

总主编◎巩昌镇 刘一凡
编著◎王中琳 席加秋



难病奇方

系列丛书 第三辑

麻黄汤

麻黄汤

「诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制」

中国医药科技出版社



内 容 提 要

本书分上、中、下三篇。上篇为理论研究，主要介绍了麻黄汤的来源、药物组成、功效与主治、临床应用、麻黄汤的衍生方及古今医家的论述等。中篇为临床研究，内容涉及麻黄汤在内科、外科、妇科、儿科、五官科、皮肤科的临床应用。下篇为实验研究，包括麻黄汤制剂研究，麻黄汤方组成中药药理研究及麻黄汤全方药理研究。适用于临床中医医师、中西医结合临床医师、中医药科研工作者、中医药院校学生及中医药爱好者阅读参考。

《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

目 录

第一章 概述	(3)
第一节 麻黄汤简述	(3)
一、麻黄汤的来源	(3)
二、麻黄汤的组成及用法	(4)
第二节 麻黄汤的功效与主治	(4)
一、方中药物的功效与主治	(4)
二、麻黄汤的功效与主治	(30)
第三节 麻黄汤的临床应用	(31)
第四节 麻黄汤的衍生方	(33)
一、麻黄加术汤（《金匮要略》）	(34)
二、麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）	(35)
三、麻黄杏仁薏苡甘草汤（《伤寒论》）	(37)
四、麻黄细辛附子汤（《伤寒论》）	(38)
五、麻黄附子甘草汤及麻黄附子汤	(39)
六、大青龙汤（《伤寒论》）	(40)
七、小青龙汤（《伤寒论》）	(42)
八、小青龙加石膏汤（《金匮要略》）	(45)
九、射干麻黄汤（《金匮要略》）	(46)
十、厚朴麻黄汤（《金匮要略》）	(47)
十一、越婢汤（《金匮要略》）	(48)
十二、越婢加术汤（《金匮要略》）	(49)
十三、越婢加半夏汤（《金匮要略》）	(50)
十四、甘草麻黄汤（《金匮要略》）	(51)
十五、三拗汤（《太平惠民和剂局方》）	(52)
十六、华盖散（《太平惠民和剂局方》）	(52)

目 录

十七、定喘汤（《摄生众妙方》）	(52)
十八、续命汤（《金匮要略》）	(53)
十九、文蛤汤（《金匮要略》）	(53)
二十、桂枝芍药知母汤（《金匮要略》）	(54)
二十一、桂枝去芍药加麻黄细辛附子汤（《金匮要略》）	(54)
二十二、桂枝麻黄各半汤（《伤寒论》）	(55)
二十三、桂枝二麻黄一汤（《伤寒论》）	(56)
二十四、桂枝二越婢一汤（《伤寒论》）	(57)
二十五、葛根汤（《伤寒论》）	(58)
二十六、麻黄连翘赤小豆汤（《伤寒论》）	(60)
第二章 古今医家的论述	(64)
第一章 内科病证	(71)
第一节 风湿性疾病	(71)
一、类风湿性关节炎	(71)
二、强直性脊柱炎	(76)
三、项背肌筋膜炎	(77)
四、急性风湿热	(79)
第二节 呼吸系统疾病	(82)
一、急性上呼吸道感染	(82)
二、支气管哮喘	(86)
三、外感高热	(90)
四、肺炎	(92)
五、肺炎支原体感染后期咳嗽	(94)
六、喉源性咳嗽	(95)
七、肺胀	(98)
八、中晚期肺癌咳嗽	(101)
第三节 循环系统疾病	(103)
一、胸痹	(103)
二、缓慢型心律失常	(105)

三、高血压病	(107)
四、急性肺水肿	(108)
第四节 消化系统疾病	(111)
一、急腹痛	(111)
二、顽固性呃逆	(112)
三、顽固性腹胀	(113)
四、乙型肝炎 ALT 升高	(114)
五、胃痛	(118)
六、便秘	(120)
七、慢性胆囊炎	(123)
第五节 泌尿系统疾病	(124)
一、特发性水肿	(124)
二、急性肾小球肾炎	(127)
三、肾病综合征伴胸腔积液	(130)
四、小便不通	(133)
五、肾性水肿发生腹水	(134)
第六节 神经系统疾病	(136)
一、梅尼埃病	(136)
二、中风	(137)
三、颈性眩晕	(141)
四、脑外伤性眩晕	(143)
五、病毒性脑炎	(145)
六、煤气中毒	(147)
七、周围神经病变	(148)
八、多寐症	(150)
九、面神经麻痹	(151)
十、刚痉	(153)
十一、口渴症	(154)
第二章 外科病证	(158)
第一节 乳腺管闭塞	(158)
第二节 逆行射精	(159)

目 录

第三节 慢性前列腺炎	(161)
第三章 妇科病证	(164)
第一节 继发性闭经	(164)
第二节 继发性痛经	(165)
第三节 妊娠咳嗽	(167)
第四章 儿科病证	(170)
第一节 小儿遗尿	(170)
第二节 小儿病毒性肠炎	(172)
第三节 百日咳	(173)
第五章 男科病证	(177)
第一节 阳痿	(177)
第六章 皮肤科病证	(179)
第一节 无汗症	(179)
第二节 花粉症	(180)
第三节 皮肤瘙痒症	(183)
第四节 扁平疣	(187)
第五节 环形红斑	(188)
第六节 鸡眼	(189)
第七章 耳鼻喉科病证	(192)
第一节 突发性耳聋	(192)
第二节 分泌性中耳炎	(194)
第三节 慢性咽炎	(195)
第八章 推拿科病证	(198)
第一节 落枕	(198)
第二节 颈椎病	(199)
第三节 肩关节周围炎	(201)
第九章 周围血管病证	(205)
第一节 血栓闭塞性脉管炎	(205)
第一章 麻黄汤制剂研究	(211)

一、实验部分	(211)
二、讨论	(213)
第二章 麻黄汤中组成中药的药理研究	(214)
一、麻黄	(214)
二、桂枝	(217)
三、杏仁	(218)
四、甘草	(220)
第三章 麻黄汤全方药理研究	(223)
一、解热作用	(223)
二、发汗及促进腺体分泌作用	(224)
三、抗炎作用	(225)
四、抗病毒作用	(226)
五、镇咳作用	(226)
六、祛痰作用	(226)
七、扩张支气管及平喘作用	(227)
八、抗过敏作用	(228)
九、抗高血糖作用	(228)
十、免疫调节作用	(229)
十一、对中枢神经递质的影响	(229)
十二、抑制癌细胞转移作用	(229)
十三、抗低体温作用	(230)

上

篇

理论研究



關上

第一节 麻黄汤简述

一、麻黄汤的来源

麻黄汤来源于东汉时期张仲景所著《伤寒杂病论》，为太阳病篇代表方之一，亦为仲景开表发汗逐邪第一峻剂。其功效发汗解表、宣肺定喘。本方是针对以风寒束表，卫阳被遏，营阴郁滞为主要病机的太阳伤寒表证。证见恶寒发热，头项强痛，身疼腰痛，骨节疼痛，无汗而喘，脉浮紧。或呕逆，或喘而胸满，或鼻衄等。此方原文辑录共有相关条文10条。“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”（3）；“太阳病，头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”（35）；“太阳与阳明合病，喘而胸满者，不可下，宜麻黄汤。”（36）；“太阳病，十日已去，脉浮细而嗜卧者，外已解也，设胸满胁痛者，与小柴胡汤；脉但浮者，与麻黄汤。”（37）；“太阳病，脉浮紧，无汗，发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗，服

药已微除，其人发烦，目瞑，剧者必衄，衄乃解，所以然者，阳气重故也，麻黄汤主之。”（46）；“脉浮者，病在表，可发汗，宜麻黄汤。”（51）；“脉浮而数者，可发汗，宜麻黄汤。”（52）；“伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。”（55）；“脉但浮，无余证者，与麻黄汤；若不尿，腹满加哕者，不治。”（232）；“阳明病，脉浮，无汗而喘者，发汗则愈，宜麻黄汤。”（235）。名曰麻黄汤者，君以麻黄也（《医宗金鉴》语）。

二、麻黄汤的组成及用法

麻黄汤是一首辛温发汗解表的方剂，其药物组成为：麻黄三两〔9g〕（去节），桂枝二两〔6g〕（去皮），甘草一两〔3g〕（炙），杏仁七十个〔9g〕（去皮尖）。用法：上四味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取二升半，去滓，温服八合，覆取微似汗，不须啜粥，余如桂枝法将息。

第二节 麻黄汤的功效与主治

一、方中药物的功效与主治

1. 麻黄 麻黄始载于《神农本草经》（以下简称为《本经》），本品为麻黄科多年生草本状小灌木草麻黄、木贼麻黄和中麻黄的草质茎。关于气味，《本经》言“味甘，温，无毒。”张洁古言：“性温，味苦而甘辛，气味俱薄，轻清而浮，阳也，升也。手太阴之药，入足太阳经，兼走手少阴，阳明。”李时珍言：“麻黄微苦而辛，性热而轻扬。”今人以辛微苦而温为是，归肺、膀胱经。

【功效】 发汗解表，宣肺平喘，利水消肿。

【主治】

（1）用于治疗风寒表证。麻黄辛温发散，有较强的散寒解表作用，自陶弘景《本草经集注》起，即称誉其为伤寒发表之第一药。一般感冒初受，可以麻黄绒配伍甘草（2:1），共为散剂，每服6g，十分有效，此即《蒲辅周医疗经验》走马如圣散。以麻黄配伍香薷、

蒲公英、桔梗、板蓝根，共为细末，每用1g置脐中，治疗感冒效验良好。《中医外治法类编》以之配伍柴胡、当归等，制为黑膏药，贴臆中，亦有效验。因其长于开泄腠理，透发毛窍，发汗逐邪，使风寒外有出路，故以风寒表实之证，症见恶寒发热、无汗、头身疼痛、脉浮紧者为宜。用治该证，麻黄与桂枝相须为用，其发汗散寒之力甚强。如风寒外闭，肺失宣肃而见喘咳者，麻黄还可宣通肺气之贖郁，标本同治。《伤寒论》之麻黄汤，较好地反映了这种用药特点，为风寒表实无汗又兼见喘咳之名方。

根据风寒表实证的不同证型，本品还有以下常见配伍形式：①风寒外束，里热内郁，而兼烦躁不宁者，又宜再与石膏等清热除烦之品配伍，共收解表清里之效，如《伤寒论》大青龙汤。《宣明论方》之防风通圣散、《外台秘要》之石膏汤及现代的感冒退热方等，都是这一应用形式的发展。②风寒夹湿，湿滞肌表，遍身酸痛，重着，难于转侧者，则可与健脾燥湿、利水之白术（或苍术）配伍，如《金匱要略》麻黄加术汤。麻黄发汗解表，又防白术除湿而留邪。③素体阳虚气弱，复感风寒，表实而见畏寒、肢冷或气短、脉沉细，单以发表药难以作汗逐邪者，若证偏阳虚，宜与附子、肉桂等同用，于扶阳中促进解表，于解表中不伤阳气，如《伤寒论》麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤，《伤寒六书》再造散，《景岳全书》麻桂饮等。若证偏气虚血亏，可与人参、当归等同用，如《景岳全书》大温中饮。外感风寒，肺气壅遏，金实不鸣，卒然音哑、失音，或咽痒、喉痛者，本品外散风寒，内宣肺气之力颇佳，故临床用之有效。如《名医类案》记载一人患喉肿痛，食不得下，身热头痛，大便不通，一医云其脉紧数，是感寒气所致，即单用麻黄而愈。现代则每与荆芥、薄荷、桔梗等利咽喉之药同用。风寒闭窍，鼻塞不通者，亦可使用。麻黄虽为辛温发汗重剂，但于辛凉清热剂中酌加本品，全方并无助热过汗之偏，还可增强全方宣肺达邪之效，如《秦伯未医文集》之辛平宣肺汤，则以之与牛蒡子、杏仁等同用，组成辛平之剂，治感冒初起，其风寒、风热之象皆不明显者。

（2）用于治疗喘咳证。喘咳一证，虽然涉及五脏六腑，又有寒热虚实的区别，但皆与肺失宣肃相关。麻黄辛散逐邪力强，可外开皮

毛之郁闭，以使肺气宣畅，呼吸调匀；借其苦降之性，又能内复肺金清肃下降之常，以使逆气下降，喘咳平息。在众多平喘止咳药中，本品的效力都是十分突出的。民间用麻黄 5g、豆腐 60g、冰糖 15g，加水煎煮，食豆腐并喝汤，对咳而兼喘者，甚为有效。以麻黄制成雾化剂，治疗小儿喘证有效，对痰热型患者也同样有效。或以麻黄粉配胡椒粉（7:3）外贴肺俞穴，可治小儿咳喘。本品治疗喘咳，尚有以下常见配伍形式：①治疗风寒喘咳：本品性味辛温，对风寒外犯、肺气壅遏而喘咳者，最为适合。且常与杏仁同用，一刚一柔，互制其偏，其平喘止咳之力益显，故前人素有“麻黄以杏仁为臂助”的说法。如《太平惠民和剂局方》三拗汤（麻黄、杏仁、甘草）。方中麻黄标本两治，其辛温发表和宣肺平喘两大功效得以充分利用，相辅相成。后世治疗该证的众多方剂，主要由此衍化而发展。②治疗风热喘咳：风热外袭，或肺寒郁而化热，因热壅肺气上逆，喘促息急，口渴，苔黄或薄白，脉滑数者，无论有汗或无汗，麻黄均有显著的达邪宣肺、平喘止咳的效果。但其温散发汗作用，则于该证不利，故须配伍清热泄肺之药，一以清泄肺热，针对喘咳之病因；一以制约麻黄之温散，取其用而除其弊。如《伤寒论》麻黄杏仁甘草石膏汤，便是治疗该证的千古名方。现代往往再增加地龙、桑白皮、黄芩等药，其清肺平喘之力更强，对于肺热壅遏而无风热表邪之喘咳，亦常使用。《中华人民共和国药典》所载急支糖浆，以本品与前胡、鱼腥草、金荞麦等同用，主治急性支气管炎之喘咳。③治疗痰饮喘咳：麻黄长于平喘，其蠲饮化痰之力甚微，用治喘咳水饮痰浊内盛者，应与祛痰化饮药物同用。寒痰冷饮伏肺之证，常与干姜、细辛、半夏、橘皮、紫苏子等配伍，如《伤寒论》小青龙汤，《金匱要略》射干麻黄汤、厚朴麻黄汤，《太平惠民和剂局方》华盖散，现代中成药制剂则有复方麻杏糖丸、麻黄止咳片、麻黄止喘丸等。热痰喘咳之证，常与桔梗、葶苈子、瓜蒌仁等配伍，如《千家名老中医妙方秘典》的加味麻杏石甘汤、宣肺化痰汤、地龙汤、宣肺清热化痰汤及《章次公医案》的麻芥汤、五麻汤等。④治疗虚喘：麻黄用于虚喘古虽有之，但未能引起注意。近代以来，其虚喘忌用之说，颇为常见。通过目前的临床实践，一些虚中有实的喘咳证，在辨证用药的前提下，加入适量的炙麻

黄，确有立竿见影的近期疗效。如《张伯臾医案》治肺气不足，正虚邪实的麻参汤；《中国当代名医验方大全》治肺肾气虚，咯痰不利的参蛤麻杏汤、参蛤定喘汤以及益气定喘汤，以麻黄与人参、党参、蛤蚧、紫河车等同用。《精选千家妙方》中主治阳虚痰壅的温阳平喘汤，以麻黄与附子、淫羊藿等同用。对于肺、肾阴虚者，《杂病证治》以麻黄与沙参、玄参、地骨皮同用；《蒲辅周医疗经验》玉竹石甘汤，以麻黄与玉竹、天花粉、鲜芦根等同用。喘咳而有痰瘀阻结者，麻黄还可与半夏、桃仁、川芎等同用。⑤治疗顿咳（百日咳）：该病由感染时邪病毒、肺气失宣、痰浊阻滞而引起阵发性痉挛性咳嗽。临床根据其不同证型，于温肺、清肺、扶正方中加用本品，可增强全方开宣肺郁、止痉疗咳之效。如以顿咳方（蜜炙枇杷叶、麻黄、白芥子、苦参、大黄）治百日咳痉咳期患儿，其宣肺降气，清热化痰，解痉止咳之功效甚好。经验方温肺化饮汤，以本品配伍细辛、干姜、百部、葶苈子等，对百日咳之寒邪束肺者，也有较好的温肺化痰，降逆止咳之效。

麻黄虽善能开宣肺气，平喘止咳，但辛温发散力强，体虚多汗者应当禁忌。而且本品能收缩血管，高血压患者亦须忌用。麻黄根又具“收束之性，则不特不能发汗，而且能使外发之汗敛而不出”（《本草正义》）。现代则发现二者在其他方面尚有相辅相成之性，故将二药同用，既长于治疗喘咳，又无过于峻烈或敛邪之偏。如经验方二麻四仁汤，以麻黄、麻黄根与杏仁、桃仁、白果等同用，主治哮喘和咳嗽，有“调整肺气，排痰止咳，散风脱敏”之功。并认为：“麻黄根与麻黄作用相反，不但能止汗固表，而且能扩张血管，使血压下降，呼吸幅度增大，两者合用，一开一合，开合相济，调整肺气，不但能加强肺的活动功能，而且没有升提血压，助长兴奋的流弊”。临床应用，本方对支气管哮喘有脱敏平喘之效较佳。

（3）用于治疗皮肤瘙痒诸证。风疹块（荨麻疹）、水疥（丘疹性荨麻疹）、游风（血管神经性水肿）、痒疹及顽癣等病的皮肤瘙痒，多因风热或风寒之邪壅阻于肌肤之间，不得宣泄所致，其痒常无定处，忽此忽彼，时隐时现。麻黄外达肌表，宣郁透邪，与相应药物配伍，可收祛风止痒之效。属风寒者，宜与其他辛温类祛风止痒药相须

为用,如《赵炳南临床经验集》麻黄汤,本品与浮萍、干姜皮、白僵蚕等配伍,主治慢性荨麻疹。《赵锡武医疗经验》以本品配伍桂枝、刺蒺藜、蝉蜕等,治牛皮癣。用麻黄 15g,清水 1 小碗,武火煎沸后再煮 5 分钟,温服,1 日 1 剂,用此方治顽癣,一般连服 10 剂左右有效。顽癣而兼血虚瘀滞者,本品与四物汤等合用,可收养血活血、祛风止痒之效。属风热者,宜与荆芥、薄荷、连翘等辛凉疏风药同用,如《赵炳南临床经验集》的焙癭丸,《中国当代名医验方大全》里的止痒消荨饮、隐疹方。对顽固性老年皮肤瘙痒症,冬季反复发作,缠绵难愈,并因晨起冒风寒而加重者,用炙麻黄 6g、附子 6g、细辛 6g,可使之微汗而收效。临床用麻黄配伍蝉蜕、槐花、浮萍、黄连等治疗荨麻疹、湿疹、药疹、油漆过敏等过敏性皮肤病,有较好疗效。日光性皮炎,引起头面、手背等日光照射处浮肿、皮疹瘙痒,用麻黄配伍石膏、苍术及姜、枣有效。

(4) 用于治疗风水证。麻黄外开腠理,发汗祛邪,助上焦水气宣化,可使肌肤水湿从毛窍外散;内则宣畅气机,通调水道,渗泄水湿,使水肿因尿量增加而向愈。肺为水之上源,外合皮毛,主一身之表,其为外风等邪气所袭,外不能宣泄水气,内不能调节水液下输膀胱,以致风湿遏阻,两邪相搏,流溢于肌肤,或留积于身半以上,成为风水之证。该证邪在肌表,卫阳被困,水气凌肺,宣降失司,除水肿起于面目,并迅速遍及全身外,还有恶寒、发热、肢体酸重、无汗、小便不利及喘咳等症。麻黄发汗解表、宣肺平喘、利尿退肿三大功效与该证病机一一相扣,用之最相适宜;治疗风水本品常常辅以生姜,可以增强其解表、宣肺、行水之效。风水夹热,兼见口渴汗出之症者,宜与石膏配伍,二药相制为用,共奏辛凉祛风,宣肺利水之功,如《金匱要略》越婢汤、越婢加术汤。现代治疗急性肾炎初起,水湿内盛,浮肿而小便不利者,常以上述方剂为基础,配伍赤小豆、桑皮、冬瓜皮、车前子等利水之品,其疗效更佳。如《千家名老中医妙方秘典》的宣肺利水方、《刑子亨医案》治肾炎水肿之风热袭肺经验方等。属风寒者,麻黄、生姜可与桂枝、羌活、香薷等配伍;寒湿盛者,可与五皮饮合用,如《重订通俗伤寒论》麻附五皮饮。麻黄的功用,以解表、宣肺为主,虽然利尿之力甚弱,除风水之外的其

他水肿使用得当,仍有其特殊意义。如治疗寒湿瘀结的肝硬化腹水,于附子、桂枝、白术等药中加入本品,以宣发肺气,提壶揭盖,又能通调水道下输膀胱而利水湿,亦行之有效。对于痔疮急性水肿,疼痛难忍,麻黄与升麻、黄芩等同用;幽门急性水肿,上腹疼痛,呕吐烦躁者,麻黄与石膏、陈皮、半夏等同用,均有消肿止痛的效果;麻黄与石膏等配伍,可用于喉头水肿。

(5) 用于治疗寒邪凝滞经脉诸证。麻黄温通宣达之性,不仅外散风寒,对寒凝经脉之里寒证,亦有散寒通滞之能,正如《本草正》所言:“若寒邪深入少阴、厥阴筋骨之间,非用麻黄、官桂不能逐也。但用此之法,自有微妙,则在佐使之间,或兼气药以助力……或兼血药以助液……或兼温药以助阳……或兼寒药以助阴……”历代本草谓其主治“癥坚积聚”、“去营中寒”、“调血脉”、“毒风顽痹,皮肉不仁”、“产后血滞”诸证,无不与这一功效密切相关。常用的配伍有:①用治阴疽、流注、痰核、鹤膝风。此类病证,多因营血虚弱,寒邪乘虚内入,寒凝痰结,附于筋骨、关节、肌肉之间,日久而成。麻黄深入积痰凝血,散寒通滞,可与肉桂、熟地、白芥子等同用,如《外科证治全生集》中的阳和汤便是著名的方例。《药薮启秘》桂麝散,则以之配伍肉桂、麝香、天南星等,外敷患处。《疡医大全》军门立效散,以之配伍瓜蒌、天花粉、香橼等,治疗乳痞。②用治风寒湿痹。麻黄兼具祛风、散寒、除湿之效,故行痹、寒痹、湿痹皆可选用。如《世医得效方》麻黄散(麻黄、羌活、细辛、黄芪)重用本品治历节疼痛。《蒲辅周医案》如意通圣散,以之配伍当归、川芎等,治疗行痹游走窜痛。《千家名老中医妙方秘典》温经止痛散,以之配伍川乌、草乌、肉桂、细辛等,主治寒痹疼痛;加减痛风方,以之配伍防风、防己、雷公藤等,主治类风湿性关节炎活动期,关节肿胀、疼痛。《当代名医证治汇粹》,以之配伍忍冬藤、连翘、羌活等,治疗湿热痹阻,关节红肿疼痛,屈伸不利者。③用治外伤受寒。麻黄温散经脉寒邪,可增强活血化瘀药疗伤止痛之效,近人石春荣称其为“治伤之妙品”。如《急救应验良方》九分散,本品与马钱子、乳香、没药同用;《安徽省药品标准》军中跌打丸,再加入蟾虫、血竭、川芎等药,其化瘀止痛之力更强。《四川省药品标准》

风寒湿气膏，以之配伍官桂、细辛、麝香等，外治跌打损伤及风寒湿痹、疼痛麻木。《外科补要》麻黄温经汤，亦以之配伍红花、桂枝等，治疗外伤受寒。④治疗嗜睡。对阳虚寒盛，湿邪不化所致之嗜睡，精神萎靡，面色晄白，舌质胖嫩者，临床以麻黄配附子、苍术等治疗有效。治湿浊内盛，卫气受阻，清阳被遏之嗜睡者，用麻黄杏仁薏苡甘草汤加佩兰、青蒿，亦颇有效。此外，近年来，以麻黄配伍养血活血药，治疗虚寒性低血压。如配合当归四逆汤，治疗肢端动脉痉挛、血栓闭塞性脉管炎、多发性大动脉炎；配合补阳还五汤，治疗中风后遗症；配合四物汤，治疗产后恶露不尽、少女月经不潮、痛经、经闭等属寒凝血瘀者，均有较好疗效。胸阳痹阻所致之心绞痛、硬皮病、寒湿带下等，在辨证用药的基础上酌加麻黄，亦可增强作用。

(6) 用于治疗黄疸。麻黄治疗黄疸，首见于《伤寒论》，其曰：“伤寒瘀热在里，身必黄，麻黄连翘赤小豆汤主之。”《千金要方》亦用麻黄醇酒汤治伤寒发黄。湿热或寒湿内蕴之黄疸，不仅肝胆脾胃受病，其逆犯肺金，往往致使肺失宣肃，华盖不启，玄府不开，水道不畅，治节不用。麻黄虽非利胆退黄之品，但可外开毛窍，内调水道，可使湿浊经汗与小便而出，还可宣通肝脉之郁，气机之滞。故黄疸一证，不论表证有无，皆可酌情使用。其热重者，可与茵陈蒿汤同用；其湿重者，可与五苓散同用。乙型肝炎之虚寒证，虽无黄疸，麻黄亦可与肉桂、何首乌、虎杖等配伍。

(7) 用于治疗小儿遗尿。麻黄治疗小儿遗尿症，是现代较为可靠的临床经验。该证虽有肾气虚寒、脾肺气虚、湿热下迫等证型，但其基本病理为膀胱不约。麻黄主入肺与膀胱，上可以宣通肺气，通三焦水道，下则调膀胱气化，使开合适度，故上述各种遗尿证均可配伍使用。现代实验研究认为，此功效与麻黄碱可使膀胱三角肌和括约肌张力增加有关。临床以麻黄益智汤（炙麻黄、五味子、益智仁）治疗儿童禀赋不足，肾气未充，气化不及州都，膀胱约束无力之遗尿证，疗效明显；肾气虚而睡眠深，不易醒者，本品可与黄芪、桑螵蛸、菟丝子等同用；若为阴虚火炎，肺气失宣，肾气不固者，本品须与知母、生地黄、金樱子等滋阴降火、固肾缩尿药同用；肺热下迫，膀胱失约者，以麻黄杏仁甘草石膏汤为基础方，亦

有一定作用。

【历代医家论述】

(1) 论麻黄轻清发汗解表：①李东垣：“轻可去实，麻黄、葛根之属是也。六淫有余之邪，客于阳分皮毛之间，腠理闭拒，营卫气血不行，故谓之实，二药轻清成象，故可去之。麻黄微苦，其形中空，阴中之阳，入足太阳寒水之经，其经循背下行，本寒而又受外寒，故宜发汗，去皮毛气分寒邪，以泄表实。”（《本草纲目》，以下简称《纲目》）；②张景岳：“麻黄以轻扬之味，而兼辛温之性，故善达肌表，走经络，大能表散风邪，祛除寒毒。”（《本草正》）；③徐大椿：“麻黄轻扬上达，无气无味，乃气味中之最轻者，故能透出皮肤毛孔之外。”（《本草经百种录》）；④张山雷：“麻黄质轻而空疏，气味俱薄，虽曰性温，然淡泊殊甚，故轻清上升，专走气分。凡风寒温热之邪，自外而来，初在气分者，无不治之。”（《本草正义》）。

(2) 论用麻黄不可过汗与误汗：①李中梓：“虽可汗之症，亦当察病之重轻，人之虚实，不得多服。盖汗乃心之液，若不可汗而误汗，虽可汗而过汗，则心血为之动摇，或亡阳，或血溢而成坏症，可不兢兢致谨哉。”（《本草通玄》）；②贾所学：“麻黄，为发表散邪之药也，但元气虚及劳力感寒或表虚者，断不可用。若误用之，自汗不止，筋惕肉瞤，为亡阳证。”（《药品化义》）。

(3) 论麻黄为肺经专药，宣泄内外之邪：①李时珍：“麻黄乃肺经专药，故治肺病多用之。张仲景治伤寒无汗用麻黄，有汗用桂枝。历代名医解释，皆随文傅会，未有究其精微者。时珍常绎思之，似有一得，与昔人所解不同云。津液为汗，汗即血也。在营则为血，在卫则为汗。夫寒伤营，营血内涩，不能外通于卫，卫气闭固，津液不行，故无汗发热而憎寒。夫风伤卫，卫气外泄，不能内护于营，营气虚弱，津液不固，故有汗发热而恶风。然风寒之邪，皆由皮毛而入。皮毛者，肺之合也。肺主卫气，包罗一身，天之象也。是证虽属乎太阳，而肺实受邪气。其证时兼面赤怫郁，咳嗽有痰，喘而胸满诸证者，非肺病乎？盖皮毛外闭，则邪热内攻，而肺气腠郁。故用麻黄、甘草同桂枝，引出营分之邪，达之肌表，佐以杏仁泄肺而利气。汗后无大热而喘者，加以石膏。朱肱《活人书》，夏至后加石膏、知母，

皆是泄肺火之药。是则麻黄汤虽太阳发汗重剂，实为发散肺经火郁之药也。”（《纲目》）；②张山雷：“麻黄轻清上浮，专疏肺郁，宣泄气机，是为治感第一要药。虽曰解表，实为开肺；虽曰散寒，实为泄邪；风寒固得之而外散，即温热亦无不赖之以宣通。现于《本草经》主中风伤寒，祛邪热气，除寒热之说及后人并治风热斑疹，热痹不仁，温疟瘧瘵，其旨可见。抑麻黄之泄肺，亦不独疏散外来之邪也，苟为肺气郁窒，治节无权，即当借其轻扬以开痹着，如仲景甘草麻黄汤之治里水黄肿，《千金》麻黄醇酒汤之治表热黄疸，后人以麻黄治水肿气喘，小便不利诸法，虽曰皆取解表，然以开在内之闭塞，非以逐在外之感邪也。又凡寒邪郁肺，而鼻塞音哑；热邪窒肺，而为浊涕鼻渊；水饮渍肺，而为面浮喘促；火气灼肺，而为气热息粗以及燥火内燔，新凉外束，干咳嗌燥等证，无不恃以为疏达肺金，保金清肃之要务，较之杏、贝苦降，桑皮、杷叶等之遏抑闭塞者，功罪大是不侔。”（《本草正义》）。

（4）论麻黄治卫实，桂枝治卫虚：王好古：“夫麻黄治卫实之药，桂枝治卫虚之药。桂枝、麻黄虽为太阳经药，其实荣卫药也。以其在太阳地分，故曰太阳也。本病者，即荣卫，肺主卫，心主荣为血，乃肺心所主，故麻黄为手太阴之剂，桂枝为手少阴之剂。故伤寒、伤风而嗽者，用麻黄、桂枝，即汤液之源也。”（《汤液本草》）。

（5）论麻黄用量需随季节、地区而异：①贾所学：“至若春分前后，元府易开，如患足太阳经症，彼时寒变为温病，量为减用，入六神通解散，通解表里之邪，则营卫和畅。若夏至前后，阳气浮于外，腠开泄，人皆气虚，如患足太阳经症，寒又变热症，不可太发汗，使其元气先泄，故少用四、五分入双解散，微解肌表，大清其里。此二者乃刘河间之法，卓越千古。”（《药品化义》）；②张锡纯：“陆九芝谓：麻黄用数分，即可发汗。此以治南方之人则可，非所论于北方也。盖南方气暖，其人肌肤薄弱，汗最易出，故南方有麻黄不可过钱之语。北方若至塞外，气候寒冷，其人之肌肤增厚，若更为出外劳碌，不避风霜之人，又当严寒之候，恒用至七八钱始得汗者。夫用药之道，贵因时、因地、因人，活泼斟酌，以胜病为主，不可拘于成见也。”（《医学衷中参西录》）。

2. 桂枝 桂枝之名，在医学著作中首见于东汉时期的《伤寒杂病论》，在本草学中则首见于《新修本草》。《神农本草经》（以下简称《本经》）中名为牡桂。桂枝为樟科常绿乔木植物肉桂的嫩枝。气清香，味甜微辛。以幼嫩，棕红色，气香者为佳。《本经》言其气味：辛，温，无毒。甄权言：甘，辛，无毒。张元素言：味辛，甘，气微热，气味俱薄，气清而上行，浮而升，阳也。李时珍言：辛，温，无毒。今人多以辛甘温为是，归心、肺、膀胱经。

【功效】发汗解肌，温通经脉，助阳化气。

【主治】

（1）用于风寒表证。本品辛温浮散，透达于肌腠之间能“散风寒，逐表邪，发邪汗”。其开腠发汗之力虽较麻黄和缓，但并不专于发散，且长于宣阳气于卫分，畅营阴于肌表，使汗液蒸化有源，故为外感风寒的常用之药，不论伤寒表实无汗，或伤寒表虚有汗，以及阳虚感寒诸证，皆宜用之。临床常用配伍有：①风寒表实证：风寒外袭，卫阳被遏，营阴郁阻，肺气失宣而恶寒发热，且恶寒偏重，无汗，头身疼痛，脉浮紧者，桂枝与麻黄相须为用，既助麻黄发表散寒、宣肺平喘之力，又通阳和营，缓和全身疼痛，如麻黄汤、《景岳全书》麻桂饮、《症因脉治》甘草麻桂汤（桂枝、麻黄、甘草）等。虽表实无汗，因风寒较轻而不宜峻汗者，可用《伤寒论》桂枝麻黄各半汤、或桂枝二麻黄一汤，小发其汗。表实而项强者，宜与葛根、麻黄等同用，如《伤寒论》葛根汤。②风寒表虚证：汗出当风，或表虚感受风寒，外邪乘虚内犯肌表，而营卫失和，卫表不固，症见发热，恶风，汗自出，脉浮缓者，本品宜与白芍配伍。桂、芍相合，则桂枝辛甘通阳，解散肌表之风寒，攘外以调卫；白芍酸苦敛阴，固护外泄之阴液，安内以和营。前人认为：“桂枝君芍药，是于发汗中有敛汗之旨；芍药臣桂枝，是于和营中有调卫之功。”（《医宗金鉴》）。二药相制为用，解表而不伤阴，敛阴而不碍邪，表证得解，营卫自和。这一特殊配伍，即为《伤寒论》桂枝汤的主要组成。表虚有汗而项强者，可于前方加入葛根。风寒外感，营卫不和，而内兼湿浊者，《张伯臾医案》以桂枝、白芍与藿香、佩兰、白蔻壳等同用，可收祛风辟秽，调和营卫之效。该配伍还可外用，如《中医外治法类

编》实表膏，以桂枝、白芍与黄芪、白术、羌活等同用，制为膏剂，外贴心口，主治外感风邪，表虚自汗。桂枝配伍白芍（或桂枝汤）不仅主治风寒表虚之发热、汗出，对内伤发热或兼汗出者，亦多使用。③风寒表湿证：本品解表，偏于散寒祛风，对风寒犯表夹湿，恶寒发热，头胀如裹，一身酸楚者，宜与羌活、防风等祛风胜湿药配伍，如《素问病机气宜保命集》桂枝羌活汤。治寒湿俱盛者，如《症因脉治》麻桂术甘汤（麻黄、桂枝、苍术、甘草）。治寒湿较轻者，如《幼幼集成》桂枝防风汤（即桂枝汤加防风一味）。④风寒喘咳证：因外感风寒，肺气失宣，诱发喘咳者，本品外散风寒，除感冒，内利肺气，止喘咳。如《伤寒论》以桂枝加厚朴杏子汤，治宿有喘疾而病太阳中风者。《黄文东医案》桂枝朴杏汤，以桂枝、厚朴、杏仁与苏子、紫菀等同用，治痰饮恋肺，感邪即发之哮喘性支气管炎有效。对外感风寒，内有伏饮者，本品亦可内化水饮，常与干姜、细辛、五味子同用，如《伤寒论》小青龙汤。风寒闭肺，肺失清肃，咳逆痰多者，本品又宜配伍化痰止咳之药，如《医醇膳义》姜桂二陈汤，其与半夏、橘红、苏子等同用。《类证治裁》加味麻黄汤，则以之与紫苏、半夏等同用。临床以本品与白芥子、制南星、远志等同用，治小儿风寒闭肺，咳嗽痰多者，甚为有效。⑤阳虚感冒风寒：本品既发散风寒，又温助阳气，对素体阳虚而感冒风寒之证，有标本兼顾的特长，故尤为适合，若再与附子同用，其温阳之力更佳。如《伤寒论》桂枝加附子汤、《温病条辨》桂枝姜附汤、《伤寒六书》再造散等以之与附子、细辛等同用，治脾肾阳虚，水饮内停，感受风寒，而喘咳复发者。此外，气虚感冒风寒者，本品常与黄芪、人参等同用，如《伤寒论》桂枝人参汤、《症因脉治》桂枝黄芪汤、桂枝续命汤等。按照六经辨证，太阳未尽而入少阳，症见发热微感风寒，微呕，心烦者，本品可与柴胡、黄芩等同用，如《伤寒论》柴胡桂枝汤、《症因脉治》桂枝柴胡汤。太阳阳明合证者，本品可与葛根等同用，如《症因脉治》桂枝葛根汤。表寒里热者，其可与石膏等同用，如《伤寒论》桂枝二越婢一汤。

（2）用于里寒实证。本品既是发散风寒之药，又是温里祛寒之品，不但表寒证多用，对里寒实证亦较适宜。其温里祛寒之功，主要

用于：①风湿痹证：本品温经散寒，可以“通经络而开痹涩”（《长沙药解》）。其与祛风湿之药为伍，可助祛风寒止痹痛之功，故蠲痹方中多用。其又长于“行上部肩臂，能领药至痛处”（《药品化义》），相对于肉桂而言，更宜于上肢痹痛。治风邪重者，常与羌活、独活、麻黄等同用，如《名医妙方精华千首》生地汤。治寒邪重者，常与乌头、附子、细辛等同用，如《千金要方》乌头汤。治湿邪重者，常与苍术、薏苡仁等同用，如《医醇膳义》桂苓神术散。《金匱要略》桂枝芍药知母汤，以本品与防风、附子、白术、麻黄等同用，祛风除湿，散寒止痛而不燥热，为治疗历节（类风湿性关节炎）和风寒湿痹的常用之方。湿热痹痛，关节红肿，本品亦可与清热药品组成蠲痹除热之剂，如《张氏医通》桂枝白虎汤。痹证日久，气血不足，经脉瘀滞者，宜与益气、补血、活血药配伍，如《金匱要略》黄芪桂枝五物汤。②寒凝血瘀：本品善入血分，为温通血脉之要药，且有如肉桂“宣导百药”之能，与诸活血药相使，可增强通脉活血之力。对妇女经脉受寒，月经失调、痛经、癥瘕、产后腹痛及外伤受寒，肿痛不消等，常为必用之物。如《金匱要略》温经汤，以本品配伍川芎、牡丹皮、当归等药，治妇女冲任虚寒，瘀血内阻所致之月经后期，量少，经期腹痛，痛经及崩漏等。该书桂枝茯苓丸，以本品与桃仁、芍药等同用，治妇人血瘀之腹中癥块。现代以桂枝茯苓丸变化治疗妇女卵巢囊肿有效；临床还用本方治妇女盆腔炎、产后尿潴留、恶露不尽、更年期崩漏、经期综合征以及其他各种内外科病证之有寒凝血瘀者，皆甚有效。《伤寒保命集》桂枝桃仁汤，以之与桃仁、芍药、生地黄同用，治经前瘀滞腹痛者。治疗伤后受寒者，如《伤科补要》麻桂温经酒，以之与红花、赤芍、细辛等煎服；宽筋散，以桂枝与续断、当归、白芍等为末，治损伤后期，筋肉拘痛。③经脉受寒之厥逆及头痛、身痛、肢痛、疝痛、冻疮及阴疽不消等证：本品温经祛寒，和营止痛，并能“领药至痛处”，前人称其为“寒伤营血，亦不可少之药。”故上述因寒犯经脉，营气不通之肢冷、疼痛证，均宜使用。如《伤寒论》当归四逆汤、当归四逆加吴茱萸生姜汤，以之与当归、细辛、木通等同用，治血虚寒阻肢体失于温养之厥冷或头、肩、腰、腿、足部疼痛。现代还以此类方药治疗雷诺病、血

栓闭塞性脉管炎、上肢刺痛、骨质增生腿痛、牙痛、阳痿等疾病。治寒疝疼痛，则有《温病条辨》椒桂汤，以之与花椒、小茴香、吴茱萸等同用。《金匱要略》乌头桂枝汤，以之与乌头、芍药、生姜等同用治疗寒疝腹痛。治疗冻疮，以桂枝、花椒、生地各 30g，红花 10g。煎汤，乘温热时浸洗患处。④中焦受寒脘腹疼痛、呕吐、泄泻：本品温中散寒，可“立中州阳气，疗脾胃虚馁而腹痛”（张寿颐）。如《医学启源》桂苓白术散，以桂枝配伍白术、藿香、木香等，治脾虚湿盛之吐泻、腹胀。《金匱要略》小建中汤，以之配伍芍药、饴糖、生姜等，治虚寒腹痛。《症因脉治》桂枝芍药汤，以之配伍陈皮、生姜等，治寒气腹痛，二便清利。《杂病源流犀烛》桂枝四七汤，以之配伍厚朴、枳壳、苏叶等，治寒凝气滞腹痛。上述方剂又适用于脾阳不运而吐泻、食少者。⑤肺寒咳喘而无表邪者，本品亦可温肺降逆，并常与化痰、平喘、止咳药同用。如《医醇賸义》温肺桂枝汤，其与沉香、苏子、橘红配伍。《张氏医通》三建膏，其与附子、桂心、干姜、川椒等配伍，制为膏药，外贴肺俞、华盖及膻中穴，治冷哮喘嗽。用桂枝与黄芪、党参，或熟地等同用，对肺肾两虚之喘证，能引脏腑真气上行，可升可降，十分适宜。

（3）用于阳虚证。本品能入心、肾、脾经以温助阳气，其温养之力虽不及肉桂，但仍常用于多种心阳不振，肾阳不足，脾阳不运所致的病证。①心阳不振，心脉瘀阻，胸痹疼痛；或心动悸、脉结代；《金匱方歌括》称“桂枝振心阳，如离照当空，则阴霾全消，而天日复明也。”故古今用为温心通阳之要药。胸痹一证，多因心阳不振，气血不运，心脉瘀阻而致胸闷、心痛，甚者痛彻肩背。《金匱要略》枳实薤白桂枝汤等方治疗此证，迄今仍颇有效验，常为临床化裁使用以治冠心病。如加入红花、桃仁等药，治该病之气滞瘀阻，络脉失畅者；加入丹参、川芎、附子等，治该病之心阳虚衰，寒凝血瘀者；还可加入党参、麦冬、五味子等，治气阴两虚，气滞血瘀者。桂枝亦常与其他对证之药同用，如通行汤，与郁金、降香、金沸草等配伍。另外，《伤寒论》炙甘草汤，以桂枝与人参、阿胶、麦冬等同用，治疗气血虚弱无以养心，心阳不振不能宣通脉气者。现代常以桂枝配伍温阳、益气、补血、养阴、活血之品，治疗心脏病引起的心律失常、心

动过缓以及贫血、神经官能症等所致的心悸怔忡。如以之配伍茯苓、白术等，治阳虚水泛，心悸怔忡；以之配伍炙甘草、生地、党参等，治心气不足之脉结代；以之配伍丹参、郁金、珍珠母，治气虚血瘀之脉结代；以之为主药，配伍黄芪、党参、川芎等，对窦性心动过缓有效。②肾与膀胱虚寒，气化不行之水肿，小便不利，及梦遗失精、奔豚腹痛：本品下温肾阳以逐寒，更长于助膀胱气化以行水。“又肉桂治奔豚而桂枝亦用之者，以奔豚属肾气，肾气出之膀胱，桂枝入足太阳故也。”（《本草述》）。治膀胱气化不行，水肿，小便不利者，本品常与茯苓、泽泻等同用，如《伤寒论》五苓散。临床治肾阳偏虚，寒水内盛者，可再配附子等温补肾阳之品，如《程门雪医案》五苓皮汤、《李聪甫医案》真五汤、《邹云翔医案选》芪附汤。偏脾虚湿盛者，可再配薏苡仁、苍术等健脾除湿药，如《施今墨临床经验集》健脾利水汤、《黄文东医案》加减胃苓汤。湿热内蕴，下阻洲渚而不能化气行水者，可再配清利湿热之药，如《金匱要略》茵陈五苓散、《张伯臾医案》桂红汤（与木通、黄芩等同用）。该配伍形式广泛用于肾炎水肿、特发性水肿、营养不良性水肿、尿路感染、黄疸、早期肾功能不全、眩晕、泄泻等病证之气化失司，水湿内蓄者。治肾阳被损，心肾不交，阳浮神摇，而神动于上，失精于下之梦遗者，《金匱要略》以桂枝加龙骨牡蛎汤主之，因桂枝温肾阳以固肾气，并使阳气归藏，则神动失精可除。治下元虚冷，冲气上逆而发为奔豚者，《金匱要略》记载用桂枝加桂汤（即将桂枝汤中桂枝由三两加至五两）主之。③脾阳不运，水湿内停之痰饮、眩晕：本品可温扶脾阳，以助运水，即张寿颐所谓：“立中州之阳气，疗脾胃虚馁”。其治脾虚吐泻、胃脘疼痛已简述于前。其主治痰饮、眩晕，常与健脾除湿药配伍，共收温阳化水，蠲除痰饮之效。如《金匱要略》以苓桂术甘汤治胃中停饮，胸胁支满，目眩。其治支饮咳逆倚息不得卧者，以小青龙汤、桂苓五味甘草汤，均用桂枝发越脾胃阳气，使痰饮之阴邪得以温化。以上方剂，至今仍是治疗痰饮咳喘、眩晕的基础。

【历代医家论述】

（1）论桂枝药性与功效之关系：①陈承：“仲景《伤寒论》发汗用桂枝，桂枝者，枝条，非身干也，取其轻薄而能发散。”（《本草别

说》);②李时珍:“桂枝,透达营卫,故能解肌而风邪去,脾主营,肺主卫,甘走脾,辛走肺也。”(《纲目》);③黄宫绣:“桂枝,其体轻,其味辛,其色赤,有升无降,故能入肺而利气,入膀胱化气而利水,且能横行于臂,调和营卫,治痛风胁风,止烦出汗,驱风散邪,为解肌第一要药。”(《本草求真》);④邹澍:“凡药须究其体用:桂枝能利关节,温经通脉,此其体也;《素问·阴阳应象大论》曰:味厚则泄,气厚则发热,辛以散结,甘可补虚。故能调和腠理,下气散逆,止痛除烦,此其用也。”(《本经疏证》);⑤丹波元胤:“桂枝,在表宣阳,以其味之辛;在里补阳,资其性之热。”(《药雅》)。

(2) 综论桂枝之效用:①倪朱谟:“桂枝散风寒,逐表邪,发邪汗,止咳嗽,去肢节间风痛之药也。气味虽不离乎辛热,但体属枝条,仅可发散皮毛肌腠之间,游行臂膝肢节之处。”(《本草汇言》);②刘若金:“肉桂治奔豚,而桂枝亦用之者,以奔豚属肾气,肾气出之膀胱,桂枝入足太阳故也。”(《本草述》);③张石顽:“世俗以伤寒无汗不得用桂枝者,非也,桂枝辛甘发散为阳,寒伤营血,亦不可少之药,麻黄汤、葛根汤未尝缺此,但不可用桂枝汤,以中有芍药酸寒,收敛表腠为禁耳。”(《本经逢源》);④黄元御:“桂枝入肝家而行血分,走经络而达荣郁,善解风邪,最调木气,升清阳之脱陷,降浊阴之冲逆,舒筋脉之急挛,利关节之壅阻,入肝胆而散遏抑,极止痛楚,通经络而开痹涩,甚去湿寒,能止奔豚,更安惊悸。大抵杂证百出,非缘肺胃之逆,则因肝脾之陷,桂枝既宣于逆,又宣于陷,左之右之,无不宜之。”(《长沙药解》);⑤徐大椿:“(桂枝)温营散表,发汗祛寒,为伤寒、中风营分散寒专药。”(《药性切用》);⑥邹澍:“(桂枝)其用之道有六:曰和营,曰通阳,曰利水,曰下气,曰行瘀,曰补中。其功之最大,施之最广,无如桂枝汤,则和营其首功也。”(《本经疏证》);⑦沈文彬:“(桂枝)去风邪以实卫,多汗者须此藩篱;祛寒气以调荣,畏寒者藉斯屏障。”(《药论》);⑧张锡纯:“(桂枝)力善宣通,能升大气(即胸之宗气),降逆气(如冲气肝气上冲之类),散邪气(如外感风寒之类)。仲景苓桂术甘汤用之治短气,是取其能升也;桂枝加桂汤用之治奔豚,是取其能降也;麻黄、桂枝、大小青龙诸汤用之治外感,是取其能散也。而《神农

本草经》论牡桂（即桂枝），开端先言其主咳逆上气，似又以能降逆气为桂枝之特长，诸家本草鲜有言其能降逆气者，是用桂枝而弃其所长也。”（《医学衷中参西录》）。

（3）论桂枝之辨证应用：①汪昂：“桂枝亦惟有汗者宜之，若伤寒无汗则当以发汗为主，而不独调其营卫矣。故曰：无汗不得服桂枝，有汗不得服麻黄也。”（《本草备要》）；②陈士铎：“桂枝乃治伤寒之要药，但其中有宜用、不宜用之分，辨之不明，必至杀人矣。夫桂枝乃太阳经之药，邪入太阳则头痛发热矣。凡遇头痛身热之症，桂枝即当速用以发汗，汗出则肌表和矣。凡身热而无头痛之症，即非太阳之证，不可妄用桂枝矣；即初起身热头疼，久则头不疼，而身尚热，此又已离太阳，不可妄用桂枝矣。且桂枝发汗之药也，有汗宜止，无汗宜发，此必然之理也，然而有汗之时，乃可发汗，无汗之时，不可发汗者，又不可不辨。伤寒汗过多者，乃用他药以发汗，以至汗出过多，而太阳头痛尚未解，故不可不仍用桂枝以和解，非恶桂枝能闭汗也；伤寒无汗，正宜发汗，乃发汗而竟至无汗，此外邪尽解，不止太阳之邪亦解也，故不可轻用桂枝，以再疏其腠理，非防桂枝能出汗也。知其宜汗、不宜汗之故，辨其可汗、不可汗之殊，用桂枝祛邪自无舛错，又何至动辄杀人耶？”（《本草新编》）。

（4）论桂枝之实表止汗作用：①朱丹溪：“仲景治表用桂枝，非表有虚以桂补之；卫有风邪，故病自汗，以桂枝发其邪，卫和则表密，汗自止，非桂枝能收汗而治之。”（《本草衍义补遗》）；②刘若金：“世医不悟桂枝实表之精义，似以此味能补卫而密腠理，若然，何以不用参、芪耶？盖四时之风，因于四时之气，冬月寒风伤卫，卫为寒风所并，则不为营气之并而与之和，故汗出也，唯桂枝辛甘，能散肌表寒风，又通血脉，故合于白芍，则卫之固以达营，使其相和而肌解汗止也。”（《本草述》）；③汪绂：“桂枝，以其能升达阳气于四表，且色紫入荣分，而去其寒邪，故太阳伤寒仲景麻黄、桂枝二汤中皆用之，且阳升则津液随之而汗作矣。”又：“但无汗用麻黄汤者所以疏通其腠理之外闭，而使汗得出，邪从以散也；有汗用桂枝汤者，以寒既侵营分，则腠理反自开而汗出，故大去其荣分之寒，使邪从汗出，及邪去则荣卫和，腠理密，汗自止矣，非此能止汗也，夫岂有辛

散而反能止汗者。”（《医林纂要·药性》）。

（5）论桂枝既能发汗，又能止汗之功用：王好古：“或问《本草》言桂能止烦出汗，而张仲景治伤寒有‘当发汗’凡数处，皆用桂枝汤。又云无汗不得服桂枝，汗家不得重发汗，若用桂枝是重发其汗。汗多者用桂枝甘草汤，此又用桂枝闭汗也。一药二用，与《本草》之义相通否乎？曰：《本草》言桂辛甘大热，能宣导百药，通血脉，止烦出汗，是调其血而汗自出也，仲景云太阳中风阴弱者，汗自出，卫实营虚，故发热汗出。又云太阳病发热汗出者，此为营弱卫强，阴虚阳必凑之，故皆用桂枝发其汗，此乃调其营气，则卫气自和，风邪无所容，遂自汗而解，非桂枝能开腠理，发出其汗也；汗多用桂枝者，以之调和营卫，则邪从汗出而汗自止，非桂枝能闭汗孔也。昧者不知出汗、闭汗之意，遇伤寒无汗者亦用桂枝，误之甚矣。桂枝汤下‘发’汗字，当认作‘出’字，汗自然发出，非若麻黄能开腠理，发出其汗也。其治虚汗，亦当逆察其意可也。”（《纲目》）。

（6）论桂枝性能与麻黄、肉桂之区别：①张洁古：“汤液，发汗用桂枝，补肾用肉桂。”（《珍珠囊》）；②王好古：“仲景汤液用桂枝发表，用肉桂补肾，本乎天者亲上，本乎地者亲下，理之自然，性分之所不可移也，一有差易，为效弥远。”（《汤液本草》）；③张石顽：“麻黄外发而祛寒，遍彻皮毛，故专于发汗；桂枝上行而散表，透达营卫，故能解肌。”（《本经逢源》）；④苏廷琬：“气薄则发泄，桂枝入足太阳经，凡在表之阳壅而阴不和者皆可治；气厚则发热，肉桂入手足少阴、厥阴四经，凡在里之阴滞而阳不足者皆可治；亲上亲下，用各不同。”（《药义明辨》）；⑤杨时泰：“表里俱达，和营气，散表邪，出汗实腠理，则桂枝为长；肉桂桂心走里行血，除寒破血，平肝入右肾命门，补相火不足，其功能也。”（《本草述钩元》）。

（7）论桂枝之去皮应用：①柯韵伯：“桂枝之去其皮，去其粗皮也，正含解肌之义，昧者有去肌取骨之可笑。”（《伤寒论论注》）；②张山雷：“其效在皮，而仲景书反去其皮，可悟传抄之谬，无皮为木，而晚近来或用其木，毋乃嗜好之偏。”（《药物学纲要》）。

3. 杏仁 杏仁始载于《本经》，为蔷薇科落叶乔木植物杏、辽杏、山杏及西伯利亚杏的成熟种子。味苦，微温，有小毒。归肺、

大肠经。

【功效】 止咳平喘，润肠通便。

【主治】

(1) 用于治疗咳喘诸证。本品乃肺经之药，味苦性降，功能降泄肺气，而兼宣利肺气之功。《长沙药解》谓：“杏仁疏利开通，破壅降逆，善于开痹而止喘……调理气分之郁无以易此。”故无论外感、内伤，凡邪壅肺气，肺气不降而咳喘者，用之降气行痰，气降则痰消嗽止。临证常用配伍主要有：①风寒咳嗽：胸闷气逆者，常配麻黄、甘草、生姜同用，如《太平惠民和剂局方》三拗汤。②风热咳嗽：发热汗出，咳嗽痰黄者常配桑叶，菊花，薄荷，桔梗同用，如《温病条辨》桑菊饮。③寒痰咳嗽：肺气不足，寒痰伏肺而咳嗽，痰清稀者，常配伍干姜、半夏、茯苓同用，如《金匱要略》苓甘五味姜辛半夏杏仁汤。④肺热咳喘：肺热喘促，发热、痰黄稠黏者，以本品常配伍麻黄、石膏、甘草同用，如《伤寒论》麻杏石甘汤。⑤肺燥咳嗽：燥热伤肺，干咳无痰或少痰者，常配伍桑叶、沙参、贝母、麦冬清热养阴，润肺止咳，如《温病条辨》桑杏汤；《医门法律》清燥救肺汤。此外，可单用本品与蜜作丸，治疗咳嗽上气，如《千金要方》杏仁丸；亦可与桃仁相配面和丸，如《圣济总录》双仁丸，均有良好疗效。还有取带皮苦杏仁，不炒熟研碎与等量冰糖混匀制成杏仁糖，早晚服治疗慢性气管炎，对咳、痰、喘都有治疗作用的。

(2) 用于治疗胸痹证。本品能行滞气，开闭塞，消痰饮，通胸阳。对痰饮内停，胸阳不宣而致胸痛、气短者，常配伍茯苓、甘草同用，如《金匱要略》茯苓杏仁甘草汤。

(3) 用于治疗便秘证。本品味苦质润，苦则下气，润则通便，为作用平和的润肠通便药，故肠燥津枯便秘者用之，常配伍郁李仁、柏子仁、陈皮、桃仁同用，如《世医得效方》五仁丸。若血虚便秘者，常配伍养血润燥，行气的当归、生地、桃仁、火麻仁、枳壳同用，如《沈氏尊生书》润肠丸。

(4) 用于治疗喉痹、喉中热结生疮。杏仁能开泄肺气而治喉痹及喉中热结，如《本草拾遗》以杏仁去皮熬令赤，和桂末，研如泥，棉裹如指大，含之。

(5) 用于治疗鼻中生疮。肺开窍于鼻，杏仁宣开肺气以利外窍，如《千金要方》捣杏仁乳敷之；亦烧核，压取油敷之。

此外，杏仁还可治诸疮肿痛，以杏仁去皮，研滤取膏，入轻粉，麻油调搽，不拘大人、小儿（《本草纲目》）。又治犬咬人，熬杏仁五合，令黑，碎研成膏敷之（《千金要方》）。又治暴下水泻及积痢，取杏仁20粒（汤浸去皮尖），巴豆20粒（去膜油令尽）。上药研细，蒸枣肉为丸，如芥子大，朱砂为衣，每服一丸，食前服（《杨氏家藏方》朱砂丸）。

【历代医家论述】

(1) 从杏仁药性阐明功效与主治：①李时珍：“杏仁能散能降，故解肌、散风、降气、润燥、消积、治伤损药中用之，治疮杀虫，用其毒也。”（《纲目》）；②缪希雍：“杏仁，《本经》味甘，气温，《别录》加苦，有毒。其言冷利者，以其性润利下行之故，非真冷也。气薄味厚，阴中微阳，降也。入手太阴经，太阴为清肃之脏，邪客之则咳逆上气，火炎乘金则为喉痹，杏仁润利而下行，苦温而散滞，则咳逆上气，喉痹俱除矣。其主心下烦热者，邪热客于心肺之分也。风气去来，时行头痛者，肺主皮毛，风邪自外而入也，温能解肌，苦能泄热，故仲景麻黄汤中用之，亦取其有发散之功也。主产乳金疮者，亦指为风寒所乘者言之。消心下急者，以其润利而下气也。心寒贲豚者，心虚而肾邪凌之也。惊痫者，痰热盛也。雷鸣者，大肠不和也。总之，取其下气消痰，温散甘和，苦泄润利之功也。”（《本草经疏》）；③倪朱谟：“张氏曰杏为心果，仁为肺之用药也。气温而润，散寒结壅闭成疾。盖肺主气，若肺气不利，而咳喘急，肺受风寒而咳嗽有痰，肺气郁逆而大肠燥结，是皆气滞于肺之证也，用此有理气润肺，开结润燥之功焉，然甘苦而温，又善能解肌，开达腠理，故仲景麻黄汤用之，亦取其通皮毛，有发散之效也。”（《本草汇言》）；④张隐庵：“主治咳逆上气者，利肺气也。肺气利而咳逆上气自平矣。雷鸣者，邪在大肠。喉痹者，肺窍不利，下气者谓杏仁质润下行，主能下气，气下则雷鸣喉痹皆愈矣。产乳者，产妇之乳汁也，生产无乳，杏仁能通之。金疮者，金刃伤而成疮也，金伤成疮，杏仁能敛之。寒心奔豚者，肾脏水气凌心而寒，如豚上奔，杏仁治肺，肺者金也，金

为水之母，母能训子逆，又肺气下行，而水逆自散矣。”（《本草崇原》）。

（2）论杏仁疏利开通破壅降逆之功：①黄元御：“肺主藏气，降于胸膈而行于经络，气逆则胸膈闭阻而生喘咳，脏病而不能降，因以痞塞，经病而不能行，于是肿痛，杏仁疏利开通，破壅降逆，善于开痹而止喘，消肿而润燥，调理气分之郁，无以易此。其诸主治，治咳逆，调失音，止咯血，断血崩，杀虫譬，除瘙刺，开耳聋，去目翳，平赘肉，消停食，润大肠，通小便，种种功效，皆其降浊消郁之能事也。”（《长沙药解》）；②徐大椿：“杏仁入肺而疏肺降气，解邪化痰，为咳逆胸满之要药。”（《药性切用》）；③黄宫绣：“杏仁，既有发散风寒之能，复有下气除喘之力。缘辛则散邪，苦则下气，润则通秘，温则宣滞行痰，杏仁气味俱备，故凡肺经感受风寒，而见喘嗽咳逆，胸满便秘，烦热头痛，与夫蛊毒，疮疡，狗毒，面毒，锡毒，金疮，无不可以调治。”（《本草求真》）；④苏廷琬：“杏仁入肺治气，气者火之灵，心固火主也，肺中燥热，气逆者宜之，由其苦以泄热，甘以缓气，润以止燥故尔。”（《药义明辨》）。

（3）论杏仁与桃仁、瓜蒌性用之异同：①李东垣：“杏仁下喘，用治气也；桃仁疗狂，用治血也。桃、杏仁俱治大便秘，当以气血分之。”（引自《汤液本草》）；②陈士铎：“东垣分杏仁治气，桃仁治血，似乎明晰，而不知杏仁未尝不治血，桃仁未尝不治气也。如大便秘结，气闭者桃仁亦能用，血闭者杏仁亦能下，惟真阳真阴虚者，二物不能通。”（《本草新编》）；③冯兆张：“有以杏仁瓜蒌同用，不知杏仁味辛从腠理中发散以去痰，故表虚者忌之。瓜蒌性润从肠胃中滑利以除痰，故里虚者忌之。若痰热表里俱实者，并行而有功也。”（《冯氏锦囊·药性》）。

（4）论杏仁使用之宜忌：①李梴：“杏仁虽下气，少用亦能活血，多服令人血溢出，血不止，或泻，或脐中出物。古今有单服杏仁而得效者，必壮实，痰气壅滞及声不亮，目不明者乃宜。”（《医学入门·本草》）；②张石顽：“杏仁不宜久服，令人面目须发落，耗气之验也。今人以之混治阴虚喘嗽，转耗胸中大气，为患不浅，亡血家尤为切禁。以其味辛性温，大能破血也。”（《本经逢源》）。

4. 甘草 始载于《本经》，为豆科多年生草本植物甘草、胀果甘草或光果甘草的根及根茎。其气味甘，平，无毒。归心、肺、脾、胃经。

【功效】 益气补中，清热解毒，祛痰止咳，缓急止痛，调和药性。

【主治】

(1) 用于治疗心气虚证。①心动悸脉结代证：甘草味甘入心，能益气养心。心气虚，心动悸，脉结代者，可单用或配伍应用。如《伤寒类要》单用本品水煎服，治疗伤寒心悸、脉结代。若用蜜炙甘草，并配伍人参、生地、阿胶、桂枝等药，共奏益气复脉、滋阴养血之效，如《伤寒论》炙甘草汤。②不寐证：甘草甘平；益气养心。若心气心血不足，而见心悸、失眠、多梦等症，可单用炙甘草煎服。若失眠、烦闷、心悸者，可用甘草配伍石菖蒲，疗效更佳。若产后心虚，惊悸不安者，配伍远志、石菖蒲、人参等药，益气养心安神，如《千金要方》甘草丸。③脏躁证：甘草既能益气养心，又能和中缓急。心虚肝郁而致脏躁之证，常以此为主，配伍小麦、大枣，益气养血、缓急安神，如《金匱要略》甘麦大枣汤。

(2) 用于治疗脾气虚证。甘草味甘入脾，蜜炙后健脾益气之力更强。若脾气虚衰，见食少便溏，短气乏力等症，常与人参、白术、茯苓同用，健脾益气，即《太平惠民和剂局方》四君子汤。若脾气虚衰，中气下陷，而见倦怠乏力、短气，脱肛者，常与党参、升麻、黄芪配伍，健脾益气，升阳举陷，如提肛汤。若中气不足，脾不统血，肌肤出血，单用大剂甘草煎服，就有一定疗效。现代常用甘草治疗血小板减少性紫癜、过敏性紫癜。

(3) 用于治疗咳喘证。甘草甘平入肺，既能祛痰止咳，又能益气润肺，且性平而药力和缓，治疗咳、喘证，无论寒热虚实及有痰无痰可随证配伍选用。若风寒袭肺，咳喘，胸闷，咯痰清稀色白者，配伍麻黄、杏仁等，辛温解表，宣肺平喘，如《太平惠民和剂局方》三拗汤。若风热袭肺，咳喘烦闷，咯痰黄稠者，配伍桑叶、菊花、杏仁等，辛凉解表，宣肺止咳，如《温病条辨》桑菊饮。若肺热咳喘，痰黄稠，甚或痰中带血者，配伍麻黄、杏仁、石膏，宣肺清热，降逆

平喘，即《伤寒论》麻杏石甘汤。若肺燥，干咳无痰者，配伍冬桑叶、石膏、麦冬等，润燥止咳，如《医门法律》清燥救肺汤。若肺寒痰饮，配伍干姜、细辛、五味子，涤饮解表，温肺降逆，如《伤寒论》小青龙汤。现代临床单用甘草流浸膏或与镇咳祛痰的中西药制成多种复方制剂，治疗各种原因所致的咳喘。

(4) 用于治疗痛证。甘草味甘，既能清热解毒，又善于缓急止痛。常用于治疗脘腹或四肢挛急作痛，咽喉疼痛，痈肿疮毒作痛等证。①脘腹挛痛证：脾虚肝旺，脘腹挛急作痛者，甘草既能补脾，又能缓急止痛，常与芍药配伍应用，即《伤寒论》芍药甘草汤。若中焦虚寒，脘腹挛急作痛者，配伍桂枝、芍药、饴糖等药，温中补虚、柔肝缓急，如《伤寒论》小建中汤。若湿热下痢，腹痛者，配伍芍药、黄芩、黄连等药，泻热止痢、缓急止痛，如《素问病机气宜保命集》芍药汤。若肝郁胁痛者，配伍白芍、柴胡、白术等，疏肝解郁止痛，如《太平惠民和剂局方》逍遥散。近年来有报道，单用甘草粉或配伍乌贼骨，瓦楞子等治疗胃及十二指肠溃疡，有效好的近期疗效。②四肢挛急作痛证：筋脉失养，四肢挛急作痛者，常用甘草与芍药相须为用，若再加入木瓜、鸡血藤等药，疗效更佳。③咽喉肿痛证：甘草清热解毒，治热毒蕴结，咽喉肿痛，常常选用。若咽喉肿痛不甚，可单用或与桔梗配伍使用，如《伤寒论》甘草汤、桔梗汤。若热毒炽盛，咽喉红肿，或化脓者，常与玄参、桔梗、牛蒡子等配伍，清热利咽止痛，即《张氏医通》甘桔汤。④疮疡肿痛证：甘草甘平，生用则凉，既能清热解毒，又能止痛。各种邪毒蕴结肌肤所致的疮疡肿痛，单用外敷或内服即效，若随证配伍应用，疗效更佳。《千金要方》治疗手指肿痛，以甘草煎汤浸渍；《外科精要》治疗一切痈疽疼痛，以甘草熬膏内服。又如《素问病机气宜保命集》治疗痈疮肿硬疼痛者，可配伍黄连、连翘等药，即内疏黄连汤；治疗阳证脱疽，微肿灼热，疼痛剧烈者，配伍金银花、玄参、当归，即四妙勇安汤；治疗舌生痈疮疼痛者，与竹叶配伍应用，即竹叶甘草汤。

(5) 用于治疗中毒。甘草有良好的解毒作用，药物中毒、食物中毒等，可单用，亦可配伍应用。①药物中毒：药物中毒，首先是立即停止应用该药，并进行对症处理。在此基础上，可单用甘草或配伍

应用。若附子中毒，可以甘草与金银花、生姜配伍，即《实用中医内科学》生姜银花汤；或与芫荽、柿蒂、梨汁配伍，即《中国民间草药方》芫荽柿蒂汤。若马钱子中毒，可与蜂蜜、绿豆配伍，即蜂蜜绿豆甘草汤。若天南星中毒，可以甘草与生姜、防风配伍，即姜防汤。若杏仁中毒，可以之与黑豆配伍，即甘草黑豆汤。若细辛中毒，可以之与半边莲、茶叶配伍，即《中医内科急症证治》半边莲茶。若曼陀罗中毒，可以之与蓝靛汁配伍，即甘草蓝靛汁方。若蜈蚣中毒，可以之与凤尾草、金银花配伍，即凤尾银花汤。若甘遂中毒，可以之与绿豆、荷叶、鱼腥草配伍，即绿豆荷叶汤。②食物中毒：食物中毒，重者应尽快送医院救治，轻者或一时无急救条件时，可如下法单用甘草或用甘草与其他药物配伍使用。如《千金要方》用甘草煎汁饮服，治食牛肉中毒。若含亚硝酸盐中毒，可配伍绿豆、大黄等药，如绿豆甘草解毒汤。若食发芽马铃薯中毒，可与绿豆配伍，即绿豆甘草汤。若食鱼蟹中毒，可与紫苏、厚朴、生姜配伍，即《中国秘方全书》紫苏姜朴汤。若食羊肉中毒，可单用甘草汁饮服，即甘草汁方。若食酒中毒，可与伏龙肝配伍，即壁土甘草汤。

(6) 用于缓和药性。甘草有调和百药的作用。如甘草与大黄、芒硝、甘遂同用，能缓和攻下之力；与附子、干姜同用，能缓和姜附之热性，以防温燥太过；与石膏、知母同用，能缓其寒性，以防寒凉伤胃；与党参、白术、当归等同用，能增加补力，使其缓慢持久；若与干姜、黄连共用，有协调寒热药的作用。若将甘草取汁，作为炮制药物的辅料，则有缓和药性，降低毒性的作用。

另外，炙甘草的副作用不容忽视。最主要的副作用是引起浮肿和血压升高，其产生的原因与炙甘草的用量有直接关系。临床经验证明其治疗心律失常的疗效也与炙甘草的用量有关，一般用 15 ~ 30g，有时可用到 30 ~ 60g。上述用量时间长些就可导致副作用，经配伍应用车前草、钩藤后，则可减少或不产生副作用。

【历代医家论述】

(1) 论甘草生用、炙用，其功有异：①贺岳：“生用性寒，能泻胃火，解热毒，诸痈疽疮疡，红肿而未溃者宜用；其已溃与不红肿者不可生用。炙用性太缓，能和诸药，性能解百药毒，宜少用，多用则

泥膈而不思饮食，抑恐缓药力而少效。大抵脾胃气有余，如心下满及肿胀、痢疾初作，皆不可用，下焦药中亦宜少用，恐太缓不能自达也。”（《本草要略》）；②萧京：“阳不足者补之以甘，甘温能除大热，故生用则气平，补脾胃不足，而大泻心火。炙之则气温，补三焦元气而散表寒，除邪热、去咽痛、缓正气，养阴血。凡心火乘脾，腹中急痛，腹皮急缩者，宜倍用之。其性能缓急而又协和诸药，使之不争，故热药得之缓其热，寒药得之缓其寒，寒热相杂者用之得其平。王好古曰：“五味之用，苦泻、辛散、酸收、咸软、甘上行而发，而本草言甘草下气，何也？盖味主中，有升降浮沉，可上可下，可内可外，有和有缓，有补有泻，居中之道尽矣！仲景附子理中汤用甘草恐其僭上也，调胃承气汤用甘草恐其速下也，皆缓之之意。小柴胡汤有柴胡黄芩之寒，人参半夏之温，而用甘草者，则有调和之意，建中汤用甘草以补中而缓脾急也，风髓丹用甘草以缓肾急而生元气也，乃补之意。又，曰甘者令人中满，中满者勿食甘，甘缓而壅气，非中满所宜也。凡不满而用炙甘草为之补，若中满而用生甘草为之泻，能引诸药直至满所。甘味入脾归其所，喜此升降浮沉之理也。经云以苦补之、以甘泻之、以甘缓之是矣！”（《药性微蕴》）。

（2）论甘草的各项功能：①缪希雍：“主五脏六腑寒热邪气、坚筋骨者，以其得土中冲阳之气；味甘平、性和缓，故能解一切毒气，安脏腑、除邪热也。五脏之寒热邪气既解，则脏气和而真气生，气日以盛，故筋骨坚。长肌肉、倍力者，甘能益脾，脾主肌肉，兼主四肢，脾强则四肢生力，故长肌肉、倍力也。主金疮肿者，甘入血分而能缓中，且伤则热，热而后肿，甘温益血而除热，烦热解，故肿散也。温中下气者，甘味属土，土位乎中，故温中。甘能缓中散结，故下气烦满短气者，是劳伤内乏，阳气不足，故虚而烦满短气，甘温能益血除大热助气，故烦满短气并除也。甘平且和，和能理伤，故治伤脏。肺苦气上逆，嗽乃肺病，甘以缓之，故治咳嗽。血不足则内热，内热则津液衰少而作渴，甘能入脾益血，故止渴。血虚则经脉不通，能益血则经脉自通矣。甘能益血而温气分，故利血气。其解一切金、石、草、木、虫、鱼、禽、兽之毒者，凡毒遇土则化，甘草为九土之精，故能解诸毒也。久服轻身延年者，为其益血安和五脏也。”（《本

草经疏》);②张山雷:“甘草色黄而味大甘,乃脾家主药,其味最厚,故专为补益之品。《本经》主五脏六腑寒热邪气,盖脾土为中州,后天之本,脾得其益则五脏六腑皆以受气,而寒热邪气自然消除,乃补正而邪自却,非甘草之能治五脏六腑寒热邪气百病也。坚筋骨、长肌肉、倍力,无一非脾土受补而百骸滋长之意。主金创肿者,亦以脾主肌肉,补脾则肌肉丰满,可愈金创而消肿矣。解毒者,甘为土之正味,凡毒得土则化,故大甘之味可以解毒。《别录》谓九土之精,解百药毒者是也。”“《别录》主温中下气、烦满短气者,甘能补中,中气旺而气自温,非甘草之能温之也;中气健运,而虚烦虚满自愈,故曰主烦满下气,非能治痰饮、湿热、积滞等病之烦满上气也;中气虚怯则气短,甘草能补中气,故主之。伤藏咳嗽则脾虚而不生金,故曰伤脏,甘草补脾自能止嗽,凡咳嗽之因于气虚,而无内寒外邪者,非补中不为功,建中、四君、六君等方,皆是主剂,则甘草为虚咳之要药矣。止渴者,甘以扶土,本能生金者也。”“甘草泻心火,亦甘以缓之之意,非寒以胜之也。仲师三泻心皆有甘草,皆和中甘缓之法,主谓灸之则气温,能补元气而散寒除热,是指内伤之畏寒发热,即建中汤之证治,非外感表邪之寒热可比,故曰补元气。然竟谓之散表寒除邪热,则立言已有误会,而薛立斋之《本草发挥》竟以为去寒邪,吴遵程之《本草从新》竟以为入汗剂则解肌,是以补中之品误作发散之药,即东垣有以教之,可谓失之毫厘,差以千里矣。”“外感未清,以及湿热痰饮诸证皆不能进甘膩,误得甘草便成满闷,甚且入咽即呕,惟其浊膩太甚故耳。或谓仲景之麻桂诸方以及冲和汤,无一不用甘草,即无一非外感之主方,则又何说?且《素问》明言辛甘发散为阳,是甘能散邪尤为经训,而近人之辑本草者,又有甘草能散表寒之说,抑知甘草之散表寒,乃属气虚之畏寒,故得补中而凛寒自解,非治外感之寒邪。”(《本草正义》)。

(3)论甘草能协调诸药:邹澍:“《伤寒论》、《金匱要略》两书中,凡为方二百五十,用甘草者,百二十方。非甘草之主病多,乃诸方必合甘草,始能曲当病情也。凡药之散者,外而不内(如麻黄、桂枝、青龙、柴胡、葛根等汤);攻者,下而不上,(如调胃承气、桃仁承气、大黄甘草等汤);温者,燥而不濡,(四逆、吴萸等汤);

清者，冽而不和（白虎、竹叶石膏等汤）；杂者，众而不群（诸泻心汤、乌梅丸等）；毒者，暴而无制（乌梅汤、大黄廑虫丸等），若无甘草调剂其间，遂其往而不返，以为行险侥幸之计，不异于破釜沉舟，可胜而不可不胜，诎诚决胜之道耶？”（《本经疏证》）。

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

（5）论中满并非忌甘草：①李中梓：“甘草，甘平之品，独入脾胃，稼穡作甘，土之正味，故甘草为中宫补剂。《别录》云，下气除满，甄权云，除腹胀满，盖脾得补则善于健运也。若脾土太过者，误服则转加胀满，故曰脾病人毋多食甘，甘能满中，此为土实者言也。世俗不辨虚实，每见胀满，便禁甘草，何不思之甚耶？”（《本草通玄》）；②陈士铎：“中满忌甘，非忌甘草，用甘草性缓，缓则入于胃，而不即入于脾，胃气既虚，得甘草之补，不能遽然承受，转若添其胀满者，亦一时之胀，而非经久之胀也。故中满之症又宜用甘草。”（《本草新编》）。

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

（7）论甘草之副作用及用量之多寡：陈士铎：“夫甘草国老也，其味甘，甘宜于脾胃，然脾胃过受其甘，则宽缓之性生，水谷入之，必不迅予传导，而或至于停积瘀滞，夫水谷宜速化者也，宜速化而不速化，则传于各脏腑，未免少失其精华，而各脏腑因之而不受其益者声之，世人皆谓甘草有益而无损，谁知其益多，而损亦有之乎，知其益而防其损可矣。”“甘草泻火，用之于急症者，可以多用，用之于缓症者，难以重加，盖缓症多是虚症，虚则胃气必弱，而甘草性过于甘，多用难以分消未免有饱胀之虞，不若少用之，则甘温自能退大热

耳，若阴虚之症，正胃弱也，如何可多用乎？”（《本草新编》）。

（8）论甘草虽与藻、戟、遂、芫相反，但非绝对禁忌：李时珍：“甘草与藻、戟、遂、芫四物相反，而胡治居士治痰癖，以十枣汤加甘草、大黄，乃是痰在膈上，欲令通泄，以拔去病根也。东垣李杲治项下结核，消肿溃坚汤加海藻。丹溪朱震亨治癆瘵，莲心饮用芫花。二方俱有甘草，皆本胡居士之意也。故陶弘景言古方亦有相恶、相反者，乃不为害。非妙达精微者；不知此理。”（《本草纲目》）。

二、麻黄汤的功效与主治

【功效】发汗解表，宣肺定喘。

【主治】外感风寒表实证。症风恶寒发热，头痛，身痛腰痛，骨节疼痛，无汗而喘，舌苔薄白，脉浮紧或浮数。或用于风、寒、湿成痹，肺经壅塞，昏乱不语，冷风哮喘等症。现代常用于感冒，流行性感，以及急性支气管炎、支气管哮喘等属风寒表实证者。

本方证为外感风寒所致。风寒束表，营卫首当其冲，寒性收引凝敛，致卫阳被遏，营阴郁滞，腠理闭塞，经脉不通，故恶寒，发热，无汗，头身疼痛；肺主气，外合皮毛，毛窍闭塞，肺气不能宣通，则上逆而为咳喘。治当发汗宣肺，以解在表之寒邪，开泄闭郁之肺气。麻黄味苦性温，入肺与膀胱经，善开腠理，具有发汗解表，宣肺平喘，利尿消肿之功，故本方用以为君药。由于本证属卫郁营滞，故单用麻黄发汗，只能解卫气之闭郁，所以又用透营达卫的桂枝为臣药，解肌发表，温经散寒，既可助麻黄发汗解表之力，又能使邪气去而营卫和。杏仁降利肺气，与麻黄相伍，一宣一降，以复肺气之宣降，增强宣肺平喘之功，为佐药。炙甘草既能调和宣降之麻杏，又能缓和麻桂相合峻烈之性，使汗出不致过猛而伤耗正气，是使药而兼佐药之用。四药合用，表寒得散，肺气宣通，经脉之气畅行，则诸症自平。

本方是治疗外感风寒表实证的基础方。临床应用以恶寒发热，无汗而喘，脉浮紧为辨证要点。本方配伍特点有二：一为麻、桂相须而用，发卫气之闭以开腠理，透营分之郁以畅营阴，则发汗解表之功益彰；二为麻、杏相使，宣降相因，则宣肺平喘之效甚著。

第三节 麻黄汤的临床应用

麻黄汤是辛温发汗的峻剂。具有发汗解表、止咳平喘、通利小便的作用。《肘后方》卷三用治卒乏气，气不复，报肩息，用本方捣为末，温服方寸匕，日三。《玉机微义》卷八用治肺脏发咳，咳而喘息有声，甚则唾血。《中医眼科六经法要》谓凡暴病太阳，白珠血丝作淡红，涕清如水，泪漏如泉，畏光甚，无眵，两眉头疼者，寒也，麻黄汤主之。初生儿时发热，鼻息不通，不能哺乳者，用此方即可自愈。《伤寒附翼》用此方治风哮与风寒湿三气成痹等症。近代运用本方治疗下列几方面疾病：①感冒、流感症见发热，恶寒，全身骨楚，无汗脉浮紧者。②呼吸系统疾病，如上呼吸道感染、肺炎、支气管炎、支气管哮喘、鼻炎、扁桃体炎等，证属表寒者。③泌尿系统疾病，如肾炎水肿及其他方面水肿，病证属阳水者。这是根据肺有通调水道，下属膀胱的功能，而麻黄汤有开宣肺气的功能，故用其加减治之，能收尿量增多，加速消肿之效。④皮肤病，如银屑病，荨麻疹等。因肺主皮毛，麻黄汤有开宣肺气走表的作用，故用之亦效。其他如急性风湿性关节炎等属伤寒表实者，均可选用。唯本方开表泄卫作用较强，故凡表虚、阴虚、阳虚、阴阳俱虚者，又当禁用。如在《伤寒论》中把“疮家”、“淋家”、“衄家”、“亡血家”、“汗家”等列为发汗禁例。

在《伤寒论》一书中，仲景为论治以感受风寒邪气为主的伤寒病而专设了六经辨证论治体系，麻黄汤是治疗太阳病中伤寒表实证之主方。本方以麻黄与桂枝相配为主，发汗散寒，专于发越被寒邪所郁闭之阳气。凡治伤寒病初起而属表实者，非此方莫属。但临证却常有人谓本方于临床上无有可用之时，且《伤寒论》的教材又多称本方为发汗之第一峻剂而人人畏之，以致该方被束之高阁而不得尽其临床治疗之用。若不能明了麻黄汤临床之用，则麻黄汤类方剂临床之用皆难明之。伤寒表实证，以寒邪伤人卫阳之气，而使阳气闭郁于表为主要病机特点。《伤寒论》说：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”临床所见，恶寒必先

于发热而出现，或恶寒数日而竟不发热，故曰“或已发热，或未发热”。

身体疼痛，包括头痛、身疼、腰痛、骨节疼痛等表现，患者往往于发热出现之前，但觉恶寒之时即会有明显而且往往是较为剧烈的“体痛”。诸证之中，切不可随便地将“腰痛”视为肾虚之变。

众所周知，太阳病初起，以汗出与无汗分表虚与表实。但必须要认识到，伤寒病初起之无汗，是寒邪郁闭卫阳而使之不得“司开合”的直接后果。仲景以“阳气重故也”一语点出伤寒表实证之病机关键。

以上是伤寒病初起麻黄汤证的临床特点。但临床上若欲使麻黄汤必有用武之地，还必须明确伤寒病与温热病的不同。伤寒邪气以伤阳为主，故初起时必不口渴；而温热邪气以伤阴为主，故初起时必见口渴。这是临床上外感热病初起时区分伤寒病与温热病的关键所在，仲景在《伤寒论》中“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病”一句早就论及，只是在临床上往往被人忽视，以致寒温之病不辨。若在外感热病初起即能明辨伤寒与温病，则伤寒病中麻黄汤证即不致再难辨了。

此外，临床上还有一种值得注意的现象是，有些医家只凭咽喉肿痛来定温病，而不论病者口渴与否。温病初起固然多见咽喉肿痛，但并不意味着伤寒病初起就不会出现咽喉肿痛。在《伤寒论》中，有半夏散及汤一方治疗寒邪客于少阴的咽喉疼痛即是明证。临床上常见伤寒表实证而又出现咽喉肿痛，治疗时在麻黄汤中加半夏一味，取麻黄汤合半夏汤之意，每获良效。

【验案精选】

1. 太阳伤寒表实证验案

(1) 娄水张尔和，伤寒第二日，头疼发热，正在太阳，余曰方今正月，天令犹寒，必服麻黄，两日愈亦。若服冲和汤，不惟不得汗，即使得汗，必致传经。遂以麻黄汤热饮之，更以滚水入浴桶置床下熏洗，得汗如雨，密覆半日，易被，神已爽矣，至晚索粥，家人不与，余曰邪已解也，必不传里，食粥何妨。至明日果愈。不以麻黄汗之，传变深重，非半月不安也。^[1]

(2) 刘某, 男, 2 岁。患儿发热, 体温 39°C , 其母先求治于某大医院中医儿科, 持方归来, 请余观之, 所用皆辛凉发表之物。吾见患儿面色发青, 舌质淡嫩苔白, 指纹色深, 口不渴而身无汗, 以为当作伤寒治而不宜服此辛凉之药。其母曰: 医生查得患儿咽喉红肿, 自当服辛凉剂。服药 2 剂, 不但身热不退, 且患儿之精神疲惫已极。再请余诊治, 所幸其脉证尚未变化, 仍当以麻黄汤主之: 炙麻黄 4g, 桂枝 3g, 杏仁 6g, 半夏 6g, 炙甘草 2g。1 剂汗出而愈, 方信吾言之不谬。^[2]

(3) 范左, 伤寒六七日, 形寒发热, 无汗而喘, 头项腰脊强疼, 两脉浮紧, 为不传也, 麻黄汤主之。麻黄一钱, 桂枝一钱, 炙甘草八分, 杏仁三钱。^[3]

2. 瘾疹 (荨麻疹) 陈某某, 曲阜县人, 单身独居。1973 年春节前, 清晨冒寒到邻村换面粉。突感身痒, 前后身及两上肢遍起瘾疹, 高出皮肤, 颜色不红, 时抓时起, 经西医用氯苯那敏及注射钙剂治疗, 均无效。四、五日后来找中医治疗。余处用浮萍方, 无效后根据患者脉迟, 肢冷, 并有明显感寒外因, 遂改用麻黄汤原方。共服两剂, 块消痒止, 后未再发。^[4]

第四节 麻黄汤的衍生方

方剂中以麻黄汤为主方, 以麻黄为主药, 具有发汗解表, 散水祛湿, 宣畅肺气, 止咳平喘等作用, 可以解除表证, 并治疗与肺气郁闭有关的肿、咳、痰、喘诸症的方剂, 统称为麻黄汤的衍生方, 属于八法中的“汗法”。

由于外感邪气有六淫之别, 人体有虚实之异, 故运用麻黄汤的衍生方应当因人因病而异。本类方剂可以分为三大类: 一是针对风寒, 寒湿, 风湿, 风水等, 其共同病位在肌表, 故以麻黄汤, 麻黄加术汤, 麻杏薏甘汤, 越婢汤, 三拗汤等分别治之。二是针对表里同病而设, 即患表证又兼内热, 痰饮, 里水等病邪, 此类方证多繁杂。三是针对虚人外感, 如治疗阳虚外感的麻黄细辛附子汤, 脉络空虚邪气中之续命汤等。

一、麻黄加术汤（《金匮要略》）

即麻黄汤原方加白术四两。上五味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药煮取二升半，去滓，温服八合，覆被取微似汗。本方发汗解表散寒祛湿。主治风寒湿痹。症见恶寒，发热，身体烦疼，无汗等。本方功能发汗解表，散寒祛湿。方中用麻黄汤发汗解表，加白术治风寒湿痹（《本经》），麻黄得白术，虽发汗而不致过汗；白术得麻黄，能行表里之湿。本方证是以寒湿在表，经脉闭阻不通为主要病机的病症。临床应用时可辨证治疗流行性感冒，上呼吸道感染，急性肾炎，风湿病，皮肤病等。

麻黄加术汤是仲景为治疗湿家身烦疼而设的发汗之方，既有发越阳气之功，又有散寒除湿之能。寒湿在表，阳气被郁，须发汗以散之，否则阳气不能外达则内郁而为热。或以为本方用白术是为了监制麻、桂发汗之力，这种认识不符合仲景原意。麻黄得桂枝之助，其发汗之力，即使在大青龙汤中用石膏亦无以制之。白术苦温之性，又怎能达到这种监制的作用？在麻黄汤中加白术，其意在于借麻、桂发汗之力以行散在表之湿，否则寒去而湿存，其病反而深入。仲景之时，并无白术、苍术之分，故仲景治疗内湿、外湿俱用白术。其治内湿之方，有苓桂术甘汤、桂枝去桂加茯苓白术汤、五苓散、真武汤等；其治外湿之方，除本方之外，还有甘草附子汤、桂枝附子去桂加白术汤及防己黄芪汤等。苍术与白术，前者祛风而胜湿，后者健脾而胜湿。二者俱为治湿之药，一散一补，自有差别。所以现在临床用麻黄加术汤治疗寒湿在表之病变时，亦可取苍术代白术，以加强散湿之功。

【验案精选】

1. 头痛（寒湿外感证） 张某，男，38岁。1991年4月29日初诊。患者平时每日骑自行车上下班。3日前，因赶时间而骑车过猛，后项汗出，以致寒气袭于项部，随后发生两侧风池穴处攻窜性剧烈疼痛，尤其以左侧为甚，以致夜不安寐。始虽因汗出而受寒，待寒邪侵入后，汗为寒闭而成湿，以致寒湿闭阻经脉，身无汗而恶寒。舌苔白滑而腻，脉弦滑有力。炙麻黄10g，桂枝6g，杏仁5g，苍术10g，炙甘草3g。每服药皆得微汗出，1剂痛减，2剂痛止。^[5]

2. 痹症 于某，男，56岁，1995年5月26日初诊。因半年前到鱼塘捕鱼受寒，翌日即发热，周身疼痛困乏，鼻塞流涕，自服抗病毒冲剂，1周后感冒症状消失，但出现右大腿外上侧皮肤灼痛，日渐明显，继则麻木，并有蚁行感。4个月后病情未减，在某医院诊断为股外侧皮神经炎，予神经营养药等内服2个月无效，乃转诊中医。现症：自觉右大腿外侧麻木不仁，畏寒纳食不馨，舌淡、苔白厚腻、脉迟。此乃寒湿内困外郁，经脉痹阻不畅之候。予麻黄加术汤加味：麻黄10g，桂枝10g，杏仁10g，白术12g，薏苡仁15g，当归10g，炙甘草5g。5剂尽，腻苔渐化，食欲转佳，畏寒已消，惟肢麻减而不著，原方加红花继服15剂痊愈。^[6]

二、麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）

药物组成：麻黄四两（去节），杏仁五十个（去皮尖），甘草二两（炙），石膏半斤（碎，棉裹）。上四味，以水七升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取二升，去滓，温服一升。功用：辛凉宣肺，清热平喘。主治发热，汗出，口渴，气喘，咳嗽，痰黏，或恶风，头痛，鼻塞，舌尖红，苔薄白而干，或薄黄，脉浮数或滑数。方中麻黄性味辛微苦而温，为肺经专药，能开皮毛，宣肺气；石膏辛甘大寒，清中兼透，甘寒生津。石膏用量倍于麻黄，二者寒温相伍，目的在于宣泄肺热。使宣肺而不助热，清肺而不碍邪，属“火郁发之”。杏仁降气，平喘，止咳，与麻黄相配则宣降相因；与石膏相伍则清肃协同。炙甘草益气和中，与石膏相合可生津止渴，更能调和于寒温宣降之间。四味药相合，清、宣、降三法俱备。本方证是以风热袭肺或风寒郁而化热，壅遏于肺，肺失清肃为主要病机的病症。临床上可广泛应用于呼吸、循环、泌尿、神经、精神、传染及五官科疾病，其中以肺炎、支气管炎、感冒、麻疹等病最常用。

麻杏石甘汤是治疗热邪壅肺所致“汗出而喘”的良方。《伤寒论》原文第63条和第162条中均提出“无大热者”，历来对此说法不一。或认为一方面表邪已经入里而无表热，但另一方面邪气尚未入阳明，所以不表现为大热。或认为热邪壅迫在肺，当见有大热。其实这是热邪壅肺出现在不同病证中的不同表现方式。当麻杏石甘汤证出

现在伤寒病中时，是从伤寒表实证经过发汗或攻下后转化而来的。当经过发汗或攻下后，邪气已去表而入里，其发热之势较之邪气在表之时会相对地轻一些。这种“无大热”是相对的，而不是绝对的。在这样的情况下，是否意味着邪气已经减弱？仲景根据“汗出而喘”作出热邪入里而壅迫于肺的判断，明确地指出，即使“无大热”，也必须要用麻杏石甘汤以清热宣肺。而当麻杏石甘汤证出现在温热病中时，由于温热邪气伤人，首先犯肺，最易导致热邪壅滞肺气，不但会有“汗出而喘”，而且也会出现真正的大热。若在内伤杂病中出现肺热喘咳，则可能根本就不会出现发热。所以，辨证必须要在辨病的基础上进行。大青龙汤中用石膏，借麻、桂发散之力以发越被寒邪郁闭的阳气，其势走外。而麻杏石甘汤在麻黄、杏仁宣肺利气的同时，重用石膏，借麻、杏入肺以清肺热，其势入内。这是麻黄与石膏相配在这两个方剂中的不同特点。临床上如遇热邪壅肺之证，或无大热，或有大热，或无发热，皆可用之清热宣肺。

【验案精选】

1. 喘证（肺热证） 张某，男，18岁，学生，患喘证颇剧，已有五、六日之久，询其病因为与同学游北海公园失足落水，经救上岸一身衣服尽湿，乃晒挂于一树上，时值金秋，秋风送冷，因而感寒。请医诊治，曾用发汗之药，外感虽解，而变为喘息，撷肚耸肩，病情为剧。其父求诊于中医，疏方生石膏，杏仁，鲜枇杷叶，甜葶苈子等清肺利气平喘药不效。经人介绍，转请刘老诊治。切其脉滑数，舌苔薄黄。刘老曰：肺热作喘，用生石膏清热凉肺，本为正治之法，然不用麻黄之治喘以解肺气之急，则石膏弗所能止。乃于原方加麻黄4g，服1剂喘减，又服1剂喘愈。^[7]

2. 肺炎喘嗽 严某，女，3岁，1965年6月13日入院。昨起咳嗽，咳痰不畅，伴有气急，鼻翼煽动，今天发热汗出而热不解，咳嗽气急加剧，纳谷不佳，呕吐痰涎一次。检查：体温38.1℃，脉搏158次/分，呼吸60次/分，神志清，气促，鼻翼煽动，口唇青紫，鼻流清涕，咽部无充血，扁桃体肿大，胸骨前凸形成鸡胸状，两肺可闻及湿啰音，左肺呼吸音较低。诊断：小叶性肺炎。现症：发热呛咳，气急，胃纳差，舌苔薄白，脉浮滑数。诊为风热犯肺，肺失肃，治宜

疏解清肺，化痰定喘。炙麻黄 6g，杏仁 9g，生石膏 30g（打碎先煎），甘草 3g，炙苏子 9g，葶苈子 9g，姜半夏 9g，贝母 9g，远志 3g。6 月 14 日二诊：药后汗出颇多，发热已退，咳痰较稀，气息稍平，鼻煽不明显，舌苔薄白，脉滑数。两肺闻及散在性干湿啰音，再予上方继服一剂。6 月 15 日三诊：咳痰稀少，气急已平，胃纳渐增，舌苔薄腻，脉濡滑。肺得清肃而痰浊未化，再予以化痰宣肺治之，原方去远志，减麻黄 1.5g，加陈皮 3g，紫菀 4.5g。上方连服 3 剂后诸症消失，两肺听诊呼吸音粗，于 6 月 17 日出院。^[8]

三、麻黄杏仁薏苡甘草汤（《伤寒论》）

药物组成：麻黄（去节）半两（汤泡），甘草一两（炙），薏苡仁半两，杏仁十个（去皮尖，炒）。上锉麻豆大，每服四钱匕，水盏半，煮八分，去滓，温服，有微汗，避风。本方发汗解表，祛风除湿。主治风湿一身尽疼，发热，日晡所剧者。本方轻清宣化，解表祛湿。方中麻黄、甘草微发其汗，杏仁、薏苡仁利气祛湿。全方使在表之风湿得微汗而解。本方证是以风湿在表而化热为主要病机的病症。临床应用时可辨证治疗急性风湿热，风湿性关节炎和类风湿性关节炎以及荨麻疹，急性肾炎，扁平疣等病。

麻杏薏甘汤，其药物组成即麻黄汤去桂枝而加薏苡仁，临床治疗风湿初起而邪气在表者。其证以一身尽疼为主要特点，每以肌肉酸痛，困重无力为主而多不涉及关节。其人或发热，或不发热，每每随卫阳被郁之状态而异。但身无汗而口不渴，或微恶寒。若见发热，则如仲景所说：“发热，口哺所剧者”。

治疗风湿在表，仲景提出“法当汗出而解”。但其发汗之法，最宜讲究。若发其汗而汗大出，但风气去而湿气在，病仍不愈。所以不用桂枝与麻黄相配，是不欲其发散太过。《神农本草经》中谓薏苡仁主治“风湿痹”，用之与麻黄相配，意在外散风湿而不至于太过，即如仲景所说：“若治风湿者，发其汗，但微微似欲出汗者，风湿俱去也。”

【验案精选】

1. 风湿证 黄某，男，14 岁。南宁市民船户。1952 年 10 月间，

颈项肿大，上及腮颊，状类虾蟆瘟，一身尽疼，微寒发热，日晡尤甚。脉浮软稍带数象，舌苔白薄粗腐，大便黄软，小便微黄。此乃风湿，非虾蟆瘟，前医以银翘散加减治疗无效。患者系船户，病前日中行船，帮同行者拉缆，汗出当风，日晡停船即于河中洗浴，《金匱要略》所谓“伤于汗出当风，或久伤取冷所致也。”一身尽疼，发热，日晡所甚，则与风湿证候相符合，颈项肿大是其副症也，故以麻杏薏甘汤加苍术。处方：麻黄 4.5g，北杏仁 4.5g（炒杵），薏苡仁 12g，甘草 3g，苍术 9g。治其风湿为主。服药 5 剂，主症尽解，付症亦随之而愈。^[9]

2. 荨麻疹 张某，男，28 岁，工人。1990 年 6 月 12 日诊。患者 1 周前汗出淋雨，遂周身出现风团，痒甚，午后加剧。前医予抗组织胺药治疗乏效。诊见周身红色风团，瘙痒难忍。察舌质淡红，苔黄腻，脉濡数，皮肤划痕征阳性，诊为荨麻疹。证属汗出当风，风湿为患。治宜清宣利湿，祛风止痒。方用麻杏薏甘汤加减：麻黄 15g，杏仁 10g，薏苡仁 15g，甘草 15g，当归 10g，地肤子 15g。3 剂，水煎服，日 1 剂。药后风团明显减少，瘙痒减轻。守方继进 3 剂而获全功。^[10]

四、麻黄细辛附子汤（《伤寒论》）

药物组成：麻黄二两（去节），细辛二两，附子一枚（炮，去皮，破八片）。上三味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。本方温经扶阳，发汗散邪。方中以麻黄解表邪，附子温肾阳，细辛气味辛温雄烈，佐附子以温经，佐麻黄以解表。三味和用，于温阳中促进解表，于解表中不伤阳气，为表里兼治之剂。临床应用于阳虚外感，以及水肿病，缓慢性心律失常，冠心病心绞痛，肺心病，慢性支气管炎，过敏性鼻炎，周围性神经病变，三叉神经痛，风湿病，无汗症，荨麻疹等以阳虚为主者。

【验案精选】

1. 太少两感证验案一 蒋尚宾妻，年 62 岁，住宁海东路蒋家。严冬之时，肾阳衰弱，不能御寒，致寒深入骨髓。证候：头痛腰疼，

身发热，恶寒甚剧，虽厚衣重被，其寒不减，舌苔黑润。诊断：六脉沉细而紧，此古人名肾伤寒。伤寒论所谓“热在皮肤，寒在骨髓”也。治宜麻黄附子细辛汤，以温下散寒。处方：生麻黄一钱，淡附片一钱，北细辛七分。服药一剂汗出至足，诸症即愈。少阴伤寒，始得病即脉沉发热，略一蹉跎，势必至吐利厥逆，故乘其外有发热，一用麻黄治其外，一用附子治其内，然必佐细辛，从阴精中提出寒邪，使寒在骨髓者直从外解，有是病竟用是药，非精研《伤寒论》者不办。予屡治如前之脉症，非用此方不能疗。^[11]

2. 太少两感证验案二 宿某，男，86岁。1980年6月17日就诊。病已7、8日，头疼身痛，但寒无热，流涕喷嚏，微咳不渴，纳谷不香，大便秘，小便清，曾服解热止痛片，汗虽出而症不减，查见舌质淡，脉沉细，体温39℃，诊为少阴表证。药用麻黄6g，制附子6g，细辛3g。水煎服，1剂诸症悉平。^[12]

3. 眩晕（低血压病） 苗某，男，45岁。患低血压一年余，原因不明，每因劳累及外感后自觉头晕，四肢乏力，纳差神疲，血压11.97/7.98kPa。舌质淡，苔薄白，双脉沉缓无力。证属少阴阳虚。投以炙麻黄10g，制附子12g，细辛3g，煎服3剂后，头晕消失。继服7剂，血压升至16.63/10.64kPa，随访半年未复发。^[13]

五、麻黄附子甘草汤及麻黄附子汤

均为仲景方，方中药物组成相同，只是前者麻黄用二两，后者方中用麻黄三两，煎煮法亦大致相同。以水七升，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。二方功用均为温经助阳，发汗解表。主治太少两感病，症见发热，恶寒，无汗，脉沉，及水气病脉沉等。二方由麻黄细辛附子汤加減而成。方中麻黄解表发汗，附子温经助阳；因病势较缓，故去细辛之辛散，加炙甘草甘缓和中。本方能温经解表，但作用较麻黄细辛附子汤缓和。临床应用基本与麻黄细辛附子汤相同。

【验案精选】

恶寒 刘某，女，29岁，忻县预制厂化验员。阑尾手术后，身体恢复较差，精神一直不佳，胃纳不振，经常泄泻。近又感受风寒十

余日，虽未至卧床，然神疲无力，恶寒，咳嗽始终未止。服抗病毒、抗菌、解热镇痛药均不见好，遂改服中药。诊见：恶寒无汗，鼻塞咳嗽，痰涎清稀不爽，为太阳风寒袭表之症，然脉不浮反沉细，身不热，手足凉，口虽干而不欲饮，皆一派阳虚症状。由是观之，乃太阳少阴两感证，当温阳解表以治，拟仲圣麻黄附子甘草汤加味：麻黄6g，附子6g，甘草6g，杏仁10g，一剂。二诊：药后周身汗出，诸症消失，改拟归脾丸善后。

按：麻黄附子细辛汤、麻黄附子甘草汤，皆为治疗太阳、少阴两感证之方。不同者，后者适用于脉症较虚或发病较久者。尤怡谓：“寒邪不可不发，而阴病又不可过发。”方中甘草易细辛，其发散作用减轻，而且不会伤及正气。^[15]

六、大青龙汤（《伤寒论》）

药物组成：麻黄六两（去节），桂枝二两（去皮），甘草二两（炙），杏仁四十枚（去皮尖），生姜三两（切），大枣十枚（擘），石膏如鸡子大（碎）。上七味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升。取微似汗，汗出多者，温粉扑之。一服汗者，停后服。若复服，汗多亡阳，遂虚，恶风，烦躁，不得眠也。功用：发汗解表，清热除烦。主治：太阳中风，脉浮紧，发热，无汗，身疼痛，不汗出而烦躁者，或伤寒脉浮缓，身不疼，但重，乍有轻时，无少阴证者，或病溢饮，当汗出而无汗，身体重疼等。本方由麻黄汤倍麻黄、甘草，加石膏、生姜、大枣而成。方中重用麻黄加强发汗解表的作用，以解除风寒郁闭之邪；加石膏是取其清而宣透之功，以清内热，除烦躁；本方证“烦躁”虽为热象，但与“不汗出”有密切关系。通过麻黄配桂枝等以发汗为主，加石膏清热除烦为佐，使汗能透出，郁热亦清。加生姜、大枣和中气，调营卫，协助发汗解表。本方证是以表寒外束，郁热不宜为主要病机的病证。临证常应用于感冒，流行性感胃，肺炎，麻疹，急性肾炎，支气管哮喘，流行性脑脊髓膜炎，汗腺闭塞症等疾病。

大青龙汤的临床应用主要有三个方面。其一是伤寒表实证而阳气郁闭极甚，有化热之趋势；其二是风寒邪气所引发的风水证；其三是

内伤水气所致的溢饮证。

大青龙汤所治的伤寒表实证，比麻黄汤所治之伤寒表实证更重。寒邪甚则阳气郁闭亦重，其病机形成仍与“阳气重故也”密切相关。阳气郁闭之极则有化热的趋势，所以其证候不但“脉浮紧，发热，恶寒，身疼痛”，而且“不汗出而烦躁”。正因为寒邪太重，若不重用麻黄，则其发汗之力不足，所以在麻黄汤的基础上倍用麻黄，务使汗出而解。唯其务求汗出，又恐汗出太过而伤人正气，所以方中又配伍生姜、大枣，调中焦，和脾胃，以滋营卫气血之化源。方中用“石膏如鸡子大”，质重而专达肌表，意在足以使郁闭之阳气外达，却不足以牵制麻、桂发散之力。本证之病机特点是寒邪在外而阳郁太甚，虽有化热之趋势但尚未化热，故临床所见舌虽红但苔仍白，口不渴。若已化热而口渴，则非本方所治。

《伤寒论》原文第39条所论“伤寒脉浮缓，身不疼但重，乍有轻时，无少阴证者，大青龙汤发之”，历来多有谓之感邪轻故脉浮缓，身不疼但重，岂不知感邪轻者，用麻黄汤发散即可。与麻黄汤相比，大青龙汤实乃伤寒发汗之重剂。大青龙汤治疗表实重证，仲景恐其发汗太过而有“温粉”止汗之法。若一服汗出，须停后服。否则，必“汗多亡阳遂虚”。所以“若脉微弱，汗出恶风者，不可服之。服之则厥逆……此为逆也”一句，仲景不在麻黄汤条下提出，而在大青龙汤条下指出，其意原本在于告诫世人大青龙汤发汗之力远胜麻黄汤。明确了这一点，就能明白大青龙汤绝不可以用来治疗伤寒表实证之感邪轻者。

《金匱要略·水气病篇》说：“太阳病，脉浮而紧，法当骨节疼痛，反不疼，身体反重而酸，其人不渴，汗出则愈，此为风水。”由此可知，第38条所论实属风水之类。“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”已经指出了风水当以发汗之法治疗。发汗以治风水，其轻者，因于卫气闭郁而不能通达玄府，以致“恶风，一身悉肿，脉浮不渴”，治以越婢汤散邪气以开闭。若邪气甚而卫气闭郁严重者则当用发汗重剂大青龙汤来治疗。

大青龙汤的发汗作用，还可以治疗内伤湿邪所致的溢饮证。《金匱要略·痰饮病篇》说“饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，



身体疼重，谓之溢饮。”是指内伤之水邪泛溢于四肢而使卫气闭郁。卫气不能正常开合，所以“当汗出而不汗出”。用大青龙汤发汗以使腠理发泄，则外溢之水气可随汗出而散，且卫气亦能复其司开合之功。所以，仲景指出：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之。”

【验案精选】

1. 感冒 1957年7月毛泽东主席在青岛开会期间，感冒，发热，咳嗽，经多方治疗不见好转，经当时山东省委书记舒同推荐名医刘惠民赴诊，诊后仅服大青龙汤加减两剂，主席即热退病除，保证了毛主席按期参加会议，深得毛主席的赞许，说：“我30多年没吃中药了，这次感冒总是不好，刘大夫的两剂中药解决了问题。中医中药好，刘大夫的医术也好啊”。从此刘大夫被指定为毛主席的中医保健医生。同时他善治外感之声传遍华夏大地，在广大人民群众及当时老一辈国家领导人中有很高的声誉。^[16]

2. 风水（表实证） 某女，32岁，北京人。患手肿臂疼之证，经久不愈，颇以为苦。来诊时抬手诊脉觉吃力，经各种治疗，皆无效。脉浮弦劲，舌质红而苔水滑，二便饮食均可，经水亦调。问其病因，白天冷洗衣，水凉而手寒，洗几次后，便觉臂痛手肿，酸楚不支……。处方：大青龙汤原方。服一剂即汗出而安。^[17]

七、小青龙汤（《伤寒论》）

药物组成：麻黄三两（去节），芍药三两，干姜三两，五味子半升，甘草（炙）三两，桂枝三两（去皮），半夏半升（洗），细辛三两。上八味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升。功用：解表散寒，温肺化饮。主治：伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者；或溢饮肢体浮肿，苔白滑，脉浮滑或浮紧。本方用麻黄、桂枝，发汗解表，兼能宣肺平喘；芍药配桂枝调和营卫；干姜、细辛内以温化水饮，外以发散风寒；半夏燥湿化痰，化饮降逆；五味子敛肺止咳，并防温燥药耗伤气阴；炙甘草调和药性。诸药相配，共成散寒化饮，平喘止咳之剂。《伤寒论》用于治疗伤寒而心下有水气之证。《金匱要略》用于治疗支饮、溢饮及妇人吐涎沫等病

证。本方证是以风寒束表，水饮内停为主要病机的病证。临床用本方辨证治疗急性气管—支气管炎，慢性支气管炎，喘息性支气管炎，支气管哮喘，百日咳，肺炎，肺气肿，肺心病等呼吸系统疾病，也用于治疗肾炎，结膜炎，过敏性鼻炎等疾病。

小青龙汤方中虽有麻黄、桂枝和炙甘草这三味麻黄汤方中的主要药物，但其治疗作用却与麻黄汤相去甚远。本方专于温化水饮而非发汗散寒，故仲景于方后注中没有“得微汗出愈”的要求。《金匱要略·痰饮病篇》说：“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”同时又指出：“咳逆倚息，不得卧，小青龙汤主之。”可见小青龙汤是治疗支饮所致喘咳的主要方剂。其病位虽然在肺，其病根实源于心下（胃中）之水气，仲景亦称之为“心下有水气”。心下之水气引起肺气不利的过程被称为“水寒射肺”或“水气凌肺”，《内经》中对其机制早有明确的阐述。如《素问·咳论》说：“其寒饮食入胃，从肺脉上至于肺，则肺寒。肺寒则外内合邪，因而客之，则为肺咳。”

小青龙汤所治之“支饮”或“心下有水气”所致的咳喘，其临床特点是咳喘严重，以致倚息短气而不得卧。临床遇此证，非小青龙汤莫治。在小青龙汤原方中，细辛的用量与麻黄、桂枝、干姜、芍药等相同，均为“三两”，而在临床运用中，不少医家在没有弄清“细辛不过钱”这一古训的原始意义时，却同于此说，在临床当用之时不敢用之，细辛用量超过3g便谓之过量。李时珍《本草纲目》在“细辛”条下引述北宋陈承《重广补注神农本草经并图经》中说：“细辛非华阴者不得为真。若单用末，不可过一钱。多则气闷塞，不通者死。虽死无伤。近年开平狱中尝治此，不可不记。非本有毒，但不识多寡耳。”因此，“细辛不过钱”的古训，应该有两个前提条件：一是“单用”，而不是在复方中使用；二是用“末”，而不是在汤剂中使用。所以，在病、证、方、药相符的情况下，如果同于“不过钱”之说，反而会影响应有的疗效。尽管如此，由于细辛之辛散力强，加之与麻黄、桂枝、干姜、半夏诸药为一体，即使在汤剂中复方运用，也不能长期应用，否则会有耗阴伤血之虞。为此，仲景特创制了苓桂术甘汤、苓甘五味姜辛汤等方以应变服用小青龙汤取效后的进一步治疗，为临床上运用苓桂剂治疗水气所致喘咳之缓者提供了

范例。

此外,运用小青龙汤治疗“支饮”或“心下有水气”所致的咳嗽,还需要认识其他几种变异的情况。其一,即用以治疗《伤寒论》中的“伤寒表不解,心下有水气”,这是外寒引发了内饮。因小青龙汤方中有麻黄、桂枝之配伍,可以在温化水饮的同时达到发散外寒的作用,所以用其为主病之方。其二,若在“支饮”或“心下有水气”的同时又出现了以身体疼重为特点的溢饮证候,亦可以用小青龙汤治疗,通过其外散内消的作用而达到两治的目的,所以《金匱要略·痰饮病篇》又说:“病溢饮者,当发其汗,……小青龙汤主之。”其三,外邪郁闭阳气而又引发心下之水气上凌于肺,以致在水气喘咳的基础上出现烦躁,则当于小青龙汤中加石膏以治其水中之郁阳,即《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病篇》中所说的:“肺胀,咳而上气,烦躁而喘,脉浮者,心下有水,小青龙加石膏汤主之。”

【验案精选】

1. 咳嗽(慢性支气管炎) 柴某某,男,53岁。1994年12月3日就诊。患咳嗽十余年,冬重夏轻,经过许多大医院均诊为“慢性支气管炎”,或“慢支并发肺气肿”。迭用中西药治疗而效果不显。就诊时,患者气喘憋闷,耸肩提肚,咳吐稀白之痰,每到夜晚则加重,不能平卧,晨起则吐痰盈杯碗。背部恶寒,视其面色黧黑,舌苔水滑,切其脉弦,寸有滑象。断为寒饮内伏,上射于肺之证,为疏小青龙汤,内温肺胃,以散水寒。麻黄9g,桂枝10g,干姜9g,细辛6g,半夏14g,白芍9g,五味子9g,炙甘草10g。服7剂咳嗽大减,吐痰减少,夜能卧寐,胸中觉畅,后以《金匱要略》之桂苓五味甘草汤加杏仁、半夏、干姜正邪兼顾之法治疗而愈。^[18]

2. 咳嗽 张志明,初诊,暑天多水浴,因而致咳,诸药乏效,遇寒则增剧,此为心下有水气,小青龙汤主之。净麻黄钱半,川桂枝钱半,大白芍二钱,生甘草一钱,北细辛钱半,五味子钱半,干姜钱半,姜半夏三钱。二诊,咳已痊愈,但觉微喘耳,宜三拗汤轻剂,夫药味以稀为贵。净麻黄六分,光杏仁三钱,甘草八分。^[14]

曹颖甫按:余屡用本方治咳,皆有奇效。顾必审其咳而属于水气者,然后用之,非以之尽治诸咳也。水气者何?言邪气之属于水

气者。

3. 百日咳 林某某，女，7岁。剧烈阵咳，数十声连续不绝，咳至面色青紫，腰背弯曲，涕泪俱下，须吐出黏痰方告平息。过一二小时，咳声复起，如此反复发作，一昼夜二三十次，绵延月余，累服地霉素等无效。脸有浮肿，食欲不振，严重时咳嗽则吐，舌白喉干，脉紧而滑。因拟小青龙汤与之。处方：麻黄 1.5g，桂枝 2.4g，细辛 1.5g，五味子 2.1g，半夏 3g，百部 3g。守方不变，共服七剂痊愈。按：痰饮内停之喘咳，其辨证眼目是咳至吐出黏痰方息，面有浮肿，舌白脉紧而滑等，故与小青龙汤温化之，投之神效。^[19]

八、小青龙加石膏汤（《金匮要略》）

药物组成：即小青龙汤原方加石膏二两。药九味以水一斗，先煎麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升。强人服一升，羸者减之，日三服。小儿服四合。功用：解表化饮，清热除烦。主治：肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮，心下有水气者。本方以小青龙汤外散风寒，内化水饮。加石膏清热除烦，与麻黄相协，可发越水气。本方证是以外感风寒，内有水饮，郁而化热为主要病机的病证。临床应用与小青龙汤基本相同。

【验案精选】

1. 小儿咳喘 冯某某，女，6岁。1961年3月14日会诊。腺病毒肺炎住院三周，发热，咳嗽气喘，发憋，面色青白，下利，舌淡苔灰黑，脉滑数，肺部啰音较多。属内饮兼感，治宜宣肺。处方：麻黄 1.5g，干姜 0.9g，细辛 0.9g，五味子（打）十枚，法半夏 3g，桂枝 1.5g，生石膏 6g，炙甘草 1.5g，杏仁十枚，白芍 1.5g，大枣二枚。以水 300ml 煎，分三次温服。3月16日复诊：身微热，面红润，喉间有痰，胃口好些，大便次数已减少。舌淡苔灰黑已减，脉滑微数。治宜调和脾胃，理肺化痰。处方：法半夏 3g，橘红 2.4g，炙甘草 1.5g，紫菀 2.4g，五味子（打）十枚，细辛 0.9g，苏子（炒）3g，前胡 1.5g，生姜二片，大枣二枚。3月17日三诊：热退，喘憋减，精神转佳，食纳好，脉缓，舌淡苔减。继服前方而愈。^[20]

2. 喘证（慢性支气管炎） 李某，女，38岁。患“喘息性支气

管炎”已10余年，近两年发作频繁，曾服中药以及有关成药无显效。现面唇呈青紫，喘息甚剧，胸中烦闷不适，舌苔白滑，舌质红，脉浮滑有力。窃思患者为素有痰饮之人，常为外邪引发，其治是在消炎止咳平喘，而忽视宣肺解表。今观此候，显属内饮兼外感，饮邪夹热之征。遂拟小青龙加石膏汤1剂，嘱服后以观进退。处方：桂枝10g，麻黄10g，白芍12g，甘草3g，干姜10g，五味子5g，细辛5g，半夏10g，石膏30g。三日后，患者谓服一剂后，无不良反应，遂连服两剂，喘咳大减，痰较前易咳出，胸中不烦闷。诊其舌苔渐退，脉滑而有力。于前方去麻黄，加鱼腥草，紫菀，杏仁。服两剂后，诸恙悉平。^[21]

九、射干麻黄汤（《金匱要略》）

药物组成：射干十三枚，麻黄四两，生姜四两，细辛三两，紫菀三两，款冬花三两，五味子半升，大枣七枚，半夏八枚。上九味，以水一斗二升，先煮麻黄两沸，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服。功用：散寒降逆，祛痰开结。主治：咳而上气，喉中水鸡声，伴胸闷，甚则不能平卧，苔白滑脉浮弦。《千金方衍义》谓本方所治“上气而作水鸡声，乃是痰碍其气，风寒入肺之一验，故于小青龙方中，除桂心之热、芍药之收、甘草之缓，而加射干、紫菀、款冬、大枣。专以麻黄、细辛发表，射干、五味下气，款冬、紫菀润燥，半夏、生姜开痰，四法萃于一方，分解其邪。大枣运行脾津以和药性也。”本方证是以寒邪郁肺，肺气不宣，痰阻气道为主要病机的病证。临床多用于治疗以支气管病变为主的寒性哮喘或咳喘。

【验案精选】

1. 小儿咳喘（腺病毒肺炎） 谢某某，男，8个月。因患感冒咳嗽二周，高热四天，经各种检查，确诊为：腺病毒肺炎。入院前两周咳嗽痰多，到第10天突然高热持续不退，伴呕吐挟痰奶等，食纳差，大便黄色黏稠，日1~2次，精神萎靡，时而烦躁，入院后即用中药桑菊饮、竹叶石膏汤等内服均未效。请蒲老会诊：体温38~40℃，无汗，呕吐，下利，每日平均十多次，呼吸不畅，喉间痰阻，喘促膈动，面色苍白，胸胀微满，脉虚，舌红无苔。此属表邪郁闭，

痰饮阻肺，正为邪遏之候。治宜辛温开闭，涤痰逐饮。方用射干麻黄汤加減：射干 2.1g，麻黄 1.5g，细辛 1.5g，五味子 30 粒，干姜 0.9g，紫菀 2.4g，法半夏 3g，大枣 4 枚。进 2 剂后体温降到正常，烦躁渐息，微咳不喘，喉间痰减，脉缓，舌质红，苔少。郁闭已开，肺气未复。宜益气化痰为治，方宗生脉散加味：沙参 6g，麦冬 3g，五味子 20 粒，紫菀 2.4g，法半夏 3g，枇杷叶 3g，生姜 3 片，大枣 2 枚。进 2 剂后咳止，一切正常，观察四天痊愈出院。^[22]

2. 喘证 冯某，自去年初冬始病咳逆，倚息，吐涎沫，自以为痰饮。今诊得两脉浮弦而大，舌苔腻，喘息时胸部兼作水鸡之声。证属肺气不得流畅，当无可疑。昔人以麻黄为定喘要药，今拟用射干麻黄汤。射干 12g，净麻黄 9g，款冬花 9g，紫菀 9g，北细辛 6g，制半夏 9g，五味子 6g，生姜 3 片，红枣 7 枚，生远志 12g，桔梗 12g。^[23]

十、厚朴麻黄汤（《金匱要略》）

药物组成：厚朴五两，麻黄四两，石膏如鸡子大，杏仁半升，半夏半升，干姜二两，细辛二两，小麦一升，五味子半升。上九味，以水一斗二升，先煮小麦熟，去滓，内诸药，煮取三升，温服一升，日三服。功用：宣肺散饮，止逆除烦。主治：咳嗽喘息痰多，胸满烦躁，咽喉不利，舌苔白滑腻，脉浮滑。本方为小青龙汤去桂、芍、草，加石膏、厚朴、杏仁、小麦而成。方中厚朴、麻黄、杏仁宣肺利气降逆；细辛、干姜、半夏化痰止咳；石膏清热除烦；小麦养正安中；五味子收敛肺气。本方证是以饮邪挟热上迫，病势倾向于表为主要病机的病证。临床应用本方可辨证治疗外感咳喘，气管炎，肺气肿等病症。

【验案精选】

哮喘 李某，男，13 岁。患支气管哮喘，发作时胸满烦躁，咳痰黄稠，呼吸不利，喉间有哮鸣音，口渴苔黄，脉象浮数。此饮郁化热，寒迫气道，宜宣肺利气，清热化痰。曾用定喘汤，咳痰转轻，哮喘仍发。后用厚朴麻黄汤：厚朴 10g，麻黄 3g，杏仁 10g，生石膏 10g，法半夏 10g，干姜 3g，细辛 1.5g，五味子 1.5g，小麦 10g，服三剂，喘咳均止。^[24]

十一、越婢汤（《金匱要略》）

药物组成：麻黄六两，石膏半斤，生姜三两，甘草二两，大枣十五枚。上五味，以水六升，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服。恶风者加附子一枚，炮。风水加术四两。功用：发越水气，兼清郁热。主治：风水恶风，一身悉肿，脉浮而滑，续自汗出，无大热者。本方以麻黄配生姜宣散水气；石膏清肺胃郁热；甘草、大枣补益中气。如果水湿过盛，可加白术健脾除湿，增强消肿之功；汗多易伤阳，恶风者可加附子温经复阳止汗。本方证是以风水夹热为主要病机的病证。临床应用本方可辨证治疗急性肾炎、流行性出血热等病症。

越婢汤是仲景为治疗风水而属表实者所立之方。风水表实的临床特点有三：一者邪气在表，其人恶风而脉浮；二者风水已成，其人面目肿胀，或身体肿胀沉重，或一身悉肿；三者阳气内郁而有化热之趋势，其人虽或汗出，但无大热而口不渴。越婢汤之立方是仲景治疗水气病“腰以上肿者，当发汗乃愈”这一法则的具体体现。从其药物组成来看，可以认为越婢汤是大青龙汤的变方，由大青龙汤去桂枝、杏仁，重用石膏而成。大青龙汤中之所以麻、桂并用，又用杏仁宣肺气以助发表，以其“不汗出而烦躁”，非发汗重剂不足以使郁闭之阳外越。而越婢汤中不用桂枝与杏仁，则是因为其证本身即有“续自汗出，无大热”之表现，所以不可使其发散太过。重用石膏，则是为了防止阳郁不渴之势变为阳热口渴。因此，与大青龙汤相比而言，越婢汤是发越阳郁之轻剂。

【验案精选】

1. 风水重证 陆某，年逾四旬。务农为业。1954年6月病风水，时当仲夏，犹穿棉袄，头面周身悉肿，目不能启，腹膨若瓮，肤色光亮，恶风发热无汗，口微渴，纳呆溺少，咳嗽痰多，气逆喘促，不能平卧。前医迭进加减五皮饮，并配合西药治疗，非为无效，且为恶化，乃邀余往诊。一望显属风水重证，因审《金匱》辨水肿之脉，谓风水脉浮，此症脉位肿甚，无从辨之脉浮脉沉，然据其表现则属风水。即仿越婢加味，方用：净麻黄18g，生石膏15g，粉甘草6g，飞

滑石 12g (分两次送服), 鲜生姜四片, 大枣 12 枚。嘱服后覆取汗。服后一小时周身解得透汗, 三更内衣, 小便亦多, 气机渐和, 寒热消失, 身肿胀腹肿遂消之七八, 病果顿挫, 患者喜出望外, 复诊寸口可行切诊, 脉濡滑, 舌淡白, 神色颇佳, 较之初诊疗若两人, 唯偶或咳嗽, 肿胀余波未清尔。为疏方五苓散加味。连进三付而愈。追访, 并未复发。^[25]

2. 风水 (急性肾小球肾炎) 史某, 男, 8 岁。1962 年 4 月 4 日初诊。一月前, 继感冒发热数日后, 全身出现浮肿。经某医院尿常规检查: 尿蛋白 (++++), 红细胞 (+), 颗粒管型 1% ~ 2% (高倍视野), 诊为急性肾小球肾炎, 服西药治疗半月余不效, 来我院就诊。症见: 头面四肢高度浮肿, 眼睑肿势尤甚, 形如蚕卧, 发热汗出, 恶风口渴, 咳嗽气短, 心烦溲赤, 舌质红, 苔薄黄, 脉浮数, 体温 39.5℃。证属风水泛滥, 壅遏肌肤。治宜宣肺解表, 通调水道。方用越婢汤加味: 麻黄 10g, 生石膏 20g, 炙甘草 6g, 生姜 4 片, 大枣 4 枚, 杏仁 10g, 水煎服。1962 年 4 月 7 日二诊: 浮肿见消, 咳嗽大减, 仍汗出恶风, 体温 38.5℃, 尿蛋白 (++) , 未见红白细胞及管型。舌苔转白, 脉浮缓, 效不更方, 原方加苍术 8g, 3 剂。药后热退肿消, 诸症悉除, 尿检正常, 遂停药。以后追访年余, 疗效巩固, 病未复发。^[26]

十二、越婢加术汤 (《金匮要略》)

药物组成: 即在越婢汤基础上加用白术, 药六味, 以水六升, 先煮麻黄, 去上沫, 内诸药, 煮取三升, 分温三服。功用: 疏风泄热, 发汗利水。主治: 里水, 一身面目黄肿, 其脉沉, 小便不利。本方在越婢汤基础上加白术健脾除湿, 增强消肿之功。《金匮要略·水气病篇》用之治疗“里水, 一身面目黄肿, 其脉沉, 小便不利”。但越婢汤乃发越阳郁之方, 其治在外而不在里。其实际所治之证应该说是里水泛滥于外而形成的“外证浮肿, 按之没指, 不恶风, 其腹如鼓, 不渴”之皮水。皮水之治, 亦“当发其汗”, 故可用越婢加术汤治疗。《金匮要略·水气病篇》在论越婢汤证时, 其方后注尚有“风水, 加术四两”之语。可见越婢加术汤之证虽有里水、风水之异, 但其势则一, 总是

向外发散。越婢汤中加白术，其意同麻黄汤中加白术，意在借麻黄发散之力以行散在表之水湿，加强其行水散湿之力。

【验案精选】

1. 水肿 兰女，14岁，脉数，水气由面肿至足心，经谓病始于上而盛于下者，先治其上，后治其下。议腰以上肿当发其汗，越婢加术汤法：麻黄去节五钱，白术三钱，杏仁泥五钱，石膏六钱，桂枝三钱，炙甘草一钱（《吴鞠通医案》）。^[27]

2. 风水 陈某某，男，25岁。缝纫业。上月至邻村探亲，归至途中，猝然大雨如注，衣履尽湿，归即浴身换衣，未介意也。三日后发热，恶寒，头痛，身痛，行动沉重。医与发散药，得微汗，表未全解，即停药。未数日，竟全身浮肿，按之凹陷，久而始复，恶风身疼无汗。前医又与苏杏五皮饮，肿未减轻；改服五苓散，病如故。医邀吾会诊，详询病因及服药经过，认为风水停留肌腠所构成。虽前方有苏、桂之升发，但是不敌渗利药量大，一张一弛，效故不显。然则古人对风水之治法，有开鬼门及腰以上肿者宜发汗之阐说，而尤以《金匱》风水证治载述为详。按此证先由寒湿而起，皮肤之表未解，郁发水肿。诊脉浮紧，恶风无汗，身沉重，口舌干燥，有湿郁化热现象。既非防己黄芪汤之虚证，亦非麻黄加术汤之表实证，乃一外寒湿而内郁热之越婢加术汤证，宜解表与清里同治，使寒湿与热均从汗解，其肿自消，所谓因势利导也。方中重用麻黄（45g）直解表邪，苍术（12g）燥湿，姜皮（9g）走表行气，资助麻黄发散之力而大其用，石膏（30g）清理内热，并抑制麻黄之辛而合力疏表，大枣、甘草（各9g）和中扶正，调停其间。温服一剂，卧厚覆，汗出如洗，易衣数次，肿消大半。再剂汗仍大，身肿全消，竟此霍然。风水为寒湿郁热肤表之证，然非大量麻黄不能发大汗不能开闭结，肿之速消以此，经验屡效。若仅寻常外邪则又以小量微汗为宜，否则漏汗虚阳，是又不可不知者（《治验回忆录》）。^[28]

十三、越婢加半夏汤（《金匱要略》）

药物组成：即越婢汤加半夏半升。药六味，以水六升，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服。功用：宣肺清热，降气

平喘。主治：咳逆上气，喘急，目如脱状，脉浮大。本方重用麻黄、石膏，可发越水气，兼清里热；生姜、半夏散水降逆；甘草、大枣安中以调和诸药。本方证为素有内饮，复感外邪，饮热郁肺为主要病机的病证。临床应用本方可辨证治疗肺病咳喘痼疾复感外邪等病证，如慢性气管炎，肺气肿复感外邪者。

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病篇》谓之主治“咳而上气，此为肺胀。其人喘，目如脱状，脉浮大者”。肺胀以喘咳气急为其主要临床特点，往往由于外邪引发内饮所致。对于外邪引发内饮所致的肺胀，仲景有小青龙加石膏汤和越婢加半夏汤两种治法。前者重在内饮，故以小青龙汤温化水饮为主治；后者重在外邪，故以越婢汤散邪开闭为主治。况且仲景又有“上气喘而躁者，属肺胀。欲作风水，发汗则愈”之说法，虽曰“欲作风水”，但以发汗为治法则与风水同。越婢汤散邪有余而化饮不足，所以加半夏以加强其化痰除饮之用。

【验案精选】

1. 喘证 舍友孙芳其令爱，久嗽而喘，凡顺气化痰清金降火之剂，几于遍尝，绝无取效。一日喘甚烦躁，余视其目胀出，鼻则鼓煽，脉则浮而且大，肺胀无疑也。遂以越婢加半夏汤与之，一剂而减，再剂而愈。余曰：今虽愈，未可恃也，当以参术补元，助养金气，使清肃下行，竟因循月许，终不调补，再发而不可救药矣。^[1]

2. 咳喘（支气管肺炎） 谭某某，女，1岁，患支气管肺炎。两天前曾患感冒，发热、咳嗽、鼻塞流涕，服银翘散一剂，发热未退，体温39℃，咳嗽、气喘、呕吐痰涎、鼻翼煽动、唇口发绀、舌苔白滑、手纹青紫。此热饮郁肺，塞迫气逆所致，治宜清热涤饮，宣肺平喘。乃一面肌注青霉素，一面用越婢加半夏汤：麻黄2g，生石膏10g，法半夏6g，甘草3g，生姜两片，大枣一枚。一剂热退，半剂喘咳即止。^[24]

十四、甘草麻黄汤（《金匱要略》）

药物组成：甘草二两，麻黄四两。上二味，以水五升，先煮麻黄，去上沫，内甘草，煮取三升，温服一升，重覆汗出，不汗，再

服。慎风寒。功用：发汗散水消肿。主治：皮水无汗，口不渴，小便不利，脉沉。目前，临床鲜见单用此方治疗疾病的报道。

十五、三拗汤（《太平惠民和剂局方》）

药物组成：麻黄，杏仁，甘草（不炙）。各等分为粗末，每服五钱，水一盞半，姜五片，同煮至一盞，去滓，口服，以衣被覆取微汗。功用：疏风宣肺，止咳平喘。主治：感冒风邪，鼻塞声重，语音不出，咳嗽多痰，胸闷气促，或头痛目眩等。方中麻黄配杏仁，一宣一降，调畅肺气，宣降肺气达到止咳平喘的作用。本方在辨证基础上可用于治疗支气管炎，支气管哮喘等疾病。

十六、华盖散（《太平惠民和剂局方》）

药物组成：麻黄（去根节），桑白皮（蜜炙），紫苏子（隔纸炒），杏仁（去皮尖炒），赤茯苓（去皮），陈皮（去白）各一两，甘草（炙）半两。上药为末，每服二钱，水一盞，煎至七分，去渣，食后温服。功用：宣肺解表，祛痰止咳。主治：肺感风寒，咳嗽上气，痰气不利，呀呷有声，脉浮者。本方用三拗汤宣散风寒以止咳嗽，又加桑白皮、紫苏子、茯苓、陈皮以加强化痰止咳作用，临床用于素有痰饮内伏而复感外邪导致的哮喘、支气管炎等病症。

十七、定喘汤（《摄生众妙方》）

药物组成：白果（去壳，砸碎炒黄）二十一枚，麻黄三钱，苏子二钱，甘草一钱，款冬花三钱，杏仁一钱五分，桑白皮三钱，黄芩一钱五分，半夏一钱五分。水三盅，不用姜，不拘时，徐徐服。功用：宣肺化痰，清热降气。主治：哮喘。症见咳嗽痰多，气息喘促，痰稠色黄，微恶风寒，舌苔黄腻，脉滑数。方中麻黄辛温宣肺平喘，解表散邪；白果甘涩敛肺定喘，祛痰止咳，两药合用，一散一收，祛邪敛正；杏仁、苏子、款冬花、半夏降气平喘，化痰止咳；用甘寒之桑白皮，苦寒之黄芩，清泄肺热，止咳平喘；甘草和中调药。本方所治为风寒外束，痰热内蕴所致。临床常用于治疗支气管哮喘，慢性支气管炎等疾病。

十八、续命汤（《金匱要略》）

药物组成：麻黄、桂枝、石膏、干姜、川芎、当归、人参、甘草各三两，杏仁四十枚。上九味，以水一斗，煮取四升，温服一升，当小汗。薄覆脊，凭几坐，汗出则愈。不汗更服。无所禁，勿当风。并治但伏不得卧，咳逆上气，面目浮肿。本方功解表祛风，益气和血。主治中风痲，身体不能自收持，口不能言，冒昧不知痛处，或拘急不得转侧。并治咳逆上气，面浮由风寒所致者。本方明言中风痲，是属营卫之实邪也，故用麻黄汤之变，复加干姜以开血受寒邪，石膏以解肌受风邪，当归和血，人参益气，川芎行血散风也。本方临床可用于中风中经络表实者，以及急性肾炎等病症。

【验案精选】

风痲（急性脊髓炎） 张某某，男，36岁，农民。1986年10月24日诊。患者素来体健，偶感外邪，发热，头痛，体倦，咳嗽。曾间断服用中、西药物，诸症已经缓解，未尝介意。谁知于4天前使用压水机抽水时，渐感双下肢酸软、麻木，约4小时后双下肢完全失去知觉（神志清楚），伴小便不通，急送当地县医院。西医抽取脑脊液检查，发现蛋白含量及白细胞增高，遂诊断为急性脊髓炎。立即使用肾上腺皮质激素、维生素和多种营养神经的药物，对症治疗，同时配合内服中药，曾用过大秦艽汤、三痹汤各3剂，补阳还五汤4剂，疗效不佳。刻下：双下肢仍呈弛缓性瘫痪，肌张力缺乏，腱反射消失，不能自动排尿，大便艰涩。因患者转院困难，家属仅带来病历，要求开一方试服。根据以上病史，中医诊断为“风痲”。予《金匱要略》所载《古今录验》续命汤原方：麻黄9g，桂枝9g，当归9g，潞党参9g，生石膏9g，干姜9g，生甘草9g，川芎4.5g，杏仁2g。上方仅服2剂，双下肢即恢复知觉，且能下床行走，大小便亦较通畅。改予八珍汤合补阳还五汤化裁，连服10剂后，康复如常人。

十九、文蛤汤（《金匱要略》）

药物组成：文蛤五两，麻黄三两，甘草三两，生姜三两，石膏五

两，杏仁五十枚，大枣十二枚。上七味，以水六升，煮取二升，温服一升，汗出即愈。本方功用解表清里。主治吐后渴欲饮水而贪饮者，兼主微风，脉紧，头痛等症。本方即大青龙汤去桂枝加文蛤而成。方中文蛤咸而偏寒，配石膏清热止渴；麻黄，杏仁宣肺发汗；姜枣草调和营卫并安中，历代医家对本方证病机及主症见解不一。临床有报道以文蛤汤之主药文蛤、石膏合补肾药辨证治疗糖尿病有效。

二十、桂枝芍药知母汤（《金匱要略》）

药物组成：桂枝四两，芍药三两，甘草二两，麻黄二两，生姜五两，白术五两，知母四两，防风四两，附子二枚（炮）。上九味，以水七升，煮取二升，温服七合，日三服。本方功用祛风除湿，温经散寒，滋阴清热。为桂枝汤去大枣加味而成。方中桂枝、麻黄祛风通阳，附子温经散寒止痛，白术、防风祛风除湿，知母、芍药清热养阴，生姜、甘草和胃调中。本方证是以历节病日久，正虚风寒湿邪阻痹，化热伤阴，肝肾不足为主要病机的病证。临床常应用本方原方或适当化裁治疗风湿与类风湿性关节炎，坐骨神经痛等病症。

二十一、桂枝去芍药加麻黄细辛附子汤（《金匱要略》）

药物组成：桂枝三两，生姜三两，甘草二两，大枣十二枚，麻黄二两，细辛二两，附子一枚（炮）。上七味，以水七升，煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升，分温三服，当汗出，如虫行皮中，即愈。本方功用：温经通阳，宣散水气。主治：气分，心下坚，大如盘，边如旋杯，水饮所作。本方为桂枝去芍药汤与麻黄细辛附子汤之合方。方中桂枝温通心阳，温化水湿；附子温暖肾阳，蒸化水气；细辛温经散寒，消散水饮；麻黄宣通肺气，通畅水道；生姜、甘草、大枣温脾和胃，调和营卫。服温药取汗，气机通畅，寒水消散，诸症可除。本方证是以阳虚寒凝，水饮积留于心下为主要病机的病证。《金匱要略·水气病脉证并治》所谓“气分，即寒气乘阳之虚，而结于气者，心下坚，大如盘，边如旋盘，其势亦已甚矣，然不直攻其气，而以辛甘温药，行阳以化气，视后人之袭用枳、朴、香、砂者，工拙悬殊矣。

云当汗出如虫行皮中者，盖欲使既结之阳，复行周身而愈也”（尤在泾《金匱要略心典》）。本方临床应用于治疗符合本方证病机的水肿，痰饮，胃痛，痹证，喘证，感冒等病证。

【验案精选】

臌胀（肝硬化腹水） 丁某某，男，43岁。胁痛三年，腹满臌胀三月，经检查诊为“肝硬化腹水”，屡用利水诸法不效。就诊时见：腹大如鼓，短气撑急，肠鸣漉漉，肢冷便溏，小便短少。舌质淡，苔薄白，脉沉细。诊为阳虚气滞，血瘀水停。疏方：桂枝 10g，生麻黄 6g，生姜 10g，甘草 6g，大枣 6枚，细辛 5g，熟附子 10g，丹参 30g，白术 10g，三棱 6g。服药 30 剂，腹水消退，诸症随之而减，后以疏肝健脾之法，做丸善后。^[7]

二十二、桂枝麻黄各半汤（《伤寒论》）

药物组成：桂枝一两十六铢（去皮），芍药、生姜（切）、甘草（炙）、麻黄（去节）各一两，大枣四枚（劈），杏仁二十四枚（汤浸，去皮尖及两仁者）。上七味，以水五升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取一升八合，去滓，温取六合，日再服。本云：桂枝汤三合，麻黄汤三合，并为六合，顿服。将息如前法。功用：小发其汗，调和营卫。主治：发热恶寒，热多寒少，如疟状，一日二三度发，无汗，身痒，面色红等。本方证用麻黄汤则嫌其峻，用桂枝汤又虑其缓，故宜桂枝麻黄各半汤治之。临床应用本方可辨证治疗外感热性病，荨麻疹，皮肤瘙痒症，湿疹初期等病证。

【验案精选】

太阳病如疟状 张某，自述已违和乏力十余天，发热形寒近一星期，卧床四天。下午发热较高，微恶寒。医以芳香疏泄与之，二剂后再诊，热势更高，烦躁夜不安卧，渴不多饮，上腹部有红疹，病似西医的肠伤寒，乃嘱服抗生素，病仍不减。因之，病家改邀西医诊治，亦与抗生素。前后共服百余粒，卧床 28 天，寒热依然不退，再请中医诊治。病者一般状况尚佳，惟每天发热二三次，发热时则烦躁，皮肤灼热无汗，不恶寒，周身有痒感。因想《伤寒论》第 23 条原文，觉得症状颇相符合，乃毅然处桂枝麻黄各半汤与之，服后一时许，得

汗甚畅。次日，不再发，皮肤潮润而愈。

按：感冒经月，病久邪微，卫阳怫郁，已成太阳轻证。邪微阳郁，不得泄越则身痒；正邪相争，或进或退，则寒热阵阵。其治宜小和营卫，微散风寒，用桂麻各半汤，则刚柔相济，正中病情。^[30]

二十三、桂枝二麻黄一汤（《伤寒论》）

药物组成：桂枝一两十七铢（去皮），芍药一两六铢，麻黄十六铢（去节），生姜一两六铢（切），杏仁十六个（去皮尖），甘草一两二铢（炙），大枣五枚（劈）。上七味，以水五升，先煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取二升，去滓，温取一升，日再服。本云：桂枝汤二分，麻黄汤一分，合为二升，分再服，今合为一方。将息如前法。功用：微发其汗，调和营卫。主治：寒热如疟，一日再发者。本方证由于“邪气稽留于皮毛肌肉之间，固非桂枝汤之可解，已经汗过，又不宜麻黄汤之峻攻，故取桂枝汤三分之二，麻黄汤三分之一，合而服之，再解其肌，微开其表，审发汗于不发之中，此又用桂枝后更用麻黄法也”（柯琴《伤寒来苏集》）。本方证是以发汗后，仍有小邪郁于肌表不解为主要病机的病证。临床应用与桂枝麻黄各半汤相同。

【验案精选】

1. 太阳病如疟状案一 李某，49岁。就诊时，症见：恶寒战栗，发热，热后汗出身凉，日发一次，连发三日。伴见头痛，肢楚，腰疼，咳嗽痰少，食欲不振，二便自调。脉浮紧，舌苔白厚而滑。治宜辛温解表轻剂，与桂枝二麻黄一汤。处方：白芍9g，桂枝9g，杏仁6g，炙甘草6g，生姜6g，麻黄4.5g，大枣3枚。4月13日复诊：前药服后，寒热已除，诸证悉除，现惟心悸少气，昨起腹中微痛而喜按，大便正常，脉转弦缓。此因外邪初解，荣血不足，气滞使然，遂与小建中汤，服一剂而安。^[19]

2. 太阳病如疟状案二 王某，寒热往来，一日两度发，仲景所谓宜桂枝二麻黄一汤之证也。前医用小柴胡，原自不谬，但差一间耳！川桂枝五钱，白芍四钱，生草三钱，生麻黄二钱，光杏仁五钱，生姜三片，红枣五枚。曹颖甫按：病者服此，盖被自卧，须臾发热，

遍身黎黎汗出，其病愈矣。又服药时，最好在寒热发作约一二小时许，其效为著。^[23]

二十四、桂枝二越婢一汤（《伤寒论》）

桂枝（去皮）、芍药、麻黄、甘草（炙）各十八铢，大枣四枚，生姜一两二铢（切），石膏二十四铢（碎，棉裹），上七味，以水五升，煮麻黄一二沸，去上沫，内诸药，煮取二升，去滓，温服一升。本云：当裁为越婢汤、桂枝汤合之，饮一升。今合为一方，桂枝汤二分，越婢汤一分。功用：微发其汗，清透郁热。主治：太阳病，发热恶寒，热多寒少，脉略数，舌偏红，苔微黄，或见口干，微烦，无汗，咳嗽等。本方即大青龙汤以芍药易杏仁成方。方以桂枝汤解肌祛风，越婢汤清热透邪。本方证是微邪不解，阳郁化热为主要病机的病证。临床应用本方可辨证治疗流感，上感，急性肾炎或慢性肾炎急性发作，支气管炎等病证。

【验案精选】

感冒 王某，女20岁。1963年10月15日初诊。三日前因接触冷水，当时即感寒意。昨日上午开始头痛，恶寒发热，寒多热少，伴发咳嗽，咯痰白黏。今晨仍头痛发热（体温38.2℃），虽得微汗，但尚恶风，喜着厚衣，咳嗽，痰色转赭色，咽痛而干，口渴而不多饮，胃纳欠佳，腰背酸痛（据云今年二月分娩后，因不慎闪挫，以致腰痛至今），二便自调，形体较瘦，神色尚无异常，舌质无变，苔薄黄而滑，手足欠温但未至厥冷，六脉滑数。

病发于暮秋入冬之际，天气骤冷，风寒有机可乘，惟其体虚形瘦，应虑秋令燥气早伏；更因冒寒触冷，邪又皮毛袭肺，寒邪与燥气相搏，营卫失调……应作伤寒太阳证治例，但燥气内伏，又当稍变其制……拟桂枝二越婢一、麻杏石甘汤两方并用，以散寒疏卫，和营清热。处方：桂枝9g，白芍9g，麻黄6g，杏仁6g，甘草6g，生姜6g，生石膏48g，红枣3枚。仅服一剂，除因闪伤腰痛宿疾外，诸症悉除。继以自创“忍冬路通汤”专治其腰痛。^[19]

二十五、葛根汤（《伤寒论》）

药物组成：葛根四两，麻黄三两（去节），桂枝二两（去皮），生姜三两（切），甘草二两（炙），芍药二两，大枣十二枚。上七味，以水一斗，先煮麻黄、葛根，减二升，去白沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升。覆取微似汗。余如桂枝汤将息及禁忌。功用：解表发汗，升津舒筋。主治：项背强紧，拘急不舒，无汗，恶风，口噤不得语，脉浮紧。本方以桂枝汤为主，而加麻黄、葛根以攻其表实也。葛根味甘气凉，能起阴气而生津液，滋筋脉而舒其牵引，故以为君；麻黄、生姜，能开玄府腠理之闭塞，祛风而出汗，故以为臣；寒热俱轻，故少佐桂、芍，同甘、枣以和里。此于麻桂二方之间，衡其轻重而为调和之剂也。本方证是以风寒之邪外侵，太阳经俞不利为主要病机的病证。本证包括：①太阳表实兼经俞不利，证见项背强几几、无汗、恶风等；②欲作刚痉，证见无汗而小便反少，气上冲胸，口噤不得语，以及恶寒发热等；③太阳阳明合病，证见下利，同时可伴有恶寒发热，无汗，项背强，身体痛等。临床应用本方可辨证治疗颈椎病，心血管疾病，痢疾初期，胃肠疾病，肩周炎，颜面神经麻痹，支气管哮喘，风寒湿痹及过敏性鼻炎，荨麻疹等病证。

《伤寒论》中，葛根汤首先用来治疗伤寒表实证无汗、恶风而兼项背强几几。若仿桂枝加葛根汤治疗中风表虚证汗出、恶风而兼项背强几几之例，其治当用麻黄汤加葛根。但葛根汤却由桂枝汤加麻黄和葛根而成，而非由麻黄汤加葛根而成。其原由在于证见项背强几几，已经反映出津液不足之象，若以麻黄汤发汗为主，则恐汗出而更伤津液。仲景以桂枝汤为基础，补益脾胃以滋化源，使津液内生为先，再以麻黄、葛根配桂枝以发汗，使邪随汗出而津液不伤。因此，葛根汤不但用治伤寒表实证兼项背强几几，还可用来治疗太阳与阳明合病，既有阳明受邪，里气不足而自下利，津液受伤在先，复又邪在太阳而为表实者。痉病若由外邪所致，以汗出与无汗分“柔痉”与“刚痉”，但病机总与津液不足相关。仲景用瓜蒌桂枝汤治柔痉，而用葛根汤治刚痉，其目的亦是使汗出而津液不伤。所以，临床运用葛根汤要掌握以下二点：一是外伤于寒，无汗属表实者；二是有津液不足之

表现。

【验案精选】

1. 偏头痛 李某，男，38岁。患顽固性偏头痛二年，久治不愈。主诉：右侧头痛，常连及前额及眉棱骨。伴无汗恶寒，鼻流清涕，心烦，面赤，头目眩晕，睡眠不佳。诊察之时，见病人颈项转动不利，问之，乃答曰：颈项及后背经常有拘急感，头痛甚时拘紧更重。舌淡苔白，脉浮略数。遂辨为寒邪客于太阳经脉，经气不利之候。治当发汗祛邪，通太阳之气，为疏葛根汤。处方：麻黄4g，葛根18g，桂枝12g，白芍12g，炙甘草6g，生姜12g，大枣12枚。

麻黄、葛根两药先煎，去上沫，服药后覆取微汗，避风寒。3剂药后，脊背有热感，继而身有小汗出，头痛、项急随之而减。原方再服，至15剂，头痛、项急诸症皆愈。^[7]

2. 痿病 章某某，男性，74岁，本市服装四厂退休技师，1985年11月9日初诊。患者于同年7月底行“前列腺摘除术”后外感发热，经用中西药后寒热退，同时出现双下肢萎软酸痛，行走须人搀扶，双侧颈项牵强疼痛，在外院用中西药两月余，下肢症渐好转，颈项诸症却有增无减。症见：身体瘦羸，头项左倾，两侧颈项和后枕部僵硬麻木，牵强疼痛，转侧时疼痛益剧，头似不在脖子上，二便自调。舌质淡红，苔薄白，脉细弦。观前医处方多为羌防一类祛风湿止痛或夹通络养血之品，然患者颈项诸症实属仲圣所谓“强几几”也，其太阳经证已跃然眼前，遂处以《伤寒论》葛根汤原方：葛根40g，生麻黄10g，桂枝10g，赤白芍各30g，生甘草10g，生姜3g，大枣12枚。2剂。嘱药后稍加被覆以取小汗。

二诊：患者头颈已复端正，精神振奋，谓当日药后略有汗出，颈项部隐感热辣，诸症明显减轻，颈项大松，如释重负。次日药后并无汗出，颈项症豁然若失，转侧自如，稍感头晕，病既愈，未再处方。一月后门诊遇之，谓一切良好。

按：患者术后外感，服药后寒热虽解，然风寒之邪仍留连于太阳经脉，致太阳经脉不利，气血因之滞行不畅，引起颈项部诸症，虽无寒热，太阳经腑证显然存在。该患者年高体弱，适逢术后，不可谓不虚，然考虑诸症迁延数月，几成固疾，若不以麻桂通力开拔腠理之闭

塞，经腑之邪恐难外逸，另观其脉证不至虚，况是方中除麻桂峻药外，更有芍药敛阴和营，葛根的升律，加之甘草的缓急，遂放胆用之，药证相对，故一剂知，二剂已。^[31]

3. 口眼歪斜 于某某，男，82岁，1983年3月25日诊。时值隆冬大寒，患者早晨醒后，右上眼睑及右口唇不自主的时时抽动。回家就早餐时，家人发现其右侧口角偏向左侧，有上限险下垂，与之问答，口齿不清，三日后来我处诊治。刻诊：右侧前额皱纹消失，眉毛下垂，睑裂扩大，鼻唇沟消失，右侧口角歪向左下方，右侧鼻孔缩小，同时右侧鼻翼变小，鼻准偏向左侧。苔薄白，脉浮紧。脉证合参，属中风口眼歪斜。治当解肌用风散寒。疏葛根汤：葛根、麻黄、白芍、炙甘草、生姜、大枣（去核）各10g。以水1000ml，煎至400ml，温服200ml，日服二次。嘱服药后用温热绵物敷右侧整个面部，以使局部汗出。1剂后，头痛项强鼻塞即除，言语较前清楚，口歪减其半。又继服1剂，痊愈。

按：风寒侵袭面部阳明经络，气血失荣，经脉失养，而病口噤。《灵枢·经脉》云：“胃足阳明之脉……是主血所生病者……口噤。”又本案见脉浮而紧，为风寒闭阻脉络之象，《金匱要略》曰：“寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚，寒虚相搏，邪在皮肤。浮者血虚，络脉空虚。贼邪不泄，或左或有，邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂。”用葛根汤散阳明经邪，通阳明经络，邪解正复，经通络畅，则歪僻自已。^[31]

二十六、麻黄连翘赤小豆汤（《伤寒论》）

麻黄二两（去节），连翘二两，杏仁四十个（去皮尖），赤小豆一升，大枣十二枚，生梓白皮（切）一升，生姜二两（切），甘草二两（炙）。上八味，以潦水一斗，先煮麻黄，再沸，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，分温三服，半日服尽。功用：解表发汗，清热利湿退黄。主治：伤寒，瘀热在里，身必发黄。本方功能解表发汗，清热利湿退黄。方以麻黄、杏仁、生姜之辛温，以发越其表；赤小豆、连翘、梓白皮之苦、甘、寒，以清热于里；大枣、甘草甘温悦脾，以为散温驱邪之用；用潦水者，取其味薄，不助水气也。本方证

是以湿热内蕴，表邪不解为主要病机的病证。临床应用本方主要治疗肝胆疾患所致的黄疸而兼有表证者，如急性传染性黄疸型肝炎，急性胆囊炎等；亦可用于治疗急性肾小球肾炎，以及湿热在表之皮肤病，如湿疹、荨麻疹、玫瑰糠疹、水痘等。

【验案精选】

1. 周身痒疹 高某某，男性，20岁。周身泛起皮疹，色红成片，奇痒难忍，用手搔之而画缕成痕而高出皮面。举凡疏风清热利湿之药尝之殆遍而不效。微恶风寒，小便短赤不利，舌苔白而略腻，切其脉浮弦，辨为风湿客表，阳气拂郁而有郁热成疔之机。处方：麻黄9g，连翘9g，杏仁9g，桑白皮9g，赤小豆30g，生姜12g，炙甘草3g，大枣7枚。仅服2剂，微见汗出而瘥。^[18]

2. 浮肿紫斑（紫癜肾炎） 何某某，女，15岁，1981年3月14日诊。发病前三天曾感冒发热，未治而热退。继则面部四肢浮肿，下肢发生紫斑，纳减，苔薄，脉小滑。检查：扁桃体轻度充血，心肺（-），腹软，肝脾未触及。双下肢有散在性黄豆大小紫斑数十枚，不痛不痒面部和四肢浮肿。血象正常，尿蛋白++，白细胞++，红细胞+++。临床印象：①急性肾小球肾炎；②急性过敏性紫癜。处方：麻黄9g，连翘12g，桃、杏仁各10g，桑白皮12g，赤小豆30g，生姜皮3g，大枣5枚。3剂，浮肿、紫癜全消。尿检：蛋白+，白细胞+。继服5剂尿检正常，随访一年正常。

按：本案为外感引动湿热，肺肾同病，水气不化而见水肿；湿热迫血妄行，外发紫斑。总以解表化湿，宣肺利水为宜，麻黄连翘赤小豆汤主之。^[31]

3. 肌衄 张某某，女14岁，1984年3月8日诊。初起身有寒热，体温39℃，纳呆，呕吐，四肢关节肿痛，以膝踝关节较剧，继在膝、小腿部出现对称性、大小不等、稍隆起的出血性丘疹，苔白腻，脉沉细数。证属外邪束表，湿热郁蒸，热迫血溢而致肌衄。治宜疏风清热，祛湿凉血。处方：麻黄3g，连翘12g，杏仁、甘草、白鲜皮、黄柏、赤芍各10g，茵陈15g，紫草、赤小豆各30g，生姜5片，红枣12枚。煎服。服药3剂后紫癜略退，诸症亦减轻，关节疼痛仍在，照原方加防己、木通各10g，续服3剂而愈。

按：外有邪气束表，内有湿热蕴结。寒热无汗，则湿热无外泄之路，郁蒸肌表，损伤阳络，而致肌衄。治宜外散表邪，内利湿热，麻黄连翘赤小豆汤与之相宜，果三投而愈。^[31]

参考文献

- [1] 包来发主编. 李中梓医学全书. 北京: 中国中医药出版社, 1999
- [2] 姜元安. 论麻黄汤类方剂的临床运用. 北京中医药大学学报. 2004; 11 (2): 43
- [3] 曹颖甫. 经方实验录, 福建: 福建科学技术出版社, 2004
- [4] 李克绍. 李克绍医学文集. 山东: 山东科学技术出版社, 2006
- [5] 姜元安. 论麻黄汤类方剂的临床运用. 北京中医药大学学报, 2004; 11 (2): 46
- [6] 王建伟, 马 勇, 沈杰枫, 等. 《金匱要略》方临证新用举隅. 山西中医, 1997; 13 (6): 45
- [7] 陈明, 刘燕华, 李方, 等. 刘渡舟验案精选. 北京: 学苑出版社, 2007
- [8] 上海中医学院附属龙华医院. 上海中医学院附属龙华医院医案选编. 上海人民出版社, 1977
- [9] 蒋其学. 麻杏薤甘汤临证治验. 哈尔滨中医. 1962; 4: 94
- [10] 李晓辉, 傅伟. 经方验案举隅. 河南中医. 1994; 14 (2): 76
- [11] 何廉臣. 重印全国名医验案类编. 上海: 上海科学技术出版社, 1959
- [12] 高志良. 麻黄细辛附子汤治验. 山东中医杂志. 1984; 2: 41
- [13] 乔培强. 运用经方治疗眩晕经验. 河南中医. 1987; 6: 21
- [14] 曹颖甫. 经方实验录. 福州: 福建科学技术出版社, 2004
- [15] 闫云科. 临证实验录. 北京: 中国中医药出版社, 2005
- [16] 刘培常: 怀念我的伯父——名医刘惠民二三事. 中国中医药报. 1999 - 11 - 19 (4)
- [17] 刘渡舟. 伤寒论十四讲. 天津: 天津科学技术出版社, 1982
- [18] 陈明, 刘燕华, 李方, 等. 刘渡舟验案精选. 北京: 学苑出版社, 2007
- [19] 高德. 伤寒论方医案选编. 湖南科学技术出版社, 1981
- [20] 中国中医研究院编. 蒲辅周医疗经验. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- [21] 陈治恒. 运用《伤寒》《金匱》方治疗典型病例. 成都中医学院学报. 1982; (3): 36

- [22] 中国中医研究院编. 蒲辅周医案. 北京: 人民卫生出版社, 2005
- [23] 曹颖甫. 经方实验录. 福建: 福建科学技术出版社, 2004
- [24] 谭日强. 金匱要略浅述. 北京: 人民卫生出版社, 1981
- [25] 顾介真. 风水治验. 江苏中医. 1965; 11: 2
- [26] 王明五. 经方治疗风水. 北京中医. 1985; (5): 20
- [27] 李刘坤主编. 吴鞠通医学全书. 北京: 中国中医药出版社, 1999
- [28] 赵守真. 治验回忆录. 北京: 人民卫生出版社, 2008
- [29] 余国俊. 中医师承实录. 北京: 中国中医药出版社, 2006
- [30] 沈炎南. 伤寒论医案选评. 广东中医. 1963; (3): 39
- [31] 陈明, 张印生. 伤寒名医验案精选. 北京: 学苑出版社, 1998

古今医家的论述

1. 李时珍《本草纲目》 麻黄乃肺经专药，故治肺病多用之，张仲景治伤寒无汗用麻黄，有汗用桂枝……津液为汗，汗即为血也。在营则为血，在卫则为汗。夫寒伤营，营血内涩，不能外通于卫，卫气闭固，津液不行，故无汗发热而憎寒。夫风伤卫，卫气外泄，不能内护于营，营气虚弱，津液不固，故有汗发热而恶风。然风寒之邪，皆由皮毛而入，皮毛者，肺之合也。肺主卫气，包罗一身，天之象也。是证虽属乎太阳，而肺实受邪气。其证时兼面赤怫郁，咳嗽有痰，喘而胸满诸证，非肺病乎？盖皮毛外闭，则邪热内攻，而肺气郁滞。故用麻黄、甘草同桂枝，引出营分之邪，达之肌表，佐以杏仁泄肺而利气。^[1]

2. 钱潢《伤寒溯源集》 麻黄气味轻薄，辛温发散肺经，开鬼门之专药也。仲景治太阳伤寒，皆用手太阴药者，以肺主皮毛故也。用甘草者，经云寒淫所胜，平以辛热，佐以苦甘是也。一剂之中，唯桂枝为卫分解肌之药，而能与麻黄同发营分之汗者，以卫居营外，寒邪由卫入营，故脉阴阳俱紧。……盖皮毛外闭，则邪热内攻，而肺气郁滞，故麻黄、甘草同桂枝引出营分之邪，达之肌表，佐以杏仁，泄肺而利气，是则麻黄汤虽太阴发汗重剂，实为发

散肺经火郁之要药也。^[2]

3. 吴谦等《医宗金鉴》 凡风寒在表，脉浮紧数无汗者，皆表实也，宜麻黄汤主之。名曰麻黄汤者，君以麻黄也。麻黄性温，味辛而苦，其用在迅升；桂枝性温，味辛而甘，其能在固表。证属有余，故主以麻黄必胜之算也。监以桂枝制节之师也。杏仁之苦温，佐麻黄逐邪而降逆；甘草之甘平，佐桂枝和内而拒外。饮入于胃，行气于天府，输精于皮毛，斯毛脉合精，溱溱汗出，在表之邪，必尽去而不留，痛止喘平，寒热顿解，不须啜粥而借汗于谷也。必须煮掠去上沫者，恐令人烦，以其轻浮之气，过于引气上逆也。其不用姜、枣者，以生姜之性横散于肌，碍麻黄之迅升，大枣之性泥滞于膈，碍杏仁之速降，此欲急于直达，稍缓则不迅，横散则不升矣。然则为纯阳之剂，过于发散，如单刀直入之将，用之若当，一战成功；不当则不戢而召祸。故可一而不可再，如汗后不解，便当以桂枝代之。此方为仲景开表逐邪发汗第一峻药也。庸工不知其制在温覆取汗，若不温覆取汗，则不峻也。世谓麻黄专能发表，不治他病。孰知此汤合桂枝汤，名麻桂各半汤，用以和太阳留连未尽之寒热。去杏仁加石膏合桂枝汤，名桂枝二越婢一汤，用以解太阳热多寒少之寒热。若阳盛于内，无汗而喘者，又有麻黄杏仁甘草石膏汤，以散太阳肺家之邪。若阴盛于内而无汗者，又有麻黄附子细辛甘草汤，以温散少阴肾家之寒。《金匱要略》以此方去桂枝，《千金方》以此方桂枝易桂，皆名还魂汤，用以治邪在太阴，卒中暴厥，口噤气绝，下咽奏效，而皆不温覆取汗。因是而知麻黄汤之峻与不峻，在温覆与不温覆也。此仲景用方之心法，岂常人所得而窥耶！^[3]

4. 郑钦安 麻黄辛温，开腠理而发汗；杏仁苦温，疏利肺气而治喘；桂枝辛甘温，协同麻黄，增强其发汗作用；甘草甘平，协和诸药，药虽四味，方又周匝。本方为开表逐邪发汗之峻剂，为太阳病表实之主方。汪昂曰：麻黄中空，辛温气薄，肺家专药，而走太阳，能开腠而散寒；桂枝辛温，能引营分之邪达于肌表；杏仁苦甘，能散寒而降气；甘草甘平，发散而和中。麻黄与杏仁相配伍，可以解表散邪，降逆平喘。曹颖甫谓：麻黄为伤寒之圣药。独怪近人畏忌麻黄，徒以荆芥、防风、豆豉、牛蒡等味，敷衍病家，病家亦以其平易而乐

用之，卒之愈疾之功不见，此为经验有得之言。近代医家恽铁樵对用此方之标准谓：除恶寒、发热、头痛、身痛等，更须注意两点：第一是无汗，第二是口中和。如其有汗，麻黄是禁药；如其口渴、舌干、唇绛，桂枝也是禁药。只要是真确无汗，口中和。此方是唯一无二的妙法，可以药到病除。郑氏在《医法圆通》中说：此太阳营分之主方也。仲景原文治太阳病头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛，无汗恶寒而喘者。随即举出其圆通之法三条：①治痘初出而忽隐，壮热无汗者；②治肩背沉重，觉内冷者；③治两脚弯起红块，痛甚。近代药物之分析麻黄有发汗、平喘、止咳诸作用，为辛温发汗药中效力最强者。故凡一切感寒、伤寒诸疾病之无汗者，又如头痛、腰痛、身痛、关节痛等，无不可以用之。笔者多年来常用麻黄汤以治伤寒咳嗽，无不应手取效，而从未见发生副作用。近人推广应用此方治疗肺炎、上呼吸道感染属表寒实证者，均获良效。亦有用本方治疗肾病的水肿并不一定出汗，大都表现为小便增多而肿胀消。^[4]

5. 柯韵伯《伤寒来苏集》 太阳主一身之表，风寒外束，阳气不伸，故一身尽疼；太阳脉抵腰中，故腰痛；太阳主筋所生病，诸筋者皆属于节，故骨节痛；从风寒得，故恶风；风寒客于人，则皮毛闭，故无汗；太阳为诸阳之气，阳气郁于内，故喘。太阳为开，立麻黄汤以开之，诸症悉除矣。麻黄八症，头痛、发热、恶风同桂枝证，无汗、身痛同大青龙证，本证重在发热身疼、无汗而喘。此为开表逐邪之峻剂也。古人用药，用法象之义，麻黄中空外直，宛如毛窍骨节，故能去骨节之风寒，从毛窍而出，为卫分发散风寒之品。杏仁为心果，温能助辛散寒，苦能清肺下气，为上焦逐邪定喘之品。甘草甘平，外拒风寒，内和气血，为中宫安内攘外之品。此汤入胃，行气于玄府，输精于皮毛，斯毛脉合精而溱溱汗出，在表之邪，其尽去而不留，痛止咳平，寒热顿解，不须啜粥而借汗于谷也。^[5]

6. 张秉成《成方便读》 麻黄辛温，中空外达，善行肌表卫分，为发汗之主药。桂枝辛温发散，色赤入营，协同麻黄入营分，解散寒邪，随麻黄而出卫，汗之即已。然寒主凝敛，表既壅遏，则里气不舒，故太阳伤寒不解者，每见喘促上气等证。肺主一身之气，下行为顺，上行为逆，杏仁入肺，苦温能降，辛温能散，用之为佐，以助麻

黄之不逮。又恐麻桂之性猛，以致汗多亡阳，故必监以甘草之甘缓，济其直往无前之势，庶可邪解而正不伤，乃为立方之善耳。^[5]

7. 陈蔚 以上俱言桂枝证，至此方言麻黄证也。方下所列各证，皆兼经气而言。何谓经？内经曰：太阳之脉，上连风府，上头项，挟脊抵腰，至足，循身之背是也。何谓气？内经云：太阳之上，寒气主之。又云：三焦膀胱者，腠理毫毛其应。是太阳之气，主周身之表而主外也。桂枝证病在肌腠，肌腠实则肌表虚，故以自汗为提纲；此证病在肌表，邪在肌表则肌表实，故以无汗为提纲。无汗则表气不通，故喘。痛而曰疼，痛之甚也。此经与气并伤，视桂枝证较重，故以麻黄大开皮毛为君，以杏仁利气，甘草和中，桂枝从肌以达表为辅佐。覆取微汗而不啜粥，恐其逗留麻黄之性，发汗太过也。^[6]

参考文献

- [1] 李时珍著，陈贵廷等点校．本草纲目．北京：中医古籍出版社，1994
- [2] 钱潢．伤寒溯源集．上海：上海卫生出版社，1957
- [3] 吴谦等．医宗金鉴．北京：人民卫生出版社，1973
- [4] 郑钦安著，唐步祺阐释．《伤寒恒论》阐释．四川：巴蜀书社，1994
- [5] 柯雪帆．伤寒论选读．北京：中国中医药出版社，2001
- [6] 关庆增，陆云平编．伤寒论古今研究．沈阳：辽宁科学技术出版社，1994

靈甘之草甘以盟受婦，周古逢害疑以，靈甘之卦和怒又，靈不之黃
 其善之式立伐以，武不五而補羅可魚，營之簡天由直其裕
 而谷限視不衣，由而黃和言式地至，而對卦言期，上以，極和，
 和，更夫土，和風至土，和之剛太，曰靈內？靈簡同，言而戶發兼習
 主戶寒，土之剛太，云靈內？戶簡同，由最黃之良節，虽至，靈辨管
 而孫之良固土，戶之剛太量，應其手靈聖觀，昔洲觀其三，云又，玄
 而地，陰與伐言自以姑，靈來顯懷來觀期，觀期全察而卦卦，由伐主
 靈不戶素脚平天，陰與伐言自以姑，靈來顯懷來顯其罪，秀顯其疑
 和以姑，重陰而卦卦野，由其戶已發地，由其之誰，喪日而辭，觀姑
 由辨伐秀玄以顯其卦卦，中麻草甘，戶降之否以，其伐手玄開大黃
 由故太言式，其玄黃和留區其怒，靈不而手補羅羅

烟生卷

- | | | | | | |
|------|------------|----|----------|--------|------|
| 1901 | 书题出日本学者撰定耳 | 国书 | 京都金古史家内 | 集平云图 | 惟宋文 |
| 1901 | 书题出俄国中国中 | 京北 | 海五名第份 | 博世同 | |
| 1901 | 书并编出 | 四川 | 解麟《新研家谱》 | 释明其退祖 | 潘安为跋 |
| 1973 | 书题出日本另人 | 京北 | 张金宗因 | 李振英 | |
| 1927 | 书题出日本著士 | 浙上 | 梁融膳家内 | 路魁 | |
| 1901 | 书题出蒙古國中 | 京北 | 自隨草本 | 孙成德互亥刺 | 善叙训考 |

中

篇

临床研究



張氏和齋

第一节 风湿性疾病

一、类风湿性关节炎

类风湿性关节炎（RA）属于中医“痹证”范畴。痹证是由感受风、寒、湿、热等邪气引起的以肢体关节及肌肉酸痛、麻木、重着、屈伸不利，甚或关节肿大灼热等为主症的一类病证。中医认为居处潮湿，触冒风雨湿热邪气等是产生痹证的外来条件；素体虚弱，气血不足，腠理不密是产生痹证的内在因素。风、寒、湿、热之邪乘体虚而入侵，留滞经络肌肉关节，气血闭阻不通，从而产生肢节酸麻疼痛、屈伸不利诸症。若以热盛或湿热蕴蒸为主，则见关节红、肿、热、痛；若寒湿偏盛则关节冷痛，遇寒痛增；若久病不愈，还可出现气血不足，肝肾亏损或病邪深入内脏等变化。

有研究表明，RA 患者存在明显的四肢血液循环障碍，其血管内膜炎症及血液黏滞度增高，可促进血栓的形成，栓塞四肢微小血管。又有研究观察到麻黄汤在抗炎、扩张外周血管、发汗、解热等药理实验中作用确切，可明

显扩张血管,改善微循环,改善机体免疫力功能,抑制炎症的渗出及渗出的吸收和局限化,因此可作为治疗 RA 的重要方剂之一。

【临床应用】

戴氏^[1]以《伤寒论》麻黄汤为主方变化,药物组成:麻黄 10g,桂枝 25g,赤芍 30g,甘草 10g,薏苡仁 20g,雷公藤 15g。风湿邪盛者加防风 30g,当归 20g,羌活 40g,白术 40g;寒湿邪盛者加制附子 10g,苍术 40g,姜黄 20g,细辛 10g;湿热邪盛者加知母 30g,黄芩 30g,秦艽 40g。脾虚加茯苓 30g,白术 40g,砂仁 20g;肝肾亏虚加熟地 30g,山茱萸 30g,枸杞子 25g,远志 25g;阳虚加淫羊藿 30g,巴戟天 40g,肉桂 15g;气血亏虚加人参 20g,黄芪 50g,当归 30g,白芍 30g;痰瘀加白附子 10g,白芥子 15g,天南星 15g,白僵蚕 20g;血瘀加红花 20g,桃仁 15g,乳香 15g,没药 15g;络阻加地龙 20g,穿山甲 10g,乌梢蛇 15g。水煎服,每日 1 剂,15 天为 1 个疗程。治疗类风湿性关节炎,取得了满意的疗效。

邓氏^[2]以麻黄汤为基础,药物组成:麻黄 9g,杏仁 9g,桂枝 9g,芍药 9g,人参 6g,甘草 6g,川芎 6g,防风 9g,防己 9g,附子 6g,黄芩 6g,生姜 9g。水煎服,每日 1 剂,分早晚饭后 1 小时温服,15 天为 1 个疗程。久痛甚者加延胡索 20g,徐长卿 15g,全蝎 10g;关节红肿明显去麻黄、附子,加黄柏、青蒿各 15g,土茯苓 12g;久病阴虚去麻黄,加威灵仙 12g,青蒿 10g,生地黄 15g,秦艽 12g;久病兼瘀加苏木、红花各 10g,牛膝 12g;病在上肢酌加川芎 9g,羌活、桑枝、秦艽各 10g;病在下肢酌加牛膝、木瓜各 10g;病在脊柱酌加葛根、威灵仙各 12g,狗脊、续断各 10g;肢体屈曲受限加狗脊、鹿角霜各 15g,透骨草 12g,伸筋草 10g;肌肉萎缩酌加黄芪 50g,熟地 20g。并视患者关节功能障碍情况,行手法推拿按摩,促进受累关节恢复日常活动功能。

【病案举例】

戴氏^[3]观察病例:共治疗观察 RA 患者 320 例,均为门诊病人。随机分为治疗组和对照组:治疗组 182 例,其中男 61 例,女 121 例;年龄 13~78 岁;病程 2 个月~32 年。对照组 138 例,其中男 43 例,女 95 例;年龄 18~71 岁;病程 4 个月~30 年。两组病例在性别、年

龄、病情、病程方面基本相似，具有可比性。所有患者均符合美国风湿病协会 1987 年修订的类风湿关节炎诊断标准。治疗方法：治疗组以《伤寒论》麻黄汤为主方变化，药用麻黄 10g，桂枝 25g，赤芍 30g，甘草 10g，薏苡仁 20g，雷公藤 15g。对照组给予雷公藤片，每次 2 片，每日 3 次，15 天为 1 个疗程。疗效评定标准：近期控制：治疗后受累关节肿痛消失，关节功能改善或恢复正常，RF、ESR 恢复正常，且停药后维持 3 个月以上；显效：受累关节肿痛明显好转或消失，RF、ESR 降低或恢复正常；有效：经治疗后受累关节肿痛好转；无效：经 1~3 个疗程治疗后受累关节肿痛无明显好转。治疗结果：治疗组与对照组均经 3 个疗程治疗，观察两组治疗后 ESR、RF 平均值改变情况，治疗组明显优于对照组 ($P < 0.05$)，有显著差异。两组临床疗效比较，按组别例数、近期控制、显效、有效、无效、有效率 (%) 的顺序排列：治疗组分别为 182、81、52、32、17、90.7，对照组分别为 138、20、28、45、45、67.4。比较两组治疗有效率，治疗组明显高于对照组 ($P < 0.05$)，治疗效果理想。

按：类风湿性关节炎属中医“痹证”范畴。中医认为痹证的发生以正气不足为本，正虚是引起痹证的内因，是发病的基础与关键。风、寒、湿、热等外邪的侵袭亦是痹证的重要原因，病久则生痰浊、血瘀。其致病或因先天禀赋不足，或因后天失养，包括劳损及情志所伤，导致脏腑、气血亏虚，复感风寒湿热之邪，痹阻肌肉、关节、经络而成痹证。必须强调的是湿邪贯穿在整个痹证发病过程之中，所谓痹必夹湿，故张仲景将痹列在湿病中论述。如《金匱要略·痉湿喝病脉证治》第 14 条曰：“……湿痹之候，小便不利，大便反快……”。因脾胃阳虚，运化失司，湿邪内生；脾主四肢肌肉，脾虚湿困则易招外湿侵袭。因而第 18 条又曰：“风湿相搏，一身尽疼痛……”。是内湿与外湿相合，痹阻肌肉关节，形成湿痹。此外，痹证发病又与肝肾不足复感外邪有关，如《金匱要略·中风历节病脉证并治》第 4 条曰：“寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋，沉即为肾，弱即为肝。汗出入水中，如水伤心，历节黄汗出，故曰历节”。说明肝肾气血不足，筋骨虚弱，若患者汗出腠理开泄，肌表疏松，此时身入水中，则寒湿之邪乘虚内侵，伤及血脉，浸淫筋骨，流

注关节，形成历节病。在本篇第5条又说：“趺阳脉浮而滑，滑则谷气实，浮则汗自出”。描述了内有饮食积滞，湿热内蕴，外因汗出肌疏，风邪乘袭，风湿热邪阻于关节，形成历节病的病理。而在第7条则阐述了肥人阳虚湿盛之体，复加饮酒助湿，汗出当风，风邪乘虚而入，风湿相搏，滞于关节经络发为痹证的病理机制，即原文所谓：“盛人脉涩小，短气，自汗出，历节痛，不可屈伸，此皆饮酒汗出当风所致”。

综上所述，痹证病机为本虚标实，因此治疗当以扶正祛邪为基本大法，其中以健脾为重，兼补肝肾，辅以祛风、化湿、散寒、清热、化痰、通瘀、活络等法。麻黄汤除可发汗解表，宣肺平喘外，又具开达郁闭，通行经络，破瘀坚积聚的作用。方以麻黄辛温发汗，利水祛湿，使邪从汗出；薏苡仁甘淡，健脾渗湿，除湿痹拘挛，两药合伍，正合《内经》“开鬼门，洁净府”之义。桂枝温经通阳，与赤芍相配，又可调和营卫，祛瘀通络而止痛；杏仁苦温，疏利开通，破壅降逆，善调气开痹；雷公藤清热解毒，祛风除湿，舒筋通络，消肿止痛；甘草健脾益气，调和诸药。

邓氏^[3]观察病例39例，患者中女性23例，男性16例；年龄20~30岁5例，31~40岁7例，41~50岁12例，51~60岁11例，61~65岁4例；病程1年以内5例，1~2年7例，2~3年12例，3~6年11例，10年以上3例；重度4例，中度28例，轻度7例。39例病人中有36例治疗前血沉增快；治疗前37例类风湿因子化验结果为阳性，35例C反应性蛋白（CRP）实验室检查为阳性。诊断标准：患者均符合美国风湿病协会1987年修订的类风湿关节炎诊断标准。内服小续命汤（含麻黄汤）并随证加减，同时配合功能锻炼。药物基本组成：麻黄9g，杏仁9g，桂枝9g，芍药9g，人参6g，甘草6g，川芎6g，防风9g，防己9g，附子6g，黄芩6g，生姜9只。水煎服，每日1剂，早晚饭后1小时温服，15天为1个疗程。并视患者关节功能障碍情况，行手法推拿按摩，促进受累关节恢复日常活动功能。疗效评定标准：临床治愈：关节疼痛、肿胀消失，活动正常，实验室检查血沉恢复正常，类风湿因子转阴，生活完全自理；显效：晨僵消失，关节疼痛、肿胀明显减轻，关节功能基本恢复，能参加正常工作

和劳动，实验室检查血沉接近正常，类风湿因子转阴；好转：主要症状基本消失，晨僵时间缩短，关节疼痛、肿胀减轻，主要关节功能基本恢复或有明显进步，生活不能自理转为能够自理，或者失去工作和劳动能力转为劳动和工作能力有所恢复，实验室检查血沉无明显变化，类风湿因子仍阳性；无效：临床症状和体征与治疗前相比无改变，实验室检查及X线摄片均无变化，或在其他因素影响下疗效不能巩固或恶化。治疗时间45~120天，平均为80天，39例中临床治愈3例（占7.7%），显效14例（占35.9%），有效19例（占48.7%），无效3例（占7.7%），总有效率为92.3%。疗效满意。

按：类风湿关节炎是以对称性、进行性及侵蚀性的关节炎为主要临床表现的系统性自身免疫疾病，病因不清。其特点是：对称性多关节炎，以双手、腕、肘、膝、踝和足关节受累最为常见，临床发病率较高。未经正确治疗的类风湿性关节炎可反复迁延多年，最终导致关节畸形及功能丧失。根据其临床表现，属于中医“历节病”、“痹证”等范畴，《医宗金鉴·杂病心法》中记载：历节风痛，以其痛无定所，即行痹之属也。《病源》云：历节风痛是气血本虚，或因饮酒腠理开，汗出当风所致，或因劳倦调护不谨，以致三气之邪遍历关节，与气血相传，而疼痛非常，或如虎之咬，故又有白虎历节之名。《中藏经》曰：历节疼痛者，因醉犯房而得之。此其概也。大都痛痹之症，多有夜轻而昼重也，正阴邪之在阴分也。其有遇风雨阴晦而甚者，此正阴邪侮阳之证也。或得暖遇热而甚者，此湿热伤阴之火证也。有火者宜从清凉，有寒者宜从温热。若筋脉拘滞，伸缩不利者，此血虚血燥证也，非养血养气不可。

小续命汤中麻黄、防风、川芎、杏仁开表泄闭，温经通络；桂枝、芍药、生姜、甘草调和营卫；人参、附子益气助阳，配伍芍药、川芎以调和气血，使正气复而邪气去；防己、黄芩、苦寒以清里热；防己并能祛风。诸药合用，共起温经通阳，扶正祛风之效。另外，根据中医动静结合的理论，较早、较好地掌握关节功能锻炼，将有利于延缓关节病变的发展，有效预防晚期关节僵硬变形，提高生活质量，降低致残率，值得临床推广使用。

二、强直性脊柱炎

强直性脊柱炎(AS)属于中医学“肾痹”、“骨痹”等病证范畴,病机为肾督亏虚,筋脉失养,风寒湿等邪气乘虚侵袭肢体筋骨关节,痹阻肾督脉络,致使腰背、四肢关节等处发生重着疼痛,关节屈伸不利、甚至发生僵硬、变形等症。疾病晚期可导致不同程度的残疾,影响着患者的生存质量。本病常因起病隐袭,发病缓慢,临床症状不明显而易被忽视,导致误诊误治。强直性脊柱炎虽以肾亏筋脉失养为发病之本,但风寒湿邪侵袭筋骨关节,痹阻肾督脉络是其致病的重要病理机制。因此,本病的治疗除了重视温补肾督外,采用辛温散寒、温经通督、解肌和营等方法也是不可忽视的重要治法。

【临床应用】

孙氏等^[4]以麻黄汤的变方葛根汤加减治疗强直性脊柱炎,药物组成:葛根 30g,麻黄 10g,桂枝 10g,白芍 15~30g,黄芪 30g,狗脊 15g,牛膝 15g,川芎 15g,地龙 15g,廬虫 10g,乳香、没药各 3g(溶服),甘草 6g,生姜 10g,大枣 7 枚。水煎服,10 剂为 1 个疗程,共治疗 2~5 个疗程,有效率达到 100%。

【病案举例】

孙氏等^[4]观察病例 15 例,男 11 例,女 4 例。年龄 23~38 岁,病程 11 个月~5 年。均经 X 线诊断,确诊为强直性脊柱炎。治疗方法,给予葛根汤加减,水煎服每日 1 剂,共治疗 2~5 个疗程。其自拟疗效评定标准:自觉症状消失,脊柱功能活动自如为显效;自觉症状大减,脊柱功能活动较前灵活为有效;服药 1 个疗程,自觉病情无明显好转为无效。治疗结果:显效 4 例,有效 1 例,有效率为 100%。

典型病例:某患者,男,33 岁,患颈腰板痛 5 年。患者 5 年前始觉腰背板痛,口服吲哚美辛、泼尼松等药,疼痛暂得缓解,但颈腰板痛逐年加重,常年靠服消炎镇痛药度日。2 年前因颈腰板痛加重,僵硬,不可转侧,经当地医院确诊为强直性脊柱炎,给予口服雷公藤片、小活洛丹、壮骨关节丸、吲哚美辛、地塞米松等药物治疗,仍无明显好转,颈腰部僵硬疼痛逐日加重,难以转侧,腰背无汗,遂求治

于中医。根据上述病理表现，辨证为肾督亏虚，风寒湿邪侵袭关节，闭阻脉络，致关节粘连、增生、僵硬。治以驱风散寒、温经通阳、解肌除湿、补肾、强筋壮骨为主，佐以活血化瘀、通络、缓急止痛，给予葛根汤加减治疗。10剂后自觉痛减轻，颈腰活动较前灵活。效不更方，守方继服，嘱其将药渣晾干做药枕，加强功能锻炼。20剂后自觉颈腰痛大减，腰以上有汗，且汗后倍觉轻松，脊柱功能活动范围大增。嘱其配合药枕和功能锻炼，继服上方，共服药50剂，除颈部功能活动略受限外，其余自觉症状全部消失，已能从事一般体力劳动。遂将原方改制成丸剂，每服9g，早晚各1次，注意避风寒。随访1年无复发。

按：本病属中医学肾痹、骨痹范畴，病机为肝肾亏虚，督脉失养，风寒湿邪侵袭肢体筋骨关节，痹阻脉络，导致局部软组织血循环阻滞、肿胀、关节粘连、增生、僵硬。本病临床常因发病缓慢，症状不明显，易被忽视，导致误诊误治。该病虽以肾督亏虚、筋脉失濡为本，但其主要病因为风寒湿邪侵袭关节，经络痹阻所致。因此，若单以温补肾督达不到治疗目的，须配以驱风散寒、温经通阳、解肌除湿治疗，方能获得良效。葛根汤出自《伤寒论》太阳病中篇，原文“太阳病，项背强几几，无汗，恶风者，葛根汤主之”。又《金匱要略·痉湿喝病脉证治》云：“太阳病，无汗而小便反少，气上冲胸，口噤不得语，欲作刚痉，葛根汤主之”。都比较详细地描述了本方用于治疗因风寒湿邪侵袭、脉络痹阻所致之项背僵硬、无汗等的病理表现。此虽言太阳病，但脊柱僵硬疼痛、无汗等的病理机制实与本证相同。据此作者拟本方为主加味治疗，收到很好临床效果。方中以麻黄、桂枝、配葛根驱风散寒、温经通阳、解肌除湿、通利关节、舒筋缓急止痛为主，以黄芪、狗脊、牛膝温补肝肾、强筋壮骨；佐以川芎、地龙、廬虫、乳香、没药活血化瘀、通络止痛、软化关节，切合病机，故收效显著。

三、项背肌筋膜炎

项背肌筋膜炎又称项背纤维组织炎或肌肉风湿病，一般是指筋膜、肌肉、肌腱和韧带等软组织的无菌性炎症，引起项背部疼痛、僵

硬、运动受限及软弱无力等症状。常累及斜方肌、菱形肌和提肩胛肌等。

本病的确切病因尚不十分明了,临床观察认为本病与轻微外伤、劳累及受寒等有关。项背部急性损伤后,使肌筋膜组织产生炎症、水肿,粘连、变性,以后逐渐纤维化,形成瘢痕,使经络气血运行不畅而发为本病。长期的慢性劳损,如伏案低头作业,使肌肉长时间过度紧张、痉挛,虽损伤轻微,病变部位小,但在肌肉筋膜组织中产生变性、肥厚,形成纤维小结而引起较广泛的疼痛。

中医学认为本病属痹症范畴,认为与外伤、劳累、潮湿、寒冷等有关。因此久卧湿地,贪凉或劳累后复感寒邪,寒凝血滞,使肌筋气血运行不畅,经络痹阻不通,可导致项背肌筋膜炎发生,故项背肌筋膜炎患者对天气变化较敏感

现代研究表明麻黄汤有明显的发汗、抗炎、扩张外周血管、解除平滑肌痉挛的作用。故加减后常用其来治疗项背肌筋膜炎。

【临床应用】

陈氏等^[4]以麻黄汤为基础方加减治疗项背肌筋膜炎,药物组成:葛根、芍药、防风、白芷各 12g,桂枝、桑枝、羌活、炙僵蚕、广地龙各 10g,麻黄 6g,甘草、细辛各 3g。加减:寒重者北细辛增至 12g,加制川乌、草乌各 6g;湿重者加威灵仙 15g,苍术 10g;痛剧者加全蝎粉、蜈蚣粉各 3g;血瘀者加三棱、莪术各 10g。每日 1 剂,水煎服,饭后服。药渣用纱布包裹敷患处 30 分钟,1 周为 1 疗程。

【病案举例】

陈氏等^[4]观察病例 142 例,均为门诊病人,其中男 82 例,女 60 例;年龄 9 岁~82 岁,平均 35.42 岁;病程 1 周~18 月,平均 3 月。诊断依据:①颈项部疼痛,向一侧或两侧背部与肩胛之间发射;②疼痛多与天气变化有关,局部喜温恶寒;③多无明显的固定压痛,局部可及条索状物,有触痛;④急性发作时局部肌肉紧张,有广泛压痛;⑤项背部活动受限;⑥实验室检查多在正常范围,血沉或抗“O”可稍增高;⑦X 线检查(-)。治疗方法:以麻黄汤为基础方加减,每日 1 剂,水煎服,饭后服。药渣用纱布包裹敷患处 30 分钟,1 周为 1 疗程。治疗结果 142 例中,痊愈(疼痛消失,功能恢复,休息一月

无复发者) 54 例; 显效(疼痛轻微, 功能恢复, 无反复发作者) 48 例; 有效(症状和体征均有所改善) 33 例; 无效(治疗一个月后症状无缓解) 7 例, 总有效率 95.07%。其中, 用药 1 疗程治愈 36 例, 用药 2 疗程治愈 68 例, 用药 3 疗程治愈 41 例。

典型病例: 王某女, 63 岁, 退休工人。2006 年 2 月 14 日就诊。主诉: 项背部疼痛 1 周。患者于 1 周前因打牌而感项背部疼痛, 颈部转动不利, 局部喜温而恶寒。检查: 项背部广泛性压痛, 以斜方肌为甚, 可及条索状物, 舌淡紫苔稍腻, 脉弦滑。诊断: 项背肌筋膜炎。证属寒湿痹阻, 气滞血瘀, 拟祛寒除湿, 活血通络。予以基本方加三棱、莪术各 10g, 制川乌、制草乌各 6g, 服药 3 剂, 诸症悉减, 继服药 7 剂, 痊愈。3 月后复查, 无不适。

按: 项背肌筋膜炎亦称肌肉风湿病, 是指筋膜、肌肉、肌腱和韧带等软组织的病变, 是引起项背部疼痛、僵硬、运动受限和软弱无力等的一种常见病。现代医学认为本病与外伤、免疫机制、血管炎症、受寒因素有关。中医学认为本病属痹症范畴, 认为与外伤、劳累、潮湿、寒冷等有关。《素问·痹症》认为“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。”

《类证治裁·痹症》亦云“诸痹皆由营卫先虚, 腠理不密, 风寒湿乘虚内袭, 正气为邪所阻, 不能宣行, 因而留滞, 气血凝滞, 久而成痹。”说明风寒湿邪的侵淫是形成痹症的原因。机体遭受风寒湿邪侵袭, 留驻体内, 寒凝而湿阻, 使经脉凝滞, 气血运行失畅, 而有气滞血瘀, 瘀阻络脉则筋脉失养, 故有疼痛、乏力诸症。《伤寒论》云: “太阳病, 项背强几几, 无汗, 恶风, 葛根汤主之。”是故我们采用葛根汤为基本方, 发汗祛邪, 舒经解表止痛; 羌活、防风、白芷祛风除湿, 通络止痛; 细辛、制川乌、草乌祛寒通络止痛; 炙僵蚕、三棱、莪术、广地龙化痰通络止痛。诸药合用, 共奏祛寒除湿, 化痰通络之功, 切中病机, 故收捷效。

四、急性风湿热

急性风湿热以关节炎症为主者, 可归属于中医的“风湿热痹”、“湿热痹”、“热痹”范畴, 以心脏炎症为主者, 则属“怔

忡”、“心悸”、“心痹”等病证。即从中医角度来看，风湿热属于中医学痹证、心痹等范畴，即认为风湿病的发生为感受外邪或素体虚弱或阳气偏盛复感外邪所致。

感受外邪，如《素问·痹论篇》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也”。当自然界气候乖异，寒暑不均，冷热无常，或居处潮湿，外邪内入而罹病。三邪虽有所偏盛，但常是合而为病，且多以风为首，因风为阳邪，多变易行，走窜经络，流注关节，阻遏气血，从而出现关节疼痛红肿发热等症。

素体虚弱复感风邪，如《金匱要略·中风历节病》篇曰：“寸口脉沉而弱，沉即主骨，弱即主筋；沉即为肾，弱即为肝。汗出入水中……故曰历节”。又曰：“历节疼，不可屈伸，此皆饮酒汗出当风所致”。历节即指关节，是言关节疼痛是肝肾虚弱，卫阳不固，腠理不密，风邪水湿乘虚而入，侵犯脏腑，郁于筋脉，留于关节而成本病。

阳气偏盛复感外邪，少年气壮，阳气偏盛，内有蕴热，复感风寒湿邪，热为外邪所郁，流注脏腑、肌肉、关节，而为热痹。本病在急性期，常以热邪偏盛，或湿热蕴蒸为主，是外邪入里化热，或热为邪郁所致。如热邪久留不去，损气耗阴，则出现气阴两虚的症候。病邪的发展，一般是由表入里，由浅及深，由经络而脏腑。如病邪郁于肌肤筋脉，则出现皮下结节。侵袭经络关节，则关节疼痛，不能屈伸。侵入营血，损伤络脉，故见皮下红斑。如病邪继续发展，袭于脏腑，即呈现心脏的改变。如《素问·痹论篇》曰：“脉痹不已，复感于邪，内舍于心”，即指心脏受损而言。

中医学不但认识到风湿热损害心脏，而且也观察到对神经系统的损害，如《备急千金要方》云：“历节风着人，久不治者，令人骨节蹉跌，变成癰病，不可不知”。这与风湿性脑病是吻合的，临床所见的舞蹈病、风湿性癰病即属此类。

总之，中医学认为风湿热的病因病机主要是先天禀赋不足，肝肾亏损，营血虚于里，卫气虚于外，腠理失固，致风、寒、湿、热、燥邪乘虚而入，或纵恣口腹，贪杯食辛，湿蕴生热，或居处潮湿，或长时地下及水中作业，或劳伤心脾，失其运化之职，复感外邪，首先犯

上犯表，渐至入里。

【临床应用】

王氏^[5]以麻黄汤变通治疗急性风湿热，药物组成：炙麻黄 5g，杏仁 10g，薏苡仁 60g，生石膏 60g，知母 10g，甘草 10g，防己 12g，防风 10g，黄柏 10g，连翘 15g，滑石 30g，独活 10g，海桐皮 12g，牛膝 10g，日 1 剂，水煎服，疗效较好。

【病案举例】

王氏^[5]观察急性风湿热病例 1 例，患者女，25 岁，工作时，常受凉水刺激，于 1984 年 2 月 5 日自感咽痛、项强几几，在门诊肌注青霉素好转。2 月 14 日开始恶寒发热，午后加重，手足指（趾）关节、肩、髋、腰脊疼痛，身体转侧不利，痛引右臀至股，不汗出，口苦纳差，门诊治疗 6 天无效，收入住院。体检：体温 39.6℃，扁桃体 I° 肿大，心尖闻 I 至 II 级收缩期吹风样杂音，四肢大关节触痛明显，挪动下肢则腹股沟处疼痛难忍，舌质红，苔厚微黄而润，脉紧而数。血常规：白细胞 $11.2 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞：81%，红细胞沉降率：117mm/小时，抗链球菌溶血素：1250U，诊断为急性风湿热，中医辨为风寒湿邪外袭，入里热化，湿热痹阻所致。初拟宣痹汤加减小水煎服，同时肌注穿心莲针、祖师麻针，静滴牛黄醒脑注射液及能量合剂，治疗 1 周无好转。2 月 27 日诊：持续发热，微恶寒，微汗出口渴。查舌质红苔白厚欠润，脉弦数。此湿热内蕴有化燥伤津之势，改拟麻杏苡甘汤加味，以祛风散寒除湿，佐清热通痹。处方：炙麻黄 5g，杏仁 10g，薏苡仁 60g，生石膏 60g，知母 10g，甘草 10g，防己 12g，防风 10g，黄柏 10g，连翘 15g，滑石 30g，独活 10g，海桐皮 12g，牛膝 10g，日 1 剂，水煎服。10 日后发热间断发作，且在 39℃ 以内，渐能下床活动。续拟原方化裁，酌加地龙、制二乌、制乳没等通络止痛。3 月 25 日诊：发热基本停止，能在户外活动，每于天气变化时关节疼痛明显。查舌红苔白润，脉细缓。血抗链球菌溶血素 833U，红细胞沉降率 37mm/小时。鉴于热邪已去，湿亦渐化，治当祛风除湿为主，改用苍术、薏苡仁、防风、地龙、独活、海风藤、防己、海桐皮、全蝎、牛膝、黄柏、鸡血藤等，守方治疗至 4 月中旬，诸症好转，仅右膝关节疼痛时轻时重。于 4 月 23 日带药出院继续治

疗, 5月15日随访, 诸症消失, 查抗链球菌溶血素 625U, 红细胞沉降率 13mm/小时, 至今病情未见反复。

按: 本例初用宣痹汤系注重湿聚热蒸, 蕴于经络之标, 忽略了风寒湿邪在表之本。后经细辨, 认准麻杏苡甘汤为对证方药, 守方守法, 终达目的。患者持续高热 40 余日, 其间有 4 天高达 40.1℃, 说明此为重症急性风湿热, 湿性黏滞, 与热相合, 缠绵难清。但只要审明病机, 方药对证, 坚持治疗, 必会水到渠成。所以本例虽未用西药抗生素、激素之类, 亦使热解痹除, 说明认证准确、不乱方寸的重要性。

第二节 呼吸系统疾病

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染简称上感, 亦称感冒, 是由病毒 (常见原因) 或细菌引起的鼻、咽、喉部急性炎症性的疾病。本病是呼吸道最常见的一种传染病, 全年均可发病, 好发于冬春季, 传染性强, 俗称“伤风”。属于中医学“感冒”范畴。

现代医学认为, 当有受凉、淋雨、过度疲劳等诱因存在时, 全身或呼吸道局部防御功能降低, 原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖, 引起发病。尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病如鼻窦炎、扁桃体炎者, 更易罹病。病理表现主要是鼻腔及咽黏膜充血、水肿、上皮细胞破坏, 少量单核细胞浸润, 有浆液性及粘液性炎性渗出。继发细菌感染后, 有中性粒细胞浸润, 产生大量脓性分泌物。发病后其症状表现主要有: 起病较急, 初起表现为鼻塞流涕、喷嚏、咽痒或痛, 可有咳嗽。病情轻者有低热、畏寒; 重者发热头痛、全身酸痛、乏力、声嘶等。一般无明显体征。可有鼻、咽、扁桃体充血, 颌下淋巴结肿大, 肺部常无明显体征, 血白细胞总数增多或正常。麻疹、猩红热、流脑等急性传染病早期可表现为上感症状, 需与之鉴别, 此外尚需与流行性感冒鉴别。本病易并发气管炎, 肺炎, 风湿热, 肾炎等疾病。

中医学认为急性上呼吸道感染是由于六淫邪气侵犯人体而致病,以风、寒、湿、热、毒邪为主因,其致病往往与时邪相合而伤人。由于感邪之不同、体质强弱不一,证候可表现为风寒、风热两大类,并有夹湿、夹暑的兼证,以及体虚感冒的差别。如果病情较重,在一个时期内广泛流行,称为“时行感冒”。病理变化为正气不足,卫外功能减弱,肺卫调节疏懈,六淫之邪乘虚侵袭,邪毒由口鼻、皮毛入侵,肺卫首当其冲,迅速出现卫表不和及肺失宣肃的证候。或因生活起居不当,寒温失调,以及过度劳累,而致肌腠不密,感受外邪为病。其他如肺经素有痰热、伏火,或痰湿内蕴,肺卫失于调节,也每易感受外邪。又因四时六气不同以及人体素质的差异,其证候表现上有风寒、风热和暑湿兼夹之证;又素体阳虚者易感受风寒,素体阴虚者易感受风热、燥热,痰湿偏重者易感受外湿,因此临证见本病证候常错综复杂。麻黄汤辛温散邪,宣利肺气,为治风寒型感冒之效方。麻黄汤的现代药理研究表明,其在抗病毒、解热、平喘、止咳、祛痰、抗炎等方面作用确切,是治疗上呼吸道感染(感冒)的重要方剂。

【临床应用】

卢氏等^[6]以麻黄汤为基础方合荆防败毒散治疗急性上呼吸道感染。药物组成:麻黄、杏仁、桂枝、荆芥、防风、茯苓、川芎、羌活、独活、柴胡、枳壳、桔梗、前胡、甘草。共治疗78例急性上呼吸道感染病人,其症状痊愈显率、退热起效时间、体温复常时间以及中医症状、体征改善等方面均取得了满意的疗效。

黄氏^[7]以加味麻黄汤治疗夏季风寒型感冒106例。药物组成:麻黄10g,桂枝10g,杏仁10g,生甘草5g,生白芍10g,连翘10g。加水500ml,煎取300ml,分两次服,每日1剂,3天为一疗程,共观察两个疗程。年龄大于50岁或平素体质虚弱者,麻黄减为5g,白芍增为20g;有咽痛者,改麻黄为5g,增连翘为20g;夹有暑湿者可加苍术10g;若发热,体温39℃以上或体质较差,可予补液支持疗法。治愈76例,好转21例,未愈9例,总有效率91.5%。

【病案举例】

卢氏等^[6]观察治疗138例上呼吸道感染患者,均为急诊门诊病

例。中医诊断属风寒表实证；排除：发病时间 > 72 小时，年龄 > 65 岁或 < 18 岁，体温 < 37.5℃，白细胞 $> 10 \times 10^9/L$ 和/或中性 > 80%，中医辨证不属风寒表实证，有严重心、肝、肾等并发症或合并其他严重原发性疾病、精神病及妊娠、哺乳期妇女和过敏体质及对本药过敏患者。随机分为两组。治疗组 78 例，男性 46 例，女性 32 例；平均年龄 (38.4 ± 6.78) 岁；入院时体温 37.5 ~ 38.5℃ 23 例，38.6 ~ 39.5℃ 39 例，39.5℃ 以上 16 例。对照组 60 例，男性 36 例，女性 24 例；平均年龄 (40.26 ± 8.45) 岁；体温：37.5 ~ 38.5℃ 16 例，38.6 ~ 39.5℃ 32 例，39.5℃ 以上 12 例。两组一般资料差异无显著性 ($P > 0.05$)。治疗方法：治疗组予麻黄汤及荆防败毒散合方，方药组成为麻黄、杏仁、桂枝、荆芥、防风、茯苓、川芎、羌活、独活、柴胡、枳壳、桔梗、前胡、甘草。用中药煎药机煎熬，每次服 150ml，每 2 小时 1 次，汗出热退后改为每日 3 次，疗程 3 天。对照组予麻黄汤，方药组成为麻黄、桂枝、杏仁、甘草，煎服法同治疗组。治疗期间两组均不得使用具有治疗作用的其他中、西药和治疗措施。疗效标准参照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》中治疗感冒病的疗效评定标准拟定。临床痊愈：治疗 3 天以内体温恢复正常，感冒症状全部消失，且随访 1 周无反复。显效：治疗 3 天以内体温恢复正常，感冒症状大部分消失。有效：治疗 3 天以内体温较以前降低，感冒主要症状部分消失。无效：治疗 3 天以内体温未降或升高，感冒主要症状无改善。统计学处理，采用秩和检验。结果示治疗组愈显率显著高于对照组；治疗组主要症状如发热、恶寒、无汗的改善优于对照组，其他症状的改善亦较对照组显著。两组退热作用比较体温下降 0.5℃ 所需时间，治疗组最短为 2 小时，最长为 56 小时，平均为 (13.08 ± 3.26) 小时；对照组最短为 4 小时，最长为 71.5 小时，平均为 (19.36 ± 5.20) 小时。体温复常时间，治疗组最短为 2 小时，最长为 70.5 小时，平均为 (16.26 ± 4.26) 小时；对照组最短为 4 小时，最长为 72 小时，平均为 (23.35 ± 6.35) 小时。两组比较，治疗组退热起效时间及体温复常时间均早于对照组。不良反应情况：观察期间，两组病例均无任何不良反应。



按：中医学认为急性上呼吸道感染是由于六淫邪毒侵犯人体而致病，临床以风寒、风热两种证候最为多见。风寒表实上感以麻黄汤和荆防败毒散二方最为常用，麻黄汤是治疗风寒表实证的经典经方，荆防败毒散是治疗外感风寒表实证的时方，经方合时方更能应对复杂的证病情。上呼吸道感染属中医学之表证，故解表法是治疗本病的基本法则，正如《症因脉治·伤寒总论》所言：“外感风寒，从毛窍而入，必从毛窍而出，故伤寒发热症，首重发表解肌。”麻黄汤解肌发表力雄效捷，故其当为基本方，但在临床实践中发现，其虽有较好的解表退热的作用，但对解除鼻塞、流涕、咽痒、咳嗽等上呼吸道卡他症状疗效较弱。荆防败毒散有较强的疏风止咳、利咽止痒之功，能较好的解除上呼吸道卡他症状，且有败毒之功，《医宗金鉴》用之治疗疮疡，但散寒解表力量弱，临床使用往往未能收到满意疗效。故将两方合用，取其各自优势，能加强发表解肌之力，经过多年临床实践及本观察发现，两方合用无论是愈显率比较，还是体温的退热起效、复常时间和症状解除时间比较，均较单用麻黄汤为佳，因而是个值得深入研究的课题。

黄氏^[7]观察夏季风寒型感冒患者106例，全部为门诊病人，符合国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》中感冒的诊断标准，属风寒束表证，并有在空调环境下长时间工作或休息的起病诱因。其中男性71例，女性35例；年龄18~40岁59例，40~60岁41例，60岁以上7例；病程1天者69例，2天者28例，3天者9例。临床表现：发热101例（体温37~38℃25例，38~39℃49例，39℃以上27例），鼻塞流涕98例，头痛87例，全身酸痛79例，无汗83例，咳嗽76例，咽痛21例。给予加味麻黄汤治疗，分两次服，每日1剂，3天为一疗程，共观察两个疗程。疗效标准：根据国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》评定。痊愈：症状消失；好转：发热消退，临床症状减轻；未愈：临床症状无改善或加重。治疗结果：总有效率91.5%。取得了良好的疗效。

典型病例^[7]：邵某，男，36岁，1997年7月20日初诊。主诉：畏寒发热伴头痛、干咳1天。患者因劳累汗出入空调房间休息后起病，畏寒发热，体温：39.5℃，无汗头痛，阵发干咳，鼻塞流涕，全

身酸痛,自服巴米尔片1粒,体温降而复升,舌淡红,苔薄白而润,脉浮紧。体格检查:神志清,发热貌,体温 39.5°C ,心率90次/分,血压15.29/9.98kPa。球结膜轻度充血,咽部无充血,两侧扁桃体无肿大,律齐,无杂音,两肺呼吸音清晰。腹部无压痛。血常规:白细胞 $4.0 \times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞:45%,淋巴细胞:55%。胸片正常。中医诊断为感冒,证属风寒束表,卫阳被郁,肺气不宣,治宜辛温解表,方用加味麻黄汤。麻黄10g,桂枝10g,杏仁10g,生甘草5g,生白芍10g,连翘10g。每日1剂,水煎,分两次服。24小时后体温降至正常,头痛、全身酸痛明显减轻,48小时后临床症状消失,72小时后病情未见反复而愈。

按:感冒一病,四季均可发生,尤以春、冬季为多见,但由于空调的普及,夏季暑热当空,肌肤腠理疏松,劳累汗出之际,进入空调环境,极易受风寒之邪侵袭肌表,卫阳被郁,清阳不展,肺气不宣,而病发风寒型感冒。治当辛温解表,宣肺利气。加味麻黄汤方中麻黄性温可助阳散寒,味辛可解表,又可宣肺平喘,为方中君药;桂枝性温味平甘,既可温经散寒,又可通营达卫,辅助麻黄使营卫通畅,并可解除头身疼痛,为臣药;杏仁甘苦温,利肺降气,协助麻黄可增加平喘之功,白芍酸苦微寒,益营敛阴,辅助麻黄、桂枝散收并用,以调和营卫,连翘,味苦微寒,入肺、心、小肠经,既能清热解毒,消痛散结,又能疏散表邪,以防辛温太过,风寒化热,共为佐药;甘草既可缓和麻、桂的峻烈之性,又能调和麻、杏之宣降,合白芍酸甘化阴还可防止麻、桂发汗伤阴之弊,是为使药。诸药同用,共奏散寒解表,宣肺利气之功。本方散敛并用,麻桂反佐连翘,解肌发汗不伤阴,辛温不化火,为夏季风寒型感冒之效方。

二、支气管哮喘

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

性增高。哮喘是世界公认的医学难题，被世界卫生组织列为疾病中四大顽症之一。

哮喘的病因目前还不十分清楚，大多认为是多基因遗传有关的变态反应性疾病。环境因素对发病也起重要的作用，包括吸入性抗原（如：尘螨、花粉、真菌、动物毛屑等）和各种非特异性吸入物（如：二氧化硫、油漆、氨气等）；感染（如病毒、细菌、支原体或衣原体等引起的呼吸系统感染）；食物性抗原（如鱼、虾蟹、蛋类、牛奶等）；药物（如普萘洛尔、阿司匹林等）；气候变化、运动、妊娠等都可能是哮喘的诱发因素。哮喘的发病机制尚不完全清楚。多数人认为，变态反应、气道慢性炎症、气道反应性增高及植物神经功能障碍等因素相互作用，共同参与哮喘的发病过程。哮喘的病理改变：疾病早期，因病理的可逆性，肉眼观察解剖学上很少器质性改变。随着疾病发展病理学变化逐渐明显，肉眼可见肺过度充气及肺气肿，肺柔软疏松，可合并有肺大泡。支气管及细支气管内含有黏稠痰液及黏液栓。支气管壁增厚、黏膜肿胀充血形成皱襞，黏液栓塞局部可发现肺不张。显微镜下的改变比较明显。即使在轻症的哮喘患者，可见气道上皮下有肥大细胞、肺泡巨噬细胞、嗜酸性粒细胞、淋巴细胞与嗜中性粒细胞浸润。哮喘发作期，气道黏膜下组织水肿，微血管通透性增加，支气管内分泌物贮留，支气管平滑肌痉挛，纤毛上皮剥离，基底膜露出，杯状细胞增殖及支气管分泌物增加等病理改变。若哮喘长期反复发作，表现为支气管平滑肌的肌层肥厚，气道上皮细胞下的纤维化等致气道重构和周围肺组织对气道的支持作用消失。

支气管哮喘属于中医的“哮病”、“喘证”范畴。中医认为，本病乃肺、脾、肾三脏功能不足，水湿内聚为痰饮，遇外邪引动而发，痰随气升，气因痰阻，相互搏结，阻于气道，肺失宣肃而出现咳嗽喘鸣，甚则不能平卧，胸闷，咯痰不爽等症。哮喘的主要病理环节是宿痰内伏，因感受外邪或其他因素而诱发。本病有新病多实、久病多虚、发时邪实、平时正虚的特点，因此，哮喘的治疗原则是“久喘之症，未发时宜扶正气为主，已发用攻邪为主。”攻邪治肺，扶正治肾。哮喘发作时需以治标为主，以止哮平喘；而缓解时要重在治本，补肾益气。如果既有实证，又有虚证，那么治疗时，就要标本兼顾，

虚实同治。麻黄汤能发散外邪，宣肺平喘之效，现代药理也证实本方具有平喘、止咳、祛痰、抗炎、扩张外周血管、缓解平滑肌痉挛的作用，故哮喘无论虚实，用麻黄汤加减治疗，临床均可取得较好疗效。

【临床应用】

黄氏^[8]应用麻黄汤类方大青龙汤治疗哮喘取得良好疗效。药物组成：麻黄 15g、杏仁 15g、桂枝 15g、生石膏 30g、法半夏 15g、地龙 15g、苏子 30g、大枣 5 枚、生姜 5 片、炙甘草 10g。水煎服，取得了满意的疗效。

陈氏^[9]以麻黄汤变通治疗重度哮喘，药物组成：西洋参 8g，麦冬、射干、北杏仁、地龙、蚤休各 10g，鱼腥草、毛冬青各 15g，山茱萸、山药各 20g，炙麻黄 5g，川贝、五味子各 6g。每日 2 剂，每剂煎 2 次，嘱频频少量饮服，疗效满意。

【病案举例】

黄氏^[8]观察病例 46 例，其中男性 29 例，女性 17 例；年龄最大者 72 岁，最小者 26 岁。病程在 1 年以内者 3 例，1 年至 5 年者 11 例，6 年至 10 年者 15 例，10 年以上者 17 例。疗效标准：哮喘控制，哮喘音消失为显效；哮喘减轻，哮喘音减少为好转；哮喘无缓解为无效。治疗结果：46 例中，显效 18 例，好转 23 例，无效 5 例，有效率为 89.1%。

典型病例：王某，女，72 岁。咳嗽 8 年，反复发作，屡治不愈，近两年逐渐加重，活动则喘。遇风寒之邪，或闻刺激性气味则咳嗽加重。一周前因气候转阴，致使咳嗽加剧，经当地医院治疗未见好转，而转来本院治疗。来诊前曾经某医诊治，服药一剂，当夜即哮喘大作。翌日急来哮喘专科门诊就诊。患者张口抬肩，呼吸困难，胸膈憋闷，痰鸣难咯，口唇青紫，面色晦滞，恶寒身困，鼻塞涕清，咽痛而干，舌质偏红，舌苔薄黄，脉浮而数。听诊两肺布满哮鸣音，胸部 X 线透视：双肺门浓密，结构不清，肺纹理增粗，紊乱，两肺野透亮度增高。临床诊断：喘息性支气管炎，阻塞性肺气肿。辨证：风寒束肺，痰热内伏，气逆喘息。治则：宣肺解表，清热豁痰，降气平喘。处方：麻黄 15g、杏仁 15g、桂枝 15g、生石膏 30g、法半夏 15g、地龙 15g、苏子 30g、大枣 5 枚、生姜 5 片、炙甘草 10g。服药 5 剂，咳

嗽剧烈，频吐大量黄稠之痰后，喘息渐止，恶寒消失，两肺未闻哮鸣音，仅夜间稍有咳嗽。再进宣肺祛痰，养阴润肺之剂而诸症消失，欣然回归故里。

陈氏^[9]观察重度哮喘病例1例，患者男，73岁，2000年4月17日入院，至23日转中医治疗。患者于4月14日起鼻塞、头痛、畏寒、乏力、胸闷、咳嗽、痰黄稠难咯。在当地卫生站医治未见效。16日夜间出现剧咳、气喘、寒战、发热，即按“支气管哮喘并感染”留医。1周内使用多种抗生素、糖皮质激素、支气管解痉剂、止咳祛痰药，以及纠正水电质平衡失调、酸碱平衡失调和支持疗法等综合措施，病情曾有改善。但至22日下午6时，患者气喘骤然加剧，呈张口呼吸，有明显三凹征，烦躁不安。经两次紧急会诊，采用大剂量解痉平喘抗炎药物，并予吸氧和心电监护，效果欠佳。此时患者对继续抢救失去信心，决意放弃治疗，于23日凌晨1时40分由家人签字自动出院。回家后8小时内喘憋胸闷未有改变，神志朦胧尚可对答，口干欲饮不愿进食，于是患者转中医治疗。症见：精神萎靡，表情淡漠，目光呆滞，面青唇紫，指甲发绀，形体消瘦，喘促短气，呼多吸少，张口抬肩，不能平卧，头额冒汗，皮肤湿润，下肢厥冷，舌红无苔而干，脉微细而数。体温 35.8°C ，脉搏116次/分，呼吸28次/分，血压14.9/8.5kPa，心率126次/分。双肺哮鸣音及少量湿啰音。血常规：红细胞 $4.24 \times 10^{12}/\text{L}$ ，血红蛋白11.8g/L。白细胞 $10.8 \times 10^9/\text{L}$ ，淋巴12%，单核2%，中性86%，血小板 $1.69 \times 10^9/\text{L}$ ，二氧化碳结合力36mmol/L，血氧饱和度72%，X线全胸片报告（住院时）：肺气肿。心电图报告（住院时）：窦性心动过速，完全性右束支传导阻滞。中医诊断：哮喘并肺胀，喘脱。辨证：气阴外脱，痰热郁肺，虚实夹杂。西医诊断：重度哮喘并肺部感染，阻塞性肺气肿，呼吸衰竭。治则：补气养阴固脱，宣肺清热化痰。方剂：生脉散合射干麻黄汤加减，处方：灸麻黄5g，北杏仁、麦冬、射干、地龙、蚤休各10g，花旗参8g，鱼腥草、毛冬青各11g，山茱萸、山药各20g，川贝、五味子各6g，每日2剂，每剂煎2次，嘱频频少量饮服。4月24日二诊：喘息稍减，出汗已止，四肢转温，效不更方，再日服2剂。4月25日三诊：咳嗽明显减轻。精神好转，但自觉腹部胀满，



大便4天未解，继用上方减鱼腥草、蚤休、射干、地龙，加大黄6g（后下），厚朴（后下）、枳实各8g，虎杖10g，每日2剂。4月26日四诊：服药后大便3次，随后喘息逐渐消失，可以平卧，睡眠改善，食欲渐增，尚有疲乏、咳嗽、痰多黏稠。查体双肺哮鸣音消失。肺底仍有少量湿啰音。辨证属气阴虚两亏，肺中余热痰浊未清。调整处方：西洋参、五味子各8g，桃仁、冬瓜仁、麦冬、地骨皮各12g，山茱萸、蚤休各15g，枇杷叶、厚朴、枳壳各10g。山药20g，3剂，每日1剂。此后因病情逐日减轻，患者自行按前方配药，连服10多天而愈。2个月后电话访问，得知其身体状况良好，可骑自行车到数公里外访友、购物。

按：病者患哮喘50年，又外感风邪，入里化热，邪热与肺中宿痰相互胶结，壅阻肺气，肺气上逆为咳喘。因其年老瘦弱，气阴亏损，正不胜邪，演变成喘逆剧甚，张口抬肩，不能平卧，面青唇紫，汗出肢厥，脉微细的喘脱危象。故病机是以气阴外脱为主，痰热内郁为次。治疗应侧重扶正固脱，结合宣肺清热除痰，标本兼治。生脉散合黄肉、山药是笔者习惯用于气阴两虚危重病的基本方剂。方中人参大补元气（本例阴虚偏甚改用西洋参），麦冬养阴生津，五味子敛肺止汗，加上大剂量山茱萸肉收敛元气，山药“固摄气化、宁嗽定喘”。针对痰热郁肺，用炙麻黄、北杏、毛冬青、地龙宣肺降气、平喘止咳，鱼腥草、蚤休、川贝、射干清肺除痰。因病情危急，故日服2剂。2天后咳喘减轻转见腹胀便秘，根据“肺与大肠相表里”的理论，处方减去鱼腥草、蚤休、射干、地龙，加上小承气汤和虎杖通便泄热，釜底抽薪，患者气喘随之消失，再经10多天调理告愈。

三、外感高热

外感发热是指感受六淫之邪或温热疫毒之气，导致营卫失和，脏腑阴阳失调，出现病理性体温升高，伴有恶寒、面赤、烦躁、脉数等为主要临床表现的一类外感病证。外感发热，古代常名之为“发热”、“寒热”、“壮热”等。人体体温相对恒定，不因外界温度的差异而有所改变，保持在37℃左右。由于饮食、运动、环境、情绪和性别的关系，体温可能有暂时的轻微的波动，但此无临床意义，发热

则是指病理性的体温升高。外感发热是指外感因素导致的病理性体温升高。外感发热在内科疾病的发病率中占有较高的比例,影响工作和生活,严重者可出现神昏谵语,抽搐惊厥,甚至危及生命。

中医药对外感发热有系统的理论和丰富的临床经验,具有较理想的治疗效果。《素问·阴阳应象大论》、《素问·热论》、《素问·至真要大论》等篇中,对外感发热的病因病机和治疗法则,都作了扼要的论述,为热病的理论奠定了基础。汉《伤寒论》为我国第一部研究外感热病的专著,系统地论述了外感热病的病因病机和证治规律,以阴阳为纲,创造性地提出了六经辨证理论,成为后世对外感热病辨证论治的纲领。金代刘完素对外感热病的病因病机主火热论,认为外感热病的病因主要是火热病邪,即使是其他外邪也是“六气皆从火化”,既然病理属性是火热,因此主张“热病只能作热治,不能从寒医”,治疗“宜凉不宜温”,这就突破了金代以前对外感热病必从寒邪立论,治疗多用辛温的学术束缚,是外感热病理论的一大进步。外邪入侵人体的途径,多由皮毛或口鼻而入。一般说来,六淫之邪,由皮毛肌腠而入,由表入里,传至脏腑,发为热病。辨证多以寒凉清热为治疗原则,常选用清热解毒、清热除湿、通腑泻下、清理脏腑等治法,有时常配合凉血、化瘀、息风、开窍等治法,治疗外感热病,不应囿于寒温流派,三阳病皆可归之于表,都可用解表解肌之法。外感热病,切忌用闭塞表窍之药,即使传入到三阳之腑,仍要留此祛邪之路。临床上用麻黄汤加减,通过解表祛邪治疗此病取效较速。

【临床应用】

喻氏^[10]以麻黄汤类方大青龙汤治疗外感高热证,药物组成:炙麻黄6g,桂枝6g,炙甘草5g,杏仁12g,生姜3片,大枣5枚,石膏24g。小儿剂量减半,取得良好疗效。

【病案举例】

喻氏^[10]观察病例中医治疗组36例均系门诊病人,其中男性69例,女性39例,年龄最小15岁,最大65例,症状表现发热恶寒,周身疼痛、无汗烦躁,脉浮紧或浮数者78例,症状表现发热恶寒,身重、无汗烦躁,脉浮缓者30例。另随机设立西药对照组,108例,其中男性58例,女50例,年龄最小5岁,最大64岁,临床表现均

符合大青龙汤主症。参照“中医内科急诊诊疗规范外感高热证疗效评定标准”。其中痊愈标准为：热尽身凉、且无反复、症候消失、异常理化检查指标恢复正常。中医治疗组平均服药2~3剂，全部治愈，病程1~3天，平均医疗费用20元左右，西药对照组全部治愈，病程6~20天，平均医疗费用120~400元左右，两组病例的病程及疗效，有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。

典型病例 黄某某，女，65岁，原汉川市一中家属，1990年10月4日初诊，病已一日，延余诊治，症见恶寒高热 39.8°C ，身盖三层棉被仍觉恶寒，无汗烦躁，头身俱痛。口渴喜热饮，口淡无味，纳差，小便短黄，大便未行，舌红苔薄黄，脉浮数，辨证属太阳中风，表实兼内热证，药用大青龙汤：炙麻黄6g，桂枝6g，炙草5g，石膏24g，杏仁12g，生姜3片，大枣5枚。一剂后自觉有甜味，嘱进糜粥少许，汗出由少及多，寒热、头身疼痛消失，次日又进一剂，又得微汗，乃无所苦而告愈。

按：麻黄汤方大青龙汤适用于风寒表实，兼内热烦躁证，以发热恶寒，不汗出而烦躁为辨证的前提，有立竿见影之效。正确辨证地使用中医经方大青龙汤治疗外感高热证，不仅能缩短病程，减轻病人的痛苦，提高生活质量，而且能大大减少病人的医疗费用，体现了中医治病的价值与特色。

四、肺炎

现代医学认为，肺炎是由多种病原菌引起的肺充血，水肿，炎性细胞浸润和渗出性病变，肺部X线可见炎性浸润阴影，主要病理变化为肺泡毛细血管充血、水肿，肺泡内纤维蛋白渗出和炎性细胞浸润。临床主要症状为寒战、高热、咳嗽、咯痰、胸痛等。

肺炎属中医学“风温”、“咳嗽”、“肺热病”等范畴。因正气不足，表卫不固，不能御邪于外，邪伤肺卫，风邪束表，卫气郁闭，而见恶寒发热；肺气壅闭，失于宣达而咳嗽；肺不布津，聚而为痰，伤于寒邪则为白稀痰，伤于热邪或寒邪化热则见白黏痰或黄痰。邪气阻滞肺络，可致胸痛，邪热内盛，灼伤肺络，可见咯血。若邪气过盛，正不胜邪，邪气入里，内传营血，甚则邪热内陷，逆传心包，可致真

阴欲竭，阳气虚脱。风寒伤人肌表，毛窍闭塞，肺气不宣，卫气不得外达，营气涩而不畅，所以外见恶寒发热、头痛、身疼、无汗、脉浮，内见喘逆，郁久生热，而成肺炎。肺炎四季皆可发病，而多发于冬春两季。青壮年多见，男多于女。本病若及时诊治，发汗解表，宣肺平喘，使肺气宣，毛窍开，营卫通畅，汗出而在表之邪得解，诸证悉除。

【临床应用】

王氏^[11]以麻黄汤为基础方治疗肺炎，炙麻黄 5g，杏仁泥 3g，生甘草 3g，风寒闭肺则加白前 3g，苏子霜 5g，大青叶 10g；风温犯肺则加生石膏 30g，连翘 12g，蚤休 10g；痰热闭肺则加生石膏 25g，车前子 3g（布包），白前 5g，大枣（剖）6 枚。取得了可喜的疗效。

【病案举例】

王氏^[11]以麻黄汤为基础方观察病例，1 例，孙某，男，3 岁。1991 年 1 月 18 日初诊。家长代诉：咳嗽咯痰不出，大便 3 日未解，纳谷欠佳。查咽红，扁桃体肿大，体温 38.5℃，两肺闻及少许啰音。舌红，苔薄白，脉浮紧，指纹浮红。诊断为小儿支气管肺炎（风寒闭肺型）。证属外感风寒，肺气失宣。治宜解表、宣肺、利咽、平喘，药用炙麻黄 5g，杏仁泥 3g，生甘草 3g，白前 3g，苏子霜 5g，大青叶 10g，3 剂后，热退、咳嗽减轻，痰较易咯出，听诊可偶闻及湿啰音。原方去白前、苏子霜、加桑白皮 5g，炙枇杷叶 6g，又服 5 剂后痊愈。

按：患儿感受风寒之邪，肺气失宣，肺络受阻，导致肺气上逆，咳嗽气喘，咯痰不出、卫阳被寒邪所遏，皮毛开阖失利，故恶寒，发热、无汗，肺与大肠表里之合，津液不得下行，故大便 3 日不通，风寒束表，故脉浮紧，苔薄白，指纹浮红。方中，麻黄发表透邪，宣肺平喘，用治喘，效如桴鼓，故为主药；杏仁宣利肺气，与麻黄相伍，能加强止咳平喘之力；甘草调和诸药，使发散不致太过；白前宣肺理气化痰，苏子降气平喘；大青叶清热解毒，利咽，药证合拍，故 3 剂热退，善后加枇杷叶肃降肺气；桑白皮泻肺以清郁热。5 剂而善其后。小儿肺炎是临床常见病，四季均易发生，以冬春季为多。如治疗不彻底，易反复发作，影响孩子发育。小儿肺炎临床表现为发热、咳

嗽、呼吸困难,也有不发热而咳喘重者。其病因主要是小儿素喜吃过甜、过咸、油炸等食物,致宿食积滞而生内热,痰热壅盛,偶遇风寒使肺气不宣,二者互为因果而发生肺炎。即使疾病痊愈,也要注意患儿的饮食、生活调适,增加身体抵抗力。

五、肺炎支原体感染后期咳嗽

肺炎支原体(MP)感染后期咳嗽是指肺炎支原体所致的呼吸道感染引起的咳嗽,经治疗后虽然感染得到控制但咳嗽症状不缓解。呼吸道受支原体感染后,临床上常见咳嗽症状顽固,迁延不愈,并常伴有气道反应性增高,气道黏膜损伤较重,治疗不及时往往转变为慢性持续性咳嗽,单纯西医治疗效果欠佳。麻黄汤具宣肺达邪,肃肺止咳之功,现代药理研究也表明麻黄汤在平喘、止咳、祛痰、抗炎、扩张外周血管、解除平滑肌痉挛等实验指标上作用确切,是治疗肺炎支原体感染后期咳嗽的重要方法之一。

【临床应用】

梁氏^[12]以止嗽散合三拗汤为基础,药物组成:桔梗 20g,紫菀 10g,荆芥 10g,百部 20g,陈皮 10g,白前 20g,甘草 6g,炙麻黄 10g,杏仁 10g。加减:热毒未清者加黄芩 10g,鱼腥草 30g;咽痒甚者加蝉蜕 6g,木蝴蝶 10g;呛咳者加射干 10g,地龙 10g;肺阴虚者加沙参 10g,麦冬 10g;肺脾气虚者加白术 10g,茯苓 10g 等。治疗肺炎支原体感染后期咳嗽取得了满意的疗效。

【病案举例】

梁氏^[12]观察病例 30 例,随机分为治疗组 20 例,男 8 例,女 12 例;年龄 9~50 岁,平均 30 岁;病程 1 周 3 个月,平均 55 天。对照组 10 例,男 5 例,女 5 例,年龄 10~48 岁,平均 32 岁;病程 1 周~2 个月,平均 50 天。诊断标准:肺炎支原体所致的呼吸道感染引起的咳嗽,感染得到控制后咳嗽症状不缓解;白细胞计数正常或偏低,血清肺炎支原体 IgM 或 IgG(+);X 线胸片提示感染已得到控制。排除其他病原体如细菌、病毒等呼吸道感染所致的咳嗽;排除肺炎支原体感染急性期(感染未控制)。治疗组止嗽散合三拗汤为基本方。服药治疗期间停服其他药物。对照组镇咳药:右美沙芬悬液

(上海现代制药股份有限公司出产, 规格 100ml/0.6g, 右美沙芬) 5ml, 每日 2 次口服; H^1 受体拮抗剂氯雷他定 10mg, 每日 1 次口服。两组均 7 天为 1 个疗程。疗效标准: 治愈: 治疗 1 个疗程, 症状全部消失; 有效: 治疗 1 个疗程, 症状明显好转; 无效: 治疗 1 个疗程主要症状无改善。结果治疗组 20 例: 治愈 3 例, 好转 15 例, 无效 2 例, 总有效率 90%; 对照组 10 例: 治愈 1 例, 好转 2 例, 无效 7 例, 总有效率 30%。两组差异显著 ($P < 0.01$)。治疗期间治疗组无不良反应发生, 对照组有 1 例出现头晕、倦怠。

按: 肺炎支原体感染后咳嗽持续时间较长, 多表现为阵发性刺激性咳嗽, 咳少量黏痰。许多患者为此反复就诊也难获良效, 甚至发展为慢性支气管炎, 这主要与肺炎支原体感染后, 肺炎支原体细胞膜上有神经氨酸受体, 可以吸附于宿主的呼吸道上皮细胞表面, 释放多种有毒代谢产物如过氧化氢, 抑制纤毛活动和破坏上皮细胞, 出现细胞变性、坏死、脱落。如不及时修复则造成迁延不愈, 反复发作。中医学认为支原体感染后期咳嗽的主要病机是表邪未尽, 肺失宣降, 气逆为咳, 治疗应疏风解表, 降逆止咳, 以止嗽散合三拗汤加减为主。方中桔梗开宣肺气, 白前降气化痰, 炙麻黄宣肺, 杏仁降肺气, 两组药对一宣一降以复肺气之宣降, 助化痰止咳, 紫菀、百部温润平和, 止咳化痰, 治新久咳嗽, 荆芥疏风解表利咽, 陈皮理气化痰。诸药合用, 宣肺利气, 疏风止咳。肺失宣降, 咳嗽乃生, 故凡治咳嗽, 不能见咳止咳, 也不能堆砌化痰止咳药, 而应以恢复肺之宣降功能为主, 辨证予以宣肺或肃肺之药物, 令肺气调畅, 咳嗽自止。

六、喉源性咳嗽

喉源性咳嗽系指因咽喉疾病所造成的咳嗽, 难能以内科中的咳嗽病辨证论治而获效。其主要症状是以咽痒如蚁行及异物痰阻咽喉之不适感而咳嗽为主。常为一阵咽痒就出现一阵咳嗽, 咽不痒则无咳, 或有异物感而出现“吭、咔、咯、吐”等频繁清嗓动作。其解剖学病位在声门及声门以上, 相当于现代医学中的“上呼吸道感染”或“慢性咽炎”。本病类属于中医的“咽痒”、“风热喉痹”、“慢喉痹”范畴, 其病因病机, 一是风邪犯肺, 肺气失宣, 咽喉不利; 二是脾气

虚弱，运化无力，不能生津液而生痰，痰气交阻于咽喉；三是肺肾阴亏，阴液不足，咽喉失于濡养。其病位在肺、脾、肾。风寒郁闭于肺，常是外感久咳不愈之一主要原因之一。咽痒为咳的先兆，痒咳为该病证之特征，风盛则痒，痒甚乃咳。故治咳先治痒，有痒多有风，痒除咳方止。治疗当疏风利咽、宣肺止咳，用麻黄汤加减治疗此病常能获效。

【临床应用】

田氏^[13]以麻黄汤为基础方治疗喉源性咳嗽，药物组成：麻黄、生甘草各3g，杏仁、金银花、丹参各10g。偏风寒者，如鼻塞，或不闻香臭，或断续出现头痛等，加苏叶；偏风热者，如鼻涕黏稠，不易擤出，或间断出现黄涕，或咽干、口渴，酌加桑叶、菊花、蝉蜕；咽痛者，酌加牛蒡子、玄参、射干、连翘；干咳无痰者，酌加沙参、麦冬、知母、瓜蒌、浙贝；咽部异物感明显，酌加半夏、厚朴、苏梗、玄参；咽后壁淋巴滤泡增生明显，或咽壁颜色发暗者，酌加赤芍、川芎、桃仁、红花等。文火水煎两次，每次30分钟，共取汁300~400ml，分早晚两次温服；或煎药机煎药，每次1袋（200ml），每日2次，分早晚温服。14天一疗程，效果令人满意。

【病案举例】

田氏^[13]观察病例30例患者均系门诊病人，男14例，女16例；年龄最小者6岁，最大者60岁；病程最短3周，最长12个月。胸部X线摄片或透视未见异常或肺纹理增多增重，血象中白细胞计数升高或降低，多数病人有感冒病史，经治疗后头痛、流涕等感冒症状消失，但遗有咳嗽。咳嗽的特点为咽痒即咳，或干咳欲呕，咳甚则牵掣胸痛或腹痛，或小便自遗。每因遇冷空气或吸入油烟味而加剧，或自觉鼻咽部有黏性分泌物，咽痒，似有异物，痰不出则咳不止。患者多有咽红或咽部暗红，咽后壁淋巴滤泡增生。治疗方法以麻黄汤为基础方加减，服药期间停药一切抗生素，忌食生冷、油腻、辛辣之品。治疗结果 治愈：咳嗽及临床体征消失；内伤咳嗽在两周以上未发作，胸透未见异常，血象正常，为临床治愈，有23例占76.7%。好转：咳嗽减轻，痰量减少，有5例占16.7%。未愈：症状无明显改变，有2例占6.6%。总有效率93.4%。

典型病例：史某，男，30岁，干部。2004年3月6日初诊。主诉：咽痒、干咳3个月。患者3个月前感冒，经西医抗感染、消炎等治疗，感冒症状大多消失，唯咽痒、干咳不解，言语稍多则喉中不适，有痰感。曾做胸部X线片、喉部检查，均未发现明显异常。服用多种抗生素及止咳药无效。舌淡红，苔薄白，脉略细。咽部轻度充血，咽后壁淋巴细胞增生，诊为喉源性咳嗽。方药：麻黄、生甘草各3g，杏仁、金银花、丹参各10g，桔梗12g，百部10g，沙参15g。每日分早晚2次温服。4剂后胸透正常，白细胞计数正常，痊愈。

按：喉源性咳嗽是指因咽喉不适而造成的反复咳嗽，其特点是咽喉干涩奇痒，阵发性干咳，缠绵难愈。检查咽喉部可见黏膜慢性充血，部分咽后壁有淋巴滤泡增生。经胸片及血分析检查均无异常发现。属中医咳嗽、喉痹等范畴，田氏对110例喉源性咳嗽患者进行病因学调查，结果发现大部分患者都具有慢性咽炎及上呼吸道感染史；并且对其进行纤维喉镜检查，发现炎症病变部位主要在咽部、声门上区、声门下区，而气管内病变不明显，从而进一步证明了咽喉部疾病是可以引起咳嗽的。这从病理生理学角度对喉源性咳嗽的病机进行了探讨。认为喉源性咳嗽是由于咽喉部炎症刺激了咽喉部某种感受器，兴奋了迷走神经，将神经冲动传入延髓，促发了一系列的协调反射效应，引起了咳嗽。近年来，由于温室效应的影响，地球逐渐变暖而引起的空气干燥；工业对环境的污染；空气粉尘、异味气体的刺激及病毒、细菌感染，致使本病发病率呈逐渐上升趋势。还与患者叠进感冒药，滥用抗生素、止咳药密切相关。西医药治疗多以抗感染、抗过敏、止咳处理为主，疗效欠佳，且费用较贵。而采用中医药治疗本病疗效颇佳，且取材方便、药价低廉、副作用少。笔者认为，风寒郁闭于肺，是外感久咳不愈之主要原因之一。肺位居上焦，“上焦如羽，非轻不举”。故中医学治咳用药主张简朴轻灵，以开达上焦。而临证常见外感风寒误投辛凉或甘寒太过，或早用镇咳肃肺之品，至风寒郁闭于肺。更有时医统以炎为热证，不论寒热，上呼吸道感染、流感、气管炎统统以消炎论治，均投类似寒凉中药之类的抗生素，或以清热解毒中药统治炎症，而致流弊无穷。此病其病位在喉，病脏在肺。咽痒为咳之先兆，痒咳

为病证的特征，风盛则痒，痒甚乃咳。故治咳先治痒，有痒多有风，痒除咳方止。三拗汤由《伤寒论》麻黄汤化裁而来，具有发散风寒，止咳平喘之功，用于外感风寒、鼻塞、胸满气短、咳喘痰多等症。故笔者以《太平惠民和剂局方》三拗汤加味治疗喉源性咳嗽颇有疗效。方中以麻黄“发表出汗，去邪热气，止咳逆上气”（《神农本草经》），用以疏风解表，宣肺利咽；杏仁宣肺利气止咳，金银花清在里之郁热，丹参活血，调理局部之瘀滞，甘草缓急止咳，调和诸药。全方共奏宣肺止咳、疏风散邪、启门逐寇、活血调气，兼清郁热之功效，故能取效。

七、肺胀

肺胀即肺气胀满，为多种慢性肺系疾患反复发作、迁延不愈，日久导致肺气胀满，不能敛降的一种病证。其病症特征为喘咳胸满，病多责之由肺失肃降所致。本病有虚实之分，实证多由邪气壅肺，肺气不降；虚证多为肺肾两虚，导致肾不纳气，肺气上逆。与现代医学的肺气肿、肺源性心脏病相类似，也见于肺炎、慢性支气管炎、喘息性支气管炎、支气管哮喘等疾病久发不愈者。临床表现为胸部膨满、胀闷如塞、咳逆上气、痰多烦躁、心悸水肿等，临床治疗颇为棘手。

中医学认为，慢性阻塞性肺疾患的发生、发展以致肺心病形成的过程是邪实与本虚交互作用，病变从肺而脾而心的演变过程。肺为娇脏，主气，所以外邪侵袭，首犯肺脏。肺气壅遏不宣，清肃之令失常，则发生咳、痰、喘、闭。此时一般以咳嗽为主。外感咳嗽，若失治或治之不当，日久不愈，耗伤肺气，肺气既虚营卫不固，易于受感外邪，乃反复发作，迁延不愈。肺病长久不愈，乃传于脾。脾失健运，则水湿内停，酿湿生痰，上渍于肺，发生痰、咳、喘、闭。此时一般以咳痰为主。脾既虚，痰饮同伏，一旦外邪入侵，引动伏痰，则见咳嗽，咳痰加剧，痰郁化热或风热犯肺，则致痰热壅肺，咳黄色脓痰，或伴发热等证候，亦即慢性过程间的急性发作状态。肺、脾久病不愈，再传于肾。肾虚不能纳气、制水，可使水湿停聚而成痰饮，痰饮上犯则使肺气壅遏而发生喘、痰、咳症。就一般来说，此时以

“动则气喘”为特征。肾虚之喘属虚喘。从肺、脾、肾的病变可及于心。肺、脾、肾三脏的气、阳虚可导致心气（阳）虚。心主营血，肺主卫气，辅心而行血脉，肺气虚而影响血液的循环，血脉瘀阻而累及于心。心气（阳）不足，则血流不畅，临床上常见心悸、气短、胸闷、动则加重、面色灰暗等症血瘀可使水道不通而生水肿，肾虚不能制水以致水泛，水气凌心则心悸、气短加重。血瘀在这里是重要的发病机制。血瘀的发生与气滞、气虚都有一定的关系。肺、脾、心、肾等脏均被累及后，临床上可能出现水肿症状。初起时为眼睑水肿，进而足胫肿，严重时出现腹水。

总之，禀赋不足，年老体弱，过度吸烟、酗酒、纵欲、劳累、忧伤，又复加频繁的外感内伤，肺、脾、肾、心四脏受损，造成肺胀喘满。肺脾肾虚，是本病发生的主要原因。外邪侵袭是本病发生、发展的主要因素。痰瘀互结，贯穿着本病的始终，痰既是一种病理产物，又是继发性病因。本病病因与外感六淫、痰湿、水饮、瘀血等息息相关，病位主要在肺、脾、肾、心等脏。本虚标实、虚实交错为本病之特点。本虚为肺、脾、肾、心俱虚；标实为水停、痰浊内阻、气滞血瘀为患。麻黄汤有宣降肺气，止咳平喘，利尿消肿等功用，药理研究有明显的扩张支气管、祛痰、镇咳，利尿等作用，可以减轻肺部的炎症，消除水肿，是治疗肺胀的有效方剂。

【临床应用】

冯氏^[14]以青龙汤为基础加减治疗肺胀，药物组成：蜜炙麻黄 30g，桂枝 15g，白芍 15g，半夏 15g，细辛 10g，五味子 10g，干姜 10g，甘草 10g，丹参 30g，白芥子 15g，莱菔子 30g，苏子 30g，水煎服。效若桴鼓，水肿立消，喘咳即平，取得了令人满意的疗效。

李氏等^[15]以参芪麦味麻黄汤加减肺胀，药物组成：太子参、麦冬、五味子、黄芪、麻黄、桂枝、丹参、杏仁、半夏、桔梗、瓜蒌、甘草、生姜、大枣。水煎服，每日 1 剂，分 2 次温服。心力衰竭严重者可配合应用毛花苷 C、呋塞米，感染严重者静脉滴注抗生素，治疗取得满意效果。

【病案举例】

冯氏^[14]观察病例 1 例，患者杨某，71 岁，河南长葛人。病人就

诊时，病人已喘急欲脱，一直处于哮喘持续状态。进行紧急抢救后，暂时获安。查看病历，得知病人已在长葛市人民医院确诊为“肺源性心脏病”。现证见：全身浮肿，腹大如鼓；胸圆若桶，不得平卧；喉中痰鸣，沥沥有声；声高息粗，目珠如脱，面色紫红，口唇紫绀；饮食不进，二便俱无。苔白厚腻，舌质紫绛，舌体胖大有齿痕，尖红，脉象浮滑而弦。据《金匱要略》“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状”定其证为“肺胀”。肺气不降，则腑气不通。急则治其标，此时当以二便不通为急。遵《张氏医通》所说：“肺胀喘满，当以葶苈为向导”，选己椒苈黄汤为治，处方如下。防己 15g，椒目 10g，炒葶苈 30g，生大黄 10g（后下），服 1 剂，前后俱泄，喘似渐平。烈方峻剂，中病即止。再据《金匱》“咳逆，倚息不得卧，青龙汤主之”，处小青龙汤加减，方药如下：蜜炙麻黄 10g，桂枝 15g，白芍 15g，半夏 15g，细辛 10g，五味子 10g，干姜 10g，甘草 10g，丹参 30g，白芥子 15g，莱菔子 30g，苏子 30g，3 剂，无明显效果。再诊，原证未变，心下疑惑。忽悟小青龙汤以麻黄为主药，麻黄中的主要有效成分麻黄素与肾上腺素结构相似，病人前段时间一直赖各种拟肾上腺素药物气雾吸入以维持呼吸，可能对这一类药物产生了耐受性，相比之下，病重药轻，终致无效。换上方蜜炙麻黄为生麻黄，剂量用至 15g，无显效，证仍未变。加至 30g 时，服药 3 剂，其效桴鼓，水肿立消，喘咳即平。后以本方为主加以补脾温肾，朝服附子理中丸，晚服金匱肾气丸，前后半年有余，病人重获安康。嘱病人怡性养情，调摄起居。虽隆冬酷暑，轻微劳作，亦无喘闷之感。惜至 1998 年夏季，贪凉饮冷，后兼嗜食肥甘厚味，以致旧疾重发，于十二月去世。

按：肺胀之证，急则治标，缓则治本，虚实兼挟，标本同治。在本例的治疗中，共分三步：第一步，己椒苈黄通其二便，此为急则治标；第二步，重剂青龙以祛其饮，丹参三子消其痰瘀，此为虚实兼挟，标本同治；第三步，附子理中养其脾阳，金匱肾气温其命火，此为缓则治本。《金匱要略》说：“病痰饮者，当以温药和之。”故选小青龙汤开其阳，行其气，消其痰，导其邪。行、消、开、导，共治痰饮之标。治水之脏为脾土，主水之脏为肾水，故治本之法，当从脾肾。温肾健脾，方为长久之策。需要注意，在治疗中使用生麻黄

30g,大大超出了常用量,主要是考虑到麻黄中所含的麻黄碱类有效成分(具有平喘利尿作用)有拟肾上腺素作用,病人对这类药物已经产生了耐受性,所以需重剂以求其效。麻黄碱平喘作用与肾上腺素相比,其特点是显效较慢,作用温和、持久,副作用小,且口服有效。这个例子说明:在临床中使用麻黄时,须考虑病人对拟肾上腺素类药物的耐受程度。只有这样,才能发挥其良好的平喘利尿作用。

李氏^[15]观察病例 182 例中,男 104 例,女 78 例;40~50 岁 31 例,51~60 岁 82 例,大于 61 岁例;病程最短 2 年,最长 34 年。所有病例均有慢性支气管炎、肺气肿、肺心病过程,X 线证实有肺气肿,部分有肺感染,心功能不全。临床表现:咳嗽、喘息、胸闷、气短、心悸、活动后尤甚,乏力、浮肿、纳差、小便少,舌淡或暗,苔薄白或厚腻,脉浮数细。治法:宣肺解表、益气。以参芪麦味麻黄汤加减。水煎服,每日 1 剂,分 2 次温服,心力衰竭严重者可入毛花苷 C、呋塞米,感染严重者静脉滴注抗生素。疗效判定标准治愈:喘息症状消失,实验室检查明显好转;好转:喘息症状好转,实验室检查有改善。治疗结果治愈:157 例,治愈率 86%;好转,25 例,有效率 100%。

典型病例:患者,男,73 岁。主因:喘息、咳嗽 20 年,加重伴不能平卧 10 天于 2002 年 10 月 20 日入院,现主症喘息、呼多吸少,动则喘甚,面色青紫,心悸,口干纳差,舌暗,苔薄白、脉细数。查体:体温 36.7℃,心率 130 次/分,呼吸 25 次/分,血压 17/11kPa。神清,端坐呼吸,口唇发绀,颈静脉怒张,桶状胸,两肺可闻及哮鸣音及小水泡音,心率 130 次/分,律齐,未闻及杂音,肝右肋下 4cm,双下肢浮肿。入院诊断:中医诊断:喘证,肺气虚,外感风寒,上方加黄芩 10g,干姜 10g,细辛 5g,并给予西药强心、利尿、抗生素治疗,7 天好转出院。

八、中晚期肺癌咳嗽

肺癌属中医“肺积”“息贲”“咳嗽”等范畴。其主要病机为正气不足,邪毒外侵,痰浊内聚,气滞血瘀,阻结于肺,肺失宣发肃降,以致咳嗽、咯血、胸痛、发热为主要临床表现的恶性疾病。临床

发现麻黄汤对肺癌所致的咳嗽有效。可能与麻黄汤可宣发肺气，扩张外周血管，缓解支气管痉挛有关，还有待进一步研究。

【临床应用】

陆氏^[16]麻黄汤为基础方加减治疗中晚期肺癌咳嗽，药物组成：麻黄 4g、桂枝 4g、杏仁 10g、甘草 3g、桔梗 10g、浙贝母 10g、丹参 30g、蒲公英 20g、岩白菜 15g、葶苈子 15g、大枣 10g、焦三仙各 30g。加减：大便不畅，包括便秘原方加瓜蒌仁 30g，咯血，或痰中带血，加仙鹤草 30g、茜草 20g、生三七粉 10g 兑服。痰多黄稠：加鱼腥草 30g、枇杷叶 10g。发热：加生石膏 30g、柴胡 10g。每日 1 剂，7 日为 1 个疗程。取得了满意的疗效。

【病案举例】

陆氏^[16]对 60 例肺癌患者进行观察。全部为住院病人。均有病理细胞学证实为各类肺癌。分期按：T、N、M 法。年龄：12 岁至 82 岁不等。中药治疗组：人数：40 人，性别：男：26 人，女：14 人，年龄：12 至 82 岁，平均年龄 47 岁。病变部位：中央型 24 例，周围型 16 例；分期Ⅱ期：14 例，Ⅲ期 18 例。Ⅳ期 8 例。病理组织学分类：腺癌 12 例、磷癌 8 例，小细胞肺癌 13 例，类癌 7 例。西药组：人数：20 例。性别：男：14 人，女：6 人。年龄：44 岁至 76 岁，平均年龄 60 岁。病变部位：中央型 7 人，周围型 13 人。分期：Ⅱ期 6 人，Ⅲ期 11 人，Ⅳ期 3 人。病理组织学分类：腺癌 8 例；磷癌 6 例，小细胞肺癌 6 例。治疗方法：中药组 40 例，以宣肺、定喘、健脾、解毒、活血化瘀为基本治法，麻黄汤加减用上方药。每日 1 剂，7 日为 1 个疗程。西药对照组：人数：20 人。选用：可待因片止咳镇痛：每次口服 30g，日 1~3 次，或非迪克糖浆，口服 10ml，日 1~3 次。7 日为 1 个疗程。观察症状指标：观察患者治疗前后咳嗽、咯血、喘促、胸痛、发热、周身不适及饮食、睡眠、二便等症状。观察实验室指标：包括治疗前后三大常规，肝肾功，电解质，心电图，X 线胸片，CT，B 超等。疗效标准与治疗结果：完全缓解：1~4 疗程，咳嗽喘促，咯血，或痰中带血、发热止。观察两周未见复发，饮食睡眠、二便正常，精神尚可。部分缓解：1~4 疗程，咳喘咯血，或痰中带血基本止住，发热止。观察两周，症状偶有发作，饮食睡眠，二

便、精神大致正常。无缓解：以上治疗无效果。两组治疗结果比较：组别、例数、完全缓解、部分缓解、无缓解、总有效率分别为中药组：40例、21例、16例、3例、93%；西药组20例、4例、15例、1例、94%。两组比较，无统计学意义。

按：咳嗽咯血，痰中带血，喘促胸痛发热，是肺癌中晚期的常见症状。除手术、放化疗药物治疗外，中医药也是一种有效方法，对中外晚期肺癌患者，运用宣肺定喘，健脾解毒，活血化瘀的中药治疗，也有满意效果。

第三节 循环系统疾病

一、胸痹

胸痹是由多种原因所致的以心脉痹阻不畅为主要病机，临床以膈中或左胸部憋闷、疼痛为主要表现的一种病证，轻者仅感胸部沉闷、隐痛或胸前不适，重者疼痛剧烈、胸痛彻背。西医冠状动脉粥样硬化性心脏病两种常见类型心绞痛和心肌梗死的临床表现与胸痹相类似。另外心脏植物神经功能紊乱，高血压性心脏病等临床表现与本病特点相符者，均可参照本病辨证论治。

胸痹的主要病机为心脉痹阻，其病位以心为主，然其发病多与肝、脾、肾三脏功能失调有关，如肾虚、肝郁、脾失健运等。本病的病理变化主要表现为本虚标实，虚实夹杂。其本虚可有气虚、阳虚、阴虚、血虚，且可阴损及阳，阳损及阴，互相兼夹出现，而表为气阴两虚、气血两亏、阴阳两虚，甚至阳微阴竭，心阳外越；标实为气滞、血瘀、痰浊、寒凝，且又可相互为病，兼杂出现，如常见痰瘀交阻，气滞血瘀等；临床上常表现为虚实夹杂，如气虚血瘀，阴虚痰热，阳虚痰饮等。发作期以标实表现为主，并以血瘀为突出，缓解期以正虚表现为主，其中以心气虚最为常见。病因多于寒邪内侵、饮食不当、情志失调、年迈体虚等因素有关。针对本病病机表现为本虚标实，故治宜补其不足，泻其有余。本虚宜补，调阴阳补气血，调整脏腑之偏衰，尤应重视补益心气之不足；标实当泻，常用理气、活血、

温通、化痰等法，尤重活血通络治法。由于本病多为虚实夹杂，在发作期虽以标实为主，但常潜藏着本虚；在缓解期虽以本虚为主，但亦可兼见邪实，故治疗上当予补中寓通，通中寓补，通补兼施，不可猛攻、滥补，当以补正而不得邪，祛邪而不伤正为原则。

【临床应用】

彭氏^[17]以麻黄汤为基础方加减治疗胸痹，药物组成：炙麻黄 6g，桂枝 15g，杏仁 6g，炙甘草 30g，薤白 6g，附子 30g（另包先煎）。水煎服。

【病案举例】

彭氏^[17]观察治疗 1 例冠心病、心绞痛病人。患者刘某，男，56 岁，1980 年 12 月诊。胸闷，气短，胸痛彻背，动则尤甚，时常发作一年余。近月余发作频繁。刻诊：气短声低，气急而咳，痰少色白，畏寒怯冷，面色晄白，四肢欠温，舌暗苔白，脉细数无力。体温：36℃，心率：105 次/分，血压：16.0/8.0kPa。心电图示：心肌供血不足，窦性心动过速，偶发室性早搏。西医诊断为冠心病、心绞痛。此乃胸中阳气不振，不能贯心脉，则胸闷胸痛；不能达于四末则四肢欠温；不能温分血肉则畏寒怯冷，时时恶风。宜麻黄汤主之：炙麻黄 6g，桂枝 15g，杏仁 6g，炙甘草 30g，薤白 6g，附子 30g（另包先煎）。服药 3 剂，诸症消失。心率 82 次/分，血压 18.5/10.5kPa，心电图：心肌供血不足。调理月余。随访一年，未见发作。

按：胸痹属胸中阳气不振，不能贯心脉，则胸闷胸痛；不能达于四末则四肢欠温；不能温分肉则畏寒怯冷，时时恶风。胸痹的形成，《成方切用·治气门》喻嘉言曰：“心中阳气，如离照当空，旷然无外，设地气一上，则窒塞有加，故知胸痹者，阴气上逆之候也。”人之胸中如天，阳气用事，故清肃时行，呼吸往还，不愆常度，津液上下，润养无壅，痹则虚而不充，其息乃不匀，而喘唾乃随咳而生。胸为前，背为后，其中气痹，则前后俱痛；上之气不能常下，则下之气不能时上而为短气。此外，胸痹，胸中之阳气必虚，阳虚不运则津液必凝滞而为痰，因此，胸痹又常可兼有痰饮之证。胸痹的辨证以分清虚实、标本为要点。治疗以宣痹通阳为大法，根据标本缓急，权衡用药。胸痹由阴寒、痰浊、气滞所致者气宣通，即可痊愈，其预后较

好。麻黄汤宣肺解表，散寒通滞，消除病因使胸中阳通阳化气，对本证属阴寒凝聚型的有较好疗效，是治疗本病的重要方法之一。

二、缓慢型心律失常

缓慢型心律失常，多见于冠心病、心肌炎、心肌病等所致的窦房结起搏传导系统障碍而出现的一种病证，应属于中医学“心悸”、“虚劳”、“寒厥”、“胸痹”、“晕厥”等范畴。现代医学除安装人工心脏起搏器及应用阿托品、异丙肾上腺素等缓解症状外，目前尚无理想的药物治疗。引起心悸的主要原因是血脉运行的障碍和情志思维的异常。中医理论认为，心主血脉，正常的心律和血液循环，必须依赖心阴心阳的相对平衡来维持，如果心阴心阳不能保持其相对平衡便会发病，心病则血液不能正常运行于脉道，时而歇止，止后复来，故脉见结代；血不养心，则悸动不安；血不足于肺，则气短；不足于身则乏力。对于病属心阳不振，或阴寒阻滞心肺之气，致脉气不达者，可以麻黄汤为基础加减治疗。

【临床应用】

姬氏^[18]等以麻黄汤为基本方治疗缓慢型心律失常，药物组成：麻黄、桂枝各 10g，杏仁、甘草各 6g。根据症状随症加减：气虚乏力加人参 20g、黄芪 60g；心虚胆怯、失眠多梦加酸枣仁、柏子仁各 20g，茯苓 10g；心血不足加熟地黄 15g，当归、阿胶各 10g；胸阳不振加附子、鹿角胶、肉桂各 10g；血瘀加丹参 40g。上方水煎分 2 次服每日 1 剂，疗效满意。

【病案举例】

姬氏^[18]观察缓慢型心律失常病例 50 例，均为门诊及住院病人，均符合诊断标准。心率低于 61 次/分，有头昏、心悸、乏力、胸闷，甚至昏厥或诱发心功能不全，低血压、心绞痛或短暂脑缺血发作根据临床及心电图诊断的 4 种存在形式是：①窦性缓慢型心律失常；②房室交界心律；③房室传导阻滞；④心室内传导阻滞等常为治疗对象。患者男 22 例，女 18 例；年龄最小 44 岁，最大 79 岁。平均 61 岁；病程最短 16 天。最长 15 年，平均 6.2 年。其中窦性心动过缓 28 例（心率 < 60 次/分 13 例，心率 < 50 次/分 8 例，心率 < 40 次/分 7 例）

占 56%：病态窦房结综合征 5 例占 10%；房室传导阻滞 17 例（Ⅱ度房室传导阻滞 13 例，Ⅲ度房室传导阻滞 4 例）占 34%。85% 的病人用过阿托品等药物治疗，由于疗效不持久，停药后又复发，而要求服中药治疗。疗效判定标准：参照 1979 年全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会“常见心律失常病因、严重程度及疗效参考标准”。显效：临床症状明显改善或消失，平卧心率增加 10 次/分以上或已达 60 次/分，心电图恢复正常有效；临床症状减轻，平卧心率增加 5 次/分以上或心电图表现为传导障碍减轻（如Ⅲ度房室传导阻滞转为Ⅱ度房室传导阻滞）；无效：临床症状无改善。心率增加不足 5 次/分，心电图与治疗前相同或传导障碍加重结果：显效 33 例（占 66%），有效 10 例（占 20%），无效 7 例（占 14%），总有效率 86%。

典型病案：王某，女，49 岁。因胸闷、心悸、头晕、体乏无力入院。心率：48 次/分，血压：10/6.8kPa。心电图示：Ⅲ房室传导阻滞。面色苍白，四肢发凉，舌淡红，苔白，脉沉迟无力，诊为心悸，证属阳气虚弱，寒自内生。治温阳益气，散寒通脉，用麻黄汤加减：麻黄、炙附子、桂枝、当归、鹿角胶、白芥子各 10g 杏仁、甘草各 6g、黄芪 60g、人参、酸枣仁各 20g，丹参 40g，熟地黄 15g，水煎分 2 次服，1 日 1 剂，共服 6 剂。结果：Ⅲ房室传导阻滞消失，胸闷、心悸等症状消失，心电图示：窦性心律，心率 60 次/分，P-R 间期 0.24，效不更方。连服几剂，心电图恢复正常。其后间断治疗 3 年，至今健康。

按：麻黄汤出自《伤寒论》，是治疗太阳伤寒证的主要方剂，而缓慢型心律失常多属阳气不足，胸阳不振，“阴乘阳位”，阴邪内生，治疗应温阳益气、活血散寒通脉。因此，用味辛性温的麻黄发越人体阳气，祛除阴邪；桂枝温通心阳；杏仁引药上行。同时，缓慢型心律失常患者常伴有体乏无力等气血不足的症状，因此配用黄芪、人参、附子、丹参等药，使心气旺、胸阳振、血脉充、心有所养，症状消失。现代药理研究证明：麻黄能兴奋中枢神经，对于大脑、中脑及延脑、呼吸与循环中枢均有兴奋作用；还有类似肾上腺素的作用，故内服麻黄制剂可使全身温暖，心跳加快，末梢血管收缩，血压升高，且

作用和缓而持久；桂枝含有桂枝醛能增强血液循环。黄芪、人参和附子都能提高心率、改善窦房结及房室传导的作用，故在临床上以麻黄汤为基础方，详细辨别，随症加减，灵活用药，对难治性、反复性或阿托品等制剂依赖、无效的缓慢型心律失常能收到良好的效果，且作用持久，未见明显副作用。

三、高血压病

高血压病在中医学中属于“头痛”、“眩晕”病证的范畴，由于情志失调，饮食不当，久病过劳，先天禀赋不足等导致阴阳失衡、脏腑气血失调，清窍失其濡养，产生头晕头痛，项背强急、手足麻木、面红目赤，记忆力下降等。常见发病机制为肝阳上亢、痰湿中阻、肝肾阴虚、阴阳两虚、瘀血内停等。一般多见肝阳上亢之证，宜用清降方剂，如用助阴抑阳，平肝降逆。也有从脾胃论治，升脾气肺气以抑肝阳之上冲，但有时临床效果不够满意。我们在治疗中摸索用祛风药物治疗高血压，取得了满意效果。《内经》中最早提出“诸风掉眩，皆属于肝”。风气通于肝，头晕、头痛、颈项不适为高血压病中常见的症状，祛风药物既有上达巅顶之功，又有解痉之效。有人认为，某些祛风药可直接反射性地扩张血管，抑制血管运动中枢或交感神经系统。我们在临床中体会到应用祛风药治疗高血压确获疗效，

【临床应用】

姚氏^[19]用小续命汤为基础方，药物组成：用麻黄 9g，防己 2g，西洋参 12g、黄芩 12g，桂心 6g、甘草 3g，芍药 12g，川芎 12g，杏仁 9g、附子 9g，防风 12g、生姜 3g 等组成。治疗高血压取得了满意的疗效。

【病案举例】

姚氏^[19]观察病例高血压病患者 30 例，全部病例均是原发性高血压患者收缩压高于 21kPa，舒张压在 13kPa 以上。50 例中治疗组 30 例，其中男 18 人，女 12 人，对照组 20 例，其中男 12 人，女 8 人，年龄均为 40~70 岁。治疗前血压值：患者在不用其他降压药物的条件下观察两周，在观察期间连续 3 次以上非同日血压，取其平均值。治疗期间：每日测血压 1~2 次并记录症状变化。治疗后血压：观察

期不少于1月,最后一周血压的平均值。治疗组:单纯服用小续命汤加減,每日1剂,观察1月,随访3月。对照组:服用复方罗布麻片,每日3次,每次1~2片。观察1月,随访3月。降压疗效:显效:收缩压、舒张压下降2~6kPa,并达到正常范围;虽下降不及2~5kPa,但已达正常范围。有效:收缩、舒张压下降不及2~4kPa但在正常范围,或较治疗前下降2~4kPa,但仍未达到正常范围。无效:未达到以上标准者。症状疗效:症状包括头痛、头晕、恶心、胸闷、耳鸣,易怒、腰酸、失眠、多梦等。显效:治疗后全部或大部分的症状消失或明显改善。有效:治疗后一半或一半上的症状消失或明显改善。无效:未达到以上标准。治疗组:单纯服用小续命汤加減,水煎服,每日1剂。降压疗效:治疗组显效14例,有效12例,无效4例 对照组显效4例,有效5例,无效11例。症状疗效。治疗组显效18例,有效10例,无效2例,对照组显效6例,有效6例,无效8例。降压疗效的治疗有效率治疗组为86.8%,对照组为45%。两组比较经统计学处理,有明显差异($P<0.05$)。疗效满意。

按:高血压病是一种多发而常见的疾病。按中医辨证属“肝阳上亢”等范畴,临床上按此辨证多用清降方法治疗。我们根据中医“头痛”、“眩晕”证由“巅顶之上唯风可到”之说,又根据现代医学高血压与外周小血管的舒缩有关之论。以祛风之剂小续命汤加減治疗,收到一定的效果。某些祛风药可直接反射性地扩张血管,抑制血管运动中枢或交感神经系统。我们在临床中体会到应用祛风药治疗高血压确获疗效,但对于舌质红、阴虚者宜慎用,如见舌质淡、苔薄的则可大胆应用,且易取效。

四、急性肺水肿

急性肺水肿是指因血浆从肺毛细血管漏出至肺间质、肺泡和细支气管内而引起的一种综合征。是心内科急症之一,其临床主要表现为:突然出现严重的呼吸困难,端坐呼吸,伴咳嗽,常咳出粉红色泡沫样痰,病人烦躁不安,口唇紫绀,大汗淋漓,心率增快,两肺布满湿啰音及哮鸣音,严重者可引起晕厥及心脏骤停。急性肺水肿发生的原因,此病多发生于:①心肌有急性弥漫性损害导致心肌收缩力减

弱,如急性广泛性心肌梗死、急性心肌炎等;②急性机械性阻塞致心脏压力负荷过重及排血受阻,如严重高血压、主动脉瓣狭窄或二尖瓣狭窄等;③急性心脏容量负荷过重,如急性心肌梗死或感染性心内膜炎、心脏外伤等引起心瓣膜损害、腱索断裂、乳头肌功能不全、室间隔穿孔等,此外静脉输血、输液过多过快时也可导致急性肺水肿发生;④急性心室舒张受限,如急性大量心包积液所致的急性心脏压塞导致心排出量减低和体循环瘀血等;⑤组织代谢增加和循环加速如甲状腺功能亢进、严重贫血等。临床观察到,大多数急性肺水肿病人在发作前有许多诱因,如饱餐、大使用力、情绪波动、劳累、急性感染等。本病在中医学中属“喘证”、“水气凌心射肺”范畴。

【临床应用】

廖氏^[20]以小青龙汤为基础加减治疗急性肺水肿,药物组成:麻黄 20g (先煎),杏仁 20g,桂枝 15g,白芍 15g (炒),干姜 20g,细辛 3g,法半夏 15g,陈皮 20g,茯苓 20g,葶苈子 10g (布包),炙甘草 5g,五味子 20g。浓煎温服,每次服 200ml,每日 3 次。服用 4 剂后诸症消失,效果令人叹服。

【病案举例】

廖氏^[20]观察病例 1 例,患者泽某,男,26 岁,农民。2 小时前因车祸受伤并溺水水中 5 分钟,被救出后即面色苍白、口唇发绀,昏迷约 3 分钟后被呼醒。清醒后感胸部持续胀痛,深呼吸、咳嗽则加重,尤以右胸为甚,并出现心悸、呼吸困难、额部持续性胀痛,伴有胸闷头晕;未再次昏迷、呕吐及大小便失禁。急送我院,诊断为:淹溺,肺水肿,吸入性肺炎,右侧血胸,纵隔气肿,颈、胸软组织挫伤,左眼眶挫裂伤。予特护、半卧位、持续低流量吸氧、禁食;对挫伤处作常规清创缝合及消毒包扎处理,静滴能量合剂。治疗过程中患者突然出现呼吸深快、面色苍白、口唇发绀,查体:体温 38℃,心率 140 次/分,呼吸 35 次/分,血压 14.63/11.97kPa;双肺满布湿啰音,心律齐,未闻及杂音,予毛花苷 C 0.4mg;缓推后缓解。以后数日按原方案治疗。第 3 日:患者突然再次出现肺水肿,予加大吸氧量 (6L/分),并于吸氧液化瓶中加入 50% 乙醇;毛花苷 C 0.4mg、缓推;吗啡 10mg、皮下注射,每日 2 次;入夜量减少一半。经治疗后患者

仍咯粉红色泡沫痰，但痰量减少，每次约 75ml，咳嗽频率减低、程度减轻，心率 90 次/分，呼吸 30 次/分，患者情绪趋于稳定，但仍不能正常言语。如此治疗 3 天，患者颈、胸肿胀逐渐消退，软组织挫伤及挫裂伤好转，但仍卧床不起，呼吸急促，口唇发绀，咳嗽不止，喉中痰鸣，咯粉红色泡沫痰，每次约 75ml，不能言语，足见近几日对肺水肿的治疗效果不满意。遂观舌淡红而胖、左右两侧均有较深的齿痕，苔白腻而黏，脉浮滑，尤以左脉为甚，鼻导管处有少许清涕溢出。本地地处高寒区，虽值早春，气温仍在 0℃ 左右；患者因车祸重伤正气，复溺于水，寒邪水湿直中于肺，寒水停肺、水饮凌心而咳喘欲脱，当温肺散寒蠲饮。投以小青龙汤加减：麻黄 20g（先煎），杏仁 20g，桂枝 15g，白芍 15g（炒），干姜 20g，细辛 3g，法半夏 15g，陈皮 20g，茯苓 20g，葶苈子 10g（布包），炙甘草 5g，五味子 20g。浓煎温服，每次服 200ml，每日 3 次。服药 1 天后患者呼吸频率有所减缓，咳嗽次数减少，咳嗽强度减弱，粉红色泡沫痰明显减少，每次约 1~2ml，精神转佳。服药 2 天后患者全身情况明显好转，呼吸较为平稳（约 25 次/分），咳嗽减轻，虽仍有痰液咯出，但痰呈白色泡沫状，患者已能缓缓言语、行走。停止给氧；前方又服 1 剂后患者已能自由进食，能自由在病房内外活动及正常言语，虽偶有咳嗽但已不再咯痰，喉中痰鸣已完全消失，双肺大中湿啰音消失，仅在肺底部有少许细湿鸣，心率 85 次/分，口唇紫绀完全消失。停用西药，前方再服 1 剂后双肺底部细湿啰消失，全身情况好，痊愈出院。

按：急性肺水肿是内科急症，现代医学还没有很好的解决办法，中医的运用较少，本例运用麻黄汤加减治疗，麻黄汤发汗解表，宣肺平喘，使肺气宣，毛窍开，营卫通畅，利小便，促汗出，可复肺通调水道，助心行血脉的功能。现代研究表明麻黄汤在强心、利尿、发汗、解热、平喘、止咳、祛痰、抗炎等实验指标上作用确切，取得了较好的疗效，值得记录参考。

第四节 消化系统疾病

一、急腹痛

急腹痛，又称急性腹痛是指各种原因所引起的，以腹部剧烈疼痛为主要特征，具有起病急骤、变化迅速的特点的一种急性症状。内外妇儿临床各科均可发生。病因极为复杂，包括炎症、肿瘤、出血、梗阻、穿孔、创伤及功能障碍等。其临床表现因病变部位、性质和程度而有所区别，但是，急腹痛的疼痛多较剧烈，呈刀割样痛、绞痛、钻顶样痛等，常表现为阵发性痛、持续样痛或伴阵发性加剧。腹痛证名出自《素问·举痛论》，包括脘腹、胁腹、脐腹、少腹等部位。《症因脉治》卷四：“痛在胃之下，脐之四旁，毛际之上，名曰腹痛。”《医宗必读》卷八：“腹痛分为三部，脐以上痛者，为太阴脾；当脐而痛者，为少阴肾；少腹痛者，为厥阴肝及冲脉、大小肠。”《医学举要》卷三：“腹痛一证，分无形、有形。……大抵在脏者，以肝脾肾为主；在腑者，以肠胃为主。”《万病回春》卷五：“腹痛有寒、热、食、血、湿、痰、虫、虚、实九般也。”另有蓄血、症瘕等亦可引致腹痛。《景岳全书·杂证谟》：“痛有虚实，……但当察其可按者为虚，拒按者为实；久痛者多虚，暴痛者多实；得食稍可者为虚，胀满畏食者为实；痛徐而缓、莫得其处者多虚，痛剧而坚，一定不移者为实；痛在肠脏中，有物有滞者多实，痛在腔胁经络为实，不中脏而牵连腰背，无胀无滞多虚。”《隘村医诀》卷上：“腹痛之证，有寒、有热、有死血、有食积、有湿痰、有虚、有实。若绵绵痛而无增减者，寒也；时痛时止者，热也；每痛有处，不行移者，死血也；痛甚欲大便，利后痛减者，食积也；痛而小便不利者，湿痰也。其诸痛虚实，更宜详辨。痛而胀闷者多实，不胀不闭者多虚；拒按者多实，可按者为虚；喜寒者多实，喜热者多虚；饱则甚者多实，饥则甚者多虚；脉实气粗者多实，脉虚气少者多虚。新病多壮多实，久病年衰者多虚；补而不效者多实，攻而愈剧者多虚。”关于治疗，龚廷贤谓：“治之皆当辨其寒热虚实，随其所得之症施治。若外邪者散之，内积

者逐之，寒者温之，热者清之，虚者补之，实者泻之，泄则调之，闭则通之，血则消之，气则顺之，虫则追之，积则消之。加以健理脾胃，调养气血，斯治之要也。”相关方法参见有关各条目。麻黄汤发汗解表，宣肺平喘，麻黄又有破癥瘕积聚，缓解痉挛的平滑肌，对外感寒邪肠管痉挛引起的急腹症有良好的效果。

【临床应用】

彭氏^[21]以麻黄汤加减治疗急腹痛，药物组成：麻黄 18g，桂枝 10g，甘草 6g，良姜 20g，附子 10g。水煎温服，效果令人满意。

【病案举例】

彭氏^[21]观察急腹痛病例 1 例，患者男，23 岁，教师。患者前一日晨时同爱人同房后出操，行未数步，腹痛隐隐，未在意，百米未跑完腹痛加剧，自觉小腹发冷，腹泻，继之剧痛难忍，牵引小腹并向前阴放射，持续 29 个小时不减，伴畏寒，四肢不温，面色苍白，舌苔白，脉细弦。此乃寒邪乘虚而入，透过太阳内中于厥阴，太阳厥阴合病。予麻黄汤加减：麻黄 18g，桂枝 10g，甘草 6g，高良姜 20g，附子 10g。水煎温服。服药 1 时许，四肢转温，腹中发热，腹痛顿失。一剂而安，不必再剂。疗效满意。

二、顽固性呃逆

呃逆症是膈肌和肋间肌等辅助呼吸肌的阵挛性不随意挛缩，伴吸人气门突然闭锁，空气迅速流入气管内，发出特异性声音。俗称“打呃”，古称“噫哕”。

呃逆分良性自限性和顽固性难治性两大类。前者是因食用过冷过热食物或过度紧张兴奋所致，无迁延性，有自愈性，不需特殊治疗，后者多由饮食不节、损伤胃气、情志抑郁、胃气上逆，或病后体虚、劳累太过或溃疡、癫痫、脑瘤，药物过敏等疾病而引起。呃逆轻重预后差别极大，轻者偶尔发作，止后无恙；重者喉间有声，声短而频，不能中自制；重病后期，打呃不止，饮食难进者，极易生变。

中医学认为胃气正常的方向是以下降为顺，若胃气不和不降反而上逆动膈，就会引发打嗝。呃逆的辨证施治，须辨虚实寒热。治疗方向以调和胃气为大法，佐以消积解滞、疏肝解郁、补益正气。

【临床应用】

王氏^[22]以麻黄汤治疗顽固性呃逆，药物组成：麻黄、苦杏仁各10g，桂枝30g，炙甘草15g。水煎服，服药1剂，呃逆霍然而愈。

【病案举例】

王氏^[22]观察病例1例，患者张某，男，50岁，1990年深秋赴宴，恣意酣饮，喝了6~7瓶啤酒。归居后渐感不适。始见胸脘痞闷，心下悸动，咳嗽气逆，咯吐稀白痰，继之呃逆频作，不能自制，次日呃逆仍无缓解。遂就诊于某医院，服用多潘立酮、颠茄片等药仍无好转。延至傍晚，呃逆仍作，求余诊治。诊见：呃逆之声，沉闷有力，舌淡红、苔白腻，脉沉迟而紧。此乃肺胃气逆动膈之呃逆症。治宜温中祛寒，降逆止呃。方用麻黄汤，处方：麻黄、苦杏仁各10g，桂枝30g，炙甘草15g。当晚服药1剂，霍然而愈。

按：本例为肺胃气逆动膈之呃逆证。乃因饮冷过多，停于胃脘，则胸脘痞闷，心下悸动，寒饮聚于胃，上干于肺为呃。方中麻黄宣畅肺气，通达上焦。上焦通则胃气得降，桂枝温胃散寒而降逆气，其用量之大，实寓桂枝加桂汤温降逆气之意；苦杏仁降肺胃逆气；炙甘草和中，与桂枝相伍，有辛甘降逆、温通阳气之功。

三、顽固性腹胀

腹胀是常见的消化系统症状。可以是一种主观上的感觉，感到腹部的一部分或全腹部胀满；也可以是一种客观上的检查所见，发现腹部一部分或全腹部膨隆。腹胀是一种常见的消化系统症状，引起腹胀的原因主要见于胃肠道胀气、各种原因所致的腹水、腹腔肿瘤等。正常人胃肠道内可有少量气体，约150ml左右，当咽入胃内空气过多或因消化吸收功能不良时，胃肠道内产气过多，而肠道内的气体又不能从肛门排出体外，则可导致腹胀。

临床上常见的引起胃肠道胀气的疾病有急性胃扩张、幽门梗阻、肠梗阻、肠麻痹、顽固性便秘、肝胆疾病及某些全身性疾病。晚期妊娠也可引起腹胀，但属生理性的。

腹胀证名出自《灵枢·玉版》、《灵枢·水胀》等篇。即腹部胀大或胀满不适。《诸病源候论·腹胀候》：“腹胀者，由阳气外虚、阴

气内积故也。阳气外虚受风冷邪气，风冷，阴气也。冷积于腑脏之间不散，与脾气相壅，虚则胀，故腹满而气微喘。”诸气臌郁，皆属于肺。麻黄汤通过宣肺治疗腹胀疗效喜人。

【临床应用】

刘氏^[23]以麻黄汤为基础，药物组成：麻黄、柴胡各 9g，桂枝、麦冬各 6g，杏仁 10g，甘草 3g。水煎服。治疗顽固性腹胀有效。

【病案举例】

患者，男，49 岁。农民。病人 1 年前因与家人生气，患胁痛腹胀，初服柴胡疏肝散加减有效，但不久因故又发，心烦、腹胀、纳呆，四处求治，服药几十剂，未能治愈。反添胸中烦热，有时足底灼热感，有时全身瘙痒，家人失去信心，患者托熟人延余诊治。观前用方，大多破气攻伐之品，间有镇静之西药，查体：面色憔悴，精神抑郁，腹胀，按之无增所苦。舌质淡胖、苔薄白，脉细弦。辨证为脾虚气滞，以健脾理气之剂加白茅根治之，始稍效，但 3 剂后不应。仔细斟酌病情，本症应属肝郁化热，阳闭于内之病机。又忆某杂志有“麻黄解郁，重在宣肺”之语，乃试投麻黄汤加味：麻黄、柴胡各 9g，桂枝、麦冬各 6g，杏仁 10g，甘草 3g。服药 2 剂，全身汗出，腹胀大减，胸中烦热亦轻。将方中麻黄减为 6g，加白芍、通草各 6g。继服 2 剂，诸症悉除。一载顽疾竟告愈。后用香砂六君子汤以善其后，随访 2 年，腹胀未发^[23]。

按：麻黄汤是《伤寒论》治外感表实之方，用治腹胀，乍看似不妥。但本例因肝郁治之不当故未解，久而化热，后医又屡用攻伐之品，使阳热闭于内。犹如《证治汇补·积聚》篇云：“脾虚之人，偶因气滞，误用克伐，致中气散乱不收，故水气横决而作胀……”今用麻黄汤发其汗，使营卫得通，阳郁得解，水气得散。方中又加麦冬以肃降肺气，与麻黄配合，可防麻黄宣散太过；柴胡疏肝，调少阳之气。全方协力共图，使气机调畅，则腹胀诸症皆除。

四、乙型肝炎 ALT 升高

乙型肝炎是由乙肝病毒（HBV）引起的、以肝脏炎性病变为主并可引起多器官损害的一种传染病。本病广泛流行于世界各国，主要

侵犯儿童及青壮年，少数患者可转化为肝硬化或肝癌。因此，它已成为严重威胁人类健康的世界性疾病，也是我国当前流行最为广泛、危害性最严重的一种传染病。

普通肝炎病人最常见的临床表现为全身乏力，食欲减退、恶心、呕吐、厌油（怕吃油腻食物或一闻到油腻味即出现恶心、呕吐状）、腹泻及腹胀，部分病人有发热（一般不超过 38.5°C ）、黄疸等，这些主要是急性肝炎或部分慢性活动型肝炎的临床表现，有一些肝炎尤其是慢性肝炎可能没有什么表现，只有通过医生查体时才发现。当人体免疫系统功能紊乱时，对体内的乙型肝炎病毒产生免疫反应而导致肝细胞肿胀或坏死时，肝细胞内的转氨酶就进入血中，从而引起血清中转氨酶值的升高，其中以 ALT（GPT）最常应用，且较灵敏，有助于早期急性肝炎和慢性活动性肝炎的诊断，对轻型、隐性感染、潜伏期肝炎病例的发现亦有一定价值。

中医根据临床表现，把慢性乙型肝炎归属于中医的黄疸、胁痛、臌胀、积聚等病证范畴，认为本病与“湿”邪有关系最密切。

【临床应用】

张氏^[24]以麻黄汤为基础加减治疗乙型肝炎 ALT 升高患者，药物组成：用口服中药治疗，不配伍其他任何中西成药，基本方为小青龙汤加味，方药组成：麻黄 5g，桂枝 5g，白芍 10g，生甘草 5g，细辛 5g，半夏 5g，干姜 5g，五味子 5g，生薏苡仁 15g，郁金 12g，生地 15g，生山楂 15g。热象明显者加生石膏 15g；阴虚明显者生地易熟地；腹胀者加厚朴 10g。每日 1 剂，水煎服。30 天为 1 个疗程。有效率为 100%，疗效较好。

卢氏等^[25]以麻黄汤为基础，药物组成：加味麻黄连翘赤小豆汤每日 1 剂，水煎取汁 300ml，每次 100ml，每日 3 次；10% 葡萄糖 250ml，甘草酸二胺 150mg，左旋门冬酰氨钾镁 20ml，10% 葡萄糖 250ml 加促肝细胞生长素 120，每日 1 次静脉滴注。一月为一疗程，治疗 90 例，总有效率为 96.67%，取得理想的疗效。

【病案举例】

张氏^[24]观察病例 64 例，入选病例均符合乙型病毒性肝炎的诊断标准，且谷丙转氨酶 $> 2\text{ULN}$ （ULN：正常上限）或 $\text{ULN} < \text{谷丙转氨酶}$

酶 $< 2\text{ULN}$ 观察 30 天仍谷丙转氨酶 $> \text{ULN}$ 者。本组 64 例患者中, 男 48 例, 女 16 例; 年龄 10 岁 ~ 56 岁, 平均 29.2 岁; 其中谷丙转氨酶 $> 2\text{ULN}$ 者 60 例 (谷丙转氨酶最高者为 625U/L), $\text{ULN} < \text{谷丙转氨酶} < 2\text{ULN}$ 者 4 例; 单纯乙肝表面抗原 (+) 者 19 例, 小三阳 31 例, 大三阳 10 例, 其他类型 4 例; 病程最短者为就诊时查体发现, 最长者 10 年; 无明显症状体征者 8 例 (均为就诊时查体发现), 有明显症状体征者 56 例。治疗方法: 所有病例均采用口服中药治疗, 不配伍其他任何中西成药, 基本方为小青龙汤加味, 每日 1 剂, 水煎服。30 天为 1 个疗程。治疗后 15 天查谷丙转氨酶, 30 天后查谷丙转氨酶及乙肝 5 项。治疗结束后随访 6 个月 ~ 1 年。治疗效果: 疗效标准: 显效: 症状及体征均消失, 且谷丙转氨酶 $< \text{ULN}$; 好转: 症状及体征较前减轻, 而 $\text{ULN} < \text{谷丙转氨酶} < 2\text{ULN}$; 无效: 症状体征较治疗前无改善, 仍谷丙转氨酶 $> 2\text{ULN}$ 。乙肝标志物阴转不作为疗效评定依据。治疗结果: 64 例中显效 60 例, 好转 4 例, 总有效率为 100%。显效病例谷丙转氨酶在治疗 15 天后都有不同程度的下降, 30 天后均谷丙转氨酶 $< \text{ULN}$, 随访 6 个月 ~ 1 年无复发。其中乙肝表面抗原转阴 23 例, 转阴率为 37.1%; 乙肝 e 抗原转阴 3 例, 转阴率为 27.3%。

按: 乙型肝炎主要病机责之于湿浊之邪阻滞于脾胃肝胆, 导致脾胃运化功能失常, 肝失疏泄。若中阳偏盛, 湿从热化, 则致湿热为患; 中阳不足, 湿从寒化, 则致寒湿为患。急性活动期多以肝胆湿热为主, 习惯治以清热利湿解毒, 但当以化湿为主, 湿去不与热结, 热必孤矣, 不清热则热自除。而湿与饮同为阴邪, 病痰饮者当以温药和之, 故治当以温化为主, 方选小青龙汤加减。方中以麻黄、桂枝宣肺化湿祛邪; 干姜、细辛、半夏辛散主开, 温化痰湿; 白芍、五味子酸收养肝主阖; 甘草扶正安中。全方辛温酸苦齐施, 开阖升降并调, 具有散而不伤正、温而不留邪之妙, 顺肝脏升发、脾胃运化而治之。伍郁金活血疏肝行气, 生薏苡仁健脾祛湿助运; 肝体阴而用阳, 气郁湿郁日久易致血燥阴亏, 所谓郁久自戕, 故加生地养阴清热, 佐白芍以养肝阴; 生山楂消食活血。诸药以温化湿邪为主, 湿去热无所附, 毒无所依, 不清热而热自除, 不解毒而毒自消, 故而奏效。

卢氏等^[25]观察病例 90 例, 患者年龄 20 ~ 60 岁, 男 32 例, 女 58 例。根据 2000 年 9 月中华医学会传染病与寄生虫病学分会、肝病学会联合修订的“病毒性肝炎防治方案”中有关慢性肝炎诊断标准, 诊断为慢性肝炎轻度 28 例, 慢性肝炎中度 52 例, 慢性肝炎重度 10 例。病程最短 8 个月, 最长 12 年。全部病例抗核抗体 (ANA) 均为阳性, 其中均质型 23 例, 核颗粒型 50 例, 胞浆颗粒型 17 例。将全部 90 例患者随机分为观察组 60 例, 对照组 30 例。两组患者在病情、病程、年龄、性别方面有可比性。治疗方法: 观察组给予加味麻黄连翘赤小豆汤每日 1 剂, 水煎取汁 300ml, 每次 100ml, 每日 3 次 1:3 服; 10% 葡萄糖 250ml, 甘草酸二胺 150mg, 左旋门冬酰氨钾镁 20ml, 10% 葡萄糖 250ml 加促肝细胞生长素 120, 每日 1 次静脉滴注。对照组给予 10% 葡萄糖 250ml 加甘草酸二胺 150 mg, 左旋门冬酰氨钾镁 20ml, 每日 1 次静脉滴注; 10% 葡萄糖 250ml 加促肝细胞生长素 120。每日 1 次静脉滴注; 总胆红素大于 60mmol/L 者, 加用 10% 葡萄糖 500ml 加腺苷蛋氨酸 1000mg, 每日 1 次静脉滴注。1 个月为 1 个疗程。疗效标准, 显效: 症状体征消失, 肝功能恢复正常, 肝脾脏形态明显恢复; 有效: 主要症状体征消失, 肝功能明显好转, 肝脾脏形态有所恢复或不变; 无效: 症状、体征及实验室检查治疗前后无明显改善或恶化。观察组与对照组疗效比较, 观察组 60 例中, 显效 40 例 (66.67%), 有效 18 例 (30%), 无效 2 例 (3.33%), 明显优于对照组 ($P < 0.05$), 其中显效率更显著高于对照组。

按: 临床观察发现性情抑郁, 或长期情感压抑, 或精神受到打击都是慢性乙型肝炎合并免疫性肝炎的诱发因素。这与中医肝气郁结、气滞血瘀、脏腑气血功能失调理论密切相关。

加味麻黄连翘赤小豆汤由麻黄、连翘、茵陈、白术、大黄、三七、丹参、大腹皮、赤小豆、路路通等 10 味中药组成, 具有清热祛湿、活血解毒、理气通腹的功效。中医学认为, 慢性乙肝虽可表现为胁痛、黄疸等不同病症, 但其病因病机多为肝郁脾虚、湿热内蕴。方中白术健脾化湿; 麻黄发汗散湿; 茵陈、大腹皮、路路通、赤小豆均可利湿邪从小便而出, 而茵陈兼有利胆, 大腹皮兼有行气宽中, 路路通兼具行气、活血、通络之功效; 大黄泻热通腑祛湿; 连翘、三七、丹参活

血散结以助各路祛湿药之力，兼有防治瘀血内结而致积聚的作用。

实验研究表明，茵陈、大黄、连翘具有抗肝炎病毒、保护肝细胞、降低转氨酶的作用；三七、丹参等具有抗炎、降黄、抗纤维化作用；白术、赤小豆能够保护肝细胞而降酶；麻黄具有抗病毒、抗过敏、调节免疫的作用；路路通、大腹皮具有增加胃肠动力、利尿、调节免疫和内分泌的作用。而促肝细胞生长素是由新鲜乳猪肝脏提取的肝细胞生长因子，具有促进肝细胞再生，保护肝细胞，降低转氨酶的作用；同时能够激活多种细胞因子协同作用，促进肝细胞再生，减少纤维组织在肝脏中沉积；甘草酸二胺为中药甘草的主要有效成分，具有类肾上腺皮质激素样作用，能够稳定肝细胞膜，促进肝脏代谢及胆汁分泌。临床应用进一步证实，加味麻黄连翘赤小豆汤合用甘草酸二胺、左旋门冬酰钾镁、促肝细胞生长素对慢性乙型肝炎并发免疫性肝炎具有起效快，疗效好等优点。值得临床参考。

五、胃痛

胃痛又称胃脘痛，是以胃脘近心窝处常发生疼痛为主的疾患。历代文献中所称的“心痛”、“心下痛”，多指胃痛而言。如《素问·六元正纪大论》说：“民病胃脘当心而痛。”《医学正传》说：“古方九种心痛……。详其所由，皆在胃脘，而实不在于心。”至于心脏疾患所引起的心痛症，《内经》曾指出：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”，在临床上与胃痛是有区别的。

胃痛是由外感邪气、内伤饮食以及脏腑功能失调导致气机瘀滞，以胃脘部经常疼痛为主症。该病在脾胃病证中最多见，发病率较高。临床症状以胃脘部疼痛为主，但同时兼有恶心、脘闷、嗳气、大便秘结等。

胃痛是临床上常见的一个症状，多见于现代医学的急慢性胃炎、胃、十二指肠溃疡病，胃神经官能症、胃黏膜脱垂、胃下垂、胰腺炎、胆囊炎及胆石症等病。

胃痛发生的常见原因有寒邪客胃、饮食伤胃、肝气犯胃和脾胃虚弱等。胃主受纳腐熟水谷，若寒邪客于胃中，寒凝不散，阻滞气机，可致胃气不和而疼痛；或因饮食不节，饥饱无度，或过食肥甘，食滞

不化，气机受阻，胃失和降引起胃痛；肝对脾胃有疏泄作用，如因恼怒抑郁，气郁伤肝，肝失条达，横逆犯胃，亦可发生胃痛；若劳倦内伤，久病脾胃虚弱，或禀赋不足，中阳亏虚，胃失温养，内寒滋生，中焦虚寒而痛；亦有气郁日久，瘀血内结，气滞血瘀，阻碍中焦气机，而致胃痛发作。总之，胃痛发生的病机分为虚实两端，实证为气机阻滞，不通则痛；虚证为胃腑失于温煦或濡养，失养则痛。

临床上胃痛的治疗多以理气和胃止痛为主。邪盛以祛邪为急，正虚以扶正为先，虚实夹杂者，当祛邪扶正并举。然临证对于素有中阳不足，因感外寒或饮冷内伤等所致的胃痛，亦有用非常法治之而取效的报道。

【临床应用】

张氏^[26]以小青龙汤治疗胃痛，药物组成：麻黄 12g，干姜 12g，桂枝 12g，白芍 12g，炙甘草 12g，细辛 3g，半夏 12g，五味子 12g。6 剂，每剂水煎 300ml，早晚分服，疗效较好。

【病案举例】

张氏^[26]观察病例 1 例，患者男，60 岁，1990 年 9 月 28 日初诊。有胃痛病史 10 余年，每至秋季则发作。近 4 天来阵发性无规律性上腹疼痛，遇风寒或进冷食诱发或加重，伴恶心，饮食正常，每至睡前及晨起必呕吐酸水，每次约 250 ~ 300ml，舌淡苔薄白，脉沉滑。上消化道钡透显示，在胃窦部小弯侧近角切迹处可见 0.6cm 乳头状龛影突出于腔外，十二指肠壶腹变形，基底小弯侧可见约 0.8cm 龛影。报告：①胃、十二指肠复合性溃疡；②胃窦炎。患者拒绝手术，要求中药治疗。投小青龙汤原方，6 剂，每剂水煎 300ml，早晚分服。10 月 5 日二诊，诸症消失，惟感乏力，无其他不适，原方加黄芪 30g、白术 30g、白及 20g，连服 24 剂，10 月 31 日上消化道钡透示胃及十二指肠龛影消失，病告痊愈，至今未复发。

按：小青龙汤系仲景所创，见于《伤寒论》40 条：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，……或喘者，小青龙汤主之。”41 条：“伤寒，心下有水气，咳而微喘……小青龙汤主之。”再见于《金匱要略》“肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治”1 条、“痰饮咳嗽病脉证并治”两条及“妇人杂病脉证并治”一条。故被后世广泛用于咳嗽



病外有风寒、内有水饮之患者，效果佳良。然张氏用之治疗胃病亦有良效，理论依据：脾与胃同居中焦，以膜相连，互为表里，主受纳和运化水谷，胃为阳，脾为阴，胃以降为和，脾以升为顺，共同完成饮食物的消化、吸收、转输，以营养全身。外感寒邪，内客于胃；或饮食不节，胃失和降；或肝气郁结，横犯脾胃等，皆引起脾阳不足，中焦虚寒，使胃的受纳和脾的运化功能失常。胃喜润，临床中均注意到胃阴虚之病机变化，而忽视了润之过甚而致水饮内停的病机现象。人体的水液代谢始自脾胃，胃与外界相通，最易受寒邪侵袭，加之以上所述致病因素都可使胃之受纳和脾之运化功能失常，而使水液代谢失常，停留于胃。此与《伤寒论》所云：“伤寒，心下有水气”之病位病机完全吻合，故选用小青龙汤治疗胃病。

临床应用指征：①胃脘疼痛，遇风寒及进生冷食物易诱发或加重，晨起吐酸水或清水，量较多，遇温或采取保暖措施则症状减轻，病史或长或短。②临证以烧心为主，胃脘隐痛，伴吐酸水或清水，遇风寒及进冷食加重，服西药抗酸药无效，一般病史较长。③呕吐，每遇风寒则发作，呕吐物以黏液或清水为主，量或多或少，多见于体质较弱，平素脾胃功能差，病史一般较短。④舌质一般呈淡色，苔薄白或滑，脉沉细或沉滑，亦有舌苔呈黄色，此为假象，可舍舌从证，放胆用之。临床一般用小青龙汤原方即可，不做加减。对脾胃虚弱型之病史较长者，当症状消失后，可据情加用温补脾胃药，或改投六君子汤等方继续巩固治疗。

六、便秘

便秘从现代医学角度来看，它不是一种具体的疾病，而是多种疾病的一个症状。便秘在程度上有轻有重，在时间上可以是暂时的，也可以是长久的。由于引起便秘的原因很多，也很复杂，因此，一旦发生便秘，尤其是比较严重的，持续时间较长的便秘，这样的患者应及时到医院检查，查找引起便秘的原因，以免延误原发病的诊治。

中医认为便秘是大便秘结不通，排便时间延长或欲大便而艰涩不畅的一种病证。在我国古代医学中，便秘有很多名称，如“大便难”、“后不利”、“脾约”、“闭”、“阴结”、“阳结”、“大便秘”、

“大便燥结”、“肠结”等。

古代医家对便秘的产生原因有许多论述，认为引起便秘的原因很多，其中，便秘与肾、脾、胃、大肠、肺、气血津液、寒热虚实等均有关。历代医家认为：在水谷传化过程中，胃主受纳，腐熟水谷，其气下行；脾主运化，其气上行，小肠“受盛”经脾胃作用后的水谷进行泌别清浊；大肠传导糟粕。所以，胃的腐熟失常与气失和降，脾的运化失司及清气不升，小肠的泌别失职，大肠的传导异常，均可引起大便异常。肾主液，肺主气，当肾虚肺燥时也可引起大便秘结。历代医书中，对此论述很多：“大便秘结，肾病者也。经曰，北方黑水，入通于肾，开窍于二阴，盖以肾主五液。津液甚，则大便调和。”“若饥饱失节，劳役过度，损伤胃气及食辛热味厚之物而助火邪，伏于血中，耗散真阴，津液亏少，故大便燥结。然燥结之病不一，有热燥，有风燥，有阳结，有阴结，又有年老气虚，津液不足而燥结者。”以上论述非常重视肾阴亏虚、津液不足、胃气受损等因素。有关热与寒可致便秘的论述也很多：“大便不通者，由三焦五脏不和，冷热之气不调，热气偏入肠胃，津液竭燥，故令糟粕痞结，壅塞不通也。”“闷俗作秘，大便涩滞也，热耗其液，则粪坚结而大肠燥涩紧敛故也。”“手足冷，大便秘，小便赤，或大便黑色，脉沉而滑……此名阳证似阴也。”而清代医家则提出了便秘与肺燥有关的观点：“大便闭结，人以为大肠燥甚，谁知是肺气燥乎？肺燥则清肃之气不能下行于大肠。”更有医家提出便秘与房事、饮食、七情等均有关的论述：“原其所由，皆房劳过度，饮食失节，或恣饮酒浆，过食辛热，饮食之火起于脾胃，淫欲之火起于命门，以致火盛水亏，津液不生，故传道失常，渐成结燥之证。”提出“虫积”、“七情气闭”、“痰滞不通”、“药石毒”、“脏寒”、“血液枯”等均可导致便秘，从而更充实了便秘的病因学说。

中医对便秘的治疗亦有较深的研究。治疗上提出了不可妄用攻下，“……大抵治病必究其源，不可一概用巴豆、牵牛之类下之，损其津液，燥结愈甚。”“如妄以峻利药逐之，则津液走，气血耗，虽暂通而即秘矣。”明代医家李中梓提出妄用攻下之害：“每见江湖方士，轻用硝黄者十伤四五，轻用巴豆者十伤七八，不可不谨也，或久

而愈结，或变为肺痿吐脓血，或饮食不进而死。”因此治病必须求本。

【临床应用】

张氏^[29]以小青龙汤加减治疗便秘，药物组成：麻黄、五味子、白芍各9g，桂枝、干姜、半夏各12g，细辛、炙甘草各6g，炙紫菀15g。每日1剂，水煎服。

【病案举例】

张氏^[27]观察病例1例，患者男，64岁，1999年1月6日初诊。素有咳喘宿疾，近3月来咳嗽喘闷痰多，且增大便秘结一症。大便1周至十余日一行，尚需口服果导片导泻。近1月来虽服果导片，亦不能便，常需灌肠或服中药泻下剂方可大便，屡经泻下后觉腹冷下坠，气短难续，而数日后又复便秘，患者深以为苦，邀余诊治。刻诊：大便已6日未行，腹胀纳差，时有暖气，头晕气短，咳嗽阵作，痰多清稀，舌质淡、苔薄白，脉弦滑。辨证为寒饮内停，肺失宣肃，大肠传导失司。治以温肺化饮，肃肺通腑。予小青龙汤加味，每日1剂，水煎服。服3剂咳嗽减轻，大便畅通。继服3剂咳嗽基本控制，饮食如常，大便保持每日1次。嘱其服金匱肾气丸、通宣理肺丸以巩固疗效，并注意多食新鲜蔬菜，随访便秘未作。

按：仲师所创小青龙汤临床应用甚广。该例便秘缘于寒饮伏肺，肺失宣肃而大肠传导失司，水液耗失而大便燥结，故以小青龙汤温肺化饮。水饮得化，肃降传导复常而大便自通。此为下病上取，腑病治脏之法。考诸先贤，以肺治肠并不少见。《宋人医方三种》首页有《史载之传》一文，其中一案云：“蔡元长苦大肠秘，医不能通，堪诊脉已，末紫菀以进，须臾遂通，元长大惊，问其说。曰：大肠，肺之传送，今之秘无他，以肺气浊耳，紫菀清肺气此所以通也”。叶天士也精研开肺气、通大肠之法，后人叶玉堂评《临证指南医案》中一案云“盖肠痹之便闭，较之糙屎坚结，欲便不通者稍缓，故先生但开降上焦肺气，上窍开泄，下窍自通矣，若燥屎坚闭则有三承气、润肠丸、通幽汤及温脾汤之类主之”，叶氏又云：“丹溪每治在肺，肺气化则便自通”，此皆辨证施治之典范，故为医者当深究医理，精研诸家，见病知原，方可用药切中病机而游刃有余，不可囿于常法，

画框自限。

七、慢性胆囊炎

慢性胆囊炎是消化系统的一种常见病，多发病。多由慢性感染、结石、急性胆囊炎反复发作及其他原因引起。慢性胆囊炎的临床表现多不典型，亦不明显。平时可能经常有右上腹部隐痛、腹胀、嗝气、恶心和厌食油腻食物等消化不良症状，有的病人则感右肩胛下，右季肋或右腰等处隐痛。在站立、运动及冷水浴后更为明显。病人右上腹肋缘下有轻度压痛，或压之有不适感。B超检查可见胆囊引人注目或增大，排空功能障碍。口服胆囊造影剂发现有结石时，则诊断可以确定。

慢性胆囊炎在中医学中属于“胁痛”，“胆胀”等范畴。

【临床应用】

冯氏^[28]以柴胡疏肝散加葛根汤为基本方治疗慢性胆囊炎，药物组成：柴胡 12g，枳壳 15g，香附 10g，陈皮 12g，白芍 15g，川芎 10g，葛根 12g，桂枝 9g，麻黄 6g，甘草 6g，水煎服每日 1 剂，7 天为 1 疗程。气虚加黄芪 31g，党参 15g，血瘀加桃仁 10g，红花 10g，大便干加大黄 9g。治疗效果令人满意。

【临床应用】

冯氏^[28]观察病例 120 例，全部为门诊患者，随机分为治疗组 60 例，对照组 60 例。治疗组男性 29 例，女性 31 例；最大年龄 63 岁，最小年龄 28 岁；病程最长 15 年，最短半年。对照组男性 27 例，女性 33 例；病程最长 13 年，最短半年。两组临床资料无显著性差异 ($P > 0.05$)，具有可比性。诊断依据：临床表现为轻重不一的右上腹胀疼不舒，伴右上背部胀疼不舒，纳差，恶心、厌油腻、反酸、嗝气等消化不良症状，右上腹可有不同程度压疼，时或伴有发热恶寒。B超检查：胆囊多肿大、囊壁多毛糙，有时伴有胆囊结石。治疗组以柴胡疏肝散加葛根汤为基本方。对照组服胆维他片，每次 1 片，每日 3 次，加消炎利胆片，每次 6 片，3 次/天。疗效标准（自拟）显效：症状、体征完全消失，B超检查阳性体征消失，经临床观察一年未复发；有效：症状、体征消失，B超检查阳性体征消失或减轻，但一年

内有轻度复发；无效：主要症状、体征及B超检查结果变化不大。治疗结果4个疗程后评定两组疗效，两组疗效比较（n）：组别显效、有效、无效、总有效率（%）分别为：治疗组60、50、82、96.67%；对照组60、28、20、12、80%。

按：慢性胆囊炎多由饮食失节，情志失调，或外感病邪，内传胆腑，以致胆失疏泄肝气不舒，气滞血瘀，胆汁瘀滞而成。病位在胆，但是与肝、脾、胃关系密切，肝胆气滞，阳郁不伸为本病的病机。又因为胆囊炎的疼痛部位多为右上腹伴右上背部胀疼不舒，这是少阳经和太阳经的循经部位，故认为慢性胆囊炎为太阳与少阳同病。治疗上应太阳少阳同治，以疏泄肝胆，透邪解郁，理气止痛为基本治法。柴胡疏肝散出自张景岳的《景岳全书》，功用：疏肝行气，和血止痛，为治疗慢性胆囊炎的基本方之一。方中柴胡疏肝利胆，与枳壳、陈皮合用，共奏疏肝行气之力；白芍养血柔肝，缓急止痛；川芎、香附理气行气；诸药合用，共奏疏肝利胆，行气止痛之功。葛根汤出自张仲景的《伤寒论》，具有解肌发表、柔和经脉之功，为治疗太阳病项背强痛的主方，方中葛根、桂枝合用具有解肌发表、通阳止痛之功。现代医学研究认为：柴胡疏肝散具有抗炎，抑制胃肠平滑肌解除其痉挛的作用；并有保肝利胆，增强胆汁分泌作用；葛根汤具有抗炎作用，并有抗病原微生物作用，对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌等均有抑制作用；葛根中的黄酮类物质，具有改善微循环的作用，且有较强的解热作用又能缓解肌肉痉挛。故柴胡疏肝散加葛根汤合用，对慢性胆囊炎具有较好的治疗作用。

第五节 泌尿系统疾病

一、特发性水肿

特发性水肿又称“水潴留性肥胖症”、“单纯性水钠潴留症”、“周期性浮肿”等，是因内分泌、血管、神经等诸多系统失调，而导致的一种水盐代谢紊乱综合征。本病多见于20~50岁生育期伴肥胖的妇女，以水肿与月经周期及体重增加密切相关为主要临床特征。特

发性水肿属中医的“水肿”范畴。

特发性水肿的病因主要有情志内伤，肝失疏泄；或先天不足，肾气本虚；或后天失调，伤及脾肾等，皆使水运失常，溢于肌肤而发水肿。病理变化为肝、脾、肾损伤，功能失调。肝主疏泄，疏泄正常，则气机畅行，血液及水津正常运行。若肝气郁结，气机不畅，则血瘀水阻，水泛肌肤而浮肿。脾主运化，若饮食不节，或后天失养，致脾失温运，则痰湿内阻，溢于肌肤而浮肿。肾为主水之官，若先天不足，或久病及肾，或房劳伤肾，加之经期冲任更需肾精充养，肾精随经血流失，肾阳随之受损，不能化气行水，水湿泛滥肌肤则经期浮肿加剧。此外，湿郁化热，湿热壅盛，郁于肌肤，亦见浮肿。特发性水肿预后良好，患者无需多虑，平时应保持情绪达观，心境平和。需要控制饮食，减少碳水化合物及动物性脂肪的摄入，并宜低盐饮食。

仲景在《金匱要略·水气病脉证并治》篇中提到两条治疗原则，即 18 条“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”麻黄汤发汗，宣肺平喘，还可利水消肿，治疗特发性水肿有良好的效果。

【临床应用】

曹氏^[29]以越婢汤为基础方治疗特发性水肿，有较好疗效。药物组成：麻黄 18g，石膏 24g，生姜 9g，甘草 6g，大枣 5 枚。加减：恶风怕冷加制附子 9g；形体肥胖加白术 12g。每天 1 剂，加水 1200ml，先煎麻黄去上沫，后入诸药煎取 600ml，每次服 200ml，每天 3 次，隔 4 小时温服 1 次。

【病案举例】

曹氏^[29]观察病例 81 例，以麻黄汤加减治疗特发性水肿，诊断标准参照《内科疾病鉴别诊断学》、《诊断学》中特发性水肿的诊断标准拟定：①反复发作面部、手甚至全身发紧，乳房发胀不适，腹部膨胀；②身体下垂部位水肿，晨起眼睑浮肿、鼻梁变厚，继而移行至下半身、足、脚踝及小腿，甚则周身肿胀、按之轻度凹陷，傍晚或夜间活动后明显加重，昼夜体重增减超过 1.4kg；③立卧位试验阳性；④经心电图、B 超、血尿常规、肝功能及甲状腺功能等检查排除心性、肾源性、肝源性、甲状腺功能减退等因素造成的水肿。观察病例

145例均为女性,随机分为2组。治疗组81例,年龄20~48岁,平均 (34.60 ± 7.84) 岁;病程0.3~8.0年,平均 (4.70 ± 1.84) 年。对照组64例,年龄21~50岁,平均 (34.80 ± 6.83) 岁;病程0.3~7.8年,平均 (4.95 ± 1.68) 年。2组年龄、病程等方面经统计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗组以越婢汤治疗。处方:麻黄18g,石膏24g,生姜9g,甘草6g,大枣5枚。加减:恶风怕冷加制附子9g;形体肥胖加白术12g。每天1剂,加水1200ml,先煎麻黄去上沫,后入诸药煎取600ml,每次服200ml,每天3次,隔4小时温服1次。对照组口服氨体舒通,每次20mg,每天2次。2组均以2周为1疗程,1疗程后随访3月。疗效标准:痊愈:症状消失,随访3月无复发。显效:症状消失,每月发作 ≤ 1 次。有效:症状消失,每月发作 > 1 次。无效:治疗后症状无改善。治疗结果:治疗组痊愈48例,显效21例,有效9例,无效3例。对照组痊愈7例,显效10例,有效28例,无效19例。痊愈率、总有效率治疗组分别为59.3%、96.3%,对照组分别为10.9%、70.3%,2组比较,有显著性意义($P < 0.05$)。

按:特发性水肿主要表现为身体下垂部位水肿,原因未明,可能与体位因素导致钠滞留或水滞留,微血管异常,皮肤血管壁增厚,体液因素醛固酮、抗利尿激素、多巴胺、缓激肽的分泌失调等导致水钠正常代谢失调有关。解除紧张心情、适当限钠、减少站立、利尿剂治疗等,虽然部分患者有效,但常反复发作。本病属中医学“水肿”范畴,治疗以健脾、宣肺、温肾、利尿为常用方法。笔者认为,本病是因水湿内侵所致。由于水性下注、湿性黏滞,水湿内侵,使脾胃受困,水液代谢失调,水停湿阻,泛滥肌肤,故见周身水肿,且以身体下垂部位明显,治当祛湿利水。《金匱要略》越婢汤证的“一身悉肿”是水在肌表,符合本病特点,故以越婢汤治之,以发越水气而消水肿。临证中按原方剂量比例用药,煎服及加减用药亦遵照原方法度:“先煎麻黄去上沫,内诸药,煮取3升,分温3服。恶风者加附子1枚,风水加术4两”(《金匱要略》)。本观察表明,越婢汤治疗特发性水肿有良好的效果,其确切作用机制尚待进一步研究。

二、急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎，简称急性肾炎。主要是溶血性链球菌感染后，通过自家变态性反应，而致肾脏内肾小球发生急性弥漫性病变。本病临床以全身性水肿、尿少、血尿，蛋白尿及血压增高为主证。

发病机制：关于感染后导致肾炎的机制，一般认为是机体对链球菌的某些抗原成分（如胞壁的 M 蛋白或胞浆中某些抗原成分）产生抗体，形成循环免疫复合物，随血流低达肾脏。并沉积于肾小球基膜，进而激活补体，造成肾小球局部免疫病理损伤而致病。但近年还提出了其他机制。有人认为链球菌中的某些阳离子抗原，先植入于肾小球基膜，通过原位复合物方式致病。有人认为感染后通过酶的作用改变了机体正常的 IgG，从而使其具有了抗原性，导致发生抗 IgG 抗体，即自身免疫机制也参与了发病；还有人认为链球菌抗原与肾小球基膜糖蛋白间具有交叉抗原性，此少数病例则应属抗肾抗体型肾炎。

病理改变：以肾小球毛细血管的免疫性炎症使毛细血管腔变窄、甚至闭塞，并损害肾小球滤过膜，可出现血尿、蛋白尿及管型尿等；并使肾小球滤过率下降，因而对水和各种溶质（包括含氮代谢产物、无机盐）的排泄减少，发生水钠潴留，继而引起细胞外液容量增加，因此临床上有水肿、尿少、全身循环充血状态如呼吸困难、肝大、静脉压增高等。本病时的高血压，目前认为是由于血容量增加所致，是否与肾素 - 血管紧张素 - 醛固酮系统活力增强有关，尚无定论。

并发症：急性期的严重并发症主要有严重的循环充血状态、高血压脑病和急性肾功能衰竭。随着近年防治工作的加强其发生率及病死率已明显下降。

本病属于中医学“水肿”、“血尿”范畴。本病因外感风邪、内蕴湿热，邪侵肺卫；或内伤饮食，劳倦伤脾；或房事不节，肾气内伤；正气不足，外邪内侵，致肺失肃，脾失健运；肾不主水，开合失司，精微物质下泄，随尿而排。中医学认为，本病外邪是诱发因素，内虚是发病的内在基础，血瘀气滞是整个病程的重要表现。本病的形成，主要由于肺脾肾三脏功能失调，膀胱三焦气化决渎功能失常，致水液停聚，水肿形成。本病因外感风邪，肺气不宜，水道不通，流溢

肌肤，发为水肿。居处湿地，或涉水冒雨，水湿内浸，或饮食不节，湿蕴于中，则脾失健运，不能升清降浊，致水湿不得下行，迁于肌肤而成水肿。湿郁化热，湿热交蒸，小便不利，亦成水肿。房室不节，肾气内伤，则肾虚不主水，开合失司，膀胱气化失常，则水液泛滥，发为水肿也。

治疗急性肾炎，按中医理论，分清寒热虚实，阴阳表里。肾炎水肿，有阳水与阴水之分。凡因风邪外侵，雨湿浸淫，饮食不节等因素而成水肿者，多为阳水。其因劳倦内伤，房室过度，致脾肾虚，而成水肿者，多为阴水。但阳水久延不退，致正气日衰，水邪日盛，亦可转为阴水。中医辨证病因病机：病因为感受外邪或疮毒入侵，病位涉及肺脾肾三脏。肺主一身之气，外合皮毛，主通调水道，下输膀胱。脾主运化精微，主传化水气，为水之堤防。肾主水，与膀胱相表里，为水之下源，主五液而行水，凡五气所化之液均属于肾。现代研究表明麻黄汤有显著的抗炎作用，且有显著的发汗利小便的作用，加减后对急性肾炎有明显疗效。

【临床应用】

徐氏^[30]以越婢汤加减治疗急性肾炎，药物组合：麻黄 6~12g，杏仁 6~12g，炙甘草 6~10g，石膏 20~30g，防风 6~12g，防己 6~12g，白术 6~12g，茯苓 6~12g，赤小豆 15~20g，车前子 6~12g。加味法：伴高血压者，加菊花、枸杞子；血尿及尿红细胞（++）以上者，加小蓟、仙鹤草；尿蛋白（++）以上者，加石菖蒲、重用防己；咽痛者，加银花、连翘；皮肤疮疡者，加地丁草、蒲公英。水煎服，每日 1 剂，取得了满意的疗效。

方氏^[31]以麻黄汤为基础加减治疗肾小球肾炎，药物组成：麻黄、桂枝、干姜、法半夏各 10g，细辛、五味子各 6g，白芍 12g，生甘草 3g，茯苓 10g，白术 10g。3 剂，水煎服，每日 1 剂，效果令人满意。

【病案举例】

徐氏^[30]观察急性肾炎病例 31 例中，男 13 例，女 18 例；年龄最小 6 岁，最大 42 岁；尿蛋白（+）者 9 例，（++）者 15 例，（+++）者 7 例；尿红细胞（+）者 13 例，（++）者 11 例，（+++）者 7 例；全部病例均伴轻重不等的浮肿。以越婢汤加减治疗，

药同上，水煎服，每日1剂。治疗结果：治愈（症状及体征消失，1个月内尿常规连续3次以上复查阴性）23例，好转（症状及体征消失，1个月内尿常规检查有微量蛋白及少许红细胞者）7例，无效（症状及体征无明显改善，尿常规检查无明显好转）1例，总有效率96.77%。

典型病例：蒋某，女，12岁。1996年3月2日诊。患者晨起面部眼睑浮肿，足踝亦肿，纳呆乏力，小便短赤。细问病史，1周前曾发热、咽痛、鼻塞、咳嗽，于乡村医生处服退热药及感冒药后症状缓解。刻下：体温37℃，血压18.62/11.3kPa，神萎，全身浮肿，咽红，扁桃体Ⅱ度肿大，胃纳欠佳，小便短赤，大便少，舌质红、苔薄黄，脉浮数。尿常规：尿蛋白（++）、红细胞（++）、白细胞、上皮细胞少许。诊断为急性肾炎。此属风邪犯肺、肺气不宣、水失通调。治拟宣肺利水、通调水道。以越婢汤加减。处方：麻黄10g，石膏20g，杏仁10g，炙甘草10g，防风10g，防己10g，白术10g，茯苓10g，石菖蒲10g，赤小豆20g，车前子（包）10g，藕节10g，小蓟10g，菊花10g。5剂，水煎，每日1剂分2次服。药后全身水肿悉退，纳食正常，尿常规示蛋白、红细胞少许。效不更方，续服5剂后诸症悉平，尿常规示蛋白与红细胞均转阴性。随访至今未复发。

按：越婢汤出自《金匱要略》，用治“风水恶风，一身悉肿，脉浮不渴、续自汗出，无大热”，而急性肾炎的临床表现类似于越婢汤证。本方以越婢汤化裁，方中麻黄宣发肺卫；石膏清泄郁热；杏仁、防风助麻黄宣肺发表；白术、茯苓、赤小豆、车前子健脾利水，使水湿下行；防己祛风行水；炙甘草调和药性。诸药合用，共奏宣肺利水、通调水道、清热解毒之功。另据现代药理学研究表明，防己具有肾上腺皮质激素样作用，能抗菌、消炎、抑制免疫，却无激素之弊端，同时还能有效控制蛋白尿，故运用本方治疗急性肾炎收效良好。

方氏^[31]观察病例1例，患者男，35岁，教师，2000年12月3日初诊。近2年每遇寒冷则“感冒”，10余天前因受寒，始则畏寒，遍体酸楚，咳嗽痰白而清稀，曾在当地服药未见好转。3天前，眼睑及周身轻度浮肿，小便短少而清，面色㿔白，舌质淡、苔白滑，脉濡缓。尿常规检查：尿蛋白（+++），血尿（+），颗粒管型0~2。

西医诊断：肾小球肾炎。中医辨证：外感风寒，内停水饮。治以解表散寒，温肺化饮。方拟小青龙汤加味：麻黄、桂枝、干姜、法半夏各10g，细辛、五味子各6g，白芍12g，生甘草3g，茯苓10g，白术10g。3剂。水煎服，每日1剂。二诊：畏寒、身酸楚、咳嗽痰白而清稀等症均见好转，舌质淡、苔白滑，脉濡缓。效不更方，继上方加减再进6剂，诸症大减，浮肿减轻。尿常规检查：尿蛋白（+）。后以小青龙汤合五苓散加减调治月余，诸症消失，各项检查正常，随访至今未见复发。

按：患者遇寒则感冒，是素体阳虚。阳虚则易生痰饮，水饮内停复感寒邪，每致表寒引动内饮。风寒束表故见畏寒肢冷，周身酸楚；寒水射肺，故见咳嗽痰白而清稀；阳虚不能温化水饮，水饮外溢故见浮肿身重，小便不利；舌质淡、苔白滑，脉濡缓均是外寒内饮之见证。以小青龙汤解表化饮并举，药达病所，诸症告失。唯外寒已除，阳虚内饮尚存，故以小青龙汤合五苓散加减以温阳化饮而善后。

三、肾病综合征伴胸腔积液

肾病综合征，简称“肾综”（NS），是一组多种原因引起的临床综合征。肾病综合征不是一种独立的病，而是在许多致病因素下，肾病综合征患者的肾小球毛细血管滤过膜的通透性受到了损伤，而以大量蛋白尿为主要特征之一的综合征。肾病综合征具体表现为大量蛋白尿（成人： $>3.5\text{g}/\text{天}$ ；儿童 $\geq 50\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{天})$ ）、低白蛋白血症（ $<30\text{g}/\text{L}$ ）、不同程度的水肿、高血脂（俗称“三高一低”）和由于蛋白尿引起的其他代谢异常。肾病综合征可以继发多种疾病。中医认为，肾病综合征可归属于“水肿”、“腰疼”、“尿浊”等病证的范畴。

胸腔积液是由多种原因引起的胸膜腔内液体增多的疾病，属中医学的“胁痛”、“悬饮”范畴。

胸腔积液的病因和发病机制：健康人胸腔内液体不断地形成和吸收处于动态平衡。从发病机制来看，胸腔积液产生于以下几种情况：①胸膜毛细血管内压力增高可形成漏出液，如充血性心力衰竭，缩窄性心包炎，上腔静脉阻塞；②胸膜毛细血管内胶体渗透压降低形成胸腔漏出液，如低蛋白血症、肝硬化、肾病综合征；③胸膜毛细血管壁

通透性增加形成渗出性胸腔积液，如结核性胸膜炎、肺炎性胸膜炎、结缔组织病、肺癌、胸膜间皮瘤、肺梗死等；④胸膜淋巴引流蛋白功能障碍引起渗出性胸腔积液，如癌肿引起淋巴管受阻；⑤胸膜腔内细菌感染形成渗出性胸膜炎或脓胸；⑥胸膜粘连因自发性气胸而撕裂，或主动脉瘤破裂以及外伤产生血胸；⑦胸导管破裂形成乳糜胸

【临床应用】

王氏等^[32]以麻黄连翘赤小豆汤加减治疗肾病综合征伴胸腔积液，药物组成：麻黄、连翘、赤小豆、泽泻、杏仁、葶苈子、大枣、桑白皮、黄芪、白术、生石膏、川芎、赤芍。咳嗽加枇杷叶；发热咽痛加金银花；热毒较盛者加金银花、白花蛇舌草；下肢肿甚加木瓜、川牛膝。每日1剂，水煎分服。10天为1疗程，疗程间隔2天。两个疗程后统计效果，总有效率66%，67%，效果令人满意。

【病案举例】

王氏等^[32]观察病例98例NS患者，其中男性56例，女性42例；年龄19~67岁，平均38.12岁；病程7天至13个月，平均4.5个月；经B超检查大量胸腔积液（胸水最大前后径8cm以上）31例，中等量积液（胸水最大前后径4~8cm）37例，少量积液（胸水量最大前后径<4cm）30例。随机将98例分为治疗组50例与对照组48例。两组年龄、性别、病程及各项化验指标差异无显著性（ $P > 0.05$ ），具有可比性。诊断标准参照文献标准及“中医病证诊断疗效标准”诊断为肾病综合征和悬饮：经实验室检验24小时尿蛋白持续在3.5g以上；血清白蛋白在30g/L以下，血清总蛋白60g/L以下；血清总胆固醇值在6.47mmol/L以上。98例均有全身浮肿，经B超检查均伴有胸腔积液。中医辨证属悬饮（肺络不畅）。治疗方法两组患者均采用低盐饮食，肾功能正常者可食优质高蛋白饮食，口服保肾康、双嘧达莫，静滴丹参注射液，合并上呼吸道感染者给予静滴青霉素。对照组常规服用呋塞米片和螺内脂治疗；治疗组予麻黄连翘赤小豆汤加减，基本方为麻黄、连翘、赤小豆、泽泻、杏仁、葶苈子、大枣、桑白皮、黄芪、白术、生石膏、川芎、赤芍。咳嗽加枇杷叶；发热咽痛加金银花；热毒较盛者加金银花、白花蛇舌草；下肢肿甚加木瓜、川牛膝。每日1剂，水煎分服。10天为1疗程，疗程间隔2天，

两个疗程后统计效果。观察项目：分别于治疗前、后观察浮肿消退情况及查B超观察胸腔积液变化。疗效标准参照“中医病证诊断疗效标准”悬饮疗效评定标准。治愈：症状消失，胸腔积液完全吸收。好转：症状明显改善，胸腔积液减少。未愈：症状及胸腔积液均未改善。统计学处理采用 X^2 检验。治疗组50例，两个疗程后浮肿消退，胸腔积液完全吸收29例（58.00%），浮肿减轻及胸腔积液减少15例（30.00%），浮肿及胸腔积液未改善6例（12.00%），总有效率88.00%。对照组48例，两个疗程后浮肿消退、胸腔积液完全吸收20例（41.67%），浮肿减轻及胸腔积液减少12例（25.00%），浮肿及胸腔积液未改善16例（33.33%），总有效率66.67%。两组疗效比较，差异有显著性（ $P < 0.05$ ）。

按：胸腔积液当属中医学的“胁痛”、“悬饮”范畴。《金匱要略》曰：“饮后，水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。”本方应用指征为NS伴有胸腔积液，无论初发或复发，其临床表现有表证或肺系症状，中医辨证属肺络不畅、肺气闭塞者，均可应用本方加减治疗，取其上开水源、下通水腑之功，首先宣肺散邪，使内舍于肺的邪气得表解，因肺主行水，通过肺的宣发，水液得以向上、向外输布，布散全身，外达皮毛；通过肺的肃降，水液向下、向内输送而形成尿液生成之源，经肾蒸腾化气排出体外。方中麻黄温宣肺气，开发腠理；杏仁、桑白皮助麻黄宣散肺气，使上焦宣化而达到行水消肿的作用，其水可以汗解而消肿，或使小便增多而消肿，或大便水泻而消肿，或有微汗而小便明显增加而水肿消退，这与“肺主皮毛，肺布津液下输膀胱，肺与大肠相表里，水肿病“其本在肾、其标在肺”等理论有关。麻黄用量10~15g，配生石膏20~30g，以减缓麻黄的表解作用，防其发汗太过，而达到宣肺利尿的作用；川芎、赤芍、赤小豆、泽泻活血利水；因胸水多以血瘀为前因，即唐容川所说“血不利则为水”，血脉通畅，胸水自然消退，又可促进炎症吸收，减缓粘连与瘢痕形成；黄芪、白术补中益气，即有御邪能力，又能增强利水功能；连翘清热解毒、利水消肿；加葶苈子泻肺行水，能泻肺气之闭塞，攻逐水饮，利水消肿，《本草纲目》云：“肺中水气，满急者，非此不能除”。药理研究表明葶苈子有强心平喘利尿作用，临床常用

30g左右,配以甘温之大枣,可无任何不良反应。“善治痰饮者必先行气”,气顺则一身津液亦随气而顺,宣肺利水可使肺气顺利,通过宣肺,疏浚水之上源,令肌肤开发,水道通调,能助脾运湿,助肾主气,司开合,助膀胱化气行水,则肿自消退。由此可见,宣肺利水具有“提壶揭盖”之效。全方诸药配伍,相得益彰,使病情很快得到控制,浮肿及胸腔积液减轻或消失。

四、小便不通

小便不通证名见《诸病源候论·小便病诸候》即癃闭。癃闭是由于肾和膀胱气化失司导致的以排尿困难,全日总尿量明显减少,小便点滴而出甚则闭塞不通为临床特征的一种病证。其中以小便不利,点滴而短少,病势较缓者称为“癃”;以小便闭塞,点滴全无,病势较急者称为“闭”。癃和闭虽有区别,但都是指排尿困难,只是轻重程度上的不同,因此多合称为癃闭。

《景岳全书·癃闭》将癃闭的病因归纳为四个方面:有因火邪结聚小肠、膀胱者,此以水泉干涸而气门热闭不通;有因热居肝肾者,则或以败精,或以枯血,阻塞水道而不通;有因真阳下竭,元海无根,气虚而闭者;有因肝强气逆,妨碍膀胱,气实而闭者。并详细阐述了气虚而闭的病理机转。麻黄汤上可以发汗开宣肺气,下可以通调水道利小便,故可以治疗小便不通。

【临床应用】

王氏^[33]以麻黄汤为基础加减治疗小便不通,药物组成:麻黄、桂枝各20g,苦杏仁15g,炙甘草10g。效果喜人。

【病案举例】

王氏^[33]观察病例,1例,患者李某,男,56岁。因小便不通求治。患者面容痛苦,辗转不安。2日前感寒,当夜发热恶寒,无汗。服姜汤,又覆以厚衣被,以求汗出病解。然一夜无汗,寒热有增无减。翌日晨起,小便不利,断断续续。遂求治于某药店坐堂中医,诊为肾炎。服药1剂,寒热不退,小便点滴而下,继之不通。索处方观之乃银翘散合八正散。体温39.2℃,恶寒无汗,舌淡、苔白滑,脉浮紧而数。此乃太阳风寒之邪不解,随经入腑,寒水互结之蓄水证。

治以发表散寒，温化寒水。方用麻黄汤，处方：麻黄、桂枝各 20g，苦杏仁 15g，炙甘草 10g。药进 1 剂，通体汗出，继之小便通畅，诸症皆失。

按：本例为太阳蓄水证，乃因太阳寒邪不解，卫阳闭遏，气化失司，寒水内停所致，非发汗峻药则不能散其寒，舍通阳重剂则难以化寒水。方中重用麻黄辛温发散，开毛窍，散寒邪，宣发肺气。肺主皮毛，为水之上源，肺气宣降，有助于膀胱之气化，故麻黄治蓄水，有“提壶揭盖”之用。重用桂枝以通达阳气，温化寒水；苦杏仁宣泄肺气，麻黄宣畅肺气，二者一升一降，有利水道通调；炙甘草益气温阳，可缓麻桂之峻烈。药虽 4 味，但切合病机，故 1 剂获效。

五、肾性水肿发生腹水

肾性水肿发生腹水属中医“水肿”、“臌胀”的范畴，历代医家多有阐发，均认为涉及脏腑不外肺、脾、肾三脏，肺失通调，脾失转输，肾失开阖，三焦气化不利为水肿之基本病机。发汗、利尿、泻下逐水为其治疗的基本原则，但如果患者发展到腹水的程度，则解决腹水之症状，防止变症发生为当务之急。利尿，攻下固然为医者所常用，验之临床，亦或取效。传统的中医理论认为，人体是一个有机的整体，肺主一身之气，主治节通调水道，下输膀胱，气行则水行，气停则水停，故先贤有上病治下，下病取上，提壶开盖等训示。在临证中，对于肾性水肿，尤其是腹水患者，在辨证基础上合用解表，发汗之峻剂麻黄汤，给水邪以出路，取得了满意疗效。

【临床应用】

吴氏^[34]以麻黄五苓散加减治疗肾性水肿发生腹水，药物组成：麻黄、泽泻各 30g，车前子（包）、丹参、益母草、桂枝各 20g，杏仁、地龙、苦参、牛膝各 15g，茯苓 50g，猪苓、大腹皮各 40g，商陆 6g，甘草 10g。水煎服，每日 1 剂，疗效较好。

【病案举例】

患者姚某，男，27 岁。患者主因周身浮肿 7 个月，加重 2 个月入院。刻诊：神志清楚，不能平卧，周身高度浮肿，腹大如鼓，四肢

按之如泥，小便短少色深黄。查体：体温 36.3℃，心率 84 次/分，呼吸 18 次/分，血压 19.3/14.3kPa，强迫半卧位，肾病面容，眼睑水肿，腹呈蛙状，叩浊音，阴囊阴茎均高度水肿。尿常规：蛋白 ++ +；尿糖 +++；隐血 +++；透明管型 0~3 个；血生化：甘油三酯 11.90mmol/L，总胆固醇 1.59mmol/L，总蛋白 39.0g/L；白蛋白 16.50g/L，尿素氮 13.17mmol/L，肌肝 230μmol/L，24 小时尿量约 400ml，体重由正常的 60kg 变重为 95kg，诊为肾病综合征。西药常规降压利尿降脂，抗凝，限制液体入量及激素治疗，尿量仍无明显改变，病势危重。根据患者舌质红苔微黄，脉微数而细，浮肿按之没指辨为水肿之阳水，湿热为患，以利水清热合解表发汗，处方麻黄汤加减，如下：麻黄、泽泻各 30g，车前子（包）、丹参、益母草、桂枝各 20g，杏仁、地龙、苦参、牛膝各 15g，茯苓 50g；猪苓、大腹皮各 40g，商陆 6g；甘草 10g。患者服上方 1 次，当天尿量即增加到 800ml，服 1 剂后尿量已达 1600ml。后在此方基础上加减，服 15 天后患者腹水及周身水肿已基本消失，体重亦由入院时 95kg 降至 68kg，患者因经济条件欠佳而要求出院门诊治疗。^[34]

按：关于“水肿”的治疗，早在《素问·汤液醪醴论》中即已提出：“平治于权衡，去菀陈坐，微动四肢，温衣，缪刺其处，以复其形，开鬼门，洁净府，精以时服，五阳已布，疏涤五脏，故精自生，形自盛，骨肉相保，巨气乃平。”至汉代仲景在《金匱要略·水气病脉证并治》中更明确指出：“风水，其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风。皮水，其脉亦浮，外证浮肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴，当发其汗。正水，其脉沉迟外证自喘。石水，其脉自沉，外证腹满不喘”。其中皮水的描述与我们所论之腹水相符，故同样适用于发汗之法，这为我们找到了理论依据，现代医家全国名老中医万友生亦常以麻黄五苓汤（组成：桂枝、杏仁、茯苓各 15~30g，猪苓、泽泻、木通、白术各 15~30g，甘草 5~10g）治疗急性热病因风寒湿热壅塞太阳经腑气机之癰闭，确有良效。总之，麻黄汤应用于水肿之治疗，尤其在腹水的治疗当中，既有先贤之理论基础，又有当代医家的临床实践，其临床疗效肯定，值得进一步总结经验并推广应用。

第六节 神经系统疾病

一、梅尼埃病

梅尼埃病由内耳膜迷路积水引起,以间歇发作性眩晕,耳鸣波动性听力下降及伴随自主神经症状,眼震等作为诊断的基本依据。属中医“眩晕”、“头眩”、“掉眩”、“冒眩”、“风眩”等。“眩”是指眼花,“晕”指头晕,是以头晕目眩、视物旋转为主要表现的一种自觉症状。中医学认为,本病病位在脑,与忧郁恼怒、恣食厚味、劳伤过度 and 气血虚弱有关。有因情志不舒、气郁化火、风阳升动、肝阳上亢而发者;有因恣食肥厚、脾失健运、痰湿中阻、清阳不升而发者;有因劳伤过度、肾精亏损、不能上充于脑而发者;病后体虚、气血虚弱、脑失所养亦能发生眩晕。临床辨证多为痰饮上犯型多见,故多运用中医痰病学理论指导治疗本病,以麻黄汤加減宣肺化痰祛饮利水为主,取得了良好的效果。

【临床应用】

方氏^[35]以小青龙汤为基础加減治疗梅尼埃病,药物组成:桂枝 10g,白芍 12g,干姜 10g,细辛、五味子各 6g,法半夏 12g,香附 10g,白术 10g,生甘草 3g,3 剂。水煎服,每日 1 剂。

【病案举例】

方氏^[35]观察病例 1 例,患者女,28 岁,工人,2002 年元月 6 日初诊。眩晕反复发作 3 年余,冬季则甚。前天,眩晕又作,伴视物旋转,闭目则舒,胸闷,时而呕吐清稀痰涎,平素形寒怕冷。察形体肥胖,舌质淡、苔白厚而润,脉滑。西医诊断:梅尼埃病。中医辨证:寒饮内停,上蒙清窍。方拟小青龙汤加減:桂枝 10g,白芍 12g,干姜 10g,细辛、五味子各 6g,法半夏 12g,香附 10g,白术 10g,生甘草 3g,3 剂。水煎服,每日 1 剂。二诊:诸证明显好转,尚有头晕,舌质淡、苔白,脉滑。继上方加減再进 3 剂而愈。半年多未复发。

按:本病的痰饮病机与西医之膜迷路积水相似。患者平素形寒怕冷,可见是阳虚体质,形体肥胖,肥人多生痰饮。阳虚不化水饮,痰

饮上蒙清窍，故见遇寒则眩晕；寒饮中阻则胸闷、呕吐清稀痰涎；舌质淡、苔白厚而润，脉滑均为寒饮内停之证。故以小青龙汤加减温化寒饮，药中病机，诸症自除。

二、中风

中风又名中风偏枯。是以卒然昏仆，半身不遂，口眼歪斜，语言不利为主症的病证。病轻者可无昏仆而仅见半身不遂及口眼歪斜等症状。因发病急骤，症见多端，病情变化迅速，与风之善行数变特点相似，故名中风、卒中。本病发病率和死亡率较高，常留有后遗症；近年来发病率不断增高，发病年龄也趋向年轻化，因此，中风是威胁人类生命和生活质量的重大疾患。

西医学的急性脑血管病，如脑梗死、脑出血、脑栓塞、蛛网膜下腔出血等属本病范畴。西医学将本病主要划分为出血性和缺血性两类，高血压病、动脉硬化、脑血管畸形、脑动脉瘤等常可导致出血性中风；风湿性心脏病、心房颤动、细菌性心内膜炎等多易致缺血性中风。另外高血糖、高血脂、血液流变学异常及情绪的异常波动与本病发生密切相关。头颅CT、核磁共振检查可确诊。

中医认为本病发病不外乎虚（气虚、阴虚）、风（外风、肝风）、气（气滞、气逆）、血（血虚、血瘀）、痰（痰瘀、血瘀）、痰（风痰、湿痰）、火（心火、肝火）诸端，单行致病或合而为疾。病变部位主要在脑，但与心、肝、脾、肾诸脏密切相关。主要病理变化包括以下几个方面的内容：①内伤积损，阴亏血虚，阳盛火旺，风火易炽；年老体衰，肝肾阴虚，肝阳偏亢，复因将息失宜，阴虚阳亢，气血上逆上蒙神窍，突发本病；②劳欲过度，耗气伤阴，易使阳气暴张引动风阳上旋，气血上逆，壅阻清窍；或纵欲过度，房事不节，引动心火，耗伤肾水，水不制火，则阳亢风动，发为中风；③饮食不节，嗜食肥甘厚味或饮酒过度，脾失健运，聚湿生痰，痰湿生热，热极生风，终致风火痰热内盛，窜犯络脉，上阻清窍；④情志所伤，五志过极，心火暴甚，可引动内风而发卒中，其中以郁怒伤肝为多；⑤气虚邪中，气血不足，脉络空虚，尤其在气候突变之际，风邪乘虚入中，气血痹阻；或痰湿素盛，形盛气衰，外风引动内风，痰湿闭阻经络，

歪僻不遂。根据有无神志障碍，中风可分为中经络与中脏腑。中经络者虽有半身不遂，口眼歪斜、语言不利，但意识清楚；中脏腑则昏不知人，或神志昏糊、迷蒙，伴见肢体不用。

中风偏枯多属中经络证，依据其具有风邪致病之特征，以风药治之，其理通，其效著。麻黄汤类方续命汤为传统治疗中风名方，该方扶正祛邪，通经活络，对中风偏枯有确切疗效，甚至某些曾用多种药物治疗效果不佳或病程既久者，用之亦多获良效。现代研究认为本方具有明显降低脑缺血组织含水量，延长凝血时间，抑制血栓形成，增加颈内动脉血流量，降低脑血管阻力的作用，为本方的运用提供了现代科学依据。

【临床应用】

吕氏^[36]以《古今录验》续命汤加减治疗脑梗死，药物组成：麻黄、苦杏仁、桂枝、川芎、当归各 15g，甘草、干姜各 10g，生石膏、党参各 25g。水煎服，每日 1 剂。加减：兼寒者加附子、细辛、花椒；兼热者加黄芩、天花粉、知母；兼湿者加防己、白鲜皮、白术；兼燥者加紫菀、柏子仁；兼痰者加生竹沥、姜汁；兼血瘀加赤芍、大黄、丹参；兼风者加防风、水牛角。治疗 15 天为 1 疗程，取得了良好的疗效。

黄氏^[37]麻黄汤加减为基础方，药物组成：麻黄 3g，桂枝、防风、杏仁、川芎、附子各 10g，防己、黄芩、党参、白芍各 15g，甘草 8g，生姜 10g，每日 1 剂。水煎服。附子另包先煎 40 分钟。加减：恶寒无汗重用麻黄至 6g；有汗恶风无热重用桂枝至 15g，身凉无汗重用附子至 15g；有汗身热不恶寒加石膏 30g（另包先煎）、知母 15g；脉实便秘加大黄 15g（后下），下肢偏重加牛膝 30g、木瓜 10g，上肢偏重加秦艽 15g，语言蹇涩不清石加菖蒲 15g。疗效较满意。

【病案举例】

吕氏^[36]观察病例 78 例，随机分为 2 组，治疗组 40 例，男 22 例，女 18 例；年龄 41~59 岁，平均 51 岁；病程 7~28 天，平均 12 天。对照组 38 例，男 20 例，女 18 例，年龄 40~60 岁，平均 51 岁；病程 7~28 天，平均 12 天。2 组性别、年龄及病程等比较，差异无显著性意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。诊断标准参照全国第四届脑

血管病学术会议制定的脑梗死诊断标准：①多在安静状态下发病；②大多数发病无明显头痛和呕吐；③发病较缓慢，多逐渐进展或呈阶段性进行，多与脑动脉粥样硬化有关；④一般发病后1~2天内意识清楚或轻度障碍；⑤有颈内动脉和（或）椎基底动脉系统症状和体征；⑥CT和MRI确诊；⑦腰穿脑脊液不含血。治疗组以小续命汤加减口服治疗，方药同上，治疗15天为1疗程，共治3疗程评定疗效。对照组在西医常规治疗基础上加华佗再造丸治疗，每次8g，每天3次，口服。15天为1疗程，共治3疗程评定疗效。疗效标准：采用全国第四次脑血管病会议制定的“脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准”。临床治愈：病残程度0级。显效：功能缺损评分减少21分以上，病残程度Ⅰ~Ⅲ级。好转：功能缺损评分减少8~20分之间，病残程度Ⅳ级~Ⅴ级。无效：功能缺损评分8分以下，病残程度Ⅵ级。治疗结果治疗组临床治愈12例，显效15例，好转7例，无效6例，总有效率为85.0%。对照组临床治愈4例，显效10例，好转6例，无效18例，总有效率为52.6%。2组总有效率比较，差异有非常显著性意义（ $P<0.01$ ），治疗组疗效明显优于对照组。

典型病例：孙某，男，58岁，2005年3月10日初诊。患高血压病数年，半年前曾缺血性卒中1次，经住院治疗痊愈。半月前再次发病，左半身肢体麻痹，肌力Ⅱ级，腹胀，腰痛，体壮面赤，腹部膨隆，心窝部有抵抗感，舌紫暗、苔白滑，脉弦滑。给予麻黄汤加减治疗。处方：麻黄、苦杏仁、桂枝、川芎、天花粉、白术、当归各15g，黄芩、甘草、干姜各10g，生石膏、党参各25g。每天1剂，水煎，分2次服。治疗3天后，能做一般活动。治疗1月后恢复如常人。

按：续命汤原汤证中有用以治疗“肢体不遂，言语蹇涩，茫然不知痛痒，或身拘急不得转侧”，及“治中风痙，身体不能自收持，口不能言，冒昧不知痛处，或拘急不得转侧”的记述。方中较大青龙汤多加半夏、川芎、当归、人参以温阳养血，补正养虚，使邪气散而正气复。正如尤在泾在《金匱要略心典》中言及“痙者，废也，精神不持，筋骨不用，非特邪气之扰，亦真气之衰也。麻黄、桂枝所以散邪；人参、当归所以养正；石膏、杏仁助散邪之力；甘草合干

姜，为复气之虚，乃攻补兼行之法也。”现代药理研究也表明，续命汤具有明显降低脑缺血组织含水量，延长凝血时间，抑制血栓形成，增加颈内动脉血流量，降低脑血管阻力的作用。本临床观察表明，续命汤加减治疗中风，疗效确切，不失为临床治疗风痰瘀血阻络中风的有效方剂之一。

黄氏^[37]观察病例 88 例，男 51 例，女 37 例年龄最小 28 岁，最大 75 岁，其中 40 岁以下 2 例，40~50 岁 5 例，51~60 岁 63 例，60 岁以上 18 例，病程 10 天~16 个月。诊断标准：①中风偏枯，半身不遂，语言蹇涩，口眼歪斜，生活不能完全自；②舌体强硬或短缩，舌颤，脉浮迟或浮缓。③无高血压病史。治疗方法：中药投以麻黄汤加味（用药见上）。调护：服药期间忌食辛辣油腻之品，加强患肢功能的主动或被动锻炼。疗效判定标准：治愈及好转标准。治疗结果：治愈 48 例，好转 41 例，无效 1 例。总有效率 98.86%。一般需服药 8~25 剂，平均 11.5 剂。

典型病例一：张某某，男，58 岁，农民，邓县刘集人，1976 年 6 月 15 日初诊。1975 年 2 月在黑龙江探亲对突然患病，半身不遂，瘫卧于床，语言蹇涩，口眼歪斜。当地医院诊为脑栓塞，经多方治疗年余仍无好转。回原籍后坐架子车来诊。刻诊：形体如健，面色萎黄，口角流涎。经人扶持可勉强坐起。舌淡、苔白、脉浮迟。血压 17.29/10.64kPa。方拟麻黄汤加减：防己、黄芩、白芍 党参各 15g 桂枝、杏仁、川芎、防风、附片各 10g，麻黄 5g。二诊：上方服 4 剂后自觉四肢温暖，皮肤似有蚁行感，关节活动较前灵活，上方去杏仁加牛膝 30g。三诊服上方 10 剂，已能自己行走来诊，但仍有跛态，膝部酸软，上方减其量以资巩固。四诊：巩固方又进十余剂，患肢及语言功能恢复良好，生活完全自理，仅遗轻度嘴角歪斜。一年后其老伴患病，已能拉车来诊，叙一年来未复发。

典型病例二：曾某某，男，28 岁，汽车司机，1978 年 2 月 5 日初诊。家属代诉：10 天前因进餐时同人争论生气，猝然晕倒，失语，口眼歪斜，右半身不遂。在某医院诊为蛛网膜下腔出血，治疗 20 余天病情无显著变化。来诊时面红目赤，神清，右侧肢体瘫痪，针刺患侧无痛感，烦躁纳可，口干欲饮，大便秘结，小溲黄赤。舌红苔黄，

脉数实有力。血压 15.96/9.31kPa。方拟防风、桂枝、杏仁、川芎各 10g，防己、黄芩、白芍、大黄（后下）各 15g，甘草 8g，麻黄 5g，石膏 30g（先下）。二诊服三剂后大便得通，日二行，面色如常，语言较前清晰，上肢可移动，下肢可稍屈伸，静卧不烦，舌苔薄白而燥，脉虽数但较前已有缓象，上方去大黄。三诊上方服三剂，脉转浮迟，苔白而滑润，能食不渴，二便正常，患侧活动较前进步。其后以小续命汤去附子加牛膝 30g、菖蒲 15g，四剂后手足可屈伸、抬起，自己可坐起。照上方再进八剂，并嘱家属扶持站立，协助功能锻炼，室内活动，每日数次。十余日后已步行自如，二年后来告，已上班工作年余。

按：小续命汤出自《金匱要略》，始为治正气虚弱，被外风侵袭之中风证而设。因这种正虚邪实的证候，治疗不当时易发生危险，而本方可扶正祛邪，转危为安，故名小续命汤。后世医家多推崇之，至河间、东垣、丹溪等着中风门皆首列此方，并附以加减法。而近时医者多废而不用，殊为可惜。关于本方，历代医家有言及必具六经形症方可使用，张仲景以为不然。他指出《金匱要略》言：“夫风之为病，当半身不遂”。盖风之为病，善行数变，其变迅速，其症多端。如风邪挟湿挟寒而为痹者，风邪挟湿挟热着于皮肤而为疮痒湿烂者。虽无六经形症，亦名曰风，以治风除湿之药治之而效彰。同样道理，中风偏枯虽非外中之风邪，且无六经形症，但根据其具有风邪致病之特征，以风药治之，其理通，其效着。若执泥于“必具六经形症”为依据，实为作茧自缚。小续命汤固然对中风偏枯有确切疗效，甚至某些曾用多种药物治疗效果不佳或病程既久者，只要认症准确，均可获效。但必须指出，本方决非中风偏枯之通用方剂，如肝风内动或热极生风，其脉急实大数或沉而滑，有阳虚、阴虚征象者（高血压、脑溢血类），当属禁忌。

三、颈性眩晕

颈性眩晕是指椎动脉的颅外段受颈部病变的影响导致血流障碍引起的眩晕综合征，又称椎动脉压迫综合征，椎动脉缺血综合征，颈后交感神经综合征等。颈性眩晕常见于中老年人，其特点是眩晕主要发

生于头颈部活动时,如头颈部前后屈伸及左右转动时突发眩晕,一般持续时间较短,随着颈部位置的复原而缓解。颈性眩晕主要为中枢性眩晕,可伴有一系列脑干缺血的症状和体征。

发病机制:椎动脉左右各一,起始于锁骨下动脉,在进入颈椎横突孔之前,椎动脉行于前斜角肌和颈长肌之间,然后穿经第六至第一颈椎的横突孔上行,其位置在颈神经前支的前面,被来自颈部交感神经节的致密的交感神经丛所盘绕。从寰椎横突孔穿出后,椎动脉绕过寰椎侧块,经过寰椎后弓上的椎动脉沟,抵达寰枕后膜下方,形成了一个与颈内动脉相似的虹吸状弯曲,最后穿过寰枕后膜和硬脑膜经枕骨大孔入颅。在脑桥下方双侧椎动脉汇合成基底动脉,并在此前由椎动脉发出分支合成一脊髓前动脉,沿脊髓前正中裂下行。椎-基底动脉系统主要供应脑干、小脑、颞叶下面和枕叶内侧面皮质的血液。位于脑干的前庭系统对缺血非常敏感,因此椎-基底动脉系统供血不足时,眩晕常是首发的甚至是惟一的症状。

由于椎动脉在颈部走行的特点,下面这些原因均可影响到椎动脉的供血:颈椎骨质增生,椎动脉与颈椎的长度关系发生变化,椎体移位或滑脱,横突病变,颈部软组织病变,交感神经受刺激等。颈性眩晕属中医的“中风”、“眩晕”、“头痛”等病症范畴,临床将麻黄汤类方葛根汤运用到有头项强痛、背部酸楚、恶风畏寒、脉弦紧等症的颈性眩晕患者,取得了满意疗效。

【临床应用】

范氏^[38]用葛根汤治疗颈性眩晕,药物组成:葛根 30g,麻黄 6g,桂枝 6g,白芍 12g,生姜 6g,大枣 12 枚,甘草 6g。水煎温服,每日 1 剂,疗效极佳。

【病案举例】

范氏^[38]观察病例 120 例,均为住院患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组 60 例,其中男 28 例,女 32 例;年龄 38~70 岁,平均 54 岁;病程 3 天~2 个月。对照组 60 例,其中男 23 例,女 37 例;年龄 41~75 岁,平均 58 岁;病程 7 天~3 个月。两组患者在年龄、性别及病程方面均无显著性差异($P>0.05$)。诊断标准:①反复发作性眩晕,伴有脑干一过性缺血症状;②有轻微脑干损害体征;③排

除眼、耳和颈部及其他疾患所致眩晕。治疗方法：治疗组采用葛根汤原方，处方：葛根 30g，麻黄 6g，桂枝 6g，白芍 12g，生姜 6g，大枣 12 枚，甘草 6g。水煎温服，每日 1 剂，连用 2 周。对照组采用 0.9% 氯化钠注射液 250ml + 丹参粉针剂 800mg、5% 葡萄糖注射液 250ml + 654-2 10mg + 苯海拉明 20mg 静脉滴注，每日 1 次，连用 2 周。疗效观察：疗效评定标准：痊愈：眩晕等症状消失；显效：眩晕等症状明显减轻，可正常生活和工作；有效：眩晕减轻，生活和工作受影响；无效：眩晕症状无改善。结果：治疗组 60 例，痊愈 14 例，显效 31 例，有效 15 例，总有效率 100%；对照组 60 例，痊愈 8 例，显效 25 例，有效 20 例，无效 7 例，总有效率 88.4%，两组比较有显著差异（ $P < 0.05$ ）。

按：颈性眩晕属中医“中风”、“眩晕”、“头痛”等病症范畴，中医认为本证为邪入太阳经输，经气不利，筋脉失养所致，以无汗、恶风、项背拘急不舒为临床特征，宜葛根汤解表而散经输之邪，方用葛根为主药，以其性味甘辛，能升津液、濡润筋脉，又能解表祛邪，于桂枝汤中加入麻黄，则不但能调和营卫，而且能发汗祛邪，清阳上升清窍，使气血上荣头目、脑有所养，而眩晕自除。本研究结果也证实，治疗组与对照组相比，能够明显缓解眩晕患者的头晕、头痛症状，说明葛根汤治疗颈性眩晕有明显疗效，正如《灵枢·口问》曰：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩”，故治以葛根汤疏太阳经气，濡润筋脉，清阳上升，则清窍得养，眩晕得愈，是为治本。

四、脑外伤性眩晕

脑外伤后遗症又称脑损伤后综合征。是颅脑损伤后最多见的一种后遗症。又称“逆行性遗忘症”。约有 20% 的病人伤后有头痛头晕症状。颅脑损伤后，不少病人可留有某些神经方面或精神方面障碍的表现，统称为颅脑损伤综合征。又称之为颅脑伤后综合征、脑震荡后遗症、脑外伤神经官能症。本病属中医学“眩晕”、“头风”范畴。眩晕之证多属本虚标实，脑外伤性眩晕亦不外虚实两端。该病多因跌仆坠损，头脑外伤，瘀血停留，阻滞经脉，头目荣养不足而发眩晕诸

症。临床上麻黄汤类方葛根汤是治疗本病的有效方剂。

【临床应用】

赵氏^[39]以葛根汤为基础加减治疗脑外伤性眩晕，药物组成：葛根 30g，桂枝 6g，白芍 20g，甘草 10g，桃仁 10g，红花 10g，石菖蒲 10g，僵蚕 15g，黄芪 20g，白芥子 6g，杞子 15g，炙麻黄 5g。加减：阴虚加麦冬 15g，生地、熟地各 12g；肾虚加肉苁蓉 10g，巴戟天 10g；虚阳上亢加代赭石 30g，石决明 30g。常规水煎，1 剂/天，分早晚 2 次服，连用 2 周为 1 个疗程。总有效率为 96%。

【病案举例】

赵氏^[39]观察病例 50 例，患者均参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中华人民共和国中医药行业标准》诊断标准，选择既往有脑外伤病史，现排除颅内出血、颅骨骨折及肿瘤、严重血液病等门诊、住院患者 100 例，随机分成两组。治疗组 50 例，男 31 例，女 19 例，年龄 17~65 岁，平均 31.8 岁；对照组 50 例，男 33 例，女 17 例，年龄 16~72 岁，平均 33.2 岁。两组病程 1 个月~2 年，平均 1.2 年。两组患者年龄、性别、病程、临床症状比较，均无显著性差异，具有可比性。治疗组予葛根汤加减。常规水煎，每日 1 剂，分早晚 2 次服，连用 2 周为 1 个疗程。对照组予眩晕停、脑复康片及西医对症治疗。统计学方法：采用 X^2 检验。疗效标准参照 1994 年国家中医药管理局颁布的“中医病证诊断疗效标准”判定疗效。症状、体征及辅助检查基本正常为显效；症状及体征减轻，辅助检查有改善为有效；症状无改善为无效。结果治疗组 50 例，显效 23 例（46%），有效 25 例（50%），无效 2 例（4%），总有效率为 96%；对照组 50 例，显效 19 例（38%），有效 20 例（40%），无效 11 例（22%），总有效率为 78%。两组总有效率比较，差异有显著性（ $P < 0.05$ ）。

典型病例：男，57 岁。主诉 5 个月前因被摩托车撞倒致脑外伤，经予外科治疗痊愈后时发头痛、头晕目眩，视物旋转，健忘神疲，视力减退，甚则不能站立，周身酸痛等症，在附近个体诊所予对症处理后稍见好转，不日复发，痛苦不堪，查血压 16/11kPa，神经反射无异常，脑电图、CT 检查均无异常，望患者面色黧黑，舌质紫暗，有瘀斑，脉沉涩，中医辨证：瘀阻脑府，灵窍失慧。证属虚中夹实之证，

予葛根汤加减：葛根 30g，桂枝 6g，白芍 20g，甘草 10g，桃仁 10g，红花 10g，石菖蒲 10g，麝虫 15g，黄芪 20g，白芥子 6g，杞子 15g，炙麻黄 5g。每日 1 剂，水煎服，连服 2 个疗程，症状基本消失。随访 1 年，未再发眩晕。治疗效果较理想。

按：眩晕之证多属本虚标实，脑外伤性眩晕亦不外此证。该病多因跌仆坠损，头脑外伤，瘀血停留，阻滞经脉，头目荣养不足而发眩晕诸症。丹波元坚《杂病广要·眩晕》即云：“诸阳上行于头，上注于目；血死则凝注，脉凝泣则上注乏力薄矣，薄则上虚而眩晕生焉。其脉必涩，涩为滞涩，征死血之不流行也。”虞抟《医学正传·眩晕》亦云：“外有因坠损而眩运者，胸中有死血迷闭心窍而然，是宜行血清经，以散其瘀结”。可见古人对眩晕证的发病即认识到瘀血也是一种不可忽视的因素，该证治宜益气通阳，祛瘀豁痰，笔者临证每以葛根汤加减获效。该方中葛根、白芍舒缓筋脉，滋养津液；桂枝温经通阳，调和营卫；桃仁、红花、麝虫活血祛瘀，通络搜风；白芥子利气散结，祛痰通络；菖蒲开窍宁神，祛湿化浊，在方中以为佐助，以疗痰瘀阻滞清窍，耳目不利之症。现代药理研究发现葛根能减弱体内降压或升压物质反应，同时还能有效地改善大脑微循环；桂枝有明显的镇静、扩张血管的作用；桃仁、红花、麝虫等均具有扩张血管、增加血流量、抗血小板聚集、抑制血栓形成的作用；黄芪的降压特点是作用迅速，持续时间短，可连续给药，通过明显扩张外周血管、脑血管以达降压之效，同时通过它的益气升阳作用还可达到提高机体免疫力的功效。总之，全方通中寓补，补中有通，通补兼施，痰瘀共治，以奏益气升阳、活血祛瘀之效，用之临床较一般治疗眩晕之药疗效为佳。

五、病毒性脑炎

病毒性脑炎是因病毒感染而引起的脑实质炎症。当病毒进入人体后，首先进入血液，引起病毒血症，随后可侵入全身器官或中枢神经系统；亦可由病毒直接侵犯中枢神经系统。发生病毒脑炎时，常引起神经细胞的炎症、水肿、坏死等改变，出现一系列临床表现。当炎症波及脑膜时，则称为病毒性脑膜脑炎，病毒性脑炎系现代医学病名，

在临床上表现为头痛、发热、呕吐、嗜睡、昏迷、抽搐等症状。中医学认为本病属于中医外感热病范畴。

【临床应用】

王氏^[40]以葛根汤为基础方加减治疗病毒性脑炎，药物组成：葛根、白芍、炙甘草各10g，麻黄、桂枝各4g，柴胡、生姜各8g，大枣10枚，蝉蜕6g，效果令人满意。

【病案举例】

王氏^[40]观察病例1例，患者男，15个月，1995年4月15日初诊。突然意识丧失，两眼上视，颈项及四肢强硬，呕吐胃内容物1次，10分钟后来诊。近3日来，患儿流清涕，发热（38.2℃），口服臣功再欣及小儿感冒冲剂不效。查：体温38.6℃，心率、呼吸、血压正常，神志不清，前囟隆起，瞳孔等大等圆、对光反射存在，口唇轻度紫绀，颈项强直，两肺呼吸音清晰，心搏有力，律齐，腹（-）、四肢肌张力增加，运动对称，克氏征阳性，布氏征阳性。血常规正常。脑脊液压力稍高，外观清亮，蛋白轻度增高。舌淡、苔白、脉浮数。诊断：病毒性脑炎。处理：①吸氧；②针灸强刺激人中、合谷、涌泉；③醒脑静注射液4ml加5%葡萄糖150ml静滴；④急煎中药鼻饲。养阴舒筋，解肌祛风。方用葛根汤加减：葛根、白芍、炙甘草各10g，麻黄、桂枝各4g，柴胡、生姜各8g，大枣10枚，蝉蜕6g。浓煎至70ml，每6小时1次。40分钟后患儿神志转清，啼哭，眼球活动正常。第2天体温正常，唯前囟稍隆，颈项强硬。葛根汤原方每8小时1次，1周后临床症状消失出院。

按：此例虽以神志不清、颈项四肢强硬、发热、呕吐急诊入院，但究其病机则与葛根汤证相同，风寒侵袭太阳经俞，经气不利，津液不能敷布，脑失所养，筋失所濡，则神志不清，两眼上视，颈项四肢强硬。发热恶寒，鼻塞流涕，舌淡苔白，脉浮则为风寒表实之象。葛根汤由桂枝汤加麻黄、葛根而成。桂枝汤解肌祛风，调和营卫；加麻黄则增强发汗之功，以祛风寒；加葛根取其生津液、舒筋脉以治项背四肢拘急，且助麻桂解表。故投葛根汤能药到病除。

六、煤气中毒

一氧化碳（即煤气）中毒大多由于煤炉没有烟囱或烟囱闭塞不通或因大风吹进烟囱，使煤气逆流入室，或因居室无通气设备所致。冶炼车间通风不好，发动机废气和火药爆炸都含大量一氧化碳。中毒机制是一氧化碳与血红蛋白的亲合力比氧与血红蛋白的亲合力高 200~300 倍，所以一氧化碳极易与血红蛋白结合，形成碳氧血红蛋白，失去携氧能力造成组织窒息。

考本病在中医医籍中似无专文记载，可能与古今生活条件有关。在中医学有关山岚瘴毒的启示下，考虑该病主要由口鼻吸入恶毒异气，邪毒入侵人体，致气血紊乱，阴阳失调，以致脏腑经络皆失常司，清阳不升，浊阴不降，气血逆乱，水津难布，液聚为痰，血滞成瘀，痰瘀内阻，上扰蒙蔽心窍神明，遂致卒倒，昏迷，瘫痪，失语，二便失禁。煤气余毒内伏，须有外出之路。麻黄发汗利水，宣通气血，驱散毒邪。麻黄汤可用于治疗本病。

【临床应用】

王氏^[41]以麻黄汤为基础加减治疗煤气中毒，药物组成：麻黄、生甘草各 15g，桂枝、苦杏仁各 10g，效果令人满意。

【病案举例】

王氏^[41]观察病例，1 例，患者男，44 岁。因孟冬煤气中毒，其亲属发现时已昏迷不醒，手撒遗尿，呼之不应。急送某医院抢救后苏醒。醒后头晕头痛，胸中闷窒，烦躁不安，恶心欲吐，周身乏力，记忆力减退，精神恍惚。翌日晨起，诸症不减，邀余诊治。舌苔白腻，脉沉弦有力。辨证为余毒内伏，神明受扰。治宜宣通气血，祛毒外出。乃投麻黄汤，处方：麻黄、生甘草各 15g，桂枝、苦杏仁各 10g，服药 1 剂，通体大汗，精神清爽如常人。

按：煤气余毒内伏，须有外出之路。麻黄发汗利水，宣通气血，驱散毒邪。徐大椿谓其“轻扬上达，无气无味，乃气味中之最轻者。故能透出皮肤毛孔之外，又能深入凝痰积血之中，凡药力所不能到之处，此能无微不至。较之气雄力厚者其力更大”（《神农本草经百种录》）。邪毒内伏，使阳气内郁。桂枝通经脉，助心阳，阳气伸展则

邪无所居；苦杏仁调畅气机；生甘草泻火解毒。纵观全方，有促进新陈代谢、加速毒素排出之功用。

七、周围神经病变

周围神经炎在多数情况下并非感染或炎症，又被称之为周围神经病变。该病系由多种原因引起的周围神经病变（包括颅神经及脊神经），表现为受损神经支配范围内的感觉、运动及植物神经功能异常，多发性或单一性，对称性或非对称性，是神经系统较常见的疾病。任何年龄均可发病。

引发周围神经炎疾病的原因有：①感染：细菌、病毒、钩端螺旋体等；②中毒：重金属铅、汞、砷中毒及化学品，药物如呋喃类、磺胺类、异烟肼药物，有机磷农药及有机氯杀虫剂中毒等；③营养障碍：糖尿病、脚气病（维生素 B₁ 缺乏），糙皮病及慢性酒精中毒等可并发周围神经炎；④某些胶原疾病：如播散性红斑性狼疮、类风湿关节炎等；变态反应，如各种免疫血清注射后，疫苗接种后（如破伤风抗毒素及狂犬疫苗）等亦可引发神经炎；⑤家族遗传因素等。

周围神经病由于其病因和发生部位的不同，可有不同的临床症状，但早期多以痛、麻、异觉及反射减弱或消失为主要症状，隶属于中医学“血痹”范畴。

【临床应用】

周氏^[42]用麻黄汤加减，药物组成：麻黄 6g，桂枝 6g，橘络 6g，甘草 6g，研粉冲服，日服 2 次。可明显改善周围神经病变症状。

【病案举例】

周氏^[42]观察病例，共 76 例，均经临床诊断为周围神经病，其中糖尿病性周围神经病 51 例，坐骨神经痛 17 例，带状疱疹感染性神经炎 8 例。病程 3 天~5 年，其中男性 45 例，女性 31 例，年龄 18~83 岁，平均年龄 66 岁。入选病人中皆具不同程度的疼痛、麻木和异觉，28 例伴反射和本体觉的减退或消失。按就诊顺序，采用随机分组法，将患者分为两组，一组定为治疗组（38 人），另一组定为对照组（38 人），两组病人年龄及治疗前症状、体征计分经统计学处理无显著差异。治疗组用麻黄汤加减，处方组成：麻黄 6g，桂枝 6g，橘络 6g，

甘草 6g, 研粉冲服, 日服 2 次。对照组用维生素 B₁₂ 每片 30mg, 日服 3 次; 地巴唑片 10mg, 日服 3 次。三周后由患者和医生分别评定总体疗效。其中糖尿病人继续沿用原降糖药物。统计学处理采用 t 检验及 X^2 检验。疗效评定参照国内外人士在研究周围神经病中经常采用的疗效评定方法, 分别疼痛、麻木、异觉三项主要症状, 按难耐受 4 分, 严重 3 分, 中等度 2 分, 轻度 1 分, 无 0 分的标准进行评分; 体征按反射或本体觉消失为 2 分, 减弱 1 分, 正常 0 分, 反射活跃不计分。

总积分最高 18 分, 最低 0 分。以用药前的总积分减去用药后 3 周的总积分之差来表示 3 周治疗的总体改善程度。其中总积分减少 10 分以上者为显效; 总积分减少 5~9 分为有效; 总积分减少 <5 分为无效; 总积分增高者为恶化。用药 3 周后治疗组总积分的减少最少为 0, 最多为 12, 平均为 4.38; 对照组最少为 1, 最多为 12, 平均为 3.60, 经 t 检验有显著差异 ($P < 0.05$)。用药 3 周后, 体征总积分的减少, 治疗组最少为 0, 最多为 6, 平均为 2.10; 对照组最少, 最多为 6, 平均为 1.84, 经 t 检验无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组总有效率为 68.75%, 对照组总有效率为 23.68%, 经 X^2 检验 $P < 0.05$, 有显著差异。

按: 中医学对周围神经病的治疗多从瘀而治, 活血养血, 通筋活络, 或补气养血, 以收疏筋通络之功。然而归纳周围神经病的早期特征, 主要表现为麻木、疼痛及感觉异常 (冷、灼热, 蚁行感等), 究其中医理论原委, 实不外“痹症”范畴。《素问·痹痛篇》认为: “痹……在于内则不仁, 在于皮则寒。”基本概括了周围神经病的早期临床特点。痹证的成因固然有营卫先虚, 腠理不密, 使邪有可乘之机为前提, 然风寒湿之邪乘虚内袭, 膜理失养终为病之因。周围神经病, 其中以末梢神经损害为主的, 多以皮肤体表症状为主, 风寒湿三气中又侧重以湿邪为患, 故遵循古人“邪在表, 汗法解之”和“开鬼门”之训, 采用麻黄汤方加减治疗。通过该对比性研究发现, 采用汗法治疗周围神经病在症状改善上优于维生素 B₁₂ 合地巴唑组; 汗法治疗周围神经病, 其临床症状的改观优于体征的改善。尚需指出, 在处理上述疾患时, 除采用麻黄汤类方取汗外, 更应作病因治疗, 如

腰椎间盘突出需施行复位或手术减压；代谢性疾患（糖尿病性周围神经病）要同时纠正其代谢的障碍等。

八、多寐症

多寐症是指不分昼夜，时时欲睡呼之即醒，醒后复睡的病症。亦称“嗜睡”“多卧”“多眠”等。自古多有论述。《内经》曰：“胃不和则不安也”的记载。又曰：“虚劳虚烦不得寐”。《景岳全书》曰：“不寐症虽病有不一，然惟知邪正二字则尽之矣。盖寐本乎阴，神其主也。神安则寐，神不安则不寐。其所以不安则不寐，其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气不足耳。有邪者多实，无邪者皆虚”。

其因颇多，思虑劳倦，内伤心脾。阳不交阴，心肾不交，阴虚火旺，肝阳扰动，心胆气虚以及胃中不和等因素，均可影响心神而导致不寐。《景岳全书》：“劳倦思虑太过者，必致血液耗亡，神魂无主，所以不眠”，又曰：“思虑伤脾、脾血于损、经年不寐”。可见心脾不足造成的血虚会导致不寐。

中医治疗当以辨证论治，以补虚泻实，调整阴阳为原则。虚者补其母，益气养血，滋补肝肾。实者泻其子，消导和中，清火化痰。实症日久，气血耗伤，亦可转为虚症。虚实夹杂者，应补泻标本兼顾为治。

【临床应用】

陈氏^[43]以麻黄汤为基础方，药物组成：麻黄、杏仁、陈皮、制半夏、石菖蒲、琥珀各 12g，桂枝、苍术、香附、茯苓各 15g，细辛 6g，甘草 3g。治疗多寐症，临床效果满意。

【病案举例】

陈氏^[43]观察多寐症病例 1 例，患者男，34 岁。诉 1 年以来多寐困倦，白日也昏昏欲睡，经用温阳益气、除湿化痰、温经散寒等治疗无效。现形体较胖，恶风寒，四肢欠温、但不欲近衣，痰多，舌淡苔薄白腻，脉浮紧而滑。证属表实寒证，痰湿阻络，阳气不振。治以发表散寒，燥湿化痰，振奋阳气。方用麻黄汤加味，药用同上。每日 1 剂，水煎服。服 3 剂后恶风寒、四肢欠温减轻，白天欲睡也好转，痰减。前方再服 3 剂后多寐症状基本消失，能正常工作。前方再服 3 剂

以巩固疗效，嘱平时多参加体育锻炼，随访8年未复发。

按：多寐症常从气虚阳气不振、痰湿困阻阳气论治，但此患者形寒肢冷，不欲近衣，为表实寒证。痰多、舌淡苔薄白腻、脉浮紧而滑为表实寒证夹有痰湿阻遏阳气之象。心主神志，肺为水之上源、主宣降，如表有实寒则肺之宣降失职，则水液聚积而成痰湿，痰湿蒙心，使心阳不振而多寐。用麻黄汤祛表之寒邪，使肺之宣降正常，气机升降如常则痰湿自化。方中加苍附导痰汤以行气燥湿化痰。加细辛、石菖蒲、琥珀益心开窍，振奋阳气。诸药合用相得益彰，故病告愈。

九、面神经麻痹

面神经麻痹（面神经炎，贝尔麻痹，亨特综合征），俗称“面瘫”、“歪嘴巴”、“歪歪嘴”、“吊线风”、“面神经炎”、“歪嘴风”等，是以面部表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病，一般症状是口眼歪斜。它是一种常见病、多发病，它不受年龄限制。患者面部往往连最基本的抬眉、闭眼、鼓嘴等动作都无法完成。面瘫的临床表现十分特殊：多数病人往往于清晨洗脸、漱口时突然发现一侧面颊动作不灵、嘴巴歪斜。病侧面部表情肌完全瘫痪者，前额皱纹消失、眼裂扩大、鼻唇沟平坦、口角下垂，露齿时口角向健侧偏歪。病侧不能作皱额、蹙眉、闭目、鼓气和噘嘴等动作。鼓腮和吹口哨时，因患侧口唇不能闭合而漏气。进食时，食物残渣常滞留于病侧的齿颊间隙内，并常有口水自该侧淌下。由于泪点随下睑内翻，使泪液不能按正常引流而外溢。

面神经麻痹分为周围性和中枢性两种。其中周围性面瘫发病率很高，而最常见者为面神经炎或贝尔麻痹。平常人们所常说的面瘫，在多数情况下是指面神经炎而言。因为面瘫可引起十分怪异的面容，所以常被人们称为“毁容病”。患病两年内没有完全恢复的称早期面瘫，两年以上的称晚期面瘫。本病多由正气不足，络脉空虚，卫外不固，风邪乘虚而入中经络，气血痹阻，面部足阳明失于濡养，以致肌肉纵缓不收所致。现代医学对本病的确切病因尚未明了，通常认为可能是局部炎症所致。

【临床应用】

陈氏^[44]以麻黄汤为基础方, 药物组成: 麻黄 9g, 肉桂粉 3g (冲服), 附子 6g, 川芎 12g, 党参、白芍、杏仁、防风、黄芩、防己各 10g。加减: 脉弱体虚寒重者加黄芪益气扶正; 感受风寒者加羌活、白芷辛温散寒; 脉络瘀阻者加僵蚕、地龙、蜈蚣搜风通络。另配合艾灸治疗, 取穴: 下关、阳白、颊车、地仓、迎香; 隔姜艾灸, 每日 1 次, 10 天为 1 疗程。取得了满意的疗效。

【病案举例】

陈氏^[44]观察病例 56 例, 全部病例均系门诊病人, 均确诊为面神经麻痹, 其中男 34 例, 占 61%, 女 22 例, 占 39%; 年龄最小 18 岁, 最大 62 岁, 平均 41.5 岁; 病程最短 3 天, 最长 90 天。内服麻黄汤加减方, 药物组成同上, 配合隔姜艾炷灸, 每日 1 次, 10 天为 1 疗程。按疗效评定标准进行评价: 痊愈: 眼睑闭合良好, 面肌功能恢复正常如健侧; 显效: 临床症状改善, 惟说话或笑时面肌功能仍稍有障碍。治疗结果 56 例病人中, 痊愈 50 例, 显效 6 例; 在痊愈的 50 例中, 1 疗程痊愈 28 例, 2 疗程痊愈 17 例, 3 疗程痊愈 5 例。

典型病例: 刘某, 男, 53 岁, 干部, 2002 年 7 月 10 日初诊。患者 3 天前中午醉酒后于空调房间睡着, 醒后即觉恶风, 肢体拘紧, 肌肉关节疼痛, 右耳后有压痛感, 未经注意。次日晨刷牙时发现右侧口角流涎, 眼睑不能闭合, 露睛流泪, 左侧额纹消失, 眉毛较健侧低, 鼓腮漏气, 舌苔淡红, 苔薄白, 脉象浮缓, 诊为面瘫。证属正气不足, 脉络空虚, 风邪直中入络。治以祛风解表, 温经散寒, 扶助正气, 佐以活血通络。方用小续命汤加减: 肉桂粉 3g, 附子 6g, 麻黄 9g, 党参、白芍、杏仁、黄芩、防己、防风各 10g, 川芎 12g, 酌加黄芪 30g, 僵蚕 15g, 蜈蚣 1 条 (研末冲服), 每日 1 剂, 分 2 次温服, 另隔姜灸阳白、下关、地仓、颊车, 每日 1 次, 7 天后耳痛消失, 额纹、鼻唇沟浅显, 10 天后诸症消失, 临床痊愈。

按: 面瘫属中医学“中风”范畴, 中风有内外之分, 本病属于真中风的范畴, 真中风主要表现为突然口眼歪斜, 口角流涎, 临床上具有渐进性的特点。本方主要适应于中风之真中风, 脉络空虚, 风邪入中之证型。方中麻黄、桂枝、杏仁、白芍、生姜、大枣、甘草具有

祛风散寒，发汗解表之功；附子、干姜温阳固本，通经散寒；党参合甘草补中益气；川芎配白芍养血活血；防风驱周身之风；防己散风寒祛表湿，黄芩散风动火升之势，并缓麻黄、桂枝、附子之辛燥。共享祛风散寒，发汗解表，温补扶正，使邪去而不伤正，为治疗正气内虚，风邪外袭，呈现表实证的真中风的主方。如患者气虚症状明显，可加黄芪以补益正气，气虚则不能运血，气不能行，血不能荣，而致气虚血瘀，脉络阻滞，遂加蜈蚣、地龙以搜风通络，活血化瘀。考虑风邪直中入络，故用艾灸法外治。艾灸有温通经络、行气活血、祛风散寒之功效，故取循行于面部的阳明、少阳经穴，用艾炷隔姜灸下关、地仓、阳白、迎香、风池等穴以助祛风行气、温经通络之效。二者内外合治，共奏祛风散寒、活血通络、祛瘀而不伤正之功，从而缩短病程，减轻病人痛苦。此外，在服药治疗的同时，应嘱患者避风寒、忌劳累，以促进疾病早日康复。

十、刚痉

痉病是热性病过程中出现的背强反张，口噤不开的病证。主要表现为：身热足寒（恶寒时觉头热、面赤、目赤），颈项强急，背反张，卒口噤，独头动摇，脉沉细或劲急等。本病是由六淫侵袭，化燥、化风所致。如阳明热盛，引动肝风；或心营热盛，引动肝风等。凡热盛伤阴，误吐，误下的重症等亦能致痉。《金匱要略》以发热无汗，反恶寒为“刚痉”；发热汗出而不恶寒为“柔痉”。此外，小儿“脐风”、“产后发痉”、“破伤风”及“暑痉”等，都属痉病范围。对于腠理不密，卒然出户，风寒侵袭，毛孔顿塞，经络阻滞，气血不畅，筋脉失养，引起的刚痉可用麻黄汤加味治疗。

【临床应用】

管氏^[45]以葛根汤治疗刚痉，药物组成：葛根 30g，生麻黄、桂枝各 12g，白芍、生姜各 10g，炙甘草 5g，大枣 2 枚，效果令人满意。

【病案举例】

管氏^[45]观察病例 1 例，石某，男，32 岁，司机。因患者于就诊当日凌晨 2 时许熟睡醒来，疑有贼行窃，薄衣出户巡视，回屋后即告颈项发紧，随之全身战栗，覆以厚被，仍不能止，不久患者牙关紧

咬，口噤不开，颈项强硬，四肢抽搐，遂急诊入院，血常规、尿常规、X线摄片和脑脊液检查均无异常，予以输氧、针刺等治疗方法治疗无效。患者神清，体温 37.6°C ，血压 $16/11\text{kPa}$ ，心肺听诊正常，脉弦紧。诊为刚痉。证属风寒侵袭，经络阻滞。治当发汗解表，舒通经脉。因其体质壮实，乃投葛根汤：葛根 30g ，生麻黄、桂枝各 12g ，白芍、生姜各 10g ，炙甘草 5g ，大枣 2 枚，急煎，鼻饲 200ml 。约半时许，患者溱汗出，诸症豁然而解。嘱其防风御寒，调养将息。

按：正值隆冬天气，室内熟睡，腠理不密，卒然出户，风寒侵袭，毛孔顿塞，经络阻滞，气血不畅，筋脉失养，诸症由生。方中葛根性甘味辛，升津液，濡筋脉，解表祛邪；麻黄配桂枝，发汗祛风寒，力峻功专；芍药敛阴和营；生姜、大枣、甘草益中焦，助胃气，以增抗邪之力。诸药合用，既可发汗祛邪，又不过汗伤正，方证吻合，收效迅速。

十一、口渴症

口渴症在临床上并不少见，尤其是老年人发病率更高。由于唾液分泌减少，患者感到口腔干燥，有异物感、烧灼感，在咀嚼食物，特别是较干燥的食物时，不能形成食团而影响吞咽。唾液分泌量少，对牙齿和口腔黏膜的冲刷作用也小，使口腔自洁作用变差。因而，口干症患者的患龋齿率较高。多数口干症患者的味觉也受到影响，不能有效地刺激食欲，而且会影响整个消化系统的功能。属中医“口干证”，最早见于《灵枢·热病》。多以阴虚内热论治。但对于属风寒闭肺，致肺气郁闭，津液不能正常布散，所致的口渴，选用麻黄汤畅达郁闭的肺气，使津液正常布散，则口渴自然痊愈。

【临床应用】

李氏^[46]以大青龙汤加减治疗口渴症，药物组成：生麻黄 8g ，桂枝 10g ，杏仁 10g ，生石膏 20g ，甘草 6g ，大枣 4 枚，生姜 3 片，天花粉 10g ， 2 剂；每日 1 剂，水煎服。

【病案举例】

患者，男， 46 岁。初诊。患者于去年 8 月，因乘凉饮冷引起腹部疼痛、呕吐、腹泻，伴恶寒、发热、全身酸楚不适等症，诊为急性

胃肠炎。予抗感染、补液及肌肉注射 654-2 注射液治疗,药后诸症除。但同时出现口渴喜饮,一日饮水在 5000~6000ml,精神、食欲、睡眠等均正常,曾先后服用清热生津、益气养阴、健脾升津及活血化瘀等中药无效。刻诊:口渴喜热饮,无发热、恶寒,无汗出,小便清长,大便正常,纳食及体重正常,舌质红、苔白润,脉浮紧。查:空腹血糖 5.6mmol/L,尿糖阴性。辨证为内伤湿冷,肺气失宣。治以散寒化湿,宣肺布津。选仲景大青龙汤加味。药物组成:生麻黄 8g,桂枝 10g,杏仁 10g,生石膏 20g,甘草 6g,大枣 4 枚,生姜 3 片,天花粉 10g。2 剂。每日 1 剂,水煎服。服 1 剂病人微微汗出,口渴减。两剂尽口渴除,诸症愈。随访至今未复发。^[46]

按:《素问·经脉别论》篇谓:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,输膀胱,水津四布,五经并行。”明确指出了肺在津液运行中的作用。本例属风寒闭肺,致肺气郁闭,津液不能正常布散,故口渴、无汗、脉象浮紧。选用大青龙汤宣肺散寒,津液得布而愈。

参考文献

- [1] 戴松铭. 麻黄汤辨证加减治疗类风湿关节炎 182 例. 中国民间中医. 2006, 14 (4): 35
- [2] 邓伟, 李新建. 小续命汤加减治疗类风湿性关节炎 39 例疗效观察. 长春中医药大学学报. 2006, 22 (3): 11~12
- [3] 孙秀清, 李波等. 葛根汤加味治疗强直性脊柱炎 15 例临床观察. 社区中医药. 2005, (19): 36
- [4] 陈学先, 徐晓梅. 葛根汤加味治疗项背肌筋膜炎 142 例. 陕西中医. 2006, 27 (11): 1380~1381
- [5] 王荫三. 运用《金匱要略》法与方治疗急症验案. 湖北中医学院学报. 2004, 6 (4): 90~91
- [6] 卢云, 黄宁等. 麻黄汤合荆防败毒散治疗上呼吸道感染风寒表实证临床观察. 中国中医急症. 2006, 15 (12): 1325~1326
- [7] 黄伟. 加味麻黄汤治疗夏季风寒型感冒 106 例. 中国中医药信息杂志. 2000, 7 (7): 57



- [8] 黄禾生. 大青龙汤控制哮喘发作 46 例疗效观察. 云南中医中药杂志. 1995, 16 (3): 29
- [9] 陈麟. 重度哮喘治验 1 例. 实用中医药杂志. 2001, 17 (8): 39
- [10] 喻志华. 大青龙汤治疗外感高热证 108 例. 光明中医. 2007, 22 (11)
- [11] 王正林. 三拗汤加减治疗小儿支气管肺炎临证体会. 中医函授通讯. 1996, (6): 41
- [12] 梁伟. 止嗽散合三拗汤治疗肺炎支原体感染后期咳嗽 20 例. 长春中医药大学学报. 2007, 23 (3): 50
- [13] 田元祥, 王琳等. 三拗汤加味治疗喉源性咳嗽 30 例临床观察. 河北中医药学报. 2007, 22 (2): 27 ~ 28
- [14] 冯玉然. 小青龙汤治疗肺胀例析. 河南中医. 1999, 19 (3): 10
- [15] 李建武, 孙国栋等. 麦味麻黄汤在肺心病中的应用. 河北医药. 2003, 25 (7): 530
- [16] 陆蓉芳, 房援朝等. 麻黄汤加味治疗中晚期肺癌咳嗽 60 例观察. 云南中医中药杂志. 2001, 22 (3): 13 ~ 14
- [17] 彭艺丛. 麻黄汤新用. 河南中医, 1994, 14 (1): 13
- [18] 姬光东, 牛振华. 麻黄汤治疗缓慢型心律失常 50 例. 中医药学报. 2002, 30 (1): 31 ~ 32
- [19] 姚国楞. 小续命汤加减治疗高血压病 - 附 30 例临床观察. 上海中医药杂志. 1994, (5): 7 ~ 8
- [20] 廖丽荣. 小青龙汤治疗急性肺水肿验案. 中国中医急症. 2002, 11 (3): 231 ~ 232
- [21] 彭艺丛. 麻黄汤新用. 河南中医. 1994, 14 (1): 13
- [22] 王维澎. 麻黄汤新用. 新中医. 2000, 32 (1): 53
- [23] 刘东义, 王殿华. 麻黄汤治验顽固性腹胀. 浙江中医杂志, 1999, (2): 49
- [24] 张仁义, 蒋燕燕. 小青龙汤治疗乙型肝炎 ALT 升高 64 例临床观察. 国医论坛. 2005, 20 (1): 7 ~ 8
- [25] 卢秉久, 杨新莉, 王欣欣. 加味麻黄连翘赤小豆汤治疗慢性乙型肝炎合并免疫性肝炎临床观察. 中华中医药学刊. 2007, 25 (10): 2018 ~ 2019
- [26] 张岐山. 小青龙汤治胃病探析. 山东中医杂志. 1999, 18 (9): 404 ~ 405
- [27] 张秋英, 彭世桥. 小青龙汤治愈便秘 1 例. 山西中医. 1999, 15 (4): 11
- [28] 冯静娟. 柴胡疏肝散加葛根汤治疗慢性胆囊炎 60 例. 现代中医药. 2007, 27 (4): 24 ~ 25
- [29] 曹生有. 越婢汤治疗特发性水肿 81 例. 新中医. 2005, 37 (4): 76 ~ 77

- [30] 徐菊芳. 越婢汤加减治疗急性肾炎 31 例. 江苏中医药. 2004, 25 (1): 26
- [31] 方爱国. 小青龙汤新用. 江西中医药. 2004, 35 (253): 47
- [32] 王颖, 童延清. 麻黄连翘赤小豆汤加减治疗肾病综合征伴胸腔积液 50 例. 中国中医急症. 2007, 16 (8): 1003
- [33] 王维澎. 麻黄汤新用. 新中医. 2000, 32 (1): 53
- [34] 吴松柏. 麻黄汤治疗肾病综合征腹水 1 例. 陕西中医. 2006, 27 (8): 1007 ~ 7008
- [35] 方爱国. 小青龙汤新用. 江西中医药. 2004, 35 (253): 47
- [36] 吕靖志, 程宇. 续命汤加减治疗脑梗死 40 例. 新中医. 2006, 38 (12): 65
- [37] 黄志华. 张惠五用小续命汤治疗中风偏枯 88 例小结. 国医论坛. 1989 (6): 35
- [38] 范海涛. 葛根汤治疗颈性眩晕的临床观察. 四川中医. 2007, 25 (12): 71
- [39] 赵青春, 祖丽华. 葛根汤加减治疗脑外伤性眩晕 50 例. 时珍国医国药. 2006, 17 (2): 252 ~ 253
- [40] 王华. 葛根汤新用三则. 安徽中医学院学报. 1997, 16 (5): 33 ~ 34
- [41] 王维澎. 麻黄汤新用. 新中医. 2000, 32 (1): 53
- [42] 周法根. 麻黄汤加减治疗周围神经病临床观察. 浙江中医学院学报, 1996, 20 (1): 24 ~ 25
- [43] 陈燕萍. 麻黄汤加减应用验案三则. 实用中医药杂志. 2005, 21 (11): 702
- [44] 陈光辉. 小续命汤合艾灸治疗面瘫 56 例. 河南中医学院学报. 2006, 21 (5): 66
- [45] 管荣朝. 经方治疗急症临床点滴. 江西中医药. 2004, (1): 46
- [46] 李承业. 宣肺布津法治愈口渴 1 例. 山西中医. 2001, 17 (4): 62

第一节 乳腺管闭塞

乳腺管闭塞多发生于急性乳腺炎。急性乳腺炎是乳腺的急性化脓性疾病，临床表现为患侧乳房红、肿、热、痛、乳汁不畅，触诊检查时可发现有明显结块和触痛，多见于初产妇的哺乳期。主要发病原因有如下两个：①乳汁瘀积，这是发生乳腺炎的基础，哺乳方法不当，哺乳不畅、乳腺导管堵塞等情况下最易发生乳汁瘀积，成为细菌繁殖的温床；②细菌的逆行感染，在乳头破裂、乳头畸形或乳头外伤的情况下，细菌可从乳头逆行进入乳房而扩散至乳腺实质。

本病相当于中医学的“乳痈”，因发病时期和病因不同，又有几种名称，如发于妊娠期的称为“内吹”；发于产后哺乳期的称为“外吹”。其发病，多为在肝气郁结，胃热壅滞，乳汁积滞的基础上，复经风热、毒邪乘机入侵，致乳络不通，营卫不和，气血凝滞而成。

【临床应用】

李氏^[1]以麻黄汤为基础方，药物组成：麻黄 7g，桂枝 10g，炒杏仁 15g，炙甘草 5g。

1 剂，水煎服，治疗急性乳腺炎并乳腺管闭塞，效果满意。

【病案举例】

李氏^[1]治疗急性乳腺炎并发乳腺管闭塞病例 1 例。患者女，24 岁。因睡姿不当，挤压乳房，遂发冷发热如疟状。现见左侧乳房胀硬，乳汁排泄不畅，舌苔薄白，六脉浮紧。体温 37.2℃，血象正常。投麻黄汤，药物组成：麻黄 7g，桂枝 10g，炒杏仁 15g，炙甘草 5g。1 剂，水煎服，汗出病愈。

按：乳腺管闭塞，俗名挤乳，多见于初产乳汁郁积，排泄不畅而发病。医者往往拘于“产后以大补气血为主”之论，视麻黄如剧毒，畏而不用，坐失使毒害性物质从汗腺排出之良机，而成痈化脓，缠绵不愈。岂知本方虽为发汗峻剂，但在乳腺闭塞初期，确为解表通经首选方剂。个别就诊较晚，或内热蕴积，体温偏高者，加蒲公英、金银花以清解；肝气郁结者，加瓜蒌仁、桔梗以消散，均能应手取效。有是证用是药，无泥产后多虚之常规。

第二节 逆行射精

逆行射精是指在性交达到高潮时，虽有射精动作，但精液不从尿道口向前射出，却逆向后流入膀胱中。因精液不循常道外射而逆入膀胱，本病是男性不育的原因。

逆行射精多因饮食不节，偏嗜酒肉肥甘，聚湿生热，湿热蕴积，或感受湿热之邪，或外阴不洁，湿浊侵袭，蕴蓄为热，湿热下注，或外伤或术后，瘀血阻滞；或情志不畅，气机郁滞，血行滞涩，或寒邪侵袭，凝滞经脉，瘀血阻滞精窍，以致射精不循常道而逆入膀胱，遂成本病。

辨证首先辨证属湿热还是瘀血内阻。湿热下注常因湿热内生，导致逆行射精，且阴部湿痒，尿黄赤，房后浑浊尿等。瘀血内阻常因血瘀阻滞精窍，导致逆行射精，且心烦易怒，小腹疼痛，舌质暗红或有瘀点瘀斑等。总的治法以清热祛湿，活血化瘀为主。

麻黄汤类方麻黄连翘赤小豆汤能清利下焦湿热，治疗逆行射精疗效满意。

【临床应用】

王氏^[2]以麻黄连翘赤小豆汤为基础方治疗逆行射精，药物组成：麻黄、甘草各 6g，连翘 18g，赤小豆 30g，生姜、苦杏仁 10g，大枣 1 枚，桑白皮、王不留行、蜂房各 12g。湿热证候较重，小便黄赤，涩痛，大便臭秽，舌苔厚腻者，重用连翘、赤小豆、生姜；病程较长，舌质紫暗，射精后小腹有隐痛感者，重用赤小豆、王不留行；有支原体，衣原体感染或抗精子抗体（AsAb）阳性者，重用连翘、桑白皮、甘草，治疗效果喜人。

【病案举例】

王氏^[2]观察病例 87 例治疗逆行射精，均为已婚且性生活正常者。其中年龄 21~26 岁 26 例，26~31 岁 38 例，31 岁以上 23 例；病程 1~3 月 31 例，3~6 月 42 例，6 月以上 14 例。患者均在射精后尿液中查见果糖和精子。完全没有从尿道射出精液者 69 例，由尿道射出极少量精液者 18 例。本组病例因不育就诊者 32 例，尿常规检查发现异常者 36 例；其中主要查见白细胞、脓细胞、少量红细胞。合并前列腺炎 26 例，检查血清 AsAb 阳性者 21 例，解脲支原体感染 19 例，人型支原体感染 16 例，沙眼衣原体感染 13 例。本组病例全部排除器质性病变引起的不射精症。以麻黄连翘赤小豆汤为主。药物组成同上。治疗期间，忌食辛辣刺激及酒类。服药 10 天为 1 疗程，3 疗程无效者停止本法治疗，作无效统计。疗效标准：痊愈：临床症状消失，恢复正常的射精功能，尿液中检查不到果糖和精子，尿常规正常，停药 2 周无复发者；有效：临床症状基本消失，基本恢复正常的射精功能，偶尔在尿液中检查到果糖和精子，尿常规正常者；无效：达不到上述 2 项标准者。治疗站果：87 例中痊愈 56 例，有效 25 例，无效 6 例，总有效率为 93.1%。其中 1 疗程有效 31 例，2 疗程有效 38 例，3 疗程有效 12 例。本组病例在治疗中未见明显的副作用。

典型病例：张某，28 岁，工人，1998 年 3 月 11 日初诊。因射精后小腹不适，妻子感觉不到射精来诊。结婚初期射精功能正常，3 月后感觉射精明显减少，之后几乎无精液自尿道射出。伴有小便赤涩，小腹轻度坠胀感，性欲正常，伴口苦，咽干，舌苔略厚。嘱性生活前排空小便，性生活后立即检查小便，化验提示有大量精子和果糖。化

验前列腺液可见大量白细胞。检查解脲支原体阳性，血清 AsAb 阳性。上方重用连翘、赤小豆、生姜。药进 5 剂，小便赤涩感明显好转，续进 5 剂后诸症基本消失，行房时已有精液射出。再进 5 剂后改治疗 AsAb 阳性和解脲支原体阳性，射精功能恢复正常。

按：逆行射精有功能性和器质性 2 种。在功能性逆行射精的患者中，多由感染因素或精神因素所致。属生殖系统感染者，多因性生活不注意卫生、或性生活过频、或忍精不射、或性伴侣过多等因素而导致生殖系统感染。值得指出的是，忍精不射是很常见的发病因素。由于射精时人为挤压阴茎，强迫精液不能射出，往往导致处于应该关闭的膀胱括约肌功能失常，若同时存在感染因素，很容易形成功能性逆行射精。麻黄连翘赤小豆汤能清利下焦湿热，治疗泌尿系统感染。从整体上缓解病情。方中麻黄据现代药理研究证实，具有兴奋中枢神经系统、松弛平滑肌、兴奋膀胱肌的作用，对加强正常的射精功能有益；连翘、桑白皮、赤小豆具有清热利湿消炎的作用；苦杏仁苦温开泄，能散发郁滞；王不留行、蜂房意在辅助麻黄增强正常的射精功能；生姜、大枣辛甘化阳，升脾阳而除内湿。诸药合用，清利湿热而不过凉、辛散温宣而不过燥、通利精窍而不过泄，湿热得以分消，阴阳趋于平衡，精液恢复正常通道。当恢复正常的射精功能后，对支原体、衣原体感染或 AsAb 阳性者进一步治疗，以巩固疗效。

第三节 慢性前列腺炎

慢性前列腺炎是中老年男性常见的生殖系疾病，属于中医“精浊”，“劳淋”的范围。从临床表现看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。

中医认为慢性前列腺炎的病因错综复杂，但常见的病因是“忍精”和“感染”。前者多由青壮年相火易动，所愿不遂，精未外出；或同房、遗精、手淫、惊恐等，忍精不泄，败精流注，精关不固，遂



成精浊。后者多由脾肺素虚，容易感冒，引动下焦湿热；或包皮过长，藏污纳垢，或性交不洁，湿热内侵，留于精室，精浊混淆，精离其位而成本病。

西医学认为慢性前列腺炎的病因学十分复杂，尽管对其众多的发病机制有了相当程度的认识，但均没有突破性进展。目前认为慢性前列腺炎可能是由于前列腺及其周围组织器官、肌肉和神经的原发性或继发性疾病，甚至于在这些疾病已经治愈或彻底根除后，它（们）所造成的损害与病理改变仍然在独立地持续起作用，其病因的中心可能是感染、炎症和异的盆底神经肌肉活动的共同作用。因此不能片面地强调某一因素的作用，任何单一器官或单一的发病机制都不可能合理解释前列腺炎的众多复杂的临床表现，而往往是多种因素通过不同的机制共同作用的结果，其中可能有一种或几种起关键作用。慢性前列腺炎的发生可能也与遗传易感性有关，并确实存在一些慢性前列腺炎患者与健康男性遗传差异的证据。

【临床应用】

于氏^[3]以麻黄汤为基础加减治疗慢性前列腺炎，药物组成：麻黄 10g，白果 15g，半夏 15g，款冬 15g，桑白皮 20g，苏子 15g，黄芩 15g，甘草 15g，杏仁 10g，荆芥 15g，紫菀 15g，桔梗 20g，陈皮 20g，百部 20g，大青叶 20g，板蓝根 20g。日 1 剂，水煎服。加减：前列腺液中白细胞明显增多者加黄柏、苍术各 15g；卵磷脂小体明显减少者加狗脊 50g，续断 25g，巴戟和淫羊藿各 15g；阴虚者酌加知母、黄柏、生地；阳虚加黄芪 30g，党参 20g，升麻 15g；有血瘀者加丹参 20g，延胡索 20g，疗效堪称满意。

【病案举例】

于氏^[3]观察病例 70 例，均系门诊病人。发病年龄 20 ~ 30 岁 29 例，31 ~ 40 岁 18 例，41 ~ 50 岁 10 例，50 岁以上的 13 例，年龄最大的 66 岁。病程 1 年以内者 17 例，1 ~ 3 年者 30 例，3 ~ 5 年者 14 例，5 ~ 10 年者 6 例，10 年以上者 3 例。治疗方法：开宣肺气，调理气机，佐以清热解毒，通调水道，利小便之目的。方药同上。治疗结果：①疗效标准 痊愈：有关疼痛症状和膀胱尿道刺激症状消失，前列腺液镜检白细胞高倍视野在 10 个以下，前列腺体无触痛；好转：

有关自觉症状消失,但前列腺液镜检白细胞仍较多,前列腺无改变,或前列腺液镜检白细胞高倍视野在10个以下,但仍存在有关自觉症状;无效:自觉症状,前列腺液镜检,前列腺触诊均无明显改善。②治疗结果:经6~30天的治疗,痊愈29例,好转37例,无效3例,中断治疗1例,总有效率为94.29%。

按:慢性前列腺炎虽以“不通则痛”,少腹、会阴、睾丸部有不适感等为其特点,与肾虚、湿热、血瘀等有一定关系,但仅针对这几个方面治疗,往往不能收到满意的疗效。本组病例的治疗均以开宣肺气,润肺化痰,调理气机为主,佐以清热解毒。肺为诸脏之华盖,主气,主通调水道,气行则血行,气滞则血瘀,瘀则痛;肺为水之上源,又主行水,如其通调水道之功能减退,则津液不能正常排泄,可出现尿急、尿频,少腹、会阴等处不适感等;甚则出现恶寒、发热等全身症状,亦可形成痰湿。《素问·经脉别论》说:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行。”简明的概括了津液生成、输布、排泄过程,说明了津液的排泄必须经过肺的通调水道才能向下运行,通过气及肺、脾、肾等脏腑协调平衡,才能正常运行,所以使用的方药重在调气,然后根据病情加减,故增快了疗效,缩短了疗程,达到了满意的效果。诸药合用,共达调理气机,通调水道,治病求本的目的。

参考文献

- [1] 李世太,李敬兰.经方新用3则.河南中医.1997,17(6):335
- [2] 王忠民.麻黄连翘赤小豆汤治疗逆行射精87例.新中医.2001,(33)1:55
- [3] 于洪伟 杨光辉.定喘汤合止嗽散加减治疗慢性前列腺炎70例.实用中医内科杂志.1997,11(1):21

第一节 继发性闭经

继发性闭经是指妇女曾已有规律月经来潮，但以后因某种病理性原因而月经停止6个月以上者。常见原因有子宫内膜损伤或粘连（常见于多次刮宫以及刮宫过度损伤子宫内膜、造成宫腔粘连）及结核性内膜炎、卵巢功能早衰及多囊卵巢、卵巢功能性肿瘤、环境改变、精神创伤及营养不良、注射长效避孕针或口服避孕药、闭经泌乳综合征、席汉综合征（由于产后大出血、休克引起垂体前叶组织缺血、坏死、垂体功能减退出现闭经）。

中医治疗该病症，对于因风寒入侵，肺失宣降，不能助心朝百脉，气不帅血而致气滞血瘀之闭经，用麻黄汤宣散在表之风寒，使肺之宣降正常，则一通百通气血通畅，月经可恢复正常。

【临床应用】

刘氏^[1]以麻黄汤为基础治疗继发性闭经，药物组成：麻黄、桂枝、杏仁、生姜、当归、丝瓜络各10g，生石膏、鸡血藤各20g，炙甘

草6g, 桃仁9g, 紫石15g, 大枣6枚。水煎服, 每日1剂, 效果令人满意。

【病案举例】

刘氏^[1]治疗继发性闭经病例1例, 患者, 女, 20岁, 2005年10月30日初诊。患者14岁月经来潮, 多后期而至, 量尚可, 现已3月未至。3月前在外地打工, 不慎感受外邪。当时没有及时服药。10天后感觉身体困重, 头晕且痛。无汗恶风, 肌肤内如有虫子爬行一样, 非常难受, 食欲一般, 睡眠较差, 二便正常。曾用中药治疗, 予补气养血安神之剂, 服药数剂, 症状反而加重。刻诊: 身重肢乏, 恶寒发热, 头晕, 心中微烦, 脉浮缓。辨证属寒邪束表, 卫阳被遏, 营阴郁滞, 经血闭阻治当发汗解表, 清热除烦, 通经活血为法。药物组成: 麻黄、桂枝、杏仁、生姜、当归、丝瓜络各10g, 生石膏、鸡血藤各20g, 炙甘草6g, 桃仁9g, 紫石15g, 大枣6枚。水煎服, 每日1剂, 连服4剂。11月8日二诊: 服药1剂, 周身微微汗出, 服药4剂。月经来潮, 血色淡红, 无血块, 量少, 腹不痛, 3天尽, 精神较好, 身重头晕明显减轻。月经虽已来潮但血色淡, 量少, 察其舌质淡、苔白, 乃属经寒血少之故, 遂予《傅青主女科》温经摄血汤加味4剂以善后。

按: 本例之闭经是由于寒邪客于经脉, 血为寒凝而致。病初正值月经来潮之时, 由于外受风寒, 寒邪波及下焦, 冲任脉首受其害, 此时应先解其表, 后理气血, 但初治时认为是劳损所致, 叠进大量补气养血之品, 导致了虚者更虚, 实者更实, 致使病症持续数月之久。《伤寒论》原文第39条云: “伤寒脉浮缓, 身不痛但重, 乍有轻时, 无少阴证者, 大青龙汤主之。”该患者身重肢乏, 头晕且痛, 恶寒发热, 心微烦, 脉浮缓, 是寒邪束表, 卫阳被遏, 营阴郁滞, 属邪实也。故以大青龙汤加当归、丝瓜络、桃仁、紫石英、鸡血藤, 发汗解表, 清热除烦, 通经活血而收效。

第二节 继发性痛经

痛经, 系指经期前后或行经期间, 出现下腹部痉挛性疼痛, 并有

全身不适,严重影响日常生活者,分原发性和继发性两种。经过详细妇科临床检查未能发现盆腔器官有明显异常者,称原发性痛经,也称功能性痛经。继发性痛经则指生殖器官有明显病变者,如子宫内膜异位症、盆腔炎、肿瘤等。

中医学亦称本病为“痛经”,又名“月水来腹痛”、“经行腹痛”、“经期腹痛”、“经痛”等。本病最早记载于汉·张仲景《金匮要略·妇人杂病脉证并治》“带下,经水不利,少腹满痛……”。至隋《诸病源候论·妇人杂病诸候·月水来腹痛候》对本病的病因又有了进一步的认识。书中曰:“妇人月水来腹痛者,由劳伤气血、以致体虚,受风冷之气客于胞络,损伤冲任之脉。”明·《景岳全书·妇人规·经期腹痛》指出:“经行腹痛,证有虚实……实者多痛于未行之前,经通而痛自减;虚者多痛于既行之后,血去而痛未止,或血去而痛益甚,大都可揉可按为虚,拒按拒揉为实。”对于为风寒入侵,导致气滞血瘀之闭经,可用麻黄汤治疗。

【临床应用】

彭氏^[2]以麻黄汤为基础方治疗痛经,药物组成:麻黄 10g,桂枝 12g,炙甘草 6g,水蛭 4g(焙干研末冲服)。效果满意。

陈氏^[3]以麻黄汤为基础加减治疗痛经,药物组成:麻黄、桃仁、红花、赤芍、延胡索、五灵脂、生蒲黄、当归各 12g,桂枝、牛膝、丹参、香附各 15g,杏仁、炮姜各 10g,甘草 3g。水煎,1 日 1 剂,痛经消失。

【病案举例】

彭氏^[2]观察病例 1 例,患者女,30 岁,医师。痛经十余年,逐年加重。行经前 1~3 天,小腹呈阵发性剧痛或胀痛,疼痛剧烈难忍,直至经行 2~3 天后,排出膜样物方减,伴有乳房及肋肋胀满。西医诊断为膜样痛经。刻下:经期将至,腹痛剧烈,患者以头撞壁,心情不佳,少腹胀,脉弦迟,舌暗苔白,四肢欠温,检视前医之方:多用归、芍、桃、红之类,以活血化瘀施治者;又有逍遥散之类,以舒肝解郁为法者。问其患者素小腹冷胀,肢冷畏寒,白带多而清稀,经色暗有块,经期感寒则腹痛增剧,少腹温熨则略减。此寒结于太阳之府膀胱是也,麻黄汤主之。投麻黄汤,药物组成:麻黄 10g,桂枝

12g, 炙甘草 6g, 水蛭 4g (焙干研末冲服)。3 剂 (水煎服, 每日 1 剂, 冷服)。服药 1 剂, 痛减经行; 服药 3 剂, 经畅无痛。嘱其素服附子理中丸, 每次经前服 3 剂麻黄汤 (上方), 调理半年而愈, 至今未见复发。

陈氏^[3]观察病例 1 例, 患者女, 35 岁, 于 1990 年 12 月 29 日初诊。3 个月前到田间割草, 遇大雨淋湿后, 第 2 天即感到全身疼痛、头昏痛、咳嗽无汗, 经用西药治疗以后头痛、咳嗽基本消失, 但感形寒肢冷、背部寒冷、身困重, 因尚能参加劳动未引起重视。1 个月后月经未至, 经检查未孕。经以疏肝理气、益气养血、滋养肝肾、填精补髓等法治 2 个月无效。症见周身困重渐甚, 背部寒冷不欲近衣, 小腹堕胀及腰重胀, 月经已 3 个月未至, 舌淡苔薄白, 脉浮紧涩。证属风寒入络, 肺失宣降, 气滞血瘀。治以宣肺散寒, 行气活血通经。方用麻黄汤加味: 麻黄、桃仁、红花、赤芍、延胡索、五灵脂、生蒲黄、当归各 12g, 桂枝、牛膝、丹参、香附各 15g, 杏仁、炮姜各 10g, 甘草 3g。水煎, 1 日 1 剂, 服药后食稀粥一碗, 卧床盖被发汗。服 1 剂后微汗出, 身困重, 背寒冷减轻, 但小腹堕胀加重。此为月经欲通之象, 前方再服 3 剂后月经至, 色黑夹血块, 7 天后干净, 小腹及腰胀消失, 以后月经正常, 随访 14 年无异样。

按: 月经在生理上与肝脾肾脏关系密切, 治疗也应多从肝脾肾着手。但此患者因为风寒入侵, 肺失宣降, 不能助心朝百脉, 气不帅血而致气滞血瘀之闭经, 故用麻黄汤宣散在表之风寒, 使肺之宣降正常, 则一通百通。方中加少腹逐瘀汤逐瘀通络, 加香附行气中之血, 加丹参、当归养血活血, 祛瘀生新而不伤正。诸药配伍共奏宣肺散寒, 调畅气机, 祛瘀通经之功。

第三节 妊娠咳嗽

妊娠咳嗽亦名子嗽, 指妊娠期间出现的咳嗽, 或咳嗽、气喘, 与外感引起的咳嗽、气喘不同, 是因胎热冲肺或胎吸肾气, 肾虚不纳, 气上逆所致。所以治疗子嗽要用调理胎气, 调节脏腑的方法。妊娠咳嗽乃因妊娠阴虚肺失濡润或痰火上扰而作, 一般无寒热之表证。《诸

病源候论》有“妊娠咳嗽候”的记述。如久嗽不愈，潮热盗汗，痰中带血，精神倦怠，形体消瘦者，属于癆嗽，俗称“抱儿癆”。“子嗽”、“抱儿癆”是妊娠期中的一种合并症。中医认为，孕期咳嗽的成因，有外感，内伤两大类。外感风寒，风热之邪，肺卫受病，肺气不宣，或过食火热之品，火乘肺金，炼液成痰，痰火犯肺，或素体阴虚，孕后血聚养胎，阴血愈亏，阴虚火旺，灼肺伤津，肺失濡润；或素体脾虚，运化失职，聚湿成痰，痰湿犯肺，上述原因均可致肺失宣降，气逆而咳，成妊娠咳嗽。外邪侵入人体，必先因气血之不足，麻黄汤类方续命汤，补气养血，祛风散邪，正合此证故可以治疗子嗽。

【临床应用】

张氏^[4]以麻黄汤类方小续命汤治疗妊娠咳嗽，药物组成：麻黄、桂枝、人参、甘草、干姜、生石膏、当归、川芎、苦杏仁，取得良好疗效。

【病案举例】

张氏^[4]观察妊娠咳嗽病例1例，患者女，25岁，2002年3月1日初诊。患者妊娠3月，有慢性咳嗽及哮喘病史，近10天咳嗽兼气喘加重，经西医消炎止喘治疗效不佳，故转中医治疗。诊见：咳嗽、气喘，夜难平卧，胸闷，咯痰色白，舌苔白而滑，脉沉细。中医诊断：妊娠子嗽，证属肺气失宣，痰浊阻滞。治以宣肺平喘止咳，方用小续命汤加减。处方：麻黄、桂枝各6g，党参、甘草各9g，苦杏仁、桔梗、陈皮、茯苓、生石膏、枳壳、川贝母各10g。3剂，每天1剂，水煎，分2次服。二诊：咳嗽稍减，气喘已平，夜间睡眠能平卧，继服前方3剂。三诊：咳嗽、气喘基本消除，唯呼吸低微，舌苔白滑。上方去桂枝、生石膏，加黄芪15g，紫苏叶10g，再服3剂。四诊：诸症均除，气色良好，B超检查示胎儿发育良好，胎动正常。

按《金匱要略心典》曰：“癆者，废也，精神不持，筋骨不用，非特邪气之扰，亦真气之衰也。”说明外邪侵入人体，必先因气血之不足，治宜补气养血，祛风散邪。方中人参、甘草补中益气；当归、川芎养血调营；麻黄、桂枝疏风散邪；石膏、苦杏仁清热宣肺；干姜和胃温中。例中妊娠子嗽乃妊娠外感咳嗽，虽不及顿咳症重，但病机乃因妊娠营血不荣，外不能濡润皮毛而感邪。用小续命汤祛风散邪，补

气养血，疗效显著。

参考文献

- [1] 刘学多. 大青龙汤治愈闭经经验案 1 则. 山西中医. 2006, 22 (1): 20
- [2] 彭艺丛. 麻黄汤新用. 河南中医. 1994, 14 (1): 13
- [3] 陈燕萍. 麻黄汤加减应用验案三则. 实用中医药杂志. 2005, 21 (11): 702
- [4] 张永全. 《古今录验》续命汤新用. 新中医. 2005, 37 (10): 80

第一节 小儿遗尿

小儿遗尿又称遗溺、尿床，是小儿睡中小便自遗，醒后方觉的一种疾病。小儿遗尿乃儿科常见病，中医多从肾治。该病患儿多伴有睡眠过熟，即使尿液积满膀胱后的刺激亦不能促其从沉睡中醒来，遗尿亦由此所致。婴幼儿时期，由于生理上的经脉未盛、气血未充、脏腑未坚、智力未全，对排尿的自控能力较差，学龄儿童也常因白日游戏过度、精神疲劳、睡前多饮等原因，亦可偶然发生遗尿，这些都不属病态，超过3岁，特别是5岁以上的幼童，不能自主控制排尿，熟睡时经常遗尿，轻者数夜1次，重者可1夜数次，则为病态。据现代药理研究，麻黄汤中麻黄含麻黄碱，其对大脑、脑干及脊髓均有兴奋作用。遗尿患儿服药后通过其兴奋作用使睡眠过熟转为睡眠易醒，以达治疗之目的，但麻黄量大可致失眠。

【临床应用】

林氏^[1]等以麻黄汤治疗小儿遗尿证，药用麻黄、杏仁各6g，桂枝5g，甘草3g。气虚者加黄芪15g，肾阳虚者加益智仁、桑螵蛸各

9g, 6岁以下小儿酌减麻黄用量。隔日1剂, 水煎服, 10剂为一疗程。取得良好疗效。

【病案举例】

林氏^[1]观察病例共104例随机分为治疗组56例, 对照组48例。治疗组56例中, 男35例, 女21例; 3~5岁20例, 6~8岁19例, 9~14岁17例; 病程3个月~10年。对照组48例中, 男30例, 女18例; 年龄3~5岁17例, 6~8岁16例, 9~13岁15例; 病程2个月~10年。全部病例均符合普通高等教育中医药类规划教材《中医儿科学》制定的遗尿症诊断标准, 即发病年龄3周岁以上; 睡眠较深, 不易唤醒, 每夜或隔天发生尿床, 甚则每夜遗尿1~2次以上者; 尿常规及尿培养无异常发现; 排除隐性脊柱裂和泌尿道畸形。两组病例的性别、年龄、病程及病情无明显差异。治疗组以麻黄汤加減治疗小儿遗尿证, 6岁以下小儿酌减麻黄用量。隔日1剂, 水煎服, 10剂为一疗程。对照组: 氯酯醒0.1g/次, 3次/天, 10天为一疗程。疗效标准: 痊愈: 睡中遗尿停止; 有效: 睡中遗尿次数较治疗前减少, 但仍有遗尿者; 无效: 睡中遗尿无改变。治疗结果治疗组痊愈43例, 占76.8%; 有效8例, 占14.3%; 无效5例, 占8.9%, 总有效率为91.1%。对照组痊愈19例, 占39.6%; 有效18例, 占37.5%; 无效11例, 占22.9%; 总有效率77.1%。两组比较, 治疗组优于对照组, 痊愈率有非常显著性差异 ($P < 0.01$)。

典型病例, 王某, 男, 6岁, 1997年3月2日就诊。患儿每夜或隔夜发生尿床, 甚则一夜数次, 熟睡不易唤醒。曾多次中西医治疗均无明显效果。查舌淡, 苔薄白, 脉细, 尿常规正常。药物组成: 麻黄、杏仁各6g, 桂枝5g, 甘草3g, 黄芪15g, 桑螵蛸9g。水煎服, 隔日1剂。3剂后尿床次数减少, 共投9剂病愈, 随访1年未复发。

按: 我们临证治疗小儿风寒感冒偶尔发现麻黄汤这一新效用, 此后用来治疗小儿遗尿症多有效验。究其作用机制, 当从遗尿症多由先天禀赋不足, 下元虚寒, 肾气不足或后天失养, 脾肺气虚, 三焦气化失常, 膀胱失约所致。麻黄汤中的麻黄、桂枝皆入肺与膀胱经, 其性辛温, 能助阳化气, 温暖下元; 麻黄、杏仁且能宣降肺气, 通调水道, 调节水液代谢过程, 甘草补脾润肺, 调和药性。据现代药理研

究,麻黄所含的麻黄碱有中枢兴奋作用,较大治疗量即能兴奋大脑皮层和皮层下中枢,麻黄碱还能使膀胱三角肌和括约肌的张力增加,使排尿次数减少,因此可以认为麻黄汤能提高大脑对夜尿警觉点的兴奋性,改变睡眠深度,并通过增加膀胱三角肌和括约肌的张力,从而打破夜尿症的排尿习惯,达到夜间自主排尿的目的。诸药合用,具有温暖下元,补脾益肺,醒神开窍之功,使三焦气化恢复正常,膀胱开阖有度,而遗尿自止。在治疗过程中未发现出汗过多及其他不良反应。

第二节 小儿病毒性肠炎

小儿病毒性肠炎在小儿腹泻中约占 60% ~ 70%,是常见的小儿消化系统疾病。以腹泻、呕吐、发热与腹痛为特征的急性胃肠道疾病。一般一年中有两个流行高峰:一是发生在 6、7、8 月,称夏季腹泻,这一时期小儿腹泻的病原以肠道病毒及致病性大肠杆菌为主,少数为痢疾杆菌感染;另一高峰发生在 10、11、12 月,称秋季腹泻,这一时期的病原以轮状病毒为主,故又称为轮状病毒性肠炎。此类病毒的抵抗力较强,主要通过粪便、经口的途径传播,病毒可在人体的小肠绒毛细胞内繁殖,造成肠黏膜损害,影响消化和吸收功能。

【临床应用】

周氏^[2]以葛根汤为基础治疗小儿病毒性肠炎,药物组成:葛根 10g,麻黄 5g,桂枝 5g,白芍 5g,生姜两片,大枣 2 枚,甘草 5g。水煎服。

【病案举例】

周氏^[2]观察病例 46 例:男 19 例,女 27 例;年龄最小者 3 个月,年龄最大者 8 个月;病程 4 ~ 10 天者 21 例,10 ~ 20 天者 17 例,20 ~ 27 天者 8 例。全部病例均经西药治疗无效。诊断标准参照全国高等医学院校教材《小儿科学》制定的诊断标准,并根据患者的病史、症状、体征及实验室检查等进行诊断。其临床表现为腹泻呈水样大便,每日 4 ~ 7 次,咳嗽,气促,或流涕,或伴有呕吐,口不渴,不发热或微发热,舌苔薄白而润,指纹淡红。治疗方法:本组 46 例均采用葛根汤治疗,水煎,取汁 100ml,少量多次喂服,每日 1 剂。服

本药治疗期间，停用其他中西药物，忌酸性食物。治疗结果：疗效标准：腹泻停止，其他临床症状全部消失，随访两个月未再复发者为治愈。治疗结果：本组 46 例全部治愈，治愈率为 100%。其中服药 1~2 剂治愈者 37 例，服药 3~4 剂治愈者 9 例。

典型病例：陈中秋，男，6 个月，1998 年 3 月 11 日就诊。患儿于 1998 年 2 月 14 日开始出现流涕，咳嗽，气促，继而腹泻，呕吐，在当地乡镇医院和祁东县人民医院住院治疗均无效，故求诊于笔者。当时患儿泄水样大便，每日 6~7 次，伴有呕吐乳汁，气促，微咳，喉中有细小痰声，不发热，口不渴，舌苔薄白，指纹红，隐现在风关之内。此乃太阳阳明合病，笔者方用葛根汤主之。葛根 10g，麻黄 5g，桂枝 5g，白芍 5g，生姜两片，大枣 2 枚，甘草 5g。每日 1 剂，水煎，少量多次喂服。两剂后，患儿泄泻、呕吐俱止，其他症状亦随之消失。为巩固疗效，原方继进 2 剂，病获痊愈，未再复发。

按：春季小儿病毒性肠炎，常发生于 3~4 月间，多见于 3 个月至 1 岁的小儿。本病初起患儿有咳嗽、气促、流涕等太阳病表证（上呼吸道感染症状），若因失治或误治，表邪不解，内传阳明，患儿继之出现泄泻水样大便、呕吐等阳明病症状（胃肠道症状）；患儿舌苔薄白，指纹红，说明病性属寒，即使有邪入阳明，但尚未化热。此时患者太阳表证与阳明病症两者同时并存，故辨证为太阳阳明合病。《伤寒论》32 条云：“太阳阳明合病，必自下利，葛根汤主之。”遵仲景之旨，笔者采用葛根汤治疗本病确能取得桴鼓相应、药到病除之效。

第三节 百日咳

百日咳是由百日咳杆菌所致的急性呼吸道传染病。婴幼儿多见，临床上以阵发性痉挛性咳嗽、鸡鸣样吸气吼声为特征。病程可长达 2~3 个月，故名百日咳。中医称之为“顿咳”、“顿嗽”、“鹭鸶咳”等，因其具有传染性，故又有“天哮咳”、“疫咳”之名。

西医学关于百日咳的流行病学研究认为：患者是本病唯一的传染源，自潜伏期末至病后 6 周均有传染性，以发病第一周卡他期传染性

最强；其传播途径主要通过飞沫传播；人群普遍易感，但以幼儿发病率为最高，母体无足够的保护性抗体传给胎儿，故6个月以下婴幼儿发病较多，病后可获持久免疫力，第二次发病者罕见。

百日咳潜伏期为2~20天，一般为7~10天。典型经过分为三期：①卡他期（前驱期）：自起病至痉咳出现，约7~10天。初起类似一般上呼吸道感染症状，包括低热、咳嗽、流涕、喷嚏等。3~4日后其他症状好转而咳嗽加重。此期传染性最强，治疗效果也最好。②痉咳期：咳嗽由单声咳变为阵咳，连续十余声至数十声短促的咳嗽，继而一次深长的吸气，因声门仍处收缩状态，故发出鸡鸣样吼声，以后又是一连串阵咳，如此反复，直至咳出黏稠痰液或吐出胃内容物为止。每次阵咳发作可持续数分钟，每日可达十数次至数十次，日轻夜重。阵咳时患儿往往面红耳赤，涕泪交流，面唇发绀，大小便失禁。少数病人痉咳频繁可出现眼睑浮肿、眼结膜及鼻黏膜出血，舌外伸被下门齿损伤舌系带而形成溃疡。成人及年长儿童可无典型痉咳。婴儿由于声门狭小，痉咳时可发生呼吸暂停，并可因脑缺氧而抽搐，甚至死亡。此期短则1~2周。长者可达2个月。③恢复期：阵发性痉咳逐渐减少至停止，鸡鸣样吼声消失。此期一般为2~3周。若有并发症可长达数月。

中医认为，百日咳（顿咳）是小儿时期感受时行邪毒引起的肺系时行疾病，其病因为内蕴伏痰，外感时疫。时行疠气首先犯肺，肺卫受邪，时邪与伏痰搏结，阻遏气道，肺失宣达，上逆为患。病之初起，以肺气失宣的卫表症状为主，形似感冒咳嗽。继则邪郁化火，痰火胶结，气道为之阻遏，肺逆更甚，故出现痉咳阵作，待痰涎吐出，咳嗽方可暂时缓解。顿咳发作时，邪气犯胃则胃失和降，而见呕吐乳食；咳剧时，邪伤膀胱、大肠之气，可致二便失禁；若引动心、肝之火乘肺，则见衄血、咯血；肝气横逆则两胁作痛；频咳引动舌下系带，出现溃疡；气逆伤于血络，可见目睛出血。婴幼儿体禀不足，肺气娇嫩，可合并肺炎喘嗽，甚则可致昏迷、抽搐等变证。

对于顿咳自古多有记载。《诸病源候论·咳嗽候》：“肺咳，咳而引颈项而唾涎沫是也。……厥阴咳，咳而引舌本是也。”《本草纲目拾遗·禽部》：“治肾咳，俗呼顿咳，从小腹下逆上而咳，连咳数十

声，少住又作，甚则咳发必呕，牵掣两胁，涕泪皆出，连月不愈者，用鸬鹚涎，滚水冲服，下咽即止。”。《幼科七种大全·治验顿嗽》：“顿咳一症，古无是名，由《金镜录》捷法歌中，有连声顿咳，黏痰至之一语。俗从而呼为顿咳，其嗽亦能传染，感之则发作无时，面赤腰曲，涕泪交流，每顿嗽至百声，必咳出大痰乃住，或所食乳食，尽皆吐出乃止。咳之至久，面目浮肿，或目如拳伤，或咯血，或鼻衄，时医到此，束手无策。遂以为此症最难速愈，必待百日后痊愈。”《医学真传·咳嗽》：“咳嗽俗名曰呛，连咳不已，谓之顿呛。顿呛者，一气连呛二三十声，少者十数声，呛则头倾胸曲，甚则手足拘挛，痰从口入，涕泣相随，从膺胸而下应于少腹。大人患之，如同哮喘，小儿患之，谓之时行顿呛。……不与之药，亦不丧身。若人过爱其子，频频服药，医者但治其气不治其血，但理其肺不理其肝，顿呛未已又增它病。”

【临床应用】

张氏^[3]以麻黄汤类方《古今录验》续命汤加减治疗顿咳，药物组成：麻黄、防风各4.5g，桂枝、生石膏各5g，苦杏仁、桔梗、紫菀、党参各6g，甘草、干姜各3g。水煎服，取得良好疗效。

【病案举例】

张氏^[3]观察病例1例，患者王某，男，3岁，2001年2月2日初诊。患儿间歇发作痉挛性咳嗽10余天，在某医院住院予抗生素及化痰止咳药治疗1周，疗效欠佳，家长要求出院，转中医治疗。诊见：咳嗽呈痉挛性，连续不断，并伴有吼声，面红耳赤，眼胞浮肿，咽微红，舌淡、无苔，脉浮滑。听诊两肺呼吸音粗糙。血象检查：白细胞、中性粒细胞均正常。中医诊断：顿咳。证属外感时邪，肺失清肃，痰浊阻滞气道，肺气不能通达。治以宣肺化痰止咳，方用《古今录验》续命汤变化。处方：麻黄、防风各4.5g，桂枝、生石膏各5g，苦杏仁、桔梗、紫菀、党参各6g，甘草、干姜各3g。3剂，每天1剂，水煎，分3次服。二诊：咳嗽减轻，舌淡、苔白，上方去石膏、干姜，加法半夏、陈皮各5g，再服6剂，咳嗽痊愈。

按：《金医要略心典》曰：疴者，废也，精神不持，筋骨不用，非特邪气之扰，亦真气之衰也。”说明外邪侵入人体，必先因气血之

不足，治宜补气养血，祛风散邪。方中人参、甘草补中益气；当归、川芎养血调营；麻黄、桂枝疏风散邪；石膏、苦杏仁清热宣肺；干姜和胃温中。本例顿咳是由嗜血杆菌引起的传染病，先有呼吸道卡他症状，后有阵发性痉挛性咳嗽，常伴有特殊吸气吼声。如治疗不及时，可迁延3~4月不愈，本病咳嗽责之肺与肝，肺之毛窍受寒，致肝之血脉凝涩，血不能濡润皮毛、脉络，气不温煦而血不濡，则患顿咳。以续命汤解风寒，调营血，使表解、血调，则咳嗽自愈。

参考文献

- [1] 林祥启，孙开芹. 麻黄汤治疗小儿遗尿症 56 例. 实用中医药杂志. 2000, 16 (1): 24~25
- [2] 周延秋. 葛根汤治疗春季小儿病毒性肠炎 46 例. 湖南中医杂志. 2001, 17 (6): 52
- [3] 张永全. 《古今录验》续命汤新用. 新中医. 2005, 37 (10): 80

第一节 阳痿

阳痿是指男性在性生活时，阴茎不能勃起或勃起不坚或坚而不久，不能完成正常性生活，或阴茎根本无法插入阴道进行性交。阳痿又称“阳事不举”等，是最常见的男子性功能障碍性疾病。偶尔1~2次性交失败，不能认为就是患了阳痿。只有在性交失败率超过25%时才能诊断为阳痿。

中医将阴茎疲软不举或举而不坚，以致影响性生活谓之阳痿，阴痿或筋痿其意即为阳痿。中医认为阳痿有虚实之分，虚有阴虚、阳虚、心脾两虚、心肾不足之别；实有肝郁、湿热、血瘀之异。一般多责之于肾阳不足，亦有肝郁血瘀、湿热下注而致者。而对于属寒邪直入少阴肾经，寒恋阳遏，宗筋弛缓，故阳物萎软不用。治当温散少阴寒邪，宣通肺肾阳气。方选麻黄汤加减较为适宜。

【临床应用】

邹氏^[1]以麻黄汤为基础加减治疗阳痿，药物组成：麻黄、桂枝各15g，杏仁、花椒各10g，甘草6g，制附片（先煎）、乌药各12g，

细辛 5g, 每日 1 剂, 水煎服。10 剂后起到明显效果。

【病案举例】

邹氏^[1]观察病例 1 例, 患者男, 44 岁, 2002 年 1 月 7 日来诊。患阳痿 6 年。诉 6 年前隆冬受寒后, 即发阴茎萎软不坚, 持续至今。曾辗转多家医院诊治, 均予鹿茸、人参、海马等壮阳之品, 无效。平素无汗, 少腹部发凉, 舌淡紫, 苔白, 脉浮弦。证属寒中少阴、阳痿不用之候。治拟麻黄汤加味: 麻黄、桂枝各 15g, 杏仁、花椒各 10g, 甘草 6g, 制附片 (先煎)、乌药各 12g, 细辛 5g, 每日 1 剂, 水煎服。5 剂后即可行房。继予上方加淫羊藿 30g, 5 剂收功。

按: 阳痿发病, 一般多责之于肾阳不足, 亦有肝郁血瘀、湿热下注而致者。本例为寒邪直入少阴肾经, 寒恋阳遏, 宗筋弛缓, 故阳物萎软不用。治当温散少阴寒邪, 宣通肺肾阳气。方用麻黄汤加附片、细辛、乌药、花椒以温散少阴寒邪。方中麻黄、桂枝宣通肺肾阳气, 振奋宗筋, 助阳起搏。诸药合用, 共奏温散寒邪、通阳起萎之效。

参考文献

- [1] 邹世光, 王爱民, 张琴. 麻黄汤临床运用举隅. 湖北中医杂志. 2004, 26 (1): 41

皮肤科病证

第一节 无汗症

无汗症系指暑热之际饮热奔跑，阳气蒸发，当汗不汗之证。有全身无汗，半身无汗或局部无汗之别。多因肺气不足，不能宣散皮毛，汗不得出，或因心肺阴亏，汗源匮乏，无汗可发。若因寒邪束表，卫阳被遏，腠理闭塞，汗不得出，则属邪客为害，又当别论。麻黄汤发汗解表，宣肺平喘，开达腠理，宣达卫阳，使津液输布运化正常，是治疗本病的有效方剂。

【临床应用】

聂氏^[1]以麻黄汤类方大青龙汤加减治疗无汗症，药物组成：麻黄 12 ~ 15g，生石膏 30g，葛根 30g，桂枝 9g，杏仁 10g，合欢皮 15g，甘草 6g，生姜 5 片，大枣 5 枚。上半身无汗甚者加羌活 9g、桔梗 6g；下半身无汗甚者加川牛膝 12g，烦躁重加知母 12g，右侧无汗重加川楝子 13g，每日 1 剂，水煎 300ml 顿服。

【病案举例】

聂氏^[1]观察 12 例，男 11 例，女 1 例；年

龄 18~26 岁, 平均 24 岁; 病程 3~7 天, 平均 5 天; 发病部位: 上半身无汗 7 例, 右侧无汗 1 例, 下半身无汗 1 例, 全身无汗 3 例。治疗结果 12 例全部治愈。3 剂治愈 3 例, 6 剂治愈 7 例, 9 剂治愈 2 例。

病案举例: 男, 24 岁: 患者因天热冷浴后开空调而睡, 晨起后出现全身紧束, 酸痛, 口干, 无发热、咽痛及流涕等感冒症状。初未在意, 在车间工作时自感胸中灼热, 口中干渴, 全身干燥无汗, 不久热闷而昏倒, 抬至阴凉处后苏醒如此反复数次, 不能工作。服用解热止痛片, 每次 2 片, 日 3 次, 连续 2 天无效。后用红糖生姜汤发汗亦不汗出。就诊时全身干燥无汗。烦躁, 全身酸痛, 体温 36.3℃, 舌质稍红, 苔薄黄, 脉浮弦紧。辨证为寒邪束表, 阳气郁闭。治宜解表发汗, 宣散郁阳, 遂用大青龙汤加减, 服用 2 剂, 烦躁减半, 头部微汗出, 5 剂后症状全部消失, 恢复工作。2 年后随访未复发。

按: 本组均是青年人, 平素体质较好, 阳气较盛。在空调环境中睡眠, 因血流迟缓, 冷气外逼, 使肌腠郁闭, 阳气郁遏于内, 不能外达, 故出现无汗, 且伴闷热、烦躁、全身酸痛等症。仲景大青龙汤, 原为伤寒表闭阳郁无汗烦躁而设, 正应其证。须注意的是, 麻黄用量需大, 以开肌表, 透郁阳; 并应加葛根, 配合桂枝助麻黄开肌表, 透郁阳; 葛根亦可生津止渴; 石膏用量 30g 即可。

第二节 花粉症

花粉症, 也称“枯草热”或称“季节变应性鼻炎”是鼻过敏之一种, 不只在春季, 也会出现在各个季节, 症状包括打喷嚏、流鼻水、鼻塞、眼、鼻、喉、痒、咳嗽、气喘、眼睛或嘴唇红肿、甚至流泪、鼻梁酸痛、头晕、头痛等。通常患者稍受刺激就发作, 尤其是在早上起床, 半夜或天气转变时尤甚者, 有些患者一天之内发作好几次, 近似感冒但不同于一般感冒, 往往一年比一年严重。花粉症主要由花粉引起的呼吸道变态反应病。在中国一般发病率为 0.9%, 流行区可高达 4.9%。

花粉症属于盖尔和库姆斯二分型的 I 型变态反应。花粉抗原作用于有变态反应体质的人, 使其致敏, 产生相应的花粉抗体。这种抗体

属免疫球蛋白 E (Ig-E), 它附着于肥大细胞上, 当再次接触同一花粉抗原时, 即在肥大细胞上发生抗原抗体反应, 通过一系列过程, 释放出组胺等多种介质, 导致黏膜水肿、血管内液体渗出、分泌物增多、局部刺激和平滑肌收缩等。临床主要表现为鼻痒、喷嚏连续发作、流大量清水样鼻涕、鼻阻塞等; 有的患者还可发生眼痒、流泪、结膜充血、哮喘等。引起花粉症的原因和身体内免疫系统失调有关。一般而言, 人体免疫系统是用来防犯外来的病原 (如细菌、病毒、过敏原) 侵袭, 这种免疫系统能分泌出数种免疫抗体球蛋白等来抵抗或消灭病原, 然而有些人分泌不出或分泌不够有益的免疫球蛋白, 却分泌出有害的免疫球蛋白, 当再一次接触到同类过敏原时、此过敏原与抗体球蛋白结合后就会促使“肥胖细胞”释出组织胺、血清张力素等化学物质, 此化学物质将导致血管扩张和渗透液增加, 结果使鼻黏膜产生红肿和痒的变化等, 另外如空气的污染、心理因素、更年期、遗传因子等问题, 也可能促使身体起反应、造成免疫功能紊乱, 抗体、抗原自相拮抗造成过敏症状、或慢性炎症等毛病出现。

本病属于中医学的“风证”, 治疗多从祛风立论。

【临床应用】

李氏^[2]以小青龙汤为基础加减治疗花粉症, 药物组成: 炙麻黄 9g, 桂枝 9g, 白芍 9g, 细辛 3g, 干姜 9g, 炙甘草 6g, 半夏 9g, 五味子 9g, 黄芪 10g, 党参 10g, 白术 10g, 白茯苓 10g, 生地黄 12g, 补骨脂 9g, 枸杞子 9g。每日 1 剂, 水煎早晚服, 7 天为 1 个疗程, 配合针灸治疗, 效果很好。

【病案举例】

李氏^[2]观察病例 56 例, 男 20 例, 女 36 例; 年龄最小者 12 岁, 最大者 58 岁, 平均 35 岁; 病程最短 2 年, 最长 20 年, 平均 11 年。以过敏性鼻炎为主者 37 例, 以眼部症状为主者 15 例, 兼有其他症状者 4 例。其中德国人 40 例, 当地华人 10 例, 当地韩国人 6 例。所有患者均曾经抗过敏、抗组织胺及糖皮质激素治疗无效而接受中医治疗。诊断标准: ①季节性发病, 每年发病季节基本一致, 且与致敏花粉播粉期符合; ②发作期有典型的临床症状和体征: 鼻痒、鼻塞、喷嚏、流水样鼻分泌物、眼痒、流泪、鼻黏膜水肿, 呈淡白色, 鼻甲肿

大、眼结膜充血；③发作期鼻分泌物片（和/或结膜刮片）中嗜酸粒细胞阳性，或鼻刮片肥大细胞（嗜碱粒细胞）阳性；④粉变应原皮试反应阳性，至少有1种为（++）或（++）以上，或变应原鼻黏膜激发试验阳性，眼结膜试验阳性；⑤病程至少2年（2个相同的发病季节）。

治疗方法：1. 中药组小青龙汤加减：炙麻黄9g，桂枝9g，白芍9g，细辛3g，干姜9g，炙甘草6g，半夏9g，五味子9g，黄芪10g，党参10g，白术10g，白茯苓10g，生地黄12g，补骨脂9g，枸杞子9g。每日1剂，水煎早晚服，7天为1个疗程。

2. 针刺组①主穴印堂、迎香、曲池、合谷、足三里、太溪、太冲；②配穴肺气虚加风门、肺俞；脾气虚加脾俞、胃俞、三阴交；肾气虚加肾俞、命门；眼痒、流泪、眼结膜充血加太阳、耳尖放血；咳嗽、哮喘加列缺、太溪、太渊；恶心、呕吐、腹泻、腹痛加内关、天枢、上巨虚；外阴瘙痒加三阴交、血海、神门；③操作方法以上取穴均为双侧，选择0.35mm×40mm毫针，采用平补平泻法，虚证采用补法，留针20分钟，7次为1个疗程。治疗效果：疗效标准临床症状和体征消失为痊愈；临床症状消失，体征明显减轻为显效；临床症状减轻，体征有所好转为好转；治疗前后症状与体征无改善为无效。治疗结果本组56例，痊愈35例，占62.5%；显效7例，占12.5%；好转11例，占19.6%；无效3例，占5.4%；总有效率94.6%。

按：中医学认为，此病主要是由于感受风寒之邪，肺气虚，卫表不固，腠理疏松，风寒乘虚而入，犯及鼻窍，邪正相搏，肺气不得通调，津液停聚，鼻窍壅塞，则出现鼻痒、鼻塞、喷嚏、流清涕等临床症状。虽然疾病表现在肺，但肺气的充实，有赖于脾气的输布，脾气虚则肺气虚。气之主为肺，但气之根本在肾，肾虚则摄纳无权，气不归元，阳气易于耗散，风邪得以内侵致病。所以花粉病的内因与肺脾肾三脏之虚损有关，外因与风寒之邪有关。也就是说本虚标实，以肺气虚、脾气虚、肾气虚为本，感受风寒之邪或肝胆火旺为标。因此，本病的治疗重在益肺、健脾、补肾；佐以宣肺利窍。中药组小青龙汤加减有补益肺肾，健脾益气固表，散寒通窍的功效。麻黄、桂枝祛除外寒而宣肺气，散风通窍；黄芪善补肺气，与党参合用可加强益气固

表作用；白术、茯苓、半夏、炙甘草健脾益气，干姜、细辛温肺化饮，辛散风寒，芳香通窍；生地、补骨脂、枸杞子、五味子补益肾气；白芍、五味子收敛和营，并制诸药之辛燥。诸药相伍，使风寒解，肺脾肾气复舒，宣降有权，诸症自平，并且防止过敏性哮喘的发生。针刺组迎香位于鼻部，为手足阳明经交会穴，与印堂相配为通鼻窍的要穴；曲池为脱敏特效穴，与疏风解表，治一切头面之疾的要穴合谷共同完成很好的抗过敏作用；足三里为土中之土之穴，五行脾属土，有很好的调和脾胃，益气固表作用；太溪为肾经原穴补益肾气；太冲为肝经原穴有疏泻肝胆之效。以上诸穴相配共同完成益肺健脾，补肾通窍作用。笔者认为小青龙汤加减结合针刺治疗花粉病比单纯中药或针刺疗法疗效更确切，可收到标本兼治的效果，是根本上治疗本病的良好方法。

第三节 皮肤瘙痒症

老年性皮肤瘙痒症是指无原发性皮损而自觉瘙痒之皮肤病。皮肤瘙痒症的发病原因是随年龄的增长，皮下组织含水量减少，弹性减退，皮下脂腺分泌不足，使皮肤干燥、萎缩、外受风、湿、热、虫侵袭，或精神紧张、情绪激动、衣被过暖、机械刺激，服食辛辣、鱼虾、酒类、咖啡、浓茶等发物，摄入含锰食物不足等多种因素，导致全身瘙痒。皮肤瘙痒症有泛发性和局限性之分，泛发性皮肤瘙痒症患者最初皮肤瘙痒仅限局限于一处，进而逐渐扩展至身体大部或全身，皮肤瘙痒常为阵发性尤以夜间为重，由于不断搔抓，出现抓痕、血痂、色素沉着及苔藓样变化等继发损害。局限性皮肤瘙痒症发生于身体的某一部位，常见的有肛门瘙痒症、阴囊瘙痒症、女阴瘙痒症、头部瘙痒症等。皮肤瘙痒症患者忌过多食用辛辣鱼腥酒类等，以免皮肤瘙痒加剧。不断搔抓不仅可使皮肤增厚，而且皮质变厚后反过来又加重了皮肤瘙痒，因此会形成愈抓愈痒、愈痒愈抓的恶性循环。此外，患者不宜烫洗患处，因为烫洗的方法只能起到暂时作用，不仅没有治疗效果，而且会使病情加重。

泛发性皮肤瘙痒中医称为“风瘙痒”、“痒风”，若抓破皮肤，血

痕累累称“血风疮”，局限性皮肤瘙痒称“阴痒”、“肛门作痒”。中医文献中关于痒的论述很多。《内经》中即有“诸痛痒疮，皆属于心”、“诸痛为实，诸痒为虚”的记载。《诸病源候论》认为瘙痒多与风邪相关，“风瘙痒者，是体虚受风，风入腠理，与血气相搏，而俱往来于皮肤之间。邪气微，不能冲击为痛，故但瘙痒也。”清《外科证治全书》指出，“痒风，遍身瘙痒，并无疮疥，搔之不止。”并提出了病机及治疗禁忌为“肝家血虚，燥热生风，不可忘投风药。”此症亦有肝脾亏损，湿热下注而痒者。总之，中医认为全身性皮肤瘙痒多因肝旺血虚所致，肝旺则风从内生，血虚则肌肤失养，风胜血燥，风动作痒。

【临床应用】

景氏^[3]以桂枝二麻黄一汤为基础，治疗老年性皮肤瘙痒症，药物组成：桂枝 12g，白芍药 12g，杏仁 10g，甘草 6g，炙麻黄 6g，生姜 9g，大枣 5 枚。风热者去麻黄，加金银花 15g，黄连 4g，血虚者加鸡血藤 20g，当归 12g；气虚者加黄芪 15g；瘙痒较甚者加蝉蜕 6g，全蝎 4g。每日 1 剂，10 日为 1 个疗程。治疗期间停服其他药物，疗效明显。

马氏^[4]以葛根汤治疗妊娠皮肤瘙痒症，药物组成：葛根 12g，炙麻黄、桂枝、炙甘草各 5g，炒白芍 6g，生姜 4 片，大枣 10 个。3 剂，每日 1 剂，水煎服，疗效较好。

马氏^[4]以麻黄连翘赤小豆汤加减治疗妊娠皮肤瘙痒症，药物组成：赤小豆 20g，炙麻黄 6g，连翘、桑白皮、杏仁、刺蒺藜、白鲜皮、地肤子各 10g，蝉蜕、炙甘草各 5g。3 剂，每日 1 剂，水煎服，症状消失，疗效满意。

【病案举例】

景氏^[3]观察病例 35 例，以麻黄汤加减治疗老年性皮肤瘙痒症。全部病例均为门诊患者，其中男 24 例，女 11 例；年龄均 > 58 岁；反复发作 > 3 年者 18 例，2 年左右者 5 例，半年左右者 7 例，15 ~ 30 日者 5 例。临床表现为皮肤奇痒，搔抓不解，影响睡眠。检查全部患者皮肤有抓痕及血痂，反复发作的患者可见皮肤色素沉着、局部湿疹样变等继发性损害，舌脉无异常。治疗方法：予桂枝二麻黄一汤，药

用同上，治疗期间停服其他药物。10日为一疗程。治疗结果：35例中，痊愈（症状完全消失，随访1年未复发）20例；有效（症状消失，有复发现象，应用前方治疗仍有效）13例；无效（症状无明显改善，后换其他方法治疗）2例。总有效率为94.3%。

典型病例：孙某，男，46岁，农民。1997年12月14日初诊。周身皮肤瘙痒反复发作3年，冬春季节病情加重，经多家医院诊为老年性皮肤瘙痒症。曾以葡萄糖酸钙、异丙嗪、阿司咪唑、维生素B、维生素C等药物治疗。症状时缓时作，无明显改变。前次发作已用上述药物4日，仍周身奇痒，影响工作及睡眠。查见全身皮肤有大片搔抓痕、血痂。背部有成片的色素沉着。就诊时病人不断搔抓周身，苔脉正常。证属风邪入腠，久稽不解，内舍于络，与气血搏结。治宜宣发深伏之风邪，佐以养血。用桂枝二麻黄一汤加当归、鸡血藤、蝉蜕、全蝎。嘱停服其他药物，忌烟、酒、腥膻油腻之物。服5剂后，症状缓解。白天明显减轻，夜间稍有发作。效不更方，巩固治疗半个月，随访1年未见复发。症状完全消失治疗效果令人满意。

按：老年性皮肤瘙痒症属神经功能障碍性皮肤病，临床表现以皮肤阵发性奇痒为特征。发病原因目前尚不明确。中医认为多因营卫不和，血虚风燥，肌肤失养，或风湿蕴于肌肤不得泄而致，非一般疏风药所能奏效。桂枝二麻黄一汤出自《伤寒论》。仲景在解肌方中略加发汗之品，以散外邪。尤在泾云：桂枝二麻黄一汤。扶正而兼散邪，而又约小其制，乃太阳发汗轻剂也。故笔者选用桂枝二麻黄一汤，取其桂枝汤二份调和营卫，疏通血脉，祛除稽留不解之风邪；麻黄汤一份以散风寒，通达经络，驱邪达表。二汤合用，可加强深入血脉透邪外出的作用。由于老年人多血虚，遵照“治风先治血，血行风自灭”之理，故临证时在疏风通脉的基础上，予以补气、补血等药物，再结合辨证施治，适当加减，而收良效。

马氏^[4]观察病例1例，患者女，25岁。妊娠41天，全身出现荨麻疹已经半月，以躯体、四肢为主，瘙痒难受，时隐时现。舌淡红、苔薄白，脉细滑。治法疏风解肌和营。方用葛根汤，药物组成：葛根12g，炙麻黄、桂枝、炙甘草各5g，炒白芍6g，生姜4片，大枣10个。3剂，每日1剂，水煎服。二诊：荨麻疹时轻时重，恶心，舌脉

如上。治法疏风解肌，和营降逆。方用葛根加半夏汤加味，药物组成：葛根 12g，炙麻黄、桂枝、炙甘草、蝉蜕各 5g，炒芍药 6g，大枣 10 个，生姜 4 片，白蒺藜、防风各 10g，5 剂。三诊：荨麻疹已经完全消退，恶心，口淡，多唾，舌脉如上。治法疏风和胃降逆。方用香苏散（《和剂局方》）加味，药物组成：香附、佛手、防风各 6g，苏梗、陈皮、半夏各 10g，甘草、砂仁（冲）各 5g，5 剂。四诊：荨麻疹未再复发。

按：葛根汤能疏解太阳表邪，升津液，舒筋脉，而葛根加半夏汤是治疗“太阳与阳明合病者，不下利，但呕”的方剂。该案为妊娠瘾疹，全身瘙痒难耐，此为风客营卫，以葛根汤疏风解肌和营，一诊后症减，二诊时因患者出现恶阻，改为葛根加半夏汤佐蝉蜕、白蒺藜、防风，5 剂而安。据报道，对葛根汤的抗过敏作用进行研究，证明葛根汤能显著抑制小鼠耳异种被动皮肤过敏反应及小鼠同种被动皮肤过敏反应，阻止大鼠肥大细胞及颅骨骨膜肥大细胞膜脱颗粒，并能拮抗组胺对豚鼠离体回肠的收缩反应。

马氏^[4]观察病例 1 例，女，29 岁。妊娠 2 个多月，全身瘙痒半个月，腹部及背部可见片状皮疹，手及足部皮疹略少。舌淡红、苔薄白，脉细。治法宣表凉血，清利湿热。方用麻黄连翘赤小豆汤加味，药物组成：赤小豆 20g，炙麻黄 6g，连翘、桑白皮、杏仁、刺蒺藜、白鲜皮、地肤子各 10g，蝉蜕、炙甘草各 5g。3 剂，每日 1 剂，水煎服。二诊：谷丙转氨酶、谷草转氨酶、碱性磷酸酶均在正常范围，舌脉如上。中药守上方续进 7 剂。三诊：服药之后，皮疹瘙痒均消失。近日来咳嗽，流涕，少痰，舌脉如上。治法清热宣肺，化痰止咳。方用麻黄杏仁甘草石膏汤合桔梗汤加味，药物组成：炙麻黄 6g，石膏 15g，炙甘草、桔梗各 5g，牛蒡子、杏仁、瓜蒌皮、竹茹各 10g，枇杷叶 12g，木蝴蝶 4g。3 剂后诸症悉除。

按：麻黄连翘赤小豆汤是治疗“伤寒瘀热在里，身必黄”的方剂，但临床应用于黄疸较少，因其有辛散表邪、宣发郁热之功，后世借此方治疗因风热或湿热引发的皮肤瘙痒诸疾。妊娠瘙痒症多发于妊娠 28~32 周，但亦有早至妊娠 12 周者。该案全身皮肤见散在及片状红色小丘疹，夜不能寐，口干，证属风湿热郁于肌表，故以麻黄连翘

赤小豆汤宣表凉血，清利湿热。刺蒺藜味苦、辛，性平《本草蒙筌》称其“治遍身白癩，搔痒能难当。”地肤子、白鲜皮清热燥湿止痒；蝉衣可以搜风剔络以止痒。

第四节 扁平疣

扁平疣是人类乳头瘤病毒引起的皮肤上突出的病变。表面多扁平光滑，无明显不适，好发于青少年面部、手背等处。皮疹特点：正常皮色，淡红色或淡褐色扁平丘疹，米粒大到绿豆大，圆形或多角形，表面光滑，境界清楚。皮疹数目较多，常散在或密集分布，可见由于搔抓后的自体接种现象—皮疹沿抓痕呈串珠状排列。常呈慢性病变过程。本病的罪魁祸首是一种称为人类乳头瘤病毒感染人体皮肤所造成的。扁平疣是一种病毒，由于病毒在医学界很难治疗，所以目前无论在国内、国外对扁平疣的治愈率很低，只在25%左右，所以治疗扁平疣的方法都采用提高人体免疫功能来压制、消除扁平疣。扁平疣发病突然，多于不知不觉中发生，有时与患有扁平疣的患者密切接触就很容易被感染上，可以看到患儿的父母、家人、也可科室同时患有该病或是患者的同学朋友中有类似发病者。一般认为患者的免疫功能紊乱易诱发该病。

中医称扁平疣为“扁疣”、“扁瘡”，历代文献中记载“扁猴”、“面疮”等病名；也可能包括扁平疣在内。中医认为其发病机制为肺经风热熏蒸，蕴阻肌肤而成，或风毒之邪，阻于经络，与肝热搏于肌腠，遂发扁平疣。

【临床应用】

成氏^[5]以麻黄汤类方麻杏苡甘汤治疗扁平疣，药物组成：麻黄9g，杏仁9g。生薏苡仁30g，生甘草12g，大青叶15g。赤芍24g。加减：病程日久、疹色晦暗。可酌加梗仁、红花、三棱、莪术等活血化瘀之品。交替使用。服法：每日1剂，煎2次兑匀，分3次饭后服。将药渣再煎1次，以纱布包之，敷洗患处。每日2次。每次15分钟。取得良好疗效。

【病案举例】

成氏^[5]12例均为门诊病例,男4例,女8例,年龄最大者23岁,最小者8岁,病程最短者3天,最长者11个月,疗效观察12例均获痊愈。服3~9剂者7例。10~15剂者4例,15剂以上者1例。典型病例魏某,女,21岁,1986年9月2日初诊。一月前劳作后纳凉当风,前额、双手背呈现粟粒大小、色泽稍亮的扁平丘疹。经某医院诊断为扁平疣,给予吗啉胍、维生素C、注射转移因子等治疗无效,其疹转浅灰或淡褐色。脉弦。舌苔成黄舌尖稍红。诊断:扁平疣(前额。双手背部)。处方:麻黄9g,杏仁9g,生薏苡仁米30g,赤芍15g,大青叶15g,桃仁9g,生甘草12g。3剂,水煎服,将药渣煎后。纱布包之敷洗患部。每日2次,每次15分钟。服6剂后其病大瘥。二诊6剂。以三棱,莪术各6g易桃仁。继服6剂而愈。

按:本病多责之风热之邪客表所致,12例发病季节均为春季;其中9例与汗出当风或久伤取冷有关,1例为汗后戏水诱发;故认为本病病因应系风邪郁闭毛孔,湿邪不得宣泄,热邪稽留肌肤间所致。麻杏薏甘汤开腠得其微汗而不致过汗以祛风除湿;加大青叶、赤芍奏凉血解毒之功;其邪久稽,则经络阻滞,故用活血、破瘀之品疏经络,配合外治,相得益彰。

第五节 环形红斑

环形红斑是风湿热皮肤症状一种表现。皮损呈环形或半环形边界明显的淡色红斑,大小不等。中心苍白,出现在躯干和四肢近端,呈一过性,有时隐时现呈迁延性,可出现数周。可伴见恶寒发热、烦躁无汗、舌质红、苔薄白,脉浮紧等。

环形红斑属中医学“红云风”一证,中医认为多由禀赋不足,腠理不实,卫外不固,风邪乘虚而入,搏于血分所致,肺气郁闭,邪热郁闭于腠理,不得宣发使其脉络瘀阻,气血失和而病作。中药从宣肺祛邪,解表清郁热入手,对本病有较好疗效。

【临床应用】

胡氏^[6]以大青龙汤加味为基础方,药物组成:炙麻黄10g,桂枝

10g, 生石膏 30g (先煎), 甘草 10g, 荆芥 10g, 防风 10g。每日 1 剂, 水煎服。治疗环形红斑, 取得满意的疗效。

【病案举例】

胡氏^[6]观察病例, 1 例, 患者男, 25 岁, 1999 年 6 月 8 日初诊。全身起红斑、丘疹 2 天, 2 天前, 无明显诱因全身出现散在淡红色扁平小丘疹, 随后丘疹扩大成环状, 瘙痒不甚, 遇风冷加重。检查: 全身散在丘疹、红斑, 红斑呈环状、略隆起, 无脱屑 一般情况尚可, 二便自调, 舌质红、苔薄白, 脉浮紧。西医诊断: 环状红斑。中医诊断: 红云风。证属寒邪外束, 里热郁滞。治以发汗解表, 兼清郁热。予大青龙汤加味。药物组成: 炙麻黄 10g, 桂枝 10g, 生石膏 30g (先煎), 甘草 10g, 荆芥 10g, 防风 10g, 7 剂, 每日 1 剂, 水煎服。6 月 15 日二诊: 皮损大部分消退, 仍见少量新发丘疹, 舌红、苔薄白, 脉浮紧, 继服上方 7 剂。6 月 22 日三诊: 皮损消退, 无新发丘疹, 舌淡红、苔薄白, 脉细, 嘱服上方 7 剂以巩固疗效, 随访 1 个月, 未见复发。

按: 环状红斑临床风寒兼症多不明显, 具体应用时不必拘泥于太青龙汤原方主治, 只要辨证准确即可。该例红斑郁热在里, 遇风冷加重属风寒在表, 故投大青龙汤获效, 加入荆芥、防风可助表散寒之力。

第六节 鸡眼

鸡眼是发生于足部的角质呈圆锥状的向内增生。外观如鸡的眼睛, 多发生于足跖前中部, 小趾外侧及趾胫侧缘。数目不定。鸡眼是由于局部皮肤长期受到挤压摩擦, 而造成增生的角质层嵌入皮内, 尖顶突入真皮中, 压迫神经末梢。局部一旦受压或受挤就会引起明显的疼痛; 圆锥的底在皮肤表面为一圆形或椭圆形淡黄色质硬的斑。境界清楚一般如黄豆大小, 多见于足掌和趾侧, 也有长在手、胳膊上的。手术及外敷鸡眼膏等药治疗, 虽疗效尚为满意, 又因皮肤及软组织损伤, 给患者造成一定的痛苦, 影响工作。因此, 多发性鸡眼不宜手术及外敷腐蚀药治疗。

鸡眼, 又名肉刺, 病名始见于《医宗金鉴·外科心法要诀》, 中医认为鸡眼是由于足部长期受压, 气血运行不畅, 肌肤失养, 生长异常所致。

【临床应用】

崔氏等^[7]以麻杏苡甘汤为基础加减治疗鸡眼, 药物组成: 麻黄 10g, 薏苡仁 30g, 炒杏仁 10g, 白术 30g, 防己 30g, 甘草 10g。水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次煎服。

【病案举例】

崔氏等^[7]观察病例 1 例: 患者男, 36 岁; 2002 年 7 月 3 日就诊。双手拇、食指分布淡黄色角质栓 14 眼, 削去表面角质层, 可见中心核, 外周有透明环, 部分密集分布。诊为: 鸡眼。投以麻黄汤加减, 药物组成: 麻黄 10g, 薏苡仁 30g, 炒杏仁 10g, 白术 30g, 防己 30g, 甘草 10g。水煎服, 每日 1 剂, 分 2 次煎服, 连服 6 剂, 1 个月后复诊, 鸡眼消失。

按: 鸡眼其发病机制至今尚不清楚。一般认为与长期机械刺激及损伤有关。多发性鸡眼不宜手术及外敷腐蚀药治疗。本方以麻杏苡甘汤重加白术、防己组成, 对鸡眼有良效。麻杏苡甘汤具有解表祛湿之功效, 主治“风湿痛、发热”; 白术、防己补脾除湿, 培土以治水。诸药合用治疗鸡眼有良效, 鸡眼发病机制是否与湿邪有关, 有待进一步探讨。

参考文献

- [1] 聂秀青, 李悦春. 大青龙汤加减治愈无汗症. 山东中医杂志. 1999, 18 (5): 210~211
- [2] 李种泰. 小青龙汤加减结合针刺治疗花粉证 56 例. 时珍国医国药. 2005, 16 (9): 898
- [3] 景文川. 桂枝二麻黄一汤治疗老年性皮肤瘙痒症 35 例. 河北中医. 1999, 21 (4): 229
- [4] 马大正. 经方治疗妊娠皮肤瘙痒症验案 3 则. 山西中医. 2007, 23 (4): 66
- [5] 成嘉祚, 成伟. 麻杏苡甘汤治疗扁平疣 12 例. 甘肃中医学院学报. 1995, 12 (3): 28~29

- [6] 胡锋钢. 皮肤病验案 3 则. 山西中医. 2001, 17 (2): 30
- [7] 崔泽宽, 孙丽娜, 刘淑兰. 麻杏苁甘汤加味治疗鸡眼 20 例. 中国社区医师. 2003, 19 (8): 39

第一节 突发性耳聋

突发性耳聋（以下简称突聋）突发性耳聋指素日听力正常，突然一耳听觉消失，多见于成人，病人自觉耳胀满或堵塞感，有时头晕。常因内耳外伤，感染，梅尼埃病、梅毒、药物中毒，听神经瘤引起，也有原因不明的突发性耳聋。感冒、疲劳，情绪激动、饮酒、用力擤鼻涕，常可诱发本病。性别、左右侧发病率无明显差异。随年龄增加发病率亦增加，患病时年龄在40岁或40岁以上者占3/4。其发病急，进展快，治疗效果直接与就诊时间有关，应视为耳科急诊。

中医认为突发性耳聋多为气滞血瘀。耳部经络被瘀血所阻塞，清阳之气不能上达于耳窍，使得耳部的正常生理功能减退，从而发生耳鸣、耳聋等表现。突发性耳聋多从气滞血瘀、肝火上炎、痰浊上犯论治。但对因受外邪侵袭，致肺失宣降、寒凝气滞、耳窍不通而致耳聋，可用麻黄汤发散风寒，宣发肺气，以调肝胆，促进耳聋的痊愈。

【临床应用】

陈氏^[1]以麻黄汤为基础加减治疗暴聋，药物组成：麻黄、杏仁、石菖蒲各 12g，桂枝、防风各 15g，细辛 6g，川芎 10g，黄芪 30g，甘草 3g，生姜 6 片、大葱白 5 根。每日 1 剂，水煎服，服药后食稀粥 1 碗，卧床盖被发汗，有较好疗效。

王氏^[2]以葛根汤为基础方加减治疗暴聋，药物组成：葛根、钩藤各 12g，麻黄 5g，桂枝 6g，炙甘草 8g，柴胡、蔓荆子、白芍、生姜、石菖蒲各 10g，葱须 15g，丹参 20g，水煎服，每日 1 次。取得满意的疗效。

【病案举例】

陈氏^[1]观察病例 1 例，患者老年女性，雪后外出锻炼出现右耳突发耳聋、耳鸣，又用西药治疗无效。肺失宣降，耳窍不利。方用麻黄汤加味：麻黄、杏仁、石菖蒲各 12g，桂枝、防风各 15g，细辛 6g，川芎 10g，黄芪 30g，甘草 3g，生姜 6 片、大葱白 5 根。每日 1 剂，水煎服，服药后食稀粥 1 碗，卧床盖被发汗。服 2 剂后微汗出，头昏胀，形寒肢冷，右耳耳鸣、耳聋减轻，能听到微弱声音。前方再服 3 剂后，耳聋、耳鸣基本消失，前方再服 2 剂巩固疗效，随访 4 个月未复发。

按：此例患者因受严冬风雪之寒气侵袭，致肺失宣降、寒凝气滞、耳窍不通而致耳聋，故用麻黄汤发散风寒。加防风、生姜片助麻黄汤祛风散寒，细辛、石菖蒲、葱白散寒通窍，川芎行气活血通络。患者年过半百、精气半衰，故加黄芪助麻黄汤益气散寒而不留邪，从而使风寒祛、耳窍通，耳鸣、耳聋自愈。值得记录参考。

王氏^[1]观察病例 1 例，患者女，42 岁，农民，2 月 10 日来诊。突然左侧耳中蝉鸣，不闻外音 1 小时。素有耳鸣、眩晕史 12 年。查：外耳道未见异常，中度耳聋（Ⅱ度）、血常规正常，耳部 CT 阴性。诊断：暴聋。细察患者，两鼻微塞。追问病史 1 周前在田间劳动时淋雨。舌淡，苔薄白，脉浮紧。证属风寒外束，清气不升，耳窍失养。治以疏风通窍，温经散寒，方用葛根汤化裁：葛根、钩藤各 12g，麻黄 5g，桂枝 6g，炙甘草 8g，柴胡、蔓荆子、白芍、生姜、石菖蒲各 10g，葱须 15g，丹参 20g，水煎服，每日 1 次。服药 3 剂耳鸣消失，

听力有所恢复,呈轻度耳聋(Ⅰ度),继服15剂,听力如常。

按:本例为劳作时淋雨,感受风寒,经络痹,清气不能上承,耳窍失养所致。证属风寒外束,清气不升。治当疏风通窍,温经散寒,葛根汤恰具此功,加石菖蒲、蔓荆子、钩藤等更助其通窍之力。现代医学认为,暴聋多由内耳供血障碍所致。葛根、石菖蒲、丹参等具有解除血管痉挛,扩张微血管,改善内耳循环,促进细胞代谢等作用。

第二节 分泌性中耳炎

分泌性中耳炎是以传导性耳聋及鼓室积液为主要特征的中耳非化脓性炎性疾病。冬春季多发,是小儿及成人常见的听力下降原因之一。中耳积液可为浆液性分泌液或渗出液,亦可为黏液。本病的命名除分泌性中耳炎外,以往还称其为非化脓性中耳炎、渗出性中耳炎等。本病以中耳腔产生无菌性积液及传导性耳聋为特征,常继发于上呼吸道感染之后。其病因多为咽鼓管通气受阻,功能障碍,鼓室形成负压而造成中耳腔急性非化脓性炎症,又称渗出性中耳炎、卡他性中耳炎、浆液性中耳炎等。

该病临床表现特点为:耳胀、耳闷、耳痛、自听过强、耳鸣、听力减退等,属中医学“耳胀”、“耳闭”范畴。分泌性中耳炎早期其病因多为风邪袭肺,大都兼有风邪在表之外感症状。因风邪上受,首先犯肺,因此,分泌性中耳炎早期就可以从疏风宣肺论治。

【临床应用】

江氏^[3]以麻黄汤为基础加减治疗分泌性中耳炎,药物组成:麻黄9g,杏仁9g,甘草9g,葶苈子12g,白芷12g,石菖蒲9g,荆芥10g,防风9g,枳壳10g。水煎服,每日1剂,取得了良好的疗效。

【病案举例】

江氏^[3]应用李书良教授耳病从肺论治理论,治疗分泌性中耳炎早期60例,取得较好疗效。60例患者均为门诊病例,男34例,女26例;年龄最小6岁,最大60岁,平均42岁;病程最短3天,最长1个月。专科检查可见:鼓膜失去正常光泽,呈淡黄、橙红油亮或琥珀色;松弛部或全鼓膜内陷;听力检查示:传导性耳聋。60例患者

辨证属风寒郁肺型 20 例，肺经风热型 24 例，湿热郁肺型 16 例。治疗方法 风寒郁肺型：病初起时耳内胀闷闭塞感，耳鸣隆隆，自听过强，听力减退，伴周身不适、头痛、鼻塞、流清涕。检查见耳膜稍内陷或有轻度充血，鼻黏膜肿胀，舌淡红，苔薄白，脉浮。治以三拗汤加减：麻黄 9g，杏仁 9g，甘草 9g，葶苈子 12g，白芷 12g，石菖蒲 9g，荆芥 10g，防风 9g，枳壳 10g。肺经风热型：耳内胀闷闭塞感，耳鸣隆隆，自听过强，听力减退，伴周身不适、咽痛、发热恶寒、流黄涕。检查见耳膜内陷、充血，鼻腔及鼻咽部、口咽部黏膜轻度充血肿胀，口微干渴，舌质偏红，苔薄黄，脉浮数。治以银翘散加减：金银花 20g，连翘 12g，桔梗 9g，淡竹叶 9g，甘草 6g，荆芥 12g，淡豆豉 9g，芦根 12g，前胡 9g，车前子 9g。湿热郁肺型：起病或长或短，耳内胀闷闭塞感，自听过强，听力减退。检查见耳膜呈橘黄色，有积液线如发丝血，恶风汗出，口黏不渴，舌苔黏腻，脉滑而数。治以九味羌活汤加减：羌活 6g，防风 9g，苍术 6g，细辛 2g，川芎 9g，白芷 9g，甘草 6g，陈皮 9g，厚朴 9g，大腹皮 9g。以上方药均水煎服，每日 1 剂。5 剂为 1 疗程，共观察 3 疗程。本组 60 例治愈 56 例，好转 4 例，总有效率 100。其中风寒郁肺型 20 例，治愈 19 例，好转 1 例；肺经风热型 24 例，治愈 22 例，好转 2 例；湿热郁肺型 16 例，治愈 15 例，好转 1 例。

按：分泌性中耳炎早期其病因多为风邪袭肺，经气阻塞，耳窍不利，绝大多数继发于感冒之后，其临床表现大都兼有风邪在表之外感症状。因风邪上受，首先犯肺，风为百病之长，还可挟寒、热、湿上犯巅顶，共同为患。因此，分泌性中耳炎早期就可以分为风寒郁肺型、肺经风热型及湿热郁肺型论治。虽然每一证型所用方药不同，但只要抓住宣肺散邪这个关键，便会邪散窍通，病易痊愈。

第三节 慢性咽炎

慢性咽炎是咽黏膜慢性炎症。以咽部不适，发干、异物感或轻度疼痛、干咳、恶心，咽部充血呈暗红色，咽后壁可见淋巴滤泡等为主要临床表现。慢性咽炎患者，因咽分泌物增多，故常有清嗓动作，吐

白色痰液。

慢性咽炎是咽部黏膜、黏膜下层及淋巴组织的慢性炎症，视其病变情况，可分为单纯性、增生性和萎缩性三种类型。慢性咽炎的发病原因很多，如急性咽炎反复发作和邻近器官疾病（慢性扁桃体炎、牙龈炎、慢性鼻炎、慢性鼻窦炎）等都可引起。外因气候寒冷干燥，工作环境中的空气被粉尘、化学气体污染，烟酒和辛辣饮食长期刺激，以及由于职业因素而用嗓过多的人都易患慢性咽炎。此外，长期生活不规律、疲劳、精神紧张，可使身体抵抗力下降，细菌和病毒容易反复感染，也会引起慢性咽炎。

慢性咽炎相当于中医的“虚火喉痹”，其病因病机为肺肾阴虚导致的虚火上升、咽喉失养。临床上慢性咽炎有时见到肺气不宣而致咳嗽，咽部不适，可用从宣肺平喘，祛邪化痰入手以治疗本病。

【临床应用】

刘氏等^[4]以麻黄汤类方三拗汤加减治疗慢性咽炎，药物组成：麻黄 6g，杏仁 6g，甘草 3g，沙参 10g，麦冬 10g，竹叶 30g，银花 10g，丹参 10g。每日 1 剂，水煎，分 2 次服。

【病案举例】

刘氏等^[4]观察慢性咽炎患者 40 例，随机分为 2 组。治疗组 20 例，男 10 例，女 10 例；年龄 18~53 岁，平均年龄 32.0 岁。对照组 20 例，男 12 例，女 8 例；年龄 18~50 岁，平均年龄 30.2 岁。治疗组予三拗汤加减药物组成。对照组服用银黄含片，每次 2 片，每 6 小时服药 1 次。2 组均以 7 天为 1 疗程，14 天后观察疗效。疗效标准：临床控制：用药后症状、体征消失；显效：用药后大部分症状、体征明显减轻；有效：用药后部分症状、体征明显减轻；无效：用药后症状、体征无改变。治疗结果：治疗组 20 例中，临床控制 1 例，显效 7 例，有效 9 例，无效 3 例，总有效率 85.0%；对照组 20 例中，临床控制 0 例，显效 6 例，有效 9 例，无效 5 例，总有效率 75.0%。2 组总有效率相比无显著差异（ $P>0.05$ ）。

按：慢性咽炎，中医学称为“虚火喉痹”，历来中医书籍都认为系阴虚火旺之故，常以滋阴降火、养肺肾阴为治。临床上真正属阴虚者，十无二三，出于脾胃者，常居八九。脾虚的成因是饮食失节，脾

胃元气损伤，清阳之气下陷，生化乏源，精微不能上承，咽喉失去津液濡润而形成慢性咽炎。脾虚还会导致痰、滞、瘀、阴血不足等病理变化在虚火喉痹中产生。

本病多数是由急性期拖延或失治而成慢性，故余邪未尽，要先予宣泄伏困之邪，故笔者在治疗慢性咽炎时运用三拗汤加减。方中麻黄、杏仁、甘草加上银花以宣肺、清解余邪；沙参、麦冬、竹叶可养阴生津，对慢性咽炎的咽干、异物感有治疗作用；丹参活血化瘀，可缓解或消除咽部的慢性充血貌。对照组所服银黄含片的有效成分为金银花、黄芩的提取液，具有清热解毒的功效，而无养阴生津及活血化瘀之效，故虽然二者的治疗效果在统计学上无显著差异，但患者的主观感觉以三拗汤加减为佳。

参考文献

- [1] 陈燕萍. 麻黄汤加减应用验案三则. 实用中医药杂志. 2005, 21 (11): 702
- [2] 王华. 葛根汤新用三则. 安徽中医学院学报. 1997, 16 (5): 33~34
- [3] 江宁. 从肺论治分泌性中耳炎早期 60 例. 山东中医杂志. 2005, 24 (3): 155~156
- [3] 刘泽萱, 朱春晖. 三拗汤加减治疗慢性咽炎 20 例. 江苏中医药. 2006, 27 (11): 33

第一节 落枕

落枕或称“失枕”，是一种常见病，好发于青壮年，以冬春季多见。落枕的常见发病经过是入睡前并无任何症状，晨起后却感到项背部明显酸痛，颈部活动受限。这说明病起于睡眠之后，与睡枕及睡眠姿势有密切关系。

落枕病因主要有两个方面：一是肌肉扭伤，如夜间睡眠姿势不良，头颈长时间处于过度偏转的位置；或因睡眠时枕头不合适，过高、过低可过硬，使头颈处于过伸或过屈状态，均可引起颈部一侧肌肉紧张，使颈椎小关节扭错，时间较长即可发生肌肉紧张，使颈椎小关节扭错，时间较长即可发生静力性损伤，使伤处肌筋强硬不和，气血运行不畅，局部疼痛不适，动作明显受限等。二是感受风寒，如睡眠时受寒，盛夏贪凉，使颈背部气血凝滞，筋络痹阻，以致僵硬疼痛，动作不利。

【临床应用】

麻氏^[1]以葛根汤为基础加减治疗落枕，药物组成：葛根 30g、麻黄 9g、桂枝 10g、连翘 10g、生姜 3 片、炙甘草 6g、白芍 15g、大

枣 12 枚，每日 1 剂水煎分 2 次服。将药渣再煎一次，取汁热敷患侧颈部，并进行适当按摩。

【病案举例】

麻氏^[1]治疗典型病例：陈某，男性，45 岁。患者淋雨后，次日晨起感颈项疼痛，活动受限，不能前屈后伸和旋转。诊见颈部活动明显受限，颈椎无改变，右侧斜方肌隆起，压痛明显，无放射痛。诊为落枕，治宜散寒解肌、活血通络、柔筋止痛。予葛根汤加减：葛根 30g，麻黄 9g，白芍 15g，桂枝 10g，连翘 10g，炙甘草 6g，生姜 3 片，大枣 10 枚。每日 1 剂水煎分 2 次服，并将药渣煎汁热敷患侧颈部，对痛点进行按摩治疗。治疗 2 天而愈，随访 3 个月无异常。

按：中医认为落枕多因外感风寒，侵袭经络，使经筋气血阻滞，脉络不利所致。葛根汤方中葛根有显著的解肌柔筋脉作用应重用；麻黄辛温具温通发散之力，可温通血脉，活血通络，祛瘀定痛，虽药籍记载本方有较强的发汗作用，但临床用治疗落枕时多不发汗，亦未见明显毒副作用；葛根有显著的解肌柔筋脉作用，桂枝辛温通阳助麻黄以通行气血；芍药配甘草之甘酸，助葛根柔筋缓急止痛，又可制麻黄辛散太过；连翘具升浮宣散之力，能疏通气血；姜枣调和营卫。全方共奏散寒解肌、柔筋脉、活血止痛之功，配以按摩及局部热敷，对加强局部血液循环，促进症状改善有较好作用。

第二节 颈椎病

颈椎病又称颈椎综合征，是颈椎骨关节炎、增生性颈椎炎、颈神经根综合征、颈椎间盘脱出症的总称，是一种以退行性病理改变为基础的疾患。主要由于颈椎长期劳损、骨质增生，或椎间盘脱出、韧带增厚，致使颈椎脊髓、神经根或椎动脉受压，出现一系列功能障碍的临床综合征。表现为颈椎间盘退变本身及其继发性的一系列病理改变，如椎节失稳、松动；髓核突出或脱出；骨刺形成；韧带肥厚和继发的椎管狭窄等，刺激或压迫了邻近的神经根、脊髓、椎动脉及颈部交感神经等组织，并引起各种各样症状和体征的综合征。

颈椎位于头部、胸部与上肢之间、又是脊柱椎骨中体积最小，但

灵活性最大、活动频率最高、负重较大的节段,由于承受各种负荷、劳损,甚至外伤,所以极易发生退变。大约 30 岁之后,颈椎间盘就开始逐渐退化,含水量减少,并伴随年龄增长而更为明显,且诱发或促使颈椎其他部位组织退变。生物力学角度来看,第 5~6、第 6~7 颈椎受力最大,因此,颈椎病的发生部位在这些节段较为多见。有统计表明,50 岁左右的人群中大约有 25% 的人患过或正患此病,60 岁左右则达 50%,70 岁左右几乎为 100%,可见此病是中、老年人的常见病和多发病。

本病属中医学“痹证”范畴。临床辨证主要分为肝肾亏虚、风寒湿痹两种类型。

【临床应用】

石氏^[2]以葛根汤为基础加减治疗颈椎病,药物组成:葛根 30g,桂枝 6g,赤芍 10g,地龙 10g,延胡索 10g,鸡血藤 15g,防风 10g,生姜 3 片,大枣 5 枚。气虚加黄芪 30g,山药 15g,杜仲 10g;瘀血加丹参 10g,桃仁 10g,当归 6g,川芎 6g,牛膝 10g;阴虚加生地黄 15g,枸杞子 15g,女贞子 10g,黄精 15g,山茱萸 10g,麦冬 10g;肝阳上亢加天麻 10g,白芍 15g;湿重加羌活 10g,薏苡仁 30g,茯苓 30g;失眠加酸枣仁 15g,夜交藤 15g。每日 1 剂,水煎服。10 剂为 1 疗程。配合颈椎牵引和 TDP 照射。治疗效果较好。

【病案举例】

石氏^[2]观察颈椎病病例 100 例,均为门诊患者,其中男 43 例,女 57 例;年龄最大 72 岁,最小 21 岁,平均 41.6 岁;病程最长 30 年,最短 2 个月,平均,15 年;其中颈型 53 例,神经根型 47 例。诊断标准所有病例均符合“中医病证诊断疗效标准”中颈椎病的诊断标准。治疗方法:葛根汤加减,方药组成同上。每日 1 剂,水煎服。10 剂为 1 疗程。颈椎牵引采用坐位颌枕牵引,患者坐位,戴颌枕布带,通过牵引绳及滑轮进行牵引,牵引绳一端悬秤砣,以体重作为对抗牵引力。牵引角度采用头颈前屈角度小于 5°或成垂直位牵引,牵引重量根据患者体重及耐受程度从 1.5~2kg 开始,逐渐加大牵引重量,通常可加至 3.5~4kg。每日牵引 1 次,每次牵引 20~30 分钟,10 天为 1 疗程。TDP 照射颈部及肩背、手臂、痛处照射 30 分

钟，以患者感觉温热而不烫为度。每日照射1次，10天为1疗程。疗效观察：疗效标准依据文献中颈椎病之疗效标准拟定。治愈：原有各型病症消失，肌力正常，颈、肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作。好转：原有各型症状减轻，颈、肩背疼痛减轻，颈、肢体功能改善。无效：症状无改善。治疗结果100例中治疗1个疗程者38例，治疗2个疗程者50例，治疗3个疗程者12例。结果治愈73例，好转27例，总有效率100%。

按：颈椎病症状复杂，临床流行病学证实，风寒湿刺激、长期低头位都是加速椎间盘退变，产生颈椎病临床症状的重要因素。实验证实，风寒湿邪刺激后，肌肉、肌腱、关节滑膜、关节软骨等组织可出现微循环障碍，炎性细胞渗出，神经电生理改变，血液流变学变化，氧自由基代谢异常以及白介素 1β 等细胞因子mRNA表达的改变。中医认为颈椎病多由肝肾不足，气血亏虚，或外伤或慢性劳损，精血不能濡养筋骨，致局部脉络空虚，复感风寒湿邪使颈部经络闭阻不通所致，乃虚实夹杂之证。葛根汤由葛根、麻黄、桂枝、芍药、炙甘草、生姜、大枣组成。具有通经活络、调理气血的功效。有研究显示，葛根汤可以抑制炎性物质释放，调控椎间盘细胞外基质金属蛋白酶活性，调节椎间盘中相关细胞因子和凋亡相关蛋白的表达；颈椎牵引能解除肌肉紧张或痉挛，减轻椎间盘压力，扩展椎管容积，增大椎间隙和椎间孔，改善压迫物和被压迫组织的解剖关系，从而缓解椎动脉和神经根的受压迫或刺激症状；TDP的温热作用使血管扩张，增加血液循环，改善组织代谢和营养，血管通透性增强，有利于改善静脉淋巴回流，消除肌肉痉挛与疲劳。

第三节 肩关节周围炎

肩关节周围炎又称漏肩风、五十肩、冻结肩，简称肩周炎，是以肩关节疼痛和活动不便为主要症状的常见病症。本病的好发年龄在50岁左右，女性发病率略高于男性，多见于体力劳动者。如得不到有效的治疗，有可能严重影响肩关节的功能活动，妨碍日常生活。本病早期肩关节呈阵发性疼痛，常因天气变化及劳累而诱发，以后逐渐

发展为持续性疼痛,并逐渐加重,昼轻夜重,夜不能寐,不能向患侧侧卧,肩关节向各个方向的主动和被动活动均受限。肩部受到牵拉时,可引起剧烈疼痛。肩关节可有广泛压痛,并向颈部及肘部放射,还可出现不同程度的三角肌的萎缩。

本病从病因上分可为以下几种:①肩部急性扭伤:中青年时期经脉气血旺盛,肩部周围的肌肉、筋膜比较坚实,但在用力不当或用力过猛的情况下,容易造成肩关节周围的肌肉、筋膜的急性扭伤,若这种扭伤得不到及时治疗,又复感风寒湿邪,则气血凝滞于肩部,因寒气稽迟,泣而不行,客于脉中,气不通顺,不通而痛。②肩部慢性劳损:这说明因年老体弱,气血亏虚,肩部经脉、肌肉、筋膜失于濡养,加之肩关节在日常生活和劳作中活动最为频繁,其周围肌肉、筋膜经常受到来自各方面的摩擦、挤压、碰撞等,易造成慢性劳损,在这种慢性劳损不断积累的基础上复感风寒湿邪,引起肩关节周围炎。

中医认为本病的原因是风寒湿邪凝结于肩部:肩部的前侧为手三阴经循行部位,背侧为手三阳经循行部位,肩背部有足太阳膀胱经循行部位,风寒湿三邪乘虚侵袭于肩背部,使上述经脉气血运行受阻,不通则痛。故《素问·举痛论》说:“寒气客于脉外则脉寒,脉寒则缩蜷,蜷缩则脉绌急,绌急则外引小络,故卒然而痛”。《素问·缪刺》篇也说:“邪客于足太阳之络,令人头项肩痛”。

【临床应用】

高氏^[3]以葛根汤为基础加减治疗肩关节周围炎,药物组成:葛根15g,桂枝6g,麻黄3g,芍药12g,甘草9g,生姜6g,大枣5枚组成,水煎服。如湿重,舌苔厚腻者,可去芍药加羌活以燥湿,还可加鸡血藤以活血养血通络,加全蝎以增强舒筋止痛之效。配合推拿疗法,效果令人满意。

【病案举例】

高氏^[3]观察病例67例,患者均为门诊病人,其中男性38例,女性29例;病程最长16个月,最短3周;年龄45~71岁,其中50岁以上者47例,50岁以下者20例。发病部位:左肩疼痛者11例,右肩疼痛者48例,双肩疼痛者8例,有外伤史者7人。上述病例临床表现均为肩部疼痛,畏寒,上臂的前屈、上举、外展、旋前、旋后等

功能受限，经 X 线拍片及抗“O”、类风湿因子、血沉等检查，均为正常。治疗方法：早期患者因疼痛较甚，宜采用较轻柔的手法在压痛部位反复治疗，以达到疏通经络、活血止痛目的。如患者肩部畏寒症状明显者，可用葛根汤为主方加减以温通经脉。对于晚期患者宜用较重的手法剥离，以松解其凝结的筋膜、肌肉，滑利关节，促进肩关节功能活动恢复正常。中药治疗：葛根汤由葛根 15g，桂枝 6g，麻黄 3g，芍药 12g，甘草 9g，生姜 6g，大枣 5 枚组成，水煎服。如湿重，舌苔厚腻者，可去芍药加羌活以燥湿，还可加鸡血藤以活血养血通络，加全蝎以增强舒筋止痛之效。手法治疗：手法采用捏、揉、按、拿、弹拨、摇、抖、牵拉、搓等方法，取肩井、肩髃、肩贞、天宗、曲池等穴及患侧肩周、背部及上肢等。操作：患者端坐，医生站在患者背后，先拿肩井穴以升津液，后弹拨，分推天宗穴处及背部压痛点，再弹拨肩峰前压痛点及曲池穴 1~2 分钟，然后双手分握患侧四个手指环形摇肩 2~3 周，再波浪式抖动患侧上肢 3~5 次，在抖动中乘其不备迅速向上牵拉一次（若体虚或患有高血压、心脏病者牵拉手法宜轻），牵拉角度最好是在患者外展障碍角度的基础上向上提高 10°为宜，过低收不到剥离效果，过高恐患者疼痛难忍。牵拉后患者出现 1~2 分钟痛感，可急用两手对按于肩根部，待其疼痛缓解后两手对搓患肢 2~3 次，在肩背部拍几次，手法完毕。治疗标准：显效：局部疼痛症状明显减轻，活动改善，生活可以自理，能坚持一般工作；好转：局部疼痛症状减轻，活动仍有障碍，生活可以自理；无效：局部疼痛症状未见明显改善，活动仍有障碍。治疗结果：67 例患者中，痊愈 59 人，好转 6 人，无效 2 人。治疗 1~5 次治愈者 32 人，5~9 次治愈者 27 人。

按：肩关节周围炎是肩关节周围肌肉、肌腱、筋膜、滑囊等的慢性损伤性炎症，属中医“痹证”范畴。葛根汤中葛根为主药，性味甘辛，能升津液以濡养肩背部之筋膜、肌肉，诸药合用，以达到疏通经络、活血止痛的目的。若肩部畏寒不甚，但汗出不畅，脉缓，苔薄白者，可去麻黄而用桂枝，以解肌和营卫。若患肩畏寒重，无汗，脉紧，苔白者，则重用芍药敛阴和营，姜、枣、草助中焦而益胃气。如湿重，舌苔厚腻者，可去芍药加羌活以燥湿，还可加鸡血藤以活血养



血通络，加全蝎以增强舒筋止痛之效。推拿疗法具有调节机体神经兴奋性，活血散瘀，消肿止痛，松解粘连，滑利关节的作用。同时，可增强血液及淋巴循环，促进新陈代谢，使纤维化的软组织向弹性发展，恢复活力。

参考文献

- [1] 麻莉，薛京花．葛根汤加味治疗落枕 23 例．中国民间疗法，2001，9（10）：52
- [2] 石柳芳．葛根汤加减为主治疗颈椎病 100 例．广西中医药，2005，28（5）：22
- [3] 高小美．综合治疗肩关节周围炎 67 例临床分析．内蒙古中医药，2006，（1）：10

第一节 血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎是比较常见的周围血管疾病，发生于中小动脉（同时累及静脉及神经）的慢性进行性节段性炎症性血管损害；病变累及血管全层，导致管腔狭窄、闭塞。又称伯格病。多发生于青壮年男性，多有重度嗜烟历史。典型的临床表现为间歇性跛行、休息痛及游走性血栓性静脉炎。该病主要侵犯肢体，尤其是下肢的中、小动脉及其伴行的静脉和皮肤浅静脉，受累血管呈现血管壁全层的非化脓性炎症，管腔内有血栓形成，管腔呈现进行性狭窄以至完全闭塞，引起肢体缺血而产生疼痛，严重者肢端可发生不易愈合的溃疡及坏疽。

本病属中医学“脱疽”、“十指零落”范畴。《灵枢·痈疽篇》谓：“发于足趾，名曰脱疽，其状赤黑，死不治”的记载。指出了“脱疽”疾病的特点。

血栓闭塞性脉管炎的发病，与脏腑、经络与营卫气血有密切关系。“血脉营卫，周流不休”，“脉道以通，气血乃行”。如情志不舒、

饮食失节、寒冷刺激、劳伤虚损和禀赋素虚等，可使五脏功能失调，而导致经络、气血功能紊乱，最后引起发病。其中，因心主血脉，心阳不足，血脉运行不畅；肺主治节而朝百脉，肺受邪则使营卫运行滞涩；肝肾不足，寒客经脉，血涩不通，脉络闭阻；思虑或饮食不节伤脾，脾阳不振，脾运失健，或怒伤肝血，气血难达四末。总之，人体脏腑功能紊乱，以致营卫气血运行失调，再加寒冻，寒邪客于经络，气滞血瘀，经络瘀阻，阳气不能达于四肢而发生本病。对于阴寒内盛，寒凝血瘀，经络阻塞的血栓闭塞性脉管炎，可运用具有温经散寒，通行气血作用的麻黄汤加减治疗。

【临床应用】

郭氏等^[1]以麻黄汤为基础方治疗脉管炎，药物组成：麻黄、杏仁、熟地、破血伞各10g，桂枝、甘草、独活、泽兰、川芎、牛膝各15g。水煎服，每日1剂，取得了满意的疗效。

【病案举例】

郭氏等^[1]观察脉管炎病例1例，患者林某，男，54岁，工人。1987年9月起左下肢麻木、发凉，未予重视，入冬加重，左下肢疼痛，间歇性跛行，经对症治疗病情控制不良，疼痛呈持续性，夜间剧烈，肤色苍白，肤温下降，并出现散在紫斑。1991年就诊于县医院，诊断为“脉管炎”。经扩血管、抗凝、溶栓及抗感染治疗3个月，病情加重，左下肢趾端发黑干瘪。因惧怕截肢辗转多家大医院治疗月余仍无效，入本院接受中药治疗。症见：恶寒不热，左下肢踝以下浮肿，肤色灰黑，五趾黑如墨染，麻木，疼痛剧烈，触之冷痛甚，趺阳脉搏动消失，无渗液及腐臭味，舌暗、苔白厚，脉沉弱而濡。中医诊断为脱疽，证属寒湿瘀血闭阻经脉。方用麻黄汤加味：麻黄10g，桂枝15g，杏仁10g，甘草15g，独活15g，泽兰15g，川芎15g，牛膝15g，熟地10g。二诊：服上药3剂，微汗出，麻木减轻，肿略消，疼痛稍减，余症同上。守上方加川断14g，以增强散寒祛湿、壮经活络之力。4剂。三诊：麻木消失，肿胀进一步消退，疼痛明显减轻，左足灰黑色化为浅灰色，足趾甲墨黑变浅。照原方加白花蛇2条以搜风通络，拟方6剂。四诊：续服上药仍微微汗出，恶寒消失，疼痛减轻，肿胀消退，能扶坐床榻，足面灰色濒于消失，趾甲深黑色变为浅

灰色，足部活动依然受限。舌暗、苔白厚微腻，脉濡细。上方加苍术 10g，以苦温燥湿。6 剂。五诊：触之肌肤稍暖，足面灰色全部消失，趾甲黑色转为灰色而浅，足能任地，扶能移步，但不能成行，趺阳脉搏动微弱，苔转薄白，现经脉略通，去苍术，加黄芪 30g、丹参 15g，以益气养血通脉，10 剂。六诊：服上药左下肢疼痛完全消失，趾甲灰色甚浅显露红润色泽，能在室内缓行几步，趺阳脉易触及。嘱患者停药 3 天，缓和肠胃。七诊：患者脉象缓和，趺阳脉搏动有力。患趾色泽红润，能举足缓行。继上方减麻黄至 6g，加杜仲 15g、巴戟天 15g，补肾壮腰，拟 6 剂以巩固疗效。出院后续服上方丸剂 1 个月，健康如常。

按：脱疽诊断易明，治疗困难。早在《灵枢·痈疽篇》即有“发于足趾，名脱疽，其状赤黑，死不治；不赤黑，不死；不衰，急斩之，不则死矣”的记载。其病位在脉，属本虚标实。本乃肝肾不足，标为寒客经脉，血泣不通，脉络闭阻。病在阴当以温药化之。心主血脉，肺主治节而朝百脉，故其标与心肺关系尤大。麻黄以轻扬之味，辛温之性善达肌表，走经络，配杏仁宣降肺气，通调血脉，散寒定痛。《本经疏证》曰：“麻黄、杏仁并用，盖麻黄主开散，其力悉在毛窍，非借杏仁伸其血络中气，则其行反濡缓而有所伤。”桂枝合甘草助心阳，益心气温经通脉；麻桂合用辛温力增，取其发汗之功透邪散寒于肌肤之外，加速血液流通；酌佐熟地滋肾水约束麻、桂之辛温，微汗为度；独活疗风寒湿痹不论久新；破血祛风除湿，解毒活血疗麻木治痈疽效宏；泽兰利关节，破宿血，养血气，生肉生肌，利水消肿；川芎、牛膝活血壮腰，一升一降直达趾指关节，祛血中之风。全方配伍严谨，通补兼施，散收并用，破血养血，适时伍用益气通络、滋补肝肾之品而收良效。

参考文献

- [1] 郭大礼，张国印．麻黄汤加味治愈脉管炎 1 例．江西中医药，1997，28（4）：30

[illegible]

下

篇

实验研究



麻黄汤制剂研究

麻黄汤载于《伤寒论》，为仲景开表发汗逐邪第一峻剂。本方药凡四味，由君药麻黄，臣药桂枝，佐药杏仁和使药炙甘草组成，其功效发汗解表，宣肺定喘，主要用于太阳病表实证及其变证或坏病的治疗。药理学实验证明：本方具有解热、抗病毒、镇咳、祛痰等作用。历代应用本方大多以其组成药味水煎内服，如此带来了服用的不便且质量标准难以明确，而运用现代工艺技术制成麻黄汤配方的颗粒剂型不仅服用方便，质量稳定，并且具有较好的临床疗效，现介绍如下：

一、实验部分

（一）麻黄汤冲剂制备工艺^[1]

1. 制备工艺

工艺一：桂枝药材→水蒸气蒸馏→蒸馏液（10:1）重蒸馏→蒸馏液（1:1）→NaCl 过饱和→冰箱精置→分离挥发油。就桂枝蒸馏液和药渣及其他三位药一并水提，醇沉，得到浸膏，采用一步制粒法制粒，60℃干燥1小时，喷洒挥发油于颗粒上，由于挥发油中含少量水份，故再于60℃干燥半小时即得。

工艺二：苦杏仁预先置于烘箱内，80℃干燥1.5小时候备用。桂枝药材粉碎，过筛，得

40% 100 目细粉备用。就粗粉和麻黄、炙甘草、苦杏仁一并水提醇沉，最后所得浸膏和适量糖粉及桂枝细粉一起制粒，干燥，制得混悬型冲剂。

工艺三：四味药不做处理，同时水提醇沉，所得浸膏加少量糖粉，糊精制粒，干燥后即得冲剂。

2. 质量控制

(1) 鉴别

制备样品：石油醚提取物：取工艺一、二、三制得的颗粒各 10g，分别用石油醚 40ml 回流提取 1 小时，提取液水浴浓缩至 20ml，得石油醚提取物 I 石、II 石和 III 石，备用。水提取物：取工艺一、二、三法制得的颗粒，用水 20ml 溶解，静置，过滤，滤液加活性炭 0.1g 脱色处理。过滤，得水提取物 I 水、II 水和 III 水，备用。汤剂样品的制备：称取相当于 10g 冲剂中所含药材两份，分别按常法制得汤剂药液。其中一份水浴蒸干，刮下干膏，依照下述 A 法制得汤剂石油醚提取物 IV；另一份水浴浓缩至 20ml，按下述 B 法制得汤剂水提取物 V，备用。

A 法：取相当于处方量的冲剂样品，置烧杯中，准确加入沸水 250g，加盖，称定总重量，在 80℃ 水浴保温浸渍 20 分钟，复称重量，补足失水，过滤，滤液离心 5 分钟，转速 2000 转/分精密吸取样品 20ml。

B 法：取处方量的汤剂样品。置烧杯中，准确加入沸水 250g，加盖，称定总重量，室温浸泡 20 分钟后，文火煎煮，保持微沸 30 分钟，复称重量，余按上操作，得精密样品 20ml。

将制得的上述样品分别进行挥发油、苦杏仁苷、甘草甜素三种成分的定性检查，结果如表一、表二所示，表明工艺二制得的颗粒冲剂与原汤剂所含成分相近。

(2) 含量测定：麻黄碱：为比较冲剂和汤剂中的药物成分提取情况，拟定以麻黄碱为指标，对不同工艺制成的几批冲剂以及汤剂进行含量测定。结果，几批不同工艺制备的冲剂麻黄碱含量在 0.37% ~ 0.55% 之间；而汤剂在 0.30% ~ 0.48% 之间，认为冲剂提取物优于汤剂。

表1 石油醚提取物的定性检查

反应结果	样 品			
	I 石	II 石	III 石	IV
定性项目 挥发油	+	++	-	+

表2 水提取物的定性检查

反应结果	样 品			
	I 水	II 水	III 水	IV
定性项目 挥发油	+	++	-	+
皂 苷	+	+	+	+

注：(+) 为正反应，(++) 为阳性反应明显，(-) 为阴性反应。

二、讨论

麻黄汤用药精当，组方配伍合理，临床运用时若辨证准确，疗效确凿，因此是临床各科应用广泛的名方。将麻黄汤运用现代技术制成的颗粒剂型，提取工艺合理，质量控制指标可行，操作科学，重复性好，能够控制麻黄汤配方颗粒的质量，使之具有与麻黄汤相同的药理效应。这是对传统剂型的发展和补充，既保持了传统组方的特点，又提高了质量保证，值得临床推广和应用。

麻黄汤中组成中药的 药理研究

一、麻黄

麻黄是多年生灌木植物，主产于山西、河北、内蒙古、陕西、甘肃、新疆等地。麻黄耐严寒和干旱。干燥高地、山岗、干枯河床、多沙地带、沙漠等均可生长。麻黄的草质茎入药，色淡绿或黄绿，内芯红棕，味苦涩。处方名用生麻黄、炙麻黄、麻黄绒等。本品为麻黄科植物草麻黄 *Ephedra sinica* Stapf、中麻黄 *Ephedra intermedia* Schrenk et C. A. Mey. 或木贼麻黄 *Ephedra equisetina* Bge. 的干燥草质茎。秋季采割绿色的草质茎，晒干。始载于《本经》，列为中品。

（一）化学成分

麻黄的主要成分为生物碱（1% ~ 2%）。总生物碱的 80% ~ 85% 为麻黄碱；其次为伪麻黄碱，以及微量的 L-N-甲基麻黄碱、D-N-甲基伪麻黄碱、去甲基麻黄碱、去甲基伪麻黄碱和麻黄次碱等；麻黄含有少量挥发油，油中含 L- α -松油醇、2, 3, 5, 6-四甲基吡嗪，尚含鞣质等。

(二) 药理作用

1. 发汗作用 实验证明麻黄的挥发油有挥发作用^[2]，也有人观察在一般情况下，麻黄碱虽不能诱发人体发汗，但当人体处在温热环境中，用麻黄碱 50 ~ 60mg，经 0.5 ~ 2.0 小时后，汗腺分泌确比未用麻黄碱者更多更快。这与古人用药效果相符合。近年来有报道用 L-麻黄碱给猫静脉注射 (70mg/只) 或口服 2mg/kg，或口服 L-甲基麻黄碱 4mg/kg，测得其后肢足跖放散的水分量增加，这种作用在切断坐骨神经时消失，但用 20% 的麻黄煎剂皮下注射及口服未见上述作用。并观察到给大鼠口服水溶性提取物，在 75 ~ 300mg/kg 的范围内，呈现剂量依赖性发汗作用。

2. 利尿作用 利尿作用的有效成分主要是 D-伪麻黄碱。麻醉犬静脉注射 D-伪麻黄碱 0.5 ~ 1.0mg/kg，尿量可增加 2 ~ 5 倍，且一次给药作用可维持 30 ~ 60 分钟；家兔静脉注射 D-伪麻黄碱 0.2 ~ 1.0mg/kg，亦可见尿量明显增加，但当剂量增至每公斤体重 1.5mg 时，尿量反见减少。

3. 镇咳、平喘 麻黄碱对支气管平滑肌有松弛作用^[3]，对于用药（如毛果芸香碱）引起的支气管痉挛有显著解痉作用。伪麻黄碱与麻黄碱的解痉作用相似。甲基麻黄碱可使支气管扩张。麻黄水溶液提取物对豚鼠气管机械刺激所致咳嗽有明显的镇咳作用，约相当于磷酸可待因 1/20 的效果。

4. 抗过敏 体外实验证明，麻黄水提取物及乙醇提取物能抑制过敏介质释放；在溶血素实验中发现有抗补体作用。

5. 升高血压 麻黄碱因能兴奋肾上腺素能受体而使心跳加快、心肌收缩力加强、心输出量增加、血管收缩而呈现升高血压作用。

6. 兴奋中枢神经系统 麻黄碱兴奋大脑皮层和皮质下中枢，可引起精神兴奋和失眠等症状，并可缩短巴比妥类催眠作用时间，亦能兴奋中脑延髓呼吸中枢。

7. 解热、抗病毒 麻黄挥发油对实验性发热动物有解热作用，对流感病毒亚甲型有明显的抑制作用。

8. 对抗急性血瘀症形成的作用 陈文梅、何基渊^[4]等给大鼠皮

下注射肾上腺素外加冰浴刺激,造成寒凝气滞的急性血瘀模型,再以麻黄水煎液灌胃,观察麻黄水煎液对模型大鼠的PT、ELT及血液流变性的影响,结果表明麻黄能明显延长模型大鼠的血液黏度,改善其血液流变性。

9. 改善慢性肾功能衰竭的作用 王国柱、大浦彦吉等^[5]研究表明麻黄具有改善慢性肾功能衰竭的作用。经口投入麻黄干浸膏及其单宁成分,观察其对实验性慢性肾衰大鼠的治疗作用,结果发现同期投药及诱发后投药,麻黄干浸膏能使肾衰大鼠血中尿素氮下降37%,肌酐下降35%,甲基胍下降76%,胍基琥珀酸下降83%,血磷下降39%,血钙升高28%,尿中甲基胍排泄量平均降低49%~65%。表明麻黄干浸膏可明显改善慢性肾衰大鼠的肾功能,纠正高磷低钙血症,明显抑制甲基胍的产生。其作用机制是抑制了肌酐和羟自由基的产生,从而使甲基胍的产生量减少。但是麻黄的单宁成分fraction2和fraction3则无改善慢性肾衰的作用。

10. 促进脂肪细胞脂肪合成的作用 蒋明、高九武司、奥田拓道等^[6]用正常大鼠附睾处脂肪细胞,分别观察麻黄对¹⁴C标记的葡萄糖转化的脂肪合成及由去甲肾上腺素(NE)促进脂肪溶解的作用。结果表明,麻黄可促进NE由葡萄糖转化的脂肪合成,并且这种作用与基质溶解的pH有关;麻黄尚可抑制由NE促进的脂肪分解作用。即中药麻黄在脂肪细胞的脂质代谢中显示了胰岛素样的活性。他们还研究发现该活性不是由麻黄碱引起的,这就使麻黄在糖尿病的预防和治疗领域的开发利用有一个有意义的起点。他们猜测关于麻黄胰岛素作用的具体物质,可能是一种多糖。

11. 在影响细胞免疫方面 陈荣明、朱耕新、许芝银等^[7]以接触性超敏反应、胸腺和脾脏的脏器指数、血液中T淋巴细胞亚群(CD₄、CD₈)为主要观察指标,研究麻黄的不同提取物对细胞免疫的抑制作用。结果表明所分离出的麻黄-9905能减轻二硝基氯苯所致的小鼠耳廓肿胀,使胸腺萎缩,调整二硝基氯苯所致的血液中CD₄/CD₈的失调。说明麻黄-9905对细胞免疫有抑制作用,其作用机制是:一方面使胸腺萎缩,导致T淋巴细胞的形成减少,另一方面可能与调整辅助性T细胞和抑制性T细胞的比例有关。据杨康等报道,

从草麻黄水提取物中获得一单体成分, 体外实验证实该成分具有良好的补体抑制活性, 对补体经典途径、替代途径、后段成分都有剂量依赖的抑制作用, 其中对经典途径最为显著。此外, 该成分对人和猫血清的补体抑制活性有显著差异, 对人血清的作用明显优于对猫血清。

12. 清除氧自由基的作用 张连茹、邹国林、杨天鸣等^[8]采用热水提取法, 从麻黄中提取到水溶性多糖, 再经过处理得到较纯的麻黄多糖样品, 再采用邻苯二酚氧化法, 结果表明麻黄多糖可清除氧自由基, 具有抗氧化作用。

13. 抑制腹泻的作用 Yoo J S 等^[9]为寻找具有对抗 5-羟色氨(5-HT)活性的传统中药, 对 66 种中药的粗提物进行随机筛选发现, 麻黄等 5 种中药显示出最有效力的抑制由 5-羟色氨酸(5-HTP)引起的小鼠腹泻活性。其可能机制至少有三种: ①抑制芳香氨基酸脱氨酶催化 5-HTP 转化为 5-HT; ②阻断 5-HT 与胃肠道受体结合; ③抑制胃肠道蠕动, 但其分子机制还有待阐明。

二、桂枝

为樟科植物肉桂的嫩枝。8~7 月间剪取嫩枝, 截成长约 15cm 或 30~100cm 的小段, 晒干。干燥的嫩枝, 呈圆柱形, 长 15~100cm, 直径 0.8~1cm, 外表棕红色或紫褐色。表面有枝痕、叶痕、芽痕, 并有纵棱线、纵纹及横纹。质硬而脆, 易折断, 断面不平坦。外有棕红色边, 中心色较深。粗枝断面呈黄白色。气清香, 味甜微辛。以幼嫩、棕红色、气香者为佳。

(一) 化学成分

其成分含挥发油(桂皮油), 油中主要成分为桂皮醛、桂皮酸, 并含少量乙酸桂皮酯, 乙酸苯丙酯。此外, 尚有鞣质、黏液质及树脂等。

(二) 药理作用

1. 抗菌作用 桂枝醇提物在体外能抑制大肠杆菌、枯草杆菌及金黄色葡萄球菌, 有效浓度为 25mg/ml 或以下。对白色葡萄球菌、

志贺痢疾杆菌、伤寒和副伤寒甲杆菌、肺炎球菌、产气杆菌、变形杆菌、炭疽杆菌、肠炎沙门菌、霍乱弧菌等亦有抑制作用（平板挖洞法）。

2. 抗病毒作用 用人胚肾病原代单层上皮细胞组织培养，桂枝煎剂（1:20）对流感亚洲甲型京科 68-1 株和孤儿病毒（ECHO₁₁）有抑制作用，在鸡胚上，对流感病毒有抑制作用，以 70% 乙醇浸剂作用较好。

3. 利尿作用 用含桂枝的五苓散 0.25g/kg 给麻醉犬静脉注射，可使犬尿量明显增加，单用桂枝静注（0.029g/kg）利尿作用比其他四药单用显著。

4. 扩张血管，促进发汗 桂枝单用发汗力弱，常与麻黄配伍如麻黄汤，则发汗力增强。

5. 镇痛作用 桂枝对热致痛小鼠可明显延长其痛阈时间，对小鼠醋酸所致的疼痛，有显著的拮抗作用。以桂枝醇提液镇痛明显，与颅痛定无显著性差异（ $P > 0.05$ ），桂枝水提液镇痛效应与颅痛定有显著差异（ $P < 0.05$ ），认为与桂枝中镇痛的有效成分可以溶解在乙醇中，而较少溶解在水中有关。桂枝具有镇痛效应对临床开发新的镇痛药具有积极的意义。

6. 抗炎作用 桂枝挥发油对二甲苯所致小鼠的耳廓肿胀^[10]、醋酸致小鼠腹腔毛细血管通透性亢进和角叉菜胶致大鼠足肿胀均有显著的拮抗作用，对 LPS 致大鼠急性肺炎模型^[11]外周血白细胞总数、淋巴细胞百分数、淋巴细胞计数亦有显著抑制作用，提示肌动蛋白 faction 可能是桂枝挥发油的作用靶点之一。在炎症反应中，循环白细胞与血管内皮细胞的相互作用是炎性白细胞能在炎症区域集聚的中心环节^[12]，桂枝挥发油能显著降低 LPS 致大鼠急性肺炎模型外周血白细胞的数量，减少或降低了白细胞与血管内皮细胞相互作用的几率或程度，因此降低或减少了炎性白细胞向肺组织炎症区域集聚，达到抗炎和保护肺功能的作用。

三、杏仁

杏仁是蔷薇科落叶乔木植物山杏的成熟果实。主产于我国东北、

内蒙古、华北、西北、新疆及长江流域。夏季采收成熟果实，除去果肉及核壳，晒干，生用。《本经》：“主咳逆上气雷鸣，喉痹。”

（一）化学成分

本品主要含苦杏仁苷及脂肪油、蛋白质、各种游离氨基酸。苦杏仁苷分解后产生少量氢氰酸，能抑制咳嗽中枢而镇咳平喘作用。过量易出现中毒。

（二）药理作用

1. 抗肿瘤作用 苦杏仁苷具有良好的抗肿瘤作用，被用作治疗癌症的辅助性药物。将苦杏仁苷制剂用于晚期癌症患者的治疗，可使症状改善，存活期延长。将苦杏仁苷用于癌性胸水的治疗，发现苦杏仁苷对癌性胸水有一定程度的控制和缓解作用。苦杏仁苷对子宫颈癌 JJC26 株的抑制率为 50% ~ 70%。苦杏仁苷及其水解所产生的氢氰酸和苯甲醛体外试验均被证明有抗癌作用，癌细胞内硫氢化酶较正常细胞少，因此，对苦杏仁苷水解释放出氢氰酸的解毒能力较差。苦杏仁苷加苯甲醛或苦杏仁苷加 β -葡萄糖苷酶可明显提高抗癌效力，已发现癌细胞无氧酵解占优势，其产物乳酸形成的偏酸性环境有利于提高 β -葡萄糖苷酶的活性，促使苦杏仁苷在癌细胞中水解出较多的氢氰酸和苯甲醛而发挥更强的抗癌作用。研究发现^[13]，将 0.1, 0.5, 1.1 mmol/L 终浓度的苦杏仁苷及终浓度为 250 nmol/L 的 β -葡萄糖苷酶共同作用于大肠癌 LoVo 细胞 24h，通过形态学观察发现细胞呈现出凋亡为主的形态改变，少数呈坏死的特征；如果进一步经 DNA 凝胶电泳、流式细胞检测均可见到典型的细胞凋亡特征改变，实验说明，苦杏仁苷被 β -葡萄糖苷酶特异性激活后具有导致大肠癌 LoVo 细胞出现以凋亡为主的作用。因此，苦杏仁苷有可能成为一种新的治疗肿瘤的细胞凋亡诱导剂，并用于大肠癌靶向化疗的前药。^[14]

2. 抗溃疡作用 实验研究发现，苦杏仁苷具有较好的抗溃疡作用。例如：40、20 mg/kg 苦杏仁苷能够降低冷浸法所致小鼠胃溃疡的溃疡指数，抑制小鼠束缚-冷冻应激性胃溃疡；5、10、20 mg/kg 苦杏仁苷能够减少醋酸烧灼法所致大鼠胃溃疡的溃疡面积，促进大鼠醋

酸烧灼溃疡愈合；10、20mg/kg 苦杏仁苷能够减少幽门结扎所致的大鼠胃溃疡的溃疡面积；10、20mg/kg 能够抑制胃蛋白酶的活性，但苦杏仁苷对胃液量、游离酸度、总酸度没有影响^[15]。

3. 调节免疫功能作用 实验研究发现，20 mg/kg 浓度的苦杏仁苷可抑制佐剂性关节炎原发病变的足跖肿胀度，减轻继发病变的肿胀率，提高小鼠的廓清指数和吞噬指数 ($P < 0.01$)；10mg/kg 浓度的苦杏仁苷可显著降低大鼠胃蛋白酶活性，提高小鼠廓清指数 ($P < 0.05$)，极显著降低佐剂性关节炎原发和继发病变的肿胀度、肿胀率 ($P < 0.01$)，且以上各剂量的苦杏仁苷对大鼠胃液酸度无明显影响作用 ($P > 0.05$)。实验说明，苦杏仁苷能抑制佐剂性炎症，增强巨噬细胞的吞噬功能，具有调节免疫功能的作用^[16]。

4. 抗脑缺血作用 研究发现，苦杏仁苷能明显提高脑缺血状态下细胞色素氧化酶的活力，改善能量代谢，延长细胞生存时间，促进组织细胞代谢及功能恢复和组织修复。苦杏仁苷与爱维治（目前治疗脑缺血相关疾病的最有效药物之一，是小牛血清提取物，能促进缺氧细胞对氧和葡萄糖的提取与利用，改善能量代谢，还有抗血栓形成和促进愈合作用）一样，属于一种脑细胞代谢赋活剂^[17]。

四、甘草

甘草系豆科植物甘草的干燥根及根状茎，盛产于我国内蒙、山西、甘肃、宁夏、新疆等地，资源十分丰富。甘草的主要有效成分是甘草酸和甘草次酸以及甘草甜素。它们不仅用于医药，而且广泛用于食品和化妆品三大领域。

（一）化学成分

甘草的化学组成极为复杂，目前为止从甘草中分离出的化合物有甘草甜素、甘草次酸、甘草苷、异甘草苷、新甘草苷、新异甘草苷、甘草素、异甘草素以及甘草西定、甘草醇、异甘草醇、7-甲基香豆精、伞形花内酯等数十种化合物，但这些成分和数量通常会随甘草的种类、种植区域、采收时间等因素的不同而异。大量的研究表明，甘草甜素和黄酮类物质是甘草中最重要的生理活性物质，主要存在于甘

草根表皮以内的部分。

(二) 药理作用

1. 解毒增效作用 甘草中的甘草甜素有对毒物吸附和解毒作用^[18]，甘草甜素水解后产生的葡萄糖醛能与毒物结合。现代药学的发展，我国已经成功地研制出甘草酸链霉素盐，主要降低了硫酸链霉素对第八对脑神经的损害，使原来不能坚持治疗的病人，现在可以坚持继续使用，可减免硫酸链霉素的毒副作用，而且抗结核疗效不变。甘草甜素对抗癌药丝裂霉素 C 亦具有减毒增效作用。甘草酸-泛醇络盐，可作氯化汞、组胺、烟碱及毒啉等的解毒剂，甘草酸单胺盐与川楝素制得合剂，对治疗肉毒中毒具有显著减毒增效作用。甘草甜素制成口服片，临床与可的松并用，可减除可的松的副作用，并可加强其抗炎效果。据有关报道，甘草次酸可以预防空气中二氧化氮的污染对健康人的危害，对环境保护有着重要意义。

2. 抗溃疡及消炎作用 抗溃疡及消炎作用在欧洲始先，甘草酸和甘草次酸的普遍作用是治疗溃疡和消炎作用。早在 20 世纪 60 年代英国发明了甘珀酸钠，甘珀酸钠是甘草次酸衍生物，具有治疗胃及十二指肠溃疡、口腔溃疡的作用，并可治疗食管炎。甘草酸的铁盐、铝盐等盐类，是治疗胃及十二指肠溃疡疗效高、副作用小的药物，如甘草酸铝、甘草酸锌、甘草酸铋。甘草次酸本身系消炎药，能治疗各种炎症，其衍生物于消炎作用方面就更为之泛。

3. 抗病毒作用 强力新系甘草甜素、氨酸与半胱氨酸的制剂，具有诱生血中干扰素的作用。同时增强巨噬细胞与 NK 细胞的活性，并抑制前列腺素 E 的增加，抑制磷脂酶 A 的活性，从而达到抗病毒作用。甘草甜素本身能诱生人血中干扰素，能直接抑制病毒糖蛋白的合成从而抑制病毒的复制。

4. 降血脂作用 甘草甜素制剂具有降血脂和抗动脉硬化作用^[19]，试验证明可抑制磷脂酶 A 的活性及抗血小板凝集作用。根据动物实验，甘草酸单胺盐或甘草次酸对动脉硬化，有显著降低血胆固醇 13-脂蛋白及甘油三酯的作用，甘草甜素对脂质代谢的作用机制是：甘草甜素抑制磷脂酶 A 的活性，使溶酶体产生机能障碍，防止

脂质的沉积,所以甘草甜素对高脂血症病人有一定疗效。

5. 抗癌、防癌作用 甘草次酸本身具有抗癌活性,其衍生物甘珀酸钠具有治疗子宫癌、乳腺癌及膀胱癌的作用,且副作用小。据有关报道,甘草次酸是一种皮肤癌抑制剂,它们与抗癌药(生物碱类)形成复盐类,不仅有增效作用,且可降低其毒副作用。

6. 止咳作用 甘草次酸胆碱是有效的镇咳祛痰药,镇咳作用仅次于可待因,甘珀酸二胆碱盐的镇咳作用甚至比可待因强。甘氯喘可治疗支气管哮喘,甘草酸单胺盐-甘油合剂用于治疗支气管哮喘。

7. 其他 甘草酸、甘草次酸及其衍生物、复盐等研究范围较为广泛,甘草酸类药物可以制成多种生物碱、抗生素、氨基酸的复盐及复方制剂,具有协同、增溶、增加药物稳定性、提高生物利用度、降低毒副作用等作用。甘草及甘草酸、甘草次酸基本都有甾体激素的副作用,甘草酸的副作用主要由于甘草次酸引起,甘草次酸的结构与甾体激素相似,能使水钠潴留,血压增高,钾排出量增加等副作用。甘草甜素的代谢经胃酸水解或经肝 13-葡萄糖醛基酶分解为甘草次酸,故它们的副作用也和甾体激素相似。目前人们通过各种手段已研制出一不具有甾体激素样作用,而治疗作用显著的制品,如Ⅱ-脱氧甘草萜醇及其脂类。目前人们研究了上千个甘草酸及甘草次酸的衍生物、复合物,但至今应用于临床尚属少数。在现阶段也有不少品种应用于临床,如:甘草酸铝、溃疡宁、甘草酸锌、甘氯喘、生胃酮、甘草酸链霉素等。我国的甘草资源十分丰富、得天独厚、易得价廉,有利于对其进行研究。

麻黄汤全方药理研究

一、解热作用

麻黄汤对发热和正常的试验动物均有明显的解热作用。朱秋双等^[20]使用灭活细菌悬液造成大鼠发热模型,观察灌服麻黄汤对大鼠的解热作用与配伍之间的关系。结果动物体温反应指数显示,麻黄汤具有解热作用,主要药物为麻黄和桂枝,甘草能增强麻黄和桂枝的作用,杏仁对麻黄、桂枝的作用无促进作用。田安民^[21]以 1g/kg 麻黄汤液给家兔耳静脉注射,肛温法测温,结果在注射麻黄汤 30 分钟后,降低升高温度的 63.8%;120 分钟时下降最明显。以 5g/kg 注射于小鼠腹腔,结果实验小鼠皮肤温度降低迅速,于 30 分钟达到最高值(平均降低 5℃),与对照组相比有显著性差异;又用测小鼠前肢腋下温度方法,腹腔注射 5g/kg 麻黄汤及等量生理盐水,观察麻黄汤对小鼠正常皮肤温度的影响。结果显示,实验组降低小鼠皮肤温度作用较迅速,于 30 分钟达到最高值(平均降低 5℃),与对照组相比,有显著性差异。刘国清等^[22]以 9g/kg 麻黄汤分别给药昆明种小鼠,于不同时间测量小鼠肛温,并与空白对照组小鼠比较,观察麻黄汤对

正常小鼠肛温的影响。结果显示,麻黄汤对正常小鼠肛温的作用在 5 ~ 15 分钟之间有一个体温上升期,以增加体内热贮,之后随着出汗,体温下降。苗维纳^[23]应用皮肤电阻反射的电生理学方法研究麻黄汤发汗作用机制,实验结果提示麻黄汤可能是作用于下丘脑的体温调节中枢,使体温调定点下降,通过神经途径,使汗腺分泌增加,从而使体温下降。

二、发汗及促进腺体分泌作用

麻黄汤具有明显的发汗和促进腺体分泌的作用。方素芳等^[24]采用麻黄汤水煎剂,桂枝汤水煎剂和生理盐水,分别给予小白鼠腹腔注射,观察对其的发汗作用。结果麻黄汤组 40 只小白鼠 39 只发汗,出汗级数为 4,出汗所需时间为 6 分钟;桂枝汤组 40 只小白鼠 39 只发汗,出汗所需时间为 25 分钟;生理盐水组各项指标均为零。刘国清等^[25]以昆明种小鼠腋窝部皮肤汗腺导管内径为发汗强度评价指标,采用单因素方差分析法观察麻黄汤及其效应成分对其的发汗作用。结果显示,麻黄汤(24g 生药/kg)具有明显的发汗作用,其中 3 个效应成分麻黄碱、伪麻黄碱及桂皮醛对小鼠腋窝部皮肤汗腺导管内径均有扩张作用,且呈量-效关系,高剂量作用明显高于低剂量($P < 0.01$)。蒋灵芝^[27]等采用常规生物电子显微镜技术,观察麻黄汤致汗腺分泌活动的作用及机制,显示 SD 大鼠在中枢神经系统处于麻醉状态时,麻黄汤无明显发汗作用,而发汗工具药毛果芸香碱的发汗作用不受影响;当 SD 大鼠处于正常时,随麻黄汤剂量的增加,大鼠足跖汗腺的腺体分泌部增大,腺上皮细胞空泡率增加,超微结构改变显著,与生理盐水组比较有显著性差异($P < 0.01$)。刘国清等^[28]取昆明种小鼠灌服麻黄汤,腹腔注射不同剂量硫酸阿托品注射液,以观察小鼠腋窝部皮肤汗腺组织形态法,探讨麻黄汤的发汗作用机制与受体的关系。结果显示,麻黄汤具有发汗作用,发汗作用与激动受体有关,阿托品对麻黄汤的发汗作用有抑制作用,随着阿托品剂量增加,发汗作用减弱,但不能完全阻滞。刘国清等^[29]以 α 受体激动药去甲肾上腺素(NA), α 、 β 受体激动药肾上腺素(AD), α 受体阻断药酚妥拉明, β 受体阻滞剂普萘洛尔和 β_1 受体阻断药阿替洛尔为工具

药,采用组织形态学方法,观察麻黄汤给药后30分钟对小鼠腋窝部皮肤汗腺的发汗作用。结果:麻黄汤具有发汗作用。NA0.39mg/kg抑制发汗,1.56mg/kg能完全阻断麻黄汤的发汗作用。AD0.1mg/kg抑制发汗,0.4mg/kg能完全阻断麻黄汤的发汗作用,虽然汗管明显扩张,但未见分泌现象。酚妥拉明对麻黄汤的发汗起促进作用,并且随着酚妥拉明剂量的增加,发汗作用越来越显著。普萘洛尔对麻黄汤的发汗有抑制作用,随着普萘洛尔剂量的增加,发汗作用减弱。阿替洛尔对麻黄汤的发汗作用无影响。结论:麻黄汤的发汗作用与肾上腺素能受体有关。激动 α 受体,可以抑制发汗;拮抗 α 受体,可促进发汗。激动 β 受体,可导致汗腺导管的扩张;拮抗 β 受体,可抑制发汗,但不是通过激动 β_1 受体实现的,可能是通过 β 受体的其他亚型来实现。沈映君^[30]采用汗腺上皮组织形态观测、汗液着色、唾液分泌等方法,以发汗为主要药理学观测指标,研究麻黄汤及拆方对汗液、唾液分泌的影响。显示麻黄汤标准汤剂及去甘草组发汗效果最好;麻黄汤对小鼠尾静脉注射M受体激动剂毛果芸香碱所致的流涎作用实验表明,麻黄汤标准汤剂能明显增加唾液分泌量。田安民^[21]用广泛pH试纸湿润面积法测定泪腺分泌量,观察麻黄汤对小白鼠泪腺分泌的影响,显示麻黄汤腹腔注射前小鼠泪腺分泌为4.79 ca,注射后为8.21 ca。给药前后自身比较,有非常显著性差异($P < 0.001$)。另外,田安民^[21]又用另法按规定的观察指标及记分标准求得总分进行比较,将小鼠腹腔注射麻黄汤10ml/kg及等量生理盐水,观察麻黄汤对小鼠唾液腺分泌的影响,显示总分(记分数/鼠数 $\times$ 观察次数)对照组为 $0/5 \times 3$,实验组为 $10/5 \times 3$,两组相比差别非常明显。

三、抗炎作用

麻黄汤全方具有良好的抗炎作用。刘永刚等^[31]采取给大鼠腹腔注射糖原诱导中性粒细胞聚集,分离中性粒细胞,以arachidonic acid(AA),calciumionophore(A23187)刺激离体中性粒细胞释放白三烯(B₄),再用HPLC测定中性粒细胞中白三烯的含量,并以二甲苯致小鼠耳肿胀的方法研究麻黄汤及拆方的抗炎作用。结果表明,麻黄汤

对二甲苯致小鼠耳肿胀和中性粒细胞释放白三烯具有抑制作用,拆方分析显示麻黄汤全方效果最好。雷氏等以抗炎的药效法研究麻黄汤等四方的药物动力学。实验表明,四方均能显著抑制致炎剂二甲苯引起的小鼠皮肤毛细血管的通透性增高,并成显著的量效关系。测得的药物动力学参数,麻黄汤最低起效量为 0.158mg/kg , 相当临床等效计量的效应,消除效应维持时间 12.13 小时,疗效达峰时间为 1.43 小时,半衰期为 2.22 小时。

四、抗病毒作用

冈部信产^[32]以呼吸道合胞体病毒(RSV)培养过程中噬菌体噬斑数作为指标,观察麻黄汤对 RSV 增殖的抑制作用。实验结果显示,在 RSV 的噬菌体噬斑形成过程中,500g/ml 浓度的麻黄汤,能使 RSV 的噬菌体噬斑数减少 50%,提示麻黄汤有呼吸道合胞体病毒的作用。

五、镇咳作用

麻黄汤有明显的镇咳作用。田安民^[21]采用压缩喷雾纯氨水致咳小白鼠模型,将小白鼠腹腔注射 5g/kg 麻黄汤及等量生理盐水,观察麻黄汤对氨水致咳小白鼠的镇咳作用。结果显示,小鼠致咳潜伏期,实验组为 (80.90 ± 9.32) 秒,对照组为 (40.25 ± 3.79) 秒,两组相比有非常显著性差异 ($P < 0.001$);5 分钟内咳嗽次数,实验组为 (17.70 ± 4.50) 次,对照组为 (44.96 ± 12.98) 次,两组相比有显著性差异 ($P < 0.05$)。谭睿^[26]等将小鼠随机分为麻黄汤提取物 A 组、对照组和可待因组,灌胃给药 30 分钟后,放入含 100ml 浓氨水棉花的 250ml 广口瓶内,关闭瓶盖 1 分钟,打开瓶盖,取出小鼠 2 分钟,共 3 分钟,观察小鼠咳嗽的潜伏期和次数。结果表明麻黄汤提取物 A 对小鼠氨雾引起的咳嗽有明显的止咳作用 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

六、祛痰作用

动物实验表明麻黄汤具有较强的祛痰作用。田安民^[21]给小鼠腹腔注射 5g/kg 的麻黄汤及等量生理盐水,观察麻黄汤对小鼠支气管分

泌酚红的影响。结果显示,支气管洗液酚红浓度,实验组为 $0.40 \pm 0.041\text{ml}$,对照组为 $0.13 \pm 0.012\text{ml}$,实验组为对照组的 3 倍。谭睿^[26]等取禁食 12 小时小鼠随机分组,分别灌胃麻黄汤提取物 A 溶液和麻黄汤标准汤剂,给药后用酚红溶液腹腔注射,然后处死动物,吸取 NaHCO_3 溶液冲洗呼吸道,冲洗液进行比色。结果显示,麻黄汤提取物 A 溶液和麻黄汤标准汤剂均有祛痰作用,且麻黄汤标准汤剂祛痰作用强于麻黄汤提取物 A 溶液。

七、扩张支气管及平喘作用

麻黄汤有扩张支气管、减轻哮喘支气管的气道炎症,具有较强的平喘作用。田安民^[21]用 50% 的麻黄汤 0.5ml,支气管收缩剂为 1:1000 乙酰胆碱 100g,观察麻黄汤对小鼠支气管灌流的影响。结果显示,小鼠支气管灌流时间,未用麻黄汤前为 (10.3 ± 0.68) 秒,用麻黄汤后为 (8.2 ± 0.6) 秒,变化均差为 2.1 秒;再用乙酰胆碱后为 (8.3 ± 0.46) 秒,变化均差为 0.1 秒。麻黄汤使小鼠支气管灌流时间缩短 20.39%,与使用麻黄汤前后支气管灌流时间相比,有显著性差异 ($P < 0.05$);而再用乙酰胆碱后,灌流时间变化差异不显著 ($P > 0.05$)。朱秋双^[33]等采用 PCLAB 生物信号采集系统,记录正常豚鼠气管螺旋条张力的变化,观察比较麻黄汤不同配伍各组对乙酰胆碱致豚鼠离体气管平滑肌痉挛的抑制作用。显示麻黄汤各组对乙酰胆碱致豚鼠离体气管痉挛均有解痉作用,与生理盐水对照组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。黄建明等^[34]取雄性 BALB/c 小鼠,随机分为对照组、哮喘组和治疗组,用 5% 卵蛋白生理盐水雾化造成小鼠哮喘模型。治疗组雾化前用麻黄汤 0.5ml (0.30g/ml) 灌胃,连续 7 天。结果经麻黄汤治疗的哮喘小鼠支气管上皮损害较哮喘组明显减轻,管腔内分泌物减少,浸润到支气管内及其管壁组织的炎症细胞比哮喘组明显减少。藤秀娟^[35]等用麻黄汤减去桂枝组成复方制剂,雾化吸入给药进行小白鼠动物实验,显示该制剂具有较强的镇咳、祛痰、平喘作用,并有一定的抑菌作用。其镇咳作用与对照组比较,明显优于对照组;祛痰疗效显著,与对照组比较,酚红排泄量显著增强,且镇咳、祛痰作用在达到治疗剂量后,不随剂量增加而增强。平

喘方面,即使小剂量组,也有较强的平喘作用,且作用明显优于对照组。

八、抗过敏作用

麻黄汤可提高组胺的阈值,有抗组胺的作用。对嗜酸性粒细胞和肥大细胞具有抑制作用,可用于过敏性炎症的治疗。阮岩等^[36]采用 8 周龄雄性 C57BL6 系小鼠,用卵清蛋白为过敏原,Al(OH)₃ 为免疫佐剂进行腹腔内注射和滴鼻致敏,致敏前后分别给药,观察卵清蛋白 A 和组胺滴鼻后小鼠的鼻症状及组胺阈值。结果显示,治疗给药组和预防给药组能减轻小鼠的鼻症状(挠鼻次数),模型对照组组胺阈值比空白对照组低,说明致敏后小鼠鼻黏膜对组胺的耐受性明显降低,治疗给药组和预防给药组组胺阈值比模型对照组高。刘永刚等^[31]采用在体试验观察致敏小鼠抗原攻击后肺灌洗液(BALF)和外周血中的嗜酸性粒细胞聚集反应,离体试验观察致敏大鼠抗原攻击后腹腔肥大细胞脱颗粒反应的方法,探讨麻黄汤及其拆方对过敏性炎症的抑制作用。结果显示,麻黄汤对嗜酸性粒细胞和肥大细胞均具抑制作用,拆方显示麻黄汤全方效果最佳。水提取物在体外实验中,呈现抗过敏作用,用卵白蛋白致敏的豚鼠肺切片放在营养液中温孵,应用此抗原使之引起抗原抗体反应;通过完整的豚鼠离体回肠的收缩反应,测定此时游离的介质的总量较对照组减少 60%~80% 以下,不产生抗组织胺作用及抗介质作用,在免疫溶血实验中,水提取物能使溶血率减少到对照组的 70% 以下,呈现抗补体作用。

九、抗高血糖作用

聂淑琴^[37]摘译报道,取 6 周龄 BALB/c 雄性实验小鼠,预饲 1 周后禁食 18 小时经口给予链脲菌素(200mg/kg),于第 4 天取血糖水平在 11.2~28.0mmol/L 的小鼠,给予 1% 浓度麻黄汤颗粒剂水溶液饮用,另与正常对照组小鼠饮用自来水比较。治疗 0、3、7 天及 14 天,取全血以葡萄糖脱氢酶法测血糖。给药后 14 天处死动物,取胰脏行病理切片,分析胰岛素和切片面积。尸解时采集血液,分离血清以 ELISA 法测定胰岛素及进行葡萄糖耐量试验。结果表明,麻黄

汤经口给药有明显的抗高血糖作用,且不降低正常动物血糖。郑氏研究 10 首解表古方对小鼠红细胞糖酵解的影响,以糖酵解所产生的乳酸的含量为指标观察其作用。实验结果表明,麻黄汤具有明显的促进糖酵解的作用,给服麻黄汤后的小鼠乳酸含量与生理盐水组比较有明显性差异 ($P < 0.05$)^[38]。

十、免疫调节作用

麻黄汤具有参与机体的免疫调节作用。李小丽^[39]摘译报道, Kainuma 通过监测外周血淋巴细胞数的变化,探讨麻黄汤并用干扰素 (IFN - B) 对慢性丙型肝炎患者免疫反应与病毒学应答的相关关系。治疗结果显示,麻黄汤与 IFN - B 并用治疗慢性丙型肝炎时,可有效监控 CD₁₆、CD₅₆、HLADR、CD₈ 外周血淋巴细胞数的变化,显示麻黄汤与 IFN - B 并用对机体有免疫调节作用。

十一、对中枢神经递质的影响

麻黄汤在一定剂量范围内能显著升高动物兴奋性氨基酸神经递质。魏凤环等^[40]采用 2, 4 - 二硝基氟苯为衍生化试剂,以 HPLC - UV 法,探讨麻黄汤对 Wistar 大鼠额叶皮层氨基酸类神经递质水平的影响。结果显示,给药 5 天,麻黄汤 15g/kg、18g/kg 剂量组中天冬氨酸、谷氨酸和氨基丁酸类水平与空白对照组相比有显著性升高,并呈现一定的量效、时效关系。甘氨酸无显著性改变。4 种氨基酸均在 ig5 天时,与空白对照组相比有显著性升高。结论认为麻黄汤显著升高了大鼠额叶皮层中氨基酸水平,并呈现一定的量效、时效关系。在试验剂量范围内 15g/kg 是较敏感的剂量,给药 5 天是最佳时间。

十二、抑制癌细胞转移作用

怡悦^[41]译文报道, Hgugu 采用建立以高转移性骨肉瘤细胞 (FBJ - LL) 运动能力为指标的分析系,以服用汉方药的小鼠血清等方法,探讨汉方中药物抑制癌细胞转移的作用。结果所选的十全大补汤和补中益气汤对 FBJ - LL 运动能力没有抑制作用,而麻黄汤则具有强的抑制活性。用东洋医学研究所提供的麻黄汤煎剂提取物 (OM-

RC-K)与麻黄汤进行比较时发现, OMRC-K具有同样的抑制活性。给予不影响癌细胞增殖的低浓度(100g/ml)时, 麻黄汤亦可抑制FBJ-LL的运动能力。表明麻黄汤可作为新的癌转移抑制剂。

十三、抗低体温作用

利用肺炎球菌复制大鼠“类表寒”模型, 动物皮下注射肺炎球菌活菌, 在中毒早期, 动物出现寒战、耸毛、倦卧等恶寒症状, 同时伴有肛温下降。麻黄汤灌胃给药, 对此有明显的对抗作用, 表现为动物恶寒症状减轻, 肛温下降幅度减少。此外, 麻黄汤对大鼠静脉注射安痛定所致体温下降也有明显对抗作用。

参考文献

- [1] 程怡, 徐吉民, 张军平, 李石龙. 麻黄汤冲剂制备工艺的探讨. 中成药研究. 1986, (6): 21
- [2] 张玲. 试论中药发汗解表药的发汗机制及辨证用药. 基层中药杂志. 2000, 14 (5): 61~62
- [3] 陈晓城. 麻黄的药理作用研究进展. 实用中医药杂志. 2005, 25 (1): 58~59
- [4] 陈文梅, 何基渊. 中药麻黄、夏枯草、乌贼骨对抗急性血瘀证形成的实验研究. 北京中医药大学学报. 1997, 20 (3): 39~41
- [5] 王国柱, 大浦彦吉. 麻黄干浸膏及其单宁成分治疗慢性肾功能衰竭的实验研究. 中国中西医结合杂志. 1994, 14 (8): 485~488
- [6] 蒋明, 高九武司, 等. 麻黄对脂肪细胞脂质代谢影响的实验研究. 中国中药杂志. 1999, 24 (5): 302~304, 320
- [7] 陈荣明, 朱耕新, 许芝银, 等. 麻黄中不同提取物对细胞免疫的影响. 南京中医药大学学报. 2001, 17 (4): 234~236
- [8] 张连茹, 邹国林, 杨天鸣, 等. 麻黄水溶性多糖的提取及其清除氧自由基作用的研究. 氨基酸和生物资源. 2000, 22 (3): 24~26
- [9] Yoo J S, Jung J S, Lee T H. et al. Inhibitory effects of extracts from traditional herbal drugs on 5-hydroxytryptophan-induced diarrhea in mice. Korean Journal of Pharmacognosy. 1995, 26 (4): 355
- [10] 徐叔云, 卞如濂, 陈修. 药理实验方法学. 北京: 人民卫生出版社, 2002

- [11] 李琦, 钱桂生, 张青, 等. 不同剂量脂多糖对大鼠急性肺损伤效应的观察. 第三军医大学学报. 2004, 26 (10): 871~873
- [12] 郭铁芳, 杨大平, 韩雪峰, 等. 血管组织工程中单根主动脉培养的内皮细胞和平滑肌细胞形态学和生长增殖. 中国临床康复. 2003, 7 (2): 228~229
- [13] 邢国秀, 李楠, 杨美燕, 等. 天然抗肿瘤药维生素 B₁₇ 的研究进展. 中国新医药. 2003, 2 (5): 42~43
- [14] 连彦军, 陈道达, 黄韬, 等. β -葡萄糖苷酶激活苦杏仁苷诱导 LoVo 细胞凋亡及活性对 Bax 与 bcl-2 基因表达和 Caspase-3 的影响. 肿瘤防治杂志. 2005, 12 (6): 413~416
- [15] 蔡莹, 李运曼, 钟流, 等. 苦杏仁苷对实验性胃溃疡的作用. 中国药科大学学报. 2003, 34 (3): 254~256
- [16] 方伟蓉, 李运曼, 钟霖霖, 等. 苦杏仁苷对佐剂性炎症影响的实验研究. 中国临床药理学与治疗学. 2004, 9 (3): 289~293
- [17] 杨小平, 张春梅, 冯霞, 等. 苦杏仁苷口服制剂临床疗效初探. 中药材. 2006, 29 (6): 636~637
- [18] 高同银, 崔同淑, 孙国香. 浅谈甘草解毒作用. 河北中医. 1994, 16 (3): 46
- [19] 李春英. 甘草多糖提取纯化工艺研究. 东北林业大学学报. 2002, (11): 21
- [20] 朱秋双, 刘蕾, 任春清, 等. 麻黄汤配伍解热药效实验研究. 黑龙江医药科技. 2004, 27 (5): 14
- [21] 田安民. 麻黄汤与桂枝汤药理作用的比较. 中医杂志. 1984, (8): 62
- [22] 刘国清, 贺丰, 莫志贤, 等. 麻黄汤对正常小鼠肛温的影响. 时珍国医国药. 2005, 16 (12): 1199
- [23] 苗维纳, 沈映君, 谭祥华, 等. 麻黄汤发汗作用的电生理学研究. 中药药理与临床. 2000, 16 (4): 8
- [24] 方素芳, 崔平, 朱继斌. 麻黄汤、桂枝汤对小白鼠发汗作用试验. 黑龙江畜牧兽医. 2006, (7): 94
- [25] 刘国清, 罗佳波, 莫志贤, 等. 麻黄汤及其效应成分对小鼠的发汗作用. 中药药理与临床. 2006, 22 (2): 3
- [26] 谭睿, 董小萍, 郭力, 等. 麻黄汤提取物 A 的药效学研究. 中药药理与临床. 2002, 18 (4): 5
- [27] 蒋灵芝, 苗维纳, 沈映君. 麻黄汤致大鼠足趾汗腺上皮细胞分泌的超微结

- 构研究. 泸州医学院学报. 2002, 25 (2): 122
- [28] 刘国清, 王涛, 余林中, 等. 麻黄汤的发汗作用与 M 受体的关系研究. 中国药房. 2006, 17 (16): 1210
- [29] 刘国清, 黄志贤, 余林中, 等. 麻黄汤的发汗作用与肾上腺素能受体的关系. 陕西中医. 2006, 27 (3): 363
- [30] 沈映君, 聂红, 赵威, 等. 麻黄汤及拆方对汗液、唾液分泌的影响. 四川生理科学杂志. 1999, 21 (4): 31
- [31] 刘永刚, 罗佳波, 贺丰. 麻黄汤及拆方抗炎作用的研究. 中药材. 2005, 28 (5): 413
- [32] 冈部信产. 麻黄汤对呼吸道合胞体病毒的影响. 国外医学中医中药分册. 1987, (6): 48
- [33] 朱秋双, 刘蕾, 栗坤, 等. 麻黄汤不同配伍对乙酰胆碱致豚鼠离体气管痉挛的抑制作用. 黑龙江医药科技. 2003, 26 (6): 10
- [34] 黄建明, 陈东波, 刘思敏. 麻黄汤对哮喘小鼠气道炎症的影响. 长春中医药大学学报. 2004, 20 (1): 40
- [35] 藤秀娟, 石玲, 赵湘, 等. 复方三拗汤雾化吸入的药效实验研究. 浙江中医学院学报. 1997, 21 (4): 24
- [36] 阮岩, 冈本美孝, 松崎全成. 麻黄汤抗过敏作用的实验研究. 中药新药与临床药理. 2002, 13 (3): 152
- [37] 聂淑琴译. 麻黄汤对链脲菌素诱发的糖尿病小鼠的抗高血糖作用. 国外医学中医中药分册. 2000, 22 (4): 233
- [38] 郑军, 等. 10 首解表古方对小鼠红细胞糖酵解的影响. 成都中医学院学报. 1993, (1): 34
- [39] 李小丽. 麻黄汤与干扰素并用对慢性丙型肝炎患者外周血淋巴细胞的影响. 国际中医中药杂志. 2006, 28 (2): 98
- [40] 魏风环, 罗佳波, 谭晓梅, 等. 麻黄汤对大鼠大脑额叶皮层氨基酸类神经递质水平的影响. 中草药. 2005, 36 (12): 1841
- [41] 怡悦译. 麻黄汤对高转移性骨肉瘤细胞运动的抑制作用. 国外医学中医中药分册. 2005, 27 (2): 109
- [42] 王家葵. 麻黄汤对体温的作用. 中国药理学会中药药理学会第二届全国学术研讨会论文集. 1990, 12

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

书名=麻黄汤

作者=王中林，席加秋编著

页数= 2 3 2

S S 号= 1 2 1 0 7 4 8 5

出版日期= 2 0 0 9 . 1

前言
目录
上篇

理论研究
第一章

概述

第一节

麻黄汤简述

- 一、麻黄汤的来源
- 二、麻黄汤的组成及用法

第二节

麻黄汤的功效与主治

- 一、方中药物的功效与主治
- 二、麻黄汤的功效与主治

第三节

麻黄汤的临床应用

第四节

麻黄汤的衍生方

- 一、麻黄加术汤（《金匱要略》）
- 二、麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）
- 三、麻黄杏仁薏苡甘草汤（《伤寒论》）
- 四、麻黄细辛附子汤（《伤寒论》）
- 五、麻黄附子甘草汤及麻黄附子汤
- 六、大青龙汤（《伤寒论》）
- 七、小青龙汤（《伤寒论》）
- 八、小青龙加石膏汤（《金匱要略》）
- 九、射干麻黄汤（《金匱要略》）
- 十、厚朴麻黄汤（《金匱要略》）
- 十一、越婢汤（《金匱要略》）
- 十二、越婢加术汤（《金匱要略》）
- 十三、越婢加半夏汤（《金匱要略》）
- 十四、甘草麻黄汤（《金匱要略》）
- 十五、三拗汤（《太平惠民和剂局方》）
- 十六、华盖散《太平惠民和剂局方》）

局方》)

》)

)

)

匱要略》)

辛附子汤 (《金匱要略》)

伤寒论》)

伤寒论》)

伤寒论》)

)

《伤寒论》)

中篇

第二章
临床研究
第一章

古今医家的论述

内科病证
第一节

风湿性疾病

- 一、类风湿性关节炎
- 二、强直性脊柱炎
- 三、项背肌筋膜炎
- 四、急性风湿热

第二节

呼吸系统疾病

- 一、急性上呼吸道感染
- 二、支气管哮喘
- 三、外感高热
- 四、肺炎
- 五、肺炎支原体感染后期咳嗽
- 六、喉源性咳嗽
- 七、肺胀
- 八、中晚期肺癌咳嗽

第三节

循环系统疾病

- 一、胸痹
- 二、缓慢型心律失常

十七、定喘汤 (《摄生众妙方

十八、续命汤 (《金匱要略》

十九、文蛤汤 (《金匱要略》

二十、桂枝芍药知母汤 (《金

二十一、桂枝去芍药加麻黄细

二十二、桂枝麻黄各半汤 (《

二十三、桂枝二麻黄一汤 (《

二十四、桂枝二越婢一汤 (《

二十五、葛根汤 (《伤寒论》

二十六、麻黄连翘赤小豆汤 (

		三、高血压病
		四、急性肺水肿
	第四节	消化系统疾病
		一、急腹痛
		二、顽固性呃逆
		三、顽固性腹胀
		四、乙型肝炎 A L T 升高
		五、胃痛
		六、便秘
		七、慢性胆囊炎
	第五节	泌尿系统疾病
		一、特发性水肿
		二、急性肾小球肾炎
		三、肾病综合征伴胸腔积液
		四、小便不通
		五、肾性水肿发生腹水
	第六节	神经系统疾病
		一、梅尼埃病
		二、中风
		三、颈性眩晕
		四、脑外伤性眩晕
		五、病毒性脑炎
		六、煤气中毒
		七、周围神经病变
		八、多寐症
		九、面神经麻痹
		十、刚痉
		十一、口渴症
第二章	外科病证	
	第一节	乳腺管阻塞
	第二节	逆行射精
	第三节	慢性前列腺炎
第三章	妇科病证	
	第一节	继发性闭经
	第二节	继发性痛经
	第三节	妊娠咳嗽
第四章	儿科病证	
	第一节	小儿遗尿
	第二节	小儿病毒性肠炎
	第三节	百日咳
第五章	男科病证	

	第一节	阳痿
第六章	皮肤科病证	
	第一节	无汗症
	第二节	花粉症
	第三节	皮肤瘙痒症
	第四节	扁平疣
	第五节	环形红斑
	第六节	鸡眼
第七章	耳鼻喉科病证	
	第一节	突发性耳聋
	第二节	分泌性中耳炎
	第三节	慢性咽炎
第八章	推拿科病证	
	第一节	落枕
	第二节	颈椎病
	第三节	肩关节周围炎
第九章	周围血管病证	
	第一节	血栓闭塞性脉管炎
下篇	实验研究	
	第一章	麻黄汤制剂研究
		一、实验部分
		二、讨论
	第二章	麻黄汤中组成中药的药理研究
		一、麻黄
		二、桂枝
		三、杏仁
		四、甘草
	第三章	麻黄汤全方药理研究
		一、解热作用
		二、发汗及促进腺体分泌作用
		三、抗炎作用
		四、抗病毒作用
		五、镇咳作用
		六、祛痰作用
		七、扩张支气管及平喘作用
		八、抗过敏作用
		九、抗高血糖作用
		十、免疫调节作用
		十一、对中枢神经递质的影响
		十二、抑制癌细胞转移作用
		十三、抗低体温作用