

总主编◎巩昌镇 刘一凡
编 著◎刘一凡 刘伟



中国医药科技出版社



难病奇方

系列丛书 第三辑

柴胡疏肝散

「诠释经方奇方」
探究临床应用与作用机制」

柴胡疏肝散

难病奇方

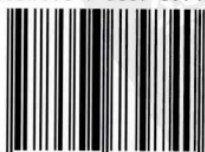
系列丛书

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



上架建议 中医·方剂

ISBN 978-7-5067-3974-0



9 787506 739740 >

责任编辑 许东雷

封面设计 雅閣

定价：29.00元

难病奇方系列丛书(第三辑)

柴胡疏肝散

总主编 巩昌镇
刘一凡
编著 刘一凡
刘伟

中国医药科技出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

柴胡疏肝散/刘一凡, 刘伟编著. —北京: 中国医药科技出版社,
2009. 1

(难病奇方系列丛书. 第3辑/巩昌镇, 刘一凡总编)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 3974 - 0

I. 柴... II. ①刘... ②刘... III. 柴胡—疏肝—散剂

IV. R286

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 171633 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 责编: 010 - 62252547 发行: 010 - 62227427

网址 www. cspyp. com. cn

规格 958 × 650mm ¹/₁₆

印张 15

字数 219 千字

印数 1—5000

版次 2009 年 1 月第 1 版

印次 2009 年 1 月第 1 次印刷

印刷 北京市通州皇家印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 3974 - 0

定价 29.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换



内 容 提 要

本书为《难病奇方系列丛书》之一,共分上、中、下三篇。其对柴胡疏肝散从理论、临床和实验研究三个方面进行了系统的阐述,是中医工作者一本很好的参考书。

《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6500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

目 录

第一章 概 述	(3)
第一节 柴胡疏肝散的来源	(3)
第二节 柴胡疏肝散的组成及用法	(3)
第三节 柴胡疏肝散的功效与主治	(3)
一、方中药物的功效与主治	(4)
二、柴胡疏肝散的功效与主治	(13)
第四节 柴胡疏肝散的临床应用	(14)
第二章 古今医家的论述	(16)

中篇 临床研究

第一章 内科病证	(21)
第一节 呼吸系统疾病	(21)
一、哮喘	(21)
二、气道高反应性咳嗽	(23)
三、变异型咳嗽	(26)
四、顽固性咳嗽	(28)
第二节 消化系统疾病	(30)
一、胆石症	(30)
二、胆心综合征	(34)
三、慢性萎缩性胃炎	(35)
四、慢性浅表性胃炎	(44)
五、胆汁反流性胃炎	(50)
六、肠易激综合征	(57)
七、慢性胆囊炎	(60)
八、结肠炎	(63)

目 录

九、十二指肠溃疡	(65)
十、胃扭转	(67)
十一、功能性消化不良	(68)
十二、慢性肝炎	(72)
十三、药物性肝损害	(74)
十四、慢性胰腺炎	(76)
十五、脂肪肝	(78)
十六、水肿	(82)
第三节 循环系统疾病	(84)
一、冠心病(心绞痛)	(84)
二、原发性低血压	(88)
三、高血压病	(90)
第四节 泌尿系统疾病	(91)
一、单纯性肾病综合征	(91)
第五节 血液系统疾病	(93)
一、过敏性紫癜	(93)
第六节 代谢性疾病和营养性疾病	(94)
一、糖尿病	(94)
二、高脂血症	(97)
三、血卟啉病	(98)
第七节 神经系统疾病和精神性疾病	(100)
一、抑郁症	(100)
二、胃神经官能症	(102)
三、癔病性瘫痪	(103)
四、癔病性抽搐	(105)
五、偏头痛	(107)
第二章 外科病证	(116)
第一节 乳腺增生病	(116)
第二节 胆囊术后综合征	(123)
第三节 瘰疬	(125)
第四节 胆道蛔虫病	(127)

第五节 胆道残留结石	(129)
第三章 妇科病证	(132)
第一节 经前期综合征	(132)
第二节 不孕症	(135)
第三节 更年期综合征	(138)
第四节 月经不调	(140)
第五节 痛经	(143)
第六节 高泌乳素血症	(145)
第四章 儿科病证	(149)
第一节 小儿厌食	(149)
第二节 小儿叹息样呼吸	(151)
第三节 性早熟	(152)
第四节 肠系膜淋巴结肿大腹痛	(155)
第五章 男科病证	(157)
第一节 阳痿	(157)
第二节 功能性不射精症	(161)
第三节 慢性前列腺炎	(163)
第六章 骨科病证	(166)
第一节 胸壁挫伤	(166)
第二节 肋软骨炎	(168)
第七章 皮肤科病证	(172)
第一节 带状疱疹	(172)
第二节 斑秃	(177)
第三节 痤疮	(179)
第八章 耳鼻喉科病证	(182)
第一节 耳科疾病	(182)
一、耳鸣、耳聋	(182)
二、慢性分泌性中耳炎	(184)
第二节 咽喉科疾病	(185)
一、梅核气	(185)
二、慢性咽炎	(187)

第九章 眼科病证	(190)
外伤性瞳孔散大	(190)
第十章 口腔科病证	(193)
口疮	(193)
第一章 柴胡疏肝散制剂研究	(197)
一、治疗男性不射精症和不育症	(197)
二、治疗乙型肝炎	(198)
三、治疗睾丸炎	(198)
四、治疗闭经	(198)
五、治疗手术后肠粘连	(198)
第二章 药理研究	(200)
第一节 柴胡疏肝散中组成中药的药理研究	(200)
一、柴胡	(200)
二、川芎	(203)
三、香附	(206)
四、陈皮	(208)
五、白芍	(210)
六、枳壳	(212)
七、甘草	(212)
第三章 柴胡疏肝散全方药理作用	(219)
一、保肝、防止肝纤维化作用	(219)
二、对精神方面的作用	(220)
三、抗衰老作用	(221)
四、改善胃肠功能	(221)
五、利胆作用	(222)

上

篇

理论研究

第一节 柴胡疏肝散的来源

柴胡疏肝散来源于明·张景岳所著《景岳全书·古方八阵·散阵》，书云：“若外邪未解而兼气逆胁痛者，宜柴胡疏肝散主之…柴胡疏肝散，治胁肋疼痛，寒热往来”。《中国医学大辞典》认为本方出于《医学统旨》。

第二节 柴胡疏肝散的组成及用法

柴胡疏肝散是一首疏肝理气，和血止痛的方剂，原方药物组成为陈皮6g（醋炒），柴胡6g，川芎4.5g，枳壳（麸炒）4.5g，芍药4.5g，香附4.5g，甘草（炙）1.5g。

用法：用水三杯煎至一杯半，饭前服药。

第三节 柴胡疏肝散的功效与主治

柴胡疏肝散功效为疏肝理气，和血止痛。原方主治“胁肋疼痛，寒热往来”。在《景岳

全书·杂证谟》“胁痛”论治中说：“若外邪未解而兼气逆胁痛者宜柴胡疏肝散主之。”在《医学统旨》中：“治怒火伤肝，左胁作痛，血菟于上。”“吐血加童便半盅”。

一、方中药物的功效与主治

1. 柴胡 始载于《神农本草经》，为伞形科植物柴胡或狭叶柴胡的干燥根或全草。前者习称“北柴胡”，后者习称“南柴胡”。原植物柴胡生长于向阳旱荒山坡、路边、林缘灌丛或草丛中；狭叶柴胡生长于干燥草原、狭叶山坡及灌木林缘等地。味苦、辛，性微寒。归肝、胆经。临床用名有柴胡、醋柴胡、酒柴胡、鳖血柴胡。性微寒，苦。归心胞、肝、三焦、胆经。升，阴中之阳。

【功能】 功效解表退热，截疟，疏肝解郁，升举阳气。

【主治】 ①辛凉解表，和解疏散退热。用于感冒发热，伤寒邪在少阳，寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，口苦咽干等症。②疏肝解郁，用于肝气郁结，胁肋胀痛，月经不调等症。③升举阳气，用于气虚下陷。

用于少阳证及表证发热。柴胡辛散苦泄，能和解少阳，解表退热。适用于外感邪入少阳，寒热往来，头晕目眩，胸胁苦满，常与黄芩、半夏相配伍。对外感发热、头痛、肢体痛常与羌活生石膏同用。对热入血室，邪客于胞中，发热、谵语常与丹皮、栀子等同用。对疟疾、寒热往来常与青蒿、黄芩同用。对虚劳肌热的用鳖血柴胡与地骨皮同用。

用于肝气郁结，胁肋胀痛，月经不调等症，取柴胡辛散苦泄，疏肝解郁之功，常与白芍、川芎、枳壳等同用。肝郁化火胁痛，烦热，口干的常与黄芩、山栀同用。肝郁气滞之血瘀，常与桃仁、红花等活血祛瘀药同用。

用于中气不足，气虚下陷，久泻脱肛，子宫脱垂等症。柴胡升浮，能升清阳，鼓胃气使清气升，中气振，常与升麻、黄芪同用。

历代医家论述：综论柴胡主要功用及机制：①张洁古：柴胡除虚劳烦热，解散肌热，去早晨潮热。此手足少阳、厥阴四经行经药也。善除本经头痛，非他药所能止。治心下痞，胸膈中痛。能引胃气上

升，以发散发热，去寒热往来。胆痹非柴胡不能除之。又去胁下痛，往来寒热及日晡发热，用柴胡。（《本草发挥》）②陈嘉谟：治疮疡，散诸经血凝气聚，与连翘同功。伤寒门实为要剂，温疟证诚作主方。且退湿痹拘挛，可作浓汤浴洗。在脏主血，在经主气。亦妇人胎前产后，血热必用之药也。经脉不调，加四物秦艽、牡丹皮治之最效；产后积血，佐巴豆、三棱、莪术攻之即安。又引清气顺阳道而上行，更引胃气司春令以首达。（《本草蒙筌》）③张山雷：约而言之，柴胡主治，止有二层：一为邪实，则为外邪之在半表半里者，引而出之，使达于表而外邪自散；一为正虚，则为清气之陷于阳分者，举而升之返其宅而中气中振。此外则有肝络不舒之证，在上为胁肋拈痛，在下为脐腹胀满，实皆阳气不宣，木失条达所致，于应用药中少入柴胡以为佐使而作向导，奏效甚捷。引心包经，引三焦经，引胆经，引肝经，具有泻胆，凉胆，凉肝功效，柴胡少用有补脾功效。（《本草正义》）

论柴胡治劳：①寇宗奭：《本经》并无一字治劳，今人治劳方中鲜有不用者。呜呼！凡此误世甚多。尝原病劳，有一种真脏虚损，复受邪热，邪因虚而致劳，故曰劳者牢也。当须斟酌用之，如《经验方》中，治劳热青蒿煎丸，用柴胡正合宜耳，服之无不效，热去即须急已。（《本草衍义》）②李时珍：劳有五，若劳在肝、胆、心，心包有热，或少阳经寒热，则柴胡乃手足厥阴、少阳必用之药；劳在脾胃有热，或阳气下陷，则柴胡为退热升清必用之药；惟劳在肺肾者，不可用耳，寇氏一概摈斥，殊非通论。（《本草纲目》）

2. 陈皮 为芸香科植物橘及其变种的干燥成熟果皮。均系栽培，主产于四川、福建、广东、浙江等地。味苦、辛，性温。归肺、脾经。临床用名有陈皮、炒陈皮、姜陈皮。

【功能】理气健脾，燥湿化痰。

【主治】①理气健脾，调中，用于脾胃气滞所致的脘腹胀满，噯气，恶心呕吐，食少吐泻等症。②燥湿化痰，用于湿浊中阻所致的胸闷腹胀，纳呆倦怠，大便溏薄，舌苔厚腻，痰湿壅滞，肺失宣降，咳嗽痰多气逆等症。

用于脾胃气滞所致的脘腹胀满，噯气，纳呆，常与厚朴、枳壳、

木香等药同用；用于食积气所致的脘腹胀满，常与山楂、神曲等药同用；用于外感风寒，内伤湿滞导致的脘腹胀满，常与藿香、苏叶等药同用；用于脾虚气滞导致的食后腹胀，便溏，常与白术、茯苓等药同用；用于肝旺乘脾导致的泄泻，常与白术、白芍等药。

用于呕吐，无论属寒、属热、属虚、属实皆可用之。若胃热呕吐，常与竹茹等药同用；若胃虚有热，虚实夹杂呕吐，常与生姜、大枣等药同用；若胃寒呕吐，常与生姜、甘草等药同用。

用于寒痰、湿痰导致的咳嗽痰多。用于寒痰咳嗽痰多常与干姜、细辛等药同用；用于湿痰导致的咳嗽痰多常与半夏等药同用；若与枳实、胆南星、黄芩等药同用可以用于痰热咳嗽。

此外，陈皮辛散温通，归肺经，能行气通痹止痛，因此常与枳实、生姜等药同用用于治疗胸痹气短等症。陈皮辛散温通有消痞的作用，因此可用于疮疡初起，尤其用于乳痈。

历代医家论述：综论陈皮主要功用及机制：①气味苦辛平无毒，主治胸中烦热，逆气，水谷。久服去臭，下气通神。（《神农本草经》）②李时珍：橘皮，苦能泄，能燥，辛能散，温能和。其治百病，总是取其理气燥湿之功。同补药则补，同泻药则泻，同升药则升，同降药则降。脾乃元气之母，肺乃摄气之仓，故橘皮为二经气分之药，但随所配而补泻升降也。浴老年人云：陈皮、枳壳利气而痰自下，盖此义也。同杏仁治肠胃气秘，同桃仁治大肠血秘，皆取其通滞也。（《本草纲目》）③张景岳：味苦辛，性温散，气实痰滞必用。留白者，微甘而性缓；去白者，用辛而性速。泻脾胃痰浊、肺中滞气，消食开胃，利水通便，吞酸噎腐，反胃嘈杂。呃逆胀满堪除，呕吐恶心皆效。通达上下，解酒除虫，表里俱宜，痈疽亦用。尤消妇人乳痈，并解鱼肉诸毒。（《景岳全书》）

3. 川芎 川芎为伞形科植物川芎的干燥根茎。多系栽培。主产于四川省以及贵州、云南、陕西等地。原植物喜温暖气候、雨量充沛、日照充足的环境，稍能耐旱，怕荫蔽和水涝。以土层深厚、排水良好、中性或酸性的砂质壤土最宜生长。味辛、性温。归肝、胆、心包经。临床用名有川芎、酒川芎。

【功能】活血行气，祛风止痛。

【主治】①理血活血，行气化瘀，用于血瘀气滞，月经不调，痛经，闭经，产后瘀阻腹痛，癥瘕，腹痛，胸胁刺痛，肢体麻木，跌打损伤，疮痈肿痛等症。②祛风止痛，用于头痛，风湿痹痛，冠心病，心绞痛，缺血性血管病。

用于气滞血瘀证，川芎辛温通散，既能活血化瘀，又能行气止痛，为“血中之气药”，既活血又行气，用于气滞血瘀之痛经，腹痛，冠心病，心绞痛，缺血性血管病等症，常与丹参、桂枝等药同用。用于肝气郁结引起的胁痛常与柴胡、白芍等药同用。用于产后瘀阻腹痛、胸胁刺痛、癥瘕，常与桃仁、红花等药同用。

用于头痛，柴胡“上行头目”，为治头痛的要药。常与白芷、荆芥等同用，用于风寒头痛；常与菊花等同用，用于风热头痛；常与羌活、防风、独活等同用，用于风湿头痛；常与半夏、天南星等同用，用于痰浊头痛；常与红花、赤芍等同用，用于血瘀头痛；常与当归、芍药等同用，用于血虚头痛。

用于风湿痹痛，肢体麻木，常与羌活、独活、桂枝、细辛、桑寄生等药同用。

用于跌打损伤，疮痈肿痛，与三七、乳香等药同用。

历代医家论述：综论川芎主要功用及机制：①味辛，温。主治中风入脑头痛，寒痹，筋挛缓急，金创，妇人血闭无子。（《神农本草经》）②陈嘉谟：功专疗偏头疼…乃手少阳本经之药，又入手足厥阴二经。堪佐升麻，升提气血。止本经头痛，血虚头痛之不可遗；余经头痛亦宜用，俱各加引经药。散肝经诸风，头面游风之不可缺。上行头目，下行血海。通肝经，血中之气药也。治一切血，破瘀结宿血，而养新血及鼻衄吐血溺血，妇人血闭无娠；治一切气，驱心腹结气，诸般积气并胁痛痰气疝气，中恶卒痛气块。排脓消瘀长肉。兼理外科；温中燥湿散寒，专除外感。得牡蛎，疗头风眩晕吐逆；得细辛，治金疮作痛呻吟。同生地黄酒煎，禁崩漏不止；用陈艾汤调末，试胎孕有无。妇人经断三四月，用此药服之，腹内觉动是孕，否则病也。所忌须知，单服久服犯则走散真气，令人暴亡；务加他药佐之，中病便已。（《本草蒙筌》）③张景岳：味辛微甘，气温，升也，阳也。其

性善散，又走肝经，气中之血药也。反藜芦。畏硝石、滑石、黄连者，以其沉寒而制其升散之性也。芎归俱属血药，而芎之散动尤甚于归，故能散风寒，治头痛，破瘀蓄，通血脉，解结气，逐疼痛，排脓消肿，逐血通经。同细辛煎服，治金疮作痛。同陈艾煎服，验胎孕有无三四月后，服此微动者，胎也。以其气升，故兼理崩漏眩暈；以其甘少，故散则有余，补则不足。（《景岳全书》）④汪昂：补血润燥，宣，行气搜风。（《本草备要》）

4. 香附 香附为莎草科植物莎草的干燥根茎。味辛、微苦、微甘，性平。归肝、脾、三焦经。临床用名有香附，醋香附、酒香附、香附炭、制香附。

【功能】疏肝理气解郁，调经止痛，安胎。

【主治】①行气解郁，调经止痛，温胃。用于肝气郁结，胸胁痛，脘腹胀痛，疝气疼痛。亦可用于胃癌引起的胸脘胀闷，噎气，疼痛，肝气郁结，月经不调，经闭痛经，乳房胀痛，高血压等症；肠癌引起的下腹部胀痛，大便里急后重，乳腺癌见肝气郁结，乳房胀痛等。②理血活血，行气化瘀，用于血瘀气滞，月经不调，痛经，闭经，产后瘀阻腹痛，癥瘕，腹痛，胸胁刺痛，肢体麻木，跌打损伤，疮痈肿痛等症。③安胎。用于胎动不安，妊娠恶阻等。

用于肝气郁结诸证。用于肝气郁结导致的胸胁痛，脘腹胀痛，疝气疼痛，常与柴胡、白芍、郁金等药同用；用于肝气郁结夹有湿热，常与黄芩、茵陈蒿等药同用；用于妇女肝气郁结导致的乳房胀痛，常与当归、白芍等药同用。

用于疝气疼痛，若偏于气滞常与川楝子、小茴香等药同用，若为寒凝常与小茴香、吴茱萸等药同用。

用于血瘀气滞，月经不调，痛经，闭经，香附为调经要药治疗妇科疾病，可单味入药，方如《妇人良方》醋附丸，醋香附用于月经不调、痛经、赤白带下等；常与芍药、当归、等药同用，用于血瘀月经不调，痛经等症。用于子宫虚寒、少腹冷痛、痛经等症，常与吴茱萸、桂圆等药同用。

用于胎动不安，妊娠恶阻等症，常与藿香同用，方如《太平圣惠方》二香散；用于妊娠胎露，胎动不安，常与熟地、阿胶、当归、

白术等药同用，方如《古今医鉴》保胎丸。

历代医家论述：综论香附主要功用及机制：①苏颂：膀胱、两胁气滞，常日忧愁不乐，饮食不多，皮肤瘙痒癰疹，日渐瘦损，心悸少气。以是知益气，血中之气药也。方中用治崩漏，是益气而止血也。又能逐去凝血，是推陈也。与巴豆同，治泄泻不止，又能治大便不通，同意。（《图经本草》）②汪昂：利三焦，解六郁，消饮食积聚，痰饮痞满，臌肿腹胀，脚气，止心腹肢体头目齿耳诸痛，……妇人崩漏带下，月经不调，胎前产后百病。（《本草备要》）③李时珍：女科之主帅也。（《本草纲目》）④陈嘉谟：乃血中气药。凡诸血气方中所必用者也。快气开郁，逐瘀调经。除皮肤瘙痒外邪，止霍乱吐逆内证。炒黑色禁崩漏下血，调醋末敷乳肿成痈。宿食可消，泄泻能固。驱热长毛发，益气充皮毛。久服利人，疏利之剂。亦当解悟，又引血药至气分而生血，故因而称曰妇人要药也。（《本草蒙筌》）⑤张景岳：气味俱厚，阳中有阴，血中气药也。专入肝胆二经，兼行诸经之气。…凡痈疽瘰癧疮瘍，但气滞不行者，皆宜用之为要药。（《景岳全书》）⑥张璐：香附之气，平而不寒，香而能窜，乃足厥阴肝、手少阳三焦气分主药，兼入冲脉。开郁气，消痰食，散风寒，行血气，止诸痛。月候不调，胎产崩漏，多怒多忧者之要药。治两胁气滞，心悸少气，是血中之气药也。盖血不自行，随气而行，气逆而郁，则血亦凝滞；气顺，则血亦随之而和畅矣。生则上行胸膈，外达皮毛，故能散风寒；熟则下走肝肾，外彻腰足，故能调血气。得参、术则益气，得归、地则调血，得木香则流滞和中，得沉香则升降诸气，得芎藭、苍术则总解诸郁，得山栀、黄连则降火清热，得茯苓则交心肾，得茴香、补骨脂则引气归元，得厚朴、半夏则决壅消胀，得紫苏、葱白则解散邪气，得三棱、莪术则消磨积块，得艾叶则治血气、暖子宫，乃气病之总司，女科之主帅也。惟经水先期而淡，及失气无声无臭者勿用。血气本虚，更与利气，则行之愈速矣。（《本经逢原》）

5. 枳壳 为芸科小乔植物酸橙之成熟果实，与枳实等性用均同，秦汉无枳实、枳壳之分，后世才有枳实性烈而效速，枳壳性缓，能理气，宽中，消胀除痞用于上中焦，枳实行滞偏于中下焦。

【功能】破气消积，化痰除痞。

【主治】食积痰滞不消，胸腹痞满胀痛，肝郁气滞，胁痛及下痢等症。

用于胸腹胀痛。肝气郁结者，常与柴胡，川芎等药同用；跌打损伤所致气滞血瘀者，常与当归、桃仁、红花等药同用。

用于治疗产后子宫下垂，或者肝气郁结等症。常与黄芪、党参、白术等药同用。

用于治疗呕逆咳嗽等。咳逆者，常与木香、黄芪等药同用；肺气壅滞咳嗽者，常与苏子、半夏、陈皮等药同用。

此外，前人经验认为枳壳还有祛风的作用。用于风热眼病，常与防风、荆芥等药同用。

历代医家论述：综论枳壳主要功用及机制：①枳壳，味苦，酸，微寒，无毒。主风痒麻痹，通利关节，劳气咳嗽，背膊闷倦，散留结胸膈痰滞，逐水，消胀满大肠风，安胃，止风痛。（《开宝本草》）②张洁古：治胸中痞寒，泄肺气。凡气刺痛用枳壳，看何经分，以引经药导之。破滞气亦用枳壳。高者用之，然能损胸中至高之气，止可二三服而已。（《本草发挥》）③寇宗奭：“枳实、枳壳，一物也。小则其性酷而速，大则其性和而缓。”（《本草衍义》）④李时珍：“治里急后重。”又云：“枳实、枳壳，气味功用俱同，上世亦无分别，魏晋以来，始分实壳之用，洁古张氏、东垣李氏又分治高、治下之说。大抵其功皆能利气，气下则痰喘止，气行则痞胀消，气通则痛刺止。气利则后重除，故以枳实利胸膈，枳壳利肠胃。然张仲景治胸痹、痞满，以枳实为要药，诸方治下血痔痢，大肠秘塞，里急后重，又以枳壳为通用，则枳实不独治下，而枳壳不独治高也。”（《本草纲目》）

6. 芍药 白芍为毛茛科植物芍药的干燥根。味苦、酸，性凉。归肝、脾经。临床用名有白芍、醋白芍、酒白芍、炒白芍、土炒白芍。

【功能】养血柔肝，缓中止痛，敛阴收汗。

【主治】①补益，补血，养血调经，用于妇女月经不调，经行腹痛，血虚萎黄。②平肝止痛，用于肝气不和，胁肋脘腹痛，或四肢拘挛作痛。③平抑肝阳，用于肝阳上亢，头痛眩晕。④敛阴止汗，用于自汗，盗汗。

用于妇女月经不调，经行腹痛，血虚萎黄，常与当归、川芎，熟地等药同用；用于血虚生热，月经不调等症，常与黄芩、黄柏等药同用。

用于肝阳上亢，头痛眩晕，常与生地、牛膝、代赭石等药同。

用于自汗，盗汗，与桂枝同用，方如《伤寒论》桂枝汤。

历代医家论述：综论芍药主要功用及机制：①味苦，平，主治邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热，疝瘕，止痛，利小便，益气。（《神农本草经》）②汪昂：补血，泻肝，益脾，敛肝阴，治血虚之腹痛。（《本草备要》）③张山雷：补血益肝脾真阴，而收摄脾气之散乱，肝气之恣横，则白芍也；逐血导瘀，破积泄降，则赤芍也。故益阴养血，滋润肝脾，皆用白芍；活血行滞，宣化瘀毒，皆用赤芍。又云：白者苦而微酸，能益太阴之脾阴，而收涣散之大气，亦补益肝阴，而安靖甲乙之横逆。（《本草正义》）④张景岳：味微苦微甘略酸，性颇寒。气薄于味，敛降多而升散少，阴也。有小毒。白者味甘，补性多。赤者味苦，泻性多。生者更凉，酒炒微平。其性沉阴，故入血分，补血热之虚，泻肝之火实，固腠理，止热泻，消痈肿，利小便，除眼疼，退虚热，缓三消。诸证因于热而致者为宜，若脾气寒而痞满难化者忌用。止血虚之腹痛，敛血虚之发热。白者安胎热不宁，赤者能通经破血。此物乃补药中之稍寒者，非若极苦大寒之比。若谓其白色属金，恐伤肝木，寒伐生气，产后非宜，则凡白过芍药，寒过芍药者，又将何如？如仲景黑神散、芍药汤之类，非皆产后要药耶？用者还当详审。若产后血热而阴气散失者，正当用之，不必疑也。（《景岳全书》）⑤陈嘉谟：酸涩者为上，为收敛停湿之剂故芍药可入手足太阴。虽主手足太阴，终不离于收降之体。又至血海而入九地之下，直抵于足厥阴焉。肾主大小二便，用此益阴滋湿，故气味酸收，小便得通。损其肝者缓其中，即调血止痛之谓，故缓中也。（《本草蒙筌》）⑥岳美中：芍药功用有四点：养肝补血，敛肝止血，治痢，止痛。单用可以养肝柔肝，因其酸故能入肝，因其苦故能泻肝热。与当归、柴胡三药并用则能养肝疏肝，养肝之体，助肝之用。芍药止痛治痢以痉挛拘急为主，所以可治妇女痛经等。（《谈芍药》）

7. 甘草 为豆科植物甘草、胀果甘草或光果甘草的干燥根及根

茎。味甘，性平。归心、肺、脾、胃经。临床用名有甘草、蜜炙甘草。

【功能】 甘草补脾益气，清热解毒，缓急止痛，祛痰止咳，调和诸药。

【主治】 ①健脾益气，用于脾胃虚弱，中气不足，倦怠乏力，心悸气短，食少便溏。②清热解毒，用于痈疽疮毒，食物或药物中毒等。③缓急止痛，用于脘腹或因四肢痉挛作痛。④润肺祛痰止咳，用于咳嗽气喘、痰多。⑤缓和药性，用于调和百药，缓解药物毒性、烈性。此外，本药临床亦可用于胃癌。

用于脾胃虚弱，中气不足，倦怠乏力，心悸气短，食少便溏。用于脾气虚弱证，常与党参、白术等药同用；用于脾虚，中气下陷，便溏，脏器下垂，常与黄芪、柴胡、升麻等药同用；用于脾不统血导致皮肤出血、紫斑，常大剂量应用甘草，与大枣、紫草等药同用。

用于痈疽疮毒，食物或药物中毒等。单用生甘草可以治疗热毒咽痛；与桔梗同用可以增强泻火解毒利咽之功；与生地、木通同用可以泻心火，通小便；与金银花、蒲公英、菊花等药同用，可以治疗痈疽疮毒。单用大剂量生甘草可治疗食物或药物中毒，也可与绿豆、黑豆同用。

用于脘腹或因四肢痉挛作痛。甘草甘平和缓，可缓急止痛，常与芍药同用，增强其缓急止痛之功。

用于咳嗽气喘。甘草有祛痰止咳之功，常配与其他药中治疗咳嗽气喘等症。

历代医家论述：综论甘草主要功用及机制：①陈嘉谟：味甘，气平。生寒炙温，可升可降。阴中阳也。无毒。忌猪肉，恶远志。反甘遂、海藻及大戟、芫花。入太阴、少阴、厥阴足经，用白术、干漆、苦参引使。生泻火，炙温中。梢去尿管涩痛，节消痈疽痈肿。子除胸热，三者宜生。身选壮大横纹，刮皮生炙随用。悬痈单服即散，凡毒生阴囊后、肛门前，谓之悬痈。却脐腹急疼，驱脏腑邪热。坚筋骨，长肌肉，健脾胃，补三焦，止渴除烦，养血下气。解百药毒免害，和诸药性杜争。后人尊之，称为国老。又因性缓，能解诸急。故热药用之缓其热，寒药用之缓其寒。是皆缓之，非谓和也。经云：以甘补

之，以甘缓之，以甘泻之，悉可征矣。中满证恐甘能作胀，切禁莫加；下焦药因性缓难达，务宜少用，凡诸呕吐，亦忌煎尝。久服轻身，延年耐老。（《本草蒙筌》）②张景岳：味甘气平，生凉炙温，可升可降，善于解毒。反甘遂、海藻、大戟、芫花。甘味至甘，得中和之性，有调补之功，故毒药得之解其毒，刚药得之和其性，表药得之助其升，下药得之缓其速。助参芪成气虚之功，人所知也；助熟地疗阴虚之危，谁其晓焉？祛邪热，坚筋骨，健脾胃，长肌肉，随气药入气，随血药入血，无往不可，故称国老。惟中满者勿加，恐其作胀；速下者勿入，恐其缓功，不可不知也。（《景岳全书》）

二、柴胡疏肝散的功效与主治

【功效】疏肝理气，和血止痛。

【主治】肝气郁结，气血瘀滞引起的胁肋疼痛、寒热往来等症。

柴胡疏肝散由四逆散改枳实为枳壳，加香附、陈皮、川芎而成，虽为四逆散加味，但各药用量已变，使其疏肝解郁，行气止痛之力大增，成为疏肝解郁的常用方剂。肝喜条达，主疏泄而藏血，其经脉布胁肋，循少腹。情志不遂，木失条达，肝失疏泄，则肝气郁结。气为血帅，气行则血行，气郁则血行不畅，肝经不利，故见胁肋疼痛，往来寒热。《内经》云“木郁达之”。治宜疏肝理气。方中以柴胡为君疏肝解郁。香附理气疏肝，川芎行气活血而止痛，助君药疏解肝经之郁滞，且增行气止痛之功，共为臣药。陈皮理气行滞，芍药、甘草养血柔肝，缓急止痛，均为佐药。甘草兼调和诸药，亦为使药之用。诸药相合，共奏疏肝行气，活血止痛之功。使肝气条达，血脉通畅，营卫自和，痛止而寒热亦除。该方虽由多味药组成，但其中的白芍、川芎、甘草非常关键。白芍可养血柔肝泻肝，且以敛代泻。如《本草备要》云：“补血，泻肝，涩敛阴”，“泻肝火，酸敛肝，肝以敛为泻，以散为补。”《本经逢源》曰：“白芍药酸寒，敛津液而护营血，收阴气而泻邪热。盖泻肝之邪热，所以补脾之阴，即《本经》主邪气腹痛益气之谓，故仲景以为补营首药。”并且《本草衍义补遗》曰：白芍“与川芎同用，则泻肝。”因肝郁气滞，或横克犯胃，多有

疼痛病症，故方中甘草必不可少。《药类法象》称白芍为“补中焦之药，得炙甘草为辅，治腹中痛之圣药也。”临床体会，芍药得甘草不只是对腹痛有良效，对头痛、咽痛、胁痛、乳痛、腕痛等各处疼痛均有良效。方中柴胡主升，疏肝解郁，调畅气机，透散郁热；枳壳主降，行气散结，宽中除胀，柴胡配枳壳一升一降，能升清降浊，恢复人体气机升降出入及运动之间的协调平衡；芍药养血敛阴，平抑肝阳；甘草和中缓急，与芍药合用，一甘一酸，益阴养血，缓急止痛；川芎活血祛瘀，行气止痛，为血中之气药；香附疏肝理气，调经止痛；陈皮理气调中。诸药合用，具有疏肝理气、活血止痛之功。全方结构紧密，共奏理气、和血、止痛之功。

第四节 柴胡疏肝散的临床应用

内科应用：柴胡疏肝散内科应用颇多，可用于呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病等。本方理气、和血、止痛，重于治疗肝郁证引起的胁肋疼痛、胃脘痛等症。肝喜条达，主疏泄而藏血，其经脉布胁肋，循少腹，故对于肝郁气滞所致胁肋疼痛有明显作用。现代药理研究证明：柴胡、枳壳均有明显促进胃肠排空及小肠推动能力，白芍能缓解平滑肌痉挛，且有良好的解痉止痛作用，香附对肌紧张有弛缓作用，诸药合用能治疗功能性消化不良和缓解平滑肌痉挛导致的胃痛等症。若痛甚者，酌加当归、郁金、乌药等以增强其行气活血之力；肝郁化火者，可酌加山栀、川楝子以清热泻火。对于冠心病心绞痛，柴胡疏肝散也有很好的功用，失眠者可加炒枣仁、远志，高血压者加牛膝、生决明、钩藤，胸闷者加瓜蒌、薤白，心前区痛甚者加全蝎、莪术，心律不齐者加炙甘草，气短加太子参、黄芪，腰膝酸软者加生地、山萸肉、枸杞子。

外科应用：临床上，柴胡疏肝散被广泛的应用治疗外科某些疾病，如乳腺增生症，并根据证型和病情加减，肝郁痰凝型加僵蚕、地龙、青皮等，冲任失调型加巴戟天、大云、蛇床子、鹿胶等；心烦急躁易怒者加栀子 10g、丹皮 12g；肿块明显，疼痛较轻，或伴腰膝痠软，耳鸣头晕者加仙茅、仙灵脾各 10g，鹿角霜 20g。

妇科应用：柴胡疏肝散在妇科的应用较为广泛，如治疗经前期综合征头痛重加葛根、钩藤，失眠加酸枣仁、柏子仁，乳房、胸胁痛加川楝子、王不留行，烦躁发热、口干苦加牡丹皮、栀子、黄连、麦冬，面部痤疮加夏枯草、连翘、金银花，面浮脸肿加茯苓、车前子、益母草，阴虚加女贞子、枸杞子、生地、熟地，腰痛加续断、桑寄生。柴胡疏肝散也可应用于治疗儿科疾病，如小儿厌食，腹胀加木香，胁痛加川楝子，胁下痞块加鳖甲，心烦者加黄连。

男科应用：柴胡疏肝散还被应用于男科疾病，如阳痿、功能性不射精症、慢性前列腺炎等。如对于阳痿证属命门火衰者选加温补肾阳之仙茅、仙灵脾、菟丝子、巴戟天各 10g，甚者加制附片 6~8g，肉桂 3~4g（后下）。证属肝肾阴虚者选加滋阴降火药，如知柏地黄汤加钩藤、女贞子、首乌、天麦冬等。

此外，柴胡疏肝散还用于治疗儿科、皮肤科、耳鼻喉科、眼科等多种疾病，且效果显著。

第二章

古今医家的论述

清·林佩琴《类证治裁》：血成块出于肝，恚怒所致也，宜柴、芍、丹、梔、生地、枣仁、沉香，或柴胡疏肝散；血从脘胁呕出，系木火乘胃所致。良有暴怒火逆，胸满胁痛，伤肝动血，柴胡疏肝散；怒伤肝火，痞结刺痛，柴胡疏肝散，或左金丸。

宗全和等《中医方剂通释》：本方由四逆散加陈皮、川芎、香附组成。方中柴胡疏肝解郁；白芍柔肝敛阴缓急止痛；香附、枳壳、川芎理气行血止痛，陈皮醒脾和中；甘草益气补脾，实脾防变。诸药合用，有疏肝解郁、和血止痛之功。认为本方长于疏肝气、止疼痛、散郁热之经验颇为吻合，特别是抗损害和抗炎作用十分显著，并有抗菌作用。

焦树德《方剂心得十讲》：现用量为原方用量的两倍，但改为一日服两次。常用本方加减治疗急慢性肝炎、慢性胃炎，出现肝郁气滞，木郁犯土，影响食欲，脘胁胀满，两胁疼痛，或呕恶泛酸等症者。一般常用方：柴胡 10~12g，黄芩 10g，炒川楝子 10g，半夏 10g，枳壳 9g，陈皮 10g，香附 10g，白蒺藜 10g，川芎 3g，赤芍、白芍各 9g，泽泻 12g，焦三仙各 9g。曾用本方治疗因感冒初起发烧时，未及时用解表发汗法，而自购一些退热药片、药

丸等治疗，当时基本上不发热了，一周后因生气而又发低热，每发热前，先感到怕冷，发热时体温 $37.2^{\circ}\text{C} \sim 37.6^{\circ}\text{C}$ ，以发热待查治疗半年治愈。诊其脉弦而较细略数，观舌质略红，苔薄白，月经量少，稍向后错。除低热以外，尚有两胁隐痛，食欲不振，大便偏干，疲乏无力等症。据此知为外邪未全解，而入于半表半里，留连不去，又因生气肝气怫郁，新旧之邪相合而发为此证，治应采用和解疏肝之法。用本方去川芎、陈皮，加细生地 15g、玄参 12g、青蒿 20g、地骨皮 10g，进十多剂而痊愈。本方对肝阳旺，肝胆有湿热结聚，火热上蒸之证，不适用。

段富津、李飞等《方剂学》：本方由《伤寒论》中的四逆散，枳壳易枳实，加香附、陈皮、川芎而成。虽然本方是由四逆散加味而成，但各药用量已发生变化，尤其是炙甘草的用量大减，故其着眼点已变。四逆散为调和肝脾之剂，本方重点不在调和肝脾，而重在疏肝解郁，行气止血。这是张景岳活用四逆散的又一例证。

赵全安《谈《柴胡疏肝散》及其临床运用》：依其方药组成及方解分析，该方乃属“入法”中的“和解法”，具体而言，系调和肝脾之主方，其功效疏通肝气。原方为散剂，现多以汤剂为主。在中医理论中，肝属木，脾属土。肝喜条达，恶抑胡；脾为阴土，忌寒湿。在肝的疾病中，不仅肝脏本身患病，易克土或乘土而小及脾。肝失疏泄，气机不畅，则病人情志容易发生变化。要么亢奋，要么抑郁。反之，患者受外界干扰或刺激，也可引起肝的疏泄功能失调。此外，肝失疏泄后，还可出现消化不良的病变，即临床上经常看到的“肝胃不和”和“肝脾失调”等症候。笔者观之，本方可以说由小柴胡汤和四逆散衍化而成。疏肝者，即疏泄肝脏也。凡临床上症见胸胁闷胀，心烦易怒，精神抑郁，喜太息，妇人有月经不调或乳房胀痛之块。头昏目眩，口燥咽干，舌质淡红，苔薄白或薄黄，脉弦细数，均可以本方加减治之。方中柴胡、香附、枳壳疏肝理气解郁；陈皮、当归、川芎、炙甘草活血宽中，缓急止痛。上药共用则气得舒，脾虚得伦，诸症肾愈。因本方可调和肝脾，故在临床上以此方化裁可适用于内科、妇科、传染科的多种疾病。如现代医学的慢性胃炎，神经衰弱，乳腺增生，月经不调（月经先、后期，痛经等），更年期综合

征，慢性肝炎等病。

张珍玉《张珍玉学术经验辑要》：肝脏病症候复杂多变，故有“肝为五脏之贼”、“肝木如龙”之说，内科杂病中，肝病十居六七。因此，对其治法的探讨，具有重要的临床意义。前贤对肝胆病的治法不外乎扶正祛邪两种途径，张珍玉先生在继承前人的经验的基础上结合自己的临床经验，提出对肝胆病的治疗应该肝胆同治，这是先生治肝胆病的特色。先生用药处方味少量轻，通常一方不超过10味，剂量亦轻，6~12g为常。……疏泄太过，肝气亢奋，治当柔肝。肝气亢逆，气机逆乱，气血上涌，或横逆乘脾犯胃，或协胆火而动致胆汁上逆或外泄，情志表现为急躁易怒等。方用柴胡疏肝散，调理肝用。先生认为柴胡疏肝散重在气分，调气为主，主肝用为病，兼顾肝体，故常用于治疗肝气疏泄太过之症。方中柴胡白芍两味药，一为气药，一为血药；一主辛散，一主酸收；一主行气，一主养血。配伍得当，能调肝用，补肝体，使肝体、用俱舒。方中柴胡用量大于白芍，以柴胡舒其肝用，酸收太过则滞碍肝用，故芍药用量少于柴胡。柴胡疏肝散重在调气，主治肝之疏泄太过，故用柴胡配枳壳、陈皮、香附调气为主，但恐其辛散之性往往损伤肝体，伤肝之阴血，故需配白芍等补血养阴之药以养肝。

中

篇

临床研究

第一节 呼吸系统疾病

一、哮喘

哮喘是一种以发作性喉中哮鸣、呼吸困难甚则喘息不得平卧为特点的过敏性病症，是以多种细胞（如嗜酸性粒细胞、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过治疗缓解。全国约有1.6亿患者，各国患病率1%~13%不等，我国的患病率1%~4%，全国五大城市的资料显示13~14岁儿童的哮喘患病率为3%~5%。一般认为儿童患病率高于青壮年。哮喘的病因还不是很清楚，患者个体变应性体质和环境因素的影响是发病的危险因素。哮喘与多基因遗传有关，同时还受遗传因素和环境因素的双重影响。哮喘的发病机制尚不明确。变态反应、气道炎症、气道反应性

增高及神经等因素及相互作用被认为与哮喘的发病关系密切。参考叶任高、陆再英主编的第六版《内科学》，哮喘的诊断标准：①反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。②发作时在双肺可闻及散在或弥漫性、以呼气相为主的哮鸣音，呼气相延长。③上述症状可经过治疗缓解或自行缓解。④除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。⑤临床表现不典型者（如无明显喘息或体征）至少应有下列三项中的一项：第一项，支气管激发试验或运动试验阳性；第二项，支气管舒张试验阳性；第三项，昼夜 PEF 变异率 $\geq 20\%$ 。符合 1~4 条或者 4、5 条者，可以诊断为支气管哮喘。

中医认为：“哮”为喉中痰鸣有声，“喘”为气短不足以息。可发生于任何年龄和任何季节，尤以寒冷季节和气候骤变时多发。中医学认为，本病主要因痰饮伏肺而引发。外感风寒或风热，吸入花粉、烟尘等可致肺失宣肃而凝津成痰；饮食不当，脾运失健则聚湿生痰；每当气候突变、情志失调、过分劳累、食入海腥发物等而触引内伏之痰饮，痰随气升，气与痰结，壅塞气道，肺气上逆而发为哮喘。

【临床应用】

李氏^[1]以柴胡疏肝散为主方加减，药物有：柴胡、白芍、川芎、枳壳、香附、甘草。悲伤欲哭、精神恍惚、不能自主者，加淮小麦、紫石英；虚烦不寐、耳鸣胁痛者，加炒枣仁、毛知母；两胁作胀、善太息者，加绿梅花、炒川楝子；胸脘痞闷胀满者，加枳实、川朴；咽部有物堵感者，加苏梗、法半夏；情绪易于波动者，加薄荷、灵磁石。每剂药浓煎汁液 500ml，分早晚 2 次温服。针对各种病因进行心理治疗。以达到患者认识疾病，配合治疗。李氏^[1]观察病例均为门诊病例，50 例患者均为女性。其中 22~31 岁 29 例，32~41 岁 15 例，42~51 岁 4 例，52 岁以上 2 例。以农村患者居多，占 82%，其中文盲占 60%。病程 1~3 年，多数有发作史，发病均与精神刺激有关，服药 3~7 天喘息症状消失者 34 例，占 68%；服药 10 天，喘息症状消失者 14 例，占 28%；服药 14 天，症状减轻者 2 例，占 4%。

【病案举例】

乔某某，女性，28 岁，农民，1987 年因家庭纠纷遭精神刺激而

突现喘息，延医未效，于1987年10月来我院门诊。刻诊：张口抬肩，呼短吸长，不咳不嗽，时悲伤欲哭，夜不安寐，急躁易怒，苔薄白，脉弦。听诊：两肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音及哮鸣音。摄全胸片，两肺无器质性病变。测定肺功能正常。证乃肝气郁结，气逆犯肺之喘证，宜疏肝解郁以治其本。柴胡疏肝散加炒枣仁15g、灵磁石30g、薄荷6g。同时予以心理疏导，使其认识疾病，配合治疗。服上方3剂后，诸症悉除。后于1989年复发1次，仍以上方3剂取效。^[1]

按：李氏所选病例均为女性，文化水平较低，其中文盲占60%，且大部分患者有封建迷信思想残余，伴有精神症状，而无肺部阳性体征，应用支气管扩张剂治疗无效，故所选病例为现代医学的癔症性哮喘范畴。

柴胡疏肝散是治疗肝气郁结、胁肋疼痛之方。本病与精神刺激有关，病变主要在肝。女子以肝为先天，尤易受七情所伤，故本病多见于女性。肝为刚脏，主气之升，肺位最高，主气之降，肝气升，肺气降，相互制约，相互配合，是人体气机升降的一个重要组成部分。七情所伤，肝气郁结，疏泄失司，气逆犯肺，肺失肃降，故突发呼短吸长之喘证。综合分析此证病机，乃肝气郁结为本，而肺气失宣为标，选柴胡疏肝散，使肝之疏泄条达，则气机运行流畅，肺气下降而喘自平。七情致病，一发再发，故本病易反复发作。所谓“心病仍需心药医”，配合心理治疗，使患者认识疾病，排除诱因，配合治疗，而收到事半功倍之效。

二、气道高反应性咳嗽

所谓气道高反应性是指气管、支气管本身对各种刺激，包括特异性抗原刺激和非特异性刺激，如物理、化学刺激，呈现过度反应，是支气管哮喘病人区别于正常人的重要特征。气道高反应性产生机制十分复杂，很可能是多种机制互相作用的结果。影响气道反应性的因素较多，主要与神经调节的紊乱有关，特别是植物神经功能紊乱尤受人们重视。过刺激与过反应机制：离体动物试验中，气管平滑肌对普通浓度的化学性收缩物无特殊变化，如果进一步增加化学性收缩物质的浓度，则可引起平滑肌的痉挛。正如气道反应性正常的健康人，如吸

入高浓度的化学刺激剂(乙酰胆碱等),也能引起与哮喘发作类似的支气管痉挛状态。换言之,过刺激指的是平滑肌本身的反应性正常,但因神经性、体液性、局部细胞性等原因,使收缩气道平滑肌的化学物质分泌增多,或舒张气道平滑肌的化学物质分泌减少而使气道处于收缩状态。过反应机制是指平滑肌对化学收缩物质反应亢进,即在化学刺激物浓度不增加的前提下引起支气管痉挛。另外,支配支气管平滑肌的交感神经与副交感神经,在正常情况下通过相互拮抗而保持平衡状态,如果这种平衡状态被打破,就可能引起气道高反应性。哮喘病人的迷走神经紧张度可能高于正常人,因使用抑制迷走神经兴奋药物如阿托品等,可使哮喘有所缓解就证明了这一点。其次,哮喘病人肾上腺素能受体的功能异常,尤其在 β -受体功能低下时,使胆碱能神经的功能更加亢进,促进支气管高反应性的形成。气道高反应性常有家族倾向,受遗传因素影响,但外因性的作用更为重要。目前普遍认为,炎症是导致气道高反应性最重要的机制之一。当气道在受到过敏原或其他刺激后,由于炎症介质的释放和炎症细胞的浸润、气道上皮和上皮内神经的损害等而导致气道高反应性。此外,气道高反应性与 β -肾上腺素能受体功能低下、胆碱能神经兴奋性增强和非肾上腺素能非胆碱能神经的抑制功能缺陷有关。在病毒性呼吸道感染、过敏原和二氧化硫、冷空气、干燥空气、低渗和高渗溶液等理化因素刺激,均可使气道反应性增高。

临床表现典型的哮喘发作前有打喷嚏、流涕、咳嗽或胸闷,如不及时处理可因支气管阻塞加重而出现哮喘。患者被迫采取坐位或呈端坐呼吸,咳嗽多为干咳或少痰,严重者可有紫绀,肺部可见胸廓饱满,双肺听诊可闻及大量哮鸣音,心率增快,轻者可自行缓解,重者需用平喘药物后方可缓解,缓解期如常人。

【临床应用】

陈氏^[2]根据中医整体观念,加上个人临床经验,应用古方柴参疏肝散为基本方进行加味治疗气道高反应性咳嗽,效果佳。陈氏^[2]研究对象来源于2003年2月至2004年12月医院门诊病人。共观察132例。随机分为治疗组87例,对照组45例。治疗组:男54例,女34例,年龄7~60岁,病程6~20天。对照组:男28例,女17例,

年龄 6~62 岁, 病程 5~18 天。132 例患者在接受本次观察前均接受过中、西或中西医结合治疗, 但未见好转。治疗方法: 柴胡疏肝散为基本方, 药物组成: 柴胡 10g, 白芍 30g, 香附 12g, 陈皮 6g, 川芎 10g, 枳壳 10g。随症加味: 罂粟壳 10g, 旋覆花 10g, 蝉衣 10g。水煎服, 每日一剂, 分早晚两次温服。对照组给予口服西力欣片和强的松片, 用量根据病人的年龄、体重而定。两组均以 7 天为一疗程。观察治疗前后的症状变化情况。疗程结束后, 随访显效者 7 天, 观察病情反复情况。结果: 治疗组显效 60 例, 有效 22 例, 无效 5 例, 总有效率 94.30%; 对照组: 显效 6 例, 有效 28 例, 无效 11 例, 总有效率 75.60%。

按: 气道高反应性咳嗽属内伤咳嗽范畴, 与《诸病源候论》中的咳逆候十分相近: “咳逆者, 咳嗽而气逆上也。” “咳而气还聚于肺, 肺则胀…邪气与正气相搏, 正气不得宣通, 但逆上咽喉之间, 邪伏则气静, 邪动则气奔上。” 但关于咳逆证治, 该书并无详载。《金匱要略》有射干麻黄汤、厚朴麻黄汤、泽漆汤, 均治咳嗽上气, 但效果不佳。至于柴胡疏肝散, 本为治肝方, 笔者古方新用, 并非牵强附会。《素问·咳论》曰: “五脏六腑皆令人咳, 非独肺也。” 《景岳全书·咳嗽》指出: “内伤之咳, 先因伤脏, 故必由脏以及肺, 此脏为本而肺标也。” 诚然, 从肝论治咳嗽确有充足的理论依据: 盖肝属木, 肺属金, 金本克木, 而一旦肺金病变, 则易受木气反侮, 再者, 肝施疏泄, 若肝失调达, 一身气机升降乘乱, 肺则失于肃降, 而咳嗽生。而历代亦有关于“肝咳”的载, 《诸病源候论》: “肝咳之状, 咳则两胁下痛, 甚则不可以转侧”。《医编·咳嗽》描述肝火犯肺之咳状: 火刑肺金, 燥痒不能忍因咳, 咳因痒, 痒因燥。柴胡疏肝散方中柴胡为疏肝诸药之向导, 香附善理肝气之郁, 两药配伍, 共为方中疏肝主力。方中寓有“芍药甘草汤”, 酸甘合化, 以敛肺气, 现代药理研究证实其能缓解支气管平滑肌之痉挛。枳壳、陈皮既有理气作用, 又具化痰之效。川芎一味, 为血中之气药, 其活血化瘀之功对肺瘀血有改善作用。全方浑然一体, 宛如本为治咳而设, 可见中医异病同治之妙。而加味应用的罂粟壳, 敛肺止咳, 能抑制胆碱神经的兴奋性, 减轻气道的高反应性。旋覆花化痰降气力强, 所含的黄酮苷对组织胺

导致的支气管痉挛有缓解作用,能明显改善因肺内高压造成气逆上冲感。蝉衣清利咽喉,止咽痒,有抗过敏作用。诸药合用,共收疏肝肃肺、降逆止咳之良效。本次临床研究结果表明,加味柴胡疏肝散对气道高反应性咳嗽具有确切的降逆止咳作用,但是,远期疗效不显著。

三、变异型咳嗽

变异型咳嗽,国内外学者,称之为咳嗽变异型哮喘,又称咳嗽型哮喘、隐匿性哮喘或顿挫型哮喘。变异性咳嗽是一种以咳嗽为主要临床表现的隐匿性哮喘。咳嗽是其惟一或主要临床表现,无明显喘息、气促等症状或体征,但有气道高反应性。并且往往有个人或家族过敏症。临床表现:主要表现为刺激性干咳,通常咳嗽比较剧烈,夜间咳嗽为其重要特征。感冒、冷空气、灰尘、油烟等容易诱发或加重咳嗽。常规抗感冒、抗感染治疗无效,支气管扩张剂治疗可以有效缓解咳嗽症状,此点可作为诊断和鉴别诊断的依据。肺通气功能和气道高反应性检查是诊断变异型咳嗽的关键方法。近年来,随着大气污染的日益严重,空气中吸入性变应原种类及其含量呈上升趋势,咳嗽病人也相应增加。其中不少患者的咳嗽并非由病毒或细菌感染引起,而是与过敏因素有关。

变异型咳嗽,隶属于中医“咳嗽”、“喘症”、“肺痿”等范畴。

【临床应用】

高氏^[3]认为本病症状咳嗽以呛咳为主,咳剧时气急、无痰咽痒、面红目赤,性急易怒,口干欲饮,大便秘结,脉滑小数,舌红,苔薄黄。属肝火犯肺,肺失肃降。治宜清肝泻肺,肃降肺气。方用清燥救肺汤合柴胡疏肝散。桑叶 12g,枇杷叶 10g,人参 3g,杏仁 8g,石膏 10g,麦冬 8g,甘草 3g,胡麻 8g,阿胶 3g,柴胡 10g,陈皮 6g、川芎 6g,白芍 6g,枳壳 8g,香附 6g。

所选病例具备的症状、体征及检查结果:发作性咳嗽为唯一或主要的症状,干咳为主,每次 3~5 分钟、甚则半小时以上,成痉挛性咳嗽,多数无痰、或少许白泡沫痰、咽痒、部分病人可有胸闷或呼吸困难,但无典型的喘息表现。年龄较大者出现顽固性咳嗽;咳嗽持续

或反复发作在3周以上（标准尚未统一，不同的作者分别以2周、4周或8周以上为诊断标准）；咳嗽常因上呼吸道感染、吸入冷空气、剧烈运动后等而诱发，深夜或凌晨加重，无发热。体检时多无哮鸣音；发作有一定的季节性，以春秋季节多见；多数人有个人或家庭过敏史。过敏性鼻炎、湿疹、实验室检查血常规，嗜酸性粒细胞增高，血清IgE增高；可以发生于任何年龄，儿童中以幼儿多见，随年龄增大患病率逐步下降。老年人群的患病率较中青年为多，平均年龄35岁，约30%的患者在50岁以上；胸部X线检查无明显器质性改变；肺功能检查多数正常，少数病人可有轻度阻塞性通气功能障碍的表现，FEV₁/FV₁：<70%或<正常预计值的80%；气道反应性增高，支气管激发试验呈阳性反应，FEV₁或PEF：下降≥20%，并出现类似发病时的刺激性咳嗽。但气道高反应性程度常略低于典型的哮喘；气道可逆性变化：部分病人支气管扩张试验阳性：FEV₁或PEF增加≥15%；周内或日内24小时PEF变异率增高，≥20%；用一般的祛痰止咳药或抗生素治疗无效，但积极的平喘药物（激动剂、M受体拮抗剂、茶碱或糖皮质激素）治疗常有明显的效果，有夜间咳嗽者晚上应用长效激动剂症状改善明显。

按：高氏^[3]认为应从肝治：肝与肺在生理和病理上关系十分密切，肺属金居于上焦，为阳中之阴脏；肝属木位于下焦，为阴中之阳脏；肝藏血，主疏泄，具少阳升发之气，宜升；肺主气，主宣发肃降，宜降。在生理上，肺气的肃降要靠肝气的疏泄；同时肺气的肃降正常也有助于肝气的疏泄。在病理上则相互影响，肝郁气滞可以影响肺之宣发肃降，肝郁化火，上逆于肺，或肝阴不足，阴虚火浮，上扰于肺。均可致肺失宣降而作咳。综上所述，肝与肺一上一下。一升一降，维系着人体一身气机之运行。从长期的临床观察看，咳嗽变异性哮喘患者多表现为阴虚肺热，但按常规用清热润肺、化痰止咳之法效果却不甚理想。根据中医“五脏六腑皆能令人咳，非独肺也”的传统理论，结合咳嗽变异性哮喘患者往往情绪易激动、活动过多的临床特征，本病的发病确能与肝有密切的关系；中医认为“肝为刚脏”，与气道高反应性有密切的关系；结合哮喘往往因情绪波动而诱发，也与肝密切相关；咳嗽变异性哮喘的病变本脏在肺，因肺气不利、宣肃



失常所致，日久则可影响他脏气机，而肝主疏泄，则首当其冲。综上所述，咳嗽变异性哮喘的发病和病因病机与肝存在着直接或间接的关系。因而肝与肺关系密切。生理上肝肺相关，主要表现：即共司气机升降，共主气血调畅，共主卫表而御邪，相克互制，经络相联。其次，病理上肝肺相因，主要表现在：即枢机不利，木叩金鸣，郁痰犯肺，木火刑金，风摇钟鸣，虚火灼金。

方中重用桑叶质轻性寒，清透肺中燥热之邪，入通于肝；枇杷叶，固肝家之肺药清肝润肺，非肺家之肝药；夫损其肺者益其气，人参之甘以补气；气有余便是火，故佐杏仁之苦以降气，肃清肺经之气，气降火亦降，而治节有权，气行则不郁；石膏、麦冬，多液而甘寒，培肺金主气之源而气可不郁；土为金母，子病则母虚，用甘草调补中宫生气之源，而金有所恃；金燥则水无以食气而相生，母令子虚矣；取阿胶、胡麻黑色通肾者，滋其阴以上通生水之源，而金始不孤；又加柴胡苦辛微寒，归经肝胆，功擅条达肝气而疏郁结，香附苦辛而平，专入肝经，长于疏肝理气，川芎味辛气雄，入肝胆经，能行气血，疏肝开郁，陈皮理气行滞，白芍养血柔肝，枳壳降气利肺，诸药相合，共奏疏肝解郁，行气止咳之功。诸药合用，使燥热得清，气阴得复，逆气得降，肝气得舒，而肺复行其治节，则诸症自愈。

四、顽固性咳嗽

咳嗽是肺系疾患的常见病症。咳嗽是人体的一种保护性呼吸反射动作。咳嗽的产生，是由于当异物、刺激性气体、呼吸道内分泌物等刺激呼吸道黏膜里的感受器时，冲动通过传入神经纤维传到延髓咳嗽中枢，引起咳嗽。咳嗽的动作是短促深吸气，声门紧闭，呼吸肌、肋间肌和膈肌快速猛烈收缩，使肺内高压的气体喷射而出，就成为咳嗽。随着急速冲出的气流，呼吸道内的异物或分泌物被排出体外。咳嗽反射弧包括四个环节：①呼吸道神经末梢感受器，包括机械感受器、化学感觉器和肺牵张感受器。②传入神经，为迷走神经纤维。③延髓咳嗽中枢，位于延髓背侧部，邻近呼吸中枢。④传出神经，包括迷走神经传出纤维、喉上神经和脑神经。它们协同完成咳嗽运动。引起咳嗽的原因很多，除去鼻、咽、喉、气管、支气管、肺、胸膜等呼

吸器官以外，耳、脑膜、心脏、食管、胃等内脏的迷走神经受到刺激，也会传入咳嗽中枢引起咳嗽。咳嗽是呼吸系统疾病的主要症状，如咳嗽无痰或痰量很少为干咳，常见于急性咽喉炎、支气管炎的初期；急性骤然发生的咳嗽，多见于支气管内异物；长期慢性咳嗽，多见于慢性支气管炎、肺结核等。咳嗽的不利作用，是可把气管病变扩散到邻近的小支气管，使病情加重。另外，持久剧烈的咳嗽可影响休息，还易消耗体力，并可引起肺泡壁弹性组织的破坏，诱发肺气肿。

中医认为：“咳”指肺气上逆，有声无痰；“嗽”指咯吐痰液，有痰无声。临床上一般多声痰并见，故并称“咳嗽”。根据发病原因可分为外感咳嗽和内伤咳嗽两大类。外感咳嗽多属急性病症，调制失当可转化为慢性咳嗽；内伤咳嗽多为慢性病症，若感外邪也可急性发作。若迁延不愈，或年老体弱，肺气大伤，则可并发喘息，遂成“哮喘”。外感咳嗽多因风寒、风热、燥热等外邪侵袭所致。外邪入侵，首先犯肺，肺主气，肺失宣肃，津液失于敷布，聚而成痰，阻塞气道，引起咳嗽、咯痰。内伤咳嗽因病情迁延日久，多与肺、脾、肾三脏功能失调有关。无论是外感六淫，还是七情内伤所引起，总是因肺气上逆而致。肺主气，司呼吸；肝主疏泄，其气升发。如果肝气不升，肺气的肃降功能就受到影响；再则肝失疏泄，必然导致肝气郁滞，气郁化火，木火刑金，肺失宣降，导致肺气上逆，咳嗽不止。

【临床应用】

崔氏^[4]近年来采用柴胡疏肝散治疗顽咳，取得满意疗效。方如：柴胡、白芍、枳壳、川楝子、山栀各15g，川芎、青皮、丹皮各10g，夏枯草30g。每日1剂，水煎分2次服。以7天为1疗程。治疗期间停用其他药物。崔氏^[4]观察病例56例中，男性32例，女性24例；年龄最大61岁，最小32岁；病程最长10年，最短半年。慢性支气管炎40例（合并肺气肿9例），支气管扩张10例，慢性咽炎6例。临床表现为呛咳频作，面红目赤，烦躁易怒，咳甚气急等症状，多因情绪波动、劳累而诱发。经1~2个疗程治疗后，56例中，38例痊愈（咳嗽完全消失，停药半年无复发）；10例显效（咳嗽次数显著减少，程度明显减弱，偶因劳累、情绪波动而诱发）；4例有效（咳嗽减轻，次数减少）；4例无效（咳嗽次数、程度无改变）。总有效率

为 93%。

按：崔氏^[4]在临床中体会到，治疗咳嗽除采用治肺的常法外，还应重视调畅肝气，使肝气条达，从而以助肺气宣通，气道畅利，咳嗽乃止。正如尤在泾所云：“干咳无痰，久久不愈，非肺本病，乃肝木撞肺也。”故治疗采用柴胡疏肝散加减，方中柴胡、枳壳、川楝子疏肝理气；夏枯草、山栀、丹皮清泄肝火；青皮平降上逆之气；川芎活血行气；白芍滋阴柔肝。诸药同用，共奏疏肝理气、宣肺止咳之功，使火不上炎，逆气下潜，升降有序，宣肃正常，则顽咳得除。

第二节 消化系统疾病

一、胆石症

胆石症包括胆囊和胆管的结石，是常见病，多发病。随着生活水平的提高，胆石病的特点发生了改变，1983～1985年，对全国11342例胆石病的调查显示，胆囊结石发生率已高于胆管结石，胆固醇结石已多于胆色素结石。胆囊结石主要为胆固醇性结石或以胆固醇为主的混合性结石。主要见于成年人，女性常见，尤以经产妇和服用避孕药者多见男女之比约为1:3。随着年龄的增长，其差异性减少。

胆囊结石的成因复杂，目前认为是胆汁的成分和性质发生了改变，导致胆汁中的胆固醇呈过饱和状态，易于沉淀析出和结晶而形成结石。另外，胆囊结石病人的胆汁中可能存在一种促成核因子，分泌大量黏液糖蛋白促使核和结石生成。最后，胆囊收缩力降低，致使胆汁瘀积也是结石形成的一个原因。约20%～40%的胆囊结石患者没有症状，称之为静止性胆囊结石，临床表现为：胆绞痛，嗝气、腹胀等消化不良症状。

胆管结石根据结石的位置不同可分为肝外胆管结石和肝内胆管结石。肝外胆管结石多发生在胆总管下端，肝内胆管结石可广泛分布于两叶肝内胆管，或局限于某叶胆管，其中于左外叶和右后叶多见。临床表现以剑突下及右上腹痛，当有梗阻并继发感染时可出现 Charcot 三联征：腹痛，寒战高热，黄疸。

胆石症属中医“胁痛”范畴。中医认为肝气郁结，肝络失和，气滞则湿聚而胆不疏泄，郁久化热，湿热煎熬，结成砂石，阻滞胆道而发生，见右胁下疼痛及放射后背，口苦、腹胀、重则胁疼剧烈，恶心呕吐之症状。《景岳全书·胁痛》篇曰：“胁痛之病，本属肝胆二经，以二经之脉皆循胁肋故也”。治疗上应疏肝理气，清肝利胆，温化痰饮，活血化瘀，养血柔肝。

【临床应用】

马氏^[5]临症运用柴胡疏肝散加减化裁用于两例胆石症患者的治疗，收到了满意疗效。

周氏^[6]等选用48例患者全部用加味柴胡疏肝散为基本方，药用川芎12g，柴胡15g，甘草10g，枳壳20g，白芍10g，香附20g，金钱草30g，海金沙30g，滑石30g，鸡内金30g。若疼痛较重加延胡索20g，白芷15g，川楝子20g，口苦加龙胆草15g，恶心呕吐加代赭石30g，腹胀明显加川朴18g，每日1剂，服药后半小时加服熟鸡蛋一枚。20剂为1疗程。周氏^[6]组48例均有右胁下疼痛、腹胀、经B超检查确诊。胆囊内一枚或数枚结石不等，最大约11mm×7mm，其中肝内胆管结石8例，胆囊结石40例，男20例、女28例，年龄22~55岁，平均42岁。主要临床症状：右胁下疼痛，有时放射至后背部，苔薄脉弦。发病时间：3天以内9例，3~15天11例，15天~1个月8例，1个月以上17例。该组病例服完1个疗程者14例。服完2个疗程者19例，服完3个疗程者8例，服完4个疗程者7例。结果：痊愈：症状消失，B超检查结石消失，29例占60.4%；显效：疼痛明显减轻，B超显示结石部分消失，7例占14.65%；无效：服药3个疗程后症状无改善，B超显示胆囊内结石无变化，4例占8.396%；总有效率为91.7%。本组患者总的观察时间为2年。均于停药1年后做随访，痊愈者有5例复发，显效者2例复发，复发率为14.58%。

邓氏^[7]组治疗方药：柴胡12g，白芍20g，枳壳10g，甘草6g，青、陈皮各10g，川芎10g，香附子10g，大黄10g，鱼脑石20g，鸡内金20g，郁金15g，金钱草30g，茵陈蒿30g。加减：上腹刺痛明显、舌边有瘀点者加延胡索12g，丹参20g；食欲不振者加焦三仙各

15g; 气虚者加黄芪 20g, 炒白术 10g; 发热者加银花 20g、连翘 10g、黄芩 10g。水煎 3 次, 取药汁 450ml, 早中晚空腹服, 每次 150ml, 服药期间每隔 2 天吃猪脚 1 只, 或每天早晨喝食用醋 10ml。一般连续服药 30 剂为 1 个疗程。邓氏^[7]组 6 例均为胆囊、肝胆管结石的患者。其中男性 4 例, 女性 2 例; 年龄均在 20 ~ 56 岁之间, 20 ~ 30 岁者 2 例, 31 ~ 50 岁者 3 例, 56 岁者 1 例; 病程长者 6 年, 短者 1 年。结石部位胆囊、胆总管结石 3 例, 最大直径为 1.5cm × 0.9cm, 最小直径为 0.3cm × 0.2cm; 肝内胆结石 3 例, 其中单个者 2 例, 多发性 1 例, 最大直径 2.3cm × 1.6cm, 最小直径 0.3cm × 0.4cm。病例选择①典型的阵发性上腹部疼痛或绞痛, 伴有消化道症状或有寒颤、发热, 舌苔薄白或黄腻, 脉弦紧或滑数。②既往有类似疼痛史或手术取石史。③经胆道、胆囊造影或 B 超揭示有结石阴影。结果: 胆囊、胆总管结石共 4 例, 治愈 3 例, 好转 1 例。肝内胆管结石共 2 例, 治愈 1 例, 好转 1 例。总治愈率为 66.6%, 好转率为 33.3%。该组疗程最长者 65 天, 最短者 23 天, 平均 44 天。

【病案举例】

1. 张某, 男, 1994 年 10 月初诊。右上腹部疼痛, 反复发作 2 年, 曾在当地医院以胆囊炎治疗, 疼痛时作时止, 此次饮酒后见右上腹绞痛, 阵发性加剧, 痛连右肩背, 伴有恶心欲吐, 口渴欲饮, 寒热往来, 尿黄浊, 大便干, 舌质红苔薄根黄腻, 脉弦滑, 查体 Murphy 征阳性。B 超显示, 胆囊大小为 8.6cm × 4.6cm, 壁模糊, 透光差, 胆囊及胆总管见多个光点光斑, 最大约 0.6cm, 确诊为多发性胆结石并胆囊炎。证系湿热内蕴, 煎熬胆汁, 久而成石, 阻于胆腑, 疏泄失职。治拟疏肝利胆, 清热化湿, 通泻胃腑。处方: 柴胡、枳实、香附、生大黄各 12g, 白芍 15g, 川芎、黄芩各 10g, 金钱草 30g, 半夏 12g, 海金沙 15g (布包), 延胡索 15g, 甘草 6g。水煎服, 一日 2 次, 服 5 剂后, 大便日行 2 次, 右上腹疼痛减半, 恶心渐止, 舌薄黄, 脉弦而数。原方去半夏, 金钱草改 40g, 加郁金 15g, 再进 5 剂, 右胁痛减轻, 食欲增加。上方加减进治 30 剂, 诸症消除。B 超复查, 胆囊及胆管清晰未探及结石, 一年后随访未见复发。

2. 李某, 男, 48 岁。患者因胆结石手术切除胆囊 10 年。1995

年1月就诊：主诉一年前始见右上腹隐痛，腹胀嗳气，疑胃病（旧疾慢性胃炎）发作，自服甲氰咪胍等胃药，疼痛时轻时重。3天前，疼痛持续不止，呈针刺样，伴纳差，不思饮食，发热恶寒，舌质暗夹紫斑，脉弦细涩。查体：巩膜无黄染，肝脾未扪及，肋下触痛明显，上消化道钡透示慢性胃炎。B超提示胆管内泥沙样结石。此乃气机失调，胆腑瘀滞，治以疏肝行气，通瘀化石法。处方：柴胡、川芎、川楝子各10g，丹参、延胡索15g，牛膝、白芍各12g，佛手8g，陈皮10g，鸡内金15g，生大黄10g，生薏苡仁30g。水煎服，4剂后胁痛减轻，寒热消失，纳食稍佳，继以上方服15剂，胁痛已除，纳食增加，舌质紫暗得以改变。但见有形体消瘦，易疲乏气短，乃脾土失运，以上方加怀山药30g，炒白术10g，炒薏苡仁30g，红花6g。服药30剂，复查B超，未见结石，慢性胃炎也大有好转。^[5]

3. 肖某，男性，48岁，农民。因右上腹疼痛反复发作近半月，曾经治疗未愈来我院就诊。就诊时主要症状：右上腹阵发性疼痛半小时并牵引肩背、口苦口干、纳差，大便干结，小便黄，舌苔黄而腻，脉滑数。B超检查：①多发性胆结石；②肝内胆管结石。治宜疏肝利胆，行气止痛，攻坚破积。方用柴胡疏肝散加味。药用：柴胡12g，白芍20g，枳壳10g，甘草6g，青皮、陈皮各10g，川芎10g，香附子10g，大黄10g，鱼脑石20g，鸡内金20g，郁金15g，金钱草30g，茵陈蒿30g，延胡索10g，焦三仙各15g。共服上方45剂后，症状及体征缓解。复查B超结石阴影消失。^[7]

按：周氏^[6]组中柴胡疏肝理气，调畅气机。枳实行气消痞，调理中焦之气，与柴胡相配，可加强疏肝理气之功，且能宣散郁热，芍药柔肝缓急，与甘草相配能缓急止痛，川芎香附入方能增强活血理气止痛之效。金钱草、海金沙、内金、滑石都具有化石排石的作用，柴胡疏肝散能疏导化石排石药物直达肝胆经络，服用熟鸡蛋的目的在于使餐后胆汁分泌旺盛借助药力以利排石。

按：例1^[5]所生之病，系湿热、气郁、结石阻于胆道，以致通降失职。根据《内经》“必伏其所主，而先其所固”的经旨必须疏肝理气，利胆止痛，尤其要清利湿热，以除去病因，故用黄芩、半夏降逆止呕，清化湿热；化石排石是一个治疗手段，重用金钱草、海金沙、

郁金以达其目的。现代药理研究,金钱草有利胆作用,并能促进肝细胞的胆汁分泌,肝胆管内胆汁增加,内压增高,胆道括约肌松弛,而使胆汁排泄,重用大黄配伍枳实,通泻胃腑为主,使腑泻胆亦泄,有助于胆气通降,药理研究证实,本药具有明显消炎利胆作用,有利于结石从胆道排出。

例2^[5]病程较长,且舌紫脉涩,针刺样痛等特点,故在疏肝行气的基本方中加丹参、川牛膝、红花、大黄推陈致新,通瘀利胆。此例并有慢性胃炎,脾土虚弱,故加用益气健脾之品,使气足血旺瘀自去,清升浊降胆气通。

二、胆心综合征

胆心综合征系由胆道疾病经内脏神经反射所引起的调节失常所致,可引起冠状动脉痉挛、心肌缺血、心律失常,并可诱发心绞痛。引起胆心综合征的机制是由支配胆道和心脏的神经,在脊髓部位有部分交叉,当胆囊病发作时,可通过神经反射引起有病的冠状动脉收缩,血流量减少,从而导致心绞痛、心律失常和心电图异常。

中医学认为此症属于心绞痛、胁痛、胸痹范畴。《灵枢·经脉篇》说:“…胆足少阳之脉…是动则病苦,善叹息,心胁痛,不能转侧…”,其胆心剧痛骤发多在进食脂肪或情志不舒之后。故对胆心综合征的治疗,不能只重视治心脏而忽视胆囊病。

【临床应用】

朱氏^[8]加味柴胡疏肝散组成:柴胡10g、陈皮10g、川芎10g、香附10g、枳壳10g、内金10g、酒制大黄各10g、赤芍15g、白芍15g、紫丹参15g、炙甘草5g。每天一剂,水煎分两次服。3天为1个疗程,一般治疗1~3个疗程。朱氏^[8]所选病例共46例,男14例,女32例,年龄39~72岁。表现特点为:①先有胆系疾病,全部病例均做B超检查确诊为胆系疾病(胆囊炎、胆管炎、胆石症等)。②心前区程度不同闷痛或绞痛,发作时间长,有的可持续数小时,并常有心悸,心电图示心律不齐或心肌缺血。③胆系病加重,则心脏症状随之加重。④心脏病多因进食油腻诱发,服硝酸甘油不易完全缓解。结果:痊愈:服药1~3个疗程胸痛胸闷、心悸消失,心电图恢复正常

者 14 例, 占 30.43%; 显效: 胸闷胸痛、心悸等明显缓解, 心电图有改善者 17 例, 占 39.96%; 有效: 胸闷胸痛、心悸等症状减轻, 心电图无明显变化者 12 例, 占 26.08%; 无效: 服药前后症状无明显变化, 心电图无改善者 3 例, 占 6.52%。总有效率 93.48%。

按: 胆为“中精之府”, 胆汁为肝之余气而成, 其分泌、排泄赖于肝之疏泄; 肝气郁结, 胆气不利, 气郁导致血滞, 客乘于心而致心腹剧痛。因此, 我们在临床中以疏泄肝胆厥逆之气为主, 辅以活血通络通腑, 方用柴胡疏肝散疏肝理气, 加丹参、赤芍增强和血止痛通络, 加酒制大黄通腑泻火祛邪。全方疏通肝胆, 调理气机, 和血止痛, 从而有效地改善临床症状。

三、慢性萎缩性胃炎

慢性胃炎是指各种原因引起的胃黏膜慢性炎症, 其发病率随年龄增长而增加。与长期食用对胃黏膜有较大刺激性的食物、药物、免疫、生物等因素有关, 其病理改变主要是黏膜充血、水肿、糜烂、出血或伴有渗出物, 组织检查有淋巴细胞和浆细胞浸润。治疗常予 H 受体拮抗剂及使用胃肠动力药。根据新悉尼系统分类方法, 慢性胃炎分为浅表性胃炎、萎缩性胃炎、特殊性胃炎。为临床多发病、常见病。慢性胃炎的病因和发病机制尚未完全阐明, 可能与下列因素有关: ①急性胃炎的遗患; ②刺激性食物和药物; ③十二指肠液的反流; ④免疫因素; ⑤感染因素。萎缩性胃炎病理: 炎症深入黏膜固有膜时影响胃腺体, 使之萎缩, 称萎缩性胃炎。胃黏膜层变薄, 黏膜皱襞平坦或消失, 可为弥漫性, 也可呈局限性。镜下见胃腺体部分消失, 个别者可完全消失, 黏膜层、黏膜下层有淋巴细胞和浆细胞浸润。有时黏膜萎缩可并发胃小凹上皮细胞增生, 致使局部黏膜层反而变厚, 称萎缩性胃炎伴肠化形成。如炎症蔓延广泛, 破坏大量腺体, 使整个胃体黏膜萎缩变薄, 称胃萎缩。萎缩性胃炎可发生肠腺上皮化生和假性幽门腺化生, 在增生的胃小凹和肠化上皮的基础上可发生异型增生。异型增生是一种不正常黏膜, 具有不典型细胞、分化不良和黏膜结构紊乱的特点, 认为极可能是癌前病变。

慢性胃炎属中医学“胃脘痛”、“痞满”等范畴。主要病因为:

①感受外邪，则胃阳被遏，致使气急阻滞，胃脘不适；②饮食不节，易伤脾胃，脾失运化，胃失和降，气机不畅，致胃痛、噎腐吞酸等；③情绪失调，肝气横逆犯胃，气机逆乱，肝胃不和，则胃脘胀痛连胁，噎气频作；④脾胃虚弱，中气不足，或劳倦内伤，日久不愈，伤及脾胃，致纳差乏力嘈杂吐酸等症。

【临床应用】

杨氏^[9]治疗组以柴胡疏肝散为基础方，药用：柴胡 15g、炒枳壳 15g、炒白芍 15g、川芎 10g、香附 15g、炙甘草 6g；若有胃脘灼痛者加黄连 8g、黄芩 10g、蒲公英 20g；胁肋疼痛，寒热往来者加半夏 10g；胃脘胀痛，胸肋痛者加郁金 10g、台乌 12g、川楝子 10g、全瓜蒌 10g；呃逆、噎气较甚者加旋覆花（包）10g、乌贼骨 15g；恶心、呕吐者加竹茹 12g、半夏 10g、陈皮 10g；湿邪偏重，大便溏者加薏苡仁 30g、川厚朴 15g、藿香 10g；遇寒加重，胃脘喜按者加干姜 6g、熟附子 10g、小茴香 10g；气滞重者加佛手 10g、香橼 15g、苏梗 10g、春砂仁 8g；消化不良，有食积者加焦三仙（各）15g、鸡内金 10g、莱菔子 10g；脾胃虚寒，则加北芪 30g、桂枝 12g；病已久，正气虚者加北芪 20g、党参 20g、口干、津液不足者加沙参 15g、玉竹 10g、麦冬 12g、有血瘀者加丹参 15g、延胡索 15g、生蒲黄 10g；伴有溃疡者加白及 20g、田七粉 6g（吞服）；每日 1 剂，水煎 2 次，饭前半小时温服早晚各 1 次，疗程 5 周。对照组 35 例患者口服雷尼替丁 0.15g，2 次/日，多潘立酮 10mg，3 次/日，疗程 5 周。治疗期间注意饮食调节，免刺激性食物，对胃有损伤的药物，戒烟忌酒。杨氏^[9]所选患者 70 例均经内镜明确诊断及病理检查，确诊为萎缩性胃炎，男 48 例，女 22 例；年龄 28~66 岁，平均年龄 46.5 岁。病程 1~10 年不等，平均 3.7 年。浅表性胃炎 32 例，肥厚性胃炎 13 例，萎缩性胃炎 25 例。合并反流性胃炎 15 例，十二指肠球部炎症者 12 例，十二指肠球部溃疡 8 例。随机分为两组，两组在性别、年龄、职业、病程等均有可比性。主要临床表现有胃脘部胀痛或隐痛。噎气泛酸，食欲不振，大便不畅，病情反复与情志有关，苔薄白，脉沉弦。治疗结果：治疗组 35 例，临床显效 22 例（62.8%），有效 8 例（22.9%），无效 5 例（14.3%），总有效率为 85.7%。对照组 35 例，临床显效 10

例 (28.6%), 有效 9 例 (25.7%), 无效 16 例 (45.7%), 总有效率为 54.3%。治疗组治疗后有 15 例复查胃镜显示, 黏膜充血水肿基本治愈, 红白相间的黏膜消失或好转。病理检查黏膜炎症减轻, 肠上皮化消失或好转。

按: 本病病位虽在胃, 与肝脾密切相关。肝脾胃三者在生理上互相配合, 在病理上互相影响。胃主受纳, 腐熟水谷; 脾主运化、升清; 肝属木为刚脏。喜条达, 主疏泄。中医病机多为脾失健运, 胃失和降, 以致胃络受阻, 胃气上逆, 气滞中焦, 室塞不通所致。柴胡疏肝散为治疗胃脘痛平和剂型, 在治疗时方随法变, 药随证异, 有的放矢, 灵活而不失辨证论治的原则。治则以疏肝理气。和胃止痛为主, 佐以证类病机施治; 方中柴胡疏肝解郁、解表和里; 枳实破气行痰、散积消痞; 白芍养血敛阴、乘肝止痛; 川芎活血行气、散风祛痛; 香附理气疏肝; 炙甘草补脾益气。如脾胃虚寒, 则加北芪、桂枝益气温阳; 脾胃湿热, 川厚朴、藿香、薏苡仁清热泄浊; 脾胃阴虚, 则加沙参、玉竹、麦冬养阴益胃; 瘀阻脉络, 则加丹参、延胡索; 生蒲黄、白芨、田七粉活血化瘀等等。

练氏^[10]治疗组以柴胡疏肝散合四君子汤加减。基本方: 柴胡、川芎、香附各 9g, 枳壳、茯苓、郁金、赤芍药各 15g, 白芍药、党参、白术、黄芩各 10g, 甘草、陈皮各 6g, 黄连 3g, 薏苡仁 20g, 白花蛇舌草 30g。加减: 嗝气去党参, 加旋覆花; 泛酸嘈杂加海螵蛸、煅瓦楞; 口干、便秘、舌红属胃阴虚者加石斛、玉竹、天花粉; 倦怠乏力、面色少华、便溏属脾虚者加黄芪; 口苦、苔腻属脾胃湿热者去党参、川芎、白术, 减白芍药剂量, 加蒲公英、茵陈、连翘; 上腹疼痛固定, 反复发作, 舌暗或紫属胃络瘀阻者加延胡索、桃仁、路路通; 夜寐不安加夜交藤、茯神。每日 1 剂, 水煎 2 次, 饭后 1 小时后温服, 定期随访。对照组: 予胃复安片, 每日 3 次。每次 3 片, 定期随访。两组均门诊随访观察 6 个月。练氏^[10]共收治观察慢性萎缩性胃炎患者 77 例。均为曙光医院门诊病例, 随机分为两组, 治疗组 47 例, 对照组 30 例。治疗组男性 19 例, 女性 28 例; 年龄 31~60 岁, 病程 1~15 年; 伴肠上皮化生 29 例, 伴异型增生 24 例, 伴幽门螺杆菌阳性 28 例。对照组 30 例, 男性 12 例, 女性 18 例; 年龄 31~61

岁,病程10个月~15年;伴肠上皮化生19例,伴异型增生15例。伴幽门螺杆菌阳性18例。两组一般情况和治疗前病情程度无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。观察项目:①临床症状:胃脘胀痛、疼痛,嗳气反酸,饮食减少,胃中嘈杂及舌象、脉象等;②胃镜与病理学检查;③HP检测。结果:①两组临床疗效比较:治疗组显效24例,有效18例,无效5例,总有效率为89.4%。对照组显效10例,有效9例,无效10例,加重1例,总有效率为63.3%。两组疗效有显著性差异($P<0.05$),治疗组改善临床症状疗效明显优于对照组。②两组胃镜病理改变情况比较治疗组与对照组治疗后腺体萎缩有效率分别为70.2%与43.3% ($P<0.05$),肠上皮化生有效率分别为62.1%与31.6% ($P<0.05$),异型增生有效率分别为58.3%与20% ($P<0.05$) ③两组胃黏膜HP(+)检测情况比较治疗组有效率为64.3%,对照组为33.3% ($P<0.05$)

按:本病与肝郁关系密切,肝属乙木,喜条达而恶抑郁,以升发为顺,肝郁疏泄不及、气机失调,影响脾胃的纳、化、升、降,以致胃失和降,中焦气机“结聚而不得发越,当升者不能升,当降者不能降。当变化者不能变化”(《丹溪心法》),遂至心下痞满不舒,胃脘胀痛,饮食不进而嗳气、吞酸、胀痛、呕恶之症俱作。气机失调日久,气血津液运行失常还可引起血瘀、湿阻、化热、伤阴等证。正如《沈氏尊生书·胃痛》云:“胃痛,邪干胃脘,痛也。惟肝气相乘为尤甚,以木性暴,且正克也。”故本病治疗当以疏肝健脾、调畅气机为原则。柴胡疏肝散是在四逆散的基础上加陈皮、川芎、香附而成,为疏肝理气之良方。方中以柴胡、芍药、川芎、香附疏肝解郁,陈皮、枳壳、甘草理气和中,加赤芍药、郁金加强理气疏肝之效。“见肝之病。知肝传脾,当先实脾。”四君子汤为培补脾土之基本方。立脾胃中州之义,加薏苡仁增强健脾功效。黄芩、黄连、白花蛇舌草清热燥湿,对胃黏膜慢性炎症有较好疗效,且其苦寒之性可制约川芎、白术、陈皮之辛温。全方共奏抑木培土、疏肝健脾之功效。

楼氏^[11]治疗组用柴胡疏肝散加减:柴胡10~20g,香附10~20g,白芍10~15g,当归10~15g,白术10~20g,云茯苓12~20g,

陈皮 10~15g, 枳壳 10~15g, 炒麦芽 12~15g, 代赭石 12~15g, 竹茹 10~15g, 甘草 6g。一般每日 1 剂, 水煎服, 服药 2 次。对照组用维酶素片每次 1g, 每日 3 次; 阿莫西林每次 0.5g, 每日 3 次。楼氏^[11]等所选 56 例患者均为门诊病人, 并经胃镜检查确诊为萎缩性胃炎。将 56 例随机分为 2 组。治疗组 28 例; 男 18 例, 女 10 例; 45 岁以下 8 人, 45~60 岁 11 人, 60 岁以上 9 人; 病程 1 年内 7 例, 2 年内 9 例, 2 年以上 12 例。对照组 28 例; 男 19 例, 女 9 例; 45 岁以下 9 例, 45~60 岁 10 例, 60 岁以上 9 例; 病程 1 年内 7 例, 2 年内 8 例, 2 年以上 13 例。以上经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 两组有可比性。结果: 治疗 2 周, 以胃脘胀满疼痛等症状明显好转作为疗效评判标准。治疗组多数患者应用柴胡疏肝散加减 7 剂后胃脘胀满疼痛症状有所减轻, 应用 14 剂后症状明显好转或消失。两组治疗好转病例数有差异, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

按: 胃痛病因虽有种种不同, 但其发病机制确有共同之处, 即所谓“不痛则痛”。治疗胃痛, 当以理气和胃为主, 再须审证求因, 辨证施治。邪盛以祛邪为急, 正虚以养正为先。虚实夹杂者, 则又当邪正兼顾, 从广义的角度去理解和运用“通”法, 来达到治病救人的效果。肝与胃是木土乘克的关系, 胃痛与肝的关系很密切。若忧思恼怒, 气郁伤肝, 肝气横逆, 势必克脾犯胃, 致气机阻滞, 胃失和降而为痛。如肝气久郁, 既可出现化火伤阴, 又能导致瘀血内结, 病情至此, 则为痛加剧, 每每缠绵难愈。萎缩性胃炎多因饮食不节, 嗜食辛辣, 长期饮酒, 生冷无度而伤及脾胃, 或精神反复刺激, 气郁伤肝, 肝气横逆反胃, 或郁久化火, 耗伤胃阴所致。病初在经属气, 病久入络属血, 但总以脾胃为中心。如《脾胃论》语: “若胃气之本若, 饮食自倍, 则脾胃之气即伤, 则元气不能充, 而诸病之所由生也”。在治疗上, 大抵遵“脾以守为补, 胃以通为补, 肝以散为补”的原则, 实以疏肝、降胃、运脾是为之要法, 随兼证而施治, 从而使肝得以疏泄, 脾得以运化, 胃得以和降, 津液则升, 浊气下降, 胃气得生, 纳谷自行。

周氏^[12]治疗方法: 柴胡疏肝散加味: 柴胡、香附、陈皮、枳壳、川芎、川楝子、延胡索各 10g, 白芍 15g, 甘草 4g, 水煎分二次服, 1

日1剂,2个月为一疗程,治疗2个疗程。治疗期间,停用其他治疗胃病药,忌食辛辣、生冷,调情志。周氏^[12]组65例,均经纤维胃镜检查诊为慢性萎缩性胃炎中度以上,并有病理活检确诊。其中男35例,女30例。年龄26~35岁21例,36~50岁33例,51~66岁11例。病程最短半年,最长10年;萎缩病变在胃窦者27例,在胃体者4例,胃窦和胃体均有24例,其中10例伴有肠腺化生,全部病例均伴有不同程度的慢性黏膜炎症。上腹胀满,隐痛或刺痛,嗳气频繁,舌质淡,苔薄白,脉弦。结果:显效31例(47.7%),有效25例(38.4%),无效9例(13.9%),总有效率86.1%。

常氏^[13]治疗方法:以疏肝活血法为基本方法,方选加味柴胡疏肝散:柴胡、枳壳、香附、陈皮、川芎、莪术各10g,白芍、丹参各15g,甘草5g。随症加减:肝胃不和加川楝子、延胡索;胃阴不足加沙参、麦冬;脾胃虚寒加桂枝、吴茱萸;湿热中阻加蒲公英;肠腺化生、不典型增生加白花蛇舌草;胆汁反流加黄连、吴茱萸。每日1剂,水煎3次服,2个月为1个疗程。常氏^[13]组患者60例均为本院胃镜及病理活检确诊为慢性萎缩性胃炎。其中男性39例,女性21例;年龄最小者28岁,最大者67岁;病程最短者2年,最长者18年;合并胆汁反流性胃炎3例,十二指肠球部溃疡2例,肠腺化生、不典型增生2例。主要临床表现有胃脘刺痛或胀痛,拒按,嗳气则舒,大便不畅,舌质淡紫或有瘀斑,脉弦或弦涩。治疗结果:近期治愈18例,占30%;显效27例,占45%;有效10例,占16.7%;无效5例,占8.3%。总有效率91.7%。60例中用药最多者120剂,最少者60剂。

按:肝失疏泄,影响脾胃主要有两种情况:一是疏泄不及,土失木疏,气壅而滞,不通则痛;二是疏泄太过,横逆脾胃,肝脾不调,肝胃不和,气机不畅,不通则痛。气血相关,气为血帅,血为气母,气行血行,气滞血瘀,胃痛初起在气,气滞日久则影响血络通畅,以致血瘀胃络。故慢性萎缩性胃炎多气血同病。治宜疏肝活血,气血同治。柴胡疏肝散由柴胡、香附、陈皮、枳壳、川芎、白芍、甘草组成,加用莪术、丹参,既能疏肝理气,又能活血祛瘀,用于气滞血瘀型萎缩性胃炎。

刘氏^[14]组 56 例中, 均予柴胡疏肝散加减治疗, 每日 1 剂, 每剂 2 煎, 早晚分服, 2 个月为 1 个疗程。服药期间停服西药及中成药, 禁食生冷油腻及辛辣刺激制品, 保持心情舒畅。药物组成: 柴胡、香附、枳壳、川芎、白芍、甘草。①肝气犯胃型: 胃脘胀痛, 痛无定处, 攻撑连胁, 噯气, 泛酸, 心烦易怒, 夜眠不安, 遇情志不畅而加剧。舌红, 苔薄白或薄黄, 脉弦。处方: 柴胡 10g, 香附 9g, 枳壳 10g, 川芎 6g, 白芍 15g, 甘草 10g, 黄连 12g, 白花蛇舌草 20g, 红藤 15g, 煅瓦楞子 10g; ②脾胃湿热型: 脘腹痞满, 或伴有噯气, 恶心, 口干而苦, 口渴不欲饮, 小便黄, 大便不畅, 舌苔黄腻或浊, 脉滑数或濡数。处方: 柴胡 10g, 半夏 10g, 枳壳 10g, 藿香 10g, 厚朴 12g, 蒲公英 15g, 黄连 9g, 白豆蔻 10g, 黄芩 12g, 苍术 6g; ③瘀血阻络型: 胃脘疼痛, 如针刺或刀割, 痛处固定而拒按, 食后痛甚, 大便色黑, 舌质紫暗或有瘀斑, 脉涩。处方: 柴胡 10g, 香附 10g, 丹参 10g, 三七粉 3g, 莪术 10g, 红藤 20g, 川楝子 10g, 砂仁 6g, 延胡索 10g, 当归 10g, 白芍 15g, 甘草 10g; ④脾胃阴虚型: 胃脘胀痛有烧灼感, 口干少津, 食少, 大便干燥, 舌红少津, 苔黄或少苔, 脉弦细。处方: 柴胡 10g, 白芍 15g, 玉竹 15g, 麦冬 12g, 沙参 15g, 生地 12g, 川楝子 9g, 蒲公英 20g, 当归 15g, 枸杞子 10g, 甘草 10g; ⑤脾胃虚寒型: 胃脘不适, 隐隐作痛, 喜温喜按, 纳食乏味, 空腹痛甚, 神疲乏力, 四肢欠温, 大便稀, 舌淡红, 脉沉缓。处方: 柴胡 10g, 枳壳 10g, 白芍 15g, 党参 12g, 白术 12g, 茯苓 15g, 陈皮 10g, 龙眼肉 12g, 大枣 10g, 炙甘草 10g。刘氏^[14]组 56 例, 均为医院门诊病人, 经胃镜和病理组织学检查确诊为“HP 阳性慢性萎缩性胃炎”。其中男性 31 例, 女性 25 例, 年龄 23 ~ 69 岁, 平均年龄 46 ~ 45 岁, 30 岁以下 6 例, 30 ~ 50 岁 42 例, 50 岁以上 8 例。病程 1 ~ 17 年, 1 年以内 2 例, 1 ~ 10 年 43 例, 10 年以上 11 例。治疗结果本组 56 例中, 慢性萎缩性胃炎治愈 13 例, 占 23.22%; 显效 23 例, 占 41.07%; 有效 12 例, 占 21.43%; 无效 8 例, 占 14.28%。总有效率为 85.72%。HP 治愈 22 例, 占 39.29%; 显效 18 例, 占 32.14%; 有效 11 例, 占 19.64%; 无效 5 例, 占 8.93%。总有效率为 91.07%。

【病案举例】

1. 张某^[11]，女，52岁，大学教授。患者因精神刺激后上腹部胀满不适，持续隐痛，连及胁肋，善太息，纳差4年余。经按“胃炎”服中西药效果不佳，且症状日增，胀痛明显，尤以食后加剧，喘气，进食日不足2两，食入即呕吐，日渐消瘦。经胃镜检查并病理切片报告为：胃窦浅表性萎缩性胃炎。刻下胃脘胀满疼痛，食后尤甚，痛及胁肋，噯气频作，矢气得舒，偶有恶心呕吐，苔薄白，脉弦滑，证属肝气郁结，横逆犯胃，胃失和降。肝主疏泄而喜条达，若情志不舒，则肝气郁结不得疏泄，横逆犯胃而作痛。胁乃肝之分野，而气多走窜游移，故疼痛连及胁肋。气机不利，肝胃气逆，故脘胀噯气。气滞肠道传导失常，故矢气得舒。病在气分而湿浊不甚，故苔薄白。治宜疏肝解郁，调和胃气。柴胡疏肝散加减，柴胡10g，香附10g，白芍10g，当归12g，白术10g，云茯苓12g，陈皮10g，枳壳12g，炒麦芽12g，代赭石12g，竹茹10g，甘草6g。一般每日1剂，水煎服，服药2次。患者第二次就诊自诉症状减轻，第四次就诊胃镜复查并病理报告为“胃窦浅表性胃炎”，第五次就诊患者自诉无特殊不适。

2. 夏某^[12]，女，40岁，于2002年1月就诊，述上腹疼痛10多年，伴噯气，大便不畅，脘痛时有连肋，因情志而痛加，舌淡苔薄，脉弦，胃镜检查见胃窦部前壁萎缩，少部分肠上皮化生。诊断：慢性萎缩性胃炎。辨证：肝气犯胃型。治法：疏肝理气，柴胡、香附、陈皮、枳壳，川芎各10g，白芍、川楝子、延胡索各10g，甘草4g，服15剂症状缓解，再服1个半月，症状消失。胃镜复查示胃前壁萎缩不明显，未见肠上皮化生，随访未见复发。

3. 李某^[13]，男，56岁，1999年6月12日初诊。胃脘部刺痛胀满5年，加剧3月。5年前，因生闷气后出现胃脘部胀满，时感刺痛，口泛酸水，多次求治于我院消化内科，纤维胃镜及病理组织活检，确诊为慢性浅表性胃炎，伴胆汁反流。拟用“雷尼替丁”、“瑞贝克”、“吗叮啉”等西药治疗，症状时轻时重。3月前，胃脘胀满刺痛加剧，再行胃镜检查及病理组织活检为：慢性萎缩性胃炎伴胆汁反流。刻诊：胃脘刺痛胀满，噯气则舒，口泛苦水，纳差食少，苔薄腻，舌质淡紫，脉弦涩。中医诊断为胃脘痛，辨证为：肝郁血瘀，肝

胃不和。治宜疏肝活血，和胃止痛。方投加味柴胡疏肝散：柴胡、枳壳、香附、陈皮、川芎、莪术、川楝子、延胡索各 10g，白芍、丹参各 15g，甘草 5g。每日 1 剂，每日 3 次服。服药 1 月，诸症明显减轻，饮食增加。继于上方加黄连、吴茱萸各 5g 再服 1 月，诸症尽弃，复查胃镜基本正常，随访半年未复发。

4. 王某^[15]，男，18 岁，干部。胃脘疼痛 10 余年，曾在汉中某医院胃镜检查为慢性萎缩性胃炎，于 1982 年 10 月院求治。入院后症见：胃脘胀痛，以痛为主，痛处固定，甚如针刺，嘈杂不舒，纳食后痛甚，舌紫暗边有瘀点，脉沉弦涩。证属气滞血凝型，投以行气化瘀之剂，方药为五灵脂、丹参、川楝子、佛手、乳香、没药各 12g，蒲黄、三七（冲）各 10g，延胡索、枳壳、当归、山楂各 15g。上方共服用 60 余剂，症状缓解，饮食增加，精神好转。到汉中市某医院复查胃镜提示：浅表性 - 萎缩性胃炎，病理报告：浅表性 - 萎缩性胃炎（轻度）。后又用上方调理数 10 日。以归芍六君子汤调理，随访至今，未见复发。

5. 滕某^[16]，男，67 岁，退休工人。胃脘胀满，胁下窜痛，每遇情志变化而加重，伴有嗳气、纳差 5 年余。西医胃镜检查为萎缩性胃炎。曾服中成药及西药效不佳。1992 年 9 月 3 日来我科门诊，经辨证给以疏肝理气、调和肝胃，方用柴胡疏肝散加减：柴胡、香附、陈皮、厚朴各 10g，半夏、茯苓、生麦芽、延胡索各 15g，郁金 12g。煎服 7 剂后症状明显好转，坚持服用 1 疗程，症状完全消失，经胃镜复查结果为正常胃黏膜。随访 2 年至今未复发。

6. 徐某^[17]，45 岁，2001 年 3 月 6 日初诊。胃脘胀满疼痛 3 年，症状随情绪波动，胃胀，食欲不振，大便偏干，舌质偏红、苔黄燥，脉弦。经纤维胃镜检查提示：部分腺体萎缩。西医诊断为萎缩性胃炎。中医证属肝气郁结，横逆犯胃。拟疏肝理气，和胃通降。自拟方：柴胡、延胡索、郁金各 12g，丹参、当归、茯苓、白芍各 15g，陈皮、枳实、半夏各 9g，砂仁、乌药、木香、甘草各 6g。服 14 剂后胃脘痛及口干苦减轻，食欲仍不振，便调，舌质偏红、苔薄黄，守上方去延胡索、乌药、枳实，加枳壳、焦麦芽、焦山楂、焦神曲各 10g，继服 3 周，诸症皆除。

四、慢性浅表性胃炎

慢性浅表性胃炎是临床常见病和多发病，临床症状：可有慢性不规则的上腹隐痛、腹胀、嗳气等，尤以饮食不当时明显，部分患者可有反酸，上消化道出血，此类患者胃镜证实糜烂性及疣状胃炎居多。病理：炎症限于胃小凹和黏膜固有层的表层。肉眼见黏膜充血，水肿，或伴有渗出物，主要见于胃窦，也可见于胃体，有时见少量糜烂及出血。镜下见膜浅层有中性粒细胞、淋巴细胞和浆细胞浸润，深层的腺体保持完整。此外，某些患者在胃窦部有较多的糜烂灶，或伴有数目较多的疣状凸起，称慢性糜烂性或疣状胃炎。大部分浅表性胃炎可逆转，少部分可转为萎缩性。

属于中医胃脘痛及痞证的范围。临床上以胃脘部反复隐痛为主症，或兼见胀、呕吐、嗳气、嘈杂、吐酸等症状。其病因多与饮食不当、情志不调、禀体阳虚、外感时邪有关。中医认为，胃者乃仓廪之官，主受纳，宜和、宜通而不宜滞。若胃失和降，气机阻滞，不通则痛。

【临床应用】

王氏^[18]用柴胡疏肝散加减治疗慢性浅表性胃炎取得良好效果。方如：柴胡6g，芍药9g，枳壳6g，川芎6g，香附6g。若兼肝郁气滞较甚者加佛手9g、郁金9g；寒凝为主者加高良姜6g、吴茱萸4g；夹有食滞者加神曲12g、谷芽、麦芽各12g；泛吐酸水者加乌贼骨12g、瓦楞子9g；胃黏膜糜烂者加败酱草12g、白及粉3g；出血者加三七粉3g、蒲黄炭9g。上方水煎2次，取汁400ml，早晚各半，空腹服，日服1剂。4周为1个疗程，共服1~2个疗程。王氏^[18]所选160例均为门诊病人，男92例，女68例；以青壮年为主，其中20岁以下12例，21~40岁76例，41~60岁66例，60岁以上6例，平均年龄42.6岁；病程最短者6个月，最长者30年，所有病例均经过胃镜检查，并伴有明显的消化道症状，且以胃脘部胀痛为主要特征。结果：160例经治后，治愈40例：临床症状和体征消失，胃镜复查黏膜病变恢复正常；显效82例：临床症状和体征基本消失，胃镜复查原黏膜病变范围明显缩小，损害有所改善；有效34例：临床症状和体征

改善,胃黏膜病变有所好转;无效4例:临床症状和体征及胃镜检查黏膜病变均无明显改变。治愈率25.00%,显效率76.25%,有效率97.50%。

汪氏^[19]肝胃气滞型(41例)胃脘胀痛,牵及两胁,情志变化加重,嗳气吐酸,食后饱胀,苔黄,脉弦。肝郁气滞、胃失和降,治以疏肝理气和胃,用柴胡疏肝饮加减:醋柴胡、制香附、当归、郁金、川楝子各10g,白芍、丹参各15g,甘草5g。痛甚加延胡索、甘松;呕吐加旋覆花、代赭石;泛酸加左金丸;灼热加栀子、丹皮等。汪氏^[19]102例患者有69例经上消化道钡餐、33例经胃镜检查确认为慢性浅表性胃炎,其中肝胃气滞型41例,全部病例均有不同程度上腹痛、饱胀、纳差、嗳气、泛酸等症状,抗HP检查有76例呈阳性反应。性别:男40例,女62例,年龄20~60岁。病程:1~5年47例,6~10年39例,11~20年16例。结果:41例肝胃气滞型,临床治愈95.1%,好转4.9%,无效为0%。

薛氏^[20]用柴胡疏肝散合金铃子散。基础方药:白芍、金铃子、延胡索各30g,柴胡、枳壳各10g,川芎、甘草各6g。随症加减:嘈杂重伴灼心、醋心、吐酸、饥空等疼痛,可加乌贼骨、瓦楞子、白螺丝壳等粉剂20g以上;对有瘀血之疼痛,可加乳香、没药、生蒲黄、五灵脂各6g;对于中寒胃痛去金铃子,加良姜、肉桂、花椒、丁香、小茴香3~6g;对偏热之泛酸。可加黄连、栀子、吴茱萸各6g;对偏寒之泛酸,可加砂仁9g,并将基础方中的香附量加至30g;对痞满,可选加神曲、麦芽、谷芽、山楂、鸡内金、厚朴、木香、大腹皮、降香等6~12g。1剂。水煎3次,共收汁600ml,每次服100ml,每日3次,2日1剂。对照组:口服甲氰咪胍0.2g,每日4次;莨菪碱(654-2)片5mg,每日3次。4周为一疗程。结果:治疗组60例中,显效18例(30%),有效32例(53.33%)。无效10例(16.67%),总有效率83.33%。对照组50例中,显效4例(8%),有效38例(76%),无效8例(16%),总有效率84%。组间总有效率比较,经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。但治疗组显效率与对照组显效率比较,存在显著性差异($P<0.01$)。

余氏^[21]治疗方法:全部病例服用柴胡疏肝散化裁方:柴胡12g,

白芍 12g, 香附 10g, 木香 6g, 延胡索 12g, 川楝子 12g, 佛手 6g, 青皮、陈皮各 6g, 枳壳 10g, 郁金 6g, 苏梗 6g, 川芎 10g, 丹参 15g, 蒲公英 15g, 炙甘草 6g。随症加减: 夜寐不安加枣仁、夜交藤; 胃痛痞满酌加甘松、九香虫、降香; 泛吐酸水加炙乌贼骨、煅瓦楞子; 大便干结加火麻仁、瓜蒌仁; 胃镜下黏膜水肿加茯苓、泽泻; 糜烂加紫花地丁、白花蛇舌草; 食积加山楂、神曲、莱菔子; 苔腻加藿香、砂仁; 呕逆加竹茹、生姜; 脾胃虚寒加吴茱萸、桂枝; 肝胃郁热加黄连, 蒲公英加量至 20g。若脾胃升降失调, 出现恶心、呕吐等症, 则治以降气镇逆和胃法, 用柴胡疏肝散合旋覆代赭汤, 同时还可配合使用苏子、杏仁、枇杷叶等肃降肺气之品, 以助胃气下降。每日 1 剂, 水煎服, 日 2 次, 连续用药 2 个月为 1 疗程, 2 个疗程后观察疗效。所选病人 21 例, 均经胃镜诊断为慢性浅表性胃炎。其中男性 6 例, 女性 15 例; 年龄 24~53 岁, 平均年龄 41 岁; 病程 3~6 个月 9 例, 6~18 个月 7 例, 18 个月以上 5 例。治疗结果: 治愈 8 例, 好转 11 例, 无效 2 例。结果还表明疗效与病程有关, 病程越短, 疗效越好。

张氏^[22]90 例均为本院门诊患者, 男 32 例, 女 58 例; 年龄最大 65 岁, 最小 20 岁, 平均 (37.5 ± 6.2) 岁; 病程最长 10 年, 最短 3 个月, 平均 (3.1 ± 1.2) 年; 均为慢性浅表性胃炎。随机分为 2 组, 治疗组 60 例, 对照组 30 例。2 组一般资料经统计学处理无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗方法: 治疗组: 予柴胡疏肝散加减。药物组成: 柴胡 10g, 白芍药 12g, 枳壳 12g, 炙甘草 10g, 香附 15g, 陈皮 12g, 川芎 10g, 薄荷 6g。加减: 纳呆者酌加焦山楂、焦神曲、炒谷芽、炒麦芽、鸡内金; 胃脘疼痛甚者酌加延胡索、郁金、姜黄; 噯气或呃逆者酌加丁香、旋覆花、代赭石、柿蒂; 反酸重者酌加海螵蛸、煅瓦楞子、黄连、吴茱萸; 嘈杂甚者加佛手、香橼、乌药; 苔腻或黄腻者加蒲公英、黄连。水煎服, 日 1 剂, 分早、晚 2 次饭后 1 小时温服。对照组: 予气滞胃痛冲剂每次 1 袋, 每日 3 次。30 日为 1 个疗程, 1 个疗程后判定疗效。忌食辛辣刺激食物。结果: 治疗组 60 例, 痊愈 30 例, 显效 19 例, 有效 10 例, 无效 1 例, 总有效率 98.3%; 对照组 30 例, 痊愈 11 例, 显效 11 例, 有效 4 例, 无效 4 例, 总有效率 90.0%。2 组总有效率有显著性差异 ($P < 0.05$)。

赵氏^[23]等选用 120 例患者分成治疗组与对照组。治疗组 60 例, 其中男 44 例, 女 16 例; 年龄最小 18 岁, 最大 64 岁; 病程最短 1 年, 最长 8 年; 对照组 60 例, 其中男 42 例, 女 18 例; 年龄最小 19 岁, 最大 64 岁; 病程最短 1 年, 最长 9 年。两组在年龄和病程等一般资料经统计学处理, 差异无显著意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗组: 以柴胡疏肝散加减治疗, 基本方: 柴胡、陈皮各 6g, 川芎、香附、枳壳、芍药各 4.5g, 炙甘草 1.5g。加减: 肝胃气滞加川楝子 6g; 胃热炽盛加炒黄连 2.4g, 炒吴茱萸 1.5g; 瘀阻胃络加川楝子、延胡索各 9g; 胃阴亏虚去川芎、枳壳, 合一贯煎; 脾胃虚寒合大建中汤。常规水煎分服。对照组: 用奥美拉唑 20mg。每天早晨空腹口服 1 次; 羟氨苄青霉素 0.5g, 每天口服 2 次。2 组均以 4 周为 1 疗程。1 个疗程结束后复查内镜及 HP, 并根据疗效标准统计治疗结果。2 个疗程结束后, 停药 1 个月进行复查, 统计 HP 清除率。结果: 近期疗效, 治疗组治愈 46 例, 好转 10 例, 未愈 4 例, 总有效率 93.33%; 对照组治愈 37 例, 好转 14 例, 未愈 9 例, 总有效率 85.00%。两组比较疗效有显著性差异 ($P < 0.01$)。HP 清除率, 治疗组为 (51/60) 85.00%, 对照组为 (45/60) 75.00%, 差异也有显著性 ($P < 0.01$)。

黄氏^[24]病例 100 例, 男 52 例, 女 48 例; 年龄 27~64 岁, 平均 34.6 岁; 病程 3 个月至 5 年, 平均 2.3 年。治疗方法: 予柴胡疏肝散加减治疗。基本方: 柴胡 6~10g, 枳实 8~12g, 白芍药 15~30g。陈皮 6~10g, 川芎 6g, 香附 10g, 佛手 10g, 半边莲 15g, 甘草 5g。加减: 脾胃虚弱、神倦纳少、舌淡苔白酌加党参、白术、黄芪; 大便溏薄去枳实, 易枳壳, 酌加扁豆、薏苡仁、芡实; 便秘或大便干结难排, 或排便不畅酌加生大黄、槟榔; 噎气呃逆加旋覆花、代赭石; 泛酸加左金丸、海螵蛸; 腹胀纳呆酌加厚朴、神曲、鸡内金; 无酸加山楂; 痛甚酌加延胡索、三七、木香; 恶心欲呕酌加砂仁、姜半夏、吴茱萸、白豆蔻; 脾胃虚寒、喜温喜按、口泛清涎加理中汤或桂附理中汤; 胃脘嘈杂、灼热酌加黄芩、黄连、梔子。每剂煎 2 次, 分 2~3 次服用。2 周为 1 个疗程, 连续服用 2 个疗程。结果: 痊愈 36 例, 占 36%; 好转 56 例, 占 56%; 无效 8 例, 占 8%。总有效率 92%。

赵氏^[25]病例 120 例, 随机分成治疗组与对照组。治疗组 60 例, 年龄最小 18 岁, 最大 64 岁; 病程最短 1 年, 最长 8 年。对照组 60 例, 年龄最小 19 岁, 最大 64 岁; 病程最短 1 年, 最长 9 年。两组一般资料对比, 无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗组: 采用柴胡疏肝散加减。肝胃气滞, 加川楝子 6g; 胃热炽盛, 加左金丸 (炒黄连 2.4g、炒吴茱萸 1.5g); 瘀阻胃络, 加金铃子散 (金铃子、延胡索各 9g); 胃阴亏虚, 去川芎、枳壳, 加一贯煎 (北沙参 10g、麦冬 10g、当归 10g、生地黄 30g、枸杞子 12g、川楝子 5g); 脾胃虚寒, 加饴糖 (烊化) 30g、蜀椒 3g、干姜 5g、党参 15g。每日 1 剂, 加水 350ml 煎至 150ml, 分 2 次口服。对照组: 用奥美拉唑 20mg, 每天早晨空腹口服 1 次; 阿莫西林 0.5g, 每天 2 次, 口服。两组均以 4 周为 1 个疗程。1 个疗程结束后复查内镜及 HP, 并根据疗效标准统计治疗结果。2 个疗程结束后, 停药 1 个月进行复查, 统计 HP 清除率及根除率。结果: 治疗组疗效与对照组近似, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。

王氏^[26]160 例均为门诊病人, 男 92 例, 女 68 例; 以青壮年为主, 其中 20 岁以下 12 例, 21~40 岁 76 例, 41~60 岁 66 例, 60 岁以上 6 例, 平均年龄 42.6 岁; 病程最短者 6 个月, 最长者 30 年。治疗方法: 用柴胡疏肝散加减治疗: 柴胡 6g, 芍药 9g, 枳壳 6g, 川芎 6g, 香附 6g。若兼肝郁气滞较甚者加佛手 9g、郁金 9g; 寒凝为主者加高良姜 6g、吴茱萸 4g; 夹有食滞者加神曲 12g, 谷芽、麦芽各 12g; 泛吐酸水者加乌贼骨 12g、瓦楞子 9g; 胃黏膜糜烂者加败酱草 12g、白及粉 3g; 出血者加三七粉 3g、蒲黄炭 9g。上方水煎 2 次, 取汁 400ml, 早晚各半, 空腹服, 日服 1 剂。4 周为 1 个疗程, 共服 1~2 个疗程。结果: 160 例经治后, 治愈 40 例: 临床症状和体征消失, 胃镜复查黏膜病变恢复正常; 显效 82 例: 临床症状和体征基本消失, 胃镜复查原黏膜病变范围明显缩小, 损害有所改善; 有效 34 例: 临床症状和体征改善, 胃黏膜病变有所好转; 无效 4 例: 临床症状和体征及胃镜检查黏膜病变均无明显改变。治愈率 25.00%, 显效率 76.25%, 有效率 97.50%。

【病案举例】

1. 王某^[27], 男, 21 岁, 学生。2002 年 9 月 24 日初诊, 患者胃

脘嘈杂不适，泛酸3年，电子胃镜检查为慢性浅表性胃炎。现症：胃脘嘈杂不适，嗳气，饥饿时加重，曾服用雷尼替丁等，效不巩固。平素性情急躁，纳可，二便可。舌淡红、苔薄白，脉弦滑。处方：柴胡、白芍、枳壳、香附、陈皮、炙甘草、薄荷、佛手、香橼、乌贼骨、生白术、茯苓、旋覆花（包煎）、黄连各10g，川芎20g，蒲公英30g，吴茱萸3g。7剂。水煎服，日1剂。药尽痊愈，6个月后随访未复发。

2. 患者^[28]，男，34岁，2002年10月初诊。患者1998年感上腹部胀满疼痛，无规律性，曾经多家医院诊治，胃镜检查诊断为慢性浅表性胃炎，经中西医结合治疗，病情无明显好转。诊见：胃脘胀满疼痛，连及两胁，嗳气频繁，饮食不振，大便溏薄，多因情志因素而疼痛加重，苔薄白腻，舌质红，脉弦数。中医辨证为胃脘痛，属肝郁脾虚型。治拟疏肝理气，健脾和胃。方用柴胡疏肝散合四君子汤：白芍20g，柴胡、枳壳、香附各15g，党参、白术、茯苓各12g，川芎10g，甘草5g。连服2周后，症状明显改善，疼痛已止。继续服用1疗程，同时忌服辛辣烟酒。1月后，临床症状完全消失，胃镜检查完全正常。随访1年，未再复发。

3. 陈某^[29]，女，39岁，2003年5月15日初诊。胃脘部胀满痛2年。曾先后服用甲硝唑、阿莫西林、克拉霉素、庆大霉素、多潘立酮、雷尼替丁、胃康灵等药物无明显效果。胃脘胀闷，攻撑作痛，脘痛连胁，嗳气频繁，大便不畅，每因情志而痛作，舌苔薄白，脉沉弦。经X线消化道钡餐透视，提示胃黏膜紊乱，胃镜示慢性浅表性胃炎。辨证为胃脘痛（肝气犯胃）。治以疏肝理气止痛。方用柴胡疏肝散加味。柴胡6g，白芍9g，枳壳9g，甘草5g，川芎6g，香附10g，陈皮6g，郁金10g，砂仁6g（后下），佛手10g。每日1剂，水煎温服，口服2次，连服10剂后诸症明显好转。唯情志不和时，嗳气频繁，大便不畅时有发生。上方加蒺藜10g，绿萼梅9g，降香9g，再服10剂后诸症悉除。于半年后再次胃镜检查示胃黏膜基本恢复正常，随后半年未复发。

4. 刘某某^[30]，男，36岁，会计师，因反复上腹部疼痛5年加重1周于1997年12月25日就诊。就诊前曾服“胃必治”、“雷尼替丁”



等西药及“陈香露白露”等中成药治疗无效。就诊前3个月,在某院作胃镜诊断为“慢性浅表性胃炎”,经中西药治疗,症状缓解不明显。1周前,因年终工作紧张,症状加重,伴反酸、口干、口苦、胁肋闷胀。诊时查见:形体消瘦,面色淡白无华,神萎。体温 36.8°C ,血压 $105/75\text{mmHg}$,剑下及两胁肋压痛,舌红少津,苔薄黄,脉弦细。胃镜诊断为“慢性浅表性胃炎”。此因肝气横逆,犯胃伤津所致。治宜疏肝理气,养胃生津。柴胡疏肝散加减:柴胡15g,香附15g,白芍20g,延胡索10g,吴茱萸3g,郁金10g,玄参12g,麦冬12g,黄连10g,连翘10g,神曲10g,川芎12g,甘草6g。服药2剂后疼痛失,胁胀,口干减轻。再进5剂,诸症消失,仅面白,神差。去黄连、连翘,加阿胶15g(烔化),砂仁6g,连服1个疗程,不适症状消失,随访1年无复发。

五、胆汁反流性胃炎

胆汁反流性胃炎系幽门功能不全或胃切除术后胆汁反流入胃,胆汁中的胆酸盐、碳酸氢盐及十二指肠液中的卵磷脂、胰蛋白酶类等消化脂肪、蛋白质的物质,破坏了胃黏膜屏障,导致胃黏膜充血、水肿、发炎、糜烂,甚至溃疡的一种浅表性炎症。

中医学对此病的病机早有认识,认为是胆汁上犯于胃引起胃脘疼痛。如《内经》说:“邪在胆,逆在胃,胆液泄则口苦,胃气逆则呕吐。”明确指出了胆和胃在病理上相互影响的关系。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,从而消除胃黏膜炎症。

【临床应用】

刘氏^[31]共观察治疗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,嗳气,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。治疗方法：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。治疗效果：本组经治疗显效 85 例，有效 24 例，无效 11 例，总有效率 90.8%。

杨氏^[32]等应用柴胡疏肝散加减治疗，方药组成：醋柴胡 15g，郁金 15g，香附 15g，大黄 9g（后下）、白芍 15g，炒内金 30g，黄芩 10g，栀子 10g，川楝子 10g，半夏 10g，枳实 10g，竹茹 10g，青皮 10g，陈皮 10g，厚朴 10g，旋覆花 15g，生姜 6g。加减：如灼痛明显，可加重清热、活血、止痛药，如川芎 20g、连翘 20g、蒲公英 30g、白芷 10g；呕吐频频，可加旋覆花 20g，代赭石 30g；双胁及脘腹胀满者加苏梗 30g、白蔻仁 10g 以行气宽中。水煎煮，日 1 剂，早晚各 1 次。10 天为 1 疗程。全部病例均为门诊病人，其中男 30 例，女 50 例；年龄 24~66 岁，平均 44 岁；病程 6 天至 14 年，平均 5.5 年。全部病例均有典型的胃脘痛症状，在治疗前均经纤维胃镜检查确诊为胆汁反流性胃炎。持续性胃脘痛、痛势急迫，拒按，胆汁性呕吐为其共同症状。此外，有 20 例伴烧灼样疼痛、泛酸口苦、便干溺黄、舌质红、苔黄腻；有 30 例伴纳呆肢倦、心悸失眠、舌胖淡无苔、脉软无力；有 30 例伴两胁攻窜胀痛、嗝气或呃逆频作、大便不爽、舌淡红、脉沉弦。治疗结果胃镜复查无胆汁反流，临床症状消失为治愈 65 例，占 81.3%；胃镜复查无胆汁反流，临床症状基本消失，半年内偶有复发，但疼痛及临床症状均减轻者为显效 10 例，占 12.5%；胃镜复查及临床症状均无改善者为无效 5 例，占 6.2%。总有效率为 93.8%。

张氏^[33]90 例均为医院门诊患者，按就诊时间先后随机分为治疗组 45 例，男 15 例，女 30 例，年龄 18~65 岁，平均 41 岁，病程 1~8 年。对照组 45 例，男 18 例，女 27 例，年龄 19~68 岁，平均 42 岁，病程 1.5~7 年。两组性别、年龄、病程、病情具有可比性。治疗方法：治疗组采用柴胡疏肝散合失笑散加减治疗。组方：醋柴胡 12g，制香附 9g，五灵脂 10g，蒲公英 30g，炒枳实 9g，炒白术 15g，广木香 9g，炒白芍、旋覆花、乌贼骨各 15g，蒲黄（布包）10g，炙

甘草 6g, 1 天 1 剂, 水煎取汁早晚 2 次分服, 1 个月为 1 个疗程。对照组口服吗丁啉片, 1 次 10mg, 1 天 3 次, 同时服达喜片, 1 次 500mg, 1 天 3 次, 1 个月为 1 个疗程。两组病例分别服药 1 个疗程后观察症状、体征改变情况, 并行胃镜复查, 部分病例随访 6 个月。治疗结果: 痊愈: 治疗组 27 例, 对照组 12 例; 显效: 治疗组 10 例, 对照组 12 例; 有效: 治疗组 6 例, 对照组 8 例; 无效: 治疗组 2 例, 对照组 13 例; 总有效率: 治疗组 95.56%, 对照组 71.11%。复发: 疗程结束后 6 个月, 治疗组随访 30 例, 复发 3 例 (10.00%); 对照组随访 20 例, 复发 8 例 (40.00%)。两组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。

郭氏^[34]病例 47 例, 男 30 例, 女 17 例; 年龄最小 17 岁, 最大 54 岁, 平均年龄 30.4 岁。病程最短 5 个月, 最长 9 年, 平均病程 2.3 年。本组 47 例均有不同程度的胃脘部胀闷疼痛、嘈杂暖气, 口苦纳呆, 大便失调, 舌苔白或黄, 脉弦或弦滑等证。其中兼有便秘者 21 例, 泛酸者 9 例, 胃脘部灼热者 13 例。纤维胃镜检查均可见胆汁反流, 黏膜呈浅表性炎症改变。治疗方法: 均用柴胡疏肝散合旋覆代赭汤加减, 基本药物组成: 柴胡、香附、半夏、旋覆花、陈皮、炙甘草各 10g, 厚朴、白芍、枳壳、焦三仙各 12g, 代赭石 30g。加减: 热重者加黄连, 便干者加酒制大黄, 泛酸者加海螵蛸, 煅瓦楞, 脾虚者加党参、白术, 胃寒者加吴茱萸、生姜。水煎, 每日一剂, 分二次服, 一月为一个疗程。结果: 显效 34 例, 好转 10 例, 无效 3 例。

黄氏^[35]门诊 46 例病人, 其中, 男 32 例, 女 14 例。年龄 20~65 岁, 平均 42 岁。胃病痛史最短 3 个月, 最长 11 年; 其中 1 年以内 7 例, 1~3 年 15 例, 3~5 年 14 例, 5 年以上 10 例。发病与饮食不节有关者 9 例, 与情志有关者 17 例, 与两者有关者 12 例, 与疲劳过度有关者 5 例, 不明原因者 3 例。全部病例均患上腹部反复疼痛, 并经胃镜检查见有明显胆汁反流入胃。其中, 伴浅表性胃炎 34 例, 萎缩性胃炎 10 例, 食管下段或胃黏膜充血者 2 例。本组合并十二指肠溃疡 11 例, 十二指肠炎 8 例, 胃溃疡 4 例, 反流性食道炎 3 例。治疗方法: 柴胡疏肝散加减: 柴胡、枳壳、香附、陈皮各 12g, 白芍、半夏各 9g, 甘草 6g。肝胃不和型加沉香、旋覆花各 10g; 脾胃湿热型加

竹茹、茵陈各 15g；脾胃虚弱型加党参 15g、白术 12g。每天 1 剂，水煎服。4 周为 1 疗程。另外，肝郁较甚者，选加郁金、佛手、厚朴；郁热甚者，选加蒲公英、黄芩、夏枯草。嗝气、反酸者，选加煅瓦楞、海螵蛸、象贝母；胁痛剧烈者，选加川楝子、延胡索；胃中灼热、口苦或呕逆苦水者，选加竹茹、代赭石、沉香；大便秘结或不畅者，选加火麻仁、郁李仁、大黄。结果：显效 31 例，占 67.39%，好转 11 例，占 23.91%，无效 4 例，占 8.70%，总有效率 91.30%。

吴氏^[36]61 例中，男 39 例，女 22 例。年龄 34~68 岁，平均 51 岁。病程最短 5 个月，最长 22 年，平均 11.2 年。柴胡 20g，白芍 10g，炒枳实 10g，陈皮 10g，半夏 10g，白术 10g，延胡索 10g，川楝子 10g，木香 6g，黄连 3g。加减：呃逆重者加旋覆花 10g，代赭石 20g；嘈杂反酸甚者加用海螵蛸 30g，瓦楞子 20g；烦急易怒加丹皮 10g，炒栀子 6g；舌苔厚腻者加藿香 10g，生苡米 20g，酒军 5g；纳呆者加鸡内金 20g，砂仁 5g；腹胀甚者加大腹皮 10g。用伏龙肝 150g 加水 500ml 煎药。每日 1 剂，早晚各服 150ml，1 个月为 1 个疗程，最短 1 个月，最长 2.5 年，平均疗程 1.3 年。治疗结果：临床症状：治愈 18 例，占 29.51%；显效 24 例，占 39.34%；好转 11 例，占 18.03%；无效 8 例，占 13.12%。总有效率 86.89%；胃镜复查情况：临床治愈 42 例，占 68.85%；有效 11 例，占 18.03%；无效 8 例，占 13.12%，总有效率 86.89%。

瞿氏^[37]将 60 例病人分为治疗组和对照组。治疗组 33 例，男 13 例，女 20 例；年龄 25 岁以下 4 例，25~35 岁 11 例，36~45 岁 7 例，45 岁以上 11 例，平均年龄 38.8 岁；病程最长 14 年，最短 8 月。对照组 27 例，男 12 例，女 15 例；年龄 25 岁以下 6 例，25~35 岁 5 例，36~45 岁 10 例，45 岁以上 6 例，平均年龄 36.9 岁；病程最长 15 年，最短 6 月。2 组病人性别、年龄、病程等方面差异无显著性意义，具有可比性 ($P > 0.05$)。治疗方法：治疗组以柴胡疏肝散加减治疗。基本方：柴胡、白芍各 15g，枳壳、香附、川芎各 12g，炙甘草 10g，陈皮 9g。加减法：疼痛甚，脉弦紧，重用白芍至 30g，加延胡索、川楝子各 15g；恶心呕吐黄绿色苦水，苔黄腻，加法半夏 12g，竹茹 15g，生姜 6g；嗝气频作，加旋覆花（包煎）20g；妇人正值经

期、善叹息，加香橼、紫苏梗各 9g，佛手 6g；大便秘结，加火麻仁 30g；口苦、尿黄、舌红、苔黄，去川芎加栀子、黄柏各 12g；纳呆、不思饮食，加砂仁（后下）3g，鸡内金 9g；兼有气短、乏力、脘痞、舌淡胖边有齿印，加党参、黄芪各 20g，白术、茯苓各 15g。上方加水煎至 400ml，早晚饭前半小时各服 200ml，每天 1 剂。对照组：吗丁啉 10mg，餐前半小时服用，每天 3 次。以上治疗均以 30 天为 1 疗程，2 疗程后观察疗效。结果：治疗组与对照组的总有效率分别为 87.9%、66.7%，两组比较，差异有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

【病案举例】

1. 王某^[34]，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。

2. 殷某^[34]，女，30 岁，工人。胃脘胀痛 20 年余，嘈杂嗳气，恶心口苦，胃纳不振，尿黄，大便略干，舌苔薄黄，脉弦滑。纤维胃镜检查：胃黏膜充血水肿、胃窦部及幽门部明显，可见中等量胆汁反流。诊断：胆汁反流性胃炎。辨证：胃失和降，胆气上逆。治以疏胆和胃，降逆通腑。方药：柴胡、炙甘草、半夏、香附、陈皮、黄连各 10g，白芍、枳壳、旋覆花、焦三仙各 12g，代赭石 30g，厚朴 15g，酒制大黄 6g。三剂后腑气已通，诸症明显减轻。守方加减进 20 剂后，症状基本消失，胃纳如常。胃镜复查胃黏膜基本正常，未见胆汁反流。

3. 吴某^[34]，女，40 岁，护士。胃脘部胀痛 3 年，食后加重，伴

灼热感，嗳气口苦，纳呆，二便自调，舌苔白略厚，脉弦滑。纤维胃镜检查：胃窦部及胃体部黏膜充血水肿，色泽潮红，可见中等量胆汁反流。诊断：胆汁反流性胃炎。辨证：胃失和降，胆气上逆。治以疏胆和胃，理气降逆。方药：柴胡、枳壳、半夏、陈皮、香附、炙甘草、旋覆花各 10g，代赭石 30g，白芍、厚朴各 12g，焦三仙各 12g，黄连 6g。六剂后诸症减轻，守方加减进 24 剂，诸症消火。胃镜复查胃黏膜正常，未见胆汁反流。

4. 患者，女^[35]，47 岁，2001 年 3 月 12 日初诊。患者胃胀痞闷，呕吐苦水，反复发作 3 年余。曾在某医院胃镜检查，提示为“浅表性胃炎，胃黏膜充血”。经中西药治疗，症状时轻时重。时下症见胃脘胀闷不适，恶心呕吐，时有苦水，反酸、嗳气、口干欲饮，大便干结不畅，舌红苔黄，脉弦略数。症属肝胃郁热，胃失和降，治宜疏肝泄热，和胃降逆。方用柴胡疏肝散加减：柴胡、竹茹、姜半夏、枳壳、郁金、佛手各 12g，陈皮、白芍各 15g，黄芩、大黄各 10g；蒲公英 30g，海螵蛸 10g，象贝母 6g，甘草 6g。日 1 剂，水煎分 2 次温服。连续 7 剂，症状明显好转，胃脘胀闷、恶心呕吐减轻，大便通畅。再以前方加减，服药 14 剂，胃痞闷胀、呕吐苦水、反酸基本消除。继以前方服药 7 剂，以巩固疗效。治疗结束后，胃镜复查：胆汁反流消失，胃黏膜组织学正常。随访至今，无复发。

5. 陆某^[37]，女，32 岁，教师，2000 年 9 月初诊。固反复中上腹胀痛 7 年，加重 2 月来诊。患者 7 年来时有中上腹胀痛，伴呕吐少量黄绿色苦水，胸闷，嗳气，情绪变化或劳累后症状加重，休息后症状缓解。B 超检查排除胆囊、总胆管、胰腺等疾患。2000 年 1 月 13 日胃镜检查示：胃黏膜充血水肿，胃腔内见大量胆汁。确诊为胆汁反流性胃炎。服用吗丁啉、硫糖铝片治疗无效，遂求治于中医。诊见：面色如常，中上腹胀痛时作，偶有呕吐少许黄绿色苦水，纳呆，情绪激动后疼痛加重，舌淡、苔薄，脉弦细。中医诊为胃脘痛，证属肝气郁结，肝气夹胆汁横逆犯胃。治以疏肝和胃利胆，行气止痛，柴胡疏肝散加减治疗。处方：柴胡、竹茹各 15g，白芍、大枣各 30g，延胡索 20g，枳壳、川芎各 12g，香附、陈皮、炙甘草各 9g，紫苏梗 6g，旋覆花（包煎）10g。连服 7 剂后觉中上腹胀痛减，嗳气减，无明显恶

心呕吐，大便秘结，2~3天一行，酌加火麻仁30g以润肠通便。原方服至1疗程后疼痛基本消失，仍见纳呆，脘痞，胸闷，气短，去川芎、延胡索、香附，酌加党参、黄芪、茯苓、白术各20g以健脾助运化。续服1疗程后症状消失。胃镜复查示胃黏膜充血水肿消失，胃腔内有清亮黏液，无胆汁。嘱畅情志，忌食生冷、油腻、辛辣、油炸食物。随访3月未见复发。

6. 患者^[38]，男，58岁，2004年3月11日诊，主诉：上腹部胀满、口苦、泛酸、嗳气则舒，反复发作2年。胃镜提示为胆汁反流性胃炎。先后用雷尼替丁、胃炎胶囊、吗丁啉治疗时好时坏。观舌苔薄黄、质淡红，脉细弦，治宜疏肝利胆、和胃降逆。予柴胡疏肝散加减：柴胡10g，白芍15g，香附10g，枳壳12g，郁金15g，金钱草30g，乌贼骨30g，煅瓦楞子15g，象贝母15g，文火煎250ml，每日2次，服药1个月，症状消失。为巩固疗效，原方去金钱草、煅瓦楞子、枳壳，加党参15g、白术10g、茯苓15g，再服0.5个月，诸症若释而愈，后经胃镜复查黏膜炎症消失，未见胆汁反流，至今未见复发。

7. 王某^[39]，女，69岁。胃脘部胀痛反复发作20年，同时伴有嘈杂、恶心、吐酸、纳呆。胃脘部胀闷不适无定时。大便于。舌质红。苔薄黄腻，脉弦滑。胃镜检查：食管下段水肿、充血，有白斑样渗出物。中医辨证属肝胆郁热。痰浊内阻。胃失和降。治以清热疏肝、和胃理气化痰为法。处方：柴胡、枳实、芍药、黄芩、竹茹、白术各10g，陈皮8g，姜半夏9g，黄连12g，吴茱萸2g，海螵蛸、蒲公英各20g，代赭石30g，炙甘草6g。服药7剂，自觉症状减轻。胃脘部嘈杂感消失，稍有胀感苔薄腻。脉弦。上方基础上去海螵蛸、代赭石，加砂仁6g、神曲10g。继服10剂，症状消失。胃镜复查：食管未见异常。

8. 张某^[40]，男，36岁。1998年4月初诊。患者上腹部疼痛1年，半月来疼痛加重伴胸骨后灼烧感，嗳气泛酸，口干，做胃镜示反流性食管炎，给予吗叮啉、甲氰咪胍等药物治疗1月后，疼痛稍缓，无感胸骨后烧灼、嗳气、泛酸，查：舌红，苔薄黄，脉弦。诊为气机失畅，肝胃不和，治以疏肝理气，和胃降逆，方选柴胡疏肝散加味。

处方：柴胡 12g，川芎 9g，香附 9g，枳壳 9g，芍药 9g，陈皮 12g，黄连 6g，蒲公英 10g，吴茱萸 10g，甘草 6g，每日 1 剂，连服 7 剂后，患者胸骨后烧灼、泛酸减轻，原方去黄连、吴茱萸，加延胡索 15g、川楝子 12g，继服 14 剂，症状基本消失，停药 10 天后复查胃镜示黏膜充血、水肿消失，症状未见复发。

六、肠易激综合征

肠易激综合征是一种常见的肠道以运动功能障碍为主的肠道功能性疾病，临床表现无特异性，以反复发作的腹痛、腹泻、便秘，或腹泻与便秘交替出现为主要症状。患者往往终年累月，反复发作。近年来已被认为是一种具有特殊生理基础的心身疾病。可能与下列因素有关：①精神因素；②饮食和药物因素；③肠道生物菌感染因素；④肠道分泌和吸收功能改变等。

肠易激综合征属中医学的泄泻、腹痛、便秘范畴，多因①脾胃虚弱、饮食所伤；②情志失调、气滞血瘀；③素体阳虚、脏腑失煦，阴亏血少，失于濡养所致。

【临床应用】

胡氏^[41]以疏肝理气、健脾除湿为主，兼肾虚者佐以温肾。治疗方法：方用柴胡疏肝散加味：柴胡、木香、厚朴各 10g，白芍、橘皮、扁豆、枳壳各 12g，山药 20g，甘草 6g，党参、白术、茯苓各 15g。兼肾虚者加吴茱萸、补骨脂、五味子各 15g，干姜 10g。每日 1 剂，水煎服，分 3 次于餐后服用。1 周为 1 个疗程。治疗期间不过食生冷刺激性食物。以此治疗肠易激综合征，取得良效。所选病例共 76 例，均为 1999 年 12 月至 2004 年 12 月门诊患者。其中男 35 例，女 41 例；年龄 18 ~ 65 岁，平均 48 岁；病程 1 ~ 18 年，平均 6 年。主要临床症状为腹泻 55 例，便秘 8 例，腹泻与便秘交替出现 21 例，伴有不同程度腹痛 68 例。治疗结果：显效 54 例，有效 20 例，无效 2 例，总有效率 97.37%。

杨氏^[42]所选 42 例中，男 19 例，女 23 例，年龄 24 ~ 57 岁，其中 30 岁以下 4 例，31 ~ 40 岁 24 例，41 ~ 50 岁 12 例，51 ~ 57 岁 2 例。病程 1 ~ 10 年不等。全部病例有腹痛腹泻症状，其中腹泻与便秘

交替者3例,腹泻每日2~3次者16例,4~5次21例,5次以上者2例,多数病例兼有腹胀、肠鸣、纳呆。42例均做大便培养3次未发现异常;均做钡灌肠或纤维乙状结肠镜检查无器质性病变;均可排除甲状腺功能亢进等其他疾病。治疗方法:柴胡疏肝散加减:柴胡10g,白芍20g,枳壳10g,陈皮6g,甘草10g,青皮6g,谷芽15g,白术15g,茯苓15g,葛根12g。每日煎服1剂,1个月为1疗程。要求患者保持精神愉快,睡眠充足,忌食油腻生冷及辛辣烟酒等物,适量活动。辨证加减:气机壅滞型加木香、台乌、厚朴、槟榔;肝气乘脾型加木香、防风、扁豆;脾气虚弱者加北沙参、黄芪、砂仁,气陷者加升麻,并重用黄芪;气郁伤阴型酌加火麻仁、生地黄、玄参、麦冬,或合一贯煎化裁;脾肾阳虚型加附子、炮姜、肉桂、补骨脂等。治疗结果:痊愈16例,显效15例,有效8例,无效3例,总有效率92.8%,服药时间最短12天,最长60天。治疗期间未发现毒副作用。

陈氏^[43]等探讨柴胡疏肝散对肠易激综合征患者心理状态的调整,方法:应用柴胡疏肝散治疗61例肠易激综合征患者,于治疗前及疗程结束后采用临床疗效参考标准和症状自评量表(SCL-90)进行评定。结果:61例肠易激综合征患者1临床治愈19例,显效29例,有效10例,无效3例,总有效率95%;SCL-90评定显示:疗程结束后肠易激综合征患者的SCL总分、阳性症状均分及躯体化、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、精神病性诸因子与治疗前有显著性差异($P < 0.05$)。

陈氏^[44]等选用门诊病例61例,其中男20例,女41例;年龄20~60岁;病程1.3年。治疗方法:以柴胡疏肝散加味治疗。基本方:柴胡、香附各12g,枳壳15g,川芎6g,白芍20g,甘草、陈皮、合欢花各10g。加减:便溏加白术、山楂各15g;便秘加大黄15g,代赭石(先煎)30g;神情抑郁,多愁善感(抑郁型)加郁金15g,丹参30g;气虚加党参25g;夜寐不实加远志10g,夜交藤30g;神情焦虑,紧张不安(焦虑型)加远志10g,酸枣仁15g,丹参30g。每天1剂,水煎2次,分2次服,1月为1疗程。治疗期间停用其他治疗肠易激综合征药物,疗程结束后进行疗效评定。结果:治愈19例,显效29例,有效10例,无效3例,总有效率95.08%。

王氏^[45]所有病例均为2001年6月至2003年10月医院门诊患者,随机分为2组。治疗组51例,其中男19例,女32例;年龄最大57岁,最小21岁;病程最长30年,最短6个月。对照组25例,男9例,女16例;年龄最大60岁,最小19岁;病程最长27年,最短4个月。治疗方法:治疗组:以柴胡疏肝散加味治疗。基本方:柴胡12g,陈皮10g,香附12g,川芎6g,枳壳15g,白芍药15g,甘草6g。腹痛甚者加重白芍药20g,加延胡索12g、川楝子10g;腹胀明显者加重枳壳20g,加木香10g;腹泻者加白术15g、茯苓15g;便秘者枳壳易枳实15g,加大黄10~15g;神情焦虑、夜寐不安者加合欢花15g、夜交藤30g。每日1剂,水煎2次,取汁400ml,分早晚2次温服。对照组:用硝苯地平5mg,谷维素10mg,均每日3次口服。两组患者均服药4周为1个疗程,观察期间不合并使用其他药物,疗程结束后进行疗效评定。结果:治愈:治疗组17例,对照组4例;显效:治疗组25例,对照组9例;有效:治疗组7例,对照组8例;无效:治疗组2例,对照组4例;总有效率:治疗组96.08%,对照组84.00%。

贾氏^[46]等观察柴胡疏肝散加减治疗肠易激综合症的疗效。治疗方法:治疗组68例,采用加味柴胡疏肝散治疗,基本方:柴胡、陈皮各12g,川芎、香附、枳壳、白芍各9g,茯苓、白术、木香各15g,厚朴6g,炙甘草3g。若腹痛较重,腹痛欲泻加防风、延胡索,大便黏液较多加苍术、红藤,便秘加大黄,大便不爽加大腹皮、槟榔,失眠多梦加合欢花、夜交藤、酸枣仁,泛酸呕吐加吴茱萸、黄连,气虚加党参、黄芪,阳虚加桂枝,阴虚加石斛、麦冬。每日1剂,水煎分2次服。对照组40例给予马来酸曲美布汀治疗0.1g,每日3次口服,腹泻者加思密达3g,每日3次,便秘者加福松10g,每日3次,失眠多梦多虑者加舒必利0.2g,每晚顿服。两组患者均以服药4周为1个疗程。在治疗期间均给予心理调节和饮食调整。结果:治疗组总有效率92.6%,对照组总有效率77.5%。

【病案举例】

1. 陈某^[41],女,43岁,于2000年10月22日就诊。间隙性腹痛、腹泻6年,每次发病均为精神过度紧张所诱发,且腹痛即泻,泻

后腹痛缓解，每日2~5次，伴胸胁胀满、纳差，舌质淡红、苔薄白，脉弦。多次大便常规检查正常。纤维结肠镜检查未发现器质性病变。诊断为肠易激综合征。辨证为泄泻。证属肝郁脾虚。治以疏肝健脾。方用柴胡疏肝散加减。柴胡10g，白芍、白术、茯苓、扁豆各15g，山药20g，橘皮、木香、厚朴、枳壳各12g，甘草6g。服1个疗程后症状消失，为巩固疗效续服1个疗程，随访半年未复发。

2. 葛某^[45]，女，48岁，2002年8月17日初诊。自述泄泻反复发作9年，大便每日3~5次，时稀时溏，伴少许黏冻，自觉右肋肋区时有不适之感，脘闷腹胀，腹痛时作，嗳气肠鸣，神情抑郁，睡眠欠安，苔薄白，脉小弦。曾在其他医院行结肠镜等检查，无异常发现，均诊断为肠易激综合征，但治疗效果欠佳。四诊合参，此乃肝脾不合之证。治宜疏肝理气，健脾止泻，解郁安神。予柴胡疏肝散加味：柴胡12g，陈皮10g，香附12g，川芎6g，枳壳15g，白芍药15g，甘草6g，白术15g，茯苓20g，合欢花15g，夜交藤30g。日1剂，水煎服。服药5剂，大便每日2次，黏冻消失，右肋不适及腹痛减轻，神情及睡眠有好转，仍有腹胀肠鸣，脘闷嗳气，守原方继服10剂，大便每日1次，除偶见嗳气、肠鸣外，余症均除，守原方继服2周，以资巩固。

七、慢性胆囊炎

慢性胆囊炎是临床常见病之一，以右肋下或右上腹部轻重不一的疼痛为主症，其临床症状、体征不典型。多数表现为胆源性消化不良，厌油腻食物、上腹部闷胀、嗳气、胃部灼热等，与溃疡病或慢性阑尾炎近似；有时因结石梗阻胆囊管，可呈急性发作，但当结石移动、梗阻解除，即迅速好转。体查，胆囊区可有轻度压痛或叩击痛；若胆囊积水，常能扪及圆形、光滑的囊性肿块。常伴有纳差、胃脘灼热疼痛、腹胀、嗳气、吞酸、右肩胛酸痛、大便不调等症状，进高脂肪、高蛋白类食物则症状加重。慢性胆囊炎一部分为急性胆囊炎迁延而成，但多数既往并无急性发作史。约70%的病人伴有结石。由于胆石刺激，加上在长期慢性炎症的基础上，有过反复多次的急性发作，可使胆囊萎缩或囊壁纤维组织增生肥厚，终致囊腔缩小、功能丧

失。若胆囊管为结石、炎性粘连或疤痕完全阻塞,胆汁无法流进胆囊,而胆囊内原有的胆汁,因胆色素逐渐被吸收,黏膜仍不断分泌无色水样黏液(白胆汁),即可形成胆囊积水;当继发感染,则演变为胆囊积液。

本病在中医学中应属于“胁痛”范畴。多因情志抑郁、肝胆湿热等,致肝胆失其疏泄条达之性;或因阴血亏耗,肝脉失养而致。

【临床应用】

何氏^[47]以柴胡疏肝散加减,药用:柴胡 15g、白芍 10g、枳实 12g、延胡索 12g、川楝子 10g、炒山楂 10g、神曲 12g、鸡内金 10g、陈皮 9g、郁金 10g、甘草 5g,每日 1 剂,水煎 3 次,分 3 次服,7 天为 1 疗程,一般 2~3 个疗程左右。加减:若气郁较甚,胁痛经久不止,可酌加佛手片、丝瓜络、合欢花等理气解郁;如气郁化火,胁痛如灼,口干而苦,心烦易怒,二便不畅,舌红苔黄,脉弦数者,酌加黄芩、瓜蒌等清肝润燥;若湿热煎熬,结成砂石,酌加金钱草、石韦、海金沙、鱼脑石等以利胆化石;便秘腹胀者,加大黄,另增芒硝 10~20g 冲服。所选 24 例均为住院病人,其中男 16 例,女 8 例;年龄最小 23 岁,最大 68 岁;30 岁以下 5 例,30~60 岁 15 例,60 岁以上 4 例;病程最长者 30 余年,最短者 1 年;24 例患者均经 B 超检查诊断为“慢性胆囊炎”,其中 7 例合并有胆囊结石,24 例患者均已排除外科手术指征。一般经 2~3 个疗程治疗。结果:治愈 13 例,占 54.1%;有效 9 例,占 37.5%;无效 2 例,占 8.3%;总有效率 91.6%。

冯氏^[48]将门诊患者,随机分为治疗组 60 例,对照组 60 例。治疗组男性 29 例,女性 31 例;最大年龄 63 岁,最小年龄 28 岁;病程最长 15 年,最短半年。对照组男性 27 例,女性 33 例;病程最长 13 年,最短半年。两组临床资料无显著性差异 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗方法:治疗组以柴胡疏肝散加葛根汤为基本方:柴胡 12g,枳壳 15g,香附 10g,陈皮 12g,白芍 15g,川芎 10g,葛根 12g,桂枝 9g,麻黄 6g,甘草 6g,水煎服,每日 1 剂,7 天为 1 疗程。气虚加黄芪 31g、党参 15g,血瘀加桃仁 10g、红花 10g。对照组服胆维他片,每次 1 片,每日 3 次,加消炎利胆片,每次 6 片,3 次/日。结果:治

疗组总有效率 96.67%，对照组总有效率 80%，治疗组优于对照组。

【病案举例】

1. 患者^[47]，男，50岁，澧县城关一中教师。主因右胁隐痛反复发作5年，加重2月于1997年10月6日入院。患者5年前因右胁胀痛，伴恶心、腹胀、嗝气，在当地县城医院经B超检查为“慢性胆囊炎、胆结石”，服用消炎利胆片加胆石通药后可稍缓，但因生气、受凉或进食油腻食物而加重。入院症见：右胁胀痛拒按，疼痛向右肩放射，伴腹胀、恶心、食欲不振、大便不畅、舌暗淡、苔薄白、脉沉细弦。证属：胁痛（肝气郁结型），治宜疏肝行气，活血止痛，通络化石。拟用柴胡疏肝散加减。处方：柴胡15g，枳实12g，白芍10g，延胡索12g，川楝子10g，炒山楂10g，鸡内金15g，陈皮9g，郁金10g，金钱草30g，海金沙30g（布包煎），石韦15g，大黄6g，甘草5g。上药煎水频频呷服，二剂药后，胁痛缓解，食欲好转，恶心症状消失，大便通畅；上方又服三剂，诸症基本消除，继服十剂，经B超检查炎症感染消除出院。出院后随访1年无复发。

按：中医学认为，胆囊炎（胆结石）属“胁痛”范畴，此类患者近年来似有增加趋势，其成因多见于性情急躁或平素较抑郁、恼怒，长期嗜食肥甘炙厚，积湿生热，复加骤食荤腥，内外合邪所致。对于不适宜手术或畏惧手术者，西医往往无特殊治疗，又因病情反复较大，患者较为痛苦。拟疏肝行气，活血止痛，通络化石为主，用柴胡疏肝散，结合病情，随症加减运用，皆获显效。方中柴胡枢转气机，疏解郁结，白芍益阴和营，枳实升清降浊，共奏舒畅气机之功；延胡索、川楝子、陈皮、郁金理气解郁止痛；炒山楂、神曲和胃止呕，助消化；鸡内金、海金沙、石韦、金钱草利胆化石之良药。

2. 赵某^[49]，女，40岁。2001年12月6日来诊。病人自述：右胁上腹部疼痛，痛连肩背月余，频频发作。曾先后服西药治疗，症状时有缓解；B超检查显示：胆囊液平段3.5cm，提示胆囊炎。3天前因夫妇吵架后致胁痛加剧，脘腹痞满，口苦舌淡，苔薄腻、脉弦紧。证属肝胆气郁，木逆克土，脾运失职。治宜：疏肝利胆，理气开郁止痛，用柴胡疏肝散加减治疗。药用柴胡、陈皮、香附各10g，白芍、枳壳、川楝子、青皮、延胡索各12g，金钱草15g，薏苡仁30g，甘草

3g, 生姜3片引, 共服9剂而病瘥。追访半年未复发。

3. 陈某某^[50], 女, 40岁, 病人自述右胁下痛时轻时重2年余, 腿酸沉重、无力、食欲不振, 厌油腻, 脉弦滑效, 舌质红苔黄; 右胁有压痛, B超诊断胆囊炎, 服柴胡12g、枳壳12g、川芎10g、香附12g、青皮10g、陈皮10g、川楝子10g、延胡索12g、大黄10g、黄芩12g、败酱草30g、木香12g、金钱草30g、茵陈15g、栀子10g、郁金10g、甘草10g、白芍30g。5剂复诊病情好转, 继服上方10剂。复诊病人自述诸证皆无, 饮食正常嘱少食油腻食物, 忌气, 至今未复发。

八、结肠炎

慢性溃疡性结肠炎是一种直肠、结肠黏膜及黏膜下组织的弥漫性炎症。慢性结肠炎的主要症状有: 慢性腹泻或便秘, 双侧腹部及双侧下腹部的钝痛或隐痛, 或腹胀, 大便带黏液有些伴肠鸣。以直肠炎症为主者可表现为少腹膀胱区的胀痛和尾骶部的坠胀, 有时可能回误诊为泌尿系统感染、前列腺炎、盆腔炎等。导致慢性结肠炎的因素有很多, 归纳起来主要有两种, 一是指肠道感染了细菌、霉菌等病毒, 使肠道长期处于炎症状态, 二是指由于人的身体过度疲劳, 长期处于营养不良状态, 以及情绪容易激动等, 这些因素都可以诱发慢性结肠炎的发生。

中医认为慢性结肠炎是虚寒性下利的一种表现, 它与脾胃、肝、肾功能的失调有着密切关系。

【临床应用】

钟氏^[51]以柴胡疏肝散加减, 药用: 香附、川芎、枳壳、柴胡、芍药、红花、黄柏各20g, 水煎成200ml备用。每次100~200ml, 加20%的普鲁卡因10ml, 于晚睡前保留灌肠, 每日一次, 10~15天为一个疗程。未愈者可间隔5天再进行下一疗程。以此治疗慢性溃疡性结肠炎, 取得良效。

杨氏^[52]所选72例均为门诊患者, 其中男31例。女41例; 年龄最小26岁, 最大52岁, 平均38岁; 病程最短8月, 最长3年。治疗方法: 以柴胡疏肝散合乌梅丸治疗。柴胡疏肝散基本方: 陈皮、炙甘草各5g, 柴胡6g, 白芍18g, 枳壳、香附各10g, 川芎8g。加减:

腹痛明显加郁金 10g；大便以黏液为主加布渣叶 12g、茉莉花 10g；脓血便加秦皮 10g、白头翁 12g；大便稀溏加白术、茯苓各 15g；大便干结加厚朴 10g、火麻仁 20g。上药以水浸泡 30 分钟，文火煎煮，取汁约 400ml，分早晚 2 次服。乌梅丸为医院制剂（由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、炮附子、花椒、桂枝、人参、黄柏等制成蜜丸，每粒如黄豆大小），每次服 3g（约 12 粒），每天 3 次，连服 1 月为 1 疗程，1 疗程后评定疗效。治疗结果：显效（治疗 1 月后症状消失，随访 3 月无复发）59 例，有效（治疗 1 月后症状减轻）10 例，无效（治疗 1 月后症状无缓解或无法按方案治疗，需配合其他方法治疗）3 例。总有效率为 95.83%。钟氏^[51]根据诊断标准和实验室检查选 67 例患者，其中，男性 30 例，女性 37 例；年龄 16~58 岁，平均 42.3 岁；病程 1~12 年，平均 3.55 年。治疗方法：香附、川芎、枳壳、柴胡、芍药、红花、黄柏各 20g，水煎成 200ml 备用。每次 100~200ml，加 20% 的普鲁卡因 10ml，于晚睡前保留灌肠，每日一次，10~15 日为一个疗程。未愈者可间隔 5 日再进行下一疗程。结果：67 例均有效。其中 1 个疗程内痊愈者 25 例，2 个疗程内痊愈者 38 例，另 4 例为行 2 个疗程后有好转者。

按：慢性溃疡性结肠炎的病因，至今没有阐明。目前一般认为本病属一种心身疾病。本组观察的 67 例病人平均年龄 42.3 岁，正值人生中的重负时期，其中有 70% 的人感到人际关系紧张；75% 的人感到情绪抑郁、焦虑；62% 的人感生活中紧张事件太多；而 50% 者的个性属偏执型；多数患者的发病和复发与生活事件的刺激及精神创伤有关，这进一步印证了情绪对肠道功能有明显影响，如恐惧、焦虑情绪令结肠功能亢进，肠黏膜充血、斑点状出血、溶菌酶分泌增多，从而导致腹泻的发病观点。67 例病人多伴有胁肋胀痛、烦躁易怒、脉细弦等肝失疏泄的症候特征，并由此而产生肝脾不和，脾湿不运之泄泻、纳差等症。因此，笔者选用柴胡疏肝散来进行治疗，另加红花与黄柏。本方具有疏肝解郁、健脾和中的功效，红花为久病入络而设，黄柏则是针对本病之里急后重、黏液血便而用。全方从心身疾病入手，又配合清热燥湿、活血化瘀之品，直接肠道给药，因而取得满意的疗效。使用过程中未发现有毒副反应。

九、十二指肠溃疡

十二指肠溃疡是临床上的常见疾病，十二指肠溃疡是消化道的常见病，一般认为是由于大脑皮质接受外界的不良刺激后，导致胃和十二指肠壁血管和肌肉发生痉挛，使胃肠壁细胞营养发生障碍和胃肠黏膜的抵抗力降低，致使胃肠黏膜易受胃液消化而形成溃疡，目前有人认为是胃弯曲杆菌感染所致，溃疡常为单个性，但也有多个溃疡，胃和十二指肠球部溃疡，同时存在时称复合性溃疡。溃疡病以疼痛为主要症状，其疼痛多为周期发作，秋季至春季是发作季节，可由气候寒冷或饮食不节而诱发，胃小弯溃疡的疼痛多于餐后 0.5~1 小时发生，十二指肠溃疡或胃幽门部溃疡，多发于餐后 3~4 小时，有时可在半夜发生，但老年人的疼痛部位常无固定也缺乏明显的时间规律。临床表现：为上腹部疼痛，可为钝痛、灼痛、胀痛或剧痛，也可表现为仅在饥饿时隐痛不适。典型者表现为轻度或中度剑突下持续性疼痛，可被制酸剂或进食缓解。临床上约有 2/3 的疼痛呈节律性：早餐后 1~3 小时开始出现上腹痛，如不服药或进食则要持续至午餐后才缓解。食后 2~4 小时又痛，也需进餐来缓解。约半数患者有午夜痛，病人常可痛醒。节律性疼痛大多持续几周，随着缓解数月，可反复发生。影像学表现：①龛影：龛影为诊断十二指肠球溃疡的直接征象，多见于球部偏基底部。正位，龛影呈圆形或椭圆形，加压时周围有整齐的环状透亮带称“日晕征”。切线位，龛影为突出球内壁轮廓外的乳头状影。②“激惹征”：钡剂于球部不能停留，迅速排空，称为“激惹征”。③十二指肠球畸形：为十二指肠球溃疡常见的重要征象。表现为球一侧出现指状切迹，后者不恒定，随蠕动而变浅、消失，球外形呈“山”字形、花瓣型及小球状等畸形。④假性憩室：其形态大小可改变，尚可见黏膜皱襞进入憩室内，而龛影形态不变。⑤黏膜皱襞改变：黏膜皱襞增粗、平坦或模糊，可呈放射状纠集到龛影边缘，常伴胃窦炎。⑥球后溃疡：球后溃疡较常见，大小不一，多位于肠腔内侧，外侧壁常有痉挛收缩或疤痕形成，使管腔狭窄，多呈偏心性。凡十二指肠降段上部发现痉挛收缩，应考虑球后溃疡的可能。多日频繁的情志刺激，特别是忧思恼怒，引起肝胃不和，土虚木侮，气机郁滞，血脉不畅，或饮

食不节,劳倦内伤,致使气血失调。消化性溃疡病变部位主要见于胃和十二指肠,可发生于任何年龄,但以青壮年居多。近年来研究认为,消化性溃疡(包括胃、十二指肠溃疡)的致病原因主要与幽门螺杆菌(HP)感染有关。

本病在中医学中可归属于“胃脘痛”。

【临床应用】

刘氏^[53]等随机将110例分为两组,治疗组60例,男38例,女22例。年龄最小者18岁,最大者72岁,平均年龄37.2岁;对照组50例,男30例,女20例。年龄最小9岁,最大者76岁,平均年龄38.5岁。两组病例($P>0.05$)无明显差别,治疗方法:治疗组:柴胡12g,陈皮9g,川芎9g,枳壳、香附各2g,芍药9g,乌贼骨30g,酸枣仁15g,炙甘草9g。若溃疡活动期内胃黏膜有出血斑者加白及、仙鹤草,胃酸多者加用左金丸。每日1剂,水煎,早晚分2次服。对照组甲氧咪胍200mg,每日3次餐前服用,睡前加服400mg。疗期间除伴有出血时加用止血药外不用其他抗溃疡药物。以5周为一疗程,服药期间忌食生冷,辛辣等刺激性食物,保持睡眠充足,情志舒畅。治疗结果:治疗组60例中,治愈46例,占76.7%,显效8例,占13.3%,有效6例,占10%。总有效率达100%;对照组50例中,治愈32例,显效5例,有效4例,无效9例,总有效率为82%。

曾氏^[54]等的62例门诊病例分两组。治疗组32例,对照组30例,两组差异无显著性($P>0.05$)。治疗方法:治疗组予中药柴胡疏肝散合左金丸加减:柴胡12g,香附12g,枳实15g,白芍12g,川楝子10g,白术12g,黄连6g,吴茱萸10,延胡索15g,甘草6g,三七10g,白及20g。气虚加党参15g;泛酸加浙贝母10g,煅瓦楞子20g(先煎);恶心或呕吐加姜半夏10g;疼痛固定、程度较甚加五灵脂10g。每日1剂,煎煮2次,取汁300ml,分3次饭前半小时服。对照组服用奥美拉唑20mg,每日1次;阿莫西林0.5g,每日3次;枸橼酸铋钾110mg,每日4次;甲硝唑0.5,每日3次。疼痛甚时服用颅通定30mg或654-2 5mg。两组均连续服药4周。结果:两组临床总有效率相近;对照组HP近期根除率优于治疗组;治疗组不良反应发生率低于对照组,且1年随访结果优于对照组。

【病案举例】

张某，女，35岁，因近十几年来间断性胃脘部疼痛，牵及两胁加重1个月，以饥饿性疼痛为主，进食后2小时出现疼痛，伴嗳气、矢气、纳差，无便血史。胃镜检查示：十二指肠球部溃疡，舌苔薄白，脉弦。证属肝气犯胃，肝胃气痛。治宜疏肝理气，调和胃气。给予柴胡疏肝散加味治疗，服药1周后疼痛减轻，但仍觉两胁胀满，加苏梗10g、木香15g，继服1周，诸症消失，纳可，二便正常，嘱继服2个疗程。复查胃镜溃疡愈合。^[55]

十、胃扭转

胃扭转，又称胃翻转。由于胃韧带松弛、缺如、过长，或较大的食管裂孔疝、膈膨出、结肠胀气、急性胃扩张及剧烈呕吐等，使胃的位置改变，亦可因炎症粘连牵拉胃壁使胃发生扭转。根据发病的缓急，扭转的范围以及局部分泌与循环障碍程度，分急性胃扭转与慢性胃扭转两种。

属中医胃脘痛的范畴。肝属木，胃属土，木土相克；脾胃表里相关，因此胃病一证与肝脾的关系最为密切。

【临床应用】

王氏^[56]以柴胡疏肝散为基本方，药用：柴胡、枳壳、赤芍、制香附各12g，川芎9g，甘草6g，白术、党参各12g，薏苡仁20g，川楝子、延胡索各12g，白芷9g。气虚者，加黄芪30g；血虚者，加白芍12g；胃热者，加黄连12g，蒲公英20g；胀痛者，去党参，加乳香、没药各10g；恶心呕吐者，加旋覆花（布包）、姜半夏各9g；纳呆者，加鸡内金12g；有吐血者，加三七粉2g、白及12g。每日1剂，水煎分2~3次口服。2周为1个疗程，1个疗程结束后观察疗效。疗效显著。王氏^[56]所选组中21例，男14例，女7例；年龄34~66岁，平均43.3岁；病程最短30天，最长7年。慢性胃扭转较急性多见，扭转角度较小，多在180°以内，症状较轻，类似溃疡病表现。王氏^[12]以柴胡疏肝散为基本方，药用：柴胡、枳壳、赤芍、制香附各12g，川芎9g，甘草6g，白术、党参各12g，薏苡仁20g，川楝子、延胡索各12g，白芷9g。气虚者，加黄芪30g；血虚者，加白芍12g；

胃热者，加黄连 12g，蒲公英 20g；胀痛者，去党参，加乳香、没药各 10g；恶心呕吐者，加旋覆花（布包）、姜半夏各 9g；纳呆者，加鸡内金 12g；有吐血者，加三七粉 2g，白及 12g。每日 1 剂，水煎分 2~3 次口服。2 周为 1 个疗程，1 个疗程结束后观察疗效。治疗结果：显效：症状消失，胃镜及 X 线钡餐检查正常。1 年之内无复发 5 例；有效：症状明显改善，胃镜及 X 线钡餐检查正常，但 1 年之内又复发 9 例；好转：症状减轻，胃镜及 X 线钡餐检查无变化，或症状无明显改善，但胃镜及 X 线钡餐检查有好转 4 例；无效：症状、胃镜及 X 线钡餐检查无改善或加重 3 例，总有效率 85.3%。

按：《金匱要略》之“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”的论述为众医皆知。正因肝病易犯脾胃，所以，凡见肝之病变，无论有无脾胃症状，均宜先强健脾胃，以助运化，防止肝病犯脾扰胃。反之，脾胃患病时亦可影响肝木。脾胃位居中焦，是人体气机升降的枢纽，气机的正常运动有助于促进肝木的疏泄条达。脾胃功能失调时，会影响肝的疏泄功能。脾病土衰时，肝木亦可失其条达，此时虽无肝病证候，也宜见脾调肝。所以，慢性胃扭转时，用柴胡疏肝散加味。柴胡疏肝理气，活血止痛；《本草纲目》云：“薏苡仁阳明药也，能健脾、益胃”；白术、党参、薏苡仁合用，健脾助运力增强，使脾胃康健，改善胃韧带松弛；川楝子、延胡索、白芷，助柴胡疏肝散理气止痛，使扭转的胃复原。中医认为，痛则不通，通则不痛，柴胡疏肝散加味使郁通痛止，是治疗慢性胃扭转的有效方剂。

十一、功能性消化不良

功能性消化不良是消化系统常见病、多发病，是指具有上腹痛，上腹胀，早饱，嗝气，食欲不振，恶心，呕吐等不适症状，经检查排除引起这些症状的器质疾病的一组临床综合征，症状可持续或反复发作，病程一般规定为超过一个月或在十二月中累计超过十二周，功能性消化不良是临床上最常见的一种功能性胃肠病，欧美的流行病学高查表明，普通人群中消化不良症状者占 19%~41%，我国某市一份调查报道，功能性消化不良占该院胃肠病专科门诊患者的 50%，功能性消化不良不仅影响患者的生活质量，而且构成相当高的医疗费

用,因此已逐渐成为现代社会中一个主要的医疗保健问题。病因和发病机制至今尚未清楚,大量研究提示可能与多种因素有关,一般认为,上胃肠动力障碍是功能性消化不良的主要病理生理学基础,证据是在过半数的功能性消化不良患者有胃固体排空延缓,近端胃及胃窦运动异常,幽门十二指肠运动失常,消化间期Ⅲ相胃肠运动异常等胃肠动力障碍的表现,近年研究还发现胃肠动力障碍常与胃电活动异常并存,促胃肠动力学药治疗可使大部分患者的症状得到不同程度的改善,近年来,内脏感觉受到重视,早期研究发现功能性消化不良患者胃的感觉容量明显低于正常人,表明患者存在胃感觉过敏。近年研究提示,这种感觉过敏与感觉传入通道异常有关,即正常的内脏传入信号在脊髓、脑的水平被放大,产生过强反应。这就可以解释,功能性消化不良的症状在有胃排空延迟者是通过机械感受器产生,而在胃排空正常者,则由于中枢信号放大同样可以产生,精神因素和应激因素一直被认为与功能性消化不良的发病有密切的关系,调查表明,功能性消化不良患者存在个性异常,焦虑、抑郁积分显著高于正常人和十二指肠溃疡组,有调查报道在功能性消化不良患者中,特别是童年期应激事件的发生频率高于正常人和十二指肠溃疡组,但精神因素的确切致病机制尚示阐明。

本病在中医学中可归属于“胃脘痛”、“恶心”、“呕吐”等范畴。

【临床应用】

高氏^[57]164例患者分别来自门诊118例、病房46例,随机分为两组,治疗组104例,其中男48例,女56例;年龄20~63岁,平均36.5岁;病程3个月至15年,平均6.2年。对照组60例,其中28例,女32例;年龄19~68岁,平均38.6;病程6个月至16年,平均5.8年。两组性别、年龄、病情差异均无显著性意义($P > 0.05$)。治疗方法:治疗组采用柴胡疏肝散加减治疗,组方为:柴胡9g,枳壳15g,芍药10g,炙甘草6g,陈皮10g,木香12g,厚朴10g,半夏10g,党参20g,生白术15g,黄芪20g,丹参20g。阴虚者去木香加生地15g、麦冬15g;血瘀者加五灵脂10g;胃热盛者加黄连12g;胃寒盛者加干姜10g;食滞者加鸡内金15g、莱菔子15g;反酸

者加乌贼骨 15g、瓦楞子 15g。每日一剂，水煎，早晚饭前温服。对照组用吗丁啉每次 10mg，每日 3 次，饭前半小时服。两组均治疗四周为一个疗程。观察期间停用其他药物，宜清淡饮食，忌肥甘厚腻、辛辣生冷食物。保持情志舒畅。结果：治疗组中显效 78 例（75%），有效 20 例（19.2%），无效 6 例（5.8%），总有效率（94.2%）；对照组中显效 34 例（56.7%），有效 13 例（21.7%），无效 13 例（21.7%），总有效率 78.3%。治疗组显效率和总有效率均优于对照组（均 $P < 0.05$ ）。

詹氏^[58]等 48 例患者随机分成治疗组和对照组各 24 例，治疗组男 13 例，女 11 例；年龄 21 ~ 55 岁，平均 (45.3 ± 13.5) 岁，病程 7 个月至 5 年，平均 3.51 年，对照组男 12 例，女 12 例；年龄 22 ~ 57 岁，平均 (44.8 ± 14.1) 岁；病程 8 个月至 5 年，平均 3.49 年。两组资料比较，差异无显著性（ $P > 0.05$ ），具有可比性。治疗方法：治疗组：予柴胡疏肝散加减。药物组成：柴胡 12g，枳壳 12g，香附 12g，川芎 12g，白芍 12g，槟榔 12g，甘草 6g，郁金 10g，茯神 10g，淮小麦 10g，百合 12g，水煎两遍，浓缩为 150ml，早晚分服，连服 4 周；对照组：与黛力新（每片相当于 0.5mg 氟哌噻吨的二盐酸氟哌噻吨，批号：2023682）每天 1 次，每次 1 片；以腹胀嗳气等动力障碍为主的加用莫沙比利片每天 3 次，每次 5mg；以腹痛、烧心为主的加用洛赛克每天 2 次，每次 10mg，连服 4 周。结果：两组治疗前症状积分差异无显著性（ $P > 0.05$ ），治疗后积分较治疗前明显下降，且差异有显著性（ $P < 0.01$ ），治疗后，治疗组早饱和嗳气症状积分较对照组下降明显，且差异有显著性（ $P < 0.05$ ）；两组治疗前后 SCL-90 评分变化比较，两组治疗前评分比较，差异无显著性（ $P > 0.05$ ），治疗 4 周后，两组评分较治疗前均明显降低，差异有显著性（ $P < 0.01$ ），两组治疗后评分差异无显著性（ $P > 0.05$ ）；两组治疗前后 HAMA、HAMD 的总分及各因子分治疗前差异无显著性（ $P > 0.05$ ），两组经 4 周治疗后，除绝望感外，两评分均低于治疗前，差异均有显著性（ $P < 0.01$ ），两组治疗后评分差异无显著性（ $P > 0.05$ ）。

【病案举例】

1. 患者^[59]，男，57 岁，以 1 年以来反复上腹部作胀不适于 2002

年2月4日就诊,当时自诉腹胀以进食后为重,伴嗳气恶心,胃纳差,大便溏薄,时有肠鸣。舌质淡红,舌苔白腻。体格检查无明显异常,胃镜、钡餐胃肠造影、B超、肝功能检查等无明显异常发现。诊断为功能性消化不良(痞满),辨证分型为肝郁脾虚型。方拟:柴胡10g,芍药15g,枳壳9g,陈皮10g,姜半夏10g,党参30g,白术15g,茯苓15g,砂仁5g(后下),木香10g,生麦芽20g,鸡内金9g,焦山楂10g,每日1剂。早晚2次分服,2个疗程后上腹部作胀不适消失,无嗳气恶心,胃纳差好转,大便正常。

2. 患者,女^[60],40岁,2003年5月16日初诊。主诉:胃脘部胀满、疼痛、嗳气2年余。查体见形体消瘦,营养一般,腹软,上腹轻度压痛,肝脾未触及。患者无不良嗜好。查肝功能正常,肝胆胰脾彩超示:未见异常。胃镜示:浅表性胃炎。伴随症状有:纳差,早饱,大便秘结,舌质淡红,苔黄,脉弦。西医诊断:功能性消化不良;中医诊断:痞满、胃脘痛。方用柴胡疏肝散加减:柴胡12g,川芎9g,白芍12g,枳壳12g,香附12g,青皮12g,陈皮12g,砂仁12g,蒲公英30g,海螵蛸30g,焦神曲15g,焦麦芽15g,焦山楂15g,鸡内金15g,莱菔子30g,甘草6g。日1剂,水煎服。服药15剂,胃脘部胀满、疼痛、嗳气明显减轻。继服15剂,临床症状完全消失。1年后随访未复发。

3. 王某^[61],男,34岁。因上腹部饱胀不适反复发作1年余于2000年5月16日就诊。患者1年来无明显诱因时有上腹部胀满,灼痛或隐痛不适,嗳气,反酸,口干厌食,心烦,时叹息患者无既往病史。胃镜检查正常;并经实验室、B超、X线等检查排除肝胆胰及肠道器质性病舌红,苔薄黄,脉弦。予醋柴胡10g,陈皮6g,白芍15g,枳壳10g,香附10g,川芎10g,炙甘草6g,佛手10g,沉香10g,丹皮10g,黄连6g,吴茱萸3g,每日1剂,水煎服4周为1疗程。2疗程后,患者症状明显改善,胃脘胀满不显,无灼痛隐痛,偶有嗳气反酸,食纳有增,原方去佛手、黄连、吴茱萸,加白术12g,神曲10g,煅瓦楞15g。服用1月,症状基本消失,随访1年未复发。

十二、慢性肝炎

慢性肝炎是指肝发生炎症及肝细胞坏死持续6个月以上。慢性肝炎可以由不同原因引起，不是一个单纯的疾病，而是一个临床和病理学的综合征。其临床表现轻重不一，可毫无症状、有轻微不适直至严重肝功能衰竭。实验室检查可表现为轻度肝功能损害，直至各项生化指标的明显异常。肝组织学检查可显示不同程度的肝细胞坏死及炎症，主要在汇管区、汇管区周围及肝小叶，病变严重时可有肝实质的塌陷、肝小叶结构破坏、纤维化及结节再生而形成肝硬化。

本病在中医学中可归属于“胁痛”、“黄疸”等范畴。中医认为湿热未尽、气滞血瘀、肝肾阴虚、肝郁脾虚，基本上能反映慢性乙型肝炎中医辨证的主要证型。肝主疏泄调畅气机，然而“诸病离不开郁，诸郁离不开肝”，“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。”叶天士曰：“郁则气滞，气滞久则化热，热郁则津液耗而不流，升降之机失度，初伤气分，久延血分，延及郁劳沉痾…”说明肝郁日久易致顽疾。

【临床应用】

杨氏^[62]以柴胡疏肝散为主方加减，柴胡6g，白芍10g，枳壳10g，制香附10g，川芎6g，陈皮10g，丹皮10g，丹参15g，虎杖15g，蛇舌草30g，甘草3g。若为肝胆湿热型，症见胁肋胀痛，脘腹满闷，恶心厌油，甚则黄疸，小便色黄，大便干结，舌苔黄腻，质红，脉弦滑数。加茵陈30g、大黄6g、土茯苓12g以清热利湿；若为肾阴虚型，症见头晕耳鸣，咽干口渴，失眠多梦，腰膝酸软，舌红少津，脉细弦，则加生地10g、山萸肉12g、炙鳖甲20g以补益肝肾之阴；若为肝郁脾虚型，症见胁肋胀痛，烦躁易怒，纳食减少，脘痞腹胀，舌淡苔白，脉细弦，加党参10g、黄芪20g、白术10g、延胡索10g，以健脾益气，疏肝解郁；若为瘀血阻络型，症见面色晦暗或赤缕斑斑，肝脾肿大，蜘蛛痣，肝掌，舌紫暗有瘀斑，脉弦细涩，则加三棱12g、莪术12g、穿山甲20g，以活血化瘀，软坚散结。慢性乙型肝炎，以本方加味为基本方，结合患者的临床症状及体征进行辨证施治，随证加减。杨氏^[62]观察病例58例，男38例，女20例；年龄最

小 8 岁, 最大 63 岁, 平均 41 岁; 病程 1 年内 3 例, 3 年 20 例, 3~5 年 16 例, 5 年以上 19 例。治疗前后各做肝功能、乙肝五项检查 1 次, 其中治疗 1 个月查 1 次肝功能及乙肝五项。随访者三个月查 1 次。一般三个月为 1 疗程, 1~2 疗程为宜。停药后均随访 9~12 个月。治疗过程中未出现任何不良反应。疗效标准: 显效: 症状及体征消失, 肝功能恢复正常, HBsAg 转阴连续 3 次者; 有效: 症状及体征基本消失或明显减轻, 肝功能大致正常, HBsAg 未转阴, 但滴度下降; 无效: 症状及体征未见改善, 肝功能指标未见好转, HsAg 仍属阳性。治疗结果: 显效 25 例, 有效 29 例, 无效 4 例。总有效率为 93.1%。

顾氏^[63]等以柴胡疏肝散为治疗方法: 两组均用复合维生素 B、维生素 C、维生素 E 及胸腺肽 80mg + 10% 葡萄糖溶液 250ml 静脉滴注。每日一次, 30 天为一疗程。治疗组加用疏肝理气方剂柴胡疏肝散。主要观察治疗前后的症状、体征、肝功能。疗效判断标准: ①显效: 症状、体征改善或消失, ALT、AST、TB 正常。②有效: ALT、AST 下降 75% 以上, 但未正常, TB 正常或轻度异常。③无效: ALT、AST 下降 75% 以下, 或轻度上升, TB 未变化, 症状未改善。总有效率: 治疗组 83%, 对照组 66%。顾氏^[63]运用兵法以柴胡疏肝散治疗慢性乙型肝炎取得良好效果。选择自 1993 年以来的慢性乙型肝炎病例 60 例, 年龄为 18~55 岁, 其中男 47 例, 女 13 例, 将年龄、性别、病程、病情均有可比性的患者随机分成治疗组 30 例, 对照组 30 例, 中医证见: 两胁胀痛, 部位游走不定, 痛随情志变化而增减, 乏力纳差, 舌生瘀斑, 或紫暗, 苔薄脉弦。

俞氏^[64]选用治疗方法: 对照组采用西医护肝、退黄、防治感染等治疗。治疗组在此基础上加用柴胡疏肝散减: 柴胡、白芍各 15g, 香附、青陈皮、枳壳各 9g, 甘草 6g, 郁金、蒲公英各 15g, 金钱草 30g。加减药物有: 茵陈、大黄、龙胆草、山栀、木香、半夏、黄芩等。每日一剂, 水煎, 分早、晚服。20 天为 1 个疗程。俞氏^[64]选用病例, 其中, 治疗组 65 例, 男 49 例, 女 16 例, 年龄 18~67 岁, 平均 37.5 岁, 其中急性病毒性肝炎 10 例, 慢性病毒性肝炎 40 例, 肝炎后肝硬化 15 例。合并胆道感染的诊断依据: 肝区疼痛、乏力、腹

胀或低热，肝脏肿大、胆囊区压痛，X线造影检查胆囊大小及功能不正常或B超发现胆道、胆囊病变或功能异常。对照组选择病程及临床症状体征与治疗组相似的患者58例，其中男43例，女15例。疗效标准：显效：1~2个疗程症状消失、体征及辅助检查改变明显减轻，肝功能基本正常。有效症状、体征减轻，肝功能好转。无效：未达到有效标准。两结果治疗组65例，显效37例，有效23例，无效5例，对照组58例，显效20例，有效26例，无效12例。治疗组显效率为56.9%，总有效率为92.35%。对照组显效率为34.5%，总有效率为79.3%。两组比较有显著性差异（ $P < 0.05$ ）

【病案举例】

陈某，男，38岁1993年8月初诊，因患慢性乙型肝炎经治半年未见明显效果，故来我院求治：症见恶心、呕吐、目黄、尿黄、纳呆、腹胀、大便秘结，舌质红，舌苔黄腻脉弦滑。肝功能：HBsAg（+），滴度：1:128；谷丙转氨酶：126U；B超：肝内光点密集，腹水（+）。辨证属湿热疫毒，内蕴肝胆，治以清热解毒利湿、疏肝利胆为法，以柴胡疏肝散加味：柴胡6g，白芍10g，茵陈30g，大黄6g，枳壳10g，制香附10g，川芎6g，陈皮10g，丹皮10g，丹参15g，虎杖15g，白花蛇舌草30g，甘草3g。服15剂，病情明显好转。然后随证加减共服80余剂，痊愈，肝功、B超均示正常。^[62]

十三、药物性肝损害

西医研究认为药物性肝损害是因理化因素机制直接破坏肝细胞，干扰特种代谢过程，造成结构损害，导致细胞的损害或坏死，引起病毒性肝炎样临床症状。

中医根据其症状可以归属于“胁痛”、“黄疸”、“呕吐”等病范畴，病机为正气虚弱，外邪侵袭（此主要为药毒邪气），导致肝脾不和。肝郁脾虚，病情发展还会出现肝阴不足。脾虚不运可致挟湿，肝郁日久，可化热或气滞血瘀。故治疗总以疏肝健脾、养阴柔肝以达祛邪解毒之目的。故而应用柴胡疏肝散加减方治疗，收到显著效果。

【临床应用】

匡氏^[65]等所选40例病例均为住院病例，经病理证实为恶性肿

瘤。无肝炎史，排除肝脏转移者。经4个周期化疗，分别在第二至第四周期出现药物性肝损害，血清谷丙转氨酶（ALT）在80~196U/L之间，血清谷草转氨酶（AST）在65~145U/L之间。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，化疗方案为PDD（顺铂）20mg连用5天，丝裂霉素6mg每周1次，连用2周，5-氟脲嘧啶（5-Fu）0.5g连用5日为1个周期，平均3周期。治疗方法：31例化疗2周期后ALT由正常变为80U/L以上，9例化疗3周期后ALT变为80U/L以上。AST与谷氨酰转肽酶（ γ -GT）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4小时。疗效标准：服用该中药3天后复查肝功能。治愈：三项指标均降至0~40U/L，食欲好转，乏力改善。好转：三项指标二项降至0~40U/L，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。治疗结果：40例中，37例ALT、AST均降至正常。治愈28例，好转9例，总有效率92.5%，未愈3例占7.5%。

按：肝功能损害是化疗药物的主要不良反应之一，而化疗又是防治肿瘤的主要手段。调查表明恶性肿瘤的死亡率为108.39/10万，成为我国人口第二位死因。因此，保证大剂量化疗顺利进行是恶性肿瘤治疗的关键。肝功能不全是化疗失败的主要原因之一，肝细胞纤维化和肝功能衰竭是常用抗癌药的远期毒性。中药与化疗药物结合应用具有增效减毒作用。柴胡疏肝散与二陈汤合用具有疏肝理气、活血化痰、滋阴柔肝的效果。柴胡入肝经，降肝火，疏肝解郁，兼有清热解毒之功效。赤芍活血养血，“肝藏血，性条达”，用川芎理气活血，香附、枳壳、陈皮均为行气理气之佳品，枳壳行气理血提宣肺气，陈皮行气健脾，功在中焦，香附理气消胀功在下焦，清半夏健脾益气、化痰散结，本方又有茵陈疏肝利胆、清热解毒，茯苓补气健脾，甘草调和诸药，具有益气化痰之功效。

十四、慢性胰腺炎

慢性胰腺炎是指由于多种不同原因所致的胰腺局部、节段性或弥漫型性的慢性进展性炎症，导致胰腺组织和（或）胰腺功能不可逆的损害。临床表现为反复发作性或持续性腹痛、腹泻或脂肪泻、消瘦、黄疸、腹部包块和糖尿病等。慢性胰腺炎在我国以胆道疾病的长期存在为主要原因：①胆道系统疾病，以胆囊结石最多见，其次为：胆管结石、胆囊炎、胆管不明原因狭窄和胆道蛔虫；②慢性酒精中毒，关于酒精性慢性胰腺炎的发病机制，大多数学者认同蛋白质分泌过多导致梗阻与坏死-纤维化的学说。

本病在中医学中可归属于“腹痛”、“胁痛”、“泄泻”、“黄疸”等范畴。

【临床应用】

杜氏^[66]对确诊的120例患者均用柴胡疏肝散加减治疗，取得良效。杜氏^[66]所选病例共120例，其中男56例，女64例；年龄最大者72岁，最小者38岁，平均55岁；病程最长者20年，最短者5年，合并胆囊炎者占60%。杜氏^[16]对确诊的120例患者均用柴胡疏肝散加减治疗，方药组成：柴胡10g，金钱草30g，川芎10g，香附10g，木香10g，延胡索10g，乳香6g，没药6g，黄芩10g，枳实10g，川花椒6g，白芍15g。每日1剂，分2次服，14天为1疗程。合并胆囊炎者口服消炎利胆片和氟哌酸。疗效判定：症状体征消失，B超复查腺体缩小，回声均匀者为痊愈。症状体征消失，B超复查无变化者为好转。症状体征及B超检查均无变化者为无效。结果：治愈63例，占52.50%；好转41例，占34.17%；无效16例，占13.33%；总有效率86.67%。

邱氏^[67]等对患者采用内服柴胡疏肝散加味：柴胡、香附各12g，枳壳、炙甘草、川芎各10g，赤白芍、延胡索、鸡内金各15g，炒薏苡仁、丹参、焦山楂各30g，每天1剂，加水800ml，煎至400ml，分早晚2次温服，8周为1个疗程。丹参注射液10ml，双侧足三里穴位注射，左右各5ml，隔天1次，28天为1疗程。治疗期间均不服用其他任何药物，饮食宜消化，禁酒，避免过饱。邱氏^[67]等选门诊病人

32 例, 其中男性 18 例, 女性 14 例; 年龄最大 56 岁, 最小 29 岁, 平均年龄 42.5 岁; 病程最短半年, 最长 3.5 年, 平均 2 年; X 线腹部平片有胰区钙化者有 11 例, 伴有高血糖者 6 例 (血糖 $>6.5\text{mmol/L}$), 血钙低于正常者 9 例, 其中 $\leq 1.75\text{mmol/L}$ 2 例, 低钾 13 例 ($\leq 3.5\text{mmol/L}$), 伴有弥漫性纤维化 2 例。疗效标准显效: 临床症状、体征消失, 相关检查恢复正常或显著改善, 随访 1 年无复发; 有效: 临床症状、体征改善或消失, 相关检查改善, 随访 1 年, 偶有复发, 继续上述治疗方案有效; 无效: 临床症状、体征改善不明显, 或暂时缓解又反复发作, 相关检查无改善。治疗结果: 本组 32 例显效 14 例, 有效 15 例, 无效 3 例, 总有效率 90.6%。

【病案举例】

患者唐某^[67], 女, 56 岁, 退休工人。1998 年 4 月 13 日初诊。患者于两年前无明显诱因始发左上腹疼痛, 呈间断性发作, 伴恶心呕吐、纳差、消瘦, 曾在当地医院行胃镜检查提示: 慢性萎缩性胃炎, 予中西药治疗, 无明显效果, 后症状逐渐加重, 呈持续性胀痛阵发性加剧, 并向左腰背放射, 在市某医院行 CT 及剖腹探查, 确诊为慢性胰腺炎, 给予对症治疗, 症状无变化, 查体: 血压 110/70mmHg, 心率 74 次/分, 神志清, 精神差, 形体消瘦, 体重 42kg, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音, 心率 74 次/分, 心律整齐, 未闻及病理性杂音, 腹平, 腹左侧可见 20cm 手术疤痕, 左中上腹压痛 (+), 并可扪及条索状包块, 表面光滑, 血 K^+ 3.1mmol/L , Ca^{2+} 1.73mmol/L , 血糖 7.1mmol/L , 舌质红、苔薄白, 舌下静脉迂曲青紫, 脉弦细, 中医诊断: 腹痛, 证属肝脾不调兼有血瘀, 治以疏肝理气健脾, 活血通络止痛, 处方: 柴胡、陈皮、香附各 12g, 赤白芍、鸡内金、延胡索各 15g, 炙甘草、川芎、枳壳各 10g, 炒薏苡仁、焦山楂、丹参各 30g。每天 1 剂, 水煎服, 丹参注射液 10ml, 各 5ml 双侧足三里穴位注射, 隔日 1 次, 服 4 剂以后, 自觉腹痛减轻, 药已对症, 效不更方, 继续治疗 8 周, 诸症全部消失。化验结果示: K^+ 4.3mmol/L , Ca^{2+} 2.23mmol/L , 血糖 5.1mmol/L , 体重增加 4kg, 随访 1 年未复发。

按: 中医学将此病归属于“胁痛”范畴, 早在《素问·缪刺论

篇》中就说：“邪客于足少阳之络，令人胁痛不得息。”《灵枢·五邪》篇说：“邪在肝，则两胁中痛…恶血在内。”《金匱翼·胁痛统论·肝郁胁痛》说：“肝郁胁痛者，悲哀恼怒，郁伤肝气。”故此病多因肝郁气滞，瘀血停积所致。舒肝理气，活血止痛乃根本治疗大法。方中柴胡舒肝解郁；配香附、枳实行气导滞；川芎、白芍、延胡索、乳香、没药活血化瘀，行气止痛；金钱草、黄芩，清热解毒，全方组方合理，切中病机，故收效显著。

十五、脂肪肝

脂肪肝是由多种原因引起的肝脏脂肪性病变。当肝细胞内脂质蓄积超过5%，或组织学上每单位面积1/3以上肝细胞脂变时，称为脂肪肝。西医学认为脂肪肝是由于多种病因引起脂肪代谢紊乱导致肝细胞内脂肪堆积。“脂肪肝”是指由各种原因引起的肝细胞内脂肪堆积，是一种常见的临床现象。正常肝脏的脂肪含量约占肝湿重的5%。当肝内脂类含量超过肝脏湿重的10%~15%，或在组织学上肝的脂类含量达到肝重40%~50%，称为脂肪肝。其中脂类主要为甘油三酯；少数遗传性疾病的脂肪肝，则主要是胆固醇在肝内沉积所致。脂肪肝是甘油三酯的合成和分泌两者之间不平衡所致。造成这种不平衡的原因既有肝脏本身合成代谢不平衡，也有肝脏以外其他疾病引起的脂肪肝为可逆性病变，只要能针对性地消除病因和纠正原发病症，一般是可恢复正常的。①肥胖性脂肪肝：肝内脂肪堆积的程度与体重成正比，重度肥胖者脂肪肝性变率高达61%~94%；肥胖人体重得到控制后，其脂肪浸润亦减少或消失。②饮酒性脂肪肝：据对长期嗜酒者肝穿刺活检，75%~95%有脂肪浸润。还有人观察，每天饮酒超过80~160g则乙醇性脂肪肝的发生率增长5~25倍，饮酒后乙醇取代脂肪酸，使脂肪酸积存，酮体在体内堆积，体内乳酸、丙酮酸比值增高，乳酸过多抑制尿酸由肾排出，引起高尿酸血症；使肝糖原减少，导致低血糖，有的患者发生猝死。此类脂肪肝发展的危害性较大，但只要戒烟酒4~6周后，就可使肝内脂量减少到正常水平。③营养不良性脂肪肝：营养不良缺乏蛋白质是引起脂肪肝的重要原因，多见于摄食不足或消化障碍，不能合成载脂蛋白，以致甘油三酯积存

肝内,形成脂肪肝。如重症营养缺乏病人表现为蛋白质缺乏性水肿,体重减轻,皮肤色素减退和脂肪肝,在给予高蛋白质饮食后,肝内脂肪很快减少;或输入氨基酸后,随着蛋白质合成恢复正常,脂肪肝迅速消除。④糖尿病脂肪肝:糖尿病患者平均 50% 可发生脂肪肝,其中以成年病人为多。因为成年后患糖尿病人有 50% ~ 80% 是肥胖者,其血浆胰岛素水平与血浆脂肪酸增高,脂肪肝变既与肥胖程度,又与进食脂肪或糖过多有关。这类病人一方面积极采取病因治疗,另一方面要求低糖低脂肪低热卡及高蛋白饮食,病人脂肪热卡占总热卡的 25% 以下为宜。⑤妊娠脂肪肝:多在第一胎妊娠 34 ~ 40 周时发病,病情严重,预后不佳,母婴死亡率分别达 80% 与 70%。临床表现为严重呕吐、黄疸、上腹痛等,很难与暴发性病毒肝炎区别。及时终止妊娠可使病情逆转,少数可经自然分娩或剖腹产而脱险。⑥药物性脂肪肝:某些药物或化学毒物通过抑制蛋白质的合成而致脂肪肝,如四环素、肾上腺皮质激素以及砷、铅、银、汞等,此类脂肪肝应立即停用该药,必要时辅以支持治疗,直至脂肪肝恢复为止。⑦其他疾病引起的脂肪肝:结核、细菌性肺炎及败血症等感染时也可发生脂肪肝,病毒性肝炎病人若过分限制活动,加上摄入高糖、高热量饮食,肝细胞脂肪易堆积;接受皮质激素治疗后,脂肪肝更容易发生。控制感染后或去除病因后脂肪肝迅速改善,还有所谓胃肠外高营养性脂肪肝、中毒性脂肪肝、遗传性疾病引起的脂肪肝等。

脂肪肝属中医学“积聚”、“痞满”、“胁痛”、“痰浊”等范畴。病位在肝脾二脏,但以肝为主。病机为肝气郁结,疏泄失常,肝气犯胃,气病及血,气血瘀滞而成脂肪肝。肝病及脾,脾失健运,水湿停聚,日久生痰,痰湿交阻,内郁肝胆亦致本病。近来脂肪肝有逐年增多的趋势。病因主要是情志不畅,肝气不舒,脾胃损伤,气机阻滞,痰湿凝聚,血行不畅,气滞血瘀,痰湿、气血搏结而为病。治疗重在舒肝解郁,活血化瘀。因而应用柴胡疏肝散加减治疗脂肪肝可收到显著效果。

【临床应用】

严氏^[68]等观察病例 68 例均为门诊患者,男 45 例,女 23 例;年龄 26 ~ 74 岁,平均 48 岁;病程最长 13 年,最短 1 个月。伴有胸胁

胀痛 61 例, 占 89.7%; 高脂血症 53 例, 占 79%; 体型肥胖 27 例, 占 39.7%; 长期饮酒 16 例, 占 77.9%; 高血压 12 例, 占 17.6%。治疗方法: 予柴胡疏肝散加味治疗。基本方: 柴胡 10g, 白芍 12g, 枳壳 12g, 川芎 12g, 香附 10g, 山楂 20g, 决明子 20g, 泽泻 20g, 郁金 15g。痰湿困阻型加二陈汤; 瘀血阻滞型加血府逐瘀汤。每日 1 剂, 水煎服。2 个月为 1 个疗程。疗效标准: ①血脂降至正常范围; ②B 超检查基本正常; ③肝脏回缩至正常大小; ④临床症状消失。上述指标全部达到为治愈; 达到前 3 项为显效; 达到 1~2 项为有效; 未达到有效标准为无效。结果: 本组 68 例, 治愈 31 例, 占 45.6%; 显效 17 例, 占 25.0%; 有效 19 例, 占 27.9%; 无效 1 例, 占 1.5%。总有效率为 98.5%。

李氏^[69] 122 例均为医院门诊患者, 随机分为 2 组。治疗组 85 例, 男 69 例, 女 16 例; 年龄 35~61 岁, 平均 48 岁; 合并胆结石 14 例, 慢性胆囊炎 11 例, 糖尿病 7 例, 肥胖症 8 例; 有饮酒史 31 例。对照组 37 例, 男 31 例, 女 6 例; 年龄 38~60 岁, 平均 49 岁; 合并胆结石 5 例, 慢性胆囊炎 7 例, 糖尿病 3 例, 肥胖症 3 例; 有饮酒史 22 例。2 组病例一般资料经统计学处理无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗组治宜疏肝理气, 健脾化痰。方用柴胡疏肝散加减。药物组成: 柴胡 15g, 白芍 15g, 白术 15g, 枳壳 30g, 香附 10g, 生山楂 30g, 生何首乌 15g, 丹参 15g, 决明子 15g, 荷叶 10g, 泽泻 30g, 红花 15g。脾虚加党参、黄芪各 15g; 胁痛加青皮、陈皮各 10g; 纳差加神曲、麦芽各 10g; 肝功能不正常加垂盆草 30g、虎杖 15g。水煎, 每日 1 剂, 分早晚 2 次温服。疗效标准临床治愈: 症状、体征消失, B 超检查示肝脏回缩, 回声正常, 肝功能、血脂正常; 显效: 症状、体征明显好转, B 超检查示肝后缘回升衰减明显减轻, 肝功能、甘油三酯正常; 有效: 症状、体征好转, B 超显示肝后缘回升衰减, 肝功能、甘油三酯接近正常; 无效: 症状、体征虽有好转, 但 B 超检查肝脏情况无好转。肝功能、血脂有所下降。结果: 治疗组 85 例, 临床治愈 45 例, 显效 28 例, 有效 10 例, 无效 2 例。总有效率 97.6%。对照组 37 例, 临床治愈 13 例, 显效 6 例, 有效 11 例, 无效 7 例。总有效率 81.1%。2 组总有效率比较有显著性差异 ($P <$

0.05), 治疗组疗效优于对照组。

林氏^[70]等采用随机分组法将 52 例酒精性脂肪肝患者分为中药汤剂治疗组和血脂康治疗组各 26 例。治疗组 26 例中, 男 22 例, 女 4 例, 年龄 28~55 岁, 平均 36.6 岁; 对照组 26 例中, 男 23 例, 女 3 例, 年龄 27~58 岁, 平均 36.1 岁。两组一般情况无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗组治以疏肝理气, 活血化瘀。基本方: 柴胡 15g, 陈皮 15g, 川芎 10g, 香附 15g, 枳壳 15g, 白芍 30g, 甘草 5g, 丹参 20g, 山楂 30g, 决明子 15g, 何首乌 20g, 夏枯草 15g, 茯苓 30g, 泽泻 15g。每日 1 剂, 分早晚 2 次煎服, 2 个月为 1 疗程。对照组: 给予血脂康 2 粒, 每日 2 次, 口服, 2 个月为 1 疗程。结果: 显效: 临床症状消失, 肝功能正常, 血清 TC、TG 恢复正常, B 超提示脂肪肝声像消失, 治疗组 84.6%, 对照组 62.5%; 好转: 临床症状基本消失, 肝功能 ALT、AST 及血脂 TC、TG 较治疗前下降 $\geq 50\%$, 肝脏 B 超显示脂肪肝好转 1 级以上 (重度→中度→轻度), 治疗组 15.4%, 对照组 23.1%; 无效: 未达到上述标准, 治疗组为 0, 对照组为 15.4%; 总有效率: 治疗组 100%, 对照组 76.9%。

潘氏^[71]等 60 例均为男性, 均有饮酒史, 年龄 30~62 岁, 平均 40 岁。治疗药物: 柴胡、枳壳、香附、川芎、郁金各 10g、赤芍、白芍各 12g, 生山楂、丹参、草决明各 15g, 黄芪 20g。水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次服, 连服 1 个月后, 休息 1 周、再服 1 个月为疗程。治疗 1 个疗程后, 临床治愈 32 例, 显例 8 例, 有效 18 例, 无效 2 例, 总有效率 96.7%。

【病案举例】

1. 王某^[68], 男, 48 岁, 机关干部。2000 年 9 月 13 日初诊。右上腹及中上腹胀满、疼痛, 乏力月余。刻诊: 一般情况尚可, 心肺无异常, 形体肥胖, 肝脏右肋弓下 2 指, 中等硬度, 无压痛。总胆固醇 7.6mmol/L, 甘油三酯 3.2mmol/L。B 超检查: 脂肪肝。患者嗜酒, 舌质紫黯, 苔黄腻, 脉弦滑。中医诊断: 胁痛, 积证 (瘀血阻滞型)。方予柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减。药物组成: 柴胡 10g, 赤芍药 12g, 香附 10g, 瓜蒌 30g, 山楂 30g, 决明子 30g, 泽泻 20g, 郁金 12g, 当归 12g, 桃仁 10g, 川芎 10g, 牛膝 15g, 莱菔子 12g, 红花

10g。水煎服，每日1剂。上方加减治疗2个月后，症状完全消失，血脂降至正常水平。B超检查：肝脏未见异常。继以柴胡疏肝散加减调理1个月，以巩固疗效。注意饮食。随访1年未见复发。

2. 患者男性^[72]，54岁。患者右上腹部胀满不适半年余，加重10天就诊。此前曾做B超示脂肪肝。伴有右腹痛，尤以夜间加重，食欲减退，大便不爽；舌体胖大，舌质暗，苔白腻，脉弦涩。证属肝郁气滞，脉络壅塞。治则健脾理气、化浊消积。方用柴胡疏肝散加减：柴胡12g，香附12g，郁金12g，延胡索10g，甘草6g，白芍20g，鸡血藤20g，三棱10g，莪术10g，生山楂30g，泽泻20g，草决明20g。水煎服，每日2次。连服2剂后，诸症状均好转；间断服药1年，在服药期间严格控制饮食、情绪，于1997年1月做B超示脂肪肝愈。

十六、水肿

水肿是指人体组织间隙有过多的液体积聚使组织肿胀。发生机制：正常人体，血管内液体不断从周围毛细血管小动脉端滤出至组织间隙成为组织液，另一方面组织液又不断从毛细血管小静脉端回吸收入血管中，两者保持动态平衡，因此组织间隙没有过多的液体积聚。保持这种动态平衡的因素有：①毛细血管内静水压；②血浆胶体渗透压；③组织间隙机械压力；④组织液的胶体渗透压。当维持体液平衡的因素发生障碍从而导致组织间液的生成大于回吸收时，则可产生水肿。产生水肿的几项主要因素为：①钠和水的潴留，如继发性醛固酮增多症等；②毛细血管滤过压升高，如右心衰竭等；③毛细血管通透性增高，如急性肾炎等；④血浆胶体渗透压降低，如血清清蛋白减少等；⑤淋巴回流受阻，如丝虫病等。常见于急、慢性肾炎、慢性充血性心力衰竭、肝硬化、贫血、营养障碍等。

《内经》又称其为“水”，并根据不同症状分为“风水”、“石水”、“涌水”。其病因有：①风邪袭表，“反外感毒风，邪留肌肤，则亦能忽然浮肿”；②疮毒内犯，“年少血热生疮，变为水，肿满，烦渴，小便少，此为热肿”；③外感水湿，“皮水，外无表证，内有水湿也”；④饮食不节，“大人小儿素无脾虚泄泻等证，而忽而通身浮肿，或小便不利者，多以饮食失节，或湿热所致”；⑤禀赋不足，

久病劳倦。水肿发病的基本病理变化为肺失通调，脾失转输，肾失开阖，三焦气化不利。病位在肺、脾、肾，而关键在肾。

【病案举例】

1. 患者女性^[73]，40岁，工人，1997年3月2日就诊。患者于1个月前国家事纠纷致气郁，胁肋胀痛，胃脘满闷，食欲不振，偶发呃逆；4天前，又出现颜面浮肿，眼睑为甚。血及尿常规无异常。舌淡胖，苔白腻，脉弦滑。证属肝郁脾虚，水湿浸渍。治宜疏肝解郁，健脾利水。方用柴胡疏肝散加减：柴胡12g，陈皮10g，枳壳10g，甘草6g，香附10g，白芍10g，白术10g，云苓10g，生苡仁30g。2剂水煎服。复诊患者颜面、眼睑浮肿全消，食欲尚差，胃脘略闷，胁肋胀。以原方加焦三仙各15g，续服4剂，后痊愈。

2. 患者女性^[73]，44岁，教师。1997年5月4日就诊。患者反复发作眼睑和下肢浮肿两年。常因情志抑郁或劳累诱发，常服双氢克脞嗪暂缓病情。近因情志不遂而复发，因病情加重就诊面色㿔白，眼睑浮肿尤甚，下肢浮肿，按之没指，舌淡，苔薄白，脉沉弦滑。尿常规未见异常。胸胁胀满，腰腿酸困冷痛，证属肝郁气滞，肾阳不足。治宜疏肝理气，温肾利水。方用柴胡疏肝散合真武汤加减：柴胡15g，枳壳10g，赤芍25g，炙甘草10g，香附12g，白术20g，云苓10g，炮附子10g，生姜6g，党参20g。4剂水煎服。复诊见浮肿已全消，胸胁微胀，腰腿尚困。以原方加肉桂10g，续断15g。继服4剂，顽疾痊愈。随访半年无复发。

按：虽然水肿常常责之肺、脾、肾，然而，宋氏^[73]认为肝为风木之脏，既能藏有形之血，又可疏泄无形之气。血为体，以气为用。性主开发，喜条达，宜疏。而水不自行，赖气以功。肝的疏泄、开发功能正常，水液随之升降运化正常。反之，肝气郁滞，而致脾健运失常，运化失司，水液停聚不行，横溢肌肤，形成水肿。欲治肝郁所致水肿，必先行其气，功欲其气利，必先肝气畅选，才可使脾主运化，脾气宜开，肺之宣发肃降功能才能正常。肺为水之上源，肺气宣，肾之纳气才能使水道通调，水液不能泛滥于肌肤，水肿自消。

第三节 循环系统疾病

一、冠心病（心绞痛）

冠心病心绞痛是指因冠状动脉供血不足，心肌急剧、短暂缺血缺氧所致，出现以发作性胸骨后或心前区疼痛为主要表现的临床综合征。劳累、情绪激动等可诱发。除冠状动脉粥样硬化外，其他如主动脉瓣狭窄或关闭不全、梅毒性主动脉炎、原发性肥厚型心肌病、先天性冠状动脉畸形、风湿性冠状动脉炎等亦能引起。当心脏负荷突然增加，需血量增多，超过了冠状动脉供血的代偿能力；或需血量随不增多，但冠脉痉挛，减少了供血量；或上述因素同时存在，都可引起心脏急剧、暂时缺血缺氧而发生心绞痛。产生疼痛感觉的直接因素可能是由于心肌缺血缺氧时，过多的代谢产物如乳酸、丙酮酸、磷酸等酸性物质及多肽类物质，刺激心脏内自主神经的传入纤维末梢，经1~5胸交感神经节和相应的脊髓段传至大脑而产生痛觉。且可反映在与自主神经进入水平相同的脊髓段的脊神经所分布的皮肤区域，即胸骨后、两臂前内侧及小指，多在左侧。

本病属于中医之胸痹范畴。历代医籍对其均有记载，然多从心论治入手。当前对冠心病的研究探讨进展很快，诸如运用通阳宣痹、活血化瘀等法报告甚多。冠心病（心绞痛）多因脏腑气血亏损、阴阳失调所致。而脏腑气血失调与肝脏关系尤为密切，肝藏血，主疏泄，喜条达，以气为用，司人体气机的传输畅达，与人体气血息息相关，心血的运行除靠心气的推动还要靠肝的调节。因此，治疗上应重在疏肝理气，调畅气机。冠心病心绞痛属于中医之胸痹心痛范畴。历代医籍对其均有记载，然多从心论治入手。当前对冠心病的研究探讨进展很快，诸如运用通阳宣痹、活血化瘀等法报告甚多。冠心病（心绞痛）多因脏腑气血亏损、阴阳失调所致。而脏腑气血失调与肝脏关系尤为密切，肝藏血，主疏泄，喜条达，以气为用，司人体气机的传输畅达，与人体气血息息相关，心血的运行除靠心气的推动还要靠肝的调节。因此，治疗上应重在疏肝理气，调畅气机。

【临床应用】

李氏^[74]所选46例病例中,32例患者为住院病例,14例为门诊病患者,男31例,女15例;年龄44~70岁;病程1~15年;其中稳定型劳累性心绞痛41例,恶化型劳累性心绞痛3例,自发性心绞痛2例。按心绞痛症状分级:轻度15例,中度20例,较重度11例。合并各种心律失常7例(房性早搏2例,室性早搏2例,左束支传导阻滞3例),合并高血脂16例,合并高血压13例。以疏肝理气,活血化瘀为治则,应用柴胡疏肝散化裁。方药:柴胡10g,枳壳12g,白芍15g,川芎12g,香附10g,甘草、丹参20g,川楝子10g,荔枝核15g(打),玫瑰花10g。随症加减:心悸、怔忡加酸枣仁、琥珀;气短加太子参、黄芪;失眠加炒远志、夜交藤;胸痛突出加土鳖虫、延胡索;夹痰浊者加瓜蒌、薤白;血压高者加钩藤、生龙骨、牡蛎、益母草;血脂高者加生山楂、绞股蓝。每日1剂,水煎分3次服,7天为1疗程,观察8个疗程。服药期间患者心绞痛发作时,临床予硝酸甘油舌下含服,停药其他中西药。症状疗效评定:46例中,显效22例(轻度15例,中度7例),占48%;有效20例(中度13例,重度7例),占43%;无效4例(重度4例),占9%;总有效率达91%。心电图疗效评定:46例中,显效16例(轻度15例,中度1例),占35%;好转20例(中度19例,重度1例),占43%;无变化10例(重度10例),占22%;总有效率78%。

张氏^[75]运用柴胡疏肝散加减治疗冠心病心绞痛30例,其中劳累型心绞痛14例,自发型心绞痛16例,男性19例,女性11例;年龄最小48岁,最大70岁,平均年龄60岁;病程最长15年,最短2年。合并高血压15例,合并高血脂10例。治疗方法:治疗结果:心绞痛症状疗效显效6例,有效20例,无效4例。治则:疏肝理气,活血通脉。方药:柴胡9~12g,枳壳9~12g,白芍0~12g,川芎12~15g,佛手9~12g,丹参15~24g,陈皮9~12g,檀香9~12g,当归12~15g,延胡索9~12g,三七粉(分冲)3g。加减:失眠加炒枣仁15~18g,炒远志12~15g;血压高者加牛膝9~12g,生石决明24g,钩藤9~12g,胸闷加瓜蒌9~12g,薤白9~12g;胸前区痛甚者加全蝎4.5~6g,莪术9~12g;心律不齐加炙甘草12g;气短加太子

参 15g, 黄芪 15g; 腰膝酸软加生地 12~15g, 山萸肉 12~18g, 枸杞子 9~15g。每日一剂, 水煎服, 早晚各一次。治疗期间停服其他中药, 根据病情调整西药。治疗结果: 心绞痛症状改善 30 例中, 显效 6 例, 有效 20 例, 无效 4 例; 心电图改善 30 例中, 显效 3 例, 改善 17 例, 无变化 10 例。

周氏^[76]门诊病人 68 例, 随机分为治疗组和对照组。治疗组 38 例, 其中男 16 例, 女 22 例; 年龄最小 41 岁, 最大 72 岁, 平均 56.8 岁; 病程最短 1 年, 最长 20 年, 平均 5.4 年。对照组 30 例, 其中男 12 例, 女 18 例; 年龄最小 39 岁, 最大 74 岁, 平均 57.2 岁; 病程最短 8 个月, 最长 20 年, 平均 5.8 年。两组在性别、年龄、病程等方面无显著差异, $P > 0.05$, 具有可比性。治疗方法: 治疗组采用心肝同治法, 以柴胡疏肝散加味为基本方: 柴胡 10g, 陈皮 10g, 川芎 10g, 炒枳壳 10g, 香附 10g, 白芍 15g, 赤芍 10g, 丹参 30g, 当归 15g, 瓜蒌 15g, 茯苓 10g, 炙甘草 5~10g。随证加減: 心悸、失眠者, 加炒枣仁 30g; 气短、乏力明显者, 加党参 10g, 黄芪 15g; 纳呆、腹胀者, 加炒谷麦芽各 10g。水煎服, 日 1 剂, 10 天为 1 个疗程, 共服 3 个疗程。对照组用血府逐瘀汤: 桃仁 12g, 红花 9g, 当归 9g, 生地黄 9g, 川芎 5g, 赤芍 6g, 牛膝 9g, 桔梗 5g, 柴胡 3g, 枳壳 6g, 甘草 3g。水煎服, 日 1 剂, 10 天为 1 个疗程, 共服 3 个疗程。两组病人在治疗期间均停用其他治疗心绞痛的药物。若出现严重的心绞痛发作, 均可以用硝酸甘油片 0.5mg 舌下含服。结果: 两组间临床疗效比较, $P < 0.05$, 两组间心电图变化比较, $P < 0.05$, 差异均有显著意义。

【病案举例】

1. 患者^[74], 女, 54 岁, 干部, 1994 年 4 月 18 日初诊。1988 年开始出现心前区疼痛, 常于情志不舒后发作, 屡用西药扩冠、降脂、镇静等, 疗效欠佳, 上症反复发作, 近来又因所遇不遂, 精神抑郁, 出现心前区闷痛, 疼痛攻窜肋肋、左肩、臂、背, 走窜不定, 每日数次, 发作时间较前延长, 太息不止, 寐差, 曾用西药治疗, 疗效平平, 遂就诊于中医。患者无烟酒嗜好, 无特殊病史。查体: 血压 150/90mmHg, 心率 80 次/分, 律齐, 各瓣膜区无病理性杂音, 两肺

(-), 舌质暗红有瘀点, 苔薄, 脉弦。心电图显示: 冠状动脉供血不足, ST 段 II, III, aVF, V₃ 导联下移, T 波 V₃ 低平, 中医诊断: 胸痹。西医诊断: 冠心病心绞痛。此乃情志不舒, 肝气郁结, 气机不畅, 心血瘀阻所致。治则: 疏肝理气, 活血化瘀。方药: 柴胡 10g, 枳壳 10g, 白芍 15g, 川芎 10g, 甘草 6g, 丹参 20g, 川楝子 10g, 荔枝核 15g (打), 玫瑰花 10g, 炒远志 10g, 夜交藤 2g。服上方 3 剂后, 自觉心前区疼痛明显减轻, 诸症好转, 再以上方加减化裁服 20 余剂后, 诸症尽消, 复查心电图: 大致正常。随访 6 个月, 未见复发。

按: 从本组病例分析, 李氏^[74]认为, 肝为将军之官, 藏血, 主疏泄, 为条达气血的重要脏器。正如《血证论》所说: 以肝属木, 木气充和条达, 不致遏郁, 则血脉通畅。《薛氏医案·求病脏》亦指出: “肝气通则心气和。肝与心为母子关系, 可以认为肝为起病之源, 心为传病之所, 若情志失调, 则肝气郁结, 疏泄失常, 气悖胸中, 血行不畅, 心血瘀阻, 遂致胸痹心痛。《素问·藏气法时论篇》云: 心病者, 胸中痛, 胁支满, 胁下痛, 膺背肩甲间痛, 两臂内痛…。所涉及的胸、胁、背、肩、臂等部位, 也是肝胆经络循行之处。察其始末标本, 知其病因病理。本方能疏肝理气, 活血化瘀。气郁若得舒展, 则血液得以流行, 盖无瘀阻之患, 心得肝之疏泄则血脉流畅, 周流不息。方中柴胡、枳壳入肝, 行气解郁。柴胡主升, 枳壳主降, 如此上下斡旋, 升降相因, 使气机畅达, 瘀散血行; 白芍和血活血, 柔肝通脉, 流畅气血; 川芎、香附活血化瘀, 舒肝通络; 甘草调和诸药。此外, 我们在临证时, 常加入丹参、川楝子、荔枝核、玫瑰花等药, 川楝子入心, 可治心暴痛, 为心腹痛要药。丹参气平和降, 入肝、心包络, 破宿血, 生新血, 增强肝脏疏泄气血作用。荔枝核、玫瑰花具有良好的疏肝理气、和血化瘀之功效, 荔枝核治心痛(《本草衍义》)。观察中发现本方中若除去荔枝核, 玫瑰花则疗效降低, 疗程延长。由此可见, 本方对于肝气郁结证之胸痹是有效的。

2. 杨某某^[75], 男性, 54 岁, 1988 年 11 月 19 日初诊。因发作性心前区疼痛 2 年在院门诊就医。西医诊断为: 冠心病, 心绞痛。经用西药治疗, 效果不满意, 遂就诊于中医。主症: 心前区闷痛, 两胁胀

满，每次发病多与情志不舒有关。心前区闷痛每日发作1~2次。不思饮食，胃脘胀痛，呃逆，易怒，脉弦，舌暗红，有瘀斑，苔白。血压120/80mmHg。心率76次/分，律齐。心电图显示：冠状动脉供血不足，ST—V₁、V₂、V₃下降，T波—V₁、V₂、V₃、V₄低平。辨证：郁怒伤肝肝气郁结，气机不畅，心血瘀阻，肝气犯胃，胃失和降。治法：疏肝和胃，行气活血。方药：柴胡10g，白芍12g，枳壳12g，陈皮10g，半夏10g，佛手10g，旋覆花（包）10g，代赭石（打）12g，三七粉（分冲）3g，檀香12g，沙参5g，丹参15g。服上方10余剂后，诸症明显好转，纳食增多。心前区疼痛5~6天偶发一次。原方再进5剂收功。

二、原发性低血压

原发性低血压又称体质性低血压，系指血压持续低于正常水平，常伴有神经官能症而无器质性病变的疾患。一般认为与体质瘦弱和遗传有关，多见于20~50岁的妇女和老年人。

中医认为：原发性低血压患者，素体禀赋薄弱，脾胃虚损，脾失运化升清，生化之源不足，清阳之气不升，脉道失于充养，心无所主而发生低血压；或思虑忧郁，情志不畅，损伤心肝，肝失疏泄藏血，无以调畅全身气机和血量，致脉道气机不顺，难以推动血液和津液的运行而发生低血压。因此，本病的病位主要在心、脾、肝。总的病机为肝脾气机失调，气血亏虚，升降出入紊乱。治疗则以调理肝脾为原则，脾气亏虚型以健脾益气、充养脉道为法。肝气郁结型以疏肝理气、和顺脉道为法。

【临床应用】

刘氏^[7]治疗组：①脾气亏虚型：治以健脾益气，充养脉道，用补中益气汤加味：黄芪20g，陈皮10g，枳实10g，当归15g，阿胶10g（烔化），红参6g，升麻5g，柴胡5g，白术10g，干姜5g，炙甘草10g，兼阳虚者加肉桂3g，仙茅10g。②肝气郁结型：治以疏肝理气，和顺脉道，方用柴胡疏肝散加味：柴胡10g，白芍15g，枳壳10g，夜交藤15g，银花藤15g，香附10g，川芎5g，甘松10g，生姜5g，炙甘草10g，病久兼血瘀者加当归15g，红花5g。每日1剂，分

两次温服, 10 天为 1 疗程。对照组: 麻黄素片 25mg, 每日两次; 生理盐水 500ml, 每日 1 次静滴。10 天为 1 疗程。刘氏^[7]将门诊病人 73 例分为两组。治疗组 42 例中, 男 15 例, 女 27 例; 平均年龄 35 岁; 分型: 脾气亏虚型 31 例, 肝气郁结型 11 例。对照组 31 例中, 男 12 例, 女 19 例; 平均年龄 34.5 岁; 分型: 脾气亏虚型 21 例, 肝气郁结型 10 例。结果: 治愈: 血压恢复至 $\geq 100/60\text{mmHg}$, 症状消失, 追踪半年无复发者, 治疗组 73.8%, 对照组 16.1%; 显效: 血压恢复至 $\geq 90/60\text{mmHg}$, 症状基本消失, 追踪半年血压稳定在正常范围内者, 治疗组 14.3%, 对照组 29%; 有效: 血压能恢复至正常, 症状也有所减轻, 但停药后病情易复发, 再次用原法治疗仍有效者, 治疗组 4.8%, 对照组 19.4%; 无效: 血压及症状均无改善, 治疗组 7.1%, 对照组 35.5%。

按: 在调补脾胃, 益气升阳, 脾胃健, 生化足, 清阳升, 气旺血盛, 脉道充盈, 心有所主, 血压即升, 同时加枳实、干姜助升阳回阳之力; 阿胶助养血滋阴之功, 血为气之母, 以血载气养气。沿《内经》“劳者温之 损者益之”及“形不足者, 温之以气, 精不足者, 补之以味”之旨, 对于虚寒之象明显者, 加肉桂、仙茅以温阳益气。而柴胡疏肝散功在疏肝理气, 舒通气机, 肝得调达, 气郁自解, 气行血行, 脉道和顺, 心有所主, 血压即升, 加甘松、生姜助理气散郁之功; 银花藤、夜交藤通经络, 以助气血运行; 血瘀明显者加当归、红花活血行血。现代药理研究证明: 小剂量红参能使血管收缩, 有兴奋肾上腺皮质作用; 陈皮具有兴奋心脏, 升高血压作用; 甘草具有肾上腺皮质作用和强心作用, 能升高血压; 枳实、枳壳含有对羟福林和 N—甲基酪胺, 能使血管紧张度增加, 改善微循环而使血压恢复正常; 干姜、生姜能反射性兴奋血管运动中枢和交感神经, 使血压上升; 阿胶能促进血色素及红细胞的增加, 具有升压作用; 甘松含缬草酮, 有升压作用; 肉桂能增强血液循环, 促进代谢, 使血压上升; 银花藤亦有升高血压作用。因此, 从整体观念着手, 辨证施治, 同时灵活运用现代药研究成果, 能使原发性低血压得到理想治疗, 且疗效明显优于用麻黄素或其他抗休克药物, 并避免了这些药物所造成的升压急聚、副作用大、且撤药后易反跳的弊病。

三、高血压病

高血压是一种以体循环动脉压增高为主要特点的临床综合征。其病因迄今未明，目前认为是在遗传的基础上，多种致病因素的作用，使正常血压调节机制失代偿所致。早期病理表现为全身细小动脉痉挛，随着病情的发展，血管壁受压力及缺氧的影响即可引起全身小动脉的病变，表现为小动脉玻璃样变，细小动脉管壁增厚、变硬、管腔狭窄，另外小动脉中层平滑肌细胞肥大、增生，胶原和弹性纤维增多，使小动脉管腔变窄，于是血压进一步持续升高。同时持久性有利于脂质在大、中动脉内膜沉积而促进大、中动脉粥样硬化。随着全身细小动脉硬化和大、中动脉粥样硬化和血压升高，可引起重要靶器官如心、脑、肾的缺血损伤。中医无“高血压病”病名，就其临床表现来看，其病变机制以肝脏的功能失调为主，同时可以影响其他脏腑，或其他脏腑病变涉及肝脏，而表现以肝为主的病变。肝郁化火应顺其势。

中医无“高血压病”病名，就其临床表现来看，可归属于“眩晕”、“头痛”，其病变机制以肝脏的功能失调为主，同时可以影响其他脏腑。或其他脏腑病变涉及肝脏，而表现以肝为主的病变。肝郁化火应顺其势。

【临床应用】

何氏^[78]以柴胡疏肝散为主方加减治疗，柴胡 6g，白芍 15g，川芎 6g，枳壳 10g，香附 10g，黄芩 10g，黄连 10g，夏枯草 15g，栀子 10g，龙胆草 10g，甘草 5g。

【病案举例】

赵某，男，45岁，患高血压病7年。近半月来由于家事不顺，郁闷不乐，失眠心烦且头晕前采就诊。诉胸胁闷胀，心中烦热，恶梦纷纭，口苦，便结，尿黄。查：患者性情急躁，目赤，舌质红，苔黄燥，脉弦数有力。血压 158/105mmHg，证属肝经郁火，心经热甚，遵“火郁发之”而治。处方：柴胡 6g，白芍 15g，川芎 6g，枳壳 10g，香附 10g，黄芩 10g，黄连 10g，夏枯草 15g，栀子 10g，龙胆草 10g，甘草 5g。6剂后患者安静入睡，恶梦消失，心中烦躁大减。再

在原方基础上加生地 20g，续服 10 剂，诸症消失，血压正常。^[78]

按：本病肝气郁结，气郁化火，继之影响至心，而成心肝火旺之病理。火郁于内，其症状表现于外，时时有发越于外之病势，治疗宜因势利导，顺其势而治。本方柴胡、香附、川芎、枳壳以行气解郁，祛火热之邪；龙胆草、黄芩、夏枯草以清肝火。且夏枯草有散结之功；黄连、栀子清心火。本方为柴胡疏肝散加味，而柴胡疏肝散又是四逆散加味而成，自然四逆散有发越郁阳之功，故获良好。

第四节 泌尿系统疾病

一、单纯性肾病综合征

肾病综合征是因多种肾脏病理损害所致的大量蛋白尿，并伴有相应的低蛋白血症、水肿、高脂血症等一组临床表现。本征是一种常见病、多发病，据国外统计其发病率为 2/10000。肾病综合征不是疾病的最后诊断。因由多种病因引起，故其机制、临床表现、转归和防治各有特点。单纯性肾病综合征的病因与发病机制目前尚不明确，多认为是 T 淋巴细胞免疫紊乱所致。主要表现为全身高度水肿，水肿呈凹陷性，从眼睑、面部和踝部开始，逐渐加重，波及全身。浮肿最显部位为颜面、下肢及阴囊，有时伴有胸水、腹水，胸、腹水较多时可致呼吸困难，阴囊水肿，行走不便，还可使表皮紧张、变薄、透亮，甚至渗液，水肿严重时尿量减少。血压可正常，水肿可反复出现，迁延很久。目前国际公认且行之有效的治疗主要是激素治疗，但复发率高，于是加用细胞毒药物治疗。但由于其不可避免的毒副作用，难为患者接受，于是绝大多数患者转而求助于中医治疗。

本病在中医学中可归属于“水肿”范畴。临床上中医药治疗多从温补脾肾着手，源于肾病患者起始均有水肿，属中医阴水范畴。而事实上单纯性肾病综合征的水肿并非其病变本质，且该病复发前几乎无症可辨，因此单从脾肾着手自然难有满意效果。但从现代免疫学观点“几乎所有自身免疫紊乱性疾病都可追溯到情志因素”着手，运用柴胡疏肝散化裁治疗单纯性肾病综合征，取得一定疗效。

【临床应用】

杨氏^[79]在按《内科学》第5版教材中,肾病综合征之常规治疗方案进行治疗的基础之上,另加用中药柴胡疏肝散原方陈皮(醋炒)6g,柴胡6g,川芎4.5g,枳壳(麸炒)4.5g,芍药4.5g,香附4.5g,甘草(炙)1.5g。加蝉蜕10g、白蒺藜15g,水煎得药200ml,晨起一次口服,疗程6个月。观察指标为于治疗后1个月观察尿蛋白转阴率,于1年内观察复发率(治疗后1个月尿蛋白未阴转者不参与复发率观察),与常规治疗方案组相比明显降低。杨氏^[79]选用60例病例,均为首发就诊(来诊前未做过特殊治疗)。随机分成治疗组32例,对照组28例。治疗组中男17例,女15例,年龄14~43岁;对照组中男13例,女15例,年龄14~45岁。两组在性别、年龄、病程等一般资料方面差异均无显著性($P>0.05$),具有可比性。治疗方法:所有病例均按《内科学》第5版教材中。肾病综合征之常规治疗方案进行治疗。结果:治疗组尿蛋白转阴26例,占81%,复发6例,占23%;对照组23例,占82%,复发12例,占55%。治疗组在促进尿蛋白转阴方面无显著性临床意义($P>0.05$),而在控制复发率方面有显著疗效($P<0.01$)。

按:从现代免疫学观点之“几乎所有自身免疫紊乱性疾病都可追溯到情志因素”得到启示,运用柴胡疏肝散加味辅助治疗单纯性肾病综合征,乃取其疏肝理气之功。本研究结果表明,柴胡疏肝散能有效预防原发性肾病综合征的复发。中医学早有经典的情志致病理论,如《灵枢·百病始生篇》说“喜怒不节则伤脏”,《灵枢·举痛论》说:“…怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下…惊则气乱…思则气结。”认为情志致病的根本机制为内脏气血,尤其是五脏气机的失调。情志和调,可以调节脏腑活动,御邪内侵,防止疾病的发生。因此,条畅气机、调和脏腑功能可增强机体的免疫功能。而肝主疏泄,调畅全身气机,且性喜条达,故选用柴胡疏肝散疏调肝之功能,从而调畅五脏六腑之气机,以达调节免疫功能之目的,从根本上预防。肾病综合征的复发。杨氏采用从肝治水,虽有违常法,但仍是在中医理论指导下立法,并有其现代医学研究基础,临床应用效果显著。

第五节 血液系统疾病

一、过敏性紫癜

过敏性紫癜为一种常见的血管变态反应性疾病，因机体对某些致敏物质发生变态反应，导致毛细血管脆性及通透性增加，血液外渗，产生皮肤、黏膜及某些器官出血。可同时伴发血管神经性水肿、荨麻疹等其他过敏表现。与本病发生密切相关的致敏因素主要有：（1）感染：①细菌：主要为 β 溶血性链球菌。以呼吸道感染最为多见，其次为扁桃体炎、猩红热、结核病及其他局灶性感染。②病毒：多见于发疹性病毒感染，如麻疹、水痘、风疹等。③其他：如某些寄生虫感染等。（2）食物：主要见于动物性食物。是人体对异性蛋白过敏所致。如鱼、虾、蟹、蛋、鸡、牛奶及其他类食物。（3）药物：①抗生素类：青霉素、链霉素、氯霉素，及近年来广泛使用的一些头孢菌素类抗生素等。②解热镇痛药：水杨酸类、保泰松、吲哚美辛及奎宁类。③其他：磺胺类、阿托品、异烟肼及噻嗪类利尿药等。（4）其他：花粉、尘埃、菌苗或疫苗接种、虫咬、受凉及寒冷刺激等。典型表现为皮肤紫癜。多数患者发病前1~3周有全身不适、低热、乏力及上呼吸道感染等前驱症状。

本病属中医“血证”范畴，其机制是血不循经，溢于肌肤。其中病例多为少儿，饮食不节，久居潮湿，瘀阻脉络，迫血妄行，少数为情志不畅，热邪内结。

【临床应用】

郭氏^[80]等应用柴胡汤加味：理气活血，通络排浊。药物组成：柴胡10g，枳壳12g，甘草10g，芍药12g，香附子12g，川芎10g，白芷12g，皂角10g，泽泻15g，土茯苓10g，或白花蛇舌草15g，郁金15g。脾胃虚弱者，去白芷、皂角、土茯苓、郁金，加炒山药15g，炒白术15g，川朴12g，畏寒者，加黄芪、木香、肉桂；畏热者，加赤芍10g，紫草12g，或生地15g；若伴蛋白尿或白细胞和红细胞增多。加旱莲草12g，白茅根20g；若舌苔黄厚腻去旱莲草加大黄。每

日1剂,水煎服,每付药1次煎30分钟,煎二次,混匀分早晚口服。以此治疗过敏性紫癜,取得良效。郭氏^[80]等所选病例61例,其年龄6~54岁,6岁12例,7岁16例,9岁15例,12岁4例,14岁3例,18岁3例,27岁2例,43岁1例,49岁3例,54岁2例。平均年龄24~63岁,病程1~2周50例,1~6个月5例,6个月~1年6例。27例尿中有微量蛋白;9例蛋白(+),12例蛋白(+)伴有程度不同的红白细胞,经B超检查有程度不同的紫癜肾,另7个血沉增快。结果:治疗3个月后随访观察,痊愈36例(59%)、好转23例(37.7%)、无效2例(3.27%)、总有效率97.7%。

按:紫癜属中医“血证”范畴,其机制是血不循经,溢于肌肤。方中柴胡、枳壳、香附、川芎、调理气机、通畅三焦;白芷、皂角、泽泻、土茯苓、白花蛇舌草利浊排毒;芍药、郁金凉血活血柔肝;炒山药、炒白术、川朴、肉桂、木香、黄芪扶正驱邪;赤芍、紫草、生地凉血活血、止血、解毒透疹;旱莲草收敛精气,白茅根凉血止血,大黄清热解毒,通腑排浊,甘草调和诸药。

第六节 代谢性疾病和营养性疾病

一、糖尿病

糖尿病是一种以慢性血糖水平增高为特征的代谢疾病。高血糖是由于胰岛素分泌缺陷和(或)胰岛素作用缺陷而引起。除碳水化合物外,尚有蛋白质、脂肪代谢异常。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。病情严重或应激时可发生急性代谢紊乱,如酮症酸中毒、高渗性昏迷等。糖尿病的病因和发病机制较为复杂,至今尚未完全明了。大部分病例为多基因遗传病。遗传易感性与环境因素共同参与其发病过程。其基本病理生理改变为胰岛素的绝对或相对不足及胰岛素作用减低,即胰岛素靶组织对胰岛素的抵抗,由此而引起机体一系列的代谢紊乱。本病的典型症状为“三多一少”即多饮、多食、多尿和体重减轻。血糖升高因渗透性利尿引起多尿,继而因口渴而多饮。

为补偿损失的体内糖分以维持机体活动，常出现易饥多食。体内葡萄糖不能利用，蛋白质和脂肪消耗增多，引起乏力、体重减轻。可有皮肤瘙痒，尤其是外阴瘙痒。高血糖可使眼房水、晶体渗透压改变而致视力模糊。此外，常见女性月经失调、男性阳痿等。本病使患者生活质量降低，寿限缩短，病死率增高，因此应积极防治。

本病属于中医学“消渴”范畴，其病因比较复杂，禀赋不足、饮食失节、情志失调、劳欲过度等原因均可导致消渴。中医学多认为消渴的发生主要与肺、脾胃、肾有关，辨证治疗多从阴虚燥热立论。然而阴虚燥热虽是消渴之重要病机之一，而肝郁在消渴的病机及辨证论治中的作用亦十分关键。

【临床应用】

宋氏^[81]治疗 80 例中，男性 43 例，女性 37 例；年龄 20~30 岁 6 例，31~50 岁 35 例，51~70 岁 39 例；病程 5 年以下 35 例，5~10 年 41 例，10 年以上 4 例。治疗方法：柴胡疏肝散加味：柴胡 12g，川芎、白术各 10g，枳实、丹参、天花粉各 20g，香附、白芍、长春花各 15g，甘草 6g。水煎服，1 日 1 剂，2 周为 1 个疗程，每一疗程前后查空腹血糖及 24h 尿糖 1 次，观察期间每 3 天查空腹血糖 1 次，2 个疗程后统计疗效。结果：显效 36 例（45.00%），好转 39 例（48.75%），无效 5 例（6.25%），总有效率 93.75%。

【病案举例】

1. 姬某^[81]，男，45 岁，2001 年 10 月 5 日初诊。3 个月前因工作琐事与同事发生口角，继而出现胸胁胀满，心烦意乱，口干，乏力，伴有消瘦，小便增多，夜尿更甚，时有肢体麻木，舌质淡暗，脉弦细，舌下脉络瘀紫，查空腹血糖 13.6mmol/L，餐后 2h 血糖 18.6mmol/L，糖基化血红蛋白 9.5。中医诊为消渴，西医诊为 2 型糖尿病。治以疏肝理气，滋阴清热。用柴胡疏肝散加味，每日 1 剂，取汁 600ml，分 2 次服。1 周后口干、乏力、胸胁胀满明显缓解，继服 1 周复查空腹血糖 6.0mmol/L，餐后 2h 血糖 8.7mmol/L，停用中药汤剂改为散剂巩固疗效，半年后随访病情稳定。

按：糖尿病属中医“消渴”范畴，通常认为病机为阴虚，但宋氏^[81]发现肝郁气滞是基本病机之一，发现 80% 以上患者在发病前均

有不同程度的精神紧张,情绪激动,或忧郁悲哀,思虑过度。肝主疏泄,疏泄正常则情志畅达,气血津液流畅,水谷精微疏布正常。情志失调,肝失疏泄,郁而化热,生燥伤阴,耗伤正气,可致口干、多饮、消瘦等消渴病症状。同时气机紊乱,气血津液代谢失调,气津敷布受阻,水谷精微疏布失常,或郁于血中,或随清气下泻,而致血糖尿糖升高。可见糖尿病患者的阴虚表现并非单由阴液亏耗所致,常有气机失畅,郁而化热。因此治疗上宜滋阴与舒肝并举。

2. 孙某^[82],女,48岁,教师,糖尿病病史5年,曾服二甲双胍、消渴丸等药,近年来由于家庭不和睦,病情有所加重,为求中医药系统治疗,于2007年3月4日前来就诊,自诉口干欲饮,烦躁不寐,两胁胀满,小便频,大便干结,舌质红,苔薄黄,脉弦。查:空腹血糖:11.6mmol/L,尿糖(+++)。中医辨证为消渴(肝气郁滞型),治以疏肝解郁为法,方选柴胡疏肝散加味:柴胡15g,白芍10g,陈皮15g,川芎15g,香附10g,郁金15g,枳壳10g,五味子10g,川楝子10g,生地10g,共服12剂后,病人自觉症状明显好转,多次查尿糖(±),空腹血糖(6.7 ± 0.5) mmol/L。

按:肝郁是消渴发生的重要病机,根据《内经》“木郁达之”的原则,治疗上应顺其条达之性,开其郁遏之气。元·朱丹溪在《丹溪心法·消渴》中以疏肝理气为治疗原则,创顺气散治疗消渴。王肯堂在《证治准绳·消瘴》中云:“然消渴之病……使道路散而不结,津液生而不枯,气血和而不涩,则病自已矣”。通过调畅气机,疏通血脉来治疗消渴。清·王旭高曰:“五志郁极,皆从火化……肝郁无疑……”,善用川芎、白芍、建兰叶等药治疗消渴。鞠祥宗等认为:上消者,虽以肺燥津伤为本,必有“木火刑金”之虞,治疗以清肝润肺;中消者,虽以胃热脾虚为常,必有肝火木贼作祟,治疗则以平肝益胃健脾;下消者,肝肾同治或肝肾并补可提高疗效。综上所述,疏肝解郁法在消渴的治疗中具有重要作用。现代中药药理研究表明,柴胡等疏肝解郁药可直接调节糖代谢中关键酶的活性,从而降低血糖的波动。

二、高脂血症

由于脂肪代谢或运转异常使血浆中一种或几种脂质高于正常称为高脂血症。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。血浆中的胆固醇除来自食物外,人体的肝及大肠也能合成。当食物中摄入胆固醇过多或肝内合成过多,胆固醇排泄过少,胆道阻塞,都会造成高胆固醇血症。甘油三酯是食物中脂肪经小肠吸收后,被消化为非化脂肪酸及甘油三酯,进入肠腔,经肠黏膜细胞再合成甘油三酯,并形成乳糜微粒,经胸导管进入血液循环。同样,甘油三酯也可在肝内利用碳水化合物——糖类为原料而合成,可见多食糖类亦可使甘油三酯升高。现代生活由于生活质量提高,大量高脂肪、高蛋白物质的摄入,不良生活习惯导致越来越多的人患有高脂血症。

中医认为其病机乃本虚标实,肝脾肾亏虚为本,痰浊瘀血为标。脾主运化,肝主疏泄、肾主藏精与血脂的生成、代谢、平衡关系密切。饮食偏嗜、过食肥甘厚味使脾胃受损,运化水谷功能失常致痰浊内生,血脉瘀阻。活动较少,工作压力较大致肝郁气滞,疏泄不利使气血痰湿阻于脉络。肾气亏虚不能温煦脾阳,水谷不化,湿浊痰瘀互结。膏脂不藏,化入血中均可使血脂升高。现代医学研究证实,血脂的代谢与肝脏有关,因而临床治疗高脂血症时可以从肝论治。

【临床应用】

杨氏^[83]采用疏肝解郁的方法,药用:山楂20g,柴胡、陈皮、青皮、郁金、川芎、当归、生首乌、香附各10g,白芍、丹参各15g,甘草5g,虎杖12g等。眩晕加决明子10~12g,胸闷加红花10g,气虚加黄芪10~15g。水煎二次,饭后分服,每日1剂。治疗3个月。服药期间,停用其他降血脂的中西医药物,调节饮食,加强户外活动和锻炼。所选病例70例均为门诊患者,经病史、体查和有关化验结果显示,均有高脂血症的指标存在,并排除糖尿病、肾病综合征、甲状腺功能低下以及药物性高脂血症。本组男48例,女22例;年龄40~78岁,平均58.3岁;病程最短的8个月,最长15年。其中合并

高粘血症 36 例，高血压 42 例。治疗结果：临床疗效显效 45 例，占 64.29%；有效 20 例，占 28.57%；无效 5 例，占 7.14%。

按：高脂血症中医多归于“血瘀”的范畴，主要表现在微循环障碍、血流动力学异常等方面。现代研究表明，高脂血症时血液处于粘稠状态，如脂质深积于动脉管壁，则使管壁增厚，管腔狭窄，血流受阻，故本病与瘀血直接有关。瘀血亦可因气的功能下降而使气不行血。所以行气止痛、活血化瘀是治疗高脂血症的基本原则。方中柴胡、香附、川芎、虎杖行气解郁，活血化瘀而止痛；陈皮、青皮理气行滞；山楂、丹参活血化瘀；当归、芍药、首乌养血活血；甘草缓急止痛，调和诸药，共奏活血化瘀，行气止痛之功。

三、血卟啉病

血卟啉病（血紫质病）系由先天性卟啉代谢紊乱，卟啉前体或卟啉在体内累积所致。常有遗传因素。临床表现有腹痛、神经精神症状、光感性皮肤损害等。卟啉主要在红骨髓和肝内合成，根据卟啉代谢紊乱出现的部位，分为红细胞生成性卟啉病和肝性血卟啉病二类。前者较少见，属儿科学范围。本病的病因尚未完全明了。根据卟啉的病理生理，当血红素生成障碍，失去负反馈作用，就失去对 α -氨基酮戊酸合成酶的抑制作用。操纵基因发生突变，失去正常的抑制，使 α -氨基酸酮戊酸合成酶的活性异常地增加，酶的缺陷，如尿卟啉原Ⅲ辅合成酶缺乏，卟胆原不能转变为尿卟啉原Ⅲ而只形成尿卟啉原Ⅰ，以致产生多量的型异构体，或尿卟啉原Ⅰ合成酶缺乏，卟胆原不能转变为尿卟啉原等，均可产生多量的卟啉和卟啉前体，而导致本病。肝性血卟啉的临床表现可分为：①急性间歇型。以腹痛、神经精神症状为主要表现，临床较多见。②迟发性皮肤型。卟啉的共同特性是能吸收 400nm 范围的光波。卟啉及其衍生物吸收光波后被激活而放出荧光，破坏皮肤表皮细胞溶酶体，因而产生皮肤病变、红斑、水泡、湿疹、瘢痕形成和色素沉着。③混合型。兼有前二型症状。④遗传性粪卟啉型。有家族史，临床特点是粪便中排出粪卟啉Ⅲ增多而无症状，但在巴比妥、眠尔通等药物诱发下可出现急性间歇型症状，个别可有光感性皮肤损害的表现。肝性血卟啉病其腹痛酷似胆绞痛、肠

绞痛及肾绞痛，易误为胆道蛔虫症、胆石症、腹型过敏性紫癜、腹型癫痫等病。凡遇原因不明的阵发性腹痛，痛剧而压痛轻，伴有便秘、尿色红，尤其是青年女性患者，应考虑此病，查尿卅胆原试验可确诊。

【临床应用】

赵氏^[85]疏肝理气为治则。以柴胡疏肝散加延胡索为主。主方：柴胡 10g，陈皮 10g，川芎 10g，香附 10g，枳壳 10g，芍药 10g，延胡索 15g，甘草 5g。随证加减。临床治愈：腹痛等临床症状消除，尿色正常，尿卅胆原试验阴性。痊愈：随访 2 年以上未复发。赵氏^[85]所选 13 例患者均为女性，年龄 16~38 岁，病程 4 天至 4 年。均以阵发性腹痛为主症，排红色或棕色尿。腹痛多突然发作，并可自行缓解。部位均以脐周为主，牵及两胁。呕吐 2 例，便秘 10 例，纳差 8 例，光敏性皮肤损害 1 例，腹部压痛 3 例，肌力减退 4 例，不同程度头晕、失眠、精神抑郁等神经症状 8 例，脑电图检查中度弥漫性异常 1 例。尿卅胆原试检均阳性。结果：13 例均治愈。3~5 天显效，12 天左右临床症状消失，尿卅胆原阴性，平均疗程 2 周。8 例随访 2 年以上未复发。

按：血卅淋病最主要症状为腹痛，中医认为“不通则痛”。气滞血瘀为其最根本的病因，而在气滞血瘀中，又以气滞为常见。肝主疏泄，经曰：肝通于目，肝气和则目能辨五色矣。“肝郁气滞，升降失序，气府闭塞，精血不能上承则见青盲、暴盲”。肝郁气滞，肝气横逆犯脾，胃气上逆则见恶心呕吐、脾胃气滞、脾胃湿热、阻滞气机。腑气不通则见腹痛、便秘。肝主筋，肝有疾筋失其濡养，故见下肢痿软乏力。肝郁气滞可导致精神抑郁，故笔者以疏肝理气法为本病治疗大法。柴胡疏肝散以疏肝解郁为主。柴胡、白芍入肝经，疏肝解郁，清热为主；香附、枳壳疏肝理气；陈皮、川芎均为理气药；白芍与甘草配合缓急止痛。全方既能疏肝解郁，理气止痛，治疗腹痛，又能透解郁热，治疗肝郁热结之症，通理肝脾，调整气机，通行血脉，化解湿热。加之对症加减通腑、清肝、平肝潜阳之品，而达到治疗血卅淋病的目的。药效研究发现，芍药甘草汤有明显松弛肠道平滑肌的作用；延胡索提取物延胡素等有明显的镇痛效果。加之对症加减通腑、

清肝、平肝潜阳之品，而达到治疗血卟啉病的目的。药效研究发现，芍药甘草汤有明显松弛肠道平滑肌的作用；延胡索提取物延胡素等有明显的镇痛效果。

第七节 神经系统疾病和精神性疾病

一、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理障碍或情感性障碍，是一组以抑郁心境自我体验为中心的临床症状群或状态。抑郁是不愉快的心境体验。所谓抑郁心境是指在一段较长时间内所体验到的占优势地位的一种抑郁情绪或抑郁心情。原发性抑郁症的概念：是指发病前无其他精神疾病及临床各科疾病的抑郁症。抑郁症属于情感障碍，有资料表明，1982年我国患病率为0.26%。根据第3版《精神病学》，青年、青中年抑郁症患病率有逐年增高的趋势。抑郁症的病因目前尚不明确，一般认为与心理—社会、遗传、生化因素有关。

（一）心理—社会因素

近年来心理—社会因素在情感障碍尤其是抑郁症的发生、发展、预防及治疗方面的重要性越来越引起人们的重视。各种重大生活事件突然发生，或长期持续存在，引起不愉快的情感体验，这种情感体验越强烈，越持久，其致病作用也越大。机体对重大生活事件十分敏感，生理和心理都可处于紧张状态，以适应正在发展变化的情况，保持机体与外界环境的平衡与稳定。如果这种紧张反应过分强烈或持久，超过机体的调节能力，则可产生病理征象。在症状持续，久治不愈的抑郁中，慢性长期不良处境作用尤为明显。

（二）遗传因素

大样本人群遗传流行病学调查显示，血缘关系愈近，患病概率越高。一级亲属患病的概率远高于其他亲属，这与遗传疾病的一般规律

相符。

（三）生化因素

1. 儿茶酚胺假说：主要涉及 NE 和 5-HT。

2. 受体假说和其他神经递质：近年来人们在研究中注意了图触后受体敏感性改变，认为抑郁症是脑中 NE/5-HT 受体敏感性增高（超敏）之故。

3. 第二信使平衡假说：正常情况下，NE 由 cAMP 第二信使传递信息，Ach 由 PI 系统传递，双方平衡保持正常。cAMP 系统功能减退导之抑郁，反之导致躁狂。西医治疗抑郁症使用抗抑郁药物治虽然有效，但显效率较低。

本病属中医学“郁证”的范畴，是由于情志不舒、气机郁滞所致，以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒喜哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病症。郁证的病因总属情志所伤，发病与肝的关系最为密切。肝失疏泄、脾失健运、心失所养、脏腑阴阳气血失调是郁证的主要病机。因其发病与肝的关系最为密切，因而临床治疗抑郁症可以从治肝着手。

【临床应用】

刘氏^[86]观察 84 例病例选自山西省太原精神病医院门诊及住院病人，全部病例经 1 周清洗期后，纳入试验。84 例随机分为氟西汀对照组（A 组）和柴胡疏肝散合并氟西汀治疗组（B 组）。A 组男 22 例，女 20 例，年龄 20~61 岁，病程 2~8.4 年；B 组男 19 例，女 23 例，年龄 20~69 岁，病 1~8.3 年，两组间病程、年龄、性别差异无显著性（ $P>0.05$ ）。应用柴胡疏肝散联合氟西汀，治疗抑郁症，药用：柴胡 15g，枳壳 12g，香附 10g，陈皮 15g，白芍 12g，川芎 10g，甘草 6g，肝气郁结加郁金 10g，青皮 15g；气郁化火加黄连 6g，龙胆草 15g；气滞痰郁加半夏 10g，厚朴 10g，茯苓 15g；忧郁伤神加麦芽 30g，茯神 15g，心脾两虚加党参 20g，茯神 15g，当归 20g，远志 15g；阴虚火旺加熟地 30g，山芋 15g，黄柏 12g，每日 1 剂，水煎服，早晚各 1 次，连服 4 周。两组氟西汀均从 20mg/d 开始，最大剂量 40mg/d，两组均不合用其他抗抑郁药物治疗，睡眠差者服用氯硝西

泮 2 ~ 4mg。A 组治疗剂量平均 35.24mg/d。B 组治疗剂平均 33.37mg/d。本研究结果示：A 组显效率为 59.52%，有效率为 90.48%，B 组分别为 90.48% 和 100%。B 组疗效优于 A 组，可见，临床上治疗抑郁症在使用氟西汀的基础上，合并柴胡疏肝散加味可更好地提高疗效。

按：抑郁症属中医“郁证”范畴。郁证的发生多由情志不舒，肝气郁结而引起五脏气机不和。《素问·六元正经大论篇》指出“木郁达之”。《证治汇补·郁证》提出“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先。故郁证总的治则为疏通气机。柴胡疏肝散方中柴胡、枳壳、香附疏肝行气解郁，陈皮理气和中，白芍、川芎、甘草活血止痛。氟西汀选择性抑制神经元对 5-羟色胺的再摄取，能够在氟西汀治疗的基础上合并柴胡疏肝散加味而取得很好的效果，比单用氟西汀有更好的优势。一方面，柴胡疏肝散理气解郁，合并使用氟西汀可起协同作用，提高氟西汀的治疗效果；另一方面，患者对中药较易接受，有利于心理自我调理，促进躯体症状改善。

二、胃神经官能症

胃神经官能症，是神经功能紊乱在胃肠道的表现。本病以精神因素为起因，以神经失调为病理，而以胃的功能紊乱为主要表现。经研究证实，精神因素致病以植物性神经失调及内分泌失调的变化作为生理基础。神经因素的致病作用，一方面取决于精神因素的性质和强度，另一方面取决于该类因素对个体引起的情感体验。即使同一因素在不同个体引起的情感体验也存在很大差异，这种差异与个体素质、既往经历以及患者的世界观有关机时这些精神因素均可影响高级神经的正常活动，导致胃神经节的兴奋与抑制作用失调，引起胃的运动、消化、分泌等功能障碍，而出现诸端症状。

中医学属胃脘痛、腹痛、腹泻范畴。临床表现为上腹部疼痛，腹胀，恶心呕吐，反复发作连续性或阵发性嗝气，呃逆，常伴有失眠，健忘，易激动，大便时溏时结等症状。胃肠神经官能症之表现在《内经》中早有记载，如《素问·诊要经终论》有“太阴终者，腹胀不得息，善噫，善呕……。”中医认为此病属肝气郁结，致肝郁气

滞、肝郁化火而克中焦（脾胃），表现为胃肠道一系列虚、实证，实指肝气实，虚指中焦脾胃虚，治疗当从肝及脾胃入手。

【临床应用】

陈氏^[87]治疗组用柴胡疏肝散治疗。药用柴胡 12g，芍药 12g，川芎 10g，香附 10g，陈皮 10g，枳壳 10g，炙甘草 5g。疼痛较甚者加川楝子 10g、延胡索 10g；嗳气频繁加沉香 3g、旋覆花 10g。每日 1 剂，水煎 400ml，分 2 次服。对照组用多潘立酮 10mg，每日 3 次口服。均用药 4 周为一疗程。陈氏^[87]所选病例均为门诊患者，共 153 例。治疗组 81 例，男 30 例，女 51 例；年龄 20 ~ 59 岁，平均（45.1 ± 9.67）岁。对照组 72 例，男 39 例，女 33 例；年龄 22 ~ 63 岁，平均（48.5 ± 12.9）岁。两组病程均 1 ~ 15 年。辨证为肝气犯胃型。西医诊断标准为有上腹痛、腹胀、早饱、嗳气、恶心等上腹部症状，常有精神过度紧张或精神创伤等诱因，伴头晕、焦虑、神经过敏等。内镜检查排除食管炎、溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变。实验室、B 超、X 线等检查排除肝胆胰及肠道器质性病变及其他全身性疾病，无腹部手术史。结果：显效：服药 2 周内上腹疼痛或不适、早饱或腹胀、嗳气、恶心等症状消失，治疗组 38.27%，对照组 27.78%。有效：服药 4 周内上述症状消失，治疗组 46.92%，对照组 37.50%。无效：服药 4 周以上症状未消失，治疗组 14.81%，对照组 34.72%。总有效率：治疗组 85.19%，对照组 65.28%。

按：胃神经官能症属中医“胃脘痛”、“痞证”等范畴，多由情志不遂、饮食伤胃、劳倦伤脾等所致，其病位在胃但与肝的关系密切。柴胡疏肝散中柴胡疏肝解郁。香附理气疏肝，陈皮、枳壳、甘草健脾理气和中。枳壳功善行气宽中消胀，与柴胡配伍，一升一降，共同调畅中焦运化之气机。芍药、川芎行气活血止痛，加川楝子、延胡索加强理气止痛，延胡索还能活血祛瘀。沉香、旋覆花顺气降逆。诸药合用，共奏疏肝理气、健脾和胃之效，肝胆疏泄正常、胃气和降则诸症消失。

三、癥病性瘫痪

癥病性瘫痪是癥病中出现以运动障碍为主的一种，其临床表现以

弛缓性瘫痪或轻瘫为主要特征。可为截瘫、偏瘫和单瘫。体格检查时腱反射正常或增强，无病理反射等神经系统阳性体征。无肌肉萎缩。在无人注意时或患者注意力转移时，可出现瘫痪肢体的活动。瘫痪肢体可伴有感觉障碍，但不符合神经解剖分布规律。症状可因暗示而加重或减轻。癔症性瘫痪的病因，以青年女性多见。此病的发生往往存在有癔症特殊性格基础，由于精神刺激、不良的环境暗示和自我暗示的作用而发病。

【临床应用】

师氏^[88]近几年在临床工作中诊治 13 例本病患者。均采用柴胡疏肝散为主加味治疗取得较满意的疗效。师氏^[88]采用基本处方：柴胡 10g，陈皮 10g，芍药 10g，枳壳 10g，香附 10g，川芎 10g，桑枝 15g，丝瓜络 15g，木瓜 15g，稀莪草 10g，地龙 15g，郁金 10g。肝郁血瘀者加用丹参、桃仁、红花、姜黄等活血化瘀之品；肝郁痰阻者加茯苓、薏苡仁、菖蒲等化痰之品；肝郁血虚者加当归、熟地等养血之品。1 剂 1 天，取汁 400ml，早晚各服 200ml。选 13 例患者中，男性 4 例，女性 9 例；年龄最小 17 岁，最大 32 岁；病程最短者 3 个月，最长者 1 年半；以上病例均符合实用内科学诊断标准。中医辨证为肝郁气滞 2 例，肝郁血瘀 4 例，肝郁痰阻 2 例，肝郁血虚 5 例。结果：痊愈（症状消失，坚持正常工作、学习和社会活动）11 例，好转（症状基本消失，偶有部分症状出现，但能坚持正常工作学习和社会活动）1 例，无效 1 例（中断治疗）。疗程最短者 2 周，最长者 3 个月。

【病案举例】

蒋某，女，17 岁，1999 年 9 月 22 日就诊。患者 2 个月前因高考落榜，与父母发生争吵，致心情不舒，少言寡语，此后先后出现两次下肢不能站立行走，均在几天后自行缓解。经常感觉胸闷，两肋胀痛，叹气连声，月经错后 1 周，色深量少有血块，经期小腹疼痛。3 天前又突发右腿不能站立行走，伴右小腿疼痛，舌暗有瘀斑，脉沉弦。查：四肢脊柱无畸形，各项常规化验及脑 CT 均无异常，右下肢不能活动，感觉迟钝，生理反射存在，病理反射未引出。中医辨为肝郁血瘀，筋脉不畅，血不荣筋。治以解郁活血，通脉荣筋。处方：柴

胡 10g, 陈皮 10g, 芍药 10g, 香附 10g, 川芎 10g, 丝瓜络 15g, 木瓜 15g, 牛膝 10g, 郁金 10g, 当归 20g, 桃仁 10g, 红花 10g。日 1 剂, 水煎服, 早晚分服。2 周后已能站立慢慢行走, 其他诸症悉除, 巩固治疗一疗程痊愈。随访半年未曾发病。

按:瘧病属于中医学“郁证”、“脏燥”等范畴, 而瘧症性瘫痪则以肢痿为主, 又可归属“痿证”范畴。如《临证指南医案》认为系肝肾脾胃四经之病, 气血津液不足是形成痿症的主要因素。肝有藏血荣筋、主运动之功能, 肝脏有病, 筋爪不能所主, 即可出现肢体痿弱不用。柴胡疏肝散具有疏肝解郁、行气活血之功效, 主治肝气郁结、胁肋胀痛、往来寒热之证。采用本方加用舒筋活络药治疗本病, 是针对本病始在肝, 最后出现肢体痿弱不用, 即精神刺激, 情志所伤, 导致肝郁气滞之故。

四、瘧病性抽搐

瘧病性抽搐以抽搐及精神症状为主要表现, 这些精神症状往往牵涉到发病有关的心理因素, 中医认为素体阴液亏虚是其本, “离愁苑结”情志自病是其标, 惊恐恼怒动肝生风是发作的诱因。

【临床应用】

李氏^[89]等用柴胡疏肝散中柴胡、香附疏肝解郁, 枳壳宽胸理气, 白芍、甘草柔肝。如肝肾阴虚, 加龟板、生地、生牡蛎育阴潜阳, 阴虚动风抽搐则用全蝎、天麻、僵蚕、蜈蚣、蝉衣祛风止痉。失眠用百合、夜交藤、炒枣仁、珍珠母镇静安神。瘧病性抽搐不同病案既有相同病理基础, 又有临床表现不同特点。因此, 运用本方中亦应随证稍有加减, 辨证用药。

【病案举例】

1. 肝气郁结, 风痰上升^[89]。李某, 女, 32 岁。1983 年 10 月就诊。1 周前和他人发生争吵后于当晚出现呼吸急促, 胸闷气短, 大声痛哭, 继而四肢抽搐, 抽搐动作不规则, 每分钟 5~10 次, 口中语无伦次呼喊, 无恶心呕吐, 无口吐白沫及咬舌, 亦无二便失禁。在我院内科住院 1 周, 经检查心电图、电解质、头颅 CT 均无异常。诊断“瘧病”, 给以镇静, 静推葡萄糖酸钙及暗示治疗, 效果不佳, 发作

次数仍频繁。家属要求服中药治疗,故邀余诊治。自诉胸闷气短,睡眠差,咽部不适,头痛、精神不振,苔薄黄、脉弦滑。证属“风痰”,应用柴胡疏肝散加减,柴胡、枳实、香附、天麻、茯苓、合欢皮、僵蚕、全蝎、栀子各9g,蝉衣10g,白芍20g,生牡蛎30g,胆南星3g。1日1剂,水煎服,服药前发作2次,服药3剂后无发作,但食纳差,精神不振,失眠,上方加麦芽15g,炒枣仁20g,共服用10剂,病愈出院,随诊1年未复发。

2. 肝肾阴虚,郁怒动风^[89]。高某,女,50岁。1993年4月诊。患者性格内向,多愁善感,善太息,时感胸闷,但平日无他疾患。头痛,失眠,呃逆1周,伴发作性抽搐1天。患者因丈夫外遇提出离婚,心情郁闷,于1周前出现头痛、失眠、呃逆、纳差,1天前出现频繁抽搐。诊:神志清醒,表情抑郁,前额有拔罐痕迹,头痛、失眠、口苦咽干、胸闷、呃逆振作、频繁抽搐,已绝经2年,舌少苔薄黄,脉弦细。X线胸片示肺部无异常,心电图示窦性心律,心率82次/分,诊断为癔病性抽搐,呃逆。证属肝郁动风,胃气上逆。治宜疏肝解郁止痉,和胃降逆,佐以滋阴柔肝。方用白芍、枳壳、郁金、全蝎各9g,龟甲(先煎)、柴胡、麦冬、代赭石、香附各10g,生地、生牡蛎(先下)各15g,沉香3g,蜈蚣2条,炙甘草6g。每日1剂,2剂后呃逆消失,仍时有抽搐,上方加天麻、蝉衣各10g,去沉香、代赭石服用5剂,抽搐消失,睡眠欠佳,胸闷,减去全蝎、蜈蚣,加丹参20g,炒枣仁30g,继服用3剂,并做思想工作,症状消失而愈。

3. 肝风内动,风阳上窜^[89]。谢某,女,47岁。2001年3月24日诊。四肢发作性抽搐,头摇动,失眠4天。患者于4天前因与家人争吵,突然倒地,四肢抽搐,经掐人中,针刺等抢救,抽搐减轻,但表情淡漠,呼之不应,并伴有摇头,时而抽搐,呈发作状,被家人送来就诊,已能言语。自述倒地抽搐前感头痛,胸中烦热不适,心里清楚,但欲言不能,欲叫不出,胃脘似饥非饥,似饿非饿,并感腰困痛,手足心发热出汗。月经紊乱半年,平日善言谈,性格开朗,喜交朋友。诊舌红少苔,脉细数,诊断为癔病性抽搐。证属肝肾阴虚,肝郁化风,风阳上窜。治宜滋阴养肝止痉,疏肝解郁。药用柴胡12g,僵蚕、枳壳、香附、珍珠母、黄连各9g,生地、龟甲(先下)、天

麻、全蝎、夜交藤各 10g，麦冬、白芍、当归、麦芽各 15g，生牡蛎、炒枣仁各 20g，炙甘草 6g。一天一剂，水煎服，2 剂后头摇头痛明显减轻，能入睡，效不更方，上方去黄连、天麻再服，共 20 余剂，病愈而康。随访 2 年未发作。

按：例 1 突然倒地，四肢抽搐，同时伴有摇头、不能言语，仍可诊为癔病性抽搐。诊脉沉细数，舌红少苔，胸中烦热，腰困酸痛，手足心发热出汗等症，故用柴胡疏肝散疏肝解郁，加用龟甲、生地、生牡蛎滋阴潜镇，从肝气郁结，阴虚肝逆，风阳上窜，扰乱神明论治。又因有胸中烦热、失眠、舌红少苔加炒枣仁、夜交藤、珍珠母、黄连、麦冬安神养阴清热。例 2 以头痛、失眠、呃逆为主，又诊见频繁抽搐，口苦咽干，舌红少苔薄黄，脉弦细，乃肝气郁结，肝气犯胃，肝肾阴虚，肝郁动风所致，故诊为癔病性抽搐，呃逆。治疗宜疏肝解郁止痉，和胃降逆，佐以滋阴柔肝。除用柴胡疏肝散治疗外，加用柔肝熄风止痉之品，并用沉香、代赭石降气和胃。例 3 除了四肢抽搐外并有呼吸急促，胸闷气短，大声痛哭，口中语无伦次呼喊，咽部梗阻不适，诊苔薄黄，脉弦滑，因有争吵情绪波动诱因，故诊为癔病性抽搐。肝气郁结，风痰上升，属“风痰”。故除用疏肝解郁，祛风止痉外，加用胆南星、枳实、茯苓、栀子清热，祛风化痰之品。

五、偏头痛

偏头痛是反复发作的一侧或两侧搏动性头痛，为临床常见的特发性头痛。其发病机制主要有以下几种学说：①传统血管学说：认为偏头痛先兆症状与颅内血管收缩有关，随后颅内、颅外血管扩张导致头痛。血管收缩药麦角生物碱（麦角胺）可中断偏头痛急性发作，血管扩张药如亚硝酸异戊酯可消除偏头痛先兆支持这一理论。然而偏头痛发作期局部脑血流研究证实，先兆期局部脑血流减少始于枕部，而脑血流“扩散抑制”是按大脑皮质细胞构筑模式进行，不反映主要血管区域分布。此外，脑血流减少区与某特定先兆相关皮质区并不一致，在局灶性神经系统症状已消退、头痛已开始后局部脑血流减少。②神经血管假说：认为头痛期部分皮质与对侧脑干血流增加，有效的药物治疗可减少大脑皮质但不能改变脑干血流变化，提示血流变化及

偏头痛发生可能继发于脑干神经元功能紊乱。在人类刺激脑干导水管周围灰质和中缝背核可产生偏头痛样头痛,中缝背核是5-HT受体高聚集区,可能是偏头痛的发生器。③5-HT能神经元异常学说:5-HT能神经元家族广泛地分布于脑中,许多有效抗偏头痛药可作为中枢性5-HT受体拮抗剂或部分激动剂起作用。偏头痛急性发作期血小板中5-HT减少而尿中5-HT增多,利血平耗竭5-HT可诱发偏头痛,睡眠可减少5-HT神经元点燃,终止偏头痛发作。因此,偏头痛反应中枢5-HT能神经元传递障碍,三叉神经神经元起始的疼痛可能通过一种强力血管扩张剂降钙素基因相关肽(CGRP)导致血管扩张。偏头痛和丛集性头痛时静脉血中CGRP浓度提高,服用5-HT受体激动剂舒马曲坦后水平降低。实际上,5-HT能神经元异常是对神经血管假说的补充。

偏头痛又称偏头风,本病属于中医内伤头痛的范畴。偏头痛包括西医的血管神经性头痛及紧张性头痛。临床有阵发性和持续性的不同,疼痛性质有钻痛、钝痛、刺痛、闷痛的区别,但其疼痛部位多在一侧额、颞部,或连及眼、耳,按经脉循行当责之肝、胆二经。其发病原因多因焦虑、紧张等精神因素引发。其病机为肝气郁结,郁而化火,肝阳化风,气血随风阳上逆,壅滞头部络脉而致头痛不止。

【临床应用】

治宜疏肝和血、通窍止痛,药用柴胡15g,枳壳12g,赤芍15g,陈皮12g,香附12g,川芎12g,半夏10g,地龙15g,蜈蚣2条(研冲),白僵蚕15g。若以刺痛为主兼舌暗有瘀斑、瘀点者加当归20g,鸡血藤20g,红花6g,葱白(一段);若以闷痛为主,伴周身困重、呕吐者加白豆蔻10g,茯苓20g,竹茹15g;若头痛剧烈伴头晕、口苦者加龙胆草12g,丹皮10g,栀子10g;若头痛绵绵伴寐差多梦者,加何首乌15g,黄精12g。每日1剂,水煎分2次温服,7剂为1疗程,2疗程后评判疗效。贾氏^[90]选40例患者,其中,女30例,男10例;年龄最大者60岁,最小者22岁。40例中22~30岁3例,30~50岁36例,50~60岁2例。病程最长10年,最短1个月。诊断标准:一侧头痛,或左或右,疼痛部位多在一侧额、颞部或连及眼、耳;疼痛剧烈,反复发作,或绵绵作痛,经久不休;疼痛常因情志改变或劳累

而诱发或加重，多数患者伴恶心、呕吐。CT 检查无占位性病变。结果治愈：服 2 疗程后，偏头痛及伴随症状完全消失，并且未再复发，34 例，占 85%；好转：服 1~2 疗程后偏头痛消失，仅余局部闷胀感，偶有复发，服药后症状迅速消失，5 例，占 12.5%；无效：服药 2 疗程后，诸症无明显改善，1 例，占 2.5%。总有效率 97.5%。

【病案举例】

苗某某，女，40 岁，2002 年 5 月 12 日初诊。患者右侧头痛 10 余年加重 3 天来诊。患者 10 年前无明显诱因出现右侧偏头痛，时作时休，每因情志改变或劳累而加重，经常服去痛片止痛，曾多方求医，服大量中西药（药物不详）治疗，收效甚微，现每次发作时去痛片已服至 4~5 片，方能止痛，头颅 CT 检查未见异常。3 天前，因工作不顺心，加之劳累致偏头痛又作，服去痛片也不能缓解，遂来我院就诊。当时患者右侧额颞部闷痛，连及右侧眼部和耳后，伴恶心欲吐、纳呆寐差。口干而粘不欲饮，舌红苔白而腻，脉弦滑。诊断：偏头痛。证属：肝郁气滞、风痰上扰型。药用柴胡 15g，枳壳 12g，赤芍 15g，陈皮 12g，香附 12g，川芎 12g，白僵蚕 15g，地龙 15g，蜈蚣 2 条（研冲）、半夏 10g，竹茹 15g，白蔻仁 12g，茯苓 20g，炙甘草 6g，水煎分 2 次温服，服一疗程后，偏头痛缓解，恶心欲吐消失，腻苔变薄，继服一疗程后，头痛完全消失，伴随症亦除，舌脉恢复正常，为巩固疗效，又进 3 剂停药。随访至今，偏头痛未发。^[90]

按：肝、胆二经互为表里，肝经病变影响到胆经，因此疼痛固定在肝、胆二经循行的部位，故其病应当从肝论治。柴胡疏肝散具有行气疏肝、和血止痛之功，本来是为治疗胁痛而设。笔者根据其方中即有柴胡、枳壳、陈皮、香附疏肝，又有芍药和血，更有引经之川芎，再在原方基础上加上蜈蚣、白僵蚕、地龙等虫类药，取其走窜入窍、搜风通络、活血止痛之功，佐以甘草、半夏和胃、降逆、止呕，诸方合用，共奏疏肝和血、通窍止痛之效，达到治病求本，标本兼治的目的，从而获得较好的临床疗效。

参考文献

- [1] 李树年. 柴胡疏肝散治疗喘证 50 例分析. 内蒙古中医药, 1997, 16 (3): 14-14
- [2] 陈寓平. 加味柴胡疏肝散治疗气道高反应性咳嗽 87 例疗效观察. Chinese Journal of the Practical Chinese with Modern Medicine, 2005, 18 (17): 828-828
- [3] 高淑英, 李国勤, 边永君, 李辉, 金在艳. 咳嗽变异性哮喘从肝论治. 光明中医, 2006, 21 (8): 81-81
- [4] 崔悦. 柴胡疏肝散治顽咳. 基层医学论坛, 2003, 9 (1): 77-77
- [5] 马晶. 柴胡疏肝散治疗胆石症的体会. 甘肃中医, 2000, 13 (4): 24-25
- [6] 周显斌, 王清芬. 柴胡疏肝散加味治疗胆结石症 48 例. 实用中医内科杂志, 2003, 17 (2): 107-107
- [7] 邓伟. 柴胡疏肝散加味治疗胆石症 6 例. 医学理论与实践, 2003, 2003 (10): 1415-1416
- [8] 朱久珍. 加味柴胡疏肝散治疗胆心综合征 46 例. 中国中医药科技. 2002, 9 (6): 342-342
- [9] 杨敏. 柴胡疏肝散治疗慢性胃炎的临床疗效观察. 中华现代医学与临床, 2006, 4 (9): -28-29
- [10] 练慧, 张正利. 柴胡疏肝散合四君子汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 47 例. 上海中医药杂志, 2006, 40 (5): -27-28
- [11] 楼江昊, 沈卫星. 柴胡疏肝散加减治疗萎缩性胃炎 28 例疗效分析. 高校保健医学研究与实践, 2006, 3 (2): 36-37
- [12] 周丽萍. 柴胡疏肝散加味治疗慢性萎缩性胃炎 65 例疗效观察. 中国实用医学研究杂志, 2003, 2 (6): 701-701
- [13] 常建国. 疏肝活血法治疗慢性萎缩性胃炎的体会. 四川中医, 2004, 22 (3): 57-58
- [14] 刘承伟. 柴胡疏肝散加减治疗 HP 阳性慢性萎缩性胃炎 56 例. 吉林中医药, 2001, 21 (3): 7-8
- [15] 陈中跃. 辨证治疗慢性胃炎 82 例. 陕西中医, 1989, 10 (3): 105-106
- [16] 石景伟, 刘素蓉, 聂丹丽. 辨证论治胃脘痛 40 例. 陕西中医, 1995, 16 (7): 301-301
- [17] 余恒先. 试论调肝法治疗慢性萎缩性胃炎. 新疆中医药, 2005, 23 (2) 4

-5

- [18] 王瑞华. 柴胡疏肝散治疗慢性浅表性胃炎 160 例. 中医药临床杂志, 2004, 16 (3): 262-262
- [19] 汪玉琴. 辨证治疗慢性浅表性胃炎 102 例. 陕西中医, 1996, 17 (7): 298-298
- [20] 薛堂语. 柴胡疏肝散合金铃子散治疗慢性浅表性胃炎 60 例临床观察. 四川中医, 2003, 21 (9): 40-41
- [21] 余恒先, 唐国顺. 柴胡疏肝散化裁方治疗慢性浅表性胃炎. 中医文献杂志, 2005, 23 (3): -54-55
- [22] 张翼翔. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和证临床观察. 河北中医, 2006, 28 (7): 526-527
- [23] 赵仕伟, 莫激勤, 赵永群. 柴胡疏肝散加减治疗慢性浅表性胃炎. 浙江中医杂志, 2006, 41 (1): 39-39
- [24] 黄志丹. 柴胡疏肝散加减治疗慢性浅表性胃炎 100 例. 河北中医, 2004, 26 (9): 695-695
- [25] 赵仕伟, 莫激勤, 陈元林, 赵永群. 柴胡疏肝散治疗慢性浅表性胃炎 60 例. 中医研究, 2005, 18 (9): 31-32
- [26] 王瑞华. 柴胡疏肝散治疗慢性浅表性胃炎 160 例. 中医药临床杂志, 2004, 16 (3): 262-262
- [27] 房家毅, 赵建新, 田元祥. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和证 60 例. 陕西中医, 2006, 27 (1): 23-24
- [28] 王娅. 柴胡疏肝散合四君子汤治疗胃痛 50 例. 四川中医, 2004, 22 (7): 62-62
- [29] 苏文新. 柴胡疏肝散治疗慢性胃炎 68 例. 实用中医药杂志, 2007, 23 (12): 768-769
- [30] 何丽萍, 黄琼. 柴胡疏肝散加减治疗慢性胃炎 52 例. 四川中医, 2002, 20 (8): 43-43
- [31] 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): 49-49
- [32] 杨建宏, 寸永葵. 柴胡疏肝散加减治疗胆汁反流性胃炎 80 例疗效观察. 实用中医药杂志, 2005, 12 (11): 1523-1523
- [33] 张建勇. 柴胡疏肝散合失笑散治疗胆汁反流性胃炎 45 例. 浙江中西医结合杂志, 2007, 17 (11): 693-694
- [34] 郭玉林. 柴胡疏肝散合旋复代赭汤加减治疗胆汁反流性胃炎 47 例. 新疆中

- 医药, 1994 (2): 20-21
- [35] 黄娟. 柴胡疏肝散加减治疗 46 例胆汁反流性胃炎的疗效观察. 实用诊断与治疗杂志, 2004, 18 (6): 547-548
- [36] 吴之煌, 白焰. 柴胡疏肝散加减治疗胆汁反流性胃炎 61 例. 北京中医杂志, 2002, 21 (2): 94-95
- [37] 瞿梅. 柴胡疏肝散加减治疗胆汁反流性胃炎 33 例疗效观察. 新中医, 2001, 33 (9): 23-24
- [38] 赵克勤. 柴胡疏肝散加减治疗胆汁反流性胃炎 36 例. 现代中西医结合杂志, 2006, 5 (15): 2047-2047
- [39] 胡云峰. 柴胡疏肝散加减治疗反流性食管炎 16 例. 湖北中医杂志, 2003, 25 (4): 37-38
- [40] 赵琦. 柴胡疏肝散加味治疗反流性食管炎 60 例疗效观察. 贵州中医药, 2001, 25 (12): 1134-1134
- [41] 胡奇志. 柴胡疏肝散治疗肠易激综合征 76 例. 实用中医药杂志, 2005, 21 (12): 725-725
- [42] 杨晓斌. 柴胡疏肝散加减治疗肠易激综合征. 云南中医学院学报, 2000, 23 (3): 50-50
- [43] 陈维强, 杨海泉. 柴胡疏肝散对肠易激综合征患者心理状态调整的探讨. 胃肠病学, 2003, 8 (B03): 28-28
- [44] 陈维强, 杨海泉. 柴胡疏肝散加味治疗肠易激综合征 61 例疗效观察. 新中医, 2003, 35 (8): 37-37
- [45] 王素轩. 柴胡疏肝散加味治疗肠易激综合征 51 例疗效观察. 河北中医, 2004, 26 (6): 446-447
- [46] 贾学林, 马用江. 加味柴胡疏肝散治疗肠易激综合征临床观察. 吉林中医药, 2007, 27 (2): 33-33
- [47] 何容春. 柴胡疏肝散加减治疗慢性胆囊炎 24 例疗效观察. 中华实用中西医结合杂志, 2001, 14 (7): 1527-1527
- [48] 冯静娟. 柴胡疏肝散加葛根汤治疗慢性胆囊炎 60 例. 现代中医药, 2007, 27 (4): 24-25
- [49] 赵延玲. 辨证论治胆囊炎的体会. 实用中医内科杂志, 2003, 17 (5): 388-388
- [50] 徐进轩. 柴胡疏肝散加味治疗慢性胆囊炎 30 例. 菏泽医专学报, 1997, 9 (1): 25-26
- [51] 钟传珍. 柴胡疏肝散加味灌肠治疗溃疡性结肠炎. 云南中医学院学报,

- 1993, 16 (2): 31-32
- [52] 杨洲. 柴胡疏肝散合乌梅丸治疗慢性非特异性结肠炎 72 例. 新中医, 2003, 35 (10): 58-58
- [53] 刘新, 刘静. 柴胡疏肝散治疗十二指肠溃疡疗效观察. 黑龙江中医药, 2000 (5): 37-38
- [54] 曾少坚, 曾庆祥. 柴胡疏肝散合左金丸治疗十二指肠溃疡疗效观察. 中国中医急症, 2005, 14 (6): 525-526
- [55] 王永健. 柴胡疏肝散加味治疗消化性溃疡 60 例. 实用中西医结合临床, 2003, 3 (2): 26-26
- [56] 王俊华. 柴胡疏肝散加味治疗慢性胃扭转 21 例. 中华实用中西医杂志, 2002, (3): 296-296
- [57] 高军. 柴胡疏肝散加减治疗功能性消化不良. 中华现代临床医学杂志, 2003, 1 (2): 158-159
- [58] 詹程膺, 陈建永, 潘锋. 柴胡疏肝散加减治疗伴有抑郁的功能性消化不良的临床观察. 中国中西医结合杂志, 2004, 24 (12): 1119-1121
- [59] 王积, 钱屹鉴. 柴胡疏肝散加减从肝论治功能性消化不良 79 例. 现代中西医结合杂志, 2005, 14 (23): 3117-3117
- [60] 贺先波. 柴胡疏肝散治疗功能性消化不良 118 例. 山东中医杂志, 2006, 25 (7): 460-460
- [61] 吴素玲. 加减柴胡疏肝散治疗功能性消化不良 48 例. 李时珍国医国药, 2002, 13 (8): 438-438
- [62] 杨晓冰. 柴胡疏肝散加味治疗慢性乙型肝炎 58 例疗效观察. 交通医学, 1997, 11 (1): 9-9
- [63] 顾中来, 吴朝英. 兵法治疗慢性乙型肝炎 30 例. 中华实用中西医杂志, 2004, 17 (15): 2388-2388
- [64] 俞君平, 朱蔚岗. 柴胡疏肝散加减治疗病毒性肝炎合并胆道感染 65 例. 实用中西医结合杂志, 1997, 10 (9): 865-866
- [65] 匡建民, 张勇, 赵惠兰, 吕霞霞. 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): 304-305
- [66] 杜生华. 柴胡疏肝散治疗慢性胰腺炎 120 例报告. 甘肃中医, 2003, 16 (9): 15
- [67] 邱建强, 白晓娟, 董明娥. 柴胡疏肝散加味配合穴位注射治疗慢性胰腺炎 32 例. 陕西中医, 2003, 24 (11): 997-998
- [68] 严彦彪, 尹吉恒. 柴胡疏肝散加味治疗脂肪肝 68 例. 河北中医, 2005, 27

(12): 927-927

- [69] 李华甫. 柴胡疏肝散加减治疗脂肪肝 85 例. 河北中医, 2006, 28 (3): 204-204
- [70] 林艳, 田湓, 于敏, 史耀勋. 加味柴胡疏肝散治疗酒精性脂肪肝 52 例临床研究. 吉林中医药, 2007, 27 (8): 32-33
- [71] 潘志坚, 钟泽鑫. 柴胡疏肝散治疗酒精性脂肪肝 60 例. 实用中医药杂志, 2001, 17 (11): 22-23
- [72] 赵宏澜, 李慧霞. 柴胡疏肝散加减治疗脂肪肝、冠心病、乳房胀痛的体会. 包头医学院学报, 1998, 14 (3): 61-61
- [73] 宋亚飞, 孙燕鸿. 柴胡疏肝散加减治疗水肿 2 例. 包头医学院学报, 1998, 14 (3): 74-75
- [74] 李双蕾. 柴胡疏肝散化裁治疗冠心病心绞痛 46 例. 广西中医药, 1997, 20 (4): 11-12
- [75] 张瑞华. 柴胡疏肝散加减在冠心病心绞痛中的应用. 北京中医, 1995, (1): 21-22
- [76] 周爱生. 柴胡疏肝散加味治疗胸痹心痛的疗效观察. 北京中医, 2004, 23 (4): 219-220
- [77] 刘昌武, 谢宏赞. 调理肝脾法治疗原发性低血压 42 例. 湖南中医杂志, 2002, 18 (3): 32-32
- [78] 何凡夫. 制宜治疗高血压病临床举隅. 湖南中医杂志, 2002, 18 (1): 47-47
- [79] 杨桂华. 柴胡疏肝散加味治疗单纯性肾病综合征. 中华现代内科学杂志, 2006, 3 (7): 795-796
- [80] 郭少毅等. 柴胡疏肝散加减治疗过敏性紫癜 61 例临床疗效观察. 光明中医, 2004, 19 (4): 50-50
- [81] 宋代波. 柴胡疏肝散加味治疗 2 型糖尿病 80 例. 实用中医药杂志, 2004, 20 (6): 298-298
- [82] 郭玮. 疏肝解郁法治疗糖尿病. 吉林中医药, 2007, 27 (12): 12-12
- [83] 杨应战. 柴胡疏肝散加味治疗高脂血症 70 例. 陕西中医, 2005, 26 (7): 655-656
- [84] 李健. 朱洪连. 肝性血卟啉病致急性腹痛的诊治. 中华消化杂志, 2001, 21 (2): 128-128
- [85] 赵晓峰. 疏肝理气法在肝性血卟啉病治疗中的应用. 浙江中西医结合杂志, 2003, 13 (9): 559-559

- [86] 刘建平. 柴胡疏肝散合并氟西汀治疗抑郁症的临床观察. 山西中医学院学报, 2001, 2 (4): 31-32
- [87] 陈金红. 柴胡疏肝散治疗胃神经官能症 81 例. 实用中医药杂志, 2006, 22 (12): 746-747
- [88] 师会. 加味柴胡疏肝散治疗癔病性瘫痪 13 例体会. 江西中医药, 2005, 36 (4): 25-25
- [89] 李改琴, 郑贵选. 疏肝解郁法治疗癔病抽搐的体会. 陕西中医, 2003, 24 (11): 1054-1055
- [90] 贾潮英. 柴胡疏肝散治疗偏头痛 40 例. 实用中医内科杂志, 2006, 20 (1): 79-79

第一节 乳腺增生病

乳腺增生病是以乳房疼痛、肿块为主要特点的内分泌障碍性疾病。本病的本质为乳腺实质的良性增生，其病理形态复杂，增生可发生于腺管周围并伴有大小不等的囊肿形成；或腺管内表现不同程度的乳头状增生，伴乳管囊性扩张，也有发生于小叶实质者，主要为乳管及腺泡上皮增生。本病系内分泌障碍性增生病，一是体内女性激素代谢障碍，尤其是雌激素、孕激素比例失调，使乳腺实质增生过度 and 复旧不全。二是部分乳腺成分中女性激素受体的质和量异常，使乳房各部分的增生程度参差不齐。本病的突出表现是乳房胀痛和肿块，特点是部分病人具有周期性。疼痛与月经周期有关，往往在月经前疼痛加重，月经来潮后减轻或消失，有时整个月经周期都有疼痛。体检发现一侧或双侧乳腺有弥漫性增厚，可局限于乳腺的一部分，也可分散于整个乳腺，肿块呈颗粒状、结节状或片状，大小不一，质韧而不硬，增厚区与周围乳腺组织分界不明显。少数病人可有乳头溢液。本病的治疗主要是对症治

疗,可用中药或中成药调理,包括疏肝理气,调和冲任及调整卵巢功能。现代医学研究发现,柴胡、香附等能抑制胶原纤维的合成,从而促进乳腺增生内肿块及纤维吸收。

乳腺增生病属中医学乳癖范畴。多由情志不畅,肝气郁结,气机瘀滞,蕴结于乳络,乳络经脉阻滞不畅,不通则痛而引起乳房疼痛;肝气郁久化热,热灼津液为痰,气滞痰凝血瘀即可形成乳房肿块。

【临床应用】

王氏^[1]应用柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生病 66 例,并与口服乳癖消胶囊组对照。治疗方法:治疗组:柴胡疏肝散加减,药用:醋柴胡、白芍、枳壳、制香附各 12g,川芎、陈皮、海藻、昆布各 10g,桔核仁、荔枝仁、浙贝母、夏枯草各 15g。根据证型加减:痰凝加胆星;血瘀加当归,丹参;肿块较硬加生牡蛎、瓜蒌、半夏;乳房刺痛加桃仁、三棱、莪术;肝郁化热加生地、牡丹皮、肾阳虚加仙灵脾、巴戟天、菟丝子。上方每天 1 剂,水煎服。服药期间嘱患者保持心情舒畅,避免精神刺激及过度劳累,忌服辛辣油腻等刺激之品。1 个月为 1 疗程,停药后随访 3 月。对照组:口服乳癖消胶囊,每次 5 粒,每天 3 次,连服 3 月,服药期间注意事项同治疗组。治疗结果:治疗组 66 例,治愈 37 例,显效 21 例,有效 5 例,无效 3 例,总有效率为 95.45%。对照组 60 例,治愈 25 例,显效 20 例,有效 8 例,无效 7 例,总有效率 88.33%,2 组总有效率比较,差异有显著性的意义。

华氏^[2]等以柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生 120 例,取得良效。治疗方法:柴胡疏肝散为基础方:柴胡、白芍、枳壳、川芎、乳香、没药、穿山甲各 9g,香附、当归、荔枝核各 12g,炙甘草 6g。每日 1 剂,水煎温服,日分 2 服,30 天为 1 疗程,经期停药。加减法:气虚者加党参、黄芪;血虚者加熟地、重用当归;胸肋胀满者加瓜蒌、郁金;心烦失眠者加合欢皮、酸枣仁;乳房灼热,经期提前者加丹皮、栀子;大便不畅者加大黄。治疗结果:120 例中,治愈 86 例,显效 25 例,有效 6 例,无效 3 例。总有效率 97.5%。疗程最短 7d,最长 60 天。

谢氏^[3]应用柴胡疏肝散合金黄散加味治疗乳腺增生 90 例,并与对照组比较。治疗方法:治疗组:柴胡疏肝散(《统旨》)药物组成:

醋炒陈皮、柴胡、川芎、白芍药、炒枳壳、醋炒香附、炙甘草，水煎，每天1剂早晚分服。如意金黄散（《外科正宗》）加味：天南星、厚朴、苍术、大黄、醋炒香附、白芷、川芎、姜黄、天花粉、黄柏、炮穿山甲、乳香、没药等各等量布包，入砂锅加水煎沸15分钟后取出药包，待温度适中时热敷患处，每天1次，每次20分钟，每包药可用7天。对照组：口服利邦平消片，每次4~8片（0.23g/片），每天3次，外用10%硫酸镁水溶液浸毛巾热敷，每日1次，两组均以7天为1个疗程，疗程间休3天。观察3个疗程。治疗结果：治疗组治愈63例，显效17例，有效8例，无效2例，总有效率为97.8%；对照组治愈34例，显效22例，有效24例，无效10例，总有效率为88.9%。治疗组治愈率为70%，对照组治愈率为37.8%，经统计学处理，疗效差异具有非常显著性意义（ $X^2=18.80$ ， $P<0.01$ ），治疗组疗效优于对照组，治疗组第1个疗程治愈3例，2疗程治愈2例，3个疗程治愈11例；对照组第1个疗程治愈7例，2疗程治愈9例，3疗程治愈18例。两组治愈率1~3个疗程对比，差异具有非常显著性意义（ $X^2=14.24$ ， $P<0.01$ ），治疗组疗效优于对照组。

袁氏^[4]等应用柴胡疏肝散合二仙汤加减治疗乳腺增生60例，取得良好疗效。治疗方法：基本方即柴胡疏肝散合二仙汤加减组成：柴胡10g，白芍15g，川芎9g，香附10g，枳壳10g，青皮10g，仙茅10g，仙灵脾15g，巴戟天10g，当归12g，夏枯草10g，瓜蒌12g，麦冬15g，随证加减：气虚选加党参、黄芪；肿块较硬不易消散者选加白芥子、穿山甲、浙贝母；乳房刺痛兼血瘀选加桃仁、红花、三棱、莪术等；肝郁明显者选加川楝子、橘核等；肝郁化热选加生地、丹皮。上方水煎服，3日2剂，每日2次。10天为一疗程，经前10天开始服药。治疗结果：服上述中药，症状缓解平均天数为7天，症状体征完全消失，平均天数为35天。60例中，治愈41例，治愈率68.33%，显效13例，显效率21.66%，有效4例，有效率6.66%，无效2例。占3.33%，总有效率96.66%。

陶氏^[5]等应用柴胡疏肝散合四物消瘰汤加减治疗乳腺增生病68例，取得良效。治疗方法：以柴胡疏肝散合四物消瘰汤化裁治疗，基本方药为柴胡12g，当归、川芎、赤芍各10g，枳壳、香附各6g，海

藻、昆布各 15~20g, 王不留行、穿山甲各 10~12g。如乳房胀痛较甚, 疼痛及肿块随情绪变化加重者, 加青皮、荔枝核各 10g; 若肿块较硬、呈块状, 伴月经前期疼痛剧烈, 经色暗红和有血块, 经停痛止者, 加三棱、莪术各 10g。日 1 剂, 水煎分两次服, 以下次月经期前 10 天左右开始服药, 月经期停药, 10 天为 1 疗程, 连用 3 疗程统计疗效。治疗结果: 本组 68 例中治愈 26 例, 显效 38 例, 无效 4 例, 总有效率达 94%。

隋氏^[6]等应用柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生 40 例, 疗效显著。治疗方法: 疏肝解郁、活血化瘀、软坚散结。柴胡疏肝散加减: 柴胡 10g, 白芍 15g, 香附 15g, 枳壳 10g, 川芎 10g, 当归 15g, 浙贝母 15g, 牡蛎 30g, 莪术 10g, 橘核 15g, 瓜蒌 24g, 夏枯草 15g, 郁金 10g, 丝瓜络 15g。水煎服, 每日一剂, 分早晚两次服, 12 天为一疗程。治疗结果: 40 例中, 治愈 17 例, 有效 21 例, 无效 2 例, 总有效率 95%。

陆氏^[7]应用柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生病 86 例, 疗效显著。治疗方法: 柴胡疏肝散加减, 药用: 柴胡、白芍、王不留行各 15g, 川芎、甘草各 10g, 茯苓 20g, 陈皮 6g, 鹿角霜 25g。伴乳腺纤维瘤者加夏枯草 20g。于月经后 1 周开始服药, 月经期停药。每日 1 剂, 水煎分 2 次服, 15 剂为 1 疗程。根据证型加减用药: 肝郁气滞型 (多见于性格不开朗者, 情志抑郁, 胸闷不舒, 乳房胀痛或刺痛, 病情变化受情绪影响较大, 舌色深或淡红、舌苔薄, 脉弦细而涩), 可酌加川楝子、合欢皮、夜交藤。冲任失调型 (面色少华, 精神萎靡, 腰背酸痛, 平时白带多, 月经来潮前乳房胀痛、串痛明显, 未婚者常伴有痛经, 已婚者可合并不孕, 舌色淡、苔白润, 脉濡细), 酌加仙茅、仙灵脾、杜仲。此外, 有热象, 疼痛明显者, 酌加乌药、蒲公英、黄药子; 心火盛, 烦劳焦虑者, 酌加莲子心、生地、竹叶; 禀赋弱, 体虚乏力者加黄芪、党参; 胃不和, 饮食减少者, 加白术、砂仁。治疗结果: 治愈 (乳房疼痛消失, 肿块消失) 53 例, 显效 (乳房疼痛减轻, 肿块缩小 1/2 以上) 19 例, 好转 (乳房疼痛减轻, 肿块缩小但不及 1/2 或结节变软) 9 例, 无效 (乳房疼痛不减, 肿块未缩小) 5 例, 总有效率为 94.2%。

王氏^[8]等以柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生病 60 例,取得良效。治疗方法:柴胡疏肝散加减:柴胡 12g,制香附、当归、白芍、醋延胡索、王不留行各 15g,川楝子、川芎、浙贝母、莪术各 10g,生牡蛎 30g,夏枯草 20g,全瓜蒌 20~30g。伴心烦急躁易怒者加栀子 10g,丹皮 12g;肿块明显,疼痛较轻,或伴腰膝酸软,耳鸣头晕者加仙茅、仙灵脾各 10g,鹿角霜 20g。日 1 剂,水煎分 2 次服,4 周为一疗程,1~2 个疗程后观察疗效。治疗结果:痊愈 25 例,显效 22 例,有效 9 例,无效 4 例,总有效率 93.3%。

王氏^[9]以柴胡疏肝散加减为主配合局部阿是穴封闭治疗乳腺增生症 500 例,疗效显著。治疗方法:内治:疏肝理气,化痰散结,活血消肿,调理冲任。以上患者均服柴胡疏肝散加减(柴胡、当归、昆布、海藻、香附、鸡血藤、白芥子、桔核、皂刺、全瓜蒌、郁金、穿山甲、山慈姑、甘草等 17 味中药组成次服)。20 天为一疗程,一般需服 2~3 个疗程,服药期间忌食辛辣之品,避忧思恼怒、过度劳累。加减:肝郁痰凝型加僵蚕、地龙、青皮等,冲任失调型加巴戟天、大云、蛇床子、鹿胶等。针灸:选肩井、内关及背部肩胛骨附近压痛明显者阿是穴封闭维生素 B₁ 针 2ml。注射方法:常规局部消毒后选 5 号半针头 5ml 一次性注射器抽取 2ml 维生素 B₁ 针剂,选针后抽吸无回血,无阻力的情况下,刺激局部酸胀麻木感后,缓慢推入药液 2ml,拔出针头,常规消毒,1 周 1 次,3 次为 1 疗程。治疗结果:第 1 疗程痊愈 159 例,显效 212 例,有效 112 例,无效 17 例;第 2 个疗程痊愈 337 例,显效 108 例,有效 46 例,无效 9 例;第 3 个疗程痊愈 404 例,显效 63 例,有效 33 例。通过疗效观察可以看出有效率占 90% 以上。以上服药治疗未见明显毒副作用。

程氏^[10]等采用柴胡疏肝散配合红外光外用治疗乳腺小叶增生 50 例,并与口服乳癖消胶囊组对照。治疗方法:治疗组服用柴胡疏肝散加工研成的粉剂,药物组成:柴胡 9g,川芎 6g,香附 6g,枳壳 6g,白芍 6g,陈皮 9g,甘草 3g,蒲公英 9g,延胡索 9g,穿山甲 6g。研成细末,每天 2 次,每次 3g。治疗组在服药同时配合 WH270 型乳腺病治疗仪外用(中科实业集团医电技术公司生产),1 个月为 1 个疗程。对照组服用乳癖消(辽东制药厂生产,生产批号为 971225),每粒

0.32g, 每次5~6粒, 1日3次, 1个月为1个疗程。治疗结果: 经过1~3个疗程观察, 治疗组临床治愈18例, 显效18例, 有效10例, 无效4例, 总有效率92%。对照组治愈12例, 显效17例, 有效10例, 无效11例, 总有效率78%。经检验, 治疗组总有效率明显高于对照组。

【病案举例】

1. 代某^[2], 女, 30岁。1998年6月8日初诊。述右乳房发现肿块4月余, 局部坠胀疼痛, 月经前或情绪不佳时, 胀痛加重。经某医院检查, 诊断为乳腺增生, 因不愿手术治疗而转来求诊。诊查: 面色晦暗, 胸闷善太息, 右乳房内上方, 可触及5cm×4cm椭圆形硬块, 境界清楚, 触痛明显, 局部皮肤无红肿改变, 纳差, 睡眠欠佳, 舌两侧有瘀斑, 脉沉弦。证属肝气郁结, 气滞血凝之乳癖。治当疏肝解郁, 活血化瘀, 消肿散结。方以柴胡疏肝散加减: 柴胡、白芍、枳壳、川芎、乳香、没药、穿山甲各9g, 香附、当归、荔枝核各12g, 炙甘草6g。服用6剂后, 食欲增, 睡眠佳, 硬块质软见小, 触痛减。守方再进10剂, 乳房结块消失, 诸症殆尽, 临床治愈。随访1年, 未再复发。

2. 胡某^[5], 女, 37岁, 2001年3月2日初诊。3年前因双乳胀痛、乳房肿块, 曾在多家医院服“乳癖消”、“百消丹”及“三苯氧胺”等中西药治疗, 病情时轻时重。患者停经前双乳胀痛较剧, 肿块增大, 停经后可自行缓解, 反复发作。刻诊: 左右乳房均扪及不规则肿块、质地中等、可活动、肿块大小不一, 有的呈片状, 有的呈结节状, 钼靶X线摄片见数目不等, 密度增高模糊阴影。诊断为双乳小叶增生, 予柴胡疏肝散合四物消瘰汤加减治疗, 柴胡12g, 赤芍、川芎、当归各10g, 枳壳、香附各6g, 海藻、昆布各20g, 王不留行、穿山甲各16g, 三棱、莪术各9g, 日1剂, 水煎分两次服。连治3疗程, 患者肿块完全消失, 疼痛消除, 钼靶X线摄片示双乳正常。

3. 李某^[8], 女, 34岁, 2003年元月5日初诊。双侧乳房胀痛1年, 月经来前加重, 经后锐减。大便稍干, 2天1次, 月经提前, 色暗量少。触诊在双侧乳房外上、内上象限可触到多个片块状、条索状肿块, 立体感差, 舌红苔薄黄, 脉弦。红外线热图像示血管增粗迂曲

明显，有雾状阴影及斑片状阴影，透光不均匀。诊断为乳腺增生病，证属肝郁气滞，痰瘀交结。治宜疏肝理气活血，化痰软坚散结。药用柴胡、制香附各 12g，川芎、川楝子、浙贝母、莪术各 10g，当归、白芍、醋延胡索、王不留行各 15g，全瓜蒌、生牡蛎各 30g，夏枯草 20g，日 1 剂，水煎分 2 次服，2 周后乳房胀痛消失，肿块明显减小，效不更方，继服 3 周肿块消失，随访 3 个月无复发。

按：柴胡疏肝散，常用于治疗肝郁气滞，胁肋疼痛或纳少腹胀，经前痛经者。临床变通应用治疗乳腺增生病，收效显著。乳腺增生病，主要表现为乳房胀痛和肿块，特点是部分病人具有周期性。疼痛与月经周期有关，往往在月经前疼痛加重，月经来潮后减轻或消失，有时整个月经周期都有疼痛。体检发现一侧或双侧乳腺有弥漫性增厚，可局限于乳腺的一部分，也可分散于整个乳腺，肿块呈颗粒状。主要病理为导管、腺泡以及间质的不同程度的增生。中医学认为，本病多因气滞、血瘀、痰凝所致。初期，多见肝火盛。咽干口苦，乳房胀痛，结块时有时散等症此为肝郁失疏，经脉气滞，以肝部为最，病变尚未波及到津血，故结块时有时散。中期，肿块形成后不易消散，时软时硬则以气滞血瘀为主。肝郁日久，气郁化火，灼伤营血，渐成血瘀。故表现在结块时软时硬。如结块软硬，边缘清楚，形状不规则，立体感强，有的呈结节状，与月经、情绪无关，此时已久滞久瘀入络，化火伤津成痰，痰热互结，故表现为结块较硬。治疗时根据《内经》“木郁达之”的原则，治疗乳腺增生病，宜首先顺其条达之性，开其郁遏之气，采用疏肝散结为主。由于冲任二脉起于胞宫，冲任之气血，上行为乳，下行为月水。冲任不调则气血瘀滞，积聚于乳房、胞宫，或乳房疼痛而结块，或月事紊乱失调，故治疗需酌情调摄冲任。经前以疏肝行气活血，化痰软坚散结为主；经后以调理冲任健脾为主。柴胡疏肝散加减疏肝解郁，化痰散结。方中用柴胡疏转气机；枳壳、香附，疏肝解郁，理气止痛；川芎、白芍活血止痛；陈皮理气化痰，软坚散结，全方共奏疏肝解郁，化痰散结之功。临床根据辨证分型。随证加减运用，可以提高疗效。

第二节 胆囊术后综合征

胆囊术后综合征是指因胆囊手术后所出现以胁痛或脘腹胀满为主症的症候群。属中医学“胁痛”、“痞满”等范畴。多由肝胆气郁日久，胆汁瘀积，湿热内蕴，胆失疏泄，络脉不畅，血郁成瘀。胆囊切除术后综合征的发病原因主要有以下几个方面：首先术前诊断不正确，误将溃疡病、胰腺炎、膈疝或冠心病诊断为慢性胆囊炎作了胆囊切除术，这是最常见的原因。其次，在施术前对胆道系统未作全面检查，忽略了胆总管下段炎性痉挛或肝内外胆管结石。此外，可由胆囊切除术本身造成，如胆囊管留得过长或在扩大的胆囊管内残存有结石，还有可能在断端形成神经纤维瘤，或手术损伤胆管等。由于胆囊切除术后综合征不是一个非常确切的诊断名词，所以 70 年代以后，随着内窥镜和影像学诊断的普遍开展，胆囊切除术后综合征的诊断已经逐渐为具体疾病的诊断所代替。本病主要症状为右上腹疼痛，脘腹胀满，或伴有口苦、嗝气、大便干结或不畅、便溏等。

【临床应用】

张氏^[11]等以柴胡疏肝散加减治疗胆囊术后综合征 36 例，取得良效。治疗方法：以柴胡疏肝散为基础方：柴胡、香附、甘草各 10g，白芍、枳壳、金钱草、丹参各 15g，川芎 6g，郁金 12g。并根据症状加减，胁痛如刺者加红花 10g，丝瓜络 15g；胁痛隐隐者加枸杞子、生地各 15g，当归 10g；恶心欲吐者加半夏 6g，竹茹 10g；大便干结不畅者加大黄 6~10g；有结石者加海金沙 10~20g。鸡内金 10~30g；便溏者加党参、云苓各 15g，白术 12g，口苦加茵陈 15g，山栀 10g；血瘀甚加泽兰、益母草各 15g，蒲黄（包）10g；食欲不振者加生麦芽 15g，建曲 12g。每日 1 剂，分 2 次服，连续服用 20 剂为 1 疗程，连服 1~2 个疗程观察疗效。治疗结果：36 例中，显效 22 例，好转 12 例，无效 2 例，总有效率为 94.4%。

董氏^[12]以柴胡疏肝散治疗胆囊切除术后胆道功能障碍 24 例，取得良好效果。治疗方法：基本方药：柴胡 12g，陈皮 12g，香附 10g，枳壳 10g，白芍 15g，川芎 10g，甘草 6g。胁痛因情志失调加重，胸

闷气短，舌红苔白，脉弦加青皮、川楝子、郁金以理气止痛；腹胀纳差，嗳气，乏力，舌淡苔白，脉弦细或弦缓加党参、白术、佛手；口苦咽干，烦躁易怒，大便干结小便黄赤，舌红苔白或黄腻，脉弦数者加栀子、茵陈、黄连、大黄；兼见头晕目眩，五心烦热，口渴不欲饮，舌红少津，脉弦细者加沙参、麦冬、天花粉、枸杞子；胁肋刺痛拒按，舌质暗紫有瘀点，脉涩者加桃仁、红花、穿山甲、三棱、莪术。治疗结果：本组平均治疗天数为18天，疗程最长32天，最短9天。临床治愈14例，显效8例，无效2例（行Oddi括约肌切开术，引流胆汁后临床症状消失），总有效率91.7%。

【病案举例】

唐某，女，42岁，于1998年7月在我院外科行胆囊切除术。术后1月，患者感右胁肋部胀痛，嗳气叹息，脘腹胀满，纳呆便溏，舌红苔白，脉弦，腹部B超未见异常。证属肝气郁滞，肝失调达，横逆犯脾，脾失健运。治以基本方（药用：柴胡12g，陈皮12g，香附10g，枳壳10g，白芍15g，川芎10g，甘草6g）加白术、茯苓、佛手、神曲各12g，山药30g，扁豆、党参各15g。4剂后复诊诉右胁肋部疼痛较前减轻，腹胀便溏消失，饮食较前好转。但觉口苦，口干，舌红少津，脉弦细。上方去川芎、佛手、白术、扁豆、党参，加天花粉10g、茵陈12g、栀子12g、银柴胡10g。5剂后上述症状消失。为善其后，将柴胡疏肝散3剂量制成药粉冲服，每次6g，每日2次。加服逍遥丸每次9g，每日2次，随访2年无复发。

按：胆囊术后综合征属中医学胁痛、痞满”等范畴，慢性胆囊炎并发胆结石，多由肝胆气郁日久，胆汁瘀积，湿热内蕴，胆失疏泄，络脉不畅，血郁成痞。本组患者胆囊虽已切除，但其气机不利、络脉不畅的病理现象却未能彻底清除。方中柴胡、香附、枳壳疏肝理气，调畅气机；川芎、丹参、郁金活血化瘀，通络止痛；金钱草清利肝胆湿热，以祛未尽之邪；芍药、甘草缓急止痛。是方疏肝利胆，活血消瘀，旨在使瘀滞消散，湿清热除。对肝内胆管结石残留或泥沙样结石者，加用大黄通腑泻热，有利于炎症的消退和结石的排出。

第三节 瘰癧

之病名出自《尔雅》。《说文解字》曰：“瘰，颈瘤也。”隋·巢元方等著《诸病源候论》说：“瘰者由忧恚气结所生”，“动气增患”。宋代医家论瘰癧有五，如《三因极一病证方论》有“石瘰、肉瘰、筋瘰、血瘰、气瘰”之别。《济生方·瘰癧论治》曰：“夫瘰癧者，多由喜怒不节，忧思过度，而成斯焉。大抵人之气血，循环一身，常欲无滞留之患，调摄失宜，气凝血滞，为瘰为癧。”对本病的病因病机作了明确的论述。本病临床以成年女性为多，其因为多愁善忧。以颈前肿块，触之光滑，质软或较硬，无高低不平 and 明显疼痛，肿块在下咽时随喉及气管上下移动为特征。西医学中以甲状腺肿大为主要临床表现的疾病如单纯性甲状腺肿、甲状腺功能亢进症、甲状腺炎、甲状腺腺瘤、甲状腺癌等均属此范畴。本病的治疗分为药物治疗和手术治疗两种。关于药物治疗，历代医家多采用含碘丰富的植物类药，如海藻、昆布、黄药子及含甲状腺素的动物类药，与西医的非手术治疗甲状腺疾病的观点比较接近。中医治疗瘰癧主要以理气解郁、活血祛瘀、化痰软坚、清热化痰、调摄冲任等为治疗方法。

【临床应用】

张氏^[13]以柴胡疏肝散为加减治疗瘰癧 120 例，取得良效。治疗方法：柴胡 15g，枳壳 12g，陈皮 12g，香附 12g，川芎 9g，芍药 9g，甘草 6g。并视体质差异及肿块大小等症情，酌情加浙贝母、夏枯草、海藻、昆布等化痰软坚；加白芥子温化经膜之痰；加丹参、三棱、莪术、穿山甲等化瘀散结；加桔梗引药上行。1 剂/2 日，水煎 3 次，每次煎 15~20 分钟，取汁 900ml，早中晚各口服 150ml。所有病例中，服药最多者 82 剂，最少者 14 剂。治疗结果：治疗瘰癧 120 例，随访疗效。肿块完全消失痊愈 96 例；18 例因中断治疗，肿块均有不同程度减小；6 例无效转外科手术切除治疗。治愈率 80%，有效率 93%。

【病案举例】

1. 罗某^[13]，女，26 岁。1995 年 2 月 9 日初诊。患者颈前肿块 2 年，经甲状腺同位素扫描示单个“温”结节，诊为单纯性甲状腺肿

大。触之颈前左侧肿块约 $4\text{cm} \times 3\text{cm} \times 3\text{cm}$ ，质较软而光滑，能随吞咽上下移动，胁肋顶胀，暖气纳差，舌苔薄白，脉弦滑。诊为瘰疬。为气滞痰凝所致，拟疏肝理气、化痰消瘰，辅以活瘀为法。处方：柴胡 15g，枳壳 12g，香附 12g，陈皮 12g，浙贝母 30g，牡蛎 20g，海藻 30g，昆布 30g，夏枯草 30g，赤芍 9g，川芎 9g，丹参 30g。4 剂水煎服，2 日 1 剂。药后胁肋顶胀及暖气等症减轻，颈部肿块无明显变化。守上方柴胡减至 12g，继进 4 剂，肿块减小，余症消失。守上方加桔梗 9g，4 剂煎服，肿块减小大半。宗原方白芍易赤芍，继服 7 剂，颈部肿块消失，诸症皆愈。予柴芍六君子汤加丹参、白芥子继服 4 剂善其后，随访至今未复发。

2. 江某^[13]，女，47 岁。1989 年 4 月 24 日就诊。颈部肿块 6 年，经川医甲状腺同位素扫描示“冷”结节，患者不愿手术来我处求诊。触之颈前左侧 $5\text{cm} \times 4\text{cm} \times 3.5\text{cm}$ 肿块，右侧 $3\text{cm} \times 2\text{cm} \times 2\text{cm}$ 肿块，光滑质较硬，能随吞咽上下移动，颈部有压迫感。患者平素精神忧郁，胁肋胀痛，暖气食差，舌苔白微腻，脉弦涩。诊为瘰疬，为气滞痰凝血瘀所致。拟疏肝理气、化痰软坚、活血化瘀为法。处方：柴胡 15g，枳壳 12g，香附 12g，陈皮 12g，白芥子 30g，郁金 12g，浙贝母 30g，牡蛎 30g，海藻 30g，昆布 30g，夏枯草 30g，当归 12g，赤芍 6g，川芎 6g，丹参 30g。4 剂水煎服，2 日 1 剂。药后颈前肿块无明显减小，其余诸症皆减轻。守上方将柴胡减至 12g，加三棱 15g、莪术 15g、穿山甲 6g、桔梗 9g，8 剂后肿块减小。上方继服 8 剂，肿块减半。守上方白芍易赤芍，去三棱、莪术、穿山甲，继服 24 剂，肿块遂消。予柴芍六君子汤加丹参白芥子继服 10 剂，嘱其勿忧思动气，随访至今未发。

3. 张某^[14]，女，46 岁。2000 年 3 月初诊。1 个月前发现左颈部有一肿块，不红不痛，经本院行彩色 B 超等检查诊为甲状腺腺瘤。因不同意手术而求助于中药治疗。自觉情绪变化时肿块增大，舌淡红，苔薄黄，脉弦。左颈前触及一 $3.9\text{cm} \times 3.2\text{cm}$ 肿块，边界清，质软光滑。辨证为气滞痰凝，治以疏肝解郁、化痰散结。用柴胡疏肝散加减：柴胡 10g，枳壳 10g，赤芍 25g，青皮 6g，甘草 6g，香附 10g，栀子 10g，川芎 8g，半夏 12g，夏枯草 20g，浙贝母 20g，当归 12g。

服 12 剂后肿块开始缩小，继服 30 剂触诊与 B 超检查肿块已经消失。随诊至今未复发。

按：中医学认为，肝司疏泄，性喜条达而恶抑郁，其疏泄功能涉及气血津液各方面。忧愁既久而致肝气郁结，肝郁而致气机阻滞，气滞则津停，久之凝聚成痰，气滞则血瘀，凝痰阻滞气机运行，更使血瘀加重。气、血、津本是人体的基本物质，今变而为致病之因，气、痰、瘀三者循经壅结于颈前之筋膜，逐渐肿大而成瘰癧。本病肝郁气滞为病之因，颈部瘰癧为病之果柴胡疏肝散由柴胡、枳壳、陈皮、香附、川芎、芍药、甘草等七味药组成，实为仲景四逆散加味。方中柴胡、枳壳、香附疏肝理气，香附又为血中气药，能入血分而行气；陈皮理气化痰；川芎行血活瘀，上药合用而行肝之用。甘草、芍药甘缓酸收以养肝之体，更防疏肝理气伤阴。全方具有疏肝养肝、理气化痰、行血活瘀之功，切中瘰癧气滞、痰凝、血瘀之病机。

第四节 胆道蛔虫症

胆道蛔虫症是常见的外科急腹症，多发生于青少年和儿童，农村发病率高于城市，但是由于近年来卫生条件的改变，发病率已有明显下降。蛔虫寄生于人体中下段小肠内，喜碱厌酸。当寄生环境改变时，如胃肠道功能紊乱、饥饿、发热、妊娠、驱虫不当等蛔虫可上窜至十二指肠，如有 Oddi 括约肌功能失调，有钻孔习性的蛔虫即可钻入胆道。蛔虫钻入的机械性刺激可引起 Oddi 括约肌痉挛诱发胆绞痛，并可诱发急性胰腺炎；虫体带入的肠道细菌可导致胆道感染，严重者可引起急性重症型胆管炎、肝脓肿等。蛔虫在胆道内死亡后，其残骸和虫卵可在胆道内沉积，成为结石形成的核心。蛔虫还可经胆囊管钻入胆囊，可引起胆囊穿孔。胆道蛔虫症的临床表现主要为：突发性剑突下阵发性钻顶样剧烈绞痛，可向右肩背部放射。疼痛发作时病人辗转不安，呻吟不止，大汗淋漓，可伴有恶心、呕吐或呕吐蛔虫。疼痛可突然缓解，间歇期如常人。疼痛可反复发作，持续时间不一。合并胆道感染时，出现胆管炎症状，严重者表现为重症型胆管炎。本病以非手术治疗为主，仅在非手术治疗无效或出现严重并发症时才考虑手

术治疗。口服中药治疗无疑是非手术治疗的一种主要方法。

【临床应用】

罗氏^[15]运用加味柴胡疏肝散治疗胆道蛔虫病 51 例, 并与西医疗组对照。治疗方法: 治疗组: 加味柴胡疏肝散: 柴胡 12g, 香附 10g, 川芎 12g, 陈皮 10g, 川楝子 12g, 枳壳 12g, 白芍 20g, 赤芍 15g, 郁金 12g, 茵陈 20g, 乌梅 15g, 片姜黄 10g, 延胡索 15g, 熟大黄 15g, 甘草 6g。每日 1 剂, 水煎, 分两次温服。以上为成人用量, 12 岁以下为成人 1/2 ~ 2/3 量。对照组: 阿托品 0.5mg/次, 儿童为 0.01mg/kg/次, 肌注, 每日 3 次; 33% 硫酸镁 30ml/次, 儿童为 0.6ml/kg/次, 空腹口服。每日 3 次; 驱蛔灵 75mg/(kg·d), 儿童为 100 ~ 150mg/(kg·d), 空腹口服, 每日 1 次; 庆大霉素 8 万单位/次, 儿童为 1500 ~ 2000U/kg/次, 肌注, 每日 2 次。两组均 3 天为 1 疗程。治疗结果: 治疗组 51 例, 其中治愈 45 例 (占 88.2%), 3 日疼痛消失 42 例 (占 82.4%); 对照组 47 例, 其中治愈 32 例 (占 68.1%), 3 日疼痛消失 27 例 (占 57.4%)。两组治愈率比较, 经 X^2 检验有显著性差异 ($P < 0.05$); 两组 3 日疼痛消失率比较, 经 X^2 检验有非常显著性差异 ($P < 0.01$)。

【病案举例】

赵小珍, 女, 18 岁, 因右上腹剑突下区阵发性钻顶样疼痛 1 天于 1994 年 6 月 21 日入院。入院时右上腹剑突下区阵发性钻顶样疼痛, 恶心呕吐, 口干喜冷饮, 纳差, 舌质暗, 苔薄白, 脉弦。查: 腹软, 剑突右下方有轻度深压痛。B 超: 胆总管 8mm, 内可见平行线状强回声带, 宽 4mm, 可看到蠕动。中医辨证为肝郁气滞、肝胆瘀滞, 治宜疏肝利胆、理气活血。方用上述加味柴胡疏肝散, 每日 1 剂, 连服 3 天。临床症状全部消失, B 超: 胆总管 4mm, 未见平行双线状强回声带影, 痊愈。

按: 中医学在 2000 多年前便已总结出该病的症状和治疗方法, 并拟定乌梅丸作为治疗主方, 一直使用至今。根据中医学“肝主疏泄, 胆善通降”理论, 认为本病为蛔虫堵塞胆道, 致肝气闭郁, 胆气不利, 进一步导致肝胆瘀滞, 瘀滞则不通, 不通则痛。故采用疏肝利胆首方柴胡疏肝散加味, 方中柴胡、茵陈、香附、陈皮、枳壳、川

楝子疏肝利胆，理气止痛；赤芍、片姜黄、郁金、延胡索、川芎活血破瘀利胆；乌梅安蛔止痛；熟大黄清热活血消瘀滞；白芍既可柔肝，配合甘草又能缓急止痛。诸药合用，共奏疏肝利胆、理气活血之功，使蛔虫从胆道排出。观察结果表明，治疗组治愈率高，疼痛缓解明显疗程短，既能减少病人疼痛，又能节约医疗开支，且药物无任何毒副作用。不失为治疗该病的一种安全有效的治疗方法。

第五节 胆道残留结石

在外科临床上，胆道结石患者由于病情、结石部位、肝胆解剖等的异常，以及医生的技术水平和医院的设备条件等诸多因素的影响，发生术后胆道结石残留在所难免。临床上一旦发现患者术后有结石残留，应能及时作出诊断，并采取合理的治疗方法，清除残留结石，才符合不断提高医疗水平的宗旨。胆总管下端结石由于术中金属条的探查、扩张及术中的加压冲洗等手段，容易发现并取出。近来由于术中胆道镜的应用，部分肝内胆管结石也可于术中取出，但是受到手术时间、病人体质等因素的限制，仍有相当的肝内胆管结石不能当时取出。术后由于经济及体质等原因，有部分病人未能行术后胆道镜取石，那么口服中药排石、溶石不失为一种合理的方法。

【临床应用】

庄氏^[16]以四金柴胡疏肝散治疗胆道残留结石 22 例，临床疗效显著。治疗方法：中药内服采用疏肝利胆、清热利湿剂为主，自拟四金柴胡疏肝散柴胡、郁金、枳壳、鸡内金、香附、川芎、陈皮各 10g，金钱草 30g，赤白芍各 15g，海金沙 20g；辨证加味：湿热重加茵陈 30g、虎杖 20g；气虚甚加生黄芪 30g、白术 12g；阴虚甚加生地 20g、麦冬 12g；气滞胁痛明显加延胡索 15g、川楝子 10g；瘀血明显加三棱、莪术各 10g。水煎服，日 1 剂。30 天为 1 个疗程，30 天后复查 B 超。治疗结果：治愈 6 例（占 27.3%），有效 14 例（占 63.6%），无效 2 例（占 9.1%），总有效率为 90.9%。6 例治愈者为单一肝内胆管残留结石，经 1 个疗程中结石排出。有效 14 例大多为多发部位结石，治疗 3 个疗程结石部分排出或缩小。排出结石最快者服药后

7 天。

按：本病属中医“胁痛”、“黄疸”、“胆胀”等范畴，中医学认为，胆为六腑之一，“中精之腑”、“内藏精汁”，以通降下行为顺，与肝相表里，受“肝之余气”而成，能助胃消食。若情志不舒或饮食不节或蛔虫上扰等，均可伤及肝胆。肝郁则疏泄失常，胆失通降，胆液排泄不畅，蕴生痰湿瘀浊，二者煎熬，凝成胆石。因此，治疗本病总的原则为疏肝利胆、清热利湿、排石消石。庄氏^[15]自拟四金柴胡疏肝散，以柴胡疏肝散合“四金”（金钱草、海金沙、鸡内金、郁金）重在疏肝利胆、清热利湿。方中金钱草清热利湿，溶石排石；海金沙清热利胆排石，鸡内金消坚散结；郁金行气解郁，凉血破瘀，促进胆汁分泌和排泄；柴胡为方中主药，疏肝利胆；白芍柔肝止痛；川芎活血行气止痛，白芍合川芎助柴胡疏肝利胆止痛；陈皮理气通降；香附合白芍理气止痛，甘草调和诸药，诸药合用，共奏清热利湿、疏肝利胆、消石排石之功。促进胆汁分泌和排泄、增强胆囊收缩，使结石得以溶解和排出。

参 考 文 献

- [1] 王秀春. 柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生病 66 例. Journal Of Medical Forum, 2003, 24 (11): 19-21
- [2] 华刚, 孟静. 柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生 120 例. 陕西中医, 2005, 26 (3): 215
- [3] 谢珍. 柴胡疏肝散合金黄散加味治疗乳腺增生 90 例. 上海中医药杂志, 2003, 37 (11): 29
- [4] 袁爱英, 陈艳菊. 柴胡疏肝散合二仙汤加减治疗乳腺增生 60 例观察. Chinese Journal of the Practical Chinese with Modern Medicine, 2003 VOL 3 (16) NO. 4: 566
- [5] 陶炼, 李红梅. 柴胡疏肝散合四物消瘰汤加减治疗乳腺增生病 68 例. 湖南中医药医报, 2001, 7 (6): 316
- [6] 隋雪英, 董昕东. 柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生. 中华综合医学杂志, 2005, 6 (3): 261
- [7] 陆明山. 柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生病. 山西中医, 2005, 21 (2): 15

- [8] 王热闹, 郭萧山. 柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生病 60 例. 实用中医药杂志, 2004, 20 (1): 24
- [9] 王俊勤. 柴胡疏肝散加减治疗乳腺增生症. 医药论坛杂志, 2006, 27 (21): 110
- [10] 程淑红, 苏雄兵. 柴胡疏肝散配合仪器治疗乳腺小叶增生 50 例. 中医研究, 2002, 15 (3): 41
- [11] 张秀芝, 许成群, 刘敬友. 柴胡疏肝散治疗胆囊术后综合征 36 例. 安徽中医临床杂志, 1997; 9 (2): 98
- [12] 董建明. 柴胡疏肝散治疗胆囊切除术后胆道功能障碍 24 例报告. 甘肃中医, 2001, 14 (6): 25-26
- [13] 张兴正. 柴胡疏肝散加减治疗瘰疬 120 例. 四川中医, 2006, 24 (8): 55
- [14] 冯志成, 尹德辉. 柴胡疏肝散治验六则. 中国基层医药, 2005, 12 (4): 486
- [15] 罗小华. 加味柴胡疏肝散治疗胆道蛔虫病 51 例. 湖南中医药导报, 1999, 5 (7): 32
- [16] 庄时刚, 应武江. 四金柴胡疏肝散治疗胆道残留结石 22 例. 江西中医药, 2006, 37 (6): 27

第一节 经前期综合征

经前期综合征（PMS）是指妇女反复在黄体期周期性出现影响日常生活和工作的躯体、精神以及行为方面改变的综合征。月经来潮后，症状可自然消失。目前认为经前期综合征的发生，涉及精神社会因素、卵巢激素及神经递质改变等原因。①精神社会因素：经前期综合征患者对安慰剂治疗的反应率高达 30% ~ 50%，部分患者精神症状突出，且情绪紧张时常使原有症状加重。提示社会环境与患者精神心理因素间的相互作用参与了经前期综合征的发生。②卵巢激素失调：最初认为雌、孕激素比例失调为 PMS 的发病原因，PMS 患者由于孕激素水平不足或组织对孕激素敏感性失常，雌激素水平相对过高，引起水钠潴留，从而出现体重增加等征象。但近年的研究发现 PMS 患者体内并不存在孕激素绝对或相对的不足，补充孕激素不能有效缓解症状。③神经递质异常：经前期综合征妇女在黄体后期循环中类阿片肽浓度异常下降，表现内源性类阿片肽撤退症状，影响精神、神经及行为方面的变化。临

床表现为周期性的发生的系列异常征象。多见于25~45岁妇女,症状出现于月经前1~2周,月经来潮后迅速减轻直至消失主要症状有①躯体症状:表现为头痛、乳房胀痛、腹部胀满、肢体浮肿、体重增加、运动协调功能减退。②精神症状:易怒、焦虑、抑郁、情绪不稳定、疲乏以及饮食、睡眠、性欲改变。③行为改变:思想不集中、工作效率低、意外事故倾向,易有犯罪行为或自杀意图。重者经久难愈,往往影响生活、学习和工作,且常与多种妇科病并见。

本病属中医学“经行头痛”、“经行眩晕”、“经行乳房胀痛”、“经行泄泻”等病症范畴。中医学认为本病的形成与经血注入冲任血海,全身阴血相对不足,阴阳失调,脏腑功能紊乱有关。

【临床应用】

邵氏^[1]等以柴胡疏肝散加味治疗经前期紧张综合征60例,疗效显著。治疗方法:方药组成:柴胡10g,白芍25g,枳壳15g,川芎10g,当归15g,香附25g,陈皮10g,合欢皮15g,甘草6g。头痛重加葛根、钩藤,失眠加酸枣仁、柏子仁,乳房、胸胁痛加川楝子、王不留行,烦躁发热、口干苦加牡丹皮、栀子、黄连、麦冬,面部痤疮加夏枯草、连翘、金银花,面浮脸肿加茯苓、车前子、益母草,阴虚加女贞子、枸杞子、生地、熟地,腰痛加续断、桑寄生。每日1剂,水煎2次,取汁400ml,早晚分服,于经前7~10天开始服至月经来潮。治疗结果:痊愈36例(经前症状完全消失,无复发);显效12例(经前症状部分消失,基本恢复正常);好转9例(经前症状均有好转);无效3例(症状无改善)。总有效率95%。

王氏^[2]以柴胡疏肝散加减治疗经前乳房胀痛61例,疗效显著。治疗方法:柴胡12g、白芍12g、当归12g、川芎12g、香附9g、陈皮9g、桃仁9g、红花9g、鸡血藤10g、延胡索10g、桔梗12g、甘草6g,水煎服。每月于月经前服5剂,连服3个月。治疗1~3个月。治疗结果:痊愈(乳房胀痛及主要症状消失)43例,好转(乳房胀痛减轻)15例,无效(症状无改善或加重)3例,总有效率91.5%。

张氏^[3]以柴胡疏肝散为主方治疗月经前烦躁抑郁症30例,疗效显著。治疗方法:以柴胡疏肝散为主,随症加减,处方:柴胡10g、白芍10g、川芎10g、香附10g、陈皮12g、枳壳10g、甘草6g、当归

12g、川楝 10g、郁金 10g、路路通 12g、益母草 15g。气虚者加黄芪、党参，寒气盛者加桂枝、吴茱萸，脾虚者加白术、山药、扁豆，肾虚者加葫芦巴、仙茅、淫羊藿，乳房胀痛不能触衣者，酌加桔核、王不留行。如肝郁化火、肝阳上亢，出现头痛、口苦、口干、经行发热等，可去方中川芎，加丹皮、栀子、石决明、夏枯草等，平肝清热。用法：每日一剂，水煎分3次口服。一般在每次月经前服药2~5剂。月经来潮，症状解除。连续治疗6个月经周期，对服药3剂后，月经还没有来，症状未消失患者，我们在应用中药基础上，每天加用黄体酮5mg肌肉注射，至月经来潮。治疗结果：痊愈16例，显效8例，有效3例，无效3例。总有效率为90%。一般均在1~6个月经周期内获有效、显效或痊愈。经治疗6个月周期仍不见效者共3例。

【病案举例】

1. 于某^[1]，女性，30岁，2005年10月12日初诊。主诉：近1年余，月经后错1周，每至经前10天开始出现烦躁，郁闷，易怒，失眠头痛，乳房肿胀，胸胁胀满，口干苦，恶心呃逆，乏力，便秘。曾服谷维素、维生素B₁及甲基睾丸素等药治疗，无明显好转，前来我院诊治。诊见：舌质红，苔少，脉弦细。证属肝郁气滞，治以舒肝理气，解郁清热。方药：柴胡10g，白芍25g，当归15g，川芎10g，枳壳15g，香附25g，陈皮10g，合欢皮15g，王不留行15g，牡丹皮15g，栀子10g，黄连6g，甘草6g。3剂后症状明显减轻，5剂后诸症缓解。嘱其经前继服汤药5剂，巩固疗效。

2. 魏某^[3]，女，36岁，护士，已婚，孕产1，2000年4月28日初诊。近五年来，每月于月经前4~6天，开始觉烦躁不安，自言自语，夜卧不安，有时想与家人吵架，有时欲哭，服安定之类西药效果不佳，月经干净后症状消失。且每月如此，症状或轻或重，近半年来症状加重，求治于中医。刻诊：神思恍惚，喃喃独语，出言无序，胸胁胀痛，乳房胀痛，腰及少腹胀痛，面部轻度浮肿，舌有瘀点，脉弦，妇检子宫发育正常，经精神科检查正常，头颅CT、脑电图等检查均正常。西医诊断为烦躁抑郁症，经前紧张综合征，中医类似郁症、脏躁。由肝郁气滞血瘀所致。治宜疏肝解郁，活血化瘀，方用柴胡疏肝散加减，处方：柴胡、川芎、益母草、桃仁、赤芍、泽兰、延

胡索、红花、郁金各 10g，香附、莪术、三棱各 6g。每日一剂，水煮 3 次分服，服药 3 剂后，烦躁，抑郁症状解除，月经来潮，再以丹桅逍遥散 3 剂调理。以后在每月月经来潮前 4~5 天服药，连续治疗 3 个月（经前期给药），烦躁抑郁消除，随访一年未复发。

按：从中医辨证分析看，本病与肝脾两脏关系密切，尤其与肝关系更为密切。加之中年妇女正处在学习工作繁忙的阶段，在社会及家庭中均担负重要责任，易致内伤七情、饮食失节或劳倦，于行经前体内阴血下聚血海。偏于阴血不足之体，阴阳气血在子宫消长变化处于不稳定状态时，受内外环境因素影响或干扰，导致气血阴阳平衡失调，生理功能紊乱，以月经前期出现肝脾、冲脉气机郁滞、气火偏亢病症为特点。柴胡疏肝散功能疏肝理气，活血通络。方中柴胡、香附、枳壳、白芍疏肝解郁，疏通经络为主药；川芎、当归养血活血，理气止痛；陈皮、甘草理气解郁，和胃调中。同时嘱其调畅情志，心胸开阔，精神愉快，加强体育锻炼，避免情绪激动，能更有效地防治本病。

第二节 不孕症

凡女子婚后未避孕，有正常性生活，同居 2 年而未受孕者；或曾有过妊娠，而后未避孕又连续 2 年未再受孕者，称不孕症。前者为原发性不孕，古称“全不产”；后者为继发性不孕，古称“断绪”。中医学认为不孕症的病因主要为肾虚、肝气郁结、瘀滞胞宫痰湿内阻。西医认为受孕是一个复杂的过程，必须具备以下条件：卵巢排出正常卵子；精液正常，有正常性生活；卵子与精子能在输卵管内相遇并结合成为受精卵，并能顺利地输入子宫腔内；子宫膜已准备充分，适合于受精卵着床。此环节中任何一个异常，便可导致不孕症。女性不孕的因素以排卵障碍和输卵管因素居多。排卵障碍主要是由于卵巢功能紊乱导致持续不排卵，主要原因有：①下丘脑-垂体-卵巢轴功能紊乱，包括下丘脑性无排卵、垂体功能障碍引起无排卵。②卵巢病变，如先天性卵巢发育异常、多囊卵巢综合征、卵巢早衰、卵巢功能性肿瘤、卵巢对促性腺激素不敏感综合征等。③肾上腺及甲状腺功能异常

也能影响卵巢功能导致不排卵。输卵管阻塞或输卵管通而不畅占女性不孕因素的1/3。慢性输卵管炎引起伞端闭锁或输卵管黏膜破坏时输卵管闭塞导致不孕。此外,输卵管发育不全、盆腔粘连也可导致不孕。除了排卵障碍和输卵管因素外,子宫畸形、子宫黏膜下肌瘤、子宫内膜炎、宫颈黏液功能异常、柴胡疏肝散可疏肝解郁,活血通络,临床变通应用此方化裁治疗肝郁型不孕症。

【临床应用】

严氏^[4]以柴胡疏肝散为基本方,治疗不孕症12例,临床疗效显著。治疗方法:陈皮10g,柴胡12g,川芎10g,香附12g,枳壳、芍药各10g,甘草3g。偏肾虚加狗脊10g,菟丝子20g,巴戟天、女贞子、枸杞子各10g,杜仲15g。偏血瘀加泽兰、当归、郁金、桃红、牛膝各10g。偏痰湿加胆南星、半夏、茯苓、神曲、苍术各10g。1剂2次煎服,月经后开始服药,1个月经周期为1个疗程。治疗结果:12例均怀孕,其中服药3个疗程怀孕2例,4个疗程怀孕5例,5个疗程怀孕3例,6个和8个疗程怀孕各1例。总有效率100%。

【病案举例】

1. 徐某某^[4],女,32岁,医务工作者,27岁结婚未孕。1999年11月28日初诊,每次经期前后不定,量时多时少,经行不畅,乳房胀痛,心烦易怒,嗳气叹息,苔薄白、脉弦细,每次经行时易感冒。治拟疏肝理气、调整冲任、补肾。主方:柴胡疏肝散加泽兰、麦冬各12g,菟丝子20g,巴戟天、狗脊各10g,防风6g,黄芪30g,白术12g。经服1个疗程,月经较以前按时,量适中,乳房胀痛好转。本次月经来前未感冒,其他症状同前,原方去防风继服2个疗程,月经未见来潮。1周后尿检阳性而孕。

2. 石某^[5],女,26岁,已婚。1993年4月12日初诊。主诉结婚三年不孕。现病史:患者15岁初潮,周期30天,经行5~6天,量多。色深红,经来两乳房胀痛,两少腹疼痛,怕冷,四肢不温,少腹发凉,纳差,已婚3年不孕。经妇科检查称双侧输卵管不通。舌象:舌质暗。脉沉弦而缓。辨证为肝郁气滞、寒客胞宫。治以疏肝解郁、温经散寒,药用柴胡、川芎、香附、白芍、枳壳各12g,陈皮、干姜各10g,甘草3g,胡芦巴15g。服4剂后,食纳增,两乳房不胀

痛，但仍有两侧少腹胀痛，小腹发凉，遂增加温宫散寒之力，药用：柴胡、川芎、香附、枳壳各 15g，橘核、荔枝、乌药、胡芦巴、干姜各 15g，延胡索、陈皮各 10g，嘱服 15 剂。5 月 18 日，上方 15 剂后，停经 40 天。查妊娠免疫实验阳性。于 1994 年 2 月正常分娩一男孩。

3. 李某^[5]，女，27 岁，已婚。1993 年 1 月 10 日初诊。自诉：结婚 5 年不孕。现病史：平素月经期正常，色正，量中等，白带量多色黄，有臭味。乳房及少腹疼痛，伴手足心热。头晕痛。小便频数刺痛。结婚 5 年不孕，经妇查为双侧输卵管不通。舌质暗红，脉弦数。辨证：湿热下注。肝郁气滞。治以疏肝解郁、清热利湿。药用：柴胡、香附、川芎、白芷、枳壳、银花各 12g，瞿麦、扁蓄各 20g，木通、车前仁各 12g，延胡索 6g。1 月 13 日夏诊，上方服三剂，双侧乳房及少腹疼痛减轻，小便正常，仍有少许白带，色已不黄，仍以前方去瞿麦、扁蓄，加川断、莲米须、紫花地丁各 20g 继服 15 剂。上方进 15 剂后于 2 月 15 日停经 45 天，查乳胶试验阳性，而后足月分娩一男孩。

4. 王某^[5]，女，28 岁，已婚。于 1993 年 2 月 10 日初诊。主诉：婚后 6 年不孕。现病史，患者 15 岁月经初潮，周期 40~50 天，经期 5~6 天，量少色紫红，稍有血块。经前两乳房胀痛，经期两侧少腹疼痛，腰酸，婚后三年不孕。妇科检查系双侧输卵管不通。舌质淡红，苔薄白，脉沉缓而弦。辨证属肝郁气滞，肾亏血虚。治以疏肝解郁，补肾养血。药用柴胡、香附、白芍、枳壳、川芎、当归各 12g，熟地、杜仲、菟丝子、枸杞各 15g。嘱服 30 剂。自 1993 年 2 月 10 日起，连服 30 剂，症状逐步好转，月经周期正常。量中等，色红，乳房少腹疼痛消除。于 3 月 12 日就诊时月经过期 10 天未至，且伴轻度恶心，腰微酸痛，脉弦滑，拟以清热和胃止呕之剂。嘱观察二周后作乳胶试验结果阳性。同年 8 月 28 日随访，已妊娠 6 月。

5. 谢某^[6]，女，30 岁。1996 年 3 月 7 日就诊。主诉婚后 3 年未孕且乳房胀痛，平素性格内向。3 年前出现经前半月开始乳房胀痛，至月经来潮方缓解，曾服用延胡索止痛片、七制香附丸均效差。近半年疼痛加剧且有硬结，痛如针刺，不能触摸，局部不红，月经量较前明显减少，色黯有血块，双侧腋窝淋巴结肿痛，观其舌暗红、苔白

赋,脉沉弦。症属气滞血瘀,治以疏肝理气,活血化瘀止痛,方选柴胡疏肝散加味,处方如下:白芍、延胡索、丝瓜络、郁金各 15g,陈皮、枳壳、茯苓、夏枯草、青皮、当归、川楝子各 12g,柴胡、香附各 10g,川芎 9g,甘草 3g,1 日 1 剂水煎分服,于经前半月始感乳胀时服用,5 剂后疼痛大减,患者未继续用药,下月复诊,症状较前明显减轻,守上方再服 5 剂,症状基本消失,继以上方制成散剂,每次 5g,1 日 3 次服用,3 个月后诸症消失而怀孕。

按:中医学认为,肝主疏泄,肾主生殖,不孕与肾的关系密切,并与天癸、冲任、子宫的功能失调,或脏腑气血不和,影响胞脉胞络功能有关。《石宝秘书·子嗣论》:“女子不能生子,有十病……十病者为:胎胞冷、脾胃寒、带脉急、肝气郁、痰气盛、相火旺、肾水衰、督脉病、膀胱气化不利、气血虚”。本组 12 例均属肝郁型的不孕症。七情不遂,肝气郁滞,或求子心切,肝气不舒,或肝阴不足,肝失所柔,肝气郁结,疏泄失常,气血不和,冲任不能相资,以致不孕。方中柴胡疏肝解郁;香附、枳壳理气疏肝,助柴胡以解肝郁;川芎行气活血止痛,又助柴胡以解肝经之郁滞,芍药、甘草养血柔肝,陈皮理气,上述诸药共奏舒肝平肝行气活血,调理冲任之功。

第三节 更年期综合征

更年期综合征属内分泌-神经功能失调导致的功能性疾病。以绝经或月经紊乱、情绪不稳定、潮热汗出、失眠、心悸、头晕、头痛等为特征,属于中医学“绝经前后诸症”的范畴。更年期是卵巢功能逐渐衰退到最后消失的一个过渡时期,上述症状出现的多少和轻重程度不一,其中以绝经的表现最为突出。绝经的年龄因先天禀赋和后天生活、工作条件及环境而有差异,一般在 45~55 岁之间。约 35% 左右的妇女在绝经期前后伴发各种不适症状,多数症状较轻,通过自行调节可逐渐消失。约 25% 左右症状较重,影响生活和工作。其病程长短不一,短者 1~2 年,长者数年至 10 余年,需要系统治疗。

中医学很早就对本病有了明确认识。《素问·上古天真论》篇曰:女子“七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通。”任脉

虚，太冲脉衰少，天癸竭是妇人自然衰老的生理现象，在此期间，肾气渐衰、精血不足、冲任亏虚为其本，而心肾不交、心火内扰、肝肾阴虚、肝阳亢盛、脾虚不运、脾肾阳虚等为则为发病的主要因素。临床最主要表现为情绪不稳定，易激动、紧张、忧郁，烦躁、易怒、好哭，常有失眠、疲劳、记忆力减退、思想不集中等。中医认为人的情志变化与肝脏密切相关，因而临床治疗更年期综合征时可从肝论治。

【临床应用】

杨氏^[7]以柴胡疏肝散加味治疗更年期头痛 86 例，疗效显著。治疗方法：以柴胡疏肝散加味，方药组成：柴胡 10g，白芍 12g，香附 10g，川芎 12g，枳壳 10g，当归 10g，炙甘草 5g，栀子 12g，牡丹皮 15g，珍珠母 30g，蔓荆子 15g，天麻 10g，全蝎 3g。伴头晕者天麻用至 15g，加用钩藤 12g，石决明 30g，畏风盗汗者加防风 10g、百合 10g。每日 1 剂，水煎服，早晚各 1 次，连续服用 15~30 剂，本组病例均停药其他任何药物。治疗结果：痊愈 38 例，显效 26 例，好转 15 例，无效 7 例，总有效率为 91.8%。

【病案举例】

1. 刘某^[7]，女，49 岁，1999 年 10 月 3 日初诊患者反复发作性头痛半年，呈搏动性跳痛，以巅顶部尤重，情志刺激时头痛加重，月经不规律，常 2~3 月一行，量少色暗有块，肋肋乳房胀痛，易激怒、失眠、多汗，舌红苔白脉弦涩。当时行颅脑 CT 多普勒检查排除颅内占位病变，否认头部外伤史，无高血压病。诊断：更年期综合征。治则：疏肝解郁，熄风止痛拟方：柴胡 10g，白芍 12g，香附 10g，川芎 12g，枳壳 10g，当归 10g，栀子 12g，牡丹皮 15g，炙甘草 5g，珍珠母 30g，蔓荆子 15g，天麻 10g，全蝎 3g，防风 10g，夜交藤 30g，百合 10g，水煎服 10 剂。10 月 10 日 2 诊诉头痛症状明显减轻，发作次数明显减少，自觉胸闷脘痞，不欲饮食，加厚朴 10g、砂仁 1g，继续服 7 剂。10 月 30 日 3 诊诉头痛症状基本消失，食欲正常。又继续服用 10 剂以巩固疗效，以后跟踪随访，绝经期间头痛未再出现。

2. 某女^[8]，49 岁，2005 年 3 月 20 日初诊。患者近 1 年来月经不定期。且经量时多时少，近几天失眠，心神不宁，烦躁易激动，时冷时热，嗳气，胃纳欠佳，大便稀溏，日行 2 次，舌质淡胖，苔薄

白，脉弦。诊断为更年期综合征；证属肝郁脾虚；治宜疏肝健脾，佐以补肾；方选柴胡疏肝散加减：柴胡、郁金各 12g，枳壳、陈皮、川芎、当归、赤芍、香附、合欢皮、白术、炙甘草各 10g，茯苓、枸杞子、女贞子各 15g。每日 1 剂，水煎服，连服 5 剂，精神转佳，各症均有好转，守方再服 10 剂，症状基本消失。

3. 罗某^[9]，女，50 岁，干部，1994 年 6 月诊。主诉：烘热，汗出，心烦易怒，多疑，性急，自觉头昏头痛，月经紊乱，胸胁乳房胀痛，舌淡苔腻、脉弦。证属：肝郁脾虚，痰湿不化，方用柴胡疏肝散加藿香 15g，厚朴 15g，豆蔻 15g，砂仁 15g，菖蒲 15g，法半夏 10g，台乌 10g，3 剂后症减，继服上方 6 剂，症状消失。

按：《素问·上古天真论》曰：“女子七岁肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。”这是女性生长衰老的自然规律，多数妇女可以顺利渡过，但部分妇女由于体质、孕育、疾病、营养、劳逸、社会环境、精神因素等方面的原因，不能很好的调节这一生理变化，使得阴阳平衡失调而导致本病。方中柴胡、郁金、香附疏肝解郁；白术、茯苓、炙甘草健脾；陈皮、枳壳、赤芍、川芎、当归行气活血，养血柔肝；枸杞子、女贞子佐以补肾。诸药合用，疏肝解郁，健脾益肾，故收效甚佳。

第四节 月经不调

月经不调是以月经周期异常为主症的月经病，临床有月经先期、月经后期和月经先后无定期几种情况。月经先期又称“经早”或“经期超前”。主要由于气虚不固或热扰冲任。气虚则统摄无权，冲任失固；血热则流行散溢，以致月经提前而至。月经后期又称“经迟”或“经期错后”，有实有虚。实者因寒凝血瘀、冲任不畅，或因气郁血滞、冲任受阻，致使经期延后；虚者或因营血亏损，或因阳气虚衰，以致血源不足，血海不能按时满溢。月经先后无定期又称“经乱”，主要则之于冲任气血不调，血海蓄溢失常，多有肝气郁滞或肾气虚衰所致。本病与肾、肝、脾三脏及冲、任二脉关系密切。月

经不调主要表现为月经的周期、经量、经色、经质的异常。周期的紊乱表现为先期、后期、先后不定期、经期缩短、经期延长；经量的异常表现为月经过多、月经过少；经色的异常表现为粘稠、清稀、有瘀块及气味臭秽等；除此之外，并可兼有少腹不适，胀满疼痛，乳房或胁肋胀满疼痛；以及头痛、恶心、呕吐、二便失常等症。西医学的排卵型功能失调性子官出血、生殖器炎症或肿瘤引起的阴道异常出血均属此病范畴。

【临床应用】

糜氏^[10]以柴胡疏肝散化裁治疗月经后期 36 例，取得良效。治疗方法：经前期（7 天）用疏肝行气，活血通经法。柴胡 15g，赤芍 15g，枳壳 15g，川芎 10g，青皮 10g，桃仁 10g，红花 10g，当归 15g，三棱 6g，莪术 6g，丹参 15g，牛膝 15g，甘草 6g。服药 3 剂未行经可加大三棱、莪术用量。行经期（7 天）用疏肝行气、补血活血法。柴胡 15g，白芍 15g，枳壳 15g，川芎 10g，甘草 6g，熟地 15g，首乌 15g，黄芪 15g，山药 15g，当归 15g，枸杞 15g。若经量较多可去川芎、当归。经后期（16 天）用疏肝行气，补肾养肝法。柴胡 15g，白芍 15g，枳壳 15g，青皮 10g，香附 20g，山药 20g，枸杞 15g，续断 20g，熟地 15g，枣皮 10g，菟丝子 15g。治疗结果：治愈 21 例，占 58.33%，有效 13 例，占 36.11%，未愈 2 例，占 5%。总有效率为 95%。

【病案举例】

1. 王某^[11]，女，25 岁，1999 年 8 月 6 日初诊。患者于 1998 年 6 月足月顺产后，1999 年 1 月始来月经，周期正常。1999 年 3 月 19 日在当地卫生院放置 IUD 后，阴道不规则出血，量少色淡，时而终止 3~5 天，时而复行，胸闷腹胀，食少纳呆，倦怠乏力乳房有胀痛感，舌质淡少苔，脉弦细。辨证：肝气郁结，体虚脾失健运。治则：疏肝理气健脾之法。方药：柴胡疏肝散合四君子汤加味：柴胡 30g，陈皮 20g，枳壳 15g，白芍 18g，炙甘草 12g，川芎 12g，人参 15g，白术 12g，茯苓 15g，当归 12g，山楂 15g，健曲 15g，大麦芽 15g 以月经周期进行调理（即月经前 1 周服）每日 1 剂煎服 3 次，连服 2 周。1998 年 9 月 20 日复诊，诸症悉除，微感倦怠乏力，投以人参健脾丸调治

而愈。

2. 张某^[11]，女，27岁，2000年4月足月顺产1女婴后，2001年1月始来月经，后月经按期而至。2001年4月到镇计划生育服务所放置IUD后，月经数月不行，2001年8月13日来本站诊治。精神抑郁，胸胁痞满，少腹胀痛，舌边紫暗，脉沉弦。辨证：肝气不舒，瘀血阻滞。治则：疏肝解郁，祛瘀通经。方药：柴胡疏肝散加味：柴胡20g，白芍18g，枳壳15g，香附12g，川芎12g，陈皮10g，炙甘草10g，桃仁12g，红花12g，丹参18g。水煎每日1剂，连服10剂。2001年8月22日复诊，月经已至，微感头昏乏力，两胁窜痛，经色紫暗，脉细弦。用柴胡疏肝散加当归补血汤5剂调治，并投以人参健脾丸固本善后，随访至2002年4月，未再复发。

3. 张某^[12]，女，33岁。初诊：1987年7月11日。平素月经正常，于5年前行放环术后即感小腹及腰骶部轻微胀痛，每于行经前8、9日腰腹胀痛加剧，月经推后，色黯。经四方求医未效，而来我处就诊。刻下，末次月经6月1日，腰腹胀痛以至不能工作，苔白，脉弦。诊为放环后月经不调，胞脉气滞。治宜疏肝理气，养血调经止痛。处方：柴胡10g，全归10g，杭芍15g，白术15g，云苓15g，川芎10g，制香附10g，延胡索10g，川楝子6g，台乌10g，甘草6g。服药3剂后，月经来潮，疼痛减轻，服药5剂后，经行通畅，疼痛消失。于经后23天服用本方，至月经来潮止，连用二个月，共服药15剂，月经正常。

4. 蒋某^[12]，女，30岁1987年10月6日初诊。于3年前行放环术，从此每届月经来潮辄漏下淋漓，量多色紫，并见少腹刺痛，乳房胀痛。曾选用中西药治疗，效果不佳。此次自8月10日月经来潮，迄今已两月未止，经量时多时少，多则每天用纸一包及一些棉花，少则漏下淋漓，血色紫黑有块。脉弦涩，舌质紫暗，苔薄白。此系放环后胞宫血瘀，冲任不畅，血不归经，而致崩漏。宜行气活血，调经止血。处方：柴胡10g，全归10g，杭芍15g，白术15g，云苓15g，川芎10g，制香附10g，炙黄芪30g，巴戟天10g，蜈蚣1条（吞服），蒲黄、炒阿胶各10g（吞服），生大黄粉3g（吞服）。服药2剂后，少腹疼痛顿减，服药4剂后，疼痛消失，崩漏得止。随访后月经

正常。

按：月经紊乱除寒、热、湿、房劳多产，饮食不节，劳逸失常，跌扑损伤，环境改变等因素外，七情内伤脏腑也是一个主要原因。肝郁能影响气血，气为血帅，气行则血行，气郁则血滞，故《景岳全书，妇人规》说：“凡欲念不遂，沉思积郁，心脾气结，致伤冲任之源，而肾气日消，轻则或早或迟，重则渐成枯闭”。以柴胡疏肝散为主治疗本病，方中柴胡、枳壳、香附舒肝解郁，调节气机，川芎理肝经血郁，白芍、甘草柔肝缓急止痛，共奏调气舒肝之效。然临床仍需辨证用药，随证化裁。如血滞经闭，加桃仁、红花祛瘀通经，丹参调经养血，体虚食少加四君子汤调和脾胃，山楂、大麦芽、神曲开胃进食，增强气血生化之源，投之多有奇效。

第五节 痛经

痛经为妇科最常见的症状之一，是指行经前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀，伴腰酸或其他不适，程度严重影响生活和工作质量者。痛经可分为原发性和继发性两大类，前者是指生殖器官无器质性病变的痛经，后者是指盆腔器质性疾病，如子宫内膜异位症、子宫腺肌病、盆腔炎或宫颈狭窄等引起的痛经。西医妇科学认为原发性痛经的发生与子宫合成与释放前列腺素增加有关。前列腺素诱发刺激子宫平滑肌收缩，产生下腹痉挛性绞痛，当子宫平滑肌过度收缩，历时稍长时，可造成子宫供血不足，甚至引起子宫缺血，导致厌氧物贮积，刺激疼痛神经元而发生痛经。同时前列腺素的刺激还可以使子宫收缩强度及频率增加，收缩不协调或呈非节律性，而致子宫缺血缺氧，引起痛经。中医认为痛经病位在子宫、冲任，以“不通则痛”或“不荣则痛”为主要病机。其之所以伴随月经周期而发，又与经期及经期前后特殊生理状态有关。未行经期间，由于冲任气血平和，致病因素尚不足以引起冲任、子宫气血瘀滞或不足，故平时不发生疼痛。经期前后血海由满盈而泄溢，气血盛实而骤虚，子宫、冲任气血变化较平时急剧，易受致病因素干扰，加之体质因素的影响，导致子宫、冲任气血运行不畅或失于煦濡，不通或不荣而痛。经净后子宫、冲任气血

渐复则疼痛自止。但若病因未除,素体状况未获改善,则下次月经来潮疼痛又复发矣。临床应用柴胡疏肝散治疗痛经的个案颇多,因而我们可以应用柴胡疏肝散辨证治疗痛经。

【病案举例】

1. 李某某^[13],女,16岁,学生。患者经期腹痛1年余,经妇科检查,诊断为原发性痛经,用西药治疗无效。故就诊于中医,诊见:月经不潮,少腹胀痛难忍,且心烦易怒,胸胁胀闷不舒,经量少,色紫暗挟有血块,舌质边紫暗,脉弦紧。此属肝郁气滞,血滞胞脉,治宜疏肝解郁、活血化瘀止痛。方用柴胡疏肝散:柴胡10g,生白芍12g,枳实10g,香附10g,川芎10g,陈皮10g,甘草6g,日服1剂。服2剂后疼痛遂止,待下月经期前又照前方服2剂,尔后随方半年,未再复发。

2. 王某某^[14],女,25岁,未婚,2000年4月15日初诊。经期腹痛10余年。自诉15岁月经来潮,从第1次月经来潮即发生少腹两侧疼痛,每次来时第1~2天疼痛明显。月经色黑有块,有时伴有腰酸困痛,带下较多。舌淡偏暗、苔薄白润,脉沉细涩。证属肝郁血瘀,治拟疏肝活血止痛。药用:柴胡、香附、枳壳、川芎、五灵脂、蒲黄、延胡索、桃仁、红花各12g,白芍30g,甘草6g。月经前5天开始服药,每次服中药5剂,直至月经来潮。连续治疗3个月经周期,痛经消失。后随访未再复发。

3. 黄某^[15],女,29岁,营业员,2001年4月5日初诊。经来腹痛10年。患者素来肝旺,喜争强好胜,每次经前少腹作胀,疼痛难忍,甚则恶心呕吐,面色苍白,两乳房胀痛,拒按,婚后亦无明显好转,经水色暗,量中等,时有血块,舌暗红,脉沉涩。证属气滞经阻,冲任不调。药用:柴胡8g,炒枳壳、当归、桃仁、炒白芍各20g,制香附14g,青陈皮各10g,广木香、粉甘草各6g,红花、延胡索、川楝子各12g。经前每日1剂,水煎分两次服。治疗3个月经周期,疼痛痊愈。

4. 患者^[16],女,28岁,已婚。自述两年便有痛经之症,经行先期,超前而至,头晕,两胁胀痛,乳房发胀,口苦,纳差,脘腹疼痛,经行有块,苔黄,脉弦。症由内伤七情,肝气郁结,气滞血阻,

损及冲任，血瘀作痛。药用：柴胡 9g，枳壳 9g，青皮 9g，五灵脂 9g，当归 9g，白芍 9g，桃仁 6g，牛膝 9g，延胡索 9g，丹参 9g，当归 12g，共服 5 剂，痛经消失，诸症亦减。

按：有关痛经的记载，最早见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》：“带下，经水不利，少腹满痛，经一月再见。”《诸病源候论》首立“月水来腹痛候”，认为“妇人月水来腹痛者，由劳伤血气，以致体虚，受风寒之气客于胞络，损伤冲任之脉。”明代《景岳全书·妇人规》所云：“经行腹痛，证有虚实。实者或因寒滞，或因血滞，或因气滞，或因热滞；虚者有因血虚，有因气虚。然实痛者多痛于未行之前，经通而痛自减；虚痛者多痛于既行之后，血去而痛未止，或血去而痛益甚。大都可按可揉者为虚，拒按拒揉者为实。”《沈氏女科辑要笺正》谓：“经前腹痛无非厥阴气滞，络不舒。”柴胡疏肝散为理气解郁止痛之良方。方中柴胡、白芍、香附入肝经，疏肝解郁理气为主，柴胡与枳壳、香附、川芎同用共奏疏肝理气、活血止痛之功。

第六节 高泌乳素血症

高泌乳素血症是指非生理状态下多种病因所致的血清泌乳素(PRL)浓度超过正常高限〔(女性) 25ng/ml, (男性) 20ng/ml〕而引起的一系列病理状态综合征。临床上可有溢乳症或溢乳-闭经综合征，也可无症状。多见于女性。经反复检查未发现任何病因者属“特发性高泌乳素血症”。其中主要原因是垂体肿瘤及特发性高泌乳素血症，其次为原发性甲状腺功能减退以及医源性高泌乳素血症如服用避孕药、酚噻嗪、眠尔通、吗啡、利血平、灭吐灵等，以及人流术后、产后、创伤等伴泌乳素升高可使下丘脑-垂体-卵巢轴功能紊乱。慢性肾功能衰竭，肝硬化，胸乳部神经刺激等都可致泌乳素上升。目前，现代医学多采用溴隐亭治疗本病，疗效肯定，但价格较贵，还有一定的不良反应，如头痛、恶心、乏力、便秘等。因而应用有效的中医治疗无疑不失为临床一种治疗手段。

【临床应用】

奚氏^[17]用柴胡疏肝散加减治疗高泌乳素血症 24 例，并与西药组

对照。治疗方法：治疗组：用柴胡疏肝散加减，药用：柴胡 12g，炒白芍 20g，当归、青皮、陈皮、香附各 10g，炒麦芽 40g，茯苓 15g，川牛膝 12g，熟地 15g。若经闭不行或月经稀发兼气血瘀滞加益母草 15g，川芎 10g，泽兰 15g；肝血不足加制首乌 12g，鸡血藤 15g，阿胶（烔化）10g；多囊卵巢综合征兼肾虚挟痰湿加仙茅、淫羊藿各 15g，石菖蒲 12g，制半夏 10g；功能性子宫出血量多、色红或淋漓不尽加炒黄芩 10g、丹皮 12g、墨旱莲 15g。水煎服，每日 1 剂。对照组：对照组：用西药溴隐亭治疗，开始 3 天 1 日 2 次，每次 1.25mg。若无明显副反应，增加至每日 2.5 ~ 7.5mg。两组均以 30 天为 1 个疗程，治疗 2 疗程，随访 24 个月。疗效标准：显效：临床症状明显改善，PRL 降至正常，治疗组和对照组分别为 13 例、9 例；有效：临床症状改善同时 PRL 值下降两组分别各为 6 例；无效：临床症状无改善，PRL 值无下降，两组各为 5 例。两组总有效率无明显差异性。疗效分析：两组 PRL 治疗前后变化比较：治疗组与对照组治疗前 PRL 平均值分别为 $57.23 \pm 31.43 \mu\text{g/L}$ 和 $54.61 \pm 21.3 \mu\text{g/L}$ ，治疗后 PRL 值分别为 $21.40 \pm 14.533 \mu\text{g/L}$ 和 $22.18 \pm 16.543 \mu\text{g/L}$ ，两组治疗后、前自身比较，有非常显著性差异，两组治疗前、后组间比较，均无显著性差异，说明两组均能明显降低 PRL，且两组在降低 PRL 方面的效果相近。两组症状改善情况比较：治疗组治疗后溢乳、闭经、月经稀发、功血的改善率分别为 80%、60%、66.7%、50%；对照组治疗后诸症的改善率分别为 81.25%、75%、66.7%、50%。组间比较，两组症状改善率无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。两组妊娠情况比较：治疗组不孕 13 例，2 年内妊娠 7 例，妊娠率为 53.84%；对照组不孕 8 例，2 年内妊娠 5 例，妊娠率为 62.5%。比较两组治疗后 2 年内妊娠率，经统计学处理，无显著性差异。两组 PRL 值随访比较：对两组中治疗两个疗程 PRL 值正常者，进行了 6 个月随访，治疗组 13 例中，1 例失访，2 例妊娠。PRL 值再度升高 1 例；对照组 9 例中，2 例妊娠，PRL 值再度升高 6 例。两组比较，经统计学处理，有显著性差异。

按：高泌乳素血症中医无此病名，《竹林女科》中有“乳众血枯”之说。《济阴纲目》乳病门中有“未产前乳汁出者，谓之乳泣，

生子都不育”的论述及治之以调肝健脾之法的记载。中医多认为本病是情志不舒，恚怒伤肝，肝郁气结，郁而化热，血随火升故经血不行，乳汁自溢。临床时此类患者大多具有肝郁症状，从月经与溢乳方面入手，认为乳头乃厥阴肝经所属，妇人乳汁月经乃冲任气血所化，气血调和，经络通盛，气血应时而下则为月经。若因情志不遂，肝郁气滞，疏泄失常，气血不能归于血海则反随肝气上逆变为乳汁，故出现溢乳闭经等症状因此，在辨病与辨证的基础上，选用柴胡疏肝散加减治疗。方中柴胡疏肝解郁；白芍、当归、熟地养血柔肝，调和冲任；香附、青、陈皮与柴胡相伍加强疏肝理气之效，肝郁易乘脾，茯苓补脾扶中，养血疏木；炒麦芽重用回乳；牛膝、穿山甲降逆活血通经。共奏疏肝行气，柔肝养血，回乳通经之功。用之能改善排卵状态，使溢乳停止，月经恢复，有利妊娠。治疗有效率达到 78.29%，受孕率为 53.84%，疗效满意。

参考文献

- [1] 邵淑霞，康莲香．柴胡疏肝散加味治疗经前期紧张综合征 60 例．吉林中医药，2007，27（7）：33
- [2] 王佩玉．柴胡疏肝散治疗经前乳房胀痛．山东医药，2005，45（13）：14
- [3] 张洁．疏肝解郁法治疗月经前烦躁抑郁症 30 例．人人健康：医学导刊，2007，（8）：85-86
- [4] 严宇仙．柴胡疏肝散加味治疗不孕症．浙江中西医结合杂志，2003，13（8）：509-510
- [5] 王敬绪．柴胡疏肝散加减治疗输卵管不通三例．四川中医，1994，（10）：43
- [6] 常宗范．柴胡疏肝散临床应用举隅．陕西中医，2003，24（2）174
- [7] 杨玲．加味柴胡疏肝散治疗更年期头痛 86 例．吉林中医药，2001，（5）：29
- [8] 张宇，张其鹏，黄艳．柴胡疏肝散应用举隅．中医药临床杂志，2006，18（6）：607
- [9] 徐丽英．柴胡疏肝散治验五则．云南中医中药杂志，1995，16（5）：35
- [10] 康澜．柴胡疏肝散化裁治疗月经后期 36 例．云南中医中药杂志，2001，22（5）：26
- [11] 邓永凤．柴胡疏肝散治疗置器后月经紊乱验案 2 例．中国计划生育学杂志，

2002 (6): 371

- [12] 刘正求. 放环后月经不调证治. 云南中医杂志, 1989, 10 (2): 21
- [13] 郑书风, 牛庆强. 柴胡疏肝散的临床应用体会. 中医药研究, 1999, 15 (1): 55
- [14] 王玉英, 柴根旺. 柴胡疏肝散验案4则. 山西中医, 2005, 21 (1): 30
- [15] 董联玲. 柴胡疏肝散临床应用体会. 山西中医, 2004, 20 (1): 40
- [16] 莫时上. 柴胡疏肝散的应用体会. 桂林医学杂志, 1996, 12 (2): 241
- [17] 奚嘉. 柴胡疏肝散加减治疗高泌乳素血症临床观察. 中华实用中西医杂志. 2000, 13 (5): 966

第一节 小儿厌食

厌食是指小儿较长时间的食欲不振，属中医学“恶食”、“不嗜食”的范畴。中医学认为，本病是由于小儿脏腑娇嫩、脾常不足，或饮食不调，或病后失养，脾胃功能受损，导致受纳运化功能失常。故见长期食欲不振，食欲下降甚至拒食，形体偏瘦，面色少华，但精神尚可。病程日久则形体瘦弱，体重减轻，精神疲惫，抗病能力差。西医认为，小儿厌食的原因很多，可以由消化系统疾病如胃肠炎、肝炎、便秘和全身性疾病如贫血、结核病、锌缺乏、维生素 A 或 D 中毒以及服用引起恶心呕吐的药物引起。家长喂养不当，对小儿进食的过度关心以致打乱了进食习惯；或小儿好零食或偏食、喜香甜食物、盛夏过食冷饮；或小儿过度紧张、恐惧、忧伤等均可引起厌食。小儿多娇恣，情志偏亢。肝主疏泄，性喜条达，若疏泄失司，横逆犯胃，肝木克土，以致脾不健运，胃不受纳而成本证。故治疗厌食从肝着手，肝气疏泄畅达，脾胃升降和调，厌食而愈。柴胡疏肝散方中重用柴胡一味，即能入肝

胆,又能走脾胃,即有疏肝利胆,升阳退热之功,又具有助运和中,去结消滞之效,因此疏肝利胆,助运和中为治疗厌食症的一种手段。

【临床应用】

禹氏^[1]以柴胡疏肝散加减治疗小儿厌食症 20 例,疗效显著。治疗方法:柴胡疏肝散加减:柴胡、香附、白芍、陈皮各 6~8g,扁豆、白术、山药各 8~10g,水煎 150ml 分 3 次服,一日 1 剂。每七天一疗程,休息 2 天再进行第二疗程,一般观察 2 个疗程。以此治疗小儿厌食症,收到了较为满意的疗效。治疗结果:痊愈 15 例(饮食正常,诸症消失,体重增加);显效 4 例(饮食增加,诸症基本消失);好转 1 例(饮食有所增加)。总有效率 100%。

宋氏^[2]等以柴胡疏肝散加减治疗小儿厌食百余例,临床效果满意。治疗方法:柴胡 10g,枳壳 5g,白芍 7.5g,炙甘草 7.5g,青皮 3g,陈皮 5g,川芎 5g,香附 2.5g,茯苓 7.5g,牡蛎 15g,川朴 2.5g。水煎服,每日一剂。腹胀加木香,胁痛加川楝子,胁下痞块加鳖甲,心烦者加黄连。

【病案举例】

1. 罗某^[1],男,4岁,1998年8月25日就诊,患儿近10天来厌食,食无味,拒食,面色无华,形体偏瘦,精神尚可,舌苔白腻。不愿进食常受父母责打,打骂后更不愿进食,甚至则哭闹强行喂食后则恶心呕吐。辨为肝郁气滞,肝胃不和。方用柴胡疏肝散加减:柴胡、香附、枳壳、白芍、陈皮各 6g,山药、白术、扁豆各 8g。服 3 剂,并嘱家长配合治疗,进餐时保持良好的气氛,不要训斥、打骂、恐吓,更不要强行填喂。以患儿最喜爱的食物来诱导开胃。服药后情绪好转,已能主动进食,上方减香附、陈皮,加焦三仙,再服 6 剂,随访 2 个月,精神佳,饮食正常,诸症消失,体重增加。

2. 吴某^[2],男,3岁,1991年3月20日来诊,不欲饮食,纳食甚少一个月余,每逢进餐时哭闹,心烦。形体瘦弱,毛发少泽,精神疲惫,舌质红、苔厚腻、脉弦滑。曾用多种开胃助消化的中西药治疗无效。采用上方加黄连,服 3 剂收效,再进 5 剂诸症消失,食欲正常,随访 5 个月未见复发,而且体重增加 4.2 公斤。

3. 齐某^[2],女,2岁,1991年8月5日初诊,患厌食症 3 个月,

曾多次在外院做各种检查无异常，服中西药疗效不显，后来我科门诊。问患儿食物无味，见食不食，有时拒食，望大便夹有不消化残渣，切之脘腹胀满，胁下痞块，按之柔软，舌质淡红，苔白腻，指纹紫滞。采用上方加鳖甲，服2剂症状减轻，服7剂时食欲正常，随访3个月未复发。

按：由于小儿“脾常不足”，饮食不能自理，加之家长缺乏喂养知识，片面强调给以高营养的滋补食物，超过了脾胃正常的运化能力。或过于溺爱，未养成良好的饮食习惯，或训斥打骂，造成儿童心理及情绪紧张而厌食。故病机为肝气郁结，横逆犯胃，胃气阻滞，肝木克土。治当疏肝解郁理气，药用疏肝理气的柴胡、香附、枳壳之类，佐以健脾和胃消食之品，方能获效。

第二节 小儿叹息样呼吸

叹息样呼吸多发于少年儿童，临床检查往往难以发现患者有器质性疾病，易误诊为病毒性心肌炎。本病多因患者学业负担过重、心理压力、或家庭环境不良等原因，导致精神过度焦虑和紧张，内分泌系统发生变化，影响植物神经功能的协调性，使迷走神经传出纤维释放的乙酰胆碱通过增加环磷鸟苷而造成支气管腔狭窄，产生暂时性的肺部通气障碍，出现叹息样呼吸、胸闷一组症候群。

根据临床表现，本病属中医学郁证范畴。因肝主疏泄，性喜调达，恶抑郁，其经脉分布于胁肋，情志内伤则表现为肝气郁结症状。少年儿童处于生长发育时期，神经、心理发育尚不成熟，若所愿不遂、情志失调，易致肝气不舒，气机不畅则胸闷、憋气，叹息样呼吸后气散胀减则症状减轻，故喜叹息。因而在临床时治疗小儿叹息样呼吸，可以疏肝解郁为重要手段之一。

【临床应用】

黄氏^[3]等以疏肝解郁为治则，用柴胡疏肝散加减治疗小儿叹息样呼吸32例，疗效显著。治疗方法：药用：柴胡、陈皮、香附各10g，川芎、枳壳、白芍各8g，炙甘草3g。胸闷、憋气加瓜蒌皮、桔梗；心神不安加炒酸枣仁、远志；胸痛加丹参、延胡索；食欲不振加

焦三仙、砂仁。用法：上药浸泡 30 分钟，文火水煎 2 次，取汁 150 ~ 250ml，早晚 2 次温服。10 天为 1 疗程。治疗结果：治疗 1 ~ 2 疗程后临床症状消失 22 例，治疗 3 ~ 4 疗程后临床症状消失 7 例；另 3 例症状有不同程度减轻。痊愈病例中有 4 例停药后症状复发，继用本方后痊愈。总有效率 100%。

【病案举例】

张某，女，13 岁，2002 年 5 月 16 日初诊。患儿平素学习成绩良好，具争强好胜之性。3 周前因考试精神紧张，出现叹息样呼吸，遂前往某医院诊治。经超声心动图、X 线、心肌酶等多项检查均无阳性发现，诊为“疑似心肌炎”。予维生素 C、复方丹参注射液、黄芪注射液等药静滴 10 天，疗效不明显。近 1 周叹息样呼吸频繁发作，尤以安静时为甚，伴胸闷、憋气，心神不安，舌淡红、苔薄白，脉弦。证属肝气郁结。治宜疏肝解郁。上方（柴胡、陈皮、香附各 10g，川芎、枳壳、白芍各 8g，炙甘草 3g）加瓜蒌皮、炒酸枣仁各 10g，桔梗、远志各 8g，以开胸利膈，宁心安神。服药 1 疗程后症状消失。1 月后症状复发，原方再进 7 剂后痊愈。随访一年未复发。

按：柴胡疏肝散出自《景岳全书》，为治疗肝气郁滞证的常用方剂。方中柴胡主升，可疏肝解郁，条达肝气；枳壳主降，可降气宽中。柴胡配枳壳一升一降，可恢复人体气机升降出入。血随气行，气滞则血瘀，川芎为血中气药，可行气活血；香附入肝可疏肝理气。因小儿稚阴未长，予白芍敛阴养血柔肝，与柴胡相合，既调肝之用，又养肝之体，使疏肝而无伤阴之弊。小儿脾常不足，陈皮可理气、调中，以防肝木克脾土。诸药合用，使气机畅通，肝郁得解，诸症得消。现代药理研究表明，上述理气药可使支气管平滑肌松弛，解除肺部通气障碍，其作用机制可能是直接扩张支气管或抑制迷走神经功能亢进，并有抗过敏介质释放的作用。

第三节 性早熟

性发育启动年龄显著提前者（较正常儿童平均年龄提前 2 个标准差以上），即为性早熟。一般认为女孩在 8 岁，男孩在 9 岁以前出

现性发育征象临床可判断为性早熟。性早熟的病因很多，可按下丘脑-垂体-性腺轴功能是否提前发动，而分为中枢性（真性）和外周性（假性）两类。中枢性性早熟由于下丘脑-垂体-性腺轴功能过早启动，促性腺激素释放激素脉冲分泌，患儿除有第二性征的发育外，还有卵巢或睾丸的发育。性发育的过程和正常青春期发育的顺序一致，只是年龄提前。主要包括继发于中枢神经系统的器质性病变和特发性性早熟：①特发性性早熟又称体质性性早熟，是由于下丘脑对性激素的负反馈的敏感性下降，使促性腺释放激素过早分泌所致。女性多见，约占女孩中枢性性早熟的80%以上，而男孩则仅为40%左右。②继发性性早熟多见于中枢神经系统异常。包括a. 肿瘤或占位性病变：下丘脑错构瘤、囊肿、肉芽肿；b. 中枢神经系统感染；c. 获得性损伤：外伤、术后、放疗或化疗；d. 先天发育异常：脑积水，视中隔发育不全等。③其他疾病：原发性甲状腺功能减低症。外周性性早熟是非受控于下丘脑-垂体-性腺功能所引起的性早熟，有第二性征发育，有性激素水平升高，但下丘脑-垂体-性腺轴不成熟，无性腺的发育。a. 性腺肿瘤：卵巢颗粒-泡膜细胞瘤、黄体瘤、睾丸间质细胞瘤、畸胎瘤等；b. 肾上腺疾病：肾上腺肿瘤、先天性肾上腺皮脂增生等；c. 外源性：如含雌激素的药物、食物、化妆品等；d. 其他：McCune-Albright综合征。部分性性早熟：单纯性乳房早发育、单纯性阴毛早发育、单纯性早初潮。性早熟以女孩多见，女孩发生特发性性早熟约为男孩的9倍；而男孩性早熟以中枢神经系统异常（如肿瘤）的发生率较高。中枢性性早熟的临床特征是提前出现的性征发育与正常青春期发育程序相似，但临床表现差异较大。在青春期的各个年龄组都可以发病，症状发展快慢不一，有些可在性发育一定程度后停顿一时期再发育，亦有的症状消退后再发育。在性发育的过程中，男孩和女孩皆有身高和体重过快的增长和骨骼成熟加速。由于骨骼的过快增长可使骨骺融合较早，早期身高虽较同龄儿童高，但成年后身高反而较矮小。在青春期成熟后，患儿除身高矮于一般群体外，其余均正常。外周性性早熟的性发育过程与上述规律迥异。男孩性早熟应注意睾丸的大小。若睾丸 $> 3\text{ml}$ 提示中枢性性早熟；如果睾丸未增大，但男性化进行发展，则提示外周性性早熟，其雄性激素可

能来自肾上腺。颅内肿瘤所致者在病程中常仅有性早熟表现,后期始见颅压增高、视野缺损等定位征象,需加以警惕。国内外性早熟的报道逐年增多,治疗的目的除抑制第二性征发育外,还有抑制骨骺过早闭合而导致最终身材矮小。目前国际上公认有效的药物为促性腺激素拟似物(GnRHagonist),但临床应用有一定的副作用,且药物价格昂贵,难以推广应用。

近年来,国内应用中药治疗性早熟的报道亦很多,一般倾向于滋阴泻火法治疗,可取得较满意的疗效。但临床上应用疏肝解郁法治疗本病取得良好效果。

【临床应用】

夏氏^[4]以柴胡疏肝散加减治疗女童特发性性早熟40例,取得良效。治疗方法:采用柴胡疏肝散加减治疗。处方:柴胡、黄芩、当归、郁金、香附各6g,白芍、生地黄各8g,生麦芽15g,夏枯草12g,生甘草4g。加减:热盛加牡丹皮、栀子各6g,龙胆草3g;阴虚火旺加黄柏、知母各6g;阴道出血加旱莲草8g、白茅根12g;阴道分泌物增多加椿根皮3g,每天1剂,水煎,分早、中、晚3次口服,3月为1疗程。观察项目:治疗期间每周复查,观察第二性征变化,包括乳房大小、硬度、触痛、外阴分泌物等。3月后行盆腔B超检查、血清性激素测定,并进行骨龄测算。疗效标准:临床痊愈:乳房缩小至Tanner I期,阴道分泌物及流血消失,血清性激素测定、盆腔B超检查恢复正常;骨龄增长同年龄增长相符。好转:乳房缩小,阴道分泌物及流血减轻,血清性激素水平下降,子宫、卵巢容积变小,骨龄增长减慢。无效:以上各项指标均无变化。治疗结果:治疗过程中均未见不良反应发生。临床痊愈24例,好转12例,无效4例,总有效率90.0%。

按:《素问·上古天真论》曰:“女子七岁肾气盛,齿更发长;二七天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下”。冲脉与肝经关系密切,肝经绕阴器上布胸胁;肝气郁滞,日久化火,耗伤肝肾阴血而致相火偏旺,损伤冲任,从而促使女童的第二性征提前出现,导致性早熟。女童性早熟多有烦躁易怒、面赤口苦、胸胁胀痛、脉弦数等肝气郁结、肝火旺盛等症状。因此,笔者运用疏肝解郁、清热散结中药屡

有奏效。柴胡疏肝散方中柴胡疏解肝郁；黄芩清解肝热；当归、白芍柔肝养血；生地滋养肝阴；郁金、香附理气活血、疏肝解郁；生麦芽疏肝回乳；夏枯草清肝散结；生甘草调药和中。诸药配合用，共奏疏肝解郁、清热泻火、柔肝养血、软坚散结之功，使肝郁得舒，阴阳平衡，冲任有节，气血调和，则诸症自除。观察表明，柴胡疏肝散加減为治疗女童特发性性早熟的有效方剂之一，可调节患儿 FSH、LH 等激素水平，减少子宫、卵巢容积及骨龄年龄差值，值得进一步研究和推广。

第四节 肠系膜淋巴结肿大腹痛

小儿肠系膜淋巴结肿大腹痛多见于学龄前儿童。肠系膜淋巴结肿大，常因反复呼吸道感染而继发。由于肠系膜淋巴结肿大，小儿局部受凉或饮食不节导致肠壁缺血，或交感神经兴奋，肠蠕动紊乱诱发腹痛发作，甚至呕吐，待肠壁自然松弛后方可缓解。西药缺乏有效手段，一般服用抗生素或解痉剂。

本病属中医小儿腹痛范畴。小儿脾胃薄弱，经脉未盛，易为各种病邪所干扰。六腑以通降为顺，经脉以流通为畅，感受寒邪、乳食积滞、脾胃虚寒、情志刺激、外伤，皆可使气滞于脾胃肠腑，脾喜运而恶滞，六腑不通则腹痛。故治疗腹痛应以调理气机，疏通经脉为主。

【临床应用】

徐氏^[5]运用柴胡疏肝散治疗以腹痛为主要表现，经 B 超检查伴有肠系膜淋巴结肿大的患儿 35 例，疗效显著。治疗方法：采用柴胡疏肝散：柴胡、芍药各 10g，枳壳、川芎、香附、陈皮各 6g，甘草 5g。加減：腹痛明显加川楝子、延胡索；腹部觉寒加当归、肉桂；乳食积滞加山楂、鸡内金；大便不通加莱菔子、槟榔；体弱易感冒加黄芪、白术；口渴引饮、舌红少津加生地、石斛；伴呕吐加丁香、吴茱萸。每天 1 剂，水煎 2 次，取汁 150~200ml，分早晚 2 次服。5 剂为 1 疗程。治疗结果：35 例中，显效 6 例（治疗 3 疗程后腹痛未发作，3 月后 B 超复查肠系膜淋巴结缩小至直径小于 10mm）；有效 26 例（治疗 3 疗程以上腹痛未发作，3 月后 B 超复查肠系膜淋巴结明显

缩小但未达显效标准;或服药期间腹痛缓和,停药后仍然发作);3例无效(服药1月以上腹痛无任何改善者)。总有效率为91.43%。

【病案举例】

陈某,女,7岁。2003年8月15日初诊。半小时前患儿在上课时突发脐周疼痛,蜷曲伏案,脸色苍白,由家长急送来院。无发热、呕吐,大便正常。查体见全腹软,无局部压痛及肌肉紧张,血常规检查白细胞无增高,B超示腹部可见肿大肠系膜淋巴结1枚,12mm×14mm。诊断为肠系膜淋巴结炎,证属脾虚肝郁,气滞血瘀,治拟疏肝健脾、理气活血,方用柴胡疏肝散加减:柴胡、芍药各10g,枳壳、香附、陈皮、延胡索各6g,山楂、鸡内金各15g。水煎服。5剂后腹痛未发作,因平时体虚易感冒,前方加黄芪、白术、防风,再进10剂。2月后复查B超示肠系膜淋巴结缩小到8mm×9mm。^[5]

按:小儿肠系膜淋巴结肿大腹痛属中医腹痛范畴,或因寒邪搏结肠间,凝滞气机,不通则痛;或因乳食积滞损伤脾胃,停滞肠胃,阻碍气机;或因体弱多病,久病不愈,邪入于络,瘀阻脉道,使气机不畅,气血运行受阻而腹痛。本病多属本虚标实,寒热互阻。而两少腹为肝经所过,故以疏肝理气、活血化瘀为治则。运用柴胡疏肝散加减,治疗小儿肠系膜淋巴结肿大引起的腹痛,取得了良好的疗效。

参 考 文 献

- [1] 禹晓红. 柴胡疏肝散加减治疗小儿厌食症20例. 实用中医药杂志, 2002, 18(8): 24
- [2] 宋乃德, 张立秋. 柴胡疏肝散加减治疗小儿厌食. 中医药学报, 1992, (6): 38
- [3] 黄春霞, 张爱英, 张力. 柴胡疏肝散治疗小儿叹息样呼吸32例. 新中医, 2004, 36(3): 59-60
- [4] 夏玮. 柴胡疏肝散加减治疗女童特发性性早熟40例临床观察. 新中医, 2007, 39(4): 24-25
- [5] 徐菁. 柴胡疏肝散治疗小儿肠系膜淋巴结肿大腹痛35例. 浙江中医杂志, 2004, 39(9): 388

第一节 阳 痿

阳痿又称“阴痿”，是指男子未到性功能衰退年龄，出现性生活中阴茎不能勃起或勃起不坚，影响正常性生活的病症。正常男性性功能包括性欲、性兴奋、阴茎勃起、性交、射精和性欲高潮等过程。这一过程是正常的心理、神经、内分泌系统、血管系统及正常生殖系统参与下完成的一个极为复杂的过程，其中主要受到大脑控制和支配。根据临床表现可分为：性欲改变、勃起障碍、射精障碍（包括早泄、不射精和逆行射精）。最常见的男子性功能障碍是勃起障碍和早泄。

中医学认为，本病的发生多因房事不节，手淫过度；或过于劳累、疲惫；异常兴奋、激动；高度紧张、惊恐伤肾；命门火衰、宗筋不振；或嗜食肥甘、湿热下注、宗筋迟缓而致。与肾、肝、脾的功能失调密切相关。肾主藏精，肝主疏泄，肝的疏泄作用正常，疏泄与封藏则协调平衡，精室开合有度，精液排泄有节，保证男子的性与生殖功能正常。同时，肝主藏血，血养筋，所以肝主筋，阴茎是宗筋汇

聚而成。所以肝所藏的有形之血可使阴茎胀大充盈勃起，维持其功能。因而性功能不仅与肾脏有直接关系，与肝脏的功能也密切相关。在临床时治疗阳痿时应注意调理肝脏功能。

【临床应用】

于氏^[1]以柴胡疏肝散化裁治疗阳痿 88 例，取得良效。治疗方法：柴胡、制香附各 8g，陈皮 6g，枳壳、芍药、川芎各 10g，炙甘草 5g。命门火衰：阳事不举，精薄清冷，神疲畏寒，面色㿔白，舌淡白，脉细弱，选加温补肾阳之仙茅、仙灵脾、菟丝子、巴戟天各 10g；甚者加制附片 6~8g，肉桂 3~4g（后下）。肝肾阴虚：阳事不用，遗精或兼早泄，口干目涩，心烦面赤，小便黄，舌红苔少，脉细数，选加滋阴降火药，如知柏地黄汤加钩藤、女贞子、首乌、天麦冬等。药量酌情而定，湿热内蕴阴茎痿软，阴囊潮湿、臊臭、疼痛，尿频尿急尿痛，排尿困难，下肢酸重，舌苔黄腻，脉濡数，加清利湿热之属，如龙胆泻肝汤加虎杖、萆薢、蛇舌草、石韦等。心脾受损：神疲夜寐不安，面色少华，舌苔薄腻，舌淡脉细，加补益心脾之品，如归脾汤。心肾气虚：阳痿，心悸易恐，失眠，胆怯多疑，舌淡，脉沉细，加大补元煎，药如人参、熟地、山药、山萸肉、杜仲、当归、枸杞子、远志、枣仁、龙骨、牡蛎等。瘀血内阻：阳痿，面色黧黑，舌暗紫、有瘀点瘀斑，脉细涩，加桃仁、红花、穿山甲、路路通、九香虫、郁金、地龙、蜈蚣、牛膝、丹参等。服药期间，避免同房，勿过劳、紧张惊恐，注意心理诱导，解除顾虑，树立信心，不急于求成。治疗结果：治疗结果：痊愈 46 例（自觉症状消失，性满足，阴茎勃起坚硬有力，性交成功率大于 80%，一年未复发）；显效 24 例（症状明显减轻或大多消失，性欲明显，阴茎勃起较坚硬有力，性交成功率 40%~60%，半年未复发）；有效 8 例（部分症状减轻，阴茎偶有勃起，性交成功率 < 30%，无性高潮）；无效 10 例（阴茎不能勃起，服药 6 月，症状无变化）。总有效率 88.6%。

【病案举例】

1. 蒋某^[1]，男，36 岁。阳痿 2 年余。夫妻不和，多愁善感，前医投温肾壮阳活血通络之剂。服药 6 月无效。刻诊：性情抑郁，喜太

息，腰酸口苦，小溲黄。阴茎及睾丸大小正常，精索静脉不曲张，性欲淡漠。舌暗红苔黄腻，脉细弦，无全身及生殖系器质性病变。诊为功能性阳痿、性功能减退，证乃肝郁气滞，湿热下注，宗筋弛纵。治当疏肝活络，清化湿热。药用基本方加石韦 30g，广地龙、泽泻各 10g，益母草、虎杖、郁金各 20g，每日 1 剂，早晚水煎服，同时予以心理开导，禁房事。药进 2 周，阴茎有时能勃起，但举而不坚，余症亦明显好转，舌苔转为白腻，效不更方，再进 20 剂，诸症悉已。随访一年，性功能正常。

2. 李某^[2]，男，31 岁，公务员。1998 年 2 月 5 日初诊。主诉阳痿 1 年，性冲动时阴茎根部胀痛，多家医院求诊，服补肾壮阳汤剂数十剂及中成药“金匱肾气丸”、“男宝”、“雄狮丸”等仍无效。刻诊：胸胁胀满，少气太息，精神抑郁，舌质淡，边有瘀点，苔薄白，脉弦涩。证属肝气郁结，瘀血阻络，宗筋失养。治宜疏肝行气，活血通经，佐以补肾兴阳，方投柴胡疏肝散加味。处方：柴胡、香附、陈皮、枳壳各 10g，川芎、白芍、牛膝各 15g，淫羊藿 20g，蜈蚣 2 条，甘草 5g。每日 1 剂，服药 21 日，阳事能举，原方加川楝子 10g，续服 15 日，诸症悉除，随访半年，病未复发。

3. 刘某^[3]，男，33 岁，1992 年 2 月 26 日就诊。患者自述近两年来房事时阴茎难以勃起，或举而不坚，性生活困难，妻子时有怨言，本人情绪郁闷，寡言少语，曾服用补肾壮阳药物疗效不显。舌质暗淡，苔白，脉弦而缓。证属肝郁气滞，血脉瘀阻，治宜疏肝解郁，化瘀通络。药用：柴胡 10g，枳壳 10g，白芍 15g，香附 10g，川芎 10g，郁金 10g，丹参 20g，桃仁 10g，红花 10g，川牛膝 15g，蜈蚣 3 条，炮山甲 6g，合欢花 10g，甘草 5g。连服 30 剂，阳事已举，性生活正常。

4. 赵某某^[4]，男，25 岁，2002 年 3 月 5 日初诊。阳痿、早泄 6 个月。伴见性情急躁，情绪抑郁。因婚前性爱中受到惊吓，所以婚后每次做爱都精神紧张，阴茎不能勃起，有时勉强进入即泄。舌淡暗、苔薄白，脉弦细。证属情绪抑郁，血瘀阻络。治拟疏肝活血为主，同时嘱其稳定情绪。药用：柴胡、枳壳、香附、川芎、丹参、桃仁、红花各 12g，白芍 20g，蜈蚣 2 条（研冲），甘草 6g。每日 1 剂，水煎

服。服药3剂，阴茎勃起好转，又服2剂勃起正常，阳痿、早泄消失，继服6剂巩固疗效，半年后随访，其妻怀孕。

5. 张某^[5]，男，31岁，公务员。2004年7月5日初诊。主诉阳痿1年，性冲动时阴茎根部胀痛，多家医院求诊，服补肾壮阳汤剂数十剂及中成药“金匱肾气丸”、“男宝”、“雄狮丸”等仍无效。刻诊：胸胁胀满，少气太息，精神抑郁，舌质淡边有瘀点，苔薄白，脉弦涩。证属肝气郁结、瘀血阻络、宗筋失养。治宜疏肝行气、活血通经，佐以补肾兴阳，方投柴胡疏肝散加味。处方：柴胡、香附、陈皮、枳壳各10g，川芎、白芍、牛膝各15g，淫羊藿20g，蜈蚣2条，甘草5g。每日1剂。服药21剂，阳事能举。原方加川楝子10g，续服15剂，诸症悉除。随访半年，病未复发。

按：《素问·五脏别论》云“人有五脏化五气，以生喜怒忧悲恐”。情志变化会影响脏腑功能活动，包括性功能。由于患者缺乏性知识，紧张疲劳、惊恐及住房环境等因素，性生活不能和谐，夫妻感情淡漠而致抑郁。长期情怀不畅，肝失条达，疏泄失常。此为因郁致病（阳痿）；而出现阳痿，情志必有变化，即因病致郁，形成恶性循环。肝经绕阴器，宗筋乃肝所主，肝失疏泄，气血运行不畅，不能濡润宗筋，阳痿乃作，而阳痿宗筋弛纵又影响肝的疏泄功能，另一方面，肝肾同源，肝藏血，肾藏精，精血互相资生。肾主生殖，肝郁藏血减少不能濡养肾精，而致肾虚阳痿；肾精亏损不能生血，可致肝血不足，疏泄失常。肝郁化火，暗耗元阴，乃成阴虚火旺。肝郁克脾，运化失健，湿浊乃生，久郁化热，湿热下注，宗筋弛纵。肝主疏泄，心主神志，心肝二脏互相影响，肝郁同时克犯脾土，乃成心脾受损之候。肝郁累及心肾乃成心肾气虚之候。因此，肝郁气滞可能贯穿阳痿始终，疏肝法乃是治阳痿基本方法，不可忽视。使用柴胡疏肝散，加强疏达肝脉，畅行宗筋，则能振奋阳气，提高疗效。当然在疏肝法基础上，尚要注意辨证加味，灵活遣方用药。注意休息及心理治疗，解除情志失调，有助于肝疏泄功能恢复。

第二节 功能性不射精症

不射精症是指在性交过程中男性患者虽然具有正常的性兴奋和阴茎勃起，阴茎插入阴道并抽动，但却始终不能达到性高潮，不能产生节律性的射精动作，也没有精液射出的异常现象。该病在国内泌尿外科、男性病专科或不育专科并不少见，有资料称该病约占男子性功能障碍的 28% 和男子不育症的 20%。若各系统器官没有相应器质性改变而发生不射精症，则为功能性不射精症，是不射精症的最常见类型。功能性不射精症的主要发病原因有：①中枢性射精障碍：主要起因于大脑功能异常，对兴奋的抑制性加强，尤其是对射精中枢抑制性更为明显，故患者无性欲高潮和射精动作。亦有少数病例是因智力障碍、感情压抑、感觉器官异常等造成不射精。②心理因素性射精障碍：这种类型纯属心理因素所致，其射精障碍既没有中枢性的功能障碍，也没有生殖系统的器质性疾患。③脊髓性中枢性射精障碍：由于腰骶髓内射精中枢和勃起中枢功能紊乱或衰竭，导致了射精迟缓以至完全不能射精。

中医学认为人的排精不仅责之于肾，也与肝主疏泄有关。肝主疏泄，调畅全身气机，使气血和调，任脉通，太冲脉盛，宗筋得以濡养，以保证男子排精正常。肝的疏泄作用正常，疏泄与封藏则协调平衡，精室开合有度，精液排泄有节；若肝的疏泄功能失常（肝郁气滞），必然会导致精液的藏泻失度。功能性不射精症的发病与肝的疏泄功能密切相关，因此从疏肝角度论治此病，无疑开拓了一种治疗的新思路。

【临床应用】

丁氏^[6]等应用柴胡疏肝散加减方并结合西医治疗功能性不射精症 46 例，并与单纯西医治疗组对照，效果显著。治疗方法：西医组 50 例，采用 MCR—I 男子性功能康复仪腰骶部脉冲磁疗，每日 1 次；口服左旋多巴每日 3 次，每次 250mg；夫妻同看性功能障碍家庭治疗录像，性感集中训练，练习性交，同时指导加大阴茎抽动幅度及磨擦角度。每 15 日为 1 个疗程，治疗期间禁止性交。中西医结合组 46

例,在西医治疗基础上加服柴胡疏肝散加减,方药:柴胡、郁金、石菖蒲、蜂房、枳壳各 15g,香附、陈皮、川芎、白芍各 12g,炙甘草 6g,蜈蚣 1 条水煎服,每日 1 剂,分 2 次服,每 15 剂为 1 个疗程。治疗 2 个疗程后观察结果。治疗结果:西医组治愈 35 例,显效 8 例,有效 4 例,无效 3 例,总有效率 94%。中西医结合组治愈 40 例,显效 4 例无效 2 例,总有效率 96%。两组比较,总有效率无明显差别。而治愈率中西医结合组为 87%,西医组为 70%,有明显差异 ($P < 0.05$)。

【病案举例】

周某,男,26 岁,农民。1999 年 5 月 22 日初诊。主诉:结婚半年,性交不能射精,时有梦遗现象。我院泌外诊断为“功能性不射精”,给予“麻黄素”口服半月无效。刻诊:情绪低落,沉默少言,腰膝酸软,时感精道刺痛,舌质淡,舌下静脉怒张,脉沉弦。脉症合参,辨证当属肝郁血瘀,精关失控。治以疏肝行气活血,佐以益肾通精,方投柴胡疏肝散加味。处方:柴胡、陈皮各 10g,川芎、香附、枳壳、牛膝、淫羊藿、川断各 15g,白芍、王不留行、穿山甲各 20g,甘草 5g。每日 1 剂,服药 20 日,性交已能射精,上方加郁金 10g,续服 10 日,以巩固疗效。2000 年 8 月 17 日,其爱人生一女婴。

按:不射精症似属中医精闭范畴,是男性不育重要病因之一。《灵枢·经脉》篇云:“足厥阴之脉……循股阴入毛中,过阴器,抵小腹……”肝藏血,主疏泄,精液之疏泄亦为其所主。肝疏泄功能正常,则精窍畅达,射精成功;疏泄不利,精道阻塞,开启失司,则射精不能。中医认为不射精症的原因多为劳倦内伤、饮食不节、瘀血内阻、情志抑郁,引起精关不开及精窍失灵所致。由于患者长期房事不畅,以致肝郁化火,精关失启。肝主疏泄,主司情志活动的调节,肝之经脉绕阴器,过小腹,阴器为宗筋之会;肝性喜条达,除疏泄气血外还可疏泄精液。肝的疏泄失常时,必然有肝气郁结或肝气上逆的病理变化,以致精瘀不射。因此,功能性不射精症宜从肝论治。在西医综合治疗的基础上,加用柴胡疏肝散以疏肝解郁、调达肝气、疏通精道、开启精关,从而使疗效进一步提高。

第三节 慢性前列腺炎

慢性前列腺炎分为细菌性和非细菌性。(1) 慢性细菌性前列腺炎：大多数慢性前列腺炎病人没有急性炎症过程。其致病菌有大肠杆菌、变形杆菌、克雷伯菌属、葡萄球菌或链球菌等，也可有淋球菌感染，主要是经尿道逆行感染所致。组织学上将前列腺分为内层和周围层，内层腺管为顺行性，而周围层腺管为逆行倒流。射精时，如后尿道有感染，则有致病菌会大量挤向周围层。如排尿不畅，感染的尿液也可经前列腺管逆流至前列腺组织内形成微结石，使感染更难控制。此外，前列腺腺上皮的类脂质膜是多种抗生素进入腺泡的屏障，也是慢性前列腺炎治疗不理想、难以根治的原因。临床表现：①排尿改变及尿道分泌物：尿频、尿急、尿痛，排尿时尿道不适或灼热。排尿后和便后常有白色分泌物自尿道口流出，合并精囊炎时，可有血精。②疼痛：会阴部、下腹隐痛不适，有时腰骶部、耻骨上、腹股沟区等也有酸胀感。③性功能减退：可有阳痿、早泄、遗精或射精痛。④精神神经症状：出现头昏、头胀、乏力、疲惫、失眠、情绪低落、疑虑焦急等。⑤并发症：可表现变态反应如虹膜炎、关节炎、神经炎、肌炎、不育等。(2) 慢性非细菌性前列腺炎：大多数慢性前列腺炎属此类，西医对此病的致病原未有统一意见。由其他微生物，如沙眼衣原体、支原体、滴虫、真菌、病毒等所致。发病可能与性生活无规律、勃起而不射精、性交中断或长途骑车、长时间坐位工作致盆腔及前列腺充血等有关。过量饮酒及辛辣食物常可加重前列腺炎症状。临床表现类似慢性细菌性前列腺炎，所不同的是没有反复尿路感染。体检与临床表现不一定相符。直肠指检前列腺稍饱满，质较软，有轻度压痛。前列腺液内白细胞 $> 10/\text{Hp}$ ，但多次细菌涂片及培养都找不到细菌。用特殊的检测方法有时可获得关于衣原体、支原体的佐证。临床上具有慢性前列腺炎的症状，尤其是盆腔、会阴部疼痛明显，而前列腺液检查正常，培养无细菌生长。西医只限于对症治疗，尚无特效药物。

本病可归属中医学中“淋证”，中医药多采用清利湿热、活血化

瘀、补益肝肾之法，但疗效也不理想。因许多患者有心理障碍和人格异常的明显表现，往往情绪悲观给患者造成的痛苦超过前列腺炎本身的痛苦，这与中医的肝疏泄功能失常极为吻合，故可考虑应用疏肝解郁法治疗。

【临床应用】

庄氏^[8]以柴胡疏肝散治疗非细菌性慢性前列腺炎 58 例，取得良效。治疗方法：柴胡 10g，枳壳 10g，陈皮 10g，白芍 10g，生甘草 3g，川芎 10g，香附 10g。每日 1 剂，煎两次，共取汁 300ml，分早、晚口服，28 天为 1 个疗程。治疗结果：本组 58 例中，临床痊愈 2 例，痊愈率为 3.45%；显效 49 例，显效率为 84.48%；有效 3 例，有效率为 5.17%；无效 4 例，无效率为 6.90%；总有效率为 93.10%。

【病案举例】

赵某，男，49 岁。2001 年 11 月 13 日初诊。主诉：小腹会阴部坠胀刺痛，小便滞涩不畅 2 年。多次求治于我院泌外，诊断为慢性前列腺炎，先后给予“阿奇霉素”、“罗红霉素”、“左氧氟沙星”、“保列治”及中成药“八正合剂”等治疗，无明显效果。刻诊：精神抑郁，两胁胀满，舌质紫暗，苔薄、脉弦涩。肛检：前列腺质地较硬，触痛；前列腺液常规：WBC 10 ~ 13/HP，卵磷脂小体少量。西医诊断：慢性前列腺炎。中医诊断：淋证，辨证为气滞血瘀，方投柴胡疏肝散加味。处方：柴胡、香附、陈皮、枳壳各 10g，川芎、白芍、川楝子、王不留行各 15g，甘草 5g。每日 1 剂，服药 15 日，诸症减轻，原方加延胡索 15g，续服 20 日，诸症悉除。肛检：前列腺质地稍硬，无触痛。前列腺液常规：WBC 0 ~ 2/HP，卵磷脂小体满视野。

按：慢性前列腺炎有细菌性与非细菌性之分，而非细菌性前列腺炎（CNBP）占慢性前列腺炎的 64% ~ 90%，许多患者有心理障碍和人格异常的明显表现，往往情绪悲观给患者造成的痛苦超过前列腺炎本身的痛苦，这与中医的肝疏泄功能失常极为吻合。肝主疏泄，足厥阴肝经绕阴器，至小腹。临床上慢性非细菌性前列腺炎大多有肝失疏泄的表现。《景岳全书》之柴胡疏肝散为疏肝名方，方中柴胡、香附、枳壳、陈皮疏肝解郁，理气畅中；白芍、甘草、川芎柔肝缓急，

活血定痛。诸药合用，共奏舒柔肝木、理气解郁之功。现代药理学研究表明：柴胡皂苷对中枢神经系统有明显的抑制作用，能镇静和提高痛阈，而柴胡皂苷明显的抗炎作用；枳壳对平滑肌的收缩与舒张具有调节作用；白芍、甘草有解痉抗炎、调整免疫功能的作用；川芎嗪有改善微循环的作用。研究表明：采用柴胡疏肝散治疗慢性非细菌性前列腺炎，在减轻患者心理压力、缓解临床症状等方面均是有益的。

参考文献

- [1] 于厚南. 柴胡疏肝散加味治疗阳痿 88 例. 四川中医, 1996, 14 (10): 25
- [2] 常建国, 王钢. 柴胡疏肝散治疗男科疾病举隅. 陕西中医, 2003, 24 (3): 272
- [3] 张雪亭. 柴胡疏肝散临证治验举隅. 中华实用中西医杂志, 2005, 18 (1): 79
- [4] 王玉英, 柴根旺. 柴胡疏肝散验案 4 则. 山西中医, 2005, 21 (1): 30
- [5] 冯志成, 尹德辉. 柴胡疏肝散治验六则. 中国基层医药, 2005, 12 (4): 485
- [6] 丁建国, 陈弥. 柴胡疏肝散加减治疗功能性不射精症. 山东中医杂志, 1998, 17 (10): 463
- [7] 常建国, 王钢. 柴胡疏肝散治疗男科疾病举隅. 陕西中医, 2003, 24 (3): 273
- [8] 庄天衢. 柴胡疏肝散治疗非细菌性前列腺炎 58 例. 湖南中医杂志, 2002, 18 (6): 38

第一节 胸壁挫伤

胸壁挫伤是以胸部受到暴力的作用而发生胸肺部软组织损伤的病症，病理表现为胸部的肌肉、血管、肋间神经等软组织的出血、水肿、炎性渗出和粘连。病因多为直接暴力引起。多因踢、打、碰撞、挤压等造成胸、背部皮肤、皮下组织或胸壁深部软组织损伤，强大暴力可引起肋骨骨折、心肺和大血管损伤。胸壁软组织损伤和单根肋骨骨折，有时仅见伤处疼痛，肿胀，咳嗽、深吸气可加重疼痛，若有较广泛的撕裂等损伤，可引起剧烈疼痛，使呼吸运动受到限制，气管、支气管内分泌物难以排出而导致一系列并发症。若相邻的多根多处肋骨骨折，因折断的肋骨前、后端都失去支持，使胸廓的稳定性遭到破坏，形成局部胸壁软化（又称浮动胸壁、连枷胸），若伤及肺、支气管及胸部血管，则可形成气胸、血胸或气血胸，如处理不及时，可引起呼吸和循环的失常或衰竭，甚则死亡。

中医学认为，单纯胸壁挫伤多因络脉受损，血溢于外，以致瘀血停滞。局部瘀血凝滞

又可导致气机运行失常，而出现一系列病变。又肋骨骨折，胸壁软化，胸廓内肺脏受累，清肃失司，痰浊留恋，肺气遏阻，发生咳嗽、胸闷、气促等症。因其病机主要为瘀血停滞、气机运行失常，故在治疗时多以活血化瘀，理气止痛为主。

【临床应用】

邹氏^[1]等以柴胡疏肝散为基本方治疗胸壁挫伤96例，疗效显著。治疗方法：予柴胡疏肝散加减，药物组成：柴胡、川芎、炒小茴香各10g，白芍药、枳壳、陈皮、炙香附、延胡索、川楝子、当归各15g，甘草5g。水煎服，每剂药服2日。每日3次。对疼痛较甚和有肋骨骨折的患者，加用活血定痛散（由九节茶、地龙、三七、乌头、红花等约组成，共研细末，水酒各半调成糊状）敷于患处，每周2次。疗效标准：治愈：疼痛全部或绝大部分消失，局部压痛减轻，无其他并发症存在。有肋骨骨折者，X线片显示骨痂通过骨折线，骨折线消失或接近消失。好转：疼痛大部分消失，局部尚有不同程度的压痛，无其他并发症存在。有肋骨骨折者，X线片显示骨痂通过骨折线，但骨折线未完全消失。无效：治疗后临床症状未减轻，或者发生其他并发症。结果：96例治疗1日后，疼痛即开始减轻。所有病例均获得治愈。其中，不合并肋骨骨折的病例6~10日治愈，合并肋骨骨折的病例31~60日治愈。

按：胸壁挫伤的损伤部位在胸胁部，临床表现为胸胁部疼痛，疼痛较甚，随着时间的推移疼痛逐渐加剧，一般在3~7天左右疼痛达到最高峰，局部轻度肿胀，伴胸胁部作胀。中医学认为，胸部是人体宗气积聚之处，为肺所居，肝所行之部。由于肺主气，肝主疏泄。一旦胸壁受伤必然导致气机失畅，壅滞不通，是为伤气。气伤，必然导致疼痛的发生，即《素问·阴阳应象大论》“气伤痛”。是故患者出现胸胁胀闷疼痛。同时，气为血帅，血为气母，气行则血行，气滞则血瘀，气机不畅，必然导致气滞血瘀。然而，本病毕竟为新伤，尚以气病为主，故治以疏肝行气为主，兼以活血通络。柴胡疏肝散系《景岳全书》之方，本为肝气郁结，胁肋疼痛，寒热往来者设。因其具有疏肝行气、活血止痛之功切合本病病机及治则。气滞得疏，瘀血得散，气血通畅，通则不痛。

第二节 肋软骨炎

肋软骨炎（非特异性肋软骨炎）是一种非化脓性肋软骨肿大。女性发病略多。多位于第2~4肋软骨，单侧较多。本病病因不明。有人认为本病可能与劳损、慢性损伤、病毒感染有关。病理切片肋软骨多无异常改变。临床表现：局部肋软骨轻度肿大隆起，表面光滑，皮肤正常。局部有压痛，咳嗽、上肢活动或转身时疼痛加重。病程长短不一，可自数月至数年不等，时轻时重，反复发作。

本病属于中医“胁痛”范畴，因胁肋部为肝经分布，故其发病与肝脏关系密切。中医认为，本病病因病机有两个方面，其一，肝为刚脏，主疏泄，喜条达而恶抑郁。长期精神不快，心情郁闷，渐至肝气郁结，肝郁则气滞，气滞则血瘀，气血结滞于肋软骨，肋软骨脉络不通，不通则肋软骨痛。其二，肝藏血，体阴用阳，人体阳长有余，阴长不足，而肝脏尤为如此。情志不畅，肝郁日久，郁而化火，暗耗肝阴，肝阴血更显不足，再加上郁结之肝气不能正常疏泄，横逆侵犯脾胃，导致脾胃失其健运，气血生化之源不足，随之又加重肝阴血不足。肝阴血不足，一则筋脉失其濡养而发病；二则体阴用阳功能失常，即肝失疏泄，气机运行不畅，反过来又会加重肝郁气滞。综上所述，心情不畅，气郁血滞，肝阴血不足，肝失疏泄，脾失健运，气血生化不足，互为病因病理结果，相互影响，形成了一恶性循环的病因病机链，致使疾病反反复复，缠绵难愈。西认为本病可能多由于上肢用力端物、牵拉伤、长期负重，使一侧或两侧肋软骨受到损伤，使其骨膜等软组织发生慢性损伤性炎症。根据其病因病机疏肝解郁无疑是治疗本病的重要治则。

【临床应用】

蔡氏^[2]等以柴胡疏肝散加味治疗肋软骨炎21例，疗效显著。治疗方法：方选柴胡疏肝散加味，药用柴胡9g，炒枳壳12g，炒白芍12g，制香附9g，陈皮9g，川芎15g，炙甘草6g。初起痛甚者加延胡索9g、川楝子9g、当归15g、赤芍9g；形成梭形肿物者加穿山甲6g、皂角刺9g、路路通9g、丝瓜络9g；病久痛不甚，反复发作，肿物形

成者加制乳没各 6g、桃仁 6g、红花 9g、牛膝 15g。上方加水 800ml，浸泡 1 小时，水煎 30 分钟，取汁 300ml，次煎加水 300ml，水煎 20 分钟，取汁 200ml，两煎相兑，分早晚 2 次温服。疗效评定标准（自拟）：优：症状完全消失；良：症状缓解，疼痛明显减轻；可：症状缓解，疼痛减轻，有明显肿物形成；差：症状无改善。治疗结果：本组 21 例，疗效最短 9 天，最长 31 天，平均 15.6 天，按上述标准评定，优 18 例，占 82.7%；良 2 例，占 9.5%；可 1 例，占 4.8%，优良率 95.2%。

李氏^[3]等以柴胡疏肝散合逍遥丸治疗肋软骨炎 50 例，疗效较好。治疗方法：两方合用，柴胡 9g，当归、白芍各 20g，香附 6g，枳壳 6g，川芎 9g，薄荷 3g，白术 9g，茯苓 9g，煨生姜 6g，炙甘草 10g。一日一剂，水煎，分早晚两次服用，七天为一疗程，两个疗程结束后观察疗效。方中，柴胡、白芍、甘草为二方共有之药、川芎、香附、枳壳、白芍、甘草为柴胡疏肝散方中之药，当归、白术、茯苓为逍遥丸方中之药。肝郁气滞症状重者，重用柴胡、香附、枳壳；肝阴血不足症状重者、重用当归、白芍、白术、茯苓、甘草。去陈皮，恐其性燥伤及肝阴。治疗结果：痊愈 40 例，好转 10 例，无效 0 例，有效率 100%。

潘氏^[4]等应用柴胡疏肝散配合超激光照射治疗肋软骨炎 31 例，并与单纯西医治疗组对照，疗效显著。治疗方法：治疗组：内服柴胡疏肝散加味。处方：柴胡、制香附、陈皮各 9g，炒枳壳、当归、炒白芍各 12g，川芎 15g，炙甘草 6g。加减：初起痛甚者加延胡索、川楝子、赤芍各 9g，当归 15g；形成梭形肿物者加穿山甲 6g，皂角刺、路路通、丝瓜络各 9g；病久痛反不甚，反复发作，肿物形成者加制乳香、制没药、桃仁各 6g，红花 9g，川牛膝 15g。每天 1 剂，水煎服。配合超激光疼痛治疗仪（日本东京医研株式会社研制），光束直径 10mm，照射治疗强度 100%，设定治疗时间为 30 分钟，（照射持续时间 1 分钟，间隔时间 1 分钟，照射时间共 15 分钟），每天照射 1 次。6 天为 1 疗程，可治疗 2~3 疗程。对照组：指压法找到痛点后，以曲安奈德 40mg、2%利多卡因 2ml 混合注射于痛点肋软骨部的上、下、前各方位，每周 1 次，可以注射 2~3 次。注意进针深度，不可

过深或过浅,药液注入要均匀分布。对利多卡因过敏者禁用。疗效标准:优:局部疼痛和压痛消失,肋软骨肿胀消散,活动不受限;良:局部疼痛明显减轻,压痛轻微,肋软骨肿胀明显缩小,活动时轻微痛、不受限;中:疼痛、压痛减轻,肿胀无变化;差:疼痛、压痛无变化。治疗结果:治疗组:优24例(其中治疗1疗程23例,2疗程1例),良4例,中2例,差1例,优良率90.32%。对照组优16例,良8例,中5例,差2例,优良率77.42%。2组优良率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

按:由于本病发病部位在胸胁处,属中医“胸胁痛”范围。胸胁处乃足厥阴肝经循行之处,如肝气郁滞,失于疏泄,则易形成胸胁痛。柴胡疏肝散原载于《景岳全书》,由柴胡、炒枳壳、炒白芍、制香附、陈皮、川芎、炙甘草组成。功能疏肝行气,和血止痛,主要用于肝郁气滞的胁痛,寒热往来等症。方中柴胡为君药,其味辛苦微寒,入手少阳、足少阳、手厥阴、足厥阴四经,功能条达肝气,疏肝解郁,可散诸经血结气聚;枳壳行气消滞,泄热降浊,与柴胡一升一降,舒畅气机;白芍气味苦酸微寒,为手太阴、足太阴经药,入肝脾血分,“泻肝、安脾肺、收胃气”,并能“益脾,于土中泻木”,柔肝敛阴,与柴胡一散一收,助其疏肝达邪,调和肝脾,而不致升散太过耗竭肝阴,与炒枳壳共为臣药。川芎为治胁痛常用药,《济生方》中枳芎散可治胁肋刺痛不可忍,即枳实、川芎、甘草三味。朱丹溪云:“然芎总解诸郁,直达三焦,为通阴阳气血之使”,李时珍云:“芎,血中气药也,肝若急,以辛补之,故血虚者宜之,辛以散之,故气郁者宜之”。香附辛温芳香,不温不燥,既走气分,又走血分,为气中之血药,气病之总司;陈皮为脾肺二经气分之药,随所配伍而升降补泻。现代药理研究证实本方中多数药物具有抗炎抗肿胀作用。

参考文献

- [1] 邹培,李主一.柴胡疏肝散治疗胸壁挫伤96例.河北中医,2005,27(12):924-925
- [2] 蔡余力,张兴彩.柴胡疏肝散加味治疗肋软骨炎21例报告.甘肃中医,

2002, 15 (3): 21 - 22

[3] 李昌玉, 马艳芳. 柴胡疏肝散合逍遥丸治疗肋软骨炎 50 例. 黑龙江中医药, 2004, (5): 14

[4] 潘伟军, 曾昭明, 李钊. 柴胡疏肝散配合超激光照射治疗肋软骨炎 31 例. 新中医, 2006, 38 (3): 73

第一节 带状疱疹

带状疱疹是由水痘-带状疱疹病毒引起的一种以簇集状丘疱疹、局部刺痛为特征的急性疱疹性皮肤病。水痘-带状疱疹病毒潜伏于脊髓后根神经节的神经元中，当细胞免疫功能下降时被激活而发病。当机体免疫功能低下，如上呼吸道感染、劳累过度、精神创伤、恶性肿瘤放射治疗或应用皮质类固醇激素及一些免疫抑制剂等均可成为本病的诱因。疱疹多沿某一周围神经分布，排列成带状，出现于身体的某一侧，好发于肋间神经、颈神经、三叉神经及腰神经分布区域。临床表现：发病前常有轻度发热，疲倦乏力，食欲不振，全身不适，皮肤灼热刺痛等症状，亦可不发生前驱症状而直接出现丘疱疹。皮损部神经痛为本病的主症之一，但疼痛程度不一，且不与皮损严重程度成正比。疱疹好发于腰腹之间，其次是颈项、面部，呈带状排列，刺痛。有些患者在皮疹完全消退后仍遗留神经痛。

中医学称带状疱疹为“蛇丹”、“蛇窜疮”、“蜘蛛疮”、“缠腰火丹”。认为是感受风

火或湿毒之邪引起，与情志、饮食、起居失调等因素有关。情志不遂则肝气郁结、郁而化热；饮食不节则脾失健运、湿浊内停；或起居不慎，卫外失调，使风火、湿毒之邪郁于肝胆。肝火脾湿郁于内，毒邪乘虚侵于外，经络瘀阻于腰腹之间，气血凝滞于肌肤之表，而发为本病。传统中医辨证认为本病与肝、心、脾脏有关，与肝的关系尤为密切，因而调肝治法为一重要手段。

【临床应用】

康氏^[1]用柴胡疏肝散加味治疗带状疱疹 50 例，临床效果满意。治疗方法：采用柴胡疏肝散为基础方，热毒炽盛者合五味消毒饮加玄参、丹皮、栀子、水牛角；疼痛重者加延胡索、郁金、重楼；病在上加菊花、荷叶，病在下加牛膝；湿毒重者合二妙散加草薢、生苡仁、赤小豆、龙胆草、生地、车前子；皮损糜烂潮湿者，加藿香、透骨草、苦参、茵陈、露蜂房、黄柏水煎加陈醋外敷；脾虚气滞者，加金铃子、郁金、延胡索、生黄芪、白术；阴虚者合一贯煎。治疗结果：本组 50 例，大多数病例经治疗 3~7 天后，皮损逐步消退，疼痛减轻，连续治疗 5~15 天痊愈。治疗时间最长 3 个月，最短 8 天。治疗后皮损消除、疼痛消除者，为痊愈，共 36 例，占 72%；皮损消除、疼痛减轻者，为显效，共 10 例，占 20%；皮损消除、疼痛不减者，为有效，共 4 例，占 8%。

乔氏^[2]等应用柴胡疏肝散合失笑散治疗老年带状疱疹 103 例，疗效满意。治疗方法：以柴胡疏肝散合失笑散为基础方加减。方药组成：柴胡 10g，赤芍、白芍各 10g，川芎 10g，枳壳 9g，陈皮 6g，香附 9g，蒲黄 10g，五灵脂 15g，马齿苋 15g，甘草 6g，淡竹叶 3g。疼痛甚者加醋延胡索 15g、醋郁金 15g、细辛 3g；热象重者加黄芩 10g、大青叶 30g、板蓝根 20g、栀子 10g；痰湿盛者加竹菇 6g、泽泻 15g、大黄 10g；倦怠乏力者加黄芪 15g、白术 10g；肝胆热盛者加龙胆草 10g；血瘀明显者加重蒲黄、五灵脂用量。上药加水 500ml，醋适量，水煎取汁 300ml，每日 1 剂，早晚分服。7 天为 1 个疗程，病情轻者服 1 个疗程，病情重者连服 2~3 个疗程，治疗期间停用其他药物，并保持皮肤局部干燥、清洁，注意休息，忌食辛辣肥甘厚味。治疗结果：103 例中，治愈 88 例，显效 6 例，有效 2 例，无效 7 例，总有效

率 93.2%。

凌氏^[3]等采用柴胡疏肝散内服配合紫金锭研粉外用治疗带状疱疹 30 例,取得了一定疗效。治疗方法:内服药:柴胡疏肝散加味。组方:柴胡 6g,白芍 15g,枳壳 12g,香附 10g,川芎 10g,陈皮 10g,板兰根 10g,蝉蜕 10g,龙胆草 12g,野菊花 12g,七叶莲 30g,甘草 3g。便秘者加大黄 5g,疼痛甚者加延胡索 10g,发热者加黄芩 15g、连翘 15g。用法:上方加 3 倍于药量的水煎服,每日 1 剂,分 3 次服,连服 7 天为 1 个疗程。外用药:紫金锭研粉,加等量青黛,冷开水调和后,棉签沾药涂敷于患处,每日数次。治疗结果:治疗 1 个疗程后,30 例中痊愈 12 例,显效 13 例,有效 4 例,无效 1 例,未愈者继续服药 2~3 周,直至痊愈。患者止疱天数为 2~7 天,平均 5.2 天;止痛天数 1~6 天,平均 3.1 天;脱痂天数 3~17 天,平均 6 天;治愈天数 5~17 天,平均 6.5 天;发热者服药 1 天后热退。全部患者均未发生后遗神经痛及其他并发症。

蔡氏^[4]以柴胡疏肝散加减治疗带状疱疹后遗神经痛 32 例,取得良效。治疗方法:基本方药物组成:柴胡、枳壳各 12g,制乳香、制没药各 6g,白芍 20g,延胡索、川芎、香附各 15g,细辛 3g,甘草 9g。水煎服,日 1 剂,分早晚 2 次口服,10 剂为 1 疗程。加减:胸部疼痛加桔梗 10g;腰以下部位疼痛加牛膝 10g;失眠者加柏子仁 10g;气虚者加党参 10g、黄芪 30g;便秘者加火麻仁 10g。疗效标准:疼痛全部消失,起居正常且规律为痊愈;疼痛大部分消失,不影响日常活动和睡眠为好转;症状无明显改善为无效。治疗结果:32 例中治愈 24 例占 75%,好转 6 例占 18.75%,无效 2 例占 6.25%,总有效率 93.75%。

张氏^[5]等以复元活血汤合柴胡疏肝散加减化裁治疗带状疱疹后遗神经痛 48 例,并与西医治疗组 40 例对照,疗效满意。治疗方法:治疗组以活血化瘀、行气止痛立法,以复元活血汤合柴胡疏肝散加减化裁。柴胡、赤芍、枳壳、香附、川芎、桃仁、红花各 10g,当归 12g,乳香、没药各 9g,忍冬藤、丝瓜络各 15g。年老体虚者加黄芪、党参;体实者加酒制大黄;湿热内蕴、口苦、溲赤加茵陈;余毒未清加穿山甲;脾虚湿盛者加白术、茯苓、薏苡仁;痛在上肢加桑枝或桂

枝；痛在下肢加牛膝；痛在头面加白芷、桔梗，日1剂，加黄酒一小杯，水煎分2次服。对照组用强的松10mg，消炎痛25mg，卡马西平0.2g，均3次/日，5天为1疗程。治疗结果：疼痛完全消失为治愈，结果全部治愈。治疗组5天治愈28例，10天治愈15例，15天治愈4例，20天以上治愈1例；对照组5天治愈10例，10天治愈12例，15天治愈10例，20天以上治愈8例。两组10天内治愈例数进行 X^2 检验有非常显著差异（ $X^2=13.52$ ， $P<0.005$ ）。

【病案举例】

1. 刘某^[1]，男，38岁，2005年3月21日初诊。5日前右肋瘙痒疼痛，次日发现右肋部皮肤红，上有绿豆大成簇水泡，即到当地卫生院治疗，经输液，服西药2天，未见好转，遂来本院治疗。查：右前5~8肋间皮肤微红，有成片破溃水泡，表面潮湿，大小约 $3\times 9\text{cm}^2$ ，呈阵发性疼痛，伴纳差、胸闷、大便秘结、小便黄、舌红、苔黄腻、脉滑数。诊断为火带疮，证属肝气郁滞，湿热蕴结，治以疏肝理气，祛湿解毒，方用柴胡疏肝散加栀子、苍术、黄柏、生苡仁、萆薢、蒲公英、赤小豆、郁金、重楼、延胡索、砂仁、焦山楂，2剂，水煎内服，每日3服，每剂2日；并外用藿香、透骨草、苦参、龙胆草、茵陈、黄柏等药水煎，加陈醋，冷却后外敷。二诊：4天后复诊，疼痛瘙痒均减轻，饮食稍好，查：皮损部皮肤微红，表面稍干，舌、脉象依旧，续用原方内服、外敷各3剂。三诊：6天后再诊，自感皮肤时有微痛，偶有瘙痒，稍纳差；查：皮损部皮肤颜色正常，已干燥结痂，舌微红、苔润微黄，脉稍弦，方用柴胡疏肝散加郁金、重楼、延胡索、栀子、砂仁、神曲、焦山楂，3剂，水煎内服。四诊：又6天后再诊，自述痛痒皆无，饮食稍差，二便调；查：皮损部痂已脱落，局部色素沉着，舌微红、苔薄白润，六脉平和，以香砂六君汤加神曲、焦山楂、砂仁、麦冬、枸杞，2剂内服而愈。

2. 王某^[2]，男，74岁，2001年9月13日初诊。该患者1周来左侧头部出现大片疱疹，灼热疼痛，在某医院诊断为带状疱疹，用病毒唑、维生素B₁、维生素B₁₂、青霉素等注射治疗，表皮疼痛略减，但深部疼痛日剧，特来我科诊治。患者自述左侧头部疼痛难忍，如燎、如揪，呻吟不止，口干欲饮，不思饮食，大便干结。诊见：形体

消瘦,痛苦病容,左侧头部疱疹密布,连接成片,延及眼部,舌质红,苔黄燥,脉沉细数。证属肝郁气滞血瘀,治宜疏肝解郁、活血止痛。处方:柴胡 10g,赤芍、白芍各 10g,川芎 10g,枳壳 9g,香附 9g,醋郁金 15g,醋延胡索 15g,细辛 3g,大黄 10g,大青叶 30g,蒲黄 10g,五灵脂 15g,龙胆草 10g,马齿苋 15g,甘草 6g,淡竹叶 3g。水煎服,日 1 剂。服 5 剂后疼痛明显减轻,但感身倦乏力,遂在原方基础上加黄芪 15g,白术 10g,再进 3 剂,诸症悉除。

3. 胡某某^[3],男,64 岁,离休干部,因右胸肋皮肤水疱并疼痛 3 天,于 1992 年 5 月 10 日初诊。4 天前患者因家事大怒后,感胸肋胀满不舒,次日突然右胸肋刺痛,继之出现红色斑丘疹,随后转变成水疱,于卫生室就医,诊为“带状疱疹”,予病毒灵、板兰根口服,聚肌胞肌注等。治疗 3 日,疼痛无缓解,水疱逐渐增多,病情未控制,来我院就诊。刻下证:右胸肋水疱集簇成群,带状排列,少数已破溃,患处灼热疼痛,夜不能寐,心烦易怒,口苦咽干,尿黄,舌红苔黄,脉弦。辨证为:缠腰火丹(肝郁化火型)。治法:疏肝理气,泻火解毒。方药:柴胡 6g,枳壳 12g,青皮 10g,白芍 20g,香附 10g,板兰根 10g,蝉蜕 12g,龙胆草 12g,野菊花 10g,七叶莲 20g,延胡索 10g,甘草 6g。水煎服,每日 1 剂。同时用紫金锭研粉与青黛调和外敷,两日后疼痛明显减轻,不再出现新的水疱,第 4 日始脱痂,1 周后疼痛消失而痊愈。

4. 某某^[4],女,62 岁,2004 年 4 月 18 日初诊。患者于 1 月前患带状疱疹,原在乡镇医院用病毒灵、复合维生素 B、甲氰咪胍等药物常规治疗,10 余天后皮损痊愈,但疼痛未减,夜晚无法入眠。口服多虑平及各种止痛药物,效果均不明显。来诊时,患者精神疲惫,表情痛苦。自诉右侧腰部及腹部皮肤烧灼样疼痛,已严重影响正常饮食起居。查患处皮肤散在色素沉着,无丘疹、水疱。舌质黯红,苔薄白,脉弦紧。诊断:带状疱疹后遗神经痛。药用:柴胡 12g,枳壳 15g,白芍 20g,延胡索 15g,制乳香、制没药各 6g,川芎 15g,丹参 12g,牛膝 10g,柏子仁、香附各 12g,细辛 3g,甘草 9g。水煎服,日 1 剂。服 5 剂后疼痛明显减轻,夜已能寐。继服 5 剂,疼痛大部分消失,精神好,寐安。去柏子仁加黄芪 30g,再服 5 剂,痊愈。1 月

后电话查访未复发。

5. 张某^[5]，女，62岁。1998年5月左头面部发生集簇性水疱群，沿三叉神经眼支呈带状分布，剧烈疼痛、夜不能寐，伴眼结膜充血，眼眶肿胀。经用阿昔络韦0.25mg加入250ml葡萄静滴，bid×3；聚肌胞2mg，bid×7，肌注；消炎痛25mg，tid×7；强的松15mg，tid×7；氯霉素炉甘石洗剂加入地塞米松针剂10mg，摇匀外搽；可的松眼药水眼部外滴。10天后疹退痂脱，局部遗留色素沉着，但患处呈锥刺样疼痛，活动后加剧，舌质淡暗、苔薄白，脉细弦。为气血凝滞，经络阻遏，不通则痛，治以活血破瘀，通经活络，兼以扶正。处方：柴胡、赤芍、延胡索、白芷、丝瓜络、忍冬藤、桃仁各10g，川芎、红花、乳香、没药各10g，当归12g，黄芪、党参各18g。3剂。服后痛减大半，已能入睡，以后随症加减，共服9剂，即告痊愈。

按：带状疱疹中医传统将其列为“丹”类，由火热、湿邪而致病。《医宗金鉴》将其分为干、湿两类，干者，皮肤赤红起斑，上有血疱疹，灼热疼痛；湿者，皮肤发红，上有黄白水疱，溃烂潮湿。在临床上，根据本病发生的部位，发展的过程及皮损的性质，结合中医传统辨证方法，认为本病的发生发展主要与肝、心、脾三脏关系密切，尤其与肝的关系最为紧密。因情志、内伤，致肝气郁结，久而化火妄动，发于肌肤；或心火炽盛，致肝气郁热，心肝之火热蕴结肌肤而发，故皮肤赤红、灼热、疼痛起疱；或脾虚湿热内蕴，致肝气亦失条达，郁久化热，湿热之邪外泛肌肤，故皮肤泛发黄白水疱、潮湿溃烂疼痛等，治宜疏肝、泻火、理脾、除湿，柴胡疏肝散加味治疗切中病机。初期之时邪气旺盛，故在疏肝解郁的基础上，以清热解毒或健脾除湿为主，再佐以凉血、通络止痛之药；中后期邪去正虚，则在疏肝解郁的基础上，或养血、滋阴柔肝、或健脾益气补虚，则邪去正安，气血充盈，六脉调和。

第二节 斑 秃

斑秃又称“圆秃”，是一种突然发生的头部局限性脱发。一般认为属自身免疫性疾病，与高级神经活动障碍有关，也可能与内分泌障

碍、局部病灶感染、中毒、遗传因素等有关。发病机制可能是血管运动中枢功能紊乱，交感神经及副交感神经失调，引起局部毛细血管持久性收缩，供血障碍，引起毛发营养不良而致本病。精神创伤常为诱发因素。本病多见于青年人，突然出现圆形或椭圆形秃发斑，数目不等，大小不一。局部皮肤无炎症现象，平滑光亮，无任何自觉症状。也有少数病人早期在秃发区可以看到红斑和浮肿。秃发边缘的头发松动，很容易脱落或拔出，拔出时可见发干近端萎缩。个别患者病损区可不断扩大，以致整个头发全部脱光（称为“全秃”）或周身毛发包括眉毛、胡须、腋毛、阴毛等全部脱落（称为“普秃”）。多数患者在一年内脱落的毛发可以重新生出，新生的毛发细软，成黄白色，且可随生随脱，以后逐渐变黑变粗而恢复正常。

中医学认为，发为血之余。若思虑太过，脾胃虚弱，气血化生不足；或房劳不节，肝肾精血亏损；或肺气不足，宣发失司，津液失于敷布；或情志不遂，郁怒伤肝，气机不畅，气滞血瘀，瘀血不去，新血不生，均可导致头皮毛发失于濡养而成片脱落。中医认为肝郁贯穿本病始终，因而采用疏肝解郁方法治疗，可收到良效。

【临床应用】

杨氏^[6]以柴胡疏肝散加减治疗斑秃 100 例，并与对照组对照，疗效显著。治疗组服用中药柴胡疏肝散加减，方剂组成为：柴胡、当归、黄芪各 20g，香附、川芎、丹参、女贞子、酸枣仁、远志各 15g，木瓜、人参各 10g，红花 9g，天麻 6g。夜间多汗加麦冬、五味子；纳差加白术、神曲。每日一剂，2 煎 2 服（儿童用量根据年龄及体重比例酌减）。对照组服用养血生发胶囊，4 粒/次，2 次/天。两组均外用去万液（自配制剂）与丹参注射液的混合液，每日两次（去万液组成：去炎松粉、二甲基亚砷、蒸馏水，生产批号：秦药剂字 [2000] 普 -04 -130），两组均在治疗 6 周后评定疗效。疗效评判标准：按照 Weiss 等提出的疗效标准。痊愈：新发全部生长，分布密度、毛发粗细、色泽同正常头发，拔发试验阴性。显效：新发生长 50% 以上，由较多毳毛变为终毛。好转：新发生长 10% 以上（包括毳毛），但生长缓慢，拔发试验阴性或阳性。无效：无新发生长或新发生长低于 10%，或继续脱发。总有效率 = （痊愈 + 显效）/ 样本例

数 $\times 100\%$ 。结果：治疗组：痊愈20例；显效31例；好转29例；无效20例，总有效率51%。对照组：痊愈2例；显效14例；好转36例；无效48例；总有效率16%。

按：目前认为，斑秃是一种组织限制性的自身免疫性疾病，情志因素是常见的诱因。《黄帝内经·脏腑篇》：“肝者，罢极之本，魂之居也。”魂属精神活动之一。当人们深谋远虑，进行紧张的精神活动时，需要肝气的开发和肝血的供给。失眠多梦，与肝血不足、肝气失调有关。肝脏居中，是气血调整的枢纽，肝脏的疏泄功能并不局限于气机调畅，还涉及到精神活动、物质代谢、神经内分泌活动、血液的运行。《灵枢·本神》：“肝藏血，血舍魂。”“发为血之余”，肝血不足容易产生脱发。肝郁导致气滞使毛发根部失去气血的营养导致斑秃。故在治疗上我们从肝入手，以疏肝解郁、养血安神为主。本组方中柴胡、香附疏肝理气；黄芪、人参、当归、川芎益气养血；酸枣仁、远志养血安神；丹参、红花活血通络，改善头皮的血液循环，促进毛发根部细胞的新陈代谢；木瓜、天麻疏风镇静。现代研究认为，柴胡、丹参均有调整细胞免疫和体液免疫的作用；黄芪、人参、女贞子可明显减少退行期毛囊内细胞凋亡，抑制毛囊进入退行期，诱导和延长毛囊的生长期。

第三节 痤疮

痤疮又称“粉刺”、“青春痘”，是青春期男女常见的一种毛囊及皮脂腺的慢性炎症。好发于颜面、胸背，可形成黑头粉刺、丘疹、脓包、结节、囊肿等损害，常伴有皮脂溢出。青春期以后，大多自然痊愈或减轻。其发病机制尚未完全清楚，初步认为与遗传因素密切相关，与内分泌因素、皮脂分泌过多、毛囊内微生物等也有一定的关系。临床表现：病变多发生在皮脂腺丰富的部位，如面部、胸部、背部等。初起为粉刺（黑头粉刺较为常见，表现为毛囊中出现小黑点，用手挤压可挤出黄白色脂栓；白头粉刺呈灰白色小丘疹，无黑头，不易挤出脂栓），在发展过程中可演变为炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿、瘢痕等。若炎症明显时则可引起疼痛及触痛。

中医学认为,人在青春期生机旺盛,由于先天禀赋的原因,使肺经血热郁于肌肤,熏蒸面部而发为痤疮;或冲任不调,肌肤疏泄失畅而致;或恣食膏粱厚味、辛辣之品,使脾胃运化失常,湿热内生,蕴于肠胃,不能下达,上蒸头面、胸背而成。临床实践中发现由于现代年青人生活节奏快、学习工作压力大,因此肝气郁结、气滞血瘀所致的症状类型也较多,因而疏肝理气、活血化瘀可作为治疗痤疮的一种方法。

【病案举例】

1. 赵某^[7],女,19岁。2002年3月5日初诊。面部痤疮近2年,此起彼伏,经临之前尤为明显。同时月经不规律3年,经来前少腹胀痛,烦热,乳房作胀,大便干结,舌质红,苔薄黄,脉细数。证属肝郁血热,治以疏肝解郁、凉血清热,方选柴胡疏肝散加减。药用:柴胡10g,芍药15g,枳壳15g,陈皮10g,川芎15g,香附15g,牡丹皮20g,栀子15g,甘草10g。每日1剂,水煎分2次服。1周后痤疮渐消退。继用原方巩固治疗,1月后月经来潮,无特殊不适,痤疮已消。

2. 符某^[8],女,29岁,干部。1999年3月2日初诊。述自调来海南工作后开始长痤疮,至今已1年,经多种内外治方法治疗无明显改善。近1个月来痤疮明显增多,并伴见心情烦躁,夜寐不安,月经后期,痛经,经色暗红,有血块。舌质暗红苔薄,脉弦细。诊为痤疮(肝气郁结、气滞血瘀型)。治以疏肝理气,活血散结。用柴胡疏肝散加减:柴胡10g,香附12g,川芎10g,陈皮6g,枳壳10g,赤芍15g,丹皮15g,生甘草6g,当归10g,丹参30g,知母12g,黄柏10g。连服12剂,皮疹逐渐消退,继服15剂痊愈。

3. 林某^[9],女,20岁,学生。1998年7月5日初诊。自述面部痤疮已1年,经面膜等治疗后无明显效果,近1月来明显增多。刻诊:面部皮损呈红色丘疹、粟粒疹、黑头粉刺,伴心情烦躁、夜寐不安、月经错后。舌质红,苔薄,脉弦细。证属肝气郁结,血瘀于内。治宜疏肝理气,活血散结。方用柴胡疏肝散加减:柴胡9g,川芎9g,赤芍药12g,陈皮9g,枳壳9g,香附9g,牡丹皮12g,甘草9g,当归9g,黄柏9g,知母12g,益母草20g。上方连服20剂后,皮疹消退,

诸症痊愈。

按：现代医学认为痤疮与内分泌有关，如雄性激素分泌增多，刺激皮脂腺增生肥大，皮脂腺则分泌增加。在传统医学，痤疮属中医“粉刺”范畴，一般分肺经郁热、肠胃湿热、脾失健运3种类型。但在临床实践中发现由于现代年青人生活节奏快、学习工作压力大，因此肝气郁结、气滞血瘀所致的症状类型也较多。故方用柴胡疏肝散疏肝理气解郁，切合病机故而收效。

参考文献

- [1] 康田. 柴胡疏肝散加味治疗带状疱疹 50 例. 云南中医中药杂志, 2007, 28 (9): 22
- [2] 乔艳贞, 牛章杰. 柴胡疏肝散合失笑散治疗老年带状疱疹 103 例. 吉林中医药, 2004, 24 (5): 32
- [3] 凌湘力, 齐志勤, 谭自民. 中药内外合治肝气郁结型带状疱疹 30 例. 中医研究, 2000, 13 (2): 33-34
- [4] 蔡秀巧. 柴胡疏肝散加减治疗带状疱疹后遗神经痛 32 例. 山东中医杂志, 2007, 26 (9): 618
- [5] 张族群, 张秋生. 活血化瘀法治疗带状疱疹后遗神经痛 48 例. 实用中医药杂志, 2001, 17 (12): 11
- [6] 杨红. 柴胡疏肝散加减治疗斑秃 100 例. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2005, 4 (1): 43
- [7] 陆红. 柴胡疏肝散验案举隅. 吉林中医药, 2006, 26 (11): 61
- [8] 冯志成, 尹德辉. 柴胡疏肝散治验六则. 中国基层医药, 2005, 12 (4): 486
- [9] 吴盛荣. 柴胡疏肝散临床应用. 河北中医, 2000, 22 (8): 604

第一节 耳科疾病

一、耳鸣、耳聋

耳鸣、耳聋都是听觉异常、听力下降的病证。耳鸣是指无外界声音刺激时患者却主观听到持续性声响，是听感受器和传导径路病理性刺激所致。高音调耳鸣提示感音器病变，低音调提示传导径路病变。耳鸣患者多合并听力减退。耳聋则是听力不同程度的减退、甚至完全丧失，其轻者又称为“重听”，重者则称为“耳聋”。耳聋依据病变部位分为传音性、感音性和混合性耳聋。（1）传音性耳聋：见于外耳和中耳病变，如耳道异物和耵聍、中耳炎和鼓膜穿孔等。（2）感音性耳聋：可分为：①耳蜗性聋：内耳病变所致，如迷路炎和中毒等；②神经性聋：听神经病变所致，如听神经瘤、颅底蛛网膜炎等；③中枢性聋：蜗神经核及核上听觉通路病变所致，如脑干血管病、肿瘤、炎症、多发性硬化等，常为双侧。耳蜗性聋与神经性聋可通过重振实验区别，声音强度增高时，前者患耳听力提高近于正常为阳性，

后者无反应。(3)混合性耳聋：传导性与神经性耳聋并存，见于老年性耳聋、慢性化脓性中耳炎。

中医学对耳鸣、耳聋早有认识。《诸病源候论》曰：“肾为足少阴之经而藏精气通于耳。耳宗脉之所聚也。若精气调和，则肾脏强盛，耳闻五音；若劳伤气血，兼受风邪，损于肾脏，耳精脱，精脱者则耳聋。”临床上耳鸣、耳聋既可单独出现、亦常同时并见。二者症状表现虽有不同，但病因病机却基本一致。实证常因外感风热或内伤情志、饮食，致痰湿内生，气郁化火，循经上扰，蒙蔽清窍所致；虚证多由久病体虚，气血不足，劳倦纵欲、肾精亏耗，精血不能上承，耳窍失养所致。

【临床应用】

袁氏^[1]等以柴胡疏肝散加减治疗耳鸣耳聋 68 例，效果满意。治疗方法：以疏肝解郁为法，醋炒陈皮、柴胡、川芎、香附、麸炒枳壳、白芍各 10g，甘草 6g。失眠加远志、龙骨；膈上烦热加桔梗、豆豉、山梔；痰多者加半夏、竹茹；热甚者加黄连、黄芩。水煎，日服 1 剂，5~6 剂为 1 个疗程。疗效标准：①临床治愈：治疗 1~2 个疗程后症状全部消失，恢复正常劳动和工作；②显效：治疗 2~3 个疗程后症状基本消失，恼怒或劳累后有时复发，但症状较轻；③有效：治疗 3 个疗程后，临床症状有所改善，但从事较重劳动或过分恼怒、情绪激动时即复发；④无效：治疗 3 个疗程前后无任何变化者。结果：临床治愈 37 例 (54.4%)；显效 20 例 (29.4%)，有效 10 例 (14.7%)，无效 1 例。

按：耳鸣、耳聋都是听觉异常的症状，以病人自觉耳内鸣响，如闻潮声，影响日常生活的称为耳聋。其病因有风热上受，客邪蒙窍，内有痰火肝热，蒸动浊气上壅。入阳经上入于耳，肝胆之火循经上壅，易成耳鸣耳聋。本病辨证有新久虚实之分，一般新病多因风热、客邪、痰火、肝胆郁热等引起，或因恼怒，多属实证，用柴胡疏肝散加减治疗，效果显著。此外本方在疏肝理气解郁的同时，还能活血、行气、止痛，对有外伤史的耳鸣耳聋患者尤为适宜。

二、慢性分泌性中耳炎

分泌性中耳炎,亦称渗出性中耳炎、卡他性中耳炎、浆液性中耳炎、非化脓性中耳炎等,中耳积液极为粘稠而成胶冻状者,称为“胶耳”。它是以鼓室积液及传导性耳聋为主要特征的一种中耳非化脓性炎性疾病,可分为急性和慢性两种。目前认为咽鼓管功能障碍为本病的基本病因,此外,与感染、免疫反应有关。当咽鼓管功能不良时,外界空气不能进入中耳,中耳内原有的气体逐渐被黏膜吸收,腔内形成负压,引起中耳黏膜静脉扩张、瘀血,血管壁通透性增强,导致中耳积液。西医以清除中耳积液,改善中耳通气引流及病因治疗为原则。

本病属于中医学“耳胀”、“耳闭”的范畴。中医学认为,分泌性中耳炎多因外感风热,循经上扰,闭塞经气;或因失治及反复发作,邪滞日久,气血不畅,痰瘀交阻耳窍所致。慢性中耳炎可分为:①肺经不清、湿浊蕴盛型;②脾失健运、水湿停聚型;③肝气郁结、气机不利型;④痰瘀阻滞型。临床应用疏肝解郁法治疗肝气郁结、气机不利型慢性分泌性中耳炎,疗效显著。

【临床应用】

于氏^[2]等以柴胡疏肝散合通气散加减治疗肝气郁结、气机不利型慢性分泌性中耳炎(表现为:患者耳内胀闷多伴耳鸣、性情急躁,心烦易怒,胸胁胀满,善太息,头昏目眩,舌边尖红、苔薄黄,脉弦或细数弦,鼓膜内陷,多暗红色,穿刺抽出多为黄色较粘稠液)16例,效果显著。治疗方法:柴胡、川芎、陈皮各9g,枳壳、白芍、香附、菖蒲、僵蚕、生地各12g,泽泻15g。每日1剂,煎取药液600ml,早晚各服300ml。治疗结果:治愈9例,有效5例,无效2例,总有效率87%。

按:分泌性中耳炎在西医治疗上大多数采用全身使用抗生素、糖皮质激素、抗组胺药,局部用黏膜血管收缩剂滴鼻,鼓膜穿刺,抽液及置管术等,有一定疗效,但多不理想。本病属中医学“耳闭”、“耳胀”范畴,其发病机制多为耳胀失治或反复发作,移毒停滞耳窍,及久病正虚,气血无力充养耳窍,终致耳窍闭塞失用,因此本病

属本虚标实之虚实错杂之症。本虚，我们认为在本病中多责之于脾、肾二脏，标实则气滞、血瘀、湿阻这三个病理产物，它们在病理变化中产生而滞留于耳窍，不能被正常的代谢运行。因此，治疗时，应遵守扶正与祛邪兼顾的原则，而肝气郁结、气机不利型重要以标实为主，故治疗以祛邪为主，方选柴胡疏肝散和通气散方加减，收效良好。

第二节 咽喉科疾病

一、梅核气

梅核气是指以咽部异物感如梅核梗阻，咯之不出，咽之不下为主要特征的疾病。属于西医咽异感症范畴。咽异感症常泛指各种咽部异常感觉。引起咽异感的病因很多，可分为非器质性和器质性因素两类。非器质性因素主要是由大脑功能失调引起的咽部功能障碍，如咽神经官能症、癔病、焦虑症等。器质性因素有局部病变如咽喉炎症、肿瘤，临近器官病变如鼻部炎症、茎突过长、颈椎增生，远处器官的病变如消化道疾病、心血管疾病、肺部疾病等，全身因素如严重贫血、长期慢性刺激、更年期内分泌失调等。

在古代文献中《内经》最早论及本病，如《灵枢·邪气脏腑病形》说：“心脉……大甚为喉介”，“胆病者……嗑中介介然数唾”。介，乃芥蒂之芥，实为异物感。最早以梅核气命名本病者，可能在明代。朱崇正于嘉靖年间续增《仁斋直指》于卷5“附遗部分”中有“梅核气论述”；徐春甫于1556年辑订《古今医统大全》卷27云：“梅核气者，似饱逆而非饱逆，似痰气窒塞于咽喉之间，咯之不出，咽之不下，如梅核之状，故俗谓之梅核气。江南之地比比云之。故从而附之”。关于本病病机证治，可分为三类。一是从脏腑认识，认为由心、肝、胆、脾、胃等脏液失调所致。治在调理脏腑。二是从气血津液认识，主要因“郁”所致，属郁证范畴。郁者，气滞、痰凝、血瘀、食积，治在开郁、顺气、化痰、行瘀、消食，酌兼温、清等法。三是从“逆气里急，冲脉为病”认识。治以养血和冲，行气降

逆。临床上对于因“郁”所致梅核气，治疗时应以疏肝理气、开郁散结为治则。

【临床应用】

崔氏^[3]等以柴胡疏肝散加减治疗38例梅核气病，取得较好疗效。治疗方法：柴胡15g，白芍10g，枳壳10g，香附10g，苏梗12g，旋覆花10g，佛手花10g，甘草6g。水煎服，每日1剂，10日为1个疗程，两个疗程后评定疗效。疗效标准：痊愈：咽部异物感等症状消除；好转：咽部异物感等症状减轻；未愈：咽部异物感无明显变化。结果：痊愈26例，好转12例。总有效率100%。

【病案举例】

1. 韩某^[4]，女，50岁，于1999年11月10日就诊。因生气后郁闷而睡，醒后感咽部如痰液粘着，微干，时欲咳吐，常因咯吐而呕恶、善太息。舌质淡胖，苔白，脉沉弦。此为肝郁痰阻之证。方以柴胡疏肝散加减。处方：柴胡12g，香附15g，川芎10g，枳壳12g，白芍12g，半夏12g，茯苓15g，玄参20g，射干10g，甘草6g。1日1剂，水煎分服，5剂后咽部粘着感略有好转，上方加贝母12g、薄荷6g。连用10剂，症状消失，再未复发。

2. 孙某^[5]，女，50岁，1989年11月2日初诊。患者咽中异物感近2个月，总似有一物堵于咽喉部，吞之不下，吐之不出，咯又无痰，咽部不充血，自疑食道癌，经五官科及钡餐检查无阳性可见，而症状不见减轻，由于对本病的认识不足产生焦虑失眠、急躁易怒，因之影响食欲，晒干，上腹闷胀，舌苔白，脉滑。此证在马氏《医略存真·咽喉篇》云：“会厌梗硬，咽中似有物塞，言语咽唾妨碍，饮食则如常者曰梅核气。多得之忧思郁结或怒动肝火，痰气阻结咽喉，甚则脾胃之气不展，胸肺闷塞不畅，治宜顺气化痰解郁”。方用柴胡疏肝散合半夏厚朴汤，重在化痰。药用半夏9g，厚朴9g，陈皮9g，柴胡6g，枳壳6g，炒白芍9g，苏梗6g，生姜4~5g，浙贝9g，香附6g，玄参15g，炙甘草4~5g，进8剂，豁然愈。

3. 李某某^[6]，女，28岁，工人，患者自述咽喉如物堵塞，咽干，胸闷，善太息，每遇刺激性气味则阵发咳嗽，无痰。查：咽部略红，有滤泡。舌淡红，苔薄白，脉弦。西医诊为慢性咽炎，中医诊为梅核

气(气滞痰凝证),用柴胡疏肝散加味治之:柴胡 10g,白芍 10g,陈皮 12g,枳壳 10g,香附 10g,川芎 10g,炙甘草 6g,杏仁 10g,茯苓 15g,炙百部 10g,炙枇杷叶 10g。服药十剂,症状消失而痊愈。

4. 李某^[7],男,21岁,学生。2002年5月28日初诊。患者咽堵似有物不出三四年。现症:咽堵似有物,吐之不出,咽之不下,咽下噎塞不适,咯吐白色黏痰,晨起刷牙、漱口则恶心。不咳嗽,食欲可,二便可。急躁易怒,但自己控制很少外发,善太息。舌红,苔中后稍黄,脉弦,右脉沉取无力,左脉涩。处方:柴胡、白芍、枳壳、香附、陈皮、川芎、炙甘草、丹皮各 10g,当归 15g,桔梗 20g。5 剂。水煎服,每日 1 剂。2002 年 6 月 4 日二诊:咽部仅微觉不适,痰液已变稀,量减少,晨起刷牙、漱口已不恶心。舌红苔稍厚,苔根稍黄,右脉弦,沉取已稍有力,左脉弦涩。处方:柴胡、白芍、枳壳、香附、陈皮、炙甘草、丹皮、桃仁、红花、丹参、菟丝子、怀牛膝、焦山楂、炒麦芽各 10g,川芎、当归各 15g,桔梗 20g。5 剂水煎服,每日 1 剂。尽剂痊愈。

按:本病多见于女性,属情志内伤所致咽部感觉异常性疾病。病人常感咽部有异物梗阻,状如梅核,吐之不出、咽之不下,但无咽痛及吞咽困难。其症状与情绪波动密切相关,在心情愉快,工作繁忙时,症状可减轻或消失;心情抑郁或注意力集中于咽喉部时则阻塞感加重。病因病机多由情志抑郁致肝气郁滞,疏泄失常,木不疏土,脾失健运,痰湿内生,痰气交结上阻于咽所致。故治以疏肝理气、开郁散结。柴胡疏肝散加减方,切合病机,故收效显著。

二、慢性咽炎

慢性咽炎系咽部黏膜及黏膜下和淋巴组织的慢性炎症,常为上呼吸道慢性炎症的一部分,病程较长,多为急性咽炎反复发作所致。病理分为慢性单纯性咽炎、慢性肥厚性咽炎、萎缩性咽炎和干燥性咽炎等。临床上主要表现为咽异物感、灼热感、干燥感或微痛感、刺激性咳嗽等种种不适的症状,检查可见咽部黏膜慢性充血,咽后壁淋巴滤泡增生或咽侧索肥厚,或咽部黏膜干燥萎缩。西医治疗以去除病因及局部用药为主,肥厚性咽炎者可配合应用激光、微波等治疗。

慢性咽炎隶属于中医学“慢喉痹”范畴，是咽部黏膜及黏膜下组织、淋巴组织的弥漫性慢性炎症，以咽中不适为主症。多因急性咽炎治疗不当、反复发作或临近组织的慢性炎症所致。此外，过多吸烟、饮酒，粉尘、烟雾及有害气体等的刺激，教员、演员长期用声过度也是常见的致病因素。中医学根据其病因病机及临床表现不同，有“虚火喉痹”、“珠帘喉痹”等名称。多因素体肺肾阴虚，虚火上炎，灼伤阴津；或风热喉痹反复发作，余邪留滞，伤津耗液，使咽喉失于濡养；大声呼号，用嗓不当，耗气伤阴，损及咽喉脉络；气血痰瘀互结而致。

【病案举例】

周某，女，32岁，干部。2002年9月24日初诊。患者慢性咽炎多年，近日咽痛，咽部总有痰，胸闷，心情抑郁不爽，经前乳胀，急躁易怒，食欲不振。咽部检查咽壁色红，咽后壁有淋巴滤泡增生。舌稍红苔白，脉弦细无力。处方：柴胡、枳壳、香附、陈皮、炙甘草、薄荷、丹皮、桃仁、红花、紫草、生白术、连翘、桔梗、苏梗各10g，当归、赤芍各15g，白芍25g，川芎30g。5剂。水煎服，1日1剂。2002年10月1日二诊：咽已不痛，后壁滤泡已除，痰爽，心情较愉快，食欲可，脉稍有力。停药观察，至今未复发^[7]。

按：慢性咽炎，病在咽部。《灵枢·经脉》云：“肝足厥阴之脉，……，上贯膈，布胸胁，循喉咙之后，上入颃颥”，滑伯仁云颃颥乃“咽颃也”，即指喉头和鼻咽部，故咽部与足厥阴肝经关系密切。慢性咽炎多为气机郁滞，且该患者有心情抑郁不爽，经前乳胀，急躁易怒，脉弦等肝气郁滞之征，故以柴胡疏肝散为主。除此之外，慢性咽炎患者咽后壁多有淋巴滤泡增生，临床体会此多为气滞血瘀为患，加用桃仁、红花、川芎、赤芍、当归等活血化瘀之品，取效快，效果好，并可以消除慢性咽炎的复发之因。

参考文献

- [1] 袁盖国，马正林．柴胡疏肝散加减治疗耳聋68例．中国社区医师，2005；(17)：41

- [2] 于少林, 韩斌. 辨证治疗慢性分泌性中耳炎 61 例. 陕西中医, 2002, 23 (9): 792 - 793
- [3] 崔中芹, 何晓燕. 柴胡疏肝散加减治疗梅核气病 38 例体会. 临床心身疾病杂志, 2004, 10 (1): 50
- [4] 李文艳. 柴胡疏肝散临床应用拾零. 甘肃中医, 2001, 14 (6): 43
- [5] 师文瀚. 柴胡疏肝散临床治验. 甘肃中医, 1995, 8 (1): 21
- [6] 贾育新, 贾育松. 柴胡疏肝散新用. 甘肃中医学院学报, 1998, 15 (1)
- [7] 田元祥, 赵建新. 柴胡疏肝散的临床新用. 陕西中医, 2003, 24 (12): 1131 - 1132

外伤性瞳孔散大

眼睛受伤，造成损伤性动眼神经麻痹或虹膜睫状体挫伤可致外伤性瞳孔散大，可经久不愈。外伤性瞳孔散大者，其对光反射（不论直接还是间接）均有一定程度的迟钝、欠持久甚至消失等改变。在室内柔和灯光下，自然睁眼时，患眼与健眼相比，瞳孔直径大于健眼未达1倍时，其瞳孔散大为轻型；瞳孔直径大于健眼超过1倍时，则为重型。瞳孔散大可影响近视力，并易导致视疲劳及其畏光等不适，一定程度上影响日常生活。此类不良反应均以重型瞳孔散大为明显。外伤性瞳孔散大，多发生在眼球钝挫伤之后，在钝力作用下，通过震荡和钝力传递作用而波及眼球组织，瞳孔括约肌及睫状肌常因挫伤而发生部分麻痹，导致瞳孔散大及调节障碍。

中医认为眼球受钝力撞击，脉络受损，气血逆乱，气滞血瘀，气机郁滞而形成“瞳孔散大症”。因而治疗时应疏调气机，调和气血。

【病案举例】

1. 某男^[1]，48岁，干部，1986年9月18

日初诊。因右眼外伤，视物不清 15 天，曾在某市级医院诊断为右眼钝挫伤，外伤性瞳孔散大。遂予维生素 B₁、维生素 B₁₂ 肌肉注射及烟酸片口服，疗效不佳，求皮氏医治。查视力：右眼 0.7，左眼 1.5；近视力：右眼 0.5，左眼 1.5。右眼角膜光泽，瞳孔扩大约 5mm，对光反射迟钝。眼底检查：右眼视乳头边界清，色淡红，视网膜反光略强，中心凹光反射隐约。患者心烦失眠，情志抑郁，胸闷不舒，舌质暗红、苔薄白，脉弦。诊断：外伤性瞳孔散大。中医辨为肝郁血瘀证。治以疏肝解郁，佐以祛瘀。处方：赤芍 20g，醋炒香附、川芎、柴胡、枳壳各 10g，五味子 3g，陈皮 6g，甘草 5g。服 5 剂后，诉视物较前清晰，查右眼视力 0.9，眼底视网膜黄斑部红晕存在，中心凹光反射可见。仍守原方 10 剂，配合服明目地黄丸 10g，每日早、晚各服 1 次。再复诊：查右眼视力 1.0，瞳孔约 3.5mm 大小，对光反射正常，随访 1 年，瞳孔大小正常。

2. 某女^[1]，56 岁，1996 年 10 月 7 日初诊。患者因被晒衣架击伤左眼 3 天，自行用氯霉素滴眼液点眼，未见好转，自觉视物不清，遂来院就诊。查视力：右眼 1.0，左眼 0.2，近视力右眼 0.5，左眼不能近视，矫正视力右眼用 +2.50DS 矫正 1.0，左眼矫正无助。左眼角膜光泽，瞳孔扩大为 5.5mm 大小，对光反射迟钝；裂隙灯下可见晶状体前皮质有条片状混浊，前房深浅适中，测眼压正常。眼底检查：视乳头边界尚清，色淡红，动脉走向平直，普遍变细，A:V=1:2，动静脉交叉处轻度受压，黄斑部红晕存在，中心凹光反射可见。患者精神抑郁，急躁，左胸憋闷疼痛，有冠心病史。查心电图示：V₃、V₅ 导联 ST 段水平下移 0.05~0.1mV，aVF 导联 T 波倒置。舌淡紫、舌边有瘀斑、苔薄白，脉弦。诊断：左眼外伤性瞳孔散大，外伤性白内障？冠脉供血不足。中医辨为肝郁血瘀证。治以疏肝解郁祛瘀。处方：赤芍 20g，醋炒香附、川芎、当归尾、枳壳、柴胡、川牛膝各 10g，五味子 3g，甘草 5g。服 5 剂，胸闷、急躁等症减，视力左眼增至 0.3，瞳孔略有缩小，续守方 15 剂，并加服复方丹参滴丸每次 10 粒，每日 3 次。11 月 2 日复诊：查左眼视力 0.4，近视力 0.1，矫正 +2.50，DS=0.4，左眼角膜光泽，瞳孔约 4mm 大小，对光反射正常；裂隙灯下仍见晶状体前皮质混浊，随访至今视力无下降，瞳孔大小正常。

按：外伤性瞳孔散大，多发生在眼球钝挫伤之后，在钝力作用下，通过震荡和钝力传递作用而波及眼球组织，瞳孔括约肌及睫状肌常固挫伤而发生部分麻痹，导致瞳孔散大及调节障碍。中医认为眼球受钝力撞击，脉络受损，气血逆乱，气带血瘀，气机郁滞而形成“瞳孔散大症”。肝开窍于目，目为肝所主，中医治以疏肝解郁，活血通络为主，方中柴胡疏肝解郁为君药；赤芍祛瘀行滞；川芎为血中气药，协同枳壳、陈皮共奏疏肝理气之功，香附疏肝解郁，调理气机，用醋炒能起酸收积聚之力共为臣药；五味子补元气不足，收耗散之气为佐药；甘草调和诸药为使药。诸药合用，共奏疏肝解郁，活血通络，以达瞳神散大收复之功。

参考文献

- [1] 皮国香. 柴胡疏肝散加味治疗外伤性瞳孔散大验案2则. 新中医, 1998, 30 (1): 50

口疮

口腔溃疡俗称口疮，发病部位多见于口腔黏膜及舌的边缘，常是白色溃疡，周围有红晕，十分疼痛，特别是遇酸、咸、辣的食物时，疼痛更加厉害，以致美味佳肴都不愿品尝。虽是口腔小疾，却令人痛苦不堪，甚至坐卧不宁，寝食不安，情绪低落。大多数医生认为，口腔溃疡与以下因素有关：①消化系统疾病及功能紊乱，如腹胀、腹泻或便秘等情况。②内分泌变化：有些女性患者往往在月经周期发生，可能与体内雌激素量下降有关。③精神因素：有的患者在精神紧张、情绪波动、睡眠状况不佳的情况下发病，可能与植物神经功能失调有关。④遗传因素：如父母双方均患有复发性口腔溃疡时，其子女约有 80 ~ 90% 患病，若双亲之一患此病时，其子女约有 50% ~ 60% 患病。⑤其他因素：如缺乏微量元素锌、铁、叶酸、维生素 B₁₂ 等，可降低免疫功能，增加复发性口腔溃疡发病的可能。西医主张服用维生素 B₂ 及抗生素治疗。

中医多分实证与虚证，认为脾胃积热，心火上炎或虚火上浮是本病病机，治以清热解

毒，通腑泻热或滋阴清热，投以凉膈、泻心导赤或地黄丸之类。但若口舌生疮与情绪变化有明显关系或伴有明显的情志表现，则应考虑运用疏肝解郁法治疗。

【病案举例】

患者李某，女，53岁。1994年3月就诊。自1990年开始，舌及口腔黏膜经常出现1个或多个溃疡面，时轻时重，反复发作，甚则影响进食和工作，每于心情不好或工作紧张时加重，经多方治疗而无效。查患者舌两边及颊黏膜上有大小不等3个溃疡面，直径约2~3mm，周围红肿中间凹陷色白，疼痛难忍，观其舌红苔白，脉弦，此乃肝气郁结，郁而化火，郁火上炎所致，治以柴胡疏肝散加清热解毒药。处方如下：金银花20g，黄芩、白芍各15g，陈皮、枳壳、连翘各12g，柴胡、香附各10g，川芎9g，薄荷6g，甘草3g，水煎服，5剂后疼痛减轻，溃疡渐平，去金银花上方继服5剂，溃疡全部平复，随访1年未见复发。

按：中医认为脾胃积热，心火上炎或虚火上浮是口疮发病的病机，治以清热解毒，通腑泻热或滋阴清热，投以凉膈、泻心导赤或地黄丸之类。而该患者诸法用遍而效果欠佳，分析患者每因心情不好或工作紧张而发病，说明与肝郁有关。《医方考》曾说：“木能生火，故口疮。”本患者每因心情不畅而致肝气郁结，郁而化火，循经上炎发为口疮，郁火不散，口疮不愈，方用柴胡疏肝散疏肝理气，养血止痛，再加清热解毒之品以散郁热，使肝木条达，

郁火得散，热毒得清，则口疮自然痊愈。

参考文献

- [1] 常宗范. 柴胡疏肝散临床应用举隅. 陕西中医, 2003, 24 (2): 174-175

下

篇

实验研究

柴胡疏肝散制剂研究

《景岳全书》中的“柴胡疏肝散”，是舒肝理气、和血止痛的常用方剂，消化内科常用于治疗乙型肝炎、慢性胆囊炎、肝功能损害、胃炎、反流性食管炎、消化性溃疡等病，此外临床还用于治疗偏头痛、失眠、乳腺增生、不孕症、厌食、阳痿、肋软骨炎、带状疱疹、痤疮、耳鸣、耳聋、中耳炎、慢性咽炎、口疮等均有一定疗效。其中成药在市场上主要以水泛丸多见。现对其临床应用^[1]具体介绍一下：

一、治疗男性不射精症和不育症

赵国仁^[2]应用柴胡疏肝散加减治疗男性不射精症患者，效果显著。用本药治疗 19 例患者痊愈 17 例，治愈率为 89.5%。另有人用柴胡疏肝散（丸）治疗男性不育症患者 65 例，均选择夫妇婚后同居三年以上，精子密度每毫升低于 2 千万，成活率低于 65%，并伴有不同程度的性功能异常等。结果：65 例中，经用药 3~5 个月后，治愈者（性功能恢复，精液常规检查已达生育标准，其配偶已怀孕）35 例，占 53.8%；有效者（性功能改善，精液已达最低生育标准）19 例，占 29.2%；无效者（治疗前后未见明显变化）11 例，占 16.9%。总有效率为 83.1%。用法：取柴胡

疏肝散（丸），每次服1丸，日服3次，温开水送服。

二、治疗乙型肝炎

据报道，潘毓仁^[3]用柴胡疏肝散（丸）加减治疗乙型肝炎患者80例，其中显效者32例，有效者5例。总有效率为46.3%。

三、治疗睾丸炎

有人用柴胡疏肝散（丸）治疗睾丸炎患者50例，其中治愈者（睾丸肿痛及伴随症状消失，体温及白细胞恢复正常，随访1年以上未复发）46例，占92%；显效者（睾丸肿胀经治疗15~30天后基本恢复正常）4例，占8%。治愈时间最短者5天，最长者半个月。张宏俊^[4]用柴胡疏肝散加味治疗睾丸炎患者37例，其中临床治愈者32例，显效者4例，无效者1例（后经诊断为睾丸癌）。

四、治疗闭经

采用柴胡疏肝散（丸）治疗闭经，系为气血不足，肾虚冲任亏损，血海空虚之闭经。用法：取柴胡疏肝散（丸）口服，每次1丸，日服3次，黄酒和温开水各半送服。结果：用柴胡疏肝散（丸）治疗闭经患者41例，治愈者（治疗后月经来潮，并出现双相基础体温，温差大于0.4℃，后期上升8天以上，阴道细胞涂片出现周期性变化或已怀孕）32例，占78.1%；有效者（治疗过程中月经来潮，但基础体温单相，阴道细胞涂片好转）7例，占17.1%；无效者（治疗3个月以上仍无月经来潮）2例，占4.9%。总有效率为95.1%。用药期间，忌生冷、油腻、刺激性食物。

五、治疗手术后肠粘连

手术后的腹腔粘连，大多可以自行消失，如不能消散会给患者带来较大的痛苦。本病属中医“腹痛”、“癥瘕”等范畴。有人用柴胡疏肝散（丸）治疗手术后肠粘连患者16例，经服药10~15天后，其中治愈者13例，好转者1例，无效者1例，总有效率为93.8%。

参考文献

- [1] 李世文, 康满珍. 中成药新用途. 第1版. 北京: 人民军医出版社, 2002. 264 - 265
- [2] 赵国仁. 柴胡疏肝散加减治疗不射精症. 浙江中医杂志, 1990, 25 (6): 253 - 253
- [3] 潘毓仁. 柴胡疏肝散加减治疗乙型肝炎 80 例疗效分析. 云南中医杂志, 1984, (5): 19
- [4] 张宏俊. 柴胡疏肝散加味治疗睾丸炎 37 例. 陕西中医, 1993, 14 (2): 54

第一节 柴胡疏肝散中组成中药的药理研究

一、柴胡

(一) 中枢神经系统作用

1. 解热作用 用热刺法使兔发热后口服柴胡煎剂 5g/kg, 1.5 小时后可使体温恢复正常或更低些, 随后又上升至正常^[1]。柴胡对过期伤寒混合疫苗、精制大肠杆菌细胞壁获得的脂多糖等所致家兔发热, 也有明显的解热作用^[2]。对三联菌苗致热的家兔, 柴胡茎煎剂无解热作用; 柴胡根煎剂及茎叶水蒸汽蒸馏液配制成的注射剂有较好的解热作用。解热作用前者似与所含皂苷有关, 后者则为挥发油^[3]。粗皂苷对大鼠腹腔注射肠伤寒、副伤寒混合疫苗所引起的发热有明显的抑制作用, 而且使正常体温也明显下降^[4]。柴胡皂苷元 A 也有显著的退热降温作用^[5]。

2. 镇痛作用 柴胡粗皂苷口服对小鼠尾压迫法和醋酸扭体法均有镇痛作用^[4,6]。北柴胡总苷对电击鼠尾法所致疼痛有明显的镇痛作

用,但北柴胡挥发油无镇痛作用^[7]。

3. 镇静作用 许多实验证明,多种柴胡的制剂以及柴胡的根、果实中提取的柴胡粗皂苷及柴胡皂苷元 A 等均有明显镇静作用,小鼠口服柴胡粗皂苷 200 ~ 800mg/kg 即可出现镇静作用^[2,6,8]。粗皂苷对大鼠的条件性回避、逃避反应均有明显的抑制,并认为可能有安定作用^[9]。小鼠口服大叶柴胡与柴胡提取的皂苷 500mg/kg,及柴胡皂苷元 A 均能延长环己巴比妥钠的睡眠时间^[9,10]。后者腹腔注射 100mg/kg 小鼠攀登实验也表现抑制作用,并能拮抗甲基苯丙胺、去氧麻黄碱及咖啡因对小鼠的兴奋作用^[9,12]。

4. 镇咳作用 柴胡粗皂苷具有较强的镇咳作用^[6,8,9,11,12]。

(二) 抗炎作用

柴胡干燥根经甲醇提取得柴胡总皂苷,能明显抑制大鼠由右旋糖酐引起的足浮肿,剂量增加抑制作用也增强,大鼠去两侧肾上腺后抑制作用明显减弱^[13]。柴胡皂苷对许多炎症过程(包括渗出、毛细血管通透性、炎性介质的释放、白细胞游走和结缔组织等)都有影响^[14]。柴胡总皂苷对醋酸引起的小鼠腹腔液渗出有明显的抑制作用^[13]。柴胡皂苷 A 和 D 及粗皂苷,均有抗渗出(肉芽囊法)和抗肉芽肿(棉球肉芽肿)作用^[9,10]。实验还证明柴胡皂苷的抗炎强度与强的松龙相似^[15]。

(三) 对免疫功能的影响

北柴胡能明显促进小鼠二次免疫后绵羊红细胞抗体形成;对破伤风毒素免疫四次后的家兔抗毒素产生无明显影响,但对白细胞移动抑制有明显增强作用^[16]。柴胡多糖可显著增加小鼠脾系数、腹腔巨噬细胞吞噬百分数及吞噬指数和流感病毒血清中的抗体滴度,但不影响脾细胞分泌溶血素,柴胡多糖对正常小鼠迟发超敏反应(DTH)无作用,但可以完全及部分恢复环磷酰胺或流感病毒对小鼠 DTH 反应的抑制。柴胡多糖还能明显提高 ConA 活化的脾淋巴细胞转化率及天然杀伤细胞的活性。实验结果表明柴胡多糖能提高小鼠体液和细胞免疫功能,并使免疫抑制状态有一定程度的恢复^[17]。

(四) 对消化系统的作用

1. 保肝利胆作用 柴胡、甘草及甘柴合剂能明显减轻四氯化碳引起的大鼠肝损害(如肝细胞变性、坏死等),使肝细胞内蓄积的肝糖原及核糖核酸含量大部分恢复或接近正常,使血清转氨酶活力显著下降,并有使肝硬变减少,抑制纤维增生和醋劲纤维吸收的作用,其中甘柴合剂的效果最好^[2,18,19]。另有实验证明柴胡有利胆作用,以果壳为最强,花的作用较弱,其利胆作用成分可能是黄酮^[2]。

2. 对胃肠道的影响 大鼠幽门结扎试验表明柴胡粗皂苷能明显地抑制其胃液分泌,使胃蛋白酶活性减低,并且有减少溃疡系数的倾向^[9,20]。柴胡皂苷可提高胃的 pH 值,并抑制胃液分泌^[12]。柴胡粗皂苷对离体豚鼠小肠能增强乙酰胆碱引起的收缩作用,但对组织胺引起的收缩无任何影响,提示粗皂苷可能具有抗胆碱酯酶作用^[9]。但是柴胡含有山萘苷的黄酮提出物对离体肠肌具解痉作用^[21]。

(五) 对心血管系统的作用

柴胡皂苷对离体蛙心及豚鼠离体心耳有抑制心肌的作用^[22]。含山萘苷的黄酮提出物对离体蛙心则具有增强心脏收缩幅度的作用,但不改变其频率^[23]。此外,粗皂苷有明显的溶血作用^[9]。

(六) 对肾脏排尿的影响

对水负荷的大鼠,口服柴胡 400mg/kg,能抑制排尿,而大剂量 800mg/kg,则促进排尿,后一种情况大概是由于从消化道比较多量吸收的粗皂苷刺激肾小管细胞所致^[9]。临床药理观察到人口服柴胡颗粒剂时,小剂量对水分排泄功能低下者有显著的利尿作用,大剂量则无利尿作用,并出现手脚面部浮肿、肩与颈部肿胀明显、胸下部压迫性钝痛等症状^[24]。

(七) 抗肿瘤作用

柴胡皂苷 D 对小鼠艾氏腹水癌有抑制肿瘤生长作用,且能明显延长动物的生存时间^[25]。

(八) 对病原体的作用

体外试验证明, 柴胡对结核菌的生长有抑制作用, 对钩端螺旋体及牛痘病毒也有抑制作用^[2,26,27]。柴胡煎剂常用于治疗疟疾, 效果良好, 因而推断柴胡有可能通过阻止疟原虫发育而产生杀灭作用^[3]。

(九) 对代谢的影响

1. 对蛋白质的影响 柴胡皂苷 A、C、D 混合物能明显增加大鼠肝切片的蛋白质生物合成, 使亮氨酸 - 14C 掺入蛋白质明显增加^[28,29]。

2. 对血糖的影响 柴胡口服后可使血糖迅速上升, 0.5 ~ 1.0 小时达到高峰, 随后逐渐下降, 于第 5, 6 小时恢复原水平^[30]。

3. 对脂质代谢的影响 实验证明, 柴胡对正常家兔血清胆固醇及磷脂无影响, 但对人工饲以胆固醇的实验兔则可使胆固醇、磷脂比值升高^[31]。柴胡皂苷能抑制肾上腺素和 ACTH 诱导的脂库中的脂肪分解作用, 也抑制胰岛素促进脂肪生成的作用, 使血中脂肪量降低^[32]。柴胡皂苷还能使摄取含胆固醇 (1%)、胆酸 (0.5%) 饲料大鼠的血浆胆固醇与甘油三酯降低, 且以后者较为明显^[28]。柴胡皂苷 A、D 与皂苷元 A、D 均有降低血胆固醇作用, 此作用系与柴胡皂苷增加胆固醇和它的代谢物从胆汁与粪便排泄有关^[9,11,29]。

4. 对常压缺氧的影响 小鼠实验表明, 北柴胡茎叶提取的总黄酮 100mg/kg 或 150mg/kg 腹腔注射有一定的耐常压缺氧作用^[33]。

二、川芎

(一) 对心脏的作用

川芎嗪对豚鼠心脏有剂量依赖性抑制心肌收缩的作用^[34]。盐酸川芎嗪在缺氧前和缺氧时快速从灌流管中注入, 可使离体豚鼠心脏心肌收缩减弱、舒张功能下降、心率减慢^[35]。川芎嗪能明显增加大鼠心输出量^[36]。川芎大剂量时有显著抑制钙内流的作用^[37]。川芎嗪对心肌有剂量依赖性负肌力效应, 此作用能被钙剂可逆拮抗, 但不能被

异丙肾上腺素逆转,表明该药主要是阻滞了电压依赖性慢通道并非特异性受体竞争性拮抗剂,因此,认为川芎嗪是一种新的“钙拮抗剂”^[38]。

(二) 对冠脉流量的影响

川芎及其提取物均具有扩张冠脉、增加冠脉流量、降低心肌氧耗等作用。川芎对大鼠离体心脏,给药后15~30分钟冠脉流量增加,呈线性量效关系;对离体大鼠心肌缺血模型,给药后显著抑制冠脉痉挛,增加冠脉流量^[39],川芎嗪对离体豚鼠灌流心脏有剂量依赖性增加冠脉流量的作用^[34]。

(三) 对心肌缺血和心律失常的保护作用

川芎嗪、川芎啖、川芎生物碱及酸性部分腹腔注射均有抗低压缺氧作用^[40-43]。川芎嗪对家兔心肌缺血再灌注损伤有保护作用^[44]。对结扎冠状动脉造成犬实验性心梗有缩小梗塞范围、减轻病变程度、减少心肌坏死量的作用^[45]。川芎嗪可对抗哇巴因所致的实验性心律失常和 CaCl_2 所致的小鼠室颤^[46]。

(四) 对周围血管和血压的影响

川芎嗪能扩张肺血管,抑制急慢性缺氧引起的大鼠肺血管收缩和肺动脉升压反应,抑制缺氧时肺小动脉中膜增厚和右心室肥大。川芎嗪对失代偿期肺心病患者可扩张肺血管,降低肺动脉的平均压和肺血管阻力,增加心输出量^[47],对血管内皮细胞有保护作用,并可减轻毛细血管通透性。川芎浸膏、水浸液、乙醇水浸液、乙醇浸出液和生物碱对犬、猫、兔等麻醉动物,不论肌肉注射或静注均有显著而持久的降压作用^[48-51]。

(五) 对脑循环的作用

川芎能显著增加兔脑血流量,其作用优于罂粟碱及低分子右旋糖酐^[52,53]。川芎嗪可使麻醉犬脑血流量显著增加,血管阻力下降^[54]。川芎能显著的减轻兔脑组织缺血性损害和神经系统功能障碍^[55],并

能改善软脑膜微循环和流态,增加脑血管搏动性血容量,对慢性微循环障碍有明显调理作用^[56]。

(六) 对微循环的影响

川芎嗪能使家兔肠系膜微循环血流速度增加,微血管开放数目增多^[43],亦明显改善实验性微循环障碍的家兔球结膜和软脑膜微循环^[57,58]。局部滴注川芎1分钟微动脉、微静脉及毛细血管的口径、流速和流量明显增加,并逐渐恢复至实验前水平,还能改善微动脉血流流态,增加单位面积内开放的毛细血管数^[59,60]。

(七) 对血液系统的作用

川芎嗪在体外对由诱导剂ADP、胶原、凝血酶诱导所致的家兔血小板聚集有强烈抑制作用^[61-63]。对已聚集的血小板有解聚作用,并能降低对ADP诱导血小板电泳减缓率和聚集率,其作用与阿司匹林和潘生丁相同^[62,63]。川芎嗪有提高红细胞和血小板表面负荷、降低血液黏度、改善血液流变性作用^[64,65]。川芎注射液可以显著减少静脉壁白细胞黏附,延缓并减轻微循环内红细胞聚集,明显降低血小板黏附率及血小板聚集反应,减轻红细胞和血小板电泳率的下降,防止血液黏滞度升高^[66]。

(八) 对泌尿系统的作用

川芎嗪可使兔实验性肾小球肾炎的每日尿蛋白下降,对减轻肾小球病变、抑制新月体形成及肾小球纤维化具有一定作用^[67]。

(九) 对呼吸系统的作用

川芎嗪能预防、保护肾上腺素所致的大鼠实验性肺水肿,显著提高存活率,对肺水肿时所见的间质腔与肺泡腔水肿,上皮细胞和内皮细胞肿胀、变性、脱落,基底膜裸露、断裂等病变有明显减轻作用,仅见间隔结缔组织增生,血管内皮、肺泡上皮细胞接近正常^[68]。

(十) 对中枢神经系统的作用

川芎有明显的镇静作用,川芎挥发油少量时对动物大脑的活动具

有抑制作用,对延脑呼吸中枢、血管运动中枢及脊髓反射中枢具有兴奋作用。结果一方面使动物安静、自发运动减少,另一方面呈现血压升高、呼吸增大、反射亢进,若使用大量对大脑和脑干的抑制作用加深,以致延脑中枢和脊髓反射功能受抑制,因而血压和体温下降,呼吸困难,运动麻痹,终致虚脱^[50]。

(十一) 对平滑肌的作用

家兔离体妊娠子宫实验表明,川芎浸膏使子宫收缩增强,终成挛缩;大剂量使子宫麻痹,收缩停止^[50,69,70]。川芎浸膏微量时能使家兔和豚鼠小肠收缩减慢,大量时使小肠收缩完全停止甚至不能恢复。川芎中所含的阿魏酸与中性成分也有解痉作用^[71]。

(十二) 抗放射作用

川芎嗪能明显抑制纤维细胞的生长和增殖,对于减少放射引起的纤维组织增生,减轻放射性肺纤维化、放射性皮肤纤维化、放射性肠粘连均有意义^[72]。

(十三) 其他作用

川芎口服可促进骨折大鼠和家兔的骨折愈合和血肿的吸收^[73]。川芎有抗维生素 E 缺乏症的作用^[40]。

三、香附

(一) 雌激素样作用

去卵巢大鼠实验证明,香附挥发油有轻度雌激素样活性。挥发油 0.2ml,间隔 6 小时皮下注射 2 次,48 小时后阴道上皮完全角质化;0.3ml 给药 3 次时,在大量角质化细胞中反出现很多白细胞。白细胞的出现可能是挥发油的刺激作用所致。从挥发油分离的成分中,香附烯 I 的作用最强,但不及挥发油本身。阴道内给药时,挥发油、香附烯 I 和香附酮可致上皮角质化,而香附醇和香附烯 II 则全无作用。有效成分全身给药的有效量不超过局部用药量一倍。因此认为这些成分

可能属于雌激素原一类，在体内转化后活性增强。香附的这一作用是它治疗月经不调的主要依据之一^[74]。

（二）对子宫的作用

香附流浸膏对豚鼠、兔、猫和犬等动物的离体子宫，无论已孕或未孕，都有抑制作用，使其收缩力减弱、肌张力降低^[75]。

（三）抗炎作用

香附的抗炎成分为三萜类化合物，其对角叉菜胶所致脚肿的抗炎作用比氢化可的松强 8 倍，安全范围大三倍。对甲醛性脚肿亦有抑制作用^[76]。

（四）解热镇痛作用

香附醇提取物能明显提高小鼠的痛阈^[77]。香附醇提取物对注射酵母菌引起的大鼠发热有解热作用，其效价约为水杨酸钠的 6 倍^[78]。

（五）中枢作用

香附醇提取物有安定作用，使小鼠自发活动减少转笼被动活动受抑制，本巴比妥的麻醉作用增强，并消除大鼠的条件性回避反射。对于去水吗啡所致呕吐有保护作用。但对小鼠电休克和戊四氮惊厥无保护作用^[78]。

（六）对心血管系统的作用

香附水或水 - 醇提取物皮下注射，可使蛙心停止于收缩期。较低浓度时，对离体蛙心以及在位蛙心、兔心和猫心有强心作用和减慢心率作用。其总生物碱、苷类、黄酮类和酚类化合物的水溶液也都有强心和减慢心率作用，并且有明显的降压作用^[79]。

（七）对肠道和气管的作用

醇提取物对离体兔回肠平滑肌有直接抑制作用。对组织胺喷雾所致豚鼠支气管痉挛有保护作用^[78]。

(八) 抗菌作用

体外实验, 香附油对金黄色葡萄球菌有抑制作用, 对其他细菌无效。香附烯 I 和 II 的抑菌作用比挥发油强, 且对宋内氏痢疾杆菌亦有效。氢化不影响其抗菌作用^[80]。香附提取物对某些真菌亦有抑制作用^[81]。

四、陈皮

(一) 对消化系统的作用

1. 对胃肠道平滑肌的作用 陈皮煎剂不仅对小鼠、兔离体小肠运动有抑制作用, 而且静注可以抑制麻醉犬胃肠、麻醉兔小肠及不麻醉兔的胃运动。它的作用虽比肾上腺素弱但较持久, 原因可能是其有效成分较为稳定^[82,83]。陈皮还对毛果芸香碱或氯化钡引起的肠管痉挛性收缩有拮抗作用。陈皮直接抑制肠管平滑肌是它的主要解痉方式^[84]。

2. 抗胃溃疡作用 甲基橙皮苷有明显的抑制溃疡发生效果, 而且能抑制胃液分泌。在合用维生素 C 及维生素 E 时, 此抗胃溃疡作用明显增强^[85]。

3. 保肝作用 陈皮的甲醇提取物对 α -萘基异硫氰酸酯 (ANIT) 引起的大鼠肝损害有保护作用。陈皮不仅能够抑制 ANIT 引起的血清中胆红素浓度的增加, 还能抑制作为肝实质损害参数的肝内酶的释放^[86]。

4. 利胆作用 甲基橙皮苷可增加胆汁及胆汁内固体物质的排泄量。合用维生素 C 及维生素 E₄, 可增强利胆效果^[85]。柠檬烯对胆固醇结石有理想的溶石作用^[87]。

5. 陈皮水煎液使离体淀粉酶活性增高^[88]

(二) 祛痰、平喘作用

陈皮所含挥发油有刺激性祛痰作用^[89]。对芸香科 11 种理气药的首筛结果表明, 橘皮是平喘效价较高者之一, 其醇提取物可完全对抗

组织胺所致的豚鼠离体支气管痉挛性收缩。临床初步观察也证明对支气管哮喘有一定疗效^[90]。

(三) 抗炎、抗过敏作用

橙皮苷与甲基橙皮苷均有维生素 P 样作用。小鼠腹腔注射橙皮苷, 有对抗蝮蛇毒素或溶血卵磷脂增加血管通透性的作用^[91]。每只小鼠腹腔注射橙皮苷, 亦能对抗组织胺所致的血管通透性增加^[92]。橙皮苷对大鼠巴豆油性肉芽囊肿的炎症反应也有抑制作用, 使囊内渗出液明显减少^[93]。陈皮素能显著对抗蛋清致敏的豚鼠离体回肠与支气管的过敏性收缩^[94]。

(四) 对心血管系统的作用

1. 对心脏的作用 陈皮煎剂、醇提取物及橙皮苷均能兴奋离体及在位蛙心^[82,83,95]。橙皮苷静注能使在位兔心收缩力增强, 同时心输出量增加, 而对心率没有多大影响^[96]。离体兔心灌注实验表明, 陈皮煎剂尚能扩张冠脉^[95]。

2. 对血管和血压的作用 陈皮煎剂给兔和狗静注后, 迅速出现血压升高^[82]。橙皮苷对猫的周围血管有短时而明显的扩张作用^[97]。

3. 降血脂和防治动脉粥样硬化作用 磷酸橙皮苷对实验性高血脂兔, 有降低血清胆固醇的作用, 并能明显的减轻或改善其动脉粥样硬化病变^[98]。

4. 止血作用 陈皮散剂对小鼠和兔有缩短出血时间和凝血时间的效果^[99]。

(五) 对子宫的作用

煎剂对小鼠离体子宫有抑制作用, 高浓度则使之呈完全松弛状态。但煎剂静注, 对麻醉兔在位子宫则使之先呈强直性收缩经 15 分钟后恢复正常, 对处于静止状态的子宫, 反应也非常敏感^[82,83]。

(六) 对肾脏的影响

煎剂静注, 可使麻醉犬的肾容积减小, 肾血管收缩而尿量

减少^[82,95]。

(七) 抗菌作用

广陈皮在试管内可抑制葡萄球菌、卡他奈氏菌、溶血性嗜血菌的生长^[100]。

(八) 其他作用

陈皮还具有杀虫、抑制皮脂分泌的作用。

五、白芍

(一) 对免疫系统的影响

1. 对巨噬细胞功能的影响 白芍水煎剂可使小鼠腹腔巨噬细胞百分数和吞噬指数较对照组有明显提高^[101]。白芍总苷能促进小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能^[102]。白芍总苷对腹腔的巨噬细胞吞噬功能具有调节作用。

2. 对细胞免疫的影响 白芍可使处于低下状态的细胞免疫功能恢复正常^[101]。

3. 对体液免疫的影响 白芍能促进脾细胞抗体的生成，特异性的增强小鼠对绵羊红细胞的体液反应性^[101]。白芍总苷对地塞米松引起的小鼠溶血素生成抑制无拮抗作用，但对环磷酰胺引起的抗体生成量降低，有不同程度的恢复作用^[102]。

(二) 抗炎作用

白芍提取物对大鼠蛋清性急性炎症水肿有显著抑制作用，对棉球肉芽肿有抑制增生作用。白芍总苷对大鼠佐剂性关节炎有明显防治作用，同时可使大鼠腹腔巨噬细胞产生过多的 H_2O_2 和白细胞介素-1 水平下降，并可使大鼠佐剂性关节炎所致低下的胸腺分裂原反应及脾淋巴细胞产生白细胞介素-2 能力恢复正常，从而表明白芍总苷对佐剂性关节炎大鼠有抗炎和功能依赖性的免疫调节作用^[103]。

（三）抗菌、抗病毒作用

白芍煎剂在试管内对志贺氏菌有较强的抑制作用，此外，还能抑制葡萄球菌。酊剂能抑制绿脓杆菌。白芍煎剂对某些致病性真菌亦表现抑制作用^[101]。

（四）对中枢神经系统的作用

1. 镇痛作用 白芍总苷呈剂量依赖性地抑制小鼠扭体、嘶叫、热板反应，对吗啡、可乐定抑制扭体反应有协同作用。白芍总苷的镇痛作用不能被纳洛酮阻断，亦不影响低频电场刺激的豚鼠回肠纵肌收缩^[104]。

2. 降温作用 白芍总苷腹腔注射呈剂量依赖性地降低小鼠和大鼠正常体温，其降温作用受环境影响^[105]。

（五）解痉作用

芍药中的主要成分芍药苷具有较好的解痉作用^[106]。

（六）耐缺氧作用

白芍总苷能通过降温作用和直接改善细胞呼吸而提高小鼠耐缺氧的，其主要作用部位在中枢神经系统，可能与 H_1 受体有关。另外，白芍水溶物腹腔注射可明显延长小鼠的常压耐缺氧存活时间^[107]。

（七）对心血管系统的影响

白芍总苷可使兔舒张压升高，心率减慢，酚妥拉明对其升压无阻断作用，还有增强 NA 升压作用，增加心音强度等作用^[108]。

（八）对血液系统的影响

经体外实验发现，白芍提取物有抑制血栓形成作用^[109]。

（九）保肝作用

白芍总苷可抑制四氯化碳所致小鼠血浆 GPT 和乳糖脱氢酶升高，

并对肝脏组织嗜酸性变性、坏死有一定的对抗作用^[110]。

（十）其他作用

白芍还具有抗溃疡及改善食欲的作用。

六、枳壳

（一）对心血管系统的作用

枳壳煎剂可使心收缩力增强，振幅增大。如浓度加大（超过20%）则呈抑制作用^[111]。枳壳煎剂及枳壳乙醇提取液给麻醉兔和犬静注，有明显的升压作用^[111,112]。

（二）对胃肠平滑肌的作用

枳壳煎剂对小鼠离体肠管部分呈抑制作用，而兔离体肠管则全部表现抑制^[113]。但对胃痿及肠痿的犬却有兴奋作用，能使胃肠运动收缩节律增加^[114]。

（三）对子宫的作用

枳壳和枳实煎剂对未孕及已孕的兔离体子宫、在位子宫和未孕兔的子宫痿均有明显的兴奋作用，能使子宫收缩节律增加^[114]。但对小鼠离体子宫不论已孕或未孕部分起抑制作用^[113]。

七、甘草

（一）肾上腺素皮质激素样作用

1. 盐皮质激素样作用 早在1946年就发现甘草流浸膏有盐皮质激素样作用。实验证明，甘草浸膏、甘草粉、甘草甜素，甘草次酸均有去氧皮质酮样作用，能使多种动物尿量及钠排出减少，钾排出增加。但对切除两侧肾上腺的大鼠，甘草不能维持电解质平衡，也不能延长它们的生命^[115]。甘草甜素不仅抑制肝脏的激素代谢，而且也可能对肾脏、膜等局部的醛固酮有强化作用^[116]。

2. 糖皮质激素样作用 甘草甜素有促皮质激素样作用。体内实验证明, 在静脉注射氢化可的松前 1 小时肌注甘草甜素或甘草次酸均能显著延长氢化可的松在血内的消失速度^[117]。甘草甜素与皮质激素合用, 可减少外源性肾上腺皮质激素类药物的副作用^[118]。

(二) 对消化系统的作用

1. 抗溃疡作用 很多实验证明甘草浸膏对幽门结扎造成溃疡显示出有意义的抑制^[119-124]。甘草提取物 FM100 可抑制溃疡及胃液分泌。此外, FM100 能抑制乙酰胆碱、组织胺及豚所致的胃液分泌, FM100 与阿托品不同, 没有抗乙酰胆碱样作用, 并不能抑制胃的自发运动^[125-127]。甘草甜素苷原、甘草次酸衍生物生胃酮具有肯定的抗溃疡作用, 能改善症状, 促进溃疡愈合; 动物实验证明对胃黏膜损伤和豚鼠的拘束应激性胃出血有保护作用^[128]。

2. 解痉作用 FM100 和异甘草素等黄酮化合物对动物离体肠管均有抑制作用, 并能解除乙酰胆碱、氯化钡、组织胺所致的肠痉挛, 但甘草甜素、甘草次酸对平滑肌无抑制作用^[128]。

3. 促进胰液分泌 实验结果表明^[129], FM100 能促进分泌素释放, 而胰腺 HCO_3^- 分泌则有分泌素血药浓度升高引起。

4. 保肝作用 甘草甜素及甘草次酸对四氯化碳引起的肝损害呈强烈抑制作用^[130]。实验研究证实, 甘草甜素和小柴胡汤与激素一样能抑制磷脂酶 A_2 的活性, 诱导类似皮质激素的抗炎作用和膜保护作用^[131]。

(三) 抗炎作用

甘草水浸膏对急性渗出性炎症及慢性肉芽组织增生的炎症均有慢性的抑制作用^[132]。

(四) 对免疫功能的影响

甘草甜素能抑制蛋清所致的豚鼠过敏反应^[128], 并能抑制组织胺释放剂引起的肥大细胞脱颗粒, 从而阻止了过敏物质的释放^[133]。

此外, 甘草还有抗癌、抗菌、抗病毒、降脂、抗心律失常、抑制

血小板聚集、止咳平喘、祛痰、解毒等作用。

参 考 文 献

- [1] 刘米达夫. 和汉药用植物. 1940. 130
- [2] 山西医学院. 山西医药杂志, 1974, (1): 481
- [3] 北京中药科研所植化室等. 中药科研简报, 1979: (2): 1
- [4] 王浴生. 中药药理与应用. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1983. 886
- [5] 柴田丸他. 药学杂志, 1973, 93 (12): 1660
- [6] 高木敬次郎. 国外医学参考资料. 药学分册, 1975: (1): 34
- [7] 周重楚等. 药学报, 1979: 14 (6): 252
- [8] CA, 1969, 71: 69253
- [9] 柴田丸. 代谢, 1973, 10 (5): 687
- [10] CA, 1970, 73: 43769
- [11] 王筠默等. 国外医学中医中药分册, 1979, (4): 1
- [12] CA, 1974, 80: 116158
- [13] 于庆海等. 沈阳药学院学报, 1986, 3 (1): 14
- [14] 王本祥等. 中国生理学杂志, 1981, 2 (1): 60
- [15] 有地滋. 日本东洋医学会志, 1971, 22 (3): 28
- [16] 吴贺算等. 湖北中医杂志, 1980, (1): 37
- [17] 张兴权等. 中国药理学与毒理学杂志, 1989, 3 (1): 30
- [18] 山西医学院肝病研究组. 医卫通讯, 1973, (2): 6
- [19] 山西医学院肝病研究组. 医卫通讯, 1973: (3): 17
- [20] CA, 1977, 87: 62641
- [21] 史英年. 中草药, 1980, 11 (6): 241
- [22] 高木敬次郎. 代谢, 1973, 10 (5): 474
- [23] CA, 1972, 76: 138196
- [24] 细野史朗等. 日本东洋医学会志, 1970, 21 (1): 8
- [25] 小菅卓夫等. 国外医学中医中药分册, 1988, 10 (1): 45
- [26] 王善源. 科学通报, 1958, (12): 379
- [27] 浙江卫生实验院. 医学科研资料, 1971, (3): 35
- [28] 山本昌弘. 代谢, 1973, 10 (5): 695
- [29] 张以明节译. 中草药通讯, 1976, (8): 47

- [30] 朱颜. 中药的药理与应用. 人民卫生出版社, 1958. 34
- [31] CA, 1958, 52: 4016
- [32] Yoshiyuki Kimura et al. Chem Pharm Bull 1980, 28 (6): 1788
- [33] 北京市中药科学研究所药理室. 中药科研简报, 1980, (1): 18
- [34] 陈立峰等. 中国药理学报, 1987, 8 (2): 123
- [35] 熊舸等. 同济医科大学学报, 1987, 16 (3): 214
- [36] 邹爱平等. 武汉医学院学报, 1984, 13 (4): 282
- [37] 高志平等. 中国药理学通报, 1987, 3 (6): 363
- [38] 王玉良等. 中西医结合杂志, 1985, 5 (5): 291
- [39] 高志平等. 中国药理学通报, 1987, 3 (6): 365
- [40] 北京医药工业研究所. 北京医药工业, 1975, (3): 31
- [41] 北京制药工业研究所. 北京医药工业, 1975, (4): 22
- [42] 华英圣等. 中医药学报, 1989, (2): 40
- [43] 北京制药工业研究所. 中华医学杂志, 1977, 57 (8): 464
- [44] 赵根尚等. 中西医结合杂志, 1988, 8 (5): 284
- [45] 李连达等. 中西医结合杂志, 1987, 7 (1): 20
- [46] 陈芷芳等. 中国药理学通报, 1988, 4 (2): 122
- [47] 彭伟等. 中西医结合杂志, 1987, 7 (1): 26
- [48] 娄之聪等. 科研资料选编, 1975, (6): 51
- [49] 李广粹. 中国医学科学院 1956 年论文报告, 1956, (2): 70
- [50] 朱颜. 中药药理与应用. 人民卫生出版社, 1958. 117
- [51] 南京药学院. 中草药学. 江苏: 人民出版社, 1976. 781
- [52] 史荫绵等. 中华医学杂志, 1987, (1): 47
- [53] 史荫绵等. 中医、中西医结合论文汇编, 1989, 85
- [54] 冯唔国等. 中国药理学报, 1989, 9 (6): 538
- [55] 刘纵等. 中西医结合杂志, 1990, 10 (3): 160
- [56] 史荫绵等. 中华医学杂志, 1980, 60 (10): 623
- [57] 史荫绵等. 解放军医学杂志, 1979, 4 (2): 98
- [58] 史荫绵等. 中华医学杂志, 1980, 60 (10): 623
- [59] 薛全福等. 中华医学杂志, 1986, (6): 334
- [60] 薛全福等. 中华医学杂志, 1986, (7): 409
- [61] 秦为喜等. 生物化学杂志, 1985, (13): 59
- [62] 北京制药工业研究所. 中华医学杂志, 1977, 57 (8): 464
- [63] 杨益阶. 湖南医学院学报, 1982, 3 (4): 51

- [64] 杨益阶. 湖南医学院学报, 1981, 2 (4): 94
- [65] 中医研究院西苑医院内科. 中华内科杂志, 1976, 2: 89
- [66] 毛宁等. 第二军医大学学报, 1982, 3: 1
- [67] 曾开平等. 中西医结合杂志, 1983, 3 (6): 357
- [68] 戴顺龄等. 中西医结合杂志, 1987, 7 (11): 676
- [69] 经利彬等. 国立北平研究院生理研究所中文报告, 1935, 95
- [70] 胡光慈等. 实用中医药理学, 1956, 219
- [71] 江苏新医学院. 中药大辞典. 上海人民出版社, 1975. 220
- [72] 陈学忠等. 中西医结合杂志, 1987, 7 (9): 547
- [73] 何锐等. 湖南医药杂志, 1984, 11 (6): 56
- [74] Indira M et al: J Sci Indust Res, 15C 1956: 202
- [75] 张发初等. 中华医学杂志, 1935, 12: 1351
- [76] Gupta MB Indian J Med Res 1971, 59: 76
- [77] 邓素贞等. 贵阳医学院学报, 1959, 113
- [78] Singh N et al: Indian J Med Res: 1970, 58 (1): 103
- [79] Aknep6ekoba BA : CA, 1966, 65: 20702
- [80] Radomir S et al: Cur Sci, 1956, 25: 118
- [81] Meguro M et al: CA 1972, 76: 95653
- [82] 王筠默. 上海中医药杂志, 1957, (9): 44
- [83] 阎应举等. 青医学报, 1962, (1): 64
- [84] 中山医学院等. 药理学. 人民卫生出版社, 1979. 478
- [85] 横谷肇. 日本药理学杂志, 1970, 56 (6): 1373
- [86] 熊泽纪子等. 药学杂志, 1991, 111 (3): 199
- [87] Iginin H et al Am J Dig Dis 1976, 21 (11): 926
- [88] 张文芝. 辽宁中医杂志, 1989, (4): 30
- [89] CA, 1970, 73: 75460
- [90] 后字 236 部队气管炎临床组. 防治慢性气管炎研究资料汇编. 中国人民解放军后字 236 部队, 1973
- [91] 团野保等. 药学杂志, 1960, 80 (10): 1476
- [92] Lockett MF et al Brit J Pharmacol 1958, 13 (1): 11
- [93] Salgado E et al J Appl Physiol 1956, 8: 647
- [94] 307 医院. 我院几年来平喘药物研究概况, 1976
- [95] 朱思明. 苏医学报, 1957, (3): 148
- [96] Waud RA J Pharmacol Exp Ther 1940: 69: 309

- [97] CA, 1970, 73: 1957
- [98] Meses C Am Heart J 1954, 48: 264
- [99] 山东省中医药研究所药理组. 药学通讯, 11 (12): 562
- [100] 刘寿山. 中药研究文献摘要. 1963. 762
- [101] 梁炅若等. 新中医, 1989, (3): 51
- [102] 魏文树等. 中国药理学通报, 1987, 3 (3): 148
- [103] 梁君山等. 中国药理学与毒理学杂志, 1990, 4 (4): 258
- [104] 王永祥等. 中国药理学与毒理学杂志, 1988, 2 (1): 6
- [105] 王永祥等. 中国药理学通报. 1988, 4 (3): 154
- [106] 江苏新医学院. 中药大辞典. 上海人民卫生出版社, 1975. 1094
- [107] 章家胜等. 中国药理学通报, 1989, 5 (3): 172
- [108] 王钊茅等. 中国药理学通报, 1986, 2 (5): 26
- [109] 龙子江等. 安徽中医学学报, 1984, (2): 42
- [110] 王永祥等. 中国药理学通报, 1988, 4 (6): 362
- [111] 阎应举. 中华医学杂志, 1955, (5): 437
- [112] 王筠默. 江西中医药, 1955, (2): 41
- [113] 阎应举. 中华医学杂志, 1955, (5): 433
- [114] 朱思明. 中华医学杂志, 1956, 42 (10): 946
- [115] Card W I et al Lancet 1953, 1: 663
- [116] 熊谷朗. 汉方研究, 1982, (4): 162
- [117] 熊谷朗. 代谢, 1973, 10 (5): 632
- [118] 天野三郎. 代谢, 1973, 10 (5): 659
- [119] Takayi K et al Arzneim Forsh 1967, 17: 1544
- [120] 野村博. 福阙医志, 1959, 50: 353
- [121] Desmarez J J C R Soc Biol 1953, 150: 1022
- [122] Takagi K et al Pharmacology of Oriental Plants Oxford: P L Pergamen Press 1965
- [123] Ishii Y Arzneim Forsh 1969, 18 (53)
- [124] Ishii Y Jap J Pharmacol 1970, 20 (71)
- [125] Taragi Keijiro International Journal of Oriental Medicine 1989, 14 (4): 185
- [126] 徐东铭. 中医药研究参考, 1974, (8): 31
- [127] 沙文. 中医药研究参考, 1973, (9): 2
- [128] 张宝恒. 药学报, 1963, 10 (11): 688
- [129] Shiratori Keiko et al Pancreas 1986: 1 (6): 483

- [130] 曳野宏. 国外医学中医中药分册, 1986, 8 (5): 26
- [131] 王文建. 国外医学中医中药分册, 1988, 10 (4): 47
- [132] 张宝恒. 中草药, 1991, 22 (10): 452
- [133] 张宝恒. 药学通报, 1979, (5): 224

柴胡疏肝散全方药理作用

一、保肝、防止肝纤维化作用

肝损伤是多因素参与的一个复杂病理过程，在其病变过程中多种酶、自由基以及脂质过氧化反应均发生着较大的变化。有研究表明，上述物质在肝损害及肝脏疾病过程中发挥着十分重要的作用。陈氏^[1]等研究了柴胡疏肝散对四氯化碳所致大鼠急性肝损伤的防治作用。结果表明，柴胡疏肝散能显著降低四氯化碳所致急性肝损伤大鼠血清中丙氨酸转氨酶（ALT）、天门冬氨酸转氨酶（AST）含量，升高其超氧化物歧化酶（SOD）水平，并可显著降低该模型大鼠血清及肝组织中脂质过氧化物丙二醛（MDA）的含量，而升高谷胱甘肽（GSH）水平。柴胡能疏肝气、养肝阴，具有抗脂质过氧化作用，对保护肝细胞和恢复肝脏某些功能有一定的作用，白芍养肝柔肝，对自由基有清除作用。柴胡疏肝散能防治模型大鼠肝损伤的机制，可能与该方能清除自由基、保护肝细胞膜、减少酶的释放，且能抑制脂质过氧化反应等作用有关。

肝纤维化的病理改变是细胞外基质（ECM）的增生和降解失衡所致，而病理情况

下细胞外基质的主要细胞来源是肝星状细胞 (HSC), 他的激活和增生在肝纤维化过程中起主要作用。转化生长因子 (TGF - B1) 是 HSC 活化的强有力刺激因子和肝纤维化形成的始动细胞因子, α - 平滑肌肌动蛋白 (α - SMA) 是 HSC 活化的标志。付氏^[2]等用灌胃方法研究了柴胡疏肝散防治肝纤维化的作用。结果表明, 柴胡疏肝散能够减少或阻抑试验鼠 TGF-B1 及 α - SMA 的表达, 免疫组化及 RT - PCR 证实 TGF - B1 及 α - SMA 的表达量较模型组明显降低。实验还发现, 柴胡疏肝散具有保护鼠肝功能的作用, ALT、AST 较模型组明显降低, 白蛋白 (ALB) 较模型组明显升高, 两者比较差别显著; 血清中各纤维化指标及肝组织羟脯氨酸含量柴胡疏肝散组较模型组明显降低; 柴胡疏肝散从组织学上具有减少试验鼠肝纤维化形成的作用, 病理 HE 染色, Masson 三色染色 (染胶原纤维) 胶原含量较模型组明显降低, 病理分级明显改善。

二、对精神方面的作用

抑郁症是因情志不舒、气机郁滞所引起的一类病症, 是一种包括多种精神症状和躯体症状的复杂的情感性精神障碍, 临床表现除有心境低落、兴趣丧失、思维迟缓、自我评价过低等精神症状外, 还包括疲劳、失眠、食欲不振、性欲减退、头痛头晕、胸闷心慌、胃痛腹胀、大便不调等。陈氏^[3]等用灌胃方法进行动物实验研究柴胡疏肝散抗抑郁的作用。结果表明, 柴胡疏肝散能明显缩短悬尾及强迫游泳实验中小鼠的不动时间 (反映了小鼠的一种低落情绪, 一种绝望状态), 而对其自主活动无显著影响, 表明该方均有较好的抗抑郁作用, 且无中枢兴奋性作用。吴氏^[4]以柴胡疏肝散为载体研究疏肝理气法对心理应激大鼠行为学的影响。实验结果证实: 恶劣的生存环境可使大鼠处于心理应激状态, 并表现出情绪抑郁状态, 伴有不安和焦虑, 对外界反应迟钝, 对新异和未知的探究欲望减弱。疏肝理气法能安定大鼠的情绪, 减轻不安和焦虑, 以及对开放性新环境的恐惧, 增强大鼠对新异环境的适应能力。

三、抗衰老作用

机体免疫功能随年龄增长而减退,免疫器官亦日渐萎缩。胸腺和脾脏是机体重要的免疫器官,二者的萎缩及功能衰退与机体衰老密切相关。而随着年龄增长,体内自由基产生增多,而清除自由基的酶活性下降,过剩的自由基对机体的损伤是导致衰老的重要机制之一。姚氏^[5]等观察逍遥散与柴胡疏肝散对肝郁衰老小鼠的影响,结果显示,逍遥散和柴胡疏肝散均能在一定程度上提高肝郁衰老小鼠脾脏、胸腺指数,增强机体免疫功能。同时逍遥散和柴胡疏肝散还能极显著降低血清 MDA 含量,二者能明显提高血清 SOD 活性。

四、改善胃肠功能

胃肠运动和胃肠激素是反映消化系统功能的重要指标。肝郁气滞状态时常可使胃肠蠕动加快,胃泌素、胃动素分泌增加。苗氏^[6]等用实验方法研究柴胡疏肝散对实验性肝郁证小鼠胃肠功能的影响。结果证实,模型对照组甲基橙胃残留率降低,与正常对照组比较差异具有显著性 ($P < 0.05$)。给药后柴胡疏肝组甲基橙胃残留率增高,与模型对照组比较有显著性差异 ($P < 0.001$)。同时该实验还证实模型对照组胃泌素、胃动素含量高于正常对照 ($P < 0.01$);给药后柴胡疏肝组胃泌素、胃动素含量低于模型对照组 ($P < 0.001$, $P < 0.01$)。该实验提示调节胃肠运动及胃肠激素的分泌可能是柴胡疏肝散治疗消化系统疾病的重要机制。仲氏^[7]等柴胡疏肝散加减方治疗慢性浅表性胃炎 (CSG) 模型小鼠,结果表明,柴方高剂量组、柴方低剂量组、西药对照组、中药对照组均可显著提高血清 NO 含量,与模型组相比具有显著性差异 ($P < 0.01$);而高剂量组与西药组相比差异无显著性 ($P < 0.05$);血清中柴方高剂量组、低剂量组疗效均优于中药对照组,尤以柴方高剂量组为著 ($P < 0.01$);胃组织中高剂量组疗效显著 (与中药组比较 $P < 0.01$),而中药组与低剂量组差异无显著性 ($P > 0.05$)。与模型组相比柴方高剂量组、低剂量组、西药对照组、中药对照组血清及胃组织 MDA 均有所下 ($P < 0.01$);其中高剂量组与西药组 MDA 下降无明显差异 ($P > 0.05$),但在胃组织中

下降显著(与中药组及低剂量组比较 $P < 0.01$), 在血清中亦有明显下降(与低剂量组比较 $P < 0.05$)。光镜下观察病理变化, 结果表明: 模型组各小鼠均见胃黏膜上皮细胞大量坏死、脱落, 边界不清, 间质内有大量淋巴细胞、浆细胞, 部分有成堆淋巴细胞聚集灶, 固有膜充血、水肿, 且病变较重, 病变范围广泛。腺体排列紊乱、轻度比典型增生, 未见腺体萎缩及肠化生。高剂量组可见表面上皮细胞排列整齐, 细胞完整, 胃黏膜、固有膜大致正常, 黏膜细胞脱落及炎细胞浸润不明显, 腺体大小正常、排列整齐。西药组与高剂量组类似, 固有膜偶见炎细胞浸润。低剂量组胃黏膜层有少量淋巴细胞、浆细胞, 无明显变性坏死, 部分腺体增生素乱, 间质部分血管扩张充血。中药组黏膜表面可见部分脱落的变性、坏死的上皮细胞, 部分黏膜固有膜内见淋巴细胞、浆细胞浸润。腺体增生、排列较模型组有所改善。

五、利胆作用

大鼠四肢绑扎 1 小时造成肝郁模型, 然后胆总管插管引流胆汁, 口饲 100 % 柴胡疏肝散药液 3ml/只, 观察大鼠胆汁的分泌情况。结果给药组 1 小时胆汁分泌量为 (0.57 ± 0.15) ml, 正常对照组 (0.59 ± 0.15) ml, 模型对照组为 (0.38 ± 0.14) ml, 给药组与模型组比较有显著性差异。肝郁动物胆汁分泌减少的机制与交感-肾上腺髓质功能偏亢, 去甲肾上腺素分泌增加, 促胃液素分泌减少, 肝血流减少有关^[8]。

参考文献

- [1] 陈梁, 朱锦善, 任建平. 柴胡疏肝散对四氯化碳所致大鼠急性肝损伤的防治作用. 中西医结合肝病杂志, 2004 年, 14 (1): 42-43
- [2] 付德才, 杨世忠, 宋祥福, 肖义. 柴胡疏肝散抗肝纤维化的实验研究. 中国老年学杂志, 2007, 27: 1146-1148
- [3] 陈煜辉, 周莺. 柴胡疏肝散抗抑郁作用的药理学实验研究. 江西中医学院学报, 2004, 16 (4): 59-60
- [4] 吴先哲. 柴胡疏肝散对心理应激大鼠行为学的影响. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12 (3): 38-40

- [5] 姚丽梅, 李伟荣, 孙龙川. 逍遥散与柴胡疏肝散延缓肝郁衰老的实验研究. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12 (5): 65 - 66
- [6] 苗玉兰, 郭晓霞. 柴胡疏肝散对实验性肝郁证小鼠胃肠功能的影响. 中国实验方剂学杂志, 2006, 12 (5): 1060 - 1061
- [7] 仲维莉, 龚占悦. 柴胡疏肝散加减方治疗 CSG 模型小鼠的实验研究. 中国现代实用医学杂志, 2007, 6 (3): 4 - 6
- [8] 王昕等. 柴胡疏肝散汤利胆作用的研究. 实用中医内科杂志, 1989, 3 (1): 1

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

书名=柴胡疏肝散

作者=刘一凡, 刘伟编著

页数=223

SS号=12107475

出版日期=2009.1

封面
书名
版权
前言
目录
上篇

理论研究
第一章

概述

- 第一节 柴胡疏肝散的来源
- 第二节 柴胡疏肝散的组成及用法
- 第三节 柴胡疏肝散的功效与主治
 - 一、方中药物的功效与主治
 - 二、柴胡疏肝散的功效与主治
- 第四节 柴胡疏肝散的临床应用

第二章 古今医家的论述

临床研究
第一章

内科病证

- 第一节 呼吸系统疾病
 - 一、哮喘
 - 二、气道高反应性咳嗽
 - 三、变异型咳嗽
 - 四、顽固性咳嗽
- 第二节 消化系统疾病
 - 一、胆石症
 - 二、胆心综合征
 - 三、慢性萎缩性胃炎
 - 四、慢性浅表性胃炎
 - 五、胆汁反流性胃炎
 - 六、肠易激综合征
 - 七、慢性胆囊炎
 - 八、结肠炎
 - 九、十二指肠溃疡
 - 十、胃扭转
 - 十一、功能性消化不良
 - 十二、慢性肝炎
 - 十三、药物性肝损害
 - 十四、慢性胰腺炎
 - 十五、脂肪肝
 - 十六、水肿
- 第三节 循环系统疾病
 - 一、冠心病（心绞痛）
 - 二、原发性低血压

中篇

		三、高血压病
	第四节	泌尿系统疾病
		一、单纯性肾病综合征
	第五节	血液系统疾病
		一、过敏性紫癜
	第六节	代谢性疾病和营养性疾病
		一、糖尿病
		二、高脂血症
		三、血卟啉病
	第七节	神经系统疾病和精神性疾病
		一、抑郁症
		二、胃神经官能症
		三、癔病性瘫痪
		四、癔病性抽搐
		五、偏头痛
第二章	外科病证	
	第一节	乳腺增生病
	第二节	胆囊术后综合征
	第三节	癭瘤
	第四节	胆道蛔虫症
	第五节	胆道残留结石
第三章	妇科病证	
	第一节	经前期综合征
	第二节	不孕症
	第三节	更年期综合征
	第四节	月经不调
	第五节	痛经
	第六节	高泌乳素血症
第四章	儿科病证	
	第一节	小儿厌食
	第二节	小儿叹息样呼吸
	第三节	性早熟
	第四节	肠系膜淋巴结肿大腹痛
第五章	男科病证	
	第一节	阳痿
	第二节	功能性不射精症
	第三节	慢性前列腺炎
第六章	骨科病证	
	第一节	胸壁挫伤
	第二节	肋软骨炎
第七章	皮肤科病证	

		第一节	带状疱疹
		第二节	斑秃
		第三节	痤疮
	第八章	耳鼻喉科病证	
		第一节	耳科疾病
			一、耳鸣、耳聋
			二、慢性分泌性中耳炎
		第二节	咽喉科疾病
			一、梅核气
			二、慢性咽炎
	第九章	眼科病证	
		外伤性瞳孔散大	
	第十章	口腔科病证	
		口疮	
下篇	实验研究		
	第一章	柴胡疏肝散制剂研究	
		一、治疗男性不射精症和不育症	
		二、治疗乙型肝炎	
		三、治疗睾丸炎	
		四、治疗闭经	
		五、治疗手术后肠粘连	
	第二章	药理研究	
		第一节	柴胡疏肝散中组成中药的药理研究
			一、柴胡
			二、川芎
			三、香附
			四、陈皮
			五、白芍
			六、枳壳
			七、甘草
	第三章	柴胡疏肝散全方药理作用	
		一、保肝、防止肝纤维化作用	
		二、对精神方面的作用	
		三、抗衰老作用	
		四、改善胃肠功能	
		五、利胆作用	