器质性病变而产生萎缩的一类神经精神性疾病。脑萎缩包括小儿脑萎缩、成人脑萎缩。以老年人多见。萎缩在临床最主要的症状是痴呆,尤其是老年人易引起老年痴呆症。脑萎缩属中医“痴呆”、“健忘”、“眩晕”、“痿证”、“震颤”等范畴。中医认为本病虽病位在脑,但与各脏腑功能密切相关,病理机制属本虚标实。

【病案举例】

某女,61岁,1995年6月10日初诊。主诉:多寐、记忆力减退3年。近1年精力不集中,记忆力明显减退,语言、行动反应迟缓,

外出时常迷路，步履不稳。经多次检查血糖、血脂、血常规均无异常，血液流变学检查血浆黏度偏高，脑CT示“脑室轻度增宽”，诊为轻度脑萎缩。给予吡硫醇、脑复康等药治疗，无效。后屡延中医诊治亦乏效。现症状同上，舌质淡、苔薄白润，脉沉弦细，血压20/13.3kPa。证属痰瘀阻窍，治宜豁痰开窍、益气健脾。方用二陈汤加醒脑益气药。处方：半夏10g，陈皮10g，茯苓15g，甘草3g，天麻10g，天竺黄10g，胆南星10g，钩藤15g，益智仁10g，升麻6g，白术15g，黄芪10g，石菖蒲10g，远志6g，何首乌10g，桑椹10g，当归6g，赤芍15g，川芎15g，葛根15g，生山楂15g，红花15g，丹参15g，三七粉2g（冲）。水煎服，每日1剂，饭后2h服。服药30剂后，精神、语言明显好转，原方服100余剂，精神、记忆力基本正常。停药1年后随访，患者生活基本能够自理。

按：脑萎缩多因老年人阳虚水湿内停，聚而为痰，阻滞经络，导致血瘀而发病。因此，常从痰、瘀论治。用二陈汤加益智健脑开窍的石菖蒲、益智仁，用黄芪、白术健脾益气，并根据患者血液黏稠度偏高加丹参、三七、红花、生山楂、川芎、赤芍、当归活血祛瘀，减少血液黏稠度，增加微循环的血流量，用天竺黄、胆南星加强二陈汤化痰之力，升麻引药上行，直达神明之府。诸药合用，化痰开窍、益气健脾、活血祛瘀，气血运行通畅，则诸症除。

九、癫痫

癫痫系多种原因引起脑部神经元群阵发性异常放电所致的发作性运动、感觉、意识、精神、自主神经功能异常的一种疾病。俗称羊痫风或羊癫风。临床表现为短暂的感觉障碍，肢体抽搐，意识丧失，行为障碍或自主神经功能异常，称为癫痫发作。可分大发作、小发作、局限性发作和精神运动性发作等，具有间歇性、短时性和刻板性的共同特点。

【病案举例】

1. 杨某，女，40岁，头痛、头晕15年，西医诊为“癫痫”，平日服苯巴比妥（鲁米那）、苯妥英可控制病情，有时因忙忘服药即引起大发作，发作时昏迷不省人事，口吐白沫，两便自遗，平日白带量

多，月经量逐渐减少，颜色淡如水，感疲乏无力而不欲动，口中津液多，不渴，舌淡、苔白多津水滑，脉弦滑，二陈汤合完带汤加枸杞子、石菖蒲、桂枝，3剂。药后头痛减轻，白带量多减少，癫痫发作亦轻，仍无力，此次月经来量较多，上方继服10剂，患者骑车来告知，癫痫发作、头痛均消失，白带量大减，体力较前明显增强，癫痫病未再复发。

2. 曾某，女，15岁，1998年10月21日其母陪同就医。代述：患者突然昏扑倒地、手足抽搐、口吐白沫，反复发作10年余，加重7天。患者自5岁始，突然昏扑倒地，两目上视，手足抽搐，口唇苍白，口吐白色涎沫，时有喉中痰鸣，发作时间约10~20min，醒后如常人。幼年时每2~3个月发作1次，随着年龄的增长而发作频率增多。发作前多有精神紧张、胸闷等先驱症状。发作过后，神疲乏力，不思饮食，大便溏。曾在某地区医院诊断为癫痫，服西药苯妥英、卡马西平及中成药等，虽经多方求医，但仍时作时止。近7天加重，每天发作5~7次。诊见：面色㿔白无华，精神不振，智力较同龄人低，舌淡、苔白腻，脉濡滑。诊断：癫痫。证属脾虚痰盛，痰湿上壅，蒙蔽神明。予清开灵注射液30ml加入10%葡萄糖注射液250ml，静脉滴注，每天1次；内服二陈汤合四君子汤加减，处方：制半夏、制天南星、白芥子各10g，陈皮6g，茯苓、白术、丹参各15g，党参18g，炒白扁豆12g，甘草6g。每天1剂，水煎2次，分2次服。连续用药14天。第1周内，用药后无癫痫发作，患者仅自觉有发作前先驱症状。第2周内，发作前先驱症状亦消失。停用清开灵，改投香砂六君子汤，隔天1剂，连服6个月调治，随访1年未复发。

3. 刘某，男，17岁，2001年5月21日就诊。患者10年前无诱因出现四肢强直阵挛性抽搐，伴意识障碍、二便失禁等。曾在当地医院确诊为原发性癫痫，经西医予丙戊酸钠、卡马西平、苯妥英等药物治疗，患者症状有所缓解。近3个月来，患者四肢抽搐频繁，伴心烦易怒，口苦咽干，大便干结，小便黄，夜寐欠安，舌质暗红、苔薄黄，脉弦细数。辨证：痰热内扰。治以清热化痰开窍。方用：枳实、陈皮、法半夏、茯苓、胆南星、远志、僵蚕、白术、石菖蒲各10g，全蝎、甘草各6g。服10剂后，患者症状减轻，仍烦躁、梦多。上方

加茯神、郁金各 10g。连服 15 剂后，患者症状基本消失。为巩固疗效，用定痛丸及健脾丸善后，随访半年未发。

按：《三因极一病证方论》曰：“夫癫痫病，皆由惊动，使脏气不平，郁而生涎，闭塞诸经，厥而乃成”。痰涎内结，壅闭经络，蒙蔽清窍是痫证的主要病因病机。发作期治疗应以息风化痰止痉为主，方用温胆汤加全蝎、僵蚕等，具有清热化痰、息风定痉之功效。由于患者久病必伤及正气，故在症状缓解后，宜健脾化痰安神，以缓治其本。

十、自主神经功能紊乱

自主神经功能紊乱是一种常见病，是因长期的精神紧张，心理压力过大，以及生气和精神受到刺激后所引起的一组症状群。该病的主要特点是大脑高级神经中枢和自主神经的功能失调，所以患者不仅有头痛、头昏、头憋胀、头紧张、头麻木、失眠及记忆力减退等大脑功能紊乱的症状，而且还会出现循环、消化、内分泌代谢、生殖系统等功能失调的症状。

【病案举例】

祝某，男，35 岁。1993 年 4 月 30 日初诊。罹患眩晕年余，不能坚持工作。自觉全身不适，上半身犹如有水震荡其中，胸胁痞胀，晨起欲呕，步履不稳，精神不振，夜寐不安，记忆力减退，不欲饮食，渴不喜饮。经查无器质性病变。西医诊断为自主神经功能紊乱。曾用谷维素、维生素 E、氟桂利嗪等 10 余种西药治疗罔效。屡延中医诊治，或投以平肝镇静之剂，或补用参类之品，亦无济于事。察其舌苔白滑，诊其脉弦。认为眩晕由风痰上扰所致，遂以化痰息风为法，方用二陈汤加味：法半夏、茯苓、钩藤各 15g，陈皮、天麻、僵蚕、蒺藜、蔓荆子、香附、郁金各 10g，石决明 30g，甘草 6g。每日水煎服 1 剂。服完 7 剂，体内水荡感即消失，眩晕已愈大半。原方随症出入，继服 20 余剂，诸症消失。

十一、面神经麻痹

面神经麻痹（面神经炎，贝尔麻痹），俗称“面瘫”、“歪嘴

巴”、“歪歪嘴”、“吊线风”等，是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病，一般症状是口眼歪斜。它是一种常见病、多发病，不受年龄限制。患者面部往往连最基本的抬眉、闭眼、鼓嘴等动作都无法完成。

【病案举例】

1. 李某，男，42岁，商人，1999年9月10日初诊，口眼歪斜2天。2天前早晨起床突觉左侧面部麻木，口眼歪斜，口角流涎，咀嚼时食物残留在左侧齿颊之间，说话吐字欠清。诊见：左侧鼻唇沟变浅，左眼闭合不全，口角向右歪斜，伸舌不歪，舌红、苔黄腻，脉滑数。患者平素体虚易感，患病前曾连食多餐狗肉。诊断：面神经麻痹。证属本虚标实，脉络空虚，嗜食温热之品，热极生风，痰热阻络。予清开灵注射液40ml加入5%葡萄糖注射液250ml，静脉滴注，每天1次；内服二陈汤加减，处方：制半夏、白术、黄芩各10g，陈皮6g，茯苓、地龙各15g，胆南星12g，僵蚕、甘草各6g。每天1剂，水煎2次，分2次服。4天后诸症好转，守上方续服3剂。药后诸症皆除，随访1年未见复发。

按：清开灵注射液是安宫牛黄丸的改型制剂，具有清热解毒、化痰通络、醒神开窍等作用。二陈汤出自《太平惠民和剂局方》，是燥湿化痰之主方，随症加减可治一切痰证。在临床中应用静脉滴注清开灵，佐以二陈汤随症加减，增强化痰通络、醒神开窍之功。

2. 患者，男性，38岁，右侧面肌抽动5年。5年前无明显诱因在右下眼睑处开始出现肌肉抽搐，逐渐扩展至右侧面部表情肌，范围在右眼至右口角之间区域。后症状加重，发作次数增加，每次发作时间延长。发作时为局部肌肉突发性节律性抽动，不能自行控制，发作时间长短不一。临床诊断：右侧原发性面肌痉挛。中医检查：舌质稍红、舌苔白腻，脉象沉弦。脉症合参：此乃痰浊中阻，瘀久化热，痰热阻遏，胃气不和，清阳不布，津液不敷，筋脉失养。治疗宜和胃清热，化痰镇痉。自1991年3月口服左旋多巴0.25g，每日3次，连服3周。中药用二陈汤加味：陈皮、清半夏、茯苓、枳实、远志各12g，炙甘草、竹茹、黄芩、僵蚕、蝉蜕各10g，酸枣仁18g，钩藤15g（后下）。水煎服，每日1剂分2次温服。连服10剂后又进5剂。在

服中西药物后第三天开始显效,1周后效果明显,面肌痉挛发作次数减少,每次发作时间缩短,痉挛程度减轻,随访3年半,右侧面肌痉挛基本消失。

十二、精神分裂症

精神分裂症是以基本个性改变,思维、情感、行为的分裂,精神活动与环境的不协调为主要特征的一类最常见的精神病。好发于青壮年,多发于16~40岁之间,无器质性改变,为一种功能性精神病,患者一般无意识和智能方面的障碍,但发作时不仅影响本人的劳动能力,且对家庭和社会也有影响。

【病案举例】

陈某,女,20岁,1990年12月7日诊。患精神分裂症2年有余。现症:表情淡漠,面色紫黑,沉默寡言,失眠少食,畏羞人见,趁夜静人稀时来诊,诊见脉沉细而滑,舌苔厚白。其姨母代诉:为矫形双眼皮而弄巧成拙,貌如不及,虑郁油然而生。患者自述:辄夜不肯寐,在夜深人静时似有人呼叫,数日食不沾唇,亦不觉饥,于1989年3月,曾呕吐清涎3天,涎沫牵丝犹如白漆。脉症分析:忧思伤脾,脾郁生痰,痰思气结,气郁于中,脘闷不扬,故而不嗜米谷,志意不乐,卧不成寐。治宜化痰理气,和畅肝脾。用二陈汤加味:半夏、当归、柴胡、陈皮、郁金各10g,茯苓、百合各20g,甘草、大枣各6g,合欢皮、丹参、浮小麦各30g。水煎10剂,服后诸症减轻,后据恙情出入,守方化裁1个月而愈。

按:本案为忧郁日久脾胃中伤,不纳不知味,不寐不欲酣。故用半夏、茯苓燥湿化痰;陈皮、柴胡疏肝理气,和中扶脾有助;甘草、大枣、浮小麦缓中养心;百合、合欢皮、丹参、当归、郁金解郁安神,养血宁心。诸药合用,祛痰化湿,神归于舍,胃纳得展,诸症自安。

十三、癔症性失语

癔症性失语为精神因素引起的突发性失语,系癔症的一种喉部表现,又称为心因性失音、功能性失音。

【病案举例】

患者，女，22岁，因失语近2个月于1999年1月3日就诊。患者怀孕1个月后结婚，婚后近2个月常梦见1人教其学口吃，醒后便渐成口吃。就诊时病人意识清楚，查体合作，为功能性失语，听语无障碍，书写无障碍，心情抑郁，不思饮食，苔白腻，脉弦滑，查体无异常，舌、唇、声带功能无异常，脑电图、颅脑CT无异常，曾在当地医院进行暗示疗法，给肌内注射用水2ml，并嘱其丈夫解除患者的顾虑，无明显疗效而来诊。诊断为：癔症性失语，中医辨证为痰气郁结，遂给：陈皮12g，半夏6g，茯苓15g，枳实12g，竹茹12g，柴胡12g，夜交藤30g，炒酸枣仁30g，当归10g。水煎服，每日1剂，连服药3天后患者能说出自己的意思，但口吃严重，继服上方6剂，仍稍口吃，原方再服3剂，口语完全正常。

按：精神因素是癔症性失语的直接原因。中医根据八纲辨证认为患者发病机制为痰气郁结。巢元方曾说：“脾气通于口，脾脉连舌本，邪乘其脏而搏于气，发言气动，邪随气而干之，邪气与正气相交，搏于口舌之间，脉则否涩，气则壅滞……”，这正应验了“怪病皆由痰作祟”之理。患者因未婚先孕，情志不畅，肝郁乘脾，脾运不健，生湿聚痰，痰蒙神窍；患者营孕胎儿，气血易亏；痰阻气血，气血运行不畅。因此，导致脑失所养，出现失语、多梦。根据“治病求于本”原则，采用二陈汤健脾祛痰，柴胡疏肝理气治本，夜交藤、炒枣仁养心安神，当归养血活血以治标，诸药合用，标本兼治，药症对应，取得满意疗效。

十四、坐骨神经痛

坐骨神经是支配下肢的主要神经干。坐骨神经痛是指坐骨神经通路及其分布区域内（臀部、大腿后侧、小腿后外侧和脚的外侧面）的疼痛。本病分为原发性和继发性两大类。

原发性坐骨神经痛（坐骨神经炎）原因不明，临床比较少见。

继发性坐骨神经痛由于邻近病变的压迫或刺激引起，又分为根性和干性坐骨神经痛，分别指受压部位是在神经根还是在神经干。根性多见，病因以椎间盘突出最常见，其他病因有椎管内肿瘤、椎体转移

病、腰椎结核、腰椎管狭窄等；干性可由骶髂关节炎、盆腔内肿瘤、妊娠子宫压迫、髋关节炎、臀部外伤、糖尿病等所致。

相当于中医痹证的范畴。

【病案举例】

朱某，男，58岁，农民。1972年6月21日初诊。久居湿地，嗜好饮茶，病左侧坐骨神经痛5年之久，经用西药、中药、针灸等治疗，未果。时值梅雨，疼痛麻木日渐加剧，前医投祛风胜湿药，无效。抬腿试验阳性。苔薄白中膩，脉细弦滑。证由脾虚，痰湿滞留于经络为痹，宗二陈加温阳通络之品：半夏10g，陈皮5g，桂枝6g，白芥子10g，薏苡仁30g，牛膝10g，茯苓12g，甘草2.5g，生姜4片。7剂，每日1剂，水煎服。1972年6月30日复诊，药症相符，疼痛大减，唯入暮后下肢犹存麻木感，以气血未和，原方加生黄芪20g，当归10g，鸡血藤30g，去薏苡仁，益气养血通络。经治3周，诸症平善。

按：坐骨神经痛属中医“痹证”范畴，总由营卫先虚，腠理不密，外受风寒湿邪侵袭所致。因痰湿致痹，临床不为多见。患者久居湿地，嗜好饮茶，脾湿生痰，痰湿滞留经络为痹。日久，气血兼虚，适值梅雨湿土当令，内外同气相求，疼痛加剧势所必然。“善治者，治其生痰之源”，“治痰先补脾”。方中以半夏、陈皮、白芥子健脾燥湿化痰镇痛；薏苡仁、茯苓淡渗健脾利湿；桂枝通阳化气；甘草和脾补中；牛膝行血，引药直达病所。复诊方加黄芪、当归、鸡血藤益气养血通络以扶正。邪祛正安，土旺气血通畅，痹证告愈。

参考文献

- [1] 饶和平. 天麻葛根二陈汤治疗急性脑出血患者52例. 中国中医急症, 2007, 16 (2): 230
- [2] 罗秀夏. 加味二陈汤治疗脑血管病性眩晕的疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4 (6): 553
- [3] 吕振, 吴延林. 加味二陈汤治疗急性脑梗死观察. 宁波医学, 1997, 9 (4):

- [4] 李宝玲, 赵勤萍. 平胃散合二陈汤治疗脑血管病眩晕 50 例. 山西中医学院学报, 2001, 2 (4): 30
- [5] 潘文举. 二陈四物汤加减治疗中风病 50 例临床观察. 湖南中医杂志, 21 (1): 5
- [6] 林震, 王秀荣. 二陈汤加味临床应用举隅. 菏泽医专学报, 2000, 12 (1): 57
- [7] 梅大钊. 二陈汤加味在临床中的应用. 江西中医药, 1994, 25 (1): 33
- [8] 王惠, 郭燕. 二陈汤加味治疗痰浊内阻型眩晕 56 例. 光明中医, 2003, 18 (2): 39
- [9] 王晓军, 王亚. 二陈加芎汤治疗寒凝血瘀性头痛 66 例. 陕西中医, 2006, 27 (10): 1218-1219
- [10] 闫坤明. 二陈汤加味治疗偏头痛的临床观察. 湖北中医杂志, 2005, 27 (1): 30-31
- [11] 潘文举. 加味芍药二陈汤治疗偏头痛 71 例临床观察. 湖南中医杂志, 2004, 20 (6): 7-8
- [12] 李艳君. 二陈汤加味治疗头痛 300 例. 陕西中医, 2001, 22 (2): 90
- [13] 刘卫东. 小白附子二陈汤治疗血管性头痛 26 例. 山西师专学报, 1996, 18 (4): 96
- [14] 武宏, 孙佩然. 二陈汤加味治疗内科杂病举隅. 河南中医, 2007, 27 (9): 73
- [15] 张雅萍, 席书贤, 等. 二陈汤临床应用举隅. 新中医, 2007, 39 (5): 71
- [16] 彭建雄. 加味二陈汤合西比灵治疗美尼尔氏病 45 例. 四川中医, 2002, 20 (4): 50
- [17] 刘洁英. 桂枝龙骨牡蛎二陈汤治疗眩晕的体会. 新中医, 1997, 29: 155
- [18] 郭秀妹. 天麻白术二陈汤治疗眩晕的临床体会. 引进与咨询, 2006, (1): 93
- [19] 张孝礼. 二陈汤在疑难重症疾病的临床应用. 内蒙古中医药, 1996, (4): 28
- [20] 孔宪龙. 二陈汤类方的临床应用. 新中医, 1994, (9): 61
- [21] 苗林, 张锦红. 二陈归脾汤加味治疗老年期抑郁症 16 例疗效观察. 现代中医药, 2004, (4): 21
- [22] 余蕴珏. 二陈汤的类方变化在临床应用. 实用全科医学, 2004, 2 (2): 182
- [23] 闭行良. 清开灵合二陈汤加减治验 3 则. 新中医, 2001, 33 (10): 65

- [24] 赵菊香. 二陈汤的临床新用. 黑龙江中医药, 2003, (2): 37
- [25] 张葆现. 温胆汤临床应用举隅. 陕西中医, 2005, 26 (5): 464
- [26] 戴天木. 杨百荻运用二陈汤的临床经验. 中国医药学报, 1995, 10 (1): 30
- [27] 王进华. 疑难证从痰论治举隅. 安徽中医临床杂志, 2000, 12 (4): 325
- [28] 孙福栋, 姜鸿雁. 二陈汤临床应用举隅. 河北中医药学报, 2001, 16 (3): 24
- [29] 于继华, 陈有光. 二陈汤加减治疗脑震荡 105 例. 中国中医急症, 12 (5): 473
- [30] 王哲民. 戴岐运用二陈汤加味治验两则. 山东中医杂志, 1998, 17 (11): 516
- [31] 曹旭东. 左旋多巴及二陈汤加味治疗原发性面肌痉挛. 河北中西医结合杂志, 1998, 7 (4): 581
- [32] 孙素琴, 李连华. 二陈汤治愈癔病性失语 1 例. 中国自然医学杂志, 2001, 3 (1): 54
- [33] 黄万钧. 二陈汤的临床运用. 甘肃中医, 1998, 11 (5): 30

外科及皮肤科病证

一、肩周炎

肩周炎（全称肩关节周围炎）是发生于肩关节周围软组织（肩关节囊、肩关节周围韧带、肌腱及滑囊）的退行性变和慢性无菌性炎症。俗称冻结肩、喙突炎、漏肩风、五十肩，是常见病和多发疾病，多为单侧发病，左侧较右侧多见。

【临床应用】

杨修策以二陈汤加味治疗肩关节周围炎 96 例。其中男 56 例，女 40 例；平均年龄 55 岁；双肩为患 76 例，单肩为患 20 例；病程 10 日~2 年，以 30 日居多。舌淡红、苔薄白，脉沉或缓。二陈汤加味。方药组成：半夏 12g，陈皮 15g，茯苓 15g，甘草 10g，天南星 6g。痛甚加桂枝 15g，香附 15g；酸楚麻木、屈伸不利加威灵仙 30g，羌活 15g；沉重不适加炒苍术 15g；肩臂局部发红灼热加黄芩 15g。日 1 剂，水煎分 2 次温服。另将药渣装入布袋内加热外敷患肩部，每日数次。用药 4 日为一个疗程。结果：总有效率为 86.5%。

二、腓肠肌囊肿

【病案举例】

刘某，男，52岁，海丰县赤坑镇人。2003年2月12日初诊。无明显诱因，自觉左下肢酸胀，活动受限，有嗜酒史，每日2次，每次150~250g，纳眠可，便溏。查见左下肢腓肠肌处扪及一实性包块约10cm×4cm，质较硬，移动度差，压痛。X线示左胫腓骨正侧位片未见骨质破坏。血常规：白细胞计数： $5.6 \times 10^9/L$ 。舌淡红、体胖、边见齿印，苔薄白，脉缓。骨外科会诊：腓肠肌囊肿。建议手术切除。患者要求中医药治疗。中医辨证：寒湿内生，脾虚不运，痰浊内滞，气血受遏，凝聚成结。治拟温阳利湿、化痰散结。取二陈汤合苓桂术甘汤加味：半夏10g，陈皮6g，茯苓15g，肉桂2g，白术10g，白芥子10g，山慈菇10g，牛膝10g，甘草3g，降香4g（后下）。每日1剂，水煎服。2月19日二诊：左腓肠肌囊肿明显缩小，质较软，推之可移，纳进，便软，舌脉如前。守方加土鳖虫6g、炙穿山甲6g，7剂。3月3日三诊：左腓肠肌肿消，活动自如，纳眠可，二便调，舌淡红、体肥、苔薄白，守上方去山慈菇、土鳖虫、炙穿山甲、白芥子，加黄芪15g、鹿衔草15g，7剂，以善其后。1年后随访，未见反复。

按：《素问·调经论篇》曰：“寒湿之中人者，皮肤收，肌肉坚紧，荣血泣，卫气去，故曰虚。”《灵枢·痼疽》谓：“寒邪客于经络之中则血泣，血泣则不通，不通则卫气收之，不得复反，故痼肿。”本例素有嗜酒之好，酒家多湿，中虚失运，寒湿、痰饮留注经隧肌肉，聚积成结。治疗取二陈汤燥湿化痰，加苓桂术甘汤温阳利湿化饮，白芥子、山慈菇化痰散结，降香活血散癖，牛膝引药下达病所。全方共奏温阳利湿，化痰散结之功。复诊加土鳖虫、炙穿山甲通络散结。治疗3周，阳通痰化，肿消结散。继则去山慈菇、白芥子、炙穿山甲、土鳖虫，加黄芪、鹿衔草益气通络，以收全功。

三、腘窝囊肿

通常临床上将腓肠肌内侧头的滑膜囊肿称为“腘窝囊肿”或

“Baker 囊肿”。腘窝囊肿，常表现为膝关节后方腘窝处的肿块，触摸上去质软，有囊性感。膝关节伸直时囊肿明显，而屈曲时囊肿体积似乎减小。

【临床应用】

王高元以二陈汤加减治疗腘窝囊肿 26 例。男 17 例，女 9 例；单侧 22 例，双侧 4 例；年龄最大 76 岁，最小 18 岁；病程最长 23 年，最短 2 天；有 8 例曾行手术治疗，后复发，其中 1 例行过 3 次手术。全部病例均为门诊患者，均经 B 超确诊。治疗基本方：制半夏 10g，陈皮 10g，茯苓 15g，贝母 10g，胆南星 10g，瞿麦 30g，竹沥 10g。随症加减：偏寒者加干姜；偏热者加海藻、昆布；质地偏硬者加三棱、莪术。每日 1 剂，7 天为 1 个疗程。治愈：囊肿完全消失；好转：囊肿明显缩小；无效：囊肿无变化或增大。治疗结果：治愈 19 例，有效 7 例；有效率 100%。疗程最长 35 天，最短 7 天。

【病案举例】

1. 施某，女，10 岁，海丰县赤坑镇人。2003 年 8 月 7 日就诊。其母代诉，数天前无意间发现其行走一高一低，细察之，发现左腘窝扪及一实性包块，遂来就诊。左下肢行走呈跛状，纳欠佳，眠安，大便秘结。查左下肢腘窝皮下扪及一条索状实性包块约 7cm × 3cm，不红不热，质硬，移动度差，压痛，舌淡红、苔薄白，脉细弦滑。外科会诊：腘窝皮下囊肿，性质待查，建议手术治疗。其母要求中医药治疗。中医辨证：小儿纳欠佳、便秘，脾虚见症，故痰湿由内而生，流注于经隧气穴，气滞血凝，聚而成结。治拟理气助运、化痰散结，投二陈汤加味：半夏 4g，陈皮 4g，茯苓 10g，浙贝母 10g，山慈菇 6g，生薏苡仁 15g，土鳖虫 4g，炙穿山甲 4g，牛膝 6g，甘草 3g，7 剂。

8 月 15 日二诊腘窝处肿块缩小，移动度仍差，舌脉如前，守方加白术 6g、降香 3g（后下），隔天 1 剂。10 月 23 日喜告肿块消失，活动如常。

按：小儿稚阴稚阳，脾常不足，若饮食自倍，脾胃乃伤。《素问·太阴阳明论篇》：“脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。”脾运胃纳，散精布津，唯气以系。《素问·生气通天论篇》谓：“阳气者，

精则养神，柔则养筋。开阖不得，寒气从之，乃生大倮……营气不从，逆于肉理，乃生痈肿。”本例因脾虚失运，痰湿内生，流注四肢经隧，内闭经气，外壅肌肉，聚而成结。治疗取二陈汤加生薏苡仁理气助运、和中化湿，浙贝母、山慈菇化痰散结，土鳖虫、炙穿山甲祛癖散结，牛膝引药下行。二诊加白术健脾，降香活血，使脾胃复职，痰湿内化，经气通，结块消。2天服药1剂，恐小儿脏腑未允，不受药力之伐，休息1天，待胃气来复，缓而图功。

2. 李某，女，47岁，2年前发现左侧腮窝肿块，到外院查B超示腮窝囊肿，行手术治疗，术后第7个月，又出现腮窝部肿块，复查B超示腮窝囊肿复发，约5cm×4cm大小，因惧怕再次手术求治我科，查体左腮窝肿块呈椭圆形，表面光滑，轻压痛，舌淡、苔白微腻，脉滑，辨为痰湿互结之症。处方：制半夏10g，陈皮10g，茯苓15g，贝母10g，胆南星10g，瞿麦30g，竹沥10g，三棱10g，莪术10g。每日1剂，水煎2次，早、晚分服。7剂后肿块明显缩小，21剂后肿块消失，经B超检查证实未见肿块，随诊1年未复发。

按：本病多见于长期站立和重体力劳动的中老年人，系滑膜受伤造成的滑膜无菌性炎症，属中医学“筋瘤”、“胶瘤”范畴。因长期劳损致筋脉气机运行不畅，津液运行失常，则湿聚为痰，而痰湿凝滞则囊肿成矣。方中半夏、胆南星、贝母燥湿化痰；陈皮理气化痰，气顺痰清；瞿麦一药，《本草经书》谓其“性苦辛……阴寒滑利，性主降泄，辛能散结，利湿解滞而通经脉”，取其利湿破壅散结之功，与茯苓合用，使湿祛无生痰之源；竹沥，《丹溪心法·痰》说：“痰在皮里膜外，非姜汁、竹沥不可达，痰在四肢，非竹沥不开”。诸药合用，可使囊肿消散吸收。

四、坐骨滑膜囊肿

【病案举例】

某女，67岁，退休教师，1998年10月9日初诊。患者于半年前发现右坐骨结节处一突起物，有疼痛感，坐时不便，按之有波动感，当地医院初步诊断为“右侧坐骨滑膜囊肿”而进行手术，术后基本正常。不到4个月后原发病灶处又见一突起物，并发现左侧也有一突

起物，表面光滑，按之有波动感，当地医院建议她再次手术治疗。患者惧怕手术，而来我所求助于中医药治疗。检查：左侧坐骨结节处圆形肿块约4cm×5cm大小，右侧坐骨结节处约3cm×3cm大小，质地柔韧，表面光滑，边缘清楚，按之有波动感，局部无压痛。舌淡、苔薄腻，脉细滑。气血运行失常，痰湿凝聚而成。治以活血和营，化痰软坚。内服二陈汤加味，基本方：当归10g，赤芍10g，贝母10g，昆布10g，海藻10g，生地榆30g，法半夏15g，茯苓10g，陈皮8g，紫丹参15g，生牡蛎20g（先煎），白芥子10g，炮穿山甲10g（先煎）；另加皂角刺15g。外敷消痰散（制僵蚕、马钱子、白芷10份，梅片1份，将上述药物按比例配制，分别碾成细末，过100目筛，和匀贮瓶备用）加贴止痛消炎膏。

10月17日二诊：自觉囊肿明显缩小，但尚未全部消除，质地较前稍坚韧，嘱内服原方续服1周。

10月25日三诊：肿块基本消失，为巩固疗效，患者主动要求原方续服5剂。1年后因其他身体不舒来所诊治，原病灶处未见复发。

五、丹毒

丹毒是外科常见病，急性期多用抗生素及中药清热解毒、利湿消肿或清热解毒、散风消肿之品治疗。如病情尚未痊愈而中断治疗，常久久不愈；或长期应用中药寒凉之品以致损伤脾胃功能，脾失健运，湿邪内生，痰湿阻络，使丹毒反复发作，发展成为慢性丹毒。

【临床应用】

谢京旭近年来应用二陈汤加味治疗下肢慢性丹毒32例，效果满意。32例中男性19例，女性13例；年龄30~45岁者8例，占25%，46~60岁者16例，占50%，61岁以上者8例，占25%；病程最长者5年，最短者10个月。15天为1个疗程，一般用药1~3个疗程。药物组成：陈皮15g，半夏10g，茯苓12g，甘草6g，白芥子12g，牛膝6g。水煎服，每日服2次。漫肿明显者，加大腹皮15g，槟榔15g，泽泻15g；局部皮肤增厚，略粗糙，皮色暗者，加当归10g，川芎10g，香附10g；皮肤暗红，皮温略高，微痛者，外用芙蓉膏。治疗结果：32例中显效者14例，占44%；有效者11例，占

34%；无效者7例，占22%；总有效率78%。

【病案举例】

刘某，男，56岁。主诉左小腿丹毒反复发作4年，时轻时重，近1个月来，局部皮肤发紧伴肿胀，行走时沉重感、木胀感明显，使用抗生素治疗月余，效果不明显，来我科治疗。查左小腿膝关节以下10cm至足背部漫肿，皮肤略粗糙，皮肤欠温，皮色暗，舌淡、苔白腻，脉象缓。诊断：左小腿慢性丹毒。辨证：脾虚痰湿阻络，投以健脾理气养血、涤痰通络之品，处方：茯苓12g，陈皮15g，半夏10g，甘草6g，白芥子12g，牛膝6g，当归10g，川芎10g，香附10g。10剂，水煎服。

二诊时，患者左小腿皮肤肿胀明显减轻，皮肤渐光滑，皮肤转温，皮色略暗，脉症同前，前方又进10剂。患者左小腿皮肤与健侧皮肤接近，肿胀消退，活动自如。由于痰湿之邪缠绵难去，因此将原方剂量扩大5倍，制成丸剂，每丸重10g，每日服3次，每次服1丸，继续服用1个月，病告痊愈。随访1年未复发。

按：目前西医对慢性丹毒疗效不够理想，中药治疗效果满意。慢性丹毒乃因急性期大量使用抗生素及中药寒凉之品，致损伤脾胃功能，脾虚生湿，病久生痰，痰湿阻络，致气血运行不畅。笔者使用二陈汤乃取其健脾理气祛痰之意。方中加白芥子，其药以利气豁痰见长，主治皮里膜外、筋骨间或肌肉间痰饮证，配合二陈汤使用，功效益彰；牛膝作为引经药，引药下行直达病所。诸药配合，使脾健、湿祛、经络通，则慢性丹毒得以痊愈。

六、乳腺囊性增生症

乳腺增生是最常见的乳腺疾病，又叫乳腺囊性增生症。包括乳腺疼痛、乳腺小叶增生症、纤维腺病、纤维化增生症等。在临床上约有50%妇女有乳腺增生的表现，一般多见于20~50岁的妇女。中医称乳腺增生为“乳癖”，乳癖的病因从中医的发病观点来认识是由肝郁气滞、冲任失调、痰瘀凝结而形成不同类型的乳房肿块和疼痛，且与月经周期关系密切。

【病案举例】

陈某，女，35岁。素患咳嗽，今因情绪郁闷而致两乳房各生一肿块，胀痛，并随喜怒而消长。伴胸胁胀痛，口苦咽干，舌苔白微腻，脉滑紧。此乃痰凝气结，肝气郁结之症。治宜：化痰、散结、疏肝、理气。方用二陈汤加味：陈皮、半夏、柴胡、枳壳各10g，茯苓、香附各15g，夏枯草30g，牡蛎20g（冲），甘草5g。服4剂咳嗽止，肿块渐消，续用上方2剂而收功。

按：乳癖多由肝气郁结，气机阻滞，伤及脾胃，致水湿失运，痰浊内生，凝结于乳房而成。此患者由于素患咳嗽，又情绪郁闷不畅而生乳癖。故以二陈汤以化痰凝，先使痰浊运转，脾胃复原，既治咳嗽，又疗乳癖。佐以柴胡、枳壳、香附疏肝理气，使气机畅则痰更消。配以夏枯草、牡蛎散结消块。诸药合用，4剂即使咳嗽止，肿块消失而愈。

七、瘰癧

瘰癧为生于颈部的一种外科疾病。在颈部皮肉间可扪及大小不等的核块，互相串连，其中小者称瘰，大者称癧，统称瘰癧。俗称痞子颈或老鼠疮。多见于青少年及原有结核病患者，好发于颈部、耳后，也有的缠绕颈项，延及锁骨上窝、胸部和腋下。

【病案举例】

魏某，女，32岁。患者忧思易怒，情志不舒。半月前感左侧颌下起一肿块，经前医用大剂量清热解毒、散结消肿之品未效，即来就诊。查其肿块，不知痛痒，以指揉之，形如槟榔，皮色如常，细问其肿块怒则增剧，伴胸闷不适，胁胀纳食不香，舌苔薄白，脉弦滑。此乃肝郁痰凝之证。治宜：疏肝解郁，化痰散结。方用二陈汤加味：陈皮、半夏、天葵子、当归、白术、柴胡各10g，茯苓15g，蒲公英30g，浙贝母12g，甘草5g。服7剂。另外每日用消核膏贴敷患处1次。经用上法后，肿块已消八九，胸胀已消，纳食也香，以上方去白术、蒲公英，续进3剂而愈。

按：瘰癧一病，中医认为多与痰和气郁有关。清·陈士铎《辨证录》曰：“盖瘰癧之症，多起于痰，而痰块之生，多起于郁，未有

不郁而能生痰，未有无痰而成瘰癧者也”。此言与本案正合也。故前医用清热解毒，散结之品也未奏效。笔者以二陈汤祛痰、理气、和中，又以柴胡、白术疏肝理气，天葵子、蒲公英、浙贝母、当归散结消肿，共服10剂，配合外用药而大获全效。

八、瘾疹

瘾疹指皮肤表面出现风团、瘙痒剧烈，时隐时现者。此名出自《素问·四时刺逆从论篇》。亦名风瘙隐疹、风疹块。该病因内蕴湿热，复感风寒、风热之邪客于肌肤皮毛腠理之间而发；或由于对某些物质过敏所致。症见患处皮肤出现大小不等之风团，小如麻粒，大如豆瓣，甚则成块成片，剧烈瘙痒，时隐时现。相当于“荨麻疹”。

【病案举例】

李某，男，7岁。患儿素性禀赋较差，半月前偶遇风邪遂见疹块，色淡红，形如云片，疹块瘙痒无度，时甚时缓，消退后不留任何痕迹，伴脘腹不适，恶心欲呕，食欲不振，舌淡、苔白腻，脉缓而滑。此乃脾胃不和，痰湿内生之症。治宜：健脾和胃，祛痰除风。方以二陈汤加味：陈皮、半夏、白术、荆芥、防风各6g，茯苓、怀山药、薏苡仁各8g，甘草3g。服3剂，胃健，瘾疹退而愈。

按：瘾疹临床引起病因颇多，且治疗也较复杂。本患儿由于禀赋不足，脾胃欠佳，痰湿凝结，偶遇风邪诱发瘾疹，故以二陈汤以燥湿化痰兼能和中；配以白术、怀山药、薏苡仁健脾和胃，又以荆芥、防风祛风除邪。诸药合用，共奏其功。

九、脑外伤术后流涎症

流涎症是指口涎外流的一种常见症状。多见于小儿，早期推拿治疗，效果良好。该症多由于食母乳过热或嗜食辛辣之物，以致脾胃湿热，熏蒸于口；或先天不足，后天失养，脾气虚弱，固摄失职，以致唾液从口内外流而发病。脑外伤术后流涎症多是由于外伤后期，脾虚，失于固摄及健运而致病。

【病案举例】

周某，男，21岁，1998年11月20日初诊。于3个月前因车祸

致脑外伤，术后逐渐口流涎，经西药治疗，疗效欠佳。诊见口流涎不止，神志痴呆，语音不清，听力减退，乏力，面色苍白，舌质淡、苔白润，脉滑。证属脾虚，痰湿蕴结。治宜健脾和胃，燥湿化痰。方用二陈汤加味。处方：陈皮 10g，半夏、茯苓、党参各 15g，黄芪 20g，白术、苍术各 12g，甘草 5g。水煎服，每天 1 剂，连服 6 剂。流涎明显减少，神志听力有所好转。守方续进该剂，流涎缓解。随访 2 年未再复发。

按：本例脑外伤术后流涎症乃脾虚引起脾胃不和、痰湿上乘所致。“脾为生痰之源”，脾喜燥恶湿，脾虚失健运，湿邪凝聚，成形者为痰，不成形者为涎。脾与胃相表里，脾升胃降，则湿去痰化，涎不自出。拟二陈汤合四君子汤加味。二者合用，相得益彰，脾健胃和，痰化湿去，则流涎自愈。

十、颈椎病

颈椎病又称颈椎综合征，是颈椎骨关节炎、增生性颈椎炎、颈神经根综合征、颈椎间盘脱出症的总称，是一种以退行性病理改变为基础的疾患。主要由于颈椎长期劳损、骨质增生，或椎间盘脱出、韧带增厚，致使颈椎脊髓、神经根或椎动脉受压，出现一系列功能障碍的临床综合征。

本病属中医学“痹证”范畴。

【病案举例】

黄某，男，65 岁，2005 年 11 月 4 日初诊。患者 6 年前因头痛、头晕、耳鸣，突然昏倒，曾到省某医院治疗，诊为椎动脉型颈椎病。经中西医结合治疗后，症状缓解。近日因受凉症状加重，平素有胃病，服西药则胃痛。诊见：神情疲惫，舌质淡、苔厚腻，脉濡滑。中医诊断：眩晕，证属痰浊中阻。治以祛风化痰，佐以益气健脾，方以二陈汤加减。处方：半夏、泽泻、木通各 10g，茯苓、葛根各 30g，天麻、黄芪各 15g，炙甘草 8g，陈皮、制附子各 6g。每天 1 剂，水煎服。服 21 剂后，症状缓解，未再复发。

按：老年人多肾阳虚弱，脾土失养，脾虚湿困，痰瘀交阻，脾虚不能运化水湿，输布津液，水湿停留，聚湿成痰，阻滞阳气，清阳不

升，浊阴不降，久病成瘀，脉络不畅，蒙蔽清窍，而致眩晕。方中以二陈汤化湿除痰；天麻、葛根祛巅顶之风；泽泻健脾利水；黄芪、制附子补气温肾阳；木通清热除湿，引湿从小便而出。诸药合用，共奏补脾肾、祛湿化痰、散瘀通脉之功。

十一、痹证

因风、寒、湿、热等外邪侵袭人体，闭阻经络而导致气血运行不畅的病症。主要表现为肌肉、筋骨、关节等部位酸痛或麻木、重着、屈伸不利，甚或关节肿大灼热等。临床上具有渐进性或反复发作的特点。痹证的发生，与体质的盛衰以及气候条件、生活环境有关。痹证初起易于治疗，晚期病程缠绵，预后多不良。

【病案举例】

汤某，女，27岁，2000年5月21日初诊。自诉2月前，突然双下肢麻痹、疼痛，以膝关节以下明显，晚上尤甚，半小时后缓解。未处理，第二天晚上又发作，影响睡眠，且需要用小木棍用力敲打则症状有所减轻。经治疗，收效甚微。诊见：形体困倦，面色苍白，食欲不振，舌淡、苔白，脉滑。证属痰湿蕴结经络。治以燥湿化痰，行气通络。拟二陈汤加味：陈皮、络石藤、桂枝、砂仁各10g，路路通、海风藤、党参各20g，牛膝、香附、茯苓各15g，半夏12g，甘草5g。水煎服，每天1剂。服3剂，症状明显好转，守上方续进5剂，诸症告愈。

按：本例患者由于情志不遂，思虑过多，“思则伤脾”，脾失健运，痰湿内生，痰湿泛滥，浸注双下肢，蕴结经络而病，故以二陈汤治疗。方中二陈汤燥湿化痰；桂枝温经通络；海风藤、络石藤、路路通舒通经络；香附、砂仁、党参升气以加强行气之功；牛膝以膝走膝，引药入下肢。诸药合用共奏燥湿化痰，理气通经络之功。

十二、痛风

痛风是一种由于嘌呤代谢紊乱所导致的疾病，过去我国发病率较低，随着人们生活水平的提高，近年来痛风已成为常见病和多发病。由于尿酸过量产生或尿酸排泄不充分导致尿酸在体内堆积，尿酸结晶

可沉积在软骨、软组织、肾脏以及关节处。在关节处的沉积则可造成剧烈的疼痛。

【病案举例】

李某，男，62岁，1998年6月7日初诊。左脚反复肿痛2年，服用消炎药及祛风湿药不效，现急性发作10天。经X线诊断为左足第一趾关节痛风。诊见左足第一趾关节肿大疼痛，活动受限，舌质暗、苔白腻，脉滑。中医诊断：痹证，证属痰瘀阻络。治宜理气化痰，舒筋通络。方用二陈汤加减：陈皮、半夏各10g，茯苓15g，炙甘草8g，白芥子12g，茜草、威灵仙、地龙、怀牛膝各10g。日1剂，水煎服。5剂后肿痛减轻，守方再进15剂而肿痛消失，活动无碍。

按：此例属中医痹症范畴。详问病史，患者平素饮酒、嗜食肥腻，致痰浊内生，痹阻经气，日久痰瘀沉积于关节周围而发病。故取二陈汤化痰除湿，更配白芥子利气豁痰，治筋骨间痰饮，茜草、威灵仙、地龙、牛膝舒筋活血通络；牛膝又作为引经药，可引药下行直达病所。诸药配合，使痰瘀除则肿痛消。

十三、腰痛

腰痛是以腰部一侧或两侧疼痛为主要症状的一种病症。西医的肾脏疾病、风湿病、腰肌劳损、脊椎及脊髓疾病等所致腰痛，可参照本证辨证论治。

【病案举例】

患者，男，63岁，1997年8月15日初诊。反复腰痛3年，曾照腰椎片“未见明显病变。”但近日腰痛加剧，卧床不起。症见：腰痛难忍，体形肥胖，纳差，痰多色白，舌淡、苔白腻，脉弦滑。乃脾虚痰积腰间，治宜健脾益气，燥湿化痰。方药二陈汤加味：陈皮、炙甘草各5g，制半夏、白术、桂枝、当归各10g，茯苓30g，怀山药、白芍各20g。服2剂后，腰痛好转，能生活自理，效不更方再进5剂，腰痛痊愈。嘱其服陈夏六君丸半月巩固疗效。随访半年没有复发。

按：李东垣在《脾胃论·脾胃盛衰论》中说：“百病皆由脾胃衰而生也。”本例由脾虚失运，聚湿成痰，痰积腰间阻滞经络，不通则痛，故腰痛。众医均悉“脾胃为后天之本，气血生化之源”，亦是

“生痰之源。”所以用二陈汤燥湿化痰；加白术、怀山药健脾益气；桂枝、当归活血通络；白芍、炙甘草缓急止痛。诸药合用能调整脾胃功能，使脾旺痰自消，腰痛愈。

参考文献

- [1] 杨修策. 二陈汤加味治疗肩关节周围炎 96 例. 河北中医, 2000, 22 (4): 290
- [2] 陆木兴. 二陈汤加味治疗囊肿举隅. 上海中医药杂志, 2004, 38 (11): 28-29
- [3] 王高元. 二陈汤加减治疗腮腺囊肿 26 例. 云南中医中药杂志, 2006, 27 (6): 65
- [4] 王辉. 二陈汤加味治疗坐骨滑膜囊肿. 中医药临床杂志, 2005, 17 (2): 132
- [5] 谢京旭, 杨维华. 二陈汤加味治疗下肢慢性丹毒 32 例. 北京中医, 2000, 1: 29-30
- [6] 谭成邦, 谭胜邦, 谭美邦. 二陈汤外科临证偶拾. 陕西中医, 1998, 19 (10): 464
- [7] 吴积壬. 二陈汤临床新用举隅. 实用中医药杂志, 2002, 18 (1): 40
- [8] 张雅萍, 席书贤, 来进华. 二陈汤临床应用举隅. 新中医, 2007, 39 (5): 71
- [9] 孙福栋, 姜鸿雁. 二陈汤临床应用举隅. 河北中医药学报, 2001, 16 (3): 24
- [10] 卢翠飞. 二陈汤治验举隅. 中国民族民间医药杂志, 2005, 76: 305

一、精液不液化症

精液不液化是引起男性不育症的主要原因之一。房事时射出的精液超过 60min 仍不液化，始终成胶冻状或团块状称为不液化症。一般多因婚后不育就诊。

【临床应用】

王玉芬采用二陈汤和桃红四物汤加减治疗痰浊瘀阻型精液不液化症 10 例，取得了较好的效果。症见久治不愈，面色黯黑，精液呈痰块状，阴部沉重不适或见有静脉曲张，舌质紫暗、苔白，脉细涩。治以祛瘀通络，化痰散结，方以二陈汤和桃红四物汤加减。苍术、白术、茯苓、生地黄、熟地黄、瓜蒌各 15g，半夏、红花、地龙各 12g，桃仁、水蛭各 10g（冲）。瘀阻较重加莪术 18g，木通 10g；兼见阳虚症者加鹿角胶、白芥子。

二、缩阳症

缩阳症指患者误以为阴茎在不断缩小，甚至缩入腹腔内，从而产生一种恐惧，是一种性色彩非常浓厚的癔病。患者可出现焦虑、紧张、心烦意乱、心悸、全身发冷、阴茎麻木、阴部发凉及阴茎缩入感等。

【病案举例】

欧某,男,27岁,曾在本院住院1次,诊断精神分裂症,临床治愈出院。近20余天出现缩阳症,到某医院服美国洋参丸等药治疗无效而来本院求治。自述生殖器收缩,查体:阴茎有2cm长,收缩状,舌苔薄白,脉浮濡。辨证为寒湿停滞阴茎。治以祛湿健脾,疏肝理气。药用:薏苡仁15g,茯苓12g,白术、枳壳各10g,防己12g,牛膝10g,怀山药、黄芪各15g,白芍12g,郁金10g,甘草6g。服3剂后自觉症状好转,将原方加入柴胡、续断、升麻各12g,连服12剂后症状消失。

按:缩阳症是一种心理性疾病,系与心理因素有联系的综合征。特征:生殖器收缩,病人恐惧缩入腹腔而遭死亡。可能与手淫、遗精、过度性交的恐惧和精神紧张有关,症状发作突然,多在体力劳动和不适量的房事后,病人感到受冲击或精神威胁后产生,表现为急性焦虑,紧张不安,手足冰冷,面色苍白,多汗,心率增加,头晕,发作严重时躯体僵硬。病人阴茎向内收缩,病人抓住阴茎呼救,焦虑,害怕独处,认为无人帮助必将致死,家属和治疗者要用绳子或带子缚住阴茎或用钳夹住以不使阴茎缩入腹中,直到病人停止发作为止,一般可持续1h左右。

三、前列腺炎

前列腺炎是指前列腺特异性和非特异感染所致的急、慢性炎症,从而引起的全身或局部症状。前列腺炎可分为非特异性细菌性前列腺炎、特发性细菌性前列腺炎(又称前列腺病)、特异性前列腺炎(由淋球菌、结核菌、真菌、寄生虫等引起)、非特异性肉芽肿性前列腺炎,以及其他病原体(如病毒、支原体、衣原体等)引起的前列腺炎、前列腺充血和前列腺痛。

【病案举例】

杨某,男,68岁,小腹胀痛,小便淋漓不畅3个月,伴小便夜间失禁(西医诊断为前列腺肥大),伴有口干,舌涩,晨起恶心欲吐,舌淡、苔薄白,脉沉细滑。温胆汤加乌药3g、黄芪30g、熟地黄30g3剂,用后口干苦涩减,恶心去,小腹胀及尿失禁见减。继以上

方5剂，药后小便较通畅，未述尿失禁。

按：本例在痰热上扰、胃气不和的基础上，又见小腹时胀，尿失禁，属于痰瘀互结、肾脾气虚，故以温胆汤加乌药温肾湿尿，行气消胀，熟地黄益肾填精，黄芪益气固摄而获良效。

四、阴茎囊肿

囊肿是一种良性疾病，多系先天性发育异常所致。阴茎囊肿多发生于龟头和阴茎的腹面，必要时手术治疗。

【病案举例】

陈某，男，33岁，2001年5月12日初诊。自诉1个月前阴茎背部可见一小肿物，不痛不痒，曾经治疗，疗效欠佳。诊见阴茎背部可见约鸽蛋大小的肿物，柔软，不硬，皮色不变，不宽不紧，舌质淡、苔白润，脉滑。诊断：阴茎囊肿。证属痰湿蕴结。治宜健脾和胃，化痰祛湿、通经络。方用二陈汤加味。陈皮、砂仁各10g，半夏、香附各12g，麦芽、谷芽、路路通各20g，甘草5g，茯苓15g。水煎服，每天1剂，连服3剂。阴茎肿物明显消肿。续服3剂，阴茎囊肿已消失。随访未再复发。

按：本例阴茎囊肿为脾虚失健运，湿邪凝聚，聚而成痰，痰湿阻滞阴茎经络，久蕴成肿物，故用二陈汤取效。方中半夏燥湿化痰和胃；陈皮理气燥湿，使气顺而痰消；茯苓健脾渗湿，湿去脾旺，痰无由生；香附、砂仁、路路通行气通经络，而消肿物；谷芽、麦芽健脾和胃；甘草调和诸药。全方共奏健脾和胃、燥湿化痰行气、通经络之功。痰化湿去，经络通畅，则肿物自愈。

五、阳痿

阳痿是指男性在性生活时，阴茎不能勃起或勃起不坚或坚而不久，不能完成正常性生活，或阴茎根本无法插入阴道进行性交。

【病案举例】

1. 陈某，男，41岁，1997年4月10日初诊。患者平素嗜烟酒，阳痿近2年，曾屡服温肾壮阳之品，未效。诊见：形体较胖，周身困重、疲惫，胸胁闷胀不舒，时有太息，阳事不举，舌苔白腻，脉沉

弦。此乃痰湿内盛，阻遏肝经所致。治当祛湿化痰，舒肝理气。方用二陈汤加减：半夏 10g，陈皮 10g，茯苓 15g，甘草 10g，川厚朴 12g，白术 15g，香附 12g，枳壳 10g，郁金 15g，地龙 15g。每日 1 剂。嘱戒烟酒，清淡饮食。服药 10 剂后，阳事可举，但举而不坚。药已中病，守方治疗，共服药 20 剂，阳事举而且坚，阳痿告愈。

按：患者平素嗜酒，痰湿内盛，阻滞肝经，宗筋失养，故阳痿不举。且复以温阳之品，致使痰湿阻滞更盛，而阳痿亦愈甚。故以二陈汤祛湿化痰；白术、川厚朴健脾燥湿以助痰消；香附、枳壳、郁金疏肝理气；痰阻日久必致脉络不畅，故又配以地龙。诸药合用，湿祛气顺痰消，宗筋得养，故阳物即举。

2. 李某，男，54 岁，患者因阳事不举 8 年，于 1997 年 1 月 5 日就诊。询问病史，患者咳嗽反复发作 15 年，且近数日来病情略有加重。诊见：患者咳嗽，吐白色黏痰量多，心慌气急，动则更甚，纳呆，唇甲青紫，舌质紫暗，脉细涩。证属痰浊阻肺，风邪外袭，引动伏邪，肺失宣肃，心血瘀阻所致。治以燥湿化痰，止咳平喘。二陈汤加味：半夏 12g，陈皮 10g，茯苓 15g，杏仁 10g，地龙 15g，丝瓜络 15g，当归 10g，丹参 20g，甘草 10g。水煎服，日 1 剂，分 2 次服。服药 10 剂，咳嗽减轻，后以香砂六君子汤、肾气汤调治月余，诸症消失，所患多年的阳痿也随之而愈。

按：肺主气，心主血，且肺主治节。肺失宣肃，或肺气虚弱，则肺便失去辅助心脏推动和调解血液运行的功能，终致血液运行失常，阴茎不能正常充血而勃起。治当求其本，燥湿祛痰，宣降肺气，佐以活血通络，改善心肺功能，则由其所致的性功能障碍也随之好转而治愈。

六、不育

不育有男性及女性之分：女性不育指实际上或临床上未能生育，即虽有过妊娠，但均以流产、早产、死胎或死产而告终，从未获得过活婴；精子与卵子虽已结合，在子宫内膜着床后，胚胎或胎儿成长障碍或娩出障碍等而不能获得活婴。因男性原因致配偶不孕者宜称男性不育症。临床多从肾脏论治，但亦有属于痰湿内阻者，而以二陈汤为

主进行加减治疗。

【病案举例】

曹某，男，32岁，部队干部，1995年9月28日初诊。结婚3年不育，2年前即开始就诊，多次查精液常规示：“精液不液化”。接受中药治疗，用过知柏地黄类汤剂、成药，而精液未见明显改善。顷诊：形体肥盛，脘腹痞闷，神疲困倦，脉滑，肛检前列腺及前列腺液常规正常，从痰湿论治之。制半夏、陈皮、茯苓各10g，乌梅6g，淫羊藿、丹参各30g，甘草3g。日1剂，2次分服，5剂后脘痞除，纳增，苔薄腻，继进15剂后复查精液：精液量3ml，1h已液化，精子活动率70%，精子计数 $0.8 \times 10^8/\text{ml}$ ，此患者后又2次精液液化差重复来治，均以上药而愈。1年后，其妻终于怀孕。

按：清·陈士铎云：“凡男子不能生育者有六病：一精寒、二气丧、三痰多……”。痰湿凝滞不育，于今临床并不少见，此例患者，并无慢性前列腺炎性疾病，而见患者形体肥胖，脘腹痞闷，神疲困倦，舌苔白腻，脉滑，故从痰湿论治，主以二陈汤，加淫羊藿补肾强精，痰常兼瘀，故入丹参，使痰湿除，肾气充，则精液得化，生育成功。

参考文献

- [1] 王玉芬，李国庆，张景俊．辨证治疗精液不液化症84例．陕西中医，2001，22（4）：209
- [2] 曹国志．加减二陈汤治疗缩阳症．辽宁中医杂志，2002，29（9）：567
- [3] 赵菊香．二陈汤的临床新用．黑龙江中医药，12（6）：38
- [4] 吴积壬．二陈汤临床新用举隅．实用中医药杂志，2000，18（1）：40
- [5] 王进华．疑难证从痰论治举隅．安徽中医临床杂志，2000，12（4）：325
- [6] 林震，王秀荣．二陈汤加味临床应用举隅．菏泽医专学报，2000，12（1）：57
- [7] 卢伟．二陈汤治验两则．黑龙江中医药，2001，6（8）：34

一、闭经

月经是女性在一定年龄阶段内的周期性子宫出血，正常月经是女性发育成熟的标志之一。它在一定程度上反映了妇女健康的一个侧面，若月经的周期、经期、经量、经色等出现了异常，就形成了月经病，是妇科的常见病。月经的疾病往往是机体受病的反映。

闭经是从未有过月经或月经周期已建立后又停止的现象。年过 18 岁尚未来月经者称原发性闭经，月经已来潮又停止 6 个月或 3 个周期者称继发性闭经。闭经的原因有功能性及器质性两种：下丘脑 - 垂体 - 卵巢轴的功能失调所致的闭经为功能性闭经；器质性因素有生殖器官发育不全、肿瘤、创伤、慢性消耗性疾病（如结核）等。

【临床应用】

曹金玉以二陈汤加味治疗痰湿型闭经 38 例，均为门诊病例。其中原发性闭经 4 例，继发性闭经 34 例；已婚 25 例，未婚 13 例；闭经时间 3 ~ 8 个月 30 例，8 个月 ~ 3 年 8 例；年龄最大 40 岁，最小 18 岁。治宜燥湿祛痰；活血通经，调理冲任。药用半夏 10g，陈皮 9g，茯苓 12g，苍术、白术各 10g，当归 9g，

川芎 9g, 王不留行 10g, 枳壳 9g, 香附 10g, 牛膝 12g, 甘草 3g。若痰湿化热加黄芩 9g; 胸闷呕恶加厚朴 9g, 竹茹 9g。以上中药水煎服, 日 1 剂, 分 2 次服, 连服 6 剂为 1 个疗程。痊愈 (服药 2~4 个疗程月经来潮, 经量正常或偏多) 23 例; 有效 (服药 4~7 个疗程, 月经来潮, 经量正常或稍多) 9 例; 无效 (8 个疗程以上月经仍未来潮) 6 例。

【病案举例】

1. 夏某, 女, 20 岁, 于 1998 年 10 月 3 日初诊。停经 8 个月, 伴胸胁满闷、神疲 1 个月。病史: 未婚。18 岁初潮后月经为 6~7 天/2~3 月, 量少, 色暗红, 闭经 (+)。末次月经 1998 年 2 月 4 日, 闭经半年时到当地卫生院就诊, 经注射黄体酮每日 1 次 20mg, 用 3 天无效, 而前来就诊。临床表现: 月经停闭 8 个月, 形体肥胖, 体重日增, 伴神疲倦怠、纳少, 胸胁满闷, 带下色白。舌淡胖嫩、苔白腻, 脉滑。体检: 体温 36℃, 血压 16/9.3kPa, 神清, 轻度贫血貌, 形体肥胖, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结未触及, 甲状腺无肿大, 心肺未见异常, 腹软、肝脾 (-)、四肢脊柱活动正常。妇科查: 外阴发育正常, 子宫、附件未见异常。辅助检查: 血、尿常规正常。T₃、T₄ 正常, 空腹血糖正常。诊断: 继发性闭经 (痰湿阻滞)。治宜燥湿祛痰, 活血调经。药用半夏 9g, 陈皮 9g, 茯苓 12g, 苍术、白术各 10g, 厚朴 9g, 枳壳 9g, 当归 9g, 川芎 9g, 王不留行 12g, 车前子 10g, 牛膝 12g, 甘草 3g。6 剂 1 个疗程, 连服 3 个疗程月经来潮, 色淡、量少、夹血块、下腹闷痛, 仍守上方加失笑散, 益母草 15g, 继服 3 剂, 经量正常, 6~7 天月经干净。经后 1 周又以健脾益肾调治冲任药 6 剂。按照上法连治 3 个月周期, 经按期而潮, 量正常, 且体重减少 5kg。

2. 王某, 女, 36 岁, 1997 年 11 月 5 日初诊。患者近 3 年来, 经常月经延期, 经量逐渐减少, 渐至数月一行, 近 1 年经闭不行。诊见: 形体较胖, 胸闷不适, 头昏头沉, 倦怠乏力, 带下量多、色白质黏, 苔白腻, 脉滑。此乃痰湿阻滞, 冲任不调。治宜健脾燥湿化痰。二陈汤加减: 半夏 10g, 陈皮 10g, 茯苓 15g, 白术 15g, 川厚朴 12g, 当归 15g, 香附 12g, 泽兰 15g, 益母草 20g, 甘草 5g。水煎服, 每日

1 剂,连续服药 15 剂后,诸症减轻,经量少而色淡。前方加党参 15g,又服药 20 剂后,经事正常,诸症消失。经追访半年,此疾未作。

按:患者平素恣食肥甘厚味,损伤脾胃,运化失调,水湿内停,日久痰湿内生,流注胞宫,阻滞经脉,冲任不调,而致经闭。故以二陈汤燥湿化痰;白术、川厚朴健脾燥湿,以绝生痰之源;当归、泽兰、益母草、香附养血活血舒肝调经;续用党参以增益气健脾之力。脾健湿祛痰化,经隧通畅,冲经调和,故经水自通。

3. 陈某,女,40 岁,工人。1992 年 10 月 23 日初诊,闭经 4 个月,妇科检查未见异常,经用激素,未效。诊见:近月来带下绵绵,晨起痰多,黏稠色白,纳谷减少,苔白腻,脉细滑。证属湿痰阻于冲任,胞脉闭塞。拟方健脾、燥湿化痰,佐以行气、活血调经。半夏 10g,陈皮 5g,苍术 10g,香附 5g,熟地黄 12g,鸡血藤 20g,茯苓 10g,甘草 3g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。1992 年 11 月 2 日复诊,药后痰即转少,带下亦大减,纳谷渐增,原方续服 7 剂,经行。

按:从苔、脉、症结合辨证,本案系脾虚湿痰阻于冲任,胞脉闭阻而致经闭。方中以二陈汤加苍术健脾燥湿化痰,复脾运之常;以香附、鸡血藤理气活血以通经。痰由津液所化,痰多势必导致阴血亏损,燥湿化痰之品又多香燥,易伤阴血,故方中佐以熟地黄滋阴养血,温而不燥,补而不滞,收相反相成之妙。诸药合用融健脾燥湿化痰、养血行气活血于一炉,脾旺则湿化痰祛,血生经血通。

二、妊娠咳嗽

妊娠咳嗽,病症名出《诸病源候论》卷四十二,即子嗽。妊娠期间,咳嗽不已,若久咳不愈或咳嗽剧烈,常可损伤胎气而致堕胎或小产。妊娠咳嗽因孕期特殊生理缘故,一般较平常咳嗽难以痊愈,但其预后大多良好。因其咳发于妊娠期间,尤须注意胎孕。治疗必须治病与安胎并举,一些过于降气、豁痰滑利之药应慎用。

【病案举例】

王某,女,26 岁,妊娠 3 个月,咳嗽半月余,咳声重浊,舌苔薄白,脉细滑。宗前贤多以阴虚论治妊娠咳嗽,在滋阴润肺中选用百

合固金汤加减治之。本例属脾失健运，痰湿内生，上犯于肺所致，故投二陈汤加味。方药：半夏、茯苓、陈皮、桔梗、枳壳各 16g，草果 9g，甘草 6g，生姜作引，共进 4 剂而愈。

三、妊娠呕吐

妊娠呕吐，病症名出《金匱要略·妇人妊娠病脉证并治》，即恶阻，是指受孕后 2~3 个月之间，反复出现的以恶心、呕吐、厌食或食入即吐为主要症状的孕期病症。古人因其恶心而阻碍饮食，所以称之为“恶阻”，如《胎产心法》所说：“恶阻者，谓有胎气，恶心阻其饮食也。”

【病案举例】

患者，32 岁，女性，妊娠 3 个月。主诉空腹时恶心、呕吐。1990 年 5 月 28 日初诊。约 2 周前出现妊娠呕吐，空腹时恶心加重，食后稍减轻，口渴喜冷饮，感觉热。体型瘦小，舌红、苔黄白腻，脉滑。腹部有振水音，面色潮红。予小半夏加茯苓汤提取剂 10 日量，无效。再诊时，根据舌红、苔黄白腻，口渴多饮，喜冷饮等辨为痰热证。予黄连解毒汤、二陈汤，以及桔梗、石膏提取剂合方，仅服 3 日恶心、呕吐即消失，其后停药观察，至分娩未见复发。

四、产后缺乳

产后缺乳指产妇分娩 3 天后，乳汁稀少或全无分泌。本病主要由于母体体质虚弱、乳腺发育不良，或产妇厌食、挑食以及营养物质摄入不足，使乳汁分泌减少，或产妇过度恐惧、忧虑，通过神经系统影响垂体功能。

【临床应用】

沈月芳用加味二陈汤治疗产后缺乳 50 例，49 例有效。最少服 10 剂，最多不超过 25 剂。方用姜半夏 6g，陈皮、茯苓、瓜蒌皮、当归、紫河车、通草、王不留行、桔梗各 10g，黄芪 20g，炮穿山甲、炙甘草各 5g。水煎服，每日 1 剂。

五、产后乳痛

乳痛是临床比较常见的疾病，相当于现代医学的急性乳腺炎和慢性乳腺纤维瘤。

【临床应用】

胡元芳以“阳和二陈汤”加减治疗产后乳痛 70 例，全部病例为门诊及家庭病床病人。年龄 24 ~ 30 岁；病程 2 天 ~ 2 周以上。半数以上有发热，就诊前经抗生素治疗的 40 例。基本方剂：麻黄、姜炭各 2g，肉桂 3g（后下），生甘草 6g，炒白芥子、茯苓各 9g，姜半夏、浙贝母、化橘红各 15g，熟地黄 30g。化脓者加忍冬藤，大便干结加生大黄。煎法除肉桂、生大黄后下外，其余先入锅浸 15min 后放火上煎，先旺火后改为文火煎至 20min，再下肉桂、生大黄煎至 5min 取出药汁为一煎，后再加温水用火煎至 20min 为二煎。分上、下午服用。治疗结果：70 例中 21 例未化脓的早期病人用该方 4 ~ 8 剂即趋消散；24 例有发热并已趋化脓患者在服用本方 15 ~ 20 剂后身热消退，波动感消失，病症消散；另有 25 例病人因有发热、化脓明显者在服中药基础上加抗生素静脉滴注，一般 5 天左右，脓腔趋于表浅即可行切排手术，术后再内服本方加味 7 ~ 14 剂，创面可渐趋愈合，部分体虚病人再进人参养荣汤加减 5 ~ 10 剂使身体恢复。

六、产后发热

产褥期内，出现发热持续不退，或突然高热寒战，并伴有其他症状者，称产后发热。产后发热最早见于《金匱要略·妇人产后病脉证并治》，嗣后，历代医家对本病病因病机及辨证论治均有论述，《沈氏女科辑要笺正》对本病治则提出“不妄投发散”，“不可过于滋腻”，二陈汤组方药物平和，可用于对本病的治疗。

【病案举例】

陈某，顺产后第五天发热 3 天，体温 38℃ 左右，无畏寒，有汗出，无咽痛咳嗽，无奶胀，恶露不多，下肢有轻微凹陷性水肿，时有胸闷脘胀、纳差，苔白腻，舌质淡，脉濡。查肾功能、尿常规正常，血常规：血红蛋白 $8.3 \times 10^{12}/L$ ，白细胞计数 $4.7 \times 10^9/L$ 。证属：痰

湿中阻，气机不宜。治以宣肺解表，化痰和胃，杏苏散治之。紫苏叶 6g，杏仁 10g，陈皮 6g，姜半夏 10g，茯苓 10g，甘草 5g，枳壳 10g，桔梗 6g，前胡 10g，生姜 3 片，葱白 3 枚。药后日解大便 2~3 次，汗出如前；药后第二天体温为 37.5℃，第三天为 37℃，后再服 2 剂巩固疗效而痊愈。

七、不孕症

不孕症是指有正常性生活、未采取避孕措施 1~2 年尚未受孕或未能生育者，其发病率呈明显上升趋势。其中，从未受孕者称原发性不孕，曾有生育或流产又连续 2 年以上不孕者，称继发性不孕症。造成不孕的原因，有男方因素（性功能障碍、精液异常等），也有女方因素，包括排卵障碍，以及输卵管、子宫、子宫颈因素等。其中排卵障碍，系各种因素引起卵巢功能紊乱导致的无排卵。

【病案举例】

邓某，女，32 岁。患者婚后 3 年不孕。于 1979 年 7 月 5 日来诊。体质丰腴，月经不调，经来四肢困重，白带如涕且多，舌苔厚白，脉沉细。此系痰湿客于胞宫，壅滞不通所致。宜燥湿化痰，消脂减肥。处方：陈皮、半夏各 15g，茯苓 30g，香附、苍术、神曲、川芎各 10g，芒硝 6g。水煎服 10 剂。药后自觉周身轻松白带减少。续于上方服 20 剂，后于同年 12 月经停身孕，次年 9 月顺产一男婴。

按：该患者属素体肥盛，痰湿久居胞宫，如《女科要旨》云“脂满子宫，子宫痰湿肥盛，难摄精成孕。”方用二陈汤以燥湿化痰为主，加芒硝泻下消脂；香附、神曲、川芎、苍术以助燥湿化痰，又有行气化痰之功。如此巧用使痰湿去，胞宫得清，自然受孕。

八、输卵管囊肿

输卵管囊肿是附件囊肿的一种，多由炎症刺激引起。输卵管囊肿一般是由于输卵管受病原体感染以后，由于白细胞的浸润形成内膜肿胀、间质水肿、渗出、输卵管黏膜上皮脱落，如果输卵管炎症急性期没有得到及时有效的治疗就形成了输卵管积液。输卵管积液在炎症消退后，脓液逐渐被吸收，腔内积液由脓液变为浆液性，则成为输卵管

囊肿。

【临床应用】

杨洪波以二陈汤加味治疗痰湿型输卵管囊肿 30 例，年龄 20 ~ 50 岁，病程 3 个月 ~ 2 年。其中，26 例单侧发病，4 例双侧发病。临床主要表现为：妇女胞宫一侧或两侧结成包块，按之柔软或如囊性感；时或作胀作痛，带下较多、色白、质薄腻，胸胁痞闷，小便不多，舌淡胖、苔白腻，脉沉滑或濡细等。30 例患者均经 B 超检查确诊为输卵管囊肿。二陈汤加味药物组成：半夏 10 ~ 15g，陈皮 12 ~ 15g，茯苓 12 ~ 15g，炙甘草 5g，生姜 3 片，乌梅 2 个，苍术 15g，香附 15 ~ 20g，枳壳 12g，胆南星 10g，神曲 15g，川芎 15g。加减：脾虚者加白术、党参；形体壮实者加礞石、葶苈子；腹痛明显者加元胡、白芍；腹胀明显者加木香、厚朴；腰痛者加桑寄生、杜仲、牛膝。每日 1 剂，水煎早、晚服，7 天为 1 个疗程。服药期间停用其他药物，嘱患者清淡饮食，注意休息。结果：总有效率 93.3%。

【病案举例】

患者，女，30 岁。输卵管囊肿病史近 1 年。平素体质虚弱，近因劳累过度，下腹胀痛连及腰骶，胸闷脘痞，时欲呕吐，体倦乏力，面色淡白，大便溏薄，小便不多，带下量增多、色白、质白腻，舌淡胖、苔白腻，脉濡细。B 超显示左侧输卵管囊肿面积 2cm × 2cm。证属痰湿型，治宜燥湿化痰，健脾理气散结。处方：半夏 10g，陈皮 12g，茯苓 12g，炙甘草 5g，生姜 3 片，乌梅 2 枚，苍术 15g，香附 15g，枳壳 9g，胆南星 6g，神曲 10g，川芎 9g，白术 10g，党参 15g，桑寄生 20g，杜仲 10g，元胡 10g。水煎服，连服 7 天后，症状明显减轻。其后随症加减，服药 1 个疗程诸症缓解，B 超复检输卵管囊肿消失，随访半年未复发。

九、子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖系统最常见的良性肿瘤，多发生于 35 ~ 50 岁。据资料统计，35 岁以上妇女约 20% 发生子宫肌瘤，但多数患者因肌瘤小、无症状而未能发现，临床上报告肌瘤发生率仅在 4% ~ 11% 之间。

【临床应用】

王海艳中药配合耳穴贴压治疗子宫肌瘤 38 例。本组 38 例病例均经妇科 B 超检查,明确诊断为子宫肌瘤。年龄分布在 30~52 岁之间;30~35 岁者 6 例,35~45 岁者 24 例,45~52 岁者 8 例。病程最短为 1 个月,最长为 8 年,肌瘤最小为 $1.0\text{cm} \times 0.6\text{cm} \times 0.4\text{cm}$,最大者为 $6.2\text{cm} \times 4.3\text{cm} \times 1.3\text{cm}$,经二陈汤加减治疗,结果总有率为 89%。

【病案举例】

李某,女性,36 岁。于 2005 年 12 月 4 日就诊。主诉:月经量多,有大血块,伴有少腹胀痛、腰酸 2 个月余。舌质淡、边有瘀点,苔薄白,脉沉涩。经妇检:发现子宫增大,疑诊为子宫肌瘤。B 超检查结果:子宫增大,宫前壁可及,内径约 $2.1\text{cm} \times 1.3\text{cm}$ 低回声包块,界限尚可,回声欠均匀,双附件未见异常。诊断为子宫肌瘤。经服用中药桂枝茯苓丸合二陈汤加三七粉、炒蒲黄、血余炭各 15g,并配合耳穴贴压后,第一次月经来潮时,经量趋于正常,少腹胀痛减轻。3 个月后 B 超复检:子宫正常大,后位,双附件未见异常。无少腹胀痛,月经正常。

参考文献

- [1] 曹金玉. 二陈汤加味治疗痰湿型闭经 38 例. 中医药学刊, 2001, 15: 506
- [2] 王进华. 疑难证从痰论治举隅. 安徽中医临床杂志, 2000, 12 (4): 325
- [3] 黄万钧. 二陈汤的临床运用. 甘肃中医, 1998, 11 (5): 30
- [4] 陈文华. 二陈汤治疗妊娠咳嗽一得. 安徽中医临床杂志, 1994, 69 (1): 47
- [5] 灰本元. 黄连解毒汤合二陈汤治疗痰热证妊娠呕吐速效的病例. 国外医学·中医中药分册, 1994, 16 (1): 24
- [6] 沈月芳. 加味二陈汤治疗缺乳. 浙江中医杂志, 1998, 12 (6): 112
- [7] 胡元芳. “阳和二陈汤”加减治疗产后乳痈 70 例. 浙江中西医结合杂志, 1996, 6 (1): 48
- [8] 余蕴珏. 二陈汤的类方变化在临床应用. 实用全科医学, 2004, 2 (2): 56
- [9] 梅大钊. 二陈汤加味在临床中的应用. 江西中医药, 1994, 25 (1): 33
- [10] 杨洪波. 二陈汤加味治疗痰湿型输卵管囊肿 30 例体会. 中国乡村医药杂志, 2007, 14 (4): 39

- [11] 王海艳. 中药配合耳穴贴压治疗子宫肌瘤 38 例. 中国医药导报, 2007, 4 (20): 84

第六章

儿 科 病 证

小儿从出生到成年，处于不断生长发育的过程中，无论在形体、生理、病理等方面都与成人有所不同，不能简单的把小儿看作是成人的缩影。小儿有其自身的生理特点，主要表现为脏腑娇嫩，形气未充；生机蓬勃，发育迅速。病理特点：主要表现为发病容易，传变迅速；脏气清灵，宜趋康复。二陈汤基于以上特点，在儿科加减应用，取得较好疗效。

一、上呼吸道感染

中医学认为，小儿脏腑娇嫩为“稚阴稚阳”之体，肌肤柔弱，卫外不固，饮食不能自节，寒温不知自调，外易为风邪所袭，内以其脾胃功能未充，运化无权，若喂养不当，或感邪饮冷，或内为食滞、生冷、积热所伤，极易生湿成痰，进而气机阻滞，升降失常，复感风寒，则易出现消化道及呼吸道疾患。其标在肺，其本在脾，临证除见咳嗽外，多伴见面色无华、纳少汗多等肺脾气虚之象，多为虚实兼夹之症。因此，以二陈汤理气健脾化痰为主，符合本病病因病机。

【临床应用】

1. 徐艳花于 2003 ~ 2004 年间，在临床采用纯中药加味二陈汤治疗小儿咳嗽 146 例，取

得了较好疗效。146 例病人均为在西医儿科确诊为上呼吸道感染,经治疗后,其他症状消失或减轻,继续服用抗生素等药物治疗无效后转中医门诊治疗者。其中年龄最小 1 岁 3 个月,最大 4.5 岁,平均 3.4 岁;病程最短 12 天,最长 49 天,平均 19 天。所有病人均采用中药加味二陈汤治疗,停用其他药物。加味二陈汤处方:陈皮 5~10g,半夏 2~6g,鱼腥草 6~12g,桔梗、白前、茯苓、黄芪、炙瓜蒌皮各 3~9g,射干、炒莱菔子各 1~6g,荆芥、炙甘草各 3~6g,姜 3~9g,红枣 4 枚。加减:根据年龄及病情,药物剂量酌情加减。每日 1 剂,每 4h 1 次或不拘时温服。服药后注意避风,饮食宜清淡。治疗结果:治愈 130 例,占 89.04%;好转 16 例,占 10.96%;总有效率 100%。其中服药最少 2 剂,最多 9 剂,平均服药 5~6 剂。

2. 张长安、任静国用二陈汤加味治疗小儿痰湿蕴肺型咳嗽 80 例。基本方:陈皮 6g,法半夏 3g,茯苓 9g,甘草 2g。随症加味:紫苏子 6g,黄芩 3g,桑白皮 6g,杏仁 3g。若有痰液黏稠难以咯出,方中可加用海浮石 10g,生蛤壳 10g,生牡蛎 10g,软化黏痰,以助消痰。每日 1 剂,疗程最少 2 天,最长 20 天,一般疗程为 1 周。治愈 67 例,好转 8 例,未愈 5 例。

3. 林锐金用杏苏二陈汤治疗小儿脾虚痰湿咳嗽 45 例。全部病例均以杏苏二陈汤加减治疗。药物组成:法半夏、炒杏仁、桔梗各 6g,僵蚕、蝉蜕、陈皮、甘草各 3g,茯苓、鱼腥草各 15g,紫苏子 9g,莱菔子 10g。此为 3~5 岁小儿剂量,药量可随年龄不同而增减。加减:若兼风寒表邪者加紫苏叶、桑叶;肺气郁闭而喘者加炙麻黄;肺热炽盛者加黄芩、桑白皮;痰多咳声重者加瓜蒌、川贝母;咳久不愈者加紫菀、款冬花。总有效率为 95.6%。

4. 叶淑清采用三拗汤合二陈汤加减治疗小儿外感咳喘 90 例。治疗结果:痊愈 73 例,好转 12 例,无效 5 例;治愈率为 81.1%;有效率为 94.4%。

【病案举例】

1. 患儿,男性,4 个月,2000 年 3 月 15 日就诊。其母代诉:患儿 1 个月来咳喘痰多,咳声重浊,喉间漉漉有声,以睡眠和晨起时为甚,咳嗽甚时引起吐白痰和奶瓣,腹胀纳少,大便稀溏每日 3~4 次。

发稀自汗，体肥肌软，舌质淡、苔白腻，脉滑数。辨证属痰湿蕴肺，治以理脾肃肺。西医诊断：小儿急性支气管炎。中医诊断：咳嗽（痰湿蕴肺）。处方：茯苓6g，法半夏3g，陈皮3g，紫苏子6g，炙甘草2g，桑白皮6g，黄芩3g，杏仁3g，生海浮石10g，生蛤壳10g。服药3剂，痰鸣咳嗽消失，大便正常，乳食渐增。原方再进2剂巩固疗效而告痊愈，随访1年无复发。

按：小儿稚阳多热，感邪郁肺化痰，且喉间痰声漉漉之特点，因痰浊犯肺所致咳嗽，依痰盛而治痰。宗《医宗必读》“治痰不理脾胃，非其治也”之说，选用二陈汤健脾燥湿，配合桑白皮、黄芩、紫苏子、杏仁下气开郁，清肺止咳，且能缓解法半夏、陈皮辛燥，与肺不利之弊，又能清肺中痰湿郁热，有利去除脾湿。故服后可见患儿食增痰少，方中更加生海浮石、生蛤壳等化黏痰，治疗每每奏效。

2. 刘某，男，8岁，1999年4月20日初诊。患儿咳嗽已20余天，初因过食油腻，复感外邪，出现咳嗽，发热恶寒，鼻塞流涕，经用西药治疗后发热虽除，但咳嗽仍存，且咳声无力，面色无华、神疲倦怠，不思饮食，动则汗出，大便艰难，舌淡嫩、苔白腻，脉细滑。辨证为肺脾气虚之痰湿咳嗽。治以培土生金，健脾益肺，宣肺止咳。方用杏苏二陈汤加减。处方：法半夏、炒杏仁、桔梗、苍术、紫苏子各9g，僵蚕、陈皮各5g，蝉蜕、甘草各3g，茯苓、鱼腥草、莱菔子各15g。5剂，每天1剂，水煎服。药后咳嗽止，余症均除，后以香砂六君子汤善后。

按：小儿脏腑娇嫩，肌肤柔弱，卫外不固，饮食不能自节，寒温不知自调，外易为风邪所袭，内常为食滞、生冷、积热所伤。其标在肺，其本在脾，临证除见咳嗽外，多伴见面色无华、纳少汗多等肺脾气虚之象，多为虚实兼夹之症。因此，以二陈汤理气健脾化痰为主。

3. 杨某，男，8岁，2003年11月20日初诊。主诉：发热，咳嗽3天。患者3天前由于饮食不节复又外感风寒，出现鼻塞流涕，发热咽痛，咳嗽喘息。病初体温为38.8℃。家长予以口服小儿速效感冒冲剂及退热药后，鼻塞流涕好转，热势有所减退，但咳嗽未减。就诊时症见发热、咳嗽，咯痰黏白，夜间尤甚。查体：体温为37.8℃。肺部听诊：双肺呼吸音粗糙，可闻及痰鸣音及喘鸣音。舌质淡红、苔

白腻，脉浮滑。血常规检查：白细胞计数 $12 \times 10^9/L$ ，其中中性白细胞 68.7%。X 线胸部透视提示：双肺纹理紊乱粗重。西医诊断为喘息性支气管炎。中医辨证为外感风寒所致咳喘。方用三拗汤和二陈汤加味：杏仁、半夏、陈皮、茯苓、紫苏子、五味子、莱菔子各 8g，生石膏 15g（先煎），葶苈子、枇杷叶、川贝母各 6g，细辛、炙麻黄各 3g，干姜、甘草、地龙各 5g。连服 2 剂，体温正常，咳喘去其大半，喉中痰鸣减轻，予原方再服 2 剂，神安纳和，唯有轻微咳嗽，治以化痰止咳。药用：半夏、陈皮、茯苓、紫菀、杏仁各 8g，甘草、地龙各 5g，枇杷叶、川贝母各 6g。又进 3 剂，病告痊愈。

4. 某男，4 岁。患儿素体弱多病，3 个月前因穿衣不慎而“感冒”，出现咳嗽，流涕，不发热，自服琥乙红霉素冲剂、小儿咳喘灵冲剂、头孢拉定冲剂等药。患儿形瘦神疲，喜抱不下地，时有咳嗽，咳声重浊，咳甚欲呕，便干，扁桃体 II 度肿大、但不红，呼吸音粗，无啰音，余为（-），苔白腻。治疗：陈皮 10g，半夏 10g，白术 10g，炙甘草 10g，瓜蒌 15g，杏仁 10g，浙贝母 15g，前胡 10g，桔梗 10g，桑白皮 10g，焦三仙各 10g。服药后咳止便通，2 剂而愈。

5. 某女，5 岁。咳嗽夜间加重，患儿素食重便干，易患扁桃体炎，半个月前出现咳嗽咽痒，喉中“吭吭”有声，口服琥乙红霉素、头孢氨苄、神奇止咳冲剂等药，静脉滴注头孢菌素类药，效不佳。在某院诊为咽喉炎给予雾化吸入，阿奇霉素静脉滴注 3 天，咳不减，咽潮红，扁桃体 I 度肿大，咽后壁可见滤泡增生，呼吸音清，无啰音，余为（-），苔白滑。治疗：陈皮 10g，半夏 10g，炙甘草 10g，杏仁 10g，桔梗 10g，紫苏子 15g，茯苓 10g，厚朴 10g，远志 6g，石菖蒲 10g，木蝴蝶 10g，僵蚕 10g，碎莱菔子 25g，酒大黄 10g（后下）。2 剂，医嘱大便通后去酒大黄。服药后当日大便 2 次，色黑，味极臭，当晚安睡未咳，原方去酒大黄，减莱菔子为 9g 再服 2 剂。

6. 某男，3 岁。阵发咳嗽，面赤，目充血，咳甚则呕 2 天，患儿 3 天前受凉，流涕，咳嗽，发热，在附近诊所肌内注射柴胡等药，热退咳不减、且有加重、至我所诊见：咳声频作，清亮无痰，面潮红，汗出，目睛充血，曾鼻出血 1 次，咳甚则呕，咽红，扁桃体不大，呼吸音粗，偶有啰音，余（-）。治疗：旋覆花（包）10g，代赭石

25g, 炒白芍 25g, 炙甘草 10g, 全蝎 3g, 蝉蜕 6g, 地龙 6g, 陈皮 10g, 半夏(洗) 18g, 茯苓、焦三仙各 10g, 浙贝母(打) 15g。2 剂, 水煎加蜜一勺昼夜频服。服药后咳减轻, 吃牛奶半瓶未呕, 呼吸音仍粗, 无啰音, 再服 2 剂, 水煎加蜜昼夜频服, 咳嗽明显减轻, 未呕。原方继续服 2 剂, 每日 1 剂频服。后来告知痊愈。

7. 陈某, 男, 7 个月, 1993 年 6 月 4 日诊。母代诉: 低热、咳嗽 3 天, 纳差, 吐乳, 易呕, 大便干结难下, 尿微黄, 喉有痰声, 寐则惊叫。舌红、苔腻浊, 指纹淡稍滞。此因外感风邪, 痰浊阻膈, 胃气上逆, 拟温胆汤加味: 姜半夏 5g, 枳实 6g, 茯苓 10g, 竹茹、防风、陈皮、荆芥各 3g, 生姜 2 片。4 剂, 日 1 剂。药后咳吐止, 热尽退, 苔化便畅, 寐安, 纳转佳。

按: 小儿为“稚阴稚阳”之体, 以其脾胃功能未充, 运化无权, 若喂养不当, 或感邪饮冷, 极易生湿成痰, 进而气机阻滞, 升降失常, 复感风寒, 则出现消化及呼吸道疾患。故用疏表化痰和胃之剂而奏效。

二、肺炎

肺炎是由多种病原体或一些其他因素所引起的肺部炎症, 以发热、咳嗽、气促、呼吸困难和肺部固定细湿啰音为临床特点, 是小儿常见病, 也是婴幼儿时期主要死亡原因。目前肺炎主要依据病理形态、病原体、病情及病程进行分类, 小儿以肺炎双球菌引起的支气管肺炎最常见。

小儿肺炎的主要症状是发热、咳嗽、气促鼻煽。其发病原因主要是由于感受风寒, 或风热等外邪; 此外, 在其他一些疾病过程中, 若小儿正气虚弱, 亦可并发或继发本病。脾为生痰之源, 肺为贮痰之器, 本病其标在肺, 其本在脾, 主要病理产物为痰, 故二陈汤正中其病机。

【临床应用】

邱高荣、刘丽妍用桂枝二陈汤加减治疗小儿喘息性支原体肺炎 20 例。住院 16 例, 门诊 4 例; 男 12 例, 女 8 例; 年龄最小 3 个月, 最大 6 岁; 病程最短 7 天, 最长 4 个月。发热 12 例, 咳嗽、喘促、

中细湿性啰音 20 例，唇周青紫、三凹征 12 例，心衰 2 例；X 线摄胸片提示肺纹理增粗紊乱 18 例，斑点片状阴影 12 例。冷凝集试验 1:32, 12 例；1:64, 6 例；1:128 以上 2 例。药物组成：桂枝、白芍、生姜、大枣、甘草、陈皮、姜半夏、茯苓、杏仁、紫菀、百部。每天 1 剂，水煎分 3 次服，心衰病例在纠正心衰的同时应用。结果：治愈 16 例，好转 3 例，无效 1 例；总有效率 95%。

【病案举例】

1. 李某，男，1.5 岁。患儿因肺炎住入某医院儿科静脉滴注头孢曲松、炎琥宁 7 天，咳喘不减，因静脉输液困难，进而寻求中药治疗。诊见：患儿精神疲惫，卧于母怀中，时时咳嗽，喉中痰鸣，鼻煽，体温 37.1℃，咽不红，呼吸粗，两肺满布啰音，便稀每日 3 次，苔滑腻。处方：陈皮 6g，半夏 9g，白术 12g，炙甘草 6g，射干 6g，麻黄 6g，干姜 6g，细辛 3g，五味子 6g，紫菀 6g，款冬花 6g，百部 6g，茯苓 9g，泽泻 15g，桂枝 6g，猪苓 9g。2 剂，加红、白糖各一勺水煎，频服，昼夜不停，若呕出痰涎，勿惊慌，继续服药；阿奇冲剂 100mg，冲服，每日 1 剂。服上药后咳喘稍减，便 1 次质稀，精神好转，食粥少许，听诊呼吸音仍粗、两肺满布啰音，上方加葶苈子 10g，阿奇冲剂 100mg 冲服，每日 1 剂。咳喘减轻，便稀 1 次，精神好转，阿奇冲剂 50mg 冲服，每日 1 剂，中药原方不变，改为每日 1 剂，2 剂。咳喘减，便常，精神佳，饮食尚可，呼吸粗，两肺底啰音少许，改方如下：陈皮 10g，半夏 10g，茯苓 10g，炙甘草 10g，射干 6g，麻黄 6g，干姜 6g，细辛 3g，五味子 6g，紫菀 6g，款冬花 6g，百部 6g，焦三仙各 6g。3 剂，加红、白糖各一勺水煎频服。后诊，偶咳，便常，精神佳，呼吸清无啰音，肺炎基本治愈，患儿母亲要求再服，调节体质，党参 6g，茯苓各 6g，白术 6g，炙甘草 6g，陈皮 6g，半夏 6g，焦三仙各 6g，5 剂加水 1500ml，浓煎 500ml，加蜜 125g 再煎至 200ml，温服每服 10ml，每日 3 次。

按：小儿脾常不足，饮食不节更易生痰，痰为呼吸系统疾病之病理产物，必欲祛之而为快，故小儿不停咳嗽，而二陈汤之陈皮、半夏既可化痰亦可理气，正合乎此要求，更可兼降胃止呕，故选用该方为治疗儿科咳嗽之基本方。

2. 赵某,男,4岁,1998年12月12日初诊。患儿反复咳嗽月余,初起伴发热,曾在当地以支气管肺炎住院治疗,经治疗咳嗽减少,热退后带药出院。药后仍时有咳嗽,故就诊中医。听诊肺部可闻及湿性啰音,复查胸片示两肺内侧带见小斑片状阴影。症见面色萎黄,咳声不扬,咳痰稀白,纳谷不馨,大便时溏,时夹水泄,舌淡、苔薄白腻,脉滑。辨证为正虚邪恋,脾肺气虚。投以陈皮、法半夏、茯苓、炒党参、白术、山药、芦根、焦三仙、车前子各10g,桂枝、炙甘草各6g,5剂。复诊:咳嗽明显减少,纳食增进,大便稍溏。听诊双肺偶及粗湿啰音。方已奏效,以原方续进3剂,复查胸片示双肺炎症吸收好转。再以原方加减续进1剂以图巩固。

按:本证病初属“肺炎喘嗽”范畴,经西医治疗症状有所控制,但未根治。小儿脏腑娇嫩,脾肺常不足,病情迁延日久以致正虚邪恋,脾肺气虚。是证,以二陈汤健脾燥湿化痰,四君子汤益气健脾,佐以山药、焦三仙消导运脾,共奏培土生金之功。复加桂枝温通助阳,流畅气血;芦根清热排脓。诸药配伍,相得益彰,药症相符,立竿见影。

3. 吴某,男性,1岁。因发热咳嗽1日于1999年3月19日入院。诊见患儿体温38.7℃,急性热病容,呼吸急促,鼻翼煽动,口唇发绀,咽部轻度充血,双肺底可闻及湿性啰音,心率140次/min,心音尚有力,肝脏未触及。X线片示双肺纹理明显增多增粗,双肺均有阴影。入院诊断为支气管肺炎,予青霉素160万U静脉滴注,每日1次,口服溴己新、非那根。治疗4日后体温降至正常,呼吸平顺,但咳嗽频繁,喉中痰鸣,双肺可闻及大量痰鸣音。中医辨证为肺热喘嗽,脾虚湿盛。予二陈汤加味:陈皮6g,半夏6g,茯苓12g,甘草2g,白术9g,瓜蒌6g,鱼腥草6g。每日1剂,水煎分2次服。次日咳嗽明显减轻,双肺痰鸣音消失,呼吸音粗,原方再服1剂后咳嗽消失,X线检查肺部无异常而愈。

按:小儿为稚阴稚阳之体,其五脏生理特点表现为脾常不足,肺脏娇嫩,肌肤柔弱,卫外不固。且因其年幼饮食不知自理,寒湿不能自调,故外易为风邪所袭,内常为食滞、生冷、积滞所伤,使肺失清肃,脾失健运。痰湿内停,壅塞气道,肺气上逆而为咳嗽。其标在

肺，其本在脾，故肺炎后期主要表现为咳嗽、痰多。治宜燥湿健脾，清肺理气。二陈汤中陈皮、半夏燥湿化痰理气，使气顺痰消；瓜蒌清肺化痰又通便，使肺热自大肠而泄；鱼腥草辛寒质轻，既可宣肺气，又可清热解毒，无苦寒伤脾胃之弊；茯苓、白术健脾渗湿，使湿无所聚，痰无由生。

三、小儿支气管炎

本病是一种常见的呼吸系统疾病，属于中医学的“咳嗽”范畴，是病毒和细菌的感染、物理化学刺激、或过敏反应等对支气管黏膜所造成的急性炎症。本病的病原体主要为病毒和细菌。在寒冷、疲劳和抵抗力降低时，容易发病，也可为某些传染病，如百日咳、流行性感冒等所引起。

【临床应用】

1. 叶颖以蝉花二陈汤治疗小儿支气管肺炎 43 例，治疗：西医常规治疗基础上，同时口服中药蝉花二陈汤。药物组成：蝉花、僵蚕、地龙、法半夏各 6g，钩藤、天竺黄、白芍各 8g，陈皮、甘草各 3g，茯苓 10g。诸药常规煎煮，头煎、二煎混合，根据年龄大小取汁 60 ~ 200ml，装保温瓶中，每日 1 剂，分 2 ~ 4 次服完。5 天为 1 个疗程，有需要可服用 2 个疗程。其 43 例，临床治愈 39 例，好转 4 例，未愈 0 例；总治愈率 90.7%。

2. 陈玉琴以二陈汤合苏芩桑杏汤加味治疗小儿支气管炎 90 例。男 62 例，女 28 例；年龄最小 6 个月，最大 10 岁；病程最短 5 天，最长 150 天。结果：显效 51 例，好转 32 例，无效 7 例；总有效率 92.22%。

3. 刘宇等以麻杏石甘汤合二陈汤加味治疗小儿毛细支气管炎 58 例。其中男 33 例，女 25 例；年龄 3 ~ 6 个月 43 例，7 个月 ~ 2 岁 15 例。治疗用麻杏石甘汤合二陈汤加味方，方药：麻黄、杏仁、陈皮、法半夏、茯苓各 15g，紫苏子、葶苈子各 9g，石膏、地龙、僵蚕、紫苏叶各 30g。如伴发热则加紫雪丹 0.75g，每天 1 次。水煎取汁 400ml，服 2 天。1 岁以内每日 4 次，每次 40ml；1 岁以上每日 4 次，每次 50ml；7 天为 1 个疗程。结果：治愈率为 91.38%。

【病案举例】

田某，女，4岁，2005年11月8日初诊。反复咳喘1个月，喉中痰鸣，喘促，夜间尤甚，纳少，小便黄，大便自调。舌淡红、苔黄腻，脉细，双肺散在哮鸣音、痰鸣音。曾住院20天，刚出院1天，出院医嘱继续口服：阿莫西林颗粒125mg，每日3次；沙丁胺醇片1.2mg，每日2次；酮替芬片0.5mg，每日2次。拟二陈汤加柴胡9g，黄芩9g，炙紫菀5g，款冬花5g，百部10g，荆芥5g，紫苏梗5g，芦根5g，桔梗3g，焦三仙各5g，2剂。服药后咳喘减，停用阿莫西林颗粒、沙丁胺醇片、酮替芬片，原方再进2剂。双肺哮鸣音消失，仍有湿性啰音，改用柴芩六君汤加味。药用柴胡5g，黄芩5g，党参5g，白术5g，茯苓10g，陈皮5g，法半夏3g，桔梗3g，百合5g，百部5g，焦三仙各5g，甘草3g。4剂后诸症均愈，双肺呼吸音清，未闻干、湿性啰音，随访至今未发。

按：小儿喘息性支气管炎属中医“咳嗽”、“喘证”范畴。小儿形气未充，卫外功能较弱，尤在冬春季节气候多变之时，寒暖不知自调，易感受外邪。外邪侵袭，首先犯肺，致肺气闭郁，肺失宣肃，液聚于肺，变为痰湿，发为咳喘。二陈汤有燥湿化痰、调中理气之功，再根据寒、热、虚、实辨证加减，用药故能奏效。小儿“脾常不足”，故应服药3~4剂后，加入健脾的白术、党参，以实脾扶正而化痰。肺为娇脏，在咳喘恢复期，应酌情加用南沙参或百合润肺，以巩固疗效。

四、小儿哮喘

哮喘，医学上称之为哮喘性支气管炎，是小儿时期较常见的疾病。据国内部分地区调查，在小儿中患病率为0.5%~2%。哮喘可发生在任何年龄阶段，但是大多数患者开始发病年龄在5岁之前，小儿患者中3岁以前发病的占50%。病程越长，对患儿机体的影响则越大。

【病案举例】

1. 杨某，男，13岁，2005年12月3日初诊。有哮喘病史10年余，每遇气候突变、感冒或活动后诱发。发作时呼吸气促，喉中痰

鸣,用沙丁胺醇等药物或自行缓解。1周前受寒后喘促发作,伴胸闷、气急,夜间不能平卧,喉中痰多,痰黏、色黄难咯,无咳嗽、鼻塞流涕、发热恶寒,纳可,眠欠安,二便正常。舌红、苔黄微腻,脉滑数。双肺呼吸音粗糙,未闻及干、湿性啰音。辨证属痰热内蕴,气机郁滞。治以平喘化痰,清热通络。处方:蜜制麻黄6g,杏仁9g,石膏30g,葶苈子9g(布包),紫苏子9g(布包),枳壳9g,法半夏9g,地龙9g,鱼腥草15g,丝瓜络10g,丹参10g。4剂,水煎服,1日1剂。

2005年12月7日二诊:症见胸闷、喘促缓解,咯黄黏痰,舌红、苔薄黄,脉滑,双肺呼吸音清,未闻及干、湿性啰音。治以补益肺脾,理气化痰。处方:防风6g、黄芪20g、白术9g、法半夏6g、酒制陈皮6g、茯苓9g、甘草3g、枳壳6g、钟乳石15g、毛冬青15g,3剂。

2005年12月10日三诊:患儿昨日出现喉中痰多,伴咽痒,舌红、苔薄黄,脉浮,咽充血,双肺呼吸音清,未闻及干、湿性啰音。辨证:风热袭表。治以疏风利咽,益肺健脾。前方去枳壳,加板蓝根15g、连翘12g、牛蒡子10g、射干9g、丝瓜络20g,4剂。

2005年12月14日四诊:患儿无不适,纳眠可,二便调。治以补肺健脾益肾。处方:法半夏6g、茯苓9g、酒制陈皮6g、防风6g、黄芪20g、白术9g、紫河车6g、丝瓜络10g、丹参6g、徐长卿9g,7剂。后再以此方加减治疗1个月。随访3个月,喘证未再复发。

2. 张某,男,10岁,1993年11月29日初诊。自3岁起,常患喘咳、气粗、痰鸣,入冬频作,以夜间喘咳剧,形瘦面白、纳差、大便不畅,间有遗尿,舌淡红、苔薄白中间腻,脉弦滑。证属肺肾虚寒,拟金水同治。以金水六君煎加味:法半夏、款冬花各10g,茯苓15g,陈皮、炙甘草各5g,熟地黄、覆盆子各20g,当归、紫菀、北杏仁各6g。连服10剂。

12月7日复诊:喘平而咳未除,遗尿减少,纳仍欠佳,形神略振,舌苔白腻,脉弦细。拟和胃化痰之法,前方去当归、熟地黄、紫菀、覆盆子,加山楂10g、麦芽30g、太子参15g、竹茹5g,7剂,每日1剂。

三诊：喘平咳止，纳转佳，仍间有遗尿，拟肺脾肾同治之法。处方：法半夏、桑螵蛸、莲须各 6g；陈皮、甘草各 5g，菟丝子、覆盆子、党参各 20g，生牡蛎、茯苓、白术各 15g。连服 2 周诸症消失而愈。

按：痰饮病轻则治肺，重则治肾。肾虚不摄、闭藏失职，则上见饮泛为疾，下呈不约为遗。故在二陈汤原方上加熟地黄、当归，令其肾气得充，厚其闭藏之力，则水湿运化，疾之本源清也，金水相生，固摄有权则遗尿止。脾肾乃生痰之本，肺胃乃贮痰之器，故三诊肺、脾、肾同治，补金土水之虚，使之上能化痰止咳，中能温运健脾，下能固摄益肾。

五、小儿厌食症

厌食是小儿常见的脾胃病症，以长期的见食不贪、不思饮食、食欲不振、厌恶进食甚则拒食为特点，好发于 1~6 岁消化功能尚未健全的小儿。本病多为脾失健运，胃失受纳，脾胃功能失调。治疗以调理脾胃运化功能为主。选用二陈汤治疗，取其健脾祛湿、和胃降逆之功。

【临床应用】

马生莲等用二陈汤加味治疗小儿厌食症 31 例。其中男 17 例，女 14 例；年龄 2~6 岁，平均 4 岁；病程最长 1 年，最短 1 个月，平均 6 个月。二陈汤加味：半夏 4~10g，陈皮 6~10g，茯苓 6~10g，枳壳 6~10g，厚朴 5~8g，砂仁 4~8g，山药 6~10g，炒山楂 6~10g，炒麦芽 6~10g，炒谷芽 6~10g，木香 6~10g。水煎服，日 1 剂，分少量多次口服。治疗 1 个月为 1 个疗程，治疗 3 个疗程后统计疗效。治疗结果：31 例中痊愈 21 例，有效 6 例，无效 4 例；总有效率为 87%。

【病案举例】

1. 杨某，女，7 岁，1997 年 5 月 2 日初诊。患儿食欲不振已年余。症见精神不振，形体消瘦，脾气易躁，大便不调，夜寐不宁，舌淡红、苔薄，脉小弦。辨证为脾虚肝旺，健运失司。投以半夏、菊花、炙鸡内金各 6g，炒干蟾皮、扁豆、麦芽、谷芽、玄参、山楂、

杭白芍、茯苓各 10g，陈皮 3g，朱砂拌灯心草 2 束，7 剂。日 1 剂，水煎服。复诊：食欲已增，夜寐已安，脾气时有急躁。药已对证，不必更方，续进 7 剂。尔后又以此方化裁连服月余，渐至饮食正常，精神转佳。

按：独生子女中宠而任性者不寡，因情绪不遂而致肝气有余者众。家长为遂所愿常常喂养不当，使其饮食失节，脾胃受损，肝木乘土，运化失司，导致厌食。脾贵在运而不在补，投以二陈汤以斡运中阳；菊花、白芍、玄参以疏肝柔肝；炒干蟾皮去疳消积；朱砂拌灯心草宁心安神；鸡内金、山楂、扁豆、谷芽、麦芽开胃运脾，消食。诸药重在斡运、疏导，口味平和易进。小儿脏气清灵，施之得法，随拨随应，终达健脾助运之目的。

2. 汪某，男，3 岁，1993 年 8 月 25 日初诊。患儿自幼厌食，精神如常人，形体略消瘦，时恶心欲呕，强行进食，食入则吐，大便黏滞不爽，日行 1~2 次，小便正常，舌质淡红、苔白厚腻，指纹淡红在风关。此属小儿厌食症，脾胃不和，健运失司。治宜调理脾胃，降逆和胃。方用陈皮 6g，清半夏 8g，茯苓 10g，竹茹 6g，苍术 6g，紫苏梗 6g，白术 8g，砂仁 6g，炙鸡内金 8g，滑石（包）10g，甘草 3g，炒麦芽 6g。4 剂，日 1 剂，水煎取汁 180ml，分 3 次服。

二诊：8 月 29 日来诊：药后患儿有饥饿感，食欲增进，未呕吐，大便正常，舌质淡红，白厚腻苔退，指纹同前。继上方去竹茹、滑石，加焦神曲 6g，山药 8g，10 剂药后痊愈。

按：小儿厌食症虽证情复杂，但终离不开脾胃。脾主运化，主升清；胃主受纳，主降；脾胃不和，功能失调，健运失司，则脾不升，胃不降。治疗应调理脾胃，降逆和胃。方中陈皮、竹茹、紫苏梗降逆和胃，理气宽中；清半夏、苍术燥湿健脾；白术、炙鸡内金、炒麦芽、砂仁醒脾健脾，祛湿助运；滑石、甘草利尿祛湿，使邪有出路。诸药共奏健脾祛湿、降气和胃之功。

六、疳积

疳积是小儿时期，尤其是 1~5 岁儿童的一种常见病症。是指由于喂养不当，或由多种疾病的影响，使脾胃受损而导致全身虚弱、消

瘦面黄、发枯等慢性病症。用二陈汤治疗本病更体现了本病治疗重在运脾醒脾的原则。

【临床应用】

孙星火, 寿文祥以二陈汤加味治疗小儿疳积 122 例, 均系门诊患者。其中男 52 例, 女 70 例; 年龄 6 个月~1 岁 9 例, 1~3 岁 56 例, 3~5 岁 42 例, 5~8 岁 15 例; 病程 3 个月~4 年。102 例长期厌食或拒食, 37 例有嗜生米、泥土、指甲、头发、纸张等嗜癖, 74 例大便秘结, 80 例多汗, 35 例急躁易怒, 60 例毛发枯黄。122 例均有不同程度的贫血, 血红蛋白为 72~109g/L。二陈汤加味: 制半夏、陈皮各 9g, 茯苓、苍术各 6g, 炙甘草、制猪牙皂各 3g, 焦神曲 10g, 生山楂 10g。兼有乳食停滞、大便秘结加酒大黄; 兼有脾湿困中加炮姜; 兼有脾胃虚弱加党参、山药; 兼恶心、呕吐加藿香、枳壳; 兼大便稀溏加桂枝、车前草。药加适量水浸泡 30min, 煮沸后文火慢煎 30min, 趁热过滤药液, 自然滴尽; 二煎法同上。合并滤液浓缩至 180ml, 加入 15% 白砂糖, 1 日分 3 次服, 服药 2 周后评价疗效。结果: 治愈 65 例, 占 53.3%; 显效 34 例, 占 27.9%; 有效 21 例, 占 17.2%; 无效 2 例, 占 1.6%; 总有效率 98.4%。

七、小儿胃炎

胃炎是不同病因引起的胃黏膜炎症性改变。临床上常表现为腹痛、厌食、恶心、呕吐、嗝气等症状, 偶可引起上消化道出血。据报道, 慢性胃炎在小儿慢性消化系统疾患的发病中位居第一位。

【临床应用】

吴志群用加味二陈汤治疗小儿胃炎 78 例。观察 78 例中, 患胃溃疡 32 例, 其中消化道出血 13 例; 经胃镜及 X 线造影证实: 胃、十二指肠球部等溃疡或炎症病变 69 例, 其中诊断胃炎 46 例。年龄最小 6.5 个月, 最大 16 岁; 发病高峰为 6~12 岁; 男性多于女性。临床表现: 呕吐者 55 例, 胃脘痛、腹部不适者 62 例, 泛酸者 5 例, 大便不调或出血者 47 例, 厌食者 51 例, 有伤食史等 56 例; 苔白腻或厚腻者 49 例。均采用加味二陈汤治疗。方由陈皮 4.5g, 半夏 5g, 茯苓 5g, 甘草 4.5g, 白术 6g, 炒谷芽、炒麦芽各 9g 组成。偏于积滞者加

炒神曲、炒莱菔子；苔厚腻湿滞者加苍术或薏苡仁，夏季改加桔梗；腹痛寒滞呕吐者加干姜或元胡；腹胀气滞，大便不调者加煨木香或川朴花；有出血者加藕节炭或地榆炭；久病脾虚者加党参、怀山药、炒扁豆或莲肉。总有效率达 87.1%。

【病案举例】

许某，女，6岁，1993年12月7日就诊。患儿反复胃脘痛，呕吐，面色苍白少华，形体消瘦，胃纳长期不佳，苔白厚腻，舌质淡。经X线造影检查为：十二指肠球部炎性改变。稍多食即呕吐，大便夹不消化物。追问病史，患儿14个月时曾因吃甲鱼、馄饨及苹果等引起腹泻呕吐，吐后更衣又受凉，父母恐其吐后而饿，又以多次喂食来充其量，一伤再伤。此后上述病症反复不瘥。辨证属饮食不节，损伤脾胃，病久脾虚，运化失司。先给以加味二陈汤：陈皮5g，半夏5g，茯苓6g，甘草4.5g，白术6g，炒谷芽、炒麦芽各10g，加炒莱菔子6g，炒薏苡仁10g，川朴花3g。3剂后苔转薄腻，胃纳仍不佳，原方再加强消积化湿之力，加炒山楂、炒神曲又服3剂。6剂后呕吐消失，胃脘痛减轻并逐渐消失，胃纳稍增，苔转薄白。患者久病属虚，积消湿清应加强健脾扶运治疗。故用加味二陈汤主方加炒党参、炒扁豆、怀山药巩固服药3周后，患儿面色红润，胃纳增，诸症消，体重增加1.5kg，告愈。

按：小儿脾胃功能薄弱，形体发育和脏腑功能均未臻完善，加上生活不能自理，饮食不知自节，种种原因均可损伤小儿后天之本。“内伤脾胃，百病由生”。二陈汤原为治中阳不运、湿痰为患的主方，具有运脾除湿、理气化痰之功效。脾喜燥恶湿，主运化水湿。脾胃损伤，水湿不化，气机不畅以致痞满不舒，胃失和降，上逆则为恶心呕吐等。方中陈皮芳香醒脾，畅利气机；茯苓淡渗湿；甘草甘能补脾；半夏辛燥而温，降逆止呕，消痞散结；白术健脾燥湿助运利水；炒谷芽、炒麦芽健胃消食，开胃和中。故此方能较理想地起到健脾消积、和胃助运的作用，使症状很快得到缓解。

八、小儿多发性抽搐-秽语综合征

小儿多发性抽搐-秽语综合征又称多发性抽搐症，是以慢性、波

动性、多发性运动肌抽搐,可伴有不自主发声或秽语,以及心理、行为障碍等为主要表现的一种神经精神障碍性疾病。多发于5~12岁儿童,影响患儿学习及生活。病因及发病机制目前尚不十分清楚,与多基因遗传因素、多巴胺受体因素、精神因素、代谢因素、机体免疫功能异常、脑功能受损及外伤有关。

【临床应用】

谢兰星以芍药甘草汤合二陈汤加减治疗小儿多发性抽搐-秽语综合征16例,均获良好疗效。男14例,女2例;5~7岁2例,7~12岁11例,12~17岁3例;病程1~2年内10例,2~3年5例,4年以上1例。本组病例均否认有家族史、出生时窒息史和外伤史,有高热惊厥史2例,病情反复多变,常与感冒、活动量增加、学习紧张、动怒及受批评等因素有关。16例患者中均采用芍药甘草汤合二陈汤加减;白芍10~12g,甘草6g,法半夏4~8g,茯苓6~10g,陈皮5~10g,钩藤10~12g,蝉蜕3~5g,僵蚕8~10g。每日1剂,煎服3次。7天为1个疗程,服药期间均不给服其他药物。有2例重症患儿在外院服西药,来诊时亦渐减量至停药。加减用药:若兼有心火上炎者,加黄连、竹叶;兼有肝郁气滞者,加柴胡、薄荷;兼有脾虚夹滞者,加白术、山楂、槟榔;兼有阴虚火旺者,加北沙参、生地黄。10例服药后第五天开始发作次数明显减少,尤其在面部、颈、肩及上肢抽搐明显减少,1个疗程后1天抽搐3~5次,10例中有3例有异常发声和1例叹息声亦好转,经服2个疗程后临床痊愈。

【病案举例】

1. 赵某,男,11岁,学生,2002年7月7日初诊。患儿近1年来经常不自主地挤眉弄眼,开始时次数较少,未引起家属重视,随后症状渐渐加重,每天发作次数频繁,影响正常生活和学习。曾在多家医院求治,疗效不显。近20天来发作次数频繁,情绪激动易发怒,学习成绩下降,纳差,大便干,尿少,舌尖红、苔薄黄,脉细弦数。血沉:2mm/h,抗“O”1:160,证属脾虚,心火上炎,治以息风祛痰,清心泻火。处方:白芍10g,甘草3g,钩藤10g,蝉蜕5g,僵蚕10g,法半夏6g,竹叶10g,黄连5g,陈皮6g,石菖蒲6g,白花蛇舌草10g,生地黄5g,柴胡6g,薄荷10g。服药7剂后挤眉弄眼明显减

少。每天发作3~5次,情绪平稳,胃纳大增,现能安心学习。守上方加珍珠母10g,再进7剂而愈,随访5个月未发。

2. 袁某,男9岁,学生,2001年8月13日初诊。患儿从2000年7月开始不自主地频繁点头、咬牙,曾在多家医院求治均未见效。现症:频繁点头不能自控,咬牙并发出“咯咯”响声,情绪紧张时症状加重,胃纳欠佳,舌红、苔黄稍腻,脉弦滑数。检体:神经系统无阳性体征。证属脾虚肝旺生风,治以健脾、抑肝、祛风。处方:白芍10g,甘草2g,钩藤10g,法半夏6g,茯苓10g,僵蚕10g,蝉蜕5g,陈皮5g,北沙参6g,川贝母5g,槟榔10g,泽泻10g,胆南星6g,浙贝母10g,丹参6g。服药7剂后,次数明显减少,但仍有咬牙并发出“咯咯”声,舌脉同前守上方再进7例而痊愈,随访1年未复发。

九、小儿睑板腺囊肿

睑板腺囊肿又称霰粒肿,多为睑板腺排出管道阻塞及分泌物潴留而引起的睑板腺慢性炎性肉芽肿。该病病程缓慢,可能由于慢性结膜炎或睑板腺炎所引起,也可能与皮脂腺和汗腺分泌功能旺盛或腺体上皮组织过度角化,从而使睑板腺排出管道阻塞有关。多见于儿童和青年患者。

【临床应用】

孙瑞琴等用化坚二陈汤加减治疗68例患儿。患儿均系家长发现眼皮内有小肿块,伴有食欲差,便秘,脾气暴躁。年龄最小3岁,最大9岁;其中男43例,女25例;单眼上睑患病者52例,双眼上睑患病者16例;病程15~30天。化坚二陈汤加减,处方:制半夏6g,陈皮6g,茯苓6g,僵蚕6g,生大黄3g,焦白术10g,炙甘草3g。用法:汤剂或研末装胶囊服用。用量根据患儿年龄酌情增减。汤剂为每日1剂;胶囊2g/粒,每日12g,分3次服。最少服15天,最多120天,平均43天。68例患儿经中药治疗全部精神好转,食欲增,大便正常,眼睑硬结消失。治愈天数最短15天,最长120天,平均43天。

十、小儿肺膨胀不全

肺膨胀不全是指由各种原因引起一定肺泡群或肺泡气管系统丧失所含的气体而发生萎缩的状态,这个病态也称为无气肺。来自外部压力压迫肺叶、呼吸道阻塞和丧失肺表面活性物质时引起无气肺。这些原因往往共同发挥作用,或者相互间发生影响。新生儿原发性肺膨胀不全,是由中枢性原因阻碍了肺泡的膨胀,造成两肺大部分或小部分暂时的或持续的不张,多见于早产儿。

【病案举例】

患儿,女,18个月。因咳嗽、痰鸣、喘息伴发热1周就诊。症见:咳嗽,咳吐黄痰,喉中痰鸣,喘息,发热,纳差,大便干,小便微黄。舌质红、苔黄略腻,脉滑数,指纹紫红略暗达气关。查体:体温 38.9°C ,脉搏136次/min,呼吸28次/min。咽部充血;扁桃体I度肿大;左胸廓稍隆起,语颤右肺略强,听诊右肺呼吸音减弱,左肺可闻及湿性啰音;心脏听诊:心率136次/min,心律规整,未闻及杂音。血常规检查:红细胞 $5.13 \times 10^{12}/\text{L}$,血红蛋白 $125\text{g}/\text{L}$,白细胞计数 $16.9 \times 10^9/\text{L}$,中性白细胞57%,淋巴细胞43%。胸部X线拍片(仰卧前后位):右胸廓萎陷,肋间隙变窄,右膈面升高,右肺透光度减低,纵隔向右侧移位,左肺未见异常。X线诊断:右肺膨胀不全。中医辨证为痰热阻肺。拟用化痰清热、宣肺止咳平喘治之。方用二陈汤加味:陈皮5g,制半夏5g,茯苓6g,生甘草3g,杏仁3g,桔梗6g,桑白皮6g,金银花8g,连翘8g,大黄5g,黄芩5g,炙麻黄2g。水煎日1剂,早、中、晚各服1次。服药4剂后,发热退,痰鸣、咳嗽明显减轻,痰色转白。原方去连翘、黄芩,加神曲8g、葶苈子2g,再服4剂。咳嗽已止,大便调,痰鸣消失,舌质红、舌尖赤、苔白,脉滑,指纹紫;肺部听诊,两肺呼吸音略粗,未闻及啰音;胸部X线拍片复查右肺膨胀不全消失。继用加味二陈汤调之。药用:陈皮5g,制半夏5g,茯苓6g,生甘草3g,杏仁3g,桔梗6g,桑白皮6g,山药6g,白术5g,神曲6g,金银花6g,日1剂,再服4剂。后随访痊愈。

按:小儿脏腑娇嫩,形气未充,发病易从热化。《丹溪心法·小

儿论》中指出“乳下小儿常多湿热、食积、痰热为病”。明代万全提出小儿“肺常不足”、“脾常不足”“娇肺易遭伤”。小儿肺气之所以娇弱，关键在“脾常不足”。《素问·阴阳应象大论篇》云：“脾生肉，肉生肺”，古人亦有“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”之说。因此，笔者对该患儿从脾论治。二陈汤是健脾燥湿化痰的代表方，加杏仁、桔梗、桑白皮宣肺止咳，配金银花、大黄清热通腑，用山药、白术时时顾护脾胃之气。诸药合之，健脾以祛痰，痰祛肺气得宣而病愈。

十一、小儿眩晕症

眩晕是主观症状，是一种运动幻觉或运动错觉，是患者对于空间关系的定向感觉障碍或平衡感觉障碍，患者感到外界环境或自身在旋转、移动或摇晃，是由前庭神经系统病变所引起。与头晕不同，一般来说头晕并无外界环境或自身旋转的运动觉，即患者主诉的头重脚轻、头脑不清楚等。痰湿是本病的主要病理因素。

【病案举例】

李某，女，12岁，2001年3月10日初诊。患儿眩晕时作年余，每因劳累、情志不畅而诱发。症见头晕目眩，视物旋转，卧床不欲睁目，恶心欲呕，胸闷不舒，形体肥胖，舌淡红、苔薄黄腻，脉弦滑。诊为小儿眩晕症，投以陈皮、法半夏、茯苓、竹茹、枳壳、白术、天麻、预知子各10g，泽泻30g，甘草6g，3剂，日1剂，水煎服。

复诊：患儿眩晕症减，能起坐稍进食。继以前方加减续服7剂。7剂后家长告已痊愈上学。

按：眩晕一症以成人多见，学龄儿亦有所见。该患儿素喜厚味，形体肥胖，痰湿内盛。每遇情志不遂，气机郁滞或劳累后正气耗损，进而导致气机升降失常，清阳不升，浊阴不降而发病。以二陈汤健脾和胃化痰；泽泻汤止眩；半夏白术天麻汤息风定眩，而天麻又为治眩之要药，佐以竹茹、枳壳、预知子宽胸理气止呕。三方化裁，方证合拍，药中病所，而获显效。

十二、百日咳

百日咳是小儿常见的急性呼吸道传染病，百日咳杆菌是本病的致病菌。其特征为阵发性痉挛性咳嗽，咳嗽末伴有特殊的吸气吼声，病程较长，可达数周甚至3个月左右，故有百日咳之称。幼婴患本病时易有窒息、肺炎脑病等并发症，病死率高。近年来幼婴及成人发病有增多趋势。

【临床应用】

安俊义等以止痉二陈汤治疗百日咳19例。男11例，女8例；年龄1~5岁的11例，5~10岁的8例。均有典型的百日咳痉咳期表现，如痉挛性阵咳，夜间加重，咳甚作呕，吐出大量痰液，涕泪交并。咳止时伴有鸡鸣样回声，眼睑浮肿，部分有舌系带溃疡，少数有齿鼻衄血。治以止痉二陈汤：全蝎3~5g，蜈蚣1条，陈皮9g，半夏、甘草各6g，茯苓15g。痰热咳嗽加竹茹、川贝母、瓜蒌；久咳伤阴加沙参、芦根、玉竹；纳差、苔厚加炒莱菔子、杏仁；痉咳重加蝉蜕、僵蚕；鼻衄加白茅根、焦栀子。经治疗，19例均获痊愈（症状体征消失，X线肺部病变转正常）。其中治疗1周而愈者7例，2周而愈者7例，1个月而愈者5例。

【病案举例】

陈某，男，7岁。病发10余天，始鼻流清涕，咳嗽，经口服抗生素、氯苯那敏（扑尔敏）等药未效。近日来，咳嗽加剧，阵咳频频，夜间为著，一夜多达7~8次，咳甚面红目赤，涕泪交并，多次呕出痰涎。延诊时精神倦怠，目胞虚浮，舌苔薄白腻，脉濡滑。胸透示：双肺纹理加重。治以祛风解痉，止咳化痰。方药：陈皮9g，半夏7.5g，茯苓15g，甘草5g，全蝎6g，蜈蚣1条，蝉蜕、杏仁各10g，瓜蒌皮12g。2剂后，夜间阵咳明显减轻，腻苔已化，上方加芦根20g，3剂服完，诸症基本消失。后服养阴清肺丸2盒，每次1丸，1日2次，10日后随访，体健如常。

参考文献

- [1] 徐艳花. 加味二陈汤治疗小儿咳嗽 146 例. 中成药, 2006, 28 (9): 34
- [2] 张长安, 任静国. 二陈汤加味治疗小儿痰湿蕴肺型咳嗽 80 例. 包头医学院学报, 2003, 19 (3): 238
- [3] 林锐金. 杏苏二陈汤治疗小儿脾虚痰湿咳嗽 45 例. 新中医, 2000, 32 (11): 46
- [4] 叶淑清. 三拗汤合二陈汤加减治疗小儿外感咳喘 90 例. 陕西中医, 2006, 27 (6): 688
- [5] 林锐金. 杏苏二陈汤治疗小儿脾虚痰湿咳嗽 45 例. 新中医, 2000, 32 (11): 46
- [6] 叶淑清. 三拗汤合二陈汤加减治疗小儿外感咳喘 90 例. 陕西中医, 2006, 27 (6): 688
- [7] 安小林. 二陈汤儿科应用分析. 山西医药杂志, 2007, 36 (10): 818
- [8] 孔宪龙. 二陈汤类方的临床应用. 浙江中医杂志, 1994, 9: 61
- [9] 邱高荣, 刘丽妍. 桂枝二陈汤加减治疗小儿喘息性支原体肺炎 20 例. 新中医, 2001, 33 (6): 58
- [10] 侯春光. 二陈汤儿科临床运用举隅. 江西中医药, 2003, 5 (34): 35
- [11] 白改林, 钟思宁. 二陈汤加味治疗儿童肺炎后期咳嗽不愈 24 例, 中国民间疗法, 2004, 10 (5): 35
- [12] 叶颖, 吴锡添. 蝉花二陈汤治疗小儿支气管肺炎 43 例. 基层医学论坛, 2007, 11 (6): 533
- [13] 刘宇, 刘丽亚, 卢薇. 麻杏石甘汤合二陈汤加味治疗小儿毛细支气管炎 58 例. 现代临床医学, 2007, 33 (1): 36
- [14] 罗海燕. 郑健教授治疗小儿哮喘经验. 中医儿科杂志, 2006, 2 (6): 7
- [15] 马生莲. 二陈汤加味治疗小儿厌食症 31 例. 实用乡村医生杂志, 2003, 10 (4): 32
- [16] 孙桂芳, 任晓丹. 二陈汤加味在儿科临床的应用. 河北中医, 1996, 18 (5): 32
- [17] 孙星火, 寿文祥. 二陈汤加味治疗小儿疳积 122 例. 实用中医药杂志, 2004, 20 (6): 300
- [18] 吴志群. 加味二陈汤治疗小儿胃炎 78 例观察. 浙江中医学院学报, 1994, 18 (4): 26

- [19] 谢兰星. 芍药甘草汤合二陈汤加减治疗 16 例. 实用中西医结合临床, 2003, 3 (2): 31
- [20] 孙瑞琴, 孙树林. 化坚二陈汤加减治疗小儿睑板腺囊肿. 中国中医眼科杂志, 2002, 12 (2): 78
- [21] 王汝丰. 二陈汤加味治愈小儿右肺膨胀不全 1 例. 山东中医杂志, 1996, 15 (4): 165
- [22] 安俊义, 胡林善. 止痉二陈汤治疗百日咳 19 例. 浙江中医杂志, 2006, 6 (10): 112

耳鼻喉科病证

一、突发性耳聋

突发性耳聋简称突聋或暴聋，临床上较为多见，指突然发生的、原因不明的感音性耳聋，多伴有耳鸣，部分患者伴眩晕、恶心、呕吐等症状。近年微生物学、免疫血清学、病理组织学等研究方法的结果已表明：内耳迷路病毒感染和供血障碍是本病发病的关键。故现代医学对该病多采取血管扩张和神经营养药物治疗为主，但至今尚无一种十分有效的治疗方法。近年认为“痰”在本病的发生中起重要作用，中西医结合治疗本病多可取得良效。

【临床应用】

叶伊琳采取中西医结合的方法治疗突发性耳聋30例，取得了较为满意的疗效，30例均系门诊确诊后住院患者。男18例，女12例；年龄21~52岁，平均38岁。有上呼吸道和胃肠道感染病史者8例，有高血压病史者5例，有糖尿病病史者3例。全部病人治疗前均经电测听检测，其中听力曲线表现为频聋型者8例，低频聋型者12例，平坦型者6例，全聋型者4例。中药治疗采用二陈汤合银翘散加减：荆芥、连翘、桑白皮、黄芩、黄连各12g，淡豆豉、杏仁、蔓荆子、陈皮、石菖蒲

各10g, 川芎、丹参各15g, 金银花20g, 半夏6g。每日1剂, 分2次水煎服。西药为低分子右旋糖酐500ml加地塞米松10mg静脉滴注, 每日1次(地塞米松剂量每日减少1mg); 服抗栓丸100mg, 每日3次; 尼莫地平30mg, 每日3次; 三磷腺苷60mg, 每日3次。有高血压者加服尼群地平10mg, 每日3次。有糖尿病者加服格列齐特40mg, 每日2次, 或阿卡波糖60mg, 每日3次。1个月为1个疗程。疗程结束时复查电测听并结合临床表现进行疗效判断分析。治疗结果: 30例中, 显效11例(36.6%), 好转13例(43.3%), 无效6例(20%); 总有效率80%。

二、分泌性中耳炎

分泌性中耳炎是临床较为常见的疾病, 早期正确治疗其疗效好, 但若治疗不及时、不彻底、不规范, 则易迁延不愈而成难治之病。分泌性中耳炎属中医学“耳闭”范畴。湿邪困于耳窍是本病的主要发病机制之一。

【临床应用】

杜长河以王氏二陈汤为基本方加减治疗该病, 取得满意疗效。2000~2005年门诊病例60例, 共70耳, 未予治疗或已使用抗生素、滴用呋麻滴鼻剂及糖皮质激素类药物, 部分已经过咽鼓管吹张或穿刺等治疗。其中男性28例, 女性32例; 左耳28例, 右耳22例, 两耳10例; 年龄4~60岁, 平均23岁。所有病例均经耳科常规检查及电测听、声导抗检查, 有鼓室积液可能者经穿刺证实。明确诊断后, 根据患者的病程分3期, 二陈汤为基本方, 按患者的具体情况辨证论治。①早期: 病程<2周, 病程较短; 耳膜内陷不明显, 光锥可部分存在, 鼓膜呈红色或粉红色, 声导抗示“B”或“C”型, 抽出液清稀; 舌苔薄黄或薄白, 脉浮数。治宜清热疏风化痰, 基本方为: 制半夏10g, 陈皮6g, 白芥子6g, 茯苓10g, 僵蚕10g, 浙贝母10g, 桔梗6g, 石菖蒲6g, 生甘草6g。偏于风热者合银翘散加减; 偏于风寒者合荆防败毒散加减。②中期: 病程>2周<1个月; 耳膜内陷明显, 光锥消失, 声导抗示多为“B”型; 舌苔腻或黄或白, 脉弦。治宜健脾利湿化痰, 基本方为: 制半夏10g, 陈皮10g, 白芥子10g, 茯苓

10g, 桔梗 10g, 石菖蒲 6g, 僵蚕 10g, 生甘草 6g。抽出液黏稠时可加竹茹 10g; 苔黄者加黄芩 10g; 苔白者加白术 10g。③后期: 病程 > 1 个月 < 3 个月; 耳膜凹陷, 并有干燥状, 锤骨外突明显; 舌苔薄偏干, 脉沉细。治宜温肾涤痰, 基本方为: 制半夏 6g, 白芥子 6g, 茯苓 10g, 熟地黄 15g, 山茱萸 12g, 山药 12g, 桔梗 6g, 枸杞子 12g, 生甘草 6g。所有病例治疗 2 周后评价疗效。治疗结果: 本组 60 例, 治愈 32 例, 有效 20 例, 无效 8 例; 总有效率 86.67%。

三、渗出性中耳炎

渗出性中耳炎又称非化脓性中耳炎, 以耳中胀闷、堵塞感、低音调耳鸣等为主要特征。检查可见鼓膜失去光泽、内陷, 鼓室内有积液。临床常见鼓膜内陷者, 往往伴有鼻咽部急、慢性炎症, 或有鼻息肉、腺样体肥大等, 以耳咽管阻塞为主要病理表现; 鼓室积液可不伴有呼吸道症状, 而单纯以耳闷、听力下降、鼓室积液为特征, 且容易反复发作。渗出性中耳炎属中医“耳胀、耳闭、风聋”的范畴, 儿童发病率较高, 常由上呼吸道感染引起。

【临床应用】

宋长新采用分经辨治, 近 5 年治疗渗出性中耳炎 76 例, 收效满意。76 例中, 男 37 例, 女 39 例; 年龄最小者 3 岁, 最大者 17 岁; 病史最短者 3h, 最长 2 年; 双耳发病者 38 例; 鼓室积液 24 例 37 耳; 伴有上呼吸道感染者 32 例, 鼻炎或鼻窦炎者 34 例, 鼻息肉者 8 例, 腺样体肥大者 4 例, 单纯中耳积液者 6 例。治疗方法: 鼓膜内陷者治从手太阴肺经, 以三拗汤合二陈汤加减, 药用川芎、炙麻黄、杏仁、陈皮、桔梗、丝瓜络各 10g, 姜半夏、茯苓、黄芩、当归各 15g, 车前子 20g, 甘草 6g, 水煎服, 每日 1 剂; 儿童酌减。鼓室积液者治从足少阳胆经, 药用柴胡、川芎、桔梗各 10g, 黄芩、半夏、党参、当归、夏枯草、泽泻各 15g, 车前子 20g, 甘草 6g, 水煎服, 每日 1 剂; 儿童酌减。加减: 热象明显、舌红苔黄者加生地黄、龙胆草; 鼻塞流涕者加苍耳子; 病程长, 舌质淡属气虚者加黄芪; 顽固性中耳积液可短时间加用地塞米松和特非那丁。结果: 76 例中, 痊愈 (自觉症状消失, 检查鼓膜恢复正常色泽, 活动良好) 62 例; 显效 (自觉症状

明显减轻,鼓室积液吸收,鼓膜内陷,活动度欠佳)12例;无效(症状体征无改善)2例。治疗时间最短3天,最长35天。其中3例属顽固性中耳积液者,在治疗期间加用地塞米松和特非那丁1周。总有效率为96%。

四、失音

失音是由喉部肌肉或声带发生病变而引起的发音障碍叫做失音。症状为患者说话时声调变低,声音微弱,严重时发不出声音。

【临床应用】

连荣华以二陈汤加味治疗失音1例,证属痰热互结,阴液亏损,拟用二陈汤加味以清热化痰滋阴,共服药5剂,失音完全消失而痊愈。

【病案举例】

李某,女,56岁,家庭妇女,代述:3个月前感冒愈后,突然失音,曾多方求治,服用养阴清肺丸、牛黄解毒片、增效磺胺等,并输青霉素、甲硝唑1周均无效。于7月10日到学校门诊部就诊,患者咳痰量多、色黄,咽喉不利,频频用冷水漱口,但不欲咽,并不时张口大吸气,饮食欠佳,二便正常,舌红、苔黄厚而干,脉滑数,查咽部微红、肿胀,声带及口腔均无恙。证属痰热互结,阴液亏损,拟用二陈汤加味以清热化痰滋阴。处方:清半夏10g,陈皮15g,茯苓10g,生甘草10g,黄芩15g,川贝母10g,前胡10g,瓜蒌皮10g,杏仁8g,桔梗8g,天花粉10g,麦冬10g,3剂,水煎服。服药后患者病情明显好转,声音微嘶哑,已能自述病情,仍觉咽喉不利而干,咳痰明显减少、微带黄。查咽喉红肿已消,药已中病,前方去黄芩,续服2剂即痊愈。

按:失音,《内经》名曰:“喑”,《医学纲目》称“喉喑”。本病虽为局部疾患,实与肺肾关系密切,因肺脉通会厌,而肾脉挟舌本,大抵暴喑多属实证,与肺相关。本证表虽去,但邪热入里,夹痰之阻,壅塞气道,而成痰热互结之证。肺气失于宣畅,故而失音,痰多色黄,因病情迁延,津液被灼,故咽干,苔黄厚而干,脉滑数。因而用二陈汤加味治疗收到了满意的疗效。

五、声带息肉、声带小结

声带息肉是指发生于一侧声带的前中部边缘的灰白色、表面光滑的息肉样组织；声带小结是在真声带边缘前 1/3 和后 2/3 结合处的黏膜固有层内，玻璃样结缔组织的凝聚。中青年最常见，职业以歌唱演员、教师、讲解员发病率为高。息肉以单侧多见，而小结以双侧多见。主要表现为声音嘶哑，一般小儿出现声带小结可以暂不要处理，成人如果出现小结或者息肉一般要通过手术才能治疗。本病多因肺、脾、肾三脏虚损，虚火上灼，痰浊凝滞或气血瘀滞于声户，使声户开合不利所致，治宜化痰散结、行气活血、益气健脾，选用二陈汤加减治疗多可取得良效。

【临床应用】

张群、张远芬等以二陈汤合桃红四物汤加减治疗声带小结、声带息肉取得较好的疗效。观察治疗 90 例中，男 29 例，女 61 例；年龄 5~50 岁，其中以 20~40 岁者居多；病程 1 个月~20 年，以 1 年以下者居多；慢性喉炎者 45 例，声带小结者 32 例，声带息肉者 13 例。治以二陈汤合桃红四物汤加减，处方：陈皮、半夏、茯苓、桃仁、红花、当归、赤芍、生地黄、川芎、黄芪、人参、白术、甘草。每日 1 剂，水煎取汁 150ml，口服，每日 3 次。配合庆大霉素、地塞米松雾化吸入，每日 2 次，每次 20min。2 周为 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。结果：临床治愈（发音恢复正常，喉部检查正常）48 例；好转（声音嘶哑及喉部不适减轻，喉部体征改善，声带小结或声带息肉缩小）35 例；无效（声音嘶哑及喉部体征无变化）7 例；总有效率为 90.2%。慢性喉炎 45 例中，治愈 32 例，好转 13 例，总有效率为 100%。声带小结 32 例中，治愈 14 例，好转 16 例，无效 2 例，总有效率为 93.8%。声带息肉 13 例中，治愈 2 例，有效 6 例，无效 5 例，总有效率为 61.6%。

【病案举例】

刘某，女，26 岁，教师，2003 年 10 月 14 日就诊。持续声嘶 3 个月余。患者 3 个月前因患感冒且过度用声而出现声嘶、讲话费力，伴咽痛，经治疗咽痛消失，声嘶无好转，且逐渐加重，出现咽喉干痒

不适,或觉喉中似有黏痰附着,难以咳出,症状晨轻,下午加重。伴少气懒言,纳呆,倦怠乏力。纤维喉镜检查见声带微红肿,边缘增厚,双声带前中1/3交界处有黄白小结形成。舌暗、舌根部苔厚,脉滑。给予上法(见“临床应用”)治疗1周后,症状明显减轻。继续治疗1周后,症状消失,语音清晰。复查纤维喉镜:双声带边缘无红肿、增厚,前中1/3交界小结消失,声带闭合时无缝隙。

按:本病是以声嘶为主要症状的慢性疾病,主要表现为声嘶时发时止,时轻时重,或声嘶持续,日久难愈。中医认为,本病多因肺、脾、肾三脏虚损,虚火上灼,痰浊凝滞或气血瘀滞于声户,使声户开合不利所致,多见于职业用嗓者。因病程持久,故属久喑范畴,治宜化痰散结、行气活血、益气健脾。二陈汤合桃红四物汤方中,陈皮、半夏、茯苓燥湿化痰、行气散结;桃仁、红花、当归、赤芍、生地、川芎行气活血以散瘀;黄芪、人参、白术、甘草益气健脾而使气之生化有源,土旺金生,肺气得养。配合西药雾化吸入,具有解毒、消肿作用。临床观察表明,中西医结合治疗为声带小结、声带息肉患者免除了手术之苦。

六、梅尼埃病

梅尼埃病又称内耳性眩晕、发作性眩晕、梅尼埃综合征,为内耳的一种非炎症(淋巴代谢障碍)性疾病,主要症状为阵发性眩晕、耳鸣、耳聋、恶心、呕吐等。中医学认为“肾生骨髓”、“脑为髓海”。脑是精髓所聚之处,肾虚则精髓不足,脑海空虚而作晕,所谓“髓海不足,则脑转耳鸣”。

【临床应用】

彭建雄用加味二陈汤合氟桂利嗪治疗梅尼埃病45例。所有病例来源于住院病例,共60例,按就诊顺序,以3:1比例随机分组。治疗组45例,其中男性25例,女性20例;年龄21~71岁,平均46岁;病程1h~36个月,平均12.5个月。对照组15例,男性8例,女性7例;年龄22~70岁,平均45岁;病程2h~34个月,平均12个月。经统计学处理(χ^2 检验),两组间差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。治疗组服用加味二陈汤:制水半夏、陈皮各8g,茯苓

30g, 白术、牛膝、泽泻各 12g, 钩藤、菊花、天麻各 15g, 代赭石 25g。水煎服, 每日 1 剂。并联合用氟桂利嗪胶囊 (西安杨森制药有限公司生产), 每日 10mg, 晚间睡前服用。对照组用 10% 葡萄糖液 500ml 加维脑路通注射液 (江苏扬州制药厂生产) 0.4g, 静脉滴注, 每日 1 次。两组均以 14 天为 1 个疗程。两组均治疗 1 个疗程统计疗效。眩晕、呕吐严重者均可对症处理。痊愈: 临床症状消失, 1 年未见复发; 显效: 临床症状消失或明显好转, 但年内复发; 无效: 临床症状无改善。结果: 治疗组痊愈 42 例, 显效 2 例, 无效 1 例, 治愈率 93.3%, 总有效率 97.8%; 对照组痊愈 8 例, 显效 3 例, 无效 4 例, 治愈率 53.3%, 总有效率 73.3%。治疗组疗效显著优于对照组, 经统计学处理 (χ^2 检验) 有显著性差异 ($P < 0.01$)。

【病案举例】

1. 陈某, 女, 32 岁, 船厂职工家属。有眩晕病史, 某日早起突发头晕, 耳鸣、心悸、恶心畏光, 稍动则天旋地转, 舌质红, 脉细数。查血压 16.8/11.5kPa, 眼球震颤明显。诊断: 眩晕, 属肝肾阴虚, 阴虚阳亢。西医诊断: 梅尼埃综合征。治宜滋阴潜阳, 息风除痰。处方: 桂枝 9g, 白芍 20g, 甘草、陈皮各 6g, 法半夏 12g, 大枣、茯苓、牛膝、生姜、钩藤、何首乌各 15g, 龙骨 (先煎)、牡蛎 (先煎) 各 30g, 天麻 10g。2 剂, 每日 1 剂, 水煎服。

二诊: 眩晕已除, 仍觉心悸、耳鸣、腰无力, 舌质淡, 脉细数, 查血压 14.7/10.7kPa, 眼球震动不明显。此乃心脾两虚, 血虚生风。西医经心电图检查鉴定: 心肌劳损。治宜补益心脾, 养血息风。处方: 桂枝、法半夏各 12g, 白芍、何首乌各 20g, 炙甘草 6g, 陈皮 9g, 牛膝、茯苓、大枣各 15g, 牡蛎 (先煎)、生姜 (自加) 各 30g, 党参 18g。3 剂, 每日 1 剂, 水煎服。

三诊: 眩晕大减, 仍觉心悸, 气促, 睡眠不好, 舌质淡, 脉细数。按上方加当归、熟酸枣仁各 12g, 浮小麦 30g。5 剂, 药后眩晕已除, 仍觉心悸, 失眠, 气促恶风, 舌质淡红, 脉细数。按前方加服归脾丸, 经 1 个疗程后, 复查心电图正常, 并恢复工作。

2. 黄某, 女, 农民, 35 岁, 2001 年 3 月 5 日就诊。诉近 2 个月来, 头晕、头重, 如坐舟车、旋转不定, 伴恶心、泛泛欲呕、胸脘痞

闷、纳差嗜睡。曾在某医院住院诊为：梅尼埃综合征。用西药治疗，自觉有好转但不明显。后经人介绍而来就诊，症状：头晕目眩，头重，嗜睡，站立如坐舟车、旋转不定，伴恶心，泛泛欲呕，胸脘痞闷，喉间痰多，纳差，面色苍白，平时白带多，大便溏薄，小便尚可，舌质淡、边有齿印，苔白腻，脉濡滑。证属痰湿内阻，上蒙清窍。治以平肝息风，健脾和胃，化痰降浊。方用天麻白术二陈汤加减。天麻 15g，白术 12g，半夏 10g，陈皮 9g，茯苓 15g，炙甘草 3g，石菖蒲 10g，远志 10g，竹茹 10g，代赭石 10g，鸡内金 10g，砂仁 5g。服药 5 剂后上症好转，继服上药 3 个疗程病已告愈，1 年后随访未再复。

3. 姚某，女，45 岁。头晕，耳鸣，突然发作 2 天，于 1996 年 1 月 8 日就诊。患者被搀扶入室，头晕欲闭目，耳鸣目眩，自感天旋地转，恶心时呕吐，心烦失眠，胸闷少食，口中黏腻，渴不欲饮，舌质淡红、苔白腻，脉弦滑，测血压正常。西医诊断为梅尼埃病，中医诊断：眩晕。此为痰浊中阻，气机不利，上蒙清阳而致。治宜健脾化痰，降逆和中。方以二陈汤加味治疗。半夏 10g，陈皮 10g，茯苓 10g，白术 10g，胆南星 10g，僵蚕 10g，代赭石 20g，旋覆花 12g，天麻 10g，葛根 12g，甘草 10g。3 剂，水煎服。嘱其静息勿动，药后如能入睡则佳。复诊症状明显好转，仍头晕耳鸣，上方去代赭石，加焦三仙各 10g，4 剂，服后患者精神大振，饮食增加，已不头晕目眩，但仍有耳鸣等症，上方去旋覆花，水煎服 3 剂，进一步巩固疗效。

4. 骆某，女，35 岁，1992 年 7 月 11 日就诊。患者自诉反复眩晕年余，发作无定时，平素体虚，易感冒，并有胃病史，并在本院五官科检查，诊为梅尼埃综合征。近日因患感冒，自服感冒清后又现眩晕，前额作痛，恶心欲呕，胸闷，视物旋转，头晕，转侧卧尤甚，伴耳鸣心跳，纳差，口干苦，面色㿠白，懒言，舌淡红、苔白腻，脉滑数。证属痰浊中阻，清阳不升。拟温胆汤加味治之。处方：法半夏、竹茹、菊花、钩藤、天麻、黄芩各 10g，陈皮 6g，茯苓 20g，炙甘草 5g，枳壳、蒺藜各 15g，白术 20g，生牡蛎 30g。每日 1 剂，连服 6 剂而愈。

按：眩晕一证，病因颇多，然痰浊上泛耳窍在临床上亦较为常

见。前人有无痰不作眩，无虚不作眩之说，均因六淫之邪，气郁生痰，与素虚、肝风、水湿痰浊等关系密切。今用二陈（半夏、陈皮）的辛、苦、温之药祛除痰饮，以正本清源；白术、炙甘草甘温运脾化湿；天麻辛温入肝，疗虚风内作，平巅顶之眩晕；枳壳、竹茹清胃胆之热，降胆胃之逆；蒺藜、菊花、生牡蛎平肝息风潜阳；黄芩、茯苓之清利降火，祛湿行痰而取效。

七、喉源性咳嗽

喉源性咳嗽多为伤风感冒等上呼吸道感染遗留症状。其特点是喉痒则咳或咳必痒，甚则呛咳连续不断，无痰或少痰，全身无明显症状。是临床常见的疾病，其发病原因复杂，病情迁延难愈，给患者身心带来痛苦，学习、工作、生活带来诸多不便。本病病位即非在表，又未及肺，而是在咽喉部，是由于咽喉作痒引起的咳嗽，故有别于支气管炎与肺部感染之咳嗽。现代医学认为，本病可能与过敏、空气污染、病毒感染以及体质下降等因素有关。但总揽病机，种种病因，最终是痰，痰阻则气塞，痰清则气顺，气顺则咳止。故理气化痰是治疗喉源性咳嗽的重要方法。

【临床应用】

濮欣对加味二陈汤治疗的 206 例喉源性咳嗽患者进行了系统观察。其中男 95 例，女 111 例；年龄最大 90 岁，最小 5 岁，平均 36.9 岁；15 岁以下 23 例，16~59 岁 109 例，59 岁以上 74 例；病程最长半年，最短 9 天，平均 18 天。方药组成：陈皮 5g，法半夏 10g，茯苓 15g，甘草 5g，紫菀 10g，前胡 10g，北杏仁 10g。加减：咳痰不爽，加桔梗 10g、天花粉 15g；痰黄黏稠，加黄芩 15g、鱼腥草 15g，咽喉瘙痒，加薄荷 5g、生姜 10g；咽喉疼痛，加板蓝根 20g、牛蒡子 10g；声音嘶哑，加蝉蜕 5g、僵蚕 10g；口淡痰稀，加制附子 10g、桂枝 10g、干姜 5g。取清水 3 碗，浸泡 30min，猛火煮沸后文火慢煎 30min，滤得药液 150ml，待温热适中，徐徐咽下。每日 1 剂，分 2 次服。治疗期间忌生冷、煎炸、辛辣食品，戒烟酒。结果：总有效率为 95.63%。

【病案举例】

患者，女，56岁，2002年4月16日初诊。2002年元旦劳累出汗，受凉后，次日觉轻微头痛、流涕、咽痒、咳嗽。服用感冒药后，头痛、流涕症状消除，唯咳嗽不止。此后辗转几家医院，中西医交互诊治3个月余，唯咳嗽一症一直不除。就诊时，自诉日间咳嗽较轻，晚间临睡前咳嗽较重，临咳前觉咽痒，咳嗽时喉中有少许痰，不咳则已，一咳则难止，甚则不能入睡。查体见咽暗红，咽后壁少许淋巴滤泡增生，舌淡红、苔白腻。心脏听诊无异常，双肺听诊呼吸音清。X线胸片报告：心肺未见异常。血常规示：白细胞计数 $5.1 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞计数 $2.7 \times 10^9/L$ ，淋巴细胞比率37.6%，中性粒细胞比率53.2%。诊断为喉源性咳嗽（风寒湿痰滞留咽喉）。治宜温散风寒，理气化痰，利咽止咳。投加味二陈汤加生姜15g、紫苏叶10g，2剂，每日1剂，水煎，分2次频服。二诊：服上药后，咳嗽大减，咽痒消失，痰已全除，睡安食香，精神爽朗，只偶尔咳一二声。效不更方，再进2剂。4剂后，一直未再咳嗽而痊愈。

按：咽喉为气息出入之门，肺腑之要冲，咽喉与肺脏无论在生理和病理上都息息相关。外邪犯肺，先及咽喉，而咽喉病变，也会循经入肺，故外感风寒湿热之邪，侵入咽喉，凝阻气道，或内袭脏腑，使肺失宣降，则可成为咽源性咳嗽。若失治误治，可使风寒湿邪留着于咽喉，随阳盛之体而化热，或因寒湿凝聚而成痰，若攻伐太过，又可使正气损伤，以致余邪留恋。若余邪未尽，复感新邪，新旧之邪交结，则病情缠绵，咳嗽不止。加味二陈汤是依“无痰不作咳”这一病机，据《太平惠民和剂局方》之“二陈汤”加紫菀、前胡、北杏仁而成。二陈汤原为脾失健运、湿聚成痰而设，陈皮、法半夏为理气化痰之要药，气顺则痰降，气化则痰消；茯苓健脾利湿，甘草和中健脾，使痰生无由。加味二陈汤则取“二陈汤”理气化痰之效，又以紫菀、前胡、北杏仁清宣肺气，甘草配前胡利咽止咳功效卓著。全方则具理气化痰、清气利咽止咳之功，用于喉源性咳嗽，正中病机，故疗效确实。

八、慢性咽炎

慢性咽炎是咽部黏膜、黏膜下层及淋巴组织的慢性炎症，视其病变情况，可分为单纯性、增生性和萎缩性3种类型。属于中医“喉痹”的范畴。

【病案举例】

张某，女，30岁，咽干痛1年余，加重半年，西医诊为“慢性咽炎”，服药无效，重时如物梗阻、恶心欲呕，喉部发咸发干，吐痰味咸，舌淡、苔薄白，脉沉滑，金水六君煎加乌梅3剂，药后咽部无干涩感、无恶心，继服原方加沙参3剂，药后亦不吐痰，喉亦不咸，现仅感咽干亦微，六味地黄丸善后。

按：金水六君汤用于肺肾阴虚、脾虚生痰之证，以二陈汤加熟地黄、当归，其辨证要点为咽干喉燥，痰多味咸，本方加入乌梅、沙参增强生津化痰之力，且乌梅有消炎抗菌作用。如肺肾阴虚、脾虚生痰，见咽干舌燥、痰多咸味，加熟地黄、当归成金水六君煎。总之，用二陈汤要抓住一个“痰”字，则其他病症迎刃而解。

九、咽部异感症

咽异感症中医学称为梅核气，其病症状犹如梅核阻塞咽喉。目前临床上，常将咽异感症一词用以泛指除疼痛外的各种咽部异常感觉，如幻觉、球塞感、蚁行感等，是临床工作中经常遇到的主诉症状之一。患者大多数为中年人，以女性较多见，某些肿瘤的早期，如环后癌、食道上段癌，可有咽喉部异物感的症状，因此，诊断咽异感症应详细检查，以防漏诊误诊。其病机主要为气滞湿阻，聚而成痰，痰气交阻于咽喉而致。

【病案举例】

石某，女，37岁，1997年8月5日初诊。患者患慢性咽喉炎3年，服用消炎药及滋阴清热利咽喉药均不效。诊见咽中如有物堵，咯之不出，咽之不下，胸胁胀满，纳差，舌质淡、苔白，脉沉弦。诊为痰郁，证属肝郁气滞痰阻。治宜解郁化痰降逆。方用二陈汤加减：陈皮10g，半夏、茯苓各15g，炙甘草8g，桔梗、旋覆花（包）、代

赭石（先煎）、白芍、川芎、香附、醋柴胡各 10g，日 1 剂，水煎服。3 剂后，胸胁胀满大有好转，咽喉堵憋似减轻，续进 12 剂症状消失而愈。

按：本病属中医“痰郁”、“梅核气”范畴，主要病机为肝之疏泄失职，升发不及，气滞湿阻，聚而成痰，痰气交阻于咽喉。故以二陈汤理气化痰，配旋覆花、代赭石化痰降逆，白芍、川芎、香附、醋柴胡柔肝解郁，药切病机，而获良效。

参考文献

- [1] 叶伊琳. 中西医结合的方法治疗突发性耳聋 30 例. 安徽中医学院学报, 2000, 19 (5): 27
- [2] 杜长河. 中医药治疗分泌性中耳炎 60 例. 中国中医急症, 2007, 16 (9): 1146
- [3] 宋长新. 中医药治疗渗出性中耳炎. 湖北中医杂志, 2000, 12 (11): 35
- [4] 连荣华, 任世明. 二陈汤加味治疗失音 1 例. 江西中医, 1995 年增刊: 79
- [5] 张群, 张远芬, 任泽梅. 中西医结合治疗慢性喉音疗效观察. 湖北中医杂志, 2005, 27 (3): 27
- [6] 杨衍铭. 中药治疗内耳眩晕症 60 例疗效小结. 长江大学学报, 2005, 2 (3): 65
- [7] 彭建雄. 加味二陈汤合西比灵治疗梅尼埃病 45 例. 四川中医, 2002, 20 (4): 50
- [8] 濮欣, 何健生. 加味二陈汤治疗喉源性咳嗽 206 例. 中医研究, 2005, 18 (5): 33
- [9] 赵菊香. 二陈汤的临床新用. 黑龙江中医药学报, 2003, 2: 37
- [10] 孙福栋, 姜鸿雁. 二陈汤临床应用举隅. 河北中医药学报, 2001, 16 (3):

口腔科病证

一、口疮

口疮有广义和狭义之分，广义是指继发于其他疾病的一种症状，狭义是指以局部病变为主，并伴随相关脏腑功能失调的一类症候群。

【病案举例】

王某，男，35岁。半年前因与人争执大怒，后出现反复发作的口腔及舌部溃疡，常感燥热汗出，双目干涩难耐，口渴多饮，心情烦躁，夜寐不安，有痔疮病史，常便带鲜血。曾服龙胆泻肝丸等中成药，便血等症好转，但口疮依旧。望之唇红，舌尖红、苔黄腻，脉弦滑。辨为肝胃郁热，遂投以石膏20g（先煎）、藿香15g、栀子6g、防风6g、黄连6g、黄芩6g、陈皮10g、半夏10g、茯苓15g，6剂。

二诊诉：服药后，口疮愈合速度较以往稍快，余症同前。又以原方稍事加减，6剂。三诊时病情仍无变化。患者未再诊。

按：本病人证属肝郁化火、脾胃湿热。患者是青年男性，既有肝胃郁热，又肝郁化火、肝火上炎的特征。处方既清肝胃之火，又兼健脾化痰，取效较佳。

二、舌体硬结

【病案举例】

患者，女，50岁，1992年10月初诊。素有萎缩性胃炎、慢性肾小球肾炎及月经失调等病史。自诉舌体有硬结疼痛，妨碍进食，打嗝，纳呆，口干，脘腹胀满，大便秘结，3~5日一行。查：舌体的脾胃区域靠近肝胆经有一红色结节，稍高于舌面，边缘清楚，手触稍硬，触之痛甚，如绿豆大小，舌质红绛、苔微黄腻，脉弦细。处方：陈皮10g，半夏6g，茯苓10g，黄芩10g，黄连6g，薄荷6g（后下），丹参20g，降香10g，砂仁6g，川朴花10g，枳壳10g，甘草6g，水煎分2次服，4剂。

二诊：自觉舌之疼痛减轻，摸之硬结渐小，打嗝、纳呆、脘腹胀满均好转，口仍干，大便每日行1次，原方继服4剂。舌无疼痛感觉，硬结已无，余症均告愈。舌质红、苔薄白，脉细无力。虑患者素体虚弱，宜少服寒凉破气之品，原方去黄芩、黄连、薄荷、川朴花，加白术、麦冬、天冬各10g，7剂。药尽告愈，追访至今未见复发。

按：本案乃临床少见之症，起因于心脾积热，气滞血瘀。正如《外科心法要诀》曰：“舌证发于心脾经，其热皆由积热成。”本案由于素体脾胃虚弱，津亏血少，加之近日情绪不畅，肝气郁结，郁而化火，痰热内生，结于舌体而成此症。木郁克土，则见打嗝、纳呆、脘腹胀满、大便干结等征象。方中加味二陈汤以清热燥湿，丹参、降香、砂仁、枳壳、川朴花以行气活血，诸药合用，使气血通畅，积热得除，诸病可愈。

三、地图舌

地图舌又称为游走性舌炎、剥脱性舌炎，是一种舌部浅层的慢性炎症，是4~5岁幼童比较常见的一种口腔疾患。其发病原因不明，在儿童与消化不良、肠道寄生虫、B族维生素缺乏有关；在成人与月经周期、贫血、胃肠功能紊乱、精神情绪不稳定、过度劳累、病灶感染有关；另外还可能与遗传有关。

【病案举例】

1. 高某,男,54岁。2002年3月10日初诊。主诉舌痛3个月。1年前发现舌面呈“地图状”,常口干口黏,近3个月症状加重,且有舌面刺痛不知味,因痛而惧进食,伴发口腔黏膜溃疡,牙龈红肿疼痛,纳呆,口干口臭,只欲进食果菜,心烦失眠,便黏不爽。诊患者舌尖略红、舌苔白腻花剥,脉沉细。投以石膏20g(先煎)、藿香10g、栀子6g、黄连6g、升麻6g、生地黄10g、牡丹皮10g、陈皮10g、茯苓15g、半夏10g、甘草5g,3剂。

2002年3月14日二诊。口腔溃疡已愈,舌痛及牙龈红肿明显减轻。纳谷知味,排便较前爽快。舌尖略红,苔白腻,舌苔剥脱面积减小至原1/2左右,脉沉细。继服上方6剂后,症状全部消失。

按:本病人证属脾胃湿热,血热津伤。

2. 朱某,男,56岁。2002年1月7日初诊。主诉1个月前无明显诱因渐发舌痛,进行性加重,当与上腭黏膜接触时舌面有“脱皮样”黏着感,伴难以名状之不快。略进辛辣、温热、冷硬等刺激性食物时,舌面灼痛,苦不堪言。曾屡服牛黄解毒丸、牛黄清心丸,并以此药稀释后涂舌,丝毫无效。仔细询问病史,发现患者近1年来常有纳呆,口干不欲饮,心情不快,夜眠不安,大便初硬后溏,黏滞不爽。望之形体充盛,语声洪亮,急躁痛苦面容,面色晦黯。舌胖嫩,苔薄灰白斑剥,约1/3面积的舌苔完全剥脱,呈现不规则“地图状”,露出嫩红色舌体,脉弦滑数。投以石膏20g(先煎)、藿香10g、栀子6g、黄连6g、防风6g、知母10g、陈皮10g、半夏10g、茯苓15g、甘草5g,7剂。

2002年1个月14日二诊,诉服上药2剂时,大便始爽,腹中畅快,随之舌痛逐渐减轻,纳谷始香,喜饮水,夜眠较前安稳;服7剂后,舌面灼痛及脱皮感完全消失,大便通畅。守方6剂以巩固疗效。

按:本病人证属脾胃湿热,心火上炎,隋·巢元方《诸病源候论·口舌疮候》:手少阴,心之经也,心气通于舌;足太阴,脾之经也,脾气通于口;指出“脏热盛,热乘心脾,气冲于口与舌,故今口舌生疮。”对与口疮相关的脏腑进行了定位。故治疗以发散脾经伏火多可奏效。

四、舌面干涩

【病案举例】

陈某，女，49岁。2002年9月2日初诊。主诉舌面干涩难耐1个月，伴口黏口干不欲饮，纳谷不知味，夜眠不安，大便2~3日一行，黏滞不爽。经多方求治不效而来诊。望之患者面色萎黄，有黄褐斑。舌淡胖大、舌苔灰白薄腻，脉沉细滑。投以石膏20g（先煎）、藿香15g、栀子6g、防风6g、黄连6g、陈皮10g、半夏10g、茯苓15g、甘草5g，3剂。

2002年9月9日二诊，诉舌涩明显减轻，纳谷始知味，大便畅，1~2日一行。望之患者面部色斑变淡，舌淡、苔灰白薄腻，脉沉滑。继服上方7剂后，诸种不适消失。

五、舌下囊肿

舌下囊肿是由于舌下腺导管阻塞，唾液潴留所引起，通常先起于一侧口底舌下区，增大时可扩展于对侧，有时也可扩展至颌下或同侧颌下部。囊肿位于口底黏膜的深面，呈淡黄色、半透明的柔软包块。触诊有波动感，无压痛，增长缓慢。囊肿很大时，可影响说话、吞咽甚至呼吸。如并发感染可有疼痛等炎症表现。囊肿破裂时，溢出蛋清样黏稠液体，包块消失，但可复发。

【病案举例】

某男，10岁，1997年9月1日就诊。半年前无明显诱因舌下忽生肿物，在当地医院诊为舌下囊肿，并手术摘除。术后3天肿物复渐长出，状如前，遂来我院治疗。查见患儿虚胖，舌下系带一侧有一肿物突出于舌根之外，呈圆形，不红，无触痛，约1.5cm×2cm大小。舌尖红、苔黄略腻，脉缓。根据患儿舌苔脉象，及平素喜食肥甘油腻之物，辨证为湿热蕴积心经，发于舌下。治宜清热燥湿、化痰散结，方予二陈汤、导赤散加味。药用：陈皮9g，清半夏9g，茯苓15g，白芥子6g，生地黄12g，竹叶6g，通草6g，生薏苡仁30g，白花蛇舌草15g，生牡蛎15g，夏枯草10g，浙贝母9g，川黄连3g，生甘草3g。水煎服，日1剂。服药6剂。

二诊：肿物略减，约 $1.5\text{cm} \times 1.5\text{cm}$ ，余同前。上方去浙贝母、夏枯草，加泽泻 9g，继服 6 剂。

三诊：舌下囊肿渐消。上方加皂角刺、赤芍各 10g，半枝莲 15g，以加强清热散结之效。继服 16 剂舌下囊肿完全消失如常人。随访半年未复发。

按：舌下囊肿，《医宗金鉴》载：“痰包每在舌下生，结肿绵软似匏形，胀痛舌下妨食语，火稽痰涎流注成。”指出“痰包”（舌下囊肿）乃痰湿蕴积，心经郁热所致。舌为心之苗，心开窍于舌，又足太阴脾经循行于舌，连舌本，散舌下。患儿舌尖红，示心经有热；苔黄略腻，示脾有湿热。故投二陈汤、导赤散加味。用二陈汤燥湿化痰，为正本清源之法；导赤散加黄连，使湿热从小便而去，又能清心经之火；白芥子善去皮里膜外之痰，薏苡仁清热利湿，生牡蛎、夏枯草、浙贝母、皂角刺、赤芍、半枝莲、白花蛇舌草均具有软坚化痰、散结解毒消肿之效。诸药相伍，共奏清心热、燥脾湿、散痰结之功。药证相符，故病除。

六、舌下神经麻痹症

舌下神经麻痹症指神经系统疾病引起舌下神经损害，出现舌肌麻痹。多发生于一侧舌下神经麻痹，表现为舌肌萎缩、瘫痪，伸舌时舌头伸向患侧，常同时伴有迷走神经及舌咽神经受损的症状，出现吞咽困难、吞咽障碍、声带麻痹、构音障碍等后组颅神经损害的表现。

【病案举例】

李某，男，44 岁，1991 年 5 月 4 日诊。舌麻木 2 个月，由边及中，延及舌体，日益加重，不堪疼痛，心烦少寐，舌下有紫气，舌红、苔白腻，脉细弦。口腔科诊为舌下神经麻痹症。此乃心火灼痰，滯涩经络而致。治宜清火化痰，通络除痹。方用二陈汤加味：半夏、陈皮、枳实各 10g，茯苓 20g，黄连、胆南星、竹茹、木通、甘草各 6g。6 剂已，舌麻渐收，唯舌尖不仁，舌下紫气稀少、苔白，脉滑，此痰火尚未涤清，继前方加丹参 15g，调理 3 周，病势日益转机而愈。

按：本案中医称为“舌痹”。心开窍于舌，五行属火，随七情郁

结，心火灼痰，滞涩经络，则舌自痹。故用二陈汤加味主治。方中半夏、陈皮化痰利气，气顺则痰降；痰又由湿生，以茯苓而渗之，湿去则痰消；中不和则痰涎聚，以甘草而缓之；丹参、胆南星、竹茹助半夏而清热通络以开痰；枳实以降下，木通、黄连苦寒使心火降。如此诸药相合，即火清痰化，故舌痹自愈。

参考文献

- [1] 李方洁. 泻黄散合二陈汤治疗口疮案例分析. 中国临床医生, 2006, 34 (3): 49
- [2] 王奎. 加味二陈汤治疗舌体硬结 1 例. 天津中医, 1995, 12 (3): 43
- [3] 王延泉, 夏立红, 李华. 舌下囊肿. 山东中医杂志, 2001, 20 (2): 120
- [4] 梅大钊. 二陈汤加味在临床中的应用. 江西中医药, 1994, 25 (1): 33

一、泪腺炎

急性泪腺炎临床上较少见，多为单侧发病，系睑部、眶部或全部泪腺的急性细菌性或病毒性感染所致。原发感染者可自结膜囊经泪腺管侵入，发病前可有急性腮腺炎、流行性感冒等急性感染性疾病。继发者可因外伤或面部感染所引起。有的原因不明。常见于儿童及年轻人。慢性泪腺炎在临床上较急性泪腺炎普遍，常与全身感染有关。

【病案举例】

1. 某男，27岁，双上睑红肿伴流泪反复发作半年，经门诊多次用抗生素和激素治疗，仅获短时好转，停药或药物减量后又复发如初，于1993年4月1日收入院治疗。检查：双眼视力均1.5，双上睑充血肿胀，以右侧为著，球结膜充血，穹窿结膜充血水肿，双上眶缘处均可扪及约1cm×2cm大小肿物，其上部隐于眶缘内，边界清楚，质中等硬，状若尖向下之舌形，表面有结节高低不平，活动度不佳，轻微压痛。双侧眼球向上方转动受限。屈光间质透明，眼底无异常。翻转上睑眼球下转，可见肿物自上穹窿处膨出。全身检查未见异常。眼眶X线正位片示双眼眶大小正常，

眶骨壁无异常。CT 检查见双眼泪腺窝内均有一实质性肿物。胸部 X 线片无异常。血尿常规检查、血沉、嗜伊红细胞计数、免疫功能检验等均在正常范围。诊断：双眼亚急性泪腺炎。治疗：10% 葡萄糖注射液 500ml + 青霉素 640 万 U + 地塞米松 10mg 静脉滴注，每日 1 次；链霉素 0.5g 肌肉注射，每日 2 次；吲哚美辛（消炎痛）25mg，氯化钾 0.5g，每日 3 次。治疗 10 天睑红肿及结膜水肿消退，肿块缩小至 0.5cm × 0.5cm 且变软，减地塞米松为 5mg，其他治疗不变。治疗 20 天诸症消失，肿物触不到，故停止静脉滴药，改为青霉素 80 万 U 肌肉注射，每日 2 次，泼尼松口服 20mg 每日 1 次，至第 23 天即发现双眼诸症又起，再用大剂量抗生素和激素不见疗效。故改清热健脾补气、软坚化痰散结治疗，用二陈汤加减：金银花 30g、蒲公英 30g、陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 10g、生黄芪 20g、炒白术 10g、桔梗 10g、白芷 10g、海藻 10g、昆布 10g，连用 20 剂，诸症消失。继续服 5 剂巩固疗效，痊愈出院，随访 2 年余未再复发。

2. 某女，42 岁，双眼上睑红肿疼痛伴流泪半月，于 1993 年 5 月 16 日来本科门诊。检查：双眼泪腺窝肿块约 1cm × 1.5cm 大小，余症均类似病案 1。故亦采用二陈汤加减，治疗 23 天痊愈，继服 5 剂巩固疗效。随访 2 年余未再复发。

按：中医五轮学说认为眼胞在脏属脾，因脾主肌肉又称肉轮，肉轮疾患与脾胃有关。白睛红赤症见肺与大肠实热，更兼局部肿块，治则应清热健脾、软坚化痰散结，从而起到标本兼治作用。抗生素治疗效果不好的病例仍可用中药治愈。

二、视神经萎缩

视神经萎缩是眼科的常见病，由各种原因引起的视网膜视神经细胞轴索退行性变所致，不论其是否伴有胶质细胞增生，统称为视神经萎缩。该病以视功能损害及视乳头颜色苍白为其主要特征。相当于中医的“青盲”。

【临床应用】

王国强等以二陈汤为主对 140 例视神经萎缩患者进行了系统的辨证论治，疗效满意。140 例门诊病人，其中男 83 例，女 57 例；年龄

最小20岁,最大70岁;病程最短1个月,最长2年。治疗组:采用单纯中药治疗,辨证与辨病相结合,治疗以二陈汤为主组方。偏湿重者,重用半夏、茯苓、陈皮;兼气滞者,加香附、郁金;兼血瘀者,加桃仁、红花;兼肾虚者,加菟丝子、川牛膝、熟地黄。水煎服,每日1剂,1日3次,1个月为1个疗程。结果总有效率达83.6%。

按:五脏六腑精气通过经络脉道皆会于眼,精气不充,脉道闭阻,睛珠失养可诱发该病。临床治疗上以先疏通脉道,再补养精气血为大法。二陈汤理气化痰,健脾利湿,疏通脉道;后期加用益气养血中药能收到较好疗效。

三、睑板腺囊肿

睑板腺囊肿是临床常见多发病。睑板腺囊肿属中医学“胞生痰核”范畴,病位在胞睑,胞睑属脾,故发病多与脾有关,病因为脾失健运、水湿不化、湿聚生痰;或过食辛温肥甘酿成湿热,灼湿生痰。痰湿或痰热上阻,胞睑脉络与气血互结而成痰核。

【临床应用】

张智军对手术治疗不愈而反复发作的睑板腺囊肿18例用加味二陈汤治疗,效果较好。本组病例均以1个月内双眼或单眼反复发作2次以上为观察对象,共18例24只眼。其中男11例,女7例。6例为双眼发病。年龄3~28岁。睑板腺囊肿在上睑者9例,下睑者6例,上下睑同时发生者3例。复发2次者12只眼,3次者8只眼,4次者4只眼。单纯性囊肿10例,化脓感染5例,突破皮肤后增殖成肿块3例。所有病例在应用中药治疗前均接受过手术治疗而再发生。自拟加味二陈汤组成:陈皮12g,制半夏10g,茯苓10g,炙甘草3g,青皮10g,香附10g,赤芍12g,贝母10g,夏枯草10g。每日1剂,小儿剂量酌减。药液内服,药渣湿热外敷。2周为1个疗程。结果:用中药治疗1个疗程,半年内无复发者为治愈;半年内复发1次者为好转;1个月内复发1次以上为无效。本组治愈16例;好转2例,继服上方2个疗程后痊愈。

四、中心性浆液性脉络膜视网膜炎

中心性浆液性脉络膜视网膜炎属一种常见的眼底病变，与中医学记载的“视瞻昏渺”、“青盲”、“视直如曲”、“视惑”、“视正偏斜”等相似。致病因多种多样，与血管痉挛、局部血循环障碍、精神过度兴奋或紧张、脑力和体力劳动过度、过敏反应、感染性病灶及内分泌障碍等有关。

【临床应用】

1. 廖玲自1992~1996年，用加味二陈汤治疗荧光血管造影确诊的中心性浆液性脉络膜视网膜炎38例，取得了一定疗效。本组38例中，男25例，女13例；年龄最小者10岁，最大者60岁；病程最短者3天，最长者1年；均为住院病人。加味二陈汤药物组成：法半夏15g，陈皮10g，茯苓15g，白术10g，泽泻10g，甘草5g。水肿明显者加猪苓10g，车前子10g，白茅根20g；气虚明显者加党参15g；食滞者加神曲10g，谷芽15g，山楂10g；肝肾不足者加枸杞子15g，菟丝子10g。每日1剂，水煎2次，10剂为1个疗程。结果本组38例中，临床治愈29例，好转6例，无效3例；总有效率为92.1%。

2. 袁志冲近10年来，采用昆藻二陈汤治疗复发性中心性视网膜炎38例，取得较好疗效。本组38例中，男22例，女16例；年龄最小18岁，最大56岁，平均42岁；发病于右眼28例，左眼10例；病程最长3年，最短6个月。全部病例经一般治疗后黄斑水肿消失，出现硬性渗出或瘢痕，视力难以增进。昆藻二陈汤组成：法半夏9g，陈皮9g，茯苓9g，炙甘草6g，乌梅10g，昆布12g，海藻10g，牡蛎30g（先煎），胆南星10g，枳实10g，生姜3片。临床加味：双目干涩，头晕耳鸣者，加黑芝麻、制何首乌；口干引饮，大便燥结，小便黄赤，舌红、苔黄者，加知母、栀子；舌红、苔少，五心烦热，脉细数者，加生地、麦冬。治疗结果：显效18眼占47.37%，好转16眼占42.11%，无效4眼占10.52%。视力开始好转最少服15剂，最多服38剂，平均22剂。

【病案举例】

1. 黄某，男，31岁。近日来视远视近不清楚，眼前似有薄纱遮

挡,视物有轻微变形,伴精神倦怠,四肢乏力,食欲不振,检查:左眼视力0.4,右眼1.5,左眼底见黄斑区弥漫性水肿,有明显的椭圆形反光圈,隐约可见少量点状渗出,中心反光不可见,舌质淡、苔白腻,脉濡缓。中医诊断为视瞻昏渺;西医诊断为左眼中心性视网膜炎。证属脾虚失运,痰浊上泛。方用加味二陈汤:法半夏15g,陈皮10g,茯苓15g,白术10g,泽泻10g,甘草5g。每日1剂,服15剂后,眼前暗物消失,视物较前清楚,已无变形,查左眼视力1.0,黄斑区水肿基本消退,点状渗出物明显减少,光反射可见。继服原方加枸杞子15g、菟丝子10g、昆布6g、海藻6g,服10剂后,复查左眼视力1.5,眼底荧光造影正常。

按:本病的发病机制和治疗方法,虽众说纷纭,但笔者认为此病是脾失健运、水湿痰浊上泛于目,次为肝肾不足。因此在治疗上应着重从脾、从水湿痰浊论治,用二陈汤加健脾利水渗湿之品。若中、末期点状渗出多者加消痰软坚之品,后期在黄斑区往往留下一些色素,故尚应兼治肝肾。

2. 季某,男,38岁,矿工。1991年8月5日就诊。患者于1989年患中心性视网膜炎,在徐州矿务局医院治愈后于1991年7月复发。现诊得:远视力,右4.6,左5.1,右眼黄斑区轻度水肿,有黄白色渗出点,中心反光阴性。先用六味地黄汤加味治疗2周,右眼视力由4.6增加到4.8,续用原方加减,黄斑水肿消失,然而仍见有硬性渗出,中心反光出现,视力难以上升。随之改用昆藻二陈汤加知母、栀子各10g,连服30剂以后视力由4.6提高到4.9,再服35剂后视力恢复到5.1,黄斑部除见有少量散在硬性渗出外,未见其他病理性改变。随访迄今视力巩固在5.1。

按:本病属中医学“视瞻昏渺”、“视瞻有色”等范畴。本着治病求本的原则,以化痰、软坚、散结为基本方法治疗本病。关于甘草与海藻相反问题,虽然近年来国内学者屡有报道加以否定,但读者在临床应用时尚应慎重。

五、Graves 眼病

Graves 眼病是一种与免疫功能有关的慢性进行性眼眶炎症,病情

迁延难愈，相当于中医的“顴眼凝睛”。Graves 首先认识了甲状腺功能亢进与眼部的临床表现之间的关系，故称为“Graves 眼病”。多数 Graves 眼病具有明显的甲状腺功能亢进、甲状腺肿大及眼部临床表现。

【临床应用】

黄立等采用中西医结合的方法治疗本病 22 例，收到较好效果。本组共 22 例 37 只眼，其中双眼 15 例 30 只眼，单眼 7 例 7 只眼；男 10 例，女 12 例；年龄最小 20 岁，最大 52 岁，平均 37.3 岁；病程 2 个月~2 年半；门诊治疗 18 例 30 只眼，住院治疗 4 例 7 只眼。有 6 例 10 只眼已在外院做甲状腺功能检查正常；CT 检查提示患眼 2 条或以上眼外肌呈梭形肿大，肌腱止端不肥大，眶尖部密度增高，其中有 3 例 5 只眼还同时做眼 B 超检查显示患眼多条眼外肌肥大，球后脂肪光团一致性扩大而确诊为眼型 Graves 病，并内服激素治疗，其中有 2 例已出现库欣综合征。中药以化痰散结、软坚祛痰为主，药用化坚二陈汤加减，基本方：陈皮、当归各 5g，法半夏、茯苓、僵蚕、枳壳、天南星、红花各 10g，昆布、海藻各 5g。全身辨证用药：有热象者加夏枯草、黄芩各 10g；有阴虚表现者加玄参 10g、生地黄 20g；脾气虚者加党参 20g、白术 10g；有气滞血瘀表现者加桃仁、赤芍各 10g。每天服 1 剂，复煎。并辅助以少量的激素。结果：本组 37 只眼中显效 25 只眼（67.6%），有效 6 只眼（16.2%），无效 6 只眼（16.2%），治疗观察时间最长 2 个月。其中在本院就诊前已出现库欣综合征的 2 例患者失眠症状消失，满月面容和粉刺减轻；伴高血压的 1 例血压恢复正常；伴泪腺脱垂的 1 眼泪腺还纳眶内。

按：运用现代中药药理学的研究成果，在不违背治疗原则的基础上，适当选用具有免疫调节作用和促进炎性渗出物吸收的药物，有助于提高疗效。如本组处方中的茯苓、枳壳、当归、党参、红花、黄芪、昆布、海藻和僵蚕等。

参考文献

- [1] 殷景义，刘兴强．二陈汤加减治愈双眼亚急性泪腺炎 2 例．中国中医眼科杂

志, 1996, 12 (1): 55

- [2] 王国琴, 李荣. 二陈汤为主治疗青盲 140 例. 中医研究, 2005, 18 (4): 45
- [3] 张智军. 加味二陈汤治疗复发性睑板腺囊肿. 中国中医眼科杂志, 1996, 6 (2): 95
- [4] 廖玲. 加味二陈汤治疗荧光血管造影确诊的中心性浆液性脉络膜视网膜炎 38 例. 湖南中医杂志, 1997, 13 (2): 63
- [5] 袁志冲. 昆藻二陈汤治疗复发性中心性视网膜炎 38 例. 江西中医, 1996, 17 (9): 18
- [6] 黄立, 梁启伦, 黎小妮. 中西医结合的方法治疗本病 22 例. 中国中医眼科杂志, 2000, 10 (4): 223

下

篇

实验研究



第一章

二陈汤中单味药的现代研究概况

二陈汤（《太平惠民和剂局方》）处方：半夏（汤洗7遍）、橘红各5两，白茯苓3两，甘草（炙）1两半，为粗散每服4钱，用水一盞，同煎6分，去渣，热服，不拘时候。为燥湿化痰的主导方剂，用治湿痰为患，恶心呕吐，头眩心悸。

现代用方：制半夏15g，陈皮15g，茯苓9g，炙甘草6g，水煎服。功效为燥湿化痰，理气和中。主治湿痰咳嗽。

关于此方，我们首先介绍方中各个单味药的现代研究概况。

一、半夏

1. 概述

本品为天南星科植物半夏 *Pinellia ternate* (Thunb) Breit. 的干燥块茎。夏、秋二季采挖，洗净，除去外皮及须根，晒干。全国各省区均有分布。

性味归经：辛，温，有毒；归脾、胃、肺经。

功能主治：燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结。用于痰多咳喘，痰饮眩悸，风痰眩晕，痰厥头痛，呕吐反胃，胸脘痞闷；梅核气证。姜

半夏多用于降逆止呕；法半夏多用于燥湿化痰。本方所使用的即为法半夏。

2. 化学成分

半夏含半夏淀粉 75.74%、辣性物、半夏蛋白、半夏胰蛋白酶抑制物、苷类、甾类、甾类、内酯类、草酸钙等，尚含有以下几种物质：氨基酸计 16 种，有天门冬氨酸、苏氨酸等，脂肪酸有棕榈酸、硬脂酸、油酸、亚麻酸等。无机元素计 18 种，有铝 (Al)、铁 (Fe)、钙 (Ca)、镁 (Mg)、钾 (K)、钠 (Na)、钛 (Ti)、锰 (Mn)、磷 (P)、锌 (Zn) 等。生物碱主要含有 L-盐酸麻黄碱(L-ephedrinehydrochloride)。

3. 成分分析

(1) 薄层色谱法： β -谷甾醇的测定。精称 5g，50ml 75% 的乙醇回流提取 3h，过滤，滤液回收乙醇后用氯仿萃取 3 次，并定容至 10ml。于硅胶板上点样，对照品随行对照，展开剂为氯仿-甲醇-乙酸乙酯 (50:3:1)，展距 18cm，显色剂为 0.5% 磷钼酸乙醇液。结果 β -谷甾醇在 0.575 ~ 0.9 μ g 范围内线性关系良好。

(2) 高效液相色谱法：鸟嘌呤核苷的测定。色谱柱为 C 柱，流动相为水-乙腈 (60:40)，检测波长 254nm。

4. 炮制研究

半夏炮制品有法半夏、姜半夏、清半夏、水半夏。其中生物碱含量依次为生半夏 > 法半夏 > 姜半夏 > 清半夏 > 水半夏；氨基酸含量依次为清半夏 > 姜半夏 > 生半夏 > 法半夏；而有效成分鸟苷在炮制过程中有较大的损失。

生半夏对咽喉有强烈的刺激，而其炮制品则大大降低。所以，我们还应做进一步研究，保证半夏炮制品在降低毒性的同时，确保疗效。

5. 药理作用

(1) 镇咳作用：对电刺激猫喉上神经或胸腔注入碘液所引起的咳嗽有明显的抑制作用。其作用部位系抑制咳嗽中枢所致，镇咳作用与可待因相似但较弱。

(2) 镇吐和催吐作用：其镇吐机制可能为抑制呕吐中枢所致，

其催吐作用系半夏生用研究所得。

(3) 调节胃肠功能及利胆：半夏能显著抑制小鼠的胃液分泌，降低胃液酸度，能抑制应激性胃溃疡的发生，能显著增强肠道蠕动，但在离体肠管中对乙酸胆碱、组胺、氯化钡所引起的肠平滑肌收缩有拮抗作用，所以对胃肠功能有调节作用。

此外半夏尚有降低眼内压、抑制心脏、抗心律失常、抗早孕等作用。

二、陈皮

1. 概述

药材分为“陈皮”和“广陈皮”。果实成熟后，剥取果皮，晒干或低温干燥。长江流域以南各地均有栽培。

性味归经：苦，辛，温；归肺、脾经。

功能主治：理气健脾，燥湿化痰。用于胸脘胀满，食少吐泻，咳嗽痰多。

2. 化学成分

主要含挥发油和黄酮类成分。

(1) 挥发油：含量为 1.5% ~ 2.0%。主要有 α -侧柏烯 (α -thujene)， α -蒎烯 (α -pinene)， β -蒎烯 (β -pinene)， β -月桂烯 (β -myrcene)，柠檬烯 (limonene) 等。

(2) 黄酮类：橙皮苷 (hesperidin)，新橙皮苷 (neohesperidin)，柑橘素 (tangeretin)，枸橼醛，庸香草酚和 β -谷甾醇 (β -sitosterol)。此外还含有辛弗林 (synephrine)。

3. 成分分析

(1) 薄层层析：选正丁醇-冰醋酸-水 (4:4:1) 为展开剂，上行法展开，展距 17cm，以分离样品中橙皮苷及其他成分。

(2) 高效液相色谱法：陈皮苷的测定。精称 5g 药材，50ml 75% 乙醇回流提取 3h，过滤，滤液回收乙醇后用甲醇定容至 10ml。色谱柱为 C 柱，柱温 20℃。流动相为甲醇-水 (45:55)，流速为 1.5ml/min，检测波长 288nm。

4. 炮制研究

通过对不同炮制品的含量测定,发现炮制对其挥发油的物理性质和含量都有较大的影响,即化学组分并无质的变化,但相对含量有所降低;而橙皮苷的含量却有所增加。由此可以说明陈皮的炮制是合理的,其目的是为了扩大用药范围,更好的适应临床。而通过不同存贮期的陈皮外观形状及其有效成分橙皮苷和挥发油的定性定量测定,发现其黄酮成分基本相同,但橙皮苷含量相差较大,放置时间越长,其橙皮苷含量越高;挥发油含量稍有降低。至于是否合理,是否影响疗效,有待进一步研究。本方我们选择放置时间较长的切制的干燥陈皮。

5. 药理作用

(1) 祛痰、平喘作用:陈皮所含挥发油有刺激性祛痰作用,有效成分为柠檬烯。

(2) 对消化系统的作用:陈皮为健脾理气要药,对消化系统呈现多种药理作用。能抑制离体小肠运动。静脉注射对在体胃肠运动亦表现抑制效果。能促进大鼠正常胃液的分泌,有助于消化。体外试验证明,能使人唾液淀粉酶活性增高。对大鼠结扎幽门形成胃溃疡模型,有明显预防作用,并能抗病理性胃液分泌增多,可增加胆汁及胆汁内固体物的排泄量。

此外尚有扩张冠状血管、增加冠脉流量、抗炎等作用。

三、茯苓

1. 概述

本品为多孔菌科真菌茯苓 *Poria cocos* (Schw) Wolf 的干燥菌核。分布较广。

性味归经:甘、淡,平;归心、肺、脾、肾经。

功能主治:利水渗湿,健脾宁心。用于水肿尿少,痰饮眩悸,脾虚食少,便溏泄泻,心神不安,惊悸失眠。

2. 化学成分

(1) 多糖类:茯苓中茯苓糖为主成分,含量为 84%,硬脂含 0.68%,纤维素含量为 2.84%。其中 β -茯苓聚糖(β -pachyman)

为主要成分。

(2) 三萜类：茯苓中含有 20 多种四环三萜，可分为两种类型：羊毛甾烷三萜烷 (lanostantriterpenr) 和 3, 4 开环 - 羊毛甾烷三萜烯型 (3, 4 - seco - lanostan - triterpne)。

另含 O - 乙酰茯苓酸、 β - 香树酯醇乙酸酯，茯苓中的去氢酸含量在 0.013% ~ 0.034% 之间。

此外还含有脂肪酸、甾醇和一些无机成分。

3. 成分分析

反相高效液相色谱法：茯苓素的测定，色谱柱为 C 柱，柱温为室温，流动相为 5% 醋酸水溶液 - 乙腈 - 甲醇三元流动相线性梯度洗脱，检测波长 254nm。

4. 药理作用

(1) 利尿作用：近年研究发现，茯苓素具有和醛固酮及其拮抗剂相似的结构，体外试验发现，茯苓素可与大鼠肾胞浆膜醛固酮受体结合，体内也能拮抗醛固酮活性，能提高尿中 Na^+/K^+ 比值，因此茯苓素可能是一种醛固酮受体拮抗剂，是茯苓利尿的有效成分。

(2) 镇静作用：能增强硫喷妥钠对小鼠的中枢抑制作用，使麻醉时间显著延长。

此外尚有增强机体免疫功能、抗肿瘤作用、防治胃溃疡、保肝作用、抗炎作用、抗病原体作用。

四、甘草

1. 概述

本品为豆科植物甘草，干燥根及根茎。春、秋二季采挖，除去须根，晒干。分布于我国的华北、东北和西北。

性味归经：甘，平；归心、肺、脾、胃经。

功能主治：补脾益气，清热解毒，祛痰止咳，缓急止痛，调和诸药。用于脾胃虚弱，倦怠乏力，心悸气短，咳嗽痰多，脘腹、四肢挛急疼痛，痈肿疮毒，缓解药物毒性、烈性。炙甘草补脾益气复脉，用于脾胃虚弱，倦怠乏力，心动悸，脉结代。

2. 化学成分

(1) 三菇类：主要为三菇皂苷甘草酸和一些甘草次酸。

(2) 黄酮类：主要有甘草素、异甘草素等，是抗溃疡、镇痉的有效成分。

另外还有生物碱类，多糖类，香豆素类，甾醇等。

3. 成分分析

高效液相色谱法：甘草酸的测定取药材 2g，10% 乙醇回流提取 2h，过滤，滤液回收乙醇，并用甲醇定容，作为样品溶液。色谱柱为 C 柱，流动相为甲醇 - 水 - 36% 醋酸 (58:42:2)，检测波长为 254nm。

4. 药理研究

(1) 镇咳祛痰作用：甘草浸膏口服后能覆盖在发炎的咽部黏膜上，缓和炎症对它的刺激，达到镇咳作用。甘草次酸胆碱盐对豚鼠吸入氨水和电刺激猫喉上神经引起的咳嗽均有明显的镇咳作用，故认为其止咳与中枢有关。甘草还能促进咽部和支气管黏膜分泌，使痰易于咳出。

(2) 肾上腺皮质激素样作用：其机制有：①可降低肾上腺中维生素 C 含量，促进皮质激素的合成；②甘草次酸在结构上与皮质激素相似，能竞争性地抑制皮质激素在肝内的代谢失活，从而间接提高皮质激素的血药浓度，故有肾上腺皮质激素样作用。

(3) 对消化系统的作用：有抗消化性溃疡作用、解痉作用、保肝作用。

(4) 抗炎、抗变态反应作用：具有皮质激素样抗炎作用，能抑制被动皮肤过敏反应。

此外尚有抗心律失常、抗病毒、降血脂、解毒作用。

五、生姜

生姜为姜科植物姜 *Zingiber officinale* (Willd.) Rosc. 的干燥茎。生姜为鲜根茎。其药理作用如下：

(1) 镇咳祛痰作用：生姜挥发油对豚鼠离体气管平滑肌有松弛作用，姜烯酮有镇咳作用，生姜醇提液对呼吸中枢有兴奋作用。

(2) 对消化系统的影响：促进消化，保护胃黏膜，使肠管松弛蠕动减少，利胆、止吐作用。

此外尚有抗炎及提高免疫功能、抗过敏作用、抗菌作用。

六、乌梅

乌梅为蔷薇科植物梅 *Prunus mume* (Sieb.) et Zucc, 干燥近成熟的果实。现代研究发现其有抗菌、抗过敏等作用。

二陈汤的药理研究

现代研究认为二陈汤具有以下药理作用。

1. 祛痰、镇咳、平喘、抗炎作用

刘继林等以二陈汤为主化裁成“祛痰降气汤”。选择了祛痰、镇咳、平喘、抗炎等指标,并以半夏止咳糖浆、苏非咳作为对照药品进行实验研究。实验结果表明,祛痰降气汤具有明显的祛痰、镇咳作用,并呈量效关系。

2. 对内分泌的调节作用

张光丽等以二陈汤合逍遥散治疗乳腺增生,通过抑制泌乳素分泌,减少其对促卵泡成熟激素的拮抗作用恢复卵巢功能,并有调整下丘脑-垂体-卵巢轴分泌使之规律的效用。

3. 降脂作用

现代药理研究证实半夏可阻止或延缓食饵性高脂血症的形成,对高脂血症有一定的治疗作用。其中对降甘油三酯和低密度脂蛋白胆固醇的作用较显著。

陈皮所含橘皮果胶对实验性高脂血动物能降低血清胆固醇,明显减轻和改善动脉粥样硬化病变,延长动脉硬化大鼠的存活时间。橘皮果胶 3.6g/kg (1 天量) 喂饲家兔,可显著减少高脂饲料造模的主动脉粥样硬化斑块面积,并能显著减轻肝细胞脂变程度。表明橘皮果胶对高脂饮食引起的动脉硬化有一定的预防作

用。陈皮尚有较强的祛痰作用，其所含挥发油有刺激性祛痰作用，使痰液易咳出。

生姜有明显的降血脂作用，用姜提取物给大鼠灌胃，对高胆固醇症大鼠能显著降低血清和肝脏胆固醇含量，并增加胆固醇由粪排出量。生姜还有抗血小板聚集的作用，生姜经有机溶媒和水的提取物，对花生四烯酸、肾上腺素、二磷酸腺苷和胶原诱导的血小板聚集均有明显抑制作用。

甘草酸对自然高脂幼大鼠的胆固醇、甘油三酯确有降低作用，且能促进幼大鼠生长发育（体重、胸腺、脾脏、肾上腺重量均较对照组增加）；甘草酸对新鲜蛋黄液诱发的高脂血症小鼠以及对胆油饲料所诱发的小鼠、家鸽的高脂血症也有降低作用。许多实验证明甘草酸有保肝、利胆、促进肝细胞代谢等作用，对降低胆固醇含量作用最佳。甘草酸能降低高血脂以及预防高脂饮食诱发的动脉粥样硬化。

甘草甜素能使大部分高血压病人血清胆固醇下降，血压相应降低。对实验性动脉粥样硬化的大鼠，甘草甜素能降低血清胆固醇，阻止动脉粥样硬化的发展。小剂量甘草甜素在一定时间内能使实验性动脉粥样硬化家兔的血胆固醇降低，粥样硬化程度减轻，每天 20mg 能阻止大动脉及冠状动脉粥样硬化的发展。

综上所述，二陈汤方中药物大多具有降脂作用，这更为二陈汤降脂提供了药理依据。

4. 对肝功能的调解

现代研究表明脂代谢异常通常与痰和瘀相关。孙建芝等通过实验研究说明血脂水平与痰浊密切相关，认为血脂升高当可视为血中之痰浊的微观显现。宋剑南认为血胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白升高可以认为是高脂血症痰浊的物质基础。血脂在体内的过剩可引起肝细胞脂肪变性，脂肪酸损害肝细胞，从而导致肝细胞受损，氨基转移酶升高。王骏分析 120 例脂肪性肝病（FLD）患者证型和血清生化指标之间的关系发现丙氨酸氨基转移酶（ALT）和 γ -谷氨酰转移酶（ γ -GT）升高与痰湿内阻型脂肪肝有关。国外的一系列相关的研究表明血清 ALT 水平与胰岛素抵抗程度呈正相关，与胰岛素敏感性呈负相关，与糖耐量减低和糖尿病相关。从 ALT 和血糖、胰岛素抵抗的相

关性可以看出 ALT 和痰浊、瘀血亦有相关性。从微观辨证的角度可以看出, 实验中血脂、血糖、胰岛素抵抗指数的升高, 说明痰瘀互结是非酒精性脂肪肝的基本病机。ALT 的升高有可能是从功能损伤到器质病变的变化, 从痰浊向痰瘀互相转化, 从初次打击到二次打击过度的中间环节的体现。黄静娟、刘树军研究活血与化痰基础方对大鼠非酒精性脂肪肝模型基本生化指标的影响, 结果表明二陈汤可降低肝脏脏系数、胆固醇、天门冬氨酸氨基转移酶水平 ($P < 0.01$), 二陈合桃红四物汤可降低天门冬氨酸氨基转移酶、肝脏脏系数水平, 提高胰岛素敏感指数; 证实活血与化痰的基础方能从降脂、保肝、改善胰岛素抵抗等多个方面改善非酒精性脂肪肝的病理状态。

二陈汤的临床实验研究

1. 二陈汤降脂的实验研究概况

二陈汤为治湿痰的基础方，方中半夏、陈皮、茯苓、甘草相配，君臣有序，相辅相成，各彰其效。故诸多医家在阐释本方配伍关系时，皆着眼于半夏、陈皮、茯苓、甘草4药，而对该方“煎服法”中之乌梅、生姜很少论及。后世有人或考虑乌梅酸涩收敛，疑与湿痰不宜、与半夏抵触而常予舍弃；或因其属用法中的“药引子”而予以忽略。我们通过清华同方中文医学期刊杂志网，查阅了近10年来的二陈汤化痰降脂的文献报道，发现山东中医药研究院孙蓉等人做过一系列乌梅、生姜对二陈汤功效影响的实验研究，结果略述如下：

(1) 二陈汤有明显的镇咳、祛痰、平喘作用，佐入乌梅、生姜的二陈汤（半夏、陈皮、茯苓、甘草、乌梅、生姜）作用明显优于未用乌梅、生姜的二陈汤（半夏、陈皮、茯苓、甘草），作用强度为：佐入乌梅、生姜的二陈汤高剂量 > 佐入乌梅、生姜的二陈汤低剂量 > 未用乌梅、生姜的二陈汤高剂量 > 未用乌梅、生姜的二陈汤低剂量。二陈汤有明显促进胃肠蠕动的作用，佐入乌梅、生姜的二陈汤高剂量和未用乌梅、生姜的二陈汤高剂量作用强度均与橘皮竹茹汤和厚朴温中汤相当，佐入

乌梅、生姜的二陈汤高剂量作用明显优于未用乌梅、生姜的二陈汤低剂量。提示乌梅、生姜对二陈汤燥湿化痰（有形之痰）的影响较大，对二陈汤理气和中作用也有影响，但可被半夏、陈皮、茯苓、甘草剂量的加大所掩盖。

（2）用大鼠脂肪乳剂高血脂模型观察了二陈汤的降脂作用，在低密度脂蛋白、甘油三酯降低方面乌梅、生姜对低剂量二陈汤有明显的影响，佐入乌梅、生姜的二陈汤高剂量可使降低的高密度脂蛋白有升高的趋势。在小鼠蛋黄乳剂高血脂模型，佐入乌梅、生姜的二陈汤、未用乌梅、生姜的二陈汤均可使升高的甘油三酯显著降低；佐入乌梅、生姜的二陈汤高剂量可使升高的胆固醇显著降低，在胆固醇降低方面乌梅、生姜对二陈汤有明显的影响。在对甘油三酯降低方面佐入乌梅、生姜的二陈汤高剂量明显高于其他组，药物各组之间的药效作用强度有一定的剂量依赖关系，提示乌梅、生姜对二陈汤调节脂代谢有明显影响。

（3）通过实验研究乌梅在二陈汤中的作用。实验表明，佐入乌梅的二陈汤在镇咳、祛痰作用方面明显优于未用乌梅之二陈汤。乌梅确实能够增强二陈汤在湿痰证方面的疗效。①二陈汤有明显的镇咳作用，乌梅也有一定的镇咳作用，乌梅对二陈汤发挥镇咳作用有明显的增强效应。②二陈汤有明显的祛痰作用，乌梅祛痰作用不明显，乌梅对二陈汤发挥祛痰作用增强效应不明显。③二陈汤有明显的调节脂代谢作用，乌梅也有一定的调节脂代谢作用，乌梅对二陈汤调节脂代谢有明显的增强作用。在对脂肪乳剂大鼠高血脂模型中，在大鼠胆固醇、甘油三酯降低方面乌梅对低剂量二陈汤有明显的影响。在对胆固醇降低方面乌梅对二陈汤有明显的影响。在对甘油三酯降低方面乌梅二陈汤高剂量明显高于其他组；提示乌梅对二陈汤调节脂代谢有明显影响，表明二陈汤用法中的药物配伍是影响其功效——降脂作用的重要因素。以上可见，乌梅在二陈汤中具有综合性效用，可以促进全方治疗肺脾痰湿作用。《太平惠民和剂局方》二陈汤中的乌梅应予保留。乌梅是否对二陈汤发挥“燥湿化痰”功效及其他方面的影响，有待于进一步探讨。另有刘小凤等观察加味二陈汤对脂肪乳剂致高血脂大鼠的影响，与二陈汤和烟酸肌醇进行比较，证实加味二陈汤降甘油三酯效果优于烟酸

肌醇组。由以上孙蓉等人做过的对二陈汤的实验研究可以发现,二陈汤有明显的降脂作用,且乌梅、生姜对二陈汤调节脂代谢有明显影响。

2. 二陈汤降脂的临床研究进展

杨雨鸣以二陈汤加减治疗老年性高脂蛋白血症 56 例,二陈汤加减对高脂血症的治疗优于非诺贝特组,两组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。林柏以加味二陈汤治疗高脂血症 82 例,并与非诺贝特组进行对照,结果显示,加味二陈汤组治疗高脂血症疗效肯定,无明显副作用,有效率还略高于非诺贝特组,提示加味二陈汤可用于高脂血症的治疗。夏宝林以二陈汤加味治疗脂肪肝 28 例,全部病例均有不同程度高脂血症,治疗结果:28 例患者经过 1 个疗程治疗后临床治愈 9 例,主要症状消失,肝功能、血脂、B 超检查恢复正常;好转 16 例,主要症状明显减轻,肝功能、血脂、B 超检查较前显著改善;无效 3 例,主要症状、肝功能、血脂、B 超检查无变化或加重。表明二陈汤有明显的降血脂作用。以上临床应用报道可发现,二陈汤治疗高脂血症疗效显著,表明其有确切的降脂作用。

参考文献

- [1] 郑虎占,董泽宏,余靖. 中药现代研究与应用. 北京:学苑出版社,1998
- [2] 吴皓. 半夏的化学成分研究. 中草药,2003,4(7):593-594
- [3] 胡小刚. 反相高效液相法测定二陈丸中橙皮苷的含量. 药物分析杂志,2001,21(4):283-286
- [4] 汪辉,程军,张卫国,等. 二陈汤合煎剂与分煎颗粒剂药效学对比. 中国医药学杂志,2001,21(12):721-723
- [5] 侯家玉,等. 乌梅药理研究. 中药药理学,2004,9(4):121-131
- [6] 黄泰康. 常用中药成分与药理手册. 北京:中国医药科技出版社,1994,178-179
- [7] 刘继林,等. 对祛痰降气汤的药理实验研究. 新疆中医药,1990,(3):50
- [8] 张光丽,等. 逍遥散合二陈汤加减治疗乳腺增生病临床观察. 中国中西医结合杂志,1991,11(7):40
- [9] 田代华. 实用中药辞典. 北京:人民卫生出版社,2002,639,1026
- [10] 国家中医药管理局《中华本草》编委会. 中华本草. 上海:上海科学技术

- 出版社, 1999, 7782, 3700
- [11] 黄能慧, 李诚秀, 任光友. 甘草酸降血脂作用的实验研究. 贵阳医学院学报, 1994, 19 (4): 333-335
- [12] 李德华, 李德宇, 李永光. 甘草化学成分与药理作用研究进展. 中医药信息, 1995, (5): 31-35
- [13] 孙建芝, 牛晓亚, 韩丽华, 等. 痰浊证微观辨证指标的实验研究. 河南中医, 1996, 16 (2): 21-22
- [14] 宋剑南. 从生物化学角度看痰及痰瘀相关. 中国中医基础医学杂志, 2000, 6 (3): 40-42
- [15] 王骏, 魏玮. FLD 的中医辨证分型与血清生化指标的关系. 中西医结合肝病杂志, 2004, 14 (6): 371-372
- [16] 高鑫. 非酒精性脂肪性肝病和胰岛素抵抗. 国际内分泌代谢杂志, 2006, 26 (2): 73-79
- [17] 黄静娟, 刘树军. 活血与化痰基础方对大鼠非酒精性脂肪肝模型基本生化指标的影响. 中华中医药杂志 (原中国医药学报), 2007, 22 (9): 634-636
- [18] 孙蓉, 彭欣, 王平, 等. 乌梅、生姜对二陈汤功效影响的实验研究. 山东中医药大学学报, 2000, 2 (2): 147-149
- [19] 孙蓉, 刘持年, 王平, 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): 10-11
- [20] 孙蓉, 吕兰俊, 王平, 等. 乌梅在二陈汤中作用的研究. 中药药理与临床, 2002, 18 (5): 4-5
- [21] 刘小凤, 郑海南, 王伟兰. 加味二陈汤治疗高脂血症的作用和机制研究. 实用中西医结合临床, 2004, 4 (4): 72
- [22] 杨雨鸣. 二陈汤加减治疗老年性高脂蛋白血症 56 例临床观察. 中国乡村医药杂志, 2002, 9 (2): 7
- [23] 林柏. 加味二陈汤治疗高脂血症 82 例. 四川中医, 2002, 20 (1): 36
- [24] 夏宝林. 二陈汤加味治疗脂肪肝 28 例. 中国社区医师, 2003, 19 (4): 37

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=二陈汤

作者=孙丰雷，田林编著

页数= 2 2 0

S S 号= 1 2 1 0 7 4 8 3

出版日期= 2 0 0 9 . 1

前言
目录
上篇

理论研究

第一章

概述

- 第一节 二陈汤的来源
- 第二节 二陈汤的组成及用法

第二章

历代医家对二陈汤的认识

第三章

二陈汤的衍化方

第四章

现代理论研究进展

- 第一节 “治痰通用二陈”探讨
- 第二节 关于二陈汤中乌梅的作用
- 第三节 “二陈”质疑

第一章

内科病证

第一节

呼吸系统疾病

- 一、急性上呼吸道感染
- 二、急性气管 - 支气管炎
- 三、慢性支气管炎
- 四、肺炎
- 五、支气管哮喘
- 六、肺气肿
- 七、慢性阻塞性肺疾病
- 八、肺结核
- 九、肺源性心脏病
- 十、咳嗽症

第二节

循环系统疾病

- 一、冠心病
- 二、高血压
- 三、心脏术后
- 四、眩晕

第三节

消化系统疾病

- 一、慢性肝炎
- 二、脂肪肝
- 三、黄疸
- 四、胆囊炎
- 五、胃炎
- 六、呕吐
- 七、便秘
- 八、腹泻
- 九、化疗后胃肠道反应
- 十、消化性溃疡
- 十一、食道癌

	十二、呃逆
第四节	内分泌系统疾病
	一、甲状腺功能亢进症
	二、甲状腺腺瘤
	三、内分泌失调
第五节	代谢性疾病
	一、糖尿病
	二、高脂血症
第六节	内科疑难疾病
	一、汗证
	二、发热性疾病
	三、肝萎缩
	四、戒毒
	五、脱发
	六、蛋白尿
第二章	神经精神系统病证
	一、急性脑血管病
	二、头痛
	三、抑郁症
	四、失眠
	五、多寐
	六、脑震荡
	七、神经官能症
	八、脑萎缩
	九、癫痫
	十、自主神经功能紊乱
	十一、面神经麻痹
	十二、精神分裂症
	十三、癔症性失语
	十四、坐骨神经痛
第三章	外科及皮肤科病证
	一、肩周炎
	二、腓肠肌囊肿
	三、腘窝囊肿
	四、坐骨滑膜囊肿
	五、丹毒
	六、乳腺囊性增生症
	七、瘰癧
	八、瘾疹
	九、脑外伤术后流涎症
	十、颈椎病

		十一、痹证
		十二、痛风
		十三、腰痛
第四章	男科病证	
		一、精液不液化症
		二、缩阳症
		三、前列腺炎
		四、阴茎囊肿
		五、阳痿
		六、不育
第五章	妇产科病证	
		一、闭经
		二、妊娠咳嗽
		三、妊娠呕吐
		四、产后缺乳
		五、产后乳痛
		六、产后发热
		七、不孕症
		八、输卵管囊肿
		九、子宫肌瘤
第六章	儿科病证	
		一、上呼吸道感染
		二、肺炎
		三、小儿支气管炎
		四、小儿哮喘
		五、小儿厌食症
		六、疳积
		七、小儿胃炎
		八、小儿多发性抽搐 - 秽语综合征
		九、小儿腮腺囊肿
		十、小儿肺膨胀不全
		十一、小儿眩晕症
		十二、百日咳
第七章	耳鼻喉科病证	
		一、突发性耳聋
		二、分泌性中耳炎
		三、渗出性中耳炎
		四、失音
		五、声带息肉、声带小结
		六、梅尼埃病
		七、喉源性咳嗽

		八、慢性咽炎
		九、咽部异感症
第八章	口腔科病证	
		一、口疮
		二、舌体硬结
		三、地图舌
		四、舌面干涩
		五、舌下囊肿
		六、舌下神经麻痹症
第九章	眼科病证	
		一、泪腺炎
		二、视神经萎缩
		三、睑板腺囊肿
		四、中心性浆液性脉络膜视网膜炎
		五、G r a v e s 眼病
下篇	实验研究	
	第一章	二陈汤中单味药的现代研究概况
		一、半夏
		二、陈皮
		三、茯苓
		四、甘草
		五、生姜
		六、乌梅
	第二章	二陈汤的药理研究
	第三章	二陈汤的临床实验研究