

总主编●巩昌镇 刘一凡
编 著●陈宪海 刘 伟



中国医药科技出版社



难病奇方

系列丛书 第三辑

葛根芩连汤

「诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制」

葛根芩连汤

难病奇方

系列丛书

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



上架建议 中医·方剂

ISBN 978-7-5067-3966-5



9 787506 739665 >

责任编辑 金芬芳

封面设计 雅閣

定价：24.00元

难病奇方系列丛书(第三辑)

总主编

巩昌镇 刘一凡

编著

陈宪海 刘伟

葛根芩连汤

中国医药科技出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

葛根芩连汤/陈宪海, 刘伟编著. —北京: 中国医药科技出版社, 2009. 1

(难病奇方系列丛书. 第3辑/巩昌镇, 刘一凡总编)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 3966 - 5

I. 葛... II. ①陈... ②刘... III. 葛根芩连汤—研究
IV. R286

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 170653 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 责编: 010 - 62278797 发行: 010 - 62227427

网址 www.cspyp.com.cn

规格 958 × 650mm¹/₁₆

印张 12

字数 175 千字

印数 1—5000

版次 2009 年 1 月第 1 版

印次 2009 年 1 月第 1 次印刷

印刷 北京市通州皇家印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 3966 - 5

定价 24.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换



内 容 提 要

本书分为上、中、下三篇。上篇理论研究部分介绍了葛根芩连汤的来源、组成与用法、功效与主治等;中篇临床研究部分介绍了葛根芩连汤在内、外、妇、儿等各科疾病中的临床应用;下篇实验研究部分系统总结了葛根芩连汤在制剂与药理方面的研究进展。全书内容丰富,侧重于临床,适合于广大中医、中药专业临床及科研人员阅读参考。

《难病奇方系列丛书》(第三辑)编委会

总 主 编 巩昌镇 刘一凡

副总主编 刘 伟 姜 文

编 委 (按姓氏笔画排序)

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

杨佃会	杨孟祥	何永	何新蓉
陈勇	陈红	陈丛丛	陈宪海
陈会苓	张丽	张玉慧	张晓杰
张永臣	张丽娟	张加英	沈涛
迟程	房繁恭	贺文彦	段春霞
姜文	高华	高清环	高兆旺
高华伟	徐玮	徐进秀	展照双
唐代屹	曹华	宿成君	彭伟
焦安钦	程丽	董娟	董正显
韩萍	韩文霞	路玉滨	樊凯方
薛良			

分册编著

小柴胡汤	刘金星	刘伟
四物汤	高华	吕筱霞
二陈汤	孙丰雷	田林
四逆散	高兆旺	张丽
六神丸	李春红	宿成君
大承气汤	杨佃会	杨孟祥
四君子汤	杨佃会	彭伟
桂枝茯苓丸	刘静君	白志军
柴胡疏肝散	刘一凡	刘伟
丹栀逍遥散	刘一凡	贺文彦

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

总策划 孔立 吴建华

《难病奇方系列丛书》第三辑

前 言

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

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

中医方剂，浩如烟海。历代方剂的权威著作总是以超越以往，跨越时代为己任。战国时期的《五十二病方》开方剂之先河，载方280首。汉代张仲景的《伤寒杂病论》筑经方之峰巅，收方323首。唐代孙思邈所著《备急千金要方》与《千金翼方》集前贤之大成，收入方剂6500首。宋代的

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

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

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

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

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

巩昌镇 博士

2008年夏

第一章 概述	(3)
一、葛根芩连汤的来源	(3)
二、葛根芩连汤的组成及用法	(3)
三、葛根芩连汤的功效与主治	(3)
四、葛根芩连汤的临床应用	(12)
第二章 历代医家对葛根芩连汤的论述	(14)

第一章 内科病证	(23)
第一节 消化系统疾病	(23)
一、细菌性痢疾	(23)
二、病毒性肠炎	(26)
三、慢性结肠炎	(26)
四、放射性结肠炎	(28)
五、上消化道出血	(30)
六、伪膜性肠炎	(31)
七、肠易激综合征	(33)
八、五更泻	(35)
九、消化道肿瘤所致腹泻	(35)
十、溃疡性结肠炎	(36)
十一、放射性直肠炎	(41)
十二、急性出血性坏死性小肠炎	(42)
十三、大肠癌	(43)
十四、急性非感染性腹泻	(44)
十五、急性胃肠炎	(45)

目 录

十六、慢性乙型病毒性肝炎腹泻	(47)
十七、酒精性肝病	(48)
第二节 内分泌系统疾病	(49)
一、糖尿病	(49)
二、糖尿病性腹泻	(52)
三、糖尿病胃轻瘫	(54)
第三节 呼吸系统疾病	(55)
一、肺源性心脏病	(55)
二、禽流感	(57)
三、传染性非典型性肺炎	(59)
四、支气管哮喘	(59)
五、肺炎	(60)
六、发热	(62)
第四节 心血管系统疾病	(62)
一、颈动脉粥样硬化	(62)
二、冠心病	(64)
第五节 神经系统疾病	(65)
一、颈源性头痛	(65)
二、偏头痛	(66)
三、三叉神经痛	(67)
四、枕神经痛	(69)
第六节 免疫系统疾病	(70)
急性风湿热	(70)
第二章 外科病证	(75)
肛肠病术后	(75)
第三章 妇科病证	(76)
妊娠腹泻	(76)
第四章 儿科病证	(78)
一、中毒性菌痢	(78)
二、糖源性腹泻	(80)
三、鼠伤寒沙门菌肠炎	(81)

四、轮状病毒性肠炎	(83)
五、发热	(84)
六、病毒性心肌炎	(85)
七、小儿厌食症	(86)
八、疱疹性咽峡炎	(86)
九、麻疹	(87)
十、流行性腮腺炎	(89)
十一、手足口病	(90)
十二、猩红热	(93)
第五章 男科病证	(96)
前列腺炎	(96)
第六章 骨科病证	(99)
颈椎病	(99)
第七章 皮肤科病证	(101)
白塞综合征	(101)
第八章 耳鼻喉科病证	(103)
一、慢性化脓性鼻窦窦炎	(103)
二、萎缩性鼻炎	(105)
三、急性扁桃体炎	(107)
第九章 口腔科病证	(110)
一、口腔溃疡	(110)
二、慢性唇炎	(112)
三、神经性舌炎	(113)
四、舌痿	(114)
五、牙痛	(116)
第一章 制剂研究	(121)
第二章 药理研究	(128)
第一节 葛根芩连汤中各组成中药的药理研究	(128)
一、葛根	(128)

目 录

二、黄芩	(139)
三、黄连	(144)
四、甘草	(153)
第二节 葛根芩连汤的药理研究	(159)

上

篇

理论研究

一、葛根芩连汤的来源

葛根芩连汤来源于东汉末年张仲景所著《伤寒论》第34条：“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也，喘而汗出，葛根黄芩黄连汤主之。”现多简称为葛根芩连汤。一般认为本方有解表清里之功，治身热下利，胸脘烦热，口中作渴，喘而汗出的病证。

二、葛根芩连汤的组成及用法

【组成】 葛根半斤，甘草二两（炙），黄芩三两，黄连三两。

【用法】 上四味，以水八升，先煮葛根，减二升，内诸药，煮取二升，去滓，分温再服；现代多水煎服或用煎药机煎煮。

三、葛根芩连汤的功效与主治

（一）方中药物的功效与主治

1. 葛根 葛根为豆科植物野葛或甘葛根的干燥根。秋、冬两季采挖。野葛多趁鲜切厚片或小块干燥而成；甘葛根习称“粉葛”，多

除去外皮，用硫黄熏后，稍干，截段或再纵切两半，干燥。生用或煨用。葛根首载于东汉《神农本草经》，在唐代以前认为，野葛入药最好，而甘葛主要用作食疗方面，也可入药用，品质远不及野葛，故《伤寒论》中的葛根黄芩黄连汤所用葛根应为野葛^[1]。2005年版《中国药典》亦将甘葛作为粉葛、野葛作为葛根分列收载和使用。

【性味归经】甘、辛，凉。归脾、胃经。

【功效】解肌退热，生津止渴，发表透疹，升阳止泻，解酒毒，疗金疮。

【主治】

(1) 用于表证发热，项背强痛。葛根轻清发散，善解腠理，为出入表里之良品，外则疏风退热，内则濡润经筋，舒缓强急；葛根又为足太阳膀胱经引经药，项背为其所过，故对缓解项背肌肉挛急疼痛有特殊效果。伤寒表实之恶风、无汗、项背强几几，常与麻黄、桂枝、芍药等配伍（《伤寒论》葛根汤）；伤寒表虚之汗出，恶风，项背强痛，常配伍桂枝、白芍等（《伤寒论》桂枝加葛根汤）；风寒感冒，郁而化热，发热重，恶寒轻，头痛无汗，目痛鼻干，眼眶痛，常与柴胡、石膏、羌活等同用（《伤寒六书》柴葛解肌汤）；项紧、项强、颈部转侧不利等（包括各种类型的颈椎病），无论因寒、因热、因湿、因痰、因瘀，皆可配伍黄芪、天麻、牛蒡子、僵蚕、桂枝、白芍等用之（上海石仰山教授的颈椎病方）^[2]。

(2) 用于热病口渴、阴虚消渴。葛根能升发脾胃清阳之气，上行以输布津液，生津止渴，是治疗消渴的重要药物，单用葛根一味即可退热生津。肾虚胃燥之消渴病，口渴尿多，困倦气短，脉虚细无力，酌配天花粉、黄芪、知母、山药、五味子、鸡内金等（《医学衷中参西录》玉液汤）；千金翼方中载葛根丸，主消渴方，配伍瓜蒌、铅丹、炮附子去皮，上四味，捣筛为末，炼蜜和丸，如梧子，饮服十丸，日三服，治日饮一石水者，春夏，减附子；气阴两虚之消渴，可配黄芪、生地、苍术、玄参、丹参等用之（祝谌予教授的降糖对药方）^[3]。

(3) 用于麻疹不透。葛根辛凉而善散郁火，功擅透发麻疹。麻疹初起，表邪外束，或疹出不畅，酌配升麻、芍药、甘草等（《阎氏

小儿方论》升麻葛根汤)；用于透发毒疹，与麦门冬、升麻等配伍(《景岳全书》葛根麦门冬散)。

(4) 用于热泄热痢、脾虚泄泻。葛根能升发脾胃清阳，鼓舞脾胃清阳之气上升而奏止泻痢之功。治疗表证不解，邪热入里，身热，下利臭秽，肛门灼热，苔黄脉数，常配黄芩、黄连(《伤寒论》葛根黄芩黄连汤)；用于脾虚泄泻，可配人参、白术、木香等同用(《小儿药证直诀》七味白术散)。

(5) 用于高血压颈项强痛。近几年在临床应用方面有所发展，发现它对高血压颈项疼痛有效。20 世纪 70 年代范礼理研究员研制成功“愈风宁心片”(葛根黄酮制剂)，用于治疗高血压、神经性头痛等症^[4]。

(6) 用于热痹。葛根辛甘无香燥之伤，甘凉无寒凝之阻，发表邪，升阳气，生津液，润经筋，活血通脉，作用平和，可耐久服。用于肢节红肿热痛之热痹，可配伍黄柏、牛膝、薏苡仁、忍冬藤用之。现代医学中的糖尿病周围神经病变，主要表现为四肢麻木、疼痛、感觉障碍，亦可归于痹证，应用葛根，一物两擅其功，标本兼顾，常与黄芪、牛膝等益气通络之品相配^[5]。

《神农本草经》：主消渴，身大热，呕吐，诸痹，起阴气，解诸毒，疗伤寒中风头痛，解肌发表出汗，开腠理，疗金疮，止痛，胁风痛。生根汁，寒，治消渴，伤寒壮热。花，主消酒。粉，味甘，大寒，主压丹石，去烦热，利大小便，止渴。小儿热秃，以葛根浸、捣汁饮之，良。

甄权：治天行上气，呕逆，开胃下食，主解酒毒，止烦渴。熬屑治金疮，治时疾寒热。(《药性论》)

苏敬：味甘，平，无毒。主消渴，身大热，呕吐，诸痹，起阴气，解诸毒。疗伤寒中风头痛，解肌发表出汗，开腠理，疗金疮，止痛，胁风痛。生根汁，大寒，疗消渴，伤寒壮热。(《新修本草》)

陶弘景：疗伤寒中风头痛，解肌发表，出汗，开腠理，疗金疮，止痛，胁风疼。生根汁，疗消渴，伤寒壮热。其花可解酒毒。(《名医别录》)

唐慎微：葛根，味甘，平，无毒。主消渴，身大热，呕吐，诸

痹，起阴气，解诸毒，疗伤寒中风头痛，解肌发表出汗，开腠理，疗金疮，止痛肋风痛。（《证类本草》）

张元素：味甘平，性寒无毒。可升可降，阳中之阴也。其用有四：发伤寒之表邪；止胃虚之消渴；解酒中之奇毒；治往来之温疟。葛根止渴解醒，发散伤寒消热毒。（《珍珠囊补遗药性赋》）

缪希雍：葛根禀天地清阳发生之气，其味甘平，其性升而无毒。入足阳明胃经。解散阳明温病热邪之要药也。故主消渴，身大热，热壅胸膈作呕吐。发散而升，风药之性也，故主诸痹。生气升腾，故起阴气。甘者，土之冲气，春令少阳，应兼微寒，故解诸毒，及《别录》疗伤寒中风头痛，解肌发表，出汗开腠理。甘能和血而除热，故又主疗金疮止痛，及肋风痛也。（《神农本草经疏》）

凌奂：发汗升阳，生用能堕胎，蒸熟散郁火，化酒毒，止血痢。能舞胃气上行，治虚泻之圣药。鲜葛根汁大寒，治温病火热，吐衄诸血。（《本草害利》）

2. 黄芩 唇形科植物黄芩或滇黄芩黏毛黄芩和丽江黄芩的根。黄芩始载于《神农本草经》，又分为“子芩”与“枯芩”。“子芩”为其新根之坚实者，又称“条芩”；“枯芩”为其宿根之中空者，又称为“宿芩”。

【性味归经】 苦，寒。归肺、胃、胆、大肠经。

【功效】 清热燥湿，泻火解毒，止血，安胎。

【主治】

（1）用于气分热结。中上焦热盛，高热烦渴，面赤尿赤，苔黄脉数，配薄荷、栀子、大黄等（《和剂局方》凉膈散）；黄芩假其降火而降痰，泻肺火，除膈上热痰，用于肺热壅盛，咳嗽稠黏，可单用（朱丹溪清金丸）；气分火毒炽盛，配伍黄连、黄柏、栀子同用（《外台秘要》黄连解毒汤）；风热痰所致之眉眶痛，与黄芩、白芷等分为末，茶清调敷（朱丹溪）。

（2）用于血分热结。产后血亏阴虚、风邪入里化热，四肢烦热，与生地、苦参相配，清热解毒，养血滋阴（《千金方》三物黄芩汤）。阳盛血热，月经量多，合用四物汤，加入白术使用（《女科百问》当归饮）；心火炽盛，舌上有黑孔，出血如涌泉，戎盐、黄芩、黄柏、

大黄各 75g, 人参、桂心各 30g, 甘草 15g, 共研细末, 炼蜜为丸 (《千金方》戎盐丸)。

(3) 用于湿热下痢、湿温身热、湿热黄疸。黄芩性味苦寒, 功擅燥湿清热, 善清肺、胃、胆及大肠之湿热, 尤长于清中上焦之湿热。治疗湿热下痢, 酌加木香、槟榔、大黄、黄连、当归、肉桂 (刘完素芍药汤); 用于湿温阻中, 胸闷身热, 酌配滑石、薏仁、通草、猪苓、茯苓、大腹皮 (《温病条辨》黄芩滑石汤); 湿热蕴结所致的黄疸, 可与绵茵陈、栀子、淡竹叶等同用; 治疗身体面目皆黄, 大黄、黄连、黄芩各 120g, 共研细末 (孙思邈《千金方》三黄散)。

(4) 用于安胎。黄芩善清热凉血, 血不妄行, 乃能养胎。常与白术配伍, 黄芩乃上中二焦药, 能降火下行, 白术能补脾, 故黄芩、白术乃安胎圣药。可以黄芩、白术、炒神曲为细末, 粥丸, 用以安胎; 治妊娠伤寒, 胎动不安, 取黄芩、白术各等分, 研为散 (《妇人大全良方》白术散)。

(5) 用于头痛。黄芩 90g (一半酒制, 一半炒), 川芎 15g, 柴胡 21g, 炙甘草 45g, 黄连、防风、羌活各 30g, 上为细末, 每次 6g, 人茶水调如膏 (李东垣《兰室秘藏》清空膏)。

(6) 用于风疫。治疗风疫, 脉浮数而不弱, 头项强, 腰脊痛, 发热恶风, 与桂枝相配, 巧收凉肌清热之功 (《三因极一病证方论》桂枝汤加黄芩)。

《神农本草经》: 主诸热黄疸、肠辟泄痢、逐水、下血闭、恶疮、疽蚀、火疡。

陶弘景: 黄芩, 味苦, 平, 大寒, 无毒。主治诸热, 黄疸, 肠辟泄痢, 逐水, 下血闭, 恶疮, 疽蚀, 火伤。治痰热, 胃中热, 小腹绞痛, 消谷, 利小肠, 女子血闭、淋露、下血, 小儿腹痛。 (《本草经集注》)

汪切庵: 苦, 寒, 无毒。除一切热, 解诸般淋。血痢腹痛, 火嗽喉腥。泻中焦实火, 退脾家湿热, 清火安胎, 逐水解渴, 利胸气, 消膈痰, 疗黄疸, 治血闭。兼清肌表郁热, 最除往来寒热, 平痈疽疮疡, 退目赤肿痛。腹痛因寒者忌之。脉迟者忌之。 (《本草易读》)

张元素: 泻肺经热, 一也; 夏月需用, 二也; 去诸热, 三也; 上

焦及皮肤风热风湿，四也；妇人产后养阴退阳，五也；利膈中气，六也；消膈上痰，七也；除上焦热及脾湿，八也；安胎，九也。（《珍珠囊补遗药性赋》）

甄权：治热毒骨蒸，寒热往来，肠胃不利，破拥气，治五麻，令人宣畅，去关节烦闷，解热渴。（《药性论》）

日华子：下气，主天行，热疾，疗疮，排脓，治乳痈，发背。（《日华子诸家本草》）

李时珍：治风热湿热头疼，奔豚热痛，火咳，肺痿喉腥诸失血。（《本草纲目》）

东洞吉益：黄芩，治心下痞也，旁治胸胁满、呕吐、下利也。（《药征》）

3. 黄连 来源于毛茛科植物黄连、三角叶黄连、云南黄连的根茎。以上三种依次习称“味连”、“云连”、“雅连”。在全国多数地区均有分布。

【性味归经】 苦、寒。归心、肝、胃、大肠经。

【功效】 清热燥湿，泻火解毒。

【主治】

（1）用于胃肠湿热、泻痢呕吐。黄连大苦大寒，善于清中焦湿热，治湿热中阻、气机不畅之脘腹痞满、恶心呕吐，可伍黄芩、半夏、干姜使用（《伤寒论》半夏泻心汤）；黄连为治泻痢要药，治热痢泄泻，酌配白头翁、黄芩、秦皮（《伤寒论》白头翁汤）。

（2）用于热毒炽盛烦躁。治热毒、高热烦躁、痈疽疮，常配黄芩、黄柏、栀子（《外台秘要》黄连解毒汤）；用于治气血两燔，配伍清血分热之品玄参、丹皮，如清瘟败毒饮（《疫疹一得》）。对于上焦热毒，可应用酒炙黄连，缓和寒性，并引药上行，以清上焦头目之火。

（3）用于痈肿疔疮、目赤牙痛。治目赤肿痛、口舌生疮，可配伍天花粉、茯苓、当归（《证治准绳》天花粉丸）；胃火上攻，牙痛难忍，配伍生地、升麻、丹皮等（《兰室秘藏》清胃散）。

《神农本草经》：黄连，味苦，寒。主热气目痛、眦伤泣出，明目（《御览》引云：主茎伤。《大观本》无），肠癖，腹痛下利，妇人

阴中肿痛。久服，令人不忘。

陶弘景：黄连，微寒，无毒。主治五脏冷热，久下泄痢，脓血，止消渴、大惊，除水，利骨，调胃，厚肠，益胆，治口疮。（《名医别录》）

唐慎微：黄连，味苦，微寒，无毒。主热气，目痛眦伤泣出，明目，肠痢腹痛，下痢，妇人阴中肿痛，五脏冷热，久下泄痢脓血。止消渴、大惊，除水利骨，调胃厚肠，益胆，疗口疮。久服令人不忘。一名王连。（《证类本草》）

兰茂：主治热气目痛、背寒伤、泣出、明目、肠痢腹痛下痢、妇人阴中肿痛。久服令人不忘。治五脏冷热，久下泄痢、脓血，消渴。止心腹疼痛。除水利骨，调胃厚肠，益胆，疗口疮。治五劳七伤。益气，除烦躁，润心肺，长肉止血，天行热疾，羸瘦气急。一治郁热在中，烦躁在心，兀兀欲吐，心下痞满。主心痛逆而盛，心积伏梁。（《滇南本草》）

汪切庵：大苦，大寒，无毒。手少阴心经药也。清心退热，泻火除烦，镇肝凉血，解渴止汗。厚肠胃而止泻痢，开伏梁而泻痞满，解痈疽疮疥之毒，退目痛及眦伤之火。虚寒者勿用。舌苔红者急用之。（《本草易读》）

王肯堂：黄连，气寒味苦无毒，气味俱厚，可升可降，阴中阳也。入手少阴经。其用有六：泻心藏火一也，去中焦湿热二也，诸疮必用三也，去风湿四也，赤眼暴发五也，止中部见血六也，张仲景治九种心下痞，五等泻心汤，皆用之。（《证治准绳》）

张元素：味苦性寒无毒。沉也，阴也。其用有四：泻心火，消心下痞满之状；主肠痢，除肠中混杂之物；治目疾暴发宜用；疗疮疡首尾俱同。（《珍珠囊补遗药性赋》）

陶弘景：黄连禀天地清寒之气以生，故气味苦寒而无毒。味厚于气，味苦而厚，阴也。宜其下泄，欲使上行须加引导。入手少阴、阳明，足少阳、厥阴，足阳明、太阴。为病酒之仙药，滞下之神草。六经所至，各有殊功。其主热气，目痛眦伤泪出，明目，大惊益胆者，凉心清肝胆也。肠痢腹痛下痢，《别录》兼主泄痢。泄者，泻利也；痢者，大肠下血也。俗名为脏毒。除水利骨，厚肠胃，疗口疮者，涤

除肠、胃、脾三家之湿热也。久服令人不忘者，心家无火则清，清则明，故不忘。禅家习定多饮苦茗，亦此义尔。（《神农本草经疏》）

4. 甘草 来源于豆科植物甘草、胀果甘草或光果甘草的根及根茎。春秋采挖，以秋采者为佳。除去须根，晒干，切厚片，生用或蜜炙用。

【性味归经】 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。

【主治】

(1) 用于心气不足、脉结代。甘草能补益心气，益气复脉。用于心气不足之脉结代、心动悸，与人参、生地等配伍（《伤寒论》炙甘草汤）。

(2) 用于脾气虚。甘草甘平，补脾益气，常与人参、黄芪等相佐。

(3) 用于痈肿疔疮、咽喉肿痛。甘草生用可以清热解毒，应用十分广泛。用治热毒疮疡，可单用煎汤；用于热毒咽喉肿痛，适于与板蓝根、桔梗等同用；对附子等药物或食物所致的中毒，有一定解毒作用。

(4) 用于脘腹、四肢挛急疼痛。甘草味甘而能缓急。用于脘腹或四肢挛急作痛，常与芍药配伍（《伤寒论》芍药甘草汤），无论血虚、血瘀、寒凝等均可随证伍入。

《神农本草经》：味甘，平。主五脏六腑寒热邪气，坚筋骨，长肌肉，倍力，金创肿，解毒。久服，轻身、延年。

苏敬等：味甘，平，无毒。主五脏六腑寒热邪气，坚筋骨，长肌肉，倍力，金疮肿，解毒，温中下气，烦满短气，伤脏咳嗽，止渴，通经脉，利血气，解百药毒，为九土之精，安和七十二种石，一千二百种草。久服轻身延年。（《新修本草》）

甄权：甘草，君，忌猪肉，诸药众中为君。治七十二种乳石毒，解一千二百般草木毒，调和使诸药有功，故号国老之名矣。主腹中冷痛，治惊痫，除腹胀满，补益五脏，制诸药毒，养肾气内伤，令人阴痿。主妇人血沥，腰痛，虚而多热，加而用之。（《药性论》）

日华子：安魂定魄，补五劳七伤，一切虚损，惊悸，烦闷，健忘，通九窍，利百脉，益精养气，壮筋骨，解冷热，入药炙用。（《日华子诸家本草》）

汪昂：甘草，有补有泻，能表能里，可升可降。味甘。生用气平，补脾胃不足而泻心火（火急甚者，必以此缓之）。炙用气温，补三焦元气而散表寒。入和剂则补益，入汗剂则解肌（解退肌表之热），入凉剂则泻邪热（白虎汤、泻心汤之类），入峻剂则缓正气（姜、附加之，恐其僭上；硝、黄加之，恐其峻下，皆缓之之意），入润剂则养阴血（炙甘草汤之类）。能协和诸药，使之不争。生肌止痛（土主肌肉，甘能缓痛），通行十二经，解百药毒（凡解毒药，并须冷饮，热则不效）。（《本草备要》）

李东垣：生用泻火热；熟用散表寒，去咽痛，除邪热，缓正气，养阴血，补脾胃，润肺。（引自《本草纲目》）

（二）葛根芩连汤的功效与主治

【功效】解表清里。

【主治】协热下利。身热下利，胸脘烦热，口干作渴，喘而汗出，舌红苔黄，脉数或促。

外感表证初起，邪在太阳，理应解表。但表证未解，误用攻下，虚其里气，以致表热内陷阳明而下利不止，故称“协热下利”。此时表证未解，里热已炽，故见身热，胸脘烦热，口中作渴；里热上蒸于肺则作喘，外蒸肌表则汗出。治宜外解肌表之邪，内清肠胃之热。方中重用葛根甘辛而凉，入脾胃经，既能解表退热，又能升发脾胃清阳之气而治下利，为君药。臣以苦寒的黄芩、黄连，清热燥湿，厚肠止利。使以甘草甘缓和中，协调诸药。四药合用，外疏内清，表里同治，共成解表清里之剂。原方先煮葛根，后纳诸药，则解肌之力优而清里之力锐，使表解里和，身热下利自愈。

本方功能解表清里，然从药物配伍作用来看，显然以清里热为主，正如尤怡所云：“其邪陷于里者十之七，而留于表者十之三。”由于葛根能清热升阳止利，汪昂称之为“治泻主药”，故本方对热泻、热痢，不论有无表证，皆可用之。以身热下利，苔黄脉数为证治

要点。若虚寒下利者忌用。腹痛者，加炒白芍以柔肝止痛；热痢里急后重者，加木香、槟榔以行气而除后重。急性肠炎、细菌性痢疾、肠伤寒、胃肠型感冒等，属表证未解，里热甚者，均可加减应用。

四、葛根芩连汤的临床应用

葛根芩连汤具有解热、抗菌、抗病毒、抗缺氧、抗心律失常、解痉、抑制胃肠运动、增强机体免疫力等药理作用，临床上用于治疗菌痢、肠伤寒、急慢性胃肠炎、小儿麻疹、婴幼儿腹泻、附件炎、下肢瘫痪、口腔溃疡等内、外、妇、儿、五官科疾患。清·陆九芝：“葛根芩连汤一方，……所用者宏，而所包者广也。”结合临床应用实践及本方配伍特点和《伤寒论》所述症候表现来看，本方实应为阳明经脉方，其所针对的疾病证候具有以下特点^[6]。

(1) 病位特点为主入阳明经脉。本方之君药为葛根，针对主病、主证起主要治疗作用。而葛根为阳明经主药，如《本草纲目》引王好古曰：“气平味甘，升也，阳也，阳明经引经之药也。”张元素说：“升阳生津，脾虚作渴者，非此不除，勿多用，恐伤胃气。张仲景治太阳阳明合病，桂枝汤内加麻黄、葛根；又有葛根黄芩黄连解肌汤，是用此以断太阳入阳明之路，非即为太阳药也。头痛如破，乃阳明中风，可用葛根葱白汤，为阳明仙药。若太阳初病，未入阳明而头痛者，不可便服升麻、葛根发之，是反引邪气入阳明，为引贼破家也。”由此可以认为，在葛根芩连汤方中，以葛根为君药的主治的病位应在阳明经脉。

(2) 病势特点为病及太阴，脏腑表里同病。从《伤寒论》原文来看，本方证病因为桂枝汤证医用下法所至，桂枝汤主治“太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者，热自发，阴弱者，汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕者”，为营卫不和、虚人外感方。而医用下法后，患者出现“利不止，脉促，表未解”，根据《内经》“湿胜则濡泻”，而五脏中太阴脾主湿，故患者利不止必有湿滞太阴的表现。表未解非太阳经表邪未解，而为邪传阳明经之表。脉促为表邪欲入于里，邪正交争的结果。另肺主卫，脾主营，桂枝汤主证为卫强而营弱，医用下法后，则出现太阴脾肺两伤，太阴肺气内伤，气不能升

而喘，太阴脾伤则泻，同时由于肺卫不固，营气外泻而患者有较桂枝汤证更严重的汗出。而阳明经与太阴经为表里之经，因而本方证的病势特点为病及太阴，太阴阳明经脏腑表里同病。

(3) 病性特点为阳明风燥主表，太阴湿热主里。《医学入门》言：“葛根浮而微降，阳中阴也，足阳明经药。盖解肌发汗，目痛鼻干，身前大热。烦闷欲狂，头额痛者阳明症也，可及时用之。”并有歌诀云：“葛根甘平善解肌，阳明关额痛乃宜，沅渴泻痢酒毒解，痹风胁痛亦能医。”由此可见，本方以入阳明经葛根为主药，功能滋养津液，柔筋脉，而本方主治为阳明经之表证，又因阳明之上燥气主之，故其病性为风燥，而足阳明胃经，起于鼻旁（迎香），挟鼻上行，相交于鼻根部，旁行人目内眦，与足太阳膀胱经脉相会，下行沿鼻外上齿中，还出，环口绕唇，下交承浆，分别沿下颌的后下方，经大迎，过耳前，沿发际至于前额。故其主症可以表现前额痛连后项，目痛而鼻干，苔白或薄黄，舌正常或偏红，脉浮。本方由于其病势表现为伤寒邪气由阳入阴，内犯太阴，故其症状表现可以为热利下迫，里急后重，或伴喘促汗出，而舌质红，苔可黄腻。

参考文献

- [1] 罗琼, 郝近大, 杨华, 等. 葛根的本草考证. 中国中药杂志, 2007, 32 (12): 1141 ~ 1144
- [2] 米一鸢主编. 首批国家级名老中医效验秘方精选 (续集). 北京: 今日中国出版社, 1999: 125, 249
- [3] 范冠杰主编. 糖尿病. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 12, 334
- [4] 张锋, 杨宗侠, 来华安. 愈风宁心片治疗神经性头痛 84 例. 陕西中医, 2006, 27 (4): 448 ~ 449
- [5] 贾鹏. 葛根治痹临证心得. 四川中医, 2004, 22 (11): 29 ~ 30
- [6] 曾艺鹏, 李剑锋. 葛根芩连汤临床运用再认识. 中医研究, 2005, 18 (4): 60 ~ 62

第二章

历代医家对葛根芩连汤的论述

成无己：太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促（赵本注：‘一作纵’）者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄连黄芩（赵本作：‘黄芩黄连’）汤主之。经曰：不宜下，而便攻之，内虚热入，协热遂利。桂枝证者，邪在表也，而反下之，虚其肠胃，为热所乘，遂利不止。邪在表则见阳脉，邪在里则见阴脉。下利脉微迟，邪在里也。促为阳盛，虽下利而脉促者，知表未解也。病有汗出而喘者，为自汗出而喘也，即邪气外甚所致。喘而汗出者，为因喘而汗出也，即里热气逆所致，与葛根黄芩黄连汤，散表邪、除里热。（《注解伤寒论》）

许宏：用葛根为君，以通阳明之津而散表邪；以黄连为臣，黄芩为佐，以通里气之热，降火清金而下逆气；甘草为使，以缓其中而和调诸药者也。且此方亦能治阳明大热下利者，又能治嗜酒之人热喘者，取用不穷也。（《内台方议》）

王肯堂：内经曰：辛甘发散为阳，表未解者，散以葛根、甘草之甘；苦以坚里，气弱者，坚以黄芩黄连之苦。（《证治准绳》）

柯琴：君气轻质重之葛根，以解肌而止利；佐苦寒清肃之芩、连，以止汗而除喘；用

甘草以和中。先煮葛根后纳诸药，解肌之力缓，而清中之气锐，又与补中逐邪之法迥殊矣。（《伤寒附翼》）

尤怡：太阳中风发热，本当桂枝解表，而反下之。里虚邪入，利遂不止，其脉则促，其证则喘而汗出。夫促为阳盛，脉促者，知表未解也。无汗而喘，为寒在表。喘而汗出，为热在里也。是其邪陷于里者十之七，而留于表者十之三，其病为表里并受之病。故其法亦宜表里两解之法。葛根黄连黄芩汤，葛根解肌于表，芩、连清热于里，甘草则合表里而并和之耳。盖风邪初中，病为在表，一入于里，则变为热矣。故治表者，必以葛根之辛凉，治里者，必以芩、连之苦寒也。（《伤寒贯珠集》）

古寿棠：白虎汤证不过为热象，其势较缓。麻杏甘石汤证，热之中夹闭象，其势较急。葛根芩连汤证，热之中夹毒象，其势较险。惟其毒剧，故生腐蚀，毒者，菌也，黄连苦寒，功能杀菌，故仲圣用以为主药。白虎汤证麻杏甘石汤证传自不伤津之中风伤寒，葛根芩连汤证传自伤津之温病，然则津伤者即貽毒菌之繁殖，津不伤者反是，此中宁无一贯之妙理？读者请自释之。（《医原》）

汪昂：此足太阳阳明药也。表证尚在，医反误下，邪入阳明之腑，其汗外越，气上奔则喘，下陷则利，故舍桂枝而用葛根，专治阳明之表，加芩、连以清里热，甘草以调胃气，不治利而利自止，不治喘而喘自止矣。又太阳表里两解之变法也。（《医方集解》）

王子接：是方即泻心汤之变，治表寒里热。其义重在芩、连肃清里热；虽以葛根为君，再为先煎，无非取其通阳明之津；佐以甘草缓阳明之气，使之鼓舞胃气而为承宣苦寒之使。清上则喘定，清下则利止，里热解而邪亦不能留恋于表矣。（《绛雪园古方选注》）

张璐：太阳病原无下法，但当用桂枝解外。若当用不用，而反下之利遂不止。则热邪之在太阳者，未传阳明之经。已入阳明之里，所以其脉促急其汗外越其气上奔则喘下奔则泄。故舍桂枝而用葛根专主阳明之表，加芩连以清里热。则不治喘而喘自止，不治利而利自止。又太阳阳明两解表里之变法，与治痞之意不殊也。（《伤寒续论》）

莫枚士：此方名冠以葛根，古必有以芩、连二味为一方者。大黄泻心汤，亦即其方加大黄。此以芩、连治痢，葛根治喘，为表里两解

法，乃阳明经邪入府之专方。用葛根，与太阳、阳明合病，自下利，葛根汤主之同义；用黄芩，与太阳、少阳合病，自下利，与黄芩汤同义；用黄连，与胃中有邪气，与黄连汤同义，且据此方知芩、连，盖治上焦所致之热痢也。（《经方例释》）

陈修园：葛根黄芩黄连汤，甘草四般治二阳（太阳误下，邪入阳明）。解表（葛根）清里（黄芩黄连）兼和胃（甘草），喘汗脉促利为良（此条喘汗为轻，下利不止为重，故药亦先治其利。但下利乃寒热虚实俱有之证。脉促急者，则为热邪无疑，表虽未解，则不当用桂枝之辛热，故用葛根之甘凉以解表。因喘汗而利，用芩、连之苦以坚阴。甘草不特和胃，且以和表里也。若脉微弱，则属桂枝人参汤证矣）。（《长沙方歌括》）

张宗祥：治阳明病大热下利，或喘而汗出及酒客热喘。（《本草简要方》）

张令韶：下后发喘汗出，乃天气不降、地气不升之危证，宜用人参四逆等。仲师用此方，专在表未解句。虽然，仲师之书，岂可以形迹求之耶。总以见太阳之气，出入于外内，由外而入者，亦可由内而出，此立证立方之意也。太阳病原无里证，因误下则邪之在太阳者，未得传阳明之经，已先入阳明之腑，所以其脉急促，其汗外越，其气上奔即喘，下奔即泄。（引自《伤寒论汇注精华》）

喻嘉言：此法汤名不合。在太阳例中，不得以葛根名汤，大叛仲景之意。言表未解者，是太阳之病未解也。因下，伤脾中之阳，则利不止，肾气涣散无归，则胸中之气不得下达故喘。汗出者，微阳欲亡也，法宜术附参芪，回阳止泄。故纸、益智，收纳肾气，吸引胸中之气下行，而喘自止。葛根走阳明，犯太阳之所禁，不可用，且热证未见，何取芩、连，仲景必无此法。（引自《伤寒论汇注精华》）

朱肱：太阳病桂枝证医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也，喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之（正二十八）。大抵结促之脉，虽时一止为病脉，非死脉也。（《类证活人书》）

山田宗俊：太阳病，桂枝证，医反下之，续得下利。其脉缓者变为数，此为表不解，而里更虚也，谓之协热利，桂枝人参汤证也。夫因下之，而遂利不上，为脾胃虚寒所致，其脉当迟涩，今乃促急，故

为表分余热未解也。若下之之后，不复下利，喘而汗出无表证者，此为余热内攻上焦所致，与麻黄杏仁甘草石膏汤证略同。但彼汗出而喘，此因喘而汗出，彼以汗为主，此以喘为主，所以治法有异也。虽则有异，其为上焦之热，乃一也，故并用寒药，以清解上焦也。又按，汗出一证，有属表者，有属里者，此条虽首称桂枝证，今唯言汗出，而不及其他表证，可见此汗，非表不解之汗，而实为因喘之汗矣。乃知此证者，桂枝证下之后，余热攻胸中之候也。注家不察，并下利脉促表未解，以为一病而说之。非也，岂有表未解之病，舍桂枝而用芩连之理乎？果其言之是乎，则喘而汗出一句，当在利遂不止句下也，胡以也字别之乎，又胡特下一者字乎？据文绎义，其判为二证者，了然也。论中往往有此文法，不可不察也。按方有执、喻昌、张璐诸人，皆以此条为太阳兼阳明之病，盖为葛根汤治太阳阳明合病之文所误也。再按，下后表未解，而微喘者，乃四十三条，桂枝加厚朴杏子汤之所主也。（《伤寒论集成》）

唐宗海：太阳桂枝证而反下之，邪由肌腠而内陷于中土，故下利不止。脉促与喘汗者，内陷之邪欲从肌腠外出而不能出，涌于脉道，如疾行而蹶，为脉促。涌于华盖，肺主气而上喘，肺主皮毛而汗出。方主葛根从里以达于表，从下以腾于上，辅以芩、连之苦，苦以坚之，坚毛窍而止汗，坚肠胃以止泻。又辅以甘草之甘，妙得苦甘相合，与人参同味而同功，所以补中土而调脉道，真神方也。（《伤寒论浅注补正》）

吴坤安：因表未解，故用葛根，因喘汗而利，故用芩连之苦，以泄之坚之。邵评：本太阳桂枝证，法宜解表，而反下之，里虚邪入，阳重热利，表里俱热，症似虚而脉实，勿蹈盛盛之咎，用葛根之轻清以解肌，芩连苦寒以清里，甘草和中，喘除利止，表里俱解矣。又评：脉促者，数而时一止也，前条胸满脉促，是阳虚寒入，用桂枝去芍药，甚则加附子辛温药扶阳散寒。此条脉促，喘而汗出，是阳盛热入，用葛根芩连辛寒药，解肌清热，同见促脉。辨其阳虚阳盛，寒邪热邪，全在有力无力中分出，用药之寒温，如同冰炭，学者可不细心辨认乎。（《伤寒指掌》）

丹波元坚：有表未解，膈有热者何？如葛根黄芩黄连汤证是也。

此表未解，故汗出；热犯上焦，故喘（言喘而汗出，其汗似为喘而出。然推其病，恐不然）。且热势并及经下之胃，故利遂不止，所以不用桂者，恐碍里热也（此方移治滞下有表证，而未要攻下者，甚效。内台方议曰：又能治嗜酒之人热喘者。又千金：治夏月伤寒、四肢烦疼发热）。（《伤寒论述义》）

陆懋修：此言本太阳病之宜于辛温者，一经误下，则邪陷阳明之里。而又脉促，喘，汗，则尚有阳明之表。必以此汤两和其表里也。邪陷是实不是虚，所谓实者，即邪热也。故即当以辛凉解之。此汤乃仲景治温病之辛凉轻剂，可取以作阳明主方。（《〈伤寒论〉阳明病释》）

刘纯：内蕴热邪，有汗喘者，葛根黄芩黄连汤。（《伤寒治例》）

沈汉卿：秋温下陷，泄泻不止，欲作痢者，葛根黄芩黄连汤主之。痢有五色，各有病源，当分治之。痢色赤，或先白后赤，或赤多白少者，热痢也。经云：肠中热，便肠垢，即此症也，银楂芩连汤主之。痢色黄者，协热痢也，经云出黄如糜，即此症也，葛根黄芩黄连汤主之。（《重订温热经解》）

戴天章：鼻孔扇张有三：一痰壅于肺，气出入有声，喘咳、胸满、不渴，宜栝蒌、贝母、桑皮、苏子泻肺，肺气通自愈。一郁热于肺，气出入多热，有微表束其郁热，古人独主越婢汤，盖散其外束，清其内郁也，用于时疫中，以葛根易麻黄，或葛根黄芩黄连汤亦可。一肾气虚而上逆，气出入皆微，多死。此证必得之屡经汗、下，或兼多汗、心悸、耳聋，急宜大剂六味合生脉散加牛膝、枸杞，或可百救一、二。（《广瘟疫论》）

罗振湘：痢疾发热不休，微恶寒，或不恶寒，协热下利，赤白相间，日数十行，或腹痛，或小便赤，或有微汗，或呕者，宜葛根黄芩黄连汤。（《治痢南针》）

王旭高：温热、风温、湿温化火治法：温热、风温、湿温，大便泄者，此为热泄，葛根黄芩黄连汤。（《医学刍言》）

张锡纯：阳明病葛根黄连黄芩汤证：上所论二方，皆治太阳与阳明合病之方也。乃有其病原属太阳，误治之后，而又纯属阳明者，葛根黄芩黄连汤所主之病是也。《伤寒论》原文：太阳病桂枝证，医反

下之，利遂不止，脉促者，表未解也，喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之。促脉与结、代之脉皆不同，注疏诸家多谓，脉动速时一止者曰促。夫促脉虽多见于速脉之中，而实非止也。譬如，人之行路，行行且止，少停一步复行，是结、代也。又譬如人之奔驰，急急速走，路中偶遇不平，足下恒因有所龃龉，改其步武，而仍然奔驰不止，此促脉也。是以促脉多见于速脉中也。凡此等脉，多因外感之热内陷，促其脉之跳动加速，致脉管有所拥挤，偶现此象，名之为促，若有人催促之使然也。故方中重用芩、连，化其下陷之热，而即用葛根之清轻透表者，引其化而欲散之热尽达于外，则表里俱清矣。且喘为肺病，汗为心液，下陷之热既促脉之跳动改其常度，复迫心肺之阳外越，喘而且汗，由斯知方中芩、连，不但取其能清外感内陷之热，并善清心肺之热，而汗喘自愈也。况黄连性能厚肠，又为治下利之要药乎。若服药后，又有余热利不止者，宜治以拙拟滋阴宣解汤。（《医学衷中参西录》）

陆九芝：温热之与伤寒所异者，伤寒恶寒，温热不恶寒耳。恶寒为太阳主证，不恶寒为阳明主证，仲景于此分之最严。恶寒而无汗用麻黄，恶寒而有汗用桂枝，不恶寒而有汗且恶热者用葛根。阳明之葛根，即太阳之桂枝也，所以达表也。葛根黄连黄芩汤中之芩、连，即桂枝汤中之芍药也，所以安里也。桂枝协麻黄治恶寒之伤寒，葛根协芩、连治不恶寒之温热，其方为伤寒、温热之分途，任后人审其病之为寒为热而分用之。尤重在芩、连之苦，不独可降可泻，且合苦以坚之义，坚毛窍可以止汗，坚肠胃可以止利，所以葛根黄芩黄连汤又有下利不止之治，一方而表里兼清，此则药借病用，本不专为下利设也。乃后人视此方若舍下利一证外，更无他用者何也！用此方为阳明温热发表之药可为特识，然葛根发表力甚微，若遇证之无汗者，当加薄荷叶三钱，始能透表出汗，试观葛根汤治项背强几几无汗恶风者，必佐以麻、桂可知也。当仲景时薄荷尚未入药，前曾论之。究之清轻解肌之品，最宜于阳明经病之发表，且于温病初得者，不仅薄荷，若连翘、蝉蜕其性皆与薄荷相近，而当仲景时，于连翘止知用其根（即连翘赤小豆汤中之连翘）以利小便，而犹不知用连翘以发表。至于古人用蝉，但知用蚱蝉，是连其全身用之，而不知用其退有皮以达

皮之妙也。盖连翘若单用一两，能于十二小时中使周身不断微汗。若止用二三钱于有薄荷剂中，亦可使薄荷发汗之力绵长。至蝉蜕若单用三钱煎服，分毫不觉有发表之力，即可周身得微汗，且与连翘又皆为清表温疹之妙品以辅佐薄荷奏功，故因论薄荷而连类及之。

陈念祖：此汤仲景治桂枝症，医反下之，利遂不止，脉促，喘而汗出之症。今借治表邪未解，肠胃俱热之泻，甚效。按：君气质轻清之葛根，以解肌而止利；佐苦寒清肃之芩连，以止汗而除喘；又加甘草以和中，先煮葛根，后纳诸药。解肌之力缓，清中之气锐，又与补中逐邪者殊法矣。（《医学从众录》）

浅田宗伯：过酒后吐下或心下痛者，葛根黄芩黄连汤有效（按：《伤寒论》酒客病，不可与桂枝汤条。柯琴注云：仲景用方慎重如此，言外当知有葛芩连以解肌之法矣。偶与此符合）。（《先哲医话》）

丁甘仁：姑宜泄气分之伏邪，化阳明之垢浊，表里双解，通因通用之意。拟葛根黄芩黄连汤加味，解肌清温，苦化湿热。（《丁甘仁医案》）

孙采邻：身热泄泻危症，兼之面红口干，喜饮，腹痛，动辄汗出，神识模糊。虚中挟滞，表里俱病。恐其骤变，亟以退热止泻，以冀转机。用葛根黄芩黄连汤法加减之。（《竹亭医案》）

中

篇

临床研究

第一节 消化系统疾病

一、细菌性痢疾

细菌性痢疾简称菌痢，是由痢疾杆菌引起的以腹泻为主要症状的肠道传染病。多发于夏秋季节，常因饮食生冷或误食不洁之物损伤脾胃与肠腑而形成。主要临床表现为腹痛、下痢赤白脓血、里急后重。随着致病菌群的不断变化，耐药菌株的增长，给治疗带来一定的困难，特别是基层医院实验室条件差，无法做大便细菌培养及药敏试验，给用药带来了一定的困难。许多患者盲目滥用抗生素，而导致菌群失调，迁延不愈。

本病归属于“痢疾”、“肠癖”、“赤沃”、“注下赤白”等范畴。其病机主要为湿热疫毒之邪壅滞肠腑。秽浊之邪壅滞肠中，与肠中气血相搏，使肠道传化失司，脂膜血络受损，气血凝滞，腐败化为脓血而成痢疾。由于邪壅肠中，气血凝滞，脂络受损，腐败化为脓血，故见下痢赤白脓血；肠中有滞，肠腑气机不利，故腹痛，里急后重。正如清·沈金鳌《沈氏

尊生书·痢疾源流》中所说：“诸痢，暑湿病也，大抵痢之病根，皆由湿蒸热壅，以致气血凝滞，渐至肠胃之病。”清·雷丰《时病论·热痢》亦云：“热痢者，起于夏秋之交，热郁湿蒸，内于脾胃，脾不健运，胃不消导，热夹湿食，酝酿中州，而成滞下矣。”清·林佩琴在《类证治裁》中所言：“症由胃腑湿蒸热壅，致气血凝结，夹糟粕积滞，进入大小肠，倾刮脂液，化脓血下注，或痢白，痢红，痢瘀紫，痢五色，腹痛呕吐，口干尿涩，里急后重，气陷肛坠，因其闭滞不利，故亦名滞下也。”

【临床应用】

朱薇^[1]采用复方葛根芩连汤加减治疗急性菌痢，疗效满意。观察对象：西医诊断参照《实用内科学》制定的急性菌痢诊断标准，中医诊断、辨证分型参照《中药新药临床研究指导原则》关于痢疾的诊断标准。纳入中医辨证为表证未解、里热已盛之湿热痢，符合葛根芩连汤证，同时无明显脱水及不伴有其他全身疾病的患者共62例，随机分为治疗组32例，对照组30例。治疗方法：治疗组用复方葛根芩连汤加减治疗。基本方：葛根10g，黄芩10g，黄连6g，茯苓12g，泽泻15g，木香6g，马齿苋30g，金银花12g，甘草9g。加减：若热重者加寒水石10g，栀子10g；大便血多、属热重者加白头翁12g，秦皮9g；湿重者加车前子9g，厚朴15g；里急后重者加炒山楂15g，莱菔子10g。日1剂，水煎服，连服5天。对照组给予西药氟哌酸胶囊0.2g，日2次，口服，连用5天。两组均5天为1个疗程。治疗结果：治疗组治愈23例，好转6例，无效3例，总有效率90.63%；对照组治愈14例，好转6例，无效10例，总有效率66.67%，两组疗效比较，差异显著（ $P < 0.01$ ）。

刘守志^[2]比较葛根芩连口服液与香连丸治疗急性菌痢疗效。选择符合《传染病学》（5版教材）菌痢诊断条件，并且具备表证未解、里热已盛之证，同时无明显脱水及不伴有其他全身疾病的56例患者，分为观察组30例和对照组26例。大便培养出菌种：观察组和对照组弗氏痢疾杆菌分别为8例、6例，鲍氏痢疾杆菌分别为9例、7例，弗氏志贺杆菌分别为5例、4例，宋氏志贺杆菌分别为4例、6例，东内痢疾杆菌分别为4例、3例。2组性别、年龄、症状、菌种

方面均无显著差异 ($P > 0.05$)。治疗方法: 观察组用葛根芩连口服液, 每次 10ml, 每日 2 次; 对照组用香连丸, 每次 3g, 每日 2 次。2 组均为口服, 治疗期间均不同用其他抗菌药物及退热剂等。治疗结果: 观察组治愈率为 70.0%, 显效率为 93.3%, 有效率为 100%, 对照组分别为 65.4%、88.5%、96.2%。疗效虽均以观察组为优, 但组间比较均无显著性差异 ($P > 0.05$)。2 组主要临床表现的起效和恢复正常时间比较: 主要临床表现如发热、腹痛、里急后重、脓血便及腹部压痛等, 2 组治疗后全部病例均恢复正常, 但各项的起效时间和消失时间均以观察组为短, 且较对照组均有极显著差异 ($P < 0.01$)。

宋洪信等^[3]应用葛根芩连汤治疗细菌性痢疾 68 例。68 例中均有不同程度腹痛, 痢下赤白者 64 例, 里急后重者 66 例, 发热者 55 例。直肠镜检阳性者 65 例, 大便培养阳性者 46 例。治疗方法: 以葛根芩连汤为主方, 葛根 12g, 黄连 6g, 黄芩 6g, 甘草 4.5g, 随症加减。可常规加入木香 9g, 芍药 12g, 热重者加金银花; 腹痛甚者加赤芍; 赤多白少或纯赤者加地榆。水煎服, 先煎葛根 10min, 后纳入诸药, 每日 1 剂。治疗结果: 治愈 65 例 (95.6%), 好转 2 例 (2.9%), 无效 1 例 (1.5%)。平均退热时间 25.28h, 肉眼观察脓血便消失时间 2.58 天, 急性症状控制时间平均 3.2 天。

廖光法等^[4]应用葛根芩连汤加味保留灌肠治疗痢疾 52 例。药物组成: 葛根 30g, 黄芩 15g, 黄连 10g, 白头翁 30g, 苦参 20g。用清水将上药浸透煎 2 次, 分别取汁, 混合共 400ml, 分 2 次保留灌肠, 早晚各 1 次。导管插入深度约 20~25cm, 灌肠时臀部适当抬高, 使药液往内渗, 并尽量延长保留灌肠时间, 时间越长效果越佳, 7 天为一疗程。治疗结果: 本组经治疗后治愈 39 例, 症状消失, 实验室检查正常; 显效 9 例, 症状明显减轻, 粪便化验少许黏液及血液; 无效 4 例。治疗时间最长 3 个月, 最短为 3 天。

【病案举例】

陈某, 男性, 20 岁, 1999 年 8 月 20 日初诊, 患者 2 天前因饮食不洁, 当晚突发腹痛腹泻, 里急后重感, 大便呈脓血黏液样, 每日达十余次, 同时伴畏寒发热、头痛、乏力及恶心呕吐, 经肠道门诊确诊

为细菌性痢疾，给予葛根芩连汤加味灌肠治疗 5 天后症状消失。^[4]

按：保留灌肠使药液直接作用于病变部位，其有效成分不易被消化液破坏，吸收更完全。此法简便验廉，无并发症。

二、病毒性肠炎

病毒性肠炎也称非细菌性肠炎，是由病毒引起的肠黏膜呈弥漫性损伤的疾病。其主要通过污染的水源、食物传染，儿童、成人均可发病。病毒性肠炎一般在感染后 1~7 天发病，主要症状为呕吐，在持续 5~6h 后逐渐减轻或终止，幼儿持续时间可达数天。其中，部分患者伴有腹泻，呈水样。粪内无脓血，少数带黏液，半数患者有轻微腹痛，少数有腹水及发热。多数患者通过血常规与大便镜检可以确诊。目前，病毒性肠炎尚无特效药物，主要是对症治疗。

病毒性肠炎属中医学“泄泻”、“痢疾”范畴。临床多表现为排便次数增多，粪质稀薄，完谷不化，甚至泻下如水样。本病为湿邪内停，脾虚湿盛，运化失职，湿浊内生，混杂合污而下。病机关键在于脾胃功能障碍，治疗应以运脾化湿为原则。

【临床应用】

李中华等^[5]运用葛根黄芩黄连汤加味治疗病毒性肠炎 36 例。其中，有感冒病史者 21 例，饮食不节 9 例，糖尿病 6 例。基本用药：葛根 15~20g，黄芩 15g，黄连 10g，茯苓 15g，白芍 15g，车前子 10g，甘草 10g。加减：湿邪偏重，胸腹满闷，口不渴，或渴不欲饮，舌苔微黄厚腻，加苍术、厚朴、陈皮；挟食滞者，腹痞满，噎腐酸臭，不思饮食，舌苔垢浊或厚腻，脉滑，加神曲、麦芽、山楂；夏季自汗面垢，烦渴尿赤，酌加藿香、香薷、佩兰等。每剂水煎 2 次，分 4 次服用，早煎 300ml，早晨、中午每次 150ml，晚煎 300ml，晚饭前、临睡前各 150ml，口服 3~7 天。治疗结果：治愈 30 例，好转 6 例，总有效率 100%。

三、慢性结肠炎

慢性结肠炎是直肠和结肠一种原因未明的以炎性改变及功能紊乱为主的结肠疾病。主要临床表现是腹泻，黏液脓血便，腹痛和里急后

重，也有便秘或干稀交替出现，病程缠绵、反复发作。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。其病情轻重不一，常反复发作。本病侵犯的深度主要是黏膜和黏膜下层。

本病在祖国医学中属于“泄泻”范畴。其主要病变在脾胃与大小肠，其病因有感受外邪、饮食所伤、七情不和及肾阳虚衰等。本病在《内经》称为“濡泄”、“洞泄”、“飧泄”、“注泄”等，汉唐时代称为“下利”，宋代以后统称“泄泻”，亦有根据病因或病机而称为“暑泄”、“大肠泄”者。名称虽多，而都不离“泄泻”二字。《丹台玉案泄泻》篇曰：“泄泻者如水之泄也，势犹舒缓，泻者势以直下，微有不同，其病则一，故总名之曰：泄泻。”《景岳全书》泄泻篇曰：“泄泻……或为饮食所伤，或为时气所犯。”还有医家曰：“上则噤噤，下则便泄；厥气不和克制脾土。”《医宗必读》提出治泄九法，即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。

【临床应用】

齐国有等^[6]采用葛根芩连汤和白头翁汤、四神丸加减治疗慢性结肠炎 106 例，均为门诊患者。包括直肠癌 1 例，长期服用抗生素所致 10 例；男性患者 60 例，女性患者 46 例；年龄最大的 78 岁，最小的 30 岁；病程最长的 30 余年，最短的 1 年有余；而男性患者多数有吸烟、饮酒嗜好，有 80% 患者做过肠镜检查确诊。基本方：葛根、补骨脂各 15g，黄芩、秦皮、白头翁、五味子各 12g，黄连、生姜各 3g，黄柏 6g，煨肉豆蔻 9g，大枣 20g。上方合用随症加减，酌情定量。若腹痛加延胡索 20g；小腹坠胀加升麻以升提阳气；有黏液或脓血便加马齿苋 30g；气血虚加党参、制黄芪，增强补气和提高免疫功能；大便干燥加番泻叶。水煎至 160ml 左右，每天服 1 剂，分 3 次口服。病程较长的患者每 4h 服 1 次，10~15 天为 1 个疗程，两个疗程中间休息 4 天，4 天期间改用上方加减，水煎至 50ml 做保留灌肠，以晚间 8~9 点钟最好。治疗结果：治愈 96 例，好转 9 例，无效 1 例，总有效率为 99.06%。

【病案举例】

李某，女，49 岁。2001 年 2 月 10 日就诊，因患腹泻 10 余年，

影响生活和工作,腹胀腹痛,以左下腹为甚,每日稀便5~6次,不欲饮食,伴恶心呕吐,面色无华,乏力倦怠。四肢发凉,舌质淡苔薄白,脉沉有力。化验检查:黏液血便,红细胞、脓细胞。西医经肠镜检查诊断为慢性结肠炎。中医辨证分析证属脾肾阳虚,治以温阳健脾补肾,佐以解毒利湿,服用本方(葛根、补骨脂各15g,黄芩、秦皮、白头翁、五味子各12g,黄连、生姜各3g,黄柏6g,煨肉豆蔻9g,大枣20g)加减10余剂见效,继服20余剂治愈,半年后随访未复发。^[6]

按:本方以葛根芩连汤、白头翁汤合四神丸加减治疗。葛根芩连汤重在治疗呕吐腹泻,具有较强的抗炎作用;四神丸(即:补骨脂、五味子、吴茱萸、煨肉豆蔻、生姜、大枣)重在温肾暖脾,固肠止泻;白头翁汤善清血分之热,黄连、黄柏、秦皮能清热解毒燥湿,凉血止痢。全方体现了治泻九法,故取得了满意疗效。

四、放射性结肠炎

放射性结肠炎是由于腹部接受放疗而引起的大肠肠壁炎症性疾病。肠上皮是快更新组织和放射早反应组织,放疗开始1~2周后,随着照射量的逐渐增加,肠黏膜可发生充血、水肿,血管通透性增加,使体液漏入肠腔。常规照射4~5周,肠上皮细胞损伤坏死而进行性大量丢失,吸收功能逐渐降低,肠蠕动增强和痉挛,表现为肠鸣音亢进、腹痛和水样便腹泻,甚至血便、里急后重等。

本病归于中医学“泄泻”范畴。中医学认为本病当属热毒灼伤肠腑,肠道传化失司,清浊不分,湿邪下趋,总病机为热毒湿浊。湿热侵袭大肠,气机壅阻,腑气不通则腹痛、里急后重;热灼肠道,脂络损伤,血腐为脓则排黏液便;热迫大肠则大便次数增多。

【临床应用】

李学章等^[7]应用葛根芩连汤加减治疗放射性直肠炎21例。其中,男8例,女13例;年龄最大74岁,最小35岁,平均59岁;前列腺癌2例,子宫颈癌11例,直肠癌4例,膀胱癌3例,外阴癌1例。临床表现为大便泄泻或不爽,腹痛,里急后重,黏液便等。直肠镜检查可见直肠黏膜充血水肿,甚至有浅表性溃疡。治疗以葛根芩连汤为

基础方，其组成：葛根、黄芩、黄连、炙甘草。日1剂，水煎服。加减：腹痛腹胀甚者，加白芍、木香、槟榔；里急后重为主者，加白芍、当归、木香、槟榔；水泻者，去黄芩、黄连，加莲子肉、茯苓、薏苡仁、白扁豆；厌食、恶心者，加半夏、陈皮、生姜、山楂；尿急尿频者，加小蓟、车前子、篇蓄、瞿麦、甘草梢、木通；溃疡者，加仙鹤草、姜炭、地榆、茜草。6天为1个疗程。服用3个疗程评定疗效。治疗结果：21例中，治愈12例，好转8例，无效1例，总有效率95.12%。治愈12例中，1个疗程治愈2例，2个疗程7例，3个疗程3例。

柳玉美等^[8]采用葛根芩连汤加减治疗放射性直肠炎32例，年龄30~78岁，皆为女性，其中子宫内膜癌21例，宫颈癌7例，膀胱癌3例，右侧阔韧带平滑肌肉瘤1例。放射性直肠炎诊断以有放疗史结合腹泻、便血、黏液便和里急后重等症状及X线钡剂检查证实。药物组成：葛根30g，黄芩15g，黄连10g，白头翁30g，茯苓15g，薏苡仁30g，甘草6g。水煎服，日1剂，早晚分服。兼恶心、呕吐者加生姜、半夏降逆止呕；挟食滞者加山楂、神曲以消食；腹痛者加木香、白芍以行气缓急止痛；气虚体弱、纳呆者加党参、黄芪，去白头翁或减量。治疗结果：治愈22例，显效7例，好转3例，总有效率100%。

【病案举例】

1. 患者，女，63岁，1995年8月17日初诊。宫颈癌放疗后，出现发热，腹泻。刻下：体温38.5℃，腹痛而胀，便下赤白黏液，里急后重，厌食恶心，口干而渴，苔黄，脉数。结肠镜检查：宫颈水平附近的直肠前壁黏膜充血水肿，有3处绿豆粒大小的浅表溃疡面。大便常规：有少许红细胞、脓细胞及脱落的坏死组织。证属大肠湿热，治以清利大肠湿热。方用葛根芩连汤加味：葛根15g，黄芩10g，黄连6g，半夏10g，陈皮6g，竹茹10g，仙鹤草15g，茜草10g，地榆12g，木香10g，姜炭6g，生姜12g，甘草5g。3剂体温正常，厌食、恶心消除。治疗1个疗程无里急后重感，2个疗程大便日1次，成形黄便，诸症皆除。结肠镜检查：黏膜淡红，无充血水肿，溃疡愈合，恢复放疗。^[7]

2. 女, 73 岁, 2002 年 5 月 8 日就诊。患子宫内腺癌术后 1 年, 阴道不规则流血 7 天, 来我院经 CT、彩超检查诊断为术后复发。行盆腔前后放疗, 面积 $15\text{cm} \times 18\text{cm}$, 放疗 8 次后, 患者即出现稀便, 日 3~4 次。放疗 13 次后, 症状加重, 大便日 10 余次, 呈稀水样, 伴腹痛, 纳呆, 小便黄, 舌红苔薄黄, 脉数。钡剂灌肠示结肠黏膜呈细小的锯齿样边缘, 皱襞不规则, 肠壁僵硬或痉挛。诊断为放射性直肠炎。辨证为湿热毒邪蕴结肠道, 传化失司。方选葛根芩连汤加减: 葛根 30g, 黄芩 15g, 黄连 10g, 白头翁 15g, 茯苓 15g, 薏苡仁 30g, 木香 10g, 白芍 15g, 焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 15g, 甘草 6g。水煎服, 日 1 剂。服用 1 剂, 腹泻由水样转成稀便, 随服药增加便次减少, 服药 6 剂, 便次日 2~3 次, 仍予原方, 日 1 剂, 早晚分服伴随至放疗结束。随访至今, 腹泻未再复发。^[8]

五、上消化道出血

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。这是常见的危重急症, 病死率高达 8%~13.7%。

本病归属于中医学“吐血”、“血脱”的范畴。《灵枢·决气》: “血脱者, 色白, 天然不泽。”《杂病源流犀烛·诸血源流》: “脱血, 冲脉病也。”《灵枢》曰: “冲脉为血之海。血海不足, 则身少血色, 面无精光, 是名血脱。”大出血时, 突然出现面色苍白, 四肢厥冷, 大汗淋漓, 甚至晕厥, 舌淡, 脉微欲绝, 或芤, 或浮大而散。由于气血相互依存, 当血液大量亡失之时, 则气无所依, 乃随之外脱。气脱阳亡, 不能上荣于面, 故面色苍白; 不能温煦四末, 故手足厥冷; 不能温固肌表, 故见大汗淋漓; 神随气散, 神无所主, 故晕厥。舌淡, 脉微欲绝, 或芤, 或浮大而散皆为失血亡阳气脱之象。

【临床应用】

王致道等^[9]应用葛根芩连汤加味治疗上消化道出血 (脾胃湿热

型) 80 例, 并与大黄粉治疗 41 例作对照, 共 121 例。其中, 男 79 例, 女 42 例; 年龄 19 ~ 62 岁, 平均 38 岁; 住院患者 107 例, 门诊患者 14 例。诊断以柏油样大便、大便隐血试验阳性 (或呕吐咖啡样胃内容物) 为依据, 排除因饮食所致的假阳性, 并以有中焦脾胃湿热征象者为观察对象。全部病例出血前或后均查过内镜: 胃及十二指肠溃疡者 51 例, 溃疡并慢性胃炎者 52 例, 慢性浅表性胃炎者 6 例, 溃疡病术后残胃炎及吻合口溃疡者 5 例, 药物性胃出血者 5 例, 胃痛者 2 例。血红蛋白 60g/L 以下者 12 例, 61 ~ 90g/L 者 47 例, 91 ~ 120g/L 者 44 例, 121g/L 以上者 18 例。葛根芩连汤组处方: 葛根 15g, 黄芩 10g, 黄连 6g, 地榆炭 30g, 干姜 2 ~ 3g, 木香 5g, 白芍 15g。1 剂/天, 水 700ml 煎至 350ml, 分 2 次冷服。大黄粉组处方: 大黄粉每次 3g, 3 次/天, 冷开水调服。两组均酌情配以补液、输血等对症治疗。36h 内未见转机者加用止血药等划归无效病例, 少数重度出血患者, 病势凶险, 就诊时即给予西药止血等对症治疗而获效者不包括在本观察内。结果示: 有效病例中, 葛根芩连汤加味组大便隐血转阴时间 1.8 ~ 16 天, 平均为 5 天; 大黄粉组大便隐血转阴最快者为 2.5 天, 最慢者为 17.5 天, 平均 6 天, 按国家中医药管理局医政司的评判标准, 总有效率前者为 81.3%; 后者为 53.7% ($P < 0.05$)。

按: 葛根芩连汤加减治疗急性上消化道出血 (脾胃湿热型), 优势在于疗效确切, 且无毒性及不良反应, 劣势在于剂型的局限使给药途径单一, 对一些出血来势凶险, 往往失去用药机会。

六、伪膜性肠炎

伪膜性肠炎是主要发生于结肠的急性黏膜坏死性炎症, 并覆有伪膜。多见于应用抗生素之后, 为医源性并发症。本病发病年龄多在 50 ~ 59 岁, 女性稍多于男性。起病大多急骤, 病情轻者仅有轻度腹泻, 重者可呈暴发型, 病情进展迅速。病情严重者可致死。

近年研究证实, 伪膜性肠炎患者粪中分离出的难辨梭状芽孢杆菌, 能产生具细胞毒作用的毒素和肠毒作用的毒素, 其中前者是伪膜性肠炎的重要致病因素。这些毒素均可使仓鼠发生致死性回盲肠炎。



毒素可造成局部肠黏膜血管壁通透性增加,致使组织缺血坏死,并刺激黏液分泌,与炎性细胞等形成伪膜。在健康人群的粪便中,难辨梭状芽孢杆菌阳性率5%,住院患者携带率约13%,无症状的克罗恩病患者约8%,在50%新生儿及15%~40%的婴儿粪中,虽可分离出此菌,甚至可有毒素产生,但并无致病作用。广谱抗生素应用之后,特别是林可霉素、氯林可霉素、氨苄青霉素、羟氨苄青霉素等的应用,抑制了肠道内的正常菌群,使难辨梭状芽孢杆菌得以迅速繁殖并产生毒素而致病。本病还可发生于抗病能力和免疫能力极度低下,或因病情需要而接受抗生素治疗的患者。如各种大手术后,特别是胃肠道肿瘤手术后,以及其他患有严重疾病如肠恶性肿瘤、尿毒症、糖尿病、心力衰竭、败血症等患者,因机体的内环境发生变化,肠道菌群失调,有利于难辨梭状芽孢杆菌繁殖而致病。

本病归属于中医学“泄泻”范畴,证属湿热夹毒,其主要病机为暑湿外感,化热入营,毒热炽盛,欲犯心包,湿热中阻,清浊不分,以致泄泻无度;脾虚湿盛,清浊不分;脾肾虚衰,阳虚欲脱;脾阳受损,运化失职,升降失常。

【临床应用】

秦立伟^[10]采用葛根芩连汤加味治疗伪膜性肠炎患者40例。其中男性18例,女性22例,年龄35~72岁。应用抗生素3~10天后发生腹泻、腹痛、恶心、呕吐、发热,排除痢疾溃疡性结肠炎、克罗恩病等。诊断标准:根据用药史、临床表现,结合结肠镜、大便培养,明确诊断为伪膜性肠炎。中医辨证标准:根据《中医病症诊断疗效标准》,诊断为泄泻(肠道湿热证)。治法以清热利湿、解毒为主。基本方:葛根20g,黄芩10g,黄连10g,甘草10g,白及10g,红藤15g,湿邪偏重加薏苡仁20g,厚朴10g;食滞者加神曲10g,山楂10g,麦芽10g;发热、头痛加金银花12g;连翘10g。每日1剂,取汁300ml,分2次口服。结果总有效率95%,疗效显著。

【病案举例】

王某,女,60岁,因为上呼吸道感染静脉滴注林可霉素,4天后出现腹泻,腹痛,恶心,呕吐,发热,舌苔黄腻,脉滑数。中医诊断:泄泻(湿热夹毒)。纤维结肠镜:伪膜性肠炎。大便培养:难辨

梭形芽孢杆菌生长。患者拒绝西药，应用中药清热利湿、解毒，以葛根芩连汤加味。处方：葛根 10g，黄芩 10g，黄连 10g，甘草 10g，白及 10g，红藤 15g，金银花 15g，连翘 10g，日 1 剂，水煎服，分 2 次口服。1 周后症状消失。复查结肠镜：肠黏膜正常。^[10]

七、肠易激综合征

肠易激综合征（IBS）是一种发病原因不明的常见肠道功能性疾病，以肠道平滑肌功能紊乱为主要表现的全身性多因素疾病。发病多为 20~50 岁，女多于男，约 2:1。在临床上表现为腹泻、腹痛或腹胀，一般与精神、饮食、胃肠道动力障碍及免疫力等因素有关。近年来临床上进行了大量的研究，许多临床资料表明钙离子拮抗剂治疗 IBS 有较明显的效果。

中医学认为，肠易激综合征属“肠郁”、“气腹痛”、“脾约”、“久泻”等范畴，其发生与情志失调、饮食不节、劳倦体虚、感受外邪等因素有关，尤与情志失调关系密切。1997 年颁布的国家标准《中医临床诊疗术语》中“肠郁”一病，即指因情志不舒、气机郁滞，使肠道运化失常，以腹痛、腹泻或便秘为常见表现的郁病类脾胃疾病，符合肠易激综合征的主要临床特征。本病病症虽在肠腑，却与肝、脾关系最为密切。肝郁失疏、饮食失调、体弱劳倦、感受外邪等，均可导致肝脾失和、热郁气滞、湿热夹滞等，肠腑失调而发为本病。肝主疏泄，郁怒忧思过度，导致肝失疏泄、气机不畅，甚至气滞血瘀，络脉不通而腹痛；肝气郁结，横逆乘脾，运化失常可见泄泻；脾运失健，敷布失常，湿邪蕴结肠腑，可见黏液便；气机阻滞，肠失通降可见大便秘结；肝脾不调，升降失常，肠腑传导失司，则腹泻与便秘交替。脾主运化，饮食劳倦最易伤脾。长期贪凉饮冷，脾阳受损，寒凝气滞则腹胀腹痛；脾运失权，水谷不化精微而反为湿滞，清浊不分，混杂而下，泄泻乃作。嗜好烟酒或嗜食辛辣肥甘，痰热中困，运化失常而腹胀腹痛、泄泻、大便不畅；或胃肠积热，伤津化燥，肠失濡润，通降失司而便秘。“劳倦生脾火”，耗阴伤津，脾虚血少，不能下润肠腑，腑气滞涩则腹胀便秘。六气偏盛皆能伤脾，禀赋不足、后天失调或病后体虚之人，更易感受外

邪而伤脾。阳虚气弱之体，每遇气候变化，感受风寒暑湿而为病，腹胀腹痛、肠鸣泄泻；阴虚内热之体，则每易感受燥热之邪而便秘腹胀，甚至腹痛。

【临床应用】

程彬彬^[11]报道谢昌仁辨治肠易激综合征的经验。对于先天禀赋不足、后天失于调养，症见病后脾胃虚弱之人，每因气候变化或饮食稍有不慎，则腹痛便溏，脘腹怕冷，易倦乏力，舌淡苔白，脉濡，方用参苓白术散加减。药用：太子参 12g，茯苓 12g，炒白术 10g，炒薏苡仁 12g，砂仁 2g，扁豆衣 12g，陈皮 6g，炙甘草 4g，山药 12g，谷芽、麦芽各 12g。湿热为病，加葛根芩连汤和芍药甘草汤；感受外因、不内外因而发病者，感受暑湿或四时不正之气兼有食滞，均可用不换金正气散加减；寒湿偏胜，加连苏饮和二陈汤；有黏液便、肛门重坠者，可加黄连 3g，木香 6g，地榆炭 12g，槐花炭 12g。

刘清等^[12]应用葛根芩连微丸与硝苯吡啶对照治疗肠易激综合征。门诊及住院患者 77 例，其中男性 28 例，女性 49 例；年龄在 20~50 岁之间，平均年龄为 37 岁；病程 1.5~6 年，平均 3.5 年；临床症状均以腹泻为主要表现，1 日 2~4 次。其中单纯性腹泻 53 例 (88.33%)，腹泻并腹痛 8 例 (13.33%)，腹泻并腹胀 16 例 (26.67%)。全部病例经检查均无器质性肠道疾病，严格按照 1986 年全国慢性腹泻学术讨论会制定的我国“肠易激综合征临床诊断参考标准”选取病例。将上述病例随机分为两组，并停用所有抗生素及抗抑郁药治疗。两组症状经统计学处理，无显著性差异。治疗组口服葛根芩连微丸，每次 3g，每日 3 次；对照组口服硝苯吡啶，每次 5mg，日 3 次。3 周为一疗程，1 个疗程后判断治疗效果。结果：治疗组 41 例，治愈 25 例，有效 13 例，无效 3 例，总有效率 92.7%；对照组 36 例，治愈 15 例，有效 11 例，无效 10 例，总有效率 72.2%。两者比较，有显著性差异 ($P < 0.05$)。两组均未出现不良反应。

按：研究中发现，葛根芩连微丸的治疗效果在服药的第 2 周开始显现，无毒性及不良反应，治愈率高。

八、五更泻

五更泻又称晨泻，发于黎明，以晨起即泻为特征，其泻势急迫，刻不容缓，泻下如注，顷刻而毕。一般认为由肾阳虚衰，脾阳失煦而致，故又称为肾泻。自宋代以来认为久泻伤阳，病及于先天之本肾，肾阳命火不足，不能助脾腐熟水谷，以致黎明五更泄泻。

【临床应用】

苏楠等^[13]采用葛根芩连汤合痛泻要方治疗五更泻 80 例。年龄最大 70 岁，最小 25 岁，其中 25~35 岁 20 例，36~50 岁 37 例，50 岁以上 23 例；病程 <15 天者 7 例，15 天~1 个月者 19 例，1 个月以上者 54 例。患者均表现为晨起腹泻，大便稀糊样，泻势甚急，泻后痛减。治以疏调木土，以泻肝热。予葛根芩连汤合痛泻要方加减：陈皮 10g，防风 6g，白芍 10g，葛根 10g，黄芩 10g，黄连 3g，荆芥炭 10g，灶心土 30g，焦三仙各 10g。加减：湿邪较重者加冬瓜皮 30g，猪苓 10g，茯苓 20g；中脘痞满、纳谷不香者加白蔻仁 6g，蝉蜕 6g，姜黄 10g，僵蚕 6g。用法：1 剂/天，水煎 2 次，取汁 800ml，分 3~4 次温服。治疗结果：本组 80 例中，痊愈 54 例，有效 18 例，无效 8 例，总有效率为 90%。

【病案举例】

患者，男，53 岁，1998 年 5 月 7 日就诊。患者晨起即泻 1 年余，曾服四神丸、附子理中丸、参苓白术散等药治疗均无效。其症晨起即泄，泻势甚急，有刻不容缓之感，偶感肛门灼热，并伴有中脘痞满，心烦急躁，夜寐梦多，舌红苔白厚腻，脉弦滑而数。诊为泄泻，证属肝胆郁热，木郁克土。治则：疏调木土，以泻肝热。方药：葛根芩连汤合痛泻要方加减，服 5 剂，煎服法同前述。5 月 12 日复诊：晨泻已止，大便成形，仍有中脘痞满，夜寐梦多，脉弦滑，苔白腻，守上方加白蔻仁 6g，僵蚕 10g，茯苓 10g，猪苓 10g，服 3 剂，用法同前。5 月 15 日三诊：大便正常，睡眠好，病告痊愈。^[13]

九、消化道肿瘤所致腹泻

腹泻是肿瘤的一种常见临床症状，多为伴随症状，但也有以腹泻

为首发或突出表现。据报道有 10% 的进展期癌患者发生急、慢性腹泻。消化道肿瘤是肿瘤相关性慢性腹泻的主要病因，少数消化系统以外脏器的肿瘤如某些具有神经内分泌特征的肿瘤亦可引起慢性腹泻。恶性肿瘤的手术治疗和放化疗等造成消化道结构和功能改变、肠道菌群紊乱和免疫抑制等常常导致急、慢性腹泻。严重腹泻影响患者完成全程治疗，增加医疗费用，降低生活质量，甚至危及生命。

【病案举例】

陈某，男，72 岁。患者因感上腹胀满不适，轻度胀气，做磁共振成像（MRT）提示肝内多发性占位，考虑肝癌，肝内转移，脾占位（考虑转移）。经院专家组会诊，认为患者肝内多发性占位，病变广泛，肝功能差，伽玛刀治疗指征不明确，应首选综合治疗（化疗及免疫支持治疗），患者在行化疗治疗过程中，肝功能异常，低蛋白血症，要求中医配合治疗。会诊时见患者神差，消瘦，巩膜中度黄染，畏寒，不发热，口干不喜饮，口苦等。饮食不佳，右胁胀满不适，小便黄赤，量少，一天前出现频繁腹泻，为稀水样便，色黄，每日 10 次，舌质红，苔黄厚乏津，脉滑数。辨证属湿热毒邪蕴结，加之采用化疗药物，系火毒之邪损伤脾胃。治则应清化湿热，健脾止泻，故给予葛根芩连汤加味治疗。处方：葛根 15g，黄芩 12g，黄连 10g，马齿苋 30g，虎杖 15g，薏苡仁 20g，芡实 12g，陈皮 10g，赤石脂 15g，茯苓 15g，白术 15g，木通 15g，党参 30g，半枝莲 30g，白花蛇舌草 30g，车前草 30g，山楂、神曲各 15g，甘草 5g。服上方 3 剂后，腹泻明显缓解，每日解稀软便 2~3 次。^[14]

按：患者系消化道晚期肿瘤患者，加之使用化疗药物，而使正气亏虚尤甚，以脾胃虚弱为主，故患者出现严重腹泻。但仔细辨别，患者除有皮肤巩膜黄染、口苦、小便黄、大便次数增多外，腹泻时间较短，仅 1 天，还有舌质红，苔黄厚腻，脉滑数等湿热蕴结之征，故用葛根芩连汤方能收效。

十、溃疡性结肠炎

慢性溃疡性结肠炎（UC），亦称为慢性非特异性结肠炎，是一种病因未明的结肠黏膜病变。主要累及直肠黏膜、乙状结肠黏膜，也可

逆行向上扩展至左半、右半结肠甚至全结肠和末端回肠。任何年龄均可发病，多见于青壮年，亦可见于儿童及老年人，男女比例无明显差别。其病程迁延，症状反复，甚至有可能并发癌肿。治疗上比较困难，现代医学多采用柳氮磺胺吡啶加皮质激素口服，或局部应用氨基水杨酸类、叶酸、类固醇制剂保留灌肠。虽然疗效快，但多不巩固，易复发，且可出现恶心、呕吐、药疹、白细胞减少等不良反应。

本病属于中医学“泄泻”、“痢疾”范畴。患病大多因饮食生冷、油腻、不洁和不易消化食物，感受风寒暑湿外邪，情志失调，脾胃虚弱，肾阳虚衰等。湿热互结，壅滞肠中，气血搏结，使肠道传导失常，脉络受伤，是其发病根本机制，或日久化热，表现脓血便，或因腑气不通，不通则痛故见腹痛，里急后重。采用中药治疗，疗效持续时间长，复发率明显低于西药治疗。本病饮食调护非常重要，应鼓励患者进高糖、高蛋白、高维生素饮食，限制或避免牛奶制品，止泻剂与抗胆碱药物应尽量少用，以防中毒性巨结肠等并发症发生。《杂病源流犀烛》：“风寒热虚，虽皆能为病，苟脾强无湿四者均不得而干之，何自成泄，是泄虽有风、寒、热、虚之不同，要未有不原于湿者也。”湿邪最易夹杂热邪侵及胃肠道。可见湿热之邪在溃疡性结肠炎发病过程中起着重要作用。

【临床应用】

于世杰^[15]运用葛根芩连汤加味治疗溃疡性结肠炎患者 28 例。其中，男性 18 例，女性 10 例；年龄最小 21 岁，最大 70 岁；病程在 1~5 年不等，均有腹泻、腹痛、大便为黏液脓血样，所有病例均经纤维结肠镜及大便常规检查确诊为溃疡性结肠炎。基础方：葛根 20g，黄芩 15g，黄连 10g，生甘草 5g，白及 15g，生地榆 15g，木香 10g。腹痛甚者加延胡索 15g，川楝子 15g；泄泻剧者加白头翁 20g，诃子 10g；病久身体虚弱，神疲乏力加党参 20g，黄芪 20g。每日 1 剂，水煎取汁 200ml，分 2 次口服，3 周为一疗程，服药 1~2 个疗程后观察疗效。疗效标准如下，临床治愈：自觉症状消失，大便常规检查阴性，纤维结肠镜检查黏膜溃疡、水肿、充血消失，病情 1 年以上无复发；好转：腹痛、腹泻、里急后重黏液脓血便仍时有可见，大便常规检查红细胞（+），黏液（+），纤维结肠镜检查黏膜溃疡、水

肿、充血等明显好转；无效：临床症状、纤维结肠镜及大便常规检查均未见改善。治疗结果：28 例中，痊愈 16 例（56.7%），好转 9 例（32.1%），无效 3 例（11.2%），总有效率达 89.2%。

饶军福^[16]以葛根芩连汤加味治疗慢性溃疡性结肠炎，多获满意疗效。

刘宝驹等^[17]采用葛根芩连汤保留灌肠治疗本病 65 例。基本方：葛根芩连汤（黄芩、黄连、葛根各 20g），煎成浓缩液 200ml，保留灌肠，每晚 1 次，15 日为一疗程。患者用药期间停用其他治疗 UC 和影响免疫指标的药物。予以补充液体和能量等支持治疗。所有患者治疗后行结肠镜复查，治疗前后检测血常规、尿常规、大便常规加隐血试验、肝肾功能、免疫球蛋白，以观察药物的疗效和不良反应。经治疗 2 个疗程，轻度 UC 治愈 35 例，有效 7 例，无效 5 例；中度 UC 治愈 7 例，有效 5 例，无效 6 例。不良反应：3 例有轻度头晕，5 例有轻度恶心，上腹不适，1 例有轻度肢端感觉障碍，没有病例因不良反应影响治疗。

袁勇等^[18]以葛根芩连汤加蒲公英灌肠治疗本病，疗效满意。113 例溃疡性结肠炎患者随机分为治疗组（60 例）和对照组（53 例）。治疗组基本方药组成：蒲公英 45g，葛根 20g，黄芩 20g，黄连 10g。灌肠液制备及灌肠方法：上药加水煎后用双层纱布过滤去渣，再回锅浓缩至 200ml，治疗时加温到 35~36℃，根据病情每次取上述灌肠液 150~200ml。晚睡前保留灌肠，治疗前嘱咐患者排出大小便，取侧卧位，治疗后嘱患者取正卧位，尽量保留灌肠液 1h 左右，9 天为一疗程，共治疗 3 个疗程。对照组：柳氮磺胺吡啶 1.0g/次，3 次/天，共 45 天。治疗结果：治疗组 60 例患者，经治疗后痊愈 20 例，好转 34 例，无效 6 例，总有效率为 90%；对照组 53 例患者，经治疗后痊愈 12 例，好转 28 例，无效 13 例，总有效率为 75.5%。两组数据经统计学处理，治疗组疗效优于对照组（ $P < 0.05$ ）。

魏利平^[19]运用痛泻要方合葛根芩连汤加味治疗本病 45 例，均经纤维结肠镜及大便常规检查确诊为溃疡性结肠炎。治疗基础方：防风 15g，白芍 20g，白术 20g，陈皮 15g，葛根 15g，黄芩 15g，黄连 10g，苍术 15g，血余炭 10g，生地榆 15g，木香 10g，生甘草 5g。腹痛甚

者，加延胡索 15g，乌药 15g，川楝子 15g；大便溏、黏液多者，加白扁豆 20g，败酱草 20g，秦皮 20g；坠胀不适者，加青皮 15g，槟榔 15g；泄泻剧者，加秦皮 20g，诃子 10g；病久体虚，神疲乏力者，加党参 20g，黄芪 20g。每日 1 剂，水煎取汁 200ml，分 2 次口服，10 天为一疗程，服药 2~3 疗程后观察疗效。治疗结果：痊愈 31 例，好转 10 例，无效 4 例，总有效率 91.0%。

李德和等^[20]运用中医辨证治疗慢性溃疡性结肠炎，以大便性状、腹痛情况、舌苔、脉象为辨证要点。其中，便下脓血多，为湿热；便下清水黏液多，为湿盛；腹痛剧烈，便后痛减，多为实证；腹痛隐隐，喜暖喜按，多为虚证、寒证；舌质红，苔黄腻，多为湿热；舌质淡，苔白腻，多为湿盛；舌质红，少苔或无苔，多为阴伤；腹胀肠鸣，抑郁不舒，多为气滞；腹胀噎腐，泻下臭秽，多为食积；腹痛如刺，或痛处固定，舌质紫，多为血瘀。湿热郁结证症见：腹痛，便下脓血，里急后重，大便溏滞不爽，或肛门灼热，口干喜饮，口苦尿黄，舌红，苔黄腻，脉濡数。治宜清热利湿，凉血解毒。方选葛根芩连汤加减。药用：生地榆 30g，酒制大黄 10g，黄连 10g，木香 10g，当归 10g，败酱草 30g，赤芍、白芍各 12g，秦艽 10g，仙鹤草 20g，葛根 15g，黄芩 12g。

【病案举例】

1. 刘某，男性，46 岁。2000 年 9 月 7 日初诊。主诉腹痛，腹泻，里急后重 2 年，常伴有肛门灼热，口干口渴，病情严重时黏液脓血便。舌质红，苔黄腻，脉滑略数，曾自服抗生素及健脾丸等疗效不显，本次来诊大便常规检查：外观黏液，红细胞 10~15 个/HP，白细胞 8~10 个/HP，大便潜血阳性。纤维结肠镜提示：溃疡性结肠炎，其镜下可见直肠、乙状结肠黏膜水肿充血、糜烂，且有多处不规则溃疡。患者发病正处夏、秋之交，湿热主令，湿热互结伤及肠胃，肠道传化失常而为病，治宜清利湿热。投以葛根芩连汤加味，另加延胡索 15g，川楝子 15g，诃子 10g。服药 14 剂后大便由原来每日 6~8 次减为 2~3 次，腹痛、黏液便减轻，30 剂时临床症状基本消失，大便成形。大便检查：外观黄软，红细胞（-），白细胞（-），潜血试验（-）。为巩固疗效，上方减诃子加黄芪 20g，继服 21 剂后，诸

症悉平,3个月后复查纤维结肠镜提示肠黏膜水肿、充血糜烂、溃疡均消失,随访至今未见复发。^[15]

2. 唐某,男,43岁。2000年4月7日初诊。主诉:反复左下腹隐痛,痛时欲便,便后痛减,大便稀溏,有黏液,每日4~6次,伴有肛门坠胀,便后肛门灼痛2年,病情严重时黏液血便,舌质红,苔黄腻,脉滑略数。曾自服抗生素及补脾益肠丸等疗效不显。本次大便常规检查:外观有黏液,红细胞8~15个/HP,白细胞5~10个/HP,大便潜血阳性。纤维结肠镜检查:直肠、乙状结肠黏膜充血水肿、糜烂,有多处不规则溃疡,提示溃疡性结肠炎。属肝郁脾虚,湿蕴胃肠,治宜利湿健脾,疏肝理气,方用痛泻要方合葛根芩连汤加味,另加延胡索15g,川楝子15g,乌药15g,诃子10g。服药10剂后,大便由原来每日4~6次减为2~3次,腹痛消失、黏液便减轻。20剂后,临床症状基本消失,大便成形。便检:外观黄软,红细胞(-),白细胞(-),潜血试验(-)。为巩固疗效,上方减诃子加黄芪20g,党参20g,白扁豆20g。再服15剂后,诸症悉平,3个月后复查,纤维结肠镜提示肠黏膜充血水肿、糜烂、溃疡消失。随访至今未见复发。^[19]

3. 于某,女,43岁,干部。2004年03月2日初诊。主诉:大便带黏液及血液40日。曾用西药硫氮磺胺、庆大霉素、思密达、云南白药保留灌肠15日,并口服硫氮磺胺、丽珠肠乐,症状稍缓解,停药5日后又作。现大便每日8次,多有黏液及血液,两侧腹痛明显,骶尾部有坠胀感,小腹有烧灼感,纳可,苔黄,脉弦滑。化验大便常规:浅红色黏液便,白细胞5~7个/HP,红细胞10~15个/HP。结肠镜检查:距肛缘20cm以下黏膜片状充血,潮红,距肛缘12cm以下黏膜糜烂,其上方可见点状及小片溃疡。西医诊断:溃疡性结肠炎。中医诊断:肠癖。治宜清湿热凉血,化瘀导滞。方用葛根芩连汤合当归赤小豆散加减。药物组成:黄芩10g,黄连10g,葛根10g,白芍10g,枳实15g,木香10g,马齿苋30g,生薏苡仁30g,生地榆15g,当归12g,赤小豆15g,甘草6g。7剂,每日1剂,水煎服。二诊,结肠镜检查:距肛缘12cm以下黏膜稍发红,无出血及溃疡。自觉大便无脓血,每日1次,小腹下坠感减轻,腰骶部有酸胀,两侧少

腹痛，化验大便常规正常，苔黄脉弦。原方加赤小豆至 30g，白芍增至 15g，连服 7 剂，治愈。^[21]

十一、放射性直肠炎

放射性直肠炎是盆腔部肿瘤放射治疗中常见的并发症。症状表现为直肠流血，为鲜红或暗红色，多在排便时流出，一般是少量出血，偶尔大量出血。破溃后有坏死组织脱落排出，有臭味，肛门直肠部酸痛或灼痛，以后因括约肌受刺激而出现里急后重。放射治疗是盆腔部恶性肿瘤的主要治疗手段。放射性直肠炎给患者带来痛苦，严重者影响患者的继续放疗，造成治疗中断，影响放疗效果，降低患者的生存质量和生存期。所以防治放射性直肠炎是盆腔部肿瘤放射治疗中需要解决的问题之一。目前，防治放射性直肠炎方面尚缺乏行之有效的方法。

中医学将放射线归属于中医病因学中的外感火热、热毒之邪，认为其直中脏腑，导致热毒内蓄，损伤人体正气。盆腔部恶性肿瘤接受放射治疗，热邪伤及肠道，肠道蕴热，结合肠道内湿，湿热蕴结于下，肠道传化失常，而发生腹泻腹痛。湿热滞于肠，气血壅滞，脂膜血络受伤则便血。湿性黏滞，湿热互结，则出现黏液便或泻而不爽。病位在肠道，病机为热邪致病，肠道蕴热。

【临床应用】

李宗宪等^[22]以香连丸合葛根芩连汤加味防治放射性直肠炎，疗效满意。80 例患者均经细胞学或病理组织学确诊，均为首次放疗治疗的盆腔部恶性肿瘤患者，年龄 29 ~ 75 岁之间，平均 56 岁，随机分为两组。治疗组 40 例中，男 22 例，女 18 例；直肠癌（均为保肛手术）20 例，宫颈癌 6 例，子宫癌 5 例，膀胱癌 5 例，前列腺癌 4 例。对照组 40 例中，男 21 例，女性 19 例；直肠癌 19 例，宫颈癌 6 例，子宫癌 6 例，膀胱癌 5 例，前列腺癌 4 例。治疗方法：治疗组于放疗第 1 天开始口服香连丸（天津中新药业集团股份有限公司乐仁堂制药厂（GMP）生产，批号：Z12020634），每次 1 丸，早晚各服 1 次，一直用至放疗结束后第 10 天。出现急性放射性直肠炎后，加用葛根芩连汤加味（药物组成：葛根 20g，黄芩 9g，黄连 9g，地榆 15g，槐

花 15g, 白芍 9g, 生甘草 6g。药物加水 500ml, 浸泡 30min, 头煎每剂煎至 100ml, 二煎再加水 300ml, 煎至 100ml, 两煎混匀备用) 保留灌肠。每次 100ml, 日 2 次, 每次保留 30min 以上。灌肠液的温度 38~40℃ 为宜, 每次灌肠后, 使臀部稍高位, 并变换体位, 使灌肠液与肠道黏膜充分接触。7 天为一疗程, 用至放射性直肠炎治愈或无效停药。对照组均于放疗第 1 天开始应用思密达, 每次 3g, 用 30ml 水溶开后服用, 日 3 次, 每次服药后 30min 内禁止饮水。亦用至放疗结束后第 10 天。出现急性放射性直肠炎后, 给予抗生素加激素, 适当补液, 7 天为一疗程, 用至放射性直肠炎治愈或无效停药。治疗结果: 治疗组放射性直肠炎治愈好转率为 100%, 对照组放射性直肠炎治愈好转率为 73.3%, 治疗组放射性直肠炎治愈好转率明显高于对照组, $P < 0.05$ 。表明口服香连丸结合葛根芩连汤加味保留灌肠对治疗放射性直肠炎有明显疗效。

十二、急性出血性坏死性肠炎

急性出血性坏死性肠炎是与 C 型产气荚膜芽孢杆菌感染有联系的一种急性肠炎。是临床一种常见的消化道疾病。以起病急骤, 腹痛腹泻, 呕吐发热, 便血和严重的中毒为特征, 重症病情发展迅速, 数小时后可出现中毒性休克。本病病变主要在小肠, 病理改变以肠壁出血坏死为特征。

本病属于中医学“脏毒”、“便血”范畴。病机多由热毒内迫小肠, 壅滞肠道, 迫血妄行, 损伤阴血所致。本病病情重, 中毒症状重, 易发生休克及肠梗阻。

【临床应用】

刘国晖^[23]采用葛根芩连汤加味治疗出血性坏死性小肠炎 15 例。患者入院后一般均禁食、补液以纠正失水酸中毒, 维持水电解质的平衡, 保证能量的供给, 对一些中毒重而又伴有休克现象的患者, 适当用一些抗休克的药物治疗。中药以葛根芩连汤加味: 葛根 15~30g, 黄芩 10~15g, 黄连 10~12g, 甘草 6g。便血多且伴有大便坠胀者加白头翁 15~20g, 赤芍 10g, 大黄 6g, 地榆炭 15g, 三七 10g; 腹胀者加广木香 10g, 槟榔 10g, 大黄 10g, 枳实 10g, 厚朴 10g; 腹痛加延

胡索 10g, 同时可针刺双侧足三里、内关; 血压下降者先服参麦汤。治疗结果: 本组 15 例全部治愈出院。腹痛、腹泻、便血的改善一般只需 2~3 天, 最多不超过 5 天, 一般在 3 天后方可进食流质饮食, 10 天左右可进正常饮食。

【病案举例】

薛某, 女, 34 岁。1991 年 3 月 25 日入院。患者于 1991 年 3 月 12 日突起腹部持续性疼痛, 阵发性加重, 尤以中下腹部为甚, 开始腹泻水样大便, 后出现赤小豆汤样大便, 每日 4~8 次。伴发热 39℃ 以上, 呕吐胃内容物, 不能进食, 口干尿少。查: 体温 39.8℃, 心率 120 次/分, 呼吸 24 次/分, 血压 12/8kPa, 表情淡漠, 眼眶凹陷, 巩膜不黄, 两颧微红, 双肺阴性, 心律齐, 无杂音, 心音低, 腹部稍膨隆, 全腹压痛、反跳痛, 肝脾未扪及, 肠鸣音低下, 无明显移动性浊音。舌质红而干, 苔黄腻, 脉细而滑。X 线检查: 中腹部可见 2~3 个气液平面, 白细胞检查 $18 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.92。在当地卫生院行静脉补液及静滴氯霉素、四环素(因对青霉素过敏)无效。入院后立即纠酸补液, 急煎葛根芩连汤加地榆 15g, 白头翁 20g, 三七 15g, 2 剂后腹泻、便血停止, 体温下降至 38℃, 但仍有腹胀痛。故于原方去三七, 加厚朴 15g, 大黄 10g, 枳壳 10g, 2 剂后上述症状减轻。体温降至正常, 腹部压痛、反跳痛消失。且有饥饿感, 开始进食流质饮食, 继续服上方加柴胡 10g, 茯苓 10g, 7 天后复查大便及血象均恢复正常, 临床症状消失出院。^[23]

十三、大肠癌

大肠癌是指原发于大肠黏膜上皮的恶性肿瘤, 是结肠癌与直肠癌的总称。为消化道常见的恶性肿瘤, 其发病率仅次于胃癌与食管癌。据有关资料表明, 目前大肠癌的发病率呈逐年上升的趋势。在我国, 其发病率与死亡率约占常见恶性肿瘤的第六位。本病的发病年龄以 40~60 岁居多, 但 21~40 岁的中青年亦占相当比例, 约 40%。男性较女性多, 男女比例为 2:1。好发部位为直肠, 其次为乙状结肠, 向上则逐段减少, 至盲肠又渐增多。

本病最早载于《内经》, 散见于“肠覃”、“伏梁”、“积聚”、

“脏毒”等记载中。中医学认为,机体的脾肾亏虚,正气不足,湿毒蕴滞凝结,是大肠癌的根本病机。故治疗上采用健脾化湿、清热解毒、温补脾肾、益气养阴补血等扶正祛邪方法。大肠癌经手术、化疗、放疗等治疗后,往往影响身体脏腑功能,如伤及气血、脾胃失调、机体免疫力下降等。此时,采用中医药辨证论治,则可及时增强机体的免疫功能,改善胃肠道症状,改善津液亏损症状,调整机体整体状况,帮助身体及时康复,以防止肿瘤复发。放化疗后的中药调治,可减轻放化疗的不良反应,即发挥增效的作用,使患者机体恢复为阴阳平衡的自然状态。而对于晚期不能手术及放化疗的患者,通过中药的辨证治疗,可及时改善其症状,提高生存质量,延长生命,即带瘤生存。

【临床应用】

田劭丹等^[24]采用中西医结合诊治大肠癌。辨证要素:①辨病位:不同部位的大肠癌,临床表现各有特点,一般而言,右半结肠病变以腹痛、腹部包块为特征,左半结肠病变以排便习惯改变、肠梗阻为特征,直肠病变以里急后重、大便习惯及性状改变、便血为特征。②辨虚实:大肠癌早期偏气滞、湿热、血瘀,多表现为邪实为主;晚期患者临床多偏脾肾阳虚、肝肾阴虚、气血亏虚,多表现以虚为主。其中,湿热内蕴证症见腹痛隐隐,便溏腹泻或大便不爽,便带黏液,脓血便,纳差恶心,乏力倦怠,溲黄,舌质红,苔黄而腻,脉滑数。治以清热利湿,健脾解毒。方选葛根芩连汤合白头翁汤加减。处方:葛根 15g,黄芩 10g,黄连 6g,黄柏 10g,白头翁 10g,炒白术 15g,猪苓、茯苓各 20g,生薏苡仁 30g,败酱草 20g,半枝莲 30g,椿根皮 30g,炙甘草 10g,厚朴 10g。

十四、急性非感染性腹泻

急性腹泻在我国是常见病,《中国腹泻病诊断治疗方案》将腹泻按病因分为感染性(霍乱、痢疾及其他感染)及非感染性(食饵性、症状性、过敏性及其他原因),其中部分感染性腹泻(约占30%)为侵袭性,有黏液脓血便,需适当地选用有效抗生素。成人急性腹泻是内科肠道门诊的常见病,往往在治疗中存在滥用抗生素问题,有关资

料统计表明,平均使用率达84%,造成耐药菌株增加,医药费上升,甚至因药物不良反应而增加患者痛苦。

【临床应用】

戴向东等^[25]以思密达联合葛根芩连汤治疗成人急性非感染性腹泻,应用非完全随机方法,将肠道门诊急性腹泻患者129例患者分成治疗组62例(思密达+中药口服);对照组67例(氟哌酸口服+另选用一种抗生素静脉补液)。治疗组口服思密达1包(3g),每日3次,首剂加倍,另加服中药葛根芩连汤。处方:葛根60g,甘草20g,黄芩20g,川黄连10g,加水2000ml,煎成300ml,分3天6次口服;对照组口服氟哌酸0.2g,每日3次,另选用庆大霉素、丁胺卡那霉素、头孢曲松钠中一种静脉补液。两组均连用3天。治疗结果:治疗组62例,显效率88.7%,有效率11.3%,无效率0,总有效率100%;对照组67例,显效率55.2%,有效率40.3%,无效率4.5%,总有效率95.5%。治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。结论:思密达配合中药治疗急性腹泻要优于常规抗生素的治疗。

按:急性水样便腹泻,多为病毒或产肠毒素性细菌感染,一般不用抗生素,只要做好液体疗法,可以自愈。在药物治疗方面,应注意选用黏膜保护类药物。思密达能够有效地缓解急性腹泻患者的临床症状,并固定吸附气体,缓解腹胀。本研究认为,成人急性腹泻,在基层医院,倘若病原尚未明确,可先根据大便性状分为“痢疾综合征”和“水样综合征”,后者宜用思密达配合中药葛根芩连汤,中西医结合,并注意补充液体,其疗效显著,安全性好,且价格低廉,服用方便,值得临床推广使用。

十五、急性胃肠炎

急性胃肠炎是夏秋季的常见病、多发病。多由于细菌及病毒等感染所致。一年四季均可发病,尤以夏季多见。主要表现为上消化道病状及程度不等的腹泻和腹部不适,随后出现电解质和液体的丢失。

本病属于中医学“呕吐”、“腹痛”、“泄泻”等病症范畴。其病因多为饮食不洁,饮食不节,或因热贪凉,感受暑湿等,以致寒、热、暑、湿之邪内蕴,湿邪扰脾胃,脾失健运,胃失和降,水谷清浊

不分而发生呕吐、腹痛、腹泻的病变。脾主运化，主运化水湿及水谷精微，以升清为主；而胃主纳谷，以下行为顺，如果脾胃为湿邪所困，湿邪壅滞中焦，不能专事消导。胃失和降则胃气上逆而发为呕吐。脾失健运，则水谷清浊不分，而成泻下。

【临床应用】

黄承华等^[26]以葛根芩连汤加减治疗急性胃肠炎 40 例。其中，男性 25 例，女性 15 例，年龄最大的 50 岁，最小的 18 岁，病程最长 2 天，最短 8h。临床表现：①湿热型：发热恶寒，呕吐泄泻，脘腹疼痛，泻下黄色水样便，夹有黏液，或泻而不爽，热臭，肛门灼热，烦热口渴，小便短黄，舌苔黄腻，脉象濡数或滑数。②寒湿型：肠鸣漉漉，腹痛，泄泻清稀，甚如水样，夹有完谷不化之物，呕吐频作，酸水泛泛，苔白腻，脉濡滑。查大便常规多为杂菌。治疗基本方：葛根 30g，黄芩 10g，黄连 10g，甘草 6g。加减：呕吐甚者，加苏梗、藿香各 10g，焦山楂、神曲各 12g，竹茹 12g，车前子（布包）30g；气虚者加党参 15g，炒白术 10g；寒湿型加吴茱萸 5g，陈皮 10g，砂仁 5g，焦山楂、神曲各 12g，法半夏 12g，干姜 8g；腹痛甚者加川楝子 10g，延胡索 12g，木香 12g。每日 1 剂水煎服，忌生冷、辛辣之品。本组服药 3 剂痊愈者 35 例，服药 4~5 剂有效者 4 例，无效 1 例（因饮酒过量）。

【病案举例】

李某，男，38 岁，农村干部。因呕吐频作，腹痛泄泻 10 余次而就诊。刻诊见患者急性病容，发热恶寒，恶心呕吐，追问病史，患者就诊前一日饮酒过量，过食肥甘厚腻之品，又吃西瓜，于当天夜间出现发热头痛，伴呕吐 5~6 次，呕吐物为胃内容物，有酒臭味，刺鼻难闻，大便日泻 10 余次，夹有黏液黄色水样便，热臭，肛门灼热，腹痛，伴烦热口渴，小便短黄，舌苔黄腻，脉象滑数，诊断为腹泻（湿热型），给予葛根芩连汤加藿香 10g，苏梗 10g，炒竹茹 12g，滑石 12g，车前子 20g。3 剂，水煎服，日服 3 次。二诊：于本月 6 日复诊，自述身热已平，腹痛泄泻大减，无呕吐。原方去藿香、苏梗，因吐泻后阴伤而湿热未全消，故加白芍 15g 敛阴止泻，炒白术 15g 以健脾渗湿，又服 1 剂而愈。^[26]

十六、慢性乙型病毒性肝炎腹泻

慢性乙型病毒性肝炎是一种由乙型肝炎病毒（HBV）引起的消化道慢性传染病。腹泻是乙肝的常见并发症，一些患者因症状轻而不就医，或者用抗生素治疗，但反反复复，效果不好。乙肝患者腹泻的机制目前尚不完全清楚，可能为下列原因综合作用的结果：①消化不良。食物中的蛋白质、脂肪和碳水化合物必须经过消化酶的作用才能被吸收，乙肝患者肝脏功能降低，胆汁生成减少，胆盐缺乏，影响了脂肪的乳化和吸收，引起脂肪泻。②吸收障碍。乙肝引起门静脉压力升高，肠黏膜瘀血水肿，影响了食物的吸收，导致肠腔的内容物增多，渗透压增高，从而产生腹泻。③肠道细菌繁殖过多。乙肝患者肠道内细菌大量繁殖，细菌分泌的毒素可影响消化酶的作用，妨碍脂肪的消化和吸收引起脂肪泻。④肠蠕动过快。乙肝患者由于消化不良，肠内容物增加，导致肠蠕动加快，从而引起腹泻。

慢性乙型病毒性肝炎腹泻病位主要在脾，而与肝有关，归经为足太阴脾经和足阳明胃经。中医学发病机制为素体脾虚，感受湿热疫毒之邪，邪正相争，而最终正虚邪恋，形成虚实夹杂证。湿热之邪是肝胆病最常见、最主要的致病因素，几乎大多数慢性乙型肝炎不同程度地具有湿热、湿浊之邪致病的基本特征。无论是慢性肝炎常见的胃肠道症状，如腹胀、腹泻、纳呆、便溏等，还是重症肝炎时的黄疸、发热等，均与湿热之邪内犯肝胆密切相关。慢性乙型肝炎的发病原理，祖国医学多以“湿热”两字加以概括，而湿热之邪既可从外感受，兼夹疫疠之气；也可由饮食不洁，经口而入；亦可因脾胃运化失职，湿浊内生。湿与热有轻重之别，临证时宜辨清孰重孰轻。热蒸湿郁之热重于湿证，多见面目肌肤俱黄，发病较快，口干而苦，烦热便秘，或腹部胀满，小便短赤，舌苔黄或厚腻，脉弦数或滑。治疗时应侧重清热兼以化湿。

【临床应用】

李益忠等^[27]加用参苓白术散合葛根芩连汤加减治疗慢性乙型病毒性肝炎腹泻 23 例。治疗方法：继续服用抗病毒药物，如贺普丁、代丁、贺维力、博路定等，同时加用中药，主方：党参 15g，白术

15g, 茯苓 12g, 扁豆 12g, 陈皮 10g, 黄连 6g, 甘草 6g, 山药 15g, 砂仁 10g, 薏苡仁 15g, 黄芩 10g, 葛根 12g。热重者加栀子 15g, 蒲公英 15g; 肝郁者加柴胡 10g, 郁金 12g; 气虚者加黄芪 12g; 肾虚者加补骨脂 12g, 吴茱萸 8g。水煎, 每日 1 剂, 分上下午服, 疗程 1~4 周。治疗结果: 显效 19 例, 有效 3 例, 无效 1 例, 总有效率 95.7%。服药过程中, 未见明显肝功能损害表现, 1 例刚服主方后出现大便黏腻, 口干等热象, 加用栀子、蒲公英后此症消失。其余患者无特殊不适。1 例无效患者为服用 10 天左右, 不愿继续服用而自行停药。

【病案举例】

患者, 女, 45 岁, 2005 年 6 月 21 日就诊。HBV 感染 20 余年, 腹泻 3 年余, 腹胀腹痛, 以左下腹为甚, 每日解稀便 5~6 次, 伴有排便急迫感, 肛周不适, 不欲饮食, 面色无华, 乏力倦怠, 舌质淡有齿印, 苔薄黄腻, 脉濡数, 重按无力。查体: 慢性病容, 腹部软, 喜温喜按。实验室检查: 谷丙转氨酶 92U/L, 谷草转氨酶 78U/L。大便培养: 无细菌生长。电子肠镜: 结肠各段未见明显异常。西医诊断: 慢性乙型肝炎。中医诊断: 泄泻, 证属脾胃气虚夹湿热, 治以健脾益气, 清热利湿。处方: 党参 15g, 白术 15g, 茯苓 12g, 扁豆 12g, 陈皮 10g, 黄连 6g, 甘草 6g, 山药 15g, 砂仁 10g, 薏苡仁 15g, 黄芩 10g, 葛根 12g, 黄芪 12g。每日 1 剂, 水煎 2 次, 共 300ml, 分早晚 2 次温服。2 周后有效, 继续服用 2 周后治愈, 随访半年未见复发。^[27]

十七、酒精性肝病

酒精性肝病是酒精滥用的主要医学并发症之一, 包括脂肪肝、酒精性肝炎、肝纤维化、肝硬化和肝细胞癌等。嗜酒者中, 约 2/3 可发展为酒精性肝病。

中医历代文献对长期大量饮酒的危害性已有认识, 根据其临床表现及发病特点, 可将其归属于祖国医学的“伤酒”、“胁痛”、“酒癖”、“酒胀”、“酒鼓”、“酒疸”等范畴。中医学认为酒为水谷之精气, 其气剽悍而有大毒, 湿热之品, 味甘、苦、辛, 性温、有毒, 入心、肝、肺、胃经。酒毒湿热之邪伤人, 脾胃首当其冲, 肝气因之不畅, 湿热灼伤阴液, 导致肝肾阴虚。

【病案举例】

许某，男，43岁，初诊时间：2004年4月22日。主诉：上腹胀痛伴纳呆厌油半月。患者于半月前因大量饮酒（白酒半斤）后出现上腹胀痛，伴纳呆厌油，乏力，无恶心呕吐、恶寒发热、反酸嗝气等症。B超示脂肪肝中度。肝功能异常：谷丙转氨酶 206U/L，谷草转氨酶 378U/L， γ -谷氨酰转移酶 162U/L，总胆红素 30.1 μ mol/L，结合胆红素 16.2 μ mol/L。甘油三酯 2.87 μ mol/L，胆固醇 5.96 μ mol/L，血糖 4.8 μ mol/L。病毒性肝炎标志物均为阴性。患者有饮酒史20多年，白酒 100~150g/d，平素体健，极少服药。刻诊：上腹胀痛，纳呆厌油，乏力，口臭口苦，口干喜饮，小便黄，大便溏，舌质红苔黄腻，脉滑。诊断：酒精性脂肪性肝炎，辨证：脾胃湿热。治以清热除湿，佐以解毒。方用葛根芩连汤加味，并嘱戒酒。药用：葛根 30g，黄芩 10g，黄连 10g，甘草 6g，枳椇子 20g，栀子 10g。上方每日 1 剂。7 天后复诊，诉纳呆厌油、乏力、口苦明显减轻，余症同前，舌质红有瘀斑苔白腻微黄，脉滑。上方加丹参 20g，郁金 15g 以行气活血，再服 7 剂。治疗半月后患者复诊小便黄，口臭减轻，仍感口干喜饮，余症消失，舌质红有瘀斑，苔微黄，脉滑。上方效果明显，去栀子后继服 15 剂。1 月后复查肝功能仅 γ -谷氨酰转移酶 52 U/L，余正常。继服上方，2 月后上述症状消失，复查 B 超：肝脏已恢复正常，血脂正常。^[28]

第二节 内分泌系统疾病

一、糖尿病

糖尿病是一组以慢性血糖水平升高为特征的代谢疾病群，是由于胰岛素分泌缺陷和（或）胰岛素作用缺陷引起的。主要临床表现为血糖过高、糖尿、多尿、多饮、多食、消瘦、疲乏。糖尿病分 1 型糖尿病和 2 型糖尿病。其中 1 型糖尿病多发生于青少年，其胰岛素分泌缺乏，必须依赖胰岛素治疗维持生命。2 型糖尿病多见于 30 岁以后中、老年人，其胰岛素的分泌量并不低甚至还偏高，病因主要是机体

【临床应用】

按：在胰岛素强化治疗基础上联合葛根芩连汤加味治疗，有效地改变了传统中医药认为阴虚湿热证治难点：即滋阴恐碍湿、祛湿又恐伤其阴，体现了中西医结合治疗糖尿病的优点。本研究也发现，运用葛根芩连汤后，患者湿热证候积分可以显著改善，并在治疗结束时可相对减少胰岛素用量，这一点提示葛根芩连汤在改善糖尿病患者湿热

证候的过程中,对减轻2型糖尿病患者胰岛素抵抗,促进胰腺B细胞的功能恢复上有帮助。

刘秀荣^[30]运用葛根芩连汤治疗糖尿病,凡症见不同程度口干口苦,心中烦热或心下灼热,或反酸暖气,舌红苔黄,脉数等有内热征象者均为本方选用依据。对于寒热错杂或无典型里寒而有轻度热象者,亦可酌情选用。临证根据气血阴阳盛衰之不同,常辅之益气养阴、滋补肝肾、健脾除湿、清热解毒等法。方中用葛根量较大,多为20~50g,因其既可清泄肺胃实热,又能生津养液,对糖尿病患者的口干口苦症状有明显改善。黄连用量多在6~12g,其过量易苦寒伤中,更易耗伤津液,有燥结者,长期服用则加重便秘之弊,故无便秘者用之为宜。葛根与黄连同用又可制约黄连之燥。黄芩多用15~20g,其苦寒之性弱于黄连,对清肺胃实热则效佳。若见倦怠乏力,气短懒言,心烦多汗,舌红少津,脉细者,配合生脉散,以益气生津。药用葛根20g,黄芩20g,黄连10g,炙甘草10g,党参30g,麦冬12g,五味子12g,桑白皮15g,地骨皮15g,知母12g。兼见耳鸣,视物昏花,腰膝酸软,舌红少苔,脉细数等肝肾阴虚症状者,配合六味地黄汤,以滋补肝肾,药用葛根20g,黄芩15g,黄连10g,炙甘草10g,山药20g,山茱萸15g,熟地12g,茯苓12g,泽泻15g,丹皮12g。形体肥胖,脘腹胀满,不欲饮食,心下痞满,舌苔黄腻者,配合平胃散,加草果、茵陈以加强清热化湿之效,药用葛根20g,黄芩18g,黄连10g,炙甘草10g,苍术15g,陈皮15g,茯苓15g,草果12g,茵陈12g,厚朴15g,白豆蔻12g。皮肤瘙痒、干燥,夜间尤甚,或皮肤生疮,红肿疼痛,舌红苔黄,脉数者,配合五味消毒饮,加强清热解毒之效。药用葛根20g,黄芩20g,黄连10g,炙甘草10g,金银花20g,野菊花15g,紫花地丁15g,蒲公英15g,地肤子15g,白鲜皮15g,蝉蜕15g。

【病案举例】

1. 张某,女,50岁,于2006年3月4日初诊。糖尿病病史7年,自觉口苦口臭,全身乏力,背部皮肤瘙痒,其中十几处黄豆大小皮疹,大便干,舌红苔黄腻,脉细,证属燥热偏盛,蕴热成毒,发于肌肤,治宜清热润燥解毒。药用葛根20g,黄芩20g,黄连10g,炙甘

草 10g, 金银花 20g, 蒲公英 20g, 紫花地丁 15g, 白鲜皮 15g, 地肤子 15g, 玄参 15g, 蝉蜕 15g, 野菊花 15g, 6 剂。复诊时口干减轻, 仍有口臭, 背痒减轻, 于原方加乌梅 15g, 蛇床子 10g, 苦参 10g, 苍术 12g, 6 剂, 其后随诊情况稳定, 症状基本消失。^[30]

2. 黄某, 男, 58 岁。患糖尿病 5 年余。近半年遍服降糖药, 血糖波动在 13 ~ 18mmol/L。2002 年 10 月 20 日诊: 大便溏薄、黏稠, 日 2 ~ 3 行, 肛门灼热, 粪池不易冲洗, 时伴腹痛, 口渴喜冷饮, 纳佳, 易汗出。舌红苔薄黄, 脉滑略数。餐后 2h 血糖 17.3mmol/L。证属大肠湿热, 予葛根芩连汤加味以清热燥湿。疏方: 葛根 30g, 黄芩 10g, 黄连 10g, 炙甘草 6g, 白头翁 15g, 绵茵陈 30g, 白芍 10g, 5 剂。2002 年 10 月 27 日诊: 大便已成形, 腹痛消失, 汗出减轻, 仍口渴, 余无异常。查: 舌淡红, 苔薄白, 脉细滑, 餐后 2h 血糖 8.4mmol/L。予竹叶石膏汤清解余热以护胃津。^[31]

3. 郑某, 女, 48 岁。糖尿病史 7 年余, 自觉口苦口臭, 全身乏力, 背部皮肤瘙痒, 见其发十几处黄豆大小皮疹, 大便干, 舌红, 苔黄腻, 脉细。证属燥热偏盛, 蕴热成毒, 发于肌肤。治以清热润燥解毒。方药: 葛根 20g, 黄芩 20g, 黄连 10g, 炙甘草 10g, 金银花 20g, 蒲公英 20g, 紫花地丁 15g, 白鲜皮 15g, 地肤子 15g, 玄参 15g, 蝉蜕 15g, 野菊花 15g, 6 剂。复诊时, 其口干减轻, 仍感口臭, 背部发痒减轻, 于原方加乌梅 15g, 蛇床子 10g, 苦参 10g, 苍术 12g, 6 剂。其后随访情况稳定, 症状基本消失。^[32]

二、糖尿病性腹泻

糖尿病性腹泻是糖尿病引起的内脏植物神经系统功能紊乱所致的一种并发症, 属神经性腹泻, 非感染性腹泻。其临床特点: ①顽固性间歇性腹泻, 发作期可几天至几周, 间歇期可数周至数月, 间歇期大便可正常, 甚至便秘。②大便量多, 为棕色水样便, 无腹痛及感染的表现。③昼夜均可发作, 但以清晨和夜间多见。临床常用的西药止泻剂往往疗效欠佳。

本病属中医学“泄泻”范畴, 因与糖尿病之间存在一定的因果关系, 故糖尿病性腹泻不同于一般的腹泻。患者由食多逐渐发展为食

少、纳差，并出现腹泻症状，为病情进一步发展的结果，从病程发展及预后来看，比单纯“三多一少”症更为严重。《医宗金鉴·杂病心法要诀》云：“三消便硬若能食，脉大实强尚可医，不食舌白传肿泻，热多舌紫发痛疽。”在治疗上应病证结合，标本兼顾。在坚持控制血糖的基础治疗之上治腹泻，据其标本缓急遣方用药。

【临床应用】

吕召学等^[33]以加味葛根芩连汤治疗糖尿病性腹泻 89 例。其中有糖尿病家族史 6 例，合并周围性神经性病变 38 例，合并糖尿病肾病 6 例。患者均具有病程各异的糖尿病病史；腹泻反复发作，缠绵难愈，以单纯性腹泻为主，或呈间歇性腹泻与便秘交替出现；大便呈糊状或水样便，或先干后稀无脓血黏液；每日四、五次到十余次不等，严重者大便失禁；多伴有腹部隐痛或不痛、食少、神疲、口干苦、尿短赤、舌质红、苔黄、脉数等症。大便常规检查无红细胞、白细胞及隐血，少有脂肪颗粒；排除其他原因所致的腹泻。治疗方法：在控制饮食，继续在原降糖药物治疗基础上，同时服用加味葛根芩连汤。药用：葛根 30g，黄芩 15g，薏苡仁 20g，苍术 15g，车前草 15g，仙鹤草 15g，猪苓 15g，木香 10g，甘草 10g。若见恶心，舌苔厚腻甚者，选加藿香 15g，厚朴 15g，法半夏 15g，紫苏叶 10g；若纳差甚者加山药 15g，麦芽 15g，山楂 15g；若大便清稀，次数甚多可选加罂粟壳 5g，五味子 15g，赤石脂 30g；若并发周围神经病变者可选加牛膝 15g，木瓜 15g，桑枝 15g；并发冠心病者加丹参 15g，降香 5g；并发肾脏疾病者加泽泻 20g，决明子 20g，益母草 15g；有肝功能受损者加炒白芍 15g，生山楂 20g。每次加水 700ml，煎开 15min，三煎混合，分 3 次温服，每天 1 剂，7 天为一疗程。治疗期间嘱其应注意饮食调养，宜清淡，忌生冷及辛辣厚味。治疗结果：显效（大便次数恢复至每日 1~2 次，成形，空腹血糖降至 7.8mmol/L 以下，其他临床症状消失）39 例；好转（大便次数有所减少，每日 2~3 次，略稀，空腹血糖降至 8.89mmol/L 以下，其他症状有所减轻）39 例；无效（大便次数仍多，一日 3 次以上，质稀不成形，空腹血糖控制不佳，其他症状无明显缓解）11 例，总有效率为 93%。

按：糖尿病性腹泻辨证属湿热者居多，但常因病程迁延，在耗气

伤阴的基础上,由阴损阳而演变成寒热虚实者亦有之。若症见气短乏力者,加党参15g,黄芪20g;大便清冷,脘腹痛者,可选加肉桂5g,制附片10g,乌贼骨10g。临床尚有部分糖尿病患者,其胃肠道的并发症主要表现为便秘与腹泻交替出现。对糖尿病性腹泻患者,除药物治疗外,均应强调,忌食生冷、油腻及辛辣温燥之品。

三、糖尿病胃轻瘫

糖尿病胃轻瘫,又称糖尿病胃麻痹,是1958年由Kassander首先明确定义的糖尿病常见的消化道慢性并发症,是继发于糖尿病的以胃自主神经功能紊乱而引起的胃动力低下但不伴有机械性梗阻为特点的临床症候群,是糖尿病常见的一种慢性并发症。临床主要表现为饱胀、厌食、恶心、呕吐等。X线钡餐或胃镜检查示胃蠕动减弱、排空迟缓,不伴有消化溃疡、幽门梗阻、肿瘤等其他疾病。

中医文献中无糖尿病胃轻瘫的病名,当糖尿病发展到胃轻瘫阶段,患者出现一系列中焦气机失调的临床表现,临证多依据其胃胀、恶心、呕吐的症候,归入多归属于“胃胀”、“痞满”、“呕吐”、“反胃”、“翻胃”、“胃缓”等范畴进行辨证论治。目前对糖尿病胃轻瘫进行辨证论治,总分虚实,虚以脾胃虚弱,胃阴不足居多,实则有气滞、食积、痰湿、血瘀之不同。

【临床应用】

曾艺鹏^[34]在胰岛素控制血糖的基础上,以葛根芩连汤为君方,多方配伍,多靶向治疗伴有湿热兼证的2型糖尿病胃轻瘫患者。43例患者随机分为2组,其中治疗组23例,对照组23例。治疗方法:2组患者均停止口服降糖药,改用胰岛素治疗。规律监测血糖,调整胰岛素用量,以空腹血糖 $\leq 6\text{ mmol/L}$ 及餐后2h血糖 $\leq 10\text{ mmol/L}$ 为血糖控制目标值。治疗组在上述治疗基础上加中药复方煎剂,每次100ml,每日2次,2组均连续用药2周为一疗程,观察1个疗程。中药组方方法:①君方:清化湿热兼养气阴,葛根芩连汤(葛根20g、黄芩9g、黄连12g、甘草6g)。②臣方:疏调中焦气机,气郁合四逆散;气滞合平胃散;气逆合小半夏加茯苓汤或半夏泻心汤;气虚合四君子汤。③佐使方:食积症合保和丸;痰瘀合温胆汤;血瘀合金

铃散。在上述合方基础上可随症加减。对照组用吗丁林治疗。治疗结果：①2组胃轻瘫主要症状疗效比较：治疗组显效12例，有效9例，无效2例，总有效率91%；对照组显效6例，有效11例，无效6例，总有效率74%，两组比较有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。②胃轻瘫单独症状比较：在治疗餐后不适、纳呆厌食、恶心呕吐等方面，两组有显著性差异（ P 均 < 0.05 ）。两组经治疗后的湿热证候积分和血糖控制均较治疗前有明显改善，有显著性差异（ P 均 < 0.01 ）。治疗组在治疗后湿热证候积分和餐后2h血糖较对照组改善更为明显，有显著性差异（ P 均 < 0.01 ）。③2组治疗后湿热证候疗效比较：治疗组23例患者中，显效9例，有效11例，无效3例，总有效率为87%；对照组23例患者中，显效4例，有效10例，无效9例，总有效率为61%；两组疗效比较有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。

按：运用葛根芩连汤复方配伍治疗后，患者餐后2h血糖较对照组更容易控制，可能与葛根芩连汤改善患者湿热证候过程中兼有降糖效用有关。

第三节 呼吸系统疾病

一、肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病，简称肺心病，是由于肺、胸廓或肺动脉血管慢性病变所致的肺循环阻力增加、肺动脉高压，进而使右心肥厚、扩大，甚至发生右心衰竭。

本病在祖国医学中属“肺胀”、“喘证”、“支饮”等范畴。本病病因多为久病肺虚，加之痰饮、水气、瘀血为患，肺、脾、肾、三焦水道不通，每因复感外邪诱使病情发作。因肺主气，开窍于鼻，外合皮毛，主表，卫外，故外邪每多首先犯肺，肺失宣降，则咳嗽；肺病及脾，脾虚生湿生痰，痰浊内留，则胸闷、气急；肺虚及肾，肾不纳气，则气短不续，动则更甚；气不化水，水邪泛溢肌表，则水肿；上凌心肺则喘咳心悸。肺与心脉相通，肺气虚而气不帅血，心血虚不能温运血脉而致心血瘀阻，临床可见发绀、舌质暗紫。故本病病理因素

主要为痰浊水饮与血瘀互为影响，兼见同病。病理性质多属本虚标实，早期为气虚、气阴两虚，晚期气虚及阳。急性发作期多为实邪为主，尤以外感、痰热多见；缓解期以正虚为主。正虚与邪实每多互为因果。

【病案举例】

宋某某，男，73岁，1999年1月8日初诊。咳喘，反复发作25年，冬春季加重。近5年来常有心慌，气短，心前区憋闷，双下肢浮肿。半月前，因外感风寒，咳喘咯痰，呼吸困难。经西医抗感染、强心、利尿治疗2周，病情不见好转。刻诊：咳喘，气促，胸闷，喉中痰鸣，咳吐痰涎，量多，呈白色泡沫状。查体：体温38.5℃，脉搏130次/分，呼吸25次/分，血压21/13kPa，神清，精神困倦，病重面容，面目浮肿，形体肥胖，端坐呼吸，张口抬肩，语声低微，鼻翼煽动，面青唇暗，颈静脉怒张，肝颈静脉回流征阳性，桶状胸，双肺可闻及明显干湿性罗音，心界左扩，腹胀满，肝肋下2cm，剑突下3cm，质韧边钝，双下肢凹陷性水肿，舌质紫暗，舌体胖大边有痕斑，苔白微腻，脉弦兼促。实验室检查：白细胞 $23 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.82。X线胸片示：双肺纹理增多增粗，右下肺可见模糊片状阴影，右下肺动脉增宽，右心室肥大。西医诊断：①慢性支气管炎合并感染；②慢性肺心病急性发作心功能Ⅰ级；③肺气肿。中医诊断：肺胀，证属痰热壅肺，兼水饮上泛，寒热错杂。治拟清热化痰，兼散水饮。处方：葛根20g，黄芩15g，黄连20g，甘草12g，麻黄10g，射干10g，杏仁10g，法半夏10g，葶苈子10g，茯苓15g。服上药5剂，症状好转。肺部干湿性罗音明显吸收，双下肢水肿亦见消退，舌质仍淡暗、苔白，脉稍弦。治拟祛痰开喘，化痰利水。继用葛根芩连汤加茯苓15g，车前子10g，桑白皮10g，葶苈子10g，桃仁10g，丹参10g，三七3g（吞服）。上方加减服用15剂，诸症消失。血常规化验正常，胸部X线片示胸部感染控制，心功能明显改善。随访半年病未复发，而且步履稳健，食宿均安，精神尚好。^[35]

按：葛根芩连汤辨治肺源性心脏病，其机制如下：①肺与大肠相表里，大肠为邪热所袭者，肺家未尝不热，故仲景原方有“喘而汗出”云，不过病证重点在于肠热下利而已。反之，肺家热（痰热）

盛，则“喘而汗出”自必上升为主症，而大肠绝难清和，或伴下利，或伴便秘，情理中事也。一证之中，即在一定条件下，副症可上升为主症，主症亦可降为副症，又因主症与副症各有脏腑归属，故相应之方，既可主治此症（证），亦可主治彼症（证）。②从六经气化学说来看，胃与大肠同属阳明，不过胃属燥土，大肠属燥金，故统称阳明主燥，太阴统脾肺二脏，脾为湿土，肺为清金，故统称太阴主湿，若仅就大肠与肺的气化关系而言，大肠燥金，必得肺金之清肃，方可安和无病，而肺之清金，亦借燥金相助，宣发与肃降得以自如，假令热邪侵袭，若以大肠为主者，多受阳明燥气，可传为热利下迫之证；若以肺为主者，可传为肺热壅盛，甚或进一步累及心脏之候。③肺心病在其慢性阶段，所见证候较为复杂。若在其急性发作阶段，多因外有所感，热邪袭肺与原有之痰浊相搏，肺气严重受阻，无以顺朝百脉。百脉不顺，则心脏必受其累；亦有肺家痰浊郁久化热而成者。从清化痰热着手治疗肺心病急性发作期，能降低血象，促进炎症吸收，双向调节免疫功能。从而说明痰热阻肺是肺心病急性发作的主要病机。清热化痰是控制肺内感染，纠正心力衰竭的重要手段。因而清化一分痰热，则心脏功能好转一分。故以葛根芩连汤为主，随症加减，亦仲景异病同治之要义也。

二、禽流感

人禽流感性感冒，简称人禽流感，是由禽甲型流感病毒某些亚型中的一些毒株引起的急性呼吸道传染病，其中尤以 H5N1 亚型毒株致病性最强，对人类潜在威胁最大。2004 年 1 月，全世界在禽类流感波及亚、欧、北美和非洲的同时，有 148 人感染 H5N1 型禽流感，死亡 79 人，病死率 53.38%，令人谈“禽”色变，因此世界卫生组织（WHO）认为它是一种高致病性禽流感，有可能在地球 20~30 年一次的感冒侵袭人类的周期来临之时暴发流行，给普遍缺乏免疫力的人类带来极重大的疫情危机。

本病在祖国医学中属“温病”范畴。中医学认为人高致病性禽流感病毒属“火”而带秽浊的臭毒，具有首先犯肺、下及胃肠，逆传心包、伤津动风等特点，临床表现以高热、喘促、腹泻、昏迷为突

出症状。

【临床应用】

李春生^[36]以葛根黄芩黄连汤加减治疗高致病性禽流感。基本方：葛根 8g，黄芩 3g，黄连 3g，炙甘草 2g，生石膏 15g，僵蚕 4g，重楼 3g，石菖蒲 3g。恶寒重者，加荆芥 3g，防风 3g；咳喘甚者，加桑白皮 5g，川贝母 3g；大便不泻反见便秘者，加大黄 4g；神疲脉微者，加党参 5g。此为小儿剂量，成年人用量加倍。高热患者每天 2 剂，水煎 4 次，每 6h 服 1 煎，直到热退、喘平、泻止、神志改善为度。

按：若病情进展迅速，应采用中西医结合疗法，中成药安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹、片仔癀、清开灵、醒脑静、鱼腥草、生脉饮等，均可随证选用。瘟疫治法应重在清热解毒、清热降火、苦寒直折、养阴生津及除湿辟秽等，重症使用补药不宜过早，以防“炉烟虽熄，灰中有火”（语出叶天士《外感温热篇》），补药使其死灰复燃，致病情出现反复和加重。关于瘟疫发病后的治疗，自明末以降，一直并存着两种观点，一种观点以吴又可可为代表，认为“疫者，感天地之疠气”，在认清疫病病原的基础上，设计一个针对性强的主方，随症加减，就足够应付一种传染病，其追随者有杨栗山、余师愚等，代表方剂为达原饮、升降散、清瘟败毒饮。新中国建国以后的著名中医学家姜春华，于 20 世纪 70 年代末提出“截断疗法”，其思路是在吴、杨、余三家基础上的发展。另一种观点以叶天士为代表，提出“卫之后，方言气；营之后，方言血，在卫汗之可也，到气方可清气，入营犹可透营转气”，这种分层次治病的方法，优点是临证不至“虑其动手便错”，缺点在于容易延误治疗时机，给患者增加痛苦，其追随者有吴鞠通、王孟英等，由于后一种观点发展成为温病的主流学派，他们所设计的方剂如银翘散、桑菊饮、清营汤、加减复脉汤等，在中医界早已人人皆知。李春生认为温病卫分阶段，常隐含邪入气营之机，在卫分提早使用清气凉营之剂，能够取得优于分阶段施治的疗效，故而吴又可一派的治疗疫思想，可能更适合人高致病性禽流感的治疗。

三、传染性非典型性肺炎

世界卫生组织 (WHO) 将传染性非典型性肺炎称为严重急性呼吸综合征 (SARS), 简称非典, 是由新型冠状病毒引起的一种新的发病急、传播快、病死率高的呼吸道传染病。SARS 已由我国卫生部确定为法定传染病, 一旦确诊, 即需上报。其危害性已引起 WHO 和世界各国医学界的广泛重视。

本病在中医学中属“温病”范畴。传染性强, 初在卫气, 迅速犯肺。多数中医学家认为 SARS 是由春温湿热疫毒所引起, 病机以热毒、瘀毒、湿毒为关键, 而毒邪贯穿始终。在 SARS 防治中, 中医药确实发挥了独特的优势。预防方面体现在提高人体的综合免疫力; 治疗方面体现在缩短平均发热时间, 改善全身中毒症状, 促进肺部炎症吸收, 降低重症患者的病死率, 改善免疫功能, 减少激素用量, 并减少应用大量抗生素和激素后的不良反应。

【临床应用】

彭胜权^[37]总结传染性非典型肺炎的中医辨证论治。从 2002 年年底至 2003 年春, 所在学校温病教研室参与广州地区及中山、佛山、河源等地会诊与治疗共 38 例, 经中医介入治疗后, 平均退热时间 6 天。至 2 月 25 日统计, 除 1 例介入太晚, 抢救无效外, 均已出院。平均住院 18 天。与此同时, 在院内共收治了传染性非典型性肺炎患者 33 例, 以中医药治疗为主, 平均退热时间为 5 天, 平均住院 18 天, 无 1 例死亡。在中医药的治疗上, 把非典型性肺炎的临床证候变化归纳在“风温挟湿”的总体内容里, 其中, 肺热移肠证候主症: 身热咳嗽, 口渴, 下利黄臭, 肛门灼热, 腹部硬痛, 苔黄, 脉数。治则: 清热止利。方药以葛根芩连汤加味: 葛根 30g, 黄芩 12g, 黄连 12g, 炙甘草 6g, 金银花 15g, 连翘 12g, 桑叶 12g, 桔梗 12g。加减: 腹痛甚者加白头翁 15g, 火炭母 30g, 布渣叶 15g; 呕恶加藿香叶 10g, 姜竹茹 10g。

四、支气管哮喘

支气管哮喘, 简称哮喘, 是由多种细胞包括气道的炎症细胞和结



构细胞（如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等）和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。这种慢性炎症导致气道高反应性，通常出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和（或）清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

本病在祖国医学中属“哮喘”、“咳嗽”范畴，是一种发作性的痰鸣喘咳疾患，发时喉中有水鸡（哮喘）声，呼吸气促困难，甚至不能平卧。历代文献对本病的分类，有以病性为依据者，如冷哮（寒哮）、热哮、实哮、虚哮；有以病因为依据者，如风哮、痰哮、食哮、鱼腥哮、卤哮、糖哮、醋哮等。当前对哮喘一般多按发作期、缓解期辨证分治。“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急”。

【病案举例】

WilliamCampell，男，38岁。2周前患胃肠道感冒，初期呕吐泻下，发热头痛。西医以抗生素治疗后热退泻止。前日患者因饮食不节，入夜即发哮喘，今晨前来求治。患者体态肥胖，面色暗红，自诉从未有过哮喘，此次是第1次发生呼吸困难兼有哮喘音，且头痛发热，腹痛，里急后重。诊其脉象滑数，舌苔黄厚水滑。处方：葛根黄芩黄连汤，加半夏、赤芍。3剂哮喘得平。^[38]

按：患者属痰热体质，饮食不节导致胃肠里热壅盛而致喘。治以葛根黄芩黄连汤清里热，加半夏平喘，赤芍清热止利。以本法治疗哮喘，无论感受外邪与否均可以使用，但需要辨证准确，且要避免久用以致苦寒伤正。

五、肺炎

肺炎是指终末气道、肺泡腔和间质组织的肺实质感染，可由多种病原体引起，如细菌、真菌、病毒、寄生虫等，也可由放射线、化学物质、过敏因素等引起。以发热、咳嗽、痰多、胸痛等为临床特征。按病因可分为：细菌性肺炎、病毒性肺炎、支原体肺炎、立克次体肺炎、真菌性肺炎、其他病原体所致肺炎。按解剖部位可分为：大叶性（肺泡性）肺炎、小叶性（支气管性）肺炎、间质性肺炎。

【病案举例】

孙某，男，62岁。因感寒而致发热咳嗽闷喘以“肺炎”住院治疗。经用青霉素等抗生素治疗8天，病情反而日见加重而邀会诊。症见：面红，高热，大汗出，呼吸急促，闷喘，烦躁不安，不能平卧，痰声漉漉，痰黄稠而黏，口渴多饮，大便日7~8次，水样，恶臭，小便短赤，舌质红无津苔黄燥干裂脉洪大。腹平软，肝略大，两肺可闻中小干、湿性罗音及痰鸣音。体温40℃，血压17.3/9.3kPa，心率140次/分，呼吸42次/分。X线片提示两下肺炎性改变。血常规：白细胞 $14.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.78，淋巴细胞0.22；大便常规（-），尿常规（-）。会诊诊断：老年肺炎合并心衰。治疗意见：①持续给氧；②调整新的有效抗生素；③强心药应用；④维持水电解质平衡；⑤中西医结合抢救。辨证：痰热壅肺，表里同病，邪盛正衰。治则：清热化痰，益气生津。投白虎加人参汤合葛根芩连汤：人参30g，生石膏120g，知母10g，葛根15g，黄连10g，黄芩10g，甘草10g，粳米30g。1剂，水煎（先煎石膏，后下他药），徐徐服之。另取安宫牛黄丸2丸，羚羊角粉6g，分次随煎剂送下。服上药后，躁渴渐减，汗出减少，喘势见缓，痰量减少，高热下降（体温38.8℃），腹泻次数减少，心率120次/分，呼吸31次/分。上方再进2剂，病情明显缓解。高热退（体温38℃以下），烦渴解，大汗止，腹泻停，喘促平，脉见虚大，舌红有津，黄燥苔退为薄黄。病危解除。守法再调，处方：人参10g，生石膏30g，知母10g，黄芩6g，黄连6g，川贝母10g，五味子10g，麦冬10g，炙甘草10g，粳米30g，大枣5枚。3剂，日1剂，水煎，分2~3次服。三诊：脉静身凉，汗止喘平，泻止胃复，惟时咳，痰白量少。体温36~37.5℃之间，心率90次/分，呼吸26次/分，肺部罗音基本消失。舌红有津苔少，脉细无力。拟方：人参10g，麦冬10g，五味子10g，丹参15g，生龙骨、牡蛎各15g，川贝母6g，炙甘草10g。3剂，日1剂，水煎服。诸症悉平，痊愈出院。^[39]

按：本案肺炎，治不得法，肺移热于大肠，上有喘促痰壅，下见下利不止；外则高热汗出，内则邪盛正衰。危急关头，非白虎不能清其大热，非芩连不能止其下利；非人参莫能救其欲脱，非安（安宫

牛黄丸) 羚(羚羊角)不能化其热痰。故以大剂白虎加人参汤合葛根芩连汤救之而收奇功。

六、发热

发热是临床上最为常见的症状之一,有时甚至是患者就诊时的惟一症状。诸般病症均可出现发热症状。

【临床应用】

段淑红^[40]在发热门诊共诊治患者 286 例,其中急性上呼吸道感染 220 例(15~67 岁);肠道感染 12 例(16~89 岁);急性化脓性扁桃体炎 28 例(19~38 岁);肺炎 19 例(18~78 岁),收入院 6 例;泌尿系感染 7 例(25~47 岁,均为女性患者)。38.7℃ 以上者共 34 例(其中上呼吸道感染者 29 例,化脓性扁桃体炎者 3 例,肺炎 2 例),因肌内注射柴胡针退热不在观察之列。余均经随诊(留院观察或电话随访),随机分为两组,治疗组 126 例,对照组 126 例。治疗组:葛根芩连微丸 3g/次,每天 3 次口服;结合西药抗炎、抗病毒治疗。对照组:抗炎、抗病毒治疗。无论治疗组或对照组,血象高、感染重时,18 岁以上均应用喹诺酮类药物静脉滴注,18 岁以下均应用头孢三嗪静脉滴注。结果两组对照:治疗组在退热、缩短病程及改善伴随症状方面明显优于对照组。

按:在应用西药抗炎、抗病毒治疗同时,结合中药葛根芩连微丸,不仅能顿挫热势,还能清热解毒、泻火凉血、清泻脏腑,减轻脏腑负担,为抗生素及抗病毒药物疏通道路,尽快达到治疗效果。

第四节 心血管系统疾病

一、颈动脉粥样硬化

颈动脉粥样硬化是动脉的一种非炎症性、退行性和增生性的病变,可引起动脉的增厚、变硬、失去弹性,最终可导致管腔狭窄,多见于老年人,是脑血管病重要的危险因素之一。

就其临床表现而言,本病在中医学多属“头痛”、“健忘”、“不

寐”范畴。近年来自然环境的变化加之饮食结构、社会环境、情绪心理等因素影响，火热致病得到越来越多的重视。火热病邪在颈动脉粥样硬化及斑块形成整个过程包括转归中有重要作用。

【临床应用】

屈静^[41]以葛根芩连汤加减治疗颈动脉粥样硬化取得良好效果。所有病例来源于山东中医药大学附属医院神经内科门诊及病房，经颈部血管多普勒超声确诊为颈动脉粥样硬化患者，并符合中医火热内盛证候特征。将50例患者随机分为两组，治疗组26例，其中男12例，女14例，年龄50~80岁，平均62.45岁；其中伴有高血压13例，冠心病8例，高脂血症5例，糖尿病4例，有中风病史者3例。对照组24例，男12例，女12例，年龄51~78岁，平均61.33岁；其中伴有高血压12例，冠心病6例，高脂血症4例，糖尿病3例，有中风病史者4例。两组病例各项基本情况具有可比性（ $P < 0.05$ ）。对照组采用西药常规治疗，口服肠溶阿司匹林和西之达。肠溶阿司匹林75mg，日1次；西之达10mg，日1次。伴高血压、糖尿病者，继续用药控制。治疗组在西药治疗基础上，服清热泻火方，每日1剂，水煎2次，取汁300ml，早晚分服，每周6剂。基本药物：葛根、黄芩、黄连、天麻、丹参，随症加减。治疗组和对照组均以6周为一疗程，连续治疗2个疗程。临床疗效：①西医疗效评价：治疗组治愈率10.34%，有效率88.46%；对照组治愈率4.17%，有效率75.00%。治疗组治愈率、有效率虽高于对照组，但经统计学处理，无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。②中医证候疗效评价：治疗组有效率92.31%，对照组有效率54.17%，经统计学处理，两组有效率有显著性差异（ $P < 0.01$ ）。提示治疗组对中医证候的改善显著优于对照组。

按：葛根芩连汤加甘草，加天麻、丹参，具有清热泻火、化痰祛瘀、活血通络的功效。方中黄连能泻火燥湿、化痰开心窍，《神农本草经疏》中提到黄连“久服令人不忘者”，因“心家无火则清，清则明，故不忘”。葛根能升阳散火，起阴生津，通络活血。黄芩功擅清热燥湿，凉血散瘀。《神农本草经》言其“下血闭”。《本草正义》指出：“血闭者，亦血热之瘀结”。方中天麻平肝利气，通络醒神。天麻长于祛风定风，有调畅气机之功，兼能“疏利痰气”（《本草求

真》), 亦能活血通络醒神。《日华子本草》谓其“助阳气……通血脉, 开窍。”《药性论》曰: “(治) 语多恍惚, 多惊失志。”丹参功可活血通络、养血凉血、清心安神。诸药相伍, 辛开苦降, 气血并调, 清心胃之火以安神顺气, 兼平肝疏肝使气血畅行, 泻火同时除湿化痰、活血化瘀通络。令火去痰清, 瘀消络通, 神机如常, 气机调畅, 脉道柔和顺畅, 气血敷布正常, 斑块得以稳定、缩小。

二、冠心病

冠心病, 全称冠状动脉性心脏病, 亦称缺血性心脏病, 是一种由冠状动脉器质性(动脉粥样硬化或动力性血管痉挛)狭窄或阻塞引起的心肌缺血缺氧(心绞痛)或心肌坏死(心肌梗死)的心脏病。以心绞痛、心肌梗死、心律失常、心力衰竭为主要临床表现。

冠心病是因冠状动脉硬化心肌血液供应发生障碍引起的心脏病。其受累特点是冠状动脉内膜有脂质的沉着、复合糖类的积聚, 继而纤维组织增生和钙沉着, 并有动脉中层病变, 常导致管腔狭窄或闭塞。由于冠状动脉狭窄的支数和程度的不同, 其临床症状也有不同。本病病因至今尚未完全清楚, 但认为与高血压、高脂血症、高黏血症、糖尿病、内分泌功能低下及年龄大等因素有关。

在我国现存最早的医学典籍《黄帝内经》中就有“心痛”、“厥心痛”、“真心痛”等记载, 类似冠心病引起的心绞痛和心肌梗死。“胸痹”首见于张仲景的《金匱要略》, 后世医家多根据张仲景的理论治疗胸痹, 认为“胸阳不足, 阴乘阳位”是其主要病机, 治疗多从温胸阳、祛阴寒之邪入手, 虽有些医家增加了理气、化痰及活血化瘀等新的治法, 但仍多以温阳祛寒作为基础。由于社会环境的改变, 人们的饮食及物质生活的改善, 越来越多的医家从热证论冠心病, 认为主要与阴虚体质有关, 而常表现为痰热、郁热和瘀热等证。

【病案举例】

李某, 男, 55岁。2000年8月9日初诊。胸闷、胸痛3年余, 加重1周。3年前因心前区刺痛至某医院就诊, 诊为冠心病, 经治病情时好时坏。1周前因生气致胸闷、胸痛发作, 头痛, 头晕, 烦躁。同时诊见: 面红, 口气臭秽, 口干, 舌红, 苔黄, 脉弦。血压23.2/

12.6kPa, 心率 90 次/分, 心尖区可闻及Ⅲ级收缩期杂音。心电图示: 冠状动脉供血不足。治以清肝泻火, 疏肝理气。处方: 葛根 15g, 黄芩 9g, 黄连 9g, 白芍 15g, 天门冬 15g, 半夏 9g, 龟板 6g, 瓜蒌 18g, 生龙骨 30g, 生牡蛎 30g, 牛膝 30g, 车前草 9g, 生甘草 3g。水煎服, 日 1 剂, 连服 6 剂。症好转, 血压 20/11.5kPa。再随症加減 10 余剂, 症状消失。[42]

第五节 神经系统疾病

一、颈源性头痛

颈源性头痛是指由颈枕部和(或)肩部组织的器质性或功能性病损所致的以同侧头痛为主的一种综合征。发病年龄多在 20~60 岁, 以女性患者多见。早期多为枕部、耳后部、耳下部不适感, 以后渐转为闷胀或酸痛感, 逐渐出现疼痛。疼痛的部位可扩展到前额、颞部、顶部、颈部, 有的患者同时出现同侧肩背、上肢疼痛, 疼痛可有缓解期。疼痛等症状随病程进展逐渐加重, 可持续性存在, 缓解期缩短, 发作期加重。寒冷、劳累、饮酒、情绪激动可导致疼痛加重。

1995 年 Bogduk 指出颈椎退行性变和肌肉痉挛是颈源性头痛的直接原因。他认为颈源性头痛也可称为颈神经后支源性头痛。近来亦有学者将颈源性头痛称为高位神经根性颈椎病。长期低头工作或不良生活习惯、寰椎畸形、寰枢椎半脱位均可致颈项部筋膜处于紧张状态导致局部循环障碍、筋膜挛缩、肌肉僵硬引起慢性无菌性炎症, 从而出现一系列的枕大、枕小神经及血管受压的临床症状。

中医学对头痛病认识很早, 在殷商甲骨文就有“疾首”的记载, 《内经》称本病为“脑风”、“首风”, 《素问·风论》认为其病因乃外在风邪寒气犯于头脑而致。《素问·五脏生成篇》还提出“是以头痛巅疾, 下虚上实”的病机。头为“诸阳之会”、“清阳之府”, 又为髓海之所在, 居于人体最高位, 五脏精华之血、六腑清阳之气皆上注于头, 手足三阳经亦上会于头。若六淫之邪上犯清空, 阻遏清阳, 或痰浊、瘀血痹阻经络, 壅遏经气, 或肝阴不足, 肝阳偏亢, 或气虚清

阳不升，或血虚头窍失养，或肾精不足，髓海空虚，均可导致头痛的发生。

【病案举例】

患者，张，男，54岁，2004年2月11日初诊。诉10余天前无明显诱因出现左侧颞部疼痛，呈持续性，下午痛甚，曾服药治疗疗效不显，头晕，不伴恶心，耳鸣，纳眠可，二便调，舌红苔黄腻水滑，脉沉细。体格检查：左侧颞部触痛，左侧3~6颈椎横突旁压痛明显。中医诊断：头痛。辨证：湿热壅滞太阳少阳经脉。西医：颈源性头痛。治法：清利湿热，疏利经脉。处方：葛根30g，黄芩12g，黄连9g，炙甘草9g，生白芍15g，天麻15g，姜黄9g，桂枝10g，威灵仙30g，天南星6g。6剂，水煎服。二诊：头痛基本缓解，左侧颞部触痛减轻，舌红苔薄黄腻，脉沉。处方：上方加豨莶草30g。6剂，水煎服。愈。^[43]

二、偏头痛

偏头痛是反复发作的一侧或两侧搏动性头痛，以反复发作、经久不愈为临床特征，为临床常见的特发性头痛。最重要和常见的为血管性头痛，呈现与脉搏一致的搏动性痛或胀痛。低头、受热、用力、咳嗽等均可使头痛加重。检查可见颞动脉隆起，搏动增强，压迫后头痛可减轻。常在青春期发病，部分患者有家族史，多因劳累、情绪因素、经期等诱发。

本病发病机制复杂，近年倾向于认为，诱发因素作用于中枢神经后，经单胺能通路产生神经递质变化，继之激活血小板引起5-HT和血栓素A₂（TXA₂）的释放和耗竭，相继产生颅内血管的收缩及扩张，扩张管壁由于吸附5-HT产生血管过敏，加之组织胺、缓激肽等参与，发生头痛及神经性血管性反应。

本病属中医学“头风”、“厥头痛”、“头痛”等范畴。头风为病，具有作止无常，或左或右、卒发卒止、愈后复发的特点。头为诸阳之会，居高巅之位，惟风邪可到，据证求因，头风多由风邪所致。邪气上壅，清窍失和，脉络闭阻为偏头痛发病病机。头痛多风，这也正是古今医家大量用风药治疗头痛的依据之所在。如清代医家李中梓

在《医宗必读·头痛》中说：“头痛自有多因，而古方与用风药者何也？高巅之上，惟风可到。味之薄者，阴中之阳，自地升天者也。”

【病案举例】

柴某，女，72岁，2000年2月15日初诊。患者自诉头痛、头晕半月余。当地中医用小柴胡汤加味等治疗后，症状无明显改善。诊见：头痛、头晕，头痛以右侧胀痛为主，痛及右侧眉棱骨和牙床，伴心烦，失眠，难以入睡，纳食减少，口黏、口苦，口渴喜饮，大便偏干，小便正常，舌红苔黄腻，脉弦数。诊断：偏头痛，证属湿热火风患及阳明，上攻头目。治宜清热燥湿，熄风通络，方用葛根芩连汤加味。处方：葛根、白芍、钩藤各15g，黄芩、天麻、僵蚕各10g，黄连、当归各6g，甘草5g。水煎服，每天1剂。上方连服5剂后，头痛明显减轻，失眠等症状均好转，继续服用5剂而痊愈。^[44]

按：偏头痛病因较为复杂，以肝阳上亢，肝风上扰或肝郁气结为多见。临床治疗也多从平肝抑阳、熄风潜阳等着手，选方如天麻钩藤饮、镇肝熄风汤、柴胡疏肝散、小柴胡汤之类。但本例患者疼痛的部位牵入眉棱骨和牙床，为阳明经所循行部位，结合口苦、口黏，口渴喜饮，舌红苔黄腻，脉弦数等症可以判断其病位在阳明，涉及少阳。病因系湿热为患，有伤津生风之势。故以黄芩、黄连清热燥湿；葛根润燥生津兼以舒筋；天麻、钩藤、僵蚕熄风潜阳；当归、白芍养血滋阴；甘草调和诸药。诸药合用，共奏清热化湿、滋阴潜阳、熄风定痛之功。

三、三叉神经痛

三叉神经痛又名痛性痉挛，是累及面部限于三叉神经的一支或几支分布区反复发作性短暂而剧烈的疼痛，是最典型的神经痛。

三叉神经痛包括原发性和继发性两种。原发性三叉神经痛病因目前尚未完全明了，继发性三叉神经痛可由三叉神经根及半月神经节肿瘤、血管畸形、动脉瘤等引起。本病发作特点是三叉神经分布区域内出现阵发性、反复发作的剧烈疼痛。多发生于40岁以上的中年人或老年人，大多为单侧性，少数双侧性。

中医学认为三叉神经痛是三阳经筋受邪所致，属于中医学“头

风”或“偏头痛”范畴。古云：“巅顶之上，惟风可到。”《景岳全书》曰：“凡诊头痛者，当先审久暂，次辨表里。盖暂病者，必因邪气；久病者，必兼元气。以暂病言之，有表邪者，此风寒外邪于经也，治宜弥散，最忌升散，此治邪之法也。”临床治疗三叉神经痛，需遵循以下原则：新病，由外邪引起者，以疏风为主；久病，由痰火瘀血所致者，以清热、涤痰、活血为主；疼痛既然是闭阻不通所致，因而在治疗上应以通经活络为主，并以此为原则；如因风邪引起者，宜疏风通络；因寒邪引起者，宜散寒温经；因热邪引起者，宜清热通络；因湿邪引起者，宜除湿通络；因气滞引起者，宜理气活血；因血瘀引起者，宜活血化瘀等。

【病案举例】

徐某，女，71岁。患三叉神经痛10余年，时轻时重，反复发作，以下颌区疼痛为甚，咀嚼时可诱发疼痛加重，伴胃胀，嗝气，反酸，便秘，脉弦缓，舌红，苔白略厚。考虑此患者求治多年无效，疼痛部位以循阳明经为主，况且胃胀、反酸、便秘、舌红均属热象。遂循经辨证，参以病机，治以葛根芩连汤化裁：葛根、黄芩、黄连、柴胡、法半夏、羌活、白芷、郁金、片姜黄、全蝎各10g，延胡索、乌贼骨各15g，忍冬藤30g，吴茱萸6g，蜈蚣2条。每日1剂，连续服用2个月，疼痛缓解，发作次数明显减少。继服1个月后疼痛消失，未再复发。^[45]

按：梅国强临床活用此方，指出要点有三：其一，在外感热病中，治阳明热盛下利，理法同前。其二，外感热病之肺热咳喘，本以麻杏甘石汤为主方，惟其肺热炽盛者，合用本方效果更佳，此为变法。以上两类治法，亦可移做杂病之用，如无发热恶寒之类征象，而下利灼热，尿赤，口渴，舌红等；咳喘较重，痰稠难出、色白、或黄或绿，口渴，舌红，苔白或黄等，更属变法。其三，“循其经脉，参以病机”之妙用，尤其值得后学者参详。考足阳明胃经之循行，“起于鼻，交頞中，旁约太阳之脉，下循鼻外，入上齿中，还出夹口环唇，下交承浆，却循颐后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过额主人，循发际，至额颅”（《灵枢·经脉》）。

四、枕神经痛

枕神经痛是指枕大神经、枕小神经、枕下神经和第3枕神经痛的总称。临床表现为后枕部或兼有颈部的发作性剧痛，常向头顶部或乳突部放射，多为单侧且较浅表，头颈部猛烈活动、咳嗽、喷嚏等可激发或加剧疼痛。多在枕神经受血管、肌肉压迫或枕神经发生病变后产生。

枕神经痛可分为原发性枕神经痛和继发性枕神经痛。原发性枕神经痛多发于青壮年，而且发病前大都有受凉、劳累、潮湿、不良姿势的睡眠等诱因。最常见的是继发于上呼吸道感染之后。有的学者认为它是一种非特异性的感染炎症或中毒性神经炎，如上呼吸道感染、流感、疟疾、风湿病、糖尿病、甲状腺疾病或酒精中毒、铅中毒等皆可导致枕神经痛。

本病多属于中医学“偏头风”范畴。《证治准绳·头痛》曰：“医书多分头痛、头风二门，然一病也，但有新久去留之分耳，浅而近者名头痛，其痛卒然而至，易于解散速安也；其深而远者为头风，其痛作止不常，愈后遇触复发也。”由此可见，头风一症反复发作，缠绵难愈。多因起居不慎，坐卧当风，感受风、寒、湿等外邪，而以风为主，所谓“伤于风者，上先受之”，“巅高之上，惟风可到”，“治风先治血”。治疗以疏散风邪为主。

【病案举例】

患者，孟某，女，36岁。2004年5月19日初诊。头痛7~8天。初起受寒，头痛项强，不发热。现头痛不止，以左枕颈部疼痛为主，呈波动性痛，头皮触痛明显，伴头晕、睡眠减少。舌淡暗，苔黄腻厚，脉微浮弦。左枕神经出口处压痛明显，余颅神经未见异常。中医诊断：外感头痛，证属风热夹湿热阻滞太阳、少阳经脉。西医诊断：枕神经痛。治法：外散风寒，内清湿热，兼疏利经脉气血。处方：葛根24g，黄芩9g，黄连6g，茵陈15g，当归12g，川芎9g，天麻15g，生薏苡仁30g，麻黄6g，炙甘草9g，蔓荆子18g，薄荷9g（后下）。4剂，水煎分2次温服。二诊：头痛基本缓解，疼痛时间缩短，程度减轻，舌质淡红，苔薄微黄，脉弦细。上方去黄芩、黄连、白鲜皮，加

僵蚕 12g, 羌活 6g, 5 剂, 水煎服。后以它病就诊, 问及头痛事宜, 述上方尽剂而愈。^[46]

按: 枕神经痛属于风寒者最多, 但湿热证临床亦时有所见, 湿热壅滞太阳可用麻黄连翘赤小豆汤, 湿热壅滞阳明则宜葛根芩连汤, 湿热郁滞少阳可用茵陈蒿汤, 若三阳合病, 则可以统而治之。本案为湿热内蕴, 风寒外袭, 故用葛根芩连汤加茵陈蒿、生薏苡仁、麻黄、川芎、薄荷等内清外散, 表里兼治。

第六节 免疫系统疾病

急性风湿热

急性风湿热是一种全身性变态反应性结缔组织疾病, 临床主要表现为发热、游走性关节炎、心脏炎、关节炎和多形性红斑、舞蹈症等症状。为溶血性链球菌感染有关的变态反应性疾病, 发病前 2~3 周常有咽峡炎、扁桃体炎、上呼吸道感染等链球菌感染史。

病变累及全身结缔组织, 基本病变为炎症和具有特征性的“风湿小体”。病理过程分渗出、增殖和硬化 3 期, 但各期改变也可同时存在。风湿热的急性期出现结缔组织渗出性炎性反应, 基质水肿伴淋巴细胞和浆细胞浸润, 主要累及心脏、关节和皮肤。持续 2~3 周后进入增殖期, 出现本病特征性的风湿性肉芽肿或风湿小体。病变主要局限于心肌和心内膜。此期改变继续进展则导致纤维组织增生, 瓣膜增厚变形, 引起二尖瓣和主动脉瓣的狭窄和闭锁不全。中枢神经系统和组织学所见并非风湿热所特有, 也不与临床表现相平行。

本病属中医学“痹证”范畴。

【病案举例】

张某, 女, 15 岁, 学生, 以发热、四肢关节游走性红肿热痛 1 周而来诊。症见: 发热 38.5℃, 右足踝及两手腕红肿疼痛, 痛处手不可近, 伴咽痛、口干、汗出、纳差, 舌质红, 苔腻, 脉数。体检: 扁桃体充血肿大, 咽红, 心尖区有 II 级吹风样收缩期杂音。实验室检查: 白细胞 $11.5 \times 10^9/L$, 中性粒细胞 0.78, 淋巴细胞 0.22, 血沉

26mm/h, 抗“O”1500U。中医诊断:风湿热痹。西医诊断:急性风湿热。以白虎加桂枝汤加味,基本方:生石膏(先煎)20g,知母10g,甘草5g,桂枝8g,忍冬藤12g,赤芍10g,3剂,每日1剂分2次服。复诊:热势稍退,体温为38℃,咽痛等症状减轻,但关节红肿、热痛未减,并又现腹痛、泄泻(大便日行3次,质稀),尿赤,苔黄腻,遂改用葛根芩连汤加减(葛根20g,黄芩10g,黄连6g,忍冬藤15g,赤芍6g,知母6g)治疗,服上方3剂,发热、腹痛、泄泻、咽痛等症状消失,关节红肿热痛明显减轻。在原方基础上重用葛根60g,续服5剂,关节红肿热痛等症状消失。为巩固疗效嘱继续用上方,连服15剂后,实验室检查:血常规、血沉、抗“O”均在正常值范围,临床治愈。^[47]

参考文献

- [1] 朱薇,贾满仓.复方葛根芩连汤治疗急性菌痢32例临床观察.河南中医,2006,26(3):30~31
- [2] 刘守志.葛根芩连口服液与香连丸治疗急性菌痢的疗效比较.安徽中医临床杂志,2003,15(4):308
- [3] 宋洪信,王广超.葛根芩连汤加减治疗细菌性痢疾68例.中国基层医药,2002,9(12):1083
- [4] 廖光法,张厚泰.葛根芩连汤加味保留灌肠治疗痢疾52例.中国民间疗法,2000,8(6):33
- [5] 李中华,何来福,常乃云.葛根黄芩黄连汤加味治疗病毒性肠炎36例.内蒙古中医药,2004,(1):7
- [6] 齐国有,齐晓霞.葛根芩连汤和白头翁汤四神丸加减治疗慢性结肠炎106例.陕西中医,2006,26(9):1055~1056
- [7] 李学章,周广印.葛根芩连汤治疗放射性直肠炎21例.山东中医杂志,1997,16(12):551~552
- [8] 柳玉美,姜崇智,张淑香,等.葛根芩连汤加减治疗放射性直肠炎32例.山东中医杂志,2006,25(1):34
- [9] 王致道,郑美惠.葛根芩连汤治疗上消化道出血80例.世界华人消化杂志,1996,12(4):704

- [10] 秦立伟, 张永生. 葛根芩连汤加味治疗伪膜性肠炎临床观察. 黑龙江中医药, 2008, (1): 25
- [11] 程彬彬. 谢昌仁治疗肠易激综合征经验. 中医杂志, 2006, 47 (10): 739
- [12] 刘清, 林亚, 徐丽涛. 葛根芩连微丸与硝苯吡啶治疗肠易激综合征临床研究. 实用中西医结合杂志, 2003, 3 (2): 9
- [13] 苏楠, 荣传平, 周志敏. 葛根芩连汤合痛泻要方加减治疗五更泻 80 例. 现代中西医结合杂志, 2003, 12 (1): 42
- [14] 胡清. 辨证治疗晚期消化道肿瘤致腹泻 2 例. 航空航天医药, 2004, 15 (1): 57
- [15] 于世杰. 葛根芩连汤加味治疗溃疡性结肠炎 28 例. 实用中医内科杂志, 2003, 17 (1): 45
- [16] 饶军福. 葛根芩连汤加味治疗慢性溃疡性结肠炎. 中国乡村医药杂志, 2003, 10 (4): 13~14
- [17] 刘宝驹, 陈尹. 葛根芩连汤保留灌肠治疗溃疡性结肠炎 65 例. 广西中医药, 2003, 26 (2): 38
- [18] 袁勇, 陈华伟. 葛根芩连汤加蒲公英灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床观察. 现代生物进展, 2007, 7 (9): 1336~1337
- [19] 魏利平. 痛泻要方合葛根芩连汤加味治疗溃疡性结肠炎 45 例. 中医研究, 2003, 16 (6): 32~33
- [20] 李德和, 余涛. 辨证分型治疗慢性溃疡性结肠炎经验. 河北中医, 2007, 29 (3): 228
- [21] 王威, 袁曙光. 张秋才临证治验举隅. 河北中医, 2006, 28 (6): 405~406
- [22] 李宗宪, 刘秀萍, 刘昌海, 等. 香连丸合葛根芩连汤加味防治放射性直肠炎 40 例. 山东中医杂志, 2007, 26 (6): 378~380
- [23] 刘国晖. 葛根芩连汤为主治疗急性出血性坏死性小肠炎 15 例. 湖南中医杂志, 1998, 14 (1): 32~33
- [24] 田劭丹, 李忠. 大肠癌的中西医结合诊治. 中国临床医生杂志, 2007, 35 (4): 26~29
- [25] 戴向东, 邵静鸣. 思密达联合葛根芩连汤治疗成人急性非感染性腹泻. 宁夏医学杂志, 2002, 24 (12): 739~740
- [26] 黄承华, 田明达. 葛根芩连汤加减治疗急性胃肠炎 40 例疗效观察. 贵阳中医学院学报, 2004, 26 (4): 23
- [27] 李益忠, 黄彬. 加用参苓白术散合葛根芩连汤加减治疗慢性乙型病毒性肝

- 炎腹泻 23 例. 广西中医药, 2007, 30 (4): 45 ~ 46
- [28] 何玲. 张光华教授运用经方治疗疑难病案举隅. 成都中医药大学学报, 2005, 28 (4): 35 ~ 36
- [29] 曾艺鹏, 黄云胜, 胡蕴刚, 等. 葛根芩连汤配合胰岛素强化治疗湿热证 2 型糖尿病临床观察. 中国中西医结合杂志, 2006, 26 (6): 514 ~ 516
- [30] 刘秀荣. 葛根芩连汤治疗糖尿病经验浅识. 实用中医内科杂志, 2007, 21 (7): 74
- [31] 李赛美. 难治性糖尿病中医辨证得失录. 中国医药学报, 2004, 19 (9): 543 ~ 544
- [32] 王芬, 何华亮. 张发荣运用葛根芩连汤治疗糖尿病经验. 中医杂志, 2005, 46 (2): 103
- [33] 吕召学, 张芳. 加味葛根芩连汤治疗糖尿病性腹泻 89 例. 糖尿病 (消渴病) 中医诊治荟萃——全国第五次中医糖尿病学术大会论文集, 1999: 144 ~ 145
- [34] 曾艺鹏, 王爱华, 胡蕴刚. 复方配伍治疗伴湿热兼证糖尿病胃轻瘫的研究. 现代中西医结合杂志, 2006, 15 (15): 2023 ~ 2024
- [35] 徐忠正. 葛根芩连汤辨治肺源性心脏病. 中医杂志, 2001, 42 (10): 636
- [36] 李春生. 对人高致病性禽流感发病规律和中医药治疗方案的初步探讨. 中华中医药杂志, 2006, 21 (3): 134 ~ 139
- [37] 彭胜权. 传染性非典型肺炎的中医辨证论治. 上海中医药杂志, 2003, 37 (5): 3 ~ 4
- [38] 杭群, 王庆国, 张有志. 《伤寒论》哮喘证治特点举要及现代临床运用例析. 北京中医药大学学报 (中医临床版), 2006, 13 (3): 16 ~ 18
- [39] 郑启仲. 治肺炎心衰验案. 中国中医药报, 2006 年 6 月 26 日第 6 版
- [40] 段淑红. 发热门诊患者中的应用体会. 中外健康文摘 (医药月刊), 2006, 3 (11): 124 ~ 125
- [41] 屈静, 丁元庆. 葛根芩连汤加减治疗颈动脉粥样硬化临床研究. 山东中医杂志, 2007, 26 (9): 606 ~ 607
- [42] 赵宗刚, 王春, 尚静. 葛根芩连汤新用. 光明中医, 2004, 19 (3): 40 ~ 41
- [43] 丁元庆. 经方治疗颈源性头痛验案. 中国中医药报, 2007 年 1 月 5 日第 6 版
- [44] 敖海清, 张小虎, 徐志伟. 葛根芩连汤新用. 新中医, 2003, 35 (3): 68 ~ 69

- [45] 闻梨, 梅国强. 梅国强活用葛根芩连汤举隅. 湖南中医杂志 2006, 28 (9): 19~20
- [46] 丁元庆. 经方治疗枕神经痛验案. 中国中医药报, 2007 年 2 月 14 日第 6 版
- [47] 李忠悦. 重用葛根治疗热痹. 吉林中医药, 2004, 24 (2): 40~41

肛肠病术后

肛肠病术后治疗对疾病痊愈与康复有着特别重要的意义。手术只是把病变组织切除，而病变的内在原因及术后并发症的存在，诸如疼痛、出血、排尿困难、发热、创面延迟愈合等都需要术后认真处理。因此，恰当的中医治疗对减轻痛苦、创口快速修复、减少疤痕形成、恢复肛门功能十分重要。

【临床应用】

曹天顺^[1]总结肛肠病术后辨治 10 法。其中，清热利湿法是肛肠病术后常用治法之一，这与肛肠病多湿热为患有关。具体运用时要根据病位、病情、舌苔变化灵活运用，以舌苔黄白、厚薄、润燥之不同辨湿热孰轻孰重。一般来讲，若湿热壅滞大肠而见腹痛、腹泻，肛门坠胀疼痛，直肠内易渗血流脓者，方选葛根芩连汤。

参考文献

- [1] 曹天顺. 肛肠病术后辨证施治 10 法. 河北中医, 2006, 28 (5): 355 ~ 356

妊娠泄泻

妊娠泄泻为夏秋常见病。妊娠后阴血聚以养胎，脏腑功能不同程度受到影响，脾胃较弱，外感湿邪易困阻脾阳，导致脾失健运，水湿浊液相杂而下，从而发生泄泻。妊娠泄泻的治疗，医者大多较为谨慎，常以补脾安胎为主。古人云：“无湿不成泄”。湿郁久化热，遂致湿热泄泻。因子宫与大肠相邻，泄泻易伤胎元，故治泻应与保胎并举。

【临床应用】

陈受美^[1]以葛根芩连汤加味治疗妊娠泄泻30例。年龄在23岁~27岁，平均24.8岁，第一胎26例，第二胎4例，孕12周~32周，平均21.5周。病程1天~7天，平均3.2天。主要症状：30例均有程度不一的腹痛，泻下急迫，粪便黄褐色、呈水样，日泻最少者4次，甚者10余次，其气臭秽，或肛门灼热，或烦热口渴，或小便短赤，舌苔黄腻，脉滑数。血常规检查：白细胞、中性粒细胞有不同程度升高。大便检查：脓球（+~++）者25例，（+++）者5例，（++++）者2例。根据中医辨证诊为妊娠泄泻湿热证。予葛

根黄芩黄连汤加味。处方：葛根、黄芩、黄连、菟丝子、桑寄生各 10g，艾叶、木香各 5g，甘草 3g。胎动甚者，加白芍 20g。纳呆者，加神曲 15g。水煎服，每日 1 剂。治疗结果：痊愈（临床症状消失，大便成形，日 1 次，舌脉正常）25 例（其中服药 1 剂泄泻停止的 10 例，2 剂的 8 例，3 剂的 7 例），显效（临床症状明显改善，大便近似成形或日便溏仅 1 次，舌脉基本正常）4 例，无效（临床症状和泄泻均无改善）1 例。

【病案举例】

某女，23 岁，1993 年 6 月 2 日初诊。第 1 胎妊娠 6 个月。腹痛泄泻 2 天，日泻 4 次，呈黄褐色、水样便。胃纳呆滞，体倦乏力，口干喜饮，舌偏红，苔黄腻，脉滑数。体温 37.2℃。血常规：白细胞 $11.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.82，淋巴细胞 0.18。大便检查：脓球（++）。证属湿热泄泻，治以清热燥湿，固肾安胎。药用：葛根、黄芩、菟丝子、桑寄生各 10g，黄连 6g，艾叶、木香各 5g，甘草 3g，日 1 剂。2 剂后，腹痛泄泻消失，大便成形，日 1 次。^[1]

按：葛根解肌清热，升清止泻，黄芩、黄连清热燥湿以止泻，木香理气止痛，桑寄生、菟丝子、艾叶入肝肾，固肾安胎，使邪去病除胎自安。

参考文献

- [1] 陈受美. 葛根芩连汤加味治疗妊娠泄泻 30 例. 湖南中医杂志, 1995, 17 (5): 33

一、中毒性菌痢

中毒性菌痢，或称暴发性菌痢，俗称毒痢，是痢疾杆菌在体内大量繁殖，其内毒素引起的毒血症使脑神经系统出现中毒症状。是夏秋季常见的急性重症肠道传染病，多见于2~7岁儿童，成人亦可发生。该病起病急，来势凶险，病情变化迅速。由于儿童神经发育不健全，且胃酸少，不能杀灭痢疾杆菌，加上有些儿童为特异体质，对于细菌毒素易发生强烈的过敏反应及全身微循环障碍，出现感染性休克症状，故发病率和死亡率均较高。临床表现：突发高热（40℃或更高），精神萎靡，嗜睡或烦躁不安，反复惊厥，神志昏迷。同时可出现面色灰白、口唇发绀、四肢发冷、脉搏微弱和血压下降等循环衰竭症状，或呼吸节律不齐、深浅不匀、双吸气或呼吸暂停等呼吸衰竭症状。腹痛和腹泻症状在早期常常不明显，甚至不出现。临床上一般将中毒型痢疾按其主要表现为3个类型：①休克型：患儿精神萎靡，面色苍白，四肢厥冷，呼吸加快，血压正常或偏低，脉压差小，可伴有各主要脏器的功能障碍。②脑型：大脑因缺氧、水肿而发生反复惊

厥、昏迷和呼吸衰竭。早期表现为嗜睡、呕吐、头痛、血压升高，心率相对缓慢。随着病情进展可出现呼吸节律不齐、瞳孔忽大忽小、对光反应迟钝或消失。患者开始烦躁、谵妄，而后逐步进入昏迷状态。③混合型：同时具有休克型和脑型的两型表现，病情最为严重。中毒型细菌性痢疾因病情危重，必须积极迅速进行抢救。

本病属于中医学“疫毒痢”范畴。中医学早在《内经》中就有记载“肠澼”的病名。《诸病源候论》云：“赤白相杂，重者状如脓涕，而血和之，轻者脓上有赤脉脓血，状如鱼脑。”《外台秘要》指出：“赤白痢下，令人下部疼痛，故名重下。”《景岳全书》云：“痢疾，其所下者，或赤或白，或脓或血，有痛者，有不痛者。”宋元时代认识到痢疾能传染，被称为“时疫痢”。《丹溪心法》指出：“对疫作痢，一方一家之内，上下传染相似。”在治疗方面，张仲景的《伤寒论》中有“热痢下重者，白头翁汤主之”，此方至今仍然沿用。中医学认为本病病因多由感受暑湿之邪，暑湿热毒侵入肠胃，湿热蕴蒸，肠胃气血被阻，气血与暑湿热相搏，化为脓血致成痢疾；或感受时行疫气，疫毒壅盛于肠胃，与气血相搏所致；或饮食不节或食不洁之物，加之平时好食肥甘厚味，素有湿热内结，因湿热蕴蒸，腑气阻滞，气血凝滞化为脓血。疫毒痢症见发病急，痢下鲜紫脓血或始不下痢，只有壮热口渴，头痛烦躁。严重时发生剧烈腹痛，里急后重加重，甚至昏迷惊厥。舌质红，苔黄燥，脉细数或脉微欲绝。治以清热利湿，凉血解毒。

【病案举例】

袁某，男，5岁。因突然发热、恶心呕吐、昏迷抽风1天急诊入院。体温39.8℃，昏迷状态，颈软，心率110次/分，无杂音，双肺呼吸音清，腹膨隆，肝脾（-）。查白细胞 $16 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.84，淋巴细胞0.16。肛拭取大便检验：脓细胞（++），红细胞（+），巨噬细胞（+）。病理反射（-），脑脊液检查未见异常。入院诊断为中毒性菌痢。予对症处理、抗生素、激素等治疗2天，病无好转，邀中医会诊。症见面赤身热，腹胀尿赤，病后无大便，舌红苔黄腻，脉濡数，中医辨证属湿热邪毒扰乱神明，引动肝风。治宜清热燥湿解毒，开窍熄风，方予葛根芩连汤加味。处方：葛根12g，黄芩

10g, 黄连 10g, 甘草 5g, 白头翁 10g, 大黄 5g, 水煎服, 每日 2 剂, 分 4 次服, 另每次冲服紫雪丹 1g。服药翌日大便次数增多, 伴里急后重, 呈黏液状便, 抽风遂止。再进 2 剂, 体温降至 38℃, 神志转清, 诸症好转。以原方去大黄、紫雪丹, 加当归 5g, 木香 5g, 每日 1 剂, 调治 3 日而愈。^[1]

按: 朱丹溪尝谓: “六气之中, 湿热为患, 十之八九。”王孟英也说: “热得湿则郁遏而不宣, 故愈炽; 湿得热则蒸腾而上熏, 故愈横。两邪相合, 为病最多。”小儿先天的禀赋与后天的饮食习惯、养护条件等, 均易形成湿热, 以致湿热为患多多, 加之长夏暑湿蒸腾, 湿热邪毒感人易发动风神昏之变, 治之当以清热解毒为第一要务。

二、糖源性腹泻

糖源性腹泻 (SID) 是由于糖类消化或吸收不良引起的腹泻, 分原发性和继发性。继发性 SID 远较原发性者多见, 所有影响近端小肠的疾病均可导致继发性 SID, 最常见原因为肠炎后继发糖吸收不良, 其次为肠道手术、营养不良、寄生虫病、免疫缺陷病等。在我国主要见于轮状病毒性肠炎, 有文献报道轮状病毒感染时, 99% 的病例继发肠上皮细胞刷状缘表面的刷状酶活力降低, 存在 SID, 以乳糖不耐受为最常见。就小儿腹泻而言, 乳糖酶缺乏可导致腹泻, 而腹泻本身又损伤小肠黏膜导致乳糖酶缺乏。据统计, 在小儿腹泻中, SID 的发病率约占腹泻患儿总数的 49% ~ 79%, 尤以乳类饮食喂养的婴幼儿更易发生。西医治疗 SID 的措施是, 继续母乳喂养的同时, 采用药物加速肠道中乳糖的分解。

本病归于中医学“泄泻”等范畴。中医学认为 SID 的病机主要在于脾不健运, 乳食不化。急性发病多湿热, 慢性、迁延性者多脾虚, 均易夹食滞。

【临床应用】

许增华等^[2]选择 2002 年 4 月 ~ 2004 年 10 月间住院母乳或含糖饮食喂养的腹泻患儿, 选择 220 例。全部病例治疗前均做肠乳糖测定, 其中诊断为 SID 者 120 例, 非 SID 者 100 例。诊断为 SID 者随机分为 3 组: 中药治疗 (A) 组 40 例, 去乳糖饮食治疗 (B) 组 42 例,

西药治疗 (C) 组 38 例。3 组病例治疗前性别、发热、呕吐、脱水病例数比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。另非 SID 者中抽取 40 例 (D 组)。A、D 组病例治疗前性别、发热、呕吐、脱水病例数比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 具有可比性。A、D 组以葛根芩连汤为主组方治疗, 药用葛根、黄芩、黄连、茯苓、麦芽、甘草、谷芽、莱菔子、炒白术、鸡内金。制成口服剂, 瓶装备用, 每瓶 60ml (相当于 1 剂中药的剂量), 按每次 2ml/kg, 每日 3~4 次。治疗同时继续母乳或含乳糖奶制品喂养; B 组以去乳糖奶粉喂养, 停用其他一切含乳糖食品包括含乳糖奶制品和母乳, 至腹泻停止, 停母乳喂养者指导吸出母乳, 以避免抑制泌乳; C 组采用母乳或含乳糖奶制品喂养。4 组病例奶制品和母乳喂养量及喂养次数相似, 且均使用抗病毒药物或抗生素、微生态制剂等药物, 脱水者均按常规予补液治疗。所有病例连续观察 5 天, 记录每日腹泻、发热、呕吐、腹胀等症状的改变情况。结果显示: 中药能促进肠乳糖分解, 降低肠乳糖水平, 缓解临床症状, 缩短 SID 患儿病程。

按: 该研究中药治疗以葛根芩连汤加减化裁, 祛邪与醒脾并重。药理研究证实, 葛根、黄连、黄芩、甘草具有解热、抗菌、抗病毒、增强机体免疫力等作用, 方中增加麦芽、谷芽、莱菔子、鸡内金等能兴奋胃肠壁神经肌肉, 促进消化道各种消化酶的增生, 同时由于麦芽、谷芽还含有 α 和 β 淀粉酶等成分, 能促进淀粉、双糖、三糖等的分解, 故该方能降低肠乳糖水平, 缩短腹泻病程。

三、鼠伤寒沙门菌肠炎

鼠伤寒沙门菌肠炎, 简称鼠伤寒, 是鼠伤寒沙门菌引起的急性传染病, 属易耐药性细菌感染, 许多菌株对抗生素易产生耐药性, 传染性强, 病情危重。这些年来, 发病数有增多趋势。鼠伤寒沙门菌对外界环境的抵抗力较强, 自然界分布较广, 许多家禽 (鸡、鸭、鸽等)、家畜 (猪、牛、羊、马、狗、猫等)、鼠类和飞鸟的肠道中储有这种细菌, 所以家禽、家畜、鼠类、患者和带菌者是主要的传染源。苍蝇、跳蚤是传播媒介。感染主要通过受污染的食物传播。鼠伤寒沙门菌为侵袭性细菌, 主要侵犯回肠和结肠, 也可侵犯整个胃肠

道。鼠伤寒全年均可发生,夏秋季(6~9月)发病率高,可散发,也可暴发。2岁以内患者占半数以上,6个月内患病数更多,病情危重。由于接触传播,可在产院婴儿室和儿科新生儿病房发生流行。

本病属于中医学“泄泻”范畴。中医学认为,幼儿为稚阳之体,处于生长发育阶段,气血未充,脏腑娇嫩,患病易虚易实,一遇饮食不周,禀赋不足易招外邪侵袭,即腹泻不止,渐至损伤脾肾之阳,造成脾肾阳虚为患,而出现久泻不止,精神萎靡,面色苍白或小便不利,面浮肢肿等症。该病以虚为本,但临床常有兼见湿热者。

【临床应用】

宋桂华等^[3]以加味葛根芩连汤治疗小儿鼠伤寒沙门菌肠炎51例,患儿为住院病例36例和门诊病例15例。其临床表现均以大便多样性、便次多,呈稀水样、黏液样、脓血样便为主,伴发热,体温在37.5~38.5℃ 22例,38.6℃以上29例;伴腹胀27例,伴呕吐39例,伴脱水25例。大便常规检查:黏液便,白细胞(±),大便培养或血培养2次以上有鼠伤寒沙门菌生长可确诊。所有病例入院前均使用过抗生素治疗。治疗方法:所有病例均根据大便培养和药敏结果选用一种敏感抗生素,并根据病情配合输液纠正水电解质紊乱、支持疗法及对症治疗。根据患儿临床证候、舌苔及不同病期,按中医辨证分为实热型与虚寒型。实热型多属发病早期,病程1~2周,既有外感表热,又有肠道湿热症状;虚寒型多属疾病后期,经多种抗生素治疗,发病10天以上,表现为脾虚寒湿不化症状。治疗以葛根芩连汤加味。实热型药用:葛根12g,黄芩9g,黄连6g,甘草6g,丹参10g,乌梅10g,紫草12g,苦参10g。虚寒型药用:葛根9g,黄芩6g,黄连3g,甘草6g,丹参10g,乌梅6g,白术10g,干姜6g。两型随症加减:腹胀加木香;呕吐加竹茹;血便加地榆等。以上剂量适用于1岁小儿,可根据年龄增减药量。水煎服,日1剂,分3次服,7天为一疗程。对呕吐严重或不易服药者,可采用灌肠治疗。对2周末痊愈者继给1个疗程综合治疗,除1例新生儿并发败血症转院外,其余均获痊愈。结果:1~2个疗程后,治愈39例,好转8例,无效4例。总有效率为92.16%。

四、轮状病毒性肠炎

轮状病毒性肠炎为小儿常见病之一，发病率高，对婴幼儿健康危险甚大。常见病因为肠道埃可病毒及柯萨奇病毒所致。近年来我国已有报道有关轮状病毒引起的胃肠受损。轮状病毒对胃肠的损害，轻者仅表现为胃肠功能失调，重者可发生电解质紊乱并危及生命。

本病属中医学“泄泻”范畴。其病因与脾胃失调、湿热下注、七情郁结或脏腑虚弱等因素有关。

【临床应用】

张文春^[4]等以葛根芩连汤治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎 80 例，并设对照组 80 例。治疗组用药：葛根 15g，黄连 15g，石榴皮 15g，半夏 10g，白术 10g，木香 10g，党参 20g。取中药 1 剂三煎，得汤 200ml。用纱布将药汁滤出，倒入 250ml 输液瓶中任其自然冷却，当药液温度为 35 ~ 37℃ 时即可使用。将药液倒入普通灌肠器中，患儿排空大小便，由家长搂抱患儿于左侧卧位，臀部稍垫高，将导尿管插入直肠内约 8 ~ 10ml。插妥后，抬高灌肠筒距肛门约 40 ~ 60cm，松开血管钳，固定肛管，使药液缓慢流入。观察筒内液面下降情况，滴完后保留数分钟，每日 1 次。对照组用病毒唑、庆大霉素、654-2 等输液治疗。两组凡有脱水、电解质紊乱、酸碱平衡失调者，均按小儿体液疗法原则，给予补充纠正。治疗结果：治疗组治愈 48 例，显效 12 例，有效 16 例，无效 4 例。总有效率 95%；对照组治愈 23 例，显效 11 例，有效 22 例，无效 24 例，总有效率 70%。两组疗效比较差异显著 ($P < 0.01$)。

按：因婴幼儿服药困难，服药剂量次数不易控制，难以达到预期的疗效。葛根芩连汤保留灌肠能保证药物的有效剂量，药物直接在肠道内吸附病毒，使病毒及其产生的毒素随之排出体外，相对见效快，明显减少腹泻次数，使总有效率和显效率明显增高。且灌肠方法简便，取材容易。其操作简单，疗程短，且无不良反应，安全性大，药物吸收迅速而完全，并能克服小儿服药困难的缺点，容易被家长接受。

五、发热

儿科发热性疾病中，比较常见的主要是一些急性感染性疾病或急性传染性疾病。感染性疾病主要为呼吸道疾病，如急性上呼吸道感染、流行性感冒、扁桃体炎和肺炎等。小儿抗病能力弱，特别是对传染病的免疫功能不全，因此在小儿时期常会患急性传染病，如麻疹、水痘、流行性腮腺炎、流行性脑脊髓膜炎（流脑）、乙型脑炎及猩红热等。

本病属中医学“外感发热”的范畴。小儿乃稚阴稚阳之体，且脏腑娇嫩，气血未充，抗病力低，寒暖不能自调，易外感六淫，内伤饮食，故发热者居多。治疗“毋伐其生生之气”。中药治疗小儿发热相对于激素具有较高的安全性。

【临床应用】

赵玉华^[5]以葛根芩连汤加减治疗小儿发热 200 例，其中，男 115 例，女 85 例；年龄 1 岁以内 37 例，2~3 岁 60 例，4~6 岁 65 例，7~14 岁 38 例；低热 45 例，中等热 112 例，高热 41 例，超高热 2 例。症状和体征：发热，汗出，口渴，心烦，泄泻，咽红肿痛，尿黄，舌红、苔黄腻，脉滑数。本组病例均以葛根芩连汤为主，随症加减治疗。药物组成：葛根、黄芩各 12g，黄连 3g。春季加青蒿 5g，夏季加生石膏 15g，秋季加桔梗 5g，冬季加麻黄 3g。咳剧痰鸣者，加川贝母 3g，橘红、石菖蒲各 5g；若见纳呆痞闷，呕吐苔腻者，加橘红、薏苡仁各 5g，白豆蔻 1g，枳壳 3g；若脉浮紧无汗而热郁喘甚者，加麻黄、苦杏仁各 3g；凡肠热下利窘迫无度者，加白头翁、秦皮、槟榔各 5g；若兼见食积不化，酌加炒枳壳 3g，神曲、山楂各 8g；若见苔黄垢，脉沉实者，加大黄 3g 荡涤之。水煎 150ml 频服，每日 1 剂。以上为 1 岁内患儿量，3 个月内患儿量减半，1~3 岁患儿各味药加重 1g，3~14 岁加重 3g。治疗结果：有效（体温恢复正常，临床症状消失者）194 例，无效（服药 36h 内身热不退或主要症状不减退者）6 例，总有效率为 97%。

【病案举例】

韩某，男，6 个月，1994 年 7 月 26 日初诊。患儿高热 3 天，脱

腹胀满，3日未行大便，拒乳不食，经用青霉素、安痛定治疗无效。查：体温39℃，呼吸急促，高热面容，鼻流清涕，咽部充血，呼吸略粗，肺部未闻干湿罗音，胸腹透视未见异常。肝脏稍大，脾未触及，腹胀叩之如鼓，舌红苔燥，指纹青长。证属表邪未解，里热已成，治以表里双解，方用葛根芩连汤加大黄5g，水煎100ml频服。服1剂后大便下，先干后软，体温36.8℃，诸症悉除。^[5]

六、病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是由病毒侵犯心肌后引起的心肌细胞变性和心肌间质改变。临床上可见心悸、气促、胸闷、胸痛、头晕、乏力等。目前现代医学除对心律失常和心功能不全等并发症的常规处理外，尚无较好的治疗方法。

本病可归属于“心悸”、“怔忡”、“心痹”、“胸痹”、“虚劳”等范畴。多系病毒侵犯心脏局限性或弥漫性炎症病变。中医学认为温邪由卫入营，内舍心脉，气滞血瘀，胸阳痹阻而发本病。温邪易伤气阴，故临床中心肌炎以气阴两虚证候多见。扶正祛邪并用是治疗病毒性心肌炎的基本原则，故治疗上益气养阴与清解祛邪并用。

【病案举例】

患儿，男，6岁，2006年12月1日初诊。初起发热、心悸、乏力、胸闷，曾在某西医院静脉滴注青霉素、病毒唑、能量合剂3天。来诊时患儿仍发热，心悸，乏力，烦躁，胸闷，面色苍白。查体：体温38.3℃，心尖区第一心音低钝，心率140次/分，律整。舌质红，苔黄腻，脉数。心电图示心动过速。心肌酶谱3项均升高，诊为心肌炎。中医辨证为湿热交蒸，耗气伤阴。治当清热利湿，益气养阴，方选葛根芩连汤加减。药用：葛根、黄芩、玉竹、白薇、青蒿各9g，金银花、蒲公英、板蓝根各18g，薄荷6g，淡豆豉12g，甘草3g。2剂后热退，但仍心悸、乏力。上方去青蒿、淡豆豉，加太子参、黄芪12g，丹参9g。嘱其注意休息。上方6剂后，症状减轻，但活动后仍胸闷、乏力。遵照效不更方的原则，嘱其继用6剂。复诊时患儿症状已基本消失，舌质淡红，苔薄白，此后用生脉散加味为主组方制成散剂，患儿服用约10天左右，复查心电图、心肌酶谱，心电图恢复正

常, 心肌酶降至正常。^[6]

七、小儿厌食症

小儿厌食症是指小儿对食物普遍没有兴趣, 是儿科门诊常见疾病之一。西医研究表明, 厌食症多是由于微量元素锌的缺乏导致。锌缺乏导致唾液中磷酸酶含量减少, 味蕾功能减退, 发生食欲不振。缺锌还可使羧基肽酶的活性降低, 导致消化功能降低。所以, 西医治疗小儿厌食症主要采用补锌治疗, 最常用葡萄糖酸锌口服, 也可应用硫酸锌、甘草酸锌、醋酸锌等口服, 取得了一定的临床效果。

厌食症属于中医学“积滞”、“疳症”范畴。本病多由乳食无度, 饮食不节, 壅滞中焦, 损伤脾胃, 不能消磨水谷而形成积滞, 导致乳食精微无从运化, 脏腑肢体失养, 身体日渐羸瘦, 气阴耗损而成疳证。饮食不洁, 感染虫疾而耗夺乳食精微, 气血受戕, 不能濡养脏腑筋肉, 日久成疳。本病病理变化主要在脾胃虚弱, 运化失调。本病的病位在脾胃, 病性有虚有实。治以健脾益胃, 化滞消疳。

【病案举例】

女, 3岁, 2001年4月6日就诊。厌食2个月; 半年前祖父母来济照看小儿, 过食高热量、高蛋白食物及零食, 20天后即不愿进食, 逐渐面黄, 乏力, 腹胀, 时有恶心, 腹痛, 夜卧不宁, 磨牙, 大便不爽, 舌质红苔厚腻, 脉弦滑。查: 肝功能、心电图正常。诊断为厌食症, 证属湿热阻滞, 痰涎壅滞, 气机不通。葛根芩连汤合温胆汤加减治疗, 药用: 葛根9g, 黄芩6g, 黄连1.5g, 半夏6g, 陈皮9g, 茯苓6g, 大腹皮6g, 枳实6g, 甘草3g, 生姜2片, 大枣2枚, 2剂水煎服。4月8日复诊: 上述症状大减, 腹痛、腹胀消失, 食欲、睡眠明显好转。偶有恶心, 上方去大腹皮、枳实, 加竹茹6g, 薄荷3g, 继服3剂, 随访症状消失。方中葛根升举阳气; 黄芩、黄连清热化湿; 半夏、陈皮、茯苓燥湿除痰; 大腹皮、枳实行气导滞; 生姜、大枣和脾胃。^[7]

八、疱疹性咽峡炎

疱疹性咽峡炎是一种好发于儿童的特殊发热性疾病。临床特征为

骤起高热伴有咽喉痛、头痛、厌食，并常有颈腹和四肢疼痛，在婴儿常发生呕吐和惊厥。起病2日内，口腔黏膜出现少数（很少多于12个）小的（直径1~2mm）灰白色疱疹，周围绕以红晕，多见于扁桃体前部，但也可位于软腭、扁桃体、悬雍垂舌部等。在以后的24h内，水疱破溃变为浅溃疡，直径一般在5mm以下，1~5日内愈合。并发症少见，症状一般7日内消失。在感染后能产生持久的免疫，但A组中其他型病毒或其他肠道病毒也可能引起再次发病。

中医学认为本病多属湿热毒邪而引起，亦有素体脾胃不化，复感外邪而致。小儿胃强脾弱，水湿易停滞于内；小儿形气未充，肺气不足，卫外不固，则易受邪侵；小儿体属纯阳，外感时邪，或内有湿邪阻滞，易于化热。若内湿外邪相合多成湿热之证。湿热之邪客于咽喉，故出现发热、咽喉肿痛、疱疹等症。

【病案举例】

患儿，男，2岁，2006年8月5日初诊。发热、咽痛4天，初起发热（体温38.7℃），咽痛，曾用解热止痛片、复方大青叶合剂，疗效不佳。查体：体温38.3℃，咽部充血，软腭、扁桃体周围有数个散在灰白色小溃疡面，周围有红晕，边缘清楚，舌质红，苔薄黄，脉数。血常规示：白细胞 $7.7 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞0.376，淋巴细胞0.624。诊为疱疹性咽峡炎，证属湿热毒邪蕴蒸气分，治当利湿清热，解毒利咽。方选葛根芩连汤加减。药用：葛根、藿香、竹茹、黄芩、半夏各9g，金银花、板蓝根各15g，青蒿、淡豆豉各12g，黄连、薄荷、甘草各6g。水煎频服。2剂后热退，咽不痛，溃疡面尚未愈合，加用桂林西瓜霜吹喉，上方去青蒿、淡豆豉、薄荷，加芦根15g，继服3剂，溃疡愈合。^[6]

按：本例患儿病因为外感时邪入里化热，湿热交蒸为患。湿热客于咽喉，出现发热、咽喉肿痛、疱疹等症。咽为胃之关，以葛根芩连汤清脾胃之热，疗效较好。

九、麻疹

麻疹是儿童常见的急性呼吸道传染病之一，其传染性很强，在人口密集而未普种疫苗的地区易发生流行，约2~3年发生一次大流行。

临床上以发热、上呼吸道炎症、眼结膜炎、皮肤出现红色斑丘疹和颊黏膜上有麻疹黏膜斑（Koplik 斑）及全身斑丘疹为特征。我国自 1965 年，开始普种麻疹减毒活疫苗后已控制了大流行。在病程各期尚易并发继发性肺炎，以出疹期为多见，麻疹病毒本身可引起巨细胞肺炎。病原常为金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、腺病毒。并发肺炎时全身症状加重，体温持续升高，出现气促，鼻翼煽动，发绀，肺部有中、小湿罗音。若病程迁延不愈，可引起支气管扩张症。严重肺炎为麻疹死亡的主要原因。

中医学认为，麻疹合并肺炎是因痧毒过盛或正气虚弱，邪闭肺胃所致。重症者深入营血，热陷心肺，甚至出现内闭外脱的严重证候。治以宣肺清热，凉营泄热，回阳救逆。

【临床应用】

乔艳贞等^[8]于 1998 年 3 月～2003 年 8 月间观察麻疹热利病例 69 例。治疗基本方：粉葛根 18～30g，细川黄连 3～9g，山药 15～30g，淡黄芩 6～15g，天花粉 18～30g，升麻 5～9g，蝉蜕 9～18g，薄荷 9～18g，甘草 6～15g。若腹痛者，加延胡索、香附；脘闷者，加莱菔子。水煎服，每日 1 剂，早晚温服，30 天为一疗程。治疗结果：临床治愈 44 例，好转 18 例，无效 7 例，有效率为 89.86%。

【病案举例】

1. 姜某，男，3 岁，1991 年 3 月 25 日初诊。患儿在麻疹流行区，发热 4 天，耳后发际及面颈部皮疹 1 天，因发热烦躁自行蹬去衣被，未得及时护理，至夜遂身热烦渴，气喘鼻煽，谵语烦躁，疹点隐隐，涕泪俱出，舌红苔黄厚，脉滑数。体温 40.2℃，口腔仍可见麻疹黏膜斑，双肺闻及中、小湿罗音，查：白细胞 $13.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞 0.76，淋巴细胞 0.24，西医诊断为：麻疹合并肺炎。中医辨证属麻疹未透。治以清热解毒，宣肺定喘。方用葛根芩连汤加味：葛根 10g，黄芩 5g，黄连 5g，生甘草 3g，升麻 5g，桔梗 3g，川贝母 5g，水煎服，每日 2 剂，分 4 次服用，2 天后汗出神清，全身皮疹红润密集，体温降至 38.5℃，喘息减轻，肺部罗音减少，继续服用上方，每日 1 剂，调理 5 日而愈。^[1]

2. 杨某，男，6 岁，2003 年 3 月 28 日就诊。其母代诉：1 周前

小儿发热，继则身上出现红色疹点，先见于耳后、颈、头面，渐渐遍及全身，疹点稍见隆起，状如麻粒，融合成片，未多注意，于第5天见下利，大便日行十余次，黏而发臭，疹点稀疏，在当地卫生所治疗3天（具体用药不详），效不明显，今来就诊。刻诊：患者面赤，周身出现赤色疹点，微痒，口干唇燥，大便泻下时肛门有灼热感，饮食欠佳，眠差，脘腹闷胀，精神烦躁，诊其脉数，查其苔白腐。据其脉症，诊断为麻疹挟表热下利，遂于基础方中加莱菔子10g，3剂。3天后复诊：患者药后，下利渐稀，麻疹外透有增无减，再予上方稍稍调理3剂而安。^[8]

按：该患儿调护不当，邪毒内陷，肺失宣肃，麻疹兼下利。病机为表邪未透，内热弛张。患者面赤，疹色发红，便臭，脉数，舌苔白腐均为麻毒邪热之象；烦躁为邪热入里，欲出不得出；脘闷、下利为麻毒邪热内伤阳明所致；疹透不畅为邪热内陷而表未能解；口干舌燥为邪热伤津。由此可知，葛根芩连汤惟已化热者宜之耳。

十、流行性腮腺炎

流行性腮腺炎简称腮腺炎或流腮，是儿童和青少年中常见的呼吸道传染病，成人中也有发病。本病由腮腺炎病毒所引起，该病毒主要侵犯腮腺，但也可侵犯各种腺组织神经系统及肝、肾、心脏、关节等几乎所有的器官。因此除腮腺肿痛外常可引起脑膜脑炎、睾丸炎、胰腺炎、卵巢炎等症状。本病一年四季都可发生，冬春易于流行。学龄儿童发病率高，能在儿童群体中流行。一般预后良好。少数儿童由于病情严重，可出现昏迷、惊厥变证，年长儿如发生本病，可见少腹疼痛、睾丸肿痛等症。

本病属中医学“痄腮”范畴，民间亦有称为“鸪鹑瘟”、“蛤蟆瘟”。痄腮的病名首见于金代，《疮疡经验全书·痄腮》记述：“此毒受在牙根耳聃”。明代《外科正宗·痄腮》进一步阐明：“痄腮乃风热湿痰所生，有冬温后天时不正，感发传染者，多两腮肿痛，初发寒热”，并提出内服柴胡葛根汤、外敷如意金黄散的治疗方法。此病多因感受风温邪毒，主要病机为邪毒壅阻少阳经脉，与气血相搏，凝滞耳下腮部。风温邪毒从口鼻肌表而入，侵犯足少阳胆经。胆经

起于眼外眦，经耳前耳后下行于身之两侧，终止于两足第四趾端。少阳受邪，毒热循经上攻腮颊，与气血相搏，气滞血郁，运行不畅，凝滞腮颊，故局部漫肿、疼痛。热甚化火，出现高热不退，烦躁头痛，经脉失和，机关不利，故张口咀嚼困难。

【病案举例】

马某，男，8岁，1989年4月6日初诊。患儿在校班级流行腮腺炎已半月。于5天前右腮部肿痛，继之左腮亦然，在家用青霉素、大青叶合剂等治疗未愈。近2天来烦热口渴，头痛呕恶，双腮漫肿，疼痛拒按，无波动感，张口困难，大便干结，小便短赤。舌红苔黄燥，脉洪数。体温 39.9°C ，查白细胞 $10.5 \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞0.75，淋巴细胞0.25。病理反射（-），脑脊液检查未见异常。西医诊断为流行性腮腺炎。中医辨证属风温疫毒入里化热，邪毒炽盛，病结阳明。治宜升阳解毒，清热养阴，方用葛根芩连汤加味。处方：葛根12g，黄芩10g，黄连10g，甘草6g，玄参15g，浙贝母10g，水煎服，每日2剂，分4次服。2天后患儿汗出热退，诸症悉减。再予该方每日1剂，调治5天病愈。^[1]

按：疫毒时邪，最易化火，耗津伤阴，时毒发颐病变在上而热结阳明，故用葛根芩连汤升阳解毒以降毒焰之火，配玄参、浙贝母养阴散结，以生津软坚，组方诚简，疗效却捷。

十一、手足口病

手足口病是由肠道病毒感染引起的一种发疹性传染病，多发于4岁以内小儿，多在夏秋季节发生流行，幼托机构、学校学前班往往易集中发病。手足口病为自限性疾病，症状轻者1周左右可痊愈。若症状较重，可使病程延长，甚至产生并发症如脑炎、心肌炎等，造成流行。其临床症状以疼痛性口腔炎，口腔黏膜出现溃疡，手掌、足跖有小疱疹或丘疹，多伴发热为特征。由于小儿患病后易出现口腔疼痛拒食、流涎、哭闹不眠等反应，影响小儿生长发育，故临床有必要通过有效快捷的治疗以缩短病程，减少痛苦，使患儿迅速康复。目前，西医治疗此病尚无特效措施。此病在中医古籍中未见专门记载，根据其症状、体征，属中医学“温病”、“时疫”等范畴，多因内有湿热蕴

郁，外感时邪疫毒所致。《难经·第五十八难》曰：“温病之脉，行在诸经，不知何经之动也，各随其经所在而取之。”中医学认为小儿嗜食肥甘炙煨之品，脾胃积热内伏，复感夏秋季湿毒之邪，内外搏结，循经脉而行，上蒸口舌，而致口舌疱疹溃疡。脾主四肢，脾胃积热，湿毒壅盛则外及四末而为手足心疱疹。治当疏表解毒，凉营透疹，清热利湿。

【临床应用】

刘敏^[9]运用葛根芩连汤加味治疗小儿手足口病 44 例，84 例患儿均为门诊病例。病程不超过 3 天，口腔黏膜均见红色丘疹、浅溃疡、糜烂且伴有不同程度的流涎及口腔黏膜疼痛，手掌、足跖均可见圆形、椭圆形疱疹或斑丘疹。采用随机数字表法将 84 例患儿随机分为治疗组和对照组。治疗组 44 例，对照组 40 例，两组性别、年龄、病情等比较，差异无显著意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。治疗方法：治疗组予葛根芩连汤加味治疗。基本方：葛根 12~15g，黄芩 6~9g，黄连 2~4g，甘草 3~5g，升麻 3~5g，赤芍 7~9g，浮萍 7~9g，薏苡仁 12~15g，白茅根 12~15g，竹叶 7~9g。大便干结，加生大黄 3~5g (后下)；发热无汗，加青蒿 5~6g (后下)，荆芥 5~6g (后下)；高热持续不退，加石膏 30~45g，羚羊角 1~2g，水牛角 12~15g。服用方法：每日 1 剂，水煎 2 次，取汁 150ml，分 3~5 次温服。所剩药渣，再煎汤浸洗手足患处，每日 1 次。羚羊角、水牛角另煎 1h，取汁约 150~300ml，代开水频饮。对照组予口服病毒唑片，15~30mg/(kg·d)，分 3 次口服，手足患处用炉甘石洗剂外涂。两组疗程均为 3 天。疗程结束 7 天后评定疗效。治疗结果：治疗组治愈 37 例，好转 5 例，无效 2 例，治愈率为 84.1%，总有效率为 95.5%；对照组治愈 23 例，好转 7 例，无效 10 例，治愈率 57.5%，总有效率 75.0%。两组疗效比较，差异有显著意义 ($P < 0.05$)，提示治疗组疗效优于对照组。随访 1 周，治愈病例均无复发。两组热退及皮疹消退时间比较：治疗 3 天后，治疗组热退 38 例，平均退热时间为 1.67 ± 0.22 天；对照组热退 23 例，平均退热时间为 2.45 ± 0.35 天，两组差异有显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗组疹消 37 例，消疹时间为 2.43 ± 0.15 天；对照组疹消 23 例，消疹时间为 2.85 ± 0.14 天，两组

比较差异有显著性意义 ($P < 0.01$)。两组均未见明显不良反应。观察结果显示: 治疗组疗效、退热及皮疹消退时间均优于对照组。

【病案举例】

1. 患者, 男, 4岁, 2004年5月11日初诊。昨起呕吐发热, 无汗, 伴鼻塞流涕, 口烂疼痛, 口臭流涎, 拒食腹胀, 烦躁不安, 大便干, 小便黄。查体见: 体温 39.3°C , 舌质红赤, 舌苔黄厚而腻, 上下唇、两侧颊黏膜布绿豆大小溃疡十余个, 手掌、足底部布米粒大小疱疹多个。血常规检查: 白细胞 $7.6 \times 10^9/\text{L}$, 中性粒细胞 0.46, 淋巴细胞 0.54。西医诊断为手足口病, 中医诊断为温病疫毒, 辨证属外感时邪, 内蕴湿热。治以疏表解毒, 凉营透疹, 清热利湿。处方: 葛根 15g, 黄芩 9g, 黄连 3g, 甘草 3g, 升麻 5g, 赤芍 9g, 浮萍 9g, 石膏 45g, 荆芥 6g (后下), 青蒿 6g (后下), 生大黄 3g (后下)。1剂, 水煎2次, 取药汁 150ml, 分3次温服。药渣再煎汤浸洗手足患处。又予羚羊角 1g, 水牛角 20g, 水煎 1h, 取汁 300ml, 代开水少量多次频服。次日复诊, 患儿热退, 口痛流涎减轻, 能进食, 大便通畅。原方去升麻、石膏、荆芥、青蒿、大黄, 加薏苡仁 15g, 白茅根 15g, 淡竹叶 9g。续服 2剂, 手足心皮疹完全消退, 口腔溃疡亦平复, 神安, 纳增, 二便调, 舌质转淡红, 舌上黄腻苔消退。^[9]

2. 患儿, 男, 3岁。因流口水、拒食, 用冰硼散吹口未愈, 前来就诊。症见患儿舌面上有 2~3 处绿豆大小溃疡点, 下唇内侧及软腭见 4~5 点疱疹, 手掌、足底及臂部均见少量丘疱疹, 伴发热 (体温 37.8°C), 流涕, 哭闹, 拒食, 苔薄黄。诊断为手足口病。中医辨证为脾胃湿热, 复感湿毒。治以清泄脾胃, 疏风解毒。方选葛根芩连汤加味。处方: 藿香、葛根、黄芩、牛蒡子、连翘、蝉蜕各 9g, 黄连、薄荷、甘草各 6g, 青蒿 15g, 薏苡仁 12g, 板蓝根 18g。1剂后热退, 5剂后手足部皮疹消退, 臂部、膝部皮疹结痂, 口腔溃疡尚未愈合, 胃纳欠佳, 口稍渴。予健脾养胃之品山药 15g, 麦门冬 10g, 鸡内金 6g, 加入原方中, 2剂后而愈。^[6]

按: 葛根芩连汤清泄脾胃积热, 临床酌加疏风化湿解毒之品。藿香悦脾理气, 振复脾胃气机; 葛根升发脾胃清阳之气; 青蒿配黄芩可以清里解表; 牛蒡子、蝉蜕助连翘、薄荷疏表透疹。诸药合用分利湿

热、芳香化浊。

十二、猩红热

猩红热的主要病原体为 A 组 β 型溶血性链球菌，病原菌及其毒素在侵入部位及其周围组织引起炎性和化脓性变化，并进入血循环，引起败血症，致热毒素引起发热和皮疹。少数可见病毒性心肌炎、肾小球等病变。潜伏期一般 2~4 天，最短 1 天，最长 7 天。起病急骤，发热，体温一般 38~39℃，重者可达 40℃ 以上，婴幼儿起病时可能产生惊厥或谵妄。患儿全身不适，咽痛明显，影响食欲。咽及扁桃体显著充血，亦可见脓性分泌物。舌质红，乳头红肿如草莓，称杨梅舌。颈部及颌下淋巴结肿大，有触痛。皮疹于 24h 左右迅速出现，最初见于腋下、颈部与腹股沟，1 日内迅速蔓延至全身。典型皮疹为弥漫针尖大小的猩红色小丘疹，触之如粗砂纸样，或人寒冷时的鸡皮样疹。疹间皮肤潮红，用手压可暂时转白。面颊部潮红无皮疹，而口周围皮肤苍白，称口周苍白圈。皮肤皱褶处，如腋窝、肘、腹股沟等处，皮疹密集，色深红，其间有针尖大小之出血点，形成深红色“帕氏征”。口腔黏膜亦可见黏膜疹，充血或出血点。病程第 1 周末开始脱屑，是猩红热特征性症状之一，首见于面部，次及躯干，然后到达肢体与手足掌。面部脱屑，躯干和手足大片脱皮，呈手套、袜套状。脱屑程度与皮疹轻重有关，一般 2~4 周脱净，不留色素沉着。本病属中医学温病范围，因具有强烈的传染性，故称为“疫痧”、“疫疹”，本病系痧毒疫疔之邪从口鼻而入，侵犯肺胃，郁而化热、化火。火热之毒发散，犯卫、入营、伤阴，从而形成邪侵肺卫，毒在气营，疹后伤阴三个病理阶段，若痧毒内陷，或余毒未尽，又可导致痧毒内陷心肝之变证。

【病案举例】

杨某，男，2 岁，1993 年 12 月 20 日初诊。昨日下午突然高热，口渴，无汗，继则肤色赭红，身出红疹，宛如纹斑，咽喉肿疼，舌苔灰黄，尖红如梅，指纹青紫，此疫毒内侵，发为疫喉痧症也，治宜疏表达邪，清泄肺胃。处方：葛根 9g，黄芩 3g，川黄连 3g，蝉蜕 3g，乌梅 9g，金银花 6g，连翘 9g，薄荷 4.5g，丹皮 3g，青黛（包）6g，

马勃 3g, 玄明粉 2.5g, 人中黄 3g, 2 剂。二诊: 药后汗出便解, 热度稍降, 皮肤仍红, 舌如红梅, 表邪渐去, 毒热伤阴, 原方去薄荷, 加玄参 6g, 2 剂。三诊: 热度已降, 肤色正常, 咽仍红赤, 口渴夜甚, 舌质红绛, 方予养阴清热, 以肃余波。处方: 玄参 6g, 生地 9g, 麦冬 6g, 丹皮 4.5g, 乌梅 9g, 连翘 9g, 菊花 4.5g, 赤芍、白芍各 4.5g, 甘草 3g, 3 剂。^[10]

按: 清·陆九芝明确指出: “葛根芩连汤一方, 独见遗于阳明者, 以人必见下利始用之, 不见下利不用, 而不为是阳明主方也。孰知此方所用者宏, 而所包者广也。”小儿外感热病, 具有起病急, 传变快, 入里速共同特点, 病理上多表现为表证未罢, 里证已急, 表里相兼, 卫气同病的证候, 因此, 选用具有解表清里的葛根芩连汤, 正恰中病机, 方中葛根升阳发表, 解肌退热, 生津又可助汗液, 黄芩、黄连清泄里热; 甘草和中, 四味相配, 确有安内攘外之功。根据中医学“异病同治”法则, 对于小儿外感热, 以本方为基本方, 据其邪之性质、病变部位及不同疾病特点, 灵活加味, 如急性扁桃体炎加射干、蒲公英、青黛等利咽泻火; 猩红热病加玄参、丹皮、金银花、马勃等凉血解毒。

参考文献

- [1] 王玉明, 王建敏. 葛根芩连汤加味在儿科急症中的作用. 黑龙江中医药, 1995, (2): 24~25
- [2] 许增华, 李香莲, 罗红, 等. 中药治疗小儿糖源性腹泻的临床研究. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13 (5): 290~292
- [3] 宋桂华, 杨晓霞. 加味葛根芩连汤治疗小儿鼠伤寒沙门氏菌肠炎. 河南中医, 2001, 21 (1): 62~63
- [4] 张文春, 龙千里. 葛根芩连汤灌肠治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎 80 例. 中医药研究, 2001, 17 (5): 20
- [5] 赵玉华. 葛根芩连汤加减治疗小儿发热 200 例. 新中医, 1997, 29 (9): 45~46
- [6] 张慧敏, 刘洪雁. 葛根芩连汤儿科应用举隅. 中国民间疗法, 2008, 1: 33~34
- [7] 陈晓云. 葛根芩连汤儿科新用. 山东中医杂志, 2006, 25 (8): 566

- [8] 乔艳贞, 王富伟, 李占伟. 葛根芩连汤加味治疗麻疹热利 69 例. 河南中医, 2004, 24 (5): 10
- [9] 刘敏. 葛根芩连汤加味治疗小儿手足口病临床观察. 广西中医学院学报, 2006, 9 (1): 27 ~ 28
- [10] 杨卫星. 葛根芩连汤在儿科热病中的应用. 安徽中医临床杂志, 2001, 13 (2): 139 ~ 141

前列腺炎

前列腺炎是指前列腺特异性和非特异感染所致的急慢性炎症，从而引起全身或局部症状。前列腺炎可分为非特异性细菌性前列腺炎、特发性细菌性前列腺炎（又称前列腺病）、特异性前列腺炎（由淋球菌、结核菌、真菌、寄生虫等引起）、非特异性肉芽肿性前列腺炎、其他病原体（如病毒、支原体、衣原体等）引起的前列腺炎、前列腺充血和前列腺痛。该病是一种发病率非常高（4% ~ 25%）且让人十分困惑的疾病，接近 50% 的男子在其一生中的某个时刻将会遭遇到前列腺炎的影响。

按照病程分，可分为急性前列腺炎和慢性前列腺炎。其中急性前列腺炎是由细菌感染而引起的急性前列腺炎。急性前列腺炎可有恶寒、发热、乏力等全身症状；局部症状是会阴或耻骨上区域有重压感，久坐或排便时加重，且向腰部、下腹、背部及大腿等处放射，若有小脓肿形成，疼痛加剧而不能排便；尿道症状为排尿时有烧灼感、尿急、尿频，可伴有排尿终末血尿或尿道脓性分泌物；直肠症状为直肠

胀满、便急和排便感，大便时尿道口可流出白色分泌物。慢性前列腺炎分为细菌性前列腺炎和前列腺病。慢性细菌性前列腺炎常由急性前列腺炎转变而来；前列腺病常由病毒感染、泌尿系结石、前列腺慢性充血等引起。性交中断、性生活频繁、慢性便秘均是前列腺充血的原因。慢性前列腺炎的症状复杂多样，有时易与单纯神经衰弱混淆，在治疗效果上不很满意，治疗标准不统一。从临床表现患者可有尿道刺激征，尿频、尿急、尿道灼痛，清晨尿道口有黏液、黏丝或脓性分泌物，尿混浊或大便后尿道口有白色液体流出，后尿道、会阴及肛门不适，有时阴茎、睾丸及腹股沟部疼痛，伴有射精痛、血精、早泄、阳痿以及乏力、头晕、失眠和忧郁等植物神经功能紊乱的症状。由于其病因、病理的不同，临床症状复杂多样，并对男性的性功能和生育功能有一定影响，严重地影响了患者的生活质量，使患者的精神与肉体遭受极大的折磨。

前列腺炎属中医学“精浊”的范畴。首见于《景岳全书·淋浊》。《证治要诀·白浊》：“如白浊甚，下淀如泥，或稠黏如胶，频逆而涩痛异常，此非是热淋，此是精浊室塞窍道而结。”此病多因酒色无度，败精瘀阻；或肾精亏损，相火妄动，败精挟火而出；或湿热流注精室而成。症见阴茎口常流米泔样或糊状浊物，茎中或痒或痛，甚则如刀割火灼，而尿色自清。浊物色白者称白浊，挟血者称赤浊。或浊物淋漓，尿出灼痛甚者，多属火盛。若兼见小便频数者，多属湿热流注精室。若日久不愈，涩痛全无，多属心肾不足。

【病案举例】

曹某，男，32岁。2000年5月6日就诊。神疲乏力半月。患者有前列腺炎病史1年余，经口服西药症状时轻时重，近半月来症状加重。神疲乏力，腰膝酸软，小腹胀痛，性功能减退，多梦，易醒，口苦，舌红苔黄略腻，脉滑。前列腺液镜检：白细胞、卵磷脂小体小量。治以清热利湿。处方：葛根15g，黄芩6g，黄连9g，黄柏15g，马齿苋30g，生龙骨30g，生牡蛎30g，肉桂3g，牛膝30g，王不留行30g，生甘草3g。水煎服，日1剂，连服6剂，症状好转，后随症加减10剂，诸症消失。^[1]

按：青壮年相火偏旺，湿热偏盛，扰乱精室，精浊混淆，精离其

位，而成此病。其表现多为急性前列腺炎或慢性前列腺炎急性发作。久之，湿热伤及脾胃，脾气下陷而不化湿，肾精不足而虚象毕露，这是本病由实转虚的大致过程，前列腺炎临床又以肾虚者居多，因肾藏精，故精浊伤肾者为多，而肾虚中又以肾阴不足者多见。湿热是标，肾虚为本，瘀血是进入慢性过程的进一步病理反映，中虚是湿热伤脾的必然结果，当然，也可能与素体脾虚有关，或由肾虚侮脾所致，所以给患者清热利湿的同时兼以补肾涩精，活血通经。

参考文献

- [1] 赵宗刚，王春，尚静．葛根芩连汤新用．光明中医，2004，19（3）：40～41

颈椎病

颈椎病是因颈椎、颈椎间盘、韧带退行性改变，导致颈椎失稳、压迫邻近组织结构如神经根、脊髓、椎动脉、交感神经而引起的一系列症状。临床也习惯称为颈椎综合征。其发病率据报道在 1.7% ~ 17.6%，40 至 60 岁为高发年龄。

颈椎病属中医学“项强”、“痹证”、“痿证”等范畴。一般是由于外感风寒，寒邪侵入太阳经络，经气不舒所致。项强常与头痛并见，是太阳病的主症之一。也有由于湿邪阻滞肌肉，或热邪灼伤筋脉而致者。项强一名出自《素问·至真要大论篇》。汉代《伤寒论·辨太阳病脉证并治》称之为项背痛。针灸治疗首见于《素问·骨空论篇》：“大风，颈项痛，刺风府”，“失枕在肩上横骨间，折使榆臂，齐肘正，灸脊中”。

【病案举例】

1. 罗某，男，48 岁。2001 年 12 月 5 日诊。反复头晕发作 8 年，加重 3 天。于 8 年前始头晕，颈肩部不适，经某医院确诊为颈椎病，经治疗病情时好时坏，遇劳即发。诊见：

头晕，颈肩部酸胀不适，乏力，胸闷气短，动则心悸，纳差，大便不成形，舌淡苔白腻脉缓。血压 15.9/10.6kPa，心率 58 次/分，X 片示颈椎病。心电图示窦性心动过缓心肌劳累。治以燥湿化痰。处方：葛根 60g，黄芩 60g，黄连 6g，羌活 6g，半夏 6g，茯苓 15g，白术 12g，天麻 6g，桂枝 6g，炙甘草 3g，水煎服，日 1 剂，连服 6 剂，症好转，再随症加减 10 余剂，症状消失。^[1]

2. 周某，男，33 岁，职员，2003 年 10 月 16 日初诊。自诉颈项僵硬已 2 年余，反复发作。近日因冬季来临，颈项僵硬加重，遂邀余诊治。视其病历，前医已用葛根汤、桂枝加葛根汤，罔效。于是细诊之，见其汗不出，恶风恶寒，身不热，颈项强急，关节不痛，口渴口干，大便稍溏，小便黄，舌质红苔薄黄，脉稍弦数寸旺。中医诊断为太阳之邪未解，内陷阳明。治当外解太阳之邪，内清阳明之热，用葛根芩连汤加味。处方：葛根 10g，黄芩 10g，黄连 10g，生甘草 6g，羌活 6g，鸡血藤 15g，天麻 10g，全蝎 3g。5 剂，日 1 剂。药后明显好转，要求继服 10 剂，以资巩固。1 年后随访，未复发。^[2]

按：医者据患者口渴口干，小便黄，舌质红苔黄，脉数，已入阳明经之外现病状。径投葛根芩连汤，效如桴鼓。方中加入羌活散寒通太阳之络，加入鸡血藤活血补血通太阳之经，天麻可祛内外一切风邪，全蝎止太阳之顽痛，亦可通窜太阳之络脉。全方共奏外疏内清，表里同治之功。

参 考 文 献

- [1] 赵宗刚，王春，尚静．葛根芩连汤新用．光明中医，2004，19（3）：40～41
- [2] 王小龙．葛根芩连汤治验 3 则．河南中医，2007，17（1）：16

皮肤科病证

白塞综合征

白塞病，又称白塞综合征、贝赫切特综合征、口-眼生殖器三联征、Halush - Behcet 综合征、Touraine 口疮病、非性病性女阴溃疡、复发性眼色素膜炎、前层积脓与口腔阴部溃疡，等等。是一种多因素综合作用下导致的自身免疫性疾病，是以细小血管炎为病理基础，口、眼、外生殖器、皮肤溃疡为主要表现的慢性进行性复发性多系统炎症性疾病。

祖国医学对该病类似症状的描述始见于后汉张仲景《金匱要略》中。因病症繁多、变化莫测，尤如“狐疑惑乱”而名为“狐惑病”，有“蚀于喉为惑，蚀于阴为狐”之说。中医学认为该病的主要病因病机是温热毒邪蕴滞，而温热的形成有内因和外因两个方面，外因是感受湿热毒邪，内因主要是脏腑功能失调，温热毒邪蕴于肝脾肾，循经上攻于口、眼，下注于外阴，引发本病。

【病案举例】

孟某，男，53岁，1998年2月5日初诊。患者自幼患有肺结核，曾复发3次。1989年12月12日患口腔、眼、生殖器溃疡，协和医

院诊断为白塞综合征，经住院治疗而愈。后又曾复发3次，第1次用环丙沙星，第2次服中药，第3次协和医院用“三联片”治愈。2周前因劳累和饮食不慎而又复发，并痔疮混合痔亦随之发作，服环丙沙星、三联片无效，遂来门诊求治于杨氏。刻诊：痛苦病容，目赤干涩而痛，舌及口腔黏膜严重溃疡，烦躁失眠，不思饮食，小便灼热涩痛色黄，肛门周围有一核桃大小脓肿，痔疮外翻，疼痛难忍，大便里急后重，舌红苔白厚腻，脉弦滑且数。证属湿热蕴郁成毒，充斥三焦。治以清化湿热，宣畅气机，佐以凉血解毒。药用：知母10g，黄柏6g，野菊花10g，炒山栀6g，生地榆10g，炒槐花10g，防风6g，蝉蜕6g，连翘10g，生甘草10g，葛根10g，黄芩6g，黄连2g，焦三仙各10g。5剂水煎服。嘱其饮食宜清淡，忌食辛辣油腻、鱼腥海味。二诊（2月10日）：服药后症状明显好转，痔疮减轻，口干，舌红苔少且燥。上方加百合15g，玄参10g，土茯苓20g。5剂水煎服。上方服完，身体恢复如初，饮食二便正常。^[1]

按：此患者素体湿热较盛，又饮食伤及脾胃，升降失司，邪无去路，蕴郁成毒，充斥三焦，上攻于目，侵淫于口，下注于前后二阴，一派湿热毒邪炽盛之象，非苦寒直折而不足以奏效。葛根芩连汤苦寒燥湿，清热解毒，再佐以凉血解毒之品，故仅服药10剂而愈。

参 考 文 献

- [1] 杨连柱. 葛根芩连汤临证应用体会. 北京中医药大学学报（中医临床版），2003，10（4）：46~48

一、慢性化脓性鼻窦炎

慢性化脓性鼻窦炎是鼻窦黏膜慢性化脓性炎症。较急性者多见，其中以慢性上颌窦炎最多，常与慢性筛窦炎合并存在，如一侧或两侧各鼻窦均有病变者，称多鼻窦炎或全鼻窦炎，单独的慢性筛窦炎或蝶窦炎只占少数病例。

本病多因急性化脓性鼻窦炎未得到及时合理地治疗迁延而致。其他病因与急性化脓性鼻窦炎相似，感染、变应性鼻炎和鼻窦引流障碍是其主要原因。牙源性上颌窦炎可慢性起病。慢性化脓性鼻窦炎的致病菌大多数是混合感染，近年来以流感杆菌、变形杆菌和链球菌多见。慢性化脓性鼻窦炎的病理变化，无论从肉眼观察或显微镜检查，其差异很大，各家分型也不一致，常分为水肿、息肉、浸润、纤维、囊肿等病理改变，实际上常混合存在，其中以水肿或息肉多见。

早在《内经》中即有“鼻渊者，浊涕下不止也”之论。故鼻炎属中医学“鼻渊”范畴。本病有急鼻渊（急性化脓性鼻窦炎）和慢鼻渊（慢性化脓性鼻窦炎）两种类型，而以后者更为常见。在急、慢性鼻炎中均可见到

头痛一症，虽程度不同，但都具有以下特点：头痛常伴有鼻塞、流脓涕、嗅觉障碍等症状；头痛有时间性和定位特点。这与它们的解剖位置有关。①额窦炎：表现为前额部疼痛，并在前额眉弓处有压痛，疼痛上午重，而中午时最剧，午后减轻，至晚上则全部消失。上颌窦炎：也为前额部疼痛，上午轻，下午重，在眉弓及面颊部可有压痛，急性者有时伴有上列磨牙痛。②蝶窦炎：在眼后部及头深部疼痛，还可引起晨起轻、午后重的枕部疼痛。③筛窦炎：在眼内角处的鼻梁部可有压痛或疼痛，头痛较轻，前组筛窦炎的头痛性质有时与额窦炎相似，后组筛窦炎的头痛性质有时与蝶窦炎相类似；头痛在休息、滴鼻药、蒸汽吸入或鼻腔通气，引流改善后可减轻，于咳嗽、低头弯腰，用力或突然摇动头部时头痛加重，吸烟、饮酒、情绪激动亦可使头痛加重。此病多因外感风热邪毒，或风寒侵袭，久而化热，邪热循经上蒸，犯及鼻窍；或胆经炎热，随经上犯，蒸灼鼻窍；或脾胃湿热，循胃经上扰等引起。故外解表邪，内去湿热是治疗鼻渊的重要手段。

【临床应用】

周学君等^[1]以葛根芩连汤为主方治疗本病，疗效满意。80例患者分为2组，治疗组50例，对照组30例。治疗组药用：葛根15g，黄芩12g，黄连12g，辛夷花12g，苍耳子10g，鹅不食草15g，川芎9g，防风12g，甘草6g。若流清涕者，去黄连加少许桂枝；若伴颈项酸胀者，加入阳明经药知母、白芷；若眉棱骨、太阳穴胀闷者，加入太阳经药羌活、蔓荆子；若颧骨、两面颊不适者，加入少阳经药柴胡。每天1剂，水煎2次，煎取250ml，分2次服，10天为一疗程。对照组：息斯敏每次10mg口服，每天1次，呋麻液滴鼻，每次2~3滴，每天3次，10天为一疗程。治疗结果：治疗组痊愈29例（58%），显效17例（34%），无效4例（8%），总有效率92%；对照组痊愈7例（23.3%），显效17例（56.7%），无效6例（20%），总有效率80%，两组疗效比较差异显著（ $P < 0.05$ ）。

【病案举例】

1. 王某某，男，34岁，1970年9月4日初诊，自诉患鼻炎多年，每因受寒发作加剧。现症：前额痛以胀痛为主，后项不适，流鼻涕，鼻干燥，口或渴，饮食、二便如常，苔微黄，舌正，脉弦，两寸

浮。处方：葛根 10g，黄芩 10g，黄连 6g，甘草 5g，合四逆散加牡蛎、吴茱萸，初服 3 剂，额痛明显减轻，连服 15 剂，前额痛消失，鼻涕大减。以后也屡有发作，即自服上方，疗效均好。^[2]

按：伍炳彩教授认为葛根是阳明经药，其方当是阳明经脉方，其主症是前额痛连后项，目痛鼻干，苔白或薄黄，舌正常或偏红，脉浮。只要具备以上症状，就可选用葛根芩连汤。

2. 女，9 岁，鼻塞流涕 2 年。鼻涕黄浊量多，涕有臭味，鼻塞重，时有头晕头重，纳食不香，大、小便正常。查：鼻黏膜充血肿胀，鼻腔内有较多的分泌物，上颌窦压痛，舌苔黄厚腻，脉滑数，鼻窦柯氏位片示左上颌窦炎。证属脾胃湿热，治宜清脾泄热，利湿降浊。药用：葛根 15g，黄芩 9g，黄连 3g，滑石 10g，白芷 10g，辛夷 6g，藿香 10g，石菖蒲 10g，赤芍 10g。水煎服 3 剂后上述症状明显减轻。继服 10 剂，症状消失。^[3]

按：《内经》云“胆移热于脑，则为鼻渊”，而肝胆互为表里，陈晓云认为患者脉弦，显然与肝有关，故用葛根芩连汤合四逆散加味；用牡蛎、吴茱萸，乃据日人认为，此 2 药能减少鼻中分泌物，且吴茱萸能入肝胃。

3. 黄某，男，25 岁，2000 年 8 月 10 日初诊。自述鼻塞流涕，反复发作 2 年余，每遇天气炎热或饮酒后加重，鼻涕色黄质稠，伴不闻香臭，饮食无味，口咽干燥，睡眠时常需张口呼吸，二便正常，舌红苔黄腻，脉数，诊断：鼻窦炎。证属湿热蕴结阳明，壅塞鼻窍。治宜清热祛湿通窍，方用葛根芩连汤加味。处方：葛根 15g，黄芩、白芷、射干各 10g，黄连、辛夷各 6g，甘草 5g，水煎服，每天 1 剂，服 20 剂后症状痊愈，随访 1 年未见复发。^[4]

按：敖海清认为鼻窦炎多为复发性、难治性疾病，容易反复发作，方用葛根芩连汤清热祛湿润燥，加白芷、辛夷宣通鼻窍，射干清热利咽，疗效甚佳。

二、萎缩性鼻炎

萎缩性鼻炎是一种以鼻黏膜萎缩或退行性变为其病理特征的慢性炎症，其特点是鼻黏膜萎缩、嗅觉减退或消失和鼻腔多量结痂形成，

严重者鼻甲骨膜和骨质亦发生萎缩，黏膜萎缩性改变可向下发展到鼻咽、口咽、喉咽等处。严重而伴有典型恶臭者，称臭鼻症。多始于青春期，女性较男性多见。

临床上有原发性和继发性两种，原发性病因不明，可能与遗传因素、营养不良、代谢紊乱、内分泌失调等有关；继发性多继发于慢性鼻炎、鼻窦炎脓性分泌物的长期刺激，高浓度有害粉尘及气体的长期刺激，不适当的鼻腔手术所致的鼻黏膜的广泛损伤，特殊传染病（如结核、梅毒、麻风等）对鼻黏膜的损害等。病理早期黏膜仅呈慢性炎症的改变，继而发展为进行性萎缩。黏膜与骨部血管逐渐发生闭塞性动脉内膜炎和海绵状静脉丛炎，血管壁结缔组织增生肥厚，管腔缩小或闭塞，血液循环不良，导致黏膜、腺体、骨膜及骨质萎缩、纤维化，黏膜的假复层纤毛柱状上皮逐渐转化为复层鳞状上皮。甚至蝶腭神经节亦可发生纤维变性。其临床表现为鼻塞，鼻咽干燥，鼻出血，嗅觉障碍和恶臭，并可伴头晕头痛。其病因迄今未十分清楚，目前现代西医学无特殊疗法。

本病属中医学“鼻槁”的范畴，首见于《灵枢·寒热病》，其曰：“皮寒热者，不可附席，毛发焦，鼻槁腊，不得汗。”本病多责之于燥邪、阴虚、气虚等。气候干燥或多尘、高温的工作环境，燥热之邪伤肺，循经上灼鼻窍，耗伤津液，鼻窍失养；久病伤阴，津液不能上输于鼻，鼻失滋养，甚则肺虚及肾，肺肾阴虚，虚火上炎，灼伤鼻窍黏膜，致使鼻干、黏膜枯萎而为病；久病体弱或饮食不节、劳倦过度损伤脾胃，致使脾胃虚弱，气血精微生化不足，无以上输充养鼻窍，鼻失气血滋养而为病；若脾不化湿，湿蕴化热，湿热上蒸，熏灼鼻窍黏膜，亦可导致此病。

【病案举例】

洪某，男，45岁。因鼻中流脓浊涕反复发作半年余，于2002年3月26日至耳鼻喉科诊治，医师诊断为萎缩性鼻炎，以青霉素治疗，但未见明显好转。1年后加重，经常鼻塞不闻香臭，自觉和他觉均发现鼻中有臭味，头痛头晕，舌质红，苔薄黄，脉弦右寸浮。中医诊断为风热壅滞阳明经脉，化腐为脓。治当清解阳明热邪，排腐利脓，用葛根芩连汤加味。处方：葛根10g，黄芩10g，黄连10g，生甘草6g，

白芷 6g, 鱼腥草 10g, 金荞麦 15g, 神曲 10g。服 7 剂, 头晕头痛减轻, 鼻塞味臭亦见好转。继服 20 剂, 鼻臭鼻塞、鼻中流脓水痊愈, 诸症消失, 随访 3 年, 至今未发。^[5]

按: 葛根芩连汤出自《伤寒论》, 由葛根、黄芩、黄连和甘草组成。治疗太阳病表证未解误下, 邪陷阳明所致之协热利。因足阳明胃经起于鼻翼两侧, 风热侵犯阳明经脉致成鼻渊; 而阳明乃多气多血之经, 头面胸腹四肢各处可布, 其病亦为多端, 变化无常。治疗本病, 一般多用发散风热、升阳化浊之品, 然此例患者正值壮年, 体阳较盛, 鼻翼又是足阳明经循行之处, 葛根芩连汤专清解阳明之热, 经热得除, 其痛自止。

三、急性扁桃体炎

急性扁桃体炎是腭扁桃体的—种非特异性急性炎症, 常伴有一定程度的咽黏膜及咽淋巴组织的急性炎症。常发生于儿童及青少年。如治疗不彻底, 可逐渐转变成慢性扁桃体炎, 并可进一步形成全身其他器官疾病的慢性病灶。

主要致病菌为乙型溶血性链球菌、葡萄球菌、肺炎双球菌。腺病毒也可引起本病。当机体抵抗力因寒冷、潮湿、过度劳累、体质虚弱、烟酒过度、有害气体刺激等因素骤然降低时, 细菌繁殖加强易导致本病的发生。有时则为急性传染病的前驱症状, 如麻疹及猩红热等。急性扁桃体炎往往是在慢性扁桃体基础上反复急性发作。临床表现可为恶寒, 高热, 可达 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$, 尤其是幼儿可因高热而抽搐, 呕吐或昏睡, 食欲不振, 便秘及全身酸困等。局部咽痛明显, 吞咽时尤甚, 剧烈者可放射至耳部, 幼儿常因不能吞咽而哭闹不安。儿童若因扁桃体肥大影响呼吸时可妨碍其睡眠, 夜间常惊醒不安。

本病归属于中医学“乳蛾”、“喉蛾”、“莲房蛾”等范畴。以咽喉两侧喉核(即腭扁桃体)红肿疼痛, 形似乳头, 状如蚕蛾为主要症状。因蛾与鹅同音, 故古书又有写作“乳鹅”者。历代医家根据病变部位、形态及病因病机等不同又有多种病名。从发病部位分, 发生于一侧的称单乳蛾, 双侧的称双乳蛾。从形态来分, 喉核上有白星

点,白星点上下相连,状如缠袋者称为“连珠乳蛾”;喉核腐烂者,称“烂乳蛾”或“烂头乳蛾”;喉核红肿疼痛者,称“活乳蛾”;喉核红肿疼痛不甚,日久如软骨者称“死乳蛾”或“乳蛾喉”。从病因来分,因于风热或热毒而致者,称“风热乳蛾”;若因肺肾阴虚而致者,称“虚火乳蛾”或“阴虚乳蛾”。以其阴阳属性来分,又有“阳蛾”与“阴蛾”之别。乳蛾多由外感风热,侵袭于肺,上逆搏结于喉核;或平素过食辛辣炙煨之品,脾胃蕴热,热毒上攻喉核;或温热病后余邪未清,脏腑虚损,虚火上炎等引起。

【病案举例】

1. 徐某,女,1岁3个月,1988年11月27日初诊。发热1周,咽痛,微咳,口渴,少食,大便干结,苔薄黄,舌尖红,脉浮数。查:体温 38.5°C ,双侧扁桃体Ⅱ度肿大,白细胞 $17 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞0.75,淋巴细胞0.24,嗜酸性粒细胞0.01,此为风热毒壅滞咽喉,拟方清热利咽解毒。处方:葛根12g,黄芩3g,川黄连1.5g,乌梅8g,连翘6g,蝉蜕3g,丹皮5g,蒲公英10g,射干4g,人中黄5g,大黄0.5g,青黛(包)6g,2剂。二诊:热退便通,咽部充血明显减轻,既中病机,守原方去大黄再进,2剂而愈。^[6]

2. 刘某某,女,10岁,学生,1997年5月12日初诊。患者于3日前始觉咽痛遂即发热,体温波动在 $37.2 \sim 39^{\circ}\text{C}$,伴有头痛,肢体酸软无力,轻度腹胀,大便日行2次,舌红苔黄腻,脉浮洪。曾静脉滴注青霉素、病毒唑、维生素C,治疗半个月,病情没有明显改善。一个月前又到某医院住院治疗,查三大常规除白细胞偏高外余均正常,血沉 45mm/h ,抗“O”正常,血生化正常,心电图示窦性心动过速,根据化验又按风湿病试治,仍以静脉滴注青霉素,配合肠溶阿司匹林、强的松、布洛芬等药物调理20余日,体温降至正常,遂回家调养。不足十日体温再次升高,并于发热第3天出现鼻衄,24h出血不止,面色苍白,呼吸表浅,血压下降,肢冷汗出,速到附近医院救治,给予输鲜血两次,配合补液、止血、升压等措施救治3天,脱离生命危险,但患者发热症状如故。请中医诊治,患者发热时伴随轻度腹胀腹泻。处方:葛根15g,黄芩6g,黄连3g,川厚朴4g,焦三仙各10g,丹皮12g,水煎服,服药3剂体温降至正常,腹胀、腹泻

明显改善,继服3剂症状消除,精神好转,食欲大增,其病告愈,随访半年,其病未再复发。^[7]

参考文献

- [1] 周学君,王兵.葛根芩连汤加减治疗慢性鼻炎50例临床观察.实用医学杂志,2000,16(7):543
- [2] 伍炳彩.葛根芩连汤临床应用举隅.江西中医学院学报,2000,12(4):150~151
- [3] 陈晓云.葛根芩连汤儿科新用.山东中医杂志,2006,25(8):566
- [4] 敖海清,张小虎,徐志伟.葛根芩连汤新用.新中医,2003,35(3):68~69
- [5] 王小龙.葛根芩连汤治验3则.上海中医药杂志,2006,40(12):54~55
- [6] 杨卫星.葛根芩连汤在儿科热病中的应用.安徽中医临床杂志,2001,13(2):139~141
- [7] 孙风华.葛根芩连汤治愈发热1例.黑龙江中医药,1998,(1):43

一、口腔溃疡

口腔溃疡是一种常见的口腔黏膜病，表现为口腔黏膜有斑片溃疡，红肿，表面覆盖白膜，有自发痛，遇到刺激可加重疼痛。现代医学对其病因至今尚未完全明了，认为是一种自身免疫性疾病，有自限性，一般7~10天可自愈。治之颇为棘手。

该病属祖国医学“口疮”“口疳”、“口糜”等范畴。《内经》中已有口疮的记载，如《素问·气交变大论》说：“岁金不及，炎水乃行……民病口疮。”本病的病因病机多由心脾积热，外感邪热，或虚火上浮，或虚阳浮越等，致发口疮。脾开窍于口，舌为心之苗，舌尖为心肺；舌中为脾胃，且脾胃为膜相连，颊龈属胃肠；舌根为肾，肾脉与咽喉和舌相连；舌边为肝胆。故该病的发生为五脏六腑受邪，热蒸灼阴或阴虚火旺或血气失于营养，火不安位等上泛口腔黏膜发为火邪之势。表现为口腔黏膜有斑片溃疡，红肿，表面覆盖白膜，有自发痛，遇到刺激可加重疼痛。可分为实火、虚火、虚实夹杂三类。

【临床应用】

俞有宝^[1]观察病例共 50 例。其中，男 30 例，女 20 例；年龄 1~48 岁，其中 1~10 岁 23 例，11~48 岁 27 例；单发者 40 例，多发者 10 例。以用药后口腔溃疡变平，白膜消退，无痛，饮食正常为治愈标准。本组 50 例中，4 天治愈者 16 例，5 天治愈者 19 例，6 天治愈者 8 例，7 天治愈者 4 例，只有 3 例多发溃疡无效。

【病案举例】

1. 周某某，男性，2 岁，1995 年 8 月 16 日初诊。患儿口舌生疮 2 天，口腔、舌体见数处黄白色溃烂点，流涎，进食即哭，口干喜冷饮，口唇鲜红，大便 2 日未行，小便可，舌淡红，苔薄黄，指纹青。处方：葛根 5g，川黄连 2g，黄芩 3g，生地 9g，玄参 7g，麦冬 7g，丹皮 3g，板蓝根 6g，淡竹叶 3g，蝉蜕 2g，厚朴 6g，参须 7g。外用冰硼散点敷。服 3 剂后，口舌疮减少，可进软食。又以原方续服 3 剂，口疮消失。^[2]

2. 周某，男，30 岁，2001 年 5 月 15 日初诊。自述口舌生疮反复发作 1 年，曾用锡类散、意可贴等治疗后，症状缓解，但停药后容易复发。诊见：口腔、舌下及牙龈上见数处溃疡，色红伴口臭、口黏、口干喜饮，纳食减少，心烦，夜寐欠安，大便偏干，小便黄，舌红苔黄腻，脉细数，诊断：口疮。方用葛根芩连汤加味，药用：葛根、滑石各 15g，黄芩、栀子各 10g，黄连 6g，甘草 5g。水煎服，每天 1 剂，服 3 剂后，口干、口臭、心烦等症状明显减轻，溃疡面明显减轻，守上方继服 10 剂而愈。^[3]

按：随着人民生活水平的提高，优生优育的推广，目前我国儿童的膳食营养结构起了很大的变化。城镇儿童的饮食以高蛋白、高脂肪、高能量为主，即中医学所谓肥甘厚味之品。由于小儿的生理特点：脏腑娇嫩，形气未充。过多食用肥甘厚味之品，势必导致食滞而损伤脾胃。小儿为纯阳之体，邪聚体内，易化热化火，因此临床上胃肠郁热的病证比较多见。运用葛根芩连汤治疗而获效正是基于病因而施治的。在诊治过程中始终注意大便问题尤为重要，因大便真实地反映了小儿的胃肠功能状态，它为我们施治起到了指导性作用。当然，在用药过程中，也不能忽视小儿的正气，在运用祛邪的同时注意佐

以扶正，使正气旺盛，邪必自去也是十分重要的。

二、慢性唇炎

慢性唇炎，又称剥脱性唇炎、慢性光化性唇炎。以唇黏膜红肿、糜烂、皸裂、脱屑为主要特征，其症时轻时重，日久不愈。现代医学认为其发病与寒冷、干燥、日光照射、烟酒刺激以及舔唇、咬唇、乐器吹奏等因素有关。有一些类型的慢性唇炎还可能与先天因素、病灶感染等有关。

慢性唇炎在临床上可以分为几种类型，包括光化性唇炎、干燥脱屑性唇炎、腺性唇炎、肉芽肿性唇炎等。这些类型的慢性唇炎均具有较为长久的肿胀、糜烂、脱屑、渗出等症状，有的病例还可伴有疼痛或瘙痒。分述如下：①光化性唇炎：以下唇的唇红部糜烂为主要特征，唇部不同程度肿胀，轻者具有淡黄色渗出液，痂皮颜色较浅；重者则有溃疡形成，出血而形成血痂。病情时轻时重，可迁延数日或更长的时间。患者常感到局部灼热、疼痛、干燥，唇部活动受到影响。②干燥脱屑性唇炎：此型慢性唇炎以唇红部干燥脱屑为主要症状，有时可伴有纵裂沟，如果裂沟较深，可以出血，形成血痂。患者因为感觉唇部干燥、疼痛，所以常常习惯用舌头舔唇加以湿润，谁知反而愈舔愈严重。③腺性唇炎：由于唇部黏液腺肥厚、肿大而引起。患者常常具有局部肿胀、麻木的感觉。翻开肿大的唇部，可见唇内侧黏液腺导管口微红，有稀薄的或脓性黏液从导管口渗出，呈小水珠状。④肉芽肿性唇炎：本病多见于20~40岁的人，以上唇多见，唇部呈弥漫性肿胀，颜色正常，扪之较软。该病易反复发作，而且复发后肿胀较前一次加重，如此而成为持久性的肿大。除了上述几种类型的慢性唇炎之外，其他一些口腔黏膜病在唇部也有所表现，如慢性盘状红斑疮、狼疮糜烂型扁平苔藓、多形渗出性红斑。这几种病在唇部均可表现为糜烂、出血结痂，给诊断造成困难。此时应首先控制炎症，炎症控制后有些病程的特征清晰可见，如果仍不能明确诊断可做病理诊断。

本病属于中医学“唇风”范畴。唇风是以唇部红肿、糜烂、结痂、皸裂、起灰白色糠状鳞屑为主要症状的一种慢性疾病。多发生于

下唇，好发于秋冬季节，以儿童和青年妇女多见。历代文献中又称“唇燥裂”、“沈唇”、“紧唇”、“驴唇风”、“唇疹”、“唇肿”等。古代医家对唇风的认识包括脾经风热学说、阳明胃火学说、脾经风燥学说、脾胃湿热学说。胃与脾相表里，胃经挟口环唇，故本证虽表现于唇，其本质在脾胃。

【病案举例】

1. 林某，女，5岁。因唇部干燥、痒痛3天就诊。诉口唇干痒疼痛，平素喜肉食，口臭，大便干结。查体：患儿神清，精神可，唇部红肿，唇黏膜干燥，皲裂，脱皮，舌质红，舌苔黄腻，脉滑数。诊为唇风，证属脾胃湿热上蕴于唇部而成，以葛根芩连散、平胃散、过敏煎冲服，1周而愈。^[4]

2. 江某，女，9岁。唇周红肿疼痛1周来诊。诉口唇疼痛，常以舌舔唇，喜冷饮，纳减，大便干结，2~3日一行。症见口唇及唇周一圈红赤、干燥，有口唇皲裂，起小水泡，时而以舌尖润唇，小便秘，大便2日未解。诊为唇风。予葛根芩连散、泻黄散、平胃散冲服。嘱忌以舌舔唇，清淡饮食，保持大便通畅。1周后复诊，口唇、唇周红肿干燥消退，仍口干心烦，大便通畅，上药易泻黄散，予栀子、淡豆豉清热除烦，乌梅、五味子酸甘敛阴、生津止渴，药后余症消失，随访3个月未再复发。^[4]

按：经曰：“脾开窍于口，其华在唇”。唇风多因过食辛辣厚味，脾胃湿热内生，风邪外热相搏，引动湿热之邪循经上蒸结于唇部，气血凝滞蕴热化毒而成。如仅投苦寒之品泻火解毒反致火热之邪内伏不出，缠绵难愈。治宜表里双解，非葛根芩连莫属。清·陆九芝明确指出：“葛根芩连汤一方，独见遗于阳明者，以人必见下利始用之，不见下利不用，而不为是阳明主方也。孰知此方所用者宏，而所包者广也。”故葛根芩连汤并非专为下利而设。张锡纯解葛根芩连汤证则云“纯属阳明”，葛根是阳明经药，其方当是阳明经脉方。

三、神经性舌炎

舌炎表现为流涎，进食困难，咀嚼困难，口内恶臭，吞咽异常，舌黏膜红肿、疼痛，有时形成溃疡或舌麻痹，收集唾液或刮取舌黏膜

可检查原虫。舌炎是一些系统性疾病的口腔表现,临床上多见于贫血(包括恶性贫血和缺铁性贫血)、核黄素缺乏症、吸收不良综合征、心力衰竭患者,以及妇女的更年期综合征。近年来,抗生素广泛应用或滥用而使肠道正常菌群失调,导致核黄素生成不足,从而发病的亦不少见。

神经性舌炎属中医学“舌疮”范畴,《证治准绳·杂病》:“风热口中干燥,舌裂生疮。”

【病案举例】

孙某,女,38岁,农民。因舌中部溃疡而疼痛难忍,剧烈如刀割,于1999年5月12日至赣南医学院附属医院诊断为神经性舌炎,先以抗生素治疗,并外吹中药冰硼散止痛。未见良效,仍然疼痛剧烈,甚则夜不能寐。当地中医师以清热解毒药治疗亦无效。遂转至江西中医学院附属医院诊治,诊见满舌生疮,中间尤甚,环唇裂纹,不能吮饮,舌痛如麻,正午加重,身微热,常烦躁不安,口渴不得饮,大便溏而臭,小便黄,脉洪而数。辨证为风热之邪上犯舌窍,因中部舌窍乃阳明中焦所主,治当清解阳明热邪,生津止痛。拟葛根芩连汤加味:葛根10g,黄芩10g,黄连6g,生甘草6g,芦根10g,神曲10g。5剂,日1剂。5天后复诊,舌痛已止,仍有溃疡,再进5剂,溃疡已消。^[5]

按:神经性舌炎属中医学舌疮,因舌中部乃足阳明经脉所行之处,风热之邪从足太阳经传入足阳明经,灼伤津液,剧烈疼痛,葛根芩连汤清解阳明之热,热除痛止,热退津生。

四、舌痿

现代医学的多发性神经炎、脊髓空洞症、肌萎缩、肌无力、侧索硬化、运动神经元病、周期性麻痹、肌营养不良症、癱病性瘫痪和表现为软瘫的中枢神经系统感染后遗症等,均属于“痿证”的范畴,痿证形成的原因颇为复杂。外感温热毒邪,内伤情志、饮食劳倦、先天不足、房室不节、跌打损伤以及接触神经毒性药物等,均可致使五脏受损,精津不足,气血亏耗,肌肉筋脉失养,而发为痿证。舌痿为

舌体软弱无力，不能自由伸缩转动。

【病案举例】

李某，男，52岁，下岗工人。1年前因咽痛引起全身不适，继则语言不利，舌体转动不灵活，不得言语，曾至江西中医学院附属医院和南昌大学二附院神经内科CT、MRI均示头颅无异常病变。以补阳还五汤7剂、地黄饮子10剂治疗，疗效不显。因患者病情逐渐加重遂紧急转至上海华山医院神经内科，诊断为运动神经元疾病，给予抗生素（具体用药不详）、激素（地塞米松、氢化可的松）、维生素B₁、维生素B₁₂、博洛克等，治疗1月余无明显效果。于2006年2月16日复转至江西中医学院附属医院住院，并延请伍炳彩教授诊治。当时患者病情加剧，双下肢痿软无力，肌肉酸痛，走路前倾，难以前行，手颤抖不止，舌体转动不灵活，舌痿不能伸出，发声困难，纳食尚可，但吞咽困难，伴胸闷，神志清，面色垢腻，口干口渴，欲饮温水，每日饮4大热水瓶温水，自汗盗汗，怕热烦躁，胸前散在红疹，夜不安寐，大便溏，每日2次，小便黄而量多，饮后即小便。舌红，苔黄稍厚，脉浮弦数。辨证：太阳未解，邪陷阳明经脉。治当清解阳明之邪，处方以银翘马勃散合葛根芩连汤加味。药用：金银花12g，连翘12g，马勃10g（布包），射干10g，牛蒡子6g，葛根10g，黄芩10g，黄连6g，生甘草6g，姜黄10g，海桐皮10g，夜交藤15g，水煎服，7剂。药后明显好转，继服7剂后改善明显，要求带中药30剂出院，1月后复诊，病情已控制，诸症皆减轻，未见进一步发展，生活可自理。^[5]

按：该病者是伍炳彩教授在西医诊治无效的情况下，以伤寒经方治愈疑难杂病的一典型病案。因阳明主肌肉，故伍老深入浅出，圆机活法，从阳明入手，病证齿合，效如桴鼓。《内经》云“邪之所凑，其气必虚”，即血脉神经较为脆弱之部，则受邪而病之谓。《难经》曰：“温病之脉，行在诸经，不知何经之动也，各随其经所在而取之。”与所谓中风、伤寒、湿温、热病之脉有定象者独异，而与葛根芩连汤证发无定处，隐约中若合符节。

五、牙痛

牙痛是口腔科牙齿疾病最常见的症状之一，其表现为：牙龈红肿，遇冷热刺激痛，面颊部肿胀等。

一般来说，以下几种牙病可致牙痛：①龋齿：初龋一般无症状，如龋洞变大而深时，可出现进食时牙痛，吃甜食或过冷、过热的食物时疼痛加重。②牙髓炎：多是由于深龋未补致牙髓感染，或化学药物或温度刺激引起，其疼痛为自发性、阵发性剧痛，可有冷、热刺激痛和叩痛。③牙根尖周炎：多由牙髓炎扩散到根管口，致根尖周围组织发炎。表现为持续性牙痛。患牙有伸长感，触、压痛明显，不能咬食物。④牙外伤：如意外摔倒、碰伤或吃饭时咬到砂粒等致牙折或牙裂开，引起牙痛。⑤智齿冠周炎：智齿萌出困难（阻生），加上口腔卫生不良，引起牙冠周围组织发炎、肿痛。

中医学认为本病的病因是：①风热侵袭：风火邪毒侵犯，伤及牙体及牙龈，邪聚不散，气血滞留，瘀阻脉络而为病。②胃火上蒸：胃火素盛，又嗜食辛辣，或风热邪毒外犯，引动胃火循经上蒸牙床，伤及龈肉，损及脉络而为病。③虚火上炎：肾主骨，齿为骨之余，肾阴亏损，虚火上炎，灼烁牙龈，骨髓空虚，牙失营养，致牙齿浮动而痛。

【病案举例】

徐某，男，65岁。牙龈经常疼痛，有时肿痛部位不固定，时发时愈，刷牙渗血，矢气频繁，二便正常，脉弦，舌红苔黄厚腻。叶天士《外感温热病篇》云：“齿缝流清血，痛者，胃火冲击也，不痛者，龙火内燔也。”此证牙龈渗血而肿痛，舌红，苔黄厚，虽为久病，但仍为胃火冲击，故以葛根芩连汤加减：葛根、黄连、黄芩、法半夏、陈皮、苍术、白芷、郁金各10g，茯苓、忍冬藤、金刚藤各30g，延胡索15g。每日1剂，连服7剂，诸症消失。^[6]

按：梅国强提倡运用伤寒方要“依据主证，参以病机”、“依据病机，不拘证候”、“循其经脉，参以病机”。考足阳明胃经之循行，“起于鼻，交頰中，旁约太阳之脉，下循鼻外，入上齿中，还出夹口环唇，下交承浆，却循颐后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过额主

人，循发际至额颅”（《灵枢·经脉》）。观以上经脉循行部位，如额颅、发际、上下齿、唇、大迎、颊车等部的病变，均可从经脉论治。故牙龈肿痛可从胃或论治，而用葛根芩连汤清泻胃火，忍冬藤、金刚藤循经止痛。

参考文献

- [1] 俞有宝. 葛根芩连汤加減治疗口腔溃疡 50 例疗效观察. 云南中医中药杂志, 2002, 23 (5): 26
- [2] 刘洁. 葛根芩连汤加減治验 6 例. 江西中医药, 1998, 29 (1): 21
- [3] 敖海清, 张小虎, 徐志伟. 葛根芩连汤新用. 新中医, 2003, 35 (3): 68 ~ 69
- [4] 纪会芳. 高树彬辨治小儿唇风经验. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (3): 267
- [5] 王小龙. 葛根芩连汤治验 3 则. 河南中医, 2007, 17 (1): 16
- [6] 闻莉. 梅国强活用葛根芩连汤举隅. 湖北中医杂志, 2006, 28 (9): 19

下

篇

实验研究

制 剂 研 究

葛根黄芩黄连汤见于《伤寒论》34条：“太阳病，桂枝证，医反下之，利遂不止，脉促者，表未解也；喘而汗出者，葛根黄芩黄连汤主之”。本方由葛根、黄芩、黄连、甘草组成，具有轻清解肌、清热止利功效，用于治疗太阳表邪内陷所致肠热下利证。近年来国内外医学家通过实验研究证明葛根芩连汤具有解热、抗菌、抗病毒、解痉、抑制胃肠运动、抗缺氧、抗心律失常、增强机体免疫功能等药理作用，广泛用于治疗内、外、妇、儿、五官科疾病，取得了明显疗效。临床上有多种制剂。

（一）葛根芩连方便汤剂的制备^[1]

【处方】 葛根 825g，黄芩 500g，黄连 500g，甘草 175g。

【制备方法】 取黄芩、黄连二味作吸附药材，粉碎后过二号筛；葛根和甘草加水煎煮2次，每次1h，合并煎液、滤过、浓缩至相对密度1.15~1.20，60℃，加入上吸附药粉混匀，制成颗粒，烘干。分装于绢布袋内即得，每袋6g。

【质量控制】 本品为棕褐色颗粒；气微，味甜，微苦。

【用法】 每次1袋，每日2次，开水冲搅后服用。

【讨论】葛根芩连方便汤剂对湿热泄泻有较好疗效，中药方便汤剂作为一种全新的中药固体剂型，既保持了传统汤剂的特色，又克服了传统汤剂的诸多不足。具有疗效好，节省药材，使用方便，便于携带等优点。

（二）葛根芩连口服液的制备（2000年版《中国药典（一部）》）

【处方】葛根、黄芩、黄连、甘草。辅料为蜂蜜、甜菊苷。

【制备方法】处方用药洗净后加水浸泡约20min左右，煎煮3次，每次煮后2h，将煎液混合，然后过滤，再浓缩至一定的需要量。滤过后，滤液静置24h，分装。流通蒸汽30min灭菌。成药相当于1ml含生药3g。

【质量控制】性状：本品为棕黄色的澄清液体；味微苦、甜，久置可有少量沉淀。

鉴别：在同一块薄层板上、以同一种展开剂同时鉴定葛根、黄芩、黄连三味药材。采用硅胶GF254荧光薄层板，以正丁醇-冰醋酸-水（7:2:1）为展开剂，色谱分离好、R_f值适中；置紫外光灯（254nm）下检视，葛根素为暗紫色的荧光淬死斑点；再置紫外光灯365nm下检视，盐酸小檗碱为亮黄色荧光斑点；将薄层板喷以20%的三氯化铁乙醇溶液，黄芩苷显相同墨绿色的斑点。

【用法】每次10ml，每日2次。

【讨论】葛根芩连口服液能快速有效改善发热、腹痛、里急后重、脓血便、腹部压痛等主要临床表现，这可能与口服液的吸收完全、作用快速有密切的关系。

（三）葛根芩连片的制备（2000年版《中国药典（一部）》）

【处方】葛根1000g，黄芩375g，黄连375g，炙甘草250g。

【制备方法】以上四味，取葛根225g，粉碎成细粉，剩余的葛根与甘草加水煎2次，每次2h，合并煎液，滤过，滤液适当浓缩；黄芩、黄连照流浸膏剂与浸膏剂项下的渗漉法，分别用50%乙醇作溶剂，浸渍24h后进行渗漉，收集滤液，回收乙醇后与上述浓缩液合

并，浓缩成稠膏状，加入葛根细粉，混匀，干燥，制成颗粒，干燥，压制成 1000 片，即得。

【质量控制】 性状：本品为暗黄色的片；气微，味苦。

鉴别：①取本品 2 片，研细，加甲醇 10ml，超声处理 15min，滤过，取滤液 1ml，加甲醇稀释至 5ml，作为供试品溶液。另取黄连对照药材 0.1g，加甲醇 10ml，超声处理 15min，滤过，滤液作为对照药材溶液。再取盐酸小檗碱对照品，加甲醇制成每 1ml 含 0.5mg 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 1 μ l，分别点于同一硅胶 G 薄层板上，以苯-醋酸乙酯-甲醇-异丙醇-浓氨试液（12:6:3:3:1）为展开剂，置氨蒸气预饱和 15min 的展开缸内，展开，取出，晾干，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。②取本品 4 片，研细，加醋酸乙酯 25ml，超声处理 30min，滤过，滤液蒸干，残渣加甲醇 0.5ml 使溶解，作为供试品溶液。另取葛根素对照品，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，吸取供试品溶液 5 μ l、对照品溶液 2 μ l，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，以氯仿-甲醇-水（28:10:1）为展开剂，展开，取出，晾干，置氨蒸气中熏 15min，置紫外光灯（365nm）下检视。供试品色谱中，在与对照品色谱相应的位置上，显相同颜色的荧光斑点。③取本品 4 片，研细，加甲醇 30ml，加热回流 30min，滤过，滤液蒸干，残渣加水 10ml 使溶解，加盐酸调节 pH 至 3~3.5，用醋酸乙酯提取 2 次，每次 10ml，合并提取液，蒸干，残渣加甲醇 1ml 使溶解，作为供试品溶液。另取黄芩苷对照品，加甲醇制成每 1ml 含 1mg 的溶液，作为对照品溶液。照薄层色谱法试验，吸取供试品溶液 10 μ l、对照品溶液 5 μ l，分别点于同一以含 4% 醋酸钠的羧甲基纤维素钠溶液为黏合剂的硅胶 G 薄层板上，以醋酸乙酯-丁酮-甲酸-水（5:3:1:1）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以 2% 三氯化铁乙醇溶液。供试品色谱中，在与对照品色谱相应的位置上，显相同颜色的斑点。

【用法】 口服，每次 3~4 片，每日 3 次。

【讨论】 葛根芩连片能够解肌清热，止泻止痢。用于泄泻痢

疾，身热烦渴，下利臭秽。而且易于携带，便于保存，疗效佳，故临床床多有应用。

（四）葛根芩连微丸的制备

【处方】 葛根、黄芩、黄连、甘草。

【制备方法】 工艺 1：挤出滚圆法制微丸^[3]的工艺流程主要有以下步骤：①干粉混合均匀；②制软材：将混合均匀的物料与适宜的黏合剂捏合均匀；③软材挤出：将软材经挤出机挤成直径相等的条状；④挤出物滚圆：条状物料在滚圆机中被剪切并进行高速滚圆；⑤小丸干燥。李青坡等经过对黏合剂比例、滚圆速度和滚圆时间的优化，得到的最佳工艺条件是：葛根芩连原料、微晶纤维素和水的混合比为 70:30:58，滚圆机频率为 900r/min，滚圆时间为 5min，在该条件下制备的葛根芩连微丸于 45℃ 干燥 3~4h，筛分 18~28 目的微丸。

工艺 2：准备葛根 1000g，黄芩 375g，黄连 375g，甘草 250g。取黄芩、黄连，照流浸膏剂与浸膏剂下的渗漉法（中国药典 2000 版，一部）分别用 50% 乙醇作溶剂，浸渍 24h 后进行渗漉，收集渗漉，回收乙醇，并适当浓缩；葛根加水先煎 30min，再加入黄芩、黄连药渣及甘草，继续煎煮 2 次，每次 1.5h，合并煎液，滤过，滤液适当浓缩，加入上述浓缩液，继续浓缩成稠膏，减压低温干燥，粉碎成最细粉，以乙醇为湿润剂，机制泛微丸，得 300g，过筛，于 60℃ 以下干燥，即得。1g 微丸相当于含 6.67g 生药。

【质量控制】 性状：本品为暗棕褐色至类黑色微丸；气微，味苦。

【用法】 每次 3g，每日 3 次。

【讨论】 葛根芩连微丸具有解肌清热、止泻止痢，增强机体免疫功能，调节胃肠功能的作用。故而能治疗因肠道功能紊乱所造成的腹泻、腹痛等。在研究中还显示，治疗效果要在服药的第二周开始显现。且不良反应少，治愈率高。通过实践观察，证实葛根芩连微丸治疗更有效，更安全。

(五) 葛根芩连汤饮片、配方颗粒汤剂的制备^[4]

【处方】 葛根 15g, 黄连 9g, 黄芩 9g, 甘草 6g。

【制备方法】 ①葛根配方颗粒制备: 取葛根饮片 2kg, 先加 9 倍水煎煮 120min, 再加 7 倍水煎煮 90min, 合并 2 次煎煮液, 滤过, 滤液浓缩至相对密度约为 1.30 (50℃) 的清膏, 真空干燥, 得干浸膏, 粉碎, 加适量糊精, 以 85% 乙醇 20 目筛制料, 干燥, 40 目筛整料, 即得约 600g 颗粒。②黄连配方颗粒制备: 取黄连饮片 2kg, 加水煎煮 2 次, 第 1 次加水 12 倍, 第 2 次加水 10 倍, 时间均为 90min, 合并煎液, 滤过, 滤液浓缩至相对密度约为 1.30 (50℃) 的清膏, 真空干燥, 得干浸膏, 以 95% 乙醇 20 目筛制粒, 干燥, 40 目筛整粒, 即得约 400g 颗粒。③黄芩西方颗粒制备: 取黄芩饮片 2kg, 加水煎煮 2 次, 第 1 次加 9 倍水煎煮 60min, 第 2 次加 7 倍水煎煮 45min, 按“黄连颗粒制备”合并煎液后操作, 即得约 700g 颗粒。④甘草配方颗粒制备: 取黄芩饮片 2kg, 加水煎煮 2 次, 第 1 次加水 9 倍煎煮 90min, 第 2 次加水 7 倍煎煮 60min, 合并煎液, 滤过, 滤液浓缩至相对密度约为 1.30 (50℃) 的清膏, 真空干燥, 得干浸膏, 粉碎, 加适量糊精, 以 90% 乙醇 20 目筛制粒, 干燥, 40 目筛整粒, 即得约 600g 颗粒。⑤饮片汤剂制备: 按处方比例称取以上 4 味药材, 葛根先加水 300ml 煎煮 20min, 再加入其余药, 煎煮 30min, 滤过, 滤渣加水 240ml, 煎煮 30min, 滤过, 合并 2 次滤液, 浓缩, 冷后定容至 250ml, 备用。⑥配方颗粒汤剂制备: 称取与药材相当量的 4 味配方颗粒, 混合, 加入 100℃ 左右的水 200ml 搅拌溶解, 冷后定容至 250ml, 备用。

【质量控制】 本品为棕色或棕黄色液体; 气微, 味甜、微苦。

【讨论】 传统饮片汤剂因加水量不多, 煎煮时间不长等原因, 对药材的利用率不高, 导致传统饮片汤剂主要成分含量较配方颗粒低。配方颗粒汤剂中有效成分的含量相对稳定, 可提高药材的利用率。

(六) 葛根芩连胶囊的制备

【处方】 葛根、黄芩、黄连、炙甘草。

【制备方法】 工艺 1: 50g 黄芩用 10 倍量水 80℃ 水温浸 2 次, 每次 1h, 再用 8 倍量 80℃ 水温浸 2 次, 每次 0.5h。滤液水浴浓缩至 5 倍量, 80℃ 加盐酸调 pH 至 1.5 ~ 2.0。保温 1h, 静置 24h, 抽滤, 用 70% 乙醇洗至 pH 为 7, 干燥即得黄芩苷。取黄连粉末 (20 ~ 40 目) 50g, 加 50% 乙醇 85ml 润湿, 装筒, 静置 48h, 收集初滤液 43ml, 续滤液 200ml, 浓缩续滤液 17ml, 合并初滤液、续滤液, 得黄连渗滤液 50ml。称取葛根 60g、甘草 33g, 加水煎煮, 得煎煮液。煎煮浓缩至一定程度加上黄连渗滤液后浓缩至稠浸膏, 剩余葛根打粉, 与稠浸膏混匀, 制成薄饼状, 干燥, 粉碎过 80 目筛装胶囊。

工艺 2: 取葛根 73g 成细粉, 剩余的葛根与甘草加水煎煮 2 次, 每次 2h, 合并煎液, 过滤, 浓缩滤液, 黄芩、黄连浸提液用渗漉法提取, 分别用 50% 乙醇做溶剂, 浸渍 48h 后渗漉, 收集渗漉液, 回收乙醇后与上述浓缩液合并, 浓缩成稠膏状, 加入葛根细粉、混匀, 干燥, 粉碎胶囊即得。

工艺 3: 取葛根 73g 粉碎成细粉, 剩余的葛根与甘草加水煎煮 2 次, 每次 2h, 黄芩、甘草加水煎煮 2 次, 每次 1h, 合并煎液, 浓缩成稠膏状, 加入葛根细粉, 混匀干燥, 粉碎装胶囊即可。

【质量控制】 性状: 本品为胶囊剂, 内容物为棕黄色至棕褐色的粉末; 气微, 味苦。

【鉴别】 ①取本品内容物 0.8g, 加乙醇 8ml, 加热回流 30min, 滤过, 滤液蒸干, 残渣加 0.3% 氢氧化钠溶液 20ml 溶解, 加稀盐酸调节 pH 至 5 ~ 6, 用醋酸乙酯 20ml 振摇提取, 分取醋酸乙酯层, 用无水硫酸钠脱水, 滤过蒸干, 残渣加醋酸乙酯 1ml 使溶液, 滤过, 滤液作为供试品溶液。另取葛根素对照品, 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 (中国药典 2000 年版一部) 试验, 吸取供试品溶液 5 μ l、对照品溶液 2 μ l, 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, 以氯仿 - 甲醇 (4:1) 为展开剂, 展开, 取出, 晾干, 置氨蒸气中熏 15min, 置紫外

光灯 (365nm) 下检视。供试品色谱中, 在与对照品色谱相应的位置上, 显相同的蓝色荧光斑点。②取本品内容物 1.5g, 加甲醇 20ml, 加热回流 30min, 滤过, 滤液蒸干, 残渣加水 10ml 使溶解, 加盐酸调节 pH 至 3~3.5, 用醋酸乙酯振摇提取 2 次, 每次 10ml, 合并醋酸乙酯液, 蒸干, 残渣加甲醇 1ml 使溶解, 作为供试品溶液。另取黄芩苷对照品, 加甲醇制成每 1ml 含 1mg 的溶液, 作为对照品溶液。照薄层色谱法 (中国药典 2000 版一部) 试验, 吸取上述两种溶液各 5 μ l, 分别点于同一以含 4% 醋酸钠的羧甲基纤维钠溶液为黏合剂的硅胶 G 薄层板上, 以醋酸乙酯-丁酮-甲酸-水 (5:3:1:1) 为展开剂, 展开, 取出, 晾干, 喷以 2% 三氯化铁乙醇溶液。供试品色谱中, 在与对照品色谱相应的位置上, 显相同颜色的斑点。

【用法】 口服, 每次 3~4 粒, 每日 3 次。

【讨论】 葛根芩连胶囊具有优良的隔离光、氧功能和良好的视觉效果, 以及生物利用度高、含量准确、均匀性好、外形美观等特点。在使用中, 包装量小, 定量准确, 吸收快。在体内崩解后, 内容物以液态的形式能很快在肠道直接吸收, 无需溶解过程, 吸收快。由于生物利用度高, 减少了患者的服用剂量。

参考文献

- [1] 李福如, 姚祖培. 葛根芩连方便汤的制备与临床应用. 交通医学, 2001, 15 (2): 232~233
- [2] 刘守志. 葛根芩连口服液与香连丸治疗急性菌痢的疗效比较. 安徽中医临床杂志. 2003, 15 (4): 308
- [3] 李青坡, 游剑, 杨蕾. 挤出滚圆法制备葛根芩连微丸. 中草药, 2005, 36 (10): 1473
- [4] 雷鹏, 刘韶, 李新中. 葛根芩连汤饮片汤剂、配方颗粒汤剂中黄芩苷含量比较. 中国医院药学杂志, 2005, 25 (11): 1009

第一节 葛根芩连汤中 各组成中药的药理研究

一、葛根

葛根为豆科植物野葛及粉葛的块根，具有解肌退热，生津透疹，升阳止泻的功效。葛根化学成分复杂，含异黄酮成分葛根素、葛根素木糖苷、大豆黄酮、大豆黄酮苷及 β -谷甾醇、花生酸，又含多量淀粉等，具有多种生物活性^[1]。

（一）对循环系统的影响

1. 对血压和心率的影响 葛根、总黄酮、大豆苷元和葛根素对高血压引起的头痛、头晕、项强和耳鸣等症状有明显的疗效，尤以缓解头痛项强为显著。葛根素对正常和高血压动物都有一定的降压作用。其降压效应与抑制肾素-血管紧张素系统和降低儿茶酚胺含量有关^[2]。另有报道，葛根中共存着具有相反作用的化学物质，即还有升高血压的物质，葛根对高血压似有双向调节作用^[3]。葛根素还具

有抗心律失常及降血压的作用,据曹永荣报道^[4],13例早搏患者应用葛根素治疗后,改善症状有效率为53%,减少早搏次数有效率为38%。柴象枢研究发现,葛根素能对抗三氯甲烷-肾上腺素诱发的家兔的心律失常,也能对抗豚鼠因哇巴因中毒引起的室早和室速。陈沪生等^[5]对50例高血压患者静脉注射葛根素,平均动脉压由 $16.89 \pm 2.13 \text{ kPa}$ 降为 $14.90 \pm 2.13 \text{ kPa}$,有效率为76%。有的研究证实葛根素在降压同时对肾素-血管紧张素系统有抑制作用,同时还降低儿茶酚胺含量^[6]。王磊一等^[7]在猫股静脉条上研究证明,葛根素能够阻滞异丙肾上腺素的抗甲氧明缩血管效应。吕欣然等^[8]证明葛根浸膏和葛根素均有 β 肾上腺素能受体阻断作用。静脉注射葛根素 $20 \sim 100 \mu\text{g/kg}$ 可拮抗 $5 \sim 10 \mu\text{g/kg}$ 异丙肾上腺素引起的猫心率增加和血压下降。吕宝璋等^[9]用放射配基结合分析法证明:静脉注射 100 mg/kg 葛根素,能与大鼠心肌膜制剂中 β 受体结合,并可完全拮抗肾上腺素激活的腺苷酸环化酶(AC)受体阻断剂,从分子受体水平表明葛根素属于 β 受体阻断剂。

2. 对血管的作用 葛根总黄酮和葛根素明显扩张冠脉血管,可使正常的和痉挛的冠状血管扩张。正常狗静脉注射 30 mg/kg ,其冠脉血流量增加40%,血管阻力降低29%,直接注入冠状动脉 1 mg/kg ,血流量增加92%,阻力降低42%。上述作用随着剂量增加而加强^[10]。当用垂体后叶素使冠状血管收缩而引起冠脉血流量减少,阻力增加以及血压升高时,总黄酮亦能使冠脉血流量增加,血管阻力降低,葛根素的作用要强于总黄酮。从急性心肌缺血狗的右室旁路静脉注射葛根素 $15 \sim 20 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{min})$,连续15min可使进入缺血区冠脉侧枝流量增加,非缺血区的冠脉血流量亦增加^[11~12]。

葛根素具有改善耳、视网膜等器官微循环的作用。目前研究发现,葛根素能够改善人耳听力,改善内耳微循环,治疗突发性耳聋,其中以血流速度及血管形态的改善最为明显^[13]。葛根素治疗视网膜动脉阻塞患者,能改善视网膜血管末梢单位的阻滞状态,从而提高视功能^[14]。段重高等的实验表明^[15],葛根素无论对正常金黄地鼠脑微循环还是对局部滴加去甲肾上腺素引起的微循环障碍都有明显的改善作用,主要表现为增加微血管运动的振幅,提高局部血流量。葛根素

对小鼠实验性肠系膜微循环障碍也有改善作用^[16]。预先局部滴注 0.5% 葛根素能够拮抗肾上腺素所致微动脉收缩, 流速减慢和流量减少, 而局部先滴加肾上腺素造成微循环障碍后, 再局部滴加 1% 葛根素, 获得类似结果。给小鼠静脉注射葛根素 (52mg/kg) 后再局部滴加肾上腺素, 可减轻肾上腺素引起的微动脉收缩, 流速减慢和流量减少。葛根素对微血管的作用可能是直接作用于平滑肌。麻醉犬静脉注射葛根黄酮后, 部分动物的脑血流量增加, 但所有动物的血管阻力均下降, 颈内动脉注射总黄酮和葛根素后, 血流量的增加和血管阻力的降低更明显, 葛根总黄酮还能使乙酰胆碱引起的脑内动脉扩张和去甲肾上腺素引起的收缩减弱, 使处于异常状态下的血管功能恢复正常水平^[17]。刘振威等^[18]用微循环监测仪测定正常组家兔及用药组家兔 (静注 30mg/kg 葛根素和乳化葛根素 30 min 后) 微循环各项指标, 结果用药组与正常对照组比较, 有扩张微动脉血管 ($P < 0.01$), 加快微血管血流速度作用 ($P < 0.01$), 提示葛根素有改善微循环指标的作用。

3. 对心脏功能和心肌代谢的影响 范礼理等^[11]用同位素标记的塑料微球技术研究葛根素对急性心肌缺血时区域性心肌血流的影响, 并在控制心脏前、后负荷的条件下, 研究它对心脏血流动力学作用。研究中静脉注射葛根素时缺血区的心内膜下心肌血流量比心外膜下增加得多, 显示葛根素有改善急性心肌缺血时心肌血流量重新分布的作用。静脉注射葛根素使平均动脉压下降、心率减慢、张力-时间指数 (TTI) 与左室压力升高速度 (LV dp/dt) 减低, 反映了心肌需氧量减少。给正常狗静脉注射总黄酮后, 冠脉窦血氧含量明显增加, 乳酸和丙酮酸含量也增加, 但其比值不变。因此, 对葡萄糖代谢并无明显影响。但用结扎冠状动脉前降支引起心肌缺血后, 其缺血区的血氧含量明显降低, 乳酸明显增加, 静脉注射葛根黄酮可使缺血区氧含量增加, 乳酸含量减少, 表明葛根能改善正常和缺血心肌的代谢^[19]。此外, 葛根素能明显减少缺血引起的心肌乳酸的产生, 降低缺血与再灌注时心肌 CPK 的释放, 并且明显减少再灌注时心肌的氧消耗量与心肌水含量。以上结果显示, 葛根总黄酮和葛根素对梗死心肌的代谢有良好影响。

4. 对缺血再灌注损伤的保护作用 陈燕启^[20]等的实验亦表明: 葛根素可抑制 I - κ B 的降解和 NF - κ B 的活性, 下调 TNF - α mRNA 的表达, 抑制缺血再灌注后的炎症反应而起到脑保护作用。桑韩飞等^[21]将雄性大白兔随机分为缺血组 (A 组) 及葛根素组 (B 组), 夹闭腹主动脉肾下段 20 min, 建立兔脊髓腰尾段缺血模型, B 组于夹闭前 10 min 静脉注射 30mg/kg 葛根素, A 组则静脉注射等容量的生理盐水, 结果缺血及再灌注后 B 组血浆中丙二醛 (MAD) 浓度明显小于 A 组 ($P < 0.05$), 而超氧化物歧化酶 (SOD) 活性明显高于 A 组 ($P < 0.05$); 再灌注后 8、12、24 及 48h 时的神经功能评分 B 组明显高于 A 组 ($P < 0.05$); 光镜下, 与 A 组相比, B 组脊髓组织损伤显著减轻, 形态基本正常的前角细胞较多。提示葛根素对脊髓缺血再灌注损伤有保护作用。刘琦等^[22]可逆性结扎大鼠冠状动脉左前降支建立缺血再灌注模型, 在缺血前给予葛根素治疗, 未发现有细胞凋亡减少, 而再灌注前给药, 可明显减少再灌注引起的细胞凋亡。卢金萍等^[23]用家兔建立心肌缺血再灌注模型, 于耳静脉缓慢注射葛根素, 发现葛根素可改善心脏的舒缩功能, 具有抗心律失常、降低再灌注心律失常的发生率同时明显减轻心肌超微结构损害。均提示葛根素对心肌缺血再灌注损伤有明显的保护作用。张转等^[24]制作小鼠肠缺血再灌注肝损伤模型, 取肝脏组织观察病理学改变, 余制成肝匀浆, 测定 SOD 活性和 MAD 含量, 结果 100mg/kg、200mg/kg 剂量的葛根素注射液可减轻小鼠肠缺血再灌注肝损伤的病理学损害, 并使肝脏 SOD 活性和 MAD 含量几乎恢复正常。李涛等^[25]用大鼠建立全肝缺血再灌注模型, 缺血前 10 min 经静脉注射葛根素, 发现葛根素组反映肝损害的指标 ALT、ET - 1、MDA 和细胞总钙均较对照组明显下降; 而 NO、SOD 等保护性指标则明显升高; 葛根素组的肝小叶形态、汇管区炎性细胞浸润、肝窦狭窄、肝窦内纤维素沉积以及肝细胞肿胀、脂肪变性和坏死均较对照组明显减轻, 并可见肝细胞的再生, 提示葛根素对肝缺血再灌注损伤有显著的保护作用。葛根素对急性肾缺血 - 再灌注损伤的保护作用, 其机制除抗氧化作用外, 可能还与改善缺血后血浆 TXA₂、PGI₂ 平衡失调有关^[26]。

(二) 对内分泌代谢系统的影响

1. 治疗糖尿病及其并发症

(1) 降血糖作用 对四氧嘧啶诱发高血糖的小鼠分别灌胃给予葛根素 250mg/kg、300mg/kg, 降血糖作用分别为 18%、31%, 阿司匹林 50mg/kg 与葛根素 250mg/kg 合用连续 4~5 天, 使血糖下降 30%^[27]。茅彩萍等^[28]用葛根素治疗糖尿病大鼠, 发现葛根素组血糖较对照组明显降低 ($P < 0.05$), 但仍高于正常组。

(2) 治疗糖尿病并发症的作用 糖尿病视网膜病变患者在用常规降血糖药物治疗的同时, 加用葛根素 400mg, 1 次/天, 静脉滴注, 连续用药 6 周后, 与治疗前比较, 视网膜中央动脉的收缩峰值血流速度、舒张末期血流最大速度、加速度、视网膜中央静脉回流速度、裸眼视力均有不同程度的提高, 提示葛根素对糖尿病视网膜病变有治疗作用^[29]。胡卫芬^[30]将 40 例糖尿病周围神经病变患者, 给予葛根素加 250ml 生理盐水静脉滴注, 1 次/天, 连续 20 天, 结果治疗后腓总神经和胫神经的传导速度均比治疗前明显增快 ($P < 0.01$)。林甲宜等^[31]采用葛根素注射液治疗 66 例糖尿病周围神经病变 (葛根素注射液 500mg, 加入 250ml 0.9% 氯化钠溶液静脉滴注, 1 次/天, 连续 60 天), 同时与甲钴胺治疗的 22 例 (甲钴胺 500 μ g 口服, 3 次/天, 连服 60 天) 作对照, 结果葛根素治疗组显效率为 51.51%, 总有效率为 89.39%, 而对照组分别为 22.72%、58.10% ($P < 0.01$, $P < 0.05$); 同时发现葛根素治疗组的糖化血红蛋白和红细胞山梨醇均有明显下降 (P 均 < 0.01), 提示葛根素治疗糖尿病周围神经病变有较好疗效。

2. 防治骨质疏松 郑高利等^[32]研究发现葛根总异黄酮对地塞米松致大鼠继发性骨质疏松症具有明显的防治作用。4 月龄 SD 大鼠, 每周 2 次肌内注射磷酸地塞米松 1.5mg/kg, 并口服葛根总异黄酮 100mg/kg, 50mg/kg 和 25mg/kg。在第 3、6 个月时测定大鼠全身骨矿总量 (BMC) 的骨矿密度 (BMD), 6 个月时测股骨生物力学性能、比重、灰重和钙含量等。结果发现: ①高剂量组 (100mg/kg) 第 3、6 个月 BMD 增加 3.4% 和 8.4%, BMC 增加 7.0% 和 9.1%; 中

剂量组 (50mg/kg) BMD 增加 3.2% 和 5.3%, BMC 增加 6.2% 和 6.0%。②高剂量组股骨最大负荷和结构强度分别提高 10.3% 和 10.5%, 中剂量组分别提高 3.5% 和 7.1%。③高剂量组和中剂量组轻微增加股骨和胫骨湿重和干重, 但明显增加湿比重 2.7% 和 2.0% 与干比重 2.7% 和 2.6%。④高剂量组使单位体积股骨内灰重和钙含量增加 3.1% 和 4.2%, 中剂量组增加 4.3% 和 6.4%。低剂量组 25mg/kg 各指标变化不明显。体外实验^[33]发现, 葛根素对大鼠成骨细胞的增殖无明显的刺激作用, 但能够促进成骨细胞合成分泌碱性磷酸酶; 并使体外培养的破骨细胞空泡性变, 骨吸收陷窝面积减少和培养液上清液中 Ca^{2+} 含量下降。提示葛根素是通过抑制骨吸收, 刺激骨形成来调控骨代谢的, 其中抑制骨吸收的效果较强。

3. 雌激素样活性 郑高利等^[34]的研究发现葛根素和葛根总异黄酮能明显增加去卵巢大鼠阴道涂片中角化细胞数量, 部分恢复去卵巢大鼠的性周期, 使去卵巢大鼠和幼年小鼠子宫重量明显增加, 这种作用呈明显的剂量依赖性; 对正常成年小鼠的子宫生长无明显影响; 在合用雌二醇时, 葛根素和葛根总异黄酮均使雌二醇的促子宫生长作用明显减弱。戚本明等^[35]将成年雌性大鼠去势后以葛根总黄酮治疗 (300mg/kg, 每天灌胃 1 次), 并对动物鼻中隔黏膜进行光镜、电镜观察, 抽血测定雌二醇水平。结果发现去势组行去势后 30 天大鼠的鼻黏膜呈萎缩性改变, 血清雌二醇水平与正常组比较明显下降 ($P < 0.05$); 而治疗组经葛根总黄酮 300mg/kg 治疗 30 天后, 鼻黏膜可恢复正常形态结构, 血清雌二醇水平与正常组差异无显著性意义 ($P > 0.05$), 提示葛根总黄酮不但能恢复去势大鼠萎缩的鼻黏膜, 且可恢复雌激素水平, 具有雌激素样作用。

(三) 对免疫系统的影响

1. 抗促癌及诱导癌细胞的分化作用 葛根有效成分黄豆苷元、S86019 可抑制 HL-60 细胞增殖, 使细胞由原始的早幼粒阶段发育为趋向成熟的中幼粒、晚幼粒以及成熟的杆状粒、分叶核细胞, S8 流式细胞术分析表明, S86019 对 HL-60 细胞移行呈心期阻断作用, S86019 是 1 个有效的 HL-60 细胞分化诱导剂。黄豆苷元单独处理

HL-60 细胞,对细胞的诱导作用较弱,当黄豆苷元与乳香的有效成分 Bc-4 联用时,对 HL-60 细胞的生长有明显的抑制和分化诱导作用^[36]。彭旭阳等^[37]研究发现:80 $\mu\text{g/ml}$ 、160 $\mu\text{g/ml}$ 和 320 $\mu\text{g/ml}$ 葛根素对 HL-60 细胞具有诱导分化效应,320 $\mu\text{g/ml}$ 葛根素与 1 mol/L 全反式维甲酸效果相当。320 $\mu\text{g/ml}$ 和 640 $\mu\text{g/ml}$ 葛根素分别作用 HL-60 细胞 36h,可出现典型的细胞凋亡形态, DNA 凝胶电泳出现片段化的梯状带谱;葛根素同时可影响 HL-60 细胞的细胞周期进展,且随其浓度的增高,亚 G1 期细胞所占比例增加。赵迎社等^[38]采用 Ames 试验对苯并芘(α)所致的诱变性进行了抗诱变试验,发现苯并芘(α)诱发回变菌落数平均为 90.67 个/皿(按 100% 计算作为阳性对照组);而试验组葛根总黄酮 2mg 使 TA 98 菌落数平均下降 49.6%,提示葛根总黄酮具有抗诱变效应。王庆端等^[39]给怀孕小鼠灌胃乙酰水杨酸 250mg/kg,每日 1 次,连用 7 天,胎仔畸形率达 65.3%;与葛根总黄酮大(25g/kg)、小(10g/kg)剂量合用后,畸形率明显降低($P < 0.05$),与阴性对照组相比,无明显差异,提示葛根总黄酮有抗致畸作用。杨文献等^[40]采用 NSAR 诱发小鼠前胃癌的动物模型,研究了葛根总黄酮阻断癌变的预防作用,结果显示:NSAR 诱癌组前胃癌发生率为 50%,而合用葛根总黄酮 4g/kg、2g/kg 剂量后,癌发生率分别依次为 20.58%、18.18%,比 NSAR 组依次下降 29.42% ($P < 0.01$)、31.82% ($P < 0.01$),表明葛根总黄酮具有抗致癌作用。王庆端等^[41]又利用健康 Wistar 大鼠及 BALB/C 小鼠为研究对象,采用肝匀浆的 S9 部分测定 P450 含量。动物灌胃葛根总黄酮 1.25g/kg、0.5g/kg,每天 1 次,连用 5 天,结果发现葛根总黄酮的高(1.25g/kg)、低(0.5g/kg)剂量均有明显诱导 P450 的作用,与正常对照组相比 P450 的含量明显增加($P < 0.01$, $P < 0.05$),这为解释葛根总黄酮抗致突变、抗致畸、抗致癌作用的部分机制提供了实验依据。

2. 对免疫作用的影响 葛根使巨噬细胞(M4)的异物吞噬功能活化,而使初期感染状态下的异物排除功能增强;同时,通过活化的 M4 对细胞性免疫施以影响^[42]。

3. 抗氧化作用 葛根素能清除超氧阴离子自由基和羟自由基,

抑制 H_2O_2 引起红细胞溶血和脂质过氧化物生成, 增强心室乳头肌超氧化物歧化酶 (SOD) 活性, 降低丙二醛 (MDA) 含量, 保护乳头肌免受超氧阴离子的损伤^[43]。葛根素可降低脑细胞脂质过氧化反应, 提高脑细胞清除超氧阴离子的能力, 从而发挥抗自由基损伤的作用^[44]。葛根素可通过阻断自由基形成或直接清除自由基来减轻脂质过氧化反应, 对自由基引起的红细胞膜脂质过氧化损伤有防护作用^[45]。原发性高血压患者和高血压缺血性脑卒中患者与对照组相比, 血 SOD、MDA 均有明显差异。葛根素治疗后 SOD 和 MDA 均有明显改变。提示葛根素能明显清除缺血性脑卒中和高血压患者氧自由基, 具有很好的治疗作用^[46]。D-半乳糖引起的代谢紊乱使机体过氧化反应增强是其致老化反应的重要因素。100mg/kg 和 50mg/kg 葛根素能对抗 D-半乳糖的致老化作用, 使衰老小鼠的自发活动明显增多, 同时显著提高衰老小鼠血清、脑和肝组织 SOD 的活性, 使衰老小鼠体内 MDA 和脂褐素含量明显下降^[47]。葛根素 60mg/kg 可显著增加 D-半乳糖致衰老小鼠在新异环境中的自发活动和探究行为; 葛根素 60mg/kg 和 30mg/kg 均可显著提高脑组织 SOD 的活性, 并使衰老小鼠脑内脂褐素含量明显下降^[48]。提示: 葛根素可能通过提高体内 SOD 活性, 增强其对自由基的清除能力, 抑制脂质过氧化, 减少脂褐素类物质在脑组织的堆积, 从而起到保护脑组织的作用, 对抗 D-半乳糖致衰老退行性变。葛根素注射液 100mg/kg 可显著改善长期给予乙醇造成的小鼠学习记忆功能障碍, 显著提高脑组织 SOD 的活性, 使小鼠脑内脂褐素含量明显下降, 使海马突触后致密物质厚度显著增加, 突触间隙宽度显著减小。葛根素改善慢性乙醇中毒引起的小鼠学习记忆功能障碍的作用可能与提高脑组织抗氧化能力, 改变海马突触界面结构有关^[49]。

(四) 对神经系统的影响

1. 扩张脑血管 吴莘等^[50]发现葛根素能调节急性脑梗死患者处于平衡状态的血浆组织型纤溶酶原激活物、组织型纤溶酶原抑制物、一氧化氮、内皮素等的水平。李定格^[51]等应用激光循环动态分析仪直接记录静脉注射葛根素后小鼠脑微循环血流量的变化, 结果显示,

正常小鼠静脉注射葛根素 (0.2mg/kg) 3min 后, 脑微循环血流量显著增加 ($P < 0.05$), 且持续 30min; 提高葛根素剂量 (2mg/kg), 其效应加强且持续 60min, 提示葛根素可增加正常小鼠脑微循环血流量, 改善微循环。孙云翔等的研究证实了葛根素的扩血管作用, 并发现其扩血管作用在加用 NOS 抑制剂 L-硝基精氨酸 (L-NNA) 和破坏内皮细胞后均明显减弱, 由此提示 NO 和内皮细胞参与葛根素扩血管作用^[52]。

2. 对神经细胞的保护作用 曹建忠等^[53]的试验显示, 葛根素治疗组与缺血再灌注组比较, 葛根素组缺血再灌注 3 ~ 48h, 细胞凋亡明显减少, 24h c-fos 蛋白的表达显著下降, 证明葛根素能减少细胞凋亡及下调其相关基因 c-fos 的表达, 从而提示其神经保护作用。在全脑缺血再灌注后细胞凋亡中, 抗凋亡基因 (Bcl-2)、促凋亡基因 (Bax) 发挥重要作用。葛根素通过上调 Bcl-2 蛋白的表达, 下调 Bax 蛋白的表达, 抑制细胞凋亡, 发挥神经保护作用^[54]。高唱等^[55]研究发现葛根素能减少突触体钙超载和神经元阳性凋亡细胞出现率, 提示葛根素的抗神经细胞凋亡作用与抑制突触体钙超载有关。

3. 抗酒精中枢抑制作用 葛根素可对抗慢性乙醇中毒引起的记忆减退, 提高脑 SOD 活性, 减少脑内脂褐素积累, 逆转乙醇导致的海马突触界面细微结构的衰退性变化。王庆瑞等^[56]采用啤酒造成小鼠中枢抑制, 再分别灌胃 0.05g/kg、0.10g/kg 及 0.25g/kg 剂量的葛根总黄酮, 结果发现, 与单用啤酒组相比, 小鼠对啤酒的耐受量明显提高, 睡眠时间明显缩短 ($P < 0.01$), 小鼠体内乙醇含量明显降低 ($P < 0.01$), 提示葛根总黄酮具有较强的对抗啤酒所致的大脑抑制作用。

4. 对学习记忆的影响 葛根总黄酮 500mg/kg、1000mg/kg 连续灌胃 7 天, 能显著对抗反复性脑缺血大鼠脑组织含水量、 Ca^{2+} 及 MDA 的含量升高, Ca^{2+} -ATP 酶及 SOD 活性的降低, 还能明显延长小鼠断头后张口呼吸持续时间。降低脑氧耗量的药物, 也有利于记忆功能的改善。葛根总黄酮能使小鼠断头后张口呼吸持续时间明显延长, 提示有降低脑氧消耗的作用, 因而推断其在改善记忆功能方面有一定作用^[57]。

(五) 对血液系统的影响

1. 抑制血小板聚集作用 葛根黄酮具有抑制体内血栓形成的作用^[58], 葛根素浓度为 0.25mg/kg、0.5mg/kg 及 1.0mg/kg 时, 在试管内均能不同程度地抑制 ADP 诱导的鼠血小板聚集。葛根素 0.5mg/kg 还能抑制 5-HT 从血小板中释放。尹钟洙^[59]研究发现, 葛根素能抑制肾上腺素诱导的人和动物的血小板聚集, 其抑制 ADP 诱导的大鼠血小板聚集的 D_{50} 为 0.43mg/ml; 对 5-HT 和 ADP 联合诱导的家兔和绵羊血小板的聚集也同样具有抑制作用, 分别为 1.31mg/ml 和 0.60mg/ml, 抑制 ADP 合并 5-HT 诱导的人血小板聚集的 D_{50} 为 2.70mg/ml, 但对 5-HT 单独诱导者无影响。对血液黏度、血栓形成及血小板功能的影响实验研究证明葛根总黄酮 500 ~ 1000mg/kg, 连续口服 7 天, 能显著降低大鼠血黏度、血小板黏附率, 抑制血栓形成及 ADP 诱导的血小板聚集, 还能明显抑制 ADP 诱导的小鼠体内血小板血栓形成, 提示葛根总黄酮对高黏高凝血症有一定防治作用^[60]。

2. 对血液流变学的影响 王福文等^[61]给大鼠尾静脉和兔耳缘静脉注射葛根素, 发现葛根素可明显延长大鼠体内血栓形成时间和凝血时间 ($P < 0.05$), 可使红细胞压积明显降低 ($P < 0.05$), 同时降低任何层流速度血液的全血比黏度, 尤其是对低层速度的血液黏度降低更明显 ($P < 0.01$); 血浆比黏度和纤维蛋白原浓度都有不同程度的降低; 对血小板聚集具有明显的抑制作用 ($P < 0.05$)。提示葛根素可改善血液流变学指标, 具有明显的抗血栓形成及抗凝血作用。冠心病患者经普乐林 (有效成分为葛根素, 主要含黄酮) 治疗后, 全血黏度、血浆黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数、纤维蛋白等多项指标均见明显降低, 提示葛根素能明显降低冠心病患者的血液黏稠度^[62]。

(六) 对呼吸系统的影响

周玉皆^[63]应用中药葛根素作用于大鼠慢性阻塞性肺疾病模型, 通过研究其对 COPD 大鼠的支气管厚度、支气管黏膜下炎症细胞浸润、成纤维细胞等肺组织病理学变化和羟脯氨酸、TNF- α 、SOD、

ET-1 等指标,结果显示:葛根素具有减少炎症介质的释放、抗氧化、抑制支气管平滑肌的增生,从而减缓或阻止气道的慢性损伤以及不完全修复过程,减缓气道结构和功能的改变,达到缓解气道重塑的作用。

(七) 对泌尿系统的影响

1. 对肾的保护作用 刘淑霞等^[64]采用腹腔注射链脲佐菌素(65mg/kg)诱发糖尿病大鼠模型,每日腹腔注射葛根素注射液,共16周。发现葛根素用药组肾皮质 MMP-10、TIMP-1 mRNA 蛋白的表达降低明显($P < 0.01$, $P < 0.05$),IV型胶原及层黏连蛋白(LN)表达减弱($P < 0.01$),肾功能指标明显改善($P < 0.05$, $P < 0.01$)。说明葛根素对糖尿病大鼠的肾结构和功能具有保护作用。

2. 利尿作用 兔静脉注射葛根素40mg/kg、80mg/kg能明显增加尿量,5~10min左右尿量增加达最高,低剂量组持续45~50min左右,高剂量组可持续50min以上,利尿强度和利尿持续时间分别随给药剂量的增加而增强和延长,提示葛根素具有明确的利尿作用^[65]。

(八) 毒性及不良反应

1. 葛根总黄酮的毒性研究^[66]

(1) 急性毒性 小鼠灌胃 LD_{50} 为 10.11g/kg,腹腔注射 LD_{50} 为 5.97g/kg,本品灌胃及腹腔注射途径 LD_{50} 分别相当于人体临床用量的 337 倍及 200 倍,表明本品毒性较低,安全范围大。

(2) 长期毒性 给大鼠灌胃葛根总黄酮剂量为 2.50g/kg、1.66g/kg 及 0.83g/kg,每天 1 次,连续 90 天。动物一般情况良好,除大、中剂量对雄性大鼠体重及白细胞总数量稍有影响外,对血小板、血色素、肝肾功能及各主要脏器病理组织学均无明显影响。提示长期应用本品可能不产生蓄积性毒性。

2. 葛根素的毒性研究

(1) 急性毒性 小鼠灌胃葛根素 2g/kg,3 次/天,狗静脉注射 50mg/kg,连续 3 天,均未见毒性反应。小鼠尾静脉注射葛根素的 LD_{50} 为 783g/kg,以 60kg 成人计算得 LD_{50} 的阈剂量为 2838mg/次静脉

注射。说明葛根素基本属于无毒化合物。

(2) 慢性毒性 大鼠肌内注射 $10\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 、 $50\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，共3个月，狗静脉注射 $10\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 、 $30\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，共4周，动物的体重、血象、心电图、肝肾功能及重要器官组织学检查，未见异常。提示葛根素毒性低。

二、黄芩

黄芩为唇形科植物黄芩的干燥根，是一种常用的中药。性寒、味苦，归肺、心、肝、胆、大肠经，具有清热燥湿、泻火解毒、止血、安胎等功效。黄芩的有效成分主要是黄酮类化合物，主要有黄芩苷、黄芩苷元、汉黄芩素、汉黄芩苷、黄芩新素Ⅰ和黄芩新素Ⅱ等，其中含量较高的为黄芩苷，是黄芩及其制剂的主要质量控制成分。

(一) 对循环系统的影响

有实验证明黄芩茎叶有明显的降低血压，抑制高脂膳食大鼠血清TC、TG升高，增加冠脉流量，改善脑血流量等作用，且黄芩苷能改善心肌缺氧状态，减轻心肌细胞的损伤，可显著减少缺血后心律失常的发生率^[67]。黄芩苷高剂量 ($200\text{mg}/\text{kg}$) 能明显降低缺血所致梗死面积，对脑缺血具有保护作用^[68]。付氏认为黄芩苷对全身性缺氧时所致心肌缺氧、异丙肾上腺素所致心肌耗氧增加引起的心肌缺氧有明显的改善作用，究其原因可能是黄芩苷可拮抗儿茶酚胺类，进而降低血压，减慢心率，从而降低心肌耗氧，而对缺血缺氧心肌起保护及改善作用^[69]。

(二) 对内分泌代谢系统的影响

刘长山等^[70]利用糖尿病SD大鼠动物模型，观察了中药黄芩苷对大鼠组织醛糖还原酶(AR)活性和肾脏病变的影响，发现治疗后，其晶体、肾脏醛糖还原酶AR活性明显下降，尿蛋白呈下降趋势，肾小球病理变化得到明显改善。提示中药黄芩苷对逆转糖尿病肾脏病变疗效显著。而且它是通过抗氧化、抑制醛糖还原酶、抑制脂氧合酶、免疫功能起作用的。黄芩素以 $50\text{mg}/\text{kg}$ 、 $100\text{mg}/\text{kg}$ 、 $200\text{mg}/\text{kg}$ 剂量

给链脲霉素糖尿病模型大鼠连续口服3个月,可显著改善糖尿病大鼠的神经传导速度,显著降低糖尿病大鼠坐骨神经山梨醇含量。提示黄芩素通过抑制醛糖还原酶改善神经功能,对糖尿病神经并发症具有治疗作用^[71]。

(三) 对免疫系统的影响

1. 抗氧化作用 高中洪等^[72]采用电子自旋共振(ESR)法和自旋捕获技术研究了中药黄芩中4种主要黄酮(黄芩素、黄芩苷、汉黄芩苷、汉黄芩素)的自由基清除作用及可能的作用机制。结果表明黄芩素和黄芩苷对羟自由基、超氧阴离子自由基、烷过氧自由基及DPPH自由基有较强的清除作用。他还通过测定组织过氧化脂质生成量或有关酶的活性,显示黄芩苷对 F^{2+} -过氧化氢($\text{Fe}^{2+}-\text{H}_2\text{O}_2$)和还原型辅酶Ⅱ钠盐- Fe^{2+} ($\text{NADPH}-\text{Fe}^{2+}$)诱导的大鼠肝线粒体脂质过氧化损伤有抑制作用,且呈剂量依赖关系。当体系中黄芩苷浓度一定时,对丙二醛(MDA)生成的抑制率分别为54%和45%。同时,对乙酰氨基酚和四氯化碳引起的肝脂质过氧化损伤有保护作用。黄芩苷元在过氧化氢酶的存在下,能够快速诱导过氧化氢代谢系统^[73]。在研究其主要四种黄酮化合物-黄芩素、黄芩苷、汉黄芩素和汉黄芩苷对脑线粒体氧化损伤的保护作用时,分别采用抗坏血酸- Fe^{2+} 、2,2-azobis(2-amidinopropane) hydrochloride (AAPH)及还原型辅酶Ⅱ(NADPH)3种不同损伤体系诱导大鼠脑皮质线粒体脂质过氧化,4种黄酮 $10\mu\text{mol/L}$ 对NADPH诱导的脂质过氧化都具有保护作用,4种黄酮对抗坏血酸- Fe^{2+} 体系诱发的线粒体肿胀和膜的流动性降低都有一定的保护作用,显示黄芩黄酮能抑制不同体系诱导的线粒体氧化损伤,其中黄芩素效果最好。黄芩提取物能减少大鼠在缺氧状态下脑线粒体的能量消耗,并且保护线粒体膜的完整性^[75]。黄芩苷能抑制大鼠心肌再灌注所致脂质过氧化的损伤,对Fenton反应生成的羟自由基,清除作用特别显著^[76]。黄芩茎叶总黄酮可增加小鼠肝、脑组织中谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-PX)活性,明显降低过氧化脂质的含量^[77]。临床实验证明,心内直视手术患者复跳后口服黄芩,在围手术期分别监测SOD及脂质过氧化物(LPO),与对

照组进行比较,表明黄芩具有一定抗氧自由基损害的作用^[78]。

2. 抗炎作用 对黄芩抗炎作用的研究报道中,大多研究者对黄芩中提取的有效单体黄芩苷进行了研究,具有涉及范围广、多角度的特点,分别从抗炎机制、体内动力学参数^[79]、不同感染模型中化学物质测定、不同菌群等方面揭示了众多作用环节。用高效液相色谱法(HPLC)、放射免疫分析法(RIA)和荧光分光光度法测定黄芩苷对大鼠腹腔白细胞内白三烯(LTs)、环磷酸腺苷(cAMP)和细胞内游离钙水平的影响,显示出黄芩苷可显著抑制细胞内白三烯 B₄、白三烯 C₄ 的生物合成,还可显著抑制人工三肽(fMLP)激发的白细胞内 Ca²⁺ 升高,并促进细胞内 cAMP 水平提高,表明黄芩苷显著影响白细胞的多种功能并揭示了其抗炎作用机制^[80]。在大鼠脑水肿形成前后检测了脑组织谷氨酸(Glu)与 γ -氨基丁酸(GABA)、核因子- κ B(NF- κ B)与靶基因 DNA 的结合活性,并检测 I κ B α 表达及黄芩苷的影响,显示黄芩苷对感染性大鼠脑水肿有保护作用^[81]。陈光福等^[82]应用兔感染性脑水肿模型,测定黄芩苷(BC)、川芎嗪(TMA₂)、甘露醇对血清及脑脊液(CSF)中磷脂酶 A₂(PLA₂)活性的抑制作用及改善脑水肿关系。结果显示,黄芩苷与川芎嗪均可抑制 PLA₂ 活性和脂质过氧化从而减轻脑水肿、降低颅内压。俞燕^[83]等应用大鼠感染性脑水肿模型,采用 ELISA 法测黄芩苷、地塞米松对脑组织含水量、脑匀浆上清液中 IL-1 β 、TNF- α 水平的变化。结果显示,黄芩苷、地塞米松对大鼠感染性脑水肿有保护作用,且效果相近。用一定浓度的黄芩苷溶液对眼科常见 11 种病原菌的体外抑菌实验表明,黄芩苷对临床眼科常见的多种细菌均有不同程度的抑菌作用^[84]。张修罗^[85]等报道了黄芩苷对刺激钙离子载体 A23187 诱导大鼠腹腔巨噬细胞 PGE₂ 的合成有抑制作用。这可能提示黄芩苷抗炎作用的部分机制。杜肇宗等^[86]研究发现黄芩苷可选择地抑制脂加氧酶而达到抗炎作用。

3. 对免疫功能的调节 中药对免疫功能的影响是免疫药理学研究的方向,通过应用整体或离体的实验方法和不同核细胞、淋巴细胞及其亚群、自身抗体、细胞因子等多方面的指标,从不同的侧面揭示了黄芩中有效成分对免疫系统的保护作用,研究黄芩中 6 种类黄酮成

分 3, 5, 6, 7 - 四羟基 - 2, 8 - 二甲氧基黄酮、2, 5 - 二羟基 - 6, 6, 7, 8 - 四甲氧基黄酮、5, 7, 8 - 三羟基黄酮、(2R, 3R) - 2, 3, 5, 6, 7 - 五羟基黄烷醇、黄芩苷和黄芩酮对人多形核细胞 (PMN)、单个核细胞 (MNC) 化学发光反应和 PHA 诱导淋巴细胞增殖的影响, 表明除 (2R, 3R) - 2, 3, 5, 6, 7 - 五羟基黄烷醇外, 其他 5 种抑制 N - Formyl - Met - Leu - Phe (fMLP) 激活的 PMN 和 MNC 或调理酵母多糖 (OZ) 激活的 PMN 产生的化学发光, 也显著地抑制 PHA 诱导的淋巴细胞增殖^[87~88]。通过测定心肌梗死后的 T 淋巴细胞亚群, 发现黄芩苷能减轻心肌梗死后大鼠的免疫功能紊乱, 使血液中 CD₃、CD₄/CD₈ 均接近正常值^[89]。在黄芩的复方制剂研究中, 对免疫异常增高型反复自然流产透明带抗体阳性者给与其制剂治疗后, 可降低异常增高的自身及同种抗体水平, 可有效治疗免疫异常增高型反复自然流产^[90]。对 LPS 诱导流产小鼠具有保胎及降低子宫内 TNF - α 含量的作用^[91]。在研究黄芩苷调节小鼠免疫功能的实验中, 观察到黄芩苷可明显提高小鼠血清 IgM 和 B 细胞分泌 IgM 的含量, 体内给药还可以增强机体的体液免疫功能^[92]。同时, 黄芩苷对脂多糖 (LPS) 诱导的淋巴细胞增殖具有双向调节功能, 低剂量黄芩苷有促进作用, 但无统计学意义, 高剂量有明显抑制作用^[93]。

(四) 对神经系统的影响

戴淑芳等^[94]通过观察黄芩茎叶水溶物对小鼠自发活动的影响、对苯甲酸钠咖啡因运动性兴奋的影响, 对阈下催眠剂量戊巴比妥钠催眠作用的影响和对氯丙嗪中枢抑制作用的影响, 结果证明: 30mg/kg 黄芩茎叶水溶物显著减少小鼠的自发活动次数, 明显拮抗苯甲酸钠的中枢兴奋作用, 增强阈下催眠剂量戊巴比妥钠和氯丙嗪对小鼠的中枢抑制作用, 提示黄芩茎叶水溶物有明显的中枢镇静作用, 且与镇静药和抗精神病药有协同作用。朱陵群等^[95]选用 SH - SY5Y 神经细胞, 采用缺氧 - 复氧结合缺糖 - 复糖的方法, 对其进行攻击, 模拟人体神经细胞的缺血 - 再灌注损伤, 观察黄芩苷对此损伤的治疗作用。结果缺氧、缺糖 8h 结合复氧、复糖 12h 对神经细胞可造成明显损伤, 导致 SH - SY5Y 细胞线粒体的活性下降, 凋亡率明显上升; 而黄芩苷可

以显著减轻上述损伤,故黄芩苷对缺氧、缺糖-再灌注损伤的神经细胞有保护作用。

(五) 对消化系统的影响

关于黄芩对消化系统的作用,以影响肝脏的研究报道较多。在大鼠肝细胞凋亡实验中,体外培养肝细胞,以肿瘤坏死因子(TNF- α)和放线菌素D(Act D)诱导细胞凋亡,不同浓度的黄芩苷均对TNF- α 和Act D所诱导的肝细胞凋亡有抑制作用^[96]。黄芩苷是花生四烯酸(AA)代谢脂氧酶抑制剂,对四氯化碳(CCl_4)、醋氨酚、卡介苗加细菌脂多糖所致的小鼠肝损伤模型有明显的保护作用^[97]。在大鼠、小鼠实验性 CCl_4 肝损伤模型中,观察给黄芩茎叶总黄酮及黄芩煎剂后的丙二醛(MDA)、超氧化物歧化酶(SOD)和山梨醇脱氢酶(SDH)活性的变化,结果表明它们对急性肝损伤具有良好的保护作用^[98-99]。在中药体外抑菌试验筛选实验中发现,黄芩对幽门螺杆菌(HP)有较强的抑制作用^[100-101]。

(六) 防晒作用

黄芩苷分子结构中有两个较长的共轭体系,在紫外线吸收光谱上有两个主要的吸收带,带I在300~400nm之间,带II在250~290nm之间,在242nm、271nm和310nm处均有很强的吸收峰,故黄芩苷能吸收UVA、UVB和UVC,是一种广谱防紫外线物质。徐洪玉等^[102]研究证实了黄芩苷以上的特点,防光系数(SPF)为 12.1 ± 1.3 ,95%可信区间为1.289~12.961。

(七) 毒性及不良反应

黄芩各剂量组(1.5g/kg、3.0g/kg、6.0g/kg)诱发的微核率与正常对照组比较差异无显著性($P > 0.05$)。黄芩各组对环磷酰胺所致的微核率均有较明显的抑制作用($P < 0.01$)。即:在其实验条件下的黄芩对遗传物质无诱变作用,并且具有较明显的抗诱变作用^[103]。

三、黄连

黄连，毛茛科植物黄连、三角叶黄连或云连的干燥根茎。以上3种分别习称“味连”、“雅连”、“云连”。3种黄连均含有多种生物碱，主要是小檗碱（BR），含量高达3.6%以上。其次为黄连碱、药根碱、甲基黄连碱等。

（一）对循环系统的影响

1. 抗心律失常作用 黄连中的BR有明显抗心律失常作用。能防治乌头碱、电刺激及冠状动脉结扎所致的实验动物室性心律失常，并呈明显的量效关系。

2. 降血压 BR有明显降压作用。静脉注射给药可降低动脉压，尤其是舒张压，且与剂量呈正相关。降压机制主要是竞争性阻断血管平滑肌上 β 受体，使外周血管阻力降低所致^[104]。

3. 强心 康巧真等^[105]给17名患有充血性心力衰竭的患者口服黄连素，采用四道生理记录仪，观察黄连素对心力衰竭患者的即刻治疗反应。结果显示服用黄连后平均外周阻力下降23.9%，每搏输出量增加52.7%，心脏指数增加36.9%，心缩指数增加26.9%，射血分数增加31.4%，并且心脏功能在服用黄连素0.5h开始得到改善，2h达高峰，5h仍有作用。可以看出黄连对人类充血性心力衰竭均有增加心肌收缩力，降低外周阻力，改善心功能的作用。曹国扬等^[106]将心先安和黄连素联合应用，通过观察患者24h总心搏数（THR）、平均心率（MHR）、最长窦性R-R间期（LSR-R）、最短窦性R-R间期（SSR-R）4个指标，判定黄连素对病态窦房结综合征的改善情况。结果显示，患者在使用黄连素后THR和MHR增加，LSR-R和SSR-R均缩短，疗效显著。

4. 对脑血管疾病的改善作用 徐静华等^[107]采用双侧颈总动脉结扎致脑缺氧、 NaNO_2 致缺氧、KCN致缺氧、常压密闭耐缺氧等实验模型，观察黄连解毒汤对小鼠急性脑缺血缺氧的影响。结果显示，低、中、高剂量的黄连解毒汤能明显延长双侧颈总动脉结扎小鼠存活时间；中、高剂量能够明显延长 NaNO_2 致缺氧小鼠存活时间；低、

中、高剂量对 KCN 所致缺氧小鼠出现翻正反射的潜伏期无明显影响,但中、高剂量可以通过提高小鼠对氧的利用能力使小鼠存活时间延长。因此,黄连素具有一定的抗小鼠脑缺血缺氧作用。

(二) 对内分泌代谢系统的影响

1. 降糖作用 王睿等^[108]比较了黄连素同传统的降糖药物二甲双胍的降糖效果,发现黄连素的降糖作用优于二甲双胍。黄连碱、BR 均有降血糖作用。对正常小鼠及自发性糖尿病 KK 小鼠均有降血糖作用^[109]。其降糖作用可能为受体后效应,它可以抑制注射葡萄糖引起的血糖升高,其作用通过抑制糖原异生或促进糖酵解途径实现。研究还发现,BR 对胰岛 B 细胞有修复作用。

2. 治疗糖尿病并发症的作用 黄连素对糖尿病并发症如心脑血管的损伤、神经系统损伤、肾损伤等均有改善作用。刘长山等^[110]研究了黄连对糖尿病神经病变的作用机制,发现黄连在体内外均能够抑制醛糖还原酶(AR)活性,而在临床研究中黄连对 AR 活性的抑制作用更加明显。患者在降糖药物的基础上应用黄连素治疗 4 周后,患者 AR 活性明显下降;正中神经、腓总神经运动传导速度(MNCV)、感觉传导速率(SNCV)得到明显改善;膀胱剩余尿量显著减少,这些周围神经病变的指标在治疗前后改善相当明显。

(三) 对免疫系统的影响

1. 抗癌作用

(1) 对 CNE1 鼻咽癌移植瘤基因表达的影响 王光平等^[111]应用 cDNA 表达芯片研究了黄连对 CNE1 鼻咽癌基因表达的影响。在研究中,将移植在裸鼠上的鼻咽癌组织取下后,采用高通量的 cDNA 表达芯片杂交并用激光共聚焦扫描仪分析基因表达,通过逆转录-聚合酶链式反应半定量技术进一步分析差异表达基因的表达。结果显示,黄连处理移植瘤裸鼠 30 天后,移植瘤明显减小,其抑瘤率为 29.5%。同时,移植瘤组织基因表达也发生显著变化,CNE1 鼻咽癌移植瘤组织有 147 条基因表达发生改变,其中包括 102 条下调表达的基因和 45 条上调表达的基因。而且在 RT-PCR 半定量技术分析中,证实 3

条基因为真正差异表达,它们分别是 MAD3、H731 和 CHK1 基因。其中, MAD3 和 H731 基因表达上调, CHK1 基因表达下调。因此黄连可通过调节移植瘤基因的表达,从而抑制 CNE1 鼻咽癌裸鼠移植瘤的生长。

(2) 抗食道癌细胞的作用 对一种携带了人食道癌细胞系 (ECCs) YES-2 (当注射入大鼠后能分泌 IL-6 并且诱发癌症) 的大鼠口服给予黄连粉末提取物后,其抗癌活性观察结果表明,在摄入食物和水不变的情况下,黄连能使患癌大鼠体重减轻的症状得到改善,且黄连治疗组癌细胞中 IL-6 的水平较对照组更低 ($P < 0.001$)。血清中 IL-6 在 8 只对照大鼠中的 4 只能检测到,而黄连组大鼠中没有检测到 IL-6。小檗碱 (黄连的主要成分) 在体外阻止 YES-2 细胞分泌 IL-6 的作用呈剂量依赖性。再通过对逆转录多聚酶链式反应分析结果表明,以浓度为 $8 \sim 32 \mu\text{mol/L}$ 的小檗碱处理 YES-2 细胞 24h 后,可减少 IL-6 中 mRNA 的表达。由此表明,黄连可能具有抗食道癌的作用,且这种作用与小檗碱调节肿瘤 IL-6 的产生水平是相关的^[112]。

体外试验证明,黄连解毒汤有抗食道癌细胞作用。经噻唑蓝法分析结果表明,在黄连 7 种组分中,只有黄连水提物对两种 ECCs (YES-3 和 YES-4) 的生长具有抑制作用,并且呈剂量依赖关系 ($P < 0.001$); 当不同浓度的黄连提取物与 6 种 ECCs (YES-1 ~ YES-6) 共培养 72h 后,其半数有效量 (ED_{50}) 分别为 $2.2 \mu\text{g/ml}$ 、 $3.0 \mu\text{g/ml}$ 、 $0.25 \mu\text{g/ml}$ 、 $2.8 \mu\text{g/ml}$ 、 $2.5 \mu\text{g/ml}$ 、 $0.5 \mu\text{g/ml}$ 。小檗碱的 ED_{50} 与黄连对 6 种 ECCs 的作用呈正相关 ($r = 0.763$, $P = 0.023$)。经黄连处理过的癌细胞在 G0/G1 期停滞并且进入 S 期的相对减少。由此表明,黄连的主成分小檗碱有可能成为一种具有开发价值的食道癌治疗药物^[113]。

(3) 对人结肠癌细胞中环氧化酶-2 转录活性的抑制 环氧化酶-2 (COX-2) 在结肠癌细胞中广泛表达,并且在结肠的肿瘤生成中起着关键作用,因此,阻止 COX-2 转录活性的化合物就可能对结肠肿瘤的形成具有防治作用。应用半乳糖苷酶标记基因系统来分析 COX-2 在人结肠癌细胞中的转录活性,并检测出有多种中草药的主

要成分对 COX-2 具有抑制作用。如小檗碱能有效抑制 COX-2 在人结肠癌细胞中的转录活性,其浓度高于 $0.3\mu\text{mol/L}$ 时剂量与时间呈依赖性抑制关系。由此进一步证实了小檗碱的抗炎和抗癌作用^[114]。Kuo Chili 等^[115]研究了黄连素在体内和体外对 COX-2 以及 AP-1 的合成影响,结果显示,黄连素能够抑制 PGE₂ 的合成,但对 COXs 酶的活性没有影响。黄连素能够抑制人体表皮癌细胞中 COX-2 的表达,并对 AP-1 在口腔癌细胞中的表达存在明显的抑制作用。在小鼠在体的抗癌抗炎测试中,黄连素有着较好的抗癌和抗炎作用。

(4) 对肺癌的影响 Noriyasu Mitani 等^[116]还研究了黄连素对刘易斯肺癌 (LLC) 转移性淋巴瘤的作用。黄连组小鼠给药 14 天后,发现转移癌细胞的生长同黄连素的剂量呈反比,但对原发癌细胞的生长没有明显作用;加入抗癌药物 CPT-11 的黄连组,对原发癌细胞和转移癌细胞均存在抑制作用。这说明,黄连的抗癌作用还是具有一定的局限性。

(5) 对肿瘤坏死- α 因子的抑制作用 通过对 118 种韩国常用处方中抗炎草药的筛选,发现黄连的甲醇总提取物在终浓度为 0.1mg/ml 时就能对由脂多糖引发的巨噬细胞系 (RAW26417 细胞系) 50% 的肿瘤坏死- α 因子 (TNF- α) 的产生起抑制作用,且能显著抑制体内 TNF- α 的产生^[117]。

(6) 黄连对人肝细胞中激活蛋白-1 (AP-1) 活性的抑制作用 激活蛋白-1 是一种在炎症和致癌物形成中起关键作用的转录因子,由其调控的部分基因参与了炎症和肿瘤的发生,因而有可能成为新的抗炎、防癌药物。有研究发现,小檗碱在浓度高于 $0.3\mu\text{mol/L}$ 时可抑制 AP-1 活性并呈剂量和时间依赖性;而以浓度 $10\mu\text{mol/L}$ 给药 48h 后,则能完全抑制 AP-1 的活性。此即为黄连中小檗碱具有抗癌作用的机制^[118]。

(7) 对 DNA 拓扑异构酶 I、II 的抑制作用 Kobayashi Y 等^[119]的研究表明,黄连的水提物具有抑制哺乳动物中 DNA 拓扑异构酶 I 的活性。对其纯化后的水提物,经体外生物活性检测表明,其有效成分为原小檗碱和 groenlandicine。在进一步对具有相似结构的原小檗碱型生物碱进行活性检测时发现,黄连在加工过程中产生的 9-去甲小

槲碱在体外对 DNA 拓扑异构酶 II 亦具有抑制作用。由此表明, 原小槲碱型生物碱也是一类 DNA 拓扑异构酶 I、II 抑制剂。

2. 免疫调节作用 黄连对免疫系统的影响, 主要表现在对 T 淋巴细胞的作用。何贤辉等^[120]将正常人外周血全血进行体外培养, 测定黄连素对 T 细胞体外活化和增殖的影响以及作用机制。结果显示黄连素对 T 细胞早期活化抗原 CD69 和中期活化抗原 CD25 的表达有明显抑制效应, 提供了黄连素抑制 T 细胞活化的直接证据。另外, 黄连素对 PKC 或其下游的信号途径有影响; 并可以通过下调黏附分子表达而抑制淋巴细胞与血管内皮细胞间的黏附作用, 从而影响淋巴细胞再循环。可见黄连素对 T 细胞的活化和增殖均有明显的作用。Ekaterina K. M a rinova 等^[121]通过采用裸鼠作为实验模型, 研究了黄连素对肾性免疫性疾病的影响。黄连素治疗组(治疗组)在造模前, 先给予裸鼠一定剂量的黄连素, 再用牛管状基底细胞膜作为抗原, 诱发自身免疫性肾炎。结果显示, 治疗组裸鼠肾脏的损伤程度明显比模型组轻。外周血细胞分析, 治疗组 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ 以及 sIg 淋巴细胞较模型组有明显的减少; 未造模仅给予黄连素组的 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ 以及 T 淋巴细胞也有明显的减少。说明黄连素对此模型存在免疫抑制作用, 这为黄连素治疗各种临床自身免疫性肾炎提供了可靠依据。

3. 抗氧化和自由基清除作用 从阳光、紫外线、离子辐射、化学反应以及新陈代谢中产生的活性氧化物会引起一系列的病理损害, 如 DNA 损伤、癌的形成以及与年龄老化有关的细胞衰老等。因此, 抗氧化物质在治疗这些疾病中具有重要的作用, 特别是具有抗氧化活性和低毒性的天然药物更受到人们的青睐。黄连的水提物不但对小鼠红细胞溶血和脂质过氧化具有明显的抑制作用, 还具有极强的清除超氧化物和羟基自由基的活性。Schinella GR 等^[122]考察了中国及地中海沿岸 20 种传统药材的抗氧化活性, 发现黄连在 $100\mu\text{g/ml}$ 浓度时对羟基自由基的清除活性高于其他植物提取物。此外, 黄连的止泻解毒作用也可能与其抗氧化和自由基清除活性有关^[123]。

4. 抑制 NO 的生成 NO 是一种具有多种功能的介质, 在调节体内各种生理功能上起着重要作用。NO 水平的异常与炎症、癌症、免

疫异常及血管性疾病等发生密切相关。黄连在浓度为 $47\mu\text{mol/L}$ 时能明显抑制由炎症刺激引起的巨噬细胞和肝肿瘤细胞中 NO 的生成^[124]。黄连水提取物能明显抑制 $\text{TNF}-\alpha$ 、 $\text{IL}-1\beta$ 诱导肝癌细胞中 NO 的生成,并可降低细胞中诱生型一氧化氮合酶(NOS)蛋白和 mRNA 的含量。黄连解毒汤对 RAW264 和肝癌细胞中 NO 的生成具有极强的抑制作用,其组方中的黄连也能抑制 NO 的生成,但其抑制程度弱于全方,提示复方的作用优于单味药^[125]。

5. 抗菌和抗内毒素作用 黄连的抗菌谱广,很多细菌对其都敏感,如肺炎双球菌、白喉杆菌、金黄色葡萄球菌等革兰阳性菌,大肠杆菌、伤寒杆菌、霍乱弧菌、淋球菌等革兰阴性菌,以及白色念珠菌、红色毛癣菌等真菌。李巧如等^[126]采用体外筛选的方法,测定了黄连、大青叶、夏枯草等 18 种中草药初提物对金黄色葡萄球菌、淋球菌以及白色念珠菌的最小抑菌量(MIC),结果显示对金黄色葡萄球菌而言,黄连水提液和醇提液、大青叶醇提液、冬凌草水提液和醇提液的 MIC 较小,有较强的抑制作用;对于白色念珠菌,只有黄连水提液和醇提液以及丁香醇提液的作用较强;18 种中草药对淋球菌的作用均较强,其中黄连素和冬凌草已经开发成药。沈婉琼等^[127]测定了含有黄连素的制剂(消炎六味合剂)对金黄色葡萄球菌、肺炎克雷伯菌、普通变形杆菌的抑制作用。其采用液体稀释法药敏实验,测得消炎六味合剂 MIC 分别为:金黄色葡萄球菌 1:4;肺炎克雷伯菌 1:4,普通变形杆菌 1:16;沙雷菌 1:4。相对应的最小杀菌量(MIB)分别为 1:4;1:4;1:8;1:4。说明消炎六味合剂具有较强的抑菌作用和杀菌作用。黄连不仅对普通细菌有抑制甚至杀灭作用,其对特殊细菌也具有抑制和杀灭作用。匡铁吉等^[128]研究了黄连素对结核分支杆菌的作用。实验结果表明 $100\mu\text{g/ml}$ 的黄连素对结核菌标准株作用 24h,能够杀死几乎所有结核杆菌; $60\mu\text{g/ml}$ 黄连素能杀灭标准株菌群中的大部分菌细胞,部分存活的细胞在匡氏琼脂斜面上的生长延迟 1 周以上; $30\mu\text{g/ml}$ 黄连素对所试结核菌标准株无杀灭作用,但对早期生长有弱抑制作用; $3\mu\text{g/ml}$ 黄连素对结核菌 H37 PV 不但没有抑制作用,还显示出较弱的生长促进作用。在体内抗菌筛选中,黄连同样显示了较好的抗菌作用。陈国良等^[129]采用小鼠感染模型,观察了黄

连的体内抗菌作用,发现感染金黄色葡萄球菌的小鼠存活率为 66.7%;感染 A 族链球菌的小鼠存活率为 41.7%。高剂量的黄连对小鼠感染金黄色葡萄球菌有明显抗菌作用,对于 A 族链球菌的抗菌作用较弱。这充分说明了黄连的广谱抗菌作用。

黄连不仅对细菌存在抑制作用,对内毒素也有很好的抵抗作用。刘志峰等^[130]考察了 8 种中药体外抗内毒素的作用。其采用经典的螯试验,定量地测定了双黄连、板蓝根、穿琥宁等药物对内毒素的清除率。发现双黄连、清开灵和板蓝根抗内毒素作用最强,稀释 2500 倍仍能够清除 70% 以上的内毒素。姜庆城等^[131]应用在体试验,测定了大鼠体内内毒素含量,以及镜检大鼠肝、肺、肾组织形态的变化情况,结果显示黄连的保护作用同其浓度成正比,随着黄连浓度的增加,体内内毒素含量越低,大鼠的组织形态变化越小。

6. 抗病毒作用 黄连对很多病毒均有抑制作用,如柯萨奇病毒、流感病毒、风疹病毒、单纯疱疹病毒等。李凡等^[132]研究了黄连对柯萨奇病毒 (B3、B4)、新型肠道病毒、脊髓灰质炎病毒Ⅲ型等 14 种病毒的抑制作用。将所需病毒用不同浓度的药液混合后进行体外培养 24h,发现双黄连在 1:32、1:64、1:128 3 个稀释浓度均有明显抗病毒作用。之后又测定了黄连对 3 种动物模型的保护作用:病毒性心肌炎模型、胰腺炎模型、肺炎模型。通过光镜检查细胞病变 (CPE)、染色摄入法、药物对组织细胞保护率计算以及内脏病理学、组织学检查,发现黄连对流感病毒 A3V、腺病毒 AdVⅢ、麻疹病毒 MV、风疹病毒 RSV、单纯疱疹病毒 I 型 (HSV-1)、单纯疱疹病毒 II 型 (HSV-2)、柯萨奇病毒 B3 (CVB3)、柯萨奇病毒 B4 (CVB4)、柯萨奇病毒 A16 (CVA16)、新型肠道病毒 71 型 (EV71) 10 种病毒均有直接杀灭作用,对细胞的保护率高达 96% 以上。在病理组织学检查中,黄连对病毒所致的胰腺炎和心肌炎有明显的保护作用。治疗组的胰腺组织结构基本正常,有少量淋巴细胞浸润,心肌仅见小灶状坏死。而病毒组的胰腺有大量淋巴细胞及分叶核细胞浸润,心肌大片坏死。可见黄连抗病毒不仅在细胞水平上得以证实,即能显著地抑制、延缓细胞病变出现;而且在整体水平上,可有效地抑制流感病毒性肺炎、病毒性心肌炎、胰腺炎的发生与发展。

(四) 对神经系统的影响

1. 抑制儿茶酚胺生物合成 黄连可作为一种抗焦虑药应用于临床。黄连的丁醇提取物在浓度为 $40\mu\text{g/ml}$ 时, 可阻止儿茶酚胺的生物合成。经硅胶柱层析表明, 其丁醇提取物的 Fr II 和 Fr III 中含有原小檗碱型生物碱, 如小檗碱和巴马汀。Fr III 在浓度为 $40\mu\text{g/ml}$ 时能使嗜铬细胞瘤 (PC12) 细胞中多巴胺的合成减少 77%, 其半数抑制量 (IC_{50}) 为 $19.5\mu\text{g/ml}$, 同时酪氨酸羟化酶的活性也被 Fr III 抑制。此外, 小檗碱和巴马汀也能减少 PC12 细胞中多巴胺的生物合成, 其 IC_{50} 分别为 $9.5\mu\text{g/ml}$ 和 $7.7\mu\text{g/ml}$ 。这说明黄连中的原小檗碱型生物碱通过抑制 PC12 细胞中的酪氨酸羟化酶活性而阻止儿茶酚胺的合成^[133]。

2. 抑制单胺氧化酶活性 单胺氧化酶 (MAO) A 和 B 能够催化降解中枢系统或表皮组织中神经/血管中的胺。MAO - A 抑制剂 (MAOAI) 在临床上用于治疗抑郁和焦虑, 而 MAO - B 的抑制剂 (MAOBI) 则主要用于防止和治疗帕金森病。但现有的 MAOAI、MAOBI 由于易与其他药物或食物发生相互作用而致不良反应发生, 如细胞毒性、高热、扩散性的腔内凝集、痉挛、昏迷以及肌肉僵硬等症。黄连的甲醇提取物对源于小鼠线粒体的 MAO - A、MAO - B 均具有抑制作用, 产生抑制作用的是原小檗碱型生物碱, 如小檗碱和药根碱, 其抑酶活性主要与 A 环上的取代方式有关。药根碱可非竞争性抑制 MAO - A 和 MAO - B 的活性, 其 IC_{50} 值分别为 $4\mu\text{mol/L}$ 、 $62\mu\text{mol/L}$; 小檗碱可竞争性抑制 MAO - A 活性, 其 IC_{50} 为 $126\mu\text{mol/L}$ ^[134]。

(五) 对血液系统的影响

近几年发现, 黄连能够降低血小板的聚集, 从而达到抗血栓的作用。付晓春等^[135]利用动物的在体实验, 观察了黄连解毒汤的抗血栓作用。他们通过给小鼠和家兔灌服黄连解毒汤, 1h 后, 发现小鼠体外凝血时间显著延长, 家兔的血浆凝血酶原时间、白陶土活化部分凝血活酶时间及凝血酶时间均有显著延长, 并能显著抑制 ADP 引起的

血小板聚集。结果表明,黄连解毒汤通过干扰内源性凝血系统因子的活性,从而使纤维蛋白的生成受到抑制;此外,黄连解毒汤还通过干扰外源性凝血系统因子的活性,使纤维蛋白原向纤维蛋白的转变受到抑制。

(六) 对消化系统的影响

1. 胃黏膜保护作用 黄连丙酮提取物中的黄连碱和8-氧黄连碱对胃黏膜具有明显的保护作用,而其他原小檗碱型生物碱,如小檗碱、氧化小檗碱、巴马汀则对由乙醇引起的胃黏膜损伤不具有保护作用^[136]。

由于自由基参与了胃损伤,因而自由基清除剂则可能对胃黏膜具有保护作用。经高效液相色谱法分析表明,黄连中的黄连碱、8-氧黄连碱、反式阿魏酸对羟基苯乙酯具有胃黏膜保护作用。对雄性Wistar大鼠,口服黄连碱和8-氧黄连碱(剂量为5ml/kg),对照组只给予盐水。结果显示,黄连碱和8-氧黄连碱具有极强的胃黏膜保护作用,其半数有效量(ED_{50})分别为0.1mg/kg、1.0mg/kg(口服),并且呈剂量依赖关系;另外,其胃黏膜保护作用比西米替丁和胃溃宁更强。反式阿魏酸对羟基苯乙酯具有自由基清除作用,同时对胃黏膜也具有保护作用,并与剂量有关,其 ED_{50} 分别为25mg/kg、150mg/kg(口服)。由此说明自由基清除剂也具有胃黏膜保护作用。

黄连中以黄连碱的胃黏膜保护作用最强,且其含量最高,故认为黄连的胃黏膜保护作用主要归因于黄连碱^[137]。在同一研究中,作者还合成了黄连碱的几种衍生物,探讨了其胃黏膜保护活性与其结构的关系,结果认为儿茶酚骨架为其活性结构。

2. 抗腹泻作用 口服10mg/kg小檗碱能降低霍乱毒素引起大鼠腹泻的发生率、严重程度并延长潜伏期。也能预防致死剂量的霍乱毒素引起幼兔腹泻和延长存活时间。

(七) 毒性及不良反应

黄连虽然存在很广泛药理作用,但还是存在一定的毒性及不良反应。张德付^[138]报道了从1997~2000年双黄连粉针剂静脉滴注所引起

的3例异常反应。1例是类阿托品反应：患者因感冒就诊，静脉滴注双黄连粉针剂后出现面赤、口干、心悸，随即出现四肢阵发性抽搐，双瞳孔散大等症状。另2例患者仍然是以感冒就诊，静脉滴注双黄连粉针剂后，出现过敏性紫癜和过敏性皮疹。黄连同多种西药存在配伍禁忌，临床多有报道。朱惠平^[139]将2支双黄连注射液加入0.9%生理盐水250ml中，再加入硫酸庆大霉素注射液2支，即刻产生白色混浊→淡黄色混浊，放置1h后可见棕色小沉渣，甚至堵塞输液器的针头，液体不滴。张佳思等^[140]在临床应用中观察了黄连的配伍禁忌，发现黄连与乳糖酸红霉素、氨基糖苷类抗生素、庆大霉素、链霉素、卡那霉素存在配伍禁忌。

四、甘草

甘草是多年生草本植物，属豆科甘草属。我国作为药用而收载的甘草主要有乌拉尔甘草、胀果甘草和光果甘草。甘草是一味应用极其广泛的中药，这与甘草中的有效成分有关。甘草中的有效成分包括黄酮类、三萜类、多糖等。药理研究主要集中在甘草酸、甘草次酸、总黄酮、单种黄酮及多糖等化合物。

（一）对循环系统的影响

胡小鹰等^[141]研究表明，50~100mg/kg甘草总黄酮可延长乌头碱诱发的小鼠心律失常的潜伏期，减少氯仿诱发的小鼠心室纤颤阳性率，25~50mg/kg甘草总黄酮可增加哇巴因诱发豚鼠出现室性早搏、室速、室颤和心搏停止所用剂量，说明甘草总黄酮具有抗心律失常作用。

（二）对内分泌代谢系统的影响

1. 肾上腺皮质激素样作用^[142]

（1）盐皮质激素样作用 甘草粉、甘草浸膏、甘草甜素、甘草次酸均有去氧皮质酮样作用，能使健康人及多种动物的尿量和钠排出减少，钾排出增加。长期应用可出现水肿及高血压等症状。

（2）糖皮质激素样作用 小剂量甘草甜素或甘草次酸能使大鼠

胸腺萎缩及肾上腺重量增加,尿内游离型 17-羟皮质类固醇增加,血中嗜酸性白细胞和淋巴细胞减少;大剂量时糖皮质激素样作用不明显,只呈现盐皮质激素样作用。

2. 预防糖尿病并发症 醛糖还原酶是催化葡萄糖还原到糖醇-山梨醇的多元醇途径的头一种酶。在糖尿病患者中,山梨醇堆积在非胰岛素依赖性的组织中, Kaoru^[143] 实验发现,异甘草素以浓度依赖方式抑制大鼠晶状体内醛糖还原酶活性, 1 μ g/ml 抑制率为 81.4%, 0.1 μ g/ml 抑制率为 61.7%。动力学研究表明,异甘草素对大鼠晶状体的醛糖还原酶具有非竞争抑制的特性。

(三) 对免疫系统的影响

1. 抗炎、抗变态反应 甘草具有糖皮质激素样抗炎作用,抗炎的主要有效成分是甘草甜素和甘草次酸。对大鼠棉球性肉芽肿、甲醛性足肿胀、角叉菜胶性关节炎等均有一定的抑制作用^[144]。甘草甜素能明显抑制小鼠被动皮肤过敏反应,拮抗组胺、乙酰胆碱和慢反应物质对兔离体回肠和豚鼠离体气管平滑肌的收缩。

2. 抗病毒作用 甘草甜素能直接破坏试管内的病毒细胞,对水痘、带状疱疹病毒、HIV、HBV 病毒有一定的抑制作用。甘草甜素对病毒粒子直接作用,这与其能诱生干扰素、增加 NK 细胞活性有一定关系^[145]。20 世纪 80 年代日本学者代腾正彦首次报道甘草甜素抗 HIV 的作用。后来研究表明^[146],中药甘草抑制 HIV 病毒活性的主要成分是甘草甜素和甘草次酸(甘草酸的水解产物),其作用机制包括抑制逆转录酶、蛋白酶活性,以及干扰病毒进入细胞等。甘草甜素具有抗 HIV 病毒的作用,0.5mg/ml 的甘草甜素可使 98% 以上的 HIV 病毒增殖受到抑制,具有预防艾滋病毒作用。美国已经申请专利应用于处理输血用的血制品,以预防因输血引起的 HIV 的传播。实验也证明,甘草甜素可明显抑制 HIV 增殖,且与已知的艾滋病治疗药物叠氮胸苷(艾滋病防护药)联合应用后,两者疗效可产生相加作用^[147]。但甘草甜素抑制 HIV 感染的有效浓度(0.2~1.0mg/ml)高,治疗范围窄,若要维持其在血中的有效浓度,须持续大量给药^[148]。Watanbe 等^[149]用小鼠感染 LPOBMS 逆转录病毒制成类似艾

滋病模型,观察强力新甘草甜素(含0.2%甘草甜素、2%甘氨酸及0.1%半胱氨酸)的治疗效果,发现强力新甘草甜素治疗后的小鼠存活期明显延长,小鼠的脾、淋巴结肿大被明显抑制。而且肝细胞、脾细胞和淋巴细胞进行培养后,小鼠的增殖能力增强。

日本学者熊谷朗研究证明,甘草苷有破坏血管内艾滋病毒的作用。Hatano也报道甘草具有抗艾滋病毒的作用,作为甘草的主要成分甘草次酸及其衍生物,有可能会成为治疗艾滋病的新药^[150]。日本学者^[151]从甘草鞣质活性成分研究中,获得了酚性成分(包括黄酮类成分),加强了HIV对ATLOIK(来源于成人T细胞性白血病患者的细胞株)的拮抗作用。其中两种新甘草查尔酮低浓度时显示出HIV增殖的抑制作用。

3. 抗肿瘤作用 药理学研究证明,甘草中异黄酮类物质具有植物雌激素活性,可以抑制乳腺癌细胞、前列腺癌细胞的增殖^[152]。甘草甜素能抑制皮下注射移植的吉田肉瘤,并能预防多氧化联苯或甲基氨基偶氮苯所致小鼠肝癌。研究发现,甘草的有效成分所诱导的 γ -干扰素和NK细胞活性的增强,从某种意义上也有一定的抗肿瘤作用。

甘草酸类药物除具有防止病毒性肝类、诱生干扰素等作用外,还具有防癌、抗癌的功效^[153]。在应用甘草酸防治黄曲霉素B和二乙基亚硝胺诱发的大鼠肝癌前病变的实验中证实甘草酸对癌前病变的发生均有明显抑制作用,对病变过程中DNA损伤修复有明显的保护作用,使DNA修复功能接近正常水平,从而降低了DNA的致癌性^[154]。

Arase等^[155]对SNMC防治慢性丙肝患者肝细胞癌变的长期效果进行了研究。453名患者共服用SNMC 2~16年,结果发生癌变者为7%;而对照组109名患者仅短期试用SNMC或改用干扰素治疗,发生癌变者占12%,而未使用SNMC者为25%,表明SNMC可降低慢性丙肝患者长期治疗的癌变率。

甘草次酸能抑制巴豆油(其成份TDA为强促癌剂)诱发的小鼠耳肿胀和鸟氨酸脱羧酶活性,对强致癌剂苯丙芘诱发的DNA损伤有一定的保护作用^[156]。

4. 对肝细胞凋亡作用 经研究表明,许多肝胆疾病的发生、发

展和预后与肝细胞凋亡有密切关系。所以从肝细胞凋亡的角度考察保肝药物的作用及作用机制有着重要意义和临床实用价值。李平等^[157]应用在体模型研究了地塞米松 (DM) 及甘草酸对小鼠肝细胞凋亡的影响。实验结果表明, 腹腔注射常用量 DM 能阻断撤除苯巴比妥钠 (PB) 后引起的小鼠肝体重比及肝脏 DNA 含量回落, 而在同条件下, 非中毒剂量的甘草酸对其无阻断作用。表明 DM 能抑制小鼠肝细胞凋亡, 甘草酸对其无影响。

5. 甘草成分的免疫调节作用^[158] 甘草酸可显著抑制抗原提呈细胞对 T 细胞的过度激活作用, 抑制由 $\text{TNF} - \alpha$ 介导的细胞免疫作用, 调节 T 细胞释放细胞因子, 使 Th_1/Th_2 保持平衡, 从而调节免疫反应; 在细胞免疫方面, 甘草酸可增强 $\text{M}\psi$ 的吞噬功能, 消除抑制性 $\text{M}\psi$ 的抑制活性, 可选择性地增强辅助性 T 淋巴细胞的增殖能力和活性, 使 CD_4 细胞增加, CD_8 细胞减少。另外, 甘草甜素对多种细胞因子的生成与分泌具有调节作用; 可促进淋巴细胞产生 $\text{IL} - 2$ 、干扰素 (IFN), 消除 Ts 细胞活性; 与 $\text{IL} - 2$ 、IFN 协同 NK 细胞活性增强, 因此使免疫细胞的生物学效应放大, 从而调节抗体产生细胞活性; 甘草甜素还能增加细胞因子的产生, 间接诱导 $\text{IFN} - \gamma$ 的活性^[159], 同时抑制 $\text{IL} - 4$ 或 $\text{IL} - 10$ 的生成, 使 Th_1 的功能增强, 抑制 Th_2 的功能, 调节 Th_1/Th_2 失衡。

(四) 对消化系统的影响

1. 保肝作用 Sato Hitoshi 等^[160]研究发现甘草酸能够通过改变与乙型肝炎病毒 HBV 有关的抗原表达及抑制 HbsAg 的分泌而对乙型肝炎有治疗作用。陈锡美等^[161]发现单独应用甘草酸能够不同程度抑制肝纤维化大鼠肝组织 I 型、III 型前胶原、c - fos 及 c - junmRNA 表达, 与粉防己碱联合应用效果更为显著。刘秀英等^[162]通过实验发现甘草甜素能延缓、降低镉引起的血清转氨酶的升高, 显著减轻肝细胞肿胀、坏死及肝线粒体、滑面内质网病变的程度, 明显减少染镉初期镉在肝脏的蓄积, 显著提高肝内诱导的金属硫蛋白 (MT) 量。贾道全等^[163]发现甘草甜素能逆转及阻断肝纤维化及早期肝硬化。马涛等^[164]通过对大鼠实验发现, 甘草的水提取物 (含甘草酸 21%) 对农

药五氯硝基苯造成的肝损伤具有保护作用。甘草酸对急性 E 型肝炎有治疗作用^[165]；并诱导鼠肝脏产生催化药物代谢的 CYP 酶^[166]。Paolinim 等^[167]研究发现甘草提取物或（和）甘草酸对 CYP 能够产生影响。KimuraMitsutoshi 等^[168]发现甘草酸及类似物是肝细胞分裂素，能诱导肝细胞 DNA 的合成和生长。甘草酸对鼠和人类肝特有的有机阴离子转运多肽具有抑制作用并且是它的一种运输底物^[169]；也对鼠体内由 Retrorsine 诱导的肝中毒有保护作用^[170]；而且能抑制由抗凋亡调控基因抗体诱导的肝炎^[171]。LeungYuetKin 等^[172]研究发现甘草水提取物能调节与 II 相酶及细胞流动性有关的基因转录，从而具有保肝的作用。

2. 抗溃疡活性和黏膜保护作用 大量的研究表明，甘草抗溃疡的化学成分有两类：三萜类和黄酮类，三萜类中主要成分为甜素与甘草次酸；黄酮类中主要成分为甘草苷、苷元甘草素、异甘草苷和苷元异甘草素等^[173]。实验表明主要成分为甘草次酸的生胃酮对蛋白质有高度的亲和力，在胃内易被吸收，并在通过胃黏膜时和胃黏膜细胞中多种蛋白质结合。它既不抑制胃酸分泌，也不干扰组胺的作用，能促进黏液的形成和分泌，并使黏液的分子结构有所改变，从而起到抗溃疡的作用。Takagi^[174]发现主要成分为甘草黄酮类的 Fmloo 对乙酰胆碱、组胺引起的胃液分泌也有抑制作用，且没有类皮质激素样不良反应。王德俊等^[175]研究表明，不同浓度的甘草锌使成纤维细胞贴壁成长率、细胞核分裂系数均高于对照组，形态学发生显著变化。提示甘草锌抗溃疡和抗炎作用同促进成纤维细胞合成纤维和基质有关。2% 的甘草锌对胃黏膜上皮细胞有保护作用，其机制可能与甘草锌具有刺激胃黏膜上皮细胞合成和释放具有保护作用的内源性前列腺素有关^[176]。樊惠宇等^[177]临床用甘草锌对 54 例口腔溃疡患者作局部治疗观察，发现止痛效果好，溃疡面愈合快，表明甘草锌对各种口腔溃疡均有良好的治疗效果。

（五）对血液系统的影响

甘草叶富黄酮组分（LF）对胶原蛋白诱导的血小板聚集有较强的抑制作用，IC₅₀为 64mg/ml。同样，对二磷酸腺苷诱导的血小板聚

集也有较强的抑制作用, IC_{50} 为 $90\mu\text{g/ml}$, 而对照组阿司匹林为 1.6mg/ml 。

(六) 对呼吸系统的影响

1. 抑制气道平滑肌细胞增生的作用 覃冬云等^[178]选用四甲基偶氮唑 (MTT)、细胞计数和流式细胞术 3 种方法检测不同浓度甘草酸对血清和组织胺诱发的大鼠气道平滑肌细胞增生的影响, 实验表明甘草酸有抑制气道平滑肌细胞增生的作用。

2. 镇咳祛痰作用 甘草制剂口服后能覆盖在发炎的咽部黏膜上, 缓和炎性刺激而镇咳。甘草次酸胆碱盐对豚鼠吸入氨水和电刺激猫喉上神经引起的咳嗽都有明显的抑制作用, 强度与可待因近似。故认为其镇咳作用为中枢性的。甘草还能促进咽部和支气管黏膜分泌, 使痰易于咳出, 呈现祛痰镇咳作用^[179]。

(七) 毒性及不良反应

1. 血压增高 冰岛大学的研究人员给 43 个血压正常的人每天服用 $50 \sim 100\text{mg/kg}$ 甘草后, 发现有血压增高和血钾含量下降现象。这提醒大家, 甘草是可以引起高血压的, 但是否是甘草总黄酮所引起尚不清楚^[180]。

2. 对视觉的影响 美国宾州医院报道了服用大量甘草也可能导致暂时性失明的 5 个病例, 患者都曾服用大量的甘草, 数量每天由 100mg/kg 到 900mg/kg 不等, 这可能和甘草所含的甘草次酸和甘珀酸有关, 因为这些药物成分能够引起视网膜或视神经血管收缩, 引起缺血, 影响视觉。至于引起不良作用所用的甘草和传统医学所用的炙甘草成分是否相同, 则有待进一步研究^[181]。

3. 假性醛固酮增多症 有的患者在服用甘草制剂后出现水肿和血压升高等症状, 这是由甘草次酸及其衍生物引起的醛固酮增多症样的病态称为甘草性假性醛固酮增多症^[182]。其特征是低肾素、高醛固酮活性, 同时血钾明显降低^[183]。

4. 其他不良反应 此外, 目前还发现甘草甜素导致儿童乳腺发育 1 例^[184], 导致非哺乳期妇女泌乳 2 例^[185], 致神经症状 1 例^[186], 生

药甘草致全身瘙痒、出现药疹 1 例^[187]，致婴儿腹泻 1 例^[188]。

第二节 葛根芩连汤的药理研究

近年来国内外医学家通过实验研究证明葛根芩连汤具有解热、抗菌、抗病毒、解痉、抑制胃肠运动、抗缺氧、抗心律失常、增强机体免疫功能等药理作用，广泛应用于治疗菌痢、肠伤寒、急慢性胃肠炎、小儿麻疹、婴幼儿腹泻、附件炎、下肢瘫痪、口腔溃疡等内、外、妇、儿、五官科疾病。

（一）解热作用

许俊杰等^[189]观察葛根芩连汤对发热家兔的解热作用。结果实验组给药后 6 h 体温下降 0.8°C ，与对照组（生理盐水）6 h 下降 0.2°C 相比较有显著性差异（ $P < 0.01$ ）。佟丽等^[190]用同样方法观察葛根芩连汤解热作用，结果：给药 2h 后，家兔体温下降 0.5°C ，与盐水组相比较有显著性差异（ $P < 0.05$ ）；与复方阿斯匹林、复方氨基比林组相比较无显著性差异（ $P > 0.05$ ），提示葛根芩连汤有类似复方阿斯匹林、复方氨基比林样解热作用。余林中等^[191]运用正交设计方法，灭活细菌悬液造成大鼠发热模型，以 6h 体温反应指数（TRI6）及平均最大体温反应高度（ ΔT ）为指标，观察葛根芩连汤各配伍与药效变化之间的关系，结果：降低发热大鼠的 TRI6 值，主要作用药物为黄芩，葛根能增强黄芩的作用，黄连与炙甘草则拮抗，降低 ΔT 值，结论：在葛根芩连汤的解热药效中，其最佳组合为黄芩、葛根。

（二）抗菌作用

佟丽等^[190]观察葛根芩连汤体外抗菌作用。结果表明，该方对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌、肺炎双球菌均有一定程度的抑菌作用，其中对金黄色葡萄球菌抑制作用最强，对肺炎双球菌、痢疾杆菌抑制作用较弱。

夏中伟等^[192]用同样方法观察葛根芩连汤体外抗伤寒杆菌活性，结果表明该方对伤寒杆菌、甲型副伤寒杆菌有一定的抗菌活性，但在

实验浓度下未见对大肠杆菌的抑制作用。这可能是葛根芩连汤较长期应用不易导致菌群失调的原因。

谭晓梅等^[193]报道葛根芩连微丸体外具有较广的抗菌作用,体内对小白鼠感染金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌有保护作用;体外具有抗呼吸道合胞病毒、腺病毒的作用,对流感病毒感染所致小白鼠肺炎有保护作用。

张友菊等^[194]的实验研究表明,在体外抑菌实验中,葛根芩连汤对金黄色葡萄球菌高度敏感;对痢疾志贺菌 1 型和 2 型、肠炎杆菌、鸭沙门菌、大肠杆菌、普通变形杆菌、蜡样芽孢杆菌、绿脓杆菌中度敏感;对福氏志贺菌 1b 型和 4b 型、宋内志贺菌、鼠伤寒杆菌低度敏感;对猪霍乱杆菌无抑菌作用。

王孝先^[195]经过对 3 首经方抑菌作用的实验观察显示,葛根芩连汤仅对鼠伤寒杆菌一种肠道菌株有低敏感度抑菌作用,黄芩汤对伤寒杆菌等 6 种肠道菌株有中敏感度或低敏感度抑菌作用,白头翁汤对福氏痢疾杆菌等 3 种肠道菌株有低敏感度抑菌作用。

余林中等^[196-197]采用液体试管两倍稀释法测定葛根芩连汤(GQD)各煎液对肺炎链球菌、埃希大肠杆菌的最小抑菌浓度(MIC),比较各配伍组合后的药效学改变,对各配伍组合对肺炎链球菌、埃希大肠杆菌的抑菌作用差异来探讨其配伍规律。结果:各配伍煎液的 MIC 不全相同。结论:GQD 各配伍组合水煎液对肺炎链球菌、埃希大肠杆菌作用不全相同;在全方中抑菌作用药物主要为黄连与黄芩,炙甘草与葛根无明显抑菌作用;两药与黄芩、黄连配伍时对其抑菌拮抗作用不同。

刘家骏等^[198]报道了葛根芩连口服液抗菌作用。葛根芩连口服液的最低杀菌浓度依次为:埃希大肠杆菌 62.5mg/ml;志贺痢疾杆菌 62.5mg/ml;肺炎克雷伯菌 62.5mg/ml;A 群链球菌 62.5mg/ml;金黄色葡萄球菌 125mg/ml;对绿脓杆菌无效。

(三) 抗病毒作用

秦增祥^[199]报道葛根芩连汤在体外对肠道病毒中的小圆病毒、脊髓灰质病毒的增殖均有抑制作用,经电镜检测证实该方对轮状病毒腹

泻患儿粪便中病毒3天内转阴率为75.8%。

(四) 抗缺氧作用

李在分^[200]观察葛根芩连汤在常压下对抗小白鼠缺氧作用、对抗ISO增加耗氧量致缺氧作用、对抗结扎颈总动脉后小鼠缺氧作用。结果实验组与生理盐水组相比(P 均 <0.01),有显著性差异。说明葛根芩连汤有明显抗缺氧作用。

(五) 降血糖作用

潘竞锵^[201]等发现该方能拮抗四氧嘧啶(ALX)诱导小鼠高血糖($P<0.01$),明显降低正常小鼠和ALX致糖尿病模型小鼠空腹血糖(FBG)($P<0.05\sim0.01$);降低FBG和口服葡萄糖(OGTT)后2h血糖(2hBG)($P<0.01$),改善地塞米松(DX)致胰岛素抵抗模型大鼠的糖耐量减退(IGT)。表明葛根芩连汤具有磺脲类药物和双胍类药物的降糖作用。

孟晓红^[202]研究葛根芩连汤与其有效部位群对实验性代谢综合征的比较研究,结果发现:葛根芩连汤有效部位群高、中、低剂量能够降低代谢综合征大鼠空腹血糖、提高葡萄糖输注率;其中中、低剂量能够降低血清胰岛素浓度;低剂量能够降低餐后2h血糖与空腹血糖的差值,提示葛根芩连汤有效部位群具有增加胰岛素敏感性的作用。

叶晓峰等^[203]研究葛根芩连加味汤对糖尿病大鼠视网膜病变的防治作用及可能的药理作用。方法:实验大鼠随机分为正常对照组、用药糖尿病组和不用药糖尿病3组,分别记录血糖,16周测糖化血红蛋白,观察光镜和电镜下视网膜、视网膜铺片的血管形态及细胞计数。结果:两组糖尿病大鼠均在注射链脲菌素(STZ)1周后血糖升高。出现了糖尿病的典型症状及白内障,但用药组症状相对较轻。糖尿病大鼠的糖化血红蛋白值比正常组升高,不用药组比用药组升高更显著,差异有统计学意义($P<0.01$)。糖尿病组比正常组视网膜血管内皮细胞/周细胞(E/P)值有所上升,不用药组表现较用药组严重,差异有显著性($P<0.01$)。电镜观察发现糖尿病不用药组大鼠视网膜血管基底膜增厚、血管闭塞。结论:葛根芩连加味汤可改善糖尿病

导致的视网膜毛细血管周细胞减少、基底膜增厚以及糖化血红蛋白值的升高,对视网膜病变有一定防治作用,此药理作用可能与抑制醛糖还原酶(AR)及减少非酶糖基化产物(AGEs)有相关性。

(六) 抗心律失常作用

秦增祥^[204]报道用葛根芩连汤水醇提取液 100mg/kg 静脉注射,5min 出现大鼠心率减慢,窦房自动频率减慢;灌胃 100mg/kg 能对抗麻醉下氯仿致室颤及乌头碱、氯仿-肾上腺素致室性早搏、室速及室颤。提示该方有抗心律失常的作用。

(七) 增强机体免疫作用

叶孝礼^[205]治疗婴幼儿泄泻,对 17 例秋季腹泻湿热型患者在应用加味葛根芩连汤治疗前后,进行了 E-玫瑰花环形成率测定,结果治疗后比治疗前提高 22.4%。

王耀红^[206]、童笑梅^[207]报道在病毒性或细菌性腹泻患者粪便中,早期肠道分泌型免疫球蛋白 A 较正常人普遍降低,病毒性腹泻患儿服葛根芩连汤后,测定粪便发现免疫球蛋白 A 增高。从而说明葛根芩连汤有提高机体免疫功能作用。

(八) 解痉、抑制胃肠运动作用

朱奎等^[208]用《药理实验方法学》观察葛黄散(即葛根芩连汤加藿香、木香、车前、朱砂、滑石)对离体家兔回、空肠平滑肌收缩影响及对回、空肠乙酰胆碱肠管收缩模型的缓解作用。结果表明该方对小肠平滑肌有非常显著的抑制作用,具有显著的对抗乙酰胆碱 M₂ 受体激动作用,从而说明本方有解痉、抑制胃肠运动作用。

何飞等^[209]观察葛根芩连微丸对小鼠小肠功能、小鼠腹泻、大鼠离体回肠运动功能以及体内外抗菌作用的影响。结果:该药能够明显抑制正常小鼠小肠推进运动;对抗新斯的明引起的小鼠小肠推进功能亢进;抑制蓖麻油引起的小鼠腹泻;抑制大鼠离体回肠正常运动;对抗 Ach 引起的大鼠离体回肠痉挛性收缩;降低痢疾杆菌感染小鼠的死亡率;体外对痢疾杆菌等致病菌具有不同程度的抑制作用。结论:

葛根芩连微丸具有止泻止痢的作用。

余林中等^[210]运用正交设计方法,用墨汁为显色剂,小鼠小肠推进率为指标;用番泻叶造成小鼠腹泻模型,以腹泻次数为指标,观察葛根芩连汤各配伍与药效变化之间的关系。结果:葛根芩连汤配伍降低小肠推进率的影响中,以黄连与炙甘草作用为主,葛根与黄芩能拮抗黄连的作用,炙甘草则增强黄连的作用。结论:在葛根芩连汤的抗腹泻药效中,其最佳组合为黄连、炙甘草。

(九) 改善代谢综合征作用

孟晓红^[202]进行葛根芩连汤与其有效部位群对实验性代谢综合征的比较研究,发现:①葛根芩连汤有效部位群中、低剂量能够降低代谢综合征大鼠甘油三酯和游离脂肪酸浓度;中、高剂量能够降低总胆固醇、升高高密度脂蛋白胆固醇浓度;高剂量能够降低低密度脂蛋白胆固醇浓度。提示葛根芩连汤有效部位群具有改善脂代谢紊乱的作用。②葛根芩连汤有效部位群中、低剂量能够降低代谢综合征大鼠腹腔内脂肪重量及腹腔内脂肪重量与体重的比值;中剂量能够降低代谢综合征大鼠体重。提示葛根芩连汤有效部位群具有缓解肥胖,特别是腹部肥胖的作用。③葛根芩连汤有效部位群中、低剂量能够降低代谢综合征大鼠肿瘤坏死因子、瘦素、C肽、皮质醇和促肾上腺皮质激素的浓度,能够升高肝细胞膜胰岛素受体阳性目标平均灰度;高剂量能够降低瘦素和皮质醇浓度。提示葛根芩连汤有效部位群对代谢综合征大鼠的作用主要发生在受体前和受体部分。所以,葛根芩连汤能够提高代谢综合征大鼠葡萄糖输注率,降低空腹血糖、皮质醇浓度,降低腹腔内脂肪重量与体重比值,对代谢综合征部分组分也有一定的干预作用,具有改善代谢综合征作用。

(十) 抗炎、清热、化痰、止咳作用

谭晓梅等^[211]通过实验发现,灌胃 1.17g/kg 葛根芩连微丸,能明显抑制二甲苯所致小鼠耳部炎症;1.62g/kg 能明显抑制蛋清所致大鼠足肿胀,2.34g/kg 可降低细菌内毒素对大鼠的致热作用,给药 2h 后体温开始下降,维持 4h 以上;给药 1.17g/kg 能明显促进小鼠气管

酚红排除量; 2.34g/kg 能明显抑制氨水致小鼠咳嗽。结果表明, 葛根芩连微丸具有明显的抗炎、解热、化痰、止咳作用。

(十一) 对血清 IL-1、IL-2 和 IL-6 的影响

李学等^[212]采用综合因素造模(饮食加气候环境加致病生物因子)复制成大肠湿热证动物模型, 应用放免法检测模型大鼠血清 IL-1、IL-2 和 IL-6 治疗前后的变化并给予清热利湿传统方药葛根芩连汤治疗, 观察动物模型给药后的变化, 检测葛根芩连汤对大肠湿热证模型大鼠血清 IL-1、IL-2 和 IL-6 含量的变化, 探讨大肠湿热证的客观指标。结果: 该模型在发病条件、主要症状、体征、病变脏腑以及病理变化(以直肠和回肠为主)等方面均近似于中医大肠湿热证型, 模型大鼠血清 IL-1、IL-2 和 IL-6 含量升高, 经葛根芩连汤治疗后, 症状、体征消失和病理变化基本恢复, 检测指标均有明显改善。

参 考 文 献

- [1] 刘道芳, 袁敏. 葛根的药理作用与临床应用研究进展. 中医药信息, 1999, (4): 18~20
- [2] 宋雪鹏, 陈平平, 柴象枢. 葛根素对自发性高血压大鼠的降压作用及其对血浆肾素活性的影响. 中国药理学报, 1988, 9 (1): 52~54
- [3] 郭建平, 孙其荣, 等. 葛根药理作用研究进展. 中草药, 1995, 26 (3): 163~165
- [4] 曹永荣, 季通有, 徐丽华, 等. 葛根素治疗过早搏动. 中国新药与临床杂志, 1988, (2): 9~11
- [5] 陈沪生, 王培仁, 邵建化. 葛根素的降压效果及机制的研究. 山东医科大学学报, 1987, 25 (3): 28~33
- [6] 李淑梅, 刘斌, 陈海芬, 等. 葛根素注射液对急性心肌梗死患者血浆内皮素及肾素血管紧张素系统的影响. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (6): 339~341
- [7] 王磊一, 赵爱平. 葛根素对猫离体血管平滑肌的作用. 中国药理学报, 1994, 15 (2): 180~182

- [8] 吕欣然, 高尔, 许兰芝, 等. 葛根素对含 β -肾上腺素受体的离体器官和态体动物的阻断作用. 中国药理学报, 1986, 7 (6): 537 ~ 539
- [9] 吕宝璋, 高尔, 单京瑞, 等. 葛根素对 β 肾上腺素受体结合作用和腺苷酸环化酶活性的影响. 解放军医学杂志, 1985, 10 (2): 97 ~ 100
- [10] 范礼理, 曾贵云, 周远鹏, 等. 葛根黄酮对犬冠脉循环、心脏血流动力学和心肌代谢的作用. 中华医学杂志, 1975, 55: 724 ~ 726
- [11] 范礼理, D D O'Keefe, W J Powell. 葛根素对急性心肌梗死狗区域性心肌血流与心脏血流动力学的作用. 药理学报, 1984, 19 (11): 801 ~ 807
- [12] 久保道德. 葛根的药理作用研究进展. 国外医学·中医中药分册, 1993, 15 (3): 23 ~ 25
- [13] 刘健民, 马莉, 何伟平. 葛根素治疗突发性聋的疗效观察. 第一军医大学学报, 2002, 22 (11): 1044 ~ 1045
- [14] 谷万章, 滕岩, 卜秀荣, 等. 葛根素对视网膜动脉阻塞治疗机制的研讨 - 视网膜微循环与血液流变学变化的分析. 中国实用眼科杂志, 1990, 8 (1): 9
- [15] 段重高, 李宏伟, 徐理纳. 葛根素对金黄地鼠脑循环的影响. 中华医学杂志, 1991, 71 (9): 516 ~ 517
- [16] 姜秀莲, 徐理纳. 葛根素对小鼠实验性微循环障碍的改善作用. 药理学报, 1989, 24 (4): 251 ~ 254
- [17] 曾贵云, 周运鹏, 张丽英, 等. 葛根素对犬血压血管反应性脑循环及外周循环的作用. 中华医学杂志, 1974, 54 (5): 265
- [18] 刘振威, 潘爱美, 李公宝, 等. 磷脂对葛根素改善家兔血液流变学和微循环作用的影响. 潍坊医学院学报, 1998, 20 (4): 250
- [19] 周远鹏, 范礼理, 张丽英. 葛根的药理作用研究: 葛根黄酮对急性心肌梗塞犬正常区心肌血流和代谢的作用. 中华医学杂志, 1987, (9): 550 ~ 553
- [20] 陈燕启, 刘德红, 杨光田. 葛根素在大鼠全脑缺血再灌注时对核因子- κ B 表达的影响. 中国中西医结合急救杂志, 2004, 11 (1): 21 ~ 24
- [21] 桑韩飞, 张英民, 徐礼鲜, 等. 葛根素对兔脊髓缺血再灌注损伤的保护作用. 第四军医大学学报, 2001, 22 (5): 414
- [22] 刘琦, 常志文, 卢玲巧, 等. 葛根素对心肌缺血再灌注损伤的影响. 中国药理学杂志, 2000, 35 (9): 642
- [23] 卢金萍, 任江华, 姚述远. 葛根素对心肌缺血再灌注损伤的保护作用. 中国现代应用药学杂志, 2004, 21 (4): 268 ~ 271

- [24] 张转, 江晖, 王志勇, 等. 葛根素在长缺血再灌注损伤中的抗氧化作用. 广东药学院学报, 2000, 16 (9): 208
- [25] 李涛, 邹志森. 葛根素对大鼠肝缺血再灌注损伤的保护作用. 中药药理与临床, 2004, 20 (4): 15 ~ 16
- [26] 付荣国, 马力群, 薛荣亮, 等. 葛根素注射液对大鼠短暂肾缺血 - 再灌注损伤的保护作用. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9 (4): 194 ~ 196
- [27] 郭建平, 孙其荣, 周全. 葛根药理作用研究进展. 中草药, 1995, 26 (3): 163 ~ 165
- [28] 茅彩萍, 顾振纶. 葛根素对糖尿病大鼠主动脉糖基化终产物的形成及其受体表达的影响. 中国药理学通报, 2004, 20 (4): 393 ~ 397
- [29] 任平, 胡惠君, 张瑞, 等. 葛根素治疗糖尿病视网膜病变的疗效观察. 中国中西医结合杂志, 2000, 20 (80): 574 ~ 576
- [30] 胡卫芬. 葛根素治疗糖尿病周围神经病变 40 例分析. 中国中医药科技, 2000, 7 (5): 329
- [31] 林甲宜, 戴伦, 徐结桂, 等. 葛根素注射液治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察. 中国糖尿病杂志, 2000, 8 (5): 269 ~ 271
- [32] 郑高利, 张信岳, 孟倩超, 等. 葛根异黄酮对地塞米松致大鼠骨质疏松症的保护作用. 中药材, 2002, 25 (9): 643 ~ 646
- [33] 李斌斌, 于世凤. 葛根素调控骨代谢的体外实验研究. 北京大学学报·医学版, 2003, 35 (1): 74 ~ 77
- [34] 郑高利, 张信岳, 郑经伟, 等. 葛根素和葛根总异黄酮的雌激素样活性. 中药材, 2002, 25 (8): 566 ~ 568
- [35] 戚本明, 王正强, 郑明秀, 等. 葛根总黄酮治疗去势大鼠鼻黏膜萎缩的研究. 临床耳鼻喉科杂志, 2001, 15 (8): 366 ~ 367
- [36] 杜德极. 葛根主要成分的体外癌细胞毒活性. 癌症, 1997, 16 (3): 165 ~ 167
- [37] 彭旭阳, 齐振华, 陈方平. 普乐林诱导 HL260 细胞分化和凋亡研究. 湖南医科大学学报, 2001, 26 (2): 126 ~ 128
- [38] 赵迎社, 赵国新. 中药提取物 R - 粉及其两种单体抗诱变作用的研究. 河南肿瘤学杂志, 1995, 8 (3): 186 ~ 187
- [39] 王庆端, 刘晨江, 赵志鸿, 等. 中药 R 的抗致畸抗致突变作用研究. 河南肿瘤学, 1992, 5 (3): 20
- [40] 杨文献, 刘增印, 刘雄伯, 等. 中药 R 对亚硝基肌氨酸乙酯诱发小鼠前胃癌的预防实验研究. 河南肿瘤学杂志, 1992, 5 (2): 1 ~ 3

- [41] 王庆端, 江金花, 孙文欣, 等. 葛根总黄酮对鼠肝微粒体中细胞色素 P450 含量的影响. 中国药理学通报, 2000, 16 (3): 354 ~ 355
- [42] 董丽萍, 王天佑. 葛根素抗谷氨酸对小鼠神经细胞兴奋毒的作用. 中国药理学报, 1998, 19 (4): 339 ~ 342
- [43] 朱庆磊, 何爱霞, 吕欣然. 葛根素对氧自由基的清除和抗氧化性损伤作用. 解放军药学报, 2001, 17 (1): 123
- [44] 吴艳, 万华印. 葛根素抗培养脑细胞缺氧再给氧损伤作用. 中国药理学通报, 2003, 19 (12): 1437 ~ 1438
- [45] 周本宏, 刘刚, 罗顺德. 葛根素对红细胞膜脂质过氧化损伤的保护作用. 中国医院药学杂志, 2004, 24 (8): 470 ~ 472
- [46] 袁林, 苗蓁蓁, 赵萍, 等. 葛根素对高血压缺血性脑卒中血 ET-1、SOD、MDA 的影响. 现代中西医结合杂志, 2000, 9 (22): 2197 ~ 2199
- [47] 徐晓虹. 葛根素抗 D-半乳糖致衰老小鼠的脂质过氧化作用. 中国中药杂志, 2003, 28 (1): 66 ~ 69
- [48] 徐晓虹, 赵铁桥. 葛根素 D-半乳糖诱导的小鼠记忆障碍的影响. 中国药理学报, 2002, 23 (7): 587 ~ 590
- [49] 徐晓虹. 葛根素注射液对慢性乙醇中毒小鼠记忆障碍的改善作用. 中国药理学杂志, 2003, 38 (1): 31 ~ 34
- [50] 吴莘, 汪坚敏, 张春炳. 葛根素联合丹参对急性脑梗死患者血管内皮功能的影响. 医师进修杂志·内科版, 2004, 27 (7): 19 ~ 20
- [51] 李定格, 王世军, 李以菊, 等. 葛根素对小鼠脑微循环血流量的影响. 微循环杂志, 1998, 8 (2): 8
- [52] 孙云翔, 栗锦迁. 葛根素扩血管作用及其机制初探. 中草药, 2002, 33 (8): 733 ~ 734
- [53] 曹建忠, 杨光田, 刘书山. 葛根素对脑缺血-再灌注时海马 CA1 区细胞凋亡和 c-fos 蛋白表达的影响. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9 (4): 238 ~ 240
- [54] 曹建忠, 刘书山, 杨光田. 鼠急性全脑缺血再灌注后葛根素对海马 CA1 区 Bcl-2、Bax 表达的影响. 中国药理学通报, 2003, 19 (11): 1281 ~ 1283
- [55] 高唱, 王景周, 王琳, 等. 葛根素对局灶性脑缺血/再灌注大鼠神经细胞凋亡的作用. 中国急救医学, 2003, 23 (1): 14 ~ 15
- [56] 王庆端, 江金花, 孙文欣, 等. 葛根总黄酮的抗啤酒中枢抑制作用. 河南医科大学学报, 1998, 33 (3): 117 ~ 119
- [57] 陈启蒙, 郭建平. 葛根黄酮滴丸增强脑耐缺氧能力动物实验. 中华医学创

- 伤杂志, 2004, 5 (2): 30~31
- [58] 杜力军, 徐治国, 于兰, 等. 从葛根黄酮的药理作用探讨其中药药性. 中医杂志, 1998, 39 (10): 626~628
- [59] 尹钟洙. 葛根素的药理研究 V——葛根素对人和动物血小板聚集性和 5-HT 释放的影响. 中国医学科学院学报, 1998, 3 (增刊): 44~45
- [60] 龚力民, 刘塔斯, 张炜, 等. 野葛与粉葛的生药学研究概况. 湖南中医药大学学报, 2007, 27 (2): 93~95
- [61] 王福文, 朱燕, 胡志力, 等. 葛根素对体内血栓形成及血液流变学的影响. 山东医药工业, 2003, 22 (2): 52~53
- [62] 汪晓虹, 胡惠梅. 普乐林对冠心病血液流变性的影响及其临床疗效观察. 安徽中医学院学报, 1999, 18 (3): 9~11
- [63] 周玉皆. 中药干预慢性阻塞性肺疾病气道重塑的实验研究. 博士论文. 南京中医药大学, 2007
- [64] 刘淑霞, 陈志强, 何宁, 等. 葛根素对糖尿病大鼠肾功能及肾组织 MMP-10 与 TIMP-1 表达的影响. 中草药, 2004, 35 (2): 170~174
- [65] 朱庆磊, 韩慧蓉, 何爱霞, 等. 葛根素利尿作用的研究. 解放军药科学学报, 2004, 20 (4): 268~270
- [66] 王庆端, 江金花, 孙文欣, 等. 葛根总黄酮的急性及长期毒性实验. 河南医科大学学报, 1999, 34 (2): 40
- [67] 张虹, 范春水. 黄芩有效成份对心脑血管的作用. 中国新医药, 2004, 3 (3): 63~64
- [68] 王超云, 等. 黄芩苷对脑损伤的保护作用. 中草药, 2004, 35 (2): 188~189
- [69] 付守廷, 付宇. 黄芩苷的耐缺氧作用. 沈阳药科大学学报, 2001, 5; 18 (3): 207~209
- [70] 刘长山, 陈惠黎, 查锡良, 等. 4 种药物对醛糖还原酶的抑制作用. 上海医科大学学报, 1997, 24 (6): 433~434
- [71] 张荣利, 赵会臣, 付明耀. 黄芩素对糖尿病神经合并症的影响. 辽宁医药, 2002, 17 (4): 13~15
- [72] 高中洪, 黄开勋. 黄芩黄酮对自由基的清除作用的 ESR 研究. 华中理工大学学报, 1991, 27 (1): 97
- [73] 高中洪, 黄开勋, 徐辉碧. 黄芩黄酮对 H_2O_2 导致的神经细胞损伤的保护作用. 中国药理学通报, 2000, 16 (5): 589~590
- [74] 高中洪, 黄开勋, 卞曙光, 等. 黄芩黄酮对自由基引起的大鼠脑线粒体损

- 伤的保护作用. 中国药理学通报, 2000, 16 (1): 81~83
- [75] 欧阳昌汉, 吴基良, 李立中. 黄芩苷对大鼠心肌缺血再灌注所致脂质过氧化损伤的保护作用. 咸宁医学院学报, 2001, 15 (1): 32~34
- [76] 谭廷华, 刘爱芳, 王新英, 等. 黄芩苷和芸香苷对 $\cdot\text{OH}$ 的清除作用. 西安医科大学学报, 1997, 18 (1): 41~43
- [77] 李素婷, 杨鹤梅, 曹凯. 黄芩茎叶总黄酮对小鼠组织GSH-PX活性和LPO含量的影响. 承德医学院学报, 1999, 16 (4): 306~308
- [78] 丁锦芸, 陈荫椿, 黄新冲. 黄芩抗氧化剂在体外循环术中的应用. 南通医学院学报, 1997, 17 (1): 32~33
- [79] 李新中, 陈萱, 杨于嘉, 等. 黄芩苷在家兔感染性脑水肿模型中的药代动力学研究. 中国药学杂志, 1999, 34 (2): 107~109
- [80] 侯艳宁, 朱秀媛, 程桂芳, 等. 黄芩苷的抗炎机制. 药学学报, 2000, 35 (3): 161~164
- [81] 尹飞, 杨于嘉, 虞佩兰, 等. 大鼠脑水肿脑组织谷氨酸与 γ -氨基丁酸的改变及黄芩苷对其影响. 中国中西医结合杂志, 2000, 20 (7): 524~526
- [82] 陈光福, 金立明. 黄芩苷、川芎嗪对兔感染性脑水肿与磷脂酶A2的作用. 中国当代儿科杂志, 1998, 1 (3): 149~152
- [83] 俞燕, 杨于嘉, 陶永光, 等. 黄芩苷、地塞米松对大鼠感染性脑水肿细胞因子的影响. 湖南医科大学学报, 2000, 25 (6): 519~521
- [84] 程国强, 冯年平, 唐琦文, 等. 黄芩苷对眼科常见病原菌的体外抗菌作用. 中国医院药学杂志, 2001, 21 (6): 384~385
- [85] 张修罗, 王梦, 钱芸, 等. 丹参素黄芩苷对大鼠腹腔巨噬细胞产生PGE2及TXB2的影响. 中药药理与临床, 1990, 6 (4): 31~32
- [86] 杜肇宗, 姜凯, 崔红雁, 等. 兔血小板脂加氧酶同工酶的分析及黄芩苷的抑制作用. 南京铁道医学院学报, 1987, 6 (2): 9
- [87] 贺海平, 秦菁, 陈明. 黄芩类黄酮对人免疫细胞化学发光及淋巴细胞增殖的影响. 中国免疫学杂志, 2000, 16 (2): 84~86
- [88] 贺海平, 秦菁, 陈明, 等. 一种新的黄芩类黄酮3, 5, 6, 7-四羟基-2, 8-二甲氧基黄酮的体外免疫药理作用. 广西医科大学学报, 2000, 17 (3): 353~355
- [89] 尹琰, 吴晓冬, 寿伟璋, 等. 黄芩苷对心肌梗死后大鼠免疫功能的调节作用. 南京铁道医学院学报, 2000, 19 (3): 162~164
- [90] 李大金, 李超荆, 朱影, 等. 免疫异常增高型反复自然流产的中西医结合治疗. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (7): 390~392

- [91] 钟秀会, 周占祥, 孙秉贵, 等. 黄芩白术对 LPS 诱导流产小鼠的保胎作用及子宫内 TNF- α 含量的影响. 畜牧兽医学报, 2000, 31 (5): 430 ~ 435
- [92] 蔡仙德, 谭剑萍, 穆维同. 黄芩苷对小鼠体液免疫的调节作用. 南京铁道医学院学报, 1995, 14 (3): 151 ~ 153
- [93] 蔡仙德, 穆维同, 王立新. 黄芩苷对小鼠细胞免疫功能的影响. 南京铁道医学院学报, 1994, 13 (2): 65 ~ 68
- [94] 戴淑芳, 高溪, 金长宫. 黄芩茎叶水溶物中枢抑制作用的实验研究. 大连医科大学学报, 2003, 25 (1): 16 ~ 17
- [95] 朱陵群, 王硕仁, 牛福玲, 等. 黄芩苷对神经细胞缺氧缺糖再灌注损伤的保护作用. 中草药, 2007, 38 (2): 238 ~ 241
- [96] 胡聪, 韩聚强, 徐铮, 等. 黄芩苷对大鼠肝细胞凋亡的影响. 中国中药杂志, 2001, 26 (2): 124 ~ 127
- [97] 侯艳宁, 梁晓莉, 程桂芳, 等. 干扰花生四烯酸代谢的药物对实验性肝损伤的影响. 解放军药科学报, 1999, 15 (1): 13 ~ 16
- [98] 罗德生, 郑红花, 刘琴, 等. 黄芩煎剂对大鼠 CCl₄ 急性肝损伤保护作用的实验研究. 咸宁医学院学报, 2001, 15 (2): 92 ~ 94
- [99] 李素婷, 石艳华, 杨鹤梅, 等. 黄芩茎叶总黄酮对肝脏 MDA 生成的影响. 中国中医药信息杂志, 2001, 8 (6): 23 ~ 24
- [100] 孙艳. 抗幽门螺杆菌的中药及临床应用. 解放军药科学报, 2000, 16 (6): 338 ~ 339
- [101] 杜平华, 朱世真, 吕品. 20 种中药材对幽门螺杆菌体外抗菌活性的研究. 中药材, 2001, 24 (3): 188 ~ 189
- [102] 徐洪玉, 万俊增, 亢秀贞, 等. 复方黄芩苷防晒效应的研究. 中华皮肤科杂志, 1998, 31 (3): 187
- [103] 陆培信, 刘冰, 董皎. 黄芩遗传毒性实验研究. 白求恩医科大学学报, 2001, 27 (4): 356 ~ 357
- [104] 国家中医药管理局科技教育司. 中药药理学. 北京: 中国中医药出版社, 1997, 15
- [105] 康巧真, 叶菲. 黄连素治疗充血性心力衰竭 17 例疗效观察. 中国自然医学杂志, 2002, 4 (2): 83 ~ 84
- [106] 曹国扬. 心先安联合黄连素治疗病态窦房结综合征 43 例临床观察. 中西医结合心脑血管病杂志, 2003, 1 (3): 171 ~ 172
- [107] 徐静华, 于庆海, 蔡爽, 等. 黄连解毒汤对小鼠急性脑缺血、缺氧的影响. 沈阳药科大学学报, 2003, 2 (3): 132 ~ 134

- [108] 王睿, 顾月荣. 黄连降糖胶囊与二甲双胍治疗对2型糖尿病疗效比较. 中医药学刊, 2003, 21 (7): 118 ~ 119
- [109] 李真, 马高峰. 生地黄连液对四氧嘧啶小鼠的影响. 辽宁中医杂志, 2000, 27 (12): 573 ~ 574
- [110] 刘长山, 王秀军. 黄连素对醛糖还原酶活性的抑制及防治糖尿病神经病变的临床意义. 中国中药杂志, 2002, 27 (12): 950 ~ 952
- [111] 王光平, 唐发清. 应用 cDNA 表达芯片研究复方黄连对 CNE1 鼻咽癌移植瘤基因表达的影响. 湖南医科大学学报, 2003, 28 (4): 347 ~ 352
- [112] Iizuka N, Miyamoto K, Hazama S, et al. Anticarcinogenic effects of *Coptidis rhizoma*, an antiinflammatory herb, on esophageal cancer cells that produce interleukin 6. *Cancer Letter*, 2000, 158 (1): 35
- [113] Iizuka N, Miyamoto K, Okita K, et al. Inhibitory effect of *Coptidis Rhizoma* and berberine on the proliferation of human esophageal cancer cell lines. *Cancer Letter*, 2000, 148 (1): 19
- [114] Fukuda K, Hibiya Y, Mutoh M, et al. Inhibition by berberine of cyclooxygenase ~ 2 transcriptional activity in human colon cancer cells. *J Ethnopharmacol*, 1999, 66 (2): 227
- [115] KUO C L, CHI C W. The Antiinflammatory Potential of Berberine in Vitro and in Vivo. *Cancer Letters*, 2004, 203 (9): 127 ~ 130
- [116] MITANIN, MURAKAMIK, YAMAURA T. Inhibitory Effect of Berberine on the Mediastinal Lymph Node Metastasis Produced by Orthotopic Implantation of Lewis Lung Carcinoma. *Cancer Letters*, 2001, 165 (11): 359 ~ 427
- [117] Cho J Y, Park J, Yoo ES, et al. Inhibitory effect of lignans from the rhizomes of *Coptis japonica* var. *dissecta* on tumor necrosis factor α production in lipopolysaccharide stimulated RA W26417 cells. *Arch Pharm Res*, 1998, 21 (1): 12
- [118] Fukuda K, Hibiya Y, Mutoh M, et al. Inhibition of activator protein 1 activity by berberine in human hepatoma cells. *Planta Med*, 1999, 65 (4): 381
- [119] Kobayashi Y, Yamashita Y, Fujii N, et al. Inhibitors of DNA topoisomerase I and II isolated from the *Coptis* rhizomes. *Planta Med*, 1995, 61 (5): 414
- [120] 何贤辉, 曾耀英, 徐丽慧, 等. 黄连素对 T 淋巴细胞活化和增殖的抑制作用. 中国病理生理杂志, 2002, 18 (10): 1183 ~ 1186
- [121] MANRINOVA E K, NIKOLOVA D B, POPOVA D N, et al. Suppression of Experimental Autoimmune Tubulointerstitial Nephritis in BALB/C mice by Berber-

- ine. Immunoparmacology, 2000, 48 (12): 9~16
- [122] Schinella G R, Tournier HA, Prieto J M, et al. Antioxidant activity of anti-inflammatory plant extracts. Life Science, 2002, 70 (9): 1023
- [123] Liu F, Ng TB. Antioxidative and free radical scavenging activities of selected medicinal herbs. Life Science, 2000, 66 (8): 725
- [124] Suzuki H, Takaboshi K, Kawakami T, et al. 对由炎症刺激引起的巨噬细胞和肝肿瘤细胞 NO 生成的抑制作用. 和汉医药杂志, 1996, 13 (2): 165
- [125] Fukuda K, Hibiya Y, Mutoh M, et al. 汉方制剂及生药对 NO 生成的调节. 和汉医药杂志, 1998, 15 (1): 22
- [126] 李巧如, 任健康, 刘宗智, 等. 18 种中草药抗菌作用的筛选. 陕西中医, 2002, 23 (6): 555~556
- [127] 沈婉琼, 张建珍, 林佩斌. 消炎六味汤合剂体外抗菌作用的研究. 广东药学, 2003, 13 (4): 34~35
- [128] 匡铁吉, 董梅, 宋萍, 等. 黄连素对结核分枝杆菌的体外抑菌作用. 中国中药杂志, 2001, 26 (12): 867~868
- [129] 陈国良, 叶寿山, 刘家骏, 等. 金地蓝消毒片对小鼠感染模型的体内抗菌作用观察. 安徽医学, 2002, 23 (5): 5~7
- [130] 刘志峰, 李桂生, 傅风华, 等. 8 种中药注射剂体外抗内毒素作用的观察. 中草药, 2002, 33 (1): 58~59
- [131] 姜庆城, 王彦美, 陈同刚, 等. 双黄连注射液在生物体内抗细菌内毒素的效果观察. 中国医院药学杂志, 2002, 22 (5): 276~278
- [132] 李凡, 易世红, 赵春艳, 等. 双黄连粉针剂抗病毒作用. 中草药, 2002, 33 (1): 52~55
- [133] Lee MK, Kim HS. Inhibitory effects of protoberberine alkaloids from the roots of *Coptis japonica* on catecholamine biosynthesis in PC12 cells. Planta Med, 1996, 62 (1): 31
- [134] Kong LD, Cheng CH, Tan RX. Monoamine oxidase inhibitors from rhizoma of *Coptis chinensis*. Planta Med, 2001, 67 (1): 74
- [135] 付晓春, 王敏伟. 黄连解毒汤的抗血栓作用研究. 沈阳药科大学学报, 2001, 18 (6): 425~427
- [136] Hirano H, Takashi T, Toshio Y, et al. Gastric mucous membrane - protective principles of *Coptidis Rhizoma*. Natural Medicines, 1997, 51 (6): 510
- [137] Hirano H, Osawa E, Yamaoka Y, et al. Gastric - mucous membrane protection activity of coptisine derivatives. Biol Pharm Bull, 2001, 24 (11): 1277

- [138] 张德付. 双黄连粉针剂静脉注射致异常反应 3 例. 中医研究, 2001, 14 (5): 58 ~ 59
- [139] 朱惠平. 双黄连注射液与硫酸庆大霉素注射液存在配伍禁忌. 中国民间疗法, 2003, 11 (10): 45 ~ 46
- [140] 张佳思, 向国春. 双黄连粉针剂在临床应用中配伍禁忌的观察. 中国局解手术学杂志, 2001, 10 (4): 411 ~ 412
- [141] 胡小鹰, 彭国平, 陈汝炎. 甘草总黄酮抗心律失常作用研究. 中草药, 1996, 27 (12): 733 ~ 734
- [142] 黄正明, 崔祝梅. 中药药理. 兰州: 甘肃科学技术出版社, 1990, 214
- [143] Kaoru Aida, Masato Tawata, Hideo Shideo, et al. Isoliquiritigenin: A New Aldose Reductase Inhibitor from Glycyrrhizae Radix. Planta Med, 1990, 56 (1): 254
- [144] 朱任之. 甘草次酸钠口服给药的抗炎及免疫调节作用. 中国药理学通报, 1996, 12 (6): 121 ~ 123
- [145] 王访, 苏耀海. 甘草的药理作用及临床应用. 时珍国医国药, 2002, 13 (5): 304
- [146] Nakashima H, Matsui T, Yoshida Y. et al. A new antihuman immunodeficiency virus substance glycyrrhizin sulfate: adowment of glycyrrhizin reverset ranscriptase inhibitor activity by chemical modification. J PN. J. zneer Res, 1987, 8 (8): 67 ~ 771
- [147] 贾钰华摘译. 艾滋病的治疗 - 甘草制剂 SNMC 大量疗法的体会. 国外医学中医·中医分册, 1990, 12 (10): 13
- [148] 王家骅, 王晓光, 王建华. 中药抗癌抗艾滋病作用. 时珍国医国药, 2000, 11 (3): 277
- [149] Watanbe H, Makino M, et al. Therapeutic effects of glycyrrhizin in mice infected with L - BM5 murineretro virus and mechanismsincolvesit heprevention of disease progression. Biotherapy, 1996, (4): 209
- [150] 彭子模. 甘草次酸及其衍生物的研究现状和展望. 中医药学报, 1998, (1): 34
- [151] Hatano T, Yasuhara T, Miyamoto K, et al. Anti - human immunodeficiency virus phenolics from licorice. Chem Pharm Bull, 1988, 36 (6): 2286
- [152] Snait Tatnira, Mark Eizenberg. Estrogen Olike Activity of Glabene and other Constituents Isolated from Llicorice Root. Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology, 2001, 78: 291

- [153] 胡志厚, 甘草酸类药物的研制及应用. 药学学报, 1998, 23 (7): 553
- [154] 严瑞琪, 李俊丽, 黄玫玲, 等. 甘草甜素抑制致癌过程中对 DNA 损伤修复的影响. 癌症, 1995, 14 (4): 245
- [155] Arase Y, Ikeda K, Murashima N, et al. The long term efficacy of glycyrrhizin in chronic hepatitis C patients. *Covner*, 1997, 79 (8): 1494
- [156] 张苹, 祝希娴. 甘草及其制剂药理与临床应用研究新进展. 中草药杂志, 1997, 28 (9): 568
- [157] 李平, 陈东鸿, 程建峰, 等. 地塞米松及甘草酸对小鼠肝细胞凋亡的影响. 中国药理学通报, 1999, 15 (2): 143
- [158] 李磷, 金亦涛, 邱蓉丽. 甘草酸类药物的研究进展及应用. 抗感染药学, 2004, 1 (3): 103 ~ 105
- [159] 李金兴, 郭履. 甘草甜素对新生儿脐血单个核细胞产生干扰素的影响. 上海医科大学学报, 1991, 18 (2): 104 ~ 107
- [160] Sato H, Goto W, Yamamura J, et al. Therapeutic basis of glycyrrhizin on chronic hepatitis B. *Antiviral Research*, 1996, 30: 171 ~ 177
- [161] Chen XM, Wang ZR, Li DG, et al. The study on the mechanism of molecular Biology on the suppression of hepatic fibrosis with tetrandrine and glycyrrhizinic acid. *J Tongji Univ, Med Sci*, 2002, 232 : 82 ~ 85
- [162] Liu XY, Wang XP, He QR, et al. Protective effects and mechanisms of glycyrrhizin and oleanolic acid against cadmium - induced hepatic injury in rats. *Chin Public Health*, 2000, 16: 21 ~ 24
- [163] Jia DQ, Zhang Z, Luo CF, et al. The research on the reversion of hepatic fibrosis and hepatocirrhosis by glycyrrizin. *Chin J Digestion*, 2001, 21: 754 ~ 756
- [164] Ma T, Cao YL, Bai H, et al. The protective effect of the extracts of Glycyrrhiza radix on the liver injury induced by pentachloronitrobenzene. *J Shenyang Pharmaceutical Univ*, 2002, 19: 275 ~ 277
- [165] Anurag T, Tandon BN, Bhujwala RA. Clinical spectrum of acute sporadic hepatitis E and possible benefit of glycyrrhizin therapy. *Hepatology Research*, 2002, 23: 55 ~ 61
- [166] Paolini M, Pozzetti L, Sapone A, et al. Effect of licorice and glycyrrhizin on murine liver CYP - dependent monooxygenases. *Life Sciences*, 1998, 62 : 571 ~ 582
- [167] Paolini M, Barillari J, Broccoli J, et al. Effect of liquorice and glycyrrhizin on rat liver carcinogen metabolizing enzymes. *Cancer Letters*, 1999, 145: 35 ~ 42

- [168] Kimura M, Inoue H, KazuhiroHirabayashiK, et al. Glycyrrhizin and some analogues induce growth of primary cultured adult rat hepatocytes via epidermal growth factor receptors. *European Journal of Pharmacology*, 2001, 431: 151 ~ 161
- [169] IsmailMG, Stanca C, Ha HR, et al. Interactions of glycyrrhizin with organic anion transporting polypeptides of rat and human liver. *Hepatology Research*, 2003, 26: 343 ~ 347
- [170] LinG, Nnane IP, Cheng TY. The effects of pretreatment with glycyrrhizin and glycyrrhetic acid on the retrorsine - induced hepatotoxicity in rats. *Toxicol*, 1999, 37: 1259 ~ 1270
- [171] Toshihiro Okamoto. The protective effect of glycyrrhizin on anti - Fas antibody - induced hepatitis in mice. *European Journal of Pharmacology*, 2000, 387: 229 ~ 232
- [172] LeungYK, NgTB, Ho JW. Transcriptional regulation of fosl - 1 by licorice in rat clone9 cells. *Life Sciences*, 2003, 73: 3109 ~ 3121
- [173] 胡志厚. 甘草抗潰瘍病的研究. *中草藥通訊*, 1979, 6 (1): 41 ~ 43
- [174] Takagi. Study of Glycyrrhiza uralensis. *International journal of Oriental Medicine*, 1989, 14 (4): 185
- [175] 王德俊, 張洪泉. 甘草鋅對体外培養成纖維細胞的作用. *中國中西醫結合雜誌*, 1990, 10 (3): 164 ~ 165
- [176] 王德俊. 甘草鋅對胃黏膜上皮細胞的保護作用. *中國中西醫結合雜誌*, 1990, 10 (10): 618
- [177] 樊惠宇, 顏金鳳. 甘草鋅治療口腔潰瘍 54 例. *江蘇藥學與臨床研究*, 2000, 8 (1): 25
- [178] 覃冬雲, 謝佳星, 吳鐵, 等. 甘草酸對血清和組織胺誘發的大鼠氣道平滑肌細胞增生的影響. *中國藥理學通報*, 2004, 20 (8): 904 ~ 907
- [179] 李儀奎, 劉青雲, 沈映君, 等. *中藥藥理學*. 北京: 中國中醫藥出版社, 1997. 9
- [180] 冰島大學研究發現大量服甘草者血壓增加. [http:// www. gan cao. com](http://www.gancao.com),
- [181] 美國賓州醫院. 有病例服用大量甘草影响视觉. [http:// www. gancao. com](http://www.gancao.com),
- [182] 竹田亮祐, 張金銘. 摄入甘草过量导致钾丢失. *国外医学·中医中药分册*, 1992, 14 (6): 334 ~ 336
- [183] 日合獎, 周德文. 甘草的生化學和藥理學研究進展. *国外医药·植物药分册*, 1994, 9 (3): 112 ~ 117

- [184] 孙明. 甘草甜素片致儿童乳腺发育 1 例. 江西医药, 1995, 30 (4): 255
- [185] 石维福, 田素香. 甘草甜素致非哺乳期妇女泌乳 2 例. 中国新药与临床杂志, 1994, 13 (2): 123
- [186] 高希斋, 刘后勤, 田常亮. 甘草甜素引起精神症状 1 例. 中国新药与临床杂志, 1994, 13 (1): 54
- [187] 刘淑芳. 甘草过敏 2 例治验. 新疆中医药, 1994, (4): 封四
- [188] 王仁群. 服甘草致小儿腹泻 1 例. 中国中药杂志, 1994, 19, (10): 631
- [189] 许俊杰, 孟庆棣. 古典清热方对家兔体温的影响. 中药通报, 1987, (1): 51
- [190] 佟丽, 许俊杰, 黄添有, 等. 葛根芩连汤的解热抗菌作用的研究. 中药通报, 1987, (6): 49
- [191] 余林中, 伍杰男, 罗佳波, 等. 葛根芩连汤配伍与解热药效关系研究. 中国中药杂志, 2004, 29 (7): 663 ~ 667
- [192] 夏中伟, 李应超. 葛根芩连汤与部分抗生素的抗菌活性及配伍影响. 宁波医学, 1995, 7 (3): 113
- [193] 谭晓梅, 陈育尧. 葛根芩连微丸抗菌及抗呼吸道病毒作用的研究. 中药药理与临床, 2000, 16 (3): 10 ~ 11
- [194] 张友菊, 熊素华, 周邦靖. 香连丸等四种方剂及其组成药物抑菌作用的实验研究. 四川中医, 1999, 17 (9): 9 ~ 10
- [195] 王孝先. 黄芩汤、白头翁汤、葛根芩连汤对肠道菌株抑菌作用的实验观察. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7 (1): 42 ~ 44
- [196] 余林中, 伍杰男, 罗佳波, 等. 葛根芩连汤拆方对肺炎链球菌抑菌作用比较研究. 中草药, 2003, 34 (11): 1011 ~ 1013
- [197] 伍杰男, 余林中, 罗佳波, 等. 葛根芩连汤拆方对埃希氏大肠杆菌抑菌作用比较研究. 中药药理与临床, 2003, 19 (2): 13 ~ 14
- [198] 刘家骏, 叶寿山. 葛根芩连口服液抗菌抗病毒作用. 四川生理科学杂志, 1994, (1): 81 ~ 82
- [199] 秦增祥. 葛根芩连汤的药理与应用. 中成药, 1992, (4): 28
- [200] 李在邠. 葛根芩连汤的抗缺氧作用. 辽宁中医杂志, 1987, (6): 37
- [201] 潘竞锵, 韩超, 刘惠钝, 等. 葛根芩连汤降血糖作用的实验研究. 中国新药杂志, 2000, 9 (3): 167 ~ 170
- [202] 孟晓红. 葛根芩连汤与其有效部位群对实验性代谢综合征的比较研究 (博士论文). 黑龙江中医药大学, 2007
- [203] 叶晓峰, 张勇进, 田洁. 葛根芩连加味汤对糖尿病大鼠视网膜病变的防治

- 作用. 中国中医眼科杂志, 2006, 16 (1): 34~37
- [204] 秦增祥. 葛根芩连汤药理与应用. 中成药, 1992, 14 (4): 38~39
- [205] 叶孝礼. 婴幼儿泄泻的中医治疗探讨. 中医杂志, 1981, (1): 18
- [206] 王耀红, 等. 小儿病毒性腹泻的临床及病原学研究. 中西医结合杂志, 1990, (1): 25
- [207] 童笑梅, 黄德珉. 正常和腹泻新生儿粪便中分泌型免疫球蛋白 A 含量观察. 中华儿科杂志, 1991, (1): 20
- [208] 朱奎, 隋书鹏, 丛桂珍, 等. 葛黄散解痉、抑制胃肠运动的实验观察. 中成药, 1990 (2): 28
- [209] 何飞, 刘元, 韦焕英, 等. 葛根芩连微丸止泻止痢药效学实验研究. 中国实验方剂学杂志, 2003, 9 (5): 48~50
- [210] 余林中, 伍杰勇, 罗佳波, 等. 葛根芩连汤配伍抗腹泻药效实验研究. 中成药, 2005, 27 (3): 300~304
- [211] 谭晓梅, 陈育尧. 葛根芩连微丸抗炎、清热、化痰、止咳作用的研究. 中药药理与临床, 2001, 17 (4): 5~6
- [212] 李学, 魏连波, 罗炳德, 等. 葛根芩连汤对中医大肠湿热证模型大鼠血清 IL-1、IL-2 和 IL-6 的影响. 武警医学, 2004, 15 (8): 586~588

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

书名= 葛根芩连汤

作者= 陈宪海, 刘伟编著

页数= 177

S S 号= 12107471

出版日期= 2009.1

理论研究
第一章

概述

- 一、葛根芩连汤的来源
- 二、葛根芩连汤的组成及用法
- 三、葛根芩连汤的功效与主治
- 四、葛根芩连汤的临床应用

第二章
临床研究
第一章

历代医家对葛根芩连汤的论述

内科病证
第一节

消化系统疾病

- 一、细菌性痢疾
- 二、病毒性肠炎
- 三、慢性结肠炎
- 四、放射性结肠炎
- 五、上消化道出血
- 六、伪膜性肠炎
- 七、肠易激综合征
- 八、五更泻
- 九、消化道肿瘤所致腹泻
- 十、溃疡性结肠炎
- 十一、放射性直肠炎
- 十二、急性出血性坏死性小肠炎
- 十三、大肠癌
- 十四、急性非感染性腹泻
- 十五、急性胃肠炎
- 十六、慢性乙型病毒性肝炎腹泻
- 十七、酒精性肝病

第二节

内分泌系统疾病

- 一、糖尿病
- 二、糖尿病性腹泻
- 三、糖尿病胃轻瘫

第三节

呼吸系统疾病

- 一、肺源性心脏病
- 二、禽流感
- 三、传染性非典型性肺炎
- 四、支气管哮喘
- 五、肺炎

		六、发热
	第四节	心血管系统疾病
		一、颈动脉粥样硬化
		二、冠心病
	第五节	神经系统疾病
		一、颈源性头痛
		二、偏头痛
		三、三叉神经痛
		四、枕神经痛
	第六节	免疫系统疾病
		急性风湿热
第二章	外科病证	
		肛肠病术后
第三章	妇科病证	
		妊娠泄泻
第四章	儿科病证	
		一、中毒性菌痢
		二、糖源性腹泻
		三、鼠伤寒沙门菌肠炎
		四、轮状病毒性肠炎
		五、发热
		六、病毒性心肌炎
		七、小儿厌食症
		八、疱疹性咽峡炎
		九、麻疹
		十、流行性腮腺炎
		十一、手足口病
		十二、猩红热
第五章	男科病证	
		前列腺炎
第六章	骨科病证	
		颈椎病
第七章	皮肤科病证	
		白塞综合征
第八章	耳鼻喉科病证	
		一、慢性化脓性鼻窦窦炎
		二、萎缩性鼻炎
		三、急性扁桃体炎
第九章	口腔科病证	
		一、口腔溃疡
		二、慢性唇炎
		三、神经性舌炎

			四、舌痿
			五、牙痛
下篇	实验研究		
	第一章	制剂研究	
	第二章	药理研究	
究		第一节	葛根芩连汤中各组成中药的药理研
			一、葛根
			二、黄芩
			三、黄连
			四、甘草
		第二节	葛根芩连汤的药理研究