总主编●巩昌镇　刘一凡

编　著●刘一凡　董正显

难病奇方系列丛书 第二辑

理中丸



『诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制』

中国医药科技出版社

内容提要

本书分为《难病奇方系列丛书》之一，设上、中、下三篇，分别从理论研究、临床研究、实验研究对理中丸予以阐述，包括理中丸的来源、组成用法、功效主治、古今医家论述，理中丸在内科、外科、妇科、儿科、五官科、皮肤科等疾病中的临床应用、病案举例，以及理中丸的制剂研究、药理研究等。

该书内容丰富，作者引用了大量文献，均为临床应用经验及现代实验研究结果，对中医临床工作者有很大的指导价值。

《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 理中丸的来源 …… (3)
第二节 理中丸的组成及用法 …… (4)
第三节 理中丸的功效与主治 …… (5)
一、方中药物的功效与主治 …… (5)
二、理中丸的功效与主治 …… (14)
第四节 理中丸的衍生方 …… (16)
第五节 理中丸的临床应用 …… (19)
第二章 古今医家论述 …… (24)

中篇 临床研究

第一章 内科病证 …… (29)
第一节 循环系统疾病 …… (29)
一、心衰腹胀 …… (29)
二、胸痹心痛 …… (31)
第二节 呼吸系统疾病 …… (32)
一、感冒 …… (32)
二、咳嗽 …… (34)
三、慢性咳嗽 …… (37)
四、肺咳 …… (40)
五、支气管哮喘 …… (43)
六、慢性支气管炎 …… (45)
七、咳血 …… (47)
第三节 消化系统疾病 …… (49)
一、抗生素相关性腹泻 …… (49)

目录

二、便秘 …… (51)
三、食管炎 …… (56)
四、胃脘痛 …… (58)
五、浅表性胃炎 …… (65)
六、慢性腹泻 …… (67)
七、变态反应性胃肠炎 …… (74)
八、十二指肠溃疡 …… (76)
九、慢性萎缩性胃炎 …… (82)
十、慢性胃炎 …… (85)
十一、功能性消化不良 …… (89)
十二、慢性结肠炎 …… (94)
十三、慢性肠炎 …… (100)
十四、肠易激综合征 …… (105)
十五、溃疡性结肠炎 …… (106)
十六、慢性溃疡性结肠炎 …… (110)
十七、呃逆 …… (114)
十八、胆石症 …… (117)
十九、上消化道大出血 …… (119)
二十、季节性腹泻 …… (123)
二十一、胃下垂 …… (125)
二十二、腹痛 …… (127)
二十三、痢疾 …… (131)
二十四、急性肠胃炎 …… (134)
第四节 神经系统疾病 …… (136)
一、发作性睡病 …… (136)
二、眩晕 …… (138)
三、失眠 …… (140)
四、头痛 …… (142)
第五节 其他内科疑难杂症 …… (144)
一、不明原因高热 …… (144)
二、过汗伤阳 …… (147)

三、唾液减少症 …… (150)
四、多涎症 …… (151)
第二章 外科病证 …… (158)
一、胆道术后“T”管引流胆汁过多 …… (158)
二、胃癌手术后口疮 …… (159)
三、骨折 …… (161)
四、腰椎骨质增生 …… (162)
五、术后粘连性肠梗阻 …… (164)
六、术后顽固性腹泻 …… (166)
七、术后胃肠道功能紊乱 …… (168)
第三章 妇科病证 …… (171)
一、崩漏 …… (171)
二、妇女更年期虚寒证 …… (174)
三、乳泣 …… (176)
四、乳癖 …… (177)
五、带下病 …… (179)
第四章 儿科病证 …… (183)
一、婴儿惊啼证 …… (183)
二、夜啼 …… (185)
三、婴儿肝炎综合征 …… (187)
四、流涎 …… (190)
五、口疮 …… (192)
六、腹痛 …… (194)
七、泄泻 …… (195)
八、肺炎喘嗽 …… (202)
九、喜唾 …… (204)
十、轮状病毒肠炎 …… (206)
第五章 五官科病证 …… (211)
一、角膜软化症 …… (211)
二、鼻鼽 …… (213)
三、口唇疱疹 …… (215)

目录

四、牙痛 …… (216)
五、复发性口腔溃疡 …… (218)
六、口臭 …… (226)
七、口腔扁平苔藓 …… (227)
第六章 皮肤科病证 …… (230)
一、荨麻疹 …… (230)
二、过敏性紫癜（腹型） …… (232)
三、多形红斑 …… (233)
四、脚气病 …… (236)
五、湿疹 …… (238)
六、血小板减少性紫癜 …… (240)
七、皮疹黄痂 …… (242)

下篇 实验研究

第一章 理中丸制剂研究 …… (247)
一、方义与沿革 …… (247)
二、同类中成药的发展史 …… (248)
第二章 理中丸的药理研究 …… (262)
第一节 理中丸中组成中药的药理研究 …… (262)
一、干姜的药理作用 …… (262)
二、人参的药理作用 …… (264)
三、白术的药理作用 …… (281)
四、甘草的药理作用 …… (284)
第二节 理中丸全方现代药理研究 …… (294)


上
篇
理论研究

第一章

概　述

第一节　理中丸的来源

理中丸（汤）又名人参汤（《金匮要略》卷上）、治中汤（《备急千金要方》卷二十）、理中煎（《鸡峰普济方》卷十二）、人参理中汤（《校注妇人良方》卷二十）。

最早见于东汉张仲景所著的《伤寒杂病论》，是中医治疗中焦虚寒证的经典名方。功效为温中散寒，补气健脾。主治脾胃虚寒证。脘腹疼痛，喜温欲按，自利不渴，畏寒肢冷，呕吐，不欲饮食，舌淡苔白，脉沉细，或阳虚失血；或小儿慢惊；或病后喜唾涎沫，或霍乱吐泻，以及胸痹等中焦虚寒所致者。原方载于《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》，本方为温中祛寒所设的代表方。张仲景认为“霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。”“大病瘥后喜唾久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。”综观全方用药，温补并施，以温为主，温中阳，益脾气，助运化，故曰“理中”。

第二节 理中丸的组成及用法

理中丸是一首温中散寒，补气健脾，治疗中焦虚寒证的经典名方。

【组成】 干姜、人参、白术、炙甘草各三两（各90g）。

【用法】

（1）上四味，捣筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大，以沸汤数合和一丸，研碎，温服之。日三服，夜二服。腹中未热，益至三四丸，然不及汤。

（2）汤法：以四味依两数切，用水八升，煮取三升，去渣，温服一升，日三服。服汤后，如食顷，饮热粥一升许，勿发揭衣被。

【方诀】 理中干姜参术甘，温中健脾治虚寒。
中阳不足痛呕利，丸汤两用腹中暖。

【剖析】 理中丸（汤）又名人参汤，由人参、白术、干姜、炙甘草4味药组成。方中人参大补元气，与助阳药相伍，具有益气助阳之功；白术甘温培土和中而燥湿；炙甘草甘平益气和中补脾。三药皆为甘温补脾气之品，脾气虚得此则能健运。干姜辛热，为温暖中宫之主药，中焦脾虚脏寒者得此温煦之品，脏寒则能消除。诸药配伍，深得辛甘化阳之意，有助阳益气之妙，使阳气振奋，阴寒消除，脾气得以恢复，故为治疗脾气虚而偏于阳虚有寒的有效方剂。如《伤寒论》368条："霍乱……寒多不用水者，理中丸主之。"396条："太阳病瘥后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。"156条："伤寒，服以他药下之，利不止，医以理中与之。利益甚，理中者，理中焦，此利在下焦。"《金匮要略》曰"胸痹，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，……人参汤亦主之"等，都是为脾阳虚而致脾气升发无力，气机升降紊乱而设。脾虚一则清阳不升而下利不止；一则浊阴不降，反停于胸中，而致"胸上有寒"的喜唾症及痰涎阻滞、"气结在胸，胸满"之胸痹证。其"寒多不用水"、"胸上有寒"皆属寒象，为脾气虚而偏阳虚之候。用理中汤（丸）助阳益气，以恢复脾气之健运，则清阳得以上升，浊阴得以下降，上使痞

结散，下使泻利止。此即所谓“理中者，理中焦”之义也[1]。

【禁忌】 湿热内蕴中焦或脾胃阴虚者禁用。

第三节　理中丸的功效与主治

一、方中药物的功效与主治

方中药物的功效与主治[2]具体如下：

干姜 Ganjiang

《神农本草经》

为姜科植物姜 *Zingiber officinale* Rosc 的干燥根茎。主产于四川、广东、广西、湖南、湖北等地。均系栽培。冬季采收，纯净后切片晒干或低温烘干，生用。

【药性】 辛，热。归脾、胃、肾、心、肺经。

【功效】 温中散寒，回阳通脉，温肺化饮。

【应用】

1. 腹痛，呕吐，泄泻　本品辛热燥烈，主入脾胃而长于温中散寒、健运脾阳，为温暖中焦之主药。多与党参、白术等同用，治脾胃虚寒，脘腹冷痛等，如理中丸（《伤寒论》）；《外台秘要》单用本品研末服，治寒邪直中脏腑所致腹痛；常配高良姜，治胃寒呕吐，如二姜丸（《和剂局方》）；可与黄芩、黄连、人参等同用，治上热下寒，寒热格拒，食入即吐者，如干姜黄芩黄连人参汤（《伤寒论》）；治中寒水泻，可单用为末服，亦可与党参、白术、甘草等同用。

2. 亡阳证　本品辛热，入心、脾、肾经，有温阳守中，回阳通脉的功效。用治心肾阳虚，阴寒内盛所致亡阳厥逆，脉微欲绝者，每与附子相须为用，如四逆汤（《伤寒论》）。

3. 寒饮喘咳　本品辛热，入肺经，善能温肺散寒化饮。常与细辛、五味子、麻黄等同用，治寒饮喘咳，形寒背冷，痰多清稀之证，如小青龙汤（《伤寒论》）。

【用法用量】 煎服，3～10g。

【使用注意】 本品辛热燥烈，阴虚内热、血热妄行者忌用。

【古籍摘要】

1.《神农本草经》 主胸满咳逆上气，温中，止血，出汗，逐风湿痹，肠澼下痢。生者尤良。

2.《珍珠囊》 干姜其用有四：通心阳，一也；去脏腑沉寒痼冷，二也；发诸经之寒气，三也；治感寒腹痛，四也。

3.《本草求真》 干姜，大热无毒，守而不走，凡胃中虚冷，元阳欲绝，合以附子同投，则能回阳立效，故书有附子无姜不热之句。

【现代研究】

1. 化学成分 干姜含挥发油约2%，主要成分是姜烯、水芹烯、莰烯、姜烯酮、姜辣素、姜酮、龙脑、姜醇、柠檬醛等。尚含树脂、淀粉，以及多种氨基酸。

2. 药理作用 干姜甲醇或醚提取物有镇静，镇痛，抗炎，止呕及短暂升高血压的作用；水提取物或挥发油能明显延长大鼠实验性血栓形成时间；干姜醇提取物及其所含姜辣素和姜辣烯酮有显著灭螺和抗血吸虫作用。干姜醇提取物能明显增加大鼠肝脏胆汁分泌量，维持长达3~4h。

3. 临床研究 干姜、黄芩、黄连、白晒参按等量比例晒干，研极细末，每包10g，每次1包，开水冲服，日3次。治疗60例急性胃肠炎患者，止泻时间在1~2d（实用医学杂志，1988，1：39）；干姜3~9g，蒲公英25~30g，延胡索10~30g，水煎服，每日1剂，治疗慢性胃炎100例，总有效率94%（陕西中医，1994，1：3）；用20%干姜酊30ml，干姜粉5g，氯化钠0.5g，甘油30ml，香精3滴，加水至100ml，摇匀，局部涂药治疗手足皲裂70例，总有效率为88.6%（中国中西医结合杂志，2001，6：469）；干姜粉1g，口服，预防晕船有良效（中华航海医学杂志，1999，1：23）。另有用干姜治疗急性肠梗阻、褥疮、肛裂等。

人参 Renshen

《神农本草经》

为五加科植物人参 *Panax ginseng* C. A. Mey. 的根。主产于吉林、辽宁、黑龙江。以吉林抚松县产量最大，质量最好，称吉林参。野生

者名“山参”，栽培者称“园参”。园参一般应栽培6～7年后收获。鲜参洗净后干燥者称“生晒参”，蒸制后干燥者称“红参”，加工断下的细根称“参须”，山参经晒干称“生晒山参”。切片或粉碎用。

【药性】甘、微苦，平。归肺、脾、心经。

【功效】大补元气，补脾益肺，生津，安神益智。

【应用】

1. 元气虚脱证　本品能大补元气，复脉固脱，为拯危救脱要药。适用于因大汗、大泻、大失血或大病、久病所致元气虚极欲脱，气短神疲，脉微欲绝的重危证候。单用有效，如独参汤（《景岳全书》）。若气虚欲脱兼见汗出，四肢逆冷者，应与回阳救逆之附子同用，以补气固脱与回阳救逆，如参附汤（《正体类要》）。若气虚欲脱兼见汗出身暖，渴喜冷饮，舌红干燥者，本品兼能生津，常与麦冬、五味子配伍，以补气养阴，敛汗固脱，如生脉散（《内外伤辨惑论》）。

2. 肺脾心肾气虚证　本品为补肺要药，可改善短气喘促，懒言声微等肺气虚衰症状。治肺气咳喘、痰多者，常与五味子、苏子、杏仁等药同用，如补肺汤（《千金方》）。

本品亦为补脾要药，可改善倦怠乏力，食少便溏等脾气虚衰症状。因脾虚不运常兼湿滞，故常与白术、茯苓等健脾利湿药配伍，如四君子汤（《和剂局方》）。若脾气虚弱，不能统血，导致长期失血者，本品又能补气以摄血，常与黄芪、白术等补中益气之品配伍，如归脾汤（《济生方》）。若脾气虚衰，气虚不能生血，以致气血两虚者，本品还能补气以生血，可与当归、熟地等药配伍，如八珍汤（《正体类要》）。

本品又能补益心气，可改善心悸怔忡，胸闷气短，脉虚等心气虚衰症状，并能安神益智，治疗失眠多梦，健忘。常与酸枣仁、柏子仁等药配伍，如天王补心丹（《摄生秘剖》）。

本品还有补益肾气作用，不仅可用于肾不纳气的短气虚喘，还可用于肾虚阳痿。治虚喘，常与蛤蚧、五味子、胡桃等药同用。治肾阳虚衰，肾精亏虚之阳痿，则常与鹿茸等补肾阳、益肾精之品配伍。

3. 热病气虚津伤口渴及消渴证　热邪不仅容易伤津，而且亦会耗气，对于热病气津两伤，口渴，脉大无力者，本品既能补气，又能

生津。治热伤气津者，常与知母、石膏同用，如白虎加人参汤（《伤寒论》）。消渴一病，虽有在肺、脾（胃）、肾的不同，但常常相互影响。其病理变化主要是阴虚与燥热，往往气阴两伤，人参既能补益肺脾肾之气，又能生津止渴，故治消渴的方剂中亦较常用。

此外，本品还常与解表药、攻下药等祛邪药配伍，用于气虚外感或里实热结而邪实正虚之证，有扶正祛邪之效。

【用法用量】 煎服，3～19g；挽救虚脱可用15～30g。宜文火另煎分次兑服。野山参研末吞服，每次2g，日服2次。

【使用注意】 不宜与藜芦同用。

【古籍摘要】

1.《神农本草经》 补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心益智。

2.《医学启源·药类法象》引《主治秘要》 补元气，止渴，生津液。

3.《本草汇言》 补气生血，助精养神之药也。

【现代研究】

1. 化学成分 本品含多种人参皂苷、挥发油、氨基酸、微量元素及有机酸、糖类、维生素等成分。

2. 药理作用 人参具有抗体克作用，人参注射液对失血性休克和急性中毒性休克患者比其他原因引起的休克，效果尤为显著；可使心搏振辐及心率显著增加，在心功能衰竭时，强心作用更为显著；能兴奋垂体－肾上腺皮质系统，提高应激反应能力；对高级神经活动的兴奋和抑制过程均有增强作用；能增强神经活动过程的灵活性，提高脑力劳动功能；有抗疲劳，促进蛋白质、RNA、DNA的合成，促进造血系统功能，调节胆固醇代谢等作用；能增强机体免疫功能；能增强性腺功能，有促性腺激素样作用；能降低血糖。此外，尚有抗炎、抗过敏、抗利尿及抗肿瘤等多种作用。人参的药理活性常因机体状态不同而呈双向作用。

3. 临床研究 据报道，口服人参晶胶囊（每粒含人参皂苷40mg），1日2次，1次1粒，治疗脾肾两虚证2型糖尿病患者30例，均有较明显的降低血糖作用（新中医，2000，7：44）。以参麦注射

液用于白血病化疗患者30例，对化疗引起的消化道反应及心肌酶谱变化的影响明显低于对照组（新中医，2000，5：19）。用人参治疗27名阳痿患者，15例性功能恢复，9例好转，3例无效；或每日服人参提取物500mg，治老年性继发性性功能障碍，有一定疗效（吉林医学，1983，5：54）；人参总皂苷胶囊口服，每日2.4～3.0g，治疗肾性贫血有一定效果（综合临床医学，1993，4：209）；本品还常用以治疗休克、肺心病、白细胞减少、慢性肝炎、病毒性心肌炎、肿瘤等多种疾病。

4. 不良反应　长期服人参或人参制剂，可出现腹泻、皮疹、失眠、神经过敏、血压升高、忧郁、性欲亢进（或性功能减退）、头痛、心悸等不良反应。出血是人参急性中毒的特征。临床还有人参蛤蚧精口服液致剥脱性皮炎、人参蜂王浆致急性肾炎血尿加重等报道。

白术 Baizhu

《神农本草经》

为菊科植物白术 *Atractylodes macrocephala* Koidz. 的根茎。主产于浙江、湖北、湖南等地。以浙江于潜产者最佳，称为“于术”。冬季采收，烘干或晒干，除去须根，切厚片，生用或土炒、麸炒用。

【药性】甘、苦，温。归脾、胃经。

【功效】健脾益气，燥湿利尿，止汗，安胎。

【应用】

1. 脾气虚证　本品甘苦性温，主归脾胃经，以健脾、燥湿为主要作用，被前人誉之为“脾脏补气健脾第一要药”。脾主运化，因脾气不足，运化失健，往往水湿内生，引起食少、便溏或泄泻、痰饮、水肿、带下诸症。本品既长于补气以复脾之健运，又能燥湿、利尿以除湿邪。治脾虚有湿，食少便溏或泄泻，常与人参、茯苓等品同用，如四君子汤（《和剂局方》）。脾虚中阳不振，痰饮内停者，宜与温阳化气、利水渗湿之品配伍，如苓桂术甘汤（《金匮要略》）。对脾虚水肿，本品可与茯苓、桂枝等药同用。脾虚湿浊下注，带下清稀者，可与健脾燥湿之品同用。

2. 气虚自汗　本品对于脾气虚弱，卫气不固，表虚自汗者，其作用与黄芪相似而力稍逊，亦能补脾益气，固表止汗。《千金方》单

用本品治汗出不止。脾肺气虚，卫气不固，表虚自汗，易感风邪者，宜与黄芪、防风等补益脾肺、祛风之品配伍，以固表御邪，如玉屏风散（《丹溪心法》）。

3. 脾虚胎动不安　本品还能益气安胎。治疗脾虚胎儿失养者，本品可补气健脾，促进水谷运化以养胎，宜与人参、阿胶等补益气血之品配伍；治疗脾虚失运，湿浊中阻之妊娠恶阻，呕恶不食，四肢沉重者，本品可补气健脾燥湿，宜与人参、茯苓、陈皮等补气健脾除湿之品配伍；治疗脾虚妊娠水肿，本品既能补气健脾，又能利水消肿，亦常与健脾利水之品配伍使用。

【用法用量】 煎服，6～12g。炒用可增强补气健脾止泻作用。

【使用注意】 本品性偏温燥，热病伤津及阴虚燥渴者不宜。

【鉴别用药】 白术与苍术，古时统称为“术”，后世逐渐分别入药。二药均具有健脾与燥湿两种主要功效。然白术以健脾益气为主，宜用于脾虚湿困而偏于虚证者；苍术以苦温燥湿为主，宜用于湿浊内阻而偏于实证者。此外，白术还有利尿、止汗、安胎之功，苍术还有发汗解表、祛风湿及明目作用，分别还有其相应的主治病证。

【古籍摘要】《本草通玄》：补脾胃之药，更无出其右者。土旺则能健运，故不能食者，食停滞者，有痞积者，皆用之也。土旺则能胜湿，故患痰饮者，肿满者，湿痹者，皆赖之也。土旺则清气善升，而精微上奉；浊气善除，而糟粕下输，故吐泻者，不可阙也。

【现代研究】

1. 化学成分　本品含挥发油，油中主要有苍术酮、苍术醇、苍术醚、杜松脑、苍术内脂等，并含有果糖、菊糖、白术多糖，多种氨基酸及维生素 A 类成分等。

2. 药理作用　白术对肠管活动有双向调节作用，当肠管兴奋时呈抑制作用，而肠管抑制时则呈兴奋作用；有防治实验性胃溃疡的作用；有强壮作用；能促进小鼠体重增加；能明显促进小肠蛋白质的合成；能促进细胞免疫功能；有一定提升白细胞作用；还能保肝、利胆、利尿、降血糖、抗血凝、抗菌、抗肿瘤。白术挥发油有镇静作用。

3. 临床研究　据报道，治肝硬化腹水用白术 30～60g，迁延性肝

炎用白术30g，原发性肝癌用白术60～100g，脾虚湿阻者用焦白术，阴虚津亏者用生白术，并随证配伍，收到了较好疗效（安徽中医学院学报，1984，2：25）；以白术30g，炙山甲6g，加入白酒100ml，加盖，加热至沸后减弱火力，保持微沸半小时，倾出药液；重煎1次，合并煎液，早晚两次分服，1日1剂，连服2～3剂，治疗慢性腰痛受寒湿或劳累加重者243例，疗效满意（山东中医学院学报，1993，1：51）。本品还有用于耳源性眩晕、急性肠炎、白细胞减少症、便秘等疾病的报道。

4. 药性解析　白术《神农本草经》记载其“味苦，温。主风寒湿痹死肌，痉，疸，止汗除热，消食”。历代医家多从之，或稍做增补。但少有人解释白术因何能有上述功效。至凌一揆教授主编的高等医药院校讲义《中药学》总结白术“味苦，甘，温。归脾胃经。功效补气健脾，燥湿利水，止汗安胎”。白术怎能同归脾、胃二经呢？盖脾胃二者互为表里，一脏一腑，同居中焦为气机升降之枢纽，脾宜升则健，胃宜降则和；脾为脏，喜温喜燥恶湿，胃为腑，喜凉喜润而恶燥。白术味苦性温，正顾脾脏之性，则知白术自当有健脾升清升举之功，必入脾经而不入胃经。因为白术健脾益气，性能升浮，能将饮食水谷精微布散于上焦，上焦得中焦之助，正常发挥其“上焦如雾，熏肤充身泽毛，若雾露之溉”功能。固卫营养体表肌腠，抗御驱逐外邪，则“主风寒湿痹死肌”、“止汗除热”；清气上升，浊气自降，脑髓得养则痉病自痊；脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行，白术健脾升清，使水道通畅，黄疸则除。脾升胃降，白术健脾升清，有助胃纳下降，消化功能发挥良好，自然不会因食而病。胎元失于升举所致胎动不安用之必当。白术既有升浮升举之力，则于气机逆上之时当禁用。观理中丸后加减八法中，“脐下欲作奔豚”、“呕多者”皆为逆气不降，故去白术，而加用有降逆之功的桂枝或生姜；“虽吐而下利多者”则说明胃气失降与脾气不升共存，但矛盾的主要方面是脾气不升，故还要用升提之白术。“渴欲得饮水者”正是由于脾气不升，津不上承，故倍白术标本同治。“腹满者”为脾阳衰微至极，故加附子峻补回阳，减去白术以防阳气升散太过，中焦不守。足见仲师组方精当，用药识其性而用如神，化平凡

为神奇，堪称至境［河北中医2005，27（9）］。对白术药性之体味有得者，还有近代医学大师张锡纯，他在《医学衷中参西录》之“白术解”后有一病案可证“尝治一少年咽喉常常发干，饮水连连不能解渴。诊其脉微弱迟濡，当系脾胃湿寒不能健运，以致气化不升也。投以四君子汤加干姜、桂枝尖”（医学衷中参西录．河北：河北人民出版社，1977：393），方中白术重用两许，一剂其渴即止。可见白术性能升浮，张锡纯已有阐释，其选用药物已谙合经旨。总之，在使用白术之时，一定要谨记其性升浮。故对于气机逆上、亢奋，出现腹部胀满、呕吐、奔豚之脐下悸动，肝阳上亢之头晕头痛，肺失肃降之喘逆等症当禁用之。其适宜的指征为气虚下陷，水湿停聚，症见脏器脱垂，久利，呕吐泻利日久而泻利较重者，平素气虚之人冬春季预防外感，舌淡，苔白滑，脉沉迟或沉微等。只要辨证准确，选方得当，体察药性，则战无不胜。

甘草 Gancao

《神农本草经》

为豆科植物甘草 *Glycyrrhiza uralensis* Fisch.、胀果甘草 *G. inflata* Bat. 或光果甘草 *G. glabra* L. 的根及根茎。主产于内蒙古、新疆、甘肃等地。春、秋采挖，以秋采者为佳。除去须根，晒干，要厚片，生用或蜜炙用。

【药性】 甘，平。归心、肺、脾、胃经。

【功效】 补脾益气，祛痰止咳，缓急止痛，清热解毒，调和诸药。

【应用】

1. 心气不足，脉结代、心动悸　本品能补益心气，益气复脉。主要用于心气不足而致结代，心动悸者，如《伤寒类要》单用本品，主治伤寒耗伤心气之心悸，脉结代。若属气血两虚，宜与补气养血之品配伍，如炙甘草汤（《伤寒论》），以之与人参、阿胶、生地黄等品同用。

2. 脾气虚证　本品味甘，善入中焦，具有补益脾气之力。因其作用缓和，宜作为辅助药用，能“助参芪成气虚之功”（《本草正》），故常与人参、白术、黄芪等补脾益气药配伍，用于脾气虚弱

之证。

3. 咳喘　本品能止咳，兼能祛痰，还略具平喘作用。单用有效。可随证配伍用于寒热虚实多种咳喘，有痰无痰均宜。

4. 脘腹、四肢挛急疼痛　本品味甘能缓急，善于缓急止痛。对脾虚肝旺的脘腹挛急作痛或阴血不足之四肢挛急作痛，均常与白芍同用，即芍药甘草汤（《伤寒论》）。临床常以芍药甘草汤为基础，随证配伍用于血虚、血瘀、寒凝等多种原因所致的脘腹、四肢挛急作痛。

5. 热毒疮疡、咽喉肿痛及药物、食物中毒　本品还长于解毒，应用十分广泛。生品药性微寒，可清解热毒。用治热毒疮疡，可单用煎汤浸渍，或熬膏内服。更常与地丁、连翘等清热解毒、消肿散结之品配伍。用治热毒咽喉肿痛，宜与板蓝根、桔梗、牛蒡子等清热解毒利咽之品配伍。本品对附子等多种药物所致中毒，或多种食物所致中毒，有一定解毒作用。对于药物或食物中毒的患者，在积极送医院抢救的同时，可用本品辅助解毒救急。

6. 调和药性　本品在许多方剂中都可发挥调和药性的作用：通过解毒，可降低方中某些药（如附子、大黄）的毒烈之性；通过缓急止痛，可缓解方中某些药（如大黄）刺激胃肠引起的腹痛；其甜味浓郁，可矫正方中药物的滋味。

【用法用量】 煎服，1.5～9g。生用性微寒，可清热解毒；蜜炙药性微温，并可增强补益心脾之气和润肺止咳作用。

【使用注意】 不宜与京大戟、芫花、甘遂同用。本品有助湿壅气之弊，湿盛胀满、水肿者不宜用。大剂量久服可导致水钠潴留，引起浮肿。

【古籍摘要】

1.《名医别录》　温中下气，烦满短气，伤脏咳嗽。

2.《本草汇言》　和中益气，补虚解毒之药也。

3.《本草正》　味至甘，得中和之性，有调补之功，故毒药得之解其毒，刚药得之和其性……助参芪成气虚之功。

【现代研究】

1. 化学成分　本品含三萜类（三萜皂苷甘草酸的钾、钙盐为甘草甜素，是甘草的甜味成分）、黄酮类、生物碱、多糖等成分。

2. 药理作用　甘草有抗心率失常作用；有抗溃疡，抑制胃酸分泌，缓解胃肠平滑肌痉挛及镇痛作用，并与芍药的有效成分芍药苷有协同作用；能促进胰液分泌；有明显的镇咳作用，祛痰作用也较显著，还有一定平喘作用；有抗菌、抗病毒、抗炎、抗过敏作用；能保护发炎的咽喉和气管黏膜；对某些毒物有类似葡萄糖醛酸的解毒作用；有类似肾上腺皮质激素样作用；还有抗利尿、降脂、保肝等作用。

3. 临床研究　据报道，以生甘草2～3g，加10～15ml沸水泡服，每日1次，治疗婴幼儿腹泻有良效（湖北中医杂志，1984，6：11）；生甘草10g，开水泡后当茶饮，轻症服药1～2个月，重症服药3～5个月，治疗慢性咽炎38例，治愈34例，好转4例（云南中医学院学报，1983，1：20）。本品还有用于治疗消化道溃疡、抑郁症、食物中毒、急性乳腺炎、尿崩症、银屑病、痤疮及外治冻伤、皮肤皲裂、手足癣等疾病的报道。

4. 不良反应　大剂量服用或小量长期服用本品，大约有20%的人可出现水肿、四肢无力、痉挛麻木、头晕、头痛、血压升高、低血钾等不良反应；老年人及患有心血管病、肾脏病者，易致高血压和充血性心脏病。长期服用甘草甜素可致非哺乳期妇女泌乳。

二、理中丸的功效与主治

【功用】 温中祛寒，补气健脾。

【主治】

（1）脾胃虚寒证。脘腹绵绵作痛，喜温喜按，呕吐，大便稀溏，脘痞食少，畏寒肢冷，口不渴，舌淡苔白润，脉沉细或沉迟无力。

（2）阳虚失血证。便血、吐血、衄血或崩漏等，血色暗淡，质清稀。

（3）脾胃虚寒所致的胸痹，或病后多涎唾，或小儿慢惊等。本方常用于急慢性胃肠炎、胃及十二指肠溃疡、胃痉挛、胃下垂、胃扩张、慢性结肠炎等属脾胃虚寒者。

【病机】

中焦虚寒
- 升降失职——吐、利、满、痛（冷、喜温、喜按）
- 统摄失权
  - 吐衄、便血、崩漏
  - 喜唾流涎
- 土不荣木——抽搐、目睛上视（小儿慢惊风）

→ 舌淡、苔白、脉沉迟或沉细

【方解】

君　干姜——辛热，温中散寒
臣　人参——补脾益气
佐　白术——健脾燥湿
使　甘草——益气补中扶正以调和诸药

温补燥兼备，使（中阳复、中寒去、中气补）理中丸

本方所治诸症皆由脾胃虚寒所致。中阳不足，寒从中生，阳虚失温，寒性凝滞，故畏寒肢冷、脘腹绵绵作痛、喜温喜按；脾主运化而升清，胃主受纳而降浊，今脾胃虚寒，纳运升降失常，故脘痞食少、呕吐、便溏；舌淡苔白润，口不渴，脉沉细或沉迟无力皆为虚寒之象。治宜温中祛寒，益气健脾。《素问·至真要大论》说："寒淫所胜，平以辛热"，方中干姜为君，大辛大热，归经脾胃，温脾阳，祛寒邪，扶阳抑阴。病属虚证，虚则补之，故以人参为臣，甘温入脾，补中益气，培补后天之本，气旺而阳亦复。脾为湿土，中虚不运，则易生湿浊，故用甘温苦燥之白术，健脾燥湿，健运中州，投脾之所喜，是为佐药。甘草蜜炙，性温具补，补脾益气，调和诸药，用之为使。甘草与诸药等量，寓意有三：一为合参、术以助益气健脾；二为缓急止痛；三为调和药性，是佐药而兼使药之用。纵观全方，药仅四味，温、补并行而以温为主，温中阳，益脾气，助运化，故曰"理中"。药少力专，可使寒气去，阳气复，中气得补，健运有权，中焦虚寒诸症自可除矣。正如程应旄所说："理中者，实以燮理之功，予中焦之阳也。"本方作汤剂，在《金匮要略》中称人参汤，治"胸痹，心中痞气，气结在胸"。理中丸方后亦有"然不及汤"四字。盖汤剂较丸剂力强，临床可视病情之缓急酌定剂型。

阳虚失血，无论吐、衄或便血、崩漏，但见面色㿠白、气短神疲、脉细或虚大无力，是阳气虚弱，脾不统血所致，以本方加减治疗。胸痹一病，总由上焦阳气不足，阴寒之邪上乘，胸中之气痹阻所致。若心中痞坚，逆气上冲心胸，是中焦阳虚，又有痰饮上犯所致。

可用本方温中祛寒，益气健脾，使中焦气旺，则上焦之气开发，逆气可平，胸痹可愈。病后多生涎唾，久久不已，是脾气虚寒，不能摄津，津上溢于口所致。以本方丸剂缓治，亦可徐徐收功。小儿慢惊，总由先天不足，后天失调，或过服寒凉之品，或大病后调理不善，损害脾胃阳气所致。若形气羸瘦、手足不温、呕吐泄泻、神疲食少、舌淡苔白、脉细迟或沉细缓弱者，纯属中焦虚寒，亦可用本方治疗。

【运用】

（1）本方是一首温补方剂，主要适用于脾胃虚寒，运化失司所致之证。除见吐、利、冷、痛之主症外，应以畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉迟或沉细为证治要点。方中药性偏于温燥，故对外感发热，或阴虚者忌用。

（2）若虚寒甚者，可加附子、肉桂以增助阳祛寒之力；兼气滞停饮，可加枳实、茯苓以理气化饮。原书在方后尚有加减用法，如脐上筑动，为下焦肾寒上犯，去白术，加肉桂以平降冲逆；吐多者，去白术之壅滞，加生姜降逆和胃；利多者，仍用白术，意在健脾止泻；心悸者，为寒湿凌心，加茯苓以利湿宁心；渴欲得水，为脾不化湿，津液不布，加重白术用量，意在助脾运化。

（3）急慢性胃肠炎、胃及十二指肠溃疡、胃下垂、胃扩张、慢性结肠炎等属脾胃虚寒者，均可应用。

【加减法】

（1）如果寒性甚者，加入熟附片9g。

（2）如果脾气虚者，重用人参，用量改为12g，加入黄芪24g。

（3）下痢甚者，可加入淮山药18g，扁豆15g，煨诃子9g。

（4）呕吐甚者，加法夏10g，丁香3g。

（5）有失血者，加阿胶10g（烊化），三七9g，地榆炭6g。

第四节　理中丸的衍生方

理中丸因其用药简便，药效精到，对后世医家有很大的影响。后世医家在理中丸基础上创立了不少行之有效的名方。

（1）宋代阎孝忠，在理中丸中加入附子，取名为“附子理中丸”

（《阎氏小儿方论》），该方与理中丸的性质基本一致，是治疗虚寒腹痛的常用方剂，因方中加有附子，故温中散寒之力更强。方剂组成：人参去芦、白术锉、干姜炮、甘草炙，锉，黑附子炮，去皮脐，各一两（各9g），为细末，炼蜜和，一两作十丸。每服一丸，水一盏，化开。煎及七分，稍热服，食前。小儿分二三服，大小以意加减。功用：温阳祛寒，益气健脾。主治：脾胃虚寒，风冷相乘，脘腹疼痛，霍乱吐利转筋等。

（2）桂枝人参汤（《伤寒论》），桂枝四两（12g），甘草四两，炙（9g），白术三两（9g），人参三两（9g），干姜三两（9g），上五味，以水九升，先煮四味，取五升，内桂枝更煮，取三升，去滓，温服一升，日再夜一服。功用：温里解表，益气健脾。主治：太阳病，外证未除而数下之，遂协热下利，利下不止，心下痞鞕，表里不解。

附子理中丸比理中丸多了一味大辛大热的附子，其温中散寒之力更强，且能温肾，故用于脾胃阳虚之重证，或脾肾虚寒者；桂枝人参汤即于人参汤中加桂枝而成，乃温阳益气，表里同治之剂，故用于脾胃虚寒而兼外感表证者。

（3）明代王纶创“理中化痰丸”（《明医杂著》），由理中丸加半夏、茯苓而成。方剂组成：人参、白术炒、干姜、甘草炙、茯苓、半夏姜制（原书无药量）。用法：上药为末，（水泛丸）桐子大，每服四、五十丸，白滚汤下。功用：益气健脾，温化痰涎。主治：脾胃虚寒，痰涎内停。呕吐食少，或大便不实，饮食难化，咳唾痰涎。

（4）明代秦景明创“连理汤”（《证治要诀类方》卷一），由理中丸加黄连、茯苓而成，主治脾胃虚弱、呕吐酸水。连理汤组成：理中汤加茯苓、黄连（原书无药量）。用法：上为末。每服二钱，沸汤点服，不拘时候。如中暑作渴，小便赤涩，每服半钱，温热水调服。主治：脾胃虚寒，内蕴湿热，泻痢烦渴，吞酸腹胀，小便赤涩者。1）《证治要诀类方》：中暑作渴，小便赤涩；脾寒少气，或盛暑又复内伤生冷，泻痢，饮食不入，烦躁，渴甚引饮，所饮少而常喜温，脉细者。2）《张氏医通》：胃虚挟食，痞满发热。3）《证治汇补》：脾虚肝郁，吞酸腹胀。备考：本方改作丸剂，名“连理丸”（《中国医学大辞典》）。

（5）明代龚廷贤创“理中安蛔汤”（《伤寒全生集》卷四），由理中丸去甘草，加川椒、乌梅、茯苓而成，主治脾胃虚寒以及蛔虫引起的腹痛。理中安蛔汤组成：人参、白术、干姜、茯苓、乌梅、花椒。用法：加生姜，水煎服，如合丸药，用乌梅浸烂蒸熟，捣如泥，入前末药再捣如泥。每服十丸，米汤吞下。功用：《成方便读》：温扶脾土，去虫。主治：1）《伤寒全生集》：蛔厥，手足冷而吐蛔。2）《成方便读》：胃寒吐蛔，腹痛不止，其痛也，腹中似有形攻击之状，上下作止不一，亦无喜按拒按之分，喜热喜冷之辨，或好食泥土茶炭等物，脉象三五不调，唇色或赤或白。加减：手足冷，加附子；有呕，加陈皮、半夏；吐蛔未止，加黄连、苦楝皮、细辛。

方论选录：1）《伤寒全生集》：治蛔不可用甘草甜物，盖蛔得甘则动于上，得酸则静，见苦则安，得辛辣则头伏于下也。2）《成方便读》：夫腹痛一证，固有寒热虚实之不同，其为虫积者尤多，以其饮食不节，生冷过度，脾胃阳气薄弱，不能运化精微，酝酿而成虫积矣。自有病证可征，急用理中，温理中脏，复其健运之职，而杜其生虫之源，加入川椒、乌梅大辛大酸之品以杀之。用蜜丸者，使之易入虫口，以缓椒、梅之急耳。备考：本方方名，《证治准绳·伤寒》引作“理中安蛔散”。本方炼蜜为丸，名“理中安蛔丸”（《医方集解》）。《万病回春》本方用量：人参七分，白术、茯苓各一钱，乌梅一个，花椒一分，干姜五分。

（6）宋代《太平惠民和剂局方》所载“枳实理中丸”，由理中丸加枳实、茯苓、干姜而成，主治脾胃虚寒、气滞水湿停留。另外《御药院方》卷四所载枳实理中丸的组成为：人参（去芦头）、干姜（炮）、炙甘草、白术、枳实（麸炒）、茯苓（去皮）各一两，附子（炮，去皮脐）半两。用法：上为细末，炼蜜为丸，每两作四丸。每服一丸，水一大盏，煎至六分，和滓温服，不拘时候。主治：胸痹，心下痞，留气结胸，胸满，胁下逆气抢心。[《中医方剂大辞典》精选本（上、下册）]

第五节 理中丸的临床应用

1. *内科应用* 理中丸的临床应用较为广泛，尤其以内科应用为主。可用于循环系统疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液和造血系统疾病、内分泌系统疾病、风湿性疾病以及内科疑难杂症等。本方立方之意在《伤寒论》中为治太阴病腹痛下利之主方，主治中虚有寒，不能运化，升降失常，清浊相干所致的脾胃虚寒证。《素问·至真要大论》说："寒淫所胜，平以辛热"，方用干姜为君，大辛大热，归经脾胃，温中祛寒，扶阳抑阴。病属虚证，虚则补之，故以人参为臣，甘温入脾，补中益气，培补后天之本，气旺而阳亦复。脾为湿土，中虚不运必生寒湿，故又以甘苦燥湿之白术，燥湿健脾，脾运中州，投脾之所喜，是为佐药。甘草蜜炙，性温具补，补脾益气，调和诸药，用之为使。纵观全方，药仅四味，温补并行而以温为主[3]。

2. *外科应用* 理中汤在外科的应用不是很广泛，然本方主治中虚有寒，不能运化，升降失常，清浊相干所致的脾胃虚寒证。可以根据病情变化，只要在疾病发展的不同阶段出现中虚有寒，不能运化，升降失常，清浊相干等症状皆可运用理中汤加减来治疗。临床报道的可用于胆道术后"T"管引流胆汁过多、胃癌手术后口疮、腰椎骨质增生、术后粘连性肠梗阻以及骨折等疾病的不同阶段。处方时可根据病情需要，酌情添加香附、砂仁、黄芪、桂枝、田七、牛膝、鸡血藤等药物。

3. *妇科应用* 理中汤有温补中州，健脾益气，温补并行之效。可用于治疗妇科的脾胃虚寒引起的崩漏、妇女更年期虚寒证、乳泣、乳癖、带下病等，效果明显。崩漏气滞者可加用广木香行气开胃，还可以防止补而气滞，加强行气，气行则血行，使血归于经。寒象较重者可加用艾叶以温中散寒。妇女更年期虚寒证多为脾肾阳虚者居多，可加入肉桂、淫羊藿、巴戟天、艾叶等温经散寒之品，效果明显。乳泣患者多为气虚不固，统摄无权，营阴不能内守，则乳汁随化随溢，可加入黄芪、当归、白芍、熟地、五味子等补中益气，养血固摄的药

材。乳癖一病多与月经周期相关，本病的基本病机为气滞痰凝，冲任失调，病在胃、肝、脾三经。临床运用可加入柴胡、法夏、枳壳、香附等理气化痰之品。带下病常因为脾肾两虚，不能化谷为精血，脾虚运化失职，寒湿内生，上泛为痰，下溢为带。气虚者加黄芪补益中气，阳虚者加补骨脂补肾助阳，温脾止泻；带下量多者加芡实健脾止泻，固肾涩精止带；还可加入金樱子固精缩尿，与补肾涩精的芡实相配，止涩之力更强。

4. *儿科应用* 本方在小儿虚寒性疾病如流涎、虚寒腹痛、秋季腹泻、泄泻、喜唾等的治疗方面应用较多，还可用于婴儿肝炎综合征、婴儿惊啼证、口疮、肺炎、轮状病毒肠炎等。治疗当随症加减，以小儿腹泻为例，腹痛者加元胡、木香、芍药、甘草；抽风者加钩藤、全蝎；呕吐者加姜汁。中寒脾虚者加入人参须、炒白术、干姜、甘草、炒扁豆、陈皮益气健脾温中，使脾阳健运，湿浊内化。泻下清水多者加诃子炭、木香以收敛固涩；纳呆者加麦芽、鸡内金消食化积。此外，用本方保留灌肠、敷脐治疗腹泻，疗效显著。

5. *五官科应用* 理中汤（丸）是治疗脾气虚偏阳虚有寒之方剂。可用于多种五官科病症的治疗。如角膜软化症、鼻鼽（过敏性鼻炎）、虚寒牙痛、虚寒型复发性口腔溃疡、口腔扁平苔藓等。以角膜软化症为例，夜盲期加夜明砂、菟丝子、苍术；干燥前期，加使君肉、雷丸、鸡内金；干燥期，加百部、龙胆草、使君肉、鹤虱、石决明；软化期，加草决明、蝉衣；偏热者，去干姜，加丹参、胡黄连、银柴胡、犀角或羚羊角；便秘者，加焦大黄；血虚者，加当归；气虚自汗者，加黄芪、浮小麦、牡蛎；阴津不足者，加石斛、百合、麦冬、玉竹；气阴两虚者，加五味子、麦冬，重用人参。此外，理中丸制成散剂敷脐的脐疗法治疗过敏性鼻炎，疗效亦佳。

6. *皮肤科应用* 本方为温补脾胃治疗中焦虚寒的要方，在皮肤科的应用也较广泛。可用于脾胃虚寒，中阳不振引起的荨麻疹、过敏性紫癜（腹型）、多形红斑（寒冷型）、脚气病、血小板减少性紫癜、湿疹等疾病。对于过敏性疾病，处方时要加入理气消疹之品，如老木香、台乌药、苏梗、炒山楂、炒神曲、蝉衣等。另外，还可以直接用附子理中丸加少量开水调糊，涂敷于患处，治疗脚气病效果明显。

理中汤（丸）又名人参汤，由人参、白术、干姜、炙甘草组成。方中人参大补元气，白术培土燥湿，炙甘草益气和中，三药皆为甘温补脾气之品；与辛热温中之干姜相伍，中焦脾虚脏寒者则能消除。诸药配伍，深得辛甘化阳之意，有助阳益气之妙，是治疗脾气虚偏阳虚有寒之方剂。如《伤寒论》396条："太阳病瘥后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸"；《金匮要略》："胸痹，心中痞，留气结在胸，胸满，胁下逆抢心……人参汤亦主之"等，都是为脾气之阳虚而致升发无力、气机升降紊乱而设。用理中汤（丸）助阳益气，使清阳上升，浊阴下降，则痞结散，泻利止。此即所谓"理中者，理中焦"之意也[4]。

现代药理研究表明，本方对实验性胃溃疡有促进溃疡愈合的作用，对脾阴虚的多种病理改变有显著的治疗作用，方中人参能全面增强机体免疫功能；人参、甘草还能抑制胃溃疡的形成，解除肠道痉挛；干姜具有促进消化吸收的功能。对于治疗急慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃下垂、胃扩张、慢性结肠炎、慢性肝炎等脾胃虚寒者，均可应用本方。

本方以干姜温中散寒，白术健脾燥湿，人参补气益脾，甘草和中补土，合用成为温补脾胃治疗中焦虚寒的要方。现就其适应证分述如下：脘腹痛：症见脘腹疼痛，喜暖喜按，食欲不振，口常吐清水，神疲乏力，小便清利，大便溏，口中无味，舌质淡舌苔白而润滑，脉沉细等。西医诊断为：慢性胃炎，胃、十二脂肠溃疡，胃神经官能症等。泄泻：症见大便次数增多，粪便稀薄或水样物液，但无脓血，完谷不化，脘腹腔痞满，面色萎黄，神疲倦怠，舌苔薄白，脉缓或沉濡等。西医诊断为慢性肠炎，慢性结肠炎，胃神经功能紊乱。呕吐：症见饮食生冷或进食稍多即吐，面色苍白，倦怠乏力，大便稀溏，舌苔白润，脉沉迟或细弱，遇冷则病情加剧等。西医诊断为：神经性呕吐，慢性胃炎，幽门痉挛。阳虚失血：症见吐血、便血、鼻出血、崩漏、月经过多，出血绵绵不止，汗出恶寒，大便溏薄，小便清利，面色苍白，精神疲惫，舌苔白，脉沉迟者。西医诊断为：消化道出血，血小板减少性紫癜。

关于理中丸之治疗阳虚失血，一些人还不大了解，因此有必要阐

述。本方之治阳虚失血是根据“阳虚阴必走”之理，因而必须具有面色苍白神疲，舌淡白，脉迟等虚寒症状，温之则中阳振奋，血有统率，不止血而血自止；最须辨清“阳虚”二字，否则不可运用。又治阳虚失血，其中干姜须改用炮姜或炭姜方妥，这是以黑制红之理。

还有较为少见的，病人明明是脾胃虚寒而吐，但服理中丸无效者，缘故《万密斋医话经验方》中指出，此乃“阴盛格阳”之证候，取猪胆汁童便将药拌匀炒干后水煎服即可，同为理中其效显也。所谓“阴盛格阳”，是指体内阴寒过盛，把阳气格拒于外，出现内真寒而外假热的证候，或简称“格阳”。即临床常见的某些寒证，因寒到了极点，阴盛于内，反而肌表出现浮热，但稍按则不热，口渴水来又不喝，手足躁动而神态则安定，脉洪重按则虚而无力，病人身虽热却反而喜衣被等。这是内真寒而外假热的症状，不可不知。

此外理中丸因以蜜为丸，实为缓调之剂，一般宜于病情较轻，病程较长者；若病情较急，则宜改丸剂为汤方能收到速效。

近代医家古方新用举例：①治疗十二指肠球部溃疡并大出血：张祥福（名方治疗疑难疾病．北京：中国中医药出版社）用本方加附子、三七、煅龙牡治疗十二指肠球部溃疡并大出血，症见胃脘痛多年，遇冷则剧，呕血，便血，面色苍白，四肢厥冷，舌淡，脉沉细，证属脾胃阳虚，气不摄血所致，以理中汤加附子、三七、煅龙牡温阳益气，止血固脱。②治疗糖尿病：钟慕陶[5]以本方加白术、附子、肉桂，治疗以阳虚为主之消渴病，消渴病多见阴虚燥热，然亦有阳虚为主者，中焦无阳，脾胃无宣发之气，脏腑无洒陈之精，虽善食而肌肤消瘦，下焦无阳，如釜薪失焰，既不能蒸腾津液上润，故口渴饮热以自救，又不能化气以摄水，致膀胱失约，小便频数，量多而清长，本方干姜温脾阳而去寒，人参加白术健脾益气，加附子、肉桂辛温火热，温肾助阳，化气行水，甘草补中扶正，调和诸药。③治疗哮喘：蒋仰之（中华名医方剂大全．北京：金盾出版社）用本方加附子、官桂、麻黄、苏子、葶苈子、煅龙牡治疗脾虚失运，痰湿停聚，上乘于肺而成哮喘。治疗哮喘，《类证治裁》云“终不离乎肺、脾、肾也。盖肺为贮痰之器，脾为生痰之源。”脾虚失运，痰湿停聚，上乘于肺而成哮喘，故宜以温中补脾为首务，以理中丸加附子、官桂温阳

健脾，截痰之源，佐用麻黄、苏子、葶苈子下气化痰，宣肺平喘，配煅龙牡收敛固摄。

理中丸方后有“然不及汤”四字，盖汤剂较丸剂力强，临床可视病情之缓急，酌定剂型[6]。

参考文献

[1] 王苹．小建中汤与理中汤刍议．福建中医学院学报，2003，13（5）：2
[2] 中医方剂学．第7版．北京：中国中医药出版社，2002
[3] 段富津，主编．方剂学．上海：上海科学技术出版社，1995
[4] 王苹．仲景“理中”与“建中”析论．中国医药学报，2003，18（11）：77
[5] 刘国英．理中丸的应用有讲究．上海中医药报，2003，22（11）：7
[6] 黎晓鹏，李超，李颖．理中丸在内科治疗中的应用．中国新医药，2003，2（10）

第二章

古今医家论述

1. 程应旄　理中者，实以燮理之功，予中焦之阳也（清·程应旄《伤寒论后条辨》）。

2. 张秉成　此脾阳虚而寒邪伤内也。夫脾阳不足，则失其健运之常，因之寒凝湿聚。然必其为太阴寒湿，方可用此方法，否则自利呕痛等症，亦有火邪为患者。故医者当望闻问切四者合参，庶无差之毫厘，缪以千里之失。若表里寒热虚实既分，又当明其病之标本。如以上诸病，虽系寒凝湿聚，皆因脾阳不足而来，则阳衰为本，寒湿为标。是以方中但用参、术、甘草，大补脾元，加炮姜之温中守而不走者，以复其阳和，自然阳长阴消，正旺邪除耳（《成方便读》卷2）。

3. 张仲景　霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之（《伤寒论·辨霍乱病脉证并治》）。大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸（《伤寒论·辨阴阳易差后劳复病脉证并治》）。

4. 明·吴昆　太阴者，脾也，自利渴者为热，不渴者为寒。脾喜温而恶寒，寒多故令呕。寒者，肃杀之气，故令腹痛。便溏者，后便如鸭之溏，亦是虚寒所致。霍乱者，邪在中焦，令人上吐下泻，手足挥霍而目缭乱也。霍

乱有阴阳二证，此则由寒而致故耳。病因于寒，故用干姜之温；邪之所凑，其气必虚，故用人参、白术、甘草之补（《医方考》）。

5. 清·徐灵胎　理中丸与汤本属一方，急则用汤（《伤寒论类方》）。

5. 肺・痰多咳　證中見有痰本屬一方，急則用標（《徐灵胎医方》）。

中篇

临床研究

第一章

内科病证

第一节　循环系统疾病

一、心衰腹胀

心衰腹胀是指患者心衰同时，伴发腹胀满甚则痛。但血钾正常，心衰纠正得较理想，其原因令西医费解。

心衰腹胀的病人在临床上经常遇到。当患者发生全心衰竭时，病人逐渐出现水肿，一般水肿多从下肢开始，逐渐向上延伸，严重者除皮下水肿外，还可出现胸水和腹水，尿量减少，紫绀加重，病人除具有左心衰竭期明显的自觉症状外，还会出现腹胀、食欲减退、恶心、呕吐。心衰腹胀属胸阳痹阻，心脉瘀阻，心脉失养为患，以脘腹满闷不舒，胸痛，胸闷，短气为主症，伴有心悸、脉结代等症状。

中医学认为该病归属于“心悸”、“痞满”的范畴。心主血脉，是指心脏有推动血液在脉管内运行的作用，所以《素问·六节脏象论》说：“其充在血脉”。现代医学也同样认为，血液循环如何，决定于心脏的功能。心脏之所以能推动血液的运行，全赖于心的阳气。心属

阳，位居于上，其性属火。肾属阴，位居于下，其性属水，故心火必须下降于肾，使心阳不亢。肾阳不足，不能蒸腾化水，使水寒不化，困伐脾胃，脾运化水湿之能力失职，故腹胀痞满。寒邪主收引，凝滞不通则痛。

《素问·举痛论》文可知矣“盖寒则凝滞，凝滞则气逆，气逆则痛胀由生。而热则疏通，多不然也。”《医津一代》“虚则气壅而为痛，复按之气愈壅，即虚亦有因之而盖痛者，正未可执此而定虚实也。”。心衰病人，由于心肌收缩乏力，循环障碍，肠道瘀血，腹蠕动功能差，故易胀气，甚则痛，这与中医学观点是一致的。应用附子理中丸治疗该病，其症状能豁然消失，治愈率很高。

【临床应用】

彭波等[1]在临床上运用附子理中丸治疗20例心衰腹胀的病人，疗效满意。20例病人诊断明确，心功能Ⅲ、Ⅳ级，心衰Ⅱ、Ⅲ度，西药纠正心衰治疗满意，却突然腹胀满甚则痛，乍作、乍止、乍轻、乍重，得热则舒，排气痛止则二便出。查体腹部饱满，叩诊鼓音，腹部柔软，无固定触压痛。无肌紧张，无反跳痛。腹透：肠间积气增多；B超：肠间大量积气。血钾均在3.5～4.8mol/L。心电图无U波，Q－T间期正常。治疗方法：附子理中丸1丸/次，热饮送下，同时用大粒盐500g炒热，加小茴香30g，葱白30g，用布袋装，敷脐部（注意避免烫伤）。疗效标准：显效：药后肛门排气，腹胀消，痛止。好转：药后肛门排气，腹痛暂缓，并重复出现腹胀痛。无效：药后症状无改善。治疗结果：20例100%有效，令人满意。好转病人继续服附子理中丸1丸/日，每日2次。巩固治疗5d，彻底治愈。

按：心主血，脾生血，脾气足则血有生化之源，而心所主之血自能充盈。血液运行于经脉之中，固赖心阳之气为之推动，心阳不足脾的健运无以助，消化吸收运输饮食水谷精微的功能失职，必然会引起腹胀。由于脾主运化还关系到水液的代谢与输布，故引起水湿潴留溢于肌肤而水肿。《素问·至真要大论》说：“诸湿肿满皆属于脾。”表面看是脾，实质是由心阳气的盛衰来决定。

附子理中丸中“人参甘温入脾，回肠气于垂绝，却虚邪于俄顷。”（《本草经疏》）“人参、气虚血虚皆能补，阳气虚竭者此能回

之于无何有之乡。”（《本草正》）“阳气动始于温，温气得而谷精运，谷气升而中气赡，故名曰理中实以变理之功，予中焦之阳也。若胃阳虚即中气先宰，膻中无发宣之用，六腑无洒陈立所以固中州，干姜辛以守中必假之以焰釜薪而腾阳气，是以谷气入于阳，长气于阳，上输华盖，下摄州都五脏六腑，皆以受气矣，此理中之皆也。若水寒互胜即当脾肾双温，附子之加。而命名益土母温矣。”故应用附子理中丸治疗心衰腹胀，屡治屡验。

二、胸痹心痛

胸痹心痛是由于正气亏虚，饮食、情志、寒邪等所引起的以痰浊、瘀血、气滞、寒凝痹阻心脉，以膻中或左胸部发作性憋闷、疼痛为主要临表现的一种病证。轻者偶发短暂轻微的胸部沉闷或隐痛，或为发作性膻中或左胸含糊不清的不适感；重者疼痛剧烈，或呈压榨样绞痛。常伴有心悸，气短，呼吸不畅，甚至喘促，惊恐不安，面色苍白，冷汗自出等。多由劳累、饱餐、寒冷及情绪激动而诱发，亦可无明显诱因或安静时发病。

胸痹心痛是威胁中老年人生命健康的重要心系病证之一，随着现代社会生活方式及饮食结构的改变，发病有逐渐增加的趋势，因而本病越来越引起人们的重视。由于本病表现为本虚标实，有着复杂的临床表现及病理变化，而中医药治疗从整体出发，具有综合作用的优势，因而受到广泛的关注。胸痹心痛病相当于西医的缺血性心脏病心绞痛，胸痹心痛重症即真心痛相当于西医学的缺血性心脏病心肌梗死。西医学其他疾病表现以膻中及左胸部发作性憋闷疼痛为主症时，也可参照本节病例医治。

胸痹心痛虽然与西医的冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛、心包炎等疾病引起的心前区疼痛，以及肺部疾病、胸膜炎、肋间神经痛等以胸痛为主症的疾病相类似。但应当分别根据病情加以鉴别。

“心痛”病名最早见于马王堆古汉墓出土的《五十二病方》。“胸痹”病名最早见于《内经》，对本病的病因、一般症状及真心痛的表现均有记载。《素问·藏气法时论》：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩胛间痛，两臂内痛。”《灵枢·厥病》：“真心痛，手足

青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。”《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》认为心痛是胸痹的表现，“胸痹缓急”，即心痛时发时缓为其特点，其病机以阳微阴弦为主，以辛温通阳或温补阳气为治疗大法。

【病案举例】

余某，女，46岁，教师。患者素体肥胖，面白无华，形寒肢冷，神疲纳差，常胸痛彻背，间有心悸，经诊断为“冠心病”。舌苔白腻，脉沉迟。证属脾胃虚寒，胸阳不振。治以健脾胃，振胸阳，通血络。处方：红参10g（蒸兑），焦白术10g，干姜5g，桂心5g，丹参15g，栝蒌壳10g，薤白10g，炙甘草5g。连服15剂，胸痛消失，余症好转[2]。

按：《医门法律》云：“胸痹总因阳虚，故阴得乘之”。患者素体阳气不足，加之伏案少动，胸阳不运，寒邪乘其阳位，痹阻气机而致胸痹。审因论治，从治本入手，以理中汤温中健脾，培补阳气；用桂心、栝蒌壳、薤白辛温通阳，宽胸理气；丹参活血祛瘀。标本兼治，故获良效。

第二节　呼吸系统疾病

一、感冒

感冒是感受触冒风邪或时行病毒，引起肺卫功能失调，出现鼻塞，流涕，喷嚏，头痛，恶寒，发热，全身不适等主要临床表现的一种外感疾病。感冒又有伤风、冒风、伤寒、冒寒、重伤风等名称。

西医学的上呼吸道感染属中医的“感冒”范畴。西医学认为当人体受凉、淋雨、过度疲劳等诱发因素，使全身或呼吸道局部防御功能降低时，则原已存在于呼吸道的或从外界侵入的病毒、细菌可迅速繁殖，引起本病，以鼻咽部炎症为主要表现。引起普通感冒的主要为鼻病毒。

感冒病名见《丹溪心法·中寒》。《医理真传》卷一：“夫病而曰外感者，病邪由外而入内也。外者何？风寒暑湿燥火六淫之气也。”

临床上当分轻重、寒热。《证治要诀》卷二："感冒为病，亦有风寒二证，即是伤寒外证初起之轻者，故以感冒名之。"临床以恶风寒、喷嚏、鼻塞、流涕、头痛、全身酸楚等症为多见，或有发热，或有咳嗽，或见咽痒、咽痛。风寒感冒，宜辛温解表，用葱豉汤、荆防败毒散等方；风热感冒者，宜辛凉解表，用银翘散、桑菊饮等方；虚人感冒，宜参苏饮。感冒呈流行趋势者，又名时行感冒，病情一般重于普通感冒，《七松岩集》："凡感冒之病，以为轻浅，忽略不治，又兼饮食不节，荤酒不戒，以致轻病变重……"提示医生和患者对此病不容轻视。李中梓在《医宗必读·伤风》中提出用消风散、神术散、川芎茶调散等方治疗四时感冒、伤风，症见头痛，鼻塞声重，发热恶寒等症。如兼见咳嗽涕唾稠黏，可选用桑菊饮、银翘散、杏苏散等方；如见恶寒甚而口渴、心烦、便秘、脉洪数者，可用清凉饮加减。

感冒的发生主要由于体虚，抗病能力减弱，当气候剧变时，人体卫外功能不能适应，邪气乘虚由皮毛、口鼻而入，引起一系列肺卫症状。偏寒者，则致寒邪束表，肺气不宣，阳气郁阻，毛窍闭塞；偏热者，则热邪灼肺，腠理疏泄，肺失清肃。感冒虽以风邪多见，但随季节不同，多夹时气或非时之气，如夹湿、夹暑等。临床表现以鼻塞、咳嗽、头痛、恶寒发热、全身不适为其特征。全年均可发病，尤以春季多见。由于感邪之不同、体质强弱不一，证候可表现为风寒、风热两大类，并有夹湿、夹暑的兼证，以及体虚感冒的差别。如果病情较重，在一个时期内广泛流行，称为"时行感冒"。清代不少医家已认识到本病与感受时行病毒有关，《类证治裁·伤风》就有"时行感冒"之名。《证治汇补·伤风》等对虚人感冒有了进一步认识，提出扶正祛邪的治疗原则。

【病案举例】

田某，女，50岁，出纳员。患者形体消瘦，面色白，经常感冒，此次受凉后头痛鼻塞，畏冷恶风，身痛肢楚，心中不适，时欲呕吐，恶闻饮食，舌质淡，苔薄白，脉沉迟而弱。曾服人参败毒散、参苏饮，疗效不显。脉症合参，证属中州虚弱，外束寒邪，治以温中健脾，和营解表，投理中汤加味，处方：红参5g（蒸兑），干姜10g，焦白术10g，桂枝10g，粉葛20g，白芷10g，炙甘草5g。进3剂后诸

症悉减，但仍腹胀、纳差，仍用原方去粉葛、白芷，加鸡内金10g，陈皮5g，将党参易红参，3剂而愈[2]。

按：《伤寒论》第163条曰："太阳病，外症未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心中痞鞕，表里不解者，桂枝人参汤主之。"桂枝人参汤即理中汤加桂枝，原为太阳病误下之虚寒下利所设。本症虽未误下，但中阳素虚，复感外寒，亦属表里兼证，以里证为主，故用此方表里双解，疗效可靠。感冒是一种最常见的呼吸系统疾病，用于治疗感冒的药物有许多种，由于中成药具有不良反应小、疗效好的特点，故很受人们青睐。但临床实践证明，如果中成药选用不当，也可延误病情。总之，感冒病人应根据自身的病情特点选用不同的中成药治疗，否则会影响疗效。

二、咳嗽

咳嗽是人体的一种保护性呼吸反射动作。咳嗽的产生，是由于当异物、刺激性气体、呼吸道内分泌物等刺激呼吸道黏膜里的感受器时，冲动通过传入神经纤维传到延髓咳嗽中枢，引起咳嗽。

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

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。正如《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。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。

咳嗽一证，按中医理论，把咳嗽分为热咳、寒咳、伤风咳嗽和内伤咳嗽，在我国北方地区为临床常见多发病。在临床上往往缠绵顽固、难以根治，病至后期，由肺及肾、及心、及脾、及肠等等累及多个脏腑，各脏腑又相互影响，致病情复杂，全身气血、脏腑功能失健失调，代谢障碍，痰饮、瘀血、寒湿内生，机体免疫力低下，内邪外邪互患，使患者常年处于病苦中，治疗更加困难，严重危害健康。

【病案举例】

例1，赵某，男，10岁，1994－07－12初诊。患儿1个月前因饮冰袋、食冰糕后发咳嗽，多方求治不愈，遂请余诊治。现症：每日凌晨4:00～5:00发作剧烈咳嗽，不能安卧，咯吐白黏痰，到5:00～6:00后渐轻，喉中有痰鸣声，白天亦时常咳嗽，严重时咳嗽致呕吐出食物，每遇饮食生冷或坐卧冷地即重，伴腹痛，泄泻，腹部喜温喜按，面色苍白无光泽，舌淡红苔白腻，脉弦。听诊：左肺下部有干鸣音，胸透未见异常。既往从3岁始常发咳嗽，每次发病多与饮食生冷或受凉有关。每年发病数次，每次持续15日以上，尤其冬月断续缠绵。辨证为脾胃虚寒，痰浊壅肺证。治宜温中祛寒，化痰止咳。方予附子理中丸加味：党参15g，附子2g，干姜5g，炙甘草6g，炒白术10g，茯苓15g，荆芥9g，陈皮10g，白前6g，紫菀6g，黄芪10g，桔梗6g。3剂，日1剂。水煎服。二诊：五更咳嗽大为减轻，饮食较前增多。以原方2剂制蜜丸，每丸重6g，每次1丸，每日2次。15日后随访已痊愈，6个月后再访未发[3]。

例2，张某，女，46岁，1996－09－23初诊。患者慢性支气管

炎病史12年，每年冬季因感冒或受凉引发，咳嗽缠绵一冬，翌年春暖后渐好转，经多方求治未能根治。近日气温下降，秋雨绵绵，又发咳嗽，咳白色清稀痰，量多。每躺下后，背部易受风冷，咳嗽亦重，致不成眠，每至五更时，又咳嗽吐痰，严重时有欲咳而不得咳，目泪欲泣而不得泣，周身皮肤毛窍及目窍酸胀、滞塞难受，待咳出后则舒服。伴心悸乏力，登高气短，大便或溏泻不实、或秘结难下，腹畏寒，手足不温，舌淡，苔薄白滑，舌边有齿印，脉沉缓无力。心肺听诊无异常。X线胸片示：肺纹理增粗紊乱。辨证为脾肺虚寒，痰湿干肺。治宜温脾益肺，化痰止咳。予附子理中丸加味：附子5g，干姜10g，白术20g，茯苓30g，炒薏苡仁30g，陈皮15g，炙甘草10g，黄芪20g，党参20g，款冬花10g，紫菀10g，防风15g，桔梗6g，桂枝10g，白芍药10g，生姜6片，大枣3枚。3剂，日1剂，水煎服。二诊：药后咳痰减轻。原方继服5剂。三诊：咳嗽基本平，惟脐下仍凉。原方减桔梗、紫菀、款冬花，加肉苁蓉6g，2剂制为蜜丸，每丸重10g，每次1丸，日2～3次。翌年春随访，知这年冬天身体较好，感冒及咳嗽未发。第2年再访仍未发[3]。

按：病例1证属脾肺虚寒，故以附子理中丸温中祛寒治脾，除其生痰之源以治本，加陈皮、茯苓、桔梗、白前、紫菀、款冬花等化痰止咳以治肺。病久气虚者加党参、黄芪；表虚易感冒者加防风、荆芥；脾虚湿盛，大便不实者加炒薏苡仁；大便或泻或秘者加肉苁蓉。例2患者严重时有欲咳不得咳，目泪欲泣不得泣，而致头目周身酸胀滞塞难受者，为肺气虚不得振奋驱邪外出，故方中加入桂枝、白芍，合前药共奏补肺益脾之功，有调和营卫益脾肺的作用。何以每于凌晨3:00～5:00时咳嗽最甚，这是因为一日中十二经脉气血流注的顺序：寅时，从中焦开始，上注于肺经，再经过大肠经（卯时），终于肝经（丑时），而寅时正是凌晨3:00～5:00点之时，若中焦气血虚寒，上注于肺之气血必亦虚寒，因而肺的宣发肃降失常，故而呛咳作咳也。津液因阳虚不能温运而凝聚为痰浊，故咳痰亦多。《医学三字经·咳嗽篇》说："肺为脏腑之华盖，呼之则虚，吸之则满，只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气，病气干也呛咳作咳矣。"[4]肺气本已虚寒，复受虚寒之气，二者相加，故虚寒益甚。

附子理中丸有温中祛寒，补气健脾之功，主治中焦脾胃虚寒、风冷相乘及寒湿内生所致诸病证。而肺与中焦脾胃的关系密切，从经络循行上看："手太阴肺经起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺"。[5]二者密切联系，相互络属；从生理功能上看，脾主升清，将精微上输于肺，肺主宣发肃降，将脾转输来的精微向外周布散于全身，外达皮毛，二者亦密不可分，相互协同完成人体气血津液、精微的转输代谢。因而在病理上亦相互影响，故有"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"之说。此亦指因中焦虚寒而导致肺气虚寒，使津液的敷布代谢障碍停滞为痰，痰浊壅肺，其肃降失职，上逆为咳。据五行学说，脾属土，肺属金，土能生金，故脾为肺之母，脾气有生养肺气的作用，脾土虚寒不能升清以养肺，则母病及子致肺气亦虚寒，而肺气虚寒，日久亦可影响到脾，脾肺虚寒并见，成为母子同病。因而在治疗上也必须脾肺同治。

运用附子理中丸加味肺脾同治，是防治咳嗽发展演变的有效措施。治脾益肺是使缠绵难愈的顽咳好转的关键。这是因为脾为后天之本，在提高机体免疫力、康复慢性疾病中起着重要作用。中医学有"得胃气则生，失胃气则死"的佳训。任何疾病预后转归，都与脾胃之气的盛衰有关。故附子理中丸所体现的这一治法大大加强了治肺治咳的力量，因而收到了令人满意的效果。

三、慢性咳嗽

咳嗽是指外感或内伤等因素，导致肺失宣肃，肺气上逆，冲击气道，发出咳声或伴咯痰为临床特征的一种病证。历代将有声无痰称为咳，有痰无声称为嗽，有痰有声谓之咳嗽。临床上多为痰声并见，很难截然分开，故以咳嗽并称。超过3周的咳嗽称为慢性咳嗽。

慢性咳嗽是临床常见的顽症之一，使用抗生素及止咳祛痰药疗效较差，普遍见于不同年龄的患者。近来由于空气污染和吸烟等诸多因素，慢性持续性干咳患者有逐年上升趋势。引起慢性咳嗽的六大病因为：鼻后滴漏综合征、咳嗽变异性哮喘、胃食管反流、嗜酸粒细胞性支气管炎、慢性咽喉炎、心因性咳嗽。咳嗽是内科中最为常见的病证之一，发病率甚高，据统计慢性咳嗽的发病率为3%～5%，在老年

人中的发病率可达10%～15%，尤以寒冷地区发病率更高。中医中药治疗咳嗽有较大优势，积累了丰富的治疗经验。

中医对咳嗽的认识由来已久，一般将咳嗽分为外感咳嗽和内伤咳嗽两大类。咳嗽为肺脏疾患，多由肺失正常的宣发肃降功能而引起。中医学认为“肺主咳”，如《素问·阴阳应象大论》说：“肺……在变动为咳”，《素问·咳论》云：“皮毛者，肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺，则肺寒，肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。”可见，内伤、外感均可伤肺而引起咳嗽，不但寒邪容易伤肺，风、热、暑、燥、湿等邪气皆可伤肺。《内经·咳论》又明确指出：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”说明不但肺本身受邪时，可以发生咳嗽，而五脏六腑有病，涉及到肺时，均可以发生咳嗽，可见咳嗽一症包括很广，牵涉面大。沈金鳌《杂病源流犀烛·咳嗽哮喘源流》曰：“肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤不喘。”这说明久咳不愈者，皆因发病早期，治理不当，缠绵不愈，子病及母，脾土受损，中阳不振，则土不生金，肺金不利，肃降无权，发为咳嗽。治宜温中健脾，宣肺止咳。

【临床应用】

杨凤仙等[6]自2002年4月至2004年4月，应用理中丸为主治疗慢性咳嗽86例，疗效满意。临床资料：全部病例皆为门诊慢性咳嗽患者，符合以下条件：①咳嗽至少3周以上；②咳嗽是目前主要的症状；③不伴咯血；④排除与咳嗽相关的慢性呼吸系统疾病；⑤胸部X线片示无明显异常；⑥有痰或无痰；⑦经正规抗生素治疗无效。86例患者中，男性48例，女性38例；年龄最小12岁，最大78岁，平均54岁；病程3周～1.5年，平均10.4个月。其中有部分患者伴有夜间咳嗽和运动性咳嗽，26例患者有气道高反应。治疗方法拟理中丸加味予以治疗。方药组成：党参15g，白术10g，干姜10g，炙甘草10g，细辛5g，五味子10g，杏仁10g，前胡10g，紫菀10g，百部10g。随症加减：咽干、咽痒者加桔梗、防风；有痰或痰多色白者加半夏；痰黄者加鱼腥草；痰多气喘者加葶苈子；鼻塞者加辛夷花或薄荷。每日1剂，水煎服，1次服用，儿童剂量减半，10d为1个疗程。治疗期间忌服寒凉及腥臊食物，停用抗生素、止咳药。疗效标准：参

照《中药新药临床研究指导原则》中慢性支气管炎疗效标准[7]。咳嗽程度评分：①轻度（+）：白天间断咳嗽，不影响正常生活和工作；②中度（++）：症状介于轻度（+）和重度（+++）之间；③重度（+++）：昼夜咳嗽频繁或阵咳，影响休息和睡眠。疗效评定：①临床控制：咳嗽症状消失；②显效：咳嗽症状明显好转（+++→+）；③有效：咳嗽症状好转（+++→++或++→+）；④无效：症状无改变或加重。治疗结果：86例慢性咳嗽患者中，临床控制21例，显效32例，有效22例，无效11例，总有效率87.2%。

【病案举例】

例1，李某某，女，54岁，机关干部，以咳嗽3个月余为主诉前来就诊。患者因3个月前受凉后出现咳嗽，咯少许白黏痰，伴恶寒，发热，全身酸痛，服用感冒药后，发热等症状缓解，但仍反复咳嗽，曾在市某医院治疗，先后给予口服及静脉使用抗生素，口服止咳平喘药，治疗3个月，但咳嗽无明显好转，以深夜平卧时咳嗽明显，痰白少而黏，每晚只能睡2~3h，痛苦不堪，伴咽痒，胸骨后灼热感，胸闷，需深吸气才感舒畅，饮食、二便正常，舌淡，苔薄白，双寸脉稍沉。血常规检查各项指标正常。胸片示：双肺纹理稍增粗。首诊拟理中丸加味5剂予以治疗。方药组成：党参15g，白术10g，干姜10g，炙甘草10g，细辛5g，五味子10g，杏仁10g，半夏10g，紫菀10g，百部10g，桔梗10g。同时嘱每晚临睡前不能进食，忌辛辣之品。复诊时诉咳嗽已明显减少，只于刚开始平卧时出现短暂咳嗽，无痰，咽痒减轻，不影响睡眠，继前方去桔梗、半夏，再服5剂后，咳嗽症状完全消失，复查胸片正常[6]。

按：理中丸为温中健脾代表方，选用理中丸取其“培土生金”之意；加上五昧子、细辛，则一宣一收，让肺宣肃有权；百部、紫菀、北杏仁则能润肺止咳。整个方寒热、润燥并用，达到温中健脾、宣肺止咳之功。在临床实践中，对一些慢性咳嗽，尤其是咳嗽不爽伴有气短者，症状改善更明显。药理研究表明[8,9]，党参、甘草能有效降低气道高反应性；百部、半夏均能降低动物呼吸中枢兴奋性，抑制咳嗽反射；紫菀、杏仁亦具镇咳作用；前胡对于乙酰胆碱所致收缩的

支气管平滑肌有舒张作用。临床实践中，使用理中汤加味治疗慢性咳嗽能收到较好的疗效，而其中26例气道高反应患者，治疗后复查气道高反应明显改善。但本方必须用于病久咳嗽，无表邪者；如表邪未清，则易将邪收在肺中，则缠绵难愈。

例2，王某，女，3岁。其父老来得子，爱如珍宝，常因喂养不当而致内伤脾胃。此次以咳嗽就诊，舌红多津，苔少，口干不欲饮，喉中痰响，大便干燥，此脾阳虚弱，津液不得布散之候。处方：党参、炒白术、炮姜各10g，炙甘草、法半夏、西砂仁（后下）各8g。3剂[10]。

按：舌红当属热，加以大便干燥，热证无疑。何以要用理中？此因阳虚生寒，寒凝血脉瘀阻，以及脾阳虚津液不得正常布化所致，此处舌上津液为辨证关键。故于理中汤改干姜为炮姜加法半夏，砂仁而收功。

四、肺咳

“肺咳”首见《素问·咳论》，上云：“黄帝问曰：肺之令人咳何也？岐伯对曰：五藏六府皆令人咳，非独肺也。帝曰：愿闻其状。岐伯曰：皮毛者肺之合也，皮毛先受邪气，邪气以从其合也。其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺则肺寒，肺寒则外内合邪因而客之，则为肺咳。”

咳嗽一证虽非独属于肺，但是，临床常见的咳嗽，特别是外感咳嗽却主要与肺相关，属于肺咳的范围。肺咳怎么产生呢？这里给出了两个条件，其一是皮毛受邪，邪气以从其合；其二是寒饮食入胃，从肺脉上至于肺。必须内外合邪，方产生咳，二者缺一不可。为什么有的患者感冒的症状很重，有发热，有咽痛，却始终没有咳嗽呢？可见光是皮毛受邪还不足以引起咳嗽，还必须有另一个因素的参与，咳嗽才能发生有关这一点，我们还可以从《伤寒论》中得到证明，《伤寒论》的397条条文中，正式谈到咳嗽证的只有两条，即讨论小青龙汤运用的40条、41条。40条云：“伤寒表不解，心下有水气，干呕发热而咳，……小青龙汤主之。”40条的这个论述与上述的肺咳正相呼应。“伤寒表不解”与肺咳的第一个因素即“皮毛受邪”相应；而

“心下有水气”则与第二个因素即“寒饮食入胃”相应。因此，肺咳的病机我们应该从这两方面来领悟，而其辨证和治疗亦应从这两方面去考虑。

以上两个方面中，第一个方面应该辨清皮毛受邪的性质，随其六气不同而分治之，这个方面一般不容易忽略。而第二个方面，就是寒饮食入胃，从肺脉上干于肺导致肺寒的这个方面，我们往往容易忽略，并且这个方面很容易受到外感初期用药不当，妄投寒凉，滥用抗生素，以及不注意饮食等诸多因素影响，导致脾胃阳气受损，寒饮食入胃而不能化之，遂从肺脉上至于肺，肺宣降不利，形成了咳嗽产生的另外一个重要条件。临床上我们见到很多咳嗽患者，在外感初期并没有咳嗽，这个时期“皮毛受邪”的条件已经完全具备了，他却没有咳嗽，而是在治疗几天后，其他外感证消失了，咳嗽才显现出来。为什么呢？就与上述的第二个因素逐渐形成有关。因此，治疗肺咳很关键的一个方面就是设法阻止上述这第二个条件的形成。

【临床应用】

唐农[11]运用理中汤化裁治疗肺咳亦正是基于这样一个思路。以理中汤健脾温胃，脾胃温健以后，寒饮食便不能由肺脉上至于肺而作祟，使肺咳的一个关键因素无法形成。内外合邪的这样一个格局无法形成，咳嗽便从根本上得到了治疗。或曰一些外感咳嗽患者，临床仅用解表宣肺之剂即可治愈，如此未见得肺咳即内挟有寒饮食之滞。其实，肺咳之内外合邪存一轻重缓急问题。平人脾胃健运，寒饮食于其中自能消之化之。若外感邪重，约束了脾胃健运，寒饮食由此停滞上干，内外合邪则咳矣。此阶段外邪重而内滞轻，倘外邪去脾胃自行复其健运，故仅解表剂便可止咳。何况治疗外感咳嗽之解表剂，伍以对治寒饮食之药其少乎？如杏苏散中之二陈，小青龙汤之姜辛夏等，不一而足。而肺咳之属脾虚胃寒证者，寒饮食内滞上干妨碍了肺之宣降，此时寒饮食已成主要矛盾，此矛盾非理中汤辈不足以化解。至脾胃健运，寒饮食得以温化，则肺复宣降，咳嗽止矣。

【病案举例】

例1，患者，女，36岁，宾馆管理人员，1999年8月初诊。咳嗽3月余，日夜皆咳，夜咳为剧，影响睡眠，痰白黏。初有感冒症

状，经服“感冒药”，头痛、鼻塞、流涕等症消失，而遗咳嗽不愈。至某医院就诊，胸片、血象皆无异常，遂以抗生素静滴治疗，连续静滴2个月，抗生素换过六七种，咳嗽丝毫未减，且觉体力逐渐下降，食欲减退，大便稀溏，而转诊于中医治疗。查见面白、唇舌皆淡，苔薄白湿润，脉沉细无力。证属脾胃虚寒，饮邪滞肺。治以温养脾胃，兼化饮邪。理中汤加味，药用：党参10g，白术15g，干姜10g，炙甘草10g，细辛6g，五味子6g，茯苓15g。水煎服。每日1剂，药进头剂，咳嗽大减，夜能安寐。连服2剂，咳嗽遂止。继以理中汤合当归补血汤调理体质善后[11]。

例2，患者，男，69岁，退休干部，2001年3月初诊。咳嗽4月余，痰多白稠。初起感冒发热、咳嗽，经用抗生素，热退，然咳嗽不愈，且渐加重。胸片示右中下肺见片状阴影，按肺部感染治疗，每日静滴抗生素，经治1月，咳嗽无缓解，遂考虑系结核感染，改用抗结核治疗月余，咳嗽、胸闷等症仍无缓解，肺部阴影无大改变，遂改投中医。诊见舌淡红，苔白厚腻，脉沉细滑，纳减，疲乏。拟为中阳受损，痰湿阻肺。治以温中健脾，化痰止咳。理中汤加味化裁，药用：党参10g，白术15g，干姜10g，炙甘草6g，细辛8g，五味子6g，杏仁10g，浙贝母10g，白芥子10g。水煎服。每日1剂，初诊3剂后，咳嗽大减，痰转稀而易咯，胸闷顿释，精神转佳，纳渐增。继守上方3剂，苔厚腻渐化，咳嗽稀少。守上方去杏仁、浙贝母，加茯苓10g，陈皮10g，半夏10g。继服10余剂，咳平，胸片右肺阴影吸收[11]。

例3，患者，男，4岁余，2000年9月初诊。咳嗽月余。近年来反复感冒，愈后不数日又作，作则或吐泻，或咳嗽，迭经中西医治疗少效。此次咳嗽已月余，西医抗菌及中医宣肺止咳化痰之剂投之皆不见效。诊见面白，眼少神，舌淡、苔薄白，纳少，有痰声不会咯痰。诊为脾胃虚寒，肺失温养。治以温健脾胃，培土生金。投理中汤加味，药用：党参6g，白术10g，干姜5g，炙甘草5g，细辛3g，五味子4g，茯苓10g，黄芪10g，防风3g，神曲6g。水煎服。每日1剂，服3剂咳平，续以此方连服半月。感冒渐少，随访至今，感冒咳嗽仅偶发，且服药亦易见效[11]。

按：肺咳之治不外两端，一者，解表是也，表解则外无以合；二

者，治里是也，治里则内无以合。解表当以时气为据，或辛温，或辛凉，或苦温；治里则据脉证辨其或寒、或饮、或食，或兼有之，而以寒者温之，饮者化之，食者消之。此诚治肺咳之不二法门也。理中汤合方温之者也，干姜并加细辛、茯苓化之者也，白术消之者也。不治咳中有治咳之道存焉。至于肝火犯肺、肺阴亏耗等纯属内伤咳嗽者，临床亦常见，治当别论。这里专门讨论内外合邪引起的肺咳及理中汤在其中的运用，乃为强调辨证施治仍应为我们今天治疗咳嗽的首要原则。

五、支气管哮喘

支气管哮喘（简称哮喘），是由多种细胞特别是肥大细胞、嗜酸粒细胞和T淋巴细胞参与的慢性气道炎症；在易感者中此种炎症可引起反复发作的喘息、气促、胸闷或咳嗽等症状，多在夜间或凌晨发生；此类症状常伴有广泛而多变的呼气流速受限，但可部分地自然缓解或经治疗缓解；此种症状还伴有气道对多种刺激因子反应性增高。

国外支气管哮喘患病率、死亡率逐渐上升，全世界支气管哮喘者约1亿人，成为严重威胁人们健康的主要慢性疾病。支气管哮喘，是一种过敏性疾病，多数在年幼或青年时发病，并在春秋季或遇寒时发作。哮喘发作时来去较快，且以呼气性困难为特点；哮喘停止后如同正常人一样。但如反复发作，不能缓解，可发展为肺气肿、肺心病。

中医学的哮喘是广义的，它泛指呼吸喘急，历代医书对本病的论述和记载很多，《内经》有喘鸣、喘喝之称；汉代张仲景《金匮要略》又名“上气”，并有“咳而上气，喉中水鸡声”的记载；古代朱丹溪《症因脉治》首创哮喘之名，后世医家又将哮和喘分而为二，明代虞抟《医学正传》中指出：“喘以气息言，哮以声响名”，认为呼吸急促，张口抬肩为喘证，而喘气出入，喉间有声为哮证，哮证必兼喘，而喘证不必兼哮。这样区别对辨证论治有一定意义，但临床上喘和哮常不易区别，即使同一病人也可发作轻时似喘，而发作加重时则成哮。

哮喘的主要病理环节是宿疾内伏，亦因感受外邪或其他因素而诱发，元代朱丹溪《症因脉治》指出：哮病之因，痰饮留伏，结成窠

曰，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，则哮喘之证作矣”。导致宿疾内伏的原因大凡有以下几种：寒邪伤肺、痰饮内停气道；有饮食不当，嗜甘肥太过，酿痰蒸热，上干于肺；有脾肾阳虚，气不化津，痰浊壅肺等原因。但造成哮喘发病必定兼有各种诱因，如风寒、饮食、情感、劳倦等引发其痰，以致痰气交阻，痰道气升，气因痰阻，相互搏结，阻塞气道，肺管因而狭窄，肺气升降不利，而致呼吸困难，气息喘促；同时气体的出入，又复引触停积之痰，产生哮鸣之声。清代李用粹在《证治汇补》中指出：“哮为痰喘之久而常发音，因而内有壅塞之气、外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。”扼要地说明了壅塞之气、非时之感、胶固之痰为哮喘发作的三大主要环节。

历代医家认为，本病病理变化的主要脏器以肺为主，涉及脾、肾，后期累及心脏。因此，哮喘一证，大多病在肺，以邪实为主，久病及肾，正气不足。但本病由于反复发作，病程较长，临床上常常出现肺、脾、肾三脏俱虚的现象，病人再感受诱因，新邪引动伏饮，痰气交阻，上壅于肺，以致哮喘发作时表现为邪实正虚的错杂现象。

治疗原则：“实喘宜祛邪，虚喘宜培补；冷哮宜温化或宣散，热哮宜除痰肃肺。”此为治标之大法，但不能杜其根本。哮喘患者往往非单一的虚实寒热，而大多表现为本虚标实，虚实夹杂，因此邪正虚实的辨别，标本先后的不同是治疗哮喘的关键。元代的朱丹溪《丹溪心法》主张：“凡久喘之症，未发时宜扶正气为主，已发用攻邪为主。”为后世医家指出了治疗的原则。临床上一般宜先祛邪后扶正，但不能只顾标而不顾本，或者只扶正而不及标，由于本病多为本虚标实，因此治疗必须标本兼顾。至于祛邪与扶正孰多孰少则须因人而异。青少年患者一般以偏实偏热为多，以肺经证候为主；中老年患者则以虚喘为多见，常见上实下虚的证候。新病多邪实，宿疾多正虚。临床只有辨证确切，治疗中正确掌握虚实标本的兼顾，才能取得到比较理想的预期效果。

【病案举例】

李某，男，56岁，1998年12月7日初诊。患者主诉咳喘反复发

作8年，加重5d。多年以来，多在冬春季节发作，西药仅能缓解或减轻发作。5d前因感受风寒，旧病复发，经某医治未见良效，前来治疗。刻诊：咳喘频作，咽紧喉痒，胸闷气短，唇色紫绀，咳痰清稀色白，痰鸣如鸡声，夜间尤甚，不能平卧，纳少，神差，手足冰冷，舌淡，苔白腻，脉浮紧。经X线检查见两肺纹理增粗，诊为“支气管哮喘”。证属脾阳气虚，风寒束表，虚实夹杂。仿叶天士“喘之一症，实则治肺治胃，虚则治脾治肾”之意，治宜温运脾阳，宣肺解表，用理中汤合小青龙汤加减为治：党参15g，白术12g，干姜9g，炙甘草5g，麻黄9g，桂枝9g，五味子5g，细辛4g，制半夏15g，杏仁9g，紫菀9g，全蝎4g，陈皮5g。水煎服。6剂后诸症悉减，照原方去全蝎，党参改为30g，加当归身12g，蛤蚧1对，续调理1月余而愈。至今未发[12]。

按：《景岳全书》曰：“哮喘有宿根，遇寒即发或遇劳即发者亦名哮喘”。张氏所说的宿根，实指宿痰内伏，这是本病反复发作的物质基础。临床上，待病情稳定后，要注意治本，调补脾胃。脾胃健旺，才能杜绝宿痰内伏，防止复发。本例患者病史8年，哮喘日久，阳气耗伤，脾阳不运，宿痰内伏，复加风寒外束，致病情反复发作。治疗内以温中散寒，调补脾胃；外以解表散寒，宣肺止咳。标本兼顾，切中病机，故收良效。

六、慢性支气管炎

慢性支气管炎是由于感染或非感染因素引起气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。其病理特点是支气管腺体增生、黏液分泌增多。临床出现有连续2年以上，每持续3个月以上的咳嗽、咳痰或气喘等症状。早期症状轻微，多在冬季发作，春暖后缓解；晚期炎症加重，症状长年存在，不分季节。疾病进展又可并发阻塞性肺气肿、肺源性心脏病，严重影响劳动力和健康。

慢性支气管炎简称慢支，多见于中老年人，所以又有“老慢支”之称。据资料统计，我国50岁以上的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。在治疗上以抗感染为主，炎症消除后，喘息则自然缓解。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。喘息型慢性支气管炎的引发主要是由于老年人机体功能减退，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。只有正确认识，积极作好治疗和预防的准备，才能减轻慢支患者在秋冬寒冷季节发病的症状，避免并发症的出现，防止疾病进展。

慢支归属中医“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”等范畴，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。汉代张仲景在《金匮要略》中专篇论述指出“病痰饮者，当以温药和之”的治疗原则，并创制了苓桂术甘汤、肾气丸、苓甘五味姜辛汤等方剂。历代医家在此基础上对本病的病因病机、防治等方面也有较详细的阐述，并有所发挥，在长期医疗实践中积累了一整套中医中药防治慢支的临床经验。

【病案举例】

高某，女，58岁，1999年11月26日初诊。有慢性支气管炎病史2年。入冬来反复咳嗽，经中西医治疗不愈来诊。诊见：形体偏胖，咳声连连，痰白而稀，纳谷不馨，肢困乏力，畏寒，大便时溏，小便调，双下肢轻度浮肿。舌淡胖，苔薄白，脉细弱。胸片示：两肺纹理增多增粗。证属中阳不振、痰浊阻肺。治拟理中汤加减：人参、炒白术、干姜、陈皮、制半夏、白茯苓、白芥子、炒苏子、炙甘草各10g，炒莱菔子30g，车前子（包）15g。连服6剂，双下肢肿消，诸症好转。原方去车前子15g，加生山药30g，再服10剂告愈。其后，嘱患者于每次咳嗽复发时随服此方，每可收效[13]。

按：脾为生痰之源，肺为贮痰之器。若肺脾两虚，则湿盛壅肺、肺失宣肃，则发咳嗽。咳嗽，可谓手足太阴同病。故治疗当以理中汤温中祛寒、补气健脾；二陈汤燥湿化痰和中；三子养亲汤降气化痰；山药、车前子补气健脾，使水归其壑。由于药切病机，故收佳效。

七、咳血

咳血是指血由肺及气管外溢，经口而咳出，表现为痰中带血，或痰血相兼，或纯血鲜红，间夹泡沫，均称为咳血，亦称为嗽血或咯血。

现代医学认为咳血是喉以下呼吸器官出血经口腔排出的一种病症，又称咯血。咳血需与鼻、咽、口腔出血及上消化道出血（呕血）相区别。常见的病因包括肺结核、支气管肺癌、支气管扩张、肺脓肿、肺炎、慢性支气管炎、肺吸虫病、二尖瓣狭窄、某些血液病（如血小板减少性紫癜、白血病 、血友病）。其治疗措施包括治疗原发病和对症处理。痰中带血或小量咳血者可用止咳、镇静、止血药，中等或大量咯血者应严格卧床休息，应用强有力的止血药（如脑垂体后叶素），必要时还可经纤维光束支气管镜止血和紧急外科手术止血。

多种杂病及温热病都会引起咳血。内科范围的咳血，主要见于呼吸系统的疾病，如支气管扩张症、急性气管－支气管炎、慢性支气管炎、肺炎、肺结核、肺癌等。温热病中的风温、暑温都会导致咳血。

中医学早有关于咳血的记载。咳血又称嗽血，见《济生方》。因外感风热燥火，或木火刑金，阴虚火动，灼伤肺络所致。《医林绳墨·血论》："从嗽而来于肺者为咳血。"《赤水玄珠》卷九："嗽出痰内有血者，名咳血，又云嗽血。"《张氏医通·诸血门》："咳血者，因咳嗽而见血，或干咳，或痰中见红丝血点一两口，气急喘促。此虽肺体自燥，亦为火逆，咳伤血膜，而血随痰出也。"治宜滋肾清金，润肺止咳，用六味地黄丸加门冬、五味子为主，略兼阿胶、贝母、百合、款冬、紫菀。咳血久而成劳，或劳而咳血，肌肉消瘦，四肢倦怠，五心烦热，咽干颊赤，心烦潮热，盗汗减食者，治宜健脾益气养阴，用异功散加阿胶，或四君子加黄芪、鳖甲、麦冬、五味子。阴虚火动而咳血，或痰中有血星如珠者，治以养阴止血，用生料六味丸加茜根、乌贼骨、童便。外感风热，证见喉痒干咳，血出鲜红，或痰少带血，口干鼻燥，或身热骨楚，脉浮数，治宜祛风宣肺，润燥宁络，用桑杏汤、千金麦门冬汤加减。肝火犯肺，证见干咳阵作，痰少带血

或纯血鲜红，胸胁刺痛，心烦易怒，头胀头痛，舌红苔黄，脉弦数，治宜清肝润肺，和络止血，用柴胡连梅散或泻白散合黛蛤散。

【临床应用】

叶晓光[14]运用附子理中汤加减治疗一咳痰带血患者，疗效显著。赵琳[15]以理中汤治疗血证，如鼻衄、尿血、崩漏等均有良好的疗效。其认为欲使血有所统，能循行上下不致外溢，保证脾阳健运，是一个重要的因素。理中汤为补脾阳的经典方剂，历代鲜有用于血证者，然观其方意，则与脾统血的功能无不相符。唐江山[16]运用加味桃花汤治脾胃虚寒型上消化道出血32例，疗效显著。胡丹霞[17]用理中汤治疗地中海贫血伴鼻衄，也取得一定的效果。温法治血证，源出《伤寒论》干姜附子汤、四逆汤、人参附子汤、理中汤诸方，近代医家范文虎擅用附子理中汤治疗虚寒型血证，其适应证包括便血、崩漏、吐血、尿血、咳血、紫癜等，经过40多年的临床实践，都取得不错的疗效[18,19]。

【病案举例】

患者，男，65岁，2003年6月初诊。20年前即被诊断为矽肺。近2月咳嗽，痰中带血，其色鲜红，每咳必有，伴胸憋喘息，纳可，二便如常。睡中常憋醒，下肢恶寒，尺脉弦，关部脉大，舌质淡暗。关脉大为中土气机壅滞，肺胃不降而上化痰热；尺脉弦则元火不足，下有阴寒，格阳于上。予附子理中汤加减。处方：干姜40g，炮附子30g，炙甘草10g，炒白术15g，党参12g，桔梗12g，杏仁12g。每日1剂，水煎2h，分2次服。5剂后，患者肢寒基本消退，喘憋减轻，咳血减少。依上方变化如下：干姜40g，炮附子30g，炙甘草10g，炒白术15g，党参25g，茯苓15g，肉桂10g，白芍10g，桔梗10g，杏仁10g，陈皮10g。水煎服。20余剂后诸症全消[14]。

按：理中汤在《金匮要略》中称为人参汤，主治胸痹心胸痞、霍乱吐泻不渴、一切脾胃虚寒之证。加附子则为附子理中汤，治疗中下二焦虚寒、火不生土诸虚寒杂证，举凡元火不足、阴火上扰、上盛下虚者悉可化裁予之。理中汤是《伤寒论》中治太阴虚寒证的主方，是温中之剂，主治虚寒诸症。《伤寒论》用其治霍乱吐利不渴者，后世之治多不离此。理中汤治疗血证是本于脾的统血功能，温中

止血[20]。

第三节 消化系统疾病

一、抗生素相关性腹泻

抗生素相关性腹泻（AAD）是指应用抗生素特别是广谱抗生素，导致肠道菌群失调或非肠道寄生菌的大量增生繁殖而造成的腹泻。近年来由于广谱抗生素广泛应用于临床，AAD成为最常见的继发症之一，发病率约为5%～39%[21]。

现代医学认为存在于人体消化道内的细菌数可达100万亿，其中双歧杆菌是肠道内数量最多的优势有益菌，与人体健康息息相关。在正常情况下维持肠道微生态相对平衡，参与机体的生命活动，与宿主细胞进行物质能量的交换，对宿主的生长发育、消化吸收、生物拮抗及免疫调节等方面发挥着不可替代的生理作用，共同维持生命活动过程。一旦这种平衡被打破，即菌群失调，就会出现病理变化，表现为急性和慢性腹泻、肠道功能紊乱、免疫力降低。由于抗生素药物可抑制肠道内乳酸杆菌属、双歧杆菌等有益菌，从而破坏了人体肠道的正常微生态平衡，造成条件致病菌如艰难梭菌等异常繁殖和定植，导致AAD发生。

广谱抗生素的应用尤其是用药时间较长者，可引起肠道生态平衡失调，肠道菌群改变，发生抗生素相关性腹泻，腹泻常发生于抗菌治疗过程中或停药后1～2周。临床主要表现为腹泻和假膜性肠炎两种类型。前者较轻，后者较重，有时可引起死亡。西药治疗主要为对症治疗，假膜性肠炎用万古霉素和甲硝唑治疗，临床效果不理想。发生AAD的根本原因是由于广谱抗生素的使用，因此临床上应合理应用抗生素，一旦出现AAD应及时停用相关抗生素，并及时治疗，早期给予肠内营养及合理的饮食，以减少AAD的发生，减轻患者的痛苦，尽量减短病程，有利于原发病的恢复。

中医学认为该病属于“腹泻”的范畴。致泻的病因是多方面的，主要有感受外邪，饮食所伤，情志失调，脾胃虚弱，命门火衰等等。

这些病因导致脾虚湿盛，脾失健运，大小肠传化失常，升降失调，清浊不分，而成泄泻。泄泻的病位在脾胃肠，大小肠的分清别浊和传导变化功能可以用脾胃的运化和升清降浊功能来概括，脾胃为泄泻之本，脾主运化水湿，脾胃当中又以脾为主，脾病脾虚，健运失职，清气不升，清浊不分，自可成泻，其他诸如寒、热、湿、食等内、外之邪，以及肝肾等脏腑所致的泄泻，都只有在伤脾的基础上，导致脾失健运时才能引起泄泻。同时，在发病和病变过程中外邪与内伤，外湿与内湿之间常相互影响，外湿最易伤脾，脾虚又易生湿，互为因果。本病的基本病机是脾虚湿盛致使脾失健运，大小肠传化失常，升降失调，清浊不分。脾虚湿盛是导致本病发生的关键因素。

【病案举例】

患者1，男，74岁，2004年4月15日入院。入院时主要表现：喘憋，呼吸困难，不能平卧，饮食不佳。双肺听诊广泛干湿啰音，心率（HR）110次/分，双下肢中度凹陷性水肿，心电图示陈旧性前壁心肌梗死、心肌缺血。诊断为：冠心病陈旧性心肌梗死，心功能不全（Ⅳ级），肺部感染。入院后予以强心利尿、抗感染治疗，病情迅速好转，上述症状基本改善。但是从第9天开始出现腹泻，呈水样，伴有轻微腹痛。血常规检查正常，大便常规检查正常，大便培养无细菌生长。患者有类似病史，今年两次因心衰肺部感染入院治疗，应用抗生素后出现腹泻，停抗生素后腹泻逐渐消失。故诊为抗生素相关性腹泻。停用抗生素，患者腹泻不再加重，但腹泻多日不愈。应用山莨菪碱（654-2）10mg，肌内注射，当天无腹泻，但是第2天又出现腹泻，并伴有脘腹微痛，喜温喜按，畏寒肢食，不欲饮食，舌淡，苔白，脉沉细数。中医辨证属脾胃虚寒，予温阳祛寒、益气健脾之剂。附子理中丸方加味：人参10g，白术10g，炮姜10g，制附子6g，肉桂6g，茯苓20g，甘草6g。加红枣数枚，水煎服。1剂即见效，服3剂痊愈而出院[22]。

患者2，女，27岁。2004年11月18日因发热入院，伴有咳嗽咳白黏痰，血常规示白细胞总数1.8×10^{9}/L，红细胞总数2.6×10^{12}/L，血红蛋白6g/L。入院诊断：重型再生障碍性贫血，肺部感染。入院后予以激素、升高白细胞药等治疗再障以及抗生素治疗。体温恢复正

常，但一直应用抗生素。2周后出现轻微腹痛腹泻，稀水样，伴有喜按，肢冷，不欲饮食，舌质淡红，苔白，脉沉细。查血常规、大便常规以及大便培养均大致正常。相关检查排除其他原因腹泻，诊断抗生素相关性腹泻。证属脾胃虚寒，予温阳祛寒、益气健脾之剂。因患者拒服中药汤剂，故给予附子理中丸，每次1丸，每天3次。第2天腹泻即明显减轻，连服5d，腹泻痊愈[22]。

按：临床上腹泻患者多为年老体衰，或久病体弱，或长期服用各种药物，尤其是苦寒药物，而出现泄泻，脘腹疼痛，喜温喜按，畏寒肢冷，不欲饮食，舌淡苔白，脉沉细数等。中医辨证均为脾胃虚寒之证，为中虚有寒，不能运化，升降失常，清浊不分而出现上述症状。《素问·至真要大论》说："寒淫所胜，平以辛热。"附子理中丸中炮姜大辛大热，归经脾胃，温中祛寒。人参甘温入脾，补中益气，补后天之本，气旺而阳亦复。白术甘苦温燥，健运中州，投脾之所喜。如年老或有下焦肾寒者，加肉桂以补肾助阳；有脾气不健、寒湿凌心者，加茯苓健脾利湿宁心。如此治法可使寒气祛，阳气复，中气得补，健运有权，中焦虚寒之证自除。

二、便秘

便秘是指由于大肠传导功能失常导致的以大便排出困难，排便时间或排便间隔时间延长为临床特征的一种大肠病证。本病病因复杂，中医古有"阳结"、"阴结"之分，阳结为热证、实证；阴结为寒证、虚证，可因多种疾病引起，究其病机多责之枢机不转，运传失常所致。

便秘既是一种独立的病证，也是一个在多种急慢性疾病过程中经常出现的症状，西医学中的功能性便秘，即属本病范畴，肠易激综合征、肠炎恢复期、直肠及肛门疾病所致之便秘，药物性便秘，内分泌及代谢性疾病所致的便秘，以及肌力减退所致的便秘等，发病机制是因为某些原因，使粪便在大肠内停留时间过久，粪便内所含的水分被过量吸收，粪便变得干燥坚硬，排便时伴有时间延长，难于排出，肛门坠胀、疼痛，或引起了腹胀、腹痛、多屁、食欲不振、头晕乏力等症状，正常的排便规律被打乱，排便次数减少，间隔时间延长，严重

者排出的大便像羊屎样，呈小球形颗粒状。如果每周排便次数少于3次，并伴明显排便困难，这种情况就称为便秘。顽固性便秘是由于先天结、直肠解剖结构变异，而在不同年龄段逐渐产生排便困难的一类疾病。实质是慢性的不全性的肠梗阻，因其梗阻部位不同，而分类为结肠型、直肠型、混合型。顽固性便秘不是功能性而是有明显器质性改变的结、直肠病变。非手术治疗不能奏效，亦即药物治疗不能治愈的一类疾病。

《内经》中已经认识到便秘与脾胃受寒，肠中有热和肾病有关，如《素问·厥论篇》曰："太阴之厥，则腹满膨胀，后不利。"《素问·举痛论篇》曰："热气留于小肠，肠中痛，瘅热焦渴，则坚干不得出，故痛而闭不通矣。"《灵枢·邪气脏腑病形》曰："肾脉微急，为不得前后。"顽固便秘有因为中气不足，推运无力或寒邪瘤闭而秘；有津伤血耗，肠燥失润而秘；有胃失和降，腑气不通而秘；有湿热阻滞或食积气滞而秘；更有肝郁或木气之体，肝失疏泄条达致秘等。加之今之饮食结构，生活规律与昔日不同，如冰冻、冷盘、恣食豪饮，以脂膏为常者日益增多，生活、工作节律不同，或静多动少；或情绪抑郁，肝失疏泄；或死守成方，长期依赖泻药攻伐通便致虚，故因虚、因寒、因郁、因痰，导致顽固便秘久治不愈者日多。故长期依赖泻药或灌肠通便的患者，病延日久，中气大伤，身体更加虚弱。李东垣强调饮食劳逸与便秘的关系，并指出治疗便秘不可妄用泻药，如《兰室秘藏·大便结燥门》谓："若饥饱失节，劳役过度，损伤胃气，及食辛热厚味之物，而助火邪，伏于血中，耗散真阴，津液亏少，故大便燥结。""大抵治病，不可一概用巴豆、牵牛之类下之，损其津液，燥结愈甚，复下复结，极则以至引导于下而不通，遂成不救。"朱良春教授常用塞因塞用之法，即用补法治疗顽固便秘，或选仲景理中丸（汤）加味，或选局方四君子汤加味治疗脾胃虚弱，不任攻伐，气机逆乱，运化失权，脾不升清，胃不降浊之证每收佳效。

【临床应用】

邱志济等[23]历年仿用多能应手。曹可仁[22]以理中汤温中健脾，加当归、肉苁蓉温润大肠，亦能温开寒结，润下大便，此乃同病异治之妙处。范同心[24]应用理中丸辨证加减治疗一便秘患者，应手即效。

邓光远[25]用本方加葛根、石斛治疗1例便秘8年之久的患者，辨证为脾胃虚寒，升降失调，无力推动糟粕，兼之久服泻剂，肠中水分匮乏，无水行舟。药用党参、干姜各15g，白术30g，葛根、石斛各12g，炙甘草6g。药服12剂，饮食好转，腹胀全消，大便可2日一行；又进10剂，诸症消失，大便每日1次。

【病案举例】

例1，黄姓妇，40岁。便秘8年，平素依赖西药酚酞（果导）、双醋芬汀或牛黄解毒片，或中成药上清丸、麻仁丸等维持，若不用药，五七日不排大便，腹部胀满，苦不欲言，因久用泻下攻伐之剂，脾胃大伤，纳食不馨，面色萎黄，神疲乏力，舌淡、苔薄白，脉沉细，证属脾胃虚寒，升降失常，运转无力，又久服泻下之剂，中气大伤，肠中津液匮乏，治当温中醒脾，益胃生津，方用仲景“理中丸”加味改汤，药用：党参15g，生白术50g，干姜、炒枳实、葛根各10g，炙甘草6g，药服5剂，胀满好转，大便3日1次，纳食增加，续服5剂，腹胀消失，大便2日一行，减白术量为30g，守方又10剂，大便每日1次，诸症全除，面转红润，嘱以香砂六君丸善后，追访2年无复发[23]。

例2，万姓男，48岁。脘腹时有隐痛，便秘腹胀2年，多方求治效微，中医亦用过温阳理气止痛、建中止痛、清泻外导、补中益气等法，痛胀便秘如旧，常周日不大便，精神疲乏，纳食不馨，面色不华，舌淡白薄苔，脉弦紧，证属寒邪痼闭。乃因脾肾阳虚，肠道失于温煦，津液不能正常敷布，冷气横行，凝结肠道，运传失常所致。此阴燥非阳不能融释，寒闭非温无由通解，方选仲景理中丸（汤）送服局方半硫丸，药用：党参15g，炒白术30g，干姜10g，炙甘草6g，片姜黄12g，日1剂水煎服，半硫丸日6～10g分2～3次服，（自制半硫丸配方：生硫磺、姜半夏各100g，生乳香30g，共粉蜜蜡为丸），药服5剂，腹痛胀顿除，大便已2日1次，嘱续服10剂，诸症全除，大便日行1次，追访2年无复发[23]。

按：《局方》半硫丸除积冷、温脾肾，治心腹一切痃癖冷气，及风秘、冷秘，既温且降，既涩又宣。内经半夏秫半汤，降其气，即所以敛其阳。本方半夏和硫磺同用，纳其阳即所以补其气。硫磺直入命

门，以培脾胃气血生化之根；半夏降纳为肾，助理中汤平调脾胃，降浊升清，降中寓通，温中温下，可以开闭结，可以止泄泻，可以治实证，可以疗虚证，此塞因塞用之二，亦是双向调治之中医中药特色也。

例3，唐某，男，73岁，农民。患者数年来大便艰涩，每3～5天大便1次，面色泛青，腹中冷痛，喜热恶寒，纳差，四肢不温，小便清长，舌淡，苔白润，脉象沉迟。此为阳虚内寒，阴邪固结之冷秘。治以温通开秘。处方：党参20g，焦白术10g，干姜10g，当归10g，肉苁蓉12g，陈皮5g，炙甘草5g。每日1剂，守方半月，诸症悉减，大便如常。《伤寒论》曰："脉沉而迟，不能食，身体重，大便反秘，名曰阴结者也。"高龄之人脏寒而气道涩，阴寒内生，留于胃肠，阳气不运，阴气固结，而致肠道传送无力而产生冷秘，多用温脾汤、半硫丸之类[2]。

例4，王某，男，46岁，2000年7月9日初诊，4年来常感胃脘部怕冷，喜热饮食，腰酸背痛。近3个月大便干燥秘结，每6～10日一行。在某医院屡服大黄等苦寒攻利之品，药后则腹泻，停药则大便复结，腹胀，不为泻解。察见患者面色萎黄，消瘦，舌淡红、苔黑滑，脉沉细。辨证为脾肾阳虚，寒凝气滞。治宜温中健脾，理气行滞，佐以壮腰补肾。药用：党参18g，白术9g，茯苓12g，干姜、橘红、枳实、川朴、瓜蒌、川断、补骨脂各10g，木香、草蔻仁各5g，炙甘草6g，麻仁20g。服9剂后，大便秘结好转，腹胀，腰背酸痛减轻，再守上方去枳实、川朴，加桂枝6g，槟榔、乌药、香附各10g等出入，连投21剂，排便通畅，日行1次，诸症悉除[24]。本例脘冷喜热，便秘腹胀，脾阳虚损可知。前医又屡投大黄等苦寒之剂下之，则愈下愈闭，中阳愈伤，寒凝愈重。现抓住脾阳虚寒之本质，以温运脾阳，理气通便。

例5，患者，男，5岁，1998年12月3日初诊。主诉：大便秘结半月。患儿半月前大便通畅，近半月来大便秘结伴啼哭食少，屡服清热润肠通便之药不效，用甘油栓等办法亦未能奏效。遂由父母抱来门诊，见患儿面色苍白带青，精神疲惫，唇舌淡白，苔薄白，肢冷小便清长，此属虚寒便秘。阴寒固结，阳气受阻，气机不畅，传导无力而

致便秘。治疗上应立温中祛寒之法，拟理中汤2剂（党参10g，白术10g，干姜5g，炙甘草5g），每日1剂，水煎服分2次服。2d后复诊，大便已通，诸症解除，以益气汤加减善后[24]。

按：《侣山堂类辨》谓此方（指理中丸）大生津液，乃从方注渴欲饮水者加术悟出，颇使组方之意引人深层。临床体会此方不但治中焦虚寒，气不化津，运传失常为合拍，且症见中气颓废，腹胀不食便闭（如肝硬变腹水误治重症）用之，亦可挽其中气，救其津液，使腹胀便闭消失，但必须重视舌脉无阳明燥化之象。理中丸（汤）乃仲景平调脾胃之方，盖阴阳错乱失衡，中气败坏，无以理之，当用人参益胃，以干姜之辛温，鼓舞参术之健运，行甘草之迂缓，奠定中土，恢复功能，益胃醒脾，而又鼓舞中气。阳之动，始于温，气得温而谷精运，谷气升而中气充，故名曰理中。病例1方中加枳实乃取枳术丸之意，重用白术滋脾液、健脾运；伍枳实既能补中行滞，又有降中寓升之妙，使健脾助运之功大增；加葛根升阳生津与枳实升降相因，更助清升浊降。此方药简效宏，剂量的灵活变通寓于其中。此乃补中求通，塞因塞用之意也。

例5患者病史不长，且为小儿。但是临证时，不可拘泥于脾胃虚寒证多有“较长病史”和小儿为“纯阳之体”之说。从实际出发，该患儿证候为素体脾胃虚寒，半月来大便秘结乃是脾胃虚寒，肠道失于温运。其他疗法由于忽视了这一“虚寒”本质，因此疗效不理想。据此可知，临诊时须在辨证论治疗基础上“知常达变”，才能获良效。

治顽固便秘必须注重整体观念，重视“舒肺达肝”之法，盖肺气宣降，肝气才能条达，则胃肠运传正常。肺失宣降，枢机不转，则气机升降失常，无气推运，致糟粕滞留肠道，即生便秘。百病生于气，又以气郁为多，气郁诸病，又以肝郁不达者为多，肝郁不达又以肺气不畅者为常见，欲开肺气，必须补肺，欲达肝气，必先舒肺，补肺才能制肝，舒肺才能达肝，故首案用塞因塞用之补法，重用参术以补肺气。药贵轻灵，轻可去实，治病要寻其机窍，轻拨机关，则一滴机油，千钧可转，特别是舒展肺肝气机，用药尤宜轻灵。所谓肺主治节在于气机之升降出入，肺肾吸纳相召，脾肺升降相因，肝肺左升右

降此一也，肺主治节在于营运血液，肺气变生血液，气为血帅，肺为之敷布血液，此其二也。肺主宣降，其治节在于通调水道，此其三也。肺为水之上源，主气而布散津液，倘肺气宣降失常，津液失于敷布，肠腑乏于濡润，即便燥成秘，李梴云："燥结当用流行肺气，肺和大肠相表里故也"。故有下病治上，腑病治脏之说，叶天士精通开肺气，通大肠之法，常用紫菀、杏仁、瓜蒌、枇杷叶等药。《宋人医方三种》载蔡元长苦大肠秘，医不能通，用紫菀研末（即一味紫菀散）服之，须臾遂通。元长大惊，问其说，曰大肠，肺之传送也。此补肺制肝，舒肺达肝之理，充分体现了中医治病的整体观念。

三、食管炎

食管炎是指食管黏膜浅层或深层组织由于受到不正常的刺激，食管黏膜发生水肿和充血而引发的炎症。

食管炎的刺激因素有胃酸、十二指肠反呕上来的胆汁、烈酒、辣椒、太热的菜汤、过于浓热的茶，等等。可分为原发性与继发性食管炎。食管发炎的原因有许多：像是严重呕吐后，长期放置鼻胃管或服用阿斯匹宁、强酸强碱、非类固醇类消炎药或接受化学治疗、放射治疗之患者或是病患本身抵抗力下降而受结核菌或念珠菌或病毒感染导致食管炎。食管炎其症状主要是以吞咽疼痛、困难、心口灼热及胸骨后疼痛居多，当食管炎严重时可引起食管痉挛及食管狭窄。当食管下端因发炎导致黏膜变性继而长出胃的柱状上皮细胞时叫做巴洛食管，此为食管癌之前身，必须长期追踪其变化。一般食管炎之出血较轻微，但也可能引起吐血或解沥青便。

急、慢性食管炎多因饮食过热过快、粗食、情绪刺激、胃液胆汁反流以及化学物刺激、异物刺伤等引起。临床上常见胸骨后热痛、胸闷、嗳气、烦躁，进食后明显或加重，此为胃内反流物对食管上皮下感觉神经末梢刺激所引起。内镜下分4级，主要表现为：①食管黏膜局限性充血水肿，黏膜下血管纹理模糊是慢性食管炎最常见和最早的表现。②食管黏膜糜烂或白色斑块被覆而且易出血。③黏膜隆起肥厚即颗粒样改变。④食管小浅溃疡。常规方法治疗后症状稍缓解或无改变。

中医认为本病当属于“胃脘痛”范畴。多因外感寒邪，饮食所伤，情志不遂，脾胃虚弱而发病。寒邪客胃，寒属阴邪，其性凝滞收引。胃脘上部以口与外界相通，气候寒冷，寒邪由口吸入，或脘腹受凉，寒邪直中，内客于胃，或服药苦寒太过，或寒食伤中，致使寒凝气滞，胃气失和，胃气阻滞，不通则痛。正如《素问·举痛论篇》所说：“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引，故痛。”本病的病位在胃，与肝脾关系密切，也与胆肾有关。基本病机为胃气阻滞，胃络瘀阻，胃失所养，不通则痛。

【临床应用】

马立森等[26]在临床上采用中医辨证加特殊西药服法，治疗寒凝血瘀型（45例），效果明显。

寒凝血瘀型：证见畏寒怕冷，饮食减退，胸骨后及腹部疼痛，喜热饮食，便溏腹泻，舌暗淡苔白，脉沉涩。治以散寒化瘀止痛。方以理中汤加减：党参20g，白术12g，干姜9g，蒲黄10g，延胡索10g，高良姜12g，炙甘草9g。日1剂，分2次各水煎300ml，温服，7d为1个疗程。西医治疗：盐酸雷尼替丁注射液50 mg，硫酸庆大霉素注射液8万U，每次各1支，日3次，饭前30 min平卧口服，并保留15～30 min，连服5～15d（肾功能不全者禁用）。疗效标准：痊愈：临床症状消失，进食正常，食管镜检查示食管炎症消失，或组织活检正常。缓解：临床症状基本消失，进食基本正常，食管镜检查示食管炎症基本消失。经过如此治疗，患者病情基本治愈，疗效明显。

按：急、慢性食管炎在临床上比较常见，使用常规的治疗方法效果较差，因常规治疗均是直立位口服西药，药物在食管局部停留时间短暂，而采用理气通络止痛，或清热通郁止痛，或散寒化瘀止痛，或益气养阴止痛中药，在调整全身肌体的同时，不寻常法，西药改为平卧饭前半小时口服，其关键是使药物作用局部病灶时间长，浓度高，消炎和保护胃黏膜作用强，治愈率高。急、慢性食管炎主要是由于各种因素使食管下括约肌功能削弱所致，包括呕吐、食管贲门大部分切除术、胃潴留、十二指肠溃疡、吸烟、大量饮酒或服用阿托品类药物及迷走神经切断术等。因此，在本病的防治上，要积极消除引起食管下括约肌削弱的因素，再用药物控制症状，做到“标本兼治”。大部

分患者（85%～90%）经注意饮食调节、减轻体重、垫高床头及加用药物治疗，都有良好的效果，特别是近年质子泵抑制剂的应用为本病的治疗开辟了新的途径，值得借鉴。

四、胃脘痛

胃痛是由于胃气阻滞，胃络瘀阻，胃失所养，不通则痛导致的以上腹胃脘部发生疼痛为主症的一种脾胃肠病证。胃痛，又称胃脘痛。

胃脘痛简称胃病，是内科常见的病证。胃脘痛是指上腹部近心窝处发生疼痛的病证，古人又称为“心痛”，《素问·六元正纪大论篇》谓：“木郁之发，……民病胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不痛，食饮不下。”《素问·至真要大论篇》也说：“厥阴司天，风淫所胜，民病胃脘当心而痛。”说明胃痛与木气偏胜，肝胃失和有关。《素问·举痛论篇》还阐发了寒邪入侵，引起气血壅滞不通而作胃痛的机制；《景岳全书》称“心腹痛”；《寿世保元》称“心胃痛”。《和剂局方》、《太平圣惠方》、《圣济总录》等书，采集了大量医方，其治胃痛，多用辛燥理气之品，如白豆蔻、砂仁、广藿香、木香、檀香、丁香、高良姜、干姜等等。金元时期，《兰室秘藏·卷二》立“胃脘痛”一门，论其病机，则多系饮食劳倦而致脾胃之虚，又为寒邪所伤导致。论其治法，大旨不外益气、温中、理气、和胃等。

本病证是指上腹胃脘部近心窝处经常发生疼痛为主症的疾患。以胃脘部疼痛为主症，相当于西医学中的急性胃炎、慢性胃炎、消化性溃疡、胃痉挛、胃下垂、胃黏膜脱垂症、胃神经官能症等疾病。临床上胃脘痛属脾胃阳虚兼夹瘀滞之本虚标实者多见。因胃脘痛具有病程长，难治愈易复发的特点，胃痛日久不愈，脾胃阳气虚弱，阳虚生寒，胃络失温，气寒血凝，或纳运无力，食入水谷不易腐熟，食积水停，气郁血滞，以致形成“久病必虚”、“久病必瘀”之势。又据近年来研究发现各型慢性胃炎的胃黏膜均有瘀血的病理改变，其血瘀的临床指标检出率达100%，而用活血化瘀法为主治疗各型慢性胃炎取得满意疗效。

胃脘痛的辨证主要辨别虚实，是外邪引起，还是内伤引起。本病的本质是脾胃气虚，外邪入侵是标。在治疗上有从肝治，有从脾治，

有从胃治，有从三焦治，有从肝肾治，有从寒治，有从热治。但大多是从肝、脾、胃治疗，多采用脏腑辨证。胃脘痛的治疗应遵循“急则治标、缓则治本或标本兼治”的原则。治法：调理脾胃，理气止痛为主。理中丸为“理中”之剂，出自张仲景的《伤寒论》，由人参、干姜、白术、炙甘草组成，具有温中散寒、补益脾胃的功效，是治疗中焦脾胃疾病的首选方，临床上常常用于治疗急、慢性胃炎，胃及十二指肠溃疡，胃神经官能症等。

【临床应用】

阎慧[27]治疗多例胃脘痛患者，效果明显。林琴[28]在10多年的临床过程中，灵活运用理中汤治疗胃脘痛161例，收到较好的疗效。一般资料：161例均为本院门诊患者，其中男86例，女75例；年龄最小16岁，最大76岁，平均46岁；病程最短2年，最长19年。经胃镜及钡餐检查112例，其中76例诊断为慢性浅表性胃炎，21例为十二指肠溃疡，8例为胃溃疡，7例为萎缩性胃炎。未做或不愿做胃镜及钡餐检查者49例。诊断标准：根据《中药新药临床研究指导原则》有关虚寒型胃脘痛诊断标准。主症：①胃脘隐痛，喜按喜温；②空腹痛重，得食痛减，食后腹胀；③舌质淡嫩，边有齿痕，苔薄白，脉沉细或迟。次症：①倦怠乏力，神疲懒言，畏寒肢冷；②大便溏薄，或虚秘，或初硬后溏；③食欲不振，食后脘闷。具备上述主症3项或具备主症①、③及兼具次症2项，即可诊断。胃镜及钡餐检查提示，慢性浅表性胃炎、十二指肠溃疡、胃溃疡、慢性萎缩性胃炎。治疗方法：基本方：人参15g，白术15g，干姜9g，炙甘草6g。随症加减：单纯脾胃阳虚者可加附子或者加大干姜、白术的用量；胃脘隐隐作痛，纳呆，食则胃胀满加黄芪、吴茱萸、砂仁；泛酸者可加乌贼骨、半夏；夹食积者加山楂、神曲。水煎服，每日1剂，水煎2次，混合药液约至400ml，分2次温服。2周为1个疗程，3～4个疗程后复查。疼痛加重时可临时加服颠茄片10mg，每日3次。疗效标准：分临床症状疗效标准与X线钡餐造影或胃镜检查疗效标准。临床症状标准着重观察痛、胀、嗳气、纳差4项症状。①治愈：胃脘痛及其他症状全部消失，经X线钡餐造影或胃镜检查已恢复正常。②好转：胃脘痛缓解，发作次数减少，其他症状减轻，X线钡餐造影或胃镜检

查较治疗前明显好转。③无效：服药1～2周，胃脘痛主症无变化。治疗结果：161例中，治愈26例（16.15%），好转117例（72.67%），无效18例（11.18%），总有效率88.82%。

刘晓华[29]用加味理中汤辨证治疗胃脘痛58例，均获得较好的疗效。本组58例中男性35例，女性23例。发病在半年以内者22例，半年以上者36例。辨证分型属脾胃阳虚28例，寒邪犯胃12例，饮食积滞8例，肝郁气结1例。疗程多在1周左右，最长约1月。治疗结果本组58例中疼痛消失53例，3例好转，2例无效。方药组成：党参15g，白术10g，炙甘草、干姜、沉香、丁香各6g，木香15g。水煎服，每日1剂。辨证施治本方具有温中健脾，行气和胃之功效，要根据病人的脾胃健运程度，兼夹病邪性质而施加减，方能见效。

邵利平等[30]自1992年10月～1996年10月，用理中汤加味治疗中焦阳虚或虚寒夹瘀所致的胃脘痛107例，疗效较好。临床资料107例辨证为脾胃阳虚者45例，阳虚夹瘀者62例。其中男59例，女48例；年龄最小18岁，最大73岁，平均38.5岁；病程最长20年，最短0.5年；经胃镜及钡餐检查62例，其中44例为慢性浅表性胃炎，11例为十二指肠溃疡，4例为胃溃疡，3例为萎缩性胃炎（伴肠上皮化生者1例）。未做或不愿做胃镜及钡餐检查者45例。治疗方法：以胃脘隐痛或夜间痛甚，喜按喜温，空腹痛重，食后痛减或腹胀，以及晨起脘腹有坠痛感为主症，伴食少便溏，恶心欲呕、泛酸、神疲乏力等症。舌质淡嫩或淡紫有瘀点，苔薄白或苔心白厚水滑，脉缓或沉涩。治以温中散寒，化瘀止痛。用党参、白术、重楼、葛根、甘草、南木香各15g，干姜20g为基础方。若单纯脾胃阳虚者可加大干姜、白术用量，减少重楼用量。若泛酸欲呕加乌贼骨20g，法半夏15g。2天1剂，2周为1疗程。疗效结果：显效（1周内胃脘疼痛消失，伴随症状明显好转）65例，占60.7%；有效（2周内胃脘疼痛消失，伴随症状相应减轻）33例，占30.8%；无效（2周以上胃脘疼痛症状不减轻，其他伴随症状无变化）9例，占8.4%。总有效率91.6%。

吴瑞春[31]临床根据寒则温之的原则，常用其治疗脾胃虚寒胃脘痛等，获得满意疗效。

郎毓珑[32]用本方加黄芪、陈皮、茯苓、草蔻等治疗虚寒性胃脘痛30例，经纤维胃镜检查属慢性萎缩性胃炎者18例（伴上皮化生者7例），慢性浅表性胃炎者8例，复合性溃疡3例，复合性炎症1例。经治后症状明显改善，主治症大多消失或减轻，尤以对胃脘疼痛疗效为佳，经治2月后10例消失，治疗3月25例消失，5例减轻；其余对喜温喜按，形寒肢冷等疗效也佳，并见多数患者食量、体重增加，舌质和舌苔及脉象也均有显著改善。经胃镜复查好转者17例，其中萎缩性胃炎伴上皮化生之7例中4例好转，说明本方有调节和改善机体的免疫功能，促进机体分泌和生长的作用。另外，治疗前后24h尿类固醇含量测定，发现治疗后尿17－羟和17－酮分别增高5.16%和5.78%，表明本方能增强肾上腺皮质功能。综合观察上述指标，按照疗效标准判定，30例中显效者17例，好转者13例，有明显的临床疗效。

按：胃脘痛多因素体脾胃虚弱或劳倦内伤，或久病不愈，或过食寒凉之品而损伤中焦脾胃，以致中寒内生，脾胃纳运功能失常，而出现胃脘疼痛，神疲乏力，肢冷等症。究其原因，关键在于虚、寒二字。针对病机，采用温中益气、散寒止痛之法，选用理中汤加减治疗该病。理中汤取乎中央，为阴阳交会之道，用人参、甘草以和阴，干姜、白术以和阳，干姜大辛大热，温中祛寒，助白术以健脾化湿，炙甘草甘平，佐人参生津益气。脾气旺，阴气化，则中焦理矣。诸药合用，共奏温运中焦、补脾益气、健胃止痛的作用。现代药理研究显示，理中汤对大鼠平滑肌痉挛性收缩有非常明显的抑制作用，对大鼠回肠平滑肌收缩有明显的解痉作用。说明该方有较强的解痉、镇痛作用。脾胃虚寒型胃脘痛，其特点常迁延不愈和反复发作。患者须有耐心，坚持服药，同时节饮食，重调理，方能巩固疗效。

【病案举例】

例1，男，62岁，患胃脘痛20余年，时作时止，饮食失调或遇冷或饥饿时发作，平素喜热饮。经市级医院胃镜检查示：①胃、十二指肠球部溃疡。②慢性浅表性胃炎。3d前，不慎于食，又复感寒，以致引发旧疾，胃脘痛不休，嗳气、泛酸、喜按、喜热饮，热敷稍

减，嘈杂不适，身倦乏力，纳减，大便溏，日一行，小便清长。舌淡红，有齿印，苔薄白，脉沉细。服西药：奥美拉唑、克拉霉素、胶体果胶铋、山莨菪碱等，症状稍有缓解。辨证施治：病因病机为脾胃阳虚、寒滞阻于中宫，胃失和降。治则：温中散寒、健脾理气止痛。方药：理中汤合良附丸加味。处方：①禁生冷、刺激性食物，调起居；②干姜9g，党参15g，白术9g，茯苓10g，香附7g，高良姜7g，砂仁（扦）6g，厚朴6g，乌贼骨9g，川楝子（扦）10g，炙甘草4.5g，3剂，水煎服。服上药1月后，胃脘痛缓解，有时感胃脘部不适，食欲增加，大便软，日一行。舌淡红，有齿印，苔薄白，脉沉细。处方：干姜9g，党参15g，白术9g，茯苓10g，香附7g，高良姜7g，砂仁（扦）6g，黄芪15g，乌贼骨9g。3周后胃脘痛完全缓解，自感体健有力[27]。

例2，李某某，男，40岁，销售员，其胃脘隐隐作痛3年余，钡餐检查诊断为慢性胃炎、十二指肠球部溃疡，近因外出劳累，饮食失度，疼痛加重，喜暖喜按，得食痛减，形寒肢冷，神疲乏力，时吐清水，大便溏薄，舌质淡，苔薄润，脉沉缓无力，方用加味理中汤合黄芪建中汤，方中重用黄芪、桂枝、干姜，服药3剂，而诸症悉减，续服原方6剂，疼痛消失[29]。胃脘疼痛不甚，痛处得暖喜按痛减，舌淡苔薄而润，脉虚软，此为脾胃虚寒，中阳不足，脾失健运而气机受阻，运用本方加黄芪建中汤，温运脾阳、健胃和中。

例3，张某，男，17岁，学生，因恣食生冷，胃脘痛突然发作，畏寒喜暖，遇冷则痛加剧，热熨则痛减，大便稀溏，口淡不渴，舌苔薄白，脉沉弦紧，方用加味理中汤加高良姜10g，香附15g，砂仁6g，服药3剂，疼痛减轻，又进3剂而痛止[29]。胃脘痛突然发作，畏寒喜暖，口淡，舌苔薄白，脉弦紧，此系寒邪损伤脾胃，阳气被遏所致，因寒属阴邪，其性凝滞，运用本方加高良姜、香附、砂仁以温胃散寒，理气止痛。

例4，王某某，男，25岁，教师，胃脘胀满，疼痛拒按，大便干结，嗳腐欲呕，小便色黄，舌苔白腻，脉沉缓，运用加味理中汤加山楂、神曲、莱菔子、陈皮各15g，大黄10g，连服3剂，胀除便通痛止。饮食积滞，胃脘胀痛，拒按，嗳腐欲吐，舌苔厚腻，然胃主受

纳，以通降为顺，一旦暴饮暴食，胃纳过甚，运化不及，腑气不通而发疼，故在本方中加消食导滞药，如山楂、神曲、莱菔子之类，若腑实便秘者，又需加大黄以荡涤食滞[29]。

例5，黄某某，女，28岁，农民，胃脘胀痛，已绵延4年之久，症状时轻时重，近因家庭不和，常有争吵，胃脘胀痛加重，痛连两胁，嗳气吞酸，面色萎黄，形体消瘦，苔薄脉弦，投加味理中汤加柴胡10g，川芎10g，枳壳15g，白芍、香附各10g，以疏肝理气，和胃止痛，首剂见效，6剂服后痛止[29]。此证因恼怒伤肝，肝气郁结，横逆犯胃，而胃脘疼痛加重，其症为疼痛攻撑窜动，痛连背胁，舌苔薄白，脉弦，病程较长，运用本方加疏肝理气，和胃止痛之药物，如柴胡、川芎、枳壳、白芍、香附等。胃脘痛多因素体脾胃虚弱或劳倦内伤，或久病不愈，或过食寒凉之品而损伤中焦脾胃，以致气机失调，运行不畅，阻滞中脘，胃失和降而导致疼痛。加味理中汤具有温中祛寒、理气和胃、调理中焦气机之功效，且无刚燥滋腻的弊端，医家云："疏肝不忘安胃，理气慎防伤阴"，故加味理中汤之干姜配沉香，有通降安中之作用，加入桂枝配白芍有温通柔敛之功效，临床用药当时时不忘整体观念，辨证施治，知常达变，方能得心应手。

例6，邓某，女，28岁，于1992年10月16日诊。2年前始发胃痛，长期诊治。曾服丙谷胺片、陈香露白露片、乐得胃片以及中药等治疗效果均不佳。去年5月份钡餐检查示"慢性胃炎"，"十二指肠球炎。"现胃脘隐痛，日轻夜甚，晨起脘腹有坠胀闷痛感，伴食少神疲，面色萎黄，肌肤甲错，舌质淡紫有瘀点，苔薄白，脉沉涩。此乃胃痛日久，脾胃阳虚，寒凝血滞，胃络痹阻之胃脘痛。治以温中散寒，理气和胃，化瘀止痛。拟理中汤加味：党参、炒白术、重楼、葛根各15g，干姜20g，南木香（后下）、炙甘草各10g。水煎服，2日1剂，每日3次。服药2剂后痛减食增，再守方2剂，胃脘痛症状已消失。后改用本方研末每服5g，每日3次，服用2个月，诸症消失告愈。于3个月、6个月、10个月后随访，胃痛未见复发[30]。

例7，刘某，男，65岁，2003年9月16日初诊。胃脘部持续疼痛已数日，经治无好转。刻诊：胃脘持续冷痛，喜热饮，时而胀满，不思饮食，口不渴，饮水后则觉腹内漉漉有声，畏寒肢冷，小便清

长，无呕吐，面色白，舌质略淡、苔白润而滑，脉沉迟。药用：制附片（先煎）、炮姜各10g，党参、焦白术各12g，砂仁6g，丁香2g，甘草5g。每日1剂，水煎服。服3剂后，疼痛显著好转。继服3剂，食欲增进，疼痛消失[31]。

按：胃脘痛中医辨证常见外邪犯胃、肝气郁结、脾胃虚寒三大类。但无论何种原因，日久不愈可转化为脾胃虚寒型胃痛。若以脾胃虚寒为主症时，必须以温补中焦为主，可兼以消食导滞，散寒止痛，健脾燥湿，疏肝理气等法。脾胃虚寒之胃脘痛，兼证甚多，该例辨证属脾虚气滞。药合病机，故收良效。

纵观临床，引发胃痛的原因虽多，但以中焦阳虚，气郁血滞之本虚标实者多见，故治当温中化瘀兼行。理中汤方中干姜大辛大热，温中祛寒；重楼苦微寒，既能活气血，化瘀消肿止痛，改善胃肠黏膜血液循环，又能抗菌消炎，消除局部炎症细胞浸润。两药合用具有温中散寒，化瘀止痛之功，共为主药。党参、白术补气健脾，助其运化；南木香辛温，温中理气，止痛消食。三药同用具有健脾助运，理气止痛之力，共为辅药。葛根引药入脾胃，使药直达病所，且能鼓舞胃气，与质重降泄之重楼合用，一升一降，共为佐药。炙甘草补土温中，调和诸药为佐。方中南木香气味芳香，不宜久煎，一般宜后下，根据临床用药经验，最好研末吞服效果更佳。因脾胃为仓廪之官，受纳腐熟水谷，一刻不得停息，故胃痛又有不易根治的特殊性，所以治疗需坚持按疗程服药，多采取服用本方汤剂2～4周后，将本方研末吞服，每次5g，每日3次，连服2～3个月，方能巩固疗效。全方合力共奏温中化瘀、理气止痛之功，故用治脾胃虚寒或阳虚夹瘀胃痛者效果颇佳。

胃脘痛多由饮食不节，七情失偏，生活失调或劳役过度，致脾胃阳虚，胃失和降，其病多在心下。经云："中脘穴属胃，隐隐痛者，胃病也"。又云："胃病者，腹膜胀，胃脘当心而痛"。此一类型临床较为多见，临床常用虚者补之，寒者温之，疗效显著。方中干姜、高良姜温中散寒为主药，党参、白术、茯苓、炙甘草健脾。全方共收温中、散寒、健脾理气止痛之功。

胃脘痛发作时应治标为主或标本兼治，标证去除之后，调理脾胃

最为重要，这亦是能否彻底治愈胃脘痛的关键。胃脘痛的治疗难点在于胃脘痛缓解后，在调理脾胃功能上以及生活调理上。因此在治疗上要做到持之以恒。在用药方面以调理脾胃功能为主，采取虚则补之，实则泻之的方法。如附子理中汤、补中益气汤、香砂六君子汤、黄芪建中汤等方调理脾胃均有较好的疗效，辅以白及、凤凰衣、玉蝴蝶、浙贝母、乌贼骨、紫河车、鹿茸等研粉长期冲服，对缠绵难愈的胃脘痛有很好远期疗效。还可配合中医的饮食疗法，如当归炖羊肉、猪肚炖砂仁、猪肚煨胡椒、鲜胎盘炖服等。在饮食方面要少食多餐，禁烟、浓茶、烟，忌辛辣、肥甘及生冷食品，冬季要防寒保暖，增强营养，养成良好作息规律，保持心情舒畅，保持身体锻炼，如练气功、太极拳等。

五、浅表性胃炎

浅表性胃炎是一种慢性胃黏膜浅表性炎症，它是慢性胃炎中最多见的一种类型，在胃镜检查中约占全部慢性胃炎的50%～85%。本病的发病高峰年龄为31～50岁，男性发病多于女性。

慢性浅表性胃炎的基本病变是上皮细胞变性，小凹上皮增生与固有膜内炎性细胞浸润，有时可见到表面上皮及小凹上皮的肠上皮化生，不伴固有腺体的减少。病变部位常以胃窦明显，多为弥漫性，胃镜检查为胃黏膜充血、水肿及点状出血与糜烂或伴有黄白色黏液性渗出物。目前国内按炎性细胞浸润黏膜层的深浅，将本病分为轻、中、重三度。凡浸润黏膜浅层1/3者为轻度；涉及中1/3者为中度；超过黏膜层2/3者为重度。大多数浅表性胃炎患者缺乏临床症状，部分患者常有上腹部胀闷、嗳气、吐酸、食欲减退，或无规律上腹隐痛，食后加重等诸多表现。慢性浅表性胃炎经治疗多能痊愈；若失于治疗，则可进一步发展，固有腺体因炎症破坏而减少，可以转化为萎缩性胃炎。

浅表性胃炎属中医“胃脘痛”范畴，是临床常见的疾病之一，由于内窥镜检查的日渐普及，在成人胃病发病率逐年上升，成为长期胃痛的主要原因。浅表性胃炎发病率逐年增高，一般认为与目前生活节奏快，饮酒，饮食无规律，偏食、营养失衡等有密切关系，即所谓

“致病之由，多由纵恣口服，喜好辛辣；恣饮热酒煎熬，复餐寒凉生冷，朝伤暮损，日积月深……故胃脘疼痛。”说明胃脘痛主要是由于饮食失调，饥饱无常或食生冷瓜果寒凉食品，感受寒邪，寒伤中阳，脾胃受损，壅塞中焦，气机升降失职，寒邪搏结于胃肠之间，凝滞气机，不通而痛所致。

【临床应用】

赵联社[33]等经过多年反复的实践，研制了理中丸加味冲剂，于1992～2000年对60例经纤维内窥镜确诊为浅表性胃炎的病例，进行临床治疗观察，取得了满意效果。入选60例均系三家医院门诊和住院病例。其中男32例，女28例。诊断标准：参照1982年12月重庆全国慢性胃炎座谈会关于慢性胃炎的分型与内窥镜诊断标准的试行草案。中医辨证分型依据《中国内科学》中有关标准均辨证为脾胃虚塞型。主症：脘腹胀满，纳食减少，面黄身瘦，乏力易疲；兼症：恶心呕吐，嗳气泛酸，腹痛得温痛减，遇寒则甚，舌质淡或微红、苔薄白，脉细弱。胃痛程度：按照全国中医学会急症胃痛协作组制定的胃痛等级，结合内科特点分为3度。轻度（Ⅰ级）：胃痛较轻，可耐受，时有发作，每日发作少于3次。中度（Ⅱ级）：胃痛较重，每日发作多于3次。重度（Ⅲ级）：腹部疼痛较剧烈，难以耐受或卧床休息，需服药可缓解。本组60例中轻度胃痛6例，中度胃痛32例，重度胃痛22例。

全部病例均口服理中丸加味冲剂，每次1包（6g），每日3次，重度胃痛可加1包，饭前服用，每2周为1疗程。服1～3疗程。观察胃脘痛、饮食、恶心呕吐、上腹痛及腹部痛等症状，每周观察记录1次病情变化情况，并观察临床症状有效时间，消失时间及治疗后胃镜、胃电图的变化。结果：60例中基本治愈9例（15.0%），显效25例（41.6%），有效21例（35.0%），无效5例（8.3%），总有效率91.6%。

【病案举例】

王某，男，56岁，1993年9月18日就诊。主诉胃痛半年，每日疼痛5～6次，持续15min以上，疼痛难忍，不能工作，纳食减少，痛甚伴有恶心、呕吐。曾服西药甲氧氯普胺（胃复安）、多潘立酮

(吗丁啉)、复方氢氧化铝(胃舒平)等2周，效果不显。平素喜温。诊见面色萎黄、剑突下触痛，舌质微红，苔薄白，脉细缓。肝功正常，大便常规正常，潜血(-)。经胃镜检查，诊断为浅表性胃炎伴有胆汁反流。口服理中丸加味冲剂，服药第3天胃部疼痛消失，王某坚持服药2月，临床体征及症状均消失。精神、食欲恢复正常，体重增加，11月10日复查，胃镜示，胃及十二指肠黏膜恢复正常，基本治愈[33]。

按：中医认为：脾胃的运化既赖肾阳的温煦蒸腾，又赖肾阳的濡润肃降，脾胃的升降出入，无器不有，如肝气的疏泄，肺气的宣降，皆因脾胃为升降运动的枢纽。脾主升清，胃主降浊，清阳上升，浊阴下降，才能使营卫协调，五脏安和，从而形成一个统一的整体。脾胃功能失调的原因较多，诸如饱食不节，偏食嗜食，酗酒暴饮，恣进生冷熏炙之品；或七情过激，如大怒、思虑过度或劳心劳力太过，房事不节均会耗伤精血，损伤元气，以致脾胃功能失调，所以临床上治疗慢性浅表性胃炎时必须按中医辨证的方法进行分型论治，从而达到消食导滞、疏肝理气、行气止痛、温中健脾、调理脾胃的目的。理中丸来源于《伤寒论》，其主要功效温中散寒，补益脾胃，经过我们加味，改为冲剂，主要治疗脾胃虚塞型慢性浅表性胃炎。药理研究，该冲剂对大鼠平滑肌痉挛性收缩有非常明显的抑制作用，对大鼠回肠平滑肌收缩有明显的解痉作用。说明该药有较强的解痉、镇痛作用。

六、慢性腹泻

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

慢性腹泻多由于以下几种情况引起：(1)肠腔内渗透压增加超过血浆渗透压所引起的高渗性腹泻；(2)吸收功能障碍引起的吸收障碍性腹泻；(3)肠分泌增多引起的分泌性腹泻；(4)肠功能失调，蠕动亢进引起的运动性腹泻。

慢性腹泻是临床上常见症状，表现为大便次数增多便稀，甚至带黏冻、脓血，持续2个月以上。小肠病变引起腹泻的特点是腹部不

适，多位于脐周，并于餐后或便前加剧，无里急后重，大便量多，色浅，次数可多可少；结肠病变引起腹泻的特点是腹部不适，位于腹部两侧或下腹，常于便后缓解或减轻，排便次数多且急，粪便量少，常含有血及黏液；直肠病变引起者常伴有里急后重。

慢性腹泻，属中医“泄泻”范畴，多由于长期饮食失调或劳倦内伤，导致脾胃虚寒或肾阳不足所致。古有“久泻无不伤肾”、“浅者在脾，深者在肾”。《素问·脏气法时论》曰“脾病者，虚则腹满肠鸣，飧泻，食不化。”《景岳全书·泄泻篇》曰“肾为胃关，开窍于二阴，所以二便之开闭，皆肾脏所主。今肾中阳气不足，则命门火衰……阴气极盛之时，则令人洞泄不止。”中老年多有肾阳不足，命门火衰，不能温煦中焦，寒从内生，使脾胃不能受纳水谷和运化精微，以致水反成湿、谷反成滞，湿滞内停，清浊不分，水谷混杂，并走大肠而成泄泻，发为大便次数增多，粪质溏薄或食谷不化。

治疗以温中散寒、补肾助阳为主。根据全国高等中医院校教材《中医内科学》和临床观察、治疗情况，慢性腹泻临床上可分为脾胃虚寒型和肾阳虚寒型，方选附桂理中汤治疗，方中重用附子、肉桂，常可收到较满意的效果。

【临床应用】

陈斌等[34]用附桂理中汤治疗慢性腹泻38例，收到较满意效果。38例均为门诊慢性腹泻患者，大便标本培养无致病菌生长。其中男29例，女9例；年龄28～72岁，平均50岁。按中医辨证分为脾胃虚寒型15例，病程6个月～12年；肾阳虚寒型23例，病程7个月～20年。治疗方法：脾胃虚寒型，以附桂理中汤（附子10g，肉桂10g，人参15g，白术15g，干姜10g，炙甘草10g）治疗；肾阳虚寒型，附桂理中汤中重用附子、肉桂。每日1剂，煎成200ml。分2次口服，6周为1个疗程。治疗过程中停用其他治疗慢性腹泻药物，并密切观察临床症状和不良反应。疗效评定标准：参照《中药新药临床研究指导原则》。痊愈：腹痛、腹泻消失，大便成形，每日1～2次，随访6个月未复发；有效：腹痛减轻，腹泻次数减少，大便基本成形，但每日仍在2次以上；无效：治疗前后腹痛、腹泻无变化。结果 脾胃虚寒型15例中痊愈11例，有效3例，无效1例，总有效率

93.3%。肾阳虚寒型23例中痊愈17例，有效4例，无效2例，总有效率91.3%。痊愈的患者多在治疗后1周腹痛开始减轻，3周后大便次数减少。1例肾阳虚寒型患者在初服药后出现轻度胃脘部灼热，继续服药1周后症状消失，未见其他不良反应。

周仁义[35]运用附桂理中汤治疗中老年慢性腹泻患者108例，疗效显著。选择2001年至2002年收治的中老年慢性腹泻患者108例，病史符合以下条件：①每天大便2次以上，大便糊状或稀溏；②腹泻较久（6个月以上病史，近期腹泻连续2个月以上）；③舌苔淡白，脉细弱。结合其他症状，按中医辨证分为脾胃虚寒型42例，其中男29例，女13例；年龄41岁~74岁，平均56.2岁；病程6个月~18年。肾阳虚型66例，其中男45例，女21例；年龄42~79岁，平均61.3岁；病程6个月~21年。治疗方法：治以温补脾肾法，选用附桂理中汤加减治疗。脾胃虚寒型：以附桂理中汤为主；肾阳虚型：于附桂理中汤重用附子、肉桂。药用制附子10g，肉桂15g，党参30g，白术15g，干姜12g，甘草10g。若偏湿盛加藿香、佩兰；偏气滞加陈皮、木香；滑泄不止加诃子、赤石脂；气虚下陷加黄芪、升麻。每日1剂，煎成200ml左右，分2次口服，4周为1疗程，治疗过程中停用其他治疗腹泻的药物，并密切观察临床症状和不良反应。全部病例均完成1疗程以上，脾胃虚寒型有效率88.1%，肾阳虚寒型有效率89.4%，总有效率88.9%。痊愈的患者多在治疗后1周腹痛开始减轻，3周后大便次数减少，1例肾阳虚型患者在初次服药后出现轻度胃脘部灼热，继续服药1周后症状消失，未见其他不良反应。

温桂荣等[12]根据本方温中散寒，健脾益气的组方特点，以理中汤为基础方，临证加减，治疗慢性腹泻多例，效果满意。

史广胜等[36]在临证治疗脾胃病中，运用脏腑理论，对四诊所收集的临床症状和体征，进行分析、归纳，以辨明疾病的主要症结所在，应用附桂理中汤治疗脾肾阳虚的泄泻，而收到较好的效果。

许萍等[37]运用温中祛寒、益气健脾温肾的附子理中汤治疗多例脾肾阳虚泄泻的病人，收到了较好的效果。

常晓波[38]今用附子理中丸治疗寒湿泄泻，脾虚泄泻效果甚佳。

梁启东[39]用加减附桂理中汤治疗慢性泄泻21例。药用附桂理中

汤加补骨脂、吴茱萸各6g，茯苓9g。结果：脾胃虚弱型14例，痊愈8例，有效5例，无效1例；脾肾虚弱型14例，痊愈8例，有效5例，无效1例；脾肾两虚型7例，痊愈4型，有效2例，无效1例。

沈士荫用本方加黄连、茯苓而成连理汤治疗慢性菌痢18例，病程在3个月~5年以上。治疗结果，临床治愈16例，好转2例。治愈的病例中，疗程最短8d，最长38d，平均12d。

武秀成用连理汤治疗12例（经抗菌疗法治疗无效者7例，中药治疗无效者5例），结果治愈例，显效2例，无效1例，疗程为6~35剂，多数为10~18剂[40]。

周霭祥报道治疗慢性泄泻14例，其中起于急性菌痢之后者5例，阿米巴痢疾之后者2例。治以连理汤为主，基本治愈后以参苓白术或理中丸巩固疗效。结果临床治愈11例，显效2例，无效1例[41]。用于过敏性结肠炎疗效也佳[42]。

袁新霞用附子理中汤治疗溃疡性结肠炎78例。药用乌附片（先煎）、干姜、人参、炙甘草、焦白术各12g，柴胡8g，炙升麻6g，诃子20g。发热、腹痛、苔黄腻，脉滑数去干姜、附片，加白头翁、黄柏；纳差腹胀加焦三仙；五更泄合四神丸。每日1剂水煎服。结果：痊愈34例，显效35例，好转7例，无效2例，总有效率97.4%[43]。

李忠用理中丸制成散剂敷脐（脐疗）治疗多种疾病，取得较好疗效。治疗方法：药用党参10g，白术7g，干姜5g，炙甘草3g，混合烘干碾面备用。其他加味药也分别烘干碾面备用。用前将肚脐用湿毛巾擦净，每次填入药粉20g，覆盖一软纸片，再加棉花；外用白胶布固封，3~7d换药1次。用此法治一慢性腹泻多年者，连用3个月基本治愈，继续用药1个月，以巩固疗效[44]。

【病案举例】

例1，患者，女，53岁。反复腹痛、腹泻15年，发作时每日腹泻3~4次，排泄物水谷不化，下腹部隐痛，形寒肢冷，腰膝酸软，面色苍白，舌淡苔白，脉沉缓。大便培养无致病菌生长。证属肾阳虚寒型，治以温肾补中，散寒止泻，选方附桂理中汤，重用附子、肉桂。方药：制附子20g，肉桂20g，人参15g，白术15g，干姜10g，炙甘草10g。连续服药1个月，腹痛、腹泻等症状先后消失，大便每

日1～2次，成形，精神、饮食均有好转，随访半年未见复发[34]。

例2，王某，男，60岁。腹痛、腹泻10年，每日腹泻三四次，排泄物水谷不化，腹部隐痛，形寒肢冷，腰酸膝软，面色苍白，舌淡苔白，脉沉细弱。粪标本培养：无致病菌生长。证属肾阳虚型，治以温补脾肾，散寒止泻，方选附桂理中汤，重用附子、桂肉，药用：制附子15g，肉桂15g，党参30g，白术15g，干姜10g，甘草10g。连续服药6周，腹痛、腹泻等诸症先后消失，大便每日1～2次，成形，精神饮食转佳，随访6个月未复发[35]。

例3，何某，男，40岁，2000年11月20日初诊。患者主诉泄泻反复发作已半年，加重6d。半年以来每因饮食生冷诱发泄泻，经服某西药可暂时缓解，但泄泻始终未能治愈。经纤维结肠镜检查排除器质性病变，大便细菌培养2次均阴性。确诊为“慢性泄泻”。6d前因饮食生冷致病情加重，经某医治后未能缓解，前来治疗。刻诊：大便稀溏成堆，色浅，发泡多，夹有不消化食物，日3～4次，脘腹胀闷不舒，肠鸣辘辘，食欲不振，形寒肢冷，疲倦乏力，面色萎黄，舌淡苔白，脉沉细。为脾肾阳虚，运化失常，水谷不化，清浊不分所致。治宜温肾健脾，固涩止泻。用理中汤合四神丸化裁为治：党参15g，白术12g，干姜9g，炙甘草5g，补骨脂12g，吴茱萸9g，肉豆蔻9g，五味子9g，巴戟15g，菟丝子30g，扁豆30g，陈皮9g，厚朴9g。以上方药加减出入6剂，大便成形，纳增。仍用上方加减续进6剂，诸症消失而愈[12]。

按：《景岳全书·泄泻》篇指出：“泄泻之本，无不由于脾胃”。胃和脾，一纳一运，互相配合，不断完成水谷的消化吸收，输送营养，供机体各组织需要以及促进水液代谢。若脾胃功能障碍，湿浊内生，混杂而下，则生泄泻。泄泻日久，缠绵难愈，不仅脾阳衰微，还会导致肾虚，而肾火虚衰，又转而使脾失健运，两者互为因果。本例患者由于饮食生冷，脾肾阳虚，运化失常所致。方中理中汤温中散寒，补气健脾；四神丸温补脾肾，止泻；陈皮、厚朴理气除胀满；加上巴戟、菟丝子温补肾阳作用加强，其意取叶天士“温润升阳，通补其经”之法。诸药合用，切中病机，故收良效。

例4，患者，女，31岁，2003－09－04入诊。患者主因突然腹

部冷痛，大便暴然而下，质清稀，甚如水样，脘闷食少，苔白腻，脉濡缓，门诊化验大便脓细胞（－），西医诊断：急性结肠炎。中医诊断：寒湿型泄泻。治疗：温中散寒，涩肠止泻。方药：附子理中丸合藿香正气散[38]。

按：本证是由脾阳虚衰，阴寒内盛所致。长期饮食不节，饥饱失调；或劳倦内伤，或久病体虚，或素体脾胃虚弱，不能受纳水谷，运化精微，聚水成湿，积谷滞于脾胃。本证发病急，湿邪为泄泻的主要病理因素，脾虚湿盛是发病关键，故治疗应以运脾化湿为原则，方用附子理中丸合藿香正气散以温中散寒，芳香化湿。

例5，男，34岁，2003年10月17日入诊。患者主因腹痛、腹泻半月多，服用诺氟沙星、黄连素等消炎药无效而就诊。患者大便清晰，饮食不佳，脘闷不舒，面色萎黄，神疲倦怠，舌淡苔白有齿痕，脉濡弱。诊断：脾虚泄泻。治疗：附子理中丸2盒，1丸/次，2～3次/天，合参苓白术散2盒，1袋/次，2次/天。1周后回访患者，其喜形于色，告病痊愈[38]。

按：本例属脾虚泄泻。脾主运化升清，脾气虚弱，清气不升，化生内湿，清气再下，则生泄泻。故久泻当以健脾益气、温中散寒为主，用附子理中丸温中散寒，用参苓白术散健脾益气。从以上三则案例来看，寒湿之外邪乃附子理中证的主要致病因素，脾虚湿盛、肾阳不足是其发病关键，故治疗以温化寒湿，温肾健脾为主，方药以附子理中丸为主。实验证明：附子理中丸具有耐寒、抑制胃肠蠕动的作用。

例6，患者，男，58岁，1999年初诊，患者平素体弱，2年来，胃脘胀闷不舒，倒饱嘈杂，时有疼痛之感，大便溏泄，日行3～4次，色黄质稀，曾在某医院治疗，服用多种中西药物，未见明显效果。诊见：纳谷不馨，食入腹胀，嘈杂泛酸，脘腹痞满，隐隐作痛，大便溏泄，腰酸乏力。时有脐下至心窝灼热搏动感，舌苔薄白，舌质嫩红，脉微细。属肾阳虚衰，脾土不足，予补肾益脾论治，拟桂附理中汤加味。处方：肉桂、附子、干姜各6g，人参、山药、白术、扁豆、莲子、薏米仁各15g，黄连、云苓各10g，吴萸6g。5剂，每日1剂，水煎服。二诊：药后脘腹痞满、嘈杂泛酸锐减，便泄日2～3次，精

神稍振。以原方去肉桂、吴萸、干姜，继服5剂。三诊：脘腹舒畅，便泄大减，嘱服参苓白术散，共服10包而痊愈。随访半年未见复发[36]。

按：人体五脏六腑是相互密切联系的统一体，任何一个脏器的活动都是整个人体活动的组成部分，它们之间存在着相互滋生和相互制约的关系。脾胃为后天之本，承担着人体饮食的消化、吸收与输布，为气血生化之源。脾的病变主要反映在运化功能失常和统血功能的障碍；胃的病变则表现为食不消化，胃失和降诸方面。在病变过程中，脏腑之间可以互相影响，自然气候也是不可忽视的因素，临床既可见到一个脏腑的病变，又可见到多个脏腑合并的并列变化。而且又受六淫、疫疠、七情及过逸、过劳、外伤、痰饮、瘀血的影响。饮食物消化，除赖脾胃正常运化，尚需肾阳的温煦。史氏所治患者病程长，肾阳式微，不能温煦脾土，症见脘腹痞胀、不舒、疼痛、大便溏泄。治疗上采用肉桂、附子、干姜温补肾阳，助脾胃功能恢复，参术苓草四君子补气健脾、淡渗利湿，振奋脾阳。加吴萸、黄连治疗嘈杂吞酸。为巩固疗效，在治愈基础上，可以参苓白术散善后收功。

例7，孙某，男，45岁。因腹泻反复发作半年余，该病人于2004年3月16日来我院中医门诊就诊。该患者既往有右肾结石病史1年，曾服用排石药治疗未效。半年前该患者无明显原因出现腹泻，常因饮食不适而加重，日二三行，曾服用黄连素、乳酸菌素片、十六角蒙脱石（思密达）等药，病情时轻时重。诊见腹部隐痛，喜温恶寒，神疲乏力，腰酸膝软，四肢不温，食欲不振。舌质浅红，苔白腻，脉象沉弱。四诊合参，证属脾肾阳虚所致之泄泻。治以附子理中汤加味。药用：附子10g，党参25g，白术15g，干姜10g，山药15g，白芍25g，延胡索15g，甘草10g。水煎，100ml早晚分服。服药6剂，腹痛缓解，大便有所成形，同时小便排出一块约米粒大的结石；又进6剂，大便基本成形，小便时又排出两块米粒大结石及少量泥砂样结石。宗上方加减治疗月余，诸症消失，未再有结石排出，复查双肾、输尿管及膀胱彩超，未见异常。

按：附子理中汤临床应用甚是广泛，众医家常以之为主治疗内科杂证中属中焦有寒或脾肾阳虚者，每取良效。但以之治疗泌尿系结

石，鲜矣。本病例原本是要治疗脾肾阳虚之泄泻，但在治疗的同时，却收到了排石的效果，实属意外之得。中医治病贵在辨证，此乃中医之精华所在。古人的“同病异治”、“异病同治”本乎于此。只要我们在临床中坚持审证求因，注重辨证论治，一定会收到事半功倍的效果，本文便是一个实例[37]。

体会：慢性腹泻为临床常见病证，相当一部分属非感染性疾病，大便培养往往无致病菌生长。多由于长期饮食失调，或劳倦内伤，导致脾胃虚寒，古有“久泻无不伤肾”之说，加之中老年多有肾阳疲惫，命门火衰，不能温煦中州，寒从中生，使脾胃不能受纳水谷和运化精微，以致水反成湿，谷反成滞，湿滞内停，清浊不分，水谷混杂，并走大肠而成泄泻，出现大便次数增多，大便溏薄或完谷不化。治疗采用温补脾肾之法，方选附桂理中汤加减。理中汤乃治疗脾胃虚寒之方剂，方中干姜温中散寒；党参、白术、炙甘草健脾益气，共显温中健脾之效；附子、肉桂能温补肾阳，助肾气化，以达温中散寒、补肾助阳、滋补命门之功效。如此，中州得以温煦，肾阳得补，脾胃健运，升降得复，腹泻得止。不同于止泻、止痛药物。重在调理脏腑功能，充分体现治病求本的原则。

七、变态反应性胃肠炎

变态反应性胃肠炎也叫过敏性胃肠炎，即变应原与免疫球蛋白E（IgE）在胃肠道发生反应，患食物变态反应的人可出现一系列胃肠道反应，如腹泻、呕吐等。变态反应性胃肠炎以腹痛、腹泻、喜温喜按、畏寒肢冷、泻后诸症逐渐缓解为主要症状。

变态反应也叫超敏反应，是指机体对某些抗原初次应答后，再次接受相同抗原刺激时，发生的一种以机体生理功能紊乱或组织细胞损伤为主的特异性免疫应答。变态反应的发生需要具备两个主要条件：一是容易发生变态反应的特异性体质，这是先天遗传决定的，并可传给下代，其机率遵循遗传法则；二是与抗原的接触，有特异性体质的人与抗原首次接触时即可被致敏，但不产生临床反应，被致敏的机体再次接触同一抗原时，就可发生反应，其时间不定，快者可在再次接触后数秒钟内发生，慢者需数天甚至数月的时间。特点：伴有炎症反

应和组织损伤。一些特异性体质的人摄入某些特异性食物后，胃肠道可出现超敏反应，有的可仅限于胃肠道，引起呕吐、腹痛、腹泻等症状；有的也可伴有哮喘、鼻炎或荨麻疹等胃肠道外过敏性表现（食物过敏）。临床上把这种胃肠道对特殊食物的不耐受称为胃肠过敏性疾病。胃肠道过敏性疾病可分为：婴儿过敏性胃肠炎、伴有全身性过敏反应的胃肠食物不耐受症及嗜酸性胃肠炎3类。

中医学将该病归为“腹痛”、“泄泻”的范畴。肠腑以通为顺，以降为和，肠腑病变而用通利，因势利导，使邪有出路，腑气得通，腹痛自止。但通常所说的治疗腹痛的通法，属广义的“通”，并非单指攻下通利，而是在辨明寒热虚实而辨证用药的基础上适当辅以理气、活血、通阳等疏导之法，标本兼治。如《景岳全书·心腹痛》曰：“凡治心腹痛证，古云痛随利减，又曰通则不痛，此以闭结坚实者为言。若腹无坚满，痛无结聚，则此说不可用也。其有因虚而作痛者，则此说更如冰炭。”《医学真传·腹痛》谓：“夫通则不痛，理也。但通之之法，各有不同，调气以和血，调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也。若必以下泄为通，则妄矣。”临证时当详询病情，进行辨证论治：实则泻之，虚则补之，热者寒之，寒者热之，滞者通之，瘀者散之。

【病案举例】

例1，患者，男，45岁。反复腹痛、腹泻5年。每当饮食稍有不慎，因食用某几种特定饮食而出现腹部胀满，隐隐作痛，喜温喜按，畏寒肢冷，呕吐，疲乏无力，大便不成形或便溏，无黏液脓血，泻后诸症逐渐缓解，不欲饮，小便清长。胃肠纤维镜检查提示慢性浅表性胃炎和慢性结肠炎，全消化道钡餐检查提示中度胃下垂，大便培养致病菌阴性，肝肾功能正常，血、尿淀粉酶正常，血常规检查嗜酸粒细胞0.05，曾多方求治均未获满意疗效。查舌质淡、苔白滑，脉沉细而迟缓。诊断为变态反应性胃肠炎。辨证为脾胃虚寒。方用理中汤：人参5g，干姜10g，炒白术12g，炙甘草20g。文火水煎，取汁300～500ml，每日早晚和餐前2h口服。服药15剂后症状消失，复查血常规嗜酸粒细胞恢复正常水平，此后半年未见复发[45]。

例2，患者，女，25岁。反复下利、腹痛3年。发病时腹部胀满冷痛，喜温喜按，甚则四肢厥冷，冷汗出，恶心欲呕，不渴，但喜热饮，大便稀溏，但无赤白脓血，便后痛减，全身乏力。诊见其精神萎靡，舌质淡、苔薄白，脉细。询其每次发病均曾食用魔芋等。大便常规检查未发现异常，血常规检查嗜酸粒细胞0.06，血、尿淀粉酶均正常。超声波检查排除胆囊炎、胰腺炎。既往曾做胃镜检查，未发现异常。诊断为变态反应性胃肠炎。辨为中焦脾胃虚寒。方用理中汤：人参5g，炒白术15g，干姜10g，炙甘草20g。文火水煎取汁300～500ml，每日1剂，早晚和餐前2h服。服7剂后诸症消除，随访半年，虽仍食用魔芋，但未再复发[45]。

按：《伤寒论》第273条“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之，必胸下结硬”。第277条“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也，当温之”。第385条“霍乱，头痛发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之”。根据患者下利，腹满而吐，食不下，时腹自痛，喜温喜按，畏寒肢冷等临床表现特点，患者当属太阴中焦虚寒，非补则虚证不去，非温则寒湿不除，故以温补立法，用温中祛寒、补气健脾之理中汤。方中人参、炙甘草补脾益气，干姜温中散寒，白术健脾燥湿。脾阳健运，寒湿得除，则诸症消失。

八、十二指肠溃疡

十二指肠溃疡是消化道的常见病，一般认为是由于大脑皮质接受外界的不良刺激后，导致胃和十二指肠壁血管和肌肉发生痉挛，使胃肠壁细胞营养发生障碍和胃肠黏膜的抵抗力降低，致使胃肠黏膜易受胃液消化而形成溃疡，目前有人认为是胃弯曲杆菌感染所致，溃疡常为单个性，但也有多个溃疡，胃和十二指肠球部溃疡同时存在时称复合性溃疡。

十二指肠溃疡的主要临床表现为上腹部疼痛，可为钝痛、灼痛、胀痛或剧痛，也可表现为仅在饥饿时隐痛不适。典型者表现为轻度或中度剑突下持续性疼痛，可被制酸剂或进食缓解。临床上约有2/3的疼痛呈节律性，早餐后1～3h开始出现上腹痛，如不服药或进食则要

持续至午餐后才缓解；食后2～4h又痛，也需进餐来缓解。约半数患者有午夜痛，病人常可痛醒。节律性疼痛大多持续几周，随着缓解数月，可反复发生。十二指肠溃疡的发病机制比较复杂，但可概括为两种力量之间的抗衡，一是损伤黏膜的侵袭力，二是黏膜自身的防卫力，侵袭力过强、防卫力过低或侵袭力超过防卫力时，就会产生溃疡。所谓损伤黏膜的侵袭力，主要是指胃酸/胃蛋白酶的消化作用，特别是胃酸，其他如胆盐、胰酶、某些化学药品、乙醇等，也具有侵袭作用。黏膜防卫因子主要包括黏膜屏障、黏液-HCO_3^-屏障、前列腺素的细胞保护、细胞更新、表皮生长因子和黏膜血流量等，均能促进损伤黏膜的修复。正常时胃酸并不损伤黏膜，只有在黏膜因某种情况发生病损后胃酸/胃蛋白酶才起自身消化作用，从而导致溃疡病的发生。

中医认为本病当归结为“胃脘痛”的范畴。该病不是单纯的局部疾病，而是全身性疾病，与肝脏有密切关系，临床多见肝胃不和、脾胃虚寒和脾虚肝郁等证型。脾胃的受纳运化，中焦气机的升降，有赖于肝之疏泄，《素问·宝命全形论篇》所说的“土得木而达”即是这个意思。所以病理上就会出现木旺克土，或土虚木乘之变。忧思恼怒，情志不遂，肝失疏泄，肝郁气滞，横逆犯胃，以致胃气失和，胃气阻滞，即可发为胃痛。所以《杂病源流犀烛·胃病源流》谓：“胃痛，邪干胃脘病也。……唯肝气相乘为尤甚，以木性暴，且正克也。”肝郁日久，又可化火生热，邪热犯胃，导致肝胃郁热而痛。

若肝失疏泄，气机不畅，血行瘀滞，又可形成血瘀，兼见瘀血胃痛。胆与肝相表里，皆属木。胆之通降，有助于脾之运化及胃之和降。《灵枢·四时气》曰：“邪在胆，逆在胃。”若胆病失于疏泄，胆腑通降失常，胆气不降，逆行犯胃，致胃气失和，肝胆胃气机阻滞，也可发生胃痛。

十二指肠溃疡是临床的常见病，一般疗效较好，但也有不少病情顽固，反复发作，溃疡面长期不愈合者，目前对此类患者治疗效果不甚满意。近年来，临床观察本方治疗顽固性十二指肠溃疡，结果发现运用理中汤加减治疗本病，可使临床症状减轻，疼痛缓解较快，对溃疡愈合起着积极的作用。并且所治疗的病例中未发现有出血或再出血

现象，也未发现任何不良反应。顽固性十二指肠溃疡因其病情反复不愈，延及脾胃，或用药不当，损伤脾胃，导致脾胃虚寒，中寒内生，方选附子、肉桂、干姜温中散寒，党参、白术、甘草健脾益气，共奏温中健脾之功效，治疗本病则药证相符，故而有效。

【临床应用】

罗清娇[46]自1998～2000年，采用附桂理中汤加味治疗顽固性十二指肠溃疡40例，取得较好疗效。临床资料80例患者均为门诊病例，分为治疗组和对照组，每组40例。治疗组40例，其中男26例，女14例；对照组40例，其中男23例，女17例。2组病例在年龄、性别、病程方面均无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。所有病例均符合国家中医药管理局1994年6月发布的《中医病证诊断疗效标准》中胃脘痛的诊断，全部病例均经纤维胃镜检查确诊。治疗组十二指肠球部溃疡30例（其中2例伴出血），复合性溃疡10例（其中2例伴出血），伴有浅表性胃炎12例，伴慢性萎缩性胃炎2例。对照组40例，十二指肠球部溃疡29例，复合性溃疡11例，伴浅表性胃炎13例，萎缩性胃炎1例。所有病例均有不同程度胃脘痛，治疗组40例中有饥饿性腹痛，进食后可缓解者30例，痛时喜温喜按20例，伴反酸15例，腹胀者10例，嗳气8例，纳少5例，便溏24例，便干15例；舌质淡、苔薄白者16例，舌体胖14例，舌质淡红、苔薄白者24例。对照组40例中，饥饿性腹痛，进食后可缓解25例，痛时喜温喜按32例，伴反酸17例，腹胀8例，嗳气8例，纳少5例，便溏27例，便干13例；舌质淡、苔薄白者18例，舌体胖12例，舌质淡红、苔薄白22例。治疗方法治疗组给予附桂理中汤加味：白及30g，附子10g（先煎），党参15g，白术10g，干姜6g，肉桂6g（后下）。每日1剂，水煎分3次于餐前1h温服。伴反酸者加瓦楞子、乌贼骨，腹胀者加木香。对照组予口服雷尼替丁0.15g，日服2次，甲硝唑0.4g，日服3次，阿莫西林0.5g，日服3次。2组患者凡有出血者均加用西药止血，于首诊时给去甲肾上腺素8mg，加入生理盐水100ml，混合后分3次空腹口服，出血量多者加用氨甲环酸（止血芳酸）0.3g加入5%葡萄糖注射液250ml中静脉点滴，每日1次。2组分别在用药前和用药2个月后进行胃镜检查，观察病情变化，然

后记录。

疗效标准[47]治愈：胃脘痛及其他症状消失，X线钡餐造影或胃镜检查正常；好转：胃痛缓解，发作次数减少，其他症状减轻，X线钡餐造影或胃镜检查有好转；未愈：症状无改善，X线钡餐造影或胃镜检查无变化。治疗结果：治疗组治愈19例，占47.5%，好转18例，占45%，无效3例，占7.5%，总有效率为92.5%；对照组治愈5例，占12.5%，好转28例，占70%，无效7例，占17.5%，总有效率为82.5%。治疗组与对照组疗效比较，经Ridit分析，U=2.9144，$P<0.01$。

按：综观整个治疗过程，方中重用白及之理有二：一是根据白及收敛止血，其质胶黏，有良好的吸附成膜作用，能保护胃肠道黏膜[48]。同时能使其他药物敷于黏膜表面，且停留时间较长，有利于发挥局部治疗作用[49]。二是根据白及具有消肿生肌、收敛止血之功。前人对于外科疮疡已溃，久不收口，以白及研粉外用，可敛疮生肌，促进愈合。而十二指肠溃疡是在幽门螺杆菌的浸润下，黏膜充血、水肿，形成慢性炎症发展而成，其病灶与疮疡有相似之处。在药方中加入白及煎汤内服，使白及胶浆直接作用于溃疡面而祛腐生新，达到敛疮愈合溃疡的目的。另白及止血，同时又有祛腐生新的作用，虽久用也无瘀血[50]。

张武安等[51]于2002年1月～2004年3月用香砂六君理中汤、呋喃唑酮（痢特灵）治疗本病180例，收到满意效果。180例住院病人均有典型临床表现，经纤维胃镜检查确诊为十二指肠球部溃疡130例，胃溃疡45例，复合性溃疡5例，其中溃疡合并出血15例。采用自身对照法，曾用其他各种治疗，效果不理想。治疗方法在治疗前1周停用其他胃药，方用香砂六君理中汤：木香、半夏、干姜、陈皮各6g，缩砂仁3g，党参、白术、茯苓各10g，甘草4g，丹参12g，佛手、厚朴各10g。加减：冷积寒痛，呕吐较甚加肉桂3g，吴茱萸12g，温胃止呕；脘腹胀满，劳后加重，平卧减轻，加黄芪12g，升麻10g，枳壳5g，升阳举陷。呕血或大便潜血，去党参，加黄芪20g，炮姜炭5g，阿胶10g（烊冲），赤石脂12g，益气摄血。对肠化与不典型增生者加白花蛇舌草10g。上药水煎服，每日1剂，并加呋喃唑酮0.2g，

每日3次，连用4d，第5日改用0.1g，每日3次，再连服10d结束。2周后胃镜复查，溃疡愈合者，再继续服用中药汤剂1～2周。治疗结果以治疗2周后的自觉症状，纤维胃镜复查结果为依据。显效：症状消失，饮食正常，体重增加，溃疡面呈白瘢痕或红瘢痕为愈合；有效：症状明显减轻或大部分消失，食欲改善，体重增加，溃疡面缩小为好转；无效：症状改善不明显或无变化，体重无回升，溃疡面大小无变化为无效。合并出血者，经用白及粉或云南白药调服，大便镜检潜血多在3～7d转阴。中西药联合治疗2周后的结果：治愈174例，占97%；好转3例；总有效率99%。

按：中医治疗胃及十二指肠溃疡病，诸多医家采用佛手散、疏郁理气汤及和胃顺气汤等。我们选择中药香砂六君理中汤，取其养胃益阴、化瘀通络、和胃顺气、行气止痛之功。呋喃唑酮具有较广的抗菌谱，对幽门螺旋杆菌特别敏感，二药合用既缩短了疗程，又克服了单纯用小剂量呋喃唑酮疗效差，大剂量长时间应用出现不良反应以及单用中药疗程长的不足。三分吃药，七分调理，药物治疗之外，还应注意生活起居，精神乐观，调节饮食，不沾烟酒，增强体质，这些对疾病的恢复都是极为有利的。

陈宜伦[52]在临床工作中，运用小建中汤合理中汤加减治疗消化道溃疡虚寒证患者，获得满意效果。本组50例，男28例，女22例；年龄最大者59岁，最小者25岁；25～39岁30例，40～59岁20例；病程6个月～20年。本组病例经X线钡餐透视或胃镜检查确诊为消化道溃疡。诊断依据：根据国家中医药管理局1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》[47]制定的虚寒型标准。①胃痛绵绵，空腹为甚，得食则缓，喜热喜按，泛吐清水，神倦乏力，手足不温，大便多溏，舌质淡，脉沉细。②发病常与情志不畅、饮食不节、劳累、受寒等因素有关。③上消化道钡餐X线检查、纤维胃镜检查可见溃疡病变。

治疗方法：方剂组成：党参15g，白术12g，干姜6g，桂枝6g，白芍12g，大枣5枚，炙甘草5g。随症加减：胀痛者加木香6g，砂仁6g；呕吐者加半夏10g，陈皮6g；泛酸者加乌贼骨10g。治疗结果：疗效标准：参照国家中医药管理局1994年发布的《中医病证诊断疗效标准》关于胃脘痛疗效评定。①胃脘痛及其他症状消失，X线钡

餐造影或胃镜检查正常；②好转：胃痛缓解，发作次数减少，X线钡餐造影或胃镜检查有好转。③无效：症状无改善，X线钡餐造影或胃镜检查无变化。治疗效果：治疗50例，治愈33例（66%），好转13例（26%），无效4例（8%），总有效率92%。

【病案举例】

例1，许某，男，38岁，教师，1987年5月10日初诊。反复上腹部饥饿性疼痛已20年，曾多次在外院做上消化道X线钡餐透视，均诊断为“十二指肠球部溃疡”，经常口服“胃仙U、胃得安”及中药等治疗，症状可改善，但易复发。现症：上腹部胀痛，喜温喜按，空腹痛甚，食后痛减，口淡无味，纳差，大便溏薄日2次，舌质淡，苔薄白，脉沉细。中医诊断为：胃脘痛，证属脾胃虚寒型。治以温中补虚，理气止痛，予以小建中汤合理中汤加减，处方：党参15g，干姜6g，白术10g，桂枝6g，白芍12g，木香6g，砂仁6g，大枣5枚，炙甘草5g。服用6剂后，症状明显好转，胃胀除，上方去木香、砂仁，连续服用30余剂，诸症消失。半年后经上消化道X线钡餐透视示溃疡愈合。因患者担心胃痛复发，每年冬季服用上方3～5剂，随访至今已10余年未复发[51]。

按：消化道溃疡属于中医学的“胃痛”、“胃脘痛”范畴，以上腹部疼痛绵绵，喜温喜按，空腹痛甚，食后痛减，泛吐清水为主要临床表现，具有病程长，反复发作，不易根治的特点。其病因病机为素体脾胃虚弱，或饥饮失宜，劳倦过度，或久病脾胃受伤，阳气亏损，则中焦虚寒致脉络失于温养而发胃痛。《诸病源候论·腹痛病诸候》云：“腹痛者，由府藏虚，寒冷之气客于肠胃募原之间，结聚不散，正气与邪气交争相击，故痛”。张景岳说：“脾胃属土，惟火能生，故其本性则恶寒喜暖，实非真有邪火，则寒凉之物量宜慎用，实所以防其微也”。据此，治疗应温中补虚，祛寒止痛。方中党参、白术补气健脾，干姜、桂枝、大枣温补中阳而治虚寒，白芍用量加倍，着重缓急止痛，佐以炙甘草补中扶正，调和诸药。诸药合用使中阳得运，则寒邪自散，诸症悉除。

例2，患者某，女，41岁，2002年8月29日初诊。患者右上腹胀满反复发作8年，经纤维胃镜、X线钡餐透视诊断为十二指肠憩

室。右上腹胀满发作时口服多潘立酮（吗丁啉）片等可缓解，曾用中药香砂六君丸、柴胡疏肝散等治疗，病症仍反复发作。现右上腹胀满再发持续2月余，尤以食后右上腹胀满为甚，伴嗳气，大便秘结数日一行，面色萎黄，肢冷，苔薄白，脉沉细弦。体检：右中腹有轻压痛。B超肝、胆、肾均未见异常。X线钡餐透视诊断为十二指肠憩室。中医诊断为痞证，证属脾胃阳虚，寒凝气滞。治宜温中散寒，健脾行气。方用理中汤合枳术汤加味：党参15g，白术15g，干姜10g，厚朴10g，枳实30g，炙甘草6g，砂仁10g，姜半夏10g。水煎服，每日1剂。3剂后腹胀症状消失，大便已畅，为防止复发嘱其续服原方2月。停药1月后复查X线钡餐，十二指肠憩室消失。随访1年，未见自觉症状复发。

按：《伤寒论》理中汤主治太阴病脾胃虚寒证。枳术汤为《金匮要略》治“心下坚，大如盘，边如旋盘，水饮欲作”之气滞重于脾虚之气滞水停证而设。今患者为十二指肠憩室，证见腹胀肢冷、面色萎黄、大便秘结、脉沉细弦，是谓脾胃虚寒与气滞俱重。故用理中汤温中散寒，枳术汤健脾行气，酌加砂仁、厚朴温中行气，加姜半夏化饮和中。两方合用切合病机，相得益彰，则效如桴鼓。

九、慢性萎缩性胃炎

慢性萎缩性胃炎为常见胃部疾病。动脉硬化、胃血流量不足、烟酒茶的嗜好等都容易损害胃黏膜的屏障功能而引起慢性萎缩性胃炎。萎缩性胃炎时，胃黏膜萎缩而被肠的上皮细胞取代即肠化生；炎症继续演变，则细胞生长不典型，即间变；甚至细胞增生而致癌变。

临床表现仅为上腹饱胀、嗳气、胃纳减退等消化不良症状，有时因胃内因子遭到破坏，维生素B_{12}吸收不良可致贫血。内镜检查及活检是确诊本病的惟一手段。在我国，按Strickland分类法，B型萎缩性胃炎为多见，A型萎缩性胃炎很少见，且有一部分萎缩性胃炎患者，既有胃窦炎症，又有壁细胞抗体，不能列入上述两个类型，故国内不少学者提出了适合于我国具体情况的分类方法，将慢性萎缩性胃炎分为A_1型、A_2型、B_1型和B_2型。其分型主要根据自身抗体的情况，血清壁细胞抗体阳性属A型，血清壁细胞抗体阴性属B型。A

型中又分为两个亚型，胃窦无病变者为 A_1 型，胃窦胃体均有病变者为 A_2 型。B 型则根据胃体和胃窦病变的轻重程度分为 B_1 型（胃窦病变较胃体重）和 B_2 型（胃体病变较胃窦重或胃体胃窦病变相似者）两个亚型。目前对慢性萎缩性胃炎尚无完全统一的分类方法，人们习惯上仍沿习 Strickland 分类法，将慢性萎缩性胃炎分为 A 型和 B 型。萎缩性胃炎可用药物治疗，并应定期检查，以防癌变。但目前尚缺少满意的疗法，且该病被世界卫生组织列为癌前状态之一，严重威胁着人类健康。

根据慢性萎缩性胃炎的病史、症状和体征，本病当属于中医学的“胃痛”范畴，病位在胃，涉及肝、脾。因病程日久，本病多以虚寒表现为主。脾与胃相表里，同居中焦，共奏受纳运化水谷之功。脾气主升，胃气主降，胃之受纳腐熟，赖脾之运化升清，所以胃病常累及于脾，脾病常累及于胃。若素体不足，或劳倦过度，或饮食所伤，或过服寒凉药物，或久病脾胃受损，均可引起脾胃虚弱，中焦虚寒，致使胃失温养，发生胃痛。若是热病伤阴，或胃热火郁，灼伤胃阴，或久服香燥理气之品，耗伤胃阴，胃失濡养，也可引起胃痛。肾为先天之本，阴阳之根，脾胃之阳，全赖肾阳之温煦，脾胃之阴，全赖肾阴之滋养。若肾阳不足，火不暖土，可致脾阳虚，而成脾肾阳虚，胃失温养之胃痛；若肾阴亏虚，肾水不能上济胃阴，可致胃阴虚，而成胃肾阴虚，胃失濡养之胃痛。

桂枝人参汤乃理中丸加桂枝而成，理中丸温经散寒之功颇著，复得辛温之桂枝，其温经通脉之力益彰。现代药理研究亦表明，桂枝人参汤对慢性萎缩性胃炎具有明显的镇痛、止呕、止利作用，对于缓解该病临床症状疗效确切，且据中医理论随证加减用药，其功实非单纯西药可比。

【临床应用】

秦玖刚[53]临床治疗观察 35 例慢性萎缩性胃炎患者，疗效显著：所有病例均为门诊患者，随机分为两组。治疗组 35 例，男 21 例，女 14 例；年龄 45～72 岁，平均（57.1±4.5）岁；病程 3～15 年，平均（12.1±3.2）年；腺体萎缩轻度 9 例，中度 15 例，重度 11 例。对照组 30 例，男 18 例，女 12 例；年龄 47～71 岁，平均（55.6±

5.2）岁；病程5～16年，平均（10±2.9）年；腺体萎缩轻度8例，中度13例，重度9例。两者各项临床指数经统计学处理，差异无显著性（$P>0.05$）。诊断标准所有病例均符合1982年全国胃炎会议制定的慢性萎缩性胃炎诊断标准，中医辨证以虚寒为主，临床主要表现为：脘腹疼痛，喜温欲按，自利不渴，畏寒肢冷，呕吐清水，不思饮食，舌苔白，脉沉细，均行纤维胃镜检查确认并排除恶性病变。

治疗方法：治疗组服用桂枝人参汤。方药组成为：桂枝、人参、白术、干姜。随证加减：阳虚甚者加熟附子、肉桂；气虚者加黄芪、怀山药，兼血瘀者加当归、山甲；气滞者加陈皮、香附；依症状加味，胃痛较甚加元胡、灵脂；呕吐重则加吴茱萸、生姜；纳呆加焦三仙、内金。对照组服用多潘立酮（吗叮啉）片（西安杨森制药厂生产），1mg/次，3次/天，20d为1疗程，共观察3个疗程。疗效判断标准参照1989年中国中西医结合研究会消化系统疾病专业委员会制订的《慢性胃炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准》（试行方案）制订疗效标准。临床症状消失或基本消失，黏膜萎缩改善两个级差以上，为显效；临床症状有所改善或明显减轻，黏膜萎缩轻度改善，为有效；临床症状及病理均无改善，为无效。结果两组临床疗效比较治疗组总有效率88.6%，对照组总有效率76.7%，治疗效果令人满意。

【病案举例】

张某，男，48岁，2000年10月11日初诊。患者主诉胃脘部胀痛反复发作6年，加重10d。5年以来每因饮食生冷及情志不遂而诱发，经服某西药可暂时缓解，但其胃脘部胀痛始终未能治愈。经胃镜检查见胃黏膜颜色灰白，皱襞变细，黏膜变薄，胃窦部浅层腺体呈局灶性萎缩，减少，而大小弯腺体正常。诊为“慢性萎缩性胃炎”。10d前因饮食生冷使病情加重，自服某西药未能缓解，前来求诊。刻诊：上腹部疼痛，胀满，嗳气，胃脘部堵塞感，食欲减退，进食生冷后即感胃脘部胀满不适，神情倦怠，面色萎黄，舌质淡白，苔白腻，脉沉迟。中医诊为“胃脘痛”。证属脾胃虚寒，气机郁结。治宜温中健脾，通调气机。方用理中汤加减为治：党参15g，白术12g，干姜12g，炙甘草5g，肉桂6g（焗冲），砂仁9g（后下），台乌9g，田七9g，延胡9g，丹参12g，吴茱萸9g，木香9g（后下）。水煎服，6剂

后症状明显减轻。守方加减治疗4月，临床症状和体征消失，食欲正常，体重增加。经胃镜复查示胃黏膜萎缩性改变基本消失[12]。

按：《素问·举痛论》曰："寒邪客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引，故痛"。因寒邪凝滞，积于中焦，必然会影响脾胃气机的升降，气机阻滞，而致胃痛。得该病的患者大多由于脾胃虚寒，消化吸收功能障碍，能量代谢降低，消化道及末梢循环不全，胃肠蠕动不足，导致气机停滞而发生胃脘胀痛等症状，故用理中汤调整脾胃功能，促进循环，增强代谢，改善脾胃虚寒的病理状态。台乌、木香、砂仁、吴茱萸温胃散寒，行气止痛，下气降浊，消除胀痛，促进肠道运动。肉桂温中，且能扩张内脏血管辅助诸药通达全身。田七、延胡、丹参合用，能通过活血化瘀改善胃黏膜微循环，促进胃黏膜腺体营养供应，使萎缩腺体再生。此外，田七还有杀灭幽门螺旋杆菌作用。诸药合用，恰中病机，故病得愈。

十、慢性胃炎

慢性胃炎系指不同病因引起的各种慢性胃黏膜炎性病变，是一种常见病，其发病率在各种胃病中居首位。

慢性胃炎的病因和发病机制可能与下列因素有关：①急性胃炎的遗患。急性胃炎后，胃黏膜病变持久不愈或反复发作，均可形成慢性胃炎。②刺激性食物和药物。长期服用对胃黏膜有强烈刺激的饮食及药物，如浓茶、烈酒、辛辣或水杨酸盐类药物，或食时不充分咀嚼，粗糙食物反复损伤胃黏膜，或过度吸烟，菸草酸直接作用于胃黏膜所致。③十二指肠液的反流。研究发现慢性胃炎患者因幽门括约肌功能失调，常引起胆汁反流，可能是一个重要的致病因素。胰液中的磷脂与胆汁和胰消化酶一起，能溶解黏液，并破坏胃黏膜屏障，促使H^+及胃蛋白酶弥散入黏膜，进一步引起损伤。由此引起的慢性胃炎主要在胃窦部。胃－空肠吻合术患者因胆汁反流而致胃炎者十分常见。消化性溃疡患者几乎均伴有慢性胃窦炎，可能与幽门括约肌功能失调有关。烟草中的尼古丁能使幽门括约肌松弛，故长期吸烟者可助长胆汁反流而造成胃窦炎。④免疫因素。免疫功能的改变在慢性胃炎的发病上已普遍受到重视，萎缩性胃炎，特别是胃体胃炎患者的血液、胃液

或在萎缩黏膜内可找到壁细胞抗体；胃萎缩伴恶性贫血患者血液中发现有内因子抗体，说明自身免疫反应可能是某些慢性胃炎的有关病因。但胃炎的发病过程中是否有免疫因素参与，尚无定论。此外，萎缩性胃炎的胃黏膜有弥漫的淋巴细胞浸润，体外淋巴母细胞转化试验和白细胞移动抑制试验异常，提示细胞免疫反应在萎缩性胃炎的发生上可能有重要意义。某些自身免疫性疾病如慢性甲状腺炎、甲状腺功能减退或亢进、胰岛素依赖性糖尿病、慢性肾上腺皮质功能减退等均可伴有慢性胃炎，提示本病可能与免疫反应有关。⑤感染因素。1983年 Warren 和 Marshall 发现慢性胃炎患者在胃窦黏液层接近上皮细胞表面有大量幽门螺旋杆菌存在，其阳性率高达 50% ~80%，有报道此菌并不见于正常胃黏膜。凡该菌定居之处均见胃黏膜炎细胞浸润，且炎症程度与细菌数量成正相关。电镜也见与细菌相连的上皮细胞表面微突数减少或变钝。病人血中和胃黏膜中也可找到抗螺旋杆菌抗体。用抗生素治疗后，症状和组织学变化可改善甚或消失，因此认为，此菌可能参与慢性胃炎之发病。但目前尚难肯定。本病进展缓慢，常反复发作，中年以上好发病，并有随年龄增长而发病率增加的倾向。部分患者可无任何症状，多数患者可有不同程度的消化不良症状，体征不明显。（《内科学》第六版）

慢性胃炎多属于中医的“胃脘痛”、“痞症”等范畴。俗称“心口痛”、“胃气痛”，是指胃脘疼痛为主要症状并伴有规律性、季节性疼痛的痞满、纳呆、食少、体重减轻、面色萎黄等不适。慢性胃炎病位虽在胃脘部，而与肝脾关系密切。胃与脾以膜相连，胃主受纳，腐熟水谷，以和降为顺，脾主饮食精微的运化转输，以上升为常，二者同为后天之本，仓廪之官，在生理上相互配合，在病理上亦相互影响，如劳倦内伤，饥饱失常，每多脾胃同病。肝属木，为刚脏，性喜条达，主疏泄，肝气横逆，木旺乘土或中土壅滞，木郁不达，或肝火亢炽，迫灼胃阴或肝血瘀阻，胃失滋养，故胃病亦多关乎于肝。据以上认识，胃病的病因病机大致可为：①郁怒七情所伤，伤肝；②饮食不节，损伤脾胃；③禀赋不足，脾胃虚弱等。慢性胃炎多由（七情）忧思郁怒，肝木横逆犯胃；饮食劳倦，损伤脾胃所致。目前西医尚无特殊治疗方法，而求治于中医者有日益增多之势。

【临床应用】

李光平[54]多年来采用自拟“黑蜂归芍理中汤”治疗该病，探索了一些经验，取得了一定的疗效。临床资料病例总数60例：其中门诊57例，住院3例；男性48例，女性12例。年龄最大的60岁，最小的25岁，平均年龄43.5岁。病史最长者20年，最短者5年，平均病史12.5年。治疗方药：理中汤加减。地黑蜂20g，当归15g，杭芍20g，炒黄连6g，炒白术15g，荜茇10g，广木香12g，玉竹15g，苏条参30g，砂仁10g，石菖蒲10g，炙甘草6g。水煎服，每日1剂，每日服3次，（早、中、晚饭30min后，内服）20d为1疗程。辨证加减：肝郁胃热，口苦失眠，心烦易怒者加丹皮10g，栀子10g，龙胆草15g，竹茹1团。脾胃虚寒者加炒吴萸10g，肉桂10g，炮姜10g，黄芪30g，台乌10g。泛酸者加乌贼骨12g，瓦楞子20g。肝郁气滞，情志抑郁，疼痛明显者加青皮10g，佛手10g，炒柴胡10g，元胡20g。阴虚血热，大便干燥者或解柏油样大便，舌红少津者，加白及炭、地榆炭、大黄炭，云南白药胶囊2颗（另服）。胸腹饱闷，食滞纳呆，泛吐酸腐者加焦三仙、莱菔子等。

疗效标准：痊愈：胃痛、痞满等症状消失，饮食、大便正常，体质改善，体重明显增加，停药后随访半年以上未复发者。显效：胃脘部疼痛症状消失，食欲增加，体质明显改善，体重增加，停药半年后随访，病情稳定。但遇饮食不和，情绪不佳时，偶有胃部不适者。有效：胃脘疼痛不适等明显改善，体质、体重改善，停药半年内时有发作，但疼痛症状较治疗前明显减轻者。无效：胃脘疼痛不适症状有所改善。饮食有所增加，但体质、体重改善不明显，停药后，半年内发作明显者。疗效观察60例患者，痊愈26例，占43.3%；显效28例，占47.6%；有效4例，占7%；无效2例，占3%，总有效率94%。

赵珩等[55]近年来采用附子理中丸内服结合穴位针灸，对75例慢性胃炎进行临床观察，疗效确切。本组男45例，女30例，年龄最大68岁，最小20岁，病程最长17年，最短者1年。其中属慢性浅表性胃炎32例，属肥厚性胃炎15例，萎缩性胃炎12例，胆汁反流性胃炎6例。本组均经本院胃镜检查确诊。患者在治疗前均曾服用过其他治疗胃病药物，就诊时大多有胃脘隐隐作痛、痞闷微胀、纳差、便

溏乏力、舌苔薄白、脉沉弱等脾胃虚寒症状。

治疗方法：内服药物：附子理中丸每次6g，温开水送下。每日早晚各1次，饭后服。半个月为1个疗程，连续服用3～6个疗程。针灸治疗取穴中脘、章门、关元、足三里等穴。隔日1次，7次为1个疗程，连续针灸2～5个疗程。疗效判定标准，参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》自拟。痊愈：临床症状消失，胃镜检查原发病灶消失，上消化道无异常，随访1年无复发；显效：临床症状消失或显著好转，胃镜检查原发病灶消失或明显减轻，并无新的病损，观察0.5年以上未见异常；有效：临床症状有不同程度的改善，胃镜检查黏膜炎症范围缩小或减轻；无效：临床症状改善不明显，胃镜检查原病灶无明显变化。结果痊愈35例，显效20例，有效15例，无效5例。总有效率93%。

按：李杲云："阳精所降，谓脾胃不和，乃气下流，收藏令行，故其人夭。"慢性胃炎，大多起于饮食不节或饮食不洁，过食生冷，伤及脾胃。初起实证多，迁久实转虚，久则脾肾阳虚，使清阳不能升，浊阴不能降，故出现痞满便溏、时腹痛，不欲饮食反嗳气，阳虚不温则肢冷，方用附子理中丸。取干姜、附子，温中散寒以助阳，人参大补元气以助运化而正升降，白术健脾燥湿，甘草以和中益气。此药可使中焦之寒得辛热而去，得甘温而复虚，使清阳升、浊阴降，运化健而中焦治。加之穴取关元乃元气之所聚，取中脘、章门乃脾胃之募穴，足三里乃足阳明合穴，且具强壮保健之功。诸穴配用，药与针灸结合，取其温补而不滞，行活而不散，从而达到阳气盛、寒湿除，脾胃健、运化昌。此法治疗慢性胃炎疗效确切，经济实惠。

【病案举例】

彭某，男，30岁，昆明市海埂农场干部。1990年10月18日初诊。患者因反复性上腹部疼痛于3年前曾先后经昆医附一院、市中医院等单位诊断为①慢性胃炎，②胃与十二指肠溃疡等病。近月来因上腹部疼痛频发加剧，并伴有柏油样大便等症而就诊。附一院钡餐检查示"胃与十二指肠球部溃疡"，胃镜示："水肿及散在性出血点"，大便潜血试验示（+++）。自诉：上腹部疼痛难忍，并有灼热感，心烦失眠，神疲乏力，食少闷胀，大便干呈柏油样，查：胃脘部压痛明

显，舌质红，苔薄黄，脉弦数。拟益气养阴，舒肝和胃，理气止痛，凉血止血。方药：当归20g，苏条参30g，炒白术20g，生地12g，炒黄连8g，地黑蜂20g，玉竹20g，炒地榆炭15g，大黄炭10g，虫楼10g，砂仁12g，炙甘草10g。另加服云南白药粉0.5g/次，日3次。3剂，连服3d。水煎服，每天3次。1990年10月22日，复诊，诉：上腹部疼痛较前减轻，饮食略有增加，大便基本通畅，大便呈淡黄色，余症同前。上方减去大黄炭、生地，同时停服云南白药粉。加焦三仙各15g，4剂，水煎服，每日3次，嘱其调节饮食，陶冶情操。10月28号第3次复诊诉：上腹部疼痛已基本消失，饮食增加，睡眠明显改善，排便通畅，大便正常但仍感神疲乏力。拟基本方随症加减，调理治疗1月余而痊愈。停药至今随访无明显复发[54]。

按：全方以理中汤为基础加减。方以当归补血活血；杭芍柔养肝阴，舒肝理气。茯苓、苏条参、白术等益气健脾和胃；玉竹滋养胃阴；炒黄连清热消炎；地黑蜂收敛止痛止血，消炎愈合溃疡面；广木香、莪茭、砂仁等健胃消食，行气止痛；炙甘草调和诸药。故本方具有益气健脾，舒肝和胃，收敛消炎，行气止痛之功效。在施治方面：除注重局部与整体，结构与功能的辨证统一关系外，还要注意以下几点：①辨证之缓急；②辨寒热虚实；③辨病之气与血；④辨病之阴阳等。同时注重气机升降功能的调理，以达升者升其清阳；降者降其浊阴。

附：地黑蜂，系民族中草药，别名为草血竭、地蜂子、紫花根等。性味：苦微涩，微温。功能：止血止痛，收敛止泻。适应证：胃肠疾病，胃及十二指肠溃疡等症。根有关资料报道，其主要成分是混合性鞣质等。

十一、功能性消化不良

功能性消化不良（FD），是指具有上腹痛，上腹胀，早饱，嗳气，食欲不振，恶心，呕吐等不适症状，经检查排除引起这些症状的器质疾病的一组临床综合征，症状可持续或反复发作，病程一般规定为超过1个月或在12个月中累计超过12周，FD是临床上最常见的一种功能性胃肠病。

功能性消化不良病因和发病机制至今尚未清楚，大量研究提示可能与多种因素有关，一般认为，胃肠动力障碍是FD的主要病理生理学基础，证据是在过半数的FD患者有胃固体排空延缓，近端胃及胃窦运动异常，幽门十二指肠运动失常，消化间期3相胃肠运动异常等胃肠动力障碍的表现，近年研究还发现胃肠动力障碍常与胃电活动异常并存，促胃肠动力学药治疗可使大部分患者的症状得到不同程度的改善，近年来，内脏感觉受到重视，早期研究发现FD患者胃的感觉容量明显低于正常人，表明患者存在胃感觉过敏。近年研究提示，这种感觉过敏与感觉传入通道异常有关，即正常的内脏传入信号在脊髓，脑的水平被放大，产生过强反应。这就可以解释，FD的症状在有胃排空延迟者是通过机械感受器产生，而在胃排空正常者，则由于中枢信号放大同样可以产生。精神因素和应激因素一直被认为与FD的发病有密切的关系，调查表明，FD患者存在个性异常，焦虑、抑郁积分显著于高于正常人和十二指肠溃疡组，有调查报道在FD患者中，特别是童年期应激事件的发生频率高于正常人和十二指肠溃疡组，但精神因素的确切致病机制尚未阐明。

再者胃镜检查结果提示约半数FD患者有幽门螺旋杆菌感染及由此而引起的慢性胃炎，但研究至今未发现幽门螺旋杆菌感染及慢性胃炎与FD症状有明确的相关性，且长期随访证明，经治疗幽门螺旋杆菌被根除并伴慢性胃炎病理组织学改善之后，大多数患者症状并未得到改善，因此目前多数学者认为幽门螺旋杆菌感染及慢性胃炎在FD发病中不起主要作用。

FD属于中医学“胃脘痛”、“吐酸”、“痞症”、“嘈杂”等范畴。根据临床观察认为，FD的发病与人们长期不良的精神、饮食状况及劳逸失当等因素相关。随着人类社会经济的不断发展，为了满足高层次的需求，劳累奔波而不顾形体劳倦，心理自觉不自觉地承受着瞬息万变的矛盾、挫折。劳则气耗，形体劳役则脾病；思则气结，忧虑则伤脾。长此以往脏腑功能紊乱，中焦脾胃受损，气机升降枢纽之职渐失。在饮食方面往往又无规律，暴饮暴食，过量过剩。正所谓“饮食自倍，肠胃乃伤”。《素问》有“久卧伤气”之说，过劳固然可耗损中气，过度安逸、养尊处优亦是人体气血不畅、脾胃功能减弱的重

要原因。因而，FD病机总属脾失升运，胃失和降，中焦阻滞，虚实夹杂。以脾虚为本，气滞、湿阻、血瘀邪实为标。且脾气亏虚为基本病机，贯穿于疾病始终。值得重视的是病久脾虚湿阻、气滞血瘀，胃络郁痹而胃气痞塞，应是FD缠绵难愈的关键因素。

【临床应用】

杨雪峰[56]应用健脾理中汤，药用：党参18g，白术、茯苓、生姜各15g，半夏、枳壳各12g，佛手、合欢花、丹参、白芍各10g，黄连、莪术、炙甘草各6g。若气虚明显者加炙黄芪20g；气滞明显者加槟榔12g；烧心泛酸甚者去莪术加煅瓦楞子15g；腹痛明显者倍白芍。水煎1剂/天，每剂药煎取汁600ml，分3次于餐前1h口服。治疗功能性消化不良（FD）患者120例，经门诊随访观察其1年内病情变化，疗效较满意。结果：120例中，治愈60例（50.00%），显效26例；有效17例；好转9例；无效8例，总有效率为93.33%；对照组66例中治愈12例（18.18%），显效14例，有效12例，好转13例，无效15例，总有效率为77.27%。

按：健脾理中汤以健脾化湿、行气通络为原则。方中四君汤补中益气健脾化湿，固根本而助脾气升运。药理研究证实党参、白术、茯苓等益气健脾药能调节胃泌素的分泌功能，调节胃蛋白酶的活力水平，并对提高细胞免疫功能有显著作用。枳壳、半夏、佛手行气宽中，调节胃肠蠕动及幽门括约肌功能以促胃气和降。黄连、半夏、生姜辛开苦降，和胃消痞，并能抑杀幽门螺旋杆菌（Hp），消除炎性感染。配合欢花以怡悦心志，开胃理气；丹参、芍药、莪术祛瘀和血通络，可增加胃黏膜血流量，促进腺体再生，加速炎症吸收，修复胃黏膜，并可调节免疫功能，其中莪术含芳香挥发油能直接兴奋胃肠道平滑肌，促进胃肠道蠕动。上药配合，标本兼顾，升清降浊，理中健脾，胃纳腐自然如常。治疗观察表明，健脾理中汤治疗FD疗效比较理想。有关中医药在FD治疗中具有调节胃肠运动、促进消化吸收、抑杀Hp、消除炎症感染等多靶点、多环节的整体综合调整作用，其作用机制尚待进一步研究探讨。

史通方等[57]自2004年以来采用理中汤加减治疗功能性消化不良38例，疗效显著。76例患者均为我院门诊病人，随机分为两组。其

中对照组38例，男18例，女20例；两组患者在年龄、性别、病程等方面经统计学分析，无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。所有病例均排除患消化性溃疡、炎症性肠病、胆石症、胰腺炎、肠梗阻或穿孔者，肝、肾功能不全患者，患严重心脏疾病、癌症及其他严重疾病者，患糖尿病、结缔组织病、甲状腺疾病者。诊断标准参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》进行。持续性或反复发作性上腹痛或不适；餐后饱胀、腹部胀气、嗳气、早饱、厌食、恶心、呕吐、烧心、泛酸、胸骨后痛；上述症状存在4周以上者；胃镜排除消化性溃疡、肿瘤、糜烂等器质性病变，亦无上述病史；实验室、B超、X线检查排除肝、胆、胰及肠道器质性病变；无糖尿病、结缔组织病、甲亢及神经肌肉等疾病；无腹部手术史。

治疗方法对照组给予胃肠动力药，莫沙比利（鲁南制药股份有限公司生产）5 mg，3次/天，饭前0.5h服用；调节自主神经功能紊乱药，谷维素30 mg，3次/天；有上腹疼痛，烧心反酸者加用质子泵抑制剂奥美拉唑20 mg，早晚各1次；Hp阳性患者可抗Hp治疗。治疗组用理中汤加减治疗，药物组成：柴胡12g，白芍30g，枳实15g，党参15g，白术15g，干姜6g，甘草10g。随症加减：腹胀明显者加川朴10g，广木香15g；腹痛甚者加延胡索15g，川楝子12g；纳差者加炒麦芽15g，神曲15g；反酸烧心者加浙贝母15g，乌贼骨30g，煅瓦楞子30g；恶心呕吐者加法半夏15g，竹茹10g，生姜10g。每日1剂，共取汁400ml分早、晚两次温服。4周为1个疗程，4个疗程后比较疗效。两组在治疗期间均戒酒、茶和生冷硬食物，以及一切可导致病情加重的饮食，避免饮食过饱和过烫。结果治疗组治愈率47.37%；总有效率89.47%；对照组治愈率28.95%；总有效率78.95%。两组疗效有显著性差异（$P<0.05$）。

高学清等[58]于2002年2月～2004年2月，采用四逆散合理中汤加减治疗本病60例，并与西药常规治疗作对比观察。120例均为门诊患者，随机分为治疗组和对照组各60例。治疗组男28例，女32例；年龄18～69岁，平均41.6岁；病程8个月～19年，平均4.62年。对照组男26例，女34例；年龄16～80岁，平均40.6岁；病程6个月～21年，平均4.54年。两组在性别、年龄、病程等方面无显

著差异，具有可比性。

治疗方法：治疗组用四逆散合理中汤加减治疗。基本方：柴胡12g，白芍30g，枳实15g，党参15g，白术15g，干姜6g，甘草10g。随症加减：腹胀明显者加川朴10g，广木香15g；腹痛甚者加延胡索15g，炒川楝12g；纳差者加炒麦芽15g，神曲15g；反酸烧心者加浙贝母15g，乌贼骨30g，煅瓦楞子30g；恶心呕吐者加法半夏15g，竹茹10g，生姜10g。每日1剂，水煎2次，共取汁400ml，分早、晚两次温服。对照组口服多潘立酮（吗丁啉）片10mg，每天3次。两组疗程均为4周。治期间嘱患者调畅情志，起居规律，忌食辛辣等刺激性食物，力戒烟酒。结果：治疗组临床治愈率为38.3%，总有效率为90.0%；对照组临床治愈率为20.0%，总有效率为69.3%。两组疗效有显著性差异（$P<0.05$）。说明理中汤合四逆散加减治疗FD有良好疗效。

按：功能性消化不良为临床常见病、多发病，是常见的消化系统疾病，以腹胀、早饱、嗳气、腹痛、恶心或呕吐及上腹烧灼感为主要表现的常见临床综合征。近年来由于社会竞争激烈，生活压力加大，劳累，饮食无规律等，造成功能性消化不良发病率增高，给患者带来了较大痛苦，严重影响患者的生活质量。

功能性消化不良病因及发病机制尚未完全明确，目前其发病机制多与消化道功能障碍、胃酸分泌的异常、内脏感觉运动功能、精神心理和应激因素等相关，其治疗主要还是对症治疗。有报道认为功能性消化不良患者大多存在胃排空延误，表现为对固体、液体及液态混合物的明显排空延误和障碍，胃动力异常而形成该病，从而揭示了功能性消化不良的现代病理学基础。

功能性消化不良在中医学中属于“痞证”、“胃痛”、“吐酸”等范畴，总属脾胃病证，病位在胃，涉及肝脾。饮食不节和情志所伤为其主要发病因素，六淫劳倦为次，脾胃虚弱、肝脾不调是本病发生的关键。盖肝、脾、胃同居中焦，胃主受纳，腐熟水谷，顺降于肠，其间有赖于肝的疏泄条达，脾的健运输布，三者功能失调可致气机壅滞，升降失职，水谷不腐之上述病证。理中汤源于《伤寒论》，由党参、白术、干姜、甘草组成，干姜辛温大热，温中祛寒；人参温补元

气，振奋脾胃纳运，白术健脾燥湿，减少干姜用量后使该方以补气健脾为主，煦振中阳为辅；柴胡、枳实、白芍、甘草疏肝解郁。综观全方，既能实脾胃之虚，又可达肝木之郁，使中焦气机升降有序，诸症得除。药理研究证实党参、白术具有调整胃肠运动功能，抑制胃液分泌，减少胃酸排出量等作用；柴胡枳实合煎有明显增强功能性消化不良患者胃排空和小肠推进功能；白芍、甘草有缓解胃肠痉挛、镇痛之功，能改善上腹疼痛、不适等症状；此外干姜、柴胡、党参、甘草有一定镇静作用，可消除功能性消化不良患者焦虑不安等精神症状。经过临床实践证实，理中汤加减治疗功能性消化不良疗效显著，值得进一步推广。

十二、慢性结肠炎

慢性结肠炎是指由已知原因或未知原因造成的以炎性改变及功能紊乱为主的结肠疾病。临床表现以腹痛、腹泻、肠鸣、下坠、大便带黏液或脓血，也有便秘或干稀交替出现，病程缠绵、反复发作为特点。

导致慢性结肠炎的因素有很多，归纳起来主要有两种，一是指肠道感染了细菌、霉菌等病毒，使肠道长期处于炎症状态，二是指由于人的身体过度疲劳、长期处于营养不良状态，以及情绪容易激动等，这些因素都可以诱发慢性结肠炎的发生。中医认为慢性结肠炎是虚寒性下利的一种表现，它与脾胃、肝、肾功能的失调有着密切关系。慢性结肠炎的主要症状有：慢性腹泻或便秘，双侧腹部及双侧下腹部的纯痛或隐痛，或腹胀，大便带黏液有些伴肠鸣。以直肠炎症为主者可表现为少腹膀胱区的胀痛和尾骶部的坠胀，有时可能误诊为泌尿系统感染、前列腺炎、盆腔炎等。慢性结肠炎的肠黏膜炎症性改变在纤维结肠镜下的表现主要是：肠段黏膜的充血，血管网络模糊，血管网络偏粗，黏膜发红或因苍白而光亮，有些可见黏膜粗糙。

慢性结肠炎属于中医学“肠痈”、“久痢”，“泄泻”范畴。《景岳全书·泄泻》指出：“泄泻之本，无不由乎脾胃，盖胃为水谷之海，而脾主运化，使脾健胃和，则水谷腐熟，而化气化血，以行荣卫。若饮食不节，起居不时，以至脾胃受伤，则水反为湿，谷反为

滞，精华之气不能输化，乃至合污下降，而泻痢作矣。脾强者滞去即愈？脾弱者，因虚所以易泻。”中医认为，肾主命门之火，命门火能温煦全身，是各个脏腑功能活动的动力，如命门火不足，可致全身之阳气衰弱。又命门火能暖脾以助水谷运化，命门火衰则脾胃不能腐熟、运化水谷，而出现完谷不化，便溏泄泻等。肾在下开窍于二阴，与大小便排泄有关。因此，如肾阳不足，既可因阳虚火衰而大便秘结，也可因脾肾虚而大便溏泄。由此可知，慢性结肠炎腹泻与便秘交替出现的症状无不与脾肾两脏有关。正如汪昂曰：“久泄皆由肾命火衰，不能专责脾胃”。慢性结肠炎病程日久，正虚邪恋，病位在肠胃，病机为脾肾阳虚，胃肠失于温煦，运化失司，湿盛则濡泄。

由于消化功能紊乱、营养来源不足，患者可出现消瘦、贫血、乏力甚至衰弱。严重者常并发肠道大出血、肠穿孔，甚至癌变。此病常由感受外邪、饮食不节、或情绪失调而发病，导致脾虚湿盛，湿郁化热，蕴结大肠，灼伤肠络，或脾胃升降失调，或肝脾不和，气机不利，气滞湿郁。如果饮食不当、情绪不畅，则更加重病情，使脾胃运化功能失调、水谷精微不能吸收、谷反为滞，清浊不分，混浊而下，遂成泄泻；如因情绪不调，忧郁恼怒，精神紧张，肝气失于疏泄，横逆乘脾犯胃，脾胃受制则成腹泻。主症常见腹痛，腹泻，大便脓血、黏液，甚或里急后重。病情时缓时急，病程迁延，反复发作。因此，治疗上当抑肝扶脾，补肾助阳、理气止痛或消瘀导滞，佐以化湿等。

【临床应用】

林瑛瑛[59]用《伤寒论》方理中汤加减治疗慢性结肠炎多例，获良好疗效。刘桂枝[60]临床使用理中汤加减变化治疗慢性结肠炎，屡获卓效。

广西中医学院第一附属医院李瑞吉教授是第二批全国名老中医，长期从事肛肠疾病的临床治疗工作，对慢性结肠炎的治疗有独到之处，临床常用附桂理中汤加减，治疗慢性结肠炎脾阳不足、寒湿伤脾证，疗效甚捷[61]。本证临床以少气懒言，腹胀纳少，腹痛绵绵，喜温喜按，肠鸣泄泻或完谷不化，舌质淡苔白，脉沉迟无力为主证。治则：温中散寒，健脾化湿，方用附桂理中汤加减。

何志屏[62]用黄芪注射液静滴、愈肠液保留灌肠配合四神丸合附

桂理中汤治疗慢性结肠炎30例，获满意疗效。临床资料55例均为门诊病人，参照1993年全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会《溃疡性结肠炎的诊断与疗效标准》，全部病例均经纤维结肠镜确诊为慢性结肠炎，并排除肠结核、结肠癌、慢性阿米巴痢疾等其他疾病。随机分为治疗组和对照组。治疗组30例，男16例，女14例；年龄18～72岁，平均42岁。对照组25例，男12例，女13例；年龄21～69岁，平均40岁。两组病情经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。

治疗方法：治疗组方用四神丸合附桂理中汤。药用补骨脂、党参、附子各20g，五味子12g，煨肉豆蔻、干姜、肉桂各10g，白术30g，炙甘草6g，吴茱萸3g，红枣5枚。水煎，每日1剂，复渣煎，早晚各服1次，服用20d为1疗程，连服2个疗程。另用5%葡萄糖液250ml加黄芪注射液60ml静脉滴注，每日1次，连用4周。再用愈肠液保留灌肠（白头翁、白及各20g，黄柏15g，薏苡仁、阿胶各30g，苦参50g），水煎取汁100～150m，加入珍珠粉2g，保留灌肠，每晚1次。灌肠时注意插管深度随病变部位调整，药温以35～38℃为宜，取臀高头低位，灌肠后左右交替卧位，药液灌入速度不宜过快，以免压力增大损伤肠黏膜。治疗15d为1疗程，间歇5d后继续第2个疗程，连用3个疗程。服药期间停用其他药物。对照组选用丽珠肠乐（珠海市丽珠集团丽珠中药厂生产），每次2片，早晚各服1次。另用黄芪注射液60ml加5%葡萄糖液250ml静脉滴注，每日1次，连用4周，再用愈肠液保留灌肠，方法同治疗组。

疗效标准参照《中药新药临床研究指导原则》疗效标准。临床治愈：临床症状消失，纤维结肠镜检查肠黏膜病变恢复正常。大便每日1～2次，量正常而且成形，大便常规无异常，停药后观察半年内无复发。显效：临床症状基本好转，结肠镜检查肠黏膜轻度炎性反应，大便每日次数较以前明显减少，量接近正常，大便常规接近正常。好转：临床症状、结肠镜检查肠黏膜病变有所好转。无效：症状及结肠镜检查均无改善。

治疗结果：治疗组治愈21例，显效7例，无效2例，总有效率93.3%；对照组治愈6例，显效10例，无效9例，总有效率

64.00%。两组总有效率比较有显著性差异（$P<0.05$）。

按：慢性结肠炎属中医“泄泻”范畴。《景岳全书·泄泻》指出：“泄泻之本，无不由乎脾胃，盖胃为水谷之海，而脾主运化，使脾健胃和，则水谷腐熟，而化气化血，以行荣卫。若饮食不节，起居不时，以至脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃至合污下降，而泻痢作矣。脾强者滞去即愈……脾弱者，因虚所以易泻。”中医认为，肾主命门之火，命门火能温煦全身，是各个脏腑功能活动的动力，如命门火不足，可致全身之阳气衰弱。又命门火能暖脾以助水谷运化，命门火衰则脾胃不能腐熟、运化水谷，而出现完谷不化，便溏泄泻等。

四神丸温肾暖脾，涩肠止泻。方中重用补骨脂辛苦大温，补命门之火以温养脾土；肉豆蔻辛温，温脾暖胃，涩肠止泻；五味子酸温，固肾益气，涩精止泻；吴茱萸辛苦大热，温暖肝脾肾以散阴寒。附桂理中汤出自《三因方》，是在附子理中丸的基础上加入肉桂而成，有温中散寒、补益脾胃之效。笔者常重用熟附子与白术（30～45g）、肉桂10g。熟附子有温壮肾阳和暖补脾的作用，白术补脾阳，肉桂温补脾肾阳气、益火消阴，故脾虚腹痛泄泻必重用之。另外，吴茱萸应少量，因本品味辛苦，且有异臭不易服食，因其能入脾、胃、肾肝经，故用之作引经药，每次约1.5～3g为宜。配合具有免疫双向调节作用的黄芪注射液，既升阳益气，又调节气机。加以愈肠液保留灌肠，可使药物直接到达结肠与黏膜接触，能迅速吸收而起效。其中白头翁、黄柏、苦参消炎、燥湿、杀虫，薏苡仁健脾渗湿，白及活血止血，珍珠粉收敛生肌，阿胶补血滋阴。诸药合用共奏健脾燥湿、止血生肌之功，可使溃疡面快速愈合。

【病案举例】

例1，庄某某，男，38岁，2001年11月3日初诊。患者平素食欲不振，腹痛、腹泻，日大便三四行，夹有黏液血丝便。每因劳累受凉或饮食不当而加剧，晨起腹痛肠鸣，常伴畏寒怕冷，病情时轻时重。舌淡胖有齿痕、苔白滑，脉沉细。证属脾虚湿盛，寒热夹杂，迁延日久，导致脾肾两虚。治以温补脾肾，佐以化湿，消食导滞。予理中汤加减。药用：党参、白术各15g，炮附子、五味子、肉蔻、吴茱

萸各6g，炮姜、甘草各10g，酒大黄炭、三七（研末分冲）各3g。3剂。每日1剂，水煎服。药后诸症见轻。守原方加减30余剂，欣告痊愈[59]。

例2，汪某，男，46岁，1999年2月6日初诊。两年来，不明原因间断性大便异常，经多方治疗难以根治，今求治于中医。诊见：形体消瘦，脘腹隐痛，畏寒乏力，大便完谷不化或伴少量黏液，1日2~4行，舌淡、边有齿印，苔白，脉沉细。证属脾虚失健、中阳不振，传导失常。治拟温中健脾、升阳益胃。方选理中汤加味：人参6g，炒白术、白茯苓、淮山药各20g，干姜、炙甘草各10g，升麻、吴茱萸各3g，肉桂1.5g，车前子15g（包）。水煎服，连服7剂，诸症减轻，大便1~3次/天，黏液消失，原方加焦山楂30g，继用30剂后告愈。随访3年未再复发[60]。

按：所治患者为脾阳不足，中虚失运，清浊不分，升降失常而致。故选理中汤加味温中化湿止泻。方中人参大补元气；炒白术、白茯苓、淮山药健脾渗湿；干姜温补脾胃；吴茱萸、肉桂壮火益土、温脾暖胃；炙甘草补虚调中；升麻升举清阳；车前子分清别浊，以利小便。全方共奏健脾胃、温中阳、调升降、止泄泻的功效。

例3，陈某，女，65岁，2000年10月就诊。反复腹痛、腹泻10年余，排黏液样便，一般每天10余次，多则20次，给生活带来痛苦和不便。经多家医院反复检查大便常规黏液（+++）、少量红白细胞，经纤维结肠镜检及病理检查，确诊为慢性结肠炎，西医予以抗生素如黄连素、四环素及激素泼尼松等药物治疗，症状始终未能减轻。证见形体消瘦，面色㿠白，神倦，懒语，四肢不温，腹冷，舌淡苔白，脉沉细弱，腹部听诊肠鸣音亢进。证属脾肾阳虚型。用四神丸合附桂理中汤40d，5%葡萄糖液250ml加入黄芪注射液60ml，静脉滴注，并配合愈肠液保留灌肠3个疗程。腹痛、腹泻明显减少，每日4~5次，食欲增加，继服原方2个月，腹痛好转，大便呈条状，每日1~2次，继续守上方加减治疗1个月，诸症悉除。随访5年多未复发[61]。

按：李东垣《脾胃论·脾胃胜衰篇》云："脾胃不足之源，乃阳气不足，阴气有余。"阳气何以不足，阴气何以有余？皆因脾胃居中

焦，升则上输于心肺，降则下归肝肾，所以才能维持“清阳出上窍，浊阴出下窍”的升降运动。若脾阳不足，则水谷不能化，就会出现脾湿不运，水湿不化，流于肠间。故腹胀腹痛绵绵，喜温喜按，大便稀烂或完谷不化，舌质淡、白滑或白腻，脉沉迟无力。

例4，吉某某，女，43岁，2003年3月20日初诊，主诉：左下腹疼痛，大便溏烂3年。患者诉左下腹痛、喜温喜按、肠鸣、大便溏烂甚则完谷不化，色黑有黏液，每日解6～7次，纳少，舌淡苔薄白，脉沉迟无力。电子结肠镜检查示：距肛缘55cm横结肠以下黏膜潮红，血管纹理模糊，尤以乙状结肠明显。黏膜水肿，有较多黏液。诊断：慢性结肠炎。曾在市内多家医院就诊，疗效不佳，特来就诊。中医诊断为寒湿伤脾之泄泻，治当温阳健脾化湿。药用：党参15g，苍术12g，茯苓15g，炮姜10g，桂枝5g，砂仁6g，甘草5g，白芍15g，古羊藤20g。7剂，水煎服每日1剂，2003年3月27日二诊腹痛减轻，大便溏烂好转，每日2～3次，上方去砂仁加两面针12g，服药3个月后。三诊上症基本消失，予上方7剂，水煎服，每日1剂，以巩固疗效[61]。

例5，姜某某，女，40岁，医务工作者，2003年6月30日初诊：患者近1年来经常腹疼腹泻，日3～6次，为稀便或黏液样，无脓血，病初起服西药消炎止泻尚有效，但不日又复发，近数月多在黎明时刻泄泻；食少胃呆，腹胀腹疼，便前尤甚；全身乏力，精神倦呆，腰酸肢冷。曾在本市某医院内科多次检查治疗，并作全消化道钡餐透视及钡灌肠，诊断为慢性结肠炎，妇科检查未发现异常，服西药治疗无效，要求中医药治疗。检查：面色晦黯少华，精神倦呆，腹部平软，肝脾未扪及，舌质淡嫩少苔，脉沉迟无力。辨证：泄泻（脾肾虚寒）。西医诊断：慢性结肠炎。治则：健脾固肾、温中散寒。方药：理中汤冲加四神丸，党参30g，白术15g，干姜15g，甘草10g，大枣15g，水煎分两次服，每次加服四神丸15g。复诊：近来腹泻未发作，腰酸，腹微胀疼，舌质淡红，舌苔薄白，脉沉缓较前有力，原方修改：党参30g，白术15g，炮姜10g，茯苓15g，柴胡10g，陈皮10g，白芍10g，香附10g，吴茱萸10g，补骨脂10g，大枣15g，水煎日服1剂，以舒肝理脾、温辅肾阳。

按：患者因肠炎致腹疼腹泻，初服西药消炎尚有效，但不巩固，反复发作近1年，已形成慢性肠炎。脾肾阳虚，中焦虚寒，以致腹泻反复发作，进而脾肾虚寒，五更泄泻，胃呆食少，腰酸肢冷，服理中汤加四神丸温肾暖脾，固肠止泻，一举肠炎得愈[62]。

体会：理中汤具有健脾益气、理中散寒作用。方中党参补气健中，白术燥湿健脾，五味子敛肺益肾，炮姜温中散寒，炙甘草和中缓急，酒大黄炭散中有敛，泄中有补。诸药相合，能温运脾湿，调和寒热。对脾虚湿盛、寒热夹杂之证有消除症状、根治病源的效果。《伤寒论》中的理中汤用于治疗属脾虚阳微的寒湿吐泻诸症，该病例证属脾虚湿盛，故用理中汤治疗获效。患了慢性结肠炎，除了到医院积极治疗外，饮食调理也很重要。日常饮食宜采用软而容易消化、富于营养的食物，忌食有刺激性的食物。还可选食一些有清热解毒功效的食物或药物，如马兰头、马齿苋、菊花脑等。在病症间歇期可选食有收敛、固涩作用的食物，如莲子、薏米、芡实、陈仓米等。

十三、慢性肠炎

慢性肠炎泛指肠道的慢性炎症性疾病。其病因可为细菌、霉菌、病毒、原虫等微生物感染，亦可为过敏、变态反应等原因所致。临床表现为长期慢性或反复发作的腹痛、腹泻及消化不良等症，重者可有黏液便或水样便。

临床表现包括：①消化道症状：常呈现间断性腹部隐痛、腹胀，腹痛、腹泻为本病主要表现。遇冷、进油腻之物或遇情绪波动、或劳累后尤著。大便次数增加，日行几次或数十余次，肛门下坠，大便不爽。慢性肠炎急性发作时，可见高热、腹部绞痛、恶心呕吐、大便急迫如水或黏冻血便。②全身症状：呈慢性消耗症状，面色不华，精神不振，少气懒言，四肢乏力，喜温怕冷。如在急性炎症期，除发热外，可见失水、酸中毒或休克出血表现。③体征方面：长期腹部不适或少腹部隐隐作痛，查体可见腹部、脐周或少腹部为主，有轻度压痛、肠鸣音亢进、脱肛。

本病可由急性肠炎迁延或反复发作而来，病程多在2个月以上。

长期过度疲劳、情绪激动、过度精神紧张，加以营养不良，都可成为慢性肠炎的诱因。也可继发于咀嚼障碍、胃酸缺乏、胃大部切除术后、肠道寄生虫病等疾患。病变多由急性肠炎延治或误治诱致，胃肠黏膜充血、水肿、渗出、逐渐加重，其表面片状黄色渗出物，呈弥漫性形成；黏膜皱襞层糜烂面加深或出血量大；表层上皮细胞坏死脱落更加严重，因黏膜血管损伤严重伴出血，更明显可见血浆外渗，黏膜下层有出血、水肿甚或穿孔，或发现肠黏膜紊乱、肠痉挛、肠曲缩短，胃肠或肠曲之间瘘管、结肠袋形成加深或消失、充盈缺损等等，有时可伴发肠憩肉，或直肠癌、结肠癌病变。

慢性肠炎属于中医学的“慢性腹痛”、“慢性腹泻”范畴。其病位在脾胃肠，大小肠的分清别浊和传导变化功能可以用脾胃的运化和升清降浊功能来概括，脾胃为泄泻之本，脾主运化水湿，脾胃当中又以脾为主，脾病脾虚，健运失职，清气不升，清浊不分，自可成泻，其他诸如寒、热、湿、食等内、外之邪，以及肝肾等脏腑所致的泄泻，都只有在伤脾的基础上，导致脾失健运时才能引起泄泻。同时，在发病和病变过程中外邪与内伤，外湿与内湿之间常相互影响，外湿最易伤脾，脾虚又易生湿，互为因果。本病的基本病机是脾虚湿盛致使脾失健运，大小肠传化失常，升降失调，清浊不分。脾虚湿盛是导致本病发生的关键因素。

【临床应用】

连理汤为《张氏医通》方，系由理中汤加黄连、茯苓组成，在临床上脾土虚寒与肠胃湿热有时并见，如慢性肠炎即是其例，陈万秋[63]用连理汤加苦参在门诊治疗28例，效果颇显著。

本文28例患者，基本上具备以下特点，病程在3个月以上，腹痛腹泻反复发作，大便次数增多，多数带黏液或脓血，镜检有红、白细胞，限门诊条件大部分病人未做大便细菌培养，直肠、乙状结肠镜检查，及肠道X线检查，未能将这些病例做出进一步诊断，即概称之为慢性肠炎。

性别与年龄：28例中，男性22例，女性6例。年龄20~46岁之间（24例）青壮年为多。病因与诱因：病因起于急性菌痢之后者11例，起于阿米巴痢疾之后者3例，余者病因不详，每次复发的诱因，

多与受凉、饮食不慎，过冷及厚味、油腻有关。病程：3～6个月以内者13例，6个月～1年以内者6例，1～3年者8例，10年以上者1例，在这段期间，经常反复发作。既往史：来门诊前，用抗生素治疗无效者15例，用抗阿米巴药物治疗无效者2例，用中药、成药治疗无效者11例。症状及检查：所有患者来门诊治疗时皆在发作期间，腹痛腹胀者21例，里急后重者7例，所有病例皆有不同程度的腹泻，每日次数：少者3次，多者8次。带黏液和脓血者26例，其他症状有乏力、腹部发凉及恶寒等，多数患者一般情况尚佳。腹诊时部分患者有脐部或两下腹压痛，均为扪及包块。18例大便镜检有红、白细胞。不消化食物者9例，无1例找到阿米巴。

本组病例就诊时皆以腹泻为主诉，且病程较长，病久多虚，久泄多与脾肾有关，但病史中并无鸡鸣泄的症状，肾泄的特点尚不突出，故以脾土虚寒为主，腹泻每于受凉或饮食不慎即发，因脾为阴土，喜温恶寒，职司运化，既已久泻脾虚，岂能耐受寒凉与不慎饮食？大便性状虽为溏薄，但有黏液及脓血，并有里急后重，部分患者又继发于痢疾之后，可见脾胃尚有湿热未清之象，舌苔有薄白、黄腻两种，脉象以细者为多，苔、脉、症合参，辨证可用脾土虚寒、肠胃湿热留连概括，立法宜温养脾土、清利肠胃湿热，虚寒兼顾，标本同治，因此，这一型慢性肠炎应用苦参连理汤来治疗，是符合辨证施治原则的。治疗：以连理汤加苦参为主，药物：党参、白术、干姜、甘草、黄连、苦参、茯苓，部分患者曾随症加味，如土虚木侮，腹胀痛甚者，加木香、吴萸、枳壳、白芍以疏肝理气；饮食不慎或气滞中阻者，加枳实、神曲、莱菔子以通腑导滞；脓血便多者，在加黄芩、秦皮清肠道腑热之品，以助黄连、苦参之力；里急后重及黏液、脓血便消失后，大便硬度及次数久而仍不正常者，用药宜偏重于温补脾胃，可加五味子、诃子肉、煅龙牡等以固涩收敛。诸症状基本消失后，则以参苓白术丸或理中丸以巩固疗效。病程及疗效疗程：本组28例患者中，服苦参连理汤少者8d，多者46d，多数为15～20d，服参苓白术丸或理中丸未做计算。疗效标准：①临床痊愈，腹痛及里急后重消失，黏液、脓血便消失，大便硬度、次数及镜检正常者。②显效：腹痛及里急后重基本消失，黏液脓血便消失，大便镜检正常，惟硬度和

次数仍不正常，但较治疗前有明显好转者。③无效：各种症状指标与治疗前对比无明显进步者。治疗结果：根据以上标准，28 例中，临床痊愈者 24 例，显效者 3 例，无效者 1 例。

【病案举例】

例 1，汤某某，男，26 岁，农民，主诉为腹泻半个月，于 5 年前患痢疾，经用西药治疗（药名不详）大便正常后停药，但此后每于受凉或饮食不慎时，腹痛、腹泻、脓血便即发，以往服西药治疗还有效，现在效果不显著，此次发作于 2 周前，症状有腹痛、腹泻，大便每天 6～7 次，质溏、有黏液及脓血，大便时肛门有坠胀感，不发烧，怯寒，既往史无特殊。检查：一般情况尚佳，脉细，苔白微黄腻，头颅及心肺正常，腹软，左下腹轻度压痛，肝脾（－），大便检查有不消化食物及红、白细胞，即诊为慢性肠炎。辨证为脾虚气滞，湿热未清，治以健脾理气，清利湿热，方用苦参连理汤加味，处方：苦参、党参、白术、茯苓、干姜、黄连、枳壳、木香、甘草，连服 6 剂后复诊，腹痛及里急后重消失，大便每天 1 次，成型，惟有少量黄色黏液，饭后腹胀，苔、脉如前，原方加扁豆、焦山楂、砂仁，共服 4 剂。三诊：病人大便正常，每日 1 次，成型，遂改服参苓白术丸以巩固疗效。半年后电话随访，病人未再复发[63]。

按：本病的发生是以先天之气不足、肝失疏泄、脾胃失和、气机升降逆乱为主，渐及它脏，脏腑失调。以泄泻、腹痛、肠鸣为临床特点。本病病因主要由于饮食不节、情志失调和房事过度而致脾肝肾功能障碍。脾胃为后天之本，脾主运化水谷精微，胃主受纳，为水谷之海。肝主疏泄、肝气条达，则疏泄有利于脾胃之气的升降。肾为先天之本，命门火衰，不能温煦脾阳，而致泄泻遂成本病。

本文 28 例患者，用苦参连理汤治疗后，能在短期内获得效果，疗效是可以肯定的，疗效的取得，苦参、黄连是起到重要作用的，在本组病例中如 1 例病人复诊时改用参苓白术丸和理中汤加味，症状又见加重，继改用苦参连理汤后乃见好转，又如 1 例病人，用连理汤效果不佳，加苦参后逐渐好转，终至痊愈，可见诸药配合的重要性，其中又要重视苦参的作用。另外，本组病例中，部分患者起于菌痢之后，与感染有关，而苦参、黄连的抗菌作用早已被证实，且中医学的

复方运用又不致产生抗药性，所以更具优越性。

例2，杨某，男，22岁。腹痛、腹泻而兼外感，发热，恶寒，晚上脐周痛而腹泻，泻后痛减，胃胀，烦躁，舌淡，脉弱。此肝脾不调兼外感之候。处方：党参、炒白术、干姜各20g，炙甘草30g，吴茱萸15g，桂枝、生姜各20g，3剂[64]。

按：腹痛腹泻一证，因肝脾不调也，然有虚实之不同。虚者以中阳不足为基础，致肝气不疏，患者必舌淡，脉不足为据；实者舌多正常，脉弦，多有肝气不舒之症；前者用理中加吴茱萸，后者用痛泻要方。

例3，方某，女，18岁。初诊：痛泻3年。表现为脐周阵发性痛，痛则泄，泄后痛减，日三五次不等。食少，不知饥，食后胀，心烦眠差，畏寒肢厥，腰酸神倦。经前烦甚，因痛泻而经来次数亦增加，经黑，量少；时时带下，或呈乳汁状或黄或白，或呈蛋清状晶莹透明；或呈水样如泉涌出，势如月经，当此之时，则腰酸如折。诉说病情时悲苦流泪，哀叹不已。慢性病容，形体消瘦，大肉尚存未脱。舌淡有齿痕，伴薄白苔，脉虽细弱，而胃根尚存。辨证：肝脾不调，肾虚络脉不固。药用：红参、苍术各20g，干姜30g，炙甘草20g，桂枝30g，吴茱萸15g，西砂仁20g，附片（先煎）40g。5剂。二诊：胀痛好转，知饥，守方5剂。三诊：证情无变化。改干姜40g，附片60g，加补骨脂、肉豆蔻各20g，20剂。四诊：胀好转，痛泻次数日减少1~2次，守方5剂。五诊：证情同上。改附片80g，干姜60g，炮姜20g。3剂。六诊：证情无变化。前方去炮姜，加生姜20g，5剂。七诊：胀痛减轻，心烦减，便状无变化。守方5剂。八诊：舌虽仍淡，脉亦细，但均较前好转。守方5剂。此例患者经治疗4月左右，胀痛消失，精神精力好转，自信心增强，最后附片用量至150g，干姜100g。并加服鹿茸善后而病痊[64]。

按：治疗慢性病贵在辨证准确，要有方有守，不可急进贪功。本例患者形体消瘦，虽大肉存而未脱，脉弱而胃根尚在，但病至此际，先后天并损，非补再无他途，然补之之法，遵“养阳在滋阴之上”，“阳生阴长”的道理，抓病机，用经方而收全功。

十四、肠易激综合征

肠易激综合征是一种以平滑肌功能紊乱为主要表现的全身性多因素疾病，为临床中常见的一组症候群，表现为腹痛和大便习惯的改变。通常为便秘或腹泻与便秘交替出现，而无器质性病变发现。以腹痛、腹泻、大便呈黏液样为特征，亦可表现为便秘或便秘与腹泻相交替。

最主要的临床表现是腹痛与排便习惯和粪便性状的改变。①腹痛：几乎所有患者都有不同程度的腹痛。部位不定，以下腹和左下腹多见。多于排便或排气后缓解。②腹泻：一般每日3～5次，少数严重发作期可达十数次。大便多呈稀糊状，也可为成形软便或稀水样。多带有黏液，部分患者粪质少而黏液量很多，但绝无脓血。排便不干扰睡眠。部分患者腹泻与便秘交替发生。③便秘：排便困难，粪便干结、量少，呈羊粪状或细杆状，表面可附黏液。④其他消化道症状：多伴腹胀或腹胀感，可有排便不尽感、排便窘迫感。⑤全身症状：相当部分患者可有失眠、焦虑、抑郁、头昏、头痛等精神症状。⑥体征：无明显体征，可在相应部分有轻压痛，部分患者可触及腊肠样肠管，直肠指检可感到肛门痉挛、张力较高，可有触痛。⑦分型：根据临床特点可分为腹泻型、便秘型、腹泻便秘交替型以及胀气型。

中医学没有肠易激综合征病名，根据临床证候，可归属于“泄泻、腹痛、便秘、泻下、休息痢、郁证”等病证范畴。多由脾胃虚弱，中阳不足，运化失司，湿滞胃肠，脏腑功能失调所致。因此以健脾温中为法，方以理中汤加味，再结合其他症状辨证加减。同时注意在用药时必须做到苦寒不碍脾，清热不伤阳，助阳不碍邪，权衡得失，而后投药，终能取得良好的疗效。

【临床应用】

唐剑武等[65]从1991年3月～1998年7月，以理中汤加味治疗本病56例取得了满意的疗效。

临床资料本组56例中：男34例，女22例；年龄24～67岁，平均39岁。均符合国内诊断标准，纤维或电子结肠镜检查无器质性病

变，其中7例因结肠痉挛而不能深入，经钡剂灌肠检查示结肠腔变细，结肠袋增多、加深，无其他病变证实。同时经大便常规及大便培养或找阿米巴滋养体等检查，排除了其他器质性疾病。

治疗方法本组病例均以四君子汤合理中汤加味为基本方，常用药物：党参、白术、茯苓、干姜、广木香、秦皮、甘草。腹痛加白芍、炒延胡；腹胀大便不爽加大腹皮、枳壳；大便黏液较多加黄连、制大黄；白色黏液较多加苍术；夹有红冻加地榆；五更泄泻加肉豆蔻、补骨脂；大便稀薄、次数增多加煨诃子、乌梅；阳虚甚者加仙灵脾、附子；便秘加全瓜蒌、生大黄；伤阴者加北沙参、石斛。每日1剂，浓煎成200ml，分早、晚各服1次。疗效标准及结果治愈：症状消失，大便正常，每日1次（个别2次），无黏液，肠镜检查正常。稳定1年以上无复发。好转：临床症状基本消失或明显好转，肠镜检查较前好转，发作次数减少。无效：未达到以上效果。治疗4周后，治愈34例（61%），好转13例（23%），无效9例（16%），总有效率84%。

按：肠易激综合征女性多于男性。其病因和发病机制尚未尽悉。目前对肠易激综合征发病机制着重于以下两项因素：①结肠运动失常，包括分节收缩的振幅增高，进餐、情绪激动、机械性膨胀及应用某些药物后，尤为强烈；②固有敏感性增高，以致对正常生理性肠内充气量或乙状结肠腔内压力亦感不适。习惯上，根据临床表现肠易激综合征分为腹泻型、便秘型和便秘腹泻交替型。因肠易激综合征在临床中常是多年反复发作，久治不愈。患者辗转求医，服用大量中西药均不能取效，患者每日腹胀、腹痛、便秘与腹泻交错，解便坠胀，虚坐努责，痛苦万分。从表面现象看，肠易激综合征是以气病为主，但气病日久必伤及血分，正气衰弱，痛苦万分，导致气血瘀阻肠间。从中医辨证角度来看，肠易激综合征主要以肝郁气滞，中焦脾虚为主，治疗也以疏肝理气，健脾补土为其主要原则。临证时，应当整体把握病情，合理运用理中汤加减，定能收获良效。

十五、溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎是临床常见的一种消化性系统疾病，主要临床表现

为腹痛、腹泻、黏液脓血便、里急后重、多反复发作、缠绵难愈。溃疡性结肠炎是一种病因尚不十分清楚的直肠和结肠慢性非特异性炎症性疾病，其发病率正在明显上升，久治不愈、反复发作或难治性病例正在成为临床治疗的难题。

溃疡性结肠炎是一种局限于结肠黏膜及黏膜下层的炎症过程。病灶多位于乙状结肠和直肠，也可延伸至降结肠，甚至整个结肠。病理漫长，常反复发作。本病见于任何年龄，但 20～30 岁最多见。多为血性腹泻或脓血便，每日 2～4 次，严重者血水样便，每日 10 次以上。可有左下腹或下腹部阵发性痉挛性绞痛，伴有便意或里急后重。偶有恶心、呕吐、上腹不适、发热等症状。

现代医学认为多与机体免疫、变态反应、遗传、感染、神经精神因素有关，其临床表现属中医学“泄泻”、“肠癖”范畴，病位主要在脾胃大肠。因本病反复发作，迁延难愈，正气日渐耗损，邪气因正虚而留恋不散，《景岳全书·泄泻》篇云：“泄泻之本，无不由于脾胃”。因久泻伤脾，脾胃虚弱，运化升职，清阳不升，浊阴不降，津液糟泊并趋大肠遂至肠鸣腹泻之症，泄泻与脾虚互为因果，形成恶性循环。又因脾属阴土，须赖肾中阳气之温煦，方能司其运化之职，若脾土虚寒，水湿内盛，多因肾阳不足所致，形成脾肾阳虚，《景岳全书·泄泻》篇又云：“肾为胃关，开窍于二阴，所以二便之开闭，皆肾脏之所主，今肾中阳气不足，则命门火衰……阴气极盛之时，令人洞泄不止也。”肝为肝脏，最易横逆犯脾，脾虚木乘，司运失职，故溃疡性结肠炎形成之慢性泄泻，始则因泄伤脾，继则以脾虚为中心，涉及肝肾。治疗以健脾为主，辅以温肾，佐以抑肝，使脾土复运，腹泻自愈。现代医学多采用氨基水杨酸制剂、糖皮质激素及免疫抑制剂等治疗，用药时间长，不良反应明显，停药后易复发，且长期服用抗生素，易造成肠道菌群失调，免疫力下降，使病情更加缠绵难愈，成为临床治疗的难题。

【临床应用】

贺立成[66]用自拟健脾理中汤治疗溃疡性结肠炎 48 例，收到了较好的疗效。

治疗方法：用健脾理中汤：党参 20g，肉桂 6g，白芍 20g，白术

10g，干姜10g，茯苓12g，木香10g，枳实10g，鸡内金15g，炙甘草10g。发作期下利脓血便见湿热之象者加黄连10g，白头翁15g，以清热燥湿；泄泻日久，中气下陷而致脱肛者加黄芪30g，升麻10g；久泻滑脱不止者加肉豆蔻10g，五味子10g。上方水煎内服，每日1剂，分2次口服，1个月为1疗程，服用3个疗程。治疗结果：治疗组48例中，痊愈39例（占81.3%），有效26例（占12.5%），无效3例（占6.2%），总有效率93.8%；对照组36例中，痊愈10例（占27.8%），有效12例（占33.3%），无效14例（占38.9%），总有效率61.1%。治疗组疗效优于对照组，经统计学处理有显著性差异（$P<0.05$）。讨论：方中以党参、白术补气健脾，干姜温中散寒，肉桂温阳补肾，白芍敛肝，配白术抑肝扶脾，芍草相配缓急止痛，茯苓健脾渗湿，枳实、鸡内金行气消食化积，诸药合用，共奏健脾温中，理气止泻之功。

据石小智等[67]临床观察，该病的发生多由过劳、饮食不调所致。病程长、多复发者，中医辨证多属脾肾阳虚、寒湿内滞，用四神理中丸加味治疗，近期、远期疗效确切，效果满意。60例患者均为我院2001.1～2005.1内科门诊患者。其中男性34例，女性26例；年龄30～68岁；病程1～6年28例，6～15年32例；结肠镜检查：有黏膜弥漫性充血、水肿或糜烂及溃疡，其中病变于直肠者14例，乙状结肠者16例，左半结肠者19例，广泛性者11例。诊断标准腹泻、大便1日数次甚或10余次，经久不愈，反复发作。大便清稀或赤白黏冻便，白多赤少或纯为白冻。下腹冷痛坠胀，畏寒喜暖，食少神疲，面色无华，舌淡苔白或白腻，脉沉细无力。纤维结肠镜检查符合本病诊断标准。治疗方法中药方基本组成：补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子、干姜、党参、白术、炙甘草、煨木香、枳壳、防风、砂仁、白芍、乌梅炭、五倍子、诃子等。应用本方时，腹泻严重者五倍子可用至15g；大便赤多白少者可易干姜为炮姜。上药用冷水浸泡30min后用文火煎2次，每次30min；每次煎出药液200ml，将头煎及次煎药液混合后，分2次温服。每日1剂，7d为1疗程。治疗结果：痊愈：临床症状消失，纤维结肠镜复查黏膜正常，停药观察6个月无复发；有效：临床症状基本消失，纤维结肠镜复查黏膜轻度炎症反应

及部分假息肉形成；无效：治疗后临床症状、纤维结肠镜检查及病理检查均无改善。疗效及疗效分析痊愈22例占36.67%，有效20例占48.33%，无效9例占15%，总有效率为85%。

【病案举例】

刘某某，男，56岁，货车司机，2004年11月13日初诊。因“腹痛腹泻反复稀便10余年，加重近半年”来诊，10余年前曾做结肠检查，诊断为“溃疡性结肠炎”，曾以西药柳氮磺胺吡啶、激素等治疗，疗效不满意，因虑其不良反应而转求中医治疗。现大便清稀，每日4~6次，下腹冷痛坠胀，困倦乏力，纳差，舌淡苔白腻，脉沉弱。结肠镜示：距结肠38mm以下结直肠黏膜弥漫性充血、水肿糜烂。临床诊断：溃疡性结肠炎。证属脾肾阳虚、寒湿内滞。治以温运脾肾，涩肠止泻。用加味四神理中丸治疗，方用补骨脂10g，吴茱萸10g，肉豆蔻6g，五味子10g，干姜10g，党参15g，白术15g，炙甘草6g，煨木香6g，枳壳15g，防风10g，乌梅炭30g，五倍子15g，诃子10g，砂仁6g，白芍10g。服用7剂后症状明显消失，巩固治疗15剂。1个月后复查肠镜病变处黏膜稍充血，血管纹理模糊，糜烂消失，随访至今未复发，获临床治愈[67]。

按：溃疡性结肠炎归属于中医的“久泻”、“久痢”、“休息痢”、“肠风”、“脏毒”等病证范畴。反复发作，迁延难愈，久之伤气血、损脾肾，当言调补，病久当补涩兼施。李中梓指出治痢不可守“痛无补法”之说，对因虚腹痛的久痢应大胆用补，而补则注重脾胃与肾。过劳、饮食不调者，耗气伤阳，脾虚久则及肾，致脾肾阳虚，湿从寒化，寒湿内滞。上方中补骨脂辛苦性热而补命门，壮火益土；干姜、肉豆蔻、吴茱萸暖脾温肾，参、术、草补益中气，健脾助运；木香、砂仁化湿畅中，防风、枳壳一升一降，四药合用共调胃肠气机，利中焦，化寒湿；乌梅、五倍子、五味子、诃子共奏涩肠固脱之功；五倍子虽寒，然伍入大剂温药之中，去其寒之偏性而涩肠之功益彰，应予以重用而无虞其寒；白芍养血和血兼制诸药之温燥。诸药合用共奏温运脾肾、涩肠止泻之功。药症相符，对溃疡性结肠炎患者近远期疗效均佳。

十六、慢性溃疡性结肠炎

慢性溃疡性结肠炎是一种常见病，又称非特异性溃疡性结肠炎，多呈反复发作的慢性病程，即慢性溃疡性结肠炎。

慢性溃疡性结肠炎是一个局限在结肠黏膜和黏膜下层的疾病。这与结肠克隆病的肠壁内炎症性变化有鲜明区别，后者在肉芽肿样炎性过程中肠壁各层均受累。但溃疡性结肠炎时所见的病理变化是非特异性的，也可在细菌性痢疾、阿米巴痢疾和淋菌性结肠炎中见到。大多慢性溃疡性结肠炎都累及直肠，但如病变局限在直肠则可称为溃疡性直肠炎。现在还不知道为什么有些病例的病变仅局限在直肠，而另一些则整个结肠受累。多数炎症向近端扩展，侵犯左侧结肠，约有 1/3 患者整个结肠受累，称为全结肠炎。在 10% 的全结肠炎患者中末端数厘米回肠也有溃疡，称为反液压性回肠炎。溃疡性结肠炎时病变区域都是相邻的，罕有呈节段性或跳跃式分布。决定疾病严重性和病期的因素还不清楚，可能这些因素与免疫紊乱的范围有关。

慢性溃疡性结肠炎属中医学“下痢”、“肠癖”、“滞下”、“血痢”等范畴。慢性溃疡性结肠炎病程较长，发作频繁，缠绵难愈，临床治疗较为棘手。多数学者认为本病因外感湿热毒邪，或因脾胃素虚，或因饮食不节，嗜食肥甘，或劳倦太过，或忧思郁怒，情志不遂，气血逆乱等脾失健运，湿热内蕴，下注于肠腑而为病。临床观察证实，大部分溃疡性结肠炎患者病程较长，反复发作，或迁延已久，“壮泻之余，定无完气”，久泻久痢导致脾虚，或因虚致泻，或因泻致虚，二者互相影响。溃疡性结肠炎的病因病机多从以下几个方面考虑：虚（脾虚、肾虚、脾肾虚），湿热，气（气郁），瘀。主要致病因素为湿热。病理基础以脾虚为本，湿热、肝郁、瘀血为标。临床上治疗以“清利湿热，温肾健脾”为主，兼以“疏肝、化瘀”。中医辨证论治疗效好。

【临床应用】

张子尧[68]于 2005 年 4 月 ~2007 年 3 月期间，运用经方理中汤加减，治疗脾虚湿盛、寒热夹杂型慢性非特异性溃疡性结肠炎 30 例，获得了满意效果。证见腹痛绵绵不已，长期大便溏薄，脓血杂下，甚

或滑脱不禁，里急后重较轻；常伴有畏寒怕冷，神疲短气，脘腹胀满，面色黄白，舌淡苔润或兼腻苔，脉沉细或濡滑。该型患者常因过劳、受凉或饮食不节而加重，一般多为久病，病性为本虚标实，寒热夹杂。治拟温运脾湿，调和寒热法。方用理中汤加味，药物组成有党参、白术、炮干姜、五味子、酒军炭、炙甘草。里急后重者，加广木香；腹冷腹痛者，加炮附子、元胡、丹参；脓血便多、滑泄不禁者，加赤石脂、生山药、田三七；五更泄泻者，加肉豆蔻、吴茱萸；血便多者，加田三七、地榆炭。

治疗方法：每日1剂，水煎服。服至症状消失之后再继续服用健脾益气兼以导滞的丸剂以资巩固，方用参苓白术散加酒军炭、田三七、焦楂炭；或单服焦楂炭粉，每次3～6g，加糖，白开水送服，每日1次。连续服用2～3个月。疗效标准：痊愈：临床症状消失，大便检查正常，X线钡剂灌肠或乙状结肠镜检查溃疡愈合，经半年观察未复发者；显效：临床症状消失，或偶有再发，但症状轻微，大便检查正常，X线钡剂灌肠或乙状结肠镜检查溃疡缩小或无变化；好转：临床症状减轻但不稳定，大便检查时而正常时而异常，X线钡剂灌肠或乙状结肠镜检查溃疡未见改善；无效：临床症状未改变，大便检查仍有大量红白细胞及黏液等。治疗结果：30例患者经治后痊愈7例，显效17例，好转4例，无效2例，总有效率为93.3%。

李大双等[69]自1999年～2003年间，采用自拟方六君理中汤治疗本病46例，取得满意疗效。临床资料46例均为门诊病人，均按1978年中华医学会杭州全国消化疾病学术会议制定的标准确诊。其中男28例，女18例；年龄23～63岁，平均39.3岁；病程4个月～20年，平均6.5年。均经电子结肠镜检查，病变累及直肠者20例，乙状结肠者18例，降结肠者8例。治疗方法采用自拟六君理中汤：党参15g，茯苓12g，炒白术10g，清半夏10g，陈皮10g，干姜10g，熟附子10g，炒杭芍12g，当归10g，枳实10g，甘草6g。脓血便者加红花、阿胶、白头翁、地榆炭；大便夹黏液者加黄连、黄芩、木香；小腹发凉、腹痛、便黏如冻者加大黄、熟附子；遇凉或进冷饮即腹痛者加熟附子；滑脱不禁者加诃子、罂粟壳等。每日1剂水煎，早晚分2次服。30d为1个疗程。

疗效评定标准：痊愈：临床症状消失，电子结肠镜复查示肠黏膜病变恢复正常或溃疡病灶愈合，大便常规镜检3次正常；显效：临床症状基本消失或明显减轻，结肠镜示溃疡病灶基本愈合或溃疡面数减少，炎症明显减轻，大便常规红、白细胞＜2/高倍视野（HP）；好转：临床症状改善，结肠镜示肠黏膜病变减轻，溃疡面明显减少，大便常规红、白细胞＜4/HP；无效：服药时症状减轻，停药后症状重现。本组的治疗结果为痊愈20例，占43.5%；显效14例，占30.4%；好转8例，占17.4%；无效4例，占8.7%。

王万群等[70]采用《伤寒论》方药四逆散与理中汤加减，临床治疗观察36例，疗效满意。

辨证分型分为：①肝脾不和，气滞湿郁型，本型主证：腹痛即泻，大便黏液较多或兼夹黏液，里急后重明显，泻后痛减，反复发作。发作后大便时溏时燥，常伴随食欲不振，胸脘痞满，噫气不舒，急躁易怒等症，脉象弦滑或滑数，舌红苔腻，常因情绪激动而病，一般多为急性发作期，实证较多。②脾虚湿郁，寒热夹杂型，本型主证：腹痛绵绵不已，长期大便溏薄，脓血杂下，甚或滑脱不禁，里急后重较轻，常伴有畏寒怕冷，神疲短气，脘腹胀满，面色苍白，脉象沉细或濡滑，舌淡苔润或兼腻苔，常因过劳、受凉或饮食不节而加重。一般多为久病，属本虚标实，寒热夹杂证。

临床以内服中药煎剂为主，症状消失后，辅以扶正固本丸剂，部分病例合用中药保留灌肠法。肝脾不和、气滞湿郁型治以疏肝理气，和脾化湿法，方用香军四逆散加减。脾虚湿郁，寒热夹杂型治以温运脾湿，调和寒热，方用味军理中汤加减：党参、白术、炮姜、五味子、炙大黄、炙甘草。加减：里急后重者加木香，腹冷腹痛剧者加炮附子、延胡索、丹参，脓血便多、滑泄不禁者加赤石脂、山药、田三七，五更泄泻者加肉豆蔻、吴茱萸，血便多者加田三七、地榆炭。以上2型在临床上有时互相转化，可根据主症、脉象、舌诊综合分析，辨证论治。待症状消失后，继续服用健脾益气佐以导滞的丸剂巩固之。

疗效观察：临床治愈：临床症状消失，大便检查正常，X线钡剂灌肠检查或乙状结肠镜检查溃疡愈合，经半年观察未复发者。显效：

临床症状消失，或偶有再发，症状轻微，大便检查正常，X线钡剂灌肠检查或乙状结肠镜检查溃疡缩小或无变化者。好转：临床症状减轻，但不稳定，大便检查时而正常，时而异常，X线钡剂灌肠检查或乙状结肠镜检查溃疡未见改善者。无效：临床症状未见改善者，大便检查有大量红细胞、黏液等。结果：临床治疗观察36例，总有效率为94.4%，达到了消除病灶，修复组织，促进溃疡愈合的目的。证明理中汤加减治疗该病可改善症状，减少发病，疗效显著。

【病案举例】

袁某，男，31岁。2001年10月30日初诊。腹痛、腹泻、便血反复发作1年余，曾经多次中西医结合治疗，效不显，时轻时重。现腹痛隐隐，喜温喜按，大便稀溏，夹有黏液，偶见脓血，痢发则腹痛，里急后重，每日大便2~4次，时感疲倦，腰酸肢冷，舌淡苔白，脉弦细。结肠镜检查提示：溃疡性结肠炎。证属脾肾阳虚，治宜温中祛寒、健脾补气。处方：党参15g，茯苓12g，炒白术10g，陈皮10g，蒲公英30g，清半夏10g，干姜10g，熟附子10g，炒杭芍12g，枳实10g，防风10g，甘草6g。服药4剂，腹痛明显减轻，纳食转佳，体倦减轻，里急稍减，大便日2~3次，仍夹少量黏液，已无脓血。改用上方加败酱草30g，继服3剂而症状明显减轻，再用初诊方去蒲公英，熟附子改8g。继服10剂后，临床症状基本消失。半月后肠镜复查：病变黏膜恢复正常，大便常规镜检正常，随访半年未复发[69]。

按：现代医学多采用氨基水杨酸制剂、糖皮质激素及免疫抑制剂等治疗，用药时间长，不良反应明显，停药后易复发，且长期服用抗生素，易造成肠道菌群失调，免疫力下降，使病情更加缠绵难愈。本病属中医学“下痢”、“肠癖”、“滞下”、“血痢”等范畴。是正虚为本，邪实为标，虚实夹杂之证。本病时愈时发，迁延日久易克伐中阳，致命门火衰，形成脾肾阳虚之势。这可能是应用抗生素等寒凉伤阳之剂后病情不轻反重之理。本病治疗时应时时重视顾护脾肾二脏之阳气，六君理中汤中六君子汤益气健脾；附子理中丸温补中阳，加熟附子加强温阳散寒之力，加柴胡、枳实、当归、炒杭芍调气活血、缓急止痛，所谓“调气则后重自除，行血则便脓自愈”。临床治疗时贯彻以理中汤为主方，从本虚入手，根据兼症加减，标本兼顾，故能切

中病机，临证常能收到良好治疗效果。

十七、呃逆

呃逆是指胃气上逆动膈，以气逆上冲，喉间呃呃连声，声短而频，令人不能自止为主要临床表现的病证。呃逆古称“哕”，又称“哕逆”。

呃逆是一个生理上常见的现象。打嗝是因为横隔膜痉挛收缩而引起的。其实横隔膜不是分隔胸腔和腹腔的一块膜，而是一大块肌肉。它每次平稳地收缩，我们的肺部便吸入一口气；由于它是由脑部呼吸中枢控制，横隔膜的肌肉会有规律地活动，我们的呼吸是可以完全自主运作的，我们也不需要时常记着怎样呼吸。打嗝时，横隔肌不由自主地收缩，空气被迅速吸进肺内，两条声带之中的裂隙骤然收窄，因而引起奇怪的声响。西医学中的单纯性膈肌痉挛即属呃逆。而胃肠神经官能症、胃炎、胃扩张、胃癌、肝硬化晚期、脑血管病、尿毒症，以及胃、食管手术后等其他疾病均可引发膈肌痉挛。

《内经》首先提出本病病位在胃，并与肺有关；病机为气逆，与寒气有关。如《素问·宣明五气篇》谓：“胃为气逆为哕。”《灵枢·口问》曰：“谷入于胃，胃气上注于肺。今有故寒气与新谷气，俱还入于胃，新故相乱，真邪相攻，气并相逆，复出于胃，故为哕。”并提出了预后及简易疗法，如《素问·宝命全形论篇》谓：“病深者，其声哕。”《灵枢·杂病》谓：“哕，以草刺鼻，噫，噫而已；无息，而疾迎引之，立已；大惊之，亦可已。”《金匮要略·呕吐哕下利病脉证治》将其分为属寒，属虚热，属实三证论治，为后世按寒热虚实辨证论治奠定了基础。

呃逆又名哕、发呃。病位主要在中焦，由于胃气上逆动膈而成。可由饮食不节，胃失和降；或情志不和，肝气犯胃；或正气亏虚，耗伤中气等引起。本病轻者可不治自愈。少数危重病人晚期出现呃逆者，是元气衰败，胃气将绝之征象，预后不良。

呃逆是指喉间气逆作声。出自王肯堂《证治准绳》：“呃逆，即内经所谓哕也。”呃逆一症，古称为哕。顽固性呃逆者，病程均较长，久病无实证，故虚寒者多见，正如《丹溪心法·呃逆》认为：

“古谓之哕，近谓之呃，乃胃寒所生，寒气自逆而呃上。”《景岳全书·呃逆》篇云：“寒呃可温可散，寒去则气自舒也。”可以选用温中散寒，益气健脾之理中汤加吴茱萸以强温中散寒之力，辅以沉香、乌药、枳实、厚朴、陈皮降逆理气，佐当归活血养血，血行风自灭，以助降逆理气之功，配合生姜外贴内关穴位，使其降逆止呃之效更强，疗效满意。

【临床应用】

1994年以来，庄儒森[71]用理中汤加味配合生姜贴内关穴治疗顽固性呃逆23例，取得较满意效果。23例患者中，男7例，女16例；年龄最小38岁，最大73岁；病程最短者2年7个月，最长者13年。主要表现为呃逆反复发作，呃逆发作持续时间最长10d以上。治疗方法：内服基本药物为：干姜10g，党参20g，白术10g，炙甘草6g，吴茱萸8g，乌药10g，沉香3g，枳实10g，厚朴10g，陈皮6g，当归10g。每日1剂，水煎服。外用生姜两片，分别贴于左右内关穴上，用胶纸固定，每隔8h换1次，持续贴至呃逆症状缓解为止。治疗结果临床痊愈（呃逆症状缓解，随访1年未复发者）19例，好转（呃逆症状缓解，但1年内复发者）4例。

党兰玉[72]曾经治疗一呃逆重证患者，疗效甚佳。

吴苏柳[73]自2002年1月~2006年7月，应用旋覆代赭汤合理中汤治疗胃癌术后顽固性呃逆27例，疗效满意。临床资料27例患者均为本院外科住院病人，呃逆持续发作超过24h，经用镇静剂、解痉剂等常规治疗无效者。其中男17例，女10例；年龄46~72岁，平均65岁；病程1~14d，平均4.2d；全胃切除6例，胃大部切除21例。治疗方法：以旋覆代赭汤合理中汤治疗，药物组成：旋覆花、白术、生姜、法半夏各10g，党参20g，代赭石30g，炙甘草6g，大枣4枚。伴腹满便秘者加制大黄10g，厚朴6g；胃寒者加丁香、高良姜各10g；痰多者加茯苓、陈皮各10g；发热者加竹叶10g，生地黄30g；胃阴虚加沙参、麦冬、石斛各10g。每天1剂，浓煎取汁100ml，予口服或鼻饲，每次50ml，早晚各1次。5d后观察疗效。治疗效果：临床治愈（呃逆症状完全消失，停药后1周未复发）15例，有效（呃逆症状缓解或消失后复发，但程度明显减轻或频率减少）11例，无效

（呃逆症状无改善）1例，总有效率96.3%。

【病案举例】

例1，患者女，61岁，退休职工，2001年11月5日初诊。呃逆反复发作已11年，西医拟诊慢性萎缩性胃炎，胃下垂12cm。暑天睡觉要用棉被盖腹，冬天需热水袋暖腹。来诊时呃逆已持续5d未能缓解。表情痛苦，形体消瘦，呃声沉缓，胃脘胀满不舒，纳差，厌冷食，便溏，舌苔白，脉迟缓。方用理中汤加味：干姜10g，党参20g，白术10g，炙甘草6g，吴茱萸8g，乌药10g，沉香3g，枳实10g，厚朴10g，陈皮6g，当归10g。水煎热服，切生姜2片分别贴于左右内关穴上，2d后呃逆症状缓解，不再生姜贴穴，上方续服15剂后，自觉精神好，胃纳佳，大便正常。嘱其用人参炖服调养，随访1年未复发[71]。

例2，张某，男，78岁，农民，2004年1月10日初诊。患者于1月6日突发呃逆，其家属用柿蒂等药煎服无效，后频呃不止，求治于中医。刻诊：呃逆频频，面唇淡青色，额上汗出，精神疲惫，四肢不温，六脉细弱，测血压12/8.7kPa。辨属年高真阳素亏，寒邪直中少阴，阴寒上逆，客气动膈，旁及四肢，故见呃逆欲脱之重证。治当温补脾肾，消阴摄阳。急投理中汤化裁：熟附片12g（包，先煎），肉桂8g，红参12g（包，另煎），干姜15g，焦白术12g，茯苓12g，刀豆30g，丁香6g（包，后下），炙甘草6g。3剂，每日1剂，嘱每剂煎2次，文火煎40min，取300ml药汁，频服。二诊：连进3剂后，汗渐收，脉较前有力，测血压14.66/10.66kPa，精神稍振，呃逆频次明显减少，效不更方，继进3剂，煎服法同上。三诊：偶见呃逆，精神气力恢复，测血压16/10.66kPa。服至8剂，诸症霍然[72]。

按：本例系寒邪直中少阴，胃气上逆，寒气动膈，阳气欲脱案。理中汤加味以温补脾胃、肝肾，其中红参、附子回阳救逆固脱，刀豆、丁香是治胃寒肾虚呃逆要药。俾真阳得复，寒气得散，则汗收、呃止。故3剂症轻，8剂症除。

例3，王某，男，61岁，2003年3月20日入院。患者因胃癌在我院外科行胃大部切除术，术后5d出现呃逆频作，不能自止。曾给予镇静剂、解痉剂等常规治疗无效，仍觉呃逆不止，食欲、睡眠差。

证见：形体消瘦，面色萎黄，呃逆频频，声音较响，舌质淡红，苔白略腻，脉弦虚。诊断：呃逆（痰浊内阻，脾胃虚弱）。治以降逆化痰，健脾和胃，方用旋覆代赭汤合理中汤加味治疗。处方：旋覆花、法半夏、陈皮、炒白术、丁香、生姜各10g，炒党参20g，代赭石30g，茯苓10g，炙甘草6g，大枣4枚。水煎服，服药1剂，呃逆症状消失。再服2剂以巩固疗效，患者食欲转佳，呃逆愈[73]。

按：呃逆是物理或化学等因素刺激胸颈髓段及延髓等处的迷走神经或膈神经反射中枢，引起膈肌、肋间肌及咽喉肌不自主收缩或痉挛的一种临床症状。中医认为，呃逆的发生多由于胃气上逆动膈而成。胃癌患者术后脾胃虚弱，痰浊内阻，阻滞气机，气动上逆所致。方中旋覆花行水下气消痰，代赭石能坠痰降气，丁香降逆理气，合治胃气上逆、呃逆呕吐，共为主药；法半夏、陈皮降逆去痰，消痞散结，党参、白术、茯苓补气益胃，以治其虚，均为辅药；甘草、大枣助党参、白术益气和中，生姜配半夏以降逆止呕，共为佐使。诸药合用，使中焦健运，清升浊降，则呃逆可解。

十八、胆石症

胆石症是胆管或胆囊产生胆石而引起剧烈的腹痛、黄疸、发烧等症状之疾病。

胆汁中胆固醇处于过饱和状态，以及胆汁中的蛋白质促胆固醇晶体成核作用，因此饮食中的油腻、高蛋白、刺激性食物及烈酒等易助湿生热，使胆汁瘀积的食物引起胆石症。另外的因素则归因于胆囊运动功能损害，它们共同作用，致使胆汁瘀滞，促发胆石形成。细菌感染是原发性胆管结石形成的主要原因。原发性胆管结石在亚洲十分常见，感染源可能归咎于寄生虫如华支睾吸虫或其他不太清楚的病因。胆石症是最常见的胆道疾病，近年来有逐年升高趋势。按结石所含成分，分为三类：胆固醇结石、胆色素结石、混合型结石，其中以胆固醇结石最为多见。按发生的部位来分，可分为胆囊结石、肝外胆管结石和肝内胆管结石，其中胆囊结石占全部结石的50%左右。

胆石症属中医“胁痛”、“黄疸”范畴，临床上多发于中老年人。《内经》云：“年四十而阴气自半。”肝阴虚不能疏泄下行，胆汁匮

乏，胆道涩滞，结石凝聚，故胁痛作也。可见肝阴不足是胆石症的重要发病机制之一。本病间歇期，邪浊留恋，易暗耗阴血。在急性发作期，邪从燥化，燥热伤阴，医者又多以大量疏肝理气、清热燥湿、凉血解毒之品，更易伤津耗血，劫伤肝阴，正气日衰，抗邪无力，则结石不能排出，而阴津虚损又使邪热不易清除。

【临床应用】

结合本病病因病机，李景鹤等[74]以滋阴益气为主结合通下理中之法立滋阴通下理中汤。近年来，李景鹤等用以治疗胆石症30例，取得了显著疗效。

临床资料：诊断依据参照有关文献，患者临床表现为右胁或右上腹隐痛或胀痛，伴厌油腻食物，部分患者有胆绞痛，少数伴有发热，B超提示胆囊壁增厚、胆结石。60例患者均为我院2004年5月至2005年5月门诊及住院患者，其中男性32例，女性28例；年龄20~60岁，平均43.5岁；病程1~16年，平均8.5年，随机分为治疗组与对照组，各30例。两组基本资料无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。治疗方法：治疗组服用滋阴通下理中汤，药物组成：太子参20g，黄芪30g，沙参15g，石斛15g，制大黄10g，芒硝（冲服）10g，厚朴12g，沉香10g，青皮6g，陈皮8g，炒白术12g，白芍药15g，半夏12g，云茯苓12g，炙甘草12g，山楂15g，谷芽12g。首煎先用武火煮沸，再改用文火煎煮，过滤取汁350ml；二煎加入清水文火煎煮，过滤取汁250ml。两煎药汁混和，分别于早、晚饭前兑入芒硝各5g，温服。对照组服用熊去氧胆酸（UDCA）50 mg，每日2次，口服。两组均以1个月为1个疗程，连服2个疗程。两组服药期间均停服其他任何治疗胆石症的药物；低脂、低胆固醇饮食，禁酒，忌辛辣食物，并嘱患者多做上肢运动及右胁肋部按摩和热敷。疗效判定标准根据《中药新药临床研究指导原则》制定。临床治愈：上腹不适症状消失，B超示胆囊内无结石；显效：症状、体征明显减轻，B超示结石减少达50%以上，或结石变小在50%以上；有效：症状和体征有减轻，B超示结石较治疗前有所减少或变小；无效：症状和体征有减轻或无变化，B超示结石无改变。统计学方法用Ridit分析结果，经过两个疗程的治疗，治疗组临床治愈16例，显效8例，好转3例，

总有效率达90.0%，对照组分别为9例、5例、3例，总有效率为56.7%。组间比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

按：上方中太子参、黄芪为君，太子参甘微苦，补气生津，黄芪补气升阳，以助阴生，乃“善补阴者必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭”之意；沙参、石斛滋补肝阴；青皮、陈皮疏肝理气；大黄、厚朴、莱菔子、沉香等通腑降气，不仅能减轻或消除临床症状，而且可望减少急性发作，有利于溶石、排石，究其因在于六腑以通为用，腑气得通，则诸症自消；芒硝味咸软坚化石，《神农本草经》称其“逐六腑积聚，结固留癖，能化七十二种石”；白芍药养血敛阴、柔肝止痛，白术补气健脾，二者合用可达到疏肝健脾之功效；另遣半夏、茯苓、陈皮、甘草，是为“四君”、“二陈”之法；山楂、谷芽、麦芽以助消化。全方用药配伍不仅针对本病阴虚邪实的病机，而且具有溶石、化石、排石的功效。临床观察结果显示，治疗组疗效满意，且明显优于对照组，表明滋阴通下理中汤可有效用于胆石症的保守治疗。

十九、上消化道大出血

上消化道出血是指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠或胰胆等病变引起的出血，胃空肠吻合术后的空肠病变出血亦属这一范围。大量出血是指在数小时内失血量超出1000ml或循环血容量的20%，其临床主要表现为呕血和（或）黑粪，往往伴有血容量减少引起的急性周围循环衰竭。这是常见的急症，病死率高达8%～13.7%。近十几年来，由于急诊内镜、选择性腹腔动脉造影和放射性核素^{99m}锝（^{99m}Tc）腹部扫描的广泛应用，对出血部位和病因一般能迅速作出诊断。

临床表现主要有：①呕血和（或）黑粪；②出血量400ml以内可无症状，出血量中等可引起贫血或进行性贫血、头晕软弱无力，突然起立可产生晕厥、口渴，肢体冷感及血压偏低等。大量出血达全身血量30%～50%（约1500～2500ml）即可产生休克，表现为烦躁不安或神志不清、面色苍白、四肢湿冷、口唇发绀、呼吸困难、血压下降至测不到，脉压差缩小（小于3.33～4kPa）及脉搏快而弱（脉率

大于120次/分）等，若处理不当，可导致死亡；③氮质血症；④中度或大量出血病例，于24h内发热，多在38.5℃以下，持续数日至1周不等；⑤体征：消瘦，左锁骨上凹淋巴结肿大、上腹包块者多见于胃癌；蜘蛛痣、脾大、腹水者多见于门脉高压、胃底食管静脉曲张破裂；黄疸、胆囊肿大、剧烈上腹痛，呕血呈条状血块，提示肝外型胆道出血；皮肤黏膜出血提示有全身性疾病，如皮肤黏膜尤其颜面、上肢皮肤及口腔、鼻咽部黏膜有毛细血管扩张和毛细血管瘤，见于遗传性出血性毛细血管扩张症。

中医学将该病归属于“血证”的范畴。凡由多种原因引起火热熏灼或气虚不摄，致使血液不循常道，或上溢于口鼻诸窍，或下泄于前后二阴，或渗出于肌肤所形成的疾患，统称为血证。也就是说，非生理性的出血性疾患，称为血证。在古代医籍中，亦称为血病或失血。当各种原因导致脉络损伤或血液妄行时，就会引起血液溢出脉外而形成血证。正如《三因极一病证方论·失血叙论》说：“夫血犹水也，水由地中行，百川皆理，则无壅决之虞。血之周流于人身荣、经、府、俞，外不为四气所伤，内不为七情所郁，自然顺适。万一微爽节宣，必致壅闭，故血不得循经流注，荣养百脉，或泣或散，或下而亡反，或逆而上溢，乃有吐、衄、便、利、汗、痰诸症生焉。”理中汤加减不仅可用于治疗慢性病，随证加减、迅速服用还可用于急性病如上消化道出血的治疗。

【临床应用】

罗珠林[75]运用理中汤加减成功抢救上消化道大出血1例。张祥福[76]用本方加味治疗胃溃疡并大出血危重症3例，收到满意效果。沈敏南[77]用本方加减治疗十二指肠溃疡出血1例，疗效确切。胡谷塘[78]运用本方治一呕血患者，效如桴鼓。溥仁杰等[79]以附子理中汤加味抢救大出血虚脱证1例获效。

【病案举例】

例1，患者，男，50岁。因反复发热5个月，此次发病1d，于1977年6月4日入院。经检查诊断为慢性风湿性心瓣膜病，二尖瓣狭窄和闭锁不全，主动脉瓣狭窄和闭锁不全，亚急性细菌性心内膜炎（简称亚心），心功能Ⅱ级。入院后主要给予大剂量青霉素静脉滴注、

链霉素肌内注射治疗亚心，未使病情好转。于7月14日解柏油样大便，体温波动在37.2～39℃，食欲明显下降，精神较差，心慌心累加重，右上腹部有压痛，肝肋下2横指，脾平卧可触及，腹水征阳性。经用云南白药等止血治疗21d，消化道出血基本控制。于8月18日在使用泼尼松过程中再度解柏油样稀便，1日数次，经停激素加用止血剂未能控制出血，血红蛋白（Hb）由90g/L降至42g/L。西医治疗无效，于8月26日经患者家属同意试用中医药治疗。此时患者极度衰竭，坐立不稳，手足发凉，右上腹压痛，汤水不下，语声低微，唇舌淡白，舌边齿痕，有瘀斑，苔白腻，中根苔灰黑而干，脉沉弱而数。辨证为气血俱虚，寒湿内盛，中焦血瘀；治宜以温中散寒为主，佐以利湿，用理中汤加减：制附片、白术、茯苓、苍术、猪苓、泽泻各15g，党参60g，肉桂、炮姜各9g。服3剂后消化道出血停止，大便质软色黄。患者诉腹胀加重，续上方加陈皮、大腹皮、桑白皮，服9剂后手足温和，腹胀腹痛减轻，食欲增加，腹水及下肢水肿明显减轻，体温降至正常，舌质淡红，舌瘀斑消失，舌苔变薄，脉平和。患者诉大便硬，尿黄涩痛，用附子理中汤合当归补血汤加谷麦芽、火麻仁、金钱草、木通，服3剂后二便通畅。此后交替服用胃苓汤与真武汤以继续燥湿健脾、温阳利水。先后计服中药29剂后病情大有好转。于9月25日改用人参（以党参代替）养荣汤调理，于10月22日Hb升至95g/L，其他检验正常，肝脾不肿大，自觉良好而出院（共服中药57剂）。

例2，患者45岁，患胃脘疼痛8年，反复发作。今因受凉胃痛加剧，继而吐血250ml左右，次日解黑色大便3次，急送住院。血压8/5.3kPa，大便潜血试验强阳性，血红蛋白7.5g，面色苍白，四肢冰冷。诊断：胃溃疡并出血、失血性休克。予以对症处理，住院3d，病情好转，嘱转院手术。回家当晚又吐血300ml左右，面色苍白，头汗如珠，四肢厥冷，六脉沉细无力。证属气虚血脱之危重症。急用附子理中汤加味：人参、炮附片（先煎）、白术各10g，炮姜炭5g，炙甘草6g，龙骨、牡蛎各30g，三七10g（研细末冲服），水煎每2h 1次，当晚服完1剂，药后诸症均有好转。守方继进2剂后，大便已转黄色，遂用归脾汤加味健脾摄血，调理善后[76]。

例3，患者胃脘痛10年，有黑便史。近日因劳累后腹痛隐隐，喜温喜按，柏油样便，大便潜血试验强阳性。证属脾胃虚寒，气不摄血。药用别直参、淡附子、白术、炮姜炭各9g，黄芩3g，参三七6g，水煎冷药频服。2剂后便血大便，上方减黄芩、别直参，加党参30g，继服5剂痛止，大便转黄。后以理中丸善后，随访2年未复发[77]。

例4，患者胃痛30余年，时作时止。昨日胃痛大作，寅时突然大吐血，呕出鲜血盈盆，仍未停止。面色惨白，声息微弱，尺肤不温。证属中焦寒冷，阳气衰微，血络凝滞，气不裹血，离经而出。急以理中汤加味：红参12g（另煎先服），炙甘草6g，白术10g，炮姜9g，三七4.5g（研末分吞），大黄炭3g，白及9g。煎服2剂后，呕血已止，神气稍振。再守前方以党参24g易红参，去大黄炭加黄芪15g，当归12g，乌贼9g，7剂而安[78]。

例5，患者呕便血，血色紫黑，量多不止，面色苍白，头汗如珠，四肢逆冷，六脉沉伏，奄奄一息。药用吉林参10g，生附块10g，生白术10g，炮姜炭5g，炙甘草6g，煅龙骨、牡蛎各30g，抱木茯神12g，阿胶珠10g。一夜尽剂，脉起肢温汗收，呕血、便血平定，继进大剂理中汤3剂而血尽止。再以归脾汤及人参养营汤调理而愈[79]。

按：引起上消化道出血的原因是复杂的。如何快速确定出血的原因及部位，急诊内镜是安全快速、可靠的检查方法，只要病人不是正在呕血或处于休克状态，就可以在出血24～48h内进行，诊断正确率达95%以上，且可对于反复出血、内镜及钡餐检查未能确诊，在活动性出血期间进行选择性腹腔动脉造影，对血管性病变引起的出血有较大诊断价值，并可进行灌注止血药物或栓塞剂。此外，放射性核素显像亦可以检测活动性出血病源。钡餐检查适用于病情稳定（出血停止5～7d）和呕血停止2～3d的患者。上消化道出血的治疗，特别是大量出血，必须分秒必争，积极补充血容量，纠正休克是处理出血的首选措施，在此前提下同时选用有效的止血药物。有明确手术指征者应及时手术治疗。

病例1医案资料，出血原因主要是寒邪、气虚引起的瘀血所致。病者患心脏病时间长达10年，久病必损阳而致阳虚，阳虚则易感受外寒，进一步损伤阳气，终致阳虚里寒证（此例以中焦虚寒为主）。

寒邪性凝滞，而血又具有“寒则涩而不流”的性质，故血遇寒则凝，形成瘀血。寒为阴邪，易伤阳气，进一步致阳气虚弱。气虚则血运不畅，加重了瘀血。久病必郁虑，郁虑则气滞，亦可致血瘀。由于中焦瘀血，故脘腹疼痛、大便色黑如柏油，兼之气虚，脾不统血亦可加重出血。由于出血量多，故气血俱虚。由于寒邪伤阳，致水湿运化障碍而成腹水、肢肿。综上所述，里寒为该患者阳气虚、瘀血、血虚、水湿内聚之主要原因，故治宜以温中散寒为主，用理中汤加减收到佳效。温中以散寒，寒散则阳气振奋，寒散则血液运行，故瘀血致消化道大出血、脾不统血致消化道大出血，均得以迅速控制（此乃不止血而温中血自止矣），使阳气虚、血虚及水湿运化障碍逐渐康复，使心衰、亚心得以治愈。

二十、季节性腹泻

季节性腹泻为脾胃虚弱、秋冬感寒证。秋冬季节，风寒型感冒为正令时病，但脾胃感寒证亦不少见。这是由于寒冷空气对于脾胃虚弱之人，容易由表入里，直犯中焦。中焦为脾胃所居，脾与胃以膜相连，主腐熟水谷，运化精微。若感受寒邪，脾胃阳气受损，使其升清降浊的功能失序，便会出现腹泻等。脾失运化则胀，胃失和降则痛，清气下陷则泻，浊气上逆则呕。所以，脾胃感寒证还会出现腹胀、腹痛、呕吐等。治宜补益脾胃，温中散寒。理中丸（汤）为首选方药。用丸取其和缓，用汤取其性捷。或有虚寒宿疾者，可用理中丸温养预防之。新感寒邪者，用理中汤及时荡涤之。但在具体应用时，又需随证加减，方能奏效。若为风寒表证，误用苦寒清热药，则使寒邪入里，或肌表之风寒未去，又因脾胃气虚而内陷。证见恶寒，微发热，泄泻不止，胃脘痞胀，并隐隐作痛，脉浮而缓，舌苔淡白。可用桂枝人参汤（《伤寒论》）表里双解。方药：桂枝 10g，炒白术 8g，党参 8g，干姜 8g，炙甘草 10g。先煎后四味，重在温中健脾，后入桂枝，行阳于外以解表。此方实为理中汤加桂枝而成。但仲景不言理中加桂枝，而曰桂枝人参汤，意在桂枝与理中各走其经，分头建功。

【临床应用】

潘明提[80]临床将 2004 年 10 月～2005 年 12 月发病的 72 例秋冬

季腹泻患者随机分为两组治疗并进行疗效对比观察。临床资料随机分为理中丸加味组（治疗组）36例，对照组36例。临床表现：大便蛋花样或水样，或夹有少量黏液，无腥臭味，肛周不红，镜检白细胞不超过3个/高倍视野，脂肪球+~++++，粪便培养无细菌生长。76例中，男46例，女30例，年龄2个月~2岁3个月，85%的病例年龄5个月~1.5岁，呈明显流行性。治疗组伴发热者27例，体温37~38.5℃；腹泻每天10余次者20例，每天7~8次者16例，呕吐者15例；有呼吸道症状者19例；脱水者10例。对照组伴发热者16例，体温37~38.5℃；腹泻每天10余次者10例，每天7~8次者17例；呕吐者14例；有呼吸道症状者18例；脱水者13例。两组病例中医辨证为虚寒型，一般情况及病情比较无显著差异。治疗方法：治疗组处方：炮姜6g，红参7g，白术8g，炙甘草4g，诃子7g，乌梅炭7g，神曲7g。呕吐者加法半夏6g，发热者加藿香7g。1剂/天，分3~5次口服。对照组：派拉西林100 mg/kg，2次/天；乳酸菌素1片/次，3次/天。其他治疗措施，如禁食、补液、对症处理两组病例相同，3d为1个疗程。

结果疗效判定标准治疗6d，腹泻、发热、呕吐及上呼吸道症状消失，脱水纠正为痊愈；治疗6d以上，病情无好转，改用其他治疗方法为无效。治疗组均痊愈，平均泻止时间2.2d，治愈率100%；对照组痊愈28例，平均泻止时间4.5d，治愈率77.78%。两组病例的疗效（72h内泻止为特效）经统计学处理，差异有高度显著性（$P<0.01$）。

按：温中散寒兼以止泻，若风寒之邪直伤脾阳，或偶食生冷，使脾阳不能以健运用事，反以寒凉走泄。证见腹痛，腹泻，1日数次，且有下坠感，四肢不温，脉沉，舌苔白滑。可用理中汤加四神丸（《景岳全书》）治之。党参10g，炒白术10g，干姜10g，煨肉豆蔻10g，补骨脂10g，五味子3g，吴茱萸5g，炙甘草10g，大枣10枚（切开）。此方取理中汤温脾散寒，四神丸温肾止泻。若恶寒甚者，可加炮附子5g。

理中散寒兼以止呕，若风寒之邪直入脾脏，并伤及胃腑，使脾之清阳下陷，胃之浊气上逆，则见腹痛、腹泻，呕吐清涎，脉沉细，舌

白润。可用理中汤加半夏散（《伤寒论》）治之。方药：党参10g，炒白术10g，干姜10g，姜半夏10g，炙甘草10g。半夏散原方有半夏、桂枝、甘草三味，无表证可去桂枝，仅取半夏降逆止呕，若症见涎多嗜睡者，加川椒5g，生姜5g，若有心悸动者，加茯苓10g。理中丸（及汤）为脾胃感寒证之主剂。张仲景曰“理中者，理中焦”。理中丸以人参补脾益气，干姜温中散寒，白术健运燥湿，甘草固守中焦。中气立则清升浊降，运化有序。只是在服用理中丸（汤）后，宜饮热粥，以护脾胃并助药力。

潘氏灵活运用本方以辛热之炮姜，温中焦脾胃而祛里寒；人参补元气，助运化而升阳；白术健脾燥湿；炙草益气和中；诃子、乌梅炭收敛固涩止泻；神曲内含多种消化酶，促进肠道消化功能。通过以上诸药作用，起到活跃微循环、促进肠道对水分的吸收之效果，达到止泻目的。

二十一、胃下垂

胃下垂是指站立时，胃的下缘达盆腔，胃小弯弧线最低点降至髂嵴连线以下，称为胃下垂。胃下垂好发于老年人、瘦长体型、产妇、长期卧床少动和患消耗性疾病体质衰弱的患者，常与其他脏器（肝、肾、结肠等）下垂并存。西医治疗没有切实可行的方法，一般多采用加强腹肌锻炼，加强营养和对症治疗为主，其疗效欠佳。

本病的发生多是由于膈肌悬吊力不足，肝胃、膈胃韧带功能减退而松弛，腹内压下降及腹肌松弛等因素，加上体形或体质等因素，使胃呈极底低张的鱼钩状，即为胃下垂所见的无张力型胃。轻度下垂者一般无症状，下垂明显者有上腹不适，饱胀，饭后明显，伴恶心、嗳气、厌食、便秘等，有时腹部有深部隐痛感，常于餐后，站立及劳累后加重。长期胃下垂者常有消瘦、乏力、站立性昏厥、低血压、心悸、失眠、头痛等症状。

胃下垂的症状与中医学中的“胃缓”、“胃脘痛”、“腹胀”、“嗳气”、“嘈杂”、“腹泻”等病证相似，目前现代医学尚无确切有效的治疗方法，以往中医治疗多局限于“中气下陷”的认识，其疗效亦欠满意。

临床发现胃下垂病人，除了有胃体下垂、腹部坠胀、便溏、气短乏力等中气下陷症状，还有口干苦思饮，畏寒肢冷，脘腹胀满，食纳减少，恶心，呕吐，胸闷不舒，嘈杂泛酸，嗳气善叹息等症状。因而有中气下陷、脾肾阳虚、胃阴亏虚型和肝胃不和等不同证型。单纯采用益气升阳法治疗不会收到满意疗效，有时用补不当还会加重病情。临床根据不同证型，采用中药、针灸辨证论治能收到较满意的疗效。

【临床应用】

谭成邦等[81]随证灵活运用理中汤加味治疗胃下垂，获效甚速。张士金等[82]运用附子理中汤加味为主，辅以针灸，治疗脾肾阳虚型胃下垂14例，疗效甚佳。脾肾阳虚型：主要症状：面色淡白，神疲乏力，畏寒肢冷，腹部坠胀疼痛，腹泻，纳少，形体消瘦，舌淡苔白，脉沉弱。治以中药温补脾肾阳气、散寒为主，尤以补肾阳为要，因为肾阳为人体一身阳气之本。方用附子理中丸、右归丸加减。药物组成：熟地黄15g，山药10g，山茱萸10g，枸杞子15g，菟丝子10g，鹿角霜6g，杜仲10g，肉桂6g，制附子6g（先煎），干姜10g，五味子9g，甘草6g。

取穴以背俞、任脉、足阳明、足太阴穴为主。以灸法为主，针刺用补法，或平补平泻法，取穴：脾俞、胃俞、内关、胃脘、足三里。久病体弱甚者加关元、胸8～12夹脊；食积者加建里。艾灸隔日1次。关元用隔姜灸，建里可针刺。疗效标准：治愈：症状、体征均消失，X线钡餐检查胃的小弯弧线最低点上升至正常范围。好转：症状、体征明显减轻，X线钡餐检查胃的小弯弧线最低点较治疗前有或不同程度的上升。无效：症状、体征无明显改善，X线钡餐检查胃的小弯弧线最低点无上升。治疗结果临床治愈4例，好转10例，无效0例，有效率为100%。

按：本病属脾胃虚寒证。前医用补中益气之品，疗效欠佳，法虽对证，但终因脾胃虚寒太甚，使中气无力提挈胃腑，使之下垂而见一派虚寒之象。故重用理中汤以温养阳气，调理中焦，佐以温阳理气之品，使脾胃功能旺盛，中气充足而解除胃腑下垂之势。

【病案举例】

刘某某，女，37岁。患者形体消瘦，素感腹胀满不适，并以食

后和情志不畅时加重，胃肠钡餐透视为胃下垂。近1月来，患者自觉病情较前为甚，经补益中气、疏肝理气之法治疗，但疗效欠佳，即来就诊。诊见面色㿠白，腹中胀满，喜暖喜按，神疲乏力，舌胖淡有齿痕，苔薄白，脉沉。此乃中土久伤，脾胃虚寒。治宜温补脾胃，佐以温中理气。方用理中汤加味：党参20g，干姜10g，炙甘草10g，白术10g，木香10g，佛手12g，荜茇8g，草蔻10g，台乌12g。服上方5剂后，患者诸症消除，后以理中丸调服半月而收功[81]。

按：本病的发生多是由于膈肌悬吊力不足，肝胃、膈胃韧带功能减退而松弛，腹内压下降及腹肌松弛等因素，加上体形或体质等因素，使胃呈极底低张的鱼钩状，即为胃下垂所见的无张力型胃。

轻度下垂者一般无症状，下垂明显者有上腹不适，饱胀，饭后明显，伴恶心、嗳气、厌食、便秘等，有时腹部有深部隐痛感，常于餐后，站立及劳累后加重。长期胃下垂者常有消瘦、乏力、站立性昏厥、低血压、心悸、失眠、头痛等症状。

二十二、腹痛

腹痛是指以胃脘以下，耻骨毛际以上部位发生疼痛为主要表现的一种脾胃肠病证。多种原因导致脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，皆可引起腹痛。文献中的“脐腹痛”、“小腹痛”、“少腹痛”、“环脐而痛”、“绕脐痛”等，均属本病范畴。

内科腹痛作为临床上的常见症状，可见于西医学的许多疾病当中，如急慢性胰腺炎、胃肠痉挛、不完全性肠梗阻、结核性腹膜炎、腹型过敏性紫癜、肠易激综合征、消化不良性腹痛等，腹痛可分为急性与慢性两类。病因极为复杂，包括炎症、肿瘤、出血、梗阻、穿孔、创伤及功能障碍等。

中医学的古籍文献《内经》已提出寒邪、热邪客于肠胃可引起腹痛，如《素问·举痛论》曰：“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络引急，故痛。……热气留于小肠，肠中痛，瘅热焦渴，则坚干不得出，故痛而闭不通矣。”并提出腹痛的发生与脾胃大小肠等脏腑有关。《金匮要略·腹满寒疝宿食病脉证治》对腹痛的病因病机和症状论述颇详，并提出了虚证和实证的辨证要点，如谓：“病者

腹满，按之不痛为虚，痛者为实，可下之。舌黄未下者，下之黄自去。”“腹满时减，复如故，此为寒，当与温药。”前条还明确指出了攻下后“黄苔”消退与否是验证肠胃积滞是否清除的标志。同时还创立了许多行之有效的治法方剂，如治疗“腹中寒气，雷鸣切痛，胸胁逆满，呕吐”的附子粳米汤，治疗“心胸中大寒痛，呕不能食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近”的大建中汤等。《诸病源候论·腹痛病诸候》首次将腹痛作为单独证候进行论述，并有急慢腹痛之论。《医学发明·泻可去闭葶苈大黄之属》篇，明确提出了“痛则不通”的病理学说，并在治疗上确立了“痛随利减，当通其经络，则疼痛去矣”的治疗大法，对后世产生很大影响。

腹内有肝、胆、脾、肾、大肠、小肠、膀胱等诸多脏腑，并是足三阴、足少阳、手阳明、足阳明、冲、任、带等诸多经脉循行之处，因此，腹痛的病因病机也比较复杂。凡外邪入侵，饮食所伤，情志失调，跌仆损伤，以及气血不足，阳气虚弱等原因，引起腹部脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，均可发生腹痛。腹痛的病因病机，不外寒、热、虚、实、气滞、血瘀等6个方面，但其间常常相互联系，相互影响，相因为病，或相兼为病，病变复杂。如寒邪客久，郁而化热，可致热邪内结腹痛；气滞日久，可成血瘀腹痛等。腹痛的部位在腹部，脏腑病位或在脾，或在肠，或在气在血，或在经脉，需视具体病情而定，所在不一。形成本病的基本病机是脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，不通则痛。

【病案举例】

例1，杨某，女，30岁。小腹冷痛，腹胀。原有慢性腹泻痛史年余。察其舌质暗，苔白腻，边有齿痕，右脉滑，左脉沉，两关沉。诊断为腹痛。证属脾胃虚寒，运化失司。方用理中丸加味：乌药10g，干姜6g，炙甘草10g，白术15g，太子参20g，黄连10g，煅瓦楞子20g。2剂，日1剂，水煎服。2剂后腹痛得愈，随访半年，未再复发[83]。

按：《伤寒论》第273条云：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之，必胸下结硬。”本例由于脾胃虚寒，脾气不健，升降失调，遂致小腹冷痛，舌质暗，苔白腻，边有齿痕，

与太阴病的基本病机吻合。又第277条云："自利不渴者，属太阴，以其藏有寒故也，当温之。"故用理中丸温中健脾，加入辛开苦降之黄连、乌药，意在平调寒热，恢复脾胃运化功能；加瓦楞子制酸、止痛，对胃脘痛有较好的疗效。此外做好预防调护也是必不可少的。夏季勿过食生冷，或贪凉露宿，或过于冒暑劳作，以防暑热、寒湿入侵。饭后勿急跑或作其他剧烈活动，勿暴饮暴食。腹痛患者当注意休息，保持心情舒畅，可少食多餐，忌食一切油腻坚硬之物。

例2，李某，男，27岁。初诊：患者善饥，食少，胃部不适反复已3年，近来加重，神倦，肢软无力，腰酸软，便常，眠差，偶有呃气，自觉呃出之气较冷，胃部冷，唇红，舌红边齿痕有津，脉细数，重取无力。由于该患者为门诊部内职工，已经门诊部他人诊治，辨证见人见智，为慎重起见，先据证审之，予小方试探。处方：生黄柏10g，西砂仁、炙甘草各25g。3剂。辛甘化阳补其脾肾，苦甘滋其已损之阴，使阳下潜，未知效否。二诊：药后善饥消失，胃不适好转。近日胃气上逆，气出寒冷尤为明显，改用温肾补脾、填精之品。处方：附片（先煎）80g，桂枝、干姜各30g，肉桂（后下）10g，炮姜、补骨脂、西砂、九香虫、炙甘草各20g。3剂。三诊：呃气消失，自觉胃区冷胀，精神较前明显好转，改附片120g，干姜80g，加高良姜40g，5剂。四诊：胃区冷减，舌红变淡，食增，上方去炮姜。附片最终用至250g，干姜130g，高良姜80g，舌淡已转变为正常之红活色，诸症悉除[84]。

按：患者唇红，舌红，善饥，脉细数为为慢性疾患，加之眠差，极易诊断为阴虚有热，但此与呃冷气，胃部冷，舌面有津不符，且其病史较长，所谓"五脏之伤，穷必及肾"，阴寒之证成矣。阴寒之邪逼出中宫阳气，所以出现唇红，舌红，终因邪热不杀谷，虽善饥但食少，故先投封髓丹小试之。药已中的，证明前次诊断无误，故大胆投以温脾补肾之剂而收功。

本例患者终以大剂附片干姜而收功，笔者兹就使用姜附的心得交流如下：①运用指针：面白，舌淡有齿痕，舌面有津，畏寒肢厥，便溏或秘，或便溏便秘交替出现。②用量问题：应视病之轻重程度，阴寒程度决定用量。一般应从小量开始，只要确认辨证无误，药后无效

或效微，就加量，脾肾阳虚者每次加量20g左右。③姜附大剂量用后的结果通常有两种情况：一是口苦舌燥，喜饮冷者，是温之太过，应停用，改用滋阴化阴之剂以解决过热之弊。二是药后出血，便泄，身痛，痰多等，是药量与阳虚阴盛之程度相吻，不要更改药物，继续加量效果最好，上述之反应二三日自愈。

例3，马××，女，41岁。2002年5月12日入院。主诉：下腹部坠痛1个月。病发于1个月前，劳累后突作双侧下腹坠胀疼痛，伴尿频尿急，外院诊为："急性尿路感染"，予左氧氟沙星，治疗3d后尿频尿急减轻，仍下腹部坠胀疼痛。于4月20日来我院门诊，诊为"急性盆腔炎"，予头孢他啶、甲硝唑、妇乐冲剂后，疼痛无明显缓解。门诊拟"亚急性盆腔炎"收住入院。下腹部疼痛，白带量多，色黄，腥臭味，口干苦，纳差，夜寐尚安，大便秘结，小溲正常。发病以来，无阴道不规则流血，无发热。末次月经：本月2～7日。妇科检查：外阴：已婚经产式，阴道：通畅。宫颈：光滑。宫体：前位，正常大小，有压痛。附件：右侧增厚，压痛，左侧未及明显异常。初予盆腔炎1号方加减（红藤、败酱草、蒲公英、丹皮、苍术、白术、三棱、莪术、泽泻、桂枝、苏木、半枝莲、穿山甲、石打穿、玄胡）口服，配合灌肠（红藤、败酱草、蒲公英、乳香、没药、皂角刺），5d后下腹坠胀略减轻，白带仍多，色黄味腥，口干苦，经前乳胀，烦躁，大便溏，舌质紫黯，苔黄腻，脉滑。夏教授查房时追问病史：曾多次出现经前漏红，平时大便易溏，手足欠温，遂停原方改以附子理中汤加减：黄连3g，制附片9g，淡干姜6g，广木香3g，苍术、白术各10g，陈皮6g，茯苓10g，川断10g，党参10g，荆芥6g，蛇舌草15g，焦山楂10g。灌肠方中去红藤、败酱草。2d后下腹坠胀明显减轻，部位较前局限，白带转清，量减少。又予5剂善其后而出院，随访至今未复发[85]。

按：患者入院前已用中、西药抗感染间断治疗1个月，入院时诊为亚急性盆腔炎，再投以红藤、败酱草、蒲公英之类，清热化湿、行气活血。5剂之后，效仍不显。虽然舌苔白腻，根黄，舌质紫黯，边有齿痕，白带色黄，脓性，量多，口干苦，辨证当属湿热蕴结，兼气滞血瘀，似乎方证相合，但却用之罔效，其理缘何。追问病史方知，

患者虽有湿热内蕴之患，却为阳气不足之体，后者在前者主症的掩盖下未得彰显，经长期苦寒清火之后，阳气益损，脾阳不足，湿无以化，湿热缠绵，为患愈甚；肾阳不足，命门之火式微，无以蒸化水湿，湿浊趋下，病势必缠绵难愈。夏教授果断改方，以附子理中汤化裁，加入黄连3g，荆芥10g，木香3g，轻清心火，疏肝解郁，一味附子大辛大热，温中散寒，更能入肾。所谓“寒淫所胜，平以辛热”（《素问·至真要大论》）。《丹溪心法》有云：口疮服凉药不愈者，因中焦之虚……用理中汤。所载“中虚之口疮”亦属上热下寒证，可见早有古人验之不爽。

理中汤出自《伤寒论》，由人参、干姜、甘草、白术组成，温补并行，药少力专，可使寒气去，阳气复，中气得补。程应旄云：“理中者，实以燮理之功，予中焦中阳也。”现代药理研究认为：本方可增强小鼠的耐寒能力、镇痛作用，可拮抗肾上腺素所致的回肠运动，抑制乙酰胆碱所致的回肠痉挛。夏教授常将理中汤用于有脾肾虚寒的复杂病证，多有效验，而其玄妙之处一在选方之精，二在辨证之准。崩漏一案，虽已知其寒热，明其阴阳，若选方用药有失偏颇，仍可能失之毫厘，谬以千里，舍归脾而易理中可见选方之精。急性期盆腔炎宜清化湿热，慢性期则宜辅佐正气，祛除湿浊或湿热。腹痛一案虽然仍以湿热为主症，但脾肾气阳已伤，不可不顾护，弃苦寒清热、用辛温补中可见辨证之准。夏师常教诲：“病证随时可变化发展，应及时根据病程分阶段进行综合分析，若不辨八纲，一味以热治寒，以寒治热，鲜不偾事。”苦寒克伐之品应手下有数，若已阴阳不调，寒热不均，须记“求阴阳之和者，必于中气”（《金匮要略心典》）。

理中汤方小药精，燮理中焦的同时还给他药组合留有更多的配伍空间。化裁使用时，必须明辨脏腑寒热之偏，令药性之寒热各归其经，上下兼顾，方可具标本兼治之功[85]。

二十三、痢疾

痢疾是因外感时行疫毒，内伤饮食而致邪蕴肠腑，气血壅滞，传导失司，以腹痛、腹泻，里急后重，排赤白脓血便为主要临床表现的具有传染性的外感疾病。

痢疾，宋以前有肠澼、赤白沃、热利、痢病、下痢（或“痢”）、滞下等名称，为急性肠道传染病之一。痢疾又可分为多种，按不同的病因、证候（包括症情轻重和病程以及下痢之色），大致有暑痢、湿热痢、风痢、疫痢、气痢、毒痢、热痢、寒痢、噤口痢、久痢、休息痢、奇恒痢、赤痢、白痢、赤白痢、五色痢等多种，中医所说之痢疾，既等同于现代医学的痢疾，也包括阿米巴痢、溃疡性结肠炎、过敏性结肠炎及其他一些肠道感染、中毒等引致的肠道传化、吸收功能失调的疾病。痢疾临床以发热、腹痛、里急后重、大便脓血为主要症状。若感染疫毒，发病急剧，伴突然高热、神昏、惊厥者，为疫毒痢。痢疾初起，先见腹痛，继而下痢，日夜数次至数十次不等。多发于夏秋季节，由湿热之邪，内伤脾胃，致脾失健运，胃失消导，更夹积滞，酝酿肠道而成。

《医碥》卷三：“痢由湿热所致，或饮食湿热之物，或感受湿热之气，积于肠胃，则正为邪阻，脾胃之运行失常，于是饮食日益停滞，化为败浊，胶粘肠胃之中，运行之机，益以不利，气郁为火，与所受湿热之气混合为邪，攻刺作痛，……”有腹痛，泻次频，下利赤白黏冻，里急后重等症。后世更明确指出痢疾多由饮食不洁，感受疫毒之气，使肠道产生积滞，传导失常所致，当辨其虚实分别论治。而痢疾所下之赤白黏冻，《医学原理·痢门》谓：“其赤者血分受伤，属于小肠；白者气分受伤，属于大肠。”《明医指掌》：“湿热之积，干于血分则赤，干于气分则白。”在临床上，实证宜清热化湿，凉血解毒，消积导滞为法。邪盛正虚者，宜祛邪扶正，兼用行血调气，此所谓“行血则便脓自愈，调气则后重自除”，虚证当补中益气，温阳固涩。痢疾，古代亦称“滞下”，含有肠腑“闭滞不利”的意思。本病为最常见的肠道传染病之一，一年四季均可发病，但以夏秋季节为最多，可散在发生，也可形成流行，无论男女老幼，对本病“多相染易”，在儿童和老年患者中，常因急骤发病，高热惊厥，厥脱昏迷而导致死亡，故须积极防治。中医药对各类型痢疾有良好的疗效，尤其是久痢，在辨证的基础上，采用内服中药或灌肠疗法，常能收到显著的效果。

中医学认为，本病多因外受湿热、疫毒之气，内伤饮食生冷，损

伤脾胃及脏腑而成，属于“肠辟、痢疾”范畴。《素问·太阴阳明论》云：“饮食不节，起居不时……下为飧泄，久为肠辟。”《证治汇补》指出：“肠辟者，谓湿热积于肠中，即今痢疾也，故曰无疾不成痢，痢乃湿、热、食积三者。”在治疗上应采取辨证论治的方法，《景岳全书》云：“凡治痢疾，最当察虚实，辨寒热，此泻痢最大关系，若四者不明，则杀人甚易也。”故本病辨证首辨寒、热、虚、实，临证当据腹痛、里急后重、痢色，并参合舌脉而辨。

【临床应用】

吴瑞春[86]运用理中汤加味治疗脾阳虚衰型痢疾，应手而愈。沈敏南[85]用本方加味治疗细菌性痢疾1例。患者发热。腹痛，下痢脓血1周，曾服葛根芩连汤，热退而痢下不减，大便白多红少，里急后重，日十余次，伴脐下痛，食冷后痢下更甚。查大便常规：脓细胞（++），红细胞（+），白细胞（+++），诊为菌痢。证属脾胃虚寒，肠间蕴热。药用党参、炒白术、陈皮各9g，炮姜炭4.5g，黄连3g（饭前研末吞），马齿苋、焦楂肉各15g，煨木香6g，煎服3剂后，腹痛缓，大便减至日4~5次。继服4剂，诸症告愈。大便常规检查正常。对虚寒性痢疾用本方加味治疗效果满意。贝时英[87]曾治一老妇下痢不止，纳少、脉沉细。证属肾阳虚衰，脾胃亏虚。用本方加诃子肉9g，1剂见效；后用人参、南枣、莲肉蒸熟服，获愈。

【病案举例】

刘某，女，50岁，2004年1月8日初诊。3年前患痢疾，腹痛，里急后重，下痢赤白相杂，经用西药治疗暂时缓解，数日后又复发，经久不止。刻诊：下痢稀薄，夹有黏液，有时可见赤色黏液，食少神疲，倦怠怯冷，四肢不温，腰酸怕冷。舌质淡、苔腻，脉沉细而弱。证属正虚邪恋，脾阳虚弱。治宜温脾益气，佐以化滞。拟用理中汤加味。药用：党参15g，白术、枳实各12g，当归、白芍、炮姜、木香各10g，甘草3g，陈皮、黄连、地榆各6g。每日1剂，水煎服。服5剂后病情好转。继用上方加茯苓、扁豆等益气健脾渗湿之品，再服10剂而愈[86]。

按：理中汤在施治痢疾方面，除虚寒痢之外，只要加减得法还可治疗素体脾胃虚弱者湿热痢与疫毒痢。临床实践证明，早期应用疗效

更为显著。该例属病程缠绵日久的虚寒型休息痢，多因湿热痢迁延日久或治疗失误转变而来，与中阳不振、脾胃皆虚有关，湿热疫毒之外邪属于次要地位。须以温补中焦为主，调气清热利湿为辅治疗。临床若使用理中丸加减不当也不能取效，治疗关键在于加减化裁及剂量。方中加木香行气去肠中积滞，加黄连去肠道之热邪，加地榆助止血收敛功效，归芍同用养血敛阴，以防泻后伤阴。

二十四、急性肠胃炎

急性肠胃炎是胃肠黏膜的急性炎症，好发于胃、小肠、大肠。临床表现主要为恶心、呕吐、腹痛、腹泻、发热等。

本病所有年龄均可发生，但是在1~5岁的小孩和超过60岁以上的成年人会特别严重。急性肠胃炎的发病因素：①细菌和毒素的感染：常以沙门菌属和嗜盐菌（副溶血弧菌）感染最常见，毒素以金黄色葡萄球菌常见，病毒亦可见到。常有集体发病或家庭多发的情况。如吃了被污染的家禽、家畜的肉、鱼；或吃了嗜盐菌生长的蟹、螺等海产品及吃了被金黄色葡萄球菌污染了的剩菜、剩饭等而诱发本病。②物理化学因素：进食生冷食物或某些药物如水杨酸盐类、磺胺、某些抗生素等；或误服强酸、强碱及农药等均可引起本病。

中医学认为，本病属于“腹痛”、“呕吐”、“泄泻”的范畴。本病常见于夏秋季，其发生多由于饮食不当，暴饮暴食；或食入生冷腐馊、秽浊不洁的食品。中医根据病因和体质的差别，将胃肠炎分为湿热、寒湿和积滞等不同类型。胃肠炎引起的恶心、呕吐通常发病较急，开始多腹部不适，继而恶心、呕吐。腹部阵发性绞痛并有腹泻，每日数至数十次水样便，黄色或黄绿色，含少量黏液。伴有不同程度的发热、恶寒、头痛等。少数病例可因频繁吐泻，导致脱水及电解质紊乱、酸中毒。

【病案举例】

梁岩等[88]运用理中汤加味治一急性肠胃炎患者，数剂而愈，疗效确切。

患者，男，40岁。自诉早餐时突然吐泻交作，急到医院就诊，以急性肠胃炎治疗，不愈。来诊时述药后仍吐，吐出物多为清水，所

服药物皆吐出，泻出物亦为清水，面色苍白，舌淡苔薄，脉沉伏。据其脉舌诊为阳虚之体，复感寒邪所致。以理中汤加灶心土为方，嘱立即取药煎服。次日下午，患者主诉：昨日服药后，呕吐即止，惟腹泻虽减，未能痊愈，脉沉而微弱。考虑理中汤为理中之剂，中阳既复，故呕吐即止，其泻所以不止，肾阳未复也，原方加附子、补骨脂，一药而愈。

按：急性肠胃炎是胃肠道的急性炎症，发病较急。梁氏选用理中汤为基础方加入温中止呕。温脾涩肠止泻的灶心黄土，可谓是一箭中的。又加入大补肾阳的附子、补骨脂，全方合用，则脾肾阳复，津液运化复常，如此吐泻得止，药到病除。

该病多由饮食不洁引发，发病后应注意以下几点：①急性胃肠炎患者应卧床休息，注意保暖。②急性期患者常有呕吐、腹泻等症状，失水较多，因此需补充液体，可供给鲜果汁、藕粉、米汤、蛋汤等流质食物，酌情多饮开水、淡盐水。③为避免胃肠道发酵、胀气，急性期应忌食牛肉等易产气食物，并尽量减少蔗糖的摄入。应注意饮食卫生。忌食高脂肪的油煎、炸及熏、腊的鱼肉，含纤维素较多的蔬菜、水果，刺激性强的饮料、食物和调味品等。

应用心得：理中丸出自《伤寒论》，原文所谓“理中者，理中焦也”，而以理中丸名之。《伤寒论》原文396条：“大病差后，喜唾，久不了了者，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸”，原文386条：“霍乱，头痛，发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之。寒多不用水者，理中丸主之。”对本方的使用进行了论述。总之，本方病机为脾阳虚弱。临床使用本方，当紧紧把握住脾阳虚弱这个病机。至于脾阳虚弱的病机辨证要点，当以论中273条“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”及277条“自利不渴者，属太阴，以其脏有寒故也”为依据。中焦为脾所主，中焦的病变多是脾的功能失调所致。以脾的生理推知脾的病理，所以脾病有多虚，多湿，多寒的特点。具体点讲，就是：①脾气虚衰，脾失健运会出现食而不化，脘腹胀闷；脾失升清会出现头目眩晕；脾阳不足，脾气失固出现内脏下垂；脾失统摄会致出血；②脾阳虚衰，损及命门，寒从中生，水谷不别，水湿不化，出现脘腹冷痛，五更泄泻；③脾阳不足，

津液不归正化，出现湿滞，痰饮，水肿等。临证之时，对本方也可适当加味：如兼外感可加桂枝成桂枝人参汤；出现虚胀痞满，郁结伤脾可加青皮行气兼以疏肝；出现痛泻，脾气郁滞不舒，木乘土位，可加吴茱萸；津液不化出现口干，可改干姜为炮姜，化辛为苦，取守而不走之意；出现痰饮咳嗽可加茯苓，半夏等；若寒重病深，手足逆冷可加附子成附子理中汤，等等。以上仅举例而已，临证时，读者当谨守病机，存乎一心可也。

第四节 神经系统疾病

一、发作性睡病

发作性睡病是指不可抗拒的突然发生的睡眠，并伴有猝倒症、睡眠瘫痪和入睡幻觉。

睡眠发作时不能克制，在任何场合如吃饭、谈话、工作、行走时均可突然发生。单调的工作，安静的环境以及餐后更易发作。睡眠与正常睡眠相似，脑电图亦呈正常的睡眠波形。一般睡眠程度不深，易唤醒，但醒后又入睡。一天可发作数次至数十次不等，持续时间一般为十余分钟。猝倒症是本症最常见的伴发症，约占50%～70%，发作时意识清晰，躯干及肌体肌张力突然低下而猝倒，一般持续1～2min。睡眠瘫痪见于20%～30%的发作性睡病的患者，表现为意识清楚而不能动弹，全身弛缓性瘫痪。病人发作时被他人触动身体即可中止发作，有些病人须用力摇动后恢复。入睡幻觉约占该病的25%，以视听幻觉为多见，内容大多为日常经历，病人对周围有所知觉，但又似在梦境。

发作性睡病是一种睡眠障碍，临床上较为少见，多发于青少年，是一种原因不明的，以不可抗拒的睡眠发作，伴一过性肌张力减低，及睡眠瘫痪、睡眠幻觉为主要表现的临床综合征。每次发作持续数秒至数小时不等，一般十几分钟，短暂的睡眠后精神可恢复。现代医学目前尚无特效疗法。

本类病属于中医“多寐”范围。中医病机多是由中气不运所引

起的，中气即是脾胃之气，中医学有脾困人则困之说。因为“阳”主动，“阴”主静。所以阳气不足、阴气有余时也会出现嗜睡症与发作性睡病。《灵枢·寒热病》篇说：“阳气盛则嗔目，阴气盛则瞑目”，说明了嗜睡症的病理主要在于阴盛阳衰。《脾胃论·肺之脾胃虚论》：“脾胃之虚，怠惰嗜卧”，《丹溪心法·中湿》：“脾胃受湿，沉困无力，怠惰嗜卧”。亦有病后或高龄阳气虚弱，营血不足，困倦无力而多寐者。

【病案举例】

苏巧珍等[89]最近接触一患者，用桂附理中汤治疗而获痊愈。

患者女性，39岁，主因“阵发性头痛2年”于2006－7－13入院。患者于2004年6月外感后出现发热，于附近门诊就诊，予银翘散加减口服，服后恶心呕吐，且发热较前加重，后患者再次就诊，医予九味羌活汤加减口服后发热愈，但患者出现强光照射即出现发作性左侧额部疼痛，呈触电样向顶枕部放射，时呈跳痛感，伴左眼睑下垂，流泪，不自主入睡，时有失张力发作，戴太阳镜也不能避免，夜间眠差。曾于医院行头颅磁共振成像（MR）及磁共振动态增强血管显影（MRA）未见异常。全程脑电图示：白天多次睡眠潜伏期实验符合发作性睡病改变，晚上睡眠结构未见异常。经颅多普勒（TCD）示：①椎动脉流速增快；②双侧大脑中、前动脉搏流速增快（考虑血管狭窄）；③脑血管弹性降低。诊断为：①血管性头痛；②发作性睡病；③颈椎病。予中药（具体不详）口服后，症状略有好转。但时至夏日症状又有所加重，遂于我院门诊就诊，为进一步诊治，收入我科。

既往史：自幼患者有小儿夏季热病史，13岁初潮后出现功能性子宫出血，予附子之类温阳药口服后痊愈，10年前患者曾患胃痛，未服药物，自泡大量红茶服用后痊愈。3年前曾在某医院行子宫肌瘤切除术。余无特殊。舌淡暗苔薄白，脉沉细。体格检查：未见异常。

入院诊断：西医诊断为睡眠障碍（发作性睡病）；中医诊断为多寐（脾肾阳虚）。

治疗经过：入院后治以温补脾肾为法，予静滴参附针。中药拟方如下：制附子30g，干姜30g，肉桂3g，炙甘草30g，黄芪60g，炒白

术30g，党参30g。服药后患者出现腹中肠鸣，大便稀烂，每日3次，除此之外无特殊不适。2006年7月18日加大药量至附子60g，干姜60g，炙甘草60g，余药剂量同前。患者继服7剂后，在强光下晒30min未出现不可抑制的睡眠及失张力发作，无明显头痛发作，左眼流泪较前减少。2006年7月26日复查睡眠脑电图：患者在整夜睡眠中，睡眠潜伏期正常，实际睡眠时间正常，各期睡眠百分比正常，觉醒次数增多；睡眠时未见心律不齐；睡眠中血氧饱和度正常；睡眠时未见睡眠呼吸暂停及低通气。白天多次小睡潜伏试验：患者在5次小睡试验中，睡眠潜伏期均小于10min，但均未见异常睡眠快速动眼期(REM)。2006年7月30日患者带上方1周量出院。出院后1个月随访，未再出现上述症状。

按：患者中年女性，自幼有小儿夏季热病史，每日发热达40℃以上，用抗生素及清热解毒中药无效，广东地处南方，夏季则阳浮于外，患者为阳虚之体。用伤阳之清热解毒药使里阳更虚，阴盛逼阳于外，故出现高热不退。至13岁患者月经之后出现血崩。医予附子等温肾阳之药治愈，由此可推知其血崩为阳虚失于固摄所致。至成年后患者时有胃痛，为脾肾阳虚、寒凝中焦所致，红茶性温补，故可治愈其胃痛。此次发病为患者外感后医者误治所致，医者未思患者素为阳虚之体，予清热解毒药，使本就偏虚的中阳更虚，遂致阴寒内生，上焦之阳失于固摄，则出现流泪等症状。而日光为外界之阳，阴寒内盛，逼虚阳浮越于外，阳不入阴，则入睡困难，在日光下时外界之阳助体内之阳气恢复，使体内之阳气旺盛则易于返阴。阳气入阴，则易入睡。综合分析，本例患者属脾肾阳虚型发作性睡病，予桂附理中汤温补脾肾之阳。先后天并补，并予北黄芪补上焦之阳，使三焦阳气恢复则自愈。

二、眩晕

眩晕是由于情志、饮食内伤、体虚久病、失血劳倦及外伤、手术等病因，引起风、火、痰、瘀上扰清空或精亏血少、清窍失养为基本病机，以头晕、眼花为主要临床表现的一类病证。眩即眼花，晕是头晕，两者常同时并见，故统称为“眩晕”，其轻者闭目可止，重者如

坐车船，旋转不定，不能站立，或伴有恶心、呕吐、汗出、面色苍白等症状。

眩晕是目眩和头晕的总称，以眼花、视物不清和昏暗发黑为眩；以视物旋转，或如天旋地转不能站立为晕，两者常同时并见。引起眩晕的疾病种类很多，大约有上百种病可以引起眩晕，不同的疾病的原因也是不一样的。按照病变部位的不同，大致可以分为周围性眩晕和中枢性眩晕两大类。中枢性眩晕是由脑组织、脑神经疾病引起，比如听神经瘤、脑血管病变等，约占眩晕病人总数的30%。周围性眩晕约占70%，多数周围性眩晕与我们的耳朵疾病有关。周围性眩晕发作时多伴有耳蜗症状（听力的改变、耳鸣）和恶心、呕吐、出冷汗等自主神经系统症状。部分疾病可反复发作性眩晕，自行缓解。西医学中的高血压、低血压、低血糖、贫血、梅尼埃病、脑动脉硬化、椎－基底动脉供血不足、神经衰弱等病均可引起眩晕。

眩晕病证，历代医籍记载颇多。《内经》对其涉及脏腑、病性归属方面均有记述，如《素问·至真要大论》认为："诸风掉眩，皆属于肝"，指出眩晕与肝关系密切。《灵枢·卫气》认为"上虚则眩"，《灵枢·口问》说："上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩"，《灵枢·海论》认为"脑为髓海"，而"髓海不足，则脑转耳鸣"，认为眩晕一病以虚为主。汉代张仲景认为痰饮是眩晕发病的原因之一，为后世"无痰不作眩"的论述提供了理论基础。本病病位在清窍，由气血亏虚、肾精不足致脑髓空虚、清窍失养，或肝阳上亢、痰火上逆、瘀血阻窍而扰动清窍发生眩晕，与肝、脾、肾三脏关系密切。眩晕的病性以虚者居多，故张景岳谓"虚者居其八九"，如肝肾阴虚、肝风内动，气血亏虚、清窍失养，肾精亏虚、脑髓失充。眩晕实证多由痰浊阻遏，升降失常，痰火气逆，上犯清窍，瘀血停着，痹阻清窍而成。眩晕的发病过程中，各种病因病机，可以相互影响，相互转化，虚实夹杂；或阴损及阳，阴阳两虚。肝风、痰火上扰清窍，进一步发展可上蒙清窍，阻滞经络，而形成中风；或突发气机逆乱，清窍暂闭或失养，而引起晕厥。

【病案举例】

李方[90]运用理中汤加味治疗眩晕症，疗效确切。

汤某，女，76岁。眩晕，胸闷，目不能睁，膝软无力，屡次延医服药未效，渐次加重。查：面虚浮色苍白，上睑下垂，舌淡边有齿印，苔薄白滑，脉虚大无力。血压22.61/13.3kPa（170/100mmHg）。诊断：眩晕（脾阳虚损、清窍失养）。治宜温阳补虚，濡养清窍。方用理中汤加味：党参18g，白术30g，干姜18g，炙甘草18g，黄芪9g，茯苓9g。服药20剂后眩晕已愈，面有光泽，目睁如常，血压18.62/11.97kPa（140/90 mmHg）。顾其年高体虚，嘱常服理中丸调理。

按：脾胃为坤土，厚德载物。五脏六腑四肢百骸皆禀气于脾胃，而行使各自之功能。脾胃虚弱，不能化五谷之精微濡养于上，清窍失养，发为脑晕；上睑属脾，脾主四肢肌肉，脾病阳虚则睑垂、面浮、膝软无力；脾之升降转输功能失常，中焦郁满，气化不通于上则胸闷，观前医所开之方，皆镇肝熄风，平肝潜阳之属，以寒治寒更伐其阳，阳愈虚，病愈重，是故无效。理中汤乃温补之剂，加黄芪助党参甘温扶阳以升清，茯苓助白术健脾益气以化湿。脾阳得温，清窍得养则诸症得愈。

三、失眠

失眠是指由于情志、饮食内伤，病后及年迈，禀赋不足，心虚胆怯等病因，引起心神失养或心神不安，从而导致经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证。主要表现为睡眠时间深度的不足以及不能消除疲劳、恢复体力与精力，轻者入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后不能再寐，重则彻夜不寐。

失眠是一种持续相当长时间的睡眠的质和（或）量令人不满意的状况，常表现为难以入眠、不能入睡、维持睡眠困难、过早或间歇性醒来而引致睡眠不足。失眠是一种最常见的睡眠紊乱，几乎每个人都有过失眠的经历。随着社会的发展，生活节奏的加快，失眠症的发生率有上升趋势。据统计，约有30%的成人患有失眠。

失眠在《内经》中称为“目不瞑”、“不得眠”、“不得卧”，并认为失眠原因主要有两种，一是其他病证影响，如咳嗽、呕吐、腹满等，使人不得安卧；二是气血阴阳失和，使人不能入寐。《难经》最

早提出“不寐”这一病名，《难经·四十六难》认为老人不寐的病机为“血气衰，肌肉不滑，荣卫之道涩，故昼日不能精，夜不得寐也”。应辨别虚实。

失眠的病因虽多，但以情志、饮食或气血亏虚等内伤病因居多，由这些病因引起心、肝、胆、脾、胃、肾的气血失和，阴阳失调，其基本病机以心血虚、胆虚、脾虚、肾阴亏虚进而导致心失所养，及由心火偏亢、肝郁、痰热、胃失和降进而导致心神不安两方面为主。其病位在心，但与肝、胆、脾、胃、肾关系密切。失眠虚证多由心脾两虚，心虚胆怯，阴虚火旺，引起心神失养所致。失眠实证则多由心火炽盛，肝郁化火，痰热内扰，引起心神不安所致。但失眠久病可表现为虚实兼夹，或为瘀血所致，故清代王清任用血府逐瘀汤治疗。

【病案举例】

李某，女，45岁。数月来每至夜则辗转反侧不能眠。心中烦躁，自汗恶风。素体脾虚，每食油腻寒凉之物则久停胃中，不能运化。查：面白不泽，舌淡边有齿印，苔薄白，脉细迟。诊断：不寐（阳虚不纳，心脾失养）。治宜温阳纳气，补益心脾。方用理中汤加味：党参18g，白术18g，干姜18g，炙甘草18g，制附子9g，白芍9g，酸枣仁9g，大枣30枚。服药10剂后能安然入寐，继服10剂余症亦除。嘱服理中丸月余，以资巩固[90]。

按：《内经》云：“天有昼夜，人有起卧。”日出为昼，日入为夜，人有寤寐与天应之。阳气出为寤，阳气入为寐。太阴为开，开者阳气入里以温煦脏腑，以休养生息，则人可寐。若太阴开机不利，不纳阳气归藏，游走于外则脏腑失养，神无所藏，则人不可寐，阳不归根，虚浮于上，其症见心中烦躁；阳虚不固，症见自汗恶风；胃主纳，脾主运，脾虚不运则食停中焦，脉细迟为阳虚推动无力。理中汤加附子以其与参、姜并用，能温摄元阳，下归其根。白芍与参术合用益气固表，与枣仁、炙草合用酸甘养心，合方共有温阳纳气、补益心脾之效。

《伤寒论》太阴病273条提纲云：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。若下之，必胸下结鞕。”《伤寒论》太阴病277条治则云：“自利不渴者属太阴以其藏有寒故也，宜温之，

宜服四逆辈。”太阴者脾之府也，位居中焦，为水谷之海。主受纳，主运化，主统血，主升降；化生五味，为后天之本。太阴病之主证腹满而吐，食不下，自利不渴。何故也，“藏寒生满病”；土虚不载物，则吐，食不下；脾气不守则自利；藏有寒故不渴。所此“藏有寒”是太阴病之关键所在。此“寒”非偶感外寒而发，正是太阴脾胃先天禀赋不足，故而表现出一派里虚寒之证。其舌脉辨证要点：舌淡边有齿印，苔薄白或滑，脉沉细或迟缓。其治方要时时顾护太阴之阳气，《素问·生气通天论》谓：“阳气者，若天与日，失其所，则折寿而不彰。”可见维护阳气之重要。理中汤正以温中助阳而立法，契合太阴之病机。方中党参甘温入脾，补中益气，强脾胃为君，所谓“虚者补之”；干姜辛热，温中而扶阳为臣，所谓“寒者热之”；白术甘苦温，燥湿健脾为佐；炙甘草味甘色黄，得土气最全，为补脾安中之圣药，并调和诸药为使。全方辛甘化阳、温中健脾，凡由中焦虚寒所致各种杂证，非温补不能奏效者，均可选用本方。正如张仲景谓：“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”

四、头痛

头痛是临床上常见的症状之一，原因繁多，其中有些是严重的致命疾患，但病因诊断常引起困难。

头痛是因头颈部痛觉末梢感受器受到刺激产生异常的神经冲动传达到脑部所致。颅外组织除颅骨本身外，自骨膜直至五官、口腔均对疼痛敏感；颅内组织只有静脉窦及其回流静脉、颅底硬脑以及脑底动脉对疼痛敏感，脑部其余组织均对痛觉不敏感。颅内痛觉经第Ⅴ、Ⅸ、Ⅹ对颅神经和第2～3对颈神经传导，颅外痛觉除上述神经外，尚可经交感神经传导。

产生头痛的主要机制有：①颅内外动脉的扩张（血管性头痛）；②颅内痛觉敏感组织被牵引或移位（牵引性头痛）；③颅内外感觉敏感组织发生炎症（例如脑膜刺激性头痛）；④颅外肌肉的收缩（紧张性或肌收缩性头痛）；⑤传导痛觉的颅神经和颈神经直接受损或发生炎症（神经炎性头痛）；⑥五官病变疼痛的扩散（牵涉性头痛）等。在发生上述头痛过程中有致痛的神经介质参与，如P物质、神经激

肽A、5－羟色胺（5－HT）、降钙素基因相关肽（CGRP）、血管活性肠肽（VIP）和前列腺素（PGE）等。此外，精神因素也可引起头痛，可能与疼痛耐受阈值的降低有关。与任何疼痛一样，疼痛的严重程度也因人而异，同一病人的头痛也可因当时的身体和精神状况不同而有所不同。此外，一些疾病中的头痛，其产生机制也常非单一因素引起。如：高血压性头痛既有与血压直接有关的血管性头痛，也有与情绪紧张有关的肌收缩性头痛，而血压恢复正常后，后者能得到缓解。

中医又称“头风”、“脑风”。凡整个头部以及头的前、后、偏侧部疼痛，总称头痛。凡外感六淫，内伤脏腑，导致阳气阻塞，浊邪上据，肝阳上亢，精髓气血亏损，经络运行失常者，均能发生头痛。按病因分，头痛有外感、内伤之别。外感头痛，有感冒风寒、风热、风湿、伤暑，火邪致痛及伤寒头痛等。内伤头痛，有气虚、血虚、阳虚、阴虚、肝阳上亢、伤食、瘀血致痛等。从经络分，有三阳头痛（太阳头痛、阳明头痛、少阳头痛）、三阴头痛（太阴头痛、少阴头痛、厥阴头痛）等。按病情轻重、病程长短、发作规律及疼痛部位分，有真头痛、头风、偏头痛、雷头痛、脑风、巅顶痛、久头痛等。

【病案举例】

谭成邦等[81]运用理中汤随证灵活加减以治疗头痛，获效甚速。

邱某某，女，42岁。患者头痛两载，到处求医，终不能愈，且头痛日趋加重，经服索米痛片（去痛片）后可暂缓一时，故来就诊。诉头痛如空，影响行走，伴腹胀，身倦无力，食欲不佳，气短懒言，喜热饮，舌苔薄白，脉虚无力。此乃中土虚弱，清窍不利。治宜温运脾土，补虚止痛。方用理中汤加味：党参20g，白术10g，炙甘草6g，干姜10g，黄芪30g，川芎10g，细辛5g，葛根20g，当归10g。服5剂后诸症已消，头痛已愈，但沉疴之疾须防再生，即予理中丸服用半月以调理善后[9]。

按：头痛是临床上最为常见的临床症状之一，是人体对各种致痛因素所产生的主观感觉，属于疼痛的范畴。致痛因素可以是物理的、化学的、生物化学的或机械性的等等。这些因素刺激了位于颅内外组织结构中的感觉神经末梢，通过相应的传导通路传到大脑而感知。头

痛一症，临床须分清外感头痛、内伤头痛。本例为内伤头痛，其病因为中焦脾土不运，气血生化乏源而致气虚，使清阳不升，浊阴不降而发为头痛，故用理中汤温运中焦，散除寒邪，补益中气，恢复中阳。佐以专治头痛、补气、养血之品，使多年之顽疾痊愈，后续用理中丸以巩固疗效。

第五节 其他内科疑难杂症

一、不明原因高热

不明原因高热是指由于未知原因所导致的机体病理性的体温升高。

人体体温相对恒定，不因外界温度的差异而有所改变，保持在37℃左右。由于饮食、运动、环境、情绪和性别的关系，体温可能有暂时的轻微的波动，但此无临床意义，发热则是指病理性的体温升高。

发热是多种疾病的常见症状，是机体的一种防御反应。发热可使吞噬细胞活动性增强，抗体生成增多，白细胞内酶的活力及肝脏的解毒功能增强，抵御疾病的侵袭，促进机体恢复。因此，如发热不是太高，一般情况尚好，不应盲目或急于降温治疗。但是发热过久或高热持续不退，对机体有一定危害性。

高热在临床上属于危重症范畴，可使代谢加快，耗氧量增加，脂肪代谢发生紊乱而致酮血症，发生自身蛋白质的破坏而致消瘦，脑皮质兴奋、抑制功能失调，消化液分泌减少，消化酶活力降低，胃肠功能紊乱等，出现一系列严重症状，加重病情，影响机体恢复，因此应尽快查明原因。发热是许多疾病的常见症状，故对发热病人须多方面调查分析，才能查明病因。西医学所称的功能性低热，肿瘤、血液病、结缔组织疾病、内分泌疾病，以及部分慢性感染性疾病所引起的发热，和某些原因不明的发热等均可导致病理性的体温升高。

中医学将该病归结为“内伤发热”的范畴，内伤发热由脏腑之阴阳气血失调所致，热势高低不一，常见低热而有间歇，其发病缓，

病程长，数周、数月以至数年，多伴有内伤久病虚性证候，如形体消瘦，面色少华，短气乏力，倦怠纳差，舌质淡，脉数无力，多为虚证或虚实夹杂之证。本病病机比较复杂，可由一种也可由多种病因同时引起发热，如气郁血瘀、气阴两虚、气血两虚等。久病往往由实转虚，由轻转重，其中以瘀血病久，损及气、血、阴、阳，分别兼见气虚、血虚、阴虚或阳虚，而成为虚实兼夹之证的情况较为多见。其他如气郁发热日久，若热伤阴津，则转化为气郁阴虚之发热；气虚发热日久，病损及阳，阳气盛衰，则发展为阳虚发热。

【病案举例】

罗陆一[91]用《伤寒论》理中汤治愈不明原因高热1例。

刘某，女，55岁。因高热3月余，胸闷如窒，腹胀痛，身酸痛，乏力，面红，纳呆，畏寒肢冷，大便时干时溏。于2005年3月10日住院治疗。现症：患者呈弛张型高热，午后及夜间热甚，体温最高达41℃，曾在多家医院给予抗感染及中医药治疗，体温不退，病情无好转。入院查体：T 39.6℃，P 108次/分钟，R 24次/分钟，BP 21.28/11.97kPa（160/90 mmHg）。一般情况尚可，巩膜无黄染，未触及浅表淋巴结肿大，呼吸音正常，双肺未闻及干湿啰音。腹部平坦柔软，肝脾未触及，腹部无压痛，全身关节无红肿、畸形，神经系统未引出病理反射。实验室检查：血 WBC 7.3×10^9/L，N 0.61，L 0.35，E 0.05，Hb12.3g/L，PLT 156×10^9/L，尿常规、大便常规未见异常，潜血阴性，ESP 18mm /h，CRP 9μg/m，RF（－），ASO ＜1∶500，CK 63U/L，CK－MB 51U/L，HBD36U/L，AST 33U/L，ALT24U/L，BUN 6.2mmol/L，Cr79/mmol/L，UA 301mmol/L，血糖 7.3mmol/L。外斐反应、肥达反应均阴性，ENA，ANA，HIV，Ab，结核菌，爱滋抗体，甲、乙、丙、丁、戊肝炎抗体均阴性。血、痰、尿培养无细菌生长。心电图：窦性心动过速。胸部X线片、头颅CT、肝、胆、脾、胰、双肾B超未见异常。

西医诊断：发热待查，高血压2级，2型糖尿病。患者虽高热，但诉畏寒背胸冷、肢冷，衣被不能暖，寒如从骨髓出，面部潮红。舌淡红，边有齿印，苔薄白腻，脉数沉弱无力，视之前医治疗有用清热解表、清热泻火、清热凉血等，均无效。何以中药清热解表、清热泻

火、清热凉血等均无效，思之良久，想起仲景治疗伤寒太阴之法，仲景曰："太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，若下之，必胸下结硬"。"霍乱，头痛，发热，身疼痛，热多欲饮水者五苓散主之，寒多不用水者，理中丸为主之"。因本例病不在太阳，故清热解表不解；病不在阳明，故清热泻火里不清；病不在血分故清热凉血热不退。病者虽发热但肢冷畏寒，渴不欲饮水，当属太阴病，太阴病以其藏有寒故也，当温之，以温肾健脾，补火生土为治，当用理中汤加味治之。处方：红参15g，白术30g，干姜、桂枝各15g，制附子20g，黄芪30g，炙甘草10g。脾肾阳衰，阴寒太盛，虚阳被阴寒所格，格于上则面红，格于外则身热，其本质寒盛，故虽身热，但畏寒肢冷，寒如骨出，脉沉弱无力。用附子、干姜、桂枝回阳逐寒，引火归元。红参、黄芪、白术温中补气，元气充足则火自消，所谓火与元气不两立也。服之3剂，肢冷畏寒稍缓，仍发热，虽发热如故，但寒邪有所减，元气有所复。再服3剂，畏寒已平。继服7剂，热渐退。出院后嘱继服红参、白术、黄芪煎水代茶。随访半年后无复发。

按：该患者身热畏寒与太阳表证之身热恶寒不同，太阳表证为风邪在表，肺气不宣，风邪束表，卫气与外邪抗争，发热恶寒，治以疏风解表，调和营卫。属风寒者，桂枝、麻黄之属治之可愈；属风热者，桑菊、银翘可愈。若邪入里，见大热、口渴、大汗、尿黄、舌苔黄躁，脉洪大有力，当用白虎汤之类清热泻火，则热可退。邪入营血，身热面赤，手足面赤，口干舌燥，舌红绛少苔，如热在营，用清营汤清营透热；热在血，用犀角地黄汤，清热凉血，则热可清。本例寒邪入里，病在太阴，虽发热但胸腹冷，肢冷畏寒，舌淡苔薄，脉虽数但无力，故用理中加桂附温里散寒。阴霾散，虚火归于元，则热自退。

另外，对高热患者应及时适当降温，以防惊厥及其他不良后果。对既往有高热惊厥史或烦躁不安者，在降温同时给予镇静药。发热待诊者，尽可能查明原因，可暂不给予特殊治疗，否则易改变热型，模糊临床征象，延误诊断。

二、过汗伤阳

过汗伤阳是指发汗太过，阳气和阴液受损的病证。

出汗为人体的生理现象。在天气炎热、穿衣过厚、饮用热汤、情绪激动、劳动奔走等情况下，出汗量增加，此属正常现象。在感受表邪时，出汗又是祛邪的一个途径，外感病邪在表，需要发汗以解表。人的大脑除了能有意识地支配身体功能活动的部分，还有另一种称为自主神经系统，它负责控制正常心搏动，肠运动，排汗，唾液分泌等等不受意识支配的功能。自主神经系统分交感神经和副交感神经两部分，交感神经从脊椎中段开始，副交感神经则从脑和脊椎下部分开始。心脏、平滑肌和大部分腺体都接受这两种神经系统的纤维，由于这两种交感神经系统和副交感神经系统的活动及相互作用，它能调节心脏、平滑肌、腺体等的功能。健康的人，在运动或遇高温时，都会增加汗腺的分泌，这是为了让上升的体温下降的生理作用。因此，肥胖者往往较瘦者汗量多，这并非由于前者体表面积增加的缘故，只因肥胖者体重比例偏高，体温容易上升，为了降低过高的体温，必须以多排汗来调节。

本病当属于中医学“汗证”的范畴。早在《内经》即对汗的生理及病理有了一定的认识，明确指出汗液为人体津液的一种，并与血液有密切关系，所谓血汗同源。故血液耗伤的人，不可再发其汗，并明确指出生理性的出汗与气温高低及衣着厚薄有密切关系。如《灵枢·五癃津液别》说：“天暑衣厚则腠理开，故汗出，……天寒则腠理闭，气湿不行，水下留于膀胱，则为尿与气。”在出汗异常的病证方面，谈到了多汗、寝汗、灌汗、绝汗等。

汗为津液所化生，具有调节体温，保持机体阳气与阴液的平衡作用。因此在临床上，正确使用汗法，则可邪从汗去，病随汗解。日本学者藤平健论道：“仲景发汗疗法，其最大的原则是汗出程度要适当，当以周身微汗为好。”若用之不当，汗出太过，则会邪去正伤，反可导致变证百出。所以《医学心悟》中有“用药不当，发汗太过而误人”之说。《景岳全书》中亦有“或邪气虽去，遂致胃气大伤，不能饮食”之论。

【病案举例】

（1）党兰玉[92]用理中汤加味治疗发汗太过所导致的筋惕肉瞤证，效果明显。

王某，男，53岁，干部，2003年11月27日诊。半月前发热，服解热止痛药和抗生素3d后热退，此后遗留全身肌肉不时动，尤以双侧上肢肱二头肌和口唇为甚。诊其面色㿠白，舌淡，苔白微腻，脉细无力。证属脾肾阳虚，不能温养肌肉。治宜温阳气，行津液。方用理中汤加减：制附片10g（包，先煎），红参10g（包，另煮），茯苓15g，焦白术15g，桂枝10g，炙远志9g，炙甘草6g。5剂，每日1剂，水煎2次，共取药汁600ml，分3次温服。5剂尽，动大减，仅留口唇动，舌淡，脉较前有力。药已中的，故又守原方继服3剂，诸症消失。随访1年，未见复发。

按：筋惕肉瞤的发生，多由于发汗太过，阳气和阴液受损，使肌肉失去温养所致。本例符合上述病理，故用附子理中汤加桂枝、炙远志，温脾肾以生津液，通阳气以养肌肉，俾阳气得复，津液运行，肌肉得养，诸症自愈。

（2）谭庆刚[93]运用加味理中汤治愈一患者因过服小青龙汤致过汗伤阳之变证。

患者，男，43岁，教师。2000年3月16日初诊。患者两年前在外地学习，时逢中秋夜间户外受凉。次日上午自感周身酸困不舒，无汗，头痛，恶寒怕风，咳嗽痰少；下午病情加重，没进晚餐，于一门诊部小青龙汤1剂，服药后覆被休息。2h许，全身出汗，午夜后病情减轻。后两日另服此方2剂，服后周身汗出入水，怕风感觉明显。此后，患者逢起居不慎，便出现喷嚏、鼻流清涕、恶风、周身不适等症。曾多方求治，服玉屏风散、桂枝汤、九味羌活汤、力克舒等，当时虽有所缓解，但未能根除。余应邀就诊，患者自述：每遇早晨、午休起床不慎，或因稍有急走自感周身烘热后，即会出现喷嚏，鼻流清涕，且经常全身酸楚不舒，肢体欠温，口淡无味，食欲不振，大便稀溏。视其面色萎黄，咳痰量多、色白、质稀，舌质淡、苔白，脉细弱。经诊断，证属汗出不适，中阳受损，肺卫虚弱所致。故方用加味理中汤3剂，服药后咳嗽痰量减少，口和有味，食欲增加。3月20

日二诊守原方再进6剂，服后喷嚏、流涕、周身酸楚等症状消失。3月28日三诊守原方加炙黄芪、山药、砂仁，用药2剂，嘱其将药研成细末，3次/天，饭后吞服，以巩固疗效。半年后随访病人，病情痊愈。

按：本病案中，患者因服用小青龙汤后汗出无度，中阳受损，阴虚不能卫外而固密，脾肺两脏阳气虚弱所致。盖脾为气血生化之源，肺主一身之气，但肺所需之气有赖脾化生水谷精微的充养；脾所化生的水谷精微又必赖肺气的宣发作用，才能敷布全身。正如《医碥》所说："饮食入胃，脾为运行其精英之气，虽曰周布诸脏，实先上输于肺，肺先受其益。"当脾气虚损，化生不继，则肺不能"受脾之益"而气虚；肺气久虚，影响脾阳失运，而致脾气亦虚。无论脾虚及肺或肺虚及脾，其结局都是脾肺气虚。所以本病案在治疗上，不能单一从脾，或单一从肺，应从脾肺两脏入手，重在扶脾，因"脾有生肺之力"，脾气旺则肺受养矣。故方用加味理中汤扶阳生金，脾肺同治。

加味理中汤出自宋·继洪《澹寮集验秘方》。方由人参、干姜、白术、炙甘草、陈皮、半夏、茯苓、五味子、生姜、大枣组成。功能温运脾肺，化痰止咳。方中人参甘温"振动中气"，气旺而阳亦复；白术味甘性温，既可助人参补益脾胃，又可苦温燥湿而温运中州，为投脾之所喜；干姜、细辛大辛大热，温阳散寒以复脾肺之阳而化饮；半夏辛温燥湿化痰；陈皮理气可使气顺痰消；五味子酸敛肺气，与半夏、干姜、细辛相伍，散中有收以防温燥发散伤津耗气；茯苓甘淡健脾渗湿，使湿去脾旺，痰无由生；生姜降逆化饮，既能制半夏之毒，又能助半夏、陈皮行气消痰；炙甘草、大枣调和药性而兼补脾肺。全方诸药合用，具有开中有合，宣中有降，标本兼顾之性，实为脾肺同治之良剂。笔者运用此方，不仅治疗脾肺阳虚之咳证取得满意疗效，还可运用于痰饮胸痹、虚寒呕吐、病后吐涎等病证。由此可见，治病之道，贵在认证，药虽不变而法随证异，扩大治疗范围，均能奏效，确为中医辨证论治的实质。

三、唾液减少症

唾液减少症，临床以口干为主要症状，指自觉口中干燥少津但不欲饮水之症。

由于唾液分泌减少，患者感到口腔干燥，有异物感、烧灼感，在咀嚼食物，特别是较干燥的食物时，不能形成食团而影响吞咽。唾液分泌量少，对牙齿和口腔黏膜的冲刷作用也小，使口腔自洁作用变差。因而，患者的患龋率较高。多数口干症患者的味觉也受到影响，不能有效地刺激食欲，而且会影响整个消化系统的功能。口干是口腔内唾液缺乏所引起的一种症状，唾液的产生和分泌受全身、局部、外界和自身各因素的影响。对于老年人来说，任何一个环节受到影响，均会引起唾液量的减少，从而产生口干症状，唾液分泌的减少，又继发产生一系列的相应症状。

中医学早有关于该病的记载。《景岳全书·传忠录》谓其内无邪火，所以不欲汤水，真阴内亏，所以口无津液。口干多因阴虚津少，或气虚阳弱，津液不承所致。病因与肾脾肺关系密切。肾主水，脾主运化水湿，肺为水之上源。生理情况下，土能生金，金能生水，以维持人体正常的津液代谢。若中阳虚而不运，金水不能相生，易致水液不能上承，导致口干、唾液减少；阳虚不达，卫外不固则畏寒肢冷。治以理中汤振奋中阳、化气升津。中医认为口干多由肝肾阴虚、津不上承引起，或由热盛津伤、煎灼津液所致。多以滋养肝肾、益气润燥、清热生津的方法治疗口干症，且有较好的疗效。

【病案举例】

刘桂枝[94]运用理中汤加味治疗唾液减少症，效果明显。

向某，女，46岁，1998年6月8日初诊。有胃病史3年。近4个月来，口咽干燥，以养阴润燥之剂及调节自主神经类药物治疗，效果不著。诊见：面色㿠白，口干咽燥，唾液减少，干硬食物吞咽难下，纳少腹胀，畏寒肢冷，时有自汗，便溏而少。舌淡红，苔少而干，脉沉细弱。证属中阳不振，运化失常，津液难以上承。治以补虚温中、升举清阳。方以理中汤加味：人参（炖）9g，炒白术、炙甘草、淮山药各15g，黄芪30g，干姜、麦冬、枸杞子各10g，升麻、柴

胡各3g，水煎服，连服6剂，精神转佳，口干减轻。原方加炒谷芽、麦芽各15g。继服10剂，唾液增多，诸症好转。守原方再进8剂告愈。随访2年未再复发。

按：方中重用干姜、炙甘草温补中阳，可使脾阳恢复，肺主治节，津液得布，唾液自生；人参、炙黄芪、炒白术、淮山药补气健脾，以助生化有源，乃“虚则补其母，损者益其气”之理也；枸杞子补肾；麦冬生津；升麻、柴胡升举清阳。诸药合用，共奏温中化气、升津止渴之效。由于药中病机，故诸症息平。

四、多涎症

多涎症是因寒邪侵犯脾胃而引起口流大量唾涎为特征的一种急性病，故又名胃冷吐涎。本病多因外感风寒，或久淋阴雨，久宿霜露，寒湿侵入肌肤，伤及脾胃，以致运化失常，津液寒凝而上逆，由口大量吐出，此外，如空肠过饮冷水，寒邪客于脾胃，亦可导致本病。

药物性多涎症是由于患者长期大剂量服用氯氮平，损伤脾胃之阳致脾胃虚寒，运化失司，失于通降，反上溢于口致涎沫过多的病证。

多涎一词，出《太平圣惠方》卷八十九。多由脾热上蒸或脾胃虚寒，升降失常，运化无力所致。若涎多黏稠而臭，为脾热，治宜清脾泻热，用泻黄散；若涎多清稀，为虚寒，治宜温中健脾，用理中汤加减。《普济方》卷三百六十二：“脾之液为涎，脾气冷不能收制其津液，故流出溃于颐上。”治宜温中健脾，用益黄散、理中丸。

【临床应用】

张中发[95]等对应用氯氮平的患者所致的流涎，分别以多塞平（多虑平）和理中汤加味治疗作对照研究，结果如下，方法：两组分别服用理中汤和多塞平，理中汤组取理中汤加味，党参15g，白术10g，干姜10g，吴茱萸6g，苍术10g，炙甘草6g。日1剂水煎取500ml，分两次服，多塞平组由50mg/d加至100mg/d，疗程2周。结果与讨论：两组起效时间分析，理中汤组第6天开始起效，而多虑平组第4天就开始起效。疗后1周理中汤组有效率（6.7%），明显低于多塞平组（46.7%），两组有极显著差异（$X^2 = 12.72$，$P < 0.001$），而在治疗结束时，理中汤组（74.2%）和多塞平组

(71.0%) 的有效率相当 ($P > 0.05$)。两组不良反应反应量表 (TESS) 评定分析，理中汤组无不良反应，多塞平组出现头晕 2 例，口干 2 例，便秘 2 例，有显著差异 ($P < 0.01$)。理中汤温中祛寒、补气健脾，治中焦虚寒。氯氮平所致的流涎，与中医理论“苦寒伤胃”相似，患者长期大剂量服用氯氮平，损伤脾胃之阳致脾胃虚寒，运化失司，失于通降，反上溢于口致涎沫过多，理中汤通过健脾和胃散精而止流涎，多虑平通过阻断乙酰胆碱受体而减少流涎，二者作用机制不同。理中汤后期疗效明显，且无不良作用，值得临床推广应用。

【病案举例】

患者，女，23 岁，教师，1998 年 1 月 24 日初诊，患急性胃肠炎后喜唾涎沫。患者于 1 年前因饮食不洁引起吐泻，经治吐泻虽止，但以后饮食稍有偏凉或滑肠作用即便烂次数增多且伴呕恶、反胃、嗳气，喜唾涎沫。本次因节日加菜多食后，又有呕吐腹泻发作，经中西治疗泻吐止，惟感疲乏头晕纳差，口中唾涎较多，舌淡苔白，脉沉迟缓弱，此属病后脾胃虚寒，本来投以理中汤加味即可，但患者煎药不便，故改成附子理中丸 130g (江苏产)，早晚各服 9g，服药 2d 即觉唾液明显减少，胃口好转，但口干喜饮，嘱其继续用药或可改用淡盐水送服。5d 后，症状消除[96]。

按：患者 1 年前因饮食不慎，脾胃损伤后，一直未得到有效恢复，以致节日多食各种菜肴后，进一步损伤脾阳而致吐泻又作。经治后吐泻虽止，但中焦虚寒仍未完全恢复，出现乏力，纳差，喜热饮，畏寒，口中唾液较多，频频唾涎沫，舌淡苔白，脉沉迟缓弱，此乃脾胃虚寒，水谷精微不能正常运化，反为涎液所致。故治仿仲景法，理中丸加附子、炮姜，其肾阳有温煦脾阳之意，以冀恢复阳气。

参考文献

[1] 彭波，马丽君，张曼清．附子理中丸治疗心衰腹胀探析及护理对策．沈阳医学，2003，23 (3)：141

[2] 曹可仁．理中汤临床新用举隅．湖南中医杂志，2001，17 (4)：47

[3] 赵秀菊. 附子理中丸治疗顽咳的体会. 河北中医, 2005, 27 (4): 279
[4] 张伯臾, 董建华. 中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1985
[5] 何树槐. 针灸学. 北京: 中医古籍出版社, 1986
[6] 杨凤仙, 黄振炎. 理中丸治疗慢性咳嗽86例. 福建中医药, 2004, 35 (4): 31
[7] 李真, 刘明, 庞国明. 呼吸病诊疗全书. 北京: 中国医药科技出版社, 1999
[8] 汪恒华, 常彪, 王保平, 等. 黄芪党参甘草等中药降低气道反应性的研究. 中华结核和呼吸杂志, 1998, 21 (5): 287
[9] 张文康. 中西医结合医学. 北京: 中国中医药出版社. 2000
[10] 贺千里. 曾辅民运用理中汤经验撷菁. 辽宁中医学院学报, 2006, 8 (2): 26
[11] 唐农. 谈谈理中汤治疗肺咳. 广西中医药, 2001, 24 (4): 77
[12] 温桂荣, 邱明义. 理中汤加减治疗疑难杂症. 河南中医, 2002, 22 (6)
[13] 刘桂枝. 理中汤临床应用举隅. 湖北中医杂志, 2004, 26 (3): 40
[14] 叶晓光. 附子理中汤治验举隅. 北京中医, 2006, 25 (6): 373
[15] 赵琳. 从理中汤对血证的治疗谈脾统血的机制. 广西中医药, 2000, 23 (4): 51
[16] 唐江山. 加味桃花汤治脾胃虚寒型上消化道出血32例. 福建中医药, 1994, 26 (5): 22
[17] 胡丹霞. 理中汤运用举隅. 山西中医, 1998, 14 (1): 38
[18] 罗伟根, 景吉苗. 附子理中汤治疗血证之我见. 浙江中医杂志, 1998, 33 (12): 557
[19] 王永来. 附子理中汤加味疗效举隅. 安徽中医临床杂志, 2000, 12 (4): 331
[20] 吕明怡. 《伤寒论》治疗血证方剂的运用. 辽宁中医杂志, 2004, 31 (12): 984
[21] 江希昭, 顾同进. 抗生素相关性腹泻的诊断和治疗进展. 中国新药与临床杂志, 2000, 19 (6): 487~489
[22] 稽克刚, 王增祥, 刘福华. 附子理中丸治疗抗生素相关性腹泻验案. 广西中医药, 2006, 29 (1): 41
[23] 邱志济, 朱建平, 马璇卿. 朱良春治疗顽固便秘的廉验特色选析. 辽宁中医杂志. 2003, 30 (11): 867
[24] 范同心, 范颖颖. 理中丸治验举隅, 山西中医, 2004, 20 (4): 30
[25] 邓光远. 古方今用医案四则. 陕西中医, 1992, 13 (3): 128

[26] 马立森，石艳芬，张万民．中西医结合治疗急、慢性食管炎200例．河南中医，2006，26（10）：67～68
[27] 阎慧．胃脘痛治验举隅．吉林中医药，2007，27（10）：49
[28] 林琴．理中汤加减治疗胃脘痛161例．福建中医药，2004，35（3）：31
[29] 刘晓华．加味理中汤治疗胃脘痛58例．光明中医，2006，21（3）：29
[30] 邵利平，马英．加味理中汤治疗胃脘痛107例观察．实用中医药杂志，2003，19（9）：456
[31] 吴瑞春．理中汤验案3则．山西中医，2005，21（1）：42
[32] 郎毓珑，张瑞霞，张振中．加味理中汤治疗脾阳虚型胃脘痛30例临床观察．陕西中医，1984，5（1）：13
[33] 赵联社，胡锡琴，董金凤．理中丸加味冲剂治疗浅表性胃炎60例临床观察．陕西中医学院学报，2001，（2）：18
[34] 陈斌，梁锦芬，万晓曼．附桂理中汤治疗慢性腹泻38例．中国中西医结合消化杂志，2006，14（4）：277
[35] 周仁义．温补脾肾治疗中老年性腹泻108例．中医药学刊，2004，22（8）：1521
[36] 史广胜，史曦．脾胃病治疗举隅．中国临床医药研究杂志，2003（96）：9683
[37] 许萍，宁丹．附子理中汤治泻偶得．辽宁中医杂志，2006，33（3）：366
[38] 常晓波，闫泽君，尹新燕．附子理中丸治疗寒湿带下症及寒湿型泄泻症3例．中国医师杂志，2004：217
[39] 梁启东．加减附桂理中汤治疗慢性泄泻21例．广西中医药，1984，（1）：53
[40] 武秀成．连理汤治疗慢性痢疾12例．山东中医杂志，1983，（2）：21
[41] 周霭祥．连理汤对14例慢性肠炎的治疗观察．中医杂志，1963，（2）：7
[42] 陈宝田．经方的临床应用．广东：广东科技出版社，1985
[43] 袁新霞，刘国旺．附子理中汤加味治疗溃疡性结肠炎78例．国医论坛，1994，9（1）：14
[44] 李忠．理中丸临床新用举隅．河南中医，1983，（1）：39
[45] 章凌方．理中汤治疗变态反应性胃肠炎举隅．实用中医药杂志，2005，12，（21）：754
[46] 罗清娇．附桂理中汤加味治疗顽固性十二指肠溃疡40例．广西中医药，2002，25（1）：29
[47] 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
[48] 孔昭遐．白及治疗胃肠道疾病有良效．中医杂志，1997，38（8）：454
[49] 赵习德，孔祥梅，李卫河：白及为膏治疗上消化道溃疡．中医杂志，1997，38（8）：456
[50] 潘振彬．白及治疗慢性胃炎、溃疡病和手足皲裂．中医杂志，1997，38（8）：454
[51] 张武安，师芳琴．中西医结合治疗胃及十二指肠溃疡180例．中国民间疗法，2004，12（7）：4
[52] 陈宜伦．小建中汤合理中汤治疗消化道溃疡50例．福建中医药，2003，34（6）：50
[53] 秦玖刚．理中丸治疗慢性萎缩性胃炎35例．时珍国医国药，2002，13（3）：153
[54] 李光平．自拟“黑蜂归芍理中汤”治疗慢性胃炎60例临床观察．中国民族民间医药杂志，2001（51）：223
[55] 赵珩，张建功．附子理中丸合针灸治疗慢性胃炎75例分析．中国误诊学杂志，2007，7（23）：5666
[56] 杨雪峰．健脾理中汤治疗功能性消化不良120例．实用中医内科杂志，2007，21（5）：44
[57] 史通方．理中汤加减治疗功能性消化不良38例临床观察．山西中医学院学报，2006，7（6）
58] 高学清，雷福云．理中汤合四逆散加减治疗功能性消化不良临床观察．四川中医，2006，24（2）：52
[59] 林瑛瑛．慢性结肠炎治验举隅．山西中医，2005，21（3）：21
[60] 刘桂枝．理中汤临床应用举隅．湖北中医杂志，2004，26（3）：40
[61] 何志屏，罗云娥，彭志春．四神丸合附桂理中汤治疗慢性结肠炎30例观察．实用中医药杂志，2006，22（5）：272
[62] 李愈飞．李瑞吉教授治疗慢性结肠炎经验．广西中医学院学报，2003，6（4）：57
[63] 陈万秋，陈春敏．苦参连理汤对28例慢性肠炎的治疗观察．光明中医，2007，22（3）：87
[64] 邹奕洁，夏桂成，谈勇．夏桂成运用理中汤治疗上热下寒证撷萃．中医文献杂志，2003（4）：40
[65] 唐剑武，徐秀兰．健脾理中汤治疗溃疡性结肠炎48例．中国全科医学，2001，4（2）：135

[66] 贺立成. 健脾理中汤治疗溃疡性结肠炎48例. 湖南中医药导报, 2002, 8 (9): 538
[67] 石小智. 加味四神理中丸治疗溃疡性结肠炎60例疗效观察. 黑龙江中医药, 2006, (1): 24
[68] 张子尧. 经方治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎30例. 中医中药, 2007, 4 (26)
[69] 李大双, 路岩霞, 李小双. 六君理中汤治疗慢性溃疡性结肠炎46例. 中国民间疗法, 2004, 12 (10): 45
[70] 王万群. 经方治疗溃疡性结肠炎36例. 吉林中医药, 2001, (5): 25
[71] 庄儒森. 理中汤加味配合生姜贴内关穴治疗顽固性呃逆23例. 中医研究, 2004, 17 (1): 38
[72] 党兰玉. 理中汤加减治验4则. 国医论坛, 2005, 20 (3): 8
[73] 吴苏柳. 旋覆代赭汤合理中汤治疗胃癌术后顽固性呃逆27例. 福建中医药, 2007, 38 (3): 35
[74] 李景鹤. 滋阴通下理中汤治疗胆石症30例. 上海中医药杂志, 2007, 41 (7): 29
[75] 罗珠林. 运用温中法成功抢救上消化道大出血1例. 中国中西医结合消化杂志, 2006, 14 (3): 170
[76] 张祥福. 附子理中汤治疗急危重症. 湖南中医杂志, 1987, (5): 32
[77] 沈敏南. 理中汤的临床运用. 云南中医学院学报, 1981, (4): 22
[78] 胡谷塘. 经方治验四则. 江苏中医杂志, 1986, (12): 15
[79] 溥仁杰, 等. 理中丸治验一例. 江苏中医, 1966, (2): 7
[80] 潘明提. 理中丸加味治疗虚寒型秋季腹泻36例. 时珍国医国药, 2006, 17 (9): 1771
[81] 谭成邦, 谭忠乐. 理中汤临证新用举隅. 湖南中医杂志, 2005, 21 (3): 102
[82] 张士金, 彭邦杰, 王金让. 针药配合治疗胃下垂46例. 河南中医, 2005, 25 (3): 64
[83] 郭士华, 李登峰. 经方治验3则. 国医论坛, 2007, 22 (3): 9
[84] 贺千里, 冯欣, 曾辅民. 曾辅民运用理中汤经验撷菁. 辽宁中医学院学报, 2006, 8 (2): 26
[85] 邹奕洁, 夏桂成, 谈勇. 夏桂成运用理中汤治疗上热下寒证撷萃. 中医文献杂志, 2003 (4): 40
[86] 吴瑞春. 理中汤验案3则. 山西中医, 2005, 21 (1): 42

[87] 贝时英，张迪蛟，张子久．著名老中医范文虎治疗痢疾的经验．上海中医药杂志，1983，(7)：7
[88] 梁岩，路晋红．“炎症”不可概以为“热证”．山东中医杂志，2006，25(1)：66
[89] 苏巧珍，连新福．桂附理中汤治愈发作性睡病1例．中医研究，2007，20(5)：47
[90] 李方．理中汤临证运用浅识．实用中医内科杂志，2006，20(4)
[91] 罗陆一．理中汤治疗不明原因长期高热举隅．中医药学刊，2006，24(9)：1602
[92] 党兰玉．理中汤加减治验4则．国医论坛，2005，20(3)：8
[93] 谭庆刚．加味理中汤治疗过汗伤阳1例．湖北民族学院学报·医学版，2005，22(4)：63
[94] 刘桂枝．理中汤临床应用举隅．湖北中医杂志，2004，26(3)：40
[95] 张中发．理中汤治疗药物多涎症30例．光明中医，2003，18(108)
[96] 章岳泉．理中汤应用举隅．浙江中医学院学报，2005，29(1)：32

第二章

外科病证

一、胆道术后“T”管引流胆汁过多

胆汁由肝脏及胆管持续生成。胆汁是机体的一种极重要的体液，每日的生理分泌量约800～1000ml，也即每小时约30～40ml的生成量。

胆汁不仅参与脂质和脂溶性维生素的消化吸收，而且还是体内许多代谢产物的内外源性有害物资的排泄途径。通常肝胆汁色浅、稀薄、偏碱；胆囊胆汁色深、黏稠、相对偏酸。胆汁的主要成分为水，其主要溶质除了与血浆成分相似的电解质、蛋白质外，还有大量经肝脏生物转化等处理后的经胆排泄物，其中有些是被扬弃的代谢尾产物或有害物质。胆汁成分甚为复杂，临床上受到重视的溶质有胆汁酸盐、胆色素、胆固醇、磷脂、脂肪酸以及胆汁中的各种电解质和酶（如碱性磷酸酶、亮氨酸氨基转肽酶、乳酸脱氢酶、谷氨酰转肽酶等）。

胆汁的流动取决于胆汁分泌率、胆囊和胆道括约肌以及十二指肠第二段的舒缩状态，其流向依存于管腔各处的压力梯度，其流速则与驱动压成正比，与阻力成反比。胆汁的分泌率

受生活习性及肝脏功能状态影响，依不同的种属而异，如食草动物一般高于杂食动物。胆囊可将肝胆汁浓缩5～10倍，浓缩时，90%的水及部分电解质被重吸收。以上任何一个环节出现异常，都会导致胆汁分泌异常。

【临床应用】

刁本恕等[1]报道患者因胆石症而手术，取出结石，并行“T”形管引流，术后给予抗生素抗感染，而胆汁引流量逐渐增多，最多时每小时5000～6000ml。症见面色青黄，神疲乏力，四肢厥冷。证属中焦阳虚，运化失司。治用理中汤加砂仁10g。服药2剂后，胆汁分泌减少至24h 500ml左右，精神食欲明显好转。后予香砂六君子丸善后，痊愈。

按：预防胆汁分泌过多应注意饮食调节，膳食要多样，此外，生冷、油腻、高蛋白、刺激性食物及烈酒等易助湿生热，使胆汁瘀积，也应该少食。富含维生素A和维生素C的蔬菜和水果、鱼类及海产类食物则有助于清胆利湿、溶解结石，应该多吃。此外生活要有规律，注意劳逸结合，经常参加体育活动、按时吃早餐、避免发胖、减少妊娠次数等也是非常重要的预防措施。每晚喝一杯牛奶或早餐进食一个煎鸡蛋，可以使胆囊定时收缩，排空，减少胆汁在胆囊中的停留时间。中药在治疗该病时有一定的优势，只要仔细辨证，分清证型，适当加减，定能药到病除。

二、胃癌手术后口疮

口腔溃疡俗称“口疮”，是发生在口腔黏膜上的表浅性溃疡，大小可从米粒至黄豆大小，成圆形或卵圆形，溃疡面为凹、周围充血，可因刺激性食物引发疼痛，一般一至两个星期可以自愈。

口疮是较为常见的口腔黏膜溃疡病，很容易复发，发病者以成年人为多。溃疡易发的部位，通常在嘴唇内侧、舌的边缘以及口底和颊部的黏膜。症状多半是突然发作，先出现圆形或椭圆形的溃疡，有火灼样的疼痛。每当唇部或舌头运动时就能发生疼痛，特别是在吃饭、说话时更痛。唾液的分泌量有时也会增多，病人常显得很痛苦。口疮常为1～2个孤立的溃疡，但严重的时候也可能出现很多。

引起口疮的原因目前还没有肯定，可能和以下一些情况有关：①消化不良；②在口腔里受到擦伤（如刷牙）、咬伤及有尖锐的牙尖和边缘的刺激；③内分泌的紊乱，例如妇女在月经期常有复发的情形；④食物或药物的过敏；⑤特殊的细菌因素等等。除了以上几种情况外，还可能和患者的精神因素及免疫状况有关。口疮的治疗在目前尚缺少根治的办法，往往经过多种治疗后，仍然可能复发，但多数病员可以得到症状改善，减轻痛苦。轻度的口疮一般经过1个星期就会痊愈。目前临床上治疗的方法很多，不外乎全身和局部处理。只要是对症下药，消除可能发病的因素，仍可以取得满意的疗效。

中医学认为本病的发病机制在于：盖土温则火敛，人多不能知此，所以然者，胃虚食少，肾水之气逆而乘之，则为寒中，脾胃虚衰之火被迫上炎，作为口疮。其发病指征：饮食少思，大便不实，或手足逆冷，肚腹作痛是也。丹溪曰：口疮服凉药不愈者，此中焦气不足，虚火上泛无制，用理中汤，甚者加附子，或噙官桂亦可。

【临床应用】

龚智[2]报道患者于胃癌手术后6d发生口疮，逐渐加重，累及上下口唇，唇漫肿不红，皮裂肉露，溃脓清稀，疼痛难忍，证属脾阳不振，运化失司，寒湿阴霾之邪上溢。治以附子理中汤加味：附子15g（先煎），党参18g，白术15g，干姜20g，炙甘草6g，藿香12g，广砂仁6g。煎服2剂后，精神好转，唇肿大消，溃脓减少，已经能进食，原方再服2剂，口疮已经痊愈，饮食大增，予参苓白术散善后。

按：胃癌术后，中气大伤，中阳不足，无力运化水湿，寒湿阴霾之邪上溢。脾开窍于口，故发为口疮。治以顾护脾胃，温扶脾阳。方选附子理中汤加味，药证相合，正所谓药到病除。然而，患了口疮除了服用中药汤剂外，还可含服梅花点舌丹及六神丸，它们均具有清热解毒，消炎止痛，治疗疮肿、痈肿的功效。梅花点舌丹会比较麻，应忍着点，尽量保持较长时间的含服，才会有效果。但是，由于这两种药物毒性较大，所以在外用时最多用1～2d，口疮好了立即停药，以免对健康不利。怀孕的妇女最好别用，外用也不宜。不管用以上的哪种方法治疗口疮，如果效果不好，应立即去正规医院，请口腔医生诊治。

三、骨折

骨折是指外伤或疾病所致之骨部分或完全折断者，见《外台秘要》卷二十九，又名折骨、折伤、伤折、折疡。多因外力、肌肉拉力或骨病所造成。骨折通常可分为截断、碎断或斜断。患处可有瘀血、肿痛、错位、畸形、骨声、轴心叩击痛、异常活动及功能障碍等种种表现。如因骨本身患结核、骨髓炎及骨瘤等病变，每遇轻度外力碰撞而发生骨折的称病理性骨折。治宜根据伤情不同分别采用手法整复，或切开复位、夹缚固定等。内服药物治疗宜用活血化瘀，消肿止痛，可服七厘散、复元活血汤、云南白药等；外敷可选栀乳散。若肿消痛减后，治宜接骨续筋，内服正骨紫金丹、接骨丸、跌打丸等。

骨折系指由于外伤或病理等原因致使骨质部分地或完全地断裂的一种疾病。中医学对骨折早有认识，如甲骨文已有“疾骨”、“疾胫”等病名。其主要临床表现为：骨折部有局限性疼痛和压痛，局部肿胀和出现瘀斑，肢体功能部分或完全丧失，完全性骨质尚可出现肢体畸形及异常活动。

按照骨折三期辨证法，骨折初期一般在伤后3d左右，若筋骨损伤，则气滞血瘀，阻塞经络，不通则痛，或阻塞络道，离经之血，瘀滞于肌肤，产生肿胀，严重者出现骨筋膜室综合征。清代陈士铎说：“内治之法，必须以活血化瘀为先，血不活则瘀不能去，瘀不去则骨不能接。”说明古人对于损伤的内治，很重视活血化瘀。伤血必及气，因此活血需与理气兼顾。骨折后肿痛，西医临床上除给予适当制动固定外，一般以抬高患肢、止血、止痛、甘露醇等治疗，但疗效一般。

【临床应用】

陈少冬[3]报道患者3个月前右桡骨骨折，经过治疗，骨折虽愈合，但掌背肿胀不消，色晦暗，甲暗淡，证属中阳不足，不能鼓舞气血运行，而致瘀肿不消。予附子理中丸加黄芪、桂枝、田七。水煎服，每日1剂。服用2剂后，右掌背肿胀稍消，肤色略润。守原方再服3剂，肿胀消除，关节活动功能恢复。疗效甚佳。

按：中药内治促进肿痛消退、骨折愈合是中医治疗骨伤疾病的特色和优势，过去早期常以活血化瘀为主，只到后期才使用健脾养胃药物。但由于骨折患者运动受限，气血壅滞；有时须卧床，久卧伤气；因担心残疾而思忧过度，思则伤脾等，易使人体气血运行不畅，胃肠蠕动减慢，脾胃功能减弱，危及脾胃运化。外伤骨折的导致脉络受损，瘀血内留，活血逐瘀峻猛之剂用之不当易损及脾气而致脾胃失运；脾胃主运化水谷，为气血生化之源，主四肢百骸，为后天之本，是气机升降之枢纽，从而维持气、血、精、液的相互转化。如果脾虚不运，后天失调，气化失司，枢机不利，血不化精，则精微不足以灌溉，血虚不能营养，气虚不能充达，而致四肢疲惫，肌肉消瘦，骨骼痿弱，筋骨损伤，修复缓慢。陈氏应用附子理中丸加黄芪、桂枝、田七，诸药合用，中阳得补，则脾健气旺，血行络通，肿痛自消，临床收到良好效果，同时也促进了骨折愈合。

四、腰椎骨质增生

骨质增生症是一种多发病、常见病，又称为增生性骨关节炎、骨性关节炎、退变性关节病、老年性关节炎、肥大性关节炎，是由于构成关节的软骨、椎间盘、韧带等软组织变性、退化，关节边缘形成骨刺，滑膜肥厚等变化，而出现骨破坏；引起继发性的骨质增生，导致关节变形，当受到异常载荷时，引起关节疼痛，活动受限等症状的一种疾病。骨质增生大多数发生在颈椎和腰椎，手指和膝关节处亦可发生，但比较少见。分原发性和继发性两种。骨质增生症属中医的“痹证”范畴，亦称“骨痹”。中医认为本病与外伤、劳损、瘀血阻络、感受风寒湿邪、痰湿内阻、肝肾亏虚等有关。

本病多发生于45岁以上的中年人或老年人，男性多于女性，常用腰部活动的重体力劳动者及运动员易患此病，最常见于膝、髋、腰椎、颈椎、肘等关节。病因主要有：① 原发性骨关节病是由于年龄增长、长期劳累，导致骨关节退行性改变、韧带松弛，肌肉力量下降，关节的稳定性受到影响，关节的周围形成骨刺，从而引起关节炎。② 继发性骨关节病多因关节创伤、发育畸形等导致关节面不平、受力不均而引起本病。

病变发展及分类：腰骨质增生在时间上可分为3个阶段。第一阶段为隐蔽阶段，实际已经出现了增生部位，增生的厚度或长度仅在1～2mm左右。此时对人的活动尚不构成影响，且无自我感觉，或稍有感觉也不体现为明显的症状。所以，在隐蔽期一般不能引起人们的注意。这一阶段大约持续1～2年的时间。第二阶段为明显阶段，骨质增生的长度超过5mm以上，对人体活动有明显的影响。左边椎间盘增生时，人体向左倾斜和弯曲，左边的肢体即引发酸、痛、麻感。反之亦如此。有的人处于正常体位时也会产生一些症状，这说明某处神经长期受压迫。此阶段如果没有得到根本的治疗，则可能长期痛苦，以致影响正常的生活活动。这一阶段可延续多年，而进入第三阶段。第三阶段为瘫痪或运动障碍阶段，一般骨质增生部位多、增生长度超过10mm以上，多年得不到很好的治疗，导致瘫痪或行走困难。这种情况在临床上比较少见。

腰椎骨质增生的临床表现：好发部位，以腰三、腰四最为常见。临床上常出现腰椎及腰部软组织酸痛、胀痛、僵硬与疲乏感，甚至弯腰受限。如邻近的神经根受压，可引起相应的症状，出现局部疼痛、发僵、后根神经痛、麻木等。如压迫坐骨神经可引起坐骨神经炎，出现患肢剧烈麻痛、灼痛、抽痛、串痛，向整个下肢放射。

中医学认为，本病属于“腰痛”的范畴。腰为肾之府，乃肾之精气所溉之域。肾与膀胱相表里，足太阳经过之。此外，任、督、冲、带诸脉，亦布其间，故内伤则多由于肾虚。肾亏体虚，先天禀赋不足，加之劳累太过，或久病体虚，或年老体衰，或房室不节，以致肾精亏损，无以濡养筋脉而发生腰痛。张景岳在《景岳全书》中强调肾虚腰痛的多发性，认为：“腰痛之虚证十居八九，但察其既无表邪，又无湿热，而或以年衰，或以劳苦，或以酒色所伤，或七情忧郁所致者，则悉属真阴虚证。”

【临床应用】

陈少冬[3]用附子理中丸加味治疗该病，疗效明显。患者腰腿痛数年不愈，今疼痛又作，卧床不起，入夜益痛，面色晦暗，畏寒喜暖，体检：直腿抬高试验30°（+），腰椎棘突两旁压痛明显，两下肢后外侧均有压痛。证属中阳不足，筋脉不利。药用附子理中丸加蕲

蛇、牛膝、鸡血藤。每日1剂，水煎服。服药5剂后，腰腿痛顿减，能下床活动，后继守原方，并将附子、白术分别渐次加至25g、40g，服药约1月，病症若失，起居活动如常。随访至今，未见复发。

按：骨质增生又称骨刺。以前人们一直把“骨刺”当作是风湿骨痛的症状，从而忽略了骨质增生，治疗效果也不理想。而随着现代医学技术的不断提高，人们通过X线摄片便能清晰地辨认骨质增生的部位和增生的程度。如今，通过走中西医结合的道路，中医对“骨刺”的认识也有了一个飞跃。

临床证明，长期服用中药（如附子理中丸、桃红四物汤、六味地黄丸等）治疗骨质增生的效果是比较显著的。不过，为了提高中药的疗效，在治疗时还应根据疾病的阶段和患者的体质认真辨证才行。中医认为，骨质增生的早期多为瘀邪交结、凝而不散，治疗应化瘀祛邪、舒筋通络。巩固疗效可服六味地黄丸，每日2次，每次10g，连服3个月。如果病人已是骨质增生的后期，则多系肝肾不足、虚中夹实。不足者有阴虚、阳虚之分，夹实者有瘀结、湿热之别，病情比较复杂。阴虚者表现为口燥便坚，形瘦眩晕；阳虚者肢体畏寒，小便清长，阳痿滑泄；湿热者多有关节肿胀，关节内有积液，按之波动，屈伸不利。治疗以补肾软坚为主。值得一提的是，在治疗骨质增生时，有许多中医师都喜欢使用马钱子或马钱子制剂。临床证明，马钱子及其制剂对骨质增生的确有很好的疗效。但是，马钱子辛热有毒，服后有头晕和周身热感，应严格掌握其用量和禁忌。患者不可急于求成而擅自使用。

五、术后粘连性肠梗阻

粘连性肠梗阻是腹部手术、炎症、创伤后所形成的广泛性肠粘连，粘连带引起的肠管急性梗阻是肠梗阻中最常见的一种类型。

大多数患者有腹部手术、炎症、创伤或结核病史，发作前有暴饮暴食或剧烈运动诱因；以往常有腹痛或曾有因肠粘连就诊病史。少数为腹内先天性索带者多见于儿童。症状主要有阵发性腹绞痛与反复呕吐，吐物为黄绿色液体，甚至为粪汁样，摸到肠型及听到高亢肠鸣音。治疗粘连性肠梗阻重要的是要区别是单纯性还是绞窄性，是完全

性还是不完全性。粘连性肠梗阻如经非手术治疗不见好转甚至病情加重，或怀疑为绞窄性肠梗阻，特别是闭袢性梗阻，手术须及早进行，以免发生肠坏死。对反复频繁发作的粘连性肠梗阻也应考虑手术治疗。粘连性肠梗阻是肠粘连或腹腔内粘连带压迫所致的肠梗阻，较常见，占各类梗阻的19%～20%。

肠粘连和腹腔内粘连带形成可分先天性和后天性两种。先天性者较少见，可因发育异常或胎粪性腹膜炎所致；后天性者多见，常由于腹腔内手术、炎症、创伤、出血、异物等引起。临床上以手术后所致的粘连性肠梗阻为最多。常见有两大类：①广泛性粘连、包括片状粘连；②索带状粘连，粘连最常见的部位是小肠、容易发生在阑尾切除手术后（尤其是阑尾穿孔腹腔引流术后）或盆腔手术后。

急性粘连性肠梗阻主要是小肠机械性肠梗阻的表现，病人多有腹腔手术、创伤或感染的病史，以往有慢性肠梗阻症状和多次急性发作者多为广泛粘连引起的梗阻；长期无症状，突然出现急性梗阻症状，腹痛较重，出现腹部局部压痛，甚至腹肌紧张者，即应考虑是粘连带等引起的绞窄性肠梗阻。手术后近期发生的粘连性肠梗阻应与手术后肠麻痹恢复期的肠蠕动功能失调相鉴别，后者多发生在手术后3～4d，当自肛门排气排便后，症状便自行消失。

【病案举例】

范同心[4]以理中汤加减治疗术后粘连性肠梗阻。效果良好。

王某，女，59岁，1999年3月7日初诊。2年前因腹部绞痛，恶心呕吐，腹胀无排气，腹部X线示肠腔内有液平面，确诊为绞窄性肠梗阻而行手术治疗。又因腹痛、呕吐诊为术后粘连性肠梗阻而再度手术，术后月余，再次出现腹痛、腹胀难忍，午后尤甚，不排气，大便秘结，腹中雷鸣，畏寒乏力。舌淡红、苔白滑，脉弱。辨证属中阳衰微，阴寒内盛，升降失常，腑气阻滞。治宜温补中阳，行气通腑。药用：党参、麦芽各15g，干姜、白术、乌药、大腹皮、建曲、赤芍、鸡内金各10g，炙甘草6g，茯苓12g，附子5g。服3剂后，腹胀痛大减，已下干结大便数枚，仍脘闷、纳呆、口淡无味，舌淡红、苔薄白，脉沉细，中焦仍有虚寒，脾阳未复。上方加黄芪15g，继服6剂后诸症消失。

按：本例虽有痛、吐、胀、闭的症状，然舌淡，脉不实，且年近六旬，几经周折，元气已伤，峻猛攻下，伤气耗阴，显然不宜，本例治以理中汤加味，温补中阳，行气散结，使脾胃升降功能正常，气机之枢调顺，腹痛、便结之症可解。

治疗粘连性肠梗阻重要的是要区别是单纯性还是绞窄性，是完全性还是不完全性。因为手术治疗并不能消除粘连，相反地，术后必然还要形成新的粘连，所以对单纯性肠梗阻、不完全性梗阻，特别是广泛性粘连者，一般选用非手术治疗。中药治疗可用复方大承气汤，症状、体征轻者用生植物油或理气宽肠汤，也可配合针刺足三里。如手术后早期发生的粘连性肠梗阻，多为单纯性肠梗阻，而且这种新形成的粘连，日后可部分或全部吸收，非手术治疗效果常较满意。

粘连性肠梗阻如经非手术治疗不见好转甚至病情加重，或怀疑为绞窄性肠梗阻，特别是闭袢性梗阻，手术须及早进行，以免发生肠坏死。对反复频繁发作的粘连性肠梗阻也应考虑手术治疗。

六、术后顽固性腹泻

腹泻是一种常见症状，是指排便次数明显超过平日习惯的频率，粪质稀薄，水分增加，每日排便量超过200g，或含未消化食物或脓血、黏液。

腹泻常伴有排便急迫感、肛门不适、失禁等症状。腹泻分急性和慢性两类。急性腹泻发病急剧，病程在2~3周之内。慢性腹泻指病程在2个月以上或间歇期在2~4周内的复发性腹泻。多见于西医学的急慢性肠炎、胃肠功能紊乱、过敏性肠炎、溃疡性结肠炎、肠结核等。西医学认为腹泻可由多种原因引起，当摄入大量不吸收的高渗溶质，使体液被动进入肠腔时，可导致渗透性腹泻；由于胃肠道水与电解质分泌过多或吸收受抑制而引起分泌性腹泻；当肠黏膜完整性因炎症、溃疡等病变而受到损伤时，造成大量渗出而形成渗出性腹泻（炎症性腹泻）；当胃肠运动关系到腔内水电解质与肠上皮接触的时间缩短时，直接影响到水的吸收，形成胃肠运动功能异常性腹泻。

中医学认为腹泻病变脏腑主要在脾、胃和大小肠。其致病原因有感受外邪、饮食不节、情志所伤及脏腑虚弱等，脾虚、湿盛是导致本

病发生的重要因素，两者互相影响，互为因果。急性泄泻，因饮食不节，进食生冷不洁之物，损伤脾胃，运化失常；或暑湿热邪，客于肠胃，脾受湿困，邪滞交阻，气机不利，肠胃运化及传导功能失常，以致清浊不分，水谷夹杂而下，发生泄泻。慢性泄泻，由脾胃素虚，久病气虚或外邪迁延日久，脾胃受纳、运化失职，水湿内停，清浊不分而下；或情志不调，肝失疏泄，横逆乘脾，运化失常，而成泄泻；或肾阳亏虚，命门火衰，不能温煦脾土，腐熟水谷，而致下泄。

【病案举例】

刁本恕[6]综合疗法治愈食管癌术后顽固性腹泻1例。

黄某，男，76岁，铁路工人。患者因进行性吞咽困难于2003年5月确诊为食管癌并行切除术，术后未行放化疗。患者术后发生腹泻，每天10余次，水样便。予各种西药治疗4个月余仍无效。于2003年11月求治于刁本恕主任医师。初诊时症见：腹泻，水样便，每天10余次，胃肠振水如雷鸣，咯吐大量清水痰涎，极度消瘦，纳食极少，面色萎黄无华，形寒肢冷，胸腹发凉，舌质淡苔黑而润，脉弦细。辨证为脾阳虚弱之痰饮病。治以温脾化饮，涩肠止泻。方用桂附理中丸加味：附子30g，肉桂3g，党参30g，白术10g，干姜3g，甘草3g，炮姜3g，赤石脂30g，2d服1剂；焦山楂30g，白豆蔻10g，泡水；艾灸天枢、水分，与关元、气海、中极交替，1次/天。次日患者即告大便只行1次，腹部微有气过水声，口中痰涎减少；第3天患者有饥饿感，能进食少量流质饮食，大便中有粪质。2诊时患者精神转佳，面色稍见红润，腹泻亦减轻，咯吐少量稀白泡沫痰液，舌淡苔稍黄而润，脉弦细。在原方基础上稍稍加强温脾之力。药用：附子50g，肉桂3g，党参30g，炮姜9g，白术15g，甘草6g，赤石脂30g，红参须30g，白豆蔻10g，泡水；小茴香100g，吴茱萸30g，丁香30g，炮姜3g，外熨腹部；艾灸同前。次日起患者即大便1次/天，基本成形，食欲增加，咳嗽亦减轻。3诊时患者精神明显好转，面有红润之色，大便调，腹不痛，纳可，舌淡苔白腻，脉较前有力。表明脾阳虚已有所减轻，故减少温燥之品，稍加补益脾气之药。予山药30g，扁豆15g，附子30g，肉桂3g，党参30g，炮姜3g，白术10g，甘草3g，赤石脂15g，莲子15g，白豆蔻3g，水煎服，2d服1剂；山

药30g，莲子30g，北沙参30g，党参30g，玉竹10g，黄精10g，炖精瘦肉250g喝汤。患者病情继续好转，其间小有反复，经予白茅根、仙鹤草泡水喝后病情好转[6]。

按：诊断准确病证，结合患者因年事已高、大病久病及手术等综合因素损伤脾阳，导致脾温运失职，转输无权，水谷不从正化，反为痰饮，水饮中阻，故肠中水声如雷鸣；清阳不升，脾运不健，故食少腹泻；气血生化无源，故消瘦。舌质淡苔黑润，脉弦细亦为阳气虚衰、水湿痰饮内盛之象。遣方用药，随证而立。此病例为本虚标实而以本虚为主，因此应以温阳固本、温脾化饮为主。方选桂附理中丸加上赤石脂温中散寒，益气健脾，涩肠止泻。肉桂与赤石脂相须为用，相反相成，肉桂辛热，协助附子补火助阳。

七、术后胃肠道功能紊乱

胃肠道功能紊乱，又叫胃肠神经官能症、胃肠综合征，是一组胃肠综合征的总称，多有精神因素的背景，以胃肠道运动功能紊乱为主，而在病理解剖方面无器质性病变基础，因此也不包括其他系统疾病引起的胃肠道功能紊乱。

症状、体征：食欲异常、腹泻、恶心与呕吐、便秘、胃肠气胀、腹痛。临床表现主要在胃肠道涉及进食和排泄等方面的不正常，也常伴有失眠、焦虑、注意力涣散、健忘、神经过敏、头痛等其他功能性症状。胃肠道功能紊乱相当常见，目前国内尚缺乏有关发病率的精确统计。在各种脏器的神经官能症中，胃肠道的发病数最高，多见于青壮年。

本病的发病机制，迄今尚无统一的认识。精神因素在本症的发生和发展中起重要作用，如过度劳累、情绪紧张、家庭纠纷、生活和工作上的困难若长期得不到合理的解决，均可干扰高级神经的正常活动，造成脑－肠轴的紊乱，进而引起胃肠道功能障碍。暗示和自我暗示是主要的发病因素，患者常有胃肠肌电活动和动力的紊乱。外科腹部手术，饮食失调，经常服用泻药或灌肠，均可构成不良刺激促进本病的发生和发展。

中医学认为，本病属于“呕吐”、“腹痛”、“腹泻”的范畴。本

病由于手术耗伤气血，寒邪直趋中焦脾胃，中阳受损，脾失温煦，中焦枢机不利；加之大部分病人手术较大，患者术前恐惧手术，术后担心影响日后工作、生活，致使肝气郁结，横逆乘脾，脾胃升降失职，故成本病。所以中焦虚寒、脾胃虚弱是本病病机所在，虚与寒俱、脾胃两虚为特点。

【临床应用】

杨建刚[7]自1992年来采用理中丸加味治疗腹部手术后胃肠功能紊乱26例，取得满意疗效。26例患者均为外科术后恢复期患者，其中男22例，女4例。年龄最小25岁，最大73岁。发病距手术10～28d。其中消化性溃疡行胃大部切除、胃空肠吻合术后者12例，脾破裂、脾切除术后者5例，胃癌根治术后者3例，胆囊结石、胆囊切除术后者3例，肠破裂修补术后者2例，门脉高压症、脾切除、门奇静脉断流术后者1例。本组病人的主要症状：腹部不适，腹凉腹胀，纳差，肠鸣腹泻或便秘。畏寒喜暖，精神萎靡，情绪紧张，舌质淡、苔薄白，脉细。部分病人伴腹痛，或恶心、呕吐，或呃逆，或胸胁满闷。治疗方法：党参15g，白术12g，干姜12g，甘草6g，黄芪30g，当归9g，陈皮9g。腹痛加白芍，腹泻加云苓、车前子，恶心、呕吐加代赭石、半夏，胸胁满痛加柴胡、木香每日1剂，水煎2次，取汁400ml，分两次服治疗结果：1周内治愈9例，2周内治愈12例，3周内治愈4例，4周内治愈1例。平均治疗11.3d。

按：理中丸为《伤寒论》之名方，干姜为君，温中焦脾胃而祛里寒，党参补气，助运化而升降，白术健脾，甘草和中，加黄芪、当归益气补血，陈皮理气健脾，诸药合用，共奏温中散寒，补脾益胃，益气养血之效。中医学素来重视情志因素在疾病发生发展中的作用，故在药物治疗同时，解除患者思想顾虑，帮助病人树立战胜疾病的信心有重要意义。还要注意生活有规律，适当体育活动，可增强体质，解除心理障碍，调整脏器功能。

参考文献

[1] 刁本恕，马文熙，周建文．理中汤治疗术后胆汁分泌过多1例．中医杂志，

1983，(9)：18
[2] 龚智．《伤寒》方治杂病验案三则．成都中医学院学报，1983，(2)：43
[3] 陈少冬，附子理中丸新用．新中医，1995，(10)：58
[4] 范同心，范颖颖．理中丸治验举隅．山西中医，2004，20 (4)：30
[5] 林君平，陈冠福．活血止痛汤治疗骨折肿痛80例．福建中医药，2005，36 (5)：49
[6] 谢利，刁本恕．刁本恕综合疗法治愈食管癌术后顽固性腹泻1例．天津中医药，2004，21 (5)：423
[7] 杨建刚．理中丸加味治疗腹部手术后胃肠功能紊乱26例．医学理论与实践，1997，10 (1)：29

第三章

妇科病证

一、崩漏

崩漏是指妇女非周期性子宫出血，其发病急骤，暴下如注，大量出血者为“崩”；病势缓，出血量少，淋漓不绝者为“漏”。崩与漏虽出血情况不同，但在发病过程中两者常互相转化，如崩血量渐少，可能转化为漏，漏势发展又可能变为崩，故临床多以崩漏并称。青春期和更年期妇女多见。

崩漏可见于西医学的功能失调性子宫出血及其他原因引起的子宫出血。西医学认为功能失调性子宫出血是由于调节生殖的神经内分泌机制失常引起的异常子宫出血，而全身及内外生殖器官无器质性病变存在，可分为排卵性和无排卵性两类。

病证名见《济生方》，亦名崩中漏下，是指月经周期、经期、经量严重失常的病证。经血非时而下，并量多如注，谓之崩、崩中或经崩；淋漓不断谓之漏、漏下或经漏。多因血热、气虚、肝肾阴虚、血瘀、气郁等损及冲任，冲任气虚不摄所致。治崩要以止血为先，以防晕绝虚脱，待血少或血止后，可审因论治，亦即急则治其标，缓则治其本的原则。

中医学认为本病发生的主要机制，是由于冲任损伤，不能固摄，以致经血从胞宫非时妄行。素体阳盛，外感热邪，过食辛辣，致热伤冲任，迫血妄行；情志抑郁，肝郁化火，致藏血失常；七情内伤，气机不畅，或产后余血未净，瘀血阻滞冲任，血不归经发为崩漏。忧思劳倦过度，损伤脾气，统摄无权，而致冲任不固；肾阳亏损，失于封藏，使冲任不固，或肾阴不足致虚火动血，而成崩漏。本病病变涉及到冲、任二脉及肝、脾、肾三脏，证候有虚有实。

【病案举例】

例1，吴瑞春[1]用理中汤治疗脾胃虚寒引起的崩漏，效果明显。蔡某，女，45岁，2003年11月29日初诊。1年前曾因阴道出血不止而输血1000ml，经治疗血止而出院（各项检查未发现器质性病变）。出院后阴道出血反复发作多次，屡服中药虽有缓解，终未痊愈。刻诊：头昏眼花，心悸气短，倦怠无力，心烦尤甚，手足心发热，口干微渴，面色苍白，舌苔白，脉细弱。根据脉证分析，病属出血日久，中阳受损，脾气亏虚，失于统摄，血无所归而致。法当温中健脾。方选理中汤加味。药用：人参、炒艾叶10g，白术20g，炮姜12g，甘草6g，广木香3g。每日1剂，水煎服。连服2剂血止，后继续调理痊愈，随访1年未复发。

按：历代医家对崩漏论述颇多，治法不一。一般认为血热者较多，治疗以凉血、止血、敛血等法为主。但在临床上亦可见到阳虚有寒而久患崩漏者。治疗可选用理中汤，使其振奋中阳，血自止。该例虽有阴阳两虚之象，但主要是中阳虚而血无所归，用理中汤直补中阳而获效。加用广木香行气开胃，以防补而气滞，并可加强行气，气行则血行，使血归于经，艾叶温中散寒。

例2，曹可仁[2]运用本方治疗该病多例，取得了满意疗效。郭某，女，36岁，营业员。患者10年前因精神病住院治疗而愈，但此后体形日渐肥胖，面色苍白，月经量多，经期延长，淋漓不尽，平时白带多而清稀。此次月经来潮，下红如注，量多色淡，头昏乏力较甚，小腹痛，腰酸不适，察其舌淡，苔薄，诊其脉沉细而弱。证属心脾两虚，脾不统血，冲任不固。治以温补心脾，益气摄血，固涩冲任。处方：红参10g（蒸兑），焦白术10g，炮姜10g，当归15g，山

萸肉10g，艾叶炭10g，阿胶珠10g（兑服），煅牡蛎30g（布包先煎），煅龙骨30g（布包先煎），炙甘草5g。服用3剂，经量减少，余症减轻，续进3剂，崩漏止，经血净，嘱其经前继续服用本方，连治3月，月经恢复正常。

例3，池×，女，48岁。1998年5月3日初诊。主诉：月经量多、紊乱，反复发作1年，加重1个月。近1年来出现月经量多，非时而下，1个月前阴道出血，时量多如崩，时点滴不净，始则色紫红有血块，继则色淡无块。无腹痛。烦躁内热，时或烘热汗出，情绪不宁，夜寐不佳，甚至失眠。刻下：出血忽增，多如经量，面浮肢肿，纳谷不馨，神疲乏力，脘腹痞胀，喜热喜按，大便溏泻，苔黄白稍腻，脉细弦数。证属心肝郁火，脾胃虚寒。初予加味归脾汤，浮肿稍减，大便转干，出血减少但仍不止，余症未除。改用丹栀逍遥散，患者出现腹泻，遂自停药。后用理中汤合丹栀逍遥散：炮姜3g，党参10g，炒白术10g，黑山栀10g，丹皮炭10g，苦丁茶10g，鹿含草30g，钩藤15g，紫贝齿10g，茯苓10g，川断10g，陈皮6g。药后出血渐少，转用加味归脾汤、防己黄芪汤等，连续4周期，症情稳定，健康恢复。

讨论：更年期崩漏证型错杂，全身证候和妇科证候上存在矛盾对立，临床须慎辨阴阳寒热。夏教授认为本病的病机与围绝经期特殊的内在生理病理机转有关：即肾中精气渐衰，天癸将竭，心肾失济，心失肾水上承，君火偏亢；水不涵木，相火妄动，构成此期妇女突出的“上热”；另一方面，肾阳虚衰，火不暖土，脾阳亦有所不足，加之肝郁之后克伐脾胃，故难以传输水湿，固摄经血，形成绝经前后“下寒”的特征，而“上热下寒”的病理特征又进一步成为湿热和血瘀等病理产物产生的基础。

按：《景岳全书》云：“崩漏不止，经乱之甚也。意伤则不能统血摄血，病在脾也。”患者曾患精神病，心脾受损，致使清阳不升，统摄无权，冲任不固而成崩漏。故以理中汤温补中州，健脾益气；山萸肉收敛元气，补益肝肾；当归、阿胶珠、艾叶炭温经养血止血；煅龙骨、煅牡蛎收涩固脱。诸药配合，澄源塞流，效果满意。另外出血后可根据不同年龄阶段分别恢复。青春期、生育期妇女调周期促排

卵。更年期补脾调气血促康复、防复发。绝经期妇女反复多次出血，需作妇科检查以明确诊断，排除癌性病变。大量出血，出现虚脱时应及时采取抢救措施。

例4，患者，女，46岁，干部，1997年8月16日初诊。已婚，主诉月经量多、时间延长已近3月。在当地医院用中西药治疗不效，遂作刮宫术，仍不能控制阴道出血，故来我院诊治，妇科再做诊刮治疗同样未能取效。患者日益见头晕，心悸，手脚震颤，体力不支而转中医门诊。诊时见患者面色苍白，畏寒肢冷，头冒虚汗，手脚震颤，唇舌淡白，脉沉缓弱。此属冲任虚寒，脾不统血，治拟固本止崩汤加减5剂（理中汤干姜易炮姜6g，外加黄芪30g，当归10g，蕲艾10g，益母草20g，增加益气调经止血力）。每日1剂，分2次水煎服。服药3剂后经血明显减少，其余诸症亦随之减轻，再服4剂后经血已止，后改用归脾汤加减善后。

按：患者月经量多，时间延长，状似崩漏已近3月。此时气随血失，气血两虚。复因多次作刮宫术，损伤胞宫经脉。因此，诊时，患者不仅有气血亏虚之证，且阳气亦虚损，出现了面色苍白，畏寒肢冷，脉沉等阳虚不能升达之象。处方用药时，在理中汤基础上加黄芪、当归、熟地黄、蕲艾、益母草。黄芪在方中加强人参的益气固表作用；熟地黄、当归养气补血；益母草合当归，除补血外尚有调经通络之意，以除刮宫后胞宫任脉受损，气血不畅，而致血不循经之虞。蕲艾助干姜温中助阳。全方旨在恢复脾气统摄血液的功能和固养冲任。

二、妇女更年期虚寒证

更年期是女性卵巢功能从旺盛状态逐渐衰退到完全消失的一个过渡时期，包括绝经和绝经前后的一段时间。在更年期，妇女可出现一系列的生理和心理方面的变化。多数妇女能够平稳地度过更年期，但也有少数妇女由于更年期生理与心理变化较大，被一系列症状所困挠，影响身心健康。因此每个到了更年期的妇女都要注意加强自我保健，保证顺利地度过人生转折的这一时期。

更年期无论开始早晚、历时多久，总可分成绝经前期、绝经期

（月经停止）和绝经后期（月经停止1年以后），并以卵巢功能的逐渐衰退至完全消失为标志。更年期是妇女从性成熟期（生育期）逐渐进入老年期的过渡阶段，它是人体衰老进程中的一个重要而且生理变化特别明显的阶段。90%以上的妇女都会出现不同程度的症状，影响个人健康和生活质量。

具体表现：30岁左右：皮肤明显出现色斑，松弛、晦暗无光，毛孔粗大、粗糙、痤疮不断等不正常现象的女性。30～40岁之间：出现内分泌紊乱，如月经不调，乳房下垂、萎缩，老年斑，外阴干燥、性欲减退等女性第二性症明显衰退、减弱者以及出现更年期症状的女性。40～55岁之间：出现失眠、多梦、烦躁易怒、精力体力下降、记忆力减退、骨质疏松等更年期症状的女性。55岁以上：肾功能大幅下降，卵巢基本萎缩的中老年女性。

中医把更年期归属于“脏躁”范畴。治疗应以补脾肾、调冲任为主，兼以疏肝理情志，节嗜欲，适劳逸，慎起居，以配合治疗。而以养心益脾、补肾润燥为主的饮食治疗，不仅有较好的效果，而且可以强壮体质。

【病案举例】

党兰玉[3]用理中丸加减治疗妇女更年期虚寒证，疗效甚佳。段某，女，48岁，干部，2002年5月20日诊。手足凉、恶寒、唾液凉1年余，近4个月症情加重，虽厚衣、热饭不能缓解，曾服中西药治疗效果欠佳，求治于笔者。刻诊：除上症外，伴见面色皖白，时觉腰部凉而酸困，月经不定期，色淡量少，舌淡苔薄白，脉沉细无力。辨属脾肾阳虚，尤以脾阳虚为甚。治宜温补脾肾，助阳散寒。方用理中汤加减：红参10g（包，另煮），干姜15g，焦白术12g，制附片12g（包，先煎），肉桂8g，淫羊藿15g，巴戟天15g，炙甘草6g。7剂，每日1剂，浓煎2次，共取药汁600ml，分3次饭后服。5月28日二诊：唾液凉略减，余症同前。上方加吴茱萸15g，7剂。煎服法同前。6月6日三诊：上药服至第5剂时，觉胸胃间一阵阵发热，手足如出凉水后暖干的感觉，唾液已不觉凉，脉较前有力，此大气转动，阳复运行之象，继予二诊原方7剂，煎服法同上。6月13日四诊：畏寒怕冷，手足不温，唾液凉诸症皆除。为巩固疗效，按二诊方制为水

丸，每袋9g，日3服，每次1袋。随访1年未见复发[3]。

按：本案属妇女更年期脾肾阳虚证。肾阳为一身阳气之根本，唾液为肾所主，脾胃主涎液，是产生、补充阳气的源泉。脾肾阳虚，热不足以温养全身、温煦津液，故见畏寒、唾液凉、脉细无力等症，理中汤加桂附重在温补脾肾之阳，驱散寒气，阳复则虚寒诸症自除。妇女生命的三分之一时间将在绝经（更年期最突出的表现）后渡过。因此，必须重视和做好更年期不同时期的预防和保健措施。

三、乳泣

乳泣是指产妇乳汁不经小儿吸吮自然流出，名叫乳汁自出。此症多见于产后哺乳期妇女，如见于孕妇者，则称为乳泣。

病名出自《经效产宝》卷下。多因产后脾胃虚弱，摄纳无权，因而乳汁随化随出；或肝经有郁热，肝郁化火、亢盛为害，疏泄太过，以致乳汁受热迫妄行而自溢出。脾虚弱者，症见乳房不胀，乳汁清稀，兼见气短乏力等，治以补气养血，佐以固摄。《校注妇人良方大全》云：产后乳汁自出者，乃是胃气虚所致，宜服补药以止之。若乳多溢满急痛者，温帛襄之，产宝有是论，却无力以治之，若有此证，但以漏芦散亦可。有未产前乳汁自出者，谓之乳泣，生子多不育，经书未尝论及。

乳泣与乳汁自出名虽异而同源，多由气虚不摄所导致。比如患者素体气血亏弱，妊娠后气血聚而养胎，故显不足。乳房属足阳明胃经，乳汁乃是气血所化，气血来源于脾胃。气虚不固，统摄无权，营阴不能内守，则乳汁随化随溢；脾胃虚弱则化源不足而成血虚，血虚则乳汁清稀；气血两虚，不荣于面，所以面色苍白；血虚则心悸头晕，眼前发黑；气虚则气短懒言，语音低微，精神倦怠；舌淡，脉细弱均为气血双虚之候。治疗多用到黄芪、当归、白芍、熟地、五味子等补中益气，养血固摄的药材。

【病案举例】

万某，女，40岁，工人。患者非哺乳期两乳自行溢出清淡乳汁3年余，且月经逐渐减少而闭经，经多方求治不愈。现形体消瘦，头昏乏力，神疲气短，食欲不振，四肢不温，舌淡，苔薄，脉沉细而弱。

证属脾胃虚寒，气血双亏，治以温中健脾，益气补血，处方：红参10g（蒸兑），焦白术10g，干姜10g，生芪30g，当归20g，阿胶珠10g（兑服），升麻5g，陈皮5g，炙甘草5g。连服6剂，精神好转，食欲增进，溢乳减少。原方红参易党参30g，再进15剂，病情大为好转。续以原方加减治疗3月，体重增加，精力充沛，乳泣停止，月经来潮而告愈[4]。

按：《妇科经论》中说："妇人经水与乳，俱由脾胃所生"，赖气以运行和控制。患者气血双亏，气虚不固，统摄无权，阴血不能内守，而致乳汁外溢。脾胃虚寒，气血化生不足，加之乳泣耗损，经血无源而致闭经。本方以理中汤温中健脾，培补后天之本，振奋气血化生之源；升麻、黄芪升阳益气；当归、阿胶补血养血。诸药配合，使之气旺血足，阳气外密，阴精内守，故乳泣闭经自愈。

四、乳癖

乳癖是指妇女乳房部常见的慢性良性肿块，以乳房肿块和胀痛为主症，常见于中青年妇女。

乳癖可见于西医学的乳腺小叶增生、乳房囊性增生、乳房纤维瘤等疾病。西医学认为乳腺增生症与卵巢功能失调有关，如黄体素分泌减少，雌激素的分泌相对增高。本病是妇女最常见的乳房疾病，可能发生于青春期以后的任何年龄，病变是以腺体小叶和乳腺导管末梢扩张、增生和囊性改变为主的病理过程。它的发生和发展与卵巢内分泌功能紊乱有关，多由于孕激素分泌不足和雌激素相对或绝对过多，致使月经周期中乳腺组织的增生和复旧过程发生紊乱而罹病。而不良精神刺激导致的郁郁寡欢、孤独焦虑则是乳腺小叶增生的"催化剂"，多见于25～40岁月经不太规则、经量少、经期短、未婚、未育、或未哺乳和哺乳不良的妇女。主要表现为乳房疼痛，多发生在月经前，一侧或双侧乳房有轻重不等的疼痛、胀痛、刺痛或刀割样痛，疼痛可向胸前区、侧胸和腋下放射，直到月经来潮后，疼痛锐减或消失。少数为无周期性的乳房持续疼痛，有时连衣服摩擦、胸罩压迫都会引起剧痛，尤其在上肢用力后更加明显。乳房内有散在或局限于某部分（以乳房外上方多见）的米粒样、豆样小结节，结节可融合成片状、

条索状或无清晰边界的肿块，质韧而不坚，可以推动，而与皮肤和深部组织无粘连，随着月经的到来，胀、痛、结节消失。有时乳头有溢液，或有颈部和腋前淋巴结轻度肿大，这一过程是月经周期中乳房的正常生理过程。

中医学认为本病多与情志内伤、忧思恼怒有关。足阳明胃经过乳房，足厥阴肝经至乳下，足太阴脾经行乳外，若情志内伤，忧思恼怒则肝脾郁结，气血逆乱，气不行津，津液凝聚成痰；复因肝木克土，致脾不能运湿，胃不能降浊，则痰浊内生；气滞痰浊阻于乳络则为肿块疼痛。八脉隶于肝肾，冲脉隶于阳明，若肝郁化火，耗损肝肾之阴，则冲任失调，《圣济总录》云："冲任二经，上为乳汁，下为月水。"所以本病多与月经周期相关。本病的基本病机为气滞痰凝，冲任失调，病在胃、肝、脾三经。

中医辨证的主症为：单侧或双侧乳房发生单个或多个大小不等的肿块，胀痛或压痛，表面光滑，边界清楚，推之可动，增长缓慢，质地坚韧或呈囊性感。兼见肿块和胀痛每因喜怒而消长者，证属气滞痰凝；若每于月经来前加重，月经过后减轻者，则为冲任失调。

乳癖的病机不外乎肝郁气滞、气滞痰凝、血瘀痰凝、冲任不和、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气血两虚等等。临床当仔细审查病情，辨证施治。目前，对乳腺小叶增生尚无有效的治疗办法，一般只需用胸罩托起乳房，对症处理，口服常用的药物以中药为主，如逍遥丸、乳癖消、乳增宁等，西药以三苯氧胺为主。

【病案举例】

谭成邦等[5]运用理中汤加味治疗女性乳癖多例，效果满意。李某某，女，28岁。患者素性急躁，长期饮食不佳，2d前发现两乳房各生一肿块，经用疏肝理气、消瘰疬之品，效果欠佳，即来就诊。查其两乳房各有2cm×2cm大小的肿块，有胀痛感，伴腹胀喜按，眩晕，四肢倦怠，舌苔白微腻，脉虚弦。此乃肝郁脾虚，痰湿内结。治宜温脾土，疏肝木，化痰湿。方用理中汤加味：党参15g，炙甘草、干姜各5g，柴胡、法半夏、枳壳各10g，香附15g。服上方3剂后，患者肿块明显减小，且腹胀、眩晕等症也渐减。继服上方4剂，肿块消失而愈[5]。

按：本例患者由于长期饮食不佳，又用疏肝理气、消瘰疬等攻伐之品，使脾胃虚弱，加之素性急躁，肝气郁而不畅，克伐中焦脾胃，使之更伤，脾胃损伤、运化无力则痰湿内生，聚于乳房而生乳癖。故改用理中汤以温煦脾胃，使痰运湿化，佐以理气之品，使乳癖之病日渐消失而愈。著名中医妇科专家李积敏博士认为肝气郁结为其主要病机，但与冲任失调又有直接关系。女子乳头属肝，乳房属胃，脾与胃相表里，肝气宜疏泄条达；若恚怒忧郁，思虑过度，肝脾受损，气滞痰凝及血瘀，出现乳房结块胀痛。《外科正宗》云："忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得志者，致经络痞涩，聚结成核。"《外症医案汇编》："乳症，皆云肝脾郁结，则为癖核。"据李积敏博士临床治疗医案初步统计，约有近九成的患者病因与情志不畅、多思善虑有关，且肿块大小与胀痛情况也随喜怒而消长。再者，乳房为胃经营运之处，也是冲任气血渗灌濡养之所。冲为血海，任主胞胎，二脉隶属于肝肾，关系于脾胃；循胸而行，与乳房生理病理息息相关。冲任失调，痰气郁结，血阻为瘀，气、痰、瘀血互结于阳明之路，则出现乳房结块疼痛。总而言之，肝气郁结、冲任失调为本病的病机特点。临证时，需要仔细辨认，方可出手投方。此外，还要注意以下几点：①中医对本病有较好疗效，但本病为慢性病，需坚持治疗方能获愈。②保持心情舒畅，忌忧思恼怒。③本病应注意与乳腺癌鉴别。

五、带下病

带下的量明显增多，色、质、气味发生异常，或伴全身、局部症状者，称为"带下病"，又称"下白物"、"流秽物"。相当于西医学的阴道炎、子宫颈炎、盆腔炎、妇科肿瘤等疾病引起的带下增多。

带下病是指带下的期、量、色、质、气味发生异常，并伴有局部或全身症状为特征的疾病。从以上定义中，可以就带下病综合如下几个要点：①带下量明显增多；②带下色、质、气味异常；③伴有局部或全身症状。从这些要点中，有理由说它只是带下病中的一个方面即"带下过多"证。而生理性带下减少或缺无，少到无法维持正常润泽阴户的功能，而在临床上出现诸如"阴道涸干吊痛"、"交合涩痛"等症的现象，临床中并不少见，妇科临床工作者或多或少

都会遇到过、治疗过此类病例。而这部分病症，我们把它归纳为带下证的另一个方面即“带下缺少”证，再者就是，带下病中有些特殊的证型，如“白崩”、“白漏”、“痛带”等证，症见突然阴道流出大量白色液体，质稀如水，或如黏液等，称为“白崩”，亦称“阴崩”。症见从阴道流出白色液体，或经血漏下夹有白色液体，淋沥不断，质稀如水者，称之为“白漏”，亦称“阴漏”。症见白带日久不止，量多质清稀，脐腹冷痛者，称之“痛带”，亦称“白带腹痛”。上述病证虽临床少见，但证候特殊，有必要单独列出来加以归纳讨论。

中医学早有关于该病的记载。“带下”之名，首见于《内经》，如《素问·骨空论》说：“任脉为病……女子带下瘕聚。”带下一词，有广义、狭义之分，广义带下泛指妇产科疾病而言，由于这些疾病都发生在带脉之下，故称为“带下”。如《金匮要略心典》说：“带下者，带脉之下，古人列经脉为病，凡三十六种，皆谓之带下病，非今人所谓赤白带下也。”综合上述，李积敏认为由于历史原因，古代医家对“带下缺少”证未有足够的认识，加之对此证及“白崩”、“白漏”、“痛带”等记载甚少，以致于一贯以来都将“带下过多”一证误认为是“带下病”的全部内容。现就带下病，李积敏认为应给予一个科学的定义：“带下病是指带下的期、量、色、质、气味发生异常，并伴有局部或全身症状为特征的疾病。”（《李积敏医学文集》）其中带期正常情况应是，女子生而即有，在绝经期后则逐渐减少，直至干涸无带。

本病的主要病因是湿邪，如《傅青主女科》说：“夫带下俱是湿症。”湿有内外之别。外湿指外感之湿邪，如经期涉水淋雨，感受寒湿，或产后胞脉空虚，摄生不洁，湿毒邪气乘虚内侵胞宫，以致任脉损伤，带脉失约，引起带下病。内湿的产生与脏腑气血功能失调有密切的关系：脾虚运化失职，水湿内停，下注任带；肾阳不足，气化失常，水湿内停，又关门不固，精液下滑；素体阴虚，感受湿热之邪，伤及任带。总之，带下病系湿邪为患，而脾肾功能失常又是发病的内在条件；病位主要在前阴、胞宫；任脉损伤，带脉失约是带下病的核心机制。

【临床应用】

黄增强[6]应用理中汤加减治疗女性带下病（脾胃虚寒证）疗效明显。常晓波[7]今用附子理中丸治疗寒湿型带下病效果甚佳。周富明[8]用本方加味治疗脾虚带下1例，药用白术10g，干姜、白芷、甘草各9g，桂枝3g，党参、海螵蛸各18g。煎服5剂后，带下除。继服10剂而愈。

【病案举例】

例1，女，32岁，2001年3月16日就诊。主诉：带下色白，绵延不断，已有2年余，中西药治疗效果不佳。近日病情加重，带下质稀如注，时有腰酸，四肢不温，食欲不振，头晕神疲乏力，大便溏泄，经行少腹冷痛，喜温喜按，舌质淡，苔薄白，脉虚无力。辨证：脾胃肾阳虚，寒湿下注。治当益气健脾，温肾止带。处方以理中汤加味：党参15g，白术12g，干姜9g，黄芪15g，茯苓15g，补骨脂10g，金樱子15g，芡实10g，炙甘草6g。5剂，1剂/天，水煎服。二诊：症状明显减轻，效不更方，续服10剂痊愈。随访2年未复发。[7]

按：带下病的病因，不离虚实。王孟英说："湿热下注为实，精液不守为虚"。本证为脾肾两虚，不能化谷为精血，脾虚运化失职，寒湿内生，上泛为痰，下溢为带。中气不足，带脉弛缓，失去约束能力，水湿下注而致带下。脾肾阳虚，带下色白，大便溏泄，神疲乏力，腰酸。故用理中汤加味。方中党参、黄芪补益中气；干姜温中散寒；茯苓、白术健运脾土，渗湿止带；补骨脂补肾助阳，温脾止泻；芡实健脾止泻，固肾涩精止带；金樱子固精缩尿，与补肾涩精的芡实相配，治女子白浊白带；炙甘草补气，调和诸药。诸药合用，脾肾得补，寒湿祛除，运化正常，诸症皆愈。

例2，患者，女，30岁，2002年10月12日入诊。患者主因突然停电洗了冷水浴，出浴池后便颈项强直，浑身发冷，头痛，舌淡苔白，脉弦紧，急以生姜红糖水服下，入被发汗后，上述症状消失。但午后便觉得阴户冰冷，白带量明显增多，连绵不断，质稀，色白，无腥臭味，小便清长，腰酸如折，小腹冷痛，舌淡苔白，脉沉迟。中医诊断：寒湿型带下病。治疗：祛湿散寒，温肾健脾。方药：附子理中丸2盒，1丸/次，2次/天。1周后随访，上述症状基本痊愈[9]。

按：本例素有体质虚弱，脾肾阳虚之体征。今复感寒湿之邪，亦使脾肾之阳更为不足，阳虚内寒再加外寒，使带脉失约，任脉不固，故带下量多、清冷，滑脱而下；肾阳不足，命门火衰，不能下暖膀胱，膀胱关门不力，故小便频数清长；腰为肾之外府，肾虚失养，则腰酸如折；小腹为胞宫所居之处，胞系于肾，肾阳虚衰，不能温暖胞宫，则小腹冷痛；舌淡苔白，脉沉迟，均为肾阳不足之征。故治以散寒除湿，温肾健脾，方用附子理中丸。《素问·至真要大论》曰："寒淫所胜，平以辛热"。方中干姜为君，大辛大热，归脾胃经，温中祛寒，扶阳抑阴；病属本虚标实证，虚则补之，实则泻之，标本兼顾。故以人参为臣，甘温入脾，补中益气，培补后天之本，气旺而阳亦复；脾为湿土，中虚不运，必生寒湿，故又以甘苦温燥之白术，燥湿健脾，健运中州；复加大热大辛之附子以增强温肾助阳祛寒之力。五药合用，可使寒气去，阳气复，中气得补，肾阳可助，则脾肾阳虚之证可除。

参考文献

[1] 吴瑞春．理中汤验案3则．山西中医，2005，21（1）：42
[2] 曹可仁．理中汤临床新用举隅．湖南中医杂志，2001，17（4）：97
[3] 党兰玉．理中汤加减治验4则．国医论坛，2005，20（3）：8
[4] 邹奕洁，夏桂成，谈勇．夏桂成运用理中汤治疗上热下寒证撷萃．中医文献杂志，2003，（4）：40
[5] 谭成邦，谭忠乐．理中汤临证新用举隅．湖南中医杂志，2005，21（3）：102
[6] 黄增强，经方辨治带下病4则．时珍国医国药，2006，17（6）：1031
[7] 常晓波，闫泽君，尹新燕．附子理中丸治疗寒湿带下症及寒湿型泄泻症3例．中国医师杂志，2004（增刊）：217
[8] 周富明．古方新用治带下病．新中医，1987，（10）：45
[9] 章岳泉．理中汤应用举隅．浙江中医学院学报，2005，29（1）：32

第四章

儿科病证

一、婴儿惊啼证

惊啼，该病名出自《诸病源候论》。又名胎惊夜啼，此证与惊风有别。由于肝气未充，胆气怯而易惊，引起啼哭惊惕。论曰心藏神，神安则脏和，故小儿昼得精神安，而夜得稳眠，若心气不和，邪热乘之，则精神不得安定，故暴惊而啼叫也。中医认为，夜惊多因小儿禀赋不足，脾胃娇嫩，平日偏食，胃纳不振，营养摄入不足而造成阴虚；或遇热病后体虚；或过于贪玩疲惫，以致气阴耗伤，心神虚怯。

如包裹衣着不当，感受风寒，或哺乳不当，饮食不节，也会引起啼哭惊惕。临证时应该详细审视检查，是受惊、受风，或是腹痛，以及有无其他原因等，都要加以分析，然后论治。

《巢氏病源》小儿惊啼候：小儿惊啼者，是于睡眠里忽然啼而惊觉也。由风热邪气乘于心，则心脏生热，精神不定，故卧不安则惊而啼也。

钱乙论：惊啼者，邪热乘心也。当安心，安神丸主之。

《万全方》小儿啼叫方论：小儿有惊啼，有夜啼、有躯啼。夫惊啼者，由风邪乘心，脏腑生热，热则精神不定，睡卧不安，故惊啼。夜啼者，脏冷也。夜则阴盛，阴盛相感，痛甚于昼，故令夜啼。一云：有犯触禁忌，亦令儿夜啼，可作法术断之。其躯啼者，由腹中痛甚，儿身躯，张气，蹙而啼也。又有胎寒而啼者，此儿在胎时已受病也。其状肠胃虚冷，不消乳哺，腹胀、下痢颜色青白，而时或啼叫是也。

《五关贯真珠囊》论小儿惊啼者，睡里惊啼，因风热而得。邪气在心生热，精神不定，故不安而惊也。

翰林待诏杨大邺问：小儿夜啼、惊热、搐搦者为何？答曰：自奶母不慎口恣，餐诸毒之物壅人奶堂，或即变蒸未解，客忤受惊。但是小儿神气虚怯，脉息微细，奶壅而成。惊则有热，热则生病，惊热共触于心。心为帝王，心不受触，是五脏之主。心既受触，是致夜啼惊叫，睡里搐搦，惑人迷徒。早不寻医，直得目滞上翻，手脚瘈，挥发虚霍，而求神拜鬼，荒忙书符，皆是助疾为。须是药饵良医，人之性命不可轻耳。

【病案举例】

党兰玉[1]应用理中汤加减治一患儿惊啼，疗效确切。曹某，男，出生2个月10天，2004年1月20日初诊。10d前其父回家因大声说话，将熟睡中的婴儿惊醒，此后昼夜入睡不久即惊乍，哭闹不止。某医院CT检查未发现异常。初诊时笔者按惊伤心肝，引动肝风施治，用全蝎、钩藤、僵蚕、蝉衣煎服，服后2d未发作，嗣后惊乍反更频繁。二诊时详询得知患儿平素睡时露睛，神疲，哭声无力。辨为心神不宁，脾虚生风。治宜温补脾胃，安神定志。遂予理中汤加减：党参5g，焦白术3g，干姜4g，茯苓、茯神各6g，炙远志1g，炙甘草1g。3剂，每日1剂，水煎2次共取200ml，装保温奶瓶，频服之。1剂尽，3d未见惊乍，第4d发作1次。再进3剂后5d未见发作，守方继服3剂以资巩固。随访1年，未见复发。

按：惊啼一病临床很常见，最早的记载见于《诸病源候论》，其发生责之于惊吓。本例患儿为五脏阴阳稚嫩之体，脾胃胆之气禀赋不壮，惊伤心胆之气，心脾气虚，发为惊啼。故初用平肝息风药不效，

后拟理中汤加茯苓、茯神、远志以补脾气，安心神，俾脾气复健，心神得定而惊啼自止。

二、夜啼

婴儿白天能安静入睡，入夜则啼哭不安，时哭时止，或每夜定时啼哭，甚则通宵达旦，称为夜啼。多见于新生儿及6个月内的小婴儿。

夜啼是婴儿时期常见的睡眠障碍。不少孩子白天好好的，可是一到晚上就烦躁不安，哭闹不止，人们习惯上将这些孩子称为“夜啼郎”。《保婴撮要·夜啼》曰：“夜啼有二：曰脾寒，曰心热，脾为至阴，喜温而恶寒，寒则腹中作疼，故曲腰而啼；夜属阴，阴则脾藏之，寒愈盛，故夜啼，白天而安。”

婴儿夜啼一般不外乎以下几种情况。①生理性哭闹：孩子的尿布湿了或者裹得太紧、饥饿、口渴、室内温度不合适、被褥太厚等，都会使小儿感觉不舒服而哭闹。对于这种情况，父母只要及时消除不良刺激，孩子很快就会安静入睡。此外，有的孩子每到夜间要睡觉时就会哭闹不止，这时父母若能耐心哄其睡觉，孩子很快就会安然入睡。②环境不适应：有些孩子对自然环境不适应，黑夜白天颠倒。父母白天上班他睡觉，父母晚上休息他“工作”。若将孩子抱起和他玩，哭闹即止。对于这类孩子，可用些镇静剂把休息睡眠时间调整过来，必要时需请儿童保健医生作些指导。③白天运动不足：有的孩子白天运动不足，夜间不肯入睡，哭闹不止。这些孩子白天应增加活动量，孩子累了，晚上就能安静入睡。④午睡时间安排不当：有的孩子早晨起不来，到了午后2~3点才睡午觉，或者午睡时间过早，以致晚上提前入睡，半夜睡醒，没有人陪着玩就哭闹。这些孩子早晨可以早些唤醒，午睡时间作适当调整，使孩子晚上有了睡意，就能安安稳稳地睡到天明。⑤疾病影响：某些疾病也会影响孩子夜间的睡眠，如患佝偻病的婴儿夜间常常烦躁不安，家长哄也无用。有的婴儿半夜三更会突然惊醒，哭闹不安，表情异常紧张，这大多是白天过于兴奋或受到刺激，日有所思，夜有所梦。此外，患蛲虫病的孩子，夜晚蛲虫会爬到肛门口产卵，引起皮肤奇痒，孩子也会烦躁不安，啼哭不停。对此，

要从原发疾病入手，积极防治。

中医学认为本病病因病机：主要因脾寒，心热、惊恐所致。脾寒腹痛是导致夜啼的常见原因。常由孕母素体虚寒、恣食生冷，胎禀不足，脾寒内生。或因护理不当，腹部中寒，或用冷乳哺食，中阳不振，以致寒邪内侵，凝滞气机，不通则痛，因痛而啼。由于夜间属阴，脾为至阴，阴盛则脾寒愈甚，腹中有寒，故入夜腹中作痛而啼。若孕母脾气急躁，或平素恣食香燥炙烤之物，或过服温热药物，蕴蓄之热遗于胎儿，出生后将养过温，受火热之气熏灼，心火上炎，积热上扰，则心神不安而啼哭不止。由于心火过亢，阴不能潜阳，故夜间不寐而啼哭不宁。彻夜啼哭之后，阳气耗损，无力抗争，故白天入寐；正气未复，入夜又啼。周而复始，循环不已。心主惊而藏神，小儿神气怯弱，智慧未充。若见异常之物，或闻特异声响，而致惊恐。惊则伤神，恐则伤志，致使心神不宁，神志不安，寐中惊惕，因惊而啼。

总之，寒则痛而啼，热则烦而啼，惊则神不安而啼，是以寒、热、惊为本病之主要病因病机。

本病的辨证要点：辨证重在辨别轻重缓急，寒热虚实。婴儿夜间啼哭而白天能正常入睡，首先考虑由于喂养不当所致，应给予相应的指导。要仔细观察，寻找原因，确认夜啼无直接病因者，方可按脾寒、心热、惊恐辨治。虚实寒热的鉴别要以哭声的强弱、持续时间、兼症的属性来辨别。治疗原则因脾寒气滞者，治以温脾行气；因心经积热者，治以清心导赤；因惊恐伤神者，治以镇惊安神。

对于脾寒气滞者，患儿啼哭时哭声低弱，时哭时止，睡喜蜷曲，腹喜摩按，四肢欠温，吮乳无力，胃纳欠佳，大便溏薄，小便较清，面色青白，唇色淡红，舌苔薄白，指纹多淡红。分析：夜则阴盛阳衰，脾寒愈甚，寒邪凝滞，腹中作痛而夜啼不安。《保婴撮要·夜啼》云："夜属阴，阴盛则脾脏之寒愈盛，脾为至阴，喜温而恶寒，寒则腹中作痛，故曲腰而啼。"因痛而啼，痛解而寐，故时哭时止。脾脏虚寒，运化失司，故吮乳无力，胃纳欠佳，大便溏薄。虚寒内盛，故睡喜蜷曲，腹喜摩按。小便较清，面色青白，唇色淡红，舌苔薄白，指纹淡红均为脾寒所致。治法：温脾散寒，行气止痛。常用

药：乌药、高良姜、炮姜温中散寒，砂仁、陈皮、木香、香附行气止痛；白芍、甘草缓急止痛，桔梗载药上行，调畅气机。大便溏薄加党参、白术、茯苓健脾益气；时有惊惕加蝉蜕、钩藤祛风镇惊；哭声微弱，胎禀怯弱，形体羸瘦可酌用附子理中汤治之，以温中健脾，同时注意保暖。

【病案举例】

顾燕[2]运用理中汤加减治疗婴儿夜啼，取效甚佳。孙某，女，1个月，于2003年12月5日就诊。患儿自出生后第20天起夜间啼哭，白天如常，哭时声弱，腹喜揉按，吮乳无力，大便稀。查体：神志清，神倦无力，面色青白，心肺（－），腹（－）。舌质淡，苔薄白，指纹淡红。中医诊为夜啼。证属脾胃虚寒。治宜温中散寒。方予理中汤加减：党参5g，炒白术5g，干姜3g，炙甘草2g，台乌药5g，香附5g，桔梗5g。水煎服，每日1剂，服3剂后，患儿夜可静卧，但时有惊动，守前方去香附，加钩藤5g，蝉蜕3g，续服5剂，夜眠安，食纳、精神好转，病告愈。

按：该患儿神疲乏力，吮乳无力，腹喜揉按，舌淡、苔薄白，指纹淡红，为中脏虚寒之证。用理中汤温中，健脾和胃，则脾阳得振，再加钩藤、蝉蜕息风镇惊。诸药合拍，标本兼治，获效甚佳。

三、婴儿肝炎综合征

婴儿肝炎综合征是指由不同病因引起的黄疸、肝功能损害、肝脾肿大的综合症候群。

该病是婴儿期包括新生儿期最常见的肝脏疾病，临床上表现为血清转氨酶升高，总胆红素升高，以直接胆红素升高更为显著，其病因复杂，除病毒感染引起外，还可由于胆汁排泄障碍，如胆汁黏稠、胆汁瘀积等引起肝细胞损害。多于新生儿期即起病，且起病缓慢，大多表现为生理性黄疸消退延迟或消退后又出现黄疸，患儿粪便呈淡黄至灰白色，肝脾肿大，肝功能异常，多伴营养不良、生长发育落后[3]。临床表现症状轻重不一，病死率较高，达12.9%，且近年来发病率逐年增高，目前尚无特效方法。

中医学称婴儿肝炎综合征为“胎黄”或“胎疸”，系禀先受邪，

湿热蕴于肝脾，久及少阳之络，经络不和，胆道郁阻，疏泄失职而致胆汁不循常道，外溢肌肤，遂成黄疸。胎黄的病变脏腑在肝胆、脾胃。其发病机制主要为脾胃湿热、寒湿内蕴，肝失疏泄，胆汁外溢而致发黄，久则气滞瘀积。因病因、病程、体质的差异，证候有湿热郁蒸、寒湿阻滞、气滞瘀积的区别。湿热郁蒸者，热为阳邪，故黄色鲜明如橘皮。热毒炽盛，黄疸可迅速加深，而湿热化火，邪陷厥阴，则会出现神昏、抽搐之险象。若正气不支，气阳虚衰，可成虚脱危证。寒湿阻滞者，寒为阴邪，故黄色晦暗。气滞瘀积因气机不畅，肝胆失常，络脉瘀积而致，其黄色晦暗，伴肚腹胀满，右胁下结为痞块。此外，尚有因先天缺陷，胆道不通，胆液不能疏泄，横溢肌肤而发黄。

根据小儿脾常不足、肾常虚的五脏特点，王超群等[4]采用温运脾肾，佐以清化的治疗原则，拟定了治疗婴儿肝炎综合征的协定方，茵陈理中汤加减。

【临床应用】

王超群等[4]多年来本着“黄家所得，从湿得之”为病因，“湿为阴邪，法当温运”及“治肝实脾”为治则的指导思想，方选茵陈理中汤加减内服，外敷温运贴治疗婴儿肝炎综合征38例取得较好疗效。现将2001年1月～2003年12月治疗病例总结如下。全部病例均按《实用儿科学》[5]关于婴儿肝炎综合征诊断标准进行确诊，并排除先天性遗传代谢性疾病、先天性胆道闭锁等。将58例随机分为两组。治疗组38例，男性21例，女性17例；年龄32～93d，平均（48.7±15.3）d。对照组20例，男性12例，女性8例；年龄30～90d，平均（48.3±16.2）d。全部病例均出现皮肤巩膜黄染，治疗组轻度19例，中度14例，重度3例，体检肝大者23例，脾大者1例；对照组轻度11例，中度7例，重度2例，肝大者11例。两组性别、年龄、病情经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。

治疗方法：治疗组和对照组均常规运用能量合剂［ATP、辅酶A（CO－A）、维生素C、肌苷等］，青霉素20万U/（kg·d）静滴，地塞米松静滴5d，量为0.3 mg/（kg·d）。治疗组加用茵陈理中汤化裁内服，药用茵陈10g，半枝莲10g，干姜4g，黄连5g，防风5g，太子参5g，附块4g，吴茱萸2g，白豆蔻3g，用250ml冷水浸泡30 min，

浓煎取汁50ml，分早、中、晚3次服下；温运贴（由荆州市中医医院制剂室配制，内含肉桂、丁香、小茴香、冰片。每贴含原药材5g）用食醋调匀，取医用胶布固定于脾俞穴，每日3次，每次贴4h。对照组内服十六角蒙脱石（思密达），每日3次，每次1g。两组均以10d为1个疗程。观察指标及方法：观测治疗前后血清总胆红素（TBIL）、谷丙转氨酶（ALT）浓度，并作治疗前后对比和组间对比统计。统计方法采用X^2检验、t检验。临床疗效：疗效评定标准：显效：黄疸完全消退，ALT正常或接近正常，肝脏回缩正常大小或质地变软；有效：黄疸明显消退，ALT明显下降，肝脏变小，质地变软；无效：黄疸、ALT、肝脏大小及质地基本无改变。结果：治疗组总有效率89.47%，对照组总有效率60.00%。治疗组治疗前后及两组治疗后比较有显著差异（$P<0.05$）。

按：内服方中干姜味辛性热，温中祛湿，引附子辛甘内达外彻，温肾暖脾；太子参扶正祛邪、健脾益气；黄连味苦性寒，能燥湿凉肝；反佐吴茱萸辛苦性热，疏肝补肾；白豆蔻味辛性温，行气化湿；防风辛甘微温，有胜湿温脾、引邪外出之功；半枝莲辛寒，清热祛湿；虎杖苦寒，既利湿退黄，又能活血行滞；茵陈性味苦寒，为清热利湿退黄首选药。现代医学证明，其含挥发油，有明显利胆、保肝、抗病原微生物的作用[6]。该方温而不燥，补而不腻，温中寓清，伐而不疲。综观全方，寄先天寓后天，后天滋先天，体现了中医学整体观和辨证施治的特点。

外敷方中肉桂温肾暖脾、通调血脉；伍茴香理气疏肝、和中醒脾；佐丁香芳香运脾；冰片香散走窜、散郁通滞。外敷脾俞穴可暖脾温肾、疏肝达郁。思密达主要成分为双八面蒙脱石，进入人体后不吸收入血，只分布在消化道黏膜表面，6h后连同所固定的攻击因子随消化道自身蠕动物排出体外，不改变正常肠蠕动。其降低胆红素的作用机制为消除病原，消除肠道未结合胆红素，减少胆红素的肝肠循环[7]，是目前临床上运用最多的退黄药，但与治疗组疗效对比差异显著。

综上所述，茵陈理中汤内服、温运贴外敷合治婴儿肝炎综合征，既能清热利湿退黄以驱除外邪，又能温中散寒以固先后天之本。打破

了婴儿黄疸多属湿热型而一味清热泻火的常规疗法，收到满意疗效。治疗期间，未见不良反应。

四、流涎

流涎症是指小儿唾液过多而引起口涎外流的一种常见症状。

现代医学认为，该症多由于小儿口、咽黏膜炎症引起。小儿禀赋不足，形气未充，极易受到病毒、细菌的侵袭，而发生炎症反应，刺激口腔黏膜、腮腺等处，促使唾液分泌过多，而流出口腔。

中医学认为该症多由于患儿食母乳过热或嗜食辛辣之物，以致脾胃湿热，熏蒸于口；或先天不足，后天失养，脾气虚弱，固摄失职，以致唾液从口内外流而发病。另外脾热上蒸或脾胃虚寒，升降失常，运化无力亦可导致该病的发生。若涎多黏稠而臭，为脾热，治宜清脾泻热，用泻黄散；若涎多清稀，为虚寒，治宜温中健脾，用理中汤加减。《普济方》卷三百六十二："脾之液为涎，脾气冷不能收制其津液，故流出溃于颐上。"治宜温中健脾，用益黄散、理中丸。

临床表现：①脾胃湿热：流涎黏稠，口气臭秽，食欲不振，腹胀，大便秘结或热臭，小便黄赤，舌红，苔黄腻，脉滑数，指纹色紫。治法：清脾胃湿热。②脾气虚弱：流涎清稀，口淡无味，面色萎黄，肌肉消瘦，懒言乏力，饮食减少，大便稀薄，舌质淡红，苔薄白，脉虚弱，指纹淡红。治法：健脾益气，固摄升提。早期推拿治疗，效果良好。

【临床应用】

顾燕[2]在临床上运用理中汤加减治疗一流涎患儿，疗效明显。黄鹤洁[8]在临床上运用附子理中丸治疗小儿流涎，投之多效。龙昌林[9]在临床中运用理中汤加味治愈一顽固性泛唾涎沫症患儿。

【病案举例】

例1，李某，男，2岁，于2003年1月就诊。患儿半岁后经常流涎不止，在门诊定期诊治，疗效小佳，收住入院。入院症见：面色苍白，纳少便溏，舌淡，苔白，指纹色淡。查体：口咽无炎症，无神经系统疾病。辨为脾胃虚寒之流涎。治宜健脾温中，摄涎。方予理中汤加减：党参9g，炒白术9g，炙甘草3g，干姜3g，鸡内金5g，茯苓

5g，陈皮3g，益智仁5g，炒山药5g，生姜2g，大枣2枚。水煎服，每日1剂。5剂后，流涎明显减少，纳食好转，继服上方加减调理半月余，患儿流涎已止，饮食如常。随访2个月未再复发[2]。

例2，患儿，男，3岁，2004年5月28日初诊，流涎2个月，加重10余天。诊见：口角流涎，清稀如水，淋流不断，舌苔滑白，脉弦。证属寒饮，治宜温阳化饮。外方：附子理中丸，每日1丸，水煎分2次服。10d后来诊，流涎告愈[8]。

讨论：饮为稀涎，是脏腑功能失调，水液输布运化失调，停积于体内某些部位的病理产物，涎是从口腔流出的清稀黏液，其生成过多具备了饮的特征，应属于饮证。《内经》云："诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒"，据此辨证为寒饮。经又云："五脏化液……脾为涎"，可告本病的发生，关键在脾。脾阳不振，运化失司，以致寒饮停积。用附子理中丸益气健脾，温阳化饮，切中病机，故收良效[8]。

例3，刘某，男，7岁，2000年5月初诊。患儿半年来流涎不止，经中西医多方治疗无效。诊见：面黄肌瘦，精神不振，纳差，大便时有不消化物，小便清长，唇淡甲白，舌淡，苔白，脉细弱无力。此乃先天不足、脾虚及肾所致。治以温脾健运燥湿，拟方：童参12g，白术、干姜、山药、茯苓、桂枝各10g，炙甘草6g，补骨脂8g。服药3剂，症状减轻。效不更方，再服药7剂，症状消失。半年后，小儿旧症复发，又来我处求治。仍守原方治疗，服药4剂后流涎减少，诸症减轻。再诊：虑患儿先天不足，有下利清谷、便清长等症状，故在前方中加制附片6g，再服药5剂后症状消除。然后去附片，改为丸剂，继续服药2剂后，诸症消失，精神与体力均恢复正常。随访至今无复发[9]。

按：流涎是指口中唾液不自觉从口内流溢出的一种病证，也就是我们平常所说的流口水。一般来讲，1岁以内的婴幼儿因口腔容积小，唾液分泌量大，加之出牙对牙龈的刺激，大多都会流口水。随着生长发育，大约在1岁左右流口水的现象就会逐渐消失。如果到了2岁以后宝贝还在流口水，就可能是异常现象，如脑瘫、先天性痴呆等。另外，小儿患口腔溃疡或脾胃虚弱，也会流涎不止。

小儿素体脾胃虚弱，脏腑娇嫩，有"脾常不足"之说。患儿病

久脾虚致流涎不止，久久不已，为脾虚中寒，水不运化，不能摄津，津上溢于口之故。《伤寒论条辨》曰："脾胃虚弱中气失守，中无发宣之用，六腑无洒陈之功，犹如釜薪失焰，故下至清谷，上失滋味，五脏凌夺，诸症所由来也。"顾氏应用理中汤加减治疗，方中党参、白术、炙甘草固中州；干姜辛以守中；配茯苓、陈皮、山药健脾益气；益智仁温肾补阳。诸药合用，使脾胃健，水能化津，升降调和，津液得以摄纳循常道，则涎止，病痊愈。

泛唾涎沫一症，发病主要责之脾肾。脾之液为涎，廉泉乃津液之道路，若小儿脾胃素蕴湿热，致廉泉不能制约，故涎液自流。《伤寒论》277条提示：太阴病脾阳虚弱宜温中健脾，若伤及肾者，宜服理中辈。《伤寒论》395条云："大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。"然该病仍须临床辨证准确，方可恰当用药，治疗才能获得疗效。

此外，注意观察患儿的表现，找出流涎原因，特别是患儿发烧、拒绝进食时，要进行口腔检查，观察有无溃疡。如果是脾胃虚弱引起，平时不要给宝贝穿着过多或过厚，饮食上注意节制，以防体内存食生火，加重流涎现象，引起呼吸道感染。而且，还可以在医生指导下进行中医推拿治疗。

五、口疮

口疮是指以口腔内黏膜、舌、唇、齿龈、上腭等处发生溃疡为特征的一种小儿常见的口腔疾患。口疮发生于口唇两侧者，又称燕口疮；满口糜烂，色红作痛者，又称口糜。

口疮以口腔黏膜和舌体表面糜烂疼痛为主症，影响患儿饮食、生活和学习，连年反复发作，极为痛苦，是急慢性口腔溃疡并存且反复不愈的一组症候群。本病相当于西医学口炎。任何年龄均可发生，以2~4岁的小儿多见，一年四季均可发病。可单独发生，也常伴发于其他疾病之中。小儿口疮一般预后良好，若失治、误治，体质虚弱，可导致重症，或反复发作，迁延难愈。

《幼幼集成·口疮证治》："口疮者，满口赤烂，此因胎禀本厚，养育过温，心脾积热，熏蒸于上，以成口疮"，《小儿卫生总微论

方·唇口病论》："风毒湿热，随其虚处所著，搏于血气，则生疮疡"。由此可见小儿口疮多为风热乘脾或心脾积热等因素引起。中医学认为小儿口疮多系调护失宜，心脾胃积热上炎口舌，或先天不足，体弱多病，或应用广谱抗生素后，使风热邪毒乘虚而入，侵灼口腔，腐蚀肌膜而发病。口疮一病，临床所见大多为实证，多为外感风热与心脾积热所致。如《圣济总录·口齿门》所说："口舌生疮者，心脾经蕴热所致也，二脏俱蓄热毒，不得发散，攻冲上焦，故令口舌之间生疮。"中药在治疗该病时有独特优势。

【临床应用】

顾燕[2]曾用理中汤加减治一口疮患儿，收效明显。

【病案举例】

王某，男，3岁，2003年2月就诊。患儿腹泻、呕吐10余天，经治好转后出现口疮，红肿、疼痛，进食困难，伴胃纳欠佳，大便稀溏，口服21金维他、银翘解毒片等药物，效果不佳，已1个月，故前来我处求中医治疗。证见患儿精神萎靡，面色无华，食纳差，舌淡，苔白，脉细弱。中医诊为口疮，证属脾虚阳泛。治宜温中健脾，引火归元。拟理中汤加减：人参须5g，炒白术9g，干姜3g，甘草3g，麦冬5g，炒白芍9g，牡蛎10g，肉桂2g。水煎服，每日1剂。服5剂后，患儿口疮创面缩小，红肿疼痛减轻，尚能进食，继服5剂后，口疮已愈，诸症消失。为巩固疗效，嘱其改服理中丸，每次半丸，每日2次，连服半月，随访1个月未再复发[2]。

按：小儿口疮在临床上常见，中医多从虚实辨证，以实证为多，虚证少见。虚证又有脾虚、肾虚之别。《幼幼集成·口疮证治》曰："口服凉药不效，乃引一胃之气不足，虚火浮上而无制，宜理中汤收其浮游之火……若吐泻后口中生疮，亦是虚火，理中汤。"尤在泾亦谓："盖土温则火敛……脾胃虚衰之火，被迫上炎，作为口疮。"本例患儿系久泻致脾胃虚寒，水不制火，虚火上浮发为口疮，证属脾虚阳泛，虚火上炎所致，故在治疗上以健脾温中为主，兼以收其浮游之火归元。运用本方治其根本，收效甚好。

六、腹痛

腹痛是指胃脘以下，耻骨毛际以上部位发生疼痛为主要表现的一种脾胃肠病证。多种原因导致脏腑气机不利，经脉气血阻滞，脏腑经络失养，皆可引起腹痛。

小儿腹痛是儿科临床最常见的消化道病证。本病以腹痛为主，可伴有厌食、吐、泻等症状。夫腹痛者，多因邪正交攻，与脏气相击而作也，挟热而痛者必面赤或壮热，四肢烦，手足心热。

小儿腹痛也可做为某些疾病的主症或兼症，如泄泻、虫积、腹型癫痫、过敏性紫癜等，此处不作论述。腹痛作为独立性疾病，大致可分为食积腹痛、虚寒腹痛和寒积腹痛。茅先生歌云：面青面白犹自可，黑色如青瓜一同，此是腹心生冷痛，须将温药里头攻。钱氏云：胃虚冷，面 白色，腹痛不思食当补，益脾益黄散主之。若不下利者，调中丸主之（益黄散治下利而痛也，调中丸治不利而痛也）。调中丸：白术 人参 甘草（炒各半两）干姜（炮，四钱），上为细末，蜜丸如绿豆大。每服五七丸至十五丸，食前、温水下。（海藏云：仲景理中例也）

理中丸主治虚寒型腹痛，此型腹痛多痛势绵绵，喜暖按，年幼儿不能自诉则啼哭不已。饮食可，大小便好，素食生冷，体多瘦弱，舌质淡红，苔薄白而润，指纹淡红或脉沉缓。此型腹痛临床最为多见。小儿乃稚阴稚阳之体，或过食生冷，或偶受寒凉，均可损伤胃阳，令络脉挛急，发为腹痛。

【病案举例】

丛丽等[10]治疗虚寒腹痛，立法温中散寒、行气止痛，以理中汤加味治疗，收效明显。

李某，女，6岁。腹痛2年。经常腹痛，发作无规律，痛时喜暖喜按，食佳，大小便好，面色㿠白，舌质淡红，苔薄白而润，脉沉而无力。平素嗜食冷饮。据以上情况，辨为虚寒腹痛，立法温中散寒，理气止痛。理中汤加减：党参15g，白术10g，砂仁15g，山萸15g，木香10g，枳壳10g，甘草5g。1剂为2天量，水煎日3次，口服。嘱患儿尽可能避免寒冷之品。服上方3剂后，腹痛不明显，偶有不

适。继服4剂病愈。

按：此型腹痛临床极为多见，多为恣食生冷所致。应节制生冷，并配合温阳散寒之中药，可取佳效。但温散之品口味多辛辣，如干姜、吴茱萸等，不宜于小儿，可改用山萸、砂仁、木香等。

七、泄泻

泄泻是以大便次数增多，粪质稀薄或如水样为特征的一种小儿常见病。

小儿泄泻发生的原因，以感受外邪，内伤饮食，脾胃虚弱为多见。其主要病变在脾胃，因胃主受纳腐熟水谷，脾主运化水谷精微，若脾胃受病，则饮食入胃，水谷不化，精微不布，清浊不分，合污而下，致成泄泻。故《幼幼集成·泄泻证治》说："夫泄泻之本，无不由于脾胃。盖胃为水谷之海，而脾主运化，使脾健胃和，则水谷腐化而为气血以行荣卫。若饮食失节，寒温不调，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污而下降，而泄泻作矣。"婴幼儿泄泻又称婴幼儿消化不良，为2岁以下小儿常见的一种消化道疾病。多发生于婴儿期，小儿脾胃功能尚未健全，而生长发育迅速，所需营养物质较多，所以脾胃功能相对不足，加上小儿饮食不能自节，脾胃容易受损，受纳运化功能容易发生紊乱，出现吐、泻诸症，同时，其他脏腑疾患也常常影响脾胃，使其功能失常，即脾胃不足。若治疗不当，迁延日久，可影响小儿营养及生长发育。小儿脏腑娇嫩，形气未充，发育迅速，无论是内伤饮食，还是外感六淫之邪均可引起脾胃功能紊乱，造成泄泻。临床表现为大便清稀或呈稀米汤、蛋花汤样或夹乳片、食物残渣，便中无脓血，每日3～5次或更多。可伴发热、咳嗽、呕吐、形寒肢冷、尿少或无尿及轻中度脱水。

【临床应用】

顾燕[2]运用理中汤加减治疗小儿泄泻，疗效甚捷。王爱蓉[11]采用理中丸加味健脾利湿、温中止泻，治疗小儿泄泻50例，收到很好的疗效。药用党参甘温入脾，补中益气；炮姜辛热，温中而扶阳气；脾虚则生湿，以甘苦温之白术燥湿健脾；车前草利尿止泻；炙甘草补中扶正，调和诸药。全方合用，疗效甚佳。并与小儿利宝治疗的30

例作对比观察，效果明显。

临床资料：两组80例患儿均为我院门诊病人，随机分为治疗组50例，对照组30例。临床表现：患儿大便次数增多，大便稀，或呈水样带有不消化乳食及黏液，水多渣少，有酸臭味，或溢乳，食欲减退，体温正常或稍高。大便检查：可找到较多的食物残渣和脂肪滴及少量白细胞。

治疗方法：治疗组服用理中丸加味：党参4～6g，干姜1～3g，炙甘草1～3g，焦白术4～6g，车前草6～9g。纳差者加炒山楂、神曲；有表证呕吐者加藿香、半夏；腹痛者加白芍。3d为1疗程。对照组服用小儿利宝，按不同年龄给药。3d为1疗程。

疗效标准：痊愈：泄泻停止，大便成形；显效：泄泻次数明显减少，食欲增加；好转：泄泻次数有所减轻，食欲不振；无效：泄泻无改变。治疗结果：治疗组50例中，痊愈43例，占86%；显效6例，占12%；好转1例，占2%。对照组30例中，痊愈9例，占30%；显效11例，占37%；好转10例，占33%。两组病例全部有效，但治疗组明显优于对照组，经统计学处理，$P<0.01$。

杨志莲[12]等自1999年5月～2001年5月应用理中丸加减治疗婴儿腹泻63例，取得满意疗效。治疗方法：理中丸基本方：干姜1～3g，人参3～6g，白术6～9g，炙甘草1～3g，若食积不化加焦三仙、鸡内金、枳壳；若伤风寒，去干姜，加生姜、藿香、白芷、苏叶；若湿热壅滞肠胃，去干姜、人参，合葛根芩连汤；若脾胃阳虚，加炒山药、莲子肉、制附片、诃子。用药方法：上述药物每日1剂，浓煎20～30min，每日4～5次，每次10～30ml，同时给予患儿常规助消化、纠酸、补液、抗炎治疗。对照组只采用助消化、纠酸、补液、抗炎治疗。疗效标准：按全国第二次小儿腹泻会议制定的疗效标准：①显效：用药24～48h，大便次数减少到≤2次/天，或恢复正常次数，大便性质恢复正常，临床症状完全消失。②有效：用药48～72h，大便次数减少至≤2次/天，大便性质好转，水分明显减少，临床症状基本消失。③无效：用药72h，腹泻次数仍>2次/天，或性质无明显好转，甚至加重需更换药物者。结果：治疗组63例患者，治愈40例，好转16例，无效7例，总有效率88.9%。对照组32例，治愈

18例，好转5例，无效9例，总有效率71.8%，与对照组比较 $X^2=4.38$，$P<0.05$，有显著性差异。

讨论：理中丸是《伤寒论》中主治脾胃阳虚的重要方剂。选用理中丸为主方，治中健脾，扶正固本。方中干姜为君，温中焦脾胃而祛里寒；人参大补元气，助运化而正升降；白术健脾燥湿；炙甘草和中。四药合用，使清阳升而浊阴降，运化健而中焦治，实后天之本，达到了治病求本的目的。经临床观察，理中丸加减治疗婴儿腹泻总有效率88.9%，未发现任何毒副作用，说明本药安全、可靠、有效，是值得临床广泛应用于治疗婴儿腹泻的药物。

李谱智[13]运用加味理中汤治疗婴幼儿慢性腹泻。观察治疗42例，痊愈24例，有效12例，未愈6例，总有效率为85.7%。治疗方法如下：组成：党参4g，白术4g，法半夏4g，泽泻4g，藿香4g，防风4g，葛根8g，茯苓6g，炮姜1.5g。主治病证：婴幼儿慢性腹泻。婴儿在以母乳喂养为主期间，无明显外感症状，解绿色、蛋花样，或夹有不消化乳块水样大便，日行5～10次不等，伴肠鸣、呕吐，病程在2周以上，大便常规化验正常，经中西医常规治疗无效者。服用方法：婴儿与乳母同时服用此方。婴儿：每日1剂，水煎浓缩成150ml，分2次或多次口服。乳母：服用此方时上述各药加倍量，每日1剂，口服，分2次口服。加减运用：呕吐加苏叶3g；纳呆加神曲、麦芽、山楂各5g；腹痛加砂仁3g；腹泻甚者加诃子4g；肛周潮红加鸡蛋花4g，去炮姜；多汗加浮小麦30g，大枣15g（上药乳母用则药量加倍）。

从2003年5月～2004年6月，梁丽华[14]自拟粟桂理中汤治疗小儿慢性泄泻20例，疗效满意。20例均为门诊病人，其中男8例，女12例；年龄最小6个月，最大2岁；病程最短20d，最长75d。均为住院后用中西药治疗效果不佳者，辨证属脾肾阳虚型。诊断依据根据《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断标准》制定，即有乳食不节，饮食不洁或感受时邪的病史。大便次数增多，每日3～5次或多达10次以上，大便色淡黄或色褐而臭，如蛋花样，可有少量黏液，或伴有恶心、呕吐、发热、口渴等症。腹泻及呕吐较重者，可见小便短少，体温升高，烦渴神萎，皮肤干瘪，囟门凹陷，目珠下

陷，啼哭无泪，口唇樱红，呼吸深长，腹胀等症。大便镜检可有脂肪球，少量红、白细胞。大便病原体检查可有致病性大肠杆菌等生长，或分离轮状病毒等。重症腹泻有脱水、酸碱平衡失调及电解质紊乱。脾肾阳虚型症状为大便稀溏，完谷不化，形体消瘦，或面目虚浮，四肢欠温，舌淡苔白，脉细无力。

治疗方法：粟桂理中汤，药用泡参、炒白术、茯苓、罂粟壳、粳米各10g，干姜1.5g，肉桂0.3g，乌梅9g，炙甘草5g。日1剂，水煎，分3次服。5d为1疗程，3个疗程后评定疗效。疗效标准根据《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》制定。治愈：大便成形，全身症状消失，大便镜检无异常，病原学检查阴性。好转：大便次数及水分减少，全身症状改善，大便镜检脂肪球或红、白细胞偶见。未愈：大便次数及水分未改善或症状加重。治疗结果：治愈14例，占70%；好转4例，占20%；未愈2例，占10%；总有效率90%。

何定淑[15]等用自拟新制理中汤治疗小儿慢性腹泻50例疗效较好，治疗方法：处方：干姜、苍术（淘米水浸泡2h）、赤石脂各10g，茯苓12g，冬瓜皮15g。大便黏液多者加黄连5g；小便少者加车前草、滑石各12g；腹胀甚者加佛手6g，枳实10g；乏力明显者加大枣6g。用法：煎水150~200ml，分3次温服。以上用量为3~6岁小儿1日量，3岁以下的婴幼儿用量酌减，或2日服1剂。治疗结果：痊愈35例（70%），显效12例（24%），好转3例（6%），总有效率为100%。最少服药4剂，最多服药10剂。

按：新制理中汤寒温并用，调理脾胃功能与止泻相互兼顾。干姜配苍术温中健脾而不使脾气机壅滞；苍术用淘米水浸泡，能减轻其温燥辛烈耗气之弊。冬瓜皮利小便而实大便，并以甘凉之性制干姜之温燥。药理实验证实，干姜、苍术二药可以抑制肠内异常发酵，消除肠胀气，促进消化液分泌，减缓肠道收缩，恢复肠道节律性蠕动，从而起到良好的止泻、增进食欲的作用。赤石脂涩肠止泻，《本草纲目》认为能“厚肠胃，除水湿”。临床上许多医生忌“利无止法”之说，而不用此药。我们认为脾虚腹泻的小儿，如果不打断他的恶性循环，往往形成吃得多，拉得多的状态。且若不用此药，其余之药力又如何

能逗留中焦，起温中燥湿止泻之效。一般患儿服本方后，食欲增进明显，故要嘱其家长控制小儿食量，不使治疗受挫。另如泻下黏液多，便臭色黄者可加黄连或白头翁，仍可取效。

朱风玲[16]等运用加味理中汤治疗小儿脾肾阳虚型腹泻46例，疗效满意。治疗方法：加味理中汤，方药组成：党参10g，炒白术9g，茯苓9g，炒山药12g，肉豆蔻6g，诃子6g，干姜3g，炙甘草3g。大便滑脱不禁伴脱肛者加升麻1.5g；大便清稀如水，寒湿较盛者加车前子9g；面色苍白、贫血严重者加当归6g；舌苔厚腻伴宿食不化加炒大黄3g。每剂加水500ml，两煎合参，浓缩为120ml，每日分4～6次服完。5～7d为1个疗程。其中5例轻度脱水另外给予口服补液盐（简称ORS）。治疗结果：43例中经治1个疗程治愈39例，占84.8%；好转6例，占13%；无效1例，占2.2%，总有效率97.8%。

按：小儿腹泻属中医学“泄泻”范畴。本方中参、术、苓、草名曰四君子汤，为补脾益气的主方。配炒山药健脾运湿，可以调整胃肠功能，增强饮食的消化和吸收。参、术、姜、草名曰理中汤，为温中散寒的要方，能增快胃肠蠕动，促进新陈代谢，改善血液循环，提高机体的抗病力。肉豆蔻既能温肾暖脾又能固肠止泻，配干姜可助肉豆蔻温运之力，配诃子又能助肉豆蔻涩肠之功，三味相互配合能充分发挥腐熟水谷、排气、实便的效用，且可避免腹胀。全方具备补而不腻，温而不燥，涩而不滞的优点。临床证明加味理中汤不但对小儿脾肾阳虚型腹泻疗效较好，而且对寒湿型腹泻也有很好疗效。

黄鹤洁[17]在临床上用出自《太平惠民和剂局方》的附子理中丸治疗小儿泄泻，每多奏效。王继红等[18]随老师在临床应用仲景理中汤加减治疗60余例，起病急骤或久泻不愈的小儿泄泻病情好转后改服白术散，效果明显。理中汤方药组成：党参15g，白术15g，干姜15g，炙甘草10g。若手足厥逆可加附子5g，若泻下清浊不分可加草薢5g，心悸者可加茯苓7g。

【病案举例】

例1，某女孩，3岁半，1999年11月6日就诊。其母代诉：患儿腹泻5d，在市某医院经中西药物治疗后无效，且日渐加重，经人介

绍来我院门诊要求服中药治疗。诊见腹泻为水样大便，日行5~6次，伴纳差，倦怠，面色苍白，舌质淡，苔白，脉沉无力。大便常规检查：脂肪球（+++）。治以温中健脾止泻。处方：党参6g，焦白术6g，干姜3g，炙甘草3g，车前草7g，炒山楂10g，神曲6g。服药2剂，大便次数明显减少，食欲增加，3剂痊愈。复查大便常规正常[11]。

例2，患者，女，3.5个月，2004年3月10日诊。腹泻1月余。正常哺乳喂养儿。在院外经中、西医治疗乏效而来诊。刻下每日解蛋花样水便六七次，间夹不消化乳块及泡沫状，时矢气即漏出水样大便，肠鸣漉漉。纳乳尚可，四肢欠温，肛周无潮红，指纹淡红，舌质淡红。检查：体温36.6℃，咽部淡红，两肺呼吸音正常，肠鸣音亢进，大便常规检查正常。乳母孕哺期间有多食生冷寒凉瓜果、蔬菜史。此为哺乳期婴儿腹泻，乃寒湿中阻、脾虚失健所致。治宜温中化湿，健脾止泻，方用加味理中汤加减为治：党参5g，白术5g，藿香5g，茯苓6g，葛根8g，厚朴5g，法半夏5g，炮姜1.5g，砂仁1.5g，诃子4g，陈皮4g，防风4g，泽泻5g。每日1剂，水煎浓缩为150ml，分多次口服。乳母停食寒凉瓜果之品，并口服上方（药量加倍），水煎，每日1剂，分2次口服。3剂后患儿泻止，婴儿与乳母同时用加味参苓白术汤调理。1个月后因其他病来诊询问，腹泻未见再发作[13]。

按：临床观察发现，哺乳期婴幼儿慢性腹泻屡治不效者，往往与乳母有密切关系。乳母禀赋虚寒，或孕哺期间恣食生冷寒凉，以致所化生的乳汁偏于寒凉，婴儿哺食后容易内生寒湿；寒湿伤脾，脾运失司，反水为湿，反谷为滞，泄泻乃作。故此病必须婴儿与乳母同时治疗，标本兼顾，才能取得良效。此方实为理中汤、藿朴夏苓汤与七味白术散加减而成。理中汤理中散寒，藿朴夏苓汤芳香温化寒湿；防风、葛根乃风药，风动胜湿；七味白术散升阳健脾化湿。遣药切中病机，标本兼治，故能取得较好的疗效。

例3，李某，女，1岁半，于2003年11月5日就诊。近1个月来腹泻水样便，每日7~8次，甚至10余次。曾住院用中西药对症治疗20余天效果不佳。现每日泻水样大便5~6次，肠鸣，面色苍白，

嗜睡，纳差，手足欠温，小便清少，舌苔薄白，指纹暗清淡。大便常规检查有少许不消化食物。临床诊断为小儿慢性泄泻。辨证为脾肾阳虚型。治宜温肾健脾，酸收止泻。用粟桂理中汤内服，日1剂，水煎分3次服，经服6剂后症状消失[14]。

按：脾胃之病，饮食调理至关重要。至于用药，应做到补而不滞脾，消导不伤气，苦寒不害胃，温而不燥烈。对于泄泻严重，并有水、电解质紊乱者，应及时配合体液补充治疗，以免造成严重的并发症。粟桂理中汤方中干姜温运中焦、祛散寒邪，泡参补气健脾、补而不滞，炒白术健脾燥湿，肉桂温中补阳、益火消阴、补下焦命门之火，茯苓健脾补中、利水渗湿，乌梅酸收敛阴、温中而不伤阴，罂粟涩肠止泻，粳米调和脾胃，炙甘草补脾和中并调和诸药。全方有温肾健脾，酸收止泻之功。

例4，马某，女，10个月，于2003年12月就诊。腹泻1月余，久泻不愈。现食入即泻，完谷不化，形寒肢冷，面色苍白，精神萎靡，舌淡苔白，脉细弱，指纹淡。四诊合参，辨为脾胃虚寒之泄泻。治宜温中健脾止泻。方中理中汤加减：人参须6g，炒白术8g，干姜3g，炙甘草3g，炒扁豆5g，陈皮3g，诃子炭5g，木香3g，炒麦芽6g，鸡内金6g。水煎服，每日1剂，服4剂后，大便已成形，续服5剂，病获愈[2]。

讨论：小儿泄泻病因复杂，多以感受外邪，饮食所伤，脾胃虚弱多见。此例患儿久病迁延不愈，导致中焦虚寒，脾阳不升，水湿下趋，所谓“湿盛则濡泄”。《幼幼集成·泄泻证治》曰：“凡饮食入胃不佳，或完谷不化者，是气虚，宜温补之。”故在治疗时用理中汤温中健脾治其本，兼以固涩止泻治其标。方中用人参须、炒白术、干姜、甘草、炒扁豆、陈皮益气健脾温中，使脾阳健运，湿浊内化；加诃子炭、木香以收敛固涩；佐麦芽、鸡内金消食化积。各药相伍，药中病机，使患儿脾胃功能得以恢复，而泄泻自止[17]。

例5，男，1岁，2005年12月3日初诊，腹泻10d。患儿10d前呕吐2次，而后哭闹，大便次数增多，每日10余次，呈黄绿色或蛋花样，有酸味，有时含少量黏液，并见白色瓣。曾给予静脉补液，使用氨苄青霉素控制感染，口服蒙脱石散止泻，间断治疗1周，大便次

数减少，仍每天3～4次。诊见：神疲乏力，面色白，食少纳呆，大便清稀，完谷不化，舌质淡，苔白，脉弱无力。证属脾阳不振。治以温阳健脾。处方：附子理中丸，每日1丸，水煎分2次服，连服2丸而瘥[17]。

按：小儿脏腑娇嫩，脾胃薄弱，运化未健，稍遇外感时邪或饮食不节，损伤脾胃，升降失常，清浊不分，则成泄泻。若寒邪直中，过食生冷，用药寒凉，或腹泻日久，均可损伤脾阳，使病程延长。用附子理中丸治疗本病，药证相符，故取效甚捷。

例6，刘某，男，4岁。大便稀溏2d，起病急骤，时轻时重，重时日行5次以上。现腹泄，腹痛喜按，呕吐，尿少，口干不欲饮。伴手足厥逆，面色苍白，精神萎靡不振，舌淡苔白，脉沉迟。中医诊断为脾肾阳虚，命火不足，阴寒内生。治宜温中散寒，健脾温肾。用理中汤加减治疗：党参15g，白术15g，干姜7g，炙甘草5g，革薢5g，附子10g，水煎服3剂后显效。改用白术散：党参8g，白茯苓15g，白术15g，藿香叶15g，葛根15g，木香5g，甘草3g，水煎服，2剂后显效。服药期间忌食生冷、油腻等食物。随访3个月未见复发[18]。

按：小儿脏腑娇嫩，形气未充，脾肺常不足，肾常虚。脾胃虚弱是小儿泄泻反复发作的主要原因。此型以泄泻清水而名水泻，属湿、属寒、属虚。因小儿禀赋素弱，再因外感风寒或过饮寒凉致使脾阳不振，水湿内盛，运化失权、清浊不分，小便少、大便如水。得病急，一二日小儿即出现眶陷、嗜睡、露睛、消瘦、呕吐，甚至手足厥逆，重者死亡。或累及肾阳，脾肾阳虚，命火不足，不能温煦，故久泻不止，大便清稀。经云："善诊者先别阴阳"、"实泻虚补"，对于此病尤为重要。本方主用党参代替人参平补中气，干姜温中祛寒，扶阳抑阴。白术燥湿健脾，甘草补脾益气，调和诸药。附子温肾暖脾，固涩止泻。临床上对水泻直用仲景理中汤，觉得单刀直入，可急救回阳。

八、肺炎喘嗽

肺炎喘嗽是小儿时期常见的肺系疾病之一，以发热、咳嗽、痰壅、气急、鼻煽为主要症状，重者涕泪俱闭、面色苍白发绀。肺炎喘嗽的病名首见于《麻科活人全书》，该书叙述麻疹出现"喘而无涕，

兼之鼻煽”症状时，称为“肺炎喘嗽”。本病全年皆有，冬春两季为多，好发于婴幼儿，一般发病较急，若能早期及时治疗，预后良好。

本病包括西医学所称支气管肺炎、间质性肺炎、大叶性肺炎等，肺炎是小儿最常见的一种呼吸道疾病，3岁以内的婴幼儿在冬、春季节患肺炎较多，由细菌和病毒引起的肺炎最为多见。婴幼儿肺炎不论是由什么病原体引起的，统称为支气管肺炎，又称小叶性肺炎。小儿肺炎的症状主要表现为发热、咳嗽、喘，肺炎的发病可急可缓，一般多在上呼吸道感染数天后发病。最先见到的症状是发热或咳嗽，体温一般38～39℃，腺病毒肺炎可持续高烧1～2周。身体弱的小婴儿可不烧甚至体温低于正常，会有咳嗽、呛奶或奶汁从鼻中溢出。普遍都有食欲不好、精神差或烦闹睡眠不安等症状。重症病儿可出现鼻翼煽动、口周发青等呼吸困难的症状，甚至出现呼吸衰竭、心力衰竭。病儿还可出现呕吐、腹胀、腹泻等消化系统症状。小儿肺炎起病急、病情重、进展快，是威胁婴幼儿健康乃至生命的疾病。但有时它又与小儿感冒的症状相似，容易混淆。因此，父母有必要掌握这两种小儿常见病的鉴别知识，以便及时发现小儿肺炎，及早医治。

中医学认为引起肺炎喘嗽的病因主要有外因和内因两大类。外因主要是感受风邪，小儿寒温失调，风邪外袭而为病，风邪多夹热或夹寒为患，其中以风热为多见。小儿肺脏娇嫩，卫外不固，如先天禀赋不足，或后天喂养失宜，久病不愈，病后失调，则致正气虚弱，卫外不固，腠理不密，而易为外邪所中。肺炎喘嗽的病变主要在肺。肺为娇脏，性喜清肃，外合皮毛，开窍于鼻。感受风邪，首先侵犯肺卫，致肺气郁闭，清肃之令不行，而出现发热、咳嗽、痰壅、气促、鼻煽等症。痰热是其病理产物，常见痰热胶结，阻塞肺络，亦有痰湿阻肺者，肺闭可加重痰阻，痰阻又进一步加重肺闭，形成宣肃不行，症情加重。

肺主治节，肺气郁闭，气滞血瘀，心血运行不畅，可致心失所养，心气不足，心阳虚衰的危重变证。亦可因邪热炽盛化火，内陷厥阴，出现高热动风证候。若影响脾胃升降，浊气停聚，大肠之气不行，可出现腹胀、便秘等腑实证候。重症肺炎或素体虚弱之患儿，患病之后常迁延不愈，难以恢复，如体禀营虚卫弱者，可致长期不规则

发热，或寒热往来，自汗；体禀阴液不足者，可形成发热以夜间为甚，手足心灼热，盗汗，夜寐不宁等症。

【病案举例】

黄鹤洁[17]临床常运用附子理中丸治疗小儿肺炎，收效甚捷。男，1岁，2004年2月14日初诊，咳嗽喘促伴喉痰鸣半月。曾以“肺炎”入院，给予抗生素治疗12d，喉中痰鸣无改善。诊见：神疲纳少，面色白，双肺可闻及湿啰音，舌苔白滑，脉弦。证属寒饮伏肺，治以温阳化饮。处方：附子理中丸，每日1丸，水煎分2次适量服用。并嘱使用本品时中病即止。10d后再诊，饮食增加，双肺湿啰音消失。

按：小儿患肺炎，经长期治疗后肺部啰音不吸收，多因素体阳虚，外感寒湿，肺气不及输布，水津停滞，积而为饮。临床观察，抗生素相当于中医的清热药，都有不同程度的胃肠道反应，与中医的“药性寒凉，易伤脾胃，影响运化”相似。患儿使用抗生素10余天，亦可损伤脾胃阳气。阳气不促，气化不行，附子理中丸温化寒饮，又培土生金，故能取效。

防止小儿肺炎的重点在于平时加强体格锻炼，及时治疗感冒和支气管炎。另外，还要给孩子必需和足够的营养，一定要争取母乳喂养至少4个月以后，并合理地添加辅食。平时孩子要去户外活动，多晒太阳，室内空气要新鲜、流通。传染病流行季节不带孩子到公共场所去，不要让孩子接触已感染的儿童和成人，天气变化时要为孩子适时增减衣服。再就是要积极预防佝偻病、贫血、营养不良、微量元素缺乏等病症，因为这些与肺炎的发生发展有密切关系。还要注意给孩子按程序进行计划免疫，因麻疹、百日咳、流感等传染病都可使小儿机体抵抗力降低而引起肺炎，所以不要忽视计划免疫。

九、喜唾

喜唾是指唾液分泌过多，不时满口而唾出的病证。

唾液分泌过多其原因很多，从总的方面又可分为真性和假性唾液分泌过多两种情况。真性唾液分泌过多的原因主要有：口腔炎、咽炎、舌炎、齿龈炎等口腔疾病，以及假牙不合适引起的刺激；汞、铅、碘、砷以及尼古丁等药物中毒或刺激；脑炎、脑性麻痹、癫痫、

帕金森综合征、自主神经功能紊乱等神经精神疾病；突发性甲状腺肿、糖尿病等内分泌系统疾病等。假性唾液分泌过多是口腔唾液去路受阻所致，其主要原因是：食管狭窄或肿瘤、瘢痕等引起通路障碍；口腔、咽喉等部位手术后引起吞咽神经麻痹，导致口腔唾液难以顺利下咽；面神经、舌神经以及下颌运动功能障碍；老年人唾液腺萎缩，可因服用药物导致药源性唾液分泌过多等。还有可能是因紧张等心理因素造成的唾液分泌过多。

中医学认为，唾为脾之液，由脾所主，是故唾涎之异，当责之于脾，此其大要。然临证析机，常多因而一果，不可单一论之，于治之时，尤当明辨。其基本病机在于：脾阳不振，中焦虚寒，水湿不运，聚而为涎，上泛为唾。太阴病提纲："太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛，若下之，必胸下结硬"（273 条）。太阴虚寒证："自利不渴者，属太阴，以其藏有寒故也，当温之，宜四逆辈（277 条）。霍乱、头痛发热，身体疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之（385 条）。大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸（395 条）。"《伤寒论》太阴病脉证并治篇的条文说明太阴虚寒出现，食不下，自利益甚，时腹自痛和喜唾、久不了了等证都属于太阴虚寒证，理应温中散寒，健脾除湿，理中汤加附子来治疗喜唾涎沫一证，疗效甚佳。

【临床应用】

武良有[19]曾运用附子理中汤治一喜唾患儿，疗效显著。黄鹤洁[17]在临床上用附子理中丸治疗喜唾，效果明显。

【病案举例】

例1，王某，男，8 岁，2002 年9 月24 日来请余诊，泛唾涎沫已有三四天，服用正气胶囊、多潘立酮（吗丁啉）、中药等无效。主证：病人唾涎沫已有三四天，尤其昨晚更甚，以致于夜不能寐。诊断：病人平时身体尚佳，最近以来不思饮食，喜食生冷，继而出现唾涎沫且日益加重，舌苔淡白，脉濡缓。分析：脾主运化水湿，主四肢肌肉，脾统血化血，脾与胃相表里。病人饮食寒凉、生冷，损伤脾阳，运化无权，不能统摄津液，寒饮不化，便会出现喜唾，久不了了[19]。

治法：温中散寒，化饮止唾。方药：人参6g，炙甘草6g，白术8g，干姜6g，附子（先煎）5g（3付）。9月27日复诊，服药3付后，唾涎沫一症全部消失，饮食大增。令原方再服3付，温运脾阳，巩固疗效。

例2，男，12岁，学生，2004年4月19日初诊。喜唾2个月余。西医治疗无效。诊见：不自主地频繁唾沫，质地稀，苔薄白滑，脉弦，证属寒饮，治以温阳化饮。处方：附子理中丸，口服。每次1丸，每日2次，10d后复诊，病痊愈[17]。

按：附子理中丸出自《太平惠民和剂局方》，由附子、人参、干姜、白术、炙甘草组成。主治脉微肢厥，昏睡露睛，或寒中内脏之霍乱吐利，转筋，口噤，四肢强直等脾胃阳虚之阴寒重证。现市售附子理中丸改为党参方，每丸重9g。《伤寒论》曰："大病差后，喜唾，久不了了，胸上有寒，当以丸药温之，宜理中丸。"附子辛甘大热，补火助阳，化气行水。加入理中丸即附子理中丸，其温阳化饮之力更强。用之治疗本病，每每奏效。

十、轮状病毒肠炎

轮状病毒性肠炎主要发生在婴幼儿，常由A组轮状病毒引起，发病高峰在秋季，故名"婴儿秋季腹泻"。B组轮状病毒可引起成人腹泻。轮状病毒肠炎是2岁以内婴幼儿常见病、多发病，也是造成小儿营养不良、生长发育障碍及死亡的主要原因之一，目前尚缺乏特效治疗药物。

本病潜伏期约2～3d，大多症状较轻，少数婴儿有严重甚至致死表现。主要症状为水样泻，大使每日10～20次，伴呕吐。部分有发热、腹胀。半数左右患儿有轻至中度脱水，或伴电解质紊乱。病程一般5～7d，也可在10d以上。在免疫功能低下患儿，可发生慢性轮状病毒性肠炎，粪便长期排病毒，成为传染源，主要引起婴幼儿秋季腹泻，可延长至冬季，世界各地均有发病。成人中也有暴发流行病例。除粪－口传播外，证实可经呼吸道空气传播，在呼吸道分泌物中测得特异性抗体。新生儿及小婴儿受母体抗体保护，故发病较6月～2岁年龄组为少。本病主要对症及支持疗法。轻度失水予以口服补液，

中、重度失水伴电解质紊乱则静脉补液。按世界卫生组织制定的口服每一立升水中含葡萄糖20g，氯化钠3.5g，碳酸氢钠2.5g，氯化钾1.5g。近年来有用口服轮状病毒抗体治疗，在少数免疫缺陷病人伴慢性轮状病毒性肠炎者用后能减轻症状，促使恢复。但对正常儿童及婴儿患病后口服未见效果。

本病当归属于中医学小儿“泄泻”的范畴。小儿脏腑娇嫩，肌肤薄弱，冷暖不知自调，易为外邪侵袭而发病。外感风、寒、暑、湿、热邪均可致泻，惟无燥邪致泻之说。盖因脾喜燥而恶湿。其他外邪则常与湿邪相合而致泻，故前人有“无湿不成泻”、“湿多成五泻”之说。由于气候的因素，一般冬春多为风寒（湿）致泻，夏秋多暑湿（热）致泻。由于小儿具有“稚阴稚阳”的生理特点，以及“易虚易实，易寒易热”的病理特点，且小儿泄泻病情较重时，利下过度，又易于损伤气液，出现气阴两伤，甚至阴伤及阳，导致阴竭阳脱的危重变证。若久泻不止，土虚木旺，肝木无制而生风，可出现慢惊风；脾虚失运，生化乏源，气血不足以荣养脏腑肌肤，久则可致疳证。泄泻治疗，以运脾化湿为基本法则。实证以祛邪为主，根据不同的证型分别治以消食导滞，祛风散寒，清热利湿。虚证以扶正为主，分别治以健脾益气，补脾温肾。泄泻变证，分别治以益气养阴、酸甘敛阴、护阴回阳、救逆固脱。

【临床应用】

孟晓露等[20]采用加味桂附理中汤以温阳运脾法治疗婴幼儿轮状病毒肠炎患儿30例，临床疗效显著。自2005年10月至2007年3月，孟晓露等[20]在成都中医药大学附属医院儿科，对30例早期轮状病毒肠炎患儿采用加味桂附理中汤及西医基础治疗，并与单纯应用西医治疗30例进行对照。60例患儿均符合《儿科疾病诊断标准》轮状病毒肠炎标准[21]，按其就诊顺序编号随机分为治疗组和对照组，其中治疗组30例，男18例，女12例；年龄7个月~23个月，平均18个月，伴轻、中度脱水22例，重度脱水8例；对照组30例，男21例，女9例；年龄6~25个月，平均20个月，伴轻、中度脱水24例，重度脱水6例；两组患儿发病均在24h以内。两组患儿性别、年龄、病程及病情经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$）。治疗组口

服加味桂附理中汤（由红参、制附片、肉桂、炮姜、苍术、车前子等组成，成都中医药大学附属医院药剂室制备）治疗，每次20ml，每日3次，同时予以必要的西医补液治疗及降温等对症处理；对照组仅给予必要的西医补液治疗及降温等对症处理，两组患儿均调整饮食并连续治疗3d，观察患儿大便形状、次数改变，以及明显止泻时间、总病程。根据1998年全国腹泻病防治学术研讨会制定的标准[22]：显效：72h内粪便形状及次数恢复正常，症状消失；有效：72h内粪便形状及次数明显好转，症状明显改善；无效：治疗72h病情无好转甚至恶化。所有数据应用SAS8.1统计软件分析，计量资料用 $\bar{X} \pm S$ 表示，计数资料采用 X^2 检验，两组间比较采用 t 检验。结果两组临床总有效率比较：治疗组总有效率93.3%，对照组总有效率70.0%，两组相比较有显著性差异（$P<0.05$）；治疗组平均止泻时间（3.2±1.7）d，平均病程（5.8±1.4）d；对照组平均止泻时间（5.4±2.6）d，平均病程（7.9±2.1）d，两组相比较有显著性差异（$P<0.05$）。

杨建平等[23]用本方加青黛治疗小儿腹泻30例，均以大便次数增多，便下稀薄，或完谷不化，腹胀纳少，或食后吐泻，精神不振为主症。方药：党参、白术、干姜、青黛、炙甘草，并随症加减。伴中、重度脱水者，配合口服补液或静脉补液。西药对照组30例，从静脉补液为主，选用抗生素治疗。结果：中药组：显效（治疗2d内大便次数减少和症状改善）18例，好转（治疗3d内大便次数减少和症状改善）8例，无效（治疗3d腹泻症状无改善）4例，显效率56.6%.总有效率86.6%。西药对照组，显效10例，好转14例，无效6例，显效率33.3%，总有效率83.3%。上述表明中药组与西药组显效率有明显差异。

【病案举例】

例1，患儿2岁，吐泻3d，曾用西药不效。证属脾胃虚寒，不能健运，升降失常。治用理中汤加黄连、防风、苡仁、山楂、紫苏。1剂后，呕泻均减，精神好转。原方加半夏、砂仁各3g，并以三棱针刺四缝穴健其脾胃。3剂后其病十去其九，以饮食调养而愈[24]。

例2，患儿2岁，因暴食瓜果而吐泻交作2d，面色苍白，汗出肢

冷，小腿转筋。证属脾胃虚寒型吐泻。治用理中汤加桂枝3g，木瓜3g，白芍3g。水煎服。连服2剂，吐泻止，继以香砂六君子汤善后[25]。

按：轮状病毒是世界范围内婴幼儿腹泻最主要的致病病原体，由其所导致的轮状病毒肠炎每年呈散发或小流行，具有起病急骤，趋于自限性的特点，目前西医对此尚无特异治疗方法。在临床上，我科治疗婴幼儿轮状病毒肠炎以患儿的大便颜色和性质改变为主要辨证要点。发病之初，患儿以灰黄或淡黄色水样便为主，量多，臭味不甚，重症可伴有畏寒、肢冷等候。《素问·至真要大论》曰："诸病水液，澄澈清冷，皆属于寒。"故辨证为脾胃虚寒证，治以温阳运脾，除湿止泻。因脾乃太阴湿土，喜燥恶湿，故健脾当以温运为本。《名医方论》曰："阳之动始于温，温气得而谷精运"。叶天士亦主"太阴湿土得阳始运"。明·万全总结其家传之学时，对症因多种的泄泻，强调其治泻的祖传秘法是"不问寒热，先服理中丸"，并把"温运"列为儿科止泻三法之首，足证用温运法治疗小儿泄泻有其深远的理论依据[26]。温药味辛性燥，能启动脾阳，醒脾燥湿，使中焦脾土阳气升发，水谷精微得运，水湿得化，则泄泻自止。加味桂附理中汤用大辛大热之附片、肉桂、炮姜温运脾阳，里散寒湿之邪，红参大补脾胃元气，且兼益气升阳止泻之功，苍术、车前子燥湿运脾，兼以淡渗，全方以温运为主，升中有降，攻补兼施。临床研究表明，加味桂附理中汤治疗早期婴幼儿轮状病毒肠炎能够明显改善患儿症状，缩短病程，具有良好的临床疗效。但是，加味桂附理中汤治疗轮状病毒肠炎的作用机制尚不明确，还需要进一步深入研究。

参考文献

[1] 党兰玉．理中汤加减治验4则．国医论坛，2005，20（3）：8

[2] 顾燕．理中汤儿科治验四则．甘肃中医，2005，18（4）：21

[3] 郭彤．茵栀黄注射液治疗婴儿肝炎综合征临床观察．中国中医药信息杂志，2003，10（8）：24

[4] 王超群．中药内服外敷治疗婴儿肝炎综合征临床观察．中国中医药信息杂

志，2005，12（1）：63
[5] 诸福棠，吴瑞萍，胡亚美，等．实用儿科学．第6版．北京：人民卫生出版社，1991
[6] 方学文，宋从顺．医用中药药理学．第6版．北京：人民卫生出版社，1998
[7] 郝淑合．思密达对新生儿母乳性黄疸的影响．天津医药，2002，(7)
[8] 黄鹤洁．附子理中丸儿科应用4则．中国现代医药杂志，2006，8（12）
[9] 龙昌林．顽固性泛唾涎沫症治验一则．湖北中医杂志，2003，25（7）：55
[10] 丛丽，旋秀俊．小儿腹痛证治浅识．吉林中医药，2001（6）：87
[11] 王爱蓉．理中丸加味治疗小儿泄泻50例．湖南中医杂志，2002，18（2）：49
[12] 杨志莲，张金梅，余梅芳，等．理中丸加减治疗婴儿腹泻63例疗效观察．宁夏医学杂志，2002，24（12）：771
[13] 李谐智．八桂名医精方加味理中汤．广西中医药，2007，30（1）：39
[14] 梁丽华．粟桂理中汤治疗小儿慢性泄泻20例．实用中医药杂志，2006，22（3）（总第158期）：140～141
[15] 何定淑，蓝地．新制理中汤治疗小儿慢性腹泻50例观察．实用中医药杂志，2001，17（3）：65
[16] 朱风玲，孙亚利，王风红，等．加味理中汤治疗小儿脾肾阴虚型腹泻46例．中国民间疗法，2004，12（4）：55
[17] 黄鹤洁．附子理中丸儿科应用4则．中国现代医药杂志，2006，8（12）：77
[18] 王继红，张焦．理中汤治疗小儿泄泻．哈尔滨医药，2003，23（4）：67
[19] 武良有．理中汤治疗“喜唾，久不了了”病证的体会．世界卫生消化医学期刊，2007，8（85）：1
[20] 孟晓露．加味桂附理中汤治疗早期婴幼儿轮状病毒肠炎的临床研究．中华实用医药杂志，2007，20（7）：1480
[21] 李毅．儿科疾病诊断标准．北京：科学出版社，2001
[22] 方鹤松，魏承毓，段恕诚，等．腹泻病疗效判定标准的补充建议．中国实用儿科杂志，1998，13（6）：384
[23] 杨建平，付义为．理中汤加青黛治疗小儿虚寒腹泻30例．福建中医药，1987，18（6）：16
[24] 何琼．附子理中汤临床验案．浙江中医杂志，1983，18（3）：116
[25] 黄守湘．理中汤临证运用刍议．湖南医药杂志，1980，(5)：38
[26] 宋知行．中医儿科中温补法源流谈．中华医史杂志，1986，(2)：98

第五章

五官科病证

一、角膜软化症

角膜软化症又称维生素 A 缺乏性眼病，是由于缺乏维生素 A 的高度营养障碍造成的早期角膜、结膜上皮干燥、变质，晚期出现角膜基质层的坏死、崩溃。

角膜软化症常为双眼受累，但程度不一，常见于 3 岁以下虚弱多病、营养不良的婴儿。维生素 A 的缺乏，会引起结膜、角膜的上皮变质，其眼部症状主要为结膜特别是睑裂部分的特殊干燥状态，以及角膜基质的坏死变化，病态过程分 4 个阶段。①夜盲期：患者最早的主要症状，在黑暗环境下，病人失去健康眼所具有的暗适应功能，因此患者晚上对视物要比白天模糊得多，俗称“鸡盲”或“雀盲”。主要为维生素 A 缺乏，致使视网膜神经上皮细胞层杆状体视紫红质缺乏原料，使暗适应功能下降的表现。婴幼儿因年龄小而难以表达。②干燥前期：球结膜表面失去正常光泽，角膜表面变为暗淡无光，结膜下血管呈现特殊的紫蓝色调，如把下睑撑开，使眼暴露 10s，则结膜及角膜表面的模糊状态迅速加剧。结膜失去弹性，眼球转动时，球结膜显示向心性皱纹，

角膜感觉显著下降，瞬目反应不灵，从而加速干燥症状的发展。此时作球结膜上皮细胞刮屑涂片检查可以现上皮细胞的角化颗粒及无数的干燥杆菌。对于此期症状的发现具有重大意义，如能早期诊断及早期治疗，便可迅速治愈。③干燥期：球结膜明显干燥，在睑裂部结膜上可有特殊的银白色泡沫状三角形斑，基底朝向角膜，称为毕脱（Bitot）。形态上，干燥斑易用凝结的矿蜡油，眼泪不能湿润其表面，通常对称出现于两眼的颞侧睑裂部球结膜，日后鼻侧亦可出现，在下睑部及穹窿部，结膜及半月形皱襞上呈灰蓝色调色素变化，为上皮层内黑色素生长所造成，也是缺乏维生素 A 所独有的眼部特征。角膜表面，光泽消失，好像热气呵在玻璃上，呈雾状混浊，如毛玻璃状。在睑裂部的角膜缘与结膜的干燥斑相接。角膜周围的混浊，可伴色素性变化。角膜的知觉可完全丧失，羞明现象明显。④角膜软化期：球结膜粗糙肥厚，皱褶明显，角膜浸润混浊加重，呈灰黄色或黄白色。角膜迅速自溶成溃疡，前房积脓，一般在 1～2d 内可使整个角膜组织溶化穿孔，最终形成角膜粘连白斑，或完全性角膜葡萄肿，或扁平角膜，眼球萎缩而导致完全性失明。

中医学认为，肝开窍于目，《素问·金匮真言论》在论述五脏应四时、同气相求、各有所归时说："东方青色，人通于肝，开窍于目，藏精于肝。"指出了目为肝与外界联系的窍道。因此，肝所受藏的精微物质，也能源源不断地输送至眼，使眼受到滋养，从而维持其视觉功能。肝主藏血，具有贮藏血液、调节血量的功能。虽然五脏六腑之精气皆上注于目，但目为肝之窍，尤以肝血的濡养为重要。所以，《素问·五脏生成篇》说："肝受血而能视"。《审视瑶函·目为至宝论》则进一步阐述说："肝中升运于目，轻清之血，乃滋目经络之血也"。还指出血与眼内神水、神膏、瞳神等关系密切，血养水，水养膏，膏护瞳神，才能维持眼的视觉。本病与肝胆关系密切，肝胆脏腑功能失调则使眼睛后天失养，营养匮乏而发病。

【临床应用】

曾述泽[1]用桂附理中汤治疗角膜软化症 21 例，收到较好疗效。治疗方法：基本方：肉桂、附子各 1g，人参 2g，白术 3g，炙甘草 0.3g，炮姜 0.5g。水煎服，每日 1 剂。10 剂为 1 疗程，间隔 3～5d，

再服第二疗程。加减法，夜盲期加夜明砂、菟丝子、苍术；干燥前期，加使君肉、雷丸、鸡内金；干燥期，加百部、龙胆草、使君肉、鹤虱、石决明；软化期，加草决明、蝉衣；偏热者，去干姜，加丹参、胡黄连、银柴胡、犀角或羚羊角；便秘者，加焦大黄；血虚者，加当归；气虚自汗者，加黄芪、浮小麦、牡蛎；阴津不足者，加石斛、百合、麦冬、玉竹；气阴两虚者，加五味子、麦冬，重用人参。以上法治疗10个疗程。结果：21例中，痊愈17例，好转3例，无效1例。痊愈率为80%，总有效率为95%。

按：角膜软化症其病理改变为早期结膜杯状细胞消失，上皮细胞玻璃样变性，并色素沉着。后期上皮细胞表层变平增厚，细胞核消失，而呈波状排列，为角化改变。干燥斑内含有睑板腺分泌物，上皮碎屑、脂肪，干燥杆菌等，因上皮细胞角化而粗糙不平，有泡沫状之外观。角膜的早期变化与结膜相似，而晚期角化的上皮细胞脱落，前弹力层坏死而消失，实质层水肿，白细胞浸润坏死，可伴前房积脓。治疗原则是改善营养状况，防止角膜继发感染，抓住最有效的治疗时机，即干燥前期，积极治疗。轻者口服浓缩鱼肝油或鱼肝油丸，同时给予含维生素A丰富的食物，如猪肝、羊肝、蛋、奶类、胡萝卜、红辣椒、南瓜、蕃茄、菠菜等。重者或有消化系统疾病，口服不能吸收时，可肌注维生素A、D 0.5～1.0ml（每0.5ml含维生素A 2500单位，D 2500单位）每日或隔日1次。眼局部治疗：在干燥期以前，应用鱼肝油点眼可湿润干燥的结、角膜；抗生素及磺胺类眼药水及眼膏点眼，以防止角膜继发感染。在角膜软化期，应按角膜溃疡及并发虹膜睫状体炎的治疗原则进行处理。

此外，我们还要加强宣传教育，普及妇幼卫生知识，合理喂养，纠正偏食习惯，使婴幼儿得到合理喂养。当婴幼儿患慢性消耗性疾病，胃肠道疾病及热性病时，除积极治疗原发病外，并要适当补充足够营养副食品，防止无原则地“忌口”。

二、鼻鼽

鼻鼽以突然和反复发作的鼻痒、喷嚏、流清涕、鼻塞等为特征的一种常见、多发性鼻病，又称鼽嚏，相当于西医的过敏性鼻炎。

鼻鼽一般症状发作突然，先感鼻腔发痒、酸胀不适，继则喷嚏频作，鼻塞流清涕，质稀量多，嗅觉暂时减退。检查见鼻内黏膜肿胀湿润，其色淡白或灰白。全身症状可有头痛，耳鸣，听力障碍等，症状发作短暂，消失后则如常态。若兼有脾虚，则纳呆腹胀，便溏，苔白舌淡，脉濡弱；若兼肾虚，则腰膝酸软，遗精早泄，形寒怕冷，夜尿多，苔白润，质淡嫩，脉沉细。

鼻鼽最早见于《素问·脉解篇》，其曰："……头痛、鼻鼽、腹肿者，阳明并于上，上者则其孙络太阴也，故头痛、鼻鼽、腹肿也。"后世医家对本病的论述也较多，如金代《刘河间医学六书》中说："鼽者，鼻出清涕也。"对鼻鼽的病因，明代《证治要诀》说："清涕者，脑冷肺寒所致。"鼻鼽的原因主要是：肺气虚弱，卫表不固，风寒乘虚而入，犯及鼻窍，邪正相搏，肺气不得通调，津液停聚，鼻窍壅塞，遂致喷嚏流清涕，此外脾虚则脾气不能输布于肺，肺气也虚，而肺气之根在肾，肾虚则摄纳无权，气不归元，风邪得以内侵。故鼻鼽的病变在肺，但其病理变化与脾肾有一定关系。其中肺脾气虚型证见鼻塞鼻胀较重，鼻涕清稀或黏白，淋漓而下，嗅觉迟钝，双下鼻甲黏膜肿胀较甚，苍白或灰暗，或呈息肉样变。患病日久，反复发作，平素常感头重头昏，神昏气短，怯寒，四肢困倦，胃纳欠佳，大便或溏，舌质淡或淡胖，舌边或有齿印，苔白，脉濡弱。小儿鼻鼽，以肺脾气虚为多见，治宜健脾益气，补肺敛气。理中汤即为健脾益气的代表方，治疗本病可谓药病相符。

【临床应用】

李忠[2]用理中丸制成散剂敷脐的脐疗法治疗过敏性鼻炎，药用党参10g，白术7g，干姜5g，炙甘草3g，混合烘干碾末备用，其他加味药也分别烘干碾末备用。用前将肚脐用温毛巾擦净，每次填入药粉20g，覆盖一软纸片，再加棉花，外用白胶布固封，3～7d换药1次。运用此法治疗1周基本痊愈，续治3个月以巩固疗效，随访未见复发。

按：鼻鼽是指因禀质特异，脏腑虚损，兼感外邪，或感受花粉、灰尘及不洁之气所致，以突然反复发作的鼻痒，喷嚏频频，清涕如水，鼻塞等症为主要表现的鼻病。本病不分男女，一年四季可发，但

有季节性与常年性发作的不同。鼻鼽是中医病名，或称鼽嚏，早在古籍《礼记·月全》中已有“鼽嚏”的记载。《刘河间医学六书·素问玄机原病式》说：“鼽者，鼻出清涕也”，“嚏，鼻中因痒而气喷作于声也”。鼻鼽涕清虽多属寒，但亦有属热者。刘河间《素问玄机原病式·六气为病》论鼽：“以火灼金，热极而反化为水。肝热甚则出泪，心热甚则出汗，脾热甚则出涎，肺热甚则出涕，肾热甚则出唾。凡痰、涎、涕、唾稠浊者，皆热极甚消灼致之也。或言鼻为寒者，误也。彼但见鼽嚏鼻窒，冒寒则甚，遂以为然。岂知寒伤皮毛，则腠理闭密，热气怫郁而病愈甚也。”临床治疗时当仔细辨证，分清证型，随证灵活加减，方可箭矢中的。另外，鼻鼽的治疗方法甚多，治疗时当灵活选用，以收速效。

三、口唇疱疹

口唇疱疹是由单纯疱疹病毒引起的，它通常发生于发烧、感染、感冒，或日晒风吹后、生活紧张、月经期间，或当免疫系统受抑制时。

这种病具高度传染性，潜伏期约3～10d，出现口唇疱疹后，可能维持3周之久。如果有过敏倾向，很可能由于免疫系统虚弱，因此也可能易患口唇疱疹。口唇疱疹多见于成人，一般无明显的全身症状。好发于嘴唇和口周皮肤上，如唇红皮肤交界、口角、鼻翼、鼻唇沟和颏部等处。开始皮肤发红、发痒、有烧灼感，随即出现水疱，疱小成簇，疱液清亮，以后浑浊，最后结成黄色痂皮，不久痂皮脱落而愈合，局部留下暂时性色素沉着。病程1～2周，如合并感染，病程往往延长。

中医学认为，饮食无忌，恣食寒凉，导致脾阳损伤，脾损及肾，脾肾阳虚，阴寒内盛，虚阳上浮是诱发口唇疱疹的主要病机。脾主四肢肌肉，且开窍于口，而其华在唇，寒湿内盛，迫使虚阳浮于上而发为口唇疱疹。

【病案举例】

崔秀丽[3]曾运用该方灵活加减，治愈多例，效果明显。李某，6岁，男孩，2004年7月18日初诊。患儿口唇疱疹近月余，影响饮食

及睡眠，曾多次经抗炎、补充维生素及清热解毒等治疗，诸症反加重而来诊。诊见：疱疹环绕口唇、色暗红，无脓水、干燥，有微热感，患儿不时用舌头舔，无疼痛感，伴面色苍白，神疲乏力，形寒肢冷，纳差，舌淡、苔薄白而润，脉沉迟。家长诉病情曾多次发作，且好发于气候炎热时，每逢吃冷饮则发或加重。证属脾阳受损，阴寒内盛，虚阳上浮，真寒假热，治宜温补脾阳，摄火敛疮。予以附子理中丸，每次1丸，每天2次。服1丸，疱疹稍减轻，饮食增加；服2丸后，疱疹消失，诸症悉平，继服2d以资疗效。后又因贪凉饮冷，多次复发，均以此法治疗而获效。崔氏曾用此法治愈多例阳气虚衰、虚阳浮越所致之口疮疱疹，均获满意疗效。

按：小儿因自制力较差，往往过食寒凉，损伤脾阳，脾损及肾，脾肾阳虚，阴寒内盛，虚阳上浮，形成真寒假热证。脾主肌肉，开窍于口，其华在唇，故虚阳上浮，而见口唇疱疹、色红，似有热感等假热证，前医均从实火论治，治以清热解毒。但患儿常伴有食欲不振，形寒肢冷，神疲乏力，舌淡、苔白而润，脉沉迟等阳虚真寒证。如《丹溪心法》所云："口疮服凉药而不愈者，因中州土虚，且不能食，相火冲上无制。"治法切中病机，加上小儿脏腑轻灵，随拨随应，故疗效显著。

四、牙痛

牙痛是以牙齿及牙龈红肿疼痛为主要表现的病证。多因平素口腔不洁或过食膏粱厚味、胃腑积热、胃火上冲，或风火邪毒侵犯、伤及牙齿，或肾阴亏损、虚火上炎、灼烁牙龈等引起。

牙痛是指牙齿因各种原因引起的疼痛而言，为口腔疾患中常见的症状之一，可见于西医学的龋齿、牙髓炎、根尖周围炎和牙本质过敏等。遇冷、热、酸、甜等刺激时牙痛发作或加重。

本病属中医的"牙宣"、"骨槽风"范畴。《诸病源候论》卷二十九："牙齿皆是骨之所终，髓气所养，而手阳明支脉入于齿脉，牙髓气不足，风冷伤之，故疼痛也。"形成本病的原因大概有四：①因于火者，系阳明伏火与风热之邪相搏，风火上炎致牙齿疼痛。患牙得凉痛减。治宜疏风、泻火、解毒。用清胃散、玉女煎等方加减治疗；

②因于寒者，风寒之邪客于牙体，致齿牙疼痛，患牙得热痛减。治宜散寒止痛。可选用麻黄附子细辛汤加减。③因于虚者，多属肝肾两亏，虚火上炎，致牙齿浮动隐痛，脉细数。治宜滋养肝肾。可选用左归饮、大补阴丸、知柏地黄汤等加减。④因湿热客于手足阳明二经，致龈肿腐溃，或齿牙腐蚀，甚至蛀空疼痛者，治宜清热、除湿、止痛。可选用温胆汤、甘露消毒丹酌加细辛、蜀椒等。此外，龋齿、蛀蚀亦可致牙痛。中医认为牙痛是由于外感风邪、胃火炽盛、肾虚火旺、虫蚀牙齿等原因所致。手、足阳明经脉分别入下齿、上齿，大肠、胃腑积热，或风邪外袭经络，郁于阳明而化火，火邪循经上炎而发牙痛。肾主骨，齿为骨之余，肾阴不足，虚火上炎亦可引起牙痛。亦有多食甘酸之物，口齿不洁，垢秽蚀齿而作痛者。因此，牙痛主要与手足阳明经和肾经有关。

【病案举例】

崔秀丽[3]曾应用理中汤加味治愈虚寒牙痛多例，疗效满意。张某，女，32岁，2003年9月12日初诊。牙痛3年余，近1月来加重，持续不止。某医院口腔科检查诊为牙周炎，予以抗生素及中药三黄片等，屡治无效，反加重。诊见：右侧上磨牙作痛，影响咀嚼，牙龈肿硬突起，色嫩红，伴口淡乏味，纳差神疲，手足不温，小便清长，舌质淡、苔白滑，脉沉迟。证属脾肾阳虚，阴寒内盛，虚阳上浮，治宜温补脾阳，引火归原。予以理中丸加减。处方：人参、白术各10g，炙甘草6g，炙附子12g，干姜、白芷各8g。2剂，每天1剂，水煎，分3次温服。9月14日复诊：服2剂后，牙痛大减，精神好转，纳食增加，药证切合，续服上方3剂。药后牙痛止，牙龈肿全消、色转正常，余症悉平。续予以附子理中丸2盒口服，以资巩固。随访年余，未再复发。

按：足阳明之经贯于齿，齿者骨之余，口乃脾之窍，脾、胃、肾，无论寒热虚实，均可致牙痛。虚寒牙痛多久治不愈，齿龈硬肿，常医多从实火论治，予以清热泄火之品，犯虚虚之戒。其本为脾肾阳虚，阴寒内盛，虚阳浮越所致，故予以温补脾肾之阳，以治其本。方中附子温肾壮阳；炮姜温中健脾；助阳先益气，以人参、白术、炙甘草益气补脾；佐白芷直入阳明，散寒消肿止痛。诸药配伍，阳复寒

散，则痼疾速愈。

五、复发性口腔溃疡

复发性口腔溃疡是一种最常见的反复发作的口腔黏膜溃疡性损害，属于中医学“口疮”、“口疳”范畴，由于其发病与多种因素有关，发病机制不十分清楚，至今尚无行之有效的治疗方法。

复发性口疮是一种常见病、多发病，因其反复发作，久治不愈而给患者带来很大痛苦。现代医学认为该病的发病与多方面因素有关，如病毒感染、细菌感染、免疫功能失调、微量元素以及维生素缺乏、微循环障碍等。

中医认为本病虽生于口，实与脏腑经络关系密切，脾开窍于口，脾之经脉连舌根，散舌下，心开窍于舌，肾脉连咽系舌本。由于过食肥甘辛辣，内蕴化热，或劳倦过度，耗亏真阴而生内热，或脾肾阳虚，无根之火上浮，熏蒸口舌发为口疮，所以病机有虚有实，虚为阴虚则虚火上扰，或脾胃虚弱，土虚则浮热上炎；实为心脾蕴热、热毒蕴结，或脉络瘀滞。如宋代《圣济总录》说：“口疮者，由心脾有热，气冲上焦，熏发口舌，故作疮。又有胃气弱，谷气少，虚阳上发而为口疮者。”临床常见一些单用清热解毒、养阴泻火治疗不理想者，其原因正如丹溪所指“口疮服凉药不愈者，因中焦土虚……用理中汤，人参白术甘草补土之虚，干姜散火之标……”李东垣也在《脾胃论》中指出“脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其位。”阐明脾胃气虚，则运化不及，元气不足，则阴火作乱。只有脾气健运，谷气上升，元气才能充沛，阴火才能收敛潜藏。

复发性口疮是临床常见病，《口齿类要》曰“口疮，上焦实热，中焦虚寒，下焦阴火，各经传变所致当分别而治之”。《丹溪心法》云：“口疮服凉药不愈者，因中焦土虚，不能食，相火上冲无制，用理中汤，人参、白术、甘草补土之虚，干姜散火之标。”通过临床观察，复发性口疮用清热泻火法久治不愈反复发作，口疮表面灰白，周围颜色淡红或不红，舌淡苔白，脉沉细缓弱者，是脾阳虚弱所致。脾阳虚弱，阴寒内盛，虚阳上浮，灼伤口肌，故见口舌溃烂，宜理中汤加味。

理中汤党参、白术、干姜、炙甘草温中散寒，补气健脾，山药平补三焦，能健脾和中化湿止泻；脾阳虚易累及肾阳，加附子以温补肾阳，且补肾阳以利脾阳；脾虚易生湿，加苍术健脾燥湿，五味子收敛生肌以利口疮愈合，诸药合用，健脾利湿，补土伏火，佐以燥湿收涩，标本兼治而重在治本，疗效满意。

【临床应用】

张冰等[4]用理中汤加味治疗脾胃虚寒型复发性口腔溃疡64例，取得较好疗效。临床资料64例患者均为门诊病人。男38例，女26例；年龄最小9岁，最大65岁（其中9～20岁4例，21～40岁28例，41～60岁25例，60～65岁7例）；单发溃疡24例，多发溃疡40例；溃疡大小不一，约0.2～0.5cm；病程最短1年，最长17年；发病周期每年平均9～12次，每次8～15d，全部病例既往均接受中药、西药及中西药结合治疗，仍然反复发作久治不愈。临床表现：本组病例以口腔溃疡表面灰白，周围颜色淡红或不红，伴有神疲乏力，纳少便溏，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细缓弱等症状。治疗方法：本组病例拟以健脾温阳，补土伏火法治疗。选用理中汤加味：党参15g，白术、干姜、炒山药各12g，炙甘草9g，附子、五味子各6g，苍术10g。每日1剂，水煎2次，分早晚服，连服5d为1疗程，服1～2个疗程。疗效标准：治愈：经1～2个疗程治疗，症状、体征消失，1年以上无复发。好转：服药后，症状、体征好转或消失，或发作次数明显减少且症状、体征减轻。无效：服药后症状、体征改善不明显或无改善，复发趋势无减少。治疗结果：治愈44例，好转18例，无效2例，总有效率97%。

黄瑜瑜等[5]用附子理中汤加味治疗复发性口疮30例。本组30例均经西医诊断为复发性口疮曾经接受中西药治疗效果欠佳者。临床表现：溃疡点多见于唇内侧，舌、颊黏膜软腭等部位，大小不等，溃烂面色白，疼痛，周围黏膜淡红。反复发作，愈合较慢。方药：黄芪30g，制附片10g（先煎），党参20g，炒白术15g，干姜10g，炙甘草6g。腹胀较甚者加砂仁6g（后下），便溏明显者加山药30g。每日1剂，水煎分2次服。忌食烟酒及辛辣、生冷食物。结果：显效（口腔溃疡愈合，1年以上未复发，全身症状消失）12例；好转（口腔

溃疡愈合，半年以上未复发，全身症状消失）16 例；较差（各种症状略有缓解，但口腔溃疡 3 个月内仍有复发）2 例。总有效率为 93.3%。

贾宁等[6]用理中汤治疗本病 45 例，取得较满意的疗效。45 例患者中，男 26 例，女 19 例；年龄最大 62 岁，最小 4 岁，平均 34.2 岁。临床表现为时发口腔溃疡，单个或数个，直径约为 3～5mm，表面有淡黄色分泌物附着，患者感局部灼热疼痛。一般起病较快，在 7d 左右可自愈，愈后不留瘢痕。有反复发作病史，发作部位及间歇期不定。舌淡，苔薄白，脉细沉或迟缓，多伴有畏寒、便溏症状。治疗方法及效果：本组病例均用理中汤治疗。服用理中汤原方者 18 例，以党参易人参者 6 例，干姜易炮姜者 8 例，13 例有胃热证表现者加黄连、栀子。每日 1 剂水煎服，5 日为 1 个疗程。本组病例经 1 个疗程治疗，治愈 29 例，溃疡愈合，局部无不适感；好转 14 例，溃疡虽时有复发，但数量减少，程度减轻；无效 2 例。总有效率 95.56%。

黄彦德等[7]用理中汤加味治疗复发性口腔溃疡 36 例，取得了显著疗效。临床资料：本组共 62 例，随机分为治疗组 32 例，对照组 30 例。治疗组中男 15 例，女 17 例；年龄最小 16 岁，最大 67 岁，平均 39.6 岁，病程最短 3 个月，最长 19 年，平均 5.6 年。对照组中，男 16 例，女 14 例，年龄最小 20 岁，最大 61 岁，平均 41.5 岁，病程最短 3 个月，最长 17 年，平均 5.4 年。两组病例均来源于新县中医院中医门诊，均经长期治疗效果欠佳。诊断标准：参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》，制订如下：以口腔黏膜出现单个或数个直径 3～5mm 的溃疡，疼痛为主要症状。病程缠绵，反复发作或者此起彼伏，经久不愈。口腔检查：口腔黏膜溃疡较表浅，圆形或椭圆形，数量少则 1～2 个或 2～3 个，多则 10 余个，表面有淡黄色分泌物附着，溃疡周围苍白。排除狐惑病（白塞综合征）、复发性坏死性黏膜周围炎及疱疹性口腔炎。治疗方法：治疗组：方用理中汤加味：干姜 10g，红参 10g，白术 12g，炙甘草 10g，黄连 10g，三七 4g（冲服），水煎 2 次，共取汁 400ml，分 2 次口服，日 1 剂，7d 为 1 个疗程。对照组：维生素 B_2 片，10mg，3 次/日，口服，7d 为 1 个疗程。治疗结果：参照国家中医药管理局发布的《中医病证

诊断疗效标准》。显效：口腔溃疡愈合，局部无不适感，且观察3月无复发；有效：口疮虽时有复发，但数量减少，程度减轻；无效：口疮症状及溃疡无明显变化。结果：两组临床疗效比较，治疗组显效28例，有效3例，无效1例。对照组显效5例，有效12例，无效13例。两组经X^2检验，有显著性差异（$P<0.01$），治疗组明显优于对照组。体会：笔者治疗复发性口疮32例，并用西药维生素B_2片治疗30例作为对照，发现治疗组明显优于对照组，经统计学处理，有极显著差异，充分体现了中医对于慢性疑难杂病的治疗优势。

李富春[8]曾运用该方治一顽固性口腔溃疡患者，效果奇佳。

胡兆明[19]自1998年以来，笔者运用理中汤合金匮肾气丸加减治疗复发性口腔溃疡38例，获得满意疗效。38例均为门诊患者，其中男16例，女22例；年龄最小者31岁，最大者69岁；病程在3～6个月者5例，6个月～1年者11例，1～2年者13例，2年以上者9例。患者口腔唇内侧、两颊黏膜、舌面等部位均有大小不等、深浅不一的凹陷性溃疡点，少则3个，多则11个，边缘红润隆起，溃疡处有白苔覆盖，口腔内涎水较多，进食后有刺痛感，伴头昏乏力，畏寒，四肢倦怠，精神不振，劳累后病状加重。舌质淡而胖，舌苔水滑或白滑，脉沉迟而细。治疗方法：基本方：党参、熟地、山茱萸各25～30g，附子、茯苓、山药、炙甘草各15～25g，白术、泽泻、丹皮、干姜各10～12g，肉桂3～6g。每日1剂，水煎取汁分3次温服，服药期间禁忌生冷。加减：若头昏、乏力、畏寒甚者加炙黄芪、巴戟天、仙茅各20～30g；大便溏薄者易白术为焦白术，熟地减至15g，加肉豆12g；腹胀、纳差者加砂仁、鸡内金各10g。5d为1个疗程，连续观察1～2个疗程后统计疗效。治疗结果：痊愈（口腔溃疡愈合，临床症状及体征消失，随访1年内未复发）34例；有效（口腔溃疡愈合，临床症状及体征消失，但在1年内复发1～2次，再次服药仍然有效）3例；无效（口腔溃疡、临床症状及体征无明显改善）1例。总有效率为97.3%。

李方[10]根据成都市名老中医张安国主任中医师之经验，采用补土伏火法治疗34例获得良好疗效。本组34例均为门诊患者，其中男性21例，女性13例；年龄最小的10岁，最大的64岁，平均

(43.59±13.54) 岁；病程最长的16年，最短的1年。临床表现为口舌生疮，溃疡可见于舌体上、下面，边、尖、根部以及上、下唇内侧黏膜，单个或多个，呈圆形或椭圆形，灰白色，基底潮红，周边红晕，疼痛难忍，反复发作，缠绵不愈，兼见消化不良，易大便溏薄，口干苦，头昏晕，舌质淡红、舌苔薄白，脉象沉细。诊断标准：参照《口腔黏膜病学》有关复发性口腔溃疡的诊断标准：口腔溃疡反复发作，患处有灼热疼痛，口腔黏膜上发生1个或多个圆形、椭圆形溃疡，周围红肿充血，溃疡较表浅，病程≥1年，反复发作≥1次/月。治疗方法：采用补土伏火法，方用理中汤合封髓丹化裁，组方：太子参30g，白术15g，干姜6g，黄连10g，黄柏10g，砂仁10g（后下），儿茶10g，乳香、没药各10g，生地30g，甘草3g。疮面充血明显、疼痛剧烈者加白蔹10g，紫花地丁30g，漏芦根30g清热解毒、消肿止痛；小便黄者加川木通10g，淡竹叶10g导心经之热从小便而出；眠差者加酸枣仁15g，合欢皮10g宁心安神；口干苦、烦躁者加胆草10g，白芍10g柔肝泻火；口气重者加藿香15g，佩兰15g，草豆蔻10g芳香辟秽；患者感觉口腔热气重者可酌情少佐肉桂3g以达引火归元。每日1剂，冷水浸泡30min，熬开20min，1剂煎3次，分3次服用。服药期间少食生冷，忌辛辣之物，勿熬夜过劳。1个月为1个疗程。结果：疗效标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。痊愈：口腔溃疡消失，症状缓解，停药1年内不复发者；显效：口腔溃疡消失，症状缓解，停药半年内不复发者，半年后即使复发，次数、程度明显减轻；有效：口腔溃疡消失，症状缓解，停药半年内复发，复发次数和程度均有减轻；无效：症状、体征无改善。治疗结果：本组34例中，痊愈13例（38.2%），显效15例（44.1%），有效5例（14.7%），无效1例（3%），总有效率为97%。

讨论：近代医家蒲辅周认为“口腔溃疡为病，一由胃火，一由脾热。（脾热者）采用封髓丹加味治疗。黄柏泻相火而清湿热，是治疗口疮的要药，砂仁养胃醒脾，除咽喉及口齿浮热，甘草补脾胃，清热解毒。封髓丹虽主治相火旺，肾精不固，实为补土伏火之方，土虚则浮火上炎。”基本方中用太子参易人参取其补气健脾同时能生津润

肺；加入黄连苦寒泻火，清胃中积热，正如《别录》中记载黄连“主五脏冷热……调胃厚肠，疗口疮”；儿茶化腐敛疮，生肌止血；乳香、没药活血止痛，消肿生肌；生地凉血解毒。全方虚实兼顾，标本两全，甘温与苦寒并用，理法方药，丝丝入扣，用于治疗复发性口疮可收到良好疗效。

【病案举例】

例1，李某，男43岁，教师，1998年10月3日初诊，口腔溃疡反复发作6年，曾用多种中西药治疗均无效，仍然反复发作，近日口腔溃疡复发来诊。诊见：舌边、口颊、口唇等处有多个大小不等的溃疡，表面呈灰白色，中间凹陷，周围黏膜色淡红微肿，进食灼痛加重，脘闷纳呆，大便溏薄，神疲乏力，面色㿠白，形寒肢冷，舌淡苔白，脉沉弱。西医诊断为复发性口腔溃疡，中医诊断为口疮（脾胃虚寒型），治宜健脾温阳，补土伏火法，佐以燥湿收涩，以理中汤加味。处方：党参15g，白术、干姜、炒山药各12g，炙甘草9g，附子、五味子各6g，苍术10g。每日1剂，水煎2次，分早晚服，连服3剂后，口腔溃疡大部分愈合，进食疼痛明显减轻；守上方继续服3剂，口腔溃疡愈合，余症悉除而愈，考虑患者病程长，又较顽固，为了预防复发，继服理中丸1个月，以善其后。随访1年未见复发。疗效满意[4]。

例2，张某，女，40岁，1998年5月18日就诊。口腔溃疡反复发作已3年，本次发作已3d。诊见患者口腔黏膜有大小不匀溃疡面约10个，患处灼痛，影响进食与睡眠。自述以往常年服用复合维生素B片，本次发作又加服牛黄消炎片、外敷锡类散，而溃疡有增无减。舌淡苔白，脉细缓，便溏。方用理中汤：党参15g，土炒白术10g，炮姜12g，炙甘草10g，水煎服，日1剂。服用3剂后溃疡痊愈。随访1年未复发[6]。

体会：复发性口腔溃疡是口腔黏膜病中的常见病、多发病。其病因及发病机制复杂，至今仍不明确。国内外学者对本病相关病因学研究认识多样，可归纳为病毒感染、细菌感染、消化系统疾病及功能紊乱、内分泌变化、精神因素、遗传因素、免疫功能的变化等。中医认为，口腔与机体气血、脏腑功能密切相关，是心脾之外窍。若气血风

痰郁结，则可导致脏腑功能失调，心脾积热，或失于气血荣养，则发为口疮。用理中汤加减温运中焦、补益脾胃，使脾胃健运，升清降浊的功能得以恢复正常，则口疮痊愈，灼痛消失。

例3，杨某，男，44岁，1998年2月6日初诊。患慢性肠炎5年余。近3年来，上下唇内溃疡，反复不愈，每用抗生素、维生素类药物及中药龙胆泻肝汤、知柏地黄汤（丸）、导赤散之类加减治疗后，唇内溃疡可暂减轻，但药停即加重。刻诊：上下唇内可见豆片、米粟样大小不等的溃疡数处，表面凹陷，上覆白色膜状物，擦之疼痛出血。伴见大便稀溏，日2～4次，腹部隐痛，喜温喜按，口淡无味，纳呆，倦怠思卧。舌淡体胖，苔薄白，脉沉迟。证属脾胃虚寒，健运失职，唇失所养。治宜温中健脾。方用理中汤：人参6g，白术15g，干姜9g，炙甘草6g。每日1剂，水煎服。药进5剂后，溃疡愈合不显著，但腹痛消失，大便复常，饮食增加。药证相符，效不更方，虑其脾胃虚寒已久，干姜量加至12g。继服5剂后，唇内溃疡小者消失，大者结痂，舌脉趋于正常。守方继用5剂以巩固疗效。前后用药15剂，溃疡痊愈，诸症尽消。随访1年，病无复发[8]。

讨论："脾之合肉也，其华在唇"。此例唇内溃疡之病机为脾胃虚寒，健运失职，化生乏源，唇失所养而致。医治不得法，每投寒凉，更伤中阳，致使病情反复不愈。依据"治病求本"的原则，投以理中汤，甘温助阳，使中阳得振，脾气得健，清升浊降，化生有源，唇得所荣。由于药机合宜，故仅服15剂，便收愈溃止泻一箭双雕之效。

例4，陈某，女，57岁，2000年9月27日初诊。诉口腔溃疡反复发作2年余，常在1年内数次发作。曾用维生素B_2、葡萄糖酸锌、黄连素片和清热泻火中药治疗，效果不佳，且溃疡面逐渐加大，溃疡点逐渐增多。诊见下口唇内侧、舌面、左颊黏膜有多个小如米粒、大如黄豆的凹陷性溃疡点，边缘红润隆起，中心有白苔覆盖，口腔内涎水较多，但肿痛不明显，进食后有刺痛感，伴头昏、乏力、四肢倦怠，舌质淡，苔白滑，脉沉迟而细。西医诊断为复发性口腔溃疡；中医诊为口疮，证属脾胃虚寒、肾阳不足、虚火上炎。治宜温中健脾、补肾温阳、佐以引火归原。投基本方加炙黄芪、巴戟天、仙茅各

25g。药进3剂，溃疡面逐渐变平，诸症减退。守方再进3剂，病告痊愈。随访1年来未再复发[9]。

讨论：复发性口腔溃疡属中医学“口疮”、“口疳”等范畴。临床以心脾积热等实证多见，但不乏病属虚证者。根据本组38例临床观察，笔者认为，其病机与脾肾关系最为密切。脾开窍于口，肾为元阳之根，本病病程较长，又反复发作，久病必以脾肾虚证为多，加之过用或误用苦寒之品损伤阳气，伐其生机，从而导致脾胃虚寒、肾阳不足、虚火上炎，继而腐蚀口舌、发为口疮。故用理中汤温中健脾以补其虚，方中党参补中益气，干姜温中扶阳，白术健脾燥湿，炙甘草补中扶正。使用金匮肾气丸并加重附子用量，意在温阳补肾以引火归原。两方合用，随证增减，相得益彰，从而达到治病求本之目的。

按：复发性口腔溃疡，是指口腔黏膜上生黄白色如豆大的溃点，又名口疮、口疳。临床上可分实证与虚证两类，虚证常易反复发作，故又称为复发性口疮。对于口疮的治疗，西医常规的就是补充维生素B_2，然而作用不能持久，常常导致病情反复发作。中医对本病的认识，也多从火热立论，认为口疮分为实证、虚证，实证多过食辛辣厚味或嗜饮醇酒，以致心脾积热，复感风、火、燥邪，热盛化火，循经上攻于口而发；虚证由素体阴虚，虚火上炎所致。然而，临床治疗中，有相当一部分复发性口疮病人，采用清热解毒或者滋阴清火的方法治疗无效，使人颇感困惑。遍寻中医古籍，见《丹溪治法心要·卷六》有“口疮”的治疗方法，曰：“服凉药不愈者，此中焦气不足，虚火泛上无制，理中汤，甚者加附子。”细思理中汤乃健脾化湿之方，而临床反复发作性口疮，多是久经泻火、滋阴之法治疗效果欠佳者，正与朱丹溪“服凉药不愈”不谋而合。

另外治疗上要注意几点：一是用量不宜大。此前患者多有服用大量清热解毒或清热利湿等中药，使原本虚衰的阳气更加虚损，若骤然服用大量的附子理中丸，体内一时难以吸收，而反有助浮阳增虚火之弊。二是服药宜缓。以水煎煮成药液，代茶饮为宜。三是缓图其功。阳虚口疮其治疗一般需要20～45d。通过理中汤治疗复发性口疮，也给我们另一种启示，中医治疗疾病思路一定要活，知识面要广，不能人云亦云，不求进取。更甚者，治病思路完全被西医左右，西医说

“炎”，中医治疗必定清火，丢掉了中医辨证论治的法宝。事实证明，不按中医思路处方用药，虽能偶尔治瘥一病，终究是难成大器的。

六、口 臭

口臭，也称“口气”，就是人口中散发出来的令别人厌烦、使自己尴尬的难闻的口气。

口臭不是病名而是一种症状，临床表现为口中散发臭气，其因或为口齿病变，或因消化不良，在男女老幼正常人或病人中广泛存在，令人十分厌恶烦恼，给生活工作和交往造成诸多不便，要求治疗的日见增多。医者多从胃火和食滞来治疗口臭。口臭是成年人常见的口腔症状，分为口源性和非口源性两大类，其中85%～90%口臭来源于口腔本身。口臭气味中最主要的成分为可挥发性硫化物，此外还含有吲哚、粪臭素、短链酸、氨类、尸胺等成分[11]。“口臭”是某些口腔疾病、鼻腔疾病和全身疾病最早出现的一种临床症状。医学上将“口臭”的气味细分为嗜好性臭味、食物性臭味、腐败性臭味、脓性臭味4种。

中医对口臭记述颇早，又名“出气臭”、“口气臭”、“口气秽恶”、“臭息”等，认为口臭是五脏六腑功能失调的结果，其关键在于脾胃功能的失调。脾胃居于中焦，经云：“中焦如沤”，所谓“沤”是指水谷浸泡在此进行腐熟，然后“泌糟粕，蒸津液，化其精微……”。而腐熟水谷全赖阳气的推动，现中阳虚损不能充分腐熟水谷，阳不化气，阴不成形，秽浊之气上逆而出，发为口臭。西医则认为口臭的原因主要是厌氧菌感染，可加强口腔卫生，应用中药黄连、黄芩抗厌氧菌感染[12]，效果良好。

【临床应用】

雷长隆[13]采用清胃凉血、祛热除湿、通滞化浊的加味清胃散治疗口臭。胡珂用降胃化浊法治疗口臭[14]。而谢氏认为口臭患者大多饮食不节，嗜食辛辣，损伤胃阴，口臭的根本病机在于胃阴损伤，虚火上炎[15]。李方[16]在临床上运用理中汤加味治疗口臭，效果令人满意。

【病案举例】

李某，男，50岁。口中常有秽浊之气，其味臭不可近人。饮食恶冷喜热，腹胀便溏，1日数次。查：体瘦，口中气味浓臭，舌淡边有齿印，苔白滑，脉沉迟。诊断：口臭（脾阳不振，浊逆上泛）。治宜温阳健脾，升清降浊。方用理中汤加味：党参18g，白术30g，干姜18g，炙甘草18g，制附子9g。服药10剂后口中秽气大减，腹胀消失，大便1日2次，已成形。虑其脾虚日久，胃中积滞一时难以消尽，嘱更服附子理中丸调理至诸症消除[16]。

按：脾胃居于中焦，经云："中焦如沤"，所谓"沤"是指水谷浸泡在此进行腐熟，然后"泌糟粕，蒸津液，化其精微……"。而腐熟水谷全赖阳气的推动，现中阳虚损不能充分腐熟水谷，阳不化气，阴不成形，秽浊之气上逆而出，水谷不分夹杂而下，症见：口臭，便溏；脏寒生满则见腹胀，饮食恶寒喜热；舌淡边有齿印，苔白滑为脾虚湿停之象，脉沉主病在里，迟主寒。口臭为临床常见杂病，其治多从清胃养阴立法，然本症除口臭外尚有腹胀自利，舌脉之象亦主里主寒。理中汤正为中阳虚寒而设，加附子以助温阳之力，重用白术以实脾益气。全方共奏温阳健脾，升清降浊之功。

七、口腔扁平苔藓

扁平苔藓是一种皮肤－黏膜慢性炎症，可以单独发生于口腔或皮肤，也可皮肤与黏膜同时罹患。损害除见于口腔外，也可见于生殖器，指甲与（或）趾甲，但比较少见。中年女性患者较多。

口腔扁平苔藓是临床常见的口腔黏膜病，是一种原因不明的慢性浅在性炎症的角化性病变，其病因不明，但可能与精神因素、内分泌、急慢性感染、消化系统疾病等密切相关。口腔扁平苔藓的发病男女有差异，女性明显高于男性，且近年来随着体检的普及，国人老龄化的现状，此症的检出率及发生率有逐年增多的趋势[17]。

扁平苔藓的病因不明，从临床与基础的研究中，发现有关的因素很多。目前一般认为发病可能与神经精神障碍、病毒感染或自身免疫有关，有报道家族中有同样患者，是否与遗传有关尚无确证。应用链霉素、异烟肼、氯磺苯脲、甲磺丁脲等可发生扁平苔藓样皮疹，或促使本病加剧。

中医学认为，盖口为阳窍，以动为用，动则生阳，阳气充斥于口则口肌得阳气之温而润和。若阳虚失温则可生苔藓之变。《景岳全书》有云："口疮白，属脾冷"。中老年人肾气渐虚，脾肾阳气不足，不能温养口肌而生是症。常见为口中清冷，口肌灰暗乏泽或淡白色，沿牙颌线可见到有灰白色斑片状改变，腮颊胀木不适，偶有刺痛，伴面色皖白，体倦乏力，形寒肢冷，四末不温，舌质淡，苔薄白，脉沉弱。治当温阳益气，消斑生肌。临床见有青壮体实之人发病诊断为口腔扁平苔藓，查口肌暗滞，上覆有灰白色斑片样改变，边缘不清，略高于黏膜之上，口中清冷，服热物反觉舒适，而全身无明显自觉症状。临床辨治当不拘阳虚诸症俱备，但凭一症便是，同辨阳虚，用桂附理中汤、真武汤之辈，常获奇效。

【病案举例】

卫淑华等[18]根据多年临床对口腔黏膜病的认识，多次运用附桂理中汤治疗口腔扁平苔藓，疗效显著。杨某，男，55岁。5年前因咀嚼不慎致口肌破损，日久不愈，口中不适到某医院诊为"口腔扁平苔藓"。患者自述胃寒，经常便溏，体倦身困，热饮则舒，查口肌暗淡，两侧颊颌线上下呈片状灰白色皱纹样改变，柔软而不痛，久久难以消退，辨为脾阳虚口腔扁平苔藓。治以温振脾阳，化湿消斑。方用桂附理中汤加味：党参15g，白术10g，干姜5g，肉桂5g，制附子（先煎）10g，茯苓12g，白芍18g，红花6g，桃仁6g，当归12g，黄芪20g，蝉蜕10g。水煎，日1剂，分2次口服。二诊：服上方后自觉体倦身困好转，大便成形，口腔感觉舒适，口肌色泽淡白无华，上方桃仁、红花易丹参15g，加细辛5g，继服，诸症渐减轻。先后服药4月后停药观察，至今稳定。

按：口腔扁平苔藓与白色念珠菌的感染密切相关，国内有专家学者专门研究了二者联系，发现在口腔扁平苔藓的病损上有白色念珠菌存在[19]。鉴于此，在以上治疗中，常加入抑制白色念珠菌的药物如青黛、黄连、大黄等，收到了良好的效果，对有些病例，还可配合外用药涂敷的方法，用以改善口腔内环境，从而达到内外兼治的目的。当然，只要患者保持良好的心态，养成良好的口腔保健，改变不合理的饮食习惯及偏嗜，也有利于口腔扁平苔藓的防治。

参考文献

[1] 曾述泽．桂附理中汤治疗角膜软化症21例．成都中医学院报，1986，(2)：24
[2] 李忠．理中丸临床新用举隅．河南中医，1983，(1)：39
[3] 崔秀丽．理中丸新用．新中医，2006，38 (11)：78
[4] 张冰，柴峰．理中汤加味治疗复发性口腔溃疡64例．陕西中医，2002，23 (3)：218
[5] 黄瑜瑜，王尔宁．附子理中汤加味治疗复发性口疮30例．福建中医学院报，1994，4 (2)：11
[6] 贾宁，荣文巧．理中汤治疗复发性口腔溃疡45例．中国民间疗法，2004，12 (6)：55
[7] 黄彦德，张保伟．理中汤加味治疗复发性口疮32例分析．中医药学刊，2003，21 (11)：1952
[8] 李富春．经方新用4则．河南中医，2005，10 (10)：13
[9] 胡兆明．理中汤合金匮肾气丸治疗复发性口腔溃疡．湖北中医杂志，2002，24 (12)：32
[10] 李方，钟兴美，余琳．理中汤合封髓丹治疗复发性口疮34例．四川中医，2007，25 (12)：108
[11] 叶玮，李允武，冯希平．唾液中尸胺水平与口源性口臭的相关研究．上海口腔医学，2007，16 (4)
[12] 谢龙，中药治疗口臭临床观察．实用中西医结合杂志，1997，10 (7)：17
[13] 雷长隆．加味清胃散治疗口臭32例．陕西中医，1996，17 (5)：204.
[14] 纪云西，符小聪．胡珂降胃化浊法治疗口臭经验．江西中医药，2004，35 (6)：9
[15] 钟瑜，杨学惠，杨国汉．谢培元教授滋阴泻火法治疗口臭经验．时珍国医国药，2007，18 (8)：2048
[16] 李方．理中汤临证运用浅识．实用中医内科杂志，2006，20 (4)：77
[17] 张志荣，黄秋琴．口腔扁平苔癣的辨证论治．上海中医药杂志，2002，36 (7)：29
[18] 卫淑华，王丹妮，崔敏．口腔扁平苔藓辨治5法．河南中医，2007，27 (5)：52
[19] 吴绪祥，钟洪．臧堃堂辨治口腔扁平苔癣的经验．四川中医，2000，19 (4)：4

第六章

皮肤科病证

一、荨麻疹

荨麻疹俗称风团、风疹团、风疹块（与风疹名称相近，但非同一疾病），是一种常见的过敏性皮肤病。由各种因素致使皮肤黏膜血管发生暂时性炎性充血与大量液体渗出，造成局部水肿性的损害，其发生与消退迅速、有剧痒，可有发烧、腹痛、腹泻或其他全身症状。可分为急性荨麻疹、慢性荨麻疹、血管神经性水肿与丘疹状荨麻疹等。在接触过敏原的时候，会在身体不特定的部位，冒出一块块形状、大小不一的红色斑块，这些产生斑块的部位，会发生发痒的情形，如果没有停止接触过敏原并加以治疗，出疹发痒的情形就会加剧。

世界卫生组织 WHO 在其关于免疫脱敏治疗的指导性文件中明确指出，“免疫脱敏治疗是惟一可以彻底治疗过敏荨麻疹的根本性治疗方法”。国际过敏研究权威组织也提出：使用高品质的标准化脱敏制剂，同时应该使用最佳的过敏症治疗方案，包括清除荨麻疹过敏原、患者免疫修复、过敏荨麻疹并发黏膜血管炎症的对症药物治疗、标准化脱敏制剂免疫治疗，简称“四合一的四联疗法”方案。

中药治疗各类荨麻疹有显效。急性荨麻疹风热型用荆防汤，风寒型用麻桂各半汤治疗。丘疹状荨麻疹用荆防汤治之，慢性荨麻疹急性发作时同急性荨麻疹治疗；病程迁延者用活血化瘀，健脾祛湿，温中补肾，辨证治疗。有热者用清热宽胸汤，有风寒者用永安止痒方，脾虚用胃苓汤、人参健脾丸，肾阳虚用金匮肾气丸等治之。

【临床应用】

陈楚豪[1]用理中汤加味治疗荨麻疹多例，均收佳效。如一患者腹部胀满，轻微阵痛，全身起疙瘩，此起彼伏，瘙痒无度，夜难成眠。证属上焦有热，中焦虚寒之寒热错杂证。治疗用理中汤加黄芩，水煎服，每日1剂。服用2剂后腹痛止，疹块全消，大便通畅而病愈。许绍武[2]治一患者因食用海味，又复感风寒，导致全身瘾疹发作，腹痛腹泻，瘙痒难忍。证属中阳不足，风乘胃肠。治疗用理中汤加用理气消疹之品：太子参10g，炙甘草3g，鲜生姜10g，苍术10g，白术10g，老木香3g，台乌药10g，苏梗10g，炒山楂10g，炒神曲10g，蝉衣10g。煎服2剂，疼痛全解，瘾疹俱消。继续以理中汤加木香、苏梗善后。

按：荨麻疹简单的说就是一种皮肤过敏性疾病，不会传染，它的原因很复杂，有可能是接触性的化学物质、空气中的尘螨、蚊虫叮咬、食物、药物、气温、情绪、压力、疲劳、甚至是荷尔蒙等，每个人的情况会有些不同，不一定都属于过敏体质，不一定每个人都对海鲜或是蛋、奶过敏，也不一定都会有抗生素类药物的过敏反应，这完全是因人而异的。减敏试验可以找出过敏原，但过程相当繁复，并且大多数的人即使做减敏试验后仍然找不到答案，所以最终还是要靠自己从生活的经验中一点一滴地去慢慢观察，找出发病的时机与频率，与生活中的某个细节相近，并且避免去接触它，从经验法则中去去除过敏原。口服抗组胺药物是最简便的治疗法。在服药时必须特别注意，要完全依照医生的处方与剂量，不可以因为今天不痒就不吃，明天痒了又拿起来继续吃，这样不但无法根治还会拖成慢性的荨麻疹。持续连续服药一段时间后，医生会根据病人的情况予以慢慢调降剂量（可能从天天吃变成隔天吃），直到完全好了才可停药，在急性期用药最少需进行1个月。在服药期间千万不可自行停药或是调降药剂，

以免前功尽弃。如果中间自行停药，会使过敏反应再发，这样的服药方式又得要重新开始了。

二、过敏性紫癜（腹型）

过敏性紫癜又称出血性毛细血管中毒症，是一种较常见的微血管变态反应性出血性疾病，是侵犯皮肤或其他器官的毛细血管及小动脉的一种过敏性血管炎。多发生于男性儿童，特点是血小板不减少性紫癜，常伴腹痛及关节症状。病因有感染、食物过敏、药物过敏、花粉、昆虫咬伤等，过敏原因往往难以确定。

儿童及青少年较多见。起病前 1～3 周往往有上呼吸道感染史。表现为皮肤瘀点，多出现于下肢关节周围及臀部，紫癜呈对称分布、分批出现、大小不等、颜色深浅不一，可融合成片，一般在数日内逐渐消退，但可反复发作；病人可有胃肠道症状，如腹部阵发性绞痛或持续性钝痛等；可有关节疼痛；肾脏症状，如蛋白尿、血尿等，多见于儿童。治疗包括尽力找出过敏原因并加以避免；使用抗组胺药物如苯海拉明、异丙嗪、布克利嗪（安其敏）、氯苯那敏（扑尔敏）等及糖皮质激素等。

本病在中医学中属于“发斑”、“肌衄”的范畴，为邪热伤血所致，与阳斑的证候相似。中医认为病理性质有虚实之分，实证为气火亢盛，血热妄行；虚证有二：一为阴伤虚火妄动，灼伤血络，一为气虚不能摄血。总之，因气火逆乱，血不能循经致络伤血溢，病因以感受外邪，饮食失节，瘀血阻滞，久病气虚血亏为主。西医认为本病属自身免疫性疾病，由于机体对某些过敏物质发生变态反应而引起毛细血管通透性及脆性增高，导致皮下组织、黏膜及内脏器官出血及水肿。过敏原有细菌（溶血性链球菌、结核杆菌），病毒（风疹、水痘），寄生虫（蛔虫、钩虫）等感染引起，也可由动物性异体蛋白引起，如鱼、虾、蟹 等，亦可由抗生素（青霉素、链霉素），磺胺药，解热镇痛药（水杨酸类，保泰松），镇静剂（苯巴比妥类），激素类（雌激素，雄激素），抗结核药（对氨柳酸、异烟肼）等药物引起，还可由其他因素如：寒冷、花粉、外伤、昆虫咬、预防接种等引起。

多数过敏性紫癜患者发病前 1～2 周有全身不适、低热、乏力及

上呼吸道感染等前驱症状，随之出现典型临床表现。理中汤所治的过敏性紫癜腹型临床表现除皮肤紫癜外，因消化道黏膜及腹膜脏层毛细血管受累，而产生一系列消化道症状及体征（约2/3患者发生），如：恶心、呕吐、呕血、腹泻及黏液便、便血等。其中腹痛最为常见，常为阵发性绞痛，多位于脐周、下腹或全腹，发作可因腹肌紧张及明显压痛、肠鸣音亢进而误诊为外科急腹症。在幼儿可因肠壁水肿、蠕动增强等而致肠套叠。腹部症状、体征多与皮肤紫癜同时出现，偶可发生于紫癜之前。另外少数本病患者还可因病变累及眼部、脑及脑膜血管，而出现视神经萎缩、虹膜炎、视网膜出血及水肿、中枢神经系统相关症状、体征。

【临床应用】

李继明[3]用附子理中汤治愈肌衄（过敏性紫癜腹型）1例。患者全腹持续痛，伴恶心呕吐，起后1～2d内小腿上有小的出血点，住院中西药治疗无效。症状见面色萎黄，神疲，四肢散见紫暗色出血点，纳呆，腹痛喜热，恶冷，按之痛缓，治疗用附子理中汤，水煎服，每日1剂，服药6剂，诸症状消失，随访，病未再发。

按：本病为病邪侵扰机体，损伤脉络，离经之血外溢肌肤黏膜而成，其病因以感受外邪、饮食失节、瘀血阻滞、久病气虚血亏为主，临床以阳证、热证、实证为多，若迁延不已，反复发作则表现为虚证及虚实夹杂之证。过敏性紫癜初起系感受外邪，灼伤血络所致，甚则导致热毒内盛、迫血妄行。若日久不愈，或反复发作则又表现为气血亏虚，瘀阻脉络，成难治之症。附子理中汤温补中焦，使后天得养，脾胃健旺，统摄有权，血循常道而不外溢。

三、多形红斑

多形红斑是一种以靶形或虹膜状红斑为典型皮损的急性炎症性皮肤病。常伴黏膜损害，易复发。皮疹呈多形性，典型损害为靶形或虹膜状损害。

多形红斑是一种急性炎症性皮肤病，可有红斑、风团、丘疹、水疱，水疱破溃后可形成糜烂疮面，瘙痒不适，反复发作。特别是寒冷型多形红斑常常因反复发作而伴随患者度过整个寒冷季节，给患者带

来很大痛苦。本病病因复杂，药物、慢性感染病灶、食物及物理因素均可引起本病。可与感染细菌、病毒（特别是单纯疱疹病毒）、酶菌、原虫有关，也可由某些药物，如磺胺类、巴比妥类、水杨酸盐类及生物制品致病，还有人与寒冷有关。某些疾病，如风湿热、结缔组织病也可出现多形红斑样皮损，临床上将病因不明的称特发性多形红斑，病因明确的称症状性多形红斑。

寒冷型多形红斑：本型以女性青年占多数，均在每年寒冷季节发病。惯发于手足背及指趾部，皮疹呈暗红色丘疹或紫颜色血疱，大小约米粒至绿豆大，间也可见虹膜样损害，患者有时轻度肿胀，手足冰冷，似冻疮样的改变。自觉作痒、遇暖尤剧。此起彼落，愈后留有暗红色素斑。

中医学称本病为“雁疮”、“寒疮”与“猪眼疮”等。中医认为或是风寒之邪，郁于肌肤致邪外来，湿热阻络，气血瘀滞，郁久化热，溢于肌肤；或内有蕴湿，复感风热之邪，风湿热之邪搏于肌表所致；或因禀性不耐，毒热内功；或毒热与湿热互结而发。

寒冷性多形红斑是由“寒”致“瘀”。寒冷使血管收缩，局部血液流速减慢，血循环中异常冷球蛋白、冷纤维蛋白原及冷凝素增加，其自身及红细胞聚集性增加，使血液变稠、变黏滞，并在血管内凝聚而沉淀，又加重血流障碍，损伤血管壁而出现病变。故治疗此型多形红斑当以活血化瘀为先。

【临床应用】

陈迎五[4]根据中医治病必求于本的理念，用附子理中丸治疗秋末至春季易发作的寒冷型多形红斑25例，收到满意疗效。

临床资料25例中年龄，20岁以下7例，21～30岁7例，31～40岁7例，41岁以上4例。性别，男性，3例，女性，22例。职业，个体经商者3例，工人11例，农民4例，学生7例。发病季节，春季（2月至4月）10例，秋季（8月至10月）2例，冬季（11月至1月）13例。既往有相同发病史者17例，首次发病者8例。本次病程，7d以内3例，8～15d 2例，16～30d 5例，1～2个月13例，2个月以上2例。同时具有红斑、丘疹、风团、水疱、糜烂疮面皮损存在者19例，只有红斑、丘疹者6例。糜烂疮面继发感染者16例。

手、足、面部、躯干同时发病者3例，两手、两足发病者12例，只发于两手者10例。有手足不温、畏寒者21例，无手足不温、无畏寒者4例。本组病例均有遇寒冷天气病情加重的现象。本组病例中不包含发热病例。

治疗方法：25例均给予中药附子理中丸（河南省宛西制药股份有限公司生产，浓缩丸剂，组成：制附子、党参、炒白术、干姜、甘草）治疗，每次服10粒，1日3次。疮面有继发感染者，给予抗感染治疗。1个月为1个疗程。治疗期间忌食生冷饮食，注意防寒保暖。疗效分析：疗效标准：疗程结束时，无痒感，红斑、风团、丘疹消退，水疱、糜烂疮面结痂愈合，停药后半个月未复发，为治愈。痒减轻，红斑、风团、丘疹部分消退，水疱、糜烂疮面部分结痂；或红斑、风团、丘疹消退，水疱、糜烂疮面结痂愈合，瘙痒感亦消失，但停药后又复发者为好转。红斑、风团、丘疹无明显消退，水疱、糜烂未结痂为无效。治疗结果：25例寒冷型多形红斑病例1个疗程内，治愈16例，好转9例，治愈率64%。第二疗程结束时治愈22例，好转3例，总治愈率88%。未见无效病例。3例好转病例中有1例因从事室外工作并且长时间接触冷水而复发，其余2例风团、丘疹已减少，红斑消退，水疱、糜烂疮面部分已结痂。

【病案举例】

冯某某，女，31岁，农民，江苏省仪征市新城镇跃进村人。患者因冬季两手瘙痒反复发作2年，于2002年11月3日就诊。诉近2年冬季两手背瘙痒、起红斑丘疹，继而红斑扩大，周围隆起，中央起水疱，水疱破溃时有疼痛感。皮损由指背向腕背发展。气温下降时，痒痛加剧，红肿亦加剧。每年自10月下旬至11月上旬开始发作，翌年5~6月自愈。不发热。查体：未见贫血面容，口唇无紫绀，两手皮温较低，两手背皮肤潮红斑多处。水肿性风团，周边隆起，呈多环形，境界清楚，中央呈暗红色，红斑上见水疱，疱壁薄，无紧张感，尼氏征阴性。部分水疱破裂，基底潮红糜烂，少许炎性渗出。血常规检查：血红蛋白115g/L，红细胞3.85×10^{12}/L，白细胞5.7×10^{9}/L，中性粒细胞占73%。淋巴细胞占27%。诊断为寒冷型多形红斑。给予附子理中丸口服，1次10粒，1天3次。2002年11月9日复诊：

水疱、糜烂疮面已无渗出，红斑水肿明显减轻。继续给予附予理中丸治疗。2002年11月16日第三次门诊，已无瘙痒感，红斑水肿已消退，水疱、糜烂疮面已结痂。给予附子理中丸巩固治疗10d。停药后当年未复发[4]。

按：多形红斑由于它的特征性皮损被中医形象地称为“猫眼疮”。发于秋末至春季的寒冷型多形红斑，被称为“雁疮”，顾名思义，中医认为其发病原因与气候转冷有关，即由内有蕴湿，复感风寒之邪，以致营卫不和，气血凝滞，郁于肌肤而发。治疗应当以温经散寒、健脾除湿为原则。中医脏腑学说认为脾主运化，主肌肉、四肢。“今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气”（《素问·太阴阳明论》），脾虚则运化失常，水谷精微不能敷布濡养肌肤，肌肤失于温煦，寒湿内蕴，气血凝滞。附子理中丸由《伤寒论》理中丸加制附子而成，有较强的温中散寒、益气健脾的功效。方中附子、干姜温中散寒，党参益气补脾，白术健脾燥湿，甘草和中。白术、附子相配，温里燥湿健脾；诸药配合，使脾胃得以运化正常，寒邪散、湿邪化，肌肤得以温煦，气血畅、营卫和而痊愈。

四、脚气病

脚气病是由于缺乏维生素B_1而引起的一种以消化、循环和神经系统为主要表现的全身性疾病。消化系统症状以胃纳差、便秘为主，病情发展后可出现肠蠕动减慢和腹胀。循环系统表现包括心脏肥大和扩张（尤其是右心室）、心动过速，以及腿部水肿。轻度脚气病时，神经系统仅表现为疲乏、记忆力减退、失眠等，严重时可出现中枢和周围神经炎症状，引起精神错乱、眼肌麻痹，甚至昏迷。有些患者还会出现两侧对称性的脚趾感觉异常，足部灼痛，腓肠肌痉挛，触痛，蹲坐位起立困难等。

脚气病分为干性脚气病和湿性脚气病，临床表现 主要有以下症状：

（1）神经系统：中枢与周围神经系统损害，称为干性脚气病。维生素B_1缺乏引起的周围神经系统病变典型表现为上升性对称性的感觉，运动及反射功能受损。起病多从肢体远端开始，下肢多见于上

肢，可有灼痛或异样感觉，呈袜套型分布，逐渐向肢体近端发展，原来感觉过敏处渐趋迟钝，甚则痛觉，温觉及振动感觉依次消失。伴肌力下降，肌肉酸痛，以腓肠肌为著，上下楼梯困难。继而足、趾下垂，肌肉挛缩，卧床不起。腱、膝等反射功能少数初期亢进，但一般以后均减退或消失，部分患者治愈后反射仍不能完全恢复。中枢神经系统损害可累及迷走神经、视神经、动眼神经、外展神经、听神经、喉返神经、膈神经等，表现为 Wenicke－Korsakoff 综合征，症状包括呕吐，眼球震颤（水平多于垂直震颤），眼肌麻痹，发热，共济失调，神志变化，进而昏迷，亦可伴有记忆缺失、学习能力下降及虚构症等。

（2）心血管系统：心血管系统损害称为湿性脚气病。表现为心脏扩大，周围血管扩张，静息时心动过速，气促，胸痛，水肿。如不及时治疗，可致急性心力衰竭，往往突然发生，病情危急，呼吸极度困难，心率加速，心浊音界向两侧明显扩大，心音呈钟摆音，心前区有收缩期杂音，肺动脉第二心音亢进。动脉压稍低，脉压差大，静脉压显著升高，颈及股动脉搏动增强。肝脏肿大，全身浮肿，少尿。心电图示心动过速，P－R 间期缩短，T 波双相或倒置，低电压，Q－T 间期延长。婴幼患儿以心脏累及为主，表现为食欲不振、呕吐、烦躁不安、失眠，发展迅速可致角弓反张、抽搐、心力衰竭，可致死亡。患儿母亲常系隐性或有临床表现的脚气病患者。

【临床应用】

刘健英[5]按附子理中丸原方药物研为细末，过 100 目筛，用时加蜂蜜调成膏状或直接用附子理中丸加少量开水调糊，涂敷于患处，纱布覆盖，每日换药 3 次。经用药 1～5d 后，301 例中痊愈 289 例，有效 7 例，总有效率为 98.3%。

按：现已研究证实，脚气病为维生素 B_1 缺乏症，主要累及神经系统、心血管系统和水肿及浆液渗出。临床上以消化系统、神经系统及心血管系统的症状为主，常发生在以精白米为主食的地区。其症状表现为多发性神经炎、食欲不振、大便秘结，严重时可出现心力衰竭，称脚气性心脏病；还有的有水肿及浆液渗出，常见于足踝部其后发展至膝、大腿至全身，严重者可有心包、胸腔及腹腔积液。因此，

我们要积极防止该病的发生。附子理中丸研末外敷一法，经过临床实践，有很好的疗效，值得借鉴推广。另外，治疗脚气病首先应纠正病因，多摄入富含维生素 B_1 的食物（如粗粮）。同时可以口服维生素 B_1，每次 5～10mg，每日 3 次，严重者应肌内注射，同时应补充足量的其他 B 族维生素。

五、湿疹

湿疹是一种常见的由多种内外因素引起的表皮及真皮浅层的炎症性皮肤病。其特点为自觉剧烈瘙痒，皮损多形性，对称分布，有渗出倾向，慢性病程，易反复发作。

根据皮损特点可分为急性、亚急性和慢性湿疹。三者并无明显界限，可以相互转变。①急性湿疹：自觉剧烈瘙痒，皮损多形性、红斑、丘疹、丘疱疹或水疱密集成片，易渗出，境界不清，周围散在小丘疹、丘疱疹，常伴糜烂、结痂，如继发感染，可出现脓包或浓痂。处理适当则炎症减轻，皮损可在 2～3 周后消退，但常反复发作并可转为亚急性或慢性湿疹。②亚急性湿疹：急性湿疹炎症减轻后，仍有剧烈瘙痒，皮损以丘疹、结痂和鳞屑为主，可见少量丘疱疹，轻度糜烂。治疗恰当，数周内可痊愈，处理不当，则可急性发作或转为慢性湿疹。③慢性湿疹：常因急性、亚急性湿疹反复发作不愈而转为慢性湿疹；亦可开始不明显，因经常搔抓、摩擦或其他刺激，以致发病开始时即为慢性湿疹。其表现为患处皮肤浸润肥厚，表面粗糙，呈暗红色或伴色素沉着，皮损多为局限性斑块，常见于手足、小腿、肘窝、乳房、外阴、肛门等处，边缘清楚。病程慢性，可长达数月或数年，也可因刺激而急性发作。

中医文献中记载的“浸淫疮”、“旋耳疮”、“绣球风”、“四弯风”、“奶癣”等类似西医学的急性湿疹、耳周湿疹、阴囊湿疹、异位性皮炎及婴儿湿疹等。近年来，湿疹的发病呈上升趋势，这可能与气候环境变化，大量化学制品在生活中的应用，精神紧张，生活节奏加快，饮食结构改变均有关系。可发生于任何部位，常见于面部、耳后、四肢屈侧、乳房、手部、阴囊等处，对称分布。

湿疹是临床常见的过敏性炎症性皮肤病，世界卫生组织 WHO 在

其关于免疫脱敏治疗的指导性文件中明确指出，“免疫脱敏治疗是惟一可以彻底治疗过敏湿疹的根本性治疗方法”。然而，中医通过整体把握病情辨证施治，也能收到良好的疗效。

【病案举例】

汤利萍等[6]临诊期间，目睹老师治疗湿疹病案，疗效神奇。曹某，男，58岁，2006年5月7日以头面部湿疹2年就诊。患者自述：2年前因染发后出现头面部丘疱疹，其形似癣，成片，痒甚。搔抓破损后流黄水，无发热。曾多方求医，经大量抗菌消炎西药、清热解毒中药、多种外用药治疗皆无效。问诊：饮食尚可，睡眠稍差，大小便正常。望诊：形体偏瘦，头皮、两耳周、两太阳穴部呈紫褐色，其上有丘疱疹。面色晦暗，舌淡红、苔黄白相间微腻，脉沉细缓。诊断：湿疹。辨证：脾虚肺郁，湿毒阻络。治法：温中健脾，宣肺化湿。理中汤加味：白参5g，白术15g，干姜10g，苏叶10g，荆芥10g，薄荷10g，桔梗10g，杏仁15g，牛蒡子15g，佩兰15g，藿香15g，徐长卿5g，淮山药20g。5月11日二诊：上方连服6剂，未发新疹，瘙痒及渗出亦减轻，面色较前明润。舌尖转红，苔转薄黄微燥，脉仍细无力。治守前法前方，略佐清宣淡渗。上方去牛蒡子、藿香、徐长卿、淮山药，加杏仁15g，豆卷20g，连翘10g，冬瓜仁20g，芦根10g，连服6剂。

本案先后八诊，历时月余，三、四、五诊在前方基础上佐除湿解毒药土茯苓、蒲公英等品，渗出渐愈。六、七诊在此基础上佐低剂量活血行气药刘寄奴、川芎等品，诸症悉愈。八诊时，去土茯苓、蒲公英、豆卷、连翘、川芎，加补骨脂、徐长卿以善后，饮食、二便佳，肤色明润，追访月余未复发[6]。

按：从本案治疗中，可以获得启示：其一，中医治病，切不可脱离辨证论治这一整体、恒动治疗原则，只有精辨寒热虚实，把握邪正进退，用药才能紧扣病机，收到良效；其二，治疗皮肤痒疹类病症，不能以“诸痛痒疮，皆属于心”为教条，盲目运用清心泻火药物，误用苦寒，不仅易使邪气冰伏，胶固难解，而且损伤中焦阳气，使治疗失其内应，难收事半功倍之效；其三，治疗湿邪郁滞，既重视开解表卫气机，使之发越通透，清气流行，浊阴自散；更要健运中焦，脾

胃强健，湿邪源头断绝，不治湿而湿自消。不必全赖渗利，渗利太过反有气液两伤之弊端。湿疹特别是慢性者，大都通过经年累月的治疗未获痊愈，患者常常失去信心。其实，湿疹不是“不治之症”，由于此病发病原因极为复杂，给治疗带来困难。患者应该与医生合作，建立治愈信心，尽可能避免各种可疑致病因素，如热水洗烫、过多使用肥皂、用力搔抓及外用药不当等。生活上注意避免精神紧张、过度劳累，食物中勿食辣椒、鱼、虾、蟹或浓茶、咖啡、酒类，衣被不宜用丝、毛及化纤等制品，平时保持大便通畅，睡眠充足，冬季注意皮肤清洁及润泽。这些都可减少湿疹的复发，达到治愈的目的。

六、血小板减少性紫癜

紫癜亦称紫斑，以血液溢于皮肤、黏膜之下，出现瘀点、瘀斑，压之不退色为其临床特征。常伴鼻衄、齿衄，甚则呕血、便血、尿血。

血小板减少性紫癜是血小板显著减少，伴有皮肤黏膜紫癜，严重者可有其他部位出血如鼻出血、牙龈渗血、妇女月经量过多或严重吐血、咯血、便血、尿血等症状，并发颅内出血是本病的致死病因。血小板减少性紫癜分为原发性和继发性两类。原发性血小板减少性紫癜是一种免疫性综合病症，是常见的出血性疾病。特点是血循环中存在抗血小板抗体，使血小板破坏过多，引起紫癜；而骨髓中巨核细胞正常或增多、幼稚化。临床上可分为急性及慢性两种，二者发病机制及表现有显著不同。

急性型多发生于急性病毒性上呼吸道感染痊愈之后，提示血小板减少与对原发感染的免疫反应间有关。慢性型患者中约半数可测出血清中有抗血小板抗体。症状：①急性型：多为 10 岁以下儿童，病前多有病毒感染史，以上呼吸道感染、风疹、麻疹、水痘居多；也可在疫苗接种后。感染与紫癜间的潜伏期多在 1 ~3 周内。主要为皮肤、黏膜出血，往往较严重，皮肤出血呈大小不等的瘀点，分布不均，以四肢为多。黏膜出血有鼻衄，牙龈出血，口腔舌黏膜血疱。常有消化道、泌尿道出血，眼结合膜下出血，少数视网膜出血。脊髓或颅内出血常见，可引起下肢麻痹或颅内高压表现，可危及生命。②慢性型：

多为20～50岁，女性为男性的3～4倍。起病隐袭。患者可有持续性出血或反复发作，有的表现为局部的出血倾向，如反复鼻衄或月经过多。瘀点及瘀斑可发生在任何部位的皮肤与黏膜，但以四肢远端较多。可有消化道及泌尿道出血，外伤后也可出现深部血肿。

本病属中医“血证”范畴。紫癜以病在血分为主，有虚实之分。外因为外感风热之邪，湿热挟毒蕴阻于肌表血分，迫血妄行，外溢皮肤孔窍，以实证为主。内因为素体心脾气血不足，肾阴亏损，虚火上炎，血不归经所致，以虚证为主。人体血生于脾，藏于肝，源于肾而主于心，血在脉中周而复始循环流行，依赖于心之推动，脾之统摄，肝之储藏。若心、肝、脾功能受损，血行不循常道而外溢肌肤，重则吐、衄、便血。综上所述，本病外因为外感风热，内因为气阴亏虚。早期多为风热伤络，热迫血行，属实证；后期由实转虚，或虚实并见，多为气虚失摄，阴虚火炎。病位多在心、肝、脾、肾。

【临床应用】

现代医学治疗首选糖皮质激素，绝大部分患者远期疗效不佳，且不良反应较多，停药后易复发，范同心[7]运用理中汤加味治疗一女性患者，效果明显。

【病案举例】

方某，女，41岁，2000年9月10日初诊。患血小板减少性紫癜3年。近1年来鼻部稍受外力则衄血不止，皮肤有散在大小不等之瘀斑，月经量亦较多，经期10d以上方净，面色白，体质虚弱，疲乏无力，气短懒言，食欲不振，胃脘怕冷。舌质淡、苔白，脉沉细无力。实验室检查：血小板53×10^9/L。辨证属脾不统血，血不归经。治拟温中健脾，引血归经，佐以养血止血。药用：党参18g，炮干姜、白术、阿胶珠、炒丹皮、仙鹤草、巴戟天各10g，鸡血藤20g，生地榆炭15g，血余炭5g，白及12g，炙甘草6g。服9剂药后，鼻衄及全身皮下出血明显好转，本次月经来潮后经量亦减少，原方加生地炭10g，再服10剂。以后，坚持每周来诊，守方不变，历时半年，鼻衄完全控制，皮下出血亦止，月经基本正常。实验室复查血小板计数恢复正常。嘱其继续服原方调养[7]。

按：血小板减少性紫癜，以广泛的皮肤、黏膜或内脏出血为主

症。根据其临床特征可将其归纳为中医的“血证”、“肌衄”范畴。其发病原因为六淫、七情、饮食、劳倦、久病、血瘀。急性者主要归为中医热毒迫血妄行型，其病机为感受外邪，邪毒与气血相搏，邪气从阳化热，损伤脉络，血液渗于脉外发为紫癜。慢性患者可归为肝肾阴虚和气不摄血两型，主要病机为素体肝脾肾三脏亏虚或肝肾阴虚，加之反复出血之后，阴血亏损，精血既亏，相火必旺，虚火烁伤脉络，或出血过多，血去气伤，气不能摄血，血溢脉外而发为本病。但其总病机不外热毒内盛，迫血妄行；肝肾阴虚，肝脏失其藏血功能和脾气虚弱，失其统血功能，而使血液不循常道，溢于脉络之外发为本病。三者往往兼而有之，只是偏重不同而已。根据脾统血的理论，以理中汤健脾益气，理虚固本为主，佐以鸡血藤、阿胶珠、炒丹皮、生地榆炭、血余炭等养血止血治标，标本并治，出血得止。

七、皮疹黄痂

皮疹是一种皮肤病变。从单纯的皮肤颜色改变到皮肤表面隆起或发生水疱等有多种多样的表现形式。

皮疹的种类：

（1）斑疹：只有局部皮肤颜色变化，既不高起皮面、也无凹陷的皮肤损害，见于斑疹伤寒、丹毒、风湿性多形性红斑等。有由于血管扩张而发红的红斑（猩红热、麻疹、药疹等），发生皮下出血的紫斑，等等。紫斑又分为小型的直径在5mm以下的点状出血或称瘀点和直径在5mm以上的瘀血斑或称紫癜。这些斑疹，常由红色或紫色再变为褐色、黄色，直至最后消失。从发疹到消失，有的要两星期，有的只要2~3d。皮肤色素增多改变皮肤者，叫做色素斑。和色素斑相反，皮肤变白者叫做白斑，其代表是白癜风（寻常性白斑）。

（2）丘疹：是一种较小的实质性皮肤隆起伴有颜色改变的皮肤损害，见于药物疹、麻疹、猩红热、湿疹等。

（3）玫瑰疹：常于胸腹部出现的一种鲜红色、小的（直径多为2~3mm）、圆形斑疹，压之退色。这是对伤寒和伤寒具有重要诊断价值的特征性皮疹。

（4）斑丘疹：在斑疹的底盘上出现丘疹为斑丘疹，见于猩红热、

风疹及药疹等。

（5）荨麻疹：又称风团，是局部皮肤暂时性的水肿性隆起，大小不等，形态不一，颜色或苍白或淡红，消退后不留痕迹，是皮肤速发型变态反应所致，见于异性蛋白性食物、药物或其他物质过敏、虫咬伤等。

皮疹作为一种皮肤变化，特别是对急性传染病的诊断很重要。根据皮疹的出现情况和形状，有时可以对疾病作出诊断，而且还能成为采取相应治疗措施的依据。近年来，因服药和使用化妆品而出现皮疹的很多，需要注意鉴别。

中医学认为疹毒时邪从口鼻吸入，侵犯肺脾。肺主皮毛，属表，开窍于鼻，司呼吸。毒邪犯肺，早期邪郁肺卫，宣发失司，临床表现为皮疹结黄痂等。脾主肌肉和四末，疹毒入于气分，正气与毒邪抗争，驱邪外泄，皮疹透发于全身，并达于四末。

【病案举例】

叶晓光[8]在临床上治疗一皮疹伴结黄痂的患者，经仔细辨证，运用附子理中汤化裁，疗效明显。患者，男，61岁，2002年12月11日初诊。其双手、双足、掌背发皮疹结黄痂，西医诊为牛皮癣，已1年。患者畏寒，舌质暗，苔白腻，双脉沉弦。此元火不足，寒湿结于肢末，予附子理中汤化裁。处方：干姜40g，附子30g，炙甘草15g，炒白术20g，陈皮10g，全蝎6g，白蒺藜15g，白芍10g，丹参20g，肉桂6g，茯苓15g。每日1剂，水煎2h，日服2次。6剂后再诊，双手黄痂已大部褪去。继用前方调理1月痊愈。

按：叶氏治疗本例患者，重点观察其舌、脉，可谓一箭中的。患者元火不足，而导致寒湿邪毒结于四末。治疗当补脾去湿，附子理中汤甚合病机。方中重用干姜、附子温补脾阳，辅以淡渗利湿驱风之剂，诸药合用，则疹消痂去而收功。此外，皮疹患者，要注意以下几点：①不要抓破。特别是有水疱和丘疹的部位，只要有一点损伤就有感染的危险。患者夜间常无意识地去抓它，所以要把指甲剪短，小孩子要给他带上手套睡觉。②衣着方面，特别是衬衣和贴身衣服，不要有刺激性的，一般要质地柔软的棉布做的衣服最好，不要穿化纤和毛织品。③不要吃带刺激性和油腻的食品。④大便要通畅。有便秘时，

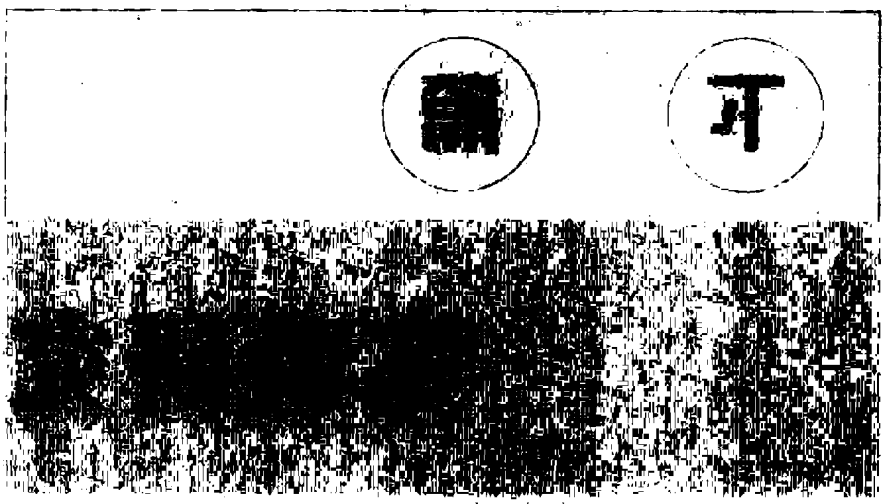
可服轻泻药或灌肠。⑤保持皮肤和黏膜的清洁。⑥要仔细观察有无全身性症状极其发疹类型。

参考文献

[1] 陈楚豪. 理中汤治荨麻疹. 新中医, 1990, (6): 20
[2] 许绍武. 经方治癍疹简介. 中医杂志, 1987, 28 (11): 17
[3] 李继明. 附子理中汤治愈肌衄1例. 中医杂志, 1983, (11): 43
[4] 陈迎五. 附子理中丸治疗寒冷型多形红斑25例. 光明中医, 2007, 22 (2): 62
[5] 刘健英. 附子理中丸新用. 家庭中医药, 2005 (9): 50
[6] 汤利萍. 顽固性湿疹验案举隅. 长春中医药大学学报, 2007, 23 (4): 72
[7] 范同心. 理中丸治验举隅. 山西中医, 2004, 20 (4): 30
[8] 叶晓光. 附子理中汤治验举隅. 北京中医, 2006, 25 (6): 373

下篇

实验研究



第一章

理中丸制剂研究

理中丸是汉代张仲景的方剂，疗效卓著，切乎实用，历代医家在此基础上衍化出不少同一类中成药。从它的发展变化中，不但可以看出各种各样的加减方法，而且扩大了它的应用范围。

一、方义与沿革

理中丸源出于汉代的方书之祖——《伤寒论》，由人参、白术、干姜、炙甘草四味药组成。功能温理脾胃，原书作为治太阴病的主方。《金匮要略》用治胸痹症。又名人参汤。太阴病以腹痛、下利为主症，临床所见每伴有舌苔白，脉迟缓者。究其病因病机，称之为脾胃虚寒证候。治法当以温理脾胃为主。本方配伍：①干姜配白术。能温中健脾，这是主体。处方不用此二味，就失去理中之意。②干姜配甘草。即以甘草干姜汤为基础，具有温中去寒止痛之功。③人参配白术、甘草。能补气健脾。综合而成调理脾胃之祖方。

对本方的主药有两种不同的看法：①从方名人参汤指明人参为君药。②从理中丸所治证候看，温理脾胃当以干姜、白术二药为主。宋代《和剂局方》的四君子汤即由此方减去干姜加茯苓而成，为补气健脾之专剂。而无温中

去寒之功效。本方的适应证，除太阴病之外，还可用治病后喜唾涎沫，胸痹，霍乱，以及小儿慢惊等疾，见脾胃虚寒证者。阳虚失血之人，面色㿠白，脉迟缓，四肢冷者用此方益阳健脾，可收温摄统血之功。温理脾胃能振奋中焦阳气，方名理中意即在此。唐·孙思邈的《备急千金要方》用此方治霍乱，又名治中汤，并注明有丸，散、汤3种剂型。又用治妇人产后脏虚少气、盗汗，名四顺理中丸，《小儿药证直诀》用治小儿病，又名调中丸。

同名异方考：

以理中命名的方剂，不止此一首，同样有丸、散、汤3种剂型。

同名理中丸的：

（1）唐《外台秘要》治霍乱吐利，宿食不消方。即由仲景方加桂心、高良姜，增强了温中祛寒力量。

（2）又引《延年秘录》方，乃由仲景方中加麦芽，能温中健脾，和胃消食。

（3）宋《博济方》治一切冷气攻刺疼病，心腹胀满，胃冷吐逆，脐腹撮痛方，是由仲景方减去人参、加肉桂、育皮，陈皮、三棱、莪术、木瓜、阿魏七味，既可温中补脾，又能消积滞、除胀满。

同名为理中散的：

（1）唐《外台秘要》引《必效方》治霍乱主转筋、吐利不止方，乃由仲景方去人参，加桂心、厚朴、木香，加强温里祛寒，并能行气消胀。

（2）又引《延年秘录》治食后吐酸水方，其用干姜、吴茱萸二味，专主温中止吐制酸。观乎此，足以说明“理中”以温为主。

同名理中汤的方剂亦不少，非成药范围。故从略。

二、同类中成药的发展史

张仲景在《伤寒论》原方后面有一段加减法：“若脐上筑者，肾气动也，去术加桂心四两；吐多者，去术加生姜三两；悸者，加茯苓二两；腹满者，去术加附子一枚。”后世医家在此基础上，加减发展为同一类制剂，变化尤多。首推宋代的《和剂局方》。有

（1）附子理中丸，即由仲景理中丸加附子而成。用治脾胃虚寒，

吐利腹痛，饮食不进，心下逆满，腹中鸣，手足冷，以及霍乱转筋等症。张仲景原有加附子一法，实为四逆汤与理中丸二方配合，适用于太阳与少阴同病，腹痛下利而又肢冷，脉沉微者。

（2）枳实理中丸，即由理中丸与枳术汤二方组台加茯苓而成。能温中健脾，化寒饮，消痞满。适用于伤寒绪脯，痞满作痛，手足不可近者。

（3）《太平圣惠方》的温中散，即由理中丸加厚朴、草豆蔻、当归而成，功能温中健脾，行气化湿，兼养营血。原治产后霍乱，吐利不止者。其实凡遇脾胃虚寒、夹气滞湿阻，脘腹胀满，吐利，下血，舌苔腻者，均可服用之。

（4）《济生方》有白术散，即由仲景理中丸加厚朴、木香、草果仁、橘红、肉豆蔻、麦芽而成。能温中健脾、化湿止泻。适用于脾胃虚寒，湿浊壅滞，呕吐不食，胸闷噫气，腹胀肠鸣，泄泻，体倦，神思不乐者。

（5）元代《医学发明》的附子温中丸，即由仲景理中丸去人参，加附子、肉桂、高良姜而成，以生姜橘皮汤送服。治呕吐噎膈，留饮肠鸣，湿浊泄注等证。实为四逆汤、理中汤、橘皮汤三方综台加减应用。具有温中止泻、化痰饮、降气逆等作用。

（6）《兰室秘藏》的中满分消丸，即由理中丸与半夏泻心汤、枳术汤、四苓汤等方配合加陈皮、厚朴、知母、姜黄而成。能温中健脾，和胃止呕，消痞满，除热胀。适用于脾胃虚寒夹有湿热壅滞，中满热胀、臌胀、气胀、水胀等证。

（7）明代《明医杂著》的理中化痰丸，即由理中丸加半夏、茯苓而成。能温中健脾，化痰止呕。适用于脾胃虚寒，痰饮内停，呕吐少食，或大便不实，食难消化，以及咳唾痰涎等症。

（8）《证治准绳》的温胃化痰丸，由炮姜、白术、陈皮、半夏四味药组成。功能温中健脾，和胃化痰，降气止呕。适用于胸膈有寒，饮伤脾胃，痰涎多而胸膈不快，或有呕吐、恶心者。

（9）香砂理中丸，即有仲景理中丸加藿香、砂仁（《通俗伤寒论》去藿香改用木香）。重在温中健脾，和胃化湿，理气止痛。适用于脾胃虚寒夹有湿阻，腹痛，大便溏，手足冷或呕吐，脘腹胀满，脉

沉缓，舌苔白腻者。

（10）清代《杂病源流犀烛》的理中降痰丸，即由仲景理中丸加半夏、茯苓、苏子而成，比理中化痰丸加强了降气化痰作用。适用于痰湿重、脾胃虚寒、汗自流者，以及痰饮咳喘气急等症。

（11）《类证治裁》的理中安蛔汤，近年也有制成丸剂者。亦由仲景理中丸去甘草，加川椒、乌梅、茯苓而成。能温中健脾，安蛔止痛。适用于脾胃虚寒气冲心痛、饥不欲食、吐蛔者。

（12）《傅青主女科》的温胃丁香散，即由仲景理中丸加丁香、藿香、陈皮、前胡、当归、生姜而成，功能温中健脾胃，降气止呕哕。适用于中脘停寒，喜辛辣热物，入口即吐，或发哕逆不止者。

理中丸类中成药均以理中丸为基础，所治诸症均以脾胃虚寒为主。通过加减变化，方法多种多样，适应范围相当广泛[1]。因其用药简便，药效精到，对后世医家有很大的影响。后世医家在理中丸基础上创立的行之有效的名方中，附子理中丸、桂附理中丸便是其中应用广泛的两首。

1. 附子理中丸　附子理中丸是宋代阎孝忠在理中丸的基础上加用大辛大热之附子，该方与理中丸的性质基本一致，具有温中祛寒、补虚健脾的作用，是治疗虚寒腹痛的常用方剂，因方中加有附子，其温中散寒之力更强，且能温肾，适用于脾胃虚寒之重证或脾肾虚寒者。

【处方来源】 汉·张仲景《伤寒论》理中丸加附子。《中华人民共和国药典》2005 版。[2]

【处方组成】 附子（制）100g，党参 200g，白术（炒）150g，干姜 100g，甘草 100g。

【制法】 以上五味，粉碎成细粉，过筛，混匀。每 100g 粉末用炼蜜 35～50g 加适量的水泛丸，干燥，制成水蜜丸；或加炼蜜 100～120g 制成大蜜丸，即得。

【性状】 本品为棕褐色至棕黑色的水蜜丸，或为棕褐色至黑褐色的大蜜丸；气微，味微甜而辛辣。

【鉴别】

（1）取本品，置显微镜下观察：淀粉粒长卵形或形状不规则。直

径25～32μm，脐点点状，位于较小端，层纹明显。联结乳管直径12～15μm，含细小颗粒状物。纤维束周围薄壁细胞含草酸钙方晶，形成晶纤维。

（2）取本品水蜜丸4g，研碎；或取大蜜丸6g，剪碎，置500ml圆底烧瓶中，加水250ml连接挥发油测定器，自测定器上端加水至刻度，并溢流入烧瓶时为止，再加入石油醚（60～90℃）1ml，加热回流2h，放冷，取石油醚层作为供试品溶液。另取白术对照药材0.5g，加乙酸乙酯1ml，超声处理15min，静置，取上清液作为对照药材溶液。照薄层色谱法（附录VIB）试验，吸取供试品溶液8μl，对照药材溶液4μl。分别点于同一以羧甲基纤维素钠为黏合剂的硅胶G薄层板上，以石油醚（60～90℃）、乙酸乙酯（20∶0.1）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以5%香草醛硫酸溶液，加热至斑点显色清晰。供试品色谱中，在与对照药材色谱相应的位置上，显相同颜色的主斑点。

【检查】 乌头碱限量，取本品水蜜丸适量，研碎，取25g，吸取大蜜丸适量，剪碎，取36g，加氨试液4ml，拌匀，放置2h，加乙醚60ml，振摇1h，放置24h，滤过，滤液蒸干，残渣用无水乙醇溶解使成1ml，作为供试品溶液。取乌头碱对照品适量，精密称定，加无水乙醇制成每1ml含1ml的溶液，作为对照品溶液。照薄层色谱法（附录VIB）试验，精密吸取供试品溶液12μl、对照品溶液5μl，分别点于同一硅胶G薄层板上，以苯－乙酸乙酯－二乙胺（14∶4∶1）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以稀碘化铋钾试液。供试品色谱中，在与对照品色谱相应位置上出现的斑点应小于对照品的斑点，或不出现斑点。其他应符合丸剂项下有关的各项规定。

【功能】 温中健脾。

【主治】 用于脘腹冷痛、呕吐泄泻、手足不温等脾胃虚寒证。

【药理作用】 附子理中丸能明显增强小鼠的耐寒能力，对醋酸引起的小鼠腹痛有显著的镇痛作用。对家兔离体肠管活动的影响比较复杂。对十二指肠自发活动显示出瞬时兴奋，随后张力和振幅都降低，显示稍有抑制作用。附子理中丸还可明显抵抗肾上腺素引起的回肠运动抑制和乙酰胆碱引起的回肠痉挛[3]。

（1）调节胃肠道运动：据报道附子理中丸可明显增强胃张力及胃蠕动，加快胃排空；该药还可抵抗乙酰胆碱引起的回肠痉挛及肾上腺素引起的回肠运动抑制。

（2）增强体力和抗寒能力：动物实验发现，脾虚动物经附子理中丸治疗后，在4℃冷水中游泳时间明显延长，表明该药能显著增强脾虚动物的体力和抗寒能力。

（3）附子理中丸对醋酸引起的小鼠腹痛有明显的镇痛作用，还能显著提高脾虚动物的免疫功能。

【临床应用】

（1）本品适用于脾胃虚寒，阳气不足引起的脘腹冷痛、呕吐腹泻、腹胀肠鸣、不欲饮食、手足发凉等症及脾肾两虚，寒凝不化所致之精神倦怠、形寒肢冷、不思饮食、脘腹冷痛、大便溏泄、带下清稀等症。

（2）胃、十二指肠溃疡：用附子理中汤合黄芪建中汤治疗胃、十二指肠溃疡，取得较好的疗效。

（3）腹泻：有报道分别用附子理中丸（汤）治疗不同原因引起的腹泻，取得满意疗效。用人参健脾丸合用附子理中丸治疗慢性腹泻，用参苓白术散合用附子理中丸治疗慢性腹泻均可获得一定疗效。

（4）其他：附子理中丸还可用于治疗窦性心动过缓、过敏性紫癜、复发性口腔溃疡等。

【注意事项】

（1）孕妇慎用。

（2）不适用于急性肠胃炎，泄泻兼有大便不畅、肛门灼热者。

（3）高血压、心脏病、肾病、咳喘、浮肿患者或正在接受其他药物治疗者应在医师指导下服用。

（4）本品中有附子，服药后如有血压增高、头痛、心悸等症状，应立即停药，去医院就诊。

（5）按照用法用量服用，小儿应在医师指导下服用。

（6）慢性肠胃炎、泄泻患者服药3d后症状未改善应去医院就诊。

【不良反应】 个别患者服药后出现过敏反应，此外，本品偶可

引起心律失常，面部浮肿及舌头卷缩，失去味觉等症状。

【剂型规格】 附子理中丸的非处方药剂型限定为：浓缩丸、蜜丸、片剂、合剂。

大蜜丸：每丸重9g；

浓缩丸：每8丸相当于原生药3g。

【用法用量】 大蜜丸：1次1丸，1日2~3次；

水蜜丸：1次6g，1日2~3次；

浓缩丸：1次8~12丸，1日3次；

合剂：1次5毫升，1日2次；

片 剂：1次6~8片，1日1~3次。

【储藏】 密封。

【应用与疗效】

马光明[4]于2004年6月~2006年6月用附子理中丸治疗特发性水肿60例，并设西药对照组，取得了满意效果。一般资料：120例符合诊断标准的患者随机分为2组，治疗组60例均为女性，年龄在28~55岁，平均41岁；病程≤5年8例，6~10年6例，≥10年3例；伴月经不调24例，形体肥伴者11例，伴失眠者20例。对照组60例，女性，年龄在25~53岁，平均40岁；病程≤6年9例，6~9年5例，>9年3例。两组比较差异不显著（$P>0.05$），具有可比性。诊断依据：参照《内科疾病鉴别诊断学》[5]制订。①全身慢性水肿。②排除心、肝、肾等脏器疾病以及内分泌和营养缺乏病。③多数患者无排卵周期。④立卧位水试验失常，立位时尿量低于卧位尿量50% 以上。⑤晨间与晚间体重区别较大，直立位引起过度钠潴留，加重病情。治疗方法：治疗组用附子理中丸（河南省宛西制药厂，国药准字Z20025331），每次8粒，3次/天，对照组用维生素C片，每次0.1g，3次/天，螺内酯（安体舒通）片每次40mg，3次/天。疗效标准：参照国家中医药管理局《中医病证疗效标准》[6]。治愈：水肿全部消退，其他症状消失，实验室检查恢复正常；好转：水肿及其他症状减轻，实验室检查改善；未愈：水肿及其他症状、实验室检查无变化。结果：本组60例中，治愈54例，好转5例，未愈1例，治愈率为90% ，总有效率为98%。与对照组比较，差异极显

著($P<0.01$)。

【讨论】特发性水肿属功能性水肿，多见于妇女，主要表现在身体下垂部分，现代医学对此病的病因尚未明了，治疗亦无特效方法，被认为是内分泌功能失调与直立体位的反应异常所致，立卧位水试验有助于诊断[7]。

特发性水肿属中医“水肿”范畴，仅从传统认识调整肺、脾、肾入手，难以收效。因其发病几乎全为女性，尤多见于中年期，且发作常与月经周期有关，多伴有腹胀和精神症状。笔者认为该病辨证重心应在肝肾，涉及于脾，当属肝郁肾虚型。中年女性工作劳累、生活压力大加之产育易致肝气怫郁，肾精耗损。中年女性劳累产育使肾精亏，肾气耗，肾阳不布，水湿不化，且肾为胃之关，肾阳不布，关门不利。聚水而从其类，水湿泛滥则为肿胀；又“精血同源”，精亏血少，加之工作生活压力，肝失疏泄，气机不畅，不能疏泄脾土，脾之运化失职，土遂不能制水，本病治疗以温肾利水、疏肝理气为主，佐以扶脾，方用附子理中丸加减。附子能温补肾阳，利水消肿，人参、干姜温阳利水，健脾养血。白术增强其补气升阳、利水消肿之功。诸药合用使肾精足，肾气化，肾阳布，肝气疏，水湿利，肿胀消，诸症除。

由于丸剂是由中药材粉制的蜜丸，在临床上服用不便，吸收较慢，保存不易。因此赵时雨等将其改制成口服液，以期取得较好的效果。为了验证附子理中口服液的临床疗效，赵时雨等[8]自1990～1991年，以附子理中丸为对照组，对口服液进行了108例临床观察，获得了满意的疗效。

一般资料：观察组108例，其中男58例，女50例；年龄18～74岁；病程20天～14年。对照组37例，其中男22例，女15例；年龄30～60岁；病程20天～14年。病例选择以中医证候为主体，根据《中医证候规范》及《中医诊断学》，选择符合脾胃虚寒的病例。脾胃虚寒主症表现为胃脘冷痛或隐痛，腹部冷痛或隐痛，呕吐清水或吐出物无酸臭，大便稀溏和泄泻。脾胃虚寒兼症有脘腹痞满，恶寒喜暖，面色萎黄或无华，口淡不渴，食入不化，体倦神疲，形体消瘦，腹胀朝轻暮重，手足不温。舌体胖大有齿痕，或舌质淡，苔薄白或白

滑润，脉沉细无力或沉迟。凡具备主症1项以上，兼症2项以上，苔脉2项以上者，均可作为观察病例。

方法：分组随机抽样分为两组。为观察组，丸剂为对照组。治疗方法：两组服药剂量、设口服液组时间相等。观察组每次10ml（每毫升含中药0.75g），每日3次，饭后服。对照组每次10g，每日3次，饭后服。治疗期间，均未服用协同药物及拮抗药物。15d为1疗程，1疗程即终止。疗效标准：痊愈：服药15d，主症、兼症均消失，体征向正常转变，相应的理化检查基本恢复正常。显效：服药15d，主症消失，兼症减轻，主要理化检查好转。有效：服药15d，主症、兼症及主要理化检查均有好转。无效：服药15d，主症、兼症及主要理化检查均无改善。结果：治疗15d后，观察组：108例，痊愈57例，显效29例，有效38例，无效7例，总显效率61.11%，总有效率94.61%。对照组：37例，痊愈9例，显效13例，有效13例，无效2例，总显效率59.16%，总有效率94.50%，二者有显著差异（$P<0.05$）。

【病案举例】

刘某某，男，39岁，农民，于1990年5月17日来院就诊。主诉间断性腹痛、腹泻半年。半年前，因食生冷不洁食物，出现上腹及左下腹痛，伴腹泻，纳差，乏力，大便日行2~3次，无脓血，腹部喜暖、喜按。曾在当地医院就医，具体诊断不详，选服得乐冲剂、黄连素片、复方磺胺甲噁唑等药物，效果欠佳。既往病史无，以往身体健康。无药敏史。查体：血压15.96/10.64kPa（120/80mmHg），神志清，查体合作，全身表浅淋巴结未触及肿大。头颅无畸形，眼、耳、鼻、口腔等器官未见异常，颈软，两肺呼吸音清，心率80次/分，律齐，无杂音。腹部平坦，两侧对称，未见肠型及胃腑蠕动波，腹软，上腹部及左下腹部轻度压痛，无肌紧张及反跳痛，肝未触及，莫非征（-），腹水征（-），肠鸣正常。双肾区无扣击痛，脊柱及四肢呈生理性弯曲，双下肢无浮肿，神经生理反射存在，病理反射未引出，舌质淡，苔薄白腻、脉沉细。实验室检查D-木糖试验7.3mg/dl，大便培养及常规无异常。中医辨证为脾胃虚寒型腹痛、泄泻。故拟温中健脾法。用附子理中口服液10ml、3次/天，连服15d终止，痊愈[8]。

【讨论】

（1）附子理中丸为临床常见的中成药，具有温中健脾之功，临床疗效确切，是治疗脾胃虚寒的代表方剂。但是在临床应用中丸剂多有服用不便，吸收较缓，保存不易的弊端。通过剂型改革研制的附子理中口服液，则具有服用方便，起效快，对胃肠刺激性小，且易于保管等优点。从临床观察结果表明，附子理中口服液与丸剂在治疗脾胃虚寒主症及总疗效上相比，无显著差异（$P>0.05$）。其中，口服液对腹部冷痛或隐痛效果更好，总有效率为98.36%，高于丸剂的92%，因此，附子理中口服液是剂型改革较成功的一新的中成药。

（2）患者服药前后，经Eberts血清－尿－木糖测定试验，发现低于正常值的共计39例，其中观察组25例，治疗后恢复正常的为18例，好转1例，无改善3例，总好转率为88%。对照组低于正常值的为14例，治疗后恢复正常为10例，好转2例，无改善2例，总好转率为77%。从Eberts血清－尿－木糖测定试验中可以看到：附子理中口服液能增强人体对*D*－木糖的吸收率，因此，它具有明显的改善肠胃的吸收功能。

（3）附子理中口服液在临床治疗当中，未发现有明显的毒副作用，部分患者有轻度的口干现象，但与丸剂相比，明显减轻。

2. 桂附理中丸

【处方来源】汉·张仲景《伤寒论》理中丸加附子。《中华人民共和国药典》2005版。[2]

【处方组成】肉桂30g，附片30g，党参90g，炮姜90g，白术（炒）90g，炙甘草90g。

【制法】以上六味，粉碎成细粉，过筛，混匀。每100g粉末加炼蜜120～140g制成大蜜丸，即得。

【性状】为棕褐色的大蜜丸；气微，味甜而辛辣。

【鉴别】

（1）取本品，置显微镜下观察：纤维单个散在，长梭形，直径24～50μm，壁厚，木化，联结乳管直径12～15μm，含细小颗粒状物。草酸钙针晶细小，长10～32μm，不规则地充塞于薄壁细胞中。淀粉粒长卵形、广卵形或形状不规则，直径25～32μm，脐点点状位

于较小端，层纹明显。纤维束周围细胞含草酸钙方晶，形成晶纤维。

（2）取本品9g，加硅藻土4.5g，加水50ml，研匀，再加水50ml，搅拌约20min，抽滤，药渣用水50ml洗涤后，在60℃干燥2h，置索氏提取器中，加乙醇70ml，加热回流提取至回流提取液无色，放冷，滤过，滤液浓缩至近干，加乙醇4ml使溶解，作为供试品溶液。另取甘草对照药材0.5g，加乙醇30ml，加热回流1h，滤过，滤液浓缩至约1ml，作为对照药材溶液。再取甘草酸铵对照品，加乙醇制成每1ml含1mg的溶液，作为对照品溶液。照薄层色谱法试验，吸取上述3种溶液各1μl，分别点于同一用0.8%氢氧化钠溶液制备的硅胶G薄层板上，以乙酸乙酯－甲酸－冰醋酸－水（15∶1∶1∶2）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以硫酸乙醇溶液（1→10），在105℃加热5～10min，置紫外光灯（365nm）下检视。供试品色谱中，在与对照药材色谱及对照品色谱相应的位置上，显相同颜色的荧光斑点。

（3）取本品9g，剪碎，加乙酸乙酯20ml，加热回流提取30min，放冷，滤过，滤液低温浓缩至约5ml，作为供试品溶液。另取桂皮醛对照品，加乙醇制成每1ml含2μl的溶液，作为对照品溶液。照薄层色谱法试验，吸取供试品溶液10μl、对照品溶液2μl，分别点于同一以羧甲基纤维素钠为黏合剂的硅胶G薄层板上，以石油醚（60～90℃）－乙酸乙酯（17∶3）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以二硝基苯肼乙醇试液。供试品色谱中，在与对照品色谱相应的位置上，显相同的橘红色斑点。

【检查】

乌头碱限量，取本品适量，剪碎，取42g，精密称定，加硅藻土适量研匀，加氨试液10ml拌匀，放置2h，再加乙醚100ml，振摇1h，静置48h，滤过，滤液蒸干，残渣用无水乙醇溶解使成1ml，作为供试品溶液。另取乌头碱对照品适量，精密称定，加无水乙醇制成每1ml含1mg的溶液，作为对照品溶液。照薄层色谱法试验，精密吸取供试品溶液24μl、对照品溶液5μl，分别点于同一硅胶G薄层板上使成条状，以三氯甲烷－丙酮－甲醇（6∶1∶1）为展开剂，展开，展距13cm，取出，晾干，喷以稀碘化铋钾试液。供试品色谱中，在与对

照品色谱相应位置上出现的条斑应小于对照品条斑，或不出现条斑。

【功能与主治】 补肾助阳，温中健脾。用于肾阳衰弱，脾胃虚寒，脘腹冷痛，呕吐泄泻，四肢厥冷。

【用法与用量】 用姜汤或温开水送服，1次1丸，1日2次。

【注意】

（1）忌生冷、油腻食物，服药同时不宜服用藜芦、犀角及其制剂。

（2）孕妇忌服。

（3）不适用于急性胃肠炎，泄泻兼有大便不畅、肛门灼热者。

（4）高血压、心脏病、肾病、咳喘、浮肿患者或正在接受其他药物治疗的患者应在医师指导下服用。

（5）本品含有肉桂、附子，服药后如有血压增高、头痛、心悸等症状，应立即停药并到医院就诊。

（6）按照用法用量服用，小儿应在医师指导下服用。

（7）慢性肠胃炎、泄泻患者服药3d症状未改善者应到医院就诊。

（8）药品性状发生改变时禁止服用。

（9）儿童必须在成人监护下使用。

（10）请将此药品放在儿童不能接触的地方。

（11）如正在服用其他药品，使用本品前请咨询医师或药师。

【规格】 每丸重9g。

【贮藏】 密封。

【应用与疗效】

【病案举例】

（1）泛吐痰涎：黄育冬[9]应用附桂理中汤治疗一泛吐痰涎患者，效果显著。

柏某，女，40岁，农民，2001年5月10日初诊。自诉泛吐大量清水痰涎，伴食纳不佳、神疲乏力5年。曾多方医治，诸症不减，故求诊于余。查面色萎黄无华，舌淡红、苔薄白，脉沉细无力。拟附桂理中汤加减：附子（先煎40min）10g，肉桂（后下）5g，党参24g，干姜10g，白术10g，木香6g，砂仁6g，法夏10g，陈皮6g。服药4

剂，泛吐清水痰涎停止，纳食增加，精神亦转佳。原方继服4剂，诸症消失，纳食正常，病告痊愈。随访1年未见复发。

按：脾为痰涎，肾为唾沫。本病例脾肾同治，拟附桂理中汤以暖脾阳，而达脾肾阳旺，运化水湿，化为津液而奏效。

（2）发作性睡病：发作性睡病是一种睡眠障碍，临床上较为少见，多发于青少年，是一种原因不明的，以不可抗拒的睡眠发作，伴一过性肌张力减低、睡眠瘫痪、睡眠幻觉为主要表现的临床综合征。每次发作持续数秒至数小时不等，一般十几分钟，短暂的睡眠后精神可恢复。现代医学目前尚无特效疗法。本类病属于中医“多寐”范围。

苏巧珍等[10]治疗一发作性睡病患者，用桂附理中汤治疗而获痊愈。患者女性，39岁，主因“阵发性头痛2年”于2006年7月13日入院。患者于2004年6月外感后出现发热，于附近门诊就诊，予银翘散加减口服，服后恶心呕吐，且发热较前加重，后患者再次就诊，医予九味羌活汤加减口服后发热愈，但患者一经强光照射即出现发作性左侧额颞部疼痛，呈触电样向顶枕部放射，时呈跳痛感，伴左眼睑下垂，流泪，不自主入睡，时有失张力发作，戴太阳镜也不能避免，夜间眠差。舌淡暗苔薄白，脉沉细。曾于医院行头颅MR及MRI未见异常。全程脑电图示：白天多次睡眠潜伏期实验符合发作性睡病改变。晚上睡眠结构未见异常。TCD示：① 椎动脉流速增快；② 双侧大脑中、前动脉流速增快（考虑血管狭窄）；③ 脑血管弹性降低。诊断为：① 血管性头痛；② 发作性睡病；③ 颈椎病。予中药（具体不详）口服后，症状略有好转，但时至夏日症状又有所加重。入院诊断：西医诊断为睡眠障碍（发作性睡病）；中医诊断为多寐（脾肾阳虚）。

治疗经过：入院后治以温补脾肾为法，予静滴参附针。中药拟方如下：制附子30g，干姜30g，肉桂3g，炙甘草30g，黄芪60g，炒白术30g，党参30g。服药后患者出现腹中肠鸣，大便稀烂，每日3次，除此之外无特殊不适。2006年7月18日加大药量至附子60g，干姜60g，炙甘草60g，余药剂量同前。患者继服7剂后，在强光下晒30 min未出现不可抑制的睡眠及失张力发作，无明显头痛发作，左眼流

泪较前减少。2006年7月26日复查睡眠脑电图：患者在整夜睡眠中，睡眠潜伏期正常，实际睡眠时间正常，各期睡眠百分比正常，觉醒次数增多；睡眠时未见心律不齐；睡眠中血氧饱和度正常；睡眠时未见睡眠呼吸暂停及低通气。白天多次小睡潜伏试验：患者在5次小睡试验中，睡眠潜伏期均小于10min，但均未见异常REM睡眠。2006年7月30日患者带上方1周量出院。出院后1个月随访，未再出现上述症状。

按：患者中年女性，自幼有小儿夏季热病史，每日发热达40℃以上，用抗生素及清热解毒中药无效。广东地处南方，夏季则阳浮于外，患者为阳虚之体。用伤阳之清热解毒药使里阳更虚，阴盛逼阳于外，故出现高热不退。至13岁患者月经之后出现血崩，医予附子等温肾阳之药治愈，由此可推知其血崩为阳虚失于固摄所致。至成年后患者时有胃痛，为脾肾阳虚、寒凝中焦所致，红茶性温补，故可治愈其胃痛。此次发病为患者外感后医者误治所致，医者未思患者素为阳虚之体，予清热解毒药，使本就偏虚的中阳更虚，遂致阴寒内生，上焦之阳失于固摄，则出现流泪等症状。而日光为外界之阳，阴寒内盛，逼虚阳浮越于外，阳不入阴，则入睡困难，在日光下时外界之阳助体内之阳气恢复，使体内之阳气旺盛则易于返阴。阳气入阴，则易入睡。综合分析，本例患者属脾肾阳虚型发作性睡病，予桂附理中汤温补脾肾之阳，先后天并补，并予北黄芪补上焦之阳，使三焦阳气恢复则自愈。

参考文献

[1] 江克明．四神丸合理中丸治疗五更泄泻．中成药，1993，15（10）：34
[2]《中华人民共和国药典》一部．北京：化学工业出版社，2005
[3] 李东安，王普民，贾冬，等．附子理中丸的药理作用研究．中成药，1990，12（5）：26
[4] 马光明．附子理中丸治疗特发性水肿．医药论坛杂志，2007，28（3）：104
[5] 邝贺龄．内科疾病鉴别诊断学．第4版．北京：人民卫生出版社，2002
[6] 国家中医药管理局．中医病症疗效标准．南京：南京大学出版社，1994
[7] 陈文彬，潘祥林．诊断学．第6版．北京：人民卫生出版社，2004

[8] 赵时雨，张庆云，刘宏选，等．附子理中口服液治疗脾胃虚寒证108例．河南中医，1993，3（4）：177
[9] 黄育冬，刘开伍．疑难杂证治验举隅．江西中医药，2004，35（253）：41
[10] 苏巧珍，连新福．桂附理中汤治愈发作性睡病1例．中医研究，2007，20（5）：47

第二章

理中丸的药理研究

第一节　理中丸中组成中药的药理研究

一、干姜的药理作用

干姜[1]甲醇或醚提取物有镇静，镇痛，抗炎，止呕及短暂升高血压的作用；水提取物或挥发油能明显延长大鼠实验性血栓形成时间；干姜醇提取物及其所含姜辣素和姜辣烯酮有显著灭螺和抗血吸虫作用；干姜醇提取物能明显增加大鼠肝脏胆汁分泌量，维持长达3～4h。

1. 镇静作用　干姜甲醇提取物10g（生药）/kg皮下注射，能明显延长环己巴比妥诱导的小鼠睡眠时间，对小鼠自发活动有抑制倾向，因此，对中枢神经系统有轻度抑制作用。

2. 镇痛作用　干姜甲醇提取物10g（生药）/kg皮下注射，能明显抑制小鼠醋酸扭体反应，但热板法无镇痛作用。干姜醚提取物（油状液体）1.5mg/kg或3.0ml/kg，醚提取后残渣水提取物20g/kg灌胃，均能显著抑制小鼠醋酸扭体反应，前者作用更强，并能明显

延长热刺激痛反应的潜伏期。

3. 抗炎作用　干姜甲醇提取物10g（生药）/ kg皮下注射，对小鼠醋酸所致小鼠腹腔毛细血管通透性的升高有抑制倾向，但对角叉菜胶性足肿无效。干姜醚提取油状液体3.0ml/（kg·d），醚提取后残渣水提物10g/（kg·d）或20g/（kg·d）灌胃，连续3d，对二甲苯所致小鼠耳壳肿胀均有明显抑制作用。醚提取物1.5ml/（k·d），水提取物5g/（kg·d）或10g/（kg·d）灌胃，连续3d，对角叉菜胶性大鼠足肿有显著拮抗作用。其抗炎作用机制可能与干姜所含酚性化合物对前列腺素（PG）合成的抑制作用及促进肾上腺皮质激素释放相关。

4. 对心血管的作用　干姜甲醇提取物0.25g（生药）/kg静脉注射，使麻醉大鼠血压暂时性升高，继之下降，并有剂量相关性，心率也一过性减慢；1×10^4g/ml对豚鼠离体心房的自发性运动有增强作用。

5. 抗凝血作用　干姜水提取物10g/kg或20g/kg、干姜挥发油0.75ml/kg或1.5ml/kg灌胃，能明显延长大鼠实验性血栓形成时间。此外，干姜水提物对ADP和胶原诱导的家兔血小板聚集有明显抑制作用，并呈量效依赖关系；干姜挥发油还可明显延长白陶土部分凝血活酶时间。干姜水提取物抑制血栓形成的机制，可能与抗血小板聚集有关，而干姜挥发油可能与凝血系统，尤其是增强内源性凝血功能有关。干姜挥发油也能强烈抑制血小板聚集，其机制可能与抑制血小板的血栓烷B_2（TXB_2）及前列腺素合成有关。

6. 对肾上腺皮质功能的影响　本品4g/（kg·d）灌胃，连续7d，可使幼年小鼠胸腺萎缩；干姜20g/kg，干姜挥发油2ml/kg或干姜酚酸性部分4g/kg灌胃，均能显著降低大鼠肾上腺中维生素C的含量。上述试验表明，干姜或其有效成分对肾上腺皮质功能有增强作用，可能促进肾上腺皮质激素的合成和释放，使维生素C含量降低，干姜的抗炎作用也可能与此相关。

7. 对消化系统的作用　干姜甲醇提取物10g（生药）/kg灌胃，淋巴囊给药，对硫酸铜所致蛙呕吐有明显抑制作用；4g/kg皮下注射能明显抑制小鼠胃液分泌，并降低胃液酸度；10g/kg灌胃，对小鼠

应激性溃疡有抑制倾向，并对小鼠硫酸钡肠内推进运动有一定促进作用。此外，干姜甲醇提取物在低浓度时（1×10^{3}g/ml）使离体豚鼠肠管收缩，在高浓度时（1×10^{2}g/ml）使其弛缓。另有报道，干姜水煎液灌胃，连续3d，对大鼠应激性、醋酸性、幽门结扎型及吲哚美辛（消炎痛）型胃溃疡均无抑制作用，姜辣醇对离体豚鼠回肠有明显收缩作用，并呈一定量效关系。10^{5}mol/L 东莨菪碱、异丙嗪可抑制此效应。干姜挥发油 10^{3}g/ml 亦能非竞争性拮抗乙酰胆碱、组胺对豚鼠离体回肠收缩效应，提示其效应可能与胆碱受体和组胺受体有关。

8. 抗缺氧作用 干姜醚提油状物3ml/kg灌胃，能减慢小鼠耗氧速度，延长常压缺氧和氰化钾（KCN）中毒小鼠的存活时间，并能增加断头小鼠张口动作的持续时间；但对亚硝酸钠中毒小鼠及受寒小鼠的存活时间无明显影响。

9. 其他作用 干姜醇提物及其所含姜辣素和姜辣烯酮有显著灭螺和抗血吸虫作用：不同浓度的姜辣素对曼氏血吸虫的毛蚴和尾蚴有显著杀灭作用，并能阻止毛蚴对钉螺和尾蚴对小鼠的感染。干姜甲醇提取物 1×10^{3}g/ml 对去甲肾上腺素 1×10^{6}g/ml 所致豚鼠输精管收缩，1×10^{2}g/ml 对乙酸胆碱和组胺所致离体豚鼠气管收缩，均有明显拮抗作用。

二、人参的药理作用

人参[1]具有抗休克作用，人参注射液对失血性休克和急性中毒性休克患者比其他原因引起的休克，效果尤为显著；可使心搏振辐及心率显著增加，在心功能衰竭时，强心作用更为显著；能兴奋垂体－肾上腺皮质系统，提高应激反应能力；对高级神经活动的兴奋和抑制过程均有增强作用；能增强神经活动过程的灵活性，提高脑力劳动功能；有抗疲劳，促进蛋白质、RNA、DNA 的合成，促进造血系统功能，调节胆固醇代谢等作用；能增强机体免疫功能；能增强性腺功能，有促性腺激素样作用；能降低血糖。此外，尚有抗炎、抗过敏、抗利尿及抗肿瘤等多种作用。人参的药理活性常因机体状态不同而呈双向作用。

1. 对中枢神经系统的作用 人参及其不同制剂、不同成分，对

中枢神经系统的生理功能具有调节作用，这种调节作用和脑内参与神经活动的某些生化成分的含量有着密切的关系。

（1）对中枢神经系统的调节作用：大量研究表明，人参对高级神经系统的兴奋过程和抑制过程均有加强作用，并且以兴奋作用更为显著。对需要精细协调动作和集中精力的工作有良好的影响，甚至在夜间工作时，人参仍有增强脑力的作用。这种作用强于苯丙胺，并且无不良反应。全参3g/kg给小鼠皮下注射能明显减少自主活动，腹腔注射5g/kg能延长小鼠的戊巴比妥钠睡眠时间和士的宁、戊四氮所致的小鼠惊厥潜伏期，减少惊厥发生率，具有拮抗多种中枢兴奋药的作用[2]，自人参中提取的一种含葡萄糖、鼠李糖的皂苷B对小鼠也有明显的镇静作用。人参GNS（Rb和Rc的混合物）对小鼠的中枢神经系统有抑制、安定、镇静作用以及中枢性肌肉松弛、降温、减少自发活动等作用。而人参的水醇浸膏则兴奋大脑皮质，增强大脑皮质兴奋与抑制过程的活动反应，加强胆碱能神经功能，并使血压下降、呼吸兴奋。人参皂苷的混合物也有中枢兴奋、抗疲劳等作用。人参对中枢神经系统兴奋与抑制的双向作用，认为是人参成分中不同皂苷的效应。研究表明：人参皂苷Rg类有中枢兴奋作用，而Rb类则呈现镇静作用。猴子摄取了大剂量的人参可引起中枢神经系统的兴奋，其行为改变与人类服用人参引起的滥用人参综合征部分相似。人参对实验动物脑电活动的影响表明，0.2g/kg对猫的脑电图产生中等程度脑电波的同步化作用（即增强抑制过程），也可增强兴奋剂的异步化作用，对癫痫性脑电波的棘波频率增加及波幅增大，且使棘波泛化（兴奋过程加强）。人参对中枢神经系统的上述作用与用药时中枢神经系统的功能状态、用药剂量以及人参的不同成分有关。

（2）对学习记忆的影响：人参及其制剂在提高学习能力、易化记忆方面有明显的促进作用，而且对记忆的各阶段均有影响。以条件反射活动作指标，Y字迷宫实验表明：人参皂苷Rb_1可延长学习的大鼠反应潜时和走行时间，而Rg_1则缩短已经学习的大鼠反应潜时和走行时间，且可促进学习和逆转学习的获得，对小鼠学习行为的减退有预防效果。爬杆实验中Rb_1可减少已学习小鼠的条件反射反应，自发运动量减少，下楼实验中Rb_1促进小鼠记忆获得，拮抗电刺激引起的

记忆固定障碍。人参醇提物可改善小鼠学习和记忆，能使氢溴酸樟柳碱腹腔注射造成记忆获得障碍小鼠在跳台实验中的错误反应次数明显减少，在迷宫实验中可逆转戊巴比妥钠腹腔注射所致的正确反应率降低，对环己酰亚胺（蛋白质合成抑制剂）腹腔注射和亚硝酸皮下注射造成小鼠记忆巩固障碍，以及40%乙醇灌胃造成小鼠记忆再现障碍均有明显的改善作用，人参对多种化学品造成的实验动物记忆障碍、记忆巩固障碍和记忆再现障碍的改善与人参化学组分的不同而异。人参皂苷 Rg_1 和 Rb_1 效果较好，其中 Rg_1 最佳。人参对学习记忆的影响与剂量也有关，当超出一定剂量范围时可产生阻抑作用，这可能与人参对中枢神经系统的双向调节作用有关。

（3）对脑内物质的影响：人参对蛋白质 RNA 和 DNA 的合成均有促进作用、在 ^3H－亮氨酸掺入实验中，Rg_1 能在低浓度 ^3H－亮氨酸情况下使小鼠脑内蛋白质含量显著增加，而 Rb_1 则没有该作用。但在 ^3H－亮氨酸高浓度情况下，Rg_1 和 Rb_1 均能显著增加小鼠脑内蛋白质含量。大量研究证明，人参通过影响脑内组胺类物质和乙酰胆碱能系统对中枢起作用，其中人参皂苷 Rg_1、Rb_1 是人参促智的主要有效成分，它们能增加脑突触体对乙酰胆碱的摄取，增加乙酰胆碱的合成和释放，提高中枢 M 胆碱受体的密度。喂饲含有人参皂苷的饲料，可使小鼠脑中多巴胺和去甲肾上腺素增加。人参根 100mg/kg 小鼠灌服，每日2次，连续2周，能加强小鼠大脑皮层中多巴胺、去甲肾上腺素的代谢和纹状体、小脑中5－羟色胺（5－HT）的代谢，而中脑、丘脑下部的5－HT 和纹状体中多巴胺的代谢却被抑制。给药7周的小鼠，除小脑的5－HT 被促进外，整个脑部的5－HT 和去甲肾上腺素、多巴胺的代谢均被抑制。人参能促进脑内生物胺的前体物苯丙酸透过血脑屏障，这有利于中枢的多巴胺和去甲肾上腺素的合成。人参还能特异性并且剂量依赖性地抑制具有放射活性的多巴胺、去甲肾上腺素和5－HT 摄取入大鼠脑突触体中，也能特异性且剂量依赖性地抑制 γ－氨基丁酸（GABA）和谷氨酰胺（Glu）摄取入大脑突触体内，只是低剂量时 Glu 转运较敏感，而在高剂量时 GABA 转运较敏感。另有报道，人参中含有激活腺苷酸环化酶活性的腺苷，和人参中磷酸二酯酶抑制人参皂苷 RO、Rb3、Rd 有相乘作用，共同使细

胞内的 cAMP 浓度升高。人参总皂苷对正常小鼠脑组织中 Mg^{2+} - ATP 酶有抑制作用，而对 Na^+，K^+ - ATP 酶却有激活作用。体外给药法观察到，人参二醇皂苷和人参三醇皂苷对兔纹状体 Na^+，K^+ - ATP 酶均有明显的抑制作用，而且随剂量增加作用增强，对 Ca^{2+} - ATP 酶，人参二醇皂苷 10^5g/ml 时有激活作用，而当浓度增高到 10^3g/m 时则呈现抑制作用，人参三醇皂苷仅为抑制作用。Mg^{2+} - ATP 酶可被人参二醇皂苷所兴奋，而被人参三醇皂苷所抑制。人参皂苷对不同年龄大鼠大脑皮层 Na^+，K^+ - ATP 酶和 Ca^{2+} - ATP 酶的活力有不同的作用。人参皂苷能显著抑制成年大鼠大脑皮层 Na^+，K^+ - ATP 酶和 Ca^{2+} - ATP 酶的活力，对老年大鼠大脑皮层的 Na^+，K^+ - ATP 酶和 Ca^{2+} - ATP 酶的活力则具有显著地兴奋作用。对新生大鼠大脑皮层 Na^+，K^+ - ATP 酶和 Ca^{2+} - ATP 酶的活力无明显影响，提示人参对脑内 Na^+，K^+ - ATP 酶和 Ca^{2+} - ATP 酶的影响和抗衰老作用可能有一定的关系。

（4）对脑血流量和脑能量代谢的影响：在阻断双侧椎动脉及颈总动脉的大鼠脑缺血和再灌注损伤模型中，静脉注射人参皂苷能显著阻止脑缺血和再灌注过程中皮层脑电图发生严重抑制和脑水肿形成，又能抑制脑组织细胞乳酸脱氢酶、超氧化物歧化酶活性下降和脂质过氧化代谢产物丙二醛含量及颈动脉血中乳酸脱氢酶活性升高。人参皂苷 Re 静脉注射也显示上述作用。病理生理生化和超微结构研究表明，人参皂苷能增加缺血和再灌注脑血流量、减少钙积累、减轻脑水肿，延长双侧锁骨下和颈总动脉结扎后自主呼吸和脑电活动时间，并促进再灌注时恢复。此外，人参制剂可增加兔脑葡萄糖的摄取，同时减少乳酸、丙酮酸和乳酸/丙酮酸的比值，并可使葡萄糖的利用从无氧代谢途径转变为更加经济的有氧代谢，使动物大脑更合理地利用葡萄糖氧化产能。

2. 对机体免疫功能的影响

（1）对单核吞噬细胞系统吞噬功能的影响，人参皂苷对小鼠、大鼠及豚鼠等多种动物单核吞噬细胞系统吞噬功能均有明显的激活作用，能增强其对血流中胶体碳粒、金黄色葡萄球菌、鸡红细胞的吞噬廓清能力。加大剂量，给药次数增多，作用增强。停药后单核吞噬细

胞系统的这种激活状态可持续1周左右。人参皂苷在显著增强小鼠腹腔渗出细胞吞噬活性的同时，也使动物血清溶菌酶含量显著升高。人参多糖无论是灌胃或腹腔注射，对小鼠的免疫功能均有促进作用。0.1g/kg组能明显增加小鼠腹腔巨噬细胞吞噬百分率和吞噬指数，而0.15g/kg组虽明显增加吞噬细胞百分率，但对吞噬指数仅有增加的趋势。对经过眼镜蛇毒因子（cvF）处理后所致豚鼠补体和吞噬功能下降，人参多糖能促进补体和中性粒白细胞吞噬率提高和恢复。有实验表明，人参在提高小鼠腹腔巨噬细胞吞噬指数的同时，也增加巨噬细胞的面积，使受体数及与靶细胞的接触面积增加，因而提高了吞噬功能。利用图象分析系统的定量细胞化学显示，人参可明显提高巨噬细胞内糖原和黏多糖（PAS阳性物质）、酸性磷酸酶（ACP酶）、醋酸α-萘酚酯酶（ANAE）和三磷酸腺苷酶（ATP酶）的含量，说明巨噬细胞合成与贮存糖原增加，消化力增强。用环核苷酸免疫荧光细胞化学技术证明：人参可使巨噬细胞内cAMP含量显著下降，cGMP含量显著升高，这可能与其增强巨噬细胞吞噬功能也有一定的关系。腹腔注射人参根总皂苷可使热应激小鼠单核吞噬细胞系统碳粒廓清作用免于下降，并能防止血清溶血素含量的降低。人参根总皂苷灌胃给药，对环磷酰胺所致小鼠白细胞数减少有明显回升作用，对巨噬细胞吞噬功能抑制、溶血素形成抑制和迟发型超敏反应均有恢复正常的作用。

（2）对特异性抗体形成的影响：人参对各种抗原刺激后的动物抗体产生有明显的促进作用。给正常小鼠皮下注射人参皂苷，对低剂量抗原（白喉类毒素）免疫后的一次抗体反应有明显的增强作用，对高剂量抗原免疫后的一次抗体反应仅有轻度增强作用，而对高剂量抗原免疫后的第2次抗体反应几乎无作用，说明人参皂苷具有免疫调节作用，并且调节作用与机体免疫状态有关。腹腔注射人参皂苷3个不同剂量组（10mg/kg，30mg/kg，60mg/kg），观察以白喉类毒素为抗原免疫的大鼠抗体结果显示，免疫早期3个不同剂量组大鼠的淋巴和脾脏均较对照组大，淋巴结内白喉类毒素的总含量也较对照组明显升高。免疫中、晚期，给药组大鼠血清白喉抗毒素滴度高于对照组，这一作用，小剂量组在免疫中期即出现，而大、中剂量组在免疫30d才

出现。人参根多糖也具有促进机体特异性免疫的作用，能使羊红细胞免疫的小鼠血清中特异性抗体 IgH 的含量明显升高。小鼠灌服人参水煎剂对绵羊红细胞激发的 1 次和 2 次抗体形成均有促进作用，且与剂量相关。能在小鼠活体内明显增加特异性抗绵羊红细胞（SRBC）抗体形成细胞反应，但对脾淋巴细胞总数无明显影响。

（3）对淋巴细胞转化的影响：小鼠皮下注射人参皂苷对细菌脂多糖和刀豆素 A 刺激的淋巴细胞转化有显著的增强作用，而对植物血凝素刺激的反应性无明显增强作用。在体外，将不同浓度的人参皂苷加入淋巴细胞培养液中，以 1μg/ml 浓度时对各种分裂原刺激的淋巴细胞增殖反应促进作用最为明显，浓度过高或过低都会影响这一效应。人参皂苷对淋巴细胞的自发转化仅有较弱的促进作用。人参皂苷 Rd 对氢化泼尼松龙所致的免疫受抑小鼠的体外刀豆素 A 刺激淋巴细胞转化也有明显的增强作用，并可使其完全恢复至正常水平。Re 也有相同的增强作用。体外培养还发现：人参皂苷 Rg_1 也能促进分裂原刺激的淋巴细胞有丝分裂，并且存在剂量反应关系。用人静脉血体外培养，^3H – TdR 掺入法证明，人参不能激活淋巴细胞，对被植物血凝素（PHA）激活的淋巴细胞有明显地促进 ^3H – TdR 掺入的作用。并且不同培养时间 ^3H – TdR 掺入率不同，培养 7h 掺入率最高；不同剂量人参溶液对 ^3H – TdR 掺入率有不同影响，0.5μg/ml 有明显促进作用，而 5μg/ml 有抑制作用。但也有实验表明：在未用致有丝分裂原刺激时，低浓度的人参煎液即可加强淋巴细胞增殖，而高浓度时则明显抑制。在用刀豆素 A（ConA）或细菌脂多糖抗原（LPS）刺激的培养中，较低浓度的人参煎液对淋巴细胞增殖无明显影响，较高浓度时有明显抑制作用。将微量人参皂苷经导管直接导入双侧海马（5×10^3kg/侧），连续 4d，能明显增强大鼠脾脏和胸腺 T 淋巴细胞 ConA 增殖反应，增强白细胞介素 – 2（IL – 2）的产生，促进 IL – 2 的表达。提示人参皂苷可能通过海马介导脾脏免疫功能增强效应。应用 mRNA 麦胚无细胞体外转译体系，发现人参三醇皂苷可明显促进 PHA 活化人淋巴细胞分裂 IL – 4，最大促进效应可达 63.33%。也可促进 IL – 3 基因表达，使 IL – 3 基因表达效能增强，最终促进 IL – 3 的合成。人参皂苷 25mg/kg 皮下注射，对小鼠 3 种形式的手术应激

（截肢术、胸壁手术和剖腹术）介导的细胞免疫功能抑制，具有显著的调整和促进恢复作用，可部分拮抗应激小鼠天然杀伤细胞和抗体依赖细胞介导细胞毒活性的抑制，完全拮抗腹胶巨噬细胞吞噬功能的受抑状态。人参根总皂苷对热应激小鼠免疫功能有保护作用，可防止末梢血T淋巴细胞百分数的降低，消除热应激对小鼠迟发型超敏反应的抑制作用。

（4）对自然杀伤细胞－干扰素－白细胞介素2调节网的作用：不同剂量的人参煎剂灌胃给药，可显著提高小鼠脾脏自然杀伤细胞（NK）活性，且随人参剂量的增加作用增强，在未用致有丝分裂原刺激的培养中，人参煎剂明显增加干扰素的产生。在人参浓度从0.25～2.0mg/ml之间随人参浓度的增加，干扰素的产生亦增加，最高可以达到对照组的181%。但更高浓度的人参反而没有明显作用。在用ConA诱导的培养中，干扰素产生较多，而人参仅有轻度促进作用。对于LPS诱生较低滴度的干扰素则无影响。在体外实验中，人参皂苷10～50μg/ml均可以增强小鼠脾脏的NK活性，并可在ConA存在的情况下诱生γ－干扰素（γ－IFN）和IL－2。体内实验：人参皂苷可提高正常小鼠脾脏的NK活性，并可使种植肿瘤小鼠的脾脏NK活性、产生γ－IFN和IL－2的能力得到增强。人参皂苷对手术应激小鼠可以部分提高NK活性，实验组NK活性恢复也较应激对照组快，同时抑制应激期促肾上腺皮质激素（ACTH）和皮质酮的增加。认为人参皂苷的这作用可能与降低垂体－肾上腺轴活动有关。

（5）对免疫功能的影响：与环核苷酸的关系：人参根总皂苷对环核苷酸含量的影响随机体免疫反应水平不同而呈现双向调节作用，当人参使溶血素水平升高时，cAMP含量多数降低，当溶血素水平降低时，cAMP含量多数升高，而cGMP含量多数降低。溶血素与cAMP含量变化无明显关系，而与脾组织中cAMP、cAMP/cGMP比值呈负相关。在特异性抗原注射前，人参皂苷可明显提高小鼠脾组织cAMP和cGMP水平，并以提高cAMP为主。在注射抗原后cAMP处于持续低水平，人参升高cAMP的作用消失，而cGMP明显升高。

（6）对荷瘤动物免疫功能的影响：人参能提高荷肉瘤S180小鼠单核吞噬细胞系统的吞噬功能，给小鼠灌胃人参多糖，对正常小鼠免

疫功能无明显影响，但可使荷瘤 S180 小鼠脾脏空斑形成细胞、特异玫瑰花形成细胞、血清抗羊红细胞抗体和脾细胞的抗体分泌量显著上升。因此，人参多糖可能在荷瘤机体增强免疫功能，对荷瘤而致免疫功能低下有较好的保护作用。人参皂苷对荷瘤小鼠天然杀伤细胞活性与瘤块的重量呈负相关，并且荷瘤小鼠的脾脏明显增生，胸腺明显缩小，可使受试小鼠荷瘤降低，瘤重低于对照组，NK 活性高于对照组，γ－IFN 及 IL－2 值也高于对照组。给正常及荷 B16 黑色素瘤的 LACA 小鼠分别连续 7d 及 14d 腹腔注射不同剂量的人参多糖，能使正常小鼠脾细胞 NK 活性及刀豆素 A 刺激后的 IL－2 和 γ－IFN 水平明显增高，并使荷瘤小鼠的 IL－2 和 γ－IFN 水平及 NK 活性恢复正常。

3. 对心血管系统的作用

（1）对心脏的影响：人参对多种动物呈现先兴奋后抑制，小剂量兴奋，大剂量抑制的作用[3]。人参总皂苷能显著减慢狗和大鼠的心率，提高电致室性心动过速阈值，但不能预防乌头碱诱发的大白鼠心律失常。能延长缺氧条件下的离体豚鼠心房收缩的持续时间，减少缺血心脏冠状窦中的乳酸含量，且有增强心肌耐缺氧的能力。口服人参煎剂 10g 后 2h，心脏收缩间期（ST_1）有明显改变，射血前期（PEP）缩短，左室射血时间（LVET）延长，PEP/LVET 比值下降，提示左心室收缩力增强，心输出量增加。人参煎剂还可以显著增加小鼠心肌对 Rb 的摄取，明显增加心肌营养血流量，抑制大鼠心肌细胞膜 Na^+，K^+－ATP 酶的活性。人参皂苷 Ro，Rb1，Rb2，Rc，Rg1，Rg2，Rg3 具有较强的抗氯化钡诱发的大白鼠心律失常作用，纠正心动过速，并使其恢复到正常水平。人参二醇组皂苷（PDS）对培养的 Wister 大鼠心肌细胞动作电位呈双向性效应：低浓度使动作电位的波幅、波宽、最大舒张电位、最大除极速度等电位参数一致增大，高浓度使这些参数一致减小。无论在低浓度或者在高浓度范围，电参数的改变均随人参二醇组皂苷（PDS）剂量的加大而更加显著。人参二醇组皂苷和人参三醇组皂苷对培养的心肌细胞动作电位各参数呈剂量依赖性减小，人参二醇组皂苷 1000μg/ml、人参三醇组皂苷 200μg/ml 与钙通道阻滞剂 Mg^{2+} 0.05μg/ml 的作用相当。肾上腺素 10μg/ml，

Ca^{2+} 80μg/ml 均可使动作电位的抑制发生逆转，表明人参二醇组皂苷和人参三醇组皂苷有钙通道阻滞作用，较低剂量人参总皂苷（83μg/ml）及其组分 Rb、Ro 能保护大鼠乳鼠心肌细胞培养缺糖缺氧性损伤，减少再给氧损伤时乳酸脱氢酶（LDH）释放，降低离体大鼠心脏缺血再灌注损伤时肌酸磷酸激酶（CPK）释放。对心肌缺氧和再灌注有保护作用，并认为其有效组分为 Rb 、Ro。人参总皂苷 540mg/kg 腹腔注射能降低小鼠在严重缺氧心肌的乳酸含量，恢复缺氧时心肌 cAMP/cGMP 比值的降低，改善组织缺氧时的能量代谢。超微结构观察显示：人参总皂苷能保护心肌毛细血管内皮细胞，减轻线粒体的损伤，对体外培养人心肌细胞代谢酶和 cAMP 含量的研究表明：人参煎剂可使人心肌细胞内乳酸脱氢酶轻度升高，琥珀酸脱氢酶明显增加，并使心肌细胞内 cAMP 含量上升。另一研究也证实人参强心作用与抑制心肌细胞膜 Na^+，K^+ – ATP 酶活性和促进儿茶酚胺的释放有关，前者使细胞内 Na^+ 增加，促进 Na^+ – Ca^{2+} 交换，使 Ca^{2+} 内流增加。人参强心作用还与心肌的环核苷酸代谢有关：增加 cAMP 含量，显著减少 cGMP，提高心肌 cAMP/cGMP 比值有关。

（2）对血管及血压的影响：人参对血管的作用因血管的种类不同或机体状态的不同而表现不同。一般认为人参是血管扩张药，但也有小剂量收缩、大剂量扩张、或先收缩后扩张的报道。人参醇提取液对蛙下肢血管灌流先收缩后扩张再恢复正常，证明血管扩张是由于血管肌麻痹，收缩是由微弱的交感神经末梢兴奋作用所致[3]。人参总皂苷 27mg/kg 给麻醉狗静脉注射均能使血压降低，但可使肾血管收缩，显著提高肾血管阻力。而动脉注射人参总皂苷 2.7mg/kg 后，股动脉、椎动脉和肾动脉血管阻力均降低。有研究显示：人参的水溶性组分可升高血压，这种升压作用不被六甲溴胺和酚妥拉明阻断，中性皂苷组 GNs，GRb1，GRg1 等皂苷可降低血压，这种降压作用不被阿托品、酚妥拉明及普萘洛尔（心得安）所抑制，其中 GNs 和 Gb1 的降压作用稍持久。

（3）抗休克作用：预先静脉注射人参二醇皂苷 25mg/kg，对失血性休克犬的心功能有明显的保护作用，增强心肌收缩力，改善血流动力学状态，其作用优于地塞米松。同时人参二醇皂苷能阻止休克时去

甲肾上腺素和多巴胺含量的增加，抑制休克期血小板对5－HT的释放。预先静脉注射人参二醇组皂苷30mg/kg，可明显提高内毒素性休克大鼠的存活率，抑制休克状态下交感－肾上腺髓质系统的过度兴奋，表现为去甲肾上腺素含量显著降低，并且具有降低组织和血清中过氧化脂质（LPO）含量，稳定细胞膜的作用。能抑制失血性休克犬细胞内酶的释放，使失血后第5小时血清天冬氨酸转氨酶（AST）、丙氨酸转氨酶（ALT）、乳酸脱氢酶（LDH）和肌酸激酶（CK）水平显著低于不给药的失血休克组，对心肌细胞、肺泡Ⅱ型上皮细胞及血小板的超微结构具有明显的保护作用。人参二醇组皂苷对失血性休克犬动脉血氧分压（PaO_2）和动脉血血氧含量（O_2CT）代偿性增加的程度略高于地塞米松组，并使血清pH值明显下降的时间迟于地塞米松组。而且，下降的程度比地塞米松组小，表明人参二醇组皂苷可以缓解代谢性酸中毒发生的程度，其作用优于地塞米松。人参对失血性和窒息性垂危状态中的犬，有促进恢复正常生命活力的作用。

4. *对血液和造血系统的影响* 人参或人参提取物对骨髓的造血功能有保护和刺激作用，可使正常和贫血动物红细胞数、白细胞数和血红蛋白量增加，当外周血细胞和或骨髓受到抑制时，人参增加外周血细胞数的作用更为明显。人参促进造血功能，通过增进骨髓DNA、RNA、蛋白质和脂质的合成，促进骨髓细胞有丝分裂，刺激骨髓造血功能的结果。用人骨髓基质细胞群落（CFU－F）和人骨髓粒系定向干细胞（CFU－C）培养法，研究人参对人类造血功能的影响，结果表明不同浓度的人参液对CFU－F有不同的影响，1/2000人参液可显著促进CFU－F生长，当人参液1/100时则可完全抑制CFU－F的生成。人参液对CFU－C的产率无明显的促进作用，当浓度达1/100时对CFU－C也呈现明显的抑制作用。提示人参可能通过作用于人类造血微环境的基质细胞，间接影响机体的造血功能。但人参浓度过高对人骨髓基质细胞和人造血干细胞有明显抑制作用，因此在应用人参治疗贫血时并非剂量越大疗效越好，应该严格控制用药剂量，以免抑制骨髓的造血功能。应用红系祖细胞（BFU－E，CFU－E）和粒单系祖细胞（CFU－GM）体外培养技术，观察人参总皂苷对正常人和再生障碍性贫血患者的祖细胞刺激增殖作用，并与甲基睾丸素相比

较，人参总皂苷在20μg/ml浓度时，可使正常BFU－E、CFU－E和CFU－GM产率分别提高37.8%±2.9%，31.4%±2.9%和33.4%±4.0%。去除红细胞生成素，人参总皂苷亦具有直接刺激红系祖细胞增殖作用，29例再生障碍性贫血患者中雄激素反应型14例(48.1%)，均同时呈现对人参敏感性（集落数增加30%以上），而免疫介导型及干细胞缺少型中人参的作用均不能表达，提示人参总皂苷的作用机制可能是通过增强红细胞生成素等造血生长因子的活性间接地促进骨髓造血。灌胃或腹腔注射人参总皂苷10mg/kg，连续5～7d，能使阿糖胞苷和三尖杉酯碱杀伤CFU－S和CFU－C的作用增强1倍。推测这种作用可能是由于人参能促进骨髓中Go期细胞进入增殖周期或缩短了细胞增殖周期时间所致。有报道，人参总皂苷对正常小鼠外周血红细胞（RBC）、血红蛋白（Hb）和骨髓细胞（BMC）无明显影响，但能促进腹腔注射苯肼、^{60}Co照射小鼠的血细胞生成，并能提高小鼠红细胞等有丝分裂指数。大鼠腹腔注射人参二醇组皂苷100mg/kg，全血黏度显著下降；增大剂量至200mg/kg，全血黏度、血浆黏度、血沉速度显著下降，红细胞变形性也一过性下降。家兔静脉注射人参二醇组皂苷50mg/kg、70mg/kg，有抑制血小板聚集和降低血液凝固性的作用。对人参皂苷抗血小板聚集作用的研究显示，人参皂苷Rb_1促进血小板聚集，人参皂苷Rg_1、Re抑制血小板聚集。人参根在剂量为60mg/kg时，均可明显抑制血瘀大鼠的血栓形成，降低其血细胞比容，增加血瘀动物红细胞膜流动性。人参根皂苷还可明显降低血浆比黏度。对人参抑制血小板聚集的有效成分研究发现，人参皂苷Rg_1、Rg_2及对ADP诱导的聚集，Ro、Rg_1对胶原诱导的聚集等有抑制作用。Rg_1对花生四烯酸和血栓素A_2（TXA_2）诱导的血小板聚集也有抑制作用。认为Rg_1抑制TXA_2的作用，是经过抑制细胞内钙离子浓度上升，而引起抑制血小板聚集作用的。对人参抑制血小板聚集作用的机制研究还发现，人参皂苷显著升高血小板内cAMP含量，但不影响cGMP含量，人参皂苷对血小板聚集的抑制作用与升高血小板内cAMP含量有关。人参在抑制血小板聚集的同时，也抑制丙二醛（MDA）的生成，而且两者呈平行关系。实验提示人参对血小板环氧酶或TXA_2合成酶有直接作用，人参抑制血小板功能与前列

腺素（PG）代谢有关。人参总皂苷能明显抑制血小板内 TXA_2 的生成，同时对前列腺素 A_2（PGA_2）的生成也有抑制作用。从放射性自显影图及放射活性测定结果分析，人参总皂苷的作用环节，可能在环氧酶和 TXA_2 合成酶。许多研究结果都肯定了人参或人参皂苷对血小板聚集的抑制作用，并且认为其作用机制与提高血小板内 cAMP、Ca^{2+} 拮抗以及阻滞 PG 代谢等作用有关。此外人参不同部位总皂苷的溶血活性存在明显差异，主根和侧根有溶血作用，全参和须根没有溶血活性。人参皂苷 Rb_1、Rb_2、Rc 具有显著的抗溶血作用，以其等量加入有溶血活性的人参皂苷 Rg_1、Rg_2 即可拮抗它们的溶血作用，说明人参不同部位总皂苷中各单体皂苷的组成含量是造成溶血活性差异的主要原因。

5. 对内分泌系统的作用

（1）对垂体－肾上腺皮质系统的影响：人参本身无肾上腺皮质激素样作用，但对垂体－肾上腺皮质系统有刺激作用，其有效成分为人参皂苷，作用部位可能在垂体或垂体以上部分。人参根总皂苷无论口服或腹腔注射，均能增加肾上腺皮质激素分泌。机制研究发现，人参二醇组皂苷和人参皂苷 Rd 对正常大鼠有升高肾上腺细胞内 cAMP 水平的作用，而对于去除垂体的大鼠则无此作用。大量研究均证明，在正常生理状态下，适宜剂量的人参具有增强垂体－肾上腺皮质系统功能的作用。但在应激状态下，人参对垂体－肾上腺皮质系统则具有保护作用，使其免于发生功能衰竭。

（2）对性腺的影响：人参能促进幼年期雌性小鼠及幼年大鼠动情期的出现；使幼年动物子宫和卵巢重量增加；加速大鼠性成熟过程，并使性成熟的雌性大鼠动情期延长；促进雄性大鼠和雌性大鼠的交配行为；刺激大鼠和兔睾丸的精子生成；加速青蛙卵巢的发育和排卵；使雄性黑腹果蝇交配潜伏期缩短，交配时间延长。但人参不能使去势雄性大鼠已萎缩的副性器官及提肛肌重量增加，也不能使去势雌性小鼠出现动情期，表明人参无性激素样作用。但是，人参能兴奋垂体分泌促性腺激素，对去垂体大鼠，人参的促性激素样作用不复出现。而且吗啡可以完全阻断人参根的促性激素样作用，推断药物并非直接作用于垂体前叶，而是作用于垂体水平以上。实验显示，人参二

醇组皂苷和人参三醇组皂苷及其单体 Rg_1 对促性腺激素均有促进作用，而且作用特点是基本一致，由于细胞内激素含量未发生明显变化，所以认为分泌的增加是由于人参皂苷刺激了激素的合成和释放过程。

（3）对其他内分泌腺的影响：人参醇提物可使家兔垂体前叶促甲状腺激素释放增加。但也有报道，人参短时间大量应用，可加强家兔的甲状腺功能；较长期应用，则呈抑制作用。人参总皂苷可以刺激分离的大鼠胰岛释放胰岛素，并可促进葡萄糖引起的胰岛素释放。

6. 对物质代谢的影响

（1）对糖代谢的影响：人参及其有效成分对正常及各种实验性高血压动物的糖代谢有着较为复杂的影响，对血糖水平具有调整作用，可使紊乱的代谢过程得以正常化。人参醇提物小剂量对正常犬血糖有升高作用，对四氧嘧啶糖尿病犬无明显影响。大剂量对正常犬和四氧嘧啶糖病尿犬均呈现明显的降血糖作用。对经鱼精蛋白锌胰岛素部分控制的糖尿病犬，大小剂量均呈现显著的降血糖作用。从人参根中分离得到的人参多肽，大鼠静脉注射或小鼠皮下注射能降低正常血糖或肝糖原，对肾上腺素、四氧嘧啶及葡萄糖引起的高血糖均有抑制作用，并能增强肾上腺素对肝糖原的分解。人参多糖对小鼠正常血糖及小鼠和家兔的各种实验性高血糖均具有降低作用。人参皂苷可以明显抑制动物注射四氧嘧啶后的血糖升高，大剂量作用更为明显，而且停药后其疗效尚能维持 1～2 周。认为人参皂苷对四氧嘧啶高血糖的影响可能减少四氧嘧啶对 B 细胞的破坏，又能促进剩余 B 细胞对胰岛素的分泌。研究表明：人参对正常小鼠肝糖原降低，而对去肾上腺饥饿小鼠肝糖原升高，表现为对肝糖原合成具有双向调节作用，即人参进入人体后依机体状态确定其影响代谢的方向。人参给药后 4h 才能引起肝糖原降低，而在给药 8h 其作用最为显著，且引起肝糖原下降的程度高剂量比低剂量强。因此早期实验认为人参对肝糖原含量无明显作用，主要原因只能是给药距取材测定肝糖原的时间过短或剂量过低所致。人参对糖代谢的影响已为大量的临床和动物实验所证实，但其有效成分和作用原理仍不十分清楚。有报道，人参总皂苷可刺激分离的大鼠胰岛释放胰岛素，并可促进葡萄糖引起的胰岛素释放。这

种作用不依赖细胞外钙的存在，也不被肾上腺素所抑制，表明人参总皂苷对胰岛素释放的作用机制与葡萄糖不同。人参酸性多肽（0.1～1.0μg/ml）可增加人胚肺成纤维细胞内糖原样物质的合成代谢，又能提高琥珀酸脱氢酶（SDH）和葡萄糖－6－磷酸酶（G6P）的作用，即在细胞水平上直接从上述三个环节对糖代谢进行调节。降血糖的作用原理除了促进糖分解（激活肝细胞膜上的受体）或抑制乳酸合成肝糖原外，主要在于刺激琥珀酸脱氢酶及细胞色素氧化酶的活性，促进了糖的有氧氧化，这与双肌类降糖药不同，不会升高血乳酸含量。

（2）对脂质代谢的影响：人参对脂类代谢的影响很复杂，影响脂类代谢的有效成分，除人参皂苷之外，还有多糖类物质等。人参皂苷既能促进胆固醇的合成，又能加速胆固醇随胆汁经肠道排出。口服人参皂苷能显著抑制胆固醇的吸收，长期服用人参能降低血中胆固醇浓度，对动脉粥样硬化症有防治作用。人参提取物对高脂餐引起的大鼠实验性脂肪肝和高血脂症有抑制作用。人参总皂苷能使大鼠血总脂含量增加，加速肝及脂肪组织中脂质合成代谢的速率，促使从脂肪组织中释放脂肪酸。在肝中合成的脂质可经血循环运至脂肪组织，使后者的脂肪含量增加，而在肝中则无脂质堆积。体外培养肝细胞胆固醇掺入研究表明，人参显著促进肝细胞脂质合成作用，这与过去认为服用人参能增加食欲，增加皮下脂肪和体重相吻合。人参根粉0.25%长期饲鸡可降低血液及肝中胆固醇、甘油三酯，降低血清低密度脂蛋白而不影响高密度脂蛋白的比率。人参G－115组分（人参皂苷含量为4.427%）对高脂血症猴子血清中的甘油三酯及胆固醇含量有降低作用，降低幅度为36%～72%；升高高密度脂蛋白胆固醇与总胆固醇的比率。朝鲜红参中的焦谷氨酸能选择性地调节大鼠脂肪组织的代谢途径，抑制脂肪分解，促进糖转化为脂肪。体外实验表明，人参皂苷 Rb_2 对毒性激素L产生的脂肪分解的抑制作用比其他单体皂苷强，在100μg/ml和50μg/ml给药剂量时，Rb_2 的抗脂解作用最强。Rb_2 使糖尿病大鼠血清甘油三酯、极低密度脂蛋白、游离脂肪酸、非酯化脂肪酸、总胆固醇及酮体降低，高密度脂蛋白的胆固醇升高，动脉硬化指数降低，对胆固醇有异化作用和促进排泄作用，可促进甘油三酯转入脂肪组织中，上述结果表明人参特别是人参皂苷 Rb_2 能改善血脂

和动脉硬化指数，对于防治高脂血症和动脉硬化有其实际意义。

（3）对蛋白代谢的影响：人参皂苷使雌性大鼠蛋白质合成加强，食欲增加、体重增长、生长加快，并能矫正雌鼠因饥饿出现的肝DNA减少，促进蛋白质合成。采用氚标记的亮氨酸、胸腺嘧啶核苷和尿嘧啶核苷，观察人参皂苷标记前体掺入骨髓细胞、肝组织细胞、肾组织细胞中的DNA、RNA、蛋白质的影响，同时观察氚标记的亮氨酸掺入血清蛋白的影响，结果表明：人参根部所含皂苷对核酸和蛋白质的合成有促进作用。用组织培养和液闪检测DNA中^3H-TdR的掺入量，观察到人参皂苷有促进鼠、猴肾皮质细胞DNA合成，促进肾脏代偿性生长的作用，在含人参皂苷不同浓度的传代细胞培养中，以0.1g/L的人参皂苷促进DNA的合成作用最明显，成倍增加或减少培养基中人参皂苷的含量，未见^3H-TdR掺入量出现相应改变，提示临床上随意增加人参的药用剂量，并不一定能相应提高人参的疗效。人参皂苷能明显促进肝脏DNA、RNA和蛋白质的合成，但其促进的程度依投药的时间不同而改变，表明人参作用于机体物质基础（核酸、蛋白质等）又影响其调节系统（激素和递质）。人参提取物腹腔给药，可见到由于活化核糖核酸多聚酶，促进核糖核酸的合成，细胞质核糖蛋白体含量有所增加，同时亦促进血清蛋白质的合成。长期口服给药，在电镜下可见大鼠肝脏粗面内质网明显发达，并且核糖核酸显著增加，增加的核糖核酸大部分是属于附在膜上的核糖核蛋白体。人参组分NG_3及NG_4使大鼠肝细胞核中DNA依赖性RNA多聚酶活性增加，促进标记的乳清酸掺入肝细胞核RNA中，引起粗面内质网膜附着型多聚核糖体及分泌型蛋白质合成增加，故称NG_3、NG_4为蛋白质合成促进因子，并且证实上述作用与肾上腺皮质无关。蛋白质合成促进因子的活性成分为人参皂苷，主要为Rb_1，Rb_2，Re，Rg_1，Rc，其中，Rb_2，Rg_1，Rc能明显增加大鼠骨髓细胞DNA、蛋白质的合成。

（4）对水盐代谢的影响：人参不同部位对机体的水盐代谢均有明显影响，显示出抗利尿作用。动物用药后，可产生水钠潴留和排钾作用，使钠/钾比值降低。其作用与醋酸去氧皮质酮相似，但对肌苷排出量无影响，表明其抗利尿作用并非由于降低肾小球滤过率所致。进

一步的实验表明，人参不同部位的皂苷可能是人参中影响水盐代谢的有效成分。

7. 抗肿瘤作用　人参制剂以及人参不同药用部位所含的多种皂苷、人参多糖和人参挥发油均显示具有抗肿瘤作用。用二甲基奶油黄诱发大鼠肝癌，人参须糖浆可提高受试鼠 ANAE 阳性淋巴细胞的百分率，使肝癌发生率降低，促进机体细胞免疫，对化学致癌剂诱发大鼠肝癌有预防或控制作用。应用组织化学并结合光镜，对人参抑制二乙基亚硝胺（DEN）诱发大鼠肝癌的动态研究表明，人参对 DEN 大鼠肝癌发生发展有明显地抑制作用。组织化学显示，各期组织的 DNA、RNA 和糖原的含量及 γ－谷氨酰转肽酶、琥珀酸脱氢酶和 5－核苷酸的活性均保持在相对正常水平，对照组则异常地降低或增高。说明人参能抑制 DEN 所引起的肝细胞损害，使 DEN 肝癌发生率明显降低。人参多糖对小鼠肉瘤 S180 有明显的抑制作用。人参中提取的 20R－人参皂苷 Rb_2 在浓度为 2μg/ml 时能明显抑制人体单幼粒白血病 HL－60 瘤株。作用机制研究认为，人参多糖可能是由于其调整了机体的免疫功能，使荷瘤宿主增强了抗肿瘤能力而显示其抗肿瘤作用，人参皂苷则可能是由于直接作用于癌细胞，使其生长受到抑制或逆转，也可能是通过对代谢的影响和对免疫功能的调节作用，使机体对疾病的抵抗力增强，从而使肿瘤的生长受到抑制。人参挥发油可能是由于抑制了癌细胞的核酸代谢、糖代谢及能量代谢。实验还表明，人参除本身具有抗肿瘤作用外，也是抗肿瘤药的增效剂。人参多糖与化疗药物环磷酰胺配合应用时，能增强后者的抗肿瘤作用。人参总皂苷按 10mg/kg 口服或腹腔注射，连续 5～7d，能使阿糖胞苷和三尖杉酯碱杀伤小鼠骨髓造血干细胞的作用增强 1 倍。另有许多动物实验和临床治疗表明，人参可促进骨髓核酸和蛋白质的生物合成及代谢，增加骨髓细胞的分裂增殖，使肿瘤患者的白细胞回升。对抗辐射引起的免疫功能下降，减轻辐射损伤，促进其恢复，提高 X 射线照射小鼠 30 日存活率，明显降低 X 射线诱发的染色体畸变率，从而降低抗肿瘤的放疗和化疗的不良反应及毒性作用。

8. 抗衰老作用　多年来的研究已经初步证实，人参具有广泛的调节内分泌，抗氧化，增加物质代谢，提高机体的免疫功能等作用，

能对衰老机体的各种生理生化变化起到良好的调整作用，从而显示其抗衰老的作用。给生后8周和5周小鼠每日灌胃人参提取物8mg/kg，对早期即开始给予人参的雌性小鼠可延长寿命，晚期给药则无效。但无论早期或晚期给药，对雄性小鼠的寿命皆无影响。人参皂苷对老年患者白细胞的存活率及中性粒细胞吞噬功能都具有明显的提高。另有实验证明：人参挥发油可通过皮肤的渗透作用为人体所吸收，从而促进血液循环和新陈代谢，增进肌肤细胞的发育营养和光泽，具有防皱和抗寒冷与紫外线辐射作用。人参提取物能减少超氧化物阳离子自由基（O_2-）及氢氧自由基（-OH）对血红蛋白（Hb）的氧化，抑制-OH及过氧化物（H_2O_2）引起红细胞的溶血及膜脂质过氧化作用，还具有清除O_2-及-OH的功能和保护红细胞的作用。Rb_1除在离体可清除O_2-外，在整体还能降低脂质过氧化产物丙二醛（MDA），并可显著地增加肝胞浆谷胱甘肽过氧化物酶（GSH-PX）及过氧化物氢化酶（CAT）活性，从而使体内H_2O_2得以清除。人参总提取物抑制脂质过氧化作用与维生素E相近似，并优于维生素E。

9. *对机体应激能力的影响* 人参能加强机体的适应性，通过对神经系统、内分泌、免疫功能和代谢等多方面的影响增强机体对物理、化学和生物等各种有害刺激或损伤的非特异性抵抗力，使紊乱的功能恢复正常。如人参煎剂和人参根有明显的抗疲劳、抗缺氧、抗低温、抗高温和抗噪声等应激作用。人参能减轻辐射损伤，促进其恢复。人参提取液对小鼠巨噬细胞的辐射有明显的保护作用，能增强巨噬细胞活力，恢复细胞膜的完整性，保护细胞膜合成体免受放射损伤，以维持正常吞噬消化功能。人参水溶性非皂苷成分对于受亚致死剂量^{60}Co γ射线照射的小鼠造血功能细胞有减轻辐射损伤，促进其恢复的作用，可能与其保护骨髓微循环有关。还有研究报道，静脉注射人参根皂苷能明显降低多种细菌感染所致小鼠死亡率，对内毒素所致小鼠及大鼠休克死亡均有明显保护作用，并且认为人参的上述作用是兴奋单核吞噬细胞系统的继发效果。将人参皂苷Rb_1注射到大鼠下丘脑外侧区（LH），可明显升高急性失血造成的急性应激状态下大鼠平均动脉压（MAP）和血浆皮质醇含量，而预先注射地塞米松后，LH注射Rb_1则不再引起大鼠血压升高，说明Rb_1可能是作用于下丘脑，

促进了下丘脑促肾上腺皮质激素释放因子的释放而起作用的。近年来许多实验均报道，人参能使大鼠肾上腺内维生素 C 含量明显降低，但对处于应激反应中大鼠明显下降的肾上腺内维生素 C 得以回升，从而保护肾上腺皮质功能免于衰竭，并认为人参抗应激作用与兴奋动物的下丘脑－垂体－肾上腺皮质系统的功能有着密切的关系。

10. 其他作用　人参 70% 甲醇提取物对大鼠幽门结扎溃疡、氨基吲哚和内毒素诱发的胃溃疡有抑制作用，并能抑制氨基吲哚和内毒素引起的胃黏膜血流障碍。人参多糖 GRA－2 能明显抑制盐酸/乙醇诱导的小鼠胃黏膜损伤。动物实验表明，人参皂苷可明显抑制吗啡的戒断症状，其作用机制认为，人参皂苷能有效地阻断吗啡酮的生成，并且提高肝中谷胱甘肽的水平，解除吗啡对脑内释放神经递质的抑制，从而防止吗啡耐受性和成瘾性，缓解戒断症状。同时，对吗啡的镇痛作用无影响，这一新的发现，为研究缓解吗啡耐受性和成瘾性的药物开辟了广阔的前景。此外，有实验报道，不同浓度的参须液对福氏痢疾杆菌 Y 变种、福氏痢疾杆菌 Ia 型、乙型溶血性链球菌、产紫青霉菌均有抑制作用。较高浓度对金黄色葡萄球菌、大肠艾希杆菌、炭疽杆菌、肺炎杆菌、黑色曲霉菌、产黄青霉菌有抑制作用。人参根皂苷对因静脉注射感染金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、宋氏痢疾杆菌或伤寒杆菌，具有良好的非特异性抗感染作用。

三、白术的药理作用

白术[1]对肠管活动有双向调节作用，当肠管兴奋时呈抑制作用，而肠管抑制时则呈兴奋作用；有防治实验性胃溃疡的作用；有强壮作用；能促进小鼠体重增加；能明显促进小肠蛋白质的合成；能促进细胞免疫功能；有一定提升白细胞作用；还能保肝、利胆、利尿、降血糖、抗血凝、抗菌、抗肿瘤。白术挥发油有镇静作用。

1. 对消化系统的作用

（1）对实验性胃溃疡的预防作用：白术丙酮提取物 300mg/kg 十二指肠给药，对幽门结扎大鼠胃液分泌量有抑制作用，升高胃液 pH 值，降低胃液酸度，减少胃酸及胃蛋白酶的排出量，对胃蛋白酶活性有抑制倾向；500mg/kg 灌胃，对盐酸－乙醇所致大鼠胃黏膜损伤有

预防作用；150mg/kg 抑制大鼠胃排空；25mg/kg 对小肠输送功能有抑制作用。白术提取物 50mg/kg 和 200mg/kg 灌胃，对动物水浸束缚应激性溃疡有显著抑制效果。

（2）对肠管运动的影响：白术煎剂能使兔离体肠管自发活动紧张性升高，收缩幅度加大（生白术较炒白术作用强），能明显拮抗乙酰胆碱和氯化钡所致肠管痉挛。白术能使肾上腺素引起的肠管松弛振幅恢复。但也有报道白术对兔离体肠管抑制作用不大，只能使肠管平滑肌的紧张度稍降，不能使收缩变弱，它对毛果芸香碱和氯化钡所引起的兔离体肠管强直性收缩均无解痉作用。白术煎剂 10g（生药）/kg，连续给小鼠灌胃 7d，能明显促进蛋白质的合成。

（3）保肝作用：白术煎剂口服对小鼠因四氯化碳引起的肝损伤有保护作用，可减少肝细胞的变性坏死，促进肝的增长，使升高的谷丙转氨酶下降，防止肝糖原的减少，促进脱氧核糖核酸的恢复。白术已烷提取物和甲醇提取物口服，能明显抑制四氯化碳引起的小鼠血清 AST、ALT 和 LDH 的上升。白术的主要成分苍术酮对四氯化碳肝损害呈明显的抑制作用。

（4）利胆作用：白术乙酸乙酯提取物，大鼠十二指肠给药，可明显增加胆汁分泌。

2. 利尿作用　白术煎剂和流浸膏 1.0g/kg 给大鼠静注，兔 1.0g/kg 灌胃或腹腔注射，狗 0.25g/kg 静注及 1.0～3.0g/kg 灌胃，均能产生明显而持久的利尿作用，且能促使电解质特别是钠的排出。其利尿作用可能是由于抑制肾小管重吸收所致。但亦有人报道，白术并无利尿作用，亦不增加尿中钠、钾离子的排泄量。

3. 对免疫功能的作用　100% 白术煎剂能提高氢化可的松模型小鼠脾细胞体外培养存活率，即能延长淋巴细胞寿命，能使 Th 细胞数明显增加，提高 Th/Ts 比值，纠正 T 细胞亚群分布紊乱状态，可使低下的 IL－2 水平显著提高，并能增加 T 淋巴细胞表面 IL－2R 的表达，表明这可能是白术免疫增强、免疫调节作用的重要机制之一[4]。白术能增加单核吞噬细胞系统的吞噬功能，对小鼠单核吞噬细胞系统呈激活作用，促进小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬功能，使巨噬细胞的吞噬百分率、吞噬指数及其溶酶体消化平均较对照组显著增加。在白细胞减

少症时，白术有升白作用。白术还能提高淋巴细胞转化率和自然玫瑰花结形成率，促进细胞免疫功能，且明显增高 IgG 的含量。在体外，白术能增强白细胞吞噬金黄色葡萄球菌的功能。小鼠每日灌服煎剂 6g/kg，连续 1 个月，能促进小鼠体重增加和增强游泳耐力。白术能使幼年小鼠胸腺萎缩，使大鼠肾上腺中维生素 C 含量下降。

4. 抗氧化作用　白术煎剂 0.5g（生药）/只小鼠灌胃，连续 10d，实验结果表明有明显的抗氧化作用，能有效地减少脂质过氧化作用，降低 LPO 含量，能避免有害物质对组织细胞结构和功能的破坏作用，另外也有提高 SOD 活性趋势，增强机体对自由基的清除能力，减少自由基对机体的损伤。

5. 抗肿瘤作用　白术挥发油对小鼠肉瘤 S180、艾氏腹水癌及淋巴肉瘤腹水型均有抑制作用。白术内酯 B 对小鼠肉瘤 S180 的抑制率大于 30%，中性油对 S180 有一定的抑制作用。白术挥发油尚能增强癌细胞的抗原性抗体的特异性主动免疫，如用之处理艾氏腹水癌细胞制成的瘤疫苗免疫小鼠 2～4 次，可使 30%～90% 的小鼠耐受 2×10^6 个癌细胞的攻击而存活下来，对照组则全部死亡；用之治疗艾氏腹水癌小鼠，对其中获得长期存活者，再接种致死量的艾氏腹水癌细胞，显示免疫保护作用。白术的抑瘤处理，同降低瘤细胞的增殖率，减低瘤组织的侵袭性，提高机体抗肿瘤反应能力及对瘤细胞的细胞毒作用等有关。白术提取液 1.25×10^3mg/L、5×10^3mg/L 在代谢活化系统的情况下，可抑制环磷酰胺诱发体外培养哺乳类 V20 细胞微核的形成，白术可对代谢活化酶系有抑制作用。

6. 降血糖作用　白术浸膏皮下注射家兔，在 2～5h 内获显著降血糖作用，可比给药前降低 40%。白术煎剂和浸膏给大鼠灌胃，亦证明有降血搪作用。但亦有报道白术对正常兔无降血糖作用。

7. 抗凝血作用　大鼠每日灌服煎剂 0.5g/kg，共 1～4 周，凝血酶原时间显著延长，健康人服用 5% 根煎剂，每次 1 汤匙，每日 3 次，4d 后凝血酶原时间及凝血时间均显著延长，停药后 1d 上述指标恢复到给药前水平。

8. 对心血管系统的作用　白术有血管扩张作用，对心脏呈抑制作用，剂量过大时可致停搏。麻醉犬静注煎剂 0.1g/kg，血压轻度下

降；0.25g/kg，血压急剧下降，3～4h 内未见恢复。

9. 抗菌作用　水浸剂在试管内对絮状表皮癣菌、星形奴卡菌等有抑制作用。煎剂对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、脑膜炎双球菌、枯草杆菌等亦有抑制作用。

10. 其他作用　白术挥发油小量有镇静作用。白术醇提取物与石油醚提取物对未孕小鼠离体子宫的自发性收缩及对催产素、益母草引起的子宫兴奋性收缩均呈显著抑制作用，并随药物浓度增加而抑制作用增强，存在量效关系。白术醇提取物还能完全拮抗催产素对豚鼠在体怀孕子宫的紧张性收缩。水提取物对离体子宫的抑制作用较弱，提示白术对子宫平滑肌具有直接作用[3]。小鼠灌服白术内酯 300mg/kg 对乙酸产生的血管通透性增加有显著抑制作用。

四、甘草的药理作用

甘草[1]有抗心律失常作用；有抗溃疡，抑制胃酸分泌，缓解胃肠平滑肌痉挛及镇痛作用，并与芍药的有效成分芍药苷有协同作用；能促进胰液分泌；有明显的镇咳作用，祛痰作用也较显著，还有一定平喘作用；有抗菌、抗病毒、抗炎、抗过敏作用；能保护发炎的咽喉和气管黏膜；对某些毒物有类似葡萄糖醛酸的解毒作用；有类似肾上腺皮质激素样作用；还有抗利尿、降脂、保肝等作用。

1. 抗病毒及抗菌作用

（1）抗艾滋病毒作用：甘草主要成分甘草甜素具有抑制艾滋病病毒增殖的作用。0.5mg/ml 甘草甜素体外抑制艾滋病毒的增殖达 98% 以上，0.125mg/ml 时能抑制 50% 空斑形成，提示甘草甜素不是抑制艾滋病毒的反转录酶活性，而是通过恢复辅助 T 淋巴细胞的功能起作用的。但有研究发现 4mg/ml 以上浓度的甘草酸单胺不但具有直接灭活艾滋病病毒的作用，而且也可抑制培养的 RK13 细胞内的艾滋病病毒增殖。甘草中的另一类成分甘草异黄酮类化合物也有艾滋病毒增殖抑制效果。

（2）对其他病毒的作用：甘草多糖在体外对水疱性口炎病毒、腺病毒Ⅱ型，Ⅰ型单纯疱疹病毒（HSV－Ⅰ）和牛痘病毒均有明显抑制作用，不但可直接灭活这几种病毒，而且对细胞内的病毒也有作

用，可阻止水疱性口炎病毒、腺病毒Ⅱ型吸附与进入细胞，显著抑制细胞病变的发生，使组织培养的细胞得到保护。甘草甜素在体外可抑制带状疱疹病毒的增殖（ID_{50} = 0.71mmol/L），且可直接灭活该病毒。5%甘草酸钠具有一定的抑制甲型流感病毒所致兔眼毒性反应发生的作用，并有促使角膜混浊等现象提前恢复的作用。甘草次酸有特异性抑制单纯疱疹病毒的作用，予8mmol/L浓度处理Ⅰ型病毒15min可使感染价从10^7降至10^2，甘草酸能显著抑制肝中Ⅰ型病毒蛋白的分泌而阻断其复制，但在抗病毒浓度不影响正常细胞的糖蛋白合成。除对病毒颗粒的直接作用外，甘草还能通过诱生干扰素、增强自然杀伤细胞（NK）及巨噬细胞（M）的功能而达到抗病毒效果。

（3）抗菌作用：甘草醇提取物及甘草酸钠在体外对金黄色葡萄球菌、结核杆菌、大肠杆菌、阿米巴原虫及滴虫均有抑制作用。18B－甘草次酸钠对金黄色葡萄球菌（G^+菌）及枯草杆菌（G^+带芽孢杆菌）有抑菌作用，对大肠杆菌（G^-杆菌）则无抑制作用。甘草次酸在试管中能增强小檗碱抑制金黄色葡萄球菌的效力，在实验治疗中能促进实验性肺结核病灶纤维化。甲醇提取物分离得到的甘草酚、甘草香豆精－7－甲醚、异甘草酚、甘草香豆精对生龋的细菌有强的抑制作用，前两个化合物浓度在6.25μg/ml，后两个化合物浓度在12.5μg/mll能完全抑制细菌生长。

2. *肾上腺皮质激素样作用*　小剂量的甘草甜素（600mg/kg）腹腔注射能使大鼠胸腺萎缩及肾上腺重量增加，表明有促皮质激素样作用。临床上甘草可增强肾上腺皮质功能，减少患者对皮质激素的依赖，减轻激素撤除反应，故认为甘草的皮质激素样作用系通过兴奋下丘脑－垂体－肾上腺轴而产生。还有人认为甘草有皮质激素样作用，甘草粉、甘草浸膏、甘草酸及甘草次酸均具有去氧皮质酮样作用，能使多种动物的尿量及钠排出减少，钾排出增多，25mg甘草次酸对大鼠的水钠潴留作用较1mg的去氧皮质酮为强，但切除双侧肾上腺后作用消失，也不能延长其生存时间。在大鼠肝匀浆内加入甘草甜素，测定氢化可的松、氢化泼尼松、去氧皮质酮和醛固酮衍体A环上三位酮基的代谢速度，发现均被明显抑制，且抑制率随甘草甜素剂量增加而增加。体内实验也证明，在静脉注射氢化可的松前1h肌注甘草

甜素或甘草次酸，均能显著延长氢化可的松在血内的消失速度。进一步研究发现，甘草次酸是 11B 和 3a－羟类固醇脱氢酶的强抑制剂。甘草次酸，3－脱氧甘草次酸，3－酮甘草次酸，3－甘草次酸和 11－脱氧甘草次酸均能明显抑制大鼠肝微粒体 11B－羟类固醇脱氢酶的活性，半抑制率（IC_{50}）在 $2\times10^{7}\sim4\times10^{7}$mol/L 之间，而且甘草次酸，3－脱氧甘草次酸和 1－脱氧甘草次酸的 18a－立体异构体（IC_{50}为 $3\times10^{6}\sim7\times10^{6}$mol/L）对该酶的抑制活性比对应的 1p－异构体少。另一方面，甘草次酸，3－脱氧甘草次酸和 1－脱氧甘草次酸的 18B－立体异构体，对大鼠肝细胞液 3－羟类固醇脱氢酶的抑制活性比对应的 1p－异构体要强得多。可见，甘草、甘草甜素的作用机制主要是由于甘草甜素的苷元甘草次酸在结构上同皮质激素相似，而对皮质激素在肝内代谢失活起竞争性抑制作用，间接地提高了皮质激素的血药浓度所致。所以甘草只对轻症艾迪生病有效，而对完全丧失肾上腺功能的重症艾迪生病患者或两侧肾上腺摘除的患者，即使剂量再大也无效。还有人认为，甘草甜素不仅仅抑制肝脏的激素代谢，而且也可能对肾脏局部的醛固酮有强化作用。

3. 对消化系统的作用

（1）抗溃疡作用：甘草对多种实验性胃溃疡形成均有显著抑制作用，60%犬灌服 6～8g 甘草粉可使 60%犬的溃疡减轻。甘草浸膏 250mg/kg 给大鼠皮下注射或十二指肠内给药，40%的幽门结扎溃疡被抑制，且结扎后 4h 内胃液容量、游离酸度、总酸度都明显减少。甘草提取物 FM100（含甘草甜素较少的甲醇浸膏精制组分，主要成分为甘草酸及多种甘草黄酮，日本现已上市，商品名为 Aspalon）腹腔给药 100mg/kg 能抑制溃疡及胃液分泌。此外，FM100 还能抑制乙酰胆碱、组胺所致的胃液分泌，但不能抑制胃的自发运动。FM100 对大鼠胃的浆膜表面注射 10%～30%的乙酸溶液所致的严重溃疡有促进愈合作用。将 FM100 直接注射于胃黏膜，可使胃浆膜下因注射醋酸引起的溃疡修复，说明 FM100 抑制胃酸分泌的机制不是由于抑制组氨酸脱氢酶从胃中释放或使其失活，而可能是对胃内壁细胞的直接作用。国内生产的甘草制剂－甘酮酸（主要含甘草酸及甘草黄酮）也有较好的抗溃疡作用。甘酮酸 100mg/kg 或 200mg/kg 腹腔注射 1

次，对 Shay 法幽门结扎大鼠能抑制溃疡形成，减少胃液的分泌；对阿司匹林诱发的大鼠出血性溃疡有抑制作用。甘酮酸 100mg/kg 或 200mg/kg 服 10 次，能抑制醋酸诱发的大鼠慢性溃疡，其抗溃疡作用与 FM100 相似。甘草次酸衍生物生胃酮（18p－甘草次酸半琥珀酸二钠盐）对胃黏膜损伤和豚鼠的拘束应激性胃出血有保护作用。甘草次酸灌服对大鼠胃黏膜内腺苷环化酶无作用，但可抑制磷酸二酯酶活性，从而增高幽门和贲门黏膜内 cAMP 的含量而抑制胃酸的分泌。甘草锌 26～52mg/kg 灌胃能对 4 种鼠胃溃疡模型（慢性醋酸型、应激型、利舍平型、幽门结扎型）具有明显的保护作用，能使胃溃疡的面积和体积缩小，胃黏膜的损伤程度、溃疡面的充血和出血程度减轻，并表现出良好的剂量与效应的关系。甘草锌能使某些细胞的核酸增多，从而增强细胞的蛋白合成能力和分裂繁殖的能力，并能促进纤维成分和小血管增生，减轻炎症反应，在水浴应激和利舍平诱发胃溃疡的实验中，表示出甘草锌有一定的抗应激和抗炎反应的作用。体外培养细胞发现，不同浓度的甘草锌使成纤维细胞贴壁生长率、细胞核分裂系数均高于正常对照组，形态学发生显著变化。表明甘草锌抗溃疡作用同促进纤维细胞合成纤维和基质有关。

（2）保肝作用：甘草浸膏灌服，可明显减轻四氯化碳所致大鼠肝脏的变性坏死，促进肝细胞内糖原及核糖核酸的恢复，使血清谷丙转氨酶下降。甘草保肝作用的主要成分为甘草酸类化合物，如甘草甜素、甘草酸、甘草次酸等。甘草甜素具有明显抑制黄曲霉素诱发肝癌前病变的作用，甘草甜素对二乙基亚硝胺致肝癌发生有抑制作用。此外，甘草甜素对慢性乙型肝炎也有效，其机制与增强 NK 作用有关。有人研究发现，18a－甘草酸比 18B－甘草酸有更强的抗肝损伤作用，毒性也低于后者[1]。甘草次酸是比甘草酸更强的抗肝毒剂，抗肝毒性化合物的能力与其吸附能力成正比，说明甘草次酸有较强的吸附有毒物质的能力。甘草次酸能抑制四氯化碳生成游离基及过氧化脂质的生成，抑制 Ca^{2+} 流入细胞内所引起的细胞损害，而甘草甜素可能是在机体内水解后呈保肝作用。预先口服甘草黄酮 200mg/（kg·d）、400mg/（kg·d）、600mg/（kg·d），连续 2d，能显著降低四氯化碳所致血清谷丙转氨酶、乳酸脱氢酶活性的升高以及肝内丙二醛含量的

增加，其作用呈剂量依赖性。甘草黄酮可减轻四氯化碳所致的肝脏坏死，但对血清内酶的活性没有抑制作用，也不减少正常小鼠血清中酶的活性。甘草黄酮的肝保护作用可能与其抗脂质过氧化作用有关。

（3）促进胰液分泌作用：十二指肠给 FM100，剂量为 200mg、400mg、800mg，可提高血中分泌素浓度及胰腺 HCO_3^- 的排出，并呈剂量依赖关系。分泌素与 HCO_3^- 排出呈明显相关关系，表明 FM100 能促进分泌素释放，而胰腺 HCO_3^- 分泌则由分泌素血药浓度升高引起。

（4）对胃肠运动的影响：10% 甘草浸膏 4mg/kg 给兔灌胃后胃运动逐渐减弱，30min 后胃运动几乎完全停止。FM100 在 2×10^4mol/L 浓度时对离体豚鼠肠管呈解痉作用。甘草水提剂对离体兔肠管平滑肌运动有明显的抑制作用，能显著降低肠管蠕动的频率和幅度，作用时间比阿托品长，给药后 5min 降低肠蠕动幅度为阿托品的 1.71 倍，且能加强阿托品对肠管运动抑制作用，是单用阿托品的 2.87 倍。甘草水提剂对在体兔肠管的运动也呈明显抑制作用，且降频率作用较降幅度作用强。异甘草素等黄酮化合物在 10^{-5}mol/L 浓度时，对动物离体肠管均有抑制作用，并能解除乙酰胆碱、氯化钡、组胺所致的肠痉挛，但甘草甜素、甘草次酸对平滑肌则无抑制作用。

4. 抗炎作用

甘草具有显著的抗炎作用，抗炎成分为甘草酸和甘草次酸，黄酮成分也有抗炎效果，FM100 作用弱。甘草锌 26mg/kg 和 52mg/kg 对小鼠的甲苯引起的耳肿胀、角叉菜胶性足肿胀、佐剂性关节炎、棉球肉芽肿等急、慢性炎症均有抗炎效果。甘草次酸对多种炎症反应也有抑制作用。甘草酸类化合物抗炎作用的机制及其结构与肾上腺皮质激素类似而呈激素样作用有关。有人认为甘草甜素是通过抑制中性粒白细胞的代谢来降低活性氧基的形成，从而产生抗炎作用的。还有人认为，甘草甜素对巨噬细胞具有选择性作用，能明显降低由于酵母多糖及前列腺素 E_2（PGE_2）引起的 cAMP 升高，并可减少由酵母多糖刺激巨噬细胞释放的 PGE_2 量。众所周知 PGE_2 在炎症过程中的重要作用，甘草甜素能抑制 PGE_2 的作用及减少内源性 PGE_2 的产生，可部分解释它的抗炎机制。

5. 对免疫系统功能的影响 甘草及其成分对机体免疫功能呈一种复杂的影响，且不同组分作用不一样。

（1）对巨噬细胞活性及免疫调节介质的调节：甘草甜素能非特异地增强巨噬细胞（M）的吞噬活性，并可清除抑制性 M 的抑制活性。甘草甜素能抑制激活的大鼠腹腔 M 产生 PGE_2，抑制花生四烯酸的释放。甘草甜素对 PGE_2 的抑制是由于抑 制了 PG 合成的限速酶－磷酯酶 A_2 的活性。甘草甜素体外处理小鼠腹腔 M 可增加干扰素产生。甘草甜素可诱导 M_1 细胞（由小鼠骨髓白血病细胞建立的 M 株）产生白细胞介素 1（IL－1），且与 γ 干扰素（IFN－γ）有协同效应，还可增加脂多糖（LPS）刺激的 M 瘤产生 IL－1（经甘草多糖处理过的单核细胞上清液中存在类似 IL－1 的分子，此分子可增加 PHA 刺激的小鼠胸腺细胞 DNA 合成）。但有报道，甘草酸单胺在体外对淋巴细胞的 DNA 合成有抑制作用。

（2）对淋巴因子产生的调节：给小鼠静脉注射 20μg/kg 甘草甜素 2 次，发现脾细胞 IFN 产生能力增强。给小鼠腹腔内注射 330mg/kg 甘草甜素，20h 后 IFN 活性达高峰。体外实验表明，甘草甜素本身无诱发 IFN 能力，但用甘草甜素预处理人外周血淋巴细胞 12h，增加刀豆球蛋白 A（ConA）诱生 IFN 能力，但不能增强 PHA 诱导的人脾淋巴细胞产生 IFN。甘草甜素可增强 ConA 诱导淋巴细胞分泌 IL－2 的能力，但有体外实验表明，甘草多糖单独可刺激外周血单核细胞产生 IFN－γ，而且可增加 IFN－γ 产生细胞的数量。甘草甜素增强 IFN－γ 产生机制，有人认为是通过抑制 PG 合成的限速酶－磷酯酶 A_2 的活性来抑制 PG 的产生，并诱导 IL－1 产生，从而促进 IFN－γ 和 IL－2 的产生。

（3）对自然杀伤细胞活性的调节：给小鼠腹腔注射 0.5mg/kg 甘草甜素可增强肝脏中自然杀伤细胞（NK）活性，但不增加 NK 数量。慢性乙肝患者注射甘草甜素，也可增强其 NK 活性。体外实验表明甘草甜素本身无增强 NK 活性作用，但可促进 IFN－γ 和 IL－2，增强 NK 活性。不同浓度的甘草酸铵（10^7～10mol/ml），对小鼠 NK 活性也均有显著的增强作用。

（4）对抗体产生的调节：甘草的粗提物－LX（除去甘草甜素以

外的热稳定成分）能抑制致敏大鼠抗体生成，从而防治青霉素类过敏性休克。甘草甜素对正常小鼠 IgM 产生无影响，却可使由环磷酰胺引起的小鼠免疫功能低下状态的 IgM 产生恢复正常，且明显抑制 IgG 的产生。甘草对小鼠 IgE 的合成也有抑制作用。在甘草甜素治疗动脉硬化症患者 2 个月后，发现血中 IgG 和 IgA 量明显降低。可见，甘草及其成分在体内对抗体产生有抑制作用，而在体外却可增强抗体的产生。

（5）对肥大细胞的调节：预先用甘草甜素处理肥大细胞，其表面产生突起，即使用抗原刺激，也不发生脱颗粒，组胺释放抑制率可达 100%，若在抗原刺激后再用甘草甜素，组胺释放抑制率则小得多。

（6）对补体产生的调节：甘草甜素有较强的补体抑制作用，其抑制血清补体总活性（CH_{50}）的有效浓度为 1mmol/L。动脉硬化患者服用甘草甜素 2 个月后，CH_{50}值明显降低。此外，甘草次酸钠能增强花生四烯酸或酵母多糖 A 诱导的大鼠中性粒白细胞葡萄糖醛酸酶释放，还能诱导大鼠中性白粒细胞活性氧生成。

6. *对心血管系统的作用*　大鼠预先给予甘草甜素按 150mg/kg 灌胃 7d，可使乙醇引起的血清总脂、胆固醇及甘油三酯的变化基本恢复正常。甘草酸 10mg/kg 肌注连续 5d，可使实验性高脂血症家兔血浆胆固醇及甘油三酯明显降低，并阻止大动脉及冠状动脉粥样硬化的发展，与雌性激素合用效果增强，剂量减至每日 2mg 也有一定效果。甘草次酸钠 10mg/kg 及 40mg/kg 能明显降低鸡及大白鼠的甘油三酯、低密度脂蛋白，但对胆固醇的影响较小。关于甘草抗动脉粥样硬化作用的机制，曾认为与激活垂体－肾上腺皮质系统及甘草酸能促进胆固醇的结合与排泄有关。近年来发现补体系统激活的免疫性炎症在动脉粥样硬化发病和加重上起一定作用。实验证明，1mmol/L 的甘草酸对补体经典途径及旁路的激活均有显著抑制作用，提示甘草抗动脉粥样硬化作用可能与此有关。18B－甘草次酸钠能对抗氯仿诱发的小鼠室颤，氯仿、肾上腺素所致的兔室性心律失常，延长 $CaCl_2$ 所致大鼠室性心率失常出现时间，减慢大鼠和兔心率，部分对抗异丙肾上腺素的心率加速作用。

7. 镇咳祛痰作用 让豚鼠吸入氨的气溶胶使之咳嗽，18B－甘草次酸及其乙醇铵盐、*N*－甲基葡萄糖铵盐、胆碱盐等都有明确的镇咳作用，具有剂量依赖关系，作用最强的是甘草次酸胆碱盐，皮下注射1mg/kg就能抑制80%的咳嗽发作，与可待因的效力差不多。甘草黄酮、甘草浸膏及甘草次酸对小鼠氨水引咳、二氧化硫引咳实验均呈明显的镇咳作用。祛痰试验（酚红法、毛果芸香碱法）结果显示甘草黄酮、甘草浸膏、甘草次酸还具有显著的祛痰作用。镇咳、祛痰结果均呈一定的量效关系，作用强度为甘草次酸＞甘草黄酮＞甘草浸膏。镇咳作用机制与消炎作用无关，是通过作用于中枢而产生镇咳效果的。此外甘草还能促进咽喉及支气管的分泌，使痰易咳出，也呈现祛痰镇咳作用。腹腔注射甘草水煎剂或甘草提取物Lx66均可有效地防止豚鼠肺组织B受体慢性耐受性的发生，甘草中能防止B受体耐受性的成分是甘草次酸以外的组分，并且这种成分不易从胃肠道吸收。

8. 抗肿瘤及抗突变作用 甘草酸、甘草次酸及一系列的衍生物都有程度不同的抗肿瘤作用。甘草对亚硝基胍诱发的Wister大鼠胃癌有很好的阻断作用，阻断率为60%。甘草酸对T－大鼠腹水肝癌、小鼠艾氏腹水癌、吉田肉瘤及多氧化联苯或甲基氨偶氮苯所致小鼠肝癌均有抑制作用，机制尚不清楚，超微结构观察发现其具有良好的细胞修复效果，故认为甘草酸能增强细胞的解毒能力和抵抗力。甘草次酸钠10mg/kg腹腔注射对小鼠肉瘤S180、HepS的抑制率分别为53%及40%，对肝癌（Hep A）细胞分裂指数的抑制率为43%，电镜下可见Hep A细胞线粒体空泡变性、膜破损、糖原颗粒减少、粗面内质网腔缩小、核染色质变细等变化。甘草次酸及其衍生物3－O－18 a－甘草次酸80mg/kg对大鼠移植性骨髓瘤具有与50mg/kg可的松相同的抑制作用。甘草次酸钠已于1977年获英、法、日、德等国专利，用于子宫癌、直肠癌、膀胱癌的治疗，据称疗效较甲氨蝶呤、长春新碱、氟尿嘧啶等为佳，且无抗癌药的严重不良反应。甘草水提取液有抗突变作用，能抑制环磷酰胺引起的人外周血淋巴细胞微核增高现象。甘草对致癌物黄曲霉素B_1诱导的人外周血淋巴细胞染色体畸变和姐妹染色单体互换及4个菌株的突变均有很好的阻断作用，其阻断率具有良好的剂量关系。但也有实验表明，甘草次酸钠不影响小鼠骨

髓细胞姐妹染色单体互换与微核率，对环磷酰胺的致突变作用也无影响。

9. *解毒作用* 甘草俗称“国老”，能解百毒。甘草及其各种单、复方制剂对多种药物中毒、代谢产物中毒、细菌毒素中毒、农药中毒以及食物中毒都有一定解毒效果，有效成分为甘草甜素。甘草浸膏、甘草酸等对水合氯醛、士的宁、乌拉坦、可卡因、苯砷、升汞等有显著解毒效果；对印防己毒素、咖啡因、乙酰胆碱、毛果芸香碱、烟碱、巴比妥类药物等也有一定解毒效果，但对阿托品、索佛拿、毒扁豆碱、吗啡、锑剂等则无效。甘草制剂对喜树碱、农吉利碱等能减毒增效。甘草酸单胺可增强喜树碱的疗效，且降低其毒性。甘草酸还对链霉素的致死性毒性有解毒效果。甘草及其成分解毒作用的机制尚不很清楚，有人认为是由于甘草甜素的吸附作用，甘草次酸的肾上腺皮质激素样作用及类似葡萄糖醛酸的结合解毒作用、药酶诱导细胞膜稳定作用等所致。

10. *抗氧化作用* 云南甘草总皂苷对 Fenton 反应生成的 -OH 具有较强的直接清除作用，其 IC_{50} 为 29mg/L，且作用明显强于 -OH 特异性清除剂甘露醇。甘草总皂苷对黄嘌呤 - 黄嘌呤氧化酶系统产生的 O^{2-} 也有较强的清除作用，其 IC_{50} 为 89mg/L。甘草总皂苷对自由基发生系统诱导离体大鼠心肌匀浆组织产生脂质过氧化作用有明显的抑制效应，对自由基发生系统诱导离体大鼠心肌线粒体膜脂质过氧化也有一定的抑制作用。甘草类黄酮可明显抑制小鼠肝匀浆在振荡温育条件下引起的丙二醛升高，类黄酮 0.265 ~ 26.5 μg/ml 或 2.58 ~ 258μg/ml 分别对碱性二甲基亚砜或黄嘌呤氧化酶体系生成有显著清除作用，且呈浓度依赖性变化，类黄酮 144μg/ml 或 258μg/ml 分别对 PHA 刺激多核白细胞释放的 -OH 或 Fenton 反应生成的 -OH 有明显清除作用。甘草苷元和异甘草苷元对大鼠肝脏线粒体单胺氧化酶有抑制作用，表现为对单胺氧化酶的底物竞争抑制，后者作用强于前者。

11. *保护耳前庭功能* 甘草除能缓解链霉素毒性外，对链霉素所致耳前庭功能损伤也有显著保护效果。甘草酸 30mg/kg 连续腹腔注射 2 个月，能显著对抗 300mg/kg 肌注链霉素所致豚鼠眼球震颤，减轻前庭功能损伤；甘草次酸半琥珀酸酯二钠 100mg/kg 肌注于豚鼠，

可使耳蜗微音电位和听神经复合动作电位明显增强，听神经动作电位反应阈值降低，表明甘草次酸可提高豚鼠内耳听觉功能。甘草酸与链霉素碱性基团结合成甘草酸链霉素后，既能保持其抗菌活性，又能减轻对耳前庭神经的损害。

12. *其他作用* 甘草酸具有抗利尿作用，甘草次酸也有同一作用。作用机制为增强肾小管对钠和氯的重吸收，其作用方式与去氧皮质酮不同，可能为对肾小管的直接作用。FM100 有抗惊、镇痛、解痉及抑制胃液分泌的作用。甘草次酸并有抑制小鼠生殖腺产生睾丸酮的作用。18B－甘草次酸钠腹腔注射 14mg/kg、21mg/kg，使缺氧小鼠的存活时间延长，小鼠的整体耗氧率降低，小鼠血液 pH 值提高，酸中毒减轻，也能使混合血的氧分压降低，但对小鼠血中甲状腺素含量无明显影响。

13. *体内过程* 大鼠灌服 500mg/kg 甘草酸铵后，30min 血浆中甘草次酸达峰值，约 30μg/ml；甘草酸铵在给药 4h 后才达峰值，约为 15μg/ml；8h 后，甘草酸铵与甘草次酸均衰减为 10μg/ml ；20h 后，甘草酸铵从血中消失，甘草次酸则维持在 3～5μg/ml。健康人口服 100mg 甘草酸后，于血液中未见甘草酸，而甘草次酸含量却甚高，且于 1～4h 及 10～24h 出现两个高峰，峰值约为 500 μg/ml。甘草酸被肠道菌丛的水解酶 p 葡萄糖醛酸酶水解成甘草次酸，甘草次酸又可转化为 3－脱氧甘草次酸，两者脂溶性强，易通过肠壁进入血液循环而形成第一高峰。吸收后的甘草次酸或 3－脱氧甘草次酸通过肝门循环，在肝内与葡萄糖醛酸或硫酸结合后，随胆汁排入肠道，在肠道内再被水解，经肠黏膜吸收后又进入血液循环，从而形成了第二高峰。大鼠静脉注射甘草酸 50mg/kg、20mg/kg 后，血浆浓度于 30min 内迅速下降，60min 后维持在缓慢衰减水平。正常人静注甘草酸铵 80mg，约 4h 后达峰值，约为 7μg/ml。静脉注射甘草酸铵后，大部分和血浆蛋白结合，小部分进入肝脏，然后经胆汁分泌入肠道，再以代谢物甘草次酸和 3－脱氧甘草次酸形式被吸收，形成肠肝循环，甘草酸和甘草次酸从尿中排泄极微。

14. *毒性* 甘草毒性甚小，但非经口服也有一定毒性。甘草水提取物对小鼠腹腔注射的 LD_{50} 为 2.52g/kg。甲醇提取物腹腔注射 LD_{50}

为1.33g/kg，FM100腹腔注射的LD_{50}为760mg/kg。甘草甜素小鼠灌服LD_{50}为3g/kg，静脉注射为683mg/kg。甘草酸皮下注射的最小致死量（MLD）为1g/kg。甘草次酸腹腔注射的LD_{50}为308mg/kg，死亡动物呈腹腔炎症，药物未全吸收。甘草次酸琥珀酸半酯小鼠腹腔注射的LD_{50}为101mg/kg，静注LD_{50}为43mg/kg。甘草浸膏豚鼠2g/（kg·d）连续6周灌服，或每日1g给兔灌服40d，结果给药组体重略增，肾上腺重量减轻或功能低下，血钠明显升高。甘草酸20～30mg/kg连续1周以上，可见水肿，停药消失。甘草次酸琥珀酸半酯500mg/kg皮下注射于猫或2.5mg/kg皮下注射于兔，连续30d，体重无变化，也无死亡。

第二节 理中丸全方现代药理研究

理中丸中干姜含姜醇、姜辣素及多种氨基酸，对口腔及胃黏膜有温和的刺激作用，促进消化液分泌，使食欲增加，对大脑皮质，延髓的呼吸中枢及血管运动中枢均有兴奋作用，促进血液循环，使血压上升，给予呼吸和代谢以良好的影响。人参兴奋中枢作用，能促进红细胞和血红蛋白的增加，白术能缓和肠管蠕动，甘草对胃黏膜的溃疡面有保护作用，并可使溃疡愈合，且有解痉作用。因此，理中丸具有抗消化性溃疡，调整肾上腺皮质功能，提高中枢神经系统兴奋性，促进骨髓造血功能，提高基础代谢率等作用。故临床上用来治疗慢性消化不良、浅表性胃炎、胃窦炎、溃疡病、痢疾、肠炎、过敏性鼻炎、男性不育症、慢性口腔溃疡、贫血等疾病。近十多年来，对理中丸（汤）及其变化方（如附子理中丸等）进行了多项实验药理研究。研究结果表明这些方药有抗消化溃疡，调节蛋白质的合成代谢，调整机体内分泌，提高免疫功能等作用，并探讨了该方改善脾阳虚证的作用机制。这些成果为进一步论证该方的各种治疗作用提供了实验依据，亦为进一步研究虚证的本质奠定了一定的基础。

1. 对胃溃疡病的作用　有报道，以大白鼠醋酸型胃溃疡及幽门结扎型胃溃疡为实验病理模型，通过对照组观察证实，理中丸（汤）确有显著促进实验性胃溃疡愈合的作用，并能降低胃液中游离盐酸的

浓度，对实验性胃溃疡的发生有保护作用。本实验结果也能初步解释理中丸（汤）抗溃疡的机制。消化性溃疡的发生目前多推崇 shag 学说，认为消化性溃疡是由于攻击因子（主要是指胃酸、胃蛋白酶的作用）过强或防御功能（包括黏膜屏障、黏膜细胞再生修复等）减弱导致氢离子逆向扩散、胃蛋白酶对胃黏膜自身消化而形成。而从本实验来看，一者，理中汤能够降低胃液中游离盐酸的浓度，从而减轻对黏膜的侵蚀和减少胃蛋白酶激活，对溃疡发生起到了保护性作用；二者，理中汤能促进醋酸型胃溃疡愈合，说明它能够促使黏膜细胞再生修复。因此，理中汤既能抑制攻击因子又能强化防御因子，通过两方面综合作用发挥其抗溃疡作用[5]；从理中汤方中各药药理作用来看，人参有抗溃疡及促进蛋白形成作用；白术有报道证实能防止幽门结扎型溃疡的发生[3]；干姜有镇痛、止呕、抗溃疡作用；甘草的抗溃疡作用早为大量研究证实[3]。能已提取其有效成分，临床常用抗溃疡药生胃酮即是甘草制剂。从临床上来看，溃疡病多属脾虚寒症，故当用温养中焦为主要治法；还有报道对 165 例溃疡病人辨证分型，其中脾胃虚寒型 78 例，占全体的 47.3%[6]。可见，脾胃虚寒在胃溃疡病辨证中的重要性，用理中汤治疗胃溃疡也取得了较好的效果。第一军医大学第一附属医院也报道，本方对脾胃虚寒型溃疡病等有效，甚至能促进溃疡的愈合。并进一步进行了拆方研究，表明人参、白术、甘草及提取物对大白鼠实验性胃溃疡都有促进溃疡愈合的作用[7]。总之，无论从临床，还是从现代研究来讲，理中汤治疗溃疡病都是有一定依据的。

2. 对脾阳虚证的作用　有报道，用利舍平（利血平）加放线菌素 D（更生霉素）给小鼠连续注射后出现与临床脾阳虚类似表现。这些“类脾阳虚证”的实验造型动物可见肝、大小肠蛋白质合成速率显著增高。这是机体适应利舍平致虚刺激，蛋白质代谢加速所致，并非净蛋白量的增高。给服理中汤，结果表明理中汤对脾阳虚动物模型的蛋白质合成速度有调整作用，使其恢复正常水平。但在同一实验中，以 2 倍量之党参代替人参的理中汤则不能促进正常或脾阳虚动物肝蛋白质的合成，却可以使脾阳虚动物十二指肠蛋白质的合成速率显著增加。上述结果表明，理中汤可以调节蛋白质的合成代谢，但党参

与人参在方中的作用不仅有量的差异而且还有质的不同，提示不宜盲目用党参代替人参。另有研究用大黄或大黄合剂造成小白鼠“脾虚泄泻”动物模型，观察其生理、病理等方面的变化，并对其免疫功能作了初步研究。结果证明，模型组动物出现类似临床的脾阳虚症状，且机体免疫功能和耐寒力显著下降，体力低下，经用附子理中丸治疗后，可以改善上述症状，免疫力显著提高，但止泻作用不强[8]。这表明附子理中丸对大黄所致脾阳虚证模型也有明显疗效。临床研究表明，脾胃阳虚患者还有内脏交感神经兴奋占优势，血中胆碱酯酶活性增高，X线钡餐检查可见胃张力增高以及血压低于正常等病理变化。经过理中汤为主的治疗后，则可见胆碱酯酶活性降低，内脏副交感神经占优势情况改善，同时血压不同程度的上升并恢复正常。由此可见，理中丸及其变化方不论是对动物的实验性脾阳虚证、或是临床的脾阳虚证的多种病理改变均有显著的治疗作用。

3. 对机体内分泌及免疫的作用　有报道，对服用本方的脾阳虚患者测定尿中17－羟、17－酮含量，表明本方有显著增加其含量的作用，从而说明本方对肾上腺皮质功能有一定的调整作用[9]。还有研究证实：本方在一定程度上能提高阳虚小鼠的巨噬细胞吞噬功能。有人还报道，本方中人参能刺激健康人淋巴细胞的转化[10]。

参考文献

[1] 中华本草（精选本）．上海：上海科学技术出版社，1998
[2] 王本祥．人参的研究．天津：天津科技出版社，1985
[3] 王浴生．中药药理与应用．北京：人民卫生出版社．1983
[4] 罗云鹏，傅贞亮，董笃一，等．理中汤对氢考阳虚小鼠免疫功能影响的实验观察．中医研究，1988，(3)：23
[5] 李惠林．理中汤抗大鼠实验性胃溃疡作用的观察．陕西中医，1987，(7)：333
[6] 王宁，徐仁莲，白志富．中医辨证治疗胃及十二指肠溃疡病165例临床分析．新中医，1982，(4)：20
[7] 张万岱．溃疡病的中医分型及其病理基础初探．中医杂志，1980，(2)：17
[8] 胡隐恒，周京滋，符胜光，等．脾虚泄泻动物模型的复制及附子理中丸的调

整作用．上海中医药杂志，1981，(8)：45
[9] 金永祜．理中丸（汤）的临床应用及实验研究．河北中医，1986，(4)：45
[10] 吴涛，姜国平．22 例脾阳虚患者探讨．江西中医药，1981，(3)：32

[General Information]
书名=理中丸
作者=刘一凡，董正显编著
页数=297
SS号=12107482
出版日期=2009.1

前言
目录
上篇　理论研究
第一章　概述
第一节　理中丸的来源
第二节　理中丸的组成及用法
第三节　理中丸的功效与主治
一、方中药物的功效与主治
二、理中丸的功效与主治
第四节　理中丸的衍生方
第五节　理中丸的临床应用
第二章　古今医家论述
中篇　临床研究
第一章　内科病证
第一节　循环系统疾病
一、心衰腹胀
二、胸痹心痛
第二节　呼吸系统疾病
一、感冒
二、咳嗽
三、慢性咳嗽
四、肺咳
五、支气管哮喘
六、慢性支气管炎
七、咳血
第三节　消化系统疾病
一、抗生素相关性腹泻
二、便秘
三、食管炎
四、胃脘痛
五、浅表性胃炎
六、慢性腹泻
七、变态反应性胃肠炎
八、十二指肠溃疡
九、慢性萎缩性胃炎
十、慢性胃炎
十一、功能性消化不良
十二、慢性结肠炎
十三、慢性肠炎
十四、肠易激综合征
十五、溃疡性结肠炎

十六、慢性溃疡性结肠炎
十七、呃逆
十八、胆石症
十九、上消化道大出血
二十、季节性腹泻
二十一、胃下垂
二十二、腹痛
二十三、痢疾
二十四、急性肠胃炎
第四节　神经系统疾病
一、发作性睡病
二、眩晕
三、失眠
四、头痛
第五节　其他内科疑难杂症
一、不明原因高热
二、过汗伤阳
三、唾液减少症
四、多涎症
第二章　外科病证
一、胆道术后“Ｔ”管引流胆汁过多
二、胃癌手术后口疮
三、骨折
四、腰椎骨质增生
五、术后粘连性肠梗阻
六、术后顽固性腹泻
七、术后胃肠道功能紊乱
第三章　妇科病证
一、崩漏
二、妇女更年期虚寒证
三、乳泣
四、乳癖
五、带下病
第四章　儿科病证
一、婴儿惊啼证
二、夜啼
三、婴儿肝炎综合征
四、流涎
五、口疮
六、腹痛
七、泄泻

八、肺炎喘嗽
九、喜唾
十、轮状病毒肠炎
第五章　五官科病证
一、角膜软化症
二、鼻鼽
三、口唇疱疹
四、牙痛
五、复发性口腔溃疡
六、口臭
七、口腔扁平苔藓
第六章　皮肤科病证
一、荨麻疹
二、过敏性紫癜（腹型）
三、多形红斑
四、脚气病
五、湿疹
六、血小板减少性紫癜
七、皮疹黄痂
下篇　实验研究
第一章　理中丸制剂研究
一、方义与沿革
二、同类中成药的发展史
第二章　理中丸的药理研究
第一节　理中丸中组成中药的药理研究
一、干姜的药理作用
二、人参的药理作用
三、白术的药理作用
四、甘草的药理作用
第二节　理中丸全方现代药理研究