总主编◉巩昌镇　刘一凡
编　著◉孙建光　巩昌靖

难病奇方系列丛书 第三辑

温胆汤



【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

温胆汤

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 978-7-5067-3952-8

9 787506 739528 >

定价：29.00元

责任编辑 李 燕

封面设计 學雅閣

难病奇方系列丛书（第三辑）

温胆汤

总主编 巩昌镇 刘一凡
编 著 孙建光 巩昌靖

中国医药科技出版社

图书在版编目（CIP）数据

温胆汤/孙建光，巩昌靖编著. —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 978-7-5067-3952-8

Ⅰ．温…　Ⅱ．①孙…　②巩…　Ⅲ．温胆汤—研究　Ⅳ．R286

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第170454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：010-62266373　　发行：010-62227427
网址　www.cspyp.com.cn
规格　958×650mm $^{1}/_{16}$
印张　16
字数　234千字
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 978-7-5067-3952-8
定价　29.00元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

内容提要

本书为《难病奇方系列丛书》之一，书中分上中下三篇对温胆汤的理论研究、临床研究、实验研究进行了分别论述。所述内容博古论今、翔实精准，提供给经方研究领域以宝贵的信息，也是临床中医工作者的重要参考书。

《难病奇方系列丛书》(第三辑)编委会

总 主 编 巩昌镇 刘一凡

副总主编 刘 伟 姜 文

编 委 (按姓氏笔画排序)

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

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

分册编著

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

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

总 策 划　孔　立　吴建华

《难病奇方系列丛书》第三辑

前　言

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

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

中医方剂，浩如烟海。历代方剂的权威著作总是以超越以往，跨越时代为己任。战国时期的《五十二病方》开方剂之先河，载方280首。汉代张仲景的《伤寒杂病论》筑经方之峰巅，收方323首。唐代孙思邈所著《备急千金要方》与《千金翼方》集前贤之大成，收入方剂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 温胆汤的来源 …… (3)
一、《集验方》温胆汤 …… (3)
二、《三因极一病证方论》温胆汤 …… (4)
三、《集验方》与《三因方》温胆汤的区别 …… (4)
四、温胆汤与二陈汤的关系 …… (5)
第二节 温胆汤的组成及用法 …… (5)
第三节 温胆汤的功效与主治 …… (5)
一、方中药物的功效与主治 …… (5)
二、温胆汤的功效与主治 …… (22)
第四节 温胆汤的临床应用 …… (23)
第五节 温胆汤的衍生方 …… (25)
第二章 古今医家的论述 …… (27)
第一节 温胆汤源流考析 …… (27)
第二节 温胆汤十三首同名方 …… (30)
第三节 对“温胆”之见解 …… (31)
一、以“和”为“温” …… (31)
二、以“温”疗“寒” …… (32)
三、“脏寒腑热”与“脏热腑寒”说 …… (33)
四、寒温混淆说 …… (33)

中篇 临床研究

第一章 内科病证 …… (39)
第一节 神经系统疾病 …… (39)
一、血管神经性头痛 …… (39)

目录

二、脑血栓形成 …… (43)
三、失眠 …… (48)
四、脑萎缩 …… (51)
五、神经官能症 …… (54)
六、癫痫 …… (58)
七、精神抑郁症 …… (62)
第二节 循环系统疾病 …… (65)
一、冠心病 …… (65)
二、心律失常 …… (69)
三、心脏神经官能症 …… (73)
四、高血压病 …… (76)
五、病毒性心肌炎 …… (79)
第三节 消化系统疾病 …… (82)
一、功能性消化不良 …… (82)
二、反流性食管炎 …… (85)
三、慢性糜烂性胃炎 …… (88)
四、胆汁反流性胃炎 …… (92)
五、慢性浅表性胃炎 …… (95)
六、胃溃疡 …… (97)
七、重症肝炎 …… (100)
八、酒精性肝病 …… (101)
第四节 呼吸系统疾病 …… (104)
一、支气管哮喘 …… (104)
二、慢性支气管炎急性发作 …… (107)
三、肺炎 …… (110)
第五节 泌尿系统疾病 …… (113)
一、慢性肾功能衰竭 …… (113)
二、尿道综合征 …… (118)
第六节 内分泌系统疾病 …… (121)
一、糖尿病 …… (121)
二、糖尿病酮症酸中毒 …… (123)

三、糖尿病肾病 …… (126)
四、高脂血症 …… (129)
第七节 肿瘤 …… (131)
肿瘤化疗后呕吐 …… (131)
第二章 外科病证 …… (144)
糖尿病性微血管病变 …… (144)
第三章 妇产科病证 …… (150)
一、妊娠剧吐 …… (150)
二、卵巢囊肿 …… (153)
三、围绝经期综合征 …… (155)
四、产后缺乳 …… (158)
第四章 儿科病证 …… (162)
一、肺炎 …… (162)
二、小儿厌食症 …… (164)
三、儿童多动症 …… (167)
四、抽动秽语综合征 …… (170)
五、急性假膜性念珠菌病 …… (172)
六、病毒性心肌炎 …… (174)
七、癫痫 …… (177)
第五章 男科病证 …… (182)
男性性功能障碍 …… (182)
第六章 骨科病证 …… (187)
一、损伤 …… (187)
二、骨折 …… (190)
三、颈性眩晕 …… (192)
第七章 皮肤科病证 …… (196)
生殖器疱疹 …… (196)
第八章 耳鼻喉科病证 …… (199)
一、梅尼埃病 …… (199)
二、耳鸣耳聋 …… (203)
三、耳郭假性囊肿 …… (205)

目录

四、慢性咽炎 …… (207)
第九章 眼科病证 …… (212)
中心性浆液性视网膜脉络膜病变 …… (212)
第十章 口腔科病证 …… (216)
顽固性口腔溃疡 …… (216)

下篇 实验研究

第一章 温胆汤中各味中药的药理研究 …… (221)
一、半夏 …… (221)
二、枳实 …… (223)
三、竹茹 …… (224)
四、陈皮 …… (225)
五、茯苓 …… (227)
六、甘草 …… (228)
七、生姜 …… (230)
八、大枣 …… (231)
第二章 温胆汤全方药理研究 …… (233)
一、对精神神经系统的影响 …… (233)
二、降血脂作用 …… (235)
三、抗衰老作用 …… (236)
四、对心血管系统的影响 …… (237)
五、对消化系统的影响 …… (238)
六、对呼吸系统的影响 …… (238)
七、改善肾功能的作用 …… (238)

上篇

理论研究

第七章 型号研究

第一章

概　述

第一节　温胆汤的来源

温胆汤早期记载可见于《集验方》与《三因极一病证方论》，前者所载温胆汤由半夏、竹茹、枳实、橘皮、生姜、甘草组成；而后者所载温胆汤是在前者基础上加茯苓而成。随着温胆汤方药组成及主治的演变及发展，医家们在临床中也逐渐习用《三因方》之温胆汤，现今所提及的温胆汤则多指《三因方》之温胆汤。

一、《集验方》温胆汤

温胆汤最早载于孙思邈《备急千金要方·胆虚实》（以下简称《千金方》），谓："大病后，虚烦不得眠，此胆寒故也"，宜服此温胆汤。方为：生姜四两，半夏二两，橘皮三两，竹茹二两，枳实二枚（二两），炙甘草一两半，六味药组成。《外台秘要·虚劳》（以下简称《外台》）所载温胆汤基本同《千金方》，但其标明方剂源于《集验方》，并云"出第三卷中"。《集验方》乃为南北朝名医姚僧垣（公元 499～583 年）所撰，宋嘉佑年间（公

元1056～1063年）高保衡等曾据此校《千金方》，靖康（公元1126年）后其书遂佚。据此，温胆汤方最早的文献记载当为南北朝的《集验方》。可以认为《千金方》中的温胆汤就是从《集验方》中而来。

二、《三因极一病证方论》温胆汤

南宋淳熙元年（公元1174年）陈无择撰《三因极一病证方论》（以下简称《三因方》），该书第十卷“惊悸证治”条下亦载有温胆汤，方为：陈皮三两，半夏二两，茯苓一两半，炙甘草一两，竹茹二两，枳实二两共为粗末，每服四大钱，加生姜五片，大枣一个，煎服。与《千金方》所载温胆汤相比较，各药每服剂量均有减少，而生姜减少尤多，且增加茯苓、大枣两味。此方主治：“心胆虚怯，触事易惊，梦寐不祥，或异象感惑遂致心惊胆摄，气郁生涎，涎与气搏，变生诸证，或短气悸乏，或复自汗，四肢浮肿，饮食无味，心虚烦闷坐卧不安。”观其主治已从“胆寒”变为“心胆虚怯”，并明确提出其病变机制为“气郁生涎，涎与气搏”，这一改变为后世医家所遵循。

三、《集验方》与《三因方》温胆汤的区别

由此得知，温胆汤最早见于《集验方》，《千金方》系后来引用。《千金方》与《三因方》所言之温胆汤其组成相似，均有半夏、竹茹、陈皮、枳实、甘草、生姜，所治病证均以祛痰为主，前者生姜药量最大，是其他药量的2～4倍，故药性偏温，能散寒；后者生姜仅用5片，使得竹茹在方中的用量相对较大，故偏于清痰热。二者出发点虽有共同之处，但药量的变化使方中药物的君臣关系发生变化，方剂发生原则性改变，实际上已然变成迥然不同的两个方子。由于目前临床疗病以痰热者居多，故《三因方》温胆汤应用更为广泛。及至明清时期，医家用“温胆汤”者甚多，大多沿用《三因方》温胆汤的组成，以致《三因方》温胆汤竟成为后人习用之方，而逐渐忘却《集验方》、《千金方》之温胆汤。

四、温胆汤与二陈汤的关系

现在一般都认为，温胆汤是二陈汤加竹茹、枳实而成，其实并非如此。据考证，温胆汤始见于唐代孙思邈所著《备急千金要方》，其药物组成是陈皮、半夏、竹茹、枳实、生姜、甘草六味。宋代陈无择在《三因极一病证方论》中记载的温胆汤，则是从孙氏温胆汤衍化而来，较之多了茯苓、大枣两药。二陈汤最早见于北宋裴元宗和陈思文所著《太平惠民和剂局方》（以下简称《局方》），由半夏、陈皮、茯苓、甘草、生姜、乌梅组成。由此可见温胆汤的文献记载早于二陈汤。因此，不能说二陈汤加竹茹、枳实就是温胆汤，并且可以认为二陈汤是由温胆汤衍化而来。

第二节　温胆汤的组成及用法

1. 组成　温胆汤类方中出自宋·陈言《三因极一病证方论》卷九中的温胆汤目前临床应用最多，治疗范围广泛，普通高等教育中医药类教材《方剂学》五、六版也选载了此方。组成：半夏、竹茹、枳实各二两，陈皮三两，炙甘草一两，茯苓一两半，生姜五片，大枣一枚。

2. 用法　上锉为散，每服四大钱（12g），水一盏半，加生姜五片，大枣一枚，煎七分，去滓，食前服（现代用法：加生姜5片，大枣1枚，水煎服，用量按原方比例酌减）。

第三节　温胆汤的功效与主治

一、方中药物的功效与主治

（一）半夏

半夏，又名三叶半夏，始载于《本经》，本品为天南星科多年生草本植物半夏的块茎。一般用生姜、明矾制过入药。味辛，温。有

毒。归脾、胃、肺经。

【功效】燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结；外用消肿止痛。

【主治】咳喘痰多，呕吐反胃，胸脘痞满，头痛眩晕，夜卧不安，瘿瘤痰核，痈疽肿毒。

1. 用于咳喘痰多　本品辛温而燥，为燥湿化痰，温化寒痰之要药。尤善治脏腑之湿痰。治痰湿阻肺之咳嗽气逆，痰多质稠者，常配橘皮同用，如《局方》二陈汤；若寒饮伏肺，咳嗽气喘，痰多清稀，形寒背冷，感寒易发者，常与麻黄、桂枝、干姜、细辛等同用，以温肺散寒，化痰平喘，如《伤寒论》小青龙汤。若热痰犯肺，咳嗽痰黄质稠者，可与黄芩、天南星同用，以清热化痰，如《洁古家珍》小黄丸；亦可与瓜蒌、贝母、黄芩等同用。

2. 用于胃气上逆呕吐　半夏为止呕要药。各种原因的呕吐，皆可随症配伍用之，对痰饮或胃寒呕吐尤宜。常配生姜同用，益增止呕之效，如《金匮要略》小半夏汤；若胃热呕吐，则与黄连、竹茹、橘皮同用，以清热和胃，降逆止呕，如《温热经纬》；若胃中有寒，干呕，吐涎沫，可与干姜同用，以温胃止呕，如《金匮要略》半夏干姜散。胃阴虚呕吐，则配石斛、麦冬；胃气虚呕吐，则配人参、白蜜，以补中降逆，如《金匮要略》大半夏汤。至于妊娠呕吐，半夏虽属妊娠忌用之品，但妊妇脾胃虚弱，痰饮内停，浊阴上冲而呕吐不止者，可宗《内经》“有故无殒”之义，配干姜、人参同用，以温中益气，化痰降逆而止呕，如《金匮要略》干姜人参半夏丸。

3. 用于心下痞、结胸、梅核气等　半夏辛开散结，化痰消痞。治心下痞满，湿热阻滞者，配干姜、黄连、黄芩，以苦辛通降，开痞散结，如《伤寒论》半夏泻心汤；治痰热结胸，配瓜蒌、黄连，如《伤寒论》小陷胸汤；治胸痹，胸阳不振，痰浊较甚，与瓜蒌、薤白、白酒同用，以通阳散结，化痰宽胸，如《金匮要略》栝楼薤白半夏汤；治梅核气、气郁痰凝者，配紫苏、厚朴、茯苓等，以行气解郁，化痰散结，如《金匮要略》半夏厚朴汤。

4. 用于头痛、眩晕　半夏善化湿痰。治痰湿内蕴，上蒙清阳，头痛而重，或头晕目眩，甚则呕吐痰涎者，常与白术、天麻、生姜等同用，以化湿痰而熄内风，如《古今医鉴》半夏白术天麻汤。

5. 用于夜卧不安　半夏化痰和胃。治痰饮内阻，胃气不和，夜不得卧，常与秫米同用，以化痰和胃安神，如《灵枢·邪客篇》半夏汤。

6. 用于瘿瘤痰核、痈疽肿毒及毒蛇咬伤等　本品内服能消痰散结，外用能消肿止痛。治瘿瘤痰核，配昆布、海藻、贝母等；治痈疽发背、无名肿毒、毒蛇咬伤，以生品研末调敷或鲜品捣敷。

7. 其他　本品生用研末局部外用治子宫颈糜烂有效，其三氯甲烷取物更有效；与天南星等量生用研末为丸服用治冠心病，对缓解心绞痛，改善心电图均有一定疗效；配菖蒲研末吹鼻取嚏治室上性心动过速等。

历代医家论述：

1. 论半夏辛散、辛润的功能　①成无己："辛者散也，半夏之辛以散逆气，以除烦呕，辛入肺而散气，辛以散结气，辛以发声音。"②李时珍："半夏能主痰饮及腹胀者，为其体滑而味辛性温也，涎滑能润，辛温能散亦能润，故行湿而通大便，利窍而泄小便，所谓辛走气能化液，辛以润之是矣。"（《本草纲目》）

2. 论半夏"本脾胃中州之剂"　①倪朱谟："半夏，散风寒，利痰涎，开结气，燥脾湿，温内寒之药也。此药生当半夏，本脾胃中州之剂。主治阴阳相半之邪，故治伤寒邪在少阳半表半里之间，若寒热往来，若腹胀呕逆，若咳，若悸，若烦，若眩，若胁下痞硬，入柴胡汤为开枢纽之剂。入杂病方，治心下痞坚，胸胀饮积；或泄泻肿满，肠鸣喘嗽；或霍乱呕吐，疟痢瘴气，是皆脾胃寒湿之证；或中风、中气，痰闭昏迷；或痿痓癫痫，惊悸狂越；或心烦闷乱，旋运动摇；或痰厥头痛，时吐冷涎；或痰包心络，终夜不寐，是皆脾胃郁痰之证，半夏并能治之。观其辛温善散，辛能理气开郁，温能攻表和中，所以风、寒、暑、湿四气相搏，郁滞不清，非半夏不能和，七情、六郁、九气所为，结塞于中，非半夏不能散。古方立二陈汤以半夏为君，意在此也。"（《本草汇言》）②陈士铎："或曰，半夏既治各痰，何以能入脾以化痰，而不能入肾以消痰耶？不知人身原无痰也，饮食入胃，该化精而不化痰。惟肾中真火虚，则火沸为痰；亦肾中真水虚，则水泛为痰矣，火沸为痰，与水泛为痰，虽出于肾，而痰

仍留于脾也，半夏既能化痰，岂难消化，况痰已入于脾中，安在不能消之，然而终不能消者，以其能消已入脾中之痰，而不能断其将入脾中之痰也。盖肾中痰，必须肾气丸始能逐之，非半夏所能祛也。半夏治痰之标，不能治痰之本，诚见到之语，惜启其机，而不竟其说。半夏性沉而降，似乎能入至阴之中，然阳多于阴，止可浅入脾阴，而不能深入肾阴。况半夏泄阴而不补阴，而肾经又可补而不可泄，半夏即欲入于肾，而肾所不受也，半夏既不能入于肾内，又何以化肾中之痰哉，可见痰在脾为标，痰在肾为本，以脾之痰出于肾也，消脾之痰，而不能消肾之痰，不可以见标本之异哉。”（《本草新编》）

3. 论半夏功能之“全在于开宣滑降四字” 张山雷：“半夏味辛，辛能泄散，而多涎甚滑，则又速降，《本经》以主伤寒寒热，是取其辛散之义，又治心下坚满而下气者，亦辛以开泄其坚满，而滑能降达逆气也。咽喉肿痛，头眩咳逆，皆气逆上冲，多升少降使然。滑而善降，是以主之。胸胀即心下坚满，肠鸣乃腹里之窒塞，固无一非泄降开通之效用。止汗者，汗出多属气火上逆为病，此能抑而平之，所以可止，固非肌腠空疏，卫气不固之虚汗可知。后人只知半夏为消痰主将，而《本经》乃无一字及于痰饮，然后知此物之长，全在于开宣滑降四字，初非以治痰专长，其所以能荡涤痰浊者，盖即其开泄滑下之作用。《本经》主治，皆就其力量之所以然者而诠次之。至《别录》主治，大率皆与《本经》同意，惟多痈肿、痿黄两症，盖痈肿仍是脉络之结滞，痿黄又多湿热之不通，此能主治，亦犹是开泄之力。悦泽面目，则外敷之面脂药也。”（《本草正义》）

（二）竹茹

为禾本科多年生常绿乔木或灌木植物青杆竹、大头典竹或淡竹的茎的中间层。生用或姜汁炙用。味甘，性微寒。归肺、胃经。

【功效】 清热化痰，除烦止呕，安胎凉血。

【主治】 肺热咳嗽，烦热惊悸，胃热呕呃，妊娠恶阻，胎动不安，吐血，衄血，尿血，崩漏。

1. 用于肺热咳，痰黄及痰热烦躁，惊悸 竹茹味甘微寒性润，善清热化痰而除烦。治痰热壅肺，咯痰黄稠者，多用鲜品。与黄芩、

瓜蒌、贝母等相配，以增强清肺化痰之功。烦躁惊悸属热者皆可投用，痰热者最宜，虚热者亦可，《千金要方》温胆汤治痰热上扰，胆胃不和，证见胸闷痰多，烦躁不眠，或惊悸不宁，或呕吐呃逆者，即以竹茹配枳实、橘皮、半夏等，理气化痰、清胆和胃；治产后虚热上冲，证见烦乱呕逆者，可配生石膏、白薇、枣肉等药，共奏清虚热，和胃气之功。方如《金匮要略》竹皮大丸；产后内虚，烦热短气，可配人参、茯苓、甘草、黄芩等同用，以益气补虚，清热除烦，方如《千金要方》甘竹茹汤。

2. 用于胃热呕吐，妊娠恶阻　竹茹清热降逆止呕，为治热性呕逆之要药。治胃热气逆呕呃，常配黄芩、山栀子、生姜等药，以增强清胃降逆止呕之力，方如《延年秘录》竹茹饮。若属痰热客胃，证见脘闷呕吐，舌苔黄腻者，常配黄连、陈皮、半夏等药，以清热化痰，降逆止呕，方如《温热经纬》黄连竹茹橘皮半夏汤。胃虚有热者，可配人参、陈皮、生姜等补虚清热，降逆止呕，方如《金匮要略》橘皮竹茹汤。竹茹清降力缓，兼能安胎，能治恶阻、胎动属热者。治怀胎蕴热之恶阻呕逆，常配枇把叶、陈皮、半夏等药，以清热降逆止呕。治胎动不安，单用即可，有清热安胎之效，或与黄芩、苎麻根等药合用，以增强药力。

3. 用于吐血、衄血、尿血、崩漏　竹茹清热凉血而止血，且有消瘀之效，可治血热吐血、衄血、尿血及崩漏等证属血热妄行者。但其力较缓，临床多入复方。常与生地黄、白茅根、大蓟、小蓟等药同用。

历代医家论述：

1. 论竹茹清肺凉胃降逆　黄宫绣："竹茹，清肺凉胃，解烦除呕。凡因邪热客肺，肺金失养，而致烦渴不宁。膈噎呕逆，恶阻呕吐，吐血衄血等症着，皆当服此。盖味甘则中可安而烦不生，气寒则热得解而气悉宁。"（《本草求真》）

2. 论竹茹主清胃热　①缪希雍："《经》曰，诸呕吐酸水，皆属于热。阳明有热，则为呕哕；温气寒热，亦邪客阳明所致。（竹茹），甘寒解阳明之热，则邪气退而呕哕止矣。甘寒又能凉血清热，故主吐血崩中及女劳复也。"（《本草经疏》）②张石顽："竹茹，专清胃府

之热，为虚烦烦渴、胃虚呕逆之要药。咳逆唾血，产后虚烦，无不宜之。《金匮》治产后虚烦呕逆，有竹皮大丸。《千金》治产后内虚，烦热短气，有甘竹茹汤；产后虚烦头痛，短气闷乱不解，有淡竹茹汤。内虚用甘以安中，闷乱用淡以清胃，各有至理存焉。其性虽寒而滑，能利窍，可无郁遏客邪之虑。”（《本经逢原》）③苏廷琬：“淡竹茹，清胃脘之虚热，为呕吐呃逆要药。其疗吐血崩中者，血固生化于胃也。”（《药义明辨》）

3. 论竹茹清热化痰 ①倪朱谟：“竹茹，清热化痰、下气止呃之药也。如前古治肺胃热甚，咳逆上气，呕哕寒热及血溢崩中诸证。此药甘寒而降，善除阳明一切火热痰气为疾，用之立安，如诸病非因胃热者勿用。”（《本草汇言》）②贾所学：“竹茹，轻可去实，凉能去热，苦能降下，专清热痰，为宁神开郁佳品。主治胃热噎膈，胃虚干呕，热呃咳逆，痰热恶心，酒伤呕吐，痰涎酸水，惊悸怔忡，心烦躁乱，睡卧不宁，此皆胆胃热痰之症，悉能奏效。”（《药品化义》）

4. 论竹茹能舒心胆之郁 汪绂：“竹茹，能开气化之阴郁，以达之膻中，而舒其君相之炎。心，君火；胆，相火。合而郁于思虑，则阴气郁于膻中，而虚烦不寐。相火不得舒，是胆冷也。心火不傅木，则温温欲灰而已。竹茹，挹轻虚之肝气而达之以上行，心胆之郁开，则胆遂其温，而心有所决，思虑安矣。故能治烦热不眠，除吐衄惊痫。肺不受灼，肝不受抑，气化平也。”（《医林纂要·药性》）

5. 论竹茹清胆腑之热 周岩：“竹，青而中空，与胆为清净之府，无出无入相似。竹茹甘而微寒，又与胆喜和相宜。故黄芩为少阳经热之药，竹茹为少阳腑热之药。古方疗胆热多用竹茹，而后人无知其为胆药者。哕逆之因不一，胃虚而胆热乘之，亦作哕逆。橘皮竹茹汤，以参枣甘草补胃养阴，橘皮、生姜和胃散逆，竹茹除胆火则为清哕之源。橘皮汤无竹茹者，以手足厥为肝逆也。妇人乳子之时，中虚胆热，胆热必犯其胃，呕逆而至烦乱，热亦甚矣。竹皮大丸，以石膏、白薇除胃热而敛浮阳，竹茹凉胆而清其源，恐中虚难任寒药，故加桂枝之辛甘以导之，药兼阴阳，故加甘草以和之。喘则以柏实辑肝气，又所以辅竹茹之不逮也。”（《本草思辨录》）

6. 论竹茹能通和脉络 ①张志聪：“呕哕，吐逆也；温气，热气

也。竹茹，竹之脉络也。人身脉络不和，则吐逆而为热矣；脉络不和，则或寒热矣。充肌热肉、澹渗皮毛之血，不循行于脉络，则上吐血而下崩中矣。凡此诸病，竹茹皆能治之，以竹之脉络而通人之脉络也。”（《本草崇原》）②张山雷：“竹茹，恒以为宣络化痰之辅佐之品，似乎无足重轻。然入络以助气血之运行，实是无微下至，亦肝脾气滞之良导师也。”（《脏腑药式补正》）

（三）枳实

为芸香科常绿小乔木植物酸橙或甜橙的幼果。生用或麸炒用。味苦、辛，性微寒。归脾、胃、大肠经。

【功效】 破气消积，化痰除痞。

【主治】 积滞内停，痞满胀痛，大便秘结，泻痢后重，结胸，胸痹，胃下垂，子宫脱垂，脱肛。

1. 用于食积腹胀，热结便秘　枳实苦泄辛散，沉降力强，有良好的破气消积导滞之功，用治食积不化，证见脘腹胀痛，嗳腐臭气者，可配山楂、神曲、麦芽等，以消食化积；若脾气不健，运化力弱，而致食积者，常与白术、木香、砂仁健脾理气药配伍，如《景岳全书》香砂枳术丸；若治热结便秘，腹痛胀满者，可配大黄、厚朴等，以行气破结，泻热通便，如《伤寒论》小承气汤。

2. 用于湿热积滞痢疾　枳实苦辛而寒，能行气消积，治疗大肠湿热夹积，泻痢不畅，腹痛后重者，可配大黄、黄连、黄芩等，以泻热除湿、消积导滞，如《内外伤辨惑论》枳实导滞丸；若治脾胃虚弱、运化无力致食后脘腹作胀者，常与白术、荷叶同用，以健脾行气、消积除胀，如《内外伤辨惑论》枳术丸。

3. 用于痰热结胸，痰气阻滞之胸痹　枳实破气行滞而化痰，善通痞塞，治疗痰热结胸，证见胸脘痞闷疼痛，痰黄难咯，苔黄腻者，常配瓜蒌、半夏、黄连同用，以涤痰清热、消痞散结，如《温病条辨》小陷胸加枳实汤；若治胸阳不振，痰浊内阻，胸痹而兼心下痞满、气从胁下逆者，可配桂枝、薤白、瓜蒌等同用，通阳散结、除痰降气，如《金匮要略》枳实薤白桂枝汤；若脾虚胃弱，寒热互结，心下痞满，食欲不振，神疲体倦者，可配厚朴、半夏曲、白术等，消

痞除满，健脾和胃，如《兰室秘藏》枳实消痞丸；若治病后劳复，身热，心下痞闷者，可配栀子、豆豉，清宣胸膈郁热，行气除痞，如《伤寒论》枳实栀子豉汤。

此外，枳实通过行气散血，调节胃肠及子宫的功能，可治胃下垂、脱肛及子宫脱垂等症。常与黄芪、人参、升麻、柴胡等健脾益气、升阳举陷药同用。

历代医家论述：

李东垣：“枳实，洁古用去脾经积血，故能去心下痞。脾无积血，则心下不痞。”（《汤液本草》）

朱丹溪：“枳实泻痰，能冲墙倒壁，滑窍泻气之药。”（《本草衍义补遗》）

缪希雍：“枳实，细详神农主治，与本药气味大不相侔，究其所因，必是枳壳所主。盖二物古文原同一条，后人分出时误入耳。其《别录》所主除胸胁痰癖，逐停水，破结实，消胀满，心下急痞痛，逆气，胁风痛，安胃气，止溏泄者，是其本分内事，皆足阳明、太阴受病，二经气滞则不能运化精微，而痰癖停水，结实胀满所自来矣。胃之上口名曰贲门，贲门与心相连，胃气壅则心下亦自急痞痛，邪塞中焦，则升降不舒，而气上逆；肝木郁于地下，则不能条达而胁痛，得其破散冲走之力，则诸症悉除。所以仲景下伤寒腹胀结实者，有承气汤；胸中痞痛者，有陷胸汤。洁古疗心下痞满者，有枳术丸。壅滞既去，则胃气自安而溏泄亦止矣。”（《本草经疏》）

贾所学：“枳实，专泄胃实，开导坚结，故主中脘以治血分。疗脐腹间实满，消痰癖，祛停水，逐宿食，破结胸，通便闭，非此不能也。若皮肤作痒，因积血滞于中，不能营养肌表；若饮食不思，因脾郁结不能运化，皆取其辛散苦泻之力也。为血分中之气药，惟此称最。”（《药品化义》）

黄元御：“枳实迅利，破结开瘀，泄痞消满，涤荡郁陈，功力峻猛，一切腐败壅阻之物非此不消。”（《长沙药解》）

汪绂：“枳实，人知其破气，而不知其敛阴。盖酸能补肺，所以敛阴也。《本经》言其益气明目。肺主气，壮火烁金，则能耗气，补肺降火，则所以益气。”（《医林纂要·药性》）

汪昂：“壳、实皆云明目，思之不得其解，然目疾方中多用之。岂以其破浊气即能升清气乎。《本经》又言枳实益气，想亦同此理也。”（《本草备要》）

杨时泰：“枳实本苦寒下行之性，气烈而速，凡热邪结于湿土之分，非此不能决泄之，故详枳实所治，皆就阴结以为消泄者。”（《本草述钩元》）

（四）陈皮

为芸香科常绿小乔木植物橘及其栽培变种的成熟果皮，以陈久者为佳，故称陈皮。生用。原名橘皮，始载于《本经》。味辛、苦，性温，归脾、胃、肺经。

【功效】 理气降逆，调中开胃，燥湿化痰。

【主治】 脾胃气滞湿阻，胸膈满闷，脘腹胀痛，不思饮食，呕吐哕逆，二便不利；肺气阻滞，咳嗽痰多。亦治乳痈初起。

1. 用于脾胃气滞湿阻所致的脘腹胀满，不思饮食，呕吐哕逆

陈皮善理脾胃气滞，又能燥湿，凡脾胃气滞、湿阻证皆为常用之品。脘腹胀满或疼痛，因于气滞者，常与枳壳、木香等配伍，以增强行气止痛之功；如因湿阻中焦，兼便溏苔腻者，多与苍术、厚朴等同用，共奏理气燥湿之效，如《局方》平胃散；属中寒气滞者，则与温中行气之砂仁、干姜等合用；属脾虚气滞者，宜配党参、白术等益气健脾之品，如《小儿药证直诀》异功散；若脾气虚而饮食不消所致胀满者，宜与白术、枳实益气健脾，消积除满，如《兰室秘藏》橘皮枳术丸。用于肝气横逆乘脾，腹痛即泻，陈皮能理气止痛止泻，可与白芍、白术、防风同用，以泻肝和胃。对于胃失和降，反胃吐食，干呕，呃逆，《直指方》用本品单味研末，姜、枣煎服；《金匮要略》橘皮汤用本品与生姜煎服，以温胃止痛。属胃热吐逆者，《简便单方》以橘皮与栀子、竹茹同用，以清热止呕；若虚实夹杂者，又可配人参、竹茹等补虚清热止呕，如《金匮要略》橘皮竹茹汤。用于霍乱吐泻，脚转筋，可与藿香、木瓜配伍，以化湿舒筋。其行气化滞之功，又能通利谷道、水道，故又可用于大便秘结，小便不通。《普济方》治气滞便秘单用为末服；李东垣治虚人便秘，气秘佐以杏仁，

血秘佐以桃仁；《重订通俗伤寒论》五仁橘皮汤，用之配杏仁、柏子仁等，以治津枯肠燥便秘。治小便不通，或单味为末服；或与通阳利尿之葱白、葵子同用。

2. 用于痰湿壅滞，咳嗽痰多，胸膈满闷　陈皮又长于燥湿化痰，理肺气之壅滞。临床常与半夏、茯苓等同用，以增强燥湿化痰之功，如《局方》二陈汤。轻症单用即可取效，如治痰膈气胀，《简便单方》以一味陈皮煎水饮。治停痰留饮，可配干姜、高良姜温中化饮。其辛散苦降之性，又可用于胸痹、胸中气塞短气，常与化痰散滞之枳实、生姜食用，如《金匮要略》橘皮枳实生姜汤。

此外，单用陈皮浓煎取汁，可治食鱼中毒，解酒毒及伤酒干渴。用其配甘草，以治乳痈初起肿硬者；若治耳烂，则配灯心烧灰，加冰片研吹；治汀毒，用橘皮嚼烂外涂；治癣用橘皮汁外涂。

历代医家论述：

李时珍：“橘皮，苦能泻能燥，辛能散，温能和。其治百病，总是取其理气燥湿之功。”又“洁古张氏云，陈皮、枳壳，利其气而痰自下，盖此义也。同杏仁治大肠气闷，同桃仁治大肠血闷，皆取其通滞也。”（《纲目》）

缪希雍：“橘皮，主胸中瘕热逆气，气冲胸中呕逆者，以肺主气，气常则顺，气变则逆，逆则热聚于胸中而成瘕，瘕者假也，如痞满郁闷之类也。辛能散，苦能泄，温能通行，则逆气下，呕咳止，胸中瘕热消失。脾为运动磨物之脏，气滞则不能消化水谷，为吐逆、霍乱、泄泻等证，苦温能燥脾家之湿，使滞气运行，诸证自瘳矣。”（《本草经疏》）

倪朱谟：“橘皮，理气散寒，宽中行滞，健运肠胃。畅利脏腑，为脾胃之圣药也。顾朽匏曰，此药总属理气之珍，若霍乱呕吐，气之逆也；泄泻下利，气之寒也，关格中满，气之闭也；食积痰涎，气之滞也；风寒暑湿，气之搏也；七情六郁，气之结也，橘皮统能治之。”“东垣曰，夫人以脾胃为主，而治病以调气为先，如欲调气健脾者，橘皮之功居其首焉。”（《本草汇言》）

徐大椿：“橘柚通体皆香，而皮辛肉酸，乃肝脾通气之药也。故凡肝气不舒，克贼脾土之疾，皆能已之。”（《本草经百种录》）

（五）茯苓

为多孔菌科真菌茯苓的菌核。生用。味甘、淡，性平。归心、脾、肾经。

【功效】 利水渗湿，健脾安神。

【主治】 各种水肿，脾虚诸证及用于失眠、心悸等。

1. 用于各种水肿　本品甘补淡渗，性平作用和缓，无寒热之偏，故可用于治疗寒热虚实各种水肿。若表邪不解，遂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　本品能健脾补中，若脾胃虚弱，食少纳呆，倦怠乏力等，常与人参、白术、甘草等同用，如四君子汤。若脾虚停饮，常与桂枝、白术同用，如苓桂术甘汤。若脾虚湿泻，可与山药、白术、薏苡仁同用，如参苓白术散。

3. 用于心悸，失眠　本品益心脾而宁心安神。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。

（六）甘草

为豆科多年生草本植物甘草、胀果甘草或光果甘草的根及根茎，生用或蜜炙用。味甘，性平。归脾、胃、心、肺经。

【功效】 益气补中，缓急止痛，润肺止咳，泻火解毒，调和诸药。

【主治】 倦怠食少，肌瘦面黄，心悸气短，腹痛便溏，四肢挛急疼痛，脏燥，咳嗽气喘，咽喉肿痛，疮疡肿毒，小儿胎毒及药物、食物中毒。

1. 用于脾虚诸证　甘草味甘，入脾胃以补益中气。凡脾胃虚弱，食少倦怠，面黄肌瘦，大便溏薄者，常配人参、白术等同用，以益气补中而调脾胃，如《局方》四君子汤。若脾虚日久，中气下陷，久泻不止，内脏下垂者，则须与黄芪、升麻、柴胡等同用，共奏补中益

气，升阳举陷之效。如《脾胃论》补中益气汤。

2. 用于气血不足，心力不继，脉结代，心动悸者　常重用炙甘草以益气生血，并配人参、生地、阿胶、桂枝等同用，共奏益气养血，通阳复脉之效，如《伤寒论》炙甘草汤。若气血不足，心失所养，心悸怔忡，健忘失眠者，常与人参、龙眼肉、酸枣仁等同用，以益气血而养心宁神。

3. 用于脘腹绞痛，四肢挛急　甘草味甘，能缓急舒挛而止痛。故治脘腹绞痛，或四肢拘挛疼痛，用之能使疼痛缓解，若与芍药同用，更增缓急止痛之效，如《伤寒论》芍药甘草汤。现代治胃及十二指肠球部溃疡疼痛、泛酸者，亦常用甘草粉或甘草浸膏内服，有近期疗效，若与白芍、乌贼骨为散剂内服，更增止痛、制酸之效。

4. 用于脏躁证　悲伤欲哭，伸欠频作，配小麦、大枣同用，以甘润养心，和中缓急，如《金匮要略》甘麦大枣汤。

5. 用于咳嗽　甘草性味甘平，润肺止咳，且有祛痰之功，无论咳嗽之属外感、内伤，有痰无痰，皆常用之，并随证配以有关药物。如治风寒咳嗽，常与麻黄、杏仁同用，如《局方》三拗汤。风热咳嗽，常与桑叶、杏仁、桔梗等同用，如《温病条辨》桑菊饮。若肺热咳喘，则与麻黄、杏仁、石膏同用，如《伤寒论》麻杏石甘汤。肺寒咳喘，可与干姜、细辛、五味子等同用，如《局方》温肺汤。若咳嗽痰多，属痰湿盛者，常与半夏、橘红、茯苓同用，如《局方》二陈汤；属痰热盛者，常与瓜蒌、贝母、知母等同用，如《医学统旨》清金化痰汤。若干咳无痰或少痰者，常与沙参、麦冬、桑叶等同用，如《温病条辨》沙参麦冬汤。

6. 用于咽喉肿痛，口舌生疮，痈肿疮毒等　以甘草生用，有清热泻火解毒之功。治咽喉肿毒，可单用甘草煎服，如《伤寒论》甘草汤；若与桔梗同用，更增泻火解毒利咽之效，如《伤寒论》桔梗汤。治口舌生疮，小便淋涩疼痛，常与生地、木通、竹叶同用，以清心利水，导热下行，如《小儿药证直诀》导赤散。治痈肿疮毒，可单味应用，以解毒消肿，如《本事方》国老膏治痈疽，《直指方》治乳痈初起，皆单用本品制剂内服；若配金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁等清热解毒之品，以治痈肿热毒盛者，其效益佳。本品治痈肿疮

毒，在初起时，除作内服外，亦可浓煎乘热洗、渍；若丹毒、烫伤等热毒之证，则浓煎待冷洗、渍或湿敷。若痈肿溃后，煎汤洗涤，或脓水已尽，研末外敷，皆有助于去腐生新。

7. 用于药物、食物中毒　甘草味甘，能缓解毒性，凡药物或食物中毒，在无特殊解毒药时，可重用生甘草浓煎，亦可合黑大豆或绿豆同煎饮服，可取得良好的解毒效果。

甘草在各类方剂中皆有用者，除其本身的主治证外，还因其味甘能和，能调和诸药，缓解他药的峻烈之性或毒性，以更好地发挥疗效。且本品味甜，与辛味、苦味药同用，有一定的矫味作用，减轻他药过苦、过辛之味，以利服用，故儿科处方中尤多用之。

历代医家论述：

1. 论甘草能协调诸药　邹澍："《伤寒论》、《金匮要略》两书中，凡为方二百五十，用甘草者，百二十方。非甘草之主病多，乃诸方必合甘草，始能曲当病情也。凡药之散者，外而不内（如麻黄、桂枝、青龙、柴胡、葛根等汤）；攻者，下而不上（如调胃承气、桃仁承气、大黄甘草等汤）；温者，燥而不濡（四逆、吴萸等汤）；清者，冽而不和（白虎、竹叶石膏等汤）；杂者，众而不群（诸泻心汤、乌梅丸等）；毒者，暴而无制（乌梅汤等），若无甘草调剂其间。遂其往而不返，以为行险侥幸之计，不异于破釜沉舟，可胜而不可不胜，讵诚决胜之道耶?"（《本经疏证》）

2. 论甘草性守而不走　吴鞠通："甘草纯正，不兼他味，故独擅甘草之名，其性守而不走。甘属土，土主信也，为其守也，故中满腹胀者忌之，宣通脉络者避之。今人则一概用之，不问何方，必加甘草，以为能和百药，此动必用甘草之误也。至于当用甘草之方，如炙甘草汤之类，汤名甘草，以之为君也，治伤寒脉结代，紧防其脱，全赖甘草坐镇不移之力，而用量只一钱，或八分、五分，不尽其力，乌行有功? 此不敢用甘草之误也。"（《医医病书》）

3. 论中满并非忌甘草　①李中梓："甘草，甘平之品，独入脾胃，稼穑作甘，土之正味，故甘草为中宫补剂。《别录》云，下气除满，甄权云，除腹胀满，盖脾得补则善于健运也。若脾土太过者，误服则转加胀满，故曰脾病人毋多食甘，甘能满中，此为土实者言也。

世俗不辨虚实，每见胀满，便禁甘草，何不思之甚耶?”（《本草通玄》）②陈士铎：“中满忌甘，非忌甘草，用甘草性缓，缓则入于胃，而不即入于脾，胃气既虚，得甘草之补，不能遽然承受，转若添其胀满者，亦一时之胀。而非经久之胀也。故中满之症又宜用甘草。”（《本草新编》）

4. 论甘草解毒陈士铎 “甘草解毒，当分上中下三法。上法治上焦之毒，宜引而吐之，中法治中焦之毒，宜和而解之。下法治下焦之毒，当逐而泻之。”（《本草新编》）

（七）生姜

为姜科多年生草本植物姜的根茎，生用。始载于《别录》。味辛，性温。归肺、脾、胃经。

【功效】 散寒解表，降逆止呕，化痰止咳。

【主治】 风寒感冒，恶寒发热，头痛鼻塞，呕吐，痰饮喘咳，胀满，泄泻。

1. 用于外感风寒、恶寒发热、头痛、鼻塞等证 生姜辛温发散，感冒轻证，可单用生姜加红糖煎汤热服。但一般用作风寒感冒的辅助药，配合麻黄、桂枝、防风等共奏发汗解表效果。

2. 用于风寒客肺的咳嗽 生姜温肺化痰止咳，轻症单用煎服或含咽，但临床常配杏仁、紫苏、陈皮等药同用。生姜亦用治久咳，多与补虚润燥之饴糖或蜂蜜配用。

3. 用于呕吐、泄泻 生姜有降逆止呕作用，适用于各种证型之呕吐，故有“呕家圣药”之誉。因其性温，尤善治胃寒呕吐，常与半夏同用以增强和中止呕之力，方如《金匮要略》小半夏汤；若治胃热呕吐，则与黄连、竹茹等同用以清热和中止呕，方如《六因条辨》黄连温胆汤。治水热互结，胃中不和，心下痞硬，干噫食臭，肠鸣下利等证，可配半夏、黄连等，以和胃降逆、散水消痞，如《伤寒论》生姜泻心汤。中寒腹痛、吐泻，可用煨姜配木香、甘草以温中散寒、止痛、止泻。

4. 用于痈疽初起、冻疮及跌扑伤痛 生姜外用能温血脉，暖肌肉，散寒滞，有消肿定痛之效。故治痈疽初起，可与大蒜头、葱白等

熬成膏药贴敷，如《疡医大全》救苦膏。治疗冻疮，用生姜制成干浸膏，配辣椒辣素，用凡士林调搽少许于患处，适用于Ⅰ°~Ⅱ°的冻疮的预防和治疗。治疗跌扑伤痛，或用生姜与生地黄捣烂，或用生姜汁调大黄末涂敷患处。本品取汁调腻粉治蜂虫蜇伤，亦有解毒止痛之效。

5. 用于解药物及鱼蟹中毒　生姜能解诸毒，治食鱼蟹等食物中毒，出现呕吐、腹泻、腹痛等症状，可配紫苏同用；治半夏、天南星之轻度中毒引起喉舌麻木者，可单以生姜煎汤饮服，或捣取自然汁饮之，均有一定效果。

历代医家论述：

1. 论生姜主发散　①贺岳："生姜，辛甘发散，能散在表在上之邪。故生姜能治咳嗽痰涎。止呕吐，开胃口，主伤风伤寒，头痛发热，鼻塞咳逆等证。"（《本草要略》）②贾所学："生姜，辛温通窍，专主发散。凡一切表邪之证，大能发汗逐邪，疏通关节。盖风寒湿之气，感于皮肤经络之间，而未深入脏腑之内，宜速去之，开发毛窍，放邪气出去，则营卫通畅。"（《药品化义》）③陈士铎："生姜性散，能散风邪，伤风小恙，何必用桂枝。用生姜三钱捣碎，加薄荷二钱，滚水冲服，邪即时解散。"（《本草新编》）④汪绂："生姜，辛温上行，升达于肺，则畅胃气，泻肺邪，通腠理，辟邪，杀毒。"（《医林纂要·药性》）⑤黄宫绣："生姜，专入肺，气味辛窜，走而不守。其曰伤寒头痛、伤风鼻塞可用者，以其主有宣散通肺之力也。咳逆口哕而必用者，以其具有开提散郁之义也。水气、湿泻、血痹而必用者，以其具有逐阴行阳、除湿开导之力也。他如冻耳可擦，狐臭可疗，诸毒可解，亦何莫不由宣发之力以为辟除。"（《本草求真》）⑥周岩："生姜气薄发泄，能由胃通肺以散邪。凡外感鼻塞与噫气呕吐、胸痹间凝痰结气皆主之，惟不治咳。小柴胡汤咳去生姜，痰饮门凡言咳者皆无生姜，以生姜纯乎辛散，适以伤肺，不能止咳。太阳病表不解而有咳如小青龙汤尚不用生姜，何论他经。乃肺痿门之咳有用之者，肺家邪实，非太阳之表病比，正不妨与麻黄同泄肺邪。"（《本草思辨录》）

2. 论生姜治呕逆　①孙思邈："凡呕吐者多食生姜，此是呕家圣

药。”（《千金要方》）②李东垣：“生姜，呕家之圣药也。辛以散之，呕为气逆不散也，此药能行阳而散气。”（《汤液本草》引《用药法象》）

3. 论生姜去湿消痰 张梓：“生姜去湿，只是温中益脾胃，脾胃之气温和健运，则湿气自去矣。其消痰者，取其味辛辣，有开豁冲散之功也。”（《药性类明》）

4. 论生姜通心肺之气，去秽恶 ①贺岳：“生姜，性温味辛微带甘，辛本属肺，心之柔也。心惟得其所胜，则气通而宣畅，故能通神明。神明通是心气胜，而一身之气皆为吾所使而亦胜矣。一身之气胜，则邪气不能容矣，故能去秽恶。”（《本草要略》）②李梴：“生姜，今人但知为胃药，而不知其通心肺也。心气通则一身之气正，而邪气不能容，故曰去秽恶，通种明。”（《医学入门·本草》）③李时珍：“姜辛而不荤，去邪辟恶，生啖熟食，醋、酱、糟、盐，蜜煎调和，无不宜之。可蔬可和，可果可药，其利溥矣。凡早行山行，宜含一块，不犯雾露清湿之气，及山岚不正之邪。”（《纲目》）

（八）大枣

为鼠李科落叶乔木植物枣的成熟果实。生用。大枣始载于《本经》。味甘，性温。归心、脾、胃经。

【功效】 补脾胃，益气血，安心神，调营卫，和药性。

【主治】 脾胃虚弱，气血不足，食少便溏，倦怠乏力，心悸失眠，妇人脏燥，营卫不和。

1. 用于脾胃虚弱，倦怠乏力，食少便溏 大枣能“安中养脾”，“平胃气”，故脾胃虚弱者，常以大枣作食疗之品，更常作参、术的辅助药，用于脾虚诸证，如《局方》参苓白术散，以枣汤调服，以增补益脾胃之效。若脾胃不和，干呕恶心，腹胀食少者，常与生姜、甘草同用，以调和脾胃，如《局方》枣汤。

2. 用于气血不足诸证 凡气虚、血虚，或气血两虚者，每为常用之品。气虚证，常与补气的人参同用，如《醒园录》参枣丸。血虚证，常与养血的当归、白芍等同用。若气血两虚之证，常于补气养血方中加用大枣，如《正体类要》八珍汤，《三因方》养荣汤。若心

脾两虚，气血不足，惊悸失眠，可将本品加于补益心脾剂中。如《济生方》归脾汤。情志抑郁，思虑过度，脏阴暗耗，致成脏燥，悲伤欲哭，呵欠频作，常与甘草、小麦同用，以润养脏阴，如《金匮要略》甘麦大枣汤。

3. 用于表证营卫不和　头痛发热，汗出恶风，常与生姜同用，可助桂枝、白芍调和营卫，如《伤寒论》桂枝汤。

4. 用于药性峻烈、有毒之剂中　以大枣之味大甘，可缓和或减少某些峻烈药物的毒性和副反应，如《伤寒论》逐水之十枣汤，《金匮要略》泻肺之葶苈大枣泻肺扬，《千金要方》治历节疼痛之大枣汤等方中，皆用大枣，一则取其缓解大戟、甘遂、芫花、附子之毒性和葶苈子之峻烈之性；二则取甘味护养胃气，以防伤正。

此外，现常以大枣煎服，治贫血、过敏性紫斑、肝炎、肝硬化等症。

历代医家论述：

缪希雍：“《经》曰，里不足者，以甘补之，又曰，形不足者，温之以气。甘能补中，温能益气，甘温能补脾胃而生津液，则十二经脉自通，九窍利，四肢和也。正气足则神自安，故主心腹邪气及大惊；中得缓则烦闷除，故疗心下悬急及少气；脾得补则气力强，肠胃清，故主身中不足及肠澼；甘能解毒，故主和百药。”（《本草经疏》）

倪朱谟：“沈氏曰，此药甘润膏凝，善补阴阳、气血、津液、脉络、筋俞、骨髓，一切虚损，无不宜之。如方龙潭治惊悸怔忡，健忘恍惚，志意昏迷，精神不守，或中气不和，饮食无味，四体懒重，肌肉羸瘦，此属心脾两脏元神亏损之证，必用大枣治之。”（《本草汇言》）

贾所学：“大黑枣，味甘甜，体黏润，故助阴补血，入肝走肾，主治虚劳，善滋二便。凡补肝肾药中，如滋阴降火汤、茯苓补心汤、产后芎归调血饮、保胎丸、养荣丸、四神丸，惧宜为佐使，因性味甘温，尤能扶脾养胃耳。”（《药品化义》）

黄元御：“大枣，补太阴之精，化阳明之气，生津润肺而除燥，养血滋肝而熄风，疗脾胃衰损，调经脉虚羌。凡内伤肝脾之病，土虚木燥，风动血耗者，非此不可，而尤宜于外感发表之际。”（《长沙药

解》）

张锡纯：“大枣，其津液浓厚滑润，最能滋养血脉，润泽肌肉，强健脾胃，固肠止泻，调和百药，能缓解猛药健悍之性，使不伤脾胃，是以十枣汤、葶苈大枣汤诸方用之。《内经》谓其能安中者，因其味甘能守中也。又谓其能通九窍者，因其津液滑润且微有辛味，故兼有通利之能也。谓其补少气、少津液者，为其味甘能益气，其津液浓厚滑润，又能补人身津液之不足也，虽为寻常食品，用之得当能建奇功。”（《医学衷中参西录》）

二、温胆汤的功效与主治

1. *功效* 温胆和胃、理气化痰。《三因方》温胆汤可看作是由《集验方》温胆汤减生姜量，加白茯苓、大枣而成。本方在主治、功用、药物组成上已与原方相比发生了很大变化，在药味及用量上较之原方生姜用量大减，使生姜在方中已不再是温胆散寒化痰的君药，而是与大枣相配，调和营卫的佐使药；竹茹显然在全方中用量比例增加，在方中的作用由原方的佐药变为起清胆和胃作用的君药。经过如此变化，全方功效也由原来的温胆和胃、理气化痰变为清胆和胃、理气化痰。方证主要病机也从胆气虚寒转变为胆郁痰阻。

历代医家对《三因方》温胆汤之功效认识不同，约其要有三：

（1）《医宗金鉴·删补名医方论》云：温胆汤“方以二陈治一切痰饮，加竹茹以清热，加生姜以止呕，加枳实以破逆，相济相须，虽不治胆而胆自和，盖所谓胆之痰热去故也。命名温者，乃温和之温，非温凉之温也。若谓胆家真畏寒而怯而用之，不但方中无温胆之品，且更有凉胃之药也。”

（2）温胆汤之功能在于降胃气，胃气降则胆逆自除，即所谓“胆随胃降”也。

（3）胆为清净之腑，其气冲和而温，倘因寒热所偏，或气郁不舒，均能导致胆郁气搏而变生痰涎，用是方以调其脾胃去其痰涎则胆气自舒。

可见，以上三种解释虽有不同，但其宗旨均说明温胆汤的主治在脾胃而非胆，通过调理脾胃、祛其痰浊，以使胆气调达，复其温和、

升发之性，温胆汤之“温”字乃为“温和”之意，实乃立论于《三因方》卷十所载之温胆汤“气郁生涎，涎与气搏”之上，并针对其方药组成及主治所言。因此，《三因方》温胆汤是仅有温胆之名，而无温胆之用。

2. 主治　《三因方》温胆汤主治：“心胆虚怯，触事易惊，或梦寐不祥，或异象感惑，遂致心惊胆慑；气郁生涎，涎与气抟，变生诸证，或短气悸乏，或复自汗，或四肢浮肿，饮食无味，心虚烦闷，坐卧不安。”

从温胆汤的药物组成来看其功效主治，半夏辛温，燥湿化痰，和胃止呕，陈皮辛苦性温，理气化痰，醒脾开胃，两药合用有燥湿化痰、理气和胃之功；茯苓甘淡，健脾利湿，宁心安神；甘草甘平，和中健脾益气，二药共奏健脾利湿，益气和中之效；竹茹甘凉，清热化痰，除烦止呕，枳实味苦微寒，理气行痰，消积除痞，两药同用有清热化痰、除烦止呕、行气消痞的功效。全方诸药，二温、二平、二凉，均以治痰见长。因此，温胆汤对各种痰证都能起治疗作用。湿痰者，可燥湿祛痰；热痰者，可清热化痰；脾虚生痰者，可健脾除湿消痰；气郁生痰，痰气上逆者，可理气解郁，降逆行痰。总之，凡是临床见抑郁伤肝，忧思伤脾，或外邪入侵影响肝脾，使肝胆疏泄条达失职，脾胃运化升降失司，致津液停滞不布，水湿聚而生痰者，无论是痰浊蒙蔽清窍，还是痰郁化热化火，或内干心神，或上扰清阳诸证，皆可用温胆汤治疗。

第四节　温胆汤的临床应用

温胆汤临床应用极为广泛，所适应的病种之多，是其他方剂所罕见的。经分析整理，温胆汤可适应于以下各系统的疾病：

1. 神经精神系统疾病　其中主要有中风及中风后遗症、眩晕、梅尼埃病、失眠、头痛、嗜睡、老年性痴呆、痫证、梅核气、癔病、郁证、神经官能症、精神分裂症（癫狂）、脑炎及其后遗症以及其他神经精神病证。

（1）柴芩温胆汤（加柴胡、黄芩）治神经衰弱、神经官能症、

癔病。

（2）桃红温胆汤（加桃仁、红花）治头痛、脑动脉硬化症。

（3）栀豉温胆汤（加山栀、淡豆豉、炒枣仁、合欢皮）治神经官能症、自主神经功能紊乱。

（4）柴前温胆汤（加柴胡、前胡、炒枣仁、黄连）治失眠症、抑郁症、神经官能症。

（5）芩连温胆汤（加黄芩、黄连）治神经性耳鸣。

（6）桑蒺温胆汤（加桑叶、白蒺黎、菊花、双花）治脑血管意外、耳源性眩晕。

（7）酸天温胆汤（加酸枣仁、天竺黄、远志）治癫症、狂症。

2. 心血管系统疾病　主要有冠心病、心肌梗死、心律失常、心悸、高血压、低血压、高脂血症、肺心病、病毒性心肌炎。

（1）参芪温胆汤（加党参、黄芪）治冠心病、心房纤颤。

（2）砂檀温胆汤（加砂仁、檀香、丹参、菖蒲）治冠心病伴心绞痛。

（3）生脉温胆汤（加党参、麦冬、五味子）治冠心病室性早搏、心源性休克。

（4）桑菊温胆汤（加桑叶、菊花、黄芩）治高血压病。

（5）失笑温胆汤（加五灵脂、蒲黄、党参、丹参、薤白）治冠心病、心绞痛。

（6）决泽温胆汤（加草决明、泽泻、首乌、山楂）治高黏滞血症。

3. 消化系统疾病　主要有慢性胃炎、消化性溃疡、慢性结肠炎、慢性胆囊炎、胆石症、呕吐、泄泻、慢性肝病、功能性消化不良、顽固性便秘、反流性食管炎等。

（1）四君温胆汤（加党参、白术）治慢性胃炎、慢性结肠炎。

（2）建中温胆汤（加黄芪、桂枝、白芍）治胃及十二指肠球部溃疡、肠痉挛。

（3）左金温胆汤（加黄连、吴萸、苏梗、元胡）治慢性胃炎、溃疡病。

（4）芩翘温胆汤（加黄芩、连翘、黄连、山栀）治急慢性胃炎、胆囊炎。

（5）硝黄温胆汤（加大黄、芒硝、全瓜蒌）治急性胰腺炎、急性胆囊炎、习惯性便秘。

4. 呼吸系统疾病　主要有支气管哮喘、咳嗽、肺炎以及鼻渊、慢性鼻炎、慢性咽炎。

五子温胆汤（加苏子、白芥子、莱菔子、葶苈子、五味子）治支气管炎、支气管哮喘、慢性肺心病。

5. 泌尿生殖系统疾病　主要有慢性肾功能衰竭、尿毒症、阵发性睡眠性血红蛋白尿、不孕不育、阳萎。

三黄温胆汤（加黄芩、黄连、大黄）治泌尿系统感染、尿毒症。

6. 妇科疾病　主要有妇科妊娠恶阻、脏燥、更年期综合征、卵巢囊肿等。

（1）射牛温胆汤（加射干、牛蒡子、连翘）治梅核气。

（2）香桃温胆汤（加香附、桃仁、红花、苍术、焦三仙、鸡内金）治闭经。

7. 内分泌系统疾病　主要有甲状腺滤泡增生症、甲状腺瘤、糖尿病、糖尿病酮症酸中毒、肥胖症。

8. 其他　生殖器疱疹、顽固性口腔溃疡、视网膜病变等。

第五节　温胆汤的衍生方

《三因方》温胆汤病机从《集验方》温胆汤的“胆虚寒”扩展为胆郁痰阻，其主治病证由“大病后虚烦不得眠”扩展为“气郁生涎，涎与气搏”诸证。这一改变为后世医家所遵循，并不断扩展，以至《三因方》温胆汤成为后世习用之方，而渐忘了《集验方》之温胆汤。后世医家还在《三因方》温胆汤基础上加减化裁，如《世医得效方》加人参、《婴童百问》加酸枣仁等，至于以温胆汤加减而成的方剂则更多，如《济生方》之涤痰汤、《医宗金鉴》之清热化痰汤、清心涤痰汤、柴胡温胆汤、《通俗伤寒论》之蒿芩清胆汤等。

中医学认为，“百病多由痰作祟”，“痰生百病”。许多疾病的发生都与“痰”有关，而温胆汤是治疗痰证的优良方剂，历代医家都广泛采用，并在此基础上创立了许多行之有效的治痰方剂：

1. 导痰汤（《妇人良方》） 《三因方》温胆汤以胆星易竹茹而成，具有燥湿祛痰，行气开郁的功效；主治：一切痰厥，风痰偏胜者，头目眩晕，或痰饮留积不散，胸膈痞塞，胁肋胀满，头痛吐逆，喘急痰嗽，涕唾稠黏、饮食不思，坐卧不安。

2. 涤痰汤（《济生方》） 《三因方》以温胆汤加胆南星、石菖蒲、人参，具有涤痰开窍的功效；主治：中风，痰迷心窍，舌强不能言。

3. 十味温胆汤（《证治准绳》） 《三因方》温胆汤去竹茹，加人参、酸枣仁、五味子、远志，具有祛痰安神宁心的功效；主治：大病后虚烦不得眠，心胆虚怯，触事易惊；并治四肢浮肿，饮食无味，心虚烦闷，坐卧不安。

4. 金水六君煎（《景岳全书》） 《三因方》温胆汤去竹茹、枳实，加熟地、当归，具有滋养肺肾，祛湿化痰的功效。

5. 黄连温胆汤（《六因条辨》） 《三因方》温胆汤加黄连，具有清热化痰，和胃安神的功效。

6. 蒌贝温胆汤 温胆汤加瓜蒌、贝母，具有清肺化痰功效。

7. 栀豉温胆汤 温胆汤加栀子、香豉，具有清胆祛痰、除烦安神的功效。

8. 加味温胆汤 在温胆汤基础上易生姜为干姜，加玄参、人参、地黄、酸枣仁，具有益气养血，化痰安神，止呕的功效。

9. 蒿芩温胆汤（《通俗伤寒论》） 《三因方》温胆汤加青蒿、黄芩，碧玉散（包煎）。功能：清胆利湿，和胃化痰。主治：寒热如疟，寒轻热重，胸痞作吐，舌红苔白腻，脉濡数等，邪在少阳兼有痰热之证者。

此外尚有黄槐温胆汤、黄龙温胆汤、《奇效良方》的加味温胆汤等。以上诸方大大拓宽了温胆汤的适用范围和主治病证，为临床医家所喜用。

第二章

古今医家的论述

第一节　温胆汤源流考析

1.《集验方》之温胆汤　目前就温胆汤的方源大致有两种看法，其一，认为该方首载于唐·孙思邈的《备急千金要方·卷十二·胆虚寒门》，此为较传统的看法；其二，认为该方出自南北朝名医姚僧垣的《集验方》，理由是唐·王焘《外台秘要·卷十七·病后不得眠方二首》有云："《集验方》'温胆汤，疗大病后虚烦不得眠，此胆寒故也，宜服此汤法……'，出第五卷"，而《外台秘要》与《备急千金要方》两书所载之温胆汤组方相同、主治相似，故认为温胆汤应出自《集验方》。因姚僧垣之《集验方》成书后不久即散佚，后世较少见到传本，且历史上以"集验"命名的方书不止姚氏一部，故温胆汤方源即为姚氏《集验方》尚需考证。据林亿校《备急千金要方》序中有云："自余郭玉、范汪、僧垣、阮炳，上极文字之初，下迄有隋之世，或经或方，无不采摭，集诸家之秘要……"，且考《二十五史·旧唐书》中有"集验方十卷姚僧垣撰"，可以推测《集验方》在孙思邈所处时

代可能并没有散佚，有被直接引用的可能。同时，众所周知，孙氏之《备急千金要方》虽对古之方剂多所征引，其对方剂学整理、总结的贡献显而易见，但其所引之方不一一详具出处亦是其不足之处。而“王氏……医道虽未及孙思邈，然而采取诸家之方，颇得其要者……王氏编次，名题名号，使后之学者，皆知所出，此其所长也”（《外台秘要》孙兆序）。可见，王焘《外台秘要》中温胆汤的出处的记载可作为重要的参考。然据《二十五史·隋书·经籍志》记载有“姚大夫集验方十二卷”、“集验方十卷姚僧垣撰”及“集验方十二卷”（无撰者）三本同名医书，使得《外台秘要》所言之《集验方》是否即为姚僧垣所著仍值得推敲。考《二十五史·周书·四七·姚僧垣传》载“僧垣医书高妙，为当世所推……乃搜摭奇异，参校征效者，为《集验方》十二卷”，又姚氏曾历任“下大夫”、“中大夫”、“太医下大夫”及“北绛郡公”等官职，可推测《二十五史·隋书》中“姚大夫集验方十二卷”应是姚僧垣所著。又《外台秘要·卷五·痰疟方五首》所引“《集验》”之方下云：“燕国公说，此方常见用有效”，而据《二十五史·周书·四七·姚僧垣传》中记载燕国公因姚氏医术精湛，欲其常侍左右，“与之偕老”。由此姚僧垣之《集验方》即“姚大夫集验方十二卷”，而亦即《外台秘要》所引之《集验方》者。

2.《三因极一病证方论》温胆汤　该书为宋·陈言（字无择）所著，原题为《三因极一病原论粹》，现名为宋志所载，后人多简称为《三因方》。考《三因方》中温胆汤有两首，共在三篇出现。一为出自《卷八·内所因论·肝胆经虚实寒热证治》，主治“胆虚寒”，见“眩厥，足痿，指不能摇，躄不能起，僵仆，目黄失精，虚劳烦扰。因惊摄，奔气在胸，喘满，浮肿，不睡。”方由半夏、麦冬（去心）各一两半，茯苓二两，酸枣仁三两（炒），炙甘草、桂心、远志（去心，姜汁合炒）、黄芩、葶藶、人参各一两组成，上药散，每服四大钱，用长流水一斗，糯米煮。该方实为《备急千金要方》卷十二的“千里流水汤”去秫米而成，后“千里流水汤”被收入到《普济方·卷三十四》，而直接名为“温胆汤”，主治证不变。该方主治证除心胆虚怯之“虚劳烦扰”，“因惊慑”而致“奔气在肠，……不

唾”外，尚有“眩厥”、“失精”之症，故方中既有酸枣仁、人参、远志养肝血、宁心神、健脾气之品，又有温补命门之火之桂心，且以黄芩专入胆经，兼佐制方中诸药之温燥，而达温养兼顾之效。

另一首载于《三因方·卷九·虚烦证治》和《卷十·惊悸证治》，此两首温胆汤药物组成相同，皆为“半夏（汤洗七次），竹茹、枳实（麸炒，去瓤）各二两，陈皮三两，甘草一两（炙），茯苓一两半。上为散，每服四钱半，水一盏半，加姜五片，枣一枚，煎七分，去滓。”（以下称《三因方》温胆汤）由其组成可以看出，本方是在《集验方》温胆汤基础上生姜减量，使之由《集验方》中之温胆散寒化饮的君药变成与大枣相伍的佐使药，而甘凉之竹茹量未变，可知该方“温胆”之力减；另，该方较《集验方》温胆汤多茯苓一两半，茯苓，《本经》中上品，主治“忧恚惊邪，恐悸……久服，安魂养神”，并可“保神守中”（《名医别录》），同时还可“利小便”（《本经》），“除湿益燥”（《本草纲目》引张元素言），于方中既可增安神定悸之功，亦可加强健脾燥湿化饮之效。《虚烦证治》中言其“治大病后，虚烦不得眠，此胆寒故也，此药主之，又治惊悸”，其主治仍沿袭《集验》之旧。而《惊悸证治》中其主治证有所不同，为“心胆虚怯，触事易惊，或梦寐不祥，或异象眩惑，遂致心惊胆慑，气郁生涎，涎与气搏，变生诸证，或短气悸乏，或复自汗，或四肢浮肿，饮食无味，心虚烦闷，坐卧不安”。可见此处温胆汤的病机有所延伸，为“气郁生涎，涎与气搏”，这对后世温胆汤的衍化和应用有很大影响。

此外，在宋·王硕代表著《易简方》中亦有温胆汤一方，药物组成与《三因方》温胆汤相同，而具体用量有所差异，但大致比例相似，其功能主治亦为综合《三因方》“惊悸篇”和“虚烦篇”而成，因王硕就学于陈无择，与陈氏同为永嘉医派代表，曾有后人评论“王德夫作《易简方》，大概多选于《三因》，而复以他方增损之”。可推测《易简方》中温胆汤应源于《三因方》，而王氏更具自己临床经验在药物用量上有所变化。

第二节 温胆汤十三首同名方

以《中医方剂大辞典》为底本，其记载的温胆汤同名方剂共有13首，其中不包括《备急千金要方》和《集验方》之温胆汤。《易简方》、《内经拾遗方论》、《医略六书》中温胆汤与《三因方·卷九》之温胆汤药物组成相同；其余尚有9首同名方剂（《普济方·卷十四》中温胆汤为《千金方·卷十二》之“千里流水汤”的异名，亦不计在内）。

由“痰”或“痰火”而致的“不寐”、“少睡”甚或“惊悸”者有3首：分别出自《名医杂著·卷六》、《万病回春·卷四》及《直指小儿·卷一》。其中《名医杂著·卷六》之温胆汤为《三因方》温胆汤去竹茹，主治“胆气怯弱，惊悸少寐，发热呕痰，饮食少思”。《万病回春·卷四》之温胆汤主治“内有痰火，惊惕不眠”，故其方加入黄连、山栀子以清心火，并与半夏相伍以祛痰热；以茯神易茯苓，并加入酸枣仁、辰砂，以增其安神定悸之功；同时方中还用大量补气、养血、滋阴之品，标本兼顾。《直指小儿·卷一》之温胆汤是在《三因方》温胆汤基础上减竹茹用量，加入酸枣仁宁心安神，治疗“小儿惊悸顽痰”。酸枣仁入心经，又因其味酸而入肝经，“主烦心不得眠……补中，益肝气”（《名医别录》），为宁心安神之佳品。

远志能“定心气，止惊悸”（《名医别录》），具有交通心肾、安神定惊之功，并可“散痰涎，疗五痫之角弓反张，惊搐，口吐痰涎”，故既适用于心神不藏、惊悸不宁之失眠、健忘，又可适用于痰阻心窍之癫痫等证。因此《医方类聚》卷二十三引《经验秘方》之温胆汤为增其“定心志”之功，在《三因方》温胆汤基础上去竹茹加入远志、酸枣仁。而《笔花医镜·卷二》中温胆汤主治“胆气虚寒，梦遗滑精”，胆气虚寒可致心不藏神，可有心烦、不寐等证；胆寄相火，而肾为相火之源，今胆气虚寒可知肾中相火必然不足，才可出现“梦遗滑精”之证，故方中除加远志、枣仁安神，尚有人参与远志相配补养心神、交通心肾，熟地填精益髓，五味子酸敛涩精，并可使补而不失。

“钩藤，手足厥阴药也……通心包于肝木，风静火熄”（《本草纲目》），可使惊痫眩晕等肝风相火之病自除，故《古今医彻·卷一》主治“伤寒挟惊”的温胆汤即是在《三因方》温胆汤基础上加入钩藤一味以熄风止惊。

《陈素庵妇科补解·卷一》之温胆汤主治“妇人经行，卒遇惊恐”而致“神志失宁，经血忽闭”，甚则“气乱”诸证，故方中除加入远志、酸枣仁、钩藤安神定惊外，尚有当归、川芎、香附诸药以和血行气，针对女科之病候。

《活人书·卷六》中温胆汤的病机已由《三因方》温胆汤之胆郁痰阻、《万病回春》温胆汤之痰火变为痰、气、火相和为患，故见“上则眩晕”，加味甘性平之天麻，既不偏于发散，亦不偏于滋补，以治头目眩晕；“中则干呕作酸”，乃因胆火内郁，横逆犯胃，胃失和降而致，加入芩、连清胆火，并可与方中半夏、生姜汁相伍，取仲景半夏泻心之辛开苦降之意，胆胃同治、止呕制酸；“下则腹痛便燥”，加入苏子，既可润肠又可降肺气以通肠腑。诸药相伍以治“痰气火并结中宫”所致诸证。

《杂病源流犀烛·卷六》之温胆汤虽以“温胆”为名，但其方中药物组成与《三因方》之温胆汤迥异。

第三节 对“温胆”之见解

一、以“和”为“温”

此说法系指《三因方》之温胆汤，该方由半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、甘草、生姜、大枣组成。“命名温者，乃温和之温，非温凉之温”。胆为清净之府，喜宁谧，恶烦扰，喜柔和，忌壅郁，喜温而主升发，以温为候，以不寒不热为宜。《灵枢·本枢》云：“胆者，中精之府”，肝之精气化生胆汁，汇集于胆，泄于小肠，以助运化食物。《素问·宝命全形论篇》说“土得木而达”，概括了肝胆与脾胃之间乘侮生化的关系。当各种致病因素失其常，致木郁不达，肝郁乘脾，胃气亦因之失和，进而化热生痰，痰热干扰胆腑，使之欲清

而不得清，欲静而不得静，以致胆怯易惊，虚烦不眠，胃气上逆，呕吐呃逆等。方中以半夏降逆和胃，燥湿化痰，以竹茹清热化痰，止呕除烦，枳实行气消痰，陈皮理气燥湿，茯苓健脾渗湿，佐以姜、枣益脾和胃，甘草调诸药，全方以化痰为主，略兼清热，能复胆之清净温和之性，胆气温和，始能条达，即达“温胆”之目的。《医方集解》云：“温胆汤治不眠，用二陈加枳实、竹茹二味，皆凉药，乃以凉胃经之热，非以温胆经之寒也。其以温胆名汤者，以胆欲不寒、不燥常温为解耳。”罗东逸谓：“和即温也，温之者，实凉之也。”需要指出的是，现在有好多医家，甚至许多方剂课本均认为此方能“理气化痰，清胆和胃”，笔者认为言其“清胆”，略有不妥。众所周知，“脾为生痰之源”，脾胃相为表里，之所以出现虚烦不眠，正是由于肝胆疏泄失常，胃气因之失和，脾胃聚湿成痰，痰湿郁而化热，中焦痰热干扰胆腑所致，胆气不和，失其宁谧导致胆腑决断失常，并不是胆气郁化火而致。既无胆热，何谈温胆？此痰因郁而生，通过方中药物疏通气机，清化中焦痰热，得以还胆腑以清净宁谧之机，故笔者认为本方功能清热化痰，舒胆和胃更为贴切。

二、以“温”疗“寒”

此说法系指《集验方》与《千金方》之温胆汤，该方由生姜、半夏、陈皮、竹茹、枳实、甘草组成。《素问·灵兰秘典论篇》曰：“胆者，中正之官，决断出焉。”《素问·六节藏象论篇》：“凡十一藏，取决于胆也”。胆为甲木，主少阳春风之气，大病后脏腑气机失和，胆气虚损，不能司其生长发陈之令，则“虚烦不得眠”。如《普济方·卷二百三十三·虚劳门·虚劳不眠（附论）》曰：“大病之后。腑脏尚虚。营卫未和。故生于冷热。阴气虚。卫气独行于阳。不入于阴。故不得眠。……若但虚烦而不得卧者，胆冷也。”肝胆与脾胃关系密切，土得木则达，土壅木侮，失其条达，聚湿生痰，胃失和降，气逆于上。故重用生姜四两为君，温中散寒，降逆和胃，辅以半夏温经散寒，陈皮、枳实行气解郁，竹茹药性虽寒，然于四两生姜面前，只得去性存用，助半夏化痰宁神，故有“治大病后虚烦不得眠，此胆寒故也，宜服温胆汤方”之说。这里的胆寒，乃为胆失疏泄，胆

气郁滞之意，所化之痰亦非胆腑所生，而是胆胃不和，脾胃运化失常的病理产物。

三、“脏寒腑热”与“脏热腑寒”说

考《外台》及《千金》有：“髓虚者，脑痛不安，髓实者，勇悍。凡髓虚实之应，主于肝胆。若其腑脏有病，从髓生，热则应脏，寒则应腑。”这两本书中有关“热则应脏，寒则应腑”的其他论述多达10条，且不限肝胆脏腑，并标明这些论述均引自《集验方》和《删繁方》，提示“脏热腑寒”是当时南北朝时代脏腑辨证的重要学术倾向，脏病均称脏热，腑病均称腑寒。胆为六腑之一，根据“脏热腑寒”学说，则胆的病变应为“胆寒”，既为胆寒而设，温胆汤的推出在情理之中。为大家所熟知，《伤寒论》产于东汉，其脏腑辨治主张三阳经多热证实证，三阴经多虚证寒证，似有“脏寒腑热”的侧重，与“脏热腑寒”学说观点有所不同。由此可以了解到，唐以前脏腑病机学说中存在着“脏寒腑热”和“脏热腑寒”两种不同学术观点，只不过后世发展了“脏寒腑热”说，“脏热腑寒”说逐渐被人们忽略罢了。

四、寒温混淆说

隋·巢元方《诸病源候论·卷三十九·客热候》曰：“人血气有阴阳，藏腑有虚实。”言及胆经脉象之虚实，《灵枢·禁服》曰：“人迎大一倍于寸口，病在足少阳……盛则为热，虚则为寒。”这标示隋以前医家有“实则为热，虚则为寒”之说，此观点与当今之寒热虚实辨证迥然不同，至此《千金方》与《三因方》所言之“治大病后虚烦不得眠，此胆寒故也”疑雾顿开，此“胆寒”乃“胆虚”也。“胆虚”失和，木郁不伸，中焦运化失常，聚而生痰，郁久化热，故需清热。及至后来《三因方》之温胆汤既言“胆寒”之因，又用清热化痰之药，也就不难理解了。

参考文献

[1] 姚僧垣. 集验方. 天津：天津科技出版社，1986

[2] 孙思邈. 备急千金要方（影印本）. 北京：人民卫生出版社，1982

[3] 陈言. 三因极一病证方论. 北京：人民卫生出版社，1983

[4] 清·吴谦. 删补名医方论（影印本）. 北京：人民卫生出版社，1957

[5] 清·汪昂. 医方集解. 北京：人民卫生出版社，2006

[6] 罗东逸. 古今名医方论. 江苏：江苏科学技术出版社，1983

[7] 黄帝内经素问. 北京：人民卫生出版社，2005

[8] 张锐. 鸡峰普济方（影印本）. 上海：上海科学技术出版社，1987

[9] 李明. 温胆汤考探. 国医论坛，2001，16（6）：49～50

[10] 隋·巢元方. 诸病源候论（影印本）. 北京：人民卫生出版社，1984

[11] 刘越. 灵枢. 北京：人民卫生出版社，2003

[12] 李春巧. 温胆汤方名探析. 辽宁中医药大学学报，2007，9（4）：160～161

[13] 花海兵，袁士良. 温胆汤及其临床运用. 中医研究，2006，19（12）：33～34

[14] 李明. 温胆汤考探. 国医论坛，2001，16（6）：49～50

[15] 李永. 温胆汤方名考. 辽宁中医学院学报，2006，8（3）：118

[16] 杨国荣. 温胆汤及其临床应用. 中医药临床杂志，2004，16（4）：367～369

[17] 方永奇，曹建宏，方春亮. 从温胆汤的方证看痰证实质. 中国中医基础医学杂志，1998，4（1）：43～45

[18] 陈火花. 温胆汤的衍变及其临床应用. 中医药研究，2002，18（2）：17～18

[19] 张雅静. 菖郁温胆汤治疗癫痫48例. 国医论坛，2001，16（6）：24

[20] 陈超. 温胆汤加减治疗癫狂症30例临床观察. 中医杂志，1984，11：31

[21] 王静华. 加味温胆汤治疗偏头痛30例. 现代中西医结合杂志，2000，9（17）：1666

[22] 孟昭蓉. 黄连温胆汤加味治疗精神分裂症痰火内扰型的临床观察. 贵阳中医学院学报，1998，20（3）：25

[23] 刘洪玉，刘洪义，刘长惠. 温胆汤治疗失眠52例. 河北中医，2005，27（5）：360

[24] 张李红. 天麻钩藤温胆汤配合静滴脉络宁治疗老年脑梗塞. 云南中医中药杂志，1999，20（2）：13～14
[25] 陈兆洋. 温胆汤治疗老年焦虑性神经症65例. 四川中医，2001，19（7）：42
[26] 李清波. 加味温胆汤治疗痰湿阻络型中风后遗症100例分析、实用中医内科杂志，2003，17（5）：409
[27] 张勇. 温胆汤加味治疗缺血性脑中风80例. 河南中医，2005，25（9）：63
[28] 杨海泉. 温胆汤加减治疗神经官能症28例观察. 中国社区医师，2005，7（109）：46
[29] 张丽萍. 温胆汤治疗抑郁症的辨证施治. 中国临床康复，2005，9（16）：3
[30] 弓晓霞. 温胆汤治疗冠心病心绞痛. 中西医结合心脑血管病杂志，2004，2（10）：563
[31] 李毅. 二黄温胆汤治疗急性病毒性心肌炎268例. 上海中医药杂志，2000，6（7）：22
[32] 郭汉卿. 温胆汤加减治疗心率失常60例. 实用中医内科杂志，2001，15（1）：44～45
[33] 许心纯. 温胆汤治疗心脏神经综合征35例. 新中医，1994，26（11）：21
[34] 洪杰斐. 黄连温胆汤加味治疗心脏神经官能症48例. 四川中医，2000，18（9）：23
[35] 杨小乐. 黄连温胆汤加减治疗室性早搏67例. 中国中医急症，2005，14（4）：331
[36] 张金玺. 中西医结合治疗肺心病快速心律失常临床观察. 辽宁中医学院学报，2005，7（3）：253
[37] 徐广文. 十味温胆汤治疗低血压病. 上海中医药杂志，1991，4：30
[38] 杨国荣，胡恩明. 温胆汤加味治疗慢性胃炎118例. 中医药临床杂志，2004，16（3）：263
[39] 杨建宏. 温胆汤加减治疗慢性浅表性胃炎78例. 中国中西医结合脾胃杂志，2000，8（4）：240
[40] 张金玺，李索香. 温胆汤加味治疗胆汁反流性胃炎242例河南中医，2005，12：22
[41] 沈明. 温胆汤治疗功能性消化不良42例. 河南中医2000，20（4）：50
[42] 皮兴文. 温胆汤加白术治疗顽固性便秘40例. 四川中医，2001，19（7）：40
[43] 苗寿坤. 加味温胆汤治疗反流性食管炎32例疗效观察. 吉林中医药，

2000，20（3）：22
[44] 吕晓峰. 加味温胆汤治疗酒精性肝病36例. 中医杂志，2000，41（1）：57
[45] 张桂芳. 温胆汤治疗慢性胆囊炎65例. 河北中医，2005，27（11）：847
[46] 李晓玲，李志强. 温胆汤联合西药辨治急性黄疸型肝炎20例. 医学理论与实践，2002，15（2）：178
[47] 徐振华. 温胆汤加味治疗金黄色葡萄球菌肺炎. 实用中医内科杂志，1994，8（1）：13
[48] 李慧，刘乡，陈景亮，等. 温胆汤加减治疗支气管哮喘急性发作期. 中国中医急症，2005，14（4）：294
[49] 胡建萍. 加味温胆汤治疗尿道综合征38例. 陕西中医，2001，22（10）：593
[50] 冯松杰. 中医药治疗慢性肾功能不全尿毒症期24例. 江苏中医药，2002，23（9）：18
[51] 邢海燕. 王自敏教授运用黄槐温胆汤治疗慢性肾功能衰竭的经验. 中医研究，2005，18（9）：52
[52] 罗试计. 真武汤合黄连温胆汤治疗慢性肾衰竭32例疗效观察. 四川中医，2005，23（9）：56
[53] 黄廷耀. 温胆汤加减治疗卵巢囊肿31例. 河南中医药学刊，1999，14（4）：58
[54] 苏惠萍. 温胆汤化裁治疗痰热湿阻性产后缺乳5例. 广西中医药，1999，22（6）：19
[55] 余建模. 温胆汤加味治疗糖尿病45例中医药学报，1995，2：19
[56] 杨亚民，李雪瑞，田军. 黄连温胆汤为主治疗糖尿病肾病60例. 内蒙古中医药，2000，11（5）：12
[57] 杨高社. 辨证治疗中心性浆液性视网膜病变53例. 浙江中医学院学报，2005，29（5）：49
[58] 杨玉峰，杜少辉，杨 瑛. 温胆汤加减治疗生殖器疱疹的临床研究. 河北中医药学报，2000，15（3）：10
[59] 何焕平. 温胆汤化裁治疗顽固性口腔溃疡. 吉林中医药，2000，20（3）：30

中篇

临床研究

第四章 临床研究

第一章

内科病证

第一节　神经系统疾病

一、血管神经性头痛

血管神经性头痛，是由于颅内外血管、神经调节障碍而引起的反复发作的阵发性头痛，含血管性头痛和神经性头痛，是多种疼痛的一个症状或临床主要表现的症状，近年来认为皮质和下丘脑异常导致三叉神经不适当的激活和脑膜的血管舒缩障碍以及血管周围炎性神经肽的释放与发病有关。一般认为是5－羟色胺等使颅内动脉和颞动脉收缩引起的。

血管神经性头痛属中医学“头风”、“内伤头痛”范畴。头痛一证，可由多种原因引起。中医学认为“头为清阳之府”、“诸阳之会”，五脏六腑气血皆上注于头。因此，外感、内伤、五脏六腑的病变都可直接或间接影响于头，产生头痛。临床当根据脉证分辨外感与内伤，给予不同的治疗。[1]其中偏头痛是一种呈周期性发作，伴有胃肠道症状为主的血管性头痛。此类头痛都具病程长，反复发作的特点，相当于中医“内伤头痛”范畴，而内伤

头痛的发生，多与情志因素相关。多由于情志不舒而致肝胆失其疏泄，木旺乘土，脾失健运，痰浊内生，[2]正如《丹溪心法·头痛》所说："头痛多主与痰，痛甚着火多，有可吐着，可下之。"临床上多有痰热作怪，不通则痛、不荣则通，而温胆汤正中与之，从痰论治。因此，以化痰通络、清窍止痛为治疗血管神经性头痛的治则。现代药理研究认为温胆汤有良好的镇痛作用。其中枳实中所含有效成分黄酮类能抑制组织胺的释放，具有较强的抗过敏活性；半夏、茯苓、枳实、生姜均有显著抑制小鼠自主运动，减轻疼痛反应的物质，并有镇静作用；川芎有镇痛及扩张血管作用。

【临床应用】

赵氏[3]应用温胆汤治疗血管神经性头痛76例临床观察，并与西药组50例对照。治疗组76例中，男25例、女51例；年龄最小16岁，最大51岁，平均21.6岁；病程最短1个月，最长26年，平均28个月。对照组50例中，男14例、女36例；平均年龄最小17岁，最大50岁，平均20.3岁；病程最短1个月，最长24年，平均27.2个月。两组一般资料经统计学处理差异无明显意义，具有可比性。诊断标准：参照高等院校教材《神经病学》[4]有关标准，经系统检查，并排除颅内占位病变及三叉神经痛等疾患，确诊为血管神经性头痛。治疗方法：对照组：口服苯噻啶片，第1至第3天，每晚服0.5mg，第4～第6天中午及晚上各服0.5mg，第7天开始早、中、晚各服0.5mg。病情基本控制后，可酌情递减剂量。若头痛发作剧烈可口服酒石酸麦角胺咖啡因片1片。治疗组：予温胆汤加减，药用：半夏12g，陈皮12g，白术12g，生姜10g，天麻15g，厚朴12g，枳实10g，竹茹10g，蔓荆子15g，茯苓30g。加减法：痰浊郁久化热，症见口苦、大便不畅、苔腻、脉滑数，去白术加黄芩10g，大黄6g等行气清热泄下之品；头痛甚者，可加虫类药：全蝎8g，蜈蚣2条，地鳖虫3g；头痛经久不愈，痛处固定如针刺，久病入络，可加桃仁10g，红花10g，川芎15g，赤芍10g，活血通络；久病气血不足加黄芪15g，当归10g。在辨证基础上可加引经药，太阳头痛可加羌活10g，蔓荆子20g，川芎10g；阳明头痛可加葛根10g，白芷6g，知母10g；少阳头痛，选用柴胡6g，黄芩10g，川芎10g；厥阴头痛，选用吴茱

萸10g，藁本6g。水煎、每日1剂、日3服，服药期间停用其他治疗方案。上述两种方法均10天为1个疗程，疗程间休息3天。治疗2个疗程后判定疗效。疗效标准：参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》[5]制定。治愈：症状完全消失，随访一年未见复发；显效：症状基本消失，偶有轻微疼痛，但时间很短；好转：疼痛的程度、范围、次数及时间均有减轻；无效：治疗前后无明显变化。治疗结果：头痛消失，随访未再发生治愈者为48.7%，与西药组比较有极显著差异（$P<0.01$）；头痛基本缓解或偶伴有轻微疼痛，或间歇加重者为26.3%，与西药组比较有显著差异（$P<0.05$），经X^2检验，治疗组与对照组有效率比较（$P<0.05$），差异有显著意义，治疗组治愈率48.7%。对照组22%，两组比较差异有非常显著意义（$P<0.01$）。

杨氏[6]等应用加味温胆汤治疗胆郁型偏头痛疗效观察，治疗方法：均予以加味温胆汤加减：茯苓15g，法半夏10g，枳壳10g，竹茹10g，白芷10g，川芎10g，钩藤20g，陈皮10g，甘草5g，生姜3片。每日1剂，水煎分2次服。若化热则加丹皮10g、黄芩10g。兼瘀血加桃仁12g、红花10g；病久肝肾阴虚加枸杞15g、桑寄生10g。14天为1个疗程。服药期间忌烟、酒、茶及其他刺激性食物。治疗结果：临床治愈22例，占57.9%；显效11例，占28.9%；有效3例；占719%；无效2例占5.3%；总有效率94.7%。

高氏[7]等应用温胆汤治疗头痛37例。取得良好疗效。治疗方法：对照组30例，口服正天丸，每日2次，每次6g。治疗组37例中，应用基本方温胆汤：法半夏、广陈皮、茯苓各20g，炒枳实15g，竹茹30g，川芎15g，黄芪10g，生姜5片，甘草6g。痛在额者加白芷、葛根；痛在颞者加柴胡；痛在巅顶者加吴茱萸、藁本；痛在枕者加羌活、防风；全头痛者加枸杞、人参；肝气郁滞者加山栀、郁金；血瘀者加丹参、地龙；经期头痛加益母草；寒盛者加细辛。每日1剂，水煎，日服2次。两组均口服15天后停药。治疗结果：治疗组37例中，显效12例，有效21例，无效4例，总有效率为89.18%；对照组30例中，显效6例，有效14例，无效10例，总有效率为66.66%，两组经统计学处理有明显差异（$P<0.05$）。两组治疗后脑

血流图恢复情况比较，治疗组优于对照组($P<0.05$)。

梅氏[8]温胆汤加减治疗中学生紧张性头痛46例，方药组成：半夏12g，陈皮12g，茯苓10g，枳实12g，白术10g，天麻9g，竹茹10g，甘草6g。伴头晕，少寐，记忆力减退者加枸杞子12g，夜交藤15g，生地黄10g；伴恶心，纳差者加藿香9g，鸡内金15g。以上汤剂，1日1剂，分2次口服，15天为1个疗程。治疗效果：痊愈：治疗1~2个疗程，临床症状消失，停药1年未见发作36例。好转：临床症状消失，停药半年偶有发作，但发作时间症状较以往明显减轻8例。无效：临床症状减轻不明显或未减轻者2例。

【病案举例】

（1）患者，女，36岁。于2005年10月6日就诊，间断性头痛3年余，每因疲劳或情绪波动时诱发。三天前因劳累又致头痛发作，感左侧头部胀且跳痛，疼痛难忍，恶心欲吐，闭目畏光，心烦，口苦，目赤，大便干。脉滑数，舌质红苔黄。中医诊断：偏头痛。西医诊断：血管神经性头痛。证属：痰热内蕴，上扰清空。治宜：化痰降逆、祛风通络。方用温胆汤加黄芩10g，柴胡10g，天麻10g，白芷10g，菊花10g，刺蒺藜10g，元胡12g。水煎服，日1剂。服药3剂，头痛减轻，呕恶好转，仍感左侧头闷胀且跳痛，宗上方加蜈蚣两条，全虫6g，继服7剂，头痛大减，诸症消除，邪祛正安。[1]

（2）沙某，女，35岁。2006年3月12日初诊。患偏头痛10余年，间断发作，每发于左太阳穴处，痛不可忍，长期服用止痛镇痛等西药，服后当时缓解，停服痛又作。此次3天前头痛又作，左太阳穴处及眉棱骨痛不可忍，并有恶心，心烦，不思饮食，口苦，夜不能寐，舌质红，苔白腻，脉滑。查头颅CT未见异常，脑血流图示左侧大脑中动脉末端血流增快。西医诊断为偏头痛，中医辨证为胆郁头痛。治拟和解清化，方用温胆汤加味：茯苓15g、法半夏10g、枳壳10g、竹茹10g、白芷10g、川芎10g、钩藤20g、陈皮10g、夜交藤20g、甘草5g、生姜3片。每日1剂，水煎分2次服。服用7剂后疼痛减轻，恶心悉除，饮食增加，精神转佳。惟睡眠欠佳，心烦。药见效机，大法不变，原方加丹皮10g。又服14剂症状消失，复查脑血

流图正常。随访1年未复发。[6]

按：温胆汤，常用于治疗虚烦不眠、呕吐呃逆，惊悸不宁，癫痫等胆胃不和、痰热内扰证。现临床变通应用于治疗血管神经性头痛，疗效明显。中医认为痰为其主要病理因素。“头为天象，诸阳经会焉。若六气外侵，精华内痹，郁于空窍，清阳不运，头痛乃作。”胆附于肝，为奇恒之府。胆禀春升之气，“胆气春升则万物安”，胆气宜升不宜降，最忌郁遏。胆府清阳之气一旦郁遏，即可导致头痛。[6]说明其发生与情志因素关系密切，多由于情志不舒而致肝胆失其疏泄，木旺乘土，脾失健运，痰浊内生所致，正如《丹溪心法·头痛》云：“头痛多主于痰。”由于此病病程长，且反复发作，又多兼瘀、虚，温胆汤正主治其“痰”。偏头痛其证杂而多变，常因缠绵难愈反复发作而令临床工作者棘手。治疗偏头痛西医方法较多，诸如抗炎镇痛及钙通道阻滞等方法，但临床上很难取得满意疗效，因新特药物如曲坦类的使用，使治疗费用大大增加，减低了患者的依从性。对照组中取5-羟色胺对抗剂苯噻啶来治疗，能减轻症状，减少发作次数，但对急性发作无即刻缓解作用，故用能使脑动脉血管扩张与搏动恢复正常的酒石酸麦角胺咖啡因片缓解急性发作，但因其不良反应较大而只临时服用。治疗组用加味温胆汤治之。方中半夏为君，降逆和胃，燥湿化痰；竹茹为臣，清热化痰，止呕除烦，枳实行气、消痰，使痰随气下，佐以陈皮理气燥湿，茯苓健脾渗湿，湿去痰消。佐以姜、枣、甘草益脾和胃而协调诸药，加天麻清窍去痰，配蔓荆子通络止痛。全方共奏化痰通络、清窍止痛之效，使痰化、湿祛、络通，则通而不痛。本着从痰论治思想，连续进行2个疗程的治疗，服用温胆汤治疗，观察结果表明，温胆汤加减，治疗血管神经性头痛，疗效明显优于西药苯噻啶、酒石酸麦角胺咖啡因片组。因此，从痰论治治疗血管神经性头痛之可行性和优越性，为我们更好地指导临床治疗提供了一定的理论依据和实践经验。

二、脑血栓形成

脑血栓形成是神经系统的常见病、多发病，脑血栓形成是指在颅内外供应脑部的动脉血管壁发生病理性改变的基础上在血流缓慢、血

液成分改变或血黏度增加等情况下形成血栓，致使脑血液循环障碍脑缺血或梗死。其基本病因为动脉粥样硬化。临床多表现为头痛、呕吐、昏迷等。

脑血栓形成属于中医学“中风”病范畴。该病多在内伤积损的基础上，复因劳逸失度、情志不遂、饮酒饱食或外邪侵袭等触发，引起脏腑阴阳失调，血随气逆，肝阳暴张，内风旋动，夹痰夹火，横窜经脉，蒙蔽神窍，从而出现卒然昏仆、半身不遂诸症。其病机复杂，归纳起来不外虚（阴虚、血虚）、火（肝火、心火）、风（肝风、外风）、痰（风痰、湿痰）、气（气逆、气滞）、血（血瘀）六端。病理性质多数本虚标实，肝肾阴虚，气血衰少为致病之本，风、火、痰、气、瘀为发病之标，两者互为因果。《内经》就认识本病的发生与体质、饮食有密切关系。如《素问·通评虚实论》曾经明确指出：“……仆击，偏枯……肥贵人则膏粱之疾也。”《丹溪心法·论中风》指出：“东南之人，有风病者，非风也，皆湿土生痰，痰生热，热生风也。”痰热日久伤阴耗液，入络成瘀，痰瘀互结，内闭神窍出现中风诸症。因此部分脑血栓形成急性期病人舌象、脉象上有如下特点：舌质暗红，有瘀点，舌苔厚腻，舌下络脉怒张，脉滑。中医辨证为痰瘀阻滞经络。因此，行气化痰、祛瘀通络可作为治疗脑血栓形成的治则。有关研究表明，多数患者存在动脉粥样硬化、高脂血症，而现代临床研究证实，温胆汤可减少脂肪沉积，控制体重增长的作用，使高脂血症所致的脂肪颗粒沉淀，动脉粥样硬化危险因子减少，最终达到有效避免和延缓动脉硬化发生的目的，[9]而且温胆汤能使单胺类神经递质多巴胺、高香草酸、氨基酸类神经递质γ2氨基丁酸、谷氨酸的含量增高，改变脑组织神经递质含量而起到治疗作用[10]。

【临床应用】

陈氏[9]应用温胆汤配西医治疗痰瘀型脑血栓形成急性期30例，观察病例：共60例，随机分为治疗组30例和对照组30例。其中男32例，女28例，血栓形成部位均在基节区。两组患者性别、年龄、治疗前病情，脑血栓形成部位等经统计学处理，差异均无显著性意义（$P>0.05$），具有可比性。所有病例均在发病3天内入院，经CT或MRI确诊，西医诊断参照1995年全国第四届脑血管病学术会议通过

的《各类脑血管疾病诊断要点》的诊断标准。[10]中医诊断参考1996年国家中医药管理局脑病急症协作组《中风病诊断与疗效评定标准》中的中风病痰瘀型症候标准。治疗方法：对照组接受一般治疗、对症治疗、西医内科治疗、安慰汤剂治疗（浮小麦、麦芽各10g，甘草6g）以及康复治疗等综合治疗。治疗组在对照组治疗基础上，给予温胆汤加治疗。药用：茯苓、法半夏、竹茹、陈皮、大枣、地龙、乌梢蛇、蜈虫各10g，枳壳5g，甘草6g，水蛭3g，鸡血藤30g，每天1剂，200ml/剂。观察方法：主要观察神经功能缺损分表（NIHSS）、日常生活能力（ADL）、生活质量指数（QLI），观察时间治疗组和对照组均为1个月。统计方法采用统计软件SPSS10.0进行检验。疗效标准：参照1995年全国第四届脑出血病学术会议制定的临床评定标准[11]：基本痊愈：神经功能缺损评分（NIHSS）减少91%～100%，病残程度为0级；显著进步：神经功能缺损评分减少46%～90%，病残程度为1～3级；进步：神经功能缺损评分减少18%～45%；无变化：神经功能缺损评分减少或增加18%以内；恶化：神经功能缺损评分增多18%以上；死亡。治疗结果：①两组临床疗效比较，总有效率治疗组为96.66%，对照组为80.01%，两组比较，差异有显著性意义（$P<0.05$），提示治疗组疗效优于对照组。②ADL量表功能评定方法及Barthel指数（BI）内容包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大小便控制、上下楼梯、行走、轮椅转移、上厕所等项目，每项10分，60分以上为生活基本自理，40～60分为生活需要帮助，≤40分为需要很大甚至完全帮助。其结果如下：治疗组治疗后，生活基本能自理的有12例，生活需要帮助有11例，需要很大甚至完全帮助的只有7例，而对照组治疗后生活基本能自理的有4例，生活需要帮助有也11例，但其需要很大甚至完全帮助却有15例，差异有非常显著性意义（$P<0.01$），提示治疗组日常生活能力优于对照组。③两组治疗前后的生活质量指数（QLI）结果治疗前两组患者QLI指数积分比校，无显著性意义（$P>0.05$）。治疗后治疗组和对照组QLI指数积分增加，与治疗前相比差异有非常显著性意义（$P<0.01$）。治疗后治疗组与对照组相比，QLI指数积分差异均有显著性意义（$P<0.1$）。

施先庚[14]应用温胆抗栓汤治疗脑血栓形成30例，温胆抗栓汤组成：陈皮、枳实、地龙、水蛭、半夏各10g，葛根、丹参、石菖蒲、茯苓各30g，竹茹、川芎各15g，甘草6g，生姜5g。水煎服，日1剂，分3次。不能内服的患者用鼻饲给药。10剂为1个疗程，一般治疗需4～10个疗程。疗效标准及治疗结果：30例中，痊愈（症状完全消失，各项检查指标恢复正常者）14例，显效（症状基本消失，各项检查指标显著改善者）7例，好转（症状明显减轻，各项检查指标有所好转者）6例，无效（症状无变化或死亡者）3例。平均治疗天数为62.4天。

【病案举例】

（1）患者，姜某，女，61岁。1990年10月15日初诊。因左侧肢体活动不利，语言謇涩，在某医院诊断为“中风”。经中西药及针灸治疗46天，疗效不显，故来求治。证见：半身不遂，口眼㖞斜，语言謇涩，口角流涎。检查：右侧鼻唇沟变浅，口角左歪，左侧肌张力低，肌力Ⅰ级，病理反射阳性、形体肥胖。舌暗红，苔白腻，脉弦滑。中医诊断：中风（痰浊郁阻，血行不畅）；西医诊断：脑血栓形成。即投温胆抗栓汤治疗。药物组成：陈皮、枳实、地龙、水蛭、半夏各10g，葛根、丹参、石菖蒲、茯苓各30g，竹茹、川芎各15g，甘草6g，生姜5g。水煎服，1日1剂，分3次。药至20剂，症状明显减轻。后随证加减，共服药60剂，诸证消失，肢体功能恢复正常。[14]

（2）丁某某，男，75岁，工人。进行性神识昏蒙伴四肢乏力40天，由外院转入本科。患者原有高血压病16年，先后“中风”2次，均于外院治愈。40天前因突发四肢无力而住外院，给脱水、抗感染、活血化瘀等治疗，病情加重，出现嗜睡、反复神志不清等症。刻诊：神志恍惚，嗜睡，时而鼾声大作，面色㿠白，纳少，食入发呛，大便失禁而小便癃闭，右手撮空理线，颈项强，苔白腻，舌质暗淡，脉虚弦。神经系统检查：嗜睡状，定向力差，双瞳等大，对光反射存在，眼底动脉变细，左上肢肌力0级，右上肢肌力Ⅴ级，双下肢肌力Ⅱ级，四肢腱反射亢进，双侧巴氏征（+），左上肢针刺觉迟钝。头颅CT检查：两侧基底节腔隙性梗塞，明显脑萎缩，幕上脑室扩大。入

院诊断：西医为：①脑血栓形成；②老年性痴呆；③继发性贫血（原因：消化系肿瘤）。中医诊断为中风－中脏腑。中医辨证：患者年过七旬，阴竭于下而水不涵木，加之老年脾虚，运化无权，而痰湿中阻，故一旦阴不恋阳，虚阳挟痰浊上蒙清窍，阻塞脑络，发为“中风”。今患者时有昏溃，张口闭目，右手撮空理线，大便失禁而小便癃闭，此乃闭脱之证相杂而现。治当清热涤痰开窍以祛邪闭，酌情益气养血以扶本元。拟方：胆南星15g，法半夏10g，茯苓15g，枳实15g，竹茹6g，白蒺藜30g，全当归12g，郁金15g，石菖蒲15g，陈皮6g，生晒参（另煎）10g，安宫牛黄丸（化服）一粒。以上方为基础加减应用10余剂，配合一般西医治疗（脱水、抗感染、纠正电解质紊乱等），患者意识转清，精神稍振，对答切题，进食增至每餐一小碗半流质，右手撮空理线症消除（患者后因食道肿瘤而自动出院）。[15]

按：临床患者多存在由于现在人们生活条件越来越好，平素多饮酒并常食肥甘厚味，这些均为生痰之品。温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等的胆胃不和，痰热内扰证，现将其临床变通用于治疗脑血栓形成，尤其痰瘀阻络者，疗效显著。中医学认为本病多本虚标实，由于饮食不当，多食肥甘厚味，损伤脾胃而致痰湿内蕴，痰邪郁久化热，火性上炎，夹痰上扰，闭阻经络，而致半身不遂；痰热上扰清空，闭阻清窍则见舌强言謇或不语；[16]久病入络，痰瘀胶结，风阳痰火内闭神窍，脑络瘀阻而见卒然昏倒，不省人事等症。中风病人虽为急性起病，但其病理之形成却是一个慢性过程，属中医学“久病入络”的范畴。中医辨证为痰瘀阻滞经络。温胆汤以茯苓、半夏、甘草、枳实、陈皮、大枣、竹茹等组成，具有健脾和胃，行气化痰之功。该方组方严谨，方中以茯苓、半夏、甘草、大枣、陈皮健脾和胃，化痰祛湿；以竹茹清热化痰；以枳实行气消痰，让痰湿从大便而走，使邪有出路。清代名医叶天士云：“飞者升，走者降，灵动迅速拔沉混气血之邪”，又谓“病久则邪正混处其间，草木不能见效，当以虫蚁疏逐”。唐容川在《本草问答》中云：“动物之功利，尤甚于植物，以其动物之本性能引，而又具有攻性”。明确地指出虫类药的特性是行走攻窜之品，其通经活络，活

血祛瘀之力，非草木之品所能及也。治疗组在温胆汤基础上加入了水蛭、地龙、蜈蚣、乌梢蛇等虫类药，取得了很好的临床疗效。临床观察结果表明，应用温胆汤配合西医综合治疗，疗效明显优于西药组，中西医结合治疗痰瘀型脑血栓形成急性期，疗效肯定。

三、失眠

失眠为神经系统的一种常见病，而顽固性失眠是指以长期不能获得正常睡眠为特征的一种病症。主要临床表现为入睡困难或维持睡眠障碍（易醒、早睡和再入睡困难），睡眠时间减少或质量下降，不能满足个体生理需要，明显影响日间社会功能或生活质量。有关研究表明，多数患者存在精神、情志的刺激，导致神经－内分泌－免疫机制失调。

失眠系临床常见之症，属中医不寐范畴。其病因多为情志所伤，肝郁化火，灼烁阴血，炼液成痰或饮食不节，脾失健运，聚湿为痰，蕴而化热，致痰热内扰，魂不归舍而致不寐。如《沈氏尊生书·不寐》云："心胆俱怯，触事易惊，梦多不详，虚烦不眠"。其病理变化，总属阳盛阴衰，阴阳失交。一为阴虚不能纳阳，一为阳胜不得入于阴。病位主要在心，与肝、脾、肾密切相关。因心主神明，神安则寐，神不安则不寐。而阴阳气血之来源，由水谷之精微所化，上奉于心，则心神得养；受藏于肝，则肝体柔和；统摄于脾，则生化不息；调节有度，化而为精，内藏于肾，肾精上乘于心，心气下交于肾，则神智安宁。若肝郁化火，或痰热内扰，神不安宅者以实证为主。心脾两虚，气血不足，或由心胆气虚，或由心肾不交，水火不济，心神失养，神不安宁，多属虚证，但久病可表现为虚实夹兼。现代药理研究表明，温胆汤有促眠作用及其调节失眠症的神经－内分泌－免疫机制。[17]因此化痰清热，和中安神可作为治疗失眠的重要手段。

【临床应用】

盛氏[18]应用温胆汤合半夏秫米汤加味治疗顽固性失眠56例，疗效良好。观察对象：56例，男35例，女21例；年龄21～78岁，平均48.5岁；病程最长16年，最短2个月。轻者入寐不酣，多梦易醒。重者彻夜不寐，精神恍惚。治疗方法：采用温胆汤合半夏秫米汤

加味。药用：姜半夏15g，茯苓20g，生甘草6g，陈皮10g，枳实10g，竹茹10g，夏枯草15g，珍珠母30g（先煎），石菖蒲12g，远志10g，郁金12g，丹参15g，生薏苡仁30g，合欢皮15g，夜交藤30g。加减：肝血不足者加当归、白芍；心阴不足者加柏子仁、麦冬、琥珀；心气虚者加党参；有痰热之象者加黄连，彻夜不寐者加蝉衣。每日1剂，水煎分2次服，7天为1个疗程，取得了满意疗效。疗效标准：治愈：睡眠恢复正常，精神、生活、工作、学习均恢复正常，随访半年未复发；有效：睡眠每日在6h以上，精神好转；无效，服药1个疗程后无明显好转。治疗结果：经治疗1个疗程后，56例中，治愈32例，好转21例，无效3例，总有效率为94.6%。

李氏[19]温胆汤加味治疗失眠症46例，治疗方法：予温胆汤加减治疗。基本方：法半夏10g，陈皮10g，枳实10g，竹茹10g，生姜6g，甘草6g。惊悸不安加琥珀3g，研末送服；肝气不舒加柴胡、青皮；阴虚阳亢加生龙骨、生牡蛎；阴虚火旺加黄连、生地黄、白芍；痰浊蒙蔽，心肾不交加石菖蒲、远志。无论何种失眠，日久均可形成瘀血阻滞而顽固难治，可加用活血化瘀通络之品，如当归、丹参、川芎等。上药浸泡30min，文火煎煮2次，共取汁400ml，早晚分服，每日1剂，10剂为1个疗程，疗程间休息3日，服药3个疗程病情无明显改善为无效。用药期间停用一切镇静药。治疗结果：46例中，痊愈（睡眠恢复正常）33例，占71.74%；显效（每晚睡眠达5～6h）7例，占15.22%；有效（睡眠时间延长，自觉症状明显减轻）5例，占10.87%；无效（治疗后症状无明显改善）1例，占2.17%，总有效率97.83%。

【病案举例】

（1）马某，女，41岁。于2003年5月9日初诊，患失眠症已3年多，失眠多梦，精神恍惚，甚则彻夜不寐。曾到多家医院诊治无效，一直靠服用地西泮，方可微微合眼。近3个月来，彻夜不寐。诊见：神情呆滞，精神恍惚，脘腹胀闷不适，舌质红，苔黄腻，脉弦滑微数，中医诊为不寐，证属痰热内扰，胃失和降。予以温胆汤合半夏秫米汤加味治疗。药用：姜半夏15g，茯苓20g，生甘草6g，陈皮10g，枳实10g，竹茹10g，夏枯草15g，珍珠母30g（先煎），石菖蒲

12g，远志10g，郁金12g，丹参15g，生薏苡30g，合欢皮15g，夜交藤30g，蝉衣6g。服药3剂后，神情如常，语言流利，睡眠可达4h以上，脘腹胀闷不适已除，舌苔黄腻已减，脉微弦滑，继服5剂，睡眠已基本恢复正常。上方去珍珠母、蝉衣，加柏子仁20g，麦冬12g，再服7剂巩固疗效，随访1年未复发。[18]

（2）赵某，女，42岁。2003年2月3日初诊。主诉：失眠10余年。每晚睡眠1～4h，甚至彻夜不寐，曾用镇静安定西药，未见明显疗效。近1周来症状加重，彻夜不寐，伴有头昏目眩、心悸健忘、胸脘痞闷、纳呆泛恶，患者形体消瘦，面色苍黑，舌苔黄腻而厚、舌质淡胖，脉弦数。诊断为失眠，证属痰热内扰，心神失养。治宜清热化痰，宁心安神，予温胆汤加减：半夏12g，陈皮10g，枳实10g，竹茹10g，生姜6g，甘草6g，石菖蒲10g，远志10g，生牡蛎20g。水煎服，1日1剂。服药3剂，睡眠明显改善，精神渐佳，纳食已增，效不更方，原方继服9剂，患者睡眠正常，胸脘不适、头晕恶心等症状均消失。随诊1年未见反复。[19]

（3）肖某，男性，35岁。某厂厂长。夜难安眠已久，乱梦纷纭，睡后易惊，每晚非服安眠药物不能入睡。精神不振，易于烦躁，纳食乏味，食后则脘腹胀满不适，口干不欲饮水，舌苔黄厚，左关脉滑，余部脉象虚小，曾服酸枣仁汤1周未获显效。睡后易惊，为肝胆郁热夹痰，扰及心神，致使夜寐不宁，拟以清胆豁痰安神之温胆汤加味为治。处方：广陈皮4.5g，清半夏9g，云茯苓9g，炙甘草6g，枳实3g，竹茹9g，石菖蒲6g，黄炒连1.5g。服药1周后，已不服安眠药即可入睡3～4h，烦躁亦减，腹仍胀满不舒，舌脉如故，又以此方加减，服至月余，上症基本痊愈。[20]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证，如胆怯易惊、虚烦不宁、失眠多梦、呕吐呃逆、癫痫等。所以将其应用于治疗失眠，疗效显著。中医学认为七情所伤，即恼怒、忧思、悲恐、惊吓而导致气血、阴阳失和、脏腑功能失调，以至心神被扰，神不守舍而不寐。《医效密传·不得眠》曰："夜以阴为主……阴虚为阳所胜则终夜烦扰而不眠。心藏神，大汗后则阳气虚故不得眠。心主血，大下后则阴气弱故不得眠……新瘥后，阴气未复故不眠……若汗出鼻干而不

得眠为邪入于表也”。自《内经》立半夏秫米汤为治以来，历代医家迭有发明，究其机制，无外虚实二端，实则为食滞肠胃，即《内经》所谓“胃不和则卧不安”。虚则当分外感内伤。外感失治邪陷少阴，可成黄连阿胶汤证；误治，可成栀子汤证。唯内伤不寐最为复杂，必先辨明所伤脏腑，方可遣方用药。然情志内伤，往往多脏受累，扑朔迷离，区别不易，辨证时须于本质处着眼，找出主要矛盾，针锋相对，否则即成隔靴搔痒。[20]温胆汤所治失眠之证实属胆气不和，失于宁谧，而本由痰郁化热，阻于中焦，以致中土壅滞，木郁不伸所致。所以以温胆汤为基本方，取陈皮、半夏、竹茹、枳实清化痰热，和胃降逆，茯苓宁心安神。半夏与夏枯草伍用出自《冷庐医话》卷3引《医学秘旨》。盖半夏生当夏季之半，即夏至前后，夏至一阴生，为大自然阴阳交会之期，取象比类，格物致知，半夏可为引阳入阴而使阴阳交会的药物。夏枯草，朱丹溪认为“此草夏至后即枯，盖禀纯阳之气，得阴气则行枯”，也是从阳引阴而使阴阳交会的药物，与半夏相须为用，则交通阴阳之力更宏。现代著名中医学家朱良春教授对半夏与夏枯草之配伍亦甚为赞赏，认为加珍珠母30g入肝安魂则立意更为周匝。远志、菖蒲伍用，即为远志汤。出自《圣济总录》。远志辛温行散，宁心安神，菖蒲辛散温通，理气化痰安神，二药伍用开窍启闭宁神之力甚强。加入郁金行气解郁安神，丹参养血安神，合欢皮、夜交藤养心安神，甘草调和诸药。诸药相伍，相得益彰，临床应用效如桴鼓。诸药合用，化痰而不燥，清热而不寒，使痰热尽去，胆腑自然恢复其少阳温和之气。观察结果表明，应用温胆汤治疗失眠，尤其痰热内扰、虚烦不寐者，疗效显著。

四、脑萎缩

脑萎缩是指由于各种原因导致脑组织本身发生器质性病变而产生萎缩的一类神经精神性疾病。脑萎缩包括小儿脑萎缩、成人脑萎缩，以老年人多见。萎缩在临床最主要的症状是痴呆，尤其是老年人易引起老年痴呆症。脑萎缩起病较为缓慢，呈进行性加重，多数病人的发病日期难以明确肯定。其临床表现与脑萎缩发生的部位及程度有关。其中弥漫性大脑皮层萎缩以痴呆、智能减退、记忆障碍、性格改变、

行为障碍为主。有的伴有偏瘫和癫痫发作。局灶性脑萎缩以性格改变为主；小脑萎缩以语言障碍及形体的共济失调和震颤为主。从脑萎缩的临床表现来分析，大致又可分为两大类，一是大脑功能衰退，二是痴呆等智能减退。大脑功能的衰退表现为头晕、头痛、失眠、记忆力差、手足发麻、情绪抑郁等；智能减退表现为认知及社会适应能力的障碍，如记忆力、理解力、判断力、计算能力的减退，以至发生痴呆。现代医学认为，脑萎缩是由多种原因引起脑组织体积缩小的一种衰退性疾病，最常见的致病因素是血管性疾病，而各种原因引起的脑血管、心血管以及周围血管性疾病，都会影响到全身的血液循环，从而导致脑动脉硬化、缺血，甚至梗死等，使脑组织因缺乏必需的营养而受损，以致于出现脑功能减退甚至脑萎缩。

脑萎缩为神经系统的常见病，属中医“痴呆”、“健忘”、“眩晕”、“痿证”、“震颤”等范畴。其病因多以内因为主，由于年迈体衰、七情内伤、久病耗损等原因导致气血不足，肾精亏耗，脑髓失养，或气滞、痰阻、血瘀于脑而成。本病为一种全身性疾病，其基本病机为脑海不足，神机失用。由精、气、血亏损不足，髓海失充，脑失所养，或气、火、痰、瘀诸邪内阻，上扰清窍所致。病位在脑，与心、肝、脾、肾功能失调密切相关。病理性质多属本虚标实之候，本虚为阴精、气血亏虚，标实为气、火、痰、瘀内阻于脑。病机上气滞、痰浊、血瘀之间常发生转化，或相兼为病，终致痰瘀交结，病情缠绵难愈。如《灵枢·海论》：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”《辨证录》：“大约其始也，起于肝气之郁；其终也，由于胃气之衰。肝郁则木克土，而痰不能化，胃衰则土不能制水，而痰不能消，于是痰积于胸中，盘踞于心外，使神明不清，而成呆病矣”。多数患者久病痰作祟，以痰浊蒙窍及瘀血内阻为多，且肾与髓密切相关，补肾不容忽视。因此，临床治疗脑萎缩，以化痰泄热、滋肾平肝、通窍畅络作为治则。现代药理研究证实，温胆汤具有延缓大脑衰老，可能具有稳定神经细胞生物膜系统作用。[21]

【临床应用】

储氏[22]脑萎缩治验两则，其一以温胆汤为基础方，药用：黄连5g，法半夏、陈皮、淡竹茹、炒枳实、莱菔子、山栀、石菖蒲、生甘

草各10g，潞党参12g，辰茯神、生地、紫丹参各20g，夏枯草30g。水煎服，每日1剂，疗效良好。

李氏[23]应用菖蒲郁金温胆汤治疗老年性痴呆20例，取得良好效果。治疗方法：菖蒲郁金温胆汤：菖蒲、半夏各15g，郁金、枳实、竹茹、南星、陈皮各10g。气虚加黄芪30g；肾虚加补骨脂30g，益智仁10g；肝气不舒加柴胡10g；血瘀加丹参30g，牛膝10g；烦躁加莲子30g，远志10g；头痛加川芎30g，白芷l0g。水煎服，1日1剂，分早晚各服300m1，30天为1个疗程。疗效标准：临床治愈，服药后症状消失，记忆力恢复，对答切题，重病症者症状减轻，再续1个疗程症状消失。治疗结果：经治疗少则1个疗程，多则2个疗程，其中有一患者因脑外伤而致痴呆，治疗后恢复半年症状全消失。

【病案举例】

（1）射某，男，72岁，农民。1996年3月17日诊。患者头晕耳鸣1年余，颅脑CT检查，诊断“额叶脑皮质萎缩”。症见头重足轻，状如醉酒，甚则眩晕恶心，心烦胆怯，失眠健忘，腰酸耳鸣，胸脘痞闷，口苦纳呆。血压升高（24/13.6kPa），舌质红伴紫色，苔黄腻，脉细而弦滑。中医诊断肾虚痰火眩晕，系肾阴不足，髓海空虚，心肝火旺，痰浊内阻，胃失和降，痰火相并，上蒙清窍，以致眩晕耳鸣。治拟化痰泄热，养阴平肝。方用黄连温胆汤加减：黄连5g，法半夏、陈皮、淡竹茹、炒枳实、莱菔子、山栀、石菖蒲、生甘草各10g，潞党参12g，辰茯神、生地、紫丹参各20g，夏枯草30g。水煎服，每日1剂。4月7日诊：眩晕略减，血压下降（21.3/12kPa），苔淡黄腻，舌脉同前。此乃火势已挫，痰浊难化，正气未复，治以原方去山栀，加浙贝母、生白术各10g。5月10日诊：药进病退，心烦胸痞已除，纳增寐安，惟见腰酸乏力，记忆力差或时头昏，苔薄，脉弦细。此为肝肾阴虚之象，嘱常服杞菊地黄丸以补肾平肝，益脑延寿。[22]

（2）张某，男，70岁，退休干部。初诊于1994年3月27日（妻代诉），半年前自感头昏闷痛，记忆力减退，有时静坐呆望，儿女们叫时无反映。近月来症状加重，记忆力丧失，神志恍惚，表情淡漠，呆坐数小时不动。曾在西安某医院作CT检查，提示小脑萎缩，

平时血压正常，脉弦，舌紫苔白厚。诊为肝郁气滞，痰浊阻窍。给中药菖蒲郁金汤：菖蒲15g，郁金、竹茹、枳实、半夏、陈皮、南星各10g，加柴胡、甘草、牛膝各10g，丹参、川芎各30g。服药半月，自感神志清，头昏、头闷痛比前减轻，记忆有所恢复。查房时渐有表情。又服药半月，前症状消失，对答切题，记忆力恢复，出院带上方续服2个月，以巩固疗效。随访1年未复发。[23]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和、痰热内扰证。临床将其应用于治疗脑萎缩，疗效显著。中医学认为本病病位在脑，但与各脏腑功能密切相关，病理机制属本虚标实。此病在脑，责之于肾。肾主藏精、生髓，然肾精不足则脑海空虚而头重耳鸣，腰酸健忘，脉象细；肾虚则水不济火，心火扰神而心烦失眠，舌质见红；水不涵木，木气怫郁而克土，土病则聚液成痰，痰气互结而致木土违和，故胸脘痞闷，恶心纳呆，苔黄腻，脉弦滑；痰浊蕴遏挟肝胆郁火上扰清阳，以致眩晕。治宜化痰泄热、补肾平肝法。方用黄连温胆汤去生姜，加山栀、夏枯草化痰泄热，清肝降火；生地、党参滋肾健脾；丹参降而行血，扩张周围血管，降低血压；莱菔子化痰消食；菖蒲行心气，畅心神，通窍隧。诸药合用，具有清胆和胃、化痰降火、滋肾平肝、通窍畅络的功用。观察结果表明，应用温胆汤加减治疗脑萎缩，疗效满意。

五、神经官能症

神经官能症又名神经症，是一组由于大脑功能失调所导致的疾病的总称，神经症的发病机理，迄今尚未明确，一般认为是由于各种精神因素引起的高级神经活动的紊乱，致使大脑神经机能活动失调的一种神经系统功能性疾病，其中包括神经性抑郁症、恐怖症、强迫症、焦虑症、疑病症、癔病、神经衰弱症等。发作时可表现为脑力和体力的不足，头痛、失眠；或表现为莫名的、广泛的焦虑或紧张感，厌世、意志消沉；也可能失去自信并被疑虑所困扰，全神贯注于一些小病症；或者反复出现明知不合理而又无法摆脱的观念、意向和行为；或者对某种特定事物或境遇怀有强烈的恐惧等。神经症采用西药治疗往往产生过度镇静和药物依赖等不良反应，多数患者容易复发而且需

长期服药。

神经官能症属中医的郁证、癫狂、脏躁等范畴。其病因与七情内伤、饮食失节、禀赋不足相关，损及心、脾、肝、胆、肾，导致脏腑功能失调和阴阳失于平秘，进而产生气滞、痰结、郁火、瘀血等，蒙蔽心窍或心神被扰，神明逆乱，从而引起神志异常。本病初起多实，以气郁为病理基础，久之则由实转虚，引起心肝脾气血阴精亏损，而成为虚实夹杂之候。病理因素以气、痰、火瘀为主，相互影响。如《灵枢·大惑论》曰："有痰在胆经，神不归舍，令人不寐。"《古今医统大全·不寐候》谓："痰火扰乱，心神不宁，思虑过伤，火炽痰郁而致不眠。"多数患者属痰热扰心、心神不宁之证。因肝气郁结，日久化热，肝火上炎，上扰清窍而致头晕头胀；肝气犯脾，脾失健运，聚湿生痰，痰郁化热，痰热内扰心神，而致失眠。心烦易怒，胸闷口苦，舌红，苔厚微黄，脉弦滑有力，为肝胆气郁，痰热内结之象。因此，以理气解郁、化痰安神作为治则。现代药理研究证实，温胆汤有调节自主神经功能紊乱、镇惊、镇静的作用。

【临床应用】

刘氏[24]应用温胆汤加减治疗神经症180例，按1987年中华医学会第二届神经精神学术会议所拟定的疗效标准确诊。至少有下列1项：①恐惧；②强迫症状；③惊恐发作；④焦虑；⑤躯体形式症状；⑥躯体化症状；⑦疑病症状；⑧神经衰弱症状。严重病例：社会功能受损或无法摆脱的精神痛苦，促使其主动求医。病程标准：符合诊断标准至少已3个月，惊恐障碍另有规定。排除标准：排除器质性精神障碍、精神活性物质与非成瘾物质所致精神障碍、各种精神病性障碍，如精神分裂症、偏执性精神病及心境障碍等。治疗方法：所有病例均予温胆汤加减，药用：茯苓15g，竹茹9g，半夏、枳实、陈皮、酸枣仁、远志、合欢花各10g，龙骨、牡蛎各30g，甘草6g。加减：大便秘结者加瓜蒌仁、草决明；口苦口干、急躁易怒者加龙胆草、栀子；头晕耳鸣、五心烦热、腰酸遗精者加知母、黄柏；久病气虚者加党参、黄芪；眩晕较重者加白芍、代赭石；呕吐频繁者加黄连、紫苏叶；嘈杂似饥者加姜汁炒黄连；精神恍惚，悲伤善哭者加淮小麦、大枣；精神抑郁，常感咽间有物梗阻，吞之不下，吐之不出者加郁金、

厚朴。每日1剂，水煎2次混合，取汁300ml，分早晚2次温服，7日为1个疗程，3个疗程后评定疗效，结果令人满意。疗效评定：疗效标准：①治愈：临床症状消失，1年内无复发；②显效：临床主要症状明显好转，或痊愈后3个月内复发；③有效：临床症状有所改善；④无效：治疗2周后，临床症状无改善。治疗结果：180例病例经3个疗程中药治疗后，治愈35例，显效133例，有效8例，无效4例，总有效率97.8%。

杨氏[25]应用温胆汤加减治疗神经官能症28例疗效观察，治疗方法：温胆汤为基础加减。肝气郁结加柴胡，炒枳壳、香附、郁金；气郁化火加龙胆草、大黄；气滞痰郁加香附、佛手、炒枳壳、代赭石；忧郁伤神加远志、枣仁、浮小麦；心脾两虚加生芪、当归、龙眼肉；阴虚火旺加栀子、丹皮、珍珠母。每日1剂，水煎服，4周为1个疗程。疗效判定：①情绪稳定，生活如常，已能参加工作，为痊愈。②情绪基本稳定，已能参加正常工作，为好转。③治疗未见改善者，为无效。治疗结果：肝气郁结14例，痊愈12例，好转2例，气滞痰郁8例，治愈6例，好转2例，忧郁伤神6例，治愈6例。全部病例在2~4个疗程之间。

【病案举例】

（1）患者，女，43岁。2001年11月18日初诊。2年前因工作与单位职工发生争执，后出现心悸，气短，情绪不安，胸胁胀满，哭笑无常。自感咽部有异物，不好睡眠。求治于当地医院，时好时坏。用药不详。今来我院就诊。查体：五官端正，神志清晰，巩膜无黄染，鼻无脓性分泌物，口腔无异味，舌红暗，边有齿痕，颈无对抗，气管居中，甲状腺不大，胸腔无畸形，心界不大，各瓣膜区无杂音，肺呼吸音正常，腹软，肝脾未触及，肠音正常。四肢活动灵活，二便正常，脉弦数。血压115/75mmHg，心律齐84次/min，心电无异常。B超肝、胆、胰腺未见异常。X线胸透未见异常。诊为郁证（神经官能症）。症属肝气郁结，郁而化火。治以疏肝理气，解郁清热。处方：陈皮10g，半夏12g，茯苓10g，炙甘草8g，竹茹10g，炒枳壳10g，丹参15g，南星3g，炒莱菔子20g，薤白10g，合欢花12g，夜交藤20g，石菖蒲（破）12g，炒远志10g，珍珠母30g（先煎），栀

子18g，浮小麦20g，大枣（破）5枚。每日1剂，水煎服。11月15日二诊，症状明显好转，效不更方。继用18剂，12月5日三诊，情绪稳定，一切如常，已参加工作。以原方加减巩固疗效1个月余。[25]

（2）秦某，女，42岁，干部。2001年4月15日初诊。患者于入院前1年因单位某事件受精神刺激，出现心悸，失眠，头晕，入睡困难，寐而易醒，服地西泮能入睡，用量由每晚5mg增至15mg。刻诊：精神忧郁，食纳欠佳，月经紊乱，眼眶周围黑晕，舌质淡，苔白腻。证属气机郁滞，痰火内生。治疗：谷维素40mg，每日3次口服；黄连温胆汤，每日1剂。10剂后睡眠明显改善，地西泮减至每晚7.5mg，月经来潮。嘱其停用地西泮，继续服药7剂，睡眠基本正常。[26]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和、痰热内扰证。《备急千金要方》云："温胆汤疗大病后虚烦不得眠。"[27]陈言的《三因极一病证方论》中提到温胆汤主治"心胆虚怯，触事易惊，或梦寐不祥，或异物感惑，心惊胆怯，气郁生涎，涎与气搏，变生诸证，或短气惊乏，或体倦自汗，四肢浮肿，饮食无味，气虚烦闷，坐卧不安。"[28]《成方切用》言温胆汤"治胆虚痰热不眠，虚烦惊悸，口苦呕涎"。诸家论述均不离痰火、郁热，所以临床将温胆汤应用于治疗神经官能症，疗效显著。神经官能症又名神经症，又称神经官能症或精神神经症，是一组精神障碍的总称，包括神经衰弱、强迫症、焦虑症、恐怖症、躯体形式障碍等等。中医学认为其产生大多与胆虚痰热内扰有关。胆附于肝，其经脉属胆络肝，两者互为表里，痰热内扰致气机升降失调，神明被扰，则必然出现紧张、焦虑、疑虑、惊恐、失眠等一系列精神症状表现，《素问·灵兰秘典论》云："胆者，中正之官，决断出焉。"痰热内扰，胆虚受邪，决断失司，则精神不宁，反映出精神思维方面的障碍。因此应用温胆汤理气解郁、化痰安神，方中陈皮、半夏燥湿化痰，理气和胃，枳实行气导滞、舒展气机，竹茹清热化痰除烦，茯苓、远志化痰宁心，龙骨、牡蛎镇惊安神，合欢花解郁宁神、酸枣仁养血安神，甘草调和诸药。方中正如陈修园《时方妙用》所云："二陈为安胃祛痰之剂，加竹茹以清膈上之虚热，枳实以

除三焦之痰壅，热除痰清，而胆自宁……”，胆属少阳，具升发之气，胆气升，十一脏之气皆升，各脏腑功能恢复正常活动。在运用温胆汤加减治疗的同时，必须注意加强精神和心理治疗，作好心理调适，鼓励患者树立战胜疾病的信心。[29]临床观察结果表明，应用温胆汤治疗神经官能症，疗效满意。

六、癫痫

癫痫是神经内科的常见病，西医认为癫痫是以脑神经元异常放电所致的突然、反复的神经系统功能失调的病症。癫痫是一种突发性，短暂性大脑功能失调性疾病。病理为脑神经元异常放电，发病率较高，可发生于任何年龄，青少年尤为多见。主要表现为癫痫发作时，病人往往大叫一声，昏倒在地，四肢抽搐，两眼上视，口吐涎沫，小便失禁，数秒或几分钟消失，也有的病人出现短暂的意识障碍。

癫痫属中医“痫病”范畴，俗称“羊角风”。其病因多为七情失调，先天因素，脑部外伤，饮食不节，劳累过度，或患它病之后，造成脏腑失调，痰浊阻滞，气机逆乱，风阳内动所致，而尤以痰邪作祟最为重要。病理因素总以痰为主，每由风、火触动，痰瘀内阻，蒙蔽清窍而发病。以心脑神机失用为本，风、火、痰、瘀致病为标。其中痰浊内阻，脏气不平，阴阳偏胜，神机受累，元神失控是病机的关键所在。该病的病机转化决定于正气的盛衰及痰邪深浅。发病初期，痰瘀阻窍，肝郁化火生风，风痰闭阻，或痰火炽盛等以实证为主，因正气尚足，痰浊尚浅，易于康复；若日久不愈，损伤正气，首伤心脾，继损肝肾，加以痰瘀凝结胶固，表现虚实夹杂，则治愈较难，甚至神情呆滞，智力减退。难治性癫痫病人大多有痰血瘀阻，气机紊乱的情况。因此，涤痰逐瘀，开窍止痉，调畅气机可作为癫痫的治疗原则。现代药理研究证实，温胆汤具有镇静、镇痛、抗惊厥作用，并具有稳定神经细胞生物膜系统作用，从而保护神经元内环境。[30]

【临床应用】

何氏等[31]运用中西医结合治疗难治性癫痫52例，共观察52例，男32例，女20例；年龄13～68岁，平均48.7岁；病程2～42年，平均16.8年。发作类型（按1981年国际分类标准）：单纯部分性发

作（SPC）6例，复杂部分性发作（CPS）16例，部分性发作继发全身性发作（GTC）24例，失神性发作（ABs）5例，强直性发作（TS）1例。脑电图异常43例，正常9例。入选标准：①临床和脑电图或临床确诊的癫痫患者；②长期服用2～3种针对发作类型的一线抗癫痫药，血药浓度检测在有效治疗范围内，每月仍有4次以上发作；③排除颅内占位性病变，如血管畸形或其他进行性神经系统疾病。治疗方法：中药主方以温胆汤加胆南星、石菖蒲、全蝎、地龙、水蛭组成。药用：茯苓10～30g，半夏6～20g，橘红6～15g，枳实6～15g，竹茹6～15g，胆南星6～15g，石菖蒲6～20g，全蝎3～10g，地龙10～30g，水蛭6～15g，甘草3～10g。头晕、头痛者加天麻、石决明、藁本、葛根、赤白芍、豨莶草等；失眠多梦者加珍珠母、炒枣仁、夜交藤等；体虚无力者加人参、黄芪、白术等；抽搐严重者加蜈蚣、蜣虫、僵蚕等；痰多者加白矾、天竺黄等；瘀血明显者加桃仁、红花、川芎、代赭石等；烦热、烦躁者加黄连、生石膏、琥珀、生铁落等；精神萎靡、反应迟钝者加山萸肉、益智仁、枸杞子等；大便干者加大黄、火麻仁、郁李仁等。每日1剂，水煎2次，取汁400ml，分早晚2次温服。连服30天为1个疗程，停药3～5天，开始第2个疗程治疗。患者最少治疗3个疗程，最多8个疗程。疗效良好。治疗3、4、6、8个疗程后记录病人用药后的变化，包括发作类型、发作次数、发作持续时间、不良反应及好转情况，脑电图异常的患者查脑电图，部分病人查肝功、肾功、血尿常规、血糖、血脂等。患者在治疗过程中，嘱病人调节情志，勿食辛辣肥厚刺激性食物，注意休息，适当的工作强度和活动锻炼，服用的一线抗癫痫药和服用剂量不变。疗效标准：以病人治疗前3个月内发作频率为基线，与治疗后3个月内的发作频率进行比较。显效：发作频率较基线减少≥75%；有效：发作减少50%～74%；效差：发作减少30%～49%；无效：发作减少<30%。治疗结果：按上述疗效判定标准，有效率86.5%，显效率57.7%。患者在用中药治疗3～8个疗程后的疗效结果：有效率分别为85.7%、81.8%、90.5%、83.3%，各种类型发作的治疗效果，有效率分别为：SPS83.3%；CPS75.1%；GTC91.7%；Abs100%；Ts100%。脑电图：治疗前有43例患者脑电图异常，治疗3个疗程后

有9例脑电图转为正常，治疗4个疗程后有2例转为正常，6个疗程后有12例转为正常，8个疗程后有2例转为正常，仍有18例患者脑电图异常，其中9例较前好转。不良反应：患者在治疗过程中，有1例患者反映有皮肤瘙痒情况，调整药物后皮肤瘙痒消失，其他均无明显的不良反应出现，查血尿常规、肝功、肾功、血糖均较前无明显改变，血脂较前降低。

张氏[32]菖郁温胆汤治疗癫痫48例，基本方药物组成：石菖蒲15g，郁金10g，法半夏10g，茯苓10g，枳实10g，竹茹10g，甘草6g，草河车30g，钩藤15g，川贝母（另研）6g，明天麻（另包）6g。加减：兼血瘀者加丹参15g；伴外感风邪者加荆芥、防风各10g；心烦好动者加川黄连3~6g；脾虚者加党参15g，白术15g；夜寐欠佳加炙远志10g。每日1剂，煎取300ml，每次服150ml，每日2次，小儿酌减。治疗结果：48例中治愈26例，占54.17%；好转19例，占39.58%；无效3例，占6.25%，总有效率为93.75%。

【病案举例】

（1）患者，吴某，男，21岁，学生。有癫痫病史15年。6岁时癫痫大发作1次，症见眼球上翻，四肢抽搐，口吐白沫。脑电图提示：阵发性痫样放电；脑电地形图报告：异常脑电地形图（右枕区局灶性改变）。诊为癫痫。此后反复发作，间隔时间不等，曾服苯妥英钠，发作减轻，后又因情志因素大发作1次，眼凝，全身抽搐，喉间有痰鸣音，发作时间约2~3min，醒后自觉头昏。来我院就诊时神清，纳差，睡眠欠佳，舌体胖，苔薄黄微腻，脉细滑。证属脾虚痰阻，肝风内动。治宜健脾化痰，熄风定痫。处方：菖蒲15g，郁金10g，法半夏6g，茯苓10g，陈皮10g，甘草3g，淡竹茹10g，炒枳实6g，草河车30g，钩藤15g，炙远志10g，川贝母（另研）6g，明天麻6g。上方服15剂后，症状明显好转，又守上方继服15剂，诉癫痫未发，偶有晚间右肩抽搐，舌红，苔根部黄腻，脉弦细。上方加黄连3g，继服15剂后，抽搐消失，但感心烦，好动，纳可，舌质红，苔薄，脉弦细。上方加生地10g，黄连3g，栀子6g，继服7剂。为进一步巩固疗效，继服原方1个月。追访1年，癫痫未再复发。[32]

（2）陆某某，男，50岁，已婚，农民。初诊日期：1992年11

月3日。发作性睡眠时左下肢抽搐十余年，加剧1年。既往有肝硬化史15年。患者十年前无明显诱因而出现上症，易在刚入睡时发作，持续时间仅几秒至半分钟，症状消失后一切如常。近一年来，上症发作增多，现每晚必有1~2次，甚则从床上惊跳坐起。刻诊：面色晦滞，神情焦虑，头晕目眩，目涩少神，纳谷欠香，夜寐欠安，苔薄白腻，舌边尖红，脉细弦数，神经系统检查未发现阳性体征。脑电图示：两侧见有少量Q波散在。西医诊断：局灶性癫痫；中医诊断：癫痫（肝肾阴虚）。中医辨证：肝肾精亏，虚热自起，肝旺侮脾故痰湿内生，虚热与内湿相搏，迷闯孔窍，聚积经络而发病。治疗以攻补兼施，用补益肝肾，豁痰清热，祛瘀痊通络法。方拟：枸杞子15g，生地15g，麦冬12g，当归12g，桃红（各）10g，法半夏9g，茯苓12g，枳实15g，竹茹9g，石决明30g，胆南星15g，陈皮6g，石菖蒲12g，全蝎胶囊（分吞）4粒。上方服4剂，左下肢抽搐即止，续服7剂，未见发病而停药。可见本例已收到满意的近期疗效。[15]

按：温胆汤常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证，如胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等。先将其治疗癫痫，取得满意疗效。中医认为癫痫的发作是由先天不足和后天失养所致，气机逆乱，痰浊阻滞，蒙蔽清窍是其主要病机。其中难治性癫痫患者大多有痰血瘀阻，气机紊乱的情况，因此治疗上以涤痰理气，开窍治痉，化瘀散结为主。方中所用温胆汤，出自《三因极一病证方论》，由二陈汤如枳实、竹茹组成，二陈汤为祛痰祖方，枳实消痞散结、镇静，竹茹清热止逆、镇静，全方具有化痰降浊，和中降逆，调畅气机的功效，对癫痫具有较好的疗效。胆南星、石菖蒲具有化痰开窍，行气止痉的作用，是治疗癫痫的良药。全蝎、地龙、水蛭具有较强的活血化瘀，散结通络，熄风止痉的功效，可明显地改善脑血流量，缓解大脑皮层的异常放电，对难治性癫痫的治疗和预防有重要的临床意义。诸药合用起到涤痰逐瘀，开窍止痉，调畅气机的作用，因而对难治性癫痫具有较好的疗效。对癫痫病的治疗，西医多以控制症状为主，临床上约有10%~20%的病人症状发作不能完全控制，另外长时间的服用抗癫痫药物，患者出现头晕、嗜睡、恶心、呕吐、乏力、反应迟钝、智力低下等一系列的不良反应，严重的影响病人的生活质量，配

合中药治疗，可有效地控制难治性癫痫患者的发作次数，减缓西药不良反应，改善生活质量，是一种安全有效的治疗方案。观察结果表明，温胆汤加减内服，配合西药一般治疗，疗效显著。既可有效控制癫痫患者发作次数，又可减缓西药的不良反应，改善生活质量，值得临床推广。

七、精神抑郁症

精神抑郁症为神经精神系统的常见病，抑郁症是由各种原因引起的以抑郁为主要症状的一组心境障碍或情感性障碍，是一组以抑郁心境自我体验为中心的临床症状群或状态。精神抑郁症主要表现：一是以心情抑郁为主要症状特征，且相对持久，但在一日内可有晨重晚轻的节律变化。二是首次发作者情绪障碍至少已持续2周，且至少具有下列症状的四项：①对日常活动丧失兴趣或无愉快感，性欲减退；②精力明显减弱，无原因的疲倦，软弱无力；③反复出现死亡的念头，或有自杀企图或行为；④自责或内疚感；⑤思考能力或注意力减退；⑥精神反应迟钝或激越；⑦失眠、早醒或睡眠过多；⑧食欲不振，体重明显减轻。

随着社会竞争的日益激烈，人们的思想压力越来越大，故此类病症日益增多。据国外报道抑郁症患病率可高至5%。多数患者表现为情绪低落，兴趣减低，悲观，思维迟缓，缺乏主动性，自责自罪，饮食、睡眠差，担心自己患有各种疾病，感到全身多处不适，严重者可出现自杀念头和行为。

精神抑郁症属中医学中“郁症”、“脏躁症”、“癫症”范畴。其病因主要为七情所伤，情志不遂，或郁怒伤肝，导致肝失条达，疏泄失常，气郁则湿不化，湿郁则生痰，而致痰气郁结；气郁日久，由气及血而致血郁，又可进而化火，但均以气机郁滞为病理基础。肝郁气滞，肝不疏脾，脾失健运则痰湿内生，痰湿郁久化热，上扰神明则出现精神异常。其病理变化与心、肝、脾有密切关系。初病多实，以气郁为基础，病久则由实转虚，引起心、脾、肝、肾气血阴精的亏损，而成虚证，临床以虚实互见多见。《医方论·越鞠丸》中亦说：“凡郁病必先气病，气得流通，郁于何有?”肝疏脾健，气机舒畅，水谷

归于正化，痰湿产生无源，故病得痊愈。[33]因此，应用温胆汤治疗精神抑郁症，疏肝解郁、化痰开窍可作为治疗精神抑郁症的治则。现代药理研究证实，加减温胆汤具有抗抑郁作用，其作用机制[34,35]可能通过调节脑和血浆内生长抑素水平，达到抗抑郁目的。

【临床应用】

李氏等[36]运用黄连温胆汤治疗精神抑郁症45例，共观察45例，男15例，女30例；年龄12～40岁，平均年龄19岁；病程15天至半年。诊断以中华医学会神经精神科委员会1984年10月制定的标准为依据。治疗方法：黄连温胆汤加减：黄连6g，陈皮12g，清半夏13g，甘草4g，枳实5g，竹茹15g，丹参20g，石菖蒲、郁金、茯苓、生龙骨、牡蛎各30g，大黄10g。每日1剂，水煎3服。同时配以思想疏导。疗效标准：痊愈：症状消失，恢复正常生活；有效：症状减轻，能基本恢复正常生活；无效：症状无改善。结果：痊愈12例，有效28例，无效5例，总有效率88.8%。本组用药最多者40剂，最少者10剂，平均21剂。

【病案举例】

（1）患者，付某，女，41岁。2002年9月15日初诊。1年前生气后渐出现情绪低落，沉默少语，饮食纳差，多寐早醒，舌质红，苔黄稍腻，脉弦滑。经汉密尔顿抑郁量表评定，诊断为抑郁性神经症。辨证为痰热内扰，治以清热化痰，方用黄连温胆汤加味。处方：黄连10g，陈皮15g，半夏10g，枳实15g，竹茹15g，茯苓20g，远志15g，生姜10g，甘草6g。每日1剂，水煎分早晚2次服，连用28天，基本恢复正常，偶感胁胀不适，继以逍遥丸调理，半年后随访，已完全缓解。[33]

（2）田某某，女，19岁。2000年4月5日初诊。患者证见表情呆滞，幻听3个月。病起于3个月前，因患狐臭，在学校遭遇同学讥笑，精神压抑随致哭笑无常，渐至幻听。曾服西药月余（药名不详），效果不明显。现症：表情呆滞，幻听，整日听到村里的喇叭里叫她，休学在家，夜寐梦多，情绪低落，说话少，语调低，反应略有迟钝，注意力不集中，不思饮食，胃脘不适，大便干燥，常3～4日一行，小便利，月经正常。舌质略红，苔黄厚腻，舌下静脉淡紫。综

合分析，辨证为湿痰交阻，蒙蔽清窍。治宜清热化痰，活血开窍。方选黄连温胆汤加减：黄连6g，陈皮12g，清半夏13g，甘草4g，枳实5g，竹茹15，丹参20g，石菖蒲、郁金、茯苓、生龙骨、牡蛎各30g，大黄10g。5剂，水煎服。同时配以思想疏导。2000年4月11日二诊：服药后表情仍有呆滞，但较前活泼，愿意与人说话，幻听如故，纳食增加，舌苔薄腻而黄，舌淡红。药已中的，续服5剂，并告诉她此病易治，而且一定能治好，使她重返学校读书，鼓励患者思想开朗，战胜疾病。三诊：当患者服至第4剂药时，突然感觉耳内一声鸣响，若道路突然畅通，幻听消失，精神焕然一新，已恢复正常，嘱继服5剂。四诊时，舌质淡红，舌苔薄而略腻。嘱患者续服5剂，以资巩固。追访3个月，患者一切正常。[36]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证，如胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等。现临床应用于治疗精神抑郁症，疗效满意。除上症外，中医辨证尚可见全身乏力，不思饮食，纳呆，精神萎靡不振，语声低微，舌质淡红或略红，舌苔厚腻或白或黄，脉弦滑有力。中医学认为精神抑郁症系由七情内伤，饮食失节，禀赋不足，致痰气郁结，或痰火暴亢，使脏气不平，阴阳失调，闭塞心窍，重者导致神机逆乱。对精神负担过重所致的抑郁症，一般采取舒肝理气之法治之，然用疏肝理气无效时，当详细分析病机。肝主疏泄，气机调畅，津液运行正常，若情志内伤，气郁化火，炼津为痰，上扰清窍，则会出现精神活动的异常，因此类患者除表现符合“中华医学会神经精神科委员会1984年10月制定的标准”外，若见到舌质红，舌苔黄厚腻，舌下静脉淡紫，此时的主要病机即痰瘀交阻，蒙弊清窍，故治疗首重祛痰开窍，兼以活血化瘀。故方选黄连温胆汤清热祛痰，加菖蒲、郁金祛湿开窍；佐丹参以活血化瘀，大黄清热通下。诸药合用，共奏清热化痰、活血开窍之功。此外，对患者的思想疏导亦实乃成败之关键。观察结果表明，温胆汤治疗精神抑郁症，疗效显著。

第二节 循环系统疾病

一、冠心病

冠状动脉粥样硬化性心脏病是临床上的常见病、多发病，严重危害老年人群的健康。其发病机制有多家学说，包括脂质浸润学说、血栓形成学说、平滑肌细胞克隆学说等。近年多数学者支持“内皮损伤反应学说”，认为本病各种主要危险因素最终都损伤动脉内膜，而粥样硬化病变的形成是动脉对内膜损伤做出的炎症—纤维增生性反应的结果。现代研究证明冠心病患者血液流变与纤溶功能较正常同年龄组有较明显差异，冠心病心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌急剧、暂时的缺血与缺氧所引起的临床症候。临床主要表现为胸闷、胸痛、心悸、气短、乏力等。

中医学认为冠心病属“胸痹”、“心悸”范畴，发生主要是由外邪侵袭，内伤七情、饮食不节、年老体衰等引起。然必先有脏腑虚损、阴阳失调、气血不足，继则痰浊、水饮、瘀血等邪乘之，致经脉失荣或心脉阻滞而发病。其病机为本虚标实。所谓本虚，是指脏气衰微，气血不足；标实指痰浊痹阻，血脉瘀滞，而其中痰浊致病，早在《素问·至真要大论》就记有“民病饮积心痛”记载；《金匮要略心典》更明确阳痹之处，必有痰浊居其间，可见痰浊是冠心病的主要病因病机。胸痹心痛[37]的痰热瘀结的病机认识，古代医家亦多有阐述《素问·痹论》曰：“心痹者，脉不通。”《程氏易简方》载：“胸痹皆尽痰阻气壅……”又《证治汇补》提出“气郁痰火，忧恙则发，心膈大痛，次走胸背”。《医林改错》有血府逐瘀汤治胸痹心痛的记载。在胸痹心痛中，多数患者存在着痰滞气阻热结血瘀的病理机制，近年来，医者治疗冠心病均以活血化瘀、补气活血之法，殊不知随着生活水平的提高，饮食结构的改变，环境污染的加剧及生活节奏的加快等因素，冠心病因“痰浊”为患者急剧增加，故祛痰法成为冠心病治疗中的主要法则，中医诊治冠心病的优势在于辨证施治。凡冠心病患者见头重身困，口黏少味，痰多体胖，苔腻脉滑者，便可予以祛

痰之法，稍佐化瘀之品，所谓痰瘀同治，方能提高疗效。因此清热化痰、活血化瘀、宽胸开结可作为治疗冠心病的重要原则。而药理研究表明，加味黄连温胆汤能够有效的改善患者的血液黏稠度和纤溶功能。其中瓜蒌、丹参有扩张静脉容量血管和外周阻力血管，增加冠脉及缺血区的血流量，降低心脏前后负荷，减少心肌耗氧量的作用。

【临床应用】

韩氏等[38]应用温胆汤加减治疗冠心病50例。观察对象50例，其中男性30例，女性20例，年龄最小41岁，最大81岁，平均年龄63.5±2.6岁。属于“痰瘀互阻”型者，全部病例诊断符合1979年WHO临床诊断标准。[39]治疗方法：患者在治疗期间，停服所有治疗冠心病的中、西药物（包括降血脂药），连续服用温胆汤加减方，药用：丹参30g，当归10g，瓜蒌15g，薤白6g，郁金10g，菖蒲10g，竹茹10g，陈皮10g，枳壳10g，云苓10g，蒲公英10g，生山楂15g，患者在治疗期间，停服所有治疗冠心病的中、西药物（包括降血脂药），连续服用温胆汤加减方，每日一剂，连服2~3周，心绞痛发作时可临时含服心痛定、硝酸甘油或速效救心丸；伴有高血压者，继续常规服用降压药，凡伴有心衰及严重内脏疾病者，不在本病例之内，取得了较好疗效。观察内容：①临床症状：胸痛闷、心悸、气短、乏力；②心绞痛发作次数，用药次数及血脂变化；③心电图变化，包括ST段下移的导联数（NST）和ST段下移总和（EST）；④血液流变学指标。疗效标准：临床疗效分三级：①显效：患者的症状和体征（胸闷或胸痛、心悸、气短、乏力）消失，不用硝酸甘油等药物；②有效：主要症状减轻，心绞痛发作次数及含服硝酸类药物较前减少50%以上；③无效：治疗前后基本无变化或加重；治疗结果：50例冠心病患者经上述方法治疗后显效8例，有效35例，无效7例，总有效率86%。治疗前后症状和体征比较：43例胸闷患者，显效16例，有效23例，无效4例，总有效率90%；32例心悸患者，经治疗显效8例，有效19例，无效5例，总有效率84.4%；36例气短患者，经治疗显效14例，有效19例，总有效率91.7%。

王春兰[40]应用温胆汤加味治疗冠心病心绞痛的疗效观察，共101例，治疗方法：治疗组58例，应用温胆汤加味，用量为枳壳

10g，竹茹5g，法半夏10g，陈皮10g，云苓10g，合欢皮15g，田七10g，党参15g，黄芪15g，生姜10g，大枣10g，甘草5g。水煎服。消心痛对照组43例，每次服10mg，2次/天。两组服药前停用其他有关心血管药物1周。心绞痛发作者，可临时服用硝酸甘油。30天为1个疗程。结果：临床疗效：治疗组58例，显效29例，有效25例，无效4例，总有效率为93.1%；对照组43例，显效27例，有效10例，无效6例，总有效率为86.0%，两组疗效有显著性差异（$P<0.05$）。心电图变化：两组心电图变化比较：治疗组58例中，显效20例，有效23例，无效11例，加重4例；对照组43例中，显效20例，有效11例，无效9例，加重3例。治疗组总有效率74.1%，与对照组72.0%比较无显著性差异（$P>0.05$）。血液流变学，治疗组明显优于对照组（$P<0.05$）。

李氏[41]等应用柴芩温胆汤加减治疗胸痹心痛54例，对照组给予消心痛10mg，3次/天，口服。发作期予以含服硝酸甘油0.3～0.6mg。服药期间，停服影响本病药物评价的其他药物。治疗组在对照组用药基础上加服柴芩温胆汤，药物组成：半夏15g，陈皮15g，柴胡15g，黄芩12g，茯苓9g，炙甘草6g，竹茹12g，枳实12g，生姜5片，大枣1枚。加减：肝郁气滞者，加香附10g；瘀血甚兼见刺痛者，加红花12g、丹参15g；痰热不化者，加全瓜蒌18g；寒凝阻滞者，加桂枝9g、薤白9g；心阳虚衰者，加制附子9g、淫羊藿12g；气阴两虚者，加黄芪15g、麦冬12g；心悸、心烦、脉结代者，炙甘草加至20g；失眠多梦者，加酸枣仁12g；大便秘结者，加生大黄9g。水煎，每日1剂，分2次口服。两组均以14天为1个疗程，观察2个疗程后统计疗效。两组疗效对比：治疗组有效率94.45%，对照组70.84%，两组对比，经卡方检验，$\chi^2=10.20$，$P<0.01$，差别有统计学意义。两组心电图疗效对比，治疗组有效率79.63%，对照组50.00%，经卡方检验，$\chi^2=9.90$，$P<0.01$，差别有统计学意义。

【病案举例】

（1）王某某，男，50岁，已婚，干部。初诊：2003年1月20日，主诉：胸部疼痛一年余，近因工作繁忙，劳累过度，经常出现胸部憋闷胀痛，短则数秒，长则数分，延及胃脘；且头重身困，夜梦纷

纭，口黏发涩，纳呆无味。曾服地奥心血康、丹参滴丸而不能控制，舌下含服硝酸甘油可暂时缓解。但因发作频繁，经他人介绍来诊。检查：血压130/80mmHg，形体肥胖，舌质暗，苔黄腻、脉弦滑。化验血脂偏高，心电图异常，诊断为高脂血症、冠心病。证属痰瘀互结、阻遏心络，治以祛痰化瘀、宽胸理气。方药：丹参30g，菖蒲10g，郁金10g，竹茹10g，陈皮10g，瓜蒌10g，薤白6g，枳壳10g，云苓12g，当归10g，蒲公英10g，生山楂15g，5剂，水煎服，1日1剂。患者服药后，胸闷胀痛少发或不发作，余症均减。方药切症，守方续进，临床以丹皮、莱菔子、泽泻出入化裁，1个月后复查，胸闷胀痛未发，心电图大致正常。[38]

（2）李某，男，51岁。1999年11月6日就诊，自述近2年来居住潮湿，于1个月前出现胸闷后背疼痛，时向左臂放射，自觉畏寒，手足欠温，脉沉细，舌质紫暗，苔薄白有水气，查心电图示慢性冠状动脉供血不足。此乃胸阳不振，寒湿乘之，上焦清阳不宣，中焦浊阴上逆。拟以通降湿浊、宣通心阳、理气活血之法，投温胆汤加味，药用半夏9g，陈皮9g，茯苓30g，炙甘草6g，竹茹12g，枳实9g，瓜蒌12g，薤白9g，桂枝6g，红花10g，失笑散冲服。用药胸闷背痛症状消失，复查心电图示各导联ST－T正常。[42]

按：此患者为寒湿所伤，胸痹心痛。缘为久居湿地，阴寒内乘，胸中阳微，气不宣畅，浊阴弥漫所致。正如《医门法律》云“胸痹总因阳虚，故阴得乘之”。经服上药使阳气得以旋运，浊阴得以下降，阴寒渐渐散消而病愈，此乃“大气一转，其结乃散”之意。

（3）田某，男，47岁。1998年4月15日就诊，述近半年来反复发作心悸、胸闷、憋气、胸痛，服用“硝酸甘油”后可缓解。但近1周来加重，发作频繁。患者肌丰体胖，素喜饮酒厚味，过食肥甘滋腻之品，且平时静多动少。大便时溏，四肢乏力，舌质暗红，苔白腻中厚，脉弦滑，曾多次查心电图示V1－4ST段低平。西医诊断冠心病、心绞痛此证属痰浊遏阻胸阳，气血痹阻不通，拟开胸化痰，调理脾胃，兼以活血。予温胆汤加减，药用半夏9g，枳实6g，茯苓30g，薤白12g，红花10g，延胡索6g，赤芍10g。服用2剂后胸闷、憋气、胸痛控制，复查心电图示各导联ST－T正常。此案安逸少劳，形体肥

胖，常食肥甘厚味，最易伤脾，脾失健运，精微不化，酿湿生痰，合理气活血之品，药证合拍。[42]

按：加味温胆汤源于《千金方》，由二陈汤加竹茹、枳实、生姜、大枣组成，功效清胆和胃，除痰止呕。现将其变通应用于治疗冠心病，疗效明显。中医学认为冠心病病因病机颇为复杂，或伤于七情，损于饮食，或寒邪侵袭，年老久病等，致使心脾阳虚，阴寒内盛，痰浊滋生，进而形成痰浊凝滞，胸阳不展，心脉痹阻而发病。冠心病者既有阴阳俱损的一面，又有痰阻血瘀标实的一面，常以虚实相兼，阳气虚弱为多见。[42]本病的中医治疗重在辨证，基本原则是寓通于补，具体应根据病机标本虚实的关键选用方药，故治疗不能单用活血化瘀法，要考虑阳虚痰浊问题，而辨证采用益气温阳、化痰祛湿等法方能取效。故治疗应以祛痰为主，化瘀为辅，投以温胆汤化裁并加郁金、菖蒲通窍解郁化痰，薤白、瓜蒌更增祛痰之力，此乃痰瘀互结，稍佐丹参、当归以化瘀。痰浊化热居多，故用公英以清其痰热而不伤胃，生山楂即化滞又活血，实为痰瘀同治之佳品。温胆汤具有温化痰湿，条达气机之功效。临床用之必须辨证论治，病证合参，随证加减，如气阴虚者加生脉散。瘀血明显者加丹参、红花、川芎、赤芍心悸、失眠者加菊花、石决明、牡蛎、酸枣仁头晕、血压高者加菊花、石决明、钩藤心痛彻背合瓜蒌薤白桂枝汤等。观察结果表明，温胆汤治疗冠心病，疗效显著。

二、心律失常

心律失常是心血管系统疾病中常见病症之一。心律失常的发生机制多为冲动形成和传导异常，折返为快速性心律失常的主要机制。其中快速性心律失常见于各种心血管疾病，可造成血液动力学改变，诱发或加重心功能不全，甚至导致死亡。临床表现常以心脏急剧跳动、惊慌不安，不能自主为主证，伴有胸闷胸痛、气短乏力、汗出烦躁、头晕目眩等。

心律失常属中医学“心悸”、“怔忡”范畴。中医认为其病因主要由体质虚弱，饮食劳倦，七情所伤，感受外邪以及药物中毒等所致。其病机不外虚实，虚者多为气血阴阳亏损，心神失养，而实者多

因痰火扰心，水饮凌心，瘀血阻脉，气血运行不畅而发病。病位在心，但与肝、脾、肺、肾功能失调有关。[43]病情以虚实夹杂，本虚标实为主。虚为心之阴阳气血不足，实邪则以痰浊、瘀血、火邪为主，其中痰浊在心悸发病中的作用尤其受到历代医家的重视。《证治汇补》认为："心血一虚，神气失守，神去则舍空，舍空则郁而停痰，痰居心位，此惊悸之所以肇端也"。《医宗必读》也说：心悸"证状不齐，总不外于心伤而火动，火郁而生涎也"。因此，祛痰一法在心悸的治疗中占有重要地位。另一方面，心悸病位在心，病因则关乎五脏六腑，与中焦脾胃的关系也很密切。《素问·平人气象论》就指出："胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也"。若胃失和降，气机逆乱，可以直接影响到心脉气血的正常运行而发为惊悸怔忡。[44]因此，清热化痰、泻火解毒、宁心安神可作为治疗心律失常的重要手段。现代医学研究表明，温胆汤具有调节大脑皮层功能作用，调节自主神经而缓解冠状动脉痉挛，减慢心率，减少心肌耗氧量。[45]其中，甘草[46]具有慢 Ca^{2+} 通道的阻滞作用，影响造模心肌细胞 Na^{+}、K^{+}、Ca^{2+} 的交换，起到减慢心率和调整节律的作用。黄连所含小檗碱有明显的抗心律失常的作用，[47]是通过延长动作电位时程和有效不应期，抑制快钠和钙离子内流，降低异位节律点的自律性或消除折返的途径实现的，黄连还有降低心肌耗氧量、降压等作用。

【临床应用】

周氏[44]加味温胆汤治疗室性早搏68例，采用自拟加味温胆汤治疗室性早搏103例，取得较好疗效，治疗方法为2组患者针对原发疾病的用药维持不变。治疗组用加味温胆汤：橘红12g，半夏12g，茯苓12g，枳实12g，竹茹10g，甘草6g，酸枣仁25g，党参10g，熟地10g，远志10g。苦参15g，灵芝10g。气虚明显者党参改为西洋参5g（另煎兑入），心悸较甚者加龙眼肉25g，大便秘结者加大黄8g，伴有胸痛者加甘松12g，薤白12g，瓜蒌18g。每日1剂，早晚2次水煎服。对照组用慢心律片150mg，1日3次口服。疗程均为30天，治疗1个疗程后判断疗效。治疗结果 治疗组显效21例，有效39例，无效8例，总有效率88.2%；对照组显效10例，有效12例，无效13例，

总有效率62.9%。2组比较，差异有显著性意义（$P<0.05$）。

路氏[48]中西医结合治疗快速心律失常48例。观察病例48例，男28例，女20例；年龄20~62岁，平均44.8岁；病程：1年以内12例，1~3年20例，3~5年8例，5年以上8例；病因：冠心病26例，高血压6例，甲亢2例，病毒性心肌炎4例，心肌炎后遗症8例，原因不明2例。心电图诊断：频发性室性早搏24例，房性早搏8例，阵发性室上性心动过速4例，快速性心房颤动8例，窦性心动过速4例。辨证要点：本组病例临床见下列症状：心悸，胸闷，心烦急躁，遇惊或情志不畅时加重，形体肥胖，痰多黏腻，口苦咽干，舌质红，苔黄腻或黄白腻，脉弦滑或伴促、结脉。治疗方法：中药以黄连温胆汤加味，药用为黄连6~10g，半夏、陈皮各10~12g，茯苓10~30g，全瓜蒌10~20g，枳实、石菖蒲、郁金、生龙齿各10~15g，天竺黄、远志各6~12g，甘草3~6g。每日1剂，水煎2次，共取汁400ml，分2次早晚温服，20天为1个疗程。辅以少量西药，采用中西医结合的办法治疗，取得了良好疗效。西药：在服用中药的同时配合服用少量西药，其中慢心律8/48，心律平12/48，心得安8/48，倍他乐克6/48，西地兰4/48，普鲁卡因胺2/48，胺碘酮6/48，他巴唑2/48（均为例/次）。疗效标准：参考全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常座谈会（1979年，上海）修订的《常见心律失常病因、严重程度及疗效参考标准》：①显效：用药后过早搏动消失，阵发性室上性心动过速、心房颤动基本控制或频发转为偶发；②有效：用药后过早搏动较原来减少50%以上或一度者，阵发性室上性心动过速、心房颤动室率较原来减少50%或以上，其发作持续时间较原有者缩短或频发转为多发，或多发转为偶发；③无效：用药后无变化。治疗结果：48例中，住院不满1个月者8例，1~2个月24例，超过2个月者16例，最短10天，最长87天，平均48.2天。治疗1~3个疗程，显效24例，占50%；有效19例，占39.58%；无效4例，占8.33%。总有效率91.67%。本组疗效出现时间最早者1天，最迟为8天，一般为2~6天，个别患者服药后出现胃脘不适、纳差等反应。治疗后查血、尿、大便常规及肝、肾功能均无异常。

【病案举例】

张某，女，56岁。以心慌、胸闷2年，加重1周入院。2年前患者常感心悸、胸闷、气短、情志不畅时加重。ECG示：偶发性室性早搏，ST－T有改变。平时口服丹参滴丸、冠心苏合香丸等，近日劳累后病情加重，其形体肥胖，痰多黏腻，心悸不安，失眠多梦，口苦咽干，舌质红，苔黄腻，脉弦滑数伴促脉，4～5息一止。查体：血压140/85mmHg，神志清楚，心界无扩大，心率102次/min，律不齐。心电图示：①窦性心动过速；②频发性室性早搏，部分成二联律；③ST呈水平型压低≥0.05mV，T波低平。此乃痰热郁阻，扰动心神所致。治疗以清热化痰，泻火解毒，宁心安神为主，兼以益气养阴。方选黄连温胆汤加味：黄连、枳实、石菖蒲、沙参各10g，陈皮、半夏、天竺黄、远志各12g，茯苓30g，全瓜蒌20g，生龙齿15g，甘草3g。每日1剂，水煎2次，共取汁400ml，分2次早晚温服。同时口服胺碘酮，每次0.2g，每天3次，7天后改为维持量，每次0.1g，每天3次。连续服药1个月后，患者自觉症状减轻，复查心电图早搏明显减少，2～3次/min。停用胺碘酮，只用中药治疗，于前方基础上去沙参，加郁金12g。服药30剂后，患者诸症皆消，复查心电图正常。血、尿、粪常规及肝、肾功能均无异常，随访10个月未见复发。[48]

按：温胆汤，常用于治疗虚烦不眠或呕吐呃逆，或惊悸不宁及癫痫等的胆胃不和，痰热内扰证。临床应用变通于治疗心律失常，疗效满意。临床表现常以心脏急剧跳动、惊慌不安，不能自主为主证，伴有胸闷胸痛、气短乏力、汗出烦躁、头晕目眩，脉象多见促结、代、数、疾等，是内科疾病中的急危病症。中医学认为其主要病机是心气不能主血脉，血脉运行失畅所致。心气不能主血脉之因可分虚实两方面。虚则为气虚、阳虚、阴虚、血虚；实则是气滞血瘀、瘀血阻滞、痰热郁阻等。其气阴两虚是基础，而气滞血瘀、瘀血阻滞、痰热郁阻等则是快速心律失常的病理改变。二者相互影响，互为因果，使其具有虚实夹杂、寒热错杂、病程较长的病理特点。而临床中，快速性心律失常症状以心悸、胸闷烦躁为多，舌红苔黄腻，脉弦滑数兼脉律不齐，为痰热（火）郁阻，扰动心神所致，“毒”、“瘀”乃是其发生

的根本，气虚阴伤则是次要因素。[49]故治疗以清热化痰、泻火解毒、宁心安神为主，方选黄连温胆汤加味。方中黄连苦寒泻火，清心除烦。现代医学研究表明，黄连有清热除烦、抗心律失常、降低心肌耗氧量、降压等作用；陈皮、半夏燥湿化痰，理气和胃；茯苓利水渗湿，健脾安神；瓜蒌、天竺黄清热化痰，宽胸利气；枳实下气行痰；石菖蒲、远志开窍醒神；生龙齿镇静安神；甘草以和中，全方使痰去热净，心宁神安。若兼气阴两虚者，可在此方基础上加党参、白术、沙参、麦冬、玉竹、生地等。观察结果表明，该组病例在服用中药加味温胆汤的同时，配合少量西药，既避免了单用西药所致的诸多不良反应，又起到了相辅相成，相互协同的作用，使疗效持久，复发率降低。总之，中医治疗心律失常是从整体调控入手，通过多种作用途径，治疗心律失常及与其同时存在的心功能减退或心肌缺血等病理变化，具有对机体功能的双向调节作用。

三、心脏神经官能症

心脏神经官能症是神经官能症的一种特殊类型。本病以心血管系统功能失常为主要表现，一般无心脏器质性病变，可兼有神经官能症的其他症状。大多发生在青壮年时期，以20～40岁为多见，尤多见于女性，过劳或情绪激动易诱发。现代医学认为心脏神经官能症病因和神经官能症相似，主要是中枢神经功能失调，影响自主神经功能，从而造成心血管功能异常。心脏神经官能症为神经功能失调引起的心血管功能紊乱综合征。一般无器质性病变，但可与器质性以及病同在。患者神经较脆弱、精神因素是其发展的重要原因，焦虑、情绪波动、过度劳累、精神刺激、紧张的脑力劳动均为常见诱因。临床表现：多为如心悸、胸痛、乏力、气短、失眠、多梦、焦虑、多汗、精神不振，但体征及实验室检查少有异常发现。

心脏神经官能症属于中医“惊悸”、“怔忡”、“胸痹”等病范畴。病机多为心胆气虚，气滞痰阻。临床常见虚实夹杂证。虚则气血亏损，心神失养；实则痰扰心窍，心神不宁。因此，安神定志，行气化痰可作为治疗心脏神经官能症的重要手段。现代药理研究表明，温胆汤具有调节大脑皮层功能作用，调节自主神经而缓解冠状动脉痉

挛，减慢心率，减少心肌耗氧量。[45]

【临床应用】

胡氏等[50]十味温胆汤治疗心脏神经官能症48例。48例中，男20例，女28例；年龄最小26岁，最大48岁，平均36.4岁；病程最短3个月，最长3年2个月，平均为9.2个月。除自觉症状外，动态心电图检查偶发房性早搏39例，偶发室性早搏26例，频发室性早搏10例，阵发心动过速27例，阵发S－T改变15例（主要表现为水平下移），T波低平12例，双相或倒置9例。全部病例均依据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》[51]及《实用内科学》[52]进行诊断。患者临床表现为心悸、气短或过度换气，心前区憋闷或疼痛，失眠，焦虑易惊，精神紧张且易激动，乏力，头晕及多汗；心率增快，血压轻微升高；经X线、心电图、超声心动图及实验室血清酶检查排除心脏器质性病变；T_3、T_4等免疫学检查排除甲状腺疾病。治疗方法：予温胆汤加减。药用：太子参30g，熟地15g，酸枣仁20g，炙半夏15g，茯苓30g，陈皮12g，炒枳实15g，炙远志8g，五味子10g，炙甘草10g。取水600ml，浸泡药物20分钟，文火煎煮半小时，取汁150ml，共煎3次，合取药液450ml，分3次温服，每日1剂，15天为1个疗程，疗效明显。疗效标准：疗效标准依据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》及《中医病证诊断疗效标准》[53]进行判断。治愈：治疗后症状消失，血压、心律、心电图恢复正常；显效：治疗后症状偶发，血压、心律、心电图正常；有效：治疗后症状改善，但心律仍较快或偶有期前收缩，有时心电图仍有非特异性S－T、T波改变。无效：临床症状、体征及心电图等检查无改善。治疗结果：48例中，治愈30例，占62.5%；显效11例，占22.9%；有效3例，占6.25%；无效4例，占8.33%。总有效率91.67%。

张氏[54]应用温胆汤治疗心脏神经官能症47例临床观察，采用温胆汤化裁治疗。基本方：朱茯神30g，半夏12g，陈皮12g，枳实12g，竹茹6g，炙甘草6g，生姜2片，大枣3枚。加减：心悸明显者加生龙齿15g（先煎），生牡蛎15g（先煎）；气短明显者加土炒白术30g，炒扁豆30g；心前区弊闷疼痛明显者加三七参12g，水蛭12g；烦躁焦虑者加淡豆豉12g，黄连12g；失眠多梦者加炙远志12g，合欢

花12g；烘热汗出者加青蒿12g，浮小麦15g；有窦性心动过速或早搏者加苦参12g，酒炒常山12g；血压偏高者加钩藤30g，白蒺藜15g。每日1剂，水煎服，早晚饭后各服1次，4周为1个疗程。治疗结果：47例中治愈29例，占61.70%；显效12例，占25.53%；有效6例，占12.77%。总有效率为100%。

【病案举例】

王某，男，36岁，干部。2004年9月2日初诊。心悸气短4年余，伴失眠多梦，烦躁易惊。心前区阵发性刺痛频作，每于安静时加重，活动后反而减轻。除心电图检查有偶发室早和T波平坦外，各种检查均无异常、舌红苔黄厚腻，脉弦数。诊为心脏神经官能症。予温胆汤化裁治之：朱茯神30g，半夏12g，陈皮12g，枳实12g，竹茹6g，土炒白术30g，三七参12g，生龙齿15g（先煎），黄连12g，合欢花12g，炙甘草6g，生姜2片，大枣3枚。上方服用10剂后，心悸气短消失，胸痛减轻，余症同前，舌红苔黄腻，脉弦。上方去土炒白术、生龙齿，加水蛭12g，炙远志12g，继服10剂。9月23日三诊：余症消失，唯夜梦仍多，口苦口黏，舌红苔薄黄，脉弦，遂予基本方加合欢花12g，青篙12g，继服7剂以资善后。2005年1月6日追访，其病一直未发。[54]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证所致的虚烦不眠或呕吐呃逆以及惊悸不宁等，现临床应用于治疗心脏神经官能症。中医学认为，平素心虚胆怯，突遇惊恐，触犯心神，不能自主而心悸，甚者怔忡。如《素问·举痛论》所说："惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣"。《济生方·惊悸论治》指出："惊悸者，心虚胆怯之所致也"。长期忧思不解，心气郁结，阴血暗耗，不能养心而心悸；或化火生痰，痰火扰心，心神失宁而出现诸症。十味温胆汤为《证治准绳》方，方中太子参补益心气；熟地滋养心阴（血）；远志、枣仁、五味子养心安神，敛心气止汗；二陈燥湿化痰、健脾渗湿，俾湿去痰消而宁神；枳实行气消痰，使痰随气下；炙甘草补益心气，调和诸药。诸药合用，共奏益气养心，安神宁志，行气豁痰之功。加太子参、熟地、五味子、远志能明显增强镇静作用，增加回心血量及冠脉流量，改善心肌缺血。[55]目前西医多采用心理开导方法，并用镇静

剂及β受体阻滞剂等药物治疗。有报道用多潘立酮治疗本病30例，[56]结果与本组相比，总有效率相当，而治愈率、显效率不及本法。观察结果表明，用十味温胆汤治疗本病确有明显的疗效。除药物治疗外，消除患者自身的心理障碍是防治的关键。应对其进行心理疏导，嘱咐病人注意心理的自我调节，保持轻松愉快的心境，另外生活起居有常，饮食有节和适当进行体育锻炼对康复亦有益。

四、高血压病

高血压病是心脑血管疾病的主要病理基础之一，有关研究表明，多数高血压患者存在心肌纤维化，心肌纤维化（MFs）是高血压引发心脏损害的重要病理学特征，[57,58]是以心脏间质成纤维细胞过度增殖和胶原过度沉积及异常分布为特征的心脏间质重构，也是导致各种心血管事件发生的重要原因。心肌纤维化是心功能由代偿期向失代偿期转变的关键，现代医学认为，高血压、高血脂与动脉粥样硬化、冠心病、脑血管病关系密切，二者如同时存在，将使病理进程加快。在降压的同时，如能够控制血脂水平，则有助于预防、逆转靶器官的损害，也就有可能降低心脑血管病的发生。[59,60]多表现为头晕、头痛、耳鸣等。

高血压病属中医眩晕、痰浊等范畴，其病因为恣食肥甘，劳倦太过，伤于脾胃，或内伤七情，肝脾失调，均可致脾失健运，水谷不化精微，聚湿生痰，痰湿内蕴，郁而化热，上扰清窍，发为眩晕。朱丹溪强调痰是导致眩晕的根本原因，如《丹溪心法》中有“头眩，痰夹气虚并火。无痰不作眩，痰因火动”。并说：“又或七情，郁而生痰动火，随气上逆，此七情致虚而眩晕也”。因而强调了“以痰为主”的治疗原则。中医辨证多属风、火、痰、虚等。临证所见，以痰浊中阻、痰热内扰为多。[61]因此，健脾化痰，祛湿降浊可作为治疗高血压病的重要手段。脏腑失调、气血不和、阴阳失衡则是发病的关键，以阴虚阳亢为主要病机者可佐以平肝潜阳或滋阴潜阳之品。眩晕既可单独发病，也可与不寐、郁证、心悸、心痛等证兼挟互见。治疗比较困难。现代研究证实，温胆汤可有效的降低SHR血清PⅢNP、HA、LN水平，提示温胆汤有一定的抗心肌纤维化的作用。[62]近年有

关研究表明，温胆汤有调节免疫的功能，并有抑制血小板聚集、消除自由基的作用。丹参的有效成分丹参素，在肝细胞内具有抑制内源性胆固醇合成的作用；[63]泽泻可抑制外源性甘油三酯、胆固醇的吸收，影响内源性胆固醇代谢及抑制甘油三酯在肝内的合成。[64]

【临床应用】

黄氏等[65]温胆汤治疗高血压病合并高脂血症146例临床观察。观察病例：278例，采用抽签法随机分为两组。治疗组146例，男84例，女62例；平均年龄48.2±10.7岁；单纯TC增高者14例，单纯TG增高者17例。对照组132例，男72例，女60例；平均年龄48.6±11.3岁，单纯TC增高者12例，单纯TG增高者18例。两组资料类似（$P>0.05$），具有可比性。符合下列条件者作为观察对象，按标准[66]诊断为原发性高血压病，同时空腹血清胆固醇（TC）≥5.7mmol/L、甘油三酯（TG）≥1.8mmol/L者。经临床检查，排除脑血管疾病、肾病、糖尿病等。治疗方法：对照组：服用开富特（每片含卡托普利10mg，氢氯噻嗪6mg）1片，每日2次；非诺贝特0.1g，每日3次。治疗组：用温胆汤加味。药用：半夏、枳实、竹茹各10g，陈皮12g，茯苓15g，炙甘草6g，黄芪20g，丹参、泽泻各30g。每日1剂，水煎2次取浓汁450ml，早晚分服。同时要求所有病人低脂低盐饮食，适量运动。两组均治疗，均以4周为1个疗程，3个疗程后观察疗效。疗效观察疗效判定标准：参照1993年卫生部颁布的《中药（新药）临床研究指导原则》确定。显效：舒张压下降≥1.3kPa，并达到正常范围；或下降≥2.7kPa，但未降至正常；同时TC下降≥20%或TG下降≥40%。有效：舒张压下降<1.3kPa，但已达正常范围；或下降1.3~2.5kPa，但未降至正常，或收缩压下降≥4kPa；同时TC下降10%~20%或TG下降20%~40%。无效：未达到有效标准。治疗结果：治疗组：显效72例，有效67例，无效7例，总有效率，95.2%；对照组：显效50例，有效42例，无效40例，总有效率69.7%，两组比较（采用Ridit分析），$u=3.4351$，$P=0.0008$。

郑氏[67]温胆汤治疗眩晕20例，治疗方法：基础方组成：半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、甘草。气虚体弱、身疲无力，加党参、黄

芪；脾虚湿盛、脘腹胀满，加白术、砂仁；伴肝阳上亢、烦躁易怒，加天麻、钩藤。每日1剂，水煎服，每剂煎2次，分早晚服用。治疗结果：20例患者经上述治疗，其中4例服7剂眩晕症状消失，为巩固疗效继服7剂，随访6个月无复发。8例服15剂症状消失，观察1周，无复发，出院。8例服15剂症状缓减，加服6剂痊愈，随访6个月无复发。

【病案举例】

李某，男，62岁。于2004年3月5日因头昏晕，见物眩晕反复发作1年，再发加重2日来院就诊。症见：头昏晕，视物旋转，耳鸣，恶心欲吐，纳谷不馨，眠可，二便调，舌淡红苔薄白根腻，脉弦滑。追述病史，高血压病史10余年，常自服复方降压片、复方罗布麻片维持治疗。刻诊血压：150/90mmHg。中医证属：痰火上扰，治则：平肝潜阳，祛风化痰，调理脾胃气机升降。处方：温胆汤加味，药用：法半夏12g，茯苓15g，枳实10g，陈皮10g，竹茹10g，生甘草3g，天麻15g，钩藤12g，僵蚕10g，白术10g，薏苡仁25g，川芎12g，藕节15g，石菖蒲6g，7剂。3月12日复诊述，头晕明显改善，耳鸣亦减轻，恶心欲吐已止。但纳谷仍不馨，舌淡苔薄白腻，脉小弦滑，血压140/80mmHg。综上分析，痰热已有清化趋势，原方出入：原方去藕节、石菖蒲，加泽泻6g，焦山楂10g，焦六曲10g，再进7剂。于3月19日三诊述，头晕耳鸣已止，但有时头昏，纳谷较馨，二便正常，舌苔薄白，脉弦。原方7剂巩固，后随访症状完全消失。[68]

按：温胆汤，常用于治疗虚烦不眠或呕吐呃逆，以及惊悸不宁等的胆胃不和，痰热内扰证。现将其变通应用于治疗高血压病，疗效良好。西药治疗，效果确切，但毒不良反应较多，且需长期服用，而中医药从整体入手，具有独到之处。中医学认为应属眩晕、脂膏、浊阻、等范畴。其发病与肝失疏泄、脾失健运有关。情志不遂，肝木乘土，则升降失司，清浊难分；胆气郁遏，则精汁不畅，脂浊难化，痰浊内生；脾失健运，精微不能传输，痰湿内盛，瘀脂阻碍气机，代谢紊乱。故祛痰、降浊是其重要治法之一。温胆汤加入丹参、黄芪、泽泻，降浊祛痰、益气活血，从而标本兼治。临床观察表明，治疗组在

获得对高血压的有效控制外，同时对TG、TC有明显的改善作用，效果优于对照组，且未见明显毒不良反应。

五、病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是临床常见的心血管系统疾病，病毒性心肌炎是由病毒感染引起的心肌局部性或弥漫性炎性病变。多由呼吸道或消化道病毒所引起。其中少数患者可由此而发生昏厥，甚至出现心力衰竭或心源性休克。其临床表现为：心悸、气短、胸闷、烦躁、失眠多梦、口干苦、小便短赤等。

病毒性心肌炎属于中医学“温病”、“心悸”、“怔忡”、“胸痹”等范畴。其病因有二，内因多为正气虚弱；外因为外邪侵袭，多为风热疫毒犯及肺卫，内舍于心所致。《内经》云：“邪之所凑，其气必虚”。“复感于邪，内舍于心”。由于禀体虚弱，心虚胆怯，适逢感受温毒时邪，舍空则蕴痰，温毒时邪与痰浊相搏结，停胸壅胆而客于心脏，则热毒痰浊扰动心神，心神不宁可见胸前区隐痛，胸闷，心悸乏力，恶心，舌红，苔黄腻，脉滑数或结代诸症众呈。王旭高曰：“然则心者，虽为君主之官，而实听命于胆。”[69]生理解剖上也有胆心神经重叠产生错位而发生胆心综合征。治疗胆病，心脏症状亦同时消除，心疾即愈。[70]因此，理气健脾，清化痰热，宁心安神可作为治疗病毒性心肌炎的重要手段。现代医学认为免疫机制失控，感染病毒为引起心肌炎的机制。[71]现代药理证明，温胆汤有抗炎、抗病毒，提高机体免疫的作用。其中黄连、柴胡、黄芩对病毒有抑制作用，黄连并能兴奋心肌，扩张血管，增强冠脉流量；黄芪具有免疫调节作用，能诱发干扰素生成，抑制病毒复制，增强心肌收缩力和排心血量，提高心肌抗缺氧能力；丹参可有效改善循环，促进受损心肌的恢复，防止心肌纤维化。黄连含小檗碱（又称黄连素）为主要成分的生物碱，能利胆扩张末梢血管，抗病毒、抗感染和解热镇痛，具有良好的抗心律失常作用。

【临床应用】

秦氏[72]黄连温胆汤加味治疗病毒性心肌炎80例。观察对象：160例，随机分为治疗组80例和对照组80例。治疗组80例中，其中

男性32例，女性48例；年龄16～41岁，平均33.6岁；病程最长4.1年，最短3个月。对照组80例中，男性35例，女性45例；年龄15～39岁，平均31.9岁；病程最长3.8年，最短4个月。经统计学处理，两组间一般情况无统计学差异（$P>0.05$）。诊断标准：参考1995年全国心肌炎心肌病专题座谈会成人急性病毒性心肌炎诊断参考标准。其临床表现如下：160例患者均具有心悸、气短、胸闷、胸痛、乏力、稍劳即甚等症状；口干、咽燥、五心烦热者治疗组33例；身困、头蒙、舌苔白厚腻者治疗组25例，对照组27例；胸闷偶发刺痛、舌质紫黯有瘀斑者治疗组11例，对照组10例；微恶风寒、少汗、咽痛者治疗组7例，对照组10例；心肌酶谱增高者治疗组39例，对照组38例；心电图示房性、室性心律失常等异常者治疗组43例，对照组47例；心脏X线检查：心脏增大者治疗组19例，对照组19例。治疗方法：治疗组：予黄连温胆汤随症加减；药用：黄连10g，黄芩10g，柴胡12g，半夏15g，陈皮15g，竹茹10g，枳壳15g，黄芪20g，丹参15g。辨证加减：气阴两虚者加太子参30g，沙参20g，五味子10g；痰湿内蕴者加云苓20g，苍术12g，白术15g；气滞血瘀者加当归15g，川芎10g，元胡10g；表证未解者加金银花20g，大青叶10g，连翘10g。对照组：单纯使用西药治疗，具体用药如下：10%葡萄糖注射液300ml，维生素C注射液2.0～3.0，维生素B_1注射液200mg，肌苷注射液0.2，门冬氨酸钾镁注射液30ml，1日1次静脉滴注；病毒灵片0.2，倍他乐克片12.5～25mg，均为每日3次口服。两组均按医嘱在家休息，以2周为1个疗程，共观察2个疗程。疗效标准：显效：自觉症状消失，心率各年龄组正常范围，早搏消失，活动后无心慌、气短，心电图正常，心脏不大，心胸比例<0.5；有效：自觉症状明显减轻，心率各年龄组正常范围加10～15次，早搏减少50%，活动后心慌、气短减轻50%，心电图同入院比较改善30%，心脏稍大，心胸比例>0.5，但<0.7；无效：自觉症状和心电图、胸片改善不著。统计学处理：采取t检验，计数资料用X^2检验。治疗结果：治疗组：显效28例，有效39例，无效13例，显效率为35%，有效率为48.75%，无效率为16.25%，总有效率为83.75%；对照组：显效19例，有效33例，无效28例，显效率为23.75%，有

效率为41.25%，无效率为35%，总有效率为65%。两组显效率比较有非常显著差异（$P<0.01$）；总有效率比较亦有明显差异（$P<0.05$）。

李氏[73]等，中西医结合治疗急性病毒性心肌炎158例，采用西药结合中药分阶段治疗158例急性病毒性心肌炎，并与单纯西药治疗79例作对照观察，取得较佳疗效。治疗方法：治疗组：①5%葡萄注射液500ml＋三磷酸腺苷40ml＋辅酶2A200U，1日1次，静脉滴注；5%葡萄糖注射液500ml＋正规胰岛素8U＋10%氯化钾10ml＋维生素C1.0g＋维生素$B_6$200mg，1日1次，静脉滴注。同时给予吸氧、卧床静息休养。②在西药治疗同时即投二黄温胆汤加减治之。药物组成：黄芪60g，黄连、茯苓、姜半夏、炒竹茹、生甘草各10g，炒枳实、陈皮各6g，大枣5枚，加水适量煎汁300ml，1日2次口服。急性期后阶段可改投五参汤加减主治，药物组成：苦参、南北沙参、生甘草各10g，玄参15g，西洋参6g，丹参30g，加水适量煎汁300ml，1日2次口服。对照组：5%葡萄糖注射液500ml＋三磷酸腺苷40mg＋辅酶A200U，1日1次，静脉滴注；5%葡萄糖注射液500ml＋正规胰岛素8U＋10%氯化钾10ml＋维生素C1.0g＋维生素$B_6$200mg，1日1次，静脉滴注。同时予以吸氧、卧床休息。辅酶Q_{10}胶囊10mg，脱氧核糖核酸60mg，维生素C 0.3g，1日3次口服。期前收缩频繁，首选心得安10mg或维拉帕米80mg，1日3次口服，控制频繁早搏。急性病毒感染早期可加用5%葡萄糖注射液500ml＋病毒唑0.4g，1日1次静脉滴注。两组均以2周为1个疗程，经治疗3个月、6个月后评定疗效。两组凡见心房扑动、颤动时，均先予西地兰静脉推注，以控制心率为主。结果：治疗组在治疗第3、6个月的总有效率分别为：39.8%，93%；而对照组为16%，36.7%，$P<0.05$。

【病案举例】

吴某，女，32岁。2003年12月17日初诊。自诉心悸、气短、胸闷、乏力1年余，加重2天。1年前在感冒发热两天后出现心悸、气短等症，经心电图、心肌酶谱等检查，诊断为“病毒性心肌炎”，住院治疗1周，自觉症状减轻后出院。出院后未坚持休息及服药，每因劳累即自觉心悸、胸闷，休息减轻。2天前因遇寒复发，体温

38.1℃，查心肌酶谱正常，经服泰诺感冒片（常规量）2天，体温降至正常范围，但仍觉胸闷、气短、乏力，偶发胸痛，烦闷失眠，舌苔黄厚，脉滑数。心电图示：窦性心动过速（108次/min），室性早搏2~5次/min。诊断为慢性病毒性心肌炎，中医辨证：气阴两虚，痰热上扰。治用黄连温胆汤加味：黄连10g，黄芩10g，柴胡12g，半夏15g，陈皮15g，竹茹10g，枳壳15g，生姜10g，甘草10g，太子参30g，沙参20g，五味子10g，黄芪20g。水煎服，1日1剂。1个疗程后诸症明显减轻，坚持服用2个疗程已无心悸、失眠、胸闷、气短症状，心率82次/min。嘱以上药炼蜜为丸，每服9g，1日3次，再服2个月。半年后回访已无自觉症状。[72]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证。现临床变通用于治疗病毒性心肌炎，疗效显著。中医学认为风热毒邪侵犯肺部或湿热侵犯肠胃，邪留中上二焦导致肺失宣发，脾失健运，毒邪不解，留恋不去，损伤于心，使心不能主血，而血脉瘀滞；痰湿蕴结化而为热，热痰伤及气阴，从而心之气阴两虚，故而临证以痰热内蕴为标，心之阴阳气血亏虚为本，为本虚标实之证，病位在心，故治疗当以理气健脾为法，清化痰热，宁心安神为要，方选黄连温胆汤加味以清心降火，化痰安中。方中黄连、黄芩苦寒泻火，清心除烦；半夏和胃降逆，燥湿化痰；柴胡、枳壳、陈皮理气和胃；竹茹涤痰开郁；丹参活血通脉养血；黄芪益气固表，托毒外出，和丹参相伍，调和营卫，即《内经》云："损其心，调其营卫"之意。临床结果证实，黄连温胆汤加味辨证用于治疗病毒性心肌炎，疗效明显优于西药对照组。

第三节 消化系统疾病

一、功能性消化不良

功能性消化不良（FD）是一种常见的消化系统症状群，西医功能性消化不良是指具有上腹痛胀、早饱、嗳气、食欲不振、恶心、呕吐等上腹不适症状，经检查排除引起这些症状的器质性疾病的一组临

床综合征，症状可持续或反复发作，病程一般规定为超过1个月或在12个月中累计超过12周。不少患者有饮食、精神等诱发因素，往往伴有焦虑、抑郁、注意力不集中等精神症状。本病发病率高达20%～30%，近年来研究发现其发病与胃运动功能失调有关，过半数FD患者有胃固体排空延迟、近端胃及胃窦运动异常、幽门十二指肠运动协调失常、消化间期Ⅲ相胃肠运动异常等胃肠动力障碍的表现。目前西药对本病治疗效果不理想。

功能性消化不良属中医“胃痛”、“痞满”、“呕吐”范畴，其病因为脾气虚弱，胃失和降，痰湿内生，停留日久，郁而化热，或忧思恼怒，气郁伤肝，肝气横逆势必克脾犯胃，脾胃升降失常，继而生痰化热。气机郁滞不通则痛，清阳不升，浊阴不降致饱胀不舒，肝气横逆太过出现恶心、呕吐等症。痰阻热郁，胆胃失和为其主要病机。因此温胆汤理气化痰、清胆和胃为治疗FD的治则。而现代药理研究表明枳实有增强功能性消化不良患者胃排空及小肠推进功能作用，能加强平滑肌的收缩强度和收缩持续时间，[74]半夏可抑制延髓呕吐中枢，有止呕作用，甘草有抑制胃排空及小肠推进功能。温胆汤对促进胃排空、抑制胆汁反流具有明显作用，同时对自主神经功能紊乱有双向调节作用。

【临床应用】

沈氏[75]应用温胆汤治疗功能性消化不良42例，观察病例62例：随机分为治疗组42例和对照组20例，治疗组42例中，男19例，女23例；年龄20～62岁，平均37.2岁；病程6周～5年，平均3.13年。其中轻度慢性浅表性胃炎28例，慢性浅表萎缩性胃炎6例，十二指肠球部溃疡8例。对照组20例中，男8例，女12例；年龄19～61岁，平均35.6岁；病程6周～6年，平均3.32年。其中轻度慢性浅表性胃炎14例，慢性浅表萎缩性胃炎3例，十二指肠球部溃疡6例。治疗方法：治疗组：予温胆汤加减，药用：陈皮9g，半夏12g，茯苓12g，枳实9g，甘草6g，竹茹9g。兼有脾虚者加党参15g，砂仁6g（后下），兼有郁热者加黄连6g；兼有脾胃亏虚者加太子参20g；阴虚甚者加沙参30g；泛酸多者加煅瓦楞15g；兼食积者加谷芽15g，鸡内金12g。每天1剂，复渣分2次服，以祛痰降逆，调和胆胃，对

照组口服吗丁啉片，每次10mg，1日3次，饭前15min口服，4周为1个疗程。治疗中均停服其他中西药物。参考西医国际上通用的诊断标准，同时将主要症状胃脘痛、嗳气、嘈杂反酸、腹胀、纳呆少食按轻重程度分级评定。症状完全消失为0级，有轻度感觉但不明显为Ⅰ级，症状明显但不影响工作为Ⅱ级，症状明显难以坚持工作为Ⅲ级。总体疗效评估，根据症状改善情况分为显效、有效和无效。治疗组4周后42例中显效34例，有效5例，无效6例，有效率94.6%。对照组20例中显效9例，有效5例，无效6例，有效率70%。经统计学处理 $X^2=7.68$，$P<0.01$。

祁氏[76]应用温胆健胃汤治疗反流性功能性消化不良30例，治疗方法：本方由温胆汤与四君子汤合方组成：生晒人参10g、白术15g、茯苓20g、枳实15g、竹茹10g、半夏10g、陈皮15g、白芍20g、沉香10g、郁金15g、甘草10g，开水煎服，每次100ml，日服3次，每日1剂，15天为1个疗程，忌食生冷、保持心情舒畅。治疗结果：30例患者经服温胆健胃汤治疗后，临床治愈12例，好转17例，无效1例。

【病案举例】

张某，女性，38岁，工人。2002年3月10日初诊。患者有上腹胀痛、灼样痛3年余，常伴返酸、呃逆，近1个月来，脘腹胀满加重，食后尤甚，呈灼烧样、刺痛感，心烦，失眠，便秘，尿赤，舌质偏红，苔白微腻，脉细弦。胃镜检查为慢性浅表胃炎。B超示肝胆胰脾未见异常。实验室检查：肝肾功能、血糖、电解质正常，经服温胆健胃汤加黄芩10g、黄连5g、蒲黄15g、五灵脂10g，3剂，诸症明显减轻，去黄芩10g，加薏苡仁20g，守方再服10剂余，诸症消失。[76]

按：温胆汤常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证。现临床应用于功能性消化不良，疗效显著。该病主要表现为上腹痛胀、早饱、嗳气、食欲不振、恶心、呕吐、便秘等，胃肠道动力障碍是其主要病理生理学基础。中医学认为，该病病位在脾胃，且涉及肝胆，为本虚标实之证，病机是脾虚失运，胃失和降，痰湿内生，气机郁滞，肝失疏泄，胆火上冲，反侮脾土，使得虚虚实实，病情难愈。治当遵循标本兼治，急则治标，缓则治本的原则，以健脾和胃疏肝利胆为法。笔者亦

认为本病属本虚标实、虚实挟杂、寒热错杂之证，病机为脾虚胃失和降，胃生痰湿，痰热内郁，胆胃不和。故临床运用祛痰降逆，调和胆胃的温胆汤为基本方剂治疗。方中陈皮、半夏和胃降逆、醒脾、疏利气机，茯苓健脾利湿，枳实疏肝行气，竹茹化痰利胆。诸药合用起到了消导散郁治疗本病的作用。且观察结果表明用温胆汤加减治疗功能性消化不良，治疗组比对照组疗效显著。

二、反流性食管炎

反流性食管炎（RE），西医认为是由多种因素造成的消化道动力障碍性疾病。主要发病机制为抗反流防御机制减弱和反流物对食管黏膜攻击的结果。现代医学认为，反流性食管炎发病主要是由于上消化道动力障碍引起的酸和（或）碱相关性疾病，食管下括约肌张力低下、食管清除能力减弱、胃排空延迟等原因，导致胃酸、胃蛋白酶及胃内容物由胃反流入食管；或者以胆汁为主的碱性十二指肠液自下而上反流入胃，和胃中的胃酸、胃蛋白酶及内容物一起向上反流入食管，导致食管黏膜的充血、水肿、糜烂。由于胃内容物反流导致的食管炎症性改变，临床以胸骨后烧灼感和胃内容物反流到食管上段或（和）口腔为主要表现，具体表现为反酸、反食、嗳气、烧心、胸痛等。病理变化为食管黏膜的水肿、增生、糜烂、溃疡。故抑制胃酸分泌和抗胃食管反流是治疗反流性食管炎的主要方法。[77]

反流性食管炎中医学认为，属中医属中医学胃痛、嘈杂、泛酸、食管痹范畴。其病因多由于肝胃不和，痰热内生所致。《医学正传》云："胃脘当心而痛，未有不由清痰食积郁于中，七情九气触于内之所致焉。"东垣谓："吐酸者，甚则酸水浸其心……"，《寿世保元·吞酸》曰："夫酸者肝木之味也，由火盛制金，不能平木，则肝木自甚，故为酸也"，表明肝气是其影响因素之一，肝郁化热犯胃或脾胃虚弱，肝气以强凌弱犯胃而致烧心、泛酸、嗳气等。因此清热化痰，降逆和胃可作为治疗 RE 的重要手段。现代药理研究发现温胆汤对促进胃排空、抑制胆汁反流具有明显作用。

【临床应用】

杨氏[77]中西医结合治疗反流性食管炎 100 例疗效观察，中西医

结合组采用中药、西药治疗，西医组仅用西药治疗。中药用黄连温胆汤、乌贝散、旋覆代赭汤加减，药用柴胡、香附、枳壳、竹茹、陈皮、清半夏、旋覆花、柿蒂各10g，代赭石、乌贼骨、浙贝母、鸡内金、白及、元胡各15g，黄连6g，蒲公英20g。1日1剂，水煎服。证属肝胃不和者，加郁金、白芍舒肝和胃；胃热阴虚者，加麦冬、石膏清胃滋阴；痰气阻膈者，加胆星、枳实除痰利膈；痰热结胸者，加黄芩、瓜蒌实清痰开结；瘀滞化热者，加丹皮、赤芍化瘀清热。西药用奥美拉唑20mg，1日3次，口服；熊去氧胆酸50mg，1日3次，口服。西医组仅用奥美拉唑20mg，1日1次，口服；吗丁啉10mg，1日3次，口服；熊去氧胆酸50mg，1日3次，口服。均以1个月为1个疗程。与此同时，嘱戒烟酒及酸、甜、辣食物，床头抬高20cm，1个疗程结束后，复查胃镜以确定疗效。疗效评定标准：显效：症状完全消失，镜下局部黏膜水肿、充血、糜烂面缩小1/2以上；有效：症状发作次数较前减少50%以上，镜下局部黏膜炎症有所改善；无效：症状和镜下局部黏膜无明显变化。两组疗效比较：中西医结合组100例，显效35例（35%），有效58例（58%），无效7例（7%），总有效率93%；西医组50例，显效12例（24%），有效21例（42%），无效17例（34%），总有效66%。两组总有效率经X^2检验，差异有显著性（$P<0.001$）。

何氏[78]应用温胆汤加减治疗反流性食管炎120例，观察对象：120例，其中男46例，女74例；年龄25～57岁，平均40.5岁；病程（以症状出现计算）0.5～10年，平均3.6年；其中服过胃动力药（吗丁啉或普瑞博思）加抗酸剂（雷尼替丁、法莫替丁等）症状改善不明显者30例。诊断依据：参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》[79]反流性食管炎而拟定：胸骨后或剑突下烧灼样疼痛，食后仰卧、躯干前倾或剧烈运动后可有酸或苦味的胃内容物反流至食管上段或溢入口腔。食管镜检查可见反流性食管炎改变。治疗方法：以温胆汤为基本方，药用：竹茹12g，陈皮15g，制半夏15g，枳实30g，茯苓15g，甘草10g。若胃热型，加黄连12g，吴茱萸3g；胃热疼痛者，加延胡索20g，川楝子12g；胃寒型，加党参15g，炒白术15g，吴茱萸3g；胃寒疼痛者，加高良姜12g，香附12g，延胡索20g；便秘者，

加生白术30g，白芍15g，厚朴15g；嗳气明显者，加厚朴15g，木香9g。每日1剂，水煎早晚分服。15天为1个疗程，取得满意疗效。疗效标准依据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》[79]而拟定。治愈：症状消失，食管镜检查食管黏膜恢复正常。好转：症状减轻，食管镜检查食管黏膜改变有改善。无效：达不到好转标准者。120例中，治愈57例，好转61例，无效2例，有效率为98.33%。其中服胃动力药加抗酸效果不明显的30例中，治愈7例，好转22例，无效1例。

苗氏[80]加味温胆汤治疗反流性食管炎32例疗效观察，治疗组予加味温胆汤：半夏、陈皮、枳壳各10g，生姜6g，炒竹茹6~10g，瓦楞子15g，乌贼骨15g，砂仁、白豆蔻各5g，左金丸6g（入煎）。随证加减：脾胃虚寒者去竹茹，加党参、白术、茯苓、甘草；湿浊留恋中焦者加藿香、苍术、厚朴，胃阴虚加沙参、麦冬，病久血虚加阿胶、黄芪、大枣。每日1剂，分2次水煎服。同时嘱患者忌食生冷辛辣，禁烟、酒，开导病人保持乐观情绪。对照组：口服泰胃美800mg，每晚睡前1次，普瑞博思5mg，1日3次，餐前15min服。2组均10天为1个疗程，3~4个疗程后观察疗效，随访半年。治疗结果：治疗组32例中，显效23例，有效8例，无效1例，显效率71.8%，有效率96.8%；对照组26中，显效17例，有效7例，无效2例，显效率65.4%，有效率92.3%。经统计学处理，2组显效率、有效率比较无显著性差异（$P>0.05$）。2组有效病例随访结果 治疗组随访31例，复发7例，复发率22.58%；对照组随访24例，复发17例，复发率70.8%。经统计学处理，2组复发率有极显著差异（$P<0.01$），对照组明显高于治疗组。

【病案举例】

何某，男，42岁。2001年9月18日初诊。胸肌后烧灼感及吐酸6年。常于餐后、夜间平卧、疲劳后发作，发作时感觉从上腹部沿胸骨后至咽喉部烧灼样疼痛，口吐酸水，常因烧灼感和吐酸不能入眠。嗳气，上腹部饱胀感，食欲正常，大便不爽。先后服吗丁啉加雷尼替丁、普瑞博思加法莫替丁无明显效果。舌红、苔黄腻，脉弦。食管镜、胃镜检查提示：反流性食管炎、慢性浅表性胃炎。予温胆汤加减：竹茹12g，陈皮15g，茯苓15g，枳实30g，制半夏15g，黄连

12g，吴茱萸3g，蒲公英30g，甘草10g。5剂后症状明显减轻，共服30剂，症状消失，胃镜检查食管黏膜正常。随访3个月未复发。[78]

按：温胆汤常用于治疗痰热内扰，胆胃不和证。何氏临床应用治疗反流性食管炎，本病为肝失疏泄、胃失和降、胃气上逆、胃络受损而成，符合中医“胃气上逆”的病机。治宜疏肝理气、和胃降逆、除湿化痰、制酸止痛。温胆汤中竹茹、陈皮、半夏、枳实均有和胃降逆作用，其中枳实为宽中下气之要药，现代药理学实验发现其能使胃肠收缩节律有力，即有促胃肠动力作用，因此在本方中重用到30g。据笔者临床观察，本病中医辨证主要有脾胃湿热和脾胃虚寒两型，因而在基本方的基础上针对这两型进行加减，随证论治，方中半夏降逆和胃，燥湿化痰，竹茹清热化痰，二者合用，专治痰热内阻，胃气上逆；枳实行气消痰，使痰随气下；佐以陈皮理气燥湿，茯苓健脾渗湿，俾湿去痰消，脾胃调和；烧心、泛酸重者加左金丸清肝泻火，和胃止酸；甘草调和诸药。全方共奏清热化痰，降逆和胃之功。[81]从本组病例总结看，具有较好疗效。

三、慢性糜烂性胃炎

慢性糜烂性胃炎是消化系统常见病，糜烂性胃炎为慢性胃炎的一个镜下分型，现代医学认为，胃黏膜损伤因子、幽门螺杆菌感染、免疫因素、神经因素等参与本病的发生发展过程，[82]引起胃黏膜水肿、糜烂、出血，西医多用抑制胃酸分泌、保护胃黏膜、杀灭幽门螺杆菌（HP）等对症治疗，临床确有一定疗效。但不少患者愈合后易复发，再次用药亦不能奏效。其主要病理表现为胃黏膜糜烂，多表现为泛酸、呃气、胃痛、腹胀等。

慢性糜烂性胃炎属中医内科胃脘痛范畴，其病因多为脾胃素虚、邪气伤中、肝气犯胃等而致脾运无力，胃失和降，湿邪中阻，郁积化热，热灼胃络，出现腹痛腹胀，嗳气频作，嘈杂泛酸甚至呕血黑便等，其病在胃，与肝脾有密切关系。清热化痰、健脾和胃为治疗慢性糜烂性胃炎的重要治则。现代药理研究证明，半夏、川厚朴、茯苓能够调节胃腺分泌，消除胃黏膜水肿、充血，白术、党参能提高黏膜屏障作用，防止胃黏膜损伤。[83]黄芩、黄连等清热解毒之品具有抑杀幽

门螺杆菌的作用。[84]

【临床应用】

赵氏[85]观察病例87例，随机分为治疗组44例和对照组43例。治疗组44例中，男31例，女13例；年龄19～65岁，平均41.2岁；病程3个月～24年，平均10.5年。对照组43例中，男30例，女13例；年龄18～64.5岁，平均40.8岁；病程3个月～34.5年，平均10.3年。诊断及排除标准：参照中国中医药学会脾胃病专业委员会2001年编写的《实用中医消化病学》[86]中慢性糜烂性胃炎诊断标准确认。①多发生在上腹部疼痛或不适，伴烧心，食欲不振，恶心呕吐，嗳气腹胀，上腹有局限性的深压痛。②胃镜检查可见5～12mm大小圆形或卵圆形隆形性糜烂或平坦糜烂，黏膜缺损，黯红色、红色、黄色或白色。排除合并胃癌或消化道溃疡者，排除不能随访和不能坚持长期服药者。治疗方法：治疗组：以健脾和胃、清热化湿为治则，方选香砂六君子汤合芩连温胆汤加减。药用：黄芪30g，党参20g，白术15g，木香6g，砂仁10g，延胡索12g，黄连6g，法半夏12g，蒲公英30g，茯苓15g，川厚朴15g。临床随证加减，肝郁气滞者加柴胡、香附以舒肝理气，胃热炽盛者加金银花、连翘以清热解毒；寒邪犯胃者加吴茱萸、干姜以温中散寒；瘀血阻络者加丹参、三七、当归、红花以活血化瘀；食滞胃肠者加焦三仙（炒麦芽、炒神曲、炒山楂）以消食导滞；胃阴不足加麦冬、沙参、生地以养阴和胃；胃出血者加炒蒲黄、仙鹤草，以活血止血。水煎2次，取汁500ml，混匀，分早晚2次服，每日1剂，10剂为1个疗程，休息3天，继行下1个疗程，共治疗3个疗程。对照组：单用西药治疗：硫糖铝1.0g，口服，每日3次；雷尼替丁胶囊0.15g，口服，每日3次；阿莫西林0.5g，口服，每日3次；甲硝唑0.4g，口服，每日2次。疗程4周。疗效观察：疗效标准参照《实用中医消化病学》[86]制定疗效标准。临床治愈：症状及体征全部消失，胃镜显示黏膜下血管透见，胃黏膜色红润、光滑，隆起结节消失，伴发溃疡、糜烂均消失。显效：症状有明显改善，胃镜显示胃黏膜轻度水肿充血，隆起结节数目减少2/3或粗糙隆起较前减轻。有效：症状有好转，胃镜显示黏膜仍充血水肿，隆起数目减少1/3。无效：症状均无改善，胃镜显

示胃黏膜仍见隆起结节，或中央凹陷糜烂，数量不减或胃黏膜仍见苍白及黏膜下血管网。治疗结果：治疗组有效率为95.5%，对照组为76.7%，2组比较差异有统计学意义（$X^2=6.40$，$P<0.05$）。随访情况：1年后分别对治疗组临床治愈22例患者，对照组13例患者随访，治疗组有2例患者出现腹痛，胃镜检查显示糜烂性胃炎复发，复发率为9.09%。对照组有4例患者腹痛呕吐，吞酸明显，胃镜显示胃黏膜仍有隆起糜烂，伴溃疡者2例，复发率为30.77%。

胡氏[87]从痰治疗胃脘痛58例，以温胆汤为基本方化裁，药用：白及、瓦楞子（先煎）、蒲公英各20g，丹参、酒大黄、茯苓各15g，法夏、陈皮、枳壳、砂仁、大枣各10g，甘草6g，生姜3片。加减法：寒邪客胃加高良姜15g，吴茱萸10g，以温中散寒，理气止痛；饮食停滞者加炒麦芽15g，肉食停滞者加焦山楂15g，饭食停滞者加神曲15g或莱菔子10g以消积和胃；肝气犯胃者加白芍15g，郁金、柴胡、川芎各10g以疏肝解郁；肝胃郁热者、肝火燔灼者，合左金丸辛开苦降，去生姜，重用大黄，加丹皮、栀子各10g以清肝泄热；瘀血停滞者加当归15g，川芎、田三七、炒蒲黄（包煎）各10g以养血化瘀和胃；胃阴亏虚者加沙参、麦冬各15g，当归10g以和养胃阴；脾胃虚寒者加黄芪20g，干姜、吴茱萸各10g以益气温中散寒。以上方煎水内服，1日3次。15天为1个疗程，2个疗程后观察结果。治疗结果 治愈22例，占37.9%；好转34例，占58.6%；无效2例，占3.5%。总有效率96.5%。其中胃溃疡22例，痊愈10例，占治愈率45.5%；糜烂性胃炎14例，痊愈5例，占治愈率22.7%；慢性浅表性胃炎18例，痊愈7例，占治愈率的31.8%。

【病案举例】

（1）谢某某，男，16岁，学生。因胃痛1个月、加剧1周于1997年6月3日来本院就诊。患者近1个月来反复发作胃脘部疼痛，呈烧灼样，进餐后疼痛加剧。1周前因受寒感冒发热，并发胃痛宿疾，自服感冒药热退而胃痛加剧，烧灼拒按，进餐后疼痛加剧，伴烧心泛酸嘈杂，腹胀纳差，喜冷饮，口干苦。大便色黑如柏油样，质软不成形，尿黄。舌边尖红，苔黄厚，脉弦滑数。本院胃镜检查示：急性糜烂性胃炎，点状出血。大便隐血试验阳性。证属肝火燔灼、痰火

蕴结之胃痛症。治当清肝泻火，化痰通络。以基本方合左金丸加丹皮、炒栀子、田三七、蒲黄炭各10g，重用大黄至30g。6剂，水煎服。药后疼痛明显减轻，仍进餐后隐隐疼痛，泛吐清水、纳谷不香、烧心泛酸嘈杂腹胀诸症消失，大便稀溏色黄，神疲乏力，舌淡苔薄滑，脉细滑。证转脾胃虚弱、痰黏不化，治当温中健脾、化痰除湿，基本方加黄芪20g，干姜、田三七各10g。守方继进服10剂，诸症消失，二便正常，大便隐血试验阴性，病告痊愈。[87]

（2）翟某，男，45岁。2006年6月初诊，胃脘痛反复4年，胃镜检查提示：糜烂性胃窦炎，HP（-），症见：胃脘胀痛、嗳气、口时苦、少饮、纳谷不香、大便时结，舌红、苔黄腻，脉弦滑，有嗜酒史。此属中医胃脘痛，证属胃中郁热、肝脾不和，治以清热和胃、调和肝脾，予：竹茹15g，陈皮10g，枳壳10g，半夏10g，茯苓15g，蒲公英15g，柴胡6g，白芍10g，麦芽50g，甘草6g。每日1剂，水煎服，并嘱患者忌肥甘厚味、烟酒酸辣等；4剂症减，再予7剂，症状消失。继予上方加减治疗2个月。随访半年未复发。[88]

按：温胆汤，常用于治疗痰热内扰，胆胃不和证，赵氏临床用于治疗慢性糜烂性胃炎，效果显著。中医学认为本病病因为脾虚湿盛蕴热，临床应用温胆汤治宜健脾和胃，清热化湿。生活中此类病机多见于酒食伤胃所致。酒为助湿化热之品，久而酿生湿热之邪，蕴于中焦，脾胃升降失调，土壅木郁致肝、胃、脾气机不畅而胃脘痛；其关键为中焦有湿热蕴结，故方中黄芪、党参、白术补益中气，升举清阳；砂仁理气和胃；木香、延胡索行气止痛；黄芩、黄连、蒲公英清热燥湿解毒；茯苓、半夏、川厚朴开泄气机。诸药相伍，共奏健脾和胃、清热化湿之功。根据“正气存内，邪不可干”的经旨，治疗本病首当健脾养胃，和气降逆，从而减少复发机会，以达远期疗效目标。健脾和胃、清热化湿之法治疗本病即可体现中医辨证论治法则，又与现代医学治疗原则相吻合，临床近期和远期疗效优于一般西医治疗。观察结果证实：西医采用抗胆碱药物、抗生素等对症治疗，服药期间，消化道症状可减轻或痊愈，但停药后症状反复，病情迁延，难以根治，复发率较高。中药对症治疗后获得良好疗效，且复发率明显降低，因此值得临床推广应用。

四、胆汁反流性胃炎

胆汁反流性胃炎是消化内科常见病、多发病，现代医学认为正常胃肠蠕动由上而下，有节律收缩，逐渐推向幽门，幽门选择性周期性的开放，使胃内容物分次排入十二指肠。胃窦的充容收缩，十二指肠内的压力，缩胆素、胰泌素的作用，使胃窦、幽门、十二指肠保持着“平衡”，而幽门又具有一定的张力，因此十二指肠液是不能返入胃内的。但胆汁反流性胃炎患者多由于饮食、吸烟、神经内分泌等失常，使“平衡”破坏，幽门松弛，胆汁反流，在胆酸的作用下，胃的“屏障”破坏，H^+逆流，组织胺分泌增加及胆汁又能促进胃泌素分泌，致胃酸增多，而形成恶性循环，损伤了胃黏膜血管，轻则造成胃炎，重则形成溃疡。临床症状主要是慢性上腹痛，且多无规律性。

胆汁反流性胃炎属中医学“胃脘痛”、“嘈杂”、“呕吐”等范畴。其病因为饮食不节、贪食生冷、烟酒过度、损伤胃气导致胃失和降。正常脾胃的运动与肝有密切关系，当人们精神愉快，肝气疏泄条达，气机调和，则保持正常的消化功能。若抑郁暴怒，情志不遂，则气郁失疏，肝气横逆，影响了脾胃的功能，致使胃气上逆，胆汁反流而为患。《灵枢·四时气》“善呕，呕有苦邪在胆，逆在胃，胆液泄则口苦，胃气逆则呕苦，故曰呕胆”。[89]因此，清泄胆腑，和胃降逆可作为治疗胆汁反流性胃炎的重要治则。现代药理研究证明温胆汤有清泄胆腑，和胃降逆之效，其中半夏能够促进十二指肠排空，减少胆汁郁积；枳实可降低迷走神经的兴奋性，提高幽门括约肌的张力。[89]

【临床应用】

何氏[90]应用温胆合抑酸复安治疗胆汁反流性胃炎30例疗效观察，观察病例：60例，其中男25例，女35例，年龄24～62岁，平均40±11岁，病程1～14年；随机分为治疗组30例和对照组30例，其中治疗组30例中，男13例，女17例，对照组30例中，男12例，女18例。所有病例均符合诊断标准：西医标准参照文献的诊断标准：[91]①持续性胃脘疼痛或饱胀、嗳气、恶心或呕吐、胃灼热感、返酸或苦水；②胃镜检查可见幽门有胆汁反流或胃黏液呈黄色；③pH>3.0。中医诊断参照文献的诊断标准[92]分：肝胃不和型、肝胃湿热

型、脾胃虚寒型、胃阴不足型、气滞血瘀型。治疗方法：对照组30例服用雷尼替丁胶囊，每次150mg，每天早晚餐前服，同时服用吗丁啉片10mg，每日3次，餐前半小时服。治疗组30例，在对照组的基础上给予温胆汤加味，药用：茯苓15g，半夏12g，陈皮12g，枳实9g，竹茹8g，乌贼骨12g。加减：若属肝胃不和型加醋炒柴胡12g，炒川楝子12g；肝胃湿热型加茵陈10g，扁豆花10g，藿香15g；脾胃虚寒型加土炒白术15g，桂枝10g；胃阴不足型加石斛12g，北沙参12g；气滞血瘀型加丹参15g，莪术12g；HP阳性或胃热明显者加蒲公英10g，半枝莲10g。水煎服，1日1剂，早晚饭前各服1次。疗程为4周，疗程结束后1周内做胃镜检查，取得了满意疗效。水煎服，1日1剂，早晚饭前各服1次。两组疗程皆为4周，治疗前后作胃镜检查，观察临床疗效。疗效标准[92]：①痊愈：症状、体征基本消失，复查胃镜胆汁反流消失，食管下段或胃黏膜组织学改变明显好转或正常；②显效：症状、体征明显改善，复查胃镜胆汁反流明显减少，食管下段或胃黏膜组织学改变好转；③有效：症状、体征改善，复查胃镜胆汁反流减少，食管下段或胃黏膜组织学改变减轻或无变化；④无效：症状、体征及胃镜所见无改变或加重。统计学处理：采用统计分析软件SPSSv11.0，行X^2检验。结果：治疗组总有效率96.7%，对照组总有效率73.3%，两组总有效率经X^2检验，差异有显著性意义（$X^2=4.706$，$P<0.05$），治疗组疗效明显优于对照组。

石氏[93]应用温胆汤加味治疗胆汁反流性胃炎37例疗效观察，治疗以温胆汤为主方（半夏10g，陈皮10g，甘草6g，炒枳实10g，竹茹15g，茯苓15g，生姜10g，大枣5枚）水煎服，每日1剂，分2次服。久病体弱者加西洋参10g；郁热较甚者加黄连5g；有瘀血者加丹参20g；合并溃疡者加三七粉3g，乌贼骨10g；大便潜血阳性者加止血散（大黄3g，白及5g，枯矾0.5g）每次3g，日服3次。30天为1个疗程，治疗满1个疗程后，做胃镜检查。治疗效果临床治愈31例，占84%；好转4例，占10.1%；无效2例，占5.4%，总有效率占94.6%。在无效病例中，伴有十二指肠炎1例，伴有萎缩性胃炎1例。

【病案举例】

周某，女，68岁。2005年8月9日初诊。患者嗳气吞酸已10多年，时轻时重。经检查诊为：胆汁反流性胃炎，多方治疗症情不减，故转中医治疗。诊见：形体虚满，有冠心病、脂肪肝病史，舌暗淡、苔薄，右脉略弦、左脉弦细。据脉证辨为木乘土位，气机横逆。治以降逆和胃，调理气机，方用黄连温胆汤加减。处方姜竹茹、红豆蔻、陈皮各10g，

枳壳、姜半夏各12g，赭石、天麻、炒丹参各15g，茯神20g，檀香6g，炒黄连3g。10剂，每天1剂，水煎服。患者于2007年7月携孙求诊，并诉2年前服了10剂中药，治好了吞酸病，至今未复发。[94]

按：温胆汤，常用于治疗痰热内扰，胆胃不和证，何氏临床用于治疗胆汁反流性胃炎，配合吗丁啉、雷尼替丁治疗，收效明显。胆汁反流性胃炎因原发性或继发性幽门功能紊乱或胃切除术后引起的胆汁和碱性肠液倒流入胃而形成，以胃脘灼痛、饱胀、嗳气、恶心或呕吐、烧心、食欲不振等症状为主要临床表现，临床上多采用促进胃动力药物和胃黏膜保护剂及抑制胆盐药物治疗，目前尚无特殊治疗方法。[95]中医学认为，本病病位在胆、胃，胆与胃在病理上相互影响，基本病机为肝胃湿热。病理环节在于肝胆疏泄失常，胃失和降。温胆汤具有清泄胆腑、和胃降逆的作用，方虽名温胆，实则消胆和胃。方中半夏、陈皮，燥湿除满、化气散结；竹茹和胃而止呃逆；茯苓健脾胃而利湿；枳实开通郁结，降气消胀。[93]何氏以清热燥湿为基本治疗方法，以温胆汤化裁加味治之甚为合拍。本方用药轻灵条畅，疗效甚佳，临证用之，当舍弃甘草为宜，因其“滞气满中”，有碍气机之和畅；乌贼骨有中和胃酸，活血止痛之效，故以之代替甘草。何氏用温胆汤加味联合雷尼替丁胶囊、吗丁啉片治疗胆汁反流性胃炎30例，疗效满意。雷尼替丁能缓解胃酸过多所致的胃痛、胃灼热（烧心）、泛酸；胃复安（吗丁啉）可促进胃肠蠕动，加快排空，减少反流。中西药合用，既能调整胃肠功能，增强机体免疫力，又能抑制胃酸分泌，促进胃肠蠕动，加快排空，减少反流，能迅速缓解症状。临床观察表明，温胆汤加味联合西药治疗胆汁反流性胃炎，疗效满意。此

外，本病患者饮食方面应以清淡、易消化、营养足为原则，忌油腻食物，同时调节情绪、消除焦虑、抑郁等不良情绪。可见温胆汤治疗胆汁反流性胃炎，[93]疗效满意，对缓解症状，解除患者痛苦，可起到较快的作用和持久的疗效，特别是纠正胆汁反流是一个新的尝试，值得进一步探讨。

五、慢性浅表性胃炎

慢性浅表性胃炎（CSG），为消化系统常见病。现代医学认为CSG的主要病因是幽门螺旋杆菌感染，炎症弥漫性分布，但以胃窦为重。慢性浅表性胃炎的过程是胃黏膜损伤与修复的一种慢性过程，主要组织病理学特征为胃黏膜层以淋巴细胞和浆细胞为主的慢性炎症细胞浸润的炎症表现，并由幽门螺旋杆菌引起的CSG多见淋巴滤泡形成。大多数患者早期无明显症状，有症状者表现为上腹痛或不适、上腹胀、早饱、嗳气、恶心等消化不良症状。

慢性浅表性胃炎属中医学胃脘痛、痞满范畴。病因病机：不外七情和饮食所伤，若七情不调，肝气郁结，肝失疏泄，横逆犯胃（脾），或饮食不节，烟、酒、辛、辣过量，生冷滋腻无忌，饥饱寒热失调，或外感六淫之邪，或内外合邪致使浊气阻塞于胃，脾胃内伤，气机壅滞，升降失司，运化失职，痰热内生而诱发，出现上腹部疼痛、胀满等，应用清热化痰、健脾和胃的治则，以调理脾胃的升降功能，改善胃内环境和相应的临床症状，CSG患者多因幽门螺旋杆菌感染而见胃黏膜层以淋巴细胞和浆细胞为主的慢性炎症细胞浸润。现代药理研究证明，温胆汤对提高机体免疫，修复胃黏膜有良好作用，半夏、川厚朴、茯苓能够调节胃腺分泌，消除胃黏膜水肿、充血，促进其恢复。因此，清热化痰、健脾和胃可作为治疗慢性浅表性胃炎的重要手段。

【临床应用】

杨氏[96]应用温胆汤加减治疗慢性浅表性胃炎78例，观察病例78例中，男49例，女29例；年龄9～15岁12例，16～45岁48例，46～60岁18例；其中纤维胃镜病理检查幽门螺杆菌（HP）阳性18例；病程≤6个月者12例，>6个月～2年者32例，>2～5年者26

例，>5～10年者8例。均有上腹部胀痛或隐痛，进食后加剧，嗳气或脘腹嘈杂感，嗳气或矢气后胀痛稍缓，大便秘结或便溏，但以大便秘结量少者居多；全部病例均经吞钡或纤维胃镜检查确诊为慢性浅表性胃炎，且排除慢性萎缩性胃炎、消化性溃疡、胃癌等。治疗方法：予温胆汤随症加减。药用：半夏、枳实、陈皮、竹茹各10g，炙甘草6g内服；便秘者加大黄（后下）6～10g；胀痛连胁、善叹息者加柴胡12g，郁金、川楝子各15g；胃脘灼热、口干舌涸少津，舌质淡红无苔或苔少者加生地黄30g，玄参20g，麦芽15g；口淡无味、纳呆便溏、泛吐清涎者加吴茱萸、砂仁各10g，广木香、神曲各15g；反酸者加乌贼骨15g，瓦楞子（先煎）30g；胀痛较剧，而痛有定处，舌质紫黯，脉细涩者加三七9g，五灵脂、蒲黄各10g，延胡索15g。每日1剂，水煎分2次温服。20天为1个疗程。疗效评定标准：参照国家中医药管理局医政司颁布的《中医内、外、妇、儿科病证诊断疗效标准》及1993年卫生部颁布的《中药新药治疗慢性浅表性胃炎的临床研究指导原则》评定。自觉症状消失，吞钡或纤维胃镜检查示胃黏膜增粗现象恢复正常，病理检查HP转阴为显效；自觉症状好转，胀痛消失，胃纳转佳，但病变胃黏膜增粗现象未明显改变，HP弱阳性为有效；自觉症状无减轻或加重为无效。结果：显效32例，有效39例，无效7例，总有效率91.0%。其中服药1个疗程显效者11例，均在9～15岁年龄组；服药2个疗程显效者17例，以16～45岁年龄组较多；服药3个疗程显效者4例，均在46岁以上年龄组；无效者均在60岁以上年龄组。

【病案举例】

李某，女，51岁，2000年2月17日初诊，胃脘阻胀，热灼嘈杂半年。纳谷不馨，胃脘似辣非辣，似热非热，似痛非痛，泛酸嗳气，口苦黏腻，四肢乏力，脉弦滑，舌质正常，苔黄浊厚。纤维胃镜示：慢性浅表性胃炎，伴HP重度感染。曾服用吗丁啉、丽珠得乐、普利胃炎胶囊等未效。辨证为湿热内蕴，胃失和降，热伤胃络，湿热久羁，胃阴亦伤。治用清热化浊，和胃降逆，佐以养胃，并加入可杀灭HP之品。方药：黄连、甘草各6g，制半夏、陈皮、甘草、川厚朴、炒枳壳、苏叶各10g，茯苓12g，煅瓦楞子、蒲公英、芦根各30g，石

解20g，服药7剂，胃脘阻胀、热灼嘈杂、胃纳均好转。服药30剂，诸症除，3个月后胃镜复查正常，HP（-）。[97]

按：温胆汤最早出自唐·孙思邈的《备急千金要方》，原治“大病后，虚烦不得眠”。《医宗金鉴》亦载温胆汤，但比原方多茯苓一味，主治热呕吐苦水、虚烦不眠、惊悸、痰气上逆。笔者临床应用温胆汤加减治疗慢性浅表性胃炎，取得满意疗效。中医学认为，本病位在脾胃，脾为阴脏，喜燥恶湿，主运化；胃为阳腑，喜润恶燥，主受纳；脾气主升，胃气主降，脾升则清阳之气得以上布，胃降则传导无阻，浊阴之气得以下行，脏腑相合，升降相因，才能发挥正常的生理功能。[98,99]笔者调查，因地处亚热带雨林地区，且嗜食辛辣炙之品，“天热”、“地湿”、“湿热内蕴”，内外合邪，导致痰热内生，脾胃受损，运化失司。因而提出清热化痰、健脾和胃的治则，以调理脾胃的升降功能，改善胃内环境和相应的临床症状，这是治愈胃炎患者的关键。胃炎患者久治不愈，病久入络，胃络瘀滞，故笔者在清热化痰、健脾和胃药中，配合活血化瘀之三七、五灵脂、丹参等，以增加胃黏膜血流量达到改善微循环、降低毛细血管通透性、减少炎症渗出、促进炎症吸收。[100]同时，根据病情变化，作相应加减配伍，如：黄连、蒲公英、大黄配合其他方药中，对HP转阴有显著疗效。温胆汤方中枳实、竹茹清胆胃之热，降胆胃之逆，在于治热；半夏、陈皮燥湿祛痰、理气和胃，在于治痰；茯苓、甘草健脾去湿，和胃安中；生姜一味，既能温胆又能和胃止呕。半夏、陈皮、生姜温性药与枳实、竹茹凉性药相配，清热而不寒，化痰而不燥，诸药合用共奏清热化痰、健脾和胃之功。临床应用，多获良效。

六、胃溃疡

胃溃疡（GU）是消化系统的常见病。该病以慢性、周期性、节律性上腹部疼痛为主要表现。溃疡发生是黏膜侵袭因素和防御因素失平衡的结果，胃酸或胃蛋白酶对黏膜自身消化所致。溃疡的黏膜缺损超过黏膜肌层，不同于糜烂，溃疡边缘光整、底部洁净，由肉芽组织构成，上面覆盖灰白色或灰黄色纤维渗出物，溃破血管时引起出血，活动性的周围黏膜常有炎症水肿。胃溃疡主要表现为慢性、周期性、

节律性上腹部疼痛，泛酸，嗳气等。病理多表现为胃角和胃窦小弯的溃疡。胃溃疡是一种多因素疾病，幽门螺杆菌和非甾体抗炎药是损害胃黏膜屏障从而导致溃疡发病的最常见病因，胃酸亦起关键作用。

胃溃疡属中医胃痛范畴。其病因为寒邪、食停、气滞、热郁、血瘀等伤胃，影响脾的升清与运化，水湿不化，聚湿成痰，痰滞于胃，致胃失和降，其气上逆，痰湿瘀阻气机，胃之脉络失和，痰瘀阻滞而见胃痛缠绵难愈。胃为五脏六腑之大源，水谷之海，仓廪之官，主受纳腐熟水谷，凡饮食不节，或冷热不调，或忧思恼怒，气郁伤肝，肝气横逆等，皆能直接影响胃之功能而发生病变或加重病情。其病机认为是胆胃不和，痰热内扰所致。因此，理气化痰，清胆和胃，化瘀止血生肌可作为 GU 的重要治疗原则。现代药理研究证明温胆汤对修复胃黏膜一定疗效，陈皮可抗幽门螺杆菌，BaeEA 等[101]发现一些经肠内菌丛转化而来的类黄酮如橙皮素和柚皮素等体外具有抗幽门螺杆菌活性。研究显示从巴伦西亚橙皮中提取得到的类胡萝卜素也有抗幽门螺杆菌活性的作用，半夏、川厚朴、茯苓能够调节胃腺分泌，消除胃黏膜水肿、充血。[102]

【临床应用】

赵氏等[103]应用温胆汤加减治疗胃溃疡 54 例。观察病例 106 例，随机分为治疗组 54 例和对照组 52 例。治疗组 54 例中，男 42 例，女 12 例；年龄 22～56 岁，平均 36 岁；病程 5 年以内 44 例，5 年以上 10 例。对照组 52 例中，男 40 例，女 12 例；年龄 24～28 岁，平均 37 岁；病程 5 年以内 40 例，5 年以上 12 例。治疗方法：治疗组：予温胆汤加减。药用：半夏 15g，陈皮 15g，竹茹 15g，枳实 15g，大腹皮 15g，白术 20g，焦三仙 20g，三七 20g，白及 15g（研磨冲服）每日 1 剂，水煎服。对照组：硫糖铝 1.0g，与进食间隔 2h 服，甲硝唑 0.2g，饭后服，吗丁啉 10g，饭前 30min 服，均每天 3 次。两组疗程均为 4 周。疗效标准制定与结果：临床治愈：腹痛、反酸，嗳气等症状及体征消失，溃疡愈合或留有瘢痕。治疗组 47 例，对照组 36 例。好转：腹痛，反酸，嗳气等症状明显减轻，溃疡面积缩小 50% 以上。治疗组 5 例，对照组 11 例。无效：症状减轻不明显或不稳定，溃疡面积缩小 <50% 以上。治疗组 2 例，对照组 5 例。结果为治疗组：治

愈率83.3%，好转率9.3%，无效率3.7%，总有效率92.6%；对照组：治愈率66.6%，好转率20.4%，无效率9.3%，总有效率87.4%。两组治愈率差别显著（$P<0.05$）。

【病例举例】

田某某，女，45岁，农民。因反复发作上腹胃脘部闷胀灼痛5年，加剧10天于1995年4月20日来我院就诊。患者近5年来反复发作上腹胃脘部痞胀疼痛，呈饥饿性灼痛，劳累后及情绪变化时诱发或加剧，伴吞酸嗳气，食欲不振，食后腹胀更甚。曾多方治疗，服用中西药物少效。此次于10天前因情绪波动而引发宿疾，自服“雷尼替丁”、“香砂养胃丸”等药少效，乃求治于我院。症见：上腹胃脘部灼热痞胀疼痛食后尤甚，烦躁不眠，大便色黑成形，日1次。舌红苔薄黄厚，脉弦滑稍数。本院胃镜检查示：胃窦部见约2mm×3mm×2mm、3mm×2mm×2mm大小、边缘齐的溃疡，为灰白苔膜覆盖，周边充血红肿，色泽红润，表面光滑，胃体部黏膜少许糜烂、点状出血。诊断为胃溃疡并糜烂性胃炎（A1期）、幽门水肿。证属肝胃郁热痰瘀阻络之胃痛症。治宜疏肝泄热化痰活络。以基本方合左金丸加炒栀子15g，田三七、蒲黄炭各10g。5剂，水煎服。服完5剂，疼痛明显减轻，大便呈黄色，纳食增加，口干苦减轻，舌边尖红，苔薄黄，脉弦滑稍细数。继守上方5剂，患者上腹胃脘部疼痛明显减轻，仍有少许灼痛、纳差，吞酸嗳气、嘈杂似饥、口干口苦诸症消失，舌边尖红，苔薄黄燥，脉细弦数。证属肝胃郁热、胃阴亏损，治疗继守原方去蒲黄炭、左金丸，加沙参、当归各15g柔肝和胃养阴。守方15剂，诸症消失，食欲正常。1个月后复查胃镜示溃疡消失。病告痊愈。[87]

按：温胆汤是由《备急千金要方》温胆汤衍化而来，方名温胆，实则为清。即罗东逸谓：“和即温也，温之者，实凉也。”原方治疗胆胃不和，痰热内扰所致虚烦不眠或呕吐呃逆以及惊悸不宁等症，与胃溃疡胆胃不和，痰热内扰之病机相同，笔者临床应用于治疗胃溃疡，亦属异病同治。中医学认为，本病病位在胃，与肝脾关系密切。胃为燥土，其性喜润恶燥，脾胃同居腹内，一脏一腑，互为表里，胃主受纳而脾主运化，胃主降而脾主升，胃属燥而脾属湿，胃喜润恶燥

而脾喜燥恶湿，两脏燥湿相济，阴阳相合，方能完成饮食物的传化过程，故胃病多涉于脾，脾病亦多可及于胃。饮食，情志刺激等伤胃，影响脾胃升降，易致水湿、痰湿瘀阻气机，胃之脉络失和，痰瘀阻滞而见胃痛。方中温胆汤和胃降逆，化痰理气止痛，加之三七化瘀止血，活血定痛，白及[87]收敛止血，消肿生肌，《本经》谓："主痈肿、恶疮、败疽，伤阴死肌，胃中邪气。"药理作用有缩短凝血时间及抑制纤溶作用，具有良好的局部止血作用，能形成人工血栓而止血。故赵氏等在临床上应用温胆汤的基础上配伍白及、三七等药，共奏理气化痰，清胆和胃，化瘀止血生肌之功。观察结果表明，温胆汤治疗胃溃疡，临床疗效显著。

七、重症肝炎

重症肝炎在消化系统中的急危重症之一，顽固性恶心呕吐是重症肝炎常见的一种消化道症状。多数患者恶心、呕吐可能与门脉高压有关，由于重肝一般常由慢性肝炎、肝硬化发展而来，肝细胞充血、水肿、坏死，加重了肝脏循环障碍，使门静脉回流受阻，胃血流缓慢，胃黏膜弥漫性充血、糜烂，另外肝脏是内毒素清除和解毒的主要器官，重症肝炎肝细胞坏死，组织胺、胃泌素、肠道吸收的内毒素等灭活减少，胃酸分泌亢进，胃攻击因子、防御因子功能低下，胃黏膜屏障的削弱增加了黏膜损伤，这些均导致顽固性恶心呕吐。

重症肝炎属于中医学急黄范畴，死亡率很高。呕吐为胃气上逆所致，由于呕吐日久，胃肠血瘀郁而化热，胆郁胃热。因此，清胆和胃，降逆止呕可作为治疗重症肝炎所致的顽固性呕吐的重要治则。现代药理研究证明温胆汤有一定降酶保肝作用，其茯苓[104]对四氯化碳所致大鼠肝损伤有明显保护作用，使谷丙转氨酶活性明显降低，防止肝细胞坏死。

【临床病例】

谭氏等[105]应用温胆汤治疗重症肝炎顽固性呕吐5例，疗效明显。观察病例：5例。均为住院的重症肝炎患者，诊断符合1995年北京第五次全国传染病寄生虫病学术会议制定的标准。其中亚重肝3例，慢重肝2例，年龄28～40岁，均为男性，治疗前持续呕吐4天

以上，用灭吐灵或吗丁啉、维生素 B_6、654－2、异丙嗪治疗无效。治疗方法：基本治疗同一般重症肝炎，对症止呕予温胆汤加减。药用：半夏、竹茹、枳实各15g，陈皮、甘草各6g，茯苓20g，生姜5片，大枣5枚。剧呕、反酸明显加龙骨、牡蛎各30g。治疗重症肝炎顽固性呕吐，效果满意。治疗结果：治疗前5例均用镇静、止呕药治疗无效而改用温胆汤，服1～6剂汤药后呕吐完全停止。

【病案举例】

卓某，男，28岁。1998年3月18日初诊。患者右胁痛3个月余，因感冒高热、近10天来巩膜及全身皮肤黄染，并迅速加重，精神萎靡，鼻衄咯血，肝区疼痛，腹胀，尿深黄短少，恶心，食即吐，呕出咖啡样胃内容物，T 39℃，TBIL 196μmol/L，ALT 21437.62nmol/(s·L)。诊断为亚急性重症肝炎。用胃复安、654－2等治疗10天后，仍呕吐不止、拒食、食入即吐。改用加味温胆汤加白茅根30g，连服2剂，顿觉上腹部舒适，呕吐减轻，渐进流质食物。守上方再服药6剂，呕吐完全停止，饮食正常。[105]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证。谭氏等[87]临床用于重症肝炎所致的顽固性呕吐，收到良效。中医学认为湿热之邪蕴胃，胃肠血瘀郁而化热，胆郁胃热，胃失和降，胃气上逆导致呕吐，因此采用温胆汤加味，方中用竹茹清热安胃止呕，陈皮、枳实行气，茯苓健脾化湿，半夏降逆止呕，姜、枣、甘草益脾和胃，龙骨、牡蛎镇静安神、诸药合用有和胃、清热、降逆止呕之功。由于方药对证，效果显著。重症肝炎（急黄）是临床危重的肝病，死亡率很高。呕吐只是一个症状，止呕后，还必须按照治疗重症肝炎的方法进行积极治疗和抢救，最好用中西医结合方法制定治疗方案，这样疗效才能提高。

八、酒精性肝病

酒精性肝病，该病是因长期大量饮酒所导致的肝损害。研究表明，酒精性肝病患者血浆中细胞因子IL－8水平明显高于正常，MDA升高，SOD降低，提示细胞因子参与酒精性肝病的肝细胞损害，肝内脂质过氧化反应增强，氧自由基清除率降低。[106]酒精性肝病的主

要表现可有乏力、食欲不振、右上腹隐痛或不适，肝脏多有中至明显肿大。酒精性肝病病理为肝细胞脂肪变性，炎症坏死或肝纤维化。

酒精性肝病属中医的胁痛、黄疸等范畴。其病因多为饮酒过多，湿热内积，湿浊困脾。“脾失健运，痰浊乃成”，“随气升降，无处不到”，湿热之邪郁遏肝胆，疏泄不通，不通则痛，泛溢肌肤发为黄疸。所以，疏利肝胆，清湿和胃，理气化痰可作为治疗酒精性肝病的重要手段。而现代药理研究证明，温胆汤能明显减轻肝细胞肿胀，气球样变，脂肪变及炎症坏死，具有护肝保肝作用。

【临床应用】

胡氏[107]黄连温胆汤加减治疗酒精性肝病43例疗效观察，观察病例90例，随机法分为治疗组45例和对照组45例。治疗组45例中，男41例，女4例，年龄22～60岁，病程2～6年，平均3年；对照组45例，男42例，女3例，年龄20～61岁，病程2～6年，平均3年。诊断标准：参照中华医学会肝脏病学分会制定的《酒精性肝病诊断标准（草案）》。[108]治疗方法：2组均常规戒烟、低脂饮食，应用肌苷针500mg加入10% GS500ml每日1次，复合维生素B_2片，每日3次，2周为1个疗程，共4个疗程。温胆汤加减，治疗组加用黄连温胆汤中药治疗，药用：黄连3g，陈皮10g，法夏10g，茯苓25g，枳实、竹茹各12g，炙甘草6g，丹参15g，粉葛30g，当归15g，鸡内金10g，湿浊中阻加白芥子10g，胆星6g，郁金10g，砂仁5g，气虚血瘀加黄芪15g，生晒参10g，桃仁6g，赤芍10g。疗效标准：参考《中药新药临床研究指导原则》。[109]显效：临床症状全部消失，肝功能恢复正常；有效：主要症状减轻或改善，肝功能恢复正常或肝功能部分指标轻度异常；无效：临床症状无明显改变，肝功能异常。治疗结果：治疗组：显效27例，显效率60%，有效16例，有效率35.56%，无效2例，无效率4.44%；对照组：显效18例，显效率40%，有效17例，有效率37.78%，无效10例，无效率22.2%。总有效率差异有显著性（$P<0.05$）。

崔氏[110]温胆汤加味治疗酒精性肝病38例，崔氏将酒精性肝病分为3型论治：①痰湿中侵，上塞土木，气滞湿阻，本型15例，临床表现为肥胖、痰多、胁痛、食少、苔厚腻，脉弦滑。方用温胆汤加

苍术、厚朴、葛根、苦参、车前子，合并黄疸者加茵陈蒿、海金沙。②湿热胶结，伤阴化燥，肝火炽盛，本型14例，临床表现为胁肋灼痛、脘闷纳呆，腹胀便溏，心烦口渴，呕吐厌食，舌红、苔黄腻，脉弦滑数。方用温胆汤加车前草、茵陈蒿以清利湿热，解毒疏肝，伤阴较甚者加一贯煎。③酒湿浊毒，搏结气血，水臌癖积，本型9例，临床表现为胁下积块，痛处不移，形体消瘦，腹大如鼓。方用温胆汤加丹参、益母草、五灵脂、白术、泽泻等散结利水之品，以治疗酒臌。水肿甚者合用五苓散或实脾饮；血瘀甚者加失笑散；热迫血行者加三七粉或合用犀角地黄汤，也可用西洋参、党参、沙参、冬虫夏草等补虚。疗效标准及结果：①治愈：临床症状消失，连续3次查肝功能、血浆蛋白均正常，B超检查肝脏回声均匀共16例，占42.1%。②显效：临床症状消失，血浆蛋白正常，谷丙转氨酶有波动。共21例，占55.3%。③无效：仍有临床症状，血清谷丙转氨酶、血浆蛋白仍有波动。有1例因合并腹水最终并发细菌性腹膜炎死亡，占2.6%。

【病案举例】

梁某，男性，43岁，农民。因“反复手颤4年”，于2007年2月23日由急诊以“慢性酒精中毒”收入住院。4年前，患者因吸毒而行戒毒治疗，于毒瘾戒除后，开始嗜酒，每日饮酒约1500ml（37度），逐渐出现手颤、心悸，每次饮酒后手颤、心悸即消失。曾2次因上述症状在住院治疗，诊断为“酒精中毒、脑萎缩”，给予镇静安定等治疗，均于症状好转后出院。出院后，仍嗜酒如前，手颤很快再次发作。近日，患者手颤、心悸症状加重，故入院诊治。入院时：嗜酒如命，日饮酒达1500ml（37度），手颤、心悸，伴口干、口苦、纳差、乏力、睡眠差、多梦和双下肢麻木，舌质红、苔黄腻，脉滑。查体：T36.6℃；P80次/min；R20次/min；BP140/80mmHg；慢性病容。巩膜黄染，皮肤、黏膜无黄染和出血点。心、肺、腹查体未见明显异常。四肢肌力、肌张力正常；浅触觉存在、对称。双膝腱反射存在、对称，病理反射未引出。血、尿、粪常规、肾功能、电解质检查未见异常；肝功能：TBIL64.4μmol/L、DBIL34.7μmol/L、ALT57u/L、AST147u/L，HCV－Ab阳性。心电图：电轴轻度左偏、心肌劳损；B超：脂肪肝、胆囊多发性砂样结石。头颅CT：脑萎缩。入院

西医诊断为慢性酒精中毒、慢性丙型肝炎。中医诊断为颤证、胆胃湿热、痰热风动。给予逐渐戒酒，治以“清利胆胃湿热、豁痰熄风”为法。口服中药“黄连温胆汤”加减：黄连6g，半夏、陈皮、生姜、石菖蒲、僵蚕、郁金、胆南星各10g，竹茹、天麻、茯苓各15g，甘草6g，蜈蚣2条（冲服）。水煎服，1日1剂。期间，曾出现谵语，加服安宫牛黄丸，每日3g。服药7剂后，谵语消失，手颤、心悸、多梦减轻，睡眠改善，饮酒减少，其余症状同前：仍口干、口苦，纳差、乏力，舌质红、苔黄腻，脉滑。停服安宫牛黄丸，继服药7剂后，完全戒酒，手颤、心悸，口干、口苦，双下肢麻木症状消失，纳食增加，精神好转，肝功能恢复正常。原方继续治疗，于22天后痊愈出院。随访2个月，未见复发。[111]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证。现临床变通用于治疗酒精性肝病，同时配合西医保肝，饮食及戒酒等生活治疗。中医学认为，本病的病因为饮酒过多，湿热内积，湿浊困脾。以酒精困脾，痰瘀阻滞为病因病机。痰液稠浊，注于血脉，则血行凝涩，久则成瘀，形成痰瘀互结之证。临床上大致可分为湿浊中阻、湿热内蕴、气虚血瘀等证型，临床应用黄连温胆汤以清胆和胃，化痰行瘀，方中法夏、陈皮化痰祛浊，枳实竹茹破气泻痰，鸡内金消酒积，白芥子善搜内外痰结，当归、丹参、粉葛活血逐瘀，全方共行化痰解毒，逐瘀消积之功。观察结果表明：在常规治疗基础上加用黄连温胆汤中药治疗酒精性肝病，取得较好疗效。

第四节 呼吸系统疾病

一、支气管哮喘

支气管哮喘是呼吸科常见的病症之一，西医认为本病是一种以肥大细胞、嗜酸细胞浸润为主的气道慢性炎症性疾病。而患者个体变应性体质及环境因素的影响是发病的危险因素。这种慢性炎症导致气道反应性的增加，出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症。其中气道炎症是最重要的支气管哮喘

的发病机制，是导致哮喘患者气道高反应性和气道弥漫性、可逆性阻塞的病理基础。主要病理特征是大量嗜酸性粒细胞在气道内的浸润。临床以憋喘、咳嗽、咳痰为主要表现，重者出现呼吸困难。

支气管哮喘属中医学哮证范畴，发作期的病机为“伏痰”遇感引触，痰随气升，气因痰阻，相互搏结，壅塞气道，肺气上逆所致。正如《病因脉治·哮病》所说：“哮病之因，痰饮留伏，结成窠臼，潜伏于内，偶有七情之犯，饮食之伤，或外有时令之风寒束其肌表，则哮喘之症作矣。”哮喘发作时的病理环节为痰阻气闭，治疗上应祛痰利气。说明祛痰利气健脾燥湿可作为治疗支气管哮喘的重要手段。有关药理研究证明温胆汤加减治疗支气管哮喘，可调节患者免疫力，抑制变态反应，使嗜酸性粒细胞降低。尤其陈皮[112]对气管平滑肌的自发活动有一定的抑制作用，且能明显拮抗组胺或乙酰胆碱引起的气管平滑肌的收缩痉挛，具有一定的抗过敏作用，现代药理研究表明，[113]枳实、炙麻黄、黄芩及细辛具有抗变态反应，抑制炎性细胞释放炎性介质的作用；炙麻黄、地龙、黄芩、陈皮及细辛又具有松弛支气管平滑肌的作用；桑白皮、竹茹具有化痰、抗炎之功效；甘草可降低哮喘患者体内 IgE。

【临床应用】

李慧、高敏[114]应用温胆汤加减治疗支气管哮喘 56 例，观察病例 56 例，参照中华医学会呼吸病学分会制定的《支气管哮喘诊断及分级标准》[115]确定诊断标准。其中轻度 25 例，中度 31 例；男 26 例，女 30 例；年龄最小 20 岁，最大 61 岁；病程最短 2 年，最长 19 年。治疗方法：均予温胆汤加减治疗。药用：制半夏 9g，竹茹 15g，枳实 12g，陈皮 6g，茯苓 18g，甘草 5g，炙麻黄 10g，苏子 12g，地龙 10g。偏痰热加桑白皮 15g、黄芩 10g；偏寒加细辛 3g、干姜 8g。每日 1 剂，水煎 2 次，分早、晚 2 次服。连续服药治疗 2 周后停药评定疗效。治疗前后均记录症状、体征，并检测外周血嗜酸性粒细胞（EOS）和血清 IgE。温胆汤治疗支气管哮喘取得不错疗效。疗效标准：根据中华医学会呼吸病学分会制定的《支气管哮喘疗效判断标准》[115]确定疗效标准。临床控制：哮喘症状完全缓解，即使偶有轻度发作不需用药即可缓解。1 秒用力呼气容积（FEV1）或最大呼气

流量（PEF）增加量＞35%，或治疗后 FEV1 或 PEF≥80%预计值，PEF 昼夜波动率＜20%。显效：哮喘发作较治疗前明显减轻，FEV1 或 PEF 增加量范围 25%～35%，或治疗后 FEV1 或 PEF 达到预计值的 60%～79%，PEF 昼夜波动率＜20%。好转：哮喘症状有所减轻，FEV1 或 PEF 增加量 15%～24%。无效：临床症状和 FEV1 或 PEF 测定值无改善或反而加重。结果：56 例中，临床控制 17 例，占 30.3%；显效 24 例，占 42.9%；好转 10 例，占 17.9%；无效 5 例，占 8.9%；总有效率为 91.1%，取得明显的疗效。

王彩华[116]温胆汤加减治疗胃食管反流病并发支气管哮喘 20 例，治疗方法：对照组单纯吸入表面激素普米克都保治疗哮喘，600μg/日，每日 3 次。治疗组在吸入表面激素普米克都保（药物剂量相同）治疗的同时，加用中药经方温胆汤加减，药用制半夏、竹茹、黄芩各 10g，枳实 15g，乌贼骨（先煎）30g，甘草 5g，干姜 4g。并随证加减，兼肝胃郁热者加山栀、丹皮各 10g；肝胃不和加郁金 12g，白芍、炒枳壳各 15g；脾胃虚弱加炙黄芪 20g，淮山药、薏仁各 15g；痰气郁阻者加用炙苏子、茯苓各 15g，桔梗、陈皮各 10g。每日 1 剂，水煎分 2 次口服。2 组均经 4 周治疗。治疗结果：治疗组疗效明显优于对照组，治疗组 20 例，显效 14 例，有效 5 例，无效 1 例，总有效率 66.6%；对照组 15 例，显效 4 例，有效 7 例，无效 4 例，总有效率 50%。两组治疗结果经 X^2 检验，$P<0.05$，有显著差异。

【病案举例】

王某，男，59 岁。2001 年 7 月 20 日来诊。患者有慢性支气管炎，支气管哮喘病 6 年，历年于夏季发作，需靠大量输液及口服安茶碱及麻黄素、泼尼松等才能缓解。3 天前因天气闷热又发作，经 3 天输液等治疗未能好转。证见呼吸急促，胸闷，喉间哮鸣，咳呛阵作，痰浊稠黄胶黏，排吐不利，胸膈烦闷不安，舌质红，苔黄腻，脉滑数。T37.8℃，两肺呼吸音粗及大量哮鸣音，右下肺可闻及湿啰音。胸片报告：慢性支气管炎、支气管哮喘合并右下肺感染。证属热哮，方用温胆汤加味，治宜清热化痰，宣肺降逆。药用：陈皮 10g，半夏 10g，枳实 10g，全瓜蒌 30g，杏仁 10g，云苓 15g，鱼腥草 30g，葶苈子 10g，苏子 10g。水煎服，每日 1 剂，服药 5 剂，咳嗽胸闷减轻，

呼吸较平稳，时发痰鸣声，右下肺仍有细小湿啰音，双肺偶闻哮鸣音，T37.1℃，舌质红，舌苔薄黄腻，脉滑数弱。原方去枳实，加知母10g，元参10g，续进10剂，病告痊愈，追访近2年未再复发。[117]

按：温胆汤常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证。现将其临床应用于治疗支气管哮喘。中医学认为，哮证是由于人体津液不归正化，凝聚而成，伏藏于肺，成为发病的潜在“夙根”，因各种诱因如气候、饮食、情志、劳累等诱发。病理因素以痰为主，发作期的病机为“伏痰”遇感引触，痰随气升，气因痰阻，相互搏结，壅塞气道，肺管狭窄，肺气宣降失常，引动停积之痰，而致痰鸣如吼，气息喘促。正如《证治汇补·哮病》所说：“哮即痰喘之久而常发者，因内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相和，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。”可见哮喘发作时的病理环节为痰阻气闭，治疗上应祛痰利气。温胆汤加减方中，制半夏、竹茹、苏子化痰降逆；炙麻黄宣肺平喘；地龙清肺降气平喘；枳实、陈皮理气化痰；茯苓健脾化痰湿；甘草益脾且调和诸药。偏痰热者加桑白皮、黄芩以清热化痰肃肺；偏寒者则加用细辛、干姜以温肺化饮降逆。诸药合用，共奏化痰降气平喘之效。临床观察发现患者经治疗后嗜酸性粒细胞及血清IgE均有显著下降，从而缓解临床症状。观察结果表明，温胆汤治疗支气管哮喘后，症状好转，疗效显著。

二、慢性支气管炎急性发作

慢性支气管炎是呼吸系统的一种常见病、多发病，我国50岁以上的中老年人患病率可高达15%左右。患者有反复发作的慢性咳嗽、咳痰史，喘息可常年存在，有加重期，有肺气肿及肺心病体征，两肺常可闻及水泡音，多发生在秋冬寒冷季节，天气转暖后则逐渐缓解，与过敏无关。喘息型慢性支气管炎的引发主要是由于老年人机体机能减退，抵抗力差，对外界刺激及致病微生物的防御能力明显下降，加上长期吸烟，损害呼吸道黏膜或者微生物反复感染，严重可发展成慢性阻塞性肺气肿或慢性肺心病。临床表现：以长期反复咳嗽、咯痰或伴气急、胸闷为主症。现代医学在治疗上以抗感染为主，炎症消除后，喘息则自然缓解。现代医学研究认为，其发病内因方面有免疫功

能降低及过敏性反应，自主神经失调和遗传等因素。

慢性支气管炎属中医“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”等范畴。其病因可为多种外感、内伤两大类，外感为六淫外邪侵袭肺系；内伤为饮食不当、情志失调、劳欲久病等导致肺气上逆，宣降失职，或气无所主，肾失摄纳而成。早在《黄帝内经》中就有记载。如《素问·五常政大论》云：“金不及……其发咳喘，其脏肺……其病喘。”指出了咳喘之疾，其病在肺，而肺之虚实皆可导致咳喘，常涉及肝、脾、肾。《仁斋直指方》说：“惟夫邪气伏藏，痰涎浮涌，呼不得呼，吸不得吸，于是上气喘促。”即是指痰涎壅盛的喘证而言。如复加外感诱发，可见痰浊与风寒、邪热等内外合邪的错杂证候。若痰湿久郁化热，或肺火素盛，痰受热蒸，则痰火交阻于肺，痰壅火迫，肺气不降，上逆为喘。若湿痰转从寒化，可见寒饮伏肺，常因外邪袭表犯肺，引动伏饮，壅阻气道，发为喘促。病理性质有虚实之分，实喘在肺，为外邪、痰浊、肝郁气逆，邪壅肺气，宣降不利所致；虚喘责之肺、肾两脏，尤以气虚为主。实喘病久伤正，由肺及肾；或虚喘复感外邪，或夹痰浊，则病情虚实夹杂，每多表现为邪气壅阻于上，肾气亏损于下的上盛下虚证候。以燥湿化痰，降逆平喘，补肺纳肾作为治疗慢性支气管炎的重要法则。而现代药理研究证实，温胆汤具有抗炎、抗过敏、提高机体免疫力和调节自主神经紊乱的作用。

【临床应用】

柏氏[118]应用温胆汤加味治疗慢性支气管炎急性发作32例。观察病例：52例，随机分为治疗组32例和对照组20例。治疗组32例中，男18例，女14例；年龄47～68岁，平均56.62±5.47岁；病程3～8年，平均5.82±2.67年。对照组20例中，男12例，女8例；年龄48～70岁，平均57.74±6.32岁；病程4～10年，平均6.63±3.47年。两组患者在性别、年龄、病程、症状体征、X线胸片等方面比较无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。诊断标准：符合全国高等医药院校教材第五版《内科学》中慢性支气管炎临床诊断标准。[119]①以咳嗽、咯痰及气喘为主要症状，每年发病持续3个月，连续2年以上，并排除其他心肺疾患；②肺部听诊可闻及干、湿性啰音或伴哮鸣音；③X线示肺纹理增粗紊乱或呈网状、条索状、

斑点状阴影，以下肺野明显。有严重肺气肿伴肺心病不适合门诊治疗病例排除在外。治疗方法：治疗组：予温胆汤加味治疗，药用姜半夏15g，茯苓10g，枳实10g，竹茹12g，陈皮10g，炙甘草5g，桔梗5g，款冬花10g，紫菀10g，桑白皮10g，鱼腥草30g。痰多气急者加苏子、葶苈子各10g；食欲不振者加莱菔子15g。每日1剂，加水适量煎汁，分2次饭后服。对照组：常规西药抗炎祛痰止咳治疗。两组均以7天为1个疗程，1个疗程后判定疗效。疗效标准：参照卫生部1993年颁布《中药治疗慢性支气管炎的临床研究指导原则》的有关标准拟定。[120]临床控制：咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣音呈轻度；显效：咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣音明显好转［（重度+++）~轻度（+）］；好转：咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣音有好转［重度（+++）~中度（++），或中度（++）~轻度（+）］；无效：咳、痰、喘等临床症状及肺部哮鸣音无改变或加重。治疗结果：治疗组32例中：临床控制15例，显效13例，好转2例，无效2例，总有效率93.75%；对照组20例中，临床控制7例，显效6例，好转3例，无效4例，总有效率80.00%，$P<0.05$。

【病案举例】

某男，60岁，干部。2003年3月23日诊。主诉：咳嗽、气喘、吐痰6年，加重7天。7天前因感冒咳嗽加剧，咳吐黄痰，胸闷而痛，两胁胀满，舌苔黄厚，脉弦滑。西医诊为慢性支气管炎急性发作，中医辨证痰热阻肺。治宜宽胸理气、清肺化痰。方用温胆汤加味：半夏、陈皮、黄芩、桑白皮、厚朴、苏梗、枳实、浙贝母、杏仁各10g，茯苓、瓜蒌各15g，竹茹6g，甘草5g。水煎服，每日1剂。服药3剂，咳嗽减轻，连服6剂后症状消失。[121]

按：温胆汤源于唐代孙思邈《备急千金要方》，原方中只有半夏、竹茹、陈皮、生姜、枳实、甘草6味，用于治疗“大病后，虚烦不得眠”。宋代陈无择在《三因极一病证方论》中又增加了茯苓、大枣两味，并减少了生姜的用量，专为胆热不和、痰热内扰而设，主治胆胃不和、痰热内扰证。现临床应用于治疗慢性支气管炎，取得明显疗效。中医学认为本病的发生与发展，常与外邪反复侵袭，肺、脾，肾三脏功能失调密切相关。急性发作期，大多因为外邪犯肺，肺

失清肃而引起咳嗽。久咳伤肺，肺气亏虚，进而损及脾、肾及心脏功能。脾虚不能运化水湿，则积湿生痰，上干于肺，因痰而咳，痰浊蕴肺或肾不纳气则喘，故慢性迁延期多属虚证或虚中挟实证。虚和实是互相联系，互相影响的，尤其对老年人来说，体质已虚，受邪后更易引起反复发作，以致虚实互为因果，并成恶性循环，使病情逐年加剧。中医治疗慢支疗法很独特，对急性发作期、慢性迁延期、缓解期需要分别进行辨证论治，对证下药。应用温胆汤加减，以半夏为君，燥湿化痰，降逆和胃；竹茹为臣，清胆和胃，止呕除烦；佐以陈皮、枳实理气化痰，使痰随气下，气顺则痰自消，茯苓健脾渗湿，湿去则痰不生；使以甘草益脾和中，协调诸药，生姜、大枣可调和脾胃而兼制半夏之毒。诸药合伍，共奏消痰热、和胆胃之功。本方具有清热而不寒、化痰而不燥的特点，故虽名为温胆实为清胆。后世医家在临床使用中常用于治疗神经官能症、急性及慢性胃炎、慢性支气管炎、妊娠呕吐等属“痰”、“热”内扰病证。柏氏在临床使用中认为慢性支气管炎以“咳”、“痰”、“喘”为特点，急性发作期往往伴有“热”的表现，完全符合温胆汤“痰”、“热”病证的主治范围，结合慢性支气管炎病位在肺，加以款冬花、紫菀、桑白皮、桔梗、鱼腥草、苏子、葶苈子等。其中款冬花为治嗽要药，与紫菀合用可增强治疗咳喘的疗效；桑白皮性甘寒，有泻肺平喘、利尿消肿之功，能清肺消痰，降气平喘；桔梗开宣肺气，与甘草同用为舟楫之品，可载药上行，但应注意不可多用，尤其是对于气急痰多者；鱼腥草能清热解毒，清泻肺热，现代药理研究发现其有较强的抗炎作用。以上诸药与温胆汤合用，不但加强了该方清热化痰之力，且具有清肺热、降肺气、平咳喘之功，故能使肺气得宣、痰热得清而咳嗽自平。综上所述，虽然使用温胆汤治疗慢性支气管炎的临床报道较少，但临床观察结果表明，如能辨明疾病病机，遵循辨证论治的原则并与辨病论治相结合，亦取得了满意疗效，至于其作用机制有待进一步研究。

三、肺炎

肺炎为呼吸系统的多发病之一，肺炎是指终末气道肺泡和肺间质的炎症，可由疾病微生物、理化因素免疫损伤、过敏及药物所致。细

菌性肺炎是最常见的肺炎，也是最常见的感染性疾病之一。病理改变为：肺部病变呈片状或融合性支气管肺炎或间质性肺炎，伴急性支气管炎。肺泡内可含少量渗出液，并可发生灶性肺不张、肺实变和肺气肿。肺泡壁和间隔有中性粒细胞和大单核细胞浸润。支气管黏膜细胞可有坏死和脱落，并有中性粒细胞浸润。胸膜可有纤维蛋白渗出和少量渗液。其病理特点：大多数伴有不同程度的肺泡壁破坏。在金葡菌肺炎中，细菌产生的凝固醇可在菌体外形成保护膜以抗吞噬细胞的杀灭作用，而各种酶的释放可导致肺组织的坏死和脓肿形成。病变侵及或穿破胸膜则可形成脓胸或脓气胸。病变消散时可形成肺气囊。研究表明，多数肺炎患者存在咳嗽、咳痰、高热、胸闷等症，其中金黄色葡萄球菌感染者较多。

肺炎属中医的咳嗽、喘证等范畴。其病因不外乎外感、内伤两类，外感咳嗽病变性质属实，为外邪犯肺，肺气壅遏不畅所致，其致病因素为风、寒、暑、湿、燥、火，以风寒为多，病变过程中可发生风寒化热，风热化燥，或肺热蒸液成痰等病理转化。内伤咳嗽病变性质为邪实与正虚并见，他脏及肺者，多因邪实导致正虚，肺脏自病者，多因虚致实。其病理因素主要为“痰”与“火”，但痰有寒热之别，火有虚实之分，痰可郁而化火，火能炼液灼津为痰。他脏及肺，如肝火犯肺每见气火耗伤肺津，炼津为痰。痰湿犯肺者，多因脾失健运，水谷不能化为精微，上输以养肺，反而聚为痰浊，上贮于肺，肺气壅塞，上逆为咳。若久病，肺脾两虚，气不化津，则痰浊更易滋生，此即“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的道理。久病咳嗽，甚者延及于肾，由咳致喘。如痰湿蕴肺，遇外感引触，转从热化，则可表现为痰热咳嗽；若转从寒化，则表现为寒痰咳嗽。肺脏自病，如肺阴不足每致阴虚火旺，灼津为痰，肺失濡润，气逆作咳，或肺气亏虚，肃降无权，气不化津，津聚成痰，气逆于上，引起咳嗽 外感咳嗽与内伤咳嗽可相互影响为病，病久则邪实转为正虚。外感咳嗽如迁延失治，邪伤肺气，更易反复感邪，而致咳嗽屡作，转为内伤咳嗽；肺脏有病，卫外不固，易受外邪引发或加重，特别在气候变化时尤为明显。久则从实转虚，肺脏虚弱，阴伤气耗。由此可知，咳嗽虽有外感、内伤之分，但有时两者又可互为因果。咳嗽的病位，主脏在肺，

无论外感六淫或内伤所生的病邪，皆侵及于肺而致咳嗽，故《景岳全书·咳嗽》说："咳证虽多，无非肺病。这是因为肺主气，其位最高，为五脏之华盖，肺又开窍于鼻，外合皮毛，故肺最易受外感、内伤之邪，而肺又为娇脏，不耐邪侵，邪侵则肺气不清，失于肃降，迫气上逆而作咳。"因此，临床应用温胆汤治疗肺炎，以清热化痰，降逆平喘作为治疗肺炎的重要治则。而现代药理研究证实，温胆汤具有较好的抗炎、抗菌作用，其中100%茯苓浸出液滤纸片对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、绿脓杆菌、炭疽杆菌、大肠杆菌、甲型链球菌、乙型链球菌均有抑制作用。[122]

【临床应用】

徐氏[123]应用温胆汤加味治疗金黄色葡萄球菌肺炎。共观察：100例，其中男48例，女52例；年龄最大70岁，最小10岁，以14~30岁最多，病程最长40天，最短7天。临床表现：恶寒发热，咳嗽，咳吐脓血痰，胸痛，舌苔黄腻，脉滑数。血液分析示：白细胞总数明显升高，中性粒细咆比例增加。X线示：肺部呈大片状阴影。痰细菌培养分离出金黄色葡萄球菌。治疗方法：予温胆汤随症加减。药用：枳实、竹茹、半夏、茯苓各10g，陈皮12g，生姜、大枣各6g，甘草6g。水煎，每日2剂，分4次服。3日后改为每日1剂，分2次服。胸痛、咳吐脓血痰者加郁金10g，金银花、蒲公英、败酱草、白茅根各30g；口渴者加麦冬、沙参各30g；便秘者加瓜蒌仁、郁李仁各10g。疗效观察：疗效标准痊愈：症状及体征全部消失，血液分析在正常范围内，X线提示肺部病灶完全吸收，痰细菌培养阴性；好转：诸症显著减轻，体征基本消失，血象在正常范围内，肺部病灶大部分吸收，痰细菌培养可分离出金黄色葡萄球菌；无效：症状及体征无改善。治疗结果：痊愈85例（85%），好转12例（(12%），无效3例（3%），其中1例因病情恶化而转本院肿瘤科。总有效率达97%。

【病案举例】

梁某，男，26岁，工人。患者于4天前受雨淋而致发热，头痛，咳嗽，胸痛，咳痰带血，口干不欲饮，同时伴有心烦易怒，口苦，恶心。曾在当地卫生院应用青霉素、丁胺卡那霉素等抗生素药物治疗，

效果不佳，急送我院医治。查体：体温39.6℃，脉搏100次/min，呼吸24次/min，血压14/10kPa，急性病容，舌质红，苔黄腻，脉滑数，双肺底部可闻及湿啰音及少许水泡音。血象：白细胞14.0×10^9/L。痰细菌培养阳性。X线示：双肺呈蜂窝状改变。证属湿热内蕴，熏蒸于肺，灼伤肺络所致。治宜清热解毒，行气化湿，用基础方加金银花、蒲公英、白茅根、败酱草各30g，黄芩炭、郁金10g。水煎每日2剂，分4次服。6剂后体温降至正常，胸痛明显好转，后改为每日1剂，日服2次，继服15剂，症状消失，双肺呼吸音清，血象正常。X线提示：肺部病灶吸收。痰细菌培养阴性。[123]

按：《备急千金要方》之温胆汤为治疗胆虚痰热上扰，虚烦不眠证所设。现将其用于治疗肺炎，疗效明显。中医学认为，肺炎多以痰、火为主要病理因素，并相互交结，壅塞肺气，使其宣降失职，故咳喘发作。病位在肺，与肝、脾、肾相关。如《医学三字经·咳嗽》所说："肺为五脏之华盖，呼之则虚，吸之则满，只受得本脏之正气，受不得外来之客气，客气干之则呛而咳矣；亦只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气，病气干之，亦呛而咳矣。"《素问·咳论》说："五脏六腑皆令人咳，非独肺也。"说明咳嗽的病变脏腑不限于肺，凡脏腑功能失调影响及肺，皆可为咳嗽病证相关的病变脏腑。但是其他脏腑所致咳嗽皆须通过肺脏，肺为咳嗽的主脏。肺主气，咳嗽的基本病机是内外邪气干肺，肺气不清，肺失宣肃，肺气上逆迫于气道而为咳。《医学心悟·咳嗽》指出："肺体属金，譬若钟然，钟非叩不鸣，风寒暑湿燥火六淫之邪，自外击之则鸣，劳欲情志，饮食炙煿之火自内攻之则亦鸣。"提示咳嗽是肺脏为了祛邪外达所产生的一种病理反应。观察结果表明，徐氏以温胆汤加味治疗金黄色葡萄球菌肺炎100例，取得了较为满意的效果。

第五节 泌尿系统疾病

一、慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭（以下简称肾衰），是由各种慢性肾脏疾病引起

的进行性、严重的代谢紊乱及其他损害所组成的一组症候群。慢性肾功能衰竭是一缓慢的进行性过程，也是一个不可逆的过程，但并非不治之症。引起慢性肾功能衰竭的病因很多，但其发病机制与临床表现却基本相似，都是由于肾单位的严重破坏，当肾小球滤过率下降到小于15%以下时，体内出现严重的内环境紊乱与代谢废物的滞留，常有下列代谢紊乱发生钠与水平衡的紊乱，钾代谢的紊乱，钙、磷、镁代谢紊乱。肾衰的主要表现为夜尿、多尿、厌食、呕吐、腹泻，易引起失水或发生水潴留，表现为水肿、高血压、心力衰竭、甚至发生肺水肿、脑水肿等严重后果。

慢性肾衰根据其临床表现多类似于中医学中“关格”，“溺毒”，“肾风”，“水肿”等。究其发病机制，[124]无论是感受外邪，肺失宣降和通调水道、三焦不利、湿浊阻滞；或饮食不节，脾失健运，水谷精微运化不利；或情志所伤，肝气郁结，横逆犯脾，使脾失健运，气机郁滞，气郁化火；或劳倦过度，房劳过度伤肾，肾气内伤，不能化气行水。最终均可导致湿浊内蕴，郁久化热，湿热互结。慢性肾功能不全是肾脏疾病的后期，由于肺脾肾等脏器功能的障碍，三焦气化失司，饮食不能化生精微物质，而成浊邪。脾肾阳虚日久，浊阴不化，内聚郁积生热；同时病程中气阴两虚，肝肾阴虚，气虚易留湿，阴虚易蕴热，水湿易从热化而湿热为患，湿热壅滞，病理产物遂成致病因素，脏腑功能受损与湿热弥漫壅阻互为因素，形成恶性循环。阻断这一循环，湿热获得清利，清阳升腾，脏腑功能可恢复，病机始获转机。其病因病机为脾肾虚损，本虚标实贯穿于慢性肾衰竭的始终。临床观察发现，大多数CRF患者常出现恶心欲吐，纳呆腹胀，口苦口干，心烦失眠，或痰多，便秘，舌红，苔黄腻等湿热中阻之象，因此，清化湿热、理脾和胃可为治疗慢性肾衰的治则。但治疗中对本虚治疗固然重要，但一般不能逆转其病机，尤其到Ⅲ、Ⅳ期，而清热化湿，和胃止呕，一方面减轻残存肾单位负荷，延缓病情发展；另一方面可以改善症状，提高患者的生活质量，同时清热通腑法也可以起一定排毒的替代作用。[125]现代药理研究证实，温胆汤泄浊能够使部分氮质从肠道清除体外，活血化瘀能抗肾小球纤维化，改善病人的高凝、高黏状态。大黄能够明显抑制肾小球系膜细胞增殖，减少系膜外

基质的合成和蓄积，抑制肾小管上皮细胞的过度生长，因此可防止肾小球硬化和肾小管－间质纤维化。生牡蛎富含碳酸钙，可减少肠中磷的吸收，而改善CRF患者的钙磷代谢，减少低钙血症及防止和改善肾性骨病的发生。

【临床应用】

周氏等[126]温胆汤加减治疗慢性肾功能衰竭疗效观察，共观察80例，随机分为治疗组40例和对照组40例。治疗组40例中，男26例，女14例；年龄18～66岁，平均42岁；原发病：慢性肾小球肾炎24例，慢性肾盂肾炎4例，梗阻性肾病4例，多囊肾2例，糖尿病肾病4例，尿酸性肾病2例。对照组40例中，男30例，女10例；年龄16～68岁，平均42岁；原发病：慢性肾小球肾炎20例，慢性肾盂肾炎4例，多囊肾2例，糖尿病肾病6例，尿酸性肾病3例，梗阻性肾病5例。两组情况近似，有可比性（$P<0.05$）。其肾功能损害均属缓慢发生的氮质血症期，尿毒症早、中期的CRF，血肌酐（Scr）在177～707μmol/L之间，排除肾功能衰竭的一切可逆因素，CRF诊断及分期标准参考《肾脏病学》，[127]属氮质血症期20例，尿毒症早、中期60例。治疗方法：两组均进行CRF的常规西医治疗：注意休息，防止劳累，饮食以碳水化合物为主，优质低蛋白饮食，蛋白摄入量0.5～0.6g/（kg·d），严格限制植物性蛋白的摄入，补充必需氨基酸。避免使用肾毒性药物。控制感染，控制高血压（Scr＜350μmol/L者选用ACEI类）。纠正贫血，纠正水电解质、酸碱平衡失调，纠正肾性贫血，利尿消肿，改善微循环等。治疗组在上述治疗的基础上加用温胆汤加减治疗。药用：半夏12g，枳壳10g，竹茹15g，苏叶15g，生姜10g，土茯苓30g，大黄15g（后下），崩大碗30g，石菖蒲12g，陈皮10g，丹参20g，益母草30g，桃仁10g，红花6g，僵蚕10g。辨证加减：脾肾气（阳）虚加肉桂5g，黄芪30g，党参20g；气阴两虚加黄芪30g，太子参20g，山药15g；肝肾阴虚加女贞子18g，旱莲草20g，桑寄生15g，牛膝15g；阴阳两虚加服金匮肾气丸。上方每日1剂，浸泡30min后煎取汁300ml，分2次温服。高位保留灌肠，药物组成：生大黄30g，生牡蛎30g，蒲公英30g，崩大碗30g，丹参30g，赤芍15g，红花10g。上方水煎取汁100～150ml高

位灌肠，保留约30～60min，每日1次，以保持每日2～3次软便为佳。若每日大便次数多于3次以上或水样便者，适当调整大黄用量。2个月为1个疗程，2个疗程后观察结果。观察方法及指标：观察CRF患者采用上药治疗2个疗程前后的内生肌酐清除率Ccr（L/24h），血肌酐Scr（μmol/L），尿素氮BUN（mmol/L）。以上生化指标均为生化分析仪检测。临床表现主要观察：恶心、呕吐、纳呆、乏力、胸闷、水肿、夜尿、24h尿量、大便量与次数以及舌质、舌苔等表现。疗效标准：参照《中药新药治疗尿毒症的临床观察指标原则》[128]制订。显效：临床症状减轻或消失，Ccr增加＞30%，Scr降低＞30%。有效：临床症状减轻或消失，Ccr增加＞20%，Scr降低＞20%。无效：临床表现与实验室检查均无明显改善或病情加重。治疗结果：治疗组40例中，显效28例，有效10例，无效2例，有效率为95%。对照组40例中，显效8例，有效10例，无效22例，有效率为45%。说明治疗组疗效明显优于对照组。治疗组经治疗后BUN、Scr均较治疗前下降，Ccr较治疗前上升。有显著差异性（$P<0.05$）。而对照组治疗前后，各生化指标均有不同程度增加，说明治疗组与对照组比，治疗组不仅能延缓CRF的肾功能恶化，而且可以明显改善肾功能。两组不良反应比较，对照组与治疗组中均未见明显不良反应。

冯氏，[129]中医药治疗慢性肾功能不全尿毒症期24例，治疗方法：温胆汤化裁方：法半夏15g，陈皮5g，茯苓15g，竹茹10g，枳壳15g，制军5g，炙甘草2g。上方水煎服，每日1剂。同时，服用保肾片（药物主要有太子参、枸杞子、怀牛膝、制苍术、泽泻等）4片，每日3次。对症处理：根据具体病情，配合西药利尿、降压、纠酸、维护电解质平衡、防治感染等对症处理。饮食：优质低蛋白质饮食，每日摄入蛋白质40g左右。15天为1个疗程。治疗前后观察临床症状变化，检测血BUN、Scr，并计算Ccr。治疗结果：本组24例中，显效2例，有效6例，无效16例，总有效率为33.3%。

【病案举例】

周某，男，65岁，厨师。病者先有反复发作趾关节红、肿、热、痛病史。多年后逐渐出现疲倦、四肢乏力、面色苍白、胃纳差、恶心

呕吐、腹胀等症，曾在某医院检查治疗，诊断为痛风性肾病、肾功能不全、尿毒症。治疗3个月未见效果，症状日见加重，又不愿做血液透析而转中医治疗。诊见患者面色苍白，严重贫血面容，下肢轻度浮肿，呼吸有尿味，不能进食，频频作呕，神疲乏力。舌质淡、苔微黄厚腻，脉弦细数，重按无力。中医诊断为关格，辨证属脾肾衰败，浊泛三焦，方用温胆汤加减。处方：半夏、石菖蒲、佩兰各12g，茯苓20g，生姜3片，枳实、竹茹各15g，甘草、橘皮、黄连各6g。服药3剂，精神好转，能下床走路，呕吐明显减轻，可进食少量稀饭。效不更方，继服前方10剂后，已无恶心呕吐，进食后亦不觉饱胀，精神明显好转，能到户外散步，后去黄连加太子参，服药1年，未作血液透析，病情稳定。[130]

按：温胆汤，具有理气化痰、清胆和胃之功效，主治胆胃不和、痰热内扰之胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等。现临床将其变通应用于治疗慢性肾衰，疗效显著。中医学认为慢性肾功能衰竭（CRF）病因病机是脾肾虚败，湿浊羁留，湿浊可郁化为热毒，或引起脉络瘀滞，腑气闭阻，日久则气阴耗伤，营血亏损。表现出正虚邪实，寒热错杂，虚实互见的特点。《证治汇补·癃闭》曰："既关且格，此因浊邪壅塞三焦，正气不得升降。"《医门法律》曰："治格而且关，由中而渐透于上下。"本病治疗上当遵循"治主当缓，治客当急"的法则，急则当从中焦脾胃着手，清化湿热浊邪。方中半夏、陈皮化痰降逆和胃；枳实行气化痰而使痰随气下；竹茹清热化痰；黄连清热燥湿；茯苓健脾化痰；甘草调和诸药。[131]近年来研究表明中药对CRF是一种多靶点，多作用位置的作用。①减轻肾小球损害，减轻肾小球纤维硬化程度，促进受损腹膜间质细胞的修复和再生的作用。②改善肾小管的功能，肾小管酶活性得到明显增强，肾小管能量代谢得到改善。③清除氧自由基，改变血液流变学，减少尿蛋白量，改善脂质代谢，改善营养状况，调节细胞因子等。[132]温胆汤加减为复方制剂，泄浊能够使部分氮质从肠道清除体外，活血化瘀能抗肾小球纤维化，改善病人的高凝、高黏状态。方中法半夏、陈皮、石菖蒲祛痰；土茯苓、崩大碗、大黄泄浊；竹茹、苏叶、枳壳、生姜健脾和胃降逆；丹参、桃仁、红花、僵蚕活血化瘀；益母草活血化

瘀、补肾。其中大黄对治疗 CRF 亦起重要作用，全方共奏祛痰泄浊，和胃降逆，活血化瘀，健脾补肾之功。观察结果表明，温胆汤加减治疗配合高位保留灌肠，常规西医治疗慢性肾衰，疗效明显优于单纯西药组，且无明显不良反应。

二、尿道综合征

尿道综合征为泌尿系统的常见病，其病因尚不清楚，但与以下因素有关：经常用肥皂或消毒液洗下身，产生不良刺激；经常穿化纤内裤引起过敏；性生活不慎损伤尿道口黏膜；饮水不足，浓缩的尿液对尿道发生刺激；白带增多刺激尿道口；绝经后妇女雌激素分泌减少，使尿道黏膜萎缩、变薄，易于受损伤。此症的病理基础是女性膀胱尿道功能障碍，因此，除具有尿路感染症状外，还可有里急后重、膀胱排空后尿道酸痛等症状，严重者可伴有终末血尿和压力性尿失禁等现象。

尿道综合征属于中医“淋证”、“郁证”范畴。其病因归结为外感湿热、饮食不节、情志失调、禀赋不足或劳伤久病等，基本病机为湿热蕴结下焦，肾与膀胱气化不利。《诸病源候论·诸淋病候》指出：“诸淋者，由肾虚而膀胱热故也。”淋证的病位在肾与膀胱，且与肝脾有关。其病机主要是肾虚，膀胱湿热，气化失司。肾与膀胱相表里，肾气的盛衰，直接影响膀胱的气化与开合。淋证日久不愈，热伤阴，湿伤阳，易致肾虚；肾虚日久，湿热秽浊邪毒容易侵入膀胱，引起淋证的反复发作。因此，肾虚与膀胱湿热在淋证的发生、发展及病机转化中具有重要的意义。淋证有虚有实，初病多实，久病多虚，初病体弱及久病患者，亦可虚实并见。实证多在膀胱和肝，虚证多在肾和脾。肝主疏泄，性喜条达，恶抑郁。肝气疏畅，则能调畅三焦气机，促进肺、脾、肾三脏的功能，协助其调节水液代谢。三焦为水液代谢的通道。《类经》云：“上焦不治，则水犯高原；中焦不治，则水留中脘；下焦不治，则水乱二便。三焦气治，则脉络通而水道利。”因此，治疗本病仍应注重辨证论治，重视气机升降出入，特别是调节肝脏的疏泄功能，而不能一见“淋证”即必用苦寒清利之品。多数“尿道综合征”患者的临床表现，

除有尿频、尿涩（或尿痛）等肾虚膀胱气化不利之症状外，多伴有心烦易怒、失眠多梦、小腹胀痛等肝气郁结、气痰互滞、痰热内扰的表现。所以，疏肝理气、清化痰热、解郁安神，佐以益肾助膀胱气化可作为治疗尿道综合征的重要手段。现代实验研究表明，温胆汤的临床应用尤为广泛，有较好的镇静催眠作用，用于治疗自主神经功能紊乱。

【临床应用】

胡氏[133]加味温胆汤治疗尿道综合征38例，观察对象38例，男11例，女27例；年龄最小24岁，最大68岁，平均年龄40.3岁；病程最短2个月，最长19年；所有病例都经过3次清洁中段尿培养且均显示阴性，排除尿路结核、真菌、厌氧菌、衣原体、淋球菌感染。治疗方法：予加味温胆汤随症加减。药用：茯神、炒枣仁、丹参各15g，制半夏、竹茹、枳实、橘皮、茯苓各10g，炙甘草、绿梅花各5g，生姜2片，大枣3枚。加减：湿热下注，尿急尿痛者加木通3g，滑石、冬葵子各15g；肝气郁滞，疏泄失常，两侧小腹胀痛者加柴胡5g，白芍、佛手各10g；肾气虚，固摄无权，小便余沥不尽，甚至咳嗽或大声说话则尿液淋漓者加益智仁、山药各10g，枳实加量至30g；中气下陷，下腹坠胀且小便淋漓，卧床休息则减轻者加党参10g，升麻、柴胡各3g，黄芪15g。上述各方每日1剂，水煎2次，分早晚2次温服。治疗结果：经上述方法治疗15~30天后，38例中显效（尿急尿痛症状消失，排尿次数及每次尿量恢复正常）28例，显效率为71%；有效（尿急尿痛症状消失，每次尿量明显增多，排尿次数较治疗前减少一半以上）7例，有效率18%；无效（尿急尿痛无改善）3例。总有效率为92%。

【病案举例】

王某，女，28岁。1998年4月2日初诊。患者有“尿路感染”病史1年余，反复发作。观其病案，前医先后投以清利湿热，益气健脾，养阴益肾法等，并辅以三金片、氟哌酸、呋喃旦啶等药物，收效甚微，遂前来就诊。刻诊：尿频、尿急、尿少，两侧小腹疼痛，腰胁酸胀刺疼隐隐，口苦咽干，饮水不多，心烦，夜寐不实，常欲登厕，而尿量少，性情郁闷不舒，舌质淡红、苔薄黄腻，脉弦。予以尿常规

检查阴性，3次清洁中段尿培养呈阴性，诊断为尿道综合征。中医诊断：淋证。乃肝气郁结，痰热内扰，疏泄失常，水道不利，治宜疏肝解郁，化痰清热，以助水行。处方：茯神、炒枣仁、丹参各15g，制半夏、竹茹、枳实、橘皮、茯苓、白芍、佛手各10g，炙甘草、柴胡、绿梅花各5g，生姜2片。水入煎，每日1剂，分2次温服。4剂后诸症悉减，惟仍有尿频和排尿不适感。将上方去生姜2片，减柴胡为3g，7剂后症状基本控制，继以上方为主加减治疗1个月后，症状完全消失。[133]

按：温胆汤，方名温胆，实为清胆和胃，除痰止呕之剂，主见虚烦不寐、口苦、胸闷呕涎等症。现临床变通应用于治疗尿道综合征，收到良效。中医学认为，该病病机为膀胱湿热，气化不利。膀胱湿热因多食辛热肥甘之品，或嗜酒过度，酿成湿热，下注膀胱，或下阴不洁，湿热秽浊毒邪侵入膀胱，酿成湿热，或肝胆湿热下注皆可使湿热蕴结下焦，膀胱气化不利，发为热淋；若灼伤脉络，迫血妄行，血随尿出，则发为血淋；若湿热久蕴，煎熬尿液，日积月累，结成砂石，则发为石淋；若湿热蕴结，膀胱气化不利，不能分清别浊，脂液随小便而出，则发为膏淋。肝郁气滞恼怒伤肝，肝失疏泄，或气滞不畅，郁于下焦，致肝气郁结，膀胱气化不利，发为气淋。病理因素主要为湿热之邪，湿热可源于外感，亦可由饮食不当，气郁不解内生。《医宗必读·淋证》言："妇女多郁，常可发为气淋和石淋。"清代《冯氏锦囊秘录·杂证大小合参》说："《内经》言淋，无非湿与热而已；然有因忿怒，气动生火者。"应用温胆汤加减，化痰解郁。方中再加茯神、炒枣仁、丹参以宁神除烦，绿梅花疏肝解郁，开胃生津。药理研究发现炒枣仁、丹参水煎剂有镇静安定作用。方中诸药配合使痰得清，肝胆气机条达升发，三焦肺、脾、肾三脏的功能正常协调，水道通利。其机制完全符合经中所阐述的"气行则水亦行"（《血证论》）的理论，达到了理气以治水的目的。观察结果表明，温胆汤加减治疗尿道综合征，疗效明显。

第六节 内分泌系统疾病

一、糖尿病

糖尿病是一组以慢性高血糖为特征的代谢综合征，涉及糖、脂肪和蛋白质代谢紊乱。其主要缺陷为胰岛素缺乏或不足和胰岛素作用减弱，糖尿病的主要表现为多饮、多食、多尿、乏力等。糖尿病的代谢紊乱主要由于胰岛素生物活性或其效应绝对或相对不足引起。总的来说，患糖尿病时，葡萄糖在肝、肌肉和脂肪组织的利用减少以及肝糖输出增多是发生高血糖的主要原因。若长期血糖过高，得不到控制，易引起并发症。如周围神经病变，眼底病变，糖尿病肾病等。

本病属中医“消渴”范畴。糖尿病的发病因素如形体肥胖、饮食不节、情志失调、劳倦过度以及久病气虚，均可直接或间接地形成痰瘀，从而导致痰瘀内阻，痰阻气机，瘀阻血络，气血运行失常，脏腑功能失调，水谷精微不能输布全身而发此病。现代医学研究证明，糖尿病患者大多存在血脂升高，血液黏度增加，血流缓慢，血液处于高凝状态，血流变学改变明显，因此也证实了瘀血的存在。因此痰瘀既是糖尿病的重要病理基础，又是糖尿病的主要病机，同时也是糖尿病并发症发生的主要原因。糖尿病日久，致气阴两虚或阴阳俱虚，可加重痰瘀的形成，使病变加剧，变证百出。痰邪挟瘀留于体内，随气之升降，无处不到。或阻于肺，或蒙心窍，或停于胃，或郁于肝胆，或滞于脑，或动于肾，或流窜经络，从而形成糖尿病的诸多并发症。治疗应予以燥湿化痰，活血化瘀之法。临床多年观察发现，2 型糖尿病患者中属痰瘀者居多，故燥湿化痰，活血化瘀可作为治疗糖尿病的重要手段。现代药理研究证明，温胆汤能有效调节机体脂质代谢，预防和治疗高脂血症引起的疾病，[134] 其中茯苓具有渗湿利尿、和胃健脾、宁心安神、抑菌、增强机体抗病能力及降低血糖的功效。[135～138]

【临床应用】

白氏[139] 应用黄连温胆汤加味治疗痰瘀型糖尿病 47 例。观察病例：47 例，男 28 例，女 19 例；年龄 30～76 岁；病程 2～15 年。其

中合并冠心病5例，高血压6例，胆囊炎3例，视网膜病变3例，末梢神经炎2例，糖尿病肾病3例。所有病例均符合2型糖尿病的WHO诊断标准，中医辨证均为痰瘀型，症见：胸闷脘痞，形体肥胖，全身困倦，头胀肢沉，纳呆呕恶，舌质暗或紫暗，有瘀斑、瘀点，脉弦滑。治疗方法：予黄连温胆汤加减，以燥湿化痰，活血化瘀。药用：陈皮15g，半夏9g，茯苓25g，白术15g，竹茹10g，枳实10g，黄连12g，水蛭10g，丹参30g。加减：若气虚甚者加生黄芪20g；合并冠心病者加全瓜蒌30g，三七参6g（冲服），檀香10g；高血压者加夏枯草30g，石决明15g，怀牛膝15g；胆囊炎者加炒鸡内金30g，金钱草30g，郁金12g；视网膜病变者可加密蒙花20g，三七参6g（冲服）；末梢神经炎者可加木瓜15g，鸡血藤30g；糖尿病肾病者可加猪苓12g，泽兰10g，益母草30g，大腹皮30g。水煎服，1日1剂，分早晚2次口服。15天为1个疗程，停药2天，再行下1个疗程。2个疗程后观察疗效，疗效标准及结果：47例患者中，显效（空腹血糖、尿糖恢复正常，临床症状明显减轻或消失）15例；好转（空腹血糖、尿糖明显下降，临床症状改善）26例；无效（未达上述标准）6例。有效率为87.23%。

杨氏[140]等应用黄连温胆汤加味治疗肥胖型消渴30例，共观察60例，治疗方法：两组患者均给予糖尿病饮食，运动治疗，艾汀15mg，每日1次口服。治疗组加服黄连温胆汤加味，药物组成：黄连15g，半夏10g，茯苓18g，竹茹15g，陈皮10g，枳实10g，天花粉15g，白术12g，泽泻12g，甘草5g。加减：头晕者，加天麻、菖蒲；心悸、失眠者，加远志、炒枣仁；大便干者，加生大黄、全瓜蒌；肢麻疼痛者，加鸡血藤、地龙、丹参。每日1剂，水煎2次分服。两组均以2个月为1个疗程。结果：两组疗效对比：治疗组；总有效率90.0%，对照组66.7%，两组对比，经卡方检验，$X^2 = 4.81$，$P < 0.05$，差别有统计学意义。

【病案举例】

张某，男，50岁。糖尿病史6年，平时服格列喹酮、二甲双胍治疗，血糖控制不良，常超标。症见：口干、少饮、纳谷不香、乏力、神疲、体胖，舌淡红、苔厚微黄，脉滑，此为脾虚失运，痰湿内

蕴，胃热未尽之证，治以化浊醒脾法，予竹茹15g，苏叶15g，枳实10g，陈皮10g，茯苓15g，甘草6g，白术12g，薏苡仁30g，郁金12g，水煎服，1日1剂，继续服格列喹酮以控制血糖，7剂后舌苔渐退，纳谷香，乏力神疲症好转，1个月后血糖控制达标，继原方化裁调治半年，病情稳定。[88]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和、痰热内扰而致的虚烦不眠，呕吐呃逆，惊悸不宁，癫痫等症。白氏将温胆汤临床应用于治疗糖尿病，收效显著。中医学认为，其病因比较复杂，禀赋不足、饮食失节、情志失调、劳欲过度等原因均可导致消渴。病变脏腑主要在肺、胃、肾，其病机主要在于阴津亏损，燥热偏胜，而以阴虚为本，燥热为标，两者互为因果。消渴病日久，易阴损及阳，阴阳俱虚，久病入络，血脉瘀滞，痰和瘀是其主要病理产物，多数患者体形肥胖，长期过食肥甘，醇酒厚味，辛辣香燥，损伤脾胃，致脾胃运化失职，积热内蕴，化燥伤津，消谷耗液，发为消渴。《素问·奇病论》即说："此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘美令人中满，故其气上溢，转为消渴。"临床应用温胆汤以燥湿化痰、活血化瘀治疗糖尿病，方中半夏燥湿化痰，降逆和胃；陈皮、枳实理气化痰，使气顺则痰自消；茯苓、白术健脾利湿，俾湿去者痰不生；竹茹和胃降逆；黄连清心除烦；丹参、水蛭活血通络，全方共奏祛痰化瘀之功。观察结果表明，温胆汤治疗糖尿病，收到满意效果。

二、糖尿病酮症酸中毒

糖尿病酮症酸中毒（DKA）是糖尿病病人最常见的急性并发症，DKA的主要表现为：多数患者在发生意识障碍前数天有多尿、烦渴多饮和乏力，随后出现食欲减退、恶心、呕吐，常伴头痛、嗜睡、烦躁、呼吸深快，呼气中有烂苹果味。若病情进一步发展，出现严重失水，尿量减少，皮肤弹性差，眼球下陷，脉细速，血压下降，至晚期时各种反射迟钝甚至消失，嗜睡以至昏迷。病理变化为糖尿病代谢紊乱，脂肪动员和分解加速，产生大量酮体，超过机体的处理能力，则发生代谢性酸中毒。

本病属中医消渴范畴。其病因[141]主要由于脾气虚弱，复感邪毒

侵袭，其正气愈虚，运化失职，水湿浊邪蓄积体内，湿聚成痰，痰郁化火，雍塞三焦，以致气机升降失常，致清阳不升，浊阴不降。糖尿病酮症的发病机制，多属正虚邪滞。随着病程延长，病情反复，其正虚主要以脾虚为主，多表现为倦怠乏力，形体消瘦，纳呆等脾虚气弱的症状。正如《灵枢·本脏》篇所说："脾脆善病消瘅"。临床观察，多数糖尿病酮症酸中毒患者除上述脾虚之证加重外，又恶心、呕吐、口苦、大便秘结、苔黄腻、脉滑数等痰热内扰的标实之象，邪实不去，正气越虚。因而，痰热是本病的重要病理变化，也是本病的中心环节，治当采取清热化痰的重要措施，以去其标实为急务，同时兼顾其正虚之本，使攻不伤正，补不滞邪。因此，清热化痰、降逆和胃可作为治疗糖尿病酮症酸中毒的重要手段。现代药理研究证实：温胆汤具有镇吐、镇静、增强机体免疫之功效。因此应用温胆汤治疗不仅可较快地改善和消除酮症期出现的症状，缩短病程，而且还能明显地降低血糖、尿糖，消除酮体，并可提高机体免疫力，改善微循环，降低血液黏稠度，改善高凝，高黏状态，降低血脂，减肥。可减少胰岛素及口服降糖药物的用量，对形体比较肥胖、舌苔厚腻者更适。

【临床应用】

张氏[141]等应用黄连温胆汤治疗糖尿病酮症40例，治疗方法：黄连9g，竹茹12g，半夏9g，枳实12g，陈皮9g，熟大黄3～12g，黄芪30g，生姜3片，甘草3g。加减：乏力明显酌加西洋参6g（或太子参30g），白术12g；头晕、头痛酌加钩藤4g，白菊花9g，天麻12g，夏枯草12g；烦渴多饮酌加天花粉30g，生地15g，麦冬15g；视物模糊酌加枸杞子12g，决明子9g；尿频酌加桑螵蛸30g，金樱子30g，肉桂3g；疮疡肿毒酌加公英30g，地丁15g，金银花30g。服药方法：水煎空腹时服，日2～3次，每日1剂，7～15天为1个疗程。治疗结果：40例中，显效69%，有效21%，无效10%，总有效率90%。

乔氏等[142]应用黄连温胆汤配合西药治疗糖尿病酮症酸中毒26例，疗效良好。观察病例26例，其中男性16例，女性10例；年龄最大者76岁，最小者4岁。主要症状：烦渴多饮，恶心呕吐，纳差，消瘦乏力，小便频多，精神差。查体均有皮肤干燥，血压降低，脉压差变小，心动过速。舌质红、苔黄燥，脉沉细数无力。所有病例均经

化验检查明确诊断。治疗方法：黄连温胆汤随症加减，药用：黄连、姜半夏、陈皮、竹茹、枳实各9g，茯苓、玄参、花粉各15g，生地黄、山药、葛根、黄芪各30g。伴腹痛腹泻者加砂仁6g；伴头晕、心悸者加麦冬15g，五味子12g，天麻9g；伴发热、咳嗽、胸闷喘憋者加知母12g，瓜蒌15g，杏仁9g，生石膏30g；昏迷者加西洋参（鼻饲）9g；伴双下肢麻木刺痛者可加川芎15g，鸡血藤、丹参、徐长卿各30g。每日1剂，水煎服。西药用胰岛素注射控制血糖，有感染者配合抗生素治疗，并予以补充液体、维持水电解质平衡。治疗结果：该组病例经用上述方法治疗5天后，临床症状均有明显改善或基本消失，舌苔转润泽，脉象由沉细数无力转为沉细。并继续用中药基本方加减治疗，巩固疗效。

【病案举例】

逯某，女，41岁，教师。因口渴多饮、多尿、消瘦4年，加重伴头晕、心悸、烦躁失眠、恶心呕吐、纳差10天而入院。查体：形体消瘦，精神萎靡，舌体胖质黯红、舌苔黄燥少津，脉细数无力。化验血糖20.7mmol/L，尿糖（++++），尿酮体（++++）。中医诊断：消渴，属气阴两虚、痰热内扰；西医诊断：糖尿病酮症酸中毒。西医治疗以控制血糖、补充液体、维持水电解质平衡为原则。中药以清热化痰，益气养阴为法。方用黄连温胆汤加味：黄连、姜半夏、陈皮、枳实、天麻、竹茹各9g，玄参、花粉、茯苓、丹参、当归、煅龙骨、煅牡蛎各15g，生地、黄芪、生山药、葛根各30g。水煎服，每日1剂。服药2剂后，恶心呕吐、纳差、烦躁失眠等症有改善，继用5剂，诸症明显好转，尿糖6，尿酮体转阴。又继续服上方中药加减10余剂，自觉症状消失，复查血糖7.3mmol/L，出院。[142]

按：温胆汤，常用于治疗虚烦不眠，呕吐呃逆，惊悸不宁，癫痫等的胆胃不和、痰热内扰证，现临床亦应用于治疗糖尿病酮症酸中毒，疗效满意。中医学认为糖尿病属“消渴”范畴，初病病机为阴虚燥热，胃火炽盛，易饥多食；久之，肠胃受伤，宿食停滞，酿成痰热，导致脏腑功能失调，水液代谢障碍，而产生酮症酸中毒重症。古人云：“百病皆由痰作祟”。据《名医方论》载：“二陈为治痰之妙剂，其于上下左右，无所不至……。”及《千金要方》云：“温胆汤

治胆虚，痰热上扰，虚烦不眠，惊悸，胸闷，口苦呕涎”。乔氏等应用黄连温胆汤加味治疗本病，方中以黄连、半夏清热化痰，降逆和胃；竹茹止呕除烦；枳实、陈皮理气化痰，使气顺痰自消；茯苓健脾利湿，使湿去痰不生；加玄参、生地黄、花粉、葛根以养阴生津止渴；黄芪、山药助茯苓以益气健脾化痰。综合全方，气阴得补，痰热亦消，则诸症解。且与西药合用，起到了协同增效之作用，也体现了中西医结合治疗急重症的优势。观察结果表明，中药温胆汤加减，配合西医治疗糖尿病酮症酸中毒，效果满意。

三、糖尿病肾病

糖尿病肾病是糖尿病患者易发生的并发症之一，有关研究表明，多数糖尿病肾病患者存在毛细血管间肾小球硬化症，属糖尿病微血管病变之一。肾血流动力学异常在糖尿病肾病发生中，起关键作用，甚至可能是始动因素。①高血糖时，肾小球内高灌注，高滤过状态，跨毛细血管壁压力增高，使系膜细胞扩张，上皮细胞足突融合和产生致密小滴，肾小球上皮细胞从基底膜上脱落。②肾小球基膜Ⅳ型胶原信使糖核酸增高，使基膜增厚，最终形成系膜的弥漫性、结节性病变，发生肾小球硬化。③在压力增高的情况下，蛋白滤过增加，亦可沉积于系膜区和肾小球基底膜，促进基质增生，形成恶性循环，并可造成结节性和弥漫性肾小球硬化。该病主要临床表现为早期多无症状，血压可正常或偏高，后期表现为蛋白尿、浮肿、高血压、肾功能不全、贫血等。

本病属于中医学消渴，腰痛，水肿，关格等范畴，中医文献中无糖尿病性肾病这一名称，但对本病的临床表现早有记载，如《圣济总录》云：“消渴病久，肾气受伤，肾主水，肾气虚衰，气化失常，开合不利，水液凝聚体内而出现水肿。”《证治要诀》则指出：“三消久而小便不臭，反作舔气，在溺中滚涌，更有浮在溺面如猪脂，此精不禁，真元竭矣。”基本病因病机为脾胃虚弱、痰浊阻络；而血脉瘀滞则主要是由于痰浊阻络、影响血液运行所致。同时气虚运血无力，亦可使血行不畅、血脉瘀滞。痰易郁而化热，故糖尿病肾病证属脾胃虚弱、痰热瘀阻。而消渴日久，缠绵不愈，使脏腑功能失调，阴阳气

血虚衰而发病。病变脏腑重在肝脾肾三脏，并涉及痰、瘀、水三者，初期为气阴两虚、肝肾不足，水肿尚不明确，仅见气短懒言，腰酸耳鸣，后期则阴损及阳，脾肾两虚，畏寒怕冷，痰浊上逆则有恶心、呕吐、气血生化无源，面色萎黄，神疲乏力，晚期气虚阳微，不能温润血脉，血行不利，脉络瘀阻，使水肿加重。若肾元衰竭，浊毒壅塞三焦，气化无力，肾关不开，则尿少而浮肿，甚至无尿，已发展到关格病的危重阶段。因此，临床应用黄连温胆汤，以益气健脾、清热化痰、活血化瘀作为治疗糖尿病肾病的重要手段。现代药理研究证实，温胆汤有降脂、降糖、改善血管微循环的作用。

【临床应用】

杨氏等[143]应用黄连温胆汤为主治疗糖尿病肾病60例。共观察病例：60例，其中男35例，女25例；年龄最小52岁，最大72岁；病程最短半月，最长2年，其中糖尿病病史均在10年以上。诊断标准：较长期的糖尿病病史者出现蛋白尿，伴糖尿病眼底改变，又除外高血压及其他肾脏病时，应考虑为糖尿病肾病。治疗方法：予温胆汤加减。药用：黄连15g，半夏10g，陈皮10g，茯苓20g，竹茹10g，白术15g，山药30g，益母草30g，丹参30g，金樱子20g。加减：气虚明显者加生黄芪30g；兼有阴虚且口渴明显者加生地10g，葛根20g；大便秘结者加大黄6g（后下）；伴见浮肿者加泽泻15g，猪苓10g，赤小豆15g；纳差者加炒内金20g，炒神曲15g。每日1剂，水煎取汁400ml，分早晚2次温服，15日为1个疗程，取得满意疗效。治疗结果：60例中，临床治愈（尿蛋白消失，浮肿消退）30例；好转（浮肿消退，尿蛋白±）20例；有效（浮肿消退，尿蛋白量减少，临床症状改善）8例；无效2例。

【病案举例】

周某，女，70岁，干部。于1997年3月12日入院。入院时症见颜面、下肢轻度浮肿，视物昏花，双下肢麻木，口干口苦，渴而不欲饮，身体倦怠，四肢无力，纳差，大便干，2~3日一行，小便尚调。舌质淡暗，苔黄腻脉弦滑。患者有糖尿病病史15年，糖尿病视网膜病3年，1个月前出现颜面、下肢浮肿。入院后查血糖15.6mmol/L，尿糖（+++），尿蛋白（+++）。眼科检查提示糖尿病视网膜病。西医

诊断为：①糖尿病2型；②糖尿病视网膜病；③糖尿病肾病。中医诊断为：①消渴；②雀目；③水肿。证属脾胃虚弱，痰热瘀阻；治以益气健脾，清热化痰，活血化瘀；方用黄连温胆汤加味：黄连15g，半夏10g，陈皮10g，茯苓10g，竹茹10g，枳实10g，白术15g，山药30g，丹参30g，益母草30g，鸡血藤20g，金樱子20g，炒内金20g，炒神曲15g，泽泻15g，猪苓10g。上方服3剂后，口干苦减轻，纳食量增多，守方服1个疗程，浮肿消退，口干苦消失，身倦无力明显减轻，纳可，二便调。舌质淡暗苔腻稍黄，脉弦。复查血糖12.2mmol/L，尿糖（+++），尿蛋白（+）。考虑血糖下降不理想，配合皮下注射胰岛素以降血糖。汤药守上方加玄参15g、苍术15g，继投1个疗程，视物昏花、双下肢麻木明显减轻，余症悉除。舌质淡暗，苔薄白，脉弦。复查血糖8.0mmol/L，尿糖（-），尿蛋白（±）；守上方加生黄芪30g，三七3g（冲服），琥珀2g（冲服）。继投1个疗程，视物昏花消失，仍稍感双下肢麻木。复查血糖7.7mmol/L，尿糖（-），尿蛋白（-）；又守最后一次方继服20剂，诸症悉除，复查血糖7.0mmol/L、尿糖（-）、尿蛋白（-），随访1年未复发。[143]

按：温胆汤，常用于治疗常用于治疗胆胃不和、痰热内扰而致的虚烦不眠、呕吐呃逆、惊悸不宁、癫痫等。杨氏等将其应用于治疗糖尿病肾病，疗效满意。中医学认为：糖尿病肾病乃糖尿病日久伤阴耗气，阴损及阳，气阴两虚，阴阳两虚，久病入络，痰浊、邪热、血瘀、气郁互相胶结，形成“微型癥瘕”，使肾体受损，肾用失司所致。临床糖尿病肾病阶段，由于肾元受伤，气化不行，浊毒内生，浊毒可更伤肾元，耗伤气血，阻滞气机升降出入，最终可表现为尿毒症“关格”危候。中医对本病的认识较早，从病因病机到临床治疗都有详细的记录，积累了丰富的临床经验，近年来中医学对本病研究更加深入，进展较快。特别是结合了现代医学的先进技术和理论，使本病的疗效有进一步的提高。通过长期临床观察，临床上采用健脾益气、补益肝肾、活血利水等治疗大法辨证施治，疗效明显。黄连据现代药理研究是有降血糖作用，加白术、山药、黄芪以益气健脾，其中山药补而不燥，且能摄精微，从而降血糖、尿糖、尿蛋白。加益母草、丹参、鸡血藤以活血通络。加金樱子取其固涩作用而降尿蛋白。诸药共

奏益气健脾、清热化痰、活血化瘀之功，方切病机，故收良效，且该治法是依标本兼治之治则而确立，故病愈后不易复发。杨氏等观察结果表明：应用温胆汤加减治疗糖尿病肾病，疗效显著。

四、高脂血症

高脂血症是人体内脂质代谢失常，又称脂代谢紊乱，其病因主要是由于脂质或脂蛋白代谢的先天性缺陷，或由于某些环境因素，如饮食、醇类的摄入或药物等引起，大多数患者身体较肥胖。主要是指血清 TC 或 TG 水平过高或血浆 HDL2C 水平过低，可导致动脉内皮损伤，通透性增高，加速 LDL2C 在血管内皮下沉积，促进动脉硬化（AS）的形成。[144]高脂血症是诱发心脑血管疾病的危险因素之一。由于脂肪代谢或运转异常使血浆中一种或几种脂质高于正常，可表现为高胆固醇血症、高甘油三酯血症或两者兼有。

本病属中医学痰湿、浊阻范畴。《素问·经脉别论》曰："食气入胃，散精于肝，淫气于筋；食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺。"说明食物的消化吸收主要与脾、肝、心、肺等脏腑有关，其中尤以脾脏最为重要。由于年老体虚，脾胃运化功能减退，加上嗜食肥甘、膏粱厚味等高脂或高糖饮食，体胖则痰多，脾虚运化功能失职，水谷精微无以输布，聚而生痰酿湿，引致高脂血症。痰浊内阻，可阻痹心脉或脉络，引起多种变证，对心、脉等脏腑组织影响明显，可发生胸痹、中风等病证。从以上病机可以看出，高脂血症是一种本虚标实之证。年老气虚，脾胃运化功能失职为本，痰湿内阻为标。因此临床以健脾和胃、燥湿化痰作为治疗高脂血症的重要手段。近年研究表明，温胆汤有调节免疫的功能，并有抑制血小板聚集，消除自由基的作用。[145]

【临床应用】

唐氏等[146]应用十味温胆汤加减治疗高脂血症 37 例。观察病例 37 例中，男 20 例，女 17 例；年龄 34～70 岁，平均 53.4 岁。纳入标准：血清胆固醇（TC）或甘油三酯（TG）升高［本院实验室检查：TC 正常值为 2.6～6.5mmol/L，TG 正常值为 0.34～1.69mmol/L，高密度脂蛋白（HDL－C）正常值为 >1.0mmol/L］。[147]排除标准：继

发性高脂血症，如糖尿病、肾病综合征、甲状腺机能减退、胰腺炎、胆道阻塞、服用避孕药、异常球蛋白血症等。[147]治疗方法：予十味温胆汤加减治疗。药用：法半夏、枳实、陈皮、酸枣仁、远志、五味子、党参、大枣各12g。舌黯加三七粉（冲服）3g；气虚、舌淡胖去党参，改用人参8g。每日1剂，水煎，分早、晚2次空腹服。服药期间不再加用其他药物，治疗前和治疗30日后分别抽血检查血脂水平，进行用药前后对照分析。疗效标准：显效：TC下降≥20%或TG下降≥40%，HDL－C上升≥25%；有效：TC下降10%～20%，或TG下降20%～40%，HDL－C上升10%～25%；无效：血脂检查无明显变化。治疗结果：本组37例，显效27例，有效8例，无效2例。总有效率94.6%。治疗前后血脂水平变化可见，高脂血症患者服用十味温胆汤前后血脂变化差别有显著性，$P<0.01$。服用十味温胆汤后，能明显降低高脂血症患者血液胆固醇及甘油三酯，并可提高血液高密度脂蛋白的含量。

【病案举例】

张某，男，57岁。1998年12月20日初诊。头昏肢重，胸脘胀闷3个月，口苦黏腻，烦躁易怒，大便不爽，面色红润，体质丰盛，脉弦，舌质红，苔黄厚腻。嗜好烟酒30年，高血压史5年，刻下测血压21.7/12kPa；血脂分析：总胆固醇8.97mmol/L，甘油三酯3.57mmol/L；心电图检查正常。长期服卡托普利片、藻酸双酯钠、尼莫地平等，但不能按时服用，烟酒肥甘未戒。辨证为长期嗜好烟酒肥甘，湿热内聚，酿为痰脂，逆流血脉造成血脉污浊；肝阳偏旺，阳挟痰脂上扰清空。治用清热化痰，平肝潜阳活血降脂。并嘱患者戒烟酒肥甘，清淡饮食，调畅情志，按时服药，锻炼身体。方药：黄连、甘草各6g，陈皮、制半夏、竹茹、枳实、石菖蒲各10g，茯苓12g，石决明（先煎）、草决明、山楂各20g，丹参30g。服药7剂，苔腻渐化，胸脘胀闷，头昏肢重均减轻，大便通畅。服药35剂查血脂：总胆固醇6.47mmol/L，甘油三酯2.12mmoL/L。又服15剂，再查血脂正常，测血压18/11.5kPa，诸症消失。嘱服卡托普利35mg，每日2次，维持血压。[97]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和、痰热内扰而致的虚烦不眠、

呕吐呃逆，惊悸不宁，癫痫等症。唐氏等将其临床应用于治疗高脂血症，疗效明显。中医学认为本病多因年老体弱、过食肥甘、缺乏运动、先天禀赋等导致气虚阳衰、痰湿瘀滞形成。各种原因影响脾胃运化，升降失调，运化不及，聚湿成痰，膏脂痰浊聚积，高脂血症多与痰湿内阻有关，脾胃运化功能失常致痰湿内阻是发病关键。高脂血症可分为原发性和继发性两种。原发性高脂血症一般多见于40岁以上的中老年人，其发病机制为脾虚，运化功能失常，津液运行不利，湿聚为痰，痰浊滞留体内而成。[148]尤以中老年人多见。十味温胆汤是在温胆汤的基础上加入补气安神的人参、熟地黄、五味子、酸枣仁、远志等药物组成。方中陈皮、法半夏、枳实行气健脾，燥湿化痰；党参、五味子、茯苓、远志健脾补气，宁心安神；三七活血祛瘀；山楂健脾消积。诸药合用，共奏化痰和胃、补气宁神之功，祛邪而不伤正，应用于高脂血症的治疗，符合其病机。诸药合用，共奏健脾化痰、燥湿祛瘀之效，观察结果表明，应用十味温胆汤治疗高脂血症，达到减少脂肪沉积，控制体重增长的作用，使高脂血症所致的脂肪颗粒沉淀，动脉粥样硬化危险因子减少，取得满意效果，而且在服药过程中患者未见明显不适。

第七节 肿瘤

肿瘤化疗后呕吐

恶性肿瘤，目前原因尚不明确，该类患者多一般状况较差，出现消瘦，饮食困难，乏力，甚至某些部位疼痛。外科手术不适时，主要针对其对放化疗的情况采取治疗，在这一过程中，由于个体差异，耐受情况不一，尤其化疗过程中会出现恶心，呕吐等胃肠反应，严重者，影响治疗的继续。

中医属噎膈、积聚、癌病等范畴。其发生多由于正气内虚，感受六淫邪毒，七情怫郁、饮食失调、素有旧疾等，使脏腑功能失调，气血津液运行失常，产生气滞、血瘀、痰凝、湿浊、热毒等病理变化，蕴结于脏腑组织，相互搏结，日久积渐而成的一类恶性疾病。患者临

床多接受化疗，但多数抗癌药物在杀伤或抑制癌细胞的同时，正常组织细胞也受到损害。[149]其中给病人造成最大痛苦的是恶心、呕吐等消化系统症状。[150]恶性肿瘤患者脾胃本虚，生化之源受损，恶心、呕吐是因胃失和降、气逆而上所至。肿瘤化疗病人病程较长，体质差，受化疗药物的作用，易生痰热。强力药物治疗虽然可以达到延长生命或根治，但由于部分病人难以忍受化疗副反应而拒绝治疗。抗癌[151]药物大多具有火毒之性，进入人体后能对抗、抑制癌瘤毒邪（肿瘤细胞），同时又导致脾胃功能失调（消化道反应）等一系列病理变化。故肿瘤病人在化疗期间多表现为恶心、呕吐、口黏、胸腹胀满、心烦不寐、舌苔黄腻或白厚等痰热内阻的标实证，又多伴有乏力、纳少、精神萎靡不振等气血损伤之本虚证，故属于本虚标实证。研究表明，化疗药物引起恶心呕吐的原因，可能与化疗药物促使肠道释放 5－HT3，激化相应受体有关。临床常用的胃复安等药，虽有一定疗效，但因有引起锥体外系症状出现的可能，[152]限制了该药的应用；恩丹西酮等 5－HT3 受体拮抗剂虽有疗效好、不良反应小等优点，但价格昂贵，无法作为常规药长期使用。现代药理研究表明枳实、厚朴、代赭石、砂仁能使胃肠道蠕动规律，促进胃液分泌，帮助消化；茯苓能增强机体免疫功能，可明显增强吞噬细胞的吞噬能力，激活机体对肿瘤的免疫监督系统，产生抗肿瘤效应；姜半夏[152,153]可直接抑制脑呕吐中枢而抑制恶心、呕吐。因此，清化痰饮，和胃降逆可作为治疗恶性肿瘤化疗所致的恶心、呕吐等消化系统症状的重要手段。

【临床应用】

王氏[151]温胆汤加减治疗顺铂引起恶心呕吐 35 例，治疗方法：治疗组用温胆汤加减治疗。方药组成：法半夏、陈皮、茯苓、炙甘草、竹茹、枳实、大枣、甘草。临床酌加消滞开胃的鸡内金、麦芽、神曲，扶正固本加党参、山药，咳嗽气喘加紫菀、款冬花、海浮石，疼痛加乳香、佛手、没药等。每日 1 剂，水煎服，复渣。在化疗开始时服用上方，一直服至下次化疗。对照组于化疗时静滴灭吐灵 30mg 和地塞米松 10mg，至化疗结束为止。治疗结果：治疗组对恶心的完全控制率为 51.4%，轻度恶心率为 28.6%，有效率为 80.0%。对照

组完全控制率为33.3%，轻度恶心率为23.1%，有效率为56.4%，两组比较，差异有显著性意义（$P<0.05$）。治疗组呕吐情况完全缓解率为62.9%，部分缓解率25.7%，有效率88.6%；对照组完全缓解率为43.6%，部分缓解率20.5%，有效率为64.1%。两组比较，差异有显著性意义（$P<0.05$）。

寸氏等[154]中西医结合预防消化道肿瘤化疗所致呕吐54例，共观察病例104例，随机分为对照组50例和治疗组54例。对照组50例中，男29例，女21例，年龄25~76岁，平均58.5岁；食道癌9例，胃癌16例，结直肠癌25例。治疗组54例中，男31例，女23例，年龄26~75岁，平均57.5岁，食道癌8例，胃癌20例，结直肠癌26例。均符合以下标准：①所有患者均经细胞学或病理学确诊。②化疗前24h无恶心、呕吐以及未使用止吐药物。③无胃肠道梗阻及肿瘤本身或其他严重合并症导致呕吐可能者。④无颅内高压症。⑤化疗前血常规、肝肾功能正常。⑥卡氏评分≥60分。104例患者两组资料比较，差异无显著性，具有可比性。治疗方法：食道癌采用BLM-5Fu-DDP方案，胃癌采用与5Fu-ADM-MMC方案，结直肠癌采用CF-5Fu-DDP方案。两组均于化疗前30min给胃复安20mg、地塞米松5mg静脉推注，治疗组并于化疗前1天开始，联合使用中药温胆汤加减，药用：姜半夏12g，竹茹10g，枳实10g，陈皮10g，茯苓30g，砂仁5g，厚朴15g，生姜10g，木香10g，代赭石30g，麦芽30g，炙甘草6g，每日1剂，文火水煎2次，共450ml，均分3次，饭前服，于化疗前1天开始，直至化疗结束，效果良好。疗效评定标准：安全缓解（CR）：无恶心、呕吐；部分缓解（PR）：每日呕吐1~2次；轻度缓解（MR）：每日呕吐3~5次；无效（F）：每日呕吐6次以上。统计学方法：采用X^2检验。结果：两组疗效比较，治疗组总有效率94.4%，显著高于对照组68.09%，（$P<0.05$），$X^2=2.16$。

高氏[155]等，温胆汤治疗肺癌化疗伴发恶心呕吐的疗效观察，治疗方法：所有患者统一采用NP方案（NVB 40mg，1天，DDP 20mg，1~5天）及EP方案（VP-16100mg，1~5天，DDP 20mg1~5天），每次化疗5天，每28天重复。治疗组，服中药温胆汤，药用：由半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹各20g，旋覆花（包煎）、代赭石各

20g。每日1剂。对照组，肌内注射胃复安，每次10mg，除第1天在恶心呕吐出现后用药外，其余每天于化疗前20min和化疗后2h分别用药1次，直至化疗结束。治疗组30例中，显效12例（40%）、有效14例（46.7%）、无效4例（13.3%），有效率为86.7%，对照组20例中，显效3例（15%）、有效8例（40%）、无效9例（45%），有效率55.0%。经统计学处理两组有效率比较有统计学意义（$P<0.05$）。

【病案举例】

（1）患者，男，57岁。确诊左上肺腺癌TV期（骨转移），用MVP方案化疗，开始2周期用灭吐灵和地塞米松止吐治疗，病人出现剧烈恶心呕吐，而且食欲不振，因害怕再化疗，后改用温胆汤加减治疗，化疗后病人仅出现轻微恶心呕吐，食欲尚可，坚持完成化疗。[151]

（2）某女，48岁。2000年5月3日初诊。左乳腺癌根治术后1个月余，化疗后出现恶心、呕吐5天。曾用胃复安、恩丹西酮等药物治疗无效，病人痛苦异常。现病人不思饮食，食入则恶心、呕吐，呕吐物为食物或痰涎，身倦无力，口苦，胸闷不舒，对治疗失去信心。查见：神志清，精神不振，形体略胖，左乳腺根治术后改变，心肺无异常，腹软，无明显压痛，舌淡红，苔厚腻略黄，脉沉。诊断：呕吐。证属脾胃虚弱、痰热中阻。方用温胆汤加减：半夏10g，陈皮10g，云茯苓10g，枳实10g，人参10g，黄连6g，旋覆花（包）10g，炒白术10g，生姜5片，大枣5枚，甘草6g。水煎服，1日1剂。开始少量频服，欠佳，上方改黄连3g，人参15g，加远志10g，炒酸枣仁15g，继服3剂，饮食可，体力增加，睡眠安。上方去黄连，略调整，继服3剂巩固疗效。[156]

按：抗肿瘤药物化疗后的胃肠道反应是最常见的不良反应，中医认为，脾主运化，胃主收纳，脾胃受损，运化收纳失职，升降失常，则痰湿内停，泛恶呕吐，脾不升则湿聚为痰，胃不降则上逆呕吐。脾胃不和则胆气乘之，可郁结生热，痰热内阻，则脾胃升降不利。温胆汤本为清胆和胃、涤痰止呕之方，加入人参大补元气以扶正，加黄连燥湿清热降逆、旋覆花降逆化痰止呕，白术健脾燥湿扶正，故可使脾

胃升降得复，痰热皆除，正气得助，从而消除化疗后的不良反应，使机体日渐恢复健康。[156]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证，如胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等。现临床应用于治疗恶性肿瘤化疗所致的恶心、呕吐等消化系统症状，疗效显著。中医学认为，癌病的基本病理变化为正气内虚，气滞、血瘀、痰结、湿聚、热毒等相互纠结，日久积滞而成肿块。病理属性总属本虚标实，多因虚而得病，因虚而致实。化疗药物相当于中医抗癌祛邪，但邪去伤正，脾胃受损，运化无权，脾胃不和，升降失调，浊邪上犯，从而导致恶心、呕吐。恶心、呕吐是肿瘤化疗最常见的不良反应之一，虽不危及患者生命，但严重影响了患者的生活质量。徐灵胎评《临证指南医案·噎膈》曰："噎膈之证，必有瘀血、顽痰、逆气阻膈胃气。"在防治化疗所致的恶心、呕吐常用药物中，康泉、枢复宁由于价格昂贵致久病的肿瘤患者难以承受，而单用价格低廉的胃复安与地塞米松止吐效果又不满意，采用温胆汤加减方，并用胃复安、地塞米松预防化疗所致的呕吐，方中姜半夏、竹茹、生姜具有降逆止呕之功；砂仁、枳实、木香、厚朴、陈皮具有行气、消积之效；茯苓、甘草健脾益气、麦芽健胃消食。本方法价格低廉，疗效显著，无毒不良反应，值得推广应用。观察结果表明，温胆汤加减配合胃复安、地塞米松治疗或预防肿瘤化疗所致的恶心、呕吐等，疗效明显优于单用胃复安、地塞米松组，而且患者易接受，临床易推广。

参考文献

[1] 李科翠．温胆汤临床运用举隅．时珍国医国药，2006，17（8）：1551

[2] 王平，罗上武．温胆汤妙用．第4版．北京：中国中医药出版社，1998：41～45

[3] 赵保国．温胆汤治疗血管神经性头痛76例临床观察．长治医学院学报，2007，21（2）：144～145

[4] 黄友岐主编．神经病学．第4版．北京：人民卫生出版社，2000：25～28

[5] 中华人民共和国卫生部颁布．临床疾病诊断依据治愈好转标准（第2辑）1995：23～24

[6] 杨德富，王永生，曹理璞．加味温胆汤治疗胆郁型偏头痛疗效观察．四川中医，2008，26（3）：75
[7] 高清，易锋，刘新奇．温胆汤治疗头痛37例．湖南中医杂志，2003，19（3）：33～34
[8] 梅运伟．温胆汤加减治疗中学生紧张性头痛46例．河南中医学院学报，2004，5：50
[9] 李佳楠，陈东辉，罗霞，等．温胆汤降脂作用研究．华中科技大学学报，2002，31（6）：666
[10] 谢辉，贺又舜．温胆汤临床应用及实验研究概况．湖南中医杂志，18（5）：57
[11] 陈晓锋．胆汤配西医治疗痰瘀型脑血栓形成急性期30例．陕西中医，2007，28（6）：663～664
[12] 中华医学全国第四次脑血管病学术会议．各类脑血管病诊断要点、中华神经科杂志．1996，29：379
[13] 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议．脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准．中华神经科杂志，1996，29：381
[14] 施先庚，施磊．温胆抗栓汤治疗脑血栓形成30例．湖北中医杂志，1994，1：8
[15] 崔俐玲．温胆汤加味治疗神经系统病症验案三则．中医文献杂志，1995，1：35～36
[16] 宁侠．周绍华教授应用温胆汤治疗神经精神科疾病经验．中医药学刊，2006，24（9）：1662
[17] 马博艳．温胆汤促眠作用及其治疗失眠症机制的实验研究．黑龙江中医药大学，2005
[18] 盛桐亮．温胆汤合半夏秫米汤加味治疗顽固性失眠56例．云南中医中药杂志，2007，28（7）：25
[19] 李丽．温胆汤加味治疗失眠症46例．江西中医药，2006，4：27
[20] 岳美中．治疗不寐证医案．农村医药报，2008，1，4，第A02版
[21] 皮明钧．加味温胆汤对亚急性衰老大鼠大脑皮质超微结构改变的影响．湖南中医学院学报，1999，19（1）：8～9
[22] 储水鑫．脑萎缩治验两则．上海中医药杂志，1999，4：13
[23] 李凤云．葛蒲郁金温胆汤治疗老年性痴呆20例．陕西中医，1996，17（3）：113
[24] 刘雪强．温胆汤加减治疗神经症180例．浙江中医杂志，2007，42

(5)：270
[25] 杨海泉．温胆汤加减治疗神经官能症28例疗效观察．中国社区医师，2005，4：46～47
[26] 万丽艳，窦武山．黄连温胆汤临床应用举隅．河北中医，2007，29(2)：139
[27] 孙思邈．备急千金要方．北京：人民卫生出版社，1955：217
[28] 陈言．三因极一病证方论．上海：上海古籍出版社，1991：293
[29] 李福章．温胆汤治疗心脏神经综合征32例报告．甘肃中医，2006，19(8)：10
[30] 张熙，李文彬，张炳烈．D2半乳糖亚急性中毒大鼠拟衰老生化改变．中国药理学与毒理学杂志，1990，4(4)：309～310
[31] 何保军，王江涛．中西医结合治疗难治性癫痫52例．陕西中医，2005，26(2)：135
[32] 张雅静．菖郁温胆汤治疗癫痫48例．国医论坛，2001，16(6)：24
[33] 金杰，张振强，陈海燕．黄连温胆汤新用．江苏中医药，2005，26(11)：46
[34] 武丽，张丽萍，叶庆莲，等．加减温胆汤的抗抑郁功效．中国临床康复，2006，10(23)：63～64
[35] 武丽，张丽萍，叶庆莲，等．加减温胆汤对抑郁模型大鼠行为学和血浆生长抑素含量的影响．中国临床康复，2005，9(8)：114～115
[36] 李振生，关风岭．运用黄连温胆汤治疗精神抑郁症45例．四川中医，2003，21(7)：55
[37] 江海，蒋赛金．加味温胆汤治疗冠心病劳累性心绞痛30例小结．湖南中医药导报，2004，10(7)：6～7
[38] 韩苏，张勇．温胆汤加减治疗冠心病50例．陕西中医学院学报，2006，29(4)：22～23
[39] 第一届全国内科学术会议心血管病组．关于冠心病命名和诊断标准的建议．中华心血管病杂志，1981，9(1)：75
[40] 王春兰．温胆汤加味治疗冠心病心绞痛的疗效观察．深圳中西医结合杂志，2001，11(3)：165～166
[41] 李秋凤，董永书，王守富．柴芩温胆汤加减治疗胸痹心痛54例．中医研究，2007，20(4)：55
[42] 罗卫东，李力．温胆汤加减治疗冠心病二则．吉林中医药，2002，22(1)：34

[43] 廖帮忠．辨证治疗心律失常120例疗效观察．湖南中医杂志，2003，19（1）：6～7
[44] 周旭生．加味温胆汤治疗室性早搏68例．吉林中医药，2003，23（3）：13
[45] 高钦颖．名方研究应用精选．西安：西北大学出版社，1993：48
[46] 夏炎兴，等．炙甘草抗心率失常的实验研究．中国中医药科技，1994，1（4）：28～29
[47] 苗明三，等常用中药药理与临床．北京：中国中医药出版社，1997：47
[48] 路永平．中西医结合治疗快速心律失常48例．四川中医，2002，20（10）：35～36
[49] 郭双庚．从“毒”、“瘀”论治慢性心肌炎快速心律失常．中国中医药信息杂志，2001，8（6）：2～3
[50] 胡剑秋，等．十味温胆汤治疗心脏神经官能症48例．江苏中医，1999，20（8）：19
[51] 中国人民解放军总后勤部卫生部．临床疾病诊断依据治愈好转标准．北京：人民军医出版社，1987：66
[52] 陈灏珠．实用内科学．第10版．北京：人民卫生出版社，1997：1342
[53] 国家中医药管理局．中医病证诊断疗效标准．南京：南京大学出版社，1994：19
[54] 张金玺．温胆汤治疗心脏神经官能症47例临床观察．国医论坛，2005，20（5）：25
[55] 王本祥．现代中药药理学．天津：天津科学技术出版社，1997：1073
[56] 苏光，等．多潘立酮治疗心脏神经官能症30例疗效观察．医学综述，1997；3（3）：封底
[57] Weberk T，Brilla CG. Pathological hyert rophy and cardiacintersititum. Circulation，1991，83：1849
[58] Weberk T，Brilla CG，J anicki TS. Myocardial fibrosisfunctional sig nificance and regulatory factors . CardiovasRes，1993，27：341
[59] 赵学军．中医药治疗高脂血症临床研究的现状与未来．中医杂志，1997，38（3）：170
[60] 顾国龙．高血压病临证治疗10法．中国实用医药杂志，2002，2（1）：52
[61] 刘玲霞．温胆汤加味治疗眩晕34例．湖北中医杂志，2002，24（3）：41
[62] 张国华，吕琳．温胆汤对自发性高血压大鼠血液中PⅢNP、LN和HA水平影响的实验研究．浙江中医杂志，2007，42（10）：598～599
[63] 孙锡铭，蔡海江，宋素云，等．丹参的新药理作用．中草药，1991，22

(1)：20～21
[64] 何嘉延．泽泻与高脂血症、动脉硬化和脂肪肝．中西医结合杂志，1981，1(2)：114～115
[65] 黄春玲，吕玉萍．温胆汤治疗高血压病合并高脂血症146例临床观察．山西中医，2005，21(2)：11～12
[66] 中国高血压联盟．中国高血压病防治指南．高血压杂志，2000，8(1，2)：94，103
[67] 郑耀媛．温胆汤治疗眩晕20例．内蒙古中医药，2007，5：6
[68] 岳雪凤．温胆汤加味治疗眩晕验案举隅．南京中医药大学学报（自然科学版），2005，2：121
[69] 王旭高．医书六种．第2版．上海：上海科学技术出版社，1979.123
[70] 徐正福．心胆相关论治心肌炎．北京中医，1988，16(5)：36～37
[71] 孙克武，董德长主编．临床理论与实践．上海：上海科学普及出版社，1993.171～178
[72] 秦玖刚．黄连温胆汤加味治疗病毒性心肌炎80例．四川中医，2005，23(6)：46～47
[73] 李毅，伍彩霞．中西医结合治疗急性病毒性心肌炎158例．陕西中医，2003，24(2)：114～116
[74] 王翠芬，杨德治，魏义全，等．枳实对大鼠胃肠电活动影响的初步研究．东南大学学报，2001，20(3)：153～154
[75] 沈明．温胆汤治疗功能性消化不良42例．河南中医，2000，20(4)：50
[76] 祁跃明．温胆健胃汤治疗反流型功能性消化不良30例．云南中医学院学报，2004，27(1)：27
[77] 杨翠兰．中西医结合治疗反流性食管炎100例疗效观察．四川中医，2007，25(5)：49
[78] 何光明．温胆汤加减治疗反流性食管炎120例．河南中医，2004，24(3)：69
[79] 中国人民解放军总后勤部卫生部．临床疾病诊断依据治愈好转标准．北京：人民卫生出版社，1987
[80] 苗寿坤．加味温胆汤治疗反流性食管炎32例疗效观察．吉林中医药，2000，3：22
[81] 周长泉，翟振彦等．温胆汤治疗胃反流病40例临床观察．河北中医2002，24(10)：758
[82] 罗云坚，余绍源．消化科专病中医临床诊治．北京：人民卫生出版社，

2000，57
[83] 翁维良，房书亭．临床中药学．郑州：河南科学技术出版社，2001，1211
[84] 张琳．幽门螺杆菌与慢性萎缩性胃炎发病关系及防治研究．中国中西医结合杂志，1992，12（9）：521～523
[85] 赵付清．香砂六君子汤合芩连温胆汤治疗慢性糜烂性胃炎44例观察．中医药临床杂志，2007，19（2）：137～138
[86] 李乾构，周学文，单兆伟．实用中医消化病学．北京：人民卫生出版社，2001，185
[87] 胡硕龙．从痰治疗胃脘痛58例．四川中医，2002，20（10）：31～32
[88] 何堂钧．温胆汤临床应用举隅．吉林中医药，2007，27（8）：47～48
[89] 张金钊．疏肝降逆汤治疗胆汁反流性胃炎71例．中医研究，2006，19（7）：37
[90] 何慕清．温胆合抑酸复安治疗胆汁反流性胃炎30例疗效观察．右江医学，2007，35（3）：287～288
[91] 王敏，赖真．加减小柴胡汤治疗胆汁反流性胃炎的临床观察．广东药学院学报，2005，21（3）：356
[92] 中华人民共和国卫生部．中药新药临床研究指导原则．第二辑．北京：中国医学科学技术出版社，1995，113～114
[93] 石喜亮．温胆汤加味治疗胆汁反流性胃炎37例疗效观察．陕西中医学院学报，2005，28（5）：28
[94] 侯浩彬，陶永，卓思源．徐经世主任医师应用黄连温胆汤治疗疑难杂症经验介绍．新中医，2008，40（3）：17
[95] 张玲玲．和胃通降汤治疗胆汁反流性胃炎的疗效观察．中国医院药学杂志，2006，26（6）：724
[96] 杨建宏．温胆汤加减治疗慢性浅表性胃炎78例．中国中西医结合杂志，2000，8（4）：240
[97] 冯崇环．温胆汤临床新用．安徽中医临床杂志，2002，14（1）：56
[98] 史宇广，单书健．胃脘痛专辑．北京：中国古籍出版社，1988，1～2
[99] 李恩复，庞鸿茹．胃病研究．唐山：河北科学技术出版社，1991，2～6
[100] 刘东亮．内科难治病的中医治疗．北京：人民军医出版社，1994，122
[101] Bae EA，HanM J，Kim DH. In vitro anti－Helicobacter pylori activity of some flavonoids and their metabolites. Planta Med，1999，65（5）：442～443
[102] 钱士辉，王俏先，亢寿海，等．陈皮提取物体内抗肿瘤作用的研究．中药材，2002，26（10）：744～745

[103] 赵文树，韩向东，李玉强．温胆汤加减治疗胃溃疡54例．佳木斯医学院学报，1998，21（1）：78
[104] 李洛恩，王冬毅．茯苓的药理及临床新用．基层中药杂志，1997，11（3）：55
[105] 谭为民，朱绍忠．温胆汤治疗重症肝炎顽固性呕吐5例．新中医，2001，33（5）：64
[106] 付玉军，等．中西医结合治疗酒精性肝炎35例疗效观察．新中医，2004，36（2）：52
[107] 胡福田．黄连温胆汤加减治疗酒精性肝病43例疗效观察．医药产业咨迅，2005，2（11）：77
[108] 中华医学会肝病学会分会．酒精性肝病诊断标准（草案）．中华肝脏病杂志，2001，9（5）：264
[109] 中华人民共和国卫生部．中药新药临床研究指导原则．第一辑，1993，112～117
[110] 崔剑平．温胆汤加味治疗酒精性肝病38例。时珍国医国药，2006，17（7）：1278
[111] 瞿金鸿，王子坪．黄连温胆汤加减治疗酒精依赖综合征30例．陕西中医，2008，29（1）：9
[112] 徐彭．陈皮水提物和陈皮挥发油的药理作用比较．江西中医学院学报，1998，10（4）：173
[113] 庞俊忠．临床中药学．北京：中国医药科技出版社，1989
[114] 李慧，高敏．温胆汤加减治疗支气管哮喘56例．河北中医，2002，5，24（5）：365
[115] 中华结核和呼吸杂志编委会．支气管哮喘防治指南．中华结核和呼吸杂志，1997，20（5）：261～262
[116] 王彩华，温胆汤加减治疗胃食管反流病并发支气管哮喘20例，陕西中医，2006，27（12）：1464
[117] 李淑英．温胆汤治疗疑难杂症三则举隅．实用中医内科杂志，2003，17，（5）：370
[118] 柏向阳．温胆汤加味治疗慢性支气管炎急性发作32例．湖南中医杂志，2005，21，（6）：45～46
[119] 高等医药院校教材．内科学．第五版．北京：人民卫生出版社，2002，3
[120] 中华人民共和国卫生部．中药新药临床研究指导原则．1993，1～5
[121] 王联庆，王梅，宫丽莉．温胆汤临床运用举隅．陕西中医，2004，25

(3)：273
[122] 孙博光，邱世翠，李波清，等．茯苓的体外抑菌作用研究．时珍国医国药，2003，14（7）：394
[123] 徐振华．温胆汤加味治疗金黄色葡萄球菌肺炎．实用中医内科内科杂志，1994，8（1）：13
[124] 陈琴，潘海洋．黄连温胆汤化裁治疗慢性肾功能衰竭36例小结．甘肃中医，2003，16（2）：14～15
[125] 吴立友，李红波．黄连温胆汤配合中药灌肠治疗慢性肾功能衰竭130例．时珍国医国药，2003，14（3）：161
[126] 周得文，潘向荣．温胆汤加减治疗慢性肾功能衰竭疗效观察．河南中医，2004，24（8）：71～72
[127] 王海燕．肾脏病学．第二版．北京：人民卫生出版社，1996，1385
[128] 中华人民共和国卫生部．中药新药治疗尿毒症临床研究指导原则．第1辑．1993，167～170
[129] 冯松节，陶兴．中医药治疗慢性肾功能不全尿毒症期24例．江西中医药，2002，23（9）：18
[130] 王胜全．温胆汤治疗疑难杂症举隅．新中医，1998，30（8）：27
[131] 刘雪强，宿录贞．温胆汤治验4则．河北中医，2007，29（2）：137
[132] 关晓清，刘平夫．慢性肾衰的中医实验研究进展．中国中西医结合杂志，2004，24（2）：121～122
[133] 胡建萍．加味温胆汤治疗尿道综合征38例．陕西中医，2001，22（10）：593
[134] 王燕．温胆汤对高脂血症大鼠血脂的影响．河北中医，2000，28（11）：867
[135] 沈映君．中药药理学．上海：上海科学技术出版社，1995：87～89
[136] 徐锦堂．中国药用真菌学．北京：北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社，1997：547～573
[137] 应建浙，卯晓岚，马启明，等．中国药用真菌图鉴．北京：科学出版社，1987：202～203
[138] 杨冉，李建军，屈凌波，等．茯苓萜类的高效液相色谱指纹图谱研究．中草药，2004，35（3）：273～275
[139] 白清．黄连温胆汤加味治疗痰瘀型糖尿病47例．河南中医，2004，24（12）：61
[140] 杨玉莲，孙新宇．黄连温胆汤加味治疗肥胖型消渴30例．中医研究，

2007，20（4）：48～49
[141] 张娟，朱媛，张永声．黄连温胆汤治疗糖尿病酮症40例．山东中医学院学报，1995，19（4）：245～246
[142] 乔玉秋，谢茂玲．黄连温胆汤配合西药治疗糖尿病酮症酸中毒26例．浙江中医杂志，1999：112
[143] 杨亚民，李雪瑞，田军．黄连温胆汤为主治疗糖尿病肾病60例．内蒙古中医药，2001，2：12
[144] 宋小鸽，唐照亮，侯正明，等．茶多酚对大鼠高脂血症的预防作用．中医研究，1998，11（1）：19
[145] 黄春珍，吕玉萍．温胆汤治疗高血压合并高脂血症146例临床观察．山西中医，2005，21（2）：12
[146] 唐永祥，王晓玲．十味温胆汤加减治疗高脂血症37例．河北中医，2001，23（11）：843
[147] 吴少祯，吴敏，王保宏，等．常见疾病的诊断与疗效判定（标准）．北京：中国中医药出版社，1999，282
[148] 淳泽，李佳楠，陈东辉，等．温胆汤对高脂血症大鼠脂质代谢的影响．中国中药杂志，2003，28（12）：1184
[149] 温善禄，李斌和，王丽辉，等．化疗诱发恶心呕吐的机制及护理．国外医学·护理学分册，1998，17（4）：165
[150] 沈蓉蓉，郭亚东．肺癌患者的护理．国外医学·护理学分册，1994，13（1）：2
[151] 王伟．温胆汤加减治疗顺铂引起恶心呕吐35例．新中医，1998，8：30
[152] 王浴生，邓文龙，薛春生．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社，1998，395
[153] 陈奇．中成药名方药理与临床．北京：人民卫生出版社，1998，395
[154] 寸向农，匡时权．中西医结合预防消化道肿瘤化疗所致呕吐54例．医学理论与实践2004，17（6）：662～663
[155] 高宏，吴建红．温胆汤治疗肺癌化疗伴发恶心呕吐的疗效观察，辽宁中医杂志，2004，31（11）：938
[156] 常志刚，张英丽．温胆汤临床新用举隅．中医药临床杂志，2005，17（3）：221

第二章

外科病证

糖尿病性微血管病变

糖尿病性微血管病变是临床常见病也是现代难治病，常为致残、致死的主要原因。糖尿病性微血管病变的主要表现为视物模糊、尿浑浊、下肢色素沉着、肢端冰冷，甚至溃疡等微血管累及性改变。糖尿病性微血管病变的典型病理改变为微循环障碍、微血管瘤形成和微血管基底膜增厚，表现为山梨醇旁路代谢增强，血流变的改变，凝血机制失调等，主要累及视网膜、肾、神经等。

本病属中医学消渴、视瞻昏渺、水肿、阴疽等。其病因复杂，禀赋不足、饮食失节、情志失调、劳欲过度等皆可致病。初病病机为阴虚燥热，胃火炽盛，易饥多食；久之，肠胃受伤，宿食停滞，酿成痰热，导致脏腑功能失调，水液代谢障碍，生痰化热，痰为其主要病理因素。古人云："百病皆由痰作祟"。病变脏腑主要在肺、胃、肾，常常互相影响，日久易阴损及阳、阴阳俱虚，病及多脏腑，影响广泛，出现多种并发症。阴虚亏损，肝失濡养，肝肾精血不能上乘于目，则发白内障、雀目；燥热内结，营阴被灼，脉络瘀阻，蕴毒成脓，

发为痈疽；阴损及阳，脾肾衰败，水湿潴留，泛溢肌肤，则发为水肿。据《名医方论》载："二陈为治痰之妙剂，其于上下左右，无所不至……。"及《千金要方》云："温胆汤治胆虚，痰热上扰，虚烦不眠，惊悸，胸闷，口苦呕涎"。大部分患者具有现代医学研究认为属于痰证表现的阳性指示，如：胆固醇、甘油三酯升高，高密度脂蛋白含量下降，血流变学改变，微循环障碍等变化。因此，行气化痰可作为治疗糖尿病性微血管病变的重要手段。温胆汤能有效调节机体脂质代谢，其机制可能是通过提高 LA 和 LPL 的活性而发挥其调脂作用，同时，温胆汤能有效降低机体内脂质过氧化程度，降低细胞受损程度。[1]

【临床应用】

高氏[2]应用温胆汤化裁治疗糖尿病微血管并发症（如：视网膜病变、肾病、肢端坏疽）100 多例，取得良好疗效。共观察病例：320 例。早期的 145 例中：乏力为 100%，脉弦 67%，视物不清 52%，神疲 52%，肥胖 45%，头晕 45%，腻苔 41%，肢体麻木 31%，胸闷 23%，失眠 17%，心悸 17%，便溏 10%，辨证属痰湿者 52%。中期的 113 例中：乏力 100%，浮肿 94%，神疲 90%，视物不清 80%，肢体麻木者 76%，头晕 75%，腻苔 65%，胸闷 39%，失眠 23%，呕恶 23%，纳少 23%，辨证属痰湿者 24%，属痰阻者 47%。晚期的 62 例中：乏力 100%，浮肿 100%，神疲 97%，视物不清 89%，头晕 79%，腻苔 76%，肢体麻木 73%，呕恶 73%，胸闷 68%，心悸 65%，失眠 52%，纳差 48%，腹胀 48%，脉弦者 46%，便溏 24%；辨证属痰湿者 19%，属痰阻者 71%。治疗方法：以《三因极一病证方论》卷九所载之温胆汤去炙甘草、生姜、大枣作为基本方，随证加减，配合其他方剂或药物治疗糖尿病微血管并发症 100 余例，取得较好疗效。一些长期应用胰岛素不能控制血糖、尿糖的痰郁气滞型糖尿病性微血管并发症患者，在胰岛素减量的情况下，不仅并发症明显改善，血糖、尿糖也恢复到正常标准。

【病案举例】

（1）视瞻昏渺　李某某，女，56 岁，退休干部。1994 年 2 月 5 日初诊。主因视物不清 8 个月来诊。糖尿病病史 26 年，口服降糖药

无效，皮下注射胰岛素每天42U，仍不能控制血糖、尿糖。8个月前经西医诊为糖尿病性视网膜病变，经激光光凝法治疗无效，左眼有微弱光感，右眼已失明。体形瘦削，面色潮红，头晕耳鸣，神疲乏力，动则心悸，气短汗出，五心烦热夜甚，纳呆口黏，渴不欲饮，大便黏滞不爽，尿黄量少频数，舌红瘦小，苔黄腻，脉滑数细尺沉，尿糖（＋＋＋＋）。曾按益气养阴明目法治疗无效。辨证：气郁化火，煎液为痰，上扰清窍，迫血妄行。立法：行气化痰，凉血清热，散瘀明目。处方：半夏6g，茯苓15g，陈皮6g，竹茹10g，枳壳6g，黄芩6g，菊花15g，丹皮10g，川牛膝10g，路路通10g，青葙子10g，密蒙花10g，谷精草10g，水煎服。上方随证加减治疗17天后，痰热征象尽除，改用养阴益气补肾明目之法治疗3个月，玻璃体出血基本吸收，距离1尺处可分辨5指，生活达到自理。5个月后胰岛素减至每天24U，血糖、尿糖已正常。[2]

（2）水肿　林某，女，53岁，干部。1996年10月8日初诊。主因双下肢浮肿、恶心不欲饮食半年多来诊。糖尿病史10余年，长期接受口服降糖药的治疗。半年前西医诊断为糖尿病肾病。形体略胖，语声低微，面色虚浮，口唇黯淡，头晕目眩，神疲乏力，肢体肿胀，胸满腹胀，失眠心悸，腰酸腿疼，尿混量少，夜间尿频，大便溏滞。尿糖（＋～＋＋），空腹血糖140mg/dl。尿常规：蛋白（＋），血肌酐371.28μmol/L，尿素氮16.78mmol/L，二氧化碳结合力16.28mmol/L，血色素90g/L，舌黯淡有齿痕，苔白滑腻，脉弦细滑尺弱。辨证：痰浊阻滞、气滞血瘀。立法：理气化痰，化瘀利水。处方：半夏10g，茯苓15g，陈皮10g，竹茹10g，枳壳10g，泽兰10g，泽泻15g，太子参15g，丹参15g，藕节10g，肉桂6g，黄芪15g，牛膝10g。服7剂后，诸症明显减轻，舌黯淡齿痕及滑腻苔均减轻，尺脉较前有力。守方继服10付，痰郁症状基本消除。以上方去加当归、冬虫夏草等药调治2个月，多项阳性指标有所下降，病情稳定。[2]

（3）阴疽　于某，男，52岁，无业。1995年8月2日初诊。主因下肢溃疡流脓1年余来诊。糖尿病病史20余年，小儿麻痹后遗症。一年前踝部皮肤出现几个小水泡，破溃后形成几处溃疡，溃疡周围麻木肿胀、色黯发凉，初病时正值酷暑且体温高达40℃，用3床被子

和电褥子仍感觉恶寒不止。经清热解毒中药汤剂、优降糖及大量抗生素治疗3个多月，体温恢复正常，原来的5处溃疡却日益加深，形成瘘管，精神及全身状况越来越差。西医诊为糖尿病性微血管病病变（肢端坏疽）。刻诊：精神萎顿，目光呆滞，气短声微，面色晦黯、苍黄虚浮，口唇黯淡，头晕乏力，恶心纳差，口黏不欲饮水，尿混量少，大便溏滞，局部皮肤黯紫近黑，宽约4cm，长约10cm，局部冰冷、麻木不仁，疮口黯淡苍白，5处溃疡均形成瘘管，深达筋骨，脓液清稀，淋漓不断，舌胖淡齿痕，苔白滑腻，脉微轻取似无。辨证：阳虚痰凝血瘀阻络。立法：温阳化痰化瘀通络。处方：半夏10g，茯苓15g，陈皮10g，竹茹10g，枳壳10g，肉桂6g，白芥子6g（炒、研），鹿角霜10g，炮姜6g，麻黄3g，川牛膝10g，路路通10g，生芪15g。7剂后，精神、全身症状、局部皮肤黯紫发黑及冰冷均明显好转，疮口色稍见红活，脓液减少。舌胖淡齿痕苔白略腻，脉沉而无力。上方加减服14剂后，疮口转红活，窦道明显见浅，脓性分泌物消失，舌胖淡齿痕，脉细弱。以十全大补汤加减治疗2个月，疮口全部愈合，空腹血糖105mg/dl，尿糖微量。[2]

按：温胆汤，常用于治疗大病后虚烦不得眠，属胆寒者。临床应用于治疗糖尿病性微血管病变，尤其属痰郁气滞者，疗效显著。中医学认为，脏腑阴阳气血失调均可导致津液凝聚，津液凝聚则化为痰。无论何病，脏腑阴阳气血失调日久均可引起津液凝聚的病理现象，故百病皆可生痰。痰可使脏腑阴阳气血进一步失调，形成恶性循环而生百病，痰随气运行无处不到，故糖尿病并发症中属痰证者十分常见。痰既是病理产物又是致病因素，痰未除而行补法不但达不到补虚目的，反而如油入面，使病情更加复杂化和缠绵难愈。故无论何病，兼有痰证时必须以行气化痰为先。高氏[2]通过临床观察发现，糖尿病患者病前或初期，大多形体肥胖，喜肥甘厚味，容易出现痰郁证。病后心情郁闷忧伤及接受过养阴润燥或清热补气中药治疗等因素，更容易加重痰郁。随患病的日久、病情的加重，糖尿病并发症患者中出现的痰证症状和痰证的人数也逐渐增多。主要表现为：口苦口黏、口干不欲饮、头晕目眩、困倦乏力、恶心吐痰涎、脘腹胀满、浮肿肢重、大便溏滞不爽、尿少气臊、舌体胖嫩有齿痕、苔腻、脉弦等体征。温

胆汤，事实上是通过调理气机达到化痰作用的，气机通畅则郁热自除，往往表现出清热的效果。本方不仅性味平和且药味少，常随证加减配合其他方剂或药物应用，适应症十分广泛。除痰证外，对于尚未形成痰的有化热倾向的湿郁，也有良效。对于痰郁气滞型糖尿病来说，其治疗优势不在于降糖，而在于控制或治疗并发症，使病情发生转机以至能接受常法治疗，甚至可能有减轻胰岛素抵抗的作用。临床上，痰郁气滞型糖尿病并发症有时可见脾虚、阴虚之舌象而咯吐痰涎，有时无肉眼可见之痰而有腻苔或其他1～2项痰的指征；除众所周知的滑脉、弦脉主痰证外，细脉（痰湿阻压脉道）、涩脉（痰阻气机、血行受阻）、短脉、促脉、结脉（前3者为痰滞脉道、脉气不伸），甚至有时濡脉、弱脉、缓脉也可见于痰证。因此，应用温胆汤对痰证指征不必求全，只要具有咯吐痰涎或苔腻，兼有2～3种痰证症状，即可考虑应用。古人曰："怪病从痰治"，对于各种治法都不见效的病例，即使未能发现痰的确切指征，也可试用温胆汤。如病案1：糖尿病视网膜病变是糖尿病的严重并发症，是世界上四大致盲疾病之一，至今尚无有效的防治措施。喻嘉言曰："凡热痰乘风火上入，目暗耳鸣，多似虚症，误行温补，转锢其痰，永无出路，医之罪也。"此患者为气阴两虚的体质，气虚则气化功能失常，津液凝聚成痰；阴虚则煎熬津液为痰。尽管患者体虚，痰热未除忌用补法，否则益气加重内热，养阴加重痰湿；即使清热，也以小量苦寒、辛寒之品为宜，以防寒凉冰伏，痰凝难化。尽管患者眼底出血，也不可过用止血、凉血药；相反地要用行气化痰、活血通络药，因痰可导致血瘀，痰瘀均可化热导致出血。病案2：糖尿病肾病是糖尿病典型的微血管并发症，失于治疗则成"关格"之变，死于尿毒症。本证属脾肾两虚，不能分泌清浊，以至痰浊内阻雍领滞三焦，治疗必须首先行气化痰。痰证消除后要及时固本善后，以绝生痰之源。痰阻脉络必然形成血瘀，治痰时多配合活血通络药同用。病案3：糖尿病并发下肢感染是致残的主要原因，病情严重时西医常用截肢方法治疗，中医多用清热解毒之法。如果看到"炎症"就用清热解毒药，往往无效，甚至越治越坏。此患者的病症为阳虚痰凝所致，配阳和汤加减；痰浊重，去熟地并将鹿角胶改为鹿角霜以防滋腻留邪；普痰祛尽方以补法调养

善后。痰郁祛除后应根据辨证固本治疗，否则有可能痰复生或痰更盛。特别情况下，痰郁气滞不严重而脏腑阴阳气血过虚时，也可标本同治，甚至通过治本而达到祛痰的效果。经高氏临床观察结果表明，温胆汤治疗糖尿病性微血管病变，收到良好效果。

参考文献

[1] 武晓宇，王燕，马伯艳，张福利．温胆汤对实验性大鼠血脂代谢紊乱的调节及机制研究．中国实验方剂学杂志，2007，13（7）：44

[2] 高渌纹．温胆汤化裁治疗糖尿病微血管并发症．中国自然医学杂志，2000，2（1）：31～33

第三章

妇产科病证

一、妊娠剧吐

妊娠剧吐是妊娠早期常见疾病，其轻者可不药而自愈，重者易诱发他病，影响胎儿发育，造成严重后果。有关研究表明妊娠剧吐可能与HCG升高有关，可能与精神、社会因素有关，妊娠剧吐，主要表现为孕妇早孕反应严重，频繁恶心呕吐，不能进食，甚至发生体液失衡及新陈代谢障碍，严重者危及孕妇生命。

本病属中医学“恶阻”、“子痫”、“阻病”、“病食”范畴。以其“恶心、呕吐而阻其饮食”故名。[1]大抵“恶阻”开始于初娠，是时胚胎乍结，血质溷浊，孕后血海不泻，冲脉之气循经上逆犯胃，胃弱不能降逆，势必产生恶阻等现象。《妇人良方》认为“妊娠脾胃虚弱，夹气而痰涎内滞致病恶阻”。沈尧封称：“呕吐不外肝胃两经。人身脏腑本是接壤，怀妊则腹中增了一物，脏腑机括为之不灵，水谷精微不能上蒸为气血，凝聚而为痰涎，窒塞胃口，所以食入作呕，此是胃病。又妇人既娠，则精血养胎，无以摄纳肝阳，而肝阳易升，肝之经脉夹胃，肝阳过升则饮食不能下胃，此是肝病。”总的来说，“恶阻”之病

因病机不外冲气夹肝气上逆犯胃，胃失和降所致。该病是以恶心呕吐，头晕倦怠，甚至食入即吐为主症的妊娠早期常见病。所以和胃降逆止呕可作为治疗妊娠剧吐的重要手段。而温胆汤有调节激素分泌、镇静作用。

【临床应用】

苑氏[1]应用加味温胆汤治疗重症妊娠恶阻32例，32例病例均经尿妊娠试验或B超检查确诊为早孕，并排除葡萄胎等其他疾病引起的呕吐。其中年龄最大者为30岁，最小为21岁；病程最长为44天，最短为14天。全部病人均有较剧烈的呕吐，不能进食，随食随吐，神疲肢倦，消瘦嗜卧等症状，呕吐挟血者9例，大便隐血者1例，尿酮定性阳性者9例，蛋白尿及肝转氨酶轻度升高者各1例。中医辨证分型中虚痰阻17例，肝胃不和13例，阴虚胃热2例。治疗方法：加味温胆汤随症加减，药用：半夏8g，竹茹、白术、茯苓各10g，生姜5g，苏叶、陈皮、枳壳、乌梅各6g。每日1剂，少量频饮。脾胃虚寒者去竹茹、枳壳，加砂仁或蔻仁、干姜、党参、淡吴萸；痰湿壅盛者加藿香、佩兰、石菖蒲、旋覆花；肝胃不和者加黄连、白芍、玫瑰花，或吞左金丸；肝阳上亢者加珍珠母、生牡蛎、白薇、代赭石等；阴虚内热者，加北沙参、麦冬、石斛、芦根、知母、地骨皮之类；伴有胎漏或胎动不安者，加莲房、黄芩等安胎止血药；若大便干结者，加用润字丸等润肠通便药。并辅以西药常规治疗。15天为1个疗程。治疗结果：治疗3个疗程后统计疗效，28例治愈（呕吐停止，进食正常，精神较佳，实验室检查正常者）；4例好转（呕吐消失，恶心仍存，精神好转，实验室检查好转者）。治愈率88%。治疗时间最短为7天，最长为36天，平均为14天。

张氏[2]等，中西医结合治疗妊娠恶阻的探讨，治疗方法：单纯西医治疗组口服维生素B_6、维生素C、维生素E等药；或输液，加入氯化钾、维生素C、维生素B_6，同时肌内注射维生素B_1；合并有代谢性酸中毒者，应根据血二氧化碳结合力值，静脉补充碳酸氢钠溶液，进行常规对症治疗。中西医结合治疗组：中医按病因病理分为胃虚及肝热两大证型。若胃气素虚，主要表现为孕后脘腹胀闷，呕恶不食，或食入即吐，全身无力、嗜睡、头晕、舌淡苔白，脉滑无力，治

以健脾和胃、降逆止呕为法，用安胃饮为主方加减（藿香9g，苏梗、川厚朴、砂仁各6g，竹茹、半夏、陈皮、茯苓各9g，生姜汁20滴，兑服）。平素肝阳偏亢，或郁怒伤肝，肝病及胆，以剧吐，胁胀，烦渴口苦，精神忧郁，苔微黄，脉弦滑为主证，治以清热调肝为法，选用加味温胆汤为主方随症加减。配合西医常规治疗如上述单纯西医治疗组。治疗结果：显效：症状全部消，西医组3210例，中西医结合组11710例；有效：症状减轻至除食后稍恶心，但呕吐等症状均消失两组分别为878例、505例；无效：症状无改变，两组分别为2092例、403例。两组总有效率分别为66.1%、96.8%。

【病案举例】

（1）洪某某，22岁。停经50天，呕吐加剧1周。患者于停经38天即开始出现呕恶、厌食、嗜睡。尿妊娠试验为“阳性”。入院前1周开始呕吐加剧、随食随吐，呕苦吞酸，伴头晕、胸胁胀满，口苦便结，下腹坠痛。舌红苔薄黄，脉弦滑。尿酮阳性。此乃孕后阴血骤虚，肝气横逆，挟冲气上逆犯胃，胃失和降所致。治拟抑肝和胃，降逆止呕，佐以安胎。上方加川连（冲）3g，白芍10g，莲房2枚。嘱少量温服，并鼓励其少量进食，进食时用吸引器，在中脘空负压吸引。西药用支持疗法。服药2剂后，呕吐减轻，能少量进食，大便仍结，故于原方中加入润字丸6g，续服2剂。3诊：呕吐已止，大便得润，尿酮检查已转阴性，惟感肢倦乏力，面色欠华，遂补益气血为主，调理数剂而愈。[1]

（2）女，26岁。患者诉停经2个月，头目昏眩，神疲纳减，先恶心，后渐呕吐，终至饮食即吐，口苦舌红，苔黄微腻，诊脉滑数。此为初妊恶阻，即与香砂六君子汤加减。服药则呕轻，停药则吐重。因细思其舌脉特征，并非脾胃气虚，乃痰热内阻，胎气上逆干胃。予温胆汤加味，以清热化痰，和胃止呕。处方：陈皮10g，法半夏12g，茯苓12g，炙甘草10g，枳壳7g，黄芩10g，麦冬12g，藿香10g，紫苏梗10g，芦根12g，枇杷叶10g，生姜12g，竹茹10g。每日1剂，水煎分两次服。服药1剂，呕吐即止，眩晕亦平，继服2剂而饮食恢复正常。[3]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证，如胆怯易惊，

虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等。中医学认为恶阻原因为脾胃虚弱，肝胃不和，妇人素体脾胃虚弱，受孕后，血聚子宫以养胎，子宫内实，冲脉之气较盛，冲脉起于胞宫，隶于阳明，冲脉循经上逆犯胃，胃失和降，反随冲气上逆而发。《妇人大全良方》谓“妊娠呕吐恶食，体倦嗜卧，此胃气虚而恶阻也”。或素体不虚，肝气郁结，郁而化热，孕后血聚养胎，肝血亦虚，肝火愈旺，火性炎上，上逆犯胃，胃失和降，遂致恶阻。如《女科经论》说：“妊娠呕吐属肝挟冲脉之火冲上。”《景岳全书》亦指出“凡恶阻多由脾虚气滞。然亦有素本不虚，而忽受妊娠，则冲任上壅气不下行，故致呕逆等证”。可见恶阻的病机为冲气上逆，胃失和降，故笔者用温胆汤加减治疗。方中君以半夏、生姜、竹茹和胃降逆止呕；臣以白术、茯苓化湿健脾；佐以苏叶、陈皮、枳壳芳香降气；使以乌梅开胃增液。全方合用共奏和胃降逆止呕之佳效。观察结果表明，温胆汤治疗妊娠剧吐，并辅以西药常规治疗，疗效显著。

二、卵巢囊肿

卵巢囊肿为妇科常见病，是指卵巢内有囊性肿物形成，可分为肿瘤性和非肿瘤性两类。通常人们说的卵巢囊肿是指非肿瘤性的那一类。一般来说，生育年龄的妇女最容易发生的卵巢囊肿是卵巢功能性囊肿，如：卵泡囊肿、黄体囊肿、黄素囊肿、多囊卵巢，这是由于内分泌机能失调、促黄体素分泌不足、药物刺激等造成的过度生理性反应所致。患者一般没有任何感觉或不适，少数人可能会有月经失调、痛经、不育等，多因其他原因就医检查时意外发现。炎症性卵巢囊肿，是由于输卵管炎症常波及卵巢，形成炎性积液、积脓，近而形成卵巢囊肿。准确地说它应该是炎性包块，而并非真性卵巢囊肿。卵巢子宫内膜异位囊肿又名卵巢巧克力囊肿，也是较为常见的卵巢囊肿。是由于子宫内膜异位波及卵巢，在卵巢内形成巧克力样黏稠液体的囊肿。患者常有进行性加重的痛经、性交痛、不孕以及月经失调。卵巢囊肿轻者无症状，明显者表现腹胀，腹部肿块，腹水等。少数可发生恶变，有时在一定诱因下可发生扭转，治疗多以手术为主。

本病属中医积聚、癥瘕范畴。其病因主要为由于机体正气不足，

风寒湿热之邪内侵，或七情、房室、饮食内伤，脏腑功能失调，气机阻滞，瘀血、痰饮、湿浊等有形之邪凝结不散，停聚不散，日久成积。《景岳全书·妇人规》："瘀血留滞作癥，唯妇人有之，其证则或由经期，或有产后，凡内伤生冷，或外受风寒，或恚怒伤肝，气逆而血留，或忧思伤脾，气虚而血滞，或积劳积弱，气弱而不行，总由血动之时，余血未净，而一有所逆，则留滞日积，而渐以成癥矣。"该病往往腹部肿块，或痛或胀，甚者出现压迫症状如尿频、便秘、气急、心悸等，严重者出现腹水、水肿。有研究证实，卵巢囊肿患者多因自身免疫缺陷所致。因此，健脾祛痰、软坚散结可作为治疗卵巢囊肿的重要手段。现代药理研究认为：温胆汤能增强人体正气，提高机体免疫，其中茯苓能使肝细胞之肿胀消退，健脾祛湿，扶正祛邪，调整自体免疫功能。

【临床应用】

黄氏[4]应用温胆汤加减治疗卵巢囊肿31例，疗效良好。31例病例中已婚29例，未婚2例；21～29岁4例，30～39岁21例，40～49岁4例。囊肿直径1.3～1.9cm12例，2～2.9cm15例，3～3.9cm12例，4～5cm1例，5cm以上1例。诊断符合妇科检查和B超检查。治疗以温胆汤为基本方，药用：云苓30g，夏枯草30g，白芥子15g，苡仁30g，陈皮15g，甘草9g，竹茹10g，穿山甲（冲服）10g，半夏10g，柴胡10g，刘寄奴15g。加水600ml，浸泡1h后，煎至200ml滤出；再加水400ml，煎至200ml。两汁混合后早晚2次服。连服30剂为1个疗程。肝气郁结甚者，加服逍遥丸8g，1日3次。取得满意疗效。疗效标准：痊愈：卵巢肿块消失；无效：卵巢囊肿无缩小或增大。痊愈26例，无效5例。其中服药1个疗程痊愈14例，2个疗程痊愈6例，3个疗程痊愈2例，间断服药治愈者4例。随访16例，2年内均无复发。

按：温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等，现将其临床应用于治疗卵巢囊肿，收效满意。中医学认为，本病多因气滞血瘀，脏腑失调，寒湿痰浊滞于小腹，以致久积成瘀。中医有"奇病多瘀"，"百病兼痰"，"怪病多痰"，"百病皆因痰作祟"等说法。朱丹溪提出"痰挟瘀血，遂成窠囊"的观点。罗

元恺老先生治疗本病也按气血虚实，瘀血痰湿壅聚进行辨治。笔者根据这个原则，分清气血虚实，瘀血痰湿，标本兼顾，运用温胆汤加减治疗。其中茯苓安正，渗湿益脾而引导下行。白芥子、陈皮、半夏、竹茹祛痰；穿山甲、刘寄奴、苡仁化瘀软坚；柴胡舒肝。诸药合用，共奏健脾祛痰，软坚散结之效。观察结果表明，用温胆汤治疗卵巢囊肿，疗效确切。不少患者治疗过程中反复行 B 超检查，发现囊肿随服药时间延长而慢慢缩小，未见不良反应发生，且症状大大改善。因此，用中药温胆汤治疗卵巢囊肿是行之有效的，可免除患者手术之苦。只要药证相和，方可获效。

三、围绝经期综合征

围绝经期综合征为卵巢功能衰退、雌激素分泌减少而出现一系列临床症状的总称。该病以月经紊乱或停闭，随之出现烘热汗出、潮热面红、烦躁易怒、头晕耳鸣、心悸失眠、腰背酸楚、面浮肢肿、皮肤蚁行样感、情志不宁等一系列综合征为表现。有关研究表明，多数患者因卵巢功能衰退，卵泡对 FSH 敏感性下降，对促性腺激素刺激的抵抗性逐渐增加，后表现为下丘脑和垂体功能退化。病理变化为卵巢功能衰退，内分泌功能失调。

围绝经期综合征属于中医学的“绝经前后诸证”范畴。《素问·上古天真论篇》记载：“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。”围绝经期[5]易出现肾阴亏虚，肾水不能滋养肝木，肝气不舒，胆胃不和，郁而成痰，出现口苦，呕涎，虚烦不得眠，惊悸，头晕，眩晕，舌白腻，脉弦滑。因此滋补肾阴，舒肝解郁，化痰和胃可作为治疗围绝经期综合征的重要手段。温胆汤有调节人体自主神经和镇静的作用。

【临床应用】

陈氏[5]中西医结合治疗围绝经期综合征 30 例，治疗方法：对照组服用尼尔雌醇片，每次 5mg，每月 1 次，至症状改善后改用每次 1～2mg，每月 2 次，并服用谷维素片，每日 3 次。治疗组除服用西药外，加用中药温胆汤合甘麦大枣汤加减。基本方：黄芩 10g，半夏 10g，陈皮 5g，枳壳 10g，淡竹茹 10g，云苓 10g，浮小麦 30g，大枣 5

枚，炙甘草5g。心烦失眠加黄连10g，合欢皮10g，远志10g，麦冬10g；眩晕加白蒺藜各10g，僵蚕10g，炒荆芥5g。水煎服，每日1剂，分2次服，疗程6个月。治疗结果 治疗组30例，显效24例，好转6例，总有效率100%；对照组30例，显效15例，好转14例，无效1例，总有效率96.7%。两组显效率比较，$P<0.05$。

黄氏等[6]应用六味地黄丸合温胆汤治疗更年期综合征116例。观察对象：116例，全部为女性病例，年龄在37～61岁之间，其中37～39岁27例，40～49岁54例，50～59岁19例，60～61岁16例；病程最短8个月，最长7年以上。116例中98例兼有程度不同的阵发性烘热、面部潮红、时时汗出、背酸痛等症状，56例兼有烦躁易怒、情绪不稳，38例兼有心悸失眠多梦，49例兼有欲悲欲哭、精神抑郁。治疗方法：所有病例均采用六味地黄丸合温胆汤加减治疗。药用：半夏12g，云苓15g，陈皮12g，甘草6g，枳实12g，竹茹12g。加减：时时汗出发热者加丹皮、地骨皮以滋阴清热；烦躁易怒者加栀子以清热除烦；悲伤欲哭者加浮小麦以滋养心阴。水煎服，每日1剂。所有病例均采用六味地黄丸合温胆汤加减治疗。六味地黄丸系河南省南阳仲景制药厂生产，每次8粒，每日3次口服。疗效标准：显效：治疗2个月后，临床症状基本消失，随访2年未复发者。有效：治疗2个月后，临床症状大部分消失。无效：治疗2个月后，临床症状改善不明显。治疗结果：本组116例中，显效85例，占73.28%；有效21例，占18.10%；无效10例，占8.62%；总有效率91.38%。

何氏[7]甘麦大枣汤合温胆汤治疗妇女更年期综合征，65例患者随机分为两组，治疗组30例，年龄45～55岁，平均46.4岁，病程3个月～8年；对照组35例，年龄43～52岁，平均45.8岁，病程4个月～9年。治疗方法：对照组给予乙烯雌酚0.25～0.5mg，1次/天，地西泮2.5mg，2～3次/天，谷维素片20mg，3次/天。治疗组给予中药甘麦大枣汤合温胆汤加减。基本方：黄芩10g，半夏10g，陈皮5g，枳壳10g，淡竹茹10g，云苓10g，浮小30g，大枣12g，炙甘草15g。心烦失眠加黄连10g，合欢皮10g，远志10g，麦冬10g；眩晕加白蒺藜10g，僵蚕10g，炒荆芥5g；头痛头晕加天麻10g，菊花10g，珍珠母15g；足跟疼痛，关节或腰背酸痛加桑寄生25g，续断10g，补

骨脂10g；口干便秘加黑芝麻15g，生地15g。水煎服，每日1剂，分2次服，服药期间忌食辛辣、牛羊肉及饮酒，同时配合心理治疗。两组均以3周为1个疗程，在观察期间停用其他干预该观察结果的中西药。治疗组30例患者服中药3周后，有效率为93.3%，治愈15例，显效13例，无效2例，临床症状均明显减轻，痛苦感也有所舒缓。对照组35例患者治疗3周后，有效率为62.9%，治愈10例，显效12例，无效13例。两组疗效比较具有显著性差异（$P<0.01$）。两组服药后均未出现严重不良反应。

【病案举例】

（1）李某，女，49岁。2001年1月5日就诊。2年来，月经时多时少，不明原因的烦躁易怒，胸闷气短，头疼头晕，耳鸣，五心烦热，面部阵发性烘热，口干咽燥，伴有乳房胀痛，舌红体胖有齿痕，苔白腻，脉滑数。曾用滋阴退热、补肾填精法治疗，服中药近百剂但收效甚微。因患者年近50岁，肾气渐衰，精血不足，天癸渐失，肝肾阴亏，阴虚生内热。且患者久病肝失疏泄条达，肝气郁结，郁而化火，灼津为痰，又木旺乘土，脾运受阻，水湿停滞，聚而生痰，日久化热。因此，其治必须清化痰热，佐以滋补肝肾。处方：陈皮12g，半夏12g，甘草6g，枳实12g，竹茹12g，云苓15g，郁金12g。每日1剂，水煎服。另服六味地黄丸每次8粒，每日3次。10天后，诸症减轻，2个月后，诸症全部消失。随访2年未再复发。[6]

（2）张某，女，52岁。患者1年前伴随月经的终止后，出现面部阵发性潮热，汗出，五心热，时发头痛头昏，心悸，纳差，失眠。近半月，自感症状加重，头昏重，胸闷，心悸不宁，胆怯，善恐易惊，夜不能寐，焦虑不安，纳呆，口苦，恶心。脉滑、寸部脉弱，舌质红苔黄。西医诊断：更年期综合征。中医诊断：怔忡，心气不足，痰热内扰，心神失安。治宜：清热化痰，宁心安神。方用温胆汤加黄芩10g，远志12g，枣仁12g，夜交藤15g。水煎服，1剂/天。服药3剂，心悸，口苦，有所减轻，夜间尚能小睡，仍感恐惧，胆怯，焦虑。上方加柴胡10g，郁金15g，茯神20g，龙齿20g，白芍15g，合欢皮15g。继服7剂，患者心悸、焦虑、胆怯明显好转，睡眠安。继以补心丹合逍遥丸加减调治半月而病瘥。[8]

按：更年期综合征中医学认为乃因脏腑功能衰退，冲任亏损，而致阴阳气血失调出现的一系列证候群，临床多从心、肝、肾论治。本例患者以心气不足、痰浊内扰为主要表现，心气不足，心失所养，故心悸胆怯，善恐易惊；痰浊扰心，故心悸动不宁，焦虑不安，口苦，夜不能寐。治疗上根据急则治其标，缓则治其本的原则。首予温胆汤加黄芩、远志清热化痰；柴胡、郁金、合欢皮疏畅气机；龙齿、茯神、枣仁、夜交藤镇静安神，从而达到痰化神安之效，后用补心丹和逍遥丸调心养肝，使心有所养，神有所归，气机调畅，阴平阳秘，则精神乃治。

按：温胆汤由半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、生姜、甘草、大枣组成，功能理气化痰清胆和胃。主治胆胃不和、痰热内扰而致的虚烦不眠、呕吐呃逆、惊悸不宁等。笔者临床应用于治疗更年期综合征，疗效较好。围绝经期综合征主要表现为烘热汗出、潮热面红、烦躁易怒、头晕耳鸣、心悸失眠、腰背酸楚、面浮肢肿、皮肤蚁行样感、情志不宁等。中医学认为，妇女临近绝经之年，七七肾气衰，冲任虚损，天癸将竭，人体阴阳平衡的调节功能减退，冲任失调；再者，肝气郁结，郁而化火，灼津为痰，痰入心室，神无所归。木旺乘土，聚湿为痰，朱丹溪谓“百病皆由痰作祟”。因此，更年期综合征与肾、肝、脾的关系非常密切。目前临床上多采用激素替代疗法治疗本病，长期应用有致妇科癌症的潜在危险。因此，采用传统中医辨证治疗，调整阴阳平衡，就显示出了较强的优势。本病的治疗关键是调整肾、肝、脾、冲任、天癸的生理功能，用六味地黄丸补肝肾之阴，温胆汤燥湿化痰，舒肝和胃，时时汗出发热者加丹皮、地骨皮以滋阴清热；烦躁易怒者加栀子以清热除烦；悲伤欲哭者加浮小麦以滋养心阴。二者合用，对改善更年期综合征相关症状疗效较好，但临床症状复杂多变，治疗时应谨守病机，灵活辨治。观察结果表明，温胆汤配合六味地黄丸治疗围绝经期综合征，疗效明显。

四、产后缺乳

产后缺乳指产后哺乳期内，产后乳汁甚少或无乳可下的常见病，乳汁分泌量除与乳腺的发育、婴儿的按时吮吸、营养状态、饮食量等

有关外，还与精神因素有密切关系。主要表现为产后乳汁甚少或无乳。

本病属中医学缺乳即产后乳汁不行范畴。常见病因为气血虚弱、肝郁气滞或痰浊阻滞，《妇人大全良方》认为“乳汁乃气血所化”，“乳汁资于冲任”。乳汁来源于脾胃的水谷精微，胃纳脾运，升降有常，则乳汁分泌正常。若孕期营养过剩，产后嗜食肥甘厚腻，脾胃运化不及酿成痰热湿浊，阻于中焦，壅阻经络，气血精微不能上溉乳房，乳汁不行而致缺乳；乳房无乳故见乳房柔软无胀感；痰热湿浊壅阻乳络，乳管不通，乳汁不下故见乳房胀痛；痰热湿浊阻滞中焦，中焦失运，浊阴不降则见纳差、口苦黏腻、口气秽臭、便溏、脉滑数之象；痰热湿浊下移肠腑，腑气不通则见大便干结；痰热湿浊蕴阻下焦，侵犯冲任，伤及任带之脉，故见恶露黏稠、秽臭之象。产后缺乳在临床上颇为多见。《三因极一病证方论》：“产妇有二种乳脉不行，有气血盛而壅闭不行者，有血虚气弱而不行者”。故临床上多从气血虚弱和肝郁气滞论治。痰热湿浊内盛，阻滞气血而致乳汁不行者为数亦不少。正如《妇人规·乳少》谓：“产妇乳汁不来，其原有二：一因肥胖妇人痰气壅盛，乳汁不来”。[9]究其因，由于实行计划生育，独生一胎，孕期都特别注意营养调摄，有肥甘厚味摄入过多者至痰热湿浊内壅。故化痰清热、祛湿通乳可作为治疗产后缺乳的重要手段。

【临床应用】

苏氏[9]应用温胆汤化裁治疗痰热湿阻型产后缺乳56例。观察对象年龄最小21岁，最大38岁。初产妇44例，经产妇12例。经阴道分娩40例，剖宫产术后16例。病程最短4天，最长52天。诊断标准（自拟）：产后3天以上，乳汁少稠甚或全无，乳房胀痛或乳房柔软无胀感，不能满足婴儿哺乳需要；恶露黏稠，有秽臭；少腹胀痛，口苦黏腻，口气秽臭，纳差，便溏或干结，舌红，苔黄腻，脉滑数。排除乳腺发育不良，其他乳腺疾病及其他类型缺乳者。治疗方法：方用温胆汤化裁。药用：陈皮10g，茯苓15g，枳实10g，竹茹10g，漏芦30g，通草30g，黄芩12g，路路通10g，炮穿山甲10g，王不留行10g，加减：大便溏烂者去通草，枳实改为枳壳；乳房胀痛热肿甚者

加浙贝母、蒲公英、木贼；乳房柔软者加黄芪、党参；口气秽臭明显加黄连。每日1剂，水煎服，连服7天为1个疗程，2个疗程统计疗效。疗效标准：显效：乳汁分泌正常，能满足婴儿哺乳需要，乳房胀满，其余症状、体征消失。有效：乳汁分泌明显增多，基本能满足婴儿哺乳需要，乳房有胀感，其他症状和体征明显减轻。无效：乳汁无增加，其他症状和体征无改善。治疗结果：显效38例，有效13例，无效5例，总有效率为91.1%。

【病案举例】

某女，25岁。2003年8月5日初诊。患者1个月前足月顺产一男婴，产时失血不多，但产后乳汁较少。曾服用猪蹄汤及通草汤治疗无效。自觉胸闷心烦，双乳胀痛，纳谷不香，厌油腻，头晕沉重，倦怠，形体肥胖，舌淡红，苔白厚腻，脉滑。诊断：产后缺乳，证属痰浊阻滞、乳络不畅。治以祛湿化痰、通络下乳。用温胆汤加减：半夏10g，陈皮10g，云茯苓10g，竹茹10g，枳实10g，浙贝母10g。漏芦10g，丝瓜络10g，全瓜蒌10g，穿山甲10g，生姜5片，大枣5枚，甘草6g。水煎服，1日1剂。3剂后乳汁增多，乳房胀痛、胸闷心烦等症状明显减轻。效不更方，继服3剂，乳汁量多，能满足乳儿的需要。[10]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和、痰热内扰证。笔者临床应用于治疗产后缺乳，尤其是痰热湿阻型，疗效显著。中医学认为缺乳的主要病机为乳汁生化不足或乳络不畅。近年随着人民生活水平的逐渐提高，优生优育的观念日渐重视，产妇素体肥胖或妊娠之后过分强调营养，恣食高蛋白、高脂肪等膏粱厚味及生冷生物，至脾胃损伤，水湿内停，疾自内生，痰浊阻滞乳络，乳汁不行，故病人服用猪蹄汤无效。[10]故当用化痰清热、祛湿通乳之法，使痰热湿浊化而经络通，则乳汁自下。笔者用温胆汤加减。方中竹茹、陈皮、茯苓加黄芩化痰清热祛湿；炮穿山甲、王不留行、路路通通络祛瘀；漏芦清瘀中之热；通草使胃气升发上达为乳。诸药合用则痰浊湿热得化，经络得通，而乳汁自行也。母乳是婴儿必须和理想的天然营养食品，有关部门统计，用牛奶喂养的婴儿发病率高于母乳喂养者5倍。[11]故世界卫生组织和联合国儿童基金会呼吁母亲们用母乳喂养婴儿最少要有4个月，

所以治疗产后缺乳尤为必须。观察结果表明，应用温胆汤加减治疗缺乳，疗效满意。

参考文献

[1] 苑小平．加味温胆汤治疗重症妊娠恶阻32例．浙江中医杂志，2002，9：381

[2] 张华，遵超群，沈丽芳，等．中西医结合治疗妊娠恶阻的探讨．辽宁中医杂志，2002，29（12）：753

[3] 王义相．温胆汤临床治验4例．咸宁学院学报，2007，21（1）：54

[4] 黄廷耀．温胆汤加减治疗卵巢囊肿31例．河南中医药学刊，1999，14（4）：58

[5] 陈莉．中西医结合治疗围绝经期综合征30例．江西中医药，2006，37（278）：39

[6] 黄廷耀，王辉．六味地黄丸合温胆汤治疗更年期综合征116例．国医论坛，2006，21（1）：24

[7] 何慕清．甘麦大枣汤合温胆汤治疗妇女更年期综合征．右江医学，2007，35（1）：28～29

[8] 李科翠．温胆汤临床运用举隅．时珍国医国药，2006，17（8）：1551

[9] 苏惠萍．温胆汤化裁治疗痰热湿阻型产后缺乳56例．广西中医药，1999，6（总289）：19

[10] 常志刚，张英丽．温胆汤临床新用举隅．中医药，临床杂志，2005，17（3）：221

[11] 罗元恺．女科述要．新中医，1993，25（8）：151

第四章 儿科病证

一、肺炎

肺炎为儿科常见病之一，该病以咳嗽、发热、气喘等呼吸系统症状为主，患者存在明显的炎症反应，病理变化为肺炎时由于炎症，一方面使肺泡壁增厚，弥散阻力增加，另一方面，支气管黏膜充血、水肿及分泌物潴留，使小儿原已相对狭窄的管腔变得更窄。其结果导致通气和换气功能的障碍，严重时机体缺氧与二氧化碳潴留。该病的主要表现为咳嗽、气急、发热、憋喘等。

本病属于中医学的“咳嗽”“喘症”“哮症”范畴。常见病因为小儿为稚阴稚阳之体，肺部娇嫩，脾胃薄弱，易为乳食、生冷所伤，致脾失健运，不能为胃行其津液，水谷不能化生精微，酿成痰浊，痰湿贮阻脉络，不得宣通，肺气上逆而作咳喘。所以，温胆汤健脾化痰理气可作为治疗小儿肺炎的重要手段。而现代药理研究证明温胆汤有很好的抗炎作用，其中茯苓有抗菌、抗炎、抗病毒的作用，100%茯苓浸出液滤纸片对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、绿脓杆菌、炭疽杆菌、大肠杆菌、甲型链球菌、乙型链球菌均有抑制作用。[1]陈皮

及其提取物还有许多药理作用，如抗菌、抗病毒、抗炎、平喘、抗过敏，[2]有利于消除炎症。

【临床应用】

陈氏等[3]、刑氏[4]以温胆汤为基础方，治疗小儿肺炎，临床效果良好。

【病案举例】

（1）女，4岁。1999年5月11日就诊。患儿发热、咳喘1周，曾在外院先后口服复方甘草片、螺旋霉素、静滴头孢类等药效不佳。近2天热已退，但咳嗽加重，喉中痰鸣，憋喘，胸闷恶心，咳甚则吐，纳呆，神疲乏力，舌淡红，苔白腻，脉滑。肺部听诊：双肺闻及痰鸣音及中小水泡音，胸片示右下肺炎症。中医诊断肺炎喘嗽，证属痰湿内蕴，贮肺作咳。治宜健脾燥湿，化痰止咳。方用温胆汤加减：陈皮6g，半夏6g，茯苓9g，薏苡仁12g，枳壳9g，竹茹6g，炒紫苏子9g，莱菔子9g，甘草3g，大枣3枚。水煎服，1日1剂。服3剂后，胸闷恶心消失，咳喘明显减轻，痰量减少，守方继服6剂，诸症好转，复查胸片，肺部炎症消失。陈氏等在临床中，主张符合证型的病例应用温胆汤治疗，收效满意。[3]

（2）女，10岁。反复咳嗽3个月，曾先后服中西药物，疗效不佳。近半月咳嗽加重，痰多色黄，胸脘满闷，伴纳呆，恶心，心烦，口渴，夜眠不宁，尿赤便干，于2000年8月12日来诊。查体：面红，咽充血，舌红苔黄厚腻，双肺呼吸音粗，脉滑数。胸片示：双肺纹理增粗，肺门模糊，中下肺野见不规则条索状及网状阴影。西医诊断：间质性肺炎。综合脉症辨为：痰热交阻，肺胃兼病。治以清热泻肺，化痰和胃。方选黄连温胆汤加味：黄连6g、陈皮6g、半夏9g、茯苓12g、枳实12g、竹茹9g、桑白皮12g、瓜蒌15g、炒葶苈子9g、桃仁6g、海蛤粉15g、甘草4g。水煎服，1日1剂。服药4剂，咳嗽大减，心烦、恶心、胸脘满闷等症减轻。效不更方，继服4剂后，患儿偶咳，痰减色白，二便调，舌苔白略厚。继以温胆汤加桑白皮15g、紫菀12g、款冬花12g、焦山楂12g、炒莱菔子12g、丹参10g。再服4剂，咳嗽消失。后以竹叶石膏汤加减6剂以善后，复查胸片正常。[4]

按：温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐

呃逆，癫痫等。现临床应用治疗小儿肺炎，疗效明显。中医学认为，本病外邪犯肺，侵犯肺卫，肺失宣降，清肃之令不能下行，闭郁不宣，化热灼津，炼液成痰，或饮食不调素喜食膏粱厚味，脾胃素蕴湿滞痰热，又因感受外邪，入里化热，炼液生痰，痰热交阻肺胃，肺失宣肃，胃失和降则咳嗽、咳痰、胸闷、纳呆、呕恶等。胃不和则夜不安，致心虚胆怯，夜眠不宁，邪热内扰则心烦不安。胆虚不能制脾，则加重湿滞痰生，肺络郁滞致久咳不愈。脾为生痰之源，肺为贮痰之器，病位主要在肺，与脾密切相关。临床运用温胆汤加健脾化痰理气之薏苡仁、莱菔子、紫苏子，以清泻肺热，化痰止咳，使肺热清、痰热除，痰热无以上扰，肺胃调和，气机宣畅而久咳自愈。温胆汤加治疗小儿肺炎来脾健痰祛，肺络通畅，咳喘自消。观察结果表明，温胆汤治疗小儿肺炎，收效显著。

二、小儿厌食症

小儿厌食症是指小儿较长时间食欲不振，甚至拒食的一种儿科常见病症。该病小儿以厌食为主要表现，有关研究表明，小儿厌食患者多存在生物源性胺类神经递质的异常。

其病多由喂养不当、他病伤脾、先天不足、情志失调引起，其病变脏腑主要在脾胃。盖胃司受纳，脾主运化，脾胃调和，则口能知五谷饮食之味，正如《灵枢·脉度》所说："脾气通于口，脾和则能知五谷矣。"若脾胃不和，纳运失职，则造成厌食。小儿脏腑娇嫩，脾常不足，乳食不知自节，平素嗜食膏脂厚味之品，痰湿内生，且易于热化，湿困于脾，脾失健运所致。如《素问·痹论》所说："饮食自倍，肠胃乃伤。"因此，健脾理气，燥湿化痰可作为治疗小儿厌食症的重要手段。现代药理研究证明，温胆汤能使单胺类神经递质多巴胺、高香草酸的含量增高，氨基酸类神经递质γ-氨基丁酸、谷氨酸的含量亦增高，提示温胆汤可能通过改变脑组织神经递质含量而起到治疗神经调节异常。[5]

【临床应用】

王氏[6]观察病例38例，其中男22例，女16例，年龄最大6岁，最小1.5岁，平均4.2岁，病程最长1年，最短0.5年，平均8个

月，均符合《中医病症诊断疗效标准》中“厌食”之诊断标准，同时排除肝脏疾病、结核感染、佝偻病、寄生虫等疾病。治疗方法：予温胆汤加减。药用：半夏、枳实、竹茹、陈皮各6g，茯苓8g，山楂15g，莱菔子10g。加减：若气虚乏力、腹泻加党参6g，白术6g；便秘者加大黄3g。1日1剂，煎汁100ml，分2次口服。同时加用小施尔康（上海施贵宝制药公司生产）口服，用法：<2岁用滴剂1ml/次，>2岁用片剂1片/次，1日1次。10天为1个疗程，取得较好疗效。疗效标准：根据《中医病症诊断疗效标准》拟定。治愈：食欲明显好转，食量较前增加20%～30%。好转：食欲好转，食量较前增加10%～20%。无效：食欲与食量较前无改善。治疗结果：38例患儿服用1个疗程后，治愈26例，好转10例，无效2例，有效率为92%。

林东红[7]温胆汤为主治疗小儿厌食症疗效观察，其中纯中药治疗组30例，西药对照组20例。治疗方法：治疗组：全部病例纯中药治疗，以温胆汤为主，随证化裁。基本方药：半夏、竹茹、稻香陈、茯苓、炒枳壳、龙胆草、苍术、生麦芽、甘草。每日1剂浓煎匀服，1周为1个疗程。加减：伴腹痛加白芍；便秘加大黄；口干喜饮加乌梅、石斛；夜寐不宁加钩藤；便溏加淮山药、薏苡仁。对照组：口服葡萄糖酸锌5～10mg/(kg·d)，浓复合B口服液5ml，1日3次。结果：治疗组30例，显效18例，有效10例，无效2例，总有效率93.3%。对照组20例，显效3例，有效5例，无效12例，总有效率40%。两组有效率相比差异非常显著（$P<0.001$）。

【病案举例】

（1）陈某，男，5岁。因厌食6月而于2004年5月6日就诊。患儿平素嗜食油炸类膨化食品及荤食，极少食用蔬菜、水果。6个月前起除吃少许零食外，基本拒食，消瘦、口干、易怒，大便干结，小溲黄赤，舌红苔腻。查体：神清、精神尚可，心肺听诊无异常，腹软，肝脾无肿大。实验室检查：血、尿、粪常规、肝功能正常，PPD试验阴性。曾服多酶片、妈咪爱、参苓白术丸等效果不显，而来本院门诊求治。予温胆汤加减：茯苓8g，枳实、半夏、陈皮、竹茹各6g，山楂15g，莱菔子10g，大黄3g。1日1剂，同时口服小施尔康1片/

天，嘱停零食，3天后患儿明显有食欲，食量增加，1周后每餐可食25g，诸症改善，原方去大黄，继服1周，食量与同龄儿相仿，体重增加，随访半年，未复发。[6]

按：温胆汤，方出自《千金方》，主要功效为理气化痰、清胆和胃。主治胆胃不和、痰热内扰证。笔者临床应用于治疗小儿厌食症，同时加用小施尔康，疗效显著。小儿厌食多与神经调节密切相关。中医学认为小儿厌食症多由“脾虚失运”所致，[8]临床治疗以健脾益气助运为主，但有时亦不能奏效。据笔者临床实践和观察，温胆汤清热除烦，燥湿化痰之功显著。其中半夏燥湿化痰，降逆和胃，陈皮理气化痰，二药合用，斡运中阳。竹茹清热化痰，枳实、莱菔子行气祛痰，宽中导滞，茯苓健脾助运，山楂消食，同时病程日久入络，山楂又有散瘀血之功。诸药合用，痰消湿去热清，促进脾胃功能恢复。同时，因患儿平素偏食，维生素缺乏，另一方面，维生素缺乏进一步加重厌食，导致恶性循环。[9,10]因此，在服用中药同时加用小施尔康以补充机体需要，相得益彰，提高疗效。笔者仍强调中医处方用药仍当以辨证为前提，温胆汤适用于以痰热表现为主之小儿厌食症，因此临证时当本着“但在病因、病机上求根本”的精神，使药合病机，方能使疗效更显著。观察结果表明，温胆汤加减配合小施尔康治疗小儿厌食症，疗效明显。

（2）患儿张某，男，5岁。厌食半年多，每天进食量明显少于正常同龄儿，且多是强迫进食，每次进食则欲呕，甚则呕吐，水果、各式点心均无食欲，有时诉腹痛，痛无定时，能自行缓解，夜寐不宁，大便2~3天一行，质干，父母恐其有虫积多次查粪便无异常，祛虫2次未见排虫，曾服神曲、余甘子露、多酶片、葡萄糖酸锌等均无改善，胃肠钡透未见异常，形体偏瘦，体重16kg，精神活动如常，既往无特殊病史，舌质红苔黄厚，脉滑数。处方：新竹茹15g，半夏曲9g，稻香陈9g，炒枳壳6g，茯苓15g，苍术6g，龙胆草1.5g，白芍9g，川连4.5g，生麦芽9g，大黄3g，甘草3g，3剂后大便通畅，进食未作呕，夜寐好转，但仍不主动进食，苔厚，加砂仁3g，连服5剂，食欲明显增强，餐间喜吃水果，上方加减调理善后，随访3个月一切正常，体重增达18.5kg。[7]

三、儿童多动症

小儿多动症（ADHD）是小儿时期常见的小儿行为异常性疾病，有关研究表明，小儿多动症可能与遗传、脑神经递质代谢的异常及脑部器质性病变有关，[11]亦有人认为小儿多动症与食物中碳水化合物和蛋白质的比例有关。[12]主要表现为儿童注意力分散，易激动，多动多语，坐立不安等。

本病据其临床症状，属于中医学失聪、健忘、躁动等范畴，多认为系先天不足、肝肾阴虚或饮食不当，过食辛热炙煿，或肥甘厚味，则酿生湿热痰浊，上扰心神，肝风内动所致。该病以小儿心烦意乱，冲动任性，坐卧不安，性情急躁易怒，舌质红而苔黄厚腻，脉弦滑，一派痰热内聚之征。《杂病源流犀烛》谓“痰为诸病之源，怪病多痰。”所以，从痰论治小儿多动症，以清热化痰、宁心安神作为治疗儿童多动症的重要手段。现代药理研究证明，温胆汤能改变脑组织神经递质含量，具有较好的镇惊、镇痛、抗惊厥作用。[13]傅氏[14]发现该方能明显减少小鼠自发活动、攀爬行为和抬头活动（$P<0.01$）。其中某些药物药理研究表明，黄连、龙骨、牡蛎、茯苓等药对中枢神经系统有镇静作用。

【临床应用】

徐氏等[15]应用黄连温胆汤加减治疗小儿多动症46例，疗效显著。观察病例46例。其中男36例，女10例，年龄7~12岁；病程6个月~6年，平均3.8±2.1年。符合诊断标准，排除精神发育迟滞、儿童精神病、焦虑状态、品行障碍或神经系统疾病及顽皮儿童，诊断依据按照美国DSM-Ⅳ（1991）标准，ADHD临床表现可分为注意力项和多动项两类，必须至少具备上述两项中各4种表现或上述某一项中8种表现。①注意力项：易受外来影响而激动；无监督时难于有始有终完成任务；难于持久性集中注意力（作业、游戏）；听不进别人在说什么；经常丢失生活及学校用品；在学校课堂注意力分散，成绩不佳；不能组织达到一定目的的活动；一事未完又做另一事。②多动项：在教室常常离开座位；常未加思考即开始行动；集体活动中常不按次序；常在问题尚未说完时即抢答；难于安静地玩耍；做出过分

行动如爬墙，乱跑；参与危险活动；坐立不安，动手动脚，常干扰别人，说话过多。治疗方法运用清热化痰、宁心安神之法，以黄连温胆汤加减治疗。基本方：黄连6g，胆南星9g，龙骨15g，牡蛎15g，石菖蒲12g，半夏5g，陈皮6g，茯苓9g，竹茹9g，枳实9g，甘草6g。临煎加生姜3片，大枣5枚，水煎服，1日1剂。10天为1个疗程。疗效标准[16]：治愈：上课时注意力集中，情绪稳定，学习成绩基本达到同龄儿童水平。好转：动作减少，静坐时间延长，注意力稍集中，学习成绩有所上升。未愈：症状与学习成绩无明显变化。治疗结果：46例中治愈31例，显效8例，有效5例，无效2例，总有效率95.65%。

【病案举例】

（1）王某，男，8岁。其母代诉，患儿神思涣散，尤其上课学习，注意力分散，活动过多，难以制约，烦躁易怒，多语不避亲疏。其母因担心服利他林西药有不良反应，来我科诊治。刻下患儿多动多语、神志不守、口秽、喉中有痰、脘胀不适、小便色黄、舌苔白腻、质红起刺、脉滑。诊断为儿童多动症。中医属肝脾郁热，痰火扰心，神躁智变。治以清热化痰，宁神定志。药用：黄连5g，竹茹、菖蒲、生山栀各10g，琥珀（冲）2g，陈皮6g，半夏10g，胆南星4g，远志6g，枳实8g，郁金10g，生甘草4g，钩藤（后下）10g，7剂，水煎服，日服3次，另用朱砂20g，黄连60g，胆南星30g，碾末用醋调和，外敷两足涌泉穴。复诊，患儿上课注意力分散有所好转，情绪平稳，多语叫喊减少，舌苔薄腻。嘱连服原方30剂。再诊，患儿病情大为好转，学习成绩有所提高。[17]

（2）孙某，女，11岁。2004年12月11日初诊。上课注意力不集中半年，成绩明显下降，多动难静，急躁易怒，夜寐不安，时醒时寐，时有遗尿，1个月2次左右。口臭盗汗，便干，舌红苔腻，脉滑数。追问病史，该患儿为早产儿，出生后体质较差，经常患上呼吸道感染、厌食等症，外院曾诊断为多动症，予以利他林治疗后出现食欲减退、口干、头晕、头痛、失眠、恶心、心律失常、心悸等不良反应。家长即停止使用该药，并要求予中药治疗。根据该病儿的症状、体征，结合苔脉辨证为湿热交阻，治疗以黄连温胆汤主之，予以陈皮

10g、制半夏6g、云苓10g、生草6g、竹茹6g、枳壳6g、川连3g，治疗2周后诉上课注意力不集中症状稍有改善，从原来的每堂课只能听6min左右延长至10min左右，口臭已除，大便软，舌尖偏红，舌苔薄黄，盗汗多动难静仍较明显，遗尿亦仍有，故调整用药，从症状分析目前湿热已除，惟肾精不足症状仍较明显，故予以益肾清心定志，继续治疗6个月后注意力集中情况明显提高，已能集中听讲20min左右，遗尿盗汗情况基本消失，性情已较前有明显改善，期末考试成绩已较前有明显提高。[18]

按：该儿先天不足，存在肾精不足的情况，起初症状以湿热交阻为标，肾精不足为本，故治疗先以治标为主，予以黄连温胆汤以清热利湿，随后标去治本，故以补肾、定志安心之品治疗后取得了满意的疗效。[18]

温胆汤是唐代孙思邈所创，载于《千金要方》，临床应用广泛。主治大病后虚烦不得眠，后世用于治疗眩晕、心悸、嘈杂、癫痫、呕吐等症。现临床应用于治疗儿童多动症，取得显著疗效。中医学认为，饮食不调，多食膏粱厚味易碍脾伤胃，聚热生痰，痰热生则心神扰、肝风动而诱发此病；究其病机，[17]①病在心火：小儿生长旺盛，阳常有余，心火易亢，若心火有余，则见心神不宁，神思涣散，多动不安；②病在肝阳：肝为刚脏而性动，体阴而用阳，小儿肝常有余，若肝体之阴不足，肝用之阳上亢，则见性情暴躁，多语多叫喊；③病在脾湿：小儿脾常不足，脾失运化，痰热内生，多见喉中多痰，口秽，舌苔黄腻，脘胀。参其舌脉，诊为肝脾郁热，痰热相搏，上扰心神。故以黄连温胆汤清化痰热，生山栀平肝泻热，胆南星、菖蒲、远志以增涤痰清窍之功。《医学准绳大要》中说："痰饮变生诸症，形似种种杂病，不当为诸杂病牵制作名，以治痰为先，痰饮消，则诸症愈。"本病虽变化多端，复杂怪异，但只要抓住"有痰作祟"之根源，痰去则病愈。小儿多动症病程长，迁延不愈，时作时休，西医治疗多以利他林、苯丙胺等，因其不良反应较大，不宜长期大剂量应用。笔者抓住清热化痰、宁心安神这一关键，应用温胆汤来治疗ADHD，方中黄连、胆南星清热化痰、清心除烦为君；加龙骨、牡蛎、石菖蒲以镇静安神、醒脑开窍为臣，更能加强君药清心开窍之

功；佐枳实、陈皮、半夏燥湿化痰、理气宽中，茯苓、甘草健脾渗湿以祛生痰之源，且半夏辛温又能佐制黄连、胆南星苦寒之性；使以甘草调和诸药，生姜、大枣和脾胃且制半夏之毒。诸药相和，共奏镇静安神之效。另外，当前生活水平的不断提高，禽、肉、蛋、奶成了孩子们每餐必备之物，烧烤炙煿之品不绝于口，这种饮食习惯是多动症患儿发病之重要原因，因此在小儿多动症的治疗过程中，应该给孩子创造一个温馨的环境，使患儿有良好的教育和正确的心理指导，内外合治，相得益彰。观察结果表明，温胆汤加减治疗儿童多动症，临床效果明显。

四、抽动秽语综合征

抽动秽语综合征是儿科神经系统疾病之一，属儿童行为障碍性疾病，该病主要临床表现为头部、躯干、四肢肌肉不自主抽动，喉中发出奇特叫声或詈骂不避亲疏。特征为慢性、波动性、多发性运动肌快速抽搐，并伴有不自主发声和语言障碍。

抽动秽语综合征[3]属中医风证、痰证、抽搐、慢惊风范畴。其病因为先天不足、调护失宜、过食肥甘、肝郁气滞、五志化火、气候环境等因素均可影响心、脾、肝脏，生湿、生痰、生风。痰火扰心，肝风扰动，风痰相搏，横窜经络则变生心神不宁，肌肉瘛疭，多发性抽动之症。因此，清热化痰，熄风宁神可作为治疗儿童抽动秽语综合征的重要手段。临床以头部、躯干、四肢肌肉不自主抽动，喉中发出奇特叫声或詈骂不避亲疏为特征。现代药理研究证明，温胆汤有良好的安定，镇静，抗惊厥作用。[19]马伯艳等[20]亦证实温胆汤镇静催眠的作用。其中胆南星、石菖蒲、甘草有不错的抗惊厥作用。[21]

【临床应用】

孙学锐，徐荣谦[22]温胆汤加味治疗小儿抽动秽语综合征24例，疗效良好。24例病例，其中男16例，女8例；年龄最小4岁，最大16岁；均符合有关抽动秽语综合征诊断标准。治疗方法：予温胆汤加减。药用：陈皮10g，半夏15g，茯苓10g，炙甘草10g，枳实3g，竹茹10g，黄芩10g，柴胡10g，青礞石10g，石菖蒲10g，郁金10g，天竺黄10g，钩藤10g，全蝎3g。加减：夜眠不安者加酸枣仁10g以

宁心安神；舌苔厚腻纳差者去石菖蒲、郁金、天竺黄，加麝香、苍术、焦三仙、鸡内金以芳香化湿、消食和胃。病程最短3个月，最长1年，平均7个半月。疗效标准：痊愈：完全恢复正常；显效：病情明显好转，喉中奇怪叫声或骂人脏话及身体各部位抽动次数减至3/4以上者；有效：病情有所好转，喉中奇怪叫声或骂人脏话及身体各部位抽动次数减至1/2以上者；无效：病情改善不明显。治疗结果：本组24例，痊愈4例，显效6例，有效10例，无效2例，总有效率91.67%。

李润荣[23]温胆汤加减治疗儿童抽动症，共观察74例，治疗方法：中药组用温胆汤加减：法半夏9g，陈皮3g，茯苓30g，甘草2g，枳实6g，竹茹15g，钩藤15g，远志5g，谷芽15g，僵蚕6g，石决明30g，龙骨30g，生牡蛎30g。方中石决明、龙骨、生牡蛎各15g。每日1剂，水煎内服。西药组用安坦片，5岁以下每次1mg，每日3次，5岁以上每次2mg，每日3次。两组各用药20天。疗效标准与结果：①抽动症状全部消失，经随访3个月未复发者为治愈，中药组33例，西药组29例；②抽动症状明显减少，有时仍有小发作为好转，中药组4例，西药组8例；③治疗后抽动症状未见减少者为无效，两组均无。

【病案举例】

（1）张某，男，7岁，天津市人。2002年11月5日初诊。患儿自2002年9月突然出现挤眉弄眼，手足抽动，性急心烦，喉中痰鸣怪异，曾在当地人民医院检查：脑电图正常，诊为抽动秽语综合征。曾服氟哌啶醇等药物，服药后短期内抽动症状明显好转，但复发后症状较服药前加重，经多方询问，前来儿科门诊求治于徐荣谦教授，现仍挤眉眨眼，手指抽动，自述头后部沉重，夜卧不安，喉中有痰，吭吭作响，纳食呆滞，二便可，舌质红，苔白腻，脉弦滑。此属中医“风痰”证，治疗当以祛痰为主，佐以熄风通窍。予陈皮10g，半夏15g，茯苓10g，炙甘草10g，枳实3g，竹茹10g，黄芩10g，柴胡10g，青礞石10g，石菖蒲10g，郁金10g，天竺黄10g，钩藤10g，全蝎3g，14剂，水煎服，每日1剂。二诊：药后诸症明显好转，抽动次数明显减少，痰已基本消失，仍觉头沉重，易困，失眠不安，纳

差，舌脉同前，拟温胆汤宁神，化湿和胃。处方：陈皮10g，半夏15g，茯苓10g，炙甘草10g，枳实3g，竹茹10g，黄芩10g，柴胡10g，青礞石10g，藿香10g，苍术10g，焦三仙各10g，鸡内金10g，酸枣仁10g，钩藤10g，全蝎3g，14剂，水煎服，每日1剂。药后症状基本消失，再以上方加减调治1个月，随访半年未复发。[22]

（2）赵某某，男，10岁。于1994年1月13日初诊。患儿不由自主皱眉，眨眼，面肌瞬动，口角抽动，扭臂，踢腿3个月，学习成绩下降。经某儿童医院诊为儿童抽动症，伴有厌食，夜不安睡，大便秘结等。查体：神清，不停地皱眉，眨眼，面肌瞬动，口角抽动，间有扭臂，耸肩，踢腿，舌质红，舌苔黄厚，脉弦，证属饮食积滞，脾虚则肝风乘之，心火肝风邪气有余。温胆汤加减主之，服药10剂，抽动症状明显减少，共服药10天，抽动症状消失，随访半年未见复发。[23]

按：温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等胆胃不和，痰热内扰症。现临床应用于治疗小儿抽动秽语综合征，收效显著。中医学认为小儿气血未盛，神气未充，易喜易怒，若外因风邪、惊恐，或内因饮食积滞、损伤脾胃，均易变生此证。多属中医学风痰证，抽动为风盛之象，痰鸣吭吭作响为痰浊内生，阻于气道，蒙蔽清窍之征，头重困倦为痰湿所困，夜卧不安，痰热内生，扰动心神，痰浊困滞中焦，则纳食呆滞，笔者应用温胆汤理气化痰，清胆和胃，加入柴胡、黄芩清热以平肝风；钩藤镇肝以熄风；全蝎通络熄风；石菖蒲、郁金、天竺黄清热、豁痰开窍；青礞石逐顽痰；酸枣仁宁心安神；藿香、苍术、焦三仙、鸡内金助中焦运化之功，服药4周，诸症基本消失，所余脉证为湿邪留恋，故用温胆汤加减调治，遂收热清、痰化、神宁之功。痰火清除，肝风平息，则抽动症止。后期以健脾养心，柔肝平肝之法，以绝痰源，心得所养，心神安宁，肝气条达柔和，无亢盛生风之变则诸症痊愈。观察结果表明，温胆汤加减治疗儿童抽动秽语综合征，疗效显著。

五、急性假膜性念珠菌病

急性假膜性念珠菌病，现代研究表明本病多为感染白色念珠菌所

致。新生儿可通过母亲产道被感染。一般起病急、进展快，在颊黏膜、上颚、咽、齿龈、舌等黏膜部位出现凝乳状白色斑片，紧密附着于黏膜表面，不易剥除（假膜），用力剥离后露出糜烂性潮红基底。老年人尤其镶假牙者可发生慢性增生性口腔念珠菌病，表现为增生性白斑。念珠菌性口角炎常与鹅口疮或其他类型念珠菌病伴发，表现为口角潮红、皲裂。念珠菌是人类最常见的条件致病菌，感染的发生取决于真菌毒性和机体抵抗力两方面。急性假膜性念珠菌病多为白色念珠菌感染所致，取决于真菌毒性及其机体抵抗力。通常寄居状态下念珠菌呈孢子相，条件适宜时可转变为菌丝相，后者可分泌一些胞外蛋白酶，促进其对上皮的黏附能力；白念珠菌分泌的天冬氨酸蛋白酶还可降解皮肤角蛋白、抑制宿主的 SIgA，促进菌体对组织的入侵和扩散。宿主方面的易感因素有：①各种原因所造成的皮肤黏膜屏障保护作用降低；②长期、滥用广谱抗生素造成体内菌群失调；③内分泌紊乱造成机体内环境变化；④原发和继发的免疫功能下降。其病理黏膜病变以坏死组织、纤维素及大量菌丝和芽孢形成假膜，假膜脱落后形成灶性糜烂和出血性溃疡。主要临床表现颊黏膜、上颚、咽、齿龈、舌等黏膜部位出现凝乳状白色斑片，紧密附着于黏膜表面，不易剥除（假膜），用力剥离后露出糜烂性潮红基底。

中医属口疮、鹅口疮范畴。其病因主要以外感风热乘脾、心脾积热上熏、阴虚虚火上浮多见。主要病变在心脾，因舌为心之苗，口为脾之窍，脾脉络于舌，若感受秽毒之邪，循经上炎，则发为口舌白屑之症。《圣济总录·小儿口疮》说："口疮者，由血气盛实，心脾蕴热，熏发上焦，均口生疮。"因此，清热泻火解毒可作为治疗急性假膜性念珠菌病的重要手段。有研究表明：陈皮有抗菌作用，茯苓[24]可增强细胞免疫，又可增强体液免疫，具有免疫调节、间接抗病毒、诱生和抗诱生白细胞调节素等多种生理活性。

【临床应用】

赵氏[17]在黄连温胆汤在儿科临床应用举隅中，以温胆汤为基础方，来治疗急性假膜性念珠菌病，取得满意疗效。

【病案举例】

张某，男，17个月。其母代诉，患儿发热2天，啼哭不已，拒

乳拒食，口腔及牙龈见白色假膜，上腭、舌部均有散在分布，多涎，大便干结，大便3日未解，尿赤，舌苔腻厚黄，舌质偏红。诊断为急性假膜性念珠菌病。中医属心脾积热，上熏于口。以清热泻火，利湿祛腐，黄连温胆汤加减。药用：黄连4g，茯苓10g，竹茹8g，金银花12g，黄芩10g，生大黄4g（后下），青黛2g，生甘草4g，陈皮5g。3剂，水煎服，日服2次。另用吴茱萸粉，醋调和，外敷涌泉穴。服3剂后，患儿不再拒乳，口腔白斑渐退，大便畅行，再进3剂，告愈。[17]

按：温胆汤是唐代孙思邈所创，载于《千金要方》，临床应用广泛。主治大病后虚烦不得眠，后世用于治疗眩晕、心悸、嘈杂、癫痫、呕吐等胆胃不和，痰热内扰症。赵氏采用黄连温胆汤以异病同治的方法，用于治疗儿科疾病，取得满意疗效。中医学认为，本病多由心脾积热所致。盖手少阴之经通于舌，足太阴之经通于口。因此，心脾痰火蕴盛，则熏蒸上焦，秽毒之邪乘之，腐蚀肌膜，而发口疮。故以温胆汤加减治之。黄连、黄芩清心泻火；竹茹、半夏、佩兰清化湿热；青黛、金银花清热解毒；生大黄以釜底抽薪。共奏清热泻火，解毒祛腐功效，加之吴茱萸粉外敷涌泉穴，以引火归源。观察结果证实，温胆汤加减，配合吴茱萸粉醋调和，外敷涌泉穴，疗效显著。

六、病毒性心肌炎

病毒性心肌炎，为儿科常见病。病理特征为心肌细胞的变性或坏死，病毒可经由血流直接侵入心肌，并在心肌细胞内复制，致使心肌细胞发生代谢紊乱与营养障碍，而引起心肌细胞的溶解、坏死、水肿及血管内皮细胞肿胀与间质炎症反应。有关研究证明，多数病毒性心肌炎患儿由于机体感染病毒，中性粒细胞在吞噬微生物时耗量增加，发生“呼吸大爆发”产生大量超氧阴离子自由基。本病多表现为乏力、心悸、胸闷、咳嗽痰多等。

本病属中医胸痹、心悸、怔忡范畴，本病以外感温热、湿热邪毒为发病主因。小儿感受外邪，邪毒由表入里，留而不去，内舍于心，导致心肌受损，病及肺脾，脾虚则不能布散水津，肺虚则失于清肃，痰浊内生，停于心下，则咳嗽痰多，心慌头晕。胸阳失于宣展，络脉

郁阻，气机不畅，故胸闷气短。因此清热化痰，理气宽胸可作为治疗病毒性心肌炎的重要手段，本病后期常因医治不当，或汗下太过，气阴受损，心脉失养，出现以心悸为主的虚证，此时亦益气滋阴养心，总之，瘀血、湿浊为病变过程中的病理产物。病初以邪实正虚、虚实夹杂为主，后期则以正气亏虚，心之气阴不足为主。总治则为邪实为主时应驱邪，正虚时扶正为主，虚实夹杂者二者兼顾。现代药理研究证实，温胆汤有抗病毒、对抗氧自由基的作用，其中陈皮提取物有明显的清除氧自由基、羟自由基和抗脂质过氧化作用，对自由基引起的细胞膜氧化损伤有保护作用。

【临床应用】

李氏[25]应用二黄温胆汤治疗急性病毒性心肌炎265例——附西药对照组66例，年龄小于20岁90例，治疗组：投二黄温胆汤加减。药用：黄芪60g，黄连、姜半夏各10g，陈皮5g，茯神、茯苓、姜竹茹、炒炽壳、生甘草各10g，临煎时加生姜3片，大枣5枚。加水适量煎汁，每天2次口服，吸氧，卧床静息。对照组：卧床休息，吸氧，口服维生素C 0.2g，维生素E 20mg，辅酶Q_{10}10mg，每日3次；静脉滴注10%葡萄糖注射液500ml加正规胰岛素8U、10%氯化钾10mg，每日1次；二磷酸果糖50mg，每日1次，每2周为1个疗程。治疗结果：疗效标准按1978年全国心血管会议判定。痊愈：症状、体征消失，心电图恢复正常。治疗组：经治疗1个月29例，2个月46例，3个月64例，4个月41例，5个月37例，6个月33例，大于6个月12例；死亡3例。对照组：经治疗1个月3例，2个月6例，3个月15例，4个月5例，5个月7例，6个月8例，大于6个月20例；死亡2例。经治疗3个月后治疗组139例痊愈，治愈率约为52%。对照组24例，治愈率约为36%，治疗6个月后治疗组250例痊愈，治愈率约为94%。对照组44例痊愈，治愈率约为66.6%。2年后随访，治疗组仅1例心律失常，对照组3例心律失常，2例扩张型心肌病。

陈氏等，[3]刑氏[4]以温胆汤为基础方，随症加减，水煎服，每日1剂，治疗病毒性心肌炎，收到良效。

【病案举例】

（1）男，6岁。1999年1月6日初诊。患儿2周前患感冒，发热、流涕、轻咳嗽。在家服VC银翘片后热退，但仍咳嗽，有痰，近几天来感胸闷气短，心慌，善叹息，时有头晕，乏力多汗，纳食减少，时欲呕恶。查体：面色萎黄，舌质淡红，苔白腻，脉滑数。心脏听诊：心率110次/min，心尖部第一心音减弱。中医辨证属痰瘀互结、心脉痹阻。治宜化痰泻浊，活血化瘀。方用温胆汤加减：半夏9g，竹茹6g，枳实9g，茯苓12g，丹参9g，薤白6g，瓜蒌12g，甘草3g。水煎服，连服3剂，心慌、胸闷明显减轻，咳嗽好转，遂去瓜蒌，加党参12g、黄芪18g，再服6剂，诸症基本消失，嘱继续服药10天，药到病愈。[3]

（2）男，6岁。10天前因发热伴咳嗽、流涕、咽痛，以上感予先锋霉素静脉点滴3天，热退，但仍咳嗽痰多。近5天来感胸闷心悸，神倦乏力，咳嗽吐黄痰，纳呆心烦，夜眠不安，于2001年1月9日来诊。查体：形体偏胖，面色萎黄，唇舌红，咽充血，舌红苔黄腻，双肺呼吸音粗，可及痰鸣音，心率118次/min，律整，第一心音低钝，脉滑数。WBC 4.2×10^9/L，N 46%，L 54%；心肌酶谱示：CK－MB24U/L，LDH296IU/L，α－HBDH287U/L，AST49IU/L；胸片示：双肺纹理增粗。EKG示：窦速，TⅡ、Ⅲ、aVF低平。西医诊断：病毒性心肌炎。中医辨证：痰热蕴结，痹阻胸阳。治以清热化痰，开胸散结，理气活血。黄连温胆汤加味：黄连5g、茯苓12g、半夏6g、枳实10g、竹茹8g、瓜蒌12g、薤白9g、石菖蒲15g、郁金9g、黄芩9g、赤芍10g、龙骨15g、牡蛎15g。水煎服，1日1剂。服药4剂，咳嗽及胸闷减轻，仍咯吐黄痰，上方加胆南星9g、炒葶苈子9g、僵蚕9g，继服6剂，痰量减少，已无明显胸闷心悸，纳食增，精神好转，心率98次/min，舌红苔薄白，调方以竹叶石膏汤加减：竹叶8g、石膏20g、太子参15g、麦冬12g、半夏8g、僵蚕9g、炙枇杷叶12g、沙参12g、川贝母9g、丹参10g、紫菀10g、款冬花10g，服药6剂，已无咳嗽、咯痰，纳眠均好，惟面色偏黄，活动后多汗，舌质淡红苔薄白，脉细弱。以生脉散加味：西洋参4.5g、麦冬12g、五味子7g、生地黄12g、黄芪15g、丹参9g、山楂10g、煅牡蛎15g、

浮小麦10g、甘草4g，再服6剂，诸症悉除，复查EKG、心肌酶谱正常。[4]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰之胆怯易惊，虚烦不寐，恶心呕吐，癫痫等。陈氏等将其应用于小儿病毒性心肌炎，收效明显。中医学认为，病因不外内外，小儿素体正气亏虚是发病之内因，温热邪毒侵袭是发病之外因。小儿脏腑娇嫩，卫外功能不固，温热、湿热邪毒外感，从口鼻而入，蕴郁于脾胃。继则邪毒由表入里，留而不去，内舍于心，导致心脉痹阻，心血运行不畅，或热毒之邪灼伤营阴，可致心之气阴亏虚。心气不足，血行无力，血流不畅，可致气滞血瘀。病久阴损及阳，或患儿素体阳气虚弱，病初即可出现心肾阳虚甚至心阳欲脱之危证。患儿感受风热邪毒，郁于肺胃，生热生痰。痰热壅肺则咳吐黄痰；痰热痹阻胸阳，损伤心脉心气则心悸胸闷、神倦乏力；邪热内扰则心烦、夜眠不宁。以温胆汤加瓜蒌、胆南星、葶苈子清热化痰和胃，宽胸理气；薤白温通心阳，开胸散结；石菖蒲、郁金化痰宁心，理气活血；黄连、黄芩清心安神，清泻肺热；龙骨、牡蛎重镇安神；赤芍活血祛瘀。共奏清热化痰，开胸散结，行气活血，宁心安神之功效。后期本病痰热蕴结为标，心之气阴受损为本，故加减竹叶石膏汤益气养阴，清解余邪；生脉散气阴双补，活血养心，邪去正复，血脉通畅，心得所养而痊愈。[4]据病情演变，脉证结合，临床应用温胆汤加减治疗儿童病毒性心肌炎，效果满意。

七、癫痫

癫痫是儿科临床常见的神经系统疾病，儿童癫痫的主要表现为突然仆倒，昏不识人，口吐白沫，两目上视，肢体抽搐，惊掣啼叫，喉中发出异声，片刻即醒，醒后一如常人。病理为先天或后天的脑损伤产生异常放电的致痫灶，或降低了痫性发作的阈值，受体内外各种诱发因素影响产生异常放电的现象。痫性发作是大脑神经元异常放电引起的发作性脑功能异常，由于异常放电所累及的脑功能区不同，临床可有多种发作表现，包括局灶性或全身性运动、感觉异常，或是行为认知、自主神经功能障碍。

此病属中医“痫证”范畴。其病因主要为顽痰内伏、暴受惊恐、

惊风频发、外伤血瘀等。诸家论述强调痰、火的病理因素。沈金鳌云："然诸痫证，莫不有痰。"本病多发病突然，但病程较长，往往痰蕴化热而有痰火见症，痰热上扰，蒙闭清窍而发。《古今医鉴·五痫》："夫痫者，或因七情之气郁结，或为六淫之邪所干，或因受大惊恐，神气不守，或自幼受惊，感触而成，皆是痰迷心窍，如痴如愚。治之不需分五，俱宜豁痰顺气，清火平肝。"因此以清热化痰醒脑开窍作为治疗癫痫的重要法则。该病以突然仆倒，昏不识人，口吐白沫，两目上视，肢体抽搐，惊掣啼叫，喉中发出异声，片刻即醒，醒后一如常人为特征，具有反复发作特点的一种疾病。有关研究表明温胆汤有较好的镇惊、镇痛、抗惊厥作用，[13]据对D2半乳糖亚急性衰老大鼠大脑皮质神经元超微结构改变的影响发现，该方可能具有稳定神经细胞生物膜系统作用。从而保护神经元内环境。[26]

【临床应用】

多家医家以温胆汤为基础方，经随症加减，治疗小儿癫痫，取得良好疗效。

【病案举例】

（1）男，6岁。1999年10月21日初诊。患儿发作性昏仆、抽搐已2年，每次发作持续1~2min后自然清醒，原每2个月发作1次，近几个月来发作频繁，半月即发作1次，伴有胸闷、头昏、喉中痰鸣，口角流涎，纳呆。检查：面色黄而无华，舌苔白腻，脉弦滑。脑电图见：棘波、棘慢综合波，提示：儿童异常脑电图。此乃风痰闭阻，上扰神明，发为癫痫。治以熄风化痰，开窍宁神。方选温胆汤加减：陈皮9g，半夏9g，茯苓12g，竹茹6g，枳实9g，石菖蒲9g，远志9g，胆南星6g，甘草3g。水煎服，每日1剂。共进9剂，诸症大减，上方加太子参12g、炒白术9g以增强益气健脾之功，调治2个月，诸症消失，昏仆未发作，半年后脑电图复查正常范围，随访1年未发作。[3]

（2）牛某，男，9岁。1999年3月9日初诊。因1年内出现3次突然昏倒，四肢抽搐，喉中有痰声，口吐白沫而就诊。最近1次发作出现于2月底，家长诉本次发作伴尿失禁，持续时间约5min左右，唤之不醒，醒后对发作不能回忆。平素纳差，便干。外院曾做脑电图

出现棘波，即诊断为癫痫。该患儿为足月剖宫产，产前有宫内缺氧的病史，外院曾予鲁米那治疗。但近1周来又出现头、眼、身体转向一侧，1天发作1~2次。查体：神清，面色萎黄，心肺正常，神经系统检查未见异常。舌红，苔黄腻，脉弦滑。中医辨为痰痫。治疗以清热化痰开窍。陈皮10g，制半夏9g，云苓10g，炙甘草6g，竹茹9g，枳壳6g，制胆星6g，石菖蒲10g，服用1周后，头、眼、躯体转向一侧仅发作1次。前方得法，继进。第2、第3周未见发作，见苔转薄黄，随即改用健脾养肝之品，六君子汤加钩藤白芍等治疗3个月后，随访2年未发。[18]

（3）患儿，男，15岁。反复抽搐3年。3年前，无明显诱因出现突然仆倒，意识丧失，双目上视，四肢抽搐，口吐涎沫，小便自遗，持续约1min后，自行缓解，醒后头晕，倦怠乏力。到当地医院作脑电图，示有癫痫波发放，诊断为癫痫，给予卡马西平片口服，抽搐控制不佳，约半个月发作1次，且出现头晕，走路不稳。平时睡眠不安、易醒，大便干，舌苔黄厚腻，脉滑数有力。辨证为痰热内蕴、闭窍动风。治以黄连温胆汤加减，药物组成：半夏9g，陈皮9g，枳壳9g，全瓜蒌15g，黄连6g，胆南星10g，石菖蒲10g，郁金10g，石决明30g，天麻15g，全蝎5g，生龙骨、生牡蛎各30g，甘草6g。上方服用半年余，逐渐减掉抗癫痫药，头晕、抽搐消失，走路平稳。后制成水丸，续服2年以巩固疗效，未再发作。[27]

按：温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等的胆胃不和，痰热内扰症。本方适用于治疗儿童痰火内盛所致之癫痫，故临床多家采用，疗效显著。中医学认为本病病因主要为惊、风、痰、瘀血等。《医学纲目·癫痫》云："癫痫者痰邪上逆，则头中气乱，头中气乱，即脉道闭塞，孔窍不通"。痰是痫证发病的重要因素。痰堵经络，上逆窍道，脏腑气机升降失调，阴阳不相顺接，一时清阳蔽蒙，因而作痫。用温胆汤健脾燥湿、祛痰理气，加用石菖蒲、胆南星等涤痰涎、开心窍，使痰消火降，经络通畅，则痫自定。[13]若痰浊蓄久不去，郁而化热，闭窍动风，当以痰火内盛所致，故张氏治疗时亦以黄连温胆汤加减，配合全瓜蒌、石决明清热化痰；胆南星、石菖蒲、郁金化痰开窍；天麻、全蝎、生龙骨、生牡蛎

平肝熄风。热消痰清，惊平痫定，则诸症自愈。[3]现代医学治疗癫痫需患儿长期服用抗癫痫药物，这样长期会对大脑产生不良刺激，而经临床实践证实温胆汤对治疗癫痫有良好效果，且无明显不良反应，临床可提倡辨证论治，随症加减治疗儿童癫痫。

参考文献

[1] 孙博光，邱世翠，李波清，等．茯苓的体外抑菌作用研究．时珍国医国药，2003，14（7）：394

[2] 李庆耀，梁生林．陈皮的药用研究进展．中成药，2008，30（2）：247

[3] 陈鲁，曹宏．温胆汤儿科异病同治举隅．山东中医杂志，2002，21（4）：247～248

[4] 邢向晖．黄连温胆汤儿科治验四则．山东中医杂志，2002，21（11）：69

[5] 贺又舜．宁神温胆汤对小鼠中枢神经递质影响的实验研究．中国中医药杂志，1999，25～26

[6] 王文玮，蔡士云．温胆汤加减合小施尔康治疗小儿厌食症38例．河南中医，2006，26（1），68

[7] 林东红．温胆汤为主治疗小儿厌食症疗效观察．福建中医药，1997，28（4）：41

[8] 东野长新．异功散加味治疗小儿厌食症40例．河南中医，2004，24（1）：58

[9] 唐定成．醒脾健儿汤治疗小儿厌食症300例．河南中医，2004，24（6）：46

[10] 陈明英．小儿厌食症证治初探．中医研究，2005，18（6）：11

[11] 齐家仪．临床理论与实践．上海：科学普及出版社，1993：233～234

[12] 王穗芬．脑微细功能障碍与饮食的关系．国外医学·儿科分册，1980：3～15

[13] 贺又舜．温胆汤镇静镇痛抗惊厥的实验研究．中国中医药科技，1997，（4）：226

[14] 傅俊英．温胆汤对小鼠整体行为影响的实验研究．湖南中医学院学报，1999，19（1）：7～8

[15] 徐海霞，祝敬燕，黄严．黄连温胆汤加减治疗小儿多动症46例．山东中医杂志，2005，24（7）：413～414

[16] 国家中医药管理局．中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效

标准．南京：南京大学出版社，1994：89
[17] 赵永萍．黄连温胆汤在儿科临床应用举隅．辽宁中医杂志，2001，28（6）：376
[18] 沈秀凤．温胆汤在儿科临证举例．中医临床医生杂志，2007，35（8）：59～61
[19] 傅俊英，贺又舜，袁振仪，等．温胆汤对小鼠整体行为影响的实验研究．湖南中医学院学报，1999，19（1）：7～8
[20] 马伯艳，吴晓丹，张福利，等．温胆汤镇静催眠作用的实验研究．中医药信息，2004（6）：30～31
[21] 王本祥．现代中药药理学．天津：天津科学技术出版社，1999：313，1319～1322
[22] 孙学锐，徐荣谦．温胆汤加味治疗小儿抽动秽语综合征24例．长春中医药大学学报，2007，23（6）：82
[23] 李润荣．温胆汤加减治疗儿童抽动症．上海中医药杂志，1996，1：13
[24] 张敏，高晓红，孙晓萌，等．北华大学学报（自然科学版）．2008，9（1）：65
[25] 李毅．二黄温胆汤治疗急性病毒性心肌炎265例——附西药对照组66例．辽宁中医杂志，1999，26（4）：160
[26] 张熙，李文彬，张炳烈．D2半乳糖亚急性中毒大鼠拟衰老生化改变．中国药理学与毒理学杂志，1990，4（4）：309～310
[27] 张涛，马丙祥，都修波．黄连温胆汤治疗小儿神经系统疾病举隅．中医研究，2007，20（3）：48～49

第五章

男科病证

男性性功能障碍

男性性功能障碍，该病以遗精、头晕、精神萎靡、腰腿酸软、失眠等多见。研究表明，正常性功能必须具有正常的性器官，还需依靠包括大脑、脊髓、血管、肌肉、内分泌等各系统的充分调节，密切配合。人类性功能更受社会心理因素影响。多数遗精的性功能障碍患者存在心理因素，导致神经内分泌调节失调，其发病多无器质性病变，主要为精神因素所致。

本病属于中医遗精，阳痿等范畴。遗精一证首见于《内经》，其病因病机多由于肾阴虚精血不足，心血亏，心肾不交而致，与心肾二脏密不可分。遗精，多由劳心太过，欲念不遂，饮食不节，恣情纵欲诸多因素所致。病理因素不外湿与火，病理性质有虚实之别，且多虚实夹杂。因君相火旺、湿热下注，扰动精室，精关不固而遗者多属实；肾脏亏损，封藏失职，精关不固而泄者多属虚。初起多因于火旺、湿盛，以实证为主，久则相火、湿热灼伤肾阴，而致肾阴亏损，甚或阴损及阳而成阴阳两虚，肾阳虚惫等各种虚证。且在病理演变过程中往往出现阴虚火旺、阴虚湿热等虚实夹杂

之证。因此，益肾固精，滋阴降火，除烦宁神可作为治疗男性性功能障碍的重要手段。现代药理研究证实，温胆汤具有调节神经内分泌的作用，更好地调节人体性腺轴的调控机制。

【临床应用】

王氏[1]应用十味温胆汤加减治疗遗精证30例，取得良好效果。观察病例：30例，年龄19~37岁，其中19~25岁18例，26~31岁8例，32~37岁4例。病程：2周~8年，其中27例有严重手淫史，14例患者在16~18岁时，其手淫频度曾达每周3次以上并持续半年至4年之久。临床表现：30例均有每周2次以上遗精，其中28例为梦遗，2例为滑精，29例均有腰酸痛，1例膝软无力，30例均有头晕耳鸣或寐少健忘，心悸易惊，烦热口渴，神疲乏力，舌红苔少脉弦细；15例有面色萎黄，四肢困倦。诊断标准：依据1993年卫生部制定发布《中药新药临床研究指导原则》（第一辑）。中医诊断标准：已婚男子已有正常性生活，但仍有较多遗精，或未婚男子频繁发生遗精（1~3天1次）伴有头晕、乏力、腰酸等症，持续1个月以上者。遗精轻重分级：轻度8~10次/月，仅感乏力。中度11~15次/月，感腰酸腿软。重度15次以上/月，腰酸腿软，心慌气短，面色㿠白或枯槁无华。治疗方法：基础方为十味温胆汤加味。药用：生熟地、金樱子、芡实各15g，广陈皮、炙远志、淡竹茹、炒枳实、莲子芯各10g，酸枣仁20g，桑寄生30g。每日1剂，水煎服，日2次。加减法：伴肾阴不足，头晕耳鸣，失眠健忘，心烦口渴，腰膝酸痛加枸杞子、女贞子、旱莲草、肉苁蓉；肾阳虚，伴阳痿，早泄，腰膝冷痛，神疲乏力加仙灵脾、杜仲、仙茅、菟丝子；气虚中气不足去枳实，加黄芪、白术、升麻。疗效判断标准：近期治愈：治疗后3个月，有正常性生活者，不再遗精，无性生活者，每月遗精少于5次，症状消失。显效：有性生活者，每月仍有遗精1~2次，无性生活者，每周遗精减少2次以上，主要症状消失。有效：有性生活者，每月遗精2~3次，无性生活者，每周遗精减少1次，主要症状减轻。无效：治疗前后无变化。治疗结果：经治疗3个月内，未再遗精14例，占46.7%，总有效率93.4%。其中显效9例（30%），有效5例（16.7%），无效2例（6.6%）。临床症状得到不同程度的改善：遗

精者由治疗前30例减为治疗后2例，有效率93.4%；腰膝酸痛者由29例减为2例，有效率93.1%，心烦易惊者由30例减为2例，有效率93.3%；头晕耳鸣由30例减至3例，有效率90%；神疲乏力者由30例减至1例，有效率96.8%；面色萎黄者由15例减至3例，有效率80%。

【病案举例】

（1）辛某，男，20岁。1995年6月13日初诊。患者未婚，既往有频繁手淫史。近3年来，常于淋浴后即滑精不止，梦遗频繁，近2个月加重，每周2~3次，自感头晕耳鸣，失眠健忘，心悸惕动易惊，烦渴口苦，腰膝疲乏，纳食不馨，干呕，舌尖红，苔薄白，脉弦细数。证属肝肾阴亏，心肾不交。治宜固肾止遗，宁心安神。方药：生熟地各15g，远志10g，酸枣仁20g，枸杞子12g，肉苁蓉12g，金樱子15g，芡实15g，广陈皮10g，清半夏10g，竹茹12g，枳实10g，桑寄生30g，莲子芯肉各12g。7剂，水煎服。二诊：患者遗精止。自觉精力较前充沛，腰酸头晕，心悸失眠略有减轻，仍口渴，舌红苔薄白，脉弦细，拟前方去半夏、枳实，加天麦冬各12g，7剂继服。三诊：腰酸头晕心悸诸证大减，遗精未作，以前方守服1个月，无遗精，余症亦减，3个月仅遗精2次，无腰酸乏力、心悸失眠等症，痊愈。[1]

按：温胆汤，常用于胆胃不和，痰热内扰证，现将十味温胆汤加味临床应用于治疗男性性功能障碍，收到良效。本病临床主要表现为遗精、头晕、精神萎靡、腰腿酸软、失眠等。中医学认为，本病的基本病理变化，总属肾失封藏，精关不固。其病位在肾，亦与心、肝、脾相关。笔者认为，肝肾精亏，心血不足，是遗精之“本”，热扰精室，烦渴，悸动乃滑泄之“标”，肝血不足，胆气为之不利，胆虚惊惕为遗精患者常见症候之一。治疗应补肾固精，宁心定志。十味温胆汤源于《重定通俗伤寒论》，称其可“补虚壮胆”，《医方集解》言十味温胆汤治梦遗惊惕。因此运用十味温胆汤加减治疗遗精，意在补肝肾而固精血，除烦热而宁心神，心肾交通，精血固摄，诸证得解。方中熟地、寄生、金樱子、芡实补肾固精以疗其本；远志、枣仁、莲子心宁心定志以安其神；半夏、陈皮、枳实、竹茹除烦清虚以善其后，临床随症加减，奏效显著。心肾不交者，常人多以“交泰丸”

使心肾交通，而笔者以十味温胆汤取其补心胆气虚、益肝肾精血之意，精血得补，心肾以通。观察结果表明，十味温胆汤加减治疗遗精等性功能障碍，取得满意疗效。

（2）宋某，男，37岁。1993年4月来诊，主诉：性欲减退，阳痿半年。患者半年前发现性交时勃起时间短暂，不能完成性交过程。但由于工作较忙，加之家庭生活不满意，无暇就治。半年来病情逐渐加重，曾服用555神威丸、壮腰健肾丸等温肾助阳之剂无效，至来诊时，爱人代诉阴茎不能勃起。患者发病前身体状况良好，无高血压、糖尿病病史，无性功能障碍史，并育有一女，已9岁，爱人孩子身体均健康。平素嗜烟酒，并喜食肥甘厚味。四诊摘要，性欲减退，阳痿不举，形体较胖，常咳吐灰色浊痰，胸胁窜痛，口干口苦，小便黄浊，舌苔黄腻，脉滑数。诊断：阳痿，辨证属痰浊内停，湿注下焦，治则：理气化痰，清热化湿。处方；黄连温胆汤合龙胆泻肝汤加减。黄连6g，姜半夏10g，枳实10g，陈皮10g，竹茹10g，龙胆草15g，栀子12g，黄芩12g，车前子20g，木通10g，当归12g，生地10g，柴胡6g，香附10g，甘草6g，服上药12剂后，吐痰大为减轻，胸胁窜痛，口干口苦症状消失，但阳疾无明显改善。上方去竹茹、枳实，加蜈蚣2条，王不留行15g，穿山甲15g，服12剂后来诉，阳痿已愈。[2]

按：阳痿为男子性功能障碍最常见疾病之一，约占成年人10%，本例患者因曾生育过子女，属功能性阳痿，根据发病情况分析，可能由于夫妻口角，加之工作过度劳累使身体衰弱，导致大脑皮层性功能失调，出现阳痿。综合临床表现及生活习惯，辨证当属痰浊与湿热互结，故治疗重在“泻实”，用补法适得其反。方中黄连温胆汤祛痰热，龙胆泻肝汤清热利湿，令湿热从小便而出，更配以疏肝理气之柴胡、香附，使痰浊可除。而究阳痿之根源尚有湿热下注、真阳郁遏，气血被阻，使宗筋失养造成，故二诊时又加蜈蚣疏肝通络；王不留行、穿山甲通经活络，起到了改善局部血液循环的作用，故诸症自愈。[2]

参考文献

[1] 王斌．十味温胆汤加减治疗遗精证30例．北京中医，1996，2：33
[2] 牛晓亚，张红瑞．黄连温胆汤加味治愈男性病二例临床报道．河南中医药学刊，1994，9（3）：53～54

第六章

骨科病证

一、损伤

损伤，指人体受各种致伤因子作用后发生组织结构破坏和功能障碍的一种常见病，有关研究发现，头胸腹四肢损伤患者多存在防御性反应或称应激反应，这些反应有利于机体对抗致伤因子的有害作用，维持内环境的稳定和促进机体的康复。但如反应过于强烈，对机体也会造成有害的影响。其病理变化为损伤后机体可发生全身及局部反应，局部反应：主要是急性炎症反应，包括组织变质、渗出和增生，先后出现，彼此联系，又互相影响。全身反应：此与损伤性质、程度、机体状态和治疗等因素有关，主要是神经内分泌系统效应，在严重损伤后，机体发生一系列的功能和代谢变化。在损伤初期（1～4天内），主要出现交感神经兴奋，脑垂体、肾上腺等分泌明显增加，如脑垂体分泌的促肾上腺皮质激素、抗利尿素，肾上腺髓质分泌的肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺，肾上腺皮质分泌的糖、盐皮质激素均增加，而胰岛素分泌则减少。机体能量代谢、蛋白质和脂肪分解代谢均明显增加，出现负氮平衡，血糖升高，糖异生作用加强。而消化系、

生殖系等功能暂时受抑制。主要表现为疼痛、肿胀、功能障碍等。

本病属中医学筋伤、骨折范畴。其病因主要为外伤因素，人体各部位受外伤后，因惊恐气滞、思虑忧结、饮食肥美、气血运行障碍等，影响脾胃气机，运化失职，脾不散精，水湿、痰浊积聚，加之瘀血淤积，不通则痛，痰瘀为患，久而难愈。痰是人体病理代谢产物，一经阻滞则产生疾病，故称“百病皆痰作祟”。以清热化痰，通络活血作为其治疗的重要手段。现代药理研究表明，温胆汤具有镇静、镇痛，调节机体免疫，维护内环境稳定的作用，因此，根据痰饮的原理结合骨伤科跌打损伤后的瘀热内阻病理，运用温胆汤加减治疗骨伤科的头部损伤、胸部损伤与骨折、腹部软组织损伤、四肢损伤与骨折等。

【临床应用】

司氏等[1]温胆汤在骨伤科的应用，观察各部位损伤病例，采用“异病同治”原则，取得良效。司氏等[1]以温胆汤为基础方，药用：竹茹3粒，枳壳、茯苓、法半夏、陈皮、车前子各10g，甘草3g，头部损伤头晕目眩甚昏迷目闭者，加菊花、合欢皮各10g，远志6g；胸部损伤，血溢脉外者，加土元、柴胡各6g；腹部损伤，脘腹闷胀者，加用木香、厚朴各6g。疗效显著。

【病案举例】

（1）头部损伤　《正骨心法要旨》指出头部损伤“轻则头昏目眩，耳鸣有声，甚则昏迷目闭，少时或明，重则昏沉，不省人事……”。用温胆汤加减效果良好。胡某某，男，38岁，因头部摔伤十天余，于2000年7月8日来诊。症见头昏目眩，脘腹烦闷，口苦，纳呆，便干，舌苔黄腻，脉沉弦。证属痰热郁阻肝胆，上扰清窍。用温胆汤：竹茹3粒，枳壳、茯苓、法半夏、陈皮、菊花、合欢皮、车前子各10g，甘草3g，远志6g，生姜3片，连服5剂。复诊：头晕目眩大减，其他诸症均见好转，前方加鸡血藤、龙齿、石决明各10g，再进5剂善后。[1]

（2）胸部损伤　胸部损伤以伤血为主。《难经·二十二难》云：“气留而不行者，为气先病，血壅而濡者，为血先病者。”由于胸部挫击，血溢脉外，留瘀停积于肌肉、肋膜之间，痛处固定，压痛明

显，局部微肿，胸闷，口苦纳少，舌苔腻，脉弦滑。用温胆汤加减，效果为优。乔某某，男，48岁。2000年10月5日以“胸背部被打伤后疼痛八天余”为主诉来诊。症见：右胁痛，咳嗽痰多，口苦口干，纳少。右胁部第4、5、6肋骨压痛明显。X线摄片提示：右第4、5、6、7肋骨折。证属气郁痰结，瘀血停滞。用温胆汤：竹茹3粒，法半夏、茯苓、陈皮、枳壳、冬瓜仁各10g，土元、柴胡各6g，连服5剂。复诊：诸症减轻。用前方继服14剂。诸症皆除。[1]

（3）腹部损伤　腹部损伤有两种：即腹壁挫伤和腹腔内脏损伤。临床上常见腹壁损伤。症见：脘腹闷胀，腹软喜按，时腹刺痛，瘀肿拒按，或局部隐痛，轻按则舒，重按则痛，口苦纳少，舌苦腻，脉弦缓。用温胆汤疗效较好。王某某，女，32岁。2001年2月3日初诊。症见脘腹疼痛，腹软喜按，重按痛甚，口苦纳少，便溏，舌苔腻，脉弦滑。证属痰热阻于肝、肺、脾、胃、大肠，气滞血瘀。用温胆肠：竹茹3粒，枳壳、茯苓、法半夏、陈皮、车前子各10g，甘草3g，木香、川厚朴各6g，连服4剂。复诊：诸症减轻，再以前方加黑地榆、葶苈各10g，4剂后症状基本消失。[1]

（4）关节损伤和四肢骨折　骨伤科内治法要辨证施治。既要注意局部病情改变，又要注意全身的变化。气血充足者，抗力强、病程短、恢复易；气血虚弱者，抗力弱、病程长、恢复难。骨关节损伤和四肢骨折之后肝脾气伤，气滞血瘀。症见口苦、口渴、不思饮食，必烦不眠，便秘溲赤，舌苔黄腻，脉浮数。首选温胆汤加味，多获良效。司某，男，35岁。2001年3月10日以“左胫腓骨中段闭合性骨折已有3天”为主诉来诊。症见口苦，脘腹微胀，不思饮食，心烦，夜寐不安，便秘，溲赤，舌苔腻微黄，脉弦滑。用温胆汤：竹茹3粒，枳壳、茯苓、法半夏、车前子各10g，土元、甘草各3g。连服4剂。复诊：心烦、口苦已除，饮食好转，大便通。继以活血消肿祛瘀为法，或以接骨续筋法为宜。[1]

按：温胆汤载于《备急千金要方》，乃唐·孙思邈所创。《医方集解》、《温热经纬》、《六因条辨》、《医宗金鉴》等后世方书中亦有论述。其基本方由二陈汤去乌梅，加竹茹、枳实、大枣组成。主治证为：胆虚痰热上扰，虚烦不得眠。[1]先将其应用于治疗损伤（头部受

伤、胸部损伤、腹部损伤、四肢损伤和骨折等），取得满意疗效。中医学认为，痰瘀为其主要病理因素，痰瘀易蕴热，痹阻经脉，疼痛肿胀难愈。因此应用温胆汤清热化痰，通络活血。观察结果表明，应用温胆汤加减治疗各种损伤，凡痰热阻郁所致诸证者，均取得了优良效果。使其应用范围大有拓展。

二、骨折

骨折多由外伤而致。骨折不仅可以造成局部组织的损害和机能障碍，而且可以引起全身性反应，其中尤以胃肠道反应为常见，称为骨折所致胃肠功能紊乱。患者多表现为胃肠功能减退，蠕动迟缓，唾液分泌减少，吸收时间延长等，严重者可致胃、十二指肠应激性溃疡。这些症状的出现增加了患者的痛苦，影响骨折的治疗。外伤刺激引起的精神因素为本病发生的主要诱因，可干扰高级神经的正常活动，轻者出现自主神经功能失调进而引起胃肠道的功能障碍。重者在应激状态时丘脑下部受损，神经内分泌失调，内源性儿茶酚胺升高，血栓素、白三烯、血小板激活因子及内皮素释放，均可引起胃黏膜微循环障碍致黏膜充血，通透性增加，使胃黏膜缺血，代谢障碍，而出现溃疡、出血等。

中医认为骨折所致胃肠紊乱，其原因：一则筋骨失续，血不归经，瘀于脉外，阻滞气机；二则伤后惊恐，或有所思虑，“惊则气乱”、“思则气结”，可致气机升降失调；三则今时之人多食肥甘，素有痰湿。《人斋直指》云：“血气和平……则痰散而无，气脉闭塞，脘窍凝滞则痰聚而有”。故伤后又多痰聚。三者相合，影响脾胃之升降，水谷得不到正常的腐熟运化则纳呆；胃气不降，则脘腹胀满疼痛；腑气不通，运化失职，或失血伤气，血虚肠燥，气虚不运，推荡乏力，可致便秘；苔白厚腻为有痰，黄为化热；脉滑为痰瘀，数为痛为热；瘀痰之浊上扰神明则烦躁；郁久化热则吞酸；气虚不摄或血热妄行则吐血。因此，豁痰理气，降逆和胃可作为治疗骨折致胃肠功能紊乱的重要手段。现代药理研究表明，温胆汤对促进胃排空、抑制胆汁反流具有明显作用，同时对自主神经功能紊乱有双向调节作用。其中枳实有增强功能性消化不良患者胃排空及小肠推进功能作用，能

加强平滑肌的收缩强度和收缩持续时间，[2]半夏可抑制延髓呕吐中枢，有止呕作用，甘草有抑制胃排空及小肠推进功能。

【临床应用】

樊氏等[3]骨折致胃肠功能紊乱的中医治疗，观察病例100例，男78例，女22例；最大年龄81岁，最小6岁，平均35岁；病程最长12天，最短1天，平均3～5天。病人均于骨折后出现纳呆，脘腹胀满或胀痛、便秘或干结不下的症状，其中1例出现吞酸吐血的胃溃疡出血症状。所有病人于骨折前均无慢性胃肠疾病病史。治疗方法：选用桃红四物汤合温胆汤加味。药物组成：桃仁10g，红花10g，当归20g，赤芍30g，生地黄15g，川芎15g，大黄10g，陈皮12g，半夏12g，枳实15g，竹茹10g，厚朴10g，槟榔6g，荷叶3g，茯苓15g，甘草6g。水煎服。热盛者加黄连6g，连翘15g；气血虚弱者加党参30g，阿胶20g（烊化冲服），或输新鲜全血；吐血者加三七粉3g，白及6g，研末冲服；吐血而见脾胃虚寒者合黄土汤；肝气犯胃者加柴胡10g，穿山甲10g。治疗效果：服上方后胃肠道症状全部消除者为治愈。100例病人全部治愈。服药最少1剂，最多7剂。服1剂而愈者54例；2～3剂而愈者30例；4～5剂而愈者10例；5～7剂而愈者6例。住院期间均未复发。

按：温胆汤载于《备急千金要方》，乃唐·孙思邈所创。主治证为：胆虚痰热上扰，虚烦不得眠。现将其临床变通应用于治疗骨折所致的胃肠功能紊乱，并配合桃核承气汤，收到良效。骨折所致胃肠功能紊乱的临床症状多表现为纳呆，脘腹胀满疼痛，便秘或干结不下，伴烦躁失眠。舌淡苔白或黄厚腻，脉滑数。甚者吞酸吐血，脉沉细等。中医学认为，因受外伤惊恐，或思虑，或饮食影响脾胃运化，痰气瘀往往互结，针对上述病机，选用桃核承气汤合温胆汤化裁予以治疗。桃核承气汤加减，以活血化瘀，通腑降逆，又可消肿；温胆汤加减以豁痰理气，降逆和胃，加荷叶于诸药中，取降中有升之意，可使清升而浊降。二方合用可使痰瘀得除，气机和畅，脾胃升降运化有常。观察结果表明，温胆汤和桃红四物汤加减治疗骨折所致胃肠功能紊乱，收到满意疗效。

三、颈性眩晕

颈性眩晕，又称“眩晕型颈椎病”、“椎动脉型颈椎病”，由于颈椎脊柱退行性改变导致椎基动脉系统供血不足，而出现以眩晕为主症的综合征。[4]椎动脉型颈椎病是指椎动脉的颅外段受颈部病变的影响而导致血流障碍引起眩晕的综合征。[5]其病因：①寰枢关节紊乱；②颈椎后关节紊乱；③颈椎不稳定；④钩椎关节增生，横突孔骨质增生致孔径变窄。上述病因可直接压迫或刺激椎动脉、颈交感神经而导致椎动脉血流的改变。也有人将椎动脉按解剖行程分为4段，并认为椎动脉第2、3段是颈性眩晕的主要发病部位。TCD检查有椎基动脉血流速度异常表现，颈椎正侧、双斜位片均有不同程度的颈椎生理曲度变直或反凹，椎体滑脱，钩椎关节变尖，椎间隙、椎间孔变窄，并有骨质增生及韧带肥厚、钙化等。多表现为阵发性眩晕，头痛恶心，肢麻，视力障碍等。

本病属于中医“眩晕”病之范畴，历代对眩晕有不同的论述，《素问·至真要大论篇》认为“诸风掉眩，皆属于肝”；朱丹溪则认为“无痰不作眩”；张介宾认为“无虚不作眩”。眩晕病因多与肝风、痰、瘀、虚均有密切关系，情志不舒，气郁化火，使肝阴内耗，风阳升动；饮食不节，忧思伤脾，导致水谷不化清微，聚湿生痰，清阳不升，浊阴不降；久病耗伤气血，或脾胃虚弱，生化乏源，不能上荣；先天不足或房事不节，导致肾精亏耗，生髓不足，不能上充于脑而致眩晕等。临床以健脾行瘀，祛湿化痰可作为治疗颈性眩晕的重要原则。现代研究表明，多数颈性眩晕患者由于颈椎间盘退变继发颈椎增生、退行性关节炎使椎动脉受压迫后，对侧椎动脉无法代偿则出现症状。临床常见症状为发作性眩晕，恶心、呕吐，其发病与头颈转动有密切关系。该病由颈椎病变导致椎－基底动脉供血不足引起。[6]现代药理研究证实，温胆汤具有改善血液供应的作用。

【临床应用】

陈氏等[7]应用温胆汤合西比灵治疗颈性眩晕症68例疗效观察，共130例，随机分为治疗组68例和对照组62例，治疗组68例中，男37例，女31例，年龄41～72岁，平均58.3岁，病程10天～6

年。对照组62例中，男32例，女30例，年龄43~72岁，平均56.7岁，病程12天~4年。辨证分型：治疗组痰湿中阻型28例，肝阳上亢型22例，气血亏虚型10例，肾阴不足型8例；对照组痰湿中阻型26例，肝阳上亢型20例，气血亏虚型11例，肾阴不足型5例。诊断标准：诊断参照《中医病证诊断疗效标准》[8]拟定。①有椎基动脉供血不足发作的症状和体征，眩晕发作与头颈转动有密切关系，可伴有枕部头痛、猝倒、视觉症状（闪光，视野缺失）及上肢麻痛，伴头痛、失眠、视物不清、恶心呕吐等症状；排除因颅脑引起的各种疾病、高血压病等；②X线颈椎片可示寰枢、寰齿关节两侧不对称，椎体棘突偏歪（双突征或双边征），钩椎关节增生，椎间隙变窄等不稳表现。颈椎椎体、椎间盘、钩突关节退变和项韧带钙化，颈椎生理曲度变直等改变；③脑超声血流图（TCD）可见椎基动脉血流量减少；④除外其他原因引起的眩晕；⑤除外脑梗死。治疗方法：治疗组用“自拟温胆汤”，药用：陈皮10g，制半夏、茯苓各15g，生姜3g，竹茹15g，枳壳10g，代赭石30g，白术15g。肝阳上亢加天麻、钩藤、夏枯草；气血亏虚加黄芪、党参；肾阴不足加枸杞子。1日1剂，第一煎煮沸后30min左右取汁200ml，第二煎煮沸后15min左右取汁100ml，两煎混合，早、晚2次分服。另配合西比灵胶囊5mg，每晚1次口服，以14天为1个疗程，连用2个疗程。对照组：单用西比灵胶囊治疗，1次5mg，每晚1次，口服。两组均以14天为1个疗程，连用2个疗程。疗效标准：参照颈椎病的诊断标准[5]制定。显效：眩晕等症状明显减轻，头微有昏沉，或头晕目眩轻微但不伴有自身及景物的旋转、晃动感，可正常生活及工作；有效：头昏或眩晕减轻，仅伴有轻微的自身或景物旋转、晃动感，虽能坚持工作，但生活和工作受到影响；无效：头昏沉及眩晕等症状无改善或加重。结果：两组临床疗效比较例治疗组有效率98.5%，对照组有效率88.7%，两组显效率比较，$X^2=3.848$，$P<0.05$。

王氏[9]等应用加味温胆汤治疗颈椎性眩晕60例临证报道，治疗方法：两组均用盐酸培他定500ml+刺五加40ml+利多卡因200mg静脉输注，治疗组在此基础上加服中药加味温胆汤，组方：半夏15g，陈皮10g，茯苓10g，枳实10g，竹茹6g，甘草6g，葛根10g，川芎

12g，牛蒡子10g，僵蚕10g。水煎服，每日1剂。10天为1个疗程。两组均未采用牵引治疗。结果：治疗组30例，经治疗1个疗程后23例临床症状消失，5例临床症状改善，2例效果不明显，治愈率76.7%。对照组30例，16例临床症状消失，8例临床症状改善，6例效果不明显，治愈率53.3%。两组比较治疗组显著优于对照组($P<0.01$)。

【病案举例】

（1）李某，男，54岁，干部。以“颈痛、眩晕”为主诉入院。入院诊断颈椎病椎动脉型。治疗过程中，未再作任何西药、中成药或椎基底动脉供血不足。入院治疗1个月，经补液、服中药等，症状未见明显缓解而出院，出院后，在门诊治疗，诊断为椎动脉型颈椎病。见舌淡、苔白、脉涩而无力，用补阳还五汤合温胆汤加减，竹茹用姜汁炙，连服20余剂，眩晕消失，仅剩颈痛，告愈。追踪4个月未复发。[10]

（2）潘某，女，41岁，工人。颈痛眩晕多次发作，在本院急诊室诊断为颈椎病，每次发作均需补液、卧床数天方能恢复，此次发作，因不愿再补液而服中药，遂投以补阳还五汤加温胆汤，处方如下：黄芪60g，葛根30g，桂枝10g，赤芍、白芍各10g，当归12g，地龙12g，天麻10g，竹茹10g（另包，嘱回家后用姜汁炙后同煎），法夏10g，枳实10g，大枣10g，炙甘草6g，4剂后，复诊，谓第2剂后，已无眩晕，不需补液，已经能上班。再投4剂以巩固疗效。3个月后又作眩晕，又投上方4剂而愈。[10]

按：温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等的胆胃不和，痰热内扰证，陈氏等将其应用于治疗颈性眩晕，疗效明显。中医学认为，本病的形成多为痰瘀或痰浊中阻，肝风夹痰浊上扰所致。病理因素主要在痰，朱丹溪提出“无痰不作眩”其病变部位在脑、耳、颈部，可涉及肝、脾、胃等脏腑。因此运用温胆汤随症加减，方中陈皮、枳壳、半夏、竹茹、生姜以行气和胃，降逆化痰；代赭石锁逆风，降痰浊，止呕吐；白术、茯苓健脾化湿。配合西药西比灵治疗时，西比灵的作用机制是选择性地作用于椎基底系，阻止血管硬化或痉挛，阻滞组织细胞损伤而缓解颈项肌紧张，阻

断了颈项肌本体感觉的传入和颈交感神经受到激惹，同时降低血黏度。陈氏观察结果表明，温胆汤加减合西比灵治疗颈性眩晕，疗效明显优于单纯西药治疗。

参考文献

[1] 司立新，岳保国，郑宏亮．温胆汤在骨伤科的应用．中医研究，2002，15（3）：57～58

[2] 王翠芬，杨德治，魏义全，等．枳实对大鼠胃肠电活动影响的初步研究．东南大学学报，2001，20（3）：153～154

[3] 樊建平，段桂花．骨折致胃肠功能紊乱的中医治疗．河南中医，2002，22：49

[4] 马惠杰，王学琴．颈源性眩晕的中西医结合治疗进展与应用．中国临床康复，2004，8（27）：6468～6469

[5] 薛爽．什么是颈性眩晕．中国脊柱脊髓杂志，1999，5（10）：99

[6] 张快强，刘继华．辨证施治眩晕型颈椎病110例．陕西中医，2006，27（5）：518

[7] 陈乃钱，吴文栩．温胆汤合西比灵治疗颈性眩晕症68例疗效观察．浙江中西医结合杂志，2007，17（5）：291～292

[8] 国家中医药管理局．中医病证诊断疗效标准．南京：南京大学出版社，1994，186

[9] 王素桂，张青洲，秦福生．加味温胆汤治疗颈椎性眩晕60例临证报道．中西医结合心脑血管病杂志，2004，2（2）：111

[10] 陈炳坤．补阳还五汤合温胆汤加减治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效观察．广州中医学院学报，1995，12（3）：19

第七章

皮肤科病证

生殖器疱疹

生殖器疱疹（G·H）主要是由单纯疱疹病毒2型（HSV－Ⅱ）引起的一种性传播疾病。[1~2]传染性强且复发率高，目前仍无治疗它的特效药物，常反复发作，治疗非常棘手。该病以阴部水疱、溃烂、疼痛，伴有心烦、便干、尿黄等表现为主。有关研究表明，引起应激反应的各种刺激可使肌体对单纯疱疹病毒等感染的敏感性增加。精神因素如剥夺睡眠、丧偶、紧张的心算、考试压力、孤独或激怒等均可降低免疫功能。[3]从而易感。

本病属中医学疱疹、湿疹范畴。其病因主要为内有湿热，外感邪毒，湿热、邪毒相互搏结，下注于阴部肌肤而发。且湿为阴邪，黏腻而滞不易速去，日久损伤正气，故反复发作。因此，祛湿解毒，清胆宁神可作为治疗生殖器疱疹的重要手段。现代药理研究：温胆汤能提高机体免疫力，其中半夏、茯苓能增强白细胞和巨噬细胞的吞噬功能，增强宿主免疫力；“十一脏皆取决于胆”，故胆气对人的生理起着决定性影响。[4]胆气壮，则人体能祛病抗邪。

【临床应用】

杨氏等[5]采用温胆汤加减治疗生殖器疱疹，观察病例92例，随机分为治疗组和对照组，治疗组52人，对照组40人。其中男60例，女32例；年龄在20~62岁之间，其中25~35岁68例，平均年龄29岁；病程2个月~3年，最少发作2次以上。取92例患者水疱内容物为标本，直接进行PCR检查：HSVⅠ-DNA阳性8例，HSVⅡ-DNA阳性64例，两者均为阳性者6例，均为阴性者14例。阳性检出率为85%。病人均符合生殖器疱疹的诊断标准。[6]治疗方法：治疗组予温胆汤加减，药用：陈皮、半夏各10g，茯苓30g，枳实、竹茹各15g，板蓝根30g，贯众15g，车前子30g（包煎），牛膝15g，甘草5g。水煎服，1日1剂。阿昔洛韦200mg/次，5次/日，7天后减至200mg/日，2次/日维持，共服4周。配合外阴清洗，每日1~2次。对照组：口服阿昔洛韦200mg/次，5次/日，7天后200mg/次，2次/日维持，共服4周，并用肤阴洁外洗局部。疗效判定：临床治愈：用药7天内皮损愈合，疼痛消失，停药半年内无复发。显效：用药7天内症状体征消失，停药3个月后复发。有效：用药超过7天症状体征消失，停药2个月内复发。无效：用药超过10天症状体征消失，停药不足1个月复发。治疗结果：治疗组有效率90%，对照组62.5%。两组比较$X^2=3.97$，$P<0.05$提示治疗组疗效优于对照组。

【病案举例】

（1）王某，男，25岁。1998年4月3日初诊。主诉：阴部水疱、溃烂、微痛，反复发作3个月余。现病史：3个月前不洁性交史，几天后外阴部不适，微红肿痒，并出现水疱，在当地医院诊为“生殖器疱疹”，口服“阿昔洛韦”等药治疗而愈，但以后时有复发，2天前因劳累后又觉外阴不适，并有小水疱生出，于是来我科求治。患者食差纳呆，心烦失眠，大便干，小便黄。查体：包皮处有淡红色聚集米粒大小的水疱，疱液光亮、透明，舌质红，苔薄黄腻，脉弦细滑，取疱液做PCR检查，HSVⅡ-DNA阳性，诊断：生殖器疱疹。证属湿热内蕴，兼感邪毒，气阴已虚，予温胆汤加减：陈皮、半夏各10g，茯苓30g，枳实、竹茹各15g，板蓝根30g，贯众15g，车前子30g（包煎），牛膝、黄芪、生地各15g，甘草5g，水煎服，1日1

剂。阿昔洛韦200mg/次，5次/日，同时肤阴洁外洗，日1~2次，7日后治愈，继续治疗4周，半年后随访无复发。[5]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证，如胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等。临床应用于治疗单纯疱疹病毒（HSV）所致的生殖器疱疹，G·H是目前最常见的性传播疾病之一，中医学认为，内有湿热，外感邪毒，湿热、邪毒相互搏结，下注于阴部肌肤而发。且湿为阴邪，黏腻而滞不易速去，日久损伤正气，故反复发作。而杨氏等用温胆汤加清热解毒药，祛除病邪，调整人体机能，并结合口服阿昔洛韦治疗取得了较好的疗效。温胆汤组成为陈皮、半夏、茯苓、枳实、竹茹、生姜、甘草。方中以半夏为君，降逆和胃，燥湿化痰；以竹茹为臣，清热化痰，止呕除烦；枳实行气、消痰，使痰随气下；佐以陈皮理气燥湿，茯苓健脾渗湿，俾湿去痰消；使以生姜、甘草益脾和胃而协调诸药。笔者去掉辛热之生姜，加上板蓝根、贯众清热解毒，车前子、牛膝补肾诸药合用共奏清热祛湿解毒、安神定志。据现代药理研究：板蓝根、贯众对单纯疱疹病毒有较强的抑制作用。本方化裁就是通过“温胆”而安神定志，解决患者患性疾病后的思想恐怖，使正气得补，胆气壮，提高肌体免疫力，从而达到提高治疗疾病的目的。观察结果表明，温胆汤加减，结合阿昔洛韦治疗本病52例，并与40例单纯西药组作了比较，疗效优于单纯西药组。

参考文献

[1] 杜平，朱关福，刘湘云．现代临床病毒学．北京：人民军医出版社，1999：183，432
[2] 叶干远．性病防治手册．南京：江苏科学技术出版社，1994，65
[3] 龚非力．医学免疫学．北京：科学技术出版社，2000，6
[4] 杜少辉．难病奇方温胆汤．北京：中国中医药出版社，1996：1
[5] 杨玉峰，杜少辉，杨瑛．温胆汤加减治疗生殖器疱疹的临床研究．河北中医药学报，2000，15（3）：10~11
[6] 白桦，佟菊贞，叶兴东，等．生殖器疱疹的诊断及感染特征探讨．中华皮肤科杂志，1996，29（3）：169

第八章 耳鼻喉科病证

一、梅尼埃病

梅尼埃病即耳源性眩晕，是耳鼻喉科门诊常见病症之一，西医认为是由于内耳膜迷路水肿所致。现代研究表明，水肿机制普遍认为是自主神经功能紊乱，致内耳毛细血管痉挛，迷路微循环障碍，局部缺氧使毛细血管血液滞留及血管壁渗透性增加引起内淋巴增多，形成内耳膜迷路水肿。梅尼埃病主要表现：[1]反复的突然发作的剧烈眩晕，听力减退及耳鸣，伴以恶心呕吐；发作期间出现规律性水平性眼球震颤；有明显的缓解期；病人的前庭功能试验减弱或迟钝；电测听检查在典型病例可有重震现象；神经系统检查无异常发现。

本病属中医“眩晕”。眩晕的病因病机，中医认为离不开风火痰虚。[2]多因素体虚弱，饮食不节，工作紧张或劳累，情绪波动等致人体阴阳失衡发病，本病为虚实兼杂。气血不足，不能荣养清窍，加之脾虚不能运化水谷，水湿聚而生痰，痰浊中阻致清阳不升，浊阴不降，络阻水停，耳聋失聪，而致阴阳失衡导致眩晕。也可因青壮年之脾湿素盛者，且诱发因素多见于劳累或风寒外袭者，由于饮食不节，

损伤脾胃，脾失健运，水谷精微运化失常，湿聚生痰，痰聚生水（饮）；痰湿中阻，清阳不升，浊阴不降，则头晕目眩，耳鸣耳聋，气机不利，脾阳不振，则胸闷呕恶，少食肢重。邪阻经脉，日久可郁而化热、化火，痰随火而扬，随风而升，从而表现出寒热错杂。温胆汤健脾利湿，祛痰降火开窍可作为治疗耳源性眩晕的重要手段。

【临床应用】

韩氏[3]加味温胆汤治疗梅尼埃病52例临床观察，共92例，随机分为治疗组52例和对照组40例。治疗组52例中，其中男20例，女32例；最小21岁，最大68岁，平均年龄42±0.5岁；病程1年以内14例，1~2年12例，2~3年21例，3年以上5例。对照组40例中，其中男17例，女23例；最小19岁，最大72岁，平均年龄46±0.5岁；病程1年以内10例，1~2年15例，2~3年11例，3年以上4例。两组年龄、病程无明显差异，具有可比性。治疗方法：治疗组：予加味温胆汤加减，药用：党参15g，白术12g，茯苓15g，陈皮10g，半夏15g，白芍15g，薏苡仁20g，山茱萸15g，竹茹15g，枳实15g，泽泻20g，葶苈子9g，川牛膝15g，生姜6g，大枣6枚，甘草6g。水煎服，1日1剂，分2次煮，取汁500ml，分早晚两次温服，5天为1个疗程，一般治疗1~2个疗程。对照组治疗：全天麻胶囊（贵州神奇制药有限公司），每次2粒，每日3次；50% GS40ml + 维生素$B_6$100mg静脉推注；安定10mg肌内注射，每日1~2次；不能进食者采用支持疗法，疗程同治疗组。临床治愈：眩晕、耳鸣、呕吐消失，听力恢复正常，随访1年后未复发，治疗组临床治愈21例，对照组临床治愈12例；好转：眩晕、呕吐消失，耳鸣减轻，听力未完全恢复，随访部分复发，治疗组好转30例，对照组好转22例；无效：症状体征均无改善，治疗组无效1例，对照组无效6例。治疗组有效率98.0%，对照组有效率85.0%，治疗组有效率明显优于对照组（$P<0.05$）。

李氏[2]等应用温胆汤治疗梅尼埃病的体会，共30例，治疗方法，基本方法：半夏20g，陈皮15g，茯苓30g，枳实12g，竹茹12g，柴胡12g，泽泻30g，天麻10g，菖蒲15g，仙鹤草20g，甘草6g，生姜3片，大枣5枚。水煎服，每日1剂，早晚分服。呕吐明显者，少量

顿服。郁而化火（热）如口渴、便秘，苔黄腻者加黄连或大黄。若不能进食水者，可配合液体疗法。治疗结果：经治疗，24 例痊愈（临床症状消失，听力恢复正常，观察半年无反复）；6 例好转（眩晕止，仍有耳鸣重听，观察半年无明显反复）。本组病例，服药最多 12 剂，最少 2 剂，平均服药 5 剂。

李氏[4]等温胆汤加味治疗耳源性眩晕 45 例，治疗方：温胆汤加味组成：半夏、陈皮、白术各 10g，竹茹 15g，茯苓 12g，枳实、炙甘草、天麻、黄连各 6g，生姜 3g。加减：气虚或有低血压病史，去天麻加升麻 6g，党参 10g，黄芪 15g，去枳实加枳壳 6g；血虚加当归 10g，阿胶 10g，熟地 12g；有高血压病史加牛膝 10g，丹参 15g，钩藤 10g；肾阳虚，去黄连加附子 3g，肉桂、枸杞子各 6g；肾阴虚，黄连改为 3g，加熟地、山药各 10g，山茱萸 6g。疗效标准及治疗结果：临床症状全部消失无复发为治愈；症状明显减轻，发病次数减少为显效。疗程最短 2 天，最长 16 天。其中治愈 39 例，显效 4 例，无效 2 例。

【病案举例】

（1）王某，女，42 岁，干部。1990 年 9 月 5 日初诊。间断性眩晕已年余，每次历时 7～10 天不等，病情呈进行性加重。近 2 天来又发眩晕耳鸣，视物旋转，呕恶痰浊，难以站立，伴胸闷气逆，周身沉重。曾用尼莫地平、维生素 C、碳酸氢钠静滴等药物治疗，无明显效果，而来就诊。临床检查排除颈性眩晕、肿瘤、癫痫等其他器质性病变。查心肺肝脾（－），BP17/11kPa。脉濡，苔白厚腻。证属痰浊中阻，清阳不升。治以祛痰化饮，燥湿和胃。用上方治疗 3 剂后，晕轻呕止，继服 3 剂，眩晕止，活动如常。为巩固疗效，加白术 60g，继服 6 剂，2 年未复发。[2]

（2）张某某，女，32 岁。1999 年 7 月 18 日就诊。患者于夜间睡眠翻身时，突然发生眩晕，晨起后，不能站立，身不能转，转则愈甚，伴有旋转型眼震，恶心欲呕，倦怠乏力，肢体困重。血压 90/50mmHg，舌苔滑腻，脉滑无力。属于位置性眩晕，辨为痰浊上犯，清空被扰，治以理气化痰，升清降浊。处方：陈皮、半夏、茯苓、白术各 10g，竹茹、黄芪各 15g，炙甘草、枳壳、升麻各 6g。每日 1 剂，水煎服。服药 3 剂，诸症均除，嘱其续服 3 剂，以防复发。[4]

（3）齐某某，男，65岁。1994年8月12日就诊。患者以反复发作性眩晕为主要临床表现，发病时，头晕耳鸣，天旋地转，眼不能睁，伴有恶心呕吐，口苦咽干，胸闷纳差。有高血压史10余年。舌苔黄腻，脉弦滑。西医诊断为梅尼埃病，曾用镇静剂、血管扩张药和碳酸氢钠治疗效果不显。延余诊治，根据以上脉症，辨证痰浊中阻，气机不利，郁而化火，清阳被蒙。治以理气化痰，清热利胆和胃。处方：半夏、陈皮、白术、黄连、钩藤各10g，竹茹、丹参各15g，茯苓12g，炙甘草、天麻、牛膝、枳实各6g。每日1剂，服药3剂后，眩晕明显减轻，可下地行走，仅感头沉重，诸症消除大半。服至9剂症状全部消失，为巩固疗效，效不更方，继服5剂。随访迄今未复发。[4]

按：温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等。现将其临床应用治疗梅尼埃病。现代医学认为是由于内耳膜迷路水肿所致。中医学认为离不开风火痰虚。《内经》有“诸风掉眩，皆属于肝”之说，丹溪主张“无痰则不作眩”，景岳强调“无虚不能作眩”。“虚”是本虚，“风”乃诱因，“火为病进”，“痰”（浊水湿）是其致眩、呕、鸣之重要原因。所以临床不仅眩晕，而且可见胸闷呕恶、耳鸣耳聋、头重如蒙，苔腻脉濡。临床确以气血不足，痰湿阻滞发病多见，以上患者多因素体虚弱，饮食不节，工作紧张或劳累，情绪波动者，或见于青壮年之脾湿素盛者，且诱发因素多见于劳累或风寒外袭者等致人体阴阳失衡发病，本病为虚实兼杂，气血不足，不能荣养清窍。加之脾虚不能运化水谷，水湿聚而生痰，痰浊中阻致清阳不升，浊阴不降，络阻水停，耳聋失聪，而致阴阳失衡导致眩晕。方中党参、白术、茯苓、白芍、甘草补气养血，健脾益胃，增强机体免疫力；陈皮、半夏、竹茹、枳实、薏苡仁健脾利湿，祛痰开窍；泽泻、葶苈子利湿祛痰化浊；山茱萸、川牛膝补益肝肾，通利血脉，引血下行，改善微循环；生姜、大枣健脾和胃止呕。以上药物组合取补益气血，健脾利湿，祛痰开窍之功。观察结果表明，应用温胆汤治疗梅尼埃病，治疗组明显优于对照组。

二、耳鸣耳聋

耳鸣耳聋是耳鼻喉科常见症之一，是耳的传音或感音机构病变时产生的听觉障碍。西医认为耳鸣耳聋多由病毒感染和急性血管阻塞所致，多采用改善微循环治疗。临床多表现为耳叫如鸣，听力下降，甚至听力消失。

耳鸣耳聋的病因病机，中医认为耳鸣耳聋并非全属虚证，而为虚实各半。《景岳全书》提出："耳鸣当辨虚实。凡暴鸣而声大者多实，渐鸣而声细者多虚；少壮热盛者多实，中衰无火者多虚；饮酒厚味素多痰火者多实，质清脉细素多劳倦者多虚"。《明医杂著·耳鸣》称：世上多作肾虚治不效，殊不知此是痰火上升，郁于耳中而为鸣，郁甚则闭矣。若遇此症，但审其平昔饮酒厚味，上焦素有痰火，只用清痰降火治之。《证治准绳·杂病·耳》认为："暴聋之病，与阴阳隔绝之未甚、经脉欲行而未通"。耳鸣耳聋患者应从痰进治，结合行气活血，以理气化痰、活血通窍为治则，所以，温胆汤化痰理气、和胃降浊可作为治疗耳鸣耳聋的重要手段。

【临床应用】

江氏[5]应用温胆汤加减治疗耳鸣、耳聋30例。30例中，男12例，女18例；年龄最大者62岁，最小者23岁；病程最长者2年，最短者半个月。临床症状：听力下降，需高声言语或附耳大声言语方能应答，两耳蝉鸣或两耳轰鸣，脉细弱或弦数，苔白腻或黄腻，舌红。五官科检查和电测听检查确诊。治疗方法：予温胆汤随症加减，药物组成：法夏20g，云苓、石菖蒲、陈皮、苍耳子各15g，地龙、川芎、枳实、竹茹各12g。肝火上炎者加磁石25g，钩藤35g（另包后下）；久病气虚者加太子参20g，炙黄芪45g，益气固表；肾阴亏虚者加熟地20g，枸杞15g，五味子15g；大便秘结者加大黄10～12g。上方每日1剂，水煎3次混合温服，每日3次。另用维生素$B_1$100mg，维生素B_{12}0.5mg，2%普鲁卡因2ml，患者听宫穴封闭，隔1日1次。上法1个月为1个疗程，若第1个疗程未愈，可继续第二疗程，必要时需进行第三疗程。疗效标准：治愈：症状消失，电测听检查在20～30分贝；显效：症状基本消失，电测听检查在30～40分

贝；有效：症状减轻，电测听检查在40～60分贝；无效：自觉症状无明显改变，电测听检查无效果或者加重。治疗结果：30例中治愈21例占70%；显效9例占30%。总有效率为100%。随访22例，时间半年至3年，无一例复发。

杨氏[6]温胆汤加减在耳聋病症中的应用，治疗方法：温胆汤加减：半夏15g，陈皮10g，茯苓10g，甘草6g，竹茹15g，黄连10g，赤芍10g，石菖蒲15g，1日1剂，水煎，分早晚温服。服药少者3剂，多者25剂。治疗标准：治愈：头晕目眩、恶心、痰黄、耳鸣耳聋及耳内堵塞感消失，饮食、睡眠正常。好转：以上症状减轻，饮食、睡眠欠佳。结果：50例中治愈38例（76.0%），好转12例（24.0%）。

【病案举例】

（1）刘某，本厂退休工人，女，62岁。1994年2月5日初诊。患者不明原因，双耳听力下降半月加重2天求诊。症见两耳蝉鸣，听力下降，需高声附耳言语方能应答，伴头痛、眩晕、心中烦闷，苔薄白腻，脉浮或弦。电测听检查，骨导、气导均在55～60分贝之间，西医诊为耳聋。中医辨为耳聋耳鸣。证由痰瘀阻络所致，治以化痰理气、活血通窍，方用温胆汤加黄芪、川芎、苍耳子、石菖蒲、地龙、磁石，煎服，每日1剂。另用维生素$B_1$100mg，维生素B_{12}0.5mg，2%普鲁卡因2ml双耳听宫穴封闭，内服与治疗1个月后症状好转，电测听检查恢复至50分贝左右。继续治疗1个月，症状消失，电测听检查恢复至35分贝左右。再治疗1个月，电测听检查恢复至25分贝左右，能正常交谈。遂予六味地黄丸内服巩固治疗1个月，随访3年，未复发。[5]

（2）杨某，男，47岁，某厂检验员。1994年10月20日初诊，患者2年前自觉双耳听力下降，需高声言语方能应答。曾求诊于某医院专科，电测听检查，骨导、气导均在60分贝左右，西医诊为耳聋，经用药（药名不详）治疗后症状无缓解。症状日渐加重，胸烦闷，痰多口苦，舌苔薄黄而腻，电测听检查双耳大于65分贝。中医辨为耳鸣耳聋，证属痰浊中阻、脉络瘀滞，治以清热化痰、活血通络，方用温胆汤加黄连、黄芩、地龙、川芎、苍耳子、石菖蒲、钩藤；痰多

加胆星、海浮石；郁结加浙贝母。每日1剂水煎内服。另用维生素$B_1$100mg、维生素B_{12}0.5mg、2%普鲁卡因2ml，双耳听宫穴封闭，隔1日1次。内服与治疗2个月，症状基本消失，遂予六味地黄丸内服；双耳穴封闭治疗1个月，余症消失，电测听检查恢复至30分贝。随访2年，未见复发。[5]

按：温胆汤常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证。笔者临床用于治疗耳鸣耳聋，配合维生素及封闭听宫穴，取得满意疗效。中医学认为本病不外虚实两端，但诸家见解不一。但临床所见不少耳鸣耳聋患者除了有耳鸣耳聋的主观不适外，并无其他明显的全身症状，这也给中医辨证分型带来了困难。[7]周芳城[8]认为耳鸣证分虚实，实证多由肝火上逆或痰火所致，虚证多属肾阴亏损或中气下陷。葛英华[9]则认为耳聋从虚实论治，虚者多责心肾脾，实者多责肝胆、风湿火热痰瘀，故耳聋可分为风热外袭、肝胆湿热、肝火上炎、痰火上壅、气滞血瘀、脾虚湿困、肝阳上亢、气血亏虚等证型。李延培[10]根据“肺-耳相关论”把耳鸣分为痰浊阻肺、木火刑金、肺气亏虚、肺肾阴虚四种证型。王德鉴[11]按照病因病机的不同，把耳鸣耳聋分为风热侵袭、肝火上扰、痰火郁结、肾精亏损、脾胃虚弱五种证型。干祖望[12]按耳鸣耳聋常见证候分为风邪闭窍、痰浊上蒙、肝胆火旺、瘀滞清窍、气郁窍闭、肾虚精脱、中气下陷、营血不足八种证型。《灵枢·决气》篇云“精脱者耳聋”。吴鞠通说“温病耳聋，病系少阴，与柴胡汤者必死。六七日以后，宜复脉辈复其精。”肾开窍于耳，肾精亏损，阴液枯涸不能上滋于耳，故见耳聋。中医主张从肾入手，从虚论治，但临床观察疗效不佳，有鉴于此，笔者总结了前人理论及临床表现，变换以往从肾、从虚的传统论治，而注重痰的病理因素，并结合行气活血，在临床观察中，江氏以理气化痰、活血通窍为治则，以温胆汤化痰理气、和胃降浊，配合苍耳子、川芎、石菖蒲通经利络，再佐以维生素B_1、B_{12}耳穴封闭，改善耳蜗血循环，营养耳蜗神经，诸药协力，收到较为满意的疗效。

三、耳郭假性囊肿

耳郭假性囊肿为耳科常见疾病，又称软骨内积液，耳郭假性囊肿

的病因目前尚未明确。一般认为可能与耳郭受到某些机械刺激、无意触摸等引起局部循环障碍所致，其病理为耳郭软骨内含浆液性渗出物。[13]是软骨膜的无菌性炎症反应，化脓性软骨膜炎为耳郭软骨膜和软骨的急性化脓性炎症，常因外伤、手术、冻伤、烧伤、耳郭血肿继发感染所致，因可引起软骨坏死导致耳郭畸形，应认真对待。耳郭假性囊肿临床表现：多见于成年男性，常为单侧。耳郭腹侧面呈半球形隆起，界限清楚，皮肤色泽正常，硬或有波动感，无压痛。穿刺可抽出淡黄色或血水样液体，抽后不久又复发。

属中医学“耳郭流痰”范畴。认为病因为脾胃虚弱，痰湿内生，加之风邪外犯，挟痰湿上窜耳壳，痰浊凝滞而成，因此，消痰散结，祛瘀通络可作为治疗耳郭假性囊肿的重要手段。其主要表现为浆液性者常仅有耳郭局限肿起，有弹性感，不红，无明显疼痛，穿刺可抽出淡黄色浆液性液体，培养无细菌生长。患者以男性居多，发病年龄一般在30～40岁，多发生于一侧耳郭。有关研究表明，多数患者存在软骨膜的无菌性炎症，局部微循环障碍，而现代药理研究证实，温胆汤具有抗炎，改善局部微循环的作用。

【临床应用】

尚氏等[14]应用抽液注药加温胆汤治疗耳郭假性囊肿疗效观察。共观察：46例。双耳发病者6例，单纯左耳发病者16例，单纯右耳发病者24例，其中男29例，女17例，年龄21～64岁，病程5～28天；局部局限性隆起，直径最小0.5cm，最大波及耳甲腔，但不超过1/2耳郭。有32例为初诊病人，未用过任何治疗，其余14例，曾用各种药物及治疗无效；抽液1次及全身应用抗生素者7例；抽液2～4次，应用耳周封闭、理疗、积液腔注入高渗液者3例；抽液4次，抽液后注入地塞米松0.5ml者3例，抽液3次，抽液后注入泼尼松龙0.5ml者1例。治疗方法：中药温胆汤加减，配合抽液注药法。药用：半夏9g，竹茹9g，枳实6g，陈皮9g，茯苓9g，地龙6g，柴胡6g，甘草3g。若胃纳差者，可加用砂仁、白术、山楂、神曲。配合抽液注药法：严格无菌操作，局部用2%碘酊、75%乙醇消毒皮肤，然后用12号或9号注射针头抽尽局部积液，另换注射器，反复注入及抽出适量生理盐水于积液腔4～6次，以彻底冲洗积液腔，抽尽冲

洗液后，再换注射器，注入2%碘酊少许（约0.5ml），用无菌棉球、纱布、绷带压迫包扎。临床运用时于抽液注药加压包扎后，当日开始服用上述中药，每日1剂，3天后检查局部积液再生情况。如无再生，继续服用中药3剂，巩固疗效。如有再生，仍按上述方法抽液注药，同时继续服用中药，仍3日复诊。均以20天为1个疗程，在用药期间所有病例均禁食辛辣食物、禁烟酒。疗效判定：病人自觉症状常不明显，可有胀感、灼热感和痒感；体征为耳郭前面局限性隆起。根据病人症状和体征，我们自拟如下疗效判定标准：治愈：自觉症状消失，体征消失；有效：自觉症状好转，肿胀范围明显变小；无效：症状，体征无改善。结果：采用抽液注药配合温胆汤加味治疗耳郭假性囊肿46例，其中22例经抽液注药1次即获治愈；4例经抽液注药2次获治愈；3例经抽液注药3次获治愈，其余17例中均经过4次抽液注药，其中14例肿胀范围明显变小，仅局部略有肿胀，另3例患者症状体征无改善。治愈29例，有效14例，无效3例，总有效率93.5%。随访6个月，治愈有效中复发4例，占8.7%。

按：温胆汤，常用于治疗胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等症，现将其应用于治疗耳郭假性囊肿，并配合抽液注药治疗，疗效满意。中医学认为，本病内因为脾胃虚弱，痰湿内生；外因为风邪外犯。内外合邪，风邪挟痰湿上窜耳壳，痰浊凝滞而致病，治宜消痰散结，祛风通络，配合健脾化痰。[15~16]抽尽积液彻底冲洗后即用敷料加压包扎，促使积液腔消失；抽液后注入少量2%碘酊可刺激积液腔壁，促使纤维化。中药方中陈皮、半夏燥湿行气化痰，茯苓健脾渗湿，竹茹有清热化痰之力，枳实疏肝理气，加地龙、柴胡、郁金以疏风活血、通络，僵蚕祛风软坚散结，合而可奏健脾化湿消痰，祛风散结通络之功，可有效防止积液再生。本方法操作简单，通过内治，外治配合治疗，疗效确切，治愈率高，临床结果表明，采用抽液注药加温胆汤加减治疗耳郭假性囊肿，取得满意效果。

四、慢性咽炎

慢性咽炎为临床常见病之一，慢性咽炎的主要表现为咽喉干痛不适、异物感、紧缩感，其病理变化：慢性单纯性咽炎，表现为咽部黏

膜慢性充血；肥厚性咽炎，主要表现为咽部黏膜充血肥厚，黏膜下有广泛的结缔组织及淋巴组织增生；慢性萎缩性咽炎，主要表现为黏膜层及黏膜下层萎缩变薄，咽后壁有痂皮附着，分泌减少。

本病中医称为“虚火喉痹”、“帘珠喉痹”，归属喉痹范畴。喉痹的病因病机归纳为痰热、虚火、津不上承等。病因为余邪未尽，粉尘、浊气刺激，嗜好烟酒，辛辣饮食等方面的不良刺激，慢喉痹多由急性喉痹、急乳蛾或外感热病，治不得法转化而成或因长期受化学气体、烟酒辛辣、粉尘刺激而诱发，亦有因情感不畅，思虑过度而致者。《素问·阴阳别论》云：“一阴一阳结谓之喉痹。”是对本病的最早论述。历代医家有较多的发挥。如《丹溪心法》认为“喉痹大概多是痰热”。《景岳全书·咽喉》云：“格阴喉痹，由火不归元，则元根之火客于咽喉而然，其证则上热下寒，全非火证。”《喉科心法》认为系“肾火真阴亏损故也”。《脾胃胜衰论》曰：“饮食不节，劳役所伤，以致脾胃虚弱，乃血所生病，主口中津液不行。”《医学入门》云：“色欲动肾火，火炎上攻，咽隔干痛”。在症候上，《伤寒论·少阳病》云：“少阳之为病，口苦、咽干、目眩也。”《医学纲目》有“盖病喉痹者，必兼咽嗌痛”等描述。痰热、虚火日久伤阴灼络成瘀。因此临床应用温胆汤加减，以清火解毒、化痰祛瘀可作为治疗慢性咽炎的重要手段。近年来医家们还开展了多项实验研究，对慢性咽炎患者的自主神经功能进行检测，结果发现，本病阴虚组主要处于交感神经功能亢进状态；阳虚组处于副交感神经功能亢进状态，与健康人比较，均有显著差异。认为自主神经功能失调，是咽局部病变与全身阴阳失衡相互影响的中介之一。现代药理研究证实，温胆汤有调节自主神经功能的作用。

【临床应用】

秦氏[17]观察病例80例，男性15例，女性65例。单纯性咽炎75例，并慢性扁桃体炎5例。年龄2~14岁11例，15~45岁51例，46~62岁18例。病程在1~6个月者47例，7个月~1年者22例，1年以上至3年以下者11例。证候表现：有急喉痹反复发作史者，感咽部干燥疼痛或伴异物感，咽痒即咳，咽部充血暗红或黏膜肿胀，咽后壁可见滤泡，有少量黏稠痰，舌边尖暗红，苔黄或黄腻，脉弦数或

滑数，辨证属痰瘀壅结型。治疗方法：以桃红温胆汤加减。疗效标准：痊愈为咽部症状体征完全消失；好转为咽部症状体征明显减轻；无效为症状体征无明显变化。治疗结果：经3个疗程治疗，痊愈59例占73.8%；好转18例占22.5%；无效3例占3.8%；总有效率为96.2%。秦氏[15]以桃红温胆汤为基础方，药用：桃红10g，红花8g，川芎10g，竹茹10g，枳实10g，陈皮12g，京半夏12g，茯苓20g，桔梗15g，射干12g，元参20g，僵蚕10g，黄芩15g，银花20g，连翘15g，甘草6g。前服法：先用温水浸泡30min，煎沸20min，每次煎至100ml，煎3次，3煎混合，分3次缓慢含口咽，每日1剂。服药期间停用其他药物，忌食辛辣香燥食物及烟、酒、糖等。组方可随症加减：体质壮实，痰热壅盛者可加重银花、连翘、黄芩剂量；阴虚火盛，咽燥甚者去银花、连翘，酌加元参、麦冬、黄柏；脾胃虚弱者酌减清热解毒药剂量，加白术、神曲。每服7剂为1个疗程，间隔5天开始第二疗程，观察3个疗程统计疗效。取得明显疗效。

赵氏[18]应用黄连温胆汤加味治疗慢性咽炎22例，治疗方法：黄连温胆汤加味：黄连、法半夏、竹茹各12g，陈皮、茯苓、枳壳、天竺黄、莱菔子、天花粉各15g，胆星10g，鱼腥草30g，甘草3g。每日1剂，水煎分3次服；治疗2周统计疗效。疗效标准：治愈：治疗后自觉症状消失，咽喉部检查正常；好转：自觉症状明显改善或好转，体征部分消失；无效：治疗前后症状或体征无明显变化。治疗结果：治愈15例，68.2%；显效6例，占27.3%；无效1例，占4.5%；总有效率95.5%。

【病案举例】

（1）杨某，男，30岁。1996年11月29日初诊。患者自述咽喉疼痛，吞咽困难，反复发作已5年，咽部曾出现过溃疡。西医诊断为慢性咽炎，服用抗生素效果不佳。此次发病半月，自觉咽喉疼痛，灼热，有异物感，吐之不出，吞之不下，胸闷，痰多黄稠，微咳，口干不欲饮。查体：咽部色红，后壁有淋巴滤泡增生，舌质淡苔黄厚腻，脉弦。辨证为痰热壅肺，上迫咽喉。治以清热化痰，宣肺利咽。处方：黄连、法半夏、竹茹各12g，陈皮、茯苓、枳壳、天竺黄、莱菔子、天花粉各15g，胆星10g，鱼腥草30g，甘草3g。水煎服，1日1

剂。服药5剂后，咽喉疼痛减轻，痰色变白，痰量减少。继服上方10剂，症状体征完全消失，舌脉恢复正常，观察1年未见复发。[18]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰的胆怯易惊，虚烦不宁，失眠多梦，呕吐呃逆，癫痫等，秦氏临床应用于慢性咽炎，收效明显。中医学认为，慢性咽炎内因多为肺脾胃脏腑功能失调，外因多为风热邪毒侵犯，热毒循经上攻，以致气血瘀滞，脉络痹阻而发病。临床治疗颇为困难，往往缠绵难愈，反复发作。[19]现代医学进一步探明了本病的病变与脏腑阴阳盛衰病理变化上的联系和影响。“初病在经，久病入络”、“初病在气，久病入血”、“百病多由痰作祟”的理论，因此从痰瘀论治，观察结果表明，应用温胆汤加味治疗慢性咽炎，疗效满意。

参考文献

[1] 邝贺龄．内科疾病鉴别诊断学．第三版．北京：人民卫生出版社，1995：714～715

[2] 李国臣，朱红霞，陈淑霞．温胆汤治疗梅尼埃病的体会．中医研究，2002，15，(3)：58～59

[3] 韩莉．加味温胆汤治疗梅尼埃病52例临床观察．河南中医学院学报，2003，18（1）：50

[4] 李英，郭月英。温胆汤加味治疗耳源性眩晕45例．内蒙古中医药，2000，3：18

[5] 江桂贞．温胆汤加减治疗耳鸣、耳聋30例．贵阳中医学院学报，2001，23：25～26

[6] 杨孝埔，刘景，齐巧云．温胆汤加减在耳聋病症中的应用．实用全科医学，2005，3（3）：192

[7] 刘春松．耳鸣耳聋的辨证分型及其证治述要．中医药学刊，2003，21（2）：232

[8] 周芳城．加味通气汤治疗耳鸣．山东中医杂志，1994，13（12）：560

[9] 葛英华．浅谈耳聋证治九法．北京中医药大学学报，1994，17（5）：53

[10] 李延培．耳鸣从肺论治．山东中医杂志，1994，13（11）：515

[11] 王德鉴主编．中医耳鼻科学．上海：上海科技出版社，1985：25

[12] 干祖望．中医对耳鸣、耳聋的认识及处理．中级医刊，1984，(7)：58
[13] 黄选兆，汪吉宝．实用耳鼻咽喉科学．北京：人民卫生出版社，1998：829
[14] 尚红坤，王在凡，陈刚超．抽液注药加温胆汤治疗耳郭假性囊肿疗效观察．齐齐哈尔医学院学报，2007，28（15）：1815
[15] 王德鉴，王士贞．中医耳鼻咽喉口腔科学．北京：人民卫生出版社，1994：204
[16] 王德鉴，干祖望．中医耳鼻咽喉科学．上海：上海科学技术出版社，1985：14
[17] 秦雪屏．从痰瘀论治慢性咽炎80例．云南中医中药杂志，2000，21(1)：44
[18] 赵碧涛．黄连温胆汤加味治疗慢性咽炎22例．实用中医药杂志，2002，18(7)：22
[19] 孙淑兰．慢喉痹的辨证治疗．河北中医，2001，23（8）：595

第九章 眼科病证

中心性浆液性视网膜脉络膜病变

中心性浆液性视网膜病变是临床常见的内眼病之一。临床上以眼前出现中心暗点，视力减退，视物变形或变小，黄斑部视网膜水肿、渗出为其特征。该病多发于青中年男性，易复发，多单眼发病。[1] 现代医学认为本病的发生与精神兴奋或紧张，脑力劳动过度或局部病灶感染造成的过敏反应有关。“中浆”是一种常见的眼底病，本病的发病机制是，由于涡静脉回流障碍或脉络膜静脉系统循环紊乱，导致热调节功能衰竭，渗透性增加；或由于炎症、缺血、机械性损伤、生化及代谢物质或某些至今仍不明的因素导致内皮细胞无紧密连接的脉络膜毛细血管渗透性增加，浆液性渗出进入色素上皮而致其脱离。色素上皮细胞由于持久性脱离或上述因素本身的影响而发生变性，其间的紧密联接被破坏，屏障作用消失，而浆液性渗出则渗漏进入视网膜下间隙而发生浆液性视网膜脱离。临床上以眼前出现中心暗点，视力减退，视物变形或变小，黄斑部视网膜水肿、渗出为其特征。

该病属中医学“视惑”、“视瞻昏渺”范

畴。其病因与肝气郁结，气滞血瘀，脉道阻滞或脾失健运，痰浊上犯清窍或久病致肝肾亏损，精气不能上承，目失所养有关。它在临床上的突出特点是黄斑区水肿、渗出，因黄斑属脾，经云："诸湿肿满，皆属于脾"。该病多系脾失健运，水湿内停，湿浊上注，神光被遏，致使内眼局部水肿。所以健脾化痰，理气活血利水可作为治疗中心性浆液性视网膜病变的重要手段。有关研究证明温胆汤有镇静安眠之效，可缓解精神因素，并有抗菌、抗病毒作用，在此基础上，可降低过敏反应的发生率。

【临床应用】

孙氏[2]应用春泽汤及温胆汤加味治疗中心性浆液性视网膜病变32例。包括32例35只眼，其中男22例24只眼，女10例11只眼；年龄18～50岁30例，50岁以上2例；右眼22只，左眼13只。诊断标准：患者眼前出现暗影，患眼视力减退，视物变形，变小，并可伴有色觉改变，黄斑区结构模糊，呈红色圆形水肿，中心凹反射减弱或消失，病变区出现黄白色点状渗出物及色素紊乱，眼底荧光血管造影可见黄斑区荧光积聚或渗漏。[3]治疗方法：水肿型：患者眼底黄斑区水肿明显，黄斑结构模糊，黄斑中心反射消失。治则：益气健脾，化气利水。方药为春泽汤加味方：党参、白术、茯苓、猪苓各15g，泽泻、车前子、薏苡仁各12g，桂枝9g，甘草6g。渗出型：除黄斑结构模糊，黄斑区水肿外，且伴有黄白色点状渗出物，黄斑区色素紊乱。治法化痰散结，理气活血。方药为温胆汤加味：制半夏、茯苓、夏枯草、昆布、瓜蒌、莪蔚子各12g，陈皮、枳壳各9g，生牡蛎30g，丹参15g，炒竹茹、生甘草各6g。水煎服，每日1剂，20剂为1个疗程，共为3个疗程，治疗期间，停用其他任何中西药物。据黄斑区病变，分水肿型和渗出型，对于黄斑部病变渗出型，运用温胆汤加味方治疗，获得了较好疗效。疗效标准：治愈：自觉症状消失，眼底黄斑区病变消退，视力基本恢复，视力提高4行以上。好转：黄斑区病变减轻，视力提高1～2行，视直如曲减轻。无效：症状、视力、眼底病灶均无改变。[4]治疗结果：在32例35只眼中，第一个疗程内治愈者4例4只眼，第二个疗程内治愈者6例6只眼，第三个疗程内治愈者8例9只眼，3个疗程内共治愈18例19只眼，好转9例10只眼，

无效5例6只眼。

【病案举例】

邱某某，男，29岁。主诉：右眼视物昏蒙，眼前黑影似薄烟雾状，症已2个月余。近日视物变形，变小，且有正中视物发暗，经眼科门诊检查。视力OD.0.4，OS.0.8。双外眼无异常，屈光间质透明。右眼底检查：黄斑区水肿，见有2个视乳头直径大小光晕，并夹有散在的、数量不多的黄白色点状渗出物，中心反射消失，眼底余部无异常。诊为右眼“中浆”病变，为渗出型，治疗给予服用温胆汤加味方。20剂后复诊，自诉视物较前清晰，症状好转。检查视力：OD.0.6，OS.0.8。眼底检查：黄斑区呈浅水肿，光晕不显，黄白色点状渗出基本吸收。续服前方20剂后复诊，检查视力：OD.0.8，OS.0.8。再进行眼底检查：黄斑区水肿消退，渗出全部吸收，中心反射弥散隐约可见。又续服原方10剂，予以巩固疗效，随访2个月未复发。[2]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证的虚烦不寐，恶心呃逆，癫痫等。笔者临床应用于治疗中心性浆液性视网膜脉络膜病变，收效显著。中医学认为此病与肝气郁结，气滞血瘀，脉道阻滞，或脾失健运，痰浊上犯清窍或久病致肝肾亏损，精气不能上承，目失所养有关。根据黄斑区病变，对于黄斑部病变渗出型，运用温胆汤加味方治疗，以利湿清热，祛痰化浊。方中半夏燥湿化痰，陈皮理气化痰。再配枳实、竹茹、茯苓、甘草和中补脾，能使气顺则痰降，气化则痰化。且痰从湿生，脾运则湿去，湿去则痰自消。方中加用夏枯草、瓜蒌、牡蛎、昆布，则能对水肿日久所郁积之痰，能起到化痰散结的作用。又根据《血证论》关于痰瘀同源的理论，对日久不吸收的渗出物，在温胆汤方中加用丹参、当归、茺蔚子来活血化瘀，以促使渗出物的尽快吸收。观察结果表明，温胆汤治疗中心性浆液性视网膜病变，疗效明显。

参考文献

[1] 王燕，余杨桂．低能量激光结合中药治疗顽固性中心性浆液性视网膜脉络

膜病变．广州中医学院学报，1994，11：71
[2] 孙新元．春泽汤及温胆汤加味治疗中心性浆液性视网膜病变32例．浙江中医杂志，2006，41：89
[3] 刘家琦主编．实用眼科学．北京：人民卫生出版社，1984：407，800
[4] 上海市卫生局编．上海市中医病证诊疗常规．第二版．上海：上海中医药大学出版社，2003：12

第十章 口腔科病证

顽固性口腔溃疡

顽固性口腔溃疡是常常遇到的口腔疾病，相当于现代医学的复发性口疮（阿弗他溃疡），复发性口腔溃疡首先与免疫有着很密切的关系。有的患者表现为免疫缺陷，有的患者则表现为自身免疫反应，也就是由于各种因素，使人体正常的免疫系统，对自身组织抗原，产生免疫反映，而引起组织的破坏而发病。其次是与遗传有关系，在临床中，复发性口腔溃疡的发病，有明显的家族遗传倾向，另外，复发性口腔溃疡的发作，常常还与一些疾病或症状有关。随着一种或多种因素的活跃、交替、重叠就出现机体免疫力下降，免疫功能紊乱，也就造成了复发性口腔溃疡的频繁发作。复发性口疮（阿弗他溃疡）以其溃疡反复发生，间歇期不定，甚者此起彼伏为特点，病程长，反复不愈，所以俗称顽固性口腔溃疡，口腔黏膜上的浅表性溃疡，颗粒可从麦粒至黄豆大小，成圆形或椭圆形，溃疡面微凹如同菜盘底、周围充血呈红晕状，可有自发性疼痛或因食物刺激后产生疼痛，一般 7 ~ 10 天内可自行痊愈。其病理为口腔溃疡初起时，黏膜

充血、水肿，很快出现大小不等的溃疡。溃疡常发生于舌、颊内黏膜，唇内黏膜及上腭，有时也可蔓延至口角及咽喉。溃疡边缘很清楚，溃疡面上多覆盖一层黄色脓苔，医学上称为假膜，这层假膜不易剥离，如强行剥离后可形成糜烂面，有时溃疡成片，可引起下颌淋巴结肿大。

本病属中医学“口疮”的范畴。对于本病的认识，《素问·气交变大论》已有“民病口疮”之说，《医贯》亦云：“口疮上焦实热，中焦虚寒，下焦阴火，各经传变所致”。口疮之病，中医往往责于肺胃有热，本病多由心脾积热所致。盖手少阴之经通于舌，足太阴之经通于口。因此，心脾痰火蕴盛，则熏蒸上焦，秽毒之邪乘之，腐蚀肌膜，而发口疮。因此临床多以清热解毒，燥湿化痰作为治疗顽固性口腔溃疡的重要手段。现代临床研究证实，温胆汤有提高人体免疫，抗感染的作用。

【临床应用】

何氏[1]应用温胆汤化裁治疗顽固性口腔溃疡。观察病例39例，其中男7例，女32例，年龄16～67岁，病程：15天～1个月7例，1～3个月19例，3～6个月13例。平均治疗时间13天。临床表现：口腔内唇、颊、上腭等处黏膜不同程度形成散在性黄白溃疡点，或溃疡连接成片，呈椭圆形，周围红晕，表面凹陷，溃疡面有黄白或灰白膜覆盖，局部灼痛，反复发作，重者张口困难，影响进食和吞咽。治疗方法：中药汤剂：选用温胆汤（半夏、陈皮、茯苓、竹茹、枳实、甘草）为主方，药用：半夏10g，陈皮6g，茯苓10g，竹茹10g，枳实10g，甘草6g。牙龈红肿，舌红苔黄，去半夏加龙胆草；苔腻、痰湿重加茵陈、滑石、郁金；大便干结、口臭加大黄；口干舌燥加麦冬、五味子、天花粉；心烦、表热未清加柴胡。中药每日1剂，水煎服，服药时先以汤药含漱3～5min后再咽下，同时给予口服维生素E，每次50mg，每日3次，取得满意疗效。疗效标准：治愈：各型口腔溃疡经治疗后完全愈合，半年不复发；好转：愈合时间加快，间歇期延长，疼痛程度减轻，溃疡数目减少和直径变小等5项指标，经治疗后具有其中3项者。治疗结果：39例患者中，经7～20天的治疗，临床治愈36例，占92.3%，好转3例，占7.7%，总有效率

为100%。

【病案举例】

患者，女，53岁。1999年6月初诊。口腔溃疡反复发作半年多，服维生素B_2、E以及中药（药物不详）等治疗未愈，病情时好时坏，现口腔黏膜及舌表面灰白成片，间有红斑及溃疡点，表面糜烂，张口困难，伴胸胁胀闷，烦躁，纳差，大便干结，舌红苔黄稍腻，脉弦，给予温胆汤加减：龙胆草10g，柴胡10g，陈皮6g，竹茹10g，茵陈10g，枳实10g，大黄6g，甘草3g，5剂。每日1剂，服药时先用药液含漱3～5min再咽下。5天后复诊，前症大有改善，口腔黏膜表面红斑，已无糜烂，饮食好转，大便结已除。上方去大黄，再服5剂而愈，遂给予维生素E50mg，每日3次，连服1周以巩固疗效。[1]

按：温胆汤，常用于治疗胆胃不和，痰热内扰证的虚烦不寐，恶心呃逆，癫痫等。现将其应用于治疗顽固性口腔溃疡。中医认为口疮之病，中医往往责于肺胃有热，口疮有虚火和实火之分。实火者，诸经之热，皆应于心，心火上炎，薰灼于口，则口舌生疮。脾热生痰，痰火互结，上炎于口，亦生口疮，治宜清热祛痰，虚火者，肺肾阴亏，虚火上炎于口，也发口疮。多以清热解毒之剂治之。然而，复发性口疮（阿弗他溃疡）因其病程长，病情反复，痰热相搏，结于胆经，日久阴津受损，此时单用清热之剂难以奏效，何氏在临证时以温胆汤化裁治疗，用其化解胆经痰火郁结。方中二陈汤去内结之痰湿，以龙胆草易半夏，加郁金则增强其解郁祛痰火之力，随证加柴胡、麦冬、天花粉、大黄等均是遵循滋阴清热，解郁除痰降火之需。全方共达解郁祛痰降火，滋阴护津之功，故能收到良好疗效。观察结果表明，温胆汤加减内服，配合维生素E治疗顽固性口腔溃疡，疗效明显。

参考文献

[1] 何焕平．温胆汤化裁治疗顽固性口腔溃疡．吉林中医药，2000，(3)：30

下篇

实验研究

第 下 篇

实验研究

第一章 温胆汤中各味中药的药理研究

一、半夏

（一）对呼吸系统的作用

1. 镇咳　半夏具有明显的镇咳作用，与可待因相似但作用稍弱，其机制初步认为系生物碱抑制咳嗽中枢所致。动物实验证明生半夏、姜半夏、明矾半夏的煎剂灌服，对电刺激猫喉上神经或胸腔注入碘液引起的咳嗽具有明显的抑制作用，药后30min生效，可维持5h以上。[1]

2. 祛痰　生半夏和清半夏的乙醇提取物给小鼠灌胃，用酚红法测得清半夏的乙醇提取物有一定的祛痰作用，而生半夏未见明显的祛痰作用。[2]

（二）对消化系统的作用

1. 对胃肠道的影响　半夏水煎醇沉液具有抗大鼠幽门结扎性溃疡、消炎痛性溃疡及应激性溃疡的作用，其抗溃疡作用的药理基础可能是减少胃液分泌，降低胃液游离酸度和总酸度，抑制胃蛋白酶活性，保护胃黏膜，促进胃黏膜的修复等。[3]

2. 镇吐 半夏能激活迷走神经传出活动而具有镇吐作用。半夏的镇吐作用远比其镇咳作用弱，且作用时间不够持久。

3. 对肝胆的影响 动物试验证明，半夏能作用于小鼠肾上腺，使血中皮质酮上升，增强皮质酮对肝脏内酪氨酸转氨酶的诱导作用，从而升高肝脏内酪氨酸转氨酶的活性。[4] 另外，半夏对家兔有促进胆汁分泌作用，能显著增强在肠道中的输送能力。[3]

（三）对循环系统的作用

半夏有较明显的抗心律失常作用，其煎剂对犬室性心动过速及室性早搏有拮抗作用。半夏还具有显著的降血脂作用，可降低大鼠 TC、LDL－C 及 TCTG、LDL－CHDL－C 比值，阻止或延缓高脂血症的形成，并对高脂血症有一定的治疗作用。另外，半夏还具有抑制心率和短暂的降压作用。[4]

（四）抗肿瘤作用

近年来国内外对半夏的研究已表明半夏具有确切的抗肿瘤作用。半夏提取物对水型肉瘤、肉瘤－180（S_{180}）、实验性小鼠宫颈癌－14、肝癌实体型及 Hela 细胞、JTC－26 体外实验均有一定的抑制作用。半夏各炮制品总生物碱对慢性髓性白血病细胞（K562）有抑制作用，能损伤悬浮生长的 K562 细胞形态，抑制其增殖。从半夏中提取到的多糖具有较强的网状内皮系统激活活性，能增强网状内皮系统吞噬功能和分泌作用，抑制肿瘤的发生和增殖。[5] 在临床研究方面也有报道称半夏对食道癌、胃癌、舌癌、皮肤癌及恶性淋巴癌亦有较好的疗效。

（五）抗早孕作用

半夏蛋白是半夏中抗早孕有效成分或有效成分之一，能导致怀孕小鼠发生流产，其机制可能是由于半夏蛋白结合了母体或子体细胞膜上的某些糖结构，改变了细胞膜的生物学行为所致。半夏蛋白在胃中可被分解而失活，可以用于妊娠呕吐。[6]

（六）对神经系统作用

半夏能抑制中枢神经系统，具有一定程度的镇痛、镇静催眠作用。

二、枳实

（一）对消化系统的影响

1. 对胃肠道平滑肌的作用

（1）促进平滑肌收缩　枳实对整体胃肠道的作用是通过兴奋胆碱能神经、增加钙离子通透性及胃肠激素等途径，加强平滑肌的收缩强度和收缩持续时间，增强胃肠平滑肌收缩节律，从而对消化产生一定的促进作用。[7]这不仅证实了枳实破气除胀、消积导滞的功效，而且为治疗胃肠动力障碍性疾病如功能性消化不良、习惯性便秘、急慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、单纯性和机械性肠梗阻等病证提供了现代科学的实验依据。

（2）抑制离体胃肠平滑肌收缩　枳实对离体胃肠平滑肌的作用是通过NO、β及肾上腺素能α受体的途径实现的。研究表明，枳实水煎剂在pH5.8和7.4的条件下对大鼠胃底、胃体、胃幽门、胃窦等胃各部位的离体肌条均起抑制作用，对大鼠小肠结肠的离体肌条亦表现为抑制作用，[8]这为枳实解除胃肠平滑肌痉挛，从而消除脘腹胀满疼痛，治疗泄泻提供了一定的依据。

2. 杀灭幽门螺旋杆菌　枳实对幽门螺旋杆菌有显著的杀灭作用，且随着浓度的增加，杀菌作用增强。[9]这为枳实治疗胃及十二指肠溃疡提供了药理基础。

（二）对心血管的作用

枳实具有显著有升压效应，与去甲肾上素类似，且持续时间长，能加强收肌收缩力，减慢心率和增加心血输出量，增加冠脉流量，增加肾血流量，改善末梢微循环。

现代研究又证实枳实可浓度依赖性地提高兔主动脉张力，使主动

脉平滑肌收缩，此作用可能与激活平滑肌细胞膜上的肾上腺素能 α 受体、胆碱能 M 受体及异搏定 Ca^{2+} 敏感通道有关，并对胞外有一定的依赖性。[10]

枳实薤白桂枝汤对冠心病的治疗亦取得了较好的疗效。枳实体外有明显的抗血栓、抗血小板聚集（超过阿托品的抑制效应），降低红细胞聚集作用，这就为临床用药提供了科学依据。枳实活血化瘀作用可能是通过对血小板聚集、红细胞聚集的抑制作用达到的，枳实有望作为一种有效的血小板聚集抑制剂应用于临床。

（三）抗疲劳作用

复方枳实合剂（由枳实、青皮、人参等组成）能使小鼠红细胞、血红蛋白升高，增加其载氧能力，有助于 ATP 的产生，升高乳酸脱氢酶，有利于消除乳酸，降低血氨，清除运动后疲劳。[11] 总之，枳实与青皮、人参等配伍后具有抗疲劳、镇痛、耐缺氧的作用。

（四）镇痛作用

枳实的挥发油不但对胃肠平滑肌产生效应，而且可显著减少醋酸引起的小鼠扭体反应次数及自发活动次数，表现了一定程度的镇痛和中枢抑制作用。[12]

（五）对生殖系统影响

补中益气汤加一味枳实治疗子宫脱垂疗效甚优，药理研究也证实了枳实能使家兔子宫收缩有力，张力增加，收缩节律加强，但对小鼠的离体子宫则主要表现为抑制作用。枳实水提醇沉物能兴奋离体家兔环行阴道平滑肌，并能诱发肌条的节律性收缩活动或加强原有自发性收缩肌条的收缩力及收缩频率。[13]

三、竹茹

竹茹粉在对白色葡萄球菌、枯草杆菌、大肠杆菌及伤寒杆菌等有较强的抗菌作用。竹茹提取物还有抑制 cAMP 磷酸二酯酶活性的作用。

四、陈皮

（一）对消化系统的作用

1. 对胃肠平滑肌的作用 陈皮对肠平滑肌的作用是双向的，既能抑制胃肠运动，又能兴奋胃肠运动，主要与消化道的机能状态有关。胃肠道的活动受外来神经、内在神经丛和多种体液因素共同调节，离体情况下，胃肠道主要受内在神经丛的调节，陈皮提取物能抑制动物离体胃肠平滑肌运动，抑制效应主要通过胆碱能受体、5－HT受体介导或对平滑肌直接作用。在体实验中，陈皮具有促进胃排空和抑制胃肠推进运动的作用，为临床上用理气类中药治疗脾胃病提供了依据。但亦有研究认为，陈皮对胃排空、肠推进有一定抑制作用，作用机制可能与胆碱能受体和肾上腺素受体有关。此外，陈皮能缩短绵羊空肠回肠移行性运动复合波（MMC）周期，使MMC由Ⅱ相很快进入Ⅲ相，提高Ⅲ相的发生率，诱发小肠的位相性收缩，从而有效的改善和提高小肠的消化功能。陈皮还可通过延长愈创木酚的平均溶出时间（MDT），延长口服木馏油丸大鼠愈创木酚的平均滞留时间，从而发挥其持续止泻作用。[14]

2. 对消化酶的影响 陈皮挥发油对胃肠道有温和的刺激作用，促进大鼠正常胃液的分泌，有助于消化。研究结果表明，陈皮水煎剂对离体唾液淀粉酶活性有明显促进作用。[15]

3. 利胆作用 皮下注射甲基橙皮苷，可使麻醉大鼠胆汁及胆汁内固体物排出量增加；用桔皮油制成的复方乳剂，对胆固醇结石和胆色素结石有很强的溶解能力，表明陈皮具有一定的利胆、排石作用。

（二）对心血管系统作用

1. 强心作用 陈皮对心脏有兴奋作用，能增强心肌收缩力、扩张冠状动脉、升高血压、提高机体应激能力。陈皮水提物静脉注射，可显著增加实验动物的心输出量和收缩幅度，增加脉压差和每搏心排出量，提高心脏指数、心搏指数、左室做功指数，并可短暂增加心肌耗氧量。

2. 对血压和血管的作用 陈皮水溶性生物碱可显著升高大鼠的血压，使动脉收缩压（SAP）最大平均上升百分率达53%，维持升压4min；在一定剂量范围内量－效、时－效呈线性相关，其作用具有时间短暂、清除快的特点。通过对家猫血流动力学参数的测定和研究发现，陈皮注射液静脉注射后可使猫血压迅速上升，脉压差增大，心输出量和收缩幅度增加，左室内压及其最大上升速率均明显上升，增加每搏心输出量，提高心脏指数、心搏指数、左室做功指数，短暂增加外周血管阻力，并在约10min后恢复正常血压，从而达到抗休克作用。陈皮可使兔主动脉平滑肌收缩，此作用可能与激活平滑肌细胞膜上的肾上腺素能A受体、胆碱能M受体及异搏定敏感Ca^{2+}通道有关，并对胞外Ca^{2+}有一定的依赖性。陈皮素亦通过抑制PDE1和PDE4（PDE，磷酸二酯酶）对血管有舒张作用。[15]

（三）抗氧化作用

陈皮提取液可提高超氧化物歧化酶（SOD）活性，降低过氧化脂质含量，提示陈皮提取液具有延缓衰老及提高生命活力的作用，可能与抗氧化有关。桔皮苷具有强烈的清除活性氧的能力，并有降低髓过氧化物酶活性的作用；体外实验表明，柑桔皮渣提取物对抑制猪油的自动氧化、清除羟自由基（·OH）等都具有较强的作用；体内实验表明，柑桔皮水提液对小鼠脑、心、肝组织的脂质过氧化具有较强的抑制作用，还可明显增强SOD酶的相对活性。橙皮苷可使红细胞膜MDA含量明显减少，显著提高膜脂流动性和膜重封闭能力，对膜氧化损伤有一定的保护作用。[15]

（四）抗菌作用

陈皮提取液有较好的抗菌能力，在室温条件下储存1年后仍有一定的抗菌活力。另外，试管内抑菌实验发现，25%陈皮对常见浅部真菌有抑菌作用。[16]

（五）平喘作用

离体实验表明，陈皮挥发油能松弛气管平滑肌，水提物或挥发油

均能阻滞或解除氯化乙酰胆碱所致的气管平滑肌收缩，且挥发油对豚鼠药物性哮喘有保护作用。[17]

（六）抗肿瘤作用

陈皮提取物对小鼠移植性肉瘤－180（S_{180}）、肝癌（Heps）具有明显的抑制作用，使癌细胞增殖周期 G2M 细胞减少，使 G0G1 期细胞增多，同时具有促使癌细胞凋亡的作用。[18]另外，对人肺癌细胞、人直肠癌细胞和肾癌细胞最敏感，提示陈皮提取物是一种有开发前景的抗肿瘤中药提取物。

（七）对免疫系统作用

陈皮对豚鼠血清溶血酶含量、血清血凝抗体滴度、心血 T 淋巴细胞 E 玫瑰花环形成率均有显著增强作用，促进体液及细胞免疫。[19]

（八）抗过敏作用

陈皮水提物和挥发油均有抗过敏作用，可能是通过抑制过敏介质释放的某个环节或是直接对抗过敏介质而发挥作用。[17]

五、茯苓

（一）抗肿瘤作用

茯苓多糖腹腔注射能抑制沁鼠 S_{180} 实体瘤的生长；在深层培养的茯苓菌丝体的提取物中，发现存在对 S_{180} 有较强的抗肿瘤活性多糖，其中 H_{11} 对体内 S_{180} 瘤的抑制率为 94%。[20]此外，茯苓聚糖复合物，也有明显的抑瘤作用，能延长荷瘤鼠的生存期，提高腹指数，并对肿瘤细胞有直接作用。[21]

（二）对免疫系统的影响

茯苓多糖能显著提高实验动物腹腔巨噬细胞吞噬能力，能激活 T 淋巴细胞和 B 淋巴细胞，并具有一定的增强免疫功能的作用。[22,23]

（三）对消化系统的影响

茯苓浸剂对动物平滑肌有直接松弛作用，使收缩幅度减少，张力下降。对大鼠幽门结扎所致胃溃疡有抑制作用，并能降低胃液分泌及游离酸含量。对四氯化碳所致大鼠肝损伤有明显保护作用，使谷丙转氨酶活性明显降低，防止肝细胞坏死。

（四）利尿作用

茯苓醇提物给家兔腹腔注射有明显的利尿作用，醇浸剂给正常大鼠灌胃也有利尿作用。[24]

（五）其他

茯苓水、乙醇、乙醚等提取物能使心肌收缩力增强，心率增快；乙醇提取物还具有使家兔血糖先升后降的作用；茯苓煎剂对金黄色葡萄球菌、结核杆菌、变形杆菌、大肠杆菌均有抑制作用；醇提取物可杀灭钩端螺旋体。

六、甘草

（一）对消化系统的影响

1. *保护肝细胞*　甘草的主要成分为甘草甜素，它系葡萄糖醛酸和甘草次酸结合而成的皂苷，对肝细胞有明显的保护作用，并可抑制肝细胞变性和坏死，抑制谷丙转氨酶的增高，传染性肝炎、中毒性肝炎均取得较好效果。实验指出，甘草能加强白术对原发性肝癌的后突变作用，从而保护了肝细胞。[25]

2. *抗脂肪肝*　甘草与柴胡合用能防治大鼠实验性肝硬化，阻止脂肪在肝内蓄积，抑制纤维增生并促进其吸收。

3. *抗溃疡*　早在1964年，医学界就证明，甘草能有效地防治胃及十二指肠溃疡。新近研究表明其抗溃疡的主要成分是甘草甜素，作用机制是甘草甜素在胃内直接吸着胃酸所致。[26]

（二）对心血管系统的影响

1. 保护心肌 临床研究证实，甘草复方治疗病毒性心肌炎、心律失常均有较好疗效。小儿病毒性心肌炎心气不足型，用炙甘草汤、四君子汤复方加减，气阴两虚型，用炙甘草汤、生脉散复方加减，疗效均显著。有人用中西药结合治疗川乌中毒所致严重心律失常患者1例，经西药急救后，中药予甘草15g，生姜15g，金银花24g，急煎服，经8时45分，患者恢复正常。又有以附子合炙甘草汤加减，治疗病态窦房结综合征11例，均获良效。

2. 抗动脉粥样硬化 甘草与人参配伍，能促进人参皂苷对胆固醇的排泄，降低胆固醇，从而有效地防止胆固醇血症和动脉粥样硬化的形成。

（三）解毒作用

《神农本草经》中有甘草解毒的记载，实验证明，甘草及各种制剂对多种药物中毒、食物中毒、体内代谢产物中毒及细菌毒素等均有一定解毒能力。

（四）抗炎、抗免疫及抗菌

甘草抗炎的有效成分为甘草甜素和甘草次酸，甘草次酸具有糖皮质激素样作用，对大鼠棉球肉芽肿、甲醛性浮肿，皮下肉芽肿性炎症、实验性关节炎等均有抑制作用。甘草酸提取物及甘草次酸在体外对金葡菌、结核杆菌、大肠杆菌、阿米巴原虫及滴虫均有抑制作用。[26,27]

（五）解痉镇痛

据国外医学报道：在有脑血管障碍的50例患者中，有排肠肌痉挛者11例，给予芍药甘草汤提取剂治疗，症状明显或轻度改善，且显效较早，故认为芍药甘草汤对脑血管障碍所致的腓肠肌痉挛有效，从甘草皮质部提得的异黄酮类部分有明显的镇痛作用，并与芍药苷有协同作用。[28]

七、生姜

（一）对心血管系统影响

1. 抗血小板聚集作用　生姜的水提物能显著减少血小板标记的花生四烯酸（AA）生成 TXB 及 PGs 的合成，抑制环氧化酶的活性。[29]

2. 升压及强心作用　生姜醇提物对麻醉猫血管运动中枢及呼吸中枢有兴奋作用，也可直接兴奋心脏，并且扩张血管，促进血液循环。[30]

3. 降血脂和抗动脉粥样硬化作用　生姜提取物能降低家兔血清胆固醇、LDL，使总胆固醇/磷脂（C/P）比值下降，并降低了肝脏和动脉中胆固醇、甘油三酯和磷脂的含量，使其接近正常值，并使动脉壁的斑块面积从 39.8% 下降至 13.5%，表现出了较强的降血脂和抗动脉粥样硬化作用。

（二）对消化系统作用

1. 保护胃黏膜和抗溃疡作用　生姜煎剂可明显保护经 HCl 灌胃和束缚水浸所产生的胃黏膜损伤，其保护机制可能是由于生姜刺激胃黏膜合成和释放具有细胞保护作用的内源性 PG 有关，同时生姜对胰酶、2 种淀粉酶的活性也表现出了较强的抑制作用。生姜有抑制血栓烷素 A_2（TXA_2）的合成和促进前列环素（PGI_2）合成的作用，而 TXA_2 及 PGI_2 分别对胃黏膜起损伤和保护作用。另外生姜煎液还有促进慢性胃溃疡愈合的趋势和促进胃排空及收缩作用。[31]

2. 保肝利胆作用　生姜的辛辣成分姜酚、姜烯酚对 CCl_4 和半乳糖所致的肝损害均有抑制作用，并能降低 CCl_4 所致肝损害小鼠的 BSP 滞流量。生姜的丙酮提取液在十二指肠给药后，对大鼠有很强利胆作用。

（三）对中枢神经系统作用

生姜精油可显著抑制小鼠自发活动，延长戊巴比妥钠的睡眠时

间，明显对抗戊四氮的惊厥和镇痛作用，并能降低酵母致热体温。生姜乙醇提取液静脉注射时，可使家兔皮层脑电图由低幅快波转为低幅慢波。

（四）抗炎作用

生姜精油能明显抑制组胺和醋酸所致小鼠毛细血管通透性的增加，显著抑制二甲苯所致耳郭炎症，明显抑制肉芽组织增生；6－姜醇对环脂氧化酶呈现浓度依赖性抑制，不仅对炎症，而且对变态反应有效。

（五）抗氧化作用

生姜的提取液可明显提高小鼠肝脏 SOD 活性，并能降低肝脏脂质过氧化物（LPO）含量，提示浓姜液有抗氧化作用。生姜的石油醚提取物对 4 种氧自由基体系亦有抗氧化作用。[32]

（六）其他作用

生姜还具有抗病原体、抗衰老、镇咳、止呕、解毒、防晕、抗肿瘤和增强免疫等作用。[33～36]

八、大枣

（一）免疫兴奋作用

大枣能显著提高体内单核－巨噬细胞系统的吞噬功能；抗补体活性，且具有浓度依赖关系；促进小鼠脾细胞自发增殖反应和混合淋巴细胞培养反应，促进未活化的小鼠脾细胞增殖，作用呈现先升高后下降趋势；显著提高小鼠腹腔细胞的吞噬功能，促进溶血素和溶血空斑，促进淋巴细胞转化及提高外周血淋巴细胞分解。[37,38]

（二）抗氧化及抗衰老作用

不同剂量的大枣均可提高小鼠脑组织 SOD 活性，并能降低脑组织 MAD 含量，有抗氧化作用；大枣多糖可使胸腺变厚、胸腺及脾细

胞数增多，脾小结变大，脾淋巴细胞数增多。[39~41]

（三）抗肿瘤作用

大枣合剂对小鼠乳腺癌有一定抑制作用，其作用稍弱于环磷酰胺，但其对小鼠白细胞无明显下降，说明对机体无毒不良反应；大枣水溶性提取物对人白血病 K562 细胞的增殖和集落形成能力有显著的抑制作用，是良好的线性相关关系，说明其水提物中有抗白血病的有效成分；大枣的中性多糖可通过作用于免疫细胞间接抑制肿瘤。[42,43]

（四）抗突变作用

用姐妹染色单位互换（SEC）技术发现，大枣煎液能明显降低小鼠环磷酰胺所致的 SEC 值升高，表明有抗突变作用。[44]

（五）其他

此外大枣中的黄酮类化合物具有镇静、催眠、降血压、抗过敏、抗炎等作用，[45,46] cAMP 具有保护肝脏、调节细胞的分裂繁殖过程、增加肝血清总蛋白和白蛋白的作用。大枣煎剂可提高小鼠体重、延长负荷游泳时间；还可增加小鼠肌力、增加小鼠体重。

第二章

温胆汤全方药理研究

现代实验研究表明：温胆汤可改变脑组织神经递质含量，稳定神经元细胞膜系统，维持神经元内环境稳定；通过改善脑血液循环，增加脑血流量，清除氧自由基等作用机制，发挥其对脑组织保护、修复和抗衰老的作用。温胆汤也具有镇静、镇痛、抗惊厥的作用。此外，还具有降血脂、改善血液流变学、止吐、促进胃肠运动、改善肾功能、预防呼吸道感染等多重作用，至于这些方面确切的作用机制还有待进一步的深入研究。

一、对精神神经系统的影响

神经系统为人体功能的主要调节系统，在它的直接调控下，各器官系统功能才能相互配合、相互制约，维持整体的协调统一。资料显示，温胆汤可通过镇静、抗焦虑、中枢性肌松弛作用，协调大脑兴奋和抑制过程，改善情感性精神障碍，调整神经内分泌，调整自主神经功能，以及抗惊厥、抗癫痫等作用，而起到缓解和改善症状的效果。

1. 改善失眠作用　下丘脑内单胺类神经递质去甲肾上腺素（NE）与5－羟色胺（5－HT）是公认的参与睡眠－觉醒机制的经典神经递质，而5－羟吲哚乙酸（5－HTAA）是脑

内5－HT的主要代谢途径。研究表明，脑内5－HT有增加睡眠的作用，[47,48,49]而NE在维持觉醒中起着重要作用。温胆汤对正常小鼠具有镇静催眠作用。同时，还可降低对氯苯丙胺酸（PCPA）化失眠大鼠下丘脑内NE含量、升高下丘脑内5－HT、5－HTAA含量，可有效恢复失眠大鼠下丘脑内单胺类神经递质的含量。[50]吴晓丹等[51]通过行为学实验研究了温胆汤对小鼠睡眠的影响，结果表明，在戊巴比妥钠阈下催眠剂量实验中，与空白对照组比较，《三因方》温胆汤全方与地西泮均能提高小鼠翻正反射消失阳性率（$P<0.05$），并能与戊巴比妥钠协同明显延长小鼠睡眠时间（$P<0.05$）；且在连续给药后1、4、7天的实验中，温胆汤有明显累积作用，提示《三因方》温胆汤有明显的累积效应，从而可有效缓解失眠，但中枢抑制效果弱于地西泮。另外，研究发现，[52]温胆汤还可以明显增加对氯苯丙胺酸所致失眠大鼠皮质及下丘脑内胆囊收缩素8的阳性表达，从而推测本方改善睡眠的作用与促进脑肠肽——胆囊收缩素8的表达有关。

2. *抗精神分裂症的作用* 现代研究发现精神分裂症的发病与脑内多巴胺（DA）功能亢进密切相关，精神分裂症患者脑内的DA存在不同程度的合成、代谢紊乱。谢辉[53,54]等研究发现，温胆汤可调节DA的代谢，增加其合成，促进其代谢。实验利用免疫组化技术和高效液相－电化学法（HPLC－EC）分别对酪氨酸羟化酶（TH）、DA进行了含量测定，显示温胆汤可增加TH、DA的含量，促进DA的合成，推测温胆汤的某个作用部位与DA竞争参与受体结合，使磷酸化的TH增多，从而促进了酪氨酸向多巴（DOPA）的生物合成。同时还发现，温胆汤可升高单胺氧化酶（MAO）活性及DA、DA的代谢产物3，4－二羟基苯乙酸（DOPAC）和高香草酸（HVA）的含量，降低DA/HVA比例，从而加速DA的代谢。

3. *抗抑郁的作用* 生长抑素是脑肠肽的一种，可调节神经细胞的兴奋性，并参与学习、记忆、情感调节过程，与许多精神性疾病的发病密切相关，在抑郁症患者中可见到其含量降低，临床研究表明，脑内或脑室内注入生长抑素会引起睡眠模式、食物消耗、运动功能等各种行为和生理学改变，而在抑郁症患者中常常会见到这些方面改变。武丽等[55]选用调理脾胃加减温胆汤对SD大鼠抑郁模型进行实

验，用旷场实验测定其水平活动格数和垂直活动次数，以放免法测定血浆生长抑素含量，并与正常组、模型组、西药组相比较具有显著性差异，表明加减温胆汤具有抗抑郁作用，其作用机制可能通过调节脑和血浆内生长抑素水平，达到抗抑郁目的。贺又舜、贺娟等[56,57]实验研究也发现温胆汤具有抗抑郁作用。

4. 抗痴呆作用　王平[58,59]采用高效液相技术系统观察 SAM－P/10 老化痴呆鼠内皮层、海马、纹状体等与学习记忆关系密切的脑内 8 种氨基酸水平的变化。结果发现，加味温胆汤可使 SAM－P/10 老化痴呆鼠海马和纹状体内异常增高的 γ－氨基丁酸降低，使皮质层降低的牛磺酸（Tau）明显增高，对抑制性氨基酸的代谢亢进和失调有明显调节作用。破坏老龄大鼠的前脑基底核，造成其记忆学习等高级认知能力低下，体外评价系统探讨加味温胆汤对痴呆的作用，结果发现，在大脑皮质乙酰胆碱活性增强的同时，在避暗被动回避学习实验中低下的记忆保持能力也有所改善。同时发现，温胆汤具有提高 SAM－P/10 鼠肝细胞核活性基因水平、增强其转录活性的作用。此外，给予老龄大鼠加味温胆汤提取剂后，大脑皮质、纹状体、海马的乙酰胆碱含量显著增加，并且通过免疫组织染色发现，表明加味温胆汤具有强化乙酰胆碱系的作用，为加味温胆汤在抗脑衰老及老年痴呆的应用提供了充分依据。

5. 镇静、镇痛、抗惊厥的作用　贺又舜等[60,61]通过温胆汤、宁神温胆汤灌胃小鼠，发现其对正常小鼠的自发活动、醋酸所致小鼠扭体反应以及士的宁所致惊厥均有显著影响（$P<0.05$），显示该方具有较好的镇惊、镇痛、抗惊厥作用。傅俊英等[62]又观察了该方对小鼠自主活动、攀爬行为及抬头活动等整体行为的影响，并且与生理盐水对照组比较，显示温胆汤全方能明显减少正常小鼠自发活动、去水吗啡诱发的小鼠攀爬行为和 L－多巴诱发的小鼠抬头活动（$P<0.01$）。

二、降血脂作用

现代中医学者把高脂血症纳入“痰湿”、“浊阻”范畴来辨治，温胆汤为中医燥湿祛痰名方，其中半夏、竹茹有祛痰和胃之效；枳

实、陈皮行气消痰；茯苓、甘草健脾以杜绝生痰之源，诸药合用，共奏理气化痰、和胃利胆之功。通过化痰以消除脂浊，达到减少脂肪沉积、控制体重增长的作用，使高脂血症所致的脂肪颗粒沉淀，动脉粥样硬化危险因子减少，最终达到有效避免和延缓动脉硬化发生的目的。[63]李佳楠[64]等采用腹腔注射蛋黄乳剂的方法建立急性高脂血症小鼠模型，灌胃给与温胆汤后发现，温胆汤可降低小鼠粪便脂质含量，显著降低急性高脂血症小鼠血清总胆固醇（TC）、血清总甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白（LDL－c）含量（$P<0.05$），提高血清超氧化物歧化酶（SOD）活性，降低丙二醛（MDA）含量，达到降低体内脂质过氧化程度的目的。在针对高脂血症大鼠的实验研究中也发现，[65]温胆汤能显著抑制高脂模型大鼠血清总胆固醇（TC）、血清总甘油三酯（TG）浓度，提高脂蛋白脂酶（LPL）和总脂解酶（LA）活性，并通过逆转录聚合酶链反应（RT－PCR）显示，温胆汤能显著上调高脂血症大鼠肝脏低密度脂蛋白受体基因（LDLR mRNA）水平，提示温胆汤可能通过调节大鼠肝脏 LDLR 转录水平预防脂质代谢紊乱。同时，温胆汤能提高血清 SOD 活性，降低 MDA 含量，有效降低机体内脂质过氧化程度，降低细胞受损程度，[66]对预防和治疗高脂血症引起的疾病，如脂肪肝、冠状动脉粥样硬化性心脏病、动脉粥样硬化有一定的应用价值。

三、抗衰老作用

中医抗衰老研究表明，五脏虚衰是衰老的基本原因，痰浊、瘀血等是导致衰老的重要因素。[67]抗衰老主要是要清除体内病理产物的积聚，化痰开窍即是其中方法之一。温胆汤为化痰之名方，故采用温胆汤加味防治机体衰老，具有其理论基础。皮明钧等[68]在电镜下观察了加味温胆汤对 D－半乳糖亚急性衰老大鼠大脑皮质神经元超微结构改变的影响。结果表明脂褐素数量较正常组增多（$P<0.05$），线粒体则减少（$P<0.05$）。溶酶体、脂褐素大小形态不规则，线粒体肿胀、变性、嵴断裂、空泡样变、核膜内褶断裂、核仁边移等衰老改变，而加味温胆汤则使上述变性程度减轻，从而表明能延缓脑衰老，并具有稳定神经细胞生物膜系统作用。同时还发现[69]加味温胆汤可

提高亚急性衰老大鼠谷胱甘肽过氧化物酶（GSH－Px）的活性，抑制肝脂褐素（LPF）含量和脑内 MAO 活性的升高，脑组织 SOD 活性降低（$P<0.01$），MDA 含量增高，提示加味温胆汤抗衰老作用可能与抑制自由基反应，提高抗氧化酶活性及清除老化产物有关。

四、对心血管系统的影响

温胆汤有扩张冠状动脉，增加冠脉血流量，改善心肌供血的作用；并能降低交感神经兴奋性，增强机体对缺氧的耐受性，以保护对缺氧敏感的心肌，使冠心病的症状得到缓解。另外，温胆汤还有加强心肌收缩，增加心输出量，调节血压，改善微循环的作用。

1. 调节冠心病血流的作用　冠心病属中医“胸痹”、“心痛”范畴，其病机主要表现为本虚标实，虚实夹杂。痰凝心脉，痰瘀痹阻是冠心病的主要证型，血脂异常是痰凝心脉的物质基础，血液流变学指标的异常是痰瘀痹阻的物质基础。因此通过动态观察血液流变性的变化，可在一定程度上掌握患者的微循环灌注状态，预测病情的变化，其各项指标可随病情的好转与恶化出现相应的改变。在用温胆汤治疗冠心病（治疗组）与消心痛（对照组）对照比较治疗中，通过观察治疗前后的临床症状，血、尿、便常规，肝肾功能，电解质，心电图，血液流变学指标，两组的临床疗效显示，治疗组优于对照组（$P<0.05$）；治疗组血液流变学各项指标均有不同程度下降，且具有显著性差异，表明活血温胆汤对冠心病患者有一定的治疗作用，明显改善患者症状，缓解心绞痛。[70]

2. 抗心肌纤维化作用　心肌纤维化是高血压引发心脏损害的重要病理学特征，肾素－血管紧张素－醛固酮系统（RAAS）在心肌胶原生成与降解失衡引起的胶原异常蓄积中起重要作用，而 PCⅢ（Ⅲ型前胶原）、HA、LN 被认为是反映心肌纤维化、心脏组织胶原合成活跃程度的灵敏指标。张国华[71,72]利用放射免疫法检测温胆汤对自发性高血压大鼠（SHR）血液中醛固酮（ALDO）、血管紧张素Ⅱ（AngⅡ）和Ⅲ型前胶原氨端肽（PⅢNP）、层黏蛋白（LN）、透明质酸（HA）含量的影响，结果发现，经温胆汤治疗 8 周后，SHR 血浆中 ALDO、AngⅡ及血清 PⅢNP、LN、HA 均显著下降，提示温胆汤

有一定的抗心肌纤维化的作用，其机制可能与抑制 RAAS 系统激活有关。

五、对消化系统的影响

温胆汤调节胃肠活动，改善消化吸收功能，降低胃酸度，对抗溃汤的作用，这些作用不仅仅是局部的药理作用，还与整体的调节作用有关，尤其是与调节精神－神经－胃肠内分泌方面的作用有关。张惠云等[73]观察参连温胆汤对顺氨铂所致动物胃肠平滑肌影响的实验表明，用药后动物平滑肌运动频率减慢，强度减弱，强直收缩次数及呕吐明显减少；肠平滑肌肌电活动频度、峰电位数和峰电位强度明显降低；胃平滑肌运动频率略有增快，强度增强。本方还能对抗阿朴吗啡、硫酸铜所引起的呕吐，且对中枢有镇静作用。

六、对呼吸系统的影响

痰证病人肺功能的变化主要表现为肺活量、用力肺活量和补吸气量的降低以及气道阻力的增高。[71]同时也观察到痰证病人免疫功能紊乱，表现为细胞免疫功能低下，体液免疫反应增强，并与免疫复合物形成有关。由此推断，温胆汤对呼吸系统的作用，可能是通过抗菌消炎、提高机体免疫力、改善肺通气功能而起作用。

七、改善肾功能的作用

严志林等[74]证实加味温胆汤能纠正慢性肾功能衰竭的酸中毒，升高其血中 CO_2－CP 浓度，使血中的 BUN、Cr 水平下降，血红蛋白和 24h 蛋白定量也有好转趋势。

参考文献

[1] 李仪奎，姜名瑛. 中药药理学. 北京：中国中医药出版社，1992：157

[2] 中医研究院中药研究所. 半夏炮制前后药效的比较. 中草药，1985，16(4)：21

[3] 李玉先，刘晓东，朱照静. 半夏药理作用的研究述要. 辽宁中医学院学报，

2004，6（6）：459～460
[4] 陈凌云，杨国祥．半夏药理研究概况．云南中医学院学报，1997，20（4）：17～19
[5] 陶宗晋，徐琴钰，吴克佐，等．半夏蛋白的分离、结晶、生物活性和一些化学性质．生物化学与生物物理学报，1981，13（1）：77
[6] 聂克．试析半夏“抗早孕”的药理研究．山东中医学院学报，1995，19（2）：99～101
[7] 黄子荷，杨德治，魏义全，等．阿托品对枳实增强犬小肠电活动效应的影响．中国中西医结合杂志，1996，16（5）：293～294
[8] 郑天珍，李伟，瞿颂义，等．枳实、白术对大鼠离体胃各部位平滑肌条的作用．甘肃科学学报，1998，10（3）：65～67
[9] 刘波，李雪驼，徐和利，等．5种中药制剂杀灭幽门螺杆菌的实验研究．中国新药杂志，2002，11（6）：457
[10] 李红芳，李丹明，瞿颂义，等．枳实和陈皮对兔离体主动脉平滑肌条作用机理探讨．中成药，2001，23（9）：659～660
[11] 王长虹，张冰，张宇，等．复方枳实合剂对实验动物的抗疲劳作用研究．牡丹江医学院学报，2001，22（1）：15～17
[12] 毕庆和，杨德治，应崇智，等．枳实对小肠电活动的影响．中国医药学报，1991，6（1）：39～40
[13] 杨颖丽．枳实、青皮对平滑肌运动的影响．西北师范大学学报（自然科学版），2001，38（2）：115～116
[14] 官福兰，王如俊，王建华，等．陈皮及橙皮苷对离体肠管运动的影响·时珍国医国药，2002，13（2）：65
[15] 张志海，王彩云，杨天鸣，等．陈皮的化学成分及药理作用研究进展·西北药学杂志，2005，20（1）：47
[16] 张理平．陈皮研究新进展．光明中医，2005，20（1）：40
[17] 徐彭．陈皮水提取物和挥发油的药理作用比较．江西中医学院学报，1998，10（4）：172
[18] 钱士辉，王俏先，元寿海，等．陈皮提取物体外抗肿瘤作用的研究．中药材，2003，26（10）：744
[19] 丁光，陈振昆，李文贵，等．陈皮对草鱼细胞免疫影响的研究．云南农业大学学报，2004，19（6）：727
[20] 吴波，等．茯苓多糖抗肿瘤作用与、机理的实验研究．中国药理学报，1999，10（4）：300

[21] 周立，等. 茯苓素诱生肿瘤坏死因子（TNF）的作用. 中国抗生素杂志，1994，19（5）：376
[22] 缪竞诚，等. 茯苓多糖对淋巴细胞产生细胞因子的促诱生作用. 中成药，1999，21（12）：639
[23] 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（3）：267
[24] 吕志连，等. 三种利水中药对小鼠腹膜孔调控作用的影响. 中西医结合肝病杂志，1996，6（3）：31
[25] 范大超. 甘草保肝机理研究进展. 上海中医药杂志，1996，（1）：45
[26] 胡志厚. 甘草抗溃疡病的研究. 中草药通讯 1979，6：41
[27] Takagi. Study of Glycyrrhiza uralensis. Internationaljournal of Oriental Medicine 1989；14（4）：185
[28] 张罗修. 甘草皂苷对大鼠腹腔细胞前列腺素 Fz 和 cAMP 水平的影响及对某些免疫功能的调节作用. 上海医科大学学报 1988；15（2）：101
[29] 许青媛，等. 干姜及其主要成分的抗凝作用. 中国中药杂志，1991，16（2）：113
[30] 彭平健. 生姜的药理研究和临床运用. 中国中药杂志，1992，17（6）：370
[31] 孙庆伟，滕敏昌，侯奕. 生姜对大鼠胃黏膜的保护作用及其机制的初步探讨. 江西医药，1992，27（4）：207～210
[32] 王桥，等. 生姜石油醚提取物对四种氧自由基体系抗氧化作用的研究. 中国药学杂志，1997，32（6）：343
[33] 周广涵，周芳霞. 《伤寒论》运用生姜经验探讨. 陕西中医，1994，15（8）：380
[34] 魏衡生，祥芝云. 生姜汁解生乌头毒的 12 例分析报告. 中国民族民间医药杂志，1995，（3）：37
[35] 吴皓. 生姜解半夏毒的实验研究. 中药材，1998，21（3）：137
[36] 张建新，李兰芳. 生姜的药理作用. 河北医药，1993，15（6）：374
[37] 张严英. 临泽红枣对小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能的影响. 甘肃中医学院学报，1995，12（2）：50
[38] 张庆. 大枣多糖体外对小鼠腹腔巨噬细胞的影响. 中药药理与临床，1999，15（3）：21
[39] 周运峰，苗明三，李根林. 大枣多糖抗氧化作用. 中西医结合，1997，（特刊）：97

[40] 王伟. 从抗氧反应探讨药食同源的含义. 中西医结合杂志，1991
[41] 苗明三，盛家河. 大枣多糖对衰老模型小鼠胸腺、脾脏和脑组织影响的形态计量学观察. 中药药理与临床，2001，17（5）：8
[42] 崔振环. 复方大枣合剂对小鼠乳腺癌生长抑制作用的初步观察. 天津医科大学学报，1999，5（2）：15
[43] 张庆，雷林生，杨淑琴，等. 大枣多糖对小鼠腹腔巨噬细胞分泌肿瘤坏死因子及其表达的影响. 第一军医大学学报，2001，21（8）：592
[44] 宋为民. 大枣的抗突变作用. 中药药理与临床，1991，7（5）：25
[45] 张建梅. 大枣的药用探讨. 新疆中医药，1998，16（3）：40
[46] 张树森. 大枣的药理述要. 福建中医药，1996，（1）：50
[47] 靳照宇. 5－HT1Ah 和 5－HT2 受体功能与觉醒、睡眠成分关系的研究. 中国药理学通报，2000，16（2）：208
[48] 朱国庆. 5－羟色胺和环磷酸腺苷对睡眠的影响. 中国药理学通报，1999，49（2）：135～140.
[49] 王志. 腹侧背盖区 DA 神经元调节睡眠—觉醒机制的探讨. 生理学报，1997，49（2）：135～139
[50] 张福利，马伯艳，白妍，等. 温胆汤对失眠大鼠下丘脑内单胺类递质影响的研究. 中医药信息，2005，22（2）：48～49
[51] 吴晓丹，马伯艳，李然，等. 《三因极一病症方论》温胆汤改善睡眠的实验研究. 中医药信息，2004，21（5）：31～32
[52] 马伯艳，张福利，周景华，等. 温胆汤的睡眠改善作用与失眠大鼠脑中胆囊收缩素 8 表达的关系. 中国临床康复，2006，10（35）：45～47
[53] 谢辉，贺又舜. 温胆汤及其配伍对大鼠纹状体 DA 合成的影响. 湖南中医杂志，2004，20（3）：66
[54] 谢辉，贺又舜. 温胆汤及其配伍对大鼠纹状体 DA 代谢的影响. 湖南中医药导报，2004，10（5）：69
[55] 武丽，张丽萍，叶庆莲，等. 加减温胆汤对抑郁模型大鼠行为学和血浆生长抑素含量的影响. 中国临床康复，2005，9（8）：114
[56] 贺又舜，傅俊英，袁振仪，等. 宁神温胆汤对小鼠中枢神经递质影响的实验研究. 中国中医药信息杂志，1999，6（4）：25
[57] 贺娟，甘贤兵，梁怡，等. 脾胃药对大鼠神经肽类递质影响的差异性分析. 北京中医药大学学报,2003，26（4）：38
[58] 王平，刘玲，张六通，等. 加味温胆汤对 SAM－P/10 老化痴呆鼠三个脑区递质氨基酸的影响. 中国实验方剂学杂志，2001，7（4）：26

[59] 王平，刘玲，邱章凡，等. 加味温胆汤对日本快速老化模型鼠肝细胞核活性基因影响. 中西医结合肝病杂志，2001，11（4）：218

[60] 贺又舜，袁振仪，瞿延晖，等. 温胆汤镇静镇痛抗惊厥的实验研究. 中国中医药科技，1997，4（4）：226

[61] 贺又舜，袁振仪，欧阳建军，等. 宁神温胆汤镇静镇痛抗惊厥的实验研究. 湖南中医杂志，1999，15（1）：54

[62] 傅俊英，贺又舜，袁振仪，等. 温胆汤对小鼠整体行为影响的实验研究. 湖南中医学院学报，1999，19（1）：7

[63] 李佳楠，陈东辉，罗霞，等. 温胆汤降脂作用研究. 华中科技大学学报（医学版），2002，31（6）：665

[64] 李佳楠，陈东辉，罗霞，等. 温胆汤对高脂血症大鼠及小鼠体内脂质代谢调节机理研究. 江汉大学学报（自然科学版），2004，32（2）：62

[65] 淳泽，李佳楠，陈东辉，等. 温胆汤对高脂血症大鼠脂质代谢的影响. 中国中药杂志，2003，28（12）：1184～1187

[66] 武晓宇，王燕，马伯艳，等. 温胆汤对实验性大鼠血脂代谢紊乱的调节及机理研究. 中国实验方剂学杂志，2007，13（7）：44～46

[67] 瞿延晖，张六通，梅家俊，等. 析中医学衰老机理——兼论多虚实因素综合致衰老. 中国中医基础医学杂志，1996，2（1）：27

[68] 皮明钧，文彬，陈力，等. 加味温胆汤对亚急性衰老大鼠大脑皮质超微结构改变的影响. 中国中医药科技，1999，6（1）：34

[69] 皮明钧，刘莺，陈力，等. 加味温胆汤对亚急性衰老大鼠血 GSH－PX 及肝、脑 MAOLPF 的影响. 中国中医基础医学杂志，1999，5（2）：14

[70] 戴嫣. 温胆汤对冠心病患者血液流变学的影响. 河南中医，2004，24（11）：31

[71] 张国华. 温胆汤对 SHR 大鼠血液中 ALDO 和 AngⅡ水平的影响. 现代医院，2007，7（5）：28～29

[72] 张国华，吕琳. 温胆汤对自发性高血压大鼠血液中 PⅢNP、LN 和 HA 水平影响的实验研究. 浙江中医杂志，2007，42（10）：598～599

[73] 张惠云，王静. 参连温胆汤对抗化疗胃肠道反应的作用. 山东中医学院学报，1995，19（5）：346

[74] 严志林，王钢. 加味温胆汤治疗慢性肾功能衰竭 70 例临床观察. 江苏中医，1992，13（9）：5

[General Information]
书名=温胆汤
作者=孙建光，巩昌靖编著
页数=242
SS号=12107476
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　温胆汤的来源
一、《集验方》温胆汤
二、《三因极一病证方论》温胆汤
三、《集验方》与《三因方》温胆汤的区别
四、温胆汤与二陈汤的关系
第二节　温胆汤的组成及用法
第三节　温胆汤的功效与主治
一、方中药物的功效与主治
二、温胆汤的功效与主治
第四节　温胆汤的临床应用
第五节　温胆汤的衍生方
第二章　古今医家的论述
第一节　温胆汤源流考析
第二节　温胆汤十三首同名方
第三节对“温胆”之见解
一、以“和”为“温”
二、以“温”疗“寒”
三、“脏寒腑热”与“脏热腑寒”说
四、寒温混淆说
中篇　临床研究
第一章　内科病证
第一节　神经系统疾病
一、血管神经性头痛
二、脑血栓形成
三、失眠
四、脑萎缩
五、神经官能症
六、癫痫
七、精神抑郁症
第二节　循环系统疾病

一、冠心病
二、心律失常
三、心脏神经官能症
四、高血压病
五、病毒性心肌炎
第三节 消化系统疾病
一、功能性消化不良
二、反流性食管炎
三、慢性糜烂性胃炎
四、胆汁反流性胃炎
五、慢性浅表性胃炎
六、胃溃疡
七、重症肝炎
八、酒精性肝病
第四节 呼吸系统疾病
一、支气管哮喘
二、慢性支气管炎急性发作
三、肺炎
第五节 泌尿系统疾病
一、慢性肾功能衰竭
二、尿道综合征
第六节 内分泌系统疾病
一、糖尿病
二、糖尿病酮症酸中毒
三、糖尿病肾病
四、高脂血症
第七节 肿瘤
肿瘤化疗后呕吐
第二章 外科病证
糖尿病性微血管病变
第三章 妇产科病证
一、妊娠剧吐
二、卵巢囊肿
三、围绝经期综合征
四、产后缺乳
第四章 儿科病证
一、肺炎
二、小儿厌食症
三、儿童多动症
四、抽动秽语综合征

五、急性假膜性念珠菌病
六、病毒性心肌炎
七、癫痫
第五章　男科病证
男性性功能障碍
第六章　骨科病证
一、损伤
二、骨折
三、颈性眩晕
第七章　皮肤科病证
生殖器疱疹
第八章　耳鼻喉科病证
一、梅尼埃病
二、耳鸣耳聋
三、耳郭假性囊肿
四、慢性咽炎
第九章　眼科病证
中心性浆液性视网膜脉络膜病变
第十章　口腔科病证
顽固性口腔溃疡
下篇　实验研究
第一章　温胆汤中各味中药的药理研究
一、半夏
二、枳实
三、竹茹
四、陈皮
五、茯苓
六、甘草
七、生姜
八、大枣
第二章　温胆汤全方药理研究
一、对精神神经系统的影响
二、降血脂作用
三、抗衰老作用
四、对心血管系统的影响
五、对消化系统的影响
六、对呼吸系统的影响
七、改善肾功能的作用