总主编◉巩昌镇　刘一凡
编　著◉刘静君　白志军

难病奇方系列丛书 第三辑

桂枝茯苓丸

桂枝茯苓丸

『诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制』

中国医药科技出版社



难病奇方系列丛书

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

上架建议 中医·方剂

ISBN 978-7-5067-3951-1

9 787506 739511 >

定价：39.00元

责任编辑 解秀兰

封面设计 學雅閣

难病奇方系列丛书（第三辑）

桂枝茯苓丸

总主编 巩昌镇 刘一凡
编 著 刘静君 白志军

中国医药科技出版社

图书在版编目（CIP）数据

桂枝茯苓丸/刘静君，白志军编著. —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 978-7-5067-3951-1

Ⅰ．桂… Ⅱ．①刘… ②白… Ⅲ．桂枝茯苓丸—研究 Ⅳ．R286

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第170455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：010-62253301 发行：010-62227427

网址 www.cspyp.com.cn

规格 958×650mm 1/16

印张 21

字数 306千字

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 廊坊市海翔印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-3951-1

定价 39.00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

这是一本全面介绍桂枝茯苓丸临床应用与药理研究的参考书。书中从中医学角度出发，结合现代医学研究，介绍了桂枝茯苓丸的理论、临床、药理三方面的研究，其中又以临床分科为子目，详述了桂枝茯苓丸在不同疾病中的应用举例。可供临床医师、在校师生及中医爱好者参考。

《难病奇方系列丛书》(第三辑)编委会

总 主 编 巩昌镇　刘一凡

副总主编 刘　伟　姜　文

编　　委 (按姓氏笔画排序)

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

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

分册编著

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

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

总 策 划　孔　立　吴建华

《难病奇方系列丛书》第三辑

前　言

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

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

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

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

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

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

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

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

巩昌镇　博士

2008 年夏

目录

上篇 理论研究

第一章 概 述 …… (3)
第一节 桂枝茯苓丸的来源 …… (3)
第二节 桂枝茯苓丸的组成及用法 …… (3)
第三节 桂枝茯苓丸的功效与主治 …… (4)
一、方中药物的功效与主治 …… (4)
二、桂枝茯苓丸的功效与主治 …… (10)
第四节 桂枝茯苓丸的临床应用 …… (10)
第二章 古今医家的论述 …… (12)

中篇 临床研究

第一章 内科病证 …… (17)
第一节 心血管疾病 …… (17)
一、高黏滞综合征 …… (17)
二、心悸 …… (18)
三、无症状性心肌缺血 …… (19)
四、冠心病心绞痛 …… (21)
五、高脂血症 …… (22)
六、高血压 …… (26)
七、风湿性心脏病心房颤动伴附壁血栓 …… (27)
第二节 呼吸系统疾病 …… (29)
一、肺源性心脏病 …… (29)
二、肺气肿 …… (30)
三、肺栓塞 …… (31)
四、肺脓肿 …… (33)
五、支气管哮喘 …… (35)

目录

六、包裹性胸腔积液 …… (37)
七、结核性渗出性胸膜炎 …… (39)
八、小儿包裹性脓胸 …… (40)
九、肺癌 …… (43)
十、胸膜粘连 …… (46)
第三节 神经系统疾病 …… (47)
一、头痛 …… (47)
二、椎-基底动脉供血不足 …… (48)
三、神经根型颈椎病 …… (49)
四、三叉神经痛 …… (51)
五、失眠 …… (52)
六、郁证 …… (53)
七、脑卒中偏瘫 …… (54)
八、坐骨神经痛 …… (55)
第四节 消化系统疾病 …… (56)
一、脂肪肝 …… (56)
二、肝炎 …… (57)
三、肝硬化 …… (58)
四、肝硬化腹水 …… (59)
五、肝囊肿 …… (61)
六、多发性肝囊肿 …… (63)
七、慢性胆囊炎 …… (66)
八、夜间胃痛 …… (67)
九、胃体息肉 …… (68)
十、神经性呕吐 …… (68)
十一、溃疡性结肠炎 …… (69)
十二、便秘 …… (71)
十三、顽固性腹水 …… (72)
十四、多脏器囊肿 …… (73)
第五节 泌尿系统疾病 …… (76)
一、慢性肾炎 …… (76)

二、紫癜性肾炎 ……（77）
三、泌尿系结石 ……（78）
四、肾功能不全 ……（83）
五、肾病综合征 ……（86）
六、输尿管囊肿 ……（87）
七、尿痛 ……（88）
第六节　内分泌系统疾病 ……（90）
一、糖尿病 ……（90）
二、肥胖 ……（93）
第七节　风湿免疫性疾病 ……（96）
类风湿性关节炎 ……（96）
第八节　传染科疾病 ……（99）
传染性单核细胞增多症 ……（99）
第二章　外科病证 ……（101）
一、术后肠粘连 ……（101）
二、术后腹痛 ……（103）
三、急性阑尾炎 ……（105）
四、阑尾周围脓肿 ……（106）
五、肠痉挛 ……（108）
六、神经纤维瘤 ……（109）
七、深静脉血栓形成 ……（109）
八、血栓性静脉炎 ……（111）
九、血栓闭塞性脉管炎 ……（112）
十、单纯性甲状腺肿 ……（113）
十一、慢性淋巴细胞性甲状腺炎 ……（114）
十二、急性乳腺炎 ……（116）
十三、乳腺增生病 ……（116）
十四、乳房结块 ……（120）
十五、乳腺良性疾病 ……（121）
十六、乳腺癌 ……（122）
十七、腰痛 ……（123）

目录

十八、术后肿胀 …… (124)
第三章 妇科病证 …… (127)
一、经行水肿 …… (127)
二、原发性痛经 …… (127)
三、多囊卵巢综合征 …… (132)
四、功能失调性子宫出血 …… (133)
五、闭经 …… (136)
六、经期延长 …… (137)
七、子宫内膜异位症 …… (138)
八、更年期综合征 …… (143)
九、盆腔炎 …… (144)
十、先兆流产 …… (154)
十一、异位妊娠 …… (155)
十二、稽留流产 …… (160)
十三、产后尿潴留 …… (162)
十四、产后发热 …… (164)
十五、恶露不绝 …… (166)
十六、妊娠痒疹 …… (167)
十七、药流后阴道流血 …… (168)
十八、人工流产后腰痛 …… (171)
十九、流产后自主神经功能紊乱 …… (171)
二十、结扎后腹痛 …… (172)
二十一、带环后腹痛 …… (173)
二十二、子宫肌瘤 …… (174)
二十三、子宫肥大 …… (182)
二十四、子宫癌 …… (183)
二十五、子宫发育不良 …… (185)
二十六、输卵管阻塞 …… (185)
二十七、排卵障碍性不孕 …… (191)
二十八、未破裂卵泡黄素化综合征 …… (192)
二十九、卵巢囊肿 …… (197)

三十、卵巢癌 …… (209)
三十一、阴吹 …… (210)
第四章 男科病证 …… (217)
一、精索静脉曲张 …… (217)
二 、精液不液化 …… (220)
三、慢性前列腺炎 …… (221)
四、前列腺增生 …… (224)
五、男扎术后痛性结节 …… (229)
六、前列腺痛 …… (230)
七、前列腺癌激素疗法不良反应 …… (231)
第五章 皮肤科病证 …… (233)
一、痤疮 …… (233)
二、黄褐斑 …… (235)
三、多发性疖肿 …… (237)
四、过敏性紫癜 …… (237)
五、荨麻疹 …… (239)
六、皮肤变应性结节性血管炎 …… (240)
七、银屑病 …… (241)
第六章 耳鼻喉科病证 …… (244)
第一节 咽喉科疾病 …… (244)
一、慢性咽炎 …… (244)
二、声带息肉 …… (245)
第二节 鼻科疾病 …… (246)
一、鼻腔血管瘤 …… (246)
二、慢性鼻窦炎 …… (247)
第三节 耳科疾病 …… (249)
梅尼埃综合征 …… (249)
第七章 眼科病证 …… (251)
中心性浆液性脉络膜视网膜病变 …… (251)

目录

下篇　实验研究

第一章　桂枝茯苓丸制剂研究 …… (255)
第二章　桂枝茯苓丸组成中药的药理研究 …… (257)
一、桂枝 …… (257)
二、赤芍 …… (262)
三、桃仁 …… (273)
四、茯苓 …… (279)
五、牡丹皮 …… (285)
第三章　桂枝茯苓丸全方药理研究 …… (302)
一、对血液流变学的影响 …… (302)
二、对血小板功能的影响 …… (303)
三、抗肿瘤作用 …… (304)
四、对免疫系统的影响 …… (305)
五、减轻脑缺血再灌注损伤的作用 …… (306)
六、对内分泌系统的影响 …… (307)
七、对子宫内膜异位症的影响 …… (308)
八、对实验性弥散性血管内凝血（DIC）的影响 …… (309)
九、抗肝纤维化作用 …… (309)
十、抗炎作用 …… (309)
十一、镇痛、镇静及对神经系统的抑制作用 …… (310)
十二、其他作用 …… (310)
十三、毒性 …… (311)

上篇

理论研究

第一章 理论研究

第一章

概　述

第一节　桂枝茯苓丸的来源

桂枝茯苓丸来源于东汉·张仲景所著《金匮要略》。功效活血化瘀，缓消癥块。主治妇女少腹素有癥块，按之痛，腹挛急，漏血不止，脉涩者，或妇女血瘀经闭，或经停腹痛，或难产，或胞衣不下，或死胎不下，或产后恶露不尽而腹痛拒按者。原方载于《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治第二十》，为瘀血内阻所设的代表方。张仲景认为："妇人素有癥病，经断三月，而得漏下不止，胎动在脐上者，为癥痼害也。妊娠六月动者，前三月经水利时，胎也。下血者，后断三月衄也。所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。"立此方即通阳活血，化瘀消癥。

第二节　桂枝茯苓丸的组成及用法

桂枝茯苓丸是一首活血化瘀的方剂，其药物组成为桂枝、茯苓、牡丹（去心）、芍药、桃仁（去皮尖，熬）各等份，上五味，末之

炼蜜和丸，如兔屎大，每日食前服一丸。不知，加至三丸。

第三节 桂枝茯苓丸的功效与主治

一、方中药物的功效与主治

1. 桂枝 桂枝异名柳桂（《重广补注神农本草并图经》）。始载于《神农本草经》，本品为樟科樟属植物肉桂的嫩枝。性味辛、甘，温；归膀胱、心、肺经。

【功能】 发汗解肌，温通经脉，助阳化气。

【主治】 ①本品辛甘温煦，甘温通阳扶卫，故有助卫实表、发汗解肌、外散风寒之功。如治风寒表实无汗者，常配麻黄同用，以开宣肺气，发散风寒，如麻黄汤；若治表虚有汗者，当与白芍同用，以调和营卫，发汗解肌，如桂枝汤。②用于寒凝血滞诸痛证。本品有温通经脉、散寒止痛之效。若胸阳不振，心脉瘀阻，胸痹心痛，常与枳实、薤白同用，如枳实薤白桂枝汤；若中焦虚寒，脘腹冷痛，每与白芍、饴糖同用，如小建中汤；若血寒瘀阻，经闭腹痛，多与当归、吴茱萸同用，如温经汤；若风寒湿痹，肩臂疼痛，可与附子同用，如桂枝附子汤。③用于痰饮、蓄水证。本品甘温，助阳化气，以行水湿痰饮之邪。若脾阳不运，痰饮眩悸者，常与茯苓、白术同用，如苓桂术甘汤；若膀胱气化不行，水肿小便不利者，每与猪苓、泽泻等同用，如五苓散。④用于心悸。本品辛、甘性温，能温心阳，通血脉，止悸动。若心阳不振，不能宣通血脉，见心悸动、脉结代者，每与甘草、党参、麦冬同用，如炙甘草汤。此外，若阴寒内盛，引动下焦冲气，上凌心胸所致奔豚者，常重用本品，如桂枝加桂汤。

历代医家论述：①《用药心法》：“桂枝气味俱轻，故能上行发散于表。”②王好古：“或问《本草》言桂能止烦出汗，而张仲景治伤寒有‘当发汗’，凡数处皆用桂枝汤。又云无汗不得服桂枝，汗家不得重发汗，若用桂枝是重发其汗，汗多者用桂枝甘草汤，此又用桂枝闭汗也。一药二用，与《本草》之义相通否乎？曰：《本草》言桂辛甘大热，能宣导百药，通血脉，止烦出汗，是调其血而汗自出也。

仲景云太阳中风阴弱者，汗自出，卫实营虚，故发热汗出。又云太阳病发热汗出者，此为营弱卫强，阴虚阳必凑之，故皆用桂枝发其汗。此乃调其营气，则卫气自和，风邪无所容，遂自汗而解，非桂枝能开腠理、发出其汗也；汗多用桂枝者，以之调和营卫，则邪从汗出而汗自止，非桂枝能闭汗孔也。”（引自《纲目》）③《本草衍义补遗》：“仲景治表用桂枝，非表有虚以桂补之；卫有风邪，故病自汗，以桂枝发其邪，卫和则表密，汗自止，非桂枝能收汗而治之。”④《纲目》：“麻黄遍彻皮毛，故专于发汗而寒邪散，肺主皮毛，辛走肺也。桂枝透达营卫，故能解肌而风邪去，脾主营，肺主卫，甘走脾，辛走肺也。”⑤《本草汇言》：“桂枝散风寒，逐表邪，发邪汗，止咳嗽，去肢节间风痛之药也。气味虽不离乎辛热，但体属枝条，仅可发散皮毛肌腠之间，游行臂膝肢节之处。”⑥《本草述》：“桂枝与薄桂，虽皆属细枝条，但薄桂尤其皮之薄者，故和营之力似不及枝也。又肉桂治奔豚，而桂枝亦用之者，以奔豚属肾气，肾气出之膀胱，桂枝入足太阳故也。”“世医不悟桂枝实表之精义，似以此味能补卫而密腠理，若然，何以不用参、芪耶？盖四时之风，因于四时之气，冬月寒风伤卫，卫为寒风所并，则不为营气之并而与之和，故汗出也。惟桂枝辛甘能散肌表寒风，又通血脉，故合于白芍，由卫之固以达营，使其相和而肌解汗止也。”⑦《长沙药解》：“桂枝入肝家而行血分，走经络而达荣郁。善解风邪，最调木气，升清阳之脱陷，降浊阴之冲逆，舒筋脉之急挛，利关节之壅阻。入肝胆而散遏抑，极止痛楚，通经络而开痹涩，甚去湿寒，能止奔豚，更安惊悸。大抵杂证百出，非缘肺胃之逆，则因肝脾之陷，桂枝既宜于逆，又宜于陷，左之右之，无不宜之。”⑧《药物学纲要》：“桂枝轻用三、五分至七、八分，重用一钱至钱半，若营血素虚，而卫阳亦微，外有凛寒，则用一、二分与白芍合炒，其舌滑无苔者，且必桂、芍同炒，而拣去桂枝不用，仅取其气，不食其味，此虽吴下近时新法，而不可谓其无深意者也。桂枝即肉桂之枝，柔嫩细条，芬芳馥郁，轻扬升散，味辛气温。祛营卫之风寒，主太阳中风而头痛。立中州之阳气，疗脾胃虚馁而腹疼。宣通经络，上达肩臂。温辛胜水，则抑降肾气，下定奔豚，开肾家之痹着，若是阳微溲短，斯为通溺良材。惟在燥咳气升，妄用即教血溢，抑或

阴亏液耗，误投必致病加。其效在皮，而仲景书反去其皮，可悟传抄之谬，无皮为木，而晚近来或用其木，毋乃嗜好之偏。”⑨《本经疏证》：“凡药须究其体用；桂枝能利关节，温经通脉，此其体也；……盖其用之道有六：曰和营，曰通阳，曰利水，曰下气，曰行瘀，曰补中。其功之最大，施之最广，无如桂枝汤，则和营其首功也。”

2. 茯苓　茯苓异名茯菟（《本经》），松腴、不死面（《记事珠》），松薯、松苓、松木薯（《广西中药志》）。始载于《神农本草经》，本品为多孔菌科卧孔属真菌茯苓的菌核。性味甘、淡，平；归心、脾、肺、肾经。

【功能】 利水渗湿，健脾和胃，宁心安神。

【主治】 ①用于各种水肿。茯苓甘补淡渗，性平作用和缓，无寒热之偏，故可用治寒热虚实各种水肿。若表邪不解，随经入腑之膀胱蓄水证，或水肿、小便不利，多与猪苓、白术、泽泻等同用，如五苓散；若水热互结，阴虚小便不利水肿，可与滑石、阿胶、泽泻同用，如猪苓汤；若脾肾阳虚水肿，可与附子、生姜同用，如真武汤。②用于脾虚诸证。茯苓能健脾补中，若脾胃虚弱，食少纳呆，倦怠乏力等，常与人参、白术、甘草同用，如四君子汤；若脾虚停饮，常与桂枝、白术同用，如苓桂术甘汤；若脾虚泄泻，可与山药、白术、薏苡仁同用，如参苓白术散。③用于心悸、失眠。茯苓益心脾而宁心安神。若心脾两虚，气血不足之心神不宁，多与黄芪、当归、远志同用，如归脾汤；若水气凌心之心悸，与桂枝、白术、生姜同用，如茯苓甘草汤。

历代医家论述：综述茯苓的主要功效及机制：①《用药心法》：“茯苓，淡渗利窍，甘以助阳，除湿之圣药。味甘平补阳，益脾逐水。湿淫所胜，小便不利，淡味渗泄，阳也。治水缓脾，生津导气。”②《本草经疏》：“（茯苓）其味甘平，性则无毒，入手足少阴、手太阴、足太阴、阳明经，阳中之阴也。胸胁逆气，邪在手少阴也；忧恚惊邪，皆心气不足也；恐悸者，肾志不足也；心下结痛，寒热烦满，咳逆，口焦舌干，亦手少阴受邪也。甘能补中，淡而利窍，补中则心脾实，利窍则邪热解，心脾实则忧恚惊邪自止，邪热解则心下结痛、寒热烦满、咳逆、口焦舌干自除。中焦受湿邪，则口发渴，

湿在脾，脾气弱则好睡。大腹者，脾土虚不能利水，故腹胀大也。淋沥者，脾受湿邪，则水道不利也。膈中痰水水肿，皆缘脾虚所致。中焦者，脾土之所治也，中焦不治，故见斯病，利水实脾，则其证自退矣。开胸腑，调脏气，伐肾邪者何，莫非利水除湿，解热散结之功也。”③《本草正》：“（茯苓）若以人乳拌晒，乳粉既多补阴，亦妙。”

论茯苓利小便：①《本草衍义补遗》：“茯苓，仲景利小便多用之，此治暴新病之要药也，若阴虚者，恐未为宜。”②《纲目》：“茯苓，《本草》又言利小便，伐肾邪，至李东垣、王海藏乃言小便多者能止，涩者能通，同朱砂能秘真元。而朱丹溪又言阴虚者不宜用，义似相反，何哉？茯苓气味淡而渗，其性上行，生津液，开腠理，滋水之源而下降，利小便，故张洁古谓其属阳，浮而升，言其性也；东垣谓其为阳中之阴，降而下，言其功也。《素问》，饮食入胃，游溢精气，上输于肺，通调水道，下输膀胱。观此，则知淡渗之药，俱皆上行而后下降，非直下行也。小便多，其源亦异。《素问》云，肺气盛则便数而欠，虚则欠咳，小便遗数，心虚则少气遗溺，下焦虚则遗溺，胞遗热于膀胱则遗溺，膀胱不利为癃，不约为遗溺，厥阴病则遗溺闭癃。所谓肺气盛者，实热也，其人必气壮脉强，宜用茯苓甘淡以渗其热，故曰小便多者能止也。若夫肺虚、心虚、胞热、厥阴病者，皆虚热也，其人必上热下寒，脉虚而弱，法当用升阳之药，以升水降火。膀胱不约，下焦虚者，乃火投于水，水泉不藏，脱阳之症，其人必肢冷脉迟，法当用温热之药，峻补其下，交济坎离，二证皆非茯苓辈淡渗之药所可治，故曰阴虚者不宜用也。”

3. 桃仁　异名桃仁核（《本经》），始见于《本经》，本品为蔷薇科桃属植物桃或山桃的种子。性味苦、甘，小毒；归心、肝、大肠经。

【功能】 活血祛瘀，润肠通便。

【主治】 ①用于多种瘀血证，如经闭、痛经、产后瘀滞腹痛、癥积及跌打损伤等。本品味苦而入心、肝血分，善泄血滞，祛瘀力较强，又称破血药。治血瘀经闭、痛经，常配红花、当归、川芎等同用，如桃红四物汤；治产后瘀滞腹痛，常配炮姜、川芎等，如生化

汤；治癥积痞块，配桂枝、牡丹皮、赤芍等，如桂枝茯苓丸；或配三棱、莪术等；若体内瘀血较重，需破血下瘀者，可配大黄、芒硝、桂枝同用，如桃核承气汤。近代有同桃仁提取的苦扁桃仁苷注射液静脉滴注治肝、脾肿大，有明显缩小作用，对脾脏缩小尤为明显。治跌打损伤，瘀肿疼痛，常配当归、红花、大黄等，如复元活血汤。②用于肠燥便秘。桃仁为种仁，含油脂，能润燥滑肠，常配当归、麻仁等同用，如《脾胃论》润肠丸。③用于肺痈、肠痈。桃仁善泄血分之壅滞，痈之成者，热毒壅聚、气血凝滞所致。本品常配清热药同用，以清热解毒活血消痈。治肺痈，配苇茎、冬瓜仁，如苇茎汤；治肠痈，配大黄、牡丹皮，如大黄牡丹汤，亦可配红藤、败酱草、冬瓜仁等同用。此外，桃仁还可用治咳嗽气喘，有止咳平喘作用，常配杏仁等同用。

历代医家论述：综论桃仁主要功用及主治：①《伤寒明理论》："肝者血之源，血聚则肝气燥，肝苦急，急食甘以缓之。桃仁之甘以缓肝散血，故张仲景抵当汤用之，以治伤寒八九日，内有蓄血，发热如狂，小腹满痛，小便自利者。又有当汗失汗，热毒深入，吐血及血结胸，烦躁谵语者，亦以此汤主之。与虻虫、水蛭、大黄同用。"②《用药心法》："苦以泄滞血，甘以生新血，故凝血须用，又去血中之热。"③《纲目》："桃仁行血，宜连皮尖生用；润燥活血，宜汤浸去皮尖炒黄用，或麦麸同炒，或烧成性，各随本方。"④《本草经疏》："夫血者，阴也，有形者也，周流乎一身者也，一有凝滞，则为癥瘕，瘀血，血闭，或妇人月水不通，或击扑伤损积血，及心下宿血坚痛，皆从足厥阴受病，以其为藏血之脏也。桃核仁苦能泄滞，辛能散结，甘温通行而缓肝，故主如上等证也。心下宿血去，则气自下，咳逆自止；味苦而辛，故又能杀小虫也。"⑤《药品化义》："味苦能泻血热，体润能滋肠燥，若连皮研碎多用，走肝经，主破蓄血，逐月水，及遍身疼痛，四肢木痹，左半身不遂，左足痛甚者，以其舒经活血行血，有祛瘀生新之功，若去皮捣烂少用，入大肠，治血枯便闭，血燥便难，以其濡润凉血和血，有开结通滞之功。"⑥《冯氏锦囊》："此（桃仁）与杏仁润肠功同，但杏仁治气秘，桃仁治血秘，虽云苦以去滞，甘以生新，然究竟破血之功多，而益气之力少，但走血分而

性滑润，佐麻仁、当归以治燥结如神。”

4. 牡丹皮　牡丹皮又名牡丹根皮、牡丹皮、丹根。始载于《神农本草经》，为毛茛科植物牡丹的干燥根皮。性味苦、甘，微寒；归心、肝、肾经。

【功能】清热凉血，活血祛瘀。

【主治】①温毒发斑、血热吐衄。本品苦寒入心、肝血分，善清营分、血分实热，功能清热凉血、止血。治温病热入营血，破血妄行所致发斑、吐血、衄血，常配水牛角、生地、赤芍等药；治热毒发斑常配栀子、大黄、黄芩等；治血热吐衄常配大黄、大蓟、茜草根等药，如十灰散；若治阴虚血热吐衄常配生地黄、栀子等药。②温病伤阴、阴虚发热、夜热早凉、无汗骨蒸。本品性味苦辛寒，入血分而善于清透阴分伏热，为治无汗骨蒸之要药，常配鳖甲、生地黄、知母等药。③血滞经闭、痛经，跌打伤痛。本品辛行苦泄有活血祛瘀之功，治血滞经闭痛经常配桃仁、川芎、桂枝等；治跌打伤痛可与红花、乳香、没药配伍。④痈肿疮毒。本品苦寒，清热凉血之中，善于消瘀散痈。治火毒炽盛，痈肿疮毒，可配大黄、白芷、甘草等；治瘀热互结之肠痈初起可配大黄、桃仁、芒硝等药。

历代医家论述：《本经》：“主寒热，中风瘛疭、惊痫邪气，除癥坚瘀血留舍肠胃，安五脏，疗痈疮。”《别录》：“除时气头痛，客热，五劳，劳气，头腰痛，风噤，癫疾。”《药性论》：“治冷气，散诸痛。治女子经脉不通，血沥腰疼。”《日华子》：“除邪气，悦色，通关腠血脉，排脓，通月经，消扑损瘀血，续筋骨，除风痹，落胎下胞，产后一切女人冷热血气。”《珍珠囊》：“治肠胃积血，衄血，吐血，无汗蒸热。”《滇南本草》：“破血，行血，消癥瘕之疾，除血分之热，堕胎。”《纲目》：“和血，生血，凉血，治血中伏火，除烦热。”

5. 赤芍　又名木芍药、赤芍药、红芍药、草芍药。始载于《本经》，为毛茛科植物赤芍或川赤芍的干燥根。性味苦，微寒；归肝经。

【功能】清热凉血，活血散瘀。

【主治】①温毒发斑，血热吐衄。本品苦寒入肝经血分，善清泻肝火，泄血分郁热而奏凉血、止血之功。治温毒发斑常配水牛角、

牡丹皮、生地黄等；治血热吐衄常配生地黄、大黄、白茅根等。②目赤肿痛，痈肿疮疡。本品入肝经而清肝火，配荆芥、薄荷、黄芩等药可治疗肝经风热，目赤肿痛，如芍药清肝散；配天花粉、乳香、银花治热度壅盛，痈肿疮疡。③肝郁胁痛，经闭痛经，癥瘕腹痛，跌打损伤。本品苦寒入肝经血分，有活血散瘀止痛之功，治肝郁血滞之胁痛，可配柴胡、牡丹皮等药用；治血滞经闭、痛经、癥瘕腹痛，可配当归、川芎、延胡索等；治跌打损伤、瘀肿疼痛，可配虎杖，或配桃仁、红花、当归等。

历代医家论述：《本经》："主邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热癥瘕，止痛，利小便，益气。"《别录》："通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血，去水气，利膀胱大小肠，消痈肿，时行寒热，中恶腹痛，腰痛。"《药性论》："治肺邪气，腹中痛，血气积聚，通宜脏腑壅气，治邪痛败血，主时疾骨热，强五脏，补肾气，治心腹坚胀，妇人血闭不通，消瘀血，能蚀脓。"《日华子》："治风补劳，主女人一切病并产前后诸疾，通月水，退热除烦，益气，天行热疾，瘟瘴惊狂，妇人血运，及肠风泄血，痔瘘，发背，疥疮，头痛，明目，目赤，胬肉，赤色者多补气。"《开本本草》："别本注云，利小便，下气。"《滇南本草》："泄脾火，降气，行血，退血热。"《本草要略》："泻肝家火。"《纲目》："止下痢腹痛后坠。"

二、桂枝茯苓丸的功效与主治

【功效】 活血化瘀，缓消癥块。

【主治】 妇女少腹素有癥块，按之痛，腹挛急，漏血不止，脉涩者，或妇女血瘀经闭，或经停腹痛，或难产，或胞衣不下，或死胎不下，或产后恶露不尽而腹痛拒按者。

第四节 桂枝茯苓丸的临床应用

桂枝茯苓丸是张仲景为治妇人癥瘕所设之方，现广泛应用于临床。本方立方之意即为活血化瘀，缓消癥瘕，用于治疗妇科癥瘕，即子宫肌瘤。若腰膝困倦、白带增多者加怀山药、海螵蛸、白术、鹿角

霜、茜草等；若月经淋漓不断或时来时止者，加生黄芪、白术、熟地黄、当归、茜草等；若下腹刺痛、血瘀胞宫者，加桃仁、乳香、没药等；若少腹冷痛、得温则舒者，加炮姜、小茴香、五灵脂、生蒲黄等；若痛无定处者加柴胡、当归、三棱、莪术等。方中桂枝能温通血脉，调和气血。桂枝与牡丹皮相配，寒温相济，共消瘀滞。茯苓与牡丹皮一气一血，能调其寒温，而桃仁尤能消散瘀血，溶化血块。现代药理实验研究结果证实：桂枝茯苓丸具有催乳素释放激素（LHRH）类似物及抗雌激素作用，并具有较强的镇痛、松弛子宫平滑肌及抗炎作用，全方共奏调气活血、化瘀消癥之功，非独子宫肌瘤可用此方，临床上凡属血瘀证者皆可用本方加减。

第二章 古今医家的论述

一般医家认为，本方为活血化瘀、消积化癥之剂。由于妇人宿有癥病，又受孕成胎，停经三月，又漏下不止，以癥病妨害胞胎之养，故癥积不去，则漏下不止，而无新血养胎，以本方缓消癥块。桂枝温通血脉；茯苓健脾渗湿，扶正养胎；芍药养血和营；牡丹皮、桃仁消瘀血、破癥积，祛瘀生新，使癥积逐渐消散而新血养胎。

历代医家对桂枝茯苓丸条文有三方面不同的认识：认为是癥病与妊娠的鉴别，以及癥病下瘀止血的治法；认为是妊娠宿有癥病的证治；认为桂枝茯苓丸是下癥去胎并非下癥保胎。

本方应用范围的历代认识举隅：

《妇人良方》：又名夺命丹。治疗妇人小产，下血过多，子死腹中，以下胎为目的。

《济阴纲目》：改汤名催生汤。治疗产妇腹痛，死胎。

《方舆輗》：治产后恶露停滞，心腹疼痛，发热憎寒等证；经水不通或寡，经乱。

《方极》：治拘挛上冲心下悸，及经水有变。

《类聚方广义》：治经水不调，时时头痛，腹中拘挛，或手足麻痹，或经期头重眩晕，腹

中腰脚疼痛。又治经闭上冲头痛、眼翳、眼赤脉纵横、疼痛羞明，腹中拘挛者。血淋肠风下血。

《达生篇》：易名牡丹丸。治胎衣不下，瘀血上冲；又治胎腐腹中危甚者。

《方函口诀》：可活用于瘀血所生诸证。加甘草、大黄治肠痈；加大黄、附子，治血沥痛及打扑疼痛；加车前子、白茅根，治血分肿及产后水气。

本方的衍方：

《证治准绳》：牡丹散，原方加大黄、生地黄、当归、白术。治经水不利，脐腹疼痛，不欲饮食者。

《产育论》：桂苓黄汤，原方加大黄。治产后玉门不闭、会阴破裂、恶露不下、腹胀痛。

中暖脾痊愈。又治经闭上冲头痛，眩晕，眼赤脉弦搏，痰喘喜呕，腹中痞塞者。血淋膨风下血。

《近效》：治牡丹皮、芍药各不下，瘀血上冲；又治肠痈腹中疼甚者。

《方略口诀》：可活用于瘀血证腹证。加甘草，大黄治验；加大黄，附子，治血瘀痛及打扑疼痛；加半夏、白芷、桂，治血分脓及产后水气。

本方临证方：

《证治准绳》：牡丹散，原方加大黄，生地黄、芒硝、白术。治经水不利，腰腹疼痛，不欲饮食者。

《产育论》：桂枝黄汤，原方加大黄。治产后汪门不闭，会阴破裂，疼痛不下，腹胀痛。

中篇

临床研究

第一章

内科病证

第一节　心血管疾病

一、高黏滞综合征

高黏滞综合征，是一个病理生理的综合概念，是由一个或数个血液黏滞因素升高所致的综合征。本征的关键性表现是微循环障碍，即在微循环血流中出现血细胞脆性增加，微血栓与微栓子的形成或者其他凝血产物等。同中医血瘀证有着密切的联系，而且是临床上常见的一种并发症，例如在各系统疾病中出现高黏滞综合征，均可使病情加剧。

【临床应用】

贾晋卯临床将桂枝茯苓丸改为汤剂应用，血瘀证比较明显的加三棱、莪术、乳香、没药等。患有糖尿病的病人，着重加些滋阴的药物如地黄、天冬、麦冬、花粉等，由于情绪应激加些理气疏肝之类如香附、郁金、延胡索、柴胡等，治疗高黏滞综合征50例，对50例病人治疗前后血液黏度进行了对比检查，结果为：治疗前一项异常的是100%，两项异常的41例，占82%，三项以上异常的37例，占

74%；治疗后，一项异常的32例，占64%，两项异常的12例，占24%，三项以上异常的7例，占14%。

二、心悸

心悸是病人自觉心中悸动，惊惕不安，甚则不能自主的一种病症。七情所伤、感受外邪、药食不当等使瘀血内生，血瘀气滞，心脉瘀阻，心阳被遏，心失所养导致病人心悸不安，胸闷不舒，心痛时作。

【临床应用】

骆淑媛用桂枝茯苓丸加减，药用：桂枝12g，茯苓15g，赤芍12g，桃仁6g，红花6g，党参15g，黄芪15g，远志10g，丹参9g，降香10g，炙甘草10g。每日1剂，水煎服。治疗心悸，效果显著。

【病案举例】

黄某，女，58岁，因心悸反复发作2年、加重1天于2004年9月15日初诊。患者近2年来常于劳累或受凉后自觉心悸、头晕、乏力，偶感胸闷，休息后缓解。昨日因劳累上述症状加重，心悸持续不解，故特来求诊。诊见：心慌，乏力，气短，时感头晕，精神差，体力明显下降，面色苍白，舌淡暗苔薄，脉细结代。急查心电图示：室性心律不齐、心肌缺血。中医诊断为心悸，证属心阳不足、心失温养、心脉血行失常。治以温通心阳、宁心定悸之法，方用桂枝茯苓丸加减。药物组成：桂枝12g，茯苓15g，赤芍12g，桃仁6g，红花6g，党参15g，黄芪15g，远志10g，丹参9g，降香10g，炙甘草10g。每日1剂，水煎服。服3剂，心悸、头晕明显好转，守原方随症加减又服10剂，自觉各种症状消失。9月29日复查心电图示：窦性心律、心电图正常。

按：桂枝茯苓丸由桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁五味药物组成，具有活血化瘀、消除癥块的作用。近年来笔者通过临床实践发现，本方不仅可以治疗妇科疾病，还可以治疗心悸等多种内科病证，并取得了良好的临床效果。心悸乃心系常见病。《诸病源候论》云："心藏神而主血脉，虚劳损伤血脉，致令心气不足"。心脏属火，以阳气为本，其发病以气虚阳虚多见。患者劳累体虚，耗损心阳，心阳

不足，无力鼓动心血运行，血行不畅，心脉不通，心动失常，故党参、黄芪、甘草温补心阳，采用赤芍、桃仁、红花、丹参、降香活血通脉，采用茯苓、远志宁心安神以定悸。全方通补兼施，标本兼顾，诸药相配，使心阳得温，心脉得通，心悸得止，故疗效显著。

三、无症状性心肌缺血

无症状性心肌缺血（SMI）属中医学“心痹”、“心病”、“心悸”范畴，多见于中老年人。其同有症状性心肌缺血一样，与急性心肌梗死和猝死关系密切。由于心肌处于慢性缺血、缺氧状态，超氧化物歧化酶（SOD）活性下降，自由基（FR）和脂质过氧化物（LPO）生成增多，同时致SOD消耗增多，加重心肌缺血。中医学则认为，SMI乃以心肾阳虚为本，痰瘀痹阻为标的本虚标实证。阳虚则寒，寒主收引，凝滞血脉，胸阳失展，致痰瘀内阻心脉。

【临床应用】

李承功等单用桂枝茯苓丸，取桂枝、茯苓、赤芍、牡丹皮、桃仁以4:5:4:4:4之比混合，炼蜜为丸，每丸3g，每次服用3～6g，每日2～3次，饭前服用，8周为1个疗程，治疗无症状性心肌缺血32例中，男21例，女11例；年龄41～68岁，平均54.2岁；病程2～11年，平均6.6年。对照组16例中，男9例，女7例；年龄43～70岁，平均55.1岁；病程3～12年，平均6.8年。全部患者均有高血压和高胆固醇血症。两组一般情况无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。诊断标准：均按1979年9月上海全国中西医结合防治冠心病、心绞痛及心律失常研究座谈会修订的“冠心病的诊断参考标准”。治疗方法：治疗组给予桂枝茯苓丸；对照组口服复方丹参片，每次4片，每日3次，8周为1个疗程。两组服药期间停用其他中、西药。观察指标：两组患者在用药前和用药1个疗程后均做心电图记录ST段下移值，测定超氧化物歧化酶（SOD）、血总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL－C）值。心电图疗效标准为主要参考标准。显效：休息时ST段改变消失，ECG恢复正常；有效：休息时ECG或运动试验ST段下降，治疗后回升0.05mV以上，但未达到正常，在主要导联倒置T波变浅达50%以上，或T

波由平坦转为直立；无效：休息时ECG或运动试验与治疗前无变化；恶化：休息时ECG或运动试验ST段较治疗前下降0.05mV以上，在主要导联倒置T波加深达50%以上，或直立T波变为平坦，平坦T波变为倒置。结果：治疗组显效12例（37.5%），有效18例（56.3%），无效2例（6.2%），总有效率为93.8%；对照组显效4例（25%），有效7例（43.8%），无效4例（25.0%），恶化1例（6.2%），总有效率为68.8%。两组总有效率比较有显著性差异（$P<0.05$）。

李芳举等采用桂枝茯苓丸和甘草附子汤合用，取桂枝、附子、茯苓、赤芍药、牡丹皮、桃仁、甘草，以4:3:5:4:4:4:2之比混合，炼蜜为丸，每丸3g，口服每次3～9g，每日2～3次。饭前服用，6周为1个疗程，治疗无症状性心肌缺血36例中，男24例，女12例；年龄60～78岁，平均（66.2±6.1）岁；病程6～10.2个月，平均（5.5±2.2）个月。对照组16例中，男9例，女7例；年龄61～79岁，平均（66.4±6.3）岁；病程5～10个月，平均（5.7±2.3）个月。按Cohn分型标准，治疗组属Ⅰ型（安全无症状心肌缺血）18例，Ⅱ型（心肌梗死后SMI）8例，Ⅲ型（心绞痛伴SMI）10例；对照组Ⅰ型7例，Ⅱ型3例，Ⅲ型6例。所有患者皆合并高脂血症。两组一般情况无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。诊断标准：冠心病（CHD）的诊断依据WHO“缺血性心脏病命名及诊断标准”。SMI的诊断标准按“全国心肌缺血再灌注损伤和无症状心肌缺血专题研讨会”意见。治疗方法：治疗组：用桂枝茯苓丸和甘草附子汤；对照组采用复方丹参片，每次4片，每日3次，6周为1个疗程。两组服药期间停服其他中、西药。观察指标：两组患者在用药前和用药1个疗程后均做ECG、Holter，由心血管专科医师详细记录分析ST段下移值、压低的发生次数与累计持续时间，同时记录血压（SBP，DBP）、心率（HR），并计算耗氧量指数（RPP＝心率×收缩压×10－2），测定超氧化物歧化酶（SOD）、总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL－C）。结果：治疗组显效（休息时ST段改变消失，ECG恢复正常）13例（36.1%）；有效（休息时ECG或运动试验ST段下降，治疗后回升0.05mV以上，但未达到正

常，在主要导联倒置T波变浅达50%以上，或T波由平坦变为直立）20例（55.6%）；无效（休息时ECG或运动试验与治疗前无变化）3例（8.3%）；恶化（休息时ECG或运动试验ST段较治疗前下降0.05mV以上，在主要导联倒置T波加深达50%以上，或直立T波变为平坦，平坦T波变为倒置）0例；总有效率为91.7%。对照组显效4例（25%），有效7例（43.8%），无效4例（25%），恶化1例（6.2%），总有效率为78.8%。两组总有效率间比较有显著性差异（$P<0.05$）。治疗组治疗前后ST段压低次数、ST段压低持续总时间、ST段下移值，SOD变化，TC、TG、HDL－C变化自身比较有显著性差异（$P<0.01$或$P<0.05$），和对照组间比较亦有显著性差异（$P<0.05$），而SBP、DBP、HR、RPP自身比较，以及与对照组间变化比较无显著性差异（$P>0.05$）。对照组ST压低次数、ST段压低持续时间、ST段下移值治疗前后变化有显著性差异（$P<0.05$），其他观察项目变化无差异（$P>0.05$）。

四、冠心病心绞痛

冠心病心绞痛属中医学“胸痹”、“心痛”、“厥心痛”等范畴，其发病机制虽与气虚、阴虚、气滞、寒凝、痰浊等有关，但与血瘀关系更为直接，血瘀贯穿于本病始终。气为血帅，血为气母，若心气虚弱，鼓动无力，血行不畅，心血瘀阻，发为胸痹；或气虚无以生化，血虚不能充于脉道，心血瘀滞，不通则痛。若年老久病，心肾阴虚，津液不能充于脉道，“血盈则畅，血亏则迟”，血滞为瘀，心脉郁阻，发为心痛；若忧思恼怒，肝郁气滞，疏泄无权，气机郁滞，日久必致血瘀，阻滞心脉而致胸痹心痛；若素体阳虚，或寒邪风侵，凝滞血脉，则胸痹而痛。现代医学研究证明，冠心病心绞痛血瘀证的形成与血脂代谢紊乱，血液黏度增加，血流状态严重障碍，心脏后负荷增加，血管内分泌功能失调，纤溶系统与抗凝系统的平衡失调有关。故活血化瘀是治疗冠心病心绞痛的重要大法。

【临床应用】

陈丽芳以桂枝茯苓丸加味治疗冠心病心绞痛，疗效显著。

【病案举例】

曾某，男，68岁，2000年5月就诊。主诉活动后胸闷、胸痛反复发作1年，于劳累时加剧，休息后缓解，曾两次住院治疗，诊断为冠心病稳定型心绞痛，服西药后头痛、血压低，无法耐受，要求中医治疗。刻下：心前区疼痛，遇劳加剧，发作时神疲乏力，胸闷气短，四肢发凉，时有心悸，舌质淡紫，苔薄白，脉弦细。证属心气、心阳不足，则血行不畅致瘀血阻络。治以益心气，通心阳，活血化瘀。方用桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝12g，党参、茯苓、赤芍各15g，牡丹皮、桃仁各10g，水蛭（研末分冲）5g，炙甘草10g，5剂。水煎服，每日1剂。复诊：自觉症状改善，胸痛发作次数及时间均减少，仍感气短、神疲乏力，上方加黄芪15g，增强益气之功，连服4周，诸症消失。

按：笔者以该方为基础，临证加减，治疗心血管病中冠心病心绞痛，疗效满意。本案属年老心气、心阳不足，血行不畅，致瘀血内阻于心脉。方用桂枝通心阳；党参益心气，使心气、心阳推动气血运行，气为血帅，气行则血行；辅以赤芍、牡丹皮、桃仁、水蛭活血化瘀通脉；茯苓、炙甘草缓急养心。诸药合用而达益心气、通心阳、活血化瘀之功。

五、高脂血症

高脂血症属于中医学瘀血夹痰、痰夹瘀血范畴，与气血失调密切相关。气血调和，则水津输布如常，血积既久，亦可化为痰水；痰浊亦可流注经络，阻滞气血，形成瘀血停着。正如明·罗周彦《医宗粹言》云："先因伤血，血逆则气滞，气滞则生痰，痰与血相聚，名曰瘀血夹痰……若素有瘀痰所积，后因伤血，故血随气滞，与痰相聚，名曰"痰夹瘀血"。因此本病主要乃痰瘀之浊流于血脉而致。现代医学认为，高脂血症是指血浆脂质中一种或多种成分的含量超过高限的疾患，是诱发冠心病、脑血管疾病的主要因素。

【临床应用】

阎西才等用桂枝茯苓丸，药为桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药各等份，炼蜜为丸，每丸3g，每次3～9g，每日2～3次。饭前服用，

4周为1个疗程。治疗高脂血症病人39例中，男28例，女11例；年龄在39～79岁之间，平均年龄为62.5岁。其中合并高血压者18例，脑血栓形成9例，冠心病12例。同时随机选择22例患者，其中男12例、女10例作为对照组，年龄在40～80岁之间，平均年龄为54.5岁。患者中皆无肝胆疾患、肾病综合征、糖尿病等继发性高脂血症。高脂血症诊断标准：饮食控制无效，近期2周内2次空腹血胆固醇（TC）≥6.5mmol/L或甘油三酯（TG）≥1.58mmol/L，或高密度脂蛋白胆固醇（HDL－C）值男性≤1.04mmol/L，女性≤1.17mmol/L。治疗方法：治疗组给予桂枝茯苓丸口服；对照组给予由中科院成都地奥制药公司研制提供的脂必妥口服，1次3片，1日3次，连服4周为1个疗程。服药期间不再服用其他影响血脂的药物，平常饮食。于服药前和疗程后采取早晨空腹血标本测定TC、TG、HDL－C，其结果与自体服药前后相比较。结果：显效（胆固醇下降15%以上，甘油三酯下降30%以上，高密度脂蛋白胆固醇升0.26mmol/L）治疗组26例，对照组7例；有效（胆固醇下降5%～14%，甘油三酯下降10%～29%，高密度脂蛋白胆固醇升0.10～0.25mmol/L）治疗组12例，对照组2例；无效（胆固醇下降5%以下，升10%以下，甘油三酯下降10%以下）治疗组1例，对照组3例。治疗组与对照组总有效率分别为97.5%和85.5%。桂枝茯苓丸对高脂血症患者的治疗，降TC、TG的作用疗效显著，明显优于对照组，且总有效率有显著性差异（$P<0.05$）。

孙月霞用桂枝茯苓丸加减，药用：桂枝9g，茯苓9g，芍药9g，桃仁9g加减。偏虚者加党参15g，炙黄芪18g，白术12g；偏气滞者加郁金10g，降香10g；肝肾阴虚加制首乌15g，熟地黄10g，菊花9g，草、石决明各10g；寒痰壅盛加天南星12g；痰热内阻者加胆南星6g，瓜蒌9g，半夏9g。20天为1个疗程。观察病例72例，其中男51例，女21例；年龄41～81岁，其中41～49岁10例，50～59岁29例，60岁以上33例，平均年龄59.6岁；伴高血压病69例，冠心病41例，脑血栓形成31例，糖尿病5例，脂肪肝2例。72例随机分为实验组与对照组各36例。用药前均检查空腹血胆固醇均值为517～2310mmol/L，甘油三酯为1181～1810mmol/L。B超查肝、胆、

肾提示有不同程度脂肪肝。治疗方法：72 例病人均给予低脂饮食。实验组给予桂枝茯苓丸口服；对照组口服普拉固片 20mg，每日 1 次，地奥心血康胶囊 11g，每日 3 次。20 天为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程，同时根据不同伴随病给予降血压、扩冠和降血糖等对症处理。72 例病人每治疗 1 个疗程后复查空腹血胆固醇、甘油三酯以及肝、胆、肾 B 超复查，共观察治疗 3 个疗程，然后进行组间和组内治疗前后对比。参照“临床疾病诊断依据治愈好转标准”修正。显效：3 个疗程内临床症状消失，胆固醇、甘油三酯正常；有效：3 个疗程内临床症状消失，总胆固醇、甘油三酯基本接近正常；无效：3 个疗程内临床症状有所改善，总胆固醇、甘油三酯未恢复正常。治疗 3 个疗程后疗效比较，实验组血胆固醇和甘油三酯平均下降明显大于对照组，两组差异有显著性（$P<0.05$ 或 <0.01）。

【病案举例】

患者，男，49 岁。患高血压病 13 年，近 2 个月头晕稍胀痛，右侧上肢麻木，言语不流利，胸膈满闷，时有心慌，大便干燥，舌质淡红，苔白腻，脉弦滑关盛。血压 23.5/13.5kPa，ECG 示：ST－T 改变，查血 TC13.9mmol/L，TG1.9mmol/L，给鱼烯康胶丸口服，治疗月余，除症状稍有减轻外，复查血脂无明显变化。后给桂枝茯苓丸每次 6g，每日 3 次，服用 4 周后，头晕、肢麻大减，其他症状消失，查血脂 TC 5.7mmol/L，TG 0.94mmol/L。继服 1 个疗程，以巩固疗效。

按：高脂血症属于中医学的瘀血夹痰、痰夹瘀血范畴，与气血失调密切相关。气血调和，则水津输布如常，“血积既久，亦可化为痰水。”（《血证论》）痰浊亦可流注经络，阻滞气血，形成瘀血停着。正如明·罗周彦《医宗粹言》云：“先因伤血，血逆则气滞，气滞则生痰，痰与血相聚，名曰瘀血夹痰……若素有瘀痰所积，后因伤血，故血随气滞，与痰相聚，名曰“痰夹瘀血”。因此本病主要乃痰瘀之浊流于血脉而致。治宜“破血消痰”（《医宗粹言》），给桂枝茯苓丸治疗，其中桂枝辛、甘，性温，血得温则行，温通经脉，行滞化瘀，为君药；桃仁味苦，甘、平，善泄血滞，破恶血癥瘕，牡丹皮散血行瘀，芍药和血养血，上三药都有改善微循环、抗血小板聚集、抗血栓

形成和较弱的溶血作用，为臣药；茯苓甘、淡，性平，化痰利水，健脾渗湿，为使药；伍桂枝加强利水湿祛痰之功，伍芍药敛血扶脾，统血养正而祛邪，诸药合用共奏活血化瘀、健脾消痰之功。

男，维吾尔族，住院号：9602707。以头晕5年，伴有左侧头部针刺样疼痛，四肢麻木，全身乏力，纳呆，于1996年3月6日收住院。1993年曾就诊于某县医院，化验血脂：总胆固醇9.6mmol/L，甘油三酯2.2mmol/L。给予“山楂精降脂片及藻酸双酯钠”口服半年，诸症未减。本次入院时查体：T 36.2℃，P 80次/分，BP150/105mmHg（20.0/14.0kPa），R19次/分，患者体形肥胖，腹部脂厚，舌质红，舌边尖有瘀点，苔白腻，脉涩；化验血脂：总胆固醇8.9mmol/L，甘油三酯2.3mmol/L。中医诊断：头晕；西医诊断：高脂血症。笔者考虑患者体形肥胖，舌苔白腻，属痰湿之体；舌边尖有瘀点，脉涩属有瘀之象。两者合参属痰瘀同病。给予下列中药口服：桂枝9g，茯苓9g，赤芍9g，桃仁9g，红花9g，牡丹皮9g，丹参15g，党参15g，泽泻15g，口服10剂药后，头晕减轻，头痛明显好转，但仍感全身乏力。原方加党参15g，黄芪15g，续服15剂，诸症消失，体重减轻5kg。复查血脂：总胆固醇5.0mmol/L，甘油三酯1.24mmol/L，诸症告愈出院。

按：高脂血症是临床经常遇到的一个难题，是脂质和脂蛋白代谢紊乱的结果。血脂增高是动脉硬化和冠心病的重要发病因素。近年来的一些研究表明，降低血脂水平不仅可以降低冠心病的发病率和病死率，而且也可延缓或减轻动脉粥样硬化病变的发展，并可促进病变的消退。因此，降血脂治疗具有重要的临床意义。中医认为，高脂血症的病机实质是痰瘀同病，其病乃“无形之痰”作祟。此痰之形成，大多与嗜食肥甘厚味伤及脾胃，脾失健运，脾运失司，水湿内停，积聚成痰；痰之既成，又可成为新的致病因子，阻于血脉，影响气血的运行，导致血瘀。此即所谓痰瘀同病。目前国内外许多研究表明，高脂血症与患者的血液黏稠度及瘀血、瘀浊呈正相关。本方用桂枝温通血脉，茯苓、泽泻渗利下行而健脾利湿，又有助行瘀血；痰湿留驻多能化热，赤芍、牡丹皮清血热；桃仁、红花、丹参共同起到活血化瘀的作用，使血脉通、痰湿去，从而起到降低血脂的作用。

六、高血压

高血压属中医学“眩晕”、“头痛”的范畴。血瘀是高血压的病理类型之一。患者常出现微循环障碍、血液流变性改变以及血管形态的变化等，因此活血化瘀法已成为治疗本病的一个重要方法。高血压产生瘀血的重要原因是气滞、气虚、肝热、痰浊、阳亢、阳虚致瘀，其形成贯穿于高血压全过程。因此，活血化瘀法要贯穿治疗的始终，活血化瘀药物疗效的机制主要在于扩张血管，改善微循环，改变血液流变性，解除血液“浓”、“黏”、“凝”、“聚”的状态，抑制血小板聚集、黏附，降低血脂，增强纤维蛋白自溶酶活性等方面的综合作用，对高血压的防治有良好作用。

【临床应用】

《汉方的临床》（1981年2月）中用桂枝茯苓丸治疗高血压和小红血疹，效果显著。

《汉方的临床》（1981年8月）用大柴胡汤合桂枝茯苓丸料治疗高血压和肩周炎，效果显著。

【病案举例】

患者，47岁，女，初诊于1980年10月17日。病历：体格、营养中等，脉紧张、有力。腹部平坦，左脐旁有显著的抵抗压痛。7年前起血压高，最高为185/95mmHg（24.6/12.7kPa），患者双亲血压也高。主诉为心悸、眩晕、肩酸痛、头痛、呼吸困难、胸闷、不能跑步。近来常流鼻血，食欲、大便一般。生过两个小孩，有时月经持续很长时间。服过降压剂，但由于疗效不好而停用。3年前起左、右大腿和全背部出现小的红疹，很难消退，稍有疹痒。经三所医院的皮肤科医生用各种方法治疗，但无效。初诊时血压160/90mmHg（21.3/12.0kPa），大腿和背部的红疹诊为血热引起的。治疗：根据诸症予桂枝茯苓丸（含薏苡仁）1次25丸，1日2次。1个月后背部红疹稍褪色，变得稀少；2个月后情绪特别好，皮肤变白，腹部的抵抗、压痛减轻；3个月后红疹好了80%，不大容易看出，红色消褪，仅留遗迹，血压降至140/80mmHg（18.7/10.7kPa）。患者自述数年来身体从来没有这样舒服过。

患者，44岁，女，初诊于1981年4月1日。主诉：1年前起血压升高，肩周炎严重。现症：初诊时血压为180/100mmHg（24.0/13.3kPa），检查结果没有特殊的病因；身体肥胖，还有头痛、失眠、视力低下、左手和左足麻木、心悸、呼吸困难；受肩周炎严重的影响而鼾声很高，以致家属担心患者的呼吸是否会停止，用降压药但无效，血压总是170/100mmHg（22.7/13.3kPa）；脉弦、腹部有胸胁苦满，心下部胀，脐旁有抵抗、压痛。治疗：服大柴胡汤合桂枝茯苓丸料加葛根6g。停服西药降压药，则1个月后血压降为150/100mmHg（20.0/13.3kPa），头痛、肩周炎减轻，手、足麻木减轻。继续服1个月，则血压为130/95mmHg（17.3/12.7kPa）。服药后第一次舒张压降至100mmHg（13.3kPa）以下，手、足麻木消失，肩周炎消失，鼾声也变小了，几乎不引起家属的注意。

七、风湿性心脏病心房颤动伴附壁血栓

风湿性心脏病中医学多称之为“心痹”，中医认为该病多为先天禀赋不足，而青少年多阳气偏盛，内易蕴热，若复感风寒湿邪，热为外邪所郁，流注肌肉、关节、脏腑，内舍于心，而为“心痹”，加之气候异常，寒暑不均，冷热异常，或久居潮湿之地，而此时正气不足时，这些风、寒、热、湿之邪便会趁虚侵袭，痹阻经脉、筋骨，使气血运行不畅而为痹证；痹证日久，外邪由经脉而入脏腑，则为心痹。根据病程的发展及病因病机。中医认为本病以正气虚衰为本，瘀血痰浊水饮为标，治疗中兼顾两者，方可取得较好疗效。

【临床应用】

陈丽芳以桂枝茯苓丸治疗风湿性心脏病心房颤动伴附壁血栓，基本方：桃仁10g，红花、牡丹皮各10g，赤芍15g，桂枝10g，当归12g，水蛭（研末分冲）5g，炙甘草10g。每日1剂，水煎服。取得较好疗效。

【病案举例】

林某，女，63岁，活动后气促、心悸10余年，长期口服强心、利尿及扩血管药。自2001年3月以来，发生2次动脉栓塞事件。心脏彩超示：风湿性心脏病伴二尖瓣狭窄，左房、右室扩大，左房附壁

血栓形成约 11.2cm×11.5cm。2001 年 7 月初诊症见：心悸，胸闷，心痛时作，唇甲青紫，遇劳加剧伴神疲乏力，纳食减少，舌质紫黯，苔薄白，脉结代而细。治以活血化瘀，理气通络。药用：桃仁 10g，红花、牡丹皮各 10g，赤芍 15g，桂枝 10g，当归 12g，水蛭（研末分冲）5g，炙甘草 10g。每日 1 剂，水煎服，7 剂。二诊：症状改善，时有心悸，无胸痛，唇甲青紫改善，仍神疲乏力，纳食稍增加，舌淡苔薄白，脉细结代。上方加党参、黄芪各 15g，20 剂后，症状基本消失。改服成药桂枝茯苓丸 2 个月，随访 1 年未再发生动脉栓塞事件。复查心脏彩超，左房血栓缩小到 0.6cm×0.6cm。

按：笔者以桂枝茯苓丸为基础，临证加减，治疗心血管病中风湿性心脏病心房颤动伴附壁血栓，疗效满意。此案由痹证发展而来，缘于风寒湿邪搏于血脉，内犯于心，致心脉痹阻，营血运行不畅，而致瘀血阻于心脉。治以活血化瘀为主，佐以理气通络，方用以桃仁、水蛭、红花、牡丹皮、赤芍活血祛瘀；辅以桂枝、当归养血通脉；佐以甘草益气养心。诸药合用致瘀血得化，心脉得通，悸痛自止。

参考文献

[1] 贾晋卯. 桂枝茯苓丸（汤）治疗血液高黏滞综合征. 陕西中医学院学报，1995，10，18（4）：25

[2] 骆淑媛. 桂枝茯苓丸新用. 吉林中医药，2006，4，26（4）：47～55

[3] 李承功，闫西才，陈延斌. 桂枝茯苓丸治疗无症状性心肌缺血临床观察. 江苏中医，1998，19（8）：14～15

[4] 李芳举，姚艾虎，李承功. 桂附通心丸治疗老年无症状性心肌缺血临床研究. 时珍国医国药，2000，11（1）：69～70

[5] 陈丽芳. 桂枝茯苓丸加味在心血管病中的运用. 辽宁中医学院学报，2005，7（3）：235

[6] 阎西才，李承功，禚宝英，王敬民. 桂枝茯苓丸治疗高脂血症 39 例. 山东中医杂志，1997，16（10）：444～445

[7] 孙月霞. 桂枝茯苓丸加减治疗高脂蛋白血症. 西部医学，2007，19（4）：662～663

[8] 汉方的临床. 医学文选，1987，（1）：89

[9] 汉方的临床. 医学文选，1987，(1)：96

第二节 呼吸系统疾病

一、肺源性心脏病

肺源性心脏病简称肺心病，属中医学“喘证”、“肺胀”、“痰饮”等范畴。其根本病因病机在于痰饮内停、瘀血阻滞，此乃本病横贯始终的主要矛盾，即朱丹溪所谓“痰夹瘀血，碍气而病”。肺主气，具有调节全身气机，推动血液运行，敷布津液以及通调水道等作用。肺病日久水液不能正常输布，则聚而为饮，继而成痰；肺气不利，不能推动血液运行，则致瘀血内停。痰饮可加重瘀血，瘀血又可变生痰水，二者相互作用，互为因果，形成了一条以痰瘀为核心的恶性循环链，这也是肺心病久治难愈的关键。肺心病急性加重期可出现发热、烦躁，甚至昏迷等痰热或热毒之象，但其病机仍然是痰瘀为本，热或毒仅是其标。

【临床应用】

王燕青等以桂枝茯苓丸加味，药用：麻黄9g、杏仁9g、桂枝9g、茯苓15g、白芍12g、桃仁12g、牡丹皮12g、浙贝母12g、葶苈子15g、鱼腥草30g、黄芩12g、甘草6g。水煎分2次服，每日1剂。发热、口渴者加石膏30g、知母12g；水肿明显者加猪苓、泽泻各15g；心悸较甚者加人参9g、麦冬15g、五味子6g；畏寒肢冷、大便稀薄者去牡丹皮、桃仁，加党参、白术、补骨脂、淫羊藿、丹参各15g；背部恶寒者加干姜9g、细辛3g；痰量较多者加陈皮12g、半夏15g；咳嗽较重者加紫菀、款冬花各12g；伴嗜睡者加石菖蒲、郁金各12g。14天为1个疗程。观察病例62例，随机分为两组。治疗组31例中，男20例，女11例；年龄48～81岁，平均65.26岁；病程10年以内7例，10～20年11例，20年以上13例；合并心力衰竭22例，肺性脑病14例，冠心病8例，高血压病4例。对照组31例中，男18例，女13例；年龄46～83岁，平均67.12岁；病程10年以内6例，10～20年12例，20年以上13例；合并心力衰竭23例，肺性脑病13

例，冠心病7例，高血压病5例。所有病例均符合1977年第二次全国肺心病专业会议修订的肺心病急性加重期的诊断标准。两组患者在性别、年龄、病程、病情、并发症等方面经统计学处理，无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。治疗方法：对照组常规给予吸氧、抗感染、通畅呼吸道及对症处理。治疗组在对照组治疗的基础上合用加味桂枝茯苓丸。1个疗程后根据主要临床表现、血常规、动脉血气分析以及血液流变学的变化情况判断疗效，并做统计学处理。显效：喘憋明显减轻，间断咳嗽，痰易咳出，两肺啰音明显减少，肺部炎症大部分吸收，心、肺功能显著改善，神清，生活自理，实验室检查恢复到发病前水平，治疗组24例，对照组16例；好转：喘憋、咳嗽减轻，痰黏不易咳出，两肺啰音减少，肺部炎症部分吸收，心、肺功能有所改善，神清，能在床上活动，实验室检查有所改善，治疗组4例，对照组8例；无效：上述各项指标无改善或恶化，治疗组3例，对照组7例，治疗组疗效明显优于对照组（$P<0.05$）。

二、肺气肿

肺气肿属中医学“肺胀”的范畴，胀乃肺系常见病证，多因久咳久喘等慢性肺病迁延不愈转化而来。肺脾受损，因虚生痰，因痰致瘀，痰瘀互结，以致肺气壅滞，肺叶膨胀。《丹溪心法》说：“肺胀而咳，或左或右不得眠，此痰挟瘀血碍气而病。”由此可见，痰浊与瘀血是导致肺气肿发生的两个重要因素。

【临床应用】

骆淑媛用桂枝茯苓丸合六君子汤加味，药物组成：桂枝12g，茯苓15g，牡丹皮9g，赤芍12g，桃仁9g，党参15g，黄芪20g，白术12g，陈皮10g，半夏10g，枳壳12g，麻黄9g，炙甘草6g。每日1剂，水煎服。治疗肺气肿，效果显著。

【病案举例】

张某，女，58岁，2004年8月2日初诊。患者近10年来常于受凉后出现咳嗽、气喘反复发作，伴胸闷乏力，曾在省城多家医院住院治疗，诊断为慢性支气管炎、阻塞性肺气肿，用西药后症状略为减轻，但经常复发。1周前又因感冒病情加重，用西药后症状无明显改

善。诊见：胸闷不适，咳嗽气喘，咯白黏痰，精神差，夜寐不安，食欲低下，时时心悸汗出，舌质淡暗苔白腻，脉沉细。中医诊断为肺胀，辨证属于肺脾气虚、气血津液输布失常、痰瘀内阻、肺气壅滞，治以补肺利气、化痰祛瘀，方用桂枝茯苓丸合六君子汤加味。药物组成：桂枝12g，茯苓15g，牡丹皮9g，赤芍12g，桃仁9g，党参15g，黄芪20g，白术12g，陈皮10g，半夏10g，枳壳12g，麻黄9g，炙甘草6g。每日1剂，水煎服。服7剂，患者胸闷、咳喘症状缓解，痰量减少，饮食增加，惟感睡眠差，大便干，查舌苔黄，原方去麻黄，加黄芩15g，远志10g。继服20剂，胸闷、咳喘症状完全消失，亦无其他不适，随访1年多未复发。

按：近年来笔者通过临床实践发现，本方不仅可以治疗妇科疾病，还可以治疗肺胀，并取得了良好的临床效果。肺胀乃肺系常见病证，多因久咳久喘等慢性肺病迁延不愈转化而来。肺脾受损，因虚生痰，因痰致瘀，痰瘀互结，以致肺气壅滞，肺叶膨胀。《丹溪心法》说："肺胀而咳，或左或右不得眠，此痰挟瘀血碍气而病。"由此可见，痰浊与瘀血是导致肺胀发生的两个重要因素。方中桂枝祛邪通脉；赤芍、牡丹皮、桃仁活血化瘀；六君子汤配黄芪补肺健脾、燥湿化痰；枳壳、麻黄化痰利气、止咳平喘。诸药合用，共奏补肺利气、化痰通瘀之功效，使痰浊消，瘀血去，痰祛瘀化，气道通畅，肺气通顺，故取得了满意的效果。

三、肺栓塞

肺栓塞是指嵌塞物质进入肺动脉及其分支，阻断组织血液供应所引起的病理和临床状态。中医学无类似"肺栓塞"这一疾病的记载，但其胸痛、气急、咳血等主要临床表现则散见于"胸痹"、"咳血"等篇中。患者由于长期卧床，血行迟缓，日久血液瘀滞而成此病。血瘀于肺，则咳嗽、胸痛；郁而化热，则发热；热伤肺络，则咳血；"血不利则为水"，瘀血内阻，津液不布，则肢体肿胀。故治宜益气活血，宣肺止咳，渗湿利水。

【临床应用】

王燕青等以桂枝茯苓汤为基本方加减，药用：桂枝、杏仁、牡丹

皮各9g，麻黄6g，茯苓、黄芪、鸡血藤各30g，桃仁、当归、赤芍、白芍各12g，泽泻15g。治疗肺栓塞，取得较好疗效。

【病案举例】

张某，男，79岁，1996年12月7日初诊。2年前曾患下肢血栓性静脉炎，平时较少下床活动。半月前无明显原因出现发热，体温37.8℃，伴咳嗽，咳少许白黏痰，就诊于某西医院。胸部X线片示：右下肺有一小片状密度增高影，考虑肺炎。给予静脉滴注青霉素治疗，10天后症状未见好转，且出现右胸部隐痛，咳痰带血。进一步查肺通气/灌注扫描及双下肢彩色多普勒，结果显示：右下肺通气与灌注不匹配，右侧动脉血流速度缓慢，可见中等絮状样回声，遂确诊为肺栓塞。因患者年事已高，且新近有十二指肠球部溃疡病史，不适宜溶栓，故来我院欲行中西医结合治疗。刻见：低热，右胸部隐痛，咳嗽，咳少许白黏痰，痰中带血，口干，乏力，右下肢轻微凹陷性水肿，舌质红，苔薄黄微腻，脉沉弦。听诊双肺呼吸音清，右下肺少许湿啰音。此属正气亏虚，瘀血阻肺，水湿内停。治宜益气活血，宣肺止咳，渗湿利水，予桂枝茯苓汤加减。处方：桂枝、杏仁、牡丹皮各9g，麻黄6g，茯苓、黄芪、鸡血藤各30g，桃仁、当归、赤芍、白芍各12g，泽泻15g。水煎服，每日1剂。另予水蛭粉装胶囊，3g口服，每日1次。同时给予低分子右旋糖酐300ml及丹参注射液20ml，静脉滴注，每日1次。1周后不再咳血，发热退，咳嗽、胸痛减轻。守方1周，症状进一步改善。上方去麻黄、杏仁，加党参、白术各15g，红花、川芎各12g以增强益气活血之功效。再服1个月，诸症悉除，胸片、肺通气/灌注扫描、双下肢彩色多普勒检查亦恢复正常。后停静脉滴注低分子右旋糖酐及丹参注射液，以中药上方加减调治6个月，并每天口服水蛭粉胶囊2g，巩固疗效。随访至今，病未复发。

按：桂枝茯苓丸中桂枝通阳利水，活血通脉；茯苓渗湿祛痰，养心安神；桃仁活血消癥，化痰平喘；牡丹皮清热凉血，活血祛瘀；白芍“去水气，散恶血”（《别录》）。其主旨在于活血化瘀，祛痰利水。笔者在中医学“异病同治”、“同病异治”理论的启示下，借以治疗肺栓塞呼吸系统疾病，是基于其均存在“瘀血”与“痰湿”这一重要病机的，而桂枝茯苓丸则是治疗“瘀水同病”的有效方剂。

以该方为主，随症加减，使之法与理合，则可取得满意疗效。中医学无类似“肺栓塞”这一疾病的记载，但其胸痛、气急、咳血等主要临床表现则散见于“胸痹”、“咳血”等篇中。患者舌脉虽未见瘀血征象，然从微观辨证看，符合中医的“瘀血证”。该病人由于长期卧床，血行迟缓，日久血液瘀滞而成此病。血瘀于肺，则咳嗽、胸痛；郁而化热，则发热；热伤肺络，则咳血；“血不利则为水”，瘀血内阻，津液不布，则肢体肿胀。故治宜益气活血，宣肺止咳，渗湿利水。方中桂枝温通血脉；麻黄、杏仁宣肺止咳；茯苓、泽泻渗湿利水；水蛭、桃仁破血逐瘀；黄芪、当归补气养血；鸡血藤、白芍活血通络；牡丹皮、赤芍清热凉血。诸药合用，祛邪而不伤正，补气而不壅滞，标本兼治，故药到病除。现代药理研究表明：桂枝具有降低血液黏度、抗炎、抗菌、祛痰、止咳等功效；茯苓抗菌、利尿；白芍抑制血小板聚集，缓解支气管痉挛，并有抗炎、抑菌等作用；牡丹皮抗菌、抗组胺、抗乙酰胆碱；桃仁改善肺部血液循环，降低血液黏度，并有抗炎、抗过敏及止咳、平喘等功效。上述研究为桂枝茯苓丸加减治疗呼吸病奠定了理论基础。

四、肺脓肿

肺脓肿属于中医学“肺痈”范畴。本病病位在肺，总属邪热郁肺，蒸液成痰，邪阻肺络，血滞为瘀，而致痰热与瘀血互结。

【临床应用】

姚庆云用桂枝茯苓丸合当归芍药散随症加减。处方：桂枝、茯苓、白芍各12g，当归、川芎、牡丹皮、桃仁、泽泻各15g，太子参30g。治疗肺脓肿，疗效显著。

【病案举例】

杨某某，男，56岁，农民，1979年11月25日初诊。患者于4个月前咳嗽，发冷发热，按感冒治疗，1周后咳嗽加重，痰量增多，伴有胸痛，在某县医院经X线胸部透视，诊断为右肺中野肺脓肿。用青霉素、链霉素治疗6天，咳出少量脓痰，胸痛与发热减轻，自动中断治疗。近8个月常有不规则发热，反复咳嗽，间有少量脓痰或痰中带血，易汗自汗，四肢乏力，日渐消瘦。近2个月先后联合用青霉

素、链霉素、四环素7天，链霉素、红霉素、卡那霉素23天，上述症状均无缓解，乃转中医治疗。症见面色不华，形体消瘦，咳嗽少痰，胸闷疼痛，转侧不利，口干咽燥，脉细数，舌红，边尖可见瘀斑，苔腻微黄，体温37.8℃，胸部运动表浅，锁骨中线6～8肋间呼吸音减弱，白细胞8700/mm^3，中性54%，淋巴42%，红细胞320万/mm^3。11月24日X线胸片（片号25484）示：右中肺中野呈圆形模糊阴影，边缘清晰，诊断为慢性肺脓肿。停用抗生素，投桂枝茯苓丸合当归芍药散随症加减。处方：桂枝、茯苓、白芍各12g，当归、川芎、牡丹皮、桃仁、泽泻各15g，太子参30g。服药15剂，胸痛、咳嗽减轻，精神好转，食欲增加，仍有不规则发热。守原方加败酱草、鱼腥草各30g，桔梗20g，以助清热解毒、去瘀排脓，又进6剂，咳吐大量脓痰，其味腥臭，体温转正常，仍用桂枝茯苓丸合当归芍药散加黄芪叠服21剂，1980年元月15日X线胸片示：右中肺中野呈带状密度浅淡阴影。嘱守原方连服1个月善后。1980年2月28日信访，诸症平息，X线胸部透视，两肺正常，全日参加劳动。又半年后再访，1980年8月4日X线胸片复查正常。至今未留任何后遗症。

按：慢性肺脓肿，由于坏死组织留在脓腔内，炎症持续存在，脓腔周围纤维组织增生，支气管上皮向内增生，覆盖于脓腔壁上，腔壁变厚。因此，虽用多种抗生素，仍不奏效。故主张此病治疗满8个月而脓腔仍存在者，应做外科手术切除。笔者认为用中药活血化瘀，缓消肺部顽痈是可行的。当归芍药散原载《金匮要略》，为活血化瘀之习用方。桂枝茯苓丸亦源于《金匮要略》，为缓消癥块之要药，《妇人良方》谓此方能起死回生，有夺命丸之称。现代药理研究证实，本方具有镇痛、活血、化瘀、抗炎等作用，加上当归芍药散，则减少血管通透性，增强促进炎症渗出物的再吸收。此类活血化瘀药可使产生的瘢痕组织软化和消退。本合方取当归、芍药、川芎活血理气行血中之滞，牡丹皮消瘀血，桃仁破血结，茯苓、泽泻渗湿利水，与桂枝同用，能入阴通阳，诸药合用，能共奏活血化瘀、缓消肺部顽痈之效。

五、支气管哮喘

支气管哮喘属于中医学“哮喘”、“痰饮”等范畴。清·李用粹《证治汇补哮证》曰：“内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮证”。说明本病的发生与气、痰、非时之气密切相关。但临床所见，瘀血在哮喘发病中也起着重要作用，唐容川《血证论》中有云“内有瘀血，气道阻塞，不得升降而喘”。由于外邪引发哮喘，痰浊壅阻于气道，气机阻滞，气滞导致血滞，瘀血内生，停于脉络，阻塞气道，使气滞更甚，又加重瘀血。加之哮喘病程缠绵，易耗损肺气，肺贯心脉而朝百脉，肺气虚衰，鼓动无力，心脉不畅，瘀血内留。血瘀日久，新血不生，肺失所养，其气更虚，更加重血瘀留滞。而“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，肺脾功能失调则痰浊内停，且“痰瘀同源”，瘀血内生，阻塞脉络，影响气机运行，瘀留更深。此外，肺肾为金水相生，肺虚及肾，日久损及元阳，肾阳不足温煦无力，寒凝亦致血疲。由此可见，气滞、气虚、阳虚、痰阻等皆可致病，又可互为因果，互相影响，形成痰瘀交结的复杂病机。临床虽大多以清热化痰、理气平喘、益气补肾等为治则，但将活血化瘀法渗入其中，可提高本病的治疗效果，减少复发。

【临床应用】

刘臣等以大柴胡汤合桂枝茯苓丸并用，方药如下：柴胡15g，黄芩10g，半夏10g，生姜10g，枳实10g，甘草10g，白芍10g，大枣4枚，大黄3g，桂枝10g，桃仁10g，茯苓10g，牡丹皮10g。水煎服，每日1剂，100ml日2次口服，半月为1个疗程，一般治疗2个疗程。加减：若喘而汗出明显者加入麻黄10g，生石膏25g，杏仁10g；口干、渴或心烦者加生石膏30g；若外感者加入葛根10g，麻黄10g，杏仁10g；若见咳痰、恶寒、关节痛者，又有太阳病痰饮内停，合并用小青龙汤。治疗支气管哮喘50例中，男24例，女26例；年龄最大63岁，最小17岁；病程最长21年，最短1年。疗效评定参照国家中医药管理局1995年1月1日颁布实施的“中医病证诊断疗效标准”哮病疗效标准。结果：治愈12例，好转25例，未愈13例。有效

率74%。

周嵘拟小柴胡汤合桂枝茯苓丸加减，药用：柴胡15g，黄芩10g，苏子15g，甘草10g，生姜10g，大枣10g，丹参30g，桃仁10g，桂枝10g，赤芍20g，厚朴10g，杏仁10g，牡丹皮10g。治疗支气管哮喘，取得较好疗效。

《汉方の临床》单用桂枝茯苓丸治疗支气管哮喘，取得较好疗效。

【病案举例】

张某，女，42岁，2005年4月13日初诊。患“支气管哮喘”已10年余，病情时轻时重，反复发作。近1个月来，每于夜间哮喘发作，需吸舒喘灵气雾剂方可缓解。患者精神紧张，睡眠不佳，晨起时口苦，近半年来月经滞后，量少色暗，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。辨证为少阳枢机不利，肝肺气郁，瘀血内阻。拟小柴胡汤合桂枝茯苓丸加减：柴胡15g，黄芩10g，苏子15g，甘草10g，生姜10g，大枣10g，丹参30g，桃仁10g，桂枝10g，赤芍20g，厚朴10g，杏仁10g，牡丹皮10g。7剂，每日1剂，水煎服。药后喘息、胸闷症状大减，停用舒喘灵气雾剂，惟仍感胸部不适，有气促感，精神好转，口已不苦，月经量多、色红，舌质淡红，苔薄白，脉沉细弦。改投血府逐瘀汤加减：柴胡10g，枳壳10g，杭芍10g，甘草10g，桃仁10g，红花10g，生地黄20g，当归10g，厚朴10g，杏仁10g。每日1剂，水煎服。又服7剂，诸症消失。

按：哮喘之病难愈，多因痰饮、瘀血伏于肺底膈间，每于外感或异味吸入而诱发。因此，治疗哮喘必以涤除膈间痰饮、瘀血方为治本之法。此患者胸满、口苦、脉弦，为少阳枢机不利，肝气郁结，气机失畅，兼挟瘀血阻滞肺经，肺气失于宣降而致哮喘病发作。其月经滞后、色暗量少，乃肝失疏泄、瘀血内滞之证已明。故拟小柴胡汤合桂枝茯苓丸加减，使少阳枢机得利，肝疏肺畅，瘀血潜消，哮喘之症自然平息。

女，主诉：咳嗽较剧，痰稍黏稠，伴有轻度的呼吸困难及喘鸣音。当年6月，因感冒引起哮喘，于当地治疗，连续使用过气管扩张药、镇咳去痰药等，病情反而加重，随来本所治疗。查体：患者发育

中等，稍胖，肤色微白，脉略浮，稍有力，血压 112/69mmHg（14.9/9.2kPa）。腹部中等硬度，脐部左侧有较强的压痛和轻度抵抗，诊为瘀血腹证。另外，胸部 X 线照片、血沉等项检查未见异常，患者因寒证肩部酸痛较重，无便秘症状。初诊时针对剧烈咳嗽和痰涎壅盛用药，给予麦门冬汤，用药 4 日无明显效果。因而按瘀血腹证，改用桂枝茯苓丸（汤剂），用药 10 日，患者咳嗽、呼吸困难等症状及呼气时喘鸣音基本消失，又连续服药，第 14 天时，哮喘症状完全消失。此后，嘱其继续服用桂枝茯苓丸，有时患轻度感冒，现在（初诊后 1 个月余）一般情况很好，肩部酸痛也几乎消失。

六、包裹性胸腔积液

包裹性胸腔积液属于中医学“悬饮”、“伏饮”、“留饮”范畴，肺脏清肃，朝会百脉，布散津液，乃生理之常。《灵枢·邪客篇》谓：“津液流行于血脉之中”，“血流灌溉一身，无所不及，津液得以通行。”《景岳全书》提示津液与血相济周流，互为依存。若肺经及其他脏痰浊瘀热蕴结日久，则清肃之令不行，水精四布失常，津液偏渗胸胁，咳唾引痛，遂为悬饮，长期伏而不去者为伏饮，留而不出者为留饮。伏饮与留饮殆属病程较久之饮证。《灵枢·百疾始生篇》指出：“凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”《血证论》谓：“内有瘀血，则阻碍气道，不得升降，是以壅而为咳。气壅即水壅，气即是水故也。水壅即为痰饮，痰饮为瘀血所阻，则益冲犯肺经……是以倚息不得卧，可见先贤早已明确指出了瘀与胸水的关系。包裹性胸腔积液大部分由渗出性胸膜炎失治、误治或治疗不彻底发展而来。由于胸膜增厚、粘连，形成包裹，使积液难以吸收、消散，停留于胸胁，气机受阻，故临床表现出胸闷、气紧、固定疼痛且多为刺痛，咳嗽及深呼吸均牵引加重，舌质常现紫暗或有瘀点等饮瘀互结之征象。

【临床应用】

杨光华以桂枝茯苓丸治疗包裹性胸腔积液，取得较满意效果。

【病案举例】

彭某某，男，27 岁，1988 年 7 月因咳嗽、胸闷、胸痛 4 个月就

诊。4个月前不明原因出现咳嗽，咯痰，右胸痛，胸闷，潮热，盗汗，疲乏，即在某区医院肌内注射青霉素、链霉素，症状稍减而停止治疗，但一直有轻度咳嗽、胸闷、右胸背部刺痛，因发现右胸廓内陷而就诊。查见：气管稍右移，右前胸明显内陷，右中下胸部叩浊，呼吸音减弱，余（-）。舌质红，边见3个瘀点。血沉80mm/h，胸片（片号28463）示：右侧包裹性胸腔积液，位于侧后壁。B超示：右腋前线至腋后线第7、8肋间可见8.4cm×3.4cm的液性暗区。诊为结核性胸膜炎（包裹性积液）。先在右腋中线、腋后线第7、8肋间分别行胸腔穿刺，均未能抽出积液。遂投以桂枝茯苓丸加牵牛子：桂枝10g，茯苓35g，牡丹皮15g，白芍20g，桃仁、牵牛子各12g。服3剂后，尿量大增，每日达3000～4000ml，胸闷稍减。原方继进8剂，胸痛消失，胸闷除，胸部X线复查示：右侧包裹性胸腔积液已吸收。B超示：右胸腔未探见液性暗区。乃以异烟肼（每日0.3g）维持。随访至今无异常变化，已参加工作。

李某某，男，2岁，因右胸刺痛、胸闷1年余，于1987年6初来诊。曾在某医院诊断为“右胸腔积液”，给予口服异烟肼、肌内注射链霉素等治疗半月余，未能控制。现右胸刺痛，咳嗽和深呼吸时均加重，活动量稍大则胸闷、气紧。查见：右胸廓轻度内陷，叩诊呈浊音，右肺呼吸音明显减弱，余（-），舌质暗。胸部X线透视示：右侧胸膜炎，包裹性积液，胸膜明显增厚、粘连。胸腔穿刺未能抽出积液。给予桂枝茯苓丸加穿山甲：桂枝10g，茯苓35g，白芍20g，桃仁12g，牡丹皮、炮穿山甲各15g。初服5剂，胸痛稍减，加入甘草6g，又服10剂，胸痛消失，跑步已不觉胸闷、气紧。复查胸透示：右侧胸膜增厚，未见积液征象。继予抗结核治疗6个月痊愈，生活、工作如常。

按：笔者以仲景治疗妇人腹部癥瘕包块的桂枝茯苓丸改汤剂治包裹性胸腔积液，以桂枝温阳通脉活血化饮，茯苓淡渗除饮，牡丹皮、芍药、桃仁三药活血破血散结，共奏通阳化饮、消瘀散结之功。所治病例，均收到满意效果，不仅积液很快吸收、消散，且对消除胸痛等症效果尤佳。

七、结核性渗出性胸膜炎

渗出性胸膜炎是干性胸膜炎的进一步发展。人体对结核处于变态反应状态时，胸膜受结核菌的感染，易引起渗液。故多发生于初感染的后期，因这时患者的变态反应性高，但也可发生在结核病的任何阶段。结核性渗出性胸膜炎属中医学“悬饮”之范畴，由外邪犯肺，肺失宣发肃降，津液不能下输膀胱，停留于胸胁而成。“津血同源”，痰饮与瘀血在致病时相互影响，互为因果。如《血证论》曰“瘀血既久，能化为水”，同样，水饮内停，亦能致瘀，故瘀水同治。

【临床应用】

王燕青等用桂枝茯苓汤加味。药用：桂枝、牡丹皮、旋覆花、降香各9g，白芍、桃仁、百部、杏仁、白前、郁金、车前子各12g，茯苓30g，葶苈子15g，甘草6g。水煎服，每日1剂。治疗结核性渗出性胸膜炎，疗效显著。

【病案举例】

刘某，女，26岁，1996年2月8日初诊。1周前受凉后出现低热，体温37.5℃左右，伴恶寒及轻微咳嗽，自服对乙酰氨基酚及速效感冒胶囊后症状无明显改善。近3天又出现右胸部刺痛，咳嗽较前加重，就诊于某西医院，胸部X线片提示右侧胸腔积液（少量），PPD试验呈强阳性，诊断为结核性渗出性胸膜炎。因病人有“乙肝”病史5年，长期肝功能不正常，不能采用正规三联、四联化疗方案，遂求治于中医。刻诊：发热，体温在37.3～37.6℃之间，干咳，右胸部闷胀，无明显盗汗，舌质暗、边尖有瘀斑，苔白腻，脉弦数。听诊右下肺呼吸音低，肝功能检查丙氨酸氨基转移酶（ALT）128U/L。此属外邪犯肺，肺失宣降，水饮瘀血停于胸胁。治宜化瘀利水，宣肺止咳，取桂枝茯苓汤加味：桂枝、牡丹皮、旋覆花、降香各9g，白芍、桃仁、百部、杏仁、白前、郁金、车前子各12g，茯苓30g，葶苈子15g，甘草6g。水煎服，每日1剂。西药予乙胺丁醇0.25g，口服，日3次；链霉素0.75g，肌内注射，每日1次；肝得健2片，口服，每日3次。同时在B超定位下抽出胸腔积液350ml。3天后发热退，胸部闷胀感减轻，但仍咳嗽，轻微盗汗，舌质暗，苔薄白而少，

脉弦细。证兼阴虚内热。上方去葶苈子、车前子，加地骨皮、青蒿各15g以清虚热。又进12剂，咳嗽、盗汗症状消失，惟感右胸部刺痛，X线胸片提示胸腔积液完全消失。前方去白前，加川楝子9g、丝瓜络12g通络止痛。5天后诸症皆除。复查肝功能，ALT 92U/L。后以上方加减连续调治8个月，同时服用乙胺丁醇、肝得健巩固疗效，前3个月配合链霉素治疗。期间4次复查胸片，均示正常，肝功能检查ALT在86～108U/L之间。

按：纵观全方：桂枝通阳利水，活血通脉；茯苓渗湿祛痰，养心安神；桃仁活血消癥，化痰平喘；牡丹皮清热凉血，活血祛瘀；白芍“去水气，散恶血”（《别录》）。其主旨在于活血化瘀，祛痰利水。笔者在中医学“异病同治”、“同病异治”理论的启示下，借以治疗胸腔积液呼吸系统疾病，是基于其均存在“瘀血”与“痰湿”这一重要病机的，而桂枝茯苓丸则是治疗“瘀水同病”的有效方剂。以该方为主，随症加减，使之法与理合，则可取得满意疗效。瘀水同治，方中桂枝、茯苓、桃仁、降香通阳利水，活血化瘀；杏仁、百部、白前宣肺止咳；葶苈子、车前子泻肺利水；牡丹皮清热凉血，破血消癥；旋覆花、郁金调畅气机。诸药合用，可使瘀血去，水饮消，气血得复，脉络通畅，故悬饮为患可得以消除。现代药理研究表明：桂枝具有降低血液黏度、抗炎、抗菌、祛痰、止咳等功效；茯苓抗菌、利尿；白芍抑制血小板聚集，缓解支气管痉挛，并有抗炎、抑菌等作用；牡丹皮抗菌、抗组胺、抗乙酰胆碱；桃仁改善肺部血液循环，降低血液黏度，并有抗炎、抗过敏及止咳、平喘等功效。上述研究为桂枝茯苓丸加减治疗呼吸病奠定了理论基础。

八、小儿包裹性脓胸

化脓性胸膜炎（简称：脓胸）是胸部常见病之一，是指胸膜腔受致病菌感染，形成脓液的积聚。依病程的长短，分为急性脓胸和慢性脓胸两大类。按致病菌的不同，分为化脓性、结核性及其他特异病原性脓胸。根据胸膜腔受累的范围可分为局限性（包囊性）脓胸和全脓胸。小儿急性化脓性胸膜炎，由于治疗措施不当或其他原因，成为包裹性者屡见不鲜。一旦成为包裹性脓胸，则西医疗法颇感棘手，

每每经久不愈。本病属中医学“悬饮”之范畴。朱丹溪说：“血受湿热，久必凝浊”，王清任说：“血受热则煎熬成块”。张仲景所说的蓄血证、瘀热在里证、热入血室证等皆指血热相结的瘀血证。作者认为小儿脓胸的形成也是血热相结的结果，改用“清热化瘀”法治之是很恰当的。

【临床应用】

吴元重等用桂枝茯苓丸、当归芍药散治疗小儿包裹性脓胸21例，年龄：1岁以下2例；2~3岁4例；4~5岁3例；6~7岁6例，>7岁6例，7岁以下的有15例（71.4%）。诊断条件：脓胸经反复多次的穿刺排脓或闭锁引流之后脓液已排不出，但X线检查（拍片或透视）留有大片阴影，临床上炎症症状仍为明显者。从发病到用活血化瘀法治疗（简称：治疗）的时间：从发病到治疗的时间<1周仅1例；1~2周6例；2~3周4例，>3周11例。由此可见，治疗的时间超过2周者有15例，这是多数病儿在院外已治疗一个阶段之后才转入的缘故。治疗前体温：治疗前体温正常者无一例；<38℃2例；38~39℃12例，39~40℃6例；>40℃1例。即19例患儿仍有中度以上的发热。包裹的面积：占一侧胸部的1/4以下者无一例；<1/3的1例，1/3~1/2的6例，1/2~2/3的7例；>2/3的7例。即多数患儿包裹的面积是较广泛的。白细胞计数：末梢血白细胞计数<1万/$mm^3$5例，（1~2）万/$mm^3$14例，（2~3）万/$mm^3$5例，>3万/$mm^3$1例。中性粒细胞分类：<70%10例，70%~80%9例；80%~90% 2例。以上说明多数患儿炎症还存在。治疗方法：继续使用抗生素者15例，服中药后立即停用或没用抗生素者6例，此6例治疗后没有再用抗生素而获得治愈。中医疗法：以活血化瘀为主，适当配用大小柴胡汤和清热解毒之品、活血化瘀的方剂：实证使用桂枝茯苓丸（汤），虚证用当归芍药散（汤），虚实之间者可两方合用，以汤剂服之，每日1剂。疗效分析：治疗后到体温完全正常的时间：一般服中药3~4剂后体温开始下降，1周内体温恢复正常者8例；<2周7例；2~3周2例；>4周4例。即多数患儿在3周内体温完全恢复。值得提出的是：1周内退热的有8例，说明中药的疗效颇为迅速。治疗后到病变完全吸收或接近完全吸收的时间：<2周8例，2~3周6

例，3~4周4例，>4周3例，说明大多数病例在4周内吸收完毕。这与体温恢复正常的时间是基本一致的。由此可见，大多数包裹性脓胸用中药治疗，可望在1个月左右的时间内治愈。

【病案举例】

许某某，女，7个月，住院号79899，因发热、咳嗽、气喘9天，于1973年10月9日入院。入院前曾用过数种抗生素。入院时体温38℃，呼吸50次/分，左肺浊，呼吸音低。白细胞31 600/mm^3，胸透：左肺呈大片状密度较浓阴影。入院后胸腔穿刺，仅抽出脓液数毫升。入院后没用抗生素，只服桂枝茯苓丸加减之汤剂。服3剂之后体温退到37.6℃以下，肺部体征改善，白细胞下降到11 700/mm^3。治疗6天后体温恢复正常。共服本方12剂，经X线摄片证实病灶完全吸收，于10月25日全愈出院。

吴某某，男，3岁，住院号84157，因发热伴胸痛20余日，于1974年8月27日入院。入院时体温37.8℃，心率132次/分，呼吸44次/分。左侧肋间隙饱满，左胸呈浊音，呼吸音低。白细胞21 800/mm^3，中性78%。胸片示：左胸呈大片状密度较高的均匀阴影。胸穿：抽出少量脓性血性液体。入院后肌内注射青霉素、卡那霉素，10天后体温仍在38℃上下，故加用桂枝茯苓丸。服7剂后体温恢复正常，胸透示：左肺阴影明显吸收。共服中药10余剂，于9月29日经胸透证实肺部阴影全部吸收之后出院。

姚某某，男，2岁，住院号89574，因发热伴恶寒20余日，气喘、哭闹不安6天，于1975年9月8日入院。入院时体温38℃，呼吸36次/分。右胸腋中线第5肋间以下呈浊音，呼吸音减低。胸透示：右肺中下野呈大片状密度较浓阴影，膈肌运动受限。胸穿：仅抽出少量脓液。末梢血白细胞25 000/mm^3，中性80%。入院后肌内注射卡那霉素，口服红霉素。至10月1日止，仍有39℃上下之高热，右胸体征及胸透所见如前。白细胞138 000/mm^3，中性70%。因抗生素的作用欠佳，故从此停用一切抗生素，给服小柴胡汤、泻肺汤、桂枝茯苓丸和当归芍药散加减之合方。服中药3剂之后体温完全退至正常。服10剂之后胸透示：右中下野呈密度浅淡片状阴影，意见为胸膜增厚；血白细胞5200/mm^3，中性32%，于10月14日出院。

方某，男，3岁，住院号90404，因发热、咳喘20余日，于1975年10月31日入院。入院时体温38.2℃，呼吸30次/分。右胸稍饱满，右肺上区叩之呈鼓音，下区呈浊音，呼吸音低，右肺底偶闻湿啰音。白细胞7100/mm^3，中性63%。11月2日X线胸片（片号20584）示：右肺中下野中外带区呈现均匀致密阴影及液平面，上野可见椭圆形大透光区，其周围被条索状阴影包围，右肺被压缩60%，纵隔轻度左移。入院后胸穿，未抽出液体，考虑到抗生素效果欠佳，故只给服桂枝茯苓丸合当归芍药散加减方。服药2天后体温恢复正常。服中药10剂之后，于11月13日再次拍胸片，结果是：右侧第4前肋间以下中外带区可见条索状及斑片状密度较浅阴影，其上有一狭窄透光区。自11月11日以后改服当归芍药散，于11月18日胸透证实右肺中外带区阴影及气体全部吸收，翌日出院。

按：笔者认为，小儿脓胸的形成也是血热相结的结果，改用“清热化瘀”法治之是很恰当的。桂枝茯苓丸和当归芍药散均来源于《金匮要略》，系活血化瘀方剂中最有代表性者，目前国内外应用此两方治疗许多疾病获得丰硕效果，但在手头有限文献里尚未发现应用于治疗小儿脓胸的报道。笔者自1973年以来以此两方为主，配合治疗少阳病的方剂——大小柴胡汤，以及其他清热解毒药如蒲公英、败酱草、鱼腥草等治疗小儿脓胸，获得甚满意的结果，尤其对包裹性脓胸，桂枝茯苓丸的效果特别明显。本方具有镇痛、活血、化瘀、抗炎、抗过敏等作用，如再加上当归芍药散，则减少血管通透性，促进炎症渗出物再吸收的作用更增强（类似南开医院急腹症方）。活血化瘀药还可以减少瘢痕组织的产生，还可以使已产生的瘢痕组织软化和消退，这对包裹性脓胸病变的康复是极为有利的，故在本组病儿中无一例发生胸膜高度肥厚所致的胸廓变形等后遗症。包裹性脓胸，如单用西医疗法，病程可拖延数月之久，而且往往产生严重的后遗症。如果加用或单用活血化瘀法，可望在1个月左右的时间里治愈，而且很少留有后遗症，故值得试用。

九、肺癌

肺癌属于中医学“肺积”、“肺岩”、“痞癖”、“咳嗽”、“咯血”、

“胸痛”等范畴。肺为娇脏，易受外邪，邪留于肺，肺气郁郁，宣降失司，津液输布不利，水湿凝聚，壅结为痰，影响脏腑气血的运行，气滞血瘀，痰凝毒聚，相互交结，蕴郁于肺，日久而成“肺岩”之证。正虚邪实是肺癌的基本病机，正气不足是发生肿瘤的内在根本因素，肺癌患者之“正虚”是其病机基础。正如《医宗必读》所言：“积之成也，正气不足，而后邪气踞之”，以及《外证医案》所云：“正气虚则成岩”。故扶正祛邪为临床医家的常用方法。临床和实验研究证实，恶性肿瘤“瘀血证”可使血液循环障碍，特别是微循环紊乱，局部组织缺血，代谢失调，小动脉痉挛，血液处于高凝状态。癌症患者血液“黏”、“稠”、“浓”、“聚”，高黏滞状态异常率达82.7%。微循环血液流速减慢，红细胞聚集明显，微血栓沉集于癌灶周围，为转移复发创造了条件，尤其是血行播散。故而在运用益肺健脾、化痰解毒、软坚散结药治疗肺癌的同时，还可适当配用活血化瘀之法以提高疗效。

【临床应用】

洪广祥用补中益气汤合桂枝茯苓丸加减治疗证属气虚挟瘀型肺癌，取得较好疗效。药用：生黄芪30g，西党参30g，白术15g，炙甘草10g，升麻10g，北柴胡10g，陈皮10g，桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮10g，赤芍20g，桃仁10g，神曲10g，炒山楂30g，炒麦芽30g。每日1剂，水煎服。若患者年事已高，肾气虚弱，可再加锁阳、山茱萸以补肾壮元。

【病案举例】

付某，女，62岁，2005年5月31日初诊。患者2002年8月行右肺腺癌部分切除，术后化疗6次。于2004年1月复查右肺腺癌复发，又于同年2月行右肺全切除，未做放、化疗，于5月份起单纯接受中医药治疗。治疗经过：初诊症见颜面虚浮，形体瘦弱，食欲一般，神疲乏力，气短不足以息，右胸部手术刀口处疼痛麻木，二便平，舌质偏红暗，舌苔白，脉象虚数。证属气虚挟瘀，术后元气更伤，经络气血运行不利。治宜益气行瘀，调畅气机。方用补中益气汤合桂枝茯苓丸加减：生黄芪30g，西党参30g，白术15g，炙甘草10g，升麻10g，北柴胡10g，陈皮10g，桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮

10g，赤芍20g，桃仁10g，神曲10g，炒山楂30g，炒麦芽30g。每日1剂，水煎服。患者服药后自我感觉良好，神倦减轻，饮食亦有改善。上述主方加减服用2年余，病情稳定。间偶有感冒，或胆囊部位不适，手术刀口隐隐作痛，一般在主方基础上稍作调整，保持处方大局稳定，以坚持扶正抗癌，控制复发。目前仍在连续服药治疗，进一步观察远期疗效。2006、2007年3月复查：胸部正侧位片：右全肺切除术后改变。左肺未见实变影，左肺正常。B超示：胆囊多发结石。肝、脾、腹、双肾、腹膜后、腹腔、双肾上腺未见异常。体重增加，肌肉丰满，面色华润，饮食及二便、睡眠均正常。患者对中医药疗效甚为满意。

按：肺癌的病因多为虚、瘀、痰、毒四个方面，其中以虚为本，痰瘀毒邪为标。病位在肺，常累及脾、肾。笔者认为，肺癌是因虚而得病，因虚而致实，是全身属虚，局部为实。治疗应坚持“扶正祛邪”和“扶正抗癌”、“留人治病”的原则，切忌单纯的“以毒攻毒”和大肆攻伐、损伤正气的治疗方法。本案西医首次已行手术和化疗，但又复发而行二次手术，右肺全切除。手术和放、化疗虽然是西医治疗肿瘤首选的治疗手段，但没有解决好人与病的关系。“以人为本”和“治人与治病”相结合，是中医的一大特色和优势，要予以高度重视和科学应用。从本案的治疗过程分析，在配方择药上充分发挥了中医药治疗肿瘤的特色，始终坚持“留人治病”和“扶正抗癌”的原则，因而获得了较好的临床疗效。前已述及，“虚”是肿瘤发病的基础，二次手术又大伤元气，放、化疗毒副反应既伤阳又损阴，从而加重了元气的损伤。《内经》云：“邪之所凑，其气必虚。”正气虚损是引发肿瘤转移和复发的重要原因。因此，该患者全程服用补中益气汤以补益宗气，补脾强肺，补土生金，从而增强免疫调节功能，遏制肿瘤的复发和转移。另一方面，气虚可致瘀，瘀是肿瘤邪实的主要表现。瘀阻血络易形成瘀滞凝结，是肿瘤形成的病理基础，桂枝茯苓丸为《金匮要略》治“妇人宿有癥病”的名方，由桂枝、桃仁、茯苓、牡丹皮、芍药等药组成，有“化瘀消癥”之功效。日本非常重视本方剂的临床应用，笔者亦常用于内科范围的瘀血见证，具有良好的活血化瘀、缓消癥块功效。常与扶正调理方药配合，治疗恶

性肿瘤之化瘀消癥有较好效果，长期服用未见有不良反应，但对有出血倾向者不宜使用。方中君药桂枝是配方择药之关键。桂枝辛温，具辛散温通，助血运行，消癥散结，统帅诸药，直达病所。药理研究结果提示，该方有良好的抗炎、免疫调节、抗血栓、改善血流、抗肿瘤等广泛的药理活性。由此说明，桂枝茯苓丸配方不仅可用于妇科，也可以广泛用于各科瘀血见证。“知常达变”是古方新用的指导原则。

十、胸膜粘连

胸膜粘连以胸痛为主症，乃因反复肺部感染治疗不彻底引起，肺为娇脏，若痰热久嗽，余毒不清，灼伤肺阴，肺失敷布，气不化津，津液不行，反成痰涎，痰瘀互结则致胸痛，治以活血化瘀，化痰利气。

【临床应用】

李悦旬用桂枝茯苓丸加白芥子、冬瓜子、太子参、延胡索治疗胸膜粘连取得较好疗效。

按：用桂枝茯苓丸通阳化瘀，白芥子祛除皮里膜外之痰，冬瓜子清肺祛痰，润肠通便，太子参、冬瓜子益气养阴，延胡索乃血中之药，既走血分活血化瘀，又走气分行气止痛。诸药合用，共达行气活血祛痰之效。

参考文献

[1] 王燕青，陶红卫．加味桂枝茯苓丸治疗肺心病急性加重期31例．山东中医杂志2002，21（11）：655～656

[2] 骆淑媛．桂枝茯苓丸新用．吉林中医药，2006，26（4）：47，55

[3] 王燕青，陶红卫．桂枝茯苓丸在呼吸病中的应用．陕西中医，2002，23（10）：947～948

[4] 姚庆云．桂枝茯苓丸合当归芍药散治愈慢性肺脓肿．江西中医药，1986，（1）：28

[5] 上海第一医学院实用内科学编写组．实用内科学．北京：人民卫生出版社，1973

[6] 细野史郎．汉方の临床，1977，24，（1）：14

[7] 神户中医学研究会．汉方研究，1980，(12)：456
[8] 中国医学科学院活血化瘀研究协作组．新医药学杂志，1972，(2)：29
[9] 刘臣，王俊杰，徐然．大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗支气管哮喘50例．河南中医，2005，12（3）：19～20
[10] 国家中医药管理局．中医病证诊断疗效标准［M］．南京：南京大学出版社，1994
[11] 周嵘．经方治哮喘验案举隅．国医论坛，2007，5，22（3）：8～9
[12] 杨光华．桂枝茯苓丸治疗包裹性胸腔积液．四川中医，1989），(4)：15
[13] 宫川．汉方の临床，1980，27（10）：11
[14] 吴元重，韩道才．活血化瘀法治疗小儿包裹性脓胸．安徽医学，1983，(6)：87～90
[15] 汉方处方解说．汉方医药，1972，(10)：372，378
[16] 洪广祥．论中医药治疗肺癌中医药通报，2007，6（2）：6～8
[17] 李悦旬．桂枝茯苓丸新用．新中医，2001，33（1）：70

第三节 神经系统疾病

一、头痛

凡整个头部以及头的前、后、偏侧部疼痛，总称头痛。凡外感六淫，内伤脏腑，导致阳气阻塞，浊邪上锢，肝阳上亢，精髓气血亏损，经络运行失常者，均能发生头痛。按病因分，头痛有外感、内伤之别。外感头痛有感冒风寒、风热、风湿、伤暑、火邪致痛及伤寒头痛等；内伤头痛有气虚、血虚、阳虚、阴虚、肝阳、伤食、瘀血致痛等。从经络分，有“三阳”头痛（太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛）与“三阴”头痛（太阴头痛、少阴头痛、厥阴头痛）。按病情轻重、病程长短、发作规律及疼痛部位分，有真头痛、头风、偏头痛、雷头痛、脑风、巅顶痛、久头痛等。“不通则痛”，故治疗总以活血化瘀为主，随症加减。

【临床应用】

杨维华等用桂枝茯苓丸加味治疗头痛，药用：桂枝10g，茯苓20g，桃仁12g，牡丹皮12g，赤芍12g，黄芪15g，羌活10g，川芎

6g，细辛3g，取得较好疗效。

《汉方的临床》（1974年6月）用清上蠲痛汤合桂枝茯苓丸治疗偏头痛，效果显著。

【病案举例】

赵某某，女性，36岁。间断性头痛5年余，近2年来发作频繁，症状逐渐加重，每月发作2~3次，有时发作持续数天。主要表现为前额及双侧太阳穴疼痛，经西医脑超检查印象为脑血管痉挛。西医诊断为血管痉挛性头痛。经服用多种中西成药，效果不理想，来我院就诊，诊其脉弦细，舌质暗红有瘀斑，舌苔薄白，中医诊断瘀血阻络，上扰清空，治以益气举阳，化瘀通络。处方：桂枝10g，茯苓20g，桃仁12g，牡丹皮12g，赤芍12g，黄芪15g，羌活10g，川芎6g，细辛3g。5剂后症状减半，又进5剂，病告痊愈。随访1年未复发。

患者，38岁，女，初诊于1974年3月。病历：主诉数年来头痛，2个月前起头痛严重，右耳上部有针刺样的疼痛。2年前也患过1次。除了偏头痛外还有肩周炎、颈椎病、眩晕、耳鸣等，没有生过孩子，4年前患卵巢囊肿接受过手术以来月经停止。有时腹泻、腹痛、右季肋下有抵抗压痛，脐旁、脐下也有抵抗压痛。血压低，为110/80mmHg（14.7/10.7kPa）。治疗：根据血证和气上冲引起的疼痛让服清上蠲痛汤：桂枝茯苓料=7:3。服该方1个月后头痛几乎全部消失，其他自觉症状也好转。服2个月后病情越来越好转，心情舒畅，体重逐渐增加，脸色转好。

二、椎-基底动脉供血不足

椎-基底动脉供血不足属中医学“眩晕”范畴。本病病位在清窍，由气血亏虚、肾精不足致脑髓空虚，清窍失养，或肝阳上亢、痰火上逆、瘀血阻窍而扰动清窍发生眩晕，与肝、脾、肾三脏关系密切。椎-基底动脉供血不足是脑卒中的重要危险因素，最常见症状为阵发性眩晕。椎-基底动脉供血不足性眩晕多因椎-基底动脉血行不畅，脑失滋养所致。所以，血瘀阻络是本病的主要病因病机。

【临床应用】

李泉红以桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、

白芍各10g。肝阳上亢者加天麻10g、钩藤20g、石决明30g、川牛膝20g、菊花10g；痰湿较甚者加陈皮、石菖蒲、半夏各10g；气血亏虚者加黄芪20g、当归10g；肝肾阳虚者加女贞子、旱莲草各10g，枸杞子20g；恶心、呕吐者加旋覆花10g、代赭石30g；肢体麻木者加怀牛膝20g、豨莶草10g、广地龙10g；颈项不舒者加葛根20g、木瓜10g。水煎，分早、晚服，每日1剂，30天为1个疗程。观察病例88例，治疗组58例中，男36例，女22例；年龄最小40岁，最大63岁，平均52.6岁；病程最短3周，最长4年，平均2.2年。对照组30例中，男18例，女12例；年龄最小42岁，最大61岁，平均51.2岁；病程最短1个月，最长3年，平均1.9年。两组病人各项指标经统计学分析无明显差异，有可比性。诊断标准根据1986年第二次全国脑血管病学术会议通过的全国脑血管病学术会议纪要所推荐的诊断标准拟定，且所有病人均符合条件。对照组：口服盐酸氟桂利嗪5mg，每晚1次，并在急性发作期用维脑路通0.4g加入盐酸培他啶氯化钠注射液500ml静脉滴注，每日1次，连用7~10天。治疗组：在对照组治疗基础上加服桂枝茯苓丸加味。疗效标准：根据国家中医药管理局1994年6月发布的“中医病证诊断疗效标准”拟定。治疗结果：治疗组58例中，治愈18例，占31.03%；好转36例，占62.07%；未愈4例，占6.9%；总有效率为91.10%。对照组30例中，治愈6例，占20%；好转16例，占53.33%；未愈8例，占26.67例；总有效率为73.33%。两组总有效率经统计学分析有显著性差异（$P<0.05$）。

三、神经根型颈椎病

神经根型颈椎病是颈椎病中较多见的一种，约占颈椎病的60%~70%。是指由于颈椎退变，神经根受压迫等因素导致其支配区域出现一定程度的疼痛、麻木、感觉缺失和反射改变，以30岁以上的低头工作者多见。中医学古典医籍对本病的有关论述散见于“痹证”、“眩晕”、“项强”、“项筋急”和“项肩痛”等。如《张氏医通》说：“肾气不循故道，气逆挟脊而上，致肩背痛，……或观书对襄久坐致脊背痛”；《伤寒论》中说：“项背强几几，……桂枝葛根汤主之”。

其病因与外伤、劳损、感受风寒湿邪和肝肾亏损有关。其病理变化涉及脏腑、经络、气血等。如《素问·上古天真论》说："五八肾气衰，发齿堕槁……七八肝气衰，筋不能动"。这说明人体随着年龄的增长，全身脏腑器官、骨骼、肌肉、关节等进入衰退的过程。人到五八肾气衰之后，骨与关节发生退行性变，就会出现筋骨疾病，"筋不能动"。《内经·五脏生成篇》又云："肝之合，筋也。肾之合，骨也。骨者，髓之府，不能久立，行则振掉，骨将惫矣。"指出了骨关节病与肝、肾功能的关系。肝肾精气不足，不能濡养筋骨，则容易发生骨关节退行性病变。《素问·宣明五气篇》云："久视伤血，久卧伤气，久坐伤筋，久立伤骨，久行伤筋"指出了骨关节退行性疾病与劳损的关系。故颈椎病的发生是以肝肾亏虚为基础，风寒湿邪侵袭，或颈部外伤，或慢性劳损导致督脉痹阻不通，经络瘀滞不畅，从而形成瘀血。瘀血既是病理产物又是新的治病因素。瘀血阻脉，不通则痛；瘀血之不除，新血不可生，气虚无援，血运不畅，荣养失职，引起了不荣则痛和肢麻等症状。由于本病病程长，病情缠绵难愈，而"久病必瘀"、"久痛多瘀"，随着病程的进展，瘀血内结会日益严重。故活血化瘀可作为治疗神经根型颈椎病的重要手段之一。

【临床应用】

林昌松等用内治法：基础方：桂枝 10g，茯苓 20g，桃仁 12g（打碎），牡丹皮 15g，赤芍 15g，葛根 30g，每日 1 剂，1 次服，15 剂为 1 个疗程。分型辨证加减：①寒湿型：原方加羌活 12g，防风 12g，蜂房 12g，川萆薢 30g；②湿热型：原方加蜂房 12g，薏苡仁 30g，茵陈 20g，浙贝母 15g；③肾阳虚型：原方加牛膝 18g，杜仲、川断各 15g；④肾阴虚型：原方加熟地黄 15g，茯苓 20g，泽泻 15g，山药 20g，山茱萸 15g，牡丹皮 15g。外治法：枕颌带牵引，重量 5～7kg，持续 30min，每日 1 次。配合双柏散外敷，每次 200g，每日 1 次。治疗 15 次为 1 个疗程。治疗神经根型颈椎病 60 例中，男性 36 例，女性 24 例；年龄 28～65 岁，平均 35.6 岁；病程 3 个月～6 年。按中医辨证寒湿型 22 例，湿热型 25 例，肾阳虚型 4 例，肾阴虚型 9 例。诊断标准参照"中医病证诊断疗效标准"，并排除颈椎肿瘤、结核及颈肋综合征。用桂枝茯苓丸配合牵引和中药外敷治疗。疗效评定

标准参照“中医病证诊断疗效标准”制定。治愈：颈部酸痛及上肢麻木、乏力症状消失，臂上神经牵拉试验阴性，X线片颈椎生理弧度恢复正常；好转：症状减轻，上肢酸胀、麻木缓解，X线片征象改善；无效：症状及X线片无变化。治疗结果：本组60例，经本法治疗，疗程15~90天，平均疗程28天，痊愈21例，好转36例，无效3例，总有效率95%。

【病案举例】

①寒湿型：颈肩臂疼痛、酸麻，遇天气变化（尤其潮湿和寒冷），则症状加剧，舌质淡红，苔白或白腻，脉缓。治宜祛风散寒除湿。②湿热型：颈肩臂胀痛、酸麻，伴口苦咽干，肢体烦热，小便短赤，大便干，舌红苔黄腻，脉滑数。治宜清热利湿。③肾阳虚型：颈肩臂胀痛、酸麻，腰膝酸软，形体浮胖，面色苍白，怕冷，少气懒言，小便清长，大便溏，舌质淡胖，苔薄白，脉沉。治宜温肾壮阳。④肾阴虚型：颈肩臂胀痛、酸麻，伴腰膝酸软，五心烦热，潮热盗汗，口苦咽干，舌质红，苔少，脉细数。治宜滋养肝肾。

按：笔者认为颈椎病的主要病理机制在于“瘀血”。桂枝茯苓丸具有温阳通络、活血化瘀之功。方中桂枝走上肢能温阳通痹，尤适用于肩臂疼痛之证；芍药养血和营，若用赤芍尚可活血；桃仁、牡丹皮活血化瘀；此方用药重在活血通阳，故用茯苓补正和中，用量宜大，预防他药伤正。用此方则瘀血去，经络通，血脉周流，风寒湿等邪毒无所依附而易消。

四、三叉神经痛

三叉神经痛是累及面部限于三叉神经的一支或几支分布区反复发作性短暂而剧烈的疼痛，是最典型的神经痛。中医学认为，三叉神经痛属“头痛”、“偏头痛”、“面痛”等范畴。古医书中有“首风”、“脑风”、“头风”等名称记载，如《素问·风论》：“首风之状，头面多汗恶风，当先风一日则病甚，头痛不可以出内。”病因为外邪侵犯或肝阴亏损，阳亢上激，致气血阻滞，上扰清窍而发。

【临床应用】

牛长命等以桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝10g，生白芍30g，茯

苓、桃仁、红花、牡丹皮各15g，僵蚕、全蝎各9g，蜈蚣3条。服3剂，症略减。加细辛4g。水煎服，日服1剂。治疗三叉神经痛，取得较好疗效。

【病案举例】

谢某，女，48岁，1989年5月诊。自述左侧面部疼痛2年余，病发如电击，疼痛难忍，某医院曾确诊为“三叉神经痛”。刻下：脉沉细，舌质淡紫，服卡马西平等仅能临时止痛。治以温经通络，化瘀止痛。处方：桂枝10g，生白芍30g，茯苓、桃仁、红花、牡丹皮各15g，僵蚕、全蝎各9g，蜈蚣3条。服3剂，症略减。加细辛4g。水煎服，日服1剂。连投24剂。患者颜面疼痛完全消失。随访2个月未再复发。

按：三叉神经痛因外邪侵犯（或）肝阴亏损，阳亢上激，致气血阻滞，上扰清窍而发。笔者以桂枝茯苓丸为主，加用通络搜风、和营止痛之药，其痛可止，病即愈。

五、失眠

失眠通常指患者对睡眠时间和（或）质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验。中医认为：人由于被七情所伤，即恼怒、忧思、悲恐、惊吓而导致气血、阴阳失和、脏腑功能失调，以致心神被扰，神不守舍而不寐。

【临床应用】

赵进喜用桂枝茯苓丸加味：桂枝6g，茯苓、牡丹皮、桃仁各12g，赤、白芍各5g，酒大黄9g，云南白药3g（分冲）。治疗顽固性失眠健忘，疗效显著。

【病案举例】

赵某某，女，36岁，农民。患者失眠健忘1年余，尝服中西药无效，症状日渐加重。现每日睡眠不足4h，遇事转瞬辄忘，生活不能自理，几成废人。月经久未来潮，少腹两侧皆有深压痛。舌暗红有紫斑，苔薄腻，脉弦数。予桂枝茯苓丸加味：桂枝6g，茯苓、牡丹皮、桃仁各12g，赤、白芍各5g，酒大黄9g，云南白药3g（分冲）。用药2剂，月经自下，再进1剂，排出恶血如注，并挟一鹅卵大污黑

血块，查节育环存焉，至此，神疲思睡。

按：失眠健忘虽以虚证多见，但也不乏实证者。本例患者月经久而未至，少腹双侧皆有深压痛，是瘀血内结之实证，瘀血日久化热，必成瘀热互结之局，治疗当活血去瘀，泻热开结，故选桂枝茯苓丸方加酒大黄并冲服云南白药，药仅3剂，顽疾竟愈。

六、郁证

郁证是由于情志不舒、气机郁滞所致，以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病证。郁有积、滞、结等含义。郁证由精神因素所引起，以气机郁滞为基本病变，其病机主要为肝失疏泄、脾失健运、心失所养及脏腑阴阳气血失调。郁证初起，病变以气滞为主，常兼血瘀、化火、痰结、食滞等，多属实证。根据郁证的临床表现及其以情志内伤为致病原因的特点，主要见于西医学的神经衰弱、癔病及焦虑症等。另外，也见于更年期综合征及反应性精神病。

【临床应用】

《汉方的临床》（1977年11月）用桂枝茯苓丸料加薏苡仁、大黄治疗郁证，效果显著。

【病案举例】

患者，24岁，女，未婚，初诊于1977年3月3日。病历：1970年8月感觉不舒服，心里郁闷，常有行动异常，被神经科诊断为郁证，住入休养所4个月，以后身体健康情况平稳。但1974年9月又复发，再次住入休养所3个月。1976年4月还复发，住院2个月。出院后回家，但身体感觉不舒服，独自一人在室内，不想见人，不能工作。体格、营养大致一般，脸色稍红，有粉刺，脐旁、脐下有抵抗压痛，有显著的瘀血症状。月经不调，月经痛，常有腹痛和腰痛，失眠。大便3日1次，血压120/70mmHg（16.0/9.3kPa）。治疗：针对瘀血引起的郁证，让服桂枝茯苓丸料加薏苡仁5.0g，大黄0.5g，服药后身体不适感逐渐消失，大便通畅，失眠消失，月经痛减少，能亲自操持家务事。服药3个月后有了工作的愿望。7月起在附近的超级市场服务。开始有点担心，但工作4个月后没有缺勤一天，工作很愉

快。腹部症状、体征也好转，语言反应同正常人没有什么区别。

七、脑卒中偏瘫

脑卒中在中医学中属“中风”范畴。偏瘫是最常见的脑卒中后遗症，它是指一侧肢体肌力减退、活动不利或完全不能活动。偏瘫病人常伴有同侧肢体的感觉障碍如冷热不知、疼痛不觉等。中医学认为，中风偏瘫基本病机为本虚标实，本虚是指患者正气亏虚，即脏腑精气阴血之不足，标实是肝阳上亢之动“风”，肾阴不足之虚“火”，脾不健运之“痰（湿）”，即指“风”、“火”、“痰”这三种病理产物壅盛以致血瘀之象。

【临床应用】

洪天启用桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、白芍、当归尾、牛膝各10g。气虚者加黄芪30～75g；阳虚者加淫羊藿、杜仲、巴戟天各10g；阴虚阳亢者桂枝减半，加生地黄、玄参、钩藤各15g，石决明15～30g；湿盛者加半夏、胆南星、天麻各6g；语言謇涩者加石菖蒲、远志、郁金各10g。水煎服，每日1剂。治疗卒中偏瘫67例中，男38例，女29例，年龄38～82岁，病程2天～6个月。脑出血19例，脑血栓形成45例，脑栓塞3例，并发高血压20例，冠心病8例，糖尿病2例。本组病例都符合1986年第二次全国脑血管病学术会议第三次修补标准，并经CT证实。方法：①用桂枝茯苓丸加味，并随症加减。②部分病例加针灸或胞二磷胆碱穴位注射，疗程30～50天。疗效：基本痊愈31例，显效25例，有效8例，无效3例，总有效率95.52%。

牛俐等用桂枝茯苓丸加味，方药组成：桂枝6g，茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍各12g，地龙10g，瓜蒌30g，黄芩9g，生大黄3g，甘草6g，每日1剂，水煎分2次服。头痛、头胀者加天麻9g，生白芍12g；全身乏力、气短者，加生黄芪30g，当归6g。治疗脑梗死患者24例中，男性16例，女性8例；年龄42～71岁，治疗方法：给予桂枝茯苓丸加味，治疗效果：疗效标准根据“中医中风病疗效评定标准”，本组经治疗基本痊愈8例，显效10例，有效6例。

【病案举例】

张某，男，58岁，1998年8月初诊。患者晨起后突感左侧肢体活动受限，伴语言不利。诊见左侧肢体肌张力降低，舌质暗红，苔黄厚腻，脉弦滑。头颅CT检查示脑梗死。辨证为瘀血、痰浊阻络，治以活血化瘀、化痰通络，投予桂枝茯苓丸加味，并配合对症支持治疗，14天后基本痊愈出院。

按：脑梗死多发生于老年人，常因情志不畅、饮酒饱食等诱发。此类患者多平素肝肾阴亏，阴虚阳亢，肾虚无以藏精化气而致元气不足，血行无力而瘀血内生，脏腑气机逆乱，挟痰挟瘀，瘀血痰浊瘀阻脑络而致肢体偏瘫，言语障碍，故治应活血化瘀、化痰通络。桂枝茯苓丸配合瓜蒌、黄芩、地龙、生大黄等清热化痰通络之品，共奏活血化瘀、清热化痰之效，促进患者康复。

八、坐骨神经痛

坐骨神经痛是指沿坐骨神经分布区域，以臀部、大腿后侧、小腿后外侧、足背外侧为主的放射性疼痛。是多种疾病引起的一种症状，分为根性、干性坐骨神经痛。本病属中医学“痹证”范畴。由于体质虚衰，肝肾不足，风寒湿邪乘虚而入，以致气血痹阻不通，筋脉失于濡养而发病。

【临床应用】

陈明以桂枝20g，茯苓、桃仁、木瓜、独活、杜仲各15g，牛膝、芍药各30g，延胡索25g，地龙12g。水煎服，每日1剂。治疗坐骨神经痛，疗效显著。

【病案举例】

王某，男，54岁，2001年8月30日初诊。患者数天前劳累后感左下肢疼痛，后逐渐加剧，疼痛从臀部向下放射，麻木重着，行走困难，无外伤病史。舌淡苔白腻，脉弦滑。此肢络痹阻，拟活血、通络、除湿止痛。处方：桂枝20g，茯苓、桃仁、木瓜、独活、杜仲各15g，牛膝、芍药各30g，延胡索25g，地龙12g。水煎服，每日1剂。服药6剂后，疼痛缓解，再连服30余剂而愈。

按：本例下肢痛，由于体质虚衰，肝肾不足，风寒湿邪乘虚而

入，以致气血痹阻不通，筋脉失于濡养而发病，用桂枝茯苓丸化裁以活血化瘀，温经通络，切中病机，速收良效。

参考文献

[1] 杨维华，等．桂枝茯苓丸治验举隅．北京中医，1996，5：56
[2] 汉方的临床．医学文选，1987，(1)：8
[3] 李泉红．桂枝茯苓丸加味为主治疗眩晕58例．湖南中医杂志，2003，19(1)：40
[4] 林昌松，田敏，陈纪藩．桂枝茯苓丸加味治疗神经根型颈椎病60例．陕西中医学院学报，2007，30(3)：29～30
[5] 国家中医药管理局．中医病证诊断疗效标准［M］．南京：南京大学出版社，1994
[6] 牛长命，武党红．桂枝茯苓丸临床运用举隅．陕西中医，1996，177(9)：420
[7] 赵进喜．桂枝茯苓丸治顽固性失眠健忘．国医论坛，1991，(5)：30
[8] 洪天启．桂枝茯苓丸为主治疗中风偏瘫．中国中医急症，1996，5(2)：96
[9] 牛俐，延振泉．桂枝茯苓丸加味治疗脑梗塞24例．中国民间疗法，1999，11(11)：23
[10] 陈明．桂枝茯苓丸临床应用举隅．实用中医药杂志，2002，18(8)：40

第四节 消化系统疾病

一、脂肪肝

脂肪肝是指由于各种原因引起的肝细胞内脂肪堆积过多的病变。脂肪肝属中医学“肝积”范畴。《灵枢·百病始生篇》中说：“肝之积，曰肥气。”肥气即膏脂积蓄之意，是引起脂肪肝直接的致病因素。膏脂乃由水谷精微所化生，其生成及输布均有赖于肝脾正常的气化功能，且尤以脾胃的运化输布功能最为重要。肝脾失调是脂肪肝形成的病理基础，痰瘀交结是脂肪肝形成的重要病理关键。现代医学已揭示脂肪肝的病理特征是脂质过氧化作用损害肝细胞膜引起肝脂肪变

性、坏死、炎症浸润及纤维化等改变。就中医病理角度而言，与痰浊、血瘀密切相关。盖肝脾失调，气血津液分布调控失司，一则血行不畅而为瘀，再则津液不行而为痰。生理上肝脾相关，津血同源，病理上痰瘀交结，相互影响，痰瘀一经形成则相互渗透为患，痰凝不化，必然造成血行不畅而加重血瘀，血瘀不行，又势必影响津液输布而加重痰浊，故健脾疏肝、祛痰化瘀是脂肪肝的治疗大法。

【临床应用】

井斋伟矢用小柴胡汤与桂枝茯苓丸并用治疗1991年4月～1992年6月经超声检查诊断为脂肪肝的病例8例，除去病毒性肝炎、肝硬化、肝肿瘤、胆道疾患、糖尿病、有重度合并症及服用对本研究有影响药物的患者。其中男6例，女2例，平均年龄（49±2）岁（42～64岁），4例有大量饮酒史。小柴胡汤和桂枝茯苓丸的用量均为每次2.5g，每日3次，饭前或饭间服用。疗程原定为12周，实际延至24周。服药期间每2～4周进行1次血液生化检查。停药后根据超声检查进行诊断。结果：3例患者的肝超声图像较服药前明显改善，其中1例恢复正常，其余3例中，1例没有变化，2例未做超声检查。血液生化检查结果：多数病例没有变化。服药12周时，肝功能检查3例稍改善，脂质检查1例明显改善。对全部病例各项检查值的平均值进行比较研究，发现只有总胆固醇值在服药12周时较服药前明显减少（魏尔康新符号等级检验，$P=0.043$）。全面改善情况：服药12周时改善1例，稍改善2例，不变5例；24周时明显改善1例，改善4例，不变1例，不能判定者2例。全部病例未出现不良反应，安全度良好。综合以上结果，其有效性评价为：服药12周时，有效1例，稍有效2例，不能判定者5例；24周时，极有效1例，有效4例，不能判定者3例。

二、肝炎

肝炎属中医学“黄疸”、“湿阻”、“肋痛”、“虚证”、“癥积”等范畴。其病因病机多由湿热之邪缠绵，日久正气损伤，由实致虚，形成肝郁脾虚，肝肾不足，脉络瘀阻等虚实夹杂的病理表现，其治疗亦可采用清热利湿、疏肝健脾、补益肝肾、活血化瘀等多种方法。

【临床应用】

李振芝用小柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗慢性肝炎，疗效显著。

牧坂泰治用小柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗慢性肝炎25例。其诊断是依据临床症状、肝功能检查及肝活组织检查。药物投给方法：小柴胡汤、桂枝茯苓丸各5.0g，早、晚2次，时间3个月。效果判定是以肝功能检查结果为主，进行用药前后的比较判断。服用本剂2周后天门冬氨酸氨基转移酶（AST、GOT）与丙氨酸氨基转移酶（ALT，GPT）下降，很多自觉症状好转，体重增加。服用3~4个月后停药，未出现肝功能恶化的病例。

张素兰等用桂枝茯苓丸加味治疗黄疸，疗效显著。

【病案举例】

患者，男，39岁，干部。右胁胀痛3年，劳累后加重，并有口苦纳差，时而乏力便溏，查肝于胁下1cm，上界正常，质软，触之病人有顶闷感，肝功能正常，曾服多种中成药，胁肋胀痛不减，舌苔白，舌质暗，脉弦涩。予小柴胡汤加桂枝茯苓丸，5剂后，胁肋胀痛消失，又连服10余剂，诸症除。追访半年，右胁胀痛未复发。

乔某，女，28岁，住院号：2159，纳差、乏力1个月余，伴呕恶、黄疸等症状，查肝功能：BB154μmol/L，GPT 428U/L；乙肝病毒指标：HBsAg（+），诊断为病毒性肝炎急性期。皮肤、巩膜黄染，面色暗淡，畏寒倦卧，少腹冷痛经闭数月，舌瘀暗苔白，脉沉细无力。辨为瘀血内停，经脉闭阻。遂予桂枝茯苓丸加味：桂枝12g，茯苓20g，赤芍15g，牡丹皮15g，桃仁15g，丹参15g，乌药15g，木通9g。每日1剂，水煎服。药服3剂，经血至，黄疸始退，余症渐解，调治半月，复查肝功能：BB 28.2μmol/L，GPT正常，出院。

按：桂枝茯苓丸为活血化瘀、除癥消痞之方，每每用于瘀血经闭，收效颇佳，血瘀经闭则身目发黄，少腹冷痛，用该方使瘀血去，经脉通，则黄疸退，病能除。

三、肝硬化

肝硬化属于中医“胁痛”、“积聚”、“臌胀”等范畴，主要由于酒食不节、情志所伤、疫毒感染等因素使肝失疏泄，气机不利，血行

不畅，致使肝之脉络为瘀血所阻，并横逆乘脾，瘀血与水湿蕴结，痞塞中焦，也属肝脾同病、瘀血内阻证。现代医学认为，肝硬化是各种原因所致的肝脏慢性、进行性的弥漫性改变。其特点是一种或数种病因反复、长期损伤肝细胞，导致肝细胞变性和坏死。广泛的肝细胞变性、坏死后，肝内结缔组织再生，出现纤维组织弥漫性增生。同时肝内肝细胞再生，形成再生结节，正常肝小叶结构和血管形成遭到破坏，形成假小叶。经过一个相当长的时期（数年甚至数十年），肝脏逐渐发生变形，质地变硬，临床上称这一生理病理改变为肝硬化。

【临床应用】

赵玉瑶等以桂枝茯苓丸（桂枝 10g，茯苓 30g，赤芍 15g，桃仁 15g，牡丹皮 15g）为基础方。腹胀、纳差甚者加鸡内金、焦三仙、厚朴；腹泻者加白术、炒山药、薏苡仁；鼻衄、齿衄者加三七粉、白茅根、仙鹤草；乏力甚者加黄芪、党参；水肿者加生山药、白术、黄芪、猪苓、泽泻；有黄疸者加茵陈、猪苓。水煎服，每天 1 剂，早、晚分服，3 个月为 1 个疗程。治疗肝硬化患者 32 例，其中门诊患者 14 例，住院患者 18 例；男 25 例，女 7 例；年龄 25～62 岁，平均 44 岁；病程 1～13 年，平均 3 年。32 例肝硬化患者均以代偿期为主，为 A 或 B 级，中医辨证属血瘀证者。疗效判定标准：参照中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会于 1993 年 11 月第五届学术交流会制定的疗效判定标准。治疗方法以桂枝茯苓丸加味，根据病情需要，可酌情选用葡萄糖、维生素 C、维生素 K 等基础保肝疗法。观察项目：症状（胁痛、腹胀、乏力等）、体征（肝脾大小、蜘蛛痣、肝掌）、肝功能、B 超。结果：显效 15 例（47%），有效 15 例（47%），无效 2 例（6%）。碱性磷酸酶治疗前为 92.4U/L，治疗后为 63.8U/L；门脉内径治疗前为 14.6mm，治疗后为 13.22mm；且在一定程度上可回缩肿大之脾脏，治疗前脾厚 44.3mm，治疗后减为 36.2mm；其他肝功能指标也有相应的改善；同时胁痛、腹胀、乏力、蜘蛛痣等大多消失或减轻。

四、肝硬化腹水

肝硬化腹水，属中医“臌胀”范畴，是肝硬化的晚期表现，其

发病因素除公认的引起早期腹水的主要原因如钠水潴留、门脉高压、低蛋白血症以及淋巴液漏出过多外，多种并发症如自发性细菌性腹膜炎，严格限制钠及利尿剂导致的低钠血症、肝肾综合征、内毒素血症等诱发或加重了本病的产生与发展，此时仅用大量西药利尿剂往往无效。中医认为本病的形成是在肝硬化气虚血瘀基础上，导致肝、脾、肾功能彼此失调，造成气血水不通，水湿停于胸腹所致，病机复杂，因此诊治应有异于一般腹水，同时，大量利尿剂逐水又会伤阴、损及脾肾，常常诱发消化道大出血、电解质紊乱，导致肾衰，往往加重病情。

【临床应用】

武明钦等用桂枝茯苓丸加味演变为桂枝茯苓鳖甲汤，药用：桂枝10g，茯苓15g，鳖甲15g，桃仁10g，红花10g，柴胡10g，白芍25g，香附15g，当归10g，白术15g，麦芽10g，六曲10g，山楂10g，大腹皮15g，青皮10g，陈皮10g，丹参30g。水煎服，每日1剂。随症加减：兼外感发热、恶寒者加青篙、白薇、知母；偏气虚湿盛者加企边桂、巴戟天、草豆蔻；血热妄行者去桂枝加仙鹤草、三七；肝、脾肿大甚者加土元、龟板、炮穿山甲；偏气滞者加沉香、木香；偏湿热盛者加茵陈、虎杖、板蓝根。治疗肝硬化腹水50例（门诊35例，住院15例），其中男性38例，女性12例，年龄最小30岁，最大70岁，40～60岁者占40例；病程最短者3个月，最长者8年，1年以内者10例，1～3年者16例，3～5年者20例，5年以上者4例；肝、脾大小正常者7例，肝肿大者21例，脾肿大者10例，肝、脾均大者10例，肝萎缩者2例。治疗方法：桂枝茯苓鳖甲汤，并随症加减，疗效标准：临床治愈：自觉症状消失，肝功能基本正常，肝、脾回缩；显效：自觉症状消失，肝功能明显好转，肝、脾不同程度改善，随访1年疗效稳定；无效：治疗1周，症状无明显变化，改用其他方法者。结果：治愈10例，占20%，显效36例，占72%；无效4例，占8%；总有效率为92%。治疗时间最短40天，最长1年，平均治疗时间155天。

【病案举例】

宋某某，男，62岁，农民，1987年12月8日入院，住院号

0943。主诉：脘腹胀满，鼻衄，下肢浮肿半年余。曾服水飞蓟宾（益肝灵）、螺内酯、肌苷及维生素类药物试治2个月余罔效，继经当地施以泻下攻逐之剂，病势不减，后就诊我院。四诊所见：面色晦暗，面、颈部散见蜘蛛痣，朱砂掌，巩膜黄染，脘腹胀大如鼓，测腹围98cm，晚间胀甚难眠，络脉显露，鼻衄，两下肢浮肿，小便黄量少，口干苦不欲饮，纳差肢倦，形寒怕冷，舌质暗红，苔厚腻偏润，脉弦滑无力偏数。查肝功能：黄疸指数15U，凡登白试验（+），麝香草酚浊度12U，硫酸锌浊度28U，丙氨酸氨基转移酶（ALT）134U/L，总蛋白51.3g/L（5.13g%），白蛋白/蛋白球比1∶1.8，B超提示肝硬化腹水（+++），肝肋下2cm。食道钡透：食管静脉曲张。经予桂枝茯苓鳖甲汤40剂后，自觉症状大减，惟下肢略有浮肿，复查肝功能见黄疸指数10U，麝香草酚浊度12U，硫酸锌浊度20U，凡登白试验（-），丙氨酸氨基转移酶（ALT）80U/L，总蛋白72g/L（7.2g）%，白蛋白/球蛋白比1.4∶1，B超提示腹水消失。因恰逢春节，病人要求出院，后在门诊按原方略事加减，又进1个月告愈，至今体健。

五、肝囊肿

肝囊肿属中医学“癥瘕”、“积聚”范畴，病程较长，多系肝郁气滞，湿浊虫积日久，导致气滞血瘀，气滞则胀，血瘀则痛，湿浊内阻则脘腹满闷。本病是目前较为多见的肝脏良性占位性病变，一般以中老年人最为多见。现代医学认为肝囊肿病因大多数系肝内小胆管发育障碍所致，单发性肝囊肿的发生是由于异位胆管造成。肝囊肿生长缓慢，所以可能长期或终生无症状，其临床表现也随囊肿位置、大小、数目以及有无压迫邻近器官和有无并发症而异。目前临床上认为大的囊肿或有临床症状的囊肿需要进行治疗，传统以手术治疗为主。

【临床应用】

曹福凯等采用桂枝茯苓丸加味治疗。①基础方：桂枝10g，茯苓15g，桃仁15g，牡丹皮15g，赤芍15g，郁金10g，川楝子10g，皂角刺10g，大腹皮10g，甘草4g。②加减法：如胁肋胀满者，可加柴胡10g，香附10g；肝区疼痛者，可加延胡索10g，白芍15g；囊肿偏大，

或肝脏肿大，或扪及无痛性包块者，可加浙贝母10g，莪术10g；脘腹胀闷者，可加紫苏梗10g，焦白术10g；脘腹疼痛者，加木香10g，荔枝核10g。水煎服，4周为1个疗程。治疗肝囊肿37例，男性15例，女性22例；年龄在39~78岁之间；病程1周~3年；单发者24例，多发者13例；囊肿直径3~5cm 4例，5~10cm 29例，10cm以上4例；有临床症状者12例。病例纳入标准：①全部病例均经B超检查，阳性率100%；②无症状者囊肿直径需大于4cm，多发性囊肿以最大者计算；③有症状而囊肿直径不足4cm者，以肝脏肿大或有无痛性包块，或右胁胀痛，或脘腹胀闷，甚则疼痛等为入选条件。病例排除标准：①除肝囊肿病变外，患有心、肝、脾、肺、肾或血液系统等严重原发性疾病且症状较重者；②继发感染、出血，甚至破裂等严重并发症者；③不能坚持治疗中途停药者。治疗方法：在治疗期间对本病均不给予其他药物，给予桂枝茯苓丸加味，禁食辛辣、刺激性食物及烟、酒。在治疗3个疗程结束后判断疗效。观察指标：①在治疗期间每周就诊1次，根据症状调整中药处方，但基础方不变；②治疗开始及每个疗程结束之时及时做相应的体格检查及B超检查，以观察治疗前后囊肿大小及症状改善情况；③每月复查血、尿、便三大常规及肝、肾功能，以了解病人身体状况，观察药物可能出现的不良反应。疗效判定标准：①痊愈：临床症状消失，B超复查肝囊肿消失；②显效：临床症状基本消失，B超复查肝囊肿缩小2/3以上；③好转：临床症状减轻，B超复查肝囊肿缩小1/2以上；④无效：临床症状减轻或消失，B超复查囊肿无改变。治疗结果：37例患者中，痊愈1例，显效12例，有效13例，无效11例，显效率为35.1%，总有效率为70.3%。37例患者均未见明显不良反应。

【病案举例】

姜某，男，68岁，既往有血吸虫病史，曾经过多次治疗。半年前渐起右胁胀满，甚则疼痛，伴食欲减退，脘腹作胀，平卧时能扪及右胁下包块。查体：上腹部饱满，肝肋下1cm，质中，边钝，表面不平，剑突下偏右触及约7cm×4cm大小肿块，质软，边界清楚，表面光滑，脾肋下1cm。舌苔薄白腻，脉弦细。彩色超声波检查提示：右肝囊肿，8.0cm×4.0cm×3.0cm。给予桂枝茯苓丸加味，方药：桂枝

10g，茯苓15g，桃仁15g，牡丹皮15g，赤芍15g，柴胡10g，香附10g，郁金10g，浙贝母10g，皂角刺10g，泽泻10g，荔枝核10g，莪术10g，甘草4g。嘱病人每周就诊。1周后述病情好转，胁胀减轻。效不更方，守方继进，服药28剂，右上胁满明显好转，疼痛消失，食欲正常，B超复查右肝囊肿为6.0cm×3.0cm×2.0cm。原方每周根据病人病情酌情加减，续服28剂，右上胁胀满已消失，B超复查右肝囊肿已缩小至3.0cm×1.0cm×0.5cm。继续4周后停药，B超复查肝囊肿已消失。

按：桂枝茯苓丸具有活血化瘀、消癥散结之功。笔者用本方治疗肝囊肿，取得一定疗效。肝囊肿多系肝郁气滞，湿浊虫积日久，导致气滞血瘀，气滞则胀，血瘀则痛，湿浊内阻则脘腹满闷。单纯使用桂枝茯苓丸，而忽略气滞湿阻为患，恐疗效欠佳。所以笔者选用桂枝茯苓丸加味，在活血化瘀、消癥散结的同时，加以疏肝理气、化湿导滞。方中桂枝通血脉而消瘀血，助气化而行津液，一药而两擅其功，为君药；桃仁活血，茯苓渗湿，川楝子行气，皂角刺散结，共为臣药；桃仁、牡丹皮、赤芍、郁金、大腹皮凉血消瘀，行气止痛，利水消肿，共为佐药；甘草调和诸药，为使药。全方共奏活血化瘀、化湿导滞、消癥散结之功。现代药理研究也证实，桂枝茯苓丸原方能改善微循环状态，增强机体免疫力，抑制慢性增生性炎症。笔者的临床实践也证明，桂枝茯苓丸加味治疗肝囊肿具有较好的治疗效果，且未见毒副反应，值得进一步研究和推广应用。

六、多发性肝囊肿

多发性肝囊肿属中医学“癥瘕”范畴，系情志抑郁、气血凝瘀，感受寒湿，阴邪沉伏，留而踞之乃成。《灵枢》云：“邪气居其间，久留而内着。”正气不足是本病发生的内在因素，诚如张景岳所说：“凡脾胃不足及虚弱失调之人，多有积聚之病。”本病病位在肝，病机为气。李冠仙曾指出：“五脏之病，肝气居多。

【临床应用】

何耀荣以桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝10g，茯苓30～50g，泽泻15～20g，牡丹皮10g，柴胡10g，桃仁10g，炮甲珠10g，刺猬皮

（醋制）10～15g，茵陈10g，黄芪30～50g。合并多发性肾囊肿者减茵陈，加猪苓、菟丝子、仙灵脾、倍泽泻；合并多发性脾囊肿者，加薏苡仁、泽兰；痛甚者加香附、麝香；挟瘀者加王不留行或滇三七；腹胀甚者加莪术、乌药；虚者加白术、薏苡仁、党参或红参，治疗多发性肝囊肿30例，男22例，女8例；20～30岁者4例，31～40岁者7例，41～50岁者13例，50岁以上者6例；多发性肝囊肿患者12例，合并多发性肾囊肿患者10例，合并多发性脾囊肿患者8例；未接受治疗者9例，施行开窗引流手术者4例，余皆经中西医治疗。全组病例治疗前均经B超检查确诊，治疗后亦经B超复查。治疗方法：以桂枝茯苓丸加味，并随症加减。在治疗期间均配合使用肌苷（注）、二异丙胺（肝乐）或齐墩果酸片、维生素等西药。疗效标准：显效：症状消失，B超检查，囊肿基本回缩者；有效：症状缓解，B超检查囊肿回缩1/3以上者；无效：症状减轻，B超检查囊肿无明显回缩或回缩不稳定者。治疗结果：显效5例，有效8例，无效17例，总有效率40%。

【病案举例】

严某，男，54岁，干部。1980年5月发现右上腹有一肿块，伴腹胀、脘闷、头痛，右胁隐痛，间或恶心欲呕，食后胃脘饱胀不适，大便稀，每日4～5次，无红白脓。当时囿于工作繁忙，未予介意。1981年自觉腹部肿物日渐增大，上述诸症日益加重，腹痛痞满，连及右胁，肝区疼痛明显，口苦纳差。同年6月1日在当地医院经B超、肝扫描检查，疑为多发性肝囊肿，给予护肝治疗（药物不详）。1984年底，因病情加剧而赴上海第二军医大学求治。经检查，B超示多发性肝囊肿，肝扫描示肝内占位性病变。于同年11月16日在该院施行肝囊肿开窗引流术，术中发现肝脏表面满布大小不等之囊肿数百个，左肿叶有一较大者约6cm×8cm，当即切除大部囊肿壁，戳穿小囊肿20余个，吸除囊液，住院54天，症状缓解，带药出院。回家2个月后病情复发，诸症如故。在当地医院经中西医治疗年余罔效，遂于1986年10月16邀余诊治。问诊：头昏，头痛，精疲乏力，脘闷腹胀，口苦纳差，恶心欲呕，腹痛痞满，连及右胁，心悸心烦，睡眠不安，耳鸣不适，大便稀，小便清长。望诊：慢性病容，形体消

瘦，面色无华，精神软弱，眼眶黧黑，发稀不荣，皮肤粗糙，右上腹膨隆，舌质紫暗，舌苔黄，中心稍厚腻。闻诊：语声低微。切诊：腹部膨隆，肝区压痛明显，拒按，脉弦细而涩。实验室检查：肝功能丙氨酸氨基转移酶（ALT）、尿双胆均正常，AFP（-），超声波示肝内多发性囊肿。西医诊断：多发性肝囊肿。中医诊断：①癥积；②胁痛。证系肝失疏泄，脾失健运，湿浊羁留，经脉奎遏，脏腑失和，气滞血瘀，“留而踞之”所致，且久病不愈，气血耗伤，邪实正虚。治宜攻补兼施，始拟寓攻于补之法，投桂枝茯苓丸（汤）化裁：桂枝10g，茯苓30g，牡丹皮12g，桃仁10g，白芍10g，红参5g，黄芪30g，柴胡7g，泽泻12g，郁金10g，炮甲珠10g，刺猬皮15g，10剂，水煎服。辅以肌苷肌内注射，每日1次，口服二异丙胺（肝乐）、维生素C。二诊（11月1日）：服上药后自觉精神好转，腹部鞭满、右胁胀痛见轻，大便成形，每日1~2次。脉弦细，舌苔薄黄。守方加麝香3分，党参易红参，嘱服15剂，西药照前法。三诊（11月20日）：腹胀、胁痛大减，头昏、纳差、耳鸣、心悸均好转，右上腹肿物日渐缩小，压痛减轻，体重增加3kg，二便调。舌质红，苔薄黄而润，脉小弦。拟寓补攻为治，予原方减郁金、牡丹皮、白芍，加泽兰、三七、白术、薏苡仁，藿香易麝香，30剂。西药肌苷改口服片剂，多种维生素易维生素C。1987年元月16日复查B超，提示肝内囊肿液平面较3个月前减少1/3。嘱守方连服3个月。至同年“五一”前夕，患者症状基本缓解，在当地医院检查B超，肝内液平面基本消失，已恢复原工作月余，尚无不适。遂停用汤剂，改用逍遥丸、滇三七（每日2g）、九种维生素，坚持每日食用薏苡米粥，以图缓功，巩固疗效，3个月后再次经当地医院复查，B超和有关项目均无异常，随访1年未见复发。

按：李冠仙曾指出：“五脏之病，肝气居多。”肝为风木之脏，体阴用阳，职司疏泄，遂其条达畅茂之机。治之法，当以理气为先，遣药宜以通络导滞为主。故拟用具有行气导滞、活血散瘀、缓消癥瘕功效之桂枝茯苓丸（汤）为基本方，方中重用茯苓清淡渗利，通泄其气，以通为补；柴胡主于散郁，疏肝调气，取其“木郁达之”之功；肝欲散，急食辛以散之，故以桂枝佐麝香，芳香鼓舞，取其辛温

之性、走窜之力，化阳温脏腑，引药疏经络；更以刺猬皮之辛苦，亦疏亦泄，性善疏导搜剔，取其锐利之性破瘀导滞，行血止痛，开郁以宣通，入络以除痹，旨在散其瘀积；癥之既成，必挟热为窠囊，方中茯苓、牡丹皮，一气一血，渗湿浊、清郁热，复以桃仁直捣窠穴，利湿降浊，破瘀消癥；白术、红参（党参）、黄芪、薏苡仁旨在补虚，乃宗《内经》“必伏其所主，而先其所因”之意，扶其正气，培其资生之源，这与《金匮要略》所论“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”和张仲景所倡“养正积自除”之说恰相吻合。本病的治疗迄今尚无理想的方法，笔者认为，采取中西结合的综合疗法效果较好，即在中医辨证论治的基础上配合肌苷、二异丙胺（肝乐）、齐墩果酸片和维生素等，旨在护肝，增强肌体的抗病能力，正是中医学整体观念的运用。本病疗程较长，来之渐去之亦渐。实践证明，贵在守方守法，持之以恒，只宜缓以图功，不可急于求成。

七、慢性胆囊炎

慢性胆囊炎在中医临床中多属“胁痛”范畴，认为肝气郁结，失于疏泄，胆失通降，不通则痛，肝胃不和，则嗳气、纳呆、脘腹胀闷；若湿热蕴结脾胃，熏蒸肝脾，以致肝脾疏泄功能失常，而呈中脘或右胁隐痛、纳呆、口苦等。现代医学认为本病多发生于胆石症的基础上，且常为急性胆囊炎的后遗症。其病因主要是细菌感染和胆固醇代谢失常。

【临床应用】

李振芝用小柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗慢性胆囊炎，疗效显著。

【病案举例】

患者，女，50岁，干部。10余年来胃胀满，反复发作，发则胁胀满，右肩胛不适，大便软排之不畅，口苦而干，纳食差，胃中灼热，嗳气泛酸，舌暗，苔薄白，脉弦细涩。肝胆B超提示：慢性胆囊炎；血常规检查正常，予小柴胡汤合桂枝茯苓丸，连服10剂诸症悉除，又予加味逍遥丸合越鞠保和丸以善其后，追访半年未复发。

按：张仲景云：“…胸满胁痛者，与小柴胡汤。”少阳病，症见口苦，咽干，目眩，往来寒热，胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜

呕，舌苔薄白，脉弦者……但见一症便是，不必悉俱。”该病人症见胁肋胀满，纳差泛酸，口苦而干，可用小柴胡汤，该方具有清解胆热、益气和胃、降逆止呕之功，可舒畅气机之郁滞，以达调和肝胃之目的，然患者，病发10余年，久病入络，脉虽见弦，然有涩象，舌质暗，此为瘀血之征，故配桂枝茯苓丸以化瘀滞，二方全用相辅相承，效如桴鼓。

八、夜间胃痛

胃痛又称胃脘痛，是以胃脘近心窝处常发生疼痛为主的疾患。历代文献中所称的“心痛”、“心下痛”，多指胃痛而言。现代医学认为胃痛（或上腹部疼痛）多由于胃酸刺激胃黏膜（可能是胃酸分泌过多，也可能是胃黏膜对胃酸的敏感性增加）而产生的症状；由变质食物等引起的细菌感染造成的急性胃炎，也是疼痛的原因之一。

【临床应用】

于俊生用桂枝茯苓丸加减：桂枝、茯苓、延胡索各15g，赤芍、桃仁、白芥子、良姜、白术各10g，丹参30g，浙贝母6g，水煎服，每日1剂。治疗夜间胃痛，疗效满意。

【病案举例】

张某，男，35岁，1988年3月25日初诊。3年前，因大量饮酒致胃脘部疼痛、呕吐，经输液等治疗呕吐止，但以后每至夜间胃痛，常因痛甚不能入眠，活动后可使疼痛减轻，白昼则如常人。曾几次做上消化道钡餐及胃镜检查，无异常发现。长期服用胃必治、胃特灵等中、西药物，未见显效。刻诊：夜间胃痛，时发呃逆，渴喜热饮但不多，舌质暗苔白腻，脉沉滑。此病因饮酒过多，伤及脾胃，运化不及，化生痰湿，病久入络，痰瘀结聚胃肠，困遏阳气所致。取桂枝茯苓丸加减：桂枝、茯苓、延胡索各15g，赤芍、桃仁、白芥子、良姜、白术各10g，丹参30g，浙贝母6g，水煎服，每日1剂。3月29日复诊：服首剂，夜间胃痛即减，3剂后疼痛消失，但仍时发呃逆，上方去延胡索，加枇杷叶10g以降气止呃，又3剂而痊愈。嘱其戒酒，随访半年病未复发。

九、胃体息肉

胃息肉是指胃黏膜局限性良性隆起病变。本病早期或无并发症时多无症状，出现症状时常表现为上腹隐痛、腹胀、不适，少数可出现恶心、呕吐。中医学无此病名，根据症状，当属中医学“胃痛”范畴。病因为饮酒伤阴，过用温燥之品，灼伤脾胃气阴，下及肾水，使胃液枯，气化不行，形成胃体息肉。

【临床应用】

李遂卷以桂枝4g，牡丹皮、白芍、桃仁、玉竹、麦冬、生地黄各9g，三棱、莪术各5g，太子参15g，炙黄芪12g。治疗胃体息肉，取得较好疗效。

【病案举例】

李某某，男，47岁，工人，1988年7月14日初诊。胃脘间断性疼痛已10年，加重3个月。10年前曾因醉酒引起胃痛、吐泻，在某医院诊为急性胃肠炎，治疗后吐泻止，从此胃似痛非痛，常服理中汤及香砂养胃丸等药。近2个月来脘腹无休止隐痛，拒按，饥不欲食，嗳气，体倦乏力，舌稍淡，舌中光滑似镜，边见条点，脉弦滑无力。胃镜报告：萎缩性胃炎，胃体息肉。治以消实化瘀，补中润脾胃。处方：桂枝4g，牡丹皮、白芍、桃仁、玉竹、麦冬、生地黄各9g，三棱、莪术各5g，太子参15g，炙黄芪12g。水煎服，日服2次。每次复诊，药略增减，共服中药27剂，症状均改善，胃镜报告：胃体息肉已消失。

按：患者饮酒伤阴，温燥之品灼伤脾胃气阴，下及肾水，使胃液枯，气化不行，形成萎缩性胃炎及胃体息肉。用桂枚茯苓汤减渗湿之茯苓，加三棱、莪术祛胃中积痰；并入益胃汤滋润生津，服药不及1个月，积痰除，气阴复。

十、神经性呕吐

呕吐是胃内容物反入食管，经口吐出的一种反射动作。其病机为胃失和降，胃气上逆，发生呕吐。

【临床应用】

陈松等以桂枝茯苓丸合丹参饮加减：桂枝9g，桃仁、茯苓、赤芍、刘寄奴、牡丹皮、佛手各10g，檀香3g，丹参、花粉、山药各15g，土元、文术各6g。治疗血瘀型呕吐效果良好。

【病案举例】

杨某，女，24岁，某工厂工人，1996年9月12日就诊。主诉：食入即吐10个月余。10个月前不明原因出现饮食入胃即吐，无论何种食物皆然。曾反复在多家医院求诊，均以“神经性呕吐”治疗，先后住院3次，中、西药均不能达到止吐目的。刻见形体瘦弱，面容枯槁，肌肤甲错，神情淡漠，饮食入胃即吐，口唇干，舌质红而干、苔薄，脉弱。细询既往，夏日时不慎跌倒，伤及腰部，经服三七片呕吐亦稍见效，既之复然。按说食入即吐常以胃火论治，而此患者在服用活血剂后能奏效一时，可见并非胃火，即以瘀血积于胃络论治，方以桂枝茯苓丸合丹参饮加减：桂枝9g，桃仁、茯苓、赤芍、刘寄奴、牡丹皮、佛手各10g，檀香3g，丹参、花粉、山药各15g，土元、文术各6g。3剂，每日1剂，水煎服。药后自述呕吐稍减，可嚼食少许蛋糕。继用前方3剂，已每日可食蛋糕两许，仍不能进食其他食物。守方再服6剂，已能食少许蔬菜，蛋糕每日可食6两，此乃胃气渐复，嘱尽量饮以稀粥和菜泥，以滋养胃肠，前方去牡丹皮、檀香加阿胶15g，石斛12g，寸冬10g，6剂。药后汤饮渐能入胃，继用1周痊愈。

按：瘀血所致的疑难病证，有时单凭脉证尚难分辨，细询病史非常重要。综观呕吐之病因，尚未见血瘀之论。本例屡用中、西药，惟三七曾取效一时，可知胃络血瘀不可置疑。据此，竟用桂枝茯苓丸收效。综观全局，乃为详问病史之一得。

十一、溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎是大肠的表浅性、非特异性炎性病变，最常累及直肠和乙状结肠，也可侵犯全部结肠甚至波及末端回肠。病变主要在黏膜及黏膜下层，有广泛充血、水肿、出血、糜烂和表浅小溃疡，或融合成大溃疡，少数病变严重者，溃疡可达肌层，甚至可以并发穿孔；

炎症剧烈时，结肠可明显扩大，导致所谓“中毒性巨结肠”。溃疡间的黏膜增生可形成增生性息肉，但无炎性肉芽肿形成；肠管可因炎症及纤维化而使结肠袋消失、变形、缩短，但很少引起狭窄和瘘管。本病属中医学“泄泻”、“痢疾”范畴。病位在脾胃、大肠，病邪以湿邪为主。其病因病机多由素体脾胃虚弱或饮食不节，或忧思恼怒、肝木克土，导致脾胃损伤，传导失司，水湿内停，郁久化热，湿热蕴肠，肠络受损，血腐肉败化为脓血，从而形成溃疡。

【临床应用】

胡源民用桂枝茯苓丸加减，药用：桂枝、赤芍各15g，茯苓30g，红花（代桃仁）、牡丹皮各10g。治疗慢性溃疡性结肠炎，疗效显著。

何红权用桂枝茯苓丸加锡类散、蒲黄组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、芍药、桃仁、生蒲黄各10g，锡类散0.5g（分吞服）。1个月为1个疗程，一般治疗1~3个疗程。治疗溃疡性结肠炎16例，平均病程5.75年，均有慢性腹泻、解黏液血便、下腹部阵发性疼痛等主要症状，经纤维结肠镜检查及病理活检后确诊为溃疡性结肠炎。全部病例大便培养均无异常。运用桂枝茯苓丸加锡类散、蒲黄。显效（临床症状消失或明显减轻，纤维肠镜及病理活检复查肠黏膜炎症、充血、水肿、上皮典型或不典型增生消失或不同程度减轻）5例，有效（临床症状或肠镜检查和病理活检有一项好转或改善）10例，无效1例，总有效率93.75%。多数患者治疗1个疗程后临床症状逐渐缓解或消失，其中腹痛改善较快，一般2~4周内基本消失，腹泻也多在2个月内消失，纤维结肠镜和病理活检复查有不同程度的改善。

【病案举例】

陈某某，女，32岁，1984年2月25日入院。患者腹痛、泄泻反复发作8年，近来病情加重。便前伴腹痛、寒战，日数次至10余次。大便呈稀水状，无恶臭。西医检查：腹平软，未触及包块。大便常规及培养无阳性发现。B型超声波检查：降结肠内膜回声增强且模糊，提示炎症改变。钡灌肠检查提示为：慢性溃疡性结肠炎。曾先后采用痛泻要方、健脾汤、温脾汤、参苓白术散、附子理中汤等治疗均无显著改善。5月3日中医会诊：见患者形体尚丰，性格爽朗，舌质略紫，脉弦中有涩，素有月经不调痛经史。考虑系由气滞血瘀，壅阻肠

道，致传化失常。投桂枝茯苓丸方：桂枝、赤芍各15g，茯苓30g，红花（代桃仁）、牡丹皮各10g。首剂服下腹痛即减，3剂后腹痛基本消失，仅便时稍有腹痛，已无寒战，5剂后症状全失。

按：桂枝茯苓丸治痛泻证，尚少见报道。细察患者舌质略紫，脉弦中有涩，左下腹虽无癥块，却拒按，何况病延八载，久病鲜有不瘀。据上述病因病机，用桂枝茯苓丸颇为合拍。可见，痛泻一证并非尽属脾虚木旺。

十二、便秘

便秘是指排便次数明显减少，每2～3天或更长时间1次，无规律，粪质干硬，常伴有排便困难感的病理现象。中医学认为便秘是由于大肠传导功能失常所致，但与脾、肾等脏关系密切，多从热积、气滞、津亏、寒凝四方面着手论治。

【临床应用】

葛凌用桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮10g，赤芍10g，桃仁15g（冲），酒大黄15g（后下）。治疗便秘，收效满意。

周俊文以桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、酒大黄、枳壳、延胡索、何首乌、当归、郁李仁、甘草。治疗肠腑瘀血，疗效满意。

【病案举例】

刘某，女，26岁，1988年7月初诊。患者诉2个月前时值经期患“风热乳蛾”，愈后即感大便秘结，甚则7天一行，坚硬难下，经服酚酞（果导）片、小承气汤、麻子仁丸等通而复秘。初诊时大便已5天未解，矢气频转，口渴不欲饮，舌质紫暗有瘀点、苔黄腻，脉细涩。辨证为瘀热互结，大肠气滞，腑气不通。用桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮10g，赤芍10g，桃仁15g（冲），酒大黄15g（后下）。2剂后排出多量算盘子样大便，腹胀满消失。后以本方加火麻仁继服1周，另嘱早、晚冲服生蜜1次，诸症悉除。

按：桂枝茯苓丸出自《金匮要略》，原为治疗妇人素有癥病，复又受孕而漏下不止之证。笔者近年来用其治疗便秘，收效满意。本案虽源于热性病后，但因值经期，与一般热积有别。观其脉证，乃由于

热与血搏，瘀热互结阻碍肠道传导而致。故治时，紧扣瘀热两个环节，用桂枝茯苓丸化其瘀，酒大黄泄下瘀热，这样证理相符，见效亦速。

李某，男，30岁，2007年3月19日初诊。自诉1周前被小石块击伤脐部，当时无其他不适，仅见脐右侧缘有大如鸡蛋的青紫块，次日晨起觉脐周疼痛，排大便较难。服消炎止痛药及外用正骨水使瘀斑消散，但腹痛、大便难不减，某个体医生给予酚酞（果导）片及润肠通便中药疗效不佳。诊时腹部微隆，触之有块，痛甚，数日未解大便，纳差，舌边有瘀点，脉沉细涩。此乃瘀血结于肠腑，腑气不通所致。治以化瘀通腑。药用桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、酒大黄、枳壳、延胡索、何首乌、当归、郁李仁、甘草。服药2剂，排出黑色大便10余枚，腹痛减轻，食量增加，再服2剂，症状消失若无。

按：本案为飞石击中腹部，以致肠腑瘀血，腑气不通，药用桂枝茯苓丸加味治之。方中桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、酒大黄活血化瘀；枳壳、延胡索理气止痛；何首乌、当归、郁李仁润肠通便；甘草调和药性。诸药相配，使瘀血祛，腑气通，则病痊愈。

十三、顽固性腹水

腹水是指水停腹腔所表现的征象，属中医学“臌胀”范畴，多由气滞、血瘀、脾虚失运、湿热蕴结等原因所致。臌胀系临床重症，由于肝、脾、肾三脏功能失调，气、血、水瘀积于腹内，日久而成。

【临床应用】

吕祖铭用桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，茯苓30g，牡丹皮12g，桃仁10g，赤芍12g，红参15g（另包，煎水兑入），厚朴12g，牵牛子12g，葶苈子10g。治疗顽固性腹水，疗效显著。

【病案举例】

患者，男，69岁，干部，因顽固性腹水2年，于1989年3月14日入院。入院时，双目有神，面色萎黄，形体羸瘦，步履蹒跚，不欲食，口渴而饮之不下，大便溏泻，小便不利，舌质紫暗，脉弦数。腹大坚满，右胁下有一癥块，质硬，压之轻痛。B超示：肝脏肿大，肋

下3cm，腹水。中医诊断为臌胀。入院后，多方治疗无效，腹水时涨时消，遂选用桂枝茯苓丸加味治疗。处方：桂枝10g，茯苓30g，牡丹皮12g，桃仁10g，赤芍12g，红参15g（另包，煎水兑入），厚朴12g，牵牛子12g，葶苈子10g。每日1剂。2剂之后，尿量明显增多，最多时为4700ml/d（入量为2500ml/d），一般为3000ml/d（入量为2000ml/d）。持续1周，腹水迅速消退。病人神情安和，食欲旺盛，腹部凹陷，癥块在胁下3cm，质硬，压痛不明显。腹水消退1个月，未再复发，病人一般情况好，行走自如，于1989年6月30日出院。

按：臌胀系临床重症，由于肝、脾、肾三脏功能失调，气、血、水瘀积于腹内，日久而成。该病人服本方前，之所以水邪难退，系纯用利水之品，不仅脾胃更加损伤，水津转输依然失常，水停腹中；而且对正虚邪实，遂道阻塞，又有明显出血倾向的病人，易引起脉络破裂，导致上则吐血，下则便血，故病情多次反复。笔者抓住肝脾血瘀、水湿泛滥的病机，采用活血化瘀、健脾利水之法，选用桂枝茯苓丸加味治疗。方中桂枝温阳通脉，活血化瘀；茯苓利水而不伤气且能健脾，牡丹皮、赤芍、桃仁化瘀血，清瘀热；牵牛子既能泻水，又能利尿，使水湿从二便排除；红参大补元气，补虚健脾；厚朴理气消胀；葶苈子泻肺平喘，利水消肿。桂枝、赤芍，一阴一阳，茯苓、牡丹皮，一气一血，调其寒温，扶其正气，诸药合用，共奏活血化瘀、缓消癥块、益气健脾、尽逐水邪之效，临床应用，效如桴鼓。

十四、多脏器囊肿

多脏囊肿，中医学虽无此病名，然其归属“积”范畴，并对其病因病机早有详述。如《灵枢·百病始生》云：“肠外有寒，汁沫与血相搏，则并合凝聚不得散而积成矣。”又云：“凝血蕴里而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”金元时期之朱丹溪亦有“痰挟瘀血，遂成窠囊”之说。皆说明气机失调，水血互结是本病之病机。肝藏血，脾统血，若二脏功能失调，则血无所藏，无所统摄，则失行其常道。脾主运化，肾主气化。若二脏运化、气化功能失司，水湿泛滥，与失行常道而相搏，久聚凝滞，积成矣。

【临床应用】

李怀生等用桂枝茯苓丸合五苓散加减：桂枝、麻黄、牡丹皮、桃仁各10g，白芍、茯苓、猪苓、白术、三棱、莪术各12g，泽泻、大腹皮各5g，茯苓皮、生薏苡仁、赤小豆各30g。水煎服，每日2次。治疗多脏器囊肿，疗效显著。

【病案举例】

刘某某，男，68岁，1990年8月12日诊。自诉腹中有包块2年，初双下肢浮肿，后渐及全身，屡用中、西药物治疗无效。近2个月来，诸症渐继加重。诊见：全身浮肿，脘腹胀大，按之微痛，伴见心慌气短，乏力倦怠，小便不利，舌体胖大，舌暗淡，有紫斑点，苔白滑而薄，脉沉涩。B超检查报告：肝脏右叶见一约10cm×12.6cm，右肾见一约7cm×7cm，脾脏见一约7cm×5.1cm囊肿。又在地区医院B超检查2次，结果同前。西医无特殊有效疗法而转中医。辨证属气机失调，水血互结之积。治宜调畅气机，通阳利水，破血化瘀，消癥结。处方：桂枝、麻黄、牡丹皮、桃仁各10g，白芍、茯苓、猪苓、白术、三棱、莪术各12g，泽泻、大腹皮各5g，茯苓皮、生薏苡仁、赤小豆各30g。水煎服，每日2次。18日复诊：小便增多，浮肿渐消，前方加阿胶10g，以防利水伤阴。9月18日三诊：浮肿全消，腹胀、腹痛消失，饮食增加，惟感心慌、乏力。守方加人参、五味子各6g，麦冬10g，以益气养阴。10月18日四诊：自觉腹中包块缩小，B超复查：肝右叶囊肿约7.2cm×8cm，右肾囊肿约3.3cm×3cm，脾脏囊肿约4.2cm×3cm。患者苦痛皆去，信心倍增，守方又服2个月后，将前方3剂用量研末，每次6g，日服3次，温开水送下。1991年2月7日复诊，诸症消失，自行停药。随访3年未见复发。

按：本案患肝、脾、肾多脏器囊肿病，临床报道鲜见。本病由渐而来，非朝夕所成，若治循常法，药不及病，犹杯水车薪，尚恐弗济。故笔者临证抓住腹中结块、一身浮肿、舌暗淡有紫斑点、脉沉涩等特点，治以调畅气机，通阳利水，破血化瘀，消癥散积，采用复方消法。方中以《金匮要略》之桂枝茯苓丸活血祛瘀，消散结；加三棱、莪术以增强破血祛瘀，行气消积之力；五苓散健脾渗湿，通阳化气利水；再加大腹皮、生薏苡仁、麻黄、茯苓皮以增强利水消肿。诸

药相合，肝、脾、肾同治，气、血、水共调，标本兼顾，主方不变，审证增损，见效守方，稳妥收功。

参考文献

[1] 国外医学中医中药分册，1994，16（3）：23

[2] 李振芝．小柴胡汤合桂枝茯苓丸临证举隅．天津中医，1992，（5）：43

[3] 牧坂泰治．日本医学介绍，1980，（8）：3

[4] 张素兰，等．经方治疗重症黄疸四则．河南中医药学刊，1994，9（2）：43～44

[5] 赵玉瑶，侯留法，高天旭．经方桂枝茯苓丸治疗肝硬化32例．中国中西医结合脾胃杂志，1998，6（3）：190

[6] 武明钦，赵登科．桂枝茯苓鳖甲汤治疗肝硬化腹水50例．国医论坛，1990，（4）：35

[7] 曹福凯，钱峻，金小晶．桂枝茯苓丸加味治疗肝囊肿37例．福建中医药，2003，34（5）：28～29

[8] 李飞．方剂学［M］．北京：人民卫生出版社，2002：1335

[9] 侯莉莉．桂枝茯苓丸的药理实验研究［J］．河北中医，1997，19（6）：45

[10] 何耀荣．中西医结合治疗多囊肝30例临床小结．福建中医药，1991，22（6）：31

[11] 于俊生．桂枝茯苓丸临床新用．陕西中医，1991，12（9）：415～416

[12] 李遂卷．临证三则．新中医，1993，（12）：10

[13] 陈松，刘丰阁．桂枝茯苓丸杂病运用治验．陕西中医，1999，20（6）：276

[14] 胡源民．桂枝茯苓丸治痛泻1例．中医杂志，1985，（11）：25

[15] 何红权．桂枝茯苓丸加味治溃疡性结肠炎16例．江西中医药，1996，（2）：64

[16] 葛凌．桂枝茯苓丸新用．江西中医药，1997，28（2）：31

[17] 周俊文．桂枝茯苓丸临床运用举隅．甘肃中医，2008，21（3）：17

[18] 吕祖铭，叶成革．桂枝茯苓丸加味治疗顽固性腹水1例．泸州医学院学报，1990，（2）：119

[19] 李怀生，李景林．多脏囊肿验案．光明中医杂志，1997，（3）：20

第五节 泌尿系统疾病

一、慢性肾炎

慢性肾炎属中医学“水肿”范畴，其基本病机为血瘀水溢。《医编·肿胀》篇：“气血水三者，病常相因。……有先病血结而后水随蓄者。”血瘀气滞，经脉痹阻，影响肺、脾、肾及三焦的气化功能，导致津液的输布代谢障碍，水液不循常道，停蓄体内，溢于肌肤，而为水肿。现代医学认为慢性肾炎是由多种原因引起、多种病理类型组成的原发于肾小球的免疫性疾病，临床以蛋白尿、血尿、水肿、高血压等为主要表现。

【临床应用】

祝建华以桂枝茯苓丸为基础方：桂枝12g，茯苓12g，桃仁9g，牡丹皮9g，赤芍9g。身肿，心悸，腰部冷痛酸软，舌淡胖，加制附子、肉桂；身肿，神疲纳差，便溏，加干姜、白术；身肿，口燥咽干，潮热耳鸣，加龟板、熟地黄、山茱萸皮；身肿，按之没指，头身困重，舌淡苔白，脉紧，加大腹皮、苍术；身肿，按之没指，口渴，舌红苔黄腻，脉数，加黄柏、车前子；身肿，恶寒发热，肢节酸楚，加麻黄；身肿，头晕，心悸，面色不华，加当归、熟地黄。每日1剂，水煎2次混合，分2次温服，水肿消退后，无明显自觉症状，或有蛋白尿，用桂枝茯苓丸，每次9g，每日2次口服。治疗慢性肾炎98例中，男56例，女42例；年龄最小22岁，最大65岁；病程最短2.5年，最长21年。以1977年北戴河会议关于原发性肾小球疾病的临床分类方案，分为慢性肾炎普通型51例，肾病型38例，高血压型9例。治疗方法：根据症状予以桂枝茯苓丸加味。治疗结果：完全缓解：临床症状、体征消失，肾功能恢复正常，尿蛋白（-）71例；部分缓解：临床症状、体征基本消失，肾功能基本正常，尿蛋白微量或（+）18例；无效：病情无改善或恶化9例。一般疗程在1~3个月之间。

【病案举例】

唐某，女，31岁，已婚，工人，1990年3月1日入院。眼睑、双下肢浮肿反复发作3年余。症见眼睑、双下肢轻度浮肿，头晕眼花，面色萎黄，手脚麻木，经期推后且腹痛，量少，色暗有块，舌淡边尖有瘀点，苔薄白腻，脉细涩。实验室检查：尿蛋白（+++），血尿素氮20.3mmol/L，肌酐156.3μmol/L。诊断为慢性肾炎普通型，证属血亏瘀阻，水溢肌肤。治以化瘀利水，养血和血。方选桂枝茯苓丸加味：桂枝12g，茯苓12g，桃仁9g，牡丹皮9g，赤芍9g，当归15g，熟地黄15g，木香9g，川芎9g。连服15剂，水肿消失，余症明显减轻，尿蛋白（+），肾功能正常。再以桂枝茯苓丸加阿胶，诸药各等份，共为末，炼蜜为丸，每次9g，每日2次，开水送服，连用1个月，诸症消失，尿蛋白（-）。1年内复查小便3次，尿蛋白均为（-）。

按：桂枝茯苓丸具有化瘀利水消肿之功。方中赤芍、牡丹皮、桃仁活血化瘀；茯苓健脾渗湿，利水消肿；桂枝外解肌表，内能温阳化气，助膀胱以化水，温通经脉，助桃仁、牡丹皮、赤芍化瘀之力。全方虽以化瘀为主，但又顾及利水，化瘀以绝病之根源，利水以消水肿之症状，瘀水同治，相得益彰。治疗前期，适当加减。阳虚阴寒内生，血脉不温则血行涩滞，或阴血亏虚，血脉不充，血行不畅，或气虚则推助血液流行之能力减弱，均可导致血瘀。血受寒凝结成块，血受热煎熬成块。故治疗之初要依寒热虚实之偏重不同，适当进行加减。治疗后期，守方不变。经过一段时间治疗后，水肿等症基本消失，这时用药应紧扣水肿病血瘀水溢这一基本病机，再连服桂枝茯苓丸1~2个月，消蛋白尿，防复发，巩固提高疗效；且丸药服用方便，疗效缓而持久，最适用于此病。

二、紫癜性肾炎

紫癜属于中医学“斑疹”范畴。由于过敏性紫癜常因外感或过敏引起，其病机是患者素有血热内蕴，外感风邪或食入有动风之品，风与热相互搏结，灼伤血络，迫血妄行，外溢肌肤，内迫胃肠，甚则及肾，故有皮肤紫癜，腹痛频作，甚则便血、尿血；如属虫咬后，局

部红肿水疱，为虫毒侵淫所致，湿毒化热，阻于经络，气血循行不畅，迫血妄行，故亦可出现紫癜，甚则尿血；如寒邪外侵，内滞于血络，亦可发为紫癜，气不摄血而尿血。现代医学认为紫癜性肾炎是指过敏性紫癜引起的肾损害，临床表现除有皮肤紫癜、关节肿痛、腹痛、便血外，主要为血尿和蛋白尿，多发生在皮肤紫癜后1个月内，有的可同时并见皮肤紫癜、腹痛，有的仅是无症状性尿异常，如蛋白丢失过多，亦可出现肾病综合征，如果血尿、蛋白尿长期存在，亦可伴有肾功能减退，最后导致慢性肾衰。

【临床应用】

李芳运用桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝5g，牡丹皮10g，桃仁10g，川芎10g，僵蚕10g，大蓟10g，小蓟10g，茯苓15g，白芍15g，苦参15g，制大黄6g，知母6g，黄柏6g，每日1剂，分2次煎服，1个月为1个疗程，治疗紫癜性肾炎，收效显著。观察病例64例，治疗组男15例，女19例，年龄4~13岁，平均9.2岁；28例临床分型属孤立性血尿或孤立性蛋白尿，6例临床分型属血尿和蛋白尿。对照组男18例，女11例，年龄4~12岁，平均8.9岁，25例临床分型属孤立性血尿或孤立性蛋白尿，5例临床分型属血尿和蛋白尿。诊断标准所有病例符合2001年中华医学会儿科分会肾脏病学组修订的“紫癜性肾炎的诊断与治疗（草案）”中的诊断和临床分型。治疗方法：治疗组予桂枝茯苓丸加味，药用每日1剂，分2次煎服，1个月为1个疗程。对照组药用克敏能片（<30kg，每日5mg；>30kg，每日10mg），保肾康片（1~2片，每天3次）口服，1个月为1个疗程。疗效评定标准：治愈：尿常规复查正常；有效：尿常规复查尿蛋白、镜检红细胞较治疗前有减少；无效：尿常规复查无改善。结果：治疗组服药1个疗程，治愈26例，有效4例，无效3例，有效率91%。对照组治愈17例，有效3例，无效9例，有效率70%，两者相比差异有显著性意义（$P<0.05$）。

三、泌尿系结石

泌尿系结石属中医学“石淋”、“血淋”、“腰、腹痛”等范畴。其临床表现以突发患侧腰、腹疼痛，或绞痛、恶心、呕吐、小便不

利，或见肉眼血尿等。患者一般病程较长，临床血瘀证多见。多由湿热蕴结下焦、化火灼阴、煎熬水液、尿液凝结、瘀结水道，发为“石淋”，本病与肾、膀胱气化密切相关。

【临床应用】

陶宪武单用桂枝茯苓丸，每次2～3丸，每日服2次。若出现排石反应时，以金钱草30～60g水煎取汁送服上药。观察病例：110例，采用随机分组，分治疗组和对照组各55例。治疗组男29例、女26例，<20岁1例，20～29岁10例，30～39岁27例，40～49岁12例，>50岁5例。对照组男31例、女24例，<20岁2例，20～29岁12例，30～39岁30例，40～49岁9例，>50岁2例。观察对象凡具有典型症状及体征并经B超或X线检查确诊，病程1个月以上者，患者多有血瘀证表现。其中痛处固定者，治疗组、对照组每例均有；刺痛为主者，治疗组51例，占92.7%，对照组48例，占87.3%；舌质瘀暗者，治疗组46例，占83.6%，对照组43例，占78.2%。结石大小与部位：①结石横径小于5mm者，治疗组9例，对照组13例；横径大于5mm，小于10mm者，治疗组46例，对照组42例。②结石部位在输尿管上段者，治疗组9例，对照组5例；中段者，治疗组12例，对照组15例；下段者，治疗组34例，对照组35例。结石位于一侧输尿管者，治疗组49例，对照组54例；位于两侧者，治疗组6例，对照组1例。治疗方法：①治疗组口服桂枝茯苓丸治疗，每次2～3丸，每日服2次。若出现排石反应时，以金钱草30～60g水煎取汁送服上药。②对照组以加减八正散（即原方加金钱草，减大黄）每日1剂，水煎服2次。两组在治疗期间，均可依病情做相应对症处理，鼓励多饮水，多做力所能及的适量的跳跃之类活动等。3个月为1个疗程，每月B超复查1次。治疗结果：①疗效标准：治愈：结石排净者；有效：结石部分排出或结石下移>2cm者；无效：结石下移<2cm或无改变者。②疗效分析：治疗组：治愈35例（63.6%），有效12例（21.8%），无效8例（14.6%）。对照组：治愈21例（38.2%），有效14例（25.5%），无效20例（36.4%）。两组对比：治疗组的治愈率、总有效率均优于对照组，均P值<0.05，有显著性差异。

吴建华以桂枝茯苓丸加味，药物为：桂枝 10g、赤芍 10g、牡丹皮 10g、桃仁 10g、茯苓 15g、金钱草 20g、白术 10g、枳壳 10g、生地黄 12g、牛膝 6g 为基本方。气虚加黄芪 15g、党参 12g；阴虚加熟地黄 15g、枸杞子 10g，减轻桂枝用量；剧痛加川楝子 10g、延胡索 10g；血尿加白茅根 15g、小蓟 10g；便秘加元明粉 10g（冲服）、大黄 10g（后下），以枳实易枳壳。每日 1 剂，予 3 次煎汁服用。观察病例：119 例，随机分治疗组 65 例和对照组 54 例。治疗组：男 46 例，女 19 例；年龄 20～67 岁，平均 39.5 岁；输尿管上段结石 19 例，中段结石 18 例，下段结石 28 例；结石直径最大 1.1cm；伴肾盂积水 58 例，血尿 52 例。对照组男 37 例，女 17 例；年龄 19～63 岁，平均 38 岁；输尿管上段结石 18 例，中段结石 16 例，下段结石 20 例；结石直径最大 1.0cm；伴肾盂积水 48 例，血尿 43 例。治疗方法：治疗组在对照组常规补液、消炎、解痉止痛、对症治疗的基础上，加用中药煎剂口服，以桂枝茯苓丸加味为主。每日 1 剂，予 3 次煎服用，并嘱多饮水、适度跳动。疗效标准：按“中医病证诊断疗效标准”。治愈：临床症状消失，超复查结石消失，肾盂积水消退；有效：疼痛好转，患侧肾区叩痛消除，尿检正常，B 超示结石下移，肾盂积水改善；无效：B 超示结石大小、部位无变化，肾盂积水等与治疗前无大差异。结果：治疗 3～30 天，治疗组治愈 48 例，有效 16 例，无效 1 例，有效率 98.46%；对照组治愈 19 例，有效 29 例，无效 6 例，有效率 88.89%。治疗组有效率明显高于对照组。

蔡锡英用桂枝茯苓丸用于石淋或石淋引发肾积水属于气化无力、尿浊沉积成石类型的治疗，予桂枝茯苓丸合石韦散化裁。药用：桂枝 15g，茯苓 15g，赤芍 15g，牡丹皮 15g，桃仁 5g，石韦 15g，滑石 15g，冬葵子 15g，车前子 15g，瞿麦 15g，木通 10g，甘草 10g。水煎服，每日 1 剂，分 2 次服，服后 20min 原地跳跃 10min，取得较好疗效。

蔡新风以桂枝茯苓丸为主方加三金汤、石韦散加减：桂枝 15g，赤芍 15g，牡丹皮 15g，桃仁 15g，石韦 15g，瞿麦 10g，郁金 15g，滑石 10g，金钱草 50，海金砂 15g，车前子 15g，白芍 15g，甘草 15g。水煎服，每日 1 剂，2 次分服，嘱其服药 20min 后，原地跳跃 10min

以利结石下行排出。治肾气亏虚、气化不利证泌尿系结石及伴肾积水，疗效显著。

【病案举例】

潘某，男，60岁，干部，1982年11月20日就诊。患肾结石6年，右腰部绞痛24h，曾因右肾结石于6年前在本院中医科住院3个多月，因无结石排出而出院，出院后曾屡服中药，仍无明显疗效。笔者观其所服诸方皆以清热利湿为主，此次发病是于24h前，晨起跑步时感腰部绞痛阵作，即在单位卫生室给予阿托品及哌替啶肌内注射，疼痛稍缓后来本科求治。X线拍片示：右肾下结石（约0.5cm×1.9cm），并右肾积水。检查：患者精神萎靡，面色无华，口味酸臭，舌淡，舌苔黄腻，脉滑数。笔者认为不应按单纯的湿热内蕴煎熬成石而施清热利湿、化石通淋之剂，此乃气化无力，尿浊沉积，日久化热，湿热内蕴而成石，治以通阳化气、化瘀除石，兼以清利湿热之剂。遂用桂枝茯苓丸合石韦散化裁。药用：桂枝15g，茯苓15g，赤芍15g，牡丹皮15g，桃仁5g，石韦15g，滑石15g，冬葵子15g，车前子15g，瞿麦15g，木通10g，甘草10g。水煎服，每日1剂，分2次服，服后20min原地跳跃10min。服药22剂后，排出1枚约大花生仁大之咖啡色釉皮样结石，表面光滑明亮，再行X线拍片：未见结石及积水。

按：桂枝茯苓丸一方曾被多家理解为活血化瘀及化瘀除癥之剂。根据其组成，笔者认为本方除具有化瘀作用外，方中桂枝通阳化气；茯苓扶正固本；牡丹皮、桃仁、赤芍活血化瘀，诸药合用，使阳气通畅而瘀块得行，瘀去又不伤正，故为治疗气化无力而致瘀积之良方。用量方面，应遵古训，诸药等量而用。石淋多为湿热蕴结、尿液煎熬所致，临床医者多投清利湿热之剂，笔者认为：肾气不足，气化无力，尿浊瘀积，日久化热入络而尿血，因肾瘀，水之下源不通，积于肾而致肾积水。故临证千变万化，皆因气化不利而致，故应用桂枝茯苓丸效果显著，诸症得除。结石多由肾气不足，气化不利，使尿浊结而成石。但临床不宜使用补肾气之金匮肾气丸、右归丸等，因既已成石，必然瘀滞已久，难免化热结湿，而内蕴湿热，服上药必助热恋邪，使湿热更甚，诸症愈重。故非通阳化气、祛瘀化石之品不行。结

石证多见血尿，有的医者见血尿则不敢通瘀行滞，而本证的血尿与“所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之”所指是非常相似的，理应使石去肾安，血方止，否则是徒劳的。因而在应用桂枝茯苓丸治疗石淋时，所有血尿证者，除甚者，笔者很少止血，反而将通瘀之品增量，多能在短期内使痛消血止。通观石淋一证，除并发肾积水者不难诊为肾气不化外，多数患者无明显肾气不足、湿热蕴积证，此类患者皆属肾气不足而致结石。因为年龄、营养条件或其他因素而使其虚证不显著，故均应投以通阳化气之品，若投清热利湿、化石通淋之品，则收效不著，且复发率甚高，此乃肾气未复之故也。

李某某，女，39岁，农民，1994年8月15日急诊入外科住院。1994年8月19日中医会诊：患者呈急性痛苦病容，形体瘦弱，左下腹绞痛，呈阵发性，并向会阴部及大腿内侧放射，左下腹疼痛拒按，左肾区扣痛，舌淡苔白腻，脉弦滑。3年前曾有类似病史，尿分析：蛋白（+），红细胞（+++）。1994年8月17日腹部平片示：左侧输尿管膀胱入口处可见0.3cm×0.5cm结石影，诊断：左侧输尿管下端阳性结石。入院后西医曾以抗炎治疗。处方：桂枝15g，赤芍15g，牡丹皮15g，桃仁15g，石韦15g，瞿麦10g，郁金15g，滑石10g，金钱草50，海金砂15g，车前子15g，白芍15g，甘草15g。水煎服，每日1剂，2次分服，嘱其服药20min后，原地跳跃10min以利结石下行排出。服药3剂后，诸症减轻，腹痛消失。25日查尿分析正常，继服上方5剂，于8月29日复查腹部平片，结石影消失，共服8剂，诸症消失，痊愈出院。

按：石淋病因不同，因此不能单用一法一方治疗，必须根据病情而辨证治疗。几年来，笔者根据中医的异病同治、同病异治的原则，用桂枝茯苓丸为主加味治疗泌尿系结石及肾积水，属肾气不足，气化不利，尿浊沉积成石之本虚标实证，取得了病程短、疗效明显的效果。此方曾被多家理解有活血化瘀之效外，其实尚有扶正通阳化气利水之功，方中桂枝能通阳化气，茯苓扶正利水；牡丹皮、桃仁、赤芍活血化瘀，诸药同用，使阳气通畅，水湿得以正常运行，气行则血行，血行则瘀去，再配以排石之品，结石去肾积水亦随之消失。

四、肾功能不全

肾功能不全又称肾功能衰竭，是指由各种原因造成的肾脏损害，肾实质严重损害，致使肾脏不能维持其基本功能，包括排泄代谢产物，调节水、盐、酸碱平衡，分泌和调节各种激素代谢等，从而出现氮质血症及一系列临床表现。尿毒症是慢性肾功能衰竭的终末期表现。本病一般属于中医学“关格”、“癃闭”等范畴，涉及肾、肝、心、脾等多个脏腑，其病机为肾虚、血瘀、湿毒。

【临床应用】

小暮敏明用补中益气汤与桂枝茯苓丸加红花、大黄治疗慢性肾功能不全伴肾病综合征，取得较好疗效。

李学铭喜用桂枝茯苓丸加味，药用：炙桂枝 6～10g，带皮茯苓 12～30g，赤芍、白芍、桃仁、炒地龙各 12g，牡丹皮 10～12g，生黄芪 20～40g，制大黄 3～10g。若阳虚加仙灵脾 10g，气虚加太子参 12g；血虚加丹参 15g；阴虚去桂枝，加何首乌 12g；湿重加生薏苡仁 20g；多痰加杏仁 10g，厚朴 12g。除配合以必要的降糖、降血压、降尿酸等西药与虫草菌丝制剂如百令胶囊以外，一般不再用其他药物，治疗早、中期肾功能损害所致的氮质血症 3 例，疗效显著。

刘斌武等以桂枝茯苓丸加味：桂枝 8g，泽泻、茯苓各 20g，赤芍 15g，牡丹皮、桃仁各 10g，黄连 6g。治疗癃闭，疗效满意。

【病案举例】

患者，女，29 岁，1987 年因蛋白尿经肾活检诊断为 IgA 肾病。同年 11 月经用和汉药五苓散、白虎加人参汤等治疗，肾功能稳定，以后未坚持治疗。1992 年 2 月因合并急性支气管肺炎，使肾功能不全加重而再次就诊。4 月 13 日因肾功能不全进一步加重［血肌酐（Cr）247.52μmol/L，血尿素氮（BUN）7.14mmol/L］及高血压而住院，给予饮食疗法及降压治疗。从住院第 10 天开始给予泼尼松龙（PSL）10mg/d。因蛋白尿无减轻，从第 18 天开始连续 3 天给予甲基泼尼松龙（1g/d）。第 38 天（PSL 治疗 4 周后），Cr 值为 442μmol/L。住院第 30 天依据临床表现将住院最初给予的柴苓汤改为补中益气汤，其后又并用桂枝茯苓丸加红花、大黄，肾功能明显改善。第 108 天，

Cr 238.68μmol/L，BUN 9.282mmol/L，PSL 减量至 20mg/d。住院 110 天出院。门诊随访，身体状况良好。

王某某，男，65 岁，退休工人，1998 年 9 月初诊。患者于 1985 年被确诊患 2 型糖尿病，1997 年出现尿蛋白、血肌酐、尿素氮等轻度增高。今症见面色白，面部虚浮，下肢轻度浮肿，按之凹陷，畏寒，精神疲乏，腰酸，口淡不渴、纳谷不丰，便溏，夜尿增多，脉沉细数，重按无力，舌淡胖、苔薄白。血压 20/12kPa，尿蛋白(＋＋)，血肌酐 189μmol/L，尿素氮 20mmol/L，双肾 B 超检查未见异常。治拟温阳利水、化瘀泄浊。药用：炙桂枝、牡丹皮、赤芍、白芍、桃仁各 10g，茯苓皮、生黄芪各 30g，炒白术、炒地龙各 12g，车前草、生薏苡仁各 20g，制大黄 2g。原用降糖药续服，再加用百令胶囊 4 片，每日 3 次。服 28 剂后，肿消、纳增、便溏除，畏寒等症好转。黄芪加至 40g，制大黄加至 5g，续服 1 个月余复查：尿蛋白（＋），血肌酐 107μmol/L，尿素氮 12.7mmol/L。再用上方去白术、车前草、薏苡仁，加仙灵脾 10g，丹参 15g，山茱萸 12g。至 1999 年 2 月，共复查 4 次，血肌酐均正常，尿素氮正常或轻度偏高，尿蛋白（±～＋）。

丁某某，男，48 岁，农民，1997 年 3 月初诊。1 年前因尿色深而检查，确诊为双侧多发性肾囊肿，肾功能轻度异常。今症见面色黯滞，形体略胖，精神不振，腰部酸痛，夜尿略增，胃纳正常，大便偏溏，脉细弦数，舌淡红、尖边有瘀点，苔薄白。血压正常，尿蛋白(±)，血肌酐 180μmol/L，尿素氮 28mmol/L。治拟益气化瘀、利水泄浊。药用：炙桂枝 6g，茯苓、赤芍、白芍、桃仁、炒地龙各 12g，生黄芪、生薏苡仁各 20g，牡丹皮、佩兰各 10g，制大黄 3g。服 7 剂，症、脉、舌均无进退，原方去薏苡仁、佩兰，三药加量，桂枝为 10g，制大黄为 6g，生黄芪为 40g，再加王不留行（留行子）12g，仙灵脾 10g。共服 21 剂后复查，尿蛋白（±），血肌酐 110μmol/L，尿素氮 8.2mmol/L，腰痛消失。续用原方，减制大黄为 4g，去王不留行（留行子），加续断 12g。以此治疗 3 个月，共复查肾功能 2 次，血肌酐均在正常范围。

王某某，男，76 岁，部队离休干部，1998 年 10 月初诊。有高血

压病史20余年，10年前出现蛋白尿，5年前检查发现肾功能轻度异常。经长期中、西药治疗，病情相对稳定，但肾功能未获显著改善，身体虚弱，动辄气短，面色少华，面容虚浮，双下肢中度浮肿，按之凹陷，腰酸腿软，口淡纳差，夜尿明显增多，脉沉细弦，尺弱无力，舌淡胖、苔薄白。血压26.7/14.7kPa，尿蛋白（+～++），24h尿蛋白定量1.4g，血肌酐206μmol/L，尿素氮7.8mmol/L。治拟益气温肾、化瘀泄浊。药用炙桂枝、牡丹皮、仙灵脾各10g，茯苓皮、生黄芪各30g，赤芍、白芍、桃仁、炒地龙、太子参、炒杜仲各12g，生薏苡仁20g，制大黄5g。配合用西药硝苯地平片10mg，1日3次，洛丁新片10mg，1日1次。服中药7剂后，大便转溏，日二行，足肿减轻，精神好转。遂以原方加丹参15g，黄芪加至40g。续服近1个月后复查：血压23.5/12.8kPa，尿蛋白（++），血肌酐163 μmol/L，尿素氮7.4mmol/L。除面色少华以外，其余症状基本消除。仍以上方出入服月余复查，血压正常，尿蛋白（++），血肌酐98 μmol/L，尿素氮7mmol/L。继续治疗至今5个月余，无明显自觉症状。1999年春节后一度因饮食不节而致血肌酐上升至132μmol/L，用上方加川连3g，炒山楂12g治疗后，恢复正常。

按：据临床观察，肾功能损害所致氮质血症之患者年龄大多在60岁以上，阳气内虚，加以病程较长，久病多瘀，以致气虚瘀留，酿生内热，郁而成浊，从而出现血肌酐升高等表现。因此气虚与瘀血、湿浊等困阻互见是本病主要的病机特点。治疗用药，当以邪正兼顾、峻缓适度为总则。桂枝茯苓丸出自《金匮要略》，性缓而功著，祛邪而护正，李学铭常取用之。他认为，桂枝茯苓丸一方中桂枝、芍药相伍，和表里、调营卫、利气血，共为主药，辅以桃仁化瘀，茯苓利湿，牡丹皮与桂枝辛苦相合，增活血之功而抑辛燥之弊。再参入黄芪益气，地龙搜剔伏邪，乃补阳还五汤用法，意在增强化瘀作用。但黄芪用量不宜过大，临床中发现每剂用量若超过40g，容易恋湿壅中而致苔厚腻胀，毕竟本病与中风偏枯的病机迥异，故只宜师其法而不用其量。至于大黄一味，为公认之降低血肌酐、促进代谢物质排出之有效中药，但在具体应用时亦须变化，如内热偏重，大便易秘结者，每剂10g，甚者生用以峻下之，或佐以芒硝，这是取承气汤、桂枝大

黄汤用法；若体虚较著或大便溏软者，每剂 2～3g，或与养血、滋阴、温阳等药为伍，这是仿大黄䗪虫丸与黄龙汤方意。总之分别按照里热邪传与真气虚弱之程度而灵活变化。

涂某某，女，52 岁，1986 年 5 月 24 日初诊。住院号：865023。患者于上月初曾于某医院行“卵巢囊肿”切除术，术后 20 天，发作全身浮肿，尿少，发热，神志模糊，肤痒发斑，某医院诊断为“急性肾功能衰竭”，经用西药抗菌、利尿等综合治疗不效，遂转入我院。刻诊：患者尿少，全身浮肿按之没指，腹胀，恶心、呕吐，神昏谵语，时躁扰抽搐，全身肌肤有散在紫红色斑块，瘙痒，下腹部手术创口周围疼痛拒按，舌质淡紫、苔薄黄而干，脉细涩。参合脉证，按血瘀水蓄之癃闭治疗。处方：桂枝 8g，泽泻、茯苓各 20g，赤芍 15g，丹皮、桃仁各 10g，黄连 6g。1 剂毕，小便增多，神清，抽搐停止，3 剂服完，小便通利，浮肿消大半。续服 14 剂，病安出院。随访至今未复发。

按：此案病发于手术后，瘀血未散，热毒内任，相互交结，阵于下焦，致膀胱气化不利，水蓄内停，现癃闭诸证，用桂枝茯苓丸逐瘀散结，化气行水，加黄连、泽泻清热利水泄毒而获效。

五、肾病综合征

肾病综合征属中医学“水肿”范畴，血瘀水停型肾病性水肿临床以肢体浮肿，皮下瘀斑，面唇色黯，皮肤粗糙，舌胖黯或有瘀斑为辨证要点。肾脏疾病，其组织的病理改变常见增生性变化、基底膜增厚、组织纤维化等。这些病理变化中医认为与血瘀有关。

【临床应用】

李培旭等用桂枝茯苓丸加味：桂枝 10g，茯苓 30g，牡丹皮、桃仁各 10g，赤芍 15g，泽泻、生姜皮、水蛭各 10g，益母草、白花蛇舌草各 30g，党参 15g。水煎，1 日 1 剂，分 2 次服。治疗血瘀水停型肾病性水肿，疗效显著。

【病案举例】

韩某，男，38 岁，患水肿病 10 年。刻诊：全身浮肿，伴腹水，阴囊肿大，面唇色黯，皮肤粗糙，肢体困重无力，舌淡胖黯苔白润，

舌底络脉粗黑，脉沉涩。B超提示：双肾弥漫性损伤、腹水大量。尿蛋白（++），白细胞（+）。诊为肾病综合征，证属血瘀水停。药用：桂枝10g，茯苓30g，牡丹皮、桃仁各10g，赤芍15g，泽泻、生姜皮、水蛭各10g，益母草、白花蛇舌草各30g，党参15g。水煎，1日1剂，分2次服。6剂后，水肿消退，继服24剂，水肿全消。B超示：腹水消失。

按：桂枝茯苓丸具有通阳利水、活血化瘀的作用，适用于“因水病血”或“因血病水”，水血互结的水肿。本方用治水肿，似与《金匮要略》治病不同，实属异病同治。方中桂枝、茯苓通阳利水；牡丹皮、桃仁、赤芍活血化瘀。具体应用时可加泽泻、生姜皮以增强其利水效果，或加水蛭、益母草以增强其化瘀之力，则疗效更为显著。

六、输尿管囊肿

输尿管囊肿，中医学无此病名，据临床症状，本病属中医学“癥瘕”、“积聚”之范畴。多因脏腑气化功能失调，痰湿凝滞，瘀血稽留，气滞络阻而成。

【临床应用】

刘信奇以桂枝茯苓丸为基本方，药用：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药各12g，水煎2次温服，每日1剂，10天为1个疗程。腹胀、大便秘结者加莱菔子、大黄；恶心欲呕者加法半夏、陈皮。治疗输尿管囊肿12例，均为男性，年龄为28~49岁，均经膀胱镜检查确诊。囊肿最小者如蚕豆大小，最大者如乒乓球大小。治疗方法：本组病例均以行气活血、化瘀通络为治法，方用桂枝茯苓丸。疗效标准：痊愈：疼痛缓解，自觉症状消失，膀胱镜复查囊肿消失；显效：临床症状消失，3个月内疼痛未见复发，但未复查膀胱镜证实其囊肿消失；无效：经治疼痛无缓解或恶化。治疗结果：本组12例中，痊愈8例，显效4例，全部有效。一般服药3剂后，临床症状明显减轻，10剂后愈。

【病案举例】

王某，男，42岁。因左下腹持续性疼痛、阵发性加剧6天，在

某医院多次肌内注射阿托品、哌替啶终痛不能缓解而转入我科。入院查，急性痛苦貌，弯腰弓背坐立不安。左下腹压痛（+），左侧肾区叩击痛（+）。舌质紫暗、苔白厚腻，脉弦滑。B超检查示：左肾中度积水。静脉肾盂造影：左肾肾盂、肾盏及精尿管不显影。膀胱镜检查：左侧输尿管口可见一约3cm×3.5cm大小囊状物，精尿管口欠清晰。诊断为左侧输尿管口囊肿。中医辨证属痰瘀凝滞，经络瘀阻。治以行气活血，化瘀通络。药用桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药各12g。共服10剂，诸症若失。B超复查：左肾积水消失。左肾逆行造影：左肾盂、肾盏及精尿管全程显示良好，形态规则，未见梗阻与破坏征象。膀胱镜复查：左侧输尿管口清晰，囊肿消失。随访3年未见复发。

按：桂枝茯苓丸因具有活血化瘀、消癥之功，笔者根据其方药功能，试用于治疗男性输尿管囊肿，均获满意疗效。方中桂枝辛温善行，入气分亦入血分，入气分则通阳化气以除湿化痰，入血分则温通血脉以活血消癥；茯苓祛痰利水，以助桂枝除湿化痰之功，二药合用，入阴通阳；牡丹皮、桃仁破血祛瘀，消癥散结，助桂枝通血脉、化瘀滞；芍药缓急止痛。全方共奏祛瘀消癥之功。

七、尿痛

尿痛属中医学“淋证”范畴，对于临床不明原因的尿痛，根据“不通则痛”的理论，运用活血化瘀的治疗方法往往取得较好疗效。

【临床应用】

范春茹用桂枝茯苓胶囊，每日3次，每次3粒，单煎肉桂5g送服。治疗尿痛证，取得显著疗效。

周俊文药用桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、木通、小蓟、旱莲草、生地黄、藕节、仙鹤草、甘草。治疗膀胱瘀血，疗效显著。

【病案举例】

王某，女，66岁，2001年1月5日初诊。2年前患者因感受寒凉出现尿频、尿急、尿痛症状，经治疗症状有所改善，但此后常常反复发作。近1年尿频、尿痛症状逐渐加重，小腹坠胀、憋胀，约5~

10min 排尿 1 次，尿后小腹抽痛刺痛难忍，口干心烦，舌暗红苔薄，脉沉。尿常规（－），膀胱镜检查未见异常。笔者认为此症虽为急性炎症转变而来，但迁延日久，伤及肾气，气虚血瘀，不通则痛。用桂枝茯苓胶囊活血化瘀，行气止痛，每日 3 次，每次 3 粒，单煎肉桂 5g 送服以鼓舞肾气。服用 2 周后尿痛略减，1 个月后排尿间隔在 20～40min。连续服用 2 个月后尿痛消失，至今未再复发。

按：桂枝茯苓胶囊处方源于汉代张仲景《金匮要略》桂枝茯苓丸方，由桂枝、茯苓、牡丹皮等中药精制而成，具有活血化瘀、缓消癥块之功效。本案具备下焦瘀血之病机，辨证施治，采用桂枝茯苓胶囊以活血化瘀、活血通络为主，通则不痛。现代医学研究证明，桂枝茯苓胶囊具有降低血黏度、抑制血小板聚集、解痉、镇痛、抗炎的作用。

赵某，男，28 岁，2007 年 4 月 8 日初诊。10 天前，被人踢伤小腹，当天只觉小腹痛，自服 2 片贴贝诺酯（扑炎痛），次日天亮解小便时，小腹疼痛加重，小便不畅通，欲解不出，小腹坠胀，尿色红，自到药店买阿莫西林、贝诺酯（扑炎痛）及止血药服用，症状不减，又经输液仍无明显好转，改投中医治疗。刻诊：小腹胀痛，拒按，小便淋漓疼痛，尿色红可见漂浮的小血块，舌边瘀点，脉弦紧。B 超：膀胱充盈，尿液浑浊。小便常规：RBC（＋＋），WBC（＋）。此为膀胱瘀血。治宜活血化瘀，利尿通淋，佐以凉血止血。药用桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍、木通、小蓟、旱莲草、生地黄、藕节、仙鹤草、甘草。连服 4 剂，排出多个小血块，小便得通，腹痛消失，尿色正常。再服 2 剂，症状全无。

按：此为小腹受外力伤害所致膀胱瘀血的病例。方中桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍活血化瘀；木通、小蓟利尿通淋；旱莲草、生地黄、藕节、仙鹤草凉血止血；甘草调和药性。诸药配伍，共奏化瘀通淋、凉血止血之功，则诸症自除。

参考文献

[1] 祝建华．桂枝茯苓丸治疗慢性肾炎 98 例．河南中医，1996，16（2）：17

[2] 李芳．桂枝茯苓丸加味治疗紫癜性肾炎34例．辽宁中医药大学学报，2007，9（1）：103
[3] 陶宪武，陶宪印．桂枝茯苓丸治疗输尿管结石．河南医药信息，1996，4（12）：47～48
[4] 吴建华，陈一平．桂枝茯苓丸治疗尿路结石65例疗效观察．浙江临床医学，2005，7（7）：738
[5] 蔡锡英．桂枝茯苓丸治疗石淋及肾积水证．中国中医药信息杂志，2001，108（10）：69
[6] 蔡新风．泌尿系结石及伴肾积水之中医治疗．江西中医药，1996，27（2）：30
[7] 小暮敏明．国外医学中医中药分册，1997，19（5）：36
[8] 郑慧文，李学铭．运用桂枝茯苓丸治疗肾功能损害所致氮质血症的经验．浙江中医杂志，2000，（2）：47～48
[9] 刘斌武，袁长清．桂枝茯苓丸加味治疗癃闭．新中医，1990，（3）：43
[10] 李培旭，安艳秋．经方治疗肾病性水肿．辽宁中医学院学报，1999，1（1）：20
[11] 刘信奇．桂枝茯苓丸治疗输尿管囊肿12例．湖南中医杂志，1995，11（5）：53～54
[12] 范春茹．桂枝茯苓胶囊治疗痛证举隅．上海中医药杂志，2003，37（3）：18
[13] 周俊文．桂枝茯苓丸临床运用举隅．甘肃中医，2008，21（3）：17

第六节　内分泌系统疾病

一、糖尿病

糖尿病属于中医学“消渴”范畴。消渴病起病隐匿，病程长，久之必会导致脏腑功能失常，气血津液紊乱，阴阳失衡，这为瘀血的产生奠定了基础。阴虚亏损：阴津亏少，津伤则血少，致营血不足，脉道不能充盈，血行艰涩，停而为瘀或阴虚火旺，灼伤阴津，血液浓炼，黏滞不畅而致瘀；燥热旺盛：燥热易伤津耗气，使气血亏少，血液在脉络中运行无力，而滞于脏腑经络则为瘀血。正如周学海《读医随笔·卷三》云：“津液为火灼竭，则血行瘀滞”；痰湿壅盛：2

型糖尿病患者，多为肥胖病人，胖人多痰湿，痰湿壅盛，留滞血脉，阻滞气机，血行不畅而成血瘀，即痰瘀多同病。《素问·奇病论》曰："此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴"；气虚：气为血之帅，血随之而运行，血为气之守，气得之而静谧。若正气耗伤，气虚无力鼓动血液在脉络中运行，血流不畅或气虚不能摄血，血溢脉外，而为瘀；情志所伤：情志最易伤肝，而致肝气郁结，气机不利，运血不畅而致瘀血。如《灵枢·五变篇》云："怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆流，髓皮充肌，血脉不行，转而为热，热则消肌肤，故为消瘅"；久病入络：消渴病日久，五脏虚损，耗气伤津，血流不畅或气阴两虚，阴损及阳，阴虚则寒，寒则血凝或脾虚痰湿，阻滞脉络，血行不畅而成血瘀。现代研究证实，多数2型糖尿病病人存在微循环障碍、血流缓慢、微血管出血、渗出，全血黏度、全血比黏度、血浆比黏度、血小板聚集功能、血浆纤维蛋白原含量增高、血管基底膜增厚等，能够体现中医"瘀血"实质的病理改变。

【临床应用】

管仕伟以桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝12g，茯苓20g，白芍15g，赤芍15g，牡丹皮12g，桃仁12g，怀牛膝30g，制大黄5g，糖尿病肾病，肌酐、尿素氮居高不下，且大便干结者，可加大黄、牛膝；下肢浮肿、面色黄而多汗者，可加黄芪、葛根；脚痛，可重用芍药。治疗糖尿病，效果显著。

廖世忠等以桂枝茯苓丸为基本方：桂枝、茯苓、桃仁、芍药、牡丹皮各10g，每日1剂。加减法：瘀血明显加红花、川芎；痰湿重加白芥子、橘络；气阴虚加黄芪、怀山药。连服2个月。治疗糖尿病周围神经病变20例，其中男12例，女8例；工人8例，干部6例，家庭妇女3例，教师、营业员、农民各1例；年龄最大67岁，最小45岁，平均年龄52岁；糖尿病神经病变史平均2.2年。病人均选自门诊得到有效控制的2型糖尿病患者，临床以肢麻、疼痛、四肢乏力为主诉，肌电图检查伴有四肢运动神经传导速度减慢，作为观察对象。治疗方法：桂枝茯苓丸改为汤剂，随症加减。治疗期间，停用其他对糖尿病神经病变有影响的药物。治疗前后观察自觉症状、血糖、运动

神经传导速度（MNCV）的变化。自觉症状治疗效果：自觉症状明显减轻10例，好转6例，无效4例，总有效率为80%。症状改善以肢麻、疼痛为著，乏力欠佳。MNCV的变化：用肌电图检测治疗前后上、下肢正中、尺、腓神经的MNCV，服药后正中、腓神经MNCV均值都有所提高。血糖的变化：给药前20例病人空腹血糖均值为（6.1±0.2）mmol/L，服药后为（5.9±0.3）mmol/L，无显著差异。

陈筱云等以桂枝茯苓丸合五苓散加减，药用：桂枝6g，茯苓15g，赤芍10g，桃仁10g，丹参20g，白术10g，车前子20g，泽泻12g，当归10g，陈皮10g，益母草20g。脾虚乏力、气短声怯者加人参、黄芪；下肢酸重无力、胸闷、纳呆、呕恶者加半夏、生姜、大腹皮、木瓜。治疗脾虚痰瘀型糖尿病肾病，疗效显著。

何灵芝等以桂枝茯苓汤为基本方，药用：桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮10g，赤芍15g，桃仁12g，制大黄10g，水煎浓缩成200ml，日服2次，每次100ml，饭后2h服，1个月为1个疗程，治疗糖尿病肾病伴肾功能不全20例，男14例，女6例，年龄25～68岁，病程12～20年，所有患者均伴持续性蛋白尿（>0.5g/24h），血肌酐（Cr）140.2～295.3μmol/L，尿素氮（BUN）9.4～16.2μmol/L。伴高血压18例，合并糖尿病视网膜病变11例。治疗方法：所有患者治疗前均做24h尿蛋白定量、肾功能、内生肌酐清除率，然后给予桂枝茯苓丸加味，用药期停用抗凝剂（包括各种西药和中成药），伴高血压者仍常规服降压药。治疗结果：20例患者24h尿蛋白定量、血Cr、BUN都有不同程度的下降，内生肌酐清除率提高。

【病案举例】

肖某，女，47岁，于2007年8月20求诊。有糖尿病史，患者面部浮肿年余，下肢皮肤干燥。尿检查曾有红细胞。自觉乏力，便秘，3天一行。生下来时，手上、身上皮肤如鱼鳞，皮肤需要外搽保养品。体检时，餐前血糖偏高，为8mmol/L。腰部酸痛。舌暗，苔白，体胖大。处方：桂枝12g，茯苓20g，白芍15g，赤芍15g，牡丹皮12g，桃仁12g，怀牛膝30g，制大黄5g。1周后复查，患者血糖正常，大便通畅，腰痛好转，乏力感减轻。

按：桂枝茯苓丸为活血化瘀方，适用于糖尿病导致的血管损害伴

有瘀血证者。糖尿病患者常有微循环功能、血液流变学改变，常有血液黏度增高，出现所谓的“高黏滞综合征”。而现代药理证明，桂枝茯苓丸有降低血液黏稠度，改变血流动力学及流变学，以恢复正常的血液循环。因此见糖尿病出现瘀血表现时，如下腹部疼痛、下肢浮肿或皮肤干燥、大便干结、腰腿痛以及舌质暗红或紫红者常用本方。经临床观察适用本方患者的体质大多比较强壮，面色多红或暗红，皮肤干燥或起鳞屑，唇色暗红、舌质暗紫等，腹部大体充实，脐两侧尤以左侧下腹更为充实，主诉大多伴有压痛，可称之为瘀血型体质。

张某某，男，65岁，于2000年10月30日就诊。主诉：双下肢浮肿3个月余。患者于3个月前劳累后出现双下肢浮肿，伴活动后气短、胸闷、乏力、腰痛、心慌等症。近日双下肢浮肿加重，按之凹陷不起，活动后肿甚，伴脘胀纳呆，肢冷便溏，乏力气短，胸闷，口干渴，夜尿多，腰酸痛。查体：呼吸22次/分，血压160/80mmHg(21.3/10.7kPa)，慢性病容，双肾区扣击痛（-），双下肢浮肿。舌暗有瘀斑，苔白腻，舌底脉络色暗。血常规：红细胞2.92×10^{12}/L，血红蛋白93g/L；血肌酐152.5mmol/L，尿素氮9.14mmol/L，尿蛋白5.0g/L，尿糖17mmol/L，血糖10mmol/L。西医诊断为糖尿病肾病。中医诊断为水肿。中医辨证为脾虚痰瘀。脾虚失运，湿痰内阻，脉络阻滞，治以健脾行水化瘀。方用桂枝茯苓丸合五苓散为基本方加减。治疗50天好转出院。

二、肥胖

肥胖是人体脂肪积聚过多的状态。当食入的能量高于能量的消耗时，脂肪组织就积聚下来，体重随之增加。体重的增加，除因脂肪过多外，也可是水分潴留和肌肉发达。我们通常所说的肥胖，就是指因脂肪积聚过多，使体重超过标准体重20%的状态，而体重仅超过标准体重的10%，只能认为是超重。单纯性肥胖就是肥胖病中最常见的一种。单纯性肥胖的原因是多方面的，除了饮食摄取量过多之外，尚与精神、神经、内分泌、代谢等因素有关，就其本质而言，体重的增加，反映了脂肪组织增加，体液积聚。在治疗方面，控制饮食和增加活动是有效的方法，从理论上讲是可行的，但多数人难以对抗对食

物的嗜好和饥饿感，因此这种治疗方法便难以行之有效。中医认为胖人多虚、胖人多痰湿。故其治多从健脾益气、消食化痰着手，对体重的控制和调整代谢及心脑血管病的防治具有可靠的疗效。青春期肥胖好发于女性青年，现代医学认为与雌激素分泌旺盛有关。此时期，肾气充盛，脏腑均处于亢盛均衡期，若由于肾气偏盛而致冲、任脉由亢盛而塑实必然导致气血充盛，水湿及水谷之精微化生过度，积而为精酸与水湿，留于肌膜充斥表里内外，由此也导致冲、任脉的盈亏失调，故除表现为肥胖之外，多数表现了月经量少，或延期不至，白带亦减少。

【临床应用】

尚友松用桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，茯苓15g，桃仁10g，白芍10g，牡丹皮10g，红花10g，当归12g，香附10g，半夏12g，苍术12g，车前子10g，甘草3g。治疗肥胖，疗效显著。

王辅民以桂枝20g，牡丹皮20g，白芍20g，茯苓20g，桃仁20g。每日1剂，水煎，早、晚分服。治疗肥胖，取得良好的效果。

【病案举例】

饶某，女，25岁，本院护士，1996年1月14日初诊。身体超重10年，停经3个月。10年前正值身体发育高峰期，饮食旺盛，每日进食三餐外，睡前还吃夜宵，平时零食不断，身体逐渐发胖。成年后身高1.57m，体重67kg。按测量体重过重和肥胖的国际标准，即人体体重除以人体身高的平方数计算，得27.2kg，肥胖分级25.0～29.5kg材为预胖型。曾服过多种减肥药，因饮食无法控制而告终。体重有时可达70kg。3个月来月经未行，带下黏稠量多，但无异味，腰及小腹有胀感并隐痛，双下肢稍有浮肿，小便量较少，大便尚可。舌稍紫偏胖，苔白，脉弦缓。有反复停经史，最长的1次为半年。急则治标，缓则治本，急需调经。综合脉证辨为痰浊瘀血相结，瘀滞胞中，痰瘀同治。拟桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，茯苓15g，桃仁10g，白芍10g，牡丹皮10g，红花10g，当归12g，香附10g，半夏12g，苍术12g，车前子10g，甘草3g。上方连服9剂，月经来潮，经色量尚可，带下明显减少，腰及小腹胀痛消失，小便增加，双下肢已不浮肿。嘱患者每月提前于月经来潮前1周服药6剂，以巩固疗效，形成

月经周期。服药3个月，月经正常，停药。半年后随访，见患者体形苗条，体重52kg，饮食正常，月经按期而至。自觉月经正常后，体重明显下降，在此期间未服过任何减肥药。随访1年，体重始终保持在52kg左右。

按：不健康的生活方式和不科学的饮食习惯是形成肥胖的根本原因，特别是饮食习惯。本例从青春发育期开始就饮食过量，损伤了脾的运化输布功能，致水谷精微化为痰浊，形成肥胖。痰湿下注，带下增多，痰瘀胞宫则闭经。经痰瘀同治调理了3个月，月经正常后体重下降并非巧合，而是肥胖及闭经的病因与痰瘀相关。桂枝茯苓丸方出《金匮要略》。方中桂枝通血脉，茯苓、半夏理脾化痰，当归、白芍养血调营，牡丹皮、香附、桃仁、红花活血通瘀，苍术、车前子健脾利湿，以除带下。诸药合用，痰瘀并去，月经通调，减肥成功。

王某，女，21岁，已婚，1986年5月14日初诊。患者素体较瘦，身高约160cm，体重不足50kg，婚前半年许体重逐渐增加，至婚后4个月体重达70kg，食欲良好，食后无不适，二便调畅，随着身体逐渐肥胖而觉周身笨重，活动后略有喘促，蹲、俯活动均有困难。月经延期5~7天，量少色淡，白带亦明显减少，曾疑为肾炎，治疗无效后，来院求诊。诊见形体丰腴，肌肤充实，面色红润，查心、肺无异常，腹部塑满，肝、脾均未能触及，腹部无按压痛，双下肢尤以膝关节以上粗壮，无水肿，脉沉缓有力，舌淡红，苔薄白，血压14.7/9.3kPa，血、尿常规检查无异常，胆固醇5.2mmol/L，甘油三酯1.69mmol/L。诊断为青春期肥胖。处方：桂枝20g，牡丹皮20g，白芍20g，茯苓20g，桃仁20g。每日1剂，水煎日服1剂，早、晚分服。5月23日复诊：服药6剂，体重下降3kg，服药后无明显不适，尿量略增。效不更方，再进6剂。7月15日再诊，体重降至62.5kg，基本恢复正常，嘱适当节制饮食，以防复发。

按：笔者认为，本病为肾气充盛，冲任壅实，选用桂枝茯苓丸原方大剂以疏泄冲任之塑实，使气行血活，渗湿除浊，体重渐减而经脉调畅，不治肥胖而肥胖自消，堪为治肥胖之良法。

参考文献

[1] 管仕伟．经方治疗糖尿病验案举隅．河南中医，2008，28（4）：22
[2] 廖世忠，陆社桂．桂枝茯苓丸治疗糖尿病周围神经病变20例．内蒙古中医药，1996，（4）：8
[3] 陈筱云，赵莉娟．从“瘀”论治糖尿病肾病．中国中医基础医学杂志，2002，8（7）：53～54
[4] 何灵芝，李学铭．桂枝茯苓丸治疗糖尿病肾病肾功能不全20例．浙江中西医结合杂志，2001，11（9）：584
[5] 尚友松．桂枝茯苓丸加味治疗痰瘀证2则．安徽中医临床杂志，1998，10（3）：74～175
[6] 王辅民．桂枝茯苓丸新用．山东中医杂志，1990，9（5）：20～22

第七节　风湿免疫性疾病

类风湿性关节炎

类风湿性关节炎（RA），是一种病因尚未明了的慢性全身性炎症性疾病，以慢性、对称性、多滑膜关节炎和关节外病变为主要临床表现，属于自身免疫性疾病。该病好发于手、腕、足等小关节，反复发作，呈对称分布。早期有关节红、肿、热、痛和功能障碍，晚期关节可出现不同程度的僵硬、畸形，并伴有骨和骨骼肌的萎缩，极易致残。从病理改变的角度来看，类风湿性关节炎是一种主要累及关节滑膜（以后可波及到关节软骨、骨组织、关节韧带和肌腱），其次为浆膜、心、肺及眼等结缔组织的广泛性炎症性疾病。类风湿性关节炎的全身性表现除关节病变外，还有发热、疲乏无力、心包炎、皮下结节、胸膜炎、动脉炎、周围神经病变等。广义的类风湿性关节炎除关节部位的炎症病变外，还包括全身的广泛性病变，属于中医学“痹证”之范畴，痹证多为风寒或风湿合而为病，或者是三者合而为病，无论是风寒还是风湿又或者是风寒湿合病，由于寒性收引而湿性黏滞，此三邪气进入人体必然会引起气血流通的不畅，气血不畅而阻滞

于经脉之中，是为瘀血也。此瘀血即作为痹证发病过程中的病理产物，夹杂而为痹。因此痹证的病理过程中无论风寒湿三气如何杂挟为病都必然会存在着瘀血的病理产物。

【临床应用】

引网宏彰观察了活血化瘀的代表方剂桂枝茯苓丸和当归芍药散对类风湿性关节炎的疗效。服用桂枝茯苓丸者43例（男6例、女37例），平均患病时间10.5年，其中服用自制桂枝茯苓丸者30例、提取剂者7例、煎剂者6例。服用当归芍药散者17例（男3例、女14例），平均患病时间9.4年，其中服用提取剂者6例、煎剂者11例。两组患者在性别、患病时间、类固醇制剂、改善病情抗风湿病药物（DMARDs）服用史以及C-反应蛋白（CRP）值、血沉、关节变形程度等方面均无差异；未使用类固醇制剂、DMARDs的患者数两组均为1/4。但两组功能障碍程度有差异，桂枝茯苓丸组多为Ⅲ、Ⅳ级，当归芍药散以Ⅰ、Ⅱ级为多。选择标准：①服用桂枝茯苓丸或当归芍药散3个月以上者；②CRP阳性、属于活动性类风湿性关节炎者；③并用类固醇制剂、DMARDs以及其他汉方药3个月之前未变更者。选择符合以上3个条件的患者60例［男9例、女51例，平均年龄（54.6±10.8）岁］。观察服用桂枝茯苓丸和当归芍药散3、6、12个月时CRP的变化。CRP降低50%为显效；降低20%以上为有效；降低不足20%以及升高不足20%为无变化；升高20%为恶化。结果：桂枝茯苓丸服药3、6、12个月的有效率分别为34.9%、39.5%、30.2%；当归芍药散服药3、6、12个月的有效率分别为64.7%、58.8%、35.3%。两组相比，治疗3个月后当归芍药散的有效率较高，6、12个月后两组间无明显差异。当归芍药散组1例因食欲不振停药；桂枝茯苓丸未见不良反应。单独应用汉方药者桂枝茯苓丸组21例，当归芍药散组6例；并用类固醇制剂、DMARDs等西药者，桂枝茯苓丸组22例，当归芍药散组11例。从治疗结果分析，单独汉方药组的有效率有高于并用西药组倾向。

吉田正用汉方桂枝茯苓丸、当归芍药散治疗类风湿性关节炎37例［全部为女性，年龄（51.0±10.8）岁］，患者均服用抗风湿药，其中14例还服用类固醇药物［泼尼松龙（4.5±2.3）mg/d］。将患

者分为两组，13 例单用活性维生素 D_3（单用组），24 例并用汉方制剂（并用组，其中桂枝茯苓丸 14 例，当归芍药散 10 例）。测定治疗前后（15.2±4.3 个月）QOL 指标、骨密度等的变化。结果：①RA 患者的骨密度与肿胀关节数、QOL（mHAQ）的障碍程度、血清 CRP 有明显的相关性；②少量服用类固醇药物对骨密度无明显影响；③骨密度低的 3 例患者腰椎有压缩性骨折；④骨密度的减少率与 QOL（mHAQ）的障碍程度、血清 CRP 有明显的相关性；⑤并用组骨密度减少率低于单用组；⑥未发现汉方药的不良反应。结论：骨密度测定可用于 RA 伴有的骨量减少和骨质疏松的诊断和疗效评价，汉方药对骨质疏松有治疗作用。

骆淑媛用桂枝茯苓丸加味，组成：桂枝 15g，茯苓 12g，牡丹皮 12g，赤芍 15g，桃仁 9g，附子 9g，薏苡仁 30g，防己 10g，地龙 9g，土鳖虫 9g，穿山甲 9g，鸡血藤 10g，姜黄 12g。每日 1 剂，水煎服。治疗类风湿性关节炎，取得较好临床疗效。

【病案举例】

杨某，男，35 岁，四肢大、小关节反复肿痛 4 年，近 2 个月加重，于 2003 年 11 月 10 日初诊。曾在某医院检查，诊断为类风湿性关节炎，先后服用多种消炎止痛药、雷公藤片等效果不佳。诊见：肘、腕、手指、膝、踝关节肿胀、疼痛，晨僵，四肢屈伸不利，活动受限，食欲不振，四肢不温，舌质紫暗苔厚腻，脉弦细。中医诊断为痹证，证属风寒湿痹日久、痰浊瘀血内生、经络痹阻不通，治以化痰祛瘀、搜风通络，方用桂枝茯苓丸加味。服 7 剂后复诊，关节肿胀、疼痛有所减轻，饮食增加。上述随症加减继续服药 2 个月余，关节肿痛消退，晨僵现象消失，肢体活动自如。

按：桂枝茯苓丸由桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁五味药物组成，具有活血化瘀、消除癥块的作用。近年来笔者临床实践发现，本方不仅可以治疗妇科疾病，还可以治疗胸痹内科病证，并取得了良好的临床效果。方中以桂枝、附子祛风散寒、温经止痛；茯苓、薏苡仁、防己渗湿化痰、利湿消肿；牡丹皮、赤芍、桃仁、鸡血藤、姜黄活血化瘀、通经活络，配以三味虫类药地龙、土鳖虫和穿山甲搜风活络、通络止痛。全方既能祛风散寒除湿，又能化痰祛瘀通络，邪去络

通，气血畅达，则肿痛自消，而疾病痊愈。

参考文献

[1] 引网宏彰．活血化瘀剂对类风湿关节炎的疗效．国外医学中医中药分册，2005，27（5）：304

[2] [日] 吉田正．汉方对伴有骨质疏松的类风湿性关节炎的疗效．国外医学中医中药分册，1991，21（5）：50

[3] 骆淑媛．桂枝茯苓丸新用．吉林中医药，2006，26（4）：47，55

第八节 传染科疾病

传染性单核细胞增多症

传染性单核细胞增多症是由EB病毒（EBV）所致的急性自限性传染病。其临床特征为发热，咽喉炎，淋巴结肿大，外周血淋巴细胞显著增多并出现异常淋巴细胞，嗜异性凝集试验阳性，感染后体内出现抗－EBV抗体。本病属中医学“温病”、“温疫”范畴，病因多为外感风邪，热毒内生或外感寒邪化热入里而发生本病一系列的临床症状和体征。

【临床应用】

原敬二郎用柴胡桂枝汤、桂枝茯苓丸治疗传染性单核细胞增多症，疗效显著。

【病案举例】

患者，女性，21岁，初诊于1984年1月18日。从10天前开始颈部淋巴结肿大，并感咽喉疼痛，发热，全身倦怠，呕逆。经查肝功能异常，注射、服药后疗效不明显，进一步检查被诊断为传染性单核细胞增多症并发咽喉炎。虽然接受抗生素等的治疗，但仍然继续工作。2天前在乘车上班的路上突然感到右侧腹痛，精神不佳，同时发现大便带血如柏油样，再次就医被认为是并发肠炎，经用丁溴东莨菪碱等治疗无效，于1984年1月18日来我处求医。检查见患者小个，营养良好，肤色白，脉沉缓稍迟。右侧颈部可触到5～6个黄豆大小

的肿大淋巴结，有压痛，颈部变硬，咽喉疼痛、发红，扁桃体不肿大，胸胁苦满，腹部挛急，脐下有明显压痛。体温37.5℃（午前正常，午后寒热往来），血压108/52mmHg（14.4/6.9kPa）。大便潜血强阳性。抗链球菌溶血素O 1:16。嗜异性凝集反应阴性，抗埃－巴疱疹病毒的抗体测定阳性。诊断：传染性单核细胞增多症。治疗：针对以上症状，给予柴胡桂枝汤、桂枝茯苓丸（提取物）每日4次内服。2天后腹痛、呕逆消失，大便已不带血，精神转佳。服药的第3天，体温正常，颈部肿大的淋巴结消失，咽喉痛减轻，继用桔梗汤含漱后也消失。服药5天后，胸胁苦满、腹部挛急缓解，纳增，于入院后第10天复查肝功能恢复正常而痊愈出院，获得了意想不到的治疗效果。

参考文献

[1] 原敬二郎．柴胡桂枝汤、桂枝茯苓丸治疗传染性单核细胞增多症．河北中医，1986，(1)：48

第二章

外科病证

一、术后肠粘连

粘连性肠梗阻是腹部手术、炎症、创伤后所形成的广泛性肠粘连，粘连带引起的肠管急性梗阻，是肠梗阻中最常见的一种类型。粘连性肠梗阻属中医学“关格”范畴。该病证既不属于阳明府证，故不可用泻下，亦不归于积滞，亦不适于消导。“痛则不通，通则不痛”。本病是因手术后致肌肤脏器创伤，导致经络阻塞不通、气血运行逆乱的综合性病理现象，主要矛盾是“瘀阻”。

【临床应用】

方向明把桂枝茯苓丸改丸为汤，适当加减，治疗术后肠粘连6例，年龄18～45岁，具典型肠梗阻症状：术后腹痛、腹胀、不排气、不排便，伴恶心、呕吐，吐出物先为胃内容物，后为清水。结果治愈5例，好转1例。

吴忠文等把桂枝茯苓丸改用汤剂。气滞偏重者加广木香、川朴或砂仁；偏寒者加熟附片或荜茇；偏热者加蒲公英或白花蛇舌草；偏瘀重加滇三七、刘寄奴。治疗术后肠粘连18例次中，男7例，女4例，7～16岁者2例，25～55岁者8例，64岁1例。病程及患次：

18例次患者中出现梗阻病症最短为12h，计10例次，最长者5天，计8例次。其中1例外伤性肠穿孔术后5年先后梗阻5次；另1例外伤性肠吻合术后3年反复发作4次梗阻。桂枝茯苓丸改为汤剂，随症加减。18例次患者全部治愈。一般情况下梗阻较轻，服本方2剂即可缓解，腹痛消失、呕止、大便通畅；重者3~6剂，临床症状消失而愈；惟有2例患者每因劳动强度大加之过饱之后反复发作4~5次，但每次均以本方治愈，终于免遭再次手术之痛苦。

项一群用桂枝茯苓丸合四物汤加减治疗。基本方：桂枝、桃仁、牡丹皮、赤芍、白芍各10g，茯苓、生地黄、蒲公英各15g，当归、红藤各20g，川芎、生甘草各6g。加减：大便秘结者加制大黄；呕吐者加姜半夏；疼痛较剧者加沉香。每日1剂，水煎早、晚各服1次，1个月为1个疗程。治疗31例肠粘连患者中全部有腹部外科手术史，其中阑尾炎手术15例，胃部手术7例（包括2例胃癌手术），胆道手术5例，剖宫产术4例；男性17例，女性14例；年龄20~40岁16例，41~60岁12例，60岁以上3例；病程最短半年，最长8年。诊断依据：临床表现为腹胀、腹痛，或伴呕吐，大便秘结或量少不畅，劳累后易发，有腹部外科手术史；一般检查无发热，血象正常，腹部无肌卫，排除内、外科等其他疾病。均用桂枝茯苓丸合四物汤加减治疗。治疗结果：31例中，15例治愈（腹胀、腹痛消失，大便通畅，腹部平坦，无包块，无压痛，从事一般劳动1年以上无复发），占48%；14例有效（腹胀、腹痛基本消失或缓解，大便通畅，1~2年内偶有复发），占45%；2例无效（腹胀、腹痛虽减轻但不消失，大便不畅），占7%。总有效率为93%。其中服药最短为1个疗程，最长为3个疗程。

【病案举例】

临床以腹痛阵发性加剧，伴有呕吐、不排气、不大便为主症，听诊腹部有高调肠鸣音或金属音，触诊有肠形或有肠蠕动波，X线透视有腹部阴影密度增高、液平面或肠腔内大量积气，舌红或淡、苔厚白或薄黄燥，脉弦兼紧、缓、数、涩。

按：笔者在临床中借用桂枝茯苓丸活血化瘀。方中桂枝化气通血脉，芍药柔肝扶脾，一阴一阳调其寒温，通经活络；茯苓淡渗下行，

牡丹皮理血清瘀，一气一血，配桃仁以化瘀血而利血行，修复创伤，是针对其病因病理属瘀而设，因而瘀祛便痛止病愈。文中2例反复发作多次的原因，很可能是瘢痕形成，虽经治疗而创伤未平复，经络不利，遇到影响气血运行之时则一触即发。本方治疗粘连性肠梗阻，虽病例不多，但其中2例患者多次再发，均收到满意疗效，这并不是偶然的，从反复在二人之身使用，已经得到了很好的验证，足以证明桂枝茯苓丸治疗本病是较理想的方剂之一。但需注意不可滥用，中病即止，后以调理脾胃收功。

王某某，女，28岁，工人，1992年10月2日就诊。患者2年前因行剖宫产手术，术后反复出现腹胀、腹痛、大便不畅，甚则大便秘结，3~5日一解。舌淡红、边有紫斑、苔薄白微腻，脉细涩。一般检查：无发热，腹部无肌卫；常规理化检查均无异常。排除其他内、外科器质性疾患。中医辨证：气滞血瘀，痰湿互阻，治以理气活血，化湿通腑。处方：桂枝、桃红、牡丹皮、赤芍、白芍、川朴、当归各10g，茯苓、薏苡仁各20g，川芎、制大黄、枳壳、生甘草各6g。每日1剂，水煎早、晚各服1次。连服14剂后，腹胀痛减轻，大便较前顺畅，1~2日解1次。上方去制大黄，再服20剂后，诸症消失。随访1年，病未复发。

按：方中桂枝温通血脉；牡丹皮、桃仁、赤芍活血化瘀，行血中之滞；茯苓安中利水；配合四物汤补血活血，使通中有补，补而不滞，病邪去而正气不伤；加用红藤、蒲公英清热解毒，具有消炎、减少渗出的作用，又有促进炎症吸收的功能。据近年来的研究认为，活血化瘀药具有抗炎、镇痛、抑菌、减毒及改善微循环、调整肠管运动等功能，有加速腹腔渗出液的吸收，抑制结缔组织增生，松解粘连等作用。故用桂枝茯苓丸合四物汤治疗本病十分合拍，因而能获佳效。

二、术后腹痛

腹腔内舍脏腑，经脉血络纵横交错，手术剖腹解肌，伤筋损络，故术后腹痛是临床必然所见。

【临床应用】

姬凤瑞等以桂枝茯苓丸加减。药用：桂枝10g，茯苓10g，牡丹

皮10g，赤芍10g，桃仁10g，柴胡5g，乌药6g，荔枝10g，吴茱萸5g，甘草5g。上药加水煎两煎，取汁对匀，日分2次口服。治疗术后腹痛42例，均为腹部术后5～60天，其中男6例，女36例，年龄19～50岁，平均年龄33.5岁，病程最短1天，最长30天。予桂枝茯苓丸加减。疗效标准：①痊愈：疼痛完全消失无复发；②有效：疼痛明显减轻，持续时间缩短；③无效：与发病时情况无改变。结果：本组42例，痊愈20例，有效18例，无效4例，有效率90.5%。

【病案举例】

患者，女，34岁，2004年4月21日初诊。患者于4月13日行输卵管结扎术，手术顺利，术后伤口愈合好，稍感少腹时有隐痛。4月21日因与他人发生口角，突然下腹剧痛如针刺，并牵引会阴部疼痛。曾于上午在西医妇科就诊，未查及异常。给西药止痛对症处理，疼痛稍差。下午3时许，疼痛加剧，不能忍受，经妇科介绍余处就诊。来时以手按腹，呻吟不止，无呕恶，二便自调，舌质淡，两边略带青色，苔白脉沉弦。证属术伤腹肌脉络，复因恼怒，肝郁气滞，气阻血瘀之腹痛。治法：活血化瘀，疏肝理气。方药：《金匮要略》桂枝茯苓丸原方随症加减，即前方去吴茱萸，加延胡索10g，2剂，水煎服。4月23日再诊，服上药后，腹痛大减，惟感伤口处有隐痛，原方继用3剂，三诊时腹痛完全消失，情绪稍有好转，嘱其注意调理情志，并继服逍遥丸调理，以善其后，2个月后回访无复发。

按：桂枝茯苓丸温通血络，疏通气血。方中桂枝温通血脉，芍药养血和血，牡丹皮寒凉辛散能凉血、止血，又能活血。桃仁破血结，且茯苓与桂枝同用，入阴通阳。五味药物同用，实为活血化瘀、温通气血之良方。不少患者术后顾虑重重，思想负担较重，或因生气等忧思恼怒，在损肌伤络气血不畅的基础上复因肝气郁结致气滞血瘀进一步加重，所以在上方基础上加少量疏肝理气散结之品，以达疏肝理气、气行血行之目的。只要配伍得当，亦可收到药到病除之功。手术后腹痛，按中医学理论来讲，仍为“不通则痛”之证，然大剂活血化瘀之猛品、峻剂，用之必耗气伤血，损人正气，故用活血化瘀之小剂桂枝茯苓丸化裁治疗，以达到活血不伤正，化瘀不损络，临床用之

妙哉。因是术后腹痛，此方不宜应用过早，必须在胃肠功能恢复，开始进饮食之后方能使用。余从医多年，应用此方体会，只要辨证得当，时机适宜，屡用屡效，尤其对中年妇女因生气而致术后腹痛，效果极佳。现有胶囊剂型上市，急则用汤剂，缓则用胶囊。

三、急性阑尾炎

急性单纯性阑尾炎为早期的阑尾炎，病变多只限于阑尾黏膜或黏膜下层。肉眼观，阑尾轻度肿胀，浆膜面充血，失去正常光泽。镜下，黏膜上皮可见一个或多个缺损，并有中性粒细胞浸润和纤维素渗出。急性单纯性阑尾炎属中医学“肠痈”范畴，是因饮食不节、寒温不适、情志不调等因素导致肠道传化不利而为病。其总的发病机制不外乎气滞、血瘀、湿阻、热壅等，而临床上无热证或热证不明显者，并不少见。

【临床应用】

张庆伟用桂枝茯苓丸加味，方药组成：桂枝 10g，茯苓 30g，赤芍 12g，牡丹皮 10g，桃仁 10g，冬瓜仁 30g，白芍 10g，野菊花 15g，败酱草 30g，丹参 30g，蒲公英 15g，延胡索 10g，川楝子 10g，甘草 10g。每日 1 剂，水煎服，7 天为 1 个疗程，最长服 4 个疗程，并配合粗盐外敷法：取粗盐 1000g 在锅中炒热后装入布袋中，外敷麦氏点处，凉后再回锅炒热，外敷，每次 30min，每日 2 次。治疗期间不应用任何抗生素。治疗急性单纯性阑尾炎 112 例均为门诊病人，其中，男 36 例，女 76 例；年龄 15 ~ 68 岁；病程最短的 1 天，最长的 12 天，平均 3.6 天；血白细胞增高者 58 例，中性粒细胞增高者 78 例；体温增高者 18 例，最高体温 37.8℃。患者均以腹痛为主要症状，或伴有恶心、呕吐，右下腹麦氏点有固定的压痛点，均无反跳痛和腹肌紧张。舌质暗，苔薄白，脉沉弦。并行彩色多普勒排除泌尿系结石和盆腔炎症。应用桂枝茯苓丸加减治疗。疗效标准：痊愈：症状及局部体征完全消失，血常规恢复正常；显效：症状及局部体征明显减轻；无效：症状及局部体征无变化或加重，血白细胞或中性粒细胞增高。治疗结果：治疗 1 个疗程，痊愈 16 例，显效 76 例；2 个疗程，痊愈 48 例，显效 58；3 个疗程，痊愈 92 例，显效 16 例；4 个疗程，痊愈

99例，显效11例，无效2例。其中无效2例均为服药2个疗程无效放弃中药，而改用西药保守治疗的。

【病案举例】

王某，女，36岁，2002年3月25日初诊，转移性右下腹疼痛5天来诊，患者5天前无明显诱因出现胃脘部疼痛，呈持续性痛，即而转移至右下腹，伴有恶心，无呕吐，无发热、恶寒，在村诊所给予静脉滴注甲硝唑250ml，每日1次，共静脉滴注3次，右下腹疼痛无明显减轻来诊。查舌质暗，苔薄白，脉沉弦。血白细胞：11.2×10^9/L，中性粒细胞79%。并做双肾、输尿管膀胱彩色多普勒；子宫、附件、阑尾彩色多普勒均未见异常。诊断为急性单纯性阑尾炎，给予中药上方6剂，水煎服，每日1剂，并应用粗盐外敷法，日2次。经上治疗1个疗程，右下腹疼痛明显减轻，2个疗程右下腹疼痛消失，再应用上方3剂，巩固疗效。随访至今未复发。

按：方中桂枝通血脉，茯苓健脾利湿，安正气，芍药调营，牡丹皮、桃仁活血化瘀，合而用之，共奏化瘀消癥之效。临床上应用于妇科病证的较多，而运用于阑尾炎的未有报道。上方中加用白芍、甘草缓急止痛；川楝子、延胡索理气止痛；野菊花、败酱草加强清热解毒的功效；加丹参以加强活血化瘀之力。全方共奏温经化瘀、活血解毒之效。临床上适用于急性单纯性阑尾炎表现为无热证或热证不明显者，效果较好，对热证较重者不适用。服药期间嘱患者忌辛辣、生冷之品。

四、阑尾周围脓肿

阑尾周围脓肿往往是急性阑尾炎延误治疗，使炎症侵及阑尾周围组织，在机体抵抗力较强时，阑尾周围组织粘连，加之大网膜的包裹而形成局限性炎性包块或局限性脓肿，此时西医治疗应根据临床情况慎重从事，不合时宜的手术，非但因粘连过多，操作困难而阑尾不易切除，且能破坏自然防御功能使炎症扩散。反之，保守治疗，又有肿块不易消除和脓肿破裂的危险。本病属中医学中“肠痈”蕴热期的范畴。其病理机制为气血凝滞，瘀滞热积不散，临床表现为气滞血瘀与湿热症状常见。

【临床应用】

贾振武用桂枝12～15g，茯苓15～20g，牡丹皮12～15g，桃仁12～15g，红花9～12g，蒲公英20～30g，大黄9～12g，陈皮12～15g。每日1剂，水煎服。治疗阑尾周围脓肿12例，其中，男9例，女3例，年龄17～61岁。除急性阑尾炎的一般共有症状外，右下腹阑尾区均可触及到大小不等的肿块，肿块最大约15cm×7cm×6cm，最小的约6cm×5cm×4cm，其中手术证实8例，B超证实4例。12例中8例行阑尾脓肿引流术（无法切除阑尾），术后恢复饮食后，开始12剂中药，同时静脉滴注抗生素。4例保守治疗，在静脉滴注抗生素的同时，口服中药。12例患者中11例于12剂中药后7～12天，肿块消失，痊愈出院，有1例患者脓肿明显缩小后，带药回家服用（未随访到结果），有效率达95%。

顾玉凤采用桂枝茯苓丸加味治疗。基础方：桂枝15g，茯苓30g，赤芍15g，牡丹皮15g，桃仁15g，败酱草20g，白花蛇舌草30g，牛膝6g。水煎服，每日1剂。热重者加银花20g；湿重者加薏苡仁30g，冬瓜仁20g；腹痛剧者加延胡索20g，台乌药15g；脓肿大而硬者加炙甲珠15g；气短、乏力者加黄芪30g；高热及切口感染者加大银花用量；便干难解、舌苔黄腻而黑者加大黄6g；病情严重、纳食不佳者配合抗生素治疗。治疗阑尾周围脓肿33例，来自门诊（25例）及住院（8例）患者，均有西医外科医生诊为阑尾周围脓肿，不能行手术治疗，而建议中药保守治疗。部分病例经B超腹部检查确诊。在本组病例中，其中男性15例，女性18例；年龄最大为69岁，最小为7岁；农民27例，工作人员5例，学生1例；病程长者达2个月，短者3天；阑尾切除术后形成脓肿6例（均为化脓性和坏疽性阑尾炎），未行手术27例；33例患者均有右下腹疼痛，痛处拒按，有明显肿块；伴有气短、乏力8例，低热5例，高热1例，切口感染3例，大便干7例，便溏3例，舌苔黄腻微黑3例。明确诊断后采用桂枝茯苓丸加味治疗。治疗后，30例症状消失，阑尾脓肿完全吸收，评为治愈，药后疼痛加重，而终止服药3例，评为无效。疗效最短10天，最长40余天。服药后腹痛有不同程度的减轻，体温正常，大便不干，切口渗出液减少，若B超确诊为脓肿属液性包块的疗程较

短，属囊实性包块的疗程较长。

【病案举例】

韩某某，男，41岁，工人，住院号6219，患者因右下腹痛10余日，诊为阑尾炎在门诊输液治疗（青霉素、甲硝唑等药），效果欠佳，于1997年4月27日因病情加重入院。入院后急诊手术，术中可见阑尾区有15cm×6cm×5cm包块，质硬，不活动，考虑为阑尾周围脓肿，改行脓肿引流术，术后继续用头孢唑林钠，与庆大霉素静脉滴注消炎，但7天后仍可触及右下腹有12cm×4cm×4cm肿块，于是开始加服中药，处方为：桂枝15g，茯苓25g，牡丹皮15g，桃仁12g，红花10g，蒲公英30g，大黄9g，陈皮12g。每日1剂，连服10日后，肿块消失，病人痊愈出院。

按：阑尾周围脓肿中医理论认为是：胃肠功能失调后引起的气滞血瘀，郁久化热，热毒不散导致血肉腐败而成脓肿，其临床症状也是小腹有癥块，腹挛急（腹肌紧张），腹痛拒按，与桂枝茯苓丸的适应证一样，故用桂枝茯苓汤活血化瘀，消癥块，佐以蒲公英清热解毒，大黄通便，陈皮理气，起到了治疗作用。

五、肠痉挛

肠痉挛是由于肠壁平滑肌强烈收缩而引起的阵发性或间隙性腹痛。临床上小儿多见，成人也可因肠道疾病发生肠痉挛。肠痉挛特点为腹痛突然发作，以脐周为著，发作间歇时无异常体征。肠痉挛属中医学“腹痛”范畴，其基本病机为脏腑气机阻滞，气血运行不畅，经脉痹阻，不通则痛，或脏腑经脉失养，不荣则痛。

【临床应用】

陈立富等以桂枝20g，茯苓、薏苡仁各15g，桃仁2g，甘草6g，水煎服，每日5~6次。治疗肠痉挛，疗效显著。

【病案举例】

刘某，女，53岁，1988年4月20日就诊。患者脐周疼痛10余年，呈阵发性，每日发作10余次，每次持续半小时左右，腹部发凉，大便稀，每日2~3次，多次查大便常规无明显异常。经用溴丙胺太林等药治疗，病情无明显好转，小便正常。舌质暗淡，苔白腻，脉

细。证属寒湿内阻，血瘀气滞，治以散寒祛湿、活血行气。处方：桂枝20g，茯苓、薏苡仁各15g，桃仁2g，甘草6g，水煎服，每日5～6次。续进10剂后，腹痛偶有发作，大便成形。上方加党参20g，白术15g。再10剂后腹痛消失，随访2年未复发。

六、神经纤维瘤

神经纤维瘤在临床上常见为皮肤及皮下组织的一种良性肿瘤，发源于神经鞘细胞及间叶组织的神经内外衣的支持结缔组织，神经干和神经末端的任何部位都可发生。既可单发也可多发。可伴有神经压迫的症状、体征，诊断一般无困难，单发者以手术治疗效果可靠，但全身多发性神经纤维瘤常无手术治疗指征。本病属于中医学“气瘤”范畴。中医学认为：本病由于劳倦过度，肺气损伤，卫气失调，腠理不密，外为寒邪所搏，气结为肿；或长期忧思不解，肺气郁滞，卫气不行，气结为肿。

【临床应用】

韦曙平用桂枝茯苓丸：桂枝8g，茯苓、当归尾、败酱草、甘草各15g，白芍30g，牛膝、牡丹皮各10g，桃仁6g。气虚者加黄芪、党参；血瘀者加三棱、莪术。每日1剂，水煎分4次服。连服1周，休息3天，共用3个月。治疗全身多发性神经纤维瘤17例中，男14例，女3例；年龄20岁以下2例，20～40岁6例，40～60岁4例，60岁以上5例；病程6个月～20年；病变发于颈、胸、背、四肢等多处。多数伴有疼痛、麻木不适症状，所有病例均做过肿瘤活检确诊。中药桂枝茯苓丸内服治疗，其中4例疼痛重者在治疗开始时加用西药5～7天，药用吲哚美辛25mg，每天3次；或布洛芬0.2g，每天3次。17例中，5例服药后肿瘤基本消失；8例肿瘤缩小，疼痛、麻木症状缓解；4例服药3个月无效或失访。中老年疗效较好，2例儿童无效。

七、深静脉血栓形成

深静脉血栓形成系指血液在深静脉系统不正常地凝结，好发于下肢，多见于产后、盆腔术后、外伤及长期卧床的患者，主要表现为患

肢肿胀、疼痛。血栓脱落可致肺栓塞，危及生命。本病属于中医学“股肿”、“脉痹”、“瘀血”、“瘀血流注”、“肿胀”等范畴。中医对深静脉血栓形成认识久远。《千金备急要方》中说：“久劳、热气盛、为湿热所折，气结筋中”；“气血瘀滞则痛，脉道阻塞则肿，久瘀而生热”。《血证论》则认为“瘀血流注，四肢疼痛肿胀，宜化去瘀血，消利肿胀。”又说：“有瘀血肿痛者，宜消瘀血，瘀血消散，则痛肿自除。”中医认为本病由于手术或外伤以及妊娠、肿瘤、偏瘫或长期卧床、制动，或长途乘车等以致伤气，气伤则运行不畅，“气为血帅”，气不畅则血行滞缓，加之外来损伤，导致瘀血阻于络道。脉络滞塞不通，不通则痛。络道阻塞营血回流受阻，水津外溢，聚而为湿，停滞肌肤则肿。血瘀脉中，淤久化热，则肢体发热。总之，络脉血瘀湿阻是本病的主要病机。

【临床应用】

陈志强用桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，茯苓25g，桃仁15g，赤芍15g，牡丹皮15g，泽兰30g，生水蛭10g，木瓜30g，川牛膝15g，车前子15g（包煎）。水煎服，每日1剂，分2次温服，临睡前以药渣煎汤，熏洗患肢，切忌水温过高烫伤皮肤，30天为1个疗程，连服2~3个疗程。平时穿高筒弹力袜，勿远行劳累、过久站立，睡眠时抬高患肢。治疗深静脉血栓形成病例50例，其中男36例，女14例；平均年龄42岁；伴下肢肿胀发硬、胀痛且晨轻晚重者50例，伴浅静脉扩张或曲张者32例，伴肢体远侧色素沉着者37例；舌质暗红36例，脉沉涩31例。所有病例均有彩超报告提示为深静脉血栓形成。其中股静脉血栓形成12例，静脉血栓形成10例，混合型28例。用桂枝茯苓丸加味治疗。疗效判定标准：显效：自觉症状消失，下肢水肿消失，静脉扩张减轻，色素沉着基本消退；有效：自觉症状减轻，下肢水肿好转，色素沉着部分消退；无效：症状无改善，下肢水肿无变化，静脉扩张无改善。结果：显效18例，有效24例，无效8例，总有效率84%。

【病案举例】

患者，男，37岁。1985年从事煤矿井下作业时被矸石砸伤腰部，腰椎压缩性骨折，手术后10天出现左下肢水肿，对症治疗减轻后出

院。1992年4月出现左下肢大隐静脉曲张，1995年2月3日，左下肢大隐静脉破裂出血，经外科局部加压包扎止血后，因不适合手术于2月11日转住中医科，诊见：左小腿肿胀发硬，大隐静脉纡曲怒张，有大片色素沉着，面积约5cm×20cm，皮色紫黯，左小腿困痛，不耐远行，舌暗红，苔薄白，脉沉涩。彩超检查提示左下肢深部股静脉、静脉血栓形成，血液流变学检查提示高黏血症，西医诊断为深静脉血栓形成。辨证为寒凝血瘀，湿浊内蕴。拟温经活血、利湿通络为法，以桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，茯苓25g，桃仁15g，赤芍15g，牡丹皮15g，泽兰30g，生水蛭10g，木瓜30g，川牛膝15g，车前子15g（包煎）。水煎服，每日1剂，分2次温服，临睡前以药渣煎汤，熏洗患肢。30剂后左小腿肿胀减轻，肿硬的皮肤变软，皮肤出现皱褶，色素沉着范围缩小，行走后小腿困痛感改善。以此方为基本方，随症加减，服药3个月，左下肢水肿消失，表浅静脉轻度纡曲扩张，皮肤色素沉着基本消失，皮肤弹性好，行走无明显障碍，1995年5月19日出院。

按：笔者近年用其治疗深静脉血栓形成取得满意疗效。该病具有“寒”、“瘀”、“湿”之病机特点，恰与桂枝茯苓丸温经化瘀、活血利水之功效合拍。生水蛭善入血分，功专破瘀，不伤气分；泽兰活血利湿；木瓜、川牛膝舒筋活络、引药下行；车前子功专利湿。诸药相伍，共奏温经活血、利湿通络之效。方中桂枝辛温走窜，久用有伤阴之弊，应注意顾护胃阴。治疗期间应注意守方，在此基础上根据病情略施加减，切不可为求速效频繁更方，久病宜缓图之。

八、血栓性静脉炎

血栓性静脉炎是指静脉血管腔内急性非化脓性炎症的同时伴有血栓形成，是一种常见的血管血栓性疾病，病变主要累及四肢浅静脉和深静脉。血栓可以引起炎症，炎症也可以引起血栓，两者互为因果。血栓性静脉炎属中医学“股肿”范畴。中医学认为是因寒湿之邪外侵，或损伤、或体虚而气血失和，经脉阻滞，气血凝结而成。

【临床应用】

肖明生以桂枝10g，茯苓10g，牡丹皮15g，赤芍15g，桃仁10g，

忍冬藤15g，赤小豆15g，制乳香、没药各10g，治疗血栓性静脉炎，疗效满意。

【病案举例】

吴某，男，50岁，教师，1994年1月25日初诊。患者有右下肢脉管炎史5年。近因工作疲劳，天气寒冷，1周来，下肢肿胀、疼痛，不能行走，曾至省级某医院门诊行中、西药保守治疗，收效甚微。刻诊：神倦体怠，扶入诊室。自述右下肢大腿内侧痛甚，肌肤灼热而喜温恶寒。纳谷不香，口干不欲饮。患肢大腿内上侧有一条索状包块，压痛明显。舌暗苔淡黄，脉弦涩。证属瘀热互结，脉络不通，治拟活血清热通瘀。药用：桂枝10g，茯苓10g，牡丹皮15g，赤芍15g，桃仁10g，忍冬藤15g，赤小豆15g，制乳香、没药各10g。2剂，服药后患肢肿胀、疼痛均减。后以此方赤小豆减至10g，制乳香、没药各减至6g，复加川芎、熟地黄各10g调治月余，诸症消失。随访至今宿疾未再复发。

按：本例患者病因复杂，寒、热、瘀夹杂，加之病情反复数年而虚实互见，故以桂枝、桃仁、牡丹皮、赤芍温经通脉，清热祛瘀；茯苓健脾益气；忍冬藤清热散结舒筋；赤小豆活血利水。药证合拍，数剂而愈。

九、血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎是以肢端缺血性坏死，甚则趾（指）节脱落为特征的慢性疾病。临床以足趾为多见。本病相当于中医学“脱痈”、“脱骨疽”、“脱骨疔”、“敦痈”、“甲疽”、“蛀节疔”、“蜣螂蛀”（《刘涓子鬼遗方》卷四）。因患病日久不愈可使趾落，故名脱疽。其病多因过食厚味，致使郁火毒邪蕴于脏腑，加之肾阴亏损，不能制火而发；或因外感寒湿毒邪，营卫不调，气血凝滞而成。《外科正宗》云：“脱疽者，外腐而内坏也……其形骨枯筋纵，其秽异臭难辨，其命仙方难治。”本病发病经过缓慢，症见初起患趾色白发凉，麻疼，日久患趾如煮熟红枣，痛如火烧，逐渐由红转暗变黑，足趾常自行脱落并可染及五趾，创面极难收口。

【临床应用】

李传芳等以桂枝茯苓丸去牡丹皮加黄芪30g，熟附片12g，牛膝、当归、鸡血藤各15g，土鳖虫6g，制乳香、没药各9g。水煎取汁加黄酒50g（1两）兑服，每日1剂。治疗血栓闭塞性脉管炎，疗效显著。

【病案举例】

程某某，男，35岁。左足趾发白、发凉、麻痛、步履不便，久坐、天冷、阴雨加重，如此已逾2年。曾经中医治疗，一度明显好转。左趾阳脉似有若无，病历记载布鲁津斯基征、格氏征曾为阳性，西医诊为血栓闭塞性脉管炎。此为早期脱疽，乃外感寒湿引起。治拟温经散寒，益气化瘀。予桂枝茯苓丸去牡丹皮加黄芪30g，熟附片12g，牛膝、当归、鸡血藤各15g，土鳖虫6g，制乳香、没药各9g。水煎取汁加黄酒50g（1两）兑服，每日1剂，服药2周，趾凉、发麻好转，疼痛消失。后递增桂枝为15g、当归为30g，并加炙甘草6g，服药40天后，一切恢复正常。1980年5月来诊眼病，诉脚病一直未发。

按：本例脱疽乃因外感寒湿、寒凝经脉所致。投桂枝茯苓丸去牡丹皮，加附子、牛膝、土鳖虫、乳香、没药，旨在温化寒湿、疏通经络，加黄酒兑服，也是为了增强温通之力。至于加黄芪、当归、鸡血藤，目的在于益气养血，以助化瘀之效。俾经络疏通，气血畅行，则本病自然向愈。

十、单纯性甲状腺肿

单纯性甲状腺肿是指良性甲状腺上皮细胞过度增生形成的甲状腺肿大，是指非炎症和非肿瘤原因的不伴有临床甲状腺功能异常的甲状腺肿。它可以是弥漫性肿大，也可以是多结节性肿大。单纯性甲状腺肿属中医学“瘿病”范畴。我国早在战国时期已有关于瘿病的记载，到了隋代便明确指出瘿病的发病与情志内伤及水土因素有关。谓：“瘿者由忧恚气结所生，亦由饮沙水，沙随气入于脉，搏颈下而成之”。可见与现代医学对甲状腺肿的病因研究相吻合。宋代《太平圣惠方·瘿气咽喉肿塞》已经重视到了肿大的甲状腺对气管、食管的影响：“夫瘿气咽喉肿塞者，由于忧恚之气在于胸膈，不能消散，搏

于肺脾故也。咽门者，胃气之道路；喉咙者，肺气之往来。今二经俱为邪之所乘，则经络痞塞，气不宣通，故令结聚成瘿，致咽喉肿塞也”。陈实功在《外科正宗·瘿瘤论》里提出瘿瘤的主要病理是由气、痰、瘀壅结而成：“夫人生瘿瘤之症，非阴阳正气结肿，乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成”。总之，由于水土因素及情志内伤，首先使机体气机不畅而形成气滞。气机郁滞，不能输布津液，凝聚成痰，痰气郁结，壅于颈前而发病。气滞日久，使血行亦受障碍而发血瘀。

【临床运用】

张金玲等采用桂枝茯苓丸加味进行治疗。具体药物：桂枝 15g，茯苓 12g，牡丹皮 10g，赤芍 12g，桃仁 10g，猫爪草 15g，海藻 10g，昆布 10g，皂角刺 10g，川楝子 10g，生地黄 10g，甘草 6g。加减：伴有胸闷、胁痛、善太息者加郁金 10g，香附 9g，柴胡 9g，枳壳 6g；声音嘶哑者加牛蒡子 10g，射干 6g，马勃 5g；伴有结节者加三棱 10g，莪术 10g，黄药子 10g，肿节风 10g，露蜂房 9g；阴虚内热者加天冬 10g，花粉 10g，玄参 10g。水煎服，4 周为 1 个疗程。治疗甲状腺肿，选择病例纳入标准是临床表现为颈前饱满，胸闷，声音嘶哑。查体见甲状腺肿大不超过胸锁乳突肌并随吞咽动作而上下运动。除外伴有甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、甲状腺肿瘤、甲状腺炎等其他甲状腺疾病。符合以上诊断标准的病人共 32 例，其中男性 9 例，伴有结节者 2 例，年龄在 19～54 岁之间；女性 23 例，伴有结节者 11 例，年龄在 17～46 岁之间。采用桂枝茯苓丸加味进行治疗。痊愈：临床症状消失，彩超显示甲状腺大小正常，结节消失，4 例；显效：临床症状基本消失，彩超显示甲状腺较治疗前缩小 2/3 以上或（和）结节缩小 2/3 上，21 例；好转：临床症状减轻，彩超显示甲状腺较治疗前缩小 1/2 以上或（和）结节缩小，5 例；无效：临床症状及甲状腺彩超均与治疗前相同 2 例。

十一、慢性淋巴细胞性甲状腺炎

慢性淋巴细胞性甲状腺炎又称桥本病，是目前临床上发病率较高的甲状腺疾病之一。现代医学认为桥本病的发病与自身免疫有关，其主要病理变化是甲状腺轻、中度弥漫性肿大，甲状腺组织内有淋巴细

胞、浆细胞浸润，临床多表现为甲状腺功能减退，少数患者无症状或有甲状腺功能亢进的表现。治疗方面多采取跟踪观察、对症治疗的原则，缺少积极的、针对病因的治疗方法。中医学对本病名没有记载，根据其甲状腺弥漫性无痛性肿大且质地韧硬的临床表现可归属中医学“瘿病”、“心悸”、“虚劳”等范畴。中医学认为，肝经气血失调，气滞痰凝血瘀壅结颈前是桥本病的发病基础，所以理气化瘀消癥是其根本治疗方法。由于妇女的经、孕、产、乳等生理特点与肝经气血有密切关系，故女性易患此病。

【临床应用】

周长泉运用桂枝茯苓丸，基本方：桂枝、茯苓、牡丹皮、白芍药、桃仁各9g。加减：怕热汗出、烦躁失眠、舌红脉弦数者，加黄药子21g、夏枯草9g、玄参9g；嗜睡怕冷、乏力水肿、舌淡胖、脉迟缓者，加黄芪30g、白术9g、山茱萸9g；甲状腺肿大者，加海藻21g、莪术15g、穿山甲12g。每日1剂，水煎，分早、晚2次服用。均以1个月为1个疗程，3个疗程后观察疗效。1995～1999年治疗桥本病23例，其中女22例，男1例；年龄18～61岁，中位年龄40.5岁；病程最短4个月，最长18年。症状23例中，颈前肿大者14例；怕热、多汗、心烦、心悸、失眠、多梦、消瘦者8例；嗜睡、怕冷、皮肤干燥无汗、体重增加、颜面浮肿者13例。体检发现有20例患者甲状腺呈轻、中度弥漫性肿大，质地较韧，表面光滑，无压痛，未闻及血管杂音，另有2例呈现孤立性单个结节，质较硬，轻度压痛，无杂音；1例甲状腺无肿大。全部23例患者均进行过实验室检查，8例测血清总三碘甲状腺原氨酸（TT3）、总甲状腺素（TT4）轻度升高或正常值高限，促甲状腺激素（TSH）正常范围；13例测TT3、TT4降低，TSH明显升高；2例TT3、TT4及TSH基本正常；23例测抗甲状腺微粒体抗体（TMAb）全部高于正常；16例测抗甲状腺球蛋白抗体（TGAb）轻度升高；有5例进行过甲状腺穿刺活检，病理显示组织内淋巴细胞浸润。予桂枝茯苓丸加减，显效（症状、体征消失或基本消失，TT3、TT4、TSH恢复正常或接近正常，TMAb和TGAb转阴或滴度明显下降）11例，占47.8%；有效（症状、体征及TT3、TT4、TSH均有改善，TMAb、TGAb滴度均有不同幅度下降）11例，

占47.8%；无效（症状、体征及各项化验指标无明显变化）1例，占4.4%；总有效率为95.6%。

十二、急性乳腺炎

急性乳腺炎是由细菌感染所致的急性乳房炎症，常在短期内形成脓肿，多由金黄色葡萄球菌或链球菌沿淋巴管入侵所致。多见于产后2~6周哺乳妇女，尤其是初产妇。致病菌一般从乳头破口或皲裂处侵入，也可直接侵入引起感染。急性乳腺炎属中医学“乳痈”范畴，其病因有因肝气郁结，胃热壅滞；或因乳汁积滞；或乳儿吸乳时损伤乳头，感染热毒；或产后血虚，感受外邪，以致湿热蕴结，气血凝滞而成。

【临床应用】

王豪用桂枝茯苓胶囊，每次3粒，饭后用温开水送服，治疗急性乳腺炎32例，其中2~3天痊愈者15例，4~6天痊愈者17例，平均治愈时间为4天。无一例因化脓而行手术者。

十三、乳腺增生病

乳腺增生病是乳房的一种非炎症性、良性增生性疾病，好发于中青年妇女，尤其好发于大龄未婚女性、已婚未育或已育未哺乳者，部分男性患者亦患此病。其临床特征是：单侧或双侧乳房肿块，大小不等，形态不一，边界不清，活动度差，常伴有疼痛。现代医学认为其发生与卵巢功能失调有关，由于孕激素水平相对不足，雌激素水平相对过高，雌、孕激素之间的比例失调，使乳腺组织周期性增生与复原失常，复旧不全而致。本病属中医学“乳核”、“乳癖”、“胁痛”等范畴。女子以肝为先天，因肝主疏泄，肝气失疏，肝脾失调，气不化水，水湿内停，聚湿成痰，壅滞乳络，则血行不利；或脏腑功能失常，气血失调，痰瘀并结，阻滞乳络，积而成块，不通致痛；痰瘀阻滞，新血不生，乳络失养，其痛益甚。

【临床应用】

崔永会等用桂枝茯苓胶囊，组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、芍药、桃仁等制成。每日3次，每次3粒，饭后服用。连续服用3个月。

2001年7月~2002年7月治疗乳腺增生、乳腺小叶增生患者32人，患者均为女性，年龄为17~50岁，平均36.7岁，多以双乳多发性的乳腺结节、乳房胀痛等症状就诊。其中32例均有乳腺结节，27例有乳房胀痛；病程最短1年，最长15年，平均7.5年。服用桂枝茯苓胶囊后，以乳痛症状减轻或消失，以及体检或红外线、B超检查发现乳腺结节较前缩小或消失作为临床痊愈或好转的标准。治疗3个月后，乳腺结节较前缩小或消失28人，占87.5%；乳痛症状消失者20人，占74%。

戚玉华根据患者病情，对工作忙，常出差在外，或病症较缓不能坚持用汤剂治疗者，给予桂枝茯苓丸（胶囊），但疗程不得少于3个月经周期；对病症较重，久治不效，兼有月经不调、痛经、闭经、不孕者，予以汤剂加减治疗。药物组成：桂枝12g，茯苓12g，赤、白芍各10g，牡丹皮10g，桃仁10g，当归10g，丹参10g，乳香6g，没药6g，橘核12g，青皮10g，甘草3g。加减：痛引胸胁、肩臂者加炒柴胡6g，香附10g；经行腹痛者加艾叶6g，延胡索10g；月经不调、闭经、不孕者在运用上方的同时结合调周促排卵治疗。上方每日1剂，分2次煎服，经期酌情服用或停服，连续治疗2~3个月经周期。服药期间，停用其他药物。治疗乳腺增生110例均为门诊病人，年龄最大53岁，最小20岁；病程最长20年，最短3个月；已婚82例（其中已孕、生育者71例，未孕者5例，不孕者6例），未婚28例；单侧乳房发病者35例，双侧乳房发病者75例。曾手术切除肿块者8例，全部病例均经红外线乳房透视、钼靶X线摄片或病理检查而确诊。临床主要表现为一侧或双侧乳房疼痛，扪及肿块，呈片块或颗粒结节样，质中或韧，扪之游移，触之痛著，经前加重，经后有减，或伴胸胁、肩臂牵痛，或伴月经不调、痛经、闭经，甚或不孕。根据患者病情及服药条件分别给予桂枝茯苓胶囊或汤剂桂枝茯苓丸加减。以乳房疼痛及肿块均消失为治愈；以乳房疼痛明显减轻，肿块减小2/3以上，质度明显变软者为显效；以乳房疼痛减轻，肿块减小1/3左右，质度变软者为有效；以乳房疼痛依然，肿块未见减小，症状未减甚或加重者为无效。结果：治愈31例，显效43例，有效29例，无效7例，总有效率为93.64%。

温秉强用桂枝茯苓丸合血府逐瘀汤加减治疗：桂枝 12g，茯苓 15g，桃仁 12g，白芍 9g，牡丹皮 10g，当归尾 12g，赤、白芍各 10g，川牛膝 15g，炮穿山甲 10g，王不留行 12g，青皮 9g。若肿块坚硬者，上方加浙贝 10g、生牡蛎 20g；乳房热痛者加连翘 12g、柴胡 10g、蒲公英 30g；肿块痛甚者加延胡索 24g、川楝子 12g；兼有阴虚者加玄参 10g、生鳖甲 20g、天花粉 15g。于月经干净后第 5 天服用。每日 1 剂，分早、晚 2 次服，饭后空腹服，20 天为 1 个疗程，可用 2～3 个疗程。2002 年 3 月～2006 年 5 月治疗乳腺增生、乳腺增生病 42 例，其中男 3 例，女 39 例；以 30～45 岁妇女居多，已婚者 36 例；病程在半年～1 年者 14 例，1～3 年者 20 例，4～5 年者 7 例，5 年以上者 1 例。诊断标准：参照国家中医药管理局 1994 年发布的“中医病证诊断疗效标准”中乳癖的诊断标准结合远红外线扫描检查，42 例患者均诊断为不同程度的乳腺增生病。方用桂枝茯苓丸合血府逐瘀汤加减治疗。治疗结果：痊愈（乳房肿块完全消除、无症状反应）29 例；良好（乳房肿块明显缩小，质地变软，症状明显改善）9 例；无效 4 例，总有效率 90.5%。

贾美春等用桂枝茯苓胶囊（由江苏康缘药业股份有限公司生产，由桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁等组成），每粒含成药 310mg，每次 3 粒，每日 3 次，饭后口服，月经干净后开始服用，连续服用 3 周，月经期停药为 1 个疗程。治疗观察期为 3 个月，同时三苯氧胺 10mg，每晚睡前服用，共 3 周，月经期停药。服药 3 周后根据检查情况，若肿块软化、疼痛减轻，则予停服三苯氧胺，继续服用桂枝茯苓胶囊。治疗乳腺增生病患者 76 例，为同济大学附属同济医院乳腺科门诊乳腺增生病患者，均为女性，病程 6 个月～13 年，中位病程 3.47 年；年龄34～51 岁，中位年龄 43.64 岁。诊断符合以下条件：①乳房肿块，多数伴有疼痛并连续 3 个月不能自行缓解；②排除经前生理性乳房疼痛、青春期乳房疼痛及单纯乳痛症；③利用钼靶 X 线、B 超等检测手段作辅助诊断，并排除乳腺恶性肿瘤。中医辨证属痰瘀互结证，症见乳房疼痛和肿块在月经前加重，经后缓解，肿块呈团块状或片块状，伴胸闷胁胀，善郁易怒，失眠多梦，心烦口苦，舌质淡红、苔薄白或薄腻，舌底脉络曲张，脉沉弦等。予桂枝茯苓胶囊配合

三苯氧胺。近期痊愈：肿块及疼痛完全消失，随访观察3个月经周期无复发，统计积分为0；显效：肿块最大直径缩小或结节数量减少在1/2以上，疼痛消失或明显减轻，随访观察3个月经周期无加重，统计积分的降低达治疗前1/2以上；进步：肿块最大直径缩小或结节数量减少不及1/2，但增厚腺体明显变薄；疼痛有所减轻或不明显，统计积分的降低为治疗前1/2以下；无效：用药3个月肿块不缩小，或反而增大变硬者，疼痛不减轻，或反而加重，或单纯乳痛缓解，而肿块不缩小。治疗结果：共治疗乳腺增生病患者76例，近期痊愈18例，占23.68%；显效43例，占56.58%；进步10例，占13.16%；无效5例，占6.58%；总有效61例，总有效率为80.26%。经治疗后乳房疼痛得到不同程度的缓解、疼痛消失32例，占42.10%；肿块也有缩小和软化，完全消失18例，占23.68%。治疗前后的症状和体征的分值和百分率的比较，均有显著差异（$P<0.01$）。在服药第1个疗程时，乳房疼痛的缓解和消失以及肿块的缩小和软化只有25例，占32.89%；在服药第2个疗程时，疼痛的缓解和消失以及肿块的缩小和软化较为明显，有36例，占47.37%。

【病案举例】

王某，女，29岁，2000年1月4日初诊，双乳疼痛伴肿块4年余。4年前停止哺乳后发现双乳疼痛，并扪及肿块，以月经前为重，月经干净后症状消失，未予治疗。1年后症状逐渐加重，疼痛较剧，或见刺痛，肿块增大、增多，有块状，亦有颗粒结节样，质韧不坚，按之游移，触之痛甚。患者形体丰满，面现黧黑斑，询知月经后期量少，色黑有块，经血下之不畅，伴痛经，察其舌质紫暗，边见瘀斑，苔白腻，脉滑。此乃痰瘀互结，乳络不通，胞脉痹阻，发为乳癖。治拟化痰散结，活血通络。药用基本方配合调周治疗，经前期加红花10g，益母草10g；行经期加炒艾叶6g，生蒲黄10g，五灵脂10g；经后期加山药15g，苍术6g，白术12g；经间期加鹿角霜12g，菟丝子12g，炒川断12g。经治疗3个月经周期，乳房疼痛消除，肿块消散，月经期、量、色、质正常，痛经亦愈。嘱患者继以桂枝茯苓丸进服，以资巩固。半年后随访未见复发。

按：笔者用桂枝茯苓丸旨在温化行血，利湿消癥，方中桂枝辛温

通阳以畅乳络，温经通脉以开塞滞；茯苓利湿以除痰，虽利而不损阴，且益脾健运，以杜生痰之源；牡丹皮、桃仁、芍药活血化瘀，芍药苦酸善开阴结，与桂枝相配调阴阳而不伤血；另配当归、丹参、乳香、没药养血活血，橘核、青皮行气散结，甘草调和。诸药合用，共奏化痰散结、活血消癥之功。

刘某某，女，36岁，已婚，2004年6月8日就诊，未孕，双侧乳房内有数个大小不等之结块伴有疼痛2年余，尤以左乳房外下象限有2cm×3cm肿块，疼痛2年余，平素性情急躁，肿块胀痛伴胁肋痛，查舌边尖有瘀点，苔薄白，脉弦细。诊断为乳腺增生病，辨证属气滞血瘀型，治以疏肝解郁、行气活血止痛之剂，方用桂枝茯苓丸合血府逐瘀汤加香附12g、三棱12g、延胡索24g、川楝子12g，每日1剂，服用7天后疼痛明显减轻，肿块明显缩小，继用上方服用1个疗程后，诸症基本消失，肿块消除痊愈。

按：乳房为肝经之分野，肝气郁滞，肝血瘀阻，便形成乳房肿块。桂枝茯苓丸为化瘀消癥名方，血府逐瘀汤为逐瘀之名方，柴胡、青皮疏肝破气，桃红四物活血化瘀，炮穿山甲、王不留行活血通络通乳并能引邪外透，三棱、莪术破血，削坚行气，牛膝引瘀血下行。二方合用起到肝气疏、瘀血去、血络通、肿块消之效，随症加减治疗乳腺增生病常获良效。

十四、乳房结块

中医学认为，乳房结块属“乳癖”范畴，其临床表现结块可大小不一，表面光滑，与皮肤不相连着，按之移动，皮色不变，亦不发热，不痛或稍有痛感，多因肝胃不和，血滞痰结而成，由于乳房属胃，乳头属肝，为妇女第二“子宫”，冲脉起于胞中，隶于阳明胃经，妇女若因七情、六淫、饮食、起居等种种因素导致肝郁气滞，使冲脉气血逆乱，乳络不畅而瘀血痰湿凝聚结成包块，聚于乳房中而发为乳房结块。

【临床应用】

石则艳等运用桂枝茯苓丸，药物组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍。辨证为血瘀型加甲珠、贝母、全虫等加强破瘀散结疗效；

肝郁化火型，配丹栀逍遥散以疏肝通脉；阴阳失调，配二仙汤，以平衡阴阳，通经化瘀；气虚型，配玉屏风散，以增强扶正祛邪之力。1996～2000年观察治疗的100例乳房结块病人，其中年龄最小31岁，最大45岁，病程最短3个月（无意中发现），最长5年。其中有轻微疼痛者47人；单侧单个包块81人，双侧多个包块19人；乳房包块大小随月经周期而稍有变化者61人。所有病人均在情感不畅时乳房有胀痛不适感。触诊可见乳房有包块，大小不等，表面光滑，与肋骨和皮肤不相粘连，推之移动，皮色不变，亦不发热，不痛或稍有痛感。彩超提示：乳房结块部位腺体组织相对增厚，边界清，回声稍低或正常，或提示囊性包块。予桂枝茯苓丸加减治疗。疗效标准：①临床治愈：自觉症状及触诊见乳房包块消失；B超检查提示：乳腺恢复正常。②有效：症状明显好转，触诊见乳房包块缩小，B超提示：乳腺增厚范围缩小。③无效：症状、体征同治疗前。治疗结果：临床治愈60例，好转28例，无效12例，总有效率88%。其中1个月内治愈者10例，2个月内治愈者10例，3～4个月以上治愈者40例，4周以上未愈而好转者18例。

十五、乳腺良性疾病

乳腺良性疾病包括乳腺增生病、纤维腺瘤、乳头状瘤、泌乳症、慢性炎症等，均属中医学“乳癖”范畴。发病机制为瘀血内留，气滞阻络，久则形成瘀，故治疗采用活血化瘀为主，随症加减。

【临床应用】

郝增林等用桂枝茯苓胶囊3粒，每日3次，连服1个月或1个月经周期为1个疗程，间隔3～5天再服用下个疗程。服药时间最长者3个疗程。治疗乳腺良性疾病63例，男2例，女61例；年龄18～60岁，平均年龄39岁，发病多在30～50岁，占80.9%。乳腺增生病40例，纤维腺瘤15例，乳头状瘤3例，泌乳症2例，慢性炎症3例。该组有58例是手术后病理检查确诊的，其他5例靠症状、体征及彩超诊断。治疗均给予桂枝茯苓胶囊。疗效判定：显效：肿块消失，疼痛缓解；有效：肿块缩小或变软，疼痛减轻；无效：肿块无变化或增大，疼痛无缓解而服用其他消炎镇痛药。服药治疗1个疗程后，重复

检查对照。部分病例对肿块有恐惧感而行手术切除病理检查。疼痛缓解率达96.8%，显效37例，有效24例，无效2例。肿块消散或变软有效率达95.2%，显效38例，有效22例，无效3例。

十六、乳腺癌

乳腺癌是目前临床中最常见的恶性肿瘤之一，在妇女恶性肿瘤中，其发病率居首位。现代医学认为乳腺癌发生的高危因素包括乳腺癌家族史、月经初潮早、高龄初产、未经产、闭经晚、绝经后肥胖、高水平的电离辐射、良性乳腺疾病等，其发病机制与病毒（尤其是B型RNA病毒）及未生育或哺乳、甲状腺疾病和内分泌失调，雌二醇和雌酮异常增加及雌三醇缺乏有关，同时认为雌二醇又是致癌物质，而雌三醇对机体有保护、防癌作用，故在机体免疫监视功能低下、脏腑功能障碍、在癌基因作用下而致乳腺细胞损害，从而发展为乳腺组织异常增生，终致癌变。中医学认为，乳腺癌相当于中医学的“乳岩”、“乳石痈”、“乳痞”、“乳发”、“乳核”、“妒乳”等范畴。它的发病机制主要是正气不足、风寒内侵、七情内伤、所愿不遂、郁结伤肝引起体内脏腑功能紊乱、冲任失调，降低了机体对癌细胞的监视抵抗力，在癌基因作用和机体免疫功能低下时终致气滞血瘀、邪毒蕴内，痰浊交凝，结滞乳部而成乳腺癌。虽然现代图像诊断技术发展很快，但对潜伏在乳腺病患者中的微小乳腺癌的诊断仍很困难。目前西医常对此应用诊断治疗性内分泌疗法，即通过抗雌激素药治疗，发现潜伏在乳腺病中的乳腺癌。但是，由于这种内分泌疗法所使用的药物不良反应多，使治疗常因此而中断，所以很多患者还必须经手术活组织检查确诊。为此，研究探讨治疗乳腺病安全、有效的汉方方剂，桂枝茯苓丸作为诊断治疗性内分泌疗法的药物替代抗雌激素的效果。

【临床应用】

古妻嘉一运用桂枝茯苓丸5.0g/d（服用6周）或7.5g/d（服用4~6周），总剂量为210~315g。1997年8月1日~1998年7月31日在古妻诊所就诊，并经望诊、触诊、乳腺X线照相、超声检查和细胞学诊断等诊断为乳腺病的218例患者中，可疑为乳腺癌，而且符合桂枝茯苓丸证的116例患者为对象，分成两组：第1组（74例）

服用桂枝茯苓丸5.0g/d（服用6周）或7.5g/d（服用4~6周），总剂量为210~315g；第2组（42例）为服用桂枝茯苓丸总量不足210g，因硬结、疼痛症状消失而中止治疗者。服药结束后，再行望诊、触诊、乳腺X线照相和超声检查。对治疗后肿块仍未消失的患者先行针吸细胞学诊断，若结果是阴性，但又不能排除乳腺癌者再行手术活组织检查，通过病理组织学检查确诊。结果：第1组行手术活组织检查者11例（15%），3例确诊为乳腺癌，其中1例经针吸细胞学诊断确诊为乳腺癌，并行根除手术；第2组无进行手术活组织检查者，但有1例经针吸细胞学检查确诊为乳腺癌。218例乳腺病患者中，行手术活组织检查者11例（5%），确诊为乳腺癌者4例（3.4%）。1994年7月~1998年7月在古妻诊所就诊的67例乳腺癌患者中，8例（12%）经诊断性内分泌疗法确诊为乳腺癌，其中1997年8月1日~1998年7月31日的17例乳腺癌患者中4例经服用桂枝茯苓丸确诊（占24%，4例中有2例经针吸细胞学检查确诊），诊断率较高。

十七、腰痛

腰痛是以腰部一侧或两侧疼痛为主要症状的一种病证。西医的肾脏疾病、风湿病、腰肌劳损、脊椎及脊髓疾病等所致腰痛，临床以腰部一侧或两侧发生疼痛为主要症状。腰痛常可放射到腿部，常伴有外感或内伤症状。腰椎X线照片等检查，常可见异常。腰痛可因感受寒湿、湿热，或跌仆外伤，气滞血瘀，或肾亏体虚所致。其病理变化常表现出以肾虚为本，感受外邪，跌仆闪挫为标的特点。

【临床应用】

福田佳弘治疗单用桂枝茯苓丸或当归芍药散治疗疗效不明显的27例（男5例，女22例）患者，疾病分类：变形性脊椎关节强硬19例，腰痛6例，脊椎滑脱及椎骨脱离各1例。以当归芍药散证为主者，早晨和中午服用当归芍药散，晚间服用桂枝茯苓丸；以桂枝茯苓丸证为主者，早晨服用当归芍药散，中午和晚间服用桂枝茯苓丸。结果：自觉症状（腰痛、下肢痛、步行能力）的改善率为86.41%，日常活动（翻身、起立、洗脸、步行等）的改善率为76.74%。变形性

椎关节强硬患者自觉症状的改善率为63.2%，日常活动为36.8%。腰痛患者自觉症状的改善率为100%，日常活动为66.7%。

谷冈久也并用柴苓汤、桂枝茯苓丸加薏苡仁治疗腰椎间盘突出患者11例（年龄31~80岁，男3例，女8例），胸椎间盘突出术后复发1例（60岁，女），共12例。不考虑证，投予柴苓汤（7.5g/d，分3次服，下同）、桂枝茯苓丸加薏苡仁，以显著改善、改善、稍改善、不变、恶化五级判定对知觉障碍、腰痛的效果。结果：投药2周时全部病例获稍改善以上的效果，继续投药2周，均获改善以上的良好效果，并未见不良反应。

十八、术后肿胀

骨折或手术后常出现肿胀，一般给予消炎、利尿剂治疗。

【临床应用】

吉田俊秀从骨折第2天给予桂枝茯苓丸（7.5g/d，分3次口服）。观察病例：①桡骨远端骨折已固定患者38例分为两组，对照组23例［男5例、女18例，年龄（68.1±12.3）岁］、桂枝茯苓丸组15例［男1例、女14例，年龄（69.8±11.7）岁］。桂枝茯苓丸组从骨折第2天给予桂枝茯苓丸（7.5g/d，分3次口服），平均服药34天。对照组未给予治疗。②将颈椎病术后患者68例［男40例、女28例，平均年龄（51.16±13.91）岁］分为桂枝茯苓丸组（37例）和对照组（31例），前者给予桂枝茯苓丸，后者不给予药物治疗。结果：①桡骨远端骨折：对照组、桂枝茯苓丸组手指肿胀消除平均时间分别（81.8±46.1）天、（42.7±25.8）天，手指关节活动范围恢复正常平均时间分别为（92.8±68.3）天、（44.6±24.4）天。②颈椎病术后喉水肿：尽管服药开始时桂枝茯苓丸组重于对照组术后肿胀程度，但桂枝茯苓丸组术后第2、3天感觉轻松，第3、7天肿胀明显减轻。

清原六郎以桂枝茯苓提纯颗粒，每日5g，分早、晚服用，共14日。观察病例：四肢挫伤后，肿胀消退缓慢，常因残留肿痛而长时间影响活动，用桂枝茯苓提纯颗粒。其疗效判定方法：以明显肿胀部位为中心用电子射线管荧光屏标记，并用卷尺测定其周径，于投药后第

2~4日,第6~8日及第10~14日分3次测量。通过投药组和非投药组比较，结果发现：投药组肿胀改善率高，第一次测量为1.27倍，第二次测量为1.30倍，第三次测量为1.12倍，其中第7天前后效果最明显，自发痛和压痛也明显改善，但仍有运动痛。

参考文献

[1] 方向明．桂枝茯苓丸治疗术后肠梗阻6例．中国中医急症，1997，6（5）：239~240

[2] 吴忠文，谭俊臣．桂枝茯苓丸治疗术后粘连性肠梗阻18例次小结．湖北中医杂志，1989，（6）：14~15

[3] 项一群．桂枝茯苓丸合四物汤治疗术后肠粘连31例．浙江中医杂志，1999，（6）：240

[4] 姬凤瑞，杨金选．桂枝茯苓丸加减治疗术后腹痛42例．中国社区医师，2007，9（13）：95

[5] 张庆伟，李春英．桂枝茯苓丸加减治疗急性单纯性阑尾炎112例临床观察．光明中医，2006，21（7）：1

[6] 贾振武．桂枝茯苓汤治疗阑尾周围脓肿．西山科技，1998，（12）：42~43

[7] 顾玉凤．桂枝茯苓丸加味治疗阑尾周围脓肿33例．云南中医中药杂志，1999，20（5）：32

[8] 陈立富，郑林．桂枝茯苓丸临床应用举隅．河北中医，1997，19（3）：30~31

[9] 韦曙平．桂枝茯苓丸治疗神经纤维瘤17例．实用中医药杂志，2001，17（6）：14

[10] 陈志强．桂枝茯苓丸加味治疗深静脉血栓形成综合征50例．中医研究，2004，17（1）：44

[11] 肖明生．桂枝茯苓丸临床新用拾零．湖南中医药导报，1996，2（5）：53

[12] 李传芳，张素珍．桂枝茯苓丸的临床应用．安徽中医学院学报，1982，（4）：31~32

[13] 张金玲，徐凤芹，衣非．桂枝茯苓丸加味治疗单纯性甲状腺肿大的临床体会．中国地方病防治杂志，2006，21（6）：379~380

[14] 陈灏珠．实用内科学．第10版．北京：人民卫生出版社，1997：1039~1040

[15] 周长泉．桂枝茯苓丸治疗桥本病疗效观察．河北中医，2001，23（9）：691
[16] 王豪．桂枝茯苓丸新用途．家庭中医药，2006，（4）：60
[17] 崔永会，黄克江．桂枝茯苓胶囊治疗乳腺小叶增生的临床观察．中医药学报，2003，31（3）：8
[18] 戚玉华．桂枝茯苓丸加减治疗乳腺增生病110例．国医论坛，2003，9：8
[19] 温秉强．桂枝茯苓丸合血府逐瘀汤加减治疗乳腺增生病42例．内蒙古中医药，2008，（1）：12～13
[20] 贾美春，金宗浩．桂枝茯苓胶囊加三苯氧胺治疗乳腺增生病76例．江苏中医药，2004，25（12）：35～36
[21] 石则艳，余大惠．桂枝茯苓丸治疗乳房结块100例．陕西中医学院学报，2001，7：23
[22] 郝增林，姜乃德，李京有．桂枝茯苓胶囊治疗乳腺良性疾病临床观察．肿瘤防治杂志，2003，10（9）：943
[23] [日] 古妻嘉一．桂枝茯苓丸在乳腺癌诊断中作为诊断性内分泌疗法治疗药的应用．日本东洋医学杂志，2000，51（1）：35～42
[24] [日] 福田佳弘．日本东洋医学杂志，1993，43（5）：61
[25] [日] 谷冈久也．日本东洋医学杂志，1993，43（5）：59
[26] [日] 吉田俊秀．汉方医学，2004，28（4）：15～17
[27] 董清平．中药在日本骨伤科治疗肿痛方面的应用．中医药信息，1985（2）：33

第三章

妇科病证

一、经行水肿

经行水肿是指随着月经的来临，伴有周期性的颜面和四肢水肿现象，多与脾虚水湿不化有关。

【临床应用】

秦建国等以桂枝、茯苓、赤芍、牡丹皮、桃仁、当归、川牛膝各10g，黄芪30g，细辛6g。治疗经行水肿，疗效满意。

【病案举例】

孔某，女，40岁，1995年4月5日初诊。主诉：月经来潮必发水肿。症见：面色毓白，两眼周围色素斑密集，畏寒，乏力，经色暗有块，舌淡有痕斑，苔薄，脉涩。腹诊：脐下一寸压痛。查血、尿常规正常。诊为经行水肿。治以活血化瘀、补气行水。处方：桂枝、茯苓、赤芍、牡丹皮、桃仁、当归、川牛膝各10g，黄芪30g，细辛6g。5剂，水煎服，每日1剂。二诊：诸症悉减，两眼周色素斑明显减少，再进4剂而愈，随访1年未复发。

二、原发性痛经

痛经是妇科常见病症之一，主要表现为妇

女正值经期或行经前后，出现周期性小腹疼痛或痛引腰骶，甚至剧痛晕厥，多见于青年妇女。痛经发病有情志所伤、起居不慎或六淫为害等不同病因，导致冲任瘀阻或寒凝经脉，以致“不通则痛”，或冲任、胞宫失于濡养，不荣而痛。其病位在冲任、胞宫，变化在气血，表现为痛证。

【临床应用】

金明玉等运用加味桂枝茯苓丸，基本方：党参 20g，桂枝 10g，赤、白芍各 15g，赤、白茯苓各 15g，桃仁 10g，牡丹皮 10g，制香附 15g，当归 15g，丹参 15g，阿胶 15g（烊化），益母草 20g，乌药 20g。加减：经色紫而夹瘀块，或少腹胀痛甚者，酌加川芎、艾叶、红花、牛膝；经水刚至而量少，暂去益母草不用。经行将尽，而量仍多或日久淋漓不断者，益母草加至 30g；久寒痛甚者，加炮附子 10g，延胡索 10g；兼外感与内伤食滞者，去党参加荆芥穗、广陈皮。每日 1 剂，水煎服。治疗痛经 50 例，年龄最大 50 岁，最小 14 岁；病程最短 3 个月，最长 15 年。临床表现：经期小腹胀、冷痛、拒按，疼痛可引起全腹或腰骶部疼痛，或外阴、肛门坠痛，伴胸胁、乳房作胀，经色紫黯有块，量少，血块排出后痛减，经净疼痛消失。舌质黯或有瘀点，脉沉弦，妇科检查排除宫外孕、子宫肌瘤等。治疗运用桂枝茯苓丸加减口服。疗效评定标准：痊愈：经前或经期小腹胀冷痛及乳房胀痛，腰骶痛症消失，月经周期恢复正常；有效：经前或经期小腹胀冷痛、乳房胀痛、腰骶痛明显减轻；无效：症状稍有减轻或无明显改变。治疗结果：14 天为 1 个疗程，2 个疗程后判定疗效，临床痊愈 32 例，占 64%；有效 14 例，占 28%；无效 4 例，占 8%；总有效率 92%。

姜雅晴用桂枝茯苓丸加减治疗，根据症状表现而加减化裁。基本方：附片 15g（先煎）、桂枝 10g、茯苓 20g、白芍 20g、桃仁 10g、牡丹皮 10g、制香附 15g、当归 15g、丹参 15g、益母草 20g、乌药 20g、党参 20g。加减：气滞血瘀、血块大而多者，加川芎、红花、炒艾叶，腹痛甚者加延胡索，色暗、量多者重用益母草，气短、乏力者加黄芪、阿胶，伴恶心、呕吐者加半夏、生姜。服法：每日 1 剂，水煎服，于行经前开始服药 10 剂，3 个月经周期为 1 个疗程。治疗痛经

60例，患者均为门诊病人，年龄15~40岁，病程最短者3个月，最长者15年，疼痛时间2~3天，主要表现为月经前后、经期出现周期性的小腹疼痛或痛引腰骶部，疼痛难忍，伴有面色苍白，冷汗淋漓，四肢厥冷，恶心、呕吐，胸胁、乳房胀痛，经色紫黯有血块，血块排除后痛减，舌质黯或有瘀点，脉沉紧或弦涩，经检查排除宫外孕。均用桂枝茯苓丸加减治疗。按照“中医病证诊断疗效标准”：痊愈：疼痛消失，停药后连续3个月经周期未复发者；好转：连续3个周期疼痛减轻者；无效：疼痛未见改善。治疗结果：60例患者中痊愈50例，好转7例，无效3例，总治愈好转率95%。

王亚茹等用桂枝茯苓胶囊每次3粒（930mg），日服3次，经期停服，经期加服维生素$B_6$20mg，每日3次，连用3个月为1个疗程。治疗痛经94例，未婚38例，已婚56例；年龄16~60岁；病程最长3年，最短2~3个月，均有痛经症状。病例选择标准：选择有痛经病史，初诊未用过其他药物，或有一定疼痛程度，用药效果不明显或无效的痛经患者作为观察对象，同时注意排除由内、外科疾患如便秘、腹泻、肠胀气、膀胱激惹症等在经前或经期出现腹痛的病例，从而减少干扰因素。诊断标准：按第5版教材《妇产科学》“痛经”一节诊断。临床根据疼痛程度分为3级，Ⅰ级：疼痛尚可忍耐，间或伴有恶心、呕吐；Ⅱ级，疼痛难以忍受，不能工作，伴恶心、呕吐；Ⅲ级，剧痛甚至晕厥，伴面色苍白，肢冷汗出。治疗方法：观察组58例，口服桂枝茯苓胶囊每次3粒（930mg），日服3次，经期停服，经期加服维生素$B_6$20mg，每日3次，连用3个月为1个疗程；对照组36例，口服吲哚美辛加维生素E治疗1个疗程，均随访。疗效判断标准：经过1个疗程治疗后，按随访时记录情况判断。显效：治疗后症状消失或明显减轻；有效：治疗后症状缓解或仅有轻微疼痛；无效：治疗后症状无改善。观察组有效率为95%，对照组有效率为72%。

王志红用桂枝茯苓丸加减：桂枝10g，赤、白芍各15g，牡丹皮10g，茯苓30g，桃仁15g。加减：若气滞血瘀者合失笑散加红花、香附；寒湿凝滞者合二陈汤加薏苡仁、苍术、车前子、小茴香；湿热壅滞者加败酱草、薏苡仁、忍冬藤、栀子；气血虚弱者加当归、北黄

芪、党参；肝肾亏损者去牡丹皮、桃仁加当归、阿胶、川续断；偏阳虚者加淫羊藿、巴戟天；偏阴虚者加女贞子、枸杞子、山茱萸。每日1剂，水煎服，连续治疗3个月经周期。配合针刺：选穴：水泉、足三里、血海，双侧浅刺。操作：患者仰卧位，穴位常规消毒，选用32号1寸长毫针，先刺水泉，垂直进针约3分，行提插捻转平补平泻法，使针刺局部酸胀且向腹部放散，此穴针感较强，得气后腹痛多能缓解，显效较快，次针足三里、血海，快速刺入皮下，进针5分后快速捻转，以病人感局部胀麻为佳，每日1次，每疗程从痛经发作当天开始，治疗连续3个月经周期。治疗痛经83例均为门诊病人，年龄最小14岁，最大45岁；病程最短2个月，最长16年。其中经妇检无其他器质性原因者52例，子宫内膜异位6例，急、慢性盆腔炎25例。患者以小腹痛为主64例，以环脐疼痛为主19例。均口服桂枝茯苓丸加减，配合针刺。疗效标准：痊愈：疼痛消失，伴随症状也消失，随访1年未复发；有效：疼痛及伴随症状消失，但停针药后1年内又复发；无效：疼痛稍有缓解，但伴随症状不消失。治疗结果：本组病例经治3疗程及随访1年后，痊愈75例，占90%；有效6例，占7%；无效2例，占3%。多数病例均在针刺后疼痛立即消失。有效率为97%。

刘军等采用内外合治，内治：桂枝9g、茯苓12g、牡丹皮9g、白芍12g、炒桃仁10g。气滞血瘀者加香附、红花、延胡索；寒凝气滞者加艾叶、小茴香、吴茱萸；气血两虚者加黄芪、党参、熟地黄、当归；肝肾亏损者加山萸肉、菟丝子、覆盆子、巴戟天；湿热下注者加红藤、败酱草、薏苡仁、苍术。服法：经前3～5日开始服，每日1剂，分2次，每次200ml，每个月经周期服5剂。外治：耳穴贴压王不留行。材料：王不留行，0.5cm×0.5cm胶布块各若干。选穴：子宫、交感、肾、内分泌、卵巢、神门。方法：左、右耳轮流取穴，每次可选2～3个穴位，2天一换，经前3天至经净。每日按压所贴穴位10次左右，每次3～5min，以能耐受为度。疗程：内服和外治相结合，3个月经周期为1个疗程。治疗痛经35例，均为门诊病例，经B超、妇检排除较明显器质性病变患者，其中年龄最小者14岁，最大者35岁；病程5年以上者5例，3～5年者6例，1～3年者16

例，3个月~1年者8例。运用桂枝茯苓丸加减口服配合耳穴贴压治疗。疗效判定：痊愈：经期前后小腹及腰骶疼痛消失，无其他伴随症状；有效：疼痛明显减轻，伴随症状有较明显改善；无效：疼痛无改善或改善不明显。结果：本组35例经1个疗程治疗后痊愈14例；有效19例；无效2例；总有效率94.29%。

【病案举例】

朴某，女，30岁，农民，于1999年5月3日初诊。患者有痛经史6年，症见经前1~2天起小腹胀痛，经行时疼痛加重，小腹胀痛，得温痛减，腰骶痛，量少有黑瘀血块，血块排出后痛减，经净后疼痛消失。舌质紫黯边有瘀点，脉弦紧。此证属血凝气滞，兼见虚寒之证，治以理气化瘀，温经止痛。处方：党参20g，桂枝10g，赤、白芍各15g，赤、白茯苓各15g，桃仁10g，牡丹皮10g，制香附15g，当归15g，川芎10g，阿胶15g，艾叶15g，益母草20g，延胡索15g。忌辛辣寒冷食物，调畅情志。行经前服5剂后，行经时疼痛明显减轻，月经量略多，色红；行经后续服5剂后，下一个月经期疼痛消失，周期正常，无血块，随访至今未见复发。

按：加味桂枝茯苓丸是在桂枝茯苓丸的基础上加党参、阿胶、丹参、当归、香附、益母草、乌药而成。主要治疗气滞血瘀型和寒凝胞宫型的痛经，其中党参扶正祛邪；桂枝、桃仁、乌药温运而行，活血止痛；阿胶补血止血；丹参、赤芍化瘀导滞；当归、白芍、香附调经止痛，疏肝理气；牡丹皮凉血消癖；茯苓利水渗湿；益母草活血调经。诸药合用，共奏温经活血、调经止痛之效，在临床上治疗痛经颇为有效。

张某，女，23岁，2005年2月10日初诊，正值经期。主诉有痛经史5年，经期开始腹痛，小腹胀痛，痛甚时疼痛难忍，伴有面色苍白，四肢厥冷，恶心、呕吐，乳房胀痛，经量中等，经色紫黯，血块较多，排除后痛减，经净后疼痛消失。舌质黯有瘀点，脉弦紧。此证属气滞血瘀、瘀血阻滞胞宫之证，治以养血祛瘀、理气活血、温经止痛。处方：附片15g（先煎），桂枝10g，茯苓20g，赤、白芍各15g，桃仁10g，牡丹皮10g，制香附15g，当归15g，丹参15g，益母草20g，乌药20g。于行经前开始服药10剂，每日1剂，水煎服，于服

药第二个经期时疼痛明显减轻，第三个月经周期时疼痛消失，其他症状也完全消失。随访停药后连续3个月经周期未复发。

按：桂枝茯苓丸加味后增加其散寒止痛、温通经脉之功效。方中用附片、桂枝散寒止痛、温通经脉；桃仁、丹参、益母草、乌药、制香附活血化瘀、理气止痛；当归、白芍、养血和血调经；牡丹皮凉血消瘀；党参、茯苓扶正祛邪、健脾渗湿，以助消癥之力。诸药相合，共奏温经散寒、养血活血、祛瘀止痛之效。

三、多囊卵巢综合征

多囊卵巢综合征（PCOS）以雄激素过多及长期无排卵为特征，临床表现为闭经、不孕、多毛和肥胖，是育龄妇女常见的内分泌糖代谢异常所致的病理状态。PCOS病因不明，现代医学认为，下丘脑－垂体－卵巢内分泌轴功能紊乱，雌激素对下丘脑的正负反馈失常，垂体释放LH与FSH的比例失常，致卵泡发育和排卵受阻，产生卵泡囊肿和包膜增厚等多囊性改变，致血浆雄激素升高。根据PCOS的临床特点，其属于中医学“不孕”、“闭经”、“崩漏”、“癥瘕”、“肥胖”等范畴，病因病机为肝、脾、肾功能失调，湿热瘀血阻滞胞宫，治疗以通调清热为主。

【临床应用】

王悦用中药桂枝茯苓丸加味，处方：桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮15g，赤、白芍各10g，桃仁8g，红藤15g，金银花15g，蒲公英30g，炮穿山甲6g（打），制乳香、没药各10g，甘草6g，败酱草30g，延胡索10g，炒川楝子10g，当归10g。水煎服，每日1剂，3个月为1个疗程。治疗多囊卵巢综合征（PCOS）100例，均符合中国中西医结合研究会妇产科专业委员会第二届学术会议制定的诊断标准。患者年龄22～36岁，平均29.2岁；平均月经初潮年龄14.1岁。已婚64例，未婚36例。血清LH/FSH＞25，睾酮（T）＞81ng/dl 72例，雌二醇（E_2）＜40pg/ml 42例；伴肥胖58例，月经稀少70例，严重多毛26例，继发闭经半年以上30例。将患者随机分为两组各50例，两组一般资料具有可比性。两组均自月经或孕酮撤退性出血第5天每晚服氯米酚胶囊50mg，维生素C 200mg，共5天。若患者无

月经，则肌内注射黄体酮20ml，每日1次，连用7天；仍无月经来潮时即肌内注射复方黄体酮（苯甲酸雌二醇2mg，黄体酮20mg），每日1次，共5天，再行氯米酚治疗，共治疗3个周期。治疗组加用中药桂枝茯苓丸加味。疗效判定标准：治愈：治疗或观察期间怀孕，或停用西药后基础体温呈双相，月经准时来潮；有效：基础体温呈双相，或B超提示已排卵，但月经周期延长；无效：闭经或基础体温呈单相。治疗前后测定性激素LH、FSH、T、E_2水平。治疗前于经期3～5天采血，月经稀发或闭经者可随时采血，治疗90天再于经期3～5天采血，人工周期者停药3周后采血。治疗组治愈24例，有效18例，无效8例，总有效率84%；对照组分别为7、14、29例，总有效率42%。两组总有效率比较有显著性差异（$P<0.05$）。两组治疗前性激素水平均显著升高，治疗后LH、LH/FSH、T值均无显著下降，E_2显著上升（$P<0.01$），其中治疗组各性激素水平均接近正常，两组治疗后比较有非常显著性差异（$P<0.01$）。

四、功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血系由内分泌失调所引起的子宫异常出血。本病多属于中医学“崩漏”之范畴，多由于肾虚、血热、脾虚、血瘀或先天不足，早婚多产，房室不节，耗伤精血，肝肾阴虚，冲任不固所致，采用补肾、凉血、健脾、活血之法可获效。但有些妇女采用上述治法并不理想，这是由于患者出血日久，营血亏虚，脾失所养，脾气虚弱，不能运化水湿，水湿积聚日久，化为痰浊，痰浊阻遏经络，气血不畅而瘀滞，血不归经下溢而发为崩漏。薛生白曾云：“或因脾经郁结，血伤而不归经。”张景岳也云：“血有滞逆而妄行者。”所以脾湿、痰浊瘀结、气血不通是本病的主要病机，因此拟燥湿祛痰、活血行瘀法。

【临床应用】

刘丽雪等运用桂枝茯苓胶囊（由江苏连云港中药厂生产），每日3次，每次3粒，3个月为1个疗程。治疗自1996年4月～1998年4月观察子宫内膜不规则剥脱出血200例，年龄20～56岁之间，年龄≤34岁58例，占29%；34岁＜年龄＜45岁102例，占51%；年

龄>45岁40例，占20%，最小者15岁，平均年龄为35岁，病程最长为21个月，最短为1个月，平均病程为11个月。诊断标准：参照全国高等院校第四版编教材《妇产科学》及《疾病临床诊断及疗效标准》（江苏省卫生厅编1990）修订。口服桂枝茯苓胶囊，3个月为1个疗程。实验室检查方法：所有观察病例治疗前后均做血液流变学和血小板聚集性检查、血常规。血液流变学指标包括全血比黏度、血浆比黏度、血沉、血细胞比容、全血还原黏度、血沉方程K值六项。血小板聚集性指标包括1min聚集率、5min聚集率等。疗效判断标准：痊愈：症状、体征消失，实验室指标恢复正常，积分评为0，停药半年后无复发；显效：症状、体征消失，实验室检查指标明显改善，治疗后积分值比治疗前降低2/3以上；好转：症状、体征或实验室检查指标较前好转，治疗后积分值比治疗前降低1/3以上；无效：治疗后无改善。结果：200例病人，痊愈62例，显效130例，无效8例。通过桂枝茯苓胶囊治疗，其临床痊愈率为31%，总有效率为96%。

王景福采用苍附导痰丸合桂枝茯苓丸加减，基本方：苍术9g，香附12g，半夏9g，茯苓12g，陈皮6g，胆南星6g，枳壳6g，生姜9g，桂枝6g，牡丹皮9g，赤芍6g，甘草12g。神疲倦怠者加党参12g、山药9g；少腹胀痛者加乳香6g、没药6g。治疗功能失调性子宫出血34例，年龄最小者18岁，最大者46岁；病程短者2个月，长者2年余；初发病例26例，复发病例8例；经间期出血淋漓不断者16例，行经期出血过多18例；多伴有神疲倦怠、少腹胀痛等症状。采用基本方治疗10~20天后，结果19例痊愈（药后月经周期、经量及全身症状均正常，且1年内不复发）；8例好转（药后经量明显减少，其他症状明显减轻，或愈后1年内复发）；7例无效（治疗前、后无明显变化）。痊愈病例1年后随访，6例复发，复用本方法治疗，4例痊愈，1例好转，1例无效。

舒晓云用桂枝茯苓胶囊（连云港康缘制药有限责任公司产品，每粒重0.31g，主要成分为桂枝、茯苓、牡丹皮）口服，1次3粒，1日3次，饭后服。经期停服，疗程3个月。西药治疗：己烯雌酚1mg，每天1次口服，连服22天；服至17天时，肌内注射黄体酮注

射液20mg，每天1次，连用5天停药。后又从月经来后第5天开始重复上述治疗，连续用药3个月。治疗功能失调性子宫出血40例，年龄20～54岁，4例未婚，其余36例均为已婚妇女。病程4个月～4年。诊断标准：以高等医药院校教材《妇产科学》为依据。中医辨证：①气滞血瘀型15例，症见经血淋漓不断，血色紫红有瘀块，小腹疼痛拒按，胸胁、乳房胀痛满闷，心烦易怒，舌边有瘀紫斑点。②气血亏虚型10例，症见出血量多，经色淡红，质清稀，神疲，气短懒言，面色苍白或萎黄，食少浮肿，心悸失眠，舌质淡。③肝肾阴虚型8例，症见经血量多，色鲜红，头晕目眩，耳鸣，腰痛，口干，五心烦热，两颧发红，舌质偏红，少苔。④血热妄行型7例，症见出血量多，血色深红、稠黏腥秽，口渴，心烦失眠，尿黄、舌质红，舌苔黄。桂枝茯苓胶囊配合西药周期治疗。疗效标准：显效：月经血量恢复正常，月经周期规律，血常规正常，贫血纠正；有效：月经血量趋于正常范围，月经周期比较规律，贫血症状有所好转；无效：症状、体征无变化。结果：40例中显效34例，有效3例，无效3例，总有效率92.5%。

【病案举例】

祝某某，女，41岁，1991年6月8日就诊。患者近6个月来月经量多，经期持续10天左右，经西医诊断为功能性子宫出血。曾用丙酸睾丸酮及止血药治疗未见明显好转而转求中医治疗。现症：此次月经于6月6日来潮，经量多，色紫黑有块，并伴有神疲倦怠、少腹胀痛，舌质紫黯、苔腻，脉弦滑。证属痰湿阻滞，气滞血瘀，治宜燥湿祛痰，活血行瘀。基本方加党参12g、山药9g、乳香6g、没药6g。服5剂后，经血干净，神疲倦怠、少腹胀痛减轻，依上方连服10剂。7月6日月经又来潮，经量正常，随访1年未见复发。

按：苍附导痰丸中半夏、胆南星、苍术、茯苓健脾燥湿化痰，陈皮、香附、枳壳行气解郁，生姜和中止呕。桂枝茯苓丸中桂枝温通血脉，茯苓淡渗利湿，牡丹皮、赤芍、桃仁活血行瘀。两方合用，则痰浊、瘀血得祛，血脉通畅，血能循经，而下血过多自除。

气滞血瘀型，症见经血淋漓不断，血色紫红有瘀块，小腹疼痛拒按，胸胁、乳房胀痛满闷，心烦易怒，舌边有瘀紫斑点。气血亏虚

型，症见出血量多，经色淡红，质清稀，神疲，气短懒言，面色苍白或萎黄，食少浮肿，心悸失眠，舌质淡。肝肾阴虚型，症见经血量多，色鲜红，头晕目眩，耳鸣，腰痛，口干，五心烦热，两颧发红，舌质偏红，少苔。血热妄行型，症见出血量多，血色深红、稠黏腥秽，口渴，心烦失眠，尿黄、舌质红，舌苔黄。

功能性子宫出血是一种反复发作的慢性疾病。治疗本病，应用桂枝茯苓丸，旨在活血、祛瘀、生新的功效。合用西药己烯雌酚和黄体酮促进了无排卵型功血的诱发排卵作用，补充了有排卵型功血的黄体不足，使其黄体延长，从而增强了调整月经周期的作用。

五、闭经

闭经为从未有过月经或月经周期已建立后又停止的现象。年过18岁尚未来经者称原发闭经，月经已来潮又停止6个月或3个周期者称继发闭经。闭经的原因有功能性及器质性两种，下丘脑－垂体－卵巢轴的功能失调所致的闭经为功能性闭经；器质性因素有生殖器官发育不全、肿瘤、创伤、慢性消耗性疾病（如结核）等。闭经中医学称为“经闭”，多由先天不足，体弱多病，或多产房劳，肾气不足，精亏血少；大病、久病、产后失血；或脾虚生化不足，冲任血少；情态失调，精神过度紧张，或受刺激，气血瘀滞不行；肥胖之人，多痰多湿，痰湿阻滞冲任等引起。对于血瘀型治宜活血祛瘀。

【临床应用】

彭慈荫用桂枝茯苓丸（桂枝、白芍、茯苓、牡丹皮、桃仁），常酌加郁金、石菖蒲、橘络，治疗闭经20例，年龄20～40岁，已婚、未婚各10例，停经最短2个月，最长3年，服药1～3剂经来者8例，4～6剂经来者7例，无效者5例。

【病案举例】

杨某某，20岁，未婚，教师。正值经期与男友口角后，经水停2个月，自觉胁肋胀、口苦，小腹不适，食少体倦，舌边稍红，脉细弦。此乃恚怒忧患，肝强脾弱，肝失疏泄，脾失健运，气机郁滞，气血不调，冲任受损，而致经闭。投主方加郁金、石菖蒲、橘络共2剂经水来潮。

梅某某，29岁，已婚，农民。停经50天，早妊试验阳性，因第4胎妊娠，要求通经。除恶心、纳少外，余均正常。舌平，六脉平和。服主方加郁金、石菖蒲、橘络3剂，经水来。

按：笔者认为，对素体健壮、病史短、诊治早者效佳；对病史长、素体虚、诊治晚、脾肾阳虚之象严重者效差。

六、经期延长

经期延长指月经周期虽然基本正常，但行经时间超过7天以上，甚或淋漓半月方净者。与西医的黄体萎缩不全型有排卵功血及子宫内膜炎等病临床症状相似。其病机多属气虚，冲任失调，或热邪扰动冲任，或外邪客胞，瘀血阻滞冲任所致。

【临床应用】

洪仲达用桂枝茯苓丸加减为基本方：嫩桂枝4.5g，茯苓10g，桃仁泥9g，牡丹皮9g，赤芍9g，茜草10g，海螵蛸10g，三七粉3g（冲）。气虚加黄芪15g，焦白术10g；脾虚加大枣10g；血虚加阿胶10g；虚寒加炮姜3g；湿热加栀子6g；气滞腹痛加香附10g；出血甚加生地榆20g。每日1剂，水煎2次温服。连用3～5剂。治疗经期延长36例，均为中医门诊病人，年龄20～29岁16例，30～39岁14例，40～46岁6例。全部病例均符合经期延长诊断标准（月经周期基本正常，行经时间超过7天），并排除漏下、赤带及其他生殖器官器质性病变。均运用桂枝茯苓丸加减治疗。疗效标准：痊愈：服药后经期恢复正常3个月以上。有效：行经期比服药前缩短，但未恢复正常。无效：服药后经期、经量无改变，改其他方法治疗。治疗结果：痊愈22例，占61.1%；有效12例，占33.3%；无效2例，占5.6%；总有效率为94.4%。

【病案举例】

马某，女，32岁，1994年12月25日初诊。近3个月来，经期延长。此次经行已10余日未净，血色紫红，量少有血块，伴少腹胀痛，喜温喜按。西医妇科诊为子宫内膜炎，予抗生素治疗无效。察舌暗有瘀点，脉弦涩。辨证属寒邪瘀阻胞宫而致经期延长。治予桂枝茯苓丸加味：嫩桂枝4.5g，茯苓10g，牡丹皮9g，桃仁9g，赤芍9g，

茜草10g，海螵蛸10g，炮姜3g，三七粉3g（冲）。服4剂血止。3个月后随访，月经正常。

按：笔者在临床实践中体会到血瘀冲任致经期延长者较为多见，故选用桂枝茯苓丸加味治疗经期延长。方中桂枝通血脉而消瘀血；赤芍散瘀血而止腹痛；桃仁、牡丹皮破血消瘀；茯苓祛痰利水；三七粉、茜草活血止血；海螵蛸收敛止血。全方祛瘀浊，生新血，调阴阳，再结合辨证加减，则更能切合病机，取得预期效果。

七、子宫内膜异位症

子宫内膜异位症是指有功能的子宫内膜生长在子宫内膜层以外。异位内膜会发生周期性增生、脱落出血以及周围组织的增生和纤维化等基本病理变化。中医学无子宫内膜异位症病名，其痛经、盆腔肿块、月经异常三大主要症状与中医学“痛经”、“癥瘕”密切相关。咎其病因病机，可归纳为：经期、产后生活不节，感受六淫之邪，或七情所伤；或多次分娩、小产或有某些先天缺陷；或医者手术不慎；或素体虚弱等因素均可导致冲任摄伤及胞宫的藏泻功能异常，月经期经血虽有所泻，但不循常道而行，部分经血不能正常排出体外而逆行，以致“离经”之血蓄积，流注经脉、脏腑致成子宫内膜异位症。瘀血凝滞，不通则痛；瘀久积为癥瘕，形成结节、肿块。因此，瘀血是子宫内膜异位症的病理实质，而活血化瘀是治疗本病的基本法则。

【临床应用】

金季苓用加味桂枝茯苓丸：桂枝、茯苓、桃仁、牡丹皮、芍药、三棱、莪术、川楝子各10g，延胡索、丹参各12g，夏枯草15g，山慈菇6g。水煎服，每日1剂。经血量多者，在月经期用上方去三棱、莪术、山慈菇、桃仁，加五灵脂、蒲黄炭、茜草各10g，三七粉6g，乌贼骨20g。治疗子宫内膜异位症95例，年龄最小23岁，最大50岁，其中20～30岁22例，31～40岁59例，41～50岁14例；已婚93例，未婚2例；病程最短半年，最长20年。全部病例均采用中国中西医结合研究会妇产专业委员会第二届学术会议制定的诊断标准（《中西医结合杂志》1987年5期），均服用加味桂枝茯苓丸治疗。参照中国中西医结合研究会妇产专业委员会第二届学术会议制定的疗

效标准。显效：症状基本消失，盆腔包块缩小1/2以上，虽局部体征存在，但不育患者能生育36例，占37.9%；有效：症状显著减轻，盆腔包块较前缩小不足1/2者43例，占45.3%；无效：主要症状无变化或恶化，局部病变无变化或有加重趋势16例，占16.80%；总有效率为83.2%。

高慧明运用宫外孕Ⅱ号方，组成：丹参24g，赤芍15g，桃仁10g，莪术6g，三棱6g。加减：兼气滞者加徐长卿10g；兼湿热者加蒲公英30g，薏苡仁20g；瘀重者加地鳖虫10g，制乳香6g，制没药6g。每日1剂，水煎服。同时服用桂枝茯苓胶囊，每日3次，每次4粒。连服1个月为1个疗程。治疗1个疗程后，B超检查囊肿未完全消退者可继续下一个疗程。月经过多者经期应停药。自1997年10月～2001年6月治疗卵巢子宫内膜异位囊肿30例，按《中药新药临床研究指导原则》中子宫内膜异位症的中西医诊断标准及中医辨证标准（血瘀证）选择病例。30例均为本院附院门诊的已婚患者，其中年龄最小24岁，最大44岁，平均30.2岁。B超囊肿最大者为6.5cm×4.5cm，最小者为1.9cm×1.0cm。单侧26例，双侧4例，其中9例为术后复发者。按上述《指导原则》中病变程度划分标准，囊肿直径<3cm者为中度，计6例；直径≥3cm者为重度，计24例。采用宫外孕Ⅱ号方合桂枝茯苓胶囊治疗。疗效标准：参照中国中西医结合学会妇科专业委员会第三届学术会议修订标准。治疗结果：本组30例经2～3个疗程治疗后，临床治愈11例，占36.67%；显效9例，占30%；有效8例，占26.67%；无效2例，占6.67%。总有效率达93.33%。

董爱峰采用内异方，药物组成：当归20g，赤芍20g，川芎15g，炒蒲黄20g，炒五灵脂10g，制乳香10g，制没药10g，桂枝10g，薏苡仁30g，香附15g，延胡索20g，血竭3g，生牡蛎30g。加减：痛经剧烈者加红花、三棱、莪术等活血化瘀药；出血较多者加三七、藕节等止血而不留瘀之品；痰湿较重者加半夏、胆南星、象贝等化痰药；不孕者加仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子等补肾药；兼湿热者加红藤、败酱草等清热解毒药。上药在经前2天、经期及经后1周服用，每日1剂，水煎早、晚分服。其他时间服用桂枝茯苓丸（连云港康缘制药

责任公司生产），每日2粒，每日3次。3个月为1个疗程，全部病例治疗均在2个疗程以上。满3个疗程的5例，4个疗程的2例。治疗子宫内膜异位症48例，患者全部来自门诊。均经过妇科及B超检查，符合中国中西医结合学会妇产科专业委员会第二届学术会议制订的诊断标准。年龄25～48岁，平均37.6岁；全部已婚；病程6～11年，以3～5年者最多共31例；其中有人流史的21例，剖宫产史的2例。临床症状及体征：48例患者伴有痛经的45例，腰痛的28例，性交痛的6例，肛门坠痛的16例，月经过多者13例，经期延长的5例，不孕者5例。妇科检查有明显触痛结节者22例，子宫增大者9例。B超检查提示：子宫肌腺瘤者4例，卵巢巧克力囊肿者17例。治疗用内异方配合桂枝茯苓丸加减。疗效标准：参照中国中西医结合学会妇产科专业委员会第二届学术会议制订的诊疗标准。疗效标准：痊愈：症状全部消失；盆腔包块等局部体征基本消失；不孕者得以受孕。显效：症状消失；盆腔包块缩小1/2以上；不孕者得以受孕。有效：症状显著减轻，盆腔包块缩小1/3以上。无效：症状、体征较治疗前无明显变化者。治疗结果：痊愈9例，占18.8%；显效26例，占54.2%；有效10例，占20.8%；无效3例，占6.2%；总有效率为93.8%。5例不孕患者全部治愈。

陈建营运用桂枝茯苓胶囊3粒，每日3次，饭后服，经期停服；甲羟孕酮100mg，每日1次，饭后服。以3个月为1个疗程，共用2个疗程。观察子宫内膜异位症120例，其中门诊患者108例，住院患者12例，均符合中西医结合学会妇科专业委员会第三届学术会议制定的子宫内膜异位症临床诊断标准。将120例患者随机分为两组：治疗组60例，年龄32～48（38.2±3.1）岁；病程0.5～20（8.5±0.21）年。对照组60例，年龄31～48（36.7±3.8）岁；病程0.5～20（7.8±0.73）年。两组资料经统计学处理，无显著性差异（$P<0.05$），具有可比性。治疗方法：治疗组给予桂枝茯苓胶囊3粒，每日3次，饭后服，经期停服；甲羟孕酮100mg，每日1次，饭后服；对照组给予甲羟孕酮100mg，每日1次，饭后服。两组均以3个月为1个疗程，共用2个疗程。疗效评定标准：参照中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订的子宫内膜异位症疗效标准制

定。疗效分析：治疗组痊愈17例，显效34例，有效8例，无效1例，痊愈率28%，总有效率98%；对照组痊愈5例，显效31例，有效17例，无效7例，痊愈率8%，总有效率88%。治疗组疗效优于对照组。症状与体征改善情况：治疗后两组均有所改善，如肛门坠胀痛、盆腔包块、痛经及性交痛等，但治疗组疗效明显优于对照组。

牛文贵前3个月将桂枝茯苓丸改为汤剂加减，药用桂枝6g，当归9g，桃仁6g，牡丹皮6g，香附6g，茯苓15g，丹参9g，白芍9g，五灵脂9g。少腹冷痛者可酌加制附子9g（先煎），小茴香10g；盆腔粘连甚者白芍易赤芍，并可酌加醋三棱6g；痛甚者可酌加延胡索9g。每日2剂，水煎，分4次服，经期停服。后3个月改用丸剂，药用北京同仁堂桂枝茯苓丸，早、中、晚各1丸，经期停服。同时在每个疗程内于月经前4~5天开始口服吲哚美辛胶囊25mg，每日3次，饭后服，连服3日，均治疗6个月。观察患者60例，均为其医院1990年6月~2004年6月盆腔子宫内膜异位症患者，年龄22~46岁，病程4个月~3年。随机分为治疗组32例，对照组28例。两组患者治疗前一般临床资料经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。符合高等医药院校教材《妇产科学》中关于盆腔子宫内膜异位症的诊断标准。表现为继发性进行性痛经，疼痛多位于下腹部及腰骶部，可放射至阴道、会阴、肛门或大腿部，有肛门坠胀感及性交痛，或有急性腹痛和腹膜刺激征，经量增多或经期延长，有不孕史。妇检发现子宫后倾固定，子宫附件处有粘连性包块，有轻压痛，或子宫后壁、子宫骶骨韧带、后陷凹处有触痛性结节，触痛明显。血、尿、粪常规检查，胸片、腹部平片检查，结核菌素、妊娠试验均无异常。B超示盆腔可见圆形或椭圆形粘连性囊肿或液性暗区，囊肿直径5~10cm，并排除其他原因腹痛。对照组：自月经期第6~25天口服炔诺酮，每日4~8mg。治疗组：前3个月将桂枝茯苓丸改为汤剂加减，后3个月服桂枝茯苓丸。两组均治疗6个月后统计结果。疗效标准：参照1993年卫生部颁发的《中药新药临床研究指导原则》。治愈：痛经消失，月经规律，妇检和B超示盆腔粘连性包块（囊肿）消失。有效：痛经减轻，月经较治疗前规律，妇检和B超示盆腔粘连性包块（囊肿）减小。无效：症状无明显改善或加重，妇检或B超示盆腔粘连

性包块（囊肿）无改变或增大。结果：治疗组总有效率为93.75%，对照组总有效率为82.14%。

杨敏等运用桂枝茯苓丸合失笑散加减，处方：桂枝、茯苓、夏枯草各20g，赤芍、桃仁、红花各10g，枳壳、五灵脂、土鳖虫各12g，薏苡仁30g，延胡索、香附各15g，甘草5g。每天1剂，水煎分2次服。于月经干净后3天开始，连服15剂。加减：气虚者加党参15g、黄芪20g；血瘀明显者加三棱、莪术各10g；肝气郁结者加柴胡15g、厚朴10g；腰酸膝软者加续断、炒杜仲各15g；畏寒肢冷者桂枝用15g。中药外敷：用双柏散（大黄、侧柏叶各1000g，薄荷、泽兰、黄柏各250g，共研细末备用，由广州中医药大学第一附属医院制剂室制成）50~100g，开水蜜调，外敷下腹部痛处每天1次，月经期停用。中药灌肠：用复方毛冬青灌肠液（毛冬青、败酱草、忍冬藤各6000g，大黄、枳壳各3000g，煎液配成20%浓度装瓶备用，由广州中医药大学第一附属医院制剂室制成100ml），每晚保留灌肠，每天1~2次，月经期停用。灌肠前排空大便，灌肠后保证药液停留4h以上效果更佳。辅助治疗：采用TDP灯或红外线、微波、周林频谱仪等局部照射理疗，直接照射盆腔局部痛处，每次30min，每天1~2次，经期可继续使用，月经量多者除外。若同时配合药物外敷、中药灌肠，效果更佳，治疗3个月经周期为1个疗程。治疗子宫内膜异位症35例，均已婚；年龄24~44岁，平均31.5岁；病程1~9年，平均5.4年；病史：剖宫产史7例，人工流产史28例，曾有放置节育环史9例。所有患者中合并痛经33例，其中有性交痛并经期肛门坠胀12例，非经期下腹痛7例，合并巧克力囊肿24例，子宫后穹窿触痛性结节29例，合并不孕症13例，其中7例为继发性不孕，合并月经不调9例。诊断标准与病情分级参照1990年中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术会议修订的“子宫内膜异位症中西医结合诊疗标准”并经妇科及B超检查证实。病情分级：轻度17例，中度11例，重度7例。本组患者舌质大多数偏暗，部分病例舌边有瘀斑，舌苔薄，脉细涩，中医辨证属气滞血瘀型。治疗用桂枝茯苓丸合失笑散加减口服，同时配合中药外敷、灌肠、局部理疗。疗效标准：参照1990年中国中西医结合学会妇产科专业委员会第三届学术

会议修订的“子宫内膜异位症中西医结合诊疗标准”制定。治疗结果：痊愈4例（11.43%），显效17例（48.57%），有效9例（25.71%），无效5例（14.29%），总有效率85.71%。合并痛经33例中疼痛基本消失20例，疼痛减轻12例，无效1例，合并巧克力囊肿24例中B超证实消失4例，缩小13例，无明显变化7例；治疗前后妇检子宫后穹窿触痛性结节改变不明显；月经不调9例中有6例恢复正常。治疗过程中有3例患者出现一过性恶心，但继续服药后自然消失，未发现明显毒性及过敏反应。

八、更年期综合征

更年期综合征是指妇女从生育年龄过渡到老年阶段（大约45～55岁之间），因卵巢功能减退给机体带来的一系列改变。主要症状是由于自主神经功能失调引起的心血管症状、精神症状及新陈代谢障碍，如高血压、面色潮红、眩晕、耳鸣、眼花、失眠、记忆力减退、焦虑、抑郁、神经过敏、易激动、情绪不稳、关节肌肉疼痛、月经紊乱等。本病属中医学“经断前后证候”范畴。从中医辨证角度看，绝经期是妇女一生中的一个生理转折，是脏腑功能衰退，生殖功能丧失的开始。故《内经》中说：“女子……七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子”。绝经前后症状多以肾虚精亏，心脾不足，肝失调和为主。本病患者的年龄已到肾气衰虚阶段，本综合征的出现其本在肾，其标在心、肝二脏。由于阴阳气血失调，常出现寒热错综、虚实挟杂的症状，不少病例还出现气滞血瘀等兼证。

【临床应用】

李怀勇用桂枝茯苓丸加减，药物组成：桂枝6g，白芍12g，茯苓15g，牡丹皮8g，桃仁10g。加减：舌红、脉数加栀子10g；烦躁易怒、精神过度紧张加胆南星10g、香附10g；大便不通加草决明15g。上述汤药每天1剂，煎服2次，连续服药半个月为1个疗程。谷维素20mg，每日3次，连服2个月；心烦易怒、情绪紧张者加服普萘洛尔10mg，每日3次，连服1～2个月。出现疑病伴情绪忧郁者加服多虑平，每日50～75mg。治疗更年期综合征36例，均为女性，42～45岁6例，46～50岁10例，51～55岁16例，55岁以上者4例。36例

中未绝经者18例（占50%），病程5个月~5年不等，诊断为更年期忧郁症者4例。临床表现：①头面部皮肤阵发性潮热伴出汗共34例（94.5%）；②烦躁、紧张、易怒共36例（100%）；③失眠或入睡困难共18例（50%）；④心悸易惊共14例（38.9%）；⑤疑病、伴或不伴情绪低落状态者共10例（27.8%）。诊断依据：42岁以上妇女伴或不伴绝经，出现上述临床表现，排除明显器质性疾病者，均符合本病诊断。治疗运用桂枝茯苓丸加减配合谷维素，根据症状加用多虑平。疗效标准：服药2~3个疗程后，由患者自评疗效。临床表现项中以一和二项列为主要症状。三、四、五项列为次要症状。显效：两项主要症状消失加上次要症状一至两项消失或减轻者；有效：两项主要症状减少一半以上，次要症状一至两项有改善者；好转：两项主要症状减少1/3以上，次要症状一至两项有改善者；无效：服药满3个疗程自觉症状无改善或改善不明显者。结果：显效16例（44.4%），有效12例（33.3%），好转4例（11.1%），无效4例（11.1%）。总有效率89.9%。

九、盆腔炎

盆腔炎是妇科常见病、多发病，包括子宫内膜炎、输卵管炎和输卵管、卵巢脓肿，以及扩散后产生的盆腔腹膜炎。盆腔炎多为大肠杆菌、金黄色葡萄球菌和链球菌等细菌感染造成的较为广泛性或局限性的炎症病灶。本病属中医学“痛经”、“带下”、“癥瘕”等范畴。其病因多端，经期、人工流产、产后胞脉空虚，正气不足，湿热之邪乘虚侵袭，留滞下焦及冲任二脉而发为急性盆腔炎。若不及时治疗或治之有误，加之湿性黏滞，缠绵难愈，本病常迁延日久，反复发作，转为慢性盆腔炎。其病机为日久寒湿之邪相夹，痰瘀互结，损伤冲任胞宫脉络而致气血失调。邪气与气血相搏结，留而不去，瘀阻胞脉而致女性生殖器及周围结缔组织盆腔腹膜发生炎症、粘连、积块，渐而成瘕。治法应遵循非温不化、非破不行、非行不散的原则。

【临床应用】

陈国珍以桂枝茯苓丸为主化裁治疗。药物组成：桂枝12g，茯苓15g，牡丹皮12g，赤芍10g，桃仁10g。湿热阻滞型治宜清热利湿、

行气止痛，上方去桂枝加红藤、败酱草各30g，柴胡10g，泽泻15g。伴盆腔炎性包块者加黄芪30g，三棱、莪术各15g，偏寒者加香附、川楝子各10g。寒湿痰瘀凝滞型治宜温经散寒、燥湿化痰、理气活血化瘀，用桂枝茯苓丸加苍术、白芥子各15g，穿山甲10g。1个月为1个疗程，一般治疗3个月。治疗盆腔炎40例，年龄在22～46岁之间，以35～43岁为多见。病程最短3个月，最长反复发作6年。有急性盆腔炎病史者25例。B超提示有炎性包块者21例，有3～5次人工流产史28例，经期、产后不洁性生活者7例，慢性盆腔炎致输卵管粘连阻塞而不孕者3例。以桂枝茯苓丸为主化裁治疗。治愈：症状及体征均消失，B超检查盆腔无包块，无积液者26例，占65%；显效：症状及体征明显好转，B超检查盆腔包块缩小1/2以上者11例，占27.5%；有效：症状及体征较前有好转，B超检查盆腔包块缩小1/3～1/2者2例，占5%；无效：症状及体征无好转，患者不坚持服药者1例，占2.5%。

杨慧颖运用桂枝茯苓胶囊每次3粒，每日3次，饭后服用，3个月为1个疗程，经期停服。治疗2000年1月～2006年1月妇产科门诊收治的慢性盆腔炎，均有性生活史，年龄20～51岁，其中20～30岁60例，30～40岁28例，40～51岁12例；已婚82例，未婚18例；病程最长5年，最短1年。均口服桂枝茯苓胶囊治疗。疗效标准：治愈：自觉症状消失，双合诊子宫体无压痛，附件区无明显增厚，增粗及压痛，B型超声显示盆腔积液消失，盆腔包块消失，宫腔无粘连；显效：自觉症状消失，双合诊子宫体无压痛，附件区稍增厚，无压痛，B型超声显示积液消失或少量，包块缩小明显；有效：自觉症状消失，双合诊子宫体轻压痛，附件区稍增厚，有轻度压痛，B型超声显示积液消失或少量，包块缩小不明显；无效：与治疗前相比无变化。结果：附件包块有效率97.29%，子宫内膜炎有效率87.50%，盆腔积液有效率94.44%，总有效率98%。

陈万秋以大黄牡丹皮汤、红藤煎和桂枝茯苓丸加减为主。药物组成为：大黄、牡丹皮、红藤、赤芍、桂枝、茯苓、桃仁等，具体用药时曾随症加味。有炎块者，加乳香，没药；子宫粘连固定、炎块难消者，恐一般活血祛瘀之剂不易奏效，可用破血祛瘀之三棱、莪术、穿

山甲、路路通；下腹痛甚或痛经者，加延胡索、川楝子等；两胁及乳房胀痛者加香附；带下黄稠、苔腻、有湿热之象者，加蒲公英、败酱草、泽泻、薏苡仁。治疗期间如无特殊情况，一般不用其他药物及疗法。疗程：治疗30天为1个疗程，1个疗程结束时进行复查。治疗盆腔炎22例，均为门诊病人，由妇科确诊后来本科就诊，本组病例基本上具备以下特点：下腹部一侧或双侧疼痛，伴腰痛或腰骶坠痛等症状，且常在劳累或性交后及月经前后加重，或月经不调，或伴有继发性不孕史。妇科检查：一侧或双侧附件增厚或呈条索状，有触痛或有子宫粘连固定，活动受限或B超检查盆腔有炎性包块。发病年龄：22例均已婚，年龄23～30岁者2例，31～40岁者17例，41～50岁者2例，50岁以上者1例，以生育期为多。发病原因：病因起于产后、流产后感染者9例，月经期不注意卫生、游泳、沐浴、同房者5例，手术后1例，余者病因不详。病程：在6个月以内者3例，6个月～1年者9例，1～3年者5例，3～5年者4例，5年以上者1例。既往治疗情况：22例患者来本门诊前均用过抗生素，15例使用过理疗、组织疗法，7例服用过中药汤剂及中成药疗法，效果均不显著。症状及检查：所有患者来门诊治疗时皆有一侧或双侧下腹疼痛，伴有腹痛或腰骶坠者16例，伴有月经不调者9例，经常伴有低热者2例，有不孕史者1例。多数病人在劳累及月经前后加重，有性交后疼痛者3例，有带下异常者6例，有痛经者3例。其他症状有两胁及乳房胀痛、胸闷等。妇科检查：子宫粘连固定者3例，附件增厚、触痛者19例，B超检查有炎性包块者4例。以大黄牡丹皮汤、红藤煎和桂枝茯苓丸加减治疗。疗效标准：①临床治愈：症状全部消失，妇科及B超检查（如压痛、附件增厚、子宫粘连固定、盆腔炎块等）体征全部消失，治疗前不孕，治疗后怀孕者；②显效：临床症状消失，妇科及B超检查，附件增厚消失，炎块大部消失，子宫周围粘连固定减轻；③好转：临床症状大部已除，附件增厚减轻，炎块缩小1/2以上；④无效：症状与体征治疗前后无变化。治疗结果：根据以上标准，22例中，1个疗程痊愈者5例，2个疗程痊愈者9例，3个疗程痊愈者2例，显效4例，好转2例，无一例无效。

董晋莉等中药内服以张仲景名方当归芍药散为基础方，其中当归

10g，赤、白芍各15g，川芎10g，茯苓15g，白术10g，泽泻10g，桂枝10g，牡丹皮10g，桃仁10g，败酱草30g，薏苡仁15g，蒲公英30g，生黄芪30g，临床随症加减。水煎服，每日1剂，每日2次，10天为1个疗程。保留灌肠：中药灌肠以清康灌肠液（天津中医药大学第一附属医院制剂室生产，主要成分为蒲公英、败酱草、白花蛇舌草、三棱、莪术等）治疗。行离子导入治疗，每次20min，10天为1个疗程，共治疗3个疗程，经期停用。治疗的患者均为2005年6月～2006年10月天津中医药大学第一附属医院妇科门诊患者。临床表现、妇科检查、盆腔超声检查符合慢性盆腔炎的诊断标准。年龄20～45岁，以25～38岁者居多（32例）；病程4个月～3年。临床症状：40例均有下腹疼痛症状；此外，腰骶酸坠痛25例，白带增多者23例，月经失调20例，痛经5例，伴不孕症2例。妇科检查：子宫粘连固定7例，附件增厚12例。超检查有炎性包块（附件边界不清，实质不均暗区）26例。采用张仲景名方当归芍药散合桂枝茯苓丸加味辅以中药保留灌肠治疗。疗效判定标准：参照《中药新药临床研究指导原则》。治疗结果：痊愈21例，显效8例，有效7例，无效4例，总有效率90%。

吴晋峰运用内服桂枝茯苓丸合芍药甘草汤：桂枝6～10g，赤芍、茯苓各12～15g，牡丹皮9～12g，桃仁10～12g，白芍15～30g，甘草9g，加水500ml，煎成200ml，分2次服。灌肠法：再煎上方，取药液100ml，温热时加入庆大霉素16万U及0.5%普鲁卡因20ml，保留灌肠，每日1次，肠内保留2h以上。疗程：连续用药7天为1个疗程，中间休息3天（休息期间仅服中药，停止灌肠），共治3个疗程。观察病例：均为门诊患者，随机分为三组。治疗组（中药加穴位封闭组）56例，年龄22～48岁，平均31.8岁；病程1个月～10年，平均3.3年。对照Ⅰ组（中药组）34例，年龄24～45岁，平均30.6岁；病程2个月～9年，平均3.0年。对照Ⅱ组（穴位封闭组）20例，年龄21～43岁，平均29.9岁；病程2周～11年，平均2.8年。各组在年龄、病程及临床表现方面无显著性差异，具有可比性。诊断标准以全国高等院校教材《妇产科学》（第2版）中有关慢性盆腔炎的诊断为标准。治疗组采用桂枝茯苓丸加减内服，配以穴位封闭

治疗。对照Ⅰ组单纯用中药治疗，对照Ⅱ组单纯用穴位封闭法，治疗组用中药加穴位封闭治疗。疗效标准治愈：自觉症状消失，妇科检查局部病变恢复正常。显效：症状明显减轻，体征（如压痛、附件增厚、子宫粘连固定、炎性包块等）明显改善；有效：症状减轻，盆腔炎性病灶有所改善；无效：症状及体征均无改善。治疗组的疗效与对照Ⅰ组无显著性差异（$P>0.05$），但高于对照Ⅰ组（$P<0.05$），治疗组的治愈显效率明显高于两个对照组（$P<0.05$，$P<0.005$）。

肖云芳主方以桂枝茯苓丸(《金匮要略》）加减，药物组成为：桂枝6g，茯苓15g，赤芍15g，牡丹皮15g，鸡血藤30g，丹参30g，生薏苡仁30g，败酱草30g，香附15g，甘草5g。加减：腹痛甚者加延胡索10g、制没药6g；腰痛甚者加川断30g、杜仲20g；有包块者加三棱15g、莪术15g；带下量多、色黄者加车前子30g（包煎）、芡实10g；体虚久病、脾气虚弱者加黄芪30g、党参10g；偏寒湿者去败酱草，加小茴香10g、吴茱萸6g；热毒盛者加蒲公英15g、金银花20g。每日1剂，水煎分2次服，20日为1个疗程，不愈者，间隔5～7天，继续下一个疗程，最多治疗3个疗程。穴位封闭用生理盐水20ml加硫酸庆大霉素8万U、林可霉素0.6g、2%盐酸利多卡因2ml、地塞米松2mg，以7号针头于子宫穴注射。注射时以求得气，勿使患者疼痛。每日1次，两侧穴位交替进行，7～10天为1个疗程。若不愈者，于下次月经来潮第1天（若月经不规律者可间隔1个月）继续下一疗程，最多治疗3个疗程。治疗盆腔炎60例，20～30岁22例，41～50岁13例，50岁以上15例；病程9个月～23年；有急性盆腔炎史者48例，无明显急性史者12例。诊断大多有急性盆腔炎病史，经常性腰骶酸楚，小腹隐痛或腹胀，或伴有肛门坠胀不适，常在劳累、性交后、排便时及月经前后症状加重，白带量多，色黄或白，亦可伴有低热、尿频、月经异常、痛经或不孕等。子宫轻度压痛，活动受限，如为附件炎，可在子宫的一侧或两侧扪到增粗的条索状物或片块状物，并伴有局部压痛；如为盆腔结缔组织炎，子宫两侧可呈片状增厚，并有不同程度的压痛。用内服桂枝茯苓丸合芍药甘草汤及庆大霉素合普鲁卡因等保留灌肠治疗。疗效标准：痊愈：自觉症状及体征消失。显效：自觉症状减轻或部分消失。无效：自觉症状稍减轻或反

复出现症状。治疗结果：本组60例，治愈51例，占85%；显效3例，有效4例，无效2例，总有效率为97%。

卢乔采用中药治疗，用桂枝茯苓丸改汤剂为基本方：桂枝、牡丹皮各15g，茯苓、白芍各20g，桃仁10g。辨证加减：伴湿热蕴结者加用红藤、败酱草、蒲公英各30g，紫花地丁30g或红花12g，丹参、葛根各12g以活血化瘀解痉；久病体虚者加用黄芪30g，党参20g，夏枯草15g以扶正固本、行气活血、软坚散结；腹痛较甚者加用制香附、延胡索各12g，乌药、木香各6g以理气止痛；有炎性包块者加用三棱、莪术、皂刺各10g，丹参20g以破瘀消癥散结。每日1剂，水煎取汁200ml，分早、晚2次送服。盆腔局部封闭：采用头孢噻肟钠3.0g、α－糜蛋白酶5mg、地塞米松5mg、利多卡因2ml、生理盐水25ml，排空膀胱后，盆腔穿刺注药局部封闭，隔日1次。微波理疗：采用omic－800型微波治疗仪，圆形电极置于下腹部处，距离皮肤5cm，功率15W，每次15min，每日1次。以上治疗，中药10剂、盆腔局部封闭5次、理疗10次为1个疗程。间隔1周，再行下一疗程，一般进行3个疗程。治疗2000年1月～2003年3月66例来自妇科门诊患者，年龄23～48岁之间，平均年龄31.5岁，病程3个月～6年，66例患者均符合慢性盆腔结缔组织炎诊断标准。采用桂枝茯苓汤加减口服联合盆腔局部封闭、微波理疗综合疗法治疗。疗效判定标准：参考人民军医出版社出版的《临床疾病诊断依据治疗好转标准》。痊愈：症状及体征消失，血象恢复正常。有效：症状及体征部分减轻。无效：症状无减轻或有加重。疗程：治疗时间最短2个疗程，最长5个疗程。结果：痊愈46例，占69.7%；有效19例，占28.8%；无效1例，占1.5%。总有效率98.5%。远期疗效：共随访62例，失访4例，观察治疗1年后病情变化，其中复发2例，占3.2%。

王春霞等运用中药内服以桂枝茯苓丸为主方，随症加减：当归10g、桃仁12g、赤芍10g、白花蛇舌草30g、桂枝6g、茯苓10g、香附10g、延胡索10g、丹参15g、金银花30g、地丁30g、鳖甲15g、三棱10g、甘草6g、莪术10g。兼少腹胀痛、乳房胀痛、胸闷胁胀者酌加乌药、佛手、川楝子、郁金、枳壳等；兼少腹痛或冷痛，全身畏

冷，舌质有瘀点者酌加蒲黄、细辛、鸡血藤、艾叶、吴茱萸等；兼少腹刺痛、灼热，白带多、色黄者，原方去桂枝，酌加红藤、虎杖、败酱草、土茯苓等。每日1剂，水煎，分2次服，10剂为1个疗程，月经期停用。中药外敷将内服热药渣用醋拌匀后装入布袋内，每晚趁热敷于少腹部，每次30min，10天为1个疗程。治疗期间忌食辛辣食物，慎房事，讲究卫生，安静休养。治疗30例来源于2006年3月~2007年1月河南省中医院生殖医学中心门诊的患者，年龄24~55岁，病程3个月~10年。诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》制定。采用中药内服及外敷治疗。疗效评定标准：痊愈：服药1个疗程后检查：白带明显减少，无异味，化验正常，腰骶酸痛、下腹坠痛等症状消失；妇科检查：子宫大小正常，附件正常，无压痛；B超检查：子宫、附件正常，停药后1年无复发。显效：症状消失，体征显著减轻，B超检查显示炎症大部分吸收，包块明显缩小。有效：症状、体征减轻，B超检查显示炎症有所吸收，包块缩小。无效：治疗前后症状、体征及B超检查均无变化。治疗结果：本组30例，痊愈8例，占26.7%；显效12例，占40.0%；有效9例，占30.0%；无效1例，占3.3%。总显效率66.7%，总有效率96.7%。

张平等以中药内服，自拟“桃丹化瘀汤”：桃仁15g，丹参12g，赤芍10g，香附10g，延胡索10g，乳香10g，没药10g，夏枯草12g，鸡血藤12g。每日1剂，水煎，早、晚分服，10天为1个疗程。中药煎剂保留灌肠，以桂枝茯苓丸加味：桂枝15g，茯苓10g，桃仁10g，牡丹皮10g，赤芍10g，乳香10g，没药10g，穿山甲15g，延胡索10g，夏枯草10g，透骨草10g。加减：①邪热瘀阻型：加红藤20g，败酱草20g，蒲公英15g；②湿热瘀阻型：加红藤20g，败酱草15g，薏苡仁15g，黄柏10g；③气滞血瘀型：加三棱10g，莪术10g，鸡内金10g；④寒湿凝结型：加艾叶15g，乌药10g，吴茱萸10g，薏苡仁10g。每日1剂，浓煎约200ml，睡前保留灌肠，10天为1个疗程，经期停用。微波治疗：用珠海市和佳医疗设备有限公司产DWY-Ⅳ妇科炎症微波治疗仪Ⅰ类B型，照射功率35W。照射部位：下腹部，近耻上，每次30min，每日1次。治疗盆腔炎32例，年龄在23~49岁，平均年龄36岁；病程1年以内10例，1~5年14例，6~10年6

例，10年以上2例。本组病例中，19例有绝育术、剖宫产术、流产和上环、取环、诊刮等宫腔手术操作史。诊断标准：临床症状：小腹胀痛、下坠，腰骶部酸痛，白带量多，月经失调，痛经或有不孕，伴乏力、食纳差、精神不振。妇科检查：子宫活动度差，且有压痛，宫颈举痛，附件增厚或增粗，有压痛，附件或盆腔触及包块并有压痛，或盆腔组织韧带增粗、增厚，有压痛。病程在半年以上。以中药口服、中药煎液保留灌肠，配合下腹部微波照射。疗效标准：参照《实用中西医结合诊断治疗学》中慢性盆腔炎疗效判定标准，痊愈：症状消失，妇检附件增厚明显减轻，无压痛或附件包块明显缩小，B超提示附件增厚减轻或盆腔积液减少；好转：症状明显减轻，妇检附件无压痛；无效：治疗前后症状、体征无改变。疗程：用药时间最短1个疗程，最长3个疗程，大多数患者用药1个疗程后即有明显效果。治疗结果：痊愈12例，显效19例，好转8例，无效2例，有效率93.7%。

【病案举例】

韩某，女，33岁，已婚，初诊日期2000年6月12日。患者于1999年8月放置节育环后腹痛，逐渐加重，牵扯腰痛，遂将节育环取出。但腹痛并未缓解，虽经抗生素治疗，症状亦未消除。同年12月B超检查发现右下腹肿块，于1999年4月10日以慢性盆腔炎、右侧附件囊肿行剖腹探查术。术中见盆腔内有炎性渗出液约8ml，双侧卵巢囊肿行双侧卵巢囊肿剥除术，术后抗炎治疗。但患者腹痛、腰痛始终未见明显减轻，经前、经期加重，下坠感明显，性生活后腹痛难忍。1999年10月26日B超检查：①左侧卵巢囊性包块4.1cm×4.8cm；②盆腔积液，行后穹窿穿刺术，抽出盆腔积液6ml，镜检红细胞满视野，白细胞5~8个/HP。穿刺术后患者腹痛加重，故来我院门诊就诊。妇科检查：子宫后位，活动度差，双侧附件组织增厚，压痛明显，于左后方触及4cm×4cm×3.1cm大小肿块，触痛明显。治拟活血化瘀，消瘀散结。拟方：桂枝12g，茯苓15g，牡丹皮12g，赤芍10g，桃仁10g，白芥子15，穿山甲10g，黄芪30g，三棱、莪术各15g。上方加减，并配合理疗，共治疗2个月（服药46剂），症状及体征均恢复正常。妇科检查及B超检查：左侧附件包块消失，子

宫及附件未见异常。

按：桂枝茯苓丸化裁中桂枝味辛、甘，性温，入心、肺、膀胱经，能宣通心阳，温通膀胱，辛散瘀滞。茯苓甘淡，入心、脾、膀胱经，能健脾养心，祛痰行水。芍药味酸入肝，缓急止痛，柔养刚脏，兼顾化源，行血中之滞。牡丹皮、桃仁味辛、苦，性寒，活血化瘀，消癥散瘀，兼清瘀热。本方主治血瘀证，尤其是治疗妇科炎症包块、积液、小腹隐痛或腹痛拒按等效佳。桂枝茯苓丸化裁还可降低全血黏度，改善局部血液循环，对急性、亚急性或慢性炎症均有明显抑制作用。

患者，35岁，已婚，工人，于2004年8月3日就诊。月经初潮14岁，4～5天/28～35天，量多时夹血块，3年前因分娩时胎盘残留、恶露不净而行清宫术，术后高热、腹痛，经用抗生素治疗后热退，以后经常腹痛，经行尤剧，带多，腰骶痛，经行两胁及乳房胀痛，神疲乏力，头晕。妇科诊为慢性盆腔炎。妇科检查：外阴经产式，阴道壁无异常，宫颈轻度糜烂，宫体中位偏后，活动度差，两侧附件增厚，触痛明显。B超检查：盆腔内有2cm×3cm炎性包块，舌苔腻微黄，脉涩。诊断为慢性盆腔炎，炎性包块形成；中医辨证为气滞血瘀、湿热蕴结，治以活血化瘀、清热解毒、软坚散结。药用：大黄、牡丹皮、赤芍、桃仁、红藤、蒲公英、败酱草、桂皮、茯苓、三棱、莪术，服药7剂后复诊，诸症均有好转，考虑患者经期将至，应增加调经活血止血之品，原方加：当归、参三七，上法治疗3周后，惟恐攻伐之品损伤正气，乃去三棱、莪术，加黄芪、乳香、没药，2个月后B超复查，炎块消失，症状息除，继改服桂枝茯苓丸和逍遥丸1个月，1年后随访，疗效巩固，病人甚兴。

按：笔者根据临床表现制定本方，既能活血化瘀，又能解毒利湿，佐以桂枝、茯苓消肿散结，多数患者服8～10剂症状即有明显改善，根据“气行血亦行，理血先理气”的理论，用桂枝的通阳化气之功，即能增强活血化瘀，又能防止寒凉之品损伤胃气，配合茯苓是取其桂枝茯苓丸活血散结、破瘀消癥之意。在治疗过程中，笔者体会到，虽同为慢性盆腔炎，如无炎性包块形成，像三棱、莪术之品尽量少用或不用，即使有炎性包块形成应考虑攻伐之品可能有伤正气，上

述二药应用一般不宜过长，并可加入黄芪、当归以护正气，而用于治疗炎块，三棱与莪术，乳香与没药，穿山甲与路路通成对配伍应用，可以增强疗效。但应防止伐伤正气，必要时亦可加入温通的药物，如炮姜、艾炭等，能起到温经导络、引药归经的作用。

刘某，女，32岁，于1998年6月2日就诊。自述1996年做人流术后，恶寒，发热，下腹胀痛，白带色黄量多，曾诊为急性盆腔炎，用青霉素及甲硝唑治疗，症状减轻，但未痊愈，常因月经、性生活或腹部受凉症状加重，已1年有余。诊见：精神不振，下腹部胀痛，触按更甚，白带多略带黄色，无明显秽臭，舌质暗淡，苔白，脉弦细。B超示：双侧附件增厚。血常规：白细胞10.5×10^9/L，中性粒细胞75%，嗜酸性粒细胞2%，淋巴细胞23%，诊为慢性盆腔炎（寒凝血瘀型）。治以温经散寒、活血消瘀。内服桂枝茯苓丸、芍药甘草汤及保留灌肠。连续7天，诸症大减，3天后续治7天而痊愈。

李某，女，34岁，已婚，2001年11月15日初诊。患者下腹胀痛，性交时疼痛1年。查体：体温37.4℃，下腹部压痛，反跳痛（-）。妇科三合诊：双侧宫骶韧带明显增厚，触之疼痛，双侧主韧带增厚，左侧为重，子宫偏向左侧，活动受限。B超：盆腔积液。血常规：白细胞（WBC）16.5×10^9/L，中性粒细胞（N）90%。诊断为慢性盆腔结缔组织炎。治疗：中药桂枝茯苓汤加木香6g，延胡索12g，1剂，水煎分2次送服；盆腔局部封闭治疗（头孢噻肟钠3.0g，α-糜蛋白酶、地塞米松各5mg，利多卡因2ml，生理盐水25ml注入盆腔），隔日1次；微波理疗每日1次。1个疗程后，下腹部疼痛减轻，血象降低。治疗2个疗程后，疼痛基本消失。3个疗程后，症状全部消失，血象恢复正常。B超提示盆腔无异常。随访1年无复发。

按：笔者运用辨证加减更具有活血理气、化瘀止痛、散结通经之功能，可减少组织渗出，减轻局部组织张力，并去腐生新促进组织细胞的恢复，对慢性炎症的血瘀湿热病机起到根本的治疗作用。盆腔局部封闭治疗可使抗生素及α-糜蛋白酶、地塞米松有效均匀地分布于盆腔，药物直接吸收作用于盆腔结缔组织，减轻粘连，促进炎症吸收。微波理疗作用较深，加热均匀，组织吸收微波能量后再产生热量，使机体血管扩张，循环加快，改善组织营养，提高再生能力，并

能促进体内抗体生成，增强机体抵抗力。综合疗法能取长补短，相得益彰，配合治疗达到治愈本病的目的，解决患者身心双重痛苦，值得临床推广应用。

于某，女，36岁，工人，于1998年5月13日初诊。患者有慢性盆腔炎病史1年余。近日来下腹坠痛，腰骶部酸痛，白带增多，色黄，有臭味。妇科检查：子宫后位，略大，活动度差，压痛明显，双侧附件轻度增厚，有压痛。诊断：慢性盆腔炎。以自拟桃丹化瘀汤加败酱草20g，黄柏10g，薏苡仁15g。每日1剂，水煎，早、晚分服，并给桂枝茯苓丸加蒲公英20g，红藤20g，败酱草20g，每日1剂，水煎保留灌肠，配合下腹部微波理疗，10天后自觉症状消失，妇科检查正常。

按：桃丹化瘀汤及桂枝茯苓丸均以活血化瘀药为主组成。据报道，活血化瘀药能增强毛细血管的通透性，改善盆腔局部的微循环，增加血流量，改善组织缺氧，减少胶原纤维形成，促进组织再生修复，使局部炎症尽快软化、吸收。微波照射作用于盆腔脏器，减轻了病变组织的水肿，改善了局部微循环，促使炎症吸收，从而达到治疗目的，而且安全、无痛、无创伤。中药灌肠，药液经直肠吸收，通过盆腔静脉丛直接作用于盆腔炎性组织，迅速有效地发挥作用，并避免了消化液对药效的破坏，充分提高了药物的生物利用度，从而更有效地促进局部炎症、组织粘连及包块的消散。

十、先兆流产

妊娠期出现腰酸、腹痛、胎动下坠，或阴道少量流血者，中医学称为“胎动不安”，又称“胎气不安”。主要机制是冲任气血失调，胎元不固。其中血瘀型胎动不安为瘀血内滞小腹或胞脉，孕后新血不得下归血海以养胎元，反离经而走，故阴道不时少量下血。本病类似于现代医学的先兆流产、先兆早产。胎动不安是临床常见的妊娠病之一，经过安胎治疗，腰酸、腹痛消失，出血迅速停止，多能继续妊娠。

【临床应用】

张金举用桂枝茯苓丸加减：桂枝、牡丹皮各9g，茯苓、赤芍、

桑寄生、白芍各10g，菟丝子、续断、阿胶（烊兑）各12g，蒲黄炭（包煎）15g。治疗胎动不安，取得较好效果。

【病案举例】

刘某，女，30岁，2003年10月27日初诊。患者妊娠4个月余，近3天阴道有少量出血，血色暗红，伴小腹拘急，腰酸乏力，口干不欲饮，舌暗红边有瘀点、苔白，脉沉弦。诊为胎动不安，证属瘀阻胞宫，损害胎元。治宜祛瘀消癥，固冲安胎，方用桂枝茯苓丸加减。处方：桂枝、牡丹皮各9g，茯苓、赤芍、桑寄生、白芍各10g，菟丝子、续断、阿胶（烊兑）各12g，蒲黄炭（包煎）15g。6剂，每天1剂，水煎服。药尽出血停止而愈。

按：患者孕期见阴道出血、血色暗红，舌暗红、边有瘀点，此乃瘀血滞留胞宫伤及胎元，瘀血癥块不消，必影响胎气致胎动不安，但消散峻猛，亦可损胎元。故治则宗“有故无殒亦无殒也”之旨拟缓消癥块之法，方以桂枝茯苓丸加减。方中桂枝温通血脉，茯苓渗利下行而益心脾之气，牡丹皮、赤芍行瘀血安胎元，化瘀兼清瘀热，去桃仁以防滑利损胎；合寿胎丸补肾固冲、养血安胎，蒲黄炭祛瘀止血。方证切合，故收良效。

十一、异位妊娠

当受精卵于子宫体腔以外的部位着床时，称异位妊娠。异位妊娠中医古籍中无此病名，而在“停经腹痛”、“少腹瘀血”、“经漏”、“经闭”、“癥瘕”等病证中有类似症状的论述。近年随着剖宫产、人工流产等手术及性传播疾病发病率的逐年上升，异位妊娠的发生率也逐年上升。以往异位妊娠以手术治疗为主，但随着高敏度妊娠试验的问世及高分辨率B超检查的普及，异位妊娠的早期确诊率亦逐年上升，使非手术治疗成为可能。中医学认为异位妊娠的病理是冲任不调，气血运行受阻而致血瘀气滞、胎孕异位。保守治疗原则应以活血化瘀、消癥散结为主。

【临床应用】

范道远等运用桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁、制乳香、制没药各12g，丹参40g，昆布、海藻各15g，生

蒲黄10g（布包）。加减：兼脾虚者加党参、白术；气虚者加黄芪；血虚者加当归、何首乌；大便燥结者加大黄；腹痛、腹胀者加川楝子、厚朴；出血时间长且量多，可适当选用止血药。每日1剂，早、中、晚分服，疗程15～90天。治疗异位妊娠40例，均由妇产科确诊为宫外孕。年龄20～35岁；其中20～28岁者30例，29～35岁者10例。有停经史者36例，其中最短者40天，最长者70天，以40～60天为最多。35例有阴道出血史，最短者3天，最长者60天。临床有腹痛者30例，其中剧痛者17例，有肛门下坠者10例。宫外孕类型均为输卵管妊娠；其中包块型27例，陈旧型10例，流产型2例，破裂型1例。所有病例均经B超及尿HCG测定证实确诊为宫外孕，均采用桂枝茯苓丸保守治疗。本组治愈（临床症状消失，尿妊娠试验阴性，妇科及B超检查包块消失）39例，无效1例（来院较迟，在接受治疗中输卵管破裂转手术治疗）。本组治愈率97.5%。陈旧性宫外孕血肿大者疗程较长，平均疗程为1～2个月。

艾德明运用桂枝茯苓丸组成的基本方：桂枝12g，茯苓30g，牡丹皮10g，冲桃仁10g，赤芍15g，杭芍15g，三棱10g，莪术10g，砂仁10g，甘草10g。加减：尿HCG阳性加紫草30g、牛膝15g、天花粉15g、蜈蚣3条；包块继续增大或未消散者加炮穿山甲10g或水蛭胶囊2g，日服3次；腹腔积血、腹痛痞胀者加泽泻20g，琥珀15g，另包布煎车前子、蒲黄各30g，台乌药30g。另外可予外贴含麝香类胶布膏药于包块处，以促进包块消散。治疗过程中，间歇性应用生大黄6～10g，以防腑实可能导致的冲任再次络损而出血留瘀。尿HCG转阴后可首选阿胶以养血通经，若兼有阳虚者可合用鹿胶。煎服方法：上方连煎3次，共取药液800ml，1日分3次服完，15天为1个疗程，多数病例2～3个疗程治愈。1991年6月～1999年6月在开远铁路医院诊治非休克型宫外孕18例，诊治疗程满足在14天以上的住院患者16例，门诊患者2例；其中年龄最小23岁，最大38岁，平均28岁。诊断标准：①有不规则阴道流血伴停经、腹痛或休克已纠正等病史和临床表现；②B超明确提示：宫外孕或附件区混合囊性包块、宫外孕可疑，包块在6cm以上为宜；③尿HCG检测阳性或弱阳性。运用桂枝茯苓丸加减口服，另外可予外贴含麝香类胶布膏药于包块处，以促

进包块消散。治愈标准：①3次晨尿HCG检测为阴性；②B超示：子宫附件正常声像，包块及积血消散或吸收2/3以上；③恢复正常月经。本组18例，全部临床治愈。

叶汉华等用桂枝茯苓丸及荔核散加减：桂枝、莪术各10g，茯苓30g，白芍、赤芍、延胡索、当归各15g、丹参、橘核、荔枝核、乌药、川楝子各12g，小茴香6g。三七、大黄、香附、丹参可随症加减。每日1剂，水煎分3次服，平均疗程1～2个月。治疗异位妊娠38例，发病年龄20～49岁，平均年龄32.5岁。所有病例均有典型的临床症状，经B超、妇检及尿HCG测定，确诊为宫外孕。观察病例应排除：病情危急、休克难以纠正者，输卵管间质部妊娠者，严重腹腔内出血者，保守治疗效果不佳及胚胎继续生长者。运用桂枝茯苓丸及荔枝散加减治疗。38例中，治愈：（临床症状消失，尿妊娠试验阴性，妇检及B超检查包块消失）36例；无效：（症状与体征均无好转）2例。总有效率为94.4%。

陈昌武内服方药用桂枝茯苓丸加味：桂枝、桃仁、牡丹皮各12g，茯苓、丹参各10g，赤芍、延胡索各15g，人参20g，麦冬、五味子各8g，黄芪30g。加减法：孕卵存活者加三棱、莪术，去麦冬、五味子。以上药物水煎，1日1剂，分3次服。外用方药：大黄、泽兰各30g，栀子25g，三棱、青皮各10g，薄荷20g。以上药物共研细末加酒调敷，贴于腹痛最甚处。每日1次，以不伤损局部皮肤为度。治疗异位妊娠31例，均为住院病人，年龄在22～35岁。诊断标准参照人民卫生出版社出版的《妇产科学》（第3版），并排除宫内妊娠流产、黄体破裂、急性阑尾炎、急性附件炎等疾病。临床症状为突发腹痛，呈持续性或反复发作，阴道流血，深褐色点滴状；伴见冷汗淋漓、面色苍白、恶心、呕吐、间有烦躁等。腹检有明显的压痛和反跳痛，叩诊有移动性浊音；妇检见异位妊娠体征，阴道后穹窿穿刺得暗红色不凝血5ml左右。B超提示子宫内无妊娠声像，宫外有妊娠囊胎影像，其中孕卵死亡者23例，存活者8例。治疗方法：内服桂枝茯苓丸加减，配合中药外敷。疗效标准：治愈：治疗后症状和阳性体征消失，B超示无妊娠囊胎影像；好转：症状明显改善，尿HCG测定2次阴性；无效：治疗后症状无明显改善。治疗结果：治愈19例，为

61.29%；好转6例，为19.35%；无效6例，为19.35%；总有效率为80.64%。

杨修策用西药做应急处理，输液、输血，并用中药人参30g，制附片10g，急煎频服。再以桂枝茯苓丸改作汤剂：茯苓15g，牡丹皮、桂枝、桃仁、延胡索各10g，三七参粉20g（分3次冲服），黄芪30g，当归6g，水煎，日3次温服。外用：大黄30g，栀子20g，共研细置磁缸中加适量酒水各半调成糊状，摊白纱布上贴敷于腹痛壁局部，每日更换1次，待血止，腹痛减轻，病情缓解后用桂枝茯苓丸原方适当选用生卷柏、丹参、三七、川牛膝、三棱、莪术、土鳖虫、当归、黄芪、大贝、玄参、牡蛎、地龙、红花等应用。治疗异位妊娠26例，均为住院病人，年龄24～31岁，经产妇，停经40～55天。其中孕卵死亡17例，存活9例；后穹窿穿刺不凝血2～5ml，妊娠B超宫内无妊娠声像特征，宫外有妊娠囊胎影像。临床表现：腹痛拒按，出汗肢凉，面苍白，阴道流少量点滴紫暗血，舌淡、薄白苔，脉沉细，且均有怕影响生育之虑及对羊肠线、青霉素过敏，而要求中药治疗。治疗方法：运用西药应急处理，桂枝茯苓丸加减口服，配合中药外敷。26例服药最少3剂，最多82剂，治愈（症状及阳性体征消失，B超宫外无妊娠囊胎影像）18例占69.2%，无效（症状无改善，行妇科手术）8例占30.8%。

【病案举例】

余某，38岁，于1995年11月9日初诊。主诉：阴道出血半个月，量多不净，挟有血块，伴腰痛，腹隐痛，精神困倦，乏力，睡眠较差，食欲欠佳。苔白，脉细滑。实验室检查：尿妊娠试验阳性，B超见子宫左侧有6.2cm×3.4cm×3.8cm囊实性包块，确诊为宫外孕。投基本方14剂后，阴道流出组织物一团，随即阴道流血停止。继予上方加减调理善后。经妇检及B超复查，左侧附件区囊实性包块已完全吸收，妊娠试验阴性。

按：在临床实践中单用桂枝茯苓丸其力稍逊，故笔者在原方的基础上加丹参40g，制乳香、制没药各12g，昆布、海藻各15g，生蒲黄10g，以增活血化瘀、消癥散结之力。在治疗中出现阴道出血增多或有组织物排出等现象，一般不需加用止血药，待子宫脱膜排尽，阴道

出血自然停止。本组治愈率达97.5%，说明宫外孕的非手术治疗应受到关注，但要注意早期诊断，为保守治疗提供条件。

孙某，女，30岁，初诊时间1998年6月13日。1996年患宫外孕，于某医院手术切除右侧输卵管，出院后一般情况尚好，月经周期正常。患者末次月经时间为1998年4月28日，量中等。停经后无早孕反应，尿妊娠试验阳性。6月13日发生腹痛，阴道有少许出血呈咖啡色。妇科检查：子宫颈举摆痛明显，宫体后位，活动受限，压痛。B超示：子宫大小形态正常，左侧附件混合性包块3.4cm×3.0cm×2.3cm，提示为左侧输卵管壶腹部妊娠。脉沉涩，舌质淡红，苔白滑。诊断：左侧输卵管妊娠。予桂枝茯苓丸及荔核散加减治疗，服药33剂，症状消失。B超和妇检复查，左侧附件包块完全吸收。

按：方中桂枝通阳，芍药滋阴，茯苓补心气，牡丹皮运心血，桃仁、当归、莪术直捣病所，使瘀去而新血不伤；荔枝核、乌药、橘核、小茴香温经散寒、活血行气入肝经引药入病；延胡索、川楝子主治气郁血滞诸痛。全方药力攻专，既能破血行气、散瘀消瘀，又能软坚化痰、散结止痛，故疗效显著。

赵某，女，29岁，已婚，2000年1月12日初诊。停经56天，突然出现下腹撕裂样剧痛，呈进行性加重，阴道出血淋漓不止，盆腔肿块增大。查体：血压13/7.5kPa，心率100次/分，右下腹压痛明显，妇检见阴道通畅，子宫略大，后穹窿穿刺暗红色不凝血约6ml，B超提示：异位（输卵管）妊娠破裂。妇科做应急输血等处理。患者要求药物治疗。刻诊：腹痛较剧，阴道出血点滴，四肢不温，伴见冷汗，舌淡苔薄白，脉沉细。证属血瘀胞脉。急用上方加附片5g，生蒲黄、五灵脂各15g，水煎服，每日1剂；外敷方加牡蛎、黄柏各15g，侧柏叶20g，研末酒调敷贴剧痛处。共治疗6天，诸症减轻。续用上方去附片，加当归12g、三七10g、牛膝15g、坤草20g等调治半月，痊愈出院。

按：笔者运用活血祛瘀、消癥止血的桂枝茯苓丸，方中桂枝温通经脉，以行瘀滞；桃仁化瘀消癥势所必用，牡丹皮、丹参、赤芍等活血化瘀且能养血和血，散血不留瘀；延胡索活血止痛力强；茯苓消痰利水，有助消癥。加人参、黄芪、麦冬等益气养阴，气充血足有助于

瘀瘀血止。诸药合用共奏祛瘀消癥之功，药证合拍，故能取效优良。但临床上对出血较多，休克严重不易控制者；或者妊娠试验持续阳性，包块继续长大，用上述杀胚药无效者；或者诊为输卵管间质部或残角子宫妊娠者，当及时施以手术治疗。

患者，女，30岁，县政府公务员，已婚。停经45日，突然夜间腹部疼痛，阴道流点滴少量的紫暗血。体检：血压12/7kPa，脉搏100次/分，心、肺无异常，右下腹局限性压痛。妇检：阴道通畅，子宫略大，后穹窿穿刺不凝血4ml。B超示：宫内无妊娠声像特征，宫外有妊娠囊胎影像，尿妊娠试验阳性，确诊为宫外孕破裂。妇科做应急处理，输液、输血，意见手术治疗，由于患者对羊肠线及青霉素等多种抗生素过敏，不愿手术，用中医治疗。刻诊：四肢发凉，腹痛出冷汗，阴道流少量点滴血，舌淡、薄白苔，脉沉细，辨为血瘀少腹，兼气虚阳气不足，用人参30g，制附片10g，急煎频服，桂枝茯苓丸原方加延胡索12g，三七参粉20g（冲服），黄芪30g，当归6g，每日1剂，水煎3次温服。外用：大黄30g，栀子20g，用法如前，治疗5日，腹痛消失，出汗，阴道流血止，精神转佳，继改服桂枝茯苓丸原方加川牛膝10g，丹参30g，三七粉15g（冲服），牡蛎30g（先煎），大贝10g，服71剂，外敷用药10剂，诸症消除，身体恢复正常，随访1年无变化。

按：笔者采用中药内服、外用，配合西药应急处理，标本同治。以参附汤补气回阳，使气足运血有力，桂枝茯苓丸加味及外敷中药，以达活血止血，疏通经络，祛瘀生新，气行血活，腹痛自平，血止癥消。患者病情虽然危重，但医生要胆大细心，辨证准确，治疗方法得当，终而能转危为安，获得佳效。

十二、稽留流产

稽留流产亦称过期流产或死胎不下，系指胚胎死亡而仍稽留于宫腔内者，且孕产物一般多在症状产生后1～2个月内排出。因此，皆规定胚胎停止发育后2个月尚未自然排出者，称为稽留流产。孕妇多有早期妊娠先兆流产经过，此后子宫不再长大，反渐缩小，且亦不像一般妊娠那样柔软。妊娠试验从阳性变为阴性，胎盘机化与子宫壁紧

密粘连，不易分离。另一方面因性激素不足，子宫收缩力降低，不易排出而稽留宫腔。胚胎死亡后，胎盘溶解，产生溶血活酶进入母体血液循环，引起微血管内凝血，消耗大量凝血因子，稽留宫腔时间愈长，引起凝血功能障碍的可能性愈大。中医学认为受孕后，月事停闭，脏腑经络之血，皆注于冲任以养胎，胎儿依赖于母体经血来濡养，故有孕则月经不行，若经行则胎儿得不到经血的濡养而自动脱落。

【临床应用】

谭继雪等运用桂枝茯苓丸加减，加红花、牛膝以增加活血化瘀引胎下行的作用，如体弱可加入人参，下死胎6例获效。

梅大钊用牡丹皮、桂枝、茯苓、桃仁、赤芍、延胡索各10g，雄黄2g。1剂，水煎服，2h服1次。下胎，取得较好疗效。

【病案举例】

马某，女，26岁，农民，1990年3月25日就诊。孕6个月余，3天前因劳动过度，之后胎动停止，到县保健所做产查诊断为死胎后，来我院住院治疗。经B超及妇产科检查诊断为死胎，准备做引产术。笔者趁其在术前查体的时间试用桂枝茯苓丸加味，处方：桂枝18g，茯苓、赤芍、桃仁、牛膝各15g，牡丹皮、红花各12g。水煎服。1剂后当晚开始宫缩，次日再服1剂，于下午3点50分死婴娩出，免去了引产术。胎盘随即完整娩出，出血不多。观察2日无异常而出院。

按：桂枝茯苓丸原方各药味等分，是《金匮要略》中用量最小的方剂。笔者认为下死胎剂型及剂量应有所改变。方中桂枝温通血脉为方名之首，药量宜重，因胎死腹中无宫缩出现凝滞疲积症状，非温通而不行也，药量轻则达不到疗效；牡丹皮、桃仁攻癥积，破瘀血；用茯苓以为利导；芍药和营养阴不伤新血；加红花、牛膝以增加活血化瘀引胎下行的作用；如体弱可加入人参。笔者在产科运用桂枝茯苓丸中，诸如终止早期妊娠、下死胎等很少发生胎盘滞留及出血过多现象，可见此方有增强子宫收缩、减少产时出血等功效。

桑某，女，30岁，农民，1975年10月就诊。月经停止6个月，腹伏如孕，有呕吐、挑食、恶食、精神疲倦等妊娠反应。于10月10

日，夜半腹痛乍作，顿时痛甚，延医诊治，依其症状，按妊娠胞阻为病，方以胶艾四物汤3剂，煎服不应，更医再诊，病痛仍然，乃宗《金匮要略》妇人怀妊，腹中疼痛为治，施以当归芍药散加减3剂，病仍不撤，腹痛反剧。于10月21日，其家属延余诊治，见其神情呈痛苦面容，面黯唇青，身卧木榻，自诉“腹内转动一阵，腹痛加剧一时”。切其脉乍大乍小，尺脉沉小欲绝。因在山区，条件所限，未做妇检。然纵观其候，舌青，脉乱，断为胎已死腹中，犹恐畸邪作祟，治用夺命丸加味做汤剂。1剂水煎服，2h服1次，半日许，其小腹腰骶部坠胀，腹痛阵作加剧，当夜产下一畸胎，其形如鹊，嘴长半寸许，体重931g。产后腹痛即止，气体衰弱，转用补益气血方药数剂，3周后，康复如故。

按：夺命丸载于《妇人大主良方》，药用：牡丹皮、茯苓、桂枝、桃仁、赤芍各10g，功能：活血祛瘀，具有下死胎、胎已死可下、胎未损可安的治疗作用。

十三、产后尿潴留

产后尿潴留的主要见症是产后小便不通，小腹胀急，甚则坐卧不安。从现代医学的观点看，其原因是产创致膀胱黏膜充血、水肿堵塞尿道口，或会阴伤口疼痛、膀胱括约肌痉挛等。产后尿潴留属中医学的“产后癃闭证”，《灵枢·本输篇》云：“实则瘀闭，虚则遗溺，遗溺则补之，癃闭则泻之。”此病形成不外乎两种原因：一为血瘀气滞下焦，气化不行；二为火衰不能化水，无阳则阴无以化，肾与膀胱阳气不通而无尿。根据治病求本之旨，对本病治疗应始终抓住活血化瘀、通阳利尿这一原则。

【临床应用】

黄赟以《金匮要略》桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、桃仁、芍药、牡丹皮、木通各10 g。气虚者，加人参10g、黄芪30g、白术10g；伤津者，加北沙参30g、麦冬15g、五味子15g、人参10g；元阳亏虚者，加附子10g、肉桂3g、巴戟天10g。一般用药1~3剂小便复通，用药3天后仍小便不通者，结合针刺或艾灸双侧三阴交穴，最多2次，即可小便自解。治疗产后尿潴留93例中，61例初产妇，32例

经产妇；53例平产，30例难产，10例剖宫产；未经导尿处理的27例，已经导尿处理的66例；产后尿潴留时间最短的2天，最长的7天；75例单纯中药治疗，18例结合针刺或艾灸三阴交后取效；服药后小便复通最快的1天，最慢的4天。93例患者经上方治疗后，2天内小便复通者67例，4天内小便复通者26例，复通后即停药，未见复发。

黄朝水用桂枝茯苓丸合五苓散，药用：桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮10g，白术12g，猪苓10g，桃仁10g，白芍12g，泽泻10g。并随症加减：偏寒者重用桂枝15g，偏热者加黄柏15g，气盛者加党参20g，血盛者加当归12g，血瘀偏重者加益母草30g。每日1剂，煎服，连服3剂。治疗产后癃闭65例，65例中初产妇50例，经产妇15例，年龄22~35岁，正常分娩者4例，顺产会阴破裂者15例，顺产会阴切开者12例，难产会阴切开者18例，剖宫产16例。服1、2、3剂痊愈者分别为15、20、30例。

【病案举例】

吴某某，女性，24岁，初产妇，正常分娩，1989年12月27日初诊。产后3天，小便不通，小腹胀急，产科已导尿2次，患者尿意频频但努挣不出，因分娩时出血过多，头晕，乏力，少气懒言，昨日输血后头晕好转，但仍不得溺，且口渴引饮，纳呆神疲，自汗不止，大便亦3天未行，但无便意，面色苍白，唇淡，舌淡胖、边有齿印，苔薄白而干，脉芤。证属因产失血伤阴，气随血耗。治当速补元气，益气通溺，救阴固脱兼活血化瘀。处方：炙黄芪、北沙参各30g，麦冬、五味子、白芍各15g，红参、桂枝、木通、茯苓各10g，桃仁、牡丹皮各6g。2剂药后，两便畅通，头晕大减，汗渴亦止，脉转沉细。续以原方去桂枝、木通、茯苓，3剂以善后。

按：笔者认为产后癃闭多挟瘀血停聚，治疗宜攻补兼施。《医宗金鉴·妇科心法要诀》曰："产后淋闭腹胀痛，热邪挟血渗胞中。"说明产后癃闭，不纯属虚，多兼瘀血阻滞胞中，以致膀胱气化失司所致。《金匮要略》桂枝茯苓丸原方主治妇女少腹宿有癥块，按之痛，腹挛急，脉涩，或妇女月经困难，经停腹痛，难产，胞衣不下，死胎不下，产后恶露不尽而腹痛拒按等症。笔者借用此方治疗产后癃闭，

取桂枝、木通、茯苓温化膀胱而通利小便，且桂枝又能温通血脉，散下焦蓄血；桃仁、牡丹皮、芍药破瘀开闭，通利下焦，诸药合用，共奏开堤决壅、水血俱利之效；气虚或因产伤气者加人参、黄芪、白术以大补元气，益气通溺；因产伤津者加北沙参、麦冬、五味子、人参以益阴生津，增液通溺；元阳亏虚者加附子、肉桂、巴戟以温补元阳，益火之元，助阳化气而通溺。溺通即停药，善后调理可据辨证而定。

产后癃闭65例，临床表现为神疲体倦、头晕或胀痛、腰膝酸冷、小腹胀满溺闭，舌质淡或略暗晦，苔白或白腻，脉沉细或弦涩。药用：桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮10g，白术12g，猪苓10g，桃仁10g，白芍12g，泽泻10g。并随症加减：偏寒者重用桂枝15g，偏热者加黄柏15g，气盛加党参20g，血盛加当归12g，血瘀偏重者加益母草30g。每日1剂，煎服，连服3剂。服1、2、3剂痊愈者分别为15、20、30例。

按：笔者认为产后癃闭患者除膀胱气化失司外，还有气血亏损、脉络瘀阻之特点。故用五苓散以通阳化气行水，方取桂枝温通肾阳以输达膀胱，白术、茯苓健脾，配合猪苓、泽泻加强利水作用。因产后气血俱虚，化瘀仅可用缓剂，故取桂枝茯苓丸中的牡丹皮、桃仁配合桂枝、白芍调营养阴，活血化瘀。两方合用祛瘀不伤阴，攻破而不伤正。

十四、产后发热

产后发热为产科常见病，指产后持续2天以上发热，体温37.5℃以上。产后发热之因或外感或血瘀或血虚。正如《医宗金鉴》云："产后发热之故，非止一端。……感受风寒则为外感发热。若恶露不去，瘀血停留，则为血瘀发热。若去血过多，阴血不中，则为血虚发热。"又因产后病有多"虚"、多"瘀"的特点，尤其是血瘀在产后病中十有八九，它是产后病形成的病理基础。然血虚、血瘀互为因果。瘀血不祛，新血不生，而血更虚；血虚气弱，气不行血，则瘀愈甚，治疗时更应权衡，化瘀兼顾补虚，补虚佐以活血。

【临床应用】

周俊文以桂枝茯苓丸加味为基础方治疗：桂枝、茯苓各20g，桃仁12g，牡丹皮、芍药各18g，当归、川芎各15g，熟地黄12g，栀子、地骨皮各15g，甘草3g。随症加减：外感发热者去熟地黄加荆芥、防风、白芷各18g；血瘀发热者加酒大黄5g，兼便秘者加火麻仁、枳实各12g；血虚发热者加阿胶10g（烊化），黄芪30g。治疗产后发热48例，住院30例，门诊18例；剖宫产26例，自然分娩22例；年龄最小的21岁，最大的37岁，平均年龄26.27岁；其中21～30岁37例，30岁以上的11例；初产妇36例，第2胎11例，第3胎1例，体温在37.6～39.5℃之间，病程3～7天。证候分型：外感发热10例，血瘀发热25例，血虚发热13例。予桂枝茯苓丸，服2剂痊愈6例（外感1例、血瘀4例、血虚1例）；服4剂痊愈10例（外感5例、血瘀3例、血虚2例）；服5剂痊愈14例（外感4例、血瘀9例、血虚1例）；服6剂痊愈15例（血瘀8例、血虚7例）；无效3例（血瘀1例、血虚2例）转上级医院治疗。平均服4.79剂，治愈率93.75％。

【病案举例】

张某，女，26岁，2005年8月18日初诊。剖宫产后持续发热7天，体温在37.6～39.1℃之间。化验：白细胞（WBC）8.6×10^{9}/L，红细胞（RBC）3.6×10^{12}/L，静脉滴注头孢曲松、左氧氟沙星4天，热势不减，服清热解毒中药热势如故，遂邀余诊治。症见：高热不退，面赤气粗，谵语，数日不大便，溲黄，扪少腹有硬结，阴道流出夹有血块的污物，舌质紫暗，舌边瘀点，苔黄，脉滑数。此为瘀热互结胞中，治宜化瘀泄热，用桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓各20g，桃仁12g，牡丹皮、芍药各18g，当归、川芎各15g，熟地黄12g，栀子、地骨皮各15g，酒大黄5g，火麻仁、枳实各12g，甘草3g。服汤2剂，阴道内排出约40ml紫黑色血块，大便稍通，热势略减，精神好转。继服2剂，诸症消失。

按：方中桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药活血化瘀，药量偏重，意在治血瘀之本；当归、川芎、熟地黄、芍药相伍寓四物汤补血调血之意；且当归辛温养血活血；川芎活血行滞；熟地黄滋阴养血；

栀子、地骨皮直折火势，一可治瘀而发热之实热，又可清血虚发热之虚热；甘草调和药性。诸药相配，活血而不妄行，化瘀而不伤正，使瘀血祛，新血生；补血而不滋腻，阴血得补，气血旺盛，气行则血行，瘀自祛。

十五、恶露不绝

产后腹内遗留的余血浊液称“恶露”，正常恶露一般生产后3周左右流净，过期有淋漓不断者，称“恶露不绝”。其病因多瘀、血热、气虚、腹部受冷等。临床血瘀致病最多，或几种病邪相互为患。《血症论》曰：“经脉之中，即有瘀血居住，则新血不能安行无恙，终必妄是而吐溢也，故以祛瘀为治血要法。”余宗此法，临证根据瘀血的属寒、属热、属虚、属实，辨证运用活血化瘀药物治疗恶露不绝证，每每取得好的疗效。

【临床应用】

程琼璧采用桂枝茯苓丸（桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、白芍）合失笑散（五灵脂、蒲黄）。血虚者加当归、阿胶；脾虚者加党参、白术；肾阴虚者加枣皮、女贞子。治疗恶露不绝42例中，年龄最小者21岁，最大者35岁，平均年龄28岁，其中刮宫后就诊者24例，中期妊娠引产术后就诊者18例。运用桂枝茯苓丸合失笑散加减后，42例中除1例无效外，其余41例服本方1～2剂愈。治愈率达97.6%。

【病案举例】

李某某，女，27岁，1978年4月就诊。怀孕65天行刮宫术后，阴道出血淋漓不尽10余天，恶露呈暗红色，伴少腹坠痛拒按，西医用止血剂对症处理无效。脉细涩，舌质红，苔薄白。证属瘀血停滞，治以活血化瘀、温通血脉，用桂枝获等丸合失笑散施治：桂枝9g，茯苓、牡丹皮各12g，白芍15g，桃仁、五灵脂、蒲黄各10g，服1剂后流出瘀块，腹痛明显减轻。2剂去桃仁、蒲黄，服后恶露尽，腹痛止。

邓某某，女，50岁，务农，1953年9月就诊。患者于同年6月行中期妊娠引产术后，3个月来阴道出血，淋漓不尽，少腹隐隐作

痛，多次治疗未愈。其面色无华，少气懒言，脉沉细无力，舌质淡红。示其脾虚，且内有瘀滞。治以活血祛瘀、益气补血，以桂枝茯苓丸合用失笑散加减：桂枝、牡丹皮各10g，茯苓、白芍各12g，桃仁8g，五灵脂、蒲黄各10g，黄芪、党参、阿胶各12g。服此方1剂后，流出瘀块，恶露随之减少；2剂去桃仁、五灵脂、蒲黄，服后恶露尽。另服归脾汤2剂，以扶其正。1个月后随访，诸症悉平。

按：人工流产后所致少腹坠痛、阴道出血淋漓不尽，多因腹宿癥块。正如《金匮要略》所述："血不止者，其癥不去故也，当下其癥"。笔者以桂枝茯苓丸与失笑散合用，取其活血化瘀、散结止痛之功，故可收癥去漏止、结散痛定之效。

十六、妊娠痒疹

妊娠痒疹是妇女妊娠期出现的瘙痒性皮疹，如《医宗金鉴·外科心法》所述"形如粟粒，其色红，搔之愈痒，久不能瘥，亦能消耗血液，肤如蛇皮，名曰粟疮。"根据其发病特点病机当责之孕时冲任气血聚养胚胎，胎气日盛，腠理络脉营血偏虚，邪热渐蕴内盛，熏蒸于肌肤，卫气壅遏，营弱卫强而失和，母体不耐内外风、热、湿、寒，络滞血瘀，发为痒疹。

【临床应用】

庞相荣以桂枝茯苓丸加减。处方：牡丹皮、白芍、防风、荆芥穗各12g，生地黄15g，桃仁、茯苓各10g，桂枝9g，甘草6g。每天1剂，水煎服。外以炉甘石洗剂涂擦。治疗妊娠痒疹，疗效满意。

【病案举例】

王某，30岁，2005年1月8日初诊。患者妊娠第2胎14周，半月前无明显诱因躯干上部、上臂及股部伸侧出现对称性散在丘疹，色红，大小如绿豆，剧烈瘙痒，入夜遇热尤甚，舌紫红、边有瘀点，苔白干，脉滑数。经血常规、肝功能、B超检查胎儿均无异常。6年前曾有同样病史，时孕8个月，疹疱间杂，由腹壁遍及全身，中、西药治疗丘疹不退，瘙痒，难寐而苦不堪忍，至38周剖宫产终止妊娠。中医诊断：妊娠痒疹。证属胎热外蒸，营卫失，络瘀肌肤，方以桂枝茯苓丸加减，外以炉甘石洗剂涂擦。5剂尽，痒减疹少，续服5剂痒

止疹消，继服10剂巩固。随访至顺产，母婴无恙。

按：桂枝茯苓丸具有通络活血祛瘀之功效，其中桂枝、白芍配伍，调和营卫，活血消风；桃仁、牡丹皮祛瘀清热，与桂枝同用内外通达，且无偏热过寒之弊；茯苓淡渗健脾，固护正气而强肌；防风、生地黄、荆芥穗凉血祛风止痒。全方治痒寓消风活血之中，祛瘀具清热安胎之意。药中病机，故收效速捷。

十七、药流后阴道流血

应用米非司酮配伍前列腺素抗早孕目前已被广泛应用于临床，由于药物流产避免了宫腔操作，减少了患者的痛苦，同时也减少了术后并发症的发生，因而受到了育龄妇女的普遍欢迎。但流产后胚膜残余量多需要再刮宫、阴道出血时间过长却依然会带给患者痛苦，也成为了目前药物流产的主要不足之处。根据中医理论，蜕膜不规则剥脱引起的出血，多见有血块、色暗，伴下腹胀痛，舌质暗，脉象沉涩，属中医学“产后恶露不绝”、“堕胎下血”范畴。病机为瘀血阻滞冲任、胞宫，离经之血不能归经，此正所谓“瘀血结于宫内，瘀血癥块不消，漏下终不能止”。

【临床应用】

吴凌燕运用米非司酮150mg分2天口服，第1天早50mg，晚25mg，第2天早50mg，晚25mg，每12h用药1次。第3天上午口服米索前列醇片0.6mg，服米索前列醇片后2h左右起服桂枝茯苓丸和生化汤，前者4粒，每日3次，生化汤，每日2次，连服4天；生化汤药物组成：当归12g，川芎9g，赤芍10g，牡丹皮10g，桃仁12g，炙甘草6g，益母草30g，红花9g，牛膝10g，枳壳10g，炮姜6g，水煎服。观察药流后阴道流血患者87例，年龄20～40周岁的健康妇女，此次孕前3个月月经周期正常（25～35天）；停经≤49天，尿HCG（+），B超确诊为宫内妊娠；无米非司酮和前列腺素禁忌证；服药后6h内见完整胚囊排出或B超示已流产；愿意按规定用药，定期接受随访者。87例作为正式观察对象以服药不同随机分为三组：对照组28例（组Ⅰ），组Ⅱ、组Ⅲ为治疗组。三组患者均给予米非司酮150mg分2天口服，第1天早50mg，晚25mg，第2天早50mg，

晚25mg，12h用药1次。第3天上午口服米索前列醇片0.6mg，留院观察2~6h均见孕囊排出。服米索前列醇片后2h左右起组Ⅱ服桂枝茯苓丸和生化汤，前者4粒，每日3次，生化汤，每日2次，连服4天；组Ⅲ服生化汤，每日2次，连服4天。每位对象在服药后每天将阴道流血情况自行记录，以便随访；并于流产后第7、14、42天分别来院复查随访1次，以了解阴道流血情况，复查B超及尿HCG及了解月经恢复情况。流产后反复多量阴道流血者随时行妇科检查，若妇检见宫颈口有组织物嵌顿则速行清宫手术，刮出组织物送病检。结果发现服用桂枝茯苓丸和生化汤与不服中药、单服用生化汤的患者比较，其药流后排除残余胚膜的时间、阴道流血时间及子宫复旧情况的差别有显著性，说明药流后服桂枝茯苓丸和生化汤能有效地增强或延长PG后的宫缩，增强机体免疫力，从而促使可能残留的妊娠组织物排出及残余胚膜的清除，减少炎症的发生，缩短流血时间及减少出血量，促进子宫复旧。

陈平等用桂枝茯苓丸改汤剂加味处方：桂枝10g，茯苓13g，牡丹皮10g，桃仁12g，赤芍15g，白芍30g，益母草15g，三七10g，黄芪30g，当归13g。每日1剂，水煎服，早、晚各1次，7天为1个疗程，一般连服2个疗程。治疗药流后阴道流血患者48例，均为药物流产后出血量超过月经量，出血时间超过7天者，用桂枝茯苓汤加味治疗7天以内出血停止者28例，用药7~14天出血停止者18例，2例2个疗程结束仍有少量流血行清宫术。

袁庆秀等用桂枝茯苓丸改汤剂与失笑散加味处方：桂枝12g，茯苓15g，牡丹皮15g，桃仁10g，赤芍、白芍各15g，生蒲黄（包）10g，五灵脂（炒）10g，益母草30g，三七粉（冲）3g。伴气虚者去五灵脂加党参、白术；血虚者加当归、阿胶；气郁者加制香附、川楝子；瘀久化热，恶露臭秽者加蒲公英、红藤、墓头回、败酱草。每日1剂，水煎服，早、晚各1次，6天为1个疗程，一般连服2个疗程。治疗药物流产后出血量超过月经量，出血时间超过7天者106例。用桂枝茯苓汤合失笑散加味治疗6天以内出血停止者71例，用药6~12天出血停止者27例。3例用药1个疗程后要求行清宫术，5例2个疗程结束仍有少量出血行清宫术。

刑翠玲在口服流产药后第3天开始给予患者桂枝茯苓丸（改汤剂）加味：桂枝15g，茯苓20g，牡丹皮15g，白芍20g，桃仁10g，红花10g，黄芩12g，枳壳15g，五灵脂10g，炒蒲黄（包）10g，血余炭10g，甘草6g。水煎服，每日1剂，连服5天。同时肌内注射催产素10U，每日2次，连用3天。观察210例病人，随机分为桂枝茯苓丸加催产素治疗的观察组105例（治疗组），单用催产素治疗对照组105例（对照组）。治疗组年龄16～42岁，平均年龄28.5岁；初产妇75岁，经产妇30例；停经时间36～49天。对照组年龄17～41岁，平均年龄27.5岁；初产妇73例，经产妇32例；停经时间37～49天。两组患者均经B超检查，确认为宫内孕，尿HCG阳性，无药物流产禁忌证，且能详细记录阴道出血量及持续出血时间，易随访者。两组病例经统计学处理，在年龄、孕产次、停经时间等方面无显著差异（$P>0.05$），具有可比性。治疗方法：治疗组：口服流产药后第3天开始服用桂枝茯苓丸（改汤剂）加味：桂枝15g，茯苓20g，牡丹皮15g，白芍20g，桃仁10g，红花10g，黄芩12g，枳壳15g，五灵脂10g，炒蒲黄10g，血余炭10g，甘草6g。水煎服，每日1剂，连服5天。同时肌内注射催产素10U，每日2次，连用3天。对照组：只用催产素，用法同上。疗效观察：阴道出血量：药流后1周内阴道出血量；阴道出血时间：从阴道开始出血至完全干净的天数；术后3个月随访情况。治疗组较对照组出血量少，出血时间短，平均缩短5天以上。术后3个月随访，月经周期提前、错后、量多、量少者是极个别现象，正常者明显优于对照组。从出血量、出血时间、术后恢复快慢观察，两组具有显著性差异（$P>0.01$）。

【病案举例】

许某某，女，28岁，已婚。停经43天，因无生育指标，要求药物流产。查尿HCG阳性，B超提示：子宫增长70mm×55mm×50mm，宫内孕囊22mm，有胎芽及胎心搏动。给予药物流产。服药第3天，给予桂枝茯苓丸（改汤剂）加味：桂枝15g，茯苓20g，牡丹皮15g，白芍20g，桃仁10g，红花10g，黄芩12g，枳壳15g，五灵脂10g，炒蒲黄（包）10g，血余炭10g，甘草6g。水煎服，每日1剂，连服5天。同时肌内注射催产素10U，每日2次，连用3天。3

天后，孕囊完整排出，用药后7天，阴道出血停止。B超复查，子宫正常大小，肌壁间回声均匀，内膜线清晰居中。药物流产后3个月随访，月经周期正常，量中等，一切如故。

按：桂枝茯苓丸加味具有活血理气、化瘀止痛、凉血止血、祛腐生新之功能，可以减少组织渗出，减轻局部组织张力，促进组织修复，消痛止血。加用催产素促子宫收缩，可以加速宫内残留蜕膜及剥脱不全的蜕膜组织排出，从而达到减少药流后出血的目的。

十八、人工流产后腰痛

人工流产术后有些人常发生腰痛，多为术后过劳损伤冲任或术前有阴道炎、宫颈炎，术后逆行感染诱发所致。本病属中医学“腰痛”范畴，治疗多在活血化瘀基础上临证加减。

【临床应用】

闻秀杰等采用金匮肾气丸、桂枝茯苓丸或银花红藤解毒汤（红藤、银花、连翘、败酱草、巴豆仁、牡丹皮、栀子、赤芍、没药、川楝子、乳香、延胡索，根据病情加减）治疗人工流产术后腰痛30例，年龄均在25～36岁之间。治疗方法：属肾阳虚血瘀型服中成药金匮肾气丸、桂枝茯苓丸，分别每次各1丸，每日2次，14天为1个疗程；属毒热内盛型服中药汤剂银花红藤解毒汤，每日1剂，水煎200ml，分2次服，14天为1个疗程。治疗结果：30例患者全部治愈，症状消失。

十九、流产后自主神经功能紊乱

自主神经功能紊乱是因长期精神紧张、心理压力大，以及生气和精神受到刺激后引起的一组症状群。常表现以下症状：烦躁焦虑、心慌气短、心胸憋闷、腹胀串痛、烧灼感、呃逆、嗳气、肠鸣腹泻或便秘、失眠多梦，严重者甚至出现恐怖、强迫、幻觉、妄想、癔症、精神分裂等症状。自主神经功能紊乱常以自觉症状为主，虽然做过多次检查，但结果往往都比较正常。本病属中医学“郁证”范畴。

【临床应用】

矢数道明运用小柴胡汤和桂枝茯苓丸治疗流产后自主神经功能紊

乱，取得较好疗效。

【病案举例】

患者，31岁，家庭妇女，初诊于1980年6月4日。病历：1972年结婚，1976年流产，流产后不久又怀孕而又做了人工流产。人工流产后不久又怀孕，1978年生下了结婚后第一个小孩。人工流产后恶寒、发热并发输卵管炎，以后持续有下腹痛，带下严重，患滴虫性阴道炎。1980年6月4日初诊时主诉为失眠、烦躁、肩酸痛、颈酸痛、月经不调、月经痛、腰痛、下腹部痛等。脉搏大致正常，血压120/70mmHg（16.0/9.3kPa），胸胁苦满，右下腹有显著的抵抗和压痛。治疗：针对腹证而让服小柴胡汤合桂枝茯苓丸料，1个月后睡眠良好，带下显著减少；肩、颈酸痛和烦躁几乎完全消失；下一次月经的月经痛、腹痛、腰痛显著减少。服了3个月后非常有效，精神爽快，胸胁苦满和右脐下的抵抗压痛都好转。治疗前天气再热也不出汗，但治疗后的1980年夏天平时也出汗。以前月经不调，基础体温紊乱，而服药后基础体温规律，恢复正常。服药前烦躁严重，不能到人群拥挤的地方去，现在无论到什么地方都能同其他人一样互相交往。

二十、结扎后腹痛

结扎后腹痛因结扎术处理不当，常致脉络受损，瘀血内阻，属中医学“腹痛”范畴，治疗多采用活血化瘀的方法。

【临床应用】

姚石安等桂枝茯苓丸加琥珀、香附，重用桂枝至30g，牡丹皮、赤芍、桃仁、香附、茯苓各12g，琥珀末6g装胶囊分2次吞服。治疗结扎后腹痛，疗效显著。

【病案举例】

女性结扎术后腹痛，症见腹痛阵作下坠感，连及腰际酸痛，苔薄边有瘀点，脉细缓而涩，故选桂枝茯苓丸加减制成胶囊口服治疗，效果显著。

按：桂枝茯苓丸活血化瘀，散结止痛，重用琥珀以活血利水，宁心定志，香附疏肝理气，解郁止痛，以消除结扎术后可能出现的焦

虑、紧张情绪。本方实为气、血、水同治之剂，对人流术、结扎术后腹痛而无明显感染征象者，投之均有佳效。临床观察表明，桂枝茯苓丸加琥珀、香附在改善盆腔微循环，降低血液黏度，消除体内“凝”、“黏”、“聚”等瘀血表现上优于单纯桂枝茯苓丸。

二十一、带环后腹痛

放置节育环引起的腹痛，多因异物刺激引起局部充血、出血或瘀血而产生疼痛，根据症状属中医学“腹痛”范畴。桂枝茯苓丸方功能活血化瘀、消癥止痛，组方平和，没有竣下祛瘀化结之品，临床运用未见不良反应。

【临床应用】

张学云用桂枝茯苓合当归芍药散加减，基本方药：桂枝15g，茯苓12g，牡丹皮9g，桃仁9g，白芍12g，甘草9g，当归9g，白术12g，泽泻12g。加减：腰痛甚者加杜仲12g，枸杞子12g；腹痛甚者，加延胡索15g，台乌药9g；阴道出血多者加生地榆15g，仙鹤草12g；白带多者加生薏苡仁15g，怀山药10g。每日1剂，水煎分早、晚2次服。服药期间禁房事。治疗带环后腹痛6例中，年龄最大者42岁，最小者23岁，平均年龄36岁；病程最短者半个月，最长者2年；6例病人均有腹痛、腰酸、阴道出血、白带增多等症状。服桂枝茯苓丸合当归芍药散加减后，治疗结果：痊愈（临床症状消失，随访半年以上未复发）5例；无效（因服药6剂后，症状无明显改善，而放弃治疗）1例。疗程最短者3天，最长者15天。总有效率83.3%。

【病案举例】

陈某，女，26岁，农民。既往体健，1个月前上节育环后开始腹痛，痛而拒按，腰酸，伴有阴道不规则出血，白带量多，有腥臭味。曾用麦迪霉素、青霉素、安络血、元胡止痛片、愈带丸等治疗无效，前来求余治疗。除上述症状外，见舌暗红，苔黄腻，脉滑。遂予桂枝茯苓丸合当归芍药散化裁：桂枝15g，茯苓12g，白芍12g，当归12g，川芎9g，桃仁9g，红花6g，牡丹皮9g，仙鹤草12g，生地榆15g，白术12g，泽泻12g，甘草9g。每日1剂，水煎服。服药3剂后，腹痛、腰酸症状消失，阴道出血停止，惟白带较多。前方去仙鹤

草、生地榆，加怀山药15g，炒扁豆15g，又服3剂而愈。

按：桂枝茯苓丸、当归芍药散两方具有活血祛瘀、缓急止痛的作用。笔者将两方相合用于治疗妇女因上环引起的腹痛，收到了满意的效果。

二十二、子宫肌瘤

子宫肌瘤是女性生殖器最常见的一种良性肿瘤，多无症状，少数表现为阴道出血、腹部触及肿物以及压迫症状等。如发生蒂扭转或其他情况时可引起疼痛。以多发性子宫肌瘤常见。本病确切病因不明，现代医学采取性激素或手术治疗，尚无其他理想疗法。子宫肌瘤属中医学“癥瘕”范畴，其发生病因总为“瘀”。其瘀与正气不足，脏腑功能失调，气机阻滞，瘀血、痰饮、湿浊等有形之邪，相继内生，停积小腹，交结不解，日积月累，日久生成有关。同时在疾病发生发展过程中，不断耗损阴血，消耗正气，因虚致瘀，更加重了“瘀”的存在。由此因果互生，交错盘结，使病变更加积重难返。在临床实践中以活血化瘀、软坚散结、攻坚击破、扶正祛邪为原则。疾病初起时，正气强邪气弱，宜用攻破法；若发病日久，邪气渐深，正气渐弱，则应攻补兼施；倘若久病不愈，正气已衰，宜以扶正为主，待气渐恢复，再议攻伐。

【临床应用】

刘继刚运用基本方组成：丹参30g，牡丹皮、桃仁、赤芍、川芎各9g，茯苓、海藻、昆布、当归、路路通各12g，桂枝6g，女贞子、旱莲草各20g。加减：肌瘤<1.5cm加荔枝核12g、橘核12g；肌瘤>5cm加龟板（另包）、鳖甲（另包）各12g；血虚者加熟地黄12g；经期延长者加茜草12g，刘寄奴9g；月经过多者加地榆12g、白茅根12g。每日1剂，水煎分2次服，2个月为1个疗程，连服2个疗程，经期停服。治疗子宫肌瘤65例，病例均来自门诊，经妇检及B超确诊。排除手术指征及绝经期患者。年龄为26~52岁，其中26~29岁3例，30~39岁22例，40~52岁40例；病程最短2周，最长4年；临床无症状28例，月经过多11例，月经期延长26例；瘤体直径最小0.6cm，最大5.1cm；呈多发性28例，单发性37例。用《金匮要

略》方“桂枝茯苓丸”加味。疗效标准：以3个疗程为标准，每疗程结束做妇检及B超复查。痊愈：肌瘤、症状均消失；显效：肌瘤缩小或肌瘤数目减少，症状明显好转；好转：肌瘤无明显缩小，症状有改善；无效：症状及体征均无改善。治疗结果：痊愈20例，显效23例，好转20例，无效2例，痊愈率30.77%，总有效率96.2%。

苗媛秋运用桂枝茯苓胶囊每次3粒，每日3次，饭后口服，经期停服，连用3个月为1个疗程。治疗子宫肌瘤，疗效满意。李长城等治疗以祛瘀消癥、补养气血为主方的中药治疗，基本方为桂枝茯苓丸合三棱丸加味：桂枝、茯苓、牡丹皮、三棱、莪术、土鳖虫、酒大黄、茺蔚子、白芥子各10g，党参、黄芪各20g，当归15g。治疗1998年5月~1999年5月子宫肌瘤患者70例，皆为妇科门诊患者有自觉症状，经盆腔及B超检查证实为子宫肌瘤。年龄32~53岁，平均42.6岁；子宫体积如妊娠40~90天大小，其中妊娠40~50天者26例，50~60天者23例，60~75天者11例，75~90天者10例。单发肌瘤11例，多发肌瘤59例。以月经血量过多和经期紊乱常见，共31例，占44.3%；腰腹酸疼伴痛经者25例，占35.7%；自觉腹中有包块，有压迫症状者24例，占34.3%；贫血10例，占14.3%。治疗用桂枝茯苓胶囊。疗效判定：痊愈：症状、体征消失，盆腔及B超检查均正常；显效：症状、体征消失，盆腔及B超检查子宫体积缩小2/3以上；好转：症状、体征较前者好转，盆腔及B超检查子宫体积缩小1/3以上；无效：治疗无改善。70例患者服药1个疗程后，痊愈19例，占27.1%，显效20例，占28.6%，好转27例，占38.6%，无效4例，占5.7%，总有效率为94.3%。

刘颖等以张仲景的桂枝茯苓丸、抵挡汤、鳖甲煎丸合方加减。水煎服，饭后1h后服药，1次200ml，1日2次。每个疗程1个月。忌饮酒过度，忌辛辣、油腻及冰镇、寒凉饮食。治疗子宫肌瘤100例，均系门诊患者，年龄27~55岁，女性，病程1~25年，已婚89例，其中不孕者17例。常规治疗前后均进行妇科检查、盆腔B超或宫腔镜、腹腔镜、CT等检查以提示子宫肌瘤的情况。必要的还要进行诊断性刮宫及病理检查。依据1993年卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》第一辑“中药新药治疗子宫肌瘤的临床研究指导

原则”第272页。以张仲景的桂枝茯苓丸、抵挡汤、鳖甲煎丸合方加减治疗。疗效判定：依据1993年卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》第一辑“中药新药治疗子宫肌瘤的临床研究指导原则”第273页。痊愈：肌瘤消失，临床症状消失。显效：临床症状减轻或消失，肌瘤缩小1/2以上者。有效：症状减轻或消失，肌瘤缩小1/3者；或停药以后肌瘤稳定，症状消失，持续半年以上者。无效：症状无改变，肌瘤未见明显缩小。在100例患者中，疗程最短者2个月，最长者6个月。治愈率7%，显效率17%，有效率58%，无效率18%，总有效率为82%，对其中伴发不孕的17例中6例已经正常妊娠、8例基础体温双相。

杜文华所用方药：桂枝20g，茯苓30g，牡丹皮30g，桃仁20g，赤芍20g，穿山甲20g，鳖甲20g，海藻30g，山慈菇30g，三棱30g，莪术30g，夏枯草30g。月经量多，口渴喜饮，属血热挟瘀者加黄芩、栀子清热凉血；月经量少，淋漓，口干不欲饮，五心烦热，属阴虚挟瘀者加生地黄、地骨皮滋阴清热；多头晕、乏力，属气虚者，加党参、黄芪益气扶正；腰、腹痛，白带多，属湿热者，加败酱草、椿皮清热利湿。用法：月经干净3天，开始治疗，1个月为1个疗程。每日1剂，第一遍浓煎至100ml，药液温度38~39℃，保留灌肠。治疗前嘱病人先排便，治疗后，采用胸膝卧位30min。第二遍煎至300ml，分早、晚2次口服，经期停用。治疗子宫肌瘤40例，均为住院患者。经B超和妇科检查确诊。发病年龄最小35岁，最大55岁，病程最短2年，最长10年。宫体（内含肌瘤）最小如妊娠6周，最大如妊娠15周，质硬，有结节感。临床表现：月经失调，经量多，周期缩短，全身乏力，腰、腹痛。用桂枝茯苓丸改汤剂保留灌肠与口服治疗。结果：痊愈：4例（临床症状消失，内诊和B超检查子宫大小恢复正常，肌瘤消失），显效：14例（临床症状消失，内诊和B超检查，宫体和肌瘤明显缩小），有效：18例（肌瘤未再增大），无效：10例（症状和肌瘤无变化），总有效率90%。

杜爱枝等运用米非司酮12.5mg，每日1次，同时口服桂枝茯苓胶囊，每日3次，每次3粒。连续服用3个月为1个疗程。促绝经1个疗程后未绝经或肌瘤缩小不明显者重复1个疗程治疗。治疗2003

年6月～2005年8月围绝经期子宫肌瘤32例，年龄42～56岁（平均48岁）。因经期长、月经不规则、出血量多致贫血20例［血红蛋白(Hb)＜110g/L，最低65g/L，平均86g/L］。本组均无心、肝、肾疾患。用药前诊刮排除子宫内膜恶性病变。应用非司米酮配伍桂枝茯苓胶囊治疗。用药期间全部闭经，其中当月闭经者28例，4例于3个月内闭经。用药前贫血20例，Hb最低65g/L。用药后贫血患者全部纠正，Hb平均增加32g/L（$P<0.01$），腰酸、腹痛症状明显好转。子宫肌瘤体积的变化：用药前子宫肌瘤的平均体积209.5cm^3(6.7cm×5.9cm×5.3cm)，治疗后肌瘤的平均体积65.0cm^3（5.2cm×3.9cm×3.2cm)。用药前后平均缩小68.97%（$P<0.01$)。说明治疗收到明显效果，其中有3例治疗后B超检查证实肌瘤消失。

张爱玲等西药用甲基睾丸素，每月月经净后日服10mg，连服22天。中药以桂枝茯苓丸为主结合辨证选加药物，每日1剂，水煎两遍分服，月经期停服，3个月为1个疗程。经治1个疗程无效者改用他法。治疗子宫肌瘤50例，均为门诊患者，已婚。以彩色B超检测为诊断依据，其肌瘤主要体积均小于3个月妊娠子宫，病程在1年以上；年龄在28～55岁之间，其临床症状是主诉月经不调。运用甲基睾丸素配合桂枝茯苓丸。治疗结果：痊愈：经B超证实，子宫大小正常，3个月为1个疗程，经治1个疗程无效者改用他法。子宫肌瘤消失，无任何临床症状者26例；有效：经B超证实子宫大小基本正常，肌瘤缩小原1/2以上者24例，其临床症状亦是基本消实。均能正常生活和工作。

李凤军用消瘤丸药物组成：桂枝15g，桃仁9g，白芍9g，牡丹皮9g，茯苓9g，木香6g，丁香6g，三棱15g，莪术15g，枳壳9g，牡蛎20g，海藻12g，当归12g，川芎9g，穿山甲9g，炮姜9g，甘草6g。将上药共研极细末，炼蜜为丸，每丸重9g，每次1丸，温水送服，每日3次，经期停服。在服用中药消瘤丸的同时，于月经第5～14天，口服复合维生素B，每日3次，每次2片；于月经第12～26天，加服维生素C，每日2次，每次3片；于月经第14～26天，加服维生素E 100mg，每日1次；于月经第15～26天加服维生素A 150mg，每日1次；于月经第5～26天，加服甲睾酮5mg，每日1次。每个月

经周期序贯使用。个别患者服药初期可有大便稀薄或便次增多，不必停服。治疗子宫肌瘤160例，均为门诊病人。其中已婚147例，占91.9%；未婚13例，占8.1%。病程（按发现子宫肌瘤的时间计算）最短者1天，最长者11年，平均53天。肌瘤数量最少者1个，最多者11个，平均1.2个。肌瘤直径最小者0.8cm，最大者8cm，平均4.2cm。年龄在29岁以下者9例，占5.6%；30~40岁者37例，占23.2%；40~50岁者114例，占71.2%；平均年龄42岁，其中包括子宫肌瘤切除后再复生者7例，占4.4%。临床表现腰痛者62例，占38.8%；小腹胀满或胀痛者86例，占53.8%；月经周期提前或经量明显增多，或经期延长者93例，占58.1%；阴道分泌物增多，或夹杂血丝者68例，占42.5%；伴不孕或自动流产者23例，占14.4%；妇科检查触到包块者95例，占53.1%。具有上述至少一项者113例，占70.6%。全部病例均结合B超或彩超予以确诊。病例筛选符合：①无临床症状或临床症状不很严重，能坚持日常生活者；②思想压力较大，迫切要求治疗，但不欲接受手术治疗者；③肌瘤直径<8cm；④多为肌壁间或浆膜下肌瘤；⑤年龄在50岁之内，且行经正常者。采用自制消瘤丸结合维生素序贯治疗。同服以上药物以每个月经周期（约30天）为1个疗程，连用5个疗程，肌瘤及临床症状完全消失者为痊愈；肌瘤缩小，症状消失或明显减轻者为有效（可继续治疗，直至痊愈）；肌瘤未变小或继续增大者为无效（应考虑停药）。治疗结果：本组160例，治愈113例，占70.6%；好转36例，占22.5%；无效11例，占6.9%。有效率93.1%。平均治疗天数113天。

【病案举例】

姚某，41岁，1998年6月16日初诊。自诉3年倦。曾于1995年9月26日做B超检查，提示宫后壁肌瘤2.4cm×1.8cm，未加重视。诊见面色萎黄，舌淡红，边有瘀点，苔薄白，脉弦细。妇检：子宫前位，增大如孕1个半月，活动，无压痛，双侧附件正常。当日B超复查，后壁肌瘤2.6cm×2.3cm。诊断：子宫肌瘤，证属气滞血瘀兼血虚，治宜行气活血、消癥散结，辅以补气血。用基本方（丹参30g，牡丹皮、桃仁、赤芍、川芎各9g，茯苓、海藻、昆布、当归、

路路通各12g，桂枝6g，女贞子、旱莲草各20g）加鳖甲（另包）12g，地榆12g，熟地黄12g。每日1剂，水煎分2次服，经期停用。服用1个疗程后诉经量渐趋正常，明显减少。B超复查示：子宫肌瘤缩小为1.0cm×0.9cm。上方继服3个疗程，B超复查示：子宫肌瘤消失。随访1年子宫肌瘤无复发。

按：笔者治疗多从活血化瘀、行气消癥着手。方中桂枝温经通阳，海藻、昆布、路路通配鳖甲通经行血、软坚散结，桃仁、丹参、赤芍、当归、川芎、牡丹皮行气活血散瘀、开阴散结，推动经脉血液运行，茯苓益脾渗湿，女贞子、旱莲草滋阴止血，全方共奏行气散结、活血破瘀消瘤作用。

蒲某，女性，34岁，工人，2001年6月7日初诊。自述发现子宫肌瘤2年并发不孕。B超示：子宫前位，大小为6.0cm×5.1cm×4.8cm，规整，肌层回声不均，于子宫前壁可见3.3cm×2.4cm低回声结节。2001年8月8日服药2个月后，B超检查：子宫6.1cm×5.1cm×3.6cm，于前壁可见1.3cm×1.3cm低回声结节。嘱继服药2个月。2001年10月9日述停经39天，查尿HCG（+），诊断：早孕。嘱停药，注意休息，禁止性生活。2002年3月10日孕6个月进行产前检查，胎儿正常，肌瘤消失。B超：子宫明显增大，胎儿双顶径6.2cm，四肢活动良好，胎盘侧壁，羊水4.8cm，头位，附件（-）。提示：正常妊娠，胎儿（6个月）头位。

按：笔者以化瘀消癥为主，主方用古代医圣张仲景的名方桂枝茯苓丸（温通缓消）、抵挡汤（荡涤痰瘀，力量峻猛）、鳖甲煎丸（软坚消癥，滋肾养血）合方加上补益气血和滋补肝肾的药物。方中桃红、牡丹皮、赤芍破血祛瘀，消癥散结。桂枝温通血脉而消瘀血。因为癥积多年必夹痰水，故用茯苓健脾利水，浙贝母化痰。三棱与莪术，破血消积止痛，抗血栓形成和增强纤溶。穿山甲与鳖甲通经行血，软坚散结。白花蛇舌草清热解毒祛湿，具消炎作用。黄芪补气健脾增强机体免疫力，具有抗肿瘤、抗菌作用。鳖甲、干地黄、当归、芍药乃滋阴养血之药，大黄、水蛭、芒虫、桃红等乃为化瘀消癥之药。根据患者体质强弱、病之久暂，控制药量，攻补兼施。

赵某，女，42岁，患者因月经过多于1988年11月20日收住院。

近6年来，月经量逐渐增多，色紫红，挟血块，全身乏力伴有头晕，舌质暗，有瘀斑，苔薄白，脉弦细。妇科检查：子宫前位，50天孕大，质硬，外形不规则，活动度好。B超示：子宫前位，8cm×7.5cm×6cm，形态欠规则，宫内可见2~3枚低回声光团，最大直径3.2cm。中医诊断：月经过多（气虚挟瘀型），癥瘕。西医诊断：子宫肌瘤。用桂枝茯苓丸改汤剂加黄芪、党参，保留灌肠与口服，治疗3个疗程，月经量恢复正常，无头晕、疲劳感。妇科及B超检查示：肌瘤消失，子宫恢复正常大小。舌质淡红，无瘀斑，苔薄白，脉弦细。出院后半年复查，未复发。

按：笔者本着结者散之、坚者消之的原则，选用桂枝茯苓丸加减治疗子宫肌瘤，效果较好。方中桂枝辛温通阳，茯苓渗湿健脾，牡丹皮、赤芍、桃仁活血化愈，加三棱、莪术破癥散结，加山慈菇、夏枯草、海藻、鳖甲软坚散结，加穿山甲用其善走窜之性，消瘀通经。全方共奏活血化瘀、温经通阳、软坚散结、破癥消积的功效。本方不仅能使子宫肌瘤缩小或消失，同时还可以治疗因血瘀阻络引起的崩漏、月经过多等病。

杨某，女，51岁，于2006年11月因月经量多，经西医药治疗34天不止。查其为气血虚弱并有瘀阻之证，以补气补血、祛瘀止血为主，经治6天，月经干净。其B超提示：子宫肥大，多发性子宫肌瘤，肌瘤最大者49mm×32mm。查：舌淡、质暗，脉沉涩，少腹稍硬、隐痛拒按。辨证分析认为此乃气虚气滞、寒凝血瘀所致。治宜益气温经、祛瘀消癥为原则。处方：桂枝、茯苓、白芍、牡丹皮、桃仁、三棱、香附、当归、党参、穿山甲、海澡、昆布。经中药1个疗程治疗后，无任何临床症状，B超检查示：子宫大小基本正常，肌瘤为23mm×11mm。患者高兴，要求再治疗1个疗程，于是以上方中药为细末蜜和为丸，每服10g，日服3次，坚持服药3个月。半年后，自诉身体一切正常。

按：现代医学认为子宫肌瘤的发生与雌激素的长期过度刺激有关，所以笔者用甲基睾丸素调整雌激素对较小的子宫肌瘤有一定的治疗作用。辨证认为是气滞血瘀、痰湿内阻等因素结聚而成，因此用具有活血消癥的桂枝茯苓丸为主随症选加药物治疗有着十分明显的临床

效果。中西药用之得宜就具有协同双重作用，因此能取得更为理想的疗效。

刘某，女，41岁，2002年10月23日初诊。患者发现子宫肌瘤17个月，曾用珍棒、百消丹等间断治疗，效果不明显。就诊时小腹部疼痛拒按，月经量多，经期延长半年，周期尚可，面色晦黯，舌质红，有瘀点，脉沉涩。妇科检查：子宫增大，表面凹凸不平，积块坚硬，活动可。B超所见：子宫体积增大，肌层回声不均匀，内见72mm×58mm低回声结节，边界清。临床诊断：子宫肌瘤，属中医学之癥瘕，辨证为血瘀型。治法：活血破瘀消癥，散结行气生新。用药：桂枝15g，桃仁9g，白芍9g，牡丹皮9g，茯苓9g，木香6g，丁香6g，三棱15g，莪术15g，枳壳9g，牡蛎20g，海藻12g，当归12g，川芎9g，穿山甲9g，炮姜9g，甘草6g。将上药共研极细末，炼蜜为丸，每丸重9g，1次1丸，每日3次，温开水送服；同时使用西药维生素序贯疗法。2002年11月24日二诊：少腹疼痛消失，经期转归正常，经量较前明显减少。B超显示：瘤体为70mm×58mm，与服药前基本一致，嘱原方继服。2002年12月22日三诊：面色转红润，经期经量均正常，舌质稍黯，脉微涩。B超测值：瘤体为22mm×19mm，患者较满意，继续守方治疗。于2003年1月25日四诊：症、舌、脉象均正常，病人无任何不适感，且述较前体健有力，精神饱满，饮食有增。B超报告：宫体大小正常，肌层回声均匀，未发现异常回声。经治3个月余，病告痊愈。嘱每隔半年复查1次。现已如期复查3次，未见复发。

按：消瘤丸集桂枝茯苓丸、香棱丸、化坚丸于一炉。桂枝茯苓丸活血破瘀、散结消癥；香棱丸疏肝解郁，行气散结；化坚丸软坚散结。其中海藻、甘草二药为“十八反”之忌，但临床应用无毒副反应，而软坚散结、消瘀除癥确有良效。诸药合用，共奏行气破血、软坚消积之功，兼能止血。俾气血双调，使血活而有制，制而不留瘀，通中有收，寓收于通。同时应用维生素、甲睾酮序贯治疗160例子宫肌瘤，有效率为93.1%。我们认为中西医结合治疗子宫肌瘤，可对抗雌激素过多引起的子宫变化，并降低子宫肌层对雌激素的敏感性，改善血液循环，对神经－内分泌系统有双向调节作用。使肌体激素代

谢转归正常，增生的子宫内膜恢复正常，子宫肌层的炎症消退，促使肌瘤缩小。通过临床观察，认为本病并非均需手术，应视具体情况而定，对较小的子宫肌瘤应首选药物治疗。

二十三、子宫肥大

子宫肥大是指子宫均匀增大，肌层厚度超过2.5cm以上，伴有不等程度子宫出血的一种疾病。西医对子宫肥大的治疗方法，一是应用药物，主要包括止血药及雄激素类药物，以控制子宫出血；如药物治疗无效，则采取子宫全切或次全切除的手术疗法。中医学无子宫肥大的病名，根据其月经情况的表现，可以将本病归属于中医学“月经过多”、“月经先期”、“经期延长”等病的范畴。中医学认为，本病的发生主要与气虚或血热有关；但是无论气虚或血热，都可能挟有瘀血，瘀血阻滞造成血不归经，也可导致经量过多。

【临床应用】

李凤芹等以桂枝茯苓胶囊口服，治疗子宫肥大患者12例，1个月为1个疗程，经期停服，一般服3个疗程，最多服6个疗程。结果：12例患者均获得满意效果；月经量基本恢复正常，子宫恢复正常大小者7例。

【病案举例】

患者，女，38岁，正常分娩1次，人工流产3次，末次流产曾有腹痛、发热，诊断为盆腔炎，经治疗后好转。因月经量多，子宫如2个月妊娠大，来我院多次就诊，诊断为子宫肥大、功血，按功血治疗效果欠佳，后用桂枝茯苓胶囊治疗3个月，月经量明显减少，子宫略大于正常，又服1个疗程后子宫大小正常，月经量正常，现观察1年未复发。

患者，女，45岁，因月经量多、心慌、无力来本院就诊，诊断为子宫肥大、贫血。查体：贫血貌，子宫如70⁺天妊娠大，建议手术治疗，患者拒绝，故用桂枝茯苓胶囊治疗3个疗程，患者症状明显好转，贫血得到改善，子宫如50⁺天妊娠大，又坚持服用3个疗程，患者子宫接近正常，停药观察1年未复发。

按：根据桂枝茯苓胶囊重在活血化瘀、软结消块的药理作用，笔

者试用其治疗子宫肥大的患者，一般通过3～6个月的治疗子宫明显缩小，甚至接近正常，同时功血治愈，贫血得到改善，避免了手术痛苦，故值得推广。

二十四、子宫癌

子宫癌包括子宫颈癌和子宫体癌，是妇科最常见的恶性肿瘤之一，在全球范围内，每年约有20多万女性死于子宫癌，我国每年新发现的子宫癌病例为13.15万，子宫癌最常见的症状为不规则阴道出血，出血可于任何时间出现。本病属中医学“带下”、“崩漏”、“五色带”、“癥瘕”等病范畴，其病机忧思郁结，七情内伤，六淫病毒。由于肝肾阴虚，冲任二脉功能失调，或脾虚生湿，湿蕴化热，湿热注于胞宫，与瘀血郁结化为邪毒所致。病位在胞宫，与肝、脾、肾等脏关系密切。

【临床应用】

许世瑞等将桂枝茯苓丸改汤剂加减而成，药用桂枝、茯苓、桃仁、红花、赤芍、紫石英、三七、穿山甲、吴茱萸、制南星、半夏、王不留行等。下焦寒甚者去牡丹皮加细辛、干姜、附片、鹿角霜等；痰多者加白芥子、生牡蛎、桔梗等；气虚体弱者加党参、黄芪、甘草等；气滞作胀加香附、乌药、佛手、枳壳等；瘀甚者加水蛭、地鳖虫、乳香、没药等。每日1剂，水煎分3次服，30剂为1个疗程，另配服“肿瘤Ⅰ号散”（由急性子、硼砂、牛黄、冰片、麝香等药组成），日3次，每次2g。治疗子宫癌15例，年龄在30～65岁之间，而以40岁左右患者居多，均经病理学细胞组织活检确诊。其中子宫颈癌13例，子宫内膜癌2例，2例诊前曾施放疗2次，3例化疗3个疗程，1例为术后复发，治疗期间均停用其他药物，经治后，本组病例追踪调查时间均在3年以上。用汤剂系桂枝茯苓丸改汤剂加减而成，配服“肿瘤Ⅰ号散”。疗效标准：①服药在30剂内，全身症状改善，月经日趋正常，肿块未见发展或稍较诊前缩小者为有效；②服药在30剂以上，全身症状改善或消失，肿块明显缩小或消失或活检未见癌细胞，为最佳疗效；③服药30剂以上，临床症状未见改善，肿块逐渐长大或转移为无效。治疗结果：获最佳疗效3例（其中1例癌细胞消失，1例癌肿块B超跟踪复查几近消除，1例癌细胞消除，

肿块变软变薄，纤维化），有效10例，无效2例。

【病案举例】

彭某，女，41岁，1987年9月10日诊。其月经紊乱、量多色黯黑成块，淋漓不断，白带清稀量多已近1年余。2个月前经活检诊为宫颈癌。现精神萎靡，面色晦暗无华，自觉少腹刺痛，以行经时尤甚，腰痛、纳少、周身疲乏、畏寒怕冷等，察舌小色黯而润，脉沉小滑弱稍弦，证系寒湿痰瘀互结之癥瘕。处方：桂枝、鹿角胶（洋化）各15g，三七、桃仁、红花、乳香、没药、陈皮、炙草各12g，当归、王不留行各20g，黄芪、党参各30g。配服“肿瘤Ⅰ号散”（由急性子、硼砂、牛黄、冰片、麝香等药组成）半疗程后，自觉少腹疼痛消失，月经正常，精神渐佳，守上方佐炮穿山甲10g，吴茱萸12g，水蛭20g，炙麻黄15g。再服15剂后，突感腹剧痛，旋即有黯黑色浊物成块排出，泄后痛减。继服上方10剂，腹痛渐止，浊液分泌日少，再予“肿瘤Ⅰ号散”一料，服后于1988年12月9日复查，活检提示：宫内未见异常细胞。患者全身症状消失而痊愈。

王某某，女，58岁，1986年4月23日诊。患者停经数年突然“见红”似月经血，腹痛。经活检诊断为：子宫颈癌。曾服西药乏效，身体每况愈下。刻诊：其形瘦颧突，发疏色枯，唇紫面晦。自诉每感腹痛，偏左下腹可触到胡豆大硬包块，边界尚清，口干思饮，月经样分泌物时有渗出，带下色红黄白挟杂，似“五色带”，量多略臭、腥，大便稀溏，小便正常，舌暗红中裂，苔根花剥白腻，脉沉细弱，证属痰瘀阻络胞中。处方：桂枝、桃仁、红花、怀牛膝各15g，茯苓20g，牡丹皮、制三棱、制莪术、鹿角胶（洋化）、水蛭、穿山甲各10g，当归、制南星、白芥子、王不留行各30g，紫石英、三七各12g。配服“肿瘤Ⅰ号散”（由急性子、硼砂、牛黄、冰片、麝香等药组成），戒食生冷之物。服药近2个月后带下渐少，腹痛症状减轻，体质日佳，原方加砂仁12g。继服上方半年，“肿瘤Ⅰ号散”每月一料后，诸症悉除，后间断治疗。1992年3月19日门诊随访，服药后头生新发，面色红润，惟形体稍瘦，余无异常，嘱注意调摄养生，强身防变以翼痊愈之功。

二十五、子宫发育不良

子宫发育不良俗称小子宫，可归属于中医学“闭经”、“月经失调”、“不孕症”等范畴，为生理发育缺陷。本病分原发性和继发性两种，临床上以原发性为多。小子宫的临床表现主要是婚久不孕、月经失调、闭经等。现代医学认为，本病是因副中肾管会合后短时期内停止发育而形成，治疗主要采用小剂量雌激素加孕激素序贯疗法，一般治疗4~6个月。但实践证明，该法促进子宫增大的疗效并不理想，但对调经、促进月经来潮有明显疗效。中医学认为，本病病因病机为先天不足，肾气不充，冲任功能不健，治疗主要采用补肾固冲法。

【临床应用】

张成贵用中药利坤冲剂，药物组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、白芍、桃仁、当归、海藻、昆布、夏枯草、制香附、川楝子、炮穿山甲、煅蛤壳、青皮、陈皮、三棱、莪术、荔枝核。用法：药物由我院制剂室采用煎煮浓缩工艺制成颗粒冲剂，装袋，每袋重10g。每日3次，每次服1袋，饭前开水冲服。30天为1个疗程，愈后继服药10天，以固疗效。治疗小子宫76例，均为妇科门诊患者，并经妇科与B超检查确诊。年龄18~39岁，其中18~20岁6例，21~25岁48例，26~30岁20例，31~39岁2例；未婚6例，已婚70例；属原发性小子宫71例，属继发性小子宫5例；月经基本正常者10例，月经稀发或闭经者10例，月经失调者56例。诊断标准：正常子宫的大小为，长约7~8cm，宽4~5cm，厚2~3cm，若子宫的长、宽、厚小于上述值，则可判定为小子宫。治疗方法：予以中药利坤冲剂。疗效标准：治愈：子宫增大至正常标准或大于正常标准。好转：子宫有所增大，但未达正常标准。未愈：子宫无变化，与治疗前一样。治疗结果：76例中服药20天治愈的有26例，服药30天治愈的有40例，服药60天治愈的有5例，好转1例，未愈4例，总有效率94.74%。其中在6个月内怀孕者26例，占34.21%。

二十六、输卵管阻塞

自然受孕必须要有正常的输卵管功能，包含输卵管平滑肌的蠕动

及其上皮细胞的推动，输卵管必须通畅。输卵管阻塞属“不孕症”范畴。按中医学“审证求因”的理论，其病因为热毒内侵，阻滞经络；或情志不畅，肝气郁结；或肥胖之体，痰湿内生，均导致气机不畅，胞脉受阻，故临床上出现“不通则痛”的症状群。

【临床应用】

库玉花用中药煎剂以桂枝茯苓丸为主方：桂枝、桃仁各10g，茯苓、丹参、穿山甲各15g，牡丹皮、赤芍、延胡索各12g，路路通15g，每日早、晚空腹服2次。兼少腹胀痛、胸闷胁胀、乳房胀痛者，酌加香附、乌药、佛手、川楝子、郁金、枳壳、五灵脂等；若兼少腹掣痛或冷痛，全身畏寒，舌质有瘀点者，酌加生蒲黄、细辛、鸡血藤、当归、川芎、艾叶、吴茱萸、山楂等；若兼少腹刺痛、灼热、白带多色黄者，原方去桂枝，酌加红藤、忍冬藤、虎杖、败酱草、土茯苓、冬瓜仁；若患附件包块者重用穿山甲，酌加鳖甲、三棱、莪术、浙贝母、血竭、煅牡蛎；若兼头晕、精神疲倦、舌淡者，酌加黄芪、党参、当归；若形体肥胖、胸闷泛恶者，酌加半夏、苍术、石菖蒲、橘红。配合外敷法用消癥汤：透骨草30g，羌活、独活各35g，肉桂15g，乳香、没药、当归、红花各20g，丹参、赤芍各25g，艾叶15g，防风10g，上药粉碎，装入布袋内，加水煮沸后，热敷小腹或两侧少腹，每日敷2次，时间为15～20min，每剂药连续使用3日后更换。以上药方均月经期停用。治疗输卵管阻塞68例中，23～26岁10例，27～30岁36例，31～34岁18例，35～38岁5例。最小年龄23岁，最大年龄38岁。本组中原发不孕者16例，继发不孕者42例。婚后1～2年不孕者15例，3～4年不孕者41例，5～6年不孕者7例，7～8年不孕者4例，9～10年不孕者1例。本组病例均经输卵管通液或碘油造影不通者，且伴有两侧少腹掣痛或胀痛、腰痛等症状，其中输卵管通液连续3次不通者42例，碘油造影输卵管阻塞者18例，左侧输卵管因宫外孕切除，右侧增厚1例，盆腔脓肿1例，附件包块5例。运用桂枝茯苓丸加减口服配合消癥汤外敷，治疗1～2个月输卵管通、怀孕者13例；治疗3～4个月输卵管通、怀孕者24例；治疗5～6个月输卵管通、怀孕者18例；治疗7～9个月输卵管通、怀孕者7例；治疗1年怀孕者1例；无效者5例，有效率为92.7%。

盛宝琴对瘀阻胞宫型患者用桂枝茯苓丸合膈下逐瘀汤加减。其方由桂枝、赤芍、当归、败酱草、白花蛇舌草、川芎、三棱、莪术、皂角刺、乌梅、川柏、生地黄、茯苓所组成。痰湿内阻型患者用桂枝茯苓丸合启宫丸加减。其方由桂枝、茯苓、广木香、姜半夏、鹿角片、白芥子、苍术、白术、当归、白芍、川芎、香附、乌梅、川柏、肉桂所组成。水煎取汁，约200ml。在月经干净后第6天用中药肛门点滴保留灌肠。灌肠前嘱患者排空大、小便，取屈膝侧卧位，暴露臀部。取中药汁，装入输液瓶内，温度约为37℃。用一次性导尿管，有孔端涂上石蜡油，将导尿管缓慢插入肛门内7~8cm，将一次性输液器插入输液瓶里，导尿管接在输液器连接处，使药液缓慢点滴进入肠腔内。待药液滴空后，病人原位休息10min，然后平卧30min后再去排便。每日1次，14天为1个疗程。对89例输卵管阻塞性不孕患者采用中药保留灌肠治疗，对瘀阻胞宫型患者用桂枝茯苓丸合膈下逐瘀汤加减，痰湿内阻型患者用桂枝茯苓丸合启宫丸加减。每日1次，14天为1个疗程。89例患者经4~6个疗程治疗后，68例显效（包块消失，腹痛除，月经正常，输卵管通液术、碘油造影术示输卵管通畅，B超监测排卵正常，疗程结束后半年内受孕）；11例有效（包块消失或缩小2/3以上，腹痛除，月经正常，输卵管通液术、碘油造影术示输卵管通畅，B超监测排卵正常，疗程结束后1年内受孕）；10例无效（包块消失或缩小1/2以上，临床症状消失，月经正常，输卵管通液术、碘油造影术示输卵管通畅或基本通畅，2年内不受孕）。总有效率为88.8%。

李玉霞嘱患者于月经后口服桂枝茯苓胶囊（江苏康缘药业股份有限公司生产），每日3次，每次3粒（每粒0.31g），连续服用至月经期停药。同时给予中药保留灌肠，采用北京妇产医院中医科盆腔炎灌肠液配方：蒲公英、鱼腥草、败酱草、当归、川芎、桃仁、泽兰、红花、地丁各30g，将其水煎煮成120ml灌肠液。备注射器及导尿管各1支，药温38~39℃，用一次性导尿管插入肛门深12cm灌肠，平卧30min，1天1次，经期不间断。每1个月经周期为1个疗程，3个疗程后判断疗效。每个疗程结束后月经干净3天行输卵管通液术，检查输卵管通畅情况。通液成分：生理盐水20ml，地塞米松6mg，庆

大霉素8万U，α-糜蛋白酶4000U。治疗输卵管阻塞210例，均为医院不孕症门诊患者。全部符合中医及西医诊断标准，180例经子宫输卵管造影确诊，30例经腹腔镜确诊，未发现其他不孕原因。年龄21~35岁，平均27.5岁，不孕年限0.5~6年。治疗方法：将210例患者随机分为两组，对照组80例，于月经后口服桂枝茯苓胶囊（江苏康缘药业股份有限公司生产），每日3次，每次3粒（每粒0.31g），连续服用至月经期停药。治疗组130例，所服药物同对照组，同时给予中药保留灌肠。疗效标准：治愈：输卵管通畅，推注药物顺利，无阻力，无外溢，患者无明显腹痛。有效：输卵管通而不畅，推注药液有阻力，加压推注药液，少许外溢，能推注药液但不顺畅，患者有腹痛，但能忍受。无效：输卵管不通，推注药液阻力大，推注困难，药液大部分外溢，患者腹痛难忍受。治疗结果：治疗组130例，治愈108例，有效19例，无效3例，总有效率97.69%；对照组80例，治愈50例，有效18例，无效12例，总有效率85%。3个疗程结束后治疗组总治愈率为83.07%，对照组总治愈率为62.5%。

宋秀勉治疗1998年2月~2002年6月在门诊就诊的不孕症患者，排除生殖器畸形，阴道、宫颈、宫腔疾病，盆腔结核、肿瘤等，排卵正常，男方精子正常，共102例，随机分为观察组52例和对照组50例。年龄在25~36岁，平均29.1岁。不孕年限为2~6年，观察组继发不孕42例，其中有1次人流史17例，2次以上11例，自然流产1次者2例，生育1胎11例（其中有1次以上人流史者7例，无人流史者4例），宫外孕病史1例；原发不孕10例。对照组继发不孕44例，其中有1次人工流产史18例，2次以上16例，生育1胎10例（有1次以上人流史者6例，无流产史者4例）；原发性不孕6例。两组比较经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$）。均做输卵管通畅试验或输卵管碘油造影，输卵管完全不通。观察组：在做输卵管通液试验或造影后，待下次月经干净3天，查血常规正常，白带清洁度Ⅰ度者，给予复方丹参注射液5~20ml加地塞米松注射液5mg，经双腔气囊管缓慢注入宫腔，并保留1h，1日1次或隔日1次，每1个月经周期3~4次为1个疗程，加服桂枝茯苓丸。对照组：通液试验或造影

后给予下腹理疗，加服桂枝茯苓丸。治疗3个疗程进行疗效评价，随访半年。疗效标准：①治愈：宫腔注入复方丹参注射液20ml无阻力，有的已怀孕；②好转：输卵管通而不畅，宫腔注入液体20ml，但有阻力并有少量外溢；③无效：输卵管仍不通。观察组总有效率69.23%，对照组总有效率46%；观察组总妊娠率61.54%，对照组总妊娠率28%。桂枝茯苓丸口服配合输卵管通液注药术疗效优于配合下腹理疗。

陈衍翠观察符合不孕症诊断要点，月经基本正常，并经输卵管碘油造影确诊为输卵管阻塞性不孕症的128例患者，随机分为两组。其中治疗组93例，年龄最小23岁，最大40.5岁，平均29.5岁；婚龄最短2年，最长15年，平均7.5年。对照组35例，年龄最小23.5岁，最大40岁，平均29岁；婚龄最短2年，最长14.5年，平均7.4年。两组病人的年龄、病程均无统计学差异（u检验，均$P>0.05$），有可比性。两组病人，均于月经干净后4～7天，以生理盐水20ml、庆大霉素8万U、地塞米松5mg、α－糜蛋白酶5mg行输卵管通液术，并同时给予环丙沙星0.4g，每日2次，阿莫西林1.0g，每日3次，连服3～5天。在此基础上，治疗组：再给予中药自拟不孕症Ⅱ方（药物组成为：桂枝、茯苓、牡丹皮、赤芍、桃仁、莪术、炮穿山甲、威灵仙、连翘、薄公英、香附等），加水1000ml，煎至100～120ml，冷却至（39±1）℃保留灌肠后即给予腹部波姆光（BMP）理疗30min。嘱8～12h内勿排大便。自月经干净后3～7天开始连续治疗10天。2个月为1个疗程；对照组：再给予复方丹参片，每次3片，每日3次，疗程同治疗组。两组病人均于治疗1个疗程后做输卵管碘油造影复查，并追踪随访15个月。疗效评定标准：治愈：治疗1个疗程后输卵管造影复查示双侧输卵管通畅，停药15个月内受孕者；有效：治疗1个疗程后输卵管造影复查示输卵管一侧通畅或双侧通而欠畅者；无效：未达到上述标准者。治疗组93例，痊愈67例，占72.50%；有效11例，占11.82%；无效15例，占16.12%；总有效率为83.88%。对照组35例，痊愈12例，占30.00%；有效3例，占8.57%；无效20例，占57.14%；总有效率为42.85%。治疗组与对照组相比：治愈率及总有效率均有极显著性差异，χ^2检验

P 均 <0.01。

陈月琼取甲硝唑注射液200ml、氧氟沙星注射液300～500ml、生理盐水100ml加入α－糜蛋白酶4000U、地塞米松10mg、庆大霉素16万U、2%利多卡因5ml、5%碳酸氢钠10ml；每周1次，2～4次1个疗程。采用江苏省扬州市华星医疗器械实业有限公司生产的一次性使用麻醉穿刺包，确诊病例取头低臀高仰卧位，在常规消毒下，铺无菌巾，于脐与髂棘连线外1/3处，相当于麦氏点或反麦氏点处作为穿刺点。用0.5%利多卡因行局部麻醉，深达腹膜，用穿皮针头在穿刺点皮肤扎一小孔，叫患者鼓起腹部，用“E”形腰椎穿刺针在穿刺点小孔上垂直刺入腹腔，穿透筋膜、腹膜时针头有阻力感，针头穿透腹膜时阻力感消失，拔出针芯，置入麻醉导管15～20cm，退出穿刺针。退出穿刺针时，要边向腹腔内推导管，边退出穿刺针，防止导管被穿刺针切断遗留在腹腔或腹壁；导管置好后，将导管用连接器与腹腔灌注药物连接滴注。腹部穿刺点用无菌纱布覆盖，并将导管固定在穿刺点上，防止导管滑脱。置管时如有阻力，叫患者再将腹部鼓起，一般能顺利将导管置入，如仍有阻力，置管困难，将导管连同穿刺针一起拔出，不能只拔出导管不拔出穿刺针，以防止导管被穿刺针切断，检查导管是否断、裂，如果没有，重新按上述方法进行穿刺。如发现导管被切断遗留在腹腔，马上在穿刺点部位开腹取管。在治疗的同时给予下腹部微波治疗，每次30min，每日1次，连续10天，同时口服桂枝茯苓丸。治疗2003年1月～2006年1月31日收治输卵管阻塞性不孕患者92例，所有患者经过输卵管通液术或输卵管造影术证实输卵管阻塞。患者均于充分知情的情况下，自愿选择静脉滴注法或腹腔灌注法进行治疗。52例选择腹腔灌注抗生素、微波综合治疗，患者平均年龄（28.4±3.6）岁（22～38岁之间），平均不孕年限（3.8±1.5）年（1～9年），既往妊娠0～5次，5例患者有宫外孕、卵巢良性肿瘤开腹手术、宫外孕保守治疗史。40例选择静脉滴注抗生素与微波综合治疗，患者平均年龄（27.8±3.2）岁（22～36岁之间），平均不孕年限（3.5±1.8）年（1～7年），既往妊娠0～4次，有3例患者有宫外孕、卵巢良性肿瘤开腹手术史。两组患者上述指标差异无显著性（$P>0.05$）。①对照组采用甲硝唑注射液200ml、氧氟

沙星注射液200ml或头孢噻肟钠静脉滴注，每日1次，7天为1个疗程。②治疗组采用腹腔灌注法，药物同对照组，同时口服桂枝茯苓丸。两组患者均在治疗后的第1~2个月，月经干净3~7天行输卵管通液或造影术。治疗组治疗后输卵管通畅45例（86.6%）、通而不畅5例、完全不通畅2例；对照组治疗后输卵管通畅19例（47.5%）、通而不畅12例、完全不通畅9例。治疗组治疗效果明显优于对照组，$P<0.01$。

【病案举例】

刘美玲，女，33岁，于1992年6月27日初诊。结婚4年未生育，常感两侧少腹痛、腰酸痛，每遇行经，腹痛甚。经色紫暗有块，乳房胀，舌质暗、苔薄白，脉沉细。妇科检查：外阴已婚型，宫颈光滑，宫体后位，活动、大小正常，两侧附件增粗、压痛。基础体温双相。碘油造影：双侧输卵管阻塞。诊断：①不孕症；②痛经。证属气滞血瘀，治以活血化瘀、温经通络。处方：桂枝、桃仁各10g，茯苓、丹参、穿山甲各15g，牡丹皮、赤芍各12g，香附、乌药各12g，当归20g。水煎服，每日1剂。外敷消癥汤（透骨草30g，羌活、独活各35g，肉桂15g，乳香、没药、当归、红花各20g，丹参、赤芍各25g，艾叶15g，防风10g）。连续治疗3个多月后怀孕，于1993年8月7日分娩一男婴。

按：笔者治疗输卵管阻塞，以中医理论为主导，慎选活血化瘀、疏通经络之品，还要根据现代医学检验客观指标，灵活运用温阳化瘀、理气化瘀、清热化瘀、燥湿化瘀、消癥化瘀等法。与此同时，外敷药与内服药并用，使药力直达病所，以疏通输卵管而达到受孕之目的。

二十七、排卵障碍性不孕

排卵是一个极其复杂的生理过程。女性生殖系统最显著的生理特征之一就是其周期性变化。排卵是卵细胞从卵泡逸出的过程，它是整个生殖过程的关键环节。若上述调节过程的任何一个环节的功能失调或器质性病变，都可能造成暂时或长期的排卵障碍，导致不孕。中医学认为不孕症与肝、肾关系密切。肝藏血，肾藏精，主生

殖，而胞脉系于肾，且肝肾同源，是孕育胞胎的物质基础。排卵功能障碍从其临床表现看，一般多属血虚肾虚。血虚当补，补血即可补充卵泡生发的物质基础；肾虚当补，补肾即可提高和改善卵巢的分泌功能。

【临床应用】

匡海杰等用桂枝茯苓丸加减，基本组方：菟丝子30g，枸杞子20g，桂枝10g，茯苓10g，白芍20g，牡丹皮10g，桃仁10g，川椒3g，角胶10g。加减：输卵管阻塞、附件包块严重者加荆三棱、莪术；气血虚弱者加人参、黄芪；偏阳虚者加巴戟天、肉苁蓉；偏阴虚者加女贞子、龟板胶；血瘀重者加丹参、红花；腰膝酸软者加杜仲、桑寄生、川断；胃纳差者加山药、鸡内金；伴慢性宫颈炎加黄柏；白带下多者加芡实、海螵蛸；子宫发育不良者加紫河车、海马；少腹胀痛者加延胡索、五灵脂；肝郁气滞者加香附、乌药。上药用50℃水浸泡1h，每日1剂，水煎2次，滤取药液混匀，分2次服完，每次约200ml，于每月月经周期第3天开始服药，连服12天为1个疗程。忌生气、辣椒、烟、酒。1999～2004年应用桂枝茯苓丸加减治疗女性排卵功能障碍性不孕症67例，其中，年龄24～30岁38例，31～35岁20例，36～39岁9例；原发性不孕42例，继发性不孕25例。于每月月经周期第3天开始服药，连服12天为1个疗程。结果：治愈：有排卵，且已受孕42例；显效：已有排卵，临床症状消失，但尚未受孕17例；无效：无排卵，临床症状无改善8例。总有效率88.1%。

二十八、未破裂卵泡黄素化综合征

未破裂卵泡黄素化综合征是指有规律的月经周期，并假设有排卵，而实际月经中期卵泡未破裂、无排卵的一组症状群。LUFS的发病机制目前尚不十分明确。多数学者认为与中枢神经因素（即LH分泌不足或异常）、局部因素（即盆腔炎、子宫内膜异位等所致的机械性卵泡未破裂综合征）及药物因素（如CC、HMG等）有关。这些在中医学属“不孕症”的范畴。“肾藏精”、“肾主生殖”，故不孕症多责之于肾。《景岳全书·妇人规·子嗣》指出：“产育由于气血，

气血由于情怀，情怀不畅则冲任不充，冲任不充则胎孕不受。”所以该病与肝肾及冲任功能密切相关。若肝肾功能协调，则疏泄有度，开合有节；若肝肾功能失调，则闭疏失度，开合无节，冲任不充，从而导致不孕。故治当益肝肾、调冲任、理气血。

【临床应用】

杨鲁一嘱患者均于整个月经周期服用自制的中药“坤宝饮”（主要成分为：黄芪、菟丝子、当归、枸杞子、覆盆子、丹参各15g，熟地黄18g，阿胶、羌活各9g，田三七3g），每日250ml，分3次口服；于月经第11～16天加服桂枝茯苓丸（汤）加味方（主要成分：桂枝、茯苓、桃仁各12g，牡丹皮、赤芍、穿山甲各15g，急性子3g，皂角刺9g，土鳖虫10g），每日1剂煎服；同时选取关元、子宫（双）、气冲（双）、地机（双）、太冲（双）、血海（双）、合谷（双）等穴位3～5个进行针灸，共6天。诊断为小卵泡型者，除上述治疗外，于月经第5天加服克罗米酚每日50mg，共5天，3个月为1个疗程。服药同时，由专人行B超监测排卵情况，仪器为德国西门子Adara［亚当］全数字化超声诊断仪216～510HMZ探头频率，于月经周期的第10～11天开始，在B超下动态监测卵泡发育，待卵泡发育最大直径至1.5cm左右，加服桂枝茯苓丸（汤）加味方；B超显示卵泡发育最大直径至1.8cm左右，配合选穴针灸以促排卵。视卵泡发育情况，每1～2日监测1次，至排卵或经期前。采用诊断标准参照《妇产科综合征》及有关资料定为：①不明原因不孕症史；②BBT呈双相型曲线；③诊刮子宫内膜呈分泌期变化；④B超监测显示卵泡增长、成熟，但无排卵征象；⑤B超监测卵泡发育正常或小于正常，而腹腔镜检查示卵巢无排卵孔，卵泡发育成熟时患者尿LH试纸仍为阴性，在患者的黄体期血中孕酮含量低于正常值（正常值≥50ng/ml）。治疗来源于其医院1994年1月～2002年1月不孕症专科门诊的不孕症患者，共7000余例，经筛查诊断为LUFS者共520例，占我院不孕病人的7.42%。有完整治疗资料者480例。年龄23～38岁，平均27.6岁；其中婚后1～3年不孕者190例（39.6%），4～6年不孕者230例（47.9%），>6年者60例（12.5%）；临床表现除不孕外，原发不孕48例，继发不孕132例；390例（81.2%）患者

有经前期乳胀或经期腰酸、腹痛，其中260例患者经期有血块，130例可见舌上及边缘有瘀点；经B超诊断为小卵泡型者158例（卵泡直径<118cm），大卵泡型即典型LUFS者320例［卵泡直径（3.9±0.45）cm，最大为5cm］，正常卵泡型2例；卵泡成熟时，患者尿LH试纸均为阴性；部分患者经腹腔镜检查，卵巢表面无排卵孔；黄体期患者血中孕酮含量均低于正常值。疗效判定：显效：治疗3个月（1个疗程）内患者受孕或B超显示排卵成功；有效：治疗3~6个月（2个疗程）受孕或排卵成功；无效：治疗6个月后仍无成功排卵者。治疗结果：480例患者，显效196例（40.9%），有效232例（48.3%），无效52例（10.8%），总排卵成功率为89.2%。其中受孕229例，受孕率占排卵成功率的53.5%，均足月分娩，无一例流产。妊娠率占总LUFS的47.7%。

赵彦嘱患者均于整个月经周期服用右归丸为主方，随症加减（主要成分为：黄芪、菟丝子、紫河车、枸杞子、覆盆子、丹参各15g，熟地黄18g，仙灵脾9g，香附10g），水煎250ml，分3次口服；于月经周期的第11~16天加服桂枝茯苓丸加味方（主要成分：桂枝、茯苓、桃仁各12g，牡丹皮、赤芍、穿山甲各15g，枳壳、路路通各10g，皂角刺9g），水煎1剂，口服。同时选取关元、子宫（双）、三阴交（双）、大赫、中极等穴位2~3个进行穴位注射。具体操作如下：注射针抽取黄芪、当归注射液各2ml，快速刺入穴位皮下，缓慢进针提插后局部有胀感并向外生殖器或足底放射，回抽无血时，每穴位注射药液1ml左右。出针后压迫止血，并按摩3~5min。视卵泡发育情况，每1~2天B超监测1次，直至排卵。治疗经筛查诊断为LUFS者共23例。年龄23~40岁，平均28岁；其中婚后1~3年不孕者9例，4~6年不孕者11例，>5年者3例；原发不孕17例，继发不孕6例；人流史或药流史8例，合并有妇科炎症10例，已做系统治疗；诊断子宫内膜异位症3例，盆腔粘连2例，原因不明1例，诊断为LUFS并用绒毛膜促性腺激素（HCG）或中药治疗失败者6例。全部病人月经周期正常（28~35天），有腰酸乏力、小腹凉感10例，有痛经史8例，有经前心烦易怒、乳房胀痛6例，无任何症状者6例。做不孕症系统检查，除外男方因素，女方输卵管因素及子

宫、免疫因素等所致不孕症。给予患者整个月经周期右归丸加减口服，于月经周期的第11～16天加服桂枝茯苓丸加味方，同时配合穴位注射。疗效标准：显效：治疗3个月（1个疗程）内患者受孕或B超显示排卵成功；有效：治疗3～6个月（2个疗程）受孕或排卵成功；无效：治疗6个月后仍无成功排卵者。治疗结果：显效9例，有效11例，无效3例，总排卵成功率为86.9%，其中受孕10例，受孕率占排卵成功率的50%，均足月分娩。

【病案举例】

姜某，女，28岁，1998年4月20日来诊。婚后4年未避孕而未孕。初潮年龄15岁，月经周期30～32天，每次行经5～7天，末次月经1998年4月18日（LMP），有痛经史。曾在外院检查，子宫输卵管造影显示双侧输卵管通畅，抗精子抗体（ASAB）、抗子宫内膜抗体（EMAB）均为阴性。BBT双相，男方精液常规检验正常。3月份在外院使用CC＋HCG方案后，月经第14天B超监测卵泡发育，左侧卵巢内可见4.7cm×3.5cm大卵泡，内见光点，囊液混浊；BBT上升后3天，B超显示该卵泡仍在；BBT上升后5天，腹腔镜未发现左侧卵巢有排卵孔，可见子宫后壁和子宫直肠窝内有少许暗紫色异位的子宫内膜病灶。患者4月20日来诊时为月经第3天。症见：面色不华，经期腹痛，经血有小紫血块，舌紫黯，边缘有少量瘀点，脉沉涩。给予坤宝饮（主要成分为：黄芪、菟丝子、当归、枸杞子、覆盆子、丹参各15g，熟地黄18g，阿胶、羌活各9g，田三七3g），每日250ml口服。月经第11天B超监测显示，右侧卵巢有一1.4cm×1.2cm卵泡发育。同日加服桂枝茯苓丸（汤）加味方，5剂。月经第14天，右侧优势卵泡发育至2.0cm×1.9cm，张力大，囊液清，宫颈黏液拉丝度好，镜下可见典型的羊齿状结晶；尿LH试纸阳性。当日配合选穴针灸：关元、子宫（双）、太冲（双）、合谷（双），每次30min，共3天。嘱其即日起有性生活，隔日1次。月经周期第16天，B超显示右侧卵巢内优势卵泡消失，子宫直肠窝内可见大量积液。BBT上升后22天月经未潮，尿妊娠试验阳性。1999年2月足月顺产一男婴。

孙某，女，26岁，2001年9月21日就诊。婚后2年夫妇同居未

避孕而未孕。初潮年龄17岁，月经周期26天左右，经期3～4天。经前乳房胀痛，经期腰酸，舌淡红，苔薄白，脉沉弦。子宫输卵管造影显示正常；抗精子抗体（ASAB）、抗子宫内膜抗体（EMAB）均为阴性；基础体温双相。来诊日为月经期第12天，B超监测卵泡发育：右侧卵巢内未见，左侧卵巢有一1.5cm×1.3cm的卵泡发育。第14、16、18天观察3次，显示卵泡直径无明显变化，但是囊壁明显增厚，囊内可见大量光点；BBT于月经周期第17天上升，18天检验血中孕酮明显低于正常值。西医诊断：未破裂卵泡黄素化综合征（小卵泡滞留型）；中医诊断：不孕症（肝肾不足，气滞血瘀）。治拟：补益肝肾，理气活血，软坚通络。患者于月经周期第5天口服克罗米酚每日50mg（共5天）和坤宝饮（主要成分为：黄芪、菟丝子、当归、枸杞子、覆盆子、丹参各15g，熟地黄18g，阿胶、羌活各9g，田三七3g）250ml，每日1剂。月经周期第11天B超监测显示左侧卵巢内可见一1.6cm×1.4cm的卵泡，当日加服桂枝茯苓丸（汤）加味方，每日1剂，共5天。第13天B超显示左侧卵泡已成熟，2.1cm×2.0cm大，囊液及张力良好；宫颈黏液呈现典型的羊齿状结晶；尿LH试纸阳性。同日选穴针灸：子宫（双）、关元、太冲（双）、血海（双）、地机（双）。嘱患者有规律性生活。月经周期第15天，B超显示：左侧优势卵泡消失，子宫直肠窝可见0.8cm的积液。当月受孕，次年7月剖宫产一女婴。

按：笔者认为，未破裂卵泡黄素化综合征与肝、肾及冲任失调密切相关。以往单用西药治疗，效果欠佳。采用坤宝饮以补肾养血、活血助孕，并在患者卵泡成熟期选用活血消癥之桂枝茯苓丸（汤）加急性子、皂角刺、穿山甲等活血化痰软坚之品，从而促使卵子正常释出。克罗米芬是一种人工合成的非类固醇复合物，可抑制下丘脑和垂体部位的雌激素受体，增加促性腺释放激素（GnRH）分泌而使促黄体激素（LH）和促卵泡激素（FSH）分泌增加，促进卵泡发育及正常排卵。因此，中、西药合用可使本症患者达到正常排卵、受孕的目的。

李某，女，30岁，中学教师，2000年10月9日初诊。患者婚前曾行人流术1次，婚后3年一直未孕。1999年12月始月经迟至，

45～60天一潮，曾经在外院治疗，现月经恢复正常。B超系列监测有优势卵泡，张力低，BBT上升后仍旧存在，直至经行消失；BBT呈双相型，但黄体中期稍低；输卵管造影示通畅。丈夫精液常规正常。西医诊断为未破裂卵泡黄素化综合征。就诊时患者诉经前乳胀、腰酸痛，经期有轻微腹痛，经血黯红，有血块，经量尚可。白带正常，偶见拉丝白带。性功能正常。平素倦怠乏力，手足不温。舌淡暗、有瘀斑、苔薄，脉沉细。中医辨证为肾虚血瘀型。治以补肾调肝、活血通络为法，口服基本方（主要成分为：黄芪、菟丝子、紫河车、枸杞子、覆盆子、丹参各15g，熟地黄18g，仙灵脾9g，香附10g）加陈皮6g、郁金12g。于月经周期的第11天加服桂枝茯苓丸加味方（主要成分：桂枝、茯苓、桃仁各12g，牡丹皮、赤芍、穿山甲各15g，枳壳、路路通各10g，皂角刺9g），并配合穴位注射疗法，第1周期仍未排卵，第2周期重复上述治疗成功。治疗2个月，于2001年8月7日顺产一女婴。

按：笔者旨在阴阳并调，兼以活血，使阳施阴化，阴精成而利于外泄，促成熟的卵泡破裂，卵子排出。配合穴注局部给药，不仅使药物发挥其相应特有的治疗作用；而且药物循经直入患处，最大限度地发挥药物效应。通过经络影响所属脏腑，激发和调节机体内在的生理功能，使之起到治疗和增强免疫的作用。

二十九、卵巢囊肿

卵巢囊肿是妇科常见的肿瘤之一，是指发生于卵巢的囊性肿物。绝大多数卵巢囊肿为良性，亦有少数属恶性或有恶变的可能。可发生于任何年龄，但30～40岁发病率最高。本病属中医学“癥瘕”范畴。卵巢囊肿首见于《金匮要略·妇人妊娠脉证并治》其曰：“妇人宿有癥病，经断未及三月，而得漏下不者，胎动在脐上者，为癥痼害。……下血者，后断三月衃也。所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。”仲景所指的癥病相当于妇人腹部的肿瘤包块，卵巢囊肿属此范畴。在治疗方面张仲景首先提出宜用下法，药用桂枝茯苓丸，寓活血化瘀以除瘤之意。气血津液失调是卵巢囊肿的病机关键，本虚标实是发生机制，肝血不足、肝郁脾虚为本，气滞血

瘀、痰瘀互结为标。多数医家认为气滞血瘀、痰瘀互结是卵巢囊肿的主要病机。

中医目前对卵巢囊肿的治疗，除活血化瘀外还采用了祛痰、利湿、清解、散寒、软坚等诸法，在方剂的应用上临床多选用东汉张仲景的桂枝茯苓丸。现代医学认为，桂枝茯苓丸能够改善卵巢、附件等组织、器官的微循环，增加局部的血流量，使囊肿内的水液消散，软化纤维组织，使囊壁包膜溶解吸收而囊消病除。

【临床应用】

姜玉凤用桂枝茯苓丸合金铃子散加减：桂枝 6g，茯苓 15g，赤芍、牡丹皮、桃仁、金铃子、延胡索、当归尾、浙贝母各 10g，红藤、败酱草各 30g，生甘草 3g。白带多者加黄柏、椿根皮；腰痛加川断、桑寄生；少腹有下坠感者加黄芪。治疗期间停用其他药。治疗卵巢囊肿 15 例中，年龄最小 26 岁，最大 40 岁。囊肿最小 1.7cm × 2.5cm × 2.0cm，最大 5.1cm × 5cm × 5cm，均 B 超确诊。妇科检查均可触及一侧附件有大小不等的肿块，伴轻度压痛。自觉少腹胀痛或有下坠感、腰痛，均有月经不调。方用桂枝茯苓丸合金铃子散加减治疗。治疗结果：15 例经治疗自觉症状逐渐下消失，妇科检查转阴，B 超复查囊肿全部消失。服药时间最短 1 个月，最长 4 个半月，平均 46 天。

吴金娥等以桂枝茯苓丸为基本方，药用：桂枝 10g，茯苓 15 ~ 20g，赤芍 15g，牡丹皮 10g，桃仁 10g（打），青皮 10g，小茴香 6g，川楝子 10g，昆布 10g，海藻 10g。湿热甚者加苍术、蒲公英；腰骶部酸胀者加杜仲、巴戟天；乳房胀痛者加用柴胡、郁金、白芍。每日 1 剂，水煎早、晚分服。20 天为 1 个疗程，间隔 1 周再行第 2 个疗程，月经期暂停服药，治疗 1 个疗程后复查 B 超。2 个疗程无效改用其他疗法。治疗卵巢囊肿 50 例：患者均为已婚妇女；年龄 20 ~ 34 岁 24 例，31 ~ 40 岁 21 例，41 ~ 45 岁 5 例；病程最长 12 年，最短半年。全部病例均经妇科或 B 超检查确诊，肿块最大为 7.5cm × 5.8cm，最小为 4.5cm × 3.2cm。均排除恶性肿瘤。伴原发性不孕 12 例，继发性不孕 27 例，结扎术后 11 例。治疗方法：用桂枝茯苓丸加减。每日 1 剂，水煎早、晚分服。20 天为 1 个疗程，间隔 1 周再行第 2 个疗程，

月经期暂停服药。治愈：临床症状消失，妇科检查正常，B超复查肿块消失；显效：临床症状消失，妇科检查正常，B超复查肿块缩小在1cm以内；无效：临床症状部分好转，但B超检查肿块无任何变化。服药2个疗程后治愈47例，显效2例，无效1例，总有效率为98%。

孔令梅等用桂枝茯苓丸为基本方，药用：桂枝15g，茯苓15g，牡丹皮10g，赤芍15g，桃仁10g，昆布15g，海藻20g，牡蛎30g，蜂蜜30g，醋30g，每日1剂。加减：气滞血瘀明显者加丹参、三棱、莪术；便秘加大黄，瘀积较久者加炮穿山甲、鳖甲；体胖痰湿盛者加陈皮、贝母、夏枯草；体弱者加人参、黄芪、当归。治疗卵巢囊肿50例中，一侧患病者38例，双侧患病者21例，年龄20～30岁21例，31～40岁26例，41岁以上3例；病程最短者3个月，最长6年。50例均经B超确诊。疗效判定标准：痊愈：临床症状全部消失，B超检查囊肿消失；好转：临床症状基本消失，B超检查囊肿明显缩小；无效：临床症状存在，B超检查囊肿未见缩小。治疗结果：痊愈24例，好转23例，无效3例，总有效率94%。

王惠兰均以桂枝茯苓丸加味治疗，药用：桂枝15g，茯苓15g，牡丹皮15g，赤芍15g，桃仁15g，黄药子30g，鸡内金15g，水蛭15g（焙干研末装胶囊冲服），荔枝核15g，乌药15g。每日1剂，水煎分4次服。另在服汤药的同时，加服大黄䗪虫丸1丸，早、晚各1次。一般以服药3个月为1个疗程，少数病例加服1个疗程。治疗卵巢囊肿患者300例中，发病年龄25～50岁，平均37岁。患者早期均无特殊自觉症状，仅有腰酸或小腹下坠感，亦有伴月经及白带改变者，大多数患者是在健康普查中或以不孕症来诊时发现，因此多数患者病程不易明确。本组病例均经妇科检查和B超检查而确诊，并排除恶性病变。囊肿大小在8cm×8cm以内，大于此者建议采用手术治疗。囊肿蒂扭转的急诊病例，亦不在本文观察范围。疗效标准：痊愈：临床症状消失，妇科检或明显缓解，妇科检查及B超证实囊肿缩小一半以上；无效：临床症状缓解不明显，妇科检查及B超证实囊肿缩小不及一半或囊肿增大。治疗结果：本组300例经1～2个疗程治疗后，痊愈255例（85%），好转30例（10%），无效15例（5%），总有效率为95%，所有病例在服药过程中未出现明显不

良反应。

史根兰等用桂枝茯苓丸加减为基本方：桂枝 15～20g，茯苓 15～20g，牡丹皮 15～20g，桃仁 15～20g，赤芍 15～20g，丹参 10～20g，薏苡仁 30～50g。血热者加生地黄、黄芩；血虚者加当归、阿胶；漏下不止者加槐花、赤石脂；带下量多者加黄柏、椿根皮；贫血者加黄芪、党参、何首乌。每日 1 剂，水煎服，15 日为 1 个疗程。一般连服 2 个疗程。治疗卵巢囊肿 36 例，年龄最大 47 岁，最小 24 岁，平均 35.5 岁；病程最长 10 年，最短 3 个月。临床表现有下腹坠痛不适、腰酸痛，月经前后无定期或下腹部有包块。B 超检查提示：单侧囊肿 31 例，双侧囊肿 5 例。囊肿最大者为 12cm×10cm×8cm，最小者 6cm×5cm×4cm。卵巢囊肿蒂扭转，伴心、肝、肾功能不全，全身功能衰竭，囊肿有恶变可疑，合并妊娠者，均不在观察之列。桂枝茯苓丸加减，每日 1 剂，水煎服，15 日为 1 个疗程。一般连服 2 个疗程。本组 36 例，全部治愈。服药最少 15 剂，最多 60 剂。

陈玉聪处方以消瘰丸（玄参、牡蛎、贝母《医学心悟》）合桂枝茯苓丸（桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药《金匮要略》）为基础方，加皂刺、山慈菇、夏枯草、白芥子组成。每日 1 剂，2 周为 1 个疗程，每疗程后 B 超复查观察囊肿状态。随症加减：月经量多者去桃仁、牡丹皮，加田七（少量）、阿胶；腹痛甚者加乌药、延胡索；气虚者加生芪、党参；月经暗红有瘀块者加失笑散（蒲黄、五灵脂）；冲任有热者加栀子。治疗卵巢囊肿 83 例，B 超检查为单侧发病，边界清晰光滑，内部呈无回声或少许弱回声，或分隔光带的生育期病人。随机选择单侧囊肿不大于 6cm 的为治疗对象。其中 20 岁以下 6 例，20～30 岁 20 例，30～40 岁 40 例，40 岁以上 17 例。无自觉症状，体检中 B 超检查发现的 40 例，阴道不规则流血就诊的 8 例，月经紊乱就诊的 25 例，下腹部不适感就诊的 10 例。囊肿小于 2cm 的 35 例，2～3cm 的 20 例，3～4cm 的 13 例，4～5cm 的 10 例，5～6cm 的 5 例。以消瘰丸合桂枝茯苓丸加减，每日 1 剂，2 周为 1 个疗程。B 超检查囊肿完全消失为治愈；囊肿缩小为有效；治疗 6 个疗程后，囊肿不缩小或反而增大，或转为实性肿物为无效。83 例经治疗后痊愈 61 例，有效 12 例，无效 10 例，有效率 87.9%。其中 2cm 以下病

例痊愈34例，无效1例；2～3cm的病例痊愈15例，有效4例，无效1例；3～4cm的病例痊愈7例，有效4例，无效2例；4～5cm的病例痊愈5例，有效2例，无效3例；5～6cm的病例痊愈1例，有效1例，无效3例。疗程最短的15天，最长的3个月。

祝云以桂枝茯苓丸合当归芍药散为基本方随症加减。基本方：桂枝、牡丹皮、桃仁、当归、川芎、白术、泽泻各15g，茯苓、芍药、海藻各30g，水蛭10g（焙干研末装胶囊冲服）。加减：腹痛者加延胡索、川楝子各15g；月经量多、经期延长者加荆芥炭10g，旱莲草15g；若血象中白细胞总数升高加败酱草30g；痰湿甚者加昆布15g、半夏15g；瘀血重者加三棱15g、莪术15g；大便秘结者加大黄。每日1剂，水煎服，早、晚各1次。1个月为1个疗程。每个疗程后复查1次B超。治疗卵巢囊肿80例，年龄最大48岁，最小19岁。均以B超为诊断依据。双侧卵巢囊肿12例，单侧68例；囊肿最大为7cm×6cm×4cm；最小2.0cm×3.0cm×1.2cm；伴月经紊乱23例。本组病例治疗前均动态观察1个月，排除囊肿自然消退的可能。服药3个疗程后，自觉症状全部消失，B超检查卵巢囊肿消失为治愈；自觉症状全部消失，B超检查卵巢囊肿在原基础上缩小2/3为显效；自觉症状无改善，B超检查卵巢囊肿在原基础上缩小1/3为有效；自觉症状无改善，B超检查无变化为无效。本组80例，经30～90天治疗，痊愈49例，占61.25%；显效28例，占35%；无效3例，总有效率为96.25%。

吕桂香等用桂枝茯苓丸、当归芍药散和薏苡附子败酱散合方，药物组成：桂枝、茯苓、牡丹皮各15～25g，赤芍、当归、川芎、白术各20～15g，桃仁、泽泻各25～30g，薏苡仁、败酱草各30～50g，炮附子5～15g。用法：每日1剂，煎服早、晚各1次。药物剂量可随症加减。如阳虚证明显，见四肢厥冷、少腹冷痛等，可加重附子、桂枝用量；湿热证明显，如带下量多色黄，月经先期量多，舌苔黄或黄腻，脉滑数等，可加重白术、泽泻、薏苡仁、败酱草用量，对桂枝、附子等药则减量；血瘀证明显，见舌下脉络瘀血或舌有瘀点、瘀斑、少腹痛，入夜尤甚，固定不移者，可加重川芎、当归、桃仁、赤芍用量。1个月为1个疗程，月经期停药以防经血过多，每一疗程结束时

做B超检查以观察临床疗效。治疗卵巢囊肿48例，年龄最大者54岁，最小者23岁，其中23～40岁26例，41～50岁9例，50岁以上4例；病程最短者2个月，最长者3年，其中2～6个月者32例，6个月以上者16例；病人均经妇科及B超检查确诊，左侧囊肿18例，右侧囊肿21例，双侧9例，囊肿最小1.8cm×2.5cm，最大者9.7cm×8.7cm。疗效标准：痊愈：临床症状经妇科检查、B超检查均恢复正常，随访3个月未复发；显效：临床症状经妇科检查明显改善，B超检查囊肿缩小2/3以上；有效：临床症状有改善，囊肿缩小1/2以上；无效：治疗前后无变化或加重。治疗结果：本组例中治愈22例，显效13例，有效8例，无效5例，总有效率89.6%。服药时间最短者30天，最长者130天，服药期间未发现任何不良反应。

王瑞芳等采用中药逍遥散合桂枝茯苓丸加减。基本方：柴胡10g，当归12g，白芍15g，茯苓25g，白术12g，薄荷6g，桂枝10g，牡丹皮10g，桃仁12g，半夏10g，穿山甲10g，王不留行15g。水煎服，每日1剂。加减：气虚明显者加黄芪30g，党参15g；阴虚较甚者加玄参15g，生地黄20g；阳虚者加菟丝子15g，仙灵脾15g；血虚者加黄芪30g，熟地黄20g；兼有湿热者加败酱草30g，夏枯草12g；少腹坠胀者加乌药10g，枳实10g。20天为1个疗程，月经期停止服药。治疗卵巢囊肿43例，年龄24～49岁，平均32.2岁；已婚41例，未婚2例；发病部位右侧18例，左侧22例，双侧3例；囊肿最大者11.6cm×9.6cm，最小者4.2cm×3.7cm；临床表现月经不调者18例，带下增多者19例，不孕者5例，小腹坠胀隐痛者22例，腰酸者12例，无明显症状者6例。全部病例均经妇科及B超检查确诊。采用中药逍遥散合桂枝茯苓丸加减。痊愈：囊肿消失，临床症状解除；好转：囊肿缩小，临床症状减轻；无效：囊肿无变化或增大。结果：43例中痊愈12例，好转27例，无效4例，总有效率为90.7%。治疗时间最短者1个疗程，最长者3个疗程，平均2.1个疗程。

武凤英根据卵巢囊肿患者的临床表现，拟定了活血化瘀、化痰散结的治疗原则。全部病例均以桂枝茯苓丸加味治疗，药用：桂枝15g，牡丹皮15g，茯苓15g，赤芍15g，桃仁15g，水蛭（另包）5g，三棱10g，白术10g，白芥子10g，穿山甲10g。另外，水蛭焙干研末

装胶囊药汤冲服，这样既可减轻水蛭对消化道的刺激作用，又较水蛭入煎剂中有效成分析出更充分。在上述药物基础上，还可根据病人整体状况及伴发症状给予辨证施治、随症加减：气虚者加黄芪、党参；湿盛者加泽泻、薏苡仁、车前子、猪苓；下腹痛者加川楝子、延胡索、乌药；湿热盛者加红藤、败酱草、白花蛇舌草；阳虚者加肉桂、鹿角片等。每日1剂，水煎分3次，饭后口服。1个月为1个疗程，行经期间停药，一般用药3个疗程，无效者改用其他方法治疗。治疗卵巢囊肿50例，全部为已婚妇女，年龄在22～50岁之间。大多数患者是在妇科病健康普查中，或因其他妇科病来妇科门诊就诊检查时发现的，因此多数患者病程不明确。此病患者早期多无特殊自觉症状，有的伴有腰酸、下腹坠胀感或伴月经及白带异常等，症状多不典型。诊断标准：所有病例均经妇科双合诊检查和B型超声波检查而确诊。经过严格的筛选，并排除恶性病变及卵巢、输卵管炎性包块等疾病。囊肿最大的5.8cm×6.0cm，最小者2.2cm×2.4cm，大于6cm×6cm以上者建议采用手术治疗。疗效标准：治疗后经妇科双合诊及B型超声检查，囊肿完全消失者为痊愈；囊肿较前缩小者为好转；囊肿未缩小者为无效。治疗结果：痊愈20例，好转28例，无效2例，有效率96%。痊愈者中，2个疗程囊肿消失者11例，3～4个疗程囊肿消失者9例。所有病例在服药过程中未出现明显不良反应。

程群等运用妇康汤，药物组成：桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍药、蜈蚣、土茯苓、三棱、莪术、威灵仙等。功效：温阳利水，活血化瘀。给药方法：上药每剂浓煎成450ml，分3袋装，每次1袋，每日3次于餐后1h温服，经净后第二天开始服药，20天为1个疗程。一般治疗1～3个疗程。观察2002年8月～2005年8月在荆州市中医医院妇科门诊就诊的卵巢囊肿患者。采取随机对照、开放的原则分为妇康汤治疗组40例，其中轻度10例、中度22例、重度8例；年龄（34.15±6.74）岁；病程最长4年4个月，最短3个月；已婚39例，未婚1例。桂枝茯苓汤对照组40例，其中轻度11例、中度20例、重度9例；年龄（33.46±6.81）岁；病程最长4年2个月，最短2个月；已婚38例，未婚2例。两组病例在病情轻重、年龄、病程方面无显著差异（$P>0.05$），具有可比性。病例选择：诊断标

准：参照全国高等医学院校四版教材《妇产科学》及1995年天津科技翻译出版公司《实用妇产科超声诊断学》（修订版）拟订标准。①由妇科内诊检查或肛查，于子宫旁能触及卵巢肿物，单侧居多，且其表面光滑，质地呈囊性感，活动好，无明显触痛；②经B型超声波探查提示卵巢肿块，形状规则，边界整齐、清楚，壁光滑、完整，内部为无回声暗区，或见分隔；③血清癌抗原CA125＜2014U/ml者，CEA＜4614mIU/ml。疗效判断标准：参照2002年版《中药新药临床研究指导原则》中血瘀证的疗效判定标准及《中医妇产科学》2001年10月版。治愈：卵巢囊肿经妇科检查及B超检查消失，临床症状消失，证候积分减少≥95%。显效：卵巢囊肿经妇科检查及B超检查囊肿三径之和缩小1P2以上，临床症状部分或全部消失，证候积分减少≥70%。有效：卵巢囊肿经妇科检查及B超检查囊肿三径之和减小1P3以上，临床症状部分消失或减轻，证候积分减少≥30%。无效：坚持服药3个疗程以上，妇科检查及B超检查囊肿三径之和无改变或缩小不足1cm，自觉症状减轻或无改变，证候积分减少不足30%。两组治疗3个疗程后，妇康汤治疗组总有效率92.50%，桂枝茯苓汤对照组总有效率75.00%，两组治疗结果有显著差异。

蒋惠芳以桂枝茯苓丸加味。药用：桂枝6～9g，牡丹皮、赤芍、制香附、泽泻各10g，皂角刺、桃仁、莪术、白术各12g，茯苓、车前子（包）各15～20g，夏枯草、丹参各15～30g。水煎服，每日1剂，早、晚各1次，经期停服。如腹痛严重加川楝子、延胡索各10g；腰痛加续断12g，桑寄生15g；纳差去夏枯草，加砂仁（后）5g，炒麦芽15g；囊壁厚加穿山甲12g，牡蛎（先）30g。西药以青霉素钾480万U、庆大霉素24万U静脉滴注，每日1次或普鲁卡因青霉素80万U、庆大霉素8万U，肌内注射，日2次，共5～7天。腹痛明显加甲硝唑静脉滴注，对青霉素过敏者改用林可霉素。多功能微波理疗每日1次，每次15～20min，阴道出血期间停用。治疗1周为1个疗程，每疗程结束后进行B超复查。治疗卵巢囊肿60例，均经县、市级医院妇科检查和B超证实为，其大小以直径在6cm以内为观察对象。年龄最小23岁，最大50岁，平均37岁；已婚57例，未婚3例（均有人工流产史）；病程最短2个多月，最长3年；双侧囊

肿2例，单侧囊肿58例；腹痛伴带下增多39例，腰骶痛伴白带增多5例，腹痛伴月经失调10例，妇女病普查时发现6例。综合治疗后治愈（囊肿等症状消失）35例；有效（症状消失或好转，囊肿较前缩小）2例；无效（治疗2个疗程，症状有好转，囊肿无缩小）3例。总有效率为95%。

【病案举例】

谭某，女，25岁，工人，1991年5月10日初诊。患者于4年前因未婚先孕而行人流术，术后2个月开始出现下腹部胀痛不适，每逢经期症状加重，未做系统检查和治疗。婚后症状日趋严重，每次房事后可诱发下腹部疼痛；经行不畅，量少色暗有血块，伴有腰骶部酸胀不适。诊断为右侧卵巢囊肿。因婚后未孕不愿手术而要求中医治疗。刻诊：面色不华，形体消瘦，精神抑郁，肌肤欠润，舌质暗、边有瘀点，脉沉涩。妇科检查：右侧附件区可触及一囊性肿物，表面光滑，质中，触痛明显，左侧附件（-）。B超检查：右侧附件区可探及4.4cm×3.7cm低回声区，边界清，左侧附件（-）。证属气滞血瘀，瘀血停滞，积而成癥。治以活血化瘀，行气散结。方用桂枝茯苓丸方加味：桂枝10g，茯苓20g，赤芍15g，牡丹皮10g，桃仁10g（打），青皮10g，小茴香6g，川楝子10g，昆布10g，海藻10g。每日1剂，水煎早、晚分服。连服7剂后下腹及腰骶部胀痛明显减轻，精神较前好转，药已对症，效不更方，继服10剂，诸症消失。停药1周再行妇科检查，右附件区未触及肿块。B超复查：右侧卵巢囊肿已消失，继守原方5剂巩固治疗，痊愈出院，随访至今未复发。

按：丸改汤意取速效，加入昆布、海藻、牡蛎等以增强软坚散结之力，再加入蜜、醋二味，一取蜜润滋补，一取酸收软坚，如此一润一收，促进了癥块的速行、祛邪而不伤正，所以在临床上取得较好效果。

高某某，女，38岁，少腹疼痛，月经紊乱，量多，腰痛已半年。经某医院妇科检查，附件部位触及有肿块，又经B超检查示：右侧卵巢处有一个4.8cm×3.6cm×2.7cm囊肿，左侧卵巢处有一个4.3cm×3.5cm×2.5cm囊肿，确诊为双侧卵巢囊肿。建议手术切除。患者因俱怕手术要求中药治疗。症状如前述，脉弦滑，舌紫苔腻、体

质肥胖，诊为瘀积。处方：桂枝15g，茯苓20g，牡丹皮10g，赤芍15g，桃仁10g，昆布15g，海藻20g，牡蛎30g，大黄5g，陈皮15g，贝母10g，夏枯草15g，蜜30g，醋30g，5剂。服药后，阴道排出大量血性黏液状物，无其他不适感。继服上方5剂，血性物排出逐渐减少，下腹痛减轻，又服药5剂后，血性物已无，经B超检查示：双侧囊肿均消失。为巩固疗效，又照上方做丸药一料，每丸重20g，1次1丸，1日3次，连服1个月后，临床症状均消失，月经恢复正常。临床治愈，随访2年，未见复发。

按：《金匮要略》曰："妇人宿有癥病，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。"方中桂枝通血脉，茯苓安正气，芍药和营，牡丹皮、桃仁活血化瘀，合而用之，为祛瘀化癥之剂。丸改汤意取速效，加入昆布、海藻、牡蛎等以增强软坚散结之力，再加入蜜、醋二味，一取蜜润滋补，一取酸收软坚，这样一润一收，促进了癥块的速行、俾邪祛而不伤正，所以在临床上取得较好效果。

胥某，女，28岁，1993年2月19日初诊。患者曾因右下腹包块迅速长大，在当地西医医院就诊，确诊为右侧卵巢囊肿，于月前行手术摘除术。近1个月来，患者自觉左下腹出现包块，伴腰酸、小腹坠胀、月经量减少。妇科检查：左侧附件扣及包块，活动，无压痛，表面光滑；B超提示：左侧卵巢区4.2cm×7.1cm囊性占位。舌质淡，苔白腻，脉沉细。诊为卵巢囊肿（癥瘕）。予桂枝茯苓丸加味：桂枝15g，茯苓15g，牡丹皮15g，赤芍15g，桃仁15g，黄药子30g，鸡内金15g，水蛭15g（焙干研末装胶囊冲服），荔枝核15g，乌药15g。每日1剂，水煎分4次服；并早、晚各服大黄䗪虫丸1丸。共服药30剂，腰酸、小腹下坠等症状完全消失，妇科检查双侧附件未扪及异常改变，B超检查未探及特殊回声，遂停药。鉴于患者平素体质较弱，嘱服成药归脾丸、金鸡片、补中益气丸以调养扶正，巩固疗效。

按：水蛭在本方中用量达每剂15g，大大超过常规用量。这是笔者在临床上逐渐摸索出来的，首先以小剂量开始，渐增至目前这个剂量。而且在使用过程中，将水蛭文火焙干研细，装入胶囊，随药汁冲服。这样既可避免水蛭对上消化道的刺激作用，且较水蛭入煎剂中药量更大，并易于控制和调整剂量，以充分发挥水蛭的逐瘀攻坚的

作用。

华某，女，32岁，教师，于1998年7月20日就诊。主诉：右下腹疼痛2天，伴腰酸。平素月经规律，痛经（-），二便正常。舌淡紫，苔白腻，脉沉弦而滑。B超检查示：右侧卵巢有5.0cm×4.0cm×3.5cm大小囊性肿物。治以桂枝茯苓丸合当归芍药散加味。桂枝、牡丹皮、桃仁、泽泻、白术、当归、川芎、芍药、大黄各15g，茯苓、海藻、昆布、红藤各30g，水煎，每日1剂，早、晚分服。水蛭10g焙干研末冲服。1个月后复诊，腹痛缓解，B超复查示：右侧卵巢肿物缩小，大小约为3.5cm×2.0cm×2.0cm。继服上方1个月，B超检查示：肿物消失。随访至今未复发。

按：桂枝茯苓丸是祛瘀化癥之剂，仲景用来治疗妊娠腹中癥块所致之经血漏下不止。当归芍药散仲景用来治疗妊娠脾胃虚弱、肝脾不和而致腹中绞痛。二方合用，治疗寒凝血滞湿阻之证，效果甚佳。方中桂枝温阳通血脉，桃仁、牡丹皮活血化瘀，当归活血养血，川芎理气行血，白芍调营养阴，上药合用可活血化瘀，疏通血脉；茯苓、泽泻、白术健脾利水渗湿。本方活血化瘀利水而不伤正。另外，在原方基础上，加入既能攻逐瘀血，又能通行水道的水蛭，而且加大剂量至10g，无任何副作用发生。海藻据《本经》记载："主瘿瘤结气"、"癥瘕坚气"，具有良好的消痰软坚功效，为治疗瘿瘤之要药。现代药理又证实可使卵巢增厚之包膜软解，有促使病理组织崩溃和溶解的作用。海藻、水蛭为治卵巢囊肿之要药。

王某，女，41岁，工人，1998年3月初诊。患者近1年月经先后无定期，经量、色味无异常，少腹痛，性交后明显。妇科检查：子宫大小、位置正常，右侧附件压痛，可触及鸡蛋大包块，活动度欠佳，后陷凹及宫骶韧带可扪及散在、多个小结节，触痛明显。B超显示：右侧卵巢可扪及36mm×42mm透声暗区，余无异常。面色苍白，少腹冷痛，带下量多，清稀无味，四肢末梢欠温，腰酸体倦，舌质淡黯、苔薄白，脉沉缓而滑。辨证属脾肾阳虚，寒湿内蕴以致血行不畅，蕴结而成癥瘕。处方：桂枝20g，川芎、牡丹皮、桃仁、赤芍各15g，当归、败酱草、茯苓各20g，薏苡仁各35g，炮附子15g，每日1剂。服用45剂（仅作药物剂量增减，药味不变）。月经恢复正常。

随访半年未复发。

按：桂枝茯苓丸是《金匮要略》中治疗“妇人宿有癥病”的要方，也是现代中医治疗妇科癥瘕积聚最习用的方剂，具有消瘀化癥之效。当归芍药散作为治疗“妇人怀妊，腹中病痛”的方剂，具有养血疏肝、健脾利湿的功效，不但广泛用于妇科腹痛，极为有效，对于卵巢囊肿患者腹痛、性交痛的治疗颇有效验。薏苡附子败酱散作为肠痈脓已成的处方，用败酱草破瘀消痈，薏苡仁健脾利湿，尤其配伍附子辛热散结，合于卵巢囊肿患者之病机。单用此方报道治疗卵巢囊肿者也取得了良效。笔者认此三方合用治疗卵巢囊肿，临床观察证实疗效颇佳。

石某，38岁，已婚，1995年3月2日初诊。自述月经延期半年，经量可，色黯有块，白带量多色黄，小腹坠胀隐痛。舌暗红，边有瘀斑，苔薄黄，脉弦细。腹部B超示：子宫大小正常；左侧卵巢9.6cm×7.2cm，右侧6.6cm×5.6cm，包膜完整，边界清晰。治以疏肝理气，健脾化痰，活血化瘀。予基本方（柴胡10g，当归12g，白芍15g，茯苓15g，白术12g，薄荷6g，桂枝10g，牡丹皮10g，桃仁12g，半夏10g，穿山甲10g，王不留行15g）加败酱草30g，夏枯草12g，乌药10g，枳实10g。1个疗程后复诊，症状明显好转。B超示：左侧卵巢7.8cm×6.2cm，右侧4.2cm×3.6cm。上方加减继服2个疗程，临床症状消失，B超检查恢复正常。

李某，女，29岁，生育一女。2002年妇科病普查普治中，B超检查提示：右侧卵巢液性囊肿，大小为5.5cm×5.8cm。妇科双合诊检查：右侧附件扪及包块（大小同B超所示），呈囊性，活动度好，表面光滑，无压痛，与周围组织无粘连。舌质淡有瘀斑，苔白微腻，舌边有齿印，脉细涩无力。患者平素体胖乏力，易于感冒。诊断为卵巢囊肿（癥瘕），证属气虚痰瘀互阻型，治疗以活血化瘀、消痰除癥为主，在桂枝茯苓丸加味［桂枝15g，牡丹皮15g，茯苓15g，赤芍15g，桃仁15g，水蛭（另包）5g，三棱10g，白术10g，白芥子10g，穿山甲10g］，再加上黄芪20g，泽泻10g，炒白术15g，薏苡仁20g，车前子5g，水煎服。服第1个疗程完毕后，囊肿明显缩小，B超提示：囊肿2.2cm×2.8cm；第2个疗程结束，囊肿消失，至今未再复

发。鉴于患者平素体虚易感冒，嘱服玉屏风散，以调养扶正，增强体质。

按：在桂枝茯苓丸基础上加入了水蛭、白芥子、三棱、白术、穿山甲，以加强活血祛瘀、化痰消癥之力。笔者据这几年的临床经验体会到，加用泽泻、猪苓、薏苡仁这些渗湿利水药物后，囊肿消失较快，因囊肿为液体性的。笔者在上述药物基础上，又根据患者的个体差异及伴发症状，用中医的望、闻、问、切四诊合参，在辨证施治的治疗原则前提下，随症加减，灵活应用，相得益彰，收效更快，疗效更显著。给大部分卵巢囊肿患者，在囊肿不太大（小于6cm×6cm）、不值得手术或者惧怕手术的情况下，提供了一个很好的治疗方案。

三十、卵巢癌

卵巢癌是发生于卵巢组织的恶性肿瘤。临床上可出现下腹不适、腹痛、腹部肿块、月经紊乱、压迫等症状。卵巢癌有起病隐匿、早期不易发现、易转移、预后差等特点。占所有妇科恶性肿瘤的15%左右。卵巢恶性肿瘤的发病率在女性常见恶性肿瘤中所占的百分率为2.4%～5.6%。在女性生殖系恶性肿瘤中占第三位，次于宫颈癌和宫体癌。在妇女生殖系癌瘤中，卵巢癌是造成死亡原因最高的一种肿瘤。卵巢肿瘤可以发生于任何年龄。卵巢癌属于中医学的“癥瘕”、“积聚”“肠覃”范畴。中医学认为，寒温失节，致脏腑虚弱，而饮食不消，聚结在内，则生癥瘕；寒气容于肠外，与卫气相搏，留而不去，胎生肠覃。因此本病病因为寒邪入侵，内为脏腑气虚，营卫失调所致。

【临床应用】

左志燕观察2004年1月～2005年6月住院治疗的卵巢癌患者，筛选出晚期（Ⅲ、Ⅳ期）患者60例，均经手术病理诊断，确诊为卵巢上皮性癌。将病例随机分为实验组和对照组。实验组年龄17～65岁，中位数年龄47岁；对照组年龄15～68岁，中位数年龄49岁。所有病例按照国际妇产科联盟（FIGO）2000年制定的手术及病理分期标准进行分期，治疗方法：所选病例均接受正规卵巢癌肿瘤细胞减灭术，术时于下腹部安置一保留硅胶引流管，引流术后所形成的腹

水。术后9~10天。对照组开始PC方案化疗。第1天顺铂75mg/m^2，加0.9%氯化钠液1500ml或2000ml从保留腹腔引流管灌注进去后扎管；环磷酰胺700mg/m^2，静脉注射。应用顺铂后连续3天水化，每日静脉输液量不少于3000ml，保证充足尿量，避免顺铂引致的肾毒性发生。此后，每隔21~28天化疗1次，方案同前。每次化疗常规监测CA125并行腹腔彩超检查。行3个疗程化疗。实验组除行常规PC方案化疗外，配伍口服桂枝茯苓胶囊（康缘制药生产）3粒，每天3次，饭后服，3个月1个疗程，用1个疗程；初始予奥曲肽注射0.1mg，sc，每8h用1次，2周后改用注射用奥曲肽微球20mg，肌内注射，每4周1次，连用3个月。疗效标准：完全缓解（CR）：CA125降至正常，持续时间>4周；部分缓解（PR）：CA125下降大于治疗前水平的50%，持续时间>4周；稳定（SD）：CA125下降小于治疗前水平的50%，或上升小于治疗前的25%；进展（PD）：CA125上升大于治疗前的50%。CR与PR和为总有效。治疗结果：经上述方法治疗3个月后，实验组Ⅰ期的疗效好于Ⅱ期，但差异无显著性（$P>0.01$）；实验组疗效好于对照组，差异有显著性（$P<0.01$）。

三十一、阴吹

阴吹，出自《金匮要略·妇人杂病脉证并治》。指阴中时有排气如矢气之状，甚或带有响声的证候。多因脾运不健，湿浊痞塞中焦，或肠胃燥热，腑气不通逼走前阴，或因痰湿停聚引起。

【临床应用】

王秀献等以桂枝茯苓丸合四逆散加减。药用：桂枝10g，茯苓30g，桃仁10g，赤、白芍各15g，牡丹皮10g，柴胡10g，枳实10g，大黄10g（后下）。治疗阴吹，疗效满意。

【病案举例】

张某，28岁，已婚，1998年12月10日初诊。自述阴道中时有气出，如转矢气，不能自控。1日5~7次，已月余。细究病因，患者系产后与家人发生口角、乳汁不通而致乳房胀痛伴胸胁胀满、急躁易怒、善悲易泣，常自觉气从少腹上攻胁肋至咽候，或发呃逆或复下

行至前阴排出。时感前阴如矢气声，每遇情感不遂而加重，少寐多梦大便干，舌质暗有瘀斑，苔白，脉弦。经妇科检查无异常，血、尿等化验均正常，中、西药治疗无效。根据病史及体征诊为气滞血瘀，气机逆乱，阳明腑气不循常道而别走前阴发为阴吹。方用桂枝茯苓丸合四逆散加减。药用：桂枝 10g，茯苓 30g，桃仁 10g，赤、白芍各 15g，牡丹皮 10g，柴胡 10g，枳实 10g，大黄 10g（后下），上方服 2 剂，乳房胀痛减轻，便稀，阴吹次数减至每日 3～4 次，续服 4 剂，诸症消失，阴吹停止未再发作。

按：本例为气郁，久致血亦瘀，气机逆乱，阳明腑气不通，诸症叠起，投以桂枝茯苓丸合四逆散加减使气机调顺，阴阳腑气通畅，瘀血亦除故阴吹即愈。

参考文献

[1] 秦建国，陈桂芳．桂枝茯苓丸临床应用．湖北中医杂志，1997，19（2）：50

[2] 金明玉，柳振宇．加味桂枝茯苓丸治疗痛经 50 例．长春中医学院学报，2002，18（3）：30

[3] 姜雅晴．桂枝茯苓丸加味治疗痛经 60 例疗效观察．中外健康文摘，2008，（1）：69～70

[4] 王亚茹，郝向东．桂枝茯苓胶囊联合维生素 B_6 治疗痛经临床观察．现代中西医结合杂志，2004，13（9）：1161～1162

[5] 乐杰．妇产科学［M］．第 5 版．北京：人民卫生出版社，2000：380

[6] 王志红．针药并用治疗痛经 83 例．河南中医，2005，25（5）：61

[7] 刘军，简军．桂枝茯苓丸加耳穴贴压治疗痛经 35 例临床观察．内蒙古中医药，2006，3（6）：4

[8] 王悦．桂枝茯苓丸加味治疗多囊卵巢综合征临床观察．山东医药，2006，46（1）：70～71

[9] 刘丽雪，苏建跃，杨蕴慧．桂枝茯苓胶囊治疗功能失调性子宫出血 200 例临床观察．中原医刊，2001，28（9）：59

[10] 王景福．苍附导痰丸合桂枝茯苓丸治疗功能性子宫出血 34 例．江西中医药，1996，27（5）：32

[11] 舒晓云．中西医结合治疗功能性子宫出血 40 例．河北中西医结合杂志，

1998，7（8）：1259
[12] 彭慈荫．桂枝茯苓丸治疗闭经20例报告．贵州中医学院学报，1998，5（2）：9
[13] 洪仲达．桂枝茯苓丸加味治疗经期延长36例．山西中医，1993，13（4）：20
[14] 金季苓．加味桂枝茯苓丸治疗子宫内膜异位症95例．辽宁中医杂志，1994，21（6）：271
[15] 高慧明．宫外孕Ⅱ号方合桂枝茯苓胶囊治疗卵巢子宫内膜异位囊肿30例．国医论坛，2002，17（2）：41
[16] 董爱峰．内异方合桂枝茯苓丸治疗子宫内膜异位症48例．云南中医中药杂志，2000，21（5）：27
[17] 陈建营．桂枝茯苓胶囊联合甲羟孕酮治疗子宫内膜异位症．现代中西医结合杂志，2006，15（7）：878
[18] 牛文贵．桂枝茯苓丸合吲哚美辛胶囊治疗盆腔子宫内膜异位症32例．实用中医药杂志，2007，23（3）：179
[19] 杨敏，张旭宾．中医综合疗法治疗子宫内膜异位症35例疗效观察．新中医，2004，36（4）：22～23
[20] 李怀勇．中西医结合治疗更年期综合征36例．实用医学杂志，1993，9（3）：32～33
[21] 曹泽毅．中华妇产科学［M］．第2版．北京：人民卫生出版社，2005：1361
[22] 陈国珍．桂枝茯苓丸化裁治疗慢性盆腔炎40例．吉林中医药，2005，25（3）：28
[23] 杨慧颖．桂枝茯苓胶囊治疗慢性盆腔炎100例分析．中国误诊学杂志，2007，7（8）：1802～1803
[24] 陈万秋．中药治疗慢性盆腔炎22例疗效观察．中国保健杂志，2006，14（2）：114
[25] 董晋莉，朱颖．当归芍药散合桂枝茯答丸加味治疗慢性盆腔炎40例．吉林中医药，2007，27（6）：32
[26] 孙继铭．清热解毒药在慢性盆腔炎症中的应用J实用中西医结合杂志，1991，4（4）：237
[27] 吴晋峰．中西医结合治疗慢性盆腔炎60例．陕西中医，2002，23（11）：977
[28] 肖云芳．中药加穴位封闭治疗慢性盆腔炎56例疗效观察．中国中医药信息

杂志，1999，6（8）：55
[29] 卢乔．综合疗法治疗慢性盆腔结缔组织炎66例．四川中医，2004，22（10）：66～67
[30] 王春霞，李永伟．中药内服外敷治疗慢性盆腔炎的临床应用．中国医药导报，2007，28（4）：75
[31] 张平，李莉萍，巨萍利．中药内服加灌肠配合微波照射治疗慢性盆腔炎32例．陕西中医学院学报，2002，25（4）：30～31
[32] 张金举．桂枝茯苓丸新用．新中医，2005，37（6）：18
[33] 范道远，周淑英．桂枝茯苓丸加味治疗宫外孕40例．湖北中医杂志，1996，18（5）：11
[34] 艾德明．中药为主诊治非休克型宫外孕18例临床体会．云南中医中药杂志，2000，21（6）：14
[35] 叶汉华，胡昌寿．桂枝茯苓丸合荔核散治疗宫外孕．湖北中医杂志，2001，23（3）：31
[36] 陈昌武．桂枝茯苓丸加味治疗异位妊娠31例．实用中医药杂志，2001，17（9）：14
[37] 杨修策．桂枝茯苓丸治疗宫外孕26例．光明中医杂志，1997，12（3）：30～31
[38] 谭继雪，毛则先．桂枝茯苓丸下死胎临床体会．实用中医药杂志，1997，（1）：27
[39] 梅大钊．夺命丸下鹊形畸胎案．江苏中医，1991，（10）：26
[40] 黄赟．桂枝茯苓汤加味治疗产后尿潴留93例．江西中医药，1997，28（1）：31
[41] 黄朝水．桂枝茯苓丸合五苓散治疗产后癃闭65例．福建医药杂志，1990，12（3）：65
[42] 周俊文．桂枝茯苓丸加味治疗产后发热48例疗效观察．四川中医，2008，26（2）：79
[43] 程琼璧．桂枝茯苓丸合失笑散治疗人工流产后恶露不尽42例．胡北中医杂志，1986，（2）：42
[44] 庞相荣．桂枝茯苓丸新用．新中医，2005，37（12）：73
[45] 吴凌燕．桂枝茯苓丸和生化汤治疗药物流产后胚膜残留．广西中医学院学报，2002，5（1）：8～10
[46] 陈平，刘延凤．桂枝茯苓丸加减治疗药物流产后阴道出血．山东中医杂志，2004，23（8）：508

[47] 袁庆秀，乔军，李咏．桂枝茯苓丸治疗药物流产后阴道出血106例．辽宁中医杂志，2003，30（12）：1009
[48] 邢翠玲．桂枝茯苓丸联合催产素治疗药物流产后出血105例．四川中医，2003，21（8）：61
[49] 闻秀杰，李正平，娄成立．中医中药治疗人工流产术后腰痛．黑龙江中医药，1996，（1）：47
[50] 矢数道明．汉方的临床，1981：1
[51] 姚石安．仲景方与妇科临床．国医论坛，1993，（2）：10～11
[52] 张学云．经方合用治疗妇女上环后腹痛6例．国医论坛，1999，14（2）：12
[53] 刘继刚．桂枝茯苓丸加味治疗子宫肌瘤65例．现代中医药，2003，（1）：38
[54] 苗媛秋．桂枝茯苓胶囊治疗子宫肌瘤70例观察．邯郸医学高等专科学校学报，2000，13（3）：236
[55] 刘颖，刘彬．张仲景方药加减治疗子宫肌瘤100例疗效分析．亚太传统医药，2006，（11）：79～80
[56] 杜文华．桂枝茯苓丸保留灌肠与口服治疗子宫肌瘤40例．山东中医杂志，1993，12（2）：28～29
[57] 杜爱枝，郭凤枝．米非司酮配伍桂枝茯苓胶囊治疗围绝经期子宫肌瘤32例分析．中国误诊学杂志，2006，6（13）：2587～2588
[58] 张爱玲，段广亚，乐石旺．中西医结合治疗子宫肌瘤50例．中外健康文摘，2008，5（2）：232～233
[59] 李凤军．中西医结合序贯治疗子宫肌瘤160例．河南中医，2005，25（1）：59～60
[60] 李凤芹，杨红艳，杨凤云，等．桂枝茯苓胶囊治疗子宫肥大症的体会．现代中西医结合杂志，2003，（6）：625
[61] 许世瑞，段海涛．桂枝茯苓丸治疗子宫癌15例．四川中医，1992，（9）：42
[62] 张成贵．“利坤冲剂”治疗小子宫76例．江苏中医药，2004，25（8）：32
[63] 曹泽毅．中华妇产科学．北京：人民卫生出版社，2001：1，2，2325
[64] 库玉花．内服外敷法治疗输卵管阻塞68例．光明中医，1999，14（84）：31～32
[65] 盛宝琴．中药灌肠治疗输卵管阻塞性不孕89例．浙江中医杂志，2004，（6）：246

[66] 李玉霞. 桂枝茯苓胶囊联合中药保留灌肠治疗输卵管阻塞性不孕130例. 陕西中医，2006，27（6）：661～662
[67] 宋秀勉. 中西医结合治疗输卵管阻塞疗效观察. 四川中医，2003，21（12）：56
[68] 陈衍翠，尹本玉. 中西医结合治疗输卵管阻塞性不孕症93例. 菏泽医专学报，2002，14（3）：94～95
[69] 陈月琼. 腹腔灌注抗生素、微波综合治疗52例输卵管阻塞的临床分析. 华夏医学，2007，20（4）：782～784
[70] 乐杰. 妇产科学M. 第6版. 北京：人民卫生出版社，2005：426，275
[71] 匡海杰，匡淑杰. 中医治疗排卵功能障碍性不孕症67例. 中国社区医师，2006，22（8）：45
[72] 冯云，陈子江，杨钟莉. 未破裂卵泡黄素化综合征30例临床分析. 山东医科大学学报，1994，32（3）：236～238
[73] 杨鲁一. 中西医结合治疗卵泡未破裂黄素化综合征480例. 四川中医，2004，22（11）：57～58
[74] 赵彦. 中药与穴位注射综合治疗未破裂卵泡黄素化综合征23例. 陕西中医，2006，27（6）：663～664
[75] 范刚启，陆斌，穴位注射疗法研究的现状及展望. 中国针灸，2001，21（7）：427～440
[76] 姜玉凤. 理气活血治疗卵巢囊肿15例. 浙江中医杂志，1994，（10）：453
[77] 吴金娥，欧钰萍，董林红. 桂枝茯苓丸加味治疗良性卵巢囊肿50例. 山西中医，2000，16（2）：2
[78] 孔令梅，白兰才. 桂枝茯苓丸加味治疗卵巢囊肿50例小结. 内蒙古中医药，1994，（1）：85
[79] 王惠兰. 桂枝茯苓丸加味治疗卵巢囊肿临床观察. 中医杂志，1994，35（6）：355
[80] 史根兰，孟巧燕. 加味桂枝茯苓丸治疗卵巢囊种36例. 山西中医，1996，12（3）：21
[81] 陈玉聪. 消瘰丸合桂枝茯苓丸加味治疗卵巢囊肿. 海峡药学，2000，12（4）：78
[82] 祝云. 桂枝茯苓丸合当归芍药散治疗卵巢囊肿80例. 中国中医药信息杂志，2001，8（S1）：79
[83] 吕桂香，刘久英，郭凤仪. 经方合用治疗卵巢囊肿48例. 陕西中医，2000，21（12）：564

[84] 王瑞芳，盆世华．逍遥散合桂枝茯苓丸加减治疗卵巢囊肿43例．吉林中医药，1999，(6)：31

[85] 武凤英．桂枝茯苓丸加味治疗卵巢囊肿50例．河南中医，2006，26(8)：13～14

[86] 程群，刘晓娟．妇康汤治疗卵巢囊肿的临床研究．光明中医，2006，21(7)：63～64

[87] 蒋惠芳．中西药配合多功能微波治疗卵巢囊肿．辽宁中医杂志，1997，24(4)：176

[88] 左志燕，桂枝茯苓胶囊临床应用研究的文献分析．中医药导报，2005，11(11)：82～83

[89] 王秀献，刘毅．桂枝茯苓丸临床新用．实用中医内科杂志，2004，28(6)：523

第四章 男科病证

一、精索静脉曲张

精索静脉曲张是一种常见病，属于中医学“筋疝”、“筋瘤”的范畴。本病以精索静脉蔓状丛的延长、扩张和纡曲为特征。经研究发现相当部分病例可引起睾丸、附睾形态结构的改变和功能障碍，影响精液质量，少精子症可达40%～50%，已成为男性不育的重要原因。Dubin统计分析1294例（1978年）男性不育症的病因，有精索静脉曲张者占512例，达39%，占男性不育症病因的第一位。精索静脉曲张引起不育的机制尚未完全阐明。多数学者认为：与长期的血液回流受阻，阴囊温度升高，睾丸、副睾等组织缺氧、毒性物质滞留，精浆生化成分异常，内分泌及附属性腺功能紊乱等因素有关。因此致使生精细胞减数分裂受阻，及染色体不能平衡分离而引起精子数目减少、畸形精子增多，活动率、活动力降低，甚至无精子产生。本病系瘀血阻滞于脉络，旧血不去，新血难来，睾丸失于荣养，致使精子生成或精子功能障碍而不育。

【临床应用】

徐吉祥用加味桂枝茯苓丸：桂枝、茯苓、牡丹皮、芍药、桃仁各10g，当归12g，黄芪、何首乌各15g，枸杞子、川牛膝各20g，甘草6g。睾丸偏坠，胀痛不舒，脉弦，属肝经郁滞者，加橘核、乌药各10g；阴囊湿痒，尿黄，口苦，舌苔黄腻，属湿热下注者，加车前子、黄柏各10g；阴囊下坠不收，倦怠乏力，脉细弱，属气虚者，加党参、白术各10g；畏寒肢冷，阴部发凉，脉沉迟，属阳虚者，加吴茱萸3g，附子6g；舌红口干，五心烦热，盗汗，脉细数，属阴虚者，加知母、鳖甲各10g。每日1剂，水煎服。每月复查1次精液，3个月为1个疗程，一般治疗1~2个疗程。治疗精索静脉曲张型不育症269例，年龄<24岁者77例，24~32岁者134例，>32岁者58例，平均28.8岁；婚后不育时间1~4年者198例，>4年者71例，平均3.4年。用Valsalva检查法，精索静脉曲张Ⅰ度140例，Ⅱ度74例，Ⅲ度55例；其中单侧曲张4例，双侧曲张37例。血清LH、FSH升高者147例（查185例）PRL升高者47例（查97例），T低于正常者33例（查97例）。精液化验269例中，精子密度<2000万/ml者95例，精子活力<Ⅱ级者193例，精子活动率<60%者175例，畸形精子>40%者64例，无精子者13例。用加味桂枝茯苓丸治疗。疗效标准：治疗1~2个疗程，症状消失，精液化验正常，治疗期间或治疗后6个月内女方怀孕者为痊愈；治疗1~2个疗程，症状消失，精液化验正常，此后6个月内女方尚未怀孕者为显效；治疗2个疗程，症状消失或好转，精液化验多项指标好转，但有1项未达正常指标者为有效；治疗1~2个疗程，症状及精液化验多项指标虽有好转，但有1项指标下降，或全部指标无好转甚至恶化者为无效。治疗结果：269例中，治愈97例，占36.06%；显效101例，有效34例，无效37例。总有效率86.25%。治疗1个疗程者77例，治愈43例；治疗2个疗程者192例，治愈54例。治愈者平均年龄为27.2岁。

【病案举例】

郑某，27例，厨师，2002年1月3日初诊。主诉：婚后3年未育（排除女方因素）。症见腰酸乏力，阴囊坠胀不适，舌淡暗、苔薄白，脉细涩。体检：精索静脉曲张左侧Ⅲ度，右侧Ⅰ度；睾丸左侧大

小正常，质地偏软，右侧正常。精液检查：量2.5ml，液化时间1h，精子密度15×10⁹/ml，活动率25%，活动力Ⅰ级，畸形率75%。诊断：精索静脉曲张型不育症。辨证：经脉瘀阻，精气不足。治法：祛瘀通络，益气生精。方用加味桂枝茯苓丸：桂枝、茯苓、牡丹皮、白芍、桃仁、党参各10g，当归12g，黄芪、何首乌各15g，枸杞子、川牛膝各20g，甘草6g，每日1剂，水煎服。1月30日二诊：腰酸乏力、阴囊下坠好转。精液检查：量3.5ml，液化时间＜30min，精子密度15×10⁹/ml，活动率35%，活动力Ⅱ级，畸形率70%。上药继续服用。2月28日三诊：腰酸乏力、阴囊下坠基本消失。精液检查：量3.5ml，液化时间＜30min，精子密度35×10⁹/ml，活动力Ⅱ级，畸形率50%。上药继续服用。4月20日四诊：临床症状消失。精液检查：量4.5ml，液化时间＜30min，精子密度70×10⁹/ml，活动率70%，活动力Ⅳ，畸形率25%。5月8日告知女方已怀孕。

按：桂枝茯苓丸方中桂枝善气化消寒，温通经脉；芍药调营血散恶血疏肝安脾，桂枝、芍药相伍能调和营卫使血脉通畅；桃仁破瘀血消癥瘀，利于生新；瘀久则化热，巧用牡丹皮意有化瘀清热之妙；更有茯苓渗湿健脾而安护正气，共奏通血脉调营安正，化癥疾，祛瘀生新之功效而为主药，以改善精索静脉曲张对生精功能的影响，但缺乏生精作用，故加仙灵脾、何首乌、枸杞子补肝肾调阴阳而益精血，且仙灵脾具有雄激素样作用，何首乌还含有大量的卵磷脂，能保护精子细胞膜的完整性；枸杞子含有大量的维生素A、C等，能促进生精上皮细胞增生分化及精子的化生和成熟；加当归、黄芪（即当归补血汤）补气生血，取李时珍“血盛则精长，气聚则精盈”之意，能明显地提高精子活动率和精子活动力，共为辅药。怀牛膝补肾活血，引药下行，直达病所；甘草解百毒调和诸药，同为佐使。符合精索静脉曲张合并不育症之病机，用以治疗本症能促进其局部血液循环，改善生精环境，明显地提高精液及精子质量。提示本方有祛瘀生新、补肾强精之功效，可使患者免除手术治疗之苦，同样也适用于术后的辅助治疗。

二、精液不液化

精液不液化属于中医学“精凝”的范畴。中医学认为精液不液化与肾虚、湿热等病理变化有关，因此在治疗精液不液化时常常以滋阴降火、温补肾阳、清热祛湿为法，而应用活血化瘀、化痰散结之法治疗甚少。有研究表明，精液不液化患者全血黏度、血浆比黏度及血细胞比容与正常值比较有显著差异，提示精液不液化与血瘀有关。精液不液化症表现为精液黏稠或凝结成块，形态现象也与血瘀发生的病理变化极其相似。过食肥甘，超过消化吸收功能或由于脾胃脏腑功能失调，体液代谢紊乱，聚湿成痰，痰随气流，踞于精室，痰精互结，也是导致精液不能液化的重要原因。

【临床应用】

贾睿用桂枝茯苓丸加味，水煎服，每日1剂，分2次分服，每次200ml。方药组成：桂枝6g，茯苓10g，赤芍10g，牡丹皮10g，桃仁6g，水蛭（冲服）3g，地龙10g，夏枯草10g，蒲公英10g，生麦芽30g，败酱草10g。1个月为1个疗程，每个疗程结束后均做精液分析。观察医院男科门诊确诊的精液不液化患者54例，年龄23～45岁，平均34岁，病程最长8年，最短1年。随机分为桂枝茯苓丸加味治疗组和知柏地黄丸加维生素C对照组，治疗组36例，对照组18例。两组患者在年龄、病程以及病情轻重程度的差异上无统计学意义（$P>0.01$），具有可比性。参照卫生部颁布《中药新药临床研究指导原则》中“男性不育”章节所列有关精液不液化的疗效评定标准，拟定疗效标准。痊愈：精液60min内完全液化，配偶受孕；有效：配偶虽未受孕，但精液60min内完全液化；无效：治疗后60min液化状态较前无明显改善。结果：治疗组总有效率为80.5%，明显高于对照组55.6%。

【病案举例】

赵某，男，28岁，农民，2005年3月9日初诊。婚后3年不育，夫妻同居，未避孕而至今未育，性生活正常。在当地医院检查，发现精液不液化，服用各种中、西药物治疗无效。女方妇科检查未见异常，具备生育能力。患者形体肥胖，头身困重，行房时自觉射精不

畅，偶见刺痛，精液稠厚，状若团块，阴囊湿痒，舌质淡紫，苔黄腻，脉弦滑。男科检查：阴毛密，阴茎大小正常，附睾无结节、压痛，前列腺检查正常，无结节及压痛，中央沟存在。精液分析：颜色：乳白色；量：3ml；黏稠度高，1h 不液化，并有不液化凝块；pH7.6；密度：60×10^6/ml；活动率：35%；活动力：A 级 8%，B 级 15%，C 级 31%，D 级 46%。EPS－R：t 卵磷脂小体：（＋＋），白细胞（WBC）：10～15 个/HP。诊断：精液不液化症（湿热蕴结，痰瘀阻滞）。方用桂枝茯苓丸加味：桂枝 6g，茯苓 10g，赤芍 10g，牡丹皮 10g，桃仁 6g，水蛭（冲服）3g，地龙 10g，夏枯草 10g，蒲公英 10g，生麦芽 30g，败酱草 10g。水煎服，每天 1 剂，2 次分服。服上方 30 剂后，诸症明显减轻。精液分析：30min 已液化，守上方又服用 30 剂后复查。精液分析：颜色：乳白色；量：3.5ml；130min 液化；pH7.8；密度：60×10^6/ml；活动率：68%；活动力：A 级 26.8%，B 级 18.2%，C 级 32%，D 级 23%。已具生殖能力，受孕需待时机。后随访，其妻于 2005 年 8 月妊娠，后顺产一女婴。

按：桂枝茯苓丸加味中选桂枝、桃仁通血脉、行瘀滞；牡丹皮、赤芍凉血清热、散瘀；茯苓淡渗利湿祛痰；水蛭、地龙破血散结，活血通络，化凝精、通精窍；夏枯草、蒲公英清热解毒、散热结、化痰浊、助精液液化；生麦芽助脾胃以运化痰浊。现代药理研究发现，不液化的精液有许多纤维形成致密的网状结构，水蛭、地龙两药具有溶解纤维蛋白，降低血黏度、加速微循环的作用。有人认为，精液不液化是酶缺乏所造成的，生麦芽富含消化酶，有助液化、促进酶分解作用；败酱草抑制生殖道炎症，改善液化因素。全方共奏清热化痰、活血化精之功效。

三、慢性前列腺炎

慢性前列腺炎是男性生殖系统常见的感染性疾病。由于前列腺解剖位置特殊，前列腺导管呈直角或斜行进入尿道，不利于腺体引流，而利于尿道病原微生物进入腺体；前列腺上皮有脂膜存在，抗感染药物不易从血浆弥散入前列腺腺泡；前列腺病灶周围易纤维化，影响抗

感染药物向病灶扩散，故而至今尚未有一种抗生素能对慢性前列腺炎产生满意的疗效。其成因是本虚标实，致有形之积，结而成癥，阻塞水道，膀胱气化不利而致。

慢性前列腺炎属于中医学“白浊”、“精浊”、“淋证”、“癃闭”等范畴，中医药治疗该病有一定优势。中医多从下焦湿热，肾虚气弱，瘀血阻滞辨证入手，用清利湿热、补肾益气、活血化瘀法治疗。

【临床应用】

王兵用桂枝茯苓丸加味，药物组成：桂枝12g，茯苓12g，牡丹皮12g，桃仁12g，赤芍12g，白花蛇舌草12g。每日1剂，水煎2次，共取汁300～400ml，分早、晚2次口服。忌食辛辣、醇酒、厚味，20天为1个疗程。观察慢性前列腺炎80例中，年龄19～65岁，平均38岁；已婚者58例，未婚者22例；病程最短3个月，最长18年。病例遵循对照随机原则，分为治疗组45例和对照组35例。两组在病情、病程、年龄方面无显著性差异（$P>0.05$）。诊断标准：根据国家中医药管理局发布的“中医病证诊断疗效标准”而确诊。其症状表现为小腹、会阴、睾丸部有胀痛不适感，轻度尿频，排尿或大便时尿道有白色分泌物溢出，伴阳痿、早泄、遗精、滑精、性欲减退等。直肠指诊：前列腺腺体略大或稍缩小，质地软硬不一，压痛，表面欠光滑。ESP检验：白细胞>10个/HP，卵磷脂小体减少或消失，细菌培养呈阳性。治疗组用桂枝茯苓丸加味。对照组：口服氧氟沙星片，每次0.2g，每日3次；前列康片，每次4片，每日3次。两组均忌食辛辣、醇酒、厚味，20天为1个疗程。1个疗程后评定疗效。疗效标准：参照国家中医药管理局发布的“中医病证诊断疗效标准”制定的疗效标准。痊愈：症状消失，前列腺液检查正常；显效：症状有改善，前列腺液检查明显好转；有效：症状有改善，前列腺液检查有好转；无效：症状及前列腺液检查无改善。治疗结果：治疗组45例中痊愈24例，占53.33%；显效15例，占33.33%；有效3例，占6.67%；无效3例，占6.67%；总有效率为93.33%。对照组35例中痊愈4例，占11.43%；显效11例，占31.43%；有效9例，占25.71%；无效11例，占31.43%；总有效率为68.57%。两组总有效率经统计学处理有显著性差异，治疗组明显优于对照组。

殷再华用桂枝茯苓丸合消瘰丸加减：桂枝、红花、桃仁、柴胡、白芥子各10g，茯苓、赤芍、皂刺、玄参各15g，王不留行、生牡蛎各30g，浙贝母12g。若兼肾阳亏虚、命门火衰者桂枝改用肉桂，加巴戟天、淫羊藿、补骨脂等；肾阴亏虚者减少桂枝用量，加用六味地黄丸或知柏地黄丸吞服；湿热下注较甚者选加黄柏、木通、车前子等；中气不足者加黄芪、党参；瘀血久积、前列腺缩小、质硬者加破血之品如三棱、莪术、水蛭等。上方每日1剂，水煎服。服药期间以药渣煎水坐浴半小时，每晚1次，2个月为1个疗程，治疗3个疗程统计疗效。同时，禁烟、酒及辛辣、刺激之品。治疗慢性前列腺炎38例中，年龄最小者23岁，最大者62岁，平均42.5岁；病程短者10个月，最长者6年，平均2年8个月。均为经前列腺液镜检，肛门指诊或前列腺炎确诊并经其他医生治疗过一段时间疗效不显的病人，都有如排尿滴沥不尽，尿道口有乳白色或淡黄色分泌物，尤其是当排尿终末或大便用力时滴出，会阴部和肛门部不适，重坠饱胀感等慢性前列腺炎症状，大多伴阳痿、早泄。治疗方法：运用桂枝茯苓丸合消瘰丸加减。疗效标准：治愈：自觉症状消失，前列腺指诊质地恢复正常或改善，前列腺液镜检，连续2~3次恢复正常；有效：自觉症状消失，前列腺指诊改善，但前列腺液镜检，白细胞未恢复正常；无效：仅有临床症状改善或无改善。治疗结果：临床治愈25例，占65.79%；有效7例，占18.42%；无效6例，占15.79%；总有效率为84.21%。

梁沛华等用口服α受体阻断剂可多华（辉瑞公司生产）1粒(4mg)，每晚1次，加服中成药桂枝茯苓胶囊（江苏康缘制药有限公司生产），每次3粒，每天3次。服药期间禁用其他治疗前列腺炎的药物包括抗生素、植物制剂等，也不采用其他治疗方法。观察2004年3月~2004年11月来自广州中医药大学第一附属医院男科门诊60例患者，采用随机数字表按简单随机法将治疗前检查筛选出的60例合格病例，随机分为试验组30例和对照组30例。两组均口服α受体阻断剂可多华（辉瑞公司生产），治疗组加服中成药桂枝茯苓胶囊（江苏康缘制药有限公司生产），对照组不加服中成药。结果：试验组的综合疗效优于对照组。

【病案举例】

吴某，36岁，1997年12月6日初诊。自述自1993年发现尿等待、滴沥不尽等，随后出现尿道口滴白，尤其在大用力和尿终末时，伴会阴部胀痛不适，腰膝酸软，阳痿、早泄。曾在某医院服中药治疗近1年，疗效不佳，症状无明显改善。苔黄腻，舌红质胖，有齿印，中有裂纹，舌底脉络瘀滞不畅，脉弦滑。前列腺指诊：稍大，两侧叶不对称，质地软硬不均，中沟变浅。前列腺液镜检：白细胞20个/HP，卵磷脂小体少见。诊为慢性前列腺炎，中医辨证为湿热下注，痰瘀互结。治以桂枝茯苓丸合消瘰丸加减。处方：桂枝、桃仁、柴胡、白芥子、皂刺各10g，茯苓、赤芍、玄参各15g，生牡蛎（先煎）、王不留行30g，浙贝母12g。每日1剂，水煎服，服药期间以药渣煎水坐浴半小时，每日1次。7剂后小便滴自及会阴胀痛明显减轻。上方加减服用60余剂后，临床症状全部消失，前列腺指诊大小正常，质地明显改善，前列腺液镜检恢复正常，再以上方制成丸剂继服半年，随访1年未再复发。

按：笔者根据此病多表现为尿道口滴白、疼痛、舌苔黄腻、脉弦滑等实证，特别是后期表现为苔黄腻、舌质胖、有齿印、舌底脉络瘀滞等痰瘀互结之证，而且前列腺指诊有前列腺肿大或变小变硬等。说明本病实多虚少，治法应以攻邪为主。由于“久病入络”，“怪病多痰”，故施以消瘀化痰，软坚散结，以桂枝茯苓丸活血化瘀，消瘀化痰散结，取得了较好的疗效，减少了复发率。综观本方用桂枝、赤芍、红花、桃仁活血化瘀；皂刺、王不留行、玄参、牡蛎、白芥子、浙贝母化痰散结软坚；茯苓除湿；柴胡引药入肝经，直取病所。诸药合用，共奏活血化瘀、除湿化痰、软坚散结之功效。本病后期部分患者前列腺指诊变硬变小，此时当加用破血攻积之品，如三棱、莪术、水蛭等，可提高疗效。

四、前列腺增生

前列腺增生又称前列腺肥大，顾名思义，它是一种前列腺体积明显增大的疾病。前列腺增生最早期的症状是尿频和夜尿增多，系由于膀胱颈部黏膜不断受刺激及有残余尿所致。前列腺增生属于中医学

“癃闭”证。中医学虽然没有前列腺增生之名称，但症状与中医文献中之记录，早在2000多年前《内经》之描述略同，对此症排尿情况及多变化，乃相当于中医学“癃闭”范畴。“癃”指小便不利，或点滴短少；“闭”指排尿闭塞，或点滴难出，塞而不通。

中医学认为疾病的发生与发展，涉及肺、肾、脾三脏又或与气虚、血瘀有关：①中医之肺为华盖，脾气失宣则下调困难，正所谓“上窍闭而下窍不通”；②而脾为后天之本，运化无权，则水蓄不通，引起癃闭；③肾为气之根源，津液藏焉，下焦之气不化，尿液不通。由此可见，本病其源在肾，其末在肺，其治在脾。

【临床应用】

叶志权运用基本方桂枝茯苓丸加减。处方：桂枝10g，茯苓20g，甘草5g，桃仁12g，牡丹皮15g，猫爪草15g，大黄10g，猪苓20g，白术15g，泽泻15g。加减：湿热下注加茵陈15g，栀子15g，天葵子15g，黄柏10g，白茅根20g；肝气郁结加柴胡10g，乌药15g，川朴15g；中气下陷加黄芪20g，升麻3g，党参20g；肾阴虚加牛膝10g，肉从蓉20g；肾阳虚加菟丝子15g，巴戟天15g，淫羊藿15g；瘀血较重加田七10g，丹参15g，三棱10g，莪术10g。每15天1个疗程，2~3个疗程为限。治疗前列腺增生105例中，发病年龄最小者40岁，最大者80岁；患病时间短者3个月，长者达20年。部分患者曾经接受不同的方法治疗，虽然症状暂时得到缓解，但短期仍有复发。临床主要表现：尿急、尿频、排尿不畅，严重者有急性尿潴留等症状。以桂枝茯苓丸加减治疗。疗效标准：治愈：尿频、尿急症状消失，排尿通畅；好转：尿频、尿急、排尿受阻症状有所改善；无效：症状无改善。前列腺腺体B超检查，采取腹壁途径方法，以腺体厚径测量为依据（B超检查时，可因体位或技术人员操作等原因，存在一定误差）。总有效率为67.6%。

彭世桥等运用桂枝茯苓丸加味治疗。基本方：桂枝10g，牡丹皮、赤芍、桃仁、穿山甲、水蛭各10g，茯苓15g，甘草6g。结合中医辨证分型：①湿热下注型：症见尿频急、疼痛，尿道灼热，口苦咽干，烦闷呕恶，大便干结或黏滞不爽，舌质红，苔黄腻，脉滑数或弦数。治宜基本方合四妙散、八正散方：苍术、黄柏、生薏苡仁、牛

膝、石韦、滑石、车前子、萹蓄、瞿麦、炒栀子、木通、大黄。②阴虚火旺型：症见小便滴淋不畅，时发时止，经久不愈，五心烦热，夜寐不安，口干咽燥，头晕耳鸣，舌红苔少，脉细数。治宜滋阴降火，桂枝茯苓丸合知柏地黄汤加减：知母、黄柏、生地黄、泽泻、女贞子、牛膝。③肺气壅塞型：症见小便不畅或点滴而下，胸闷气短，咳嗽喘逆，或伴恶寒发热，呕恶痰涎，舌淡苔白，脉浮或滑。治宜宣畅肺气，祛邪利窍，合三拗汤加减：麻黄、杏仁、葶苈子、牛蒡子、桔梗、紫菀。④肾阳虚衰型：症见神疲倦怠，尿出无力，滴沥不畅，尿液澄清，畏寒肢冷，腰膝酸困，舌淡苔白，脉沉细弱。治宜温肾助阳，配合金匮肾气汤加减：制附子、肉桂、熟地黄、山茱萸、山药、鹿角霜、小茴香、菟丝子、黄芪。⑤脾气不升型：症见小腹坠胀，时欲小便而不得出，或量少而不畅，神疲气短，倦怠乏力，舌淡苔薄，脉沉细弱。治宜健脾益气，升清降浊，合补中益气汤加减：黄芪、党参、白术、升麻、陈皮、柴胡、当归。⑥痰瘀壅结型：症见小便点滴而下或闭塞不通，或尿时涩痛，或小腹胀痛，面色晦暗，舌质紫暗，或有瘀点，舌体胖大，有齿痕，脉涩。治宜化痰软坚、消瘀散结、通利水道，合代抵挡丸加减：大黄、当归、肉桂、浙贝母、海藻、昆布、三棱、皂刺、泽兰。中药每日1剂，水煎取汁分3次服，15天为1个疗程。服药期间禁烟、酒，忌食生冷、辛辣、油腻之物，节制房事。治疗前列腺增生100例，年龄47～80岁，平均62.6岁，均有昼夜尿频、尿急、尿痛、尿线细、排尿困难、淋漓不尽等症状。病程0.5～24年，B超检查：前列腺Ⅰ度增生23例，Ⅱ度增生71例，Ⅲ度增生6例。残余尿量＜100ml者43例，100～200ml者32例，201～250ml者18例，留置尿管者7例。以上患者或不愿手术，或体质较差不适合手术或经西医治疗效果不佳而要求中医治疗，给予桂枝茯苓丸加味治疗。经服药1～5个疗程，临床症状消失或明显减轻，B超检查前列腺正常或基本正常，无残余尿者，评为显效63例；临床症状减轻，B超检查前列腺缩小，残余尿量少于10ml者，评为好转26例；临床症状改善不明显，需留置尿管或行手术治疗，B超检查前列腺变化不大者，评为无效11例；总有效率为89%。

王祖龙应用薏苡附子败酱散合桂枝茯苓丸加减。组方：黄芪

30g，生薏苡仁30g，败酱草30g，红藤20g，桂枝5g，茯苓15g，牡丹皮15g，赤芍15g，桃仁10g。加减：少腹、会阴部胀痛不适者加延胡索15g，荔枝核15g；会阴、肛门部下坠者加柴胡6g，升麻5g；尿痛者加王不留行30g，琥珀（冲服）3g；失眠者加酸枣仁6g冲服；腰膝酸软、性功能减退者加菟丝子30g，杜仲15g，川牛膝15g。每日1剂，水煎2次取汁500ml，分2次温服，4周为1个疗程，2个疗程后观察疗效。服药期间忌酒，忌辛辣，避免劳累，少坐多活动。2005年1月~2006年8月，随机收集在河南省中医院男科门诊就诊，具有完整相关病史、诊疗记录和实验结果符合美国国立卫生研究院（NIH）前列腺炎诊断标准的患者180例，年龄在18~46岁，平均25.5岁。随机分为治疗组（120例）、对照组（60例），两组在年龄、病程、分型和症状积分等方面经统计无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。西医诊断标准：按照NIH慢性前列腺炎标准进行诊断分型。中医辨证标准：依据“中华人民共和国中医药行业管理标准：中医病证诊断疗效标准2精浊”制定。湿热瘀阻证的主症：①阴囊潮湿、尿道灼热感；②小腹、会阴、睾丸坠胀疼痛或刺痛不适；③舌质紫暗或瘀点，苔黄腻，脉滑数或濡数。次症：①尿痛、尿急、尿频；②尿余沥不尽、尿等待；③尿道滴白。辨证标准：主症任意两项；主症①+②或①+③加次症一至两项；主症③加次症任一项。评分标准：主症每项无为0分，轻为1分，中为2分，重为3分；次症每项无为0分，有为1分；积分≤10分为轻度，11~18分为中度，>18分为重度。纳入病例标准：符合西医慢性前列腺炎诊断标准，符合中医证型诊断标准，病程在3个月以上，年龄在18~55岁之间。排除标准：不符合以上诊断标准；年龄在18岁以下，55岁以上；过敏体质者；精神病患者；患有以下疾病者：有心、脑、肝、肾等器质性病变，急性前列腺炎，前列腺癌，尿道炎，尿道狭窄等；不配合各项检查及资料不全者。研究方法：采用随机分组，阳性药物平行对照，剂量视情况增减的试验方案。入选后受试者被随机分配进入8周的治疗期，其间分别于治疗后的第2、4、6、8周末安排4次访视，观察疗效与安全性。在第0周和第8周末对患者进行疗效评分，评价其症状改善情况。治愈+显效+有效=总有效率。对照组：翁沥通胶

囊（华北制药集团制剂有限公司），每次3粒，每日2次，饭后服。4周为1个疗程，2个疗程后观察疗效。治疗组：应用薏苡附子败酱散合桂枝茯苓丸加减。疗效判定标准：参照“中华人民共和国中医药行业管理标准：中医病证诊断疗效标准2精浊”制定。痊愈：症状消失，症状评分0分；显效：症状基本消失，症状评分＜10分或下降1个档次；有效：症状减轻，评分下降＞5分；无效：症状无改善或加重，评分不降或反升高者。治疗组总有效率为88.34%，对照组总有效率为70%。

解品启等用桂枝茯苓丸（桂枝、茯苓、桃仁、牡丹皮、赤芍各等份研末）吞服，每天2次，每次服用相当于原药10g，连用28天为1个疗程。取足三里、肾俞穴为一组，取三阴交、气海穴为一组。每穴用川芎嗪0.5ml（含川芎嗪10mg），有针感时缓慢推注，每周2次，两组穴位交替使用，连续治疗8次为1个疗程。治疗前列腺增生120例，均为门诊病人，年龄36～84岁，平均59岁；病程6个月～38年，平均14年。症状以尿频、尿急、夜尿增多、排尿困难为主。经肛诊及B超检查前列腺增生Ⅰ度9例，Ⅱ度45例，Ⅲ度66例。用桂枝茯苓丸内服合川芎嗪穴位注射治疗。疗效标准：显效：尿频、尿急、排尿困难消失，前列腺体积缩小10%以上；有效：尿频、尿急、排尿困难明显减轻，前列腺体积缩小不明显；无效：症状无改善或加重，前列腺体积不变或加重者。治疗结果：经2个疗程治疗后，显效46例（占38.3%）；有效61例（占50.8%）；无效13例（占10.8%），总有效率89.2%。

【病案举例】

邓某，男，65岁，1995年4月来诊。4年前突然尿闭，小腹胀满，某院诊断为急性尿潴留，经服药、导尿处理，症状改善，但常反复发作。近半月来，小便时难时频，尿短而涩，甚至血尿，欲解不畅，淋漓不尽，日排尿减少，小腹胀满，肛门部坠感，舌质红，苔白，脉濡而数。经B超检查（腹壁途径探测），腺体厚径为4.1cm，证实为前列腺增生。四诊合参，此为癃闭证，属瘀血互阻、膀胱气化失司。治用活血化瘀、缓消癥块、清热通淋法。处方：桂枝10g，茯苓20g，甘草5g，桃仁12g，牡丹皮15g，猫爪草15g，大黄10g，猪

苓20g，白术15g，泽泻15g，茵陈15g，天葵子15g，白茅根10g。服药10剂后，自觉症状稍减，上方稍作加减，再进15剂，诸症消失，排尿通畅。B超复查：前列腺正常。

按：笔者认为本病多因劳伤精亏，或感受外界或内外因素交织而成，导致膀胱气化失司，气血瘀阻，凝结成块，阻塞尿道，正如《素问·宣明五气论》之所云："膀胱不利为癃"，故治疗上使用中医活血化瘀、消癥散结、气化利水之法，用桂枝茯苓丸加减。其方有"攻坚而不破气"、"破结而不伤精"、"通利而不伤阴"、"消藏而不损正"作用，确是治疗前列腺增生的良方，在使用时，需根据临床上不同类型而辨证施治，才能达到较好的效果。

患者，68岁，小便频数、尿线变细、排尿等待、淋漓不尽10余年，近2个月病情加重，曾多方治疗，病情无好转而要求中药治疗。B超检查：前列腺Ⅱ度增生并尿潴留150ml。现症见小便频数，滴沥刺痛，欲出不尽，畏寒肢冷，腰膝酸困，舌淡苔白，脉沉细弱。证属肾阳虚衰型癃闭，用桂枝茯苓丸加味基本方合金匮肾气汤加减治疗：桂枝、水蛭、牡丹皮、赤芍、桃仁、制附子、山萸肉、小茴香、穿山甲各10g，茯苓、熟地黄、山药、鹿角霜、菟丝子、黄芪各15g，肉桂、甘草各6g。治疗2个疗程，尿流基本正常，B超复查前列腺Ⅰ度增生，残余尿为50ml。继续治疗2个疗程，诸症消失，B超检查前列腺稍大于正常，无残余尿，随访1年，病未反复。

按：桂枝茯苓丸是张仲景治疗妇科癥瘕的著名方剂，以其病机相似，故加减用以治疗本病。方中桂枝通血脉，畅通膀胱气化，茯苓渗小便，牡丹皮、赤芍、桃仁活血化瘀，瘀血去则窍络通畅，气化如常，更加入穿山甲、水蛭以加强活血化瘀、消癥散结、通利水道之功效，生甘草利水通淋，调和诸药。诸药合用，故而效佳。

五、男扎术后痛性结节

男扎术后痛性结节，是输精管结扎术后常见并发症。临床表现为结扎部位疼痛，且有结节及压痛。西药治疗疗效尚不满意。

【临床应用】

李武忠以桂枝茯苓丸加味，局部贴敷乳倍膏（乳香末、五倍子

末、凡士林，以1:3:5比例调制），3日一换。治疗男扎术后痛性结节35例，均获痊愈。

【病案举例】

彦某某，32岁，1989年6月18日就诊。3个月前做输精管结扎术，术后2个月右侧结扎部位结节疼痛，逐渐增大。在我院外科做局部浸润封闭治疗5次，疼痛虽时有减轻，但痛结始终未缩小。查见：结节约1.2cm×0.9cm，压痛明显，并向睾丸、腹股沟、下腹及右腰部放射，精索痉挛，自诉活动及性交时疼痛更剧。舌质淡紫，脉细缓。拟桂枝茯苓丸加味。处方：桂枝、桃仁、延胡索各12g，茯苓、牡丹皮、赤芍、泽兰、荠蔚子各15g，香附10g，红花6g，甘草3g。2日1剂，局部贴敷乳倍膏（乳香末、五倍子末、凡士林，以1:3:5比例调制），3日一换。服至第8剂时疼痛显著减轻，痛结缩小，续服15剂，痛结消失，诸症悉除。

六、前列腺痛

前列腺痛又称类前列腺炎综合征，实际上此类病人的症状与前列腺本身病理改变之间的关系并不清楚，有些学者认为这些症状由于盆底横纹肌张力性肌痛引起。本类型在前列腺炎各类型中所占比例略低于非细菌性前列腺炎。前列腺痛患者经超声波检查可见，前列腺被膜静脉扩张（超声透过带），呈瘀血状态，故表明前列腺痛可能与瘀血状态有关。

【临床应用】

筮川真人治疗采用活血祛瘀代表方桂枝茯苓丸提取剂（每日7.5g）治疗16例前列腺痛患者，并经直肠行前列腺超声波检查，观察其前列腺，对自觉症状的变化进行探讨。结果经超声波检查可见，16例患者中13例前列腺被膜静脉扩张（超声透过带），呈瘀血状态，故表明前列腺痛可能与瘀血状态有关。经桂枝茯苓丸治疗，16例中显著有效5例（31%），有效9例（56%），无效2例（13%），临床总有效率为87%；对呈瘀血状态的13例患者的治疗效果，显著有效3例，有效9例，无效1例，临床总有效率为92%。

七、前列腺癌激素疗法不良反应

尚未转移的早期前列腺癌用激素疗法、放射疗法进行治疗，短期内可控制肿瘤的发展。激素疗法常用 LH－RH 类似物，但长期使用会出现热潮红、体重增加、不能连续应用等不良反应。

【临床应用】

永江浩史运用桂枝茯苓丸治疗因应用 LH－RH 激素疗法出现明显热潮红的前列腺癌患者 31 例，其中 22 例平均年龄（74.1±5.0）岁，给予桂枝茯苓丸。应用 LH－RH 激素疗法时间为（28.8±17.0）个月（4～98 个月）。根据面部、上半身、手足的热感、出汗等表现的程度，采用计分法评价热潮红程度（非常强烈者 3 分，强烈者 2 分，稍差者 1 分，无热感者 0 分）。结果：显效 6 例（27.3%），有效 8 例（36.3%），总有效率为 63.6%。服用桂枝茯苓丸前热潮红感计分（5.9±2.2）分，服药 1 个月后为（4.3±2.7）分；服药 2 个月后降至（3.6±2.4）分。服药 2 个月后与服药 1 个月相比热潮红明显好转。服用 3 个月后（3.3±2.5 分）疗效持续维持。热潮红发作持续时间较服药前明显缩短。雌二醇从服药前（87.69±45.14）pmol/L 降至（53.28±18.13）pmol/L。另外，服药前后黄体生成素、促滤泡素、睾酮、血管活性肠肽、尿中儿茶酚胺类物质未见明显变化。其中 2 例服药 2 个月后因出现消化道症状而停药。

参考文献

[1] 徐吉祥．加味桂枝茯苓丸治疗精索静脉曲张型不育症 269 例．陕西中医，2003，24（9）：783～784

[2] 贾睿．桂枝茯苓丸加味治疗精液不液化症 54 例疗效分析．中国性科学，2007，16（3）：23～24

[3] 王兵．桂枝茯苓丸加味治疗慢性前列腺炎 45 例．国医论坛，2004，19（3）：8

[4] 殷再华．中药治疗慢性前列腺炎 38 例．实用中医药杂志，2001，17（3）：15

[5] 梁沛华，崔建锋，邓宾．从经筋论治Ⅲ型前列腺炎的临床研究．广州中医药大学学报，2005，22（5）：348～351

[6] 叶志权．桂枝茯苓丸加减治疗前列腺增生症105例疗效观察．中国农村医学，1997，25（8）：54
[7] 彭世桥，朱立新，程华．桂枝茯苓丸加味治疗前列腺增生症100例临床观察．中国医药导报，2007，4（8）：115
[8] 王祖龙．薏苡附子败酱散合桂枝茯苓丸治疗湿热瘀阻型慢性前列腺炎120例．四川中医，2007，25（10）：48～49
[9] 解品启，晏吉春．桂枝茯苓丸合川芎嗪治疗前列腺增生症120例．实用中医药杂志，2001，17（7）：25
[10] 李武忠．桂枝茯苓丸治疗男扎术后痛性结节．四川中医，1990，（12）：36
[11] [日] 筮川真人．日本东洋医学杂志，1995，45（5）：132
[12] [日] 永江浩史．汉方医学，2004，28（1）：14～16

第五章 皮肤科病证

一、痤疮

痤疮，俗称青春痘、粉刺、暗疮，中医古代称面疮、酒刺，是皮肤科常见病、多发病。据统计，在青春期男性有95%、女性有85%患过不同程度的痤疮。痤疮（青春痘）是一种发生于毛囊皮脂腺的慢性皮肤病，多发于头面部、颈部、前胸后背等皮脂腺丰富的部位。痤疮（青春痘）的主要临床表现为黑头粉刺、白头粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿，易形成色素沉着、毛孔粗大甚至瘢痕样损害，影响美容，严重者可导致毁容，给年轻人造成极大的心理压力和精神痛苦。中医学认为，面鼻及胸背部属肺，本病常由肺经风热阻于肌肤所致；或因过食肥甘、油腻、辛辣食物，脾胃蕴热，湿热内生，熏蒸于面而成；或因青春之体，血气方刚，阳热上升，与风寒相搏，郁阻肌肤所致。多由内热炽盛，腠理郁闭，血瘀不畅所致。现代医学认为，痤疮的发病因素包括：①内分泌因素；②毛囊皮脂腺导管有异常角化；③微生物感染；④免疫因素；⑤其他因素，如饮食、情绪及某些化学药物等。

【临床应用】

武进赟等运用大青龙汤：麻黄20g，桂枝、杏仁、甘草、生姜各10g，大枣30g，生石膏50g，每日1剂，水煎分2次服。服2剂后，汗出较多，改用桂枝茯苓丸原方：桂枝、茯苓、牡丹皮、白芍、桃仁各20g，每日1剂，连服4周。同时局部外用必麦森凝胶（通用名：红霉素－过氯化苯甲酰，山东德美克制药有限公司），每日早、晚各1次，涂前先用带有硫黄的热肥皂水彻底清洗皮肤，待干后将少许药物涂于患处。观察门诊痤疮患者168例，均具有典型皮损，皮损数目多少不一，主要分布在面部和前额部。就诊前2周内患者未接受过任何治疗。将入选病例分为两组：联合治疗组90例，其中男48例，女42例；年龄17～23岁，平均18.9岁；病程最短1个月，最长3年，平均135天。对照组78例，其中男38例，女40例；年龄13～23岁，平均17.5岁；病程最短15天，最长2年，平均121.5天。治疗方法：治疗组给予大青龙汤、桂枝茯苓丸，同时局部外用必麦森凝胶。治疗组只局部外用必麦森凝胶。疗效判定：痊愈为各型皮损全部消退；显效为皮损消退70%以上；有效为皮损消退30%以上；无效为皮损无明显变化。结果：联合治疗组总有效率87.8%，对照组总有效率75.6%。

孟凡海等运用桂枝茯苓胶囊，每日3次，每次3粒，4～6周为1个疗程，月经期间停药。治疗痤疮38例患者中，年龄最小者28岁，最大者43岁，平均35.5岁；病程最短3个月，最长18个月，平均10.5个月。所有患者面部皮损相当于西医的Ⅰ度～Ⅱ度痤疮。全部病例均采用自身对照法，治疗期间停用西药，改服桂枝茯苓胶囊。服药1个疗程后，38例中11例痊愈（皮损消退98%以上，其他症状、体征明显减轻或消失），17例显效（皮损消退90%以上，其他症状、体征减轻或部分消失），8例有效（皮损消退80%以上，其他症状、体征减轻），2例无效（面部皮损及症状、体征均无明显改善）。

【病案举例】

38例患者中，年龄最小者28岁，最大者43岁，平均35.5岁；病程最短3个月，最长18个月，平均10.5个月。所有患者面部皮损相当于西医的Ⅰ度～Ⅱ度痤疮，诊见苔黄腻或白厚、舌质红绛或有瘀

点，脉涩，可伴有乳房结节或条索状物，盆腔炎，白带增多，月经不调，便秘等。辨证均属脏腑血瘀、风热上窜。治疗期间停用西药，改服桂枝茯苓胶囊。服药1个疗程后，38例中11例痊愈（皮损消退98%以上，其他症状、体征明显减轻或消失），17例显效（皮损消退90%以上，其他症状、体征减轻或部分消失），8例有效（皮损消退80%以上，其他症状、体征减轻），2例无效（面部皮损及症状、体征均无明显改善）。

患者，女，42岁，3年前颜面出现粗糙丘疹、瘙痒，后遂成红黑色素沉着不退，经治1年未效。诊时，察其人肥胖易倦，色素红黑遍及脸颊，灼热，呈毛囊似之丘疹，并见多发性脓疱，肌肤粗糙，头部汗多，双大腿见散在细丝样毛细血管，舌苔薄白，脉沉稍有力。投予驱血之剂，桂枝茯苓丸（桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、芍药）加薏苡仁、当归、川芎、地黄、大黄，煎服治疗，服后，每次复诊，见颜面丘疹及各症均有改善，经治8个月，红黑色素沉着已消失，丘疹、脓疱已稀少，嘱其坚持服用以巩固疗效。

按：中年妇女一般生活负担较重，精神、工作压力也大，所患痤疮一症，大多与情绪抑郁、气机阻滞、瘀血内停有关。桂枝茯苓丸（胶囊是改变剂型所得）是治疗癥瘕、积聚的专方，方中桂枝温阳散寒行瘀，白芍敛肝扶脾、养血调经，茯苓利水渗湿，牡丹皮清热凉血，桃仁活血祛瘀兼能润肠通便。诸药合用，共奏活血祛瘀、散积化癥之功效，对治疗中年妇女痤疮而言，具有“标本兼治”的作用。

二、黄褐斑

黄褐斑为颜面部出现局限性淡褐色或褐色皮肤色素改变的一种皮肤病。皮肤病专家认为：精神因素，生殖系统疾病，妊娠，口服避孕药，慢性胃肠病，慢性肝病，结核病，恶性淋巴瘤或体内某种癌瘤，接触煤焦油、高分子芳香族化合物、各种光线、射线，蛋白质不足及维生素缺乏所致营养不良等，均可导致本病发生。其病理机制尚不明确，有人认为是由性激素刺激黑色素细胞、孕酮，使黑色素产生增加而形成色素沉着斑而成。本病在中医学称为“黧黑斑”、“黑尘”等。一般认为本病与肝、脾、肾三脏有关。临床对本病往往重“外治”，

轻“内治”，而中医内治法治疗黄褐斑效果很好。妇女的经、带、胎、产，无论哪一方面出现病理变化，都极易成瘀，而内有瘀则外有斑，故“瘀”是黄褐斑的基本病理特点。

【临床应用】

刘继刚运用桂枝茯苓丸加减，基本方：桂枝6g，牡丹皮9g，桃仁12g，丝瓜络12g，茯苓12g，赤芍9g，丹参30g，红花9g，薏苡仁30g，白扁豆20g，白薇12g，车前草20g，甘草6g。大便干燥加生大黄10g、炒枳壳10g；月经不调加川芎10g、益母草30g；更年期加淫羊藿15g、仙茅、山茱萸各15g。每日1剂，水煎，早、晚分服。治疗黄褐斑40例，均为门诊病人，女性；年龄21～50岁，平均28岁；病程最长8年，最短2个月；已婚36例，未婚4例；发病相关因素包括月经失调者15例，产后8例，服避孕药5例，更年期5例，情志抑郁2例，原因不明5例。黄褐斑深褐色6例，浅褐色18例，浅灰色8例，从浅灰、浅褐色到深褐色不等8例，色素沉着以颜面部为主30例，颜面部及上唇部皆有2例，鼻翼旁2例，以颜面为主散在多部位6例。予桂枝茯苓丸加减治疗。疗效判断：痊愈：色素斑全部消退不留痕迹。好转：色素斑虽消退，但遗留浅淡痕迹。无效：色素斑变化不大。结果：痊愈10例（25%）；好转24例（60%）；无效6例（15%）；总有效率为85%。

【病案举例】

李某，女，31岁，于1999年7月28日初诊。产后6个月开始出现面部色素沉着，日渐加剧，面颊两侧出现深褐色斑块，每月经行腹胀痛，月经量多，有血块排出，经色暗红，舌紫暗，脉细涩。证属气滞血瘀。拟桂枝茯苓丸加味连续服药20余剂后，面部色斑消失。随访1年，未见复发。

按：笔者采用桂枝茯苓丸加味治疗，方中桂枝温经通阳；丹参、桃仁、赤芍、红花、牡丹皮活血散瘀；配丝瓜络、白薇解毒通络；茯苓、薏苡仁、白扁豆、车前草渗湿健脾。诸药合用，以活血化瘀通络为主，兼以渗湿健脾，以达消斑之目的。同时，嘱患者注意面部皮肤保养，防止日晒，停服有干扰内分泌功能的药物。

三、多发性疖肿

疖肿是金黄色葡萄球菌自毛囊或汗腺侵入后，引起单个毛囊或皮脂腺发生的急性化脓性感染。多个疖肿同时或反复发生者，又称为疖病。最初为红、肿、痛的小硬结，逐渐扩大，顶部出现“脓头”，破溃后则逐步愈合。初期红肿范围和张力较大，局部呈紫红色，胀痛明显，并有发热，继而中央部“脓头”增多、坏死、溃烂，呈蜂窝状。另可并有寒战、高热、血白细胞增多。中医学认为多由热毒所生，属阳属实居多，治疗上也多以清热解毒为大法。

【临床应用】

李古松运用桂枝茯苓丸加味：桂枝、甘草各5g，茯苓、陈皮、牡丹皮、桃仁、苍术、白术各10g，赤芍、丹参、地肤子各15g。治疗多发性疖肿，疗效显著。

【病案举例】

高某，男，48岁。罹患疖肿，此起彼伏已4年。查右侧肩胛之下方有2个疖肿，白头根坚，两臀部遍生疖肿，部分已酿脓。因怕疼痛，故立而不坐。面色薰黑，腰膝酸楚。舌质淡，苔薄黄根滑腻，舌边有瘀斑，脉濡细。辨证为多发性疖，属足太阳经之湿热，痰瘀互结，拟渗化湿痰，活血祛瘀，予桂枝茯苓丸加味。6剂，疖肿消退过半，亦未见新生。遂按原方加薏苡仁、土茯苓各30g。续进10剂而愈。

按：本案湿浊阻遏而致瘀，血瘀则湿浊亦难化，瘀湿参杂，互为因果。用本方取桂枝温通血脉，合诸药化湿浊，破瘀结，尤妙在苍、白术二者同用，使“脾气运，湿气行”杜生湿走之源，而不同于苦寒直折也。

四、过敏性紫癜

过敏性紫癜是一种小动脉和毛细血管对某些物质过敏而发生的变态反应性疾病。临床表现为皮肤紫癜和黏膜出血。常有不同程度的累及胃肠道、关节和肾脏。本病以小儿和青少年较为多见，无性别差异，成年人较少见。本病属中医学“发斑”、“血证”、“葡萄疫”等

范畴。中医学认为，本病为病邪侵扰机体，损伤脉络，离经之血外溢肌肤、黏膜而成。其病因以感受外邪、饮食失节、瘀血阻滞、久病气虚血亏为主，临床以阳证、热证、实证为多，若迁延不已，反复发作则表现为虚证及虚实夹杂之证。过敏性紫癜初起系感受外邪，灼伤血络所致，甚则导致热毒内盛，迫血妄行。若日久不愈，或反复发作则又表现为气血亏虚，瘀阻脉络，成难治之证。

【临床应用】

石红乔以桂枝茯苓丸口服，每日3次，每次3片。治疗过敏性紫癜，疗效满意。

魏文先以桂枝茯苓丸加味，药用：桂枝12g，茯苓15g，牡丹皮15g，桃仁15g，赤芍15g，紫草15g，丹参30g，三七3g（冲服）。每日1剂，水煎服。治疗过敏性紫癜，疗效满意。

【病案举例】

许某，女，42岁，2001年4月7日初诊。患者自诉双下肢反复起紫斑1年余，微痒。两下肢可见散在紫红色斑疹、丘疹，压之不褪色，部分集簇成片。平时自觉双下肢重坠感，有慢性盆腔炎病史3年，月经量少有血块，行经时少腹隐痛，纳差，面色白。舌淡苔薄，脉细涩。诊断为过敏性紫癜，辨证为脾虚不统血，固摄无权，气滞血瘀。治拟温中健脾，化湿消瘀，予桂枝茯苓丸口服，每日3次，每次3片。服药1个月后复诊，皮损消退十有七八，无新疹出现，经量较前增多且血块减少，嘱其继续用药。2个月后，皮损痊愈，月经量正常，行经时少腹隐痛消失，半年后随访未见复发。

按：研究证实，桂枝茯苓丸有扩张血管、促进局部炎症组织的吸收和消散等作用，对病变特点为真皮浅层毛细血管炎的紫癜确有很好疗效。患者感寒受湿，寒湿困阻脾阳，运化无能，气化失司，气血统摄失常，致血外溢，故选用桂枝茯苓丸治疗。方中桂枝温通经脉而行瘀滞，茯苓健脾利湿，桃仁、牡丹皮活血化瘀，赤芍养血活血。全方共奏健脾祛寒湿、养血活血之功效。综上所述，桂枝茯苓丸是活血化瘀、温通经脉之经方，临床用于治疗皮肤病中的血管炎一类疾患，或表现有血瘀症状的慢性皮肤病，只要辨证准确，运用合理，均能达到良好疗效。

患者，男，16岁。胸、腹部及双下肢起瘀斑2个月余，以下肢为甚。曾去某医院诊为“过敏性紫癜”，给予抗过敏、激素等药治疗，有所缓解，但停药后瘀斑重新出现。现胸部及腹部、下肢有散在瘀斑点，压之不褪色，色暗红，大小约0.3cm×0.3cm。全身乏力，怕冷，舌暗红，脉细涩。化验：血常规（-），尿常规：蛋白（+），余（-）。证属瘀阻血络，旧血不去，新血不生，给予桂枝茯苓丸加减治疗。15剂后瘀斑基本消失，继以上方出入合归脾汤加减，服20剂，随访半年未发。

按：桂枝茯苓丸具活血化瘀、温经通阳之功效。本例患者证属瘀血阻络，虽与原方证治癥病病位不同，但病因病机是一致的，故用而取效。宗师理法方药示人以规矩，非面面俱到，如何运用，全凭医者举一反三。

五、荨麻疹

荨麻疹是一种常见的过敏性皮肤病，初起皮肤瘙痒，抓后皮肤迅即发生大小不等之风团，剧烈瘙痒，此起彼伏，骤起骤消，甚至累及黏膜，出现腹痛、腹泻、喉头水肿之症状。荨麻疹属中医学“风疹块”、“风团”、“瘾疹”范畴。中医学认为，本病由脾、肺燥热，兼表虚卫外不固，风邪侵入肌肤，与内热相搏，郁久气滞血热，不能外散而成。

【临床应用】

久米由美运用桂枝茯苓丸每日7.5g治疗瘀血证的荨麻疹3例，效果显著。

【病案举例】

患者，女性，29岁，1991年4月起每晚出现全身性荨麻疹，数小时后消退，既往有子宫内膜异位症。腹诊左下腹部有压痛，无便秘。给予桂枝茯苓丸每日7.5g，1个月后几乎未出现荨麻疹。

患者，女性，56岁，1992年9月开始每晚出现全身性荨麻疹，晨起消失。服用抗组胺药后消失，但停药则复发。腹诊右下腹有抵抗，压痛（+）。无便秘。给予桂枝茯苓丸每日7.5g，2日后症状全部消失，半个月后停药。

患者，女性，23岁，1992年冬发病，当时皮肤科诊断为应激性荨麻疹，曾一度减轻，但1994年4月复发，病情加重，夜间尤剧，服抗组胺药有效。腹诊整个下腹部微胀，两侧有抵抗和压痛，无便秘。因不愿长期服用西药，给予桂枝茯苓丸每日7.5g，2周后，荨麻疹只于每周出现1次，继服6个月后，仅在疲劳时10日左右出现1次。停药后，未见加重。

按：笔者治疗的3例中，有明显的瘀血症状，故使用活血化瘀药奏效。

六、皮肤变应性结节性血管炎

皮肤变应性结节性血管炎属于中医学“血证”范畴。古方书上称之为“瓜藤缠”。《血证论·瘀血》载：“瘀血在经络……则结为癥瘕……气为血滞，则聚而成形”。本病的发生，多为劳累过度，或久立久蹲，或久行负重，致经络气血不畅，久而瘀滞成结节。现代医学认为，本病是下肢（主要发生于下肢）的小血管炎，其病理机制主要是皮下组织的小血管出现炎性变化。在血管周围及静脉管壁有肉芽肿样浸润，血管内膜变厚，管腔变小甚至闭塞。换言之，是小血管血液循环障碍所致的病变，这在中医学中相当于“瘀血”。活血化瘀法可以行血消瘀，改善小血管的血液循环，使受累组织的炎症消失，血管内膜水肿改善，管腔变大，血运正常。

【临床应用】

刘顺俊用桂枝茯苓丸加减治疗皮肤变应性结节性血管炎，基本方：桂枝10g，茯苓15g，牡丹皮（去心）10g，赤芍12g，桃仁（去皮尖、捣）9g，水煎服，每日1剂，空腹温服3次，每次100ml。加减法：气虚者加黄芪60g；血瘀盛者加三棱6g、莪术6g；热重者加黄柏10g；下肢浮肿者加防己12g、冬瓜皮15g；面部浮肿者加羌活6g；兼有表证者加防风15g；结节大而不易消退者加当归尾15g、丹参12g。治疗患者30例，门诊病人19例，住院病人11例。男性9例，女性21例。15～20岁2例，21～30岁10例，31～40岁17例，41岁以上1例。病程最短半月，最长者1年。主要临床表现：皮下结节大小不等，深浅不一，疼痛但不破溃，呈圆形或梭形，小如黄豆，大

如杨梅，多发生于下肢，上肢少见，容易复发。发病时或伴低热，倦怠乏力，关节疼痛，食欲不振，下肢浮肿，脉涩，舌质暗有瘀点，苔薄或薄白。血常规及抗链球菌溶血素O一般正常。均运用桂枝茯苓丸加味。治疗结果：痊愈23例，皮下结节完全消散，低热、关节疼痛等全部消失，随访3年未复发；好转5例，皮下结节经1.5个半月治疗完全消散，2年后有轻微复发；无效2例，服药15剂后，皮下结节部分减退，仍倦怠、关节疼痛。

【病案举例】

谭某某，女性，35岁，教师，于1981年6月15日在门诊治疗。下肢出现皮下结节半月，疼痛，自述结节颜色由晴红转为淡红，伴发热、倦怠、关节疼痛、面部及下肢浮肿，食欲减退，脉涩，舌暗红有瘀点，苔薄黄。体温38℃。以桂枝获等丸加防风15g，羌活6g，防己12g。3天后复诊：面部及下肢浮肿完全消失、下肢皮下结节变小并有部分消散，饮食增加。上方去防风、羌活、防己，加当归尾15g，丹参12g。继用15天。三诊：下肢皮下结节完全消失，精神好转，关节活动如常，饮食恢复正常，脉缓，舌红润，苔薄白。继用桂枝茯苓丸加当归尾10g，连用27剂。停药后随访3年未复发。

按：笔者悟桂枝茯苓丸中奥妙在桂枝通阳活血，茯苓导利安正，牡丹皮、桃仁破瘀消结，赤芍行血止痛，故试用之治疗皮肤变应性结节性血管炎取得了理想的效果，体现了中医学异病同治的原则。本方一般连续服用40～50剂，方可避免复发。

七、银屑病

银屑病是一种以皮肤代谢发生障碍产生慢性鳞屑性皮损为主要特征的疾病。其临床特点表现为红色的丘疹或斑块，皮损表面覆盖银白色鳞屑，轻轻搔抓鳞屑即可脱落，由于脱落的鳞屑为白色，故称为银屑病。掌跖脓疱症是一种慢性复发性疾病，局限于掌跖，在红斑基础上周期性发生深在无菌性小脓疱，伴角化、鳞屑，属于局限型脓疱性银屑病。银屑病的发病原因与环境、病灶、饮食等诸多因素有关，病理方面存在机体免疫力低下、脏腑代谢功能失调、皮肤脉络微循环障碍等现象。中医学称之为“白庀”、“庀风”等。银屑病多从血热、

血虚、风燥等论治，而就其临床观察，血热、血虚、风燥不能完全反映银屑病发生发展之病机。经云："邪之所凑，其气必虚。"银屑病之发生，虚是其本质，邪即为风热毒乘虚侵袭，蓄结体内，毒热蕴久，气血受损，阴津耗伤，脉道液亏，血壅阻络，瘀血乃成。血愈瘀，络愈阻，日久络脉瘀结不散，肌肤失养，而成银屑病。所以血瘀皮肤，脉络受阻，气血不能温煦濡润皮肤，当为银屑病的重要病机。因而治宜活血化瘀为主，瘀血化则新血生，银屑得以脱落，皮肤重获润泽。

【临床应用】

余家治以《金匮要略》桂枝茯苓丸为主化裁治疗，取桂枝温通血脉，走皮肤开毛塞，血络得以调通，营卫因和，肌肤得养；牡丹皮、桃仁、赤芍性微寒，入血分得以除痹化瘀，诸药得桂枝，祛瘀尤良，尤其血瘀肌肤，无桂枝则瘀不能化，新血不得生；若血热明显者，加丹参、生地黄，以增强凉血化瘀之效；癣疹痒甚者，加黄连、苦参、白鲜皮；燥热内甚者加入酒大黄；病程较长、皮肤角化甚者加全蝎、乌梢蛇、水蛭，亦可取其粉末3～5g随汤冲服。

【病案举例】

患者，67岁，女，初诊于1979年4月。病历：营养、脸色中等。10年前起患掌跖脓疱症。开始以为是足癣，患部瘙痒，脱皮。皮肤科诊为掌跖脓疱症。一时性地有所好转，但复发后足掌跖全部粗糙、干燥、硬化瘙痒、步行困难，易便秘、头痛、眩晕、动悸、呼吸困难、腰痛。复诊时看到脐旁下有抵抗压痛，属血瘀证。治疗：服桂枝茯苓丸料加薏苡仁6g，大黄1g，外用紫云膏。服药后逐渐好转，5个月后好转了80%，患者非常高兴。

参考文献

[1] 赵辨．临床皮肤病学．第3版．南京：江苏科技出版社，2001：935

[2] 武进赟，孙林潮，崔文强，等．大青龙汤、桂芝茯苓丸内服加必麦森凝胶外用治疗痤疮的临床观察．中国美容学，2002，6（3）：211

[3] 孟凡海，刘学勤，王雪萍．桂枝茯苓胶囊治疗中年妇女痤疮38例．浙江中

医杂志，2002，34（6）：270
[4] 刘继刚．桂枝茯苓丸加味治疗黄褐斑40例小结．甘肃中医，2004，17（2）：13～14
[5] 李古松．桂枝茯苓丸加味治验举隅．甘肃中医，1995，8（2）：27
[6] 石红乔．桂枝茯苓胶囊皮肤科临床运用举隅．上海中医药杂志，2004，38（12）：50
[7] 魏文先．经方应用举隅．河南中医，2006，26（9）：9～10
[8] [日] 久米由美．日本东洋医学杂志，1995，45（5）：156
[9] 刘顺俊．桂枝茯苓丸加减治疗皮肤变应性结节性血管炎30例．湖北中医杂志，1988，（2）：26
[10] 余家诒．银屑病从瘀论治．福建中医药，1997，28（1）：45

第六章 耳鼻喉科病证

第一节 咽喉科疾病

一、慢性咽炎

慢性咽炎系咽部黏膜的慢性炎症，常为呼吸道慢性炎症的一部分。多为急性咽炎反复发作或延误治疗转为慢性或者各种鼻病后因鼻阻塞而长期张口呼吸及鼻腔分泌物下流，致长期刺激咽部，或慢性扁桃体炎、龋病等影响所致。本病属中医学“失音”范畴，金实不鸣，大多由于痰结咽喉，影响肺之清肃、宣发，故咽喉失利，慢性咽炎患者咽后壁滤泡增生明显，痰血互结显见。

【临床应用】

许荣正用桂枝茯苓丸加味。桂枝、生甘草各3g，赤芍、白芍、泽泻、桃仁、焦白术各10g，牡丹皮、桔梗各6g，茯苓12g，薏苡仁18g，制胆南星5g。治疗慢性咽炎，疗效显著。

【病案举例】

周某，男，43岁，1990年12月15日诊，门诊号139295。素有失音史，1周前又感咽痒

咳嗽，伴声音嘶哑，咽喉不适，痰不易咳出，咽干不欲多饮，经中、西药多方治疗无效，舌苔薄白而湿润，舌质瘀紫，脉濡。此属痰血瘀结喉窍，声音失司之证，治宜活血化痰，开启喉窍，方用桂枝茯苓丸加味服药3剂，诸症消失，1年后症状复发，原方出入仍效。

按：笔者用桂枝温阳化湿，桃仁、赤芍、牡丹皮活血祛瘀，茯苓、白术、薏苡仁、炙甘草健脾化湿，以绝生痰之源，胆南星、桔梗化痰散结利咽，诸药配合则效果较佳。

二、声带息肉

声带息肉是指发生于一侧声带前中部边缘的灰白色、表面光滑的息肉样组织，多为一侧单发或多发，有蒂或广基，常呈灰白色半透明样，或为红色小突起，有蒂者常随呼吸上下移动，大者可阻塞声门发生呼吸困难，影响发音。位置多位于声带前中1/3交界处。中医学将声带息肉列入“慢喉喑”范畴，又称久喑，总属气滞痰凝血瘀所致。症见声嘶日久，讲话费力，胸闷，舌质暗滞，脉涩。治宜行气活血，化痰开音。声带息肉，首选手术摘除，如不适用者，则可用桂枝茯苓丸（由桂枝、茯苓、牡丹皮、桃仁、赤芍组成）来活血化瘀，消除结块。另外，还可加用软坚化痰药物，如昆布、海藻、瓦楞子、白芥子、莱菔子等，或者加理气药，如木香、乌药、青皮等。

【临床应用】

戚广崇用桂枝茯苓丸治疗声带息肉，每次8g，每天3次，空腹时吞服。治疗声带息肉，疗效满意。

【病案举例】

张某某，男，36岁，教师，初诊于1983年3月31日。患者从1980年10月份起出现声音嘶哑，有时晨起痰中带黑色血块，咽部轻度充血。间接喉镜检查：双侧声带轻度充血，左声带中1/3处有息肉。经治未见明显好转。至1982年5月声嘶加重，甚或失音，检查发现双侧声带中1/3处均有息肉，数次建议手术治疗，均被患者拒绝。经用抗生素、溶菌酶、地塞米松及中药咽喉方等治疗未效。来诊前声带息肉已长至约有0.3cm×0.5cm大小。当时声音严重嘶哑，以致不能上课，患者颇感痛苦。舌苔薄白，舌质淡红，脉细弦。自思息

肉乃瘀血所致，试拟桂枝茯苓丸治疗之。每次8g，每天3次，空腹时吞服。服至半月后，声嘶减轻，继续服药至2.5个半月后声畅音扬，已恢复正常。于耳鼻咽喉科做检查，声带息肉已不复存在。1.5年后随访亦未复发。

按：日本人浅田宗伯认为："此方主祛瘀血所致之癥瘕（血栓、血块等），凡因瘀血所生之诸疾皆可活用之。"今人尝以桂枝茯苓丸为主治疗宫颈息肉、子宫肌瘤、卵巢囊肿等，取得较好效果。笔者试以之治疗声带息肉，亦取得效果。

参考文献

[1] 许荣正．桂枝茯苓丸的临床应用．陕西中医，1995，16（5）：8

[2] 戚广崇．桂枝茯苓丸治愈双侧声带息肉一例．江苏中医药，1985，4（44）：46

第二节 鼻科疾病

一、鼻腔血管瘤

中医学对鼻腔血管瘤无明确记载，按症状可归于"鼻衄"、"鼻痔"范畴。此外，明·李梴《医学入门》中形容鼻痔"如枣"；清·吴谦《医宗金鉴》说鼻痔"色紫微硬、撑塞鼻孔碍人气息难通"；清·林佩琴《类证治裁》谓鼻息肉"如枣核"。这些记载虽然都是指鼻息肉，但其描述与鼻腔血管瘤相似。鼻腔血管瘤的病机亦系气血凝滞，经脉痹塞，日久积结成块。

【临床应用】

李浩用桂枝茯苓丸加味：桂枝、茯苓、赤芍、牡丹皮各10g，桃仁、红花、枳壳各6g，郁金、川芎、白菊花各12g。7剂，每日1剂，水煎，分2次服。服药时兑入田七粉半支。配合局部用药：鱼腥草液与呋麻滴鼻液交替使用，每日4次。治疗鼻腔血管瘤，疗效满意。

【病案举例】

刘某某，女性，40岁，农民，1990年4月初诊。2年来左鼻经常出血，每次量不多，色鲜红，月经期间则出血量增多。出血时用棉球塞鼻或用冷水拍项部可止，伴鼻塞、嗅觉不敏、头痛等症。曾在当地诊为“鼻炎”、“鼻衄”，服用中、西药物治疗，未见明显效果。上月在某医院诊为“出血性息肉”，拟行手术治疗。患者畏惧手术，遂来我院求治。刻诊：面色少华，胸闷不舒，左侧鼻塞，嗅觉不敏，头闷痛，纳少，二便调。舌质淡红，边有瘀点，苔薄白，脉弦。鼻腔检查：左鼻黏膜充血，下鼻道有血痂，中鼻甲前上方可见桑椹状肿物约1.5cm×10.8cm大小，色暗红，质软，触之易出血。取小块肿物送病理检验，报告为鼻腔血管瘤。诊断：鼻瘤，气血瘀阻型。治以行气活血祛瘀，予桂枝茯苓丸加味，鱼腥草液和呋麻滴鼻液交替局部使用，每日4次。二诊：鼻未出血，头痛消失。鼻塞有所减轻。查：下鼻道清洁，中鼻道肿物转为红色，略为缩小。原方去田七、白菊花，加辛夷花10g，土茯苓30g，连服14剂。三诊：鼻通气改善，嗅觉提高，全身无明显不适。查：中鼻道肿物缩小至0.3cm×0.2cm×0.1cm大小。继进前方7剂，嘱月经期停服。四诊：鼻通气良好，嗅觉正常，月经期鼻未出血。查：鼻黏膜色正常，鼻道清洁，肿物消失。随访半年，无复发。

按：笔者以红花、田七、川芎、郁金、枳壳活血行气、消瘀止血，白菊花清利头目，辛夷花宣通鼻窍，土茯苓消肿散结。诸药合用，共奏行气活血、消癥通窍之功效，辅以局部应用收缩血管及清热解毒的中、西药物，故迅速收到满意疗效。

二、慢性鼻窦炎

慢性鼻窦炎是以鼻塞、流脓鼻涕、头晕、头痛、嗅觉减退为主要表现的疾病。本病病程较长，可数年至数十年，反复发作，经久难愈。慢性鼻窦炎绝大多数是鼻窦内的多种细菌感染，致病菌以流感杆菌及链球菌多见。本病是最常见的鼻部疾病之一，多由急性鼻窦炎治疗不及时、不彻底，反复发作迁延转化而来。慢性鼻窦炎中医学称之为“鼻渊”。中医学认为，邪毒滞留，停聚鼻窍，影响气

血运行，血行不畅，瘀血阻滞，一则鼻窍失养，二则瘀血化热，热壅内腐而成脓涕。

【临床应用】

周延辉用桂枝茯苓丸加味：桂枝10g，桃仁10g，芍药10g，茯苓10g，金银花10g，辛夷10g，白芷10g，黄芩10g，牡丹皮10g，苍耳子10g，薄荷6g，甘草6g。6剂，水煎服，1日1剂。治疗慢性鼻窦炎，取得满意疗效。

【病案举例】

史某，女，19岁，学生，于2000年9月5日就诊。主诉：鼻塞流黏稠脓涕，反复发作3年，加重7天。患者3年来，经常感冒，鼻塞不通，流涕，后渐加重，分泌物变稠呈黏液脓性涕，有异味，伴有头晕脑胀，精神不振，记忆力减退，上课注意力不集中，头部沉重有压迫感，前额部时有钝痛。每遇受凉则上述症状加重。曾在某医院五官科诊治，经拍X线片检查提示：窦壁黏膜增厚，窦腔模糊混浊，透光度减低。诊断为JR性上颌窦炎，经中西医药治疗半年余无明显效果。1周前又因受凉使上述症状加重，前来就诊。查：鼻腔黏膜肿胀、充血，中鼻甲肥厚，中鼻道变窄，有积脓，舌质淡红，边有瘀斑，舌苔微黄而腻，脉浮而数。中医辨证：外感风寒郁而化热，热邪壅遏肺经，循经上炎，蕴结于鼻窦，熏灼于气血，血行不畅，瘀血阻滞，郁火更甚，内腐黏膜，而成脓涕。治宜活血化瘀、清热通窍。方用桂枝茯苓丸加减，用药6剂后脓涕明显减少，鼻塞及诸症均有不同程度的好转，效不更方，依上方加减共服药11剂，诸症均消失，上课注意力集中，随访半年未见复发。

按：方中用桂枝、芍药一阴一阳；茯苓、牡丹皮一气一血，调其寒湿，扶其正气；桂枝、桃仁活血化瘀破恶血，消癥瘤，以除脓涕，祛瘀生新而消肿胀；茯苓、黄芩、苍耳子、辛夷清利湿热，以通鼻窍；牡丹皮清血热又活血化瘀祛腐，促进血行，供给病变局部营养，同时，血行则腐去；芍药养血敛阴，则扶正以祛邪；白芷消肿排脓且善治阳明头痛；金银花、薄荷轻凉清透，合白芷、苍耳子以解新感之外邪，邪去郁宣，郁火无源自清。诸药配合，重在活血化瘀，血行瘀散，诸症悉除。

参考文献

[1] 李浩．鼻腔血管瘤治验．四川中医，1994，(2)：52
[2] 周延辉．桂枝茯苓丸加味治疗慢性鼻窦炎的体会．甘肃中医，2002，15(2)：16

第三节 耳科疾病

梅尼埃综合征

梅尼埃综合征又称膜迷路积水，是由于内耳膜迷路水肿而致发作性眩晕、波动性耳聋和耳鸣为主要表现的内耳疾病。中医学认为梅尼埃综合征属“眩晕”之范畴。中医高等院校教材第五版《中医耳鼻咽喉科学》称本病为“耳眩晕”，认为其病机之本在脾、肾、肝之脏腑功能失调，其标为风、痰、湿闭遏清阳。

【临床应用】

《汉方的临床》（1982年4月）用桂枝茯苓丸料治疗梅尼埃综合征和高血压有效。

【病案举例】

患者，37岁，女性，在学校工作，初诊于1978年4月。病历：肥胖，身高153cm，体重60kg，生过两个小孩。8年前生第2个小孩后不久患子宫附件炎，以后肥胖起来，主诉眩晕、耳鸣而被诊断为梅尼埃综合征，上火，带下，血压高。初诊时脉弦，腹满有抵抗、瘀血征。血压175/110mmHg（23.3/14.7kPa），还没有服西药降压剂。治疗：针对诸证予桂枝茯苓丸料1个月以后，眩晕、耳鸣减轻，同时血压下降为160/93mmHg（21.3/12.4kPa）。2个月后血压为140/85mmHg（18.7/11.3kPa），3个月后为140/85mmHg（18.7/11.3kPa），1年后为135/80mmHg（18.0/10.7kPa），一般症状好转。食欲良好，体重无减轻。

参考文献

[1] 汉方的临床．医学文选，1982，(4)：8

第七章 眼科病证

中心性浆液性脉络膜视网膜病变

中心性浆液性脉络膜视网膜病变简称：中浆病，是由于视网膜色素上皮层功能损害，形成以黄斑部或附近视网膜神经上皮限局性浆液性脱离为特征的常见黄斑疾病，属中医学“视瞻昏渺”、“视惑”、“视瞻有色”范畴。本病多因湿热内停，水湿上蒸清窍，郁久成痰，壅塞黄斑；或因脾虚水停，水湿上泛于目；也有因情志不舒，气滞血瘀，目窍不利者；更有因劳神过度，致真阴暗耗，精血不足，不能上荣于目，水湿乘虚积滞目络。

【临床应用】

孙荣科等以桂枝茯苓丸加味：桂枝 10g，茯苓 12g，桃仁 10g，赤芍 20g，昆布 20g，海藻 20g，皂刺 10g，党参 15g，白术 10g，夏枯草 10g，给药 5 剂，每日 1 剂，水煎 2 次服。治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变，疗效满意。

【病案举例】

患者，女，52 岁。1996 年 3 月 2 日，以右眼视力障碍、视物变形 1 个月而就诊。1 个月前无明显诱因而出现视力下降，在他院诊为

中心性浆液性脉络膜视网膜病变，经用西药治疗10天，视力由0.4升到0.6。近20天虽继续用药，但视力未再提高。检查：视力右眼0.6，左1.2，眼底：视神经乳头边界清，色淡红，网膜血管走行大致正常，黄斑区细点状硬性渗出，色素紊乱，中心凹光反射（-），舌淡有痕斑，苔薄白，脉沉涩。诊断：中心性浆液性脉络膜视网膜病变，证属气血凝滞，水湿积聚而成。治宜益气健脾，活血化瘀，软坚散结，投桂枝茯苓丸加味。二诊：自诉视物较前清楚，左眼视力0.8，效不更方，再进10剂，视力恢复到1.2。1年后随访，视力稳定。

参考文献

[1] 孙荣科，阿琴．桂枝茯苓丸的临床新用．淮海医药，2000，18（1）：71

下篇

实验研究

下篇

实验研究

第一章 桂枝茯苓丸制剂研究

桂枝茯苓丸的制备：

【处方】桂枝 100g，茯苓 100g，牡丹皮 100g，赤芍 100g，桃仁 100g。

【方剂制法】以上五味，粉碎成细粉，过筛，混匀。每 100g 粉末加炼蜜 90～110g 制成大蜜丸，即得。

【功能主治】活血，化瘀，消癥。用于妇人宿有癥块，或血瘀经闭，行经腹痛，产后恶露不尽。

【用法用量】口服，1 次 1 丸，1 日 1～2 次。

【注意事项】孕妇慎用。

【鉴别】① 取本品，置显微镜下观察：不规则分枝状团块无色，遇水合氯醛液溶化；菌丝无色或淡棕色，直径 4～6μm。射线细胞径向纵断面呈类方形或长方形，壁连珠状增厚，常与木纤维连结，使细胞呈黄色，贝壳形，壁较厚，较宽的一边纹孔明显。②取本品 6g，切碎，加乙醚 50ml，低温加热回流 1h，滤过，药渣备用，滤液低温挥去乙醚，残渣加乙醇 1ml 使溶解，作为供试品溶液。另取桂皮醛对照品，加乙醇制成每 1ml 含 1μl 的溶液，作为对照品溶液。照薄层色谱法（《中国药典》附

录Ⅵ B）试验，吸取供试品溶液 10μl、对照品溶液 2μl，分别点于同一硅胶 G 薄层板上，以石油醚（60～90℃）－醋酸乙酯（17∶3）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以二硝基苯肼乙醇试液。供试品色谱中，在与对照品色谱相应的位置上，显相同颜色的斑点。③ 取牡丹皮酚对照品，加乙醇制成每 1ml 含 1mg 的溶液，作为对照品溶液。照薄层色谱法（《中国药典》附录Ⅵ B）试验，吸取②项下的供试品溶液及上述对照品溶液各 10μl，分别点于同一硅胶 G 薄层板上，以环己烷－醋酸乙酯（3∶1）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以盐酸酸性 5% 三氯化铁乙醇溶液，加热至斑点显色清晰。供试品色谱中，在与对照品色谱相应的位置上，显相同颜色的斑点。

临床使用桂枝茯苓丸多改成汤剂，与“炼蜜为丸”的剂型不同，有人已观察到两者的临床疗效具显著差异，为了探讨丸剂与汤剂的药效，鸟居冢和生等人，按经典法制成桂枝茯苓丸（蜜丸），每丸 2g，另用相应分量的药物制成汤剂，以有效成分桂皮醛和芍药苷定量测定为指标进行实验，结果表明：以 1 日量比较，桂皮醛含量，丸剂是汤剂的 2 倍，这是由于在煎煮过程中散逸所致，芍药苷则两者未见差别。本实验说明：桂枝茯苓丸剂比桂枝茯苓汤剂有效成分高，是丸剂的临床疗效优于汤剂的物质基础。

实验结果表明，经方是来源于古人临床经验的总结，有着极其丰富的内涵，是值得我们继续深入研究的，而一些经方的剂型和生药的炮制法，同样也是前人积多年经验的结果，改变剂型及炮制法，均要慎重，以免影响一些经方的疗效。

第二章

桂枝茯苓丸组成中药的药理研究

一、桂枝

（一）对中枢神经系统的作用

桂枝的提取成分桂皮醛 250 ~ 500mg/kg 对小鼠有明显镇静作用，表现为自发活动减少，对抗甲基丙胺产生的过多活动、转棒试验产生的运动失调及延长环己巴比妥的麻醉时间等。脑电图测定进一步证明具有一定镇静作用，在兔大脑皮质表面内埋入电极后，再由腹腔给予桂皮醛 50mg/kg，测定脑电图的变化，发现低压快波有增加的倾向，对于由于声音刺激的惊醒波稍有延长。桂枝汤和桂枝加龙牡汤的镇静作用比较，桂枝汤有一定镇静作用，但和桂枝、桂枝加龙牡汤相差很大。桂枝与芍药配伍能降低乙酸（冰醋酸）致痛小鼠扭体次数，说明桂枝、芍药配伍具有镇痛作用。桂枝具有镇痛效应，采用热板法和扭体法观察该药的镇痛作用，结果发现桂枝对小鼠热致痛和乙酸（醋酸）致痛均有明显的抗痛作用，与罗通定镇痛效果比较均无显著差异（$P > 0.05$）。桂枝有一定抗惊厥的作用。桂枝的有

效成分桂皮醛 500mg/kg，能缓解士的宁引起的强直性惊厥，但对戊四氮引起的惊厥则无效，桂枝还可以减少烟碱引起的强直性惊厥及死亡的发生率。采用蜗牛腹足神经节的实验性癫痫模型实验表明也有抗惊厥作用，2%的柴胡桂枝汤膏粉液可抑制由戊四氮引起的蜗牛腹足神经节电位的变化（这种变化与猫惊厥时，大脑皮质细胞被戊四氮诱发的电位变化是一致的），并发现此方剂中柴胡、桂枝、芍药、生姜等四味药单用时也有类似的作用，表明上述几味药均有一定的抗惊厥作用。

（二）抗炎解热作用

有学者收集古今 1128 例桂枝汤类方剂临床医案，并通过这些医案进行统计分析，分析结果发现，1128 例病案中共出现各类症状 138 种，各种症状的出现总数达 5080 个，平均每次出现的症状数为 5080/1128 =4. 50 个，而汗出症状为 5280 次，出现次数最多，发热 267 例次，出现次数为第 4 位，由这些分析可知桂枝有较好的解热作用。桂枝通过不同配伍有较好的发汗解肌作用。麻黄配桂枝对大鼠足跖部汗腺分泌有兴奋作用，桂枝煎剂对小鼠正常体温及用伤寒或副伤寒疫苗所致发热家兔均有解热作用，桂枝的解热作用系通过中枢及末梢使血管扩张，调整血液循环使血液流向体表，而起到发汗解表作用。采用正交设计法对桂枝汤组方分析方法发现，在抑制炎性肿胀上，致炎后 1h，在桂枝汤的单味药中，以桂枝的作用最强；致炎后 4h，仍以桂枝的作用最强，芍药同桂枝有协同作用。桂枝不仅对角叉菜胶性肿胀第二期有效，对初始期亦有一定作用，可能对影响炎症发生的多个环节起作用。其中对前列腺素合成的作用，其机制值得今后探讨。桂枝或桂枝与芍药配伍均能降低实验小鼠腹腔血管通透性，显示出抗炎作用。用 K－B 纸片扩散法，100% 桂枝浸出液滤纸片对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、变形杆菌、甲型链球菌、乙型链球菌抑菌作用进行了研究。结果：桂枝对以上细菌均有明显抑菌作用，说明桂枝在体外有明显的抑菌作用。桂枝的有效成分也有较好的抗炎解热作用。桂枝的挥发油部分对呼吸道炎症有消炎作用。桂枝的提取成分桂皮醛或桂酸钠，对小鼠正常体温以及用伤寒、

副伤寒疫苗所致发热兔均有降温解热作用。桂枝挥发油能够抑制 LPS 所致大鼠急性肺损伤肺组织中蛋白酪氨酸激酶（PTK）的异常增高，对 PTK 活性的抑制可能是桂枝挥发油发挥抗炎作用的主要机制之一。桂枝汤能平衡阴阳，通过对下丘脑和血浆中环核苷酸的影响起到双向调节作用。

（三）对免疫系统的影响

据实验研究报道，桂枝汤对大鼠脑室注射白细胞介素 -1（IL-1）、干扰素（INF-α）或肿瘤坏死因子（TNF-α）等免疫因子诱发的发热有显著抑制作用。有学者研究报道，桂枝的有效成分桂皮醛有组胺释放作用，在给药后 20～60min 内可引起荨麻疹，桂枝的另一种成分桂皮醛能引起兔的白细胞增加，出现明显的免疫反应症状。但另有学者的报道却与此相反，桂枝浸膏在治疗肾炎的研究中发现，桂枝对异嗜性抗体反应显示出抑制补体活性作用，认为有较强的抗过敏反应，至于是制剂不同导致结果不一，还是单一成分和复合成分的不同导致不同的结果，其机制还需进一步研究。桂枝汤对组胺所致豚鼠哮喘有一定的抑制作用，能抑制小牛血清蛋白诱发的迟发型超敏反应。卢长安发现本药具有免疫功能的双向调节作用。桂枝汤有使巨噬细胞吞噬指数增加的作用。骆和生发现桂枝浸膏有抗补体活性的作用，对小鼠病毒性肺炎引起的单核 - 吞噬细胞系统功能抑制有明显改善作用，但对正常小鼠的单核 - 吞噬细胞系统功能无明显影响。

（四）抗病原微生物的作用

桂枝乙醇浸液在体外对炭疽杆菌、伤寒杆菌、金黄色葡萄球菌、柠檬色葡萄球菌、志贺痢疾杆菌、弗氏痢疾杆菌、异型痢疾杆菌、霍乱弧菌、肠炎沙门菌及致病性皮肤真菌均有抑制作用。桂枝煎剂（1∶20）对流感亚洲甲型京科 68 - 1 株病菌和孤儿病毒 ECHO11 均有抑制作用。

（五）对心血管系统的作用

桂枝具有温通心阳、推动血行的作用，是治疗冠心病不可缺少的

药物。桂枝能增加冠状动脉血流量，同单纯的益气和益气养阴活血的汤剂对照，其效果均优于对照组（$P<0.005$）。临床证实，桂枝具有一定的改善心肌供血、供氧及临床症状的作用，但桂枝对血管的作用可因作用部位不同而异，并与配伍药物有关。据报道，桂枝与人参配伍有较好的强心作用。动物实验结果表明，桂枝和人参的复方制剂人桂散能显著提高小鼠的耐缺氧能力，保护脑垂体后叶素诱发的心肌缺血，能够降低大鼠血肌酐、磷酸激酶值，保护心肌细胞，增加心肌营养血流量，同时还有耐寒冷和抗疲劳作用。桂枝蒸馏液对缺血再灌注损伤有保护作用，桂枝蒸馏液（1.5ml/ L）能降低再灌注心室颤动发生率，改善心功能，如恢复心率、提高心室最大收缩速率及左室功指数，同时伴心肌摄氧量增加。其作用机制为抑制心肌缺血再灌注时冠脉流量的减少及心肌细胞乳酸脱氢酶和磷酸肌酸激酶的释放，减少心肌脂质过氧化产物的生成，提高超氧化物歧化酶活力。

（六）对消化系统的作用

桂枝汤有调补脾胃治疗消化道溃疡的作用。实验结果表明，桂枝汤对实验性胃溃疡所具有的抑制、修复作用是通过整体调节实现的，而这种整体性调节的内在机制则与酶蛋白活性直接相关，从实验方面证实了桂枝汤有调补脾胃治疗消化道溃疡的作用。据报道，中药桂枝汤及其显著的刺激胃 H^+，K^+ – ATP 酶活力，在离体水平上对胃 H^+，K^+ – ATP 酶活力呈抑制作用，桂枝汤在整体水平上对吲哚美辛引起 H^+，K^+ – ATP 酶抑制作用有保护效应。这些结果显示，桂枝汤能通过整体调节实现提高胃 H^+，K^+ – ATP 酶活力及对吲哚美辛引起的 H^+，K^+ – ATP 酶抑制作用，一定程度上阐明了桂枝汤调理脾胃的作用机制，也为桂枝汤的应用范围提供了可能性。

（七）对皮肤病的治疗作用

据实验研究报道，用自拟复方桂枝、石榴皮等药制成的煎剂外洗治疗慢性体表性溃疡 25 例，另设 25 例为对照组，结果：治疗组 25 例治愈 22 例，好转 3 例，平均治愈天数 38 天。对照组 25 例治愈 13 例，好转 4 例，无效 8 例，平均治愈天数 56 天。两组痊愈率对比

$P<0.01$，差异有显著性。桂枝提取物对黑色素生成有明显抑制作用，其作用机制主要是限制酪氨酸酶的基因表达、蛋白合成和氧化活性这三个方面。

（八）其他作用

桂枝油被吸收后，经肺排泄，可稀释其分泌液的黏稠度，出现祛痰、止咳作用。有学者比较了桂枝汤和桂枝加厚朴杏子汤的实验药理差别，发现桂枝汤和桂枝加厚朴杏子汤有明显的镇咳、祛痰、平喘作用，但以桂枝加厚朴杏子汤的作用为强。桂皮醛有抗肿瘤作用，500μg/kg 给小鼠注射，对 SV40 病毒引起的肿瘤的抑制率为 100%。桂枝有芳香健胃作用，桂皮醛能使肠胃蠕动亢进，排除肠中腐败之气体。桂皮酸对实验动物犬有利胆作用，对大鼠有轻泻作用，桂枝、大蒜、麻黄、大蒜素组成的复方对鼻炎有一定的治疗效果。肿瘤坏死因子－α（TNF－α）是由巨噬细胞产生，是对癌细胞有特异性杀伤作用的一种活性蛋白，桂枝浸出物可增强小鼠腹腔巨噬细胞 TNF－α mRNA 表达，说明桂枝具有抗肿瘤的作用。桂枝甘草汤具有一定的抗变作用，可能与其具有扶正固本的作用，提高机体对外源性诱变物的免疫力有关，其抗变机制有待进一步研究。桂枝汤对四氧嘧啶致糖尿病小鼠模型具有降糖作用，且随煎煮时间延长而作用增强。

（九）毒、副作用

观察桂枝半数致死量的昼夜差异发现：白昼组全数致死量为 140mg/kg，全数致死量为 200mg/kg，LD_{50}为 624.7mg/kg，95% 的可信区间为 589～662.7mg/kg，而子夜组的全数致死量为 1600mg/kg，全数致死量为 400mg/kg，LD_{50}为 773.6mg/kg，95% 可信区间为 730.1～819.6mg/kg。较之白昼组，LD_{50}要大出 24%，有非常显著性差异。可见桂枝对实验小鼠的毒性作用有显著的昼夜差异，白天的毒性和致死作用较夜间明显增强，桂枝的阳热之性可为内外环境部分抵消，故对桂枝毒性的耐受力增强，表现为 LD_{50}明显增大。桂枝醛对小鼠的 LD_{50}：静脉注射为 132mg/kg，腹腔注射为 60mg/kg，口服为 2225mg/kg。桂枝汤腹腔注射 72h 后 LD_{50}为（28.125±1.875）g/kg，

小鼠病理检查未发现异常。

二、赤芍

（一）抗血小板聚集作用

实验结果表明，芍药成分及其衍生物801、802在终浓度为$5\times10^{-4}\sim5\times10^{-3}$M时对ADP和胶原诱导的血小板聚集性有不同程度抑制作用，且在上述浓度范围内，这类药物的抗血小板聚集作用均表现为明显的构效关系。赤芍的有效成分d－儿茶精与没食子酸乙酯均有抑制大鼠体外血栓形成及血小板聚集，延长兔血浆复钙时间等作用。赤芍对ADP及花生四烯酸（AA）诱导的冠心病患者血小板聚集性有抑制作用。实验表明，赤芍801 120mg和180mg两个剂量组对AA诱导的血小板聚集的抑制率分别为32.10%±7.62%和42.32%±6.79%，而对照组为5.77%±6.77%。两个剂量组与对照组比较，有显著统计学意义（$P<0.01$）。赤芍120mg静脉滴注1次对ADP诱导的血小板聚集的抑制率为－0.83%±4.12%，对照组为10.83%±3.26%，二者比较无显著统计学意义（$P>0.05$）。赤芍有使血小板内cAMP水平显著升高的作用，实验选择健康雄性大鼠24只，体重228～270g，随机分为三组，每组8只，即对照组、模型组和模型给药组。对照组投喂基础饲料（由面粉20%、玉米面23%、豆面20%、高粱面13%、麸子15%、鱼粉5%、骨粉1%、酵母1%、食盐1%、鱼肝油1%混合制成料块），每日灌水2ml代替药；模型组投喂模型料块（基础饲料加胆固醇2%、猪油10%、甲硫氧嘧啶0.2%混合制成料块），亦每日灌水2ml代替药；给药模型组，每只动物每日灌胃2ml赤芍精（内含赤芍精200mg），共46天，停药，停模型饲料1天后麻醉动物，剖腹，剥离腹主动脉，从腹主动脉取血，抗凝，离心分离出血小板，用生理盐水洗2次，离心去上清液。血小板用Faglc培养液（pH7.4）调配，每1ml含血小板1×10^{8}个。对照组动物和模型组动物的血小板分别加赤芍精液50μl（含赤芍精100μg，由生理盐水配制），与之对照的血小板加生理盐水50μl，37℃培养30min，取出离心，除去上清液，加15% TCA 1.2ml，置冰箱过夜，

离心去沉淀，取上清液 1ml，用水饱和乙醚洗 3 次，65℃水浴蒸干，以放射免疫法测定 cAMP 和 cGMP。结果可见，体外给药对照组动物血小板内 cAMP 水平有显著升高作用，这表明药物对病理状态下的血小板内 cAMP 水平有升高趋势，但无统计学意义，而模型组动物血小板内 cAMP 水平给药后有显著升高（$P<0.01$），表明赤芍精对病理状态下的血小板内 cAMP 影响更为明显，而体外给药，对模型组动物血小板内 cAMP 影响更为明显。另据报道，很多实验表明，赤芍水提液、赤芍的有效成分赤芍苷对烙铁头蛇毒血小板聚集素诱导的人血小板聚集也有显著抑制作用，对人的红细胞膜 ATP 酶也有明显抑制作用，这些研究提示赤芍可能是通过提高细胞内 cAMP 的含量，发挥其第二信使功能而达到调节血液凝固和纤维蛋白溶解系统等作用。有报道，赤芍的有效成分d－儿茶精对高脂肪、高胆固醇喂养的大鼠的血小板聚集时间、血小板血栓形成时间和纤维蛋白血栓形成时间均有显著延长作用，对血小板内 cAMP 水平也有升高作用。

（二）抗血栓形成的作用

赤芍总苷具有较好的抗血栓作用，其作用机制与其能降低血黏度、延长大鼠凝血酶原时间、部分凝血活酶时间以及降低血纤维蛋白原浓度、抑制血小板聚集有着密切的关系。赤芍总苷按 18.8mg/kg、37.5mg/kg、75mg/kg 三种剂量尾静脉注射，测定其对于小鼠凝血时间、复合诱导剂致肺栓塞的死亡率和角叉菜胶致尾血栓的长度比值及电刺激大鼠动脉血栓形成时间的影响。结果：赤芍总苷能显著延长小鼠凝血时间，降低肺栓塞死亡率，缩短尾血栓的长度比值，延长动脉血栓形成时间，0.375%浓度下未见溶血反应。说明赤芍总苷静脉给药时具有显著抗凝和抗血栓形成作用。赤芍总苷 20.0mg/kg 和 40.0mg/kg 可缩短体外血栓长度（$P<0.05$，$P<0.01$），降低体外血栓湿重和干重（$P<0.05$，$P<0.01$）；赤芍总苷 20.0mg/kg 和 40.0 mg/kg 可明显降低血细胞比容、血液黏度（$P<0.05$，$P<0.01$），降低血小板聚集率，延长凝血时间（$P<0.05$，$P<0.01$）。说明赤芍总苷具有抗血栓作用，其机制与保护血管内皮细胞损伤、降低血液黏度、改善血液流变性有关。实验选择健康雄性大鼠 24 只，

随机分为对照组、模型组，和模型给药组。对照组投喂基础饲料，模型组投喂模型料块，给药模型组投喂模型料块，每只动物每日灌胃2ml赤芍精（内含赤芍精200mg），共46天。停药、停模型饲料1天后，用硅化注射器抽血，注入蔡氏环内，用蔡氏方法模拟血栓形成，观察血小板聚集时间、血小板血栓形成时间、纤维蛋白血栓形成时间。观察从血液内血小板聚集开始到纤维蛋白血栓形成过程角度变化与时间的关系，结果赤芍精对血小板聚集时间、血小板血栓及血栓形成时间均有影响，赤芍精组血小板聚集时间与对照组比较 $P<0.01$，与模型组比较 $P<0.05$；对血小板血栓形成时间与对照组和模型组比较均 $P<0.01$，血栓形成时间与对照组和模型组比较 $P<0.05$。再用蔡氏法绘成血栓形成动力学曲线，秤其湿重及干重。结果表明，模型组动物血小板聚集时间与对照组比较，聚集时间缩短1/2左右，说明给高脂肪、高胆固醇动物血小板聚集增强。模型给药组动物的血小板聚集、血小板血栓和纤维蛋白血栓形成时间均较模型组动物明显地延长，并接近对照组。提示赤芍精有提高抗高脂肪、高胆固醇引起的促血栓形成的作用。模型组动物血栓的湿重、干重和长度均比对照组增大，而赤芍精则有抗血栓形成的作用。从血栓形成动力学曲线可见，模型组动物血栓形成动力学曲线左移，表示血栓形成倾向加强。对照组与给药模型动物血栓形成动力学曲线靠近，且对照组曲线处于两者之间，说明体内给药后血栓形成倾向明显减弱。另有临床研究证明，赤芍对冠心病和脑血栓形成患者抗血栓的作用机制是通过抑制 TXB_2、PGI_2 合成和花生四烯酸的代谢。选取住院冠心病、脑血栓形成病人，入院后停用各种药物（如心绞痛发作可加服硝酸甘油片，高血压维持原降压药），观察3天后给予赤芍801静脉滴注。测定冠心病、脑血栓形成病人给药前后 TXB_2 合成及给药后 PGA_2 合成、AA代谢情况。结果表明，赤芍801具有一定抑制冠心病病人及脑血栓形成病人 TXB_2、PGA_2 合成及AA代谢作用。赤芍801对 TXB_2 和 PGA_2 的抑制程度较相近，两者呈高度相关（$r=0.06$，$P<0.01$），赤芍对 TXB_2、AA代谢抑制作用之间也呈高度相关（$r=0.66$，$P<0.01$），但对AA代谢抑制程度稍轻。d－赤芍精给冠心病患者点滴20～25ml（1%），有使高全血黏度病人的全血黏度显著下降，红细胞电泳时间减慢者的

电泳时间加快的作用。另据报道，赤芍浸膏给实验性动物粥样硬化家兔喂饲，能显著升高高密度脂蛋白胆固醇（HDL－C）和亚组分组（HDL3－C），明显降低总胆固醇（TC），低密度脂蛋白胆固醇（LDL－C）和极低密度脂蛋白胆固醇（VLDL－C）水平，使高血脂引起的 TXA_2/PGI_2 比值改变趋向平衡，并能降低血浆脂质过氧化物（LPO）、动脉壁脂质、钙和磷脂及主动脉斑面积。其作用强于钙通道阻滞剂硝苯地平。说明赤芍能通过影响钙代谢、调节 TXA_2/PGI_2 平衡抗动脉粥样硬化。

（三）对凝血系统的影响

赤芍总苷（TPG）能够显著延长小鼠凝血时间、凝血酶原时间及凝血酶时间（$P<0.01$）；能够显著降低大鼠外源性凝血因子Ⅱ、Ⅴ及内源性凝血因子Ⅸ的活性（$P<0.05$，$P<0.01$），能显著升高大鼠 AT_2Ⅲ活性（$P<0.01$），说明 TPG 有明显的抗凝血作用。赤芍煎剂给大鼠灌胃，能明显延长体外血栓形成时间，减轻血栓干重，还能使凝血酶原形成时间（PT）及白陶土部分凝血酶时间（KPTT）延长，使优球蛋白溶解时间缩短，且随赤芍浓度的增加而抗凝作用增强，有明显的剂量－效应关系（相关系数 r 分别为 0.995、0.992、0.998）。赤芍注射液在体外能使兔血浆 KPTT、PT 和 TT 延长，并有量效依赖性，其 1mg 抗凝血酶活性约相当于 2.0×10^{-3}U 肝素活性。家兔静脉注射赤芍 3g/kg 后，KPTT 和 TT 也显著延长。赤芍的抗凝血作用不依赖抗凝血酶Ⅲ，可能是对凝血酶发挥及时的直接抑制作用。据报道，实验按樱川信男方法，结果可见赤芍提取物 125mg（生药）/ml 即可使血浆凝固时间比对照组明显延长（$P<0.001$），且浓度越高血浆凝固时间越长；500～1000mg（生药）/ml 的赤芍提取液完全不凝。另有报道，赤芍提取物不能直接溶解纤维蛋白，但能通过激活纤溶酶原变成纤溶酶而使已凝固的纤维蛋白发生溶解；赤芍提取物还能显著抑制尿激酶对纤溶酶原的激活作用，同时本身激活纤溶酶原的作用也减少。红花与赤芍对家兔体外凝血实验研究发现：红花和赤芍具有明显的抗凝作用，可使白陶土部分凝血活酶时间和凝血酶时间延长，作用呈量－效关系；两药合用时，KPTT 和 TT 明显延长，

呈协同抗凝作用，尤其在两药按某种比例组合时，协同抗凝作用更强。

（四）对心血管系统的作用

赤芍对脑垂体后叶素引起的冠状动脉收缩所致的急性心肌缺血有明显的保护作用。可增加小鼠心肌营养血流量及犬的冠脉流量，降低冠脉阻力及心肌氧利用率的作用。对离体大鼠心脏冠脉血流量也有一定的影响。赤芍不但能增加正常搏动离体心脏冠脉流量，且能增加颤动心脏的冠脉流量，提示赤芍注射液有直接扩张冠脉作用。赤芍总苷对异丙肾上腺素造成的培养乳鼠心肌细胞损伤具有保护作用，并且呈现剂量依赖关系。赤芍的有效成分赤芍苷有增加犬冠脉流量和股动脉流量的作用。其增加冠脉流量和股动脉流量的作用分别相当于罂粟碱的1/20和1/10，亚硝酸甘油的1/250和1/4500；但芍药苷被分解为去苯甲酰基芍药苷和苯甲酸后即失去上述作用。赤芍的另一有效成分d－儿茶精亦可增加豚鼠及犬的冠脉流量，降低冠脉阻力，对心肌耗氧量无明显影响，对垂体后叶素诱发的心肌缺血有保护作用。赤芍801是仿赤芍的一个成分并经结构改造的人工制成品，能增加动物冠脉血流量、增加心排血量、减轻冠脉结扎引起的心肌损伤。赤芍对门静脉高压、肺动脉高压均有较好的改善作用。赤芍注射液给急性实验性门脉高压犬注射后，门脉压较注射前下降40～150mmHg（5.3～20kPa），为注射前的26.38%。另有学者报道，赤芍注射液1.0g/kg肌内注射对实验性家兔肺动脉高压有扩张肺血管、改善肺血运状态、降低肺动脉压、增加心排血量、改善心肺功能作用，且这种作用随剂量的增加而增强。赤芍提取物能不同程度地减轻大鼠烫伤后1～4h的左心室内压峰值（LVSP）、左心室内压最大变化速率（dp/dtmax）、等容压（IP）、心力环（Lo）等心功能指标。赤芍对大鼠心脏微粒体羟基脂酶（Cease）有诱导作用。实验研究证明，赤芍801、何首乌、茵陈给药14天对动物体重及心脏、肝脏重量均无明显影响。赤芍801对心脏和肝脏Cease活力有明显诱导作用（$P<0.05$）。实验动物对心脏Cease的诱导强度顺序为：赤芍801＞DEX＞CPIB＞何首乌＞茵陈＞PB；对肝脏Cease诱导强度顺序为：CPIB＞DEX＞茵陈＞赤芍

801 > PB > 何首乌。

（五）抗肿瘤作用

赤芍水提取物 2g/kg 或赤芍 70% 乙醇提取物 0.5g/kg 单独腹腔注射对 S180 实体瘤抑制率和 L615 白血病小鼠生命延长率无明显影响。有报道，赤芍的正丁醇提取物 1～1.5g/kg 腹腔注射对 S180 实体瘤有明显的抑制作用；对 U14、HCS、S37、EAS 实体瘤均未见明显影响；与甲氨蝶呤合用或单独使用对 L615 白血病小鼠的生存时间均无明显影响。另据报道，赤芍正丁醇提取物 1～2g/kg 腹腔注射，对 S180 实体瘤抑制率为 36%～44%，与对照组比较有显著性差异。陈志伟等从肿瘤细胞组织形态学观察赤芍总苷对 S180 肉瘤小鼠的抑瘤作用，造模后，观察赤芍总苷对瘤鼠肿瘤抑瘤率、胸腺指数、脾脏指数 以及肿瘤组织光、电镜病理变化的影响。结果：通过赤芍总苷中药的治疗，实验组、联合组、CY 组与模型组的抑瘤率表达具有显著性差异，对免疫器官胸腺指数、脾脏指数影响也具有显著作用。肿瘤组织病理学观察显示，赤芍总苷具有明显抑瘤作用。于晓红等从免疫学角度探讨赤芍总苷的抗肿瘤效应的机制，研究表明，赤芍总苷增强 CD8 分子的表达，降低 $CD4^+/CD8^+$ 比值，促进细胞免疫机制，改善免疫功能低下和失衡状态，由此发挥抗肿瘤效应。赤芍对 ^{57}Co - 平阳霉素在 S180 实体瘤小鼠肿瘤和器官分布有一定的影响。研究表明，经赤芍腹腔注射 S180 实体瘤小鼠，肝、脾、肺、肾的摄取率较对照组有所增加，但统计学处理未见显著差异。赤芍对 ^{51}Cr - S180 癌细胞在小鼠体内器官分布有一定的影响。血和脾中标记癌细胞在 24h 内较对照组为多，静脉注射的癌细胞一开始主要集中分布在肺，赤芍增加 30min 时癌细胞在肺的分布亦最显著。赤芍有使癌组织及荷瘤动物血浆中 cAMP 升高的作用。赤芍的水提取物、赤芍的正丁醇提取物、赤芍的乙醇提取物可使癌细胞内及癌组织内 cAMP 水平增高，提示其抗癌作用与升高癌细胞和瘤组织中的 cAMP 水平有关。采用 SABC 免疫组化法检测 Bcl - 2、p16 及原位杂交法测定 c - myc mRNA 表达。结果：瘤鼠造模后，采用赤芍总苷作用，实验组与模型组 Bcl - 2、c - myc 阳性表达有显著性差异，下调相关基因 Bcl - 2 蛋白和 c - myc mRNA

表达水平，上调相关基因 p16 蛋白表达水平。结论：赤芍总苷诱导肿瘤细胞凋亡，其机制可能与下调 Bcl－2 和 c－myc，上调 p16 基因蛋白 mRNA 表达水平密切相关。

（六）对免疫系统的影响

赤芍总苷具有免疫增强作用，可以纠正荷瘤机体的 Th1/ Th2 漂移现象，提高 IL－2、TNF－α 的分泌，维持 Th1 的优势状态；同时上调 IL－4 水平，以重建机体免疫功能而发挥抗肿瘤作用。在 0.05～10μmol/L 浓度范围内，赤芍 801 低浓度时促进 62keto－$PGF_{1\alpha}$ 生成，高浓度时抑制 PGE_2 生成，提示其高浓度时抑制 COX－2，低浓度时激活 COX－1；不同浓度赤芍 801 对 COX－1、COX－2、mRNA 表达均无明显影响。赤芍 801 在 1～100μmol/L 浓度下可抑制 COX－2 蛋白表达，但对 COX－1 蛋白表达无影响。赤芍的正丁醇提取物 3g/kg 有使小鼠单核－吞噬细胞系统吞噬指数显著提高、肝脏重量明显增加的作用。赤芍水提物 2g/kg 和 70% 乙醇提取物 1g/kg 腹腔注射对小鼠单核－吞噬细胞系统吞噬细胞的吞噬功能和肝脏重量无明显影响，但能明显抑制小鼠溶血素反应，这种作用以在抗原刺激前一天起给药为最强；对鸡红细胞激发的迟发型超敏反应亦有显著抑制作用，醇提物可显著减轻小鼠脾脏重量。赤芍水提物能使人末梢血淋巴细胞和小鼠脾细胞的淋巴细胞幼稚化活性（以刺激指数 S. I. 表示）显著升高；与六种促有丝分裂素（PMA、PHA、ConA、LPS、PWM、SpAc）合用，只有 PMA 使 S. I. 值升高，而与其他五种并用时 S. I. 值均未见明显变化，推测其作用可能与辅助 T 细胞有密切关系。

（七）对中枢神经系统的作用

研究表明，芍药苷具有镇静作用，静脉注射较腹腔注射的作用更明显，脑室注射较腹腔注射的作用更明显；如与甘草甲醇提取物合用，可延长环己巴比妥钠对小白鼠的睡眠时间。对戊四氮诱发的痉挛有较弱的对抗作用，但不能对抗电惊厥。芍药苷及芍药浸膏制剂对士的宁诱发的惊厥亦有对抗作用，对小鼠正常体温和人工发热体温均有降温作用。芍药苷单用或与 FM100 合用，对小鼠腹腔注射乙酸（醋

酸）引起的扭体反应有对抗作用；两者合用，对压迫鼠尾测定痛阈方法有协同作用。赤芍临床中用于跌打损伤有较好的活血止痛作用，适当配伍，也可用于风湿热等病所致的疼痛。据报道，实验研究证明，赤芍、红花合用对实验性脑缺血大鼠脑区神经肽变化有一定的影响，可使神经肽的敏感度增加。

（八）对肝脏的作用

赤芍可刺激大鼠产生血浆纤维连接蛋白，使其血中水平升高，促进单核－吞噬细胞系统的功能，对保护肝细胞具有一定意义。研究表明，赤芍0.7～3.3mg/kg对肝细胞DNA的合成有明显增强作用，能显著促进^{3}H－胸腺嘧啶核苷掺入肝细胞内。赤芍提取成分、赤芍制剂801、802等对大鼠线粒体氧耗量（S8）、磷/氧（ADP/O）和呼吸控制比（RCI）均有不同程度的降低作用 。复制大鼠CCl_4肝纤维化模型，以马洛替酯为阳性对照，采用光镜观察组织学改变，测定血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）、一氧化氮（NO）、透明质酸（HA）、层黏蛋白（LN）、肝组织羟脯氨酸（Hyp）、丙二醛（MDA）以反映肝细胞损伤及肝纤维化的程度。结果：赤芍水提物能降低实验性肝纤维化大鼠血清中升高的ALT、AST、NO、HA、LN水平和肝组织中过高的Hyp、MDA的含量。病理组织学检查亦表明，赤芍水提物能明显改善实验性肝纤维化。实验证明，赤芍水提物可明显抑制HSC－T6增殖和促其凋亡，考虑其作用机制可能与药物血清阻止HSC－T6通过G_1/S关卡，干扰其细胞周期的正常进行，下调Bcl-2/Bax比率，以增加细胞对凋亡的敏感性，从而促进HSC－T6凋亡有关。证实赤芍具有良好保护肝细胞，抑制胶原纤维的合成、沉积及促进其降解的作用，从而可明显改善肝纤维化血清学指标及肝组织的病理改变，可使大鼠纤维化肝小叶结构基本恢复正常，肝小叶结构排列稍紊乱，肝细胞轻度脂肪变性，汇管区稍有扩大，有少量胶原纤维沉积，并见纤细纤维间隔形成。通过检测血清ALT、AST活性及超氧化物歧化酶（SOD）活性、丙二醛（MDA）含量，并观察肝组织病理学变化，证明赤芍总苷对D－GalN诱导的小鼠肝损伤有保护作用，其作用机制可能与抗脂质过氧化有关。采用卡

介苗（BCG）和细菌脂多糖（LPS）诱导小鼠发生免疫性肝损伤，随机分为五组后，黄芪组、赤芍组、黄芪赤芍组分别给予黄芪提取物、赤芍提取物和黄芪赤芍合剂干预后，测定血清和肝组织中丙氨酸氨基转移酶（ALT）和丙二醛（MDA）的含量，超氧化物歧化酶（SOD）和谷胱甘肽过氧化物酶（GSH－Px）的活性。结果：黄芪赤芍组与其他组相比较，黄芪赤芍组能显著提高免疫性肝损伤小鼠的 ALT、MDA、SOD 和 GSH－Px 水平。结论：黄芪、赤芍合用对免疫性肝损伤小鼠的抗氧化作用优于黄芪、赤芍单独用药。赤芍能治疗脂肪肝，其作用机制可能与改善瘦素及胰岛素抵抗作用有关。何长伦等实验研究发现，大剂量赤芍可通过使血小板数量增多、血小板压积及体积增大，进而促进慢性重型肝炎肝功能的恢复。

（九）对缺血性脑血管病作用

杨氏认为，赤芍总苷（TPG）治疗脑血管病的机制主要包括以下几方面：①PG 整体给药对血液流变学系统的影响；②TPG 在治疗急性实验性脑缺血中的作用；③TPG 对缺血再灌注动物模型的影响；④TPG 对 D_2－半乳糖诱导衰老小鼠的影响；⑤TPG 对药物诱导小鼠学习记忆障碍模型的改善作用；⑥TPG 对体外细胞缺血样损伤模型的影响；⑦TPG 对体外细胞钙超载损伤模型的影响；⑧TPG 对 PC12 细胞凋亡的影响；⑨TPG 对神经生长因子（NGF）诱导 PC12 细胞突触生长的影响。实验研究发现，赤芍总苷可降低局灶性脑缺血再灌注大鼠大脑梗死面积百分比，抑制脂质过氧化反应，改善梗死后脑组织的能量代谢，从而保护局灶性脑缺血再灌注致脑组织损伤。马仁强等通过观察 TPG 对沙土鼠脑组织含水量 SOD 与 MDA 及病理组织学的影响，证明赤芍总苷对全脑缺血再灌注损伤有明显的保护作用。另有报道，赤芍 801 加水蛭素静脉滴注治疗急性脑梗死安全、有效，无毒、副作用。通过 Nissl、T UNEL 染色法观察模型鼠缺血区周边组织阳性神经元数量、蛋白免疫印迹、免疫组织化学方法检测活化型 Caspase23、神经元型一氧化氮合酶（nNOS）、诱导型一氧化氮合酶（iNOS）的表达情况，发现赤芍 801（PG）对大鼠脑缺血再灌注模型缺血区周边组织神经元凋亡具有抑制作用，其机制可能是通过下调 nNOS 及 iNOS 的表达而抑

制缺血性神经元凋亡。

（十）抗炎、抗病原微生物及内毒素的作用

体外实验研究表明，赤芍制剂对多种病原微生物有较强的抑制作用，对痢疾、伤寒、副伤寒、大肠、变形杆菌及铜绿假单胞菌、百日咳杆菌、葡萄球菌、α及β-溶血性链球菌、肺炎双球菌以及霍乱弧菌均有抑制作用，对某些致病性真菌也有抑制作用。赤芍甲醇提取物和不同溶剂萃取物，对肺炎克雷伯杆菌、鲍氏不动杆菌和黏质沙雷菌具有明显抗菌活性，且可与抗生素产生协同作用。赤芍煎剂在试管内对京科68-1病毒、疱疹病毒、流感病毒、副流感病毒及肠道病毒有抑制作用，但对腺病毒作用不明显。赤芍苷有较弱的抗炎作用，对角叉菜胶或右旋糖酐有作用，但对小鼠染料渗出腹腔的抑制作用很弱。目前已证实，革兰阴性菌内毒素，即脂多糖（LPS）是引起脓毒症的主要启动子，而赤芍中具有较强的中和LPS活性的有效成分。制备含不同活性组分的赤芍提取物，应用在体外对内毒素中和的定性定量试验、对内毒素所致家兔发热的影响以及对内毒素致小鼠死亡的保护作用等试验，观察抗内毒素作用，结果：赤芍水煎剂及从赤芍水煎液中分离的赤芍总苷于体外、体内均表现明显的抗内毒素作用，能明显降低内毒素静脉攻击所致小鼠死亡率，赤芍总苷为赤芍主要的抗内毒素有效部位，赤芍的挥发性部分及多糖部分未见有明显作用。

（十一）抗氧化活性

利用DPPH法、β-胡萝卜素法和还原力法评估赤芍提取物的抗氧化活性，证明赤芍及其提取物是一种高效价廉的天然抗氧化剂。另有实验研究表明，赤芍等中药脂溶性部位和水溶性部位均对羟自由基具有显著的清除作用，可作为自由基清除、抗氧化新药研究开发的首选中草药。运用超临界CO_2分离技术萃取野生赤芍中的挥发性成分并进行分析和研究，结果表明，用体积分数为70%乙醇作夹带剂超临界CO_2萃取下分离得到的萃取油中主要含有抗菌活性的苯甲酸、苯酚和水杨醇、含有抗氧化作用很强的2-羟基苯甲醛、2-甲氧基-4-乙烯基苯酚、苯酚和与常用的抗氧化剂BHT结构极其相似的2-

甲基-5-丁基苯酚。

（十二）解痉作用

赤芍和芍药苷能抑制大鼠和豚鼠肠管和胃运动，对抗乙酰胆碱引起的平滑肌痉挛，对大鼠子宫平滑肌有抑制作用，并能对抗垂体后叶素引起的子宫收缩，对抗毛果芸香碱引起的大鼠胃紧张。

（十三）其他作用

赤芍总苷有一定抗抑郁作用，机制可能与NA、5-HT等单胺类神经递质及其脑内不同区域受体有关。赤芍和茜草水提取物能够抑制系统性硬皮病成纤维细胞增殖，不同程度地抑制Ⅰ、Ⅲ型胶原mRNA的表达，具有一定的抗纤维化作用。内膜增生是血管成形术后再狭窄形成的重要因素之一，而赤芍能抑制平滑肌细胞增殖。

草芍药煎剂口服有升高家兔血糖作用。赤芍对小鼠常压耐力有一定的影响，赤芍注射液似乎较丹参更能提高动物的缺氧耐力，维持时间也较长。有报道，赤芍苷对大量应激性溃疡有预防作用，且与FM100抑制幽门结扎大鼠的胃液分泌有协同作用。有学者做了白芍、赤芍及卵叶赤芍滋补强壮作用的研究，通过实验观察了赤芍、白芍及卵叶芍药醇提取物对小鼠的滋补强壮作用。结果表明，无论白芍、赤芍及卵叶芍药醇提物都能延长小鼠游泳时间和小鼠缺氧存活时间，有一定强壮作用，但对幼年小鼠体重增加无影响，对睾丸、前列腺-贮精囊重量无影响，提示无雄性激素样作用。在跳台法中，白芍和赤芍都能减少小鼠错误反应次数，说明对小鼠记忆力有一定的促进作用，但其作用机制有待进一步研究。

（十四）毒、副作用

据报道，赤芍制剂的毒性较小。赤芍注射液给小鼠静脉的最大耐受量为50g/kg，猫的最小致死量大于180g/kg，为临床用量（按每次4~8g计算）的1163~2325倍。据报道，赤芍的水提物、70%赤芍的乙醇提取物、赤芍的正丁醇提取物给小鼠腹腔注射的LD_{50}分别为（10.8±1.39）g/kg、（2.9±0.19）g/kg和（4.6±0.4）g/kg。赤芍

的有效成分芍药苷给小鼠静脉注射的 LD_{50} 为 3.5g/kg，与 FM100 合用则毒性增加，LD_{50} 降为 474mg/kg。

三、桃仁

（一）对心血管系统的作用

1. 对心脏的作用　桃仁对离体蛙心呈抑制作用，降低冠脉阻力，减少心肌耗氧量及氧利用率。以桃仁为主要药物的益气活血方剂气管炎 75 号方能增加小鼠心肌摄取 86Rb 的功能。桃仁石油醚提取物可能对心肌缺血损伤有改善作用，能降低急性心肌梗死大鼠心电图 ST 段的抬高，抑制血清中 CPK、LDH 的升高，降低冠状动脉结扎造成的急性心肌梗死大鼠的梗死面积（$P<0.05$）。

2. 对血管的影响　① 对血流动力学的影响：桃仁具有改善血流动力学的作用。桃仁能明显增加狗股动脉血流量，去除甲肾上腺素的缩血管作用。桃仁亦能明显增加脑血流量，500% 桃仁提取液 2ml 静注能立即增加麻醉家兔脑血流量 112.8%，降低脑血管阻力 57.2%。② 对微循环的影响：桃仁提取物对肝脏表面的微循环有一定改善作用，并促进胆汁分泌；但桃仁对实验性微循环障碍，不能促进血流的恢复。通过观察对小鼠肠系膜微循环障碍改善作用的影响，结果表明桃仁有促进微循环障碍发展的作用。

（二）对血液流变性的影响

桃仁可以改善血液流变学状况。桃仁生用可显著延长小鼠的出、凝血时间，具有明显的抗凝血作用，体内抗血栓作用也以生用为强。桃仁皮也有显著抗凝血和抗血栓作用，传统炒桃仁及蒸桃仁的抗凝血作用缓和，炒、蒸桃仁的抗血栓作用明显降低。延安家桃仁使小鼠出血时间显著延长，山桃仁使小鼠凝血时间显著延长。

（三）对消化系统的作用

1. 对肝脏的作用　桃仁具有保肝作用。经动物实验和临床观察，桃仁对于血吸虫病肝硬化，在生化指标和病理组织形态方面都有一定

的改善。桃仁中提取的有效成分苦扁桃仁苷，对血吸虫病肝硬化家兔，有使肝胶原量减少，纤维细胞融合，汇管区纤维化减少，肝内小血管尤其是门静脉分支明显持续扩张作用。

桃仁治疗肝炎后肝硬化的作用也得到肯定。实验结果提示，桃仁提取物和虫草菌丝可对抗肝纤维化和肝窦毛细血管化，使治疗后细胞免疫功能明显改善，淋转率 $CD3^+$、$CD4^+$ 明显升高，NK 细胞活性升高，$CD8^+$ 无变化，$CD4^+/CD8^+$ 比值上升，而对照组无明显变化。体液免疫得到控制，IgG、IgA、SIgA、CIC 含量均显著下降，血清 C3、C4 水平治疗后增高，β 因子治疗前后无变化。另有研究表明，桃仁提取物和虫草菌丝抗肝纤维化在于提高肝脏血流量和肝组织胶原酶活性，从而促进肝内的胶原蛋白分解代谢，减少肝内的胶原含量。亦有报道，桃仁水煎醇提液对抑制胶原纤维增生无作用。水蛭桃仁煎剂可从多水平、多层面、多环节减少细胞外基质（ECM）的生成，促进 ECM 的降解，抑制肝纤维化的发生和发展。其作用机制可能为：①水蛭、桃仁等活血化瘀中药可以改善肝脏微循环，减少缺血、缺氧对肝细胞的损伤，减少和清除氧自由基，从而降低 HSC 的活化，减少 ECM 的生成；②可通过减少 TGF－β1 的表达来减少 HSC 的活化，抑制 ECM 的合成，同时 TGF－β1 减少可使 TIMPs 表达减少，解除 TIMPs 对 MMPs 的抑制作用，使 MMPs 降解 ECM；③ 水蛭桃仁煎剂本身也可下调 TIMP－1 基因表达，释放 MMP－1，降解 ECM 的活性，促进 ECM 的降解。

桃仁的保肝作用还体现在对抗乙醇中毒所致的肝脏损害。通过桃仁水提物对急性乙醇中毒所致小鼠肝脏过氧化损伤的影响以及对氧自由基损伤作用的观察，表明桃仁能明显防止乙醇所致小鼠肝脏谷胱甘肽的耗竭以及脂质过氧化产物丙二醛的生成，对过氧化损伤亦有较好的防护作用。

2. 促排便作用　小鼠小肠炭末推进实验表明，桃仁皮作用甚微，生、炒、蒸桃仁均具有显著的增强炭末推进率的作用，尤以生桃仁作用最强，2% 桃仁醇提物对豚鼠肠管有收缩作用。桃仁中含有 49% 的脂肪油，可润滑肠道，利于排便。

（四）对呼吸系统的影响

桃仁中含有苦杏仁苷，小剂量口服时，苦杏仁苷缓解水解产生的HCN和苯甲醛，HCN被吸收后能抑制细胞色素酶，低浓度时减少组织耗氧量，并由于抑制了颈动脉体和主动脉体的氧化代谢而反射性的使呼吸加深，使痰易于咳出，从而使呼吸运动趋于安静，起到镇咳平喘的作用。以桃仁为主要药物的益气活血方剂气管炎75号方对氨水刺激小鼠所致咳嗽有镇咳作用；能增加小鼠气管冲洗液中酚红含量，呈现一定祛痰作用，并能拮抗组胺、乙酰胆碱引起的离体豚鼠气管平滑肌收缩，具有一定的解痉作用。桃仁提取物有延缓矽肺纤维化作用，能显著抑制矽肺大鼠胶原蛋白合成和减少血清铜蓝蛋白。

（五）抗炎作用

从桃仁提得总蛋白组分，用凝胶过滤柱层析法，分得两个均一蛋白成分，组分F和组分G，静脉注射给药，对二甲苯所致小鼠耳部急性炎症反应均有显著抑制作用。桃仁水溶性成分PR－A和PR－B，对静脉注射（1mg/kg）角叉菜胶所致小鼠足跖部浮肿有显著对抗作用。ED_{50}值分别是1.08mg/kg和0.100mg/kg。PR－A在口服或静脉给药时与吲哚美辛效果相当，而PR－B静脉注射时比吲哚美辛、大豆胰蛋白酶抑制剂、超氧化物歧化酶效果更显著。桃仁煎剂也有抗浮肿作用，但比PR－A和PR－B弱。桃仁对蛋清所致大鼠足跖肿胀亦显示明显抗炎作用。

桃仁与牡丹皮组合和桃仁与红花组合的提取物具有更强抗炎作用。将各组提取物，与角叉菜胶注入后灌胃4日，测定前列腺素的含量，结果的判定根据比较对照组和给药组的渗出液，最后得出上述结论。以桃仁为主要药物的益气活血方剂气管炎75号方对大鼠甲醛性足跖浮肿及棉球肉芽肿增生有显著抑制作用。

（六）镇痛作用

桃仁煎剂口服有显著的抗扭体作用。ED_{50}为43.3mg/kg，PR－A静脉注射50mg/kg时有显著作用，PR－B在0.1mg/kg即有显著效

果，但剂量增至40mg/kg时未见明显剂量依存关系，最大抑制率为60%，低剂量的效果与口服吲哚美辛时相当。苦杏仁苷对实验性炎症的镇痛作用为氨基比林的1/2。另有报道，桃仁的各种有机溶剂溶解组分，在口服剂量1~50mg/kg时，皆对小鼠乙酸（醋酸）诱发的扭体反应呈有意义的活性，甲醛组分和丁醇组分剂量1mg/kg，抑制率为70%，与吲哚美辛相当，明显优于阿司匹林，苦杏仁苷80mg/kg抑制率为62.4%。丙酮提取物的组分显示约20倍阿司匹林强的活性。对从丁醇组分中分得的氯仿可容部分分成九个组分进行研究，有两个组分比其他组分活性强。

（七）抗过敏作用

以二硝基与猪蛔虫提取的蛋白结合的复合物作为抗原与百日咳杆菌一起免疫大鼠，免疫后5天腹腔注射100mg/kg的桃仁提取物，测定第8天血清中反应抗体的效价，观察到它与硫唑嘌呤（5mg/kg）有同样的抑制抗体产生作用。用Terne法探讨对溶血斑形成细胞（HPFC）产生影响，桃仁提取物100mg/kg与硫唑嘌呤10mg/kg呈同样程度的抑制。给大鼠灌服桃仁提取物200mg/kg，证明对伊文思蓝静引起的色素漏出量有显著抑制作用，对由小鼠IgE抗体引起的大鼠48h被动皮肤过敏反应，静脉注射蛋白成分PR－A及PR－B 10mg/kg都未见明显作用。PR－A及PR－B同等剂量对从耳缘嗯唑酮攻击引起小鼠耳缘浮肿亦未见明显作用，桃仁水提物能抑制小鼠血清中的皮肤过敏抗体及鼷鼠脾溶血性细胞的产生。

（八）抗病原微生物及寄生虫作用

1. 抗病原微生物的作用　桃仁具有抗流感病毒的作用和对大肠杆菌、普通变形杆菌、金黄色葡萄球菌和鸟结核分枝杆菌的抗菌活性。桃叶膏是杀死阴道毛滴虫治疗妇女滴虫病的有效药物。

2. 驱虫作用　扁桃油具有驱虫作用，对蛲虫的驱虫效果为80.9%，对蛔虫效果为70%。

（九）抗癌作用

对移植入人体的腺上皮瘤的小鼠，苦杏仁苷能延长其存活时间。研究还表明，苦杏仁苷的水解产物 HCN 和苯甲醛对癌细胞的协同破坏作用。苦杏仁苷能帮助体内胰蛋白酶消化癌细胞透明样黏蛋白瘤，使白细胞能接近癌细胞，吞噬癌细胞；其水解产物的进一步代谢产物，能改善肿瘤病人贫血和缓解患者的疼痛。此外，苦杏仁苷对肿瘤细胞有一定选择性。桃仁总蛋白可改善机体异常的免疫状态，调节免疫系统的失衡，桃仁总蛋白能调节 $CD4^+/CD8^+$ 细胞的比例，诱导肿瘤细胞凋亡；能提高血清 IL－2、IL－4 水平，改善荷瘤机体免疫功能低下状态。基因表达谱芯片研究了桃仁蛋白 A（PSPA）对小鼠纤维肉瘤基因表达的影响。桃仁蛋白 A 通过抑制细胞周期蛋白 B_1，使肿瘤细胞分裂停留于 G_2 期，抑制肿瘤细胞的增殖，同时还可通过抑制线粒体相关基因的表达，干扰肿瘤细胞的动力站发挥抑瘤作用。另外对组织蛋白酶基因、角蛋白基因、B 细胞活化相关基因、叶酸盐受体基因、溶菌酶基因、LPS 结合蛋白基因、干细胞因子基因等的表达均有影响，从抗肿瘤细胞浸润转移、刺激机体体液免疫、干扰肿瘤细胞内酶代谢等不同角度发挥抗肿瘤作用。

（十）抗衰老作用

桃仁的活血化瘀及抗活性氧的作用产生了延缓衰老的效果，PR－B有相当强的 SOD 活性，对豚鼠腹腔巨噬细胞中过氧阴离子的产生有抑制作用，并随剂量增加而增强。

（十一）兴奋子宫作用

桃仁液对小白鼠离体子宫具有兴奋作用，其兴奋作用与兴奋组胺受体 H_1、M 受体、肾上腺素 α 受体有关。但其复方合剂对小白鼠离体子宫有舒张作用，能对抗缩宫素、马来酸麦角新碱、乙酰胆碱引起的子宫收缩。桃仁能促进初产妇的子宫收缩及子宫出血，其作用比麦角生物碱更好。2% 桃仁醇提取物对豚鼠子宫有收缩作用，但亦有报道，用地鼠子宫以 Magnas 法试验桃仁的 50% 甲醇提取物，未见子宫

收缩活性。

（十二）其他作用

桃仁提取物对酪氨酸酶活性在体外有显著激活作用，桃仁提取物在酶促反应体系中并不影响底物与酶的结合，却能增加其最大转化速率，因而增加了黑色素的生物合成，该机制与临床上应用桃仁治疗白癜风的作用相吻合。实验结果表明，桃仁能改善 UUO 模型的梗阻侧肾组织的肾脏病理，降低尿肾小管蛋白 *N* - 乙酰 - *β* - *D* - 氨基葡萄糖苷酶，保护肾小管功能。推测其机制可能与桃仁对 NF - κB 和 TNF - α的抑制作用有关，从而延缓梗阻性肾病肾间质纤维化的发生。

缺血是伤口愈合过程的重要影响因素。桃仁注射液有益于缺血皮肤切口的愈合，可改善皮下组织氧分压，增加缺血的皮肤组织微循环血流，从而使切口愈合加快，提高切口断裂强度。桃仁提取液对经体外细胞培养的成纤维细胞生长具有抑制作用，将其用于实验性小梁切除术的家兔动物模型上，发现它具有抑制炎症细胞及成纤维细胞增生的作用，局部应用无毒、副作用。可能是一种防止抗青光眼滤过性手术后过度瘢痕形成，促进功能滤泡形成的安全而有效的药物。以桃仁为主的益气活血方剂气管炎 75 号方能延长小鼠在常压缺氧条件下的存活时间。桃仁能增强药物的吸收，对戊巴比妥钠所致睡眠潜伏期，用桃仁后由对照组 866s 缩至 397s。另一方面又能使戊四氮的毒性大大增加。小鼠注射 1% 戊四氮 0.09mg/kg，原来死亡数为 1/10，用桃仁后死亡数增为 8/10。

（十三）毒、副作用

有报道炮制桃仁时用手接触，手背刺痒，继而出现红色疹块，数小时后自行痊愈。也有报道一次服用数十枚桃仁而产生继发性抽搐死亡的，主要原因是大量的苦杏仁苷在体内分解出较多的 HCN，使组织不能利用血中的氧，引起细胞内窒息，而中枢神经系统尤其是呼吸中枢的细胞对缺氧高度敏感，使其由兴奋转为抑制，最后麻痹而死。

小鼠急性毒性试验 LD_{50}，光核桃仁为（42.81 ± 0.029）（生药）/kg，山桃仁为（29.42 ± 0.03）g（生药）/kg。亚急性毒性试

验以雄性大鼠 0.29g/（kg·d）和 0.5g/（kg·d）两个剂量组连服 21 天，结果未发现毒性反应。长期毒性试验，对连续给药的大鼠做血浆、生化及心、肝、肾、胃等病理组织学检查，结果均未见到明显毒性反应。

苦杏仁苷的毒性与给药途径有很大关系，以口服毒性最大，其他途径给药基本无毒。桃仁中蛋白成分 PR－B，小鼠静脉注射 1600mg/kg 时 5 只中 1 只死亡。

四、茯苓

（一）抗肿瘤作用

国产茯苓菌核提取的茯苓素（Poriatin，三萜类混合物）体外对小鼠白血病 L1210 细胞的 DNA 有明显的不可逆的抑制作用，抑制作用随着剂量的增大而增强；对艾氏腹水癌、肉瘤 S180 有显著的抑制作用，对小鼠 Lewis 肺癌的转移也有一定的抑制作用。茯苓多糖与茯苓有明显的抗肿瘤作用，一方面是直接细胞毒作用真菌多糖能非特异性地刺激单核－吞噬细胞和血液系统功能，另一方面是通过增强机体免疫功能而抑制肿瘤生长。主要通过四个途径来激活机体抗肿瘤的作用：①依赖宿主的免疫系统激活机体对肿瘤免疫监视系统（特异性免疫和非特异性免疫），从而抑制肿瘤细胞的增殖和杀伤肿瘤细胞；②通过抑制肿瘤细胞 DNA、RNA 的合成而实现其对肿瘤细胞的直接杀伤作用；③升高肿瘤细胞膜上的唾液（SA）含量；④能增强肝脏 SOD 活性而清除氧自由基。茯苓的抗癌作用大致有如下六个方面：①抗肿瘤作用，首先影响人体细胞的 DNA、RNA 及蛋白质生物合成作用，从而抑制细胞的生长繁殖，导致癌细胞死亡；②直接影响复制；③干扰 DNA 转录；④作用与翻译，影响细胞的繁殖；⑤影响纺锤丝；⑥影响生物膜。茯苓多糖腹腔给药能抑制小鼠 S180 实体瘤的生长，能使环磷酰胺所致的大鼠白细胞减少回升速度加快，提高巨噬细胞对羊红细胞的吞噬功能。羧甲基茯苓多糖具有扶正固本的功能，是免疫激活剂。有报道，羧甲基茯苓多糖（CMP）对小鼠艾氏腹水癌细胞的 DNA 合成有抑制作用，而且抑制作用随剂量的增大而增加。潘氏用

羧甲基茯苓多糖配合化疗，治疗胃癌及肝癌30例，能使患者食欲增强，症状改善，体质增强，减少不良反应，同时对患者骨髓有一定的保护作用。茯苓素体外对小鼠白血病L210细胞的DNA合成有明显的不可逆的抑制作用，可显著抑制L1210C的核苷转运，抑制L1210 DNA合成的补偿途径的各个环节，对胸苷激酶有一定的抑制作用，且茯苓素对抗癌药有一定的增效作用。茯苓素在体内外有明显的增强巨噬细胞产生诱生肿瘤坏死因子作用。国产茯苓菌核分离的三萜茯苓酸、去氧土莫酸和猪苓酸C及其制备的衍生物甲酯、乙酯等对K562（人慢性髓样白血病）肿瘤细胞的毒素作用明显，对肝癌细胞也具有细胞毒素的作用。茯苓（日本产）的部分三萜化合物的甲酯已作为癌预防剂；茯苓聚糖经过碘酸氧化，硼氢化钠还原，硫酸水解后得到的直链葡聚糖有抗肿瘤作用，对S180抑制率高达96%左右。

（二）利尿作用

将茯苓生药用70%乙醇冷浸，使用时将浸得液的乙醇蒸发，加蒸馏水稀释至一定浓度，然后选择健康兔按体重注射给药，慢性实验结果表明，用药后尿量有明显增加。研究资料表明，关于茯苓利尿作用原理尚未完全阐明，用切除肾上腺的大鼠试验，于注射去氧皮质酮合并应用含钠、钾的30%茯苓煎剂比单用去氧皮质酮者尿量增多，尿钠、尿钾排出量亦增加，从而认为茯苓不具有抗去氧皮质酮作用，而与影响肾小管对钠离子的重吸收有关。对多种中药的机制研究证明，茯苓、泽泻等中药所产生的利尿作用与对体液的利尿激素样的调节机制及肾的生理密切相关。

（三）对免疫系统的作用

1. 增加巨噬细胞的细胞毒性作用　茯苓多糖能使环磷酰胺所致大鼠白细胞减少加速回升，提高巨噬细胞对羊细胞的吞噬功能。茯苓多糖、羟乙基茯苓多糖-3、羟乙基茯苓多糖-4腹腔注射可以明显增强小鼠腹膜渗出细胞（PEC）的细胞毒性作用；茯苓聚糖、羟乙基茯苓多糖-1、羟乙基茯苓多糖-2也有一定的细胞毒作用。用新型羧甲基茯苓多糖进行试验，结果表明能增强PEC细胞毒性作用，使

吞噬细胞的吞噬率和吞噬指数明显增加。Hamuro 等认为茯苓多糖增强巨噬细胞的细胞毒性作用的机制与激活补体有关，实验发现除羧甲基茯苓多糖外其他种茯苓多糖均有激活补体 C3、C5 和 B 因子作用。而补体被激活后可导致巨噬细胞内溶菌酶的释放。故认为茯苓多糖可能是通过激活补体而间接加强巨噬细胞的吞噬功能。

2. 对抗原、抗体的影响　茯苓可明显增强小鼠抗体生成细胞产生抗体的能力，提高小鼠的体液免疫功能。羟甲基茯苓多糖能明显增强小鼠脾抗体分泌细胞数（PEC）以及特异的抗原结合细胞数（SKFC）。羟甲基茯苓多糖对 PFC 及 SPFC 的增强作用以随剂量的增加而增加；能明显增强小鼠对 BSA 诱导的迟发型超敏反应性。羟甲基茯苓多糖能明显增强小鼠脾 T 细胞生长因子（TCGF）的生长。

3. 对酸性非特异酯酶（ANAE）阳性淋巴细胞数的影响　茯苓多糖有增加酸性非特异酯酶（ANAE）阳性淋巴细胞数的作用；还能使小鼠脾脏抗体分泌细胞数明显增多（$P<0.01$），并具有抗胸腺萎缩及抗脾脏增大和抑制肿瘤生长的功能；羟甲基茯苓多糖还有免疫调节、保肝降酶、间接抗病毒、诱生和促诱生干扰素、减轻放射不良反应、诱生和促诱生白细胞调节素等多种生理活性，无毒、副作用。

4. 对 T 淋巴细胞的细胞毒性的影响　茯苓对 T 淋巴细胞的细胞毒性有一定的影响。茯苓煎剂内服，可使玫瑰花结形成率及植物血凝素诱发淋巴细胞转化率显著上升。茯苓多糖能增强 T 淋巴细胞的细胞毒性作用，即增强机体的细胞免疫反应，并因此而激活机体对肿瘤的免疫监视系统，这与其抗肿瘤活性密切相关。

5. 对诱生干扰素的作用　茯苓多糖有诱生干扰素的作用。用不同浓度（1.25～100μg/ml）羧甲基茯苓多糖对类淋巴细胞的干扰素促诱生，其效价比常规诱生组高 10～20 倍。用 50μg/ml 浓度的羧甲基茯苓多糖对 S180 白血病细胞系进行干扰素粗绳动力学试验，结果表明羧甲基茯苓多糖加启动的促诱生动态曲线和常规诱生及启动诱生干扰素的动态曲线均在 4～20h 内上升，20～24h 达高峰，后逐渐下降，但在各相应时期的促诱生干扰素的效价均明显高于常规诱生及启动诱生。

（四）对中枢系统的影响

茯苓煎剂有较好的镇静作用。茯苓煎剂腹腔注射，能明显降低小鼠的自发功能，并能对抗咖啡因所致小鼠过度兴奋。茯苓可增强硫喷妥钠对小鼠的中枢抑制作用，麻醉时间显著延长。茯苓提取成分新型羧甲基茯苓多糖也有较好的镇静作用。新型羧甲基茯苓多糖可使小鼠肝匀浆细胞色素 P450 含量减少，增强硫喷妥钠对小鼠中枢抑制作用，麻醉时间显著延长。实验研究表明，茯苓与戊巴比妥钠有协同作用。推测茯苓与戊巴比妥钠这种协同作用，可能是由于它们中枢抑制作用所致，也可能是妨碍了戊巴比妥的分解与排泄而致麻醉时间延长。

实验测定茯苓对慢性精神分裂症患者血清磷酸肌酸激酶 CPK 活性有较好的作用。实验结果表明，茯苓治疗 3 个月后，慢性精神分裂症患者的血清铜蓝蛋白和免疫球蛋白均有明显下降。

（五）对血液系统的影响

实验研究表明，茯苓有使环磷酰胺所致大鼠白细胞减少加速回升的作用。含水溶性小分子多糖的茯苓水提液能使离体健康人红细胞 2，3－DPG 水平显著上升。

茯苓对血浆皮质酮有显著的影响。实验研究表明，茯苓水煎剂皮下注射给药和灌胃给药均可使小鼠血浆皮质酮明显升高。

（六）对心血管系统的作用

茯苓提取物和提取成分对心血管系统均有一定的作用。茯苓的提取成分茯苓素能抑制毛细血管的通透性，增加小鼠心肌 86Rb 的提取。用茯苓水、乙醇及乙醚提取物对土拨鼠的离体心脏及蟾蜍和食用蛙的离体心脏进行实验研究发现，对土拨鼠的离体心脏无影响，而在离体心脏的灌流实验中发现，各种提取物都使心肌收缩力增强，心率增快。接受茯苓醇提取物 25mg/（kg·d）或 50mg/（kg·d）灌胃的大鼠，移植心存活时间显著延长，病理损害程度减轻，外周血 IL－2 及 INF－γ 的含量以及 $CD3^+$、$CD4^+$、$CD8^+$ 细胞百分比和 $CD4^+/CD8^+$ 比值降低，与环孢素 A 5mg/（kg·d）灌胃的结果相当。说明茯苓醇

提取物对心脏移植急性排斥反应具有明显的抑制作用。

（七）抗炎、抗病原微生物的作用

用二甲苯所致小鼠急性炎症和无菌棉球所致大鼠慢性炎症模型进行试验。结果：茯苓多糖对棉球所致大鼠皮下肉芽肿形成有抑制作用，同时小剂量下也能抑制二甲苯所致的小鼠耳肿。结论：茯苓多糖具有抑制急、慢性炎症反应作用。

用K－B纸片扩散法100%茯苓浸出液滤纸片对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、炭疽杆菌、大肠杆菌、甲型链球菌、乙型链球菌均有抑菌作用，说明茯苓在体外均有抑菌作用。茯苓的100%煎剂用平板打洞法对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌等均有抑制作用。茯苓对用试管法的抑菌试验结果时无抑菌作用。茯苓的乙醇提取物在体外能杀死钩端螺旋体，但水煎液无效。

茯苓有明显的抗病毒作用。有学者对茯苓为主药双苓止泻口服液（治疗组）与思密达（对照组）治疗小儿轮状病毒性肠炎各30例的疗效进行了对照观察。治疗组、对照组总有效率分别为83.33%、90.00%，两组比较无显著性差别（$P>0.05$）；两组退热和止泻时间比较均无显著性差异（$P>0.05$）。所有病例均检测了粪HRV－RNA（PAFE法），治疗前治疗组13例阳性，对照组19例阳性；终止排毒时间前者为（4.4±1.2）天（AV），后者为（4.8±1.5）天，两者比较无显著性差异（$P>0.05$）。

（八）抗衰老作用

茯苓多糖有较好的抗动物衰老作用。采用正常小鼠和老龄大鼠为实验动物，观察茯苓多糖对丙二醛（MDA）含量、超氧化物歧化酶（SOD）和单胺氧化酶（MAO）活性和对动物抗寒和抗疲劳实验的影响。结果：茯苓多糖能不同程度增加血清中T－SOD和Cu－SOD活性，降低MDA含量，但对MAO活性则无明显影响。茯苓多糖还能延缓小鼠游泳死亡时间。另据实验研究报道，茯苓的抗衰老的作用与其有抑制自由基过氧化反应、降低脂质过氧化作用、减少脂褐质形成的作用有关。

（九）对消化系统的作用

茯苓对四氯化碳所致大鼠肝损伤有明显的保护作用，使丙氨酸氨基转移酶（ALT）活性明显降低，防止肝细胞坏死。茯苓对家兔离体肠管有直接松弛作用，使平滑肌收缩幅度降低，张力下降，对大鼠幽门结扎所形成的溃疡有预防效果，并能降胃酸。茯苓合剂具有抗脂质过氧化，保护 GSH－Px 酶活性，对冻融肝脏组织能间接提高机体清除超氧自由基和羟自由基的能力。茯苓总三萜类对脾虚小鼠有明显的恢复作用，茯苓水煎剂也有一定作用，而茯苓总多糖作用不明显，说明茯苓总三萜类是茯苓治疗过食肥甘所致小鼠脾虚证的活性部位。

（十）其他作用

茯苓甘草复方合剂能影响铝染毒小鼠的生化指标。复方茯苓汤治疗湿疹有明显疗效，其治疗湿疹有效可能与抑制Ⅳ型变态反应、下调白细胞介素－2、白细胞介素－6 作用有关。茯苓多糖能有效防止草酸钙结石的形成，其防石作用明显强于消石素，略强于五淋化石丹。

茯苓水提取液能使离体健康人红细胞 2，3－二磷酸甘油酸水平上升约 25%，并能有效地延缓温育过程中 2，3－二磷酸甘油酸的耗竭；静脉给药小鼠整体红细胞 2，3－二磷酸甘油酸水平显著提高。有效成分为水溶性小分子多糖。

茯苓素能与血清蛋白及细胞膜蛋白呈不可逆结合。茯苓素与细胞蛋白结合，可改变膜酶活性，影响膜蛋白功能，如核苷转运；前者浓度高时可使细胞破坏。在血清、细胞、茯苓素同量存在的情况下，血清蛋白可竞争性与茯苓素结合，从而削弱其与细胞膜蛋白的结合作用，当茯苓素浓度较高时，血清蛋白只能结合部分茯苓素，因而茯苓素对细胞的保护作用消失，这提示血清对细胞具有保护作用。

（十一）毒、副作用

茯苓的温水浸提液灌服及腹腔注射对小鼠的 LD_{50}分别大于 10g/kg 和 20g/kg。茯苓的提取成分物羧甲基茯苓多糖毒性低，给小鼠皮下注射的 LD_{50}为 3.13g/kg。对犬的急性、亚急性毒性试验未见到明

显的毒性反应。但大剂量（人常用量的500倍）给药后的开始2周，小鼠体重有明显的抑制，可使末梢血中白细胞总数增加，丙氨酸氨基转移酶（ALT）亦轻度增加。硫酸化茯苓多糖灌胃给药的LD_{50}为7.358g/kg，LD_{50}的95%平均可信限为（7.358±0.894）g/kg，属低毒性物质。

五、牡丹皮

（一）抗炎、抗菌作用

牡丹皮水煎剂能抑制炎症组织的通透性和前列腺素（PG）的生物合成，从而对多种急性炎症反应具有抑制作用，并且它不抑制特异性抗体的产生，不影响补体旁路途径的溶血活性，故在发挥抗炎作用的同时不影响正常的体液免疫功能。牡丹皮的抗炎作用不依赖于垂体－肾上腺系统，其机制可能是多方面的，即直接对抗炎症介质、抑制白细胞游走及抑制PG的生物合成等。

体外实验还表明，牡丹皮煎剂对枯草杆菌、大肠杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、变形杆菌、铜绿假单胞菌、葡萄球菌、溶血性链球菌、霍乱弧菌等均有较强的抑菌作用，牡丹叶煎剂对痢疾杆菌、铜绿假单胞菌和金黄色葡萄球菌有显著抗菌作用，其有效成分为没食子酸。另据报道，牡丹皮煎剂对痢疾杆菌、伤寒杆菌等有显著的抑菌作用；应用琼脂平板挖沟法体外实验表明其对伤寒杆菌、痢疾杆菌、副伤寒杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、铜绿假单胞菌、葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎球菌、霍乱弧菌等多种细菌有不同程度的抑菌作用。

（二）对心脏的作用

牡丹皮各不同制剂对心脏均有较明显的作用。研究表明，牡丹皮对麻醉犬心能增加冠脉血流量，减少心排出量，降低左室作功。对实验性心肌缺血有明显的保护作用，并且持续时间较长，同时降低心肌耗氧量。研究表明，牡丹皮的有效成分牡丹酚能显著抑制正常心肌细胞快相（5min）和慢相（120min）$^{45}Ca^{2+}$摄取及搏动频率，显著抑制钙反常心肌细胞$^{45}Ca^{2+}$摄取和降低胞内过氧化脂质含量，且呈剂量依

赖性，表明牡丹酚减轻钙反常损伤与抑制 Ca^{2+} 内流及抗氧化有关。牡丹皮磺酸钠除能抑制钙离子摄取外，还能显著抑制钙反常心肌细胞的 $^{45}Ca^{2+}$ 摄取及其胞膜 SA 含量，与剂量呈相关关系。牡丹皮酚对大鼠心肌缺血再灌注损伤的线粒体膜脂有保护作用且可以抗膜脂质过氧化。

（三）对动脉硬化的影响

早期药理学研究显示，牡丹皮酚具有抑制主动脉平滑肌细胞的增殖及抗自由基作用，并通过抑制血小板聚集和释放显著减轻食饵性 AS 模型主动脉内膜病变肉眼定级及病理分级，抑制粥样硬化斑块形成。而实验数据显示牡丹皮酚可以影响多种血液流变学指标，主要表现在降低全血表观黏度，使血细胞比容降低，同时降低红细胞聚集性和血小板黏附性，增强了红细胞的变形能力，从而抑制 AS 的产生。总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白（LDL）、极低密度脂蛋白（VLDL）等在 AS 的发生发展过程中起着非常重要的作用，牡丹皮酚可明显降低实验动物血清总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白（LDL）、极低密度脂蛋白（VLDL）的含量，提高高密度脂蛋白（HDL）含量及 HDL/ TC，HDL2/ HDL3，apo A1/ apo B100 比值；不同程度上降低低切变率下全血比黏度、血浆比黏度、纤维蛋白原比黏度；显著减少主动脉壁及肝脏 TC 含量，缩小斑块面积，抑制主动脉脂质斑块形成。此外，最近研究发现，Pae 不仅能降低高脂血症大鼠模型氧化低密度脂蛋白（oxLDL）水平，抑制健康人血清 LDL 的体外氧化修饰反应，参与抑制 AS 的形成。同时，Pae 能通过促进内皮细胞（EC）合成与释放一氧化氮（NO）、前列腺素（PGI_2），逆转内皮细胞的功能障碍，减轻大鼠主动脉病变程度，从而起到防治 AS 的作用。

（四）降血压的作用

牡丹皮煎剂有明显的降血压的作用。研究表明，牡丹皮煎剂、去牡丹酚后的煎剂 1.0～3.08/kg 或牡丹酚 80～120mg/kg 静脉注射对麻醉犬和大鼠均有降压作用。对“原发”和肾型高血压犬，用牡丹皮

煎剂5g/kg灌胃血压明显下降。肾型高血压犬，用去牡丹酚后的煎剂10g/kg灌胃，连续10天，血压有所下降。肾型高血压犬和大鼠，用牡丹粉0.5~1kg灌胃，也出现一定的降压效果。

（五）对血液系统的影响

牡丹皮甲醇提取物可使内毒素所致实验性血栓症、血小板减少、纤维蛋白原减少改善的机制是：牡丹皮酚、氧化芍药苷有抗调理素作用；苯甲酰芍药苷有阻断纤维蛋白原活化及抗纤维蛋白溶解作用。另据报道，体外对人血小板试验，发现牡丹皮水提取物及芍药酚均能抑制血小板花生四烯酸产生血栓素 A_2，进而抑制血小板聚集，这是由于抑制从花生四烯酸至前列醇 H_2 的环氧化酶反应的结果。

牡丹皮提取物对血纤维蛋白溶解酶原和溶解酶均有一定的抑制作用，对纤维蛋白溶解酶活性的抑制，牡丹木比牡丹皮强。

研究表明，牡丹皮的有效成分氧化芍药苷、苯甲酰化芍药苷、苯甲酚芍药苷对红细胞膜有较强的稳定作用。

（六）对中枢神经系统的影响

研究表明，牡丹皮酚能抑制腹腔注射乙酸（醋酸）所致小鼠扭体反应及鼠尾压痛反应，并能对抗咖啡因所致小鼠的运动亢进。牡丹皮酚能明显延长环己巴比妥钠所致小鼠睡眠时间，大剂量时可使小鼠翻正反射消失，能明显对抗戊四氮、士的宁、烟碱和电休克所致的惊厥。作用部位在中脑网状结构和丘脑。电生理研究表明，牡丹酚能使睡眠延长，自发运动减少。牡丹酚0.125g/kg腹腔注射、0.5g/kg口服能明显延长巴比妥钠对小鼠的麻醉周期。牡丹皮的有效成分牡丹酚有一定抗惊厥作用。研究表明，牡丹酚能对抗最大电休克；对戊四氮和尼古丁引起的惊厥等均有拮抗作用。

据报道，对小鼠三联疫苗所致发热，腹腔注射牡丹酚200mg/kg，氨基比林50mg/kg均有解热作用，但作用比氨基比林弱。

（七）对免疫系统的影响

牡丹皮各种制剂对巨噬细胞的吞噬功能均有明显的影响，即使单

核－吞噬细胞系统功能处于低下状态，牡丹皮亦能使其恢复，肝、肺、脾中吞噬细胞的吞噬功能亦增加。体外实验小鼠腹腔注射对乳液的吞噬能力发现，牡丹皮苷、氧化芍药苷呈现强的活性。故牡丹皮可能有激活免疫系统增强巨噬细胞的吞噬能力的作用。

牡丹皮各制剂均有不同程度的抗变态反应作用。牡丹皮能抑制反应素抗体引起的肥大细胞的脱颗粒作用；牡丹皮酒浸液和牡丹皮，对Ⅱ型变态反应的免疫溶血反应有抑制作用，能延长嗜异性抗原抗体反应的实验动物死亡时间，在活体内或试管内均有抑制补体作用；对Ⅲ型反应引起的炎症具有某种程度的抑制作用；但牡丹皮对免疫球蛋白G引起的肥大细胞脱颗粒及组胺释放无抑制作用。关于牡丹皮抗变态反应的作用机制，有学者认为牡丹皮抗变态反应为非特异性抑制作用，抗变态反应与非特异性抑制作用与垂体、肾上腺系统无明显关系。

牡丹皮对细胞免疫有明显的作用。采用普萘洛尔［15mg/（kg·d），连续7日，腹腔注射］，双侧颈上神经节切除以及松果腺切除法观察了白芍总苷（TGP）和牡丹皮总苷（TGM）对松果腺炎症、免疫反应的影响。结果表明，普萘洛尔明显抑制伴刀豆球蛋白A（Con A）诱导胸腺淋巴细胞和脂多糖（LPS）诱导大鼠脾淋巴细胞增殖反应，双侧颈上神经节切除抑制Con A诱导大鼠淋巴细胞白介素产生。松果体切除可明显抑制正常大鼠Con A和LPS诱导的脾淋巴细胞增殖反应，抑制LPS诱导的腹腔巨噬细胞白介素－1的产生。褪黑素［10μg/（kg·d）灌胃］，TGP［50mg/（kg·d）腹腔注射］和TGM［10mg/（kg·d）灌胃］均可不同程度地恢复松果腺功能受抑制后引起的上述炎症，免疫反应的改变。实验还进一步观察了松果腺切除对佐剂性关节炎（AA）大鼠炎症免疫反应的影响。松果腺切除不仅可进一步抑制AA大鼠Con A和LPS诱导的淋巴细胞增殖反应，促进LPS诱导腹腔巨噬细胞白介素－1的产生，还可加剧关节炎的发展。TGP、TGM和褪黑素均可不同程度地抑制松果腺切除引起的AA大鼠炎症，免疫反应的紊乱。上述结果提示，松果腺具有重要的炎症，免疫调节作用，TGP和TGM对炎症，免疫反应的调节作用的机制之一可能有松果腺所介导。

观察牡丹皮酚雾化吸入对免疫功能的影响，结果表明，大鼠肺巨

噬细胞吞噬率，外周血淋巴细胞酸性α－醋酸萘酯酶阳性百分率和脾细胞花环形成细胞百分率均比对照组要高，统计学上均有显著意义。表明牡丹皮酚雾化吸入不但可以提高大鼠肺局部非特异性免疫功能，并且还可以提高全身性细胞免疫和体液免疫功能。

（八）对肝脏的保护作用

牡丹皮活性成分 TGM 对四氯化碳和 *D*－半乳糖胺所致小鼠化学性肝损伤的保护作用机制的研究表明，TGM 能够抑制四氯化碳和 *D*－半乳糖胺所致血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）和天门冬氨酸氨基转移酶（AST）升高，促进血清蛋白含量增加和肝糖原合成增加，还可以降低肝脏肝匀浆脂质过氧化物丙二醛（MDA）含量，提高血清和肝脏谷胱甘肽过氧化物酶活力，清除体内有害自由基，增强机体抗氧化作用，且可缩短四氯化碳中毒小鼠腹腔注射戊巴比妥钠后的睡眠时间，增强解毒能力。因此，TGM 具有肝脏保护作用。有人用自拟肝炎 1 号方主要有牡丹皮、白花蛇舌草、柴胡、虎杖等药，治疗乙型病毒性肝炎 200 例。服药 1 个月肝功能恢复正常 184 例，2 个月 10 例，3 个月 6 例。全部有效，这表明牡丹皮复方煎剂对肝脏有一定的保护作用。

（九）抗肿瘤作用

牡丹皮及其主要有效成分牡丹皮酚具抗肿瘤作用，其机制为：①直接杀伤肿瘤细胞；②诱导肿瘤细胞凋亡；③调节机体免疫功能；④清除自由基，抑制致癌物形成；⑤影响肿瘤细胞细胞膜功能，逆转肿瘤多药耐药。

（十）对泌尿系统的影响

研究表明，牡丹酚能使水、钠和氯的排泄随剂量的增加而增加，而钾的排泄在低剂量时没有明显变化，最高剂量时钾的排泄量减少，牡丹酚也能使渗透性提高。牡丹皮酚利尿作用的最低有效剂量是 62.5mg/kg，最高剂量时增加水的排泄量与氢氯噻嗪 10mg/kg 时相同，而氢氯噻嗪所致电解质排泄比服用牡丹酚后有明显的增加。这些

资料证明，牡丹酚有利尿作用，它在肾脏中的作用部位可能与氢氯噻嗪不同。

（十一）其他作用

据报道，用20%牡丹皮红藤灌入腹腔，对家兔损伤性腹腔粘连有显著预防效果。注入福氏佐剂引起的慢性关节炎鼠，在2个月内大鼠皮下注射致炎剂酶蛋白，可引起关节炎，足、尾的变性急性恶化，足、尾的皮下纤维化、骨增生，骨纤维症明显，腹部皮下组织中亦有结缔组织增生，若在给予酶蛋白的同时连续喂饲牡丹皮或桂枝茯苓丸，则能抑制酶蛋白的新诱发损害。牡丹皮甲醇提取物体内对小鼠艾氏腹水癌细胞、子宫颈癌细胞均有抑制作用。牡丹皮酚对苯并芘在大鼠肝微粒体中的代谢有一定抑制作用，对小鼠有抗早孕作用，对大鼠有利尿作用。

研究表明，牡丹皮的有效成分牡丹酚抑制动物在体子宫的自发运动，对小鼠有抗早孕作用。

牡丹皮多糖－2b（PSM2b）有明显的延缓糖尿病性白内障的发生，减轻晶体混浊程度的作用。降低大鼠血清及晶体中升高的MDA水平，中、高剂量组可升高血清及晶体中SOD、GSH－Px、CAT水平，上调晶体Na^+，K^+－ATP酶活力，且剂量与效果呈正相关。PSM2b中、高剂量组对高分子质量蛋白及不溶性蛋白含量亦有较好调控作用。PSM2b能明显降低空腹血糖，改善糖耐量异常及血脂异常，提高肝细胞低亲和力胰岛素受体（InsR）最大结合容量（RT2），使胰岛素敏感性指数（ISI）增加（$P<0.05$）。结论PSM2b对T2DM大鼠模型有明显的治疗作用，其降糖机制与提高胰岛素受体数目、改善受体环节的胰岛素抵抗有关。牡丹皮的降糖机制可能与促进外周组织对葡萄糖的利用、提高机体对胰岛素的敏感性有关。

（十二）毒、副作用

牡丹皮提取液有一定的毒、副作用。用牡丹皮80℃水4h回流的提取液加残渣的70%甲醇提前2h的溶液，冷冻干燥后惊醒急性毒性试验。试验对象是雄性Wistar大鼠和ddy小鼠，灌服牡丹酚提取液后

其 LD_{50}大于 6g/kg，大鼠腹腔注射 6g/kg 牡丹酚提取液 10～20min 呈镇静状态（自发运动抑制，ET 腹部着地），12h 内全部死亡。小鼠给予相同剂量牡丹酚提取液后 10min 始与大鼠相同，死亡前 2～3min 内强直性痉挛，6h 内全部死亡。牡丹皮的有效成分牡丹皮酚毒性较小。牡丹酚灌胃、腹腔注射和静脉注射后观察 48h 对小鼠的 LD_{50}分别为 3430mg/kg、781mg/kg 和 196mg/kg。牡丹酚溶于 50% 花生油中给小鼠灌胃的 LD_{50}为 4.9g/kg，用于治疗实验性高血压狗，未见肝、肾功能、血象及心电图有明显异常。

大鼠腹腔注射牡丹酚磺酸钠 500mg/kg、750mg/kg 连续 30 天，对血清 ALT、锌浊度、肌酐、尿素氮均无影响，各脏器病理检查除大剂量组个别大鼠胃黏膜有水肿（未见溃疡）外，余无异常改变。

研究表明，牡丹酚磺酸钠剂量 400mg/kg 时对胎仔、胎仔数及骨骼发育无明显影响；牡丹酚磺酸钠 60mg/kg、200mg/kg 家兔静脉注射连续给药 30 天，解剖除大剂量组胃黏膜增生、黏膜水肿外，各脏器未见异常病理改变。牡丹酚 0.7g/kg 口服可使眼分泌物稍增加，眼黏膜充血。

参考文献

[1] 王浴生．中药药理与临床．北京：人民卫生出版社，1983
[2] 原田正敏，等．药学杂志，1972，92（2）：135，750
[3] 贺玉琢，等．桂枝汤的药理学研究．中药药理与临床，1991，3：1
[4] 刘慧兰，欧阳建军．桂枝、柴胡与白芍分别配伍的相关药效学研究．湖南中医药大学学报，2007，6：31～33
[5] 唐伟军，等．桂枝镇痛效应的药理学研究．郴州医学高等专科学校学报，2003，3：14～16
[6] 管谷爱子．生药学杂志，1975，29（2）：109
[7] 高头迪明．生药学杂志，1976，30（2）：109
[8] 张清苓．桂枝汤类方剂临床运用的统计分析（一）．北京中医药大学学报，1994，7：13～16
[9] 沈映君．麻黄桂枝协同发汗作用的实验研究．成都中医学院学报，1986，3：31

[10] 张礼世. 日本药物学杂志，1942，35（2）：176
[11] 野口卫. 生药学杂志，1967，21（2）：17
[12] 富杭育. 桂枝汤的药理学研究. 中药药理与临床，1989，3：9
[13] 曹伟春. 解表类单味药在“解表”方面的药理作用研究进展. 中成药，1991，10：33～34
[14] 韩爱霞，等. 桂枝体外抑菌作用研究. 时珍国医国药，2004，11：743
[15] 徐世军，等. 桂枝挥发油对 LPS 致急性肺损伤大鼠模型蛋白酪氨酸激酶活性的影响. 成都中医药大学学报，2007，12：28～30
[16] 富杭育. 桂枝汤对体温双向调节作用机制探讨—对下丘脑和血浆中环核苷酸的影响. 中药药理与临床，1994，8：1～4
[17] 富杭育，等. 桂枝汤对白细胞介素－1、干扰素、肿瘤坏死因子所致发热的作用. 中药药理与临床，1994，6：1～3
[18] 张小明. 中草药动态，1975，1：10
[19] 细野史郎. 汉方临床，1976，9：3
[20] 卢长安. 桂枝汤的药理研究六. 中药药理与临床，1990，3：2
[21] 骆和生. 中药方剂的药理与临床研究进展. 广州：华南理工大学出版社，1991
[22] 冈崎宽藏. 药学杂志，1952，72（9）：1131
[23] 王岳. 植物学报，1954，3（2）：121
[24] 中医研究院病毒组. 新医学杂志，1973，（1）：26
[25] 吴克华. 桂枝在治疗冠心病临床中作用的探讨—附 108 例病例分析. 湖北中医杂志，1995，3：34～35
[26] 王素花，等. 人桂散的抗心肌缺血作用. 河南中医药学刊，1994，9：63～64
[27] 邹丽琰，等. 桂枝蒸馏液对离体灌流鼠心缺血再灌注损伤的保护作用. 北京中医药大学学报，1997，3：22～24
[28] 张清苓，等. 桂枝汤调补脾胃的实验研究—大鼠实验性胃溃疡的治疗及肝、胃、肾组织化学的定量分析. 北京中医药大学学报，1994，5：24～27
[29] 张生，等. 生物化学杂志，1994，10（6）：670～675
[30] 陈定雄. 自拟复方石榴皮煎剂外洗为主治疗慢性体表性溃疡—附 50 例对照分析. 广西中医药，1994，8：5～6
[31] 吴艳，等. 中药桂枝抑制黑素生成的作用机制研究. 中国皮肤性病学杂志，2006，1：157～162
[32] 赤松金芳. 和汉药，1976：420

[33] 赵淑杰，等．复方滴鼻灵质量标准的研究．中草药，1994，10：517～518
[34] 德伟林，等．桂枝浸出物对小鼠巨噬细胞内 α－TNF 基因表达的影响．吉林医学院学报，1998，4：5～7
[35] 赵凤鸣，等．桂枝甘草汤抗突变效应的实验研究．江苏中医，1999，8：39～40
[36] 李静华，等．桂枝汤对四氧嘧啶致糖尿病小鼠模型的降糖作用．承德医学院学报，2006，6：152～153
[37] 何裕民．中药通报，1988，13（12）：49
[38] 王继峰，等．赤芍成分及其衍生物抗血小板聚集和调节氧化磷酸化作用的研究．中西医结合杂志，1984，12：745
[39] 刘京，等．中华医学杂志，1983，63（8）：477
[40] 李次芬，等．上海中医药杂志，1986，（12）：107
[41] 陈文为，等．新医药杂志，1979，4：45
[42] 吕恩武，等．赤芍精对喂高胆固醇高脂肪大鼠血液状态的影响．中西医结合杂志，1983，3：109
[43] 邱灿华，等．赤芍总苷抗血栓作用的研究．热带医学杂志，2007，11：1076～1078
[44] 徐先祥，等．赤芍总苷静脉给药抗血栓形成作用研究．中药药理与临床，2005，10：26～27
[45] 孙大军，等．赤芍总苷对实验性血栓形成的影响及其作用机制．中国老年学杂志，2006，8：1080～1081
[46] 吕恩武，等．九种中药的抗血栓形成作用．中西医结合杂志，1981，5：101
[47] 翁维良，等．中药通报，1984，9（5）：38
[48] 张家珍，等．中西医结合杂志，1990，10（11）：669
[49] 伍章保，等．赤芍总苷抗凝血作用机制研究．安徽中医学院学报，2007，6：39～42
[50] 中医研究院西苑医院基础研究生化组．新医药杂志，1978，8：416
[51] 李承珠，等．益母草、赤芍、当归、三棱、莪术、泽兰对大白鼠血液凝固作用的影响．中西医结合杂志，1982，3：111
[52] 邓常青，等．赤芍抗凝血作用的实验研究．中药药理与临床，1991，3：20
[53] 王玉琴，等．赤芍对血液凝固纤溶系统酶活性的影响．中西医结合杂志，1990，3：101
[54] 樱川信男，等．最新医学，1983，6（38）：1184

[55] 柯庆，等．红花与赤芍的抗凝协同作用．湖南中医学院学报，1993，4：41～43
[56] 王珏英，等．赤芍注射液的药理作用．中成药研究，1980，1：32
[57] 曾贵云，等．心脏血管疾病，1978，6（38）：1184
[58] 黄海霞，等．赤芍总苷对培养乳鼠心肌细胞损伤的保护作用．生命科学研究，2005，6：177～180
[59] 黄泰康．常用中药成分与药理手册．北京：中国医药科技出版社，1994
[60] 吴春福．芍药及其化学成分的药理研究概况．中药通报，1985，6：43
[61] 马秀风，等．中西医结合杂志，1988，8（11）：660
[62] 楚正绪，等．赤芍提取物对烫伤大鼠早期心肌力学的影响．中成药，1989，7：23
[63] 杜贵友，等．赤芍801对大鼠心脏和肝脏微粒体羧基酯酶的诱导作用．中西医结合杂志，1989，8：491
[64] 黄孔威，等．中华肿瘤杂志，1984，6（4）：319
[65] 黄孔威，等．药学通报，1983，18（6）：51
[66] 黄孔威，等．中华肿瘤杂志，1983，5（1）：24
[67] 黄孔威，等．赤芍对实验肿瘤的抗癌作用及cAMP水平的影响．肿瘤临床，1985，4：179
[68] 陈志伟，等．赤芍总苷对荷瘤小鼠肿瘤细胞形态学实验研究，2005，7：1228～1229
[69] 于晓红，等．赤芍总苷对荷瘤小鼠抗肿瘤作用的免疫机制研究．江西中医学院学报，2005，2：61～62
[70] 许惠玉，等．赤芍总苷诱导肿瘤细胞凋亡机制的研究．中医药学刊，2005，10：1798～1799
[71] 华东，等．赤芍总甙对荷瘤鼠细胞免疫功能的影响．中医药学报，2004，2：47～48
[72] 蒋跃绒，等．赤芍801对小鼠巨噬细胞COX－1和COX－2活性、mRNA及蛋白表达的影响．中国药理学通报，2006，10：1188～1193
[73] 黄孔威，等．药学通报，1982，17（10）：54
[74] 难波恒雄他．和汉医药学会志，1989，6（1）：32
[75] 高木敬次郎他．药学杂志，1969，89（7）：897
[76] 细野史郎．上海中医药杂志，1957，10：17
[77] 许国英．福建医学院学报，1995，29（1）：100
[78] 戚心广．丹参、赤芍对实验性肝损伤大鼠血浆纤维联接蛋白影响的研究．

中国医科大学学报，1990，6：166
[79] 徐萃华，等．赤芍对体外培养肝细胞（甲基－3H）胸腺嘧啶核苷掺入的影响．山西医药杂志，1986，5：299
[80] 蒋毅萍，刘永刚，陈厚昌．赤芍水提物对四氯化碳致肝损伤大鼠的保护作用．医药导报，2004，8：527～529
[81] 韩海啸，等．赤芍水提物对肝星状细胞株 HSC－T6 促凋亡作用 的实验研究．深圳中西医结合杂志，2007，2：1～5
[82] 李延昌，等．赤芍抗肝纤维化的实验研究．中国中西医结合杂志，2003，10：767～768
[83] 袁冬生，等．赤芍总苷对 D－氨基半乳糖胺所致小鼠肝损伤的保护作用．热带医学杂志，2007，2：139～142
[84] 吕跃山，等．黄芪赤芍对小鼠免疫性肝损伤抗氧化作用的实验研究．中华中医药学刊，2008，2：302
[85] 赵文霞．赤芍对大鼠脂肪肝模型胰岛素抵抗及瘦素影响的实验研究．河南中医学院学报，2004，12：21～25
[86] 何长伦，等．大剂量赤芍治疗慢性重型肝炎患者对血小板的影响．实用肝脏病杂志，2006，12：355～356
[87] 杨军．赤芍总苷治疗缺血性脑血管病作用及其机制．安徽医科大学学报，2001，4：164～165
[88] 何延龙，等．赤芍总苷对大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤的保护效果．中国临床康复，2006，10：59～61
[89] 马仁强，等．赤芍总苷对沙土鼠全脑缺血再灌注损伤的保护作用．第一军医大学学报，2005，4：471～473
[90] 刘玥．赤芍 801 加水蛭素治疗急性脑梗死疗效观察．中国民康医学，2007，12：1070
[91] 郑关毅，等．赤芍 801 可能通过下调 nNOS 及 iNOS 的表达抑制缺血性神经元凋亡．中国药理学通报，2006，8：992～997
[92] 刘国声．中华新医学报，1950，1：95
[93] 黑龙江省医院检验科，等．哈尔滨中医，1960，3（3）：74
[94] 曹仁烈，等．中华皮肤科杂志，1957，5（4）：286
[95] 朱颜编．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社，1958
[96] 张芳，等．赤芍提取物体外抑菌活性的研究．徐州医学院学报，2006，9：418～420
[97] 吴焕．中草药通讯，1979，10：51

[98] 魏利召，等．赤芍体外拮抗脂多糖的实验研究．空军总医院学报，2006，3：7～10
[99] 雷玲．赤芍的抗内毒素作用研究．中药药理与临床，2006，12：32～34
[100] 黄海兰，等．赤芍抗氧化活性及其成分研究．食品科学，2007，7：76～82
[101] 张世珍，等．赤芍等六种中草药活性部位清除活性氧自由基的ESR研究．中兽医医药杂志，2001，8：6～9
[102] 尚通明，等．赤芍超临界萃取、化学成分及其抗氧化性能研究．食品科学，2007，10：38～40
[103] 高木敬次郎他．药学杂志，1969，89（7）：893
[104] 吴芳．赤芍总苷/淫羊藿总黄酮对实验性抑郁及脑5－HT和β－肾上腺素受体的影响．现代预防医学，2005，7：744～746
[105] 吕小岩，等．赤芍和茜草水提取物对系统性硬皮病成纤维细胞增殖及胶原合成影响的研究．中药药理与临床，2007，4：47～48
[106] 朱慧民，等．赤芍对家兔血管内膜平滑肌细胞增生的影响．中国中医急症，2005，14（4）：349～350
[107] 周丹，等．白芍、赤芍及卵叶芍药滋补强壮作用的研究初探．吉林中医药，1993，5：38～39
[108] 高木敬次郎他．药学杂志，1969，89（7）：897
[109] 翁维良．20种活血化瘀药对实验性微循环障碍影响的观察．中西医结合杂志，1984，9：555
[110] 林志彬．益气活血方剂气管炎75号方的药理研究．中医杂志，1979，10：54
[111] 耿涛，等．桃仁提取物抗大鼠心肌缺血作用的研究．苏州大学学报（医学版），2005，3：238～240
[112] 刘灿辉，等．光核桃仁和山桃仁的药理研究．中药药理与临床，1989，5：46
[113] 徐理纳，等．新医学杂志，1976，(5)：88
[114] 周金黄，等．中药药理学．上海：上海科学技术出版社，1986
[115] 占文海，等．中药材，1984，17（3）：29
[116] 赵润之．延安医药，1983，(1)：5
[117] 赵润之，等．陕西新医药，1985，(11)：57
[118] 赵杰，等．国外医学．中医中药分册，1984，(1)：54
[119] 方新德，等．中药通报，1986，(11)：37

[120] 赵伟康，等．生物化学．上海：上海科学技术出版社，1988
[121] 王玉润，等．活血化瘀法为主治疗61例血吸虫病性肝硬化腹水患者的临床观察．上海中医药杂志，1981，7：8
[122] 上海中医学院，等．上海中医药杂志，1981，(7)：9
[123] 中国医学科学院药检所．新医学杂志，1976，5：38
[124] 徐列明，等．桃仁提取物合虫草菌丝对肝炎后肝硬化肝窦毛细血管化的逆转作用观察．中西医结合杂志，1994，6：362
[125] 朱敛亮，等．中西医结合杂志，1992，12（4）：207
[126] 徐列明，等．桃仁提取物合虫草菌丝抗肝纤维化的实验研究．中国中医药科技，1995，2：18
[127] 王祯芩，等．中国中西医结合杂志，1992，12（6）：357
[128] 晏丹，等．水蛭桃仁煎剂抗实验性大鼠肝纤维化机制研究．江苏中医药，2005，8：45～48
[129] 孙维强，等．桃仁抗肝脏脂质过氧化损伤作用的实验研究．湖南中医杂志，1993，12：47
[130] 徐列明，等．实验性肝纤维化时贮脂细胞的变化及桃仁提取物对其影响．中西医结合肝病杂志，1993，7：16
[131] 洪长福，等．桃仁提取物对大鼠实验性矽肺纤维化的影响．劳动医学，2000，12：21～219
[132] 鹫田贤，等．国外医学中医中药分册，1991，13（2）：52
[133] 刘庆增．中成药研究，1987，(8)：47
[134] 张敏如，等．陕西新医药，1980，9（17）：3
[135] 张敏如，等．桃叶膏治疗滴虫病效果及其抗滴虫有效成份研究．西安医学院学报，1984，4：29
[136] 陈金典，等．桃叶膏对家兔阴道黏膜影响的形态观察．西安医科大学学报，1986，7：129
[137] 中国医科院药物研究所，等．中药志（Ⅲ）．北京：人民卫生出版社，1984：93
[138] 陈翼胜，等．中国有毒植物．北京：科学出版社，1981
[139] 张秋海，等．实用中西医结合杂志，1993，6（3）：163
[140] 姜春华，等．活血化瘀研究．上海：科学技术出版社，1981
[141] 许惠玉，等．桃仁总蛋白对荷瘤鼠T淋巴细胞亚群及细胞凋亡的影响．齐齐哈尔医学院学报，2004，5：485～486
[142] 吕跃山，等．桃仁总蛋白对荷瘤鼠IL－2、IL－4水平的影响．中医药

信息，2004，7：60～61
[143] 刘英，等．桃仁蛋白A可影响肿瘤基因表达．中国医药报，2004：9
[144] 刘娟，等．桃仁及其复方合剂对小白鼠子宫作用的机制研究．四川畜牧兽医学院学报，1999，8：1～6
[145] 郑向宇．桃仁对酪氨酸酶激活作用的实验研究．南京铁道医学院学报，1996，12：257～258
[146] 李小波，等．桃仁对单侧输尿管梗阻大鼠肾组织NF－κB、TNF－α表达的影响．中国中医基础医学杂志，2006，7：526～527
[147] 赵连根．桃仁注射液对家兔缺血皮肤切口愈合的影响．中国中西医结合外科杂志，1996，2（2）：112～114
[148] 汪素萍，等．桃仁提取液抑制巩膜瓣下小梁切除术后滤床纤维母细胞增殖的实验研究．上海医科大学学报，1993，3：35
[149] 傅贤彬．桃仁引起接触性过敏一例．中成药研究，1984，3：46
[150] 陈奇．中药药理实验．贵阳：贵州人民出版社，1988
[151] 许津，等．茯苓素对小鼠L1210细胞的抑制作用．中国医学科学院学报，1988，10（1）：45～49
[152] 张文女，黄金龙．茯苓多糖的抗肿瘤作用．中草药，1999，7：561～562
[153] 梁喜爱．中药猪苓、茯苓治疗肿瘤的药理功能新探．铁道医学，1992，8：235
[154] 陈定南．茯苓多糖抗肿瘤及其有关药理作用．中药通报，1987，9：553
[155] 潘明继，李永辉，陈连舫，等．羧甲基茯苓多糖的临床试用及抗癌实验研究．福建医药杂志，1983，10：230～231
[156] 周立，张玮，蔺惠颜，等．茯苓素诱生肿瘤坏死因子的作用．中国抗生素杂志，1994，19（5）：376～380
[157] 仲兆金，许先栋，周京华，等．茯苓三萜成分的结构及其衍生物的生物活性．中国药物化学杂志，1998，12：239～244
[158] 赵吉福，陈英杰，姚新生．茯苓的抗肿瘤研究．中国药物化学杂志，1993，4：62～64
[159] Hamura J，et al. Cell. Immunology，1978，38（2）：428
[160] 罗厚蔚，等．南京药学院学报，1964，（10）：69
[161] Humuro J，et al. Cell. Immunology，1978，34（3）：695
[162] 李法庆，等．茯苓对小鼠抗体生成细胞作用的初步研究．中国基层医药，2006，2：277～278
[163] 龙振州，等．中华微生物学和免疫学杂志，1985，5（5）：280

[164] 陈春霞．羧甲基茯苓多糖的生理活性．中国食用菌，1990，8：12
[165] 吕苏成，等．茯苓多糖对正常及荷瘤小鼠免疫功能的影响．第一军医大学学报，1990，10：267
[166] 杨吉成，等．中华微生物学和免疫学杂志，1986，6（3）：157
[167] 胡崇家．武汉医学院学报，1957，（1）：125
[168] 柴宝玲，等．生理科学，1983，8（1）：61
[169] 徐强．茯苓的成分、药理及其方剂五苓散的研究概况．中药材，1985，3：36
[170] 张亦钧，等．中华神经精神科杂志，1983，16（4）：220
[171] 张亦钧，等．山西医药杂志，1982，（5）：14
[172] 江苏新医学院．中药大辞典（下册）．上海：上海科学技术出版社，1986
[173] 汪根雷．中药药理与临床，1990，6（2）：21
[174] 邓颖，等．人参、党参、黄芪、白术及茯苓对小鼠血浆皮质酮含量的影响．中国药理学通报，1986，12：25
[175] 王筠默，等．中药药理学，上海：上海科技出版社，1985
[176] 高桥真太郎．药学研究，1968，8（281）：39
[177] 张国伟，等．茯苓醇提取物抗心脏移植急性排斥反应的实验研究．中华器官移植杂志，2003，5：169～171
[178] 侯安继，等．茯苓多糖抗炎作用研究．中药药理与临床，2003，6：15～16
[179] 孙博光，等．茯苓的体外抑菌作用研究．时珍国医国药，2003，7：7
[180] 王善源．中药对于结核杆菌生长的抑制作用Ⅰ．科学通报，1958，6：379
[181] 徐州医学院微生物教研组．新医药资料，1971，（1）：27
[182] 李希贤，等．中华医学杂志，1955，41（10）：952
[183] 王树山，等．双苓止泻口服液治疗小儿轮状病毒性肠炎的临床研究．中国中西医结合杂志，1995，5：284～286
[184] 侯安继，等．茯苓多糖抗衰老作用研究．中药药理与临床，2004，6：10～11
[185] 黄静茹，等．复方绞股蓝袋泡茶、丝瓜叶对小鼠过氧化脂质的影响．福建中医药，1990，4：34～35
[186] 韩德伍，等．中华内科杂志，1977，2（1）：13
[187] 吕丁，等．茯苓素与小鼠腹腔细胞膜蛋白及牛血清蛋白的结合作用．中国医学科学院学报，1988，8：294
[188] 李凯霞．茯苓合剂对冻融蟾蜍肝脏组织的生物化学研究．黑龙江医药科

学，2002，6：11
[189] 张兵影，等．茯苓健脾作用活性部位的研究．菌物研究，2007，6：110～118
[190] 唐秀珍，等．茯苓甘草复方合剂对铝染毒小鼠生化指标影响的实验研究．现代中西医结合杂志，2007，7：2824～2825
[191] 涂彩霞，等．复方茯苓汤治疗湿疹582例临床观察及实验研究．中国中西医结合皮肤性病学杂志，2002，2：13～15
[192] 陈焱，等．茯苓多糖防石作用的实验研究．中华泌尿外科杂志，1999，2：114～115
[193] 汪根富，等．茯苓对红细胞中2，3－二磷酸甘油酸（2，3－DPG）水平的影响．中药药理与临床，1990，5：21
[194] 峰松他．和汉医药学会志，1988，5：214
[195] 叶聚荣，等．羧甲基茯苓多糖钠的毒性研究．福建医药杂志，1988，3：29
[196] 高贵珍，等．硫酸化茯苓多糖急性毒性实验研究．生物学杂志，2004，2：36～37
[197] 龙世林，等．牡丹皮药理作用及临床研究进展．中国药业，2007，2：63～64
[198] 太田达男，等．生药学杂志，1960，(14)：100
[199] 江苏新医学院主编．中药大辞典（上册）．上海：上海科学技术出版社，1986
[200] 刘国声，等．中华新医学报，1950，(1)：285
[201] 久保道德．国外医学中医中药分册，1983，(3)：5
[202] 久保道德．国外医学中医中药分册，1984，(3)：45
[203] 孙卫，等．牡丹皮对犬心肌缺血及心脏血流动力学影响的研究．山西医药杂志，1984，4：212
[204] 唐景荣．丹皮酚对钙反常培养心肌细胞的保护作用．中国中药杂志，1991，9：557
[205] 唐景荣，等．丹皮酚对体外培养乳鼠心肌细胞$^{45}Ca^{2+}$摄取的影响．中国药理学与毒理学杂志，1991，7：108
[206] 唐景荣，等．丹皮酚磺酸钠对钙反常培养乳鼠心肌细胞Ca^{2+}内流的抑制作用．药学学报，1991，4：161
[207] 张卫国，等．丹皮酚抗大鼠心肌缺血再灌注损伤与抗膜脂质过氧化作用．药学学报，1994，2：145

[208] 张卫国，等．丹皮酚对大鼠心肌缺血再灌注损伤的线粒体膜脂的保护作用．中草药，1994，4：193
[209] 张旃，等．丹皮酚的药理作用及机制．中药研究进展，2006，3：21～23
[210] 中国医学科学院药物研究所．药学学报，1989，8（6）：250
[211] 周金黄，等．植物药的药理学和化学在我国近五年来的进展．生理科学进展，1963，12：359
[212] 中国医学科学院药物研究所．药学学报，1960，8（6）：250
[213] 周金黄，等．第二届国际药理学会议学术动向．生理科学进展，1963，12：359
[214] 久保道德（杜贵友摘译）．生药学杂志，1982，36：70
[215] 平井爱山，等．国外医学中医中药分册，1984，（1）：53
[216] 顾关云．中成药研究，1994，（8）：15
[217] 铃木幸子，等．国外医学中医中药分册，1983，（5）：54
[218] 原田正敏，等．药学杂志，1969，89（9）：1205
[219] 铃木幸子，等．日本药理学杂志，1981，78：489
[220] 王爱宝，等．中草药，1993，（10）：26
[221] 杜贵友摘译．国外医学中医中药分册，1986，（4）：33
[222] 长尾孝治他．国外医学中医中药分册，1982，（6）：50
[223] 中医中药在日本研究的某些进展．国外医学内科学分册，1976，（13）：465
[224] 巫冠中．丹皮的抗炎作用．中国药科大学学报，1990，6：222
[225] 徐叔云，等．中国药理学与毒理学杂志，1994，8（3）：161～165
[226] 朱作金，等．丹皮酚雾化吸入对大鼠免疫功能的影响．广西医科大学学报，1994，12：386～387
[227] 伊春锦，等．治疗乙型病毒性肝炎200例报告．河北中医，1994，1：5
[228] 黄远洁，等．丹皮及其有效成分丹皮酚抗肿瘤作用研究进展．福建中医学院学报，2005，12：47～48
[229] 吴波，等．牡丹酚（Paeonol）对小白鼠抗早孕作用的研究．辽宁中医杂志，1980，4：43
[230] 赵根海，等．丹皮多糖－2b对大鼠糖尿病性白内障防治作用研究．中国中药杂志，2007，10：2036～2039
[231] 王钦茂，等．丹皮多糖22b对2型糖尿病大鼠模型的作用及其降糖作用机制．中国药理学通报，2002，18（4）：456～459
[232] 峰松．和汉医药学杂志，1988，5：214

第三章 桂枝茯苓丸全方药理研究

一、对血液流变学的影响

家兔静脉注射或口服本方 1.5h 后，经血液流变学测定，全血还原比黏度（高切、低切），全血比黏度（高切、低切），血浆比黏度及纤维蛋白浓度均明显降低，红细胞电泳时间减少。但对红细胞数、白细胞数、血红蛋白含量及血浆中胆固醇均无明显影响。表明本方降低血液黏度的作用不是由于血细胞数量或血中胆固醇浓度降低所致，是与血中链状高分子物质，主要是纤维蛋白原降低有关。

给大鼠连续应用激素，造成“激素性血瘀证”的实验动物病例模型。在造模同时给本方（相当于人用量的 10、20、40 倍），可使血液黏度得到改善，但红细胞数和血细胞比容值模型组与本方组无显著性差异；本方有延长凝血酶时间的趋势和恢复 AT－Ⅲ活性，明显改善高脂血症。因此本方降低血液黏度的作用与血细胞数以外的因素有关，即改善血浆因子是其重要原因之一。对该模型，在脏器水平上可不使肾上腺、胸腺、脾脏重量减轻，肝脏重量增加；血中皮质激素含量降低，ACTH 试验反应性降低英国 Nagai 探讨了给予糖皮质激

素制作的瘀血模型小鼠红细胞膜的唾液酸代谢以及服用桂枝茯苓丸的效果。结果表明，肌内注射倍他米松通过引起红细胞膜唾液酸酶活性的变化导致瘀血。正常情况下存在于红细胞膜内侧的唾液酸酶活性在给予倍他米松后呈现红细胞膜外侧，而桂枝茯苓丸可以使倍他米松所致的膜外侧唾液酸酶活性升高，恢复酶活性在红细胞膜的正常定位。结果显示桂枝茯苓丸可通过降低红细胞膜唾液酸酶活性而改善瘀血状态。

倍他米松与本方合用和单用本方比较，前者可使血液浓度有下降趋势，总脂质、总磷脂、甘油三酯、β－脂蛋白、游离脂肪酸及过氧化脂浓度上升明显受抑制，凝血酶时间缩短，AT－Ⅲ活性下降；但对红细胞、血红蛋白、血细胞比容、白细胞数无影响。通过对老龄大鼠、脑卒中易发性高血压自发性大鼠（SHRSP）、投予右旋糖酐的大鼠研究发现，而本方能抑制红细胞变形能力的下降，降低血压，延长大鼠生存日数。

临床研究表明，本方明显降低全血黏度，服药30min后即见效，可持续180min以上。对血清总蛋白、总胆固醇、甘油三酯、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）、丙氨酸氨基转移酶（ALT）、碱性磷酸酶、尿素氮及肌酐均无影响。对动脉硬化症、高血压等患者，服本方后，在各种切变率下的血液黏度均下降，血浆黏度变化不大，而纤维蛋白原、血细胞比容及血压等有降低趋势。

采用Casson方程式研究血液流变学性质，利用5点切变率，求出Casson黏度、Casson屈服应力。结果发现本方通过降低血液黏度来改善周围微循环作用的能力，并在试验中发现低切变率、Casson屈服应力、血细胞比容及血浆黏度无明显变化，因而认为降低血浆黏度的机制可能和红细胞变形性及红细胞内黏度有关。

二、对血小板功能的影响

对瘀血证者及健康人进行血小板聚集和丙二醛（MDA）测定。结果发现瘀血证者与健康人之间血小板聚集率的变化无明显差异。但MDA含量有明显差异，且服本方后MDA含量显著下降，同时瘀血证状得到改善。认为瘀血症时血小板内环氧化酶活性增强，但不影响血

小板的聚集力。MDA 含量增加和血小板聚集力不变之间的差异可能是由于血小板聚集率除受 TXB_2 影响之外还有许多其他因素参与。实验结果提示：瘀血证可能与血小板花生四烯酸代谢异常有关。口服本方 1 周后，经外源性的聚集剂诱导的血小板聚集无变化，而 2 周聚集作用被压制，甚至停药后仍有作用。对血液凝块、血细胞比容、总胆固醇、红细胞数及纤维蛋白原总数未见明显影响。对其机制进行研究，发现 TXB_2 值在服药后被抑制，认为本方降低血小板聚集作用可能由于血栓素减少所致。另外本方的水煎剂对以胶原和 ADP 为诱导剂所致的血小板聚集率均有抑制作用，且较阿司匹林强。本方对活化部分凝血酶原时间（α－PTT）有轻度抑制，对凝血酶原时间（PT）则无明显影响。本方对纤溶剂尿激酶有抑制作用。另有研究发现，本方对健康成人血小板有双向调节作用，对血小板聚集能力高者能抑制，低者能促进。

三、抗肿瘤作用

本方同麦秆半纤维素 B 和卵白糖肽的葡萄糖液（WOG）混合给予小鼠，对甲基胆蒽诱发皮下癌的小鼠生存时间无延长作用，但能完全抑制脾的淀粉样变性。如果将本方与灵芝一起和 WOG 合用，则可使给药组小鼠生存时间延长另有报道桂枝茯苓丸能抑制卵巢癌细胞株 H08910 增殖，能诱导卵巢癌细胞凋亡。从桂枝茯苓丸对荷瘤小鼠的抑瘤率、生命延长率方面，测定了桂枝茯苓丸对荷瘤小鼠机体肿瘤细胞和生存状态的影响。结果：桂枝茯苓丸有抑制肿瘤生长的作用，抑制率达 22.84%。桂枝茯苓丸能延长荷瘤小鼠生存期，生命延长率为 42.3 %。说明本方能延长荷瘤小鼠生存期，并具有抑制肿瘤生长作用。

制备荷瘤小鼠动物模型，桂枝茯苓丸和环磷酰胺分别灌胃，检测小鼠的体重、胸腺指数、脾指数、抑瘤率。结果：桂枝茯苓丸、环磷酰胺对 S180 荷瘤小鼠的抑瘤率分别为 37%、41%，桂枝茯苓丸组荷瘤小鼠脾脏指数和胸腺指数明显高于环磷酰胺组和生理盐水组，但体重不降低。说明桂枝茯苓丸具有抗肿瘤作用，其机制可能是通过增强小鼠的免疫调节功能来实现的。以 S180 荷瘤小鼠为模型，观察灌服

桂枝茯苓丸加味方后体内肿瘤生长情况的改变，并通过检测 $CD8^+$ T 细胞和 $CD4^+$ T 细胞个数来反映荷瘤小鼠体内抗瘤免疫功能，结果：桂枝茯苓丸加味组与生理盐水组的荷瘤小鼠的平均瘤重间差异有统计学意义（$P<0.05$），并且桂枝茯苓丸加味高、中、低各剂量组的抑瘤率分别为 53.21%、49.92%、42.60%，平均瘤重间差异有统计学意义（$P<0.05$），桂枝茯苓丸加味各组荷瘤小鼠外周血中 $CD4^+$、$CD8^+$ 个数高于生理盐水组，且接近于正常组水平，并且随着药物剂量的增加 $CD4^+$、$CD8^+$ 个数增加，高、中、低剂量组间比较有统计学意义（$P<0.05$）。

以计算抑瘤率，流式细胞仪测定细胞凋亡率，免疫组化法测定 $p21^{waf/cip}$ 蛋白表达，原位杂交法检测 Survivin mRNA 表达，电镜观察肿瘤细胞超微结构的方法探讨桂枝茯苓丸诱导肿瘤细胞凋亡的机制，发现桂枝茯苓丸能抑制肿瘤生长。桂枝茯苓丸上调肿瘤细胞 $p21^{waf/cip}$ 蛋白表达，下调 Survivin mRNA 表达，桂枝茯苓丸组镜下可见瘤细胞以凋亡变化为主。内膜结构完好，核膜清晰，细胞核固缩，染色质团块状散布核内或边集核膜下，并可见凋亡小体。说明桂枝茯苓丸可诱导肿瘤细胞凋亡，其机制可能与上调 p21 及下调 Survivin mRNA 表达密切相关。实验研究证明：在红细胞免疫功能障碍状态下，肿瘤的转移会加重。桂枝茯苓丸等活血化瘀药物对肿瘤转移确实有抑制作用，其抑制作用在很大程度上取决于红细胞免疫功能的正常与否。

四、对免疫系统的影响

通过用单克隆抗体检测实验小鼠药物处理前后 T 细胞总数及亚群变化；用试剂盒检测小鼠血清白介素（IL－2）水平。结果：桂枝茯苓丸能增加 T 细胞总数，并调整 T 细胞亚群紊乱；提升 IL－2 水平，说明桂枝茯苓丸对免疫功能低下小鼠具有免疫刺激和免疫调节作用。日本木村通郎为了观察当归芍药散、桂枝茯苓丸对脑血管病的作用机制，以摄取高胆固醇饮食而引起脑动脉粥样硬化的实验动物为对象，观察给药后对其脑动脉内皮 T 淋巴细胞黏附抑制效果。结果：对照组摄取 HCl 4 天后，血中总胆固醇含量明显增加，胸腹主动脉内皮细胞和外周 T 淋巴细胞黏附也明显增加，随后巨噬细胞黏附明显，

内膜内可见泡沫样细胞。而脑动脉内皮中T淋巴细胞黏附的出现晚于胸、腹部动脉。给药组21天后胸、腹部动脉内皮T淋巴细胞黏附少量出现，脑动脉内皮中T淋巴细胞黏附可被抑制。因此认为当归芍药散、桂枝茯苓丸的免疫作用机制与外周T淋巴细胞的变化有关。桂枝茯苓丸可纠正荷瘤小鼠T细胞Fas表达的异常，使其恢复正常，提示桂枝茯苓丸可通过降低T细胞Fas的表达，抑制T淋巴细胞凋亡，从而提高机体的细胞免疫。

对小鼠巨噬细胞吞噬功能的试验表明，本方可显著增强腹腔巨噬细胞吞噬功能。

观察加味桂枝茯苓丸（桂枝茯苓丸加淫羊藿、枸杞子）对高脂血症动物红细胞免疫黏附功能和循环免疫复合物（CIC）含量的影响，结果表明：高脂血症的发生不单纯是脂质代谢障碍，还与免疫功能相关。随着高脂血症的形成实验动物的红细胞C3b受体（RBC－C3bR）花环率下降，红细胞免疫复合物（RBC－IC）花环率和CIC含量上升，造模前后差异显著。CIC含量与RBC－C3bR花环率、RBC－IC花环率呈负、正相关。说明本方通过直接兴奋红细胞膜上的C3b受体，促进吞噬细胞吞噬清除免疫复合物的能力和加快红细胞运送和处理CIC的作用，达到增强红细胞免疫黏附活性和清除CIC的目的，以阻止CIC沉积于组织，造成免疫损伤。

五、减轻脑缺血再灌注损伤的作用

加味桂枝茯苓丸（桂枝茯苓丸加川芎、泽泻）对脑缺血再灌注后脑组织c－fos基因表达增强有明显抑制作用，提示本方用于脑缺血患者的早期治疗，有助于改善症状，减轻缺血后损伤，并促进愈后恢复。用免疫组化法对缺血性大白鼠脑皮层的细胞凋亡相关基因c－fos及Bel－2表达及蝮蛇抗栓酶、尼莫地平、桂枝茯苓丸对其影响进行了实验研究。发现桂枝茯苓丸对c－fos及Bel－2均有作用、尼莫地平对两者均无影响，而蝮蛇抗栓酶只影响c－fos的表达。通过对中药复方（桂枝茯苓丸加川芎、泽泻）防治脑缺血的动物实验研究，结果提示，本方能够增加脑缺血和再灌注后鼠红细胞、脑组织及线粒体中的超氧化物歧化酶（SOD）；同时降低脑缺血和再灌注后鼠血浆、

脑组织和亚细胞器中红细胞内的丙二醛（MDA）水平，证实本方有较强的抗自由基作用，提示本方可作为抗氧化剂，用于脑缺血患者的临床治疗。另有学者报道，通过对四种方剂的比较，发现桂枝茯苓丸加薏苡仁清除超氧化物自由基的活性最强，具有防护脑氧化应激作用。

研究表明，本方能明显降低鼠脑组织和血清中 Glu（谷氨酸）、Asp（天门冬氨酸）、Gly（甘氨酸）、GABA（γ－氨基丁酸）含量，统计结果均有显著意义。表明本方有明显的抗脑缺血性氨基酸毒性的作用，有助于缺血性脑水肿的减轻和脑细胞损伤的修复。本方除了能够降低脑组织和血清中氨基酸含量，还能升高缺血再灌注后大鼠脑组织中钙含量，说明桂枝茯苓丸加减方对缺血性脑损伤有缓解作用。

用透射电镜观察了缺血 60min、再灌注 60min、缺血后中药治疗（以桂枝茯苓丸加川芎、泽泻）三组小鼠脑运动区皮质的超微结构，结果发现：①锥体细胞和胶质细胞均有改变，以胶质细胞改变最显著；②毛细血管周围的胶质细胞突起亦肿胀明显，且内皮与突起之间的基膜增厚可达 300nm；③中药治疗组鼠脑胶质细胞肿胀消失，细胞器恢复正常，毛细血管内皮与胶质细胞突起之间的基膜厚度变薄。说明脑缺血对大脑胶质细胞和血－脑屏障损害严重，而中药复方有改善上述损伤的作用。

六、对内分泌系统的影响

观察对大鼠垂体前叶细胞促性腺激素分泌的影响，结果表明：在大鼠垂体前叶细胞培养系中加入本方浓度为 500μg/ml 时，上清液中黄体生成素（LH）浓度增加为对照组的 251.6%（$P<0.01$），卵泡刺激素（FSH）浓度也增加为对照组的 152.8%，能明显促进大鼠前叶细胞促性腺激素的分泌。通过观察对未成熟大鼠血浆 LH 和 FSH、子宫失重及 TK 活性的影响，表明桂枝茯苓丸可能兼具催乳激素释放激素类似物及弱抗雌激素的特性。桂枝茯苓丸能显著降低滤泡分泌雌二醇的浓度和排卵前滤泡分泌雌二醇－17β 的浓度，并能在黄体生成素升高之前刺激排卵前滤泡分泌黄体酮。实验研究证明：桂枝茯苓丸对卵巢趋化因子 CINC 的分泌有直接促进作用，或通过促进 IL－lp 和

TNF－α的分泌间接促进CINC分泌，从而促进排卵。观察对大鼠睾丸酮分泌作用的的影响，经口给予桂枝茯苓丸提取物每日20～200μg，3～5天后，处死摘除睾丸。用RIA测定血中睾丸酮、Δ4－雄烯二酮、雌二醇，以及睾丸中睾丸中睾丸酮、雌二醇。睾丸中睾丸酮的浓度在该域桂枝茯苓丸后明显减少；Δ4－雄烯二酮、雌二醇没有明显变化。本方具有抑制睾丸酮分泌的作用。桂枝茯苓胶囊对前列腺增生也具有一定的抑制作用。有学者采用小鼠尿生殖窦前列腺增生症模型进行观察，结果发现桂枝茯苓胶囊可明显减轻小鼠前列腺各叶重量及精囊腺重量，桂枝茯苓胶囊大、中剂量组小鼠的腺体组织和间质组织增生较轻，腺腔扩张程度较轻，腺上皮高度降低。其作用机制可能与其调节前列腺内性激素或其受体有关。

七、对子宫内膜异位症的影响

以含饲料（0.5%及1.0%桂枝茯苓丸）喂养的小鼠，子宫内膜异位发病率明显低于正常饲料喂养的对照小鼠，其宫内胸苷酸合成酶活性较低。25日鼠龄小鼠断奶后，长期进食本方至120天龄，本方对发情周期、进食量和体重增加都无大影响，但饲料含本方低（0.1%）时，效果不明显。同系垂体移植一般能增加子宫内膜异位的发生率，含量高的本方饲料对之有抑制能力。说明口服本方能治疗妇科子宫内膜异位症桂枝茯苓丸治疗子宫内膜异位症的机制与达那唑疗法等不同，该方通过非内分泌系统介导的免疫调节作用逐渐降低患者的自身IgM型抗体价来实现的。现代研究认为异位内膜需要经过黏附、侵袭、血管生成等过程才能最终发展成子宫内膜异位症，因种植的内膜需要得到充足的血供才能生长，故血管生成已成为子宫内膜异位症领域研究的新热点，通过观察对鸡胚绒毛尿囊膜（CAM）血管生成的影响的实验研究，证明本方具有抑制CAM血管生成的作用。

通过观察异位子宫内膜体积和形态学的变化，计数腹腔液巨噬细胞，放射免疫法测定各组大鼠外周血、腹腔液及巨噬细胞培养液白细胞介素－8（IL－8）、肿瘤坏死因子（TNF－α），免疫组化法测定血管内皮生长因子（VEGF）在异位内膜中的表达的方法及CD34标记异位子宫内膜血管，测定其微血管密度（MVD）发现桂枝茯苓丸和

达那唑可以抑制子宫内膜异位症模型大鼠异位内膜的血管生成，使异位内膜萎缩，当二者联合用药时，作用更强。通过病理切片 HE 染色和基质金属蛋白酶－2（MMP－2）、MMP－7 免疫组化测定发现桂枝茯苓胶囊能降低小鼠子宫腺肌病的发生率，其作用机制与调节 MMP－2、MMP－7 蛋白表达水平有关。

八、对实验性弥散性血管内凝血（DIC）的影响

对内毒素引起的弥散性血管内凝血（DIC）的观察结果表明：10mg/kg、100mg/kg、900mg/kg 桂枝茯苓丸在纤维蛋白原降解产物、纤维蛋白原、PT、纤维蛋白沉积的肾小球百分数（% GFD）等指标上都显示了预防 DIC 的效果；900mg/kg 的药物还可防治血小板的减少，但分别投予 900mg/kg 的丸剂各个组成药物，却不显示效果，提示该方的抗 DIC 效果为全方的五味药共同产生。以纤维蛋白原降解产物、纤维蛋白原、凝血酶原时间、部分凝血激酶时间、血小板计数和有纤维素沉积的肾小球百分数等为 DIC 的判定指标，结果表明 900mg/kg 桂枝茯苓丸对上述指标有明显抑制效果，而 300mg/kg 有轻度抑制作用，而 10mg/kg、100mg/kg 则无抑制作用。

九、抗肝纤维化作用

对四氯化碳造模的肝纤维化大鼠，加味桂枝茯苓丸能使大鼠脾重减轻，血清丙氨酸氨基转氨酶（ALT）、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶和肝脏羟脯氨酸（Lhyp）下降，以及肝组织病理改善和肝纤维化减轻。其中降低 Lhyp 和减轻肝纤维化作用较秋水仙碱为优，说明加味桂枝茯苓丸有较好抗肝纤维化作用。通过测定肝纤维化指标透明质酸、层粘连蛋白、Ⅲ前胶原（HA、LN、PCⅢ）和形态学指标方面观察桂枝茯苓丸对肝纤维化大鼠的影响。结果发现桂枝茯苓丸可有效的防治大鼠纤维化，显著降低模型大鼠血清 HA 含量，减轻肝脏胶原纤维增生程度。

十、抗炎作用

观察对大白鼠蛋清性、甲醛性关节肿胀的影响，对大白鼠炎性棉

球肉芽肿增生的影响，对组胺、5－羟色胺引起的大白鼠血管通透性增加的影响及对肾上腺重量的影响，结果表明：桂枝茯苓丸对大鼠急性、亚急性、慢性炎症有明显抑制作用，其作用机制不是通过垂体－肾上腺系统的调节，而是通过对体内炎性介质的释放，毛细血管通透性增加、渗出、水肿及肉芽组织增生等环节起对抗作用有关。

十一、镇痛、镇静及对神经系统的抑制作用

皮下注射和口服本方，对小鼠有显著的镇痛、镇静作用，并能显著加强其对中枢神经的抑制作用口服 100g/kg 或皮下注射 100g/kg 本方制剂，可使其热板致痛反应潜伏期明显延长，且作用持续时间可延长到注射后 4h。同样剂量下，本方对乙酸（醋酸）引起的小鼠扭体反应也有抑制作用。经小鼠落纱实验观察，给小鼠口服 100g/kg 或皮下注射 100g/kg 本方制剂均可抑制小鼠的自发活动；同时也可提高巴比妥阈下催眠小鼠正反射消失的百分率，并且可明显延长小鼠的睡眠时间。

十二、其他作用

桂枝茯苓丸可明显改善糖尿病肾病模型大鼠肾功能（血清肌酐尿蛋白排泄量）并可抑制糖尿病肾病进展，明显降低肾组织中高级糖基化终产物（AGEs）蓄积，降低肾组织中过氧化脂质量，抑制血中脂质过氧化。

实验结果表明，桂枝茯苓丸不仅能够通过降低上半身皮肤表面温度改善眩晕症状，而且还能使皮肤外周血管收缩，防止热量散失。另外，从桂枝茯苓丸能使下腹部皮肤表面温度升高可以看出，该方对盆腔内癖血有增加血流的作用。

复制低 O_2、高 CO_2 肺动脉高压大鼠模型后，右心导管法测肺动脉压；免疫组化法检测Ⅰ型胶原、磷酸化细胞外信号调节激酶（P2ERK）的表达；原位杂交法检测 c2 junmRNA、c2 fosmRNA 的表达。结果：桂枝茯苓丸干预组的各项指标均显著低于模型组。结论：桂枝茯苓丸阻断 ERK 信号通路，可抑制肺动脉高压血管重构。

研究证明桂枝茯苓丸显著增加自发高血压大鼠胸主动脉内皮依赖

性血管舒张，提示对自发高血压大鼠血管内皮功能障碍有改善作用。其机制是多向性的，如清除氧自由基、改善血液黏度及增强 NO 舒张血管和抑制血管平滑肌细胞增殖的功能等。该结果提示桂枝茯苓丸能预防高血压引起的血管并发症。

桂枝茯苓丸（1.08～4.32g/kg）灌胃能显著降低子宫肌瘤大鼠的子宫重量，抑制子宫平滑肌过度增生，降低血清中雌二醇（E_2）和孕酮（P）水平，抑制血小板聚集率；降低“血瘀证”大鼠的血液黏度，明显延长凝血时间、凝血酶原时间（PT）和部分凝血活酶时间（KPTT）。结论：桂枝茯苓丸灌胃给药能抑制雌二醇诱导的大鼠子宫肌瘤的形成，与降低体内雌、孕激素水平及活血化瘀有关。

十三、毒性

急性毒性测定，本方毒性甚小，小鼠口服 250g/kg（已达最大灌胃容量），观察 1 周无死亡，也未发现明显异常表现。腹腔注射小鼠 LD_{50}为（51.8±6.98）g/kg，皮下注射为（82.0±10.8）g/kg。

经前综合征患者，每日口服桂枝茯苓丸 5g，用药前后检查表明，体重、血压、血沉、血液学及肝功能等多项指标均未见异常变化。

参考文献

[1] 谢家骏．桂枝茯苓丸对血液流变学的影响．中成药研究，1986，5：24
[2] 谿忠人．汉方医学，1984，8（8）：16
[3] Nagai T. 桂枝茯苓丸对糖皮质激素所致的瘀血模型小鼠的红细胞唾液酸酶异常的恢复作用．国外医学中医中药分册，2002，24（1）：4
[4] 蔡亲福．中成药研究，1984，7（2）：47
[5] 织田真智子．国外医学中医中药分册，1987，9（2）：42
[6] 久保道德．第十六回合汉药シソホッヴム，1982：76
[7] 司泽捷年．日本生物流变学学会论文集，1983：233
[8] 司泽捷年．国外医学中医中药分册，1984，10（2）：53
[9] 有地滋．医学と药学，1983，9（3）：901
[10] 土佐宽顺．国外医学中医中药分册，1988，10（6）：12
[11] Katsutoshi Terasawa. 河汉医药学会志，1985，2（2）：310

[12] 西本隆. 国外医学中医中药分册, 1987, 9 (2): 32
[13] 司泽捷年. 药学杂志, 1983, 103 (3): 313
[14] 樱川信男. 国外医学中医中药分册, 1983, (4): 206
[15] 高野静子, 等. 桂枝茯苓丸、当归芍药散对健康成人血小板的影响. 日东医志, 2005, 56 (4): 561~566
[16] 杉原芳夫. 抗癌中草药的实验病理学研究. 国外医学中医中药分册, 1984, 6 (2): 51~52
[17] 王英, 高洪泉. 桂枝茯苓丸诱导卵巢癌 H08910 细胞凋亡的研究. 牡丹江医学报, 2003, 24 (6): 1~4
[18] 韩彦龙. 桂枝茯苓丸抗肿瘤作用的实验研究. 牡丹江医学院学报, 2003, 12: 9~11
[19] 艾华, 刘海英, 王凌志. 桂枝茯苓丸对小鼠 S 180 肉瘤的生长抑制作用. 中华中医药学刊, 2007, 10: 1994~1995
[20] 王琪, 王亚贤, 官杰, 等. 桂枝茯苓丸诱导肿瘤细胞凋亡的分子机制研究. 中国免疫学杂志, 2007, 9: 811~814
[21] 杨运高, 王程, 王学良, 等. 红细胞免疫低下与肿瘤转移及活血化瘀方药的调节. 湖南中医杂志, 2004, 11: 52~54
[22] 于晓红, 郑瑞茂, 王雅贤, 等. 桂枝茯苓丸对小鼠免疫功能的影响. 中医药信息, 2001, 3: 52~53
[23] 木村通郎. 当归芍药散、桂枝茯苓丸对摄食高胆固醇大鼠脑动脉早期病变的疗效. 国外医学中医中药分册, 1998, 8: 43
[24] 肖锋刚. 桂枝茯苓丸对荷瘤鼠抑瘤作用及 T 淋巴细胞 Fas 表达的影响. 齐齐哈尔医学院学报, 2006, 1: 144~145
[25] 侯莉莉. 桂枝茯苓丸的药理实验研究. 河北中医, 1997, 11: 45~46
[26] 曲丽芳, 李明权, 白华, 等. 中药复方对实验性高脂血症红细胞免疫黏附功能和循环免疫复合物的作用. 中国免疫学杂志, 1996, 12 (2): 107~110
[27] 张博生, 徐运. 桂枝茯苓丸对脑缺血再灌注后脑组织 c-fos 基因表达的影响. 中国中医基础医学杂志, 1998, 1: 27~29
[28] 徐运, 冯新琦, 陶晓玉. 药物影响缺血性鼠脑 c-fos、Bel-2 基因表达的研究. 江苏临床医学杂志, 1998, 2 (3): 186~188
[29] 张博生, 徐运. 中药复方对脑缺血后自由基影响的实验研究. 辽宁中医杂志, 1997, 3: 140~141
[30] 许冰. 具有防护脑氧化应激作用的汉方方剂的抗氧化活性比较. 国外医学

中医中药分册，2002，10：315
[31] 张博生，徐运．中药复方对缺血鼠脑和血中氨基酸变化的影响．中医药学报，1997，8：48～49
[32] 张雨梅，谢恺舟，王以兰．桂枝茯苓丸加减方对脑缺血及再灌注过程中Ca^{2+}、氨基酸水平的变化研究．中国中药杂志，1998，9：558～559
[33] 张博生，项晓人．中药复方对脑缺血鼠脑组织超微结构的影响．江苏临床医学杂志，1997，9：318～320
[34] 横山裕司．各种汉方制剂对大鼠垂体前叶促性腺激素分泌的影响．国外医学中医中药分册，1992，14（6）：354
[35] 坂木忍．桂枝茯苓丸对大鼠性腺的影响．国外医学中医中药分册，1988，10（4）：237
[36] 李祥华．桂枝茯苓丸的研究进展．时珍国医国药，1998，12：577～579
[37] 牛越贤治郎，等．当归芍药散及桂枝茯等丸对大鼠卵巢细胞培养系 CINC 分泌的影响．产妇人科汉方研究，2000，17：95～98
[38] 臼杵．八味地黄丸与桂枝茯苓丸对大鼠睾丸产生睾丸酮的作用．国外医学中医中药分册，1991，13（4）：233
[39] 王玳珠，刘春宇，潘建新，等．桂枝茯苓胶囊对小鼠尿生殖窦植入性前列腺增生的影响．中国野生植物资源，2004，2：81～83
[40] Mori，T. 桂枝茯苓丸抑制小鼠子宫内膜异位的作用．国外医学植物药分册，1994，8：169～171
[41] 田中哲二．子宫内膜异位症患者的组织特异性 B 细胞活化状态及桂枝茯等丸的免疫调节作用．汉方医学，1999，23（1）：15～21
[42] 李佶，倪爽．益气活血化瘀通腑方对鸡胚绒毛尿囊膜血管生成的影响．上海中医药大学学报，2006，6：55～56
[43] 张文举，等．桂枝茯苓丸对子宫内膜异位症大鼠血管生成的影响．暨南大学学报（医学版），2004，4：164～169
[44] 廖英，李军兰，陈云飞．桂枝茯苓胶囊对子宫腺肌病小鼠病灶组织 MMP－2、MMP－7 的影响．中国中医药科技，2007，9：328～330
[45] 吉川敏一．国外医学中医中药分册，1986，8（1）：37
[46] 村上正志．国外医学中医中药分册，1985，7（1）：46
[47] 徐珊，黄英俊，吴嘉徽．加味桂枝茯苓丸防治肝纤维化的研究．中国中国中医药信息杂志，1998，5（7）：16～18
[48] 张晓丽．桂枝茯苓丸防治肝纤维化的实验研究．湖北中医学院学报，2005，7（1）：16～18

[49] 谢家骏，周国伟．中药药理与研究，1985，1（创刊号）：13～14
[50] 谢家骏，周国伟．中成药研究，1988，10（9）：31～32
[51] 谢家俊，任世禾．桂枝茯苓丸对中枢神经系统的药理研究．中成药研究，1987，9（7）：29～30
[52] Nakagawa．桂枝茯苓丸对糖尿病肾病的影响．国外医学中医中药分册，2003，25（6）：353
[53] 盆谷雄二．服用桂枝茯苓丸所致的腹部皮肤表面温度的变化．日本东洋医学杂志，2000，50（5）：851～860
[54] 周向锋，王良兴，林全．桂枝茯苓丸对低 O_2 高 CO_2 大鼠肺动脉血管重构的影响及机理．中国中医基础医学杂志，2006，4：268～269

[General Information]
书名=桂枝茯苓丸
作者=刘静君，白志军编著
页数=314
SS号=12105387
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　桂枝茯苓丸的来源
第二节　桂枝茯苓丸的组成及用法
第三节　桂枝茯苓丸的功效与主治
一、方中药物的功效与主治
二、桂枝茯苓丸的功效与主治
第四节　桂枝茯苓丸的临床应用
第二章　古今医家的论述
中篇　临床研究
第一章　内科病证
第一节　心血管疾病
一、高黏滞综合征
二、心悸
三、无症状性心肌缺血
四、冠心病心绞痛
五、高脂血症
六、高血压
七、风湿性心脏病心房颤动伴附壁
血栓
第二节　呼吸系统疾病
一、肺源性心脏病
二、肺气肿
三、肺栓塞
四、肺脓肿
五、支气管哮喘
六、包裹性胸腔积液
七、结核性渗出性胸膜炎
八、小儿包裹性脓胸
九、肺癌
十、胸膜粘连
第三节　神经系统疾病
一、头痛
二、椎－基底动脉供血不足
三、神经根型颈椎病
四、三叉神经痛

五、失眠
六、郁证
七、脑卒中偏瘫
八、坐骨神经痛
第四节　消化系统疾病
一、脂肪肝
二、肝炎
三、肝硬化
四、肝硬化腹水
五、肝囊肿
六、多发性肝囊肿
七、慢性胆囊炎
八、夜间胃痛
九、胃体息肉
十、神经性呕吐
十一、溃疡性结肠炎
十二、便秘
十三、顽固性腹水
十四、多脏器囊肿
第五节　泌尿系统疾病
一、慢性肾炎
二、紫癜性肾炎
三、泌尿系结石
四、肾功能不全
五、肾病综合征
六、输尿管囊肿
七、尿痛
第六节　内分泌系统疾病
一、糖尿病
二、肥胖
第七节　风湿免疫性疾病
类风湿性关节炎
第八节　传染科疾病
传染性单核细胞增多症
第二章　外科病证
一、术后肠粘连
二、术后腹痛
三、急性阑尾炎
四、阑尾周围脓肿
五、肠痉挛
六、神经纤维瘤

七、深静脉血栓形成
八、血栓性静脉炎
九、血栓闭塞性脉管炎
十、单纯性甲状腺肿
十一、慢性淋巴细胞性甲状腺炎
十二、急性乳腺炎
十三、乳腺增生病
十四、乳房结块
十五、乳腺良性疾病
十六、乳腺癌
十七、腰痛
十八、术后肿胀
第三章　妇科病证
一、经行水肿
二、原发性痛经
三、多囊卵巢综合征
四、功能失调性子宫出血
五、闭经
六、经期延长
七、子宫内膜异位症
八、更年期综合征
九、盆腔炎
十、先兆流产
十一、异位妊娠
十二、稽留流产
十三、产后尿潴留
十四、产后发热
十五、恶露不绝
十六、妊娠痒疹
十七、药流后阴道流血
十八、人工流产后腰痛
十九、流产后自主神经功能紊乱
二十、结扎后腹痛
二十一、带环后腹痛
二十二、子宫肌瘤
二十三、子宫肥大
二十四、子宫癌
二十五、子宫发育不良
二十六、输卵管阻塞
二十七、排卵障碍性不孕
二十八、未破裂卵泡黄素化综合征

二十九、卵巢囊肿
三十、卵巢癌
三十一、阴吹
第四章　男科病证
一、精索静脉曲张
二、精液不液化
三、慢性前列腺炎
四、前列腺增生
五、男扎术后痛性结节
六、前列腺痛
七、前列腺癌激素疗法不良反应
第五章　皮肤科病证
一、痤疮
二、黄褐斑
三、多发性疖肿
四、过敏性紫癜
五、荨麻疹
六、皮肤变应性结节性血管炎
七、银屑病
第六章　耳鼻喉科病证
第一节　咽喉科疾病
一、慢性咽炎
二、声带息肉
第二节　鼻科疾病
一、鼻腔血管瘤
二、慢性鼻窦炎
第三节　耳科疾病
梅尼埃综合征
第七章　眼科病证
中心性浆液性脉络膜视网膜病变
下篇　实验研究
第一章　桂枝茯苓丸制剂研究
第二章　桂枝茯苓丸组成中药的药理研究
一、桂枝
二、赤芍
三、桃仁
四、茯苓
五、牡丹皮
第三章　桂枝茯苓丸全方药理研究
一、对血液流变学的影响
二、对血小板功能的影响

三、抗肿瘤作用
四、对免疫系统的影响
五、减轻脑缺血再灌注损伤的作用
六、对内分泌系统的影响
七、对子宫内膜异位症的影响
八、对实验性弥散性血管内凝血（ＤＩＣ）的影响
九、抗肝纤维化作用
十、抗炎作用
十一、镇痛、镇静及对神经系统的抑制作用
十二、其他作用
十三、毒性