总主编◉巩昌镇　马晓北
编　著◉刘惠杰　何　军

难病奇方系列丛书 第二辑

参苓白术散



【诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制】

中国医药科技出版社

难病奇方系列丛书

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

上架建议 中医·方剂

ISBN 978-7-5067-3957-3

9 787506 739573 >

定价：39.00元

责任编辑 吕文红

封面设计 學雅閣

难病奇方系列丛书（第一辑）

参苓白术散

总主编 巩昌镇 马晓北
编 著 刘惠杰 何 军

中国医药科技出版社

图书在版编目（CIP）数据

参苓白术散/刘惠杰，何军编著. —北京：中国医药科技出版社，2009.1

（难病奇方系列丛书．第2辑/巩昌镇，马晓北总编）

ISBN 978-7-5067-3957-3

Ⅰ．参… Ⅱ．①刘… ②何… Ⅲ．参苓白术散—研究 Ⅳ．R286

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第170652号

美术编辑 陈君杞

责任校对 张学军

版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号

邮编 100082

电话 责编：010-62278797 发行：010-62227427

网址 www.cspyp.com.cn

规格 958×650mm $^{1}/_{16}$

印张 23

字数 336千字

印数 1—5000

版次 2009年1月第1版

印次 2009年1月第1次印刷

印刷 北京市通州皇家印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-3957-3

定价 39.00元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

内容提要

本书为《难病奇方系列丛书》之一。全书分上、中、下三篇，上篇理论研究部分，着重介绍了参苓白术散方的组成、用法、功效、适应证、组方原理及特点、历代医家评述等问题；中篇为临床研究部分，按系统及病种重点介绍了研究者对参苓白术散方的临床观察，同时收集了大量临床医家的临证医案与经验总结；下篇实验研究部分着重论述了参苓白术散方的制剂工艺以及药理研究等内容。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》(第二辑)编委会

总 主 编 巩昌镇 马晓北

副总主编 于向东 姜 文

编 委 (按姓氏笔画排序)

于向东 马晓北 王 琳 王 聪
古 励 田 峰 巩昌靖 巩昌镇
刘 伟 刘惠杰 李祥光 吴华芹
吴欣芳 余远遥 余志勇 何 军
何昌生 何新蓉 迟 程 迟慧彦
陈 红 国 华 罗增钢 金哲峰
赵 浩 赵方田 姚明江 姜 文
唐代屹 郭小玉 路玉滨

分册编著 参苓白术散 刘惠杰 何 军
龙胆泻肝汤 田 峰 王 琳
补阳还五汤 余志勇 李祥光

防风通圣散	佘远遥	迟慧彦
中医急症三宝	赵　浩	巩昌靖
云南白药	国　华	吴华芹
小青龙汤	赵方田	国　华
玉屏风散	金哲峰	王　聪
八珍汤	郭小玉	吴欣芳
五苓散	姚明江	何昌生
生脉散	赵方田	吴华芹

总 策 划　吴建华　孔　立

《难病奇方系列丛书》第二辑

前　言

中医经典方剂是历代临床大师经过临床实践总结出来的有效处方，是中国传统医药中的精华极品，是中医理法方药的最高代表，历来在临床实践与理论研究中占据着显著的位置。这些千古锤炼的名方用药适宜，配伍严谨，主次分明，恰合病情，是理法方药系统性的典型代表。这些经典方剂入口蠲疴，效如桴鼓，经久不衰，深受历代医家之青睐。中医临床的深入发展扩大了经典方剂的应用范围。医学科学的巨大进步加深了经典方剂的现代研究。当今全球范围内的“中医热”也为中医经典方剂的应用与研究带来了前所未有的发展机会。这些研究与应用更进一步提高了经典方剂的临床治疗效果，再现了经典方剂的无限生命力。

有鉴于此，为了推动经典方剂的进一步挖掘与发展，启迪中医临床工作者的思路，造福于人类，在山东中医药大学与美国中医学院共同编写并成功发行了《难病奇方系列丛书》第一辑之后，中国中医科学院又与美国中医学院联手组织编写了《难病奇方系列丛书》第二辑。丛书第一辑精选了10个经典方剂，包括《六味地黄丸》、《补中益气汤》、《血府逐瘀汤》、《桃红四物汤》、《金匮肾气丸》、《桂枝汤》、《归脾汤》、《阳和汤》、《银翘散》、《逍遥散》。丛书第二辑包含了11个经典方剂，包括《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》。这套丛书广泛收集并系统总结了中医学术与临床杂志上刊登的以及中医临床专著中载录的经典方剂的实验研究结果与临床应用经验。每一（类）经典方剂皆自成一册，内容包括该方的组成、用法、功效、适应证、应用范围、组方原理及特点、古今医家论述、临床研究与临床应用以及现代药理研究。临床研究部分重点介绍研究者对该方的系统性的临床观察。临床应用部分则收集了大量临床医家的临证医案与经验总结。现代药理研究部分着重论述了该方治疗各系统疾病的作用机制。

这套丛书在编写过程中，参考了众多文献，所有参考文献皆附录于章节之后，值此出版之际，《难病奇方系列丛书》编委会谨向各位作者深表谢意。

巩昌镇　博士

2008年夏

目录

上篇　理论研究

第一章　参苓白术散方 …… (3)
第一节　参苓白术散方名释义 …… (3)
第二节　参苓白术散立法依据 …… (4)
第三节　参苓白术散的组成与方义分析 …… (4)
第四节　参苓白术散功用与适应证 …… (5)
一、参苓白术散各组成中药功效与主治分析 …… (5)
二、参苓白术散成方功效与适应证 …… (15)
第五节　参苓白术散源流发展 …… (17)
第六节　参苓白术散衍生方 …… (18)
一、资生丸 …… (18)
二、七味白术散 …… (18)
三、异功散 …… (18)
四、参苓壮脾圆 …… (19)
五、参术散 …… (19)
六、寿脾煎 …… (19)
七、香砂六君子汤 …… (20)
第二章　历代医家对参苓白术散的论述 …… (21)
第三章　参苓白术散现代理论研究进展 …… (23)
第一节　参苓白术散中人参去芦的问题 …… (23)
第二节　参苓白术散中人参和党参的问题 …… (24)
第三节　参苓白术散中加入陈皮的问题 …… (26)
第四节　参苓白术散中茯苓菌核不同部位应用的特点 …… (26)
第五节　参苓白术散中砂仁后下的问题 …… (27)
第六节　论参苓白术散中甘草生用、炙用的问题 …… (29)
第七节　参苓白术散的功效主治研究 …… (29)

目录

第一章 内科病证 …… (35)
第一节 呼吸系统疾病 …… (35)
一、慢性支气管炎 …… (35)
二、哮喘 …… (37)
三、胸膜炎 …… (40)
四、支气管扩张 …… (41)
五、气胸 …… (42)
六、上呼吸道感染 …… (43)
七、肺不张 …… (44)
八、原发性支气管肺癌 …… (45)
九、慢性肺心病 …… (46)
十、肺结核 …… (48)
十一、咳嗽 …… (49)
十二、肺胀 …… (51)
第二节 循环系统疾病 …… (53)
一、心律失常 …… (53)
二、冠心病心绞痛 …… (54)
三、二尖瓣脱垂综合征 …… (54)
四、心悸 …… (56)
第三节 消化系统疾病 …… (57)
一、慢性胃炎 …… (57)
二、慢性胰腺炎 …… (59)
三、慢性结肠炎 …… (59)
四、慢性肝炎 …… (62)
五、溃疡性结肠炎 …… (65)
六、非特异性溃疡性结肠炎 …… (66)
七、放射性肠炎 …… (69)
八、消化性溃疡 …… (71)
九、肝硬化 …… (72)

十、乙型肝炎 …… (76)
十一、慢性痢疾 …… (78)
十二、脂肪肝 …… (80)
十三、肠易激综合征 …… (81)
十四、胃黏膜脱垂症 …… (86)
十五、糖尿病性胃轻瘫 …… (87)
十六、消化不良综合征 …… (89)
十七、抗生素相关性肠炎 …… (91)
十八、肠道菌群失调症 …… (92)
十九、胆道术后综合征 …… (94)
二十、胃肠功能紊乱 …… (95)
二十一、应激性溃疡 …… (99)
二十二、小肠黏膜脱落症 …… (100)
二十三、肠癌术后 …… (101)
二十四、泄泻 …… (102)
二十五、胃痛 …… (106)
二十六、胃脘嘈杂 …… (107)
第四节 泌尿系统疾病 …… (107)
一、慢性肾小球肾炎 …… (107)
二、尿路感染 …… (111)
三、泌尿道结石 …… (113)
四、痛风性肾病 …… (113)
五、劳淋 …… (114)
第五节 血液和造血系统疾病 …… (115)
一、缺铁性贫血 …… (115)
二、高脂血症 …… (117)
三、血小板减少性紫癜 …… (118)
四、白细胞减少症 …… (120)
五、贫血 …… (120)
第六节 内分泌系统疾病 …… (121)
糖尿病 …… (121)

目录

第七节　内科疑难病证 …… (127)
一、水肿 …… (127)
二、中风后遗症 …… (129)
三、血吸虫病腹水 …… (131)
四、免疫功能低下 …… (131)
五、周期性麻痹 …… (132)
六、重症肌无力 …… (133)
七、失眠 …… (134)
八、痹证 …… (135)
九、神经性厌食症 …… (135)
十、盗汗 …… (137)
十一、发热 …… (138)
十二、痿证 …… (140)
十三、梅核气 …… (141)
十四、结核性胸膜炎腹膜炎 …… (142)
第二章　妇产科病证 …… (150)
第一节　月经病 …… (150)
一、月经不调 …… (150)
二、经行泄泻 …… (153)
三、闭经 …… (155)
第二节　带下病 …… (156)
第三节　妊娠病 …… (158)
一、妊娠恶阻 …… (158)
二、子肿 …… (159)
三、乳泣 …… (160)
第四节　妇科杂病 …… (161)
一、慢性宫颈炎 …… (161)
二、子宫全切术后腹泻 …… (163)
三、外阴干燥症 …… (164)
四、不孕症 …… (165)

第三章　儿科病证 …… (167)
第一节　呼吸系统疾病 …… (167)
一、小儿肺炎 …… (167)
二、支气管哮喘 …… (170)
三、肺门淋巴结结核 …… (172)
四、小儿反复呼吸道感染 …… (173)
五、咳嗽 …… (174)
第二节　消化系统疾病 …… (176)
一、伪膜性肠炎 …… (176)
二、小儿疳积 …… (178)
三、小儿厌食症 …… (182)
四、小儿腹泻 …… (185)
第三节　泌尿系统疾病 …… (199)
慢性肾炎 …… (199)
第四节　小儿五官科疾病 …… (200)
一、过敏性鼻炎 …… (200)
二、鼻窒 …… (201)
三、小儿多涕症 …… (202)
四、小儿花剥苔 …… (203)
五、小儿弱视 …… (205)
六、小儿慢性鼻窦炎 …… (206)
七、病毒性角膜炎 …… (208)
八、先天性白内障 …… (208)
九、角膜软化症 …… (209)
第五节　小儿疑难杂症 …… (209)
一、水肿 …… (209)
二、小儿弱智 …… (211)
三、小儿缺锌 …… (212)
四、小儿湿疹 …… (214)
五、小儿摇头症 …… (214)
六、缺铁性贫血 …… (215)

目录

第四章　耳鼻喉科病证 ……（220）
一、美尼尔综合征 ……（220）
二、渗出性中耳炎 ……（221）
三、慢性化脓性中耳炎 ……（223）
四、神经性耳聋耳鸣 ……（224）
五、过敏性鼻炎 ……（225）
六、慢性鼻炎 ……（227）
七、慢性鼻窦炎 ……（228）
八、干酪性鼻炎 ……（229）
九、慢性喉炎 ……（231）
十、慢性咽炎 ……（232）
第五章　眼科病证 ……（238）
一、视瞻昏渺 ……（238）
二、中心性浆液性脉络膜视网膜病变 ……（239）
第六章　口腔科病证 ……（245）
一、复发性口腔溃疡 ……（245）
二、口腔黏膜病 ……（248）
三、舌炎 ……（249）
第七章　皮肤科病证 ……（252）
一、白色糠疹 ……（252）
二、肌　衄 ……（253）
三、多发性皮肤炎 ……（254）
四、汗疱疹 ……（254）
五、天疱疮 ……（255）
第八章　外科病证 ……（257）
一、多发性脂肪瘤 ……（257）
二、肛瘘术后创口愈合 ……（258）
第九章　骨科病证 ……（260）
骨折后低张性水肿 ……（260）
第十章　男科病证 ……（262）
一、阳痿 ……（262）

二、不射精症 …… (263)
三、少精症 …… (264)
四、遗精 …… (265)
五、慢性前列腺炎 …… (265)

下篇 实验研究

第一章 参苓白术散的制剂研究 …… (269)
第一节 制剂工艺 …… (269)
一、参苓白术散 …… (269)
二、参苓白术丸 …… (269)
三、参苓白术胶囊 …… (270)
四、参苓白术片 …… (270)
五、参苓白术颗粒 …… (271)
六、参苓白术口服液 …… (271)
七、参苓白术茶 …… (272)
八、参苓白术酒 …… (272)
第二节 质量研究 …… (272)
一、鉴别[1-2] …… (272)
二、含量测定[2] …… (275)
第二章 参苓白术散的药理研究 …… (277)
第一节 参苓白术散各组成中药的药理研究 …… (277)
一、人参 …… (277)
二、茯苓 …… (290)
三、白术 …… (297)
四、山药 …… (303)
五、莲子肉 …… (306)
六、白扁豆 …… (308)
七、薏苡仁 …… (311)
八、砂仁 …… (316)
九、桔梗 …… (321)
十、甘草 …… (326)

目录

第二节　参苓白术散的药理研究 …… (344)
一、对直肠放射性损伤的防治作用 …… (344)
二、在肺结核化疗中的减毒增效作用 …… (345)
三、对嗜酸性“脾虚”小鼠的影响 …… (346)
四、对吲哚美辛所致大鼠胃黏膜损伤的保护作用 …… (347)
五、对脾虚模型的真菌菌群调整功能 …… (347)
六、对小鼠免疫功能的比较研究 …… (348)
七、预防癌症化疗的毒性及不良反应 …… (348)

上篇

理论研究

上篇

理论研究

第一章

参苓白术散方

参苓白术散出自宋代官方颁布的《太平惠民和剂局方》（简称《和剂局方》），是一首药物性味平和、温而不燥、补而不腻的临床常用方剂。因其组方严谨、配方精当，受到医家们的重视，沿用于治疗消化系统疾患。近代根据异病同治的原则，亦将本方广泛用于内、外、妇、儿、五官科及其他疑难杂症，临床只要辨证准确，应用得当，常可获得满意疗效。

第一节　参苓白术散方名释义

本方名为“参苓白术散”，参，指人参；苓，指茯苓；本方具有益气健脾、渗湿止泻之功。方以人参（去芦）、白茯苓、白术益气健脾渗湿为君；配伍山药、莲子肉（去皮）助人参以健脾益气，兼能止泻；白扁豆（姜汁浸，去皮，微炒）、薏苡仁助白术、茯苓以健脾渗湿；佐砂仁醒脾和胃，桔梗（炒令深黄）宣肺利气，以益肺气，甘草（炒）调和诸药。可以看出全方人参、茯苓、白术起主要作用，以此三味药做为本方的方名，既贴切又简单明了。

第二节 参苓白术散立法依据

盖人之一身，以胃气为本，胃气旺，则五脏受荫；五脏伤，则百病丛生。

《成方便读》载："补气者，当求之脾肺。"指出《和剂局方》创立本方的原因和指导思想。

脾胃为后天之本，气血生化之源，脾病则百病丛生。《内经》云："饮入胃，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。"脾脏的生理功能是输送水谷精微和代谢水湿。若脾气旺盛，则水液精微输布全身；反之脾气虚弱，则会造成湿浊停滞，津气不能输布的状况，而引起各种疾病。张路玉说："无论寒热补泻，先培中土，使药气四达，则周身之机运流通，水谷之精敷布，何患其药之不效哉。"故本方以四君子汤补气健脾，促中州运化，资生气血。

肺主气，《素问·五藏生成篇》说："诸气者，皆属于肺。"肺为五藏中与气关系最密切的内脏。并且人体水液的输布、运行和排泄也依赖于肺的疏通和调节。即"肺为水之上源"。故本方以桔梗配入方中，桔梗为手太阴肺经引经药，如舟楫载药上行，达于上焦以益肺，即培土生金之意。

总之，本方重点界限在于"虚"和"湿"。治法立方自然也不离其二。是以从脾肺入手，以益气健脾渗湿为重。这就是本方的立法依据。

第三节 参苓白术散的组成与方义分析

参苓白术散方由莲子肉、薏苡仁、缩砂仁、桔梗、白扁豆（姜汁浸）、白茯苓、人参、甘草（炒）、白术、山药组成。

本方治证由脾虚夹湿所致。脾胃虚弱，则运化失职，湿自内生，气机不畅，故饮食不化，胸脘痞闷，肠鸣泄泻。脾失健运，则气血生化不足，肢体失于濡养，故四肢无力，形体消瘦，面色萎黄。治宜补

益脾胃，兼以渗湿为法。方中以人参、白术、茯苓益气健脾渗湿为君。配伍山药、莲子肉助人参以健脾益气，兼能止泻；白扁豆、薏苡仁助白术、茯苓以健脾渗湿，均为臣药。佐以砂仁醒脾和胃，行气化滞；桔梗宣肺利气，以通调水道，又载药上行，以益肺气。而脾为肺之母。脾胃一虚，肺气先绝。在补脾的基础上，升清益肺，培土生金，使肺气得充，水精四布，则一身之气旺矣。炒甘草健脾和中，调和诸药，为使。诸药合用，补其中气，渗其湿浊，行其气滞，恢复脾胃受纳与健运之职，则诸症自除。

综观全方，补中有行，行中有止，升降并用，补而不滞，行而不泄，温而不燥，药力平和，是一首补气健脾，和胃渗湿，兼可益肺之良方。其配伍特点有二：一为本方是在四君子汤的基础上加山药、莲子、白扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗而成，故是以四君子补气为主，兼有和胃渗湿之功。二是本方在益气健脾的同时，用桔梗宣肺利气，又载药上行，以益肺气，可用治肺损虚劳诸证，有培土生金之功。

第四节　参苓白术散功用与适应证

一、参苓白术散各组成中药功效与主治分析

参苓白术散由人参、茯苓、白术、莲子肉、薏苡仁、缩砂仁、桔梗、白扁豆、山药、炒甘草十味药组成。

（一）人参

味甘、微苦，微温。归心、肺、脾经。功能：大补元气，补脾益肺，生津安神。本品大补元气，为补气要药，用于气虚欲脱，脉微欲绝的危重证候，无论因于大失血、大吐泻或久病、大病所致者，单用人参大量煎服，即有大补元气，复脉固脱之效，如独参汤。人参主入肺、脾二经，能补益肺气，用于肺气虚弱的短气喘促，懒言声微，脉虚自汗等证。又可补脾益气，用于脾气不足的倦怠乏力，食少便溏等证。人参味甘，有益气生津之效，可用于热病气津两伤，身热口渴及消渴等证。此外，本品有补气安神益智之效，故可用于气血亏虚的心

悸，失眠，健忘等。

《神农本草经》：补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心益智。

《珍珠囊》：治肺胃阳气不足，肺气虚促，短气，少气，补中，缓中，止渴生津液。

《本草纲目》：治男妇一切虚证，发热，自汗，眩晕……吐血，下血，嗽血，血淋，血崩，胎前产后诸病，

《本草正》：阴虚而火不盛者，自当用参为君，阴虚而火稍盛者，但可用参为佐；若阴虚而火大盛者，则诚有暂忌人参，而惟用纯甘壮水之剂。

《神农本草经》：味甘小寒。主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心益智。

《新修本草》：味甘，微寒，微温，无毒。主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心，益智。疗肠胃中冷，心腹鼓痛，胸胁逆满，调中，止消渴，通血脉，破坚积，令人不忘。久服轻身延年。

《本草备要》：［批］大补元气，泻火。生，甘苦微凉；熟，甘温。大补肺中元气，泻火，益土，生金。明目，开心益智，添精神，定惊悸，除烦渴，通血脉，消痰水。治虚劳内伤，发热自汗，多梦纷纭，呕哕反胃，虚咳喘促，疟痢滑泻，淋沥胀满，中风，中暑及一切血证。

《用药法象》：人参甘温，能补肺中元气。肺气旺则四脏之气皆旺，精自生而形自盛，肺主诸气故也。

《本草经疏》：人参能回阳气于垂绝，却虚邪于俄顷。其主治也，则补五脏。盖脏虽有五，以言乎生气之流通则一也，益真气，则五脏皆补矣。邪气之所以久留而不去者，无他，真气虚则不能敌，故留恋而不解，兹得补而真气充实，则邪不能容。

《海药本草》：主腰腹，消食，益气，安神，止呕逆，平脉，下痰，止烦燥，变酸水。

《日华子》：杀金石药毒，调中治气，消食开胃，食之无忌。

《医学启源》：治脾肺阳气不足及肺气喘促，短气少气，补中缓

中，泻肺脾胃中火邪。

（二）白术

味苦、甘、温。归脾、胃经。功能补气健脾，燥湿利水，止汗，安胎。本品既可补气健脾，又能燥湿利水，故可用于脾胃气虚，运化无力，食少便溏，脘腹胀满，肢软神疲等证。亦可用于脾虚水停的痰饮，水肿，小便不利等证。此外，本品能补脾益气，固表止汗，可用于脾虚气弱，肌表不固的汗多证。再者，亦能治疗脾虚气弱的胎动不安。

《神农本草经》：主风寒湿痹死肌，痉，疸，止汗，除热，消食。

《本草汇言》：白术，乃扶植脾胃，散湿除痹，消食除痞之要药。脾虚不健，术能补之；胃虚不纳，术能助之。

《本草备要》：苦燥湿，甘补脾，温和中。在血补血，在气补气，无汗能发，有汗能止。燥湿则能利小便，生津液，止泄泻，消痰水肿满，黄疸湿痹；补脾则能进饮食，祛劳倦，止肌热；和中则能已呕吐，定痛安胎。

《珍珠囊》：除湿益气，补中补阳，消痰逐水，生津止渴，止泻痢，消足胫湿肿，……得枳实消痞满，佐黄芩安胎清热。

《本草汇编》：脾恶湿，湿盛则气不得宣化，津由何生？故曰：膀胱者，津液之府，气化则能出焉，用白术以除其湿，则气得周流而津液生矣。

《本经逢源》：白术，生用有除湿益燥，消痰利水，治风寒湿痹，死肌痉疸，散腰脐间血及冲脉为病、逆气里急之功。制熟则有和中补气、止渴生津、止汗除热、进饮食、安胎之效。

《新修本草》：利小便，及用苦酒渍之，极效。

《日华子》：治一切风疾、五劳七伤、冷气腹胀。补腰膝。消痰，治水气，利小便。止反胃呕逆，及筋骨软弱、山岚瘴气，除烦长肌。

《医学启源》：除湿益燥，和中益气。其用有九：温中一也；去脾胃中湿二也；除胃热三也；强脾胃，进饮食四也；和胃，生津液五也；主肌热六也；治四肢困倦，目不欲开，怠惰嗜卧，不思饮食七也；止渴八也；安胎九也。

《药类法象》：去诸经之湿，理胃。

《汤液本草》：治皮间风，止汗消痞，补胃和中，利腰脐间血，通水道，上而皮毛，中而心胃，下而利脐，在气主气，在血主血。

《本草衍义补遗》：除湿之功为胜。又有汗则止，无汗则发。味亦有辛，能消虚痰。

《名医别录》：主大风在身面，风眩头痛，目泪出，消痰水，逐皮间风水结肿，除心下急满，及霍乱吐下不止，利腰脐间血，益津液，暖胃，消谷嗜食。

《药性论》：主大风顽痹，多年气痢，心腹胀痛，破消宿食，开胃，去痰涎，除寒热，止下泄，主面光悦，驻颜去皯，治水肿胀满，止呕逆，腹内冷痛，吐泻不住，及胃气虚冷痢。

（三）茯苓

味甘、淡，平。归心、脾、肾经。功能利水渗湿，健脾安神。本品甘补淡渗，性平，作用和缓，无寒热之偏，故可用治寒热虚实各种水肿。且能健脾补中，故用于脾虚诸证。此外，茯苓益心脾而宁心安神，可治疗心悸，失眠等。

《神农本草经》：主胸胁逆气，忧恚惊邪恐悸，心下结痛，寒热，烦满，咳逆，口焦舌干，利小便。久服安魂、养神、不饥、延年。

《本草衍义》：此物行水之功多，益心脾不可阙也。

《本草纲目》：后人治心悸必用茯神，故洁古张氏于风眩心虚，非茯神不能除，然茯苓未尝不治心病也。

《本草备要》：甘温益脾助阳，淡渗利窍除湿。色白入肺泻热，而下通膀胱。宁心益气，调营理卫，定魄安魂。

《药品化义》：茯苓最为利水除湿要药，书曰健脾，即水去而脾自健之谓也。

《世补斋医书》：茯苓一味，为治痰主药。痰之本，水也，茯苓可以行水；痰之动，湿也，茯苓又可以行湿。

《滇南本草》：健脾胃，强筋骨，去风湿，利关节。杨梅疮，服之最良。

《医学入门·本草》：善治久病杨梅痈漏及曾误服轻粉肢体废坏、

筋骨疼痛者，能收其毒而祛其风，补其虚。寻常老弱亦可服之，健筋骨。

《名医别录》：止消渴，好睡，大腹，淋沥，膈中痰水，水肿淋结。开胸腑，调脏气，伐肾邪，长阴，益气力，保神守中。

《药性论》：开胃，止呕逆，善安心神。主肺痿痰壅。治小儿惊痫，心腹胀满，妇人热淋。

《日华子本草》：补五劳七伤，安胎，暖腰膝，开心益智，止健忘。

《医学启源》：除湿，利腰脐间血，和中益气为主。治溺黄或赤而不利。

（四）莲子肉

味甘、涩，性平。归脾、肾、心经。功能益肾固精，补脾止泻，止带，养心。本品有益肾固精作用，故常用于肾虚遗精，遗尿。莲子既可补益脾气，又可涩肠止泻，用于治疗脾虚食少的久泻。本品能养心益肾，交通心肾。故用于治疗虚烦、心悸、失眠等。此外，莲子又有固涩止带之功，亦可用于带下病。

《本草纲目》：交心肾，厚肠胃，固精气，强筋骨，补虚损，……止脾泄久痢，赤白浊，女人带下崩中诸血病。

《本草备要》：甘温而涩，脾之果也。脾者黄宫，故能交水火而媾心肾，安静上下君相火邪。益十二经脉血气，涩精气，厚肠胃，除寒热。

《神农本草经》：主补中，养神，益气力。久服轻身耐老，不饥延年。

《食疗本草》：主五脏不足，伤中气绝，益十二经脉血气。

《日华子本草》：益气，止渴，助心，止痢。治腰痛，泄精，安心，多食令人喜。

《本草纲目》：交心肾，厚肠胃，固精气，强筋骨，补虚损，利耳目，除寒湿，止脾泄久痢，赤白浊，女人带下崩中诸血病。

《明医指掌》：健脾理胃，止泻涩精，消水谷，除惊悸，实肌肤。

《遵生八笺》：能补中益气，壮心神，消水谷，除惊悸，实肌肤。

《随息居饮食谱》：鲜者，清心养胃，治噤口痢，生熟皆宜；干者，可生可熟，安神补气，镇逆止呕，固下焦，已崩带、遗精，厚肠胃，愈二便不禁。

《日用本草》：止烦渴，治泻痢，止白浊。

《随息居饮食谱》：镇逆止呕，固下焦，愈二便不禁。

（五）砂仁

味辛，性温。归脾、胃经。功能化湿行气，温中止呕止泻，安胎。本品化湿醒脾，行气温中均佳，故用于湿困脾土及脾胃气滞证，尤寒湿气滞者多宜。砂仁化湿行气而调中止呕，温脾止泻，可治疗脾胃虚寒之吐泻证。此外，本品行气和中而止呕安胎，故能治疗气滞妊娠恶阻及胎动不安等证。

《药性论》：主冷气腹痛，止休息气痢，劳损。消化水谷，温暖脾胃。

《开宝本草》：治虚劳冷痢，缩食不消，赤白泻痢，腹中虚痛，下气。

《本草备要》：辛温香窜。补肺益肾，和胃醒脾，快气调中，通行结滞。治腹痛痞胀，噎膈呕吐，上气咳嗽，赤白泻痢，霍乱转筋，奔豚崩带。祛痰逐冷，消食醒酒，止痛安胎。

《本草拾遗》：主上气咳嗽，奔豚，惊痫邪气。

《医学起源》：治脾胃气结滞不散。

张元素：治脾胃气结滞不散。

杨士瀛：和中，行气，止痛，安胎。

《本草蒙筌》：止恶心，却腹痛。

《本草纲目》：补肺醒脾，养胃益肾，理元气，通滞气，散寒饮胀痞，噎膈呕吐，止女子崩中，除咽喉口齿浮热，化铜铁骨哽。

《医林纂要》：润肾，补肝，补命门，和脾胃，开郁结。

《日华子本草》：治一切气，霍乱转筋，心腹痛。

《明医指掌》：通经破滞。

《痧胀玉衡》：顺气开郁，散痧。

《药性通考》：祛痰逐冷，醒酒。

《食鉴本草》：温暖肝肾。

（六）薏苡仁

味甘、淡，性微寒。归脾、胃、肺经。功能利水渗湿，健脾，除痹，清热排脓。本品甘补淡渗，功似茯苓，可用于小便不利，水肿，脚气及脾虚泄泻等，对于脾虚湿滞者尤为适用。除渗湿外，本品亦可疏筋脉，缓和挛急，故可治疗湿痹拘挛。薏苡仁性微寒，入肺经，能清肺肠之热，排脓消痈。故可以治疗肺痈、肠痈等证。

《神农本草经》：主筋急拘挛，不可屈伸，风湿痹，下气。

《本草纲目》：薏苡仁，阳明药也，能健脾益胃。虚则补其母，故肺痿、肺痈用之。筋骨之病，以阳明为本，故拘挛脉急、风痹者用之。土能胜水除湿，故泄泻、水肿用之。

《本草备要》：甘淡。微寒而属土，阳明药也。甘益胃，土胜水，淡渗湿，泻水所以益土，故健脾。治水肿湿痹，脚气，疝气，泻痢热淋。益土所以生金，故补肺清热。治肺痿、肺痛，咳吐脓血。扶土所以抑木，故治风热筋急拘挛。

《名医别录》：除筋骨邪气不仁，利肠胃，清水肿，令人能食。

《药性论》：能治热风，筋脉拘急，能令人食。主肺痿肺气，吐脓血，咳嗽涕唾上气。

《食疗本草》：去干湿脚气。

《本草拾遗》：主不饥，温气，轻身。煮汁饮之，主消渴。

《医学入门·本草》：主上气，心胸甲错。

《本草再新》：补脾土，泻脾火，清肺热，益肺气，追风去湿，下气宽中。

《医林纂要·药性》：缓肝，舒筋急。

（七）桔梗

味苦、辛，性平。归肺经。功能宣肺化痰，利咽，排脓。本品辛散苦泄，宣开肺气，化痰利气，故用于肺气不宣的咳嗽痰多，胸闷不畅等证，且无论寒热皆可应用。本品能宣肺利咽开音，可治疗咽喉肿痛，失音等症。桔梗性散上行，能利肺气以排壅肺之脓痰，故可治疗

肺痈，咳吐，脓痰等证。此外，又可以宣开肺气而通二便，用于治疗癃闭、便秘。

《神农本草经》：主胸胁痛如刀刺，腹满，肠鸣幽幽。

《珍珠囊》：疗咽喉痛，利肺气，治鼻塞。

《本草求真》：桔梗系开肺气之药，可为诸药舟楫，载之上浮，能引苦泄峻下剂。

《本草备要》：苦辛而平。色白属金，入肺气分。泻热，兼入手少阴心、足阳明胃经。开提气血，表散寒邪，清利头目咽喉，开胸膈滞气。

《药性论》：治下痢，破血，去积气，消积聚，痰涎，主肺热气促嗽逆，除腹中冷痛，主中恶及小儿惊痫。

《日华子本草》：下一切气，止霍乱转筋，心腹胀痛，补五劳，养气，除邪辟温，补虚消痰，破癥瘕，养血排脓，补内漏及喉痹。

《本草衍义》：治肺痈。

李杲：利胸膈，（治）咽喉气壅及痛，破滞气及积块，除肺部风热，清利头目，利窍。

《本草纲目》：主口舌生疮，赤目肿痛。

《名医别录》：利五脏肠胃，补血气，除寒热、风痹，温中消谷，疗喉咽痛。

《本草蒙筌》：开胸膈，除上气壅，清头目，散表寒邪，驱胁下刺痛，通鼻中塞，咽喉肿痛急觅，中恶蛊毒当求，逐肺热、住咳、下痰，治肺痈排脓，养血，尤却怔仲。

《本草汇言》：主利肺气，通咽喉，宽中理气，开郁行痰之要药也。

（八）白扁豆

味甘，性微温。归脾、胃经。功能健脾，化湿，消暑。本品常用于脾虚湿盛，运化失常而见的食少便溏，泄泻，及脾虚而湿浊下注，白带过多等证。白扁豆味甘则和中，健脾化湿而消暑，故可用于治疗暑湿吐泻证。

《名医别录》：主和中，下气。

《药性本草》：解一切草木毒，生嚼及煮汁服，取效。

《食疗本草》：疗霍乱吐痢不止，末，和醋服之。主呕逆，久食头不白。

《日华子本草》：补五脏。

《本草折衷》：《续说》云：张松谓曰白扁豆有治脾胃虚弱，心忪满闷，身热烦渴，伤暑伏热，口苦舌干，倦不思食。

《滇南本草》：治脾胃虚弱，反胃冷吐，久泻不止，食积痞块，小儿疳积，解酒毒，调五脏。

《随息居饮食谱》：安胎。

《本草图经》：主女子带下。兼杀酒毒，亦解河豚毒。

《本草纲目》：止泄痢，消暑，暖脾胃，除湿热，止消渴。

《本草备要》：甘温腥香。色白微黄，脾之谷也。调脾暖胃，通利三焦，降浊升清，消暑除湿，止渴止泻，专治中宫之病。解酒毒、河豚毒。多食壅气。

（九）山药

味甘，性平。归脾、肺、肾经。功能益气养阴，补脾肺肾，固精止带。山药能平补气阴，且性兼涩，故凡脾虚食少，体倦便溏，及妇女带下，儿童消化不良的泄泻等，皆可应用。本品既补脾肺之气，又益肺肾之阴，并能固涩肾精，可治肺虚咳喘，肺肾两虚的久咳久喘；或肾虚不固的遗精，尿频等；及肾虚不固，带下清稀，绵绵不止等证。此外，本品可用于治疗阴虚内热，口渴多饮，小便频数的消渴证。有益气养阴生津止渴之效。

《本草纲目》：益肾气，健脾胃，止泄痢，化痰涎，润皮毛。

《本草考证》：山药能健脾补虚，滋精固肾，治诸虚百损，疗五劳七伤。第其气轻性缓，非堪专任，故补脾肺必主参、术；补肾水必君茱、地；涩带浊须破故同研；固遗泄仗菟丝相济。

《本草备要》：色白入肺，味甘归脾。入肺、脾二经，补其不足，清其虚热。固肠胃，润皮毛，化痰涎，止泄痢。肺为肾母，故又益肾强阴，治虚损劳伤；脾为心子，故又益心气，治健忘遗精。

《神农本草经》：主伤中，补虚羸，除寒热邪气，补中益气力，

长肌肉，久服耳目聪明，轻身不饥延年。

《名医别录》：主头面游风，风头，眼眩，下气，止腰痛，补虚劳羸瘦，充五藏，除烦热，强阴。

《药性论》：补五劳七伤，去冷风，止腰疼，镇心神，安魂魄，开达心孔，多记事，补心气不足，患人体虚羸，加而用之。

《食疗本草》：治头疼，利丈夫，助阴力。

《日华子本草》：助五脏，强筋骨，长志安神，主泻精遗忘。

《本草再新》：健脾润肺，化痰止咳，开胃气，益肾水，治虚劳损伤，止吐血遗精。

（十）甘草

味甘，性平。归心、肺、脾、胃经。功能益气补中，清热解毒，祛痰止咳，缓急止痛，调和药性。本品补益心脾之气，可用于心气不足的心动悸，脉结代，及脾气虚弱的倦怠乏力，食少便溏等证。甘草油有化痰止咳之功，可用于痰多咳嗽的治疗；又有缓急止痛之效，可用于脘腹及四肢挛急作痛。再者，本品能缓和烈性或减轻毒性等不良反应，又调和脾胃，故常用于药性峻猛的方剂中，以调和诸药。此外，本品还可用于治疗热毒疮疡，咽喉肿痛及药物、食物中毒等。

《神农本草经》：主五脏六腑寒热邪气，坚筋骨，长肌肉，倍力，金疮肿，解毒。

《本草图经》：甘草能解百毒，为众药之药，孙思邈云：有人中乌头、巴豆毒，甘草入腹即定。方称大豆解百药毒，尝试不效，乃加甘草为甘豆汤，其验更速。

《用药法象》：甘草，阳不足者，补之以甘，甘温能除大热。……腹中急痛，腹皮急缓者，宜倍用之。其性能缓急，而有协和诸药，使之不争，故热药得之缓其热，寒药得之缓其寒，寒热相杂者用之得之平。

《汤液本草》：治肺痿之脓血，而作吐剂；消五发之疮疽，与黄芪同功。……甘者令人中满，中满者勿食甘，甘缓而壅气，非中满所宜也。

《本草考证》：（甘草）得中和之性，有调补之功，故毒药的得之

解其毒，刚药得之和其性，表要得之助其外，下药得之缓其速。……随气药入气，随血药入血，无往不可，故称国老。惟中满者勿用，恐其作胀；速下者勿入，恐其缓功，不可不知也。

《本草备要》：味甘。生用气平，补脾胃不足而泻心火；炙用气温，补三焦元气而散表寒。入合剂则补益，入汗剂则解肌，入凉剂则泻邪热，入峻剂则缓正气，入润剂则养阴血。能协和诸药，使之不争，生肌止痛，通行十二经，解百药毒，故有国老之称，中满证忌之。

《本草纲目》：解小儿胎毒惊痫，降火止痛。

《药性论》：主腹中冷痛，治惊痫，除腹胀满，补益五脏，制诸药毒，养肾气内伤，令人阴（不）痿，主妇人血沥腰痛，虚而多热，加而用之。

《日华子本草》：安魂定魄。补五劳七伤，一切虚损、惊悸、烦闷、健忘。通九窍，利百脉，益精养气，壮筋骨，解冷热。

二、参苓白术散成方功效与适应证

参苓白术散功能益气健脾，渗湿止泻。为脾虚夹湿证的代表性方剂。

《太平惠民和剂局方》载其“治脾胃虚弱，饮食不进，多困少力，中满痞噎，心松气喘，呕吐泄泻及伤寒咳噫。久服养气育神，醒脾悦色，顺正僻邪”。《世医得效方》谓：“参苓白术散理心脾气弱。神魂体倦，饮食不进，多困少力，中满痞噎，心松气喘，呕吐泄痢”。《医方论》亦谓：“此健脾和胃之正药也。”《医方集解》云：“补脾，治脾胃虚弱，饮食不消，或吐或泻。”《景岳全书》：“调助脾胃。”《普济方》：“胃虚口噤，及小儿疳渴，由脏腑宿有疳气，加之乳母恣食甘肥，酒面，心肺壅热，日则烦渴饮水，乳食不进，夜则渴止”。《证治准绳·幼科》：“久泻，及大病后，痢后消渴。”《医宗金鉴》：“脾虚食后即作泻，腹满不渴，少精神，面黄懒食，肌肤消瘦及经来泄泻”。《中国药典》载其：“补脾胃，益肺气。用于脾胃虚弱，食少便溏，气短咳嗽，肢倦乏力。”

以上医家所论述的病证，其中呕吐是一个症状，由于胃失和降，

气逆于上所引起的病证。有物有声谓之呕，有物无声谓之吐，无物有声谓之干呕，其实呕与吐同时发生，很难截然分开，故一般并称为呕吐。

泄泻，是指排便次数增多，粪便稀薄，甚至泻出如水样而言。以大便溏薄而势缓者为泄，大便清稀如水而直下者为泻。汉唐时代称为“下利”，宋代以后统称为“泄泻”。吴澄曰：“泄泻之本，无不由于脾胃。盖胃为水谷之海，而脾主健运。使脾健胃和，则水谷腐熟，而化气化血，以行营卫。若饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，清华之气不能输化，乃致含污下降而泄泻矣。脾弱者，因虚所以易泻，因泻所以愈虚。”

痞，即指脘腹部胀闷不舒，有痞塞感。《伤寒论》说：“但满而不痛者，此为痞”。又说：“按之自濡，但气痞耳”。即指痞满而言。隋·巢元方指出：营卫不和，阴阳隔绝，血气壅塞，不得宣通，故病痞满。明·张景岳提出痞满有虚实之分，而辨虚实的要点在于有邪和无邪。清·张路玉提出痞满与体质胖瘦有关，并倡痰湿热邪致痞的理论。

噎即噎塞，指吞咽之时噎塞不顺；嗝为格拒，指饮食不下，或食入即吐。噎嗝是由于忧思郁怒，酒食所伤导致食管干涩，食管狭窄所引起的，以吞咽梗噎不顺，饮食难下或食入即吐为主症的病证。往往噎轻而嗝重，噎可单独出现，但往往为嗝之前。隋·巢元方指出噎证有气、食、忧等五种，其病因“皆由阴阳不和，三焦隔绝，津液不行，忧恚嗔怒所生”。金元医家朱丹溪清楚地认识到噎嗝的病位在食道，发病原理为食物噎嗝于食道，尚未入胃而反出。明·张景岳提出“噎嗝一证，必以忧愁思恚积劳或酒色过度损伤而成，盖忧思过度则气结，气结则运化不行，其不行则噎嗝病于上。酒色过度则伤阴，阴伤则精血枯涸，经血枯涸则燥结病于下”。清代对噎嗝的病因病理有了进一步的认识，如《张氏医通》认为噎嗝初起未必是津液干枯，而是冲脉上行逆气，不能润下而致。

中满即腹部胀满，是自觉腹部胀满不适的一种病证。腹胀一证最早见于《内经》，张仲景对本症病因病机认识大体有以下几方面：一是脾阳虚衰，湿浊不化，寒气凝结，所以腹胀满。二是邪实内结，腑

气不通。三是肝木乘脾，气滞而胀。此外，误用吐、下、发汗之法也都可引起本证。金元时期，李东垣着重强调脾胃内伤之说，认为本病多由“脾胃之气虚弱，不能运化精微而制水谷，聚而不散而成胀满”。

气短出自《素问·玉机真脏论》，指呼吸短促，言语无力。多因脏腑气虚，鼓动不力所致。但亦可见于痰浊，水饮等阻滞气机而致者，其证属实。

根据以上几位医家的论述，参苓白术散的适应证已被勾画的十分清楚，是脾虚夹湿证。脾胃为后天之本，气血生化之源，脾胃气虚，化源不充，脏腑肢体皆无以受气，故形体虚羸，身倦无力，气短心悸。脾主运化。脾胃不健，水谷不化气血津液，反而为湿、为痰、为滞。气虚湿困，脾胃升运和降失司，浊阴上逆则吐，谷气下走则泻，痰湿犯肺则咳，故或吐或泻，或咳嗽痰多。湿滞不化，气机不畅，故胸脘痞塞。脾失健运，则气血生化不足，肢体失于濡养，故四肢无力，形体消瘦，面色萎黄。

本方药性平和，温而不燥，临床运用除脾胃气虚症状外，以泄泻，舌苔白腻，脉虚缓为证治要点。临床应用要辨证论治，且注意其使用禁忌。《中华人民共和国药典》规定了本剂的使用注意：①泄泻兼有大便不通畅，肛门有下坠感者忌服。②服本药时不宜同时服用藜芦、五灵脂、皂荚或其制剂。③不宜喝茶和吃萝卜以免影响药效。④不宜和感冒类药同时服用。⑤高血压、心脏病、肾脏病、糖尿病患者及孕妇应在医师指导下服用。⑥本品宜饭前服用或进食同时服。

第五节 参苓白术散源流发展

本方首出于宋代官方颁布的《太平惠民和剂局方》，作者不详。据《局方·卷之三治一切气》所载，本方主治“脾胃虚弱，饮食不进，多困少动，中满痞噎，心忪气喘，呕吐泄泻，及伤寒咳噫。”后世治疗脾虚夹湿证多用此方。清代著名医家陈修园在此方基础上专加陈皮一味，方名仍为参苓白术散，《古今医鉴》所载参苓白术散，亦较本方多陈皮一味，适用于脾胃气虚兼有湿阻气滞证者。清代汪昂著

《医方集解》载本方，名“茯苓白术散”，并增补陈皮一味，则变为“异功散”的加味方，对益脾祛湿之功有所加强。

第六节　参苓白术散衍生方

一、资生丸

【方源】《先醒斋医学广笔记》。

【组成】人参三两，白术三两，广陈皮二两，白茯苓一两半，山楂二两，甘草（蜜炙）五钱，怀山药（炒）一两五钱，川黄连三钱，薏苡仁一两半，白豆蔻仁三钱五分，白扁豆（炒）一两半，藿香叶五钱，莲肉，（炒）一两五钱，泽泻（炒）三钱半，芡实粉一两五钱，桔梗五钱，麦芽一两。

【用法】上为细末，炼蜜为丸，如弹子大。每次一丸，重二钱，用白汤或清米汤、橘皮汤、炒砂仁汤嚼化下。

【主治】妊娠三月，阳明脉衰，胎无不固。亦治脾胃虚弱，食少便溏，脘腹作胀，恶心呕吐，消瘦乏力等证。

二、七味白术散

【方源】《小儿药证直决》。

【组成】人参二钱五分，茯苓，炒白术各五钱，甘草一钱，藿香叶五钱，木香二钱，葛根五钱。

【用法】为粗末，每服三钱，水煎服。

【主治】脾胃虚弱，津虚内热证。呕吐泄泻，肌热烦渴。

【备考】聚珍本作“人参、白茯苓、白术、藿香叶、木香、甘草各一两，葛根二两”。

【加减】热甚发渴，去木香。

三、异功散

【方源】《小儿药证直决》。

【组成】人参、茯苓去皮、白术、陈皮、甘草各等分。

【用法】上为细末，每服二钱，水一盏，生姜五片，枣两个，同煎至七分，食前，温服量多少与之。

【主治】脾胃气虚兼气滞证。饮食减少，大便溏薄，胸脘痞闷不舒，或呕吐泄泻等。

四、参苓壮脾圆

【方源】《太平惠民和剂局方》。

【组成】人参，白术，茯苓，肉桂，缩砂仁，干姜，胡椒，麦芽（炒），神曲，山药，白扁豆（炒）。

【用法】上等分为末，炼蜜为圆，如弹子大。每服一圆细嚼，白汤送下温酒亦得，空心，食前。

【主治】治脾胃虚弱，胸膈痞闷，胸胁胀满，心腹刺痛，反胃吐食，口苦吞酸，胸满短气，肢体怠惰，面色萎黄，及中焦痞，不任攻掣，脏腑虚寒，不受峻补，或因病气衰，食不复常，禀受怯弱，不能饮食，即久病泄泻，肠胃虚滑，并宜服之。

五、参术散

【方源】《家用良方》。

【组成】人参、白术、黄芪各二钱，茯苓、炙甘草、陈皮各一钱。

【用法】水煎服，远食。

【主治】脾胃虚弱证，或吐或泻，倦怠乏力等。

【加减】吐泻甚者，加制附子一钱。

六、寿脾煎

【方源】《家用良方》。

【组成】白术二钱，当归、山药各二钱，炙甘草一钱，枣仁钱半，莲肉（去心炒）二十粒，人参随宜（急者用一两），制远志三分，炮姜二钱。

【用法】水煎服。

【主治】脾胃虚寒之呕吐泄泻，饮食不进，肢体困倦等。

七、香砂六君子汤

【方源】《医方集解》。

【组成】 人参、白术、茯苓各二钱，甘草一钱，砂仁一钱，香附一钱，陈皮、半夏各一钱。

【用法】 水煎服。

【主治】 脾胃虚寒，寒湿滞于中焦。纳呆，嗳气，脘腹胀满或疼痛，呕吐，泄泻等。

第二章

历代医家对参苓白术散的论述

吴崑：脾胃虚弱，不思饮食者，此方主之。脾胃者，土也。土为万物之母，诸脏腑百骸受气于脾胃而后能强。若脾胃一亏，则众体皆无以受气，日见羸弱矣，故治杂证者，宜以脾胃为主。然脾胃喜甘而恶苦，喜香而恶秽，喜燥而恶湿，喜利而恶滞。是方也，人参、扁豆、甘草，味之甘者也；白术、茯苓、山药、莲肉、薏苡仁，甘而微燥者也；砂仁辛香而燥，可以开胃醒脾；桔梗甘而微苦，甘则性缓，故为诸药之舟楫，苦则喜降，则能通天气于地道矣。（《医方考》）

汪昂：补脾。治脾胃虚弱，饮食不消，或吐或泻。土为万物之母，脾土受伤，则失其健运之职，故饮食不消。兼寒则呕吐，兼湿则濡泻也。饮食既少，众脏无以禀气，则虚羸日甚，诸疾丛生矣。人参、白术（土炒）、茯苓、甘草（炙）、山药（炒）、薏苡仁（炒）、扁豆（炒）、莲子肉（去心，炒）、陈皮、砂仁、桔梗，为末。每三钱，枣汤或米饮调服。此足太阴、阳明药也。治脾胃者，补其虚，除其湿，行其滞，调其气而已。人参、白术、茯苓、甘草、山药、扁豆、薏苡仁、莲肉皆补脾之药也。然茯苓、山药、薏苡仁理脾而兼能渗

湿；砂仁、陈皮调气行滞之品也，然合参、术、苓、草，暖胃而又能补中；桔梗苦甘入肺，能载药上浮，又能通天气与地道，使气得升降而益和，且以保肺防燥药之上僭也。（《医方集解》）

费伯雄：此健脾和胃之正药也。惟扁豆性劣，宜减去，常见疟愈之后服扁豆者，无不复发，此可知也。（《医方论》）

周文采：治脾胃虚弱，饮食不进，或致呕吐泄泻，及大病后调助脾胃，此药最好。（《医方选要》）

东垣之《脾胃论》曰：脾胃虚则百病生，调理中州，其首务也。脾悦甘，故用人参，甘草，薏苡仁；土喜燥，故用白术，茯苓；脾喜香，故用砂仁；心生脾，故用莲肉益心；土恶水，故用山药治肾；桔梗入肺，能升能降。所以通天气于地道，而无痞塞之忧也。

《医略六书》：脾胃两虚，不能健运胜湿，而输纳无权，故食少体倦，吐血不止焉。人参扶元补胃，白术燥湿健脾，山药补脾益阴，莲肉清心醒脾，扁豆健脾和胃气，薏苡仁健脾渗湿热，炙草缓中，桔梗清肺，茯苓胜湿以和脾胃也。为散米饮煎服，使湿气化调，测脾胃壮盛而体强食进，何吐血之不止哉？此健脾强胃之剂，为土虚不能胜湿吐泻之专方。

第三章

参苓白术散现代理论研究进展

第一节　参苓白术散中人参去芦的问题

人参主入肺、脾二经，味甘，有益气生津之效，可用于热病气津两伤，身热口渴及消渴等证；能补益肺气，用于肺气虚弱的短气喘促，懒言声微，脉虚自汗等证；又可补脾益气，用于脾气不足的倦怠乏力，食少便溏等证；还有补气安神益智之效，故可用于气血亏虚的心悸，失眠，健忘等证。参苓白术散中应用人参是取其益气健脾之功。《华氏中藏经》始录“人参芦头”，并有“吐人”记载。历代本草，包括《本草纲目》等均将参芦列为催吐药，且用量较大。世人谈及人参芦，多言无补益之功，仅有催吐之力。《和剂局方》在应用人参时，指出：“去芦。”但是现代医家在运用参苓白术散时均未指出去芦。

参芦，系人参主根与茎之间的根状茎。参芦与参体、参须、参蔓及茎、叶、花、果同出一株。即基源相同，部位不同而矣。然全株人参中，其它部位如茎、叶、花、果、须根、侧

根及参体等均无涌吐作用，但何故唯独参芦具有“吐人”的功效，而作催吐剂使用。因此，不少学者对参芦和参根的主要化学成分进行了研究分析。经化学研究结果表明，人参芦与人参的化学成分如皂苷类、糖类、氨基酸类、多肽、挥发油等均相似。通过对参芦与参根进行分开定性比较，均含有相同的人参皂苷，两者总皂苷的层析谱也相似。人参芦中挥发油的含量约为人参根的3倍，从人参芦挥发油中得到了24种化学成分，并没有发现人参芦中含有催吐成分。对参芦和参体中氨基酸及多肽的分析研究结果也与上述相似。对参芦和人参的粉末进行显微观察，结果表明，参芦与其它部位所含草酸钙在甘草、大黄、丹皮、黄柏、山药等常用中药中含有相当高的含量，有的甚至超过参芦的含量，也很少有呕吐者。所以，参芦中草酸钙含量是不足以引起呕吐的，化学分析之目的在于确认参芦的化学成分，探讨参芦中是否含有催吐成分及与催吐作用有关的化学成分和其它特殊的物质。与此相反，分析结果均提示人参芦没有催吐作用。

将大剂量参芦煎服、泡茶饮，参芦配入中药方剂长期服用，随访无出现呕吐反应。给家兔与狗灌服参芦后，均没出现呕吐现象，表明参芦对实验动物与人均无催吐作用。进一步药理研究结果表明参芦不仅无催吐作用，还具有与人参相似的药理作用。用参芦制成参芦酒，服后无一例出现呕吐。经单用参芦，复方中以参芦代党参投药，均未见古今医籍所述“不去芦，令人吐”的现象。与此相反，临床应用参芦后尚观察到参芦具有补气益肾，健脾和胃，养血安神，增强免疫力，调节血压与内分泌失调，促进血液循环等功能。对某些虚证确能改善症状，增强体质，醒脑提神，这些均与古文中“参芦能耗气”记录相反。早期《中国药典》和《全国中药炮制规范》规定人参去芦，但2000年之后的药典并没有人参去芦的规定，目前的实验研究和临床实践均证明人参芦无催吐作用，且人参芦占整个人参根重量的12%～15%，去掉是一个很大的浪费。[1]

第二节　参苓白术散中人参和党参的问题

大凡古方中用人参者，现在通常都用党参代替，也就是说从医疗

作用来说，党参与人参同功。党参为桔梗科植物，蔓生，药用其根，与古代原有的五加科人参是有区别的，《本草逢原》一书中论述人参时说“产山西太行山者，名上党人参，虽无甘温峻补之功，却有甘平清肺之力”。实际上，这种“上党人参”当时是人参的膺品、冒牌货。清·吴仪洛的《本草从新》将这种“上党人参”称之曰“党参”，吴氏的描述是“党参甘平补中，益气，和脾胃，除烦渴。中气微虚，用以调补，甚为平妥”；“今真党参久已难得，肆中所卖党参，种类甚多，皆不堪用，唯防风党参，性味和平足贵”。他还指出，其形态鉴别是“根有狮子磐头者真，硬纹者伪也”。[2]当永乐年间上党人参绝迹之时，牟利者遂以山西上党所产桔梗科党参冒名顶替，导致同名异物。因二者均产于上党，易鱼目混珠而欺人于世，这是造成后世某些本草书籍混乱的原因。清·黄宫绣曰：“山西太行新出党参其性只能清肺并无补益之功，近因辽参价贵，而好奇居异，乃以太行山之苗（指桔梗科党参）及以防风，枯梗，莽范伪造，相继混行。”[3]这就是造成后人将党参和人参混用至今的原因。

人参味甘、微苦微温，入心、肺、脾经，功擅大补元气，故用于挽救元气虚衰、脉微欲绝之脱证。脾为生化之源，肺乃主气之脏，元气旺盛则肺脾之气自足，故能补脾益肺，谓之肺脾气虚诸证之主药。元气充沛，则血旺津生，神安智增，故又可用于气血亏虚之心悸、失眠、健忘等心神不宁证，以及热病气津两伤、身热口渴或消渴等证。既为救危扶脱之良剂，亦为疗虚劳内伤之第一要药。还可用于治疗劳伤虚损，食少，倦怠，反胃吐食，大便滑泄，虚咳喘促，自汗暴脱，惊悸，健忘，眩晕，头痛，阳痿，尿频，消渴，妇女崩漏，小儿慢惊，及久虚不复，一切气、血、津液不足之证，皆可应用。

党参甘平，力较平和，不腻不燥，入脾肺经。既擅补中气，又善益肺气，为治脾肺气虚证最常用之品。气能生血，气旺津生，故又具养血生津之效，亦治血虚、津亏之证。

两药均具有补中益气，生津止渴之功效，在临床应用时可随证选择应用，对于气虚症状较重者，可选择应用人参。气虚证尚不重，或不适合应用人参者，可选择应用党参。

第三节 参苓白术散中加入陈皮的问题

陈皮为芸香科植物橘的成熟果实的干燥外层果皮，药源广泛，价格便宜，临床应用较多的一种中药。陈皮主治范围不外脾、肺病证，主要取它理气燥湿的功效。配伍参、术能健脾益气，配半夏能燥湿化痰，配苍术、厚朴则燥湿除胀，配防风、白芍、白术则止痛止泻，配生姜、竹茹、葱则和胃降逆。陈皮与补气药如党参、黄芪、白术等配伍可用于气虚体弱的证候，可使补而不滞，防壅作胀。《本草纲目》说它“同补药则补，同泻药则泻，同升药则升，同降药则降”。[4]《和剂局方》始载参苓白术散，清代著名医家陈修园在此方基础上专加陈皮一味，方名仍为参苓白术散，《古今医鉴》所载参苓白术散，亦较本方多陈皮一味，适用于脾胃气虚兼有湿阻气滞证者。清代汪昂著《医方集解》载本方，名“茯苓白术散”，并增补陈皮一味，则变为“异功散”的加味方，对益脾祛湿之功有所加强。

第四节 参苓白术散中茯苓菌核不同部位应用的特点

茯苓为多孔菌科真菌茯苓的菌核。茯苓在加工时将菌核内部的白色部分切成薄片或小块，即为白茯苓；菌核外皮部为茯苓皮；皮层下的赤色部分，为赤茯苓；带有松根（即茯神木）的白色部分，切成方形薄片，即为茯神，亦称抱木神。

白茯苓始载于《神农本草经》，味甘淡，性平，归心、脾、肺、肾经。功能利水渗湿，健脾安神。临床上常用于小便不利，水肿及停饮等水湿证、脾虚证以及心悸、失眠等病证。《药品化义》曰：“白茯苓，味独甘淡，甘则能补，淡则能渗，甘淡属土，用补脾阴，土旺生金，兼益肺气。主治脾胃不和……。盖甘补则脾脏受益，中气既和，则津液自生，口焦舌干烦渴亦解。又治下部湿热，淋沥水肿，便溺黄赤，腰脐不利，停蓄邪水。盖淡渗则膀胱得养，肾气既旺，则腰脐间血自利，津道流行，益肺于上源，补脾于中部，令脾肺之气从上

顺下，通调水道，以输膀胱，故小便多而能止，涩而能利”。贾氏[5]治疗小儿疳积时选用白茯苓，盖因其长于健脾渗湿之效。赤茯苓颜色淡红，味甘，性平，入心、脾、胃、肺、肾经。本品长于宁心安神，利窍行水、清利湿热，专泻心、小肠、膀胱之湿热，用于治疗心烦不宁、小便短赤、淋漓不畅、泻痢。陶弘景曰：“茯苓，白色者补，赤色者利”。《本草经疏》谓：“白者入气分，赤者入血分，补心益脾，白优于赤，通利小肠，专除湿热，赤亦胜白”。茯神载于《名医别录》，甘淡，平，入心、脾经。功能宁心、安神、利水。治心虚惊悸、健忘、失眠、惊痫、小便不利。《本草经疏》云：“茯神抱木心而生，以此别于茯苓。《别录》谓茯神平，其气味与性应是茯苓一体，茯苓入脾肾之用多，茯神入心之用多”。曾氏[6]亦选用茯神以治疗证属禀赋不充，脾气虚弱，中焦化源亏乏，不能充盈血海，内养冲任之月经不调。茯神木为茯苓菌核中间的松根，甘、平，无毒，能平肝安神，治惊悸健忘，中风不语，脚气转筋。《要药分剂》曰：“茯神本治心，而中抱之木又属肝，以木治木，水平则风定，风定则心宁，而厥自止也”。茯苓皮载于《本草纲目》，味甘淡，性平，利水，消肿。《中医学大辞典》谓：“茯苓行水而不耗气，胜似大腹皮”。唐氏[7]在治疗慢性肾炎所致水肿时选用茯苓皮，取其利水渗湿消肿之功。

茯苓菌核不同部分虽然同属一体，但临床作用确有差异。虽均具利水之功，而白茯苓长于健脾渗湿，赤茯苓长于清利，茯苓皮优于消肿，茯神则长于宁心益智而安神。根据以上特性，临证之时按照不同的证候特点，依证辨别使用，有助于正确选用，提高药物疗效，发挥其药性和功用。现代药理学的研究扩大了茯苓的临床应用范围，对前人的研究提供了科学印证。但由于茯苓菌核不同部分的现代药理作用、化学成分等的差异研究甚少，因此应进一步加强该领域的研究，为临床上更好地辨证选用茯苓菌核不同部分提供更多依据。[8]

第五节 参苓白术散中砂仁后下的问题

砂仁在中药煎服应后下是《中华人民共和国药典》和中药学教

科书规定，但在临床使用中，砂仁后下的用法常常被忽视。然实践证明砂仁后下是很有必要的，如兰氏[9]在运用参苓白术散治疗顽固性口疮时，强调指出“砂仁后下”。其效果较砂仁不后下的情况为佳。

砂仁为姜科植物阳春砂绿壳砂，或海南砂的干燥成熟果实或种子，是一味临床上常用的芳香化湿类中药，性味辛，温；归脾，胃，肾经，功能化湿开胃，温脾止泄，理气安胎。阳春砂，绿壳砂，海南砂（以下简称阳春砂）果实入药者，称为壳砂仁；以阳春砂净种子团入药者称为砂仁或砂仁米；以阳春砂果壳入药者，称为砂仁壳，临床可辨证选用。砂壳也有理气醒胃的作用，但缺乏砂仁温中散寒的效力。

砂壳气味薄，燥性小。肝旺胃弱者用之合宜。砂仁经鉴定含有乙酸龙脑脂、樟脑、柠檬烯、樟烯、A－蒎烯、B－蒎烯等烯类物质和棕榈酸等近30种成分。其主要成分挥发油是一类具有治疗作用的活性成分，比水轻，对温度比较敏感，70～100℃时蒸馏易挥发或破坏。实验证明：砂仁所含的挥发油在煮沸后2分钟，损失10%，5分钟损失33%，10分钟损失67%。魏刚在《标准汤剂论》中说，汤剂中挥发油含量在10%以下。由此可见，砂仁与其它药物过长时间同煎，其有效成分挥发油大部分挥发损耗，从而影响复方的临床治疗效果。砂仁后下应在其它药物煎煮至预定时间前5分钟投入，煎煮至闻到砂仁的特殊香味时停火，放至温热时服用。采用后下的目的是为了减少砂仁有效成分的挥发损耗，使其有效成分最大限度保留在汤液中，而增加砂仁与其它中药配伍的临床治疗效果，达到中医师应用砂仁的预期治疗目的。

在《本草纲目》中关于砂仁的用法，做丸内服、研末内服，嚼服占总用砂仁的69%。因此调剂人员除应重视特殊调配方法，忠实执行外，对参苓白术散方中砂仁无后下的处方应及时与医师联系，以便引起医师的重视和注意，修改处方。中药房调剂人员在调配处方后，发药时应对取药者说明砂仁后下的煎煮方法和注意事项，使煎药者能正确掌握砂仁煎煮方法，以提高治疗效果。[10]

第六节 论参苓白术散中甘草生用、炙用的问题

甘草生用、炙用，其功有异。生用性寒，能降胃火，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。

甘草生用多用于咽喉肿痛，口舌生疮，痈肿疮毒等。有清热泻火解毒之功。治咽喉肿毒，可单用甘草煎服。治口舌生疮，小便淋涩疼痛，常与生地、木通、竹叶同用，以清心利水，导热下行，如兰氏[11]运用参苓白术散治疗顽固性口疮时，选用生甘草配伍清热药取得良效。治痈肿疮毒，以解毒消肿，常配伍金银花、连翘、蒲公英、紫花地丁等清热解毒之品，以治痈肿热毒盛者，其效益佳。本品治痈肿疮毒，在初起时，除作内服外，亦可浓煎乘热洗；若丹毒等热毒之证，则浓煎待冷洗、渍或湿敷；若痈肿溃后，煎汤洗涤，或脓水已尽，研末外敷，皆有助于祛腐生新。用于气血不足，心力不继，脉结代，心动悸者，常重用炙甘草以益气生血，并配人参、生地、阿胶、桂枝等同用、共奏益气养血，通阳复脉之效，如唐氏[12]运用参苓白术散治疗水肿及缺铁性贫血，重用炙甘草取得良效。若气血不足，心失所养，心悸怔忡，健忘失眠者，常与人参、龙眼肉、酸枣仁等同用，以益气血而养心宁神。

第七节 参苓白术散的功效主治研究

中医学认为：脾胃为后天之本，生化之源，气血之乡，脾病则百病丛生。《内经》写到："饮入胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺。"指出了脾脏的生理功能是输送水谷精微和代谢水湿。然津和湿在体内是以单独的实体存在的，但也不是截然分开的，在病理

上也往往是相互关联的。若脾气旺盛，则能完成湿布津的过程；反之脾气虚弱，则会造成湿浊停滞，津气不能输布的状况，而引起各种疾病。张路玉说："无论寒热补泻，先培中土，使药气四达，则周身之机运流通，水谷之精敷布，何患其药之不效哉。"这就是医者在临床上使用参苓白术散的前提。参苓白术散乃治疗脾胃虚弱的代表性方剂。然其应用颇广，远远超过了脾胃疾病的范畴。据现代文献报道，其临床治疗范围已涉及到呼吸、神经、心血管等各系统。现代医家通过临床实践，从不同角度提出对其功效的认识。细观其论，主要是论述了参苓白术散健脾和渗湿两方面的作用。

就参苓白术散健脾作用，薛氏等[13]认为本方可通过调整自主神经功能，从而对消化液分泌起调节作用，方中党参、白术、茯苓、甘草等药还能通过调整胃肠道的激素分泌，纠正脾虚胃泌素分泌降低状态，改善腺体细胞合成消化酶，影响消化液的质和量，从而达到健脾目的。冯氏[14]提出脾胃虚弱常因肝木相克太过所致，故重用白芍养肝平肝，缓急止痛。用党参、茯苓、白术健脾益气，以助运化，陈皮、扁豆、山药、砂仁、薏苡仁健脾除湿，地榆、槐角、黄连苦寒清热燥湿，又用半夏辛温散寒化湿，为辛开苦降，寒温并用，阴阳并调之法，从而达到恢复中焦升降运化之目的。诸药合用，共奏益气健脾，辛开苦降之功。张氏[15]提出"专补脾阴不足，用参苓白术散"。方以人参、白术、茯苓、炙甘草及四君子平补脾胃之气，脾胃之气健旺，则运化功能正常。配以扁豆、茯苓、薏苡仁、山药之甘淡，莲子之甘涩，辅助白术健脾，半夏、砂仁辛温芳香醒脾，佐四君促中州运化，使上下气机贯通，则脾胃健运。

就参苓白术散渗湿作用，薛氏[13]认为"泄泻之本，无不由于脾胃"，若饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降，参苓白术散功能补气健脾，和胃渗湿，能增加肠管对水及氯化物的吸收，而且大剂量时能抑制肠管的收缩，有抗炎、利尿、抑制浆液分泌，可达到渗湿的目的。同时有利小便、实大便的作用。王氏[16]提出脾虚与湿阻并存，光燥湿，则脾虚更甚，则湿无从去，所以治疗上，应扶正祛邪并施，扶正健脾，才能真正达到祛湿的目的。参苓白术散，扶正不碍邪，祛湿与扶

正并举，使脾气旺盛，湿去气行，中焦运化恢复正常。孟氏[17]认为“水惟畏土，其制在脾”，治疗水湿之邪应用培土制水之法，故以参苓白术散为主方，取其健脾益气渗湿之功，最终达到水去病安之功。钟氏[18]认为“水病无不由脾肾虚所为，脾肾虚则水妄行，盈溢皮肤而全身肿满”。由此观之，在治疗上，应抓住脾肾虚这一病机，采用健脾补肾为主，除以参苓白术散方健脾益气，运化水湿之外，还可加熟地黄、菟丝子补肾填精，相辅相成，能收到较好的效果。

更多医家结合自己的临证经验，对参苓白术散功效进行了总结。张氏[19]提出痰湿蕴结在脾，耗气伤津必损肺，后天失养终及肾。阴损及阳，阴阳两虚，缠绵难愈。“脾为生痰之源”，“肺为贮痰之器”，故哮喘一病，不能专治肺脏，关键在于调理中焦；机枢一转，气血生化旺盛，水谷精微敷布正常，土旺金生，则哮喘自平。张氏以参苓白术散加减，健脾化湿以正本清源；补肺敛气以止咳平喘；温肾填精以纳气归元，治疗了许多哮喘顽疾。曾氏[6]宗《内经》“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”之说，认为临床单用肺经药治疗咳嗽每每不易奏功。“咳则右胁下痛……动则咳剧”，此谓“脾咳”是也，用参苓白术散健脾和中、渗湿化痰收效满意。王氏[17]提出用参苓白术散加减，止流塞源，培土制水。使脾运健，肾阳复，肺气宣，壅滞通，不治水而水自利，不消肿而肿自消。水肿长期不退，时消时起，临床上以脾肾阳虚者十之八九。治疗时应采取温补脾肾之法，不能图一时之快而峻剂逐水，犯虚虚之戒。

对于本方所治病证，结合现代临床上所遇到的病名病候，认为本方所治病证总的来说不外乎以下几种：①咳嗽，②哮喘，③腹泻，④结核，⑤虚劳，⑥贫血，⑦疳积，⑧消渴，⑨痢疾，⑩胃痛等等。曾氏[6]认为由于本方药性平和，温而不燥，又无壅补之虞，是一首健脾益气、和胃渗湿、生津保肺的常用方剂，故临证之时，遇脾胃气虚而挟湿之证，投本方，屡试屡验。笔者认为，应用本方时当以面色萎黄或苍白，纳差，神疲，舌淡胖，边有齿印，苔薄白或白腻，脉濡细而缓为辨证要点。并曾以此方或以此方稍加增减治疗慢性肠炎、慢性支气管炎、贫血、肺结核、慢性肝炎或肝炎恢复期、慢性肾炎，以及女子月经不调等属于脾胃气虚挟有湿邪者，均取得了较好疗效。

参考文献

[1] 吕继红，张建文，刘文选．参芦“催吐”的再探讨．河南中医药学刊，1996，11（3）：64～65
[2] 王世民．党参出典小考．山西中医，2005，21（6）：42～43
[3] 李向高．古代人参基原考辨．中药材，2002，25（11）：818～823
[4] 万明新．陈皮的临床应用．江西中医学院学报，1996，（7）：59～60
[5] 贾金花，唐苏．参苓白术散治疗慢性病举隅．陕西中医，2002，23（1）：76
[6] 曾向群．参苓白术散的运用模式．光明中医，1998，13（77）：18～19
[7] 唐有余．参苓白术散临床运用举隅．湖南中医杂志，1999，15（6）：56
[8] 余兴华，戴琳．茯苓菌核不同部分的临床应用．海峡药学，2003，15（4）：83～84
[9] 兰友明，兰义明，鲍雪娇．参苓白术散临床新用．福建中医药，1998，（1）：42
[10] 晁凤巧．砂仁后下调查分析．菏泽医专学报，2001，13（1）：69
[11] 兰友明，兰义明，鲍雪娇．参苓白术散临床新用．福建中医药，1998，（1）：42
[12] 唐有余．参苓白术散临床运用举隅．湖南中医杂志。1999，11（6）：56
[13] 薛坤会，张仲森，徐家田．刘祥瑛运用参苓白术散治疗胃肠病的经验．陕西中医，1998，19（7）：319
[14] 冯艳．参苓白术散加减配合灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎38例．中国中医基础医学杂志，2001，7（12）：63
[15] 张小红．参苓白术散和西沙比利联合治疗糖尿病性胃轻瘫42例．安徽中医临床杂志，2001，13（3）：182
[16] 王驰．参苓白术散合平胃散治疗抗生素相关性腹泻43例．浙江中医学院院报，1998，22（2）：25～26
[17] 孟长厚，刘军．参苓白术散治疗慢性肾小球肾炎22例．乌盟医院院报，1994，（4）：49
[18] 钟捷．加味参苓白术散治疗慢性肾炎普通型36例新中医：1992，25（11）112
[19] 张志卿．王天夫老中医运用参苓白术散的经验．河南中医，1984（2）：19

中篇

临床研究

第一章

内科病证

第一节　呼吸系统疾病

呼吸系统与外环境接触最频繁，有害气体、粉尘、病原微生物乃至过敏原等均易侵入引起疾病。患病率居于各类疾病之首，已成为健康头号公敌。呼吸系统疾病包括上、下呼吸道急、慢性炎症，呼吸道变态反应性疾病，胸膜疾病，呼吸道异物，先天畸形，肺部肿瘤等。以咳、痰、喘、炎为其共同的特点，而炎症则是疾病的起因，咳、痰、喘是继发的症状。这些症状会影响病人的休息和健康，如果长期不愈，还可能发展成肺气肿、支气管扩张及肺源性心脏病等。引起呼吸系统疾病的因素很多，大概有以下几点：①大气污染和吸烟；②吸入性致敏原，是诱发哮喘的重要因素；③病原微生物感染；④老龄化：老人和小孩的机体免疫功能低下，是呼吸系统疾病的高发人群。

一、慢性支气管炎

慢性支气管炎是以反复咳嗽、咳痰或伴喘息为临床特征的病证，多见于40岁以上的中

老年人，所以又有“老慢支”之称。据资料统计，我国50岁以上的老年人患病率高达15%左右。患者有反复发作的慢性咳嗽、咳痰史，喘息可常年存在，有加重期，有肺气肿及肺心病体征，两肺常可闻及水泡音。多发生在秋冬寒冷季节，每因受凉感冒而反复诱发，天气转暖后则逐渐缓解，严重影响患者的生活和工作。

中医治疗慢支疗法很独特，对急性发作期、慢性迁延期、缓解期需要分别进行辨证论治，对证下药。慢性支气管炎在缓解期多表现为虚证，主要是肺脾肾脏虚损，功能失调所致。参苓白术散健脾和中、渗湿化痰，临床运用其加减治疗本病，取得较好疗效。

【病案举例】

1. 王某某，男，50岁，农民，东安县大庙口镇黑溪村人。1993年11月15日初诊。自诉：咳喘10余年，加重10天。现咳嗽气喘，痰多色白多沫，胸闷不适，神疲倦怠，纳差腹胀便溏，舌淡胖、苔白腻，脉缓滑。西医检查诊断为慢性支气管炎。此乃中医咳喘病，证属脾虚不运，痰浊阻肺。急则治标，治宜降气平喘，止咳化痰。处方：炙麻黄10g，苏子12g，白芥子10g，莱菔子10g，法半夏12g，陈皮10g，茯苓12g，厚朴10g，沉香6g（后下），桔梗10g，党参10g，甘草10g。文火水煎服，忌鱼腥烟酒。服5剂后喘咳顿减，痰量减少。再以参苓白术散化裁，以益气健脾，燥湿化痰，以固其本。处方：党参、茯苓各12g，淮山药15g，白术、陈皮、法夏、桔梗、苏子、补骨脂、杏仁、炙甘草各10g，沉香6g（后下）。10剂后，喘咳已平，精神转佳，纳运如常。后以参苓白术散为基本方加减调治月余，病情稳定，临床治愈。

按：先哲云：脾为生痰之源，肺为贮痰之器。痰之本源为脾虚不化水湿，而湿聚成痰。此案病者咳喘痰多，胸闷不舒，舌淡胖，苔腻，脉滑，为痰浊内阻。纳少，腹胀，便溏，为脾湿失运所致。故用麻杏二陈汤以治其标，后用参苓白术散以固其本，脾气得健，水湿得运，痰源以绝，喘咳自愈。[1]

2. 王某，男性52岁。慢性支气管炎病史20余年，平时常易咳嗽，伴喉痒，咯痰粘稠，面色不华，胸闷，纳呆，便溏，神疲乏力。脉濡滑，舌苔腻，边呈齿痕，属肺脾两虚，痰湿内盛所致，法当健脾

除痰，肃肺止咳。处方：参苓白术散加制半夏10g，陈皮10g，象贝母10g，白僵蚕10g。服药2周，咳嗽痰出已少，喉痒缓和，胸闷稍畅，脉舌如前，继服上方2月余，咳嗽渐平，咯痰量减，面稍红润，食欲增进，神疲乏力减轻，精神转旺，舌边齿痕消失。改服参苓白术丸，每日3次，每次3g，温开水送服，以资巩固。

按：脾为生痰之源，肺为贮痰之器，脾虚聚湿生痰，痰生于脾而贮于肺，肺虚常受痰湿内扰，清肃失令，咳嗽难已。故咳嗽之症，易治亦不易治，外邪袭肺引起的咳嗽易治而愈，内伤痰湿引起的咳嗽，每多反复发作。清代林琴有“因痰致咳者，痰为重，主治在脾”之说。健脾培土，可杜痰源，痰少咳自减，以参苓白术散之治，颇切合病机，虽起效甚慢，但功不可没。[2]

二、哮喘

哮喘是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种炎症细胞参与的，机体对抗原和非抗原性刺激引起的一种气管、支气管反应性过度增高的疾病。其临床特点为反复发作性喘息、胸闷、咳嗽、带有哮鸣音的呼气性呼吸困难。常在夜间或清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。我国的患病率为1%～4%，其中，约40%的患者有家族史。

本病属临床常见的疑难病证。中医学认为本病病机为内有壅盛之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为本病。久病不已，本虚标实，在脏为肺，反复发作，涉及脾肾，变化多端，治疗困难。

【临床应用】

苗氏[3]以参苓白术散为基础方加减治疗26例哮喘患者，所选病例为非急性发作期，病情评价为间歇及轻度、哮喘急性发作期为轻中度，并有咳嗽、痰多稀薄、时汗出等症的病人。给予：人参6g，白术15g，茯苓15g，炙甘草6g，山药9g，砂仁3g，薏苡仁15g，莲子肉12g，白扁豆12g，陈皮12g，大枣5枚，桔梗12g，水煎服，1剂/日，分2次服。治疗15～30日，随访1年，治疗期间忌烟酒辛辣。治疗结果：26例患者经治疗15～30日后，其中显效10例，效果良

好6例，有效7例，无效3例。总有效率为88%。

【病案举例】

1. 张某，女，36岁。哮喘始于童年，近年来发作频繁，就诊时因上感引起发作10日，经抗生素、平喘止咳药治疗效果不显，病人拒绝激素治疗。症见喘鸣，夜间平卧则剧，咳嗽痰稀薄量多，面肢肿，时汗出，神疲气短，面色㿠白，舌暗红，苔薄润，脉滑数。查体闻及双肺哮鸣音。辨证为痰湿阻肺，脾阳受困。治以健脾运湿化痰。处方：人参6g，白术15g，茯苓30g，炙甘草6g，白扁豆12g，砂仁3g，薏苡仁15g，陈皮12g，大枣5枚，桔梗12g，枳壳12g，大腹皮12g。服药15日，哮喘已平，咳痰量少色白，活动量增加时气急汗出，苔薄，脉缓，加桂枝6g，黄芪15g，继服15剂病愈。随访1年，未再发作。[3]

按：哮喘属中医学“哮”证范畴。许叔微《普济本事方》谓：“凡遇天阴欲作雨，便发，甚至坐不得，饮食不进，此乃肺窍中积有冷痰，乘天阴寒气从背、口鼻而入，则肺胀作声，此病有苦至终生者，亦有母子相传者。”指出积痰为哮喘发作之源。痰为哮喘之因，也为哮喘之病机，更为治疗上必予重视的病理变化。本病脾气虚弱是其根本，中气不足，运化失权，痰浊蕴伏于肺，遇外邪引动或劳作后宗气耗散而发，若予涤痰降气之品治疗，哮虽可暂得缓解，然脾气益虚，痰伏于肺，久则浸淫五脏六腑，流溢四肢，哮喘发作必越发频繁严重。参苓白术散健脾气，渗痰湿，不仅能消除生痰之病理基础，也能清除痰这一病理产物。所以临床上用于哮喘病的治疗，效果良好。

2. 方某，男，34岁，工人。患支气管哮喘30年。自幼发病，中小学时曾缓解7~8年。此后每于冬末春初时常发，感冒及煤气、花粉等刺激亦可诱发，此次发作在中医科住院治疗。最初用温肾纳气平喘法，以金匮肾气丸为主方加减治疗，一个月来服药30剂，引用附桂、细辛、巴戟天、补骨脂等温药，见口干口苦、尿黄便干、腹胀食少等不良反应，而原有的胸闷气急及两肺哮鸣音未见减轻，仍需同时服用氨茶碱及地塞米松。此时，对病情进行重新分析，虽有口干口苦，但不欲饮，平时大便常稀，食后腹胀，痰如泡沫，舌质淡红，舌尖略红，舌苔白厚微黄，左脉较弦滑，右脉寸关细弱，重按无力，此

乃脾虚哮喘，遂拟参苓白术散和射干麻黄汤化裁为治：党参5钱，云苓3钱，白术5钱，扁豆3钱，山药1两，莲子肉3钱，桔梗2钱，薏苡仁1两，砂仁1.5钱（打，后下），射干3钱，炙麻黄2钱，法半夏3钱，杏仁3钱，五味子3钱，白果仁7枚，橘皮、白络各1.5钱。水煎服，另白毛夏枯草1两，另煎同服。服完4剂，觉胸膈舒适，未闻哮鸣音而出院。嘱出院后用上方制成丸剂常服，随访2年，未出现大发作。

按：慢性气管炎和支气管哮喘属中医学“咳嗽、痰饮、哮喘”等证范畴。其病变部位虽然表现在呼吸系统，但病变实质却在肺、脾、肾三脏。痰、湿和脾虚为其发病的重要因素。脾虚不运水湿，可聚湿成痰壅肺，阻塞气道，发为哮喘，故前人的经验说：“脾为生痰之源，肺为贮痰之器。”健脾培土，以绝痰源，是治疗本病的重要手段。参苓白术散适宜于有咳嗽咯痰、痰多清稀、泡沫或白黏、胸闷不舒、肢体倦怠、大便时稀、舌质淡红、苔薄腻、脉濡滑或濡弱的患者，可收健脾胜湿、宣肺祛痰之效。可用本方加陈皮、半夏、杏仁作为基本方。苔白腻、湿浊胜者，加苍术、厚朴、藿香等；痰涎壅盛者，加苏子、莱菔子、葶苈子、白附子、皂角等；舌淡肢冷、虚寒较甚者，加附子、干姜；苔黄化热者，加桑白皮、白毛夏枯草、黄芩、山栀子；咳嗽较甚者酌加麻黄、射干、白果、贝母等。[4]

3. 王某，男，67岁，农民。1982年5月20日初诊，患者有慢性支气管炎20余年，经常发作，吐白色泡沫痰，心慌气短，四肢乏力，出冷汗，畏寒，大便稀溏，日三四次。近日来因劳累感寒，上症逐渐加重。诊见：呼吸困难，张口抬肩，呼吸有哮鸣音。舌体胖大，苔白腻有水气，脉沉缓。脉证合参，乃脾虚不运，聚湿生痰，痰浊阻肺，病久及肾，纳气无权，气不归元所致。属虚喘无疑（本虚标实）。治宜健脾除湿，宣肺平喘，固肾纳气，佐以降气化痰，标本兼顾。处方：党参15g，白术15g，云苓15g，山药15g，白扁豆18g，薏苡仁18g，五味子12g，菟丝子12g，炒苏子9g，炒杏仁9g，沉香3g。三剂水煎服。5月12日诊。咳喘已轻，大便成形。仍感气短乏力，口干而欲饮水，舌苔淡白，脉沉缓。虽咳喘减轻，但脾胃运化功能尚未康复，导致中气不足，肺不布津。拟方：党参18g，黄芪18g，

山药18g，炒白扁豆18g，白术15g，云苓15g，五味子12g，菟丝子12g，桔梗9g，升麻6g。4剂水煎服。而后，得知患者基本上咳喘未再大发作。

按：朱丹溪曰："七情之所感伤，饱食动作，脏气不和……脾胃俱虚体弱之人，皆能发喘。"脾主运化水湿，升清降浊。倘脾胃虚弱，水谷精微不能正常敷布，聚湿生痰，上犯于肺，宣降失常，故发为哮喘，即所谓"脾为生痰之源，肺为贮痰之器"是也。痰湿蕴结在脾，耗气伤津必损肺，后天失养终及肾。所以，哮喘日久，阴损及阳，阴阳两虚，缠绵难愈。王师说："哮喘一病，不能专治肺脏，关键在于调理中焦；机枢一转，气血生化旺盛，水谷精微敷布正常，土旺金生，则哮喘自平。"本例患者用参苓白术散加减，健脾化湿以正本清源；补肺敛气以止咳平喘；温肾填精以纳气归元，十多年顽疾得到了控制。[5]

三、胸膜炎

胸膜炎是指胸膜壁层和脏层的炎性病变。起病一般较为急剧，症状轻重不一，以胸痛为主要症状，尚有中、高度不等的发热、畏寒、干咳、咳嗽等表现。部分病人有时表现为容易出汗，身体虚弱，全身不适，或胸腔积液突增而有胸闷气急，紫绀，端坐呼吸；或咳出大量脓痰或血性痰，演变为脓胸。

现代医学认为本病病因与结核、细菌感染、变态反应、肿瘤、化学及物理等因素有关。本病中医多属"胸痛"、"悬饮"、"结胸"、"咳嗽"、"发热"等范畴。是外感六淫，内伤脾肺，水饮停聚，壅阻肺气所致，主要病位在胸胁。脾失健运者临床可以参苓白术散化裁治疗。

【病案举例】

患者男性，40岁。咳嗽胸痛气喘1周，胸透提示左侧胸腔中等量积液，CT未见明显结核灶，血象正常，诊断为胸膜炎，辨证属肺脾两虚，饮停胸胁。予健脾益肺、利水化饮。方选参苓白术散加减：党参15g，白术10g，茯苓15g，薏苡仁20g，山药15g，砂仁6g，薏仁6g，白芍10g，葶苈子6g，泽泻6g，蒸百部10g，配合抗痨治疗。

10剂后咳嗽胸痛减轻，饮食增加，胸透提示胸腔尚留有少量积液。原方继服15剂，再次胸透示胸水已吸收。随访3年未复发。

按：胸膜炎属中医悬饮范畴，辨证多以肺失肃降、脾失健运、饮停胸胁为主，故应予健脾利水、调理脾胃、升降气机、益肺通降。参苓白术散方中有薏苡仁、薏仁、茯苓、白芍、扁豆诸多健脾利水药，加用葶苈子、桔梗通降肺气，脾肺同治，通降化湿，故可获良效。[6]

2. 吴某，女，26岁，1997年8月5日初诊。自述产后3月持续高热，消瘦，胸闷，气促，腹胀，腹痛。曾住院治疗，用多种抗生素治疗无效。求治于中医。诊见：形体消瘦，面色苍白无华，神疲懒言，语言低微，不思饮食，胸闷气促，腹胀腹痛，持续发热，无潮热、盗汗及咳嗽，舌淡、苔薄白，脉细微。结核菌素试验示强阳性。查体：胸廓饱满，呼吸音减弱，叩诊呈实音，腹部有揉面感，移动性浊音阳性。西医诊断：结核性胸膜炎、腹膜炎并腹水。中医诊断：虚劳，证属肺脾气虚。治用参苓白术散加减。处方：太子参、黄芪、白术、薏苡仁、大腹皮、桑白皮、茯苓、山药、白扁豆各15g，陈皮、莲子、十大功劳、桔梗、律草各12g，砂仁10g，甘草6g。水煎服，每天1剂。同时输人血白蛋白，予以支持。待患者胃气渐复，可以稍进饮食后，再加用抗结核治疗。中药原方随证服用半年后诸症大减，胸、腹水消失，体重增加，复查各项指标正常，痊愈。随访5年未见复发。

按：本例结核症状不典型，辅助检查未找到原发结核病灶，又持续高热，产后感染误导，故用多种抗生素无效。方用参苓白术散加减补肺健脾，使胃气得复后，再使用抗痨西药治疗，因而能获良效。[7]

四、支气管扩张

支气管扩张是支气管慢性异常扩张的疾病。由于支气管及其周围组织慢性炎症及支气管阻塞，引起气管壁的弹性组织及肌肉成分因炎症的毁损导致支气管不可逆的扩张和变形。多起病于儿童及青年时麻疹、百日咳后的支气管炎，迁延不愈的支气管肺炎等。临床以慢性咳嗽、咳大量脓痰及反复咳血为主要表现，属中医“咳嗽”、“咳血”、“肺痈”的范畴。

【病案举例】

患者女性，48岁。支气管扩张多年，反复发作性咯血，量多色鲜红，伴咽部不适。曾经多方治疗效果不佳。拟诊脾失统血，肺络受损，肺脾两虚，予健脾益肺和络止血之参苓白术散加味：太子参15g，白术10g，茯苓10g，白扁豆10g，白芍10g，山药10g，薏苡仁20g，白及20g，仙鹤草15g，茜草20g，炒黄芩10g。每日1剂水煎分2次服。并嘱患者卧床休息。5剂后患者咯血量减少，继服1周后咯血停止，再服10剂巩固疗效。随访2年未复发。[4]

按：支气管扩张咯血多因肺阴不足，脾之虚弱，肺络不固，血失所统而致。治疗当益肺补阴、健脾补气、和络止血。参苓白术散可调理脾肺，加用凉血止血之仙鹤草、茜草、白及等药效果显著。

五、气胸

胸膜腔是不含空气的密闭的潜在性腔隙。气体进入胸膜腔，造成积气状态，称为气胸。可自发的发生，亦可由疾病、外伤、手术、诊断或治疗性操作不当等引起。发生气胸后，胸膜腔内压力升高，胸内负压可变成正压，压缩肺，致使静脉回心流受阻，产生程度不同的心、肺功能障碍。

气胸，据其临床表现，应属中医“胸痹”、“咳嗽”、“喘证”等范畴。多因内伤久咳、哮喘、肺胀、肺痨等肺部慢性疾患，迁延失治，痰浊内生，肺气闭阻，肺不主气而发病。

【病案举例】

患者男性，30岁。胸痛气急发作1日，胸透发现右肺被压缩60%，诊为气胸，即让患者卧床休息并服中药补脾益肺，用参苓白术散加减：太子参15g，北沙参15g，白术15g，茯苓10g，扁豆10g，山药10g，砂仁6g，白及10g，桔梗6g，薏苡仁20g，夏枯草20g，广郁金10g，白芍10g。10剂后患者诉胸痛气急减轻，胸透示肺压缩减至50%。继服7剂后症状消失，胸透正常。随访3年未复发。

按：中医学认为气胸是用力过度或内伤致肺络受损，肺失肃降而成，治疗应予培土生金，理气和络。参苓白术散可健脾益肺，加用行气理气药及白及，可生肌收敛，促进破损肺泡修复，疗效较佳。[6]

六、上呼吸道感染

上呼吸道感染是指鼻腔、咽或喉部炎症的概称。常见病因为病毒，少数由细菌引起。本病是临床多发病和常见病，尤其中、老年患者多见。本病归属于中医咳嗽、喘证、肺胀、痰饮等范畴，是肺系之疾病，多因慢性支气管炎、急性期失治或治不透彻，迁延而成，或由外邪六淫或脏腑气机失调而致病。

【临床应用】

周氏以参苓白术散治疗慢性呼吸道感染病例125例，其中男52例，女73例。入选病例治疗前均停服抗生素、祛痰镇咳等西药1～7日，然后用参苓白术散加减治疗：党参、白术、茯苓、扁豆、陈皮、甘草、莲子肉、砂仁、薏苡仁、桔梗、淮山药、莱菔子、麦芽、法夏、僵蚕等，每天1剂，水煎服，并嘱饮食清淡，忌冷饮。结果：临床痊愈88例，好转28例，未愈6例，无效3例，痊愈率70.4%，有效率92.8%。[8]

【病案举例】

张某，女性，72岁，2000年1月6日初诊，主诉：慢性支气管炎20余年，多在天气变化及进寒凉食物后咳嗽加剧，自服抗生素及化痰止咳药等即愈，但本次咳嗽3月余自服先锋霉素等未效，2天前检查血常规：白细胞计数13.0×10^9/L，X线示：慢性支气管炎、阻塞性肺气肿。并有气促，痰白稠难咯，精神疲乏，口淡，胸闷不适，面色萎黄，胃纳欠佳，大便溏，舌质淡红苔白，脉象细缓。西医诊断：呼吸道感染。中医诊断：咳嗽，证属脾胃虚弱型，处方：党参20g，茯苓20g，山药20g，扁豆20g，薏苡仁20g，莲子肉20g，白术15g，莱菔子15g，桔梗15g，法半夏10g，僵蚕10g，砂仁（后下）6g，陈皮6g，甘草6g，水煎服，每天1剂，连服3天。1月9日复诊，症状明显好转，咳嗽、咯痰渐减，胃纳渐增，大便成型，续服上方5剂，再复诊已痊愈。

按：呼吸道感染，在临床上是多发病和常见病，尤其中老年患者多见。本病归属中医咳嗽、喘证、肺胀、痰饮等范畴，是肺系之疾病，多因慢性支气管炎、急性期失治，迁延而成，或由外邪六淫或脏

腑气机失调而致病。人体的脏腑盛衰全赖于饮食时脾胃的摄纳输布吸收功能，脾胃功能失调耗损体内之正气，可导致外邪乘虚而入，引致病发。笔者根据内、外两种不同的病因，采用虚则补其母，实则泻其子的脏腑生克关系为治疗原则，选用参苓白术散治疗本例患者，使其脾胃健全，肺得谷气滋养，因而咳嗽等症得以痊愈。[8]

七、肺不张

肺不张是由多种原因引起的肺组织萎缩或无气，以致失去呼吸作用的临床综合征。肺不张的临床表现差异较大，和肺不张的范围及其引起肺不张的病因密切相关，临床常常表现为呼吸困难，刺激性咳嗽，或咳血丝痰等。体格检查常发现患侧胸廓变形、呼吸音消失、叩诊实音、气管向患侧移位等改变。最常见的病因是支气管阻塞引起的阻塞性肺不张，其他尚有萎缩性肺不张及压迫性肺不张。根据其临床表现，本病属中医“肺痿”、“肺胀”等范畴。

【病案举例】

刘某，男，61岁，教师。因教师节体检胸片上显示有“肺不张”1周。于1985年9月15日初诊。除微纳呆、体乏、动则稍气促外，无任何自觉症状。大便微溏，睡眠可。舌淡红、苔薄白，脉缓。证系肺脾气虚。治宜培土生金，方以参苓白术散加减。处方：人参、白术、山药、白茯苓各15g，白扁豆、黄芪、莲子肉各12g，薏苡仁、甘草各9g，砂仁、炒桔梗各6g。服药20剂后食欲增进，动则气促明显改善。坚持服药至1986年1月胸透检查示原“肺不张”之病灶完全消失。随访2年未见复发。

按：根据中医辨证，本病属脾气虚弱。从五行相生的关系而论，脾属土，肺属金，脾为肺之母，肺为脾之子。从经络的观点而言，一是肺之经气源于母脏脾脏，“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠”，一是“脾肺两经同属太阴”，两者“同气相求，同声相应”。在气血阴阳的盛衰消长变化过程中，具有同步变化趋势。故古人言：脾为生气之源，肺为主气之枢”。脾胃气虚，纳运无权，则肺气无源随之而衰少。若脾病日久损伤肺气，则必盗母气以自助而致脾气不足日久致脾气虚而见神疲纳少，纳呆便溏，少气无力等症。遵“虚则补其母”

的治则，运用参苓白术散培土生金之法，健脾胃以益肺气，待脾气充实，健运复职，土旺则金自生，肺虚之候自去。[9]

八、原发性支气管肺癌

原发性支气管肺癌（简称肺癌），是指起源于支气管黏膜或腺体，常有区域性淋巴结转移和血行播散，早期常有刺激性咳嗽、痰中带血等呼吸道症状，病情进展速度与细胞生物学特性有关的恶性肿瘤。肺癌为世界第一大肿瘤，全球每年新发病例150万例，其临床表现各种各样，早期甚至非常不典型，主要有：咳嗽，咯血，喘鸣，胸闷，气急，体重下降，发热等。

【临床应用】

刘氏[10]以参苓白术散为基础加减治疗的38例晚期非小细胞肺癌患者，临床主要症状为咳嗽、痰血、胸痛、气急、纳差和乏力。治疗采用参苓白术散加减：党参20～30g，生黄芪20～30g，白术10～20g，茯苓15～20g，淮山药15～20g，莲子肉15～20g，薏苡仁20～30g，桔梗10～15g，砂仁10～20g，陈皮10～20g，神曲15g，生谷芽15g，甘草5g，白花蛇舌草20～30g。如阴虚明显，去陈皮，减砂仁、薏苡仁，加生地黄、五味子、玄参；如内热明显者再加生鳖甲、白薇、地骨皮；血亏明显者，加当归、鸡血藤或加入紫河车；血瘀加丹参、桃仁、红花或三棱、莪术；如胸痛加延胡索、五灵脂、川芎；胸闷加薤白、枳实、佛手、人参、白术、山药、山茱萸减量或去后两者；气急加葶苈子、地龙、僵蚕、百部；胸水加葶苈子、大枣、车前子；痰多无热加竹茹、法夏、远志；痰热加鱼腥草、浙贝母、瓜蒌；咳嗽加紫菀、冬花、川贝母；痰血或咯血加侧柏叶、仙鹤草、藕节或加三七、蒲黄；发热加鱼腥草、桑白皮、黑山栀。以上加减视症状轻重加入，一般每次一种症状加入药物不超过4味。取上方1日1剂，1日分3次服，每次100ml左右。连续服用2个月为1个疗程。服中药期间，仅对重度胸痛患者予以口服止痛药治疗，未使用其他治疗方法和药物。

综合疗效结果：明显受益于参苓白术散加减方的患者有5例，受益患者19例，占38例中的50%，明显受益加受益率为63%，不受

益例数4例。

【病案举例】

患者男性，76岁。1989年因肺癌行放化疗治疗，治疗后引起胃肠道反应及白细胞减少，伴纳差、疲乏无力，时有泛呕咳嗽。诊见患者舌质红苔腻，脉缓，白细胞2.8×10^9/L，予健脾化湿、扶正补虚法，用参苓白术散加减：党参10g，北沙参15g，白术10g，茯苓10g，山药15g，薏苡仁20g，扁豆10g，陈皮6g，桔梗10g，白花蛇舌草20g，夏枯草20g。上药每日1剂水煎服，20剂后白细胞恢复正常，精神转佳，饮食增加。此后每次放化疗均按本方化裁治之，患者白细胞均维持于正常范围，胃肠道反应减轻。

按：中医认为肺癌的病机为正气不足，毒邪内侵，肺失宣降，气滞血瘀，湿凝为痰，痰、瘀、毒交结形成有形积块，其实为本虚标实之病。晚期非小细胞肺癌患者，肺气本虚，邪踞胸中日久，更伤肺气，肺气亏虚，子病及母，累及脾胃。病至晚期不耐攻伐，治疗当以扶正即补益肺脾之气为主，辅以攻邪。《难经·六十九难》有云："虚则补其母"，故补益肺脾当以补益脾气为主。参苓白术散为培土生金常用方，而本文参苓白术散加减方，君以党参、生芪、白术、茯苓共奏健脾渗湿、益气之功；臣以山药、莲子肉以助健脾益气，薏苡仁助茯苓、白术健脾渗湿；佐以砂仁醒脾和胃、行气化滞，陈皮理气健脾、燥湿化痰，桔梗宣肺利气兼载药上行以利肺气。白花蛇舌草清热解毒攻其邪；使以甘草健脾和中，调和诸药。此方以健脾益肺，化痰利湿为主，适于脾虚痰湿型患者，经加减化裁后亦可用于其他各型。现代药理学研究也证明党参、白术、黄芪等扶正中药能提高和改善机体物质代谢，促进蛋白质合成，增进网状内皮系统的吞噬功能，有明显抑瘤作用，为中医关于"养正积自除"提供了科学依据；薏苡仁有增强免疫力，间接抑瘤的作用，而白花蛇舌草则有抗肿瘤作用，可益肺健脾，扶正抗癌。[11]

九、慢性肺心病

慢性肺源性心脏病（简称肺心病）是由于肺部、胸部或肺动脉的病变引起的一种心脏病，是由于肺部或胸部的功能和结构的改变，

致使肺循环的阻力增加和肺动脉压力升高所致的一种慢性心脏病，它的主要病变为肺动脉高压和右心室的肥大与扩张。根据其临床表现，应归属于中医的喘证、痰饮、心悸、肺胀等病的范畴。本病的发生多因六淫病邪反复侵袭，累伤肺气，痰饮留滞，气道不畅，日久血行受阻，影响他脏，证多错综复杂。

【临床应用】

裔氏[12]以参苓白术散治疗慢性肺心病缓解期患者40例，年龄在52~82岁之间，平均年龄70.2岁，其中65岁以上占70%，病程15~20天。经急性加重期的控制感染、利尿剂、强心剂等治疗，咳嗽咳痰、胸闷气急症状减轻，体温恢复正常。临床表现为纳食不香、身倦乏力、腹胀、胸脘痞闷、面色萎黄、苔白腻、脉虚缓。治疗组给予参苓白术散，基本方：党参10g，白术10g，茯苓10g，淮山药10g，扁豆10g，薏苡仁10g，砂仁3g，桔梗3g，甘草6g，每日1剂，煎煮2次，约250ml，分多次徐徐服下。加减：胸闷纳呆，舌苔白腻明显偏湿困者，加藿香、佩兰、苍术；脘腹胀痛、不思饮食，偏脾胃气滞者加陈皮、佛手、香橼；面黄食少、身倦乏力，偏脾胃气虚者加黄芪、黄精、谷芽。结果：40例患者经中药治疗后，显效8例（20%），有效28例（70%），无效4例（20%）。

张氏[13]应用本方加减治疗肺心病缓解期78例，处方：党参、茯苓、山药、白术、扁豆、莲肉、薏苡仁、陈皮各10g，炙甘草、桔梗、砂仁（后下）各6g，水煎服，每日1剂。舌紫暗者加丹参；痰黄黏者加鱼腥草；心悸水肿者加苦参、葶苈子；腰酸肢冷加仙灵脾、附子，1个月为1个疗程，证情好转改汤为散，长期服用。结果：显效（咳、喘、痰、悸、肿胀等主要症状、体征消失，肝颈反流征为阴，肝缩小3cm以上，两肺啰音及下肢浮肿消失，病情稳定，生活自理，并至少一个冬季以上未复发）34例；好转（临床症状明显改善，急性发作次数减少，程度减轻，病情稳定）31例；无效（以上各项指标无改善或为恶化，甚至死亡）13例；总有效率83.3%，病死率5.1%。疗程最短1个月，最长为2年，平均为3.1个月。

十、肺结核

肺结核是由结核杆菌引起的慢性肺部感染，咳嗽、胸痛、咳血、潮热、盗汗、消瘦、血沉增速为其主要临床特征。本病属中医“肺痨”、“痨瘵”、“肺疳”等范畴。病位在肺，一般来说，初期肺体受损，肺阴受耗，肺失滋润，继则肺肾同病，兼及心肝，阴虚火旺，或肺脾同病，致气阴两伤，后期阴损及阳，终致阴阳两伤的危重结局。

【临床应用】

刘氏[14]报道其应用参苓白术散治疗肺门结核15例，取得较好疗效。15例患者病程最短者2个月，病程最长者11年，全部经胸部平片、血常规、肝功能等检查确诊，并在排除其他疾病后在门诊治疗。治疗方法：疗程开始时即停服一切抗结核药物，参苓白术散1袋，每日2次口服，2个月为1个疗程。用药前和疗程结束后分别摄胸片，检查血常规及肝功。治疗结果：用参苓白术散3个疗程（180天），15例病人均获缓解或治愈（100%），其中治愈13例（87.6%），好转2例（13.3%）。追踪观察两年，13例症状消失，2例症状减轻。

【病案举例】

1. 某女，39岁，肺结核史19年，1982年9月15日，X线摄片示：右侧肺野有钙化灶，未见明显活动病变，患者咳嗽1周，痰多不易咯出，食欲减少，神倦无力，大便溏薄，1日2次，苔腻口黏，脉象细弱，肺脾气虚，宜肺脾兼补，理气化痰，参苓白术散加味，前人所谓“培土生金”，“补母生子”之法也。予党参、白术、茯苓、扁豆、莲子心、薏苡仁各10g，陈皮、砂仁、桔梗、半夏各6g，紫苑5g，生草3g，大枣5枚，日3剂。服药后咳嗽停止，大便正常，1日1次。[15]

按：患者患结核病时间较长，达19年之久，病久则虚，咳嗽痰多，痰不易咳出，说明肺气已虚，故无力咳痰。久病致“子病及母”，波及脾脏故见食欲减少，神倦无力，大便溏薄的脾胃虚弱之候。故辨为肺脾气虚证。治以参苓白术散培土生金，收效自然良好。

2. 吴某某，女，70岁，于2001年10月8日就诊。肺痨十载，迭经治疗，时有好转。X线提示Ⅲ期肺结核吸收期伴肺气肿，前医曾

用大量滋腻之品。刻下咳嗽，痰少，气短胸闷，纳呆腹胀，神疲乏力，语言低弱，舌淡脉弱。治拟健脾益气化痰，方投参苓白术散加味。处方：太子参、山药、薏苡仁、冬瓜仁各15g，白术、白扁豆、茯苓、莲子、桔梗、瓜蒌各10g，甘草6g。15剂后纳食增加，余症均减。[16]

按：肺喜润，脾喜燥。肺为娇脏，脾为肺母。大量凉润滋腻之品，易伤脾胃，上不生金，则肺病难愈。脾为后天之本，气血生化之源，今方用太子参、山药、白扁豆、莲子诸品甘平健脾；佐用瓜蒌、冬瓜仁宽膈化痰，培土生金。肺气布化，正胜则邪却。

十一、咳嗽

咳嗽是由六淫外邪侵袭肺系，或脏腑功能失调，内伤及肺，肺气不清失于宣肃所成，临床以咳嗽、咯痰为主要表现。外感咳嗽多为邪实，内伤咳嗽多属邪实与正虚并见，外感咳嗽与内伤咳嗽还可相互影响为病，病久则邪实转为正虚。脾失健运，水谷不能化为精微上输以养肺，反而聚为痰浊，上贮于肺，肺气壅塞，上逆为咳。或病久脾肺两虚，气不化津，则痰浊更易滋生，此即“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的原理。

【病案举例】

1. 钱某某，女，50岁。咳嗽不甚，痰多，咳则右胁下痛，动则气喘，伴脘痞食少肢怠，舌淡苔薄腻。证属正气不足，脾气虚弱，内不能为胃行其津液，运化湿邪，反壅聚成痰，上渍于肺，阻于息道，碍及肺之清肃之机，此即古人“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”之谓，投本方有效。用党参10g，茯苓10g，白术10g，扁豆10g，薏苡仁10g，砂仁3g，莲子肉10g，苏子、苏梗各10g，半夏6g，橘红6g，桔梗10g。服4剂后，咳痰少，精神大振，食欲大增，继服5剂，上述诸恙悉除。[17]

按：咳嗽原因很多，总不外乎外感或内伤。临证时应严密掌握辨证原则，分别施治。若见咳嗽有痰，经久不愈者，医者往往难于应付。《内经》有“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”之说，单用肺经药每每不易奏功，然咳嗽痰多，“咳则右胁下痛……动则咳剧”，此即

辨证要点，经云是谓“脾咳”是也，用本方有健脾和中、渗湿化痰之功。

2. 李某，女，58岁。间断咳嗽、咳痰20年，加重1月。于1998年11月4日首诊。20年来每遇受凉后即咳嗽、咯痰，间断在当地给予中西药治疗，但易受凉使病情反复发作。1月前受凉后再次发病，在当地静滴先锋霉素Ⅴ等治疗10余日，效不佳，仍频繁咳嗽，咳白色黏痰；活动后气短，形寒肢冷，少气懒言，纳差，舌质淡、苔白腻，脉沉，辨证属脾肺气虚，痰湿壅盛，给予参苓白术散随证略作加减。处方：党参、云苓、桔梗各15g，炙甘草、白术、薏苡仁、山药、莲子仁、白扁豆各10g，砂仁6g，加细辛5g，温肺散寒，苏子10g，降气行痰止咳，服药6剂后症状大为减轻，继服6剂症状消失。后在原方中去细辛、苏子，加黄芪、防风等固表药，继服6剂，并嘱其坚持体育锻炼，近2年来未再发作。[18]

按：患者间断咳嗽、咳痰20余年，久咳则气虚，故可见到少气懒言，纳差，舌质淡、苔白腻，脉沉等脾肺气虚的症状。正虚邪盛，痰浊壅闭于肺，肺失清肃则见频繁咳嗽，咳白色黏痰。故在治疗时应祛邪与扶正并举，在参苓白术散健脾益气的基础上加入祛痰化浊之品，药证相应，收效甚好。

3. 闫某，女，52岁。1990年11月12日因痰黏如胶贮气管中，不易咯出求诊。病史：3个月前，因感冒咳嗽吐痰，感冒痊愈后痰逐渐减少，但质变黏稠，胶结成块不易咯出，成灰黄色，同时伴面红气短。曾用“蛇胆川贝液”、“鲜竹沥”、“川贝精片”等，效果均不明显。检查：患者体倦，面色㿠白，口稍干，舌体胖有齿痕，苔薄腻，脉沉细。痰黏成软块状，色黄、褐、灰夹杂，略有臭秽味。辨证：感受风寒，邪郁化热，灼津为痰，痰热互结成患，日久子病及母，肺脾同病。治则：培土生金，清化顽痰。方药：枳壳20g，白术30g，茯苓30g，山药30g，半夏12g，砂仁12g，陈皮12g，炒萝卜子10g，白芥子10g，海蛤粉24g，泽泻15g，党参10g，风化芒硝6g。进2副后，自觉痰黏减轻，咯痰较前为利，守方继服4剂，每服用药汁冲服10g指迷茯苓丸。又4剂后，痰黏大减，咯吐较前爽快，继守方3剂，痰已稀少，咯吐容易，嘱服香砂六君子丸以善其后。

按：脾者，金之母，肺之根，脾为生痰之源，肺为贮痰之器，子病及母，脾不健运，则痰源不竭。病虽在肺，单纯化痰祛痰，往往效微。先贤有“见痰休治痰”之说。子病久则母亦虚，脾虚湿困，清者难升，浊者不降。留中滞膈，痰源不绝，新老胶结，不易化除。采用培土生金之法，主在治本以绝生痰之源，稍用祛痰，厥功立见矣。[19]

十二、肺胀

肺胀是多种慢性肺系疾患反复发作，日久不愈，导致肺气胀满、肺脾肾虚损、气道滞塞不利而出现的胸中胀满，胀闷如塞，痰涎壅盛，上气喘咳、心悸、烦躁，动则尤甚，甚则面色晦暗，唇甲青紫，颜面、四肢浮肿，病程缠绵，经久难愈为特征的病证。多见于老年男性，特别是抽烟者，相当于现代医学的慢性肺源性心脏病、慢性支气管炎并发肺气肿。肺胀的特征是咳嗽、胸中胀满、喘促、短气、胞睑浮肿，甚则四肢浮肿，唇舌青紫。总之，肺胀具有咳、喘、痰、肿四大特点。患者在感邪发作时多伴有乏力、纳差、腹胀等脾气虚弱之表现，在西医抗感染治疗的同时，运用健脾益气之参苓白术散治疗，多收到较好疗效。

【病案举例】

1. 胡某，男，73岁。因反复咳嗽，气紧20年，加重3天入院。症见：咳嗽、咯白色泡沫痰、气促、动则喘、不能平卧、胸闷、面色无华、不思饮食、口淡无味、四肢倦怠乏力、腹胀、大便不爽、舌质淡、苔白腻、脉滑。西医诊断：慢性支气管炎急发、肺气肿、早期肺心病。中医诊断：肺胀。辨证：饮邪犯肺、肺脾气虚。给予温肺涤饮之小青龙汤加减治疗2天后，诸症未解，腹胀，恶心，不思饮食加重。改用参苓白术散加减：党参25g，白术、云苓、砂仁、扁豆、陈皮、山药、莱菔子、建曲、法夏各15g，芡实20g，瓜蒌18g，甘草6g，服用3剂后腹胀，恶心减轻，胃纳增加，咳喘好转，治疗有效。继用上方10剂后饮食恢复正常，诸症逐渐缓解，1个月后出院。[20]

按：患者虽有咳嗽，吐白色泡沫痰，气促、胸闷、纳差、乏力、腹胀等饮邪犯肺，肺脾气虚，但无恶寒，发热，身体重痛等风寒客表之症，故用涤饮解表，温肺降逆之小青龙汤不效。患者证属肺脾气

虚，不能运化，则饮食不思，口淡无味，水湿停滞，上干于肺，则咳嗽、咯白色泡沫痰、气促、动则喘、不能平卧；水湿滞于中焦，则胸闷、腹胀；水湿下注肠道，则大便不爽；脾胃虚弱，水谷精微不能营养四肢百骸，则倦怠乏力，面色无华，舌淡，苔白腻，脉滑。故用补气健脾的参苓白术散加味治疗而取效。

2. 谢某，男，81岁。因反复咳嗽、喘促15年，加重伴发热1天入院。症见发热（体温39.5℃）、恶寒、咳嗽、咯黄稠痰、喘促不能平卧、口唇爪甲紫青、双下肢水肿、不思食（2日未进食）、神志恍惚、面色无华、腹胀、舌暗红苔薄黄、脉细滑数。西医诊断：慢性支气管炎急发、肺气肿、肺心病、右心衰。中医诊断：肺胀。辨证：痰热郁肺、热闭心包、肺脾气虚、痰瘀互结。经西医积极抢救2天后神志转清，恶寒、发热消除，余证同前，证属肺脾气虚、痰热蕴肺，给予健脾益气的参苓白术散加减：党参、薏苡仁、云苓各20g，白术、扁豆、陈皮、广木香、莲子、莱菔子各15g，枳壳12g，甘草6g，服用15剂后，食欲大增，腹胀、乏力、咳嗽、咯痰等症缓解，双下肢水肿消退，能平卧，继上方加减，1月半后，痊愈出院。[20]

按：患者咳喘日久，反复发作，兼之年岁已高，必致肺脾心肾脏气亏虚和功能失调。肺脾气虚，则肺失肃降，脾失运化，水湿内留，蕴湿成热，痰热互结，上干于肺，则咳嗽、咯黄稠痰、胸闷、喘促不得卧；蒙蔽清窍，神明失用，则神志恍惚；水湿停滞中焦，运化失调，则腹胀，不思饮食；水湿泛于肌表，则双下肢水肿。水湿内留，痰热互结，血液运行受阻，则面色无华，口唇爪甲青紫，舌质暗红。究其病因，脾肺气虚为其本，痰热互结，血瘀水停为其标。根据治病求其本的原则，投入健脾益气的参苓白术散加减治疗，从而效果满意。体会本病多见于现代医学肺气肿、肺心病，其急性发作期除咳、喘症状外，因缺氧致胃肠黏膜损伤以及西医治疗过程中使用抗生素、支气管解痉剂等而出现胃肠道不良反应，故常常伴有腹胀、纳呆、乏力、大便稀溏、恶心等消化道症状，即中医之脾气虚弱之证。笔者在感邪发作期既给予健脾益气之参苓白术散治疗，体现了治肺先治脾，“胃脾乃后天之本”之说。正如李东垣：“脾胃之所伤，而元气亦不能充，而诸病所内生也。”另一方面，脾为肺之母，肺为脾之子；脾

属土，肺属金。应用本方也符合五行学说："补其母，泻其子"之说，体现了"培土生金"的指导思想。

第二节 循环系统疾病

循环系统包括心脏、血管和调节血液循环的神经体液等。其主要功能是为全身组织器官运输血液，通过血液将氧、营养物质和激素等供给组织，并将组织代谢废物运走，以保证人体正常新陈代谢的进行。随着人民生活条件的逐步改善，心血管病已逐渐成为常见病，据统计我国城乡居民中心血管病死亡率不断上升，已成为首要的死因。故认真做好此类病证的防治工作，是广大医务工作者的重要任务。从中医学角度而言，心主血脉，心藏神，为"君主之官"。心病的证候特征常常表现为血脉运行障碍和神志精神活动异常。对于辨证属实者，当泻其有余，虚者当补其不足，宁心安神。

一、心律失常

心律失常是指心脏冲动的频率、节律、起源部位、传导速度与激动次序的异常。常见自律性异常或传导障碍引起的心动过速、心动过缓或心律不齐等。精神紧张、大量吸烟、饮酒、喝浓茶或咖啡、过度疲劳、严重失眠等常为心律失常的诱发因素。心律失常特别多见于心脏病患者，也常发生在麻醉、手术中或手术后。本病属中医"心悸"、"厥脱证"的范畴。

【临床应用】

倪氏[21]以本方随证加减治疗心律失常，若窦性心动过缓，以本方加炙黄芪30g，桂枝15g；若窦性心动过速，以本方加炙黄芪30g，桂枝6g，龙骨30g，牡蛎30g，苦参20g，常获良效。

【病案举例】

陈某某，女，护士，45岁。主诉间歇性心悸怔忡6年。此次因烦劳，心悸复发。于1991年3月5日就诊，症伴胸闷，头晕，饮食不馨，大便软，夜不能眠，面色皖白，舌体胖质淡，苔白腻，脉弦疾数间呈结脉，听诊心率130次/分，心电图常规检查示：窦性心动过

速，频发室性早搏。此乃思劳伤心脾所致。治宜补脾益气、振奋心阳且宁心。治疗以参苓白术散加炙黄芪30g、桂枝6g、龙骨、牡砺各30g（先煎）、苦参20g。连服21剂，每周复查心电图1次，最后2次心电图正常，心率86次/分，心悸消失，夜能入眠，食欲增加，大便正常。追访2年，多次复查心电图均正常。[21]

按：患者间歇性心悸怔忡6年，患病时间较长。从中医五行学说角度辨证，心属火，脾属土，火生土，心病日久，母病及子，故见饮食不馨，大便软，面色㿠白等一系列脾胃虚弱之象。脾胃为气血生化之源，后天失养，无力升清降浊，清阳之气不能上达头部，则见头晕，夜不能眠等症。故治疗时从脾胃入手，以参苓白术散补脾益气、振奋心阳，药证合参，收效良好。

二、冠心病心绞痛

冠心病心绞痛是因冠状动脉供血不足，心肌急剧、暂时缺血与缺氧引起的临床综合征。以发作性胸痛或胸部不适为主要表现。心绞痛常发生于劳力、情绪激动或其它因素使心肌耗氧量增加时，疼痛常可放射至左肩、颈咽或下颌部，休息或含硝酸甘油几分钟内缓解。

冠心病心绞痛属中医学“胸痹”、“心痛”范畴，病机特点为本虚标实。心气虚和心阴虚为本，痰、瘀互结为标。临床以参苓白术散随证灵活化裁，补心血健脾胃，亦可获得良效。

【临床应用】

王氏报道以参苓白术散加减治疗冠心病心绞痛50例，方加丹参、山楂各30g，郁金、麦冬各10g，水蛭、五味子各6g，檀香5g，去砂仁、扁豆，桔梗。并与口服消心痛的25例其他患者进行对照，结果，治疗组显效21例，有效26例，无效3例。总有效率94%。治疗效果优于对照组。[22]

三、二尖瓣脱垂综合征

二尖瓣脱垂综合征是指各种原因使得二尖瓣叶在心脏收缩时向左心房脱垂，导致二尖瓣关闭不全的一系列临床表现。曾被称为收缩期

喀喇音－杂音综合征，Barlow综合征，瓣膜松弛综合征等。原发性二尖瓣脱垂综合征是一种先天性结缔组织疾病，其确切病因尚未明了。可发生于各年龄组，较多发生于女性，以14～30岁女性最多。三分之一患者无其它器质性心脏病而仅以二尖瓣脱垂为临床表现，亦可见于马凡综合征、系统性红斑狼疮、结节性多动脉炎等患者，以后叶脱垂多见。部分二尖瓣脱垂可继发于风湿或病毒感染的炎症之后，以前叶脱垂多见。此外，亦可见于冠心病，心肌病，先天性心脏病，甲状腺机能亢进患者亦常合并二尖瓣脱垂。本病根据其临床表现，应归属于中医的“胸痹”、“心悸”等范围。

【病案举例】

张某，女，68岁，2001年6月21日初诊。自诉心悸，胸闷，心前区钝痛半年。含服硝酸甘油效欠佳。经某医院会诊，诊为二尖瓣脱垂综合征，建议手术治疗，因患者年迈体衰，不愿手术，故转求治于中医。诊见：胸闷胸痛，气短乏力，头晕心悸，纳差食少，近来发生晕厥3次，每次2～3分钟，伴微汗出，无恶心呕吐，舌淡胖嫩、苔薄，脉细弱。查体：二尖瓣听诊区可闻收缩晚期杂音，心律不齐，心率平均60次/分。心电图异常，心律失常，房性早搏，Q－T间期延长，S－T段下移。X线摄片示：左房扩大。超声心动图示：轻度二尖瓣脱垂。西医诊断：二尖瓣脱垂综合征。中医诊断：胸痹证属心气不足，肺脾气虚。方用参苓白术散加减。处方：西洋参、党参、山药、白扁豆、莲子、薏苡仁各15g，白术、茯苓、桔梗、陈皮各12g，黄芪、丹参各30g，苦参、砂仁、炙甘草各10g。水煎服，每日1剂。上方随证加减出入，调治3月，诸症减轻。复查心电图示：大致正常心电图。超声心动图示：二尖瓣未见脱垂，嘱常服参苓白术散调理，以资巩固，随访1年未复发。

按：二尖瓣脱垂综合征属中医心悸、胸痹、眩晕、厥证等范畴。综观其脉证，抓住气虚的关键进行辨证施治。心气不足，运血无力，心失所养则心悸、胸闷、胸痛；肺气虚则气短乏力，微汗出；脾气虚则纳差；气虚血亏，不能上荣于脑，则头晕，甚则晕厥。舌脉乃气虚之象。方中西洋参、党参、白术、茯苓、山药、莲子、炙甘草健脾益气，重用黄芪大补肺脾之气；白扁豆、薏苡仁、陈皮、砂仁健脾祛湿

开胃；丹参活血化瘀通心络；苦参调节心律；桔梗升提肺气，有利于脱垂的瓣膜恢复正常。诸药合用，切中病机，收效良好。[7]

四、心悸

心悸是指病人心中悸动不安，甚至不能自主的一种自觉症状。一般多呈阵发性，每因情绪激动或劳累而发作。心悸，一般分为惊悸和怔忡两种。前者多因惊恐、恼怒所诱发，全身情况较好，发作时间短，病情较轻；后者则外无所惊，而自觉心悸不安，稍劳即发，全身情况较差，病情较重。《医学正传·怔忡惊悸健忘证》："夫所谓怔忡者，心中惕惕然动摇而不得安静，无时而作者是也。惊悸者，蓦然而跳跃惊动而有欲厥之状，有时而作者是也。"若惊悸日久，病情渐进，亦可发展为怔忡。

本病的发生，常与体质虚弱，精神刺激，劳累过度，脏腑失调，外邪入侵等因素有关。其形成多由心脏的阴阳气血亏虚，或痰火扰心，水饮上逆，瘀血阻滞等所致。其病变部位虽然主要在心，但与肝、脾、肾等脏常有密切关系。西医的心脏功能性或器质性疾病，以及甲状腺机能亢进，贫血等疾患，导致心脏功能失调，而表现有心悸症状者，皆属于本证范围。

【病案举例】

马某，男56岁，1998年10月15日来诊。心悸，胸闷气短，倦怠无力2月，伴眩晕、失眠，曾在某医院就诊，心电图检查未见异常，给人参归脾丸口服（每次9g，每日2次），症状无明显改善，遂来我科诊治。刻诊：面色萎黄，倦怠无力，心悸不宁，胸脘满闷，便溏，舌淡边有齿印，脉细弱。询问病史，患者便溏已10余年，西医诊为慢性肠炎，给予止泻药物治疗，症状时好时坏。综合病史及脉症，诊为心悸，证属脾气虚弱，气血不足，心失濡养所致。治以益气健脾，养心安神。方用参苓白术散加减。处方：党参30g，扁豆、山药、薏苡仁、炒枣仁各20g，茯苓、白术、陈皮各15g，当归12g，远志、甘草各10g。每日1剂，水煎分3次服。5剂后心悸、失眠、胸胀满闷、便溏减轻。10剂后心悸、失眠基本消失，胸胀满闷、便溏明显好转。继服中成药参苓白术丸，每日3次，每次6g。1个月后诸

症悉除。[23]

按：患者慢性肠炎10余年，脾胃虚弱，不能运化水谷精微，气血生化不足，心失所养，则见心悸、失眠等症；脾胃虚弱，水湿不运，气机阻遏，则见胸胀满闷，便溏等症。此心悸证之本在于脾胃虚弱。前医以人参归脾丸力量较弱，故改用参苓白术散重补脾胃，以治其本，使其气血生化充足，心得濡养，配当归、炒枣仁、远志等补血养血、养心安神以治其标，标本同治，药症合拍故愈。

第三节 消化系统疾病

临床上，消化系统疾病十分常见，其包括食管、胃、小肠、大肠、肝、胆、胰腺等器官的病变。消化系统的基本生理功能是摄入食物，将之消化、分解，并从中吸收营养成分。故消化系统在人体中具有重要作用，需做好防治工作。

一、慢性胃炎

慢性胃炎是以胃脘部疼痛，反复发作，病程较长为特点的一种病症。属中医学“胃痞”范畴，本病多因寒邪凝滞、肝郁气滞、脾胃虚弱等所致，治疗当分寒热虚实之不同。参苓白术散益气健脾切中本病病机，常可获满意疗效。

【病案举例】

1. 高某，男性，60岁。慢性萎缩性胃炎病史10年，主诉胃脘胀满，食少便秘，形体消瘦，胃镜及病理活检示：慢性中、重度萎缩性胃炎。脉细弦，舌苔薄腻，质偏红，证属脾胃虚弱，气阴营血俱亏，法当益气健脾，调营和阴。处方：参苓白术散加川石斛10g、丹参10g、陈木瓜10g、炙乌梅10g、神曲10g、香谷芽12g。进服上方2周后，食欲转旺。至3个月，脘胀显著减轻，面色转润，胃纳增进，形体亦见丰腴，脉弦象略和，舌质偏红转淡。6个月后门诊随访，诸症均瘥，胃镜及病理复查示：慢性浅表萎缩性胃炎。[2]

按：慢性胃炎的病位，虽在于胃，但其病机，却涉及肝脾两脏与少阳胆腑，且脾胃共居中焦，脾气宜升、胃气宜降，脾喜刚燥、胃喜

柔润，两者的生理相辅相成，最为密切。临床可见，慢性胃炎病起之初，常由肝胆郁热犯胃而致，然亦易侵及脾家。胃炎在浅表阶段时，多偏重肝胃失调，气滞热郁；日久易导致络损血瘀，加之病情迁延，伤戕中气，气血俱累，煦濡无能，遂易引起胃黏膜腺体萎缩。故慢性萎缩性胃炎，多偏重脾胃不和，而呈气虚血瘀的证候。其临床证候特点是胃脘胀满，少有疼痛，食欲减退等症。参苓白术散当属首选，再加活血和营，养血调营之品，往往能获良效。

2. 李某，女，40岁，农民。以间断上腹胀满、纳差3年，加重2月为主诉。于1999年3月6日就诊。3年来常感上腹饱胀不适，不思饮食，曾多次在个体诊所治疗，疗效不能持久。胃镜示：浅表性胃炎，肝功正常。查体：精神倦怠，上腹部剑突下压痛，舌淡、苔厚腻，考虑脾虚湿胜，给予健脾补气，祛湿消胀治疗：党参、白术、薏苡仁各20g，云苓、山药各15g，桔梗、砂仁、莲子仁、白扁豆、厚朴各10g，服5剂后症状基本好转，继服6剂巩固疗效，嘱其注意饮食调理，随访1年未复发。[18]

按：患者患病3年，病程较长，久病体虚，出现不思饮食等脾胃虚弱之证，土为万物之母，脾土受伤，则失其健运之职，故见饮食不消，上腹胀满、纳差等症。治疗以参苓白术散补其中气，渗其湿浊，行其气滞，恢复脾胃受纳与健运之职，则诸症自除。

3. 王某，男，38岁。1994年8月2日诊。胃脘部疼痛反复发作已3年，每于饮食不当或劳累过度而诱发，曾去北京某医院做胃镜检查，诊为慢性萎缩性胃炎，给予庆大霉素、吗叮啉等药物得以缓解。近因食冷饮而复发，胃脘痞闷隐痛，食少纳呆，稍进饮食即觉胃脘部发胀，倦怠乏力，面色萎黄，舌质胖淡、边有齿痕、苔薄白，脉沉弱。证属脾胃虚弱，运化失司，治宜健脾助运，和胃止痛。方用参苓白术散加减：党参、炒白术、茯苓、扁豆、山药、莲子肉各15g，砂仁6g，薏苡仁20g，陈皮、莱菔子、广木香、厚朴、炙甘草各10g，焦三仙30g。服药6剂，胃脘部疼痛明显减轻，食欲渐增。继以上方加减服药30剂，诸症消失，胃镜复查大致正常。[24]

按：慢性萎缩性胃炎属中医“胃脘痛”、“腹胀”等范畴。本病多因饮食劳倦而致脾胃之虚，又为寒邪所伤而致。现代医学认为，萎

缩性胃炎由于腺体萎缩以致胃液分泌不足，从而引起食欲不振等脾虚之证，而胃液分泌又受自主神经支配，脾虚消化液分泌不足与自主神经功能失调有关。本例患者以脾虚胃弱为主，根据辨证用参苓白术散调理，收效快捷。此方补气健脾，通过调整自主神经功能，从而对消化液分泌起调节作用，方中党参、白术、茯苓、甘草等药还能通过调整胃肠道的激素分泌，纠正脾虚胃泌素分泌降低状态，改善腺体细胞合成消化酶，影响消化液的质和量，从而有效地治疗慢性萎缩性胃炎。

二、慢性胰腺炎

慢性胰腺炎是指胰腺的反复发作性或持续性炎性病变，以消化不良和腹痛等为主要临床特征。属中医“腹痛”、“胃脘痛”、“癥瘕”等范畴。本病发病以情志不畅和饮食不慎为主要致病因素。病变部位主要在胰，涉及肝、胆、脾、胃。病机要点为脾胃虚弱，肝郁气滞，肝脾不和，肝胃不和。究其病性，在本为脾胃虚弱，属虚；在标为气滞、寒实、湿滞等，属实。临证治疗宜标本兼治，祛邪扶正并重。

【临床应用】

靳氏以参苓白术散治疗慢性胰腺炎52例，症见：神疲乏力，大便稀溏色黄，日行3次以上，多则10多次，甚至是水样便或完谷不化。给予参苓白术散治疗，基本方：人参12g，茯苓12g，白术12g，炙甘草10g，莲子9g，薏苡仁10g，砂仁10g，炒桔梗9g，白扁豆12g，山药12g，加减进食油腻食物病情加重，食后脘闷不舒者，加炒麦芽、炒山楂、炒陈曲各10g，莱菔子10g；黎明前发作较甚，腹部作痛，肠鸣即泻，泻后则安，形寒肢冷，腰膝酸软，舌淡苔白脉沉细者合四神丸，加补骨脂10g，吴茱萸10g，肉豆蔻10g，五味子12g；腹泻日久，泻后不尽感腹部刺痛，痛有定处，舌暗有瘀斑，口干不欲多饮，脉弦涩，加当归12g，川芎9g，赤芍12g。结果：痊愈32例，好转18例，无效1例，有效率96.1%。[25]

三、慢性结肠炎

慢性结肠炎是以长期反复腹泻、腹痛、黏液脓血便为特征的一种

非特异性肠道疾病，此病容易反复发作，是消化系统常见的难治病之一。本病病因至今不十分清楚，有关报道认为与感染、自体免疫功能失调、遗传、精神、神经因素有关。其病理改变为肠黏膜充血、水肿、出血、糜烂，呈颗粒状或表浅小溃疡，多合并细菌感染。属于中医“下利”、“肠风”、“泄泻”等范畴，是临床常见病，主要表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便及里急后重。病情轻重不一，多反复发作，一般多责于脾、肾。

【临床应用】

刘氏[26]用参苓白术散随证加减治疗慢性结肠炎33例。全部病例均有腹痛、肠鸣，黏液便或脓血便症状，反复迁延半年以上，病理报告为弥漫性充血，水肿或伴有形状不规则的糜烂及深浅不同的溃疡，复盖黄色或血性渗出物等。治疗予以参苓白术散加减：莲子肉、薏苡仁各12g，砂仁6g（后下），桔梗10g，白扁豆、甘草各15g，茯苓、人参、白术、山药各20g。水煎每日1剂，分3次空腹服，20剂为1个疗程。如反复发作，属湿热内蕴型者加白头翁30g，黄连15g，黄柏20g。结果：治愈16例，显效11例，有效4例，无效2例。

秦氏[27]以参苓白术散治疗脾虚夹湿型慢性结肠炎58例。基本方药：太子参30g，云苓15g，焦白术15g，砂仁15g，白扁豆30g，广陈皮12g，炒山药30g，薏苡仁30g，莲子30g，炙甘草9g。加水1500ml，浸泡1小时，两次煎取300ml，分两次服。便血较多者加地榆炭、槐花炭、三七粉；腹痛较重者加米壳；水泻严重者加诃子肉；腹胀严重者加枳壳、莱菔子。治疗期间可酌情服用灭滴灵片0.4g，日3次（一般用药7～10天）和大蒜油胶囊2粒，日2次。忌食辛辣、醇酒、肥腻、生冷。畅情志，舒胸怀，避免郁怒烦闷。连用15天为1个疗程，服药2～3个疗程评定疗效。结果：痊愈（腹痛、腹泻等临床症状和体征消失，大便镜检正常，纤维结肠镜检查溃疡面愈合，黏膜正常）42例，占72.4%；好转（临床症状基本消失，大便镜检较治疗前好转，纤维结肠镜检查仅见轻度炎性改变）14例，占24.1%；无效（症状和体征均无明显改变）2例，占3.5%。患者均随访半年以上未见复发。

王氏[28]以痛泻要方合参苓白术散治疗慢性结肠炎59例。治疗以

痛泻要方合参苓白术散为主方（党参、白术、茯苓、扁豆、山药、莲子肉、缩砂仁、白芍、防风、陈皮、甘草）。若久泄及肾，腰酸肢冷，形瘦神倦，晨泄，完谷不化，舌淡，苔白，脉细弱，属脾肾阳虚，加附子、细辛等；若泄泻不禁，脱肛不收，属气虚下陷，加黄芪等。治疗结果显效35例，有效21例，无效3例，总有效率94.9%。

【病案举例】

1. 王某，女，63岁，农民。于1997年8月29日就诊。患者腹痛，腹泻反复发作10年余，时或腹胀、肠鸣，里急后重。大便3~5次/日，为黏液脓性便，伴左下腹胀痛，屡经中西医治疗，效果不佳。刻诊：左下腹胀痛、肠鸣，腹泻日行4~5次/日，痛则欲便，便则痛泻，每逢劳累或精神紧张、情绪不好时症状加重。面黄消瘦，身倦乏力，脘闷纳呆，舌淡苔白腻，脉细弦。证属脾虚湿郁，肝木乘脾。治宜疏肝健脾，渗湿止泻。处方：党参10g，白术10g，茯苓15g，扁豆10g，山药10g，莲子肉6g，砂仁10g，甘草6g，白芍15g，防风10g，陈皮6g，枳壳6g，槟榔6g。水煎服，日1剂。一共服7剂后，诸症减轻。上方加减再服7日，诸症消失，续服参苓白术散1个月，随访1年未复发。[28]

按：慢性结肠炎是临床常见病，病程迁延日久，正气日渐耗损，邪气因正虚而留恋不散。《景岳全书·泄泻》言泄泻无不由于脾胃。脾胃虚弱，运化失职，清阳不升，浊阴不降而致泄泻，湿蕴积热，灼伤肠络则便下脓血，脾虚木乘，每因情绪不畅则病情加重，所以，对于慢性结肠炎要抓住脾胃虚弱，肝木乘脾这一主要病机，采用疏肝健脾，渗湿止泻为主，并随证加减，则可取得较好的疗效。

2. 陆某，男，68岁。1997年5月11日因腹痛便溏，日行4~5次，夹有红白黏冻来治。20余年前因饮食不洁所致急性菌痢，经治后大便一直溏稀，腹痛隐隐。1996年做肠镜确诊为慢性多发性溃疡性结肠炎。脘痞纳呆，腹痛肠鸣，大便日行4次，便溏稀黄中夹红白黏冻，伴有里急后重感。镜检黏液便，白血球（+++），红血球（+），苔腻而微黄，脉濡而细数。证属脾肾两虚，湿热蕴结大肠。拟参苓白术散加白头翁、黄连、黄柏，暂去人参、山药以避恋邪。每日1剂，5日后诸急缓解，大便常规转阴，续服参苓白术散每日1

剂，连服15剂，诸症消失。遂改服参苓白术丸，每日3次，每次10g，连服2个疗程后停药。随访至今未再复发。[26]

按：本病因脏腑虚损，气血失调，病邪外袭或内生病邪，而致湿热蕴滞于肠腑。所以治则应以扶正顾本为主，祛邪治标为辅，或虚实标本兼顾，健脾补胃，清肠化湿是主要治则。用参苓白术丸（散）为主健脾补气，提高机体免疫功能，增加抗敏能力，取得较为满意的效果。

3. 赵某某，男，48岁。常感脘痞，不思食，有时呕恶，大便稀溏，1日3～4次，此象已3年，伴头昏，四肢乏力，舌淡苔薄白，脉沉缓，证属脾气不振，中阳不运，湿浊之邪中阻胃络，湿滞肠间为病，治宜温脾健运渗湿。用党参10g，茯苓15g，白术10g，山药10g，扁豆10g，薏苡仁15g，砂仁5g，莲子肉10g，半夏10g，藿梗10g，服5剂，诸恙即瘥，患者及家属皆感欣然。[17]

按：影响本病发生的原因甚多，然脾虚湿胜是导致本病发生的根本。“脾主湿”，脾虚则不能运湿，盖外因与湿邪的关系最大，湿邪侵入，损伤脾胃，致运化乖违，《素问·阴阳应象大论》载：“湿胜则濡泻”，即指此而言。内因与脾虚关系最为密切，脾虚失运，水谷不化精微，水反为湿，谷反为滞，以致湿浊内生，混杂而下，而成本病，故“泄泻之本，无不由于脾胃”故也，守本方最为见效。

四、慢性肝炎

慢性肝炎是一种发病率高，病机复杂，且具有传染性的疾病。它病程冗长，变化多端，虚实夹杂，属中医学“黄疸”、“胁痛”、“积聚”等范畴。常在感染肝炎病毒初期及恢复期出现机体免疫功能低下，造成疾病的易感和迁延不愈。肝炎病毒属中医“疫毒”，多为湿热范畴。病情反复发作，损伤正气，正虚邪恋，多属本虚标实之证。《内经》云“邪在肝则两胁中痛”，“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒”。临床多具有乏力、纳差、腹胀、便溏，胁下不适或疼痛等表现，而前四症均为脾虚所现，故治疗宜实脾（益气健脾，扶土抑木）。

【临床应用】

徐氏以参苓白术散加减治疗慢性肝炎84例。以参苓白术散为基本方。组成：党参20g，白术15g，扁豆10g，陈皮15g，砂仁10g，薏苡仁15g，山药15g，莲子10g，甘草5g。每日1剂，水煎早晚分服。根据辨证分型进行加减：肝郁脾虚型，基本方加香附、白芍、郁金以疏肝柔肝；脾虚湿困型，基本方加重用党参至25g，薏苡仁至30g以健脾渗湿，加藿香、佩兰重在芳香化湿；脾胃虚寒型，基本方加干姜、吴茱萸；肝脾两虚型，基本方加枸杞、当归、木瓜。结果：有效60例，治愈16例，无效8例，总有效率93.3%。[29]

【病案举例】

1. 李某，女性，41岁。慢性肝炎史6年右胁常感隐痛，纳钝、食后腹胀，面色萎黄，头昏泛恶，下肢酸软乏力，大便溏薄。肝功能检查：血清丙氨酸氨基转移酶90U/L。脉细弦，舌苔黄腻。证属肝失疏泄，脾失健运所致。法当调肝理气，健脾化湿。处方：参苓白术散加柴胡6g、炒枳壳6g、杭白菊10g、炙延胡索10g、白花蛇舌草30g。进服前方2周，泛恶已减，肝区疼痛及食后腹胀亦缓，肝功能复查稍有好转，上方增以田基黄15g、川楝子10g，服药1月余，头昏泛恶已平，胁痛及食后腹胀均减，胃纳转佳，下肢稍有力，便溏转成形。肝功能复查，各项指标均降至正常。脉细弦，舌苔黄腻渐化。患者家住农村，路途遥远，嘱守方连服以固疗效，半年后门诊复查，症情稳定，肝功能正常。[2]

按：慢性肝炎，肝功能时有反复者，症情亦多缠绵难愈。临诊除治肝之外，还须实脾。《金匮要略》明确指出："见肝之病，知肝传脾，当先实脾。"尤其肝病而见纳呆腹胀，便溏等肝木侮脾之证，用实脾之法确能见效。方以参苓白术散为基础。肝气阻滞，选加柴胡、杭白菊、枳壳、郁金、延胡索、川楝子；肝经热郁，选加连翘、田基黄、鸡骨草、黄芩、白花蛇舌草；肝脏血虚选加当归、丹参、枸杞子、制首乌、旱莲草。斟配运用，法无馀蕴。

2. 孙某某，男，46岁。黄疸性肝炎2月余。查肝功基本在正常范围之内。现肝区已不痛，仅感上腹部不适，脘痞不思食，时而作胀，饭后尤其显著，大便稍稀，小便稍黄，舌质淡红，苔薄腻等。良

由肝炎后过用苦寒清利之品，中气受戕，脾胃之机受损，运纳乖呆，余邪未尽为病，治予参苓白术散加减，用党参10g，茯苓10g，白术6g，薏苡仁10g，砂仁3g，莲子肉10g，茵陈30g，山楂15g，神曲15g，陈皮6g。服上方5剂后，脘痞腹胀减，饮食大增，仍有尿黄，复诊时在此方基础上药味稍作变动继进之，两月后黄疸消失，小便正常，痊愈出院。[17]

按：黄疸肝炎，大多由湿热引起，治宜清热利湿。若过用清利，虽湿热清、黄疸退，但运纳之机一定受戕，引起中州脾胃虚寒。古人早有“见肝传脾，当先实脾”之训，医家定要记取，在用药方面切忌苦寒，以保护脾气为原则，此时应以本方为主。若患者素本脾胃虚寒，湿从寒化，郁滞不行，干扰少阳经脉，肝失疏泄，胆液被阻，蒸于皮肤而成“阴黄”者，此时也以本为主，无需改动原方药味、剂量，服之最佳。

4. 王某某，女，38岁，干部。患慢性肝炎3年，1年来病情时轻时重，肝功能时好时坏。近2~3月来，肝区经常疼痛，头昏乏力，恶心，食欲不振，食后腹胀，大便稀溏，肝在右胁下1.5cm处可触及，并有触痛、叩击痛。肝功能检查：麝浊16单位，锌浊14单位，转氨酶96单位。诊断为慢性肝炎复发，转中医科治疗。观其面色萎黄，精神萎靡，舌质淡红，苔薄白，脉细弱，左脉微弦。辨证此乃脾虚胁痛，兼肝郁。遂拟参苓白术散和柴胡疏肝散化裁为治。处方：党参5钱，云苓3钱，炒白术3钱，炒扁豆3钱，山药1两，青陈皮各2钱，薏苡仁5钱，柴胡1.5钱，炒枳壳1.5钱，炒白芍3钱，炙甘草2钱，制香附1.5钱，酸枣仁3钱，炒当归4钱。服5剂后，痛减纳增，精神转佳，大便成形，再加减服至30余剂，诸症消失。复查肝功能：麝浊7单位，锌浊12单位，转氨酶43单位，嘱继续服药，改方为丸剂，服3个月，体力增强，随访2年，未复发。[30]

按：慢性肝炎大致可归入中医学胁痛范畴。因感受湿浊邪毒，蕴结中焦，久则湿郁热熏，脾失健运，肝失疏泄而为病。证见面色萎黄或少华，倦怠无力，胸脘痞闷，胁痛，恶心，食欲不振，或食后腹胀，大便稀溏，小便短黄或如常，舌质淡红，苔薄或腻，脉象缓弦。治以健脾化湿，疏肝理气。用本方加柴胡、枳壳、当归、芍药为基本

方以治。胁痛者加青皮、荔枝核、川楝子、佛手片、玄胡索、五灵脂、郁金等；苔腻浊重者，加苍术、厚朴、藿香、佩兰等；腹胀纳呆者，可酌加木香、大腹皮、山楂、神曲、内金；脾湿恶寒者，可酌加附子、干姜、桂枝、草蔻仁、吴茱萸等；湿郁化热者，可酌加板蓝根、山栀子、丹皮、蒲公英、龙胆草等；麝香草酚浊度增高者，重用本方之健脾、益气药，可加黄芪、黄精等；转氨酶增高者，可酌加五味子、酸枣仁、山萸肉、柏子仁、柴胡等；白蛋白低者，可酌加枸杞子、丹参、何首乌、山萸肉、当归、乌药等。

五、溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎属中医学泄泻、痢疾范畴，是一种常见病、多发病。可发生在任何年龄，但以青壮年为多见，且以男性发病率为高。《内经》指出："邪之所凑，其气必虚"。中医学认为，脾失健运，湿浊内生郁而化热，损伤脾胃，酿生湿热均可导致湿热蕴结大肠，肠道气血凝滞，壅而生脓，腑气传导逆乱，故见腹痛、腹泻、便下黏液、脓血等症。现代医学认为本病病因不明，但可能与肠道细菌或病毒感染、精神刺激和精神过敏、食物过敏及自体免疫反应等因素有关。

【临床应用】

刘氏[31]运用参苓白术散加减治疗溃疡性结肠炎80例。全部病例经纤维结肠镜检查确诊。平均年龄40岁；乙状结肠溃疡46例，升结肠溃疡26例，降结肠溃疡8例。予参苓白术散加减：黄芪、人参、白术、茯苓、山药、虎杖、地榆炭、败酱草各15g，砂仁、薏苡仁、炙甘草各10g，经提取浓缩制成胶囊，每粒0.3g，每次4粒，每日3次口服。结果：治愈64例，好转14例，无效2例。文氏[31]用参苓白术散加味治疗溃疡性结肠炎132例，患者均为门诊病人，予以参苓白术散化裁治疗，其方药组成为：人参5g，莲子10g，薏苡仁15g，砂仁10g，桔梗5g，扁豆10g，白术10g，茯苓10g，山药10g，苍术25g，热甚者加败酱草15g，黄柏10g，久泻者加五倍子10g，每日1剂，水煎，分两次口服，1个月为1个疗程。结果：痊愈95例，显效35例，无效2例，有效率98.5%。李氏[32]报道以参苓白术散加减治疗溃疡性结肠炎100例，年龄24～65岁；病程0.5～20年。临床

可见腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重等。实验室检查有粪便、血沉、血色素及结肠镜检异常等。治疗以参苓白术散加减：人参 10～15g，茯苓 10～15g，白术 10～15g，薏苡仁 20～30g，山药 15～30g，莲子 15～ 20g，芡实 20 ～30g，神曲 20～30g，麦芽 15～30g，山楂 15～30g，扁豆 15 ～20g，砂仁 10～15g，白蔻仁 10～20g，枯梗 10～15g，藿香 10～15g，川黄连 6～10g，陈皮 15～20g，甘草 3～ 6g。随证加减。2 个月为 1 个疗程，治疗观察期间不服用其他药物。结果：显效 45 例，有效 24 例，好转 18 例，无效 13 例，总有效率 87%。

【病案举例】

张某，女，47 岁，教师，1996 年 7 月 14 日初诊。反复脓血便 10 年。每因情绪、劳累、环境改变诱发，按痢疾、肠炎治疗不效。求治于笔者。诊见：形体消瘦，面色无华，神疲倦怠，纳差食少，大便每天 2～3 次，排出脓血和黏液便，腹痛，里急后重，便后痛减，舌淡、苔白，脉缓而弱。大便常规为黏液及脓血便，镜检有红、白细胞，无吞噬细胞，反复大便培养无病原菌生长。纤维结肠镜示：结肠黏膜充血、水肿，有大小不一、深浅不等的溃疡多处，肠壁可见散在息肉。西医诊断：慢性溃疡性结肠炎。中医诊断：慢性泄泻，证属脾胃虚弱，方用参苓白术散加减。处方：党参、白术、茯苓、山药、扁豆、莲子各 15g，砂仁、桔梗各 10g，薏苡仁 3g，甘草 6g。每天 1 剂，水煎服。同时予锡类散 5g，加温开水 100ml ，每晚 1 次，保留灌肠。3 周后症状完全消失，嘱停用锡类散，继服参苓白术散调理 1 个月。随访 5 年未复发。[7]

按：本例患者病程长，曾用中西药治疗多时，疗效欠佳。笔者根据脾主运化水湿理论，抓住脾胃受损，湿邪为患的关键，用参苓白术散健脾益气，和胃渗湿，同时以锡类散局部用药消炎解毒，去腐生肌。方药切中病机，故获满意疗效。

·六、非特异性溃疡性结肠炎

慢性非特异性溃疡性结肠炎是一种病因不明的结肠慢性非感染性疾病，其病程较长，缠绵难愈，反复发作。其发病原因未明，多数学

者认为与机体免疫功能和变态反应等因素有关，目前西医尚无特殊治疗。本病属于中医学的“痢疾”、“泄泻”、“便血”、“肠风”、“脏毒”等范畴。多因外感时邪、饮食不节、情志失调或劳倦过度，日久伤及脾胃，运化失职，以致湿浊内生，郁而化热，下注大肠，气血凝滞，血败肉腐而为脓血，形成本虚标实证。《景岳全书》曰：“泄泻之本，无不由于脾胃”。所以治疗“泄泻”应从脾胃着手。

【临床应用】

冯氏[34]采用参苓白术散加减口服，自拟灌肠方保留灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎38例，年龄25～59岁。临床表现为腹痛、腹泻、黏液血便为主，尤其以左下腹不同程度的压痛，肠鸣音亢进，大便检查有脓细胞和红细胞，治疗：口服方组成：党参20g，茯苓20g，扁豆15g，砂仁10g，薏苡仁20g，白芍15g，陈皮10g，木香10g，槐角10g，地榆10g，白术15g，半夏10g，淮山药20g，黄连10g，甘草6g，每日1剂，水煎服，日3次。水样便者，加石榴皮10g；腹痛者，加延胡索10g；神疲乏力，脉细无力者，加黄芪20g。灌肠方组成：黄连15g，地榆15g，槐花15g，乌梅15g，五倍子15g，白芍20g，水煎取汁100ml，温度以38℃左右为宜，每日1次，于晚上排空大便后保留灌肠，保留时间至少1h，最后保留至第2天清晨。治疗2周为1个疗程，4个疗程后统计疗效。结果：临床治愈19例，显效14例，好转4例，无效1例，总有效率97.37%。

赵氏[35]运用参苓白术散加减内服治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎患者38例，临床表现：腹痛、腹泻、腹胀、肠鸣，大便或有黏液、脓血，或不消化食物，面色萎黄，神疲乏力等。实验室检查可有贫血，粪常规可见红细胞、脓细胞。乙状结肠镜检查：可见肠黏膜充血、水肿，或有溃疡点。治疗以内服中药，以补气健脾、渗湿止泻为原则，方选参苓白术散加味。基本方药：党参15g，白术15g，黄芪15g，茯苓15g，陈皮10g，山药15g，白扁豆12g，砂仁12g，薏苡仁15g，炙甘草10g，日1剂，水煎2次服。脾虚甚者，黄芪用量为30g，加炮姜、吴茱萸、莲肉等；脾肾阳虚者，加附子、补骨脂、肉豆蔻等；肝旺脾虚者，加炒白芍、防风、木香等；脾虚夹湿热者，加白头翁、秦皮、地榆等；饮邪留肠者，炒薏苡仁30g，加桂枝、泽泻

等。用药15天为1个疗程。结果：28例痊愈，8例好转，2例无效。总有效率94.7%。

王氏[36]以参苓白术散加六神丸治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎96例，治疗：参苓白术散（市售），2包（每包3g），六神丸（市售）15粒，研碎，以温开水100ml溶化，深部保留灌肠，每日早晚各1次。嘱患者灌肠前先排便，且疗程中忌食辛辣之物。结果：显效53例，有效38例，无效5例，有效率94.8%。

【病案举例】

1. 李某，男，34岁，1997年10月6日就诊。自诉反复左下腹疼痛，腹泻，黏液血便6年。大便化验除红、白细胞外，未发现特异性病原体。抗菌消炎治疗，疗效欠佳。近日因饮酒后症状加重。症见左下腹痛，大便每日2~3次，夹有黏液脓血，里急后重，舌淡，苔黄腻，脉细滑。查：左下腹压痛（+），肠鸣音亢进。大便常规红细胞（++），白细胞（+++），连续3日大便培养无致病菌。纤维肠镜检查：直肠黏膜和乙状结肠黏膜呈弥漫性充血水肿，有出血点，并见3个约12~13cm大小浅表溃疡面，触之易出血，溃疡表面有炎性渗出物及脓血。病检示：慢性结肠炎（活动期），确诊为慢性非特异性结肠炎。中医诊断为泄泻，证属脾胃虚弱，湿热郁滞。方用参苓白术散加减，并用自拟灌肠剂保留灌肠。共治疗3个疗程，症状、体征消失，大便常规检查3次正常，纤维肠镜检查肠黏膜恢复正常，溃疡面消失。随访1年未再复发。[34]

按：该病最大的特点是泻后左下腹痛不减，脾虚故泻，肝实故痛。脾胃虚弱常因肝木相克太过所致，故重用白芍养肝平肝，缓急止痛。用党参、茯苓、白术健脾益气，以助运化，陈皮、扁豆、山药、砂仁、薏苡仁健脾除湿，地榆、槐角、黄连苦寒清热燥湿，又用半夏辛温散寒化湿，为辛开苦降，寒温并用，阴阳并调之法，从而达到化湿祛浊，恢复中焦升降运化之目的。诸药合用，共奏益气健脾，化湿导滞，辛开苦降之功。灌肠方中黄连清热解毒，乌梅、五倍子收敛生肌，地榆、槐花清热凉血，白芍缓急止痛，共奏清热解毒，祛腐生肌，凉血止血之功效。采用灌肠以直达病所。

2. 邱某，男，32岁。1994年8月24日诊。腹泻间歇性发作已

年余。大便稀薄，附有黏液，有时混有脓血，日3～4次不等，伴有腹痛，里急后重，腹胀肠鸣，食减纳呆，低热消瘦，面色苍白。曾在某军区医院做纤维结肠镜检查，诊断为慢性非特异性溃疡性结肠炎，给予水杨酸偶氮磺胺吡啶和泼尼松等药物治疗，病情渐趋稳定。近因过食肉类食物而病情复发，再服上述药物效果不显，前来诊治。观其脉证，病证同前，舌质淡，苔薄白，脉濡缓。证属脾虚湿盛，气血俱伤，治宜健脾渗湿，调气行血。方用参苓白术散加减：党参、白术、云苓、扁豆、山药、莲子肉、白芍、秦皮、炙甘草各15g，薏苡仁20g，桂枝、当归、广木香、延胡索各10g，砂仁、升麻各6g。服药6剂，日泻痢次数渐减，腹痛亦见轻，随用上方化裁服药16剂，诸证消失。肠镜检查肠黏膜病变基本恢复正常。[24]

按：本证属脾胃虚弱型，故以参苓白术散补益脾胃以治其本，方中党参、白术、扁豆、茯苓等药物健脾渗湿，有调节机体变态反应功能的作用，甘草有类皮质激素作用，可以抑制变态反应。两相配伍，能够调节机体的免疫反应机能。根据“行血则便脓自愈，调气则后重自除”的理论，加白芍、当归、延胡索和血行血以治下痢脓血，木香、升麻调理气机以除里急后重。诸药合用，标本同治，达扶正祛邪之目的。

七、放射性肠炎

放射性肠炎是盆腹腔肿瘤尤其是妇科肿瘤放射治疗中常见的并发症。表现为肠黏膜充血，水肿，进而形成溃疡及合并出血，甚至肠穿孔形成瘘，以直肠多见。从临床症状来看，放射性肠炎类似中医学的泄泻、便血、肠癖、痢疾等病证，由于肿瘤患者正气不足，加之放射治疗更使热毒蕴于肠道，梗阻脉络，湿热下沉，而见腹泻、腹痛诸证。

【临床应用】

胡氏[37]以加减参苓白术散防治放射性肠炎30例，平均年龄50岁。治疗在放疗同时用加减参苓白术散：黄芪、党参、茯苓、山药、白花蛇舌草、重楼、半枝莲各30g，白术10g，薏苡仁50g，陈皮5g，黄连3g，藿香、佩兰各15g。加减：腹痛者加乌药15g，大便带黏液

加白头翁20g，大便有脓血加槐花30g，仙鹤草15g。每日1剂，水煎成300ml，上、下午各服150ml。结果：说明放疗过程中，同时服用加减参苓白术散能减少远期放射性肠炎的发生率。王氏[38]用加减参苓白术散治疗放射性肠炎36例，病例均用加减参苓白术散治疗。基本方：黄芪、党参、茯苓、山药、白花蛇舌草、重楼、半枝莲各30g，白术10g，薏苡仁50g，陈皮5g，黄连3g，藿香、佩兰各15g。加减：腹痛者加乌药15g；大便有黏液者加白头翁10g；大便有脓血者加槐花30g，仙鹤草15g。每天1剂，水煎服。1个月为1个疗程，治疗1~3个疗程。结果：经1~3个疗程治疗后，治愈（腹痛、腹泻止，大便正常）24例，有效（腹痛、泻止或减轻，大便明显减少）8例，无效（腹痛、腹泻及大便次数无改变）4例，其中1例因肿瘤转移、死亡，总有效率为88.89%。

宋氏[39]用参苓白术散治疗放射性直肠炎30例，男性9例，女性21例。治疗采用参苓白术散加味：党参30g，焦白术10g，茯苓15g，扁豆15g，淮山药15g，莲子肉20g，砂仁3g，薏苡仁30g，黄连5g，乌梅10g，赤石脂20g，地榆15g。大便清稀，完谷不化，面色㿠白，四肢厥冷，脉沉细者加补骨脂15g、肉桂5g、炮姜3g。苔腻纳差者加川朴10g、苍术10g、沉香曲15g。热重加白头翁10g。小便短少者加车前子10g、泽泻10g。腹痛明显加白芍15g。里急后重明显加槟榔10g、枳壳10g。水煎服每日1剂，10日为1个疗程。结果：显效22例，有效：5例，无效：3例，总有效率90%。胡氏[40]亦有在放疗过程中服用参苓白术散来防治放射性肠炎取得良好效果的报道。

【病案举例】

叶某，男，69岁，干部，2001年9月10日初诊。主诉：直肠癌术后进行放疗治疗，出现腹痛、腹泻、便脓、便血，每天10余次，重时10分钟1次，痛苦非常。经纤维肠镜检查示：肠纤维化并出血、水肿、溃疡。西医诊断为放射性肠炎并溃疡出血。中医诊断为血痢。证属脾气虚弱，湿热阻滞，热毒灼伤血络。治宜健脾益气，清热解毒利湿，兼以凉血止血。方用加减参苓白术散基本方加乌药、白头翁各10g，槐花30g。7剂，每天1剂，水煎服。药后大便次数明显减少，仍有血便，前方加仙鹤草15g，续服7剂后，大便每天2~3次。上方

连服2个月而愈。随访至今无复发。[41]

按：本病由于肿瘤患者正气不足，加之放射治疗更使热毒蕴结于肠道，瘀阻脉络，湿热下注，而见腹痛、腹泻诸症。治宜健脾益气，清热解毒为主。加减参苓白术散中黄芪、党参、白术、茯苓、山药健脾益气；白花蛇舌草、重楼、半枝莲、薏苡仁、佩兰、藿香、黄连、白头翁等清热解毒燥湿，其中白花蛇舌草、重楼、半枝莲更有抗癌解毒的作用。此外，黄芪、薏苡仁尚有防止及修复肠组织的增生、纤维化的作用，还有消除水肿、生肌排脓的功效。诸药合用，标本兼顾，攻补同施，可使脾胃调和，清升浊降，泄泻得止，尤其适用于正气大亏、邪毒又盛的放射性肠炎。

八、消化性溃疡

消化性溃疡是一种常见病、多发病，因溃疡的形成和发展与胃液中胃酸和胃蛋白酶的消化作用有关，故而命名。溃疡主要发生于胃和十二指肠，故又称胃及十二指肠溃疡。本病的临床表现不一，中上腹疼痛为其最主要的症状，上腹疼痛与饮食之间的关系具有明显的相关性和节律性。典型的消化性溃疡疼痛具有长期性、周期性和节律性的特点。本病的发生，一般认为与精神刺激、饮食不节、生活不规律、吸烟、酗酒、进食有刺激性食品和饮料密切有关。根据本病的临床特点，属于中医学的“胃痛”或“胃脘痛”范畴。中医认为本病的发生由于情志所伤，肝气郁结，横逆犯胃，或由于饮食所伤，损及脾胃所致。

【临床应用】

包氏[42]以参苓白术散治疗胃与十二指肠溃疡30例，全部均经胃镜检查确诊为胃及十二指肠球部溃疡。患者均有不同程度的慢性周期性或节律性的上腹部疼痛、嗳气、泛酸、呕吐或黑便史。治疗予以参苓白术散：党参20g，云苓15g，白术15g，山药30g，白扁豆10g，薏苡仁15g，莲子10g，砂仁6g，桔梗6g，炒甘草9g。若脾胃虚寒型，加干姜6g、肉桂6g；肝胃不和型，加延胡索10g、川楝子9g、八月札15g；脾胃湿热型，加佩兰10g、荷叶10g、茵陈15g；若吐酸、嘈杂者，去白术，加海螵蛸20g。每日1剂，分早晚各服1次，

于饭后1小时服下。2个月为1个疗程，治疗期间停用其它药物。结果：治愈24例，有效4例，无效2例。

【病案举例】

王某，男，32岁，工人。自诉经常腹泻，胃痛，乏力，伴背痛，畏寒，食欲不振。胃镜检查：胃及十二指肠溃疡，西药治疗时好时坏，效果不佳，要求服用中药治疗。查其面色萎黄，形体消瘦，苔白厚，脉濡弱，证属脾气不足，运化失常，治以健脾和胃，温中散寒，采用参苓白术散：太子参、薏苡仁、炒麦芽各240g，莲子180g，茯苓、扁豆各160g，白术、砂仁各90g，甘草、桔梗各48g，上药共研细面，每日2次，每次6g，2个月后症状消失，继服2月，病情痊愈。1年后随访病情无反复。[43]

按：人体生命活动的维持主要靠营养，“脾主运化”，脾能消化饮食，把饮食的精华运输到全身，所以说脾是后天之本。如脾的运化功能失常，脾升胃降失调，中焦阻滞则胃痛，用参苓白术散健脾强胃，则中运调和，疼痛自除。

九、肝硬化

肝硬化是一种由多种疾病长期或反复作用引起的肝脏弥漫性损害，在病理组织学上有广泛的肝细胞变性、坏死，再生及再生结节形成结缔组织及纤维隔，导致肝小叶结构破坏和假小叶形成，肝脏逐渐变形、变性而发作成为肝硬化。临床表现为肝功能不良，门脉高压以及多系统损害，晚期可出现消化道出血、肝性昏迷、继发感染等严重并发症。属中医“癥瘕”、“臌胀”、“胁痛”等范畴。由于病情复杂多变，预后欠佳。

【临床应用】

刘氏[44]以参苓白术散加减治疗肝硬变腹水33例，年龄30～68岁。临床表现有：食欲不振、恶心、腹部胀满不适，蜘蛛痣及肝掌，腹壁静脉曲张，腹部臌大，腹水呈阳性，脾肿大，精神萎靡，四肢无力，面色萎黄，四肢凹陷性水肿等。治疗：党参15g，茯苓15g，白术10g，薏苡仁15g，砂仁10g，淮山药15g，桔梗10g，扁豆15g，陈皮10g，丹参15g，赤芍10g，泽泻10g，猪苓15g，大腹皮15g。每日

1剂，水煎分2次温服。10日为1个疗程。治疗4个疗程后复查B超和有关生化指标。结果：20例临床治愈（腹水消失，生化指标恢复正常，白球蛋白比例达1.5:1）；好转10例（腹水明显减少，白蛋白升高3g/L以上，白球蛋白比例好转，提高0.3以上，但仍未达到正常标准）；无效3例（腹水减少不明显，白球蛋白比例无明显改善）。

张氏[45]在临床上用参苓白术散加减配合酚妥拉明治疗肝炎后肝硬化34例，治疗：①参苓白术散加减：党参、薏苡仁、大腹皮各15g，茯苓、白术、山药、丹参、鳖甲各20g，砂仁10g，炙甘草9g。偏于腹胀胁痛者加柴胡12g，厚朴15g，木香6g以理气行滞除胀；面色晦暗、唇舌青紫，脾大者加桃仁、红花各9g以活血化瘀，牡蛎20g以软坚散结；畏寒、肢冷、尿少加肉桂3g，附子6g以温肾阳，化气行水；口干、舌红加玉竹、沙参、枸杞子各15g以滋阴养肝；有黄疸者加茵陈40g，赤芍、猪苓各30g以利湿退黄；伴腹水者加猪苓、广防己各20g，泽泻、大腹皮各15g以利水消肿。上方每日1剂，随证加减。②酚妥拉明5～10mg加入10% GS 250ml中静脉滴注，滴速控制在每分钟20～30滴，每日1次，连用10天后停1周，以后继用。3个月为1个疗程。结果：显效16例，好转15例，无效3例。

向氏[46]以参苓白术散加减结合利尿剂治疗肝硬化腹水32例，治疗：参苓白术散加减合利尿剂，①每日口服速尿20mg，2次/日，安体舒通40mg，3次/日，并常规予古拉定1.2g及促肝细胞生长素等护肝治疗。②服中药参苓白术散1剂/日，浓煎取汁300ml，分2次服，中药组方为：太子参、白术、大腹皮各12g，茯苓、扁豆、泽兰、车前子、猪苓各15g，陈皮、砂仁、薏苡仁、莲子各10g，甘草5g。若有黄疸者加茵陈24g，金钱草15g；有鼻衄及牙龈出血者，加白茅根、茜草各10g；若腹胀甚者加厚朴、枳壳各10g。15天为1个疗程，平均3个疗程。结果：参苓白术散加减配合酚妥拉明治疗肝炎后肝硬化在短期利尿作用、腹围减少、体重减轻及腹水消退时间上均优于常规利尿组（$P<0.01$），而且对于改善患者肝功能、提高白蛋白、降低球蛋白、纠正A/G倒置，也均具有相当的疗效（$P<0.05$），说明中药参苓白术散加减对保护肝细胞、促进肝功能恢复有一定作用，而且有加强利尿的功能。

姜氏[47]以补中益气汤合参苓白术散加减治疗肝硬化性腹泻30例，临床症状与体征：大便溏泻，呈稀糊状，每日4次以上，甚则日10数次，频频登厕，便量少，无脓血及黏液。腹胀食少，体倦乏力。舌质淡，苔白或白腻，脉沉细无力。治宜补中升阳，健脾渗湿，运脾止泻。方用补中益气汤合参苓白术散加减：药用党参15g，柴胡6g，升麻6g，防风6g，陈皮10g，炙黄芪15g，生山药50g，生白术15g，白扁豆15g，茯苓15g，莲子15g，生薏苡仁20g，炙甘草10g，伏龙肝100g。若腹水、腹胀甚者，加大腹皮15g，姜皮10g；泻下无度，日10余次者，加诃子10g，米壳10g。煎服法：伏龙肝纱布包，先煎15分钟，取上清液1000ml，后下余药煎煮3次，取汁400ml，每日2次口服。结果：痊愈6例，显效15例，有效7例，无效2例。总有效率93%。

《河南中医》报道应用本方加减治疗肝硬化30例，处方：太子参、白术、茯苓各12g，炒玉米、扁豆、山药各24g，砂仁、山楂、陈皮各10g。加减：气郁甚者加枳壳、延胡索、川楝子、麦芽；水湿内停者加大腹皮、泽兰、桂枝、泽泻；气滞血瘀者加龟甲、穿山甲、鳖甲、泽兰、丹参；肝肾阴虚者加枸杞、天冬、蝉衣、黄精。结果：痊愈9例，好转14例，无效3例，恶化4例。[48]

【病案举例】

1. 杜某，男，54岁，1993年9月20日初诊。住院号08563。有乙肝病史12年，腹胀、纳差、乏力半年。曾服中西药，症状无明显改善。检查：肝病面容，全身皮肤黏膜中度黄染，面、颈、胸及上臂见散在蜘蛛痣。腹部隆起，腹壁静脉显露，腹部压之有明显波动感，无压痛及反跳痛。肝脏右肋下未触及，脾大，左肋下2cm处可触及，中等硬度，触之疼痛。两下肢足踝部指凹性水肿。腹部B超：肝脏较小，边缘呈锯齿状，被膜不光滑，肝内可见粗大致密光点，回声较强，门静脉直径16mm，脾厚56mm，肋下2.5cm，腹内有大量腹水。肝功能检查：总胆红素87μmol/L，总蛋白71g/L，球蛋白29g/L，白蛋白42g/L，丙氨酸转氨酶1483.63nmol·S^{-1}/L，谷草转氨酶1767.02nmol·S^{-1}/L，血清磷酸酶2.07μmol·S^{-1}/L，γ-谷氨酰转移酶79UL，甲胎蛋白阳性。乙肝标志物HBsAg、HBeAg、

HBcAb 均阳性。诊断为乙型肝炎后肝硬化活动期。病人入院时面色晦暗，目黄，腹部胀大坚满，纳差，乏力，大便溏，尿少色黄。下肢足部水肿，按之没指。舌淡紫、胖大、边尖有齿痕，脉细无力。属中医水臌，证属脾虚湿阻。治以健脾益气，渗利水湿，佐以活血软坚。处方：党参、郁金、鳖甲、泽泻、陈皮、薏苡仁各 15g，山药、白术、丹参、大腹皮各 20g，茯苓、广防己各 30g，泽兰 12g，甘草 5g。每日 1 剂，水煎服。10% GS 250ml + 酚妥拉明注射液 10mg，静脉滴注，每天 1 次（滴速 30 滴/分），连用 10 日，休息 1 周后继用，用药时注意测血压、脉搏、心率。中西药联用 1 周后，病人尿量渐增，腹胀减轻，下肢水肿渐消。腹部叩诊仍有小片状移动性浊音区。大便不溏，纳食增加。继用上述方案治疗，第 2 周腹水消退，自觉症状明显好转。但病人双目仍有黄染，尿黄，考虑到病人在脾虚湿阻的基础上，又兼有久病血瘀，血瘀于肝，肝内脉络不畅，故黄疸不易消退。再加茵陈 30g 以清热利湿退黄，当归 15g 以养血活血，穿山甲 15g 以软坚散结。治疗 1 月后，病人面部晦暗色消散，黄疸消退，腹水未现，纳谷香，二便调。查肝功：总胆红素 22μmol/L，球蛋白 40g/L，白蛋白 37g/L，丙氨酸转氨酶 600. 12nmol · S^{-1}/L，谷草转氨酶 683. 47 nmol · S^{-1}/L，血清磷酸酶 1. 286Lmol · S^{-1}/L。肝胆 B 超示：肝脏大小正常，被膜欠光滑，肝门静脉 12mm，脾厚 45mm，肋下 2cm。病情好转出院。出院后继服参苓白术散合三甲散 2 个月。出院后半年、1 年及 1 年半随访 3 次，病情稳定，肝功基本正常，可从事日常活动。[49]

按：肝炎后肝硬化属中医学积聚及水臌病的范畴。病情较为复杂，尤其是失代偿期肝硬化，为肝病晚期，治疗非常棘手。本病由肝炎发展至肝硬化，病程多在 1 年以上，迭进各类中西药物，以脾胃功能受损为病机之关键。脾胃病则运化无序，水谷精微不能化生气血以奉养五脏，浊阴不降则湿浊不能转输以排出体外，积于腹中，清浊相混，壅塞水道。加上肝病日久，久病入络，肝之脉络不畅，血瘀于肝，水浊、瘀血交阻而成臌胀。因脾虚为臌胀之本，历代医家治疗臌胀多从健脾立法。参苓白术散即根据本病病机而设。方中党参、白术益气健脾，辅以山药、茯苓渗利水湿以助脾运，佐以甘草益气和中，砂仁醒脾和胃，理气宽胸。诸药合用补其虚，除其湿，调其气，行

其滞。

2. 高某，女，44岁，右上腹部及左侧腰部反复疼痛，伴周身浮肿数年。近几个月来疼痛加剧，腹部膨隆，状如水鼓，叩之可闻及振水声，可触及腹中包块，下腹浮肿更甚，纳谷不香，夜尿频频，大便秘结，月经、白带正常，舌淡边有齿印，苔白润，脉细濡。观其脉证，尚属脾虚湿胜，气滞血瘀，法当健脾渗湿，活血化瘀。即拟参苓白术散加味投之。处方：党参12g，白术15g，薏苡仁30g，砂仁6g，茯苓15g，甘草6g，桔梗9g，淮山药15g，扁豆12g，陈皮15g，枳壳6g，木香9g，桃仁6g，制乳没各9g，黄芪20g。5剂。二诊，小便调畅，臌胀渐消，疼痛减轻，大便通畅。药已中病，守方续服5剂。尽剂后诸证明显好转。为巩固疗效，原方出入，酌加三棱以破瘀散结，加杜仲，续断壮腰健肾，共服25剂后，腹水、疼痛全消，但腹中积块仍存，停药观察至今，臌胀未作。[43]

按：此患者曾经南昌铁路中心医院B超检查诊为“多囊肝”、“多囊肾”，多次使用利尿剂后腹水难消，遂来中医科就诊。臌胀一证，素为中医四大难证之一，历代医家对其病因病机及治疗大法均有许多精辟的阐述。《医碥·肿胀》篇云：“气水血三者，病常相因。有先病气滞而后血结者，有先病血结而后水随蓄者”。《医镜》云：“臌胀起于脾虚气损，治之当以大补之剂培其根本，少加顺气以通其滞，有挟积者，佐以消导去其积，有挟热者，加寒凉以清其热，如单用大补而佐使不明，则必致壅滞，而胀愈甚矣”。此例患者系属脾虚湿胜，气滞血瘀之证，气、血、水相互为因，故治疗以参苓白术散加黄芪健脾益气，佐以木香、枳壳、乳没、桃仁等行气、活血之品，收到良好疗效。

十、乙型肝炎

乙型肝炎是由乙型肝炎病毒引起的一种传染病，多见于成年人，多隐缓发病。常见症状为乏力，全身不适、食欲减退，肝区不适或疼痛、腹胀、失眠低热，尿色黄等。有时可有停经或月经改变、男性乳房发育、睾丸萎缩或阳痿等。本病在我国广泛流行，人群感染率高，在某些地区感染率达到35%以上。是当前危害人民健康最严重的传

染病之一。

【病案举例】

1. 王某，男，54岁，干部。于1982年7月14日入院，住院号：3969。患者自诉有血吸虫病史，1976年曾用锑剂治疗。近年来右上腹隐痛，纳差，精神软弱，四肢倦怠，大便稀溏，食后则欲排便，一日三四行。曾注射肌药、辅酶A等多种护肝和能量合剂，及中药数月，症状未见改善，体质日渐衰弱。入院时，在省市医院查HBsAg测定阳性，肝功能脑磷脂浊度试验（++）。超声波检查肝上界之肋，下界肋下2cm，剑下4cm并可见齿状波，活检电泳排除肝癌，蛋白电泳尚属正常范围。诊断：①乙型肝炎。②慢性血吸虫病，早期肝硬化。观其体质虚肿，面色淡白，舌胖嫩边有齿痕，苔白腻，脉象濡缓，证属脾虚湿滞，肝病传脾。拟健脾益气，和胃渗湿法，先实其脾。用参苓白术散化裁：党参15g，云苓12g，焦术12g，陈皮8g，淮山药20g，薏苡仁10g，砂仁5g，神曲12g，焦山楂12g。服5剂后大便转实，但1日仍有2~3次。守方加服山楂丸。20日后大便基本正常，肝区疼痛减轻，饮食转佳，精神好转，但食香燥食物后口角溃烂。宗上方去砂仁加丹参15g，白芍10g，继服半个月后肝痛消失。8月20日复查肝功能正常，HBsAg转阴，唯睡眠欠佳，患者积极配合治疗，住院61天，坚持服药并进行气功锻炼，病情日益好转，睡眠精神均佳。出院前第二次复查肝功能正常，HBsAg持续阴性。出院后继续服参苓白术散加山楂丸月余。1983年2月随访患者精力充沛，饮食二便正常，坚持日常工作，无其他不适。[50]

按：乙型肝炎与中医学中的“黄疸”、“郁证”、“痞块”等相似。中医辨治，以肝旺脾虚、肝肾阴虚、气血络脉失调等证型为常见。治宜补益气血、扶脾抑肝、滋水涵木等法。多数患者自觉症状消失后，HBsAg难以远期转阴。此例乙型肝炎为脾虚湿滞。本着肝病治脾的原则，用参苓白术散加服山楂丸健脾助运，培土荣木，故受到满意疗效。

2. 杨某，男，31岁，1998年10月13日入院。身黄、目黄、尿黄2月余。伴腹胀，恶心，纳少，精神疲倦，大便稀溏，每天解6~10次。在当地治疗月余不效，黄疸不退，精神日差，遂转我院传染科。

肝功能检查：谷丙酸转氨酶 388.11nmol · s^{-1}/L，谷草转氨酶 2517.17 nmol · s^{-1}/L，总胆红素 558μmol/L，直接胆红素 265.3μmol/L；HBsAg、HBcAb、HBeAg 均阳性。诊断：慢性乙型黄疸型肝炎（重度），十二指肠球部溃疡。予以护肝降酶、抗溃疡等对症治疗 1 个月，检验指标有所改善，但症未减，遂请中医会诊。诊见：全身皮肤及巩膜黄染如橘皮色，色黄晦滞，小便深黄，精神疲倦，纳呆、恶心，每天解稀溏便 10 余次，皮肤瘙痒，舌质淡红、苔白腻，脉弦缓重按无力。中医诊断：黄疸（肝郁脾虚型）。治以健脾益气，和胃渗湿，佐以疏肝利胆退黄，拟参苓白术散加减。处方：党参、黄芪、茯苓、炒白术、薏苡仁、赤芍各 15g，车前草、茵陈（后下）各 20g，白扁豆、炒谷芽、炒麦芽各 12g，白豆蔻、砂仁各 9g，升麻、柴胡、甘草各 6g。3 剂后大便每天解 3 次，成形，小便量增，尿色渐变浅，精神、纳食改善，身黄有光泽，守方又服 10 剂，黄疸大减，面色渐显常色，皮肤瘙痒减轻，于 11 月 21 日复查肝功能：丙氨酸转氨酶 1350.27 nmol · s^{-1}/L，谷草转氨酶 3607.28 nmol · s^{-1}/L，总胆红素 135μmol/L，直接胆红素 66.2μmol/L。因患者经济困难，要求出院，门诊续服上方加减。共服药 30 余剂，复查肝功能正常，HBsAg、HBcAb、HBeAg 仍阳性。停服中草药改服乙肝解毒胶囊和养血疏肝丸，嘱病人忌酒，保持心情舒畅，定期复查肝功能及乙肝指标。随访半年，复查肝功能均在正常范围，乙肝病毒标志物仍维持原状。[51]

按：《难经》曰："见肝之病，则知肝当传之于脾，故先实其脾"。本例之黄疸乃肝郁乘脾，湿壅胆汁外溢所致。因初起辨证失误，过用苦寒，致脾气受伤，肝郁脾虚。治以扶脾益土，疏肝利胆。以本方健脾益气，淡渗利湿，升清降浊，加茵陈、赤芍、柴胡疏肝利胆退黄，炒谷芽、炒麦芽、砂仁、甘草健脾和胃。诸药合用，脾气得健，肝胆之气得疏，诸症皆除。

十一、慢性痢疾

慢性痢疾是指急性菌痢病程迁延超过 2 个月以上，病情未愈者。临床常见发热、腹痛、腹泻、里急后重、典型脓血便或黏液便等症状。目前发病原因不清楚。本病属中医"休息痢"、"劳痢"范畴，

多由外受湿热疫毒之气，内伤饮食生冷，损伤脾胃与肠腑而形成，其发病多与季节有关，多发于夏秋季节。本病多见本虚标实证，治疗宜明确掌握驱邪与扶正的辨证关系，照顾胃气为本。故临床多以参苓白术散健脾益气止泻，每获良效。

【病案举例】

1. 某女，35岁。患慢性菌痢数年（大便曾培养出B组痢疾杆菌），反复发作，解脓血便，每天4～6次，伴有腹痛，里急后重，精神疲惫，食欲减少，舌质淡红，苔薄白稍腻，脉沉濡弱。证属脾虚下痢，处方：党参15g，白术12g，陈皮6g，山药15g。薏苡仁15g，莲子肉9g，木香6g（后下），黄连6g，桔梗6g，扁豆9g，砂仁4.5g（后下），鱼腥草15g，甘草6g，服药4剂后，症状消失，大便正常，嘱继续服上方，共服10剂，疗效巩固。[48]

按：患者患慢性菌痢数年，久病体虚，脾胃受损。盖胃为水谷之海，而脾主健运。脾健胃和，则水谷腐熟，而化气化血，以行营卫。若饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，清华之气不能输化，乃致含污下降而下痢作矣。故治疗以参苓白术散加减健脾益气，清肠止痢，收效甚好。

2. 陶某，女，35岁，教师。于1997年4月8日就诊。述：腹泻每日3～7次，里急后重，泻下赤白相间2天。曾服中、西药而效不显。因素体弱，时有腹泻，故初始时未予重视，至恶心干呕食欲不能，甚至食入即吐，口淡不渴。查：形体中等，神情焦虑，少气懒言，舌淡脉细弱。实验室检查：大便常规镜下脓球满布视野，红血球6个。证属脾胃素虚，正气不足，毒邪乘虚而入。治宜健脾和胃，降逆止呕而辅以清利毒邪。以参苓白术散合白头翁汤化裁：党参、莲子、扁豆、秦皮、黄柏各10g，炒白术、茯苓、山药、白头翁各15g，黄连3g，砂仁6g，薏苡仁30g，3剂。嘱1日1剂，浓煎频服。复诊：述服药之初即腹泻次数明显减少，3剂服完已基本无腹痛及后重感，大便每日1～3次，便中似未见红白物，时有干呕，食欲不佳。大便常规镜下可见脓球4～8个，红血球2～5个。上方去黄连、黄柏，加鸡内金、焦三仙、法夏各10g，生姜1粒如枣大，3剂。三诊：诸症悉无，精神佳，饮食增，大便1日1～2次，质软色黄，舌淡红

苔白薄，脉平。实验室检查：大便常规各项指标正常。以参苓白术散原方加焦三仙各10g续服数剂以巩固疗效。[52]

按：下痢不能进食或呕不能食者，为噤口痢。临证虽可参考相关实验室检查，但仍应以中医的证候特点为主要依据。此例属虚证，乃素体禀赋不足，又因脾胃长期运化失司，复感外邪，致胃气上逆，呕而不能食，体虚不受纳，故致食入即吐；毒邪蕴滞肠道，气滞湿阻，痢下不畅，故有里急后重；湿热熏蒸，气血瘀滞，化而为脓血赤白；其余诸症，均为脾胃气虚之象。经曰：治病必求于本。此证虽急，但本由素体不足，故施治时仍以固本为主。方中融入治痢效方白头翁汤以治标；消积导滞之品如鸡内金、法夏、焦三仙类，以开启脾胃运化之枢；参苓白术散健脾益胃以培本固源。

十二、脂肪肝

脂肪肝是以肝脏细胞内中性脂肪异常沉积为主的临床综合征，本病属中医学“积聚”、“痰饮”、“胁痛”、“黄疸”等范畴。本病病机乃过食肥甘厚味，脾失健运，水湿内停，或湿聚生热，以至肝失疏泄，土壅木郁，久而血瘀，或因情志不畅，肝失疏泄，横逆犯中，脾土失运，化生湿浊，湿阻气机，产生血瘀为病。本病以肝郁脾虚为本，湿瘀交阻为标。近年来随着人们生活水平的提高，在我国成年人中，脂肪肝的发病率有明显的上升趋势。

【临床应用】

何氏[53]报道用参苓白术散加减治疗脂肪肝，取得满意疗效。他认为脾胃为后天生化之源，脾为湿毒所困，则气血运化失常。脂肪肝症见食后腹胀，饮食不馨，肠鸣腹泻，倦怠乏力，用香砂六君子汤或参苓白术散加减：党参、茯苓、扁豆、山药、莲子肉、炒薏苡仁、陈皮、广木香、砂仁、防风、薄荷、连翘等。方中在健脾和胃渗湿的基础上，用防风配薄荷，一为其性清轻，润中有升；一为中空芳香，辛散化湿，两者配伍，润散相济，升举脾阳，兼化湿毒。

李氏[54]以参苓白术散加减治疗90例脂肪肝患者，治疗组62人，对照组28人。2组患者均适当控制饮食，控制高脂肪、高能量食物的摄入。治疗组给与参苓白术散加减：党参、生山楂各30g，白术、

茯苓、扁豆、莲子、淮山药、陈皮、泽泻、薏苡仁、神曲各15g，桔梗、炙甘草、砂仁各5g。兼肝郁者加郁金、川楝、延胡索。水煎，每日1剂。对照组用凯西莱片，每次200mg，每日3次口服，疗程2个月。治疗组显效19例，有效37例，无效6例，总有效率为90.32%；对照组显效3例，有效16例，无效9例，总有效率67.86%，两组比较差异显著（$P<0.05$），表明治疗组疗效明显优于对照组。

十三、肠易激综合征

肠易激综合征（IBS）是一种非炎症性消化功能紊乱性疾病。表现为腹痛、腹胀、腹泻或便秘等症，并伴有全身神经官能症。可分为泄泻型和便秘型两型。多呈慢性、复发性，与精神情志、饮食、社会环境等因素相关。现代医学目前对其病因和发病机制尚不明确，迄今没有有效的治疗方法。肠易激综合征属于中医学“腹痛”、“泄泻”、“便秘”等范畴。其病机在脾，病位在大肠。根据“治病必求于本”的原则，采取以健脾为主，用参苓白术散为基本方，灵活化裁，常可获得满意疗效。

【临床应用】

李氏[55]以参苓白术散化裁治疗肠易激综合征100例，方药组成：党参30g、炒淮山药30g、炒白术12g、炒扁豆30g、炒薏苡仁30g、茯苓20g，治疗：白芍药30g、陈皮18g、莲子肉20g。腹痛甚者加延胡索、五灵脂、蒲黄；腹胀者，加木香、枳壳、厚朴；痛欲大便者加炒防风；腹胀、大便不爽者加槟榔、大腹皮；虚寒肠鸣腹胀甚者加小茴香、荜拨、吴茱萸；大便黏液多者加红藤、白头翁；白黏液多者加苍术、炮姜；夹红冻者加生地榆、黄连、木香。对于肾虚者加补骨脂、炒杜仲；脾虚者重用白芍、炒防风；久泻不止者加诃子、五倍子、五味子、肉豆蔻、石榴皮、赤石脂、禹余粮。肾阳虚甚者加附子、肉桂、仙灵脾；便秘者加肉苁蓉、郁李仁、火麻仁；久泻伤阴者加沙参、石斛；肝旺伤阴者加黄芩、石斛、乌梅。气虚者加黄芪；肛门下坠者加升麻、柴胡、生黄芪；肛门下坠、里急后重者加木香、槟榔；肛门滞重排便不尽者加枳实。肠有湿热者加秦皮、黄连、白头

翁、黄柏；纳呆者加焦山楂、鸡内金、炒麦芽。用文火水煎，分早晚两次服，日1剂，15天为1个疗程，一般治疗2个疗程。结果：治愈62例，好转36例，无效2例，总有效率98%。

刘氏[56]以参苓白术散加葛根治疗肠易激综合征86例。症状和体征：均有不同程度的腹痛不适和大便性状及次数的改变。腹痛以左侧为主，同时可见脐周或右侧腹痛，大便的改变以腹泻稀软或水样便，无脓血，每天3次或3次以上，或大便秘结，排便不尽感，多伴神倦无力，舌淡苔白。以参苓白术散加葛根为基础方。方药组成：党参35g，白术15g，茯苓15g，山药15g，白扁豆12g，薏苡仁12g，砂仁8g，桔梗10g，莲子肉12g，葛根12g，陈皮8g，甘草5g。腹痛明显者加乌药、川楝子；便秘者减莲子肉、薏苡仁，加枳实、厚朴；排便不尽者加槟榔、当归；湿郁化热者加黄芩、败酱草；腹泻明显者加乌梅、赤石脂。每天1剂，水煎分2次服。疗程最短5日，最长为3个月。治疗结果：治愈54例，占62.8%；显效29例，占33.7%；无效3例，占3.5%，总有效率为96.5%。

王氏[57]以参苓白术散加减治疗结肠易激综合征63例。临床症状均见有腹痛、腹胀、腹泻或便秘、大便带有黏液等主症，经镜检及病理检查无明显炎性病变及器质性病变。治疗以参苓白术散加减：太子参15g，白术10g，茯苓10g，扁豆10g，莲子肉5g，砂仁5g（后下），薏苡仁30g，淮山药15g，甘草5g，桔梗6g。湿重者，加苍术、黄柏；肝郁气滞者，加木香、香附；肝旺者，加防风、白芍、陈皮；肾阳偏虚明显者，加用补骨脂、肉桂；夹杂湿热者，加白头翁、秦皮，去薏苡仁、扁豆、莲子肉；中气下陷者，加黄芪、升麻；兼见脾肾阳虚者，加炮姜、附子；便秘者，加郁李仁、麻子仁，去莲子肉、山药；年高体弱、久泻不愈者，加黄芪、附子、罂粟壳，去砂仁、薏苡仁。每日1剂，水煎服，早晚各1次。治疗组治愈25例，有效32例，无效6例，总有效率90.1%。

张氏[58]以参苓白术散加味治疗腹泻型肠易激综合征67例。治疗以参苓白术散为主方：山药、炒薏苡仁、莲肉、炒白术、炒扁豆各15g，党参、茯苓、陈皮各10g，砂仁、桔梗、炙甘草各6g，大枣5枚，随证加减。脾胃虚弱型加黄芪、诃子各15g；肝郁脾虚型加柴

胡、郁金、延胡索各10g，木香6g；脾虚兼湿热型加黄连、佩兰各10g，白头翁15g，白蔻仁6g；脾肾阳虚型加补骨脂，肉豆蔻各15g，吴茱萸6g，五味子10g。腹痛者加延胡索10g，白芍15g，木香6g；黏液便者加黄连10g，白头翁15g。每日1剂，早晚两次服。治疗期间停服其他药物，疗程2～5周。治疗组显效率94.6%，复发6例，总有效率97.3%。

陈氏[59]以参苓白术散治疗肠易激综合征30例。治疗：人参6g，白术6g，茯苓10g，山药15g，扁豆15g，莲子肉10g，薏苡仁20g，砂仁6g（后下），甘草6g，每日1剂，水煎，晚饭前服。30例患者中，治愈25例，好转4例，无效1例，总有效率96.7%。

朱氏[60]以痛泻要方合参苓白术散治疗肠易激综合征32例。全部病例均以腹痛、腹泻、腹胀、腹鸣为主症。治疗予痛泻要方合参苓白术散：陈皮6g、白术9g、白芍12g、防风9g、太子参15g、茯苓12g、白扁豆15g、莲子肉15g、山药15g、砂仁3g、薏苡仁20g、桔梗3g、甘草6g。随证加减：腹痛甚者加乌药9g、延胡索15g、木香9g。腹胀甚者加大腹皮9g、枳壳9g、枳实9g。腹泻甚者加肉豆蔻9g、赤石脂30g（包）、石榴皮12g。阳虚者加桂枝6g、补骨脂12g、淡附片9g。伤阴者加北沙参12g、生地12g、乌梅9g。结果：痊愈19例（占59.4%）；好转10例（占32.2%）；无效3例（占9.4%），总有效率90.6%。

张氏[61]以参苓白术散加味治疗肠易激综合征52例，中医辨证属脾胃虚弱型28例，肝郁脾虚型11例，脾虚兼湿热型9例，脾肾阳虚型4例。用参苓白术散为主方：山药、炒薏苡仁、莲肉、炒白术、炒扁豆各15g，党参、茯苓、陈皮各10g，砂仁、桔梗、炙甘草各6g，大枣5枚。在此方基础上随证加味，脾胃虚弱型加黄芪、诃子各15g；肝郁脾虚型加柴胡、郁金、延胡索各10g，木香6g；脾虚兼湿热型加黄连、佩兰各10g，白头翁15g，白蔻仁6g；脾肾阳虚型加补骨脂、肉豆蔻各15g，吴茱萸6g，五味子10g；凡有腹痛者均加延胡索10g，白芍15g，木香6g；大便带黏液者均加黄连10g，白头翁15g，每日1剂，水煎分早晚2次服。服药期间不服其他中西药。结果：痊愈40例（占16.9%），好转10例（占19.3%），无效2例

（占3.8%），总有效率56.2%。

于氏[62]以参苓白术散为主治疗肠易激综合征34例。治疗以参苓白术散为主。主要药物：人参6～10g（或党参30g）、白术10g，茯苓15g、山药30g，薏苡仁30g、砂仁6g、扁豆30g，再依据其症状辨证加减。水煎服，12剂为1个疗程，一般服药3个疗程。结果：显效29例（70.6%），好转9例（26.5%），1例服药效果不佳。总有效率为97.1%。

【病案举例】

1. 李某，女，38岁，初诊2002年3月18日。患者于1个月前出现腹痛不适，腹泻、腹胀，当地医院用黄连素、复方苯乙哌啶等治疗，疗效不显，停药后症状又发作如前，遂来我院门诊。就诊时精神尚可，形体适中，自诉无明显体重减轻，腹痛频作，以左下腹为主，阵发性加剧，进食或饮冷后加重，夜间疼痛好转，熟睡时不觉疼痛，大便日行4～5次，不成形，无黏冻，腹胀、肠鸣、嗳气，时有恶心、胸闷、胁胀，胃纳一般，夜寐尚安，舌淡苔薄白，脉细弦。查体：全腹平软，未扪及包块，左下腹有压痛，但无明显固定压痛点，结肠镜检显示：结肠黏膜基本正常。诊断为肠易激综合征。中医辨证为肝郁脾虚，治宜疏肝健脾。方选痛泻要方合参苓白术散加减，方药：太子参15g、白术12g、茯苓12g、白扁豆12g、陈皮6g、白芍15g、防风6g、莲子肉10g、山药15g、砂仁3g（后下）、薏苡仁20g、桔梗3g、乌药9g、赤石脂（包）30g、甘草6g，水煎服。另嘱患者注意情志调摄，戒忧戒怒，保持心态平和愉悦。1周后，腹痛、腹泻、腹胀等症状皆明显好转，原方随证加减，服药30余剂，诸症消失，随访1年无复发[60]

按：本证在中医属泄泻、腹痛等范畴，其病位主要在肠，与肝、脾关系密切。主要病机为肝郁脾虚。肝气郁结，气机失疏，故腹胀、胁胀；肝失疏泄，气机不达，则升降失调，上迫于肺，肺失宣降而发胸闷；肝体阴用阳，且与胆相为表里，肝郁日久，肝失所养，以致胆气虚怯，故发心悸，惊则气乱，故而面红，手足多汗、多尿；肝郁脾虚，肝强脾弱，肝乘脾，久则肝郁益甚，脾虚益重，脾气虚弱则影响脾胃的升清降浊功能，清阳不升则生泄泻，浊阴不降则起恶心。治疗

当拟疏肝健脾为法。痛泻要方乃泻肝补脾圣方；脾虚易夹湿，未病当先防，已病则治病，参苓白术散益气健脾，和胃渗湿。方中白芍平肝止痛，使肝不致强；白术健脾补中，使脾不致弱，二药合用，调和肝脾，止痛止泻；防风散肝郁，舒肝气，一则协助白芍以调肝，再则借此升散之性而止泻；太子参、白术、茯苓合用，补气健脾渗湿；山药、莲子肉补脾益气，兼能止泻；白扁豆、薏苡仁助白术健脾；砂仁和胃醒脾，理气宽胸；甘草健脾和中，调和诸药。两方合拍，疏肝理气，健脾止泻，药证合拍，故收效满意。

2. 张某，女，35岁。1994年9月28日诊，腹痛便溏反复发作半年。每因饮食生冷、劳倦受凉而诱发，大便时溏时泻，水谷不化，呈糊状，附有黏液，日1~3次不等，多在清晨或早饭后发生，排便时有窘迫感，腹部隐隐作痛，腹胀肠鸣，不思饮食，食后脘闷不舒，稍进油腻或刺激性食物则便次明显增多。面色萎黄，心悸气短，乏力消瘦。经期提前，量多色淡，经行腹痛腹泻加重。舌质淡胖、边有齿痕、苔薄白，脉细缓。两次肠镜检查见肠蠕动增强，未发现器质性病变，诊断为肠易激综合征。证属脾气亏虚，运化失司，治宜健脾益气。方用参苓白术散加减：党参、炒白术、茯苓、扁豆、莲子肉各15g，山药、薏苡仁、白芍各20g，砂仁6g，陈皮、广木香、枳壳、高良姜、甘草各10g。服药6剂，腹痛便泻减轻，经服12剂病获痊愈。[24]

按：肠易激综合征系结肠功能紊乱，以腹痛、腹泻、便秘、交替性腹泻和便秘，以及黏液便为主要表现。本例患者以腹泻为主，《景岳全书》云："泄泻之本，无不由于脾胃。……若饮食失节，起居不时，以致脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，乃致合污下降，而泻痢作矣"。参苓白术散功能补气健脾，和胃渗湿，治疗结肠功能紊乱，能增加肠管对水及氯化物的吸收，而且大剂量时能抑制肠管的收缩，有抗炎、利尿、抑制浆液分泌，调理脾胃的目的。同时有利小便、实大便的作用。

3. 谷某，女，49岁。1994年9月9日诊。患者近2年来大便一直不畅，多日不行，肛门坠迫，虽有便意，临厕努责乏力，汗出气喘，便后疲乏，大便并不干硬，亦无脓血。每用果导、开塞露及大黄

等泻下剂，大便一时虽下，但不久又复同前，身体益虚，大便愈难排解。平素身倦气怯，面色苍白，头昏神疲。舌质淡嫩、边有齿痕、苔薄白，脉虚无力。半年前曾在某大医院做肠镜检查，肠黏膜无明显异常，组织学检查基本正常，诊断为肠易激综合征。证属脾肺气虚，传导无力，治宜益气润肠。方用参苓白术散加减：党参、莲子肉、黄芪、火麻仁各15g，炒白术、扁豆各12g，升麻6g，当归、柴胡、陈皮、桔梗、厚朴、甘草各10g。服药20剂，病告痊愈。[24]

按：本例患者为肠易激综合征，但此以便秘为主，多发于老年人，病后、产后或劳倦饮食内伤之人。便之通行，需赖气之斡旋。脾气虚则运化不健，生化之源不足，气血两亏。气虚则大肠传送无力；血虚则津枯，不能滋润大肠。脾虚又可及肺，因肺与大肠相表里，故脾肺气虚可影响大肠的传导。一般认为参苓白术散是治疗脾虚泄泻的代表方，刘老则根据审因论治的原则，治病必求其源，便秘之源在于脾胃，治疗此证仍以补中益气为主，佐以滑利润肠之品，脾气足则可生金，气足则糟粕易行，肠道得润则大便自通。故用参苓白术散治疗获愈。

十四、胃黏膜脱垂症

胃黏膜脱垂症是指由于异常松弛的胃黏膜逆行突入食管或向下通过幽门管脱入十二指肠球部所致的病证。临床上以后者见。表现为轻症患者可无症状，或仅有腹胀、嗳气等非特异性症状。部分胃黏膜脱入幽门而不能立即复位者，可有中上腹隐痛、烧灼感痛甚至绞痛，并可向后背部放射，伴恶心、呕吐，症状出现可与体位有关，在右侧卧位时易发生。进食后由于促进胃的蠕动，有助于胃黏膜脱垂的发生，故症状常与进食有关，但缺乏明显的周期性与节律性。上腹部局限性压痛是本病唯一的阳性体征。本病非常容易与溃疡病、慢性胃炎相混淆，需经X线等特殊检查才能区分。

本病属中医学“胃脘痛”范畴，其病因病机为由于饮食不节、寒邪客胃、劳倦过度、情志失调等多种因素，致脾胃受损、中气亏虚导致食滞、湿阻、痰气胶结，进而气滞不能行血，气虚不能运血，渐致瘀血阻络，故本病属虚实夹杂，治疗时当辨虚实寒热，分清主次，

辨别而治。

【病案举例】

盛某，男，41岁。1994年9月12日初诊。近来每于夜间即感胃脘不适，隐隐作痛，左侧卧位可使疼痛减轻，食后腹胀，呕吐反胃，纳呆懒言，四肢乏力，大便稀软，面色少华。曾服胃舒平、吗丁啉等药物无显效，舌质淡，苔薄白，脉沉缓。粪便隐血呈阳性。胃肠X线钡餐示十二指肠球底部呈“伞状”充盈缺损影，诊断为胃黏膜脱垂症。证属脾胃虚弱，升降失常，治宜健脾益气，和胃降逆。方用参苓白术散加减：太子参、白术、茯苓、扁豆、山药、莲子肉各15g，薏苡仁20g，砂仁6g，法半夏12g，陈皮、旋覆花、广木香、鸡内金、炙甘草各10g，焦三仙30g。服药6剂后再诊，胃脘隐痛已除，腹胀、呕吐反胃大减，继服18剂，诸症消失。[24]

按：本例患者为胃黏膜脱垂症，临床较为少见。根据表现，属于中医“胃脘痛”、“反胃”等范畴。其病机主要为脾胃虚弱，升降失常，失于升提，胃黏膜松弛下脱。同时运化腐熟不及，食谷停滞，气机阻滞，痰饮内停，致虚中夹实。既有中气虚弱，清气不升，又有邪气壅滞，胃气不降。若一味补益升提，则胃气愈加塞滞，如单纯降逆疏导，则胃气愈加虚陷。故应用参苓白术散健脾和胃，升清助运，加鸡内金消食和胃，广木香、旋覆花行气降气，法半夏燥湿化痰。全方升补而不壅塞，通降而不太过，升中有降，降中有升，升降配合则诸症皆除。

十五、糖尿病性胃轻瘫

糖尿病性胃轻瘫是糖尿病的常见并发症，属中医“呕吐”、“反胃”范畴。其发病与胃自主神经受损、胰高血糖素水平增高、胃酸缺乏、胃细胞内因子异常等有关。最主要的原因是由于长期高血糖导致胃自主神经受累，使胃张力及胃蠕动减弱，引起胃排空延迟或胃、幽门、十二指肠动力异常，使病人胃张力降低，胃排空延迟，特别是进食固体食物时更加明显，常自诉烧心、泛酸、厌食、恶心、呕吐、腹胀及便秘等。中医学认为，本证系因糖尿病病势缠绵出现的“久病必虚”之证。主要由于消渴日久，胃阴被劫，中气被伤，津伤气

少，胃失濡养而成。其病机关键为胃阴不足，虚热内生，胃气上逆。

【临床应用】

张氏[63]以参苓白术散和西沙比利联合治疗糖尿病性胃轻瘫42例，伴有上消化道症状：烧心、泛酸、厌食、恶心、呕吐、腹胀及便秘，且持续4周以上。治疗予以参苓白术散：莲子肉15g，薏苡仁15g，砂仁9g，桔梗12g，炒扁豆15g，白茯苓15g，党参30g，白术15g，山药20g。烧心、泛酸明显者加鱼骨12g，煅牡蛎12g；恶心、呕吐明显者加半夏9g，陈皮12g，竹茹10g；腹胀、腹痛者加厚朴15g，莱菔子10g，延胡索12g；便秘者加大黄9g，枳实9g。用法：每日1剂，水煎2次，取汁300ml，分早、晚2次服用，30日为1个疗程。西沙比利片每次10mg，每日3次，饭前口服，30日为1个疗程，治疗期间严格控制饮食，继续服用降糖药物。结果：治愈32例，显效7例，无效3例，治愈率76.2%，有效率92.9%。

【病案举例】

王某，男，75岁，1998年2月12日就诊。自诉5年前发现糖尿病，血糖波动在7.8～11.3mmol/L之间，平时服用优降糖及二甲双胍各2片，每天3次，近2个月来患者自觉厌食，并且每天食后出现泛酸，烧心，严重时呕吐，神疲乏力，精神差，大便秘结，每4～6日1次，舌质紫暗，苔白，脉沉细。入院后实验室检查空腹血糖11.2mmol/L，B超单切面法确定有胃液体排空时间延长，诊断为糖尿病性胃轻瘫。方用参苓白术散加减：莲子肉15g，薏苡仁15g，砂仁9g，桔梗12g，炒扁豆15g，白茯苓15g，党参30g，白术15g，山药20g，鱼骨12g，煅牡蛎12g，半夏9g，大黄9g，枳实9g，甘草6g，每日1剂，水煎取汁300mL，早晚2次服，联合西沙比利片，每次10mg，每天3次，饭前服。联合用药1个月后，诸症消失，空腹血糖6.2mmol/L，B超单切面法确定胃液体排空正常，随访1年未复发。[63]

按：胃为水谷之海，主腐熟水谷；脾为后天之本，主运化，为胃行其津液，脾胃受燥热所伤，失其腐熟、运化及转输功能。故临床上常见厌食、泛酸、恶心、呕吐等症状。明代医家周慎斋治消渴强调以调养脾胃为主，特别重视养脾阴，在《慎斋遗书·渴》中云："盖多

食不饱，饮多不止渴，脾阴不足也”，“专补脾阴不足，用参苓白术散”。方以人参、白术、茯苓、炙甘草及四君子平补脾胃之气，脾胃之气健旺，则运化功能正常。配以扁豆、薏苡仁、山药之甘淡，莲子之甘涩，辅助白术健脾，半夏、砂仁辛温芳香醒脾，佐四君子促中州运化，使上下气机贯通，呕吐可止。鱼骨、煅牡蛎具有收敛作用，能减轻烧心、泛酸等症状；枳实、大黄可消积除胀，通便。西沙比利可通过胆碱能神经元，促进全胃肠运动，使延迟的胃排空加速。

十六、消化不良综合征

消化不良综合征是一种常见的消化道疾病，临床以厌食、腹部胀气、腹泻、便秘、呕吐为主要表现。消化不良综合征分成器质性及功能性两大类。凡是病因很明显且消化不良的症状会随疾病治愈而改善的，称为器质性消化不良综合征，如消化性溃疡、胃食道逆流、恶性肿瘤、胰脏及胆道疾病、药物引起等；凡原因不明确或找不到可解释的原因的，称做功能性消化不良综合征或非溃疡性消化不良。其属中医“痞满”、“嘈杂”、“胃脘痛”等范畴，其总的病机不外乎脾胃虚弱、气机阻滞、升降失司等方面。本病脾胃虚弱是本，故临床采用参苓白术散益气健脾可获良效。

【临床应用】

张氏[64]以参苓白术散加味治疗非溃疡性消化不良120例，治疗用参苓白术散加味，基本方：太子参12g，焦白术12g，茯苓12g，炒薏苡仁24g，砂仁6g，炙甘草5g，桔梗10g，山药24g，炒扁豆24g，陈皮10g，川朴12g，鸡内金12g，炒麦芽30g。溃疡样和反流样消化不良者加百合15g、乌贼骨24g；动力紊乱性消化不良者加三棱、莪术各10g；非特异性消化不良者只用基本方。每日1剂，早晚服，每次服200ml，1周为1个疗程。治愈22例，显效67例，有效25例，无效6例，总有效率95%。

余氏[65]以参苓白术散加减治疗抗结核药物引起胃肠不良反应53例，全部病例均有午后潮热、咳嗽、咯血、胸痛、气促等临床表现，但脾胃虚弱型伴见腹胀，食欲不振，恶心呕吐，腹痛，腹泻；气阴两虚型伴见颧红，面白神疲，舌质光红、苔薄或无苔，脉细数无力。治

疗在服用化疗药物基础上根据中医辨证加用参苓白术散。处方：党参30g，茯苓、白术、山药各15g，砂仁（后下）、炒白扁豆、薏苡仁各10g，莲子、桔梗、炙甘草各6g。脾胃虚弱型用原方；气阴两虚型加百合、麦冬各15g，沙参、天冬各10g。逢单日1剂，水煎服。30天为1个疗程。结果治愈50例，失败3例，治愈率为94.3%。

郝氏[66]以参苓白术散治疗抗结核药致胃肠不良反应30例，临床证见面色萎黄或淡白，恶心纳呆，胸脘满闷、或吐或泻，形体虚弱，少气懒言，倦怠乏力，舌淡，脉缓弱。证属脾胃气虚证。以参苓白术散加减治疗。处方：山药30g，党参、茯苓、薏苡仁各15g，白术、白扁豆、莲子各12g，炙甘草、砂仁、桔梗各6g。加减：兼见口淡口干，咳嗽无力，痰清色白，午后潮热，盗汗自汗，气阴耗伤者，加黄芪、沙参、玉竹等益气益阴，和胃止呕。兼见口苦口干，肢体困重，久咳不止，咯痰黄稠，气虚湿热者，去党参、炙甘草，加太子参、鱼腥草、生麦芽、芦根、夏枯草、法半夏、黄连等健脾和胃、清热祛湿。兼见泛酸嗳气，胸痛烦闷，善太息，气虚气滞者，去党参，加太子参、生麦芽、白芍、枳实、香附、柴胡、黄连等健脾和胃、疏肝降逆。每天1剂，水煎服。7天为1个疗程，治疗3个疗程观察疗效、治疗期间，继续服用原抗结核药物。结果：治愈26例，好转4例。其中1个疗程治愈19例，2个疗程治愈5例，3个疗程治愈2例、好转4例。

【病案举例】

张某，女性，41岁，农民，住无锡县洛舍区南蒋港，1955年11月20日就诊。主诉：今夏患湿温证，缠绵1月之久。病愈后饮食曾一度增加，后因饲养秋蚕，适值夜班，食冷粥1碗，翌日即觉腹胀嗳腐，恶心，经无锡市第一人民医院诊断为消化不良，治疗一次痊愈。旬日后又复发作，症状同前，并有便泄，因农忙未曾治疗。日前主要症状为中脘痞满，食欲减退，肠鸣，大便日泻3次，肢体怠惰。诊断所得：面色萎黄，脉沉苔白，腹部未触诊。证属中虚运化不良，宿食停阻。治法：健脾消积。处方：苍白术各一钱五分，麸炒枳实一钱五分，神曲三钱，鸡内金二钱，上广皮6g，西砂仁七分，焦谷麦芽各二钱。嘱服2剂。二诊：痞满不减，便泻较前增剧，日夜七八行，并

脱肛一次，便后略有气喘，溲少，精神萎靡不振。上腹部触诊，柔软无抗力。处方：台参须一钱五分，白术一钱五分，云茯苓三钱，莲实三钱，淮山药三钱，诃黎勒二钱，炙甘草二钱，肉豆蔻一钱，桔梗一钱五分，砂仁七分，陈仓米五钱。仍嘱服2剂。三诊：昨日便泄4次，今晨1次，未脱肛，痞满减轻，病情显然已有好转，唯不思饮食。处方：前方去肉豆蔻，加陈皮一钱，令服3剂。四诊：大便基本正常，痞满消失，思饮食。处方：潞党参二两，白术一两五钱，云茯苓三两，粉甘草七钱，陈皮一两，米糊为丸，每早晚各服二钱，白开水送下，食后服。[67]

按：第一次诊断，首先为几个阶段假象所蒙蔽，如前次的伤食症状，现在症状的中脘痞满等，结果造成误诊。二诊时接受教训，通过再次的分析，认识到初诊时偏重于追究既往病史，而忽视了现在症状，误认虚性痞满为食滞形成，粗糙地进行腹部触诊，以虚作实，将枳术丸用于参苓白术散证的患者，所以促进病情增剧。找出误诊原因后，立即毅然决然地加以纠正，用参苓白术散加减，先后仅服药5剂，基本上达到了痊愈。四诊时改异功散为丸剂，作调理恢复之计。

十七、抗生素相关性肠炎

抗生素使用在抑制或杀死致病菌的同时，也影响了人体正常菌群，使正常的肠道菌失去平衡，导致菌群失调，影响人体正常生理功能，特别是对老年及儿童影响较大，这已引起了医学界的广泛关注。目前抗生素相关性肠炎是指患者在接受抗生素治疗后引起肠道菌群失调，使肠道内常住的菌群或过路的菌群定植于肠黏膜、并迅速繁殖，引起腹泻。是抗生素治疗后常见的并发症。又称抗生素相关性腹泻、伪膜性肠炎，是临床常见疾病。西医治疗效果不明显，且易复发。

【临床应用】

王氏[68]以参苓白术散合平胃散治疗抗生素相关性肠炎（腹泻）43例，予以参苓白术散合平胃散加减治疗，处方：炒党参10g，茯苓10g，炒白术10g，炒苍术10g，炒薏苡仁20g，山药12g，白扁豆10g，厚朴6g，陈皮6g，炒谷芽10g，炒麦芽10g。每日1剂。治愈（服药30剂后，症状消失，大便正常，大便培养阴性，停药1月后随

访未复发）21例；显效（服药30剂后，症状明显减轻，大便1日1~2次，大便常规检查正常，无伪膜及血丝）18例；无效（服药30剂后，症状无改善，大便培养、大便常规检查仍异常）4例。

【病案举例】

患者，男，35岁，工人，因上呼吸道感染，用氨苄青霉素、丁胺卡那霉素等抗生素治疗7天后，出现腹泻，下腹隐痛，大便每日5~8次，伴有黏冻及血丝，无发热及里急后重感。查血常规：白细胞10.5×10^9/L。大便常规：高倍镜下白细胞8~10个。大便培养：大量革兰阴性杆菌，少量革兰阳性球菌和杆菌。西医诊断为抗生素相关性腹泻，予万古霉素、灭滴灵、思密达等药治疗10天后无效，转中医治疗。就诊时：面色少华，乏力，倦怠，纳少，大便每日5~7次，有黏冻血丝，伴下腹隐痛，喜按，苔薄白腻，舌质淡，脉细弦。中医辨证属脾虚湿阻，中焦运化失司。治当健脾行气、和胃化湿，处方：炒党参10g，茯苓10g，炒白术10g，炒苍术10g，炒薏苡仁20g，山药10g，白扁豆10g，厚朴6g，陈皮6g，炒谷芽10g，炒麦芽10g。每日1剂。服药15天后，大便成形，无黏冻血丝，纳食增加。续服15剂后，复查大便常规、大便培养正常。停药后1月未见复发。[68]

按：抗生素相关性腹泻的主要病因是在疾病过程中，由于机体抵抗力降低，大量或长期应用抗生素，导致了肠道菌群失调。临床主要表现为腹泻、下腹痛，大便次数每日5~10次，大便有伪膜血丝，伴乏力，纳少，面色不华。中医辨证属虚实夹杂，脾虚与湿阻并存，应扶正健脾，则湿无从去；光燥湿，则脾虚更甚。所以治疗上，应扶正祛邪并施，才能正存邪生。方选平和健脾之剂参苓白术散，意在扶正不碍邪，合用平胃散燥湿行气，使脾气旺盛，湿去气行，中焦运化恢复正常。

十八、肠道菌群失调症

健康人的胃肠道内寄居着种类繁多的微生物，这些微生物被称为肠道菌群。肠道菌群按一定的比例组合，各菌群间互相制约、互相依存，在质和量上形成一种生态平衡。一旦机体内外环境发生变化，如长期应用广谱抗生素，敏感肠菌被抑制，未被抑制的细菌则乘机繁

殖，从而引起菌群失调，其正常生理组合被破坏，产生病理性组合而引起临床症状，称为肠道菌群失调症。本症以严重腹泻或慢性腹泻为主要临床表现，在应用抗生素治疗过程中，如突然发生腹泻或原有腹泻加重，即有可能发生了本症。

【临床应用】

刘氏[69]运用参苓白术散治疗肠菌失调性腹泻15例，治疗以参苓白术散为基本方：党参10g，茯苓10g，白术10g，淮山药15g，白莲肉10g，薏苡仁30g，陈皮10g，车前子15g，泽泻10g，甘草3g。腹胀腹痛者加大腹皮15g、厚朴10g、白芍15g；肛门灼热，口干口苦，舌红苔黄者加黄连6g、黄芩10g；泄泻无度，腹中肠鸣者加诃子10g，罂粟10g；呕吐者加白蔻仁6g，藿香10g。结果：15例患者，临床症状全部消失，大便培养及革兰氏染色均恢复正常菌群。其中疗程最短1周，最长者20天，平均11天。

【病案举例】

张某，女，42岁，住院号16784。因腹泻腹痛1个月入院。1月前因受凉诱发腹泻腹痛，先后用黄连素、痢特灵、复方新诺明、庆大霉素等西药治疗无效。症见腹泻，腹胀腹痛，泻下黄褐色水样便，有少许白黏液，日约20余次，量中等，伴肛门坠胀灼热。舌质红、苔黄。大便常规检查见黄色水样便，白色黏液少许，白细胞（+）。革兰染色发现大量革兰氏阳性梭状芽胞杆菌。大便培养未检出沙门菌和志贺菌。革兰阳性梭状芽胞杆菌显著繁殖。诊断为“肠菌群失调性腹泻”。投党参10g，茯苓10g，白术10g，淮山药15g，白莲肉10g，薏苡仁30g，车前子15g，大腹皮15g，黄连6g，黄芩10g，诃子10g，罂粟壳10g，白芍15g，甘草3g。服4剂后腹泻腹痛腹胀明显好转，泻下为黄色稀便，日约5次，肛门坠胀感消失。守方继进5剂，临床症状消失，大便日1次，为黄色成形便。继上方去诃子、罂粟壳继进5剂。复查大便常规报告为黄色软便，镜检无异常；革兰氏染色为正常革兰氏阴性菌群；大便培养为正常革兰氏阴性菌群。[69]

按：肠菌群失调性腹泻属于中医“泄泻”范畴。因本病病程长，往往由实转虚，尤以脾气虚弱为主要特点，因脾主运化，由于脾虚，运化水谷功能失调，以致腹泻经久不愈。参苓白术散功能健脾益气，

为治疗脾虚泄泻的首选方。此方切中此患者疾病之病机，喜得良效。

十九、胆道术后综合征

胆道术后综合征，是由于胆石症及胆囊炎、胆管炎，而行胆囊摘除手术后，出现与胆道有关的症状。如胆绞痛，右季胁部疼痛，黄疸，发热，或胁部重压感，恶心呕吐，怕冷汗出，排便异常，便秘腹泻，全身倦怠等。中医学认为胆系疾病多是由于肝阻气滞疏泄失常所致。肝木气旺必横逆犯胃克脾，脾失健运升降失常。《东医宝鉴》说："肝之余气，泻于胆，聚而成精"。胆囊切除术后，"肝之余气"无法"聚而成精"，直泻于小肠，使小肠的化物功能失调，不能升清降浊，引起浊气在上的腹痛腹胀，清气在下的便溏泄泻。参苓白术散调和胃肠，益气健脾，标本兼治，可取得满意疗效。

【临床应用】

徐氏[70]以参苓白术散治疗胆囊切除术后腹泻70例，其中，胆囊切除术63例，胆囊切除术加胆总管探查5例；胆囊切除术加胆管空肠吻合术2例。治疗给予参苓白术散：人参9g，白术15g，茯苓20g，山药30g，薏苡仁15g，砂仁12g，桔梗、白扁豆各15g，莲子、甘草各12g。夹有食滞者加山楂15g、鸡内金20g、麦芽15g；腹胀者加陈皮12g、半夏15g；腹部隐痛得温则舒者加附子12g、肉桂15g；泄泻每日10次以上或脱肛不收者加升麻12g、柴胡15g。每日1剂水煎服，分2~3次服用。结果：显效57例，有效12例，无效1例，总有效率98.57%。

【病案举例】

刘某某，女，44岁，2002年9月行胆囊切除术加胆管空肠吻合术。术后第3天发生泄泻，曾服氟哌酸、甲硝唑、次碳酸铋等治疗，效不明显。于2002年10月11日来诊。现症：每天泄泻3~7次，泄泻前小腹微有紧抽痛感，喜得温按，泻后消失。饮食减少，不喜油腻，饭后胃脘胀闷，神疲乏力。舌淡，苔白滑，脉濡。证属脾虚湿盛，肠滑不固之泄泻。治当健脾化湿，固肠止泻。方选参苓白术散加减。方药：党参15g，茯苓20g，白术10g，白扁豆15g，薏苡仁20g，芡实10g，干姜10g，诃子10g，莲子10g，山药20g，神曲10g，山桔

10g，麦芽10g，砂仁6g，白豆蔻10g，藿香6g，陈皮10g，枳实10g，黄连3g。5剂水煎，分2次温服。嘱其忌生冷油腻，刺激性食品，停用其它治泄药物。一诊：前方服5剂后，泄泻减为1日2～3次，泻前小腹紧痛亦减，苔滑亦较前为轻。药已中病，效不更方，按方中药物比例，制成水丸剂，每次服10～20g，每人服2～3次。二诊：上方丸剂服2周后症状基本消失，每人大便1～2次，虽软然已成形。后因饮食不慎复发1次，继服本方缓解。[71]

按：从中医理论角度看，胆囊切除后泄泻，乃源于肝胆，影响于脾胃。由于胆之切除，以致“肝之余气”不能“溢于胆，聚而成精汁”，由此导致肝木对脾土的疏泄失常。正如唐容川所言：“木之性主于疏泄，食气入胃，气赖肝木之气以疏泄之，而水谷乃化，设肝之清阳不升，则不能疏泄水谷，渗泄中满之证，所在不免。”然此病虽源于肝胆，而最终受累者则为脾，脾虚则生湿，一者互为因果，而泄泻作矣。《景岳全书·泄泻》指出：“泄泻之本，无不由于脾胃。”《杂病源流犀烛·泄泻源流》认为：“湿盛则泄，乃独由于湿耳。”故治此类泄泻当从脾与湿着眼，选参苓白术散为主方。

二十、胃肠功能紊乱

胃肠功能紊乱，是指以腹痛、腹胀、肠鸣、便秘等为主要表现的一种肠道功能紊乱性疾病，临床除有胃肠道功能紊乱的表现外，还可伴有全身性神经官能症。

胃肠功能紊乱属中医“腹痛”、“泄泻”、“下利”等病证范畴，并与脾胃密切相关。中医认为本病与饮食不节，过食生冷肥甘；或情志失调，肝气郁结；或劳倦太过，脾气受损；或年老体衰，久病脏虚，以致脾胃功能障碍等有关。

【临床应用】

龚氏[72]以参苓白术散治疗脾切除术后胃肠功能紊乱57例。对照组行西医常规治疗，给予维生素E 0.1g，每日1次，维生素C 0.3g，复合维生素2片，每日3次口服，腹泻甚者给予复方苯乙哌啶1片，临时口服。观察组除给予上述维生素类口服外，加服参苓白术散加减，处方如下：党参、焦三仙各15g，茯苓、薏苡仁各12g，白术

40g，扁豆20g，山药30g，陈皮10g，砂仁4g，桔梗6g，甘草9g。呃逆加韭菜子9g；腹中冷痛加干姜9g；呕吐加黄连3g，紫苏10g；腹泻、完谷不化加鸡内金末10g，莲子肉10g。结果：观察组临床证候康复迅速，4周后原有证候痊愈者约占86%；对照组则进展缓慢，4周后痊愈者只占16%，经统计学处理（$P<0.01$），观察组治愈率明显高于对照组。说明参苓白术散能改善脾虚的临床证候，调整消化系统的功能，促进手术后机体的恢复，改善机体由此而致的营养代谢紊乱。

陈氏[73]以参苓白术散治疗术后肠功能紊乱20例，均为妇科良性病变开腹手术的病人，无内外科合并症及术后并发症，年龄在24～59岁之间，均于术后3～5日出现腹部疼痛，痛即欲泻，泻后痛止，大便溏薄，每日大便次数3次以上，且大便常规检查无异常。以参苓白术散原方治疗，每日1剂，分早晚两次分服。结果：病人均在服用该方1～3剂后痊愈（以腹痛缓解、腹泻消失为治愈）。

许氏[74]以参苓白术散为主方治疗消化系统恶性肿瘤术后胃肠功能紊乱58例，并与单用吗叮啉治疗的55例对比观察，治疗组以益气健脾、渗湿止泻为法，药用参苓白术散加味。基本方：党参15g，白术10g，茯苓10g，山药30g，白扁豆30g，薏苡仁30g，砂仁10g，莲子肉10g，炙甘草5g，桔梗10g。大便夹有不消化食物残渣者加炒谷芽、麦芽各30g，焦山楂10g，炒神曲10g，肢倦乏力明显者加黄芪20g。水煎服，日1剂，1个月为1个疗程。对照组予吗叮啉10mg，每日3次口服，连用1个月。结果：治疗组痊愈31例，显效12例，有效8例，无效7例，总有效率87.93%。两组总有效率相比，有显著差异。

何氏[75]以参苓白术散加味治疗抗结核药致胃肠功能紊乱40例均为肺结核化疗期患者，年龄18～75岁。治疗：常规使用标准化疗方案。气阴两虚型用加味参苓白术散（党参、白术、茯苓、麦冬、百合、山药各20g，砂仁6g，炒扁豆、薏苡仁各30g，莲子、桔梗各15g，脾胃虚弱型用加味参苓白术散去麦冬、百合。咳嗽加法半夏、北杏仁各12g；咯血痰加仙鹤草30g，茜草根15g；胸痛加延胡索15g。每日1剂，水煎服，连服30天后统计疗效。结果：显效30例，

有效6例，无效4例，总有效率90%。

【病案举例】

1. 潘某，男，65岁。因胃癌术后1个月进行第一次化疗入院。患者诉自术后第10天即出现腹胀，食后明显饮食少，大便稀溏，食油腻食物后大便次数增多，夹不消化食物残渣，而色萎黄，肢倦乏力，舌苔白，质淡，脉细缓。平时以稀饭、面条为主食，1个月内消瘦3kg。入院后查肝功能正常，血常规：白细胞5.6×10^9/L，血红蛋白86g/L，血小板2.3×10^9/L。辨证属脾胃虚弱，健运失常。以参苓白术散为主方加减：党参15g，白术10g，茯苓10g，山药30g，薏苡仁30g，砂仁10g，莲子肉10g，黄芪20g，当归10g，炒谷芽、麦芽各30g，焦山楂10个，炒神曲10g，桔梗6g。水煎服，日1剂。连服7d后患者饮食增加，腹胀明显好转，大便成形。又连服14剂，患者腹胀、腹泻完全消失，食欲好。继续服用至1个月，体重增加2kg。复查血常规：白细胞4.1×10^9/L，血红蛋白106g/L，血小板2.6×10^9/L。患者在服药期间顺利完成化疗，消化道反应不明显。[73]

按：消化系统恶性肿瘤患者术后出现腹胀、食欲不振、恶心呕吐、四肢乏力、形体消瘦、面色萎黄、便溏或便秘等症状，中医辨证为脾胃虚弱。脾胃为气血生化之源，后天之本。脾主运化，胃主受纳。脾气虚不能运化水湿，则湿自内生，出现大便稀溏或泄泻；胃气虚不能纳食，故食少，甚或不思食；肝失和降则上逆，故恶心呕吐；中焦气机不畅，故腹胀；更由于脾弱不能运化水谷精微，故形体消瘦，四肢乏力，面色萎黄。方中以四君平补脾胃之气为主，配以白扁豆、薏苡仁、山药之甘淡，莲子之甘涩，辅助白术，既可健脾，又能渗湿止泻。加砂仁之辛温芳香醒脾，佐四君子更能促中洲运化，使上下气机贯通则吐泻可止。桔梗为手太阴肺经引经药，配入本方，如舟楫载药上行，达上焦以益肺。诸药合用，共奏益气健脾、渗湿止泻之功效，故可缓解化疗术后的脾胃功能紊乱症状，疗效显著。

2. 湛某，男，63岁，2004年3月18日入院。反复咳嗽、咯痰3月余，发热、胸背痛半个月。入院诊断肺结核进展期。入院第3天进行了化疗治疗，1周后出现明显胃肠道功能紊乱，证见胃脘不适，纳差，恶心，排稀烂便，咳嗽，咯血痰，舌质淡红舌中苔少，脉细数。

辨证为脾胃虚弱，气阴两虚。治以健脾益气养阴。用加味参苓白术散。药用党参、茯苓、麦冬、百合、山药、炒扁豆、薏苡仁各30g，桔梗、北杏仁、法半夏各15g，炙甘草、砂仁（后下）各6g。服药后胃脘不适、咽干、咳嗽症状改善，午后发热减轻，胃纳增加，继续用药月余，症状消失，复查胸片，病灶吸收好转，痰菌转阴。[75]

按：参苓白术散出自宋代《太平惠民和剂局方》有补脾益气、生津保肺、和胃渗湿止泻之效，配合化疗药物治疗肺结核，能止呕、消胀、化痰。参苓白术散的特点是培土生金，通过补益脾气而补益肺气。麦冬可润肺养阴、益胃生津、清心除痰，提高耐缺血能力、细胞和体液免疫功能，抗化疗放疗所致白细胞减少；百合止咳、润肺宁神，可升高外周白细胞、抗疲劳、抗胃痉挛。对气阴两伤患者，原方党参改为太子参以养阴生津，避免温热伤津。全方能有效减轻抗结核药物所致的胃肠功能紊乱，减轻肺结核患者的痛苦，从而完成化疗。

3. 梅某，女，42岁。2004年3月10日初诊。患者1999年因溃疡性结肠炎行全结肠切除术，保留肛门。2000年肛门改成袋。术后腹泻，服类固醇及抗感染药等大便控制为昼9次、夜3次，腹鸣，口干多饮，夜寐欠佳，苔薄，脉细。证属脾胃气虚，运化不力。治宜益气健脾助运。方选参苓白术散加减。药用：太子参10g，炒白术10g，炒山药20g，炒薏苡仁15g，仙鹤草15g，木香5g，黄连2g，补骨脂10g，石榴皮10g，诃子肉10g，煨葛根10g。水煎服，日1剂。7剂后诸症稍有减轻，原方去诃子肉，加党参10g、炒山楂12g、炒神曲12g、百合15g。再服7剂后，大便昼9次、夜3次，夜寐欠佳，苔薄少。证属脾胃气虚，药用：太子参10g，炒白术10g，炒山药15g，炒薏苡仁15g，仙鹤草15g，煨木香5g，黄连2g，荷叶10g，石榴皮10g，煨葛根6g，炒山楂、炒神曲各12g。水煎服，日1剂。连服12剂后诸症好转，大便昼6次、夜1～2次，舌红，苔薄。原方加补骨脂10g。继服3个月，症状稳定，大便日4～5次，停服西药。嘱其续服参苓白术丸和香连丸3个月以巩固疗效。[76]

按：参苓白术散方中太子参、白术、山药补气健脾；补骨脂暖脾止泻。《本草纲目》云："薏苡仁能健脾、益胃，土能胜水除湿，故泄痢水肿用之"。薏苡仁治疗脾胃虚弱之泄泻乃必用之品。《内经》

云："清气在下，则生飧泄"。脾虚气馁，清气下陷，故用太子参、白术等守补中土之品。甘温壅气，可致中土气滞，所以宜兼用升补之法，使补中有升，清气得升，脾运复来，则浊阴自降，故加荷叶引清阳之气上行阳道。因又有脾虚邪滞一面，故在升补同时，应注意"清化"，"清"为清余邪。现代研究认为，石榴皮对多种致病菌有抑制作用，且能涩肠止泻，为治疗久泻久痢之要药。"化"为化积消滞，山楂、神曲功能消食健脾止泻；合欢皮理气，又能解郁安神。参苓白术散方中白术、山药、薏苡仁、山楂、神曲皆炒用，炒香能助其入脾经。香连丸功能清热利湿。诸药合用，升阳清化，标本兼顾，轻灵之方直达病所，故获佳效。

二十一、应激性溃疡

应激性溃疡又称急性胃黏膜病变、急性出血性胃炎，是指多发性外伤，严重全身性感染，大面积烧伤，休克，多器官功能衰竭等严重应激反应情况下发生的急性胃黏膜病变。为临床急症、重症，特别是并发休克，出血，感染或肾、肺、肝等脏器功能严重受损时，胃黏膜所表现的急性病变，它的主要临床表现是上消化道出血，可危及病人生命。属中医"呕血"、"便血"范畴。

【临床应用】

谢氏[77]报道采用参苓白术散方加减治疗应激性溃疡32例，年龄45~49岁。治疗时在抗休克、抗感染、应用H_2受体拮抗剂、输血、支持等综合治疗的基础上给予参苓白术散加减。并与单纯应用西药治疗的30例对照组病人形成对照。服药用：人参6g（或党参20g），茯苓15g，焦白术15g，淮山药30g，莲子肉10g，炒薏苡仁30g，桔梗10g，炙甘草10g，每日12剂，浓煎温服，另予白及粉20g，三七粉3g，冲服，每日3次。结果：治愈（1周内呕血、黑便停止，连续3次大便隐血试验阴性，伴随症状消失）24例，好转［1周内呕血、黑便停止，连续3次大便隐血试验（+~++）、伴随症状减轻］7例，未愈（经治疗1周出血不止或加重临床症状无改善）1例，总有效率96.87%。

二十二、小肠黏膜脱落症

肠黏膜是人体内高代谢组织之一，肠绒毛的上皮每几天就会全部更新一次，同时 Lieberkuhn 隐窝周围的成纤维细胞也不断更新，一起向上移动，共同参与生理状态下黏膜缺损的修复，维持肠黏膜结构和功能的完整性。肠黏膜的供血与供氧不足导致肠黏膜细胞萎缩、凋亡、细胞间紧密部松弛，通透性增加，为肠内细菌、内毒素提供了通道，同时免疫屏障也遭到破坏，引起人体疾病。

小肠黏膜脱落症临床主要表现为腹痛、腹胀、腹泻、呕吐及其他全身症状。属中医学“腹痛”、“泄泻”、“呕吐”等范畴。

【病案举例】

冯某，女，26 岁。2004 年 2 月 21 日因间断腹泻 5 年就诊。1998 年因劳累过度呕吐、腹泻，每日 3～5 次，脐周疼痛，伴腹鸣、腹泻。胃镜示：慢性浅表性胃炎（CSG）。2003 年 2 月小肠镜示整个小肠黏膜呈结节样，病变呈连续性，约 10cm 左右有黏膜脱落。病理报告：小肠黏膜呈急性及慢性炎症，未见肉芽肿改变。刻诊：腹泻，便溏，每日 3～5 次，时呕吐，伴胃痛，纳少，不思饮食，腹鸣、腹胀，面色少华，形体消瘦，体重 34kg，停经已 6 个月，苔薄黄，舌淡红，脉细。西医诊断：小肠黏膜脱落症。中医诊断：泄泻，证属久病脾胃气虚，运化不力。予参苓白术散加减。药用：太子参 15g，炒白术 10g，炒山药 15g，炒薏苡仁 15g，煨木香 5g，黄连 5g，仙鹤草 15g，炒山楂、炒神曲各 12g，石榴皮 10g，煨葛根 6g，炒白芍 20g，荷叶 10g。水煎服，日 1 剂。3 剂后胃痛、便溏好转，大便次数减少，日行 3 次，纳谷转馨，伴腹鸣、腹胀，苔薄黄，舌淡红，脉细。治法如前，佐以养血活血。原方去荷叶、煨葛根，加鸡血藤 30g、川芎 10g、合欢皮 10g。7 剂后，每日已能进食 150～200g，口干，自汗、盗汗重，形体消瘦，大便日行 3 次，苔薄少，舌偏红，脉细。再予益气养阴助运，原方去煨木香、黄连，加鹿衔草 10g、糯稻根 30g、百合 15g。继服 7 剂，胃脘胀痛不作，便溏，日行 2～3 次，完谷不化，畏寒，神疲乏力，腰酸。治法如前，酌加补肾之品，原方加诃子肉 10g、炒谷芽 15g、炒麦芽 15g。再服 21 剂诸症好转，纳谷转馨，大

便日行1~2次，月经已来潮，嘱其继服参苓白术丸3个月以善其后。[76]

按：本例先用参苓白术散和香连丸益气健脾助运，再予四神丸温补肾阳，脾肾双补。因为“脾健不在补，贵在运”，健脾运脾益气法具有补中寓消、消中有补、补不碍滞、消不伤正的特点。参苓白术散加减方中太子参、炒白术、炒山药、炒薏苡仁益气健脾；煨木香、黄连、仙鹤草清热利湿；煨葛根、荷叶升提清气而止泻；石榴皮、诃子肉涩肠止泻；炒谷芽、炒麦芽养胃气；鸡血藤、川芎养血活血。诸药合用，共奏佳效。

二十三、肠癌术后

中医学认为，肿瘤形成的主要原因是气、血、痰、湿郁积聚结。术后患者可认为是“邪去正衰”，因此，在化疗的同时要注意扶正固本、健脾益气。肠癌是指结肠癌和直肠癌。为我国常见的恶性肿瘤之一。发病原因多由于溃疡性结肠炎、结肠瘤、息肉等所致。早期症状有腹部坠胀，阵发性腹痛，肠鸣，便秘，或便秘与腹泻交替出现，粪便如羊屎或呈细条，且粪便夹带血或黏液，时有呕吐。晚期有大便失禁，贫血，如有肝脏转移时，则有腹水、黄疸等症状。肠癌患者手术治疗后，常出现腹胀，便溏、或夹有黏液，不思饮食等消化道症状。

小肠癌术后相当于肠积、肠风、肠覃、脏毒、下痢范畴。《灵枢·水胀篇》曰：“肠覃者，寒气客于肠外，与卫气相搏，气不得荣，因有所系，癖而内著，恶气乃起，息肉乃生”。

【病案举例】

夏某，男，39岁。2004年3月19日初诊。患者因腹部不适查B超示盆腔右侧肠管内低回声包块，于2004年2月4日在本院全麻下行剖腹探查术、小肠肿瘤切除术。术中见小肠系膜处有一约10cm×8cm×9cm肿块，外形不规则。术后病理示：小肠间质肉瘤，中度分化伴出血坏死。术后予格列胶囊（Glivec）40mg，每日1次，未予放疗、化疗。刻诊：腹部不适，大便溏，日行3~4次，夹有黏液，无脓血，神疲乏力，口干，纳差，苔薄少，舌偏红，脉细。证属脾胃气虚，运化不力。治宜益气健脾助运。予参苓白术散加减。药用：太子

参10g，炒白术10g，炒山药15g，炒薏苡仁15g，仙鹤草15g，煨木香5g，黄连2g，茯苓12g，半枝莲15g，白花蛇舌草15g。水煎服，日1剂。1个月后诸症减轻，大便成形，每日1次，舌红苔少。治如前，佐以养阴，原方加白扁豆10g以加强养阴之功。连服2个月诸症消失。[76]

按：李东垣《脾胃论》指出："内伤脾胃，百病由生"。张景岳言："凡脾胃不足及虚弱失调之人，多有积聚之病"。手术虽为小肠间质肉瘤的首选治疗方法，但术后耗气损血，损伤脾胃，故益气健脾法对防止小肠癌的恶化与复发，延长生存期，减轻放化疗毒不良反应、抗药性，提高生存质量等有重要作用。参苓白术散方中药物多为甘缓之品，柔而不烈，太子参、炒白术、炒山药、炒薏苡仁、白扁豆益气健脾利湿；仙鹤草、煨木香、黄连清热解毒；茯苓健脾淡渗利湿；半枝莲、白花蛇舌草清热解毒。现代药理研究表明，某些益气健脾方药能提高机体的免疫功能，增强机体应激能力，对预防术后癌症复发和癌细胞转移有重要意义，且某些益气健脾方药本身具有一定的杀伤癌细胞作用或对化疗药物有增效减毒作用。

二十四、泄泻

泄泻，是指排便次数增多，粪便稀薄，甚至泻出如水样而言。前贤以大便溏薄而势缓者为泄，大便清稀如水而直下者为泻。其致病原因，有感受外邪，饮食所伤，七情不和及脏腑虚弱等，但主要关键在于脾胃功能障碍。脾胃功能障碍是由多种原因引起的，有外邪影响，脾胃本身虚弱，肝脾不和以及肾阳不足等，均可导致脾胃功能失常，而发生泄泻。

【临床应用】

古氏[78]以参苓白术散加减治疗脾虚泄泻60例，证见泄泻，大便呈稀水样或伴黏液，每日3～5次，伴见胸脘痞闷，纳差，四肢乏力，或面色萎黄，舌苔白腻，脉虚缓等。病程最短者1周，最长者2月。治疗：基本方为参苓白术散，人参3～15g，炙甘草1～3g，茯苓3～15g，白术2～10g，白扁豆6～30g，陈皮4～12g，山药6～25g，莲子6～18g，砂仁3～12g，桔梗2～10g，薏苡仁6～30g。加减：若胸脘

痞闷甚者，去人参加木香1～3g；若腹痛肠鸣泄泻，得温痛减者，加炮姜1～6g，白芍10～20g，白芍炭10～30g，防风6～10g，肉豆蔻10～18g；若四肢酸软无力甚者，加菟丝子10～20g，补骨脂10～18g；若泄泻日久，伴腹部坠胀感者，加柴胡6～10g，黄芪10～20g，升麻1～3g。结果：60例中，治愈56例，占93.33%；好转3例，占5%；无效1例，占1.6%，有效率为98.33%。

王氏[79]以参苓白术散治疗慢性肝源性腹泻30例，以参苓白术散（党参、茯苓、扁豆各30g，白术、莲子、大枣各15g，桔梗8g，淮山药50g，薏苡仁40g，砂仁、炙甘草各6g）加山楂、神曲各30g为基本方。气虚症明显者易党参为红参5～10g；兼肝郁者加川楝15g，玄胡12g；兼血瘀者加山甲珠15g，三七粉6g；兼脾胃虚寒者加炮姜15g。每日1剂，先煎取水500ml，浸泡半小时，煎取150ml，二煎取水300ml，煎取150ml，两煎混匀，少量频服（或每日4～6次，均服）。7天为1个疗程。30例患者服药1～4个疗程不等，均于服药后4周回访疗效。服药期间，停用抗生素、助消化药及其收敛止泻剂。结果：显效20例，有效9例，无效1例，总有效率96.66%。

曹氏[80]以加减参苓白术散与中药灌肠治疗慢性腹泻59例，治疗予以参苓白术散加减，处方：党参、茯苓、白术，淮山药各15g，炒扁豆，广木香各12g，佛手片10g，陈皮6g，甘草5g，白芍30g，每日1剂，水煎两汁约350ml左右，混匀分上下午各1次服。加减法：腹胀痛，舌苔白腻，寒湿重者，加炮姜、槟榔；胸闷脘胀，动则气促，肺失宣肃，湿阻明显者，加苏梗、姜半夏；里急后重，下脓血便，湿热内盛者，加败酱草、白头翁、马齿苋、或党参；烦燥易怒，多思善悲，肝气郁滞者，加柴胡、枳壳、郁金；神疲乏力，精神倦怠，气虚湿重者，加黄芪，苍术。灌肠基本方：葛根芩连汤。结果：治愈47例，占79%，显效8例，占13.5%，有效2例，占3.75%，无效2例，占3.75%，总有效率为96.25%。

【病案举例】

1. 孙某，男，21岁，2003年3月14日以泄泻伴腹痛肠鸣1周，加重3天为主诉来诊。患者自述：1周前不明原因出现泄泻，泻时伴腹痛，肠鸣，近几天稍进油腻更为严重，四肢酸软无力，胸脘痞闷，

经服西药对症处理无明显效果，至就诊时已泄泻难忍，但无脱水症状。症见患者精神差，面色萎黄，舌淡苔白腻，脉虚数。诊断为脾虚泄泻。方药：党参15g，生薏苡仁30g，白术10g，茯苓15g，山药25g，白扁豆30g，白芍20g，砂仁6g，白芍炭30g，木香4g，炮姜3g，补骨脂18g，莲子18g，防风10g，炙甘草3g，菟丝子20g。7剂，水煎服，日1剂。二诊：精神好转，大便次数已明显减少，腹痛肠鸣已大为减轻，原方去白芍炭、防风，坚持服用1月后痊愈。随访1个月无复发。[78]

按：脾虚泄泻系长期饮食不节，饥饱失调，或劳倦内伤，或久病体虚，或素体脾胃虚弱，不能受纳水谷，运化精微，聚水成湿，积谷为滞，湿滞内生，清浊不分，混杂而下，遂成泄泻。脾虚湿盛，此乃发病之关键，故治宜补脾益胃，兼以渗湿为法，方以人参、白术、茯苓益气健脾渗湿为主，配山药、莲子助人参以健脾益气兼止泻；白扁豆、生薏苡仁助白术、茯苓健脾渗湿；佐以砂仁健脾和胃，行气化滞；桔梗宣肺利气以通调水道；炙甘草补中缓急且调和诸药。全方共奏补气健脾，渗湿和胃之功。

2. 李某，男，58岁，农民。因腹泻4个月于1993年4月15日收入住院。有肝硬化病史15年。入院时症见：大便溏薄，或见完谷不化，每日泻下3～6次，钡餐后腹泻加重，纳呆食少，神疲乏力，肚腹胀大。查体：慢性病容，形体消瘦，营养不良，扶入病房，自动体位，全身皮肤萎黄，巩膜轻度黄染，颈胸部分见蜘蛛痣2颗，肝掌，双肺（－），心脏（－），腹软，移浊（＋），肝脏未扪及，脾肋下可及，双下肢无水肿，舌质黯红，苔白腻。化检：大便常规见脂肪球，余无异；肝功示白蛋白29.8g/L，球蛋白30.02g/L。B超提示肝硬化、脾大、腹水。中医诊断：泄泻（脾虚湿胜）；臌胀（肝郁脾虚，血瘀水停）。西医诊断：肝硬化失代偿期，慢性肝源性腹泻。治以上方加甲珠15g，三七粉6g。每次50ml，1日6次，温服。服药7剂后，患者大便次数减少为每日3～4次，便质糊状或溏薄，未见完谷不化。服用14剂后，每日便次2～3次，大便基本成形。服药1月，大便次数维持在每日1～2次，大便成形，服钡餐后未见复发。[81]

按：本病辨证属脾虚湿盛证型。参苓白术散源于《和剂局方》，系临床反复验证的一首古方，其功效为益气健脾，渗湿止泻。该方以参、苓、术、草（四君子汤）平补脾胃之气，配以扁豆、薏苡仁、山药之甘淡，莲子、大枣之甘温而涩，辅助白术，既可健脾，又能渗湿止泻，加砂仁之辛温芳香醒脾，佐四君更能促中州运化，使上下气机贯通，泻下可止，而桔梗为手太阴肺经引经药，配入本方，如舟楫载药上行，助中焦以升清。全方配伍精当，药专效著。据现代药理研究，方中党参、白术、茯苓、山药、扁豆、炙甘草等有保肝、利尿、抗炎、提高免疫功能及改善肠道内环境等作用。

3. 患者陈某，女，44岁，温州纺织厂工人，于1964年8月29日来诊。有腹泻史，经常伴腹痛肠鸣，近数月来每日均拉稀便2～3次，胃纳不佳，饮食乏味，形瘦神疲，舌质淡苔白，脉虚弱无力，此脾虚湿注，治宜健脾渗湿，拟参苓白术散治之。处方：西党参3钱，焦白术3钱，白茯苓3钱，淮山药4钱，炒扁豆3钱，薏苡仁4钱，苦桔梗1钱，缩砂仁（杵冲）8分，炒莲肉3钱，炙甘草1钱。服上方3剂，腹泻停止，再服7剂，胃纳增加，大便正常。[82]

按：泄泻原因颇多，其主要的有感受外邪，饮食所伤及脏腑失调等，由于病因不同，治法也不一样。本例发病已久，经常泄泻，是脾虚不能运湿之故，其形瘦色萎神疲，系因饮食少纳，水谷精微不足以濡养全身之故，病由于脾虚湿滞，因此用参苓白术散为适宜。

4. 顾阿洪，男性，38岁，农民，无锡县洛舍区秦港乡，1956年6月18日就诊。主诉：素有消化不良病史。本年4月上旬，至市区购农具，中途冒雨步行五里许，隔日于田间劳动后，因感觉饥饿，暴进冷粥两碗，旋即脘腹部胀满，微痛而有冷感，大便溏泻。两日后痛止而腹满不减，大便日夜约5次，排出物多为稀水粪，间或肠鸣，肢体怠惰，食欲不振，迄已两月于兹，未治疗。诊断所得：面色萎黄，精神不振，形体消瘦，脉象迟缓，舌淡无华，苔白滑。证属中虚夹寒。治法：温补中州兼以固涩。处方：参苓白术散合理中丸加减：老山台参1钱5分，白术2钱，云茯苓3钱，淮山药3钱，莲实3钱，炙甘草1钱，白扁豆3钱，淡干姜1钱，肉豆蔻1钱5分，砂仁7分，陈仓米5钱。嘱服5剂，忌食生冷硬物。二诊：大便昼夜仅两

次，排出物已成粪形，精神渐佳，食量增多，食后1小时略有胀意。处方：原方去干姜，加玫瑰花5分，再以3钱党参易人参。

按：饮食不节，以致脾胃受伤，运化、受纳功能失职，水湿内停，脾失升清则泄泻，久泻则脾胃虚。《素问·痹论》指出“饮食自倍，肠胃乃伤。”故治疗从脾胃入手温补中州，则悉症皆除。[83]

二十五、胃痛

胃痛又称胃脘痛，是以上腹胃脘部近心窝处经常发生疼痛为主的疾患。是现代人的一种常见疾病。胃痛轻则隐隐作痛、纳差、恶心、呕吐；重则痛牵胁背、泛吐酸水，甚至呕血、便血。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。”

【病案举例】

李某，男，40岁，农民。1981年12月28日初诊，患者有胃痛史2年余，平素头晕乏力，吐酸水，腹胀纳差，大便溏。腹痛隐隐，喜按喜热饮，进食痛减。诊见患者面色萎黄，呈慢性病容，舌质胖有齿痕，苔白腻，脉沉缓，拟方：党参20g，炒白术12g，云苓12g，陈皮12g，炒白扁豆15g，淮山药15g，砂仁9g，黄芪18g，桂枝6g，炙甘草10g，大枣5枚为引。3剂水煎服。嘱忌生冷饮食。1月3日二诊，服上药后，饮食稍增，腹部觉温，余症如故。效不更方，继服5剂。1月10日三诊，诸症均有好转，胃脘疼痛已开始减轻。按上方共服40余剂，二年沉疴始获痊愈。

按：胃脘痛原因虽多，然临床上属脾胃虚弱者并非少见。此案乃久病脾胃虚弱，中阳不足，运化失常，寒湿中阻，气血生化乏源，脉络失养所致。宗《素问·至真要大论》“劳者温之”，“损者温之”之旨，投参苓白术散加减，以辛、甘、温之剂，温其中、益其气、升其阳，脾胃功能恢复，气血生化旺盛，脉络得养，不止痛而痛自止。[8]

二十六、胃脘嘈杂

嘈杂是指自觉胃中空虚，似饥非饥，似痛非痛，似辣非辣，胸膈懊憹，莫可名状的一种症状。多因伤食、胃寒、胃热、阴血亏虚等引起。嘈杂常与胃脘痛、嗳气、恶心、干呕、吞酸等症状同时出现。临床若对导致嘈杂的病种尚难确定时，可以嘈杂待查作为初步诊断，并进行辨证论治。

《医林绳墨》卷二曰："夫嘈杂者，似饥不饥，似痛不痛，有若热辣不宁之状，或兼痞满恶心，渐至胃脘作痛。"中药治疗胃脘嘈杂有独特优势，参苓白术散治疗脾胃虚弱型嘈杂，临床常获良效。

【病案举例】

患者陈某，女，28岁，温州航运局工人，于1965年1月23日就诊。近年来脘中嘈杂，得食稍舒，口淡乏味，食后即觉胀闷，大便不实。舌淡苔白，脉象虚弱。此属胃虚腐熟转输功能减弱，故食后即感胃脘饱胀。治宜健脾养胃，宗参苓白术散意。处方：西党参3钱，白茯苓3钱，焦白术3钱，淮山药4钱，白扁豆3钱，姜半夏1钱半，陈皮1钱半，炙甘草1钱。服上方2剂即愈。[82]

按：嘈杂是胃病常见的症状，往往与胃脘痛并见。张景岳说："其为病也，腹中空空若无一物，似饥非饥，似辣非辣，似痛非痛，胸中懊憹，莫可名状，或得食暂止，或食后复嘈，或兼见恶心而兼见胃脘作痛"。其原因有属虚的，有属热的，本例属胃虚嘈杂，胃热嘈杂则非本方所能获效。

第四节 泌尿系统疾病

一、慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎即慢性肾炎，属于中医水肿，虚劳，腰痛，血尿范畴。是一组病因不明，病情复杂，病理变化多样的肾小球慢性疾病。其特点是病程长，发展慢，最终出现肾功能衰竭。临床主要表现为倦怠乏力、头痛、浮肿、高血压、氮质血症、尿少及晚期尿毒症状

等。慢性肾小球肾炎在临床中，虽然治法颇多，但从脾入手，以培土制水之法治疗本病，确能取得事半功倍之效。

【临床应用】

孟氏[84]以参苓白术散治疗慢性肾小球肾炎22例，患者均有浮肿、少尿、纳呆乏力，舌质淡苔薄白腻，脉弦细等症。实验室检查：尿常规：蛋白（+ + ~ + + + +）、红细胞（少许、满视野），血尿素氮、血肌酐均高出正常值，偶有颗粒管型。西医诊断为：慢性肾小球肾炎。中医辨证属脾肾气虚，湿邪内停，水湿泛溢肌肤。治疗给予：党参15g，白术10g，茯苓20g，砂仁6g，山药15g，薏苡仁15g，桔梗10g，扁豆10g，莲子肉15g。加减法：气虚甚者，加生黄芪20g；肾气虚明显者，加枸杞子10g，女贞子10g，菟丝子15g，桑椹子10g；水湿内停、泛溢肌肤，水肿严重者，加茯苓皮30g，大腹皮20g，姜皮15g；湿邪困脾、纳呆、恶心呕吐者，加焦三仙各10g，姜半夏12g，竹茹10g；镜检蛋白尿明显者加用金樱子15g，芡实15g，煅龙牡各15g；镜下血尿明显者，加用益母草15g，泽兰15g。结果：痊愈者12例，好转者8例，无效者2例，总有效率达90.8%。

朱氏[85]以加味参苓白术散治疗慢性肾炎116例，治疗予以加味参苓白术散：党参20g，茯苓20g，白术12g，山药20g，薏苡仁20g，白扁豆10g，陈皮10g，仙鹤草20g，小蓟10g，生地12g，阿胶10g，益母草20g。水肿明显者，加大腹皮20g；畏寒神倦者，加干姜8g；腰膝酸软者，加菟丝子15g；五心烦热者加知母10g。1日1剂，水煎400ml，早晚各200ml口服。6个月为1疗程，2个疗程统计疗效。结果：完全缓解28例，基本缓解52例，好转19例，无效17例，总有效率85%。钟氏[86]以加味参苓白术散治疗慢性肾炎普通型36例，处方：黄芪、茯苓、丹参、菟丝子、党参、白术、莲子各10g，熟地黄、扁豆、山药各15g，砂仁、桔梗各5g，薏苡仁、益母草各30g。浮肿明显加车前子、泽泻；形寒肢冷加附子、巴戟天、补骨脂；口苦、小便黄，苔黄腻加车前草、知母、白花蛇舌草；蛋白尿增多加桑螵蛸、芡实、石韦；尿红细胞增多加三七、琥珀、仙鹤草。用法：每日1剂，水煎服。30天为1个疗程，治疗3个疗程判断治疗结果。显效［症状消失，尿常规：尿蛋白、红细胞均转阴性）16例。有效

[症状消失，尿常规：尿蛋白（＋＋）、红细胞（＋）] 15例。无效（症状不减轻，尿常规无改变）5例。总有效率为87%。

【病案举例】

1. 周某某，男，19岁，集宁市水泥厂工人。1987年3月10日初诊。3月前因外感后出现眼睑肿胀，继而出现全身浮肿，尤以腰以下为著，按之凹陷不起。伴少尿恶心欲吐、乏力、纳呆，来我院检查尿常规：蛋白（＋＋＋＋），红细胞1～2个/视野，白细胞2～3个/视野，颗粒管型1～2个，血尿素氮21.4mmol/L，血肌酐217mmol/L，血沉40mm/小时，血脂正常，诊断为慢性肾小球肾炎，肾功能不全给予西药抗炎、利尿之剂治疗2个月，效果不显，仍浮肿、少尿、恶心、化验尿常规无好转，故入我科诊治。入院查精神萎靡，面色苍白虚浮，下肢浮肿，按之凹陷不起，舌质淡胖水滑，苔薄白略腻，六脉沉细，尺脉弱。辨证属脾肾气虚、阳虚水泛，治以培土制水，方药取参苓白术散合五皮饮，处方：党参15g，白术10g，茯苓30g，砂仁9g，薏苡仁20g，扁豆10g，莲子肉15g，炒山药15g，茯苓皮20g，大腹皮20g，姜皮20g，桂枝10g，水煎服，每日1剂，嘱患者忌盐。服上药12剂，水肿渐消，纳食增加，精神好转，化验尿常规：蛋白（＋＋＋），红细胞10～20个/视野，白细胞（－），上方去茯苓皮、大腹皮、姜皮，加金樱子10g、芡实10g、枸杞子10g、服药月余，诸症好转，化验尿常规：蛋白（＋＋），红细胞（－），白细胞（－），尿素氮6.5mmol/L，血肌酐165mmol/L，虑其尿蛋白较多，上方加菟丝子10g，五味子10g，桑椹子10g，续服1月余，化验完全正常，病情痊愈，以后随访至今未见复发。[84]

按：患者有乏力、纳呆、舌质淡，苔薄白，六脉沉细等脾气虚之证，根据《景岳全书》“水惟畏土，其制在脾”之说，应用培土制水之法，故以参苓白术散为主方，取其健脾益气渗湿之功，最终达到水去病安之功。

2. 沈某，女性，35岁。慢性肾小球肾炎病史5年，面色白，两足浮肿，血压偏高，头晕腰酸，食欲不振，疲乏倦怠，小便量少。尿常规检查：白细胞少许，红细胞（＋～＋＋＋），尿蛋白6个。脉细，舌苔薄黄腻。证属脾肾两虚，湿热逗留。法当健脾益肾，化湿清

热。处方：参苓白术散加连翘10g，银花藤30g，仙鹤草30g，贯众炭10g，莲须3g，芡实10g，米仁根30g，石韦15g，大蓟根30g。服药2周，水肿消退，小溲量增多，腰酸已减，纳食增进，精神亦振。尿检：尿蛋白（+），红细胞、白细胞均消失。脉濡细，舌苔腻渐化。继前方去仙鹤草服用。3月后，门诊随访，诸症均安，尿常规检查正常，改以丸剂，以资巩固。[2]

按：慢性肾炎的症状表现，都有不同程度的容颜白，水肿，腰酸，溲溺减少。“肾者主水，受五脏六腑之精而藏之”，肾司开阖，开阖适度，则水液循行有序，而肾气固密，精微藏而不失。脾肾两虚，势必影响精微的摄取和精气的固密，导致蛋白尿。且“肾为胃关，关门不利，故聚水而从其类”。临床治疗宜参苓白术散适当配合益肾、清湿热之品，如尿常规见白细胞加连翘10g、银花藤30g；有红细胞加仙鹤草30g、贯众炭10g；见蛋白加莲须3g、芡实12g、米仁根30g、大蓟根30g、石韦15g；管型加扦扦活30g。

3. 王某，女，47岁，1994年3月12日初诊。双下肢反复浮肿已2年，加重13天。患者于1992年1月下旬始，面睑出现浮肿，某医院诊治为急性肾炎，经治疗好转。后经常因感冒劳累而再次出现两下肢轻度浮肿，一直拖延至今。症见：两下肢中度浮肿，疲劳，便溏，小便黄少，舌苔黄腻，脉细。小便常规：蛋白（++），红细胞（+++）。尿素氮316mmol/L，尿肌酐102mmol/L。西医诊为慢性肾炎（普通型）。中医诊为水肿（阴水），证属脾肾气虚，瘀血阻滞，湿热未清。处方：党参、白术各10g，黄芪、茯苓、熟地黄、石韦、白花蛇舌草、车前子、丹参各20g，薏苡仁、益母草各30g，补骨脂15g。5剂，每日1剂，水煎服。3月18日复诊：浮肿消失，疲劳腰痛好转。上方去车前子、白花蛇舌草，加陈皮。前后服药3个月后，症状消失，尿常规转阴。随访1年多来一直正常。[86]

按：慢性肾炎普通型属于中医学的水肿、虚劳、腰痛范畴。病变中心是脾胃。《诸病源候论》中指出：“水病无不由脾肾虚所为，脾肾虚则水妄行，盈溢皮肤而全身肿满”。由此观之，慢性肾炎普通型的水肿、疲劳、腰痛、蛋白尿等症主要是脾肾虚所引起的。在治疗上，应抓住脾肾虚这一病机，采用健脾补肾为主，加味参苓白术散方

中黄芪、党参、茯苓、山药、白术、薏苡仁、扁豆健脾益气，运化水湿，熟地黄、菟丝子补肾填精，益母草、丹参活血通络，有祛瘀生新的作用。诸药合用，相辅相成，故能收到较好的效果。

4. 张某某，男，25岁，农民，东安县紫溪市镇塘夫村人。1995年4月5日初诊。自述：面浮足肿，尿少，腹胀，便溏1年。经某医院诊断为：慢性肾炎。住院治疗1月，效果不佳，要求中药治疗。刻诊：面色淡黄，颜面微肿，双下肢浮肿，足胫按之凹陷不起，神疲乏力，口淡纳呆，脘腹胀闷，尿少便溏，舌淡胖，边有齿痕，苔白腻而滑，脉缓。此乃水肿病，证属脾虚湿阻，水湿泛滥，以健脾化湿，行水消肿为治。用参苓白术散加减。处方：党参15g，焦白术15g，淮山药12g，炒扁豆30g，生薏苡仁30g，生黄芪30g，木防己10g，陈皮10g，砂仁6g，焦三仙各12g，冬瓜皮30g，桔梗6g，炙甘草6g，泽泻15g。文火水煎服，忌盐7日，禁油腻辛辣酒酪之品。服7剂后，尿量增加，浮肿减消，药中病的，效不更方，前方去桔梗、陈皮，加蝉蜕15g、益母草15g，再进10剂后，二便如常，浮肿基本消失，食纳增进，精神转好。前方去冬瓜皮、泽泻，茯苓易茯苓皮，加莲肉12g、芡实12g。连服20剂，诸症消失，尿检正常。后以成药参苓白术散调治月余，以巩固疗效。随访3年无复发。[1]

按：水肿之成因与肺脾肾三脏功能失调有关。《景岳全书》云：凡水肿等证，乃肺脾肾相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水性畏土，故其治在脾。《素问·至真要大论》亦说："诸湿肿满皆属于脾。"此患者纳呆腹胀、便溏，属脾虚之证。脾失健运，水泛肌肤，故见面浮足肿；水湿不行则尿少。治用参苓白术散健脾化湿，更益利水渗湿之品，辅以黄芪增强补气行水之功。脾得健运，水湿得化，小便自利，水肿自愈。

二、尿路感染

凡尿液通过的路程，包括肾盂、输尿管、膀胱和尿道，因感染大肠杆菌等细菌而发炎，称为尿路感染。其中尿道炎、膀胱炎称为下尿路感染，肾盂肾炎称为上尿路感染。好发于女性，尤以妊娠和产褥期发病率为最高。临床以小便次数明显增多，排尿时急迫、疼痛、寒

战、发热、腰痛为特征。如反复感染，可变为慢性。

【临床应用】

陈氏[87]以加味参苓白术散随症加减治疗尿路感染40例，男14例、女26例。其中慢性肾盂肾炎12例，慢性膀胱炎28例。治疗予以参苓白术散加味：党参、茯苓、白术、扁豆、莲子、石菖蒲、川萆薢、怀牛膝、泽泻各10g，薏苡仁、山药各12g，益母草、车前草、蚤休各15g。腰酸痛明显加桑寄生15g，续断12g；热甚加白花蛇舌草15g，黄柏10g，蒲公英12g；湿重加苍术、猪苓各10g，血瘀明显加丹参、赤芍各15g。每天1剂，水煎，分2次服。6周为1个疗程，用药1~2个疗程。慢性肾盂肾炎治愈6例，有效5例，无效1例。慢性膀胱炎治愈23例，有效4例，无效1例。总有效率95%。

【病案举例】

陈某，女，58岁，2001年6月23日初诊。3年前因发热，腰痛，尿频，尿急，尿痛在当地医院诊为尿路感染，给予抗感染治疗，症状有所改善，但时有反复，尤其是劳累后诱发或加重。诊见小便淋沥不尽，神疲乏力，伴腰酸痛，面色萎黄，大便时溏，舌淡、苔薄白，脉细缓。尿常规检查：白细胞7个，红细胞（+）；中段尿培养有大肠埃希氏菌，菌落计数>105ml。西医诊断为慢性尿路感染，中医诊断为劳淋。证属脾肾两虚，湿热留恋。治以健脾益肾，渗湿通淋，方用参苓白术散加味。处方：党参、茯苓、白术、扁豆、莲子、石菖蒲、川萆薢、怀牛膝、泽泻各10g，薏苡仁、山药、续断各12g，益母草、车前草、蚤休、桑寄生各15g。每天1剂，水煎，分2次服。服2周后症状减轻，尿常规检查白细胞（+）。以上方去车前草、蚤休，加黄芪20g，黄精15g，续服4周，症状消失，复查尿白细胞阴性，尿菌培养阴性，随访半年无复发。[88]

按：慢性尿路感染属中医“劳淋”范畴，病位在脾肾，属虚实夹杂之证。因正气亏虚无力抗邪，湿热之邪留恋不去，导致病情迁延难愈。治疗当以健脾益肾、渗湿通淋。方用参苓白术散以益气健脾渗湿，加入石菖蒲、川萆薢以利湿化浊，蚤休清热解毒，泽泻、怀牛膝、车前草清热利湿通淋。益母草活血化瘀利水，诸药合用，共奏健脾益肾，渗湿通淋之效。

三、泌尿道结石

泌尿道结石包括肾结石、输尿管结石、膀胱结石、尿道结石。本病的症状表现为疼痛、尿血或排砂石。因结石所在部位不同而表现各异。本病属中医砂淋、血淋、石淋、腰痛、小便不利等范畴。认为本病病位在肾和膀胱。因膀胱湿热蕴结，日久化为石，阻塞尿道，气机闭阻，久病入络，最终导致结石部位血气瘀滞，致使症状反复出现。

【临床应用】

谢氏认为治疗泌尿道结石，急于寻求溶石、排石方药。偏于攻石，大剂利湿通淋药长期服用，结果结石未能排除，反损伤了脾胃。谢氏从培补脾胃着手，用参苓白术散治疗21例泌尿道结石，取得较好疗效。结石部位在输尿管上端者6例，下端者2例，合并肾盂结石者11例。方药：党参、白术、乌药、莲子各10g，茯苓、鸡内金各15g，甘草6g，炒扁豆、山药、薏苡仁各12g，陈皮、砂仁（后下）、桔梗各3g，金钱草20g，大枣4枚。有血尿者加白及、侧柏炭、白茅根；尿路继发感染者加蒲公英、滑石、连翘、败酱草；腹痛甚者加枳实、小茴香；嗳气频频者加赭石、薤仁。结果：结石排出，B超、X线摄片显示结石消失者18例，占85%，无效3例，占15%，排石时间最短者7天，最长者92天。[89]

四、痛风性肾病

痛风性肾病亦称尿酸性肾病，是指由于血尿酸产生过多或排泄减少形成高尿酸血症所致的肾损害。血尿酸增高有原发和继发两种，原发性高尿酸血症多由于先天性嘌呤代谢紊乱引起，部分与遗传缺陷有关，一部分则原因未明；继发性高尿酸血症可由恶性肿瘤、肾功能衰竭、药物等多种原因引起。尿酸性肾病以往在我国认为比较少见，但近年来由于营养条件改善，发病率不断上升。根据本病临床表现，可归属中医学“痹证”、“淋证”、“腰痛”等证范畴。

【临床应用】

凌氏[90]以济生肾气丸合参苓白术散为主治疗痛风性肾痛病34

例，治疗用济生肾气丸合参苓白术散加减为基本方：熟地25g，山茱萸15g，山药20g，茯苓20g，丹皮8g，泽泻15g，制附子6g，桂枝6g，牛膝20g，车前子15g，党参20g，白术6g，桔梗5g，砂仁5g，薏苡仁20g，海金砂30g，金钱草30g，大黄15g，丹参30g，甘草5g。小便短赤，有镜下或肉眼血尿者去桂枝、制附子，加小蓟20g，石韦20g；伴恶心欲呕者加竹茹、姜半夏各15g，黄连3g；关节肿痛者加络石藤、青风藤、威灵仙各15g。两组均以3周为1疗程，连续治疗2个疗程后统计疗效。结果：显效13例，有效15例，无效6例，总有效率82.35%。

张氏[91]以参苓白术散抑制血尿酸升高86例，临床症见：面色萎黄或淡白，恶心纳呆，胸脘满闷，或吐或泻，形体虚弱，少气懒言，倦怠乏力，舌淡，脉缓弱。证属脾胃气虚证。治疗：参苓白术散1袋(6g)，3次/日。结果：治疗3个月后，86例患者血尿酸恢复至272.83±58.36μmol/l。

五、劳淋

劳淋是以小便频数涩痛、遇劳即发、缠绵难愈为主症的一种反复发作性的常见病。现代医学中的慢性肾盂肾炎、慢性膀胱炎、尿道综合征等均属本病范畴。《诸病源候论·诸淋病候》中说："诸淋者，由肾虚而膀胱湿热故也"，说明凡淋证均有肾虚及膀胱湿热的病理因素存在。中医认为劳淋的病机以肾气不足为本，膀胱湿热为标，本虚标实，虚实错杂。临床上，常常遇到一些女性患者反复地发生此症状，苦不堪言。临床选用参苓白术散原方加味治疗，收效满意。

【病案举例】

孙某，女，50岁。1994年8月20日初诊。自述小便频急，余沥不尽，时发时止，长达5年之久。每次发作时，口服氟哌酸胶囊，三金片，知柏地黄丸等药。自认为是肾炎，曾到多家医院检查，未发现器质性病变，尿常规化验多数无异常，有时有少量脓细胞、白细胞及红细胞，中段尿培养为阴性。平素总觉神疲乏力，腰膝酸软，脘腹胀满，饮食无味。昨日，因家中刷房子劳累，夜间突然发生小便短涩，滴沥刺痛，欲出未尽，小腹拘急，面浮足胀。望患者面色少华，精神

疲惫，少气无力。查舌质色淡，边有齿印，脉沉细而弱。脉症和参，辨证属脾胃虚弱，气不摄纳。治宜健脾益气，利水通淋，选参苓白术散原方（改汤剂）加味治疗。党参20g，白术20g，茯苓20g，白扁豆10g，山药20g，砂仁6g，莲子肉10g，薏苡仁12g，炒桔梗6g，炙甘草6g，泽泻10g，车前子10g，石韦10g，通草6g。3剂，水煎2次，将滤液混匀，分3次服。二诊：自述服药3剂，尿道不适缓解，食欲不馨，上方加炒麦芽10g，3剂，煎服方法同前。三诊：自述诸症大减，眠食均佳。效不更方，嘱患者按二诊方再服3剂，煎服法同前。四诊：自述诸症痊愈，要求巩固治疗，余按三诊方减利水通淋的泽泻、车前子、石韦、通草，加淫羊藿10g、巴戟天10g、枸杞子10g，温运肾阳。3剂，水煎2次，将滤液混匀分2次服。并嘱患者3剂药服完后，续服参苓白术散3个月，巩固疗效后随访2年，未再复发。[92]

按：劳淋之证，与现代医学的尿道综合征相似，目前西医尚无满意的治疗方法。中医学对本病早有论述，《证治汇补·下窍门》中云："劳淋，遇劳即发，痛引气街，又名虚淋"。《千金方》云："劳淋之为病，劳倦即痛，引气冲下"。笔者认为，本病患者，久淋不愈，正气耗伤，过用苦寒，则坏脾胃，脾胃虚弱，中气下陷，津精失于收摄，则发生小便淋沥不尽；脾胃虚弱则运化功能失常，而出现脘腹胀满，饮食无味，面色少华，神疲乏力，免疫功能低下，病情反复发作，数年不愈。选用参苓白术散原方健脾益气以治其本，加少量利水通淋之品以治其标。后添淫羊藿、巴戟天、枸杞子温肾助阳以固下元。诸药合用，标本兼治。数年来，余凡遇到劳淋之证，均以本方为主，随症加减，每获良效。

第五节　血液和造血系统疾病

一、缺铁性贫血

缺铁性贫血是由于体内缺少铁质而影响血红蛋白合成所引起的一种常见贫血。这种贫血特点是骨髓、肝、脾及其他组织中缺乏可染色

铁，血清铁浓度和血清转铁蛋白饱和度均降低。缺铁性贫血的原因：一是铁的需要量增加而摄入不足，二是铁的吸收不良，三是失血过多等，均会影响血红蛋白和红细胞生存而发生贫血。其主要症状有皮肤黏膜、口唇、指甲苍白，神疲乏力、头晕、耳鸣、嗜睡、记忆力减退等。严重时可出现心慌、气短，甚至心脏扩大等。根据缺铁性贫血临床表现，当属中医学中“虚劳”、“虚损”、“萎黄”、“黄肿”和“黄胖”等范畴。

【病案举例】

1. 陈某某，女，65岁，农民，东安县紫溪市镇人。1995年10月8日初诊。自诉：头晕乏力，纳差，气短1年余。曾在某医院化验检查诊为缺铁性贫血。经口服铁剂，肌注维生素B_{12}等，治疗月余效果不显，要求服用中药治疗。现面色萎黄，神疲乏力，头晕目眩，心悸气短，口唇淡白，皮肤干燥，头发易脱，爪甲不荣，食欲不振，嗳气，脘胀便溏，舌淡瘦，脉细缓。胃镜检查示：萎缩性胃炎。中医属虚劳范畴，证属脾气虚弱，气血双亏之证。以参苓白术散加减治疗。处方：红参（另炖服）10g，焦白术12g，茯苓10g，炒扁豆30g，陈皮10g，砂仁10g，炒薏苡仁30g，莲子肉12g，阿胶珠（烊化）15g，熟地黄12g，鹿角胶（烊化）12g，龟版胶（烊化）10g，白芍15g，鸡内金12g，炙甘草10g。文火水煎服。禁油腻辛辣之品。多食泥鳅、鳝鱼、苋菜、胡萝卜等膳食。服药10剂，头晕减轻，心悸已停，纳食增进。效不更方，继服本方20剂，诸症消失，血常规检查基本正常。[1]

按：脾为气血生化之源，脾虚则运化失职，水谷不化精微，气血生化乏源，脏腑失营，虚劳乃生。本例虚劳乃由脾虚所致，以参苓白术散为基本方，益以血肉有情之品以补不足而促生机，药中病的，故有效验。

2. 女，34岁。1989年4月5日就诊，病起二月，头晕心悸，健忘少寐，纳呆乏味，面色萎黄、大便溏薄，2～3次/日。血红蛋白85g/L，红细胞2.95×10^{12}/L，舌苔薄腻，脉象濡软，心脾虚亏，拟补脾益气，参苓白术散加味治之。予党参、白术、扁豆、山药、莲子心、薏苡仁、黄芪、熟地、酸枣仁各10g，砂仁6g、炙甘草6g，3

剂。服药后诸症好转，再以十全大补丸调理3个月而愈。复查血蛋白110g/L；红细胞3.8×10^{12}/L。[15]

按：参苓白术散方中人参、白术，健脾益气；山药，扁豆、薏苡仁，健脾渗湿；莲子心健脾止泻；砂仁调气行滞；桔梗保肺防燥，实为治疗脾胃气虚而夹湿之良方。汪昂："此是太阴、阳明药也，治脾胃者，补其虚，除其湿、行其滞，调其气而已……"。本方所治病证均有病程长，症状轻的特点，本方略偏温燥，故阴虚火旺者慎用，气阴两虚及阴虚兼脾虚者需酌情使用。

二、高脂血症

高脂血症是血浆脂质中胆固醇（TC）和甘油三酯（TG）以及与其相关的各种脂蛋白含量超过正常高限而发生的病证。高脂血症根据血脂异常可分成高胆固醇血症、混合型高脂血症、高甘油三酯血症、低高密度脂蛋白血症四类。并且血脂升高与很多疾病相关，如高血压、冠心病、中风、糖尿病等。因此，高脂血症已经成为不容忽视的危害人类健康的重要因素。本病相当于中医学"痰浊"、"胸痹"、"心悸"、"湿热"等范畴。其病的形成是在脏腑之气虚衰基础上，饮食不节、好坐好静、嗜食肥甘、七情劳伤等形成正虚邪实所致。

【临床应用】

解氏[93]以参苓白术散治疗高脂血症50例，治疗予以参苓白术散加减：人参、白术、茯苓各10g，陈皮、泽泻、生山楂各15g，桔梗、炙甘草各5g。加味：内热者，加大黄、虎杖、槐花；湿盛者，加苍术；肝阳上亢者，加决明子、野菊花；肝火上炎者，加龙胆草；血瘀者，加丹参、没药；阴虚者，加沙参、玉竹、女贞子。每日1剂，2个月为1个疗程。用药期间，停服所有影响血脂代谢的药物，其他药物可正常使用，活动、饮食同常。结果：显效37例，占74%；有效11例，占22%；无效1例，占2%；恶化1例，占2%。总有效率96%。

【病案举例】

车某，男，62岁，1994年11月7日初诊。眩晕时作10年余，近半月来加重，眩晕如坐舟车，嗜睡，体胖，面浮足肿，身困无力，

口干而黏，心烦，胸闷，精神抑郁，虽嘈杂易饥，食后又觉腹胀，大便或秘或溏，肢体麻木，记忆力减退，舌体胖大有齿痕，舌质淡隐紫，苔白微厚腻，脉沉弦滑。检查：体重87kg，血压26/14kPa，胆固醇8.16mmol/L，甘油三酯1.90mmol/L，高密度脂蛋白1.04mmol/L。综观脉证，证属脾失健运，痰湿中阻。治当标本兼顾，以治本为主。采用基本方加苍术、姜半夏各10g，每日1剂。经治半个月，眩晕、嗜睡逐渐好转，大便渐趋正常。1个月后复查，胆固醇、甘油三酯已开始下降，腹胀、浮肿逐渐减轻。1个疗程结束复查体重下降10kg，血压19.9/11.9kPa，胆固醇5.56mmol/L，甘油三酯1.14mmol/L，高密度脂蛋白1.22mmol/L，眩晕、肢体麻木诸症均消除，精神愉悦。追访2年，胆固醇、甘油三酯指标一直正常。[94]

按：肥人多痰湿，血脂过多属“无形之痰”。痰浊的形成有两条途径：一由外来，乃由饮食不节，过食肥甘，嗜酒无度，酿成湿痰，损伤脾胃；二由内生，主要责之于脾虚气弱，运化失权，水谷精微聚成湿痰。可见，痰浊形成的关键在脾胃气虚，正所谓“脾为生痰之源”。本病的形成耗时漫长，在治疗上也要选择“惟能使之不生，方是补天之手”的治本之策。因此，参苓白术散宜于脾胃气虚兼痰湿阻滞气机的情况。验之本病，有较满意的疗效。

三、血小板减少性紫癜

血小板减少性紫癜是一种以出血及外周血小板减少、骨髓巨核细胞数正常或增多并伴有成熟障碍为主要表现的异常出血性疾病。妇女发病为多见。临床表现为皮肤紫癜、黏膜出血等。现代医学认为本病是由自身产生血小板抗体，引起血小板破坏的一种自身免疫性病证。而在中医属“内伤发斑”或“阴斑”的范畴。从脾论治本病临床可收到较好的疗效。

【临床应用】

倪氏[95]以参苓白术散治疗血小板减少性紫癜取得良好疗效，并进行了经验总结：血小板在（20～40）$\times 10^9$/L，全身呈现瘀斑，有鼻出血、牙龈出血者，用本方加炙黄芪30g，枸杞15g，阿胶（化服）20g，田三七（冲）10g，仙鹤草20g；血小板在20×10^9/L以上，出

血倾向不严重或仅有少量瘀斑者，用本方加炙黄芪30g。疗程一般3个月。该方外感时仍可服用。在血小板恢复正常后每日以大枣100g、花生仁（连衣）50g煮食或煮粥食用。务必服1年巩固疗效，并多次复查血小板均在正常值以上方可停药。

【病案举例】

1. 郑某某，女，28岁，工人。1990年8月8日初诊。西医确诊为特发性血小板减少症已有数年，曾多次住某医院用激素、长春新碱等治疗有效，但疗效不巩固。随着西药用量的减少或撤除，血小板又随之下降，各种出血现象相继出现。察其四肢有散在瘀斑，牙龈出血，饮食不馨，二便自调，脉细软，舌光无苔。血小板$25\times10^9/L$。病属气阴两虚，脾不统血，肝不藏血逆行瘀滞。用参苓白术散加炙黄芪30g，仙鹤草30g，枸杞15g，阿胶（化服）20g，田三七（冲）10g，每日1剂。每3周复查1次血小板。连服3个月后血小板计数已恢复正常。后以大枣、花生仁煮食1年以巩固疗效。追访2年，反复多次复查血小板均在正常值。[95]

按：患者患特发性血小板减少症已有数年，病久体虚，脾胃虚弱而致脾不统血，则血溢于肌肤之外，故治疗时从脾胃着手，以参苓白术散健脾益气，仙鹤草、枸杞、阿胶、田三七等滋阴化瘀，药证合参，收效良好。

2. 李某某，男，25岁，农民。患者四肢、胸腹部出现紫癜半月余，色暗，压之不退色，此起彼落。不发热，伴四肢乏力，腹胀肠鸣，大便溏。前医投清热解毒凉血之剂，不但不见好转，出血点反渐增多，食欲不振。诊见患者面色不华，精神倦怠，手足不温。舌淡无苔，脉虚弱。综合脉证，当属脾胃虚寒，元气亏损，血失统摄，络破血溢，郁于肌腠无疑。故治以温补中焦，益气摄血，佐以化瘀。拟方：党参、黄芪、白扁豆各18g，山药、陈皮各15g，白术、云苓各12g，赤芍、丹皮各10g，肉桂9g，灶心土15g为引。3剂水煎服。二诊：出血点有少部分消退，也不再增多。效不更方，守上方共服10剂，紫癜全部消退。

按：紫癜，大都为实证热证。其致病原因主要为热毒之邪侵于营血，热迫血妄行，热与血结，郁于肌肤而成。临床上多以化斑汤、犀

角地黄汤之类投之。然属于中气不足，脾不能统血摄血者，偶尔有之，本例患者即是。前医辨证不详，忽视了疾病的本质，单凭部分症状，以致误投清热凉血之剂，更伤脾阳，使病情有增无减。王师说：此类患者，温补尤恐不及，切忌寒冷之品。误投无疑雪上加霜。只有温补脾胃之阳，阳气得复，气能统摄，血有所依，归于正道，紫癜才能自消。[8]

四、白细胞减少症

凡外周血液中白细胞数持续低于 4×10^9/L 时，统称白细胞减少症，临床主要表现以乏力、头晕为主，常伴有食欲减退、四肢酸软、失眠多梦、低热心悸，畏寒腰酸等症状。白细胞减少症在中医学无此病名，据其主症主要有乏力、头晕、心悸、易外感发热等，归属于中医学“气血虚”、“虚劳”、“温病”、“诸虚不足”等范畴。

【临床应用】

资氏[96]以参苓白术散加味治疗化疗后白细胞减少症 75 例。治疗：健脾益气，和胃渗湿，滋补肝肾，方用参苓白术散加味：白扁豆 10g，党参 12g，白术 10g，白茯苓 20g，淮山药 10g，莲子肉 10g，桔梗 6g，薏苡仁 10g，砂仁 8g，黄芪 60g，女贞子 10g，熟地 20g，紫河车 20g。苔白腻者加苍术；苔黄腻者加佩兰。每日 1 剂，水煎，分 3 次服。结果：白细胞≥4.5×10^9/L 者 41 例，3.5×10^9/L ~ 4.5×10^9/L 者 23 例，2.0×10^9/L ~ 3.0×10^9/L 者 10 例，1.0×10^9/L ~ 2.0×10^9/L 者 1 例。

五、贫血

贫血是指在单位体积血液中，红细胞数、血红蛋白含量及红细胞比积低于正常值。临床症状可根据贫血发生的速度和程度而有所不同。发病急、程度重者常提示有急性失血或溶血；起病缓慢者常提示造血原料缺乏或慢性失血。其主要症状有皮肤黏膜、口唇、指甲苍白，神疲乏力、头晕、耳鸣、嗜睡、记忆力减退等。严重时可出现心慌、气短，甚至心脏扩大等。据国内调查资料表明，沿海和平原地区诊断贫血的血红蛋白标准为：成人男性低于120g/L，女性低于110g/L，

孕妇低于100g/L。

【病案举例】

女，34岁。1989年4月5日就诊，病起二月，头晕心悸，健忘少寐，纳呆乏味，面色萎黄、大便溏薄，2～3次/日。血红蛋白85g/L，红细胞2.95×10^{12}/L. 舌苔薄腻，脉象濡软，心脾虚亏。拟补脾益气，参苓白术散加味治之。予党参、白术、茯苓、扁豆、山药、莲子心、薏苡仁、黄芪、熟地、酸枣仁各10g，砂仁6g、炙甘草6g，3剂，服药后诸症好转，再以十全大补丸调理3月而愈。复查血红蛋白110g/L；红细胞3.8×10^{12}/L。[15]

按：参苓白术散方中人参、白术、茯苓，健脾益气；山药，扁豆、薏苡仁，健脾渗湿；莲子心健脾止泻；砂仁调气行滞；桔梗保肺防燥，实为治疗脾胃气虚而夹湿之良方。汪昂："此是太阴、阳明药也，治脾胃者，补其虚，除其湿、行其滞，调其气而已……"。本方所治病证均有病程长，症状轻的特点，故本方略偏温燥，笔者认为阴虚火旺者慎用，气阴两虚及阴虚兼脾虚者需酌情使用。

第六节 内分泌系统疾病

糖尿病

糖尿病属中医"消渴"范畴，是以多尿、多饮、多食、形体消瘦，或尿有甜味为主要临床表现的病证。其病机主要在于津液亏损，燥热偏盛，而以阴虚为本。消渴病日久则阴损及阳，阴阳俱虚，其中以脾肾阳虚较为多见。

【临床应用】

张氏[97]以参苓白术散合可乐宁治疗糖尿病32例，治疗以参苓白术散加减：人参12g，白术15g，茯苓18g，白扁豆18g，薏苡仁18g，山药18g，莲子肉15g，砂仁9g。每日1剂，水煎服。同时给以可乐宁0.075mg，每日2次口服。腹泻较重者加五味子9g、肉豆蔻9g、石榴皮21g。结果：显效15例，有效14例，无效3例，总有效率90.6%。

胡氏[98]以参苓白术散化裁治疗糖尿病伴见腹泻30例，临床表现：反复发作腹泻，1日5～20余次，泻下稀便或水样便，腹痛即泻，或无痛而泻，伴神疲乏力，食欲不振，食后腹胀，面色萎黄，舌苔薄白，舌质暗淡，脉沉细无力。治疗：在控制血糖、补充水电解质基础上，予以参苓白术散化裁：党参、白术、茯苓、桔梗、莲肉、山药、薏苡仁、砂仁、黄芪、苍术、陈皮。肛门灼热者加黄连、黄芩、藿香；腹中冷痛者加炮姜、肉桂、附片；黎明痛泻者加肉豆蔻、吴茱萸、补骨脂；久泻不止者加石榴皮、煨诃子、乌梅。每日1剂，水煎2次，温服。结果：30例中，27例平均治疗8天腹泻消失，大便每日1次成形。空腹血糖平均值降为3.6～11.2mmol/L。

鲁氏[99]以参苓白术散加味治疗糖尿病伴见肠病腹泻63例，临床糖尿病的一般表现外，其特征表现为肠运动功能异常，可见顽固性无痛性腹泻，也有腹泻与便秘交替发作者。腹泻时大便呈稀便或水样便，每日少则3～5次，多者可达20～30次。治疗：在常规糖尿病饮食疗法、口服降糖药或胰岛素治疗基础上，给予参苓白术散加味进行治疗，基本方组成为：人参15g，白术15g，山药15g，茯苓15g，白扁豆12g，甘草6g，莲子肉10g，薏苡仁10g，砂仁6g。泻泄不止者加五倍子10g，气虚明显者加黄芪15g，五更泻者加肉豆蔻、补骨脂各10g。显效39例，有效15例，无效9例，显效率为61.9%，总有效率为85.71%。

陆氏[100]以参苓白术散加味治疗糖尿病性腹泻30例，临床表现：反复腹泻，1日数次至10余次不等。大便稀薄或水样便，腹痛则泻或无痛而泻，甚至大便失禁。神疲乏力，食欲不振，食后腹胀，面色萎黄，舌质淡暗，苔薄白而腻，脉沉细无力。在糖尿病对证治疗良好控制血糖的基础上，予中药汤剂口服，药用太子参、炒白术、茯苓、山药、生熟薏苡仁各15g，莲子肉、芡实、煨木香、白扁豆、石榴皮各10g，每日1剂，早晚分服，15天为1疗程，连续服药2疗程统计疗效。服药前后检查空腹血糖、餐后2h血糖、血脂等指标。结果：显效12例（40%）；有效16例（53.3%），无效2例（6.7%），总有效率93.3%。

颜氏[101]以参苓白术散配合优降糖治疗糖尿病35例，治疗：口

服优降糖2.5～10mg/日，在此基础上以参苓白术散加减治疗：白参10g，黄芪20g，白术10g，山药15g，苍术10g，玄参15g，茯苓15g，扁豆10g，黄精15g。肺胃燥热加知母15g，石膏20g，天花粉40g；肝肾阴虚型加熟地15g，山茱萸10g，麦冬10g。日1剂，水煎分两次服。结果：显效13例，有效20例，无效2例，总有效率94.34%。

史氏[102]以参苓白术散对30例消渴病患者进行临床观察，病人主要表现为口渴引饮，能食与便溏并见，或饮食减少，精神不振，四肢乏力，舌质淡，苔白或腻，脉细弱无力。所有患者均查空腹血糖高于7.8mmol/L，尿糖阳性。治疗：患者均服参苓白术散、党参、山药、黄芪、白扁豆、薏苡仁各30g，白术、茯苓各15g，砂仁、陈皮、甘草各6g，大枣3枚。口渴甚，苔白而干者加石斛15g，以生津止渴；苔白腻、尿少者加泽泻、车前子各15g，以加强健脾利湿作用；多尿者加山萸肉15g，五味子10g，以加强补肾固涩作用。每日1剂，分2次水煎服，1个月为1个疗程。所有病人均经饮食控制，长期口服降糖药者继续服用。每周复查1次血糖及尿糖。结果：治愈11例，好转17例，未愈2例。

朱氏[103]以参苓白术散化裁治疗糖尿病伴见胃肠功能紊乱30例，治疗：予饮食治疗及降糖药或胰岛素控制血糖，并以参苓白术散为主方，随证化裁。腹泻为主者加五味子、肉豆蔻、益智仁、补骨脂各10g，石榴皮30g；便秘者加玄参、生地、制大黄、麦冬各10g；腹胀者加莱菔子、刀豆壳、枳壳、炒楂曲各10g；恶心、呕吐者加制半夏10g，代赭石30g，旋覆花5g。结果：显效11例，有效14例，无效5例，总有效率为83.3%。

孟氏[104]以参苓白术散加减治疗糖尿病并腹泻16例，治疗予以党参15～20g，黄芪、葛根各15～30g，白术、茯苓、芡实各10～15g，薏苡仁、莲子、山药、白扁豆各30g，陈皮10g，砂仁、炙甘草各6～10g。水煎服，每日1剂，20天为1个疗程。加减法：阳虚明显者，加附子、干姜、煨肉豆蔻；湿盛者，加苍术、藿香；腹胀满者，加木香、川朴；浮肿者，加泽泻、车前子；食滞纳差者，加焦楂炭、炒麦芽；兼有上焦燥热者，加黄连；腹痛者，加炒白芍。结果：5例痊愈，6例显效，3例有效，2例无效，总有效率为87.5%。

贺氏以[105]参苓白术散治疗糖尿病并鹅口疮30例，治疗：予以参苓白术散。党参、白术各15g，茯苓10g，薏苡仁、淮山药各30g，白扁豆、砂仁、莲子、陈皮各10g，桔梗6g，炙甘草5g。阴虚者党参易为太子参，加麦冬、石斛各10g；湿浊甚者加苍术15g；有湿郁化热之象者加黄连15g，黄芩、苦参各10g。每日1剂，水煎2次，共取汁400ml，分早晚2次温服，1周为1个疗程，一般1~3个疗程痊愈。结果：30例中，痊愈26例，有效3例，无效1例。

【病案举例】

1. 成某，女，48岁。素有糖尿病史20余年，就诊时症见：乏力、口干、面色无华，脘腹胀闷，不思饮食，大便溏泻，日10余次，有时小便时有大便带出，舌质淡边有齿印，苔薄腻。实验室检查：FPG 13.66mmol/L，大便常规正常。中医辨证属脾虚湿滞，兼有气虚不固征象，治疗以补中益气，渗湿止泻为主，辅以健运脾胃，消胀除满。方以参苓白术散加减，药用：黄芪、党参各30g，茯苓15g，薏苡仁30g，山药15g，焦山楂、焦神曲、炒麦芽、莱菔子、砂仁各12g，鸡内金、桔梗、炙甘草各9g，枳壳12g。服药3剂，大便次数明显减少，日3~4次，饮食知味，诸症减轻，继续加减用药6剂后腹泻消失，临床症状缓解。[106]

按：糖尿病性腹泻是糖尿病的一种常见慢性并发症。西医认为，其发病与糖尿病引起的自主神经病变，微血管病变，胃肠运动功能障碍等有关。中医认为，脾虚湿盛是泄泻的主要病机，所谓“泄泻之本，无不由于脾胃”（《景岳全书·泄泻》），盖脾胃失运，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输化，故生泄泻。故治疗上以益气健脾，渗湿止泻为主。参苓白术散中以人参、白术益气健脾燥湿，薏苡仁、茯苓、山药等健脾渗湿止泻，可谓切中病机。笔者在临床中体会，其用药要注意以下几点：以益气健脾为主。可用甘平之党参、太子参取代性偏温燥的人参、白术，加黄芪益气升阳止泻，用量宜大。重视健运。脾胃主受纳、腐熟、运化水谷，喜利而恶滞，方中砂仁，开胃醒脾，临床中还可酌加鸡内金、莱菔子、厚朴等。适当收涩。对于大便次数多者，加用收敛止泻之品，如乌梅、罂粟壳等，往往可收到较好效果。但要注意中病即止，以免闭门流寇。勿忘温肾。糖尿病

性腹泻多系病久缠绵，对于临床见有形寒肢冷，五更泄泻，面色淡白，舌黯淡苔白，脉沉迟等肾阳虚之证者，可予附子、肉桂温补肾阳，以助气化。

2. 田某，男，74岁，病案号42823，有糖尿病病史20年余，曾服优降糖、降糖灵及中药治疗效不佳，于1995年2月20日住院治疗。当时查空腹血糖11.7mmol/L，尿糖+++，症见：多饮，食少，便溏，精神不振，心慌，气短，乏力，尿少，两下肢水肿，舌质淡，苔白腻，脉细弱。诊断为消渴脾胃气虚型，中药用参苓白术散加减：党参、茯苓、山药、黄芪、白扁豆、薏苡仁各30g，白术、泽泻、车前子各15g，桔梗9g，砂仁、甘草各6g，大枣3枚，每日1剂，分2次水煎服。服用6剂后大便成形，饮水量减少，尿量增加，下肢水肿减轻，复查血糖9.8mmol/L，尿糖++，仍用前方治疗半月后诸证消失，复查血糖正常，尿糖阴性，继用上方去泽泻、车前子治疗1月后，经反复查血糖、尿糖均正常而出院。[102]

按：历代医家对消渴病机特点的认识，主要是阴津亏损，燥热内生，而以阴虚为本，燥热为标，两者互为因果，治疗上多注重滋阴清热润燥。本例消渴患者已有一段病程，久病多虚，又经西药或中药治疗后，若治疗失当，过用大苦大寒之药，消渴未止，而脾胃反伤，脾失健运，因此表现为脾虚之证。脾虚不能散精，上承以肺，化生营血，输布全身致肺燥津伤，故渴而多饮。脾虚及肾，肾之气化及固摄功能失常，而致小便异常多尿或尿少。故在治疗上亦应注意补脾胃。正如《医学入门·消渴》中谓："治渴初宜养肺降心，久则滋肾养脾。盖本在肾，标在肺，肾暖则气上升而肺润，肾冷则气不升而肺焦，故肾气丸为消渴良方也。然心肾皆通乎脾，养脾则津液自生，参苓白术散是也。"故患者用参苓白术散之党参、白术、山药、黄芪、茯苓、扁豆、薏苡仁、大枣、甘草健脾益气化湿，砂仁和胃醒脾，桔梗宣肺利气布津，诸药合用使脾复健运，水湿得化，津液输布全身，而诸症得以缓解。

3. 陈某，女，39岁，农民。1995年3月5日来我院就诊。患者有糖尿病史5年，多次多食多尿，消瘦。在外院间断使用达美康、D860、消渴丸及胰岛素治疗，病情时有反复。现头昏头晕，四肢酸

软，大便溏泄，面色萎黄，形体虚羸，闭经已有9个月，舌质黯，苔微腻，脉细涩。查血糖21.5mmol/L，尿糖（+++），尿固醇9.5mmol/L，甘油三酯3.5mmol/L，尿蛋白（-），心电图Ⅰ、V3导联示ST段轻度压低。来我院后给予胰岛素每日38单位，分3次餐前半小时皮下注射。7天后出现颜面及全身浮肿，两下肢按之凹陷，系因外源性胰岛素所致。治宜健脾益气，运湿利水，方用参苓白术散加减，处方：党参12g，茯苓15g，猪苓15g，黄芪12g，淮山药20g，白术12g，泽泻15g，甘草3g，薏苡仁15g，枳壳15g，桔梗10g，水煎服。5剂后水肿明显好转，再进7剂全身水肿消退。因患者月经中断已有9个月，中医辨证属脾虚失运，气滞血瘀，冲任失调。投以健脾活血，调理冲任之品，缓图功效。前方去泽泻、猪苓、桔梗，加当归15g，川断9g，牛膝12g，益母草15g，共服30余剂，患者月经来潮，量较多，色红。查血糖6.5mmol/I，尿糖（-），尿酮体（-），胆固醇6.5mmol/L，甘油三酯2.2mmol/L，心电图ST段恢复正常。嗣后月经按月来潮，随访1年未见闭经现象，多饮多食多尿诸症悉愈。[107]

按：本例糖尿病人系使用胰岛素后引起体内水钠潴留导致全身性水肿，西医称为胰岛素性水肿，在中医有关水肿的历代文献中并无记载。因患者是在消渴主证基础上发生水肿、闭经等症。故中医属消渴兼证。古人云："脾坚则藏安难伤；脾脆则善病消瘅易伤。""水肿，因脾虚不能制水，水渍妄行，当以参、术补脾，使脾气得实，则自健运，自行升降，运动其枢机，则水自行，……宜补中行湿利小便，切不可下。"本例患者病程日久，面色萎黄，形体虚羸，大便溏泻，证属脾虚失运，本虚标实。方选党参、白术为主健脾益气，化湿利水，茯苓、薏苡仁健脾利水渗湿，猪苓、泽泻既利水消肿，又有降血糖，降血脂作用，枳壳行气利水，黄芪配淮山药为消渴之常用"对药"有明显降血糖作用，桔梗宣利肺气，借肺之通调水道而下输膀胱。消渴病久多有瘀血，如本例舌质黯，脉细涩，并出现相应兼证闭经，方中加入活血化瘀之品调理冲任。治疗中不可一见水肿明显，即行"去菀陈"之法，泻下消导攻伐，急于消水而误伤脾气。

第七节 内科疑难病证

一、水肿

水肿是指体内水液潴留，泛滥肌肤，引起眼睑、头面、四肢、腹背甚至全身浮肿的一种疾病，严重者还伴有胸水、腹水等。水肿初起多从眼睑开始，继则延及头面、四肢以及全身，也可先从下肢开始，然后及于全身。中医认为，水肿病多为外邪侵袭、饮食起居失常、或劳倦内伤，导致肺失通调，脾失转输、肾失开合，终至膀胱气化无权，三焦水道失畅，水液停聚，泛滥肌肤而成。故《素问》指出水肿病发病“其本在肾、其末在肺”。治当以调节脏腑气化功能为主。

【临床应用】

李氏[108]等应用参苓白术散治疗功能性水肿50例，临床表现见：面部及肢体水肿，伴乏力、睡眠不佳、食欲减退、情绪不稳定。水肿面部较重，晨起明显、午后及活动后减轻。（临床检验排除心、肝、肾、血液、内分泌等病变）。治疗：口服参苓白术散2袋，1日3次。较重者，口服参苓白术散3袋，1日3次。连续服用1~2个疗程。结果：50例中，痊愈（1~2个疗程治疗，症状全部消失）42例，好转（经1~2个疗程治疗，症状明显减轻）5例，无效（经1~2个疗程治疗，症状改善不明显）3例。冯氏[109]等以参苓白术散治疗功能性水肿60例，其中女40例，男20例；年龄30~45岁。病程1个月至1年。临床表现为面部及肢体水肿，伴乏力，睡眠不佳，食欲减退。情绪不稳定。面部水肿较重，晨起明显，午后及活动后减轻。治疗：口服参苓白术散2袋，3次/日。较重者，口服参苓白术散3袋，3次/日。连续服用2~4周。结果：60例中，痊愈50例，好转6例，无效4例。

【病案举例】

1. 王某某，女，37岁，门诊病人。该患者于3个月前，无明显诱因，出现眼睑水肿及下肢轻度水肿，午后及活动后减轻，各系统临床检验值均正常。口服双氢克尿噻片25mg，氨苯喋啶片50mg，日2

次，服3停4。应用过程中，水肿消除，停药即复发。采用本法治疗1个疗程，水肿明显减轻。继第2个疗程后，水肿全部消失，随访未再复发。[108]

按：水肿，是目前临床上比较常见的一种证候。发病原因尚不明确。采用西药对症治疗，效果尚不满意。故采用加倍剂量的参苓白术散口服，本方以人参为君，大补元气，白术为臣，佐以茯苓、白术合用，健脾利湿。辅以扁豆、薏苡仁、砂仁、桔梗健脾益肺，脾能运化水湿，肺为水之上源，培土生金，致脾气充分，肺水调达，从而达到利水消肿的目的。

2. 张某，男，36岁，工人，1991年3月15日诊。眼睑及颜面反复浮肿年余，劳累后浮肿明显。曾多次检查尿常规、肾功能、心电图等均正常。口服双氢克尿塞、氨苯喋呤等利尿剂，效不佳。刻诊：眼睑、颜面浮肿，疲软乏力，胸脘痞塞，二便如常，舌淡，苔薄白腻，脉缓弱。此乃脾胃气虚，水湿不利。治宜健脾化湿，方用参苓白术散加黄芪、桂枝。连服5剂后，眼睑、颜面浮肿消失，余症好转，续服原方5剂，诸症悉除。[110]

按：患者系搬运工人，由于长期劳倦过度，饮食失调，伤及脾胃，脾虚运化迟滞，水湿停聚而为肿。方中参苓白术散健脾益气，和胃渗湿，黄芪、桂枝以益气通阳。诸药合用，共奏健脾化湿之功。

3. 李某，男，48岁，职工。1982年6月5日初诊。患者两年来周身浮肿，四肢、腹部尤甚。时消时起，但化验检查找不到原因，服利尿消肿之中西药，效果不佳，近1月来，肿势加重。诊见：面色苍白，气短，腹胀如鼓，恶心嗳气，小便少，大便溏，下肢呈凹陷性水肿。舌质淡苔白，脉缓。辨证求因，当属脾虚不运，不能制水，横溢泛滥所致，是为“阴水”。治则：补脾土，渗水湿，温肾阳。处方：党参25g，白术15g，云苓15g，陈皮15g，薏苡仁18g，炒白扁豆18g，淮山药18g，桔梗9g，黄芪20g，制附片9g，泽泻12g。3剂水煎服。6月9日二诊，上症稍有好转，肿势略轻，饮食仍差，上方去山药加焦三仙各15g。连服6剂，水肿渐退。又嘱服健脾丸月余。后经访问，水肿未再发作。[15]

按：《素问·经脉别论》曰：“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”。《素问·至真要大论》：“诸湿肿满，皆属于脾”。人体水液的代谢主要靠脾的运化，肾阳的温煦，肺气的宣降及三焦的气化功能。正如张景岳所说：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，其标在肺；水惟畏土，故其制在脾”。本例水肿时间较长，久必正虚，如不察虚实，急于取效，喜行利水，脾阴大伤，正气更虚。阴损及阳，导致肾阳也虚，形成恶性循环。王师认为：水肿长期不退，时消时起，临床上以脾肾阳虚者十之八九。治疗时应采取温补脾肾之法，不能图一时之快而峻剂逐水，犯虚虚之戒。因而用参苓白术散加减，止流塞源，培土制水。使脾运健，肾阳复，肺气宣，壅滞通，不治水而水自利，不消肿而肿自消。

二、中风后遗症

中风后遗症是指中风经过救治之后所留有的轻重不等的半身不遂、言语不利、口眼歪斜等症状。本病的病因主要是因为脑血管意外之后，脑组织缺血或受血肿压迫、推移、脑水肿等而使脑组织功能受损。本病主要诊断依据是具有脑血管意外（中风）的病史。现代医学对本病并无特殊有效的办法，主要是应用物理疗法以及保护神经及扩张血管等药物治疗。中医认为中风后遗症主要是由于中风之后气虚血瘀，脉络瘀阻。主要表现为肢体瘫痪，失语，口眼歪斜，吞咽困难，思维迟钝，联想困难，记忆减退，烦躁抑郁等。

【临床应用】

张氏[111]用参苓白术散化裁治疗中风后遗症62例，以参苓白术散为主方加味：党参15g，云苓15g，白术10g，扁豆15g，陈皮10g，莲子10g，山药15g，砂仁9g，薏苡仁15g，桔梗3g，甘草6g，川芎12g，丹参15g，红花10g，土鳖虫10g。头晕目眩、面红、血压较高者加天麻10g，夏枯草10g，石决明30g；兼见语言不利者加菖蒲15g，郁金10g；患侧手足肿甚者加泽泻20g，木瓜10g，防己10g；血瘀之象较甚者，加水蛭粉6g（吞服）。水煎服，每日1剂，2周为1个疗程。结果：本组62例，临床治愈28例，显效26例，有效5例，无效3例，总有效率95.2%。

【病案举例】

患者，男，62岁，干部。于早晨起床时突然出现右侧肢体活动不遂，语言粗涩，口角歪斜，流涎，无头痛及呕吐，意识清楚，急去本地卫生院就诊，测血压20/12kPa，诊为脑血栓形成，经给予D－40，维脑路通等药物治疗月余，语言较前流利，肢体瘫痪无明显恢复。于1992年12月6日转至我院。诊见：形体丰盛，面色萎黄，神情倦怠、乏力，右肢体麻木瘫软无力（右上肢肌力0级，右下肢肌力Ⅰ级），语言塞涩，口角歪斜，流涎，舌质暗淡，苔薄白，脉弱。证属脾虚血亏，痰瘀阻络型之中风。治以益气活血，祛痰通络。上方加菖蒲15g，郁金10g，服药5剂，病人自觉精神充沛，乏力消失，流涎减轻，但肢体恢复不明显，上方加牛膝15g，继服5剂后，病人下肢能活动、伸屈，肌力达Ⅲ级，上肢能平移，肌力Ⅱ级，嘱病人加强功能锻炼，效不更方，继服上方20剂后，病人上下肢肌力恢复至Ⅳ级，生活能够自理。随访2年无复发。[111]

按：中风一病，病机较为复杂，常涉及心、肝、肾、脾及经络、血脉，其病因以气血亏虚、内伤积损为主，即脏腑失调，阴阳偏胜。正如《诸病源候论·风偏枯候》云："偏枯者，由血气偏虚，则腠理开，受于风湿，风湿客于身半，在分腠之间，使血气凝涩，不能润养，久不瘥，真气去，邪气独留，则成偏枯"。故此病后期，以气虚为主，兼见血瘀，痰浊、阳亢之征象，尤以脾虚血亏，痰瘀阻络型较常见。因形盛气弱，中气亏虚，脾失运化，聚湿生痰，且气虚不能运血，气不能行，血不能荣，脉络痹阻，而致肢体废不能用。本方中四君平补脾胃之气，健后天之本，配以扁豆、薏苡仁、山药之甘淡，莲子之甘涩，辅助白术，既能健脾，又能渗湿，加砂仁之辛温芳香醒脾，佐四君更能促中州运化，使上下气机贯通，桔梗甘而微苦，如舟楫载药上行，配合红花、川芎、土鳖虫、丹参以消散瘀血，通利血脉。诸药合用，紧扣病机，正气自复，络脉畅通，诸症自愈。正如吴昆所说："脾胃者，土也，土为万物之母，诸脏腑百骸受气于脾胃而后能强。若脾胃一亏，则众体皆无以受气，日见羸弱矣。"

三、血吸虫病腹水

血吸虫病是由血吸虫寄生于人体静脉系统所引起的寄生虫病，我国流行的是日本血吸虫病。急性期主要表现为发热，肝肿大，腹痛，腹泻，便血。慢性期以肝脾肿大，慢性腹泻为主要表现。晚期表现主要有肝硬化、巨脾、腹水等。多见于夏秋季。病人及宿主为主要传染源，经粪便、污染的水源、疫水及钉螺传播，人群普遍易感，青壮年感染率最高。本病属中医“蛊病”、“蛊疫”范畴。

【临床应用】

严氏[112]以参苓白术散加减治疗晚期血吸虫病腹水256例，临床主证：胸脘痞塞，腹部膨胀、隆起如瓮，小便短少，舌淡、苔薄白，脉虚缓或弦细。兼证：气短乏力、四肢疲软、不思饮食或口淡乏味、食后腹胀，形瘦体羸、青筋暴露、大便溏软。治疗基础方与药物剂量：党参10g，茯苓10g，炒白术10g，薏苡仁10g，砂仁6g，桔梗8g，淮山药6g，炒扁豆10g，陈皮8g，甘草6g，大腹皮10g，猪苓10g，泽泻8g。小便短少、腹部膨胀加木通、淡竹叶、地龙利水渗湿；上腹胀满、不思饮食加炒厚朴、枳壳、白豆蔻行气消胀、健脾渗湿；两胁胀痛加郁金、柴胡疏肝解郁；食后胀甚、完谷不化者加法夏、麦芽、鸡内金、神曲消食健胃；胸脘痞塞、舌淡苔白腻者加白豆蔻、草豆蔻、藿香、佩兰、石菖蒲、炒苍术燥湿醒脾；舌淡胖、边有齿印加制附片、淡干姜温阳利水。1个月为1个疗程，共1~3个疗程。结果：临床治愈208例，好转43例，无效5例，总有效率90.7%。

四、免疫功能低下

免疫功能低下是指体内免疫能力的降低，免疫是指人体对外界微生物或病原体的天然抵抗能力，这种能力主要来源于体内的免疫细胞和免疫因子，如果由于某些疾病引起免疫细胞及免疫因子的数量减少或缺乏，就会导致免疫功能低下。临床现象就是反复感染病源，表现为长期发烧、腹泻、上呼吸道感染等。根据其临床表现可属于中医“气虚”、“阴虚”、“阳虚”的虚劳病范畴。

【临床应用】

李氏[113]以参苓白术散加减治疗免疫功能低下48例，治疗基本方：党参、薏苡仁各30g，白术9g，茯苓、淮山药、莲子肉、白扁豆各15g，砂仁、桔梗各4.5g，甘草3g。1日1剂，分2次煎服，20日为1个疗程，不同病种可用1~3个疗程。气虚甚则加黄芪24g，气滞不畅加陈皮8g，湿郁久化热见苔偏黄加茵陈15g。结果：48例患者服用参苓白术散加减1~2个疗程，因机体免疫力不断提高，治疗效果明显好转，各种症状逐渐缓解或消失，舌苔白腻转薄苔，脉虚转渐有力，复检有关免疫指标明显改善及恢复正常。

五、周期性麻痹

周期性麻痹是以周期性反复发作的骨骼肌驰缓性无力或瘫痪为特点的一组肌肉疾病。可发生于任何年龄，以青年男性为多见。本病起病较急，一般常在夜间熟睡中或清晨初醒时发生。发病时出现对称性肢体无力，一般先从下肢开始，数小时后累及上肢，极少数可扩展到头面部，躯干部肌肉，以致发生呼吸肌麻痹，呼吸困难。心脏受影响时可出现心跳过缓、心室过早搏动、血压增高等表现。发作时病人神志清楚，无感觉障碍。每次发作经数小时或数天内可自行缓解。发病原因不十分清楚，可能与遗传有关。受凉、外伤、劳累、情绪激动和进大量碳水化合物（如甜食）等均可诱其发作。

本病属中医“痹证”、“痿证”范畴。认为是素体禀赋薄弱，肝肾精血先天不足，感受邪气或内伤而致脏腑、阴阳、气血虚损或瘀滞而发。

【临床应用】

福建中医药曾经报道用本方加减治疗周期性麻痹40例，其中久病气虚，伴见面色少华，心悸气短者，加黄芪；脾胃受困，脘腹痞闷，身困脚重者，加藿香、苍术、木瓜、厚朴，结果：全部病例均在3~5天内缓解，1周内痊愈10例；发作次数明显减少，1年未复发者30例。[48]

六、重症肌无力

重症肌无力是一种神经肌肉接头间传递功能障碍所引起的自身免疫性疾病，主要表现为受累骨骼肌极易疲劳，经休息和服用抗胆碱酯酶药物后部分恢复为特征。支配肌肉收缩的神经在多种病因的影响下，不能将“信号”正常传递到肌肉，使肌肉丧失了收缩功能，所以临床上就出现了眼睑下垂、复视、斜视，表情肌和咀嚼肌无力、表情淡漠、苦笑面容、鼓腮和吹气不能、口齿不清、语言不利、鼻音重、伸舌不灵、进食困难、饮水呛咳等一系列表现。本病的病因是全身性的，但影响的肌肉因有所侧重就会出现不同的临床表现。重症肌无力属于中医的痿证范畴。

【病案举例】

章某，男，23岁，农民。1978年8月5日初诊。患者于5月中旬，患急性胃肠炎，吐泻交作，经静脉滴注庆大霉素3天而愈。1周后感头晕乏力，双侧眼睑重垂，睁张困难，咀嚼及吞咽困难，四肢软瘫无力。省城某医院诊为重症肌无力（全身型）。给肌注新斯的明1mg，每天2次；口服酶抑宁、强的松各10 mg，每天3次，连续治疗45天，均未好转。诊见面色萎黄少泽，精神萎靡，咀嚼及吞咽困难，双侧眼睑下垂，强睁难开，脘痞腹胀，纳谷不馨，大便溏泻，腰膝疲软，四肢肌肉软瘫无力，肌张力明显减退。两手握物无力，下肢步履蹒跚不稳。脉沉细如濡，舌胖、苔白腻。此脾肾阳虚，湿阻三焦。治拟健脾化湿，温肾通络。方用参苓白术散合二仙汤加减：党参、淮山药、白茯苓、薏苡仁各30g，炒白术15g，生甘草、桔梗、砂仁各6g，仙灵脾、仙茅、巴戟天、当归、白扁豆各10g。服5剂后，腹泻已瘥，纳谷已馨，双侧眼睑睁张有力。前方加木瓜15g，怀牛膝10g，服10剂，诸症大减，能作轻微劳动。嘱原方续服15剂，一切症状均瘥，恢复正常，能参加田间劳动，随访4年未复发。

按：本例病人脾失健运，湿阻三焦，不能化生水谷精微。肾阳衰微，气化失利，蒸腾失职，故骨肉经络失养而痿弱无力，气化失利而失濡筋脉。方中四君子平补脾胃之气；配扁豆、薏苡仁、山药之甘淡，助白术即可健脾又可化湿；加砂仁辛温芳香醒脾，佐四君更能促

进中州运化，使上下气机贯通；桔梗为手太阴肺经引经药，如舟楫载药上行，使达上焦以益肺，促使三焦通调，津布全身；仙灵脾、仙茅、巴戟天均为壮肾阳、利湿通络之佳品；木瓜、牛膝乃益筋骨、强肌肉、通经络之圣药；加当归补血活血，共奏健脾补肾、除湿通络之功。

七、失眠

失眠症是持续相当长时间的对睡眠的质和量的不满意状况，临床表现有入睡困难、睡眠不深、易惊醒、自觉多梦、早醒、醒后不易入睡、醒后感到疲乏或缺乏清醒感、白天思睡等。中医学称之为“不寐”或“不得眠”、“不得卧”、“目不瞑”。是指经常不能获得正常睡眠为特征的一种病证。本病多因思虑劳倦，内伤心脾，阴不交阳，影响心神而导致失眠。虽不属于危重疾病，但常防碍人们正常生活、工作、学习和健康，并能加重或诱发心悸、胸痹、眩晕、头痛、中风等病证。

【病案举例】

魏某，男，50岁，干部。患者因工作繁忙，常失眠，伴多梦、头昏，曾服朱砂安神丸、养心安神片及一些镇静类西药，症状无明显好转。近日因工作负担重，症状加重。2004年8月12日初诊，患者失眠，甚则彻夜难以入睡，烦躁健忘，肢倦神疲，头重如蒙，脘闷纳呆，面色萎黄，舌质红，苔白厚，脉细而弱，诸症合参，此乃脾虚夹湿，心阴亏损，心火内盛而致。治宜健脾化湿，清心安神。处以参苓白术散为主方：党参15g，白术10g，茯苓20g，薏苡仁15g，山药15g，砂仁6，黄连6g，陈皮10g，酸枣仁20g，柏子仁15g，桔梗6g，远志10g，磁石30g，炙甘草6g。上方加减服20剂后，诸症好转，睡眠较前大有改善。又以上方去磁石，加夜交藤研末装胶囊调服月余，诸症痊愈[114]。

按：失眠一证临床当首分虚实，患者平素思虑、劳累过度，内伤心脾。《类证治裁·不寐》说：“思虑伤脾，脾血亏损，经年不寐。”《景岳全书·不寐》说：“无邪而不寐者，必营气之不足也。”脾虚营血生化不足，则无以养心，心虚则神不守舍，心血不足则心火独旺，

热扰神明，则更加重不寐一证。脾虚湿阻，胃因不和，胃不和则卧不安。故治以参苓白术散为主，脾气健，营血生，心有所养，心火不亢，则心神安，不寐除。

八、痹证

痹证多因素体虚弱，肌表、经脉受风寒湿热之邪侵袭，以致病邪痹阻，气血运行不畅而引起。临床中有痛痹、行痹、着痹、热痹之分。痹证日久不愈，病邪由浅入深，不但耗伤气血，而且寒湿凝滞，阻遏经络。寒凝则血瘀，湿聚则成痰，因此又每多兼夹痰瘀，表现为虚实错杂之证。故治疗上适当采用祛风、除湿、散寒外，行痹参以补血；痛痹参以补火；着痹参以补脾、补气常可获得较好疗效。

【临床应用】

陈氏[115]总结治疗着痹的临床经验，除运用常规治疗着痹方法外，加服参苓白术散，取得了良好的效果。他认为着痹的病人多为脾气虚，加之感受寒湿之邪而至湿邪偏盛。症见苔白腻，舌有紫痕，脉濡缓，大便不实或便溏，或日多次。一派湿邪偏盛之象。在外则由于湿阻经络，出现肢体关节重着、冷痛、肿胀，痛有定处，手足沉重，活动不便，肌肉麻木不仁等。依据着痹的病因病机，主要取其益气健脾，渗湿止泻之功能，来解决湿自内生的大便稀溏或泄泻。还缓解了由于胃气虚弱不能纳食或不思饮食之弊，从而使胃气和降，脾健湿除而病愈。

九、神经性厌食症

神经性厌食，是指主动拒食，导致体重明显减轻，伴有体象障碍的一种进食性行为障碍。临床表现为看到饭菜就恶心、厌食，甚至严重时饮水也会呕吐。这是一种典型的心理—行为障碍，通常发生在10~18岁，女孩的患病率远高于男孩。男性与女性患病之比约为1:9.5。欧美一些国家里，青春期女孩中患病率达0.7%。我国患这种病的青少年原本少见，近年来有增加趋势。神经性厌食的发生与社会经济状况、文化价值观、审美观有明显关系。临床研究发现，在患者个体发展的过程中，受个体因素、家庭因素、社会文化因素和生物学因素的

相互作用，同时还受突发事件和永久事件的影响。本病属中医学的虚劳范畴。

【临床应用】

刘氏[116]等报道用参苓白术散加减（资生丸）治疗神经性厌食症20例，并结合心理治疗取得较好效果。主要临床表现为：体重减轻，极度消瘦，营养不良伴继发性闭经，进食障碍表现为厌食、少食、拒食主食。患者出现营养障碍后均伴有烦躁、焦虑不安和易激惹等情绪障碍。其中6例对生活失去信心而产生消极自杀意念。治疗用参苓白术散方加减制成药丸。药物组成：山药30g，玄参15g，白术10g，鸡内金10g，牛蒡子10g，生地黄30g，茯苓15g，当归15g。上药磨碎，炼蜜加工成丸，每丸1g，每次口服10丸，日3次。1个月为1个疗程。结果：痊愈14例，占70%；显著进步4例，占20%；进步2例，占10%。经3个月至半年随访，均恢复正常体重，进食正常，月经来潮。

【病案举例】

某女，18岁，1997年8月6日初诊。因进食少，消瘦半年就诊。患者于1996年夏为迎接高考，学习十分紧张，常不吃早饭，午餐、晚餐进食较少，父母认为是学习过于劳累所致，给予营养品滋补。考试后，因成绩不理想，闷闷不乐。某日体检，发现自己体重较另一同学重2 kg，认为自己太胖，随后拒食任何补品，继之不吃肉、蛋，饭也吃得愈来愈少，每天仅食50～100g，或仅食少量蔬菜、水果，多食即呕吐，体重由原来的50kg降至32kg，闭经半年。曾先后用中西药治疗，疗效欠佳。查体：神志清，接触被动，情绪易激惹，思维形式可，未见明显幻觉妄想，有体象障碍。发育匀称，明显消瘦，第一性征发育差。舌质淡红、苔薄白，脉细数。诊为神经性厌食症。治以健脾益胃，养心安神。口服参苓白术散方加减：山药30g，玄参15g，白术10g，鸡内金10g，牛蒡子10g，生地黄30g，茯苓15g，当归15g。上药磨碎，炼蜜加工成丸，每丸1g，每次10g，日3次，并予以心理疏导，1周后呕吐明显减少，2周后病人饮食基本恢复正常。40日后月经来潮，体重恢复至40kg，随访半年未复发。[116]

按：本病属中医学的虚劳范畴。盖心为神明之府，心有隐曲思想

不得自遂，则心神怫郁，心血不能濡润脾土，以成过思伤脾之病。脾伤不能助胃消食，则厌食；脾虚不变化精微物质，以溉五脏，女子则有不月之疾。方中白术健脾，脾土健壮，自能助胃；山药滋养胃阴，胃阴足，自能纳食；鸡内金善化有形郁积，且其性平和，有补脾胃之妙；玄参用以治疗上焦之浮热，以退周身之灼热感；茯苓养心安神；当归、生地黄凉血活血、滋阴，使阴液充，相火下行，蒸热自退。药证相符，故疗效满意。

十、盗汗

盗汗是以睡中汗出，醒来即止为特征的一种病证，又称“寝汗”。《金匮要略·水气篇》中“食已汗出，又常暮盗汗出者，此劳气也。”首见盗汗之名。一般认为“阳虚自汗，阴虚盗汗”，对盗汗多责之阴虚。但从多方面的临床资料来看，对盗汗也应辨证分析。盗汗不仅有阴虚火旺 烦劳过度，或邪热耗阴，以至因精亏虚，虚热内生，阴津被扰而盗汗者，亦有情志不舒，肝气郁结，或嗜食辛辣厚味，或素体湿热偏盛等导致者，故临症当辨证论治，属脾胃虚弱者可用参苓白术散加减治疗。

【病案举例】

宋某某，男，35岁，工人。1982年8月9日初诊。患者1月来，睡醒后全身汗出，汗消后四肢发凉，头晕乏力，午后发热，心慌气短，口干不欲饮水，纳差。舌淡苔白，脉缓。自用浮小麦煎代茶饮无效，脉证合参，为脾阳虚候，元气不足，阴阳失调，阳损及阴，阴血亏耗，阴不内守，虚阳外越，迫液外泄。属脾阳虚的阴火证，宗李杲“甘温以补其中而升阳”之训，培补脾土，升阳益气。用参苓白术散加减以达阳升阴长，阴长而盗汗除。处方：党参18g，白扁豆18g，山药18g，黄芪18g，白术15g，云苓15g，陈皮15g，升麻9g，桂枝6g，生姜4片，大枣5枚为引。4剂水煎服。4剂服毕，盗汗止，余症也见好转。

按：盗汗一证，多由阴虚火旺所致。但属脾虚阴火者也有之。临床上辨病须与辨证相结合，不能死搬硬套，一病对一法一方，不然就难以应付千变万化的疾病。[5]

十一、发热

口腔温度超过37.3℃，腋下温度超过37℃，直肠温度超过37.6℃，或一昼夜体温波动在1℃以上，可认为是发热。发热一般分为超高热（体温在41℃以上），高热（38℃以上）与低热（体温37~38℃左右）。发热持续2~4周称为长期发热。引起发热的原因甚多，可有感染性与非感染性2种，前者包括病毒、细菌等感染，后者包括抗原-抗体反应、激素和环境温度升高等，均可使人的体温升高。

中医学认为发热分内伤发热和外感发热两种。内伤发热主要是由于劳累过度，饮食不节，情志抑郁，瘀血停着等因素所引起，而脏腑功能失调，阴阳气血亏虚则是本证的基本病机。外感发热多系感受外邪，正邪相争而为。起病较急，病程短，发热持续，外邪不除则发热不退，且初期多发热恶寒并见，其恶寒虽得衣被而不减，常伴头痛、鼻塞、流涕、咳嗽，脉浮等症。

【病案举例】

1. 陈某某，男，21岁，农民。因大忙季节，早出晚归，劳作田间。一日觉软弱无力，不思食，自谓太累，未诊治。1周后，上症加重外，似觉怕冷，到卫生所求治，体温38℃，先后用“安乃近”，“四环素”，“青、链霉素”等治疗2周未效。转县医院就诊，以“氯霉素”，“红霉素”治疗，发热仍不退，乃转中医治疗。证见形瘦，面色黑黄，神疲倦怠，少气懒言，肢软乏力，不欲食，食后脘腹作胀，口干，舌苔薄黄无津，脉虚细。体温38.3℃。病已月余，以补气健脾，益胃消导为法，拟参苓白术散加减：党参15g，白术15g，茯苓9g，山药15g，莲子9g，砂仁3g，陈皮9g，桔梗4.5g，炒麦芽12g，神曲12g，大枣5枚，炙甘草6g，2剂。二诊：服上方2剂后，发热退，体温36.8℃。精神好转，思食而纳不多，脘腹作胀减轻。仍以原方续服2剂以巩固疗效。药服3周后，有同寨人来诊，言陈某某服药后不再发热，且已下地干活。[117]

按：此例发热月余不退，虽因农忙而早出晚归，但无寒湿雾露所伤之征，皆劳累过度，内伤脾胃之象。对于劳损过度损伤脾胃，脾虚

阴火发热者，李东桓遵循《内经》“劳者温之，损者益之”之旨，开创了“甘温除大热”的治法。李氏指出：“内伤脾胃，乃伤其气，伤其内为不足，不足者补之”。脾胃为元气之源，气机升降之枢。脾胃虚弱，元气不足，则阴火盛、治必以甘温益气培补脾土，复其升降之机，使元气充沛，脾气升发，阴火得以潜降，其热自平。但因患者有口干，苔薄黄无津等脾胃阴伤之证，恐补中益气汤中辛味升发有伤阴之嫌（因胃阴不足，若予升阳之品，似有无根升发之弊）。使用参苓白术散加减，以参、苓、术、草、大枣甘温补气健脾；山药、莲子平补脾胃之阴，无偏寒偏热之弊，且能内敛阴火；更伍以桔梗载诸药上浮以升发脾气。使元气得复，阴火潜敛，发热自退，使用过多种抗生素罔效的发热一证获愈。从此例可见，对“甘温除大热”是否一定掏守补中益气汤，似应扩大视野，根据患者病因、病机的不同，观临床症状的各异来立法、处方。

2. 李某，男，28岁，农民。1998年10月19日就诊。刻述：周前因利用休班于田间务农，劳作努力，渐觉疲乏少力，不思饮食，午后发热，胸闷身重，时有恶心欲呕，以为太累，未诊治；近月渐感诸症加重，又增便溏不爽，午后热甚，遂到当地村卫生所求治，当时体温38℃，先后用安乃近、APC、四环素、青霉素等治疗至今，诸症反见明显，更增口干，食后脘腹作胀，小便黄少。查：形体消瘦，面色黑黄，神疲倦怠，少气懒言，苔黄少津，脉虚细，体温38.3℃。三大常规各项指标无明显异常；肥达反应及胸透均无异常发现。证属脾胃运化无力，湿郁发热。治宜调理脾胃以助运化，利湿清热。以参苓白术散合三仁汤化裁：白术、茯苓、山药各15g，薏苡仁、滑石各30g，党参、杏仁、蔻仁、扁豆、竹叶、法夏、厚朴各10g。5剂。嘱每日1剂，1日3服，每次150ml。复诊：热退神清，食欲增加，诸症几无，唯觉脘腹于食后稍有饱胀不适。上方去三仁、滑石、竹叶，加砂仁6g，陈皮、焦三仙各10g。续服3剂。服上方后1周来告：已康复如初，劳作自如。

按：本例属田间劳作，伤于寒湿，郁而发热。湿困脾土，脾失运化，水谷精微不能输布，筋骨肌肉失于濡养，故有神疲乏力等证。脾胃失升清降浊之司，气机为湿所阻，故有不欲饮食、时有恶心欲呕、

胸闷身重等证。健脾益气与芳香化浊之品协同作用，共达扶正气、助运化、解身困之功。[52]

十二、痿证

痿证是指肢体筋脉弛缓，手足软弱无力，日久不能随意运动而致肌肉萎缩的一种病证。其含义有二：一是枯萎，萎缩；二是不能行动。前者以患肢枯萎瘦削为特征，后者以软弱无力、不能行动为特点。故凡临床上有上述特征之一者，即可称为“痿病”。本病的形成主要有外感和内伤两方面的原因，因于外感者，责之于感受“六淫”邪气，浸淫肢体筋脉所致；因于内伤者，责之于脾胃虚弱、肝肾亏虚至筋脉失养，或瘀血、痰浊痹阻络脉所致。本病的发病率不算太低，且无一定的地域和年龄界限。根据痿证的不同临床表现，历代医家一般将其分为肌痿、脉痿、骨痿、筋痿、皮痿等五种类型。

痿证就现代医学来说，凡各种病因所致下运动神经元性（周围性或弛缓性）瘫痪，概属痿证范畴。临床上应与“痹证”鉴别。两者虽皆为肢体运动障碍，但有其殊异。《医宗金鉴》谓：“痿病足兮痹病身，仍在不疼痛里分”，指明了痿是软瘫不痛，痹是以痛为著。

【病案举例】

1. 李某，女，29岁，农民，1985年3月就诊，主诉，四肢软弱无力1年，加重1周。现不能下地活动，纳差恶心，口渴喜饮，小便量多，心悸气短，面色苍白。久经中西药物治疗效果不佳。心率118次/min，血压14/9kPa，心率齐，心尖区第一心音低纯，双上肢肌力Ⅳ极，双下肢肌力Ⅲ级，血钾2.8mmol/L，尿糖（-），心电图示各导联S-T段下移，T波低平，舌淡红、苔薄白微腻，脉细数无力。中医诊断为痿证，证属脾胃气阴两虚，累及心肾，治宜健脾益气，养阴安神，兼补肾缩尿，以参苓白术散加减：人参、白术、茯苓、陈皮、半夏、麦冬、桑螵蛸、莲子、砂仁各10g，生山药、天花粉各30g，酸枣仁20g，甘草5g。5剂后已能下床活动，诸症减轻。续服5剂，患者诸症消失，心电图恢复正常，血清钾4.9mmol/L，用上方月余，并禁食棉油，随访半年未见复发。

按：棉酚中毒性低钾软病，当属痿证。初起多出现乏力或四肢软

弱，纳差口渴，恶心，属脾胃气阴两虚证，日久病及心肾则出现心悸气短、多尿等证。究其病本于脾胃，余每遇此，多从脾胃入手兼顾心肾，遵《素问·痿论》篇，“治痿独取阳明”之古训。[118]

2. 李某，男，52岁，教师。于1980年6月2日入院治疗。患者于1957年因遭受精神创伤，长期食欲不佳，致形体消瘦，精神倦怠，头昏眼花，视力模糊，动作迟钝，下肢无力，肌肉萎缩，步履蹒跚，扶杖而行，阳痿。曾经某医院诊为“亚急性合并性共济失调”，多次予以中西药治疗，服地黄饮子、虎潜丸等百余剂罔效。此次诊时，上症依然，舌淡、苔薄白，脉细弱。诊为痿病，系思虑忧郁伤脾，致脾胃虚弱，肾阳不足。治宜健脾益气，兼补肾阳。拟方：党参30g，茯苓15g，白术12g，当归12g，黄芪40g，淮山药60g，薏苡仁30g，陈皮10g，炙甘草10g，熟地30g，芡实20g，巴戟天10g，肉苁蓉15g。服上方40剂后，头昏已减，食纳增加，精神好转，余症依然。细思患者走路摇晃蹒跚，拟原方加地龙10g，龟板15克滋阴祛风，续进40剂，诸症悉平，能步行十余里而无恙。[119]

按：《素问·太阴阳明论》载：“今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉”。本例因忧思伤脾，致脾肾俱虚。治以益气健脾为主，佐以补肾而收效。拟参苓白术散为基本方，加当归、熟地养血以利脉道，补肾生髓；芡实健脾填精益肾；巴戟天、肉苁蓉温肾补阳；龟板滋补肾阴，强壮筋骨；地龙通络祛风。守方守法，使多年沉疴痼矣。

十三、梅核气

梅核气即咽喉中有异常（异物）的感觉，是咽喉中如有梅核阻塞，咽之不下，咯之不出的咽喉疾患。病人多数为中年人，女性更为多见。本病异常感觉是多种多样的，咽喉异物感、肿胀感、压迫感、堵塞感、干燥感、浮球感等，咳又咳不出，咽又咽不下去，症状时好时坏、时轻时重。这些症状，在咽唾液时更明显，而咽食物无影响；在精神紧张、劳累过度时加重，而心情愉快时往往减轻或消失。中医学认为本病多因情志所伤，导致肝气郁结，肝郁气滞或气滞血瘀而形成，临床病证复杂多变，应辨证论治。

【病案举例】

张某，女，54岁，1986年4月初诊，咽部有异物感，吐之不出，吞之不下，时轻时重2年，伴咽喉干燥，但不欲饮，乏力便溏，饮食如故，舌淡、苔白腻，经多方求治，疗效甚微，拟上述症状，辨证为脾虚湿阻，津不上承，治宜健脾运湿，益气生津，方用参苓白术散加减：人参、云苓、白术、白扁豆、陈皮、薏苡仁、桔梗、射干、银花、玄参各10g，生山药20g，甘草5g，服药3剂，患者咽部舒畅，已不干燥，再进5剂，精神转佳，已不感乏力，大便成形，仍守原方进退20余剂而告痊愈，随访1年未见复发。[118]

按：梅核气（慢性咽炎）临床多从化痰解郁，清热解毒利咽，滋阴润燥等法治之，殊不知有一些病人以上各法均不适宜，究其病因病机当为脾虚湿阻，不能化津，津液不能上承于咽所致，以健脾化湿生津润燥治之。正如《素问·阴阳论》云："咽喉干燥，病在土脾"。临证应以咽部干燥但不欲饮伴乏力，便溏为辨证要点。本方性味平淡，温而不燥，补而不腻，临证用之每获良效。

十四、结核性胸膜炎腹膜炎

结核性胸腹膜炎是常见的肺外结核，是由于结核杆菌及其代谢产物进入过敏机体的胸膜腔，使血管壁通透性增高，蛋白质漏出，使胸腔渗透压增高而产生胸腔积液，是原发或继发结核累及胸膜的结果。可表现为发热、腹水、腹痛或腹块等症状。临床上多见于儿童及青壮年，女性略多于男性，男女之比约为1:2。

【病案举例】

吴某，女，26岁，1997年8月5日初诊。自述产后3月持续高热，消瘦，胸闷，气促，腹胀、腹痛。曾住院治疗，用多种抗生素治疗无效。求治于中医。诊见：形体消瘦，面色苍白无华，神疲懒言，语言低微，不思饮食，胸闷气促，腹胀腹痛，持续发热，无潮热、盗汗及咳嗽，舌淡、苔薄白，脉细微。结核菌素试验示强阳性。查体：胸廓饱满，呼吸音减弱，叩诊呈实音，腹部有揉面感，移动性浊音阳性。西医诊断：结核性胸膜炎、腹膜炎并腹水。中医诊断：虚劳，证属肺脾气虚。治用参苓白术散加减。处方：太子参、黄芪、白术、薏

苡仁、大腹皮、桑白皮、茯苓、山药、白扁豆各15g，陈皮、莲子、十大功劳、桔梗、律草各12g，砂仁10g，甘草6g。水煎服，每天1剂。同时输入血白蛋白，予以支持。待患者胃气渐复，可以稍进饮食后，再加用抗痨治疗。中药原方随证服用半年后诸症大减，胸、腹水消失，体重增加，复查各项指标正常，痊愈。随访5年未见复发。[7]

按：本例结核症状不典型，辅助检查未找到原发结核病灶，又持续高热，产后感染误导，故用多种杭生素无效。方用参苓白术散加减补肺健脾，使胃气得复后，再使用抗痨西药治疗，因而能获良效。

参考文献

[1] 唐有余．参苓白术散临床运用举隅．湖南中医，1999，15（6）：56

[2] 张亚声，陈怀红，周萍．张镜人用参苓白术散的独到经验．上海中医药杂志，2000，（11）：11

[3] 苗祥东．参苓白术散治疗哮喘26例．天津中医药，2003，20（5）：73

[4] 程宜福．参苓白术散新解．新医学，1977，8（3）：140

[5] 张志卿．王天夫老中医运用参苓白术散的经验．河南中医，1984（2）：19

[6] 戴林．参苓白术散在肺系疾患中的应用．中国民间疗法，2003，1（11）：44

[7] 陈云云．参苓白术散临床应用举隅．新中医，2002，34（9）：65

[8] 周妙英．参苓白术散治疗慢性呼吸道感染病例125例．实用中医内科杂志，2000，14（4）：56

[9] 邓小琴．参苓白术散治疗肺系疾病临证应用举隅．陕西中医，2006，27（4）：490

[10] 丁军利．参苓白术散加减治疗晚期非小细胞肺癌38例临床观察．河南中医，2005，25（1）：43

[11] 戴林．参苓白术散在肺系疾患中的应用．中国民间疗法，2003，11（1）：44

[12] 裔玉坚，顾学仁．参苓白术散在慢性肺心病缓解期中的应用．1997，4（11）：7

[13] 张华．参苓白术散治疗肺系疾病．河南中医，1996，15（4）：56

[14] 刘俊鹏．参苓白术散治疗肺门结合15例．1983，（4）：471

[15] 陈大英．参苓白术散临床应用之浅见．中国厂矿医学，1999，（3）：43

[16] 张光霞．肺结核中医辨治体会．福建中医药，2005，3（3）：52

[17] 曾向群. 参苓白术散的运用模式. 光明中医, 1998, 13 (77): 18
[18] 贾金花, 唐苏. 参苓白术散治疗慢性病举隅. 陕西中医, 2002, 23 (1): 76
[19] 王莹, 培土生金法应用心得, 河南中医, 1994, 14 (3): 52
[20] 潘敏娟, 程天祥. 参苓白术散运用体会. 实用中医内科杂志, 2001, 15 (1): 8
[21] 倪鹤松. 参苓白术散老方新用. 福建中医药, 1994, 25 (4): 34
[22] 王军, 孙振涛. 丹参饮合四君子汤加减治疗冠心病心绞痛50例. 实用中医药杂志, 2002, 18 (12): 11
[23] 陆艳萍. 参苓白术散新用. 实用中医杂志2000, 14 (4): 26
[24] 薛坤会, 张仲森, 徐家田. 刘祥瑛运用参苓白术散治疗胃肠病的经验. 陕西中医, 1998, 19 (7): 319
[25] 靳华. 参苓白术散治疗慢性胰腺炎腹泻52例. 菏泽医专学报, 2003, 15 (2): 68~69
[26] 刘天德. 参苓白术散加减治疗慢性结肠炎33例. 实用中医药杂志, 2001, 17 (8): 14~15
[27] 秦伟, 刘英. 参苓白术散治疗脾虚夹湿型慢性结肠炎58例. 河南中医药学刊, 1998, 13 (2): 50~51
[28] 王俊平. 痛泻要方合参苓白术散治疗慢性结肠炎59例. 时珍国医国药, 2001, 12 (3): 248
[29] 徐枫, 胡欣. 参苓白术散加减治疗慢性肝病腹泻体会. 大连医科大学学报, 2000, 22 (2): 126~127
[30] 程宜福. 参苓白术散新解. 新医学, 1977, 8 (3): 140
[31] 刘兰印. 参苓白术散加减治疗溃疡性结肠炎80例. 河北中医, 2004, 26 (7): 528
[32] 文亚春. 参苓白术散加味治疗溃疡性结肠炎132例临床报导. Journal of Chinese Physician, August, 2002, Vol 4, No8: 898
[33] 李鲜. 资生丸治疗溃疡性结肠炎的疗效观察. 中医药学刊, 2004, 22 (10): 35
[34] 冯艳. 参苓白术散加减配合灌肠治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎38例. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7 (12): 63
[35] 赵瑞先, 张惠琴, 陈丽. 参苓白术散加减治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎38例. 河南中医药学刊, 1999, 14 (5): 27
[36] 王小流. 参苓白术散加六神丸治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎96例. 河南

中医，2002，22（6）：40
[37] 胡岳然，吴超权，陈楚平等．加减参苓白术散防治放射性肠炎30例．中国中西医结合杂志，2004，24（11）：1055
[38] 王耀邦．加减参苓白术散治疗放射性肠炎36例．新中医，2002，34（6）：38
[39] 宋大松．参苓白术散治疗放射性直肠炎30例．中国中医药科技，2001，8（3）：193～194
[40] 胡岳然，吴超权，陈楚平等．盆腔肿瘤放疗中用参苓白术散防治放射性肠炎．实用癌症杂志，2004，19（3）：317～318
[41] 刘天德．参苓白术散加减治疗慢性结肠炎33例．实用中医药杂志，2001，17（8）：14～15
[42] 包广军，王铁忠．参苓白术散治疗胃与十二指肠溃疡．河南中医药学刊，2002，17（6）：49～50
[43] 周敏．参苓白术散的临床应用．中医研究，1998，11（3）：52～54
[44] 刘庆春．参苓白术散加减治疗肝硬变腹水33例．临床军医杂志，2001，29（1）：116～117
[45] 张照兰．参苓白术散加减与酚妥拉明联用治疗肝炎后肝硬化34例．新中医，1996，28（12）：40～41
[46] 向元礼，罗俊华．参苓白术散加减结合利尿剂治疗肝硬化腹水32例．中西医结合肝病杂志，2002，12（6）：366
[47] 姜淑彦，补中益气汤合参苓白术散加减治疗肝硬化性腹泻30例．实用中医内科杂志，2004，18（3）：214
[48] 孙世发，名方配伍及应用．北京：人民卫生出版社，2002.340
[49] 张照兰．参苓白术散加减与酚妥拉明联用治疗肝炎后肝硬化34例．新中医，1996，28（12）：40～41
[50] 黄泰生．参苓白术散临床新用．江西中医药，1983，（5）：35
[51] 张华玉，张莹雯，陈友香．新中医，2000，32（3）：55
[52] 杨建英，梅国胜，黄选玮．参苓白术散临床应用体会．四川中医，2001，19（10）：73
[53] 何国强，周世印．脂肪肝从湿毒论治初探．浙江中医杂志，2005，（6）：254
[54] 李峥，李亚静，孙家敏，参苓白术散加减治疗脂肪肝疗效观察，医药产业资讯，2006，3（14）：293
[55] 李静君，吴俊喜，陈雪清．参苓白术散化裁治疗肠易激综合征100例．临

床荟萃，2003，18（8）：466
[56] 刘明星，江冬兰．参苓白术散加葛根治疗肠易激综合征86例．福建中医药，2003，34（5）：31
[57] 王爱军．参苓白术散加减治疗结肠易激综合征63例．江西中医药，2002，33（2）：21
[58] 张希全，张淑娥．参苓白术散加味治疗腹泻型肠易激综合征67例．中国中西医结合脾胃杂志，2000，8（2）：119
[59] 陈术红，臧传国．参苓白术散治疗肠激惹综合征30例．中国民间疗法，2004，12（7）：53
[60] 朱亚芹．痛泻要方合参苓白术散治疗肠激惹综合征32例．黑龙江中医药，2004，（3）：25～26
[61] 张淑娥，张希全．参苓白术散加味治疗肠易激综合征52例．陕西中医，1998，19（7）：312
[62] 于锡海，李健．参苓白术散为主治疗肠易激综合征34例．山东中医杂志，1996，15（9）：399
[63] 张小红．参苓白术散和西沙比利联合治疗糖尿病性胃轻瘫42例．安徽中医临床杂志，2001，13（3）：182
[64] 张善举，王健俐，郭志玲．参苓白术散加味治疗非溃疡性消化不良120例．中国中医药信息杂志，2000，7（12）：57～58
[65] 余卓文．参苓白术散加减治疗抗结核药物引起胃肠副反应53例．新中医，2004，36（6）：17～18
[66] 郝小萍，杨清芬．参苓白术散治疗抗结核药致胃肠副反应30例．新中医，2003，35（5）：34～35
[67] 王少华，参苓白术散和枳术丸的临床应用，中医杂志，1959，（9）：54～56
[68] 王驰．参苓白术散合平胃散治疗抗生素相关性腹泻43例．浙江中医学院院报，1998，22（2）：25～26
[69] 刘海林，李瑞林．参苓白术散治疗肠菌失调性腹泻15例．湖南中医杂志，1996，12（5）：25
[70] 徐涛，孟春林．参苓白术散治疗胆囊切除术后腹泻70例．河北中医药学报，2001，16（2）：25～26
[71] 马立人．资生丸加减治疗胆囊切除后腹泻体会．中医研究，2003，16（5）：62
[72] 龚树春，沈桂英．参苓白术散治疗脾切除术后胃肠功能紊乱57例．河北中

医，1994，16（1）：9～10
[73] 陈蔚，刘志荣．参苓白术散治疗术后肠功能紊乱20例．山东中医杂志，2003，22（12）：746
[74] 许小娟．参苓白术散治疗消化系统恶性肿瘤术后胃肠功能紊乱58例．吉林中医药，2006，26（1）：22
[75] 何志屏．加味参苓白术散治疗抗结核药致胃肠道副反应40例观察．实用中医药杂志，2006，22（3）：136
[76] 黄健，参苓白术散加味治疗难治性肠病验案举隅，河北中医，2006，28（4）：273～274
[77] 谢争鸣．参苓白术散加减治疗应激性溃疡32例．实用中医内科杂志，2001，15（3）：23
[78] 古风交，王晓娜．参苓白术散加减治疗脾虚泄泻60例．河南中医，2005年，25（2）：12
[79] 王东梅，程斌．参苓白术散治疗慢性肝源性腹泻30例．四川中医，2000，18（10）：23
[80] 曹阳，竹青，王明如．加减参苓白术散与中药灌肠治疗慢性腹泻59例．浙江中西疾结合杂志，1998，8（1）：41
[81] 王东梅，程斌．参苓白术散治疗慢性肝源性腹泻30例．四川中医，2000，18（10）：23
[82] 池绳业，参苓白术散在临床上的应用，福建中医药，1965，10（5）：37～39
[83] 王少华，参苓白术散和枳术丸的临床应用，中医杂志，1959，（9）：54～56
[84] 孟长厚，刘军．参苓白术散治疗慢性肾小球肾炎22例．乌盟医院院报，1994，（4）：49
[85] 朱红梅．加味参苓白术散治疗慢性肾炎116例．山东医药，2005，45（20）：65
[86] 钟捷．加味参苓白术散治疗慢性肾炎普通型36例．新中医：1992，25（11）112
[87] 陈小丹，王莉．加味参苓白术散随症加减治疗尿路感染40例．实用中医药杂志，2004，20（8）：432
[88] 陈红．参苓白术散随症加减治疗尿路感染30例．河南中医，2003，20（8）：342
[89] 谢炳国．参苓白术散加减治疗尿路感染的体会．浙江中医杂志，1993，28

(11)：508
[90] 凌天佑．济生肾气丸合参苓白术散为主治疗痛风性肾痛病34例．湖南中医杂志，1999，(1)：26
[91] 张蕾蕾，金华，金钊，王毓秀．参苓白术散抑制肺结核化疗中血尿酸升高的临床观察．中华实用中西医杂志，2000，18 (8)：1108～1109
[92] 范青丽．参苓白术散治劳淋的体会．甘肃中医，1998，11 (5)：18
[93] 解冰．参苓白术散加减治疗高脂血症50例临床观察．国医论坛，2000，15 (1)：31
[94] 解冰．参苓白术散治疗高脂血症疗效观察．江西中医药，2000，31 (6)：23
[95] 倪鹏松．参苓白术散老方新用．福建中医药，1994，25 (4)：34
[96] 资晓专．参苓白术散加味治疗化疗后白细胞减少症75例．湖南中医杂志，2002，18 (5)：30
[97] 张瑞彬．参苓白术散合可乐宁治疗糖尿病腹泻临床观察．河北中医，2003，25 (9)：682
[98] 胡爱民．参苓白术散化裁治疗糖尿病腹泻．湖北中医杂志，2003，25 (6)：34
[99] 鲁改丽，王晓平．参苓白术散加味治疗糖尿病肠病腹泻63例．中国民间疗法，2002，10 (6)：50～51
[100] 陆雨林，瞿伟．参苓白术散加味治疗糖尿病性腹泻30例．南通医学院学报，2002，22 (4)：448
[101] 颜振宇．参苓白术散配合优降糖治疗糖尿病35例．湖南中医药导报，2001，7 (6)：301～302
[102] 史国梅，樊来应，刘清云．参苓白术散治疗消渴疗效观察．实用中医，1993，11 (7)：55～56
[103] 朱红梅．参苓白术散化裁治疗糖尿病伴见胃肠功能紊乱30例．湖北中医，2001，23 (10)：29～30
[104] 孟敏，吴秀娥．参苓白术散加减治疗糖尿病并腹泻16例．河北中医，1995，13 (5)：65
[105] 贺庆华．参苓白术散治疗糖尿病并鹅口疮30例．四川中医，1999，17 (9)：19～20
[106] 刘桂林．参苓白术散治疗糖尿病性腹泻的体会．辽宁中医学院院报，2003，5 (2)：115
[107] 王小顺．参苓白术散治消渴兼证案．黑龙江中医药，1994，16 (5)：56

[108] 李英顺．万晓红，万山红，参苓白术散治疗功能性水肿50例临床报告．中医药学报，1999，(4)：80
[109] 冯慧善，郭向红，陆丽娟．参苓白术散治疗功能性水肿．黑龙江医学，1998（12）：80
[110] 茅裕琴．参苓白术散临床应用举隅．山西中医，1994，10（4）：44
[111] 张道远，侯丽娟．参苓白术散用于中风后遗症．河北中西医结合杂志，1998，7（12）：1944～1945
[112] 严长江．参苓白术散加减治疗晚期血吸虫病腹水256例．江西中医药，2004，35（5）：49
[113] 李宁鸿，刘琴芳，陶庆等．参苓白术散加减治疗免疫功能低下48例．吉林中医药，1997，(4)：14～15
[114] 张瑞丽．参苓白术散临床应用举隅．实用中西医结合临床，2006，6（2）：42
[115] 陈永贵．参苓白术散在治疗着痹中的妙用．实用中医内科杂志，1994，8（3）：43
[116] 刘西跃，邓观卿．资生丸治疗神经性厌食症．山东中医杂志，2000，19（3）：160
[117] 曹秉时．参苓白术散的临床应用体会．河南中医，1992，17（3）：44
[118] 鱼经堂，张会会．参苓白术散新用．陕西中医，1995，16（2）：84～85
[119] 杨灿．参苓白术散新用案选．湖南中医杂志，1987，(1)：50

第二章 妇产科病证

第一节 月经病

月经病是指月经的周期、经期、经量、经色、经质发生异常变化，或以伴随月经周期所出现的症状为特征的一类疾病。月经病是妇科最常见的疾病。其病因病机主要是七情所伤或外感六淫，或先天肾气不足，多产房劳，劳倦过度，使脏器受损，肝脾肾功能失调，致冲任二脉损伤，发为月经病。治疗原则重在调经以治本。调经的具体方法有调气血、补肾、扶脾、疏肝、调理冲任等。其中，扶脾在于益血之源，以健脾益气为主，脾气健运，统摄有权，生化有源，则血海充盈，月经之期、量便可正常。可临证选择应用参苓白术散加减治疗。

一、月经不调

《妇科玉尺》说："经贵乎如期，若来时或前或后，或多或少，或月二三至，或数月一至，皆为不调。"包括月经先期、月经后期、月经先后不定期、月经过多、月经过少等。对月经不调应作妇科检查，排除生殖器官器质性

病变及妊娠并发症，才能确定诊断。

【临床应用】

贾氏[1]以四逆散合参苓白术散化裁治疗少女月经不调11例，均出现月经周期紊乱、经量多、腹痛乏力等症状。治疗：太子参30g、茯苓15g、白术（炒）30g、莲子（炒）30g、薏苡仁30g、砂仁15g、扁豆（炒）15g、香附（酒、醋、姜炒）各5g、白芍30g、山药30g、柴胡（醋炒）15g、枳实15g。以上诸药共研为极细药粉，以550g蜂蜜炼沸后，加药粉为膏。每日早晚各1次，每次1小勺，约为9g，白开水送服。服药后食桂圆3粒。经期每日加服1次。结果：11例均在调理1~2个月后，诸症悉平。

【病案举例】

1. 王某，女，12岁，学生，2002年4月6日初诊。其母诉：患儿素来健康无恙。于11岁月经初潮，量多，色暗，周期紊乱。经行腹痛，常觉头晕、四肢无力、不思饮食、不喜活动，同前如若二人。察患儿神色倦怠，面黄少华，舌淡苔白腻，边有齿痕，脉细弱缓。观前服方药，多为归、芎、芍、地、参、附之类，遂以参苓白术散为膏，嘱其按时服用，在白开水中加陈皮1片泡水送服。1个月后，其母告知，其女身体恢复很好，月经正常。

按：历代中医家认为脾胃是影响和决定月经是否正常的重要因素，脾胃虚弱则水谷运化失职，无源以冲养机体，故见患儿神色倦怠，面黄少华，常觉头晕、四肢无力、不思饮食、不喜活动。治以参苓白术散健脾益气，健运中焦，资其化源，则诸症悉除。

2. 武某，女，10岁，学生，2002年9月初诊。其母诉：其女自幼体弱多病，多以药物助养。2002年4月某日忽觉腹痛如刺，服药无效，继之见血，孩子恐慌，昏晕倒地，察为月经来潮。后月经时来时止，无定期，身体越见消瘦。查患儿发育不良，毛发不荣，面色苍白，声低形怯，身体瘦弱。舌淡无苔，脉微细略涩。遂以太子参30g，茯苓15g，白术（炒）30g，莲子（炒）30g，薏苡仁30g，砂仁15g，扁豆（炒）15g，香附（酒、醋、姜炒）各5g，白芍30g，山药30g，柴胡（醋炒）15g，枳实15g。以上诸药共研为极细药粉，以550g蜂蜜炼沸后，加麦冬、五味子为膏以治，日服2次，经期加服1

次，另以山药（炒香）100g、女贞子60g、黑芝麻（微炒）60g、核桃仁60g，磨成细粉，以等量白面炒成熟面，合上4味，每日晨冲服9g，调理2个月后，体重增加，月经基本正常，继以前法调治，其母诉近半年已不需其他药品助养。[1]

按：《素问·上古天真论》："女子七岁，肾气盛，齿更发长，二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下"。女子月经犹如月之盈亏，潮之涨落，循规而行，故《内经》称之为"月事"，是女子成熟后的正常生理现象。现今青少年接触事物多，思想压力大，学习负担重，或身体早熟营养过剩，或身体瘦弱营养缺乏，其发病虽与淫邪因素、七情内伤、生活所伤、体质因素不无关系，但从气血失调，脏腑功能失常和冲任督带损伤等病因讲，总以动血为忌。12岁少女，身体生长发育虽然较快，但生殖器官尚处于幼稚状态，所以不能概而论治。经病治则重在治本以调经。《内经》云："谨守病机"，审辨脏腑亦藏亦泻、定期藏泻的规律，以平为期。《景岳全书·妇人规》："调经之要，贵在补脾胃以资血之源，养肾气以安血之室"，"妇人之治，则有治肝补脾之要妙"，参苓白术散贵在补脾，太子参大补元气宜于小儿；白术理中益脾，运气利血；薏苡仁通利血脉；砂仁专治肝肾；山药固肾益精；柴胡疏肝解郁；白芍养血柔肝；香附理气解郁，止痛调经，推陈致新，为女科之主帅。本文所治，不以经治，反获治经之效，正是遵循经典大法而获良效。

3. 李某某，女，38岁。月经每每后期，量少色淡，经后常感头昏心慌，舌淡苔薄腻，脉缓。证属禀赋不充，脾气虚弱，中焦化源亏乏，不能充盈血海，内养冲任，月经之机乖乱故也，治疗用党参15g，茯苓神各10g，白术10g，山药10g，扁豆10g，薏苡仁10g，莲子肉10g，当归、白芍各10g，地黄10g，女贞子15g。服药3周后，月经来潮时，诸症皆除，量、色恢复正常，随访1年未再复发。[2]

按：月经为女子特有生理状态，所谓"二七而天癸至，月事以时下"。在排除内外因素的干扰下，月经即能按期而至，而脾胃则是影响和决定月经是否正常的重要因素，历代中医家在这方面看法大体是一致的。清代傅青主在论述治疗妇女月经病时强调指出：调和脾胃，健运中焦，资其化源，十分重要。故以参苓白术散健运中焦，则

化源足，最终达到养血调经的目的。

二、经行泄泻

值经期或经行前后出现大便溏薄，甚至清稀如水，经净自止者，称“经行泄泻”。本病与内科中的泄泻不同，此泄泻与经行有关，经行时盆腔内充血，肠蠕动加速多会出现便烂，次数略多的现象，这多为自然情况，如果大便次数增加1日3次以上，便溏稀薄这就为病患。本病多因脾虚气弱，运化失常，水谷不运，下注而为泄泻；再者肾阳虚弱，命门火衰，不能温煦脾阳，水湿下注（肾主水液，水液不运）亦易致泄泻。《陈素庵妇科补解》中记载：“经正行忽病泄泻，乃脾虚。”《医宗金鉴·妇科心法要诀》将本病分为脾虚、虚寒、虚热及虚湿等，但总因为虚。临证治泻多先治脾，分利水湿是大法。对于经行脾虚泄泻者，可选择应用参苓白术散。

【临床应用】

张氏[3]应用参苓白术散加味治疗经行泄泻52例，平均年龄为35.2岁，平均病程为7.8年。治疗予以参苓白术散加味方：人参6g，茯苓、白术、扁豆、莲子、吴茱萸、巴戟天、补骨脂各10g，山药、薏苡仁各12g，砂仁3g（另包后下）。经前3天开始，每日1剂，水煎服，连用5~7天为1个疗程。（治愈：经行大便正常，无周期性发作；好转：经行泄泻次数减少，症状减轻，或泄泻虽止，但月经周期内又复发者；未愈：经行泄泻症状无变化。）结果：52例患者，均治疗1个疗程，治愈37例，好转11例，未愈4例，总有效率为92.3%。

李氏[4]以参苓白术散治疗经行泄泻24例，治疗方法：基本方参苓白术散：人参（去芦），白术，白茯苓，炒甘草，山药，炒白扁豆，莲子肉，薏苡仁，缩砂仁，炒桔梗。临证加减：若脾阳虚甚，腰腹冷痛，手足不温加吴茱萸、肉桂、厚朴以温中散寒；脾虚有热去人参，加黄连、黄芩、葛根；脾虚挟湿易人参为党参，减莲肉，加吴茱萸，炮姜；泄泻伴有恶心、呕吐者，减人参，加藿香、佩兰；泄泻伴胸胁乳房胀满者加白芍、柴胡、枳壳。对于病程较长者，肾阳虚、火不暖土加补骨脂、巴戟天、五味子、肉豆蔻等；久泻中气下陷，矢气

频作、阴吹者加升麻、黄芪、当归；滑泄较甚者加收敛固涩药赤石脂、炙诃子、芡实、补骨脂等。结果：全部病例在服药6剂后泄泻均明显减轻或停止。服药时间最短者为1个月经周期、服药4剂，最长者治疗3个月经周期、服药20剂。

【病案举例】

1. 李某，女，27岁，干部。主诉每次行经时均伴泄泻，日3～4次，经行量多，大便稀，行经时间较长，经止泄泻止，已近10年。纳可，其人形体消瘦，面色萎黄，声低气短，舌苔薄白而腻，脉濡细，证属脾胃虚弱，方用参苓白术散：薏苡仁、山药、炒麦芽各30g，太子参、扁豆、茯苓各20g，砂仁、白术各15g，泽泻、莲子肉、桂枝各12g，炙甘草6g。水煎服，1日1剂。用上方5剂泄泻止，行经5日止；下次月经行前又服5剂，行经又5日止，泄泻也止；再下月又服5剂，停药，泄泻未再发生，行经时间5日，病情痊愈。1年后随访，未再复发。[5]

按：经行前后或正值经期，大便溏稀，日解数次者，其病因病机主要责之于脾，因脾主运化，经行时脾胃更虚，遂致泄泻。用参苓白术散，意在健脾益气，脾胃气盛，则经来不泻。

2. 某女，35岁，近年来每逢月经来潮，即发泄泻，腹胀微痛，精神困倦，饮食少近，头目眩晕，月经或多或少，色淡，舌质淡红，脉象濡缓无力，脉症合参，良由脾胃虚弱，湿聚中焦所致，治宜运脾渗湿，理气调经。处方：西党参9g，白茯苓9g，淮山药12g，薏苡仁12g，炒扁豆9g，炒莲肉9g，缩砂仁2.4g，陈皮2.4g，生山药9g，制香附4.5g，粉葛根4.5g，炙甘草3g，上方加减连服4剂，诸恙悉除，经随访观察4个月未见复发。[6]

按：泄泻之本，无不由于脾胃。患者饮食少近，精神困倦，头目眩晕，表现出一派脾虚胃弱之症。故治疗从脾胃入手，以参苓白术散健脾益气，则中焦运化恢复正常，而诸症除矣。

3. 苏某，女，25岁，西郊小学教师。于1964年11月13日门诊，病历号30710。主诉：近年来每逢月经来潮，即发泄泻，腹胀微痛，精神困倦，饮食少进，头目眩晕，月经或多或少，色淡，舌质淡红，脉象濡缓。脉证合参，良由脾胃虚弱，湿聚中焦所致，治宜运脾

渗湿，理气调经。处方：西党参三钱，白茯苓三钱，淮山药四钱，薏苡仁四钱，炒扁豆三钱，炒莲肉三钱，缩砂仁（杵冲）八分，陈皮八分，生白芍三钱，制香附一钱半，粉葛根一钱半，炙甘草一钱。上方加减连服4剂，诸恙悉除，经随访观察4月未见复发。[7]

按：行经泄泻一证，亦有脾虚与肾虚之分，或有脾虚而肝气乘之，因而腹痛泄泻。本例属脾气素虚，当经行之时健运功能衰减致泻。《世补斋医书》说："脾属湿土，脾虚则土必不实矣，土不实而湿更甚，经水将动，脾先不固"。故用参苓白术散加葛根以举下陷之脾气，加香附、白芍等以理气调经。此与一般泄泻同中有异，使脾胃日强，湿气自化，湿化则月经自调。

三、闭经

女子年逾18周岁月经尚未初潮，或已行经而又中断达3个月以上者，称为闭经。妊娠期、哺乳期暂时性的停经、绝经或有些少女初潮后，一段时间内有停经现象等，均属生理现象，不作闭经论。闭经最早记载于《内经》，称为"女子不月"、"月事不来"。《景岳全书·妇人规》以"血枯"、"血隔"分虚实立论。

【病案举例】

1. 刘某，女，17岁。1984年5月4日初诊，患者月经以往正常。自述近3个月经水突然未讯，面色萎黄，精神疲倦，伴有食少便溏，腹胀，口淡无味。舌质淡，舌苔白腻，脉沉细。四诊合参，此乃脾虚中阳不振之证，治宜补脾和胃，益气养血。拟予参苓白术散加当归、川芎、熟地。文火煮，温服，1日1剂。进药4剂，经水即潮，量少，色暗红，诸症有所改善。又继服原方，隔日1剂，调治1周。次日，经水如期而临，色量正常，随访1年，均按期而至。[8]

按：《兰室秘藏》云："妇人脾胃久虚，或形羸气血俱衰，而致经水断绝不行。"本例患者系脾虚中阳不振，则脾胃之化源不足，无以充养血海而致闭经，投以参苓白术散以健运中焦，四物汤以养血调经，切中病机，收效良好。

2. 马某，女，36岁，已婚。1993年6月25日初诊。3年前曾患黄疸型肝炎，常服苦寒之药，黄疸退后胃纳一直不佳。近半年来，虽

能勉强进食，每餐至多1两，食后胃脘不舒，心下痞满，嗳气不止，大便稀薄，动则心悸气短，形体日益消瘦。服西药常有反应，服中药可获小效。月经逐渐减少，4月未行。现患者面色淡黄，精神疲惫，四肢无力，面目浮肿，声音低微，动则汗出，食少便溏，舌淡无味，舌质淡，脉缓弱，体重已由原来的70kg减至45kg。治宜扶脾阳、益脾阴，助运化。方药予参苓白术散加减：人参50g，茯苓50g，白术50g，薏苡仁30g，山药30g，芡实30g，神曲30g，麦芽30g，山楂30g，扁豆30g，砂仁25g，白蔻仁25g，桔梗15g，藿香15g，甘草15g，陈皮30g，上药共研粗末，每服15g，水煎服，生姜3片，大枣5枚，水煎两次兑在一处，早晚饭后半小时服之，连用1月，饮食、大便正常，面色红润，体力渐复，又服2月，月经亦通，继服归脾丸调理而愈。[9]

按：盖脾主运化水谷而生气血，脾虚不运则血虚，血虚则冲任衰少而闭经，脾虚血少不能养心则心悸，不荣肌肤则面色不华，脾虚中阳不振则精神倦怠，短气乏力，手足不温。脾虚不运则食少便溏，甚或浮肿，舌淡、苔白、脉缓亦脾虚之证。故予参苓白术散，切合病机，则收效满意。

第二节 带下病

正常带下乃为女子青春期之后肾气充盛，脾气健运，由任、带约束而润泽于阴户的一种无色、质稀、无臭的液体，其量适中。正如《沈氏女科辑要笺正》引王孟英所说："带下女子生而即有，津津常润，本非病也。"但如带下明显增多，色、质、气味发生异常变化，伴全身或局部症状者称为"带下病"。本病主要由于湿邪影响任、带二脉，以致带脉失约、任脉不固所致。常见病因有脾虚、肾虚和感受湿热。因饮食不节，劳倦过度，忧愁思虑或肝病乘脾或肾虚不温脾，均可损伤脾气，导致脾虚运化失常，反聚为湿，流注下焦，伤及任带而为带下病。

【病案举例】

1. 周某，女，32岁，工人。初诊日期1992年11月3日。带下

量多月余。就诊前曾口服灭滴灵，并予妇炎平片、灭滴灵片等外用，效不佳。顷诊：带下量多，绵绵不断，色白质稀无臭，面色萎黄，神疲乏力，舌淡苔薄白，脉细弱。证属脾胃气虚，水湿不化，湿浊下注，任、带失约。治宜健脾益气除湿，方选参苓白术散加苍术、车前子（包煎）、柴胡。服药5剂，带下即已。唯胃纳欠佳，予原方加健脾理气之谷麦芽、陈皮，以善后。[10]

按：患者平素劳倦过多，饮食不调，损伤脾胃，脾虚则转输失职，湿邪内聚，注于下焦，伤及任、带二脉，缪仲谆云："白带多是脾虚，…脾伤则湿土之气下陷，是脾精不守，不转输为营血，而下白滑之物。"故治宜"大补脾胃之气。"以参苓白术散健脾益气和胃，加苍术、车前子以增强化湿理气之功，稍佐舒肝之柴胡，使"风水不闭塞于地中。"诸药合用，则脾气健而湿气消，自无白带之患。

2. 王某，女，43岁，农民。1982年4月25日初诊。患带下病已1年之久，累治不愈。带下量多，质清稀有腥臭味。月经错后色淡。伴头晕乏力，心悸，动则汗出，纳谷不香，肢体困倦，腰脐酸软。下肢、眼睑轻度浮肿，晨起明显。此为脾失健运，带脉失约，任脉不固，水谷精微不能化生气血而下注为湿浊所致。拟方：党参20g，白术、云苓各12g，白扁豆、淮山药、薏苡仁各18g，陈皮15g，再加黄芪18g，升麻9g，煅龙牡各18g（先煎）。固涩止带，服5剂后，白带量较前少，身觉有力。宗此方服30剂而痊愈。[11]

按：带下病是妇科常见病，缠绵难愈。临床上虽然有五色之分，但根源在于脾虚失运，清阳不升，湿浊下趋所致。治疗本病，首应健脾升阳，再结合临床见症，酌情加减。或佐以舒肝理气，固肾摄精；或佐以清热利湿，解毒化浊等法，不论白带、黄带、赤带等均可以用参苓白术散加减化裁，验之临床，确有良效。

3. 患者林某，女，35岁，温州画帘社工人，于1965年1月7日就诊，经断数载，白带多如涕唾样，连绵不绝，秽气不重，伴见腰酸倦怠，夜则溲多，饮食少思，大便溏薄，舌淡苔白，脉缓而弱，脉症相参，此乃脾虚带下。治宜培土化湿，健脾和胃，佐以固涩收敛之品，用参苓白术散加减。处方：潞党参三钱，白茯苓三钱，淮山药四

钱，石莲肉三钱，生薏苡仁四钱，山萸肉一钱半，金樱子三钱，鹿角霜三钱，乌贼骨三钱，炙甘草一钱。

按：带下成因有脾虚、肝郁、湿热下注、肾气不足、下元亏损等等，治之之法应分别原因进行治疗，本例隶属脾虚带脉不约，故采用健脾束带法为主。[7]

第三节 妊娠病

妊娠期间发生的与妊娠有关的疾病称为妊娠病。其发病机理为：受孕之后，阴血聚于冲任以养胎，以致孕妇机体处于阴血偏虚、阳气偏亢的生理状态，同时随着胎体渐长，往往影响气机之升降，若妇人素有脏腑气血偏盛偏衰，或孕后复感邪气，则可伤及脏腑、气血或冲任，从而发生妊娠病。治病与安胎并举是治疗妊娠病的一般治疗原则，安胎之法以补肾培脾为主，补肾为固胎之本，培脾乃益血之源，本固血充，则胎可安。参苓白术散在治疗妊娠病中有着较广泛的应用。

一、妊娠恶阻

妊娠早期出现恶心呕吐，或食入即吐，称为“恶阻”。亦称“子病”、“病儿”、“阻病”等。本病是妊娠早期常见的证候。若仅见恶心嗜酸，择食，或晨间偶有呕吐痰涎，为妊娠早期常有的反应，一般3个月后即可消失，此不属本病范畴。《景岳全书》指出了恶阻是因“忽受妊娠，则冲任上壅，气不下行，故为呕逆。”因孕后经血不泄，冲脉之气较盛，冲脉隶于阳明，若脾胃素虚，或因饮食失节，或劳倦过度，或忧思气结，损伤脾胃，胃失于和降，反随冲气上逆，发为恶阻；或因脾虚不运，痰湿内生，冲气挟痰湿上逆而致恶心呕吐。

【病案举例】

林某，女，25岁。1984年10月5日初诊，妊娠近3个月，恶心呕吐不食，口淡乏味，倦怠嗜卧，伴有头晕。舌淡苔白润，脉缓滑。证属脾虚不运，胃失和降。治宜健脾养胃，降逆止呕。处方：党参10g，白术10g，茯苓15g，砂仁8g，淮山药15g，扁豆12g，陈皮9g，

木香9g，半夏10g，甘草6g，生姜3片，大枣3枚。水煎服。服上方3剂，恶心呕吐即止，再守原方3剂胃纳转佳，诸症消除。[8]

按：证由脾胃素虚，孕后血盛于下以养胎，冲脉之气上逆，胃气不降，反随逆气上冲，则恶心呕吐不食，脾胃虚弱，中阳不振，浊气不降，故口淡乏味，倦怠嗜卧，伴有头晕。均为脾胃虚弱之征，故投以参苓白术散健脾胃，运中阳而降逆气，使诸症悉除。

二、子肿

妊娠后，肢体面目发生肿胀者，称为“子肿”。《经效产宝》有“治妊娠水气身肿腹胀方论”。《医宗金鉴·妇科心法要诀》根据肿胀部位及程度之不同，分别有子气、子肿、皱脚、脆脚等名称。如在妊娠七八月以后，只是脚部浮肿，无其他不适者，为妊娠晚期常有现象，可不必治疗，产后自消。本病的病因病机，主要是素体脾肾阳虚，孕后更感不足。脾阳虚不能运化水湿，肾阳虚则上不能温煦脾阳，下不能温化膀胱，水道不利，泛溢肌肤，遂致子肿。此外，胎气壅阻，气机滞碍，水湿不化，也成肿胀。故子肿临床上多因脾虚、肾虚、气滞等所致。

【病案举例】

陈某，女，31岁。1985年4月10日初诊。妊娠3个月后，出现面目四肢浮肿，胸闷气喘，四肢不温，口淡无味，恶心呕吐，大便稀薄。舌质淡红胖嫩，苔薄白，边有齿痕，脉缓滑。此乃脾阳不振，水湿停聚。治宜温中健脾，渗湿利水，方用参苓白术散加减：党参12g，白术10g，茯苓15g，桂枝6g，芡实9g，淮山药15g，砂仁6g，莲肉12g，扁豆15g，大腹皮15g，陈皮9g，防己9g，生姜3片。3剂水煎服，1日1剂。服上药3剂，浮肿明显减轻，手足转温，大便正常，但仍有口淡无味，恶心呕吐。原方加藿香10g芳香化浊，以止恶呕，又服4剂，浮肿消失，恶呕已除，诸症痊愈。[8]

按：脾主四肢、肌肉，脾阳不运，水湿停聚，浸渍四肢肌肉，故出现面目四肢浮肿。脾虚中阳不振，故胸闷气喘，四肢不温。中焦运化失司，故口淡无味，大便稀薄。舌质淡红胖嫩，苔薄白，边有齿痕，脉缓滑。俱为脾虚中阳不振之候。正如《经效产宝》所云：“脏

气本弱，因孕重虚，土不克水。”故以参苓白术散培土以治水，则水湿得除，诸症皆除。

三、乳泣

初孕妇女，妊娠期间乳汁自行流出，谓之“乳泣”，临床虽少见，亦间或有之。《景岳全书三十九·妇人规下》云：“未产而乳汁自出者，以胎元薄弱，滋溉不全而然，谓之乳泣，生子多不育。”指出了其病机，病名及预后。其病常常表现为胎元虚弱，一派虚寒之象。而胎元之气弱又缘于脾胃肾气虚弱所致，冲任不能固摄而然，乳汁失去控制，故自行溢出。治疗以健脾胃，益肾气，补养固摄胎元为主。故临床以参苓白术散加减治疗每获良效。

【病案举例】

1. 余某，女，25岁，1996年4月2日初诊。自诉：第1胎妊娠5个月，两乳头每日流出乳汁，乳汁清稀，湿透胸襟，淋漓不止，体倦纳减，乳房不痛不胀。舌质淡，苔薄白而滑，脉沉弱。诊为脾气虚弱，胎元不足，不能统摄。方以参苓白术散加减治疗，处方：红参10g（另炖），白术15g，茯苓9g，炙甘草3g，淮山药15g，扁豆6g，莲子肉15g，芡实15g，金樱子20g，陈皮5g，炒麦芽15g，神曲6g，白豆蔻3g，砂仁3g，桔梗6g，藿香叶15g。水煎，每日1剂，服药3剂，乳泣基本消失，再服6剂而痊愈。足月顺产，母子健康。[9]

按：方中参、术、苓、草补气健脾益气；淮山药、扁豆、莲肉、芡实滋脾阴、助固摄；白豆蔻、砂仁、藿香、陈皮、神曲，理气醒脾，消导增食；麦芽有回乳之功，与健脾益气诸药协同作用，能加速乳汁回流；佐以桔梗载诸药上达，直趋病所，故取效显捷。合用具有调理脾胃，益气安胎之功，切中妊娠乳泣之病机。因后天之气薄弱，见有中阳不振之证，故以本方施治，重用人参，效捷力宏，使中阳一振，脾胃之气充沛旺盛，化源得养，血亦充盈，胎元得固，统摄有权，乳汁自回。金樱子酸涩，可以固脱，脾虚乳汁自溢非涩剂无以固之，故加金樱子以臻完善。

2. 胡某，女，23岁，1997年1月15日初诊。初孕3个月，每日两乳头溢出乳汁淋漓不止，见乳汁清稀质淡，乳房软，不痛不胀；素

体虚弱，形体消瘦，面色㿠白，语言轻微，四肢不温而无力，腰膝酸楚，有时恶心呕吐，纳减，舌质淡，苔薄灰而滑，脉滑细而弱，此为脾肾气虚，胎元不足，冲任气虚，不能固摄。治宜健脾益肾，固摄冲任，以养胎元。方用参苓白术散为主方加减，处方：党参30g，白术20g，茯苓6g，莲子肉15g，砂仁15g，淮山药20g，白豆蔻3g，桔梗6g，藿香叶6g，金樱子20g，巴戟天12g，芡实15g，扁豆6g，炙甘草6g，陈皮6g，神曲12g。水煎服，每日1剂，连服3剂。复诊：服药后，乳汁自溢大大减少，守上方再进3剂。三诊：乳汁溢出基本消失，胃纳增加，仍守上方，日服1剂，连服3剂，症状痊愈。足月分娩顺产，至今母女皆健。[12]

按：方中参、术、苓、草补气健脾益气；淮山药、扁豆、莲肉、芡实滋脾阴，助固摄；白豆蔻、砂仁、藿香、陈皮、神曲，理气醒脾，消导增食；麦芽有回乳之功，与健脾益气诸药协同作用，能加速乳汁回流；佐以桔梗引载诸药上达，直趋病所，故取效显捷。合用具有调理脾胃，益气安胎之功，切中妊娠乳泣之病机。本证又兼见肾阳虚弱，故兼有腰膝酸楚。先天滋后天，后天养先天，脾主藏，肾主固，脾肾两亏，固摄无权，关门不约，故乳汁自溢不止。此时非温补之药，岂能固之。故加入巴戟天，以其甘温既可调元阳，固充血海；又能助本方温补脾肾二经，脾肾同治相得益彰，诸症自愈。

第四节 妇科杂病

凡不属经、带、胎、产疾病范畴而与女性生理、病理特点有密切关系的疾病，则属妇科杂病。

一、慢性宫颈炎

宫颈炎有急性和慢性两种，其中慢性宫颈炎是最常见的一种。妇女病，多是由于子宫颈因分娩、流产及手术损伤或局部经长期刺激感染细菌所致，也可由急性宫颈炎转变而来。慢性宫颈炎多表现为白带增多、粘稠，或呈脓性，甚至引起腰腹坠胀感，且在月经前、排便及性交时加重。而且，它还会引发诸如宫颈糜烂、宫颈息肉、宫颈肥

大、宫颈囊肿等伴随症状。其病原体主要为葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌及厌氧菌。目前沙眼衣原体及淋病奈氏菌感染引起的慢性宫颈炎亦日益增多，已引起注意。此外，单纯疱疹病毒也可能与慢性宫颈炎有关。

【临床应用】

李氏[13]以参苓白术散配合甲硝唑阴道冲洗治疗慢性宫颈炎50例。治疗：甲硝唑阴道冲洗：月经干净3天开始，外阴、阴道常规消毒，暴露宫颈，用甲硝唑注射液250ml冲洗，1次/日，连续7天为1个疗程。中医治疗：口服参苓白术散化裁。药物组成：党参、白术、茯苓各20g，薏苡仁30g，桔梗12g，陈皮10g，淮山药、泽泻、赤芍、丹皮各15g，炙没药9g，甘草6g。加减：带下臭秽者加鱼腥草30g、败酱草20g；下腹疼痛者加川楝子10g、延胡索15g；赤白带下者加炒地榆、乌贼骨各15g，上方加水浸泡30分钟后煎煮。煎2次兑匀，分2次温服，1剂/日。结果：治疗3个月后复查：治愈（白带正常，症状完全消失，妇科检查宫颈光滑）40例，好转（白带症状减轻，妇科检查糜烂面积缩小）9例，无效（妇科检查糜烂面积变化不大）1例，总有效率98%。

李氏[14]以参苓白术散配合微波治疗慢性宫颈炎50例，患者全部已生育过子女。宫颈刮片：未发现恶性细胞。妇检：慢性宫颈炎。治疗：①选择每点2sec或3sec辐射时间，将糜烂面逐点全部辐射一遍，边缘达正常上皮0.3cm，治疗后的糜烂面呈焦黄色。②中医治疗：微波治疗后第1天服参苓白术散化裁。药物组成：党参、白术、茯苓各20g，薏苡仁30g，桔梗12g，陈皮10g，淮山药、泽泻、赤芍、丹皮各15g，炙没药9g，甘草6g。加减：带下秽臭者加鱼腥草30g、败酱20g；下腹疼痛者加川楝子10g、延胡索15g；赤白带下者加炒地榆、乌贼骨各15g。上方加水浸泡30分钟后煎煮。3煎兑匀分3次温服，每日1剂。结果：治疗后3个月复查，治愈46例，好转3例，无效1例，总有效率98%。服药最多10剂，最少5剂。

【病案举例】

1. 王某，女，40岁，2002年5月20日首诊。患者带下量多、色白、清稀，腰痛，下腹坠胀，神疲乏力，病史4个月余。妇科检

查：宫颈肥大，中度糜烂，单纯型。宫颈刮片：未发现恶性细胞。白带常规：清洁度Ⅱ度，未检出霉菌，滴虫（+）。行甲硝唑阴道冲洗1个疗程。配合服用中药参苓白术散，共12剂，1剂/日。患者3个月后复诊自诉无不适。妇科检查：宫颈肥大、光滑。白带常规正常。[13]

按：慢性宫颈炎属于中医“带下病”范畴，根据中医理论：“带下俱是湿证，脾主湿”。方用参苓白术散化裁以健脾利湿止带。方中党参、白术、茯苓、薏苡仁、淮山药、陈皮渗湿健脾，泽泻利水渗湿，赤芍、丹皮活血，炙没药祛腐生肌，桔梗排脓。同时用甲硝唑阴道冲洗达到祛污、抗炎作用，二者结合治疗慢性宫颈炎，取长补短，疗效满意。

2. 王某，女，42岁，2002年3月20日首诊。患者5年多来，带下量多、色白、清稀，腰痛，下腹坠胀，神疲乏力，曾多次阴道冲洗塞药，效果不佳，现经净4天。妇检：宫颈肥大，糜烂，单纯型。宫颈刮片：未发现恶性细胞。白带常规：清洁度b，未检出滴虫、霉菌。行宫颈微波治疗，术后加服中药：党参、白术、茯苓各20g，薏苡仁30g，桔梗12g，淮山药、泽泻、芡实、赤芍、丹皮各15g，陈皮10g，炙没药9g，甘草6g，共5剂，每日1剂。患者3个月后复诊诉服中药后无不适。妇检：宫颈肥大，光滑。白带常规正常。[14]

按：慢性宫颈炎属于中医“带下病”范畴，用微波治疗可使宫颈病变组织坏死、脱落，治疗效果是肯定的。但术后阴道大量排液，可致头晕、神疲乏力等症或继发性感染。根据中医理论：“带下俱是湿证，脾主湿”，于术后加服参苓白术散以健脾利湿止带，收敛生肌。方中党参、白术、茯苓、薏苡仁、淮山药、陈皮渗湿健脾，泽泻利水渗湿，赤芍、丹皮活血，炙没药祛腐生肌，桔梗排脓。健脾补后天，气充血足，有利于创面愈合，同时健脾利湿防止了湿盛郁久化热，湿热下注，变生他病，及带下日久，伤及阴津；可减少阴道排液，预防感染。二者结合治疗慢性宫颈炎，取长补短，疗效满意。

二、子宫全切术后腹泻

子宫全切术后腹泻多属神经精神性腹泻，是由于子宫切除后，腹

腔内环境发生改变，加之手术残端所产生的病理反射导致肠管运动的紊乱而引起的腹泻。常发生于术后第2～4天内，这不仅影响病人术后体力的恢复、腹部刀口的愈合，还有可能引起阴道残端出血。中医理论认为：手术后元气大伤，脾胃虚弱，运化无权，水谷不化，清浊不分，故大便溏泻。根据本症的中医发病机理，采用健脾益气、和胃渗湿的方剂参苓白术散进行治疗，标本兼治，常可取得较好的疗效。

【临床应用】

王氏[15]以参苓白术散治疗子宫全切术后腹泻31例，治疗：人参9g，白术12g，茯苓15g，山药20g，白扁豆12g，莲子肉9g，薏苡仁9g，缩砂仁9g，桔梗9g。腹胀甚者加陈皮9g，大便次数每日超过10次者加升麻6g，此方每日1剂，水煎服。3日为1个疗程。结果：服药3天内治愈28例，继服2天以巩固疗效，治愈率占90.3%；另3例服药6天全部治愈，治愈率达100%。

三、外阴干燥症

外阴及阴道干燥不堪，甚或出现摩擦痛等表现，称为外阴干燥症。常发生于中年妇女，伴有性冷淡、厌恶和惧怕等症。本病的病因病机，主要是肝、肾、脾功能失常。肝脉绕阴器，又主藏血，为风木之脏；肾藏精主生殖，开窍于二阴；脾主运化水湿，脾之健运失常则无以濡润阴器，故见干燥诸症。是以临床应用参苓白术散健脾益肾，常获良效。

【病案举例】

张某，女，44岁，1997年4月8日初诊。停经3月，白带极少，并感外阴干燥日甚，无法行房事，阴唇摩擦痛。查雌激素水平低于正常。诊断为更年期综合征。因患子宫肌瘤，未行雌激素替代治疗遂转我科。诊见：体倦乏力，纳少，食后脘腹胀闷，口渴，午后为甚，腰痛，夜尿频数，大便溏，日解1～2次已数年，舌淡红、苔微黄腻，脉沉细缓。治以补脾益肾，和胃渗湿。拟参苓白术散加味。处方：党参、山药、薏苡仁、金樱子各15g，炒白术12g，桑寄生、补骨脂、五味子、白扁豆各9g，升麻、柴胡、甘草各6g，砂仁8g，茯苓10g。5剂，每天1剂，水煎服。药后精神转佳，疲

倦乏力、外阴干燥、摩擦痛、腰痛症均减，大便成形，每天1次。守方再进10剂，诸症消失，阴道已有少量白带。仍守方加减，用药1月，性功能恢复正常。后以独活寄生丸与六味地黄丸交替常服善后，随访2年未复发。[16]

按：本例停经后外阴干燥症，属精血亏虚所致。患者有胃下垂病史20余年，大便不调数年，证属素体脾虚，久病及肾。因脾虚在先，故治以健脾益气，和胃渗湿，佐以益肾。方中党参、白术、山药、桑寄生、补骨脂健脾益肾；茯苓、薏苡仁、白扁豆和胃渗湿；砂仁醒脾和胃，消胀增食；升麻、柴胡助健脾渗湿并升清降浊，调畅气机；五味子、金樱子、补骨脂酸温固涩，暖脾益肾止泻。诸药合用脾气得健，精血渐充，外阴干燥等症皆除。

四、不孕症

不孕症是指婚后有正常性生活，未避孕，同居2年而未能怀孕者。中医认为妇人赖肾气旺盛，真阴充足，冲任二脉协调，月经按期来潮，才能摄精受孕。若肾气不充，阳虚不能温煦胞宫，胞宫虚冷或肾精不足，冲任脉虚，胞脉失养，均可导致不孕。本病属中医学之“月经不调”、“不孕”、“断绪”、“绝产”等范畴。

【病案举例】

吴某，女，27岁，教师，1982年9月15日诊。患者婚后3年未孕，多次检查子宫后倾、发育不全。诊为原发性不孕，曾用人工周期治疗数月，及定神丸、乌鸡调经丸等罔效。自诉月经周期尚正常，但量少色淡，常年腰膝酸疼，劳累后尤甚。白带量多如清涕，神疲肢软，大便不实，舌淡红，舌苔薄白，舌根苔腻，脉濡缓。证属脾虚湿困，运化无权，气血不足。治宜健脾利湿，益肾填精。方药：西党参20g、黄芪20g、薏苡仁20g、淮山药20g、芡实20g，茯苓12g、焦术12g，枸杞15g、菟丝子15g、桑寄生15g、熟地15g。服5剂后腰痛减轻，白带减少，精神转好，嘱其继服10剂。三诊时诸症明显好转，诉跑步后稍感腰酸不适并告停经36日未行，诊得二脉缓滑，上方去薏苡仁再服4剂。患者渐感呕恶、择食、嗜睡，半月后作妊娠乳胶试验阳性。现妊娠7月，胎位胎心音正常。[17]

按：病理性不孕症的病机，多由肾虚，肝郁，痰湿等所致。先天肾气不足，精血不充，冲任脉虚，胞脉失养，气血不和，冲任不能相资；或痰湿内生，气机不畅，胞脉受阻，不能摄精成孕。本例为脾胃虚弱，生化之源不足，不能荣养冲任，故致不孕。冲脉隶于阳明，用参苓白术散调脾胃、滋化源，使精微充盈，气血旺盛，冲任通盛乃成胎孕。

参考文献

[1] 贾云．四逆散合参苓白术散化裁治疗少女月经不调11例．甘肃中医学院学报，2003，20（3）：40～41

[2] 曾向群．参苓白术散的运用模式．光明中医，1998，13（77）：18

[3] 张霞，李芝兰．参苓白术散加味治疗经行泄泻．山西中医，2004，20（2）：17

[4] 李淑平．参苓白术散治疗经行泄泻24例．吉林中医药，2000，（1）：40

[5] 陈亚敏．参苓白术散的临床应用．河北中医，1993，18（3）：460

[6] 张华．参苓白术散治疗肺系疾病．河南中医，1996，15（4）：56

[7] 池绳业，参苓白术散在临床上的应用，福建中医药，1965，10（5）：37～39

[8] 吴盛荣．参苓白术散在妇科的应用．福建中医，1990，12（6）：45

[9] 沈仲贤．资生丸在治疗疑难病中的运用．河南中医，1999，19（3）：56

[10] 茅裕琴．参苓白术散临床应用举隅．山西中医，1994，10（4）：44

[11] 张志卿．王天夫老中医运用参苓白术散的经验．河南中医，1984（2）：19

[12] 朱月英．资生丸治疗妊娠乳泣2例．安徽中医临床杂志，1999，11（3）：202

[13] 李素兰，崔雅静．参苓白术散配合甲硝唑阴道冲洗治疗慢性宫颈炎50例．传统医药，2004，11（11）：31

[14] 李萍，郑秋萍．参苓白术散配合微波治疗慢性宫颈炎50例．四川中医，2003，21（2）：48

[15] 王汴玉．参苓白术散治疗子宫全切术后腹泻31例．福建中医药，1998，20（2）：135

[16] 张华玉，张莹雯，陈友香．参苓白术散新用．新中医，2000，32（3）：55～56

[17] 黄泰生．参苓白术散临床新用．江西中医药，1983，（5）：35

第三章 儿科病证

第一节 呼吸系统疾病

一、小儿肺炎

小儿肺炎是指不同的病原体或其他因素所致的肺部炎症。多数肺炎是由急性上呼吸道感染或支气管炎向下蔓延所致，或继发于麻疹等呼吸道传染病。肺炎常见的病原体为细菌和病毒。此外，有些肺炎患儿是在病毒感染的基础上继发细菌感染所致，即所谓的“混合性肺炎”。近年来，由于抗生素大量乱用、滥用，导致菌群失调，由耐药菌株如绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌以及真菌所致的肺炎有所增多。

小儿肺炎的病因不同，其病变部位、病理特点和临床表现各有差异，多为急起发病，主要症状为发热、咳嗽、睡眠不安，或见轻度腹泻、胃口不开、恶心呕吐。以后突然出现呼吸困难、鼻扇，严重的口周青紫、心率增快，或见嗜睡神迷，或见烦躁不安，肺部可以听到中、小水泡音。其属于中医“咳嗽”、“哮喘”、“肺胀”的范畴。

【临床应用】

乌氏[1]用参苓白术散加减治疗小儿肺炎27例，临床表现发热，咳嗽、喘息，纳差，自汗，面色萎黄，精神萎靡，大便稀，小便混浊，舌质淡，指纹浮，淡红，脉浮无力。治疗方药：参苓白术散加减，阴虚有热者人参改太子参加麦冬、五味子、地骨皮、沙参；咳嗽加杏仁、前胡。结果：27例患儿中，24例痊愈，2例好转，1例未愈，治愈好转例占96%。

【病案举例】

1. 范某某，女，1岁，发烧3天，咳嗽痰多，体温39℃，白细胞11×10^9/L，近1个月来，经常咳嗽，并日渐加重。查体：左肺内可闻及干鸣，心脏听诊无异常。X线报告：沿支气管分布呈大小不等密度不均的斑片状阴影，初诊为支气管肺炎。先后静点青霉素、红霉素，效果不显，邀中医诊治。症见：发热、咳嗽、微喘、自汗、面色萎黄、精神萎靡不振，食欲尚可，小便清，大便稀黏伴有不消化食物。脉浮数，指纹淡红。拟参苓白术散加减，补脾益肺，祛痰止咳。太子参10g，白术（炒）2.5g，茯苓3g，山药（炒）10g，薏苡仁（炒）10g，莲子（炒）5g，沙参7.5g，杏仁5g，地骨皮2.5g，3付水煎服。3日后复诊：症状稍好转，改为健脾祛痰法：党参10g，白术（炒）10g，茯苓5g，薏苡仁（炒）5g，莲子（炒）10g，神曲5g，山药10g，杏仁5g，前胡3g，炙甘草2.5g，病情逐渐好转，月痊愈。[1]

按：患儿居天气严寒之地，加之小儿抵抗能力差，接受阳光温煦时短，故易患病。加之喂养不当，饥饱失调，损伤脾胃。患儿面色淡黄或㿠白，不思饮食，腹胀，便溏哭闹，头发少泽，确属脾虚之数。脾胃虚弱，肺气不足，腠理疏松，外邪袭之，缠绵难愈。通过中药参苓白术散加减，增强脾胃的运化功能，增强抗病能力，故能获效。

2. 王某，男性，12岁，初诊日期1998年11月15日。其母代诉，患儿1997年11月29日突然发热、呕吐、烦躁不安、咳嗽、喘憋，在省某医院门诊以“肺炎合并心衰”收治入院，住院期间应用抗炎、纠正心衰、输血及对症支持疗法病情得以控制，住院36天未能痊愈，患儿精神状态差，食欲不振，咳嗽，轻度呼吸困难，肺部啰

音始终不能吸收，体重明显减轻。患儿家长主动出院而来求治。证见咳声低微有痰、精神疲乏、面色萎黄、消瘦、纳差，舌质淡微腻，脉濡，二便调，伴轻度呼吸困难。查体：神清、体温37℃，双肺底可闻及少量湿性啰音，心率110次/分，偶发期前收缩、无杂音，腹部（-），血常规：白细胞 10×10^9/L，中性粒细胞0.55，淋巴细胞0.45，X线提示：双肺小片状阴影（吸收期）。西医诊断：迁延性肺炎。中医脉证合参，证属正虚邪恋，脾肺气虚、痰饮不化。处方：红参3g，茯苓10g，白术10g，山药3g，莲子10g，薏苡仁15g，砂仁6g，陈皮6g，桔梗6g，白扁豆10g，桂枝6g，炙甘草3g，生姜6g。上药共为粗末，纱布包煎，每剂煮2小时，取汁500ml，不拘次数于24小时服尽，5剂。1998年1月21日二诊，患儿面色转红，精神活泼，食欲渐进，偶有咳嗽，呼吸正常，右肺偶闻干性啰音。效不更方，原方续进7剂。10日后复查，诸症消失，面色红润，精力旺盛，精神饱满，血常规正常，X线提示：双肺无异常发现。随访半年未复发。[2]

按：患儿曾患肺系疾病，治疗1年未获良效，致病情迁延，久病体虚，加之小儿为稚阴稚阳之体，病情迁延则阳气亦虚，子病及母故出现一派脾胃虚弱之证，脾肺气虚则无力抗邪，故治疗以参苓白术散健脾益气，补土生金，则诸症悉除。

3. 刘某，女性，16岁，初诊日期1996年2月11日。患儿营养不良，消瘦，发育差，动则气促乏力，每逢外感则咳喘发作、发绀伴呼吸困难。此次患病在10天前因流感而发，遂在某医院以先心病、支气管肺炎住院治疗，经治5天后，主管医生通知第二天出院，至翌日查体后云“病情反复”，继续留治。4日后又见前次表现，患儿母亲遂主动出院求治。证见咳嗽气喘，呼吸困难，神疲乏力，消瘦汗多，面色萎黄虚浮、口唇发绀，舌淡苔腻，脉细数。体温37℃，呼吸45次/分，心率150次/分，胸骨左缘3、4肋间闻及Ⅴ全收缩期粗糙杂音，伴震颤，P_2亢进，心尖搏动弥漫性增强，两肺可闻及大量的湿啰音及痰鸣音。西医诊断：①先心病（室间隔缺损）伴心功能不全；②肺炎；③肺A高压症。中医辨证：素体虚弱，脾虚不运，水饮内停，饮邪凌心射肺伴气滞血瘀。治宜健脾化湿，温化痰饮，佐

以活血化瘀。方用参苓白术散合苓桂术甘汤加味，处方：红参6g，桂枝10g，茯苓10g，白术10g，山药5g，薏苡仁10g，莲子10g，白扁豆10g，桔梗6g，陈皮6g，炙甘草6g，生姜6g，水蛭10g。上药共为粗末，包煎2小时，取汗500ml，昼夜分6次服尽，3剂。3日后复诊，患儿服药后咳喘明显减少，尿多，发绀减轻，查肺底啰音减少，痰鸣音少量，呼吸38次/分，心率130次/分。药证合拍，效不更方，原方续进4剂。三诊，患儿精神转佳，食欲增，汗出减少，咳喘及啰音消失，呼吸平稳，心率120次/分，P_2正常，临床治愈。两年来患儿随诊，单纯应用中药辨证施治，使病情得以良好控制，于1998年3月顺利进行心脏手术，目前恢复良好，发育正常。[2]

按：患者素体虚弱，脾虚不运，水饮内停，水凌心肺则见咳嗽气喘，呼吸困难等症；胃为水谷之海，脾胃虚弱，健运失职则见神疲乏力，消瘦汗多，面色萎黄虚浮等症。故辨证属脾肺气虚、水饮内停之证。用参苓白术散健脾益气，培土生金，苓桂术甘汤通阳化饮，药证合参，故收效良好。

二、支气管哮喘

支气管哮喘是一种发作性的变态反应性疾病，儿童患此病较为多见。目前西药能控制其急性发作，但远期疗效尚欠理想，故该病缓解期的治疗尤显重要。“发作时治肺，未发作时治肾”，这是中医的传统观点，但治肾药多偏温燥，少儿纯阳之体，难于长期接受，而该病治疗又必须假以时日，非一日可收功。脾为后天之本，万物所归。治脾一则能补土生金，使肺的功能强健，患儿能减少感冒，以避免诱发本病，同时肺气强健则气有所主而不致于宿痰留恋于肺；二则补后天能养先天，虽是间接补肾但同样能使免疫功能增强而达到治本的目的，久服患儿也能接受。该病缓解期运用参苓白术散为主方，临床常能获得满意疗效。

【病案举例】

1. 赵某，男，11岁，于1989年9月7日初诊，患支气管哮喘已10年，感冒及闻及异味必发作，发作时喉中痰鸣，张口抬肩，夜间尤重。已经中西医治疗，治肾治本的中药服则鼻衄而停服。现：喉中

痰鸣，胸中满闷，微咳，面色欠润，纳呆，便溏，舌质淡，苔白厚腻，脉濡缓，近因闻及异味而发作。西医检查：肺部叩诊高清音，两肺布满哮鸣音。血常规无异常，过敏试验花粉、尘螨等多种呈阳性。据脉症断为：寒饮射肺。治当温肺化饮、豁痰平喘，射干麻黄汤加苏子、大力子、白芥子等与服，4剂后症状缓解，1周后哮喘若失，后即用参苓白术散加减与服，药用：党参、山药、薏苡仁、炒扁豆、莲米、白果各15g；茯苓、白术、陈皮、砂仁、浙贝、款冬花各10g，桔梗6g，甘草3g。服药期间如遇感冒加苏叶、防风各10g，气喘加苏子、白芥子各10g。如此加减服用上方近3月，该患儿面色转润、体重增加，偶尔感冒，哮喘未再发作。随访至今身体健康。[3]

按：参苓白术散本为益气健脾、渗湿止泻治食少便溏之方，该方看似平淡，但因与该病病机符合，故用之有效。该方益气健脾治本，尤其是方中扁豆，薏苡仁、山药诸药甘淡不腻，既能健脾又能渗湿而杜绝生痰之源，桔梗为手太阴肺经引经药，载药上行达于上焦以益肺，故遇感冒、喘鸣之时加入疏风宣肺平喘之品，喘鸣即刻消除，如此补土生金，补后天而养先天，润物无声，患者逐渐体健，喘鸣自然向愈。

2. 王某，男，9岁，1994年10月8日诊。患儿6岁始咳喘反复发作，遇寒即发，屡用抗生素及激素治疗，虽取近期疗效，但仍复发，且渐加重。现咳嗽微喘，动则益甚，咳痰清稀，面色萎黄，神疲自汗，纳呆便溏，舌质淡，苔薄白腻，脉沉无力。证属肺脾气虚，湿痰内蕴。治宜益气健脾，止咳化痰，予参苓白术散加减：炒党参、炒白术、茯苓、姜半夏、炙苏子、炙紫苑各10g，炙黄芪15g，淮山药12g、陈皮、炙甘草各6g。每日1剂，连服10天，咳喘减轻，仍汗多，纳呆，原方去苏子、紫苑，加焙鸡内金10g，煅龙骨、牡蛎各15g，连服3个月，随访两年，哮喘未发。[4]

按：《证治汇补》说："内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮喘。"指出是内外合邪所致。本例患儿脾虚，痰浊内扰，每遇外邪，触犯伏痰，痰阻气道，则发为哮喘。"肺为贮痰之器，脾为生痰之源"，治痰的关键当责之于脾。故投以此方补气健脾以治本，脾气健旺，输化

有权，以杜生痰之源。肺脾两旺，则内无痰饮留伏，外御诱因干扰，可望根治。

三、肺门淋巴结结核

肺门淋巴结结核是指结核病菌进入小儿肺部之后，先在肺叶边缘的肺泡内形成“初次感染病灶”。在病灶中的一些病菌可沿着周围的淋巴管，顺行（引流）到肺叶近中心的肺门淋巴结，截留在这些淋巴结之内。大多数情况下，肺叶边缘肺泡内的原发病灶范围常较细小，或很快吸收，而肺门淋巴结却因炎症而肿大，甚至数个粘连在一起，因而在胸部X线检查时，可以见到肿大的肺门淋巴结，故称为肺门淋巴结核。临床表现为咳嗽、盗汗、消瘦、厌食或纳呆，眼眶凹陷，颈下有结核等。本病属中医学“肺痨”、“童子痨”等范畴。临床以参苓白术散“培土生金”，常可获得满意疗效。

【临床应用】

尹雪峰等认为肺痨日久，子盗母气则脾气亦虚，故临床常见肺脾两虚之证候，治以健脾益气，养阴润肺。笔者根据父亲的临床经验，以参苓白术散加味为主治疗小儿肺门淋巴结核45例，患儿均不同程度地表现出面黄肌瘦，神疲乏力，食欲不振，五心烦热，干咳少痰，盗汗或伴自汗，或有午后低热，面颊潮红，均经X线摄片及实验室检查，确诊为小儿肺门淋巴结结核。患者均采用参苓白术散加味治疗：党参10~12g，茯苓10~12g，白术5~10g，甘草2~3g，淮山药10~12g，陈皮4~6g，扁豆10~12g，莲肉10~12g，薏苡仁10~12g，砂仁4~6g，桔梗4~6g，红枣10~12g，炙款冬花10~12g，紫菀10~12g，南沙参10~12g，百部10~12g，黄精12~15g，具体剂量因人、因病情轻重而定。盗汗、自汗重者加浮小麦、麻黄根；阴虚明显者加知母、地骨皮；无明显咳嗽症状者，去紫菀、炙款冬花。日1剂，分两次服，必要时配合抗痨治疗，30天为1个疗程，轻者3个疗程，重者须坚持6个疗程。结果临床治愈30例，显效10例，好转5例，无效0例。[5]

【病案举例】

1. 尹某，男，11岁，洞口县山门镇车龙街人，1997年3月5日

初诊。其母代诉：干咳、盗汗、五心烦热，不思饮食1年。经某镇医院诊断为“小儿结核”，予以“链霉素”、“雷米封”等抗痨药物治疗3个月，但因用药后感觉头晕耳鸣、面颊麻木而停药，转求中医治疗。刻诊：面色萎黄、形体消瘦、干咳少痰、纳差，舌质淡红、苔薄白，脉细弱无力；X线片示：肺门淋巴结核，结核菌检查阳性，血沉30mm/h。依据舌脉征象，辨证为肺脾两虚。治以健脾益气、养阴润肺，方选参苓白术散加炙款冬花、紫苑、南沙参、百部、黄精、浮小麦，日1剂，水煎分两次服。服药5剂后，咳嗽症状减轻，盗汗消失，饮食增加。继而守原方减治疗100天，患者面色红润，精神大振，纳食增加，干咳、盗汗、五心烦热等症消失。经X线摄片复查，肺门结节状肿块消失，两肺纹理清晰，痰菌检查阴性，血沉10mm/h，病告痊愈。[131]

按：小儿肺门淋巴结核，中医称“肺痨”、“童子痨”。其病机关键在于正气虚弱，感染“痨虫”。小儿禀赋不足，“痨虫”乘虚侵入肺脏，“痨虫”蚀肺，肺体受损，首耗肺阴，肺失滋润，故见干咳、口干咽燥，午后手足心热等阴虚之症。肺痨日久，子盗母气，则脾气亦虚，故临床常多见肺脾两虚之证候。倘若任其发展，则金不生水，而为肺肾两虚，则不属本文治疗范畴。脾属土、肺属金、土能生金，根据中医五行相生规律，虚则补其母之治疗法则，在临床中，笔者用参苓白术散“培土生金”，以补脾而培气血生化之源，滋养肺金，故收效较好。

四、小儿反复呼吸道感染

呼吸道感染是危害小儿健康甚至生命的常见疾病，小儿反复呼吸道感染，简称复感儿，是指体质较弱的病孩在较长一段时间内反复不断地发生感冒发热或咳嗽流涕以及咽喉肿痛等呼吸道感染。它与年幼体弱、免疫功能低下有关，不仅表现为发病率高，而且存在常年反复发作的倾向。根据中医扶正固本祛邪的治则，临床采用参苓白术散治疗，收效较好。

【病案举例】

滕某，女性，12岁，初诊日期1996年8月5日。患儿自生后5

个月始，在每次流感及气候突然变化时，即发咳喘，至今一年中因呼吸道感染先后住院4次。此次发病于2天前因受凉引起，症见鼻流清涕，咳嗽气喘，喉间痰鸣。查体：体温37℃，脉搏96次/分，神清，精神差，乏力，食欲不振，面色淡白无华，毛发干枯，汗多，虚胖，舌淡苔腻，脉滑。两肺可闻及大量痰鸣音和支气管哮鸣音，心律齐。无杂音，腹部（-）。西医诊断：急性支气管炎（喘息型）。中医辨证：脾虚失运，湿聚成痰、壅滞于肺。处治：党参10g，白术10g，茯苓10g，山药15g，薏苡仁10g，白扁豆10g，莲子10g，炙甘草3g，陈皮10g，砂仁6g，半夏6g，生姜6g，杏仁6g，浙贝6g，桔梗6g。上药共为粗末，包煎，每剂水煎两次，取汁500ml，一昼夜分5～6次服尽，3剂。8月9日二诊：精神状态及食欲好转，咳嗽喘鸣明显减轻，肺部听诊有少量痰鸣音。继续前方6剂。8月15日三诊：咳喘消失，肺部听诊正常，痊愈。唯出汗，面色淡白，毛发干燥，精神欠佳。综合病史分析：患儿素体虚弱，脾肺气虚，抗病能力低下，故呼吸道感染反复发作，治宜健脾益气，扶正固本。处方：党参10g，白术10g，防风6g，黄芪10g，茯苓10g，山药15g，白扁豆10g，薏苡仁10g，桔梗3g，炙甘草3g，陈皮3g，砂仁3g，生姜3g。上药共为粗末，包煎，每两日1剂分6次服。小剂缓投，服至当年立冬，面色红润，精神饱满，精力旺盛，食欲佳，毛发黑而有光泽。随防2年，呼吸道感染再未复发，虽偶患感冒，用平常药品少量即愈。[2]

五、咳嗽

咳嗽是小儿呼吸系统最常见的病证。古人以有声无痰称咳，有痰无声称嗽。临床上二者常并见，通称咳嗽。多由外感六淫之邪与内伤饮食积滞引起肺气上逆所致。本病一年四季均有发生，尤以冬春之季居多。年龄幼小者极易发病。一般来说小儿外感咳嗽者多。内伤所致咳嗽较少。本病相当于现代医学所称支气管炎、支气管扩张、感冒，部分以咳为主的肺炎等疾病。中医认为本病的发生和发展，与风、寒、暑、湿、燥、火等外邪的侵袭及肺、脾、肾三脏功能失调有关。

【临床应用】

邢氏[6]以参苓白术散治疗小儿脾虚咳嗽300例，患者多见咳嗽、

咳白色痰、纳差、大便稀、乏力、舌淡红、苔白腻、脉沉细，实验室检验血常规正常，胸部透视未见异常。治疗方法：拟用补气、健脾、渗湿、化痰、止咳。方剂选用参苓白术散加减：莲子10g，薏苡仁8g，砂仁6g（后下），桔梗10g，炒扁豆5g，云苓10g，党参8g，炙甘草3g。白术8g，淮山药10g，陈皮5g，半夏4g，每日1剂，水煎服。如咽痒，去陈皮加防风、蝉衣。如痰多、咳痰不易，加川贝8g。治愈标准为咳嗽消失，食欲正常，大便成形。结果：5天治愈的135人，7天治愈的89人，10天治愈的有76人。

【病案举例】

1. 患者刘某，男，5岁，因外感风寒，发热恶寒、流涕、鼻塞、咽痒、舌淡红、苔薄白、脉浮数。治疗首先给予疏风散寒，宣肺止咳的解表剂治疗。服3剂后，表证解，但患儿仍有咳嗽，咳白色痰、量多、纳差、乏力、大便稀、舌淡红、苔白腻、脉沉细，实验室检查血常规正常，胸部透视未见异常。治疗以参苓白术散加陈皮5g，半夏4g，服3剂后，上述症状均有所好转，再服3剂后痊愈。[6]

按：肺主气，主宣发肃降，脾运化水湿，又需要借助肺气的升发肃降功能。风寒之邪犯肺，肺气不宣，升发肃降功能失职，使脾运化水湿不利，脾性喜燥恶湿，所以，在风寒感冒表证减后，有一部分小儿亦会出现脾虚症状。

2. 张某，女，3岁，主因外感风热，发热无汗、鼻塞、流涕、咳嗽、咳黄色黏稠痰，不易咳出，咽痛、舌红、苔薄黄、脉浮数。实验室检验血常规正常，胸部透视未见异常。治疗以疏风清热、化痰止咳解表剂。经4天治疗后，风热表证已解，再次来诊时，该患儿主要表现为咳嗽、咳白色痰、纳欠佳、乏力、大便稀、舌淡红、苔白腻、脉沉细。治疗首选参苓白术散原方治疗，每日1剂，服3天后，上述症状均有所改善，有时偶有咽痒，再给予参苓白术散加防风、蝉衣，上述症状基本好转，继服参苓白术散原方3剂，痊愈。[6]

按：热性病本易耗气伤精，小儿在外感风热后，用疏风清热的辛凉解表剂治疗，理属常规，但过服凉性药物，以致寒凉太过，损伤脾阳，而出现脾虚之证。用参苓白术散治疗，可达到祛邪扶正的目的，使患儿早日康复。

3. 盛某，男，5岁，1989年7月10日初诊。患儿素体气虚易感，近1个月来咳嗽频频，喉间痰声，胃纳不佳，苔薄白腻，唇舌色淡、脉濡细，治以参苓白术散加减。处方：党参5g，焦白术5g，云茯苓10g，生薏苡仁10g，炒淮山药5g，桔梗6g，白扁豆10g，前胡6g，蒸百部8g，六一散（包）10g，炙紫菀10g，藿香、佩兰各5g。5剂后复诊咳嗽已平，再用参苓白术丸善后。[7]

按：咳嗽是小儿疾患中最常见的证候，多由外感风邪，肺失清肃，肺气上逆而致。小儿形气未充、脏腑娇嫩，咳久必然伤肺，治疗以党参健脾益气，培土以生金。脾为生痰之源，患儿脾胃虚弱，运化失司，受纳无权，进而水谷不能化生精微，反酿而成痰，上贮于肺，白术、茯苓、薏苡仁、山药、扁豆等健脾化湿；时值长夏，湿气当令，加藿香、佩兰以加强化湿；百部、前胡、紫菀宣肺化痰。诸药相互为用，共奏健脾益肺、化痰止咳之功。

第二节 消化系统疾病

一、伪膜性肠炎

抗生素相关性腹泻是随着抗生素广泛应用及新型抗生素的不断出现而产生的以腹泻为主要症状的一类疾病，可分为伪膜性肠炎、出血性结肠炎、脂肪痢、真菌性肠炎四种类型，其中伪膜性肠炎是由难辨梭状芽孢杆菌引起，病情危重，并伴有结肠假膜形成的一种特殊类型。中医学认为抗生素（尤其是广谱抗生素）多为苦寒泻火之品，易耗损阳气；而小儿脾胃薄弱，加之病后免疫功能低下，若重用或久用抗生素，必致脾胃运化功能失调，湿浊内生，其证候即类似抗生素相关性腹泻之伪膜性肠炎。故临床应用参苓白术散常可获得满意疗效。

【病案举例】

1. 李某，男性，2岁，2003年3月23日就诊。患儿因咳喘15日，腹泻3日入院（入院前在外院以喘息性支气管炎给予激素、抗生素治疗10余日）。入院时咳嗽，咯痰量少，无发热，大便清稀，

每日约3~4次，水粪夹杂，量少。平素体虚，易患感冒。查体：形体肥胖，体重18kg，无脱水征，面色袱白，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性啰音。X线胸片示双下支气管炎。诊断为双侧支气管炎，腹泻。给予头孢噻肟钠、理疗及对症治疗5日，患儿咳嗽已愈，但泻下无度，每日约10余次，量多，水粪夹杂，可见伪膜呈肠管型，无脓血便及里急后重，气短乏力，神疲倦怠，面色㿠白，哭时无泪，舌体胖大，舌淡少津，苔白，指纹色淡达命关。病原学检验：大便有霉菌生长。诊断为伪膜性肠炎及霉菌性肠炎，停用抗生素，予补液、纠酸、改善微循环、保持电解质平衡等对症治疗的同时，给以参苓白术散加减：西洋参5g，茯苓6g，白术6g，山药6g，莲子肉6g，扁豆6g，薏苡仁6g，砂仁3g，桔梗3g，菟丝子6g，淫羊藿6g，甘草3g。每日1剂，水煎取汁频服。同时予干姜炭末、淀粉炭末各1.5g，裹食而服，每日3次。服上方1剂，腹泻减轻，每日2次，呈糊状，色黄酸臭，停用干姜、淀粉炭末，上方加山楂9g，鸡内金9g，厚朴3g。继进4剂，大便成形，每日1次，纳食可，病愈出院。10日后因饮食不节泄泻再作，嘱服口服补液盐，守原方加诃子6g，炒芡实12g，马齿苋6g。5日后即效。[8]

2. 容某，女性，2岁，2003年5月10日就诊。因化脓性阑尾炎术后腹泻7日就诊。入院时泻下无度，完谷不化，见肠管样伪膜，每日约15次，夹少许黏液，无脓血便及里急后重，低热不退，动则汗出，形体消瘦，面色萎黄，平素偏食，易因伤食而作泻。查：体温37.8℃，中度脱水征，肠鸣腹胀。病原学检验：大便无细菌及霉菌生长。诊为伪膜性肠炎。在西药对症支持治疗的同时予参苓白术散加减：西洋参5g，茯苓6g，白术6g，山药6g，炒芡实6g，莲子肉6g，菟丝子6g，淫羊藿6g，砂仁3g，厚朴6g，桔梗3g，诃子6g，马齿苋12g，连翘10g。每日1剂，水煎服。5剂后，大便成形，每日4次，色黄，腹胀痛喜按，午后低热。上方去西洋参、诃子、炒芡实，加胡黄连6g，山楂6g，鸡内金9g，太子参6g，3剂后，大便成形，每日1次，无低热。改保和丸和健脾糖浆善后，3个月后随访未复发。[8]

按：患者素体脾胃虚弱，又予大剂苦寒之抗生素，致脾阳受损、寒湿内生。治以健脾温阳、祛湿止泻为法，故投参苓白术散加减以健

脾祛湿，并温补脾肾；“散者收之”、“滑者涩之”，注泄日久，难以速止，故急投干姜、诃子等以温中涩肠止泻。俾温阳、健脾、利湿并重，故获良效。

二、小儿疳积

小儿疳积，又称“疳证”，是指小儿脾胃虚损，运化失宣，吸收功能长期障碍，脏腑失养，气津不足，形体消瘦，饮食不为肌肤，影响生长发育，病程较长的一种慢性疾患。本病的主要病因，是由于乳食不节，或喂养不当，营养失调，或其他疾病导致气津消耗过度而引起。发病缓慢，初起身热腹泻、面色无华、乳食懒进、目无光彩、困倦神疲、烦躁啼哭、舌红口干，腹胀肢瘦，继则出现消谷善饮、头大颈细，腹大脐突，形体消瘦，毛发焦枯，午后潮热，易哭易怒，大便稀薄，尿如米泔，睡眠不宁等症状。此外，如为虫积所致的本病，则可出现脸起虫斑，腹痛，嗜异食（喜吃泥土、墙灰）等症状。患儿脏腑娇嫩，脾胃功能较弱，故临床以参苓白术散健脾益气常可获得满意疗效。

【临床应用】

陈氏[9]以参苓白术散加按揉天枢、足三里、背部俞穴治疗小儿疳积78例，患者大多表现为面色萎黄，毛发稀疏，脘腹干瘪或胀满，形体消瘦，皮下无脂肪，纳呆，大便或干或稀溏，或完谷不化，舌质淡，苔白或厚腻或薄白，或黄苔，脉细等。治疗方法：药物组成及用法：太子参、山药、薏苡仁各10～15g，茯苓、莲子肉、炒扁豆、白术各9～12g，桔梗、砂仁、甘草各6g，每日1剂，水煎2次，分3次服完。加减法：湿重苔白厚腻，大便稀溏者加芡实12～15g，苍术、厚朴各6g以健脾化湿；湿热重，苔黄厚腻者去砂仁，加黄芩9g，黄连5g以清热燥湿；虫积内扰腹痛者加使君子6～9g，木香6g以理气；纳呆、大便完谷不化者加神曲10g，鸡内金9g，炒二芽各10～12g以消食健胃。按揉穴位：天枢穴、足三里穴、关元俞等。结果：78例患儿均单纯采用参苓白术散加按揉天枢、足三里、背部俞穴治疗，以临床症状全部消失、体重增加、饮食恢复同正常小儿为治愈。其中14天内治愈31例，28天内治愈39例，40天内治愈8例。

方氏[10]以刀针疗法配合参苓白术散治疗小儿疳积87例，其中参苓白术散的用法为：党参、白术、茯苓、莲肉各6g，淮山药9g，鸡内金、陈皮、桔梗、甘草各3g，砂仁1.5g，水煎服，隔日1剂。加减法：食欲不振者加麦芽、山楂各2g。腹泻、口干、烦渴者加葛根12g，麦冬3g。盗汗加浮小麦、五味子各3g。夜卧咬牙加使君子3g，雷丸、芜荑各2g。咳嗽潮热者加杏仁、川贝、银柴胡、丹皮各3g。极度消瘦、厌食者加罗晃子3g。腹胀痛者去白术加三棱、槟榔、莪术各3g。烦躁、唇干、舌红者加川连2g，灯心草、竹叶各1g。鸡胸、龟背者加服六味地黄丸。结果：均收到满意的效果。

陈氏[11]以割脂合参苓白术散加味治疗小儿疳积100例，并与对照组98例形成对照。两组均见血红蛋白及红细胞减少；均有不同程度的纳呆、烦躁、夜间不安。治疗组割脂的同时采用参苓白术散加减治疗，处方：太子参、茯苓、炒白术、炒扁豆、薏苡仁各10g，淮山药15g，莲子5g，砂仁、陈皮各3g，红枣10g。乳食壅积加保和丸10g，鸡内金6g；积滞伤脾加炙黄芪10g；烦躁不眠夹有湿热者加制半夏3g，胡黄连2g；气血两亏者加当归5g，炒白芍6g，1日1剂，水煎服，一般7天为1个疗程，共2个疗程。对照组采用西药食母生、保健钙片、龙牡壮骨颗粒口服，维生素B_{12}针肌内注射，7天为1个疗程，共2个疗程。结果：治疗组100例中治愈78例，好转20例，无效2例，总有效率98%。对照组98例中治愈25例，好转55例，无效18例，总有效率81.1%。两组有效率比较，差异有显著性意义（$P<0.05$）。

【病案举例】

1. 徐某，男，2岁半。因小儿母亲奶水不够，断奶时又喂养不当，损伤脾胃，而致腹泻不止，食欲不振，经多处治疗，腹泻时好时发，稍有不慎即腹泻，久而成疳。症见面色萎黄，毛发稀疏，色黄而干枯，形体消瘦，精神萎靡不振，腹胀满，皮下无脂肪，大便稀溏，日解4~5次不等，内有不消化之物，有时带有少许白色黏液。实验室检查大便常规：可见少量脂肪球和少许黏液，苔白微腻，指纹隐淡。证属脾虚积滞，故治以健脾益气，运湿化积。方用参苓白术散化裁：太子参、莲子肉、薏苡仁、山药各10g，炒白术、茯苓、炒扁

豆、炒二芽各9g，炒鸡内金、桔梗、陈皮、甘草各6g，每日1剂，水煎2次，分3次服完。另按柔天枢穴、足三里穴，每次3分钟，背部俞穴自下而上按柔3次，按柔穴位每隔日1次。经服药20余剂，按柔穴位10余天，临床症状逐渐消失，大便渐转成形，以后山药、茯苓、炒扁豆、太子参各15～30g，煎水去药渣再加薏苡仁30g，炒粳米50g，红枣5～7枚煮粥食用，15～30天以增强脾胃功能，巩固疗效。3个月后小儿面色红润，体重增至为14.5kg，活泼可爱。[9]

按：疳积是由多种原因所引起的一种病证，因小儿脏腑娇嫩，乃稚阴稚阳之体，形气未足，脾常不足，且处在生长旺盛之际，如若喂养不当，饥饱不均，偏食挑食，均使脾胃内亏，不能适应小儿生长发育的正常需求，久而皆能导致疳积；或恣食膏粱厚味，冷饮冷食，伤害了脾胃之气，滞积中焦，从而有“多食肥甘厚味及生冷瓜果者易生疳积”之说；又或病后失调，药物所误，均损伤脾胃之气，耗损气血津液，久而酿成疳积。纵观以上诸因，均因脾胃受损，久而形成，故疳证属脾胃疾病，宋代儿科医家钱乙曰：“诸疳皆脾胃病，由无津液之作也。”因而对于本病的治疗重在调理脾胃，佐以运湿化积。参苓白术散则重在健脾益气，运湿化积。方中太子参、山药、炒白术、炒扁豆、莲子肉、茯苓益气健脾，和胃运湿为主；炒鸡内金、砂仁、陈皮消积化滞、理气醒脾为辅；佐以桔梗载药上行，宣肺利气，借肺之布精而养全身；炙甘草益气和胃，调和诸药。各药合用，则能补其虚，运其湿，行其滞，化其积，加之配合按揉天枢、足三里和背部俞穴以疏通经络，运行气血，加强了健脾益气，运湿化积，理气消滞的功能。两者并用，相得益彰，故疗效较为满意。

2. 钟某，男，19个月，1990年9月8日就诊。患儿形体消瘦，面色萎黄，肌肤干燥，肌肉松弛，平素体虚易感，体重8kg，毛发枯黄，食多便多，手足心热，盗汗，苔腻舌淡，指纹淡。既往有4次肺炎、心衰史。处方：太子参10g，砂仁5g，薏苡仁10g，莲子肉5g，桔梗3g，炒扁豆、淮山药各10g，胡黄连5g，灯芯草3g，干蟾肉10g，5剂。二诊大便次数减少，面色渐转润泽，手足心热，盗汗均减，服药1月，体重增加1kg，大便每日1次，成形，手足心热退、盗汗除，参苓白术丸善后，随访1年无重症肺炎再发。[7]

按：小儿疳积多由于喂养不当，或多种疾病的影响，使脾胃受损，气液耗伤，导致全身虚弱羸瘦，面黄发枯是小儿常见的慢性疾病。脾为后天之本，气血生化之源，脾气不健，后天生化无源，脏腑百骸失于滋养，“诸邪遂生，鲜不瘦而疳矣”。然小儿柔嫩之体，易虚易实，不耐攻下、庸补，治疗但取平淡，以调理脾胃生机为目的，建立中州为关键。方中太子参、甘草、薏苡仁、山药等健脾益气化湿，桔梗提升脾气，胡黄连消虚热，于蟾肉为治疳要药，砂仁醒脾开胃，合方健脾益气除疳，于小儿疳积最为贴切，故可药到病除。

3. 王某，7岁。1981年4月5日就诊。形瘦色苍，腹大如鼓，精神疲惫，静而少动。择食量少，多寒食。大便溏泄，舌苔白厚而腻，舌边有齿痕，诊为疳证。参苓白术散，每次2包，日2次温开水冲服。共服1个月，饮食正常，精神佳，面色红润，达标准体重而愈。嘱其再服1个月以巩固疗效。随访2年无复发。[12]

按：小儿时期的特点是“脏腑柔弱”，“脾常不足”。而生长发育迅速，对水谷营养的需求量大，因小儿脾气未充，运化力弱，喂养不当，饮食过量或不足，或盲目增加过高的营养品，超越脾胃的正常耐受能力，或先天禀赋不足，气候突然变化等，均会影响脾胃的正常运化功能，发生疳证。使脾胃运化机能下降，机体不为水谷所养，抗病能力低下，旧疾迟迟不能痊愈。参苓白术散能调补脾胃，使其失常的功能得到调整，脾虚则补之以气，达到疾病痊愈的目的。

4. 王某，女，2岁，1993年9月10日诊。患儿系人工喂养，自幼纳差，厌食，形体消瘦，肌肉松弛，精神萎靡，面黄无华，毛发稀黄，大便溏薄，腹部胀满，舌质稍红，舌苔薄黄，脉细无力。证属脾虚胃弱，健运失司。治易健脾益气，佐以消导。予参苓白术散加减：炒党参8g，炒白术8g，山药8g，茯苓8g，砂仁4g，胡黄连3g，炙甘草3g，鸡内金6g，炒谷芽6g，炒麦芽6g，陈皮5g。服5剂，腹胀减轻，纳谷增加，舌淡苔白，脉细无力，原方去胡黄连，加炙黄芪10g，服药2周后，面色转红，精神好转，随访2月，体重增加，营养状况明显改善。

按：《小儿药证直诀》说：“诸疳皆脾胃病。”本例系因喂养不当，致脾胃损伤，纳运失常，清气不升，浊气不降，故纳差、腹胀，

脾虚气弱，生化乏源致面黄肌瘦，参苓白术散重在补脾，兼有行滞调中之功效，脾胃健运，纳谷增加，则瘦弱之体，庶可逐步恢复。[4]

三、小儿厌食症

小儿厌食症指排除其它疾病而以较长时间的食欲不振、甚则拒食为主要症状的一种病证。本病产生的主要原因是由于平素饮食不节或喂养不当，或盲目投以肥甘厚味，或任其所喜，养成偏食习惯，损伤脾胃，久使运化、受纳失职，形成厌食及食欲减退等症状。《灵枢·脉度篇》云："脾气通于口，脾和则口能知五谷矣。"不思饮食，或食而无味，其病在脾。《幼幼新书》云："脾脏也，胃腑也，脾胃二气合为表里，胃受谷而脾磨之，二气平调，则谷化而能食。脾胃健运，方能知饥食，食而能化。"故厌食患儿均与脾胃失调密切相关，是以临床多采用参苓白术散进行治疗。

【临床应用】

李淑香、许玉清用外刺四缝穴配合内服参苓白术散治疗小儿厌食症90例，[13]并与单用参苓白术散内服12例进行对比观察。两组均用参苓白术散加减：太子参、茯苓、白术、山药、扁豆、薏苡仁各10g，甘草6g，桔梗、砂仁各5g，陈皮8g。共为细末，日3次，2～4g次。兼口渴喜饮，大便干结者，用乌梅15g，火麻仁8g，麦冬8g，煎汤送服上药；兼脐周疼痛、腹胀者用乌梅15g，使君子12g，槟榔10g，煎汤送服上药；兼呕恶欲吐者，用生姜6g，法夏6g，大枣3枚，煎汤送服上药。治疗组在服上药同时用三棱针针刺患儿两手四缝穴。治疗组90例中，痊愈72例，好转16例，无效2例；对照组12例中，痊愈3例，好转8例，无效1例。

谢康禧[14]用参苓白术散治疗小儿厌食症70例，并配以针灸治疗，分成两组进行治疗。临床症见：患儿精神较差，面色萎黄，形体消瘦，大便正常或不成形或夹有食物残渣。多容易出汗，烦躁，易患外感。舌淡红或淡，舌苔白或薄腻。治疗组：用参苓白术散加减，药物组成：党参6g、白术6g、云苓10g、山药6g、陈皮6g、苍术5g、麦芽15g、谷芽15g、鸡内金6g、焦山楂6g、神曲6g、甘草4g，以清水400ml慢火煎至100ml分2次/日口服。针刺四缝穴每3天1次，

对照组：口服妈咪爱，2次/日，多酶片2片，3次/日，2组治疗期间均停用中西医其他内外治疗方法。治疗1个月为1个疗程。结果表明：参苓白术散结合针刺四缝穴治疗小儿厌食症，其治愈率和好转率均高于妈咪爱和多酶片。

王氏[15]以参苓白术散加减治疗小儿厌食症106例，治疗：基本方组成：党参6g，白术（土炒）9g，茯苓6g，木香3g，焦麦芽、焦山楂、焦神曲各6g，谷芽6g，鸡内金（炒黄研末冲服）6g，陈皮5g，半夏3g，砂仁2g，炒山药6g，甘草（炙）3g，生姜3g。加减：脾虚不运者加重党参、焦白术、茯苓、山药的用量；食积完谷不化，大便夹杂未消化食物残渣加重焦三仙、谷芽的用量；脾虚水湿不化，大便溏泻者加炒薏苡仁9g，炒扁豆6g；腹胀者加重木香、砂仁、陈皮的用量；舌苔厚腻，纳谷不香者去山楂，易白术为苍术6g，加厚朴4g；胃阴不足，口干多饮，皮肤干燥，舌苔光剥者去半夏加石斛6g，乌梅3g，玉竹5g、沙参5g、白芍5g。每日1剂，水煎分3次服，5天为1个疗程。结果：痊愈99例，好转6例，无效3例，总有效率为97.7%，治疗时间最短7人，最长1个月。

梁氏[16]以参苓白术散治疗小儿厌食15例，平均4.5岁，发病时间最长6个月，最短半个月。临床以厌食为主症，伴发育滞后，体重减轻，异食癖等。治疗：全部使用参苓白术散为主方，个别患儿加维生素AD丸或复合维生素B。方药：党参12g，炒白术10g，茯苓15g，甘草6g，淮山药20g，莲子20g，薏苡仁20g，砂仁3g，桔梗5g。盗汗加黄芪15g，口渴加沙参、麦冬各10g。日2次水煎服，7日为1个疗程。结果：痊愈13例，好转2例，总有效率100%。其中1个疗程治愈者5例，2~3个疗程治愈者7例，3个疗程治愈者3例。

刘氏[17]以参苓白术散治疗小儿厌食症98例，病人依临床证候分两型。脾虚肝旺型：面色少华，腹胀厌食，消化乏力，大便多不成形，舌淡苔白或白腻。脾虚胃热型：口干喜冷饮，时或盗汗，脘腹胀满，大便干结数日一行，消瘦厌食，舌质红苔薄黄或舌质白苔黄腻。治疗：予参苓白术散加减：党参6g，炒白术9g，茯苓6g，木香3g，焦麦芽、焦山楂、焦神曲各6g，谷芽6g，鸡内金6g，陈皮5g，半夏3g，砂仁2g，炒山药6g，甘草3g，生姜3g。方中参术健脾益气；陈

皮、茯苓理气燥湿；砂仁、生姜芳香温中，醒脾健胃；谷芽、麦芽养胃舒肝，消食行气；甘草补脾益气，调和诸药。上药水煎后分多次服用。结果：痊愈92例，好转4例，无效2例，总有效率97.96%，治疗时间最短4日，最长20日。

【病案举例】

1. 张某，男，5岁，1999年6月29日就诊。家长代诉：食欲不振，厌食1年余，食后偶有呕吐，大便溏薄。症见：面色少华，体虚形瘦，易出汗，苔厚腻，脉濡细。中医辨证为脾运失健，脾胃气虚，胃不思纳。治以益气健脾，和胃化湿助运。投以参苓白术散加减治疗。处方：党参6g，茯苓6g，木香3g，焦神曲6g，炒谷、麦芽各6g，鸡内金（冲服）6g，苍术（麸炒）6g，厚朴5g，山药6g，陈皮5g，半夏3g，砂仁3g，薏苡仁（炒）9g，扁豆（炒）6g，炙甘草4g，生姜3g。水煎服，每日1剂，连服5剂，诸症减轻，纳食尚好。另给西药复合维生素B，食母生，多酶片，每日3次。二诊时去厚朴，易苍术为焦白术9g。继服5剂病愈，半年后随访未复发，饮食正常。[15]

按：小儿为“纯阳”之体，生长发育迅速，所需的水谷精微较成人更为迫切，又小儿“脾常不足”，饮食不能自调，不知饥饱，皆可导致脾失健运，胃不思纳，脾胃不和的厌食症。脾胃为“后天之本，气血生化之源。”脾为阴脏，属湿，主运化，喜燥而恶湿，得阳则运，遇湿则困；胃为“水谷之海”，为阳腑，属燥，主受纳，喜润而恶燥，以阴为用。两脏腑燥湿相济，纳运协调，阴阳相合，化生气血精微，滋养全身。《临证指南医案》曰：“太阴湿土得阳始运，阳明燥土得阴自安”。故饮食失调，必伤脾胃，胃阴伤则不思进食，脾阳伤则运化失职。本例患儿临床表现为：食欲不振，甚则拒食，面色不华，形体偏瘦，口干不欲饮，稍进食则大便夹杂未消化食物残渣，易出汗，但鲜有积滞之实象，疳证之羸状，皆为脾运失健的患儿。病理为脾气虚弱，脾阳失于展化，湿困中州，舌苔多见薄腻或厚腻。所以在治疗上宜运脾为主，佐以健脾益气，理气和胃。运脾最宜白术（土炒），取其芳香悦脾耳，白术苦温，土炒后性燥，为补脾的第一要药。故方中重用苍术（炒）为主药，重在健脾燥湿；合陈皮、鸡

内金、焦三仙、谷芽消食和中，以增运脾理气之功，健中有消，具有运脾、醒脾之作用；党参、茯苓、炙甘草、山药健脾益气，和胃渗湿以资生化之源，早在《素问·阴阳应象大论篇》中所载“形不足者，温之以气”，即是此意；木香、砂仁宽中理气，有“气行则湿化”之意；半夏、生姜和胃燥湿，降逆止呕。纵观全方有和脾助运，健脾益气之功，正切病机，对证下药，故收效甚良。

2. 张某，男，3岁，1992年5月5日诊。自幼人工喂养，平素喜食糖果、巧克力及其他零食，食欲较差，近半年来症状加重，不思纳食，甚则拒食，面色萎黄，形体消瘦，动则汗出，腹部微膨，大便不实，舌质淡、苔薄白腻，脉沉缓无力。证属脾胃气虚、受纳无权。治宜益气健脾，和中开胃。予参苓白术散加减：党参、炒白术、茯苓、淮山药、炒薏苡仁、炒谷芽、炒麦芽各10g，陈皮6g，砂仁3g，焙鸡内金8g，服5剂，并嘱咐忌食零食，药后胃纳增加，大便成形，仍汗多，原方去砂仁，加炙黄芪、煅龙骨、煅牡蛎各10g，续服5剂，诸症悉愈。[4]

按：小儿“脾常不足”，若喂养不当，易致脾胃损伤，受纳运化失常。本例系人工喂养，长期偏食，致使脾虚失运，胃不受纳，根据“虚者补之”，“损者益之”的原则，投以本方健脾益胃，加鸡内金、谷芽、麦芽消食健脾，脾胃健运则纳食增加，病乃愈。

四、小儿腹泻

腹泻是婴幼儿时期发病率极高的疾病之一，是婴幼儿多发病、常见病。小儿腹泻是由多种病机、多种因素引起的以腹泻为主的临床综合征，其主要病原体为轮状病毒和细菌。腹泻中医称为泄泻，《小儿卫生总微论方·吐泻》云：“小儿吐泻者，皆由脾胃虚弱、乳哺不调、风寒暑湿，邪之干正所致也。”明确指出痞满泄泻发生的根本所在是脾胃虚弱。治宜健脾助运、调理脾胃，辅以消食导滞，则泄泻自正。故临床经常使用参苓白术散进行治疗，疗效颇好。

【临床应用】

林氏[18]运用加减参苓白术散炒黄后入煎的方法治疗26例婴幼儿腹泻，并与西药治疗18例进行对照。全部患儿临床表现为：大便呈

水样或蛋花汤样有少量黏液，腹胀肠鸣，吐奶，啼哭不安，精神倦怠，舌淡苔白，指纹淡紫或青色。大便镜检有的可见未消化食物或脂肪球。治疗组26例中，药用太子参、炒白术、淮山药、车前子、茯苓、扁豆衣各6g，陈皮3g，甘草、砂仁各1g，桔梗5g，薏苡仁10g。加减：吮乳减少者加神曲6g；面色少华者加黄芪6g；苔腻者加厚朴3g；呕吐明显者加竹茹6g。用法：上药放入铁锅内炒至焦黄后取出，再放入沙锅中加水200ml，煎取汁约100ml，分5～6次喂服，1剂/日，3天为1个疗程。对照组18例，治疗采用5%葡萄糖150ml～250ml，加入氯化钠5ml、丁胺卡那0.06g、地塞米松2mg，辅以其他对症处理，1次/日，腹泻停止后停药。结果：治疗组：治愈20例，显效5例，无效1例，总有效率为96.2%；对照组：治愈11例，好转5例，无效2例，总有效率为88.7%。

杨氏[19]以参苓白术散加减治疗顽固性婴幼儿腹泻106例，病儿大便每日5次以上，多者数10次，大便水样蛋花样、生玉米面糊样不一。镜检：红细胞阴性、脓细胞阴性，个别有脂肪滴。所有病儿均用抗生素、潘生丁、654－2、双氢克尿噻、食母生、消食片、复合维生素B、乳酶生、胃蛋白酶片、胃酶合剂、次碳酸铋等治疗无效；并用针灸四缝、足三里、天枢、气海，推拿（手部攻腹部），腹部单纯热敷，耳压穴，饥饿等疗法均无效。治疗方药：台党参4g，炒白术4g，云苓6g，焦三仙各6g，炒山药6g，车前子（包）4g，附子2g，肉桂1g，大枣2枚，水煎2次混均，共约30ml，分2次早晚服用。服药期间不禁食。治疗结果：服药后1天治愈37例，2天治愈49例，3天治愈18例。2例明显好转失去联系，治愈病儿大便由稀变稠再变软，次数减少，治愈后随访10天未见复发。

朵氏[20]采用参苓白术散加减治疗小儿腹泻96例取得满意疗效，其中男54例，女42例。患儿常有面色苍黄或苍白，神疲，食欲不振或一般，口渴欲饮，少尿等症状，大便均为稀薄或水样，色黄或绿，有黏液或奶瓣，气味腥臭，外观为消化不良之便。大便常规检查可见脂肪滴或少许白细胞，无脓球及红细胞，临床上除外细菌性腹泻。腹泻均日在10次以上。舌质淡红，苔白或白腻，指纹淡红或隐伏不显。治疗基本方：党参5g，茯苓5g，白术5g，白芍4g，炒扁豆5g，炒山

药7g，莲子肉5g，炒薏苡仁5g，桔梗3g，砂仁1g，黄连2g，鸡内金3g，甘草2g，加减：久泻不止加诃子、泽泻，湿重改白术为苍术水煎2次混合浓缩至100ml左右，分4次服，6剂为1个疗程，以上为6个月小儿的用量，临床随年龄增减药量。结果：服药1个疗程治愈34例，占35.5%；2个疗程治愈49例，占51%；有效9例，占9.3%；无效4例，占4.2%；临床总有效率为95.8%。

吕氏[21]运用参苓白术散加减治疗婴幼儿腹泻71例，治疗药物组成：党参、白术、云苓、山药、滑石、焦楂、甘草。加减：腹胀甚者加陈皮、炒萝卜子、枳实；肢冷加肉桂、附子；泻泄不止，病程数月者加煨肉蔻，诃子。用法：将上药水煎后分次口服，每日1剂。结果：服药1剂痊愈54例，服药2剂痊愈12例，服药3剂无效4例。

赵氏[22]运用参苓白术散加味治疗小儿腹泻120例，获得满意疗效。治疗基本方：轻型用参苓白术散原方；中型，则用轻型方中加石榴皮、车前子；重型，以中型方中再加肉桂、罂粟壳。辨证加减：发烧者，参苓白术散与小柴胡汤合用；呕吐者，加姜半夏、竹茹；伤食者，加焦山楂、炒麦芽、鸡内金；腹痛者，加木香、延胡索；腹胀者，加莱菔子；口干舌燥者，加石斛、玉竹、麦冬。中、重度脱水者，可给ORS液口服，必要时静脉输液以补液和补充电解质及纠正酸中毒。治疗效果：痊愈85例，占70.83%；好转23例，占25.83%；无效4例，占3.3%。总有效率96.66%。

杨氏[23]运用参苓白术散加味治疗婴幼儿腹泻175例，疗效满意，并与60例西医疗法进行了对比观察。其中试验组175例，给予内服中药汤剂：太子参8g，白术8g，茯苓8g，扁豆10g，淮山药8g，砂仁3g，薏苡仁10g，煨诃子5g，煨肉豆蔻4g，鸡内金8g，青皮4g，公丁香4g，赤石脂5g（布包），莲子肉10g，甘草3g。伴低热者加葛根10g，黄芩3g，鱼腥草10g。每日1剂，水煎取汁150ml。<1岁10~15ml/次，1~3岁30ml/次，饭后服。对照组60例，给予饮食疗法、支持疗法，补液以纠正脱水；感染性肠炎根据药敏试验针对性用药，思密达每日3~9g，分3~4次加水摇匀，于两餐间口服；中毒症状消失而腹泻仍频者，用次碳酸铋每次0.2~0.6g，每日3次；氯丙嗪1mg/kg，每日1次，肌肉注射。结果：两组间显效率比较，差

异均有非常显著意义（$P<0.01$），缓和症状、体征方面，试验组优于对照组，提示参苓白术散加味治疗对婴幼儿腹泻有独特疗效。

刘氏[24]采用参苓白术散加减治疗单纯性婴幼儿腹泻46例，疗效满意。治疗方法用参苓白术散为基本方。处方：党参6g，茯苓6g，炒白术5g，陈皮2g，炙甘草2g，淮山药5g，炒扁豆4g，莲子肉6g，砂仁3g，桔梗4g。腹胀，消化不良者加神曲4g，荷叶6g。每日1剂分4～6次服。对脱水者用口服维补液盐或输液方法纠正水和电解质紊乱。结果：46例中42例通过10天的治疗，痊愈38例，好转4例；另4例经3～4天治疗无效而改用其它药物治疗。

于氏[25]以参苓白术散治疗小儿泄泻50例，均为门诊患儿，平均年龄1.5岁。患儿均表现为排出稀便，每日数次，部分患儿伴呕吐。大便常规化验均未查到红、白细胞、脓细胞及其它病原菌。治疗方法：采用益气健脾、渗湿止泻之法，方用参苓白术散5g，每日3次，枣汤或稀饭调糊送服。较大的患儿可选用参苓白术丸3g，每日3次口服。结果：全部患儿经服药1～3天，症状均消失而愈。其中大部分患儿在服药1日内即见效，2日痊愈；少数患儿在服药3日后痊愈。

方氏[26]以参苓白术散治疗婴幼儿秋季腹泻118例，并与西药组125例形成对比。243例腹泻患儿均发生于秋冬季节，年龄在6个月～2岁，均有程度不同的呕吐和腹泻，大便次数增多，每日多在十次以内，亦有多达十数次者，量多，色黄或淡黄，水样便或蛋花样便，无腥臭味，大便镜检可见大量脂肪球，无或仅有少量白细胞。治疗组118例，采用对症及支持疗法外，采用中药。基本方：党参3～6g，白术3～5g，茯苓5～7g，山药3～5g，砂仁1～3g，薏苡仁3～6g，炙甘草1～3g，炒扁豆3～5g，桔梗3～7g，莲子肉2g。临床应用随年龄体质调整剂量之大小，每日1剂，日3服，夜1服。3天为1疗程。兼伤食者加焦三仙各6～10g，兼风寒者合藿香1～3g，防风1～3g。兼湿热者加葛根3g，黄芩3～5g，黄连1～3g，兼阳虚者加干姜1～3g。对照组125例，采用常规饮食疗法及支持疗法，伴发热和上呼吸道感染者，予以退热等对症处理，若伴脱水、酸中毒则补液以纠正水、电解质紊乱。并给予病毒唑针10～15mg（kg/d），肌注，每

天2次，3天为1个疗程。结果：两组病例治疗时间相同，病情轻重相似，方法不同，而治疗组治愈率为83.1%，明显高于对照组的37.5%。

谭氏[27]以自拟止泻汤合参苓白术散治疗小儿腹泻31例，患者证见：每日腹泻次数大于5次；大便呈黄绿色水样便或蛋花样便；大便镜检脂肪球（+~+++），红、白细胞少许；病程大于1周。治疗：止泻汤：葛根10g，五叶草5g，诃子4g，土黄连3g，鸡矢藤10g，谷芽8g，茯苓10g。伤食者加焦楂；伴发热、口渴、尿少者加柴胡、车前草；挟风寒者加防风，藿香。每日1剂水煎服。一般服4~7剂后，改服1~2剂参苓白术散，以达调理脾胃，促其痊愈之功。结果：经治疗痊愈25例，好转4例，无效2例，总有效率93.55%。

【病案举例】

1. 某男，4个月，2000年8月30日诊。家长代诉：大便呈泡沫黏液样便已10余天，伴啼哭不安，吮乳减少，无发热，苔薄白，指纹风关淡青色，血象正常，大便镜检为未消化食物。证属：脾虚湿胜、运化失司。治以：健脾助运、化湿止泻。方用太子参、炒白术、茯苓、扁豆衣、淮山药、车前子各6g，陈皮、桔梗各3g，甘草1g，薏苡仁10g，神曲5g。上药炒黄后加水煎至100ml，分5~6次喂服，每日1剂。3剂后大便日行2次，能安稳入睡。[18]

按：参苓白术散出自《太平惠民和剂局方》，主治脾胃虚弱之证，有补虚除湿、行滞调气之功。方中太子参、白术、茯苓、甘草甘温益气；淮山药、扁豆、砂仁补脾和胃理气；薏苡仁、车前子健脾渗湿；桔梗宣肺理气、载药上行。上药炒至焦黄后入煎不仅可健脾助运，还可增强固涩作用。腹泻时间较长的患儿，服用本方疗效显著。

2. 患儿李某，男，11个月，母乳喂养，腹泻两周，每日腹泻10余次黄绿水样便，内有奶瓣及消化不良食物残渣，味腥臭。曾口服多种西药无效，故来诊，查体温36.8℃，发育营养尚好，面色无华，神疲，皮肤弹性一般，心肺正常，腹软，肠鸣音亢进。舌淡红，苔薄白，指纹淡红，延至气关以上。大便常规检查脂肪球（++）、白细胞3~6个，诊为小儿腹泻，服中药党参6g，茯苓5g，白芍5g，白术5g，炒扁豆6g，炒山药7g，莲子肉5g，桔梗3g，炒薏苡仁7g，砂仁

1.5g，黄连2g，苍术3g，鸡内金3g，甘草2g。水煎服4剂，大便次数，性、状正常而愈。为巩固疗效继续服药2付。[20]

按：小儿腹泻原因很多，中医学认为：小儿脏腑娇嫩，稚阳未充，稚阴未长，故脾常不足，若饮食不节，以致脾胃受伤，运化、受纳功能失职，水湿内停，脾失升清则泄泻，久泻则脾胃虚。加之父母缺乏正确的育儿知识，片面追求营养滋补，使小儿过食或添加补食高能量饮食过多，乳失伤脾是致小儿腹泻的主要病因。《素问·痹论》指出“饮食自倍，肠胃乃伤。”我们用方中党参、白术、甘草益气补中为君药，山药、莲子肉健脾固肠止泻，茯苓、炒扁豆、炒薏苡仁健脾渗利水湿，利便以实大便，为臣药。君臣相伍，补中有行，脾气得补，湿邪得除，升降有序，清浊各行其道。以砂仁芳香醒脾，促进中焦运化，且行气化湿，补而不滞，桔梗升宣肺气，借肺之通调水道，以利水湿，鸡内金消食导滞，为佐使之品，加之临床用药随症加减，共奏益气健脾和胃之功。

（一）小儿慢性腹泻

如果大便次数增多，质稀，有时甚至带有脓血黏液和未消化食物等，凡起病缓慢，常有反复发作，病程超过2个月者称为慢性腹泻，常由慢性肠道感染、慢性胃肠疾病、肝胆疾病等引起。另外，精神紧张、情绪激动及内分泌紊乱等全身疾病也可引起。

慢性腹泻多久治不愈或反复发作，是临床上常见的证候，中医称之谓“下利”、“泄泻”、“肠风”。

【临床应用】

马氏[28]以参苓白术散和金双歧联合治疗婴幼儿慢性腹泻56例，其中男32例，女性24例。年龄7个月~3岁。治疗：参苓白术散口服，小于1岁，每次半袋，每日2次；1~3岁，每次1~2袋，每日2次；金双歧口服，小于1岁，每次1片，每日3次；1~3岁，每次2片，每日3次。幼儿可直接嚼服，婴儿可将药片碾碎后溶于温热牛奶中冲服。两药合用，3天1个疗程，5个疗程无效则停药。结果：痊愈49人，占87.5%，好转5人，占8.9%，无效2人，占3.6%；总有效率96.4%。

郭氏[29]以参苓白术散加干姜及大枣水煎服治疗婴幼儿慢性腹泻30例，全部患儿均有不同程度慢性腹泻病史，最短2个月，最长2.5年。治疗采用参苓白术散加干姜大枣水煎服，将市售成品药参苓白术散每包6g加干姜1片、大枣数枚装入布袋内，水煎成20~30 ml药液，1岁以内1剂分4次，每日分3次口服，1~2岁每日1剂分3次口服，1~2岁每日1剂分3次口服，2~3岁以内3剂服2天，每日3次。结果：17例患儿用药2天治愈，2例3天治愈，2例患儿因患慢性菌痢，经用药5天大便镜检阴性，腹泻停止。

郝氏[30]将参苓白术散散剂改为汤剂加减治疗小儿慢性腹泻20例，收到较为满意的疗效。年龄2~8岁，病程1~4个月，反复发作。病例特点为腹泻稀水，或夹有不消化食物，不思饮食，上腹饱胀，舌淡苔薄白，脉细弱，指纹隐淡。治疗方法：党参6g，白茯苓5g，土白术5g，山药8g，白扁豆9g，莲子肉4g，砂仁3g，甘草3g，葛根6g，车前子5g（另包），每日1剂，水煎服。结果：20例中，服药最短3天，最长13天。痊愈14例，大便成形，每日1次；好转5例，大便次数明显减少；无效1例。

林氏[31]用参苓白术散治疗婴幼儿慢性腹泻50例，年龄7月~5岁，病程1~6个月。西医诊断为婴幼儿慢性腹泻。全部病例均有不规则服用抗生素、午时茶、思密达等西药史。治疗：太子参10g，淮山药18g，茯苓6g，焦白术8g，陈皮4g，砂仁1.5g（后下），炒扁豆6g，煨防风4g，莲肉10g，炒薏苡仁6g，甘草3g。服法：每剂煎2次，约250ml，分多次温服，1日内服完。3剂为1个疗程，5个疗程无效停药。纳差、粪臭多渣加鸡内金10g；完谷不化、肢冷舌淡、粪便清冷少臭加炮姜4g，以温暖脾肾；嗳腐吞酸、腹胀大而按之软加焦三仙10g；阴伤明显而生疳热，见粪便少而黏，有腥臭，午后低热，口干喜饮，唇干舌红，指纹色深绛，甚至口舌糜烂者，去香燥淡渗之砂仁、陈皮、防风、薏苡仁，加乌梅8g，石斛10g，北沙参10g，胡黄连3g，以酸甘化阴、清热生津。此类患儿常以淮山药5份，木瓜1份煎成糊状，去木瓜后随时取食。因其味酸微甘，患儿喜食不厌，既可充饥，又作药疗。结果：痊愈45例占90%，好转3例占6%，无效1例占2%，总有效率96%。

【病案举例】

1. 俞某，男，10个月，1989年9月8日就诊。患儿大便泄泻，日10余次，色青或黄，完谷不化，历时1月余，曾经西药治疗未效，舌质淡，苔薄白，指纹淡。处方：党参5g，焦白术5g，茯苓10g，淮山药5g，生、炒薏苡仁各5g，砂仁2g，白扁豆10g，莲须5g，草果5g，苍术5g，焦二芽各5g，天花粉、川石斛、补骨脂各5g，3剂便减，5剂痊愈。[7]

按：小儿系稚阴稚阳之体，五脏六腑“成而未全……全而未壮”且“脾常不足”，易为乳食、生冷积滞所伤而导致腹泻。因此小儿尤其是婴幼儿泄泻，往往是脾虚湿胜，饮食不化所致。其泻多水便或散乱便，气味酸臭有不消化食物或奶瓣，脉多细数，舌苔白腻或厚。其主要病变在于脾胃。脾主升喜燥而恶湿；胃主降，喜润而恶燥。方中党参、白术、茯苓 、山药等健脾益气化湿；草果温脾化湿，补骨脂壮命门之火以助脾运；天花粉、川石斛养阴生津，全方使脾气得升，湿邪得化。污浊得降，故而效如应柞。

2. 陈某，男性，6岁，住无锡县玉祈，1955年12月3日就诊。主诉（患儿母代诉）：出生后因奶水不足，常以米浆代食，10个月后即行断乳。平素常大便泄泻，时愈时作，或有一二蛔虫排出，无腹痛。曾自购保和丸内服无效。近月来便泻次数增加到日夜七八次，脱肛，食量锐减。诊断所得：患儿呈慢性病容，精神萎靡不振，表情冷淡，腹部柔软，脉象细弱，舌淡少苔。病情较为严重。治法：补中，升提，固涩。处方：参苓白术散加减：老山参一钱（另煎），土炒白术一钱，茯苓一钱五分，淮山药一钱五分，炙甘草五分，炙黄芪一钱，炒柴胡五分，莲实一钱，煨白芍一钱，砂仁四分，陈仓米三钱。嘱服3剂，饮食限流质食物。二诊：便泻次数未减，但泻出量已减半，稍思饮食，精神似有好转。处方：原方去白芍，加石榴皮七分，桔梗一钱。嘱服3剂。另以五倍子三分，研极细末，置脐中，敷以膏药。三诊：大便日仅两次，脱肛已收，食量大增，精神渐趋活泼，已能行走。处方：奎潞党一钱，白术八分，茯苓一钱五分，山药一钱五分，炙甘草五分，乌梅肉一钱，砂仁三分，陈仓米三钱。令再服5剂，仍禁冷硬食物。半月后患儿母亲所云症状均消失，未见有蛔虫排

出，证候已基本痊愈。[32]

按：患儿迁延泄泻，日久脾虚，则清阳之气不得上升，故见精神萎靡不振等一派脾胃虚弱之证。“泄泻之本，无不由于脾胃”，从脾论治，用参苓白术散加减，健脾益气收效甚好。

（二）小儿急性腹泻

急性腹泻是指起病急骤、便次便量多而稀薄，并处于临床病理状态。急性腹泻患者每天排便可达10次以上，排便时常伴有肠鸣、肠绞痛或里急后重，大便检查可发现致病微生物、食入的毒性物质、红细胞、脓细胞、大量脱落的上皮细胞及黏液等。急性腹泻严重时可引起脱水、电解质紊乱和代谢酸中毒。

急性腹泻在中医归属于“暴注”、“下利”、“泄泻”等范畴，其脏腑归之于脾、胃、大肠受病，以实证居多。而其虚证者以参苓白术散治疗常获良效。

【临床应用】

王氏[33]采用参苓白术散结合思密达等治疗婴幼儿急性秋冬季腹泻60例，并与对照组60例腹泻用纯西药治疗进行对比。治疗方法：两组均按常规治疗，包括思密达口服，根据脱水程度给予ORS口服补液以及退热等对症治疗，不禁食。治疗组同时加用参苓白术散（每袋6g）。方法：开水调成糊状，喂服。剂量：1岁以下，每日1袋，分3次服用；1~2岁，每日1.5袋，分3次服用；2岁以上，每日2袋，分3次服用。结果：参苓白术散辅佐治疗婴幼儿急性秋冬季腹泻，在止泻时间、脱水纠正时间、平均治愈时间及总疗程方面均明显优于对照组（$P<0.01$）。

【病案举例】

赵某，男，7个月，1997年6月17日就诊。其母诉患儿腹泻1周，日10余次，伴呕吐、不思饮食，精神萎靡不振。查患儿体温正常，指纹淡红，舌质淡红、苔白腻，眼睑下陷，皮肤弹性减退，腹胀无压痛。大便常规查：蛋花汤样便，白细胞少许。证属寒湿困阻中焦、脾失健运。处方：玉竹参、焦白术各4g，茯苓、炒扁豆、炒薏苡仁各5g，砂仁、陈皮、焦山楂、车前子、石榴皮各3g，桔梗、肉

桂、罂粟壳、炙甘草各1g，3剂。嘱其每剂煎2次浓缩约40ml，分4次（即6小时服1次）服完。另以ORS液频服，减少喂乳次数。第2日其母欣然告知，患儿服药1剂后大便即减为1日3次。药已中的，继服1剂而愈。[22]

按：腹泻是儿科临床常见疾病，究其根本无不责之脾胃。《景岳全书·泄泻》说："泄泻之本，无不由于脾胃。"而小儿脏腑娇嫩、形气未充，一旦调护养育失当，极易损伤脏腑机能而罹病。因此，小儿无论是感受外邪、内伤饮食或脾胃虚弱，都可引起脾胃运化失司，精微不布，清浊不分，合污而下，导致腹泻。又因小儿为稚阴稚阳之体，生长迅速，后天之本的脾胃关系重大，若久泻不止，会损阴耗阳，影响机体和智力的成长发育，故在腹泻之初就当以"实脾胃"为主，参苓白术散就是医家推崇的名方。轻度腹泻可仅用原方；对中度腹泻则加少量收涩药；对重度腹泻应分消、收涩并举；特别注意久泻易伤阴耗阳，应在原方加入温补脾肾之阳或增阴补液之品。总之，小儿疾病变化迅速，病情常反复，"脏腑柔弱，易虚而实，易寒而热"（《小儿药证直诀·原序》），医者临证时须详察精辨，准确施治，灵活用药，方能收到良好的疗效。

（三）小儿迁延性腹泻

腹泻病程达两周至两个月、大便次数和性状不稳定者称迁延性腹泻。本病在临床上表现为腹泻病程迁延，反复发作，时泻时止。轻者1日3~4次左右，糊状黄色或黄绿色便，或夹有白色奶片和食物残渣，患儿营养状况日益恶化，食欲不振，对食物耐受力极差，精神萎靡，消瘦贫血和多种维生素缺乏，易发生皮肤、呼吸道、泌尿道等的继发感染。本病大多由于喂养不当，患腹泻后易迁延不愈；或长期滥用各种抗菌素，引起肠道菌群失调，真菌感染所致。

本病在中医临床上，多属"泄泻"中虚证范畴，先天不足，后天调护失宜，病后体弱，以致脾胃虚弱，不能升清降浊，谷反成滞，水反为湿，合污下降，而成泄泻。迁延不已，时发时止，每于食后作泻，故应用参苓白术散健脾益气常收效甚好。

【临床应用】

张氏[34]用参苓白术散加减治疗迁延性腹泻16例，取得较好的疗效。16例患儿病程均超过2周，有的达1个月左右，经抗菌素及胃蛋白酶等治疗无效。治疗汤方组成：党参10g、白术7.5g、山药10g、茯苓7.5g、陈皮5g、砂仁5g、白豆蔻5g、车前子7.5g（包）、神曲5g、山楂5g、甘草5g。对于伴有轻中度脱水者，口服ORS液，伴重度脱水者，静脉补液。结果：显效：服药3天，大便性状恢复正常，次数恢复正常者9例，占56.25%；有效：服药3天，便次明显减少，性状有所好转，约1周左右接近正常者6例，占37.5%；无效：服药1周病情无明显变化1例，占0.62%。

【病案举例】

王某某，男，2岁，1982年7月4日入院，其母代诉，患儿生后因母乳不足，需靠喂养来补充，经常腹胀，饮食时好时坏，大便伴有不消化食物且有臭气，夜间哭闹不安。3天前，因不慎感寒，随即呕吐、泄泻，大便如水略黄，每天达10次左右。来诊时患儿精神萎靡，面色苍白，四肢发凉，皮肤毛发无光泽，营养较差，口干唇燥，皮肤弹性较差，舌质淡，苔白且干燥，指纹暗淡。门诊以小儿急性肠炎、消化不良、二度脱水收住入院。经常规补液纠正电解质紊乱，加庆大霉素治疗后，脱水症状基本改善。但泄泻仍不止，改用中药治疗。投党参6g，炒白术6g，云苓6g，炒白扁豆8g，淮山药8g，薏苡仁8g，陈皮4g，因正值暑湿蒸腾之日，暑必协湿，故加藿香4g，葛根4g，泽泻4g，芳香化湿，醒脾和胃，2剂水煎服。服上方后，泄泻呕吐已止，唯腹部胀满不减，遵上方去藿香、泽泻，加槟榔3g，川朴3g。服3剂后诸症皆除，痊愈出院，并嘱带香砂六君子丸回家调理。4个月以后，得知患儿饮食旺盛，体重增加，一切正常。[35]

按：脾主运化，胃主受纳，脾主升清，胃主降浊，共同完成食物的消化、吸收、输布和排泄。小儿由于机体的功能尚未健全，脏腑娇嫩，脾胃运化功能低下，其特点为“脾常不足”。本例患儿即由于喂养不当，脾胃虚弱，复感寒邪，内外交加，更伤中焦，运化失常，清浊不分导致泄泻。即《内经》曰：“清气在下，则生飧泄”。张景岳曰：“泄泻之本，无不由脾胃，盖胃为水谷之海，而脾主运化，则腐

熟水谷而化气化血，以行营卫。”故本例用参苓白术散加减健脾止泄，升阳除湿，恰中病机，疗效甚佳。

（四）小儿脾虚泄泻

小儿泄泻不是一种独立的疾病，可以在很多疾病中出现，常见的是肠道功能紊乱引起的腹泻，常表现为腹痛，腹泻，排便后疼痛缓解或消失，稀便与硬便交替出现等症状。小儿脏腑娇嫩，脾气易虚易实。若因久病调理欠佳，损伤脾胃，则纳运失司，喂养稍有不慎，则易导致饮食内停，水谷不能转化为精微，精微不运，合污而下，并走大肠致成泄泻。因此本病的治疗应以健脾益气，升举清阳为主。临床治疗采用参苓白术散加减健脾止泻，疗效甚佳。

【临床应用】

谢氏[36]用参苓白术散加减结合捏脊治疗婴幼儿脾虚泄泻60例，并与对照组用妈咪爱和思密达治疗婴幼儿泄泻60例形成对比。治疗组60例，对照组60例，临床表现大便次数增多，每日3～5次，甚至多达10次以上，呈稀水样或糊状，无脓血，常伴有呕吐、食欲不振、腹痛或发热、口干。治疗组用：参苓白术散加减：党参6g，炒扁豆6g，茯苓10g，白术6g，甘草3g，山药6g，莲子肉6g，薏苡仁6g，砂仁6g，麦芽10g，车前子6g，每日1剂，用清水400ml慢火煎至100ml，分2～3次/日。捏脊疗法：常规捏脊法，从长强至大椎来回捏10次，重提脾俞、胃俞，配合补脾土，摩腹等每天1次。对照组用：口服妈咪爱1支，2次/日，思密达。用量年龄少于6个月每次1/3包，3次/日，6个月以上1/2包，3次/日，加适量温开水冲服。2组疗程均为7日，治疗期间，有失水者均口服ORS液。结果：治疗组治愈率和总有效率高于对照组（$P<0.05$）。结论：参苓白术散加减结合捏脊治疗婴幼儿脾虚泄泻优于妈咪爱和思密达。

张氏[37]应用参苓白术散治疗小儿脾虚泄泻100例，取得了良好的效果。全部病例均为脾虚泄泻，症见大便稀溏，食欲不振，面色萎黄少华，形体消瘦，神疲倦怠，舌质淡，苔薄白，脉细而缓。治疗：党参、山药、茯苓、白术、陈皮、神曲各100g，炒至表面焦褐色，内部黄色，再与生黄连50g混合粉碎、过6号筛搅拌混合均匀后分剂

量，每包0.4g。4～12月患儿每次服0.4g，1～2岁每次服0.4～0.8g，2～4岁每次服0.8～1.2g，5～8岁每次服1.2～1.6g，8～12岁每次服1.6～2.4g，冲服，每日3次。结果：1天内治愈15例，23天治愈50例，46天治愈26例，未愈者9例，治愈率为91%。

李氏[38]用参苓白术散治疗脾虚失运型的婴幼儿非感染性腹泻43例，年龄2月～3岁。患儿大便外观为蛋花样或黄绿色泡沫状稀水样便。镜检以脂肪球为主，重症患儿偶见白细胞，血常规正常。治疗：采用参苓白术散：太子参2～6g、白扁豆2～5g、云苓2～5g、白术2～5g、陈皮1～3g、淮山药3～10g、甘草1～3g、莲子3～10g、薏苡仁3～10g、砂仁0.5～1g、桔梗1～3g。加减变化：兼乳食停滞者加神曲3～10g、焦山楂2～5g、半夏1～3g、炒枳壳2～5g、鸡内金2～5g；兼湿热者加黄芩2～5g、黄连1～2g、藿香2～5g。水煎服，每日1剂，加水至没药为止，文火慢煎，滤药液30～150ml，宜频频口服。服药期间忌食生冷、油腻。重型腹泻患儿同时纠正水电解质紊乱。结果：43例患者均痊愈，用药时间3～10（平均5.5）天。

【病案举例】

1. 张某，男，1岁6个月因腹泻、纳呆2天于2004年5月16日就诊，患儿10天前食欲不振，有时呕吐胃内容物，继而时有轻微腹痛，腹泻，解大便7～8次/日，呈烂糊状或稀薄水样带有食物残渣，无黏液及脓血臭味，时轻时重，反复发作，小便短少，曾喂服保婴丹及阿莫西林干糖浆粉3日，病情无好转。体检：面色萎黄，神疲倦怠，咽不红，双扁桃体肿大，心肺正常，腹软无压痛，未及包块，肠鸣音稍活跃，皮肤弹性稍差。血常规：白细胞7.2×10^9/L，中性粒细胞44%，淋巴细胞56%；大便常规：脂肪球（+），白细胞<2个/HP，红细胞（-）。舌淡红苔白，指纹色淡红现于风关，中医辨证，证属脾虚泄泻，治宜补脾助运，给予参苓白术散加减。药用：党参6g，炒扁豆6g，茯苓6g，白术6g，炙甘草3g，山药6g，莲子肉6g，薏苡仁6g，砂仁3g，陈皮5g，大枣2枚，鸡内金6g，麦芽10g，车前子6g；4剂，1剂/日，水煎服，分2～3次喂服，共服4日，结合捏脊，从长强到大椎来回捏10次，重提脾俞、胃俞，配合补脾土等每天1次，共7日。7日后患儿精神好转，食欲增加。大便每日

1～2次，大便形状恢复正常，临床症状消失，病愈。[36]

2. 患儿肖某，女，3月余。住院号017015。因慢性腹泻1月半于1982年5月18日入院。入院1月半前，患儿无任何明显诱因出现腹泻，每日5～6次，便下如水样，量较多，色黄，时挟黏液或带风泡状，无脓血及特殊臭味，其家长常喂给“土霉素”、“乳酶生”、“婴儿素”等药（量不详），病情未见好转，门诊以“单纯性消化不良”收治。入院时，腹泻次数已增加到每日7～8次，且神疲嗜睡，鼻塞流清涕，微咳，汗出，舌淡，苔白厚腻，指纹淡红。大便镜检：WBC（0～3），PBC（0～2）。证属泄泻（脾虚湿滞，兼感风寒）。治以健脾除湿，兼散风寒。方用参苓白术散加减，药用淮山药9g，党参、白术、茯苓、扁豆、神曲、麦芽、薏苡仁、内金各6g，防风、杏仁各4g，桔梗、陈皮、甘草各3g。服药2剂，症状减轻；守方2剂，症状消失，大便正常。嘱其出院带药2剂，以巩固疗效。[39]

按：参苓白术散药性缓和，补而不助邪，利而不伤正，寓泻于补，培土生金。既健脾又渗湿利水，使小便自利，无大便溏泻之患。甘温健脾而不热不燥，滋胃阴而不助湿，润肺而不犯寒凉，益血而不滋腻，调理脾胃气机，鼓舞清阳，振奋中气，而无刚燥之弊。此方切中本证之病机，尤对证虚湿滞之小儿泄泻奏效显著，能收到预期疗效。因兼感风寒而致咳嗽有痰者，故加防风、陈皮以燥湿化痰，外散风寒。

3. 患儿唐某，男，1岁3个月。门诊号08589。因腹泻3日于1984年12月10日入院。3日前，因食肉过量，出现腹泻，便下为黄色稀水样，挟不消化的食物残渣，有腐臭味，每日4～5次，无黏液脓血。拖延3日无好转趋势，故住医院求治。入院就诊时患儿精神疲惫，纳呆，形体消瘦，面色萎黄，时有哭闹，尿黄少，舌淡，苔白厚腻，指纹淡红。证属泄泻（脾虚食滞型），治以健脾除湿，消食导滞。方用参苓白术散加减：神曲9g，茯苓、白术、薏苡仁、淮山药各6g，党参、扁豆、莲子、白芍、陈皮各5g，桔梗、甘草各3g，砂仁2g。服药2剂后，未见患儿复诊，1周后随访，大便正常，饮食渐增，原方加减2剂善后。[39]

按：参苓白术散一方重在健脾，次为益气，治病与调理兼顾。能补虚除湿，行滞调气，暖胃补中，补而不壅，通天气于地道，使气得升降而益和，脾强胃健，升清和降各负其责，腐熟运化渐趋正常。在临床上，其也常加减化裁，如饮食积滞胃肠者，常用本方加神曲、麦芽、鸡内金等。由于小儿脏气清灵，随拨随应，所以只要能正确地进行辨证施治，及时投药，病情即可迅速好转，达到痊愈。

第三节 泌尿系统疾病

慢性肾炎

肾炎是肾小球肾炎的简称，是一种全身性感染免疫引起的肾小球损害病变。以全身浮肿、血尿、少尿和高血压为表现特征。小儿慢性肾炎是小儿泌尿系统的常见病，往往是由于肾炎在急性期未得到有效治疗和控制，缠绵日久不愈而转入慢性肾炎。本病常继发于上呼吸道的细菌或病毒感染，但是肾炎的发病并不是细菌或病毒直接损伤肾脏而发生的炎症，而是由于病原体侵入人体后，引起体内产生的一系列自身免疫反应，造成肾脏损伤而致病。本病经过及时治疗，多数能够治愈。常见并发症为心力衰竭、高血压 、脑病和急性肾功能衰竭。属中医学“水肿”等范畴。

【病案举例】

陈某，男，10岁，学生。1989年6月11日就诊，家长诉：月余前因面部浮肿，纳少食差，神倦乏力休学，经某医院以“慢性肾炎”收治，用“青霉素”及其他西药对症治疗至今，症无减轻，仍倦怠、纳少、动则汗出、小便黄少、易感冒。刻查：面色少华，少气懒言，舌淡苔白，脉缓而弱。血压：14.63/9.31kPa，心肺无异常，余无特殊。实验室检查：尿蛋白（+），RBC 0～1/HP，WBC 0～2/HP，颗粒管型0～1/LP。患儿系疾病后期，正气未复，证属肺脾两虚。宜健脾益气以扶正固本，护卫固表。拟参苓白术散合玉屏风散化裁：党参6g，白术6g，茯苓6g，山药6g，黄芪6g，扁豆3g，砂仁3g，陈皮3g，桔梗3g，赤小豆3g，甘草3g，薏苡仁10g，5剂。嘱每日1剂，

浓煎少量频服，食低盐清淡易消化饮食。复诊：浮肿消失，纳食增加，舌淡苔薄白。实验室检查：尿蛋白（-），上方去扁豆、赤小豆、薏苡仁，加莲子6g，5剂。半月后家长来告：小儿面色红润，纳食正常，精神好转，已入校读书。

按：患儿系疾病后期，正气未复，脾肺两虚，脾气虚损，导致肺气不足，不能固表，故面色少华，汗出，易感冒；肺脾气虚，津液输布代谢失常，故浮肿、倦怠、脉缓弱。审证求因，诸症皆脾气虚弱所致，故治以健脾益气为主。[40]

第四节　小儿五官科疾病

一、过敏性鼻炎

过敏性鼻炎是临床以鼻塞、鼻痒、喷嚏频作、流清水样涕为主症，每遇冷空气，或感受风寒、花粉、粉尘等刺激而发的一种病证。小儿尤易患病。病程较长，常有伤风鼻塞反复发作史，或长期滴用鼻黏膜收缩剂病史。本病属中医学“鼻鼽”范畴。脾肺气虚以致肺气不利，气机阻滞而为病。因小儿胃强脾弱，运化不及，水湿易于停滞；又小儿形气未充，肺气不足，卫外不固，易受邪侵。故以参苓白术散调整脏腑功能，扶正祛邪，常可获得满意疗效。

【临床应用】

孔氏[41]以参苓白术散加减治疗小儿过敏性鼻炎60例，临床以鼻塞、鼻痒、喷嚏频作、流清水样涕为主症。治疗基本方：党参、白术、苍耳子、辛夷各10g，黄芪、山药各15g，茯苓、扁豆、薏苡仁各12g，砂仁、防风各6g，炙甘草3g。以上剂量可根据患儿年龄、体质及病情酌情增减。加减法：兼有外感表证者加荆芥、菊花；头痛鼻塞者加川芎、白芷；纳差者加炒麦芽、鸡内金；鼻流清涕不休者加五味子、乌梅。每日1剂水煎服。服15剂为1个疗程。结果：44例痊愈，临床症状消失，随访1年以上未复发；14例显效，服药2个疗程，临床症状部分消失，或偶有复发；2例无效，服药2个疗程而临床症状无明显变化。

【病案举例】

李某，男，12岁，1998年3月12日就诊。患过敏性鼻炎已3年，经常发作，发作时鼻流清涕，喷嚏频作。曾经中西药物治疗效果不佳。症见体质瘦弱，面色㿠白，纳呆便溏，口不渴，疲乏无力，舌质淡，苔薄白，脉细缓。检查见下鼻甲有轻度水肿，鼻黏膜苍白。证属肺脾气虚，卫表不固。治宜补肺健脾利湿。方用参苓白术散加减，以基本方加鸡内金10g，每日1剂水煎服。服药6剂后诸症明显减轻，继服6剂症状基本消失。再服3剂巩固效果。随访1年未见复发。[41]

按：本病因脾肺气虚以致肺气不利，气机阻滞而为病。治宜补肺健脾，通利气机。参苓白术散是治疗脾胃虚弱，运化失司，湿邪停聚，升降失常，清浊相混而致泄泻的良方。用此方治疗本病取其补肺健脾利湿之效。因小儿胃强脾弱，运化不及，水湿易于停滞；又小儿形气未充，肺气不足，卫外不固，易受邪侵，故用党参、白术、炙甘草培补中气；茯苓、山药、薏苡仁、扁豆等健脾祛湿；砂仁化湿和中，理气醒脾；苍耳子、辛夷祛风散寒，通鼻窍，为治鼻炎之要药。诸药合用，标本兼顾，以调整脏腑功能，达到扶正祛邪的目的。

二、鼻窒

鼻窒是指因脏腑虚弱，邪滞鼻窍所致。以鼻塞时轻时重，或双侧交替鼻塞，反复发作，经久不愈，甚至嗅觉失灵，或下鼻甲肿大为主要表现的一种鼻病。鼻窒之名出《素问·五常政大论》："少阳司天，火气下临，肺气上从……咳、嚏、鼽、衄、鼻窒。"本病即西医学所说的慢性鼻炎。易并发耳胀、耳闭。男性患者多见，小儿尤易患病。鼻分泌物增多者可见嗅觉严重减退，或有头痛，鼻塞久而甚者可出现注意力不集中、记忆力减退、疲乏、失眠、耳鸣、耳内闭塞感等症状。小儿鼻窒是儿童时期常见鼻疾，与小儿年幼形气未充及反复发病有关。

【临床应用】

谢氏[42]以参苓白术散加味治疗小儿鼻窒80例，年龄4～7岁。以鼻塞时轻时重或双侧鼻窍交替堵塞，反复发作，经久不愈及检查见

鼻腔黏膜呈慢性充血，鼻甲肿胀色淡白或色红为主要临床表现。治疗基本方：党参、白术、薏苡仁、茯苓、山药、莲子、白扁豆、桔梗、砂仁、石菖蒲、细辛、辛荑花、甘草。鼻甲肿胀难消加泽泻、乌梅、穿山甲；挟热象加菊花、炒黄芩；兼瘀阻加地龙、川芎、赤芍、檀香。结果：以20日统计结果，10日治愈40例，20日治愈32例，有效5例，无效3例。有效率96.25%。

【病案举例】

陈某，男，5岁，1999年6月4日初诊。诉：6月前感冒后出现双侧鼻塞，因未彻底治疗致鼻塞反复发作，时轻时重，伴流白浊涕，纳食欠佳，舌淡苔白腻，脉濡。检查见鼻甲肿胀色淡白，诊断为“鼻窒”。因服西药效果不佳，并出现头晕而要求中药治疗。辨证为肺脾气虚湿阻型。治法：健脾益气，渗湿通窍。处方：党参15g，黄芪15g，白术6g，淮山药15g，莲子6g，砂仁2g（后下），石菖蒲6g，白芷7g，细辛3g，辛荑花7g（包煎）。日1剂，水煎分2次服。6天后复诊，鼻塞明显好转，纳食可，检查见鼻甲仍稍肿胀，色淡红，守上方加乌梅4g，檀香3g，5剂后愈，至今未见鼻塞复作。[42]

按：鼻与肺相表里，为肺之门户，“脾为后天之本”，生化精气。肺脾共同作用生成营气、宗气，固表御外、上滋养鼻窍。小儿幼稚之躯，“脏腑娇嫩、形气未充”，肺脾不足，抗邪乏力，易致邪滞鼻窍而鼻塞不利，长久难愈，流涕时作，鼻甲肿胀难消。故治疗上应以补益肺脾为主治其本，渗湿通窍治其标。参苓白术散具有健脾益气、渗湿之效，药性平和，加上黄芪、辛荑花、细辛等益气通窍之品，既加强益气之力，又能收到治标之功。故而参苓白术散加味能护小儿娇嫩之脏腑，补小儿未充之形气，并养胃气、实营气，阳气、宗气上升则鼻疾痊愈。

三、小儿多涕症

小儿多涕症属中医鼻渊虚证范畴。鼻内膜淡红，遇风冷刺激，鼻塞及流涕加重为主要临床表现。本证多为小儿脏腑娇嫩，形气未充，为稚阴稚阳之体，对疾病抵抗力差，外易为六淫所侵，内易为乳食所伤。《育婴家秘·卷之一·五脏论治总论》谓：“人皆曰：肝常有余，

脾常不足。予亦曰：心常有余，肺常不足”。究之小儿多涕症多为外感内伤之寒邪损伤脾肺之阳，脾土虚弱不能制湿，而湿自内生，肺阳气亏虚通调水道失司而涕从鼻出。

【病案举例】

患者，男，9岁。1992年10月6日初诊。家人代诉患儿常年双侧鼻流清涕多，悬挂于鼻下，入院诊断为“慢性鼻炎”，予鼻炎康等药治疗，无明显好转。兼有患儿睡眠多，精神略差，不思饮食，舌淡白、脉细弱，双侧鼻前庭发红粗糙。证属肺脾气虚，肺液不固。药用：党参9g，茯苓、炒白术各8g，薏苡仁、山药、扁豆、黄芪各10g，桔梗、防风各6g，乌药、益智仁各5g。5剂，水煎服，每日2次，服药后鼻流涕量明显减少，继服10剂，再诊时鼻涕量已正常，症状控制。[43]

按：涕属流注于鼻窍津液，具有滋润和保护孔窍的作用。津液的生成依靠脾的“散精”和肺的“通调水道”及肾的“蒸腾气化”，故治疗宜从补益肺脾肾三脏入手。玉屏风散与参苓白术散、缩泉丸三方相合，补肾健脾温肾，故而取效。

四、小儿花剥苔

小儿花剥苔是舌苔剥落不全，剥落处光滑无苔的一种表现，俗称“地图舌”，常见于五六岁以前的小儿。这种舌象往往长时间不会改变，平素可无不适感，但在感冒、肺炎、泄泻等疾病中剥落范围增大，舌质深红，而引起舌炎、疼痛，影响进食。现代医学认为剥苔舌可能与过敏体质、寄生虫、营养不良、贫血、维生素缺乏以及先天异常有关。中医认为，舌和脾胃关系密切，“脾开窍于口”，“苔乃胃气之熏蒸”，脾胃功能的优劣可直接影响舌苔的变化，花剥苔的形成主要是脾胃气不足所致。故可采用健脾益气的参苓白术散来治疗。

【病案举例】

1. 赖某，男，1岁4个月。患儿平素母乳不足，补以杂食，纳食差，大便时干时溏，出生后4个月时发现舌苔花剥，每当感冒或身体不适，花剥范围增大，疼痛拒乳，曾持续服用维生素B_2、维生素C及胖得生等，始终未愈，于1983年2月3日就诊。症见形体消瘦，

面色苍白，舌质淡红，苔薄白，中剥呈地图样，指纹淡红。证属禀赋不足，脾虚气弱。治宜益气健脾，消食助运。方用参苓白术散加减。党参6g，云苓6g，炒白术9g，白扁豆9g，山药10g，陈皮5g，砂仁4g，鸡内金5g，薏苡仁9g，神曲6g，谷芽6g。研细末分3次冲服3剂，日服1剂，分3次服。6日复诊，纳食增加，剥苔面积明显缩小，因煎药困难，后将此方按原比例自制为散剂，日服3次，每次2g，20天后随访，食欲良好，体重增加1斤，花剥舌消失，舌质淡红，舌苔薄白均匀，1年后随访，未见复发。[44]

2. 刘某某，女，3岁半，1983年11月12日初诊。幼儿体弱，经常感冒，屡患肺炎，10个月时发现舌边与舌中三处剥苔，遇有发热或饮食不调则可见到多处剥苔，而且原有剥苔面积增大，舌质红。两个月前患百日咳，此次就诊时顿咳已愈，唯夜卧不安，多汗，烦躁易哭，食欲差，偏食，便溏，有时进食自诉舌疼。望其面色萎黄，口干唇红，精神倦怠，舌苔较黄厚，有4处剥苔，剥苔处舌质红绛，脉细数，证属正气虚弱，复因久咳伤肺，久嗽伤脾，致肺脾两虚，气阴不足，兼有积滞化热之象，首当养阴益气佐以消食导滞，方用沙参麦冬汤加减：沙参9g，麦冬9g，花粉6g，扁豆9g，胡黄连4g，珍珠母5g，党参9g，云苓6g，三仙各6g，鸡内金6g，研末分3次冲服。3剂，日服1剂，分早、午、晚3次服。16日二诊，其母诉，药后汗减睡安，饮食增进，精神好转，视其舌质转为淡红，但仍是舌苔较厚而花剥，面积未见明显缩小，细思小儿自1个月开始舌苔花剥，乃由素体正气虚弱所致，百日咳后期，气阴耗伤更重，而使剥苔增多，面积扩大。脾胃为后天之本，生化乏源，脾胃功能不足，正气便虚弱，小儿以胃气为本，治病必求其本，故改用益气健脾，开胃助运兼顾胃阴之法，方用参苓白术散化裁：党参30g，云苓30g，白术30g，扁豆30g，山药30g，麦冬18g，薏苡仁20g，玉竹15g，砂仁15g，鸡内金15g，神曲10g，谷芽10g。共为细末，每日服3次，每次服3 g。服药半个月，门诊随访，面色红润，纳食佳，大便正常，舌苔花剥消失，1年后随访，发育正常，营养状态良好，感冒次数减少，再未患过肺炎，只是一次因贪食生冷，吐泻后，又出现两处舌苔剥落，面积较小，即服前方（剩余药物）5天而愈。[44]

按：脾胃虚弱则湿自内生，湿滞则气机不畅，故临床可见纳化不佳、消瘦、脘腹胀满、大便不调等表现，当此之时，若能补其气、健其脾、除其湿、调其气，使脾健胃和正气得复，花剥舌自可痊愈。参苓白术散中四君子汤益气健脾，扁豆、山药、莲子肉补脾，砂仁理气，薏苡仁渗湿，而成益气健脾渗湿和胃之良方。但“脾健不在补而贵在运”，脾虚运化无力，胃纳呆滞，故酌加运脾消食之内金、谷芽、神曲，更凑健脾之功。兼有肺胃阴虚之见证，故加玉竹、麦冬以养肺胃之阴。患儿舌苔白腻而花剥，多为食积或寒湿秽浊之邪阻滞胃气，故应适当选加芳香开胃之品，如藿香、佩兰、蔻仁、三仙，即所谓“补脾必先开胃”。

五、小儿弱视

凡眼部无明显器质性改变，而远方视力矫正≤0.8者称为弱视。弱视的主要表现一是视力障碍、视物不清、色觉异常、畏光等。《黄帝内经》云：“五藏六腑之精气，皆上注于目而为之精”，说明病在眼睛，实质与五脏六腑精气虚少有关。后世医家多认为小儿属稚阴稚阳之体，脏腑娇嫩，气血未充，故容易发生肝肾不足或脾肾两亏，导致精血不足，不能上荣于目，日久形成弱视。患儿平素可见体质较差，肝肾不足者形体瘦小，发育迟缓，夜尿多，舌质淡红苔薄白，脉细；脾肾两虚者精神欠佳，面色㿠白，食欲不振，偏食，舌质淡红苔薄白，脉缓无力。

【临床应用】

章氏[45]以午时茶冲剂与参苓白术散佐治儿童弱视192例，并与对照组（单纯西医眼科治疗）比较。治疗组给予西医眼科常规治疗，常规扩瞳检影，适度配镜外，还根据弱视的程度配合相应的辅助治疗，中药治疗按中医学的辨证施治给予午时茶冲剂及参苓白术散，用法：每次1包。可长期服用，直至脾虚病证消除。对照组仅用西医眼科的弱视常规治疗。结果：治疗组疗效优于对照组，而且治疗组各类均优于对照组的相应类别。对照组单纯西医眼科常规用药治疗侧重于眼，即局部治疗，疗效不理想。治疗组在西医常规用药治疗的基础上，运用中药治疗，既着眼于病变局部，又兼顾脾胃及整体功能的调

节，故疗效优于对照组。

六、小儿慢性鼻窦炎

小儿慢性鼻窦炎的临床表现为经常或反复流黏液性或黏脓性鼻涕，间隙性或经常性鼻塞及鼻衄。还常表现为不爱活动，精神萎靡，容易疲劳，记忆力差和食欲不振等全身症状，影响小儿的学习和生活，严重者亦影响小儿的正常发育。本病为小儿常见病、多发病。

鼻窦炎属中医学“鼻渊”范畴，是因邪聚鼻之窦窍，灼腐肌膜，致鼻流涕为基本病理特点的鼻病。本病有急、慢、虚、实之分，急者多属实证，慢者多属虚证或虚实挟杂（本虚标实）之证。

【临床应用】

刘氏[46]以参苓白术散加减治疗小儿慢性鼻窦炎68例，取得了较好的疗效。68例均主诉经常或反复流浊涕（包括黏液涕和脓涕）。用鼻镜检查证实，按西医诊断为慢性鼻窦炎，绝大多数经西药抗生素或多种中成药及其他中药治疗疗效差或无效。治疗方法：基础方：党参20g，黄芪30g，白术12g，茯苓12g，薏苡仁15g，苍耳子10g，扁豆10g，桔梗10g，白芷10g，山药15g，鱼腥草20g。加减：鼻涕黄稠量多加黄芪、银花；鼻阻明显者加辛夷、石菖蒲；痰多者加天竺黄、白芥子、陈皮；易感冒者加防风；纳差腹泻者加桔梗、二芽、建曲；涕中带血或鼻衄者加白茅根、侧柏叶、仙鹤草；鼻前庭浸渍糜烂者加地肤子、苍术。熬药前先将中药浸泡半小时，每日1剂，10日为1个疗程，治疗期间，停用其他疗法。结果：68例中，痊愈18例，占16.25%；显效25例，占36.8%，有效20例，占29.4%；无效5例，占7.3；总有效率92.7%。

【病案举例】

胡某，女，10岁，1992年3月10日初诊。反复流黏脓涕，痰多，鼻塞。5年前遂感头晕，上课时不能集中精神，当地诊所就诊，给与藿胆丸、龙胆泻肝丸、鼻舒口服液等连续服用3个月，服药后脓涕清，但涕量增多，鼻塞仍重，咳吐清痰，易感冒，纳食减少，时有腹泻。检查见鼻黏膜肿胀，色微暗，双下甲肿大与中隔、鼻底无明显间隙。中道、左嗅沟大量黏性分泌物，舌淡苔白厚，脉微弱。拟补益

肺脾、祛痰除湿开窍。药：党参20g、黄芪30g、白术、茯苓各12g，苍耳子、白芷、陈皮、法夏、防风各10g，山药、薏苡仁、二芽各15g。连服10剂，浊涕明显减少，吐泻大减，痰稍黄稠，纳食增加，未再腹泻，以上方去防风加鱼腥草20g，天竺黄8g，再服10剂，诸症皆愈，鼻黏膜肿胀消退，通气良好，鼻道干净，追踪1年，未再复发，1年来很少感冒。[46]

按：笔者认为，小儿慢性鼻窦炎与肺脾两脏的关系最为密切，其内因以肺脾两脏的虚损为主，病理机转多不离气虚、邪滞、窍闭。因小儿脏腑娇嫩，形气未充，机体和功能均较娇弱，对疾病的抵抗能力较差，由于寒暖不能自调，乳食不能自节。一但调护失宜，则外易为六淫所侵而伤肺，内易为饮食失节而损脾，因此小儿肺脾两脏受损的疾病尤为多见。加之小儿卫外机能不固，外邪每易由表入里，久病耗伤肺气致肺气虚弱，患鼻渊后，因清肃不力，邪毒易于滞留鼻窦，久而不去；再则，小儿运化功能尚未健全，反复为饮食所伤，损及脾胃，致脾气虚弱，清阳不升，窦窍肌膜失养，抗邪无力，邪毒久困不去；或脾虚生湿，湿浊上泛，浸淫鼻窍，使病情更加缠绵难愈。综上所述，小儿慢性鼻窦炎的产生多因肺脾气虚，抗邪无力以致邪毒滞留，久而不去所致。因此肺脾气虚是本，补益肺脾则应作为治疗大法，然邪留窦窍，清窍不利，尚应祛邪开窍以标本同治。本方配伍允称完善，药味平和，温而不燥，既能补脾益肺，又能理脾渗湿，方中党参、白术、山药健脾益气；茯苓、薏苡仁、扁豆渗湿健脾；桔梗行气化浊。加之黄芪又重用，黄芪为补气要药，能大补肺脾元气，固表实卫，又兼有托毒排脓，利水消肿之功。有药理证实，黄芪能兴奋中枢神经系统，能增强网状内皮系统的吞噬能力，提高抗病能力。体外试验，对葡萄球菌、肺炎双球菌、白喉杆菌等均有抑制作用。白芷消肿排脓，对革兰阳性球菌有抗菌作用，鱼腥草清热解毒，也对多种细菌有抗菌作用。从治疗结果来看，却也从补益肺脾之气而增强了患儿的抵抗力，减少了感冒，增强了免疫功能，同时又去除了致病因素，达到消炎排脓，改善通气，恢复鼻生理功能的作用。

七、病毒性角膜炎

病毒性角膜炎是由病毒感染引起的角膜炎症。其临床表现轻重不等，对视力的损害程度视病变位置、炎症轻重、病程长短、复发次数和有无混合感染而不同。临床上常见的病毒性角膜炎有单纯疱疹性角膜炎、牛痘性角膜炎、带状疱疹性角膜炎等。本病发生多因细胞免疫功能低下，感冒、疲劳为其诱因。本病相当于中医学“聚星障”的范畴。其病多因外感风热，风热上犯；或风寒犯目；或肝火炽盛；或痰水湿热蕴蒸及阴虚邪留所致。

【病案举例】

陈某，男，3岁。1月前高烧后，双眼流泪怕光，眼睑红肿，不思饮食。入院诊断：双眼病毒性角膜炎（树枝状）。给抗病毒眼药水，口服参苓白术散，3天后进食正常，1周后刺激症状消失，充血消退，角膜染色减轻，2周痊愈。

按：高热后，身体抵抗力减弱，常伴有厌食，疲倦而加重病情，使眼病迁延不愈，多因脾虚肝亢，风轮受损，本方具有健脾补虚之功效。[47]

八、先天性白内障

白内障是眼球内的晶状体由于受某种原因的影响而发生混浊，透明度降低，或者变得完全不透明的一种眼病。先天性白内障是儿童常见的眼病。出生后第1年发生的晶体部分或全部混浊，即称为先天性白内障。

多数先天性白内障是遗传性疾病与染色体基因遗传有关。可能是显性或隐性遗传。如母亲怀孕时营养或代谢一时失调（维生素A缺乏、甲状旁腺机能障碍、钙质代谢异常等）以及母体妊娠早期感染病毒（风疹、麻疹、水痘和腮腺炎等）、梅毒等，都可引起胎儿发生先天性白内障。

【病案举例】

冯某，女，5岁，双眼先天性白内障，自由发育不良，消瘦，不能行走，常有腹胀，入院后服用参苓白术散，3天后腹胀消退，正常

进食，精神正常，1周后全麻下行双眼白内障针吸术。出院时能独自行走，饮食规律，嘱连服参苓白术散3个月，半年后复查，未发生过腹胀、不思饮食等情况。

按：许多先天性疾患，均具有先天不足，后天失调，表现为脾胃虚弱证，使用本方能改善体征。[47]

九、角膜软化症

角膜软化症是由于维生素A缺乏引起的致盲眼病。多因维生素A摄取不足，消耗过多或吸收不良所致，特别是长期腹泻与人工喂养不当，婴幼儿容易患此病。常为双眼受累。患儿多数有营养不良、体质虚弱、消瘦、精神萎靡、皮肤干燥、声音嘶哑、咳嗽、双眼不愿睁开等症状。一般是双眼同时受害，进展快，角膜可在短时间内遭受非常广泛的破坏，后期发生广泛的角膜组织坏死、软化、溃疡乃至穿孔，引起全眼球炎，最终导致双目失明。

【病案举例】

李某，男，3岁。久病体弱，精神疲倦，不思饮食，腹泻便溏3月余。入院查患儿消瘦、声嘶无力，双眼角膜软化。经局部消炎散瞳，并同时服用参苓白术散，5天后便溏停止，食欲增进，2周后双眼刺激症消失，角膜混浊减轻，能下地活动。嘱出院后继续口服参苓白术散3个月，半年后查：双角膜清亮，有局限性线状翳，活动自如。[47]

按：这类疾病，多由于饮食不当，伤及脾胃，或因脾虚而致肝热上攻于目而成疳，治则除服本方外，局部散瞳，消炎，补充维生素A等也是十分重要的。

第五节 小儿疑难杂症

一、水肿

水肿系指以头面、眼睑、四肢、腹背甚至全身浮肿等为临床特征的病证。早在《内经》中已有“水”、“风水”、“水胀”、“石水”等

名称，并对其成因、病理及临床表现等有较粗略的描述。如《灵枢·水胀》篇云："水始起也，目窠上微肿，如新卧起之状，其颈脉动，时咳，阴股间寒，足胫肿，腹乃大，其水已成矣。以手按其肿，随手而起，如裹水之状，此其候也"。本病多因感受外邪，劳倦内伤，或饮食失调，脏气亏虚，致脏腑功能失调，三焦决渎失职，膀胱气化不利，津液输布失常，引起水液潴留，泛溢于肌肤，发为本病。《景岳全书·杂证谟·肿胀》谓："凡水肿，乃脾肺肾三脏相干之病。盖水为至阴，故其本在肾，水化于气，故其标在肺，水惟畏土，故其制在脾"。是以临床选用参苓白术散培土制水，每获良效。

【病案举例】

1. 王某，女，3岁，1993年10月就诊。患儿反复水肿、蛋白尿2月余，诊时见颜面部、双下肢高度浮肿，小便短少，腹痛腹胀，时有呕吐，面色苍白无华，舌质淡，苔薄白，脉细沉。尿检蛋白（++++），白细胞（+），总胆固醇11.76mmol/L，甘油三酯5.53mmol/L，总蛋白33.7g/L，血蛋白12.4g/L，血钠125.7mmol/L，西医诊断：肾病综合征。处方：党参10g，猪苓、茯苓各10g，白术、大腹皮各10g，淡附子5g，淡干姜3g，车前草、泽泻、防己、黄芪各10g，川桂枝2g，7剂。二诊尿量大增，尿蛋白消失，连服7剂，腹痛水肿消失，连服3月，以参苓白术丸善后，连服1～2年，随访3年无复发。[7]

按：中医认为，此证为禀赋不足、脾素亏损，或久病体虚是本病的发病原因。脾主运化水湿，脾虚则运化失司，水湿内聚而成湿，积湿而成水，益于四肢身躯，发为水肿。由脾及肾。肾气虚弱，不能温化水湿，则水无所主，阴气弥漫。可致水肿反复发作。方中党参、白术、茯苓等健脾利水；附子、干姜温肾阳、健脾助运；桂枝通阳化气利水，其中黄芪更是具有免疫调节，加速淋巴细胞转化和增加T细胞功能，并有中等利尿作用，提高内生肌酐清除率，促进尿蛋白消失。全方标本兼顾，辨病辨证结合，故效如浮鼓，无变生他证之虞。

2. 吴某，男，6岁，1990年9月4日诊。患儿于1周前发热、咽痛，经中西医治疗而病愈。近3日发现下肢及眼睑浮肿，神疲乏力，面色萎黄，腹胀纳呆，小便短少，舌质淡胖，苔薄白腻，脉沉缓无

力。小便镜检：蛋白（+++），白细胞（+），颗粒管型0至2。证属脾虚湿困，湿泛肌表。治宜健脾益气，利水消肿。予参苓白术散加减：炒党参、炒白术、茯苓、泽泻、淮山药各10g，生姜皮、大腹皮、陈皮各8g，砂仁、甘草各4g，服6剂后，浮肿消退，诸症悉减，舌淡红，苔薄白，脉弱，小便复查：蛋白（+）。原方去大腹皮、生姜皮、加黄芪、炒薏苡仁、炒扁豆各10g，连服10剂乃病愈。随访1年，未见复发。[4]

按：《素问·至真要大论》说："诸湿肿满，皆属于脾。"脾属土，位居中州，主运化传输，为水湿出入升降之枢纽。本例属脾胃气虚，运化失司，水湿潴留，外溢肌表而发水肿。故予参苓白术散实脾土，行津液，加大腹皮、生姜皮疏利三焦，利水消肿。脾机健运，三焦通调，则"水津四布，五经并行"，浮肿自消，而获痊愈。

二、小儿弱智

小儿弱智是指胎儿发育异常和后天表现的智力低下，是儿科常见精神神经病之一，患病率较高，多数病人有人格和行为障碍。小儿弱智的原因很复杂，与遗传因素、婴幼期的脑疾患、身体其他部位的严重感染、小儿脑发育受损等均有关。小儿弱智当属于中医的"五迟"、"五软"、"五硬"等范畴，是先天禀赋不足，后天髓海失养所致。

【临床应用】

张氏[48]以参苓白术散加味治疗小儿弱智47例取得满意疗效，年龄1~5岁，本组病例排除遗传性疾病致智力低下者。治疗：扁豆、山药、莲肉、薏苡仁、桔梗、砂仁、黄芪、肉苁蓉、补骨脂、益智仁、制首乌。伴纳差、汗多，毛发稀疏即合并佝偻病体征者加枳壳、麦芽、煅龙牡。用量视患儿年龄增减。水煎服，日1剂，分2次温服，连服14日为1个疗程，治疗期间停服其它药物。结果：治愈（适应反应能力，智力恢复相对正常水平，且合并症状均消失者）33例，其中第1个疗程治愈20例，第2个疗程治愈7例，第3个疗程治愈6例。好转（适应反应能力，智力较治疗前显著提高，合并症状基本消失）14例。

【病案举例】

张某，女，3岁。患儿初诊时面色萎黄，消瘦，毛发稀疏。家长代诉：汗多、纳差，大小便时不会向家长告知，虽有言语，但语音不清，尚不能表达用意，注意力不集中，不哭闹，反应淡漠，与同龄孩子相比明显弱智，舌淡肿、苔薄白，脉沉细。诊断：智力低下合并佝偻病，予以参苓白术散加味，服7剂，症状明显好转，再投7剂，诸症愈。[48]

按：小儿纯阳之体，脏气清灵，正处在生机蓬勃的发育阶段，生理上脾肾不足又是其相对薄弱环节，智力、脑机能的发育是精血充盈的外在表现，在这个阶段，肾气的充盈是关键的，然源于父母的“先天之精”毕竟是有限的，这就需要“后天之本”脾胃源源不断地输注水谷精微来补充。健脾胃之功能而达滋补肾精之法就势在必行，正如《医方考》所述“脾胃者，土也，万物之母。诸脏腑百骸受气于脾胃而后能强……故杂证者，宜以脾胃为主……”又如傅青主“脾为后天，肾为先天，脾非先天之气不能化，肾非后天之气不能生，补肾而不补脾，则肾精何以遂生……”故方中四君、黄芪补脾益气，以扁豆、薏苡仁、山药之甘淡，莲子肉之甘涩，白术渗湿而健脾，砂仁芳香醒脾，桔梗引药入肺，通过肺的宣发，输布精微于四肢百脉。加补骨脂、肉苁蓉温脾补肾壮阳，益智仁暖肾开胃摄唾；制首乌补益精血，诸药合用共奏健脾补肾之功。肾精足，则脑有所养，智力自然就会得到改善。

三、小儿缺锌

小儿缺锌症的主要临床表现有：①厌食。②小儿生长发育落后。其身高体重均低于同龄儿，严重缺锌者影响智力发育，至青春期第二性征出现晚。③异食癖。喜吃墙皮、泥土、草根、煤渣、指甲、纸张等。④易感染。⑤皮肤黏膜改变。易反复发作口腔溃疡、地图舌、秃发等。⑥严重缺锌造成维生素A代谢障碍，出现夜盲症。小儿缺锌症的诊断除结合临床症状外，还需实验室协助诊断。当血浆（或血清）锌低于正常值80～200ppm时可确诊为锌缺乏病。

【临床应用】

周氏[49]以参苓白术散治疗小儿缺锌症29例，全部病例主要表现为食欲不振，面黄肌瘦，大便不调，毛发枯槁。发育迟缓，发锌含量低于正常标准。治疗：用参苓白术散加减：党参10g，茯苓10g，山药10g，白扁豆10g，陈皮6g，白术10g，莲子10g，砂仁1.5g，薏苡仁10g，大枣10g，桔梗3g。每日1剂，水煎服，7岁以下小儿酌情加减：食欲不振加麦芽10g；舌苔厚加山楂6g；反复感冒加生黄芪10g，紫苏叶6g；心烦加灯芯草0.5g；舌红者去党参加太子参10g。治疗期间不加服其他补锌药品及强化食品。30天为1个疗程。结果：痊愈（症状体征消失，发锌达到正常水平）4例；显效（症状体征明显好转，发锌升高20ppm以上）10例；有效（症状好转，发锌升高10ppm以上）9例；无效（治疗前后病情无改变者）6例，总有效率79%。

【病案举例】

李某，男，3岁，因反复感冒厌食9个月于1989年12月12日初诊。其母代诉：患儿1989年3月患“肺炎”治愈后，经常感冒发热，须用输液等法治疗方可缓解。曾在某医院儿科诊为“免疫功能低下”，注射丙种球蛋白、转移因子等未效。饮食逐渐减少，渐至厌食，大便不调，烦躁易哭，体重不增。遂来中医诊治。诊见：患儿精神疲惫，面黄肌瘦，毛发不荣，舌体瘦薄，指纹沉滞。头发微量元素测定锌63.7ppm，钙219ppm。提示缺锌缺钙。诊为微量元素缺乏症。中医诊断为小儿疳证，脾胃虚弱型。拟健脾益胃治之。方用参苓白术散加减：党参6g，山药6g，白术6g，白扁豆6g，陈皮3g，茯苓6g，莲子6g，薏苡仁6g，生麦芽6g，桔梗3g，灯芯草0.5g，生黄芪6g。水煎服，每天1剂。1周后来诊，患儿食欲增加，大便好转。继服原方共28剂后复查，发锌89.2ppm，患儿食饮正常，大便每日1次，面色红润，活泼可爱，体重增加1kg。[49]

按：李东垣在《脾胃论·脾胃盛衰论》中说：“百病皆由脾胃衰而生也。”小儿喂养不当或病后失于调养导致脾胃虚弱，运化失司，致使锌元素吸收利用不良，从而产生营养失调是小儿缺锌的重要原因之一。中医学认为，饮食入胃后，必须依赖脾的运化功能才能将水谷

化为精微，同样也有赖于脾的转输和散精才能把水谷精微灌溉四旁，布散至全身，因此脾胃的运化功能旺盛，则机体的消化吸收功能健全，才能保证饮食中的锌正常吸收利用和代谢；否则即使摄入再多，身体亦不能吸收利用。故本证采用健脾益胃之参苓白术散加减治之。方中党参、大枣、白术益气；山药、莲子、白扁豆健脾；茯苓、薏苡仁淡渗利湿；桔梗升发胃气；陈皮、砂仁理气醒脾增进食欲，有助于饮食精微的摄取。诸药合用使机体的消化吸收功能得到调整，从而有助于锌的吸收和利用，对小儿缺锌有较好的治疗作用。

四、小儿湿疹

小儿湿疹，俗称奶癣。多见于肥胖婴儿，通常在生后第2或第3个月开始发生。好发于颜面及皮肤皱褶部，也可累及全身。一般随着年龄增加而逐渐减轻至痊愈。但也有少数病例继续发展至儿童期甚至成人期。其原因复杂，是一种过敏性皮肤病。婴儿皮肤发育尚不健全，最外层表皮的角质层很薄，毛细血管网丰富，内皮含水及氯化物比较丰富，故容易发生过敏反应。

【病案举例】

患儿王某，女，1岁半。因口周出红疹，略痒，纳差前来就诊。追问病史，患儿平素大便时稀，查舌质淡，苔花剥，脉细。治拟参苓白术散原方加滑石、乌梅、焦山楂、焦神曲、焦麦芽。5剂后患儿大便好转。复诊时给成药参苓白术散口服液，1个月后，口周湿疹逐渐消退。[50]

按：参苓白术散用治小儿消化不良所致口周湿疹，可取得较好疗效。此乃脾开窍于口，其荣在唇之故。

五、小儿摇头症

小儿摇头症，是指头不自主的左右摇动不能自止的一种病症。其病因不明。临床少见，中医多归属风证范畴。认为小儿脏腑娇嫩，形气未充，抗病能力差，患儿外感风寒，汗出太过则损伤正气，使金不能制木，木盛乘土。《素问·五运行大论》："气有余，则制己所胜而侮所不胜。"致使肝木乘脾，虚风内动，风邪上扰巅顶，则头摇不止。

《名医类案·中风篇》："补中益气，扶虚行气，则风从气运而散。"

【病案举例】

崔某，女，6个月，本院医师之女。头左右摇摆无休止，犹如货郎鼓一般，已2月余。形瘦，面色㿠白，倦怠不嬉，纳少或不欲食，大便日行2~3次。舌质淡红，苔薄白腻，指纹淡红。患儿系人工喂养，饥饱不均，后天调养失宜，治以补气健脾为主，佐以养血熄风，拟参苓白术散加味：党参6g，炒白术6g，茯苓6g，山药6g，莲子6g，炒扁豆6g，砂仁2g，炒薏苡仁6g，陈皮4.5g，桔梗2g，当归身6g，钩藤4.5g，天麻9g，炒麦芽9g，炙甘草4.5g，大枣3枚，2剂。嘱浓煎少量频服。少进油腻厚味，食清淡易消化之物。二诊：服药后，纳食少增，白腻苔消失，湿浊已化，原方去茯苓、扁豆、薏苡仁，续服2剂。三诊：头摇摆已有休止之时，摆动频率减慢，大便已正常。药已中病，仍以二诊处方续服3剂。药后头摇停止，面色稍见华色，纳增，精神好转，常见嬉戏，惟形瘦不丰。嘱慎冷暖，节饮食。患儿直至入学读书，此病未再犯。[51]

按：患儿之母为我院西医，虑其为脑神经疾病，曾用西药治疗无效，改服中药而见功。因患儿系人工喂养，饮食失节，乃伤脾胃，脾胃不健则化源衰少；肝为藏血之脏，体阴而用阳，化源衰少乃至肝血不足，血不足无以养肝，于是生风，风性上动而振摇，致头左右摇摆不停。《灵枢·营卫生会》指出："中焦亦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，上注于肺脉，乃化而为血"。又《灵枢·决气》说："中焦受气、取汁，变化而赤，是谓血"。可见，"脾为气血化生之源"。患儿脾胃损伤，纳化不健，以致血虚，故见面白，舌质、指纹淡红等血虚之证。血虚无以养肝，生风上行振摇。因此，治必先生血，生血必先强健脾运。求其本仍在脾胃。脾运健，化源足，肝血亦旺，风熄而摇头自止。审证求因，病本在脾胃，诸证皆脾胃虚弱所致。故治以补气健脾为主，以生化源，佐以养血熄风，用参苓白术散加减获愈。

六、缺铁性贫血

缺铁性贫血是小儿时期最常见的四种疾病之一，主要发生在6个

月～3岁的婴幼儿，是由于不同原因造成体内铁元素的缺乏，使血红蛋白减少所致的一种贫血。临床具有小细胞低色素性，贮存铁剂治疗有效等特点。由于铁缺乏而致的营养性缺铁性贫血，临床可出现疲乏无力，心悸，头晕，消瘦，眼发黑，精神不振，记忆力下降，注意力不集中，食欲减退，异食癖，喜欢吃墙皮，泥土，容易患口炎，舌炎，重者可出现萎缩性胃炎，吸收不良综合征等表现。

造成小儿营养缺铁性贫血的原因，主要是喂养不当，挑食，致使部分小儿造血营养物质缺乏。中医认为小儿“形气未充，脾常不足”，而喂养不当，极易损伤脾胃，“脾为气血生化之源”，脾虚、脾运失常，则气血生化无源，造成贫血。选用参苓白术散消积健脾，促进造血营养物质的生化和吸收，虽未直接选用补血药，却能收到满意疗效。

【临床应用】

夏氏[51]以参苓白术散加味治疗小儿缺铁性贫血100例。并将患者随机分为治疗组53例，对照组47例。临床症见：面黄肌瘦，困倦纳呆，或头发稀少，舌淡苔白或少苔，脉细缓。治疗组选用参苓白术散加炒三仙（党参、白术、山药、薏苡仁、莲肉、砂仁、茯苓、桔梗、神曲、焦山楂、麦芽、甘草）。以上中药由医院制剂室制成浓缩糖浆剂，4岁以下患儿每次服10ml，4～6岁每次服15ml，均为每日3次。1个月为1个疗程。对照组（补铁剂组），选用维血冲剂（主含血红素铁），4岁以下患儿每次服3g，4～6岁患儿每次服5g，均为每日服3次，连续服1个月。结果：治疗组显效38例，占71.7%，有效13例，占24.5%，无效2例，占3.8%，总有效率96.2%。对照组显效26例，占55.3%，有效18例，占38.3%，无效3例，占6.4%，总有效率93.6%。治疗组效果优于对照组。

参考文献

[1] 乌日娜，邬永林．参苓白术散加减治疗小儿肺炎的临床体会．内蒙古中医药，2001，20（1）：27～28

[2] 杨国亮，马国义．参苓白术散治疗儿童心肺疾病举隅．甘肃中医学院学报，

1998，15（4）：38～40
[3] 张勇．参苓白术散在小儿支气管哮喘缓解期的临床运用．四川中医，1997，15（3）：44
[4] 尹淑香．参苓白术散儿科证治五则．安徽中医学院学报，1995，14（4）：43
[5] 尹雪峰，雷清平．参苓白术散为主治疗小儿肺门淋巴结核45例．湖南中医药学报，2001，7（5）：223～223.
[6] 邢雁平．参苓白术散治疗小儿脾虚咳嗽的临床应用．大同医专学报，1995，15（2）：52
[7] 张清．参苓白术散在儿科临床的应用体会．中国中医药信息杂志，2000，7（4）：70
[8] 张如新．参苓白术散加味治疗小儿伪膜性肠炎2例．中国中医急症，2004，13（12）：855
[9] 陈友香．参苓白术散加按揉天枢、足三里、背部俞穴治疗小儿疳积78例．中医药学报，1999（4）：38～39
[10] 方省，李云学．刀针疗法配合参苓白术散治疗小儿疳积87例．1997，4（1）：23
[11] 陈柏兴，陈锋，割脂合参苓白术散加味治疗小儿疳积100例，浙江中西医结合杂志2006，16（5）：321
[12] 李双喜，叶健．参苓白术散治疗儿科疾病的临床观察．中成药，1996，18（8）：19～22
[13] 李淑香，许玉清．刺四缝穴配合参苍自术散治疗小儿仄食症．湖北中医杂志，1999，（21）：36～37.
[14] 谢康禧．参苓白术散加减结合针刺四缝穴治疗小儿厌食症的临床观察．现代中西医结合杂志，2005，14（13）：1711～1712
[15] 王怀吉．参苓白术散加减治疗小儿厌食症106例．甘肃中医，2001，14（5）：27～28
[16] 梁童林，王艳玲．参苓白术散治疗小儿厌食15例．实用中医内科杂志，1992，11（3）：33
[17] 刘弈．参苓白术散治疗小儿厌食症临床观察．河北医学，2004，10（12）：1156
[18] 林珍莲．参苓白术散炒煎治疗婴幼儿腹泻．湖北中医杂志，2002，24（4）：35～36
[19] 杨景玉．参苓白术散加减治疗顽固性婴幼儿腹泻106例．实用中医药杂志，1997（3）：7

[20] 朵舒，吴士杰．参苓白术散加减治疗小儿腹泻．实用医技杂志，1997，4（11）：850～851
[21] 吕建勋，应瑞英．参苓白术散加减治疗婴幼儿腹泻．中原医刊，1999，21（3）：40
[22] 赵菲．参苓白术散加味治疗小儿腹泻120例．新疆中医药，2000，18（2）：16～17
[23] 杨志立，黄文端，曾庆彪，雷洪武，杨立勇．参苓白术散加味治疗婴儿腹泻175例．中医药临床杂志，2005，17（2）：166
[24] 刘浪琪．参苓白术散加减治疗单纯性婴幼儿腹泻46例．现代医药卫生，2004，20（12）：1155
[25] 于宝玲．参苓白术散治疗小儿泄泻50例．中国民间疗法，1999，（8）：40
[26] 方清文．参苓白术散治疗婴幼儿秋季腹泻118例．现代中西医结合杂志，2000，9（21）：2106～2107
[27] 谭红英，陈本尚，付先平．止泻汤合参苓白术散治疗小儿腹泻31例．中国民间疗法，2002，10（7）：45
[28] 马玉枝，荆青山．参苓白术散和金双歧联合治疗婴幼儿慢性腹泻56例．Chinese Journal of the Practical Chinese with Modem Medicine，2004，4（17）：376
[29] 郭忠士，李光，周兴武．参苓白术散加干姜及大枣水煎服治疗婴幼儿慢性腹泻30例．齐齐哈尔医学院院报，1999，20（3）：254
[30] 郝修义．参苓白术散治疗小儿慢性腹泻临床观察．河南医药信息，1995，3（7）：46
[31] 林兴华．参苓白术散治疗婴幼儿慢性腹泻50例．现代中西医结合杂志，2001，10（4）：341
[32] 王少华，参苓白术散和枳术丸的临床应用，中医杂志，1959，（9）：54～56
[33] 王桂菊，焦雅萍．参苓白术散辅佐治疗婴幼儿急性秋冬季腹泻疗效观察．交通医学，2000，14（3）：305
[34] 张志惠．参苓白术散加减治疗迁延性腹泻16例．实用医技杂志，1999，（5）：37
[35] 张志卿．王天夫老中医运用参苓白术散的经验．河南中医，1984（2）：19
[36] 谢康禧，冯艳珍，谢少波．参苓白术散加减结合捏脊治疗婴幼儿泄泻的临床观察．实用中西医结合临床，2005，5（4）：32～33
[37] 张一星．参苓白术散治疗小儿脾虚泄泻临床体会．现代中西医结合杂志，

2001，10（18）：1785
[38] 李锐争，敖卫红．参苓白术散治疗婴幼儿腹泻疗效观察．现代诊断与治疗，2001，12（6）：324
[39] 唐仕勇．参苓白术散治疗小儿泄泻的机理及体会．光明中医杂志，1996（1）：25～26
[40] 杨建英，梅国胜，黄选玮．参苓白术散临床应用体会．四川中医，2001，19（10）：73
[41] 孔令穆．参苓白术散加减治疗小儿过敏性鼻炎60例．中国民间疗法，2001，9（9）：33～33.
[42] 谢卫旭．参苓白术散加味治疗小儿鼻窒80例．河南中医，2001，21（2）：56
[43] 张春英．参苓白术散临证举隅．青海医药杂志，2003，33（5）：56
[44] 张美云．参苓白术散加减治疗小儿花剥苔．光明中医杂志，1996
[45] 章爱荣，周应发，郭堂胜．午时茶冲剂与参苓白术散佐治儿童弱视的体会．时珍国医国药，2002，13（10）：624～625
[46] 刘茂辉．参苓白术散加减治疗小儿慢性鼻窦炎的临床观察．四川中医，1994（11）：55
[47] 王云鹏，赵颜爱．参苓白术散在小儿眼科的治验．陕西中医，1993，14（9）：419
[48] 张淑林．参苓白术散加味治疗小儿弱智47例．陕西中医，1997，18（8）：348
[49] 周沛然．参苓白术散治疗小儿缺锌症29例．广西中医药，1994，17（4）：16
[50] 刘美荷．参苓白术散临床应用举隅．甘肃中医，2000，（6）：27
[51] 夏莺．参苓白术散加味治疗小儿营养缺铁性贫血疗效观察．时珍国药研究1998，5（3）：13

第四章

耳鼻喉科病证

一、美尼尔综合征

美尼尔综合征以突然发作的自觉天旋地转或自身旋转为主要症状。身体向一侧倾倒感，伴耳聋，耳鸣，耳闷，恶心，呕吐，出冷汗等症为特征。由自主神经功能紊乱或内分泌失调导致膜迷路积水引起。属中医学“眩晕”范畴，即由于耳窍疾病，使耳平衡功能失调而引起的眩晕。《医林绳墨·眩晕》有“真眩晕”一词，文中说：“其证发于仓卒之间，首如物蒙，心如物扰，招摇不定，眼目昏花，如立舟船之上，起则欲倒，恶心冲心，呕逆奔上，得吐少减，此真眩晕也。”这与本病类似。《灵枢·海论》《灵枢·口问》分别指出“髓海不足”和“上气不足”是引起眩晕的病因，明代张景岳则强调“无虚不作眩”，故认为本病之病根属虚，气血虚弱是其重要病机，以脾虚为本，痰湿为标，临床上以本虚标实多见。

【临床应用】

刘氏[1]以加味参苓白术散治疗美尼尔综合征32例，全部病例均符合美尼尔综合征诊断标准。临床表现主要为头晕、视物旋转、耳鸣、听力减退、耳聋多为一侧、恶心呕吐、汗

出、面色苍白等，或具有反复发作病史；并经X线摄片或CT等检查排除颈椎病、中枢性眩晕等。用加味参苓白术散治疗。方药组成：党参、茯苓、薏苡仁、蒺藜各20g，白术、山药、莲子各15g，桔梗、半夏、白扁豆各12g，砂仁（后下）8g，炙甘草6g。加减：痰浊中阻加陈皮6g，石菖蒲8g；虚阳上亢者加白芍20g，石决明（先煎）30g。每天1剂，水煎，分早晚2次服，7天为1个疗程。结果：显效（服药1个疗程，症状消失，听力及其他有关检查正常）23例，有效（服药1个疗程，症状、体征明显改善）6例，无效（服药1个疗程，症状、体征无明显改善）3例，总有效率90.6%。

【病案举例】

黎某，女，46岁，2000年5月初诊。患眩晕症近5年，加重3天。3天前因劳累后再发旋转性头晕，不能转侧，睁眼时头晕尤甚，伴耳鸣，恶心呕吐，面色苍白，神疲乏力，汗出，右耳失聪，舌淡、苔薄白腻，脉缓。查体：血压20/11kPa，眼球水平震颤，头颅CT无异常，右耳听力下降。西医诊断：美尼尔综合征；中医诊断：眩晕。证属脾虚痰湿中阻，治宜健脾益气和中，化痰开窍。处方：党参、茯苓、薏苡仁、蒺藜各20g，白术、山药、莲子各15g，白扁豆、桔梗、半夏各12g，砂仁（后下）、石菖蒲各8g，炙甘草、陈皮各6g。每天1剂，水煎，分早晚2次服。3天后眩晕大减，耳鸣减轻，服药1个疗程后完全恢复正常，随访半年未见复发。[1]

按：本病以脾虚为本，痰湿为标，因此，健脾化痰开窍为本病的治疗法则。参苓白术散方中以党参、山药、莲子健脾益气为主，辅以白术、茯苓、薏苡仁、白扁豆渗湿健脾，另加蒺藜、半夏祛风痰而开窍，佐以炙甘草益气和中，砂仁和胃醒脾，理气宽胸。诸药合用，共奏健脾益气祛湿、祛风化痰开窍之功。

二、渗出性中耳炎

渗出性中耳炎，即中耳腔内有液体存留，是由于咽鼓管通气及排液功能障碍，鼓室内外气压不平衡所引起的中耳非化脓性炎症。或称为卡他性中耳炎、浆液性中耳炎、浆液黏液性中耳炎、分泌性中耳炎等。主要表现为胸闷、耳闭塞感、听力减退，可伴耳鸣，以及吞咽时

耳内有“咋喀”声或“砰砰”声。并有自声增强现象（即别人讲话听不见，而自己讲话觉声音很大），有时头位改变时，听力可有改善。本病的发生原因中，上呼吸道感染为其主要病因，其它凡能引起咽鼓管机能障碍的疾病，如急、慢性鼻炎、增殖体肥大等，均可并发本病。近年来，科学家研究发现，香烟烟雾也是导致该病的重要原因。

【临床应用】

唐氏[2]用参苓白术散加减治疗中耳炎13例，16只耳。其中鼓膜内陷，呈橙黄色，鼓室积液长久不易吸收者，多为脾虚湿阻所致。治宜补气健脾，渗湿通窍。基本方：党参、白术、扁豆、山药、茯苓、薏苡仁、藿香、佩兰、苍耳子、石菖蒲、泽泻、冬瓜皮、石斛、白芍。加减：平素易感冒者，加玉屏风散吞服；鼻咽部黏膜红肿明显者，加赤芍、蚕蛹。临床做到辨证用药，方能提高疗效。

【病案举例】

1. 刘某，男，35岁，1996年4月13日初诊。主诉：两月前因感冒致右耳胀闷，耳内微疼，听力下降，自听过响，诊断为渗出性中耳炎，经鼓膜穿刺抽液症状减轻。4天前，症状再现，恐于鼓膜穿刺的痛苦，故求治于中医。刻诊：右侧鼓膜呈淡红色，于紧张部中下方可见液平面，舌淡胖苔白，脉浮滑。证属湿阻清窍，复感外邪。治宜健脾祛湿，散邪通窍。药用：党参9g，茯苓、生薏苡仁各20g，桔梗、生山药、白扁豆各10g，薄荷6g（后下），牛蒡子、白茅根各10g，菊花6g，板蓝根20g，清半夏6g。5剂，水煎服，每日服2次。服至4剂时，顿觉右耳豁然开朗。检查：右耳鼓膜液平面消失。为巩固疗效，继服3剂。[3]

按：患者因患感冒，余邪扰及脾胃，脾胃运化失职，则清阳不升，浊阴不降，湿浊蕴于脾胃，上犯耳窍则流黏液。究其本质为脾虚生湿所致，故予以参苓白术散加减来健脾益胃，祛湿化浊。收效良好。

2. 王某，男，47岁。1996年5月17日初诊。1月前因感冒后右耳胀闷，听力差，自听增强，伴有头胀，头沉，曾诊断为“渗出性中耳炎”，先后4次行鼓膜穿刺抽液，口服阿莫西林、氟美松、扑尔敏等西药，症无明显改善而就诊于我科。检查：右鼓膜弥漫性充血外

突，紧张部可见液平面。舌体胖，边缘有齿痕，苔白，脉滑。诊断：耳闭。辨证湿邪上阻清窍。治宜健脾祛湿，散邪通窍。先行鼓膜穿刺抽液，处方参苓白术散化裁：党参15g，白术10g，茯苓15g，薏苡仁20g，桑白皮10g，菊花10g，金银花15g，板蓝根15g，泽泻20g，甘草6g。每日1剂，水煎服。用药4剂后症状明显好转，头脑清醒，耳闷大减，听力基本正常，检查：鼓膜无外突，液平面消失。药中病机，效不更方，继服5剂痊愈。[4]

按：耳闭类似现代医学渗出性中耳炎，多因鼻、咽部的炎症致咽鼓管阻塞而发病，亦与变态反应、内分泌功能障碍有关。中医认为，脾虚生湿，清阳不升，湿浊邪毒停聚耳窍导致耳闭发生。本例曾反复行鼓膜穿刺无效是因为只治其标而未治其本。今行鼓膜穿刺后用中药治其本，方中以参苓白术散益气健脾，除湿通络为主药，配伍金银花、菊花、板蓝根、桑白皮散邪通窍。诸药并用脾得健运，水湿消散，窍道通畅，标本并治，相辅相成，故能收效迅捷。

三、慢性化脓性中耳炎

慢性化脓性中耳炎是中耳黏膜、骨膜或深达骨质的慢性化脓性炎症，常与慢性乳突炎合并存在。多因急性化脓性中耳炎延误治疗或治疗不当、迁延为慢性；或为急性坏死型中耳炎的直接延续。鼻、咽部存在慢性病灶亦为一重要原因。一般在急性炎症开始后6～8周，中耳炎症仍然存在，统称为慢性。临床上以耳内反复流脓、鼓膜穿孔及听力减退为特点。有部分中耳炎可引起严重的颅内、外并发症而危及生命。中医认为此乃脾虚失运，水湿内生，致长期脓液泛溢耳窍。治宜补脾益气利湿。

【病案举例】

1. 患者，男，24岁，1995年8月15日初诊。双耳渗液20余年，去年诊为“胆脂瘤中耳炎”，曾作两耳“乳突根治术”，术后仍潮湿难涸，有时稍有气味，无疼痛。查见耳道少量稀薄分泌物，舌薄苔，脉细。治宜健脾利湿。药用党参、茯苓等、山药、白扁豆、薏苡仁、百合、诃子肉、六一散各10g，白术、陈皮各6g，煎服。二诊：双耳渗液明显减少，查见双外耳道较前诊干燥，舌苔薄，脉细。治以扶正

健脾，药用党参、茯苓、白扁豆、诃子肉、仙茅、仙灵脾、益元散各10g，白术6g，连服半月而痊愈。[5]

按：患者双耳渗液20余年，病程较长，久病则虚，加之患者自觉双耳潮湿难涸，结合舌苔薄，脉细的舌脉特点可辨为脾虚生湿之证，故治以参苓白术散健脾益气，加六一散利水渗湿，方证相应，收效良好。

2. 陈某，女，31岁。患慢性化脓性中耳炎20年，左耳中流脓不绝，时增时减，有时瘙痒，伴头晕头痛，倦怠乏力，面色萎黄，舌淡苔白，脉细弱。证属脾胃虚弱，运化失健，水湿内生，泛溢耳窍所致。治宜健脾利湿，通窍解毒。方选用参苓白术散加减：党参20g，茯苓15g，白术18g，白扁豆10g，桔梗10g，薏苡仁25g，菖蒲6g，生甘草10g，穿山甲2g（冲），蒲公英15g，砂仁5g（后下），红藤15g。水煎服，每日1剂，服药15剂后诸症消失，随访至今，未再复发。[6]

按：患者患慢性化脓性中耳炎20年，久病体虚，脾胃运化失司，则清阳不升，浊阴不降，湿浊蕴于脾胃，上犯耳窍则流脓不绝。究其本质为脾虚生湿所致，故予以参苓白术散加减来健脾益胃，祛湿化浊，收效良好。

四、神经性耳聋耳鸣

神经性耳聋耳鸣，是原因不明的特发性疾病，目前呈上升趋势。患者以耳鸣、听力障碍、减退甚至消失为主要症状。导致耳鸣、耳聋的病因有多方面，常见的有风热外邪侵袭，肝火上扰清窍，痰火壅结耳窍，肾精亏损，脾胃虚弱等等。临床脾胃虚弱型的患者采用参苓白术散加减治疗，效果满意。

【病案举例】

患者，女，45岁，1996年5月14日初诊。患者双耳鸣响9年，如蝉鸣声终朝难息，入夜尤甚，扰人难眠，能接受外来噪音，大便不成形，夜尿频。查见双耳道及鼓膜无异常，舌苔薄，质胖边有齿印，脉细。治从健脾柔肝，药用党参、茯苓、山药、当归、菊花、枸杞子、五味子各10g，白术、白芍各6g，柴胡3g，煎服。二

诊：耳鸣右耳明显减轻，憋气改善，大便成形，夜尿减少。近增潮热，舌红少苔，脉细。药用党参、茯苓、山药、白扁豆、黄芪、五味子各10g，白术、白芍各6g，柴胡、甘草各3g，共服21剂而痊愈。[5]

按：患者双耳鸣响9年，病来已久。从中医五行生克关系上来讲，耳开窍于肝，属木，木郁太过则克伐脾土，致脾虚失运，虚实夹杂致病久不愈，故治以参苓白术散加减健脾益气，菊花、枸杞子、五味子、柴胡、白芍滋阴清热开窍。诸药合用，收效甚好。

五、过敏性鼻炎

过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎，为身体对某些变应原（亦称过敏原）敏感性增高而呈现以鼻黏膜病变为主的一种异常反应，常伴发过敏性鼻窦炎。由于病人接触变应原的久暂，接触数量的多少，以及当时病人的机体反应状况的不同，症状可轻可重，发作时间可长可短，一般以阵发性鼻痒为先发症状，有时尚有眼、咽喉、面颊部、颈部等处作痒，接着连续打喷嚏，少则一次几个，多则几十个，流大量清水样鼻涕，并有程度轻重不一，间歇性或持续性，可为单侧、双侧或交替性的鼻塞，嗅觉减退或消失，多为暂时性，但也可为持久性。

临床上有常年性发作和季节性发作两型，可发生于任何年龄，但多见于青年人。其病因主要是过敏性体质的病人接触变应原如吸入物、食入物、注射物、接触物等。本病属中医学“鼻鼽”范畴。脾为气血生化之源，肺为主气之枢，肺气的充实有赖于后天水谷精微的充养。若脾气虚弱，土不生金，肺失充养，卫气不足，卫表不固，易于感受风寒异气之邪，上扰鼻窍；脾主运化津液，若肺脾气虚，则津液输布失司，水湿停聚，壅滞于鼻而成“鼻鼽”。

【病案举例】

1. 张某，男，44岁，1992年11月10日初诊。患过敏性鼻炎5年余，每于春秋季发作，每次持续约3～4个月，发作时鼻痒、流清涕、打喷嚏。服多种抗过敏药及中成药，症状均难以控制，今年入秋后，鼻炎复发，鼻腔症状较前几年加重，遇冷风或晨起时，症状更加

明显。伴有头痛乏力，大便不爽。刻诊：双侧鼻腔黏膜高度水肿，双下鼻甲肿大，下鼻道可见多量水样清涕，舌淡胖苔薄白，脉滑无力。证属脾肺气虚，水湿泛鼻。治宜健脾益气，化湿开窍。药用：党参10g，炒白术6g，茯苓12g，甘草6g，生薏苡仁15g，黄芪12g，防风6g，白芷10g，桂枝3g，苍耳子10g，生山药15g，白芍6g。4剂，水煎服，每日2次。药后诸症明显减轻，鼻腔黏膜水肿也较前明显好转。原方略加薏苡仁，共服10剂后症状得到控制。[3]

按：患者患过敏性鼻炎5年余，久病则虚，鼻开窍于肺，鼻窍不利则肺气不利，日久则肺气亦虚，子病及母致脾胃虚弱，故治疗以培土生金，宣通鼻窍为主，参苓白术散健脾益气渗湿，加黄芪，防风，白芷，桂枝，苍耳子，生山药，白芍补肺开窍。诸药合用，收效良好。

2. 患者，女，37岁。1998年10月18日初诊。患过敏性鼻炎8年余，每于春秋季发作。发作时鼻痒、打喷嚏、流清涕，以晨起或遇冷风时加重，今年入冬后，鼻炎复发，晨起可打10多个喷嚏，双侧鼻腔流清涕如水，服多种抗过敏药及中成药，症状难以缓解，伴有乏力，大便偏稀。观其形体消瘦，晨起痰多，面色发黄，白带清稀偏多，双侧鼻腔黏膜中度水肿，双侧鼻孔发红，可见多量水样清涕，舌淡苔薄白、脉细无力。证属脾肺气虚，水湿内困，药用：党参、白茯苓、莲子肉、薏苡仁各15g，炒白术、防风、蝉衣各10g，山药、黄芪、苍耳子各20g，白扁豆30g，桔梗、甘草各6g，3剂，水煎服，每日2次。服药后症状明显减轻，流涕及打喷嚏症状明显好转，原方加连翘15g，共服10剂后，症状消失，后每遇发作高峰期，均服上方，良效满意。

按：过敏性鼻炎属脾肺气虚，水湿之邪泛滥所致，加之本患者素为脾虚之体。大便偏稀，带下清稀，痰多，故用参苓白术散健脾益气渗湿，加玉屏风散以益气固表，苍耳子、连翘疏风通窍，故而取效。[7]

3. 王某，女，29岁。1996年9月6日初诊。患过敏性鼻炎3年余，每在秋季发作，每次持续时间约4～5个月，曾多次服用抗过敏药及行下鼻甲封闭治疗，效果不佳。今年入秋又复发，打喷嚏、流清

涕难以控制，遇风冷刺激及晨起更甚，周身乏力，面色㿠白，食欲欠佳，二便可。检查：双鼻腔黏膜苍白水肿，下鼻甲肿大，鼻道可见大量清水样分泌物。舌淡胖，苔白，脉沉。诊断：鼻鼽。辨证脾肺气虚，水湿上泛。治宜补益脾肺，化湿散邪通窍。参苓白术散加减：党参20g，炒白术10g，茯苓15g，薏苡仁15g，黄芪20g，防风10g，山药15g，桂枝10g，苍耳子10g，升麻10g，当归12g，炙甘草10g。水煎服，每日1剂。5剂后诸症明显减轻，鼻腔黏膜水肿较前大为缓解。继前方调治半月余，病愈如常。[8]

按：中医认为鼻鼽乃肺、脾、肾脏器虚损，水液失调为患。本例患者为脾、肺气虚，水湿停聚，腠理疏松，外邪乘之，上犯鼻窍所致，表现在鼻，其本为脾肺气虚。参苓白术散方中党参、白术、茯苓、薏苡仁、山药健脾祛湿；黄芪、防风合白术益气固表，增强卫外功能；伍以升麻、苍耳子、桂枝升提阳气，温经通络，散邪通窍。诸药合用，共奏补益脾肺、祛湿通窍之功效。

六、慢性鼻炎

慢性鼻炎是鼻腔黏膜和黏膜下层的慢性炎症。主要病因包括急性鼻炎反复发作或治疗不彻底而演变成慢性鼻炎、邻近的慢性炎症如鼻窦炎、扁桃体炎等长期刺激或畸形、鼻腔用药不当引起药物性鼻炎（常见于久用滴鼻净之后）等，另外全身病因如长期慢性疾病，维生素A或C缺乏，烟酒过度及长期服用利血平等降压药物及环境污染等均可引起本病。主要表现为鼻塞、鼻涕多等症状。查见鼻黏膜肿胀，鼻甲肿大，分泌物呈稀状，量多而色白。中医认为脾气一怯，鼓动血行乏权，气滞血瘀则鼻甲肥大；“坤德失其厚载”，则清阳当升不升，浊阴当降而不降，湿浊上蒙清窍则鼻塞，浊涕多等。治宜健脾益气，化浊升清。

【病案举例】

1. 患者，女，49岁，1996年8月25日初诊。患者右鼻腔堵塞两年余，潴涕逆吸，右侧头痛，右眼眶胀痛，在情绪失畅时，更严重。口腔溃疡亦有两年。查见右中鼻甲肥大，收缩良好，舌根左侧有溃疡，舌薄腻苔，脉细。治宜健脾化湿，药用党参、茯苓、白扁豆、

薏苡仁、藿香、佩兰各10g，白术、半夏、辛夷各6g，升麻、甘草各3g，煎服。二诊，上药进服28剂，诸症明显改善，口腔溃疡告愈。查见鼻腔黏膜较干，鼻甲有所回缩。舌薄苔，脉细。治宗原旨之法，祛藿香、佩兰、半夏，加当归、百合各10g，继服35剂，经访已愈。[9]

按：患者右鼻腔堵塞两年余，久病则虚，脾胃气虚，纳运无权，聚湿为邪，肺气无源随之而衰少。故治疗应培土生金，以“虚则补其母”为法，用参苓白术散健脾胃以益肺气，则诸症悉除。

2. 韩某，女，42岁，干部。因头痛，伴有鼻塞、流鼻涕6年，于1985年3月1日来院求诊。诉患慢性鼻炎6年，经常头痛，伴有交替性鼻塞，鼻流清水样涕，遇寒加重，面白气短，咳嗽白痰，食少倦怠，舌淡、苔薄白，脉弱。治拟补气扶正为主，方用参苓白术散，其中扁豆、桔梗各30g，白术、茯苓、山药各15g，陈皮、莲子肉、薏苡仁、砂仁、苍耳子、辛夷花各10g，石菖蒲6g。同时针刺迎香、印堂、合谷，中刺激，留针20分钟，每日1次。治疗2个月后症状明显改善。[9]

按：根据中医辨证，本证属脾气虚弱。从五行相生的关系而论，脾属土，肺属金，脾为肺之母，肺为脾之子。从经络的观点而言，一是肺之经气源于母脏脾脏，“肺手太阴之脉，起于中焦，下络大肠”，一是“脾肺两经同属太阴”，两者“同气相求，同声相应”。在气血阴阳的盛衰消长变化过程中，具有同步变运趋势。故古人言：“脾为生气之源，肺为主气之枢”。脾胃气虚，纳运无权，则肺气无源随之而衰少；若脾病日久损伤肺气，则必盗母气以自助而致脾气不足，日久致脾气虚而见面白气短，咳嗽白痰，食少倦怠等症。遵“虚则补其母”的治则，运用参苓白术散培土生金之法，健脾胃以益肺气，待脾气充实，健运复职，土旺则金自生，金鸣则鼻窍利，故诸症自除。

七、慢性鼻窦炎

慢性鼻窦炎一般即指慢性化脓性鼻窦炎，是鼻窦黏膜慢性化脓性炎症，其中以慢性上颌窦炎最多，常与慢性筛窦炎合并存在，多因急

性化脓性鼻窦炎未得到及时合理地治疗迁延而致。感染、变应性鼻炎也是其主要原因。本病属中医“鼻渊”范畴，各个年龄段均可发病，以小孩、老人为多。鼻与肺相表里，为肺之门户，脾为后天之本，生化精气，脾肺共同作用生成营气、宗气，充体、固表御外、滋养鼻窍。本病多因脾胃虚弱，抗邪乏力，运化水湿失职，湿邪困阻于鼻窦所致。

【临床应用】

朱氏[10]采用参苓白术散加减治疗慢性鼻窦炎112例，并与用鼻窦炎口服液治疗的104例对照组进行对照观察。患者中鼻道有脓涕（对中鼻道有息肉及鼻中膈偏曲病例排除在外），鼻窦X线示：鼻腔有积脓或黏膜增厚。治疗组采用参苓白术散加减：黄芪20g，党参10g，白术10g，山药10g，扁豆10g，茯苓20g，莲子10g，砂仁8g，桔梗10g，白芷10g，辛夷8g。对湿热偏重者加黄芩6g。儿童根据年龄大小取1/2或1/3量，水煎，每日1剂，分2次服。对照组采用鼻窦炎口服液，10ml/支，每次1支口服，每日3次。两组病例均以50%鱼腥草滴鼻液滴鼻，每日3次，2周为1个疗程。结果：治疗组：痊愈64例，有效42例，无效6例，总有效率96.64%。对照组：痊愈4例，有效42例，无效22例，总有效率78.85%。故采用参苓白术散治疗，能减轻患者的痛苦，而且不良反应小，疗效显著。

八、干酪性鼻炎

干酪性鼻炎是由于鼻腔或鼻窦慢性化脓性炎症、鼻腔阻塞、分泌物引流不畅，进而黏膜发生干酪样坏死和脓性分泌物浓缩，最终形成干酪样物质积蓄于鼻腔或鼻窦所致。临床多为一侧发病，病程缓慢。主要症状为进行性鼻塞、脓性鼻涕奇臭、少量鼻出血、嗅觉减退和头昏、头痛、食欲不振等，如破坏侵入蝶窦，则可损害视力和发生脑神经麻痹。诊断依据为：①鼻塞，多脓涕，有臭味，伴有慢性鼻窦炎，嗅觉减退，头痛。②鼻腔见中鼻道附近有豆腐渣样物，可伴发肉芽组织，有脓性鼻涕。③晚期可出现脓毒症状，疲乏、食欲不振、头昏头痛加重、失眠，如向外破溃、化脓，可见颊或内眦肿胀，眼球突出、上颌隆起，形成脓漏，中膈和鼻底破溃，形成穿孔。④X线片可见鼻

窦模糊，晚期有骨质破坏。本病属中医的“鼻窒”、“慢鼻渊”范畴。

【病案举例】

患者女，55岁，干部。主诉：“反复右侧鼻塞、流脓涕，伴头痛20年”，曾在湖北就诊于多家医院，5年前调来佛山工作，亦在佛山多家医院就诊，均诊为：化脓性上颌窦炎，曾做过一次上颌窦穿刺术，有脓性分泌物冲出，以后因患者怕痛而拒绝再作上颌窦穿刺术，而每次均以滴鼻液收缩鼻甲，口服抗生素治疗。近日因“右侧进行性鼻塞，抽吸性脓涕奇臭、头痛、嗅觉减退、疲乏、食欲不振”而来我院就诊。体查：经前鼻镜检查见右侧下鼻甲肿胀，中鼻道见脓性分泌物，检查口腔无病牙，用1%呋麻滴鼻液收缩下鼻甲，见中鼻道脓性分泌物下混有灰白色干酪样物，约4.5cm×1.0cm×0.2cm，用镊子轻触，质软，内有结石样硬块，试用镊子取出一约1.2cm×0.5cm×0.3cm的结石，重约12g。临床诊断：①干酪性鼻炎伴鼻石，②慢性化脓性上颌窦炎。病理诊断为：干酪性鼻炎，鼻石；中医诊断为鼻窒、慢鼻渊（脾虚湿盛、邪滞鼻窍）。治疗：取出结石后，先用刮匙彻底清除干酪样物，然后行“右侧上颌窦穿刺冲洗”2次。口服氟哌酸0.1g，每天3次，连服5日；中药以参苓白术散合苍耳子散加减，以健脾渗湿、祛邪通窍。方药组成：党参15g，白术10g，茯苓10g，桔梗10g，白扁豆10g，薏苡仁20g，苍耳子10g，石菖蒲10g，白芷6g，辛夷花12g，薄荷3g，甘草5g，水煎服，每日1剂，连服5日。二诊时，鼻塞和鼻臭明显减轻，分泌物减少，停用西药，中药上方去薏苡仁、茯苓，加细辛3g，升麻10g以增强通鼻窍之力，每日1剂，连服5日。三诊时，鼻塞进一步减轻，鼻臭和分泌物消失。上方去党参、白术，加菊花10g，蒲公英10g，每日1剂疏散利窍，连服14日调理善后，诸症痊愈。随访1年，未见复发。[11]

按：因该患者病程达20年之久，久病必损脾胃，加之邪滞鼻窍，故见脾虚湿盛、邪滞鼻窍之证，因患者体质欠佳，故不宜单纯采用西医治疗，所以在彻底清除鼻腔的干酪样物、鼻石和上颌窦穿刺冲洗的同时，合用中药参苓白术散和苍耳子散加减，以培补正气，健脾渗湿、祛邪利窍，治疗近1个月痊愈，随访1年，未见复发。

九、慢性喉炎

喉炎是指喉黏膜发生炎症的一种疾病。好发于冬春两季。现代医学认为发生本病的原因较多，如遭受有害气体、粉尘的刺激，发声不当或用嗓过度等，也有的是上呼吸道炎症发展而致。喉炎常分为急性和慢性两种。急性喉炎反复发作，未经适当治疗，可演变成为慢性喉炎。中医学认为本病是由风邪外袭，或热邪壅滞于咽喉，或虚火上炎等，使肺气失于宣畅所致。本病属于中医学“慢喉瘖”的范畴。

【病案举例】

1. 梁某，男，42岁。1997年3月9日初诊。半年前出现声音嘶哑，每因劳累多语后加重，曾诊为慢性喉炎，间断服用黄氏响声丸、红霉素等药物，症状无改善，语声低微，讲话费力不能持久，倦怠乏力，咳吐白痰，胃纳可，二便调。检查：间接喉镜可见声带水肿，表面有少量分泌物，闭合欠佳。舌苔白腻，脉滑。诊断：慢喉瘖。辨证脾气虚，湿聚咽喉。治宜益气健脾，化浊通络开音。参苓白术散加减：党参20g，白术10g，茯苓15g，山药15g，桔梗10g，扁豆10g，玄参15g，红花10g，海浮石15g，挂金灯10g，甘草3g。每日1剂，水煎服。服药7剂后音嘶减轻，精神较好，检查：声带水肿明显消减，活动尚可，其中13处闭合稍差。再予调治12剂，诸症消失。[8]

按：慢喉瘖类似现代医学的慢性喉炎，多与急性喉炎未及时治疗、或长期用嗓过度有关。中医认为病机为脏气虚损，气血痰凝滞。本例发病源于脾气虚，咽喉失养，水湿上聚咽喉。故方中用党参、白术、茯苓、扁豆、山药益气健脾祛湿为主药，配以桔梗、玄参、挂金灯、海浮石化湿利喉开音；红花活血散瘀，有助于水肿消散。诸药合而用之，脾得健运，气血升华，水湿消散，音开声洪。

2. 丁某，男，52岁，1993年7月初诊。主诉：声音嘶哑半年，于劳累后加重。某院诊断为慢性喉炎，予先锋霉素、螺旋霉素等药治疗，无明显好转。兼有四肢无力，咳吐少量白痰，小便时黄，大便偏稀。刻诊：间接喉镜下，双侧声带水肿，边缘呈轻度鱼腹状突起，活动尚好，舌淡苔白微腻，脉滑。证属脾失健运，湿聚咽喉。治宜健脾利湿，降浊开音。药用：党参6g，茯苓20g，生山药10g，佩兰6g，

白扁豆10g，杏仁、炒白术各6g，桔梗9g，甘草、竹叶、牛蒡子各6g，砂仁3g。5剂，水煎服，每日服2次。药后声音嘶哑症明显减轻。检查声带边缘水肿明显吸收。继服5剂，再诊时声音恢复正常。[3]

按：患者患声音嘶哑半年，于劳累后加重，此为虚证。从五行相生的关系而论，脾属土，肺属金，脾为肺之母，肺为脾之子。金器不鸣则声音嘶哑，脾虚胃弱，健运失职，无以奉养肺脏，则肺气益虚。故治疗予以参苓白术散加减培土生金，金器鸣则声音恢复正常。

3. 俞某，男，14岁。声音嘶哑，说话过多或感冒则剧，反复发作两年余。平素易感，纳差，面色萎黄，形体消瘦，咽喉干涩，口不甚渴，咽喉部未见明显红肿，舌淡苔薄白，脉濡细，此属肺脾气虚，治当健脾益气，补肺生津。方拟参苓白术散加减。处方：党参12g，白术12g，薏苡仁30g，砂仁6g，甘草6g，桔梗12g，淮山药15g，扁豆9g，陈皮12g，木蝴蝶9g，黄芪15g，生山楂15g，红花9g。服药12剂，声音圆润、洪亮，食欲渐增，精神转佳，久讲声音亦不哑。[12]

按：患者经五官科诊为慢性咽喉炎，久治效不佳。慢性咽喉炎患者，多属肺热证型，治疗常以清肺泻火，养阴生津为大法。笔者一反常规，在详审病性的基础上，辨证施治，投以参苓白术散加减，补脾以益气之源，补脾而利气之主，肺脾之气俱盛，声嘶自愈。

十、慢性咽炎

慢性咽炎系咽黏膜的慢性炎症，常为呼吸道慢性炎症的一部分。多为急性咽炎反复发作或延误治疗转为慢性或者各种鼻病后因鼻阻塞而长期张口呼吸及鼻腔分泌物下流，致长期刺激咽部，或慢性扁桃体炎，龋病等影响所致，也可以因为各种物理化学因素刺激：如粉尘、颈部放疗、长期接触化学气体、烟酒过度等，另外全身因素如各种慢性病等都可继发本病。主要表现为咽部可有各种不适感觉，如异物感、发痒、灼热、干燥、微痛、干咳、痰多不易咳净，讲话易疲劳，或于刷牙漱口，讲话多时易恶心作呕。慢性咽炎属于中医学中“阴虚喉痹”范畴。中医历来认为肺肾阴虚、虚火上炎为本病的主要病因。

临床上常用养阴清肺汤等，以养阴清肺、润肺化痰。但临床上并不多见，约占20%左右，而十有七、八者属于脾土虚弱。因咽需液养，喉赖津濡，而脾主运化，为精微生化之根本。若脾气虚弱，运化失养，精微生化无源，则无以上承咽喉，咽喉干枯失润则病。所以《素问·阴阳类论》指出："咽喉干燥、病在土脾。"故方用参苓白术散加减常获良效。

【临床应用】

王氏[13]以参苓白术散加减治疗慢性咽炎（脾虚型）60例，获得满意效果。临床多见咽中干燥，不思饮，稍痒微痛，时欲吭咯清嗓，食少，便溏，舌质淡胖、苔薄，脉细或软。查见：咽部干燥，充血但不甚，后壁淋巴滤泡呈团块状增生。治疗方法：培土生金为法，选参苓白术散加减。药用：党参15g，茯苓12g，白术6g，山药10g，炒白扁豆10g，玄参10g，麦冬10g，石斛10g，桔梗5g，甘草3g。如咽干甚酌加沙参、生地、玉竹；胸闷，苔腻酌加厚朴花、陈皮。每日1剂，水煎2次，混合分早晚各服1次。7天为1个疗程，一般治疗1~3个疗程，最长5个疗程。结果：痊愈（咽中干燥诸症消失）57例，占95%；好转（咽中干燥诸证明显减轻，但未消失）2例，占3.3%；疗效不明（未复诊）1例，占1.6%。总有效率98.3%。

郑氏[14]以参苓白术散加减治疗慢性咽炎68例，并设对照组观察。治疗组68例，对照组65例。患者均有咽部不适，或痒、或痛、或干燥而不多饮，病程较长，身疲乏力，纳食不香，大便溏薄，胸闷不适，咽部充血不明显，但有肿胀感，咽后壁淋巴滤泡团块样增生，舌质淡胖而嫩，边有齿痕，舌苔薄腻，脉细弱。治疗：治疗组以补脾培土、健脾养胃为主。处方参苓白术散：太子参10g，山药10g，茯苓10g，白术6g，薏苡仁10g，白扁豆10g，陈皮6g，桔梗6g，甘草3g，并随证加减：咽痒加僵蚕、蝉蜕各5~10g，咳咯黏痰加浙贝母、射干各10~15g，咽部燥灼加天花粉、知母各10~15g，气郁呃逆加苏子、香附各10~15g，水煎服，每日1剂，每日2次，每次100~200ml，10日为1个疗程，1~3个疗程后观察结果。对照组以养阴清热，润肺化痰为主。处方养阴清肺汤：生地10g、沙参10g、麦冬10g、桑白皮10g、桔梗6g、甘草3g、天花粉10g，水煎服，每日1

剂，每日2次，每次100~200mL，10日为1个疗程，1~3个疗程后观察结果。结果：治疗组68例，临床治愈16例（23.5%），显效26例（38.2%），有效20例（29.4%），无效6例（8.9%），总有效率91.1%；对照组65例，临床治愈6例（9.2%），显效13例（20%），有效27例（41.5%），无效19例（29.3%），总有效率70.7%。统计结果表明：治疗组总有效率与对照组相比较，有显著性差异（$P<0.01$）。

朱氏[15]以参苓白术散治疗慢性咽炎38例，治疗：选用参苓白术散，组成为：党参、茯苓、白扁豆各9g，白术、山药、莲子肉各15g，薏苡仁30g，桔梗8g，大枣5枚，甘草6g。加减运用，兼有肺胃阴虚之证加玄参15g，石斛10g；兼有肾阴虚者加知母、黄柏各10g等。用法：每日1剂，水煎服，2周为1个疗程。一般用药1~2个疗程并评价疗效。服药期间停用其他任何中西药物，并忌食辛辣刺激之品。结果：治愈（临床症状消失、咽部充血消失，肥厚增生性咽炎的淋巴滤泡萎缩）25例；好转（咽部症状明显减轻，咽黏膜充血减轻，肥大增生性咽炎的滤泡较前缩小）12例；无效（临床症状无明显改善、咽部黏膜充血及肥大增生性咽炎的滤泡与原来无变化）1例；总有效率达97.4%。

【病案举例】

1. 倪某，男，42岁，干部。1995年7月18日初诊。患者素有咽疾，遍尝清热、养阴中药及西药螺旋霉素等未效，经介绍来诊。见咽干不欲饮，微疼稍痒，喉头有物堵感，大便偏稀，舌质淡胖、苔薄，脉细。查见：咽充血但不甚，后壁少液，淋巴滤泡呈团块状增生，悬壅垂下拖。辨证为脾土虚弱，难化精微，津液衰少，不能上承，咽喉失养所致。拟培土生金法，参苓白术散加减。药用：党参15g，茯苓12g，白术6g，炒白扁豆10g，山药10g，玄参10g，麦冬10g，石斛10g，桔梗5g，甘草4g。5剂药后咽干大减，稍痒，大便转干。先后共服中药57剂，诸症消失而痊愈。嘱其防感冒，忌食辛辣，随访1年未作。[13]

按：《素问·阴阳类论》指出："咽喉干燥，病在脾土。"《脾胃论·脾胃盛衰论》则更明确指出："饮食不节、劳役所伤，以致脾胃

虚弱，乃血所生病。主口中津液不行，故口干咽干也。”“咽恃液养，喉赖津濡，清窍得润则津灌液养也”。脾主运化，为津液生化之源，故津液必须依赖脾土的健运，方可化源充足而不竭，始能上升而濡润咽喉，耳目口鼻诸窍则不为病；一旦脾土虚弱，健运失常，生化之源枯竭，津液衰少，难以上承，则咽失其养，喉失其濡，诸窍亦失其养而俱为之病。所以脾土虚弱，津液衰少，实为导致慢性咽炎的关键，而津液难以上承濡润咽喉，则是导致本病发生的重要原因。“培土生金”取参苓白术散加减，正是针对这一殊情况而设。方中党参、茯苓、白术、甘草补脾胃之气；白扁豆、山药健脾；玄参、石斛、麦冬养阴生津；桔梗载药上行。全方共奏补气健脾、养阴生津之功，用之故能获得良效。

2. 张某，男，42岁，教师。咽部干燥疼痛伴夜间加重5年。曾在其他医院屡用西药消炎及中草药清热养阴等法治疗，无明显远期疗效。于1996年10月21日来我科就诊。患者咽痛常因感冒而频繁发作5年，平时疼痛，异物感，夜间加重，胃脘部常有胀感，矢气后减轻，纳差乏力。查体：咽部慢性充血，淡红色、黏膜萎缩，咽后壁及舌根处淋巴细胞增生，舌淡、苔白滑，脉平。诊断为中土失健、脾胃虚弱之喉痹，治疗以培土益脾入手，取参苓白术散加减：党参、白术、茯苓、白扁豆、山药、百合、石斛各10g，薏苡仁30g，甘草5g。服药7剂，咽中觉润咽痛亦减，继服7剂，咽中觉润无明显不适，复查见咽部充血明显减轻，黏膜湿，又服原方1周复查淋巴滤泡萎缩，诸证悉除而愈，嘱其多饮水，忌辛辣，适劳逸，随访1年无复发。[15]

按：传统观点认为本病多由脏腑虚损，虚火上炎所致，笔者认为脾虚不运，津液难以上承亦可导致慢性咽炎。脾的运化功能正常与否，影响着津液的盛衰，脾气健运，水谷精微运化输布正常，津液充盈上润眼耳口鼻诸窍则不为病。《素问·玉机真脏论》说：“其不及则令九窍不通”。《脾胃论》说：“九窍者，五脏应之，五脏得胃气及能通利…，胃气一虚，耳目口鼻俱为病。”《素问·阴阳类论》又说，“咽喉干燥，病在土脾”。《脾胃论·脾胃胜衰论》更明确指出：“饮食不节，劳疫所伤，脾胃虚弱，乃血所生病，主口中津液不行，故口干咽干也。”故脾虚津液衰少，不能上润咽喉，亦是导致慢性咽炎的

重要原因。正如《外科正宗·卷外·咽喉论》中说："肿痛微红，脾虚乏力，午后痛者属阴虚，宜滋阴降火；肿痛色白，咯吐多涎，上午痛者属阳虚，宜补中健脾。"凡本病患者出现咽部黏膜充血不明显，咽后壁淋巴滤泡团块样增生，咽中干涩而不思饮，胸膺不畅通，食后不舒，大便多溏，舌有白苔，甚至较厚，舌质胖嫩舌边出现齿痕者，证属脾胃虚弱，应考虑健脾土以盈诸窍，故以参苓白术散加减补土健脾，使脾气健运，而津液自上输布咽喉诸窍，此不言养阴却达养阴之效，实为治本之法，确有异曲同功之妙。

3. 患者，女，50岁，1995年12月12日初诊。患者慢性咽炎10余年。主以咽喉干燥，波及口干，求饮喜温，疼痛而痒，似有异物感，似有痰附于咽部，豁痰不爽。查见咽后壁淋巴滤泡增生，部分黏膜萎缩，舌薄苔，脉细。乃坤德失其厚载，精微运化失职，咽喉乏津液之濡润，治当培土生金，药用太子参、茯苓、白扁豆、山药、百合、玄参、沙参各10g，白术、桔梗各6g，甘草3g，累进35剂后诸症近于消失，后复诊时在原方的基础上调整一二，服至月余而愈。[5]

按：患者患慢性咽炎10余年，久病则虚。脾土虚弱，健运失常，生化之源枯竭，津液衰少，难以上承，则咽失其养，喉失其濡，则感咽喉干燥，有异物感，似有痰附于咽部。可见脾土虚弱，津液衰少，实为导致慢性咽炎的关键；而津液难以上承濡润咽喉，则是导致本病发生的重要原因。故治宜培土生金，以参苓白术散加减健脾益气，渗湿化痰，收效良好。

参考文献

[1] 刘慧卿．加味参苓白术散治疗梅尼埃病32例．新中医，2002，34（7）：62～63

[2] 唐淑君．中医杂志，1980，（8）；25

[3] 白华．参苓白术散加减治疗耳鼻喉疾病验案三则．辽宁中医药，1998，25（6）：256

[4] 谷志平，郭树繁，赵树才．参苓白术散治疗耳鼻喉科疾病举隅．河北中医，1999，21（1）：37～38

[5] 干千．参苓白术散在耳鼻咽喉口腔科中的运用体会．实用中西医结合杂志，

1998，11（5）：43～44
[6] 兰友明，兰义明，鲍雪娇．参苓白术散临床新用．福建中医药，1998，（1）：42
[7] 张春英．参苓白术散临证举隅．青海医药杂志，2003，33（5）：19
[8] 谷志平，郭树繁，赵树才．参苓白术散治疗耳鼻喉科疾病举隅．河北中医，1999，21（1）：37～38
[9] 邓小琴．参苓白术散治疗肺系疾病临证应用举隅．陕西中医，2006，27（4）：490
[10] 朱镇华．参苓白术散加减治疗慢性鼻窦炎112例．湖南中医杂志，2003，19（4）：39～40
[11] 文凤妮，李卡凡，潘救．参苓白术散合苍耳子散治疗长期漏诊的干酪性鼻炎伴鼻石1例．实用医学杂志，2002，18卷（9）：1000
[12] 周敏．参苓白术散的临床应用．中医研究，1998，11（3）：52～54
[13] 王南桥．参苓白术散加减治疗慢性咽炎60例．江苏中医，1999，20（12）：31
[14] 郑涌勋．参苓白术散治疗慢性咽炎的临床观察．现代中西医结合杂志，2002，11（2）：120
[15] 朱昌周，刘忠理．参苓白术散治疗慢性咽炎38例．陕西中医，1999，20（11）：486

第五章 眼科病证

一 视瞻昏渺

本病眼外观端好，不痛不痒，而视力渐降，视物昏朦不清，为多种内障眼疾常见之症状，西医学中的脉络膜、视网膜之慢性炎症及慢性球后视神经炎、视网膜血管炎等均可出现上述症状。本病多发于男性青壮年，易反复发作，眼外观正常，自觉视物模糊，如隔纱状，眼前中央有一圆形暗影，伴有视物变形、变色，视大为小。眼底可见黄斑区水肿，中心凹反光消失，黄斑区有黄白色小点状渗出或黄色渗出斑点，后期可遗留黄斑区色素紊乱。人之视觉功能正常与否在于气血之盛衰，而气血之盛衰又源于心脾。《兰室秘藏》有："夫五脏六腑之精气，皆禀受于脾，上贯于目，脾者，诸阴之首也，目者血脉之宗也，故脾虚则五脏之精气皆失所司，不能归明于目矣"之说。因脾失健运，津液运化失常，湿浊上泛或聚湿成痰，湿热痰浊内蕴，上犯清窍而致病者，属脾虚型。

【病案举例】

李某，男，36岁。2000年6月初诊。诉：右眼前出现黑色阴影，遮挡视力，在市某人民

医院诊为“中浆”，住院治疗1个月后，症状消失，病情痊愈出院。2个月后上症复发，右眼前又出现一椭圆型棕色阴影，遮挡视力，引起视力下降，伴消瘦，追问病史，患者诉稍进油腻食物即便溏，1日2~3次。查舌淡、苔薄白，脉沉。专科检查：视力：右眼0.5，左眼1.5，双眼前节（-），眼底示：双眼视盘边界清，形圆，血管走向正常；右眼黄斑部水肿、渗出，反光点消失。诊为视瞻昏渺，证属脾气虚弱，运化失常，治以健脾益气，利水消肿。根据辨证施治的原则，黄斑属脾，故采用参苓白术散加减：太子参20g，茯苓、白扁豆、薏苡仁各30g，白术、莲子、砂仁各15g，桔梗6g，5剂水煎服。二诊：患者诉服上方后感右眼前阴影变为浅黄，视物较前清晰，继服上方15剂。三诊：眼前阴影消失，视物清晰，查视力右眼1.2，左眼1.5，眼底示：双眼视盘边界清，形圆，血管走向正常，黄斑部水肿渗出吸收，反光点可见。为巩固疗效防止复发，上方10剂研细面冲服近半年，2年后随访病情未再复发。[1]

按：视瞻昏渺在眼科属常见病、多发病，并且此病容易反复。在日常治疗中，根据辨证施治的方法，只要证属脾胃虚弱，采用本方健脾益气，使气血盈诸窍，除痰湿则目窍明矣。

二、中心性浆液性脉络膜视网膜病变

中心性浆液性脉络膜视网膜病变简称“中浆”，又称复发性中心性视网膜脉络膜炎，是眼科一种较为常见的疾病，病变发生的部位主要局限于黄斑区，临床多见于中青年男性，常是单眼发病，亦有健眼先后发病者，且易反复发作，也有时为双眼同时发病。本病致病原因为多方面，如精神过度紧张、用眼疲劳过度、饮酒过度、失眠等，容易导致毛细血管痉挛，局部脉络膜的渗出液积聚在视网膜下，以致本病的发生。中医称为“视瞻昏渺”、“视正反斜”、“视赤如白”、“视惑证”等。并认为本病是由于长期饮食欠佳，生化资源缺乏，故人体阴津日益衰弱，表现水液代谢失调，随着病情发展，势必阴伤及阳、胃气衰弱、脾阳不振，则形成脾胃虚弱证。如患者波及肝肾，肝肾阴虚上犯于目亦能发生黄斑区水肿，严重者可出现黄斑区周围小片状出血。张景岳说：“凡水肿等证，乃脾肺肾三脏相干之病。盖水乃

至阴，故其本在肾，水化于气，故其标在肺，水惟畏土，故其制在脾。五脏六腑之精气皆禀受于脾，上贯于目，”又“诸湿肿满，皆属于脾”。所以眼底黄斑区水肿的形成与肺脾肾三脏功能障碍有关，但与脾气失调关系更为密切。脾主运化，如脾失健运，不能升清降浊，输布津液，水湿内停，上泛于目；或痰湿困阻中焦，湿热蕴蒸，蒙蔽清窍而发为“中浆”。

【临床应用】

庞氏[2]以参苓白术散加减治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变32例，患者中双眼发病12例，单眼发病20例。治疗方法：治疗宜健脾渗湿，和胃通络为主。采用参苓白术散加减，药物组成：党参、白术、炒山药、茯苓、焦神曲各10g，车前子12g、砂仁、木香2g、炙甘草3g、白蔻6g。水煎服，1剂/日，每次200ml。此外，应用针刺治疗本病，对于提高视力，促进眼底黄斑区水肿吸收，改善视功能尤为重要。选用主穴：承泣。配穴：太阳、风池、上星、百会、攒竹。手法平补平泻，每次留针30～40分钟，1次/日，12次为1个疗程。结果：视力恢复1.0以上，黄斑区水肿渗出物吸收者32只眼；视力恢复到0.6以上，黄斑区渗出物减少者8只眼；治疗前后视力无进步者4只眼，总有效率95%。

陈氏[3]以参苓白术散治疗中心性脉络膜视网膜病变30例，治疗方法：以参苓白术散为主进行加减。基本方药组成：太子参、茯苓、白术、炙甘草、山药各100g，扁豆、陈皮、莲子肉、薏苡仁、桔梗、砂仁各20g。上药研细末，冲服，1日2次，1次10g。1剂药物为1月的药量。病情重者每天可服3次。加减：眼底（黄斑区）水肿甚者加泽泻、车前子；渗出较重吸收缓慢者选加当归、桃仁、红花、赤芍；恢复期眼底渗出难以消退者加昆布、海藻、五味子。结果：痊愈21例，好转8例，无效1例。总有效率96.67%。

沈氏[4]以参苓白术散治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变68例，并与对照组32例形成对比，全部68例患者经临床检查确诊为中心性浆液性脉络膜视网膜病变。治疗：对照组采用复方丹参片，维脑路通片，ATP片，维生素E胶丸，维生素C片等血管扩张剂和神经营养药治疗。2周为1个疗程，治疗2～6个疗程。治疗组采用中药参苓

白术散加减治疗，每日1剂，水煎服，早晚各服1次。2周为1个疗程，共服1~6个疗程。基本药物为：党参15g，黄芪15g，茯苓15g，白术15g，陈皮10g，淮山药15g，薏苡仁30g，莲子15g，砂仁（后下）10g，桔梗10g，甘草6g。加减：黄斑区水肿明显者加猪苓、泽泻、桂枝；黄斑区以渗出为主者加姜夏、川贝、夏枯草、丹参；黄斑区水肿消退，渗出物基本吸收，黄斑色素紊乱者加枸杞子、女贞子、菟丝子、菟蔚子、熟地、丹参、当归；如舌苔黄腻，脉濡数等湿蕴化热明显者，去党参、黄芪，加黄连、黄柏。结果：治疗组治愈率77.5%，总有效率100%，对照组治愈率44.44%，总有效率为8.33%。两组患者治疗结果经统计学分析，治疗组治愈率优于对照组。

赵红[5]以参苓白术散治疗“中浆”56例，单眼发病45例，双眼发病11例。全部病例均符合《眼科诊断学》（宋振英主编）的西医诊断标准。治疗：所有病例均停用其他药物，全部使用中药辨证治疗。治法：健脾利湿，化痰散瘀，方用参苓白术散加减。主要药物组成：党参20g，黄芪20g，白术15g，薏苡仁30g，当归20g，葛根20g，丹参20g，牡丹皮20g，陈皮15g，车前子30g，茯苓30g，香附15g，甘草6g，以上药物每日1剂，水煎后分早晚两次温服。10天为1个疗程。结果：痊愈44例，有效9例，无效3例。总有效率为94.6%。

【病案举例】

1. 患者，男，32岁，1995年7月10日来诊，主诉右眼视物变形、变色10余天，检查远视力为右眼0.25，左眼1.0，眼底检查：右眼黄斑区可见黄褐色渗出物及水肿反射轮，中心窝反射不见。左眼底小瞳下未见异常。诊为右眼中心性视网膜脉络膜病变，胃纳欠佳，口不干，二便正常，脉沉细。治则：健脾渗湿，和胃通络。方药：参苓白术散加减。组成：党参、白术、焦神曲各10g、炒山药15g、茯苓、车前子12g、砂仁、木香各2g，陈皮、炙甘草各3g、白蔻6g，水煎服，1剂/日。1995年7月17日复诊，检查远视力：右眼0.5，左眼1.0，眼底黄斑区水肿较前吸收，继服前方20剂，视力恢复至1.0，随访1年未复发。[2]

按：《内经》云："五脏六腑之精气，皆禀受于脾，上贯于目。脾者诸阴之首也，目者血脉之宗也，故脾虚五脏之精气皆失所司，不能归明于目矣。"脾胃虚弱一则无以充养目窍，二则脾虚湿滞，湿邪上犯目窍致眼部渗出物增多，故治疗以参苓白术散健脾益气、和胃渗湿则诸症悉除。

2. 赵某，女，42岁，会计。于1997年6月就诊，病历号970836。主诉患"中浆"两年余，经用抗菌素类、激素类、血管扩张类药物治疗症状减轻，但多次复发。近一月来，因工作繁忙病情再次复发，服用上述药物治疗，症状不减，遂来我院要求中药治疗。现症：视力下降，视物变形，乏力，面色萎黄，食后脘闷不舒，便溏，日2次，舌淡、苔白、脉细。查：视力右眼0.4，左眼0.6；双眼前节（-）；视野正常；眼底示：视盘边界清，形圆，血管走向正常，黄斑区水肿，有灰白色点状渗出，中心凹光反射消失。诊断为视瞻昏渺（脾胃虚弱、清窍失养型）。治宜健脾益气，方用参苓白术散：太子参、白术、甘草、茯苓、山药各100g，莲子肉、薏苡仁、砂仁、桔梗各20g，白扁豆25g。上药共为细末，日服两次，冲服，每次10g。1月后病人复诊，诉视物清晰，诸症减轻。查视力右眼0.8，左眼1.0，继服上方。两月后病人再诊，查视力右眼1.2，左眼1.2。眼底示：双眼视盘边界清，形圆，血管走向正常，黄斑区水肿消失，反光点可见，黄斑区周围有少量散在陈旧粟粒状渗出物。病人精神佳，无任何不适，病情痊愈。1年后随访病情未再复发。[3]

按："中浆"黄斑部属脾，多由内伤致病。《内经》曰："饮食劳倦即伤脾，"脾胃为后天之本，气血生化之源，眼受五脏六腑之精气，始能视万物，而其精气均是脾胃所化生。所以《兰室秘藏》云："五脏六腑之精气，皆禀受于脾，上贯于目。脾者诸阴之首也，目者血脉之宗也，故脾虚五脏之精气皆失所司，不能归明于目矣。"神光赖精气心血之滋养，方能明视万物，若为饮食劳倦所伤，致中焦虚弱，气血无以化生，则清阳不升，目窍失于温养，遂使神光晦暗或绝灭。参苓白术散是一首健脾益气、和胃渗湿、生津保肺的常用方剂。方中太子参、山药、莲子肉以益气健脾和胃为主；辅以白术、茯苓、薏苡仁、扁豆，渗湿健脾、利水消肿；佐以炙甘草益气和中，砂仁和

胃醒脾，理气宽胸；更以桔梗为使，用以载药上行，宣肺理气，借肺之布精而养全身。诸药合用，补其虚，除其湿，行其滞，调其气。两和脾胃，则气血之源得以生化，而清窍养，故目疾愈也。

3. 李某，男，29岁，1989年4月6日就诊。5天前，因劳累过度，视力下降，视物变形，形体较胖，纳差，便稀日3~4次，四肢倦怠，少气无力，前来我院就诊。查视力：左眼1.0；右眼0.2。双眼外观正常，眼底，患眼黄斑区呈明显水肿环，可见黄白色点状渗出物，中心凹光反射消失。六脉细弱，舌质淡红、苔中部较厚，脉证合参，病机则为脾失健运，湿邪内阻，精气不能上呈所致，治疗宜益气健脾利湿，方用参苓白术散加减：太子参15g，山药20g，云苓20g，薏苡仁30g，扁豆20g，莲子肉15g，桔梗12g，砂仁15g，甘草6g，泽泻12g，车前子15g，连服6剂后，患眼视力达0.6，大便每日2次，便稠，但仍不成形，气力不增，患者平日腰酸膝软。因而续服上方加怀牛膝、川断、枸杞子、菟丝子以温阳补肾，服药24剂，查患眼视力1.2，查患眼底黄斑区水肿环及黄白色点状渗出物吸收，气力增加，胃纳较好，大便日1次，为了方便服药，把上药制成散剂，又服月余，随访3年未复发，患眼视力保持在1.2以上。[6]

按：患者纳差，便稀日3~4次，四肢倦怠，少气无力，为一派脾胃虚弱之症。此为脾失健运，湿邪内阻所致。脾失健运，精气不能上呈故见视力下降，视物变形。故治疗以参苓白术散加减，益气健脾利湿，收效良好。

4. 程某，男，32岁，工人，1992年12月4日前来我院就诊。右眼视昏，眼前黑影月余。患者1个月前左眼视力突然下降，眼前黑影，在某院诊为“中浆病”，住院治疗月余，疗效不佳，前来我院就诊。现左眼视物不清，外观正常，纳差便溏，舌质淡红、苔厚，脉濡弱。查视力：右眼1.2，左眼0.3；眼底，患眼视乳头边界清，血管走向正常，黄斑区水肿，伴有黄色点状渗出物，中心凹光反射消失。脉证合参诊为“中浆病”。病机则为脾虚湿盛所致。治宜健脾利湿，补养元气，方用参苓白术散加味：太子参15g，云苓20g，白术15g，甘草6g，薏苡仁30g，泽泻15g，车前子15g（另包），山药20g，莲子15g，砂仁12g，炮姜10，川芎12g，红花6g。连续服药40余剂，

视力1.5，大便较正常，查眼底黄斑区水肿消失，中心凹光反射存在，后又服“香砂六君子丸”以巩固疗效。随访2年无复发。[6]

按：“目赖气血之滋养，方能明视万物”，若中焦脾胃虚弱，气血无以化生，则清阳不升，目窍失于温养，脾虚则健运失职，湿邪内运，上犯于目可见视力突然下降，眼前黑影等症。治疗应培补中土，化湿利浊，故用参苓白术散健脾益气，药证合参，收效较好。

参考文献

[1] 陈亚敏．参苓白术散的临床应用．河北中医，1993，18（3）：460

[2] 庞荣．参苓白术散加减治疗中心性浆液性视网膜脉络膜病变32例．邯郸医学高等专科学校学报，2002，15（1）：33

[3] 陈亚敏，杨新天．参苓白术散治疗中心性视网膜脉络膜病变30例．四川中医，2004，22（9）：85

[4] 沈丽珍，金忠平．参苓白术散治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变68例．时珍国医国药，2001，12（7）：631～632

[5] 赵红．参苓白术散加减治疗中心性浆液性视网膜脉络膜炎56例．中医研究，2000，13（2）：40

[6] 沈秀云，史艳峰，陈亚敏．参苓白术散加减治愈中浆病两例．江西中医药，1994，25（4）：117

第六章 口腔科病证

一、复发性口腔溃疡

复发性口腔溃疡表现为口腔黏膜发生散在性浅表小溃疡，有灼痛感，一般7～10天愈合，但常复发，或此起彼伏，病史可长达一二十年之久，好发于青壮年。其病因不清楚，但与中枢神经系统紊乱及内分泌障碍有关系。诱发因素有睡眠不足、精神紧张、消化不良、便秘等，可发生于口腔各个部位。初起患部黏膜稍隆起，一天后破溃，成圆形或椭圆形，直径：2～5mm，溃疡底部有坏死组织形成的黄白色假膜，边缘有充血带，溃疡继发感染者其充血带较宽。此病属中医学“口疮”范畴，辨证需分虚实，脾胃虚弱者可用参苓白术散治疗。

【临床应用】

冯氏[1]以参苓白术散加减治疗复发性口腔溃疡38例，患者多见口腔、咽峡、舌面、上下口唇呈散在多发性疮面，如粟粒大小，局部淡红，灼痛，食辛辣及刺激性食物疼痛更甚，伴有恶心，常服维生素C、复合维生素B、抗生素及清热解毒中成药，但病情仍反复发作，疗效不佳。治疗：党参15g，茯苓15g，

生白术15g，黄芩10g，蝉蜕10g，陈皮10g，生栀子10g，竹茹10g，甘草5g，砂仁10g，清半夏10g，大枣5枚。口苦咽干者加生地黄、牡丹皮；便溏喜暖者加炒白术10g，生姜3片，去栀子；舌尖赤红、心经热盛者加黄连5g，竹叶10g；不思饮食者加鸡内金10g，炒莱菔子10g。每剂药煎500ml，分早晚两次服用，5天为1个疗程。结果：溃疡面完全愈合，不再出现新的创面，1个月内无复发者为痊愈。服药一般3剂见效，最多16剂。

【病案举例】

1. 男，56岁，于1998年6月28日初诊。口腔舌面及咽峡部反复溃疡5年多，春秋两季更甚。常服维生素B、维生素C、咽炎片，外用冰硼散、西瓜霜喷剂，此期间曾服中药汤剂数剂，病情仍时轻时重。现症：面色微黄，口腔舌面及咽峡部可见6～8处散在大小不等的疮面，局部肿胀，色淡红，舌质淡，苔薄白，脉沉。患者形体虚弱，疲乏，纳呆，二便调，证属脾胃虚弱。治以健脾补气，处以基本方5剂水煎服。服药后疼痛减轻，溃疡面开始缩小。现睡眠不沉，纳差，按上方加蝉蜕10g、鸡内金10g、炒莱菔子10g。又进10剂，诸症悉除，随访半年未复发。[1]

按：复发性口腔溃疡亦称阿弗他口炎，是一种常见的反复发作的口腔黏膜溃疡性损害。西医认为本病与维生素缺乏、烟酒刺激、饮食偏嗜有关。但除去这些因素后，病情依然出现。舌为心之苗，脾开窍于唇，脾虚运化失司，水谷精微不布，舌面及口腔失于濡养，则成口腔溃疡。起病急，时间短，多系心经热盛上攻于口，此时可于基本方加竹叶10g、生地黄5g。长期反复发作者，多为虚寒证，治当以健脾养阴为主，佐以清理虚热为正治之法。脾之健运，胃之消化正常，精微来源充足，则口腔溃疡自愈。

2. 苏某，男，33岁，1988年9月20日初诊。患口腔溃疡反复发作5年。曾服用知柏地黄丸、维生素B_2等治疗，效果欠佳，仍反复发作，缠绵不断。刻诊：舌边、口颊有6个大小不等的溃疡点，溃疡面周围微红肿，表面有少许白色渗出物，伴面色萎黄，神疲，纳呆，口淡，喜热饮，大便溏薄，每日1～2次，舌淡红、苔薄黄，脉细濡。证属脾气不足，虚火上浮之口疮。治宜健脾益气，清脾热。方

选用参苓白术散加减：党参20g，茯苓15g，炒白术10g，山药15g，砂仁6g（后下），白扁豆10g，桔梗10g，薏苡仁15g，知母12g，天花粉10g，炙甘草5g。水煎服，每日1剂，停用西药。服药6剂后诸症消失，随访至今，未再复发。[2]

按：患者口腔溃疡反复发作5年，病程较长，久病体虚，脾胃虚弱，气血生化乏源，无以上荣濡润口窍，则见腔溃疡反复发作。治疗应从培补中焦脾胃入手，气血生化有源，口窍得养，则诸症悉除，故用参苓白术散加减健脾益气，培补脾胃，收效良好。

3. 王某，男，8岁，于1995年6月13日初诊。其母代诉：患儿平素身体虚弱，近1年来反复出现口腔溃疡，加重1月。曾多次服用清热泻火之剂，并配合服用麦迪霉素片等西药罔效。现口腔可见多处溃疡，周围充血，局部灼热疼痛，伴有精神不振，喜食异味食物，面色萎黄，舌红苔薄白，脉沉细。诊断为口疮，辨证为气血虚损，虚火上炎。方用参苓白术散加减：党参、白术、云苓、山药、薏苡仁各10g，白扁豆15g，乌梅12g，桔梗、陈皮、砂仁各5g，甘草8g。水煎服，1剂/日。服用5剂后口腔、舌尖溃疡面愈合，精神好转，饮食增加。继服10剂，以巩固疗效。随访1年未见复发。[2]

按：口疮多为湿热壅结，心火上炎所致，常以清热泻火为治。但本案患儿平素体虚，喜食异味食物，面色萎黄，辨证为气血虚损，虚火上炎。方用党参、白术、白扁豆、山药、薏苡仁益气健脾，陈皮、砂仁醒脾理气和胃，桔梗载药上行，乌梅酸敛生肌。全方健脾益气和胃，引火归源，故疮面得愈。

4. 张某，女，45岁，1999年2月11日初诊。口腔齿龈、舌体反复糜烂21年，加重1年。患者于20年前始每逢月经前后于舌体及齿龈溃疡。月经后不治自愈，后每逢工作紧张、劳累则溃疡时间延长，疼痛加重，伴口渴、心烦、大便秘结。常服抗生素和抗病毒类药物及多种维生素、多种中成药，症未好转。现停经1年，溃疡发作频繁，持续时间2~3周。诊见：舌尖及舌下溃疡，局部色红，有淡黄色分泌物，伴口渴，午后更甚且喜冷饮，倦怠乏力，纳少，近1年大便稀溏，每日1次。舌淡红、苔微黄腻，脉缓弱。证属心脾郁火上炎，治以健脾益气，和胃渗湿兼清解热毒。处方：党参、山药、薏苡仁、

板蓝根各15g，茯苓、白扁豆各10g，桔梗9g，升麻、甘草各6g，砂仁8g，大枣3枚。每日1剂，水煎服。忌辛辣刺激之品，服7剂疼痛减，大便成形，体倦乏力、口渴等症均好转，守方再进7剂，诸症悉除。后予补中益气丸合六味地黄丸，交替服用以巩固疗效，随访半年未发。[3]

按：本例复发性口疮乃心脾郁火上炎而成。心开窍于舌，脾之经络连舌本散舌下，脾开窍于口，主肉，其功能司味觉，分泌涎液，濡养口腔肌内黏膜。此病延20余年，常服苦寒清泻之品，日久伤脾，脾不升则气血化源不足，涎液不充，口腔肌肉黏膜失养，故生溃疡。脾气虚，清气下陷则常泻不止，故用本方健脾益气，渗湿和胃，酌加板蓝根、甘草散郁火及疮疡热毒。诸药合用，脾气得健，涎液得充，口腔溃疡遂愈。

二、口腔黏膜病

口腔黏膜病是指口腔某一部位黏膜的正常色泽、外形、完整性与功能等发生改变的疾病。口腔黏膜病主要包括复发性口腔溃疡、白塞氏病、扁平苔癣和慢性咽炎等。其临床表现虽然各异，但究其病因，现代医学认为均属机体内分泌功能失调，自身免疫功能异常所致。中医则认为因情志不遂损及心脾，或阴虚火旺，热毒燔灼，或内挟湿热上攻于口所致，外因精神压力、工作疲劳、睡眠不足、消化不良、大便干燥，女性月经来潮诱发此病或使病情加重。此外，此病还有一定的遗传性。

【病案举例】

1. 徐某，男，52岁，农民。1991年9月28日初诊。患者因两上肺浸润型肺结核并发咯血，住院后经抗痨及止血药物治疗，咯血已止。5日来口腔黏膜及舌面广泛附着白色糜点如粥样，涂片找见白色念珠球菌。曾服制霉菌素片及用3%小苏打水清洗，但未能减轻。患者形体消瘦，肢倦乏力，语言低弱，稍咳少痰，食欲不振，入夜少寐，小便短黄，大便尚正常，苔面及口腔黏膜白腐。可见舌光质红，脉象濡小。治以参苓白术散化裁，药用：太子参15g，茯苓、茯神各12g，白术6g，砂仁4g（后下），陈皮、远志各5g，生薏苡仁、山药

各30g，炒谷芽、炒麦芽、淡竹叶、车前草各10g。水煎服。3剂后口糜减去大半，食欲有所增进，精神亦有好转。原方再服3剂后，口糜已愈。

按：本例肺痨久病患者，气阴俱虚，病久子盗母气，肺病及中，脾虚失运则不能化浊；再则金水相生，肺阴虚而肾水亏损不能上济，以致心火偏亢。本证显系脾气虚损，兼有心经虚火，故不可送投苦寒，亦不可徒恃温燥，以免耗气伤津、克伐生机。用参苓白术散为主方，补脾和胃，渗湿化浊；再取淡竹叶之清心除烦利尿，车前草之利尿解毒而导浊下行，即寓导赤散之意。避用生地之甘寒滋腻，木通之苦寒耗气，甘草之甘壅滞中，皆为顾护脾胃之举。因为辨证用药得当，服药不数剂即取得了显著疗效。[197]

2. 丁某，女，35岁，医务人员。1993年10月初诊。舌左缘溃疡疼痛20日，曾口服复合维生素B和维生素C，并用锡类散及西瓜霜外吹患处等治疗。既往有类似病史10年左右，每年复发3~5次不等，用上述方法治疗5~7天，溃疡每可愈合。本次复发后治疗至今，口糜未见好转而疼痛益甚。患者体胖，面色不华，肢体倦怠，纳谷不甘，食后脘阻，大便溏软不爽，舌左侧缘见凹陷性溃疡2枚，较绿豆稍大，色淡，周围无明显潮红，舌质淡胖、边有齿痕，苔薄白，脉象濡缓。治以参苓白术散化裁，药用：党参15g，茯苓12g，白术、神曲各10g，山药30g，陈皮、生甘草各5g，大枣7枚。4剂，水煎服。服1剂后舌痛即减，4剂服完溃疡已愈。即以上方去大枣，8倍量药剂，共研细末，水泛为丸，每日早晚各服6g，枣汤送服。随访2年口疮未再复发。[4]

按：本例即系脾虚不能运化，精微气血失于输布上达，以致溃疡久久不愈。参苓白术散中四君子汤补脾益气，陈皮理气健运，再以山药补脾益阴，以助四君，《本草求真》言山药："气虽温而平，为补脾肺之阴，是以能润皮毛、长肌肉"。是证用药虽平淡无奇，但疗效堪称满意。

三、舌炎

舌炎是指主要表现为流涎，采食困难，咀嚼缓慢，吞咽异常，口

腔呼出恶臭气体，舌黏膜红肿、疼痛，有时形成溃疡或舌麻痹的一种疾病。地图舌、毛舌、沟纹舌、正中菱形舌炎、舌乳头炎、萎缩性舌炎都包括在舌炎的范畴内。本病的发生中医认为是机体脏腑功能失常；或老年元气虚弱，肾精亏损，又为邪毒所犯；或饮食内伤，长期过食辛辣食物及发霉腐败有毒物品，以致脾胃受伤，热毒蕴积，上升口腔，结聚而致。

【病案举例】

张某，男56岁，农民。1995年11月12日初诊。患者有慢性咳嗽病史10年余，因发热、咳嗽气喘，按“老慢支并发感染”收治住院。经抗炎、化痰、止咳平喘等药物治疗半月后，发热已退，气喘亦平，稍有咳嗽。诉5日来舌红无苔，舌体麻刺疼痛，常需舔弄稍安。以“萎缩性舌炎”给予复合维生素B、维生素C等治疗无效。患者面黄不泽，神疲乏力，气短，咳声不扬，痰少色白，纳少脘痞，口干欲饮不多，舌质光红隐裂，无苔，脉象濡滑。治以参苓白术散加减，药用：党参12g，北沙参、麦冬各10g，茯苓15g，白术、绿萼梅、桔梗各6g，生薏苡仁、山药各30g，生甘草3 g。水煎服。3剂后，舌痛已减，口干亦有好转，舌红转淡，舌中已现薄白苔。上方去绿萼梅，加陈皮5g，谷麦芽各10g，续服3剂后，舌痛已愈，纳谷增加，神疲乏力改善，咳嗽亦解，舌质淡红，舌苔薄白分布均匀。嘱服成药参苓白术丸以巩固疗效。[4]

按：本例患者素有咳嗽旧疾，脾虚失于运化，宿痰每易为患。此次发热病后，非但肺阴受损，尤以脾胃亏虚、气阴俱伤为著，以致舌体失于濡润荣养，故舌红而疼痛。参苓白术散药性平和，有益气健脾、和胃渗湿、生津保肺之功效。本例运用是方治疗时，去砂仁不用，以防温燥伤津、辛香耗气，加沙参、麦冬之甘寒生津以滋胃润肺，绿萼梅理气而不伤津。值得一提的是，方中桔梗不仅有化痰止咳之效，更赖以载药上行、宣肺利气，使肺得润养而布精周身。通过治疗，患者舌痛向愈之时，又见精神好转，纳谷增进，咳痰渐止之佳兆。参苓白术散对裂纹舌，菱形舌炎，剥脱性舌炎（地图舌）等也有较好的治疗作用。

参考文献

[1] 冯永．参苓白术散加减治疗复发性口腔溃疡38例．山东中医杂志，2003，22（5）：315
[2] 熊炳才．参苓白术散临床运用．湖北中医杂志，1999，21（11）：513
[3] 张华玉，张莹雯，陈友香．新中医，2000，32（3）：55
[4] 韦恩沛．参苓白术散治疗口腔黏膜病．陕西中医，1996，17（11）：515~516

第七章 皮肤科病证

一、白色糠疹

白色糠疹又称单纯糠疹，是好发于儿童面部的浅表性鳞屑性色素减退斑，可自行消退。其发病与季节有关，多春季发病。多累及患者面部，亦可发生于上臂、颈和肩部等处，无性别差异。皮损为圆形或椭圆形的淡白色或淡红色斑，直径1～4cm大小，境界清楚，上覆少量细小鳞屑，一般无自觉症状，部分患者可有轻度瘙痒。病程慢性，可自行消退，但可复发。本病病因尚未明确，目前大多认为系非特异性皮炎。皮肤表面缺乏皮脂，过度清洗尤其是用碱性强的肥皂清洗，是造成白色糠疹发病的原因之一。此外，阳光曝晒，皮肤干燥可能促进本病发生。

【临床应用】

王氏[1]以参苓白术散治疗白色糠疹66例，临床症见：颜面部散在分布大团形或椭圆形色素减退斑，上覆少量细小鳞屑，局部无明显痒痛感，少数患者颈部及前胸亦有类似皮损。查血常规显示：血红蛋白71～93g/L，红细胞大致正常或稍低于正常范围。治疗以参苓白术散成药8g冲服，1日3次，8岁以下儿童酌减。

结果：66例患者全部治愈，服药最长38天，最短16天，平均23天。

【病案举例】

患者，女，12岁，学生。1994年10月12日初诊。颜面部散在分布大淡灰斑数个，上覆细碎鳞屑，局部无痒感，病史3年。平素纳少剔食，面色㿠白，体质较弱，曾经多方治疗效果不显。舌淡红，边有齿痕，苔薄白，脉细弱。经西医诊断为白色糠疹。中医属脾胃虚弱，气血不足，肌肤失养。治宜健脾益气，调和气血，给予参苓白术散服用，每次3g，1日3次。服药3天，患者饮食增加，服7天后渐面色红润，原面部淡灰斑转潮红，继服6天，颜面红润如常，嘱注意饮食习惯。随访半年未见复发。[1]

按：白色糠疹以面部圆形或椭圆形色素减退斑为主要特征，儿童多发，兼见纳少剔食，营养不良。中医属肌肤失养，荣润不足。参苓白术散以人参、白术、炙甘草益气健脾补中，为君药，辅以山药、莲子肉、茯苓、扁豆、薏苡仁健脾利湿，更佐以砂仁芳香醒脾，促中焦运化，桔梗载药上行，借肺之布津以养周身。诸药配合，脾胃得健，气血渐旺，肌肤得养而荣，故其病自愈。

二、肌　衄

肌衄一症临床罕见，应属血证的一种，指血从发孔而出，又称汗血。《证治要诀》载肌衄分为气血亏虚、阴虚火旺、肝胃火积三种证型。以血液流溢皮肤、黏膜之下，出现瘀斑、瘀点为主要表现的一种病证。本病包括西医学的过敏性紫癜、血小板减少性紫癜等。其病因与血瘀、血热、血虚及五脏有密切关系。因脾虚不能统血而致肌衄者，采用参苓白术散加减治疗常常可获良效。

【临床应用】

孙氏[2]总结孙芝许先生行医六十年之丰富经验，将孙老自拟参苓白术散及四物汤加商陆治疗肌衄的经验方应用于临床，治疗了11例肌衄患者，治疗：参苓白术散加商陆用于男性患者，四物汤加商陆用于女性患者，加减法：气虚加党参、黄芪，皮下结节大而疼者加丹参、木瓜、五味子。水煎服，每日1剂，每3剂为1疗程，服药期间

禁食辛辣刺激及鲤鱼、鸡汤、猪肉等。结果：11 例患者全部治愈，治愈时间最长 9 天，最短 3 天，随访无一例复发。

【病案举例】

周琼，男，二十岁，学生。患者于 1993 年 6 月下旬自觉双侧下肢出现紫色斑，继之形成皮下结节样包块，边缘清楚，按之疼痛难忍，行走困难，精神疲倦，痛苦病容，由其母搀扶步入我院就诊。查血常规：血红蛋白 125g/L，白细胞计数 45×10^9/L，出血时间 1 分，凝血时间 2 分，血小板计数 $10 \sim 25 \times 10^9$/L。观其舌质淡红无苔、脉稍细数，中医诊断：肌衄。经用参苓白术散加商陆、茜草、丹皮、黄芪、茅根、服用 3 剂，腿不疼，服用 6 剂紫块软化，服完 9 剂后，紫斑彻底消失。随访 3 月未见复发。[2]

三、多发性皮肤炎

【临床应用】

张氏用中西医结合的方法治疗多发性皮肤炎 15 例。对其中脾虚湿热型 5 例患者，用参苓白术散合加味二妙散加减。若湿热不盛，脉络瘀阻者加用丹参、红花、牛膝、鬼箭羽、威灵仙、秦艽；肌肉疼痛者加川萆薢、土茯苓。配合西药激素，如强的松、地塞米松。活动期每日 40 ~ 60mg，病情稳定后逐渐递减。结果：显效、无效、死亡各 1 例，进步 2 例。[3]

四、汗疱疹

汗疱疹又称出汗障碍疹，常伴有多汗，夏季多见，好发于青年人。本病多突然在手掌、手指、足底、足趾等处，表皮深处发生米粒到黄豆大的水疱，可互相融合成大疱。水疱一般不自行破裂，而多吸收，干燥脱皮。自觉有痒感或灼热感，多在 1 ~ 2 周内自行消退，但易反复发作，有时继发细菌感染。

其发病机制可能与个体素质，自主神经功能紊乱，精神紧张或抑郁等因素有关。本症中医辨证属内有温湿困脾、脾失健运、水湿不化所致。其治疗原则为燥湿润肤、敛汗止痒。

【临床应用】

余氏[2]用参苓白术片（天津乐仁堂制药厂生产）治疗汗疱疹48例。每服6片，每日3次，15日后判定疗效。结果：治愈（水泡、瘙痒均消失）42例；显效（水泡大部分消失，瘙痒显著减轻）6例。

五、天疱疮

天疱疮是一种慢性复发性表皮内人水疱性皮肤病，是一种自身免疫性疾病，病因尚未明了，老年人易发，其中有一种与染色体遗传有关，中医属“天疱疮’，“火赤疮’，“蜘蛛疮”范畴。全身或易摩擦部位较为常见。

【临床应用】

朱氏[4]以参苓白术散加减治疗各型天疱疮88例，其中病程最长15年，最短2个月。症状均表现为：水疱疮液清亮继而混浊，破裂形成糜烂易出血，黏膜部位以糜烂面常见，自觉瘙痒和疼痛，结合组织病检即可诊断。治疗方法：（1）外用药：①高锰酸钾湿敷。②黄芩10g，黄连10g，生大黄15g，生白矾15g，焦栀子10g，生甘草10g。水煎外洗。③外擦“三黄膏”（自制）。（2）口服药：基本方：人参10g，白术10g，山药15g，茯苓15g，苍术10g，黄连10g，蒲公英30g，车前子（包）15g，猪苓15g，赤小豆15g，银花15g，生黄芪15g。加减：神志不清，安宫牛黄丸加犀角地黄汤；腹胀呕吐，厚朴、陈皮、木香；胸闷纳呆，鸡内金、陈皮、麦芽；有乳头状增殖，夏枯草、丹参、牡蛎；红斑，牡丹皮、生栀子；感染，半枝莲、土茯苓；阴伤明显，生地、麦冬、沙参。病情较重可适当配合强的松口服，待病情缓解立即停药。结果：83例治愈，3例复发后治愈，2例显效后死亡。

【病案举例】

某男，2002年发病，口腔糜烂，全身出现鸽卵大水疱，新的不断出现，旧的不易痊愈，流汁较多，结痂，增殖。用激素治疗2年余，时好时坏（强的松1日量24片），难以控制病情，难以下床活动。形体消瘦，乏力，饥不欲食，舌质红绛，苔光剥，脉沉细虚数无力。辨证：心脾湿毒内蕴，气阴两亏。治法：益气养阴，和胃解毒，

利湿健脾。方药：生地15g，麦冬15g，银花15g，焦三仙（各）15g，山药20g，苍术10g，川连5g，蒲公英20g，赤小豆15g，人参10g，沙参12g，茯苓12g，车前子（包）10g，夏枯草20g，半枝莲12g，生甘草10g，赤芍10g，地骨皮10g，玄参10g，茵陈10g，上方1日1剂，水煎服，配合外洗。1周后激素量减至6片/日，半月激素停药。全身糜烂恢复90%，下床活动，饮食佳，大便可，连续治疗2月。跟踪1年半未复发。[4]

按：这类病主要是“脾胃虚弱，湿热蕴积，日久耗伤阴血，生风生燥，肌肤失养”，故见皮肤生红斑，起水疱，大量渗出液，糜烂。故治宜健脾益气，养阴除湿，和胃解毒。临床以参苓白术散加减用于脾虚湿盛较明显的症状，以解毒为主，尤其对病程较久，反复发作，湿毒深窜肌肤，入血阻络者，采用滋阴补肾，解毒散风，活血破瘀之法，疗效显著。

参考文献

[1] 王锐锋．参苓白术散治疗白色糠疹66例．天津中医，1995，12（6）：48

[2] 于秋生．参苓白术片治疗汗疱疹48例．中国中西医结合杂志，1993，13（7）：409

[3] 程宜福．参苓白术散新解．新医学，1977，8（3）：140

[4] 朱强伟．参苓白术散加减治疗各型天疱疮88例．中医药管理杂志，2006，14（5）：23

第八章 外科病证

一、多发性脂肪瘤

脂肪瘤为单发或多发性良性瘤，发于身体各部位之皮下，呈扁圆形，质软，有包膜，边界清楚，可活动，无压痛，大小不一。在中医外科学中属“肉瘤”范畴，其特点如《外科正宗》曰：“软似绵，肿似馒，皮色不变，不紧不宽。”中医理论认为，本病由于卫阳不足，寒湿留着；郁结伤脾，交结凝聚；饮食不节，痰湿内生；中气不足，气虚痰凝等因素引起营气不从，逆于肉理，或痰湿内生，聚而成核，凝于皮肉之内，而生肉瘤。故脾虚不运，肺虚不宣，营卫逆从，痰凝成核，发为本病。

【病案举例】

王某，男，65岁，2003年11月6日初诊。患者于两月前手术摘除颈部一肿块，经病理检查为“脂肪瘤”，现已愈合。后又发现其下方天柱穴旁有一蚕豆大硬块，前壁经渠穴处有一黄豆大硬块。皆成扁圆形，质软，边际清楚，可活动，无压痛，因不愿再受刀割之苦，特来求治，刻诊：胸闷神萎，面色萎黄，腹部胀满，便溏，苔薄白，脉沉滑。此为脾虚，中焦痰湿凝聚，痰凝经络，治宜健脾行气，化痰

开结，方拟参苓白术散加味：党参、茯苓、白术、扁豆、陈皮、白芥子、山药、川贝各10g，生熟薏苡仁各15g，桂枝、桔梗各6g，砂仁、甘草各3g，7付之后胸闷、腹胀已止，大便成形。又7付后，病人能每天早晨咳出痰块数枚，且两处硬块见软变小，效不更方，继续服用1个月后，两处硬核全消，随访至今未见复发。[1]

按：《医宗必读》："本之为言，根也。世未有无源之流，无根之本。澄其源而流自清，灌其根而枝乃茂，自然之经也。"又曰："脾为生痰之源，治痰不理脾，非其治也。"本病之根乃痰凝成核，故先以参苓白术散以健脾行气以消痰之源，《证治准绳》曰："善治痰者，不治痰而治其气，气顺则一身之津液亦随气而顺矣。"故方中以陈皮健脾行气，燥湿化痰；砂仁温中行气，健脾化湿；另以桔梗宣肺祛痰，利咽排脓；川贝润肺化痰，消肿散结；白芥子温肺化痰，利气散结。桂枝引导白芥子以消皮里膜外之痰，少佐桂枝，发表解肌，温经通阳。取意于《张氏医通》："有老痰凝结胶固，非借温药引导，必有拒格之患。加川贝润肺化痰，消痞散结，以润化燥凝之痰，因药从本而施，自然信手合辙而脾得健运，肺得清肃，经络通畅，则聚凝之痰核，何以留存？"

二、肛瘘术后创口愈合

肛瘘呈慢性发病过程，病程缠绵，反复发作，易损伤人的元气。加之患者饮食不节，恣食高粱厚味，易助湿为患。倘若气候炎热潮湿，在内外环境交困的影响下，则肛瘘疾病以脾胃气虚为本，湿邪为标，湿性缠绵，故病程反复不愈。术后挂线胶圈脱落，邪去正复。脾主肌肉，喜燥而恶湿。《素问·至真要大论》提出"损者益之"之旨，此时投参苓白术散主之，切中病机。

【临床应用】

邬氏[2]在肛瘘术后的病人中配合使用参苓白术散，观察创口愈合情况40例，全部患者随机分为两组，治疗组20例，对照组20例。全部病例均采取肛瘘切挂术。术后半流饮食，予左氧氟沙星、灭滴灵等抗生素、支持疗法及对症治疗。创口每天以1:5000高锰酸钾水坐浴后常规换药。治疗组于挂线胶圈脱落之日起每天予参苓白术散1

剂，党参改太子参，取太子参偏于清补之性，直到伤口全部愈合。如大便干硬者，去莲子。处方：太子参30g，云苓15g，白术12g，陈皮6g，淮山药15g，桔梗10g，莲子15g，砂仁6g（后下），薏苡仁30g，扁豆30g，炙甘草6g。结果：治疗组术后2～3周创口愈合（14±7）天；对照组4～6周创口愈合（35±7）天。

参考文献

[1] 张如芹．参苓白术散治疗多发性脂肪瘤体会．陕西中医学院学报，2004，27（4）：26

[2] 邬裕琼．参苓白术散促进肛瘘术后创口愈合的疗效观察．医学理论与实践，2005，18（7）：807～808

第九章

骨科病证

骨折后低张性水肿

骨折后低张性水肿是骨折外固定解除后患部出现的继发性水肿，是肢体在长时间固定后，局部肌肉处于松弛状态，肌肉未能正常收缩，不能起到“泵”的作用，使静脉回流受阻所致，因此在临床上可见平卧或抬高患肢时水肿减退或消失，而在站立后水肿加剧。骨折病人伤后多卧或坐，《素问·宣明五气论》：“久卧伤气，久坐伤肉”，水的布散，有赖于气的推动；气机受损，则影响脾的转输、肺的宣发及通调水道、肾及膀胱的气化，最终导致水液积聚而肿胀。脾主四肢、肌肉，外伤日久内传伤及脾脏，脾伤则运化失司，输布精微乏力，致水湿内生，外泛肌腠而成肿。故治疗要以健脾益气为主，参苓白术散有健脾益气、利湿消肿之功效，临床用之常可获得满意疗效。

【临床应用】

刘氏[1]以参苓白术散加味治疗骨折后低张性水肿95例，并与甘露醇治疗的80例作了对照观察。治疗组以参苓白术散加味治疗，药物组成：党参12g，茯苓15g，白术15g，桔梗

10g，山药12g，白扁豆10g，甘草5g，莲子肉20g，砂仁6g，薏苡仁10g。如病位在上肢加羌活，病位在下肢加牛膝。日1剂，水煎2次，分两次服。同时配合西医常规治疗。对照组予西医常规治疗：20%甘露醇125ml静滴，日2次。两组均以2周为1疗程，1疗程结束后评定疗效。结果：治疗组总有效率96.8%，对照组总有效率85%，经统计学处理，两组有显著性差异（$P<0.01$）。

参考文献

[1] 刘永俊．参苓白术散加味治疗骨折后低张性水肿95例．湖南中医药导报，2002，8（4）：199

第十章 男科病证

一、阳痿

阴茎不能勃起、勃起不坚或坚而不持久，以致不能性交者，称为阳痿。阳痿发病率约为成年男性的10%，其发生常随年龄的增长而增加。其病因复杂，可分为器质性阳痿和精神性阳痿两类，且精神心理因素导致阳痿发病率较高。这与中医情志为患的观点极为相近。《素问·痿论》说："思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚，宗筋弛纵，发为阳痿。"

【病案举例】

1. 李某，28岁，农民，1987年5月10日初诊。婚后阳物不坚，或稍坚而不韧，并伴早泄年余。平素无念时常常在坐车途中或行走时阳事抬举勃起，做爱时反而不坚。婚前常有手淫，饮食两便如常，口干不欲饮，腰不酸，形瘦神疲乏力，面色萎黄，溲时淋沥。检查：外生殖器发育正常，肛诊前列腺稍大，表面光滑，质地软，有压痛，中央沟不明显，苔薄白，舌淡红，脉沉缓。用过抗生素，效不显。辨证：脾虚不统，肾虚不固。方药：红参、白术各10g，白茯苓、扁豆、山药、莲子、益母子、熟地各15g，车前子、菟丝子各30g，蜈

蚣1条，陈皮、细木通各6g。服15帖时阳事渐坚，可战5min射精。服30帖后一如常态。夫妻和睦，1年后生一健康女。[1]

按：阳痿早泄虽为两证，临床常合一身。通常皆认为色欲竭精，思虑伤神所致。张景岳说："火衰者十居七八，火炽者仅有之耳"。《类证治裁》载"…亦有湿热下注、宗筋弛纵而致阳痿者"。本案手淫犯于前，伤于内而不足，劳力繁重伤于后，脾虚此其本也，方意在于补脾以振生化之源，稍佐清化之品以除尿时淋沥之状，药味平淡无奇，对症则有效可验。

2. 石某，男，27岁，1993年3月初诊。患者诉1992年10月结婚，新婚之夜即见阳事不举，未能性交，夫妻不和，曾在某市医院诊治，服过桂附、鹿茸等壮阳之品与雄性激素等药未见好转，精神疲惫，面色无华，四肢乏力伴头晕腰酸，口淡，夜寐差，大便溏薄，小便频数。舌质淡，苔白，脉软，证属心脾肾皆虚而以脾虚为主，遂用参苓白术散加减：红参10g（另炖冲），炒白术10g，茯苓15g，炙甘草6g，干姜5g，炒扁豆15g，远志6g，葫芦巴10g，杜仲5g。水煎服，日1剂，服1周，症稍见效，续服1月，诸症皆减，性欲增强，阳事欣然，性生活正常，守上方进退，续服以巩固之。[2]

按：张景岳曰："思虑焦劳忧郁太过者多致阳痿，忧思太过抑损心脾……气血亏而阳道斯不振矣。"前医认为阳痿之疾伴有头晕、腰酸、小便频数，一味认为是肾阳虚衰，而采用温补肾阳之品，病情未见好转。我们考虑患者系设计师，平素多费脑力，损伤心脾累及肾阳，以致心脾肾皆虚，以脾虚为本，故用参苓白术散为主方加益心温肾之品而收功。

二、不射精症

不射精症又称射精不能症，是性交时有正常的性兴奋，阴茎勃起坚硬，性交持续时间较长，但无性欲高潮，没有精液排出的一种病证。本病的病因，中医认为其与五脏有一定内在联系，但主要责之于肾、肝、脾与精室；病因为情志内伤、饮食不节、感受邪毒、败浊内停，痰浊久留、阴部外伤、劳欲过度、大病久病等；其病机为精源匮乏，精道不通和精关开合失司。

【病案举例】

陈某，25岁，1986年4月25日诊。婚后半年不射精。婚前因忙于婚事喜庆，疲劳过度，当晚同房则阳事举而不坚，稍战则罢，不射精，房事告败。次第数度同房皆败北。近来神疲乏力，腰酸，面色㿠白，胸脘痞闷，脉沉缓，苔薄白。因惧妻子离异，惶惶不可终日。辨证：脾虚及肾。方药：红参8g，白茯苓、扁豆、山药、莲子、生薏苡仁、鹿角霜、川断、狗脊各15g，白术10g，陈皮6g，砂仁3g，桑寄生24g。服5剂，阳物坚，有射精，25剂诸恙悉愈，1年后妻子生一子。

按：本证劳累伤脾，勉强入房，未射精，动而复作更伤脾气，证见神疲、乏力、腰酸、胸闷等脾虚及肾虚证，治以参苓白术散补脾益气，佐以补肾诸品，其效当佳矣。[1]

三、少精症

精子总数在2000万/ml以下，或精液量少于1ml者，即可确定为少精症。其在男性不育症中最为多见，它会降低生育能力，甚或导致不育，这种不育属于相对不育之范畴。西医认为导致少精症的常见因素有：特发性精子减少，长期大量注射雄激素，导致精子减少或缺乏；或药物影响，可直接或间接影响精子生成，如磺胺类药、呋喃坦啶、安体舒通、环磷酰胺，可使精子细胞分裂迟滞或停止，甚或造成不可逆性破坏；其它因素，酒精中毒，吸烟过度，毒品均可抑制精子产生；再者，慢性前列腺炎，精索静脉曲张等亦可抑制精子产生。中医认为本病多因肾气不足、精道阻滞所致。

【病案举例】

李某，28岁，职员。婚后2年无子。配偶如常，身体健壮，性和谐，多方治疗女方，仍无子。1987年9月查：精液活率25%，活力较差。患者无临床症状，检查外生殖器发育正常。笔者认为精、气同源，脾、肾互根，补脾即补精，气能生精也。方药：红参6g，党参、白茯苓、白扁豆、山药、莲子、薏苡仁、炙黄芪各10g，菟丝子24g，车前子30g，五味子3g，仙灵脾10g。连续服中药30剂，后断续服药20余剂，因工作繁忙，自行停药。于1988年4月查精液活率

70%，活力良好，1989年春生一男婴。[1]

按：根据中医精气互生互根，补脾补气亦能达到补肾补精的目的。参苓白术散平补脾胃，气充则精不亏，脾旺则肾不馁，精子活力自然可望正常。

四、遗精

遗精是指不因性交而精液自行泄出的病证，有生理性与病理性的不同。生理性遗精是指未婚青年或婚后分居，无性交的射精。一般2周或更长时间遗精一次，不引起身体任何不适。病理性遗精比较复杂，诸多病因均可引起。中医将精液自遗现象称遗精或失精。认为其病机是肾气不固、肾精不足而致肾虚不藏。病因可由劳心过度、妄想不遂造成相火偏亢。饮食不节，醇酒厚味，积湿生热，湿热下注也是重要成因。

【病案举例】

简某，男，38岁，干部。于1993年8月初诊。诉遗精已10余年之久，近来遗精频作，甚则入眠即遗。神疲乏力，纳少，口苦口干，大便溏，舌淡红，苔腻，脉弦缓，证属脾虚肝郁，治宜补脾疏肝，佐以封髓固涩，方用参苓白术散加减：党参24g，白术10g，茯苓15g，四逆散15g，青皮5g，黄柏10g，砂仁6g，芡实10g，枸杞15g，龙牡各24g（先煎），水煎服，日1剂，服1周，遗精次数有所减少，诸症皆除，守上方，续服1个月而告捷。

按：遗精有梦遗、滑精不同，其证又有寒热虚实之别。虚证见于心气不足，心脾两伤，肾之阴阳两虚；实证见于湿热内蕴，湿热下注，肝郁化火。本例患者遗精频作，神疲乏力，纳少，便溏，舌淡为脾虚，口苦口干，脉弦为肝有郁热，综观脉证为脾虚肝郁之遗精。故以参苓白术散辅四逆散，则舒肝健脾，诸症悉除。[2]

五、慢性前列腺炎

慢性前列腺炎是男性生殖系统常见疾病，临床表现复杂，症状多不典型，以排尿刺激症状和膀胱生殖区疼痛为主要临床表现。此病属中医学精浊、白浊、癃闭等范畴，其病机复杂，虚实夹杂，寒热互

见，气滞、血瘀、湿浊相参，易反复发作，病势缠绵难愈。本病好发于20～40岁的男性青壮年，发病率甚高。慢性前列腺炎在中医学属于“白浊”、“精浊”等范畴。并认为该病是由于“下焦湿热”、“气化失调”所引起。

【病案举例】

黄某，男，56岁，干部，于1992年2月初诊。诉尿意不尽，尿后余沥已4～5年，曾在协和医院诊断为慢性前列腺炎，近3～4月病情加重，尿终末滴白，小便淋漓不尽，平素大便溏薄，腰酸，少腹、会阴部隐痛，夜尿频，舌淡红，苔厚，脉细软，证属脾虚肾弱，气血不足，治以补中健脾，佐以固肾，方用参苓白术散加减：党参15g，白术15g，茯苓10g，炙甘草3g，青陈皮各6g，芡实10g，菟丝子20g，黄芪25g，当归5g。水煎服，日1剂，服1周，症减，守上方续服1个月，小便正常，少腹痛罢，悉症皆除。

按：患者年高，病程较长，素体脾虚，脾不运化水湿，湿邪下注。脾虚中气不足，气不摄精，精浊不分，故见尿末滴白，尿意不尽。脾虚运化失健，气血生化之源不足，故神疲乏力，舌淡，气虚血少，血行无力，脉道不盈，故脉细软。用参苓白术散加固肾之品以收功。[2]

参考文献

[1] 许士恒．参苓白术散在男科临床中的运用．安徽中医临床杂志，1997，9(4)：204

[2] 刘信江，陈阳．四君子汤加减在男科临床的应用．福建中医药1994，25(3)：39

下篇

实验研究

下篇

实验研究

第一章

参苓白术散的制剂研究

第一节　制剂工艺

一、参苓白术散

【处方】 人参100g，茯苓100g，白术（炒）100g，山药100g，白扁豆（炒）75g，莲子50g，薏苡仁（炒）50g，砂仁50g，桔梗50g，甘草100g。

【制法】 以上10味，粉碎成细粉，过筛，混匀，即得。

【性状】 本品为黄色至灰黄色的粉末；气香，味甜。

【用法与用量】 口服，1次6~9g，1日2~3次。

【贮藏】 密闭，防潮。

二、参苓白术丸

【处方】 人参100g，茯苓100g，白术（麸炒）100g，山药100g，白扁豆（炒）75g，莲子50g，薏苡仁（炒）50g，砂仁50g，桔梗50g，甘草100g。

【制法】 以上10味，粉碎成细粉，过

筛，混匀，用水泛丸，干燥，即得。

【性状】 本品为淡黄色的水丸；气香，味甜。

【用法与用量】 口服，1次6g，1日3次。

【规格】 每100粒重6g。

【贮藏】 密封。

三、参苓白术胶囊

【处方】 人参178g，茯苓178g，白术（炒）178g，山药178g，白扁豆（炒）133g，莲子89g，薏苡仁（炒）89g，砂仁89g，桔梗89g，甘草178g。

【制法】 以上10味，人参、莲子、砂仁及山药93g粉碎成细粉，剩余山药与其余茯苓等六味，加水煎煮3次，合并煎液，滤过，滤液浓缩成稠膏，加入上述粉末。干燥，粉碎，混匀，过筛，装入胶囊，制成1000粒，即得。

【性状】 本品为胶囊剂，内容物为棕色的粉末；气香，味甜。

【用法与用量】 口服，1次3粒，1日3次。

【规格】 每粒装0.5g。

【贮藏】 密封。

四、参苓白术片

【处方】 党参63g，茯苓42g，白术（炒）84g，山药63g，白扁豆（炒）63g，莲子（炒）63g，薏苡仁（炒）42g，砂仁42g，桔梗42g，炙甘草42g，陈皮21g。

【制法】 以上11味，白扁豆、莲子、山药、砂仁粉碎成细粉。茯苓加水煎煮2次，每次1小时，合并煎液，滤过，滤液备用。党参、甘草、桔梗、白术、薏苡仁加水煎煮2次，每次2小时，合并煎液，滤过，滤液备用。陈皮照流浸膏剂与浸膏剂项下的渗漉法，用60%乙醇作溶剂，进行渗漉，收集初漉液，续漉液回收乙醇后和上述滤液合并，浓缩成稠膏，加入上述白扁豆等细粉，混匀，干燥，粉碎成细粉，用陈皮初漉液及适量辅料制粒，干燥，压制成1000片，包衣，即得。

【性状】本品为糖衣片或薄膜衣片，除去包衣后显棕黄色至黄棕色；气香，味微甜。

【用法与用量】口服，1次6~12片，1日2次，小儿酌减。

【贮藏】密封。

五、参苓白术颗粒

【处方】人参100g，茯苓100g，白术（麸炒）100g，山药100g，白扁豆（炒）75g，莲子50g，薏苡仁（炒）50g，砂仁50g，桔梗50g，甘草100g。

【制法】以上10味，取砂仁、白术提取挥发油，蒸馏后的水溶液另器收集。药渣与其余人参等八味，加水煎煮3次，第1次1.5小时，第2、3次各1小时，合并煎液，滤过，滤液与上述水溶液合并，浓缩至相对密度1.20~1.25（55℃）的清膏。取清膏1份、蔗糖2份、糊精2.5份及乙醇适量制成颗粒，干燥，加入上述白术、砂仁的挥发油，混匀，即得。

【性状】本品为淡黄棕色的颗粒；气香，味甜。

【用法与用量】开水冲服，1次6g，1日3次。

【规格】每袋装6g。

【贮藏】密封。

六、参苓白术口服液

【处方】人参100g，茯苓100g，白术（麸炒）100g，山药100g，白扁豆（炒）75g，莲子50g，薏苡仁（炒）50g，砂仁50g，桔梗50g，甘草100g。

【制法】以上10味中药，人参以65%乙醇浸渍24h后渗漉，收集渗漉液，加热回收乙醇至每毫升含人参相当于生药1g，过滤备用。药渣与其余9味加水煎煮2次，第1次1.5h，第2次1h（煎煮前先以水洗净泥沙等杂质，后加水浸泡0.5~1h再煎煮），合并煎液，滤过。滤液浓缩至流浸膏状，加乙醇沉淀，回收醇，加适量水稀释，加入上述人参提取液、单糖浆、苯甲酸钠适量，冷藏24h，过滤，滤液分装于10ml安瓿中，100℃流通蒸气灭菌30min，即得，制

成每毫升含生药相当于0.7g。

【性状】 本品为棕黄色的液体；气芳香，味甜。

【用法与用量】 口服，1次1支，1日2~3次。

【规格】 每支10毫升。

七、参苓白术茶

【处方】 炒白扁豆150g，人参（可用党参3倍量替代）、白术、云茯苓、甘草、炒山药各200g，莲子肉、桔梗、薏苡仁、砂仁各100g，陈皮150g。

【制法】 上药除人参外，共研为末，分为30g 1包。每日用1包，加大枣（剖开）3枚，加清水煎透，置于保温瓶中，盖闷20分钟。另用人参片3.5g，加水半小碗，放锅中炖半小时，然后将汁兑入药茶。

【用法与用量】 参片嚼细吞咽，药茶于1日内频频饮完。

八、参苓白术酒

【处方】 党参45g，白术30g，茯苓30g，炙甘草24g，山药45g，砂仁24g，薏苡仁30g。

【制法】 诸药研成粉末，用白纱布缝袋，两层包裹药粉，浸入2000ml黄酒中，密封20天后，取出饮用。

【用法与用量】 每日早晚各饮1小杯。

第二节 质量研究

一、鉴别[1-2]

1. 参苓白术散

（1）取本品，置显微镜下观察：不规则分枝状团块无色，遇水合氯醛液溶化，菌丝无色或淡棕色，直径4~6μm。草酸钙簇晶直径20~68μm，棱角锐尖。草酸钙针晶细小，长10~32μm，不规则地充塞于薄壁细胞中。草酸钙针晶束存在于黏液细胞中，长80~240μm，

针晶直径2～8μm。纤维束周围薄壁细胞含草酸钙方晶，形成晶纤维。种皮细胞黄棕色或红棕色，形状不规则。种皮栅状细胞长80～150μm。内种皮厚壁细胞黄棕色或棕红色，表面观类多角形，壁厚，胞腔含硅质块。联结乳管直径14～25μm，含淡黄色颗粒状物。

（2）取本品4.5g，加氯仿40ml，加热回流1h，滤过，弃去滤液，药渣加甲醇50ml，加热回流1h，滤过，滤液蒸干，将残渣用甲醇5ml溶解，加在中性氧化铝柱（100～120目，15g，内径10～15mm）上，用40%甲醇150ml洗脱，收集洗脱液，蒸干，残渣加水30ml使溶解，用水饱和的正丁醇溶液振摇提取2次，每次25ml，合并提取液，用水洗涤3次，每次20ml，正丁醇液蒸干，残渣加甲醇0.5ml使溶解，作为供试品溶液。另取人参、甘草对照药材各1g，同法分别制成对照药材溶液。依照薄层色谱法试验，吸取上述三种溶液各1μl，分别点于同一硅胶G薄层板上，以氯仿－醋酸乙酯－甲醇－水（15:40:22:10）10℃以下放置后的下层溶液为展开剂，展开，取出，晾干，喷以硫酸乙醇溶液（1:10），在105℃加热5～10min，置紫外光灯（365nm）下检视。供试品色谱中，分别在与两种对照药材色谱相应的位置上，显相同颜色的荧光斑点。

2. 参苓白术丸

（1）取本品，置显微镜下观察：不规则分枝团块无色，遇水合氯醛液溶化，菌丝无色或淡棕色，直径4～6μm。草酸钙簇晶直径20～68μm，棱角锐尖。草酸钙针晶细小，长10～32μm，不规则地充塞于薄壁细胞中。草酸钙针晶存在于黏液细胞中，长80～240μm，针晶直径2～8μm。纤维束周围薄壁细胞含草酸钙方晶，形成晶纤维。内种皮石细胞黄棕色或棕红色，表面观类多角形，壁厚，胞腔含硅质块。

（2）取本品6g，研细，加水3ml，湿润，再加以饱和的正丁醇20ml，超声处理30min，滤过，滤液蒸干，残渣加甲醇1ml使溶解，作为供试品溶液。另取人参对照药材1g，同法制成对照药材溶液。再取人参苷Rg、Re、Rb，加甲醇制成每1ml各含2mg的混合液，作为对照品溶液。照薄层色谱法试验，吸取供试品溶液5μl，对照药材和对照品溶液各2μl，分别点于同一硅胶G薄层板上，以氯仿－醋酸

乙酯－甲醇－水（15:40:22:10）10℃以下放置的下层溶液为展开剂，展开，取出，晾干，喷以10%硫酸乙醇溶液，在105℃烘约10分钟，分别置日光及紫外光灯（365nm）下检视。供试品色谱中，在与对照药材色谱相应的位置上，分别显相同颜色的斑点或黄色斑点。在与对照品色谱相应的位置上，显相同的三个紫红色斑点，紫外光灯（365nm）下，显相同的一个黄色和两个橙色荧光斑点。

3. 参苓白术胶囊

（1）取本品，置显微镜下观察：草酸钙针晶束存在于黏液细胞中，长80～240μm，针晶直径2～8μm。淀粉粒众多，呈类圆形、扁卵形、三角状卵形成卵圆形，脐点呈点状、人字状、十字状或裂缝状。

（2）取本品5g，加乙醚20ml，置水浴上回流30分钟，滤过，滤液置水浴上蒸干，残渣加甲醇1ml使溶解，作为供试品溶液。另取砂仁对照药材0.6g，加乙醇20ml，置水浴上回流30分钟，滤过，滤液置水浴上蒸干，残渣加乙醚1ml使溶解，作为对照药材溶液。照薄层色谱法试验，吸取上述两种溶液各3μl，分别点于同一硅胶G薄层板上，以苯－醋酸乙酯（19:1）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以5%香草醛硫酸溶液，在105℃烘5～10分钟。供试品色谱中，在与对照药材色谱相应的位置上，显相同颜色的斑点。

4. 参苓白术片

（1）取本品，置显微镜下观察：内种皮厚壁细胞红棕色或黄棕色，表面观呈多角形，壁厚，非木化，胞腔内含硅质块。

（2）取本品，除去包衣，研细，取粉末14g，加乙醚40ml，加热回流1小时，滤过，药渣加甲醇30ml，加热回流1小时，滤过，滤液蒸干，残渣加水40ml使溶解，用正丁醇提取3次，每次20ml，合并正丁醇液，用水洗涤3次，置水浴上蒸干，残渣加甲醇2ml使溶解，作为供试品溶液。另取甘草对照药材1g，同法制成对照药材溶液。照薄层色谱法试验，吸取上述两种溶液各1μl，分别点于同一用1%氢氧化钠溶液制备的硅胶G薄层板上，以醋酸乙酯－甲酸－冰醋酸－水（15:1:1:2）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以10%硫酸乙醇溶液，在105℃加热至斑点显色清晰，置紫外光灯（365nm）下

检视，供试品色谱中，在与对照药材色谱相应的位置上，显相同颜色的荧光斑点。

5. 参苓白术颗粒

取本品 12g，加水润湿，再加以水饱和的正丁醇 30ml，超声处理 20 分钟，滤过，滤液蒸干，残渣加乙醇 1ml 使溶解，作为供试品溶液。另取甘草对照药材 1g，加乙醇 20ml，加热回流 1 小时，滤过，滤液蒸干，残渣加乙醇 1ml 使溶解，作为对照药材溶液。照薄层色谱法试验，吸取上述两种溶液各 5μl，分别点于同一硅胶 G 薄层板上，以氯仿 - 甲醇（20∶1）为展开剂，展开，取出，晾干，喷以 10% 硫酸乙醇溶液，105℃加热 5 分钟，置紫外光灯（365nm）下检视。供试品色谱中，在与对照药材色谱相应的位置上，显相同颜色的荧光斑点。

6. 参苓白术口服液

取参苓白术口服液 50ml，加以水饱和的正丁醇 20ml，超声振荡 30min 处理，过滤，滤液加热蒸干，残渣加甲醇 1 ~ 2ml 溶解，作为供试品溶液。另取人参对照药材 1g 加以水饱和的正丁醇 20ml，超声振荡 30min 处理，过滤，滤液加热蒸干，残渣加甲醇 1ml 溶解，作为对照药材溶液。取人参皂苷 Re 参照品加甲醇制成每 1ml 含 2mg 的溶液。取供试品溶液 5μl，对照药材溶液及人参皂苷 Re 参照液各 2μl 分别点于同一硅胶 G 薄层板上，以氯仿 - 醋酸乙酯 - 甲醇 - 水（5∶40∶22∶10）10℃以下放置的下层液为展开剂，取出，晾干，喷以 10% 硫酸乙醇溶液，105℃烘干约 10min，分别置日光及紫外光灯（365nm）下检视供试品色谱。在与对照药材色谱相同的位置上显黄色荧光斑点，同时有三个斑点，一个黄色和两个橙色荧光斑点。

二、含量测定[2]

含量测定：以参苓白术口服液为例，测定其中人参总皂苷的含量。

1. 标准曲线的绘制

（1）标准液的制备：精密称取干燥至恒重的人参（根）总皂苷

对照品约20mg，置5ml量瓶中加甲醇溶解并稀释至刻度，摇匀，即得标准溶液。

（2）标准曲线的绘制：精取上述标准液10，20，30，40，50μl置10ml刻度试管中，挥干溶剂后，加入5%香荚醛－冰醋酸溶液0.2ml，高氯酸0.8ml，于60℃恒温水浴上加热15min。冰水冷却，加入冰醋酸5ml，摇匀，于560nm波长处测定吸收度。以测试剂作空白，以吸收值为纵座标，波长为横座标，绘制标准曲线回归方程。

2. 样品测定

（1）供试液的制备：精取样品50ml，低温浓缩至4～5ml，分次拌入硅藻土(5g)，干燥后置索氏提取器中用氯仿回流脱脂2h。残渣挥去氯仿，用70%乙醇回流5h。回收乙醇后，再用70%乙醇定容至25ml。精密吸取1ml加至中性氧化铝柱（100～120目，15g，干燥装柱，内径7mm）中，以70%乙醇洗脱。收集洗脱液25ml（经TLC检查，至洗脱完全），置水浴上蒸干。以水饱和的正丁醇5ml溶解，转移至分液漏斗中，先用正丁醇饱和的0.1mol/L氢氧化钠溶液洗两次，每次3ml，再用正丁醇饱和的0.01mol/L盐酸溶液3ml洗一次，酸水液用水饱和的正丁醇萃取两次，每次2ml，合并正丁醇液，水浴上蒸干，加甲醇溶解，定容至5ml，作为供试液备用。

（2）含量测定：精密吸取供试液适量，挥去溶剂，加入5%香荚醛－冰醋酸溶液0.2ml，高氯酸0.8ml，于60℃水浴上加热15min，取出，置冰浴中冷却2～3min，再用冰醋酸稀释至6ml，摇匀，用冰醋酸作空白于560nm处测定其吸收值，依法计算人参总皂苷含量（用外标一点法计算）。

（3）空白样品测定：按处方比例，取人参以外的其它药材制成口服液的空白样品，按“样品测定”项下方法测定吸收值。在测定样品人参总皂苷含量时，以随行空白样品液作参比。

3. 回收率试验：精密取人参总皂苷标准液适量，加至一定量样品空白液中，摇匀，加甲醇定容至5ml，自“精密吸取1ml加至中性氧化铝柱”起，以下按“样品测定”项下操作，计算回收率。

第二章 参苓白术散的药理研究

第一节 参苓白术散各组成中药的药理研究

一、人参

（一）化学成分[3]

1. 人参皂苷

（1）齐墩果酸系皂苷

人参皂苷 Ro。

（2）原人参二醇系皂苷

人参皂苷 Ra_1、Ra_2、Ra_3、Rb_1、Rb_2、Rb_3、Rc、Rd、Rg_3，丙二酰基人参皂苷 Rb_1、Rb_2、Rc、Rd。

（3）原人参三醇系皂苷

人参皂苷 Re、Rf、Rg_1、Rg_2，Rh_1，20－葡萄糖人参皂苷 Rf，三七皂苷 R_1、R_4。

2. 多炔类

人参炔醇，人参环氧炔醇，镰叶芹醇，1－十七碳烯－4，6－二炔，3，9－二醇，人参炔氯二醇，人参炔三醇，乙酰基人参环氧炔醇，（8E）－1，8－十七碳二烯－4，6－二炔

-3，10-二醇，以及人参炔A、B、C、D、E、F、G、H、I、J、K。

3. 挥发油

α-和β-古芸烯，α-和β-人参烯，丁香烯，β-金合欢烯，α-和β-新丁香三环烯，α-和β-葎草烯，α-、β-和γ-芹子烯，芹子二烯，丁香烯醇，人参萜醇以及有抗癌活性的二十碳烯酸等。

4. 有机酸及其酯

枸橼酸，延胡索酸，马来酸，苹果酸，琥珀酸，酒石酸，水杨酸，香草酸，油酸，亚油酸，亚麻酸，棕榈油酸，三棕榈酸甘油酯，三亚油酸甘油酯等。

5. 甾醇及其苷

β-谷甾醇，豆甾醇，菜油甾醇，胡萝卜苷，β-谷甾醇-3-(6-亚油酰基)吡喃葡萄糖苷，β-谷甾醇-3-(6-棕榈酰基)吡喃葡萄糖苷，β-谷甾醇-3-(6-硬脂酸基)吡喃葡萄糖苷，豆甾醇-3-(6-亚油酰基)吡喃葡萄糖苷，豆甾醇-3-(6-棕榈酰基)吡喃葡萄糖苷，豆甾醇-3-(6-硬脂酸基)吡喃葡萄糖苷等。

6. 多糖类

葡萄糖，果糖，半乳糖，阿拉伯糖，鼠李糖，木糖，甘露糖，蔗糖，麦芽糖，棉子糖，人参三糖A、B、C、D，及对肿瘤有抑制作用的人参多糖GH-1和GH-2等。

7. 其他

另外还含有多种氨基酸、低分子肽类、生物碱、磷脂等，鲜人参中还含有甘油半乳糖脂类成分，白参中无这些成分。尚含铝、铁、钴、铜、铬、钼、锰、镍、磷等26种无机元素以及维生素B_1、B_2、C、烟酸等。

（二）药理研究

1. 对中枢神经系统的作用

（1）抗疲劳

人参可提高思维和机体活动能力，已证明人参皂苷Rg_1作用显著。人参皂苷Rg_1给老龄大鼠腹腔注射20～40mg/kg连用10天，发

现大鼠方格间穿行次数和直立次数明显增加，说明它可改善老龄动物衰退的活动能力。急性重量负荷强制游泳试验发现，红参甲醇提取物可以延长小鼠游泳时间。人参和西洋参抗衰老作用的对比研究结果发现，人参抗疲劳及对正常免疫功能的调节方面强于西洋参。

（2）抗应激

高丽红参提取物主要成分“活参28”对应激状态大鼠情绪行为的低落有明显的恢复作用。人参茎叶皂苷阻止犬失血性休克时，不仅能使去甲肾上腺素（NA）、5－羟色胺（5－HT）的含量升高，而且通过调节肾皮质系统，使休克晚期皮质醇和醛固酮的分泌减少，表现了抗休克抗应激作用。人参皂苷 Rb_1，对应激性行为缺损具有保护作用。

（3）改善记忆功能

①神经递质对学习记忆功能起着重要作用，衰老时胆碱能系统退化。人参皂苷 Rb_1、Rg_1 可增强胆碱系统功能，使脑内 M－胆碱受体数量增加，并可防止小鼠脑中乙酰胆碱下降。单胺类递质如去甲肾上腺素、肾上腺素和多巴胺（DA）含量减少，可导致衰老，则学习记忆减退。人参茎叶皂苷可增加上述递质的含量，对休克所致大鼠记忆障碍，可使其单胺递质增加，记忆得以改善。

②海马神经元变性坏死，可致学习记忆功能丧失，而人参皂苷 Rb_1 等对海马神经细胞有较强的保护作用。已证明人参皂苷 Rg_1 有促智和抗衰老作用，还具有抗神经细胞凋亡的作用。海马神经元老龄性改变，神经元内脂褐素增加，线粒体等明显变性，同时可见突触变性，并出现髓样体和膜性结构等异常。人参可使上述变化减轻，表明它有稳定神经元膜系统，促进蛋白质合成，推迟神经原衰老的作用。也有报告称人参非皂苷组份可促进海马穿通纤维齿状突触的强化作用。人参皂苷还可使小鼠脑重增加及脑皮质厚度增加，海马突触数目增多，改善记忆。用穿梭箱主动回避反应率（AR）和回避潜伏期（AL）以评价大鼠学习和记忆成绩，发现多次应用人参茎叶皂苷，可显著增加 AR 和缩短 AL。10月龄雄鼠单格回避反应的学习和记忆获得实验发现，多次应用茎叶和根的皂苷，能改善遗忘和认知缺陷症。人参总皂苷对大鼠海马齿状回突触传递活动也有改善作用。

③脑缺血可造成学习记忆障碍，人参皂苷可使脑缺血引起的行为错误减少，记忆好转。人参皂苷 Rb_1 可降低大鼠可逆性局灶性脑缺血区 Ca^{2+} 的含量，阻止 Ca^{2+} 积累而保护脑功能，减少学习记忆障碍的发生。

④用东莨菪碱损伤大鼠学习记忆的实验发现，人参根皂苷和人参茎叶皂苷均能显著降低动物的迷路，表明人参两种皂苷均对东莨菪碱所致的大鼠的空间学习记忆损害有良好的改善作用。

（4）对皮层神经细胞损伤的保护作用

有学者对神经细胞凋亡的基因调控作了研究，并对人参皂苷 Rg_1 等抗细胞凋亡剂作了比较，发现人参皂苷能拮抗 β－淀粉样蛋白诱导的神经细胞凋亡，对它引起的神经细胞毒性有一定的保护作用。对于培养大鼠皮层神经细胞损伤模型，人参皂苷可使神经细胞存活率显著增高，显示出对自由基损伤具有保护作用。老年鼠脑皮层细胞膜流动性明显低于青年鼠和成年鼠，Rg_1 可显著增加老年鼠的膜流动性而发挥保护脑细胞的作用。

（5）镇静及镇痛作用

人参对中枢神经系统的作用，主要是使兴奋和抑制两种过程趋于平衡。Rb 类有中枢镇静作用，Rb_1、Rb_2、Rc 的混合物有安定作用，而 Rg 类有兴奋作用。研究发现人参根及茎叶皂苷 50～200mg/kg 能使群养小鼠的自发运动明显增加，8 周隔离饲育小鼠比群养小鼠自发运动量的增加尤为明显。对于戊巴比妥钠所致睡眠，人参皂苷 50～200mg/kg 能使隔离孤独小鼠的睡眠时间相对群养小鼠明显缩短（$P < 0.01$），200mg/kg 组使 8 周隔离小鼠 20 分内连续攻击时间有意义地下降，但人参茎叶皂苷效果则不明显。结果表明人参根及茎叶皂苷都有中枢兴奋作用，而人参根皂苷还具有中枢镇静作用。

2. 心血管系统

（1）保护心功能

人参总皂苷作为心脏停搏液中添加剂在 20～80mg/L 的浓度范围内对心肌细胞缺氧再给氧和心肌缺血再灌注损伤具有保护作用。单体皂苷 Rg_1、Rg_2、Rb 对心肌缺血再灌注损伤，同样有明显防护作用。人参二醇组皂苷通过保护心功能，实现抗心肌缺血再灌损伤的作用，

对烧伤后心功能也具有保护作用。人参总皂苷和单体皂苷 Re 可扩张冠脉，使心输出量增加。人参二醇组皂苷作为外源性氧自由基清除剂，对缺血心肌再灌注损伤具有保护作用，对缺血再灌注犬的心肌损伤，保护作用明显。人参总皂苷对离体心肌细胞和多种动物实验性心肌缺血、心肌梗死和再灌注损伤的实验都已证明具有保护作用。对犬心肌缺血再灌注损伤，以 20～80mg/L 浓度为宜，浓度增加，作用增强，但超过 160mg/L 时则作用相反。

人参能降低心肌耗氧量，增加冠脉灌注压。吉林人参和党参、太子参 3 种药液均能降低心肌的耗氧指数，改善心气虚患者的心功能，治疗前后差异显著。

（2）阻滞钙通道和抗自由基作用

人参茎叶中提取的皂苷 Rb_1、Rb_2 和 Rb_3，对自由基损伤的大鼠心肌细胞具有钙通道阻滞作用。进一步研究发现，单体皂苷 Re、Rb_1、Rg_1、Rg_2、Rh_1 兼有钙通道阻滞作用和抗自由基作用。人参皂苷 Rf 对 L 型钙通道呈阻滞作用，但不影响钙通道活动。人参皂苷 Rb_1 对心肌细胞动作电位幅度（Ap）有抑制作用，也具有阻滞钙通道作用。人参皂苷 Rg_1、Rg_2、Re、Rh_1 能使心室肌细胞呈现自发性博动的群落性和心肌细胞动作电位的参数减少。此外，人参不仅能抑制羟自由基 OH^-，还能抑制阴离子自由基 O_2^-。

（3）对血管的作用

人参三醇类皂苷可通过增加内皮细胞释放 NO 量而发挥内皮主导下的血管舒张作用。人参皂苷 Rc 可增加血管壁细胞的环氧化酶（COX）基因表达，具有抗血栓形成、抗动脉硬化作用。

（4）抗休克作用

用人参总皂苷给心原性休克和心力衰竭动物静注后，其血压、左室内压峰值（LVSP）、左室内压上升最大速率（LV dp/dtmax）和心输出量（CO）均增加，左室舒张末期压（LVEDP）降低，心率减慢。人参总皂苷能明显提高失血性休克犬的存活率，电镜观察发现心肌肌膜、肌原纤维、肌浆网、线粒体等细胞结构损害较轻，同时，心肌肌浆网内 Ca^{2+} 增加，说明它有抗休克、保护心肌作用。

（5）抗脑缺血、保护脑损伤

人参提取物能改善新生大鼠由乙醇所致的脑损伤，如脑重量尤其是小脑重量降低。人参皂苷 Rg_1、Rb_2、Rd 和 Re 具有较强的恢复小脑生长的作用。Rb_1对大鼠脑局灶性永久缺血，可减少梗塞范围和运动障碍。人参二醇组皂苷用于急性脑缺血再灌注损伤时，能使脑水肿减轻，显示保护作用。结扎蒙古沙土鼠双侧颈总动脉，造成急性脑缺血再灌注损伤模型，人参二醇组皂苷对其具有保护作用，可能与抑制自由基和脂质过氧化作用有关。人参皂苷对缺血再灌注损伤后脑组织中 TXB_2和脑含水量升高也具有改善作用。有报告称 Rb_1有明显清除自由基作用，与预防沙鼠脑缺血时神经细胞死亡有关。人参茎叶皂苷 100mg/d ×7，能明显延长 5 周龄和 24 周龄小鼠断头喘气时间和结扎颈总动脉的存活时间，对小鼠脑缺血及缺血再灌注过氧化脂质的增加具有明显的抑制作用。

人参皂苷还可明显抑制神经细胞突触体对 Ca^{2+} 摄取，影响[3H] MK－801 与脑膜位点特异结合。研究认为人参抗脑缺血效应可能与其钙阻滞作用兼具影响 MK－801 位点结合有关。

（6）抗心律失常

对人参抗心律失常构效关系的研究表明：当苷元不同，连接的糖数相同时，其活性序为：原人参三醇型 > 齐墩果酸型 > 原人参二醇型；当苷元相同时，其活性序为：人参三糖苷 > 人参二糖苷 > 人参单糖苷。

3. 呼吸系统

（1）人参水提取物中分离到一种对热稳定的碱性四肽，为一类非皂苷成分，对正常人支气管上皮细胞和表皮成纤维细胞的生长有较强抑制作用。

（2）人参总皂苷对大鼠油酸型呼吸窘迫症，有一定防治作用。虽然不能明显减轻肺水肿，但可保护 SOD 活性，减少血浆丙二醛（MDA）生成和减低动脉血氧分压（PaO_2）下降，并减少肺泡上皮细胞内空泡变性板层体。

（3）人参皂苷 Rb_1对肺缺血再灌注损伤具有明显的保护作用，表现在肺组织中 SOD 含量的升高，丙二醛（MDA）含量降低，肺动脉压降低，肺组织病理变化改善等，而 Rg_1则无明显作用。

4. 消化系统

（1）人参皂苷能增强消化、吸收功能，提高胃蛋白酶活性，保护胃肠细胞，改善脾虚症状。

（2）对于大鼠喂饲硫乙酰胺造成的实验性微小结肝硬变，连续用红参或红参与补中益气汤等合用，可明显减轻肝硬变程度。人参单体皂苷还具有一定抗肝中毒的作用。

5. 血液及造血系统

（1）人参总皂苷可通过诱导细胞培养液的集落刺激因子（CSF）和白细胞介素-6等造血生长因子的产生，刺激小鼠血细胞生成。人参皂苷能刺激人骨髓造血祖细胞的增殖，对再障性贫血病人亦有同样作用，并对CD_{34}造血干/祖细胞的集落形成具有促进效应，刺激其增殖。对于骨髓移殖和化疗后的患者，人参皂苷可与造血生长因子起协同作用。

（2）人参单体皂苷Re在协同条件培养液中，具有促进小鼠骨髓细胞集落形成和3H-TdR摄入作用，显示Re具有外源性促进小鼠骨髓细胞增殖作用。

（3）人参和西洋参的茎叶、根总皂苷及西洋参茎叶和根的原人参二醇组皂苷以及单体皂苷RF_2、Rg_1、Rg_2、Rb_1、Rb_2、Rb_3、Rd和拟人参皂苷在一定浓度时，未出现溶血作用。

6. 对内分泌的影响

（1）人参能加速大鼠的性成熟过程，使已成熟的雌性大鼠动情期延长，使家兔睾丸精子数增多，活动力增强，使蜂王产卵能力提高。

（2）人参三醇总苷能保护生殖内分泌轴功能，并促进X射线辐射损伤的修复。幼年小鼠皮下注射入参皂苷$Rb_1$6mg/kg、$Rg_1$25mg/kg或50mg/kg连续14天，结果可见Rb_1能使正常雌性小鼠子宫及雄性小鼠精囊明显增重，Rg_1也可使正常雄性小鼠精囊明显增重，但却不能阻止去势小鼠副性腺的萎缩。提示人参皂苷本身无性激素作用，对副性腺的增重，需要有性腺的存在。

（3）人参叶总皂苷（GSL）对醋酸泼尼松所致小鼠肾上腺萎缩、冷水游泳时间缩短以及雄兔血脂的升高和皮质醇（CT）的下降，具

有显著的抑制作用，认为 Re 为其活性成分。

（4）人参含有多糖成分混合物，有降血糖作用。

7. 对生殖系统的影响

以人参与黄芪制成的参芪口服液具有补气活血、养血安胎功效。实验结果显示：能显著增加孕鼠胚胎胎盘的血管分布面积，并能显著促进胚胎的生长发育，也不会因活血而引起流产。

8. 对免疫功能的影响

（1）人参三醇皂苷能明显促进电植物回凝素（PHA），活化人淋巴细胞分泌白细胞介素 -1。人参二醇组皂苷能对抗大手术后或严重创伤造成的免疫功能降低，用后可提高机体免疫力，对预防感染可能有益。人参皂苷及其单体 Re、Rd 在体外可增强免疫受抑小鼠的 T 细胞功能。cAMP 和 cGMP 都参与淋巴细胞的分化成熟及增殖分裂，并可调节细胞与体液免疫反应。人参皂苷可分别作用于 cCMP 和 cGMP 以发挥其免疫调整效应。

（2）人参皂苷 Rg_1 无论体内给药或体外试验，均能选择性增强老年大鼠脾淋巴细胞增殖能力及白细胞介素的产生和释放。说明 Rg_1 可增强老年大鼠的免疫功能。但同样条件对青年大鼠的影响并不显著。说明 Rg_1 是一种免疫调节剂，而不是单纯的免疫增强剂。Rg_1 可明显促进白细胞介素 -2 受体 A 链的表达和抑制可溶性白细胞介素 -2 受体的释放，使 cAMP 和 cGMP 水准升高。故认为 Rg_1 调节老年大鼠免疫功能与其选择性提高脾淋巴细胞内环核苷酸水平有关。

（3）人参茎叶皂苷可通过提高创伤后的细胞免疫功能来增强机体对感染的抵抗力。茎叶皂苷可明显降低撞击创伤小鼠活化 T 细胞内 cAMP 含量，腺苷酸环化酶（AC）的活性、蛋白激酶 A（PKA）的活性及对抗 cAMP - 磷酸二酯酶（cAMP - PDE）的活性降低。表明人参茎叶皂苷对创伤后 T 细胞功能受抑状态的纠正，与上述作用有关。人参皂苷可改善创伤后活化 T 细胞内 cAMP/cGMP 的比例失衡，促进 T 细胞内磷脂酰肌醇代谢，减少淋巴细胞的脂质过氧化损伤，提高淋巴细胞膜的流动性。人参茎叶皂苷可从器官→细胞→分子乃至基因转录水平上纠正创伤后细胞免疫功能的低下。使病人手术后外周血单个核细胞（PBMC）的 T 淋巴细胞转化及白细胞介素 -2 的

生成均明显降低。

（4）人参可使衰老大鼠下降的血清 T_4 和皮质醇水准明显提高。

（5）人参养荣汤可升高高龄肺癌患者自然杀伤细胞（NK）的活性和防止恶性神经胶质瘤化疗时 NK 活性的降低等作用。其中，红参具有增强 NK 细胞活性的作用。

9. 对酶活性的影响

（1）人参皂苷 Rb_1、Rg_1、Re 和 Rh_1 可增加高代龄人胚肺成纤维细胞内乳酸脱氢酶（LDH）、琥珀酸脱氢酶（SDH）、葡萄糖－6－磷酸脱氢酶（G－6－PDH）和丙酮酸脱氢酶（PVO）的活性，并降低 HeLa 细胞内几种酶的活性。

（2）红参皂苷通过对细胞色素 P－450 酶的抑制，来保护四氯化碳所致大鼠肝细胞线粒体的脂质过氧化作用。

10. 对物质代谢的影响[4]

（1）影响糖代谢：人参对正常血糖及因注射肾上腺素和高渗葡萄糖引起的高血糖均有抑制作用。

（2）影响蛋白质代谢：人参皂苷能促进动物生长、体重增加，可能与促进蛋白质和 RNA 合成作用有关。

（3）影响脂质代谢：动物试验证明，人参对胆固醇具有双向调节作用。

11. 抗肿瘤

（1）在体外培养的人胚肺成纤维细胞和人宫颈癌细胞（HeLa）的培养液中，分别加入人参根总皂苷和人参皂苷 Rb_1、Rg_1、Re 和 Rh_1 孵育 3～7 天后，发现四种单体和总皂苷可促进衰老细胞的增殖，但同时 Re、Rh_1 能抑制 HeLa 细胞的增殖。降低 HeLa 细胞多糖（PAS）和几种酶的含量，显示出降低癌细胞增殖的活性，其中以 Re、Rh_1 作用更显著。在体外实验中发现，人参皂苷 Rg_3 能抑制癌细胞浸润和肺癌细胞转移。

（2）人参皂苷 Re 可使正常细胞膜流动性增加 8.11%，转化细胞膜（肝癌细胞模型）流动性降低 11.07%，显示 Re 在细胞水平上对细胞膜的流动性具有双向调节作用。

（3）人参总皂苷 Rh_1 和 Rh_2 能和细胞膜表面结合，高浓度时可抑

制 DNA 合成，Rh_2可抑制卵巢腺囊瘤病人腹水中分出的反应性抗体（HRA）细胞的增殖和小鼠黑素瘤细胞的生长。人参皂苷 Rh_2属于二醇组皂苷，它可以通过诱导分化或凋亡抑制肿瘤细胞的增殖与生长，但对正常组织毒性甚低。研究发现人参皂苷 Rh_2对 C_6胶质瘤细胞有明显的增殖抑制和诱导凋亡作用，这种作用具有周期特异性。认为 Rh_2是人参的天然活性成分，毒性低，分子量小，且为脂溶性，易通过血脑屏障，是一种潜在的化疗药。如与其它周期特异性药物合并应用，可提高脑胶质瘤的化疗效果。

（4）人参茎叶皂苷对体外培养胃癌细胞的生长增殖具有一定的抑制作用。人参和五灵脂并用，对小鼠艾氏腹水癌细胞（EAC）有抑制作用，能延长荷瘤小鼠的存活期。胃肠肿瘤敏感性测定实验，发现人参皂苷对大肠癌敏感，对胃癌不敏感，可用于配合化疗药辅助治疗。

12. 抗辐射

（1）红参对放疗引起的不良反应，如人的血小板减少、腹泻、恶心、呕吐等，具有防护作用。

（2）不同浓度的人参皂苷给小鼠腹腔注射，对 X 射线诱发的骨髓细胞染色体畸变具有明显的防护作用。小鼠服用人参皂苷，X 射线照射后，肝、脾、脑和睾丸组织中脂质过氧化物（LPO 血浆总胆固醇 TCH）均显著低于对照组，末梢血红细胞电泳率和脾淋巴细胞电泳率也比对照组显著提高。此外，人参皂苷还可降低血浆甘油三酯浓度。表明人参皂苷不仅对辐射所致细胞损害及组织 LPO 过多有保护作用，而且还可降低血脂。

13. 抗衰老

关于衰老动物的主要征象有：①易疲劳，神疲乏力，活动能力差。②健忘，记忆障碍，对事物兴趣减弱。③免疫功能减退，容易感染。④五脏虚损，各个脏器功能减退，甚至出现器质性病变，证见脉虚无力、肢体倦怠、声低懒言、纳差失眠，动则气短而喘、面色萎黄等。⑤抵抗力差，解毒能力减弱等。人参及其成分可从不同角度对上述一系列症状发挥防治作用。下面一些实验研究报告，可以作为临床上抗衰老作用的理论依据和参考。

（1）前已论及人参皂苷 Rg_1 可改善老年动物衰退的活动能力，纠正衰老时胆碱能系统脑内退化。人参茎叶皂苷可防止引起衰老的单胺类递质的减少，Rg_1 可减少脑皮质 NO 含量，降低 NOS 活性，都显示了人参抗衰老的活性。

（2）衰老大鼠血浆 cAMP 基础值、反应性明显下降，心脏和肺的β－受体数目也显著减少，人参可使之提高到接近青年组水平。人参根总皂苷和单体 Rb_1、Rg_1、Re 和 Rh_1 对体外培养的人胚肺形成纤维细胞，具有促进衰老细胞增殖的作用。

（3）人参、黄芪及四君子汤均能显著提高红细胞膜的流动性，减少血清中过氧化脂质与肝中脂褐素的含量，显示三者均有显著的抗衰老、抗氧化作用。

（4）人参主要防治机体功能低下，特别适用于器官功能全面衰退的老人，人参的双向调节，意味着向利于功能恢复和强壮的方面发展。

14. 解毒功能

（1）人参总皂苷可阻止或治疗去氧麻黄碱的不良作用。

（2）对阿霉素中毒的防护作用：给小鼠连续注射 7 天人参茎叶皂苷，可明显降低阿霉素（ADM）中毒小鼠血清及心肌组织过氧脂质（LPO）含量，并提高 SOD 活性。参附注射液静脉给药，可显著对抗阿霉素所致大鼠红细胞和血红素降低，对于阿霉素损伤大鼠心肌所致心脏增大和脾脏继发性增大也有一定的拮抗作用，并可显著减少阿霉素损伤动物 MDA 含量，增强 GSH－PX 活性。以上说明参附注射液对阿霉素毒性有明显对抗作用。

（3）人参单体皂苷能明显减轻肝细胞中毒，使肝癌细胞逆转。由于红参与白参所含皂苷不同，故其保肝作用有别。

（4）用 FADU 法、AMES 试验及小鼠骨髓细胞 PCE 微核试验，证明人参根总皂苷具有明显的抗 DNA 损伤及抗突变效应。

（5）人参二醇组皂苷有多种功能，它本身无诱变活性，对小鼠体细胞和生殖细胞均无遗传损伤作用。

（6）参附注射液对吗啡依赖大鼠有一定治疗作用，能减轻大鼠戒断症状，恢复体重，显著降低其催促戒断时脑组织中去甲肾上腺

素、多巴胺、5HT－羟色胺等单胺类神经递质的含量。故认为其治疗机理与调节单胺类神经递质紊乱有关。

15. 不良反应

（1）本草记载，人参畏五灵脂，但二者配伍对小鼠急性毒性试验表明，口服不具毒性。亚急性毒性试验，对白细胞总数及血小板总数、血红蛋白含量、血清谷丙转氨酶、尿素氮等，均无明显影响。李氏也说明二者合用未见毒性增加作用。临床用于一些病例，也未发生毒性作用和不良反应。

（2）统计1974～1995年国内中文医药文献，对24例人参不良反应分析，发现不良反应主要发生在：神经系统18例，表现有欣快，烦躁不安，甚至意识混乱；循环系统4例，其中诱发心律失常加剧2例，高血压和低血钾各1例；消化系统3例，有腹痛腹泻等2例，呃逆1例；休克及死亡3例，皮肤过敏2例。上述不良反应，除死亡2例外，余均停药并对症治疗，不良反应症状均自行消失。

（3）人参在治疗剂量下，一般不产生毒副作用，也无致畸和其他异常症状发生。个别出现人参滥用综合征。[5]

（三）炮制研究

1. 历史沿革

宋代始载有“烧炭，桑柴火上烧令烟绝，用盏子合研为末”、“焙”、“微炒”、“去芦，上蒸”。元代有“蜜炙”。明代有“湿纸裹煨”、“盐炒”、“酒浸，陈酒浸过一宿”、“人乳拌，烘干”、“人乳浸，饭上蒸切片，烘干”。清代有“青盐制”、“五灵脂研末用一分，将水泡之，欲用参一钱，投入五灵脂内，即时取起，入于诸药内”、“川乌煎汁制”、“煎膏”等炮制方法记述。近代以来，全国各地尚有“去芦”、“粉碎”、“捣碎”、“切薄片”、“文火蒸至稍透时取出切片”、“文火烘软，切斜薄片”等制法。

2. 炮制规格

人参的加工方法主要分为红参类、糖参类、生晒参类。下面就各种不同人参炮制品的药性简单介绍如下，供临床使用参考。

（1）红参类

指各种红参、红参须和边条参均属此类。商品红参包括朝鲜参、吉林参、大力参、石柱参、边条参等，其炮制方法是，取园参剪去支根及须根，洗刷干净，蒸2～3小时。参根呈黄色，皮呈半透明状为宜，取出烘干或晒干。其性质偏温，适用于气弱阳虚者，凡五脏气不足，如心虚心悸不寐，脾虚泄泻肢冷，肺虚气喘息短，肝虚惊悸不宁，肾虚骨弱痿软等证，以及一切慢性衰弱性疾病或大吐泻、大出血后的虚脱。正如《月池人参传》所云："脾虚肺怯之病，则宜熟参甘温之味，以补土而生金，是纯用其味也"。

（2）糖参类

其炮制方法是经糖汁浸制而成，白人参（为园参或野山参的加工品）和糖参（为各种鲜参的加工品）均属此类。此类参，其性质平和，适用于气阴不足之轻证，一般用于脾肺气虚证，如偏阳虚和偏阴虚之体质，表现为气虚而兼有津液不足，身体衰弱，动则气急，精神疲乏，食欲不振和易出虚汗者。

（3）生晒参类

此类参是取净鲜参经硫磺熏过日光下晒干而成，主要品种有生晒参、全须生晒参和白干参等。此类参其性质偏凉，适用于气阴不足者，临床表现为潮热，自汗，盗汗，口干咽燥，神疲乏力，呼吸气短，声低懒言，舌红无苔，脉细无力之气虚诸证。亦即《月池人参传》："土虚火旺之病，则宜生参凉薄之气，以泻火而补土，是纯用气也。"

尚有西洋参，亦属偏凉范畴，唯性质略偏滋润。功能益肺阴，清虚火，生津止渴。《医学衷中参西录》云："西洋参性凉而补，凡欲用参而不受人参之温补者，皆可以此代之。能补助气分，并能补益血分"。故适用于气阴虚而有火盛之证，如阴虚火旺咳嗽，咯血，痰中带血，热病气阴两伤之烦倦口渴，津液不足之口干舌燥以及肠热便血等证。

3. 炮制作用

红参在加工过程中长时间的蒸制及干燥，使白参中的某些皂苷水解，同时又合成新的具生理活性的次生物质，比生晒参有更强的抗病毒活性，在对循环系统的作用强度、增强网状内皮细胞的吞噬能力、

增强动物活动能力、抗利尿作用等方面均强于生晒参。生晒参在加工时失去水分，在干燥条件下水解酶活性被抑制，可防止人参皂苷水解，便于贮存，在降压、抗疲劳、和促进小鼠体重增长方面强于红参。糖参功同生晒参而力逊。不同方法炮制的参其药性不同，适用范围不同。盲目使用人参不仅会造成药源的浪费和缺乏，甚至还会损害部分患者的身体。因此必须注意人参的合理应用。[6]

二、茯　苓

（一）化学成分

糖类：己糖、淀粉；有机酸类：琥珀酸、棕榈酸、阿魏酸、莽草酸、油酸、亚油酸；黄酮及黄酮苷类：落新妇苷、异黄杞苷、土茯苓苷、槲皮素、（－）表儿茶精；甾醇类：豆甾醇－3－O－B－D－吡喃葡萄糖苷；皂苷类：薯蓣皂苷、提果皂苷、胡萝卜苷、提果皂苷元；挥发油类：各种有机酸酯类等。[7]

挥发油成分：实验研究表明，其主要成分为正十六酸甲酯，十八碳二烯酸酯，及戊二酸丁二酯等。其它成分有：正戊酸异丙酯、正戊酸丙酯、丁二酸二酯、正己酸甲酯、己二酸甲乙酯、4－酮基戊酸丁酯、正壬酸乙酯、辛二酸二甲酯、壬二酸二甲酯、庚二酸二乙酯、壬二酸甲乙酯、$C_{15}H_{24}$（类化合物）、$C_{13}H_{26}O_2$（未鉴定）、3－甲基十二烷、正十二酸甲酯、4－十二碳－烯酸甲酯、丁二酸二丁酯、戊二酸二丁酯、正十二酸乙酯、正丁酸辛酯、3－羟基十二酸甲酯、壬二酸二乙酯、正十六烷、正十四酸甲酯、正十四酸乙酯、2，4－二甲基－3－己酮、正十五酸甲酯、癸二酸二乙酯、5－十六碳烯酸乙酯、正十五酸乙酯、5，9－十四碳二烯酸甲酯、正十六酸甲酯、邻苯二甲酸丁酯、10－十六碳烯酸乙酯、正十六酸、正十七酸、正十六酸乙酯、正十二烷、正十七酸甲酯、9，12－十八碳二烯酸甲酯、7－十八碳烯酸甲酯、16－十八碳烯酸甲酯、正十八酸甲酯、9，10－十八碳二烯酸乙酯、8－十八碳烯酸乙酯、9－十八碳烯酸乙酯、2－甲基十八酸甲酯、正十八酸乙酯。[8]

（二）药理研究

1. 对心脑血管系统的作用

（1）β－受体阻滞样作用　赤土茯苓醋酸乙酯能预防兔耳缘静脉注射肾上腺素引起的心律失常，并且对注射异丙肾上腺素离体大鼠心脏的正性用力作用和正性频率作用有拮抗作用。在豚鼠左房肌条试验中发现有与普耐洛尔相似的使异丙肾上腺素的量－效曲线右移的作用。在进一步的试验中研究赤土茯苓苷对正常和高钾除极豚鼠心室乳头状肌动作电位的影响，证明赤土茯苓苷在较小剂量时即能明显抑制高钾除后由异丙肾上腺素（Iso）诱发的慢反应动作电位的最大速度和动作电位的幅度，提示赤土茯苓苷可能抑制高钾除极后由 Iso 诱发的受体控制性通道，而对高钾除极后由氯化钙诱发的电压依赖性通道无明显影响。从而进一步支持其的β－受体阻滞样作用。

（2）对动脉粥样硬化的预防作用　有人将茯苓提取物用于以高胆固醇饲料饲养的鹌鹑，土茯苓组与对照组的血清胆固醇未见显著性差异，而动脉粥样硬化斑的发生率则显著降低，提示土茯苓可能为一种抗动脉粥样硬化的新药。

（3）对缺血心肌的保护作用　用茯苓苷给小鼠灌胃，发现其呈剂量依赖性地保护异丙肾上腺素所诱发的小鼠急性心肌缺血期超氧化物歧化酶、硒谷胱过氧化物酶的活性，降低丙二醛的含量，减少血清肌酸磷酸激酶的释放。以赤土茯苓 125 mg/kg 灌胃及 10 mg/kg 腹腔注射均明显减轻小鼠缺血心肌的超微结构损伤，提示赤土茯苓苷具有抗异丙肾上腺素介导的脂质过氧化作用及缺血心肌的保护作用。而赤土茯苓苷对于离体大鼠非循环灌流模型的影响则表明，赤土茯苓对于离体大鼠缺血再灌注损伤的心脏具有增加再灌后冠脉流量、减少冠脉血管阻力、促进心脏收缩幅度的恢复、减轻心脏水肿的作用，呈剂量依赖性的保护缺血再灌注心肌超氧化物歧化酶与硒谷胱甘肽过氧化物酶，降低脂质过氧化产物丙二醛含量的作用。

（4）抗排斥反应作用[9]　用大鼠建立异位心脏移植模型，观察茯苓提取物及环孢素（CsA）对心脏移植急性排斥反应的抑制作用。结果显示，接受茯苓提取物 25 或 50mg · d^{-1}的大鼠，移植心脏存活

时间显著延长，病理损害程度减轻，外周血 1L－2 及 IFN－γ 的含量以及 $CD3^+$、$CD4^+$、$CD8^+$ 细胞百分比和 $CD4^+/CD8^+$ 比值降低，与对照组 CsA 5mg·kg^{-1}·d^{-1} 的结果相当。表明茯苓提取物对大鼠异位心脏移植急性排斥反应具有明显的抑制作用。

（5）对脑缺血的保护作用　采用结扎小鼠双侧颈总动脉造成不完全脑缺血模型，分别测定赤土茯苓苷在离体、在体情况下的抗脂质过氧化作用。结果显示，赤土茯苓苷可明显延长不完全脑缺血小鼠的平均存活时间，提高脑组织中超氧化物歧化酶活力，降低脑组织中脂质过氧化产物丙二醛含量，缩小脑梗死面积，离体研究也表明，赤土茯苓苷抗氧化作用极为明显。

2. 对消化系统的作用

（1）对肝损伤的保护作用　以硫代乙胺（TAA）注射到大鼠体内，使血清特异性肝酶谱活性增高后，分别灌吸土茯苓水煎剂和醇提取物，发现土茯苓水煎剂能明显拮抗受试动物中毒性肝细胞坏死后血清 5 种肝酶谱升高、肝匀浆的 ALT 和 AST 活性升高及 ALP 和 GGT 活性降低，对 TAA 中毒大鼠肝损伤有保护作用。同时发现土茯苓的醇提取物无此功效，说明了土茯苓保肝作用的活性成分具有一定的亲水性。

（2）抗胃溃疡作用　制作以水浸应激、利血平、幽门结扎所致的实验性胃溃疡小鼠模型，从不同角度观察赤土茯苓苷对胃黏膜的保护作用。实验表明赤土茯苓苷能减少胃黏膜脂质过氧化反应，抗自由基损伤，促进胃液分泌，提高胃液 PH 值，从而从不同角度保护胃黏膜，减少溃疡的发生。观察土茯苓的提取物落新妇苷对大鼠的利尿作用，发现落新妇苷可使大鼠的尿量增加而且该作用呈剂量－反应关系。通过小鼠扭体反应试验和热板法镇痛试验表明，落新妇苷对冰乙酸引起的内脏躯体疼痛有镇痛作用，能显著提高小鼠的热板痛阈值，表明落新妇苷有明显镇痛作用。

（3）止吐作用[10]　茯苓三萜及其衍生物抑制蛙口服五水硫酸铜引起的呕吐实验表明，侧链上 C－24 位具有末端双键基团茯苓三萜对蛙有止吐作用。

3. 对细胞免疫和体液免疫的影响

以2，4，6－三硝基氯苯（PC）造成小鼠接触性皮炎的模型，观察土茯苓对其的影响，发现土茯苓在PC攻击前和攻击后给药均可抑制PC－DTH，而以攻击后给药作用强，提示其主要作用于致敏T淋巴细胞释放淋巴因子以后的炎症过程。而对其它的DTH模型，土茯苓同样有显著的抑制作用。同时在体液免疫试验中发现，土茯苓对脾脏重量和脾指数无影响，而对血清溶血素值有明显的增高或增高的趋势，从而表明土茯苓可选择性地抑制T细胞介导的细胞免疫反应，但不抑制R细胞介导的体液免疫。说明其作用方式不同于皮质激素类及化疗药物，有可能避免产生作为不良反应的免疫抑制作用。[11]

4. 抑制肿瘤作用

茯苓多糖腹腔注射能抑制沁鼠S_{180}实体瘤的生长，在深层培养的茯苓菌丝体的提取物中发现存在对S_{180}有较强的抗肿瘤活性多糖，其中H_{11}对体内S_{180}瘤的抑制率为94%。此外，茯苓聚糖复合物也有明显的抑瘤作用，其抑瘤率为57.8%，能延长荷瘤鼠的生存期，提高腹指数，并对肿瘤细胞有直接作用。茯苓素对抗癌药有一定增效作用，在体内外均有明显增强巨噬细胞产生诱生肿瘤坏死因子的能力。茯苓多糖主要通过四个途径来起到抗肿瘤作用：①依赖宿主的免疫系统激活机体对肿瘤的免疫监视系统（包括特异性和非特异性免疫），从而抑制肿瘤细胞的增殖和杀伤肿瘤细胞。②通过抑制肿瘤细胞DNA、RNA的合成而实现其对肿瘤细胞的直接杀伤作用。③升高肿瘤细胞膜上的唾液酸（SA）含量。④增强肝脏SOD活性而清除氧自由基。

5. 对动物平滑肌的直接松弛作用

茯苓能使平滑肌收缩幅度减少，张力下降，对大鼠幽门结扎所致胃溃疡也有抑制作用，并能降低胃液分泌及游离酸含量。茯苓对四氯化碳所致大鼠肝损伤有明显保护作用，使谷丙转氨酶活性明显降低，防止肝细胞坏死。[12]

6. 抗衰老作用

茯苓对谷氨酸诱导神经细胞内钙离子浓度的升高有抑制作用；能明显抵抗叠氮钠引起的神经细胞线粒体还原的能力下降，对维持神经

细胞线粒体的功能及微管结构方面有重要作用；能在基因转录水平下调酪氨酸酶表达，抑制酶蛋白的生物合成，对豚鼠皮肤酪氨酸酶基因的表达水平有抑制作用；还能升高老年大鼠皮肤中羟脯氨酸的含量，显示茯苓具有预防和治疗中枢神经系统疾病，延缓皮肤衰老的作用。

7. 降血糖作用

可溶性膳食纤维具有改善餐后血糖，提高胰岛素的敏感性，改善口服葡萄糖耐量等作用。为了解不溶性膳食纤维对糖尿病患者食疗的效果，用茯苓 50g·d^{-1}制成馒头，分早晚食用，观察其对 13 例 60 岁以上老年Ⅱ型糖尿病患者的血糖影响。结果表明，患者食用 7d 后空腹与餐后血糖均有明显下降。提示食用茯苓馒头对Ⅱ型糖尿病患者具有一定的降糖效果。

8. 预防结石作用

给雄性大鼠喂成石药乙二醇的同时，分别给予羧甲基茯苓多糖、消石素、五淋化石丹等，比较羧甲基茯苓多糖的防石作用。结果表明，给药组肾内草酸钙结晶面积均显著小于成石对照组，而茯苓组较其它治疗组的效果更为显著。表明羧甲基茯苓多糖能有效防止草酸钙结石的形成。尿液中主要抑制结石形成的物质是酸性黏多糖，但茯苓多糖的防石作用机制是否与酸性黏多糖一致，有待进一步研究证实。

9. 利尿作用

茯苓水煎剂给小鼠 ig，观察心肌对哇巴因敏感性的改变和心肌 K^+含量的变化，探讨茯苓的利尿作用机制。结果表明，给小鼠 ig 后，小鼠心肌对哇巴因的敏感性增加，正常心肌 K^+含量也增加。表明茯苓可能对细胞内 K^+含量有调控作用，其机制可能是通过增加 Na^+-K^+ ATP 酶活性而实现。

10. 抗菌、抗炎及抗病毒作用

100%茯苓浸出液滤纸片对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、绿脓杆菌、炭疽杆菌、大肠杆菌、甲型链球菌、乙型链球菌均有抑制作用。羧甲基茯苓多糖对二甲苯棉球所致大鼠皮下肉芽肿形成有抑制作用，同时也能抑制其所致小鼠耳肿。羧甲基茯苓多糖钠注射液体外抗单纯疱疹病毒（HSV－1）及因感染 HSV－1 而引起的猪肾传代细胞病毒的实验表明，在感染 ID_{50}病毒情况下，20mg·ml^{-1}羧甲基茯苓多

糖钠对 HSV－1 的致猪肾传代细胞的细胞病变具有抑制作用，表明茯苓多糖在体外有抗 HSV－1 的作用。[9]

11. 对诱变剂诱发癌变活性的影响

用含有土茯苓 377.7g/kg 饲料饲喂大鼠 2 周，发现土茯苓对黄曲霉素 B1（AFB1）诱发的肝癌有抑制作用，表现为肝细胞癌前病灶减少。对化学致癌剂 4－羟丁基亚硝胺（BBN）诱发的膀胱肿瘤无明显抑制作用，而且发生了较多的鳞状细胞型肿瘤。[13]

12. 增白作用

酪氨酸酶为黑色素生成过程的关键酶，控制其活力即可控制黑色素生成量。研究发现白茯苓对酪氨酸酶有显著抑制作用，且为竞争型抑制。通过抑制酪氨酸酶活性来减少黑色素生成量，可能是增白中药的作用机制之一[13]。

13. 减轻卡那霉素中毒性耳损害

茯苓对豚鼠卡那霉素耳中毒的影响实验结果显示，对照组 2KHz 耳廓反射阈（PR）升高 23.4±3.5 dB，而茯苓组 2KHzPR 阈仅上升 16.2±3.1dB（$P<0.05$）。对照组 80dB 短声诱发的微音器电位和听神神经动作电位为 336.2±35.1 μV 和 454.2±35.6 μV，而茯苓组为 464.2±35.5 μV 和 575.4±46.3 μV（$P<0.05$）。耳蜗铺片显示单用卡那霉素动物外毛细胞损害较严重，耳蜗底回外毛细胞缺失率为 57.5%，而茯苓等组动物耳蜗底回外毛细胞缺失率为 39.6%（$P<0.05$）。结果表明茯苓可减轻卡那霉素中毒性耳损害[12]。

14. 抗迟发型超敏反应

以小鼠 2，4－二硝基氟苯（DNFB）变应性接触性皮炎（ACD）致迟发型超敏反应（DHR）为实验模型，以茯苓的高、中、低剂量于致敏期及诱发期给药，观察耳肿胀、耳部组织块重量。结果显示茯苓能明显抑制 ACD，且呈现一定量效关系。

15. 抑制 MMC 诱导的精子畸变

茯苓各剂量组（2.5，5，10g/kg）诱发的精子畸形率与阴性对照组相比，未见增高，对 MMC 引起的精子畸形均有明显抑制作用（与阳性对照组相比，$P<0.01$）。[14]

16. 对棉酚的解毒作用

土茯苓的提取物可缓解棉酚中毒所致的肝细胞损伤，对实验小鼠的棉酚毒性具有明显的拮抗作用，同时又不影响棉酚的抑精作用。棉酚作为一种很有希望的男性节育药，由于其毒性及不良反应而受到限制，土茯苓提取物对棉酚解毒的特点，将会为棉酚的研究提供新的思路。

17. 镇痛作用

落新妇苷能明显提高小鼠的热板痛阈值，对冰乙酸引起的内脏躯体疼痛有明显的镇痛作用。[15]

（三）炮制研究

1. 炮制沿革

唐代始载有“作丸散者，皆先煮之两三沸乃切曝干”。宋代有“以水中澄去浮者，炒用”、“与猪苓同煮，去猪苓”、“乳拌”。元代有“去皮，切，焙”、“酒浸与光明沙同用能秘真元”、“去皮面裹煨”。明代有“炒令黄”、“去皮，用天花粉煮”、“与砂仁饭上蒸熟，只用茯苓”、“乳汁炙”等炮制方法记述。近代以来，全国各地尚有“润后稍蒸，即是取皮和块或切厚片”、“朱砂拌制”、“土炒成微黄色”、“米汤浸一夜，蒸热，趁热切3mm片”、“明矾热米汤浸6～8小时，闷1～2天，蒸1小时，趁热切片”等制法。现行《中国药典》收载有茯苓片或块和茯苓皮等三种饮片规格的炮制方法。

2. 炮制规格

（1）茯苓片或块：用水浸泡，洗净，捞出，闷透后，切片，晒干。

（2）朱茯苓：取茯苓块以清水喷淋，稍闷润，加朱砂细粉撒布均匀，反复翻动，使其外表粘满朱砂粉末，然后晾干。（每茯苓块100斤，用朱砂粉30两）

3. 炮制作用

茯苓的炮制作用，现代认为，茯苓性味甘淡，长于利水渗湿、健脾宁心；茯苓皮善于利水消肿，多用于水肿尿少；朱茯苓宁心安神力强，多用于失眠、惊悸、健忘。[16]

三、白术

（一）化学成分

1. 挥发油类

挥发油在白术根茎中含约 1.4%，其主要成分为苍术酮、3－β－乙酰氧基苍术酮、3－β－羟基苍术酮、茅苍术醇、β－桉醇等，其中苍术酮在挥发油中含量为 31.93%～61%。挥发油中相对含量较高者还有 2－［（2－乙氧基－3，4－二甲基－2－环己烯）－1－甲基］－呋喃占 17.03%，β－3，4－二甲基－苯丁酸异丙酯占 16.46%。利用超临界萃取法提取挥发油，相对含量最高的是蓬莪术烯（48.37%）。另外含量较高的有吉马烯（6.6%），1－亚甲基－4－甲基－7－［1－甲基乙烯基］－十氢萘（6.73%），邻苯二甲酸二丁酯（11.88%）等。对浙江宁波产白术，利用水蒸汽蒸馏和超临界萃取法提取挥发油，含量最高者都是苍术酮。

2. 内酯类化合物

从白术中分离得到的内酯类成分有白术内酯、白术内酯Ⅰ、白术内酯Ⅲ、双白术内酯、白术内酯Ⅳ、8，9－环氧白术内酯、4，15－环氧羟基白术内酯、8－β－乙氧基白术内酯－Ⅲ、12－α－甲基丁酰－14－乙酰－8－顺白术三醇、12－α－甲基丁酰－14－乙酰－8－反白术三醇、14－α－甲基丁酰－8－顺白术三醇、14－α－甲基丁酰－8－反白术三醇。其中白术内酯Ⅰ含量在 0.0091%～0.1034%不等，白术内酯Ⅲ在 0.0155%～0.2227%之间。

3. 其他成分

东莨宕素、果糖、菊糖，具免疫活性的甘露聚糖 AM－3 以及天冬氨酸、丝氨酸、缬氨酸、酪氨酸、赖氨酸等氨基酸。[17]

（二）药理研究

1. 腹膜孔的调节作用

用计算机图像处理，结果发现，白术和党参有显著的开大腹膜孔的功能（$P<0.05$），并使腹膜孔开放数目增加、分布密度明显增高

($P<0.05$)。腹膜孔是腹膜腔内物质转归的主要通道，腹水的转归与腹膜孔的吸收功能有密切关系。由于白术和党参能较强地调控腹膜孔，所以它们有显著的消腹水作用。

2. 对代谢活化酶的抑制作用

为了弥补原核生物短期试验揭示诱变抑制不足，建立了体外培养哺乳类 V_{79} 细胞微核抑制试验，检测诱变抑制剂，并对该试验作了区分去诱变剂和抗诱变剂设计，辅以受试物对细胞生长影响，以揭示真正的诱变抑制剂。实验证明，白术水提液 1.25×10^3 mg/L，5×10^3 mg/L 能诱发 V_{79} 细胞微核的形成（$P<0.05$），推测它可能对代谢活化酶系具有抑制作用。

3. 对子宫平滑肌的作用

白术的醇提物与石油醚提取物对未孕小鼠离体子宫的自发性收缩及对催产素、益母草引起的子宫兴奋性收缩均呈显著的抑制作用，并随药物浓度增加而抑制作用增强，且存在量效关系。白术的醇提液还能完全对抗催产素引起的豚鼠在体怀孕子宫的紧张性收缩。实验表明白术醇提液作用最强，小剂量短时间内可使子宫肌的收缩显著抑制，最终呈完全松弛状态。水提取液作用最弱，对子宫肌的收缩仅是部分抑制，且在一定范围内即使加大用量也不能使子宫肌完全抑制，因此推测白术的安胎成分可能主要是脂溶性的，并提示白术对子宫平滑肌具有直接作用。

4. 对肠胃运动的影响

白术煎剂有明显促进小鼠胃排空及小肠推进功能的作用。大剂量白术水煎剂能促进小鼠的胃肠推进运动。这种效应主要通过胆碱能受体介导，并与 α 受体有关，与 β 受体关系不大。依次制备不同浓度的白术水煎剂，发现较小剂量的水煎剂对离体豚鼠回肠平滑肌收缩有较轻度抑制效应，较大剂量则能加强豚鼠回肠平滑肌的收缩，并呈量效反应关系。从白术分离出 6 个结晶，其中 3 个鉴定为杜松脑、苍术内酯和羟基白术内酯。药理实验证明，白术挥发油抑制肠管的自发运动及拮抗 $BaCl_2$ 的作用较强，拮抗 ACh 的作用稍弱。杜松脑拮抗 ACh 的作用较强，抑制肠管自发运动及拮抗 $BaCl_2$ 的作用相对较弱。

对饮食失调型脾虚小鼠模型用四君子汤和祁白术对其治疗后与正

常对照组、自然恢复组进行全身各系统的形态学观察比较，结果显示，脾虚组具有以消化系统为主的特定病变，其他系统也有涉及以呼吸、生殖、免疫内分泌等系统影响较大。表明四君子汤和祁白术对此脾虚证有显著的促复健作用。

5. 对淋巴细胞的调节作用

研究白术多糖 PAM 对小鼠脾淋巴细胞体内和体外的调节作用。结果表明 PAM 在一定的浓度范围内能单独激活或协同 ConA/PHA 促进正常小鼠淋巴细胞转化，并能明显提高 IL－2 分泌的水平。PAM 对氢化可的松造成的免疫抑制小鼠淋巴细胞的增殖功能有恢复作用。同时还发现 PAM 对淋巴细胞的调节与 β－肾上腺素受体激动剂异丙肾上腺素相关。

6. 对肿瘤的作用

白术有降低瘤细胞的增值率，减低瘤组织的侵袭性，提高机体抗肿瘤反应能力及对瘤细胞的细胞毒作用。在 841－A 整方（黄芪、党参、白术三味药）的实验中，观察到整方对小鼠 S_{180} 实体瘤有非常明显的抑制作用（$P<0.01$），而在拆方观察中，仅见白术有明显的抑瘤作用。黄芪和白术对感染白色念珠菌的荷瘤鼠实验表明，白色念珠菌感染可明显加速肿瘤生长，而黄芪和白术的水提取物可显著抑制肿瘤的生长（抑制率 77.1%）。通过红细胞免疫学检测提示，白色念珠菌感染使机体产生免疫抑制，也具有一定的促癌生长作用。应用免疫增强剂黄芪和白术，有一定的抗肿瘤和抗白色念珠菌感染的作用。

7. 抗衰老作用

白术能提高 12 月龄以上小鼠红细胞超氧化物歧化酶（SOD）活性，抑制小鼠脑单胺氧化酶 B（MAO－B）活性，对抗细胞自氧化溶血，并且有清除氧自由基的作用。白术水煎剂给老年小鼠灌胃，连用 4 周，可显著提高全血谷胱甘肽过氧化物酶（GSH－Px）活力，明显降低红细胞中丙二醛含量。提示白术具有一定的抗衰老作用。[18]

8. 抗炎抗菌作用

白术对絮状表皮藓菌、星形奴卡氏菌、脑膜炎球菌均有抑制作用，其所含成分白术内酯对动物急性炎症有抑制作用。

9. 抗糖尿病作用

白术有加速体内葡萄糖代谢和阻止肝糖原分解的活性，其主要成分多糖、atractanA 对四氧嘧啶诱发的高血糖小鼠有显著的降血糖作用，β－桉叶油醇能增强因可选择性地阻断神经－肌肉接头而对糖尿病并发症的治疗作用。白术煎剂内服后有保护肝脏、防止四氯化碳引起的肝糖原减少的作用。

10. 对神经系统的作用

白术对自主神经系统有双向调节作用，可通过调整自主神经系统功能，治疗脾虚病人类似消化道功能紊乱的有关诸症，从而达到补脾的目的。β－桉叶油醇兼有布比卡因和氯丙嗪具有的类似苯环利定（phencyclidine）的降低骨骼肌乙酰胆碱受体敏感性的作用，并对琥珀酰胆碱引起的烟碱受体持续的除极有相乘的作用。苍术醇对平滑肌以抗胆碱作用为主，兼有 Ca^{2+} 拮抗作用。此二者使白术具有镇痛作用，后者更与白术健胃的作用密切相关。

11. 免疫调节功能

从白术中提取的一种多糖组分白术多糖（PAM）对小鼠脾淋巴细胞免疫功能具有调节作用，能使 TH 细胞明显增加，提高 TH/TS 比值，纠正 T 细胞亚群分布紊乱状态，在一定的浓度范围内能单独激活或协同 ConA/PHA 促进淋巴细胞转化并能明显提高 IL－2 分泌的水平，此调节作用与 β－肾上腺素受体激动剂异丙肾上腺素相关。表明白术可提高机体的免疫抑制能力，提高动物脾细胞体外培养存活率，延长淋巴细胞寿命，增强机体清除自由基的能力，并具有明显的抗氧化作用。另据报道，白术能增强网状内皮系统的吞噬功能，当白细胞减少时，有升白作用，还能提高淋巴细胞转化率和自然玫瑰花形成率，促进细胞免疫功能，且明显增高血清 IgG，抑制代谢活化酶，有健脾胃、壮身体和提高机体抗病能力。此外，白术还有抗血凝，扩张血管，降血糖，升高放化疗引起的白细胞减少，防护放射线损害等作用。[19]

12. 其他作用

白术挥发油小量有镇静作用，对乙酸产生的血管通透性增加有显著抑制作用。

13. 毒性

白术煎剂小鼠腹腔注射的 LD_{50} 为 13.3g/kg，多数动物给药后呈暂时兴奋作用，后遂安静，但对外界刺激仍然敏感，此作用持续数小时。煎剂 0.5g/kg 灌胃于大鼠，每日 1 次，给药 14 日后，可见白细胞中度减少，主要是淋巴细胞减少，与临床观察不一致。给药 2 个月，出现轻度贫血，有些动物肾小管上皮细胞颗粒变性，但心、脑、肝组织无异常发现。[20]

（三）炮制研究

1. 白术炮制的历史沿革

唐代有“熬黄”（《千金翼方》）、“土炒”（《外台秘要》）的方法。宋代有“炮”、“炒黄”、“米泔浸”（《博济方》）、“米泔水浸后麸炒”（《苏沈良方》）、“醋浸炒”（《圣济总录》）、“煨制”、“焙制”（《太平惠民和剂局方》）等炮制方法。元代有“用黄芪、石斛、牡蛎、麸皮各微炒黄色，去余药，只用白术”（《丹溪心法》）的方法。明代增加了“蜜炒、水煮、绿豆炒”（《普济方》），“附子、生姜、醋煮”（《奇效良方》），“酒制”（《外科理例》），“乳汁制”（《本草蒙筌》），“米泔浸后黄土拌九蒸九晒”（《证治准绳》），“盐水炒”（《寿世保元》），“面炒”（《景岳全书》），“炒焦”（《医宗必读》），姜汁炒（《本草通玄》）等多种辅料炮制的方法。而且对其炮制目的有较多的阐述，如“泻胃火生用，补胃虚土炒”（《医学入门》），“去湿利水用麸炒，补胃用净土炒”（《医宗粹言》）。“人乳汁润之，制其性也”（《本草蒙筌》）。“惧其燥者，以蜜水炒之；惧其滞者，以姜汁炒之”（《本草通玄》）等。清代又增加了“枳实煎水渍炒”（《握灵本草》），“香附煎水渍炒，紫苏、薄荷、黄芩、肉桂汤煮”（《本草述钩元》），“酒浸九蒸九晒”（《本草纲目拾遗》），“烧存性”（《本经逢原》），“陈皮汁制”（《医学从众录》）等方法。现在主要的炮制方法有土炒、麸炒等。[21]

2. 炮制规格[22]

（1）生术片

取药材水浸 12 小时，润 20 小时，切成 2～3mm 的厚片，在恒温

箱内干燥，温度控制在50℃左右。干后，可进行其他炮制。

（2）焦白术

取净白术片放入锅内，用大火加热炒至表面焦黑，内部焦黄色，具焦香气即可，如有火星时可喷洒适量清水。

（3）炒白术

先将锅用火加热，均匀撒入定量的麦麸皮，待麦麸皮焦化起浓烟时，倒入生白术片，急速翻炒至药物表面老黄色内部黄棕色，有香气时即取出。

（4）土炒白术

将陈壁土置于锅内，用中火炒至灵活状态，随即加入白术片，急速翻炒至挂土色，有土香气时取出。

（5）米泔水漂白术

取净白术片用清水浸泡漂2日，去掉酱油色的水，再用米泔水漂1日至白色，取出晒干即得。

（6）白术炭

取干净白术片置炒药锅中，用武火加热，急速翻炒至外部黑色、内部老黄色为度。有火星时喷淋适量清水，取出摊晾。

（7）蒸白术

取净白术于蒸锅内，白术上加适量米，加盖，用文火蒸8小时至白术外呈黑色，内棕色，米熟透即取出摊晾。

另外有些地方以红砖细粉炒制代替土炒白术。其炮制品颜色红艳，色泽均匀，但是红砖烧制时应用工业煤含有大量对人体有害物质：如磷、硫等，因此此法不应使用。

3. 炮制影响

白术炮制后其挥发油含量均有不同程度的降低，增强了白术健脾和胃、补脾止泻的作用。麸炒白术有效成分含量增加，尤其内酯类成分增加较多，白术经麸炒炮制后还原性糖有所增加，水溶性糖有所减少，因此炮制白术以麸炒为佳。

就炮制而言，传统上认为生白术在临床上主要以健脾燥湿利水为主，经麸炒后增强健脾益气的作用。麸炒后挥发油含量下降，从而达到缓和“燥性”、减少对胃肠刺激性的目的。同时也有芳香健脾胃的

作用，可能与内酯类成分含量增加有关。[23]

四、山药

（一）化学成分

山药含有多种化学成分，含量较大的是淀粉，块茎中含薯蓣皂苷元，盐酸多巴胺，山药碱Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ，四氢异喹啉，3，4－二羟基苯乙胺，多酚氧化酶，尿囊素等。又含糖蛋白，水解后得赖氨酸，组氨酸，精氨酸，天冬氨酸，苏氨酸，丝氨酸，谷氨酸，脯氨酸，甘氨酸，丙氨酸，亮氨酸，酪氨酸等十九种氨基酸。另含具血糖作用的多糖，并含有甘露糖，葡萄糖和半乳糖构成的山药多糖，又含钡、钴、铬、铜、镓、镧、锂、锰、铌、镍、磷、锶、钛、钒、锌、锆以及氧化钠、氧化钾、氧化铝、氧化铁、氧化钙、氧化镁等。根茎含多巴胺、儿茶酚胺、胆甾醇、麦角甾醇、菜油甾醇、β－谷甾醇等，黏液中含植酸、甘露多糖。[24]

同属植物日本薯蓣块茎含三铁皂苷，尿囊素，胆碱，17种氨基酸以及无机化合物和具降血糖活性的日本薯蓣多糖A、B、C、D、E、F，甲醇提取物中分出两种物质（+）－β－桉叶醇和丹皮酚，实验证实它们有抗突变活性。近来研究成果表明，山药根茎中含有一种蛋白质，具有抗DPPH和羟自由基活性的作用。还具有碳酸酐酶活性，即能催化反应：$CO_2 + H_2O = H^+ + HCO_3^-$，并能抑制胰蛋白酶活性等，因此推测其可能有调节体内酸碱平衡作用，并对呼吸系统有重要作用。研究发现，CAs有三种，即α－CAs、β－CAs、γ－CAs，哺乳动物和绿色植物属于α－CAs类型，一般植物属于β－CAs类型，但山药中的却属于前者。[25]

（二）药理研究[26]

1. 调节或增强免疫功能

山药富含多糖，具有刺激或调节免疫系统的功能。国外文献报道山药水煎液给小鼠灌胃可增加前列腺、精囊腺的重量，增强雄性激素样作用。山药多糖可明显提高环磷酰胺所致免疫功能低下及小鼠腹腔

巨噬细胞吞噬百分率和吞噬指数，促进其溶血素和溶血空斑的形成以及淋巴细胞转化，并明显提高外周血 T 淋巴细胞比率。研究表明，山药的磷脂成分主要为磷脂酰胆碱，含量 60% 以上，其次为溶血磷脂酰胆碱，含量约为 11%。磷脂类成分具有提高免疫功能的作用，但其作用机理尚待进一步研究。

2. 调整胃肠功能

山药为补中益气药，临床用于治疗脾胃虚弱证，据报道脾虚患者全消化道排空运动比非脾虚患者和正常人都快。研究表明，山药能抑制正常大鼠胃排空运动和肠推进作用，也能明显对抗苦寒泻下药引起的大鼠胃肠运动亢进。胃肌电显示，山药可降低大鼠胃电慢波幅，同时能明显对抗大黄所引起的慢波波幅升高。进一步的研究还表明，山药能明显拮抗氯化乙酰胆碱及氯化钡引起的大鼠离体回肠强直性收缩，却不能对抗盐酸肾上腺素引起的离体十二指肠或回肠的抑制作用。提示山药有缓解肠管平滑肌痉挛及对抗神经介质的作用，还能增强小肠吸收功能，抑制血清淀粉酶的分泌，但对胆汁分泌及胃液分泌均无明显影响。此外，山药中所含尿囊素能修复上皮组织，促进皮肤溃疡面和伤口愈合，具有生肌作用，可用于胃及十二指肠溃疡。

3. 降血糖作用

山药历来是医家和民间治疗消渴病的要药。据报道，薯蓣属植物粗提取物对禁食大鼠和兔有降血糖作用，能控制四氧嘧啶引起的高血糖，其乙醇提取物的水溶液部分与降血糖活性有关，氯仿提取物能使饥饿的 Wistar 大鼠血糖升高。山药块茎多糖在甲醇－水 1:1 中的提取物能显著降低小鼠血糖浓度。用山药粉末 2g/kg 给链脲霉素糖尿病大鼠灌服 4 天，没有发现其降血糖作用，而用山药水煎剂 30g/kg、60g/kg 灌胃 7 天或 10 天，可降低正常小鼠血糖，对四氧嘧啶引起的小鼠糖尿病有预防及治疗作用，并可对抗肾上腺素或葡萄糖引起的小鼠血糖升高。

4. 抗衰老作用

早在《本经》中记载山药可以“轻身不饥延年”，现代研究也表明山药具有抗衰老作用。山药多糖具有明显的体外和体内抗氧化活性，它能降低维生素 C－NADPH 及 Fe^{2+}－半胱氨酸诱发的微粒体过

氧化脂质的含量，并对黄嘌呤－黄嘌呤氧化酶体系产生的超氧自由基（O_2^-）及 Fenton 反应体系产生的羟自由基有清除作用，还能明显提高衰老模型小鼠体内红细胞超氧化物歧化酶（SOD）活力及血过氧化氢酶（CAT）活力，降低衰老模型小鼠血、脑匀浆和肝匀浆过氧化脂质（LPO）水平。研究表明，四大怀药的煎剂能显著延长家蚕寿命，而单味怀山药也能延长家蚕龄期，但作用不显著。四大怀药还能明显抑制单胺氧化酶（MAO）活性，尤以合剂组效果显著。此外，四大怀药可增加体内谷胱苷肽过氧化物酶（GSH－PX）的活性，降低过氧化脂质（LPO）含量，具有一定的抗自由基作用。

5. 降脂作用

国外报道以山药提纯淀粉喂食有动脉粥样硬化的小鼠，能降低其类脂浓度，同时降低主动脉和心脏的糖浓度。对已饲喂过游离胆固醇和含有胆固醇食物的小鼠，山药能降低其胆固醇的浓度。

6. 抗肿瘤作用

体外实验表明，山药可作为抗癌作用的扶正药。这可能与其具有很强的免疫调节功能有关。

7. 其他作用

山药中的尿囊素具有抗刺激物、麻醉镇痛、促进上皮生长、消炎和抑菌作用，常用于治疗手足皲裂、鱼鳞病、多种角化皮肤病。山药碱皮内注射，对豚鼠有局部麻醉作用。此外，山药还有诱生 α－干扰素作用。

（三）炮制研究

1. 炮制沿革

唐代始载有“熟者和蜜”。宋代有“蒸用”、“姜炙”、“半生半炒黄”、“酒蒸用”。元代有“慢火炒令热透”、“酒浸，北五味子同炒干燥，不用五味子”。明代有“姜汁浸炒”、“姜汁拌，蒸熟，去皮”、“酒拌蒸干”、“同葱、盐炒黄，去葱盐不用”。清代有“生姜汁拌炒”、“一两，用干姜三钱煎汁收入，去干姜”、“矾水煮过”、“乳汁蒸晒”等炮制方法记述。近代以来，全国各地尚有“麸制”、“土制”、“米制”、“蜜制”“炒制”等制法。

2. 炮制规格

（1）生品：将山药抢水洗后，切成厚片，60℃烘干。

（2）炒黄：取净山药片50g置热锅内，中火炒至表面焦黄色，取出晾凉。

（3）炒炭：取净山药片50g，用武火炒至表面焦褐色，断面焦褐色。

（4）土炒：取黄土适量于热锅中，炒至灵活态，加入净山药片50g，均匀翻炒，得山药片由软向硬转化时取出过筛去土，摊开放凉。

（5）米炒：将米置热锅内炒至冒烟时投入药材共同炒至米呈焦黄色，饮片挂火色为度，取出放凉。每100kg饮片用米30kg。

（6）麸炒：将锅烧热，撒入麦麸，待冒烟时投入净山药片，拌炒至山药片呈黄色，略具香气时取出，筛去麸皮，晾凉，每100kg饮片用麦麸10kg。

（7）蜜麸炒：将麸皮用蜜水（3∶1）湿润拌匀，武火炒至红色，山药饮片分开后，倒入锅内，迅速翻炒至鲜黄色时取出放凉，过筛，每100kg饮片用麸皮2～3kg。

3. 炮制作用

通过对7种山药炮制品中多糖含量的比较分析，其含量由高到低顺序为：生品＞蜜麸炒＞炒黄＞米炒＞土炒＞炒焦＞炒炭＞麸炒。通过对山药不同炮制品中主要活性成分薯蓣皂苷元的含量测定，证明山药经土炒、清炒和麸炒能促使主要活性成分的溶出，从而有利于药效作用的发挥和临床疗效的提高。土炒品和清炒品比生品高约近三倍，麸炒品比生品高出2倍。水溶性浸出物四种炮制品之间含量相差不大，认为以土炒品用于临床最好。[27]

五、莲子肉

（一）化学成分[28]

莲子含碳水化合物62%、蛋白质6.6%、脂肪2.0%、钙0.089%、磷0.285%、铁0.0064%，总糖8.5%～19.1%，还原糖0.8%～6.3%，含油量为1.5%～2.4%，蛋白质17.1%～25.38%。

氨基酸的总含量为11.60%～19.02%，包括17种不同含量的氨基酸，它们是：天冬氨酸、苏氨酸、丝氨酸、谷氨酸、甘氨酸、丙氨酸、胱氨酸、缬氨酸、甲硫氨酸、异亮氨酸、亮氨酸、酪氨酸、苯丙氨酸、赖氨酸、组氨酸、精氨酸、脯氨酸。其他化学成分为牛角花糖苷、乌胺、莲心碱、异莲心碱、棉子糖。

莲子全果实含和乌胺，果皮含荷叶碱、原荷叶碱、氧化黄心树宁碱和*N*－去甲亚美罂粟碱。子荚含荷叶碱，*N*－去甲荷叶碱，氧化黄心树宁碱和*N*－去甲亚美罂粟碱。

（二）药理研究

1. 抗衰老作用

D－半乳糖致衰老模型小鼠组血SOD、CAT及GSH－PX活力显著低于空白对照组（$P<0.01$），说明造衰老模型成功。与模型组比，大、小剂量莲子多糖组均可显著提高衰老小鼠血，SOD、CAT及GSH－PX活力（$P<0.01$）。与模型组比，大、小剂量莲子多糖组均可显著降低血浆及脑匀浆LPO水平（$P<0.01$），小剂量组明显降低肝匀浆水平LPO（$P<0.05$）。多糖类成分在莲子中含量较高，约在3%以上，且作用明显，提示莲子多糖类成分可能是莲子抗衰老的主要活性成分。

2. 清除体内自由基的作用

自由基被认为是人体某些慢性病发生的原因之一。当人体内的自由基产生过多或清除过慢，就会攻击各种细胞、器官并使之受到损伤，加速机体的衰老过程并诱发各种疾病。在众多自由基中，羟基自由基是最活泼的，其反应速度快，是对机体危害最大的自由基，超过了O_2^-和O_2和两种活泼性氧自由基。由实验结果可知，莲子多糖提取液具有较好的清除羟基自由基－OH的功效，最高清除率可达29.1%。提取液体积在0.5～4.5ml之间时，其清除－OH的能力随体积增加而增强，即呈正相关。当莲子提取液体积大于5ml时，清除率有所下降，这可能是由于在自由基引发剂存在的条件下，像单糖那样，多糖也可以自动氧化，产生新的有机自由基，使多糖本身产生自由基与它清除的自由基达到平衡，而在低浓度下，减少了多糖分子与

自由基引发剂的反应概率，表现出多糖清除羟自由基的作用。[29]

3. 其他作用

已有研究表明莲子有较好的降压、抗心律失常、抗心肌缺血等作用，氧化黄心树宁碱尚有抑制鼻咽癌生长的作用。[30]

（三）炮制研究

1. 历史沿革

唐代有“蒸发”（《食疗》）。宋代有“麸炒法”（《总录》）。元代有“炒法”（《瑞竹》）。明代有“酒煮，酒浸后与猪肚同煮不用猪肚”（《普济方》），“葱盐炒法”（《保元》）等。清代基本沿用前法，并增加了“酒浸法”（《本草述》）。现行有“去皮炒”（《中国药典》95版），“炒”（《规范》），“麸炒，土炒法”。

2. 炮制规格[28]

（1）莲肉《圣惠方》：“去皮点，细研”。《外科正宗》：“去皮切片。”现行，取原药材，用清水略浸，润透，切开去心，干燥。

（2）炒莲肉《儒门事亲》：“炒熟”。《寿世保元》：“隔纸炒”。《医学广笔记》：“去心炒焦黄。”“去心匀去皮，分作两片，每片分作四小块。瓦上焙焦色”。现行，取净莲肉置锅内，用文火加热，炒至肉仁微黄色并有香气时，取出放凉。

（3）麸炒莲肉《圣济总录》：“麸炒香”。现行，取麸皮，撒入热锅内，用中火加热，侯冒烟时，加入净莲肉，拌炒至肉仁微黄时，取出，筛去麸皮，放凉。莲肉每100kg，用麸皮10kg。

（4）土制

取伏龙肝粉置锅内，文火炒至轻松，放入莲子肉，炒至微黄色，取出筛去土，晾凉。

3. 炮制作用

使药物洁净，炒后增强莲子健脾止泻，补肾固涩的功效。[31]

六、白扁豆

（一）化学成分

种子中含蛋白质2.27%、脂肪1.8%、碳水化合物57%、钙

0.046%、磷 0.052%、铁 1mg%、植物钙镁 0.247%、泛酸 1.23mg%、锌 2.44mg‰，还有胰蛋白酶抑制物、淀粉酶抑制物、氨基酸、生物碱及维生素 A、B、C，血球凝集素 A、B，并含有对小鼠 Columbia SK 病毒有抑制作用的成分，这种活性成分在水溶的高分子和低分子部分中都有，尚含豆甾醇、磷脂（主要是磷脂酰乙醇胺）、蔗糖、棉子糖、水苏糖、半乳糖、果糖、淀粉氰苷、酪氨酸酶等。扁豆根含有天门冬素酶，根瘤中含多种游离的氨基酸。扁豆叶中含有胡萝卜素和叶黄素，并分离出五种黄酮成分，除皮素 -3- 芸香糖苷（芦丁）、山奈酚 -3- 纤维双糖苷和山奈酚 -3- 芸香糖苷。[32-33]

（二）药理研究[32]

1. 对免疫功能的影响

20% 白扁豆冷盐浸液 0.3ml，对活性 E 玫瑰花结的形成有促进作用，即增强 T 淋巴细胞的活性，提高细袍的免疫功能。

2. 抗菌、抗病毒作用

100% 白扁豆煎剂用平板纸片法，对痢疾杆菌有抑制作用，对食物中毒引起的呕吐、急性胃肠炎等有解毒作用。白扁豆水提物对小鼠 Colubia SK 病毒有抑制作用。

3. 升高白血球作用

扁豆可使注射环磷酰胺后小鼠白细胞总数下降恢复到正常水平。

4. 毒性

白扁豆中含对人的红细胞非特异性植物凝集素。在扁豆中可分出 2 种不同的植物凝集素，凝集素甲不溶于水，无抗胰蛋白酶活性；凝集素乙可溶于水，有抗胰蛋白酶的活性。印度产扁豆喂食大鼠，有降低血糖及血清胆甾醇的作用。

不溶于水的凝集素，有抗胰蛋白酶活性，可抑制实验动物生长，故属毒性成分。另含一种酶，有非竞争性抑制胰蛋白酶的活性，加热亦降低其活住，于 10mg/kg 浓度时，由于抑制了凝血酶，可使枸橼酸血浆的凝固时间由 20s 延长至 60s。

用白扁豆提取的凝集素可区分人和羊、牛的红细胞，因为此凝集素仅凝集人的红细胞，对牛、羊细胞并无凝集作用，法医可用此探测

入血。

（三）炮制研究

1. 炮制沿革

宋代始载有“慢火炒”、“炒去皮”、“饭上蒸”、“姜汁略炒”。元代有“微炒”、“姜汁浸，去皮”、“炒熟，剉去壳一斤用生姜一个切碎烂煮，酿经一宿焙干”。明代有“微炒黄”、“炒熟去壳”、“姜汁浸一宿，蒸过去皮，焙干，微炒”、“姜汁自然汁煮，去皮，炒”、“净，煮烂，去皮”。清代有“连皮炒，研用”、“炒炭”、“同陈皮炒”等炮制方法记述。

2. 炮制规格

（1）白扁豆　《品汇精要》：“去荚锉碎”。《医宗粹言》：“捣碎”。现行，取原药材，除去杂质，洗净，干燥。用时捣碎。

（2）炒白扁豆　《博济方》：“慢火炒”。现行，取净白扁豆，置锅内文火炒至微黄色，略具焦斑时，取出放凉。用时捣碎。

（3）光白扁豆　《女科百问》：“汤浸去皮”。现行，取净白扁豆置沸水锅内，至种皮微微鼓起又松软时，迅速捞起，倒入冷水中，搓去种皮，干燥。

（4）土白扁豆　取伏龙肝细粉置锅内妙热，加入净白扁豆，炒至表面挂有土色，取出，筛去辅料，放凉。

（5）麸炒白扁豆　取麸皮撒在锅中，加热至冒烟时，投入净白扁豆，迅速翻炒，直至表面现黄褐色时，取出，筛去裁皮，放凉。

3. 炮制作用

清代始载有“恐气滞同陈皮炒，治吐泻醋制，止湿火吐血，炒炭”现在认为白扁豆土炒后，可以缓和药性，因白扁豆内含有一些挥发性成分，对胃有刺激性，土炒后，部分被土吸收掉或挥发，可增强健脾止泻的功能。现代研究结果表明，白扁豆含有红细胞非特异性凝集素，多种植物性毒蛋白，经焯煮或炒香等高温炮制处理后，所含毒性蛋白凝固而失去活性。[34]

七、薏苡仁

（一）化学成分

1. 营养成分

对福建薏苡仁测定结果，种仁含蛋白质14.1%～16.63%，脂肪9.5%～11.5%。对广西11个薏苡仁品种的测定，蛋白质含量高达17.59%脂肪含量高达6.74%。1993年对重庆地方品种进行测定，蛋白质含量为19.8%、脂肪含量达15.27%。远远超过《食物成分表》中稻米（蛋白质7.9%、脂肪0.8%）、小麦（蛋白质10.4%、脂肪1.1%）、玉米（蛋白质8.7%、脂肪3.8%）、小米（蛋白质9%、脂肪3.1%）的蛋白质和脂肪的含量。同时，薏苡仁含有人体必需的8种氨基酸，福建薏苡仁含量5.02%，广西薏苡仁含量4.99%，重庆薏苡仁含量6.27%，居大米、小麦、玉米、小米之首，是大米（含量2.15%）的2.32～2.92倍，是小麦含量（2.93%）的1.70～2.14倍，是玉米（含量2.8%）的1.78～2.29倍，是小米（含量3.44%）的1.95～1.82倍。薏苡仁还含有丰富的矿物元素，其中含量较多的是磷、镁、钙、铁、锌、锰。据对福建薏苡仁的测定结果，上述6种元素的含量分别为2788.5，1106.5，103.5，34.4，24.2，25.1 μg/g，重庆薏苡仁的含量分别为6560.0，322.4，442.2，80.5，64.3，23.5 μg/g。另外，薏苡仁中淀粉含量也较高，测得53%～60%。因此，薏苡仁具有很高的营养价值。

2. 其他化学成分

据研究报道，薏苡仁的脂肪油中含有薏苡仁酯，为黄色油状物，是由一分子2，3—丁二醇与两分子不饱和脂肪酸（顺式十六烯酸和反式十八烯酸）缩合而成的酯。薏苡内酯，即薏苡素、棕榈酸、肉豆蔻酸、8－十八烯酸，菜油甾醇、豆甾醇及少量维生素B_1，B_2，B_6等。薏苡根中含有薏苡素、豆甾醇、β－谷甾醇、γ－谷甾醇、棕榈酸、硬脂酸。薏苡叶中则主要含生物碱。种子含氨基酸（为亮氨酸、赖氨酸、精氨酸、酪氨酸等）、薏苡素、薏苡酯、三萜化合物。其中亚油酸和油酸的含量分别达到31.42%和47.38%。[35]

（二）药理研究

1. 抗肿瘤作用

近年研究表明薏苡仁的活性成分（薏苡仁酯、薏苡仁油）及总提取物均有很强的抗肿瘤作用。人鼻咽癌的治疗以放疗为主，而薏苡仁酯（CXL）能提高鼻咽癌 CNE－2Z 细胞对放射（^{60}Co 做射源）的敏感性和乏氧 CNE－2Z 细胞的辐射敏感性，也能和射线相互作用产生协同效应，增强射线对 CNE－2Z 细胞的辐射敏感性，因此在放疗过程中常用薏苡仁作辅助治疗。此外，CXL 还能选择性的增强平阳霉素的细胞毒性作用，对平阳霉素抑制人鼻咽癌细胞增殖起增效作用，对 5－氟脲嘧啶杀伤细胞也具有选择性的增效作用。并能选择性的通过效应修饰机制加强顺铂的细胞毒性，但不增强顺铂抑制骨髓造血的副作用，表明 CXL 能增强放疗药物的作用，并降低其副作用。另有报道 CXL 对人鼻咽癌 CNE－2Z 细胞的增殖呈浓度依赖性抑制，即能选择性的抑制人鼻咽肿瘤细胞中 CNE－2Z 的增殖。

CXL 还能通过对荷瘤小鼠红细胞膜 Na^+/K^+－ATP 酶的抑制发挥抗肿瘤作用。其主要途径是促使 Na^+/K^+－ATP 酶活性降低，导致作用底物 ATP 含量升高，引起 cAMP 合成的增多，进而抑制肿瘤细胞的生长；促进红细胞免疫作用已阻止肿瘤血路的转移；促进细胞免疫功能，杀伤肿瘤细胞；降低血钠浓度，抑制肿瘤生长。

薏苡仁总提取物则对晚期原发性肝癌患者的免疫功能有促进作用，并对患者的肝癌细胞有较好的毒性作用。其与顺铂或丝裂酶素合用能显著提高对小鼠抑制肿瘤 S_{180} 及肝癌 H_{22} 的抑瘤率，对化疗药物所致免疫器官萎缩，巨噬细胞吞噬功能下降及白细胞减少都有明显的保护作用，是一种有效的化疗药物增效剂。其安全无毒，特别适用于体弱不能耐受化疗的病人，还能提高细胞的活性，也能通过抑制细胞增殖和诱导细胞凋亡来直接抑制 SGC－7901 胃癌细胞的生长，对胃癌有一定的治疗作用。还对非小细胞肺癌多药耐药基因有一定的影响，可用于肺癌的辅助治疗。

有报道认为抑制血管生成是薏苡仁抗肿瘤的途径之一。薏苡仁注射液（主要成分为薏苡仁脂肪油）可通过抑制血管生成而达到抗肿

瘤的目的。它能通过抑制血管内皮分裂和迁移，使细胞周期阻止于G2 + M 期，DNA 合成期（S 期）比例减少；抑制肿瘤细胞释放血管生成正相调控因子，以抗体的形式阻断血管生成正相调控因子或其受体；干扰内皮细胞分化成完整的毛细血管，防治新生血管与宿主血管之间的吻合形成。薏苡仁油能通过调节机体的免疫功能，提高机体的免疫监视功能而发挥抗肿瘤作用。薏苡仁乳剂能合并化疗治疗消化系统恶性肿瘤。

2. 降血糖作用

薏苡仁具有“益气主消渴”作用，为中医临床治疗“消渴”（糖尿病）常用药物之一。薏苡仁多糖有显著降糖作用，口服给药薏苡仁多糖剂量在 100mg/kg 和 200mg/kg 时无明显的降糖作用，而腹腔给药在剂量 50mg/kg 和 100mg/kg 时有降低正常小鼠血糖作用，可见其降血糖作用与给药途径及剂量有关。其对四氧嘧啶糖尿病模型小鼠及肾上腺素高血糖模型小鼠有显著降血糖作用，而四氧嘧啶能选择性破坏胰岛 β 细胞，肾上腺素能促进肝糖原分解和肌糖原酵解，加速糖异生，故认为其降糖作用是通过影响胰岛素受体糖代谢的某些环节和抑制肝糖原分解、肌糖原酵解来实现影响糖异生的。

进一步研究发现，薏苡仁多糖对四氧嘧啶所致大鼠糖尿病的预防作用在一定范围内呈剂量依赖性，100mg/kg 为最佳预防剂量，可使预防组血糖控制在正常水平。薏苡仁多糖还能提高四氧嘧啶所致高血糖大鼠体内 SOD 活性对抗四氧嘧啶引起的胰岛 β 细胞的损伤。因此，薏苡仁多糖主要是通过提高机体内 SOD 活性，抑制氧自由基对 β 细胞膜的损伤，通过保护 β 细胞来抑制四氧嘧啶性糖尿病的发生。

近年来有报道非胰岛素依赖性糖尿病（NIDDM）患者存在 T 淋巴细胞亚群异常。薏苡仁多糖不但能降低 NIDDM 大鼠血脂，而且能够改善红细胞免疫黏附功能及 T 淋巴细胞亚群紊乱。这可能与薏苡仁多糖能改善代谢紊乱及免疫调节作用有关。[36]

3. 抗溃疡、止泻作用

薏苡仁 75% 醇提物能够抑制水浸应激性小鼠溃疡、盐酸性小鼠溃疡的形成，不抑制吲哚美辛——乙醇性小鼠溃疡形成；抑制番泻叶性小鼠腹泻，不抑制蓖麻油性小鼠腹泻；不抑制胃肠推进运动，能缓

慢促进大鼠胆汁分泌。[37]

4. 肌肉松弛作用

薏苡仁油或饱和脂肪酸（10－18碳）皆能明显地使横纹肌收缩力减弱，有抑制肌肉收缩作用，而不饱和脂肪酸（如油酸）则无此作用，说明薏苡仁油的抑制肌肉收缩作用与其中含有的饱和脂肪酸有关。薏苡素对青蛙肌肉收缩亦有明显抑制作用，能降低离体大白鼠隔肌的氧摄取量和抑制糖原的无氧酵解过程。

5. 对中枢神经系统的作用

（1）镇静作用

给小白鼠静脉注射薏苡素100mg/kg可减少其自发活动，给家兔静脉注射20mg/kg后，脑电波振幅增大，频率变慢。

（2）抑制多突触反射

5mg/kg薏苡素静脉注射对猫的多突触反射有短暂的抑制作用。

（3）降温与解热作用

50～100mg/kg薏苡素腹腔注射，能降低大白鼠的正常体温，对致热物质引起的发热有解热作用。

（4）镇痛作用

100mg/kg薏苡素腹腔注射，对小白鼠（电刺激法）与大白鼠（辐射热法）均有明显镇痛效果。

6. 对心血管的作用

薏苡仁油低浓度时兴奋离体蛙与豚鼠心脏，高浓度时则有抑制作用。薏苡素能抑制离体蟾蜍心脏，使其收缩振幅减低，频率变慢。薏苡仁油对离体兔耳血管低浓度能收缩，高浓度时则有扩张作用，薏苡素则无明显的影响。用薏苡仁油与薏苡素静脉注射麻醉兔皆引起血压短暂下降反应，且伴有呼吸兴奋。

7. 镇痛抗炎抗血栓形成作用[38]

研究发现薏苡仁具有温和的镇痛抗炎作用，薏苡素是其镇痛活性成分。薏苡仁还具有抗动脉血栓形成和抗凝血作用，由于不延长凝血酶原时间和部分凝血活酶时间，推测其抗凝血作用点可能不在凝血酶原和部分凝血活酶的激活阶段。

8. 诱发排卵作用

薏苡仁提取物可诱发金色仓鼠排卵，其活性物质为阿魏酰豆甾醇和阿魏酰菜油甾醇。临床上，促性腺激素正常性腺功能减退症患者服用薏苡仁为主的方剂后，下丘脑功能显著改善，不排卵患者服用薏苡仁制剂可诱发排卵。[39]

9. 其他作用

脂肪酸（12 碳以上）及用石油醚浸出的薏苡仁油 500mg/kg 皮下注射兔皆能使血糖与血钙降低，碳数较低的脂肪酸（如癸酸）对血糖、血钙皆无影响。小剂量薏苡仁油可兴奋离体兔肠，大剂量则使之先兴奋后抑制。对家兔及豚鼠子宫一般呈兴奋作用，肾上腺素可反转兴奋作用。它还有抗利尿作用。量大可使动物麻痹，呼吸停止。小白鼠（皮下注射）致死量为 5 ~ 10mg/g，兔（静脉注射）为 1 ~ 1.5g/kg。

薏苡素对离体与在体兔小肠均有抑制作用，对兔皮下注射可使血糖略有下降。体外试验表明，薏苡全草（鲜品）榨汁或根（干品）煎剂，对金黄色葡萄球菌、乙型溶血性链球菌、碳疽杆菌、白喉杆菌有一定的抗菌作用。

10. 毒性及不良反应

薏苡仁丙酮提取物（油状）对小白鼠口服的最大耐受量为 10mg/kg。小白鼠一次腹腔注射薏苡素悬浮液 500mg/kg，仅见短暂的镇静作用，未引起死亡。静脉注射其溶液 100mg/kg，不致死，也无明显异常。每日口服 20、100、500mg/kg，连续 30d 亦未见出现毒性反应，临床应用薏苡仁制剂无不良反应。[35]

（三）炮制研究

1. 炮制的历史沿革[40]

自南北朝刘宋时期薏苡仁开始应用炒品，《太平圣惠方》提出“微炒”，《圣济总录》谓“炒”，明代《证治准绳》、《医宗粹言》均提到“炒”。薏苡仁的炒制程度，清《本草述钩元》认为要“微炒黄色”，《本草正义》则谓“甘淡微凉，炒干”。盐炒法即以盐为辅料与薏苡仁进行炒制的方法，最早出自《雷公炮炙论》，《本草纲目》、

《炮炙大法》、《本草害利》中也有盐炙的记载。清《本草逢原》提出“姜汁拌炒”，即将薏苡仁与姜汁拌炒。清《得配本草》提出“壁土炒”，古代非常重视用土，传统上按照临床需要选用陈壁土、东壁土、黄壁土等。《雷公炮炙论》、《太平惠民和剂局方》、《本草纲目》、《本草述钩元》均提到“用糯米拌炒”，即将薏苡仁与糯米共炒的方法。《雷公炮炙论》提到：“薏苡仁一两，以糯米二两同熬，令糯米熟，去糯取使。”宋《太平惠民和剂局方》曰：“凡使，先以糯米同炒干”。明《本草纲目》则曰：“凡使，每一两以糯米一同炒熟，去糯米用”。清《本草述钩元》则曰：“同糯米文火炒，米黄去米”。

关于薏苡仁的炮制理论，历代有清《本草述钩元》“清肺热者生用”。《本草逢原》“入理肺药姜汁拌炒，入利水湿药生用”。《医家四要》“清肺生用，理脾微炒”。《得配本草》谓“微炒用，治疝气。引药下行，盐水煮或用壁土炒。治泻痢，糯米炒。治肺痈利二便，生用”等。

2. 炮制影响

有学者以沉淀物高度、比重、蒸发剩余物等为指标，比较了不同炮制方法对薏苡仁煎出成分的影响，结果以爆薏苡仁为最佳，其次为生薏苡仁、炒薏苡仁、麸薏苡仁。[41]

八、砂　仁

（一）化学成分

1. 挥发油类

砂仁种子含挥发油约1.7%～3%。用GC－MS分析阳春砂、海南砂和绿壳砂中挥发油成分，可鉴定出57个化合物，其中含量1%以上的有乙酸龙脑酯，樟脑，龙脑，柠檬烯，樟烯，月桂烯，莳烯－3和α－松油醇等8个化合物。具体如下：莳烯－3，β－白菖考烯，樟烯，匙叶桉油烯醇，β－蒎烯，匙叶桉渍烯醇，月桂烯，1，8－桉油素，柠檬烯，葑酮，罗勒烯，樟脑，香桧烯，桃金娘醛，莳烯－4，乙酸龙脑酯，α－蒎烯，γ－松油醇乙酸酯，对－聚花伞素，香叶醇酯E，紫苏烯，香叶醇酯Z，β－侧柏酮，橙花叔醇，枯铭醇，倍半

桉油脑，土荆芥油素，β－檀香醛，香旱芹酮，β－檀香醇乙酸酯，δ－榄香烯，β－檀香醇，α－杜松烯，α－香柠烯醇乙酸酯，γ－依兰烯，β－榄香烯，蒎莰酮，δ－芹子烯，β－杜松醇，β－丁香烯，芳樟醇，α－香柠烯，龙脑，长叶烯，α－松油醇，β－金合欢烯，马鞭草酮，α－布黎烯，绿花烯，τ－依兰醇，β－没药烯，芹子烯醇，β－杜松烯，α－檀香醇，α－白菖考烯，α－香柠烯醇。

阳春砂、海南砂和绿壳砂所含挥发油均不相同。阳春砂挥发油中主要成分是乙酸龙脑酯、樟烯、樟脑、龙脑、柠檬烯及α－蒎烯等。海南砂挥发油中主要成分是α－蒎烯、β－蒎烯、桉叶醇、对－聚花伞素、柠檬烯、樟烯、乙酸龙脑酯及樟脑等。绿壳砂所含挥发油中主要成分是樟脑、橙花椒醇、乙酸龙脑酯、龙脑、柠檬烯及α－蒎烯等。

2. 皂苷类

砂仁含皂苷约0.69%。

3. 黄酮苷类

主要槲皮苷和异槲皮苷。这是从阳春砂仁水溶性成分中分得5，7，3′，4′，2－四羟基黄酮醇（即槲皮素）的一种黄酮苷，2个化合物均为首次从阳春砂仁中获得。

4. 有机酸类

香草酸，硬脂酸，棕榈酸。

5. 无机成分

锌，锰，钴，镍，铜，硼，磷，铁，钾，镁，银，氮，铅，钴。其中锌和锰的含量最高，且其含量与砂仁质量呈正相关。[42-43]

（二）药理研究[43]

1. 对消化系统的作用

砂仁性辛温，芳香，具有行气开胃，和胃温脾止泻的功效。在中医治疗胃肠疾病中应用非常普遍，具有确切的医疗价值。目前对砂仁治疗胃肠疾病的作用机理尚未明确，其治疗作用的药理活性研究大都集中于砂仁对胃肠道动力影响观察。

砂仁促进胃排空及肠道传输的作用均非常显著，其促动力作用与

西沙必利具有一定的可比性。促胃肠动力机制可能是大鼠灌服砂仁水提取液后，胃肠动力显著增强，血浆、胃窦及空肠组织中胃动素（MTL）、P物质（SP）含量明显增加，但血管活性肠肽（VIP）的含量无明显改变。提示砂仁的促胃肠动力作用可能与血液及胃肠道MTL、SP含量的增加有关，VIP可能未参与砂仁的促胃肠动力作用。进一步研究发现，砂仁挥发油中主要成分乙酸龙脑酯有显著的抑制番泻叶所致小鼠腹泻、冰醋酸所致小鼠疼痛和离体家兔小肠平滑肌运动的作用，对小鼠胃排空无明显影响。提示乙酸龙脑酯对实验动物消化道的作用部位可能在小肠，其止泻、镇痛作用可能是通过抑制小肠平滑肌运动产生的，而且乙酸龙脑酯对家兔离体小肠内压作用呈明显的量效关系。

砂仁叶油对离体回肠及正常运动和痉挛状态都具有明显抑制作用，能预防大鼠幽门结扎性溃疡的形成，但对胃酸和胃液的分泌无影响。砂仁可扩张血管，改善微循环，增加胃黏膜血流量，使胃黏膜组织代谢得以加强，从而为胃黏膜损伤的修复与正常功能的发挥创造条件，此外，还有促进胃液分泌作用。

2. 抗炎作用

观察砂仁75%醇提物对小鼠二甲苯性耳肿、角叉菜胶性足肿胀和醋酸性腹腔毛细血管通透性三种小鼠炎症模型的影响，发现分别有强、中度和弱抗炎作用，并表明抗炎是辛温（热）合归脾胃经中药药效谱（药性）中的一项共同药效，且具有相当的特有性。有人观察砂仁对番泻叶刺激大肠性腹泻有效，对蓖麻油刺激小肠性腹泻无效，可能与其在小肠中迅速被吸收后又浓集到大肠，或在肠内细菌作用下产生活性代谢物有关。引起腹泻的最直接原因是肠腔积液和肠推进运动亢进两个方面。刺激性腹泻是通过刺激合成和释放炎性介质引起肠腔积液而形成。砂仁对正常肠活动无影响，但其有明显的抗炎作用，因而推断其抗腹泻机理主要表现在抗炎上。对集中导致腹泻的不同肠道杆菌作体外抑菌和杀菌实验，证明砂仁能抑制结肠类耶尔森菌和摩根变形杆菌的生长繁殖，对福氏痢疾杆菌和肠毒型大肠杆菌无抑制作用。有学者进一步证明了砂仁挥发油的主要成分乙酸龙脑酯具有较显著的镇痛抗炎作用。

3. 利胆作用

有报道发现砂仁醇提物具有持久的利胆作用，胆汁分泌量呈剂量依赖性特征。砂仁75%醇提物的剂量分别为3g/kg和10g/kg时，麻醉大鼠3h胆汁分泌增加率分别是为18.5%和26.2%，有弱到中度的利胆作用。这可以解释辛温（热）合归脾胃经中药常具备的开胃消食、祛除脘腹胀满等中医功效，提示排泌胆汁是中医脾胃功能之一。

4. 镇痛作用

中药对乙酸引起小鼠扭体反应的影响实验中，对小鼠腹腔注射0.7%乙酸10ml/kg，5min后，开始计数10min内的扭体反应次数，计算抑制百分率，发现砂仁水浸液的剂量分别为5g/kg和15g/kg时均有中度镇痛作用。观察一组中药对热痛刺激小鼠甩尾反应潜伏期的影响，以给药后与给药前痛阈之差值进行组间t测验，以痛阈变化率（药后甩尾潜伏期/药前甩尾潜伏期）计算痛阈提高率，发现砂仁水浸液的剂量为5g/kg和15g/kg时均分别有弱和中度镇痛作用。

5. 对免疫系统作用

砂仁复方制剂香砂六君子汤可使脾胃气虚患者外周血淋巴细胞的异常功能恢复到健康人的水平，具有纠正患者T、B细胞比例失常、把紊乱的免疫功能恢复到正常状态的功效。有学者利用免疫方法制作动物模型，观察中药组方对实验性溃疡性结肠炎的免疫指标的影响，结果表明该方能有效抑制异常增高的体液免疫（IgG）而提高功能低下的细胞免疫（Ea－RFC、Et－RFC、LTR），纠正比例失调的CD4/CD8水平，疗效明显高于柳氮磺胺嘧啶。

6. 对血小板聚集功能的影响

砂仁可扩张血管，改善微循环。用健康雄性家兔，以0.6g/kg和1.2g/kg砂仁水煎液灌胃，在不同间隔时间颈动脉取血，以枸橼酸钠抗凝，以ADP为致聚剂在血小板聚集仪上测定血小板聚集率（%），结果表明砂仁能明显抑制血小板聚集。

7. 对神经系统的影响

砂仁中的主要成分樟脑1:25000能完全解除乙酞胆碱对离体兔肠的痉挛作用，给予小鼠100mg/kg的樟脑，能加强槟榔所致的震颤，50mg/kg能防止烟碱的痉挛作用。

8. 对花生四烯酸、胶原与肾上腺素混合剂所诱发的小鼠急性死亡的影响

取健康雄性小白鼠，以0.6g/kg和1.2g/kg砂仁水煎液灌胃，给药1.5h后静注花生四烯酸，观察小鼠15min内死亡情况。结果表明，两给药组与对照组相比P值均小于0.001。表明砂仁对花生四烯酸所诱发的小鼠急性死亡有明显保护作用。另取健康雄性小白鼠，以0.6g/kg和1.2g/kg砂仁水煎液灌胃，给药1.5h后静注胶原与肾上腺素混合剂，观察小鼠15min内死亡情况。结果表明大、小给药组与对照组相比$P<0.05$和$P<0.01$。证明砂仁也能对抗胶原与肾上腺素混合剂所诱发的小鼠急性死亡。

9. 抗氧化作用

以常用抗氧化作用的抗氧化剂维生素C为对照品，观察八味常见的姜科和豆科中药对亚油酸自动空气氧化的抑制作用。结果表明，中药砂仁醇提物显示出较好抗氧化性能。

10. 其他作用

砂仁对环磷酰胺所引起的外周白细胞、红细胞、HB值的降低都有显著抑制作用。砂仁有抗动脉血栓形成及抗凝血的作用，还能明显减少小鼠抗体数。砂仁可作为肿瘤抑制剂。口服砂仁偶可引起特异性过敏反应。砂仁热水浸出液对前列腺素生物合成有较强的抑制作用。

（三）炮制研究

1. 不同炮制方法样品制备

①生品，同壳砂。②炒黄，取生砂仁，置炒制容器内，用文火炒至药材表面呈焦黄色，内部颜色加深，并具有焦香气味。③炒焦，取生砂仁，置炒制容器内，用武火加热，炒至药物表面呈焦褐色，内部颜色加深，并具有焦香气味。④炒炭，取生砂仁，用武火炒至药材表面焦黑色，内部黄褐色，留存性。⑤土炒，将碾细过筛后的灶心土置锅内，用中火加热，至土呈灵活状态时投入净药材，翻炒至药物表面挂土色并透出香气时取出，筛去土，放凉，每公斤药材用灶心土0.25kg。⑥麸炒，将麸皮加入热锅中，加热到冒烟时投入生砂仁，不断翻动并适当控制火力，炒至药物表面色变黄加深时取出，筛去麦

麸，放凉，每公斤药材用麦麸0.1kg。

2. 炮制影响

带壳砂仁的挥发油含量明显高于子砂，粉碎后的粉末放置时间越长其挥发油含量越低，原因是砂仁壳质韧而致密，保护了药材中的香气，防止种子团中挥发油的挥散，减少有效成分的损失。从炮制方法不同看砂仁挥发油的测定结果，其含量次序为生品＞炒黄品＞土炒品＞麸炒品＞炒炭品＞炒焦品。前四者数据变化不大，炒焦和炒炭的含量较低，究其原因，可能是由于挥发油随炮制温度升高和时间过长而致其损失较多，而土炒、麸炒黄时温度不高和受热均匀，故损失亦少。笔者认为，砂仁的加工炮制方法，应是带壳砂仁，拣去杂质，摘除果梗，随配方捣碎入煎为宜，煎煮时后下，以免挥发油随煎煮者逸出挥散，损失含量，影响临床疗效。[44]

九、桔梗

（一）化学成分[45-46]

桔梗的化学成分研究始于20世纪初叶，由日本学者最早进行。主要含有五环三萜的多糖苷，其他尚含有多聚糖、甾体及其糖苷、脂肪油、脂肪酸等。

1. 皂苷

桔梗中含有大量的三萜皂苷，是主要的药理活性成分。桔梗皂苷的种类非常之多，较早期的报道便已分离鉴定出16种单体，包括桔梗皂苷D、桔梗皂苷A、桔梗皂苷B、桔梗皂苷D_2、远志苷D、远志苷D_2、桔梗皂苷D_3、桔梗皂酸A甲酯等。其中的苷元有桔梗皂苷元、远志酸、及桔梗酸等。所带糖基包括L－阿拉伯糖、D－木糖、D－葡萄糖、L－鼠李糖和D－芹糖。此外，文献报道的其他皂苷种类尚有许多，如桔梗皂苷等。近年来我国学者首次利用电喷雾质谱仪对桔梗中皂苷类成分进行了跟踪分析鉴定。通过对单体化合物各级激发产生碎片峰进行纵向分析及不同单体的横向对比分析，寻找桔梗皂苷类的结构规律，从而鉴定已知结构的皂苷成分，并为未知结构的成分提供信息。

2. 甾体

桔梗根中含 α－菠菜甾醇及其葡萄糖苷，Δ^7－豆甾烯醇和 β－谷甾醇，以及白桦脂醇等。

3. 多聚糖

桔梗根中含有大量由果糖组成的桔梗聚糖，已鉴定结构的有桔梗聚糖 $GF_2 \sim GF_9$。此外，桔梗中还含有大量的菊糖。

4. 脂肪油、脂肪酸

桔梗根中含脂肪油 0.92%，且不饱和化合物含量较高。脂肪中亚油酸、软脂酸的含量较大，亚油酸含量达 63.24%，软脂酸为 29.51%。此外还含有亚麻酸和硬脂酸、油酸、棕榈酸等。

5. 维生素

桔梗根中维生素含量丰富。例如，每百克中含有胡萝卜素 8.80mg，维生素 B_1 38mg，尼克酸 0.3mg，维生素 C 12.67mg。

6. 氨基酸

桔梗根中含有 16 种以上的氨基酸，包括 8 种必需氨基酸，占氨基酸总量的 6.44%，总氨基酸含量高达 15.01%，其中包括一种 γ－氨基丁酸，它是一种神经传导的化学物质，在人脑能量代谢过程中起到了重要作用。

7. 无机元素

对桔梗中无机元素进行分析，发现含有 17 种以上无机元素，包括 Cu、Zn、Ni、Mn、Cr、Sr、Fe、V 等 8 种必需微量元素，其中 Cu、Zn、Mn 含量均较高。

除上述七类化学物质，桔梗根中尚含有菊粉、挥发油、多炔等化合物。其中的多炔类化合物被韩国学者作为桔梗植物分类的重要标准。我国学者首次采用气相色谱－质谱－计算机联用分析仪对桔梗根中挥发油化学成分进行分析，检测分离出 75 种化合物，鉴定了其中 21 种，有 44.495% 为不饱和化合物。日本学者用反相 HPLC 检测了桔梗不同生长时期不同分子量菊粉的变化。发现生长早期可检测到大量低分子量菊粉，而开花及以后时则可检测到大量大分子量菊粉。我国学者也采用 RP－HPLC 法测定了不同产地中桔梗皂苷 D 的含量，选择以 C_{18} 柱为色谱分析柱，乙腈－磷酸盐缓冲液为流动相，检测波

长为210nm，进样量在2.0～32.0μg之间呈良好线性关系。韩国学者对3年生及24年生桔梗根中的挥发性成分采用GC/MS（TIC）技术进行了分析，结果表明24年生桔梗挥发性成分的种类和含量均高于3年生桔梗。也有人采用反相HPLC对24年生及3年生桔梗的乙醇提取物进行了分析，发现有些成分只存在于24年生桔梗中。

我国学者分别对桔梗茎、叶、花、果根中的总糖、可溶性糖及皂苷的含量进行了测定。发现根中总糖含量最高，而可溶性糖及皂苷含量均以花中为最高，且药理效果也最强，因此建议考虑作为新药源。此外花中还含有飞燕草素－二咖啡酰芦丁醇糖苷。根据化学和光谱数据确定它们的化学结构分别为（2R，3R）－黄杉素7－O－α－L－吡喃鼠李糖基－（1→6）－β－D－吡喃葡萄糖苷，和3－甲基－1－丁醇1－O－β－D－吡喃葡萄糖－（1→2）－β－D－吡喃葡萄糖苷。同时还分离出4种已知的黄酮化合物。

（二）药理研究

1. 祛痰与镇咳作用

麻醉犬灌服桔梗煎剂1 g/kg后，能显著增加呼吸道黏液分泌量，其强度可与氯化铵相比。对麻醉猫也有明显的祛痰作用。豚鼠多次灌服粗制桔梗皂苷80mg/kg，同样取得祛痰效果。有报道桔梗皂苷的祛痰作用强于远志。而小鼠酚红法试验结果则弱于远志。桔梗的祛痰作用主要由于其所含皂苷口服时刺激胃黏膜，反射地增加支气管黏膜分泌，使痰液稀释而被排出。桔梗皂苷有镇咳作用。豚鼠腹腔注射的镇咳ED_{50}为6.4mg/kg（相当于1/4 LD_{50}量）。

2. 抗炎作用

桔梗皂苷具有抗炎作用。大鼠灌服粗桔硬皂苷100mg/kg和200mg/kg，对角叉菜胶及醋酸所致的足肿胀均有较强的抗炎作用，前者抗炎作用可持续4～5小时，后者持续约1小时。大鼠灌服桔梗皂苷每日50mg/kg和100mg/kg，连续7天，对棉球肉芽肿呈显著抑制作用，且对大鼠佐剂性关节炎也有效。桔梗皂苷还能显著抑制过敏性休克小鼠毛细血管通透性。小鼠口服桔梗皂苷可抑制腹腔注射同一皂苷所致的扭体反应与腹腔渗出。桔梗无直接抗菌作用，但其水提取

物可增强巨噬细胞的吞噬功能，增强中性白细胞的杀菌力，提高溶菌酶的活性。

3. 抗溃疡作用

桔梗皂苷低于1/5 LD_{50}的剂量，有抑制大鼠胃液分泌和抗消化性溃疡作用。剂量为100mg/ kg时，几乎能完全抑制大鼠幽门结扎所致的胃液分泌。大鼠十二指肠注入25mg/kg本品，与皮下注射10mg/kg阿托品作用相当。灌胃给药对大鼠醋酸所致的慢性溃疡有明显疗效，且每日25mg/kg组的疗效比甘草提取物Fml00每日200mg/kg组为高。

4. 对心血管系统的作用

麻醉犬动脉内注射桔梗皂苷100～400μg能显著降低后肢血管和冠状动脉的阻力，增加其血流量，其扩张血管作用优于罂粟碱。当静注4mg/kg时，也可增加冠脉和后肢血流量，并伴有暂时性低血压。据认为这种血管扩张是对外周血管的直接作用。大鼠静注桔梗皂苷0.5～5mg/kg，可见暂时性血压下降，心率减慢和呼吸抑制，随着剂量增大持续时间延长，对离体豚鼠心房，可使收缩力减弱，心率减慢，但能对抗ACh引起的心房抑制。

5. 降血糖作用

正常家兔灌服桔梗水或乙醇提取物200mg/kg，可使血糖下降，水提取物的降血糖曲线与灌服25～50 mg/kg甲磺丁脲相似。水和醇提取物500mg/kg连续4d灌服，对实验性四氧嘧啶糖尿病家兔也有降血糖作用，降低的肝糖原在用药后恢复，且能抑制食物性血糖升高。醇提取物的作用较水提取物强。

6. 对中枢神经作用

小鼠灌服桔梗皂苷50mg/kg、100mg/kg、200mg/kg，能抑制小鼠自发性活动，延长环己巴比妥钠的睡眠时间，呈明显的镇静作用，对小鼠醋酸性扭体反应及尾压法呈镇痛作用，对正常小鼠及伤寒、副伤寒疫苗所致的发热小鼠甲均有显著的降低体温作用，但对电休克和戊四氮所致的惊厥无保护作用。

7. 其他作用

桔梗皂苷可降低大鼠肝内胆固醇的含量，增加类固醇和胆酸的排

泄。桔梗皂苷对离体豚鼠气管和回肠平滑肌无直接作用，但能竞争性拮抗乙酰胆碱与组胺引起的回肠收缩，并拮抗组胺引起的气管收缩。另外，大鼠灌服桔梗2g/kg，对双侧颈静脉结扎造成的充血性水肿有抗水肿和利尿作用。体外试验本品煎剂1:10对絮状表皮癣菌有抑制作用。热水提取物在体外有很强的杀虫作用，在培养基中添加一定浓度的桔梗浸提液，可明显促进光合细菌的生长，浸提液浓度愈高、促生效果愈明显。

8. 毒性

小鼠灌服桔梗煎剂的LD_{50}为24g/kg。兔灌服本品煎剂4g/kg后，于24小时内5只全部死亡，当剂量为20g/kg时，则全部存活。桔梗皂苷灌胃给药，小鼠和大鼠的LD_{50}分别为420mg/kg和大于800mg/kg，而腹腔注射时分别为22.3 mg/kg与14.1mg/kg，豚鼠腹腔给药的LD_{50}为23.1mg/kg。灌服大剂量桔梗皂苷，反射性兴奋呕吐中枢，可引起恶心、呕吐。桔便皂苷有很强的溶血作用，溶血指数为1:10 000，故不能注射给药。特殊毒理研究表明，桔梗热水提取物及冷冻真空干燥剂，可使组氨酸缺陷型鼠伤寒沙门菌TA_{98}及TA_{100}回变菌落数显著增多，同时对小鼠微核试验及染色体畸变试验呈阳性结果。

（三）炮制研究

1. 历史沿革

桔梗古代多经净制、切制后直接入药，炮制始见于南北朝刘宋时代雷敩《雷公炮炙论》，方法是“于槐砧上细剉，用百合水浸一伏时，漉出，缓火熬令干用，每修事四两，用生百合五分捣作膏，投于水中浸”。又有“炒至紫黑色”（宋《类编朱氏集验医方》），“炒黄”（元《丹溪心法》），“炒焦”（明《普济方》），有“姜汁炙”（宋《普济本事方》），有“蜜制”，有“米泔水制”，有“酒炙”（明《普济方》），有“麸炒”（明《奇效良方》），有“醋炒”（明《奇效良方》）。[47]

2. 炮制规格

（1）生桔梗：取桔梗80g，筛去灰屑，拣去桔梗杂质，用水润，切片，干燥，粉碎，得粗粉。

（2）酒制桔梗：取净桔梗60g，米酒8ml，置盆中拌匀，闷约1h，后转入锅中用文火炒至药材全部干透，外皮呈淡黄色，取出，趁热称重粉碎，得粗粉。

（3）姜制桔梗：取净桔梗80g，姜汁16ml，置盆中拌匀，闷约1h，后转入锅中用文火炒至药材全部干透，外皮呈淡黄色，取出趁热称重，粉碎，得粗粉。

（4）蜜制桔梗：取净蜜6ml，加水6ml稀释，与80g净桔梗于盆中拌匀，闷约1h，后转入锅中用文火炒至不粘手，取出，趁热称重，粉碎，得粗粉。

（5）醋制桔梗：取净桔梗80g，醋16ml，置盆中拌匀，闷约1h，后转入锅中用文火炒至药材全部干透，外皮呈淡黄色，取出趁热称重，粉碎，得粗粉。

（6）炒桔梗：取净桔梗80g，用文火炒至外皮呈淡黄色，取出，趁热称重，粉碎，得粗粉。

3. 炮制影响

桔梗炮制后可增强疗效。生品味苦辛，性平，以宣肺痈祛痰力专，多用于外感咳嗽，咽喉肿痛；炮制后炒品味苦微辛，以理肺祛痰力胜，多用于寒饮或湿痰咳嗽；蜜炙品味苦甘微辛，性平偏润，以润肺祛痰力强，多用于肺阴不足之咳嗽。采用重量法分别对桔梗几种不同炮制品进行实验比较，结果各种炮制品的皂苷含量均比生品高，尤以蜜制的皂苷含量最高。[48]

十、甘草

（一）化学成分

甘草的主要有效成分是多种三萜化合物和多种黄酮类化合物，另外，还从甘草中分离到香豆素类、氨基酸、生物碱、雌激素和有机酸等。

甘草的根和根茎含三萜苷甘草酸，即甘草甜素，是甘草次酸，甘草次酸的二葡萄醛酸苷，为甘草的甜味成分。甘草根的水解产物中尚分离出乌热酸，经证明为18－α甘草次酸。黄酮成分包括甘草素即

47－二羟基双氢黄酮、异甘草酸，是与甘草素相应的查耳酮化合物2，4，4－三羟基查耳酮，甘草苷即甘草素4－β－葡萄糖苷、新甘草苷即甘草素7－β－葡萄糖苷、新异甘草苷即异甘草素4－β－葡萄糖苷、异甘草素－4－β—葡萄糖－β——洋芫荽糖苷等。在从胀果甘草中分离鉴定出4种二苯甲烷衍生物的基础上，又从其微量酸性成分中分离到8种已知化合物，即两种苯丙烯酰苯、菜豆蛋白、2－苯并呋喃、异黄酮和两种新型二苯甲酰甲烷衍生物。

从光果甘草中提取分离出9种已知化合物（甘草异黄酮B，ganc-aoninsG及H，甘草查耳酮A等）和一种新化合物。新化合物分子式是$C_{22}H_{26}O_5$，经确定其结构为具有异戊二烯基和2个甲氧基的异黄酮衍生物。国内学者从乌拉尔甘草的根和根茎中分离出一个黄酮，经鉴定为虎耳草苷。

1. 甘草根及根茎的化学成分

国内外对甘草根及根茎的化学成分研究颇多，概述了近年来甘草化学成分研究的现状除此之外还有以下主要研究结果：

乌拉尔甘草根茎中分离出3种新化合物：6－O－乙酞基甘草苷，3β－甲酞基甘草内醋、22β－乙酞基光甘草酸。新的二氢黄酮苷，结构为甘草素－4′－O－［β－D－（3－O－乙酞基）－呋喃芹糖－（1→2）］－β－D－吡喃葡萄糖苷。

甘草根及根茎乙醇提取物中分离出芒柄花苷（I）、甘草素－4－O－［D－β－D－呋喃芹糖基］。黄甘草中获得两个皂苷化合物K－3和K－4。一种新化合物，结构推定为7，2′，4′－三羟基－3′－异戊烯基异黄酮，命名为黄甘草异黄酮A。分得甘草查尔酮甲、光甘草酚、白桦脂酸和β－谷甾醇，均为首次从本植物中分离鉴定。

从甘肃产胀果甘草中分离出8种黄酮类化合物：甘草查尔酮甲、甘草查尔酮乙、甘草黄酮、甘草苷、甘草苷元、异甘草苷元、芒柄花苷和4，7－二羟基黄酮；3种三萜类化合物：甘草酸、甘草次酸，11－脱氧甘草次酸及1种β－谷甾醇。1990年又分离出一种黄酮类化合物异甘草，3种三萜类化合物：甘草次酸甲脂、甘草次酸乙酰化合物、乌拉尔甘草皂苷乙。在1994年分离出5个单体，依次为蔗糖、甘草素、甘草黄酮C、芒柄花素、光甘草酮。从胀果甘草中分离出胀

果皂苷Ⅰ、Ⅱ和胀果香豆素甲，后来又分离出胀果皂苷Ⅲ和Ⅳ，两个二氢黄酮二糖链苷，结构为甘草素-7-O-β-D-呋喃芹糖-4'-O-β-D-吡喃葡萄糖苷（Ⅰ）和甘草素-7-O-β-D-（3-O-乙酰基）呋喃芹糖-4'-O-β-D-吡喃葡萄糖苷（Ⅱ）。

自云南甘草根中分离出10种化合物，其中9种为五环三萜类化合物：3β，21α，24-三羟基-齐墩果-12-烯-29-羧酸（Ⅰ）、3β-21α-二羟基-齐墩果-12-烯（Ⅱ）、3β，21α，24-三羟基-齐墩果-12-烯（Ⅱ）、桦木酸（Ⅳ）、23-羟基桦木酸（Ⅴ）、齐墩果酸（Ⅳ）、3β-羟基-16-氧-11，13（18）-二烯-30-烯酸（Ⅶ）、24-羟基甘草内脂（Ⅷ）和21α-乙酰氧基木栓烷-3-酮（Ⅸ），另一种为β-胡萝卜苷。

从刺果甘草根和根茎中分离得到5种化合物，其中刺果甘草查尔酮为一种新化合物。

从新疆产粗毛甘草根中分离出7种化合物，分别为甘草酸、甘草苷、异甘草苷、甘草酚、甘草香豆素和异甘草香豆素。

从山西甘草中分离出8种化合物，其中一种被命名为乌拉尔甘草皂苷甲二正丁醇的化合物。

2. 甘草叶的化学成分

前苏联学者早在20世纪60年代就已着手甘草属地上部分黄酮类成分的研究。迄今为止，已从甘草属地上部分分离得到59个黄酮类化合物和7个其他酚类化合物，以黄酮醇类最多。

3. 甘草地上、地下部分成分比较

甘草根及根茎共分离出84种化合物，以异黄酮和二氢黄酮类为最多。对二氢黄酮在三年生甘草不同部位中的分布进行测定，结果发现地上部分含量叶>茎，且是其含量的4倍，地下部分二氢黄酮主要集中于根头以下部位。地上、地下部分成分相互交叉的只有10种，且这些化合物只在光果甘草中重复，而在乌拉尔甘草中尚未发现。[49]

（二）药理研究[50-55]

1. 抗病原微生物作用

（1）抗寄生虫作用：体外试验表明，甘草查耳酮A可抑制杜氏

利什曼原虫和硕大利会什曼原虫的前鞭毛体和无鞭毛体的生长，并可抑制硕大利什曼原虫对小鼠的感染和杜氏利什曼原虫对仓鼠的感染，可认为它是一个有效的抗利什曼原虫的新药。

（2）抗病毒作用

①抗 HIV 作用

甘草主要成分甘草甜素具有抑制艾滋病病毒增殖的作用。0.5mg/ml 甘草甜素体外抑制艾滋病毒的增殖达 98% 以上，0.125mg/ml 时能抑制 50% 空斑形成，提示甘草甜素不是抑制艾滋病毒的反转录酶活性，而是通过恢复辅助 T 淋巴细胞的功能起作用的。但有研究发现 4mg/ml 以上浓度的甘草酸单胺不但具有直接灭活爱滋病病毒的作用，而且也可抑侧培养的 RK_{13} 细胞内的爱滋病病毒增殖。甘草中的另一类成分甘草异黄酮类化合物也有艾滋病毒增殖抑制效果。

从甘草鞣质活性成分研究中所得到的活性成分（包括黄酮类成分）加强了人体免疫缺陷病毒（HIV）对 ATL－1K（来源于成人 T 细胞白血病患者的细胞株）的拮抗作用，其中 2 种新甘草查尔酮低浓度时显示出对 HIV 增殖的抑制作用。甘草根中常见的单体成分甘草苷，甘草素，异甘草苷，异甘草素对新城艾滋病毒有抑制作用。甘草甜素 GL 也有抗 HIV 作用，已应用于处理输血用的血制品，以预防因输血引起的艾滋病病毒 HIV 传播，并已获美国专利。HIV 繁殖过程包括吸附、穿入、脱壳、早期蛋白的合成、病毒基因组核酸的复制、晚期蛋白质的合成、核蛋白质合成、核壳体装配、病毒成熟、释放等。其中最关键的步骤是基因核酸复制，核蛋白质的合成以及参与合成特异性的酶。GL 通过抑制细胞膜蛋白激酶 C 和蛋白激酶 P 的活性抑制艾滋病毒的感染，而且也可以通过抑制艾滋病毒逆转录酶的活性而发挥作用。又有研究发现 GL 的硫化物 GLS 不仅可以通过与 GL 相同作用机理抑制 HIV 感染，而且也可抑制 HIV 的禽类骨髓母细胞瘤病毒 AMV 逆转录酶活性，由于 GL 不具抑制逆转录酶活性，因此认为 GLS 作为治疗 AIDS 药物比 GL 更有效。

②抗 HBV 作用

甘草甜素具有直接对抗肝炎病毒和诱导干扰素抑制肝炎病毒的作用。动物实验证明，甘草次酸对四氯化碳、半乳糖胺引起的肝脏损害

有显著抑制作用。其抗炎作用可能与影响花生四烯酸的代谢有关。临床报道，用100%甘草煎液治疗传染性肝炎，每次15～20ml，小儿减半，日服3次，治疗13例，平均黄疸指数在12.9天恢复正常，尿三胆试验在9.9天转为阴性，肝肿大在9.2天显著缩小，肝痛在7.8天消失。动物实验表明甘草甜素具有促肝细胞再生作用，并可驱脂，同时可抑制肝脏纤维组织的增生，降低肝硬化的发生率，使血清γ－球蛋白含量降低，对肝脏间质的炎症反应减轻明显，但对肝硬化形成后纤维的重吸收无作用。临床上用甘草甜素治疗急慢性病毒性肝炎与西药对照组相比较，具有明显缩短疗程和恢复肝功能降低谷丙转氨酶活力和使乙型肝炎表面抗原及e－抗原阳性病例大部分转阴的作用。其作用机理可能是甘草甜素诱生IFN－γ参与抗病毒，而临床剂量的GL在体内抗HBV作用可能是微弱的。因此认为GL具有直接抗乙肝病毒作用以及改善肝功能障碍的作用。

③抗水痘－带状疱疹病毒（VZV）

GL不但可以抑制水痘H－带状疱疹病毒VZV的增殖而且可直接灭活VZV。对GL的作用机理研究表明，病毒吸附细胞1小时后，加GL的处理，不但可以有效抑制VZV的增殖，而且对先用GL处理细胞，再感染病毒也是有效的，这与GL诱生干扰素无关。此外病毒感染细胞后将GL可抑制病毒从感染细胞向未感染细胞扩散。GL的抗VZV活性是抑制病毒颗粒穿入，脱壳或释放。

④抗菌作用

甘草醇提取物及甘草酸钠在体外对金黄色葡萄球菌、结核杆菌、大肠杆菌、阿米巴原虫及滴虫均有抑制作用。18－β－甘草次酸钠对金黄色葡萄球菌及枯草杆菌（带芽胞杆菌）有抑菌作用，对大肠杆菌则无抑制作用。甘草次酸在试管中能增强小檗碱抑制金黄色葡萄球菌的效力，在实验治疗中能促进实验性肺结核病灶纤维化。甲醇提取物分离得到的甘草酚、异甘草酚、甘草香豆精对生龋的细菌有强的抑制作用。

⑤对其他病毒的作用

甘草甜素在实验室培养皿中能明显抑制SARS病毒复制，高剂量的甘草甜素几乎可阻断培养皿中的SARS病毒的复制。而香港和台湾

等地用来治疗SARS的利巴韦林却几乎不具抑制效果。甘草多糖在体外对水疱性口炎病毒、腺病毒Ⅱ型，单纯性疱疹病毒Ⅰ型（HSV－I）和牛痘病毒均有明显抑制作用，不但可直接灭活这几种病毒，而且对细胞内的病毒也有作用，可阻止水疱性口炎病毒、腺病毒Ⅱ型吸附与进入细胞，显著抑制细胞病变的发生，使组织培养的细胞得到保护。甘草甜素在体外可抑制带状疱疹病毒的增殖，且可直接灭活该病毒。5%甘草酸钠具有一定的抑制甲型流感病毒所致兔眼毒性反应发生的作用，并有促使角膜混浊等现象提前恢复的作用。甘草次酸有特异性抑制单纯疱疹病毒的作用，于8mmol/L浓度处理Ⅰ型病毒15min可使感染价从10^7降至10^2，甘草酸能显著抑制肝中Ⅰ型病毒蛋白的分泌而阻断其复制，且不影响正常细胞。除对病毒颗粒的直接作用外，甘草还能通过诱生干扰素、增强自然杀伤（NK）细胞及巨噬细胞功能而达到抗病毒效果。

2. 肾上腺皮质激素样作用

小剂量的甘草甜素腹腔注射能使大鼠胸腺萎缩及肾上腺重量增加，表明有促皮质激素样作用。临床上甘草可增强肾上腺皮质功能。减少患者对皮质激素的依赖，减轻激素撤除反应，故认为甘草的皮质激素样作用系通过兴奋下丘脑－垂体－肾上腺轴而产生。还有人认为甘草有皮质激素祥作用，甘草粉、甘草浸膏、甘草酸及甘草次酸均具有去氧皮质酮样作用，能使多种动物的尿量及钠排出减少，钾排出增多，25mg甘草次酸对大鼠的水钠潞留作用较lmg的去氧皮质酮为强，但切除双侧肾上腺后作用消失，也不能延长其生存时间。在大鼠肝匀浆内加入甘草甜素，测定氢化可的松、氢化拨尼松、去氧皮质酮和醛固酮留体A环上三位酮基的代谢速度，发现均被明显抑制，且抑制率随甘草甜素剂量增加而增加。体内实验也证明，在静脉注射氢化可的松前1小时肌注甘草甜素或甘草次酸均能显著延长氢化可的松在血内的消失速度。进一步研究发现，甘草次酸是11β－和3α－羟类固醇脱氢酶的强抑制剂。甘草次酸、3－脱氧甘草次酸、3－酮甘草次酸、3－表甘草次酸和11－脱氧甘草次酸均能明显抑制大鼠肝微粒体11β－羟类固醇脱氢酶的活性，而且甘草次酸、3－脱氧甘草次酸和11－脱氧甘草次酸的18α－立体异构体对该酶的抑制活性比对应的18β－

异构体少1/10。另一方面，甘草次酸、3－脱氧甘草次酸和11－脱氧甘草次酸的18α－立体异构体对大鼠肝细胞液3α－羟类固醇脱氢酶的抑制活性比对应的18β－异构体要强得多。可见，甘草甜素的作用机制主要是由于甘草甜素的苷元－甘草次酸在结构上同皮质激素相似，而对皮质激素在肝内代谢失活起竞争性抑制作用，间接地提高了皮质激素的血药浓度所致。所以甘草只对轻症阿狄森病有效，而对完全丧失肾上腺功能的重症阿狄森病患者或两侧肾上腺摘除的患者，即使剂量再大也无效。还有人认为，甘草甜素不仅能抑制肝脏的激素代谢，而且也可能对肾脏、膜等局部的醛固酮有强化作用。

3. 对消化系统的作用

（1）抗溃疡作用　甘草对多种实验性胃溃疡形成均有显著抑制作用，犬灌服6～8g甘草粉可使60%犬的辛可芬溃疡减轻，有的完全瘢痕化。甘草浸膏250mg/kg给大鼠皮下注射或十二指肠内给药，40%的幽门结扎溃疡被抑制，且结扎后4小时内的胃液容量、游离酸度、总酸度都明显减少。甘草提取物FM100腹腔给药100mg/kg能抑制溃疡及胃液分泌。此外，FM100还能抑制乙酰胆碱、组胺及蛋白胨所致的胃液分泌，但不能抑制胃的自发运动。FM100对大鼠胃的浆膜表面注射10%～30%的乙酸溶液所致的严重溃疡有促进愈合作用。将FM100直接注射于胃黏膜，可使胃黏膜下因注射醋酸引起的溃疡修复。说明FM100抑制胃酸分泌的机制不是由于抑制组氨酸脱羟酶从胃中释放或使其失活，而可能是对胃内壁细胞的直接作用。国内生产的甘草制剂－甘酮酸（主要含甘草酸及甘草黄酮）也有较好的抗溃疡作用。甘酮酸100mg/kg或200mg/kg腹腔注射1次，对Shay法幽门结扎大鼠能抑制溃疡形成，减少胃液的分泌，对阿司匹林诱发的大鼠出血性溃疡也有抑制作用。甘酮酸还能抑制醋酸诱发的大鼠慢性溃疡，其抗溃疡作用与FM100相似。甘草次酸衍生物生胃酮对胃黏膜损伤和豚鼠的拘束应激性胃出血有保护作用。甘草次酸灌服对大鼠胃黏膜内腺苷环化醇无作用，但可抑制磷酸二酯酶活性，从而增高幽门和贲门黏膜内cAMP的含量而抑制胃酸的分泌。甘草锌灌胃能对四种鼠胃溃疡模型（慢性醋酸型、应激型、利血平型、幽门结扎型）均有明显的保护作用，能使胃溃疡的面积和体积缩小，胃

黏膜的损伤程度、溃疡面的充血和出血程度减轻。并表现出良好的剂量与效应的关系。甘草锌能使某些细胞的核酸增多、从而增强细胞的蛋白合成能力和分裂繁殖的能力，并能促进纤维成分和小血管增生，减轻炎症反应。在水浴应激和利血平诱发胃溃疡的实验中，发现甘草锌有一定的抗应激和抗炎作用。体外培养细胞发现，不同浓度的甘草锌使成纤维细胞贴壁生长率、细胞核分裂系数均高于正常对照组，形态学也发生显著变化。表明甘草锌抗溃疡作用同促进纤维细胞合成纤维和基质有关。

（2）保肝作用　甘草浸膏灌服，可明显减轻四氯化碳所致大鼠肝脏的变性坏死、促进肝细胞内糖原及核糖核酸的恢复，使血清丙氨酸转氨酶下降。甘草保肝作用的主要成分为甘草酸类化合物，如甘草甜素、甘草酸、甘草次酸等。甘草甜素具有明显抑制黄曲霉素诱发肝癌前病变的作用，甘草甜素对二乙基亚硝胺致肝癌发生有抑制作用。此外，甘草甜素对慢性乙型肝炎也有效，其机制与增强 NK 细胞作用有关。甘草次酸是比甘草酸更强的抗肝毒剂，抗肝毒性化合物的能力与其吸附能力成正比，说明甘草次酸有较强的吸附有毒物质的能力。甘草次酸能抑制四氯化碳生成游离基及过氧化脂质的生成，抑制 Ca^{2+} 流入细胞内所引起的细胞损害，而甘草甜素可能是在机体内水解后呈保肝作用。每日口服甘草黄酮，连续 2 天，能显著降低四氯化碳所致血清丙氨酸转氨酶、乳酸脱氢酶活性的升高以及肝内丙二醛含量的增加，其作用呈剂量依赖性。甘草黄酮可减轻四氯化碳所致的肝脏坏死，但对血清内酶的活性没有抑制作用，也不减少正常小鼠血清中酶的活性。甘草黄酮的肝保护作用可能与其抗脂质过氧化作用有关。

（3）促进胰液分泌作用　十二指肠给 FM100 可提高血中分泌素浓度及胰腺 HCO_3^- 的排出，并呈剂量依赖关系。分泌素与 HCO_3^- 的排出呈明显相关关系，表明 FM100 能促进分泌素释放，而胰腺 HCO_3^- 分泌则由分泌素血药浓度升高引起。

（4）对胃肠运动的影响　甘草浸膏给兔灌胃后胃运动逐渐减弱，30 分钟后胃运动几乎完全停止。FM100 可对离体豚鼠肠管呈解痉作用。甘草水提取剂对离体兔肠管平滑肌运动有明显的抑制作用，能显

著降低肠管蠕动的频率和幅度，作用时间比阿托品长，给药后5分钟降低肠蠕动幅度为阿托品的1.71倍，且能加强阿托品对肠管运动抑制作用，是单用阿托品的2.87倍。甘草水提取剂对在体免肠管的运动也呈明显抑制作用，且降频率作用较降幅度作用强。异甘草素等黄酮化合物对动物离体肠管均有抑制作用，并能解除乙酰胆碱、氯化钡、组胺所致的肠痉挛，但甘草甜素、甘草次酸对平滑肌则无抑制作用。

4. 抗炎作用

甘草具有显著的抗炎作用。抗炎成分为甘草酸和甘草次酸，黄酮成分也有抗炎效果，Fml00作用弱。甘草锌对小鼠二甲笨引起的耳肿块、角叉菜胶性足肿胀、佐剂性关节炎、棉球肉芽肿等急、慢性炎症均有抗炎效果。甘草次酸对多种炎症反应也有抑制作用。从新疆甘草中分离出的甘草查尔酮A对12－氧－14－烷酞大戟二萜醇醋酸酯所致小鼠炎性耳水肿有抑制作用。甘草酸类化合物抗炎作用的机制是由于其结构与肾上腺皮质激素类似而呈激素样作用。有人认为甘草甜素是通过抑制中性白细胞的代谢来降低活性氧基的形成从而产生抗炎作用的。还有人认为，甘草甜素对巨噬细胞具有选择性作用，能明显降低由于酵母多糖及前列腺素引起的cAMP升高，并可减少由酵母多糖刺激巨噬细胞释放的PGE_2量。PGE_2在炎症过程中有重要作用，甘草甜素能抑制PGE_2的作用及减少内源性PGE_2的产生，可部分解释它的抗炎机制。

5. 对免疫系统功能的影响

甘草及其成分对机体免疫功能呈一种复杂的影响，且不同成分作用不一样。

（1）对巨噬细胞活性及免疫调节介质的调节　甘草甜素能非特异地增强巨噬细胞的吞噬活性，并可清除其抑制活性。甘草甜素能抑制激活的大鼠腹腔巨噬细胞产生前列腺素PGE_2，抑制花生四烯酸的释放。甘草甜素对PGE_2的抑制是由于抑制了PG合成的限速酶－磷脂酶的活性。甘草甜素体外处理小鼠腹腔巨噬细胞可增加干扰素产生。甘草甜索可诱导M_1细胞（由小鼠骨髓白血病细胞建立的巨噬细胞株）产生白介素－1（IL－1），且与γ－干扰素有协同效应，还可

增加脂多糖刺激的残巨噬细胞产生 IL－1。经甘草多糖处理过的单核细胞上清液中存在类似 IL－1 的分子，此分子可增加植物血凝素刺激的小鼠胸腺细胞 DNA 合成。有报道称甘草酸单胺在体外对淋巴细胞的 DNA 合成有抑制作用。

（2）对淋巴因子产生的调节　给小鼠静脉注射纯甘草甜素，发现可使脾细胞 IFN 产生能力增强。给小鼠腹腔内注射甘草甜素，20h 后 IFN 活性达高峰。体外实验表明，甘草甜素本身无诱发 IFN 能力，但用甘草甜素预处理人外周血淋巴细胞 12h，增加刀豆球蛋白 A 诱生 IFN 能力，但不能增强 PHA 诱导的人脾淋巴细胞产生 IFN。甘草甜素可增强刀豆球蛋白 A 诱导淋巴细胞分泌 IL－2 的能力。但有体外实验表明，甘草多糖单独可刺激外周血单个核细胞产生 1FN－γ，而且可增加 1FN－γ 产生细胞的数量。甘草甜素增强 1FN－γ 产生的机制，有人认为是通过抑制 PG 合成的限速酶－磷脂酶 A2 的活性来抑制 PG 的产生，并诱导 IL－1 产生，从而促进 IFN－γ 和 IL－2 的产生。

（3）对 NK 细胞活性的调节　给小鼠腹腔注射甘草甜素可增强肝脏中 NK 活性，但不增加 NK 细胞数量。慢性乙肝患者注射甘草甜素，也可增强其 NK 活性。体外实验表明甘草甜素本身无增强 NK 活性作用，但可促进 IFN－γ 和 IL－2 增强 NK 活性。不同浓度的甘草酸胺对小鼠 NK 活性也均有显著的增强作用。

（4）对抗体产生的调节　甘草的粗提物（除去甘草甜素以外的热稳定成分）能抑制致敏大鼠抗体生成，从而防治青霉素类过敏性休克。甘草甜素对正常小鼠 IgM 产生无影响，却可使由环磷酰胺引起的小鼠免疫功能低下状态的 IgM 产生恢复正常，且明显抑制 IgM 的产生。甘草对小鼠 IgE 的合成也有抑制作用。在甘草甜素治疗动脉硬化症患者 2 个月后，发现血中 IgG 和 IgA 量明显降低。可见，甘草及其成分在体内对杭体产生有抑制作用，而在体外却可增强抗体的产生。

（5）对肥大细胞的调节　预先用甘草甜素处理肥大细胞，肥大细胞表面产生突起，此时即使用抗原刺激，也不发生脱敏粒，组胺释放抑制率可达 100%，若在抗原刺激后再用甘草甜素，则组胺释放抑制率则小得多。

（6）对补体产生的调节　甘草甜素有较强的补体抑制作用，其

抑制血清补体总活性的有效浓度为1mmol/L。动脉硬化患者服用甘草甜素2个月后，血清补体值明显降低。此外，甘草次酸钠能增强花生四烯酸或酵母多糖A诱导的大鼠中性白细胞β-葡萄糖醛酸酶释放，还能诱导大鼠中性白细胞活性氧生成。

（7）增加细胞因子产生　甘草甜素具有间接诱生IFN-γ的活性。有研究认为GL促进IL-2的分泌，可能是IFN-γ分泌增加的原因。IL-2的产生可以促进抑制性T细胞或细胞毒性T细胞产生IFN-γ。IL-2的产生受IL-1，前列腺素PG的双重调节，IL-1可以促进IL-2的产生，PG则可以抑制IL-2的产生。GL可通过抑制前列腺素合成的限速酶-磷酯酶A_2的活性，减少前列腺素的产生，并诱导IL-1的产生，从而促进IL-2的产生，进而促进IFN-γ的分泌，同时可能抑制IL-4的产生，从而使TH_1的功能增加，抑制TH_2的功能，调节TH_1/TH_2失衡。

6. 对心血管系统的作用

大鼠预先给予甘草甜素灌胃7天，可使乙醇引起的血清总脂、胆固醇及三酰甘油（甘油三酯）的变化基本恢复正常。甘草酸肌注连续5d，可使实验性高脂血症家兔血浆胆固醇及三酰甘油明显降低，并阻止大动脉及冠状动脉粥样硬化的发展，与雌性激素合用效果增强，剂量减至每日2mg也有一定效果。甘草次酸钠能明显降低鸡及大白鼠的三酰甘油和低密度脂蛋白，但对胆固醇的影响较小。关于甘草抗动脉粥样硬化作用的机制，曾认为与激活垂体-肾上腺皮质系统及甘草酸能促进胆固醇的结合与排泄有关。近年来发现补体系统激活的免疫性炎症在动脉粥样硬化发病和加重上起一定作用。实验证明，lmmol/L的甘草酸对补体经典途径及旁路的激活均有显著抑制作用，提示甘草抗动脉粥样硬化作用可能与此有关。从甘草分离出的成分3-芳香香豆精衍生物GU-7能抑制血小板聚集，抑制三磷酸肌醇的产生和血小板内钙的增加，抑制血小板磷酸二酯酶活性并增加血小板cAMP浓度。甘草次酸钠能对抗氯仿诱发的小鼠室颤、氯仿-肾上腺素所致兔室性心律失常，延长氯化钙所致大鼠室性心律失常出现时间，减慢大鼠和兔心律，部分对抗异丙肾上腺素的心率加速作用。

7. 镇咳祛痰作用

让豚鼠吸入氨的气溶胶使之咳嗽，18β－甘草次酸及其乙醇铵盐、N－甲基葡萄糖铁盐、胆碱盐等都有明确的镇咳作用，且呈剂量依赖关系，作用最强的是甘草次酸胆碱盐，皮下注射1mg/kg就能抑制80%的咳嗽发作，与可待因的效力差不多。甘草黄酮、甘草浸青及甘草次酸对小鼠氨水引咳、二氧化硫引咳实验均呈明显的镇咳作用。祛痰试验（酚红法、毛果芸香碱法）结果显示甘草黄酮、甘草浸膏、甘草次酸还具有显著的祛痰作用。镇咳、祛痰结果均呈一定的量效关系，作用强度为甘草次酸＞甘草黄酮＞甘草浸膏。镇咳作用机制与消炎作用无关，是通过作用于中枢而产生镇咳效果的。此外甘草还能促进咽喉及支气管的分泌，使痰易咳出，也呈现祛痰镇咳作用。腹腔注射甘草水煎剂或甘草提取物均可有效地防止豚鼠肺组织受体慢性耐受性的发生，这种成分不易从胃肠道吸收。

8. 抗肿瘤及抗突变作用

甘草酸、甘草次酸及一系列的衍生物都有不同程度的抗肿瘤作用。甘草对亚硝基诱发的大鼠胃癌有很好的阻断作用，阻断率为60%。甘草酸对于大鼠腹水肝癌、小鼠艾氏腹水癌、吉田肉瘤及多氧化联苯或甲基氨偶氮笨所致小鼠肝癌均有抑制作用。机制尚不清楚，超微结构观察发现其具有良好的细胞修复效果，故认为甘草酸能增强细胞的解毒能力和抵抗力。甘草次酸钠腹腔注射时对小鼠肉瘤的抑制率分别为53%及40%，对HepA细胞分裂指数的抑制率为43%，电镜下可见HepA细胞线粒体空泡变性、膜破损、糖原颗粒减少、粗面内质网腔缩小、核染色变细等变化。甘草次酸及其衍生物对大鼠移植性骨腿瘤具有与可的松相同的抑制作用。甘草次酸钠已于1977年获英、法、日、德等国专利，用于子宫癌、直肠癌、膀胱癌的治疗，据称疗效较氨甲喋呤、长春新碱、5－氟尿嘧啶等为佳，且无抗癌药的严重副反应。甘草水提液有抗突变作用，能抑制环磷酰胺引起的人外周血淋巴细胞微核增高现象。甘草对致癌物黄曲霉素诱导的人外周血淋巴细胞染色体畸变和姐妹染色单体互换及四个菌株的突变均有很好的阻断作用，其阻断率具有良好的剂量关系。对呋喃丙胺、柔红霉素、亚硝基胍和甲基磺酸甲酯诱发的鼠伤寒沙门菌TA_{97}、TA_{98}、

TA_{100}菌株突变也有不同程度的阻断作用。但也有实验表明，甘草次酸钠不影响小鼠骨位细胞姐妹染色单体互换与微核率，对环磷酰胺的致突变作用也无影响。

甘草甜素 GL 对黄曲霉素（AFB_1）和二乙基亚硝胺（DEN）致大鼠肝癌前病变具有明显抑制作用，并且 GL 在抑制 DEN 致肝癌前病变过程中对 DEN 损伤修复有明显保护作用，GL 使 DNA 修复功能接近正常水平，从而降低了 DEN 的致癌性，同时 GL 还可使肝癌前病变 γ 谷氨酸转肽酶阳性肝细胞增生灶减少，GL 还能抑制皮下移植的吉田肉瘤 。GL 水解为甘草次酸单葡萄糖酸苷 MGGR，其对多种原因诱发的小鼠皮肤癌、肺癌均有抑制作用。体外人体肿瘤实验证明 GL、18α－甘草次酸（18α－GA）和 18β－甘草次酸（18β－GA）均有抑制肿瘤细胞生长的作用。GL 对肿瘤细胞的抑制作用和 18α－GA 相似。GL 和 18α－GA 具有明显的抗肿瘤作用，其作用可能与肿瘤细胞的不同形成来源有关，并推测自然界中存在的所有类似五环三萜结构的化合物都可能具有抗肿瘤作用。

我国学者傅乃武等报道了 14 种甘草黄酮类化合物和 3 种三萜类化合物对 4 种活性氧的清除作用，证实了甘草中含有的黄酮类成分具有明显的抗氧化作用。从胀果甘草中提取的 6 个黄酮类化的混合物 G_{9315}，可有效地预防巴豆油对小鼠皮肤的促癌作用，对巴豆油诱发的不同细胞的脂质过氧化有明显的对抗作用。又进一步证明 G_{9315} 有显著抑制巴豆油诱发的耳水肿及其诱发的 ^{32}P 掺入 Hela 细胞磷脂部分，说明它具有抗促癌作用，并能有效抑制促癌剂诱发的磷脂合成增加，还能明显对抗环磷酰胺引起的小鼠骨髓微核细胞增多，具有抗突变作用，可明显抑制 CCl_4 诱发的小鼠肝微粒体脂质过氧化，以及 CCl_4 所致肝微粒体的损伤。由此可见，甘草黄酮类混合物 G_{9315} 是具有抗促癌、抗致突和抗氧化作用的有效成分，很有希望发展为一个有效的预防肿瘤药物。

日本学者报道，甘草根中黄酮类成分具有清除自由基作用，该作用与脂质过氧化酶抑制作用相同，其中以具有邻位酚羟基黄酮的作用最强。还有人证明甘草查耳酮 A 有抑制肿瘤发生的作用，甘草苷和 GL 能使大鼠腹上肝癌及小鼠艾氏腹水癌细胞产生形态学上的变化。

我国学者王秀梅等报道，甘草叶中富黄酮组分 LF 可诱导单核巨噬细胞产生肿瘤坏死因子作用，与 FM_{100}（从甘草甲醇提取物中得到的富黄酮组分）相比大 3.4 倍。

我国学者马靖等报道了甘草提取物通过 P53 非依赖途径诱导胃癌 MGC－803 细胞凋亡：其作用机制是钙池排空操纵的外钙内流在甘草诱导 MGC－803 细胞凋亡之中发挥了决定性的作用。马靖等还报道说甘草提取物除可诱导胃癌 MGC－803 凋亡之外，还可选择性诱导肝癌 HepG、肺癌 NSCLC 与宫颈癌 Hela 等几种人肿瘤细胞凋亡，但不能诱导胃癌 BGC－823 细胞凋亡。

9. 解毒作用

甘草及其各种单、复方制剂对多种药物中毒、代谢产物中毒、细菌毒素中毒、农药中毒以及食物中毒都有一定解毒效果，有效成分为甘草甜素。甘草浸膏、甘草酸等对水合氯醛、番木鳖碱、乌拉坦、可卡因、苯砷、升汞等有显著解毒效果，对印防己毒素、咖啡因、乙酰胆碱、毛果芸香碱、烟碱、巴比妥类药物等也有一定解毒效果，但对阿托品、索佛拿、毒扁豆碱、吗啡、锑剂等则无效。甘草制剂对喜树碱、农吉利碱等能减毒增效。甘草酸单胺可增强喜树碱的疗效，及降低其毒性。甘草酸还对链霉素的致死性毒性有解毒效果。甘草及其成分解毒作用的机制尚不很清楚，有人认为是由于甘草甜素的吸附作用，甘草次酸的肾上腺皮质激素样作用及类似葡萄糖醛酸的结合解毒作用、药酶诱导细胞膜稳定作用等所致。

10. 抗氧化作用

甘草酸与抗生素、纤维素、生物碱类都可生成复盐，复合后有的可使药理作用加强或互补，有的可使活性提高，毒性和不良反应降低，还有的产生新的药理作用。如我国研制生产的甘氯喘系甘草酸单铵盐与氯喘碱的复盐，为治疗支气管哮喘的良药。某些生物碱类抗癌药，临床常发生严重的胃肠道变态反应及骨髓抑制等不良反应，而单铵盐对此类抗癌药物有解毒作用。如甘草酸铵可以显著降低喜树碱的毒性，对喜树碱治疗实体瘤具有增效作用，其免疫抑制作用比喜树碱强，而且比较持久，对喜树碱引起的血象改变具有保护作用。我国试制成的甘草酸链霉素盐可显著减免硫酸链霉素的毒副反应，而抗结核

疗效不变，甘草酸与泛醇络盐可作氯化汞、组胺、烟碱及毒嘧啶等的解毒剂。

云南甘草总皂苷对芬顿反应生成的 -OH 具有较强的直接清除作用，其 IC_{50} 为 29mg/L，且作用明显强于 -OH 特异性清除剂甘露醇。甘草总皂苷对黄嘌呤 - 黄嘌呤氧化酶系统产生的过氧基也有较强的清除作用，其 IC_{50} 为 89mg/L。甘草总皂苷对白由基发生系统诱导离体大鼠心肌匀浆组织产生脂质过氧化作用有明显的抑制效应，对自由基发生系统诱导离体大鼠心肌线粒体膜脂质过氧化也有一定的抑制作用。甘草类黄酮可明显抑制小鼠肝匀浆在振荡温育条件下引起的丙二醛升高；可分别对碱性二甲基亚砜或黄嘌呤氧化酶体系生成的过氧基有显著清除作用，且呈浓度依赖性变化；对 PMA 刺激多核白细胞释放的 O_2^- 及 -OH 或 Fenton 反应生成的 -OH 有明显清除作用。甘草苷元和异甘草苷元对大鼠肝脏线粒体单胺氧化酶有抑制作用，表现为对单胺氧化酶的底物竞争抑制，后者作用强于前者。

11. 保护耳前庭功能

甘草除能缓解链霉素毒性外，对链霉索所致耳前庭功能损伤也有显著保护效果。甘草酸连续腹腔注射 2 个月，能显著对抗肌注链霉素所致豚鼠眼球震颤，减轻前庭功能损伤。甘草次酸半琥珀酸酯二钠肌注于豚鼠，可使短声引起的耳蜗微音电位和听神经复合动作电位明显增强，听神经动作电位反应阈值降低，表明甘草次酸可提高豚鼠内耳听觉功能。甘草酸与链霉素碱性基团结合成甘草酸链霉素后，既能保持其抗菌活性，又能减轻对耳前庭神经的损害。

12. 甘草具有抗变态反应作用

由于甘草中的甘草酸在结构上与糖皮质激素相似，在体内可延缓皮质激素的代谢，且对下丘脑垂体肾上腺轴无明显影响，故可作为皮质激素的替代治疗，目前已用于包括皮炎、药疹、结缔组织病以及与自身免疫反应密切相关的疾病如银屑病等。由于甘草酸抗炎作用仅接近于泼尼松，且作用缓慢，故仅作为上述疾病的辅助治疗，或皮质激素减量或撤退过程中的替代治疗药物。早在 20 世纪 80 年代就已经观察到，甘草酸除有糖皮质激素样作用外，还可以直接抑制补体活化，降低循环免疫复合物水平。体外研究发现，甘草酸可显著抑制抗原细

胞对 T 细胞的过度激活作用，并抑制由 TNFa 介导的细胞毒作用，从而调节免疫反应。另外，还发现甘草酸可以调节 T 细胞释放细胞因子，使 Th1/Th2 保持平衡。甘草酸可以显著抑制大鼠腹腔肥大细胞释放组织胺，且与地塞米松有协同作用。

13. 甘草具有抗溃疡及解痉作用

甘草素、异甘草素具有抗溃疡和解痉作用，对大鼠幽门结扎形成的溃疡有抑制作用，对动物离体肠管有抑制作用，并能解除乙酰胆碱、氧化钡和组织胺所致的肠痉挛。甘草素也具有抗溃疡作用并对大鼠腹水肝及小鼠艾氏腹水癌细胞能产生形态学上的变化，临床用作抗炎剂。

14. 抗血小板作用

甘草叶富黄酮组分 LF 对胶原蛋白诱导的血小板聚集有较强的抑制作用，IC_{50}为 64μg/ml。同样，对于二磷酸腺苷诱导的血小板聚集有抑制作用，IC_5为 90μg/ml，而对照组阿司匹林为 1.6mg/ml。另据报道，异甘草素也具有抗血小板聚集作用，它们的作用强度在体外相当于阿司匹林。[52]

15. 对酶的抑制作用

近年来，国内外学者大多数着眼于通过对酶的作用来筛选天然药物的生物活性。甘草中的黄酮有多种药理作用。甘草黄酮对环磷酸腺苷磷酸二酯酶（PDE）、醛糖还原酶（AR）、单胺氧化酶（MAO）等都有一定的抑制作用。其甘草叶中富黄酮组分（LF）对醛糖还原酶（AR）、脂质过氧化酶（LPO）、5－脂质氧化酶（5－LOX）抑制作用明显。当浓度为 10μg/ml 时，对 AR 的抑制率为 82.3%，对 LPO 的抑制率为 41.8%；当浓度为 1.0μg/ml 时，对 AR 的抑制率为 44.9%，对 5－LOX 抑制率为 100%；当浓度为 0.1μg/ml 时，对 5－LOX 的抑制率为 89.5%。[53]

16. 其他作用

甘草酸具有抗利尿作用，甘草次酸也有同一作用。作用机制为增强肾小管对钠和氯的重吸收。其作用方式与去氧皮质酮不同，可能为对肾小管的直接作用。Fml00 有抗惊、镇痛、解痉及抑制胃液分泌的作用。甘草次酸具有抑制小鼠生殖腺产生睾丸酮的作用。甘草次酸钠

腹腔注射使缺氧小鼠的存活时间延长，小鼠的整体耗氧率降低，小鼠血液 PH 提高，酸中毒减轻，也能使混合血的氧分压降低，但对小鼠血中甲状腺素含量无明显影响。

17. 体内过程

大鼠灌服甘草酸铵后，30 分钟血浆中甘草次酸达峰值，甘草酸铵在给药 4 小时后才达峰值，8 小时后，甘草酸按与甘草次酸均衰减，20 小时后，甘草酸铵从血中消失。甘草次酸则维持在微量。健康人口服 100mg 甘草酸后，于血液中未见甘草酸，而甘草次酸含量却甚高，且于 1 ~ 4 小时及 10 ~ 24 小时出现两个高峰，峰值约为 500μg/ml。甘草酸被肠道菌丛的水解酶 β - 葡萄糖醛酸酶水解成甘草次酸，甘草次酸又可转化为 3 - 表甘草次酸。两者脂溶性强，易通过肠壁进入血液循环而形成第 1 高峰。吸收后的甘草次酸或 3 - 表甘草次酸通过肝门循环，在肝内经与葡萄糖醛酸或硫酸结合后，随胆汁排入肠道，在肠道内再被水解，经肠黏膜吸收后又进入血液循环，从而形成了第 2 高峰。大鼠静脉注射甘草酸后，血浆浓度于 30 分钟内迅速下降，60 分钟后维持在缓慢衰减水平。正常人静注甘草酸铵 80mg，5 小时后血中出现甘草次酸，约 24 小时后达峰值，约为 7μg/ml。静脉注射甘草酸铵后，大部分和血浆蛋白结合，小部分进入肝脏，然后经胆汁分泌入肠道，再以代谢物甘草次酸和 3 - 表甘草次酸形式被吸收，形成肝肠循环。甘草酸和甘草次酸从尿中排泄极微。

18. 毒性

甘草毒性甚小，但非口服也有一定毒性。甘草水提物对小鼠腹腔注射的 LD_{50} 为 2. 52g/kg，皮下注射为 LD_{100} 为 3. 6 g/kg，甲醇提取物腹腔注射 LD_{50} 为 1. 33g/kg。甘草甜素小鼠灌服 LD_{50} 为 3g/kgI，静注为 683mg/kg。甘草酸皮下注射的 MLD 为 lg/kg。甘草次酸腹腔注射的 LD_{50} 为 300mg/kg，死亡动物呈腹腔炎症，药物未全吸收。甘草次酸琥珀酸半酯小鼠腹腔注射的 LD_{50} 为 101mg/kg，静注 LD_{50} 为 43 mg/kg。甘草浸膏豚鼠连续 6 星期灌服，或每日给兔灌服 40d，结果给药组体重略增，肾上腺重量减轻或功能低下，血钠明显升高。甘草酸连续给药 1 星期以上，可见水肿，停药消失。甘草次酸酸琥珀酸半酯皮下注射于猫或兔，连续 30 天，体重无变化，也无死亡。

（三）炮制研究

据考证，甘草始载于《神农本草经》但该书未记载甘草的炮制方法。《金匮玉函经》中首先记载“炙焦为末，蜜丸”。以后的各类医药书籍中大多都有关于各种炮制方法的记载。综合而言不加辅料的有炙、炒、炮、煨；加辅料的制法有酒制、醋制、盐制、油制、蜜制、水制、胆汁制等方法。

1. 不加辅料的炮制方法

（1）炙法　是最早的炮制方法，始载于汉代《金匮玉函经》曰：“炙焦为末，蜜丸”，此后许多文献还记述了炙法的不同要求。如宋代《类证活人书》曰：“炙微赤”。明代《普济方》曰：“炙紫色”、“去皮炙”，清《类证治载》曰“炙黑”等。

（2）炒法　在汉《金匮要略方论》中最先记有“炒”，此后文献还记述了炒的不同要求。如宋《博济方》曰：“炒存性”、“炒令黄”，金《儒门事亲》曰：“炙、炒”；元《瑞竹堂经验方》曰：“微炒”；清《霍乱论》曰：“去皮微炒”。

（3）炮法　在唐《颅囟经》中见有“炮”的记载，之后，明《普济方》、《本草纲目》相继有“炮黄色”、先炮令内外赤黄用。

（4）煨　宋《太平惠民和剂局方》中最先见有“煨”的记载，之后元《活幼心书》，清《医宗金鉴》均载“湿纸裹煨透”，《本草纲目拾遗》又进一步要求“一枝一中三线，纸包，水湿，火内煨熟”。

（5）其他制法　包括焙、烧、炮后焙、炒后炙。在宋代《校正集验背疽方》中最先载有“去节去皮，细焙”，“去节去皮炙黄焙”。之后，明代《普济方》亦提到“捣焙、去渣”。宋代《圣济总录》中见有“炮熟焙”的记载。在明代《证治准绳》中见有“用湿纸裹煨，焙干为细末”。宋代《小儿卫生总微论方》中有“微炒炙”。此外，在明代《普济方》中尚见到“一分为三片，刀前者生，刀后者炙熟”的记载。

2. 加辅料的炮制方法

（1）酒制

①酒蒸：在《雷公炮制论》中最早见有“凡使须在头尾尖处，其头尾吐人。每用，切长三寸劈作六、七片，使瓷器中盛，用酒浸蒸从巳至午，取出暴干，细。”此后明代《本草乘雅半偈》亦有类似的记载。

②酒炒：在明代《医宗必读》中见有“酒炒”的记载。此后清代《叶天士秘方大全》中又进一步要求“加黄酒湿透，炒半黑”。

③酒炙：清代《握灵本草》中见有“凡用须去头尾或酒炙或酥炙或长流水炙”的记载。

（2）醋制　宋代《苏沈良方》中见有“纸裹五、七重，醋浸令透火内慢煨干，又浸如此七遍”的记载。此后明代《普济方》也云：“一半生用，一半纸裹五六重，醋浸透纸裹慢煨干。”

（3）蜜制　在唐代《千金翼方》中最早见有“蜜煎甘草涂之”的记载。此后，明代《医学纲目》、《鲁府禁方》，清代《医方集解》、《得配本草》等都有蜜制的记载。有的文献尚载有不同的方法和要求，如宋代《太平惠民和剂局方》曰：“蜜炒”，明代《炮炙大法》曰：“用蜜水拌炒”，明代《先醒斋广笔录》、清代《成方切用》都提到“去皮蜜炙”。

此外，历代本草还有盐制、油制、水制、胆汁制、乌药汁制、沙炒、米炒、麸炒、姜汁炒等。[55~56]

3. 炮制影响

甘草有效成分为甘草酸和甘草苷，不同炮制品之间甘草酸含量无显著的变化。甘草蜜制前后不会引起甘草酸含量的显著改变，但是甘草经蜜制后增强了缓急止痛的作用。在提高小鼠巨噬细胞功能方面，炙甘草强于生品。蜜炙甘草应推为临床补气用甘草的最佳炮制品。[57]

第二节　参苓白术散的药理研究

一、对直肠放射性损伤的防治作用

加减参苓白术散中黄芪、党参、白术、茯苓、山药健脾益气，白

花蛇舌草、重楼、半枝莲、薏苡仁、佩兰、藿香、黄连、白头翁等清热解毒燥湿，其中白花蛇舌草、重楼、半枝莲更有抗癌解毒的作用。此外，黄芪、薏苡仁尚有防止肠组织增生、纤维化的作用，还有消除水肿、生肌排脓的功效。诸药合用，标本兼顾，攻补同施，可使脾胃调和，清升浊降，泄泻得止。尤其适用于正气大亏，邪毒又盛的直肠放射性损伤。放疗过程中结合应用参苓白术散，使大便次数减少，黏液便、下腹痛症状明显减少，说明该配方能很好预防直肠放射性损伤的发生。从1年后晚期直肠放射性损伤的结果看，观察组直肠放射性损伤的发生率较低，严重度也比对照组轻，显示该中药复方不仅能预防早期直肠放射性损伤的发生，同时也能减少晚期直肠放射性损伤的生率，从而提高患者的生存质量。至于可否提高生存率，有待进一步临床观察总结。[58]

二、在肺结核化疗中的减毒增效作用

观察结果表明，参苓白术散与化疗药物配合使用，比单一化疗方案能明显提高综合疗效，缩短临床治愈时间，显著改善咳嗽、乏力、食欲减退等症状，提高痰菌阴转率，促进病灶吸收，其作用效果发生在开始治疗后的前3个月，表现出一定程度的增强化疗药物疗效的作用。目前，因为抗结核药的不良反应导致抗结核治疗中止，影响疗效的病例较多，参苓白术散的这种增效作用对完成全程化疗无疑有着积极的意义。

观察结果还表明，参苓白术散与化疗药物配合使用，比单一化疗方案能明显降低治疗开始后前1~2个月内不良反应的发生，绝对危险度及相对危险度均有所提高，并在一定程度上减轻了肝功能损伤，防止血尿酸升高，表现出一定的减轻化疗药物不良反应的效果。

此外，参苓白术散与化疗药物配合使用，与单一化疗方案比较，对病灶空洞闭合的影响无明显差异，可能与样本量偏少有关。因为理论上推测，既然脾胃为气血生化之源，且“土生金”、“脾生肺”、“脾主肌肉”，那么参苓白术散对病灶空洞闭合可能产生积极的影响。当然这也从另一侧面反映出化疗仍然是控制结核病重要手段和有利武器。[59]

三、对嗜酸性“脾虚”小鼠的影响

1. 对“脾虚”小鼠爬杆疲劳时间的影响　于给药后第7天，将小鼠负重置于爬杆上（杆长lm，表面粗糙），以第二次由杆上掉下之时间为疲劳时间。由结果可以看出，参苓白术散之大剂量组可显著延长负重爬杆疲劳时间，且与模型组相比，有显著性差异（$P<0.05$），提示参苓白术散对改善肢体倦怠等症状有明显的促进作用，也为临床上参苓白术散缓解“脾虚”证症状提供了药理实验依据。

2. 对“脾虚”小鼠脾脏与胸腺重里的影响　于给药12天后，处死小鼠，分别取胸腺、脾脏称重。由结果来看，嗜酸性“脾虚”小鼠之胸腺、脾脏重量较空白对照组明显降低，而参苓白术散则可使胸腺，脾脏重量显著增加，且在大剂量时，用药组脾脏重量与模型组相比，具有显著性差异（$P<0.05$），其余各组均有增加但经统计，无显著性差异（$P>0.05$）。其重量变化在一定程度上反映了对免疫功能的影响，但是关于其对免疫功能的影响尚有待进一步研究。

3. 对小鼠血糖含最的影响　从小鼠眼眶取血，分离血清，按血糖测定试剂盒使用说明书进行操作，在波长505nm处测光密度，结果表明脾虚模型小鼠之血糖含量较空白组显著降低（$P<0.01$）。用参苓白术散后血糖含量有增加，但经统计其P值均大于0.05。

4. 对小鼠肝糖元含量的影响　处死小鼠后，取适量肝脏，称重加5%三氯醋酸制成5mg/ml的肝组织匀浆，以茚酮法于波长650nm处测定光密度，以光密度值来表示肝糖元之含量，结果表明，模型组之肝糖元含量较正常小鼠高，参苓白术散则可使之降低。

5. 对小鼠肝、脑过氧化脂质含量的影响　处死小鼠后，取肝，脑各50mg，用10%三氯乙酸制成5mg/ml的组织匀浆，离心后取上清液3ml加2ml硫代巴比妥酸（6.7mg/ml），置沸水中浴10min，冷却后于波长532nm处测光密度（以10%三氯乙酸作空自对照），结果表明参苓白术散可降低肝、脑LPO含量，且有显著性差异（P值分别小于0.05和0.01），提示参苓白术散在改善机体重要脏器肝、脑功能及延缓衰老方面有积极的意义。[60]

四、对吲哚美辛所致大鼠胃黏膜损伤的保护作用

吲哚美辛是一种非甾体类抗炎药物，它可对实验动物和人的胃黏膜造成损伤。据报道，大剂量注射吲哚美辛（25mg/kg）可在1小时内造成非出血性损伤，随后演变成出血性损伤。加味参苓白术散通过增强抗氧化剂的活性以及抑制脂质过氧化和氧化损伤，从而达到对吲哚美辛所致大鼠胃黏膜损伤的保护作用，这为加味参苓白术散作为胃保护剂所起的作用提供了细胞学上的解释，但该方剂中何种有效成分具有抗氧化剂的特性尚需进一步的研究来确定。

1. 胃组织中LPO和GSH水平的变化　IM组LPO含量显著增加。中药预处理各组的含量明显低于IM组，尤以3天组抑制明显。IM组GSH水平显著降低（$P<0.05$），中药预处理组各组GSH水平均未出现明显降低。

2. 胃组织中SOD和CAT活性的变化：IM组大鼠SOD活性明显降低（$P<0.05$），与之相反，吲哚美辛对CAT活性无明显影响。中药预处理1天组和2天组其SOD活性与IM组无明显差异，但3天组出现显著升高（$P<0.01$）。中药预处理各组CAT活性均出现显著升高。

3. 胃组织的形态学变化　光镜下可观察到IM组大鼠胃组织出现明显的形态学改变。沿黏膜皱褶胃腺出现显著损伤性变化。在出血性梗塞部位有许多胃黏膜上皮细胞坏死和大部分胃小凹消失。但中药预处理组大鼠的胃组织大部分仍保持正常的胃黏膜形态，黏膜出血性梗塞部位的变化明显少于IM组。[61]

五、对脾虚模型的真菌菌群调整功能

大黄脾虚证造模方法不仅使肠道细菌菌群有显著改变，而且对真菌菌群也产生显著影响。造模完成时，霉菌、酵母菌有一定程度的增加，两者合计的真菌总数的增加值与造模前的差异，已具有统计学意义。真菌菌群及其变化的指标相对于细菌菌群而言，是相对“惰性”的指标，但它们也可以在一定程度上反映肠道微生物群的失调状态及其动态过程。参苓白术散除能够对脾虚模型鼠的细菌菌群加以调整之

外，同时对肠道真菌菌群失调也有调整作用。运用参苓白术散之后，无论霉菌还是酵母菌均减少（$P < 0.05$），真菌总数亦降低（$P < 0.01$）。霉菌与真菌总数比造模前正常值有一定减少，而酵母菌含量则低于造模前正常值水平（$P < 0.01$）。酵母菌是真菌群中主要的致病菌，院内真菌感染主要为酵母型，其中80%为白色念珠菌感染。

由此可知，该方剂对真菌菌群不仅有较强的调理作用，而且对潜在的致病型酵母菌有一定抑制性，体现出一定的保健或预防功效。[62]

六、对小鼠免疫功能的比较研究

实验结果表明，参苓白术散不同剂型均能提高小鼠腹腔巨噬细胞吞噬功能，促进小鼠血清溶血素形成，抑制二硝基氯苯诱导的小鼠迟发型变态反应，与模型组比较均有显著性差异（$P < 0.05$），两种剂型的作用强度无明显差别。说明参苓白术散颗粒剂对小鼠免疫功能的影响相当于合煎剂与分煎剂，从而为参苓白术散颗粒剂的临床应用提供了一定的依据。[63]

七、预防癌症化疗的毒性及不良反应

化疗所致的严重骨髓抑制和胃肠道毒性是导致肿瘤化疗失败的主要原因之一，而防治化疗毒性及不良反应是目前肿瘤研究的难点和热点。治疗组给予参苓白术冲剂，对照组仅在化疗期间用恩丹西酮。结果表明急性呕吐反应发生率两组无明显差异，在预防迟发性呕吐方面，疗效差异显著，治疗组呕吐发生率和程度均明显低于对照组（$P < 0.01$）。腹泻发生率治疗组为0，对照组为8.8%，有显著差异（$P < 0.05$）。白细胞下降发生率治疗组为26.2%，对照组为65.7%，有非常显著差异（$P < 0.01$），且治疗组白细胞下降程度明显低于对照组。血红蛋白和血小板下降发生率两组无显著差异。[64]

参考文献

[1] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出版社，2005.510

[2] 梁生旺．中药制剂分析．北京：中国中医药出版社，2003. 136
[3] 国家中医药管理局《中华本草》编委会．中华本草．上海：上海科学技术出版社，1999. 15：810
[4] 高传忠．结合现代药理研究对人参的认识．时珍国医国药，1999，10（2）：91～92
[5] 王筠默．人参药理研究的进展．人参研究，2001，13，（3）：2～10
[6] 曹继荣．人参不同炮制品的药性与临床．河南中医药学刊，1994，9（5）：17～18
[7] 欧明，林励，李衍文．简明中药成分手册．北京：中国中医药出版社，2003，210
[8] 张存莉，刘虎岐，傅建熙．药用植物土茯苓研究进展．1999，（3）：61～63
[9] 窦有业，王薇．茯苓及羧甲基茯苓多糖的研究概况．中国药师，2005，8（3）：244～245
[10] 付玲，于淼．茯苓研究的新进展．新疆中医药，2005，23（3）：80
[11] 刘广省．土茯苓的药理研究进展．中药材，2001，24（8）：615～616
[12] 李洛恩，王冬毅．茯苓的药理及临床新用．基层中药杂志．1997，11（3）：55
[13] 刘圣，沈爱宗．土茯苓研究进展．中医药学报，1997，（5）：55
[14] 张秀明．茯苓药理作用研究概况．中药材，2001，24（6）：447～448
[15] 苑辉卿，薛克亮，任红玉．土茯苓的研究概况．中国中药杂志，1997，22（5）：315～316
[16] 金世元，王琦．中药饮片炮制研究与临床应用：504～505
[17] 龙全江，徐雪琴，胡昀．白术的化学、药理与炮制研究进展．中国中医药信息杂志，2004，11（11）：1033～1034
[18] 刘思贞，邵玉芹，祝希娴．白术药理研究新进展．时珍国医国，1999，10（8）：634
[19] 陈华萍，吴万征．白术的研究进展．广东药学，2002，12（5）：19～21
[20] 中华本草［M］，21卷：731～1033
[21] 龙全江，徐雪琴，胡昀．白术的化学、药理与炮制研究进展［J］．中国中医药信息杂志，2004，11（11）：1033～1034
[22] 杜培凤，聂进红．白术研究综述［J］．齐鲁药事，2004，Vol. 23，No19：41～43
[23] 金世元，王琦．中药饮片炮制研究与临床应用［M］：227
[24] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出

版社，2005. 22：8. 242
[25] 姜芳婷，李明静，史会齐等．山药的研究．河南大学学报（医学版）2004，23（2）：4～7
[26] 赵彦青，王爱凤．山药的药理研究进展．中医研究，2000，13（5）：49～51
[27] 杨武德，李白玲，冯靖．山药及不同炮制品多糖含量分析．贵阳中医学院学报，2004，26（3）：62～63
[28] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出版社，2005. 8：394
[29] 丁利君．周国．莲子水溶性糖的提取及其对自由基清除能力的研究．中国食品科学，2002，23，（8）：252～254
[30] 苗明三，徐瑜玲．方晓艳．莲子多糖对衰老模型小鼠抗氧化作用的研究．中国现代应用药学杂志，2005，22（1）：11～12
[31] 郭建民．现代中药炮制手册．北京：中国中医药出版社，2002. 571
[32] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出版社，2005. 11：459
[33] 郑家龙．扁豆的药理作用与临床应用．时珍国药研究，1997，8（4）：330～331
[34] 金世元，王琦．中药饮片炮制研究与临床应用．北京：化学工业出版社，2004，252～253
[35] 何晓阳，蔡一林．薏苡的研究与应用．天然产物研究与开发，1998，8（1）：54～58
[36] 赵素霞，程再兴，李连珍等．薏苡仁药理研究新进展．河南中医，2004，24（2）：83～84
[37] 陶崇斌，吴家丹．薏苡仁药理作用及鉴别的研究概况．中医药学刊，2005，23（5）：919～920
[38] 林建榆．近年来薏苡仁的研究概况．海峡药学，2001，13（4）：12～13
[39] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出版社，2005. 22：8. 330
[40] 金世元，王琦．中药饮片炮制研究与临床应用．北京：化学工业出版社，2004，89
[41] 陶崇斌，吴家丹．薏苡仁药理作用及鉴别的研究概况．中医药学刊，2005，23（5）：919～920
[42] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出

版社，2005.24：620
[43] 胡玉兰，张忠义，林敬明．中药砂仁的化学成分和药理活性研究进展．中药材，2005，28（1）：72～74
[44] 杨正银．砂仁加工炮制方法不同对挥发油含量的影响．药学实践杂志，2000，18（1）：59～60
[45] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出版社，2005.20：620
[46] 舒娈，高山林．桔梗研究进展．中国野生植物资源，1996，20（2）：4～6
[47] 王正益，田效志，李平等．桔梗烘法炮制初探．河南中医学院学报，2004，（6）：34～35
[48] 罗学伦．桔梗炮制的实验研究．中国中医药科技，2002，9（1）：52
[49] 董文宾，赵旭博，王顺民等．甘草的研究及应用现状．陕西科技大学学报，2003，21（4）：43～46
[50] 韩　军．甘草的药理作用与临床应用价值．实用医药杂志，2003，20（8）：630～631
[51] 许秋霞，邹　敏．甘草的药理作用概述．实用中医药杂志，2005，21（7）：450～451
[52] 高鸿霞，邵世和，王国庆．中药甘草研究进展．井冈山医专学报，1996，11（5）：8～11
[53] 郭忠军，麻常娟．甘草地上部分黄酮研究概况．航空航天医药，2005，16（1）：62～64
[54] 黄玉云．甘草的药理研究和临床应用现状．南通医学院学报，1995，15（2）：363～365
[55] 国家药典委员会．中华人民共和国药典2005版第一部．北京：化学工业出版社，2005.11：303
[56] 吴世强，种月荣，石勇强．甘草的多法炮制及历史考证．时珍国医国药，2005，16（1）：36
[57] 金世元，王琦．中药饮片炮制研究与临床应用：201
[58] 胡岳然，刘雅洁，吴超权等．参苓白术散对直肠放射性损伤的临床防治效果．中华放射肿瘤学杂志，2005，14（4）：304～306
[59] 张蕾蕾，金华，金钊等．参苓白术散在肺结核化疗中的减毒增效作用观察．中国中医药信息杂志，2005，12（2）：69～70
[60] 侯建平，徐杜郎．参苓白术散对嗜酸性“脾虚”小鼠的影响．陕西中医学院学报，1997，20，（4）：33～35

[61] 全小林．加味参苓白术散对吲哚美辛所致大鼠胃黏膜损伤的保护作用．国外医学中医中药分册，2000，22（5）：279～281
[62] 丁维俊，周邦靖，冯立秀等．脾虚造模及参苓白术散的真菌菌群调整功．成都中医药大学学报，2004，27（1）：24～25
[63] 吴红娟，肖锦仁，黄雪梅等．参苓白术散颗粒剂与煎剂对小鼠免疫功能的比较研究．中药材，2002，25（11）：811～812
[64] 杨国武，钱宗杰．参苓白术冲剂预防癌症化疗毒不良反应的疗效观察．现代中西医结合杂志，2003，12（1）：43

[General Information]
书名=参苓白术散
作者=刘惠杰，何军编著
页数=352
SS号=12107477
出版日期=2009.1

封面
书名
版权
前言
目录
上篇　理论研究
第一章　参苓白术散方
第一节　参苓白术散方名释义
第二节　参苓白术散立法依据
第三节　参苓白术散的组成与方义分析
第四节　参苓白术散功用与适应证
一、参苓白术散各组成中药功效与主治分析
二、参苓白术散成方功效与适应证
第五节　参苓白术散源流发展
第六节　参苓白术散衍生方
一、资生丸
二、七味白术散
三、异功散
四、参苓壮脾圆
五、参术散
六、寿脾煎
七、香砂六君子汤
第二章　历代医家对参苓白术散的论述
第三章　参苓白术散现代理论研究进展
第一节　参苓白术散中人参去芦的问题
第二节　参苓白术散中人参和党参的问题
第三节　参苓白术散中加入陈皮的问题
第四节　参苓白术散中茯苓菌核不同部位应用的特点
第五节　参苓白术散中砂仁后下的问题
第六节　论参苓白术散中甘草生用、炙用的问题
第七节　参苓白术散的功效主治研究
中篇　临床研究
第一章　内科病证
第一节　呼吸系统疾病
一、慢性支气管炎
二、哮喘

三、胸膜炎
四、支气管扩张
五、气胸
六、上呼吸道感染
七、肺不张
八、原发性支气管肺癌
九、慢性肺心病
十、肺结核
十一、咳嗽
十二、肺胀
第二节　循环系统疾病
一、心律失常
二、冠心病心绞痛
三、二尖瓣脱垂综合征
四、心悸
第三节　消化系统疾病
一、慢性胃炎
二、慢性胰腺炎
三、慢性结肠炎
四、慢性肝炎
五、溃疡性结肠炎
六、非特异性溃疡性结肠炎
七、放射性肠炎
八、消化性溃疡
九、肝硬化
十、乙型肝炎
十一、慢性痢疾
十二、脂肪肝
十三、肠易激综合征
十四、胃黏膜脱垂症
十五、糖尿病性胃轻瘫
十六、消化不良综合征
十七、抗生素相关性肠炎
十八、肠道菌群失调症
十九、胆道术后综合征
二十、胃肠功能紊乱
二十一、应激性溃疡
二十二、小肠黏膜脱落症
二十三、肠癌术后
二十四、泄泻

二十五、胃痛
二十六、胃脘嘈杂
第四节　泌尿系统疾病
一、慢性肾小球肾炎
二、尿路感染
三、泌尿道结石
四、痛风性肾病
五、劳淋
第五节　血液和造血系统疾病
一、缺铁性贫血
二、高脂血症
三、血小板减少性紫癜
四、白细胞减少症
五、贫血
第六节　内分泌系统疾病
糖尿病
第七节　内科疑难病证
一、水肿
二、中风后遗症
三、血吸虫病腹水
四、免疫功能低下
五、周期性麻痹
六、重症肌无力
七、失眠
八、痹证
九、神经性厌食症
十、盗汗
十一、发热
十二、痿证
十三、梅核气
十四、结核性胸膜炎腹膜炎
第二章　妇产科病证
第一节　月经病
一、月经不调
二、经行泄泻
三、闭经
第二节　带下病
第三节　妊娠病
一、妊娠恶阻
二、子肿

三、乳泣
第四节 妇科杂病
一、慢性宫颈炎
二、子宫全切术后腹泻
三、外阴干燥症
四、不孕症
第三章 儿科病证
第一节 呼吸系统疾病
一、小儿肺炎
二、支气管哮喘
三、肺门淋巴结结核
四、小儿反复呼吸道感染
五、咳嗽
第二节 消化系统疾病
一、伪膜性肠炎
二、小儿疳积
三、小儿厌食症
四、小儿腹泻
第三节 泌尿系统疾病
慢性肾炎
第四节 小儿五官科疾病
一、过敏性鼻炎
二、鼻窒
三、小儿多涕症
四、小儿花剥苔
五、小儿弱视
六、小儿慢性鼻窦炎
七、病毒性角膜炎
八、先天性白内障
九、角膜软化症
第五节 小儿疑难杂症
一、水肿
二、小儿弱智
三、小儿缺锌
四、小儿湿疹
五、小儿摇头症
六、缺铁性贫血
第四章 耳鼻喉科病证
一、美尼尔综合征
二、渗出性中耳炎

三、慢性化脓性中耳炎
四、神经性耳聋耳鸣
五、过敏性鼻炎
六、慢性鼻炎
七、慢性鼻窦炎
八、干酪性鼻炎
九、慢性喉炎
十、慢性咽炎
第五章　眼科病证
一、视瞻昏渺
二、中心性浆液性脉络膜视网膜病变
第六章　口腔科病证
一、复发性口腔溃疡
二、口腔黏膜病
三、舌炎
第七章　皮肤科病证
一、白色糠疹
二、肌衄
三、多发性皮肤炎
四、汗疱疹
五、天疱疮
第八章　外科病证
一、多发性脂肪瘤
二、肛瘘术后创口愈合
第九章　骨科病证
骨折后低张性水肿
第十章　男科病证
一、阳痿
二、不射精症
三、少精症
四、遗精
五、慢性前列腺炎
下篇　实验研究
第一章　参苓白术散的制剂研究
第一节　制剂工艺
一、参苓白术散
二、参苓白术丸
三、参苓白术胶囊
四、参苓白术片
五、参苓白术颗粒

六、参苓白术口服液
七、参苓白术茶
八、参苓白术酒
第二节　质量研究
一、鉴别［1 - 2］
二、含量测定［2］
第二章　参苓白术散的药理研究
第一节　参苓白术散各组成中药的药理研究
一、人参
二、茯苓
三、白术
四、山药
五、莲子肉
六、白扁豆
七、薏苡仁
八、砂仁
九、桔梗
十、甘草
第二节　参苓白术散的药理研究
一、对直肠放射性损伤的防治作用
二、在肺结核化疗中的减毒增效作用
三、对嗜酸性“脾虚”小鼠的影响
四、对吲哚美辛所致大鼠胃黏膜损伤的保护作用
五、对脾虚模型的真菌菌群调整功能
六、对小鼠免疫功能的比较研究
七、预防癌症化疗的毒性及不良反应