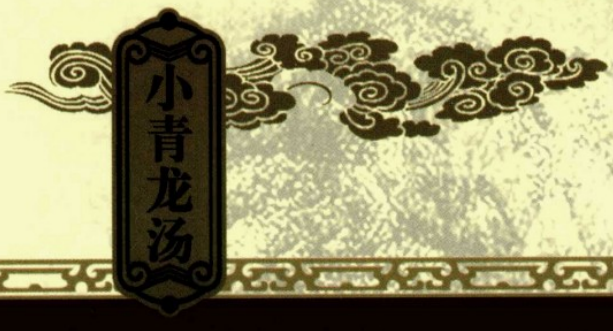
总主编◉巩昌镇 马晓北
编 著◉赵方田 国 华

难病奇方系列丛书 第二辑

小青龙汤

《诠释经方奇方 探究临床应用与作用机制》

中国医药科技出版社



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 978-7-5067-3963-4

9 787506 739634 >

责任编辑 金芬芳

封面设计 學雅閣

定价：29.00元

难病奇方系列丛书（第一辑）

小青龙汤

总主编 巩昌镇 马晓北
编 著 赵方田 国 华

中国医药科技出版社

图书在版编目（CIP）数据

小青龙汤/赵方田，国华编著. —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 978-7-5067-3963-4

Ⅰ.小… Ⅱ.①赵… ②国… Ⅲ.小青龙汤—研究 Ⅳ.R286

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第170656号

美术编辑 陈君杞
版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社
地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号
邮编 100082
电话 责编：010-62278797 发行：010-62227427
网址 www.cspyp.com.cn
规格 958×650mm 1/16
印张 16
字数 233千字
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 978-7-5067-3963-4
定价 29.00元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

内容提要

本书分为上、中、下三篇。上篇理论研究介绍了小青龙汤的来源、功效主治、临床应用、历代医家对小青龙汤的论述，以及小青龙汤理论研究热点；中篇临床研究介绍了小青龙汤在内、外、妇、儿等各科疾病中的临床运用，下篇实验研究介绍了小青龙汤的制剂研究及药理研究最新进展。全书内容丰富，侧重于临床，可供广大中医、中药专业临床及科研人员阅读参考。

《难病奇方系列丛书》(第二辑)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　佘远遥　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 概 述 …… (3)
一、小青龙汤的来源 …… (3)
二、小青龙汤的组成及用法 …… (3)
三、小青龙汤的功效与主治 …… (4)
四、小青龙汤的临床应用 …… (16)
五、小青龙汤的衍生方 …… (17)
第二章 历代医家对小青龙汤的论述 …… (19)
第三章 小青龙汤的理论研究热点 …… (28)
一、小青龙汤君药的确定 …… (28)
二、小青龙汤的用药特点 …… (28)
三、小青龙汤的细辛用量 …… (29)

中篇 临床研究

第一章 内科病证 …… (37)
第一节 呼吸系统疾病 …… (37)
一、慢性支气管炎 …… (37)
二、急性支气管炎 …… (43)
三、支气管哮喘 …… (45)
四、哮证 …… (50)
五、变应性哮喘 …… (52)
六、慢性阻塞性肺病 …… (54)
七、支气管肺炎 …… (56)
八、哮喘型霉菌性肺炎 …… (58)
九、间质性肺炎合并轻度纤维化 …… (59)
十、放射性肺炎 …… (60)

目录

十一、肺源性心脏病 …… (61)
十二、急性肺水肿 …… (64)
十三、上呼吸道感染 …… (66)
十四、喘证 …… (67)
十五、咳喘 …… (68)
十六、咳嗽 …… (72)
十七、感冒后久咳 …… (78)
十八、肺胀 …… (80)
十九、肺气肿 …… (82)
二十、尘肺 …… (84)
第二节 循环系统疾病 …… (85)
一、心力衰竭 …… (85)
二、冠心病 …… (86)
三、胸膜炎 …… (87)
四、心律失常 …… (89)
五、病态窦房结综合征 …… (91)
六、心源性胸腔积液 …… (93)
第三节 消化系统疾病 …… (93)
一、乙型肝炎 …… (93)
二、泄泻 …… (94)
三、便秘 …… (96)
四、消化性溃疡 …… (98)
五、臌胀腹水 …… (98)
六、慢性胃炎 …… (99)
七、过敏性肠炎 …… (101)
八、结肠过敏症 …… (102)
九、幽门不全梗阻 …… (103)
十、腹泻型肠易激综合征 …… (105)
第四节 泌尿系统疾病 …… (106)
一、肾小球肾炎 …… (106)
二、肾病综合征 …… (108)

三、泌尿系感染 …… (109)
第五节　风湿免疫性疾病 …… (111)
一、类风湿性关节炎 …… (111)
二、痹症 …… (113)
三、全身多关节肿痛 …… (115)
第六节　神经系统疾病 …… (116)
一、梅尼埃病 …… (116)
二、癫痫 …… (117)
三、坐骨神经痛 …… (118)
第七节　内科疑难病症 …… (119)
一、痰饮 …… (119)
二、短气 …… (120)
三、头痛 …… (121)
四、发热 …… (122)
五、汗证 …… (123)
六、项痹 …… (124)
七、皮痹 …… (126)
八、脑梗死后流涎症 …… (126)
九、见水欲尿症 …… (128)
十、多唾症 …… (129)
十一、五十肩 …… (130)
十二、遗尿 …… (131)
十三、背痛 …… (132)
十四、吐涎沫 …… (133)
十五、浮肿 …… (133)
十六、夜间呼吸困难 …… (135)
第二章　外科病证 …… (144)
一、自发性气胸 …… (144)
二、狐疝 …… (146)
三、胸胁内伤 …… (147)
四、蛛网膜下腔出血 …… (148)

目录

五、创伤性胸腔积液 …… (149)
第三章 骨科病证 …… (152)
腰腿痛 …… (152)
第四章 妇科病证 …… (154)
一、闭经 …… (154)
二、乳肿 …… (155)
三、产科合并症 …… (155)
第五章 儿科病证 …… (158)
一、婴幼儿哮喘 …… (158)
二、小儿支气管炎 …… (164)
三、婴幼儿毛细支气管炎 …… (167)
四、支气管肺炎 …… (168)
五、腺病毒肺炎 …… (169)
六、支原体肺炎 …… (170)
七、喘息性肺炎 …… (171)
八、百日咳 …… (172)
九、小儿咳嗽 …… (173)
十、顽固性小儿咳喘 …… (175)
十一、小儿呼吸道感染 …… (176)
十二、小舞蹈病 …… (177)
十三、小儿多唾症 …… (179)
十四、麻疹 …… (180)
十五、小儿肾炎 …… (181)
十六、小儿鼻鼽 …… (182)
第六章 五官科病证 …… (187)
一、耳聋 …… (187)
二、过敏性鼻炎 …… (188)
三、鼻窒并鼻鼽 …… (194)
四、喉痹 …… (196)
五、过敏性结膜炎 …… (197)
六、春季卡他性角结膜炎 …… (197)

七、迎风流泪 …… (198)
第七章 皮肤科病证 …… (201)
一、荨麻疹 …… (201)
二、花粉症 …… (203)
三、面部痤疮 …… (205)

下篇 实验研究

第一章 制剂研究 …… (209)
一、小青龙合剂 …… (209)
二、小青龙冲剂 …… (209)
三、小青龙滴丸 …… (210)
第二章 药理研究 …… (211)
第一节 小青龙汤中各组成药物的药理研究 …… (211)
一、麻黄 …… (211)
二、白芍 …… (213)
三、细辛 …… (216)
四、干姜 …… (220)
五、甘草 …… (223)
六、桂枝 …… (225)
七、半夏 …… (226)
八、五味子 …… (228)
第二节 小青龙汤的药理研究 …… (231)
一、平喘作用 …… (231)
二、抗过敏作用 …… (234)
三、对血液流变学的影响 …… (236)
四、抗炎作用 …… (236)
五、扩张外周血管、升高皮肤温度 …… (237)
六、促进红细胞糖酵解 …… (237)
七、抗促癌作用 …… (237)
八、其他实验研究 …… (238)

上篇

理论研究

第一章

理论研究

第一章 概　述

一、小青龙汤的来源

小青龙汤来源于汉代张仲景所著《伤寒论》，功效解表散寒，温肺化饮。主治外感风寒，内停水饮。《伤寒论》第40条："伤寒表不解，心下有水气，干呕，或咳，或噎，或喘，小青龙汤主之。"第41条："伤寒心下有水气，咳而微喘，发热不渴。服汤已渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之。"小青龙汤主治太阳表里俱寒，名曰青龙，取东方木神伏邪之义。龙兴则云升雨降品物咸亨。[1]

二、小青龙汤的组成及用法

小青龙逐水以散阴寒，犹龙之翻波逐浪而归江海。乃麻黄汤去杏仁加芍药、细辛、干姜、五味子和半夏而成，其药物组成为：麻黄（去节）、芍药各9g，细辛、干姜、甘草（炙）各6g，桂枝（去皮）9g，五味子6g，半夏9g（洗），上八味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，纳诸药，煮取三升，去滓，温服一升。[1]

三、小青龙汤的功效与主治

（一）小青龙汤中各组成药物的功效与主治

1. 麻黄

【性味归经】 辛、微苦，温。归肺、膀胱经。

【功效】 发汗解表，宣肺平喘，利水消肿。

【运用】（1）用于风寒感冒。本品味辛发散，性温散寒，主入肺与膀胱经，功能开腠理，透毛窍，发汗解表以散风寒，为辛温解表要药，故多用于外感风寒，恶寒无汗，发热头痛，脉浮而紧的感冒重证，即风寒表实证，每与桂枝相须为用，如麻黄汤。

（2）用于咳嗽气喘。本品辛散苦泄，温通宣畅，入肺经，外能发散风寒，内能开宣肺气，有良好的宣肺平喘之功，适用于风寒外束，肺气壅遏的喘咳实证，常配伍杏仁、甘草同用，如三拗汤。此外，本品配伍细辛、干姜、半夏等，还可治寒痰停饮，咳嗽气喘，痰多清稀，如小青龙汤。若肺热壅盛，高热喘急者，每与石膏、杏仁、甘草配用，以清肺平喘，如麻杏石甘汤。

（3）用于风水水肿。本品上开肺气，下输膀胱，为宣肺利尿之要药。对风邪袭表，肺失宣降的水肿、小便不利兼有表证的风水证，每与甘草同用，即甘草麻黄汤；若兼见内热及脾虚者，可配伍石膏、生姜、甘草及白术等药。

（4）此外，取麻黄散寒通滞作用，用治风寒痹证，阴疽，痰核。

《神农本草经》：麻黄味苦，温。主中风，伤寒头痛，温疟，发表出汗，去邪热气，止咳逆上气，除寒热，破症坚积聚。

《名医别录》：微温，无毒。主治五脏邪气缓急，风肋痛，字乳余疾，止好唾，通腠理，束伤寒头痛，解肌，泄邪恶气，消黑赤斑毒。不可多服，令人虚。

《本草经疏》：麻黄，轻可去实，故疗伤寒，为解肌第一。专主中风伤寒头痛，温疟，发表出汗，去邪气者，盖以风寒湿之外邪，客于阳分皮毛之间，则腠理闭拒，荣卫气血不能行，故谓之实，此药轻清，故能去其壅实，使邪从表散也；咳逆上气者，风寒郁于手太阴

也；寒热者，邪在表也；五脏邪气缓急者，五缓六急也；风胁痛者，风邪客于胁下也，斯皆卫实之病也。卫中风寒之邪既散，则上来诸症自除矣。其日消赤黑斑毒者，若在春夏，非所宜也。破坚积聚，亦非发表所能。洁古云：去荣中寒邪，泄卫中风热，乃确论也。多服令人虚，走散真元之气故也。

《汤液本草》：夫麻黄治卫实上药，桂枝治卫虚之药。桂枝、麻黄，虽为太阳证药，其实荣卫药也。肺主卫（为气），心主荣（为血），敌麻黄为手太阴之剂，桂枝为手少阴之剂。故伤寒伤风而嗽者，用麻黄桂枝，即汤液之源也。

《药性论》：治身上毒风顽痹，皮肉不仁。

2. 芍药

【性味归经】 苦、酸、甘，微寒。归肝、脾经。

【功效】 养血调经，平肝止痛，敛阴止汗。

【运用】（1）用于血虚或阴虚有热的月经不调，崩漏等证。有养血调经之效。常配当归、熟地等同用；若阴虚有热，月经先期、量多，或崩漏不止，可加阿胶、地骨皮等同用。

（2）用于肝阴不足，肝气不舒或肝阳偏亢的头痛、眩晕、胁肋疼痛、脘腹四肢拘急作痛等症。有养肝阴，调肝气，平肝阳，缓急止痛之效。治肝阳上亢的头痛眩晕，常配生地、牛膝、石决明等同用。

（3）治肝郁胁肋疼痛，常配当归、白术、柴胡等同用；治脘腹手足挛急疼痛，常配甘草同用；治肝脾不调，腹痛泄泻，常配防风、白术同用。

（4）用于阴虚盗汗及营卫不和的表虚自汗。能敛阴、和营而止汗。治营卫不和，表虚自汗，常与桂枝配伍，调和营卫而止汗；治阴虚盗汗，可配生地、牡蛎、浮小麦等，敛阴而止汗。

《神农本草经》：芍药味苦，平。主邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热、疝瘕，止痛，利小便，益气。

《本草纲目》：苦，平，无毒。

《名医别录》：味酸，微寒，有小毒。主通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血，去水气，利膀胱、大小肠，消痈肿，时行寒热，中恶，腹痛，腰痛。

《药性论》：臣。能治肺邪气，腹中绞痛，血气积聚，通宣脏腑拥气，治邪痛败血，主时疾骨热，强五脏，补肾气，治心腹坚胀，妇人血闭不通，消瘀血，能蚀脓。

《日华子本草》：治风、补劳，主女人一切病，并产前后诸疾，通月水，退热，除烦，益气，天行热疾，瘟瘴，惊狂，妇人血运，及肠风，泻血，痔瘘。发背，疮疥，头痛，明目，目赤努肉。赤色者多补气，白者治血。

《开宝本草》：味苦、酸，平、微寒，有小毒。通顺血脉，缓中，散恶血，逐贼血，去水气，利膀胱、大小肠，消痈肿，时行寒热，中恶，腹痛，腰痛。

《药性赋》：味酸，平，性寒，有小毒。可升可降，阳也。其用有四：扶阳气大除腹痛，收阴气陡健脾经。坠其胎能逐其血，损其肝能缓其中。

《汤液本草》：气微寒，味酸而苦。气薄味厚，阴也，降也。阴中之阳，有小毒。入手、足太阴经。

3. 细辛

【性味归经】 辛，温。有小毒。归肺、肾、心经。

【功效】 祛风散寒，通窍止痛，温肺祛痰。

【运用】 （1）用于风寒感冒，阳虚外感。本品祛风散寒，达表入里。入肺经散在表风寒，常与羌活、防风、白芷等同用，治疗一般风寒感冒，如九味羌活汤；入肾经除在里寒邪，常与附子、麻黄同用，治疗恶寒无汗、发热脉沉的阳虚外感，如麻黄附子细辛汤。

（2）用于头痛，鼻渊，牙痛，痹痛。本品辛香走窜，能祛风寒，通鼻窍，止疼痛。用治外感风邪，偏正头痛，每与川芎、白芷、羌活等同用，如川芎茶调散；若治痛剧如破，脉微弦而紧的风冷头痛，又当配川芎、麻黄、附子同用，如细辛汤。

（3）用于风邪犯肺，鼻塞鼻渊，头痛流涕者，可配辛夷、白芷、苍耳子等同用。

（4）治风寒湿痹，腰膝冷痛，常配独活、桑寄生、防风等同用，如独活寄生汤。

（5）用于寒痰停饮，气逆喘咳。本品辛散温燥，既可外散表寒，

又能下气消痰，温肺化饮，故可用于治疗外感风寒，水饮内停喘咳，常与麻黄、桂枝、干姜等同用，如小青龙汤；若外无表邪，纯系寒痰停饮射肺，气逆喘咳者，可配茯苓、干姜、五味子等同用，如苓甘五味姜辛汤。

（6）此外，本品辛温行散，芳香透达，吹鼻取嚏，有通关开窍醒神之功。用治中恶或痰厥所致卒然口噤气塞、昏不知人、面色苍白、牙关紧闭之属于闭证、实证者，常与皂荚研末和匀，吹少许入鼻中取嚏，如通关散；亦可单用为散，吹鼻取嚏。

【使用注意】 阴虚阳亢头痛，肺燥伤阴干咳忌用。反藜芦。

《神农本草经》：细辛味辛，温。主咳逆，头痛脑动，百节拘挛，风湿，痹痛，死肌。久服，明目、利九窍，轻身、长年。

《本草纲目》：细辛气味辛，温，无毒。辛温能散，故诸风寒风湿头痛、痰饮、胸中滞气、惊痫者，宜用之。口疮、喉痹、齿诸病用之者，取其能散浮热，亦火郁则发之之义也。辛能泄肺，故风寒咳嗽上气者宜用之。辛能补肝，故胆气不足，惊痫、眼目诸病宜用之。辛能润燥，故通少阴及耳窍，便涩者宜用之。

《本草新编》：细辛，味大辛，气温，升也，阳也，无毒。入手足少阴。止头痛如神，治诸风湿痹，尤益肝、胆之经。肾得之而温。利窍清痰，止迎风泪眼，疗妇人血闭，祛在里之寒邪。口臭齿肿，含漱亦良。但只可少用，而不可多用，亦只可共用，而不能独用。多用则气耗而病增，独用则气尽而命丧。可不慎欤。或问细辛既能温肾，自是补剂，何故又散气耶？夫细辛，阳药也，升而不沉，虽下而温肾中之火，而非温肾中之水也。火之性炎上，细辛温火，而即引火上升，此所以不可多用耳。或问细辛散人真气，何以头痛能取效？盖头为太阳之首，清气升而浊气降，则头目清爽。惟浊气升而清气降，则头目沉沉欲痛矣，细辛气清而不浊，故善降浊气而升清气，所以治头痛如神也。但味辛而性散，必须佐之以补血之药，使气得血而不散也。

4. 干姜

【性味归经】 辛，热。归脾、胃、心、肺经。

【功效】 温中散寒，回阳通脉，温肺化饮。

【运用】（1）本品用于脘腹冷痛，寒呕，冷泻。本品辛热燥烈，主入脾胃而长于温中散寒、健运脾阳。治胃寒呕吐，脘腹冷痛，每配高良姜用，如二姜丸。

（2）治脾胃虚寒，脘腹冷痛，呕吐泄泻，多与党参、白术等同用，如理中丸。

（3）用于亡阳证。本品性味辛热，能回阳通脉。故可用治心肾阳虚，阴寒内盛所致之亡阳厥逆，脉微欲绝者，每与附子相须为用，如四逆汤。

（4）用于寒饮咳喘，形寒背冷，痰多清稀之证。本品辛热，能温肺化饮，常与细辛、五味子、麻黄等同用，如小青龙汤。

【使用注意】阴虚内热、血热妄行者禁服。《本草经集注》：恶黄连、黄芩、天鼠矢。《新修本草》：久服令眼暗。《药鉴》：痘家灰白之症用之，若实热红紫者，切宜禁忌。《本草经疏》：久服损阴伤目。阴虚内热，阴虚咳嗽吐血，表虚有热汗出，自汗盗汗，脏毒下血，因热呕恶，火热腹痛，法并忌之。

《神农本草经》：辛，温。主胸满咳逆上气，温中止血，出汗，逐风湿痹，肠澼，下利。生者，尤良。久服，去臭气、通神明。

《本草纲目》：辛，温，无毒。能引血药入血分、气药入气分。又能去恶养新，有阳生阴长之意，故血虚者用之。凡人吐血、衄血、下血，有阴无阳者，亦宜用之，乃热因热用，从治之法也。

《本草新编》：干姜（炮姜）姜味辛，炮姜味苦，皆气温大热，半浮半沉，阳中阴也。解散风寒湿痹、鼻塞头痛、发热之邪者，干姜也；调理痼冷沉寒、霍乱腹痛吐泻之痰者，炮姜也。盖干姜治表，而炮姜温中。其所以治表者，干姜走而不收，能散邪于外也；其所以温中者，炮姜止而不动，能固正于内也。虽然姜性大热而辛散，俱能散邪补正，安在炮制而异宜。干姜散邪之中，未尝无温中之益。炮姜固正之内，未尝无治表之功。但干姜散多于温，而炮姜固多于散耳。或问干姜炒熟入于健脾药中，谓能补脾以生气，然乎？曰：干姜温热，原有益于脾气，何在炒熟始能补土以生气。但干姜性走，脾气不独受其惠。一经炮制，则干姜守而不走，独留于脾中，诸经不得而夺之，自然较生用更效也。

《本草备要》：干姜、黑姜燥，回阳，宣，通脉。生用辛温，逐寒邪而发表。炮则辛苦大热，除胃冷而守中（辛则散，炮则稍苦，故止而不移，非若附子走而不守）。温经止血（炮黑止吐衄诸血，红见黑则止也），定呕消痰，去脏腑沉寒痼冷。能去恶生新，使阳生阴长，故吐衄下血，有阴无阳者宜之。亦能引血药入气分而生血，故血虚发热、产后大热者宜之（此非有余之热，乃阴虚生内热也，忌用表药寒药。干姜能入肺，利气；能入肝，引血药生血，故与补阴药同用。乃热因热用，从治之法，故亦治目睛久赤）。引以黑附，能入肾而祛寒湿，能回脉绝无阳（仲景四逆、白通、姜附汤，皆用之）。同五味利肺气而治寒嗽（肺恶寒）。燥脾湿而补脾（脾恶湿），通心助阳而补心气（苦入心），开五脏六腑，通四肢关节，宣诸脉络。治冷痹寒痞，反胃下利。多用损阴耗气，孕妇忌之（辛热能动血。王好古曰：服干姜以治中者必僭上，宜大枣辅之。东垣曰：宜甘草以缓之）。母姜晒干者为干姜，炮黑为黑姜。

5. 甘草

【性味归经】 甘，平。归心、肺、脾、胃经。

【功效】 益气补中，清热解毒，祛痰止咳，缓急止痛，调和药性。

【运用】（1）用于心气不足的心动悸，脉结代，以及脾气虚弱的倦怠乏力，食少便溏。能补益心脾之气。治心气虚，常以之为主，配伍人参、阿胶、桂枝等同用，如炙甘草汤。治脾气虚，常与党参、白术等同用。

（2）用于痰多咳嗽。能祛痰止咳，并可随症作适宜配伍而应用广泛。如属风寒咳嗽，可配麻黄、杏仁；肺热咳喘，可配石膏、麻黄、杏仁；寒痰咳喘，配干姜、细辛；湿痰咳嗽，配半夏、茯苓。

（3）用于脘腹及四肢挛急作痛。能缓急止痛。如属阴血不足，筋失所养而挛急作痛者，常配白芍，即芍药甘草汤；如属脾胃虚寒，营血不能温养所致者，常配桂枝、白芍、饴糖等，如小建中汤。近年报道，单用甘草粉或配伍乌贼骨、瓦楞子等治疗胃及十二指肠溃疡，有较好的近期疗效。

（4）用于药性峻猛的方剂中。能缓和烈性或减轻毒性及不良反

应，又可调和脾胃。如调胃承气汤用甘草以缓和硝、黄之性，使泻下不致太猛，并避免其刺激大肠而产生腹痛，半夏泻心汤中甘草与半夏、干姜、黄芩、黄连同用，又能在其中协和寒热，平调升降，起到和的作用。

（5）用于热毒疮疡，咽喉肿痛及药物、食物中毒等。能清热解毒。治热毒疮疡，常与金银花、连翘等同用。治咽喉肿痛，常与桔梗同用。治药物、食物中毒，在无特殊解毒药时，可以甘草治之，亦可与绿豆或大豆煎汤服。

【使用注意】 湿浊中阻而脘腹胀满、呕吐及水肿者禁服。长期大量服用可引起脘闷，纳呆，水肿等，并可产生假醛固酮症。反大戟、芫花、甘遂、海藻。《本草经集注》：术、干漆、苦参为之使。恶远志。反大戟、芫花、甘遂、海藻四物。《圣济总录》：忌菘菜。《用药心法》：中满禁用。《本草经疏》：呕家忌甘，酒家亦忌甘，诸湿肿满及胀满病，咸不宜服。《药性纂要》：惟中满、鼓胀、黄疸、呕吐忌用。

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

《本草正》：甘草，味至甘，得中和之性，有调补之功，故毒药得之解其毒，刚药得之和其性，表药得之助其外，下药得之缓其速。助参、芪成气虚之功，人所知也，助熟地疗阴虚之危，谁其晓焉。祛邪热，坚筋骨，健脾胃，长肌肉。随气药入气，随血药入血，无往不可，故称国老。惟中满者勿加，恐其作胀；速下者勿入，恐其缓功，不可不知也。

《本草汇言》：甘草，和中益气，补虚解毒之药也。健脾胃，固中气之虚羸，协阴阳，和不调之营卫。故治劳损内伤，脾气虚弱，元阳不足，肺气衰虚，其甘温平补，效与参、芪并也。又如咽喉肿痛，佐枳实、鼠黏，可以清肺开咽；痰涎咳嗽，共苏子、二陈，可以消痰顺气。佐黄芪、防风，能运毒走表，为痘疹气血两虚者，首尾必资之剂。得黄芩、白芍药，止下痢腹痛；得金银花、紫花地丁，消一切疔毒；得川黄连，解胎毒于有生之初；得连翘，散悬痈于垂成之际。凡用纯热纯寒之药，必用甘草以缓其势，寒热相杂之药，必用甘草以和

其性。高元鼎云，实满忌甘草固矣，若中虚五阳不布，以致气逆不下，滞而为满，服甘草七剂即通。

6. 桂枝

【性味归经】 辛、甘，温。归心、肺、膀胱经。

【功效】 发汗解肌，温通经脉，助阳化气。

【运用】 （1）用于风寒感冒。本品辛甘温煦，甘温通阳扶卫，故有助卫实表，发汗解肌，外散风寒之功。如治风寒表实无汗者，常配麻黄同用，以开宣肺气，发散风寒，如麻黄汤；若治表虚有汗者，当与白芍同用，以调和营卫，发汗解肌，如桂枝汤。

（2）用于寒凝血滞诸痛证。本品有温通经脉，散寒止痛之效。如胸阳不振，心脉瘀阻，胸痹心痛，常与枳实、薤白同用，如枳实薤白桂枝汤；若中焦虚寒，脘腹冷痛，每与白芍、饴糖同用，如小建中汤；若血寒瘀阻，经闭腹痛，多与当归、吴茱萸同用，如温经汤；若风寒湿痹，肩臂疼痛，可与附子同用，如桂枝附子汤。

（3）用于痰饮、蓄水证。本品甘温，助阳化气，以行水湿痰饮之邪。如脾阳不运，痰饮眩悸者，常与茯苓、白术同用，如苓桂术甘汤；若膀胱气化不行，水肿小便不利者，每与猪苓、泽泻等同用，如五苓散。

（4）用于心悸。本品辛甘性温，能温心阳，通血脉，止悸动。如心阳不振，不能宣通血脉，见心悸动、脉结代者，每与甘草、党参、麦冬同用，如炙甘草汤。

（5）此外，若阴寒内盛，引动下焦冲气，上凌心胸所致奔豚者，常重用本品，如桂枝加桂汤。

【使用注意】 本品辛温助热，容易伤阴动血，凡外感热病、阴虚火旺、血热妄行等证，均当忌用。孕妇及月经过多者慎用。

《本草证要》：桂枝味辛、甘，性温。入心、肺、膀胱三经。助阳散寒，温经通脉。达营卫，和表里。无汗能发，有汗能止。理心腹之痛，搜关节之痹。横行而为手臂之引经，直行兼为奔豚之向导。

《珍珠囊》：主伤风头痛，开腠理，解表发汗，去皮肤风湿。

《本经疏证》：其用之道有六：曰和营，曰通阳，曰利水，曰下气，曰行水，曰补中。

《新修本草》：主治冲逆也，旁治奔豚头痛、发热恶风、汗出身痛。

《证类本草》：桂枝，轻，解肌，调营卫，辛甘而温，气薄升浮。入太阴肺、太阳膀胱经。温经通脉，发汗解肌（能利肺气。经曰：辛甘发散为阳）。治伤风头痛（无汗能发），中风自汗（有汗能止。中，犹伤也，古文通用，自汗属阳虚。桂枝为君，芍药、甘草为佐。加姜、枣名桂枝汤，能和营实表），调和营卫，使邪从汗出，而汗自止。亦治手足痛风、胁风（痛风有风痰、风湿、湿痰、瘀血、气虚、血虚之异。桂枝用作引经。胁风属肝，桂能平肝）。

《本草经集注》：辛温无毒。体轻而上行。浮而升阳也。入足太阳经（即取木桂之最薄者。去其粗皮是也）。主治伤风头痛。开腠理。解表止烦发汗。去皮肤风湿。泄奔豚。散下焦蓄血。利肺气。疗痛风。横行手臂。

7. 半夏

【性味归经】 辛，温。有毒。归脾、胃、肺经。

【功效】 燥湿化痰，降逆止呕，消痞散结，外用消肿止痛。

【运用】 （1）用于湿痰，寒痰。本品辛温而燥，为燥湿化痰，温化寒痰之要药。尤善治脏腑之湿痰。治痰湿阻肺之咳嗽气逆，痰多质稀者，常配橘皮同用，如二陈汤；治湿痰眩晕，则配天麻、白术以化痰息风，如半夏白术天麻汤。近年来临床以半夏为主的化痰通窍汤（半夏、白术、生南星、泽泻、菖蒲、桂枝、菊花）治耳源性眩晕有效。治湿痰内盛，胃气失和而夜寐不安者，配秫米以化痰和胃安神。

（2）用于胃气上逆呕吐。半夏为止呕要药。各种原因的呕吐，皆可随症配伍用之，对痰饮或胃寒呕吐尤宜。常配生姜同用，如小半夏汤；若胃热呕吐，则配黄连；胃阴虚呕吐，则配石斛、麦冬；胃气虚呕吐，则配人参、白蜜，如大半夏汤。至于妊娠呕吐，虽有妊娠禁忌之说，但历代也有配扶正安胎之品而用之者。近代有以本品制成注射液肌内注射，治各种呕吐者。

（3）用于心下痞，结胸，梅核气等。半夏半开散结，化痰消痞。治心下痞满，湿热阻滞者，配干姜、黄连、黄芩，以苦辛通降，开痞散结，如半夏泻心汤；治痰热结胸，配瓜蒌、黄连，如小陷胸汤；治

梅核气，气郁痰凝者，配紫苏、厚朴、茯苓等，以行气解郁，化痰散结，如半夏厚朴汤。

（4）用于瘿瘤痰核，痈疽肿毒及毒蛇咬伤等。本品内服能消痰散结，外用能消肿止痛。治瘿瘤痰核，配昆布、海藻、贝母等；治痈疽发背、无名肿毒、毒蛇咬伤，以生品研末调敷或鲜品捣敷。现代临床还以本品生用研末局部外用治子宫颈糜烂有效。

【使用注意】 阴虚燥咳、津伤口渴、血证及燥痰者禁服，孕妇慎服。半夏使用不当可引起中毒，表现为口舌咽喉痒痛麻木，声音嘶哑，言语不清，流涎，味觉消失，恶心呕吐，胸闷，腹痛腹泻，严重者可出现喉头痉挛，呼吸困难，四肢麻痹，血压下降，肝肾功能损害等，最后可因呼吸中枢麻痹而死亡。《本草经集注》：恶皂荚，畏雄黄、生姜、干姜、秦皮、龟甲，反乌头。《药性论》：忌羊血、海藻、饴糖。《珍珠囊》：与乌羊血、鳖甲、皂荚、雄黄相反。《医学启源》：渴则忌之。《品汇精要》：妊娠不可服。《本草经疏》：古人立三禁，谓血家、渴家、汗家也。故凡一切吐血、衄血、咯血、齿龈、舌上出血、金疮、产后失血过多、尿血、便血，肾水真阴不足发渴、中暑发渴；阳虚自汗、阴虚盗汗、内热烦躁出汗诸症，皆所当禁者也。《本草求真》：肺病咳嗽，痨瘵吐痰，阴虚血少，痰因火动，孕妇并禁用。《药义明辨》：凡病有干于阴气之不足者，皆宜慎之，岂独为血家、渴家、汗家之禁药已哉！《药性集要便读》：生半夏有毒，误服失音不语，多饮生姜汁即响矣。

《神农本草经》：半夏味辛，平。主伤寒寒热，心下坚，下气，喉咽肿痛，头眩胸胀，咳逆肠鸣，止汗。

《名医别录》：消心腹胸膈痰热满结，咳嗽上气，心下急痛坚痞，时气呕逆；消痈肿，堕胎，疗萎黄，悦泽面目。生令人吐，熟令人下。

《药性论》：消痰涎，开胃健脾，止呕吐，去胸中痰满，下肺气，主咳结。新生者摩涂痈肿不消，能除瘿瘤。气虚而有痰气，加而用之。

《汤液本草》：半夏，俗用力肺药，非也。止吐为足阳明，除痰为足太阴，小柴胡中虽为止呕，亦助柴胡能主恶寒，是又为足少阳

也，又助黄芩能去热，是又为足阳明也。往来寒热，在表里之中，故用此有各半之意，本以治伤寒之寒热，所以名半夏。

8. 五味子

【性味归经】 酸、甘，温。归肺、心、肾经。

【功效】 敛肺滋肾，生津敛汗，涩精止泻，宁心安神。

【运用】（1）用于久咳虚喘。五味子酸能收敛，性温而润，上能敛肺气，下能滋肾阴，适用于肺虚久咳及肺肾两虚之喘咳。治肺虚久咳者，常与罂粟壳同用，如《卫生家宝方》五味子丸；治肺肾两虚喘咳者，常与山茱萸、熟地、山药等同用，如都气丸；治寒饮咳喘者，亦可与辛温宣散的麻黄、细辛、干姜等同用。

（2）用于津伤口渴及消渴。本品酸甘，又能益气生津止渴。治热伤气阴，汗多口渴者，常与人参、麦冬同用，如生脉散；治阴虚内热，口渴多饮之消渴证，多与山药、知母、天花粉、黄芪等益气生津药同用，如玉液汤。

（3）用于自汗，盗汗。本品能敛肺止汗。治自汗、盗汗者，可与麻黄根、牡蛎等同用。

（4）用于遗精、滑精。本品能补肾涩精。治肾虚精关不固之遗精、滑精者，可与桑螵蛸、金樱子、龙骨等同用。

（5）用于久泻不止。本品又能涩肠止泻。治脾肾虚寒久泻不止者，常与补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻同用，如四神丸。

（6）用于心悸，失眠，多梦。本品既能补益心肾，又能宁心安神。适用于阴血亏损，心神不安之心悸、失眠、多梦等。常与生地、丹参、酸枣仁等同用。此外，其他原因之失眠者亦可选用。

（7）本品研末内服，对慢性肝炎转氨酶升高者，亦有治疗作用。

【使用注意】 凡表邪未解，内有实热，咳嗽初起，麻疹初期，均不宜用。

《神农本草经》：五味子味酸，温。主益气，咳逆上气，劳伤羸瘦。补不足，强阴，益男子精。

《本草经集注》：五味子味酸，温，无毒。主益气，咳逆上气，劳伤羸瘦，补不足，强阴，益男子精。养五脏，除热，生阴中肌。

《本草衍义补遗》：五味子，今谓五味，实所未晓，以其大能收

肺气，宜其有补肾之功，收肺气非除热乎？补肾非暖水脏乎？食之多致虚热，盖收肾之骤也，何惑之有？火热嗽必用之。

《本草经疏》：五味子主益气者，肺主诸气，酸能收，正入肺补肺，故益气也。其主咳逆上气者，气虚则上壅而不归元，酸以收之，摄气归元，则咳逆上气自除矣。劳伤羸瘦，补不足，强阴，益男子精。《别录》养五脏，除热，生阴中肌者，五味子专补肾，兼补五脏，肾藏精，精盛则阴强，收摄则真气归元，而丹田暖，腐熟水谷，蒸糟粕而化精微，则精自生，精生则阴长，故主如上诸疾也。

《汤液本草》：五味子气温，味酸，阴中阳。酸而微苦，味厚气轻，阴中微阳。无毒。入手太阴经，入足少阴经。

（二）小青龙汤的功效与主治

本方由麻黄、芍药、细辛、干姜、甘草、桂枝、半夏、五味子组成，功效解表蠲饮，止咳平喘。主治风寒客表，水饮内停。症见恶寒发热，无汗，咳喘，痰多而稀，或痰饮咳喘，不得平卧，或身体疼重，头面四肢浮肿，舌苔白滑，脉浮者。

本方主治外寒内饮，素有水饮之人，脾肺之气必虚，又外感风寒，水寒相搏，皮毛闭塞，肺气亦困。枢转不利，水饮蓄积于心下，上犯迫肺，肺寒气逆，所以恶寒发热，无汗不渴，咳喘痰多，清稀而黏，不易咳出，胸闷，身体疼重，甚则水饮溢于肌肤而为浮肿，舌苔白滑而润，脉浮。此时，发汗解表则水饮不除，蠲化水饮则外寒不解，惟有发汗蠲饮，内外合治，才是正法。

所谓水气，乃体气郁闭，水不宣化，病起初不甚，所以称之为水气。明此病机，其方义可迎刃而解，历代痰饮、表寒、肺气上逆等病机皆可涵盖于此。水气初起，必然在表，宣肃不行，病位在肺，只有挟寒挟热的不同。故大青龙汤用石膏，治郁而化热之标气；小青龙汤麻、桂并用，治水郁初起之太阳本气。无论热化还是寒化，皆为水病之渐，故有表证之说。两方对比，其意自明。本方用干姜、细辛之宣，五味子之敛，芍药、半夏之和，俾无形之表邪，从肌而出；有形之里邪，从水道出。治法体现了病痰饮者，当以温药和之的原则。水气者，以温药化之，离照当空，阴霾自散。

伤寒表不解，心下有水气，干呕，或咳，或噎，或喘，小青龙汤主之。心下有水气散行，则所传不一。故又有增损之证。若渴者去半夏，加栝蒌根，水蓄则津液不行。气燥而渴，半夏味辛温，燥津液者也，去之则津液易复，栝蒌根味苦微寒，润枯燥者也，加之则津液通行，是为渴所宜也。若微利去麻黄，加芫花。水气下行，溃入肠间，则为利。下利者不可攻其表，汗出必胀满，麻黄专为表散，非下利所宜。故去，芫花味苦寒，酸苦为涌泄之剂，水去利则止，芫花下水，故加之。若噎者去麻黄，加附子。经曰：水得寒气冷必相搏，其人即溏。又曰：患者有寒，复发汗，胃中冷。必吐蛔，噎为胃气虚竭。麻黄发，非胃虚冷所宜，故去之。附子辛热，热则温其气，辛则散其寒，而噎者为当。两相佐之，是以祛散冷寒之气。若小便不利，少腹满，去麻黄，加茯苓。水蓄在下焦不行，为小便不利。少腹满，凡邪客于体者。在外者可汗之，在内者下之，在上者可涌之，在下者可泄之。水蓄下焦，渗泄可也，发汗则非所当，故去麻黄。而茯苓味甘淡，专行津液。《内经》曰：热淫于内，以淡渗之，渗溺行水，甘淡为所宜，故加茯蓄。若喘者去麻黄，加杏仁。喘为气逆，麻黄发阳，去之则气易顺；杏仁味甘苦温，加之以泄逆气。《金匮要略》曰：其形肿者，故不内麻黄，乃内杏子。以麻黄发其阳，故喘逆形肿。标本之疾，加减所同，盖其类矣。

四、小青龙汤的临床应用

小青龙汤是辛散温化的方剂，必须确有水寒相搏于肺者才可应用。出自《伤寒论》，由麻黄、芍药、细辛、干姜、甘草、桂枝、半夏、五味子八味药组成。原方为外寒内饮所设，现代广泛用于呼吸科诸疾。随着近年来对小青龙汤的深入研究，本方已经用于治疗内科、外科、妇科、儿科、皮肤科、五官科等临床各科疾病，并取得了较好的临床疗效。

（1）用于治疗外寒内饮所致的内科疾病，如气管－支气管哮喘、急性支气管炎、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺部疾病、肺炎、肺源性心脏病、肺水肿、肺气肿、心力衰竭、冠心病、胸膜炎、心律失常、病态窦房结综合征、慢性乙型肝炎、泄泻、便秘、食管癌、消化性溃

疡、臌胀腹水、慢性胃炎、结肠过敏症、幽门不全梗阻、肾小球肾炎、肾病综合征、类风湿性关节炎、风湿痹痛、梅尼埃病、癫痫等。凡病机为外寒内饮尚未化热的疾病均可用小青龙汤来治疗，若化热者，可酌情加石膏、黄芩等清热药，血瘀者，酌加桃仁、红花、丹皮、栀子等活血化瘀药。肾虚明显者，酌加补肾纳气药。

（2）用于外科疾病，如自发性气胸、狐疝、胸胁内伤、蛛网膜下腔出血、创伤性胸腔积液等。临床见症多变，应随症加减。气虚者加黄芪等补气药；血瘀者加丹参、赤芍等活血化瘀药；寒凝者加茴香、延胡索等散寒理气药。

（3）用于骨科疾病，如坐骨神经痛、腰腿痛等，临床酌情加入牛膝、桃仁、红花等活血化瘀药，桑寄生、补骨脂、仙茅、杜仲等补肾强筋骨药，收到良好效果。

（4）用于妇科疾病，如闭经、虚寒乳肿等。

（5）用于儿科疾病，如婴幼儿毛细支气管炎、小舞蹈症、百日咳、小儿肺炎、小儿支气管炎、小儿多唾症、麻疹、婴幼儿哮喘、小儿呼吸道感染、小儿肾炎、小儿鼻鼽等。临床用药，妇人以血为用，故多加补血活血之品；小儿脏腑娇嫩、脏气未充，故用药多轻灵，小儿疾病易变，故须及时观察病情变化以采取相应措施。

（6）本方还应用于五官科疾病。

五、小青龙汤的衍生方

1. 小青龙加石膏汤（《金匮要略》）

【组成】 麻黄、芍药、桂枝、细辛、甘草、干姜各三两，五味子、半夏各半升，石膏二两。

【用法】 以水一斗，先煮麻黄，去上沫，纳诸药，煮取三升。强人取一升，羸者减之，日三服，小儿服四合。

【功用】 解表蠲饮，兼除烦燥。

【主治】 肺胀，心下有水气。咳而上气，烦躁而喘，脉浮者。

2. 射干麻黄汤（《金匮要略》）

【组成】 射干三两，麻黄四两，生姜四两，细辛三两，紫菀三两，款冬花三两，大枣七枚，半夏半升，五味子半升。

【用法】以水一斗二升，先煮麻黄两沸，去上沫，纳诸药煮取三升，分温三服。

【功效】宣肺化痰，下气止咳。

【主治】咳而上气，喉中水鸡声。

参考文献

[1] 许济群，王绵之，方剂学．上海：上海科技出版社，1995，22

第二章

历代医家对小青龙汤的论述

《医方考伤寒门第二》：表不解者，头痛、发热、身疼尚在也。伤寒曾渴。饮水过多，故心下有水气。声无物，谓之干呕，名曰水气，则有形之水已散，但无形之气仍在耳，故无物可吐而但有声。或咳，或噎，或喘，皆水寒射肺故也。青龙者，东方木神，主发育万物，二方以发散为义，故名之。麻黄、桂枝、甘草，发表邪也；半夏、细辛、干姜，散水气也；芍药所以和阴血，五味所以收肺气。

《祖剂》：即麻黄汤去杏仁加芍药、干姜、细辛、半夏、五味子，治伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者；又治伤寒心下有水气，咳而微喘。成无己曰：伤寒表不解，则麻黄汤可以发，中风表不解，则桂枝汤可以散，惟其表且不解而又心下有水气，则非麻黄桂枝所能发散，必用小青龙汤，始可祛除表里之邪气耳。又曰：寒邪在表，非辛甘不能散之，麻黄甘草之辛甘，以发散表邪，水停心下而不行，则肾气燥，《内经》曰：肾苦燥，急食辛以润之，干姜、半夏之辛，以行水气而润肾，咳逆而喘则肺气逆，《内经》曰：肺欲收，急食酸以收之，芍药、五味子之酸，以收逆气而安肺。

《古今名医方论》：柯韵伯曰：寒热不解而咳，知内有水气射肺；干呕，知水气未入于胃，而在心下也。心下为火位，水火相射，则水气变幻不可拘。如下而不上，则或渴、或利；上而不下，则或噎、或喘；留于肠胃，则小便不利，而少腹因满矣。惟发热而咳，为定证，故于桂枝方去大枣之泥，加麻黄以开腠理，细辛逐水气，半夏除呕，五味、干姜以除咳。若渴者，是心火盛，故去半夏之燥热，加栝蒌根以生津。若微利与噎，小便不利与喘者，病机偏于向里，故去麻黄之发表，加附子以除噎，芫花、茯苓以利水，杏仁以定喘耳。两青龙俱治有表里证，皆用两解法，大青龙是里热，小青龙是里寒，故发表之药相同，而治里之药则殊也。此与五苓同为治表不解，而心下有水气，在五苓治水之蓄而不行，故大利其水，而微发其汗，是水郁折之也；本方治水之动而不居，故备举辛温以散水，并用酸苦以安肺，培其化源也。细译仲景发表利水诸法，精义入神矣。

《医方集解》：治伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或噎、或喘、或渴、或利、或小便不利，少腹满，短气不得卧（发热恶寒，头痛身痛，属太阳表证。仲景书中，凡有里证兼表证者，则以表不解三字赅之。内有水饮，则水寒相搏，水留胃中，故干呕而噎；水寒射肺，故咳而喘；水停则气不化、津不生，故渴；水渍肠间，故下利；水蓄下焦，故小便不利而少腹满；短气者，气促不能相续，与喘不同，有实有虚、有表有里，此为水停心下，亦令短气；水气内渍，所传不一，故有或为之证。《金匮》云：平人无寒热，短气不足以息者，实也。又云：膈上有留饮，其人短气而渴。丹溪治许白云脾疼腹痛而短气，大吐下之，二十日吐胶痰一桶而安）。

此足太阳药也。表不解，故以麻黄发汗为君，桂枝、甘草佐之解表，为佐；咳喘，肺气逆也，故用芍药酸寒，五味酸温以收之（经曰：肺欲收，急食酸以收之。发汗以散邪水，收敛以固真水）；水停心下则肾燥，细辛、干姜辛温，能润肾而行水（经曰：肾苦燥，急食辛以润之。细辛又为少阴肾经表药）；半夏辛温，能收逆气，散水饮，为使也。外发汗，内行水，则表里之邪散矣（此证为水寒相搏而伤肺，若寒从外出，而水不内消，必贻异日之患。《金匮》曰：病溢饮者，当发其汗，大小青龙汤并主之。程郊倩曰：水气之渴与白虎

汤中之渴，不特寒热有殊，亦且燥湿各异。《金匮》云：先渴后呕者，水停心下，小青龙汤主之，不治渴而专治水，水去，而渴自止矣。李时珍曰：仲景治伤寒太阳证，表未解，心下有水而咳，干呕发热或喘或利，小青龙汤主之；表已解，有时头痛恶寒，心下有水，干呕痛引两胁，或喘或咳，十枣汤主之。盖青龙散表邪，使水从汗出，《内经》所谓开鬼门也；十枣逐里邪，使水从二便出，《内经》所谓洁净府、去郁陈莝法也）。

本方加石膏，名小青龙加石膏汤（《金匮》），治肺胀咳而上气，烦躁而喘，心下有水，脉浮（此去水饮、散风寒之重剂）。

《绛雪园古方选注》：小青龙汤，治太阳表里俱寒，方义迥异于大青龙之治里热也。盖水寒上逆，即涉少阴，肾虚不得已而发表，岂可不相绾照，独泄卫气，立铲孤阳之根乎？故于麻桂二汤内，不但留芍药之收，拘其散表之猛，再复干姜五味摄太阳之气，监制其逆，细辛、半夏辛滑香幽，导纲药深入少阴，温散水寒从阴出阳。推测全方，是不欲发汗之意，推原神妙，亦在乎阳剂而以敛阴为用。偶方小制，故称之曰小青龙。

《目经大成》：伤寒表不解，心下有水气，干呕，或噎，或喘，此方主之。表不解者，头痛、发热、身疼尚在也。发热必渴，饮水过多，水形已散，水气长存，格于心下，水寒射肺，故无物可吐而但有声，曰干呕。或咳、或喘、或唾，皆此故也。爰用麻黄、桂枝、甘草发其表邪，半夏、细辛、干姜散其水气，芍药敛阴，五味收耗。名曰青龙，取东方木神伏邪之义。又龙兴则云升雨降，品物咸亨。

《研经言》：古经方必有主药，无之者小青龙是也。何以言之？方中麻、芍、姜、辛、桂、甘各三两，味、夏各半升。考古半升，约古分亦三两。仲景每以半夏半斤配生姜三两，五味半升配生姜三两。此方正其例也。八味轻重同则不相统，故曰无主药。或谓麻黄先煎即是主药。岂知麻黄以有沫当去，不得不先煎，与先煎泽漆、先煎大黄有别。特以肺为水源，以此疏其壅塞耳！且本方加减法云去麻黄者四，麻黄在可去之例岂主药乎？匪特麻黄非主药也，即桂枝亦不过因表不解发热而用之，其与芍药、甘草同用，全乎桂枝汤矣。桂枝即非主药，芍药、甘草更可知已，又何论半夏乎？此方本从桂枝汤来，而

其义则在干姜、五味、细辛三味。本论于柴胡汤、四逆散方下云：咳者，加干姜、五味子、细辛，即此方主治之义。柴胡汤方下又云：咳者去人参、生姜、大枣，加五味子、干姜，即此方用桂枝汤，所以必去枣、姜之义。然则小青龙为治饮家咳之方，故凡用干姜、五味子，而与若桂若麻并施者，皆自此出。如《金匮》厚朴麻黄汤、射干麻黄汤、苓桂五味甘草姜辛汤、苓桂五味甘草姜辛半夏汤、苓桂五味甘草姜辛半夏杏仁汤、苓桂五味甘草姜辛半夏杏仁大黄汤六方是也。论此方所从来，当入桂枝类；论此方所由衍，当另建一类，而六方隶焉，斯当矣。

《伤寒寻源》：此治太阳寒水之法也，虽同名青龙，却与大青龙主治迥别。太阳表邪不解，与阳热相搏，宜大青龙发之。太阳表邪不解，与寒饮相格，宜小青龙逐之。经云：伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳。此为小青龙的对之证。故方中用麻黄、桂枝、细辛之属，以散寒而解表，用半夏、干姜、五味之属，以蠲饮而降逆，复以芍药、甘草，两和表里。但表里错杂之邪，病出恒不一致。若微利者，水已下趋，故去麻黄，加芫花，顺其势以导之也。若渴者，寒已化热，故去半夏，加栝蒌根，反其用以治之也。若噎者，寒格上焦也。故去麻黄，加附子以散寒。若小便不利，少腹满者，水蓄下焦也。故去麻黄，加茯苓以利水。若喘者，水邪射肺也。故去麻黄，加杏仁以下肺气。此方本不至发汗，故或用麻黄，或去麻黄，皆相表里证之轻重，而为加减之圆机活法也。

按大青龙发汗以除阳热，犹龙之乘云上天而布甘霖。小青龙逐水以散阴寒，犹龙之翻波逐浪而归江海。制方之妙，亦犹龙之变化而不可测乎。

《伤寒明理论》：青龙象肝木之两歧，而主两伤之疾。中风见寒脉，伤寒见风脉。则为荣卫之两伤，故以青龙汤主之。伤寒表不解，则麻黄汤可以发。中风表不解，则桂枝汤可以散。惟其表且不解，而又加之心下有水气，则非麻黄汤所能发，桂枝汤所能散；乃须小青龙汤，始可祛除表里之邪气尔。麻黄味甘辛温，为发散之主。表不解，应发散之，则以麻黄为君。桂味辛热，甘草味甘平，甘辛为阳，佐麻黄表散之，用二者所以为臣。芍药味酸微寒，五味子味酸温，二者所

以为佐者，寒饮伤肺，咳逆而喘，则肺气逆。《内经》曰：肺欲收，急食酸以收之，故用芍药五味子为佐，以收逆气。干姜味辛热，细辛味辛热，半夏味辛微温。三者所以为使者，心下有水，津液不行，则肾气燥。《内经》曰：肾苦燥，急食辛以润之，是以干姜细辛半夏为使，以散寒水逆气，收寒水，散津液，通行汗出而解矣。心下有水气散行，则所传不一。故又有增损之证。若渴者去半夏，加栝蒌根，水蓄则津液不行。气燥而渴，半夏味辛温，燥津液者也，去之则津液易复，栝蒌根味苦微寒，润枯燥者也，加之则津液通行，是为渴所宜也。若微利去麻黄，加芫花。水气下行，渍入肠间，则为利。下利者不可攻其表，汗出必胀满，麻黄专为表散，非下利所宜。故去，芫花味苦寒，酸苦为涌泄之剂，水去利则止，芫花下水，故加之。若噎者去麻黄，加附子。经曰：水得寒气冷必相搏，其人即溏。又曰：患者有寒，复发汗，胃中冷。必吐蛔，噎为胃气虚竭。麻黄发，非胃虚冷所宜，故去之。附子辛热，热则温其气，辛则散其寒，而噎者为当。两相佐之，是以祛散冷寒之气。若小便不利，少腹满，去麻黄，加茯苓。水蓄在下焦不行，为小便不利。少腹满，凡邪客于体者。在外者可汗之，在内者下之，在上者可涌之，在下者可泄之。水蓄下焦，渗泄可也，发汗则非所当，故去麻黄。而茯苓味甘淡，专行津液。《内经》曰：热淫于内，以淡渗之，渗溺行水，甘淡为所宜，故加茯蓄。若喘者去麻黄，加杏仁。喘为气逆，麻黄发阳，去之则气易顺；杏仁味甘苦温，加之以泄逆气。《金匮要略》曰：其形肿者，故不内麻黄，乃内杏子。以麻黄发其阳，故喘逆形肿。标本之疾，加减所同，盖其类矣。

《伤寒括要》：主表邪不解，心下有水气。青龙象肝木之两岐，主两伤之疾。麻黄汤散寒，桂枝汤散风。若表不解而心下有水气，为表里两伤，须小青龙祛表里之邪。麻黄辛温，为发散之君。桂枝辛热，甘草甘平，为发散之臣。芍药酸寒，五味酸温。寒饮伤肺，则咳喘而肺气逆。经曰：肺欲收急食酸以收之，故芍药、五味子为佐，以收逆气心下有水。津液不行，则肾燥。经曰：肾苦燥急食辛以润之，故以干姜辛热，细辛辛温，半夏微温为使，以散寒水。如是则津液通行，汗出而解。心下有水气，变症多端，故立加减之法。渴者，去半

夏，加栝蒌根。水蓄则津液不行，气燥而渴，半夏性燥，去之则津易复。栝蒌性润，加之则津易生，微利者，去麻黄，加芫花。水渍肠胃，则为利，下利不可发表，发之必胀满，故去麻黄。酸苦能涌泄，水去则利止，故加芫花。经曰：水得冷气。其人即噎，胃寒非表症，故去麻黄。辛热能温中，故加附子。若小便不利，病在下焦，甘淡者下渗，故加茯苓，发散者上行，故去麻黄。喘则气上，法当降下。麻黄轻扬而上，是以去之。杏仁苦泄而下，是以加之。

《金镜内台方议》：伤寒表不解，则发热，心下有水气，则干呕而咳，此乃水气与温邪相搏而成此症也。或渴、或利、或噎、或小便不利，小腹满，或喘者，皆有水气内攻也，故此方主之。以麻黄为君，归之为臣，芍药行荣，而散表邪。以干姜、细辛、半夏之辛为使，而行水气止咳呕。以五味子之酸敛肺之逆气，以甘草之甘而和诸药为佐。经曰：以辛散之，以甘缓之，以酸收之者，此也。为之曰小青龙者，以其能发散风寒，分利水气，超越乎天地之间也。

《伤寒附翼》：伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而渴，或利、或噎、或小便不利，少腹满者，或喘者，用此发汗利水。夫阳之汗，以天地之雨名之。水气入心则为汗，一汗而外邪顿解矣。此心气不足，汗出不彻，故寒热不解而心下有水气。其咳是水气射肺之征。干呕知水气未入于胃也。心下乃胞络相火所居之地，水火相射，其病不可以拟摹，如水气下而不升，则或渴、或利；上而不下，则或噎、或喘；留于肠胃，则小便不利而少腹满耳。惟发热干呕而渴，是本方当证。此与桂枝汤去大枣之泥，加麻黄以开玄府，细辛逐水气，半夏除呕，五味、干姜以除咳也。以干姜易生姜者，生姜之味气不如干姜之猛烈，其大温足以逐心下之水，苦辛可以解五味之酸。且发表既有麻黄、细辛之直锐，更不藉生姜之横散矣。两青龙具两解表里之法，大青龙治里热，小青龙治里寒，故发表之药同，治里药殊也。此与五苓，同为之表不解而心下有水气，在五苓治水蓄而不行，故大利其水而微发其汗，是为水郁折之也。本方治水之动而不居，故备举辛温以散水，并用酸苦以安肺，培其化源也，兼治肤胀最捷。

《重订通俗伤寒论》：何秀山按：风寒外搏，寒饮内伏，发为咳嗽气喘者，必须以小青龙加减施治。盖君以麻、桂辛温泻卫，即佐以

芍、草酸甘护荣；妙在干姜与五味拌捣为臣，一温肺阳而化饮，一收肺气以定喘，又以半夏之辛滑降痰，细辛之辛润行水，则痰饮悉化为水气，自然津津汗出而解。若不开表，而徒行水，何以解风寒之搏束。若一味开表，而不用辛以行水，又何以去其水气？此方开中有合，升中有降，真如神龙之变化不测。

《金匮要略心典》：水气流行归于四肢，当汗出而不汗出，身体重痛谓之溢饮。夫四肢者，阳也，水在阴者宜利，在阳者宜汗，故以大青龙发汗去水，小青龙则兼内饮治之耳。麻黄、桂枝散入之寒，半夏消内积之饮，细辛干姜治其咳满，芍药五味监制麻桂之性，使入饮去邪也。

《医宗金鉴》：太阳饮又有二，一中风有汗为表虚，五苓散证也，一伤寒无汗为表实，小青龙汤证也。实表无汗，故合麻桂二方以解外。去大枣者，以其性滞也。去杏仁者，以其无喘也，有喘者仍加之。去生姜者，以有干姜也；若呕者，仍用之，佐干姜、细辛，极温极散，使寒与水俱得从汗而解。佐半夏逐痰饮，以清不尽之饮，佐五味以收肺气，以敛耗伤之气。若渴者，去半夏加花粉，避燥以生津也。若微利与噎，小便不利，少腹满，俱去麻黄，远表而就里也，加附子以散寒，则噎止，少腹满可除矣。此方与越婢汤同治水饮溢于表而为腹满水肿，宜发汗外解者，无不随手而消。越婢汤治有热者，故方中君以石膏以散阳气也。小青龙汤有寒者，故方中佐以姜桂以散阴水也。

《伤寒论本旨》：肾为寒水之脏，而亢阳实根于中。是故阳旺则水亏，阳虚则水盛，而水邪之本在肾也，其标又在脾肺二脏，何也？经言：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，水津四布，五经并行。是胃中水液由少阳相火蒸腾而游溢，上输于脾，如脾弱不能输布，则蓄于中而为胀满。若脾输归肺，而肺不能通调下输，则壅于三焦而小便不利，则为身肿矣。若水邪始发，脾肺气窒，必有或喘或呕或咳等症。加外感风寒，则有发热恶寒头痛等症，故仲景主治之法，以干姜、甘草、半夏温通脾胃之阳，以行水化气；麻、桂、细辛通太阳、少阴之阳，以解风寒；风寒夹水，阴邪甚盛，故需重用辛温阳药，然阴无阳不生，阳无阴不化，

故佐芍药和阴，使表里之气输化，更加五味收肃肺气，俾得通调水道，则表里之邪皆去矣。

《成方便读》：前方（大青龙汤）因内有郁热而表不解，此方因内有水气而表不解。然水气不除，肺气壅遏，营卫不通，虽发表何由得汗？故用麻黄、桂枝解其表，必以细辛、干姜、半夏等辛燥之品，散其胸中之水，使之随寒而出。《金匮要略》所谓腰以上者，当发汗，即《内经》之鬼门开也。水饮内蓄，肺必逆而上行，而见喘促上气等症。肺苦气上逆，急食酸以收之，甘以缓之，故以白芍、五味子、甘草三味，一以防肺气之耗散，一以缓麻桂姜辛之刚猛也。名小青龙汤者，以龙为水族，大可以兴云致雨，飞腾于宇宙之间，小则亦能治水驱邪，潜隐于波涛之内耳。

《医学衷中参西录》：仲景之方，用五味即用干姜，诚以外感之证皆忌五味，而兼痰嗽者尤忌之，以其酸敛之力甚大，能将外感之邪锢闭肺中水成劳嗽，唯济之以干姜至辛之味，则无碍。而愚近时临证品验，则另有心得，盖五味之皮虽酸，其仁则含有辛味，以仁之辛济皮之酸，自不至因过酸生弊。

《金匮要略方议》：本方所治之证，系素有内饮，复感风寒之外寒内饮证。可见恶寒发热，头痛无汗，颜面浮肿，身体疼痛，咳嗽喘息，痰多清稀，脉浮弦或浮滑等。外寒非汗不解，内饮非温不化，故治宜解表散寒，温化痰饮。方中麻黄发汗解表，宣肺平喘，配桂枝可增强解表散寒之功。但饮为阴邪，易伤阳气，《难经四十九难》曰：形寒饮冷则伤肺，素有痰饮患者，正气已伤，难于胜任麻桂之峻剂，故配以芍药之酸收，半夏之温燥，则温化寒饮之效更加显著。然又虑其过于温散，耗气伤阴，因此，又配以五味子敛肺，止咳平喘。一散一收，使寒去饮化，肺气安和，使以甘草，调诸药而和表里，缓药性而扶正气。综合全方，有散有收，有宣有降，表里同治，内外分消，用药精专，配伍严谨，实为解表化饮之良剂。

《历代名医良方注释》：本方于大青龙汤，蝉联对举。大青龙汤治太阳从标气，郁而化热。本方是从太阳本气，郁而化火。仲景条文，水气二字须着眼。盖气郁化水，而犹未甚，曰水气。上方证治，乃化热之渐。本方证治，乃化水之渐。上方大青龙，云腾致雨，飞凌

霄汗。本方小青龙，翻波逐浪，以为大壑。两两比拟，意义甚显。两方表证未罢，故均从麻黄汤脱化而出。观本方干姜、细辛以宣之，五味子以敛之，芍药半夏以和之。一收一纵，一阖一辟，俾无形之表邪，从肌表出，有形之里邪，从水道出，邪气水气，一并廓清。无事加重麻黄，而表里霍然。麻黄姜辛并用，温气较浓。盖亦诸有水气者，当以温药化之之义。方注微利去麻黄。该表未罢，故当固表，而里已急，又当救里。仲景治病，随其机而为于治当。要之本方通里气以和表气，和表气以通里气。借用处甚多，故有加减各法。学者当潜心体认，而求其所以然之故也。[1~3]

参考文献

[1] 黄泰康，谢文光．中医配方学．北京：中国医药科技出版社，2000，441
[2] 孙世发．名方配伍分析及应用．北京：人民卫生出版社，2002，10～14
[3] 李飞．中医历代方论精选．南京：江苏科技出版社，1998，95～98

第三章 小青龙汤的理论研究热点

一、小青龙汤君药的确定

成无己在《伤寒明理论》中论述麻黄味甘辛温，为发散之主，表不解，应发散之，则以麻黄为君；桂枝辛热，甘草甘平，甘辛为阳，佐麻黄表散之，用二者所以为臣；芍药味酸微寒，五味子酸温，二者所以为佐者，寒饮伤肺，咳逆而喘，则肺气逆。《内经》曰：肺欲收，急食酸以收之。故用芍药、五味子为佐，以收逆气；干姜味辛热，细辛味辛热，半夏味辛温，三者所以为使者，心下有水，津液不行，则肾气燥。《内经》曰：肾苦燥，急食辛以润之。是以干姜、细辛、半夏为使，以散寒水。[1]

二、小青龙汤的用药特点

散寒化饮，常用姜辛：肺为清肃之脏，喜温而恶寒，喜润而恶燥，主皮毛而司呼吸，故风寒湿邪易从皮毛而入，内舍于肺，致肺失宣肃，气逆不降而为咳。或因肾阳衰惫，阳光不布，阴霾四散，肺寒而咳。且肺为水之上源，若肺之治节失职，则无以输布津液，通行水道而致水液停聚。对上述病证，仲景常用大辛大

热之干姜、细辛，温肺散寒，化饮止咳。

降逆敛肺，重用夏味：肺寒气逆是咳嗽的重要病机，因此，温肺降逆亦为咳嗽常用之法。仲景合夏味而重用之，实有深意。五味子味酸性温，入肺、肾二经，温可散肺寒，蠲水饮；酸可敛肺气，镇咳喘。半夏辛温，入脾、胃二经，燥湿以健脾而杜生痰之源，开结降逆以止呕咳。且二药又多与干姜、细辛同用，辛开苦降酸敛并用，使升者升，降者降，各归其所。又姜辛夏味俱为辛温之品，合用可散在肺之水寒，祛上焦之痰湿，但难免耗散太过，故重用五味子以敛肺生津。

外寒内饮，以小青龙汤进退：外有风寒内有停饮，固然是小青龙汤证，而随着见症不同，遣方自然有别。若表寒轻而水寒重，咳嗽剧烈甚则喉中水鸡声者，以小青龙汤减解表之桂枝、芍药、甘草，加射干、紫菀、款冬花、大枣，即为射干麻黄汤，射干、紫菀味苦，苦可降逆，《内经》所云：肺苦气上逆，急食苦以泄之。因而较之小青龙汤祛痰化饮，降逆止咳之功更著。若外寒内饮而兼郁热烦躁者，则用小青龙加石膏汤。在上症基础上，更见胸部胀满，烦躁特甚者，以小青龙加石膏汤减桂枝、白芍、甘草，加厚朴疏敦阜之土，开地道之壅。使脾气健运，土能制水。加杏仁利气化痰，助半夏以降逆。加小麦养正安中，助石膏清热除烦，即成厚朴麻黄汤，其消胀满、止咳逆之力又较小青龙加石膏汤为优。

三、小青龙汤的细辛用量

细辛具温经散寒，止痛化饮等功效，临床应用较为广泛。就其用量，历来有“细辛不过钱”之说，但确切用量却众说纷纭，莫衷一是。宋·陈承的《本草别说》曰“若单用末，不可过半钱”；《本草纲目》曰“细辛非华阴者不得为真，若单用末，不可过一钱”。

现代药理研究证明，细辛过量可抑制呼吸中枢，甚至可致呼吸麻痹。历代虽有“细辛不过钱”之说，但《伤寒杂病论》中小青龙汤、当归四逆汤等方中，均用至2～3两。据此可以推论：①细辛不过钱是指散剂而言。②品种上是指华细辛（北细辛）而言。即细辛入散剂吞服应在1～3g，入汤剂可在3～10g，治疗顽疾疴症，可用至15～

20g。北细辛用量不宜过大，其他如短尾细辛、川北细辛等质略差，用量可稍重。

本品入汤剂，煎煮时间一般不应少于1h，用于解表通窍时用量宜小，且煎煮时间不必过长。值得一提的是，细辛首剂用量不宜过大，应先投1~2剂药观察患者能否耐受，再逐渐加量。[1]

1. 细辛不过钱考究 “细辛不过钱”之说的提出，见于明代李时珍的《本草纲目》。书中引北宋陈承语谓：“承曰，细辛非华阴者不得为真。若单用末，不可过一钱，多则气闷塞不通者死。”而陈承《本草别说》则载谓：“细辛，若单用末，不可过半钱匕，多则气闷塞，不通者死。”一谓“不可过一钱”，一谓“不可过半钱匕”，如何是从，则需考校。北宋元祐元年（公元1086年）陈承著《本草别说》；北宋大观二年（公元1108年）校刊唐慎微《经史证类备急本草》，于书名上加当时纪元“大观”二字；北宋政和六年（公元1116年）曹孝忠等校正刊行《经史证类备急本草》，遂改名为《政和要草》，而大观、政和本草卷六细辛条俱作“半钱匕”，而非“一钱”。此两书与《本草别说》同处一个朝代，年距仅为30年，而结论一致，且与《本草别说》同，故此，“一钱”当是时珍传抄之误。《本草纲目》1个世纪后，清·汪昂《本草备要》细辛条亦载“不可过一钱，多则气不通，闷绝而死”，可见是以讹传讹。而此说是指单味药研末吞服，并非指复方煎剂。随之，“细辛不过钱，过钱塞人言”，“细辛不过钱，过钱命相连”等类似说法得以广泛流传，至《中华人民共和国药典》（1977~1995年版）等中药书籍，对细辛的用量亦规定为1~3g。后人误将单味研末吞服“不可过一钱”的先贤之误训一概而论，也误将煎剂复方中的细辛用量以“不过钱”加以限定，从而束缚了细辛的用量，限制了其高疗效的发挥。所以，“细辛不过钱”是“细辛不可过半钱匕”之误，它只是细辛用法用量的特殊规律，而不是其普遍规律。

2. 仲景细辛用量 细辛用量究竟应该使用多少？历史是一面镜子，回首历代方书，制方使用细辛频率较高的当首推仲景，《伤寒杂病论》堪为细辛用量的楷模。从他序中“勤求古训，博采众方……并凭脉辨证”，可以看出他是在大量总结前人经验的基础上，结合自

己的大量临床实践，将细辛广泛地应用于临床的，且疗效显著，无毒性及不良反应。仲景之为方，其剂量不是主观臆造的，也并非是随心所欲的，而是在反复的实践和教训中，通过正反两方面总结的结果。后世医家对仲景倍加尊崇，被誉为“医门之圣”、“方书之祖”，这些充分说明仲景以前及他本人对细辛的临床应用，以及对细辛用量的大量实践，是不可否认和无可非议的。而他制方用细辛的19首方剂中之剂量，不能不说是权威性的结论，不能不是我们玉鉴的龟镜，更不能不说明是其常用剂量。《伤寒杂病论》方中和方后加减用细辛的19首方中，除丸散剂和加减方外，入煎剂日服1剂的方有13首方剂，用2两的有5首方剂，用3两的有8首方剂。由于汉今衡量不一，剂量不等，给临床用药带来不统一性。“医方人命之急，而称两不与古同，为害特重”（《晋书律历志》）。故此，今人做了很多考证，具代表性有三：①1两折今13.92g，吴承洛《中国度量衡史》（修订本）、《中医大辞典方剂分册》、南京药学院《药剂学》等与之同（下称吴考）。②柯雪帆等考为1两折今15.625g（下称柯考）。③高等中医院校教材四版《伤寒论选读》，二版、五版《伤寒论讲义》及五版、六版《方剂学》均载1两为3g（下称高考）。据此，看细辛仲景量与今人考据量的药用剂量。

（1）吴、柯考量与仲景量　吴、柯所考剂量基本近似。按此看来，仲景方用量偏大，但只要我们认真研究，就不足为奇。因为仲景方是每剂一煎，若按其一次煎煮法，我们可以用以上吴、柯所考的剂量。但现代则是每剂二煎或三煎，按一剂三煎，仲景方的一剂量则为现代的三剂量，所以1两可直折5g，3两折为15g。据此，以当归四逆汤为例，方中当归、桂枝、白芍、细辛、甘草的剂量均为3两，故均可直折15g，一剂三煎。再以小青龙汤方中，细辛用3两，与芍药、干姜、甘草等药的用量相同。如按东汉1两等于15.625g计算，3两为47g，这样大剂量的细辛，人皆畏其有毒而不敢用，实际上细辛之毒为挥发性极强的物质——黄樟醚，煎煮30min后，大多已挥发，所剩不过1/50，几乎无毒。再按小青龙汤煎成后，分温三服计算，用细辛10~15g，煎药汁顿服也不会中毒，而能更好地发挥其镇咳、镇痛、强心等作用。

（2）高考量与仲景量　按“高考”汉方1两3g为计，苓甘五味姜辛汤、射干麻黄汤、小青龙汤等方中细辛用量为3两，应换算成9g，而五、六版《方剂学》实际用量，并非如此，且量差较大。清·王清任谓“药味要紧，分量更要紧”。日本渡边熙谓“汉药之秘，不可告人者，即在药量。”已故名医岳美中深刻地说：“一味药量的增损即能改易其功用，治疗不同病症”。可见古今中外医家都非常重视并严格掌握药物剂量，仲景方不但堪为其典范，而且最有法度，药味相同，药量不同，则主治病证迥异。桂枝汤、桂枝加桂汤、桂枝加芍药汤三方就是其典型例证。五版《方剂学》载仲景用细辛方有8首，用量在1.5～3g之间，惟苓甘五味姜辛汤用至6g，按其1两折今3g换算，8首方中最少少用了3g，最多少用7.5g；六版《方剂学》载方有6首，用量在3g～6g之间，最少少用3g，最多少用6g。这种用量有悖于仲景原方用量之旨，剂量成倍成倍地减少，该对方剂产生什么样的影响，令人难以设想。再则以苓甘五味姜辛汤为例，同一方中药物剂量均按一两3g为计，惟独细辛除外，不按此换算，明知故犯的将3两折用5g，这说明对细辛用量仍不能正视，畏其用量过大。前有定论（1两3g），后不实施，岂不怪哉。但可喜的是细辛用量已经“过钱”，而正在返朴归真，剂量在不断增大，朝仲景常用量发展。

（3）当代细辛用量　当代细辛用量一般在3g左右，但接近或超过仲景用量者屡有所见。以苓甘五味姜辛汤、小青龙汤为基础的加减新方麻辛味干汤，细辛剂量在3～10g，用于治疗寒饮内伏、肺失宣肃之咳喘，效果显著；治疗哮喘，复方煎剂中细辛每酌用至9g，而疗效显著；麻黄附子细辛汤加味治疗1例暴盲患者，细辛用10g，3剂而获全效；治疗寒湿痹阻之腰腿痛，细辛常用15～20g；治疗顽固性头痛细辛用15g。而超大剂量应用细辛的更是不乏其人，用独活寄生汤化裁，治疗寒痹型坐骨神经痛，细辛加至30g而收全功；治疗缩窄性心包炎细辛用30g，治疗慢性支气管炎细辛用至40g，而疗效显著，并服药数小时内未见不良反应，日久亦未见蓄积中毒现象；治疗一嗜铬细胞瘤性高血压，用细辛30g伍川芎、白芷、黄酒，1剂而血压降至正常；治疗心动过缓用细辛少则15g，多则50g；治疗类风湿

性关节炎，复方中细辛剂量在30～160g，有的患者服半年之久亦未见不良反应；而另据南氏报道，重用细辛治疗类风湿性关节炎，疗效确切。慢性支气管炎、慢阻肺、肺心病心力衰竭证属寒饮内伏，或表寒里饮，或饮溢肌肤，而现咳嗽痰多，质清而稀，或喘息痰鸣喉中有水鸣声，或咳逆倚息不得卧并现水肿，且以下肢为重，伴见口唇紫暗者，或兼见恶寒发热者，常用小青龙汤原方原量，麻黄、桂枝、细辛、白芍、干姜、甘草各15g，半夏25g，五味子20g，酌加旋复花、白芥子、葶苈子等，水煎日服1剂，收效显著。慢性鼻炎、过敏性鼻炎证属风寒或饮邪内伏肺系，症见鼻塞不畅、鼻痒、鼻流清涕或发则鼻流清水、不能自止，或点滴而下不能自制者，用小青龙汤原方原量，细辛15g，另加辛夷15g，水煎日服1剂，疗效甚高，屡用屡效。血管性头疼痛在额颞，或左或右，或牵扯耳前后疼痛，证属风痰瘀阻少阳者，常用小柴胡汤原方去人参，原量加细辛15g，川芎20g等，水煎，日1剂，效果明显；而痛在巅顶，证属厥阴肝寒，浊阴上逆而现头痛如裂，干呕或呕吐痰涎质清稀者，用吴茱萸汤原方原量加细辛15g，水煎日服1剂，效如桴鼓。冠心病心动过缓用麻黄附子细辛汤合生脉散加味，细辛初用15g，可渐增到30g，而收良效。类风湿性关节炎用桂枝芍药知母汤或乌头汤化裁，加用细辛，初则15g，渐至25g，多能收到良好的止痛效果。而腰间盘脱出所致的腰腿痛用活络效灵丹加细辛15～20g，再结合辨证施治，收效显著。基于上述，细辛的常用剂量应为9～15g。小于9g为小剂量，大于15g为大剂量。本剂量为复方煎煮剂量，并非丸散或单用研末内服剂量。[2]但临床上有报道细辛用量达8g而致心律失常的。[3]

参考文献

[1] 吴继军，张静．小议细辛之用量．中国民间疗法，1996，(3)：40

[2] 董良杰，王树明．细辛用量研究．中国中医基础医学杂志，2000，6(4)：37

[3] 陈筱琴．细辛过量引起心律失常一例．江苏中医，1994，15(1)：10

性关节炎，复方中细辛剂量在 30 - 150g，有的患者服半年之久亦未见不良反应；而另据临床报道，重用细辛治疗类风湿性关节炎，疗效确切。慢性支气管炎，慢阻肺，肺心病心力衰竭而属寒饮内伏，或若寒重饮盛，或饮路即咳，而痰喘偏甚者，原治疗略中有水肿者，或痰涎总不especially即或水肿，且以下肢为重，伴见口唇紫暗者，或兼见脉象发热者，常用小青龙汤原方原量，麻黄，桂枝，细辛，白芍，干姜，甘草各 15g，半夏 25g，五味子 20g，即加瘟夏花，白芥子，葶苈子等，水煎日服 1 剂，取效显著。慢性鼻炎，过敏性鼻炎而属风寒饮邪内伏肺系，症见鼻塞不闻，鼻痒，鼻流清涕或发则鼻痛涕水，不能自止，或点滴而下不能自制者，用小青龙汤原方原量，细辛 15g，另加辛夷 15g，水煎日服 1 剂，行效甚高，屡用屡效。血管神经头痛偏在新旋。或左或右，或牵延于脑后者痛，证属风寒痰阻少阳者，常用小柴胡汤原方去人参，原量加细辛 15g，川芎 20g 等，水煎，日 1 剂，效果明显；而测血痛证，证属寒阴肝亢，痰阻上焦而痰头痛如裹，干呕吐涎叶痰症虽皆睡者，用反来复汤原方原量加细辛 15g，水煎日服 1 剂，效如桴鼓。冠心病心动过缓用麻黄附于细辛汤合生脉散加味，细辛初用 15g，可渐增到 30g，而收良效。类风湿性关节炎用桂枝汤去加味汤或乌头汤化裁，加用细辛，初服 15g，渐至 25g，多服收到良好的止痛效果。而腰阿落腹出原发的腰腹痛用常效无价加细辛 15 - 20g，阵轻合券延服药，收效显著。数于上述，细辛的常用剂量应为 9 - 15g。小于 9g 为小剂量，大于 15g 为大剂量。本剂量为发疗痼疾剂量，非非私营或单用时未内服剂量。[1]但临床上行报道细辛用量达 8g 而致心律失常的。[2]

参考文献

[1] 吴锦年. 张锦. 小效细辛之用量. 中国医师学报, 1996, (3): 40

[2] 董良杰. 王振国. 细辛用量新探. 中国中医药研究杂志, 2000, 6 (4): 37

[3] 陈维芳. 细辛过量引起心律失常一例. 江苏中医, 1994, 15 (1): 10

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、病原微生物及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，炎症是疾病的起因，咳、痰、喘是继发的症状。这些症状会影响患者的休息和健康，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（简称慢支）属于中医学“咳嗽”、“痰饮”、“哮喘”范畴，是指气管、支气管黏膜及周围组织的慢性非特异性炎症，

多见于中老年人，所以又有“老慢支”之称。据资料统计，我国50岁以上的老年人患病率高达15%左右。吸烟患者明显高于不吸烟患者，在我国患病率北方高于南方，农村较城市发病率稍高。理化刺激、呼吸道局部防御和免疫功能低下及植物神经功能失调、感染因素、过敏因素等都是引起慢性支气管炎发生的原因。临床症状为慢性咳嗽，咳痰量多、黏稠，气喘。每年发作持续时间3个月左右，并且连续2年以上。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，与过敏无关。X线透视或拍片可无异常，也可出现肺透光度增强，肺纹理增多、变粗、扭曲变形等现象。血液化验可正常，急性发作期白细胞可增高。肺功能检查，早期可正常，随病变进展可出现通气功能障碍等。

中医治疗慢性支气管炎对急性发作期、慢性迁延期、缓解期分别进行辨证论治。

【临床应用】

陈氏[1]用小青龙汤为基本方治疗风寒束肺型慢性支气管炎患者50例。随症加减：胸闷喘息加白芥子、莱菔子；喘甚气逆、咳喘无力加炙黄芪、党参；唇面青紫、舌质黯淡等瘀血征象明显者加桃仁、丹参、赤芍。结果：临床控制48例，减轻2例，总有效率98%（$P<0.01$）。疗程最长20天，最短3天，平均10天。高氏用本方加减治疗慢性支气管炎合并肺气肿者31例。结果：咳、痰、喘症状改善率87.1%，临床控制率25.8%。并认为本方通过改善肺宣发肃降功能，上焦之痰饮得去，中焦之健运复常，从根本上改善咳、痰、喘症状。邓氏用本方加减治疗慢性支气管炎患者70例。以病史长、胸闷、气喘、倦怠、背冷、四肢浮肿、面色晦暗、口和溲清、舌淡紫、苔薄白腻、脉细弱弦滑作为辨证要点。以本方加苍术、厚朴、淫羊藿、南沙参为基本方治疗。结果：治愈49例，占70%；好转16例，占23%；无效5例，占7%；总有效率93%（$P<0.01$）。一般服药5～10剂见效。周氏[2]等在常规西药治疗基础上加用小青龙汤加减治疗慢性支气管炎患者108例；对照组108例，予常规西药治疗。结果：治疗组显效88例（81.5%），有效18例（16.6%），无效2例

(1.9%)，总有效率98.1%。对照组显效56例（51.9%），有效24例（22.2%），无效28例（25.9%），总有效率74.1%。两组显效率、总有效率比较，差异均有非常显著性意义（$P<0.05$）。冯氏[3]用本方加减治疗喘息型慢性支气管炎患者65例，对照组予青霉素G 80万U，肌内注射，2次/天，复方甘草片2片，3次/天，口服，哮喘明显者加用氨茶碱片0.1g，3次/天，口服，2组均以10天为1个疗程，连用2个疗程，结果：治疗组总有效率93.85%，对照组总有效率85.48%，两组比较有显著差异（$P<0.05$）。周氏[4]等自1995～1998年治疗老年性慢性支气管炎患者210例。治疗方法：运用小青龙汤合三子养亲汤加减，痰湿重者加陈皮、茯苓；寒郁化热，口渴者加生石膏；喘息甚者加射干、苦杏仁；寒热交错者去桂枝、白芍，加川贝母、桑白皮、枇杷叶，每日1剂，水煎，早晚各1剂，10天为一疗程。结果：显效163例，占77.6%；有效38例，占18%；无效9例，占4.28%，总有效率为95.7%。尹氏[5]以本方化裁治疗老年慢性支气管炎急性发作31例，治愈14例，有效13例，无效4例，总有效率87%。吕氏[6]等观察中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作的疗效，两组均用西药。以抗生素为主，辅以止咳平喘等对症治疗。治疗组同时投予小青龙汤。结果：临床控制率分别为治疗组93.02%、对照组78.05%，两组疗效差别有显著意义（$P<0.05$）。

戴氏[7]以小青龙汤为主治疗喘急型慢性支气管炎36例，疗效满意。均为每年下半年开始发病，连续发作3个月或以上，连续2年或以上。临床表现以气喘、咳嗽咳痰为主，肺部听诊均能闻及明显哮鸣音及散在湿罗音；均摄X线胸片，排除肺部其他器质性疾病；且多为西医治疗一段时间后，疗效不明显而求治于中医治疗者。治疗方法：根据临床表现分为3型，喘咳多痰，苔白滑，脉浮而无明显阳虚及内热之象者为普通型，以小青龙汤治之；喘咳多痰，痰质清稀，苔薄白，舌质淡，脉迟或缓者为阳虚型，以小青龙汤加附子治之；喘咳多痰，痰质稠或色黄，口干或渴，舌苔黄，舌质红，脉数而有力者为肺热型，以小青龙汤加石膏、杏仁治之。结果：显效（服药3剂，喘咳明显减轻）24例，有效（服药6剂，喘咳明显减轻）8例，无效（服药6剂，喘咳症状仍未见减轻）4例，总有效率89%。

高氏[8]等对523例慢性支气管炎急性发作患者，以中西医结合治疗348例，单纯西医治疗175例，西医治疗主要是平喘、祛痰、抗感染，中医采用辨证论治方法，寒证用小青龙汤加减，通过临床观察，中西医结合治疗比单用西医治疗疗效更为满意。刘氏[9]单纯使用中药小青龙汤加减治疗慢性支气管炎急性发作60例，炙麻黄、炙甘草各9～15g，桂枝、五味子各9g，干姜6g，制半夏30g，细辛、白芍各6～9g，地龙15g。外感已解、咳喘未止去桂枝，加杏仁；喉中有水鸣音加射干、款冬花、紫菀；体弱加党参、黄芪、白术，日1剂，水煎服。3～5日为1疗程。结果：显效31例，有效23例，无效6例，总有效率89%。

李氏[10]等用本方加减治疗118例慢性支气管炎急性发作患者，消炎控制感染加江剪刀草、天浆壳、鱼腥草各30g；涤痰宽胸加炙葶苈子15g，炙马兜铃12g，全瓜蒌18g；理气化痰加苏子、白芥子各10g，莱菔子12g；利水除满加茯苓12g；去噎散寒加制附子15g；清热除烦加石膏（先煎）30g。治疗3天，显效35例，有效33例，好转29例，无效21例，总有效率30%；治疗7天，显效103例，有效3例，好转4例，无效8例，总有效率87%。

万氏[11]等用本方加减治疗喘息型慢性支气管炎41例，兼腰腿痛、唇舌指甲青紫、小腹绵痛等气滞血瘀者，加乳香、没药以活血止痛；兼肢冷、背寒、大便溏、小便清长者，加黄芪、附子、肉桂（后下）温补脾肾；兼小便不利、气短、面目下肢浮肿者，加黄芪、陈皮、仙茅、菟丝子以温肾化气；兼胃肠胀满、纳食不佳、神疲乏力者，加白术、党参、茯苓健脾补气；喘甚气逆者，加葶苈子泻肺涤痰，苏子、陈皮化痰利气。结果：临床显效25例，占61%，有效11例，无效5例，总有效率87.8%。解氏[12]等用本方治疗慢性支气管炎169例，其中男104例，女65例。年龄均为50岁以上。病史最短8年，最长17年。结果：显效98例，占57.99%；有效66例，占39.05%；无效5例，占2.96%。总有效率97.04%。

周氏[13]治疗慢性支气管炎急性发作41例，其中病程最长者达31年。治疗方法：小青龙汤为主方，有热象者加黄芩、石膏。西药氨苄青霉素静脉点滴，每日2次。结果：治愈34例，有效5例，无效2

例，治愈率83%，总有效率95%。治愈病例中平均用药时间为8.6天。黄氏[14]等用本方治疗老年慢性支气管炎合并肺气肿51例，临床主要表现为反复咳嗽、咳痰、痰量较多，其中33例伴不同程度气喘。显效27例，好转15例，有效8例，总有效率98%。朱氏[15]以小青龙汤加地龙治疗100例慢性支气管炎急性发作期患者，药物组成：麻黄、法半夏、白芍各10g，细辛、干姜各3g，桂枝、炙甘草、五味子各6g，地龙15g。每天1剂，水煎服。随症加减：外感已解而咳喘未止者可去桂枝，用炙麻黄加苦杏仁以增强止咳平喘；咳而上气，喉中有水鸣声音者加射干、款冬花、紫菀；体弱者加党参、黄芪、白术、三七。结果：显效9例，好转41例，无效10例。总有效率90%。梁氏[16]等治疗138例老年喘息型慢性支气管炎急性发作患者，疗程2周，结果：常规治疗组显效28例，占41.1%；有效15例，占22.1%；无效25例，占36.8%，总有效率63.2%。中西医结合治疗组显效56例，占80%；有效11例，占15.7%；无效3例，占4.3%，总有效率95.2%。两组相比有显著差异（$P<0.01$）。治疗前后肺功能明显改善（$P<0.05$）。结论：中西医结合治疗组小青龙汤加减结合希舒美治疗老年喘息型慢性支气管炎明显优于常规治疗组。

【病案举例】

1. 患者，男，60岁，2003年12月12日求诊。喘咳、咳痰发作近1个月，痰质清稀水泡状，静脉点滴青霉素及糖皮质激素10天，喘咳未见好转，遂要求中医治疗。查体：体温36.5℃，脉率55次/分，两肺可闻及哮鸣音及散在湿罗音，苔薄白，舌质淡，脉缓，此属阳虚型，以小青龙汤加附子治之。方药：麻黄12g，桂枝10g，白芍10g，干姜6g，细辛6g，五味子6g，制半夏10g，甘草6g，淡附子10g，每日1剂，每剂水煎2次，分2次口服。3天后复诊，患者咳喘明显减轻，肺部哮鸣音消失，嘱服固本咳喘片及金匮肾气丸，以巩固疗效。

按：患者年老阳虚，阳虚不能化饮，证属外寒内饮，故用小青龙汤解表散寒、温肺化饮。小青龙汤是张仲景原为悬饮、溢饮而设，小青龙汤全方，有解表、散寒、止咳化痰、化饮、定喘之功用。临床上各种疾病而导致的咳、喘、痰、饮，大都由感受风寒诱发或兼有表

证、寒证。

2. 患者，男，48岁，2004年1月13日求诊。患者每年冬季必发喘咳，已有3年，今冬又发作，已有15天，曾肌内注射青霉素，口服氨茶碱片，病情不见好转。诊见：患者气喘吁吁，咳嗽频频，咳则面红耳赤，时可咳出少量黄色稠痰，自谓口渴喜饮冷，并觉有“热气”从口鼻中冲出。查体：体温38℃，脉率90次/分，两肺可闻及明显哮鸣音及散在湿罗音，苔薄黄，舌质红，脉数有力，此属水饮内停，郁久化热之肺热型，以小青龙汤加石膏、杏仁治之。方药：麻黄12g，桂枝10g，白芍10g，干姜6g，细辛6g，制半夏10g，甘草6g，五味子10g，生石膏30g，杏仁10g，每日1剂，每剂水煎2次，分2次口服。3年后复诊，患者诉咳喘有所减轻，自觉无发热，口渴减轻，咳痰较以前爽利，痰色变白，嘱原方再服3剂。3年后再复诊，患者诉喘咳明显减轻，肺部哮鸣音消失，口渴消失，嘱服固本咳喘片及六味地黄丸，以善其后。[17]

按：本病与肺、脾、肾三脏功能的失调密切相关，哮喘发作表现在肺，但根源在脾和肾。因此辨证论治的原则应根据哮喘发作期和缓解期分为虚实两类、寒热两型施治，急者治其标，以祛痰平喘为主，缓者治其本，以补益脾肾为主，哮喘患者大都本虚标实，故宜虚实兼顾。小青龙汤源自《伤寒论》，方中用炙麻黄宣肺平喘；桂枝温阳下气；用细辛、干姜、法半夏、甘草散寒降逆，化痰止咳；用白芍、五味子收敛肺气，诸药合用，共奏祛痰平喘之功。患者兼有热象，故酌情加石膏、杏仁。用小青龙汤加味治疗支气管哮喘，辨明寒热虚实，灵活应用，每获良效。

3. 患者，男，53岁，1994年12月3日就诊。喘咳10余年，冬重夏轻，曾多次到医院就诊，诊断为慢性支气管炎，曾服中西药效差。就诊时，患者气喘憋闷，张口抬肩，咳吐稀白痰，每到夜晚加重，不能平卧，晨起则吐痰盈碗盈杯，背部恶寒，面色黧黑，舌苔水滑，脉弦，寸滑。诊断为：寒饮内伏，上射于肺之证，予小青龙汤。处方：麻黄9g，桂枝10g，干姜9g，五味子9g，细辛6g，半夏14g，白芍9g，炙甘草10g，服7剂，咳喘大减，吐痰减少，夜能卧寐，胸中觉畅，后以《金匮要略》桂苓五味甘草汤加砂仁、半夏、生姜，

正邪并顾之法治愈。

按：本案为寒饮内扰于肺，肺失宣降，故症见咳喘吐痰，痰色清稀，背部恶寒，苔水滑。刘渡舟用小青龙汤辛温散寒、温肺化饮，使寒饮之邪去，肺气见通畅而咳喘自平。[18]

4. 杨某，男，65岁，工人。于1994年2月10日来诊。自诉：患慢性支气管炎5年余，每至冬天即发，夏日则愈。近因气候有变，昨日突然发作，寒战高热，肩背恶寒，测体温39.3℃，咳嗽气促，喘息不能平卧，呕吐稀白痰沫较多，不思饮食，小便发黄，苔白，脉滑数。辨证：风寒外束，饮邪内停，肺失宣肃。治以解表化饮。处方：炙麻黄、桂枝、甘草、干姜各5g，五味子、细辛各3g，白芍、制半夏、杏仁、橘红各10g。服药2剂后，咳嗽、气喘显减，稍能平卧，寒战高热亦解。测体温37.2℃，思食。前既中肯，毋须更张。宗原方再进3剂，咳喘缓解，诸恙悉减。

按：患者慢性支气管炎急性发作，症见寒战高热，咳喘不得卧，呕吐稀白痰等。审其脉症，系因外邪引动内饮而暴发，此时发汗解表则水饮不除，蠲化水饮则外邪不解。惟有发汗蠲饮，内外合治，方是正法。故取小青龙汤加入化热平喘的杏仁、橘红。诸药相合，使风寒解，水饮去，肺气复舒。宣降有权，诸症自平。[18]

二、急性支气管炎

急性支气管炎是指病毒和细菌感染，物理和化学因子刺激或过敏反应等对支气管黏膜所造成的急性炎症。通常容易感染的病原菌有肺炎球菌、化脓性葡萄球菌、流感杆菌等。临床上主要症状为咳嗽、痰多，重者可出现气喘。本病是呼吸系统的常见病、多发病，可发生于任何年龄，无明显性别差异。常发病于冬春寒冷季节或由气候突变而诱发，也可由急性上呼吸道感染迁延而来。临床起病较急，常先有急性上呼吸道感染症状。当炎症累及气管、支气管黏膜，则出现咳嗽、咳痰，先为干咳或少量黏液性痰，后可转为黏液脓性，痰量增多，咳嗽加剧，偶可痰中带血。如支气管发生痉挛，可出现程度不等的气促，伴胸骨后发紧感。全身症状一般较轻，可有发热，38℃左右，多于3～5天降至正常。咳嗽和咳痰可延续2～3周才消失，如迁延不

愈，日久可演变为慢性支气管炎。中医学虽无急性支气管炎的病名，但其临床表现与中医文献中的“外感咳嗽”非常接近，临床只要辨证属寒饮伏肺，则无论内伤外感，投以小青龙汤加减治疗，必能收到满意疗效。

【临床应用】

何氏[19]自1997～2001年运用小青龙汤治疗急性支气管炎48例，取得较好疗效。临床表现均具有咳嗽，咯痰、痰色白、清稀、有泡沫，痰量多，微喘，甚则喘息不能平卧，苔白，脉沉紧。均经X线摄片诊断为急性支气管炎，投之小青龙汤。组成：麻黄10g，白芍10g，桂枝10g，甘草6g，制半夏12g，细辛6g，五味子10g，干姜6g，水煎服，每日1剂。结果：48例急性支气管炎患者经治疗后咳嗽、咯痰、气喘等症状消失，胸片复查恢复正常。疗程一般2～6天，平均疗程3.5天。张氏[20]以小青龙汤加减治疗急性支气管炎60例。临床控制8例，显效17例，有效27例，无效8例，总有效率86.7%。

【病案举例】

患儿，男，11个月，2003年11月4日以咳嗽、流涕3天就诊。恶寒发热，体温37.8℃，舌质偏红，苔白，咽部充血，咳嗽痰声重，双肺可闻及少许湿罗音，大便稀，1～2次/天，西医诊断为急性支气管炎。处方：桂枝8g，白芍8g，麻黄8g，细辛3g，干姜3g，半夏8g，五味子8g，甘草3g，白芷8g，辛夷8g，前胡8g，肺经草8g，炙紫菀8g，炙款冬花8g，2剂。11月6日复诊：发热退，双肺罗音消失，但仍咳嗽，鼻塞，舌红，苔灰白厚，大便不成形，1次/天。更方如下：胆南星5g，天竺黄5g，法半夏8g，陈皮3g，茯苓8g，黄连3g，黄芩8g，炒麻黄8g，杏仁8g，甘草3g，前胡8g，肺经草8g，炙紫菀8g，炙款冬花8g，2剂，水煎服。

按：小儿急性支气管炎多数为外感所致，往往病情急，变化快，单用止咳化痰的药物疗效差，而选用既能解表又能宣肺化痰的方药治疗，疗效显著。但小青龙汤所用温药较多，如桂枝、干姜、麻黄、细辛等，所以对舌质正常或舌淡红、苔白的病儿适用。对于外感风热的病儿可选用小青龙加石膏汤。[21]

三、支气管哮喘

支气管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、大多是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。但本病应注意与慢性喘息型支气管炎相鉴别。我国的患病率为1%～4%，可以发生在任何年龄，但约半数以上患者都在12岁以前发病，常见于有过敏体质的儿童、青年，其发病与遗传、过敏、理化刺激、气候环境、饮食、药物、感染等多种因素有关。本病分为发作期和缓解期，发作前有先兆症状，如打喷嚏、流涕、咳嗽、胸闷等，而后出现喘息发作，咳嗽大量白色泡沫痰，重者可端坐呼吸，缺氧严重者甲床、口唇紫绀。所谓“哮喘专主于痰”，因此导致本病的主要病因是痰饮内伏，平时可不发病，遇某种因素致使痰饮搏击于气道而发病。外感、饮食、病后失调、情志内伤、疲劳等均是诱发因素。

对哮喘患者的治疗原则和目的主要是使急性发作期患者迅速解除症状；使缓解期患者能有效地预防复发。在轻度发作期，用中医辨证分型治疗，哮喘即可得以缓解。如果在中度发作期或病情进一步加重或哮喘持续状态时，应在中医辨证施治基础上，积极使用西医解痉平喘，祛痰，抗感染，补液，纠正酸中毒等对症处理。缓解期应以中医辨证施治为主，预防复发。

【临床应用】

张氏[22]以小青龙汤口服液治疗无严重肺部感染、无严重肺气肿、肺心病的支气管哮喘30例。病程分别在4～60年，平均26.4年。每日服药3次，连服1～3周。治愈2例，显效9例，有效15例，无效4例，总有效率86.7%。

李氏[23]等应用本方加味治疗134例支气管哮喘，疗效满意。患者随机分为两组，对照组（65例）予氨茶碱、青霉素、菌必治等，并及时吸氧及纠正酸碱平衡和水电解质紊乱，哮喘仍不能控制者，加用激素（有禁忌症者除外）如强地松、氢化可地松、地塞米松任选

一种；缓解期给抗原脱敏治疗3～6个月。治疗组（69例）在西药治疗的基础上，以小青龙汤为基本方。急性期：寒喘痰多难咳者加白芥子、莱菔子各10g；热喘气粗口渴者加石膏30g，鱼腥草10g；胸胁疼痛、小便短涩者加桑白皮10g；胸闷大便干结者加生大黄9g，杏仁10g。缓解期：肺卫气虚、神疲气短、面色㿠白者加蛤蚧20g，乌梅10g；脾肾阳虚、头晕、食少便溏者加白术、山药、防风各10g，每日1剂，水煎分2次内服。两组以10天为1个疗程，治疗1～2个疗程，随访半年至1年。结果：治疗组治愈43例，有效25例，无效1例，总有效率98.6%；对照组治愈28例，有效29例，无效8例，总有效率87.7%。

彭氏[24]也认为，本方治疗支气管哮喘疗效中肯，但对顽固性和反复发作性支气管哮喘仍守原方用量，效果不理想。然重用麻黄、细辛、白芍、半夏、甘草的剂量，治疗顽固性支气管哮喘则收到满意效果。方药如下：蜜麻黄15g，桂枝10g，干姜8g，细辛8g，制半夏30g，白芍30g，五味子15g，甘草15g。寒痰黏稠加白芥子10g，莱菔子30g，紫苏子10g；痰热壅肺加石膏30g，浙贝母10g，鱼腥草30g。临床治疗20例顽固性哮喘，18例服用本方后，0.5～1h哮喘即平或显著缓解，听诊两肺哮鸣音大减或基本消失。服完3剂后病情趋向稳定，逐渐减少本方剂量，加入益气固本、补肾纳气之品，以资调理，巩固疗效。2例无效改用它法治疗。王氏[25]等从1980～1995年运用小青龙汤夏治配合固本平喘胶囊（紫河车、蛤蚧、地龙、川贝母、桃仁、杏仁）冬服治疗哮喘30例，临床控制7例，显效10例，好转10例，无效3例，总有效率90%。提示本方法对本病有缓解症状，扶正固本之功。

刘氏[26]以小青龙加味治疗支气管哮喘32例，剂量视病情和年龄而定。饮郁化热者加生石膏；尿少、下肢浮肿者加茯苓、白术；汗出者加厚朴、杏仁、黄芪；喉中痰鸣者加射干，每日1剂，水煎服3次。结果：优良率71.9%（23例）；显效率18.87%（6例）；有效率9.4%（3例）。治疗后起效时间平均为1.5天，平均疗程为7天。

兰氏[27]等对急性发作期支气管哮喘进行疗效观察。治疗组（50

例，寒哮、热哮各25例）予小青龙汤，热哮加生石膏30g，兼见鼻痒、咽痒、眼痒、喷嚏多者加荆芥、薄荷、苏叶、蝉蜕、白鲜皮、地肤子等；兼见恶寒发热、鼻塞流涕、头痛身痛、无汗、脉紧者加葛根、辛夷花、苍耳子等。对照组（50例，寒哮、热哮各25例）服中药汤剂（寒哮用射干麻黄汤，热哮用定喘汤）配合西药。结果在临床疗效、肺功能变化、血管内皮细胞（EC）数的改善程度、外周血嗜酸性粒细胞方面均无显著性差异（$P>0.05$）。

刘氏[28]治疗支气管哮喘76例，全部患者均予口服小青龙汤加减，剂量视病情和年龄而定。痰郁化热者加生石膏；尿少、下肢浮肿者加白术、茯苓；汗多者加杏仁、黄芪、浮小麦；喉中痰鸣者加射干、橘红；咯血者加三七。每日1剂，水煎分2次服。穴位注射取穴定喘、膻中、肺俞、丰隆、天突。选准穴位后，常规消毒，用5号注射针头直刺0.5cm左右，捻转得气，抽无回血后，每穴注入山莨菪碱10mg、地塞米松10mg、扑尔敏10mg及维丁胶性钙1ml的混合液1ml。结果：43例经7天治疗后临床治愈，25例于治疗14天后显效，8例于治疗21天后有效。有效率100%。

旦氏[29]用本方加减治疗寒性支气管哮喘49例，均为自幼始发病，气虚合玉屏风散，感染明显者加抗生素。治疗结果：显效30例，有效16例，无效3例，总有效率94%，且有显著的抗变应性炎症、抑制细胞脱颗粒和抑制过敏反应的作用。另外也有多位医家报道，用本方加减治疗本病取得较好的效果。张氏[30]用小青龙汤加味结合西药螺旋霉素治疗支气管哮喘，并与西药组（强的松）治疗支哮急性发作对照，结果两组间差异非常显著。说明小青龙汤加味结合西药螺旋霉素治疗支气管哮喘疗效提高，可减少毒性及不良反应。

【病案举例】

1. 张某，男，53岁，教师，1993年9月14日就诊。患支气管哮喘4年。无论春夏秋冬，天稍冷则发，以致无法坚持工作。咳吐泡沫痰，胸闷，头胀，梦多，每呼吸困难时则必大便，每日5次左右，质稀，伴恶冷，但腹不疼。脉细，舌红，苔白润，投五苓散合香砂六君子丸3剂后，大便正常，但咳喘未大减。9月24日再诊时改投麻杏石甘汤合六君子丸加味，3剂后不动则不喘。10月5日三诊：脉症

与前不同，属外寒内饮，肺气失宣证，法当散寒化饮，宣肺平喘。用小青龙汤加味：麻黄、桂枝、五味子、炙甘草、白芷各6g，干姜、细辛各5g，法半夏10g，白芍12g，3剂。10月11日四诊：诉咳喘俱减，但痰声漉漉，胸略闷，脉舌同上。上方去白芷，加陈皮、射干、薤白各10g，茯苓、炒白术各12g，4剂。10月15日五诊：诉痰减，但仍喘，胸略闷。舌脉同上。仍以小青龙汤，麻黄、桂枝、细辛、干姜、白芍、炙甘草各9g，法半夏、五味子各15g。3剂后诸症基本消失，患者要求续服，以防复发，故又处7剂善后。追访至今，一切正常。

按：此案乃为典型的小青龙汤证，初诊投五苓散合香砂六君子，旨在扶脾以坚大便；再诊时投麻杏石甘汤加味，乃因为有化热之势；三诊、四诊虽投小青龙汤，但疗效仍不尽人意。鉴于近几年来国内曾先后报道用大剂量小柴胡、小青龙汤，且按原方比例，治疗某些疑难杂病，每获意想不到的疗效。故四诊时用小青龙汤的习惯用量组方比例，果收奇效。[31]

2. 金某，男性，62岁，1996年12月15日来诊。患者有6年哮喘病史。既往常用抗生素、氨茶碱、激素等西药控制缓解，但病情逐渐加重，每年春冬季受寒即发。胸闷、喘息，明显哮鸣音，端坐呼吸，难平卧，咳嗽，恶寒，痰多稀白，面色无华，唇淡微紫，舌质淡红，苔白腻而滑，脉滑数。桶状胸，心率96次/分，心律规则，呼吸22次/分，血压16/6kPa，两肺听诊明显哮鸣音，闻及湿性罗音。血常规：白细胞13×10^9/L，X线胸片提示：支气管哮喘，肺气肿。中医辨证：寒邪束肺，肺气上逆，痰湿壅阻，病属哮喘重症。治拟宣肺平喘，温化寒痰。处方：蜜炙麻黄15g，桂枝10g，五味子10g，干姜8g，制半夏30g，白芍30g，细辛8g，甘草15g，白芥子10g，紫苏子10g。服药40min后其喘渐平，自觉身热微汗出，当晚能平卧。继服重剂小青龙汤2剂，喘停止，听诊哮鸣音消失。尔后减少本方剂量加入益肾纳气、固本培养之品以巩固疗效。

按：重剂小青龙汤重用麻黄意在辛温散寒，宣肺平喘，又恐发汗过多故用蜜炙；重用白芍配桂枝调和营卫并可监制麻黄发汗过多；重用制半夏意在加强方中止咳化痰作用；有关细辛的用量历代

医家认为“单用不过钱，过量有气闭致死”之说，然而笔者临床配以重用甘草入煎，虽用至8克并无此弊，这可能与重剂甘草缓其毒有关，同时还有良好的镇咳祛痰作用；方中细辛配五味子，辛散与酸性相合，具有相互为用的意义；方中细辛再配干姜、半夏温中逐饮，散寒降逆，功效甚佳。痰饮本为阴邪，蒙蔽清阳，非用细辛、干姜辛散大热之品不可。本方五味子、白芍、甘草相配使辛散之药散阴邪而不伤肺气，乃取《内经》“以辛散之，以甘温之，以酸收之”之意。[32]

3. 患者，女，58岁，患哮喘病史5年余，每年发作数次，尤以冬春季节为甚，服用抗生素等药物略能缓解。近几年来，发作频繁，稍有气候不适即哮喘。述其因前日赶集不慎淋雨受凉而发作。胸闷，呼吸急促，恶寒怕冷，日轻暮重，痰多色白，咳痰不爽，而于1990年3月28日来诊治。体温37.5℃，心率84次/分，心律规则，呼吸26次/分，血压17.3/11.7kPa，听诊：两肺可闻及满肺哮鸣音及少量湿性罗音，心尖搏动较弱，心界无明显扩大。轻度紫绀，胸廓成桶状胸，血常规检查：白细胞14.5×10^9/L，中性粒细胞0.78，淋巴细胞0.21，嗜酸性粒细胞0.01，临床诊断为支气管哮喘并感染。遂用抗生素、地塞米松、氨茶碱等中西药观察治疗6天无效，且诸症加重，于4月3日下午15:00诊治，见其端坐呼吸，喘急不宁，张口抬肩，恶寒怕风，厚衣而裹，痰多而稀，咳而不爽，舌苔白腻，舌质紫暗，脉细而滑数，据此乃寒邪束肺，痰湿壅阻、肺气上逆所致。治宜宣肺平喘、温化寒痰。处方：炙麻黄25g，桂枝9g，蜜炙款冬花15g，蜜炙五味子6g，干姜9g，制半夏25g，蜜炙甘草12g，旋覆花12g（包煎），白芥子25g，白芍15g，细辛6g，苏子25g。1剂，煎取两汁和匀，首次热服2/3，患者于服药约40min后，哮喘渐平，自觉热、微汗出，续将所余1/3药汁加热服尽，约1.5h哮喘平息，听诊：两肺哮鸣音基本消失。当晚即能平卧、且能入睡。4月4日上午9点，患者述哮喘未发作，尚有恶寒，遂用上方2剂，每日1剂，煎汁2次，分3次服。4月6日患者述哮喘未发作，诸症消失，拟于上方之中进退，加入益气、补肾、培元之品，以固其疗效，随访4年，身体健康，哮喘无复发。[33]

按：患者感受寒邪，引动伏痰，致使痰气交阻，肺气不利，遂发本病，综观诸症，四诊合参，本病病机为寒邪外束，痰湿壅肺，肺失宣肃。病痰饮者，当以温药和之，拟宣肺散寒，温化寒湿的方法，方选小青龙汤加降气中药旋覆花、苏子、白芥子等调节肺之气机。

4. 赵某，女，31岁，工人。哮喘发作3日，胸闷，气喘，喉中有哮鸣声，夜间更甚，咳嗽，痰多白沫，微恶寒，身热不扬，舌苔白，脉弦滑。支气管哮喘病史10余年，受寒或劳累皆可引起发作。中医辨证属外寒引动内饮，内饮重于外寒。治宜温肺化饮为主，兼以散寒。处方：射干10g，麻黄6g，细辛3g，法半夏10g，炙款冬花10g，炙紫菀10g，五味子3g，生姜2片，大枣3枚。水煎服，日1剂。服3剂，白天哮喘、咳痰症状均减轻，入夜喉中仍哮鸣有声，原方继服4剂，药后喘咳已平，夜间微闻哮鸣音，乃将汤剂改为丸剂，缓图根治。[34]

按：肺主气，司呼吸，开窍于鼻，外合皮毛，且肺为娇脏，不耐寒热，故感受风寒之邪，首先犯肺；且哮病患者多阳气虚弱，温煦防御功能低下，易为风寒外邪所伤；痰、瘀宿根俱为阴邪，同气相求，也易为风寒所引动，内外合邪，壅阻肺气，导致肺气宣降失常，而引起哮喘急性发作。小青龙汤主治风寒客表，水饮内停之证。方中生麻黄能温肺散寒，还可平喘；桂枝辛温解表，并可温通血脉，散寒逐瘀；法半夏性温，能燥湿化痰；干姜、细辛同属温里药，既可助麻黄、桂枝温散风寒，又可补助阳气，祛除内寒；五味子味酸能收敛，性温而润，功能敛肺滋肾，可收敛因久咳虚喘所致之阳气耗散；白芍与桂枝同用，以助散风寒，调营卫，实腠理；炙甘草益气补肺，兼润肺，有一定的止咳平喘作用。全方组合能温散风寒，温化寒痰，温通散瘀，温补阳气，处处针对风寒之诱因、痰瘀之宿根、气阳虚弱之内因，以达宣肺平喘之目的。

四、哮证

哮证是由宿痰内扰于肺，每因外感、饮食、情志、劳倦等引触，以致痰阻气道，肺失肃降，气道挛急引起喉中哮鸣有声，呼吸气促困难，甚则喘息不能平卧的一种证候。本病呈发作性，一般以傍晚、夜

间或清晨为最常见。发作前常有鼻痒、咽痒、喷嚏、流涕、咳嗽、胸闷等先兆症状。发作时患者突感胸闷窒息，咳嗽，迅即呼吸气促困难，呼气延长，伴有哮鸣，为减轻气喘，患者被迫坐位，双手前撑，张口抬肩，烦燥汗出，甚则面青肢冷。发作可持续数分钟、几小时，或更长。由于感受病邪的不同，发作时患者除具上述证候特征外，还可呈现或寒或热的证候。

【临床应用】

方氏[35]等用小青龙汤加倍剂量治疗哮证患者100例，其中过敏性哮喘20例，支气管哮喘50例，喘息性支气管炎30例。基本方：炙麻黄、干姜各15g，白芍、法半夏各30g，细辛、桂枝、五味子各9g。热哮者加鱼腥草、开金锁、鲜竹沥各30g，浙贝母9g。冷哮者加旋覆花（包）、白芥子、葶苈子各9g，莱菔子30g。水煎服，每日1剂。治疗结果：显效70例，好转28例，未愈2例，总有效率98%。认为：应用本方治疗本病须加大剂量，始收显效，并且未发现辛燥伤津不良反应。

张氏[36]将91例寒哮患者随机分为两组，治疗组51例予蛇蝉小青龙合剂（麻黄、桂枝、法半夏、紫苏子、僵蚕各10g，蝉蜕15g，蛇床子10g，白芍12g，干姜、五味子、炙甘草各5g，细辛3g，制成口服液），每次服75ml，每日2次，治疗期间停用其他西药；对照组40例予西医常规治疗，包括吸氧及给抗生素、支气管解痉剂、糖皮质激素等。两组均治疗14天。疗效比较：治疗组临床控制32例，占62.75%，显效12例，占23.53%，好转5例，占9.80%，无效2例，占3.92%，总有效率96.08%；对照组临床控制16例，占40.00%，显效15例，占37.50%，好转6例，占15.00%，无效3例，占7.50%，总有效率92.50%。两组总有效率相近（$P>0.05$），但治疗组临床控制率高于对照组（$P<0.05$）。且治疗组患者肺通气功能和血清IgE水平的改善亦优于对照组。

【病案举例】

江某，女，23岁。因天气寒冷外出，突感胸闷，呼吸困难，不能行走，喉中痰鸣，并逐渐加重而求诊。患者自诉2岁开始即有哮喘，常发于冬春之季。入院体检：口唇紫绀，面色淡白不华，喉中如

水鸡鸣，不能平卧，两肺布满干、湿性罗音，舌质淡红，苔白微腻，脉浮紧。辨证系冷哮，方投重剂小青龙汤加味。处方：炙麻黄、干姜、炙甘草各15g，白芍、法半夏、莱菔子各30g，细辛、桂枝、五味子、白芥子、旋覆花（包）各9g。服药3剂哮喘大减，口唇无紫绀，能平卧，无胸闷，呼吸平稳，喉中无痰鸣音；听诊两肺有少量干、湿性罗音。继以原方3剂而愈，半年后随访，未复发。

按：本例在传统的治疗经验上，用小青龙汤加倍剂量治疗哮证。如剂量偏小，恐疗效不佳。加倍剂量后，疗效明显增强，并且未发现辛燥伤津之不良作用。方中麻黄、桂枝发汗解表，宣肺祛痰为主药；干姜、细辛温肺化饮为辅药；白芍养血以防辛温之弊，半夏祛痰散结为佐药；五味子、甘草调和诸药，敛肺为使。[35]

五、变应性哮喘

变应性哮喘是临床常见的过敏性疾病。是由于患者吸入尘埃、花粉、真菌、蚕丝、动物皮毛屑及排泄物特异性变应原引起的变态反应，气道炎症及气道高反应性。变应性哮喘是由吸入抗原引起的“喘息、呼吸困难，胸闷痰鸣”为主症的病变。归属于中医学“哮证”、“咳嗽”范畴。《景岳全书·喘促》说：“未发时以扶正气为主，既发时以攻邪气为主”。“此等证候眷眷以元气为念，必使元气渐充，庶可望渐愈”。

【临床应用】

金氏[37]以1994年10月～1995年5月间在韩国首尔永东韩医院就诊的变应性哮喘男女患者198例为对象，其中太阴体质者139例，占70.6%。给予小青龙汤加金银花、杏仁煎剂治疗。各药剂量：麻黄、五味子、白芍、半夏各6g，甘草、细辛、干姜、桂枝各4g，金银花12g，杏仁8g。上述药物煎服，1日2剂，分3次于饭后1h服用，观察不同治疗时间的治愈率。结果：治疗4、8、12、16及20周时，症状改善及治愈者分别占15.5%、30.2%、40.2%、52.6%、72.4%。表明：对难治性变应性哮喘用小青龙汤加金银花、杏仁治疗，以20周为标准，治疗效果可达到72.4%以上。

许氏[38]等选择咳嗽变应性哮喘患儿50例，随机分成2组。治疗

组应用小青龙汤治疗；对照组常规口服美喘清、酮替芬，观察症状消失情况，并用痰液诱导的方法对治疗前后痰液的嗜酸细胞进行计数，记录呼气峰流速。结果表明：治疗组20例患儿治疗2周后，19例咳嗽消失，1例加用美喘清3天后咳嗽症状消失，总有效率为95%。同时，治疗组嗜酸细胞数量减低，呼气峰流速增加。本研究进一步证实小青龙汤不但有解除支气管痉挛作用，还有很好的抗过敏作用。

陈氏[39]用小青龙汤治疗咳嗽变应性哮喘。基本方组成：蜜麻黄10g，桂枝5g，白芍12g，干姜10g，细辛5g，法半夏10g，五味子10g，甘草5g。如有脾虚者加党参20g，白术15g，茯苓15g；肾虚者加巴戟天15g，补骨脂15g；有瘀血者加当归10g，桃仁6g。15剂为1个疗程，一般持续服用2个疗程。治疗结果：经小青龙汤治疗2个疗程后，临床控制18例，显效12例，好转6例，无效3例，总有效率92.3%。治疗前后肺功能改善比较：治疗前一秒钟用力呼气容积（FEV_1）为2.35±0.5/L，治疗后FEV_1为2.82±0.72/L。经统计学检查$P<0.01$，具有非常显著性差异。

【病案举例】

范某，女，40岁。2000年11月16日初诊。反复咳嗽半年余，常在受凉感冒、剧烈运动或吸入冷空气后加重，咳嗽以后半夜居多。曾用过多种抗生素及止咳化痰药物，收效不显。测体温36.9℃，化验血常规正常。查体：两肺呼吸音粗，未闻及罗音及哮鸣音。诊见：咳嗽，痰少色白，咯之不爽，时有咽痒，口中乏味，纳食不香，头胀，胸闷，下肢怕冷，大便不实。舌质淡胖、苔薄白，脉浮滑。西医诊为咳嗽变应性哮喘。中医诊为咳嗽，证属风寒外束，痰饮内伏，肺气不宣。治宜温化痰饮，疏表宣肺。药用小青龙汤基本方加蝉蜕5g，橘红、僵蚕、桔梗各10g。服药2周后，咳嗽消失。随访半年，未见复发。

按：本病类似于中医学“咳嗽”，从咳嗽反复，夜间居多，受凉易发的特点来看，其病机为肺伏痰饮，外感诱发。故基本方以小青龙汤为主，以温化痰饮，宣散表邪；加地龙，以通脉络，平肺气。临床应用表明疗效较为理想。[40]

六、慢性阻塞性肺病

慢性阻塞性肺病（COPD）包括慢性支气管炎、支气管哮喘和阻塞性肺气肿等。其急性发作期属中医学“喘证”范畴，病在肺、脾、肾，多为脾肾阳虚，外感风寒束肺所致。该病病程长，肺部气管及动静脉壁增厚和管腔狭窄，细支气管黏膜炎症，黏液腺及杯状细胞增生肥大，纤毛脱落稀疏，清除功能减退，增多分泌物潴留、黏连于支气管内造成机械性阻塞。肺部小血管血液黏稠度增加，局部微循环功能差。小青龙汤主治素有水饮，脾肺之气虚及肾，脾肾阳虚，又外感风寒之证，恰合病机。

【临床应用】

邹氏[41]等1996年1月～1998年11月以丹参注射液合小青龙汤加减为主治疗慢性阻塞性肺病急性发作期患者32例，并与西药常规治疗20例比较，取得满意的疗效。全部病例急性发作1～43天，中医辨证为脾肾阳虚、外感风寒束肺。治疗方法：对照组常规使用青霉素、先锋霉素、氨茶碱、病毒唑、地塞米松等治疗；伴心力衰竭、呼吸困难用利尿剂和吸氧。治疗组以5%的葡萄糖液200ml加丹参注射液16ml，静脉滴注，1次/天，连用2周；小青龙汤加减，每日1剂，水煎服，每日2次。西药用法与用量同对照组。胸闷者加瓜蒌10g，薤白10g，炒枳壳10g；咳痰色黄稠者去干姜，加炒黄芩10g，连翘20g，川贝母、浙贝母各8g；咳嗽甚，痰多、色白稀者加炙枇杷叶10g，广陈皮10g，炒白术10g，茯苓10g。两组患者均以2周为1疗程，1个月观察疗效。结果：治疗组临床控制15例，有效12例，无效5例，总有效率84.4%；对照组临床控制4例，有效9例，无效7例，总有效率65%。经统计学处理，$X^2=4.5998$，$P<0.05$，差别有显著性。治疗组一般入院7～10天症状明显改善，在改善症状时间上明显短于对照组；使用抗生素时间也明显短于对照组。

方氏[42]等治疗COPD急性发作76例，随机分为治疗组和对照组。小青龙汤治疗组38例，对照组38例，两组在病程、性别、年龄、病情等方面无明显差异，具有可比性。临床表现：两组均表现为咳喘吐痰，痰质清稀量多，背部恶寒，面色黧黑，舌苔水滑，脉弦

滑，肺部湿罗音，FEV_1 <70%。胸片示：慢性支气管炎、肺气肿征象。治疗方法：小青龙汤治疗组：药方为麻黄9g，桂枝10g，干姜9g，五味子6g，法半夏14g，白芍9g，炙甘草10g，水煎汤，100ml，2次/天。另予保持呼吸通畅，改善通气功能，持续低流量吸氧，抗感染，以及氨茶碱平喘，营养支持，维持水电解质、酸碱平衡等综合对症治疗。对照组：采用上述综合及对症治疗。结果：治疗组临床控制15例，显效14例，好转7例，无效2例，总有效率94.74%；对照组临床控制13例，显效10例，好转9例，无效6例，总有效率84.21%。两组比较有显著差异（P <0.05）。

丰氏[43]用乌体林斯加小青龙汤加味并重用黄芪治疗慢性阻塞性肺病患者50例，以气管炎菌苗为对照（对照组52例）。结果：治疗组总有效率80%，明显优于对照组（57.7%），能明显减少慢性阻塞性肺病患者的上呼吸道感染发生次数，显著改善患者肺功能。临床验证结果表明：在免疫功能检查中，T淋巴细胞亚群 T_3、T_4、T_5明显增加，自然杀伤细胞、免疫球蛋白明显变化。说明乌体林斯注射液及中药黄芪加小青龙汤对预防慢性阻塞性肺病患者的急性发作疗效显著，能使呼吸道免疫力明显增强，COPD患者急性呼吸道感染次数明显减少，改善呼吸功能。其作用与它们共同增强呼吸道免疫力有关。以小青龙汤治疗慢阻肺表现为支气管哮喘属肺寒型及肾虚型24例，服1剂平喘者20例，3剂平喘者3例。[14]

【病案举例】

陈某，女，58岁，2001年11月3日就诊。主诉：咳喘气短，痰多，反复发作20余年，加重3天。20年前无明显诱因出现上述症状，每逢冬春季节遇寒发作，经诊断为“慢性支气管炎、阻塞性肺气肿合并感染”，曾用西药治疗时轻时重，故来中医门诊。现症：咳喘、痰多稀薄而黄，夜不能平卧，难以入睡，纳少，舌质淡，苔薄黄，脉浮略数。辨为小青龙汤证。药用：炙麻黄15g，桂枝15g，干姜10g，炙甘草10g，五味子15g，细辛3g，半夏15g，杏仁10g，苏子15g，黄芩15g，白芍10g。服药4剂，症状好转，咳喘明显减轻，可平卧，少许汗出，方中去麻黄加茯苓15g，白术15g，取其健脾燥湿、祛痰化饮，服7剂，咳喘症状明显消失，纳食，睡眠尚好，X线

胸片示感染症状消失。为巩固疗效，继上方减掉细辛、苏子，桂枝减至10g，服4剂。嘱患者避风寒，忌食辛辣之品，加强体疗，半年随访3次，未见复发。[44]

按：本病责之肺、脾、肾三脏虚损，以及它们的相互关系失衡，同时又因痰、火、瘀等因素的参与而愈加复杂。其基本病机为本虚标实。在正常情况下，肺主气，司呼吸，主宣发肃降，外合皮毛，为气机出入升降的通道。患者感受寒邪，内有宿痰，痰气交阻，肺失宣肃，遂发本病，治疗宜宣肺散寒，解表蠲饮，方选小青龙汤酌加健脾化湿理气之品，药到病除。

七、支气管肺炎

支气管肺炎由细菌或病毒引起，故又分为细菌性支气管肺炎和病毒性支气管肺炎，细菌性肺炎主要因肺炎球菌所致，而病毒性肺炎主要由腺病毒引起。婴幼儿防御功能差，肺脏发育不成熟，故2岁以内发病率最高，多继发于上呼吸道感染和急性传染病之后，以冬春季最多见。起病急骤或迟缓，多数发病前先有轻度上呼吸道感染。轻者先有流涕、轻咳、低热、纳差，1～3日后突然高热，体温38～39℃，咳嗽加剧、气促而发病；也有突然发热、咳嗽、气急、烦躁而发病者。弱小婴儿大多起病迟缓，发热不高，咳嗽和肺部体征均不明显，常见拒食、呛奶、呕吐或呼吸困难。呼吸系统症状和体征：初期为刺激性干咳，极期喘重而咳嗽反稍减轻，恢复期变为湿性咳嗽伴喉中痰鸣。呼吸增快，每分钟可达40次以上，伴鼻翼煽动，甚至三凹征（胸骨上、下窝及肋间隙凹陷）。肺部听诊：早期胸部体征常不明显，或仅有呼吸音变粗或稍减低，进而病灶扩大可有叩浊音，两肺可闻及细小水泡音，尤以两肺底深吸气时为著；恢复期出现粗大的湿罗音。

【临床应用】

詹某[45]用小青龙汤加减治疗肺炎患者89例，疗效显著。治疗方法：麻黄5～10g，桂枝10g，白芍10g，细辛5g，法半夏10g，干姜10g，五味子10g，炙甘草7g，鱼腥草30g，黄芩15g，杏仁20g。寒痰黏稠加白芥子、紫苏子、旋覆花各10g，去黄芩、白芍；痰热郁肺加石膏、川贝母各10g，去干姜、桂枝、细辛；体虚加人参、白术、

当归、熟地各10g，去黄芩、麻黄，水煎服。日1剂。治疗结果：治愈（症状体征消失，X线复查正常）72例。疗程最长22天，最短11天，平均14天。另有11例配合西药治疗临床治愈，疗程平均13天。谢氏[46]用小青龙汤加减治疗肺炎患者6例，显效2例，好转4例。其中3例静脉点滴头孢唑林钠5g，每日1次，治疗3~5天。

【病案举例】

1. 陈某，女，65岁。初诊1991年11月7日。有慢性支气管炎病史10年。1周前因受凉后发热恶寒，咳嗽，痰白黏稠，胸闷气喘不能平卧。在某医院经X线确诊为支气管肺炎，并用氨苄青霉素等药治疗5天未效。来诊时恶寒发热，体温38.2℃，身痛疲倦，咳嗽，痰多黏稠，喉中痰鸣，胸满闷，气喘不能平卧，口干苦，食少，小便少，舌质淡，苔白滑，脉滑。双肺可听到中小水泡音。白细胞总数15×10^9/L。胸片示：支气管肺炎。证属外寒内饮，兼有郁热。治宜外解表寒，内化痰饮，佐以清热。处方：麻黄8g，桂枝10g，白芍10g，细辛5g，法半夏10g，炙甘草6g，干姜10g，五味子10g，白芥子15g，地龙10g，杏仁15g，黄芩15g，鱼腥草30g，水煎服，日1剂。服6剂，症状减半，原方加减，服12剂痊愈。[45]

按：患者证属外寒内饮，治以宣肺解表，温化痰饮，方选小青龙汤，方中麻黄发汗平喘，宣肺行水为主药；桂枝辛温，既能解肌助麻黄以解表，又能温阳化气，助麻黄以行水涤饮为辅药；饮邪为患而喘咳，单用麻黄、桂枝两味不能胜任，故用干姜温脾肺之寒，使脾能散精上归于肺，肺能通调水道、下输膀胱，则水液能在体内正常运行，不致停蓄为患；细辛辛散，五味子酸收，两味同用，既发挥了两者的止咳平喘作用，又利用了两者一散一收、相互制约的作用；半夏祛痰降逆，治已成的水饮；白芍、甘草可缓解支气管痉挛。

2. 钟某，男，46岁，1997年7月8日初诊。主诉：咳嗽胸区胀痛3天。现病史：患者于7月5日外感后咳嗽、头痛、发热，经每日静脉滴注头孢唑林钠4g及服用疏风清热化痰中药3天，头痛发热消失。现症见：咳嗽，痰少黏稠，偶或痰中带少量血丝，咳嗽声音清亮，胸区胀痛，口燥咽干，口苦口渴，无发热恶寒，自汗，小便清长，苔薄质红，脉浮缓。两肺呼吸音粗，右中下肺闻及干湿罗音。胸

片示支气管肺炎。中医诊断：咳嗽（痰热阻肺）。西医诊断：支气管肺炎。治则：清热化痰止咳。方拟小青龙加石膏汤加味：干姜 10g，桂枝 15g，蜜麻黄 6g，白芍 20g，甘草 10g，细辛 3g，法半夏 15g，五味子 10g，石膏 50g（另包先煎 30min），杏仁 15g，黄芩 15g。2 剂后，咳嗽大减，咽痛、口苦、口渴消失，胸闷胀减轻。二诊守上方，石膏改用 30g，3 剂症除。20 天后复查胸片示：阴影消失，正常胸片。[46]

3. 薛某，男，56 岁，干部。素有咳喘、吐痰史。近因感冒复发，寒热无汗，咳嗽气急，痰多白沫，咳甚则胸部引痛，渴不欲饮，食欲不振，时作干呕。舌苔白腻，脉弦滑而数。西医诊断：支气管肺炎；肺气肿。中医辨证：风寒触动痰饮，肺胃气逆。法当解表化饮。处方：麻黄 9g，桂枝 9g，细辛 3g，干姜 6g，法半夏 10g，五味子 3g，白芍 6g，炙甘草 6g。水煎服，日 1 剂。服 2 剂，得汗，寒热、咳嗽、气急症状减轻。继进 6 剂，诸症悉减，饮食增加，乃停药。[34]

按：患者素有寒饮内停，近因外寒引动伏痰，致使肺气不利，肺失宣肃，治宜解表蠲饮，方选小青龙汤，恰中病机，故取得良效。

八、哮喘型霉菌性肺炎

【病案举例】

邓某，男，56 岁，山西柳林县人，1993 年 12 月 18 日入院。患者平素体健，无过敏及慢性咳喘病史，长期在山上看管果园。1993 年 9 月初，无明显诱因出现发热、咳嗽哮喘、周身不适等，去本县医院就诊，未明确诊断，经抗感染、止咳平喘等治疗 1 周，症状好转出院。出院后，继以青霉素 G 巩固治疗，并间断使用地塞米松。2 周后，因受凉咳嗽哮喘加重，伴有轻度恶寒、发热、咳白色泡沫样稀痰，急诊入某医院就诊，予吸氧、抗感染、止咳喘及激素治疗，疗效欠佳，又急转我院。查体：体温 36.5℃，心率 100 次/分，呼吸 48 次/分，血压 16/12kPa，精神萎靡，口唇中度紫绀，口腔黏膜、软腭、咽及喉部均有白色乳块样白苔，双肺满布哮鸣音及大小水泡音，心律齐，腹平软，肝脾未及，双下肢无浮肿。胸片示：双肺纹理增粗紊乱，双下肺有片状模糊阴影。血常规：血红蛋白 140g/L，白细胞

11×10^9/L，中性粒细胞0.70，淋巴细胞0.30，血沉3mm/h。肝功能及心电图均未见异常。5天后痰培养提示，有霉菌生长。确诊为“哮喘型霉菌性肺炎”、“霉菌性口腔炎”。故改变前治疗方案，即停用抗生素，激素快速递减，加大量维生素、少量黑素芬配合治疗。因患者喘咳气急，喉间痰鸣有声，痰多色白，呈稀薄泡沫样（每日咳800ml左右），夜间喘不得卧，纳差，胸腹胀满，微恶寒，发热，大小便正常，舌淡苔白，脉浮滑。辨证为风寒外束、水饮内停。予解表逐饮、止咳平喘之法，方用小青龙汤加味。处方：麻黄2g，白芍10g，细辛3g，干姜6g，桂枝9g，半夏9g，五味子6g，全蝎6g，地龙9g，甘草6g。服药后2h，哮喘大减，4h后接服二渣，当晚即能平卧入睡。效不更方，续服3剂，而咳痰明显减少，哮喘悉平，双肺听诊哮鸣音消失。后以健脾益肺化痰之法巩固1周后，痊愈出院。

按：哮喘型霉菌性肺炎，好发于年老体弱者，具有发病急、病程长、恶化快、死亡率高的特点，用抗生素和激素往往难以控制。本例老年患者，久居山中，坐卧湿地，长期感受山岚瘴气，久雨阴晦，湿从外受；而肺主气，行营卫，布津液，水邪入之，则塞其气道，气凝则痰聚，受风寒之邪引发而患本病，属中医之内停水饮，水寒相搏，闭塞肺窍而致之哮喘。故以“小青龙鼓浪而奔沧海”取效。方中重用麻黄一以散寒驱邪以治表，一以宣肺止咳平喘而治饮；姜、桂、辛、夏温肺化饮以祛痰，全蝎、地龙解痉平喘，白芍、五味子以敛肺气，甘草和中调诸药。诸药合方散寒温肺、化痰蠲饮、解痉平喘，药证相投，故而收效。[47]

九、间质性肺炎合并轻度纤维化

间质性肺炎（IIP）又称肺纤维化（PIF）、纤维性肺泡炎（FA）。本病在国内外还有其他病名，但是这些病名都是一个系列的性质相同的病，只在病情的进展过程中在肺组织的解剖部位上有些差异而已。本病是一种至今还没有查明病因的慢性肺间质性疾病。其中有少数患者的发病可能与病毒等微生物的感染、有机粉尘的吸入、有害气体的刺激有关。间质性肺炎的病理损害是在病程早期以肺泡壁的炎症为主，在中期为弥漫性肺间质纤维化，在晚期为肺泡壁纤维化。做X

线肺部检查尤其是高分辨率CT检查时可发现在两侧肺野尤其是下肺野，呈现出密集细小的网织状结节，此结节较均匀又边界不清，或有条索状病灶、网格影、蜂窝肺，磨玻璃样改变不明显，单纯磨玻璃样改变者容易恢复。做气管镜活检病理检查时，显示出肺泡萎缩、肺间质纤维化。本病属中医学“咳嗽”、“肺痿”范畴。

【病案举例】

杨某，男，49岁，1994年8月23日就诊。近几个月来活动后气促胸闷，平时怕冷，无咳嗽，双肺底有小水泡音。胸片：双肺见有弥漫性网状和点片状阴影，右肺较重；心电图正常；血沉正常；抗结核抗体阴性。舌质淡、有瘀斑，苔白，脉沉弦，诊断为间质性肺炎合并轻度纤维化。证属水饮内停，肺气不宣，瘀血内阻证，给予温化水饮、活血逐瘀治疗。处方：干姜10g，细辛15g，半夏10g，炙麻黄10g，五味子6g，生杏仁6g，䗪虫12g，蜂房12g，地龙15g，甘草6g，僵蚕15g，水煎，每日1剂。二诊：服药20剂后，活动后气促减轻，舌质淡，有瘀斑，双肺仍有小水泡音。上方加茯苓30g，生白术15g，继服上方。加减服用200剂，双肺水泡音消失，临床治愈。

按：患者素体阳虚，水饮内停，肺失宣降，瘀血内阻，用干姜、细辛、半夏温化水饮；麻黄、杏仁宣肺；䗪虫、地龙、蜂房逐瘀血；五味子散中有收；白术、茯苓补脾。守方治疗，肺气通畅，水液输布正常而愈。[48]

十、放射性肺炎

放射性肺损伤是胸部恶性肿瘤放疗期间及放疗后常见的并发症之一，主要表现为急性放射性肺炎和慢性肺纤维化，两者是一个病程的两个阶段，急性者常发生于放疗后1个月内，慢性者多数在放疗结束后1~5年发生。其发生原因与肺部大照射野、高剂量及快速照射有关，照射面积小于100cm^2，剂量达60~70Gy时，不一定发生急性放射性肺炎，照射野面积大于100cm^2，剂量30~40Gy时就易出现。

【临床应用】

乳腺癌术前放射性肺炎是指乳腺癌患者手术前接受放射治疗后引起的肺部炎症。表现以咳嗽、咳痰、低热等症状为主。汤氏[49]等

1998～1999年在日本京都大学肿瘍外科研究期间，与日方医生合作，曾对乳腺癌术前放射性肺炎患者12例用中药小青龙汤治疗，效果显著。临床观察12例，年龄35～72岁（平均54岁）；Ⅱ、Ⅲ期乳腺癌术前放疗者各6例；照射范围为原发区和区域淋巴结；剂量为40～60Gy/4w。照射中或照射后即在术前均出现肺炎症状。给予口服小青龙汤制剂180ml/d，分3次冲服。结果：3例患者放疗2周后并发肺炎，连续配合中药小青龙汤方制剂口服，症状减轻，直至放疗完成，顺利接受手术；9例患者于放疗4周并发肺炎，即给予中药小青龙汤制剂，服用5～10天痊愈，顺利接受手术治疗。

【病案举例】

患者，女，48岁，左侧乳房疼痛伴腋窝淋巴结肿大且有黏连，于1998年9月确诊为Ⅲ期乳腺癌。先接受放射治疗，2周后患者连续咳嗽、咳痰、低热、乏力，同时伴有局部皮肤萎缩，上肢水肿，两肺下叶布满湿性罗音。临床检查证实为放射性肺炎。口服汉方小青龙制剂180ml/d，分3次口服。服药后5天症状明显减轻，继续接受放疗全过程，并同时连服小青龙汤制剂2周，症状消失，继接受乳腺癌根治手术。[49]

按：患者为乳腺癌接受放疗过程中，出现咳嗽、咳痰等一系列肺系症状，主要由于照射胸部，对肺、脾两脏造成损伤而致。肺通调水道、脾输布水液精微功能失常，水溢肌肤，故见上肢水肿。脾主肌肉四肢，脾脏受损则皮肤萎缩。癌症化疗中损伤正气，故见低热、乏力。小青龙汤温中散寒、化痰蠲饮、解痉平喘，可有效缓解放射性肺炎的症状，保证乳腺癌根治手术的顺利进行。

十一、肺源性心脏病

肺源性心脏病简称肺心病，可分为急、慢性两类，急性者较少见，主要是由于急性肺动脉栓塞，使肺循环阻力急剧增加，而导致右心室急性扩大及衰竭。慢性者较为常见，主要是由于慢性肺、胸部疾病或肺血管病变引起的肺循环阻力增加，使右心室负荷加重，右心室肥大，最后导致右心衰竭的一种心脏病。其常见的病因主要有慢性支气管炎、支气管哮喘并发慢性阻塞性肺气肿，占80%～90%，其次

为支气管扩张、肺结核、矽肺、慢性肺间质纤维化、胸廓畸形、胸膜肥厚等。本症病程发展缓慢，症状和体征逐步出现，早期呼吸及循环功能尚可以代偿，但到晚期则出现心力衰竭（主要以右心衰竭为主，表现为心悸气短，紫绀加重，颈静脉怒张，肝大有压痛，双下肢浮肿或有腹水，静脉压增高，少尿，食欲不振，腹胀，恶心呕吐，心率增快，严重者可出现休克甚至死亡）和呼吸衰竭（多以肺感染或镇静剂使用不当为诱因，表现心悸气短，呼吸困难，紫绀，眼球结膜充血水肿，头痛，头胀，烦躁不安，精神恍惚，幻觉，定向力障碍，嗜睡，严重者可出现狂躁，抽搐或震颤，甚至出现昏迷，又称为肺性脑病）。本病属中医学“肺胀”范畴，以虚、痰、瘀为临床特点。

【临床应用】

任氏[50]等以大剂量小青龙汤治疗肺心病哮喘患者，疗效满意。治疗组48例，对照组55例。两组病例均采用吸氧、解痉平喘、强心利尿、抗菌等治疗；治疗组在上述治疗基础上，加服大剂量小青龙汤。喘重加三子养亲汤；水肿重加茯苓、泽泻、车前子；咳重加百部、瓜蒌；肺气虚重加黄芪100g；年老体弱者细辛、半夏、五味子酌减。结果：两组总有效率有显著性差异，$P<0.05$，治疗组病死率（6.25%）明显低于对照组（12.7%）。周氏[51]等采用西医常规治疗加中医辨证分型的治疗方法，寒痰阻肺型用小青龙汤加减，结果总有效率为97.6%。张氏[52]观察中西医结合治疗肺心病的临床疗效，两组均用西药。治疗组偏寒用小青龙汤合苏子降气汤加减，总有效率治疗组91%、对照组76%，说明益气祛痰活血化瘀疗法对肺心病有一定疗效，尤其对急性发作期疗效更加明显。

【病案举例】

1. 张某，男，68岁，1999年3月1日就诊。患慢性支气管炎、肺气肿近20年，近来因外感风寒而病情加重。入院后采用吸氧、补液、抗感染、扩血管、强心、利尿、维持水电解质平衡等常规治疗1周，病情未见减轻。诊见：咳嗽气喘，端坐倚息，动则尤甚，胸闷心悸，咳痰量多色白，面目及双下肢浮肿，形寒肢冷，腹胀纳呆，小便短少，舌质淡胖，苔水滑，脉沉细。查体：体温37.8℃，心率120次/分，呼吸25次/分，血压13.9/11.3kPa。神清合作，面色灰暗，

口唇发绀，端坐呼吸，颈静脉怒张，桶状胸，肋间隙增宽，两肺呼吸音减弱，双下肺可闻及大量哮鸣音及湿性罗音。早搏2~3次/分，心音低钝，心界扩大，肝肋下2cm，肝颈静脉回流征阳性，双下肢凹陷性水肿。白细胞14.2×10^9/L，中性粒细胞0.78。胸片示：慢性支气管炎、肺气肿并感染、肺心病。心电图示：窦性心动过速，肺性P波，心电轴右偏，偶见早搏。西医诊断：肺心病并感染，心衰Ⅲ级。中医辨证属阳虚水泛，水气凌心，饮邪伏肺，痰热互结。治宜温阳利水，散寒化饮，清热除痰。处以小青龙汤加减。处方：附子20g，葶苈子20g，桂枝15g，干姜12g，细辛6g，五味子18g，甘草10g，茯苓30g，桃仁15g，黄连6g，每日1剂。3剂后咳喘减轻，精神转佳，食纳渐增，尿量增多，水肿消退。效不更方，续服5剂。尽剂后诸症大减，心力衰竭得以控制。嘱其常服补肾防喘片，以防复发。

按：本病当属“肺胀”、“喘脱”，为本虚标实之证，若使用小青龙汤，医者常虑其无风寒束肺之表证，惧其攻伐之力太过，耗气伤正。然笔者抓住本方动静结合、刚柔相济配伍之妙，体会其用以治疗“溢饮”及“咳逆倚息不得卧”之机，得出“有汗无汗皆可应用”之理，认为方中虽然有麻黄、桂枝、细辛、干姜温散发表之剂，但亦有五味子、白芍、甘草之敛肺益气，且麻黄经药理研究证实还有强心利尿之力，临证中只要配伍得当、剂量适宜，常可避害为利。若嫌温阳益气之力不足，可加附子、白术补脾益肾；若肿势严重可加茯苓、车前子、葶苈子以利水消肿；若饮邪久伏有化热之势，可加黄芩、地龙、瓜蒌壳清热化痰。诸药合用，以温阳益气、温肺化饮、利水消肿、清热化痰，起到改善心肺功能、促进血液循环、减轻水肿的作用。[53]

2. 陆某，男，81岁，1992年5月7日就诊。患者咳喘已30余年，近3年来除冬春季节发病频繁外，至夏秋也经常发作，咳喘逐年加重，时有头晕、心悸、浮肿等症出现。西医诊断：老年性慢性支气管炎、肺气肿、肺源性心脏病。3天前不慎受寒，继之畏寒肢冷，咳嗽咯痰，痰量逐日增多至300ml左右，色白，稀薄呈泡沫状，胸膺满闷，气喘心悸，呈端坐呼吸，腹胀纳差，不思饮食。尿量减少，下肢浮肿。查体：体温37.7℃，口唇紫绀，杵状指（趾），颈静脉怒张，

桶状胸，肋间隙增宽，叩诊过清音，两肺散在哮鸣音，肺底部湿罗音。心尖搏动点在剑突下，心率92次/分，律齐，心音遥远。腹平软，肝于肋下3cm，质软边厚无触痛，肝颈静脉回流征阳性。两下肢凹陷性水肿。舌体胖，边有齿痕，舌质紫黯，苔白腻，脉浮而紧。证属宿有寒饮，复加外寒客表，表里俱寒。治以发表化饮，豁痰平喘。方拟小青龙汤合葶苈大枣汤化裁。处方：炙麻黄12g，桂枝10g，白芍15g，干姜10g，细辛6g，姜半夏15g，五味子12g，生甘草10g，丹参30g，桃仁泥12g，葶苈子20g，射干10g，地龙12g，白果12g，光杏仁10g。日1剂，水煎3遍，混合后分早、中、晚3次分服。5月12日复诊：服上方5剂后，咳喘减轻，咯痰明显减少，已能平卧，无畏寒，热退，汗出不多，下肢浮肿已消，胸闷、心悸好转。舌苔薄白稍腻，脉弦滑。效不更方，前方加蒲公英30g，车前子、车前草各15g，黄芩12g，开金锁15g。5剂，煎服方法如前。5月18日三诊：诸症已平，胃纳增加，舌体胖，苔薄白，脉缓。寒邪已去，里饮已化，但素体阳虚，肺、脾、肾三脏均亏，予补肺汤加六味地黄丸以助之。[54]

按：《金匮要略》曰："病痰饮者，当以温药和之。"故选小青龙汤开其阳，行其气，消其痰，导其邪。行、消、开、导，共治痰饮之标。治水之脏为脾土，主水之脏为肾水，故治本之法，当从脾肾。温肾健脾，方为长久之策。

十二、急性肺水肿

肺水肿是由于液体从毛细血管渗透至肺间质或肺泡所造成的。临床上常见的肺水肿是心源性肺水肿和肾性肺水肿。病理上可分间质性和肺泡性两类，可同时并存或以某一类为主。间质性肺水肿大都为慢性，肺泡性可为急性或慢性肺水肿。临床表现为呼吸困难、紫绀、咳嗽、咳白色或血性泡沫痰，两肺散在湿罗音，影像学呈现为以肺门为中心的蝶状或片状模糊阴影。本病的预后与基础病变、肺水肿的程度和有无并发症及治疗是否得当关系密切，个体差异很大。

【病案举例】

泽某，男，26岁，农民。2002年3月15日诊。2h前因车祸受

伤并溺入水中5min，被救出后即面色苍白、口唇紫绀，昏迷约3min后被呼醒。清醒后感胸部持续胀痛，深呼吸、咳嗽时加重，尤以右胸为甚，并出现心悸、呼吸困难，伴有胸闷头晕，因再次昏迷、呕吐及大小便失禁，急送我院。诊断为：淹溺，肺水肿，吸入性肺炎，右侧血胸，纵膈气肿，项、胸软组织挫伤，左眼眶挫裂伤。予特护、半卧位、持续低流量吸氧、禁食；对挫伤处作常规清创缝合及消毒包扎处理；静脉点滴能量合剂。治疗过程中，患者突然出现呼吸深快、面色苍白、口唇紫绀，查：体温38℃，心率140次/分，呼吸35次/分，血压14.6/11.9kPa。双肺满布湿罗音，心律齐，未闻及杂音，予西地兰0.4mg缓慢推注后缓解。以后数日按原方案治疗。第四天，患者突然再次出现肺水肿，予加大吸氧量（6L/min），吸氧液化瓶中加入50%酒精；西地兰0.4mg缓慢推注、吗啡10mg皮下注射，每日2次。经治疗后，患者仍咯粉红色泡沫痰，但痰量减少，每次约5ml，咳嗽频率减低、程度减轻，心率90次/分，呼吸30次/分。患者情绪趋于稳定，但仍不能正常言语。如此治疗3天，患者颈、胸肿胀逐渐消退，软组织挫伤及挫裂伤好转，但仍卧床不起，呼吸急促，口唇紫绀，咳嗽不止，喉中痰鸣，咯粉红色泡沫痰，每次约5ml，不能言语，足见近几日对肺水肿的治疗效果不满意。遂观舌淡红而胖，左右两侧均有较深的齿痕，苔白腻而黏，脉浮滑，尤以左脉为甚，鼻导管处有少许清涕溢出。本地地处高寒区，虽值早春，气温仍在0℃左右，患者因车祸重伤正气，复溺于水，寒邪水湿直中于肺，致寒水停肺、水饮凌心而咳喘欲脱，当温肺散寒化饮。投以小青龙汤加减：麻黄20g（先煎），杏仁20g（碎），桂枝15g，白芍15g（炒），干姜20g，细辛3g，法半夏15g，陈皮20g，茯苓20g，葶苈子10g（布包），炙甘草5g，五味子20g。浓煎温服，每次服200ml，每日3次。服药1天后，患者呼吸频率有所减缓，咳嗽次数减少，咳嗽强度减弱，粉红色泡沫痰明显减少，每次约1～2ml，精神转佳。服药2天后患者全身情况明显好转，呼吸较为平稳（约25次/分），咳嗽减轻，虽仍有痰液咯出，但痰呈白色泡沫状，患者已能缓缓言语、行走。停止给氧，前方又服1剂后，患者已能自由进食，能自由在病房内外活动及正常言语，虽偶有咳嗽但已不再咯痰，喉中痰鸣已完全消

失，双肺大、中湿罗音消失，仅在肺底部有少许细湿鸣，心率85次/分，口唇紫绀完全消失。停用西药，前方再服1剂后，双肺底部细湿鸣消失，全身情况好，痊愈出院。[55]

按：本病当属中医学“肺胀”范畴，症见咳痰、喘满、紫绀、心悸、水肿，总因痰阻气机，肺气不利，患者寒饮停肺，水饮上凌于心，故致喘脱，治宜温肺散寒化饮，小青龙汤酌情加入理气化痰之药，效果显著。

十三、上呼吸道感染

上呼吸道感染也称为“普通感冒”，是指鼻腔至喉部环状软骨下缘之间的感染，是最常见的感染性疾病。因病原体不同，可分为病毒性及细菌性两大类。常见的病毒有副流感病毒、鼻病毒、腺病毒、科萨奇病毒等。细菌感染以甲型溶血性链球菌最为多见，其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌。临床以鼻塞、流涕、喷嚏、咽干、头痛、声音嘶哑、咳嗽等为主要表现，可伴有发热、畏寒或肌肉酸痛等症状。病毒或肺炎链球菌感染者可出现口唇周围疱疹。本病相当于中医学“感冒”、“伤风”等范畴，其病是由于六淫之邪乘人体抵抗外邪能力下降，袭于肌表而犯肺卫所致。

【临床应用】

朱氏[56]等1998年10月~1999年9月，用小青龙胶囊治疗上呼吸道感染98例，取得显著疗效。全部病例均因发热、咳喘、咯痰发作来诊，其中男性67例，女性31例；年龄8~78岁；病程为4~20天。治疗方法：小青龙胶囊，成人每次2粒，每日3次，儿童减半。发热者给予常规退热剂应用，严重者给予适当输液，一般疗程为5~10天。疗效观察：用药3天后，显效56例，有效31例，无效11例。

【病案举例】

张某，男，72岁，以肺源性心脏病收住院。咳喘不得平卧，胸片示：右肺大片阴影，且有液平。心电图示：心律失常，心动过速，频发房早。心率135次/分。诊断：①肺部感染，胸水原因待查；②肺源性心脏病，心律失常。治疗：抗炎，抗心律失常，抽胸水，予服麻杏石甘汤加鱼腥草等。经治2天，患者仍不得平卧，咳喘息，坐椅

伏桌休息。西地兰0.4~0.8mg/d，惟使心率降至116次/分，仍频发房早，且心率每于第二日用西地兰之前又升至130次/分，频发房早。抽胸水未得。舌淡而水滑，苔厚腻，色淡黄，脉浮大弦数结，气短，气喘，咯白黏痰，量多，无寒热之状。患者为老年性慢性支气管炎，1个月前因外感咳嗽，经服抗生素及清肺化痰中药，苦寒过甚伤阳；加之年老体虚，阳气不足，饮生于内。外感及苦寒药伤其阳，阳虚水饮不化。虽病久，无阳以化热，脉虽数结，考虑为虚阳被寒饮郁闭所致。予以小青龙汤温肺化饮，加葶苈子、大枣宣泄痰壅，取饮除阳气自复之意。1剂服下，患者一夜小便10多次，咳嗽、气短、喘明显缓解，患者自动半卧于床上。二剂服下，气平不喘，咳嗽咯痰大减，心率正常（84次/分），房早消失，心电图律整。以后继服上方加减调整，痊愈出院，复查心电图均正常。[57]

按：小青龙汤具有解表散寒、止咳平喘、化痰等作用。方中重用麻黄、桂枝为君药，发汗解表，除外寒而宣肺气；干姜、细辛为臣药，温肺化饮；配以五味子敛气，为佐制之用。半夏祛痰和胃而散结，亦为佐药；炙甘草益气和中，又能调和辛散酸收之间，是兼佐使之用。

十四、喘证

喘证是以呼吸困难、气息急促，甚至张口抬肩、鼻翼煽动、不能平卧为特征的，肺系疾病的一种病变。可见于某些急、慢性疾病过程中，如急、慢性喘息型支气管炎，肺炎，肺气肿，心源性哮喘，肺源性心脏病，肺结核，矽肺，癔病，心力衰竭等。喘证常由多种疾患引起，病因很复杂，常见的病因有外邪犯肺、痰浊内蕴、情志失调、久病劳欲等，致使肺气上逆，宣降失职，或气无所主，肾失摄纳而成。呼吸困难为喘证的特征性证候，临床表现轻重不一。轻者仅见呼吸迫促，呼气吸气深长，一般尚能平卧。重者可见鼻翼煽动，张口抬肩，端坐呼吸，面唇紫绀。急发者多表现呼吸深长费力，以呼出为快，胸满闷塞，甚则胸盈仰息，声高痰涌，气喘与劳动及体位无关。缓发者多表现呼吸微弱而浅表乏力，以深吸为快，声低息短，动则加重，气喘与劳动及体位明显相关。若病情危笃，喘促持续不已，可见肢冷汗

出，体温、血压骤降，心悸心慌，面青唇紫等喘脱危象。

【临床应用】

雷氏[58]临床用小青龙汤去麻黄、加杏仁治喘证患者30例，临床控制11例；显效12例；有效6例；无效1例。体会到小青龙汤治喘去麻黄与否，关键在病机，表寒里饮者用麻黄，肺寒饮停无表证或表证轻者去麻黄，加杏仁。

十五、咳喘

【临床应用】

杨氏[59]等以小青龙汤治疗西医诊断为慢性气管炎或合并肺气肿，临床所见既咳又喘经年不愈的咳喘患者32例，疗效显著。男性20例，女12例；年龄在50～82岁之间；病程4～10年者4例，11～15年者18例，16～20年以上者10例；合并肺气肿者20例，合并肺心病者2例。所有病例均以中药治疗为主，并嘱患者避风寒，忌生冷，防感冒。方选小青龙汤为基本方。咳嗽频重者加紫菀10g，款冬花10g，炒杏仁10g；舌脉见热象者干姜改生姜3片，再加石膏30g；脉弱体虚者加太子参15g；如兼肺心病见瘀象者加川芎6g，红花6g；纳差者加焦神曲10g；大便秘结者加瓜蒌仁9g。治疗结果：基本痊愈2例，好转28例，无效2例。

丁氏[60]运用小青龙汤治疗咳喘患者258例，其中男98例，女160例；年龄6～67岁；病程1个月内120例，1～3个月78例，3个月以上60例；急性气管炎120例，慢性气管炎68例，慢性气管炎及慢性哮喘急性发作60例，肺气肿4例，胸膜炎4例，肺结核1例，肺癌1例。其中胸膜炎、肺癌、肺结核病例用中西医结合治疗。治疗方法：小青龙汤加减每日1剂。表证重用生麻黄；表寒重加大桂枝用量；喘重用炙麻黄；久咳、剧咳、痰少清稀加罂粟壳；若久咳气虚证明显加党参、黄芪；若症见鼻流清涕加苍耳子、防风、辛夷；若肺有痰饮，喘急咳逆，胸满气促加苏子、地龙、白芥子、莱菔子；若咳痰重浊加白前、桔梗、紫菀、款冬花；便秘加杏仁；苔黄减桂枝、白芍，加生石膏；肾阳不足减桂枝加肉桂、炙附子；久病适当加当归、赤芍、丹参活血化瘀。服药期间禁酒；若出现呕吐、腹泻、眩晕应停

药；孕妇及现代医学检查肝肾功能不良者禁服；高血压、心脏病、过敏体质及年老体弱应慎用麻黄。疗效观察：急性气管炎120例，经治疗全部治愈，占46.5%；慢性气管炎及慢性气管炎急性发作128例，治疗后均显效，占49.6%；肺气肿、胸膜炎8例治疗后均有效，占3.1%；肺结核、肺癌2例无效，占0.8%。

翟氏[61]治疗咳喘病38例，其中男21例，女17例；年龄最大者78岁，最小者23岁，平均年龄41岁；病史最长者35年，最短者3年；有吸烟史者29例。治疗方法：以小青龙汤为基本方，视具体病情随症加减。沸水泡汁乘热频饮。服药期间注意保暖，忌食生冷。疗效观察：临床治愈23例，显效9例，有效4例，无效2例，总有效率95%。

吴氏[62]等将小青龙汤制成冲剂，自1990年11月~1994年12月用于治疗表实兼寒饮之咳喘50例，痊愈21例，显效17例，好转8例，无效4例，总有效率为92%。小青龙冲剂：麻黄、白芍、干姜、桂枝、五味子、半夏、细辛、甘草，研粉装袋，每袋7.5g，一岁半以内每次5g，1岁半~5岁每次7.5g，5岁以上每次15g，每日3次。成人每日4次，温开水冲服。

宋氏[63]治疗咳喘患者114例，肺源性心脏病9例，心力衰竭合并呼吸感染13例，慢性支气管炎15例，急性支气管炎22例，肺部感染12例，支气管哮喘8例，外感咳嗽35例。治疗以小青龙汤为主，随症加减。心力衰竭者合生脉饮或五苓散；痰多者加橘红、桑白皮、全瓜蒌；喘甚合三子养亲汤；热象突出大便干者加大黄、大青叶、鱼腥草等；感染征象明显者酌情应用抗生素。结果：总有效率为97.4%，其中治愈49例，占43.8%，症状明显控制53例，占46.4%，有效9例，占7.8%，无效3例，占2.6%。

【病案举例】

1. 杜某，男，41岁，农民，1992年11月25日初诊。自述6年前汗后卒感风寒，出现咳嗽、气喘，痰多稀薄，迁延数月，自行缓解。翌年冬，复因感寒而咳嗽复发，并伴胸闷脘胀，食少乏力，口服抗生素而愈。后每于冬春常咳嗽发作，背畏寒，体力衰减，登二楼即感气短难支。2周前，因感冒而咳嗽频作，夜不深寐，难于平卧，痰

量每天100ml以上，色白呈泡沫状，伴肢重乏力、脘闷、纳呆、大便不实。查体：体温36℃，呼吸28次/分，面色晦暗无华，喉中痰鸣漉漉、舌淡紫，舌质胖大有齿痕，苔白腻，脉沉滑。桶状胸、三凹征（+），双肺满布哮鸣音，中下野可闻及湿罗音，以右侧为重。肺功能：$FEV_1/FVC\%$：37%，FEF25% ~ 75%：360ml/s，FEF75% ~ 85%：150ml/s，MTT：3.03s，MTTP：2.4s。中医诊断：虚寒咳嗽（肺虚失治，子盗母气）；西医诊断：慢性支气管炎（喘息性），阻塞性肺气肿。治宜温肺化饮、健脾祛湿。处方：麻黄10g，桂枝10g，白芍30g，白芥子10g，半夏30g，干姜10g，五味子10g，茯苓30g，白术20g，细辛10g，甘草10g，3剂，水煎服。11月29日复诊：喘促消失，偶发咳嗽，痰少易咯，脘胀减轻，大便转实，苔白脉滑。肺部听诊：罗音消失。复查肺功能：$FEV_1/FVC\%$：58%，FEF 25% ~ 75%：611ml/s，FEF75% ~ 85%：175ml/s，MTT：2.5s，MTTP：1.79s。又投上方3剂，咳喘消失。

按：肺病失治，子盗母气，肺失通调，脾失健运，斯病尤生。取麻、桂振肺阳以通调水道，取茯苓、白术健脾运湿，佐辛温以逐饮邪，邪去则安。[64]

2. 张某，女，74岁，患咳喘病约12年之久。每到冬季易发，此因感风寒病情加重，于1989年12月20日就诊。诊见：患者喘重时咳，平卧尚感困难，痰为清稀白色泡沫，面色黄白不泽，夜难入睡，纳差，不欲饮，二便尚正常。自诉曾多次在省级医院就诊，诊为慢性支气管炎、肺气肿。查：舌质淡红，苔白而水滑，脉弦滑。证属：风寒外束，痰饮内停，治则：解表化饮，止咳平喘。方用小青龙汤加减：炙麻黄6g，桂枝9g，白芍9g，细辛3g，清半夏9g，五味子6g，炒杏仁10g，炙甘草6g，干姜6g。服药3剂，咳喘明显减轻，夜间基本能平卧入睡，痰量有所减少。二诊原方加焦神曲10g，连服3剂，诸症大减，遵此方再服6剂，咳喘已平，能料理家务。[59]

按：咳喘病变在肺，古人曰："咳者，肺之本病也。"《金匮要略·痰饮咳喘病篇》："咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。"咳喘病理因素主要是痰浊水饮，病机为外有风寒，内有水饮，治疗大法，外解风寒，内散水饮，本例咳喘为痰饮内伏，外邪引动宿痰，痰随气动聚于

肺系，导致肺气不利，肃降失常，由于抵抗力不足反复感邪，所以时轻时重。故治法先宜祛邪，取小青龙汤温肺散寒，平喘止咳，温化痰饮，如果汗出寒邪去，麻黄不宜久用，恐汗多伤阳体更虚。小青龙汤应用广泛，只要有饮邪即用之，实乃张仲景“病痰饮者，当以温药和之”。方中麻黄、桂枝发汗解表，宣肺平喘；桂枝、白芍调和营卫，通利肺络；干姜、细辛、半夏温肺化饮配五味子酸敛收涩，散中有收以防肺气耗损太过；苏子、杏仁降气止咳；黄芩清肺热止咳与麻黄辛凉配伍，宣肺泄热，降逆平喘；茯苓、白术健脾燥湿，祛痰化饮，诸药协同，临床效佳。

3. 王某，女，59岁，因咳喘反复发作20年、急性发作3个月，于1991年5月10日来诊。患者有慢性气管炎20年、肺气肿3年病史。3个月前因感受风寒，身冷如浇凉水，咳喘不能平卧，咳吐大量白色泡沫痰，伴纳差，大便不成形，小便清长，用西药抗菌消炎、解痉平喘、化痰止咳治疗无效。来中医院门诊要求中药治疗。查体：精神倦怠，喘憋貌，面色㿠白，唇白，爪甲紫绀，舌暗红，舌体胖大，苔薄白，脉沉细。双肺呼吸音减弱，闻及大量哮鸣音。X线透视：双肺透光度增强。血常规检查无异常。心电图正常。辨证：肺肾阳虚，寒水不化，感受寒邪，寒邪束肺，肺失宣降，痰饮停聚，气虚血瘀。处方：炙麻黄9g，桂枝12g，细辛6g，半夏10g，干姜9g，党参30g，黄芪30g，丹参20g，地龙15g，五味子9g，炙附子6g，水煎服，日1剂，分2次服。服2剂症减。上方去桂枝，加肉桂4g，服8剂后加服七味都气丸，按常规量服半年，诸症消，2年来连访2次，未再发病。[60]

按：患者久病气虚，阳气不足，寒痰内伏，因感受外寒而引动伏痰，致使肺气不利，肺失宣肃，病久入络，气虚血瘀。故治疗应该外散寒邪，内化痰饮，补气行气，活血化瘀，调畅肺之气机，使之宣降有权，方选小青龙汤。病痰饮者，当以温药和之，故酌加炙附子，另加补气活血药，效果明显。

4. 朱某，男，59岁。1995年10月25日初诊。患者自20年前即发现支气管炎并肺气肿，每年夏季较轻，入冬则加重。近3天来因受寒即咳喘加重，咯吐清稀痰，形寒肢冷，舌质淡红，苔薄白，脉弦

滑。证属外寒内饮之咳喘。治以小青龙汤加味散寒化饮，止咳平喘。处方：生麻黄5g，桂枝5g，干姜5g，细辛3g，五味子3g，法半夏10g，白芍6g，炙甘草3g，款冬花10g，杏仁10g，沸水泡汁频饮，2剂。二诊：药后咳喘明显减轻，咯痰量减少，形寒肢冷消失，前法再进，生麻黄2g，桂枝5g，干姜5g，细辛2g，五味子3g，法半夏10g，白芍6g，炙甘草3g，款冬花10g，杏仁10g，沸水泡汁饮服，2剂。4日后，患者来诉各种症状消失。[61]

5. 何某，女，36岁，工人，1995年3月7日诊。患者10年前因产后当风而咳嗽气喘，每遇天气寒凉或触冷水而诱发，多方治疗，屡止屡作。此次又因感冒风寒而发作，恶寒发热，咳喘气急，选用抗菌消炎、止咳平喘之剂，恶寒发热渐退，而咳喘之症渐重，入院观察治疗。诊见：患者咳嗽连声，喘息，不能平卧，呼吸急促，喉中痰鸣，咯吐大量白沫痰，舌质淡、苔白滑，脉细弱，诊为咳喘。证属寒饮内停，肺失宣降。治宜散寒逐饮，宣肺止咳定喘。方用小青龙汤：麻黄、桂枝、半夏、干姜、白芍、五味子、炙甘草各10g，细辛3g，每日1剂，水煎，早晚分服。2剂后咳喘明显减轻，得以平卧。6剂后诸症消失，精神转佳。守方续服10余剂，痊愈出院。

按：本例患者咳喘多年，肺气虚弱，敷布失常，痰饮内蓄，卫外不固，风寒侵袭。外寒引动内饮，咳喘由是而作。方中麻黄宣肺平喘；配桂枝以增通阳宣散之力；白芍配桂枝，调和营卫；干姜、细辛散寒化饮；五味子敛肺止咳；半夏降逆；甘草和中。诸药合用，配伍严谨，寒饮咳喘，服之如鼓应桴。[65]

十六、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。

【临床应用】

寒饮伏肺咳嗽是冬季肺科门诊的常见病。郑氏[66]治疗本病89例，治疗方法：用温散兼施、表里同治的小青龙汤加减。胸闷加川厚朴15g以理气宽胸；咳甚微喘痰多加射干15g，葶苈子、莱菔子各9g以增强降气化痰定喘的功效。每日1剂，水煎服，连服4天为1个疗程。结果：痊愈65例，好转17例，无效7例，治愈率为92%。

程氏[67]等采用本方加减治疗反复性咳嗽患者200例，治疗前均用过多种不同抗生素。治疗方法：麻黄12g，桂枝12g，细辛6g，白芍15g，法半夏15g，干姜10g，五味子10g，甘草6g，杏仁10g，生石膏50g，炙枇杷叶12g，炙款冬花12g，炙紫菀20g，炙桑白皮12g，三蛇胆陈皮末10支。以上为成人1日剂量，儿童酌减。中药先用冷水浸泡20min，煮沸20min，取汁200ml。共煎3次，将3次药汁混合分5次服。每次100ml，兑服三蛇胆陈皮末2支，每隔2h服1次，每日1剂，5日为1个疗程。效果：痊愈70例，显效120例，无效10例。

范氏[68]用小青龙汤加味治疗风寒咳嗽60例，取得了显著疗效。全部病例为风寒感冒后阵发性剧咳，咳白色黏痰或大量清稀痰，发热轻微或不发热。治疗方法：炙麻黄9g，桂枝9g，白芍12g，制半夏12g，干姜9g，细辛6g，五味子15g，百部15g，沙参15g，陈皮12g，炙紫菀15g，杏仁12g，桔梗12g，茯苓15g，甘草6g。发热加知母15g，气虚多汗加黄芪30g，痰黏稠转黄色减干姜、细辛用量，加生石膏30g，黄芩15g。

【病案举例】

1. 徐某，48岁。冬季原因不明患干咳少痰，烦躁稍喘，舌质红，苔薄白，脉弦。医师根据症状结合舌脉象，辨证为阴虚干咳，投以养阴润肺之品。5剂后不效，反使病情加重。患者刻下症见：干咳，喘憋较重，烦躁，偶吐少量清稀或黏痰，舌质红，苔白，脉弦。考虑患者在寒冷的冬天患病，但无明显的外感症状，只见干咳稍喘，按一般原则干咳者当给予滋润药物，但此患者服后不仅不效，反而加重病情，说明患者并非阴虚干咳。结合正值隆冬之季，临床咳喘多见因外感风寒或寒痰冷饮的特点，以及患者素日体健无内伤等原因，初步辨证为

外感咳喘，选用小青龙汤加减治之。3剂后咳止喘平，诸症消失。

按：王季儒曰："平素无病，忽然咳嗽，虽无发热恶寒头痛等表证，亦当考虑为外感咳嗽。"患者外感初起即投以养阴润肺之药，造成引邪入里，闭门留寇。正如黄文东所言："治疗咳嗽不能留有一分邪气，若邪气未消，即投以大剂养阴润肺或止咳之品，则邪气必然恋肺，滋生他变。"故致使患者病情加重。[69]

2. 张某，男，67岁。主诉：咳嗽、咳痰10余年，每逢冬春加重，近日受凉后，早晚咳喘较甚，咯白色泡沫痰，鼻塞、头痛，平素喜食厚味，舌苔白滑，两脉浮弦。胸部X片示肺纹理增粗、紊乱。拟诊为咳嗽、支饮。给予麻黄、桂枝、白芍、苦杏仁、炙苏子、制半夏、白芥子各10g，干姜5g，五味子4.5g，细辛3g，炒莱菔子6g。3个月后，咳嗽、痰喘症状明显缓解，继治1个疗程，半年内无咳喘发作。[4]

按：患者素有痰饮内停，感受寒邪引动伏痰，致使肺气不利，肺失宣肃，证属外寒内饮，故用散寒化饮之法，方选小青龙汤酌情加入三子（苏子、白芥子、莱菔子）降气理气。

3. 李某，女，62岁，农民。患者近4~5年来，每因外感即作咳嗽，迁延月余方愈。1周前，患者因外感而作咳嗽，未予治疗，症状渐加剧。症见：咳嗽，胸闷，喘促，咯痰黄白而稠，不易咯吐，恶寒发热，口干微烦，舌淡，苔黄腻，脉滑略数。体温38℃，双肺呼吸音粗，未闻干湿罗音。胸片示双肺未见软性病灶。证属风寒外束，饮邪内停有化热之势。治以解表逐饮，止咳平喘兼清热除烦。药用：麻黄10g，桂枝10g，细辛10g，五味子10g，法半夏10g，杏仁10g，生石膏30g，鱼腥草30g，黄芩10g，甘草10g，进2剂。药后再诊，症状明显减轻，痰白，较前易咯吐。上方去生石膏进4剂。三诊：症状基本消失。[5]

按：患者风寒外束，水饮内停郁而化热，治宜宣肺散寒，解表蠲饮，兼清里热。方选小青龙汤，酌情加杏仁降肺气，石膏、鱼腥草、黄芩清里热。

4. 王某，男，35岁。2003年1月14日初诊。患者自1999年开始咳嗽，迁延至今不愈，X线胸片示慢性支气管炎。咽部炎症常见发

作，目前咳嗽不畅，咯痰不多，质黏色白，舌苔薄黄，舌质暗红，脉细弦滑。证属陈寒伏肺，肺气不宣。处方：蜜炙麻黄5g，杏仁10g，桔梗3g，生甘草3g，法半夏10g，陈皮6g，大贝母10g，前胡10g，紫菀10g，款冬花10g，佛耳草10g，泽漆12g，炙百部10g，7剂，常法煎服。二诊（2003年1月21日）：咳嗽稍能舒畅，胸闷减轻，咳痰稍爽，色白，舌苔薄黄，脉小滑兼数。原方改蜜炙麻黄6g，桔梗5g，加挂金灯5g，炒苏子10g，14剂，常法煎服。三诊（2003年2月11日）：咳嗽减不能平，迁延不愈，咽痒，咯痰黏白，喷嚏不多，怕冷，口不干，疲劳，苔薄，脉细滑。守前意，增其制。处方：蜜炙麻黄6g，炙桂枝10g，法半夏10g，细辛3g，五味子3g，炒白芍10g，淡干姜3g，泽漆10g，炙紫菀10g，炙款冬花10g，炒苏子10g，炙僵蚕10g，炙甘草3g，厚朴5g，广杏仁10g，7剂，常法煎服。四诊（2003年2月18日）：咳嗽基本缓解，跑路较急时稍有咳喘，胸不闷，咯痰较利，痰白，微有怕冷，舌苔淡黄，脉细弦兼滑。2月11日方改炙麻黄9g，加桔梗5g，陈皮6g，14剂。常法煎服。五诊（2003年3月11日）：咳嗽基本向愈，晨起有一二声咳嗽，痰不多，微有形寒，二便正常，舌苔淡黄薄腻，脉弦兼滑。2月11日方改炙麻黄9g，加桔梗6g，陈皮6g，茯苓10g以善后，7剂，常法煎服。六诊（2003年3月18日）：咳嗽稳定，痰白量少不多，舌苔淡黄，脉小弦滑。2月11日方改炙麻黄9g，去泽漆，加潞党参10g，焦白术10g，桔梗5g，陈皮6g，茯苓10g以培土生金，补脾温肺而治本。

按：患者咳嗽迁延4年未愈，痰白形寒为肺有寒饮（寒痰）之征，故施以小青龙汤加减化裁，以蜜炙麻黄散肺寒、驱邪气、宣肺气、平喘咳为君；桂枝、干姜、细辛、半夏温肺化饮降逆；紫菀、款冬花化痰止咳；五味子、白芍收敛肺气；配以炒苏子、厚朴降气止嗽化痰；桔梗、甘草宣畅肺气。诸药合用，温肺散寒，宣利肺气，止咳化痰。辨证准确，用药到位，故如汤沃雪，效若桴鼓。[70]

5. 杨某，男，75岁，2003年4月22日初诊。去年夏天因热当风贪凉，诱发咳喘痰鸣，经抗菌消炎治疗咳喘好转，但仍痰多，稍有受凉则咳嗽咯痰，用头孢呋辛消炎反见加重。血液流变学检查示全血黏度高。最近住院1个月，虽有减轻，但难控制。目前时有咳嗽，遇

寒加重，咯痰色白多沫，咯吐尚可，畏寒怕冷，胸背尤甚，二便尚可，舌苔薄黄微腻，舌质暗紫，脉细滑，间有不调。既往有冠心病、慢性房颤、高血压病、甲亢手术史。常服复方罗布麻片控制血压，测血压16.7/10.6kPa。证属陈寒伏饮，肺失宣畅。治当温化寒饮，宣畅肺气。以小青龙汤化裁。处方：蜜炙麻黄4g，炙桂枝6g，淡干姜3g，细辛3g，法半夏10g，炒白芍10g，五味子3g，炙甘草3g，炙紫菀10g，炙款冬10g，炒苏子10g，佛耳草15g，桔梗5g，7剂，常法煎服。二诊（2003年4月29日）：胸背冷感有减，患者甚喜，云前服他药从未获此殊效，求再施药。症见：痰黏色白起沫，胸背怕冷，夜晚口干，二便尚调，舌苔薄黄，舌质暗有裂，脉小滑。治守原义观察。处方：蜜炙麻黄5g，炙桂枝10g，五味子4g，炒白芍12g，炙甘草3g，炙紫菀10g，炙款冬花10g，淡干姜3g，细辛3g，法半夏10g，炒苏子10g，桔梗5g，14剂，常法煎服。三诊（2003年5月20日）：背冷十减其五，自觉气道有痰，阵咳，但痰量减少，稍觉口干，大便偏干，舌苔薄黄，舌质暗，脉细滑。4月29日方加泽漆12g，改五味子5g，14剂，常法煎服。四诊（2003年5月27日）：胸背冷感缓解，大便日行1次，口干减轻，偶有微咳，有痰不多，食纳知味，舌苔薄黄腻，舌质暗红多裂，脉细。4月29方加生黄芪10g，生白术10g，防风6g。服1个月后随访已如常人，嘱保暖避寒，续予玉屏风散加味煎服以固本。

按：患者咳嗽遇寒加重，咯痰色白多沫，胸背怕冷，为典型有陈寒伏饮之象。有冠心病、高血压病、房颤、甲状腺功能亢进等病史，现代研究发现麻黄中的麻黄碱有收缩血管、升高血压、扰乱心律等作用，故时医每受此牵制，一遇有心脑血管病史患者即不敢施用麻黄。古人云：有故无损，有斯症则用斯药。开始时以小剂量投石问路，服7剂后并无不适反应，反觉舒适，咳嗽形寒得减。二诊即加大麻黄、桂枝用量，温肺化饮，助阳破阴，顽咳、久咳竟得缓解。[70]

6. 张某，男，30岁，小贩。1986年11月8日初诊。每日早起走街串巷卖糕点，前日起恶寒，发热，无汗，头痛，胸闷，泛恶，咳嗽，痰多色白，昨日咳剧时痰中带血，苔白滑，左脉沉紧、右浮弦。处方：麻黄、桂枝、芍药、姜汁、半夏、干姜、杏仁、前胡各10g，

细辛、北五味子各3g，甘草6g，1剂。次日二诊：服药后，得汗甚彻，咳嗽减轻，胸中舒畅，痰清白而血已止。原方去麻黄、芍药，加茯苓15g、白术10g，3剂。

按：本例外寒里饮兼痰中带血，其血乃由表邪郁闭，肺气不宣，咳伤阳络所致。故投以小青龙汤原方。若素患咳血而新感外寒，虽然古人亦有用小青龙之例（如徐大椿），但近人张锡纯认为“咳血及吐血之证最忌桂枝，不甚忌麻黄”，故临证用小青龙汤宜稍为变通，如去桂枝，加杏仁、麦冬之属较妥。[71]

7. 苗某，女，64岁，平素健康，无气管炎病史，风寒感冒后阵发性剧咳，夜不能寐，咳白色黏痰。听诊两肺有少量干湿罗音，无发热，血象不高。青霉素800万U每日1次静脉点滴，治疗1周，剧咳不减。改用中药治疗：炙麻黄9g，桂枝9g，白芍12g，干姜9g，细辛6g，五味子15g，百部15g，炙紫菀15g，桔梗12g，杏仁12g，沙参15g，甘草6g。服药1剂，当夜咳止，继服2剂巩固治疗。

按：风寒感冒后，阵发性剧咳，咳白色黏痰或大量清稀痰，类似西医急性气管、支气管炎，患者常不发热或有轻微低热，血象多在正常范围，抗生素疗效不佳。用仲景小青龙汤加杏仁、桔梗、百部、紫菀、沙参，常能收到意想不到的效果，使久咳不愈的风寒咳嗽收功。[72]

8. 董某，女，47岁，1993年12月21日初诊。自述近半月来突患咳嗽气急，痰多如泡沫，形寒发热，每天下午体温升至39℃左右。症见：面色㿠白，两下肢肿，心悸气急，语声低微，张口艰难，渴不欲饮，尿少色青，脉细虚数，舌淡白而胖。证系心肾阳虚，饮邪射肺凌心，虚阳外越。治拟温阳化饮，镇摄浮阳。方取真武汤、小青龙汤之意加减。处方：红参9g（另煎冲服），炮附子10g（先煎），桂枝6g，炙细辛3g，炙五味子3g，干姜3g，茯苓12g，姜半夏6g，光杏仁9g，龙骨、牡蛎各15g（先煎），炙甘草4.5g。服上方2剂，体温降至38℃，继服2剂，体温降至37℃，咳嗽、气急、心悸、面浮等症皆明显好转，精神转佳。继以上方去杏仁、龙骨、牡蛎，加生姜、大枣，3剂病愈。[73]

十七、感冒后久咳

【临床应用】

吴氏[74]治疗本病38例，病程最短者2周，最长者一半年。均经抗生素、抗病毒、止咳祛痰等药物较长时间或反复治疗，经治疗后感冒症状好转或减轻，但咳嗽不愈。经血常规检查血白细胞计数和分类轻度异常，或正常胸透检查肺纹理稍微增粗或正常。治疗方法：以小青龙汤为基础方进行加减。咳喘痰盛、不能平卧者加葶苈子10g，大枣5枚，桑白皮15g，以泻肺逐饮；咳嗽痰多而黏腻、胸闷气逆者加白芥子10g，莱菔子15g，以豁痰降逆；咳嗽痰少而稠厚、口干咽燥者加麦冬15g，北沙参15g，以养阴生金；咳嗽痰少、咽痒即咳者加前胡10g，桔梗10g，以利咽祛痰；咳嗽痰多黄稠、心烦口渴者加黄芩10g，生石膏25g，以清热化痰。小儿用量酌减，每日1剂，水煎2次，早晚分服。治疗结果：38例患者经过上述治疗1周后，治愈35例，占92.11%；好转3例，占7.89%；总有效率为100%。

【病案举例】

1. 胡某，男，50岁，2003年11月25日来就诊。10月20日因不慎受凉感冒后出现发热、恶寒、头痛、周身酸痛、鼻塞流涕、咳嗽痰多色黄等症状，经服用康泰克、罗红霉素、百服宁、抗病毒口服液等药后，发热、恶寒、头痛消失，全身酸痛减轻，无明显鼻塞流涕，但仍咳嗽不止。继续服用阿莫西林等药抗炎、川贝枇杷膏、咳特灵等止咳药，咳嗽仍无明显改善。来诊时咳嗽痰少色白，咽痒明显，咽痒即咳，稍觉胸闷气促，夜间睡眠前尤甚，舌淡红、苔薄白，脉弦细。胸透示：心膈无异常，肺纹理稍增粗。血常规：白细胞5.5×10^9/L，中性粒细胞0.60，淋巴细胞0.40。诊为感冒后咳嗽，证属风寒犯肺、肺失宣降，治宜疏风散寒、宣肺止咳，选用小青龙汤加减。处方：麻黄10g，芍药10g，细辛4g，干姜5g，桂枝10g，法半夏10g，五味子6g，炙甘草6g，前胡10g，桔梗10g，瓜蒌皮15g，服药5剂后，咳嗽消失，诸症减轻。经观察2周后，未见咳嗽发作，临床治愈。

按：经云："六气令人咳，风寒为主"，据此，感冒后久咳的病机可认为是风寒犯肺，导致肺失宣降、肺气闭郁，气机为邪所遏、迫而

上逆而作咳。因肺主气、司呼吸，以宣发肃降为顺，因此治疗上应注意宣降肺气，过投清热肃肺止咳之剂反易遏邪。对于感冒后久咳、顽咳，应仔细辨别其寒热，凡有寒象或热象不重者，均可根据“治肺不远温”的原则，灵活选用温肺散寒之剂，在此基础上再根据其兼证不同而选择适当的药物进行配伍使用。[74]

2. 陈某，女，40岁。1976年12月住院。主诉咳嗽7个月，哮喘发作3个月，加重半个月。患者于今年3月感冒后咳嗽不已，至7月出现哮喘。某医院静脉滴注抗生素、地塞米松，后改为口服，病情仍然反复发作。哮喘咳嗽，黄痰量多，时带血丝，无寒热，舌红，苔黄腻，脉滑数，诊为风寒化热，肺热夹痰浊上冲。用解表清肺，化痰平喘法，定喘汤加味。药后不能平卧，咳嗽加剧，痰多不易咯出，呈泡沫状，咽痒，怕风，盗汗，舌质暗，边有齿痕，苔厚腻有津液，脉细数无力，改用苏子降气汤加瓜蒌贝母汤，不效。又改用哮喘经验方，病情加剧。乃采用综合疗法，雾化吸入激素、抗生素，曾先后用过麻杏石甘汤、葶苈大枣泻肺汤、小陷胸汤、三子养亲汤、生脉饮、黛蛤散、参附汤、五子衍宗汤，病情如前。

请王老会诊。此属外感风寒袭肺而致咳嗽。恶风咳嗽汗出，咳吐白色泡沫稀痰，舌暗苔黄腻有齿印，此有寒饮。治用小青龙汤。药用：麻黄根30g，桂枝9g，白芍18g，甘草6g，炮姜9g，五味子6g，细辛6g，半夏12g。凡风寒入肺，初用杏苏饮、香苏散；重症用麻黄汤或小青龙汤，半虚半实用麻黄人参汤；哮喘严重的，用射干麻黄汤、厚朴麻黄汤。王老认为，小青龙汤须视病情之轻重而灵活加减。此方本治风寒停饮，若寒热夹杂，口干喜饮但不多者，加石膏；咽痛者，加山豆根；喘剧者，加杏仁。若初病表实，须发汗定喘者用麻黄，中期用麻绒，后期喘而汗出者用麻黄根30g。方中姜、辛、味必须等量，以调节肺气，开阖有度，互相制约。初病时，桂枝、白芍必须等量，病久渐虚，当仿建中汤意，芍药倍桂枝。病者经王老会诊，服药后喘平、痰少。王老又曰：麻绒即嫩尖麻黄，只入肺止咳平喘，走表发汗之力弱，小儿肺炎用之效佳；老年慢性支气管喘嗽，用麻黄根120g炖猪肺或羊肺有效；临床中气管炎、肺气肿多因风寒入肺，医治不当而成。王老还指出：这类患者其病机以肺寒者居多，肺热者

偏少。[75]

十八、肺胀

肺胀是指咳嗽、哮、喘等多种慢性肺系疾患反复发作，迁延不愈，肺脾肾三脏虚损，从而导致肺气壅滞，气道不畅，胸膺胀满不能敛降。临床表现见喘息气促，咳嗽，咯痰，胸部膨满，憋闷如塞，或唇甲紫绀，脘腹胀满，心悸浮肿等症。重者可出现昏迷、喘脱等危重证候。肺胀早期以气虚为主，或为气阴两虚，病在肺、脾、肾；后期气虚及阳，甚则可见阴阳两虚，病变以肺、肾、心为主。治疗应抓住治标、治本两个方面，祛邪与扶正共施。

【临床应用】

庄氏[76]等治疗外寒内热型肺胀130例。临床表现为气短气急，痰黄稠黏，发热恶寒，无汗头痛，小便清长，大便干，舌质暗红、苔黄腻，脉浮数，乃表寒里热。治宜散寒清热，宣肺化痰。方选小青龙汤加减：生麻黄、桂枝各6g，生石膏、薏苡仁各30g，白芍、半夏、浙贝母、金银花、鱼腥草各10g，细辛、甘草各3g。痰鸣喘息，不得平卧者，加射干、葶苈子泻肺平喘；便秘腹满加制大黄通腑泄热，以降肺气；痰热伤津加天花粉、百合、太子参生津润燥。

李氏[77]等用自拟扶正化瘀汤（党参15g或人参10g，黄芪30g，白术15g，半夏12g，防风10g，升麻6g，柴胡6g，陈皮15g，苏子12g，莱菔子15g，细辛3～15g，丹参30g，桃仁9g，甘草9g）加减治疗本病30例，有效率达90%，其中寒饮者合小青龙汤。

【病案举例】

1. 杨某，71岁，河南长葛人，就医于1994年冬。刻见：患者喘急欲脱，一直处于哮喘持续状态。进行紧急抢救后，暂时获安。患者曾在长葛市人民医院确诊为肺源性心脏病。现症见：全身浮肿，腹大如鼓，胸圆若桶，不得平卧，喉中痰鸣，沥沥有声，声高息粗，目珠如脱，面色紫红，口唇紫绀，饮食不进，二便俱无。苔白厚腻，舌质紫绛，舌体胖大有齿痕，尖红，脉象浮滑而弦。据《金匮要略》“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状”，诊为“肺胀”。肺气不降，则腑气不通。急则治其标，此时当以二便不通为急。遵《张氏医通》

所说："肺胀喘满，当以葶苈为向导"，选己椒苈黄汤为治，处方如下：防己15g，椒目10g，炒葶苈30g，生大黄10g（后下），服1剂，前后俱泄，喘似渐平。烈方峻剂，中病即止。再据《金匮要略》"咳逆，倚急不得卧，小青龙汤主之"，处小青龙汤加减，方药如下：蜜炙麻黄10g，桂枝15g，白芍15g，半夏15g，细辛10g，五味子10g，干姜10g，甘草10g，丹参30g，白芥子15g，莱菔子30g，苏子30g，3剂，无明显效果。再诊，原症未变，忽悟小青龙汤以麻黄为主药，麻黄中的主要有效成分麻黄素与肾上腺素结构相似，患者前段时间一直赖各种拟肾上腺素药物气雾吸入以维持呼吸，可能对这一类药物产生了耐受性，相比之下，病重药轻，终致无效。换上方蜜炙麻黄为生麻黄，剂量用至15g，无显效，症仍未变。加至30g时，服药3剂，其效桴鼓，水肿立消，喘咳即平。后以本方为主加以补脾温肾，朝服附子理中丸，晚服金匮肾气丸，前后半年有余，患者重获安康。嘱患者怡性养情，调摄起居。虽隆冬酷暑，轻微劳作，亦无喘闷之感。

按：肺胀之证，急则治标，缓则治本，虚实兼挟，标本同治。在本例的治疗中，共分3步：第一步，己椒苈黄通其二便，此为急则治标；第二步，重剂青龙以祛其饮，丹参、三子消其瘀痰，此为虚实兼挟，标本同治；第三步，附子理中养其脾阳，金匮肾气温其命火，此为缓则治本。《金匮要略》说："病痰饮者，当以温药和之。"故选小青龙汤开其阳，行其气，消其痰，导其邪。行、消、开、导，共治痰饮之标。治水之脏为脾土，主水之脏为肾水，故治本之法，当从脾肾。温肾健脾，方为长久之策。需要注意，在治疗中使用生麻黄30g，大大超出了常用量，主要是考虑到麻黄中所含的麻黄碱类有效成分（具有平喘利水作用）有拟肾上腺素作用，患者对这类药物已经产生了耐受性，所以需重剂以求其效。麻黄碱平喘作用与肾上腺素相比，其特点是显效较慢，作用温和、持久，不良反应少，口服有效。这个例子说明：在临床中使用麻黄时，须考虑患者对拟肾上腺素类药物的耐受程度。只有这样，才能发挥其良好的平喘利水作用。[78]

十九、肺气肿

肺气肿是指终末细支气管远端（呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）的气道弹性减退，过度膨胀、充气和肺容积增大或同时伴有气道壁破坏的病理状态。分为老年性肺气肿、代偿性肺气肿、间质性肺气肿、灶性肺气肿、旁间隔性肺气肿、α_1－抗胰蛋白酶缺乏性肺气肿、阻塞性肺气肿。本病属中医学“肺胀”范畴，以咳嗽、多痰、喘息、胸满、紫绀、心悸、浮肿为临床特点。

【病案举例】

1. 李某，男，58岁，职员。肺气肿病史20年，时常发作。2日前因感冒复发。咳吐痰多，质白黏，胸闷胀满如塞，喘不得卧，背部恶寒，发热，头汗出。舌苔薄白根黄，脉弦滑数。此饮邪夹热，上迫于肺。治宜利气宣肺，化饮清热。处方：厚朴9g，麻黄6g，杏仁9g，细辛3g，法半夏9g，干姜6g，五味子3g，生石膏20g，小麦15g，水煎服，日1剂。服3剂，咳喘稍减，余症如前。原方继服6剂，胸胀闷大减，咳喘，身热烦躁均退。[34]

按：本病属中医学“肺胀”范畴，肺胀是久患咳喘致胸中烦闷胀满的慢性疾病。本虚标实互患，痰浊瘀血交阻是本病特点。肺胀后期，气血阴阳俱虚，五脏衰败，治疗上往往顾此失彼，预后不良。针对患者病机为饮邪挟热，上迫于肺，故治疗以宣肺理气，清热化饮，方选小青龙汤加减，药到症除。本病应特别注意防治急性发作，平时应注重补肾纳气，增强免疫力。

2. 张某，男，61岁，1993年3月12日初诊。患者咳喘已有8年余，冬春季节经常发病。1周前不慎脱衣受寒，咳喘发作。恶寒、发热、无汗，背部如冷水浇，痰多盈杯，色白稀薄，呈泡沫状，气喘，不能平卧，胃纳减退，食谷不馨，神疲乏力。查体：体温37.3℃，口唇轻度紫绀，桶状胸，肋间隙增宽，叩诊过清音，两肺闻及哮鸣音和细湿罗音。心率88次/分，律齐，心音弱。腹部无异常。舌苔薄白腻，脉弦紧。西医诊断：慢性支气管炎继发感染，肺气肿。证属风寒外袭，寒饮内伏，上逆迫肺，阻遏阳气，肺失宣泄。治以温肺化饮，解表通阳。予小青龙汤加味：炙麻黄10g，桂枝10g，生白芍12g，干

姜10g，姜半夏15g，细辛6g，五味子6g，生甘草10g，射干10g，地龙12g，银杏12g。日1剂，水煎3次，早晚分服。3月11日复诊：服上方5剂后，咳喘好转，咯痰减少，能平卧，背冷之感已轻。舌苔薄白微腻，脉弦滑。原意续进，前方加淡黄芩12g，车前子、车前草各15g，蒲公英30g。5剂，遵前法服用。3月22日三诊：喘已平，咳嗽轻，痰量少，手足温，胃纳增。初病在肺，久病在肾，配以七味都气丸，以图辅佐。[54]

3. 陈某，男，63岁。1991年3月初诊。喘咳20余年，发现肺气肿4年。5天前因受凉复发。经用“抗菌”、“平喘”药治疗，疗效差而求治于中医。诊见：咳喘气急，动则更甚，痰多清稀呈泡沫状，畏寒神倦，口干不欲饮，面色无华，舌质淡，苔白滑，脉细数。X片提示：慢支伴感染、阻塞性肺气肿。证属肺肾虚寒，痰饮内伏。治以温化痰饮，降逆平喘。投小青龙汤去麻黄加杏仁，每日1剂。3剂后喘、咳、痰症状明显好转。再服10剂，临床症状方消失。继以金匮肾气丸、补肺汤调理1个月，随访1年，未复发。

按：仲景论喘，其成因主要责之于外邪犯肺和水饮内停。麻黄虽有较强的平喘作用，但它性辛温，主升散。表证致喘常以之组方，如麻黄汤证、麻黄杏仁甘草石膏汤证等。其目的在于使邪从汗、从表、从上而解，而对水饮内停所致之喘，则恐其性宜散不利于肺气肃降，又有过汗伤津之虑。在里之饮宜“温药和之”，非宜表解，故不用麻黄。如《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇中所述支饮喘满者，治法虽众，而所用7个方剂中均无麻黄。小青龙汤是一个治疗外感风寒、内停水饮的表里双解之剂。该方证有5个或然证“或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者”均与水饮有关。汪昂说：“内有水饮，则水寒相搏。水留胃中，故干呕而噎。水寒射肺，故咳而喘。水停则气不化，津不升，故渴。水蓄肠间，故下利。水蓄下焦，则小便不利而少腹满。水气内蓄，所传不一，故有或为之证。”可见，或然证是属表邪不甚，或无表证，而以饮停为重。因此，对于肺寒水饮所致之喘，则去麻黄加杏仁苦温降气平喘，以顺肺气的肃降。这是针对表轻饮重、肺寒饮停这个病机变化而设，充分体现了仲景的辨证论治精神。[78]

二十、尘肺

尘肺是工业生产中长期吸入某种粉尘所引起的以肺实质弥漫性纤维病变为主的疾病。生产环境中粉尘种类繁多，其危害程度不一。有的引起肺脏结缔组织增生，直至胶原样变化，并损害肺功能，如游离二氧化硅粉尘所引起的矽肺及结合二氧化硅引起的矽酸盐肺（包括石棉肺、滑石肺等）；有的主要引起网状纤维增生，伴有少量胶原纤维改变，如煤尘引起的煤肺、含炭粉尘引起的石墨肺、炭黑肺等；有的粉尘吸入后仅在肺组织中呈现异物反应，并继发轻微的纤维性变，如锡、铁尘，对肺功能影响不大。中医学有“金石肺”之称，属“肺痿”范畴。临床表现可有咳、喘、痰、胸痛、胸闷等。

【病案举例】

李某，男，58岁。1985年12月5日入院。患者反复咳喘5年，每逢冬春发作，天暖则减轻，多次住院西药抗炎、对症治疗。近1周来因受凉咳喘发作，入本院职业病科治疗。诊见：喘促咳嗽，不能平卧，口唇青紫，喉中有痰，痰清稀量多，发热，恶寒，无汗，下肢浮肿，舌淡苔白滑，脉浮滑弦。治以解表散寒，宣肺理气化痰。投以小青龙汤、清气化痰丸加减，并辅以抗生素静脉注射。1周后症状缓解，病情改善。改用人参蛤蚧丸（自制），服用2个月。随访1年，未见复发。[80]

按：本病属中医学“金石肺”范畴，中医学藏象理论认为：肺为娇脏，其位居高，主气司呼吸，主宣发肃降，通调水道，朝百脉主治节，开窍于鼻，外合皮毛，五行属金，其性喜润恶燥，与大肠相表里。由于长期吸入粉尘，填塞肺窍，失其清空虚灵之性，久而久之，金实不鸣，甚或肺脏坚实如金石，故得名。粉尘为矿物质，其性属金，金性燥热，易伤津耗液，气郁津伤化热灼液为痰，痰阻气机（互为因果），气滞痰阻而致血瘀，痰瘀胶结，肺脉痹阻，不朝百脉，心脉受阻，气血运行不畅，久病及肾，肾不纳气，金水不得相生，从而出现矽肺的五大症状：咳、喘、痰、胸痛、胸闷。此为金石肺的发病全过程，可见尘肺属本虚标实。虚者肺肾气虚，肺阴损耗；实者血脉瘀阻，痰瘀胶结，而后导致五脏俱虚。患者现症表现为外寒内饮，

肺气不利，故治宜解表散寒，宣肺理气化痰。急治其标，继用人参蛤蚧丸补肾纳气。

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装置。西医认为此系统病变包括心脏和血管病，合称心血管病。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”。心病的证候特征主要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，宁心安神。

一、心力衰竭

心力衰竭，亦称心功能不全，是指在心血管疾病发展到心脏功能受损，以致在有适量的静脉回流的情况下，心排血量不足，静脉系统瘀血，不能满足组织代谢的需要而出现的一系列症状。临床上以哮喘、水肿、紫绀、心悸为特征。按疾病的急缓又分为急性心力衰竭和慢性心力衰竭。慢性心功能不全亦称为充血性心力衰竭。按发病部位和临床表现可分为左心衰、右心衰、全心衰3种。多发于老年人，严重威胁着老年人的生命。各种心肌疾病（如急性广泛型心肌梗死、扩张型心肌病、弥漫性心肌炎等）引起的心肌收缩力减退，心脏负荷过重，心脏舒张能力减低，都可导致本病。多数老年人由于冠心病在感染、劳累、情绪激动等因素作用下诱发该病。属中医学“心悸”、“怔忡”、“喘证”、“痰饮”、“水肿”等范畴。

【病案举例】

吴某，男，61岁，农民。患慢性支气管炎10余年，每逢冬春易发，缠绵不愈，近1周咳吐白色泡沫痰，每日约400ml，夜来喘作，不得卧。经服消炎、平喘药乏效，渐渐加重，1994年8月20日入院。经检查，体温37.8℃，心率118次/分，呼吸24次/分，血压16/10kPa。唇绀，颈静脉怒张，两肺可闻及干湿性罗音，两肺底布满

湿罗音，腹水征（+），腰围79cm。心律齐，三尖瓣区可闻及Ⅱ级收缩期杂音，双下肢凹陷性浮肿。实验室检查：血常规、尿常规、肝功能、肾功能均正常。心电图示：左心室肥大。胸片示：①慢支合并感染；②肺心病。刻下症见：面色憔悴，心慌，气急，稍动则喘，脘腹胀满，纳差，小便不利，双下肢浮肿，舌淡，苔薄滑，脉弦滑数。入院中医诊断：咳喘（正虚邪盛）。西医诊断：肺气肿，肺心病，心力衰竭Ⅰ级。证候分析：其人素有痰饮，复感外邪，引动痰饮，则咳嗽喘息不得卧，病久肺虚，不能通调水道，影响水液输布，故见浮肿以下肢为甚。治则：宣肺化饮，温阳利水，佐以活血化瘀。投小青龙汤加减：葶苈子10g，麻黄10g，桂枝10g，细辛5g，半夏10g，干姜10g，五味子9g，赤芍15g，附子12g，白芍15g，红花9g。服药4剂，咳喘平，夜卧安，脘腹胀满减轻，小便利，下肢浮肿消失，腰围65cm，唇色变红，腹水（±）。再拟补肾纳气之剂，调养旬日出院。

按：肺心病缠绵不愈，偶遇外邪则引动内饮，逆而犯肺，以致肺气壅塞。治当宣肺通表，利气化水，方用小青龙汤。此属治水的开鬼门法。心力衰竭患者常有不同程度的瘀血征象，配合使用活血化瘀之品，常可收到更好的效果。使用要视患者体质强弱、正气虚损程度以及瘀血轻重而定。[81]

二、冠心病

冠状动脉性心脏病简称冠心病，是指因狭窄性冠状动脉疾病而引起的心肌缺氧（供血不足）所造成的缺血性心脏病。冠心病绝大多数由冠状动脉粥样硬化引起。病因至今尚未完全清楚，但认为与高血压、高脂血症、高黏血症、糖尿病、内分泌功能低下及年龄大等因素有关。好发部位：据我国6352例尸检统计，病变的总检出率、狭窄检出率和平均级别均以前降支最高，其余依次为右主干、左主干或左旋支、后降支。性别差异：20～50岁病变检出率，男性显著高于女性；60岁以后男女无明显差异。病变特点：粥样硬化斑块的分布多在近侧段，且在分支口处较重；早期，斑块分散，呈节段性分布，随着疾病的进展，相邻的斑块可互相融合。在横切面上斑块多呈新月形，管腔呈不同程度的狭窄。有时可并发血栓形成，使管腔完全阻

塞。根据斑块引起管腔狭窄的程度可将其分为4级：Ⅰ级，管腔狭窄在25%以下；Ⅱ级，狭窄在26%～50%；Ⅲ级，狭窄51%～75%；Ⅳ级，管腔狭窄在76%以上。临床表现主要取决于受累心脏缺血程度。当冠状动脉管径狭窄达75%以上时，则可产生心绞痛、心肌梗死、心律失常，甚至猝死。轻者胸闷气憋，重者则胸痛，或胸痛彻背，或突然剧痛，面色苍白，四肢厥冷，大汗淋漓，脉微欲绝。本病属于中医学“胸痹”、“真心痛”、“厥心痛”范畴。脑力劳动者多见，对人们健康危害大，为老年人主要死因之一。

【病案举例】

患者，男，69岁，1998年9月23日就诊。胸闷、气短、微咳、心前区经常疼痛、背部发凉疼痛已4年，发作时出汗、口渴，服硝酸甘油片后能缓解。心电图检查示：心肌劳损。舌红，苔薄白，左脉沉弦，右脉沉。诊断：胸痹。辨证：饮犯胸膺，胸阳被遏。治则：解表散寒，温化痰饮。处方：麻黄9g，白芍9g，甘草9g，干姜9g，细辛6g，半夏9g，五味子9g，1剂。服药后稍有烦躁，2h后缓解，心前区疼痛亦随之消失。继服10剂，2年后复查未加重。[82]

按：诸阳受气于胸中而转行于背，外感寒邪则使阳气不运，气机郁闭而见心痛彻背，发凉。胸阳不振、痰饮阻滞而见胸闷、气短、微咳。故用温阳化饮之小青龙汤，1剂即见效，10剂而愈。

三、胸膜炎

胸膜炎是由于感染、肿瘤、变态反应、心血管疾患和胸外伤等引起的脏、壁两层胸膜的炎症性疾病。按其病变性质，分为结核性干性胸膜炎、结核性渗出性胸膜炎和结核性脓胸3种类型。临床以胸痛、发热、胸膜摩擦音和胸膜腔积液为主要特征。本病一般属中医学“悬饮”范畴。因胸腔积液，引起肺气壅塞，肺失肃降，水化不利所致。临床表现：结核性干性胸膜炎症状轻重不一。轻者无明显症状，或仅有轻微胸痛。较重者往往起病急，主要症状为患侧胸痛，由于壁层和脏层胸膜摩擦所引起，性质为剧烈尖锐的针刺样疼痛；于深呼吸及咳嗽时加剧。结核性渗出性胸膜炎一般急剧起病，但也可缓发。有毒性症状，可发热或发高热，持续数日至数周。有时有畏寒、出汗、

虚弱、全身不适等。结核性脓胸急性起病者有明显毒性症状，如恶寒、高热、多汗、干咳、胸痛等。积脓多时，可有胸闷、气促。有支气管胸膜瘘时，可咳出大量脓“痰”（即脓胸液）。

【临床应用】

梁氏[83]等用本方治疗结核性、渗出性胸膜炎35例。组方：桂枝、白芍、麻黄、干姜、细辛、甘草、半夏、五味子各10g，葶苈子20g，随症加减，水煎服，1剂/日。服药7～11日后复查。服药7剂后，经X线透视，胸水全部消失者10例，消失75%有14例，消失50%有5例，消失25%有6例。胸痛、胸闷、气促症状有不同程度减轻，25例体温正常，10例仍有低热。再经服药4剂后，胸水全部消失者共30例，胸水消失75%有5例。

【病案举例】

1. 王某，男，25岁，1984年9月6日初诊。因受凉而恶寒发热，咳嗽胸痛。经治胸痛略减，而咳喘胸闷加剧，近日又兼心悸，短气，乏力，舌苔白腻，脉沉滑数。X线胸片示：右胸中积液。西医诊为：渗出性胸膜炎（原因待查，结核已排除）。此因水饮内蓄，风寒束肺，肺失宣通，上源之水溢于胸胁而发本病。予小青龙汤制剂，以宣肺利水，平喘定悸。服药3天，寒热喘悸均减，自述药后小便甚多。继进3剂，X线示：右侧肋膈角变钝。后以上药调理周余而愈。[84]

2. 陈某，女，59岁，美国华侨。1986年9月17日诊。咳喘痰多反复发作4月余，伴胸痛1周。入院前曾在美国多方求治，用多种抗生素及止咳药无效。咳嗽渐甚，痰多质稀。近1周伴右侧胸胁疼痛，咳嗽气促，病情加重，故专程从美国回国治疗。诊见：神疲乏力，咳嗽痰多，质稀色白，卧则气短，右胸胁疼痛，咳唾转侧，右侧亦有引痛，口渴喜热饮，舌淡偏暗，苔白略滑，脉细滑。体温37.1～37.5℃，脉搏96～100次/分，呼吸22次/分，血压13.3/8kPa，右胸稍隆起，叩诊过清音，左下肺呈浊音，右侧语颤强，左侧语颤减弱，双肺呼吸音减弱，以左侧为甚，右下肺闻及湿性罗音。痰液培养见：有肺炎双球菌生长。白细胞11.4×10^9/L，中性粒细胞0.77，淋巴细胞0.22。胸透示：双肺纹理增粗，左胸膜增厚黏连，左肋膈角

变钝，见有移动性液体，左膈活动受限，右肋膈角稍钝，密度增高，左上肺陈旧性肺结核。中医诊为悬饮，常用十枣汤类方。患者病久体虚，恐不耐峻逐，故拟温肺化饮，予小青龙汤加减。炙麻黄、五味子、桂枝各10g，干姜、炙甘草各6g，细辛3g，法半夏、杏仁各12g，白芍、桃仁、茯苓、丝瓜络各15g，水煎服，每日1剂。服药3剂，咳嗽、胸痛等症明显减轻，咯痰少，可平卧。服此方20余剂，呼吸平顺，卧起行走自如，咳嗽、胸痛等症均愈，出院时查各生理指标均正常。为巩固疗效，带本药数剂，加用理中丸以调理善后。[85]

按：“饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。”患者肺气郁闭，气不布津，停而为饮。饮停气滞，脉络受阻，故咳唾引痛。饮在胸胁，故胁肋胀满隆起。苔白略滑，脉细滑，为水结里之候。《金匮要略·痰饮咳嗽病》篇曰：“病痰饮者，当以温药和之。”故用小青龙汤温里发表，以化水饮。

四、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。正常的心脏激动起源于心脏的窦房结，窦房结是心脏起搏的最高“司令部”。由“司令部”发出的“指令”按一定的顺序和时间依次下传到心房和心室，激发心脏相应的部位产生激动。如果心脏激动的起源、自律性、传导顺序或传导速度的任何一个环节发生异常，都可以引起心脏正常节律的改变，形成心律失常。可分为快速性心律失常和缓慢性心律失常两类，临床表现是一种突然发生的规律或不规律的心悸、胸痛、眩晕、心前区不适感、憋闷、气急、手足发凉和晕厥，甚至神志不清。有少部分心律失常患者可无症状，仅有心电图改变。属中医学“心悸”、“厥脱”的范畴。

【病案举例】

1. 窦性心动过缓　李某，女，45岁，1998年10月30日诊。患者心悸头晕，胸闷气短发作近5年，曾到某医院检查，诊为窦性心动过缓，采用中西药治疗，多方求医，疗效不显。近来病情加重，甚则黑矇晕厥，已发3次。诊时头晕心悸，气短胸闷，至夜或动则更甚，形肥体胖，咳嗽咯痰，面色㿠白，神疲乏力，纳呆，舌质淡，苔白水

滑，脉沉迟无力。心律齐，心率42次/分。心电图示窦性心动过缓。证属心阳不振，寒饮伏肺。治宜益心补阳，温化痰饮。方用小青龙汤加味。处方：桂枝18g，白芍18g，干姜10g，细辛6g，麻黄12g，五味子15g，酸枣仁20g，制半夏15g，党参18g，黄芪60g，炙甘草10g，服上方2剂，症状明显改善，心率50次/分。续进上方30余剂，心率65～70次/分。半年后随访未见复发。

按：窦性心动过缓是指窦性心率低于60次/分，轻者一般无症状或症状轻微；重者出现胸闷、心悸，甚则黑矇晕厥。本病中医治疗重在补心气，温心阳。笔者临证观察此类病症，发现多有心气亏虚、胸阳不振、寒饮内伏之候，故多用小青龙汤加减调治，常能收事半功倍之效。方中桂枝、白芍、五味子、炙甘草补心益阳，宁心安神；干姜、麻黄、制半夏、细辛散寒除饮，温阳通脉。诸药合用，自能起到补心气、益心阳、散寒饮、增心脉之效。阳虚甚而心率＜40次/分，或伴黑矇晕厥者常加入附子，且重用麻黄、细辛而去半夏；气虚甚而头晕气短明显者常加入黄芪、党参、白术。该患者既有心阳不振、气运无力之候，又有阳虚生寒、饮邪内伏之征，选用小青龙汤，自能应手取效。[86]

2. *心律失常、房颤*　田某，女，79岁，患慢性支气管炎数年，1996年10月因外感风寒引动咳嗽，以慢性支气管炎合并感染住院。主诉：咳嗽短气不得平卧。胸片示：双肺纹理粗乱，下叶点片状阴影。听诊：双肺湿罗音及痰鸣音，心音低，心律不齐，126次/分，心电图示：心律失常，房颤。经用抗菌、抗病毒药物治疗1个月，咳嗽缓解，湿罗音基本消失，带地高辛、消心痛出院，房颤未纠正。患者仍气短气喘不能平卧，每日低流量氧气维持。1996年12月2日诊治，观患者体瘦弱，面微赤，端坐呼吸，鼻中氧气管终日不离，气短喘，双下肢轻度浮肿，脉沉细数结，舌淡，苔白厚腻，咳吐稀白黏痰，气短、气喘不得平卧，卧则咳喘短气，呼吸不相顺接，胸满闷，不思饮食，日进食约1两，二便自调。日服地高辛1片（0.25mg），消心痛10mg，3次/日。患者年高病久体衰，数月从未咯吐黄痰，无身热，面虽微赤，脉细数结，均为气虚不化饮，饮阻阳抑，虚阳上浮之征，故拟小青龙汤加桑叶10g，莱菔子15g，意在温寒化饮，宣肃

肺气。服3剂后，患者诉咳痰略减，能进饮食，但仍气短喘，且下肢仍浮肿，胸满闷。舌淡水滑，脉仍沉细数结，证仍属阳虚饮重、阻壅肺气。虽小青龙温肺化饮而通利之力不足，故二诊予小青龙汤加葶苈子、大枣以决痰壅，通利肺气。3剂后复诊，气短、气喘明显缓解，可去掉氧气，得平卧，下肢肿消，诊脉细弦不数，偶有结象，饮食亦大增，日进食约6两，舌仍淡，苔白水滑，辨证饮虽去，寒仍在，故仍用小青龙加党参、太子参，加大干姜用量，仍加葶苈子、大枣，继服5剂，诸症消失，惟吐涎沫，心率74次/分，律整，嘱其停服地高辛及消心痛，服中药按虚寒肺痉调治，病告痊愈。[57]

五、病态窦房结综合征

病态窦房结综合征简称病窦综合征，是由于窦房结或其周围组织原器质性病变导致窦房结冲动形成障碍，或窦房结至心房冲动传导障碍所致的一系列临床表现和心电图变化的总称。多由冠心病、高血压性心脏病、风湿性心脏病及各种心肌疾病导致窦房结及其周围组织病变，从而引起窦房传导功能障碍，出现以窦性心动过缓、窦房阻滞、窦性停搏为主的心律失常，甚则出现晕厥和猝死。其症状以心动过缓导致脑、心、肾等脏器供血不足为主，轻者形寒怯冷，乏力，头痛，眩晕，失眠，记忆力减退，反应迟钝等；重者可发生阿－斯综合征，心力衰竭，心绞痛或休克。由于本病起病隐匿，进展缓慢，发病原因尚未完全明确，故对本病的早期诊断及治疗带来一定的困难。目前对严重患者主张安装起搏器，但由于价格昂贵，尚难在我国普及，且有资料表明，国外患者安装起搏器的病死率仍在18%～33%。中医药治疗病窦综合征已引起广泛的重视。病窦综合征以其临床主要脉症，如严重之迟脉、心悸、胸闷，或迟、数脉交替出现等，似可归属于中医学“迟脉证”或“寒厥”之范畴。多责之于阳虚阴盛，遂用具有温化寒饮之功的小青龙汤，药证相合，自当取效。最早的论述见于《黄帝内经》，如“寒厥者阴气盛，阳气衰”，“其脉迟者病”，“迟者为阴”，表明本病属阴寒证。之后，汉代张仲景在《金匮要略》中说：“寸口脉迟而涩，迟则为寒，涩则为血不足，趺阳脉微而迟，微则为气，迟则为寒。”寒气不足则手足厥冷，指出了气血不足是寒厥

之病机。在治疗上《内经》首开“寒者温之、虚则补之”之大法。晋代王叔和则提出“迟者宜温药”的观点。

【临床应用】

姚氏[87]等用小青龙汤治疗病态窦房结综合征，临床观察24例，取得满意疗效。方药组成：川桂枝10~20g，炙麻黄5~12g，北细辛5~12g，淡干姜5~10g，制半夏10g，生白芍10~15g，五味子5~10g，炙甘草6~15g。加减：阳虚明显加制附片、补骨脂；气虚明显加炙黄芪、潞党参（或红参）；气阴两虚加西洋参、麦冬，去干姜、半夏；痰湿闭阻加薤白、全瓜蒌、石菖蒲；夹有瘀血加赤芍、丹参、红花；并发早搏加苦参、当归；尿少浮肿加茯苓、白术。每日1剂，水煎取药汁400ml，分早晚2次温服，连用4周为1疗程。服药期间停用一切影响心率的中西药物。结果：显效13例，有效9例，无效2例，有效率91.7%。24例平均基础心率治疗前50.06±4.11次/分，治疗后63.82±4.65次/分，前后比较有显著性差异，$P<0.01$。

陈氏[88]等用小青龙加丹参方治疗病窦综合征34例，并与西药治疗的30例进行了比较。其方法是：治疗组以麻黄9g，桂枝15g，白芍20g，半夏10g，干姜10g，细辛3g，五味子10g，人参6g，丹参30g。水煎2次取汁浓缩为600ml，每次100ml，日服3次，2天1剂。待心率稳定（>60次/分）时，改为100ml，早晚2次分服或改用附子理中丸，每次1丸，日3次服，维持治疗半年以上。对照组：山莨菪碱40mg、东莨菪碱0.3mg加入10%葡萄糖250ml中静脉滴注，日1次，待心率稳定（>60次/分）时停用，以后冠脉苏0.135~0.27mg口服，日3次，维持治疗半年以上。治疗结果：治疗组窦性心动过缓显效20例，窦房阻滞显效9例，交界心律显效1例，慢-快综合征显效1例，总显效率91.1%。对照组窦性心动过缓显效14例，窦房阻滞显效3例，交界心律显效2例，慢-快综合征显效0例，总显效率为63.3%。且治疗组远期疗效亦优于对照组。并发现治疗前均有心功能减退，治疗后心功能各项指均有不同程度的改善。其认为心功能减退或低下是寒湿内停的客观指标之一，可作为小青龙汤治疗本病的应用指征。

六、心源性胸腔积液

胸腔积液临床常见，病因各异，而心源性胸腔积液是其常见原因之一。正常人每24h胸腔内有500～1000ml的液体形成与吸收，胸水形成与吸收之间平衡破坏则产生胸水。心力衰竭时体静脉和肺静脉压力增高，静脉回流障碍引起组织缺氧、毛细血管通透性增加及心力衰竭时钠水潴留均促进胸液形成，这是心源性胸腔积液产生的机制，也证明心力衰竭是心源性胸水的原因。根据病例分析，心源性胸腔积液有如下特点：有基础心脏病史，尤以冠心病、风湿性心脏病、高血压心脏病常见；有心力衰竭的症状和体征；X线有肺瘀血，B超肝瘀血表现，且多为双侧或右侧胸腔积液，少数可合并少量心包积液；多为漏出液；抗心力衰竭治疗效果好。

【临床应用】

方氏治疗心源性胸腔积液施以方药：麻黄6g，白芍12g，桂枝10g，茯苓15 g，薏苡仁15g，干姜6g，制半夏12g，细辛3g，白芍6g，五味子9g，瓜蒌皮18g，天花粉18g，大腹皮15g，葶苈子12g，五加皮12g，炙甘草6g。治疗结果满意，且积液吸收较快，较彻底，不易复发，免除了西医胸腔穿刺抽液的痛苦，也降低了感染和复发的几率。

第三节 消化系统疾病

一、乙型肝炎

乙型肝炎是乙型病毒性肝炎的简称，是由乙型肝炎病毒（HBV）引起，具有慢性携带状态的传染病，可分为急性、慢性、瘀胆型和重症型肝炎。乙肝病毒广泛存在于血液、唾液、阴道分泌物、乳汁、精液、胸腹水、尿、大便中；传染源主要为患者、隐性感染者和病毒携带者；传播途径为输血、注射及医疗器械、性传播、密切接触等；四季皆可发病；潜伏期约30～160天；传染期一般为感染后12～170天；常有乏力、厌食、腹胀、肝区痛或低热等症状；病毒携带者较多

见；恢复较慢，容易发展成慢性肝炎和肝硬化，少数病例可转变为原发性肝细胞癌。一般可通过血清学检查（简称二对半）对感染情况做出判断。

本病在我国广泛流行，人群感染率达60%，HBsAg阳性率约为10%～15%。并与肝硬化及癌变密切相关，是当前危害人民健康最严重的传染病。迄今西医已在其病原学、流行病学及发病机制、诊断方法、预防措施等方面取得了重大进展，但缺乏特效治法与药物，而中医恰好在这方面显示了潜力和优势。临床以小青龙汤为主方加味治疗，常可收到较好疗效。

【临床应用】

张仁义等用本方加味治疗乙型肝炎谷丙转氨酶升高者64例，不配伍其他任何中西成药。方药组成：麻黄5g，桂枝5g，白芍10g，生甘草5g，细辛5g，半夏5g，干姜5g，五味子5g，生薏苡仁15g，郁金12g，生地15g，生山楂15g。热象明显者加生石膏15g；阴虚明显者生地易熟地；腹胀者加厚朴10g。每日1剂，水煎服。30天为1个疗程。治疗后15天查谷丙转氨酶，30天后查谷丙转氨酶及乙肝5项。结果：显效（症状及体征均消失，且谷丙转氨酶＜ULN）60例，好转（症状及体征较前减轻，且ULN＜谷丙转氨酶＜2ULN）4例，总有效率为100%。其中HBsAg转阴23例，转阴率为37.1%；HBeAg转阴3例，转阴率为27.3%。治疗结束后随访6个月～1年无复发。

二、泄泻

泄泻（含急慢性肠炎、肠结核、肠功能紊乱、结肠过敏等疾病之泄泻），又称腹泻，是指大便次数增多，粪质清稀，或完谷不化，甚至泻出如水样为特征的病症。本病一年四季均可发生，但以夏秋两季为多见。外感风寒湿热疫毒之邪，或饮食所伤，情志失调，或久病脾肾阳气亏虚等均可导致。临床有暴泻与久泻之分。脾胃、大小肠、肝胆胰的病变常有泄泻的症状。主要病机是脾虚湿胜，关键在于脾胃功能失调。《内经》称为泄，有“濡泄”、“洞泄”、“飧泄”、“注泄”等类型，汉唐时代称为“下利”，宋代以后统称“泄泻”。也有根据

病因或病机称为“暑泄”、“大肠泄”者。泄泻应注意与痢疾鉴别。

【病案举例】

1. 陈某，女，46岁，干部，1999年4月30日初诊。患者素体肥胖，大便泄泻，久治不愈。近1周来，每逢子丑时之交，必泻下数次，伴肠鸣，脘腹不痛，神倦体乏，渐至卧床难起，眩晕，咳嗽痰白，口渴不欲饮，唇淡，口黏纳呆，舌质嫩，苔白腻，脉滑无力。证属痰湿困脾，肾阳虚衰，浊饮阻滞气机。治以宣畅气机，温肾暖脾。处方：麻黄、桂枝、白芍、法半夏、干姜、茯苓、炙甘草各10g，细辛、五味子、罂粟壳各6g，服2剂后，痢止食增，诸症大减，继服3剂而痊愈。

按：《金匮要略》云：“病痰饮者，当以温药和之。”患者泄泻日久不愈，为脾肾阳虚，失于温运所致。患者素体肥胖，肠鸣腹不痛，咳嗽痰白，口黏不欲饮，苔白腻，故知为痰饮。肾阳虚衰不能蒸发脾阳，浊饮潜逆使气机受阻，致寒湿不运而成痰饮泄泻。本方以宣畅气机，温暖脾肾治其本，加茯苓渗湿健脾，罂粟壳固肾涩肠，合而奏功。[89]

2. 李某，男，50岁，1985年3月6日初诊。自诉昨晚起腹泻，至今晨已7次，泻物如水下注，无臭秽，腹中雷鸣，脐周隐痛，微恶风，头晕，泛恶。小便量少，色清，舌苔薄白，脉弦细，此属风寒犯肺，致使大肠传导失司之证。治拟温肺散寒，以复大肠传导之职，小青龙汤主之。处方：麻黄、干姜、五味子各7g，桂枝、法半夏各10g，白芍12g，细辛、甘草各5g，1剂。药后，微汗出，风寒去，泻止而愈。

按：本案乃感受风寒，为实证。因肺与大肠相表里，风寒闭肺，肺气不宣，可致大肠传导失司，或秘或泻。患者泻下如水，用小青龙汤温肺散寒，调理肺气，复肺之治节，水循常道。故风寒去，泻止病除。[90]

3. 郑某，男，52岁，干部，1990年12月6日初诊。素有慢性支气管炎数年，1天前受凉后出现咳嗽，咯痰量多，色白清稀，全身酸楚，微恶风寒，大便泄泻，日达10余次，泻物清稀如水下注，无臭秽，腹中雷鸣，脐周隐痛，恶心欲呕，小便量少色清。舌淡红、苔

薄白，脉浮滑。此乃风寒犯肺，宣降失职，大肠传导失司所致，治以温肺散寒，逐饮止泻，方用小青龙汤。处方：麻黄、干姜、细辛、五味子各6g，半夏、桂枝各10g，白芍12g，甘草3g，服1剂后，微有汗出，泄泻停止，3剂后诸症消失。

按：中医学认为，肺主宣降，通调水道，与大肠相表里。若肺失宣降，不能通调水道，水液不走膀胱而下迫大肠，大肠传导失职，清浊不分，混杂而下，而产生大便溏泄。从肺论治，使病邪去，肺气宣降复常，治节有数，大肠传导复职，泄泻自可停止，即所谓“治病必求其本也”。如本例风寒犯肺，通过温肺散寒而诸症痊愈。另外，久病泻下清稀一般认为是脾肾阳虚，但从中医学的整体观念来看，也不尽然。除肺失宣降外，如心脉瘀阻，影响小肠的分清泌浊；肝郁日久，肝脾不和，都能泻下清稀。故并不一定是久泻清稀即温补脾肾，临床应当详细辨证。[91]

三、便秘

便秘是指大便秘结不通，排便时间延长，或有便意而粪便坚硬，难于排出的一种病证。按病程或起病方式可分为急性和慢性便秘；按粪块积留的部位可分为结肠和直肠便秘；按有无器质性病变，可分为器质性和功能性便秘。器质性便秘常由肛门疾病如肛裂、痔疮、肛周脓肿；直肠疾病如炎症、溃疡、梗阻、憩室及各种炎症引起。这类便秘还见于慢性肺气肿，严重营养不良，多次妊娠，肠麻痹，内分泌，代谢疾病如甲状腺功能亢进、尿崩症。某些药物（如吗啡、氢氧化铝、铅中毒），截瘫，多发性神经根炎也可引起便秘。功能性便秘多由于进食过于精细，不良排便习惯，滥用强泻药及肠道易激惹综合征所致。中医学认为便秘的病因多由于燥热内结，或气滞不行，或因气虚传送无力，血虚肠道干涩，以及阴寒凝结等，导致大肠传导功能失调。临床表现为大便次数减少，或排便间隔时间延长。多数便秘患者经常三五日或七八日才大便一次，个别甚至半个月不大便；有些患者排便间隔时间正常，但粪质干结，排出困难；亦有粪质并不干结，由于气血虚弱，临厕努挣乏力，排出不尽。有些患者由于便秘而浊气不降，可引起腹胀，甚至腹痛，头晕头胀，脘闷嗳气，食欲减退，睡眠

不安，心烦易怒等。治疗虽以通下为主，但不可单纯用泻下药。

【病案举例】

陈某，男，64岁，1999年1月6日初诊。素有咳喘宿疾，近3个月来咳喘胸闷痰多，且大便秘结，大便1周至10余天1次，尚需果导片导泻方可。近1周来虽服果导片亦不能通便，须灌肠或服中药泻下剂方可排便。屡经泻下，觉腹冷下坠，气短难续，且数日后复便秘。深为其苦，遂来诊治。诊见：大便已6天未行，腹胀纳差，时有嗳气，头晕气短，咳嗽频作，痰多清稀，舌淡，苔薄白，脉弦滑。辨证为寒饮内停，肺失宣肃，大肠传导失司，治以温肺化饮，肃肺通腑，拟小青龙汤加味。处方：麻黄、五味子、白芍各9g，桂枝、干姜、半夏各12g，细辛、炙甘草各6g，炙紫菀15g，每天1剂，水煎服。服3剂咳嗽减轻，大便畅通。继服3剂，咳嗽已愈，饮食正常，大便每天1次，嘱服金匮肾气丸、通宣理肺丸以巩固疗效，注意多食新鲜蔬菜。随访1年未复发。

按：叶玉堂评《临证指南医案》个案云："肠痹之便秘……先生但开肺气，上窍开泻，下窍自通矣。"又云："丹溪每治在肺，肺气化则便自通。"本例便秘缘于寒饮伏肺，肺失宣肃而致大肠传导失司，水液耗失而大便燥结，故以小青龙汤温肺化饮，水饮得化，肃降传导复常则大便自通。此为下病上取，腑病治脏之法。考诸先贤，以肺治肠并不少见。《宋人医方三种》首页有《史载之传》一文，其中一案云："蔡元长苦大肠秘，医不能通，堪诊脉已……末紫菀以进须臾遂通，元长大惊，问其说。曰：大肠，肺之传送，今之秘无他，以肺气浊耳，紫菀清肺气此所以通也。"叶天士也精研开肺气、通大肠之法，后人叶玉堂评《临证指南医案》中一案云："盖肠痹之便闭，较之糙屎坚结，欲便不通者稍缓，故先生但开降上焦肺气，上窍开泄，下窍自通矣，若燥屎坚闭则有三承气、润肠丸、通幽汤及温脾汤之类主之"，叶氏又云："丹溪每治在肺，肺气化则便自通"，此皆辨证施治之典范。故为医者当深究医理，精研诸家，见病知原，方可用药切中病机而游刃有余，不可囿于常法，画框自限。[92]

四、消化性溃疡

消化性溃疡是一常见病、多发病，常发生在秋冬季节或冬春之交，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、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、进食刺激性食品和饮料有关。根据本病的临床特点，归属于中医学“胃痛”或“吐酸”等范畴。

【病案举例】

患者，男，60岁，1990年9月28日初诊。有胃痛病史10余年，每至秋季则发作。近4天来阵发性无规律性上腹疼痛，遇风寒或进冷食诱发或加重，伴恶心，饮食正常，每至睡前及晨起必呕吐酸水，每次约250~300ml，舌淡苔薄白，脉沉滑。上消化道钡透显示：在胃窦部小弯侧近角切迹处可见0.6cm乳头状龛影突出于腔外，十二指肠壶腹变形，基底小弯侧可见约0.8cm龛影。报告：①胃、十二指肠复合性溃疡；②胃窦炎。患者拒绝手术，要求中药治疗。投小青龙汤原方：麻黄12g，干姜12g，桂枝12g，白芍12g，炙甘草12g，细辛3g，半夏12g，五味子12g，6剂，每剂水煎300ml，早晚分服。10月5日二诊，诸症消失，惟感乏力，无其他不适，原方加黄芪30g，白术30g，白及20g，连服24剂，10月31日上消化道钡透示：胃及十二指肠龛影消失，病告痊愈，至今未复发。[93]

按：本案属于中医学“胃痛”、“吐酸”的范畴。患者脾胃虚寒，水不运化而上逆，故泛吐酸水。中焦虚寒，则风寒或进冷食诱发或加重，方用小青龙汤温阳健脾利水。好转后，加用黄芪、白术等补气健脾，建立中阳。中阳得运，则寒饮之邪自散，诸症悉除，痛止病愈。

五、臌胀腹水

臌胀是指腹部胀大如鼓的病证。首见于《内经》，如《灵枢·水

胀篇》、《素问·腹中论》对臌胀的特点、病因病机、临床表现及治疗等都有不同程度的记录。目前认为，臌胀的病因主要由于酒食不节、情志所伤、劳欲过度、感染血吸虫，以及黄疸、积聚失治等。其病机则为肝、脾、肾三脏功能障碍，导致气滞、血瘀、水停，积于腹内而成。现代西医学的肝硬化腹水及其他原因引起的腹水与本病证相当。

【病案举例】

沈某，男，50岁，因发热、便下紫血而入院。查见：脘下触有包块，但不痛，经治疗后，发热、下血均瘥，而腹部日渐膨隆，渐至脐突，青筋暴露，腹水征明显，经用补气、运脾、温肾、逐水诸法俱不效，住院半年有余，反复检查既非肝硬化腹水，也非肾病，难以明确辨病诊断。当时天气日冷，见其伴有明显的咳喘，咯吐多量白色泡沫痰液，苔白，脉弦。重新辨证，认为起病虽属血瘀气滞，肝脾两伤，水湿内停，但当前的病机主要为寒饮伏肺，肺气不宣，通调失司，乃径取小青龙汤原方，温肺化饮，开上启下，意图通过开肺以利尿，化饮以消水。药用麻黄5g，桂枝10g，干姜5g，细辛3g，白芍10g，五味子3g，法半夏10g，甘草3g。药后腹水随咳喘咯痰的改善而日渐消退，经月痊愈。但亦未见小便明显增多。足证前人“治饮不在利小便，而在通阳化气”的论点，实为经验之谈。

按：本案一是突破了臌胀从肝、脾、肾三脏辨治的一般常规，表明温开肺气，亦可起到通调水道，消水除胀的作用。二是痰、饮、水、湿同出一源，俱属津液不归正化停积而成，在一定条件下，且可互为转化，如《证治汇补》说：“饮者，蓄水之名。”故治饮、治水、治臌诸方，每可通假应用。三是治水、治饮总应以温化为原则，因温药有助于气化水行，津液输化复常，则水饮自消。[94]

六、慢性胃炎

慢性胃炎系胃黏膜的慢性炎症病变，男性稍多见于女性，其发病率在各种胃病中居首位。年龄越大，发病率越高。一般表现黏膜糜烂，故常称为慢性糜烂性胃炎。胃炎在病因上分继发和原发两种。继发性胃炎常与胃溃疡、胃癌并存或见于手术后。原发性胃炎则属于慢

性胃炎。从组织病理学上又可分为浅表性、萎缩性、糜烂性及肥厚性胃炎4种类型。慢性胃炎常由细菌、烈酒、浓茶、咖啡、泡菜、过冷过烫饮食，过度吸烟及长期服用阿斯匹林等对胃黏膜有刺激作用的药物所引起；也可由幽门括约肌功能失调、营养不良、心力衰竭或门脉高压，使胃长期处于瘀血、缺氧状态所致。少数可有上消化道出血表现，一般为少量出血。其病理特点以淋巴细胞和浆细胞的黏膜浸润为主，中性粒细胞和嗜酸性细胞可存在，但量少。症状表现为：慢性的无规律的中、上腹痛，多为隐痛、钝痛和胀痛，疼痛常在进食后加重，伴恶心、嗳气、食欲不振。萎缩性胃炎还可出现乏力、消瘦、贫血、腹泻及舌炎，肥厚性胃炎可有浮肿、泛酸等症状。除上腹部有较大范围的轻度压痛外，无明显阳性体征。浅表性胃炎胃酸浓度变化无一定规律，萎缩性胃炎胃酸低下或缺乏。胃镜检查及胃黏膜活检，是确诊的主要方法。

【病案举例】

1. 张某，男，37岁，职员，1985年3月12日诊。初起自觉全身疲乏，不思饮食，继而出现头眩、心悸、口不渴，每日呕吐涎沫，落地如同清水，不酸不苦，活动则重，静止则轻，舌淡润，脉弦紧。该患者由于劳累过度，耗伤中气，导致中阳不振，水停中脘。其频吐涎沫，不酸不苦，口不渴者，为内无蕴热，脉弦紧，舌淡润，乃寒水内盛之征。病机为水停中脘，胃失和降。用小青龙汤原方，温胃逐饮，降逆止呕，连服6剂，其病痊愈。[95]

2. 李某，男，28岁，1985年8月12日初诊。患者半月前劳动出汗淋雨引起发热，肢体困疼，服西药发汗剂热退。近1周来渐觉脘腹胀满，傍晚胀甚，伴嗳气不畅，倦怠乏力，四肢困重，舌质淡红，苔白滑，脉濡缓。X线上消化道钡餐透视：胃黏膜粗糙。胃镜检查：胃体部黏膜皱襞变粗，不甚规则，未发现出血溃疡及占位性病变。诊断：慢性肥厚性胃炎。本病系湿邪伤胃，由表及里，湿从寒化，邪阻中阳，脾失健运，浊阴充塞，而致脘腹诸症发生。属“湿阻”证，治当温阳健脾，除湿宽中。选小青龙汤加大腹皮、厚朴各9g，炒莱菔子30g，苏梗、枳壳各10g，3剂后腹胀明显减轻，守方6剂，诸症悉平，饮食如常。1985年8月26日钡餐透视：食管、胃及十二指肠

未见异常。[96]

3. 梅某，男性，66岁，患咳喘病疾10余年，多在冬春发作，近3~5年加剧。多次住院，病情反复。今次住院仍为感受风寒，咳喘频作，难以平卧，昼夜呻吟，张口抬肩，痛苦不堪。痰液黏稠，难以咯出。饮食不佳，精神倦怠。1983年2月18日入院治疗。拟宣肺清化平喘法，投二陈汤、定喘汤、沙参麦冬饮化裁，咳喘略平，症情转轻，二便自调，饮食亦佳。岂知节外生枝，20天后，恶心不适，脘腹隐痛，纳谷少思，继而呕吐，量少，咳喘加重，低热，微有恶寒，口渴欲饮，脉细弦，苔薄腻。经用健脾化湿、和胃降逆、培土生金、宣肺和中诸法治疗，症状无明显改善，脘部隐痛、恶寒肢倦依然不去。于4月20日胃镜检查提示慢性萎缩性胃炎。4月24日院内会诊，辨证为外有表邪、内蓄痰饮，宜用温化饮邪、肃降肺气之法，试投小青龙汤内服。3剂后呕吐渐止，咳喘亦平。再进3剂，余症若失。观察周余，症无反复。病愈出院，随访未作。

按：患者咳喘多年，肺气已虚。肺主呼吸，外合皮毛，肺虚则体外卫表不固，外邪易袭，加之气候变迁，风寒之邪犯肺，郁而化热，导致肺气失宣，故痰黏难咯，咳喘胸闷。初投宣肺化痰、清解郁热之剂，症情自减。中途乃衣被不慎，复感寒邪，加之素有饮邪，初治注重“呕吐”症，采用和胃降逆之法及单方内服，屡用乏效。后经会诊，认为证候与《伤寒论》第40条“伤寒表不解，心下有水气、干呕、发热而咳、或渴、或利、或小便不利、少腹满、或喘者，小青龙汤主之”相符，原方运用，药后霍然而愈。[97]

七、过敏性肠炎

本病病因未明，其特征为肠道有弥漫性或局限性嗜酸性粒细胞浸润，同时伴以周围血嗜酸性粒细胞增多症。患者通常感觉很困扰，表现为腹部不适、腹胀、便秘或腹泻。每次发作大约持续几周甚至几个月。

【临床应用】

盛氏[98]用本方加减治疗过敏性肠炎27例取得了较好的效果。病变发生在横结肠脾曲9例，占33%；肝曲8例，占29%；乙状结肠6

例，占22%；降结肠4例，占14.5%。用原方用量水煎口服。有效率在68%~90%左右。认为：本病症状大便呈稀水样，口渴，眩晕，尿量减少，四肢水肿，即“水饮内停”基本病机所致，从而为本方治疗本病提供了理论基础。张氏用本方加减治疗过敏性肠炎患者1例。患者食海虾后，大便呈稀水样，每日10~15次，无脓血便及里急后重感，伴全身皮肤瘙痒，有散在皮疹，口渴汗出，面部皮肤红肿发亮，脐周疼痛，舌淡脉沉。依仲景“或渴、或利、或小便不利小腹满，或喘者，小青龙汤主之”，也即宗“但见一症便是，不必悉具”。施以本方加减：麻黄6g，桂枝10g，干姜6g，制半夏10g，白芍30g，五味子6g，党参30g，茯苓30g，车前子30g，炙甘草6g，3剂而瘥。

【病案举例】

李某，女，52岁，1994年6月3日就诊。稀水便伴全身瘙痒10天，每天大便10~15次，无脓血和里急后重感，口渴，汗出，面部皮肤红肿发亮，全身有散在的皮疹，脐周围压痛。大便常规：白细胞（+）。纤维结肠镜无异常，诊断为过敏性肠炎，用葛根芩连汤治疗。3剂后，大便仍每天10次以上，出现咳嗽，吐白沫样痰，气喘不能平卧，双肺有干性罗音，脉沉，舌质淡，改诊为寒饮证。处方：生麻黄6g，干姜6g，桂枝10g，半夏10g，杭白芍30g，细辛6g，五味子6g，党参30g，茯苓30g，车前子30g（包），甘草6g，水煎试服1剂。二诊：服用1剂后，皮肤瘙痒减轻，大便每天2次，已变稠，咳喘减轻。效不更方，继用3剂，获痊愈。

按：患者素有水饮，复感风邪，外邪引动内饮，下行而为利，误用芩、连之药，苦寒伤阳，水饮凌肺，出现咳喘不能平卧，用干姜、细辛、半夏温化寒饮，麻黄宣通肺气，桂枝助干姜、细辛温化寒饮，与杭白芍调和营卫，茯苓、车前子利水，使水从小便走，党参、白术健脾，以绝生饮之源，五味子散中有收，诸药合用，阴寒水饮去，而病痊愈。[98]

八、结肠过敏症

结肠过敏症是临床上常见的一种肠道功能性疾病，以肠道壁无器

质性病变、肠功能紊乱为特点，由肠道敏感痉挛而表现出一系列的症状。有人称本病为结肠功能紊乱、黏液性结肠炎、过敏性结肠炎、痉挛性结肠炎、过敏性结肠综合征、激惹性肠综合征、肠易激综合征等。结肠过敏症可发生于任何年龄，一般以20～50岁的青壮年最多，女性多于男性（女性约占3/4），其发病率在国内外尚无可靠的统计。据有关资料统计，在一般门诊中，约占消化道疾病的30%～50%。本病与精神因素、饮食因素都有一定的关系，每当遇到焦虑、恐惧、愤怒、抑郁等情绪波动或吃了某种食物如鸡蛋、虾、蟹等（异体蛋白）后，可突然出现腹痛、肠鸣、腹泻，泻后痛减，便中带有大量的黏液，或便秘腹泻交替进行。经多方面的消化道检查，并不能发现肠道有器质性病变。

【临床应用】

盛某等自1992年以来，采用小青龙汤先后治疗27例结肠过敏，对其中13例进行半年随访。典型结肠过敏有效率在68%～90%以上。凡是对中药有效的患者对西药都有较强的耐药性。27例患者中，男17例，占63%，女10例，占37%；病变发生于横结肠脾曲9例，占33%，肝曲8例，占29%，乙状结肠6例，占22%，降结肠4例，占14.5%。适应症选择：结肠过敏发病均在半年以上。伴有明显的全身症状，常有便秘、腹泻交替出现，有时一天数次或晨间餐后发生，大便稀烂不带脓血、有黏液，严重时大便呈条状黏液，腹部不适或长期反复发作，腹痛，但不影响睡眠。腹痛部位多在左下腹部，也可在中腹部，持续性钝痛，严重时有绞痛，可持续数分钟、数日不等。还有头痛、乏力、失眠、心悸、出虚汗等神经血管不稳定症状以及嗳气。方剂的选择：小青龙汤提取物7.5g，2次/日，饭后口服。[99]

九、幽门不全梗阻

幽门不全梗阻是指胃内容物排入肠道的通路被梗阻而引起不正常的胃潴留。患者临床出现脘腹痞胀、疼痛、宿食不化、朝食暮吐、暮食朝吐等症状。胃十二指肠球部溃疡、先天性幽门括约肌肥厚症及胃扭转、急慢性胃炎、胃黏膜脱垂、十二指肠郁积症、胃内异物、胃部

肿瘤、胃神经官能症等病患者，凡并发幽门痉挛、水肿、狭窄，引起胃排空障碍者，均可引起幽门不全梗阻，但以慢性十二指肠溃疡引起者为多见，据文献报道占90%以上。幽门不全梗阻临床较为常见，患者以成年人居多，男女性别差异不大。本病起病缓慢，病史较长，症状时轻时重，疗效及预后均较好。幽门不全梗阻相当于中医学的“反胃”。反胃，又名“胃反”、“翻胃”等。

【病案举例】

1. 杨某，女，42岁，工人，1984年10月6日诊。神志清醒，自觉胸脘间痞闷，按之不痛，饮水喝粥即噎即吐，食欲不佳，身倦乏力，小便不利，舌淡无苔，脉沉紧。患者饮水喝粥即噎即吐，系胸膈胃脘间素有水饮内停，复入外来之水，水气相互搏击，阻碍气机升降，因而咽之即噎，遂入遂吐。其脉沉紧，为内有水饮之象。舌淡润无苔，为寒湿内停之征。投小青龙汤原方，温通气机，使气能运行上下，内行州都，外行玄府，则心下水气得散，连服本方4剂，其病自除。[100]

2. 越某，男，48岁，1985年9月4日初诊。患者半年来经常在饭后2~3h发生呕吐，呕吐物为涎沫、杂食物残渣，遇寒加重，时发时止。伴脘腹闷胀，嗳气纳呆，消瘦乏力，头晕心悸。舌质淡红，苔白稍腻，脉沉细。X线上消化道钡餐透视：胃蠕动增强，幽门钡剂通过缓慢。西医诊断为幽门不全性梗阻。病机为寒犯胃腑，水饮中阻，寒饮互结，中阳被遏，脾运无力，胃失和降而致本病。治宜温阳化饮，予桂枝9g，白芍12g，甘草6g，干姜8g，麻黄6g，细辛3g，半夏15g，五味子9g，枳壳12g，厚朴12g，两煎合约250ml，每日3~4次空腹服之。3剂后呕吐基本消失，惟腹胀明显，上方加炒莱菔子30g，砂仁6g，连服6剂，诸症尽愈。1986年8月18日随访，身体健康，呕吐未再复发。[100]

按：小青龙汤治疗幽门不全性梗阻的报道较少。中医辨证属寒犯胃腑，水饮中阻，寒饮互结，中阳被遏，不能升清降浊，可用本方温阳化饮，降逆止呕。临床不必拘于有无表证均可应用，加砂仁、枳壳、陈皮等行气之品，收效更好。

十、腹泻型肠易激综合征

肠易激综合征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。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。《素问·举痛论》中有“寒气客于小肠，小肠不得积聚，故后泄腹痛”的论述，故认为腹泻型肠易激综合征辨证属中医学痰饮内停，根据《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇所谓：“其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮”，“病痰饮者，当以温药和之”，故本病的治疗应以温化寒湿痰饮为主要原则。小青龙汤为外寒内饮双解之剂，主治外寒束表，内有水饮，干犯肺胃所致诸症。故用此方加味治疗，恰合本病病机。

【临床应用】

魏氏[101]自1997年2月~2002年10月采用小青龙汤加味治疗腹泻型肠易激综合征43例，并设思密达治疗40例为对照组。两组年龄、性别、病程资料等方面经统计无显著差异（$P>0.05$）。两组病例均排除炎症性肠病、胃肠道肿瘤、乳糖酶缺乏、吸收不良综合征。方法：治疗组：予小青龙汤加味治疗。药用：炙麻黄8g，桂枝、干姜、制半夏各10g，细辛3g，五味子、炙甘草各15g，炒白芍30g，肉桂、制附子各3g。每日1剂，早晚于餐后1h分服。对照组：予思密达3.0g，口服，每日3次。两组均在4周后统计疗效。结果：治疗组痊愈（大便成形规律．每日1~2次，腹痛、腹胀消失）34例，显效（大便次数减少，但每日仍多于3次以上，不成形，腹痛、腹胀减轻）8例，无效（大便次数、性状及腹痛、腹胀等无明显变化）1例，总有效率为97.67%；对照组痊愈23例，显效10例，无效7例，总有效率为82.5%，差异显著（$P<0.01$）。

第四节 泌尿系统疾病

一、肾小球肾炎

肾小球肾炎是发生于双侧肾脏肾小球的变态反应性疾病，分为急性和慢性2种。急性肾炎起病急，病程短，好发于4～14岁儿童（集居者如幼儿园、小学等尤多），男性多于女性。本病多发生在链球菌感染之后，大部分病例2～3周前有过咽炎、扁桃体炎等前驱感染，但感染程度与是否发病之间无平行关系。40%的患者首先发现血尿而求医；90%的病例出现水肿，轻者晨起后见眼睑浮肿，重者水肿延及全身，甚至出现胸水、腹水，气急和腹胀，部分患者血压升高且有头痛，尿检蛋白尿。急性肾炎常不治而愈，经2～6周左右各种症状可自行消失，自然痊愈率高达90%。小部分患者可因肾单位损害严重出现肾功能衰竭或心力衰竭而死亡，有的则迁延为慢性，故定期复查甚为必要。慢性肾炎多见于20～40岁的青壮年，病程长，呈缓慢进行性发展趋势。病因尚不明确，不少患者的病因仍与细菌、病毒、药物或其他物质在体内引起的变态反应有关。临床表现为程度不等的蛋白尿、血尿、水肿、高血压和肾功能损害。慢性肾炎的自然病程变化很大，有的2～3年内即进入末期，亦有相当部分患者可十几年保持较好的肾功能。严重的可发展为尿毒症，对生命威胁极大。

【病案举例】

1. 黄某，男，35岁，教师。2000年12月3日初诊。近2年每遇寒冷则感冒。10余天前因受寒，始则畏寒，遍体酸楚，咳嗽痰白而清稀。曾在当地服药未见好转。3天前，眼睑及周身轻度浮肿，小便短少而清，面色㿠白，舌质淡，苔白滑，脉濡缓。尿常规检查：蛋白（+++），血尿（+），颗粒管型0～2。西医诊断：肾小球肾炎。中医辨证：外感风寒，内停水饮。治以解表散寒，温肺化饮。方拟小青龙汤加味：麻黄、桂枝、干姜、法半夏各10g，细辛、五味子各6g，白芍12g，生甘草3g，茯苓10g，白术10g。3剂，水煎服，每日1剂。二诊：畏寒、身酸楚、咳嗽痰白而清稀等症均见好转。舌质

淡，苔白滑，脉濡缓。效不更方，继上方加减再进6剂，诸症大减。浮肿减轻，尿常规检查：蛋白（+）。后以小青龙汤合五苓散加减调治月余，诸症消失，各项检查正常，随访至今，未见复发。

按：患者遇寒则感冒，是素体阳虚。阳虚则易生痰饮，水饮内停复感寒邪，每致表寒引动内饮。风寒束表故见畏寒肢冷，周身酸楚；寒水射肺，故见咳嗽痰白而清稀；阳虚不能温化水饮，水饮外溢故见浮肿身重，小便不利；舌质淡，苔白滑，脉濡缓均是外寒内饮之见证。以小青龙汤解表化饮并举，药达病所，诸症告失。惟外寒已除，阳虚内饮尚存，故以小青龙汤合五苓散加减以温阳化饮而善后。[102]

2. 金某，男，48岁，农民。患气管炎多年，时愈时发，不能劳动。1995年5月因受寒而发，咳逆倚急不得平卧。继而全身水肿，腹大如鼓。查尿常规示：蛋白（+++）；脓球少许；颗粒管型（++）；透明管型（+）。诊断为急性肾炎、肺气肿。曾用中西药治疗，均为清热、利水、消炎之药。但病势一直不减。症见：全身皆肿，按之凹而不起，小便减少，喀痰不利，脉浮有力、沉取则弦，病属溢饮。《金匮要略·痰饮篇》："病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之；小青龙汤亦主之。"由此可见，大、小青龙汤都是治疗溢饮的主要方剂。大青龙汤主外寒里热；小青龙汤主外寒里饮。因本例是素有宿饮、复感外寒，故用小青龙汤。处方：麻黄10g，桂枝10g，白芍10g，半夏12g，干姜6g，细辛6g，五味子6g，甘草6g。2剂。5月8日复诊，服药后小便增多，肿消大半，咳喘减轻，已能平卧。查尿常规示：蛋白（++），少数红白细胞。脉已较前缓和，舌淡无苔，继服原方4剂。5月12日三诊：肿消喘定，小便通顺，精神佳，脉缓舌润。效不更方，继用原方2剂，嘱其减少活动，注意休息。6月16日四诊：诸症消失，饮食增进，脉象缓和，舌质红润，但夜间尿频。此系病虽愈而肾阳未复之故。改用金匮肾气丸，补肾阳以善其后。

按：本例亦为内有宿饮，复感外邪。外寒夹其内饮，上冲于肺，则咳逆倚急不得平卧；水饮流行四肢肌肤，则全身皆肿。方用麻黄、桂枝、芍药解表和营；用细辛、干姜、半夏温中散寒，降逆逐饮；五味子之酸以收敛肺之逆气；甘草调和诸药。证为表里皆病，方为表里兼治，故有良效。[103]

3. 郭某，男，56岁，1983年8月3日诊。3个月前，面目浮肿，小便短少，恶风，发热（体温38.5℃），无汗，头身重痛，口微渴，舌质淡胖，苔薄白，脉浮。前医用利尿剂，症状暂缓。1个月前，面目、四肢复肿而重，下肢及腹部尤甚，尿量300ml/24h，血压20/12kPa，尿常规：蛋白（++++）。经当地医院予速尿注射液，初期给药尿增多，浮肿见轻，后以大剂量速尿，尿亦点滴难出。转某中医以十枣汤攻逐水饮，反而肿胀更甚，腹大如鼓而崩急。诊见：恶寒，无汗，脉浮，方拟小青龙汤加减，麻黄、茯苓、桂枝各12g，细辛3g，赤芍、生姜皮、半夏各10g，五味子6g。服3剂后，尿量大增，全身微微汗出，腹部肿胀明显柔软，不见恶寒之象，脉转和缓。继以原方减麻黄、桂枝，加白术10g，连服13剂（隔日1剂），诸症消失。半年后随访，未再复发。[104]

二、肾病综合征

肾病综合征不是一个病名，它是一组由多种病因引起的临床症候群，最基本的特点是大量蛋白尿，常伴有低蛋白血症、水肿和高脂血症，临床中称为“三高一低”症状。全身症状可表现为疲乏无力、头晕、食欲不振、恶心呕吐、腹泻等。严重者常并发呼吸道感染及尿路感染。常见病因有原发性肾小球病（如原发性肾小球肾炎、肾小球局灶性硬化症等）、继发性肾炎（如狼疮性肾病、糖尿病性肾病等）以及继发感染（如细菌、病毒等）、循环系统疾病、药物中毒等。尿常规检查尿蛋白阳性，24h尿蛋白超过3.5g。镜检可有各种管型，有时可见脂肪管型。

肾病综合征属中医学“水肿”、“腰痛”、“尿浊”范畴，其发生发展与患者烦劳过度、先天不足或久病失治误治、体虚感邪以及饮食不节、情志劳欲调节失常等诱因有关，这些诱发原因可使肺、脾、肾三脏功能失调，引起脏腑气血阴阳不足，导致人体内水液代谢紊乱，水湿停聚，精微外泻而成本病；发展到后期，肺、脾、肾三脏都成虚的病理表现，使精微物质更加外泻，肾虚加重，正气愈虚，邪气愈盛，就会发生“癃闭”、“关格”等证（相当于西医的尿毒症）的表现，到了此时，治疗难度增加，如治疗不当，随时都会危及患者的

生命。

【病案举例】

马某，男，5岁，1985年1月21日初诊。全身浮肿，小便短少3个月。经某医院诊为肾病综合征，治疗无效，且逐渐加重。查患儿高度浮肿，按之不陷，腹胀满，双目闭合。阴茎肿如枣大，小便癃闭，屡用速尿亦不见效。伴呕恶不食，咳喘胸闷，苔白腻，脉滑数。此乃肺失宣降，水道不利，水溢肌肤而为肿。提壶揭盖而下道自通。药用小青龙汤去五味子加陈皮6g，杏仁6g，鱼腥草8g，石膏15g，防己6g，1剂后小便通利，肿减喘平，已思食，守上方并配合咳喘合剂治疗20余天，诸症消失，尿检无异常。[84]

按：水湿之邪，浸渍肌肤，壅滞不行，以致肢体浮肿不退。水湿内聚，三焦决渎失司，膀胱气化失常，所以小便短少，水湿日增而无出路，横溢肌肤，则肿势日甚。脾为湿困，阳气不得舒展，肺失宣降，水道不利，故见呕恶不食，咳喘胸闷。湿为黏滞之邪，不易骤化，病程则长。药用小青龙汤加清热理气之药，则水饮得逐，脾胃得复，水肿可消。

三、泌尿系感染

泌尿系包括肾脏、输尿管、膀胱和尿道。其功能是将人体代谢过程中产生的废物和毒物通过尿的形成排出体外，以维护人体内环境的相对稳定。泌尿系感染是常见的感染，包括下泌尿道感染（尿道炎、膀胱炎）和上泌尿道感染（输尿管炎和肾盂肾炎）。下泌尿道感染可单独存在，而上泌尿道感染则一般易伴发下泌尿道炎症，因此临床上二者不易严格区分。引起泌尿系统感染的致病菌以大肠杆菌为最多见，占47%～63%，其次为葡萄球菌、副大肠杆菌、粪链球菌、变形杆菌等，少数为产碱杆菌和绿脓杆菌，亦有真菌、病毒和支原体、原虫感染。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[105]用小青龙汤加味治疗泌尿系感染8例，疗效较好。处

方：麻黄5g，白芍10g，桂枝6g，法半夏10g，干姜6g，五味子5g，茯苓10g，泽泻10g，细辛3g，甘草3g。气虚者加党参15g，北黄芪15g。结果：本组8例全部治愈（症状消失，小便清长），其中服药最少3剂，最多12剂，平均8剂。

【病案举例】

1. 李某，女，35岁，工人，1985年8月5日初诊。患者1个月前自觉畏寒，干呕，咽喉有噎感，少腹满，小便不利，尿频，尿短，腰酸。实验室检查：白细胞9×10^9/L，中性0.70，尿液混浊，白细胞（+），红细胞（-）。诊为泌尿系感染。给予庆大霉素等西药治疗，虽有好转，但以上症状反复出现，故转中医治疗。初诊时患者精神欠佳，畏寒无汗，少腹满，小便不利，尿频，尿液呈乳白色，混浊，伴腰酸，口干，舌淡，苔薄白而润，脉细紧弦，证属外感风寒，内停水饮。治宜解表散寒，温肺化饮，予小青龙汤加味。处方：麻黄5g，白芍10g，桂枝6g，法半夏10g，干姜6g，五味子5g，茯苓10g，泽泻10g，细辛3g，甘草3g，3剂，水煎服。服药后诸症好转，小便清长。守上方加党参15g，北黄芪15g，再进3剂，而诸症消失，随访至今未复发。

按：上述患者本可归属淋证中“劳淋”范畴，但由于素体气虚，气化失职，内停水饮证候，故也可从饮证论治。张仲景《伤寒论·辨太阳病脉并治》曰：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或少腹满，或喘者，小青龙汤主之。”笔者宗仲景之法，对素体表虚，外束风寒，伴有泌尿系感染者用小青龙汤治疗之，取得了较好的疗效。方中麻黄发汗平喘，兼能利水；配桂枝则增强通阳宣散之功；芍药配桂枝，功能调和营卫；干姜、细辛散寒化饮；五味子敛肺止咳；法半夏降逆化痰；甘草和中；加茯苓、泽泻健脾利水。对于气虚者则加党参、北黄芪以健脾益气。诸药合用，疗效满意。[105]

2. 王某，女，54岁，家庭妇女。1996年8月7日初诊。患者自20年前因受凉患泌尿系感染，其后每因遇寒受凉即发，经采用西药治疗可缓解。近几年每年发作4~6次，并呈逐渐加重趋势。半月前因冒雨受凉而发作，自感畏寒、尿频、尿急、尿时少腹拘急疼痛，腰部酸困不适。血常规：白细胞11×10^9/L，尿常规：白细胞20~40，

红细胞3~5，上皮细胞10~20，诊为泌尿系感染。给予口服氟哌酸，静脉点滴青霉素等药治疗后虽有好转，但上述症状反复出现，故转中医治疗。现患者精神欠佳，面色㿠白，少腹满闷、疼痛，尿频数，尿时余沥不尽，腰酸困明显，舌淡，苔薄白，脉濡滑。证属水饮内停、外感风寒。治宜解表散寒，温化水饮，予小青龙汤加减治疗。处方：麻黄8g，白芍10g，半夏6g，桂枝10g，干姜5g，茯苓15g，细辛3g，甘草10g，水煎服，每日1剂。服3剂后症状明显减轻，继服上方加杜仲10g，肉桂6g，4剂后患者诸症基本消失，嘱其再服4剂以巩固疗效。随访1年未复发。

按：本患者是由于素体阳虚，阳虚不能温化水饮，导致水饮内停，复因外感风寒而诱发加重，亦属小青龙汤证。依仲景之旨，采用具外散表寒，内化水饮之功的小青龙汤治疗。方中麻黄发汗兼能利水，配桂枝可增强宣散通阳之功；白芍配甘草可缓急止痛；半夏、干姜、细辛温化体内寒饮；加茯苓健脾利水以通利小便；加杜仲、肉桂温壮肾阳以温通水道。诸药合用，共奏温化水饮、宣散风寒之功，故疗效颇佳。[106]

第五节 风湿免疫性疾病

一、类风湿性关节炎

类风湿性关节炎属于中医学“痹症”范畴，是一种以关节病变为主的慢性全身性自身免疫性疾病。本病的病因及发病机制尚未完全明确，但认为与自身免疫有关，其病理变化为弥漫或局限性组织中淋巴细胞或浆细胞浸润，甚至淋巴滤泡形成；血管炎性变，伴血管内膜增生，管腔狭小，血管阻塞；以及形成类风湿性肉芽肿。任何年龄均可发病，但好发于35~50岁，女性患者多见。60%~70%的患者以缓慢、隐袭方式发病，多有低热，疲乏，消瘦，胃纳不佳，手足麻木、刺痛等前驱症状。以后受累关节疼痛，肿胀，僵硬，活动受限。以关节病变为主要体征。先侵犯四肢远端小关节，其次为掌指、腕、膝、肘、踝、肩、髋关节。关节呈梭形肿大，压痛，最后关节僵硬强

直而畸形，固定在曲位，关节周围肌肉萎缩。约10%～20%患者在受压或摩擦部位的皮下出现类风湿性肉芽肿结节。部分患者因类风湿性血管炎可见周围神经病变，慢性皮肤溃疡，指趾坏疽。约10%患者有淋巴结及肝脾肿大。少部分患者有心包积液，下肢水肿，胸腔积液。

本病治疗的目的是缓解关节症状、控制疾病发展、改善关节功能，以减轻患者的痛苦，提高生活质量。

【病案举例】

1. 吴某，女，38岁，农民。2001年3月5日初诊。患类风湿性关节炎，反复发作3年余。临诊时自诉：四肢关节沉重冷痛，遇寒痛增，得热稍减，背心恶寒如掌大，夜晚尤为明显。双手指小关节微肿疼痛，活动不利，尤以左侧拇指关节为甚。舌质淡，苔白腻，脉弦紧。查类风湿因子（+），血沉40mm/h。西医诊断：类风湿性关节炎（慢性活动期）。中医辨证：痹症（溢饮），证属寒饮内停，经络痹阻。治宜温化寒饮，疏通经络。方拟小青龙汤加味：桂枝10g，麻黄6g，赤芍15g，干姜10g，细辛6g，五味子6g，法半夏12g，伸筋草12g，羌活12g，制附子10g，生甘草3g。5剂，水煎服，日服1剂。服药后诸症稍见好转。效不更方，守方加减治疗月余，诸症大减，关节活动自如，肿胀消失。查类风湿因子（-），血沉15mm/h。随访至今，虽有遇寒关节稍痛，但一直未见明显发作。

按：该患者根据临床辨证，属《金匮要略》中的“溢饮”。寒饮内停，溢于四肢，故四肢关节沉重冷痛微肿。饮为阴邪易伤阳气，阳虚则生寒，故见背心恶寒如掌大，遇寒则痛增。舌质淡，苔白厚而腻，脉弦紧皆为寒饮内停之征象。治以小青龙汤加减，散寒行水，温化寒饮，疏通经络，可谓药证合拍，故治之愈矣。[102]

2. 王某，女，52岁，1997年3月8日初诊。患者从2年前开始手指关节疼痛、肿胀、晨僵，难以屈伸，遇冷更甚，经西药及中药（祛风湿）治疗，效果不佳。刻诊：双手掌指共12个关节肿胀、压痛、强直，每天晨僵达2h以上，生活不能自理，胸闷，纳差，恶寒，头晕，舌质淡，苔白腻，脉沉滑。实验室检查见：血沉40mm/h，类风湿因子（+），X线摄片示：多个关节软骨面破坏。中医诊断：痹

证；西医诊断：类风湿性关节炎。中医辨证：寒饮停滞，留着关节。治则：温化寒饮，舒筋活络。方用小青龙汤加味：麻黄15g，桂枝10g（久煎），干姜10g，细辛10g，法半夏10g，白芍6g，五味子6g，甘草10g，伸筋藤10g，日1剂，水煎服。3月15日复诊：服7剂后，疼痛减轻，肿胀略消退，胃纳好转，药已对症，原方再进。3月30日三诊：上方再服半月后，诸症均消失，嘱其再服7剂以巩固疗效，随访2年未复发。[107]

按：患者属于“痹证”，感受风寒湿邪而以湿邪偏盛，湿留肌肉，阻滞关节，故见双手掌指关节肿胀、强直。胸闷，纳差，恶寒，头晕，舌质淡，苔白腻，脉沉滑乃湿邪偏胜之象。方用小青龙汤加减除湿通络，祛风散寒，则诸症可消。

二、痹症

痹证是指由于风、寒、湿邪侵入，导致气血运行不畅，经络阻滞而使肢体关节肌肉出现酸楚、重着、疼痛为主要表现的一类疾病，相当于西医的风湿性关节炎等。临床根据症状表现分为行痹（又称风痹）、痛痹（又称寒痹）、着痹（又称湿痹）等。行痹表现为肢体、关节肿胀酸痛，游走不定，屈伸不利或恶风发热。因外感风、寒、湿邪而风邪偏盛所致。治以祛风通络、散寒除湿。痛痹表现为肢体、关节拘急疼痛，屈伸不利，得热痛减，遇寒痛增。因风、寒、湿邪痹阻而寒邪偏盛所致。治以温经散寒、祛风除湿。着痹表现为肢体、关节肿胀，重着酸痛，痛有定处，手足沉重，活动不便。因感受风、寒、湿邪而湿邪偏重所致。治以除湿通络、祛风散寒。热痹表现为肢体、关节红肿热痛，并伴发热、口渴、心烦等。因风、寒、湿邪郁久化热，邪热壅于经络、关节所致，治以清热通络、祛风除湿。痿痹表现为肢体、关节疼痛，屈伸不利，关节肿大、僵硬、变形，甚则肌肉萎缩。本证又称“白虎历节”，西医所言类风湿性关节炎多属此证。因经络痹阻，久治不愈，筋骨、肌肉失荣所致。治以补肾祛寒、活血通络。

【病案举例】

1. 患者，女，50岁，身体肥胖，左侧关节肿而积水，屡次抽水，

但疼痛剧烈，行动不便。选用小青龙汤加石膏治疗，不再积水，安定无恙。

2. 陈某，男，24岁，1984年2月27日初诊。双下肢酸痛、关节屈伸不便已年余。诊见：两下肢麻木冷痛，不得屈伸，皮色略青，伴见面色青紫，舌质黯红中有白苔，脉沉弦，证属寒湿之邪侵袭经络，深入筋骨之痹证。治以温经散寒，化湿通络。方用小青龙汤加减：炙麻黄10g，炙桂枝15g，炒赤芍、白芍各12g，姜半夏10g，北细辛6g，生姜、干姜各2片，川牛膝、怀牛膝各15g，乌梢蛇30g，宣木瓜12g，汉防己10g，炙甘草3g。服上方12剂后，两下肢软温，痛痒均失，尚感屈伸欠利。于前方减麻、桂各6g，乌梢蛇减至15g，加川芎6g，炒白芥子15g，续进12剂而愈。

3. 余某，女，49岁。1984年8月3日初诊。左肩关节疼痛，活动不利已近1年，时轻时重。近日增剧，并现红肿。西医诊为“肩关节周围炎”。舌淡红，苔白滑中微黄，脉浮紧。时虽盛夏，然本方为寒湿所制，故不拘时令，以小青龙加石膏汤治之。处方：生麻黄5g，川桂枝5g，赤、白芍各12g，法半夏10g，北细辛3g，生姜、干姜各2片，生石膏15g，生葛根15g，生姜黄10g，六一散15g。服3剂后疼痛顿失，红肿亦退，活动无碍，继上方治疗，2剂告愈。[108]

4. 赵某，女，37岁，1982年11月28日诊。关节疼痛2年多，近月余肩、肘、趾、膝疼痛加重而呈游走性，活动不便，兼有恶寒发热无汗，舌苔薄白微腻，脉象浮紧而滑。血沉78mm/h，抗“O”880U。证属风寒湿邪痹阻经脉，气血不畅，治宜祛风除湿、通络散寒。处方：麻黄、桂枝各12g，细辛3g，赤芍、生姜、半夏各9g，薏苡仁30g，川芎15g，羌活、川乌、苍术各10g。服3剂后，微微汗出，恶寒发热消失，腕、肘、指、膝等关节疼痛缓解，血沉降至15mm/h，抗“O”280U，白腻苔渐退。继上方减麻、桂之量各半，加鸡血藤、豨莶草各12g，通草、防己各10g。连进5剂后，关节疼痛解除，仅全身微有困倦不适之感，乃为肝肾气血不足。又用六味地黄汤加杜仲、巴戟天、牛膝，3剂，滋肾濡肝，以善调理。3个月后随访，未再复发。[104]

按：风湿痹证系风寒湿之邪侵袭机体，流注经络、肌肉、关节，

气血运行不畅，出现肢体关节酸痛，麻木，肿胀，屈伸不利。湿与饮同名异类，小青龙汤散寒化饮、除湿，略加祛风除湿、通络之品，如鸡血藤、豨莶草、姜黄等，用于治疗本病，能使寒湿得化，经气得通，痹痛自除。

三、全身多关节肿痛

【临床应用】

张氏[109]治疗全身多关节肿痛9例，其中男性2例，女性7例；年龄34～68岁，平均年龄48岁；病程20天～2年；均已排除风湿性、类风湿性关节炎及骨质病变。方药小青龙汤加味：黄芪20g，党参10g，麻黄6g，桂枝15g，白芍（酒炙）10g，干姜15g，细辛3g，法半夏6g，甘草10g，五味子10g，茯苓12g，滑石15g，羌活15g，独活15g，桑寄生10g，秦艽12g，延胡索（醋炙）10g。每日1剂，分2次服。效果：一般于首服3剂后，均感症状减轻；再投5剂而愈者有6例；另3例继续用以上方剂治疗，亦相继痊愈。

【病案举例】

杜某，女，42岁。2003年12月3日初诊。患者全身多处关节疼痛2年，平时服用消炎痛、保泰松治疗，用药时疼痛减轻，停药后复发，曾肌内注射维生素B_1、维生素B_{12}治疗，并经常肌内注射安痛定以缓解疼痛，但病情反复发作，迁延难愈。实验室检查显示：抗“O”240U，类风湿因子（-），血沉10mm/h。现感双手指关节、双膝、踝及趾关节肿胀疼痛，遇风寒加重，并感四肢发凉，舌质淡胖，苔白腻，脉沉弦。辨证为寒湿内停，脉络痹阻。治宜散寒除湿、温经通络、止痹痛。以小青龙汤加味。处方：黄芪20g，党参10g，麻黄6g，桂枝15g，白芍（酒炙）10g，干姜15g，细辛3g，法半夏6g，甘草10g，五味子10g，茯苓12g，滑石15g，羌活15g，独活15g，桑寄生10g，秦艽12g，延胡索（醋炙）10g。每日1剂，分2次服。治疗5剂而愈。

按：本病多因素体阳虚，气血不足，卫外不固，风寒湿邪乘虚入里，开始阻于皮肤肌肉间，由于病邪未被及时清除，继而由浅入深，寒湿凝聚，脉络痹阻，关节疼痛，甚至肿胀，遇寒则重。方中黄芪、

党参补益阳气；麻黄、桂枝、干姜、细辛温经散寒；白芍养血；半夏燥湿；茯苓、滑石利水渗湿；羌活、独活、桑寄生祛风止痛；延胡索活络止痛。为防温燥攻伐太过，配以五味子佐制；甘草调和诸药。总之，本方具有补益气血、温经散寒、祛风止痛之功效。[109]

第六节　神经系统疾病

一、梅尼埃病

梅尼埃病又称膜迷路积水，是由于内耳膜迷路水肿而致发作性眩晕、波动性耳聋和耳鸣为主要表现的内耳疾病。具有发作性和复发性的特点，即眩晕有明显的发作期和间歇期。一般为单耳发病，青壮年多见。初期多为单侧，随着病情的发展，9%～14%的患者可发展为双侧。病因不明，可能与先天性内耳异常、植物神经功能紊乱、病毒感染、变应性、内分泌紊乱、盐和水代谢失调等有关。目前普遍认为内淋巴回流受阻或吸收障碍是主要的致病原因，临床上主要表现为眩晕、耳鸣、耳聋、头内胀痛，以及出现眼球震颤、平衡失调、恶心、呕吐、心率变慢、血压下降、面色苍白等植物神经症状。其眩晕多呈突发性旋转性眩晕。睁眼时自觉周围物体沿一定方向与平面旋转，或左右摇晃感。闭目时上述症状减轻。祖国医学根据其主要症状称之为眩晕，认为可由肝阳上亢、气血亏虚、肾精不足，以及痰浊中阻、瘀血阻络等原因所致。

【病案举例】

姜某，女，28岁，工人。2002年1月6日初诊。眩晕反复发作3年余，冬季则甚。前天眩晕又作，伴视物旋转，闭目则舒，胸闷，时而呕吐清稀痰涎，平素形寒怕冷。察形体肥胖，舌质淡，苔白厚而润，脉滑。西医诊断：梅尼埃病。中医辨证：寒饮内停，上蒙清窍。方拟小青龙汤加减：桂枝10g，白芍12g，干姜10g，细辛、五味子各6g，法半夏12g，香附10g，白术10g，生甘草3g。3剂，水煎服，每日1剂。一诊：诸症明显好转，尚有头晕，舌质淡，苔白，脉滑。继上方加减再进3剂而愈。半年多未复发。

按：患者平素形寒怕冷，可见是阳虚体质。形体肥胖，肥人多生痰饮。阳虚不化水饮，痰饮上蒙清窍，故见遇寒则眩晕；寒饮中阻则胸闷、呕吐清稀痰涎；舌质淡，苔白厚而润，脉滑均为寒饮内停之象。故以小青龙汤加减温化寒饮，药中病机，诸症自除。[102]

二、癫痫

癫痫是大脑神经元突发性异常放电，导致短暂的大脑功能障碍的一种慢性疾病。由于异常放电神经元所涉及的部位不同，可表现为发作的运动、感觉、植物神经、意识及精神障碍。它是多种原因引起的临床常见症状之一。据国内流行病学调查，其发病率约为人群的1‰，患病率约为人群的5‰。引起癫痫的原因繁多，分为原发性和继发性两类。原发性癫痫又称真性或特发性或隐原性癫痫，其真正的原因不明；继发性癫痫又称症状性癫痫，指能找到病因的癫痫，常见的原因有脑部疾病（包括先天性疾病、颅脑肿瘤、颅脑外伤、颅内感染、脑血管病等）、全身或系统性疾病（如缺氧）、代谢疾病、内分泌疾病、心血管疾病、中毒性疾病等。中医学认为其发生大多由于七情失调、先天因素、脑部外伤、饮食不节、劳累过度，或患他病之后，造成脏腑失调，痰浊阻滞，气机逆乱，风阳内动所致，而尤以痰邪作祟最为重要。

【病案举例】

1. 马某，男，35岁，工人，1985年9月7日诊。抽搐不省人事，两目上视，项背强直，牙关紧闭，汤水不入，时抽时止。每次发作约半小时左右，动转困难，语言不利，手足微温，指甲青白，饮食减少，精神呆滞，唇舌色淡，脉象微弦。询问家属，乃知近时心情不舒，抑郁，因感寒而作。延医服清热泻火之剂无效。吾乃遵“火郁发之”之意，投扬越之剂。采用小青龙汤原方，改汤为散，共研细面。每服10g，一日2次，早晚服之，白水送下。服10日后，发作次数减少，渐进饮食。继服20日，病愈，后未发作。[95]

2. 刘某，女，36岁，教师，1989年7月25日诊。患体素弱，性情急躁，抽搐近月余，每日1次，或隔二三日1次。发作时，突然扑倒，不识亲疏，两目上视，口吐涎沫，项背强直，手足搐搦。顷刻

复苏，手足微温，面色无华，神疲乏力。伴食欲不振，大便微溏，苔白腻，脉弦滑。此乃肝气郁结，横逆犯脾，脾失健运，痰饮上犯，蒙闭心窍，壅塞经络所致。用小青龙汤原方加郁金 10g，香附 10g，白术 15g，全蝎 3g，改汤为散，共研细面，每服 10g，1 日 2 次，早晚服之，白水送下。连服半月，基本痊愈。[95]

按：本病在中医学中属“痫证”范畴，俗语又称“羊痫风”。其病因可有先天禀赋、七情内伤及跌扑损伤，其病位在脑，与心、肝关系密切。临床多表现为反复发作之突然昏扑，不省人事，两目上视，手足抽搐，口吐涎沫，或出猪羊之声，后如常。其治疗多从豁痰开窍入手，兼以镇肝熄风，鲜有用小青龙汤者。前两案用此方者，乃取其辛窜之品，以透壅郁；酸苦之品，旨在泻其亢逆；改汤为散，则取其疏散之意。

三、坐骨神经痛

坐骨神经痛是指坐骨神经病变，是沿坐骨神经通路及其分布区域内（即臀部、大腿后侧、小腿后外侧和足外侧）的疼痛。可由多种病因引起，最常见的病因是由坐骨神经邻近结构病变影响引起，如腰椎间盘脱出、椎管内肿瘤或脊柱本身的疾病等都可因压迫神经根引起坐骨神经痛。坐骨神经痛以单侧为多，多见于男性青壮年。疼痛多始于臀部或下腰部，沿大腿后面向下扩散，直到脚跟。疼痛时首先感到酸痛，以后逐步加重而发展为剧烈疼痛，在持续疼痛的基础上有阵阵加剧的烧灼样或者针刺样疼痛，弯腰或活动下肢时加重。患者常取各种减痛的特殊姿势，以驰缓对坐骨神经的牵拉，如卧时喜向健康一侧，坐时以健康一侧的臀部着力，站时向健康一侧倾斜等。检查时患者仰卧，医生将患侧的膝关节伸直，再将下肢慢慢抬高到离床面 30°~40°时，患肢后侧发生疼痛，这即为拉塞格征（直腿高举试验）阳性，是坐骨神经痛的特征性体征。患者的踝反射可以减退或消失，通常没有感觉障碍，但有时可见小腿及足背外侧的皮肤感觉下降。根据疼痛的部位、性质、坐骨神经压痛点和阳性拉塞格征等可以做出诊断。患者应注意寻找病因，如有明显的外伤史或全身情况很差或疼痛顽固不愈时，则应做脑脊液和腰椎 X 线等检查。

【病案举例】

周某，男，60岁，1988年9月17日初诊。左腰及臀部烧灼样疼痛3年余，向大腿和小腿外侧放射，行走困难，近半月来加重，左下肢剧烈疼痛，坐卧不安，头重，肢体困重，口淡，恶心，脘闷纳呆，腹胀腹泻，腹痛得热则减，舌淡胖、苔白滑，检查拉塞格征阳性。中医诊断：痹证；西医诊断：坐骨神经痛。辨证：饮流经络，寒湿困脾。治则：温经通络，温脾化饮。方用小青龙汤加砂仁、白术。处方：麻黄10g，桂枝15g，砂仁9g，白术15g，干姜8g，细辛6g，法半夏15g，五味子6g，甘草6g，日1剂，水煎服，服2剂疼痛即显著减轻，服10剂诸症消失，后以理中丸调理，随访2年未复发[107]

按：本病多属于中医学“痹症”范畴，患者头重，肢体困重，口淡，恶心，脘闷纳呆，腹胀腹泻，腹痛得热则减，舌淡胖、苔白滑，乃一派寒湿困脾、痹阻经络之征。故用小青龙汤加用芳香化浊、健脾燥湿的砂仁和白术可收良效。

第七节 内科疑难病症

一、痰饮

痰饮系由脏腑功能失调所产生的一种病理产物，因其停积体内可引起各种病证的发生，故视作继发性致病因素之一。是中医学特有的病因病理概念。痰饮若分而言之，则“稠浊者为痰，清稀者为饮”。《内经》有“积饮”之说，奠定了痰饮的理论基础。《金匮要略》首创痰饮病名，并列专篇论述，其含义有广义与狭义之分，广义的痰饮是诸饮的总称，狭义的痰饮是诸饮中的一个类型，由于水饮停积的部位不同，而分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮四类。凡外感六淫、情志内伤、饮食失宜、劳倦太过或感染疫毒等原发致病因素，均可导致肺、脾、肾三焦等脏腑生理功能失常，水液代谢紊乱，而形成痰饮。其于临床具有致病广泛、复杂、怪异等特点，故有“痰生百病”、“怪病皆为痰作祟”之说。

【病案举例】

王某，男性，78岁。古稀之年，气喘时作，痰多色白清稀如泡沫状，倚息，不得卧，面色白，气短少言，纳呆乏力，苔白腻，舌胖，脉滑。治拟温肺化饮，健脾燥湿。时值盛夏，冬病夏治，以固其本。哮喘敷贴方：白芥子、延胡索、生甘遂、生半夏各60g，洋金花0.1g，上方共研末，以生姜为丸。取穴：大椎、肺俞、心俞、膈俞、脾俞、天突、膻中，每次选取7个穴位，于初伏、一伏、二伏各敷贴1次，每次敷贴1h，自行取下，另拟小青龙汤加味。处方：水炙麻黄、白芍、制半夏、茯苓、炙苏子、炒党参、炙黄芪、陈皮各9g，五味子4.5g，干姜、甘草、细辛各3g，桂枝6g。服7剂后咳喘平。复诊以上方加入温肾纳气之品，诊治10余次，服药随访半年，咳喘未发。

按：《金匮要略》曰："咳逆倚息，不得卧，小青龙汤主之。"此病例属肺脾肾阳气虚衰，输化无权，内停为饮。盖饮为阴邪，得阳则化，取用干姜、细辛、半夏三味温化逐饮之基本主药，尤于益肺补脾、温肾纳气之剂中配以同用，更可发挥温阳逐饮之能。对喘咳痰多者，是采用"因势利导"、"制源畅流"的方法，"源"就是减少痰涎的来源，"畅流"就是增强祛痰作用，分泌减少，咯吐爽利气急胸闷就会缓解。[110]

二、短气

短气是指自觉呼吸短促而不相顺接，气短不足以息的轻度呼吸困难。其表现是似喘而不抬肩，气急而无痰声，即只自觉短促，他觉征象不明显。短气有虚实之别，虚证短气，兼有形瘦神疲，声低息微等，多因体质衰弱或元气虚损所致；实证短气，常见有呼吸声粗，或胸部窒闷，或胸腹胀满等，多因痰饮、胃肠积滞或气滞或瘀阻所致。

【病案举例】

张某，男，45岁，发电厂工人。既往身体健康，近1个月来感气短不足以息，呼吸急促，伴胸闷，无心慌，无口唇紫绀，无咳嗽吐痰，参加重体力劳动症状不加重。经心功能测定、X线摄胸片检查未发现异常。经西医抗炎、扩张支气管治疗无效，于2002年10月20日求中医诊治。刻诊：患者体型肥胖，呼吸急促，可闻及吁吁喘气

声，呼吸25次/分，脉搏80次/分，双肺未闻及干湿性罗音，呼吸音稍粗，心律规整，各瓣膜听诊区未闻及杂音，舌胖质嫩，苔白，脉滑。脉症合参，证属痰饮为患，拟小青龙汤加枳实薤白桂枝汤治之，5剂而愈。

按：本案所患即仲景所言“伏饮”之病。伏饮，平时伏而不显如常人，发作时尚有痰、喘、咳、满等症状。本患者发作时只见喘、满，无吐痰、咳嗽及其他症状，又属无形之痰饮。仲景《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证》篇曰：“平人，无寒热，短气不足以息者，实也。”盖短气有从素虚宿疾而来者，有从外感新邪而得者，二端皆非，故属里实无疑，结合脉症为痰饮障其升降之气而然。正如《杂病源流犀烛》所说：“痰，其为物流动不测，故其为害，上至巅顶，下至涌泉，随气升降，周身内外皆到，五脏六腑俱有，来去无端，聚散糜定，失动则生，气滞则盛，风鼓则涌，变怪百端，故痰为诸病之源。怪病皆由痰成也。”[111]

三、头痛

头痛是指由于外感或内伤，致使脉络绌急或失养、清窍不利所引起的以患者自觉头部疼痛为特征的一种常见病证，也是一个常见症状，可以发生在多种急慢性疾病中，有时也是某些相关疾病加重或恶化的先兆。头痛之病因多样，但从中医角度而言，不外乎外感和内伤两大类。六淫之邪外袭，上犯巅顶，邪气稽留，阻抑清阳，或内伤诸疾，导致气血逆乱，瘀阻经络，脑失所养，均可发生头痛。

【病案举例】

1. 董某，女，35岁，1982年11月22日诊。患者半年多前因感冒而出现头痛，恶寒发热，咳嗽。后经中西药治疗发热愈，咳嗽减，但头痛怕冷加重，经反复治疗不见好转。头痛日趋加重，不能入睡，伴头晕，微恶风寒，时咳嗽，胸闷，纳差，舌质淡，苔腻，脉滑。诊为痰湿头痛。治宜散寒化饮，健脾胜湿。予小青龙汤加味：麻黄4g，桂枝9g，干姜9g，细辛3g，白芍9g，五味子6g，半夏10g，茯苓12g，陈皮12g，炙甘草6g，1剂后头痛大减，能安然入睡。服完4剂，头痛、头晕诸症悉除，上方去麻黄继服4剂，随访1年未复发。

2. 刘某，男，49岁，1982年2月17日初诊。头痛伴胸闷2年多，经常发作，多方治疗不效。现仍有头痛，胸闷，口黏腻，不欲饮，纳可，便调。检查：血压18.7/12kPa，体胖，舌淡红，苔薄白微腻，脉弦滑。乃湿盛之体，治宜温中化湿。方用小青龙汤加减：麻黄3g，桂枝9g，细辛3g，白芍9g，半夏12g，羌活9g，陈皮12g，茯苓15g，炙甘草6g，生姜9g。共服16剂，诸症悉除，随访1年未复发。

按：头有“诸阳之会”、“清阳之府”之称。凡外邪或体内浊气上扰清空，或精血亏虚不能上荣，均可致清阳不畅而呈头痛。以上2例头痛兼有明显的痰湿之征。为痰湿困脾，脾失健运，肺失宣发，泛阻于络脉，上犯巅顶，清阳被阻所致。方中白芍和营缓急止痛；麻黄配桂枝宣肺行水湿，助阳化气；干姜温运脾肺之阳，散寒化饮，使水液运行正常，痰湿消除，经气宣通，头痛乃除。[122]

四、发热

在病理状态下，由于各种不同原因致人体产热增多或散热减少，使体温升高超过正常范围时，就称为发热。一般来说口腔温度在37.3℃以上，或直肠温度在37.6℃以上，可认为有发热。中医学将发热分为外感发热与内伤发热。外感发热多为感受外邪，邪正交争所致，多表现为高热，外邪不除则发热不退。发热初期常伴恶寒，其寒虽得衣被而不减，常兼见头身疼痛，鼻塞，咳嗽，脉浮等症。西医的急性感染性发热性疾病可参照本证辨证论治。内伤发热是指以内伤为病因，气血阴精亏虚、脏腑功能失调而引起的发热。临床上多表现为低热，但有时也表现为高热。此外，有的患者仅自觉发热或五心烦热，而体温并不升高者，亦属之。西医的功能性低热，癌肿、血液病、结核病、结缔组织疾病、慢性感染性疾病、内分泌疾病所引起发热，以及某些原因不明的发热，可参照本证辨证论治。内伤发热主要由劳倦、饮食、情志、瘀血等因素而引起，其基本病机是脏腑功能失调，气血阴阳亏虚。病史及发病特点：起病缓慢，病程较长，常反复发作，一般均有情志抑郁，或饮食劳倦，跌扑损伤，积聚包块，出血，或脏腑阴阳气血亏损病史。临床表现：以低热为多，或仅自觉发热，发热时作时止，或发无定时，发热不恶寒，或感手足心热，常伴

头晕、神疲、自汗或盗汗、脉细弱无力等症。本病临床证候主要有阴虚、血虚、气虚、气郁、血瘀等类型。前三者属虚证，后二者为实证或因虚致实、虚实夹杂的证候。各种证候之间，往往可以互相转化或兼夹出现。根据不同情况而以解郁、活血、益气、养血、滋阴为内伤发热的基本治法。

【病案举例】

患者，男，47岁，工人。1997年5月3日初诊。主诉：发热3天，咳嗽而喘，痰多稀泡沫状。自1990年患咳嗽气喘反复发作已8年，入冬即发。近2年来四季均咳嗽，咯痰量多，呈清稀泡沫状。近来适逢天气骤冷而受凉，遂清涕不止，喷嚏频作，夜间身热头痛，怕冷恶风，周身酸痛困乏、咳喘，经用西药抗生素、氨茶碱，暂得缓解，此次发病3天，特来就诊，转服中药。诊见：体温38.5℃，精神疲乏，面色青白，厚衣恶寒无汗，咳喘时作，痰稀量多泡沫状，时有黏稠，口微渴不欲饮，舌苔薄白腻，舌心微黄，脉浮滑数，证属太阳表寒挟内饮，兼有郁热，治以散寒解表、温化痰饮兼以清热法。处方以小青龙加石膏汤加减：麻黄（先下）、白芍、姜半夏（打）、苏子、北杏仁（打）各10g，石膏24g，桂枝5g，细辛3g，干姜5g，五味子3g，炙甘草5g。3剂，水煎服。每次50ml，4h服1次。5月8日二诊：服药后症状大减，后乃以此方加茯苓4剂服之而愈。为巩固疗效，继服1周，并嘱避风寒，随访3个月未见复发。[113]

按：患者虽以发热为主证，但是兼见咳嗽而喘，痰多稀泡沫状，况近2年来四时均咳嗽，遇凉加重，为小青龙汤之适应症。加用石膏以增强其清热之力，诸药合用，内饮祛，郁热除，而表证自解。

五、汗证

汗证是指由于阴阳失调，营卫不和，腠理开阖不利，而引起人体全身或局部非正常性汗出过多、或出汗时间及颜色异常的病证。临床表现为全身或局部汗出量多，沾手湿衣，常伴有烦热心悸、体倦乏力、消瘦等症状。临床常见有自汗、盗汗、脱汗、黄汗等。时时汗出，动则益甚为自汗；睡中汗出，醒来即止者为盗汗；大汗不止或汗出如油，肢冷息微者为脱汗；急性热病中恶寒战栗而后汗出者为战

汗；汗色发黄而染衣者为黄汗。必须排除因天气炎热、穿衣过暖、喝饮热汤、劳动奔走、服用发散药等引起的出汗过多。上述情况出汗量一般不会太多，且多为一时性。西医的植物神经功能紊乱、结核病、风湿热、甲状腺功能亢进、休克异常汗出，可参照本证辨证论治。

【病案举例】

吴某，女，49岁，1986年9月18日初诊。患者自汗已3年，不分冬夏，稍动则汗出浸衣，甚以为苦，医作表卫不固，迭进益气固表药，乏效。诊得患者汗出清冷，背心部有恶寒，头晕，乏力，口中和，胃纳一般，二便自调，舌苔薄白滑，脉沉弦。证属饮邪阻肺，治节失职，汗孔开合失司。治拟温肺化饮，小青龙汤加味。处方：麻黄、细辛各3g，桂枝8g，白芍12g，干姜、五味子各7g，甘草5g，麻黄根、法半夏各10g。服2剂，汗出明显减少，再进2剂，自汗止。续服玉屏风散，以善其后。

按：自汗多属表卫阳气不足，此患者久服固卫之品为何不效？此乃肺金有饮邪内阻，治节失职，汗孔开合失常而有汗出浸衣。予小青龙汤温肺化饮，以绝其根，加麻黄根收敛止汗，有麻黄散不忘收，使腠理开阖如常，取得治疗效果。[90]

六、项痹

项痹，即西医学所指颈椎综合征，是因长期低头工作，年老正虚，经气不利等所致。以项部经常疼痛麻木，连及头、肩、上肢，并可伴有眩晕等为主要表现的肢体痹证类疾病。起病于中老年。常有颈椎长期劳损或外伤等病史。多见于长期伏案工作之人。发病缓慢，呈波浪式发展。颈部疼痛、麻木、酸胀，连及头、肩部、上臂疼痛，有相应的压痛点伴感觉异常；或颈部僵直，转动不灵，活动受限，上肢乏力，甚至肌肉萎缩，部分患者可有眩晕、耳鸣、头痛、视物模糊等症。按压同侧相应的颈椎间隙，或叩击头顶，则疼痛加剧。将颈部向健侧极度旋转，患侧上肢外展90°，且尽量后伸时，患肢放射痛明显加剧。腱反射减退或消失。X线检查：颈椎骨质增生，颈椎曲度改变或椎间关节不稳、骨刺等退行性改变。本病缠绵难愈，但预后良好。

【病案举例】

侯某，男，54岁，山西某发电厂高级工程师，1998年11月初诊。患者经常伏案工作，近1年来感颈部及肩部酸痛，伴上肢轻度麻木、沉重以及项背部恶寒，善唾痰涎，于感冒时加重。近2周来正值感冒而上述诸症加重，遂诊。查体所见：神清，精神可，面色稍白而略带晦暗，喉中可闻轻度痰鸣声及喘鸣声，项无强直，咽充血，两肺呼吸音清，未闻干、湿罗音，心脏未见异常。神经系统：上、下肢肌力均为Ⅵ级。肌张力正常，感觉存在，腱反射减弱，病理反射未引出。X线检查：两肺纹理清晰，未见异常；颈椎第五、六椎体前后缘呈轻度唇样增生。舌质暗，边尖红，苔白滑为主，略带黄色，脉弦数而浮，中医诊断：项痹。辨证：风寒袭络，水饮内停，兼郁而化热。治则：散寒化饮通络，兼清郁热。方用小青龙汤倍麻黄，加石膏、杏仁亦即合大青龙之义，再加葛根，连服3剂。二诊：服药后大汗出，颈肩部酸痛、肢体痛重麻木及项背恶寒、唾痰咽痒等症大减，惟稍有气短，知表证已基本解除，烦热已除，痰饮渐化，而中气稍虚，故将上方去大青龙汤，加白术、茯苓健脾、利湿，以制生痰之源，以补中气继服3剂。三诊：项肩部酸痛、麻木及项背恶寒、唾痰、咽痒等症基本消除。查：精神气色转好，腱反射正常，咽不红，舌质红略黯，齿痕少许，苔薄白，脉弦。知寒饮基本解除，稍有瘀象，上方去麻黄，加桃仁、红花等祛瘀之品以痰瘀并治，继服3剂，诸症消失。

按：项痹类似于现代医学颈椎综合征。本病例诊断为项痹，因其长期低头伏案工作，颈部劳损，经气不利，督脉受损，正气已虚，更加水饮内停，复受风寒湿邪入侵，痰饮与瘀血痹阻于项背经络（太阳膀胱之经脉及督脉）不得发越所致。其表现为颈肩部及上臂痛重、麻木与恶寒、吐痰等。其证以小青龙汤证为主，但表寒稍重，又有里热，故治以小青龙汤散寒化饮的基础上更加大青龙汤发汗逐水清郁热，当汗出表解郁热退后，则去大青龙汤之峻猛，而以小青龙汤微解表、重化饮，更加茯苓、白术助化饮而健脾土，葛根生津、舒经，使阻于项背太阳气道之痰湿得化，太阳膀胱经脉疏，气化恢复，也使督脉之阳气不再受阻，故项痹得以解除或缓解。[114]

七、皮痹

皮痹指皮肤症状为主要特征之痹证，出自《素问·痹论》。任何年龄均可发病，但多见于中青年女性及新生儿。病因为营卫不和，风寒湿邪或热毒乘虚凝结皮肤，阻滞经络，内舍于脏腑。以局部或全身皮肤进行性肿硬、萎缩，严重者可累及脏腑为主要表现的痹证类疾病。皮损可为斑状、带状和点滴状（局限性），亦可为先有手、足、面部或躯干部皮损，继之渐向周围及全身蔓延（系统性）。其皮损变化均具有肿胀、硬化、萎缩三个阶段。常有肌肉轻度疼痛、萎缩，可伴有关节肿痛，活动不利，或强直挛缩畸形。多见于西医学所指硬皮病。实验室检查：可有类风湿因子阳性，抗核抗体阳性，血沉加快，血清白蛋白减少、球蛋白增加。皮肤感觉时值测定延长。前臂伸侧皮肤活检可见本病特征性的胶原纤维束肿或纤维化，血管壁组织活检亦与其相似。X线检查示软组织广泛钙盐沉积。局限性者预后良好，泛发兼喘悸、少尿等症者预后不良。

【病案举例】

肖某，女，44岁，农民，1990年4月16日初诊。右大腿外侧疼痛2年，近1个多月加重，活动不便，阴雨天加剧。检查局部无红肿，触觉和温觉过敏，伴心烦、失眠、胸痞，舌质淡、边有瘀点，脉弦紧，证属寒饮夹瘀，阻滞经络。治宜温经、化饮、活血。处方小青龙汤加减：麻黄15g，桂枝10g，干姜10g，细辛6g，赤芍6g，法半夏15g，乳香6g，没药6g，甘草6g，服6剂，痛即消失，续服15剂，诸症消失，随访2年未复发。[115]

按：患者属于寒饮夹瘀，阻滞经络之皮痹，寒为阴邪，其性凝滞，故疼痛较剧，且部位相对固定。阴雨天寒性较重，血益凝滞，故痛更剧。寒为阴邪，故局部无红肿。舌质淡、边有瘀点，脉弦紧为寒瘀交阻之征。方用小青龙汤加赤芍、乳香、没药等活血化瘀之品，则诸症可消。

八、脑梗死后流涎症

流涎，又称“滞颐”，俗称“流口水”，常见于儿童口涎不自觉

地从口内流溢出来的病证。以3岁以下的幼儿最为多见。婴儿时期，因其口腔浅，不会调节口内过多的唾液，偶而发生流涎，这属生理现象，不属病态。现代医学把本病称为“流涎症”，其发病原因多是由于口咽黏膜炎症、面神经麻痹、延髓麻痹、脑炎后遗症或小儿呆小病等神经系统疾病所引起。中医学认为本病主要是由于脾胃虚寒、脾胃积热、心脾郁热及脾胃气虚等使涎液不能正常的制约，而流出口外所致。常见症状为小儿涎液增多，自动流出口外，由于长期流出口水，致使口腔周围潮红，甚至发生糜烂，尤其以两侧的口角为明显。

【病案举例】

1. 患者，男，65岁，退休干部。患腔隙性脑梗死，经住院治疗1月余，生命体征平稳，肢体功能基本恢复，自己能举杖步行而出院，但说话仍吐词不清，口角流涎。症见：形体稍胖，张口见涎沫溢出，吐词不清，脘腹胀满不适，舌质淡，苔白而润，脉细滑。系为寒饮内停，脉络瘀滞。治宜健脾温散，化饮通络，小青龙汤加减：桂枝15g，麻黄3g，炒白芍15g，炙甘草6g，半夏10g，干姜10g，细辛6g，沉香末（冲）3g，佛手6g，炒白术10g，蜈虫10g，淫羊藿10g，五味子10g，服7剂。见效去麻黄加全蝎3g，连服15剂后，脘腹不适、口角流涎症状消失。继以补肾益气通络以善其后。随访痊愈。

2. 患者，女，58岁，干部，患左侧顶叶脑梗死。入院后予以降低颅内压、扩张血管及支持疗法。中药给以祛风、涤痰、养血、通络，方用大秦艽汤合牵正散加减，历时1周，神清，余症基本稳定，右侧肢体瘫痪，但能由人挽扶坐起，小便不再失禁，口角歪斜稍有减轻，口角仍见间断性流涎，苔白腻，脉濡滑。治以健脾化痰、祛风通络。方以白术、茯苓、麻黄、地龙、陈皮、半夏、僵蚕、全蝎、川牛膝、制白附子、九节菖蒲。进药7剂，右侧肢体已有意识的活动，口眼歪斜亦好转，但张口仍有间断性流涎，背部有明显怕冷感，苔白微腻，脉濡滑。血压17.3/9.33kPa。遂改散寒逐饮、益气通络，方用小青龙汤加减。处方：桂枝15g，麻黄3g，炒白芍15g，半夏10g，炙甘草3g，干姜10g，细辛6g，沉香末（冲）3g，制白附子10g，五味子10g，蜈虫10g，淫羊藿10g，炒白术10g。服7剂后，口角流涎症明显减少，续服10剂，口角流涎症消失。

按：脑梗死多发生于中老年患者，尤其是伴动脉粥样硬化及高黏血症的患者，有脑血管管腔狭窄、炎症、痉挛和血栓形成等病理改变。脑梗死的发生，必然产生代谢异常，促使机体内迅速有痰浊等病理产物生成，临床上常见患者喉中有痰浊和痰鸣音。脑梗死恢复期除了肢体功能、语言功能缺损外，大多数患者伴有口眼歪斜、口角流涎等症状。中医学认为中老年患者存在先天之肾渐衰，脾气渐薄，气血内虚或内伤积损的病理基础。遇有内伤外邪诱因，一方面引起脏腑气血阴阳失调，风、寒、瘀、痰互结为患，尤其寒邪多与痰、饮、湿、瘀、水、食等有形之邪相结，直犯脑脉，脑脉痹阻，损伤脑络，败坏形体。综观脑梗死流涎症患者的舌苔、脉象，大多为苔白润或腻、脉濡滑或弦滑之征。仲景在《金匮要略·妇人杂病脉证并治第二十二》篇说："妇人吐涎沫，医反下之，心下即痞，当先治其吐涎沫，小青龙汤主之；涎沫止乃治痞，泻心汤主之。"这里妇人吐涎沫，系为上焦寒饮所致，故当先投小青龙汤温散上焦寒饮，之后再论治痞。此条与脑梗死流涎症有类似病机症状，均为上焦有寒饮、吐涎沫。小青龙汤中加沉香数克，以取五味子酸收之中略带流走之性，无留邪之弊。当然用小青龙汤治疗脑梗死后流涎症要注意患者的血压，如遇有高血压，应慎用小青龙汤中麻黄、甘草，以免产生不良反应。[116]

九、见水欲尿症

【病案举例】

李某，女，13岁，1998年9月10日初诊。入夏以来，小便频多，加重半月，且每见水即欲小便。数次尿检均无异常，某医院诊断为尿道综合征。服谷维素、维生素B_1、654－2等药不效，转服补中益气汤、金匮肾气汤亦无好转。诊见：小便频多，见水即欲小便，以致不敢洗脸、刷牙，近1周曾遗尿2次，伴神疲肢倦，纳谷不馨，口淡不渴，泛吐清涎，舌淡、苔白微腻，脉沉细。患者素嗜冷饮，近来每天均食冰淇淋、冰棍，多则10余次。乃顿悟本病形寒乃饮冷致肺经虚寒，如仲景所云："上虚不能制下故也，此为肺中冷。"遂拟小青龙汤温肺散寒。处方：麻黄、桂枝、白芍、炮姜、半夏、党参各9g，五味子、煨益智仁、炙甘草各6g，细辛3g，每

天1剂，水煎服。服5剂后小便次数明显减少，见水欲尿感减轻，泛吐清涎基本消失。续服5剂，排尿次数正常，见水偶有尿意，可以控制，继进5剂痊愈。嘱少食冷饮并服附子理中丸巩固1月，随访1年未复发。

按：张介宾云："小水虽利于肾，而肾上连于肺，若肺气无权，则肾水终不能摄，故治水者必治气，治肾者必治肺。"本例由肾气不摄，膀胱不藏，水泉不止，而其本在于肺经虚寒，失于通调，即"上不制下"，故以小青龙汤温肺散寒，佐以益气固摄而收功。[117]

十、多唾症

多唾在《太平圣惠方》和《圣济总录》中称为"肾虚多唾"，自觉口中唾液较多。或有频频不自主吐唾的症状。有肾虚水泛多唾与脾胃虚寒多唾两种情况。肾虚水泛多唾由于禀赋不足，素体虚弱，加以久病失于调理，致肾阳亏耗。肾主水，其液为唾，阳虚失其温化之职，则上泛而唾出。脾胃虚寒多唾由于恣食生冷，或过服寒凉药物，或久病失养，致脾阳不振。脾主中气，阳虚气弱，运化无权，失其摄纳之能，则上逆而唾。二者病位一在下焦，一在中州。故病在下焦的肾虚水泛多唾，以动甚则心悸气短，头晕目眩，脐下悸动为辨证要点。病在中焦的脾胃虚寒以脘腹痞满，肢倦便溏、纳谷不馨、气短懒言，面黄少华为辨证要点。前者宜温阳化气利水，方用干地黄汤；后者治宜温脾扶气，方用理中汤与诃黎勒丸化裁。总之，多唾一症，在肾为肾阳虚衰，气化不行，水邪上泛；在脾为中运不及，气不摄纳，液唾上逆。二者均以虚证为主。

【病案举例】

王某，男，65岁，1997年11月26日初诊。有肺气肿病史经年，3个月前因自发性气胸入住我院，经中西药物及胸腔穿刺排气等治疗后，身体基本恢复。而后发现唾液渐多，日趋加重，前来求治。诊见：唾液甚多，需时时吞咽及吐出，以致语言难以接续，唾液色白而多黏沫，伴神疲气短懒言，洒淅恶风，纳呆便溏，偶咳，声低，舌淡润，苔白，脉细兼滑，证属肺气虚寒，津失布散，聚为痰饮，上泛于口而致。治以温肺化饮，摄津止唾，方用小青龙汤加减。处方：桂

枝、干姜、半夏各12g，麻黄、五味子、炙黄芪、白芷、益智仁、覆盆子各10g，炙甘草、细辛各6g，每天1剂，水煎服。6剂后唾液大减，余症亦减轻，续进6剂痊愈。

按：本例患者素体肺虚，复加手术损伤，致肺气虚寒，肺不布津，内生痰浊，上泛于口，类似张仲景所述之“肺痿”病。考小青龙汤用治多唾涎沫，始自《金匮要略·妇人杂病脉证并治第二十三》：“妇人吐涎沫，医反下之，心下即痞，当先治其涎沫，小青龙汤主之。”本例多唾症与小青龙汤主症相切，故用之效验。[117]

十一、五十肩

五十肩又称为冰冻肩，医学上称黏连性关节囊炎，是一种常见的骨关节疾病，好发于40～60岁的中年人，且女性多于男性，但五十肩并非五十岁的人才会有，即使是年轻人也会发生。五十肩发生的原因，分为原发性与续发性。原发性为不明原因，持续恶化而造成主动或被动性的肩部活动丧失。续发性则是因为一些已知的内在或外在因素，例如：骨折、韧带拉伤、脑中风及长期卧病在床等。而其病变主要发生在肱骨的上方、内外旋转肌腱群及肩峰下滑液囊，并不在肩关节本身的关节面软骨或软骨下硬骨。五十肩分为3期：初期会感到肩部疼痛，但仍能过正常生活，通常症状不会超过3个月；第二期会因为关节黏连而活动受限，约在第三至第九个月时间；第三期虽稍微感觉不那么疼，但双手已无法举起，连简单梳头、穿衣都很困难，此症状通常在第九至第十四个月中间。

【病案举例】

何某，男，54岁，农民。1988年3月24日初诊。左肩关节疼痛半月余，左上肢不能抬举，伴咳嗽，痰稀薄，头目眩晕，舌淡，苔白腻，脉浮滑。证属饮留经络，肺气不宣。治宜宣肺化饮，温经止痛，佐以和胃健脾，小青龙汤加减处方：麻黄10g，桂枝15g，杏仁10g，砂仁6g（后下），白术15g，干姜8g，细辛6g，姜半夏15g，甘草6g。每日1剂，水煎服。服2剂咳止痛减，再服5剂诸症消失。随访2年未复发。[115]

十二、遗尿

遗尿俗称尿床、夜尿症，是指年龄在3岁以上小儿或成人，在错误的时间、错误的地点不能控制排尿行为。轻者数夜或每夜1次，重者一夜数次。本症多与素体虚弱、病后失调、隐性脊柱裂、外生殖器疾病、不良习惯及各种因素所致大脑功能紊乱等有关。遗尿又称遗溺、遗溲，在《黄帝内经》中已有论述。如《灵枢·本输》篇曰："三焦者……络膀胱，约下焦，实则闭癃，虚则遗溺。"不但提出了遗溺的病名，而且阐发了其发病机制。不过遗溺所指范围较广。明确提出与本病症相类的尿床的为巢元方《诸病源候论》，内有《尿床候》的记载。老年遗尿多由于下元虚寒，肾气不足；或脾肺气虚，膀胱失约；或肝经湿热，火热内迫而致。

【病案举例】

1. 患者，女，15岁，1992年5月29日初诊。自6岁起即遗尿，每夜1次或数次，间断服用中西药物未有明显好转。刻诊：面色㿠白，小便清长，舌淡胖，脉紧，证属肺气虚寒，治拟温肺散寒。处方：炙麻黄4g，细辛3g，干姜6g，白芍9g，桂枝8g，五味子10g，益智仁12g，炙甘草6g，3剂遗尿止。连服7剂，以资巩固，至今未再复发。

按：小儿五脏未充，阳欠足，若寒邪袭肺，或素体肺寒，或外寒而引动内寒，易致肺经寒邪下泄，影响膀胱气化，发为遗尿。常伴有畏寒面白，易于感冒，小便清长，舌淡胖，苔白水滑，脉沉紧。法当温肺散寒，宣化膀胱，可投小青龙汤化裁。[118]

2. 李某，男，65岁，退休工人，1975年3月15日就诊。患者素有慢性气管炎及习惯性便秘史。2个月前，用生桃仁30g捣泥吞服，服后自觉口鼻无臭，头目晕眩，咳唾涎沫不止。2天后小便次数增多，夜间遗尿。10日后夜间遗尿增至3～4次，治疗不效。近日感寒，全身不适，背畏寒，头痛无汗，咳嗽气紧，不能平卧，夜不眠，小便七八次。诊见：形瘦，面色㿠白，喘息气急，唇口紫绀，咳吐泡沫痰涎，舌淡，苔白厚腻，脉浮弦而滑。证系误服生桃仁泥过多，损伤脾胃，脾失健运，升降乖逆所致。复感风寒，外寒内饮上迫于肺而

见有喘息气急、咳吐痰涎等症，用小青龙汤试之。处方：麻黄、桂枝、甘草各6g，清半夏、白芍各9g，细辛、五味子各3g，干姜5g。水煎热服，1日3次。服上方2剂后，身得微汗，咳喘大减，夜间遗尿减少到2次，原方加吴茱萸（炒）6g，麻黄、甘草减为3g，连进3剂，咳喘、遗尿、吐涎沫基本消失，继用健脾温肾方药调理月余而康复，随访2年未再发作。

按：本例用小青龙汤治疗咳喘，无意中将遗尿治愈。大概本例遗尿的病机，主要责之于肺气不宣，继感风寒，外寒内饮壅遏于肺，使肺失清肃，宣降无权，因而影响肾水不摄，膀胱开合失司，水经下趋而形成本病。小青龙汤使寒解饮去，肺气宣通，治节复权，在下之肾水能摄，膀胱开合有节，故遗尿症能愈。[119]

3. 患者，男，21岁，大学生，1992年9月6日初诊。自诉于高中二年级开始常夜眠时梦而遗尿，每月1~2次，近2个月来加重至1~2周一遗，量多。到某医院诊治，B超、肾功能等各项检查正常，服用西药月余无效又转中医。先后投以肾气丸、桂附地黄汤、缩泉丸、归脾汤、补中益气汤、黄芪建中汤等不效。诊见：面色苍白，神疲乏力，气少懒言，自汗，痰多而清，夜寐多梦，口淡食少，易患感冒，舌淡胖，苔薄白，脉弱。证属肺虚失宣而致肾失摄纳，治以温肺化饮，健脾益肾，方以小青龙汤化裁。麻黄、桂枝各10g，细辛、干姜各6g，半夏、五味子各20g，熟地、淮山药、山茱萸、茯苓、白术各15g，6剂。1周后遗尿大减。又服6剂，诸症尽除。

按：《景岳全书》云："小水虽利于肾，而肾上连于肺，若肺气无权则肾水不能摄，故治水者必先治气，治肾者必先治肺。"本证属肺虚失宣，寒水不化而下迫于肾，所谓"母病及子"。故以小青龙汤加味温肺化饮，健脾益肾即可获效。[120]

十三、背痛

【病案举例】

陈某，男，23岁，1993年8月13日就诊。9年多来，时感背部正中一巴掌大小部位隐痛，恶风寒，晨起痛甚。曾在当地医院诊断为"神经痛"，用西药治疗2月余未效（具体药物不详）。遂到我院中医

门诊求治。自诉平素嗜睡，食纳尚可，二便调。否认外伤病史。余察其形体肥胖，神疲乏力，舌红、苔白微腻，脉弦滑。即效仲景《伤寒论》之小青龙汤证，辨为里饮兼外寒。治以温肺化饮、解表通里为主。处方：麻黄、桂枝、法半夏、赤芍、白芍各9g，干姜、五味子、陈皮、炙甘草各6g，细辛3g。水煎，分2次温服，日1剂，3剂后愈。随访1年未复发。[121]

按：背部为诸阳之会，寒邪凝聚于此则疼痛、恶风寒。同时，由于患者平素嗜睡，形体肥胖，神疲乏力，可知其内有痰饮。查舌红、苔白微腻，脉弦滑，更可确定诊断。小青龙汤解表逐饮，药证合拍，收效甚捷。

十四、吐涎沫

涎是从口腔流出的清稀黏液。涎为脾之液，由口腔分泌，具有濡润口腔、协助进食和促进消化的作用。口吐涎沫多者多为脾胃阳虚，气不化津，或内有水饮，湿浊上犯而致。

【病案举例】

马某，男，50岁，干部。既往身体健康，近1年来时时吐涎沫，量多，伴头晕，欲饮水，无咳嗽、咳痰。经查血压19.2/11.3kPa，血脂偏高（胆固醇6.3mmol/ L，甘油三酯2.1mmol/ L），其他均阴性，曾多次诊治，未见疗效，于2002年10月8日初诊。刻诊：体型肥胖，呼吸平稳，诊治期间多次吐涎沫，呈白色稀涎，有泡沫，心肺听诊未见异常，双下肢无浮肿，舌淡红，舌体稍胖，苔薄黄，脉弦滑。脉症合参，证属痰饮阴伤化热。给予小青龙加石膏汤3剂治之。二诊时诉涎沫较前略稠，量稍少，守方共进15剂而愈。

按：《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇曰："水在肺，吐涎沫，欲饮水。"《金匮要略·妇人杂病脉证并治》篇曰："妇人吐涎沫，医反下之，心下即痞，当先治其吐涎沫，小青龙汤主之。"本案遵仲景之言治之，疗效卓然。[111]

十五、浮肿

水肿，俗称浮肿，常是某些疾病的信号。心脏病、肝病、肾病、

内分泌疾病及某些营养不良性疾病等，都可能出现浮肿症状。但有些浮肿并非疾病的表现，而是一种生理反应。有如下5种：①特发性浮肿：有些20~40岁的女性，早晨起床后，眼睑及颜面常出现轻度浮肿，下肢皮肤有凹陷性水肿或紧绷感。随着一天时间的推移，可逐渐减轻消退。这种浮肿的机制目前尚不十分清楚，但多数学者认为，其可能与神经、精神因素及自主神经功能紊乱有关。②反应性浮肿：有些人特别是高温作业或身体较胖又不爱活动者，受环境温差的影响，因温热刺激，皮肤血管扩张，体液渗透并积聚于皮下组织，常在手、足等处发生浮肿，夏天过后，则自行消退。但每夏必发，反复多年。③体位性浮肿：长时间站立、行走、下蹲或坐位，可因下肢血液回流受阻、淤积而造成浮肿，改变体位后一段时间，浮肿可自行减轻、消失。近年来研究发现，人在直立体位时，体内醛固酮分泌增加，可造成暂时性水钠潴留，也可引起水肿。④经前期浮肿：有些健康的女性在月经来潮前1周或半个月内，出现眼睑、手背、脚踝甚至双下肢轻度浮肿，或伴有乳房胀痛、盆腔部沉重感，以及烦躁、易怒、失眠、疲乏、头痛等神经官能症症状。月经来潮时，排尿量增多，浮肿及其他症状可逐渐消退。这类浮肿多与月经周期变化和体内神经内分泌功能改变有关。⑤药物性浮肿：为服用某些药物后，脸、手、足出现浮肿，停药后浮肿会逐渐消退。如使用肾上腺皮质激素、睾丸酮、雄性激素、胰岛素、硫脲、甘草等药物，可引起体内水钠潴留，导致浮肿。

【病案举例】

1. 患者，女性，62岁，1996年10月18日初诊。诊见：面目肿胀，胸满闷而胀，发热，恶寒，无汗，时有干呕，饮食不下，四肢均有浮肿，小便短涩，大便稀溏，舌淡胖，苔白微腻，脉弦而滑。证属：水饮溢于肌表之浮肿。治宜发汗解表，温阳利水，消肿。方用小青龙汤加味。处方：麻黄9g，桂枝9g，白芍9g，干姜9g，细辛3g，炙甘草6g，五味子6g，制半夏9g，大腹皮9g，薏苡仁20g。服2剂后，诸症明显好转，拟小青龙汤合五皮饮再服2剂。10月22日诊见：面目浮肿消失。[122]

按：风邪袭表，兼见寒邪，邪在其表，肺失宣降，不能通调水

道，下输膀胱，卫阳被遏，故见发热、恶寒、无汗；风为阳邪，其性轻扬，风水相搏，推波助澜，故水肿起于面部，然后遍及全身。水湿之邪，浸渍肌肤，壅滞不行，则肢体浮肿。方用健脾化湿、通阳利水，解表逐饮的小青龙汤和五皮饮，效如桴鼓。

2. 李某，男，80岁，有咳嗽咳痰反复发作史6年。近10天无明显诱因出现双下肢浮肿。病程中无发热，原咳嗽、咳痰症状无加重，尿量无明显减少，平时体力活动轻度受限，休息时无症状。心电图检查为正常，心电图心脏负荷试验有心肌缺血的改变。肝功能检验正常，血常规、小便常规检验未见异常。X线胸片示：慢性支气管炎征象。西医初步诊断：慢性支气管炎；冠心病；心功能不全（心功能Ⅱ级）。经抗炎、活血化瘀治疗无效，改求中医诊治。查体见：体型偏瘦，呼吸平稳，口唇无紫绀，颈静脉无怒张，甲状腺不大，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性罗音，心律规整，各瓣膜听诊区未闻及杂音，肝脾肋下未及，双下肢凹陷性水肿，舌淡红，苔白水滑，脉弦。证属溢饮，给予小青龙汤加旋覆花、海蛤壳、海浮石，3剂治之，下肢浮肿消失，咳嗽咳痰症状也明显好转，效不更方，守原方再进3剂，以善其后。

按：《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》篇将广义的痰饮分为痰饮、悬饮、溢饮、支饮。该患者素患支饮，现又以溢饮为突出症状，但总属广义痰饮范畴，给予小青龙汤涤痰化饮，效如桴鼓。[111]

3. 李某，男，64岁，2000年11月15日初诊。患头痛身疼，发热恶寒3天，自服APC及板蓝根冲剂，不效。今晨因下肢浮肿，身体疼痛沉重而就诊。症见：无汗，咳嗽，痰量多而呈泡沫状，呼吸急促，舌苔白，脉弦紧。证属饮邪泛溢表里。治法：温散化饮。药用：麻黄、桂枝、白芍、半夏各9g，细辛、炙甘草各3g，五味子、干姜各6g，1剂后，微汗出，肢肿消退，身体疼痛沉重减轻，寒热已除，咳喘咯痰犹在，仍拟上方，减轻麻、桂剂量。继服2剂而愈。[123]

十六、夜间呼吸困难

睡眠中阵发性呼吸困难，是指睡眠过程中一段时间内，通气不利，甚或呼吸暂停状态。有生理性和病理性两大因素，在中老年男性

比较常见。睡眠时上呼吸道闭塞，是夜间阵发性呼吸困难的主要原因。闭塞的过程一般是：人在睡眠过程中，全身肌肉张力均降低，上呼吸道周围的肌肉也松弛，舌根、软腭松弛时向后下方移动，最后使上呼吸道极度狭窄或完全堵塞。肥胖和脖子短粗的人，由于颈部周围脂肪组织的挤压，使上呼吸道变得相当狭窄，加上睡眠时舌根及软腭向后下方沉降，极易把上呼吸道堵死而发生呼吸困难。闭塞时间一般是10～30s，这段时间人处于窒息状态，呼吸虽然暂停，身体内部的代谢活动并没有停止，血液及组织液中的氧含量逐渐减少，代谢产生的二氧化碳逐渐增多。这两种变化对于呼吸中枢都是兴奋因素，当呼吸中枢兴奋到一定程度时，又开始了呼吸。重新开始的第一次呼吸，有点像喘息患者吸气时那样，以胸廓为主，运动急剧。由于这时上呼吸道相当狭窄，急速吸入的气流通过时，振动周围软组织，而发出很响的鼾声。睡眠时频发呼吸困难，使睡眠多次中断，患者不可能睡得很深。从脑电图记录可以发现，慢波睡眠明显减少，浅睡眠亦不规律；觉醒次数明显增加，REM睡眠却变化不大。冠心病患者常见左心功能不全，呼吸困难是其最早出现和最常见的症状，为肺瘀血和肺顺应性降低而致肺活量减少的结果。通常是在重体力劳动时才出现呼吸困难，称为“劳力性呼吸困难”，系体力活动使静脉回流增加，肺瘀血加重的结果。此时，若给予正确有效的治疗，较容易纠正心功能不全。若未给予有效的治疗，随着病情的发展，呼吸困难可出现在较轻的体力活动时，使劳动能力逐渐下降。有的则表现为阵发性夜间呼吸困难，通常入睡并无困难，但在夜间熟睡后，突因胸闷、气急而需被迫坐起。轻者坐起后数分钟可缓解，但有的伴阵咳，咯泡沫痰，若伴有哮喘，可称为心源性哮喘，重者可发展成肺水肿。表现为严重的呼吸困难，每分钟呼吸40～50次，端坐呼吸，频频咳嗽，常咯出泡沫痰，伴烦躁不安，口唇青紫，大汗淋漓。应迅速、积极采取有效措施，以免危及患者的生命。

【病案举例】

王某，男，40岁，农民。既往无慢性肺及心脏疾病史，近2个月来反复出现夜间呼吸困难，均发生在凌晨1～3点，往往熟睡时被憋醒，起床活动后逐渐缓解。白天活动自如，无临床症状。经心肺功

能检测未见异常。心脏彩色多普勒检查阴性，X线胸片示心肺正常。西医给予消心痛、地奥心血康、复方丹参片等，以改善心肌供血，但无疗效，故于2002年9月10日改为中医诊治。刻诊：精神好，体型胖，呼吸16次/分，脉搏75次/分，心肺听诊正常，舌淡，舌体胖嫩水滑，脉弦滑。脉症合参，证属痰饮为患，给予小青龙汤加全瓜蒌、薤白，7剂而愈。

按：本案呼吸困难发生在凌晨，现代医学认为：夜间迷走神经兴奋性增高，气管、支气管处于收缩状态，通气较差，易发生呼吸困难。中医学认为，夜半阴气盛极，阳气始萌，本患者阳气素虚，寒痰水饮内停，故夜半加重。给予小青龙汤温阳化饮，全瓜蒌宽胸，薤白通阳，而获明显疗效。[111]

参考文献

[1] 陈端英．小青龙汤加减治疗风寒束肺证慢性支气管炎50例．江西中医学院学报，1999，11（3）：101

[2] 周秀英，梁刚，王德文．中西医结合治疗慢性支气管炎108例．新中医，2005，37（4）：70

[3] 冯永炎，小青龙汤治疗喘息形慢性支气管炎65例临床观察．光明中医，2003，18（3）：48

[4] 周正，接力，张晓萍．小青龙汤合三子养亲汤加减治疗老年慢性支气管炎210例．新疆中医药，2000，18（3）：26

[5] 尹朝兰．小青龙汤加减治疗老年慢性支气管炎急性发作31例．江西中医药，2004，35（1）：49

[6] 吕雄，冯惠强，陈景亮，等．中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作．中国中医急症，1998，7（4）：161

[7] 戴明洪．小青龙汤治疗喘息型慢性支气管炎36例．现代中西医结合杂志，2005，14（20）：2708

[8] 高晓洁．中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作期348例临床观察．蚌埠医药，1995，13（4）：20

[9] 刘学芬．小青龙汤加减治疗慢性支气管炎急性发作期60例临床观察．天津中医药，2003，20（2）：73

[10] 李毅，沈玲妹．小青龙汤加减治疗慢性支气管炎急性发作的疗效观察．辽宁中医杂志，2003，30（9）：725
[11] 万勇，刘素红，胡宝花．小青龙汤加减治疗慢性喘息型支气管炎41例．陕西中医，2002，23（4）：310
[12] 解淑芳，董永军．小青龙汤加减治疗慢性支气管炎169例．天津中医，2001，18（6）：7
[13] 周棋斌．小青龙汤并用氨苄青霉素治疗慢性支气管炎急性发作期41例临床观察，2000，（10）：25
[14] 黄志余，林宪和，闵军．试论慢阻肺急性加重期与小青龙汤证的相关性．福建中医药，1998，29（5）：16
[15] 朱金元．小青龙汤加地龙治疗慢性支气管炎急性发作期100例．新中医，2003，35（2）：57
[16] 梁铭海，李红梅，刘国祥．中医药方小青龙汤加减结合希舒美治疗老年喘息型慢性支气管炎观察．新疆中医药，2003，21（5）：41
[17] 戴明洪．小青龙汤治疗喘息型慢性支气管炎36例．现代中西医结合杂志，2005，14（20）：2708
[18] 陈明．刘渡舟临证验案精选．北京：人民卫生出版社，1996：18～19
[19] 何冠．小青龙汤治疗急性支气管炎48例，2002，（4）：252
[20] 张雪云．小青龙汤加味治疗急、慢性支气管炎140例疗效观察．河北中医，2002，24（12）：922
[21] 吴瑜．小青龙汤治疗支气管炎、肺炎验案2则．中医药临床杂志，2005，17（2）：1302
[22] 张建国，等．小青龙口服液治疗支气管哮喘的疗效观察．上海中医药杂志，1993（2）：25
[23] 李雪珍，陈治林．中西医结合治疗支气管哮喘69例临床观察．现代医药卫生，2005，21（12）：1562
[24] 彭开绍．重剂小青龙汤治疗支气管哮喘体会．中国乡村医药，1997，4（11）：20
[25] 王保林，张学宝，李密．夏服小青龙汤冬服固本平喘胶囊治疗哮喘30例．陕西中医，1997，18（4）：164
[26] 刘光太．中西医结合治疗哮喘32例．光明中医杂志，1996（4）：25
[27] 兰智慧，洪广祥．小青龙汤治急性发作期支气管哮喘的疗效观察．江西中医药，2002，33（1）：8
[28] 刘云．小青龙汤配合穴位注射治疗支气管哮喘76例．中国民间疗法，

2003，11（8）：49
[29] 旦开蓉．小青龙汤治疗寒性哮喘49例临床观察．新疆中医药，1998，16（1）：24
[30] 张桂明．治疗支气管哮喘疗效观察．上海中医药杂志，1996（1）：16
[31] 陈国权．《金匮》方验案三则．湖北中医杂志，1995，17（3）：49
[32] 彭开绍．重剂小青龙汤治疗支气管哮喘体会．中国乡村医药，1997，4（11）：20
[33] 胡全和．小青龙汤治疗顽固性支气管哮喘的临床体会．蛇志，2002，14（1）：49
[34] 林再政．小青龙汤的变化与临床运用．河北中医，2001，23（6）：452
[35] 方炳福．重剂小青龙汤治疗哮证100例．安徽中医学院学报，1999，18（1）：20
[36] 张京．蛇蝉小青龙合剂治疗寒哮临床研究．中国中医急症，2004，13（7）：426
[37] 金南善．小青龙汤加金银花、杏仁治疗变应性哮喘198例的临床效果．日本东洋医学杂志，1996，46（6）：183
[38] 许鹏飞，石效平，王君．小青龙汤治疗咳嗽变异性哮喘20例临床研究．现代中西医结合杂志，2002，11（16）：1535
[39] 陈琦辉．小青龙汤治疗咳嗽变异性哮喘39例．福建中医药，2004，35（1）：34
[40] 沈莉萍．小青龙汤加味治疗咳嗽变异性哮喘42例观察——附西药治疗42例对照．浙江中医杂志，2003，（10）：428
[41] 邹交平．丹参注射液合小青龙汤加减治疗慢性阻塞性肺病急性发作32例．安徽中医临床杂志，1999，11（3）：172
[42] 方灵云．小青龙汤治疗COPD38例观察．浙江临床医学，2003，5（3）：217
[43] 丰树林．多功能免疫刺激剂加黄芪小青龙汤预防慢性阻塞性肺病急性发作的临床研究．卫生职业教育，2002，20（4）：93
[44] 张驿珠．小青龙汤加减治疗咳喘20例．长春中医学院学报，2005，21（3）：16
[45] 詹锐文．小青龙汤加减治疗肺炎89例．河北中医，1998，20（2）：114
[46] 谢柳青．小青龙汤临床加减应用．江西中医药，2002，33（4）：18
[47] 安忠兰，郭志勇．小青龙汤治验哮喘型霉菌性肺炎1例报道．中医药研究，1994，（4）：40

[48] 张关生．小青龙汤新用．实用中医内科杂志，2000，14（1）：39
[49] 汤岳龙，李莉．小青龙汤治疗乳腺癌术前放射性肺炎12例．安徽中医学院学报，2000，19（1）：36
[50] 任广毅，郭增友．大剂量小青龙汤治疗肺心病疗效观察．现代中西医结合杂志，2002，11（3）：225
[51] 周灿，陈纯．中西医结合治疗肺心病42例临床体会，湖南中医杂志，1996，12（1）：6
[52] 张世风．中西医结合治疗肺源性心脏病疗效观察，苏州医学院学报，1998，18（4）：365
[53] 张雨雷．小青龙汤新用举隅．中国中医急症，2002，11（3）：230
[54] 高桂根．小青龙汤的临证应用．实用中医内科杂志，1995，9（1）：19
[55] 廖丽荣．小青龙汤治疗急性肺水肿验案．中国中医急症，2002，11（3）：231
[56] 朱敏儿．小青龙胶囊治上呼吸道感染疗效观察．江西中医学院学报，2000，12（3）：22
[57] 牟慧琴．小青龙汤加味治疗咳喘兼愈心律失常．甘肃中医学院学报，1997，（3）：53
[58] 雷平．小青龙汤去麻黄加杏仁治喘30例疗效观察．四川中医，1996，14（12）：35
[59] 杨彩凤，魏玮．小青龙汤加减治疗喘证的体会．中医药研究，1994，（4）：31
[60] 丁建华．小青龙汤加减治疗咳喘258例．山东中医杂志，1999，13（8）：342
[61] 翟瑞柏．加味小青龙汤泡汁饮服治疗咳喘．黑龙江中医药，1996，（6）：36
[62] 吴福群，屈建成．小青龙冲剂治疗咳喘50例疗效观察．湖南中医杂志，1995，11（6）：34
[63] 宋蓓，岳桂英，余孟兰．小青龙汤治疗咳喘临床观察．医药论坛杂志，2003，24（16）：70
[64] 李忠爱，张传芳，闻丛，等．小青龙汤治疗顽固性咳喘2则．中医药学报，1995，（2）：34
[65] 管荣朝．经方治疗急症临床点滴．江西中医，2003（2）：46
[66] 郑珠玉．小青龙汤加减治疗寒饮伏肺咳嗽89例．海峡药学，1996，8（2）：53
[67] 程云柱，程云华．小青龙汤为主治疗反复性咳嗽200例．中国民间疗法，

2003，11（8）：48
[68] 范广生．小青龙汤加味治风寒咳嗽60例．河南中医，1999，19（2）：16
[69] 景录先．风寒外感干咳少痰者也可用小青龙汤．北京中医药大学学报，1996，19（6）：61
[70] 陈四清，周宁．小青龙汤治疗肺寒久咳．江苏中医药，2004，25（4）：36
[71] 戴玉．朱紫来治寒饮咳喘的经验．江西中医药，1995，26（1）：6
[72] 范广生．小青龙汤加味治风寒咳嗽60例．河南中医，1999，19（2）：16
[73] 杜金喜，徐秀莲，张喜报．活用经方验案4则．国医论坛，1997，12（5）：15
[74] 吴克强．小青龙汤加味治疗感冒后久咳38例探析．四川生理科学杂志，2005，27（2）：77
[75] 张家礼整理．王文鼎医话录，成都中医学院学报，1995，18（1）：22
[76] 庄千友．辨证论治肺胀病238例．陕西中医，1998，19（9）：401
[77] 李红霞，陈宏民．扶正化瘀汤治疗肺胀30例报告．中原医刊，1999，26（3）：9
[78] 冯玉然．小青龙汤治疗肺胀例析．河南中医，1999，19（3）：10
[79] 雷平．小青龙汤去麻黄加杏仁治喘30例疗效观察．四川中医，1996，14（12）：35
[80] 张建苏．中西医结合治疗尘肺25例分析．新疆中医药，1997，15（4）：21
[81] 贾太谊，贾磊．经方加味辨证治疗心衰验案3则．国医论坛，1997，12（3）：11
[82] 何兴廷，等．小青龙汤临床应用小议．现代中西医结合杂志，2004，13（5）：635
[83] 梁健春，刘成柱．小青龙汤加味治疗结核性、渗出性胸膜炎．广西中医药，1992，15（5）：13
[84] 孙钢．中西医结合治疗性恶性胸腔积液22例．河南中医，1985（6）：41
[85] 熊曼琪，彭万年．小青龙临证治验．新中医，1989，（4）：18
[86] 张雨雷．小青龙汤新用举隅．中国中医急症，2002，11（3）：230
[87] 姚祖培，陈建新．小青龙汤治疗病态窦房结综合征24例．江苏中医，2000，21（7）：14
[88] 陈玉珍，等．小青龙汤加味治疗病窦综合征34例．山东中医杂志，1995，（5）：211
[89] 叶德宝．小青龙汤的临床运用．福建中医药，2000，31（2）：55
[90] 张育清．小青龙汤新用二则．新中医，1987，（11）：48

[91] 谢慧明．泄泻从肺论治举隅．江西中医药，1992，6（2）：52
[92] 彭世桥．小青龙汤新用．新中医，2001，33（4）：69
[93] 张岐山．小青龙汤治胃病探析．山东中医杂志，1999，18（9）：404
[94] 周仲瑛．经方的变通应用．南京中医药大学学报，2005，21（4）：205
[95] 胡炳文．小青龙汤临床应用．国医论坛，1986（4）：16
[96] 王新昌．小青龙汤验察一则．河南中医，1981（5）：45
[97] 陈子明．应用经方临床举隅．湖北中医杂志，1995，17（1）：45
[98] 张关生．小青龙汤新用．实用中医内科杂志，2000，14（1）：39
[99] 盛维民，白永贵，等．小青龙汤在结肠过敏中的应用．中医药学报，1995，（2）：23
[100] 谭庆刚．中医十大名方－小青龙汤．中国中医药出版社，1998，120
[101] 魏玮．小青龙汤加味治疗腹泻型肠易激综合征43例．山西中医，2003，19（6）：13
[102] 方爱国，小青龙汤新用，江西中医药，2004，（1）：47
[103] 杨淑芳．小青龙汤的临床应用．中医研究，2002，15（3）：62
[104] 高福寿．小青龙汤经验偶拾．四川中医，1988，（2）：10
[105] 陈映标．小青龙汤加味治疗泌尿系感染8例．北京中医，1994，（3）：27
[106] 麻春杰，宋莉华，张良．小青龙汤治验2则．内蒙古中医药，1998，（增刊）：90
[107] 胡益利．小青龙汤治痹证体会．江西中医学院学报，2000，12（3）：28
[108] 黄景．小青龙汤治疗寒湿痹证的体会．四川中医，1986，（2）：45
[109] 张浩．小青龙汤加味治疗全身多关节肿痛9例．中国民间疗法，2004，12（3）：48
[110] 张安蒙．从师临证验案2则．上海针灸杂志，1997，16（5）：1
[111] 乜从正．小青龙汤浅释与临床应用举隅．安徽中医临床杂志，2003，15（4）：330
[112] 兰少敏．小青龙汤治疗寒湿头疼．四川中医，1985，（1）：23
[113] 钟朝华．中医药治疗发热2例报告．医学文选，1999，18（2）：294
[114] 张德贵，游瑞珍，闫桂芳．小青龙汤杂病治验四则．光明中医，2002，17（3）：58
[115] 胡益利．小青龙汤加减治验3则．江西中医药，2000，31（5）：16
[116] 汪家健．小青龙汤加减治疗脑梗塞后流涎症的体会．浙江中医学院学报，2001，25（2）：26
[117] 彭世桥．小青龙汤新用．新中医，2001，33（4）：69

[118] 王建平．遗尿肺治四法．皖南医学院学报，1996，15（4）：372
[119] 龚方奎．小青龙汤治疗老年遗尿．四川中医，1983，（4）：41
[120] 李萌．遗尿治验．实用中医内科杂志，1995，9（2）：17
[121] 方宇明．顽固性“背痛”治验1例．江西中医药，1995，（增刊）：76
[122] 朱志义．小青龙汤治溢饮2则．江西中医药，1998，29（6）：24
[123] 王振萍．小青龙汤临证应用体会．山西中医，2003，19（6）：61

第二章 外科病证

一、自发性气胸

自发性气胸是临床最常见的气胸类型，是因肺部疾病使肺组织和脏层的胸膜破裂，或者靠近肺表面的肺大泡、细小气肿泡自行破裂，肺和支气管内空气逸入胸膜腔而引起的一系列临床症状，多见于男性青壮年或患有慢性支气管炎、肺气肿、肺结核者。本病属肺科急症之一，严重者可危及生命，及时处理可治愈。以继发于慢性阻塞性肺气肿和肺结核最为常见，其次是特发性气胸。临床表现：突然发生胸痛，典型症状为患侧胸痛、锐痛，可放射至肩部、背部、腋侧，咳嗽或深吸气时疼痛加重，呼吸困难，刺激性干咳，胸闷，严重者烦躁不安、大汗、紫绀，呼吸加快，脉搏细速，甚至休克。气管向健侧移位，患侧胸部饱满，呼吸运动减弱或消失，叩诊呈鼓音，语颤及呼吸音减弱。

本病属中医学“喘证”范畴，因外伤、剧咳、久咳，或因外感六淫之邪犯肺，肺失宣降，累及肺、脾、肾三脏，痰和瘀血阻碍气机升降，出纳失常，故本病多为虚实夹杂之候。单用西医疗法，虽见效快，但疗效不稳定，且

易复发，甚或出现胸膜黏连等并发症。单用中医药疗法，虽能治其本，但因用药不及时，见效较慢，病情不允许。根据“急则治其标，缓则治其本”的原则，先采用西医对症处理及相应的抢救措施，使其症状改善，随即应用中医药疗法。

【病案举例】

张某，男，29岁，1989年7月8日初诊。7月5日开山炸石，日暮而归，因天气炎热，汗流浃背，而贪凉饮冷，继用冷水冲身，浴毕，周身皮肤粟起，翌日晨起，自觉左侧胸部疼痛，有压迫感，并伴咳嗽，气憋，呼吸困难，恶寒无汗，周身疼痛，遂到医院就诊，诊断为“自发性气胸”。入院给予穿刺抽气术后，症状能缓解，约5h后，胸闷、呼吸困难等症状复如故，夜间不能平卧，因拒绝第三次穿刺而主动出院求诊中医。诊见：神清、体形瘦长，精神萎靡，表情痛苦，呻吟不已，咳嗽、胸痛、胸闷、呼吸困难，难以平卧，恶寒无汗，周身疼痛，体温38℃，左侧胸部膨隆，呼吸活动减弱，叩诊呈鼓音。听诊：左侧呼吸音消失，心浊音界消失。舌苔白滑，脉浮紧。胸透：左侧胸部透明度增强，肺纹理消失，气管向右偏移，左肺压缩50%。证属寒湿束表，玄府闭塞，肺气不宣，治宜解表宣肺，方选麻黄汤加味：麻黄12g，桂枝12g，杏仁10g，炙甘草10g，连翘15g，枳壳10g，水煎取汁500ml，分2次温服，服1剂后得汗出，热退，恶寒身痛减轻，咳嗽胸痛锐减，呼吸大为舒畅。胸透：左肺压缩至20%，舌苔仍白而水滑，脉浮，证属表邪未尽、寒饮阻肺，改用小青龙汤化饮解表，冀其外寒内饮，由表而散。处方：麻黄10g，桂枝12g，干姜10g，细辛3g，五味子10g，白芍10g，炙甘草10g，半夏10g，又服1剂，胸闷消失，呼吸舒畅，无咳嗽、胸痛，双肺呼吸音正常。胸透：心膈双肺正常。舌苔薄白，脉浮，继用上方1剂而愈。

按：小青龙汤原方出自《伤寒论》，主治“伤寒表不解，心下有水气，干呕发热而咳，或小便小利，小腹胀满或喘者”。《金匮要略》中，用它来治疗“溢饮”、“支饮”、“咳逆喘急不得卧”。本例患者，虽无胸水，但根据发热恶寒，身痛，咳喘倚急不得卧，舌苔水滑为依据进行辨证。祖国医学理论认为：“肺主皮毛”，主“宣发”、“肃降”、“外合皮毛”，本例患者于盛夏大汗，毛窍疏松之际，以冷水淋

浴，致使寒水之邪侵袭，玄府骤闭，加之贪凉饮冷，内外合邪，而成寒湿束表，水饮内蕴之证，西医诊断为“自发性气胸”。中医学虽无此病名，但根据发病过程，按照中医理论进行辨证分析：邪从皮毛而入，导致肺气闭塞，而诸症丛生，其治疗始终以解表宣肺为主，首诊以麻黄汤宣肺，表稍解，二诊继以化饮解表之小青龙汤内外合治而收功。[1]

二、狐疝

凡腹腔内容物，行立则外出少腹滑入阴囊，卧则复入少腹，如狐之出入无定者，称为狐疝。相当于西医的腹股沟斜疝。可见于任何年龄，但以5岁以下小儿及20岁以上男性多见。可因寒湿邪气侵袭厥阴肝经，以致寒凝湿滞，气因寒聚而发本病；或情志抑郁，或暴怒号哭，气机失于疏泄，气滞不通，筋脉不利而成；或因强力举重，远行辛苦，以致气虚下陷，窜于少腹而成；或小儿先天不足，妇女生育过多，老年肝肾虚弱，筋脉松弛，失于固摄；或因脾胃虚弱，中气下陷，升提失职而发。其特点为阴囊一侧有肿物突出，卧则肿物消失，站立、行走或咳嗽等腹压增加时，则肿物出少腹而下坠阴囊，并时有胀痛。并可伴有恶心呕吐，少腹剧痛，大便不通，肢冷汗出，脉沉迟等症。

【病案举例】

患儿冯某，男，2岁，1992年11月就诊。患儿素体虚弱，易于感寒，常患咳嗽，更在咳嗽或哭闹时引发疝气，前医尝投补中益气汤、暖肝煎等均乏效或收效不著。本次疝气亦因外感咳嗽引起，表现咳嗽，流清涕，恶寒，更有阴囊肿大及下坠，哭闹不安，并随哭闹及咳嗽而加重，当安静及睡眠时疝可复回。查体：体温37.2℃，营养发育较差，精神不振，毛发稀疏而发黄，面色黄中带青，鼻流清涕，咽不红，舌质淡，苔薄白，两肺呼吸音粗，心脏听诊未见异常，腹股沟区可见一肿物，由腹股沟向阴囊突出，表面光滑，叩诊鼓音，听诊有肠音。可向上托回，卧位时可进入腹腔。西医诊断：腹股沟斜疝；中医诊断：狐疝。辨证：痰饮内伏，风寒外束，寒凝肝脉。治则：温化痰饮，解表散寒，暖肝扶阳。处方：小青龙汤加暖肝散寒之品。炙

麻黄4g，白芍4g，干姜4g，细辛2g，五味子4g，炙甘草4g，半夏5g，桂枝3g，当归5g，炒小茴香9g，乌药4g，茯苓6g，水煎服，每日1剂，连服2剂。复诊：疝已复回，未再出现，咳嗽，流清涕，恶寒等表证亦大减，舌质始泛红，苔薄白。治在上方基础上减麻黄量至3g，加白术与茯苓相伍以健脾化饮（湿），以制生痰之源；加肉桂以温命门之火而助阳。继服3剂以巩固。1年后随访疝未再复发，且免疫力增强，感冒咳嗽次数明显减少，偶有咳嗽时疝亦不发。

按：本证患儿素患感冒、咳嗽，并常引发疝，说明其脾肺之气素虚，水谷精微运化输布障碍，而痰饮停留。在此基础上感受风寒，风寒引动伏饮则咳嗽，咳嗽则更伤肺脾之气，升提乏力，而致疝气下降。另一方面，素体脾虚则寒湿内盛，当外感寒邪时则凝滞肝脉，足厥阴肝脉循行受阻，而足厥阴肝经抵少腹，绕阴器，故有少腹、阴囊冷痛，疝气发生。所以，其病因病理是在脾肺气虚、肝寒基础上出现的痰饮、风寒、凝滞肝脉。其证为疝与咳嗽等外感症状同在，其病位在肺与肝，其治宜以“急则治其标”为主，即以解表化饮为主，辅以暖肝温阳散寒之法，方用小青龙汤加当归、小茴香、乌药、茯苓等。当风寒去，饮邪渐化后再加健脾温阳之白术、肉桂等，以治其本，可使寒饮化，阳气升，肝寒散，肝脉通，故疝可复。结合现代医学之病理，用小青龙汤温化痰饮、温阳散寒法治疗后，使疝复、嗽止、阳气升，取得近期痊愈，因此而赢得一段时间自我修复，使腹膜鞘状突闭锁，不再形成疝囊，即使以后咳嗽再发，疝亦不发，从而获得远期痊愈。[2]

三、胸胁内伤

胸胁内伤，又称胸胁迸伤或岔气，属于内伤范畴，是指气血、脏腑、经络受伤所致。其临床表现以胸部闷胀作痛，痛无定处，疼痛面积较大，尤其是在呼吸、咳嗽以及转侧活动时，因牵制胸部而痛或窜痛，并有呼吸急促，烦闷不安，胸背部牵引作痛。一般外无红肿、压痛等客观体征。发病原因多为举重、推车、跳跃、攀高、挑抬或搬运重物时，用力过度或不当或突然进气受伤，使气聚结于胸内，不得消散，而出现疼痛、胀满，严重时可使气血同时受伤或络脉破裂而咯

血，或血留胁下，或积于胸内，若日久失治或治疗不当，常可造成痨怯之症。

【病案举例】

李某，女，54岁，1997年6月7日初诊。右胸部外伤后疼痛1个月，伴背冷咳痰1周。患者1个月前右胸部被撞伤，疼痛胀闷，活动受限。曾在他院就诊，摄片未见肋骨骨折，予中药行气活血、祛瘀止痛药15剂，云南白药、跌打丸内服，麝香止痛膏、镇江膏外敷，未效。近1周来又出现咳嗽，痰白质稀，口黏，背部发冷，苔白滑，舌边有齿印，脉滑。检查：右侧第5、6、7肋锁骨中线处压痛（+），挤压征（-）；X片未见肋骨骨折。予小青龙汤温化水饮，宣肺化痰。方药：炙麻黄10g，白芍10g，干姜10g，五味子3g，甘草3g，桂枝10g，半夏10g，细辛3g，3剂煎服。复诊诉服药后胸部胀痛明显减轻，尤其是背部发冷明显好转，续服3剂渐愈。

按：胸胁内伤是外力引起的胸胁内部气血、经络和脏腑的损伤，主症固定，兼症各异，其治疗也因人而异。“跌仆闪挫，卒然身受，由外及内，气血俱伤病也”（《杂病源流犀烛》）。胸胁内伤，大多从气血论治，是其常用治法，也多能取得良好疗效。然“肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不贯，脏腑由之不和”（《正体类要》）。脏腑功能失调，则症状变化各异，应当辨证论治，而不能拘泥于常法。肺居胸廓，外力由表及里，肺脏首当其冲，肺为娇脏，不耐震击，容易损伤，脏腑功能失调，则百病丛生，气机紊乱，肺失清肃，津失输布，聚而为痰，痰浊内生，停聚于肺，又影响气机运行，痰既为病理产物，又为致病因素。小青龙汤温化寒饮，宣肺化痰，方中生麻黄改为炙麻黄，不取发汗，意在宣肺，痰饮得化，气机畅达，而诸症消失。[3]

四、蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血是出血性脑血管病的一个类型，分原发性和继发性两种。原发性蛛网膜下腔出血是由于脑表面和脑底的血管破裂出血，血液直接流入蛛网膜下腔所致。继发性蛛网膜下腔出血是因脑实质出血，血液穿破脑组织进入到蛛网膜下腔或脑室引起。引起蛛网膜

下腔出血的最常见原因是先天性颅内动脉瘤和血管畸形。本病起病急骤，病前常无先兆，部分患者为活动状态下发病。头痛、呕吐和颈项强直是蛛网膜下腔出血三大主症。部分患者还可出现烦躁不安、谵妄、幻觉等精神症状，或伴有抽搐及昏迷等。各年龄均可发病，以青壮年多见。

【病案举例】

刘某，男，55岁，1994年5月2日就诊。自述上午田间干活时，因用力过度，头部突然持续性剧烈疼痛，左侧较重，伴有呕吐，开始吐为食物，后为涎沫。神志清楚，四肢无活动障碍，顶部强硬，克尼格征阳性，左侧巴彬斯基征阳性。脑脊液见有大量新鲜红细胞。舌质淡，脉沉弦，诊断为蛛网膜下腔出血，证属水饮内盛，瘀血郁阻，给予温化水饮，活血逐瘀治疗。处方：细辛12g，干姜12g，桂枝10g，半夏10g，赤芍20g，丹参20g，䗪虫10g，茯苓30g，泽泻20g，生白术20g，柴胡10g，大黄10g，水煎即服。服后不久药全部吐出，考虑颅内高压所致，用20%的甘露醇250ml，静脉滴注，半小时滴完，再服以上中药，每天2次。二诊：头痛减轻，大便稀薄，每天3次，腹部冷痛，舌质淡，苔白，上方改大黄6g，桂枝20g，20%甘露醇，每天1次，中药仍每天2次。三诊：头部仍有胀痛，无呕吐、烦躁、睡眠不佳，上方加生龙骨30g，生牡蛎30g，停用甘露醇，中药改每天1剂，分2次服用。守方服用30余剂，临床治愈。

按：患者因强力而致瘀血，瘀血内阻，气化失常，水饮停留在脑。用细辛、干姜、桂枝、半夏温化水饮；泽泻、白术、茯苓利水；丹参、䗪虫、赤芍、大黄活血祛瘀；柴胡载药上行，以行气血。服药后，因阴气盛，药不胜病，服后即吐，药不能发挥疗效，暂借西药之势，发挥药效后，逐渐停药，以中药为主，疗效颇佳。[4]

五、创伤性胸腔积液

正常人胸腔内有3～15ml液体，在呼吸运动时起润滑作用，但胸膜腔中的积液量并非固定不变。即使是正常人，每24h亦有500～1000ml的液体形成与吸收。胸膜腔内液体自毛细血管的静脉端再吸收，其余的液体由淋巴系统回收至血液，滤过与吸收处于动态平衡。

若由于全身或局部病变破坏了此种动态平衡，致使胸膜腔内液体形成过快或吸收过缓，临床产生胸腔积液（简称胸液）。胸腔积液量0.3~0.5L时，X线仅见肋膈角变钝；更多的积液显示有向外侧、向上的弧形上缘的积液影。平卧时积液散开，使整个肺野透亮度降低。液气胸时积液有液平面。大量积液时整个患侧阴暗，纵隔推向健侧。积液时常边缘光滑饱满，局限于叶间或肺与膈之间，超声检查有助诊断。B超可探查胸液掩盖的肿块，协助胸腔穿刺的定位。CT检查能根据胸液的密度不同提示判断为渗出液、血液或脓液，尚可显示纵隔、气管旁淋巴结、肺内肿块以及胸膜间皮瘤及胸内转移性肿瘤。CT检查胸膜病变有较高的敏感性与密度分辨率。较易检出X线平片上难以显示的少量积液。小青龙汤对胸腔积液有明显疗效。

【临床应用】

王氏等采用小青龙汤加减治疗胸腔积液36例，收到较好的疗效。其中伤势较重的24例，经X线胸片检查合并有肋骨、锁骨或胸椎骨折等病变。治疗方法：均给予小青龙汤加减，基本方药：麻黄9g，桂枝12g，干姜15g，细辛4.5g，半夏12g，五味子10g，白芍12g，葶苈子12g（另包），莱菔子12g（另包），苏子12g（另包），甘草6g，每日1剂，水煎服。结果：痊愈（经治疗临床症状、体征消失，X线透视胸部液平面消失，实验室检查恢复正常）34例，占94.5%；有效（临床症状、体征及实验室检查基本恢复正常，反复发作，仍有少量胸腔积液）2例，占5.5%。

【病案举例】

患者，男，29岁。高楼跌下致双锁骨骨折，多根肋骨骨折，第6、7胸椎压缩性骨折。某医院治疗1个月后转我院诊治。经双锁骨切复固定术伤口愈合，胸痛、胸闷、喘咳无缓解。X线胸部片示：双侧肋膈角变化，液平面达第6、7肋平面。给予抽取胸腔积液约1000ml。同时，应用小青龙汤加味治疗半月。经胸透积液明显减少。继续应用7剂，X线检查胸腔积液消失。嘱再服5剂巩固疗效。随访半年未见复发。[5]

按：小青龙汤是治疗外寒内饮的代表方剂，患者采用抽吸积液合小青龙汤内服的方式治疗本病，药证合拍，疗效显著。

参考文献

[1] 曾晓芳．小青龙汤治疗自发性气胸．湖北中医学院学报，2004，6（4）：78
[2] 张德贵，游瑞珍，闫桂芳．小青龙汤杂病治验四则．光明中医，2002，17（3）：58
[3] 张鹏程．经方治疗胸胁内伤两则．河南中医，2001，21（1）：45
[4] 张关生．小青龙汤新用．实用中医内科杂志，2000，14（1）：39
[5] 王顺勇，冯锋，刘忠义．小青龙汤治疗创伤性胸腔积液36例．中医研究，1997，10（2）：44

第三章 骨科病证

腰腿痛

腰腿痛为坐骨神经痛的一种临床表现，是一组证候群，可由多种原因引起。腰痛为多发病，常与腿痛同时存在，在体力劳动者中发生率较高，如搬运工、井下矿工、木工和汽车司机等。在部队，腰腿痛也是指战员最易患的病症之一，工程兵、坦克兵和步兵等兵种发生率尤高。值得注意的是，从事机关工作、长期伏案工作的人员中，腰腿痛也是常见病。本病属于中医学“痹证”范畴。

【临床应用】

梁氏[1]从“饮”论治证属外寒内饮型腰腿痛5例，均于冬季发病，病程1～5年。皆合并有其他痰饮病史，其中咳喘史4例，浮肿病史1例。治疗：5例皆为内饮外寒之证。故予小青龙汤加附子为基本方，随症加减治疗。腰痛明显者加杜仲、狗脊、牛膝；肾阳虚者加鹿角（或鹿角霜）、鹿衔草、巴戟天；寒邪甚者加制川乌、制草乌、胡芦巴；夹瘀血者加丹参、鸡血藤、全当归；夹风邪者加羌活、防风、露蜂房。每日1剂。服药15～35剂，平均23剂。治疗结果：5例中，临床治愈（坐

骨神经痛及其他并发症、兼症均消失，随访1年坐骨神经痛未复发）2例，显效（坐骨神经痛及其并发症、兼症均消失，但1年内坐骨神经痛仍有复发）3例。

参考文献

[1] 梁冠华，管济生．从“饮”论治腰腿痛．苏州医学院学报，1997，17（4）：664

第四章

妇科病证

一、闭经

闭经是妇科疾病中常见的症状，通常按闭经出现的时间分为原发性和继发性两类。凡年逾18周岁而月经尚未来潮者，称为原发性闭经；而在月经周期建立以后，非生理性停经达到或超过3个月者，称为继发性闭经。但青春期前、妊娠期、哺乳期、绝经期后无月经属于正常生理现象。主要表现为无月经，伴有下腹胀痛、腰酸腰困等。闭经的病因十分复杂，它不仅涉及下丘脑－垂体－卵巢轴，而且有时有内分泌器官的器质性病变。中医学中亦称“女子不月”、“月事不来”、“血枯”等，临证分为肝肾不足、气血虚弱、阴虚血燥、气滞血瘀、痰湿阻滞五型。闭经是月经病中最复杂的疑难病症。

【病案举例】

戴某，女，30岁，农民。卧床2日，恶寒，发热，无汗。1年来常吐痰涎，咳引胸痛，且闭经1年。诊得肌肤灼热，脉紧而滑。拟解表散寒、温肺化饮为大法，投以小青龙汤。处方：麻黄、桂枝、半夏、干姜、白芍、五味子各10g，细辛4.5g，甘草5g，1剂，水

煎服。当日服药后，即汗出热退喘平，思食，服稀粥2次，当晚并见月经来潮，诸痛若失。

按：本例闭经患者，有痰饮病史及脉症。初感寒邪不化，聚湿为痰为饮；痰饮之邪阻塞冲任，胞络闭塞而致月事不行。小青龙汤辛开通闭，温化痰饮，故饮去表解之时，1年闭经亦随之而愈。[1]

二、乳肿

乳肿指乳房部之肿胀或生块状肿物。《诸病源候论》卷四十："足阳明之经，胃之脉也。其直者，从缺盆下于乳。因劳动则腠理虚，受风邪，入于荣卫，荣卫不知，血气不流，热结于乳，故令乳肿。其结肿不散，则成痈。"或谓"热食汗出，露乳伤风，喜发乳肿"。乳肿是乳痈的始发证候。治宜疏肝风清胃热，活血消肿。速下乳汁，导其壅塞，是消肿预防成痈的重要方法。

【病案举例】

郑某，女，36岁，1984年5月24日诊。两乳忽肿忽消，时软时硬，消时乳核发软，局部皮色不变，扪之不凉不热，每值午后，即胸闷发紧，两乳硬肿，待清晨肿消。伴食欲减少，胁下胀满。舌淡苔润，脉弦紧。思患者过劳伤气，腠理不密，复感风寒，入于营卫。气滞寒凝，经络瘀阻而成乳肿。拟解表温里，开郁散结，通经活络之法。用小青龙汤原方加柴胡10g，青皮10g，牡蛎25g，王不留行15g，改汤为散，共研细面，每服10g，早晚服之，白水送下。共服散剂600g，其病痊愈。[2]

三、产科合并症

妇女的妊娠和产育，包括了受孕、妊娠、临产、新产及哺乳等生理活动。受孕之后，阴血聚于冲任以养胎，致使孕妇机体处于阴血偏虚，阳气偏亢的生理状态；随着婴儿渐长，往往影响气机之升降。若素体脏腑气血的偏盛偏衰（如体质因素影响），或孕后复感邪气，则可损伤脏腑、气血、冲任而导致一些产科并发症的产生，如产后血晕、疟疾、痉症、咳嗽、虚劳、痢疾、泄泻、发热等。有些属于危重急症，临症时必须详察，及时明确诊断，以免贻误病情。

【病案举例】

丛某，女，27岁，售货员，1986年10月4日初诊。孕26周，咳喘3个月，加重10余日。患者自幼患支气管炎，至今已有20余年病史，偶遇寒冷、疲劳、食物过咸后诱发，每年发作数次，无明显季节性。此次怀孕后无诱因咳喘发作，近3个月来一直自服氨茶碱，隔日1片，并每日吸氧数次，近10天来咳喘加剧，喉中痰鸣，胸膈憋闷如窒，早晚后背发凉，痰多，色白质黏，夜间痰少，寐中多梦，纳食一般，大便调。舌质淡暗，苔白满而厚，脉象弦滑数。检查：肺部听诊双肺可闻及干性罗音，血压12/8kPa，心率112次/分。宫底脐平，胎心140次/分，胸透肺气肿表现。西医诊断：孕中期合并哮喘型慢性支气管炎及肺气肿，中医辨证：寒饮内伏，肺气不宣。诊断为妊娠合并冷哮、肺胀。治法：温化寒饮，宣肺平喘。处方小青龙汤加味：干姜6g，桂枝10g，麻黄10g，白芍10g，炙甘草10g，细辛3g，半夏10g，地龙25g，杏仁10g，五味子10g，磁石30g（先煎）。服药5剂后自觉症状明显好转，喘止咳轻，痰少。可不用氨茶碱及吸氧。但昨天受凉后，咳喘又作，夜间憋醒，咽痛，口干渴思饮，后背畏寒，舌质暗红，舌苔白满中厚，脉弦滑数，前方减去杏仁、磁石，加用麦冬10g，沙参15g。经前方为主加减治疗，前后共进30余剂，至12月20日又来复诊时告曰：药后喘止，近3周以来未再用氨茶碱及吸氧，舌质淡暗，苔薄白，脉弦滑。1987年1月11日顺利分娩一女婴，追访1年余咳喘未发作。

按：孕妇血聚于下，营养胎儿，以致阴液亏乏。肺津不足则肺失濡润而致燥咳，或感外邪，肺系不利而引咳。本例患者为寒饮久伏，脾阳不足，肺失清肃之体。孕后脾、肺负担日渐加重，气机升降益为失畅，故自孕后旧病复发，咳喘不已。小青龙汤为治疗寒饮伏肺所致咳嗽哮喘之良方，其中干姜、细辛、半夏温中化饮，散寒降逆；芍药、五味子和营敛阴，以防辛散太过伤及肺气；麻黄、桂枝宣散寒气，使无形之寒邪从肌表出，有形之饮邪从脏腑去；加之杏仁、地龙平喘解痉；磁石沉重而纳气入肾，尽管方中不乏辛燥之孕妇禁服之品，仍能获效，效如桴鼓。[3]

参考文献

[1] 罗国良．小青龙汤治闭经一则．新中医，1987，(12)：17
[2] 胡炳文．小青龙汤的临床应用．国医论坛，1986，(4)：17
[3] 李玛建．产科合并症治验．北京中医，1995，(4)：63

第五章 儿科病证

一、婴幼儿哮喘

哮喘病在我国非常常见，近年来有增加趋势，起病逐渐趋向幼小年龄，据有关统计，50%儿童哮喘在3岁前发病。其发病机制十分复杂，主要由于毛细支气管的平滑肌痉挛、支气管内黏膜水肿和过多黏液分泌而引起气管管腔狭窄，气道阻力增加。中医学认为，小儿脏腑娇嫩，形气未充，卫气不固，易感外邪。哮喘多为痰饮内伏，遇气候骤变，寒温失调，过食生冷或接触过敏物质等触动伏痰，阻塞气道所致。分为风寒哮喘及风热哮喘。风寒哮喘表现为咳嗽频繁发作，有痰鸣，恶寒发热，鼻塞或流清鼻涕，无汗，舌苔薄白；风热哮喘表现为发热咳嗽，咽红口渴，汗出不畅，脉数，舌苔薄黄，舌边尖红。小青龙汤具有温肺化饮、解表散寒、止咳平喘之功效。用于治疗本病，与病因“外有非时之感，内有痰气壅塞”及基本病机“痰气搏结，肺失宣降”是相符合的。

【临床应用】

陈氏[1]等对于咳嗽气促，喉间痰鸣，鼻塞声重，寒热无汗，痰质清稀，口不渴，二便

自调，舌苔白，脉浮紧的9例寒性哮喘患儿予小青龙汤加减治疗。结果：显效6例，有效1例，无效2例，有效率77.8%。

王氏[2]等用小青龙汤治疗48例发作期小儿寒性哮喘。治疗组基本方为小青龙汤，痰较稠者加白芥子、莱菔子、苏子；发热伴烦躁者加生石膏；咳甚者加紫菀、款冬花；无恶寒发热而咳喘仍甚者改为炙麻黄，加杏仁；兼小便短少者，桂枝改为肉桂；年龄小于6岁者酌情增减。对照组用抗生素、激素、氨茶碱，病毒感染者用病毒唑等常规治疗。结果：治疗组（28例）治愈16例，显效9例，有效2例，无效1例，总有效率96%。对照组（20例）治愈5例，显效8例，有效5例，无效2例，总有效率90%。两组总有效率无显著差异，但治疗组治愈例数明显高于对照组；两组治疗前后主要症状、体征均有显著改善，但治疗组的下降幅度大于对照组。

谢氏[3]等将119例儿童哮喘急性发作期患者随机分为2组，2组均予常规的改善通气、解痉平喘、抗炎等治疗。治疗组在常规治疗基础上，加用小青龙汤加减内服。配合中药（地龙、甘草、白芥子）贴敷肺俞穴治疗。结果：治疗组治愈率为44.71%；对照组为26.47%，组间比较，差异显著（$P<0.05$）。结论：本方法可显著改善哮喘症状消除肺部罗音。

张氏[4]等治疗小儿支气管哮喘急性发作期患者33例，治愈21例，好转10例，无效2例，治愈率63.6%，总有效率93.9%。以小青龙汤为基本方：炙麻黄3~6g，桂枝3~6g，白芍6~9g，半夏6~9g，干姜3~6g，五味子6g，细辛0.5~1g，生甘草3~6g。加减：若痰黄兼热象者，加生石膏、芦根、鱼腥草清热；若寒饮甚者，加重炙麻黄、干姜用量；体虚纳少便溏者加黄芪、山药；胸闷喘甚加厚朴；痰多者加瓜蒌、浙贝母。用法：每日1剂，水煎2次，早晚各服1次，7天为1个疗程，连续治疗2个疗程判断疗效。配合抗生素、氨茶碱静脉点滴等西医基础治疗。

王氏[5]治疗本病35例，男22例，女13例；年龄最小的为2个月，最大的为3岁；轻症26例，重症9例。治疗方法：一般治疗用青霉素钠、头孢唑林、氨茶碱等药，另加中药小青龙汤加减治疗。方剂组成为：炙麻黄4g，桔梗4g，干姜1g，五味子2g，白芍6g，半夏

2g，细辛0.5g，甘草4g。用法：用水煎至50～100ml，每日服1剂，分4～6次服完。结果：显效19例，占54.3%；有效14例，占40.0%；总有效33例，占94.3%；无效2例，占5.7%。

刘氏[6]应用小青龙汤治疗典型的小儿支气管哮喘101例，因寒冷而致者91例，诱因不明者10例。101例病儿均有两次以上发作史；家族中三代之内有哮喘、过敏性鼻炎、湿疹等疾病者31例；对青霉素过敏反应试验阳性者47例；全部病例各有中药、西药等治疗史。有肺纹理增强者57例。血常规检查：21例白细胞偏高，9例嗜酸性细胞增多，余均正常。治疗结果：近期治愈71例（70%），显效17例（16.8%），有效8例（8.2%），无效5例（5%），总有效率为95%。在治疗过程中，哮喘缓解最快者于服药后2.5h，平均不足1天。

刘氏[7]等分别用小青龙汤、定喘汤配方颗粒治疗小儿哮喘急性发作。治疗组48例分为寒哮、热哮；寒哮用小青龙汤加味治疗，热哮用定喘汤加减治疗，并同时配合吸氧。对照组予西药常规治疗。结果治疗组总有效率85.4%，对照组总有效率81.3%。表明小青龙汤、定喘汤对哮喘急性发作有效，而且表明，中药配方颗粒疗效肯定。

屈氏[8]用热敷背俞区治疗小儿哮喘。麻黄、桂枝、干姜、半夏、五味子、甘草各6g，芍药9g，细辛3g。水煎煮15min，滤出药液存留备用，将药渣趁热用薄布包裹成长方形，敷于患儿肺至脾俞穴区，再用绷带或布条稍加固定，1次/天，1次/6～8h，1剂药可反复使用3～4次。30例中经3次敷药治愈12例，5次敷药治愈5例，慢性支气管炎敷药5天后咳嗽明显减轻。

潘氏[9]等治疗婴幼儿哮喘42例，除氨茶碱、扑尔敏、青霉素、舒喘灵等对症治疗外，寒喘给予小青龙汤和三子养亲汤加减；热喘给予麻杏石甘汤加减。显效36例（85.7%），好转5例（11.9%），无效1例（2.4%），总有效率97.6%。

张氏[10]等观察164例支气管哮喘患儿治疗前后外周血白细胞、嗜酸性细胞、胸片和体征的变化，探讨内服中药汤剂合哮喘膏穴位贴敷治疗小儿支气管哮喘的作用机制及治疗效果。方法：全部病例均采用中药汤剂（寒喘以小青龙汤为基本方）合哮喘膏穴位贴敷，以三

伏天每伏各贴敷1次，3天为1疗程。按2:1与单纯中药汤剂对照组82例进行单盲随机对照观察。结果：治疗组临床治愈31例，占18.90%，显效74例，占45.12%，有效45例，占27.43%，无效14例，占8.54%，总有效率91.46%，明显优于对照组80.49%，经统计学处理，两组总有效率比较差异非常显著（$X^2 = 7.895$，$P < 0.01$）。结论：内服中药汤剂合哮喘膏穴位贴敷具有宣泄郁热、化痰止咳、降气平喘、降低机体过敏状态、增强非特异性免疫功能的作用。

日本学者[11]对本病研究较多，对小青龙汤治疗本病的机制作了一定程度的研究。冢本佑壮研究表明，小青龙汤在支气管哮喘各个发病环节上发挥着不同的作用。方中甘草具有抗炎、抗过敏的作用，麻黄、桂枝可阻止抗原抗体的结合，细辛、干姜有抗组织胺及乙酰胆碱的作用，麻黄有抗5－羟色胺的作用；麻黄、桂枝、半夏具有支气管扩张剂的效果；甘草、干姜还有促进黏膜排泄功能；芍药、五味子、细辛可作为祛痰剂。

森岛昭[12]报道小青龙汤对小儿支气管哮喘患者偏寒型疗效甚佳。用于治疗31例肺寒型小儿支气管哮喘患者。将小青龙汤原方精炼成浸膏颗粒。药取半夏6g，甘草、细辛、生姜、麻黄、桂枝、芍药各3g。每粒2g，成人每次5g，2岁以下者服1/4成人量，2～4岁者服1/3成人量，4～7岁者服1/2成人量，7～15岁者服2/3成人量。1日量分2次服。疗效标准：①显效：发作完全消失。②有效：大发作，中发作变为小发作，每月发作次数减少一半以上。③稍有效：大发作变为中发作，中发作变为小发作，发作次数稍有减少。④无效：发作次数、程度与治疗前无多大差别。⑤增恶：发作次数程度较前严重。31例患儿治疗后显效4例，有效12例，稍有效4例，无效8例，不明3例，总有效率为64.5%。景氏[13]采用中医辨证论治为主，治疗93例小儿支气管哮喘，将其分为中医治疗组56例，中西医结合组37例。对于辨证属寒哮者用小青龙汤、华盖散为主方加减治疗，报道均有较好疗效。

对于小儿过敏型的支气管哮喘急性发作，用小青龙汤加减治疗，亦取得了较好的远期疗效。如周氏[14]用本方加减：干姜3g，桂枝、

甘草各4g，细辛2g，炙麻黄、半夏、五味子、蝉蜕、僵蚕、地龙、辛夷、白芍各5g。1剂，水煎2次，取180ml，每日分3次温服。治疗80例患儿，疗效满意。认为本方有良好的解痉平喘、增强患儿抵抗力的作用。

【病案举例】

1. 患儿，女，9岁，1991年10月8日初诊。每年入冬时发作咳喘，经中西药治疗后痊愈，但次年仍复发，如此已6年余。近日因不慎受凉，出现喘嗽，喘促以晨起和夜晚较重，吐大口清稀泡沫白痰，自觉背部、下肢有凉感。舌淡红，苔白腻，脉浮滑。X线摄片示：支气管哮喘。诊为寒性哮喘。遂用小青龙膏贴于双肺俞穴，嘱其勿受凉，忌凉食及辛辣刺激食品。二诊：咳嗽、喘促减轻，背、下肢凉感消失，嘱继用上膏。三诊：咳喘消失，吐痰减少，守方继用。共贴膏2个疗程，诸症消失，虽感冒而咳嗽未发。随访1年未复发。小青龙膏的制备及用法：麻黄10g，桂枝10g，白芍15g，甘草10g，半夏10g，细辛15g，五味子6g，干姜6g，黄丹220g，麻油500g。上药按黑膏药熬制方法配成，摊于4cm×5cm的白布或牛皮纸上，每张膏药重5g，贴于双侧肺俞穴上，7日换1次。连用4次为1疗程，1~3个疗程停药观察疗效。[15]

2. 周某，女，14岁，有奶癣史。自2岁哮喘至今已10余年，每年9月底10月初即发作。经常用氨茶碱、气喘片、喘定、抗生素等药物，严重时须静脉注射及激素控制。1992年9月来本院门诊。刻下：气喘发作，胸闷气急，咳嗽，入夜尤甚，两肺布满哮鸣音，苔薄腻，脉濡数。即予平喘化痰糖浆，50ml，4次/天，药后恶心欲呕，咳嗽反见增加。第2天咳痰较多，胸闷气急随即缓解，5天后气喘已平，哮鸣音消失。平喘化痰糖浆改为30ml，3次/天，不发作时1次/天，受冷或感冒，或感觉有发作之象时改为4次/天，并用固本健脾益肾之品以增强体质，至9月份又先期服用平喘化痰糖浆，至今未见发作。平喘化痰糖浆系张家骏根据小青龙汤、射干麻黄汤、三子养亲汤等有效良方结合自己几十年临床经验，针对哮喘初发以风寒外束为主，久则内有郁热、痰瘀脉络之机制而制定。主药为连根麻黄、杏仁、细辛、生姜、干姜、赤芍、射干、葶苈子、苏叶、冬瓜子等20

余味药组成，加工成糖浆。[16]

3. 鞠某，5岁，痰喘2年，多因外感诱发，每月发作2次之多，须用激素、抗生素、博利康尼等控制或缓解病情，渐至产生耐药性，病情加重，发作频率增加，常须住院治疗，动辄花费上千元。父母深以为苦。诊见：适逢病发，喉中痰鸣，两肺可闻及哮鸣音，脉浮数，予小青龙汤原方加生石膏30g，1剂减轻，3剂而症伏。后以小青龙汤加减调治，病根除，随访1年，未发喘疾。

按：《神农本草经》谓石膏微寒，近贤张锡纯喻为外感热证之金丹。医案中恒重用石膏达数斤即能挽救阳明大热之危急于顷刻，小青龙汤加石膏方中，石膏虽非主药，剂量不得过少，亦不可煅用，少则20g，重则可用至60g以上，若畏石膏不敢多用，即无效验。[17]

4. 患者，男，4岁，患哮喘病已2年，3天前因感风寒后发作，咳嗽剧烈，哮喘于入夜加剧，不能平卧。听诊两肺布满哮鸣音及细湿罗音，舌苔薄白，脉数，体温38.9℃，证属风寒束肺，肺失肃降。用小青龙汤加味：麻黄、细辛、姜半夏、杏仁、知母、石膏、甘草、五味子、地龙（研粉吞）、赤芍、黄芩、芦根、百部、姜皮。服药后1h，哮喘好转，2h后已能平卧（每隔1h服药1次），并加用复方白芥子粉外敷穴位：采用白芥子等粉末以鲜姜汁调配做成2cm×3cm大小圆饼敷贴于所选的穴位上。选穴：一组为大椎、肺俞（双）、膏肓（双）；一组为身柱、定喘（双）。每次选一组，两组交替，每次敷贴20min（幼儿酌减），每日1次。治疗3日后，哮喘症状完全缓解，肺部听诊哮鸣音及湿音均消失。近冬至时，又用冬虫夏草、海参食疗。随访2年余，未见哮喘复发。[18]

5. 何某，男，13岁，1994年5月12日初诊。患儿自幼体质虚弱，从1岁时就患有哮喘病，以后每年均会发作，尤以冬春季节多发。1996年自春节后因感冒诱发，哮喘频繁发作。曾用青霉素、螺旋霉素等抗生素治疗均无效。就诊时自觉恶寒明显，气喘加重，呼吸困难，不能平卧，入夜咳嗽尤甚，甚则呕吐痰涎，喉间有痰鸣音。当时身穿棉衣，舌质淡嫩，苔白而润，脉弦数而滑。证属风寒外袭，水饮内停。治宜温肺化饮，解表通阳，止咳平喘，方用小青龙汤加减。药用：炙麻黄3g，白芍5g，桂枝5g，姜半夏5g，五味子3g，干姜

3g，细辛1g，白术10g，炙甘草3g。服药5剂后，咯痰量大减，哮喘减轻，能平卧，无气逼。效不更方，原方干姜加至5g、细辛加至2g。继服3剂后，症状基本消失，只有轻微气喘，再服3剂而愈。为了巩固疗效，将上药制成散剂，每次服2克，每日服2次，并长期服用补肾中成药以改善患儿体质。随访至今未再复发，身体状况明显好转。

按：《伤寒论》云："伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳……或小便不利，少腹满，或喘急者，小青龙汤主之。"《金匮要略》："咳逆倚急，不得卧，脉浮弦者，小青龙汤主之。"本例素有寒饮，体质虚弱，感受外寒，诱发哮喘，致使恶寒、喘甚、痰鸣，故选用小青龙汤。方中麻黄、桂枝解表发汗，麻黄又可平喘；干姜、细辛、半夏温化痰饮；五味子敛肺固气；白芍、甘草调和营卫。

诸药相配，辛散温化，宣降有权，使外寒解，内饮除，哮喘平。辨证中病，药到病除，考虑到久病及肾，故用温补肾气的中成药以善其后。[19]

二、小儿支气管炎

支气管炎在小儿时期很常见，大都继发于上呼吸道感染之后。在发病开始时，先有上呼吸道感染的症状，如鼻塞、流涕，以后逐渐出现断续的干咳。病初呼吸道分泌物增多，咳嗽有痰，初为黏痰，很快变成脓痰，经过5～10天后，痰液变稀，咳嗽逐渐消失。发病时可无热或发热38.5℃左右，热度经2～4天退去。在婴幼儿时期，有一种特殊类型的支气管炎，称喘息型支气管炎，多见于2岁以下虚胖小儿，往往有湿疹及过敏病史。起病不久就出现哮喘症状，可反复发作，一般到入学年龄时症状消失，仅有少数至年长后发展成为支气管哮喘，其发病原因可能为患儿对感染过敏而表现为支气管痉挛，引起喘息。

【临床应用】

徐氏[20]观察小青龙汤和六君子汤交替使用治疗喘息型支气管炎患儿。全部病例共72例，均来自1997～1999年门诊喘息型支气管炎患儿，随机分为治疗组40例，对照组32例。治疗方法：发病期两组均常规治疗，给予口服阿司匹林（每天50mg/kg，分3次服）、舒喘

灵（每次1.2mg，每天2次）及自配的祛痰合剂（内含10%远志酊及2%杏仁水，每次5ml，每天3次），喘鸣严重者，给予口服强的松，每天1mg/kg，共3～5天。治疗组除常规治疗外，加服小青龙汤。方剂如下：麻黄3～5g，桂枝6g，干姜3g，细辛2～3g，五味子6g，白芍6g，半夏6g，甘草3g，每天1剂，水煎后分2次服。至咳喘症状和肺部体征消失改为缓解期治疗。缓解期治疗组服用六君子汤。方剂如下：党参9g，白术6g，茯苓6g，甘草4.5g，陈皮6g，半夏6g，生姜6g，大枣3枚，每天1剂，水煎后分2次服，每周服2天，疗程1年。如有复发，治疗组改为小青龙汤加常规治疗；对照组口服左旋咪唑（每天2.5mg/kg，分2次服，每周服2天，停5天，疗程1年）加常规治疗。结果：治疗组痊愈时间明显缩短，治疗组为4.0±2.0天，对照组7.5±2.5天；复发频度治疗组为2.5±0.5次/年，对照组4.5±1.0次/年。两组比较差异显著（$P<0.01$）。

谢氏[21]将喘息性支气管炎患儿295例，随机分成两组，治疗组160例，对照组135例。方法：对照组给予氨茶碱、非那根止喘，抗生素控制感染。治疗组在上述治疗基础上加服中药小青龙汤：麻黄、细辛、炙甘草各3g，桂枝、姜半夏、五味子各6g，干姜4g，白芍9g，随症加味。喘重痰多加白芥子、皂荚各6g，葶苈子9g；发热痰黄、苔黄加黄芩4g，鱼腥草9g，虎仗根15g；喘息频发，面色㿠白，四肢逆冷，去桂枝加制附子、肉桂各9g；有湿疹、过敏性鼻炎加地龙15g，僵蚕15g，夏枯草9g，水煎成150ml，分3～4次，口服。2岁以内每次服10～15ml，2～5岁每次服15～20ml，5～8岁每次服20～30ml。结果：①咳喘消失时间：治疗组为1.5±0.6天，对照组为3.6±1.4天（$P<0.01$）；②肺部喘鸣音消失时间：治疗组为2.6±1.2天，对照组为4±1.5天（$P<0.05$）。治疗组总有效率为95%，而对照组总有效率为65.8%，治疗组明显优于对照组。

张氏[22]用抗生素与小青龙汤加减治疗1992～1995年喘息型支气管炎患儿30例，疗效显著，无1例转变为哮喘。

唐氏[23]在本方的基础上加僵蚕、苏子、黄芩、石膏、全蝎，治疗40例小儿喘息性支气管炎。参照1987年中国人民解放军总后卫生部编《临床疾病诊断依据治愈好转标准》进行疗效判定，结果：治

愈33例，好转6例，无效1例，服药3～7剂不等。总有效率为97.5%。

方氏[24]用小青龙汤治疗小儿支气管炎，对37例进行了临床观察。以气管内痰鸣消失，咳嗽痊愈为疗效标准。一般服用5～10剂，平均疗程为14天。35例痊愈（94.5%），好转2例（5.4%）。

【病案举例】

1. 赵某，女，2岁半。发热，咳嗽，气喘3天。曾用复方新诺明、小儿复方阿司匹林、止咳糖浆等药物治疗。患儿拒绝服药，强行喂入则吐。就诊时咳剧，伴有气喘及喉中痰鸣声。查体温38.5℃，两肺可闻及干湿性罗音。X线检查：两肺纹理增粗。按急性支气管炎处理，用小青龙汤热敷背俞穴，1次治疗热退，咳喘减轻，3次治愈，随访3周，未见复发。[25]

2. 李某，女，2岁零8个月，1992年12月8日就诊。患儿高热，喘咳，流涕，呕吐，轻度腹泻（每日3～4次），反复发作14天，曾在本院住院1周，诊为喘息型支气管炎；消化不良。经用庆大霉素、氨苄霉素、氨茶碱、地塞米松及补液等治疗，病情稍缓，呕泻停止，仍见轻微咳嗽，咯痰。近日，因受寒诸症又起，症见咳嗽气喘，烦躁不已，喉间痰鸣，发热多汗，面色皖白，舌质红，苔薄黄，脉浮滑。查体温39℃。听诊两肺满布哮鸣音及痰鸣音。X线胸透：肺纹理增粗。证属风寒挟饮，郁热内闭，肺失宣降，用小青龙加石膏汤以化痰清肺，平喘除饮。处方：麻黄、桂枝、法半夏、五味子各5g，苏子、白芍、黄芩各6g，僵蚕、干姜、甘草各3g，细辛、全蝎各1g，石膏20g，瓜蒌仁6g，服3剂后，痰化喘平，身热退，面色红润，惟咳嗽气弱，苔薄白，脉浮。守原方减石膏为10g，继服3剂，诸症告平，肺部听诊正常。

按：小儿喘息型支气管炎以咳喘、烦躁、发热、喉中痰鸣、苔薄、脉浮、指纹浮现等为主要临床表现，属中医学“咳嗽”、“哮喘”、“痰饮”范畴。小儿为纯阳之体，外邪侵袭易致肺失宣降，郁而为热，出现烦躁、发热、咯吐黄痰等。究其病因，多为痰饮郁热挟风寒为患，临床一般用麻杏石甘汤治疗，但亦有用小青龙汤化裁治疗的，对属于风寒兼有烦躁咳喘、发热者小青龙汤较为适合，临床上常

加石膏、黄芩、贝母、竹茹等清肺化痰之品。[26]

3. 冯某，男，9岁，1991年12月10日初诊。因受凉后发热，咳嗽痰多，呼吸急促，动则加剧已3天，西医诊断为喘息型支气管炎合并感染，经抗菌、消炎、镇咳止喘及激素治疗1周，发热已退，咳喘不止，遂停用西药，前来就诊。诊见：咳声不扬，喘促喉间痰鸣，痰白稍黏，神疲倦怠，肢体不温，形体瘦小，脉沉细，舌质淡红，苔白腻。体检：双肺闻及痰鸣音和少量哮鸣音。血常规正常。胸片示：双肺纹理粗乱。证属肾虚痰喘，治应温肾纳气，化痰平喘。处方：五味子12g，麻黄9.5g，桂枝9.5g，炙甘草9.5g，法半夏6g，细辛4.5g，芍药9.5g，干姜4.5g，制附片6g，川贝母6g，白芥子9g。12月19日复诊：服药9剂，咳嗽、喘促明显减轻，痰量减少，肺部痰鸣音及哮鸣音基本消失。予原方去附片，干姜减为3g，再服4剂，咳喘平息，肺部痰鸣音和哮喘音消失。病告痊愈。[27]

三、婴幼儿毛细支气管炎

毛细支气管炎，又称喘憋性肺炎，是由呼吸道合胞病毒等引起的呼吸道感染性疾病，2岁以内尤其以2～6个月的婴幼儿多见。临床以咳喘、呼吸困难、三凹征，肺部听诊有喘鸣音及细湿罗音，体温高低不一为特征。发病急，进展快，喘憋严重，易合并心力衰竭、呼吸衰竭等。南方多在夏、秋季，北方多在冬、春季发病。如不及时给予治疗和护理，可威胁婴幼儿的生命。西医治疗本病尚无特效药物。小青龙汤温肺散寒、化痰定喘，可有效改善患儿临床症状及体征。

【临床应用】

曾氏等选出无明显哮喘家族史患儿84例，随机分2组。治疗组41例，寒喘34例，热喘7例。对照组43例。另外，来自预防接种的健康儿童健康对照组20例，3组性别、年龄分别经X^2检验、t检验无明显差异。对照组采用青霉素、氧哌嗪青霉素、地塞米松，每天1次，按常规剂量静脉点滴，病初头3天加病毒唑静脉点滴，作为常规治疗，喘急严重者加酚妥拉明静脉点滴扩管，如果合并有心力衰竭或呼吸衰竭则强心、利尿、给氧、纠酸等治疗，如有发热则退热处理。治疗组在此基础上如为寒喘则加小青龙汤煎服。药用：炙麻黄3～

6g，桂枝6～9g，白芍6～12g，法半夏6～12g，干姜3～6g，细辛1.5～2g，五味子6～12g，炙甘草6～9g。若热喘则加麻杏石甘汤煎服。生麻黄3～6g，杏仁6～9g，生石膏4～15g，甘草6～9g，生山楂5～10g，每日1剂，每次20～50ml，口服，每日3～4次，连服7天为1疗程。两组疗效结果比较：治疗组病程明显较对照组短，有显著差异，$P<0.01$。中药治疗组停药后复查血、肝功能、肌酐、溶菌酶等均在正常范围，尿NAG酶与同龄正常门诊预防接种健康儿对比无差异，说明中药安全有效，无任何不良反应。[28]

四、支气管肺炎

小儿支气管肺炎乃婴幼儿常见病，其病原体主要由细菌（肺炎球菌、链球菌、流感杆菌等）或病毒（腺病毒等）引起，其次为霉菌（白色念珠菌）等，与中医古代文献中的“肺风痰喘”、“肺炎喘嗽”等病相类似。中医学认为其病因主要是由于外感风邪，内蕴痰热，肺失宣降所致。本病辨证分为风寒闭肺、风热闭肺、心阳虚衰3型。

【临床应用】

张氏[29]等以小青龙汤为主，中西医结合治疗102例小儿支气管肺炎，设立对照组进行观察，其症状及体征消失最短5天，最长8天，平均6.5天，明显优于对照组。并证明本方有明显的止咳、祛痰、解痉作用。不但适用于痰白而稀的患儿，用治咳吐黄痰亦有效。体现了中药的多向调节性。

【病案举例】

1. 任某，男，3岁，因咳嗽、咯痰7天就诊。7天前患儿突发高热（39.5℃），经服安乃近热退。后出现咳嗽、喉间痰鸣，以支气管肺炎住我院儿科治疗，效果不明显。刻下：咳嗽，喉中痰鸣，口干，纳差，舌尖红，苔薄黄，脉浮数。辨为痰热壅肺，投麻杏石甘汤，服药1剂后，反见咳嗽加重，彻夜未眠，余药未服即来就诊。其母代诉，夜间咳嗽频剧，吐出泡沫样痰液，询知患儿夏季冷饮不断。此乃寒饮停肺，内有郁热无疑，即予小青龙汤加味。处方：炙麻黄4.5g，杏仁6g，桂枝3g，白芍3g，干姜3g，细辛2g，五味子6g，制半夏

6g，地龙6g，前胡6g，甘草3g，5剂。1剂尽，当晚咳嗽即止，后以此方加减12剂而愈。

按：本例患儿夏季饮冷，脾运不健，成痰成饮，至冬季感寒而发。一诊时，患儿口干，舌尖红，苔薄黄，脉浮数，似乎一派痰热壅肺之象，实为寒邪束肺，饮邪搏肺，肺气被郁之郁热证。予麻杏石甘汤后，反使饮邪更盛，咳嗽加剧；而投小青龙加石膏汤，方证合拍，故获佳效。[30]

2. 患儿，女，3岁，2003年10月29日以咳嗽1周为主诉就诊。就诊时咳嗽重，喉间有痰鸣，舌质淡红，苔白厚，流清涕，双肺可闻及湿罗音，西医诊断为支气管肺炎。处方：麻黄10g，桂枝10g，白芍10g，干姜5g，细辛5g，五味子10g，胆南星5g，天竺黄5g，白芷10g，辛夷10g，炒苏子10g，炒葶苈子10g，炙紫菀10g，炙款冬花10g，2剂。11月10日复诊：咳嗽明显好转，痰鸣消失，流涕消失，双肺听诊呼吸音稍粗，舌质正常，苔白。续方：麻黄10g，杏仁10g，甘草3g，法半夏10g，陈皮5g，茯苓10g，黄芩10g，前胡10g，肺经草10g，炙紫菀10g，炙款冬花10g，2剂。11月14日复诊：咳嗽基本消失，双肺听诊正常，舌质正常，苔白。后以玉屏风散加二陈汤调理，嘱2剂后停药。[31]

五、腺病毒肺炎

腺病毒肺炎多见于6个月~2岁的小儿，是最危重的肺炎。在我国北方多见，且病情也比南方危重。腺病毒分41个血清型，其中3型、7型及11型致病者多见。多通过呼吸道传播，尤其在集体幼托机构中。腺病毒引起的上呼吸道感染及肺炎常见。由于初生儿可从母体得到腺病毒抗体，故7~24个月小儿发病率最高。腺病毒肺炎潜伏期3~8天，突然高热39℃以上，约有3/5的小儿体温超过40℃，多数稽留热，达10~15天之久（轻者也需7~11天）。临床表现为肺部病变面积大，有时会合并胸膜炎，出现胸腔积液。除喘憋重于一般肺炎外，中毒症状亦很重，甚至半昏迷、昏迷、惊厥，可出现中毒性脑病。心脏损害亦较一般肺炎严重。常伴有严重腹胀、腹泻。日久可发展成肺不张，日后可成为支气管扩张的病因。

【病案举例】

冯某，女，6岁，1961年3月会诊。腺病毒肺炎住院3周，发热，咳嗽气喘，憋闷，面青白，下利，肺部罗音较多。舌淡苔灰黑，脉滑数，属内饮兼感，治宜宣肺。处方：麻黄2.5g，干姜1.5g，细辛1.5g，五味子（打）10枚，法半夏5g，桂枝2.5g，生石膏10g，炙甘草2.5g，杏仁10枚，白芍2.5g，大枣10枚。以水300ml，分3次温服。3月6日复诊：身微热，面红润，舌淡，苔灰黑已减。喉间有痰，食欲较佳，大便次数已减少。脉滑微数，治宜调和脾胃，理肺化痰。处方：法半夏5g，橘红4g，炙甘草2.5g，紫菀4g，五味子（打）10枚，细辛1.5g，苏子（炒）5g，前胡2.5g，生姜2片，大枣2枚。3月17日三诊：热退，喘憋减，精神转佳，食纳好，脉缓，舌淡苔减。继服前方而愈。

按：患者因腺病毒肺炎已住院3周，症见发热，咳喘，憋闷，面青白，下利，肺罗音较多，舌淡，苔灰黑，脉滑数。蒲老辨证内饮兼外感，先以小青龙加石膏汤发散风寒，温化寒饮。药后肺气得宣，病有转机，继之调和肺胃，兼化痰湿，取先宣后降的治疗原则。经三诊热退，喘憋均减，精神转佳，食纳亦好转。病愈而康复。此案表明，腺病毒肺炎亦有属伤寒范畴者，不可专执温热论治，可不慎哉。[32]

六、支原体肺炎

支原体肺炎四季散发，秋、冬季较多，每3～4年有1次流行，但近年来发病率明显增加。其临床表现多种多样，常有发热、畏寒、咳嗽、呕吐等。尤以咳嗽为突出表现，初为干咳，后转为顽固性剧烈咳嗽，有时表现为百日咳样，有少量黏液非脓性痰，夜间尤甚。咳嗽持续时间多为2周，亦可达4周。婴幼儿多出现喘憋或呼吸困难，年长儿可引起胸骨后疼痛而肺部常常在整个病程中无任何阳性体征，X线胸片示肺炎征象。剧烈咳嗽影响患儿的正常生活尤其夜眠。

【临床应用】

高氏[33]等用本方加减治疗100例确诊为支原体肺炎的患儿，其中男47例，女53例；年龄10个月至15岁；病史最长45天，最短10天；血常规：白细胞$>10\times10^9$/L 10例。治法：①中药方剂：系

小青龙汤加减方配制的中药合剂。其药物组成：麻黄1.5g，桂枝1.5g，芍药3g，甘草3g，半夏3g，五味子0.5g，细辛0.5g。临症可加减：久病虚热者加知母1.5g，沙参1.5g；呕沥者以生姜2片易干姜；咳吐痰涎者以桔梗0.5g易芍药、五味子。≤6月，2日1剂；≤5岁，每日1剂；≥5岁，每日2剂，均水煎2次。服法：≤6月5ml；≤3岁10ml；≤6岁15ml；≤10岁20ml；>10岁30ml，均每日3次，疗程为7天。②西药：乳糖酸红霉素，20mg/(kg·d)，分2次静脉滴注。同时予与乳糖酸红霉素等量的碳酸氢钠口服以减轻胃肠道反应。100例患儿未出现胃肠道反应或其他不良反应，治疗前后血细胞分类、尿常规、X线胸片等检查均未发现异常。

七、喘息性肺炎

小儿喘息型肺炎是儿科重症、常见病，其特点为起病急，进展迅速，尤以剧烈喘急为特征，常伴有心功能不全，出现心音低、心率加快、肝脏肿大、面部浮肿，严重患者如不及时抢救则可导致死亡。

【临床应用】

张氏[34]等从1988年10月~1994年2月，应用小青龙汤加减制成止喘合剂，治疗喘息性肺炎患儿77例，疗效显著。男56例，女21例，年龄4个月~1岁45例，1~2岁16例，>2岁16例。5例合并心力衰竭。治疗方法：除应用抗生素、吸氧、镇静、强心剂等综合疗法外，加用止喘合剂（麻黄、半夏、细辛、五味子、黄芩、野菊花、甘草）。

刁氏[35]自2001年11月~2002年12月治疗40例喘息型肺炎患儿，男23例，女17例；年龄小于1岁27例，1~2岁10例，2~3岁3例；其中最小2个月发病。随机分为两组。治疗组、对照组各20例。治疗方法：对照组采用西医常规治疗（包括口服止咳药、静脉滴注抗生素、地塞米松、吸氧、纠酸等）。治疗组以小青龙汤为基础方加减，每日1剂，分3次或多次口服。有继发感染、发热、白细胞总数高及中性粒细胞高者加用抗生素，烦躁者可用非那根，心力衰竭者予西地兰。方药组成：麻黄2g，桂枝4g，白芍4g，五味子2g，干姜3g，细辛1g，甘草3g，半夏2g。咳喘重者重用五味子，痰黏稠

者加竹沥，热重者加生石膏，苔黄者加黄芩。结果：40例全部治愈，有效率100%。从临床结果来看，治疗组止咳平喘天数、退热天数、哮鸣音消失天数及治疗时间等方面均少于对照组，差异非常显著（$P<0.01$）。

孙氏[36]报道采用中西医结合治疗寒喘型小儿喘憋性肺炎362例，单纯应用西药治疗211例，两组疗效比较有显著差异，表明中西医结合治疗疗效明显优越。杨氏[37]在青海高原地区用小青龙汤加减治疗100例小儿喘息性肺炎，6剂痊愈32例；9剂痊愈40例；10～20剂痊愈20例，其中8例因合并心力衰竭而住院治疗，治愈率为92%。

【病案举例】

张某，女，4岁，1996年6月9日初诊。家长代诉：咳嗽、哮喘20日，发热，痰多色白质稀薄，早晚症状加重，伴自汗乏力。查体：体温38℃，面色㿠白少华，口唇微绀，鼻翼轻度煽动，舌苔薄白而滑，脉象弦滑而紧。听诊：两肺均可闻及喘鸣音及湿性罗音。X线正位片显示两肺散在点片状影。诊断：喘息型肺炎。辨证：饮邪内停，风寒束肺。治则：温化水饮，宣肺散寒，平喘止咳。方由炙麻黄3g，桂枝3g，姜半夏6g，五味子6g，白芍6g，白术10g，杏仁6g，苏子6g，细辛2g，白僵蚕10g，冬瓜子10g，干姜3g组成，3剂，每日1剂，水煎分多次服。第四日复诊：咳嗽，哮喘减轻，痰稀白，量少易咳出。上方加生薏苡仁10g，川贝母6g，款冬花6g，继服6剂。半月后再次复诊时，除轻微咳嗽外，其他症状消失，精神佳。两肺X片显示：肺纹理清晰，未见实变影。又投上方3剂调理后，至今未复发。[37]

按：寒饮伏肺，肺失清肃，肺气上逆，故见哮喘。寒邪伤肺，凝液成痰，则痰多色白质稀薄。方用温化水饮，宣肺散寒，平喘止咳之小青龙汤加减，收效显著。

八、百日咳

百日咳是由百日咳杆菌引起的一种急性呼吸道传染病，典型的临床症状为持续性、阵发性、痉挛性咳嗽，带有吸气性尾声（即鸡鸣样吸气吼声）及呕吐，易并发肺炎、皮下气肿及脑病等。病程为2～

3个月，故名百日咳，其获愈后可获得持久免疫。本病通过飞沫传播，传染性极强，任何年龄均可感染，但婴幼儿更为敏感。20世纪30~40年代，百日咳是影响儿童健康和导致死亡的主要疾病之一，通过实施百日咳菌体疫苗免疫，百日咳得到了有效控制，发病率和死亡率大幅度下降，尤其世界各国70年代开始实施计划免疫，随着百白破三联疫苗（DPT）覆盖率提高，百日咳的发病率控制在较低水平。

【病案举例】

1. 吴某，男，2岁，1990年3月8日初诊。代主诉：咳嗽夜甚20天，加重5天。现病史：患儿2月18日出现咳嗽发热，经西药治疗20天，热退，但咳嗽不减，3月3日咳嗽加剧，咳引腹痛，流涕，流泪，咳嗽夜晚尤甚，伴喉间痰鸣。现症：咳嗽喉间痰鸣音，咳嗽阵作，日数十次，每次持续数十声，咳嗽声音重浊，咳嗽夜里加重，咳时流涕、流泪，或引小便出，腹痛、面红、呕吐等，烦躁哭泣，口渴，舌苔薄、质淡红，指纹红透风关。诊断：百日咳（痰气交阻，寒痰内伏，郁久伤津伤肺）。治则：化痰止咳、化饮利窍。方拟小青龙汤加味。处方：干姜5g，桂枝4g，蜜麻黄3g，白芍8g，甘草3g，细辛1g，法半夏6g，五味子3g，杏仁6g，牙皂1g，石膏10g，款冬花4g，射干5g。3剂后，咳嗽喉间痰鸣明显减轻，仅夜间咳嗽3次，每次咳嗽持续5声以下。二诊守上方3剂后症除，即以七味都气汤合玉屏风散加味8剂，以善其后。[38]

2. 林某，女，7岁，剧烈阵咳，数十声连续不绝，咳而面色青紫，腰背弯曲，涕泪俱下，须吐出黏痰，方告平息。过1~2h，咳声复起。如此反复发作，一昼夜二三十次，绵延月余，累服抗生素无效。脸有浮肿，食欲不振，严重时咳嗽则吐。苔白，咽喉干，脉紧而滑。以小青龙汤加味治疗：麻黄1.5g，桂枝2.5g，细辛1.5g，五味子2g，半夏3g，百部3g。服7剂痊愈。[39]

九、小儿咳嗽

咳嗽是小儿呼吸系统最常见的病症，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。中医学认为小儿咳嗽与肺脏娇嫩，常有不足，以及卫表不固，御邪之力薄弱等内在不足有密切关系。

【临床应用】

谈氏[40]用小青龙汤加减治疗小儿咳嗽，取得满意疗效。30例均无心力衰竭，都经过X线及相应检查无先天性心脏疾患。治疗方法：以小青龙汤为主方，随症加减。若气喘甚，去麻黄加杏仁（无汗者麻黄仍可用）；发热恶风寒自汗者，酌加桂枝、白芍，也可加生姜、大枣以和营；咳吐稀痰，喘息难卧，苔滑润，酌加细辛；咳嗽痰多，干呕或呕吐清水，酌加姜半夏量；久咳肺虚则加重五味子量；肺寒停饮偏重酌加干姜量。1剂/天，视年龄大小煎取50～150ml，服30～50ml/次。治疗结果：显效18例，有效10例，无效2例，总有效率为93.3%。

王氏[41]运用小青龙汤治疗小儿咳嗽40例，其中上呼吸道感染26例，支气管炎12例，肺部感染2例。咳嗽重者加紫菀、款冬花各5～10g；喘促、痰多者加苏子、莱菔子各5～10g；兼发热者加生石膏、黄芩、麦冬。每日1剂，水煎服，1日3次。结果：本组40例患者中，治愈28例，好转8例，无效4例，总有效率90%。

【病案举例】

1. 陈某，男，6岁。发热，咳嗽有喘，西医诊断为支气管肺炎，经用青霉素、丁胺卡那霉素、头孢唑林、地塞米松、喘定等静脉滴注治疗1周余，体温恢复正常，但仍咳喘，又予急支糖浆、小儿咳嗽灵等口服治疗，仍不见好转。患儿面黄体瘦，形寒肢冷，喘急不断，间有咳嗽，咳时喉中痰鸣，食纳减少，二便尚可，舌淡苔滑润，咽不充血，扁桃体不肿大，两肺布满湿罗音，腹不胀。胸透示支气管炎。血常规：血红蛋白117g/L，白细胞7.9×10^9/L，中性粒细胞0.52，淋巴细胞0.48，血小板227×10^9/L，中医诊断：寒饮停肺型咳嗽，治宜温肺化饮，止咳平喘。处方：炙麻黄8g，桂枝6g，干姜5g，炒白芍6g，五味子6g，姜半夏6g，炙甘草4g。患儿进药3剂后，不喘，偶有咳嗽，继服3剂，调理痊愈。[40]

2. 李某，男，9个月，感冒2天，现咳嗽加重，呛咳阵作，气

促，夜卧不安，查：面色无华，鼻流清涕，舌淡，苔薄白，咳声重浊，两侧气管呼吸音粗糙，指纹青紫。中医诊断：咳嗽（风寒闭肺），治以宣肺散寒，止咳定喘。方药：麻黄、桂枝、干姜、半夏、五味子、白芍、紫菀、僵蚕、蝉蜕、炙枇杷叶、杏仁、苏子、莱菔子、白芥子。4剂而愈。

按：小青龙汤为辛烈走窜峻剂，具有伐阴动阳之弊，如用之不当，往往会发生问题，反而促使病情加重。小儿为稚阴稚阳之体，故临床应用时须辨证准确，本着“中病即止”的原则，不可过剂。[42]

十、顽固性小儿咳喘

【临床应用】

王氏[43]等治疗1993～2001年间，经7～10天抗菌、消炎、止咳、平喘等西医常规处理，咳喘症状不见好转或好转甚微的患儿20例。其中，小儿上呼吸道感染者5例，急性支气管炎10例，小儿肺炎5例。患者均具有咳喘、无汗、口不渴、舌淡苔白、不消化特征。治疗方法：炙麻黄、细辛各1～3g，芍药、干姜、款冬花、杏仁、紫菀、桔梗各3～6g。有表证者加桂枝3～6g，麻黄改生用；肺气虚、脉弱者加五味子3～6g；口渴欲饮水者加石膏3～15g，葛根3～6g，每日1剂，煎2次，连服5剂为1个疗程。治疗期间如血象高，考虑细菌感染者，均给1组消炎药静脉点滴。治疗结果：通过1～2个疗程的治疗，痊愈16例，好转3例，显效1例。

【病案举例】

王某，男，14个月，于1999年3月10日以发冷发热伴咳喘1天入我院儿科。患儿母亲诉说患儿1天前因着凉而时冷时热，无汗，咳白色泡沫痰，气喘。查体：体温38.2℃，心率110次/分，血压未查。双肺满布哮鸣音，肺底部有湿性罗音，心音正常，律齐。化验：白细胞15×10^9/L，中性粒细胞0.80，淋巴细胞0.20。尿、大便常规、肝功正常。住院诊断为支气管肺炎。处理：间断性低流量吸氧，0.9%生理盐水80ml＋头孢唑林2.5g，10%葡萄糖100ml＋维生素C 10g＋维生素B 650mg＋病毒唑0.1g，10%葡萄糖100ml＋维生素K_3 16mg＋10%硫酸镁4ml分别静脉滴注，1次/天。并口服我院自制的

止咳平喘合剂3次/天，连续7天，咳喘不见好转。听诊双肺仍有哮鸣音，肺底湿罗音仍存在，血常规：白细胞12×10⁹/L，中性粒细胞0.78，淋巴细胞0.22。察患儿精神疲惫，口唇紫绀，抬肩样喘急，痰多色白起泡，舌质淡胖，苔白滑。虽口唇干燥但拒乳不食，经仔细斟酌辨证为痰饮犯肺，处方：麻黄、细辛各1g，白芍、五味子、款冬花、杏仁、紫菀各3g，干姜、甘草各2g，连服5剂，每日1剂。1个疗程后患儿精神活跃，咳喘消失，体温不再波动，化验：白细胞8×10⁹/L，告愈出院，随访半月，无复发。[43]

按：患儿始因感受风寒，内舍于肺，邪实气壅，肺气不宣，故咳喘气逆；寒邪伤肺，凝液成痰，则痰多而色白。风寒束表，皮毛闭塞，故见时冷时热，无汗等表证；舌淡胖、苔白滑均为外感风寒、内有水饮之证。本案属于“支饮”范畴，方用小青龙汤发表温里，并加入款冬花、杏仁、紫菀等降气、化痰、平喘之药，则收效甚捷，疗效确切。

十一、小儿呼吸道感染

小儿呼吸道感染如急性上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、支气管哮喘等是儿科最常见的疾病。当病毒、细菌感染损伤了呼吸道上皮，暴露了气道壁的胆碱能受体或激素受体，使其易于与各种刺激物接触，致植物神经功能紊乱，气道平滑肌收缩，腺体分泌增加，气道反应性亢进，引起咳嗽、咳痰、气喘等症状。由于遗传因素或免疫调节紊乱，在呼吸道感染时，可引起哮喘的发作。据报道婴幼儿哮喘中95%以上是由于呼吸道感染所致。小青龙汤化裁治疗本病，疗效颇佳。

【临床应用】

吴氏[44]等于1995年6月～1996年12月用小青龙汤治疗小儿呼吸道感染92例，疾病分类：急性上呼吸道感染16例，支气管炎24例，肺炎40例，支气管哮喘12例。治疗方法：使用抗生素治疗，支气管哮喘者加用平喘药物。并加用小青龙汤，用法：<3岁每次3～5ml；3～6岁7.5ml；6～12岁10ml，口服，每日3次。治疗结果：显效（给药3天内，咳嗽、咳痰、气喘及肺部体征明显改善）56例，

有效（给药3～7天，症状及体征有所改善）30例，无效（给药7天后，症状及体征无改善）6例，总有效率93.48%。

张氏[45]等前3日用小青龙汤加味，后4日用苓桂术甘汤加味治疗小儿呼吸道感染患者100例。对照组100例交替用抗生素肌内注射，口服复方甘草合剂、板蓝根冲剂。治疗1周，两组总有效率分别为90%和54%，差异显著（$P<0.01$）。

十二、小舞蹈病

小舞蹈病又称风湿性舞蹈病或舞蹈病，是与风湿密切相关的临床以不规则舞蹈样不自主动作和肌张力降低为主要表现的一种弥散性脑病。本病常为急性风湿病的一种表现，孕妇发生的妊娠性舞蹈病也多为风湿性舞蹈病的复发。也可见于猩红热、白喉等其他感染性疾病之后。本病病变主要在大脑皮层、纹状体、小脑、黑质等处，呈一种非特异性可逆性炎性病变，病变部位血管充血，血管周围淋巴细胞和浆细胞浸润，神经细胞弥散性变性。多发生在5～15岁的儿童或少年，女性居多。舞蹈病在早期症状常不明显，表现为患者比平时不安宁，注意力不集中，学业退步，肢体动作笨拙，字迹歪斜和手中持物经常失落等。继而出现舞蹈样动作。这是一种极快的、不规则的、无目的和不自主的运动，起于一侧面部或一肢，逐渐扩大到一侧，再蔓延至对侧。此时行走、坐立、穿衣、握笔等动作发生障碍，面部有皱额、弄眉、眨眼、伸舌等奇异表情，严重的病例可有语言、咀嚼及吞咽困难。舞蹈样动作，在注意力集中或情绪激动时加重，入睡后消失。肌力常显著减弱，肌张力普遍降低，各关节可过度伸直，膝腱反射常消失，感觉无障碍。精神改变轻重不一，多数患者情绪不稳定，容易兴奋而致失眠。严重病例可有意识模糊、妄想、幻觉、躁动、木僵等，脑电图可显示异常慢波。化验可有血沉增快，抗“O”增高，C反应蛋白阳性，血液某些免疫功能指标异常等阳性发现。本病需与习惯性痉挛、抽搐－秽语综合征、肝豆状核变性引起的不自主动作，以及慢性进行性舞蹈病相鉴别。

【病案举例】

韩某，女，10岁，学生。1998年7月25日初诊。患者无明显诱

因早起时头晕、恶心吐涎沫，不欲食2月余。经服小儿消食片、胃复安等药治疗，效果不好。渐见终日恶心、吐涎沫频繁，伴见四肢有短暂针刺样疼痛，精神过度敏感，两手无意识的重复动作，伴胸闷憋气、恶寒发热、无汗。血沉36mm/h，抗“O”1250U；心电图示：窦性心动过缓，心律不齐；脑电图示：癫痫波。诊为小舞蹈病。经用青霉素静脉点滴，口服抗风湿药等治疗月余，诸症不减并见手指关节肿痛，皮肤过敏出现大小不等的皮丘，瘙痒，口服扑尔敏则消，时而又见。复查血沉30mm/h，抗“O”仍在1100U，故求中医诊治。余观其面黄，舌淡红，苔白润，脉缓。脉症合参，此属外有风寒、内有水饮。故采用表里双解的小青龙汤加减治之。处方：生麻黄9g，桂枝9g，干姜9g，杭白芍9g，细辛5g，半夏10g，五味子9g，乌梢蛇12g，当归9g，荆芥9g，防风9g，甘草6g。水煎服，日1剂，早晚分2次服。二诊（7月28日）：患者服药3剂症状减轻，守原方继服6剂。三诊（8月3日）：经上法治疗皮肤瘙痒消失，四肢刺痛好转，仍感头晕，胸闷憋气，乏力气短，继用上方去荆芥、防风、乌梢蛇，加苍术、白术各9g，菖蒲10g，郁金10g，茯苓12g。水煎服，日1剂，6剂。四诊（8月9日）：患者诸症好转，继用上方连服15剂，诸症消失，饮食如常。复查血沉15mm/h，抗“O”500U，心电图基本正常，惟有每遇寒凉潮湿气候时皮肤过敏起丘疹、瘙痒，得温能自行缓解。改为桂枝汤加减调治而愈，随访至今未发。

按：风湿热舞蹈病属风湿性脑病的一种。为风湿炎症侵犯中枢神经系统（主要是基底节）所引起。为风湿性脑病中最常见且较严重的一种。可在链球菌感染后2～6个月出现。多见于女性、儿童。其主要表现为四肢不自主、不协调、无目的地快速运动。常累及舌和面肌。有的可引起语言障碍。伴有挤眉眨眼、摇头转颈、弄嘴伸舌等动作。这些症状和体征可一种或多种同时出现。多在精神紧张时加剧。入睡后消失。此患者属营卫不和，痰饮内停。痰饮中阻而见恶心不欲食、吐涎沫；阻遏胸阳故见胸闷憋气；清阳不展而头晕；饮阻四肢而肿痛、不自主动作；饮犯皮肤，营卫失调而见皮肤瘙痒、丘疹等症。治以小青龙汤。药证合拍，病获痊愈。[46]

十三、小儿多唾症

【病案举例】

刘某，男，4岁，2001年10月初诊。患儿素体脾虚，易于感寒，有感冒、咳嗽等反复呼吸道感染史。于2个月前出现多唾，为白色唾沫或涎水，常不由自主地唾，以致颌下及前胸部衣裳常被浸湿，臭味难闻。伴面色渐黄，形体日渐消瘦，皮肤干燥，且有多动，注意力不集中，烦躁，以及食纳呆滞，口渴欲饮等。刻诊：神清，精神不济，面色稍黄，毛发稍枯，皮肤弹性稍减，面部表情有眨眼、耸鼻等动作，咽微红，舌微红而苔滑，脉滑。先以脾虚兼肾虚不固辨治，投以四君子汤加芡实、山茱萸、金樱子、覆盆子、益智仁。服1周微效，再投则无效，症状如初。进一步辨之，患儿素有反复咳嗽史，说明平素痰饮内伏，一遇风寒则引动宿饮而发，或咳或唾。细诊之，患儿恶寒，唾时喉中有痰鸣声，面色黄中带青，舌苔滑，脉滑稍浮，其病位在肺与胃（肠），病因病机为痰饮内伏，外感风寒，故宜从痰饮论治，以温化痰饮为大法，投以小青龙汤酌加健脾补肾固涩之品。处方：炙麻黄4g，半夏6g，白芍4g，桂枝4g，干姜4g，细辛4g，茯苓8g，五味子4g，炙甘草4g，焦白术8g，茯苓8g，益智仁6g，覆盆子6g，山药8g，乌药5g，胡桃肉1个，服3剂而大效。又在上方加黄芩防止化热，或针对已出现的化热之象，继服8剂而愈。

按：小儿多唾症虽未列入教科书或有关书籍，但在临床中常可见到。其表现为多唾，多动，注意力不集中，食欲不振，消瘦，口干，甚则烦躁，易发脾气，摇头或面部肌肉抽动等。其病机与肺脾肾为主的脏腑功能失调，复受外邪侵袭以及情志失调有关。在此基础上使得津液不能输布或不归正化而变成痰饮，或停于肺，或停于胃肠，当风寒引动伏饮时则咳，则唾，故可从痰饮治，“当以温药和之”，小青龙汤主之。又《金匮要略》有妇人吐涎沫之治，其曰：“妇人吐涎沫，医反下之，心下即痞，当先治其吐涎沫，小青龙汤主之……”今小儿唾唾与涎沫，可同之治。过多之唾与涎沫即痰饮，且多动、眨眼、耸鼻等亦属“怪病多痰”，故用小青龙汤温化痰饮即是治痰之法，治涎之法，再在此基础上酌加健脾之白术、茯苓以制其生痰之

源，使津液归于正化。又，唾为肾液，肾虚不固亦可唾，故再加补肾固涩之益智仁、覆盆子、乌药、山药等，以使唾液归于肾而填肾精则多唾之症可除。[47]

十四、麻疹

麻疹是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病。临床特征为发热、流涕、咳嗽、眼结膜炎、口腔黏膜斑及全身皮肤斑丘疹。传染源：患者为惟一传染源。一般认为出疹前后5天均有传染性。传播途径：患者咳嗽、喷嚏时，病毒随飞沫排出，直接到达易感者的呼吸道或眼结膜而致感染。间接传播很少。易感人群：未患过麻疹，也未接种麻疹疫苗者均为易感者。病后有较持久的免疫力。潜伏期为10～14天。本病典型经过分三期。①前驱期：又称出疹前驱期，持续2～4天，但体弱，重症或滥用退热剂者可延至7～8天。主要表现为上呼吸道炎症，急起发热，咳嗽，流涕，喷嚏，畏光流泪，结膜充血，眼睑浮肿。咳嗽逐日加重。少数患者病初1～2日在颈、胸、腹部出现风疹样或猩红热样皮疹或荨麻疹，数小时即退，称为前驱疹。此时在悬雍垂、扁桃体、咽后壁、软腭处亦可见到红色斑点，出疹期才消退。②出疹期：于第4病日左右开始出疹，一般持续3～5天。皮疹首先开始于耳后发际，渐及前额、面颈、躯干与四肢，待手脚心见疹时，则为“出齐”或“出透”。皮疹初为稀疏淡红色斑丘疹，直径2～4mm，逐渐皮疹增多，融合呈卵圆形或不规则形，疹间可见正常皮肤，皮疹出透后转为暗棕色。病情严重时，皮疹可突然隐退。本期全身中毒症状加重，体温高达40℃，精神萎靡、嗜睡，有时谵妄抽搐。面部浮肿，皮疹，眼分泌物增多，甚至黏连眼睑不易睁开，流浓涕，上述表现之面貌称为麻疹面容。③恢复期：皮疹出齐后，中毒症状明显缓解，体温下降，约1～2日降至正常。精神食欲好转，呼吸道炎症迅速减轻，皮疹按出疹顺序消退并留有糠麸样细小脱屑及淡褐色色素沉着，以躯干为多，1～2周退净。无并发症的典型麻疹全程10～14天。

【病案举例】

张某，男，5岁，1980年12月15日诊。3天前，患儿发热，恶

寒，鼻塞，流涕，咳嗽，目赤，泪出汪汪，思睡，小便短黄，舌苔薄白，微黄，脉浮数，指纹红赤。某医投以麻杏石甘汤加黄芩10g，黄连6g。服2剂后，现仍发热，恶寒，无汗。口腔黏膜见有麻疹斑，肢冷，舌苔白微腻，脉浮紧，宜辛温解表，宣肺透疹。麻黄、桂枝、赤芍、干姜、半夏各6g，五味子4g，甘草3g，杏仁10g。服2剂后，头面、胸背、四肢依次出现麻疹，色泽红润，胃纳转佳，神清气爽，迭行数日，疹退康复。

按：麻疹是婴幼儿常见的呼吸道急性传染病，传染性极强，其病原体为麻疹病毒，属于副黏液病毒，含核糖核酸。未患过麻疹及未接种麻疹减毒活疫苗的小儿，均为易感儿。患过一次麻疹后，患儿可获得终身免疫力。可出现喉炎、肺炎、脑炎、中耳炎等并发症。中药治疗以辛凉透表，佐以清热解毒，促进皮疹顺利透发，以防毒热过甚。本案前医用石膏、黄芩、黄连过早，冰伏遏滞，致表不解，疹郁不透。后改用小青龙汤宣透气机、辛温解表，使表开疹透，毒邪外泄。可谓辨证准确，故疹出病愈。[48]

十五、小儿肾炎

小儿肾炎一般指肾小球肾炎，是一种双侧肾脏的弥漫性、非化脓性疾病。多发生于学龄儿童，6～9岁最为常见。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。

【病案举例】

1. 患儿，男，8岁。起初患中耳炎，继而发生肾炎，全身水肿，呼吸困难，发热。投予小青龙汤，服用2次后，小便量显著增加；服用4日后，发生水样下痢，浮肿急骤消退，数日后痊愈。

2. 姬某，男，5岁，1955年8月29日就诊。其父代诉：在12天前的早晨，发现眼胞稍肿，两天后，眼胞肿稍退，头面部肿起，随之眼胞复肿，并继续加剧，后肿及足腿腹手，小便减少，食欲减退，微热，稍有咳嗽。曾注射青霉素和服中药无效。检查：身体发育正常，头面部均高度浮肿，几乎不能睁开，腹部肿胀，脐已突出，四肢浮

肿，脚踝部、手、面尤甚，面部呈萎黄色，体温37.8℃。化验：白细胞 7×10^9/L，中性粒细胞0.61，淋巴细胞0.36，酸性粒细胞0.03，尿蛋白（++），脓球（++），红细胞（+），颗粒管型（++），透明管型（+）。初诊意见：急性肾炎。处方：麻黄2.5g，茯苓皮10g，大腹皮10g，冬瓜皮12g，生姜皮2.5g，川黄连2.5g，金银花12g，黄柏6g，泽泻12g，海金沙6g，甘草梢6g，水煎服，2剂。肿消大半，小便量增多，继续用上方加减，2剂，浮肿完全消失，实验室检查正常，未再服药。[49]

3. 陈某，女，18岁，学生，1985年4月27日初诊。遍身浮肿，发热恶寒，头身疼痛，干呕无汗，咳嗽吐稀痰，呼吸喘促，胸闷不适，不思饮食，口不渴，小便不利，舌苔薄白，脉浮紧。此乃春季野游，劳乏伤气，渴饮冷水；又值天气骤变，衣薄感受风寒，外邪袭表，内舍于肺，肺气上逆，则作咳喘。胸闷不渴，系阴霾凌空，水饮荡漾。用小青龙汤原方加白术15g，温里解表，化气行水。连服5剂，其病告愈。[50]

按：小儿肾炎属于“水肿”的范畴，水不自行，赖气以动，故水肿一证，是全身气化功能障碍的一种表现。涉及脏腑较多，但其本在肾。水湿之邪，浸渍肌肤，壅滞不行，以致肢体浮肿不退。水湿内聚，三焦决渎失司，膀胱气化失常，所以小便短少，水湿日增而无出路。治疗上服用可解表逐饮的小青龙汤，使小便畅，水有出路则水肿可消。

十六、小儿鼻鼽

鼻鼽，即变应性鼻炎，又称变态反应性鼻炎，是机体对某些变应原敏感性增高而呈现以鼻腔黏膜病变为主的超敏反应。以阵发性喷嚏连续发作，大量水样清涕、鼻塞和鼻痒，部分患者嗅觉减退，经久难愈为特点，有常年发病和季节性发病2种，常伴发过敏性鼻窦炎及鼻息肉等，给人们的生活、学习和工作带来极大的痛苦，近些年，随着社会经济的发展、物质生活的丰富，变应性鼻炎日渐增多，可发生于任何年龄，但以青少年为多。一般来说，变态反应性鼻炎不宜手术治疗（结构性鼻炎和鼻生理功能的疾患除外），目前仍以药物治疗为主

要手段。

【病案举例】

孙某，男，6岁，1992年2月18日诊。患儿鼻塞鼻痒，喷嚏频频，鼻出清涕已3年。近几天来遇寒邪加重，鼻塞而痒，窒塞酸胀，揉鼻为快，按鼻而嚏，清涕如注，嗅觉不灵。面色㿠白，疲倦乏力，纳差，乏味，大便溏薄，某院确诊为“过敏性鼻炎”，延医罔效。舌淡苔白，脉缓。证属肺脾气虚，寒水上泛。治宜温肺化饮，益气健脾，通窍止涕。方用小青龙汤加味：麻黄、桂枝、白芍、细辛、蝉蜕、五味子各5g，辛夷、苍耳子、香白芷、川芎各6g，党参、白术、半夏各10g，干姜、甘草各3g，水煎服。服10剂后，鼻塞鼻痒改善，喷嚏、流涕减少，纳健。原方再加黄芪、茯苓，继服10余剂鼻道通畅，嗅觉恢复而愈。1年后随访，未复发。

按：“鼽者，鼻出清涕也”（《素问玄机原病式》）。其病本属阳气虚弱，标为寒水上泛。故用小青龙汤温肺化饮，散寒止涕；辛夷、苍耳子、白芷、川芎散风通窍；党参、黄芪、白术、茯苓健脾益肺。气化水行，鼻窍豁然。[51]

参考文献

[1] 陈文利，梁晓海，凌钦亮．辨证治疗小儿支气管哮喘60例．河南中医，2005，25（4）：54

[2] 王宇春，李小宁．小青龙汤加减治疗发作期小儿寒性哮喘的临床观察．上海中医药杂志，2001，35（6）：28

[3] 谢梅华，刘旭华．小青龙汤配合中药贴敷治疗儿童哮喘急性发作85例．陕西中医，2004，（5）：391

[4] 张涤．小青龙汤治疗小儿支气管哮喘急性发作期疗效观察．中国中医药信息杂志，2005，12（4）：74

[5] 王宝琮．中药小青龙汤加减佐治婴幼儿哮喘35例疗效观察．桂林医学院学报，1994，7（3）：74

[6] 刘洪新．小青龙汤治疗小儿哮喘101例临床观察．四川中医，1995，（5）：43

[7] 刘白祥，徐岭．免煎饮片治疗小儿哮喘急性发作48例疗效观察．湖南中医

药导报，2002，8（2）：60
[8] 屈德全，于战友，李清峰，等．小青龙汤热敷背俞区治疗小儿哮喘．新中医，1992，24（7）：17
[9] 潘玉瑞，胡国华．中西医结合治疗婴幼儿哮喘42例．浙江中医学院学报，1996，20（6）：33
[10] 张小平，李素莉，杨卉，等．内外合治小儿支气管哮喘的临床研究．中医独特疗法杂志，2003，12（6）：8
[11] 冢本佑壮．汉方小儿疾患．小儿内科，1983，15（10）：1469
[12] 森岛昭．小青龙汤小儿支气管喘息治验．小儿科诊疗，1978，41（2）：229
[13] 景斌荣，海鸿，郭薇．小儿支气管哮喘93例的临床分析．中医杂志，1989，（4）：29
[14] 周桂项，李富明．青龙定喘汤治疗小儿过敏型支气管哮喘．中医药研究，1995，（5）：44
[15] 刘天冀，袁逵．小青龙汤膏贴肺俞穴治疗小儿寒哮69例．天津中医，1995，（6）：27
[16] 戴莉莉．平喘化痰糖浆治疗哮喘256例．辽宁中医杂志，1996，23（8）：362
[17] 梁文华．小青龙汤应用心得．湖南中医药导报，2001，7（3）：136
[18] 萧桂芳．小青龙汤化裁内服合穴位敷贴治疗哮喘389例．广西中医，1997，（1）：23
[19] 邓淑兰．寒饮内停致小儿哮喘的证治体会．实用乡村医生杂志，1997，4（2）：38
[20] 徐文．中西医结合治疗小儿喘息性支气管炎的临床观察．中国中西医结合杂志，2002，22（8）：630
[21] 谢朋义．小青龙汤加味治疗小儿喘息性支气管炎疗效观察．安徽医科大学学报，1997，（6）：705
[22] 张旭明．小青龙汤配合西药治小儿喘息型支气管炎30例．中国自然医学杂志，2001，3（4）：247
[23] 唐凯．小青龙加石膏汤治疗小儿喘息型支气管炎40例．国医论坛，1994，（4）：12
[24] 方宗美．小青龙汤治疗小儿支气管炎的临床观察．中成药研究，1985（8）：43
[25] 屈德仓，于战友，李清峰．小青龙汤热敷背俞穴治疗小儿咳喘．新中医，1992，（7）：17

[26] 唐凯．小青龙汤石膏汤治疗小儿喘息性支气管炎410例．国医论坛，1994，(4)：12
[27] 桂三保．小青龙汤治疗小儿痰喘70例．江西中医药，1995，26（9）：31
[28] 曾凡芝，杨韬滔，张晶．中西医结合治疗婴幼儿毛细支气管炎41例．实用中医内科杂志，2002，1（4）：212
[29] 张玉珍，等．小青龙汤为主治疗小儿支气管肺炎102例．辽宁中医杂志，1993，(1)：33
[30] 任荣，史会贞．经方治验2则．国医论坛，1996，11（3）：25
[31] 吴瑜．小青龙汤治疗支气管炎、肺炎验案2则．中国中医药杂志，2005，17（2）：130
[32] 徐明．蒲辅周治疗腺病毒肺炎五例浅析．黑龙江中医药，1995，(2)：2
[33] 高翔，蒲志贤，蔡明江，等．中西医结合治疗支原体肺炎100例．临床荟萃，2002，17（1）：44
[34] 张国秀，王清江，刘宗英．中西医结合治疗喘息型肺炎77例．实用儿科临床杂志，1996，11（3）：192
[35] 刁敏．中西医结合治疗小儿喘息型肺炎．河北医药，2004，26（7）：569
[36] 孙小玲．中西医结合治疗小儿喘憋性肺炎362例．福建中医学院学报，1995，5（4）：1
[37] 杨添芳．小青龙汤治疗小儿喘息型肺炎100例观察．青海医学院学报，1998，19（2）：39
[38] 谢柳青．小青龙汤临床加减应用．江西中医药，2002，33（4）：18
[39] 陈玉铭．小青龙汤在山区应用的经验．福建中医药，1965，(5)：38
[40] 谈佩琳．小青龙汤治疗小儿咳嗽30例．时珍国医国药，2001，12（4）：365
[41] 王莉．小青龙汤治疗小儿咳嗽40例疗效观察．云南中医中药杂志，2005，26（5）：16
[42] 于海洁，马富伟．增损小青龙汤治疗小儿咳喘验案2则．中医药学报，1996（5）：26
[43] 王豹，李芳茹，郭亮明．小青龙汤化裁治疗顽固性小儿咳喘20例．陕西中医，2002，23（6）：534
[44] 吴鸣，石桂枝，金松华．小青龙汤治疗小儿呼吸道感染的疗效观察．浙江中西医结合杂志，1998，8（2）：105
[45] 张德贵，贺建丽．温化痰饮法治疗小儿反复呼吸道感染100例临床观察．山西中医，1995，11（1）：27

[46] 王忠爱．小青龙汤新用．中国社区医师，2002，(9)：41
[47] 张德贵，游瑞珍，闫桂芳．小青龙汤杂病治验四则．光明中医，2002，3(17)：58
[48] 高福寿．小青龙汤经验偶拾．四川中医，1988，(2)：10
[49] 王芳．急性肾炎治验．新中医，1957，8 (9)：26
[50] 胡炳文．小青龙汤的临床应用．国医论坛，1986，(4)：16
[51] 方正浩．小青龙汤治小儿鼻鼽．四川中医，1994，(3)：46

第六章 五官科病证

一、耳聋

听觉系统的传音、感音功能异常所致听觉障碍或听力减退，概称为耳聋。一般轻者为“重听”，在一般情况下，能听到对方提高的讲话声；重者为耳聋，听不清或听不到外界声音。因耳部病变部位及性质不同，致耳聋的程度有所差异。幼童由于耳部发育不全或某些疾病引起耳聋后，无法学习语言，可致聋哑。从耳部病变损害的部位来讲，耳聋可分为传音性耳聋及感音神经性耳聋。由于外耳及中耳的病变从而阻碍声波的传导，即为传音性耳聋。若接受声波的内耳或由内耳经听神经径路发生问题，影响声音的感受，则为感音神经性耳聋。如外耳、中耳、内耳三部分均有病变所致成的耳聋，称为混合性耳聋。

【病案举例】

胡某，女，47岁，农民。患者素有咳喘宿疾，近感冒风寒，咳喘复作，痰涎清稀色白而多，并突然出现双耳闭塞，发胀疼痛，听力下降，伴恶寒，无头痛身痛，鼻塞流涕。曾在某县医院诊为“突发性暴聋”。住院肌内注射青霉素，同时给予能量合剂、激素及血管舒张

剂治疗11天后，咳喘减轻，耳聋如故。遂停用西药，改服中药河车大造丸数剂，亦未见好转，且症状日益加重，耳闭塞加剧。于1996年11月26日来诊。查：两耳鼓膜轻度充血，耳咽鼓管通畅不良，骨导正常。舌苔薄白微腻，脉浮滑。辨为“耳聋”，乃由风寒外袭，痰阻肺络所致。治宜散寒化饮，以桂香散合小青龙汤。处方：麻黄、桂枝、白芷、石菖蒲、木通、白蒺藜、当归、半夏、白芍各10g，木香、干姜、五味子、制南星各6g，细辛4g，甘草3g。服药4剂后，咳喘减，耳闭启，诸症减轻。服上方5剂，听力恢复。1年半随访，病未复发。

按：本案为伏饮被新邪引动，因而水湿不化，凝聚成饮，上渍于肺，肺失清肃。恶寒无汗，头痛身痛，咳嗽痰多，稀白而黏，鼻塞涕多，苔薄白微腻，脉浮滑，皆为感受风寒，寒邪凝聚肺系之征象。桂香散能鼓舞正气，疏通腠理，宣畅气机，驱邪外出。合小青龙汤之麻黄、桂枝发汗解表，疏通表里膜外；细辛、干姜温里行水；半夏去水饮而平逆气；再配白芍、五味子收敛肺气，使风寒与水饮皆除，气顺痰消，而肺气不伤。两方合用使肺之气机肃降有常，通畅无阻而获卓效。[1]

二、过敏性鼻炎

过敏性鼻炎又称变应性鼻炎，是鼻腔黏膜的变应性疾病，并可引起多种并发症。近年来发病率有升高趋势。据统计，变应性鼻炎约占全部鼻炎的40%。临床上一般分为常年性和季节性两型。另有一型由非特异性的刺激所诱发、无特异性变应原参加、不是免疫反应过程，但临床表现与上述两型变应性鼻炎相似，称血管运动性鼻炎或称神经反射性鼻炎，刺激可来自体外（物理、化学方面），或来自体内（内分泌、精神方面），故有人看作是变应性鼻炎，但因在机体内不存在抗原－抗体反应，所以脱敏疗法、激素或免疫疗法均无效。主要原因有吸入性变应原（如尘埃、尘螨、真菌、动物皮毛、羽毛、棉花絮、植物花粉等），食物性变应原（如鱼虾、鸡蛋、牛奶、面粉、花生、大豆及磺胺类药物、奎宁、抗生素等药品），接触物（如化妆品、汽油、油漆、酒精等），其他原因有某些细菌及其毒素，物理因

素（如冷热变化、温度不调），内分泌失调或体液酸碱平衡失调，也可有多种因素同时或先后存在。主要症状为鼻痒和连续喷嚏；大量清水样鼻涕，但急性反应趋向减弱或消失时，可减少或变稠厚，若继发感染可变成黏脓样分泌物；鼻塞程度轻重不一，单侧或双侧，间歇性或持续性，亦可为交替性；嗅觉障碍。过敏性鼻炎是常见的鼻部疾患，属中医学“鼻鼽”的范畴，历代医家对本病的认识颇不一致，但都认为本病的发作与外界因素有密切关系，其病位在肺，与脾肾密切相关。其病因病机多为气阴不足，藩篱失职，或肺虚气怯，或脾阳不振，或肾阳不足，以致内无温养脏气之火，外乏抵御细菌之力，异气外邪乘虚而入发为本病。该病表在肺，其病理变化与脾肾有一定关系，故以温阳扶正固本组方，根据临床症状灵活运用。

【临床应用】

潘氏以小青龙汤加减治疗本病30例，取得较好效果。运用时加大细辛用量可达6～12g，并加苍耳子9g，藁本15g，白芷3g。治疗结果：治愈21例，好转7例，无效2例；疗程最短3天，最长10天。张氏用小青龙汤加苍耳子散治疗386例，并与对照组作比较，治疗效果明显优于对照组（$P<0.01$）。

刘氏[2]等在1993年1月～1999年12月应用液氮在鼻腔相应部位冷冻，配合小青龙汤内服治疗变应性鼻炎108例，取得满意疗效。治疗方法：冷冻治疗：1%丁卡因鼻腔表面麻醉（鼻甲肥大者加用麻黄素），以液氮为冷冻剂，用冷冻探头按接触法加压冷冻下鼻甲前端、鼻丘部、中鼻甲后端外侧以及呼吸区黏膜，每次冷冻20～30s，融化后复冻1次，即两冻两融，双侧同时进行。冷冻结束，用麻黄素棉片轻压创面，以防冻后血管扩张出血。2周后复诊，必要时重复冷冻治疗1次。连续2次冷冻无效，即放弃本组。108例中，冷冻1次75例，冷冻2次33例。中药治疗：小青龙汤煎服冷冻，当日开始服药，连服14剂，每剂药早晚各煎1次，大火煮沸后小火温20min。先以其蒸汽熏鼻，待降温后，再饮其药液。2周后复诊，根据病情可加服7～10剂。随访中，如病情有反复，可按原方随症加减继续服用。结果：近期显效64例，占59.3%，有效35例，占33.4%，无效9例，占8.3%，总有效99例，占91.7%；远期（跟踪1年）显

效48例，占44.4%，有效43例，占39.8%，无效17例，占15.7%，总有效91例，占84.3%。

朱氏[3]等用本方治疗本病36例，基本方：麻黄、桂枝、半夏各9g，白芍、干姜、五味子、甘草各6g，细辛3g。前额头痛者加白芷6g，发热者加生石膏20g，日1剂，水煎服，5天为1个疗程，治疗3个疗程。用药期间嘱患者避免与过敏原接触。治疗前后均详细记录临床症状及鼻部检查情况。结果：痊愈12例，好转18例，无效6例，总有效率80%。

王氏[4]等对过敏性鼻炎拟定解表散寒、宣肺健脾之法，用小青龙汤合玉屏风散化裁，疗效颇佳。选用麻黄6g，桂枝6g，细辛3g，防风10g，黄芪15g，白术15g，半夏9g，五味子6g，白芍9g，生姜12g，甘草3g为基本方。鼻痒甚者加蝉蜕6g；鼻塞甚者加麻黄10g，苍耳子10g；鼻涕多者重用五味子、白芍；鼻黏膜水肿明显者加茯苓15g，猪苓10g；下鼻甲肿者加牡蛎15g，贝母10g；兼有发热流黄稠鼻涕者去麻黄、桂枝加桑叶15g，枇杷叶15g，黄芩9g；兼见头痛者酌加白芷、羌活、蔓荆子、藁本、柴胡等；兼有哮喘者加杏仁、桔梗适量；兼有神疲气短、胃纳欠佳者酌加党参、山药、薏苡仁；患者年龄偏高，素有阴虚证者除服上药外加服金匮肾气丸，1日2次，1次1丸。运用上方治疗78例过敏性鼻炎，一般服用7～14剂。治愈（症状体征完全消失，随访1年未复发者）48例；显效（主要症状和体征消失，但感冒后调理数日或十数日方愈者）21例；无效（服药后无明显好转）9例，有效率为88.4%。

张氏[5]等于1992年1月～1995年1月应用小青龙汤（加味）治疗过敏性鼻炎386例，效果满意。处方：麻黄、柴胡、五味子各10g，细辛3.5g，半夏、白芍、桂枝各12g，干姜8g，生甘草6g，1日1剂，煎2次，分4次服，10天为1疗程。服用1～2个疗程，用药随访时间为4个月至2.8年不等。结果：显效164例，占42.4%；有效177例，占45.9%；无效45例，占11.7%，总有效率88.3%。

桑氏[6]等对于本病诊断明确者，均投以小青龙汤煎剂，每日1剂，3天为1个疗程。结果：痊愈26例，显效24例，无效3例，总有效率为94.3%。

日本学者选取1991年1月～1993年2月就诊的变应性鼻炎（以室内尘埃、螨为主要抗原的常年性变应性鼻炎）患者17例，全部患者均连续服用小青龙汤4周，7.5g/d，分3次于两餐之间服用，此期间不并用他药，并每隔1～2周观察一次症状的改善情况。结果：总体改善率为64.7%。发作性喷嚏、鼻涕、鼻塞的改善率均为68.8%，日常生活障碍改善者未过半数。鼻镜检查的结果：鼻黏膜肿胀、水性分泌量显著改善，改善率为68.8%，但鼻黏膜色泽和鼻涕性状改善率低。重度病例中，中度改善以上者占63.6%；中度病例中，中度改善以上者占66.7%，总体有效率为64.7%。仅1例出现轻度胃痛（未处理可续服）。患者对小青龙汤评价良好者占66.7%。综上所述，认为小青龙汤治疗变应性鼻炎安全有效。[7]

孙氏[8]等采用液氮冷冻与中药结合的方法治疗常年性鼻炎，随访1年以上的280例，显效及治愈230例，占82.1%；有效42例，占15%；无效8例，占2.9%，总有效率97.1%。用液氮冷冻鼻中隔前上方、鼻丘或下鼻甲，方法简单易行、效果好。口服中药小青龙汤可提高机体免疫力，巩固疗效，减少复发。

马氏[9]等用小青龙汤治疗变应性鼻炎50例，显效25例（50%），有效18例（36%），无效7例（14%），总有效率86%。其中32例患者治疗1个疗程，其余18例治疗2个疗程。

马场骏吉[10]选1993年6月～1994年1月治疗的常年变应性鼻炎92例为研究对象，小青龙汤给药量为9.0g/d，分3次服，共服药2周。年龄12～72岁（平均30.2岁），重症42例，中度60例，轻症5例。结果：显著改善11例（12.0%），中度改善30例（32.6%），轻度改善36例（39.1%），不变11例（12.0%），恶化4例（4.3%）。小青龙汤治疗常年变应性鼻炎安全、有效。

金氏[11]选择1996年1月在韩国汉城永东汉医院治疗的变应性鼻炎患者（年龄7～49岁）228例为对象，分为2组。第一组102例，给予小青龙汤；第二组126例，给予小青龙汤加辛夷，均用煎剂，1日3次，于饭后1h后服用。对7～13岁患儿给予1/2成人量。经4～12周治疗，第一组流涕、鼻塞、嗅觉障碍有效率分别为84%、75%、50%；鼻黏膜充血、鼻甲肿大有效率均为70%；鼻内分泌物减少

82%。第二组流涕、鼻塞、嗅觉障碍有效率分别为93%、86%、73%；鼻黏膜充血、鼻甲肿大有效率均为85%；鼻内分泌物减少92%以上。结果表明：小青龙汤加辛夷对流涕、鼻塞的疗效比小青龙汤提高了10%，且安全、无不良反应。

鄂氏[12]治疗组采用加味小青龙汤合卡介菌多糖核酸注射液治疗变应性鼻炎80例，并设对照组对比。结果：治疗组总有效率93.7%，明显优于对照组（$P<0.01$）。提示：本方法对本病具有提高机体免疫力及抗过敏的功效。

王氏[13]等对43例过敏性鼻炎患者运用加味小青龙汤治疗，观察治疗前后IgE水平，发现治疗前后IgE有显著差异，表明该方剂对治疗过敏性鼻炎有较好疗效。

李氏[14]等将80例患者（哮喘急性发作期合并过敏性鼻炎）随机分为2组，治疗组42例在西医常规治疗基础上加用小青龙汤治疗，对照组38例予西医常规治疗。结果：两组总有效率相近，但治疗组（64%）临床控制率明显高于对照组（42%），差异有显著性（$P<0.05$），治疗组肺通气功能改善优于对照组，其血清IgE及外周血嗜酸细胞（EOS）较治疗前明显下降。因此，小青龙汤加减治疗过敏性鼻炎并哮喘有良好的疗效。

【病案举例】

1. 吕某，男，29岁，患过敏性鼻炎3年，经常阵发性流涕，喷嚏频作，中西药物治疗效果不著。检查：舌质淡红苔薄白，脉浮紧。辨证：风寒外袭，肺气失宣。处以小青龙汤：麻黄9g，桂枝9g，半夏9g，白芍9g，干姜6g，五味子6g，细辛3g，甘草6g，3剂，日煎服1剂。4月25日复诊，上方服3剂即愈，现又复发。脉症同前，予原方3剂。半年后追访未见复发。

2. 郭某，男，63岁。1983年5月22日初诊。自述流涕喷嚏10天，鼻塞鼻痒，但寒不热，无汗，纳呆，口不渴，疲乏无力。8年前在省级医院耳鼻喉科确诊为过敏性鼻炎，经常滴氯麻液，口服扑尔敏及中药，久治不愈。症见体质瘦弱，面色白，舌质淡，苔白薄，脉浮濡。辨证：气血两虚，肺感风寒。治则：辛温解表，温肺补气。小青龙汤加味：麻黄9g，桂枝9g，半夏9g，细辛3g，五味子6g，白芍

9g，干姜6g，甘草6g，党参15g，予3剂，日煎服1剂。5月25日复诊，诸症大减，继用原方3剂以善后，追访数年未复发。

3. 杨某，男，81岁。10余年来经常突发鼻痒、鼻塞、流清涕及喷嚏，在某省级医院诊为过敏性鼻炎。西药治疗，其症状只能缓解于临时，中药银翘散、苍耳子散等亦无效。1979年4月15日来诊。检查：舌质淡红，少苔，脉滑缓，血压29.3/10.7kPa。辨证：肝阳上越，风寒袭肺。小青龙汤加味：麻黄6g，桂枝6g，干姜3g，细辛3g，白芍9g，半夏9g，五味子6g，石决明30g，川牛膝15g，菊花9g，甘草6g。予3剂。药后1剂症减，3剂痊愈，血压幅度无波动。

按：鼻塞鼻痒、流涕喷嚏等证候，属中医学“鼻鼽”范畴。证属风寒外袭，邪犯外窍。肺主气而司呼吸，开窍于鼻，故鼻为肺之门户。风寒外袭，而鼻首当其冲。风为阳邪，善行数变，寒为阴邪，易于凝滞。风邪挟寒，侵袭肺系，清窍为之闭塞，鼻痒喷嚏以生。肺之通调水道功能受阻，停积为涕，涓涓而下，不可遏止。正如《内经》所云：“形寒饮冷则伤肺”，“诸病水液，澄彻清冷，皆属于寒”。故本病正气虚亏为本，风寒外邪为诱因，流涕喷嚏等水气证候为标，是外因通过内因而产生的病理改变。小青龙汤，原为伤寒太阳发汗行水方剂，用此方治疗本病，主要依据其温肺散寒、化气行水的性能。方中麻、桂祛风散寒，温肺行水；半夏降逆燥湿；芍药调和营卫；细辛走窜透窍；干姜温通化饮；五味子收敛肺气，并制诸药温燥之性；甘草和中，缓急益肺；体弱气虚加参以助正气，促进证候之改善，有宿疾者，当顾其原病而化裁之。

以上3例，证候相同，同中有异。例1为单纯型，且体壮气盛，处以小青龙汤原方。例2为气血虚亏，加用党参补气以养血，增强机体抗病功能，以促疾病之向愈。例3伴有高血压病，原方增平肝潜阳药，免致因麻、桂等辛温燥热药物使血压上升，故收效皆很满意。[15]

4. 患者，男，17岁。1999年3月10日就诊。患者咽痒、鼻痒、喷嚏、流清涕2年，每逢气候寒冷或春暖花开时即易发病。此次因气温下降，寒流来临而复发，症见咽痒鼻痒，喷嚏频频，鼻流清涕，头痛头重，舌淡尖红，苔薄白，脉浮细数，此乃素有痰饮内伏，又外感风寒，致使肺气失宣，鼻窍不利。治以解表温肺化饮，祛风通窍止

噫，用小青龙汤合苍耳散加味。处方：麻黄、桂枝、干姜、白芍、细辛、半夏、五味子、苍耳子、辛夷、川芎、蝉蜕、白蒺藜、荆芥各10g，生石膏30g，水煎，分2次服。同时，肌内注射卡介菌多糖核酸注射液1mg，每周3次，连续6周。二诊：3月14日，服上药4剂，痒消涕止，喷嚏减轻，头痛微减。以原方为主，加菊花、蔓荆子各12g，再服4剂，诸症痊愈。

按：小青龙汤外解风寒，内逐水饮，表里双解，颇俱祛风、解表、化痰之功，故为中医治疗变应性鼻炎不可多得之良方。卡介菌多糖核酸是免疫调节剂，其作用机制是提高机体细胞免疫功能，调节体液免疫，促进T淋巴细胞的分化与增殖，抑制IgE的生成，从而提高机体免疫力及抗过敏能力，提高机体对理化因素刺激的抵抗力，达到预防、治疗过敏性鼻炎的目的。[12]

三、鼻窒并鼻鼽

鼻塞时轻时重，或双侧鼻窍交替堵塞，反复发生，经久不愈，甚至嗅觉失灵者，称为鼻窒，是一种比较常见的慢性鼻病。“鼻窒”一名，首见于《素问·五常政大论》：“大暑以行，咳嚏，鼽衄，鼻窒。”《刘河间医学六书·素问玄机原病式》卷一说：“鼻窒，窒塞也。”又说：“但侧卧上窍通利，而下窍闭塞。”指出了鼻窒的主要症状特点。但历代文献有将鼻窒与伤风鼻塞相提并论，互为不分。此处系指慢性鼻塞而言，相当于慢性鼻炎。肺脾气虚，邪滞鼻窍，肺开窍于鼻，肺和则鼻窍通利，嗅觉灵敏，若肺气不足，卫阳不固，则易受邪毒侵袭，失去清肃功能，以致邪滞鼻窍，或饥饱劳倦，损伤脾胃，脾气虚弱，运化不健，失去升清降浊之职，湿浊滞留鼻窍，壅阻脉络，气血运行不畅而致鼻窍窒塞。邪毒久留，气滞血瘀体虚之人，正不胜邪，外邪时犯鼻窍，邪毒久留不去，阻于脉络，遏滞气血，以致气滞血瘀，鼻窒加重。鼻塞是本病的主要症状，一般来说，鼻塞时轻时重，肌膜肿胀淡红，多属肺脾气虚，邪毒滞留；鼻塞持续无间，肌膜肿胀暗红，多属气血瘀阻。小青龙汤对鼻窒有奇特疗效。

【病案举例】

张某，男，62岁，工人，1999年11月门诊。鼻塞流涕30年，

加重伴打喷嚏10年。患者于30年前因感冒而致鼻塞、流涕反复反作，屡治不愈。近10年来鼻塞及流涕逐渐加重，发作时间延长，以致不能平卧及夜不能寐，更有频繁打喷嚏，以早晚为重或有“心下逆满、气上冲胸”之感，或有吐涎，背部恶寒及腰酸等全身症状。曾于1998年经笔者诊治，其证候如上，其脉沉紧，辨为苓桂术甘汤证，投3剂，诸症减轻，然遇感冒或过劳时又发。今再诊精神稍差，面色稍黄中带青，鼻黏膜灰白，水肿，鼻甲肥大，鼻翼肥大，舌体稍胖，舌质暗，苔白，脉弦紧。西医诊断：慢性鼻炎；中医诊断：鼻鼽。证属痰饮内伏，风寒外束兼中阳虚弱，治宜温化痰饮，方用小青龙汤加茯苓、白术，亦即小青龙汤合苓桂术甘汤之义。服3剂后即感鼻塞、流涕、喷嚏及“心下逆满、气上冲胸”等症明显减轻。查：舌质由淡转为淡红，苔白，脉弦稍紧。再遵上方之治，并加黄芩以防辛温药化热及已出现的化热倾向；加桃仁、红花以活血化瘀，以针对久病入络，以痰瘀治，每日1剂，连服7剂，诸症大减，几近消失。查：精神气色转好，面色泛红，舌质稍红，稍暗，苔白或稍黄，脉小弦，尺脉稍浮大。治宜温化痰饮与补肾阳以化气利水消痰饮相结合，而收全功。方用小青龙汤减麻黄量合苓桂术甘汤再合金匮肾气丸，制成丸剂，每服10g，1日2次，连服2个月，诸症悉愈，随访1年未发。

按：本证以顽固鼻塞，流涕及频发打喷嚏为主要症状，并伴有“心下逆满、气上冲胸”等症状，属中医学之鼻窒、鼻鼽及痰饮之范畴，相当于现代医学之慢性鼻炎、过敏性鼻炎之类疾病，其病位在肺与胃肠，病因病机为水饮内停，外感风寒兼中阳虚弱，饮停中焦，合《伤寒论》小青龙汤证之病机“伤寒表不解，心下有水气”，亦合苓桂术甘汤证之病机。其证候以鼻塞流涕，喷嚏，恶寒，脉弦紧为主，兼有“心下逆满、气上冲胸”（苓桂术甘汤之主证）等，治当以“温药和之”，即以温化痰饮为大法。又，久病及肾，肺病及肾，及脾阳虚累及肾阳，故在用小青龙汤加苓桂术甘汤发表散寒，温化痰饮的基础上合金匮肾气丸以补肾阳而化气利水消痰饮，以使脾肾互补，金水相生，则脾能健运，肺能宣肃，肾能主水，水液代谢正常，津液归于正化，则痰无所生，痰病得愈而收全功。[16]

四、喉瘖

喉瘖即失音（含急、慢性喉炎，声带黏膜下出血，声带小结，声带息肉，声带肌无力，喉结核，癔病等之失音），是以声音不扬、嘶哑甚至失音为主要表现的喉病。其发病急、病程短为急喉瘖，又称暴瘖，与西医的急性喉炎类似。久病声音嘶哑为慢喉瘖，又称久瘖，与西医的慢性喉炎类似。急喉瘖多因感受风热邪毒，风火热毒蕴结于喉，经脉阻塞；或风寒外袭，寒邪凝聚于喉，脉络阻滞等引起，所谓“金实不鸣”。慢喉瘖多因久病肺肾阴亏，阴虚生内热，虚火上炎于喉引起，所谓“金破不鸣”。

【临床应用】

著名喉科专家田儒钦[17]1993年5月～1994年5月期间运用小青龙汤加味治疗风寒束表、痰饮内停而致的喉瘖，疗效显著。共256例，均为门诊患者，辨证要点：①失音出现在风寒外感之后且为暴发。②有恶寒畏风，发热无汗，苔薄白，脉浮紧之表寒证，并兼有咳嗽或气喘、痰白或清稀等肺失宣发肃降之里证。③喉部检查：声带局部只出现微水肿稍增厚，而无充血、小结、息肉或占位性病变等。符合以上3条者即可诊断为外寒内饮型喉瘖。治疗方法：256例均用小青龙汤为主随症加味而治。方药组成：炙麻黄、五味子各5g，细辛3g，桂枝、白芍、半夏、桔梗、前胡各10g，干姜、蝉蜕、木蝴蝶、甘草各6g。咽痒加炙僵蚕、地龙；鼻塞加辛夷、苍耳子；咳重加贝母、光杏仁。每日1剂，日服2次。全部病例服药最少3剂，最多7剂，平均4剂。治疗结果：256例除24例（占9.28%）因种种不同原因无法查询外，232例患者都进行了1年的随访。症状完全消失，1年内未复发者为痊愈，共214例（占83.59%）；症状缓解，1年内偶有复发，但发作后症状较前明显减轻者为显效，共13例（占5.08%）；服药后症状虽有一定程度改善，表证解除后改用其他方药治愈者为无效，共5例（占1.95%）。

【病案举例】

张某，女，35岁，1998年8月31日初诊。1月前因感冒致发热、咳嗽、咽喉肿痛，在部队卫生所使用多种抗生素不效。患者着厚

衣来诊，面色晦暗无华，咽喉肿痛，声嘶不扬，形寒肢冷，舌质淡、苔白厚腻，脉缓无力。证属风寒袭肺，肺气失畅，寒湿之邪壅遏于喉。治宜散寒化湿，宣畅肺气。处方：麻黄、桂枝、干姜、半夏、桔梗、陈皮各9g，细辛3g，茯苓、白术各12g，炙甘草6g，服药3剂，诸症减轻。效不更方，再服2剂而愈。

按：《仁斋直指方》云："肺为声音之门。"本例患者感受风寒，肺气郁闭，气机不畅，气道不通，寒湿结喉，声嘶失音。时值盛夏，仍着厚衣，形寒肢冷，面色晦暗无华，乃寒湿郁肺。上述诸症实属小青龙汤证意，随症加减而愈。[18]

五、过敏性结膜炎

【临床应用】

竹内认为，小青龙汤具有与曲尼司特、酮替芬同等抑制被动皮肤过敏反应的效果。铃木对过敏性结膜炎患者给予小青龙汤，观察其自觉、他觉症状的变化。结果：2周后眼瘙痒等自觉症状33%改善，他觉症状改善不明显。安藤报道：小青龙汤与点眼剂色苷酸钠眼药水并用，效果优于单独用色苷酸钠，改善率为84.4%。[19]

六、春季卡他性角结膜炎

春季卡他性角结膜炎为季节性角结膜炎，每逢春夏暖和季节发病，秋凉后自行缓解，翌年春夏季又发。多见于儿童或青少年（3～25岁），男性多于女性（男女之比为3∶1）。本病病因不明，一般认为是对灰尘、花粉、阳光等的过敏反应。可能为变态反应Ⅰ型。轻者3～4年后自愈，重者可连续复发10余年。春季角结膜炎表现为双侧性，自觉奇痒、烧灼感，轻度怕光流泪，有黏丝状分泌物。本病属中医学"时复症"、"目痒"范畴，无特定病名。痒属风动，目归经于肝，故历代医家均认为此病是由于风热犯肺、肝火上炎或因脾胃湿热蕴结，内热湿邪上犯于目而致。

【临床应用】

赵氏[20]等将本病分为肝火犯肺型、痰饮犯肺型和肺经燥热型。对角膜缘胶状隆起可认为是痰湿停聚；年龄对辨证有重要参考价值，

凡小于13岁常是痰饮犯肺型，大于13岁多见肝火犯肺型，其次是肺经燥热型。分别用自拟清肝化痰汤（桑白皮、黄芩、栀子、决明子、石决明、生地、贝母、甘草）、小青龙汤和益阴泻肺汤（桑白皮、黄芩、知母、生地、地骨皮、甘草），同时外用苦参煎水洗眼和可的松眼药水点眼。共治32例，有效率81.3%。冯氏[21]等辨证将此病分为风热壅盛型、痰饮犯肺型、血虚生燥型和气滞血瘀型。分别用疏风止痒汤（荆芥、防风、木贼、菊花、蝉蜕、苦参、地肤子、金银花）、小青龙汤、知柏地黄汤和桃红四物汤加减。同时局部点1%麻黄素和可的松眼药水，口服泼尼松、扑尔敏等。共治54例，有效率81%。

【病案举例】

患者，男，19岁。主诉：右眼痛、右眼视力低下、两眼瘙痒，每至春季发病。体型偏瘦，面色苍白。眼科检查：双眼上眼睑多发巨大乳头、充血明显，球结膜充血、水肿。角膜可见浅层点状角膜炎及部分角膜溃疡形成。诊断：春季卡他性角结膜炎。因眼痛、视力低下考虑有角膜损害，曾使用透明质酸钠滴眼液加曲尼司特滴眼液、0.1%氟米龙滴眼液等修复角膜，口服给予抗过敏药氯雷他定。病情反复或加重，两眼压均为19～20mmHg，用0.1%氟米龙滴眼液，并内服小青龙汤。服小青龙汤6个月后，自觉症状逐渐减轻，类固醇滴眼液用量减小，巨大乳头缩小，角膜所见亦有改善。[21]

按：患者为脾胃虚弱，内有湿邪蕴结，上犯于目；同时又外感过敏性刺激源而致的春季卡他性结膜炎。治疗时用小青龙汤加减内外双解，内逐水饮，健脾胃，外用抗过敏的药物则收效显著。

七、迎风流泪

中医学认为迎风流泪多为肝肾阴虚或气血不足，目窍约束无力，或因风邪引起流泪。但无目肿、赤、烂和泪管阻塞等眼疾。主要表现为泪液清稀，遇风泪出，入冬尤甚。多由肝肾亏虚，特点是溢泪清稀、视物模糊、头晕耳鸣、腰膝酸软、舌红苔薄、脉细。治疗时，可酌情选用具有滋补肝肾明目功效的药物。临床表现以虚象、寒象为主，阳不化水，阴凝成痰饮，水饮循经上行至目，引起的迎风流泪，用小青龙汤加减温化寒饮，治疗效果满意。

迎风流泪应与“窃漏”，相当于现代医学中的鼻泪管阻塞相鉴别，窃漏虽有迎风流泪症状，但用手按压睛明穴（相当于泪管开口处）则流出黏液或脓液，对于窃漏应到医院眼科诊治，不在非处方中成药治疗范围之内；在选用非处方中成药治疗时，应注意辨证施治，这样才能提高疗效，如不能辨证时，应先向医生咨询后再选药治疗。

【病案举例】

韩某，女，42岁，农民。患迎风流泪多年，曾多方治疗无效。两眼流泪如哭状，眼结膜微红，脉浮而弦，舌质淡无苔。此系脾虚运化不及，水气停留随气上升于目所致，治以小青龙汤。加重芍药、五味子用量。处方：麻黄6g，白芍15g，桂枝6g，半夏12g，细辛6g，干姜6g，五味子10g，甘草8g，6剂而愈。

按：本例脉浮而弦。浮主病在上，弦主痰饮，水饮停聚随气上升于目，复遇冷风刺激则流泪。用小青龙汤温阳散水，逐饮降逆。加重芍药、五味子用量以敛阴收泪。药证相符，病即痊愈。[22]

参考文献

[1] 张青云，张文元．耳聋治肺二则．湖南中医药杂志，1999，(3)：20

[2] 刘昌定，王国欣，汪小慧．冷冻配合中药内服治疗变应性鼻炎108例报告．武警医学院学报，2002，11 (3)：191

[3] 朱正民，耿以安，陈虹．小青龙汤加减治疗过敏性鼻炎．湖北中医杂志，2004，26 (5)：38

[4] 王学斌，张春亭．小青龙汤合玉屏风散加减治疗过敏性鼻炎．河南中医，2000，20 (6)：19

[5] 张端和，张红岩，高素梅，等．小青龙汤加味治疗过敏性鼻炎的疗效观察．新疆中医药，1996，(4)：20

[6] 桑进，沙春智．小青龙汤治疗变应性鼻炎53例疗效观察．中国乡村医药，1995，2 (7)：315

[7] 濑户口寿一．小青龙汤对常年性变应性鼻炎的治疗效果．国外医学中医中药分册，1995，17 (2)：36

[8] 孙秀敏，刘惠民，田忠敏．液氮冷冻与中药结合治疗常年性鼻炎．中国中西

医结合耳鼻喉科杂志，1996，4（4）：160
[9] 马学忠，尹昕，马昉．小青龙汤治疗变应性鼻炎50例．国医论坛，1996，11（3）：17
[10] 马场骏吉．小青龙汤对常年变应性鼻炎的疗效．耳鼻喉科临床，1995，88（3）：389～405
[11] 金南善．小青龙汤加辛夷治疗变应性鼻炎流涕、鼻塞的效果．日本东洋医学杂志，1997，47（6）：156
[12] 鄂永安．小青龙汤合卡介菌多糖核酸治疗变应性鼻炎80例．陕西中医，2003，24（12）：1093
[13] 王彦君，韩根言，孙辉．加味小青龙汤治疗过敏性鼻炎．河北中西医结合杂志，1996，5（4）：106
[14] 李影捷，惠萍，范发才．小青龙汤加减治疗过敏性鼻炎并哮喘42例疗效观察．河北医学，2005，11（6）：561
[15] 田道正整理．小青龙汤治疗过敏性鼻炎的经验．医学文选，1994，（2）：28
[16] 张德贵，游瑞珍，闫桂芳．小青龙汤杂病治验四则．光明中医，2002，17（3）：58
[17] 田丰，丁艳．小青龙汤治疗外寒内饮型喉痹256例．安徽中医临床杂志，1997，9（6）：293
[18] 张波．小青龙汤加减治愈失音1例报道．新疆中医药，2000，18（3）：60
[19] 邢彦霞，李晶，郭丽娟．小青龙汤对过敏性疾病的有用性．国外医学中医中药分册，2005，27（5）：294
[20] 赵经梅，王志．辨证治疗春季结膜炎32例临床观察．中医杂志，1986，27（1）：35
[21] 冯俊才，刘保赤．辨证治疗春季结膜炎54例．浙江中医杂志，1987，22（4）：159
[22] 杨淑芳．小青龙汤的临床应用．中医研究，2002，15（3）：62

第七章 皮肤科病证

一、荨麻疹

荨麻疹是由于皮肤、黏膜小血管反应性扩张及渗透性增加而产生的一种局限性水肿反应。其特征是皮肤出现瘙痒性风团，骤然发生并迅速消退。主要表现为皮疹为大小不等、形状不一的淡红色或瓷白色的风团。自觉瘙痒，风团骤然发生并迅速消退，消退后不留痕迹，一日之内可发作数次。皮疹发生的部位不定，黏膜也可受累。发生于胃肠道黏膜者，可伴有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等；发生于喉头黏膜者，可有气闷、呼吸困难，甚至引起窒息。慢性者反复发作，可迁延数周、数月，甚至数年。本病中医学称之为“瘾疹”，又称“瘾癗”、“风瘙癗”，俗称“风疹块”、“鬼风疙瘩”。荨麻疹是一种常见的皮肤病，多数患者不能找到确切病因，尤其是慢性荨麻疹，常见病因包括食物因素、药物因素、感染因素、物理因素、动物及植物因素、精神因素、内脏和全身性疾病等。中医学认为风为百病之长，善行而数变，故风邪侵袭人体，可致皮肤出现风团，时隐时现，骤起骤消。而风邪每多挟热邪或寒邪以袭人，内蕴肌表，不得疏泄所致；也

有因肠胃不和，蕴湿生热，郁于肌肤而发。而反复发作，迁延日久者，则因气虚卫外不固，或因血虚生风，或因冲任不调，或因血瘀等所致。

【临床应用】

刘氏[1]用小青龙汤加减治疗本病19例，以麻黄3g，桂枝6g，干姜3g，制半夏9g，白芍6g，五味子3g，炙甘草6g为基本方，风热型加金银花15g；风湿型加苍术10g；便秘加大黄9g，日1剂，水煎服，15天为一疗程。1疗程后痊愈9例，有效7例，无效3例，总有效率为84.21%。

获得性寒冷性荨麻疹属特殊类型荨麻疹，它是由寒冷因素引起的，以具有瘙痒的一过性、局限性、红肿性皮疹为特征的皮肤黏膜疾患，临床以风团、瘙痒为主要表现，重者可见胸闷、憋喘、呼吸困难等症状。该病由接触寒冷性致敏因素如冷风、冷饮等引起，病程较长。周氏[2]等治疗本病42例，方法：均采用纯中药治疗，以祛风散寒、益气固卫为基本方法，给予小青龙汤合玉屏风散加减。治疗药用：麻黄6g，桂枝9g，白芍9g，干姜9g，细辛3g，黄芪15g，白术9g，防风9g，五味子9g，炙甘草6g，水煎服，每日1剂。局部斑块肿胀甚者加茯苓皮、葶藶；痒重者加白蒺藜、白鲜皮；色暗者加桃仁、红花；腹痛者加延胡索、乌药。治疗结果：42例患者经过服药治疗，瘙痒及风团完全消失，最快2天，最慢者12天，症状消失后做冰块试验，阴性者37例，弱阳性者3例，阳性2例。继续用药治疗都全部转阴，经临床试验上方重复应用有效。

【病案举例】

王某，男，45岁，1999年10月15日初诊。患者素禀体弱，幼年患支气管哮喘，时时发作；至青年之时，哮喘发作暂止。7年前又患风疹，发时先喉痒鼻塞，咳嗽痰多，继则疹块遍体，奇痒难忍，1周左右疹块逐渐消失，咳喘随之减轻。如此反复，更医多人，收效甚微。近来病情发作，且有加重之势，诊时见皮疹发作已3天，遍及全身，尤以胸背四肢为甚，疹大如鹅掌，色淡红，奇痒难忍，抓痕明显，伴有咳嗽气喘，痰多质稀，背心冷，舌质淡，苔白腻，脉弦细。辨证为风寒束表，营卫不和，寒饮伏肺。治宜祛风止痒，调营和卫，

散寒化饮。处以小青龙汤加味：桂枝15g，白芍18g，麻黄10g，细辛6g，制半夏12g，五味子10g，干姜10g，防风15g，白鲜皮30g，苍术12g，甘草6g。1剂后疹块渐退，咳喘减轻。守方服用20余剂而告愈。

按：荨麻疹多因风邪客表，气血郁结于皮肤所致，治疗重在祛风止痒、清热凉血。然本例患者属禀赋不足，内有伏邪，若遇风（寒）外邪引动，则风疹、咳喘互见，久治不愈，反复发作。若治疗只知其常法，不求其变法，定难取效。惟外祛风散寒、内温肺化饮，方可奏效。故选小青龙汤加减调治，方中麻黄、桂枝配白鲜皮、防风等祛风散寒止痒，干姜、细辛、制半夏、苍术温肺化饮除湿，甘草、五味子、白芍益营养卫固表。诸药合用，紧扣病机，顽症自除。[3]

二、花粉症

花粉症是以植物花粉为主的吸入外界过敏性抗原而引起的一种季节性、地区性过敏性疾病。发作期典型的临床症状和体征：鼻痒，鼻塞，喷嚏，水样鼻分泌物，眼痒，流泪，鼻黏膜水肿，呈淡白色，鼻甲肿大，结膜充血。中医学认为，本病主要是由于感受风寒之邪，肺气虚，卫表不固，腠理疏松，风寒乘虚而入，犯及鼻窍，邪正相搏，肺气不得通调，津液停聚，鼻窍壅塞，则出现鼻痒、鼻塞、喷嚏、流清涕等临床症状。虽然疾病表现在肺，但肺气的充实，有赖于脾气的输布，脾气虚则肺气虚。气之主为肺，但气之根本在肾，肾虚则摄纳无权，气不归元，阳气易于耗散，风邪得以内侵致病。所以花粉症的内因与肺、脾、肾三脏之虚损有关，外因与风寒之邪有关，也就是说本虚标实，以肺气虚、脾气虚、肾气虚为本，感受风寒之邪或肝胆火旺为标。因此，本病的治疗重在益肺、健脾、补肾；佐以宣肺利窍小青龙汤加减，有补益肺肾、健脾益气、固表散寒通窍之功效。

【临床应用】

李氏[4]1999年在德国与德国东洋医学会交流期间治疗花粉症患者56例，疗效满意。以过敏性鼻炎为主者37例，以眼部症状为主者15例，兼有其他症状者4例；其中德国人40例，当地华人10例，当地韩国人6例。所有患者均曾经抗过敏、抗组胺及糖皮质激素治疗

无效。治疗方法：中药拟小青龙汤加减。处方：炙麻黄9g，桂枝9g，白芍9g，细辛3g，干姜9g，炙甘草6g，半夏9g，五味子9g，黄芪10g，党参10g，白术10g，茯苓10g，生地12g，补骨脂9g，枸杞子9g，日1剂，水煎早晚服，7天为1个疗程。针刺主穴：印堂、迎香、曲池、合谷、足三里、太溪、太冲；配穴：肺气虚加风门、肺俞，脾气虚加脾俞、胃俞、三阴交，肾气虚加肾俞、命门，眼痒、流泪、眼结膜充血加太阳、耳尖放血，咳嗽、哮喘加列缺、太溪、太渊，恶心、呕吐、腹泻、腹痛加内关、天枢、上巨虚，外阴瘙痒加三阴交、血海、神门。以上取穴均为双侧，选择0.35mm+0.40mm毫针，采用平补平泻法，虚证采用补法，留针20min，7次为1个疗程。治疗效果：痊愈（临床症状和体征消失）35例，占62.5%；显效（临床症状消失，体征明显减轻）7例，占12.5%；好转（临床症状减轻体征有所好转）11例，占19.6%；无效（治疗前后症状与体征无改善）3例，占5.4%，总有效率94.6%。

日本学者以柳杉特异抗体（IgE）阳性的花粉症患者31例为治疗对象。基本方的选择：实证、中间证给予小青龙汤，虚证给予苓甘姜味辛夏仁汤，阳虚证给予麻黄附子细辛汤。合方的选择：胸胁苦满给予小柴胡汤（或柴朴汤）；鼻塞给予葛根汤加川白芍、辛夷；干咳给予麦门冬汤。结果：实证、中间证的28例中有25例以小青龙汤为基本方，其中单独使用小青龙汤治疗的10例（40%），合用小柴胡汤（或柴朴汤）的7例，葛根汤加川白芍、辛夷6例，麦门冬汤1例。单独使用汉方者5例，并用点鼻药、点眼药者21例（68%）。总计治疗效果：选择治疗方法44例，有效26例（59%），其中使用单方者21例（48%），使用合方者23例（52%）。单方疗效欠佳，有效率为43%。单方效果不佳时，使用合方，合方有效率为74%，最终治疗的有效率为84%，其中7例（23%）单独使用小青龙汤。由此认为，以小青龙汤为基本方治疗柳杉花粉症，必要时应并用其他汉方药。[5]

日本三浦於菟他[6]治疗花粉症患者74例，病史不明1例；重度21例，中度37例，轻度16例。治疗按辨证选方用药，用桑菊饮加减、清上防风汤之类辛凉解表剂22例，用小青龙汤、玉屏风散等辛

温解表剂23例，用辛凉辛温混合剂20例，其他方剂4例。治疗结果：显效22例（29.7%），明显好转39例（52.7%），好转8例（10.8%），无效5例（6.8%），总有效64例（93.2%），其中用辛温解表剂有效23例（33.3%），辛凉解表剂有效22例（31.9%），辛凉辛温混合剂有效20例（29%），其他方剂有效4例（5.8%）。

三、面部痤疮

痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病，好发于皮脂溢出部位，可表现为粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿及瘢痕等皮损。一般无明显自觉症状，较重者可有不同程度的疼痛及触痛。以青年男女为多见。青春期后大多数患者均能逐渐自愈或症状减轻。发病原因比较复杂，主要与雄激素、皮脂分泌增多、毛囊皮脂腺导管异常角化、痤疮丙酸杆菌增殖及遗传等因素有关。中医学把颜面、胸背等处发生炎症性丘疹，挤之有碎米粒样白色粉质的皮肤病，称为粉刺。又名“肺风粉刺”，俗称“米疮”、“暗疮”、“青春痘”等。古医籍尚有“痤”、“面皮包”、“酒刺”等名称。本病由于肺经风热，熏蒸肌肤，搏结不散而成；或因过食膏粱厚味、辛辣之品，脾胃蕴湿积热，上熏于肺，外犯肌肤而成。此外，冲任不调，也可导致肌肤疏泄功能失畅而发。

【临床应用】

张氏用小青龙汤合三黄洗剂治疗痤疮患者48例，服药时间15～40天不等，显效30例，好转12例，无效6例。总有效率达92.0%。方药：内服小青龙汤加味。麻黄、桂枝各6g，细辛4.5g，白芍15g，五味子、贝母、杏仁、半夏各10g，蝉蜕8g，薏苡仁30g，马齿苋、连翘各18g。外用三黄洗剂：黄芩、黄连、黄柏各15g，水煎外洗患处。用法：小青龙汤加味内服，每日1剂，水煎500ml，早晚分2次温服。三黄洗剂外用，每日1剂，水煎300ml，日3次外洗患处，使药液在患处保留15min，后用温水清洗干净。总之，采用标本同治原则，内服外用并举，能获取良效。

【病案举例】

陈某，女，28岁，干部。1996年1月初诊。患者头额及面部出

现痤疮，反复发作半年余，丘疹色暗红，质硬，个别可见脓栓，痒痛不适，心烦易怒，夜卧不安，腹胀纳差。舌质偏淡、苔薄微黄，脉细滑。证属肺热壅盛，肺失清宣，湿热蕴结于肌肤不得疏泄所致。外用三黄洗剂：黄芩、黄连、黄柏各15g，水煎外洗患处以清热燥湿。内服小青龙汤加味：麻黄、桂枝各6g，细辛4.5g，白芍15g，五味子、贝母、杏仁、半夏各10g，蝉蜕8g，薏苡仁30g，马齿苋、连翘各18g。

内服外洗各6剂，面部痤疮渐退。内服、外洗共20剂后，痤疮全部消退，临床症状改善。随访半年，未见复发。[7]

参考文献

[1] 刘卫兵，谷峡．小青龙汤治疗慢性荨麻疹19例．皮肤病与性病杂志，1998，20（1）：23

[2] 周长泉，王素洁．中药治疗获得性寒冷性荨麻疹．中医药研究，2001，17（1）：37

[3] 张雨雷．小青龙汤新用举隅．中国中医急症，2002，11（3）：230

[4] 李种泰．小青龙汤加减结合针刺治疗花粉症56例．时珍国医国药，2005，16（9）：898

[5] 大久保慎一（日）．汉方制剂对柳杉花粉病的治疗效果．汉方诊疗，1997，16（1）：28

[6] 三浦於菟他．花粉过敏性疾病的汉方治疗．日本医学介绍，2002，23（8）：380

[7] 张晓林，王宁．中药内服外用治疗痤疮．新疆中医药，1998，（1）：15

下篇

实验研究

实验研究

第一章 制剂研究

小青龙汤目前有片剂、冲剂、合剂、滴丸等剂型。

一、小青龙合剂

处方：麻黄125g，桂枝125g，白芍125g，干姜125g，细辛125g，甘草（蜜炙）125g，法半夏188g，五味子125g。

制法：以上8味，细辛、桂枝提取挥发油，蒸馏后的水溶液另器收集，药渣与白芍、麻黄、五味子、甘草加水煎至味尽，合并煎液，滤过，滤液和蒸馏后的水液合并，浓缩至1000ml。法半夏、干姜用70%乙醇溶剂，浸渍24h后进行渗漉，渗漉浓缩，与上述药合并，静置，滤过，滤液浓缩至1000ml，加入苯甲酸钠3g与细辛、桂枝挥发油，搅匀即得。

性状：棕黑色液体，气微香，味甜、微辛。

用法与用量：口服，一次10~20ml，1日3次，用时摇匀。

贮藏：密封避光保存。

二、小青龙冲剂

处方：麻黄154g，桂枝154g，白芍154g，干姜154g，细辛77g，甘草（蜜炙）154g，法

半夏231g，五味子154g。

制法：以上8味，细辛、桂枝提取挥发油，蒸馏后的水溶液另器收集，药渣与白芍、麻黄、五味子、甘草加水煎至味尽，合并煎液，滤过，滤液和蒸馏后的水液合并，浓缩至1000ml。法半夏、干姜粉碎成粗粉，用70%乙醇溶剂，浸渍24h后，进行渗漉，渗漉后回收乙醇，与上述药液合并，静置，滤过，滤液浓缩至相对密度为1.35～1.38（80℃）的清膏，加入蔗糖粉适量，混匀，制成1000g，即得。

性状：浅棕色至棕色颗粒；气微香，味甜、微辛。

用法与用量：口服，1次13g，1日3次。

规格：每袋装13g。

贮藏：密封，置阴凉干燥处。

三、小青龙滴丸

处方：麻黄125g，桂枝125g，白芍125g，干姜125g，细辛62g，甘草125g，半夏188g，五味子125g。

制法：将桂枝、干姜、细辛加6倍量水进行水蒸汽蒸馏，收集挥发油；药渣与其他药材合并，水煎3次，滤过，水煎液浓缩至相当于原药材1:1的量，加入等量乙醇，充分搅拌后，冷藏24h，滤过，滤液减压回收乙醇稠膏于70℃鼓风干燥得提取物。以提取物:基质:水为1:1.8:0.5的配比，保温90±2℃，滴头口径2.5/3.5mm，滴速12±2滴/min，冷却剂温度4±2℃。

性状：滴丸外观棕黑色，表面光滑，味苦。

用法与用量：遵医嘱。

贮藏：密封，置阴凉干燥处。

参考文献

[1] 马云淑．小青龙滴丸的制备工艺及质量标准．云南中医学院学报，1999，22(3)：14

第二章

药理研究

第一节　小青龙汤中各组成药物的药理研究

一、麻黄

（一）主要化学成分

1. 多种有机胺类生物碱　主要的活性成分为L－麻黄碱，其次为d－伪麻黄碱，微量的L－N－甲基麻黄碱、d－N－甲基伪麻黄碱、l－去甲基麻黄碱，d－去甲基伪麻黄碱、麻黄次碱等。麻黄碱具平喘作用，伪麻黄碱具消炎作用。麻黄生物碱主要存在于草质茎的髓部。

2. 恶唑酮类生物碱　麻黄恶唑酮挥发油：从中分离出32种化合物，含量较高的有α，α，4－三甲基－3－环己烯－甲醇，β－松油醇等。

3. 黄酮类化合物　芹菜素、小麦黄素、山奈酚、芹菜素－5－鼠李糖等。

（二）药理作用

1. 对支气管平滑肌有松驰作用　麻黄碱

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

2. 对心血管系统的作用　麻黄碱能使外周血管收缩，心收缩力加强，心搏出量增加，血压升高。伪麻黄碱的升压作用较弱。

3. 发汗作用　大鼠口服水溶性提取物在75～300mg/kg的范围内，其足底部的水分散发（发汗）呈现剂量依赖性发汗作用。

4. 对大脑、脑干与脊髓均有兴奋作用　大剂量可引起失眠、不安和震颤。此外，麻黄还有利尿、抗变态反应、抗炎、解热作用。

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

6. 改善慢性肾功能衰竭　王国柱等经口投入麻黄干浸膏及其单宁成分，观察其对实验性慢性肾功能衰竭大鼠的治疗作用，结果发现同期投药即诱发后投药，麻黄干浸膏能使肾功能衰竭大鼠血中尿素氮下降37%，肌酐下降35%，甲基胍下降76%，胍基琥珀酸下降83%，血磷下降39%，血钙升高28%，尿中甲基胍排泄量平均降低49%～65%。表明麻黄干浸膏可明显改善慢性肾功能衰竭大鼠的肾功能，纠正高磷低钙血症，明显抑制甲基胍的产生。其作用机制是抑制了肌酐和羟自由基的产生，从而使甲基胍的产生量减少。但是麻黄的单宁成分Fraction2和Fraction3则无改善慢性肾功能衰竭的作用。

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

8. 影响细胞免疫 陈荣民等以接触性超敏反应、胸腺和脾脏的脏器指数、血液中T淋巴细胞亚群（CD_4、CD_8）为主要观察指标，研究麻黄的不同提取物对细胞免疫的抑制作用。结果表明所分离出的麻黄-9905能减轻二硝基氯苯所致的小鼠耳郭肿胀，使胸腺萎缩，调整二硝基氯苯所致的血液中CD_4/CD_8的失调，说明麻黄-9905对细胞免疫有抑制作用。其作用机制是一方面使胸腺萎缩，导致T淋巴细胞的形成减少，另一方面可能与调整辅助性T细胞和抑制性T细胞的比例有关。

9. 清除氧自由基 张连茹等采用热水提取法，从麻黄中提取到水溶性多糖，再经过处理得到较纯的麻黄多糖样品，再采用邻苯二酚氧化法，结果表明麻黄多糖可清除氧自由基，具有抗氧化作用。[1]

二、白芍

（一）主要化学成分

白芍根主含芍药苷及少量羟基芍药苷，另含苯甲酰芍药苷、苯甲酰羟基芍药苷、牡丹酚原苷、牡丹酚苷、白芍药苷。尚含苯甲酸约1.1%，数种新的并没食子鞣质、挥发油、胡萝卜苷、蔗糖。另分得d-儿茶精和没食子酸。

（二）药理作用

1. 中枢抑制作用 白芍有明显镇痛作用，芍药水煎剂能显著抑制小鼠醋酸扭体反应。白芍总苷肌内或腹腔注射，呈剂量依赖性地抑制小鼠扭体、嘶叫和热板反应，在50～125mg/kg腹腔注射时抑制大鼠热板反应。可分别加强吗啡、可乐宁抑制小鼠扭体反应的作用。白芍总苷的镇痛作用可能有高级中枢参与，但不受纳洛酮的影响。白芍有镇静作用，1g/kg腹腔注射能抑制小鼠自发活动，增强环己巴比妥钠的催眠作用，芍药注射液皮下注射也能延长戊巴比妥钠的催眠时间。芍药苷1mg/只，脑室内注入，使大鼠镇静，5～10mg引起睡眠和肌肉松弛。芍药苷单用镇静作用较弱，与甘草成分FM100合用有协同作用。芍药浸膏能对抗士的宁惊厥。芍药苷对小鼠正常体温和人

工发热动物有较弱的降温和解热作用。

2. 解痉作用 芍药或芍药苷对平滑肌有抑制或解痉作用，能抑制豚鼠离体小肠的自发性收缩，使其张力降低，并能对抗氯化钡引起的豚鼠和兔离体小肠的收缩，对乙酰胆碱所致离体小肠收缩无明显影响，但加用甘草后有显著抑制作用。其作用机制可能是直接作用或抑制副交感神经末梢释放乙酰胆碱。也有学者报道白芍煎剂使离体兔肠自发性收缩的振幅加大，并有剂量相关性。芍药或芍药苷对支气管和子宫平滑肌也有一定抑制作用，并能对抗催产素所致子宫收缩。芍药提取物对小鼠离体子宫低浓度呈现兴奋，高浓度则会出现抑制现象。

3. 对机体免疫功能的影响 白芍在体内和体外均能促进巨噬细胞的吞噬功能。白芍煎剂能使小鼠腹腔巨噬细胞的吞噬百分率和吞噬指数均有显著提高，使 α－乙酸萘酯酶阳性淋巴细胞的降低恢复正常，并使溶血素生成显著增加。实验表明白芍对细胞免疫和体液免疫均有增强作用。白芍总苷对大鼠佐剂性关节炎（AA）有抗炎和功能依赖性免疫调节作用，使 AA 大鼠腹腔巨噬细胞升高的过氧化氢和白介素 1（IL－1）水平降低，并使 AA 大鼠低下的胸腺细胞有丝分裂及脾淋巴细胞产生白介素 2（IL－2）的能力恢复正常。白芍总苷 0.09～11.25μg/ml 对酵母多糖诱导的腹腔巨噬细胞释放 H_2O_2，0.5～12.5μg/ml 对脂多糖诱导的 IL－1 合成和 0.5～62.5μg/ml 对刀豆球蛋白 A（Con A）诱导的大鼠脾细胞产生 IL－2，均有浓度依赖性双向调节作用，低浓度增强，高浓度抑制，量效曲线呈“∧”形。白芍总苷 200mg/kg 灌胃，每日 1 次，连续 8 日，对小鼠迟发型超敏反应有增强作用，5mg/kg 腹腔注射，每日 1 次，连续 5～8 日，对环磷酰胺所致迟发型变态反应（DTH）增强和抑制及溶血素生成量的减少均有显著对抗作用，但对地塞米松所致 DTH 抑制无明显影响。用单克隆抗体间接免疫荧光法实验表明，白芍总苷对免疫功能双向调节作用的机制和调节辅助性 T 细胞（Th）和抑制性 T 细胞（Ts）的比值有关。

4. 抗炎、抗溃疡作用 芍药或芍药苷有较弱的抗炎作用，对酵母性、角叉菜胶性和右旋糖酐性足跖肿胀有不同程度抑制作用，与甘草成分 FM100 合用有协同作用，对腹腔毛细血管通透性也有

较弱抑制作用。白芍提取物对大鼠蛋清性急性炎症和棉球肉芽肿均有抑制作用。芍药中所含牡丹酚、苯甲酰芍药苷及氧化芍药苷也有抗炎作用。芍药苷对大鼠应激性溃疡有预防作用，在幽门结扎大鼠与 FM100 合用在抑制胃液分泌方面有协同作用。

5. 抗菌作用　白芍的抗菌作用较强，抗菌谱较广。在试管内对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、草绿色链球菌、肺炎链球菌、百日咳杆菌、大肠杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、痢疾杆菌、乙型绿脓杆菌、变形杆菌、霍乱弧菌等有不同程度的抑制作用。白芍在体外对堇色毛癣菌、同心性毛癣菌、许兰黄癣菌、奥杜盎小芽胞癣菌、铁锈色小芽胞癣菌、羊毛状小芽胞癣菌、腹股沟表皮癣菌、红色表皮癣菌和星形奴卡菌等皮肤真菌也有不同程度的抑制作用。此外，对京科 68－1 病毒和疱疹病毒有抑制作用。芍药中所含 1，2，3，4，6－五没食子酰基葡萄糖有一定的抗病毒活性。

6. 对心血管系统的影响和耐缺氧作用　白芍和芍药苷有扩张血管，增加器官血流量的作用。芍药煎剂能扩张蟾蜍内脏和离体兔耳血管。静脉注射立即使麻醉猫内脏血流量大幅度增加并对心脏活动略有加强。芍药苷能扩张犬冠状血管和肢体血管，对豚鼠有剂量相关性降血压作用。白芍总苷能显著提高动物的耐缺氧能力，腹腔注射能剂量依赖性地延长小鼠常压缺氧存活时间，可延长减压缺氧存活时间；侧脑室注射可明显延长常压缺氧存活时间，表明与中枢有关；能减少小鼠氰化钾中毒性缺氧的死亡率，表明能直接改善细胞呼吸。H_1 受体阻断药氯苯那敏能显著拮抗侧脑室注射白芍总苷的耐缺氧作用，表明与 H_1 受体有关；此外耐缺氧作用也可能与白芍的降温作用有关。

7. 对血液系统的影响　芍药提取物能使大鼠血清尿素氮显著降低，其有效成分为 1，2，3，4，6－五没食子酰基葡萄糖。白芍提取物凝聚素能改善急性失血所致家兔贫血，醋酸泼尼松龙可拮抗此作用。芍药苷在体外或静脉注射，对 ADP 诱导的大鼠血小板聚集有抑制作用，苯甲酰芍药苷也有抑制血小板聚集的作用。芍药苷可降低红细胞刚性，降低血液黏度，抑制血小板聚集，降低红细胞压积，尚有抗凝血酶的作用。白芍总苷具有抑制人血红细胞渗透性溶血的作用，能显著抑制 H_2O_2 引起的溶血反应，并显著抑制 H_2O_2 引起的红细胞

还原型谷胱甘肽的降低和脂质过氧化物的增多。

8. 保肝和解毒作用 白芍提取物对 D－半乳糖胺和黄曲霉毒素 B_1 所致大鼠肝损伤与 ALT 升高，对后者所致乳酸脱氢酶及其同工酶的总活性升高，均有明显抑制作用。白芍提取物在一定时限内具有一定的破坏黄曲霉毒素的作用。白芍乙醇提取液在体外对黄曲霉毒素 B_1 有一定降解作用。白芍提取物对小鼠 T－2 毒素中毒有明显解毒作用。

9. 抗诱变与抗肿瘤作用 白芍提取物没食子酸（GA）和五没食子酰基葡萄糖（PGG）能使苯并芘（BAP）的代谢物失活而抑制 BAP 的诱变作用，PGG 能抑制 S9 混合液的酶活性。以小鼠 P－388 白血病细胞实验表明白芍提取物能增强丝裂霉素 C 的抗肿瘤作用，此外尚能抑制丝裂霉素 C 所致的白细胞减少。[2]

三、细辛

（一）主要化学成分

北细辛全草含挥发油 2.5%，油中主要成分为甲基丁香酚、黄樟醚、细辛醚、榄香素，尚含优香芹酮、爱草醚、蒎烯、莰烯、桉油精、dl－去甲乌药碱、辛味物质派立托胺和（2E，4E，8Z，10E）－N－异丁基－2，4，8，10－二碳四烯酰胺等。华细辛全草含挥发油 2.6%，油中主要成分为 α－侧柏烯、月桂烯、γ－松油醇、榄香素，尚含 α－松油醇、黄樟醚、甲基丁香酚、肉豆蔻醚、芳樟醇、细辛醚、柠檬烯等。华细辛还含有正十五烷、谷甾醇、菜油甾醇、豆甾醇、芝麻脂素和 N－异丁基十四碳四烯酰胺等。汉城细辛含挥发油 1%，油中主要成分为优香芹酮，另含 α－或 β－蒎烯、桉油精、甲基丁香酚、黄樟醚、α－甲氧基黄樟醚、榄香素、细辛醚等。

（二）药理作用

1. 解热镇痛作用 细辛挥发油灌胃，对由温热刺激、伤寒菌苗和四氢 β－萘胺所致的家兔发热模型有解热作用，并能使动物正常体温降至正常以下。细辛挥发油 0.5ml/kg 给家兔灌胃，对家兔由电刺

激齿髓神经所致疼痛有镇痛作用，镇痛强度与安替比林 0.5g/kg 相当。细辛煎剂给小鼠灌胃亦有镇痛作用。辽细辛挥发油对正常小鼠的体温有降低作用，并且持续时间长。陈氏等报道细辛对醋酸致小鼠腹痛、热板法致小鼠足痛均有明显的镇痛作用，并能抑制蟾蜍坐骨神经动作电位的传导。

2. 对呼吸系统的作用　细辛挥发油对组胺或乙酰胆碱致痉的气管平滑肌有非常显著的松弛作用，且其抗组胺作用较抗乙酰胆碱强。细辛挥发油中的甲基丁香酚对豚鼠离体气管有明显的松弛作用。

3. 抗惊厥作用　辽细辛挥发油可完全对抗电惊厥，可显著延长戊四氮惊厥潜伏期及死亡时间。

4. 抗衰老作用　樊氏采用测定组织过氧化脂质（LPO）与超氧化物歧化酶（SOD）的方法，研究发现细辛能有效地减少氢化可的松造模小鼠组织内 LPO 含量，能避免有害物质对组织细胞结构和功能的破坏作用，同时也有提高 SOD 活性的趋势，增强机体对自由基的清除能力，减少自由基对机体的损伤。栗氏等通过观察 D－半乳糖所致衰老小鼠脑组织一氧化氮合酶（NOS）、血浆一氧化氮（NO）、全血过氧化氢酶（CAT）、肝组织丙二醛（MDA）的随龄变化，同时观察细辛对上述指标的影响，发现老龄小鼠血浆 NO 含量，脑组织 NOS，全血 CAT 活性在中年期以前随龄上升，中年期以后随龄下降，肝组织 MDA 含量随龄增高，而细辛能够增加 NO 含量，提高 NOS、CAT 活性，降低 MDA 含量，认为其抗衰老作用的可能机制是通过提高 CAT、NOS 活性，降低 MDA 含量，清除自由基，阻断自由基连锁反应，增加 NO 含量，使其生物学效应能持久地发挥，从而起到抗衰老作用。据文献报道，细辛还能显著提高老龄小鼠心、肝组织中谷胱甘肽过氧化物酶（GSH－Px）的活性，进而可以抑制自由基反应。

5. 对心血管系统的影响　细辛挥发油能明显增加豚鼠离体心脏的冠脉流量；并能降压，而煎剂能升压。细辛水煎液能增强体外培养乳鼠心肌细胞的搏动频率，但对心肌细胞搏动强度无明显影响，提示其对心肌细胞的作用主要是增加心率。细辛水煎液还能使受缺糖缺氧性损伤的心肌细胞释放到培养液中的乳酸脱氢酶减少，提示细辛对缺糖缺氧性损伤心肌细胞的细胞膜有直接保护作用，目前临床应用细辛

治疗缓慢性心率失常可能与其改善膜功能，减轻线粒体肿胀，增加能量，提高心肌细胞代谢及补偿能力有关。细辛可明显改善狗左室泵功能和心肌收缩性能，且其改善左室泵功能似是由于其增强心肌收缩性能所致。细辛对心脏的作用与去甲乌药碱、异丙肾上腺素基本相似，惟每搏输出量（SV）显示不同，细辛使SV增加，去甲乌药碱、异丙肾上腺素却使SV减少，这可能与细辛增加心率的比率较后两者低有关。

6. 抗炎作用　细辛挥发油灌服或注射均有明显的抗炎作用，腹腔注射细辛挥发油，可抑制大鼠棉球肉芽肿形成，并可降低血清及肝组织中锌含量，使铜/锌比值显著增高，且血清锌含量减少越显著，抗肉芽组织增生作用越明显。曲氏等报道，细辛挥发油腹腔注射0.24ml/kg，灌胃0.96 ml/kg对角叉菜胶引起的大鼠足肿胀有明显的抑制作用。细辛挥发油还能显著降低炎症组织及其渗出液中组胺含量，对组胺和PGE_2引起的大鼠足肿胀有抑制作用，并能对抗组胺或PGE_2引起的毛细血管通透性增加，能抑制大鼠因注射角叉菜胶后引起的白细胞游走，对大鼠棉球肉芽肿有抑制作用，并能使胸腺萎缩，降低正常大鼠肾上腺内维生素C的含量。其抗炎作用机制表现在细辛挥发油能增强肾上腺皮质的功能，即有促肾上腺皮质激素样作用；对炎症介质释放、毛细血管通透性增加、渗出、白细胞游走、结缔组织增生等均有明显的抑制作用。这种良好的抗炎作用是细辛治疗“风湿痹痛”的药理学基础之一。

7. 免疫抑制作用　细辛能明显抑制刀豆素A（ConA）刺激的人外周血淋巴细胞表达白细胞介素-2（IL-2）受体。细胞能表达IL-2受体是T细胞被激活的标志之一，而细辛能抑制IL-2受体的表达，说明其能够影响丝裂原刺激的T细胞活性，具有免疫抑制作用。张氏等提取辽细辛中的细辛脂素观察其在体外的免疫抑制作用，分离成年Wister大鼠的心肌细胞2×10^6个/ml作刺激细胞，SD大鼠的脾细胞1×10^7个/ml作反应细胞，结果发现含细辛脂素的动物血清可在体外抑制脾细胞增殖反应（抑制率达60.73%），使心肌细胞损伤减轻，使培养上清液中Th_1细胞因子IL-2和IFN-γ浓度降低，Th_2细胞因子IL-4浓度升高，提示细辛脂素抗排斥反应可能与移植耐受提

高有关。

8. 抗肾病变作用　给予5周龄雄性大鼠氨基核苷造成肾病变，再腹腔注射细辛素，可抑制尿蛋白排泄增加，并能改变血清生化指标。

9. 抗真菌作用　细辛挥发油无论气体熏蒸或直接作用，都有抗真菌作用。细辛挥发油对部分试验真菌只表现抑菌作用，而黄樟醚表现出杀菌作用，其为细辛油抗真菌的主要有效成分，其杀菌作用较40%甲酰强4倍，比石炭酸强1倍。

10. 细辛的毒性作用

（1）急性毒性　周氏等就细辛散剂半数致死量进行了测定，细辛根散剂的LD_{50}为6.5229g/kg，而细辛全草散剂的LD_{50}为11.7052g/kg，说明细辛根散剂的毒性较大。细辛根中挥发油含量可达3%左右，据王氏等测定，每20g生药中，细辛根含挥发油0.6ml，全草含挥发油0.5ml，由此可说明细辛的毒性在某种程度上与其所含挥发油有关。李氏等研究发现，细辛挥发油和去油水煎液在等剂量用于小鼠时，挥发油组有70%死亡，而去油水煎液组无一死亡，证明细辛的毒性作用主要来源于挥发油，其LD_{50}和ED_{50}分别为27.0±0.4ml/kg、18.3±0.8ml/kg，安全指数为1.47。实验表明：小鼠灌服细辛散剂后主要毒性反应为呼吸困难、紫绀、抽搐、烦躁等，致死原因可能是对神经系统和呼吸系统的影响，这与《证类本草》所记载的细辛“多即气闷塞不通者死”基本吻合。

（2）长期毒性　细辛挥发油中所含的黄樟醚毒性较大，在大鼠饲料中混入1%黄樟醚，2年后可使28%的大鼠发生肝癌，混入0.1%也能导致肝肿瘤，如饮食中缺乏维生素B_2和维生素E，致癌作用更强。

（3）致突变作用　腹腔注射细辛油1/2LD_{50}剂量可增加小鼠骨髓嗜多染色红细胞微核形成率，提示其有致突变作用。[3]

四、干姜

（一）主要化学成分

干姜含挥发油2%～3%，为淡黄色或黄绿色的油状液体，油中主要成分为姜酮，其次为β－没药烯、α－姜黄烯、β－倍半水芹烯及姜醇；另含d－茨烯、桉油精、枸橼醛、龙脑等萜类化合物及姜烯等。此外，尚含天冬酰胺、1－派可酸及多种氨基酸。另由鲜姜分得去氢姜辣醇、[6]和[10]－姜二酮及去氢姜二酮，对前列腺素的生物合成有抑制作用。

（二）药理作用

1. 镇痛抗炎、抗变态反应　干姜中的辛辣成分[6]－姜烯酮[6]－姜酚，[6]和[10]－去氢姜二酮、[6]和[10]－姜二酮及姜酮是其产生解热、镇痛、抗炎、抑制环氧化酶和脂氧化酶作用的有效成分。

在初步证实了干姜水煎剂具有镇痛作用的基础上，进一步研究了干姜醚提物和水提物（系醚提取后的残渣加开水煮沸提取）的镇痛抗炎作用，发现给小鼠灌服干姜醚提物1.5ml/kg和3.0ml/kg，或水提物10～20g生药/kg，都能减少乙酸引起的扭体反应次数和延长热板痛刺激反应的潜伏期，又能抑制二甲苯引起的小鼠耳炎性肿胀、角叉菜胶引起的大鼠足跖肿胀和降低乙酸所致的小鼠腹腔毛细血管通透性增高。

2. 抗栓、抗凝作用　给大鼠灌服干姜醚提物及水提物，都能预防电刺激颈动脉引起的血栓形成，延长凝血酶原时间、凝血酶原消耗时间，白陶土部分凝血活酶时间和凝血酶时间。干姜水提物在25～150mg/ml浓度时，呈浓度依赖性地抑制试管内ADP或胶原诱导的兔血小板聚集，也能抑制花生四烯酸（AA）或肾上腺素诱导血小板聚集，其中对AA诱导的抑制最强烈。干姜是通过抑制血小板中TXB_2合成，产生抗血小板聚集作用。前述的辛辣成分是其活性成分。

3. 对循环系统的调节作用　干姜乙醇提取液对麻醉猫血管运动

中枢及呼吸中枢有兴奋作用，对心脏也有直接兴奋作用。干姜甲醇提取液在10^{-4}g/ml浓度时可使离体豚鼠心房自主运动增强，其强心成分为姜酚和［6］－姜烯酮，给狗静脉注射0.3mg/kg［10］－姜酚，可使心肌收缩力增加30%，正常人口服生姜1g（不下咽），可使收缩压平均升高11.2mmHg，舒张压上升14mmHg，对脉率则无明显影响。给大鼠静脉注射0.25g干姜甲醇提取液，可见一过性升压及继之持续的降压作用，阿托品、普奈洛尔、苯海拉明及甲硫咪胺不影响其降压。油田正树等报道［6］－姜酚和［6］－姜烯酮在小剂量静脉注射时，有时可见到升压，有时则可见到降压，当大剂量静脉注射时，血压表现为三相效应（即一过性降压后出现升压，以后又出现持续的降压），其降压作用可被切除迷走神经而对抗，升压作用可被特拉唑啉所抑制。脑池或脑室内注射［6］－姜烯酮可见血压逐渐上升。后肢血管床灌流实验表明姜烯酮具有收缩末梢血管，使全身血压上升的作用。表明干姜的辛辣成分兴奋迷走神经引起降压。兴奋血管运动中枢和交感神经及收缩末梢血管引起升压。给大鼠静脉注射姜酮，能使肾上腺髓质释放儿茶酚胺增加1倍。预先给予六烃季胺和阿托品，则此种促分泌作用消失。提示干姜还可通过兴奋交感神经，促进肾上腺髓质分泌儿茶酚胺，产生升压效应。

4. 抗缺氧作用　缺血缺氧是休克死亡的最直接原因，提高机体的抗缺氧能力，有助于机体渡过休克难关。给小鼠灌服干姜醚提物1.5ml/kg和3.0ml/kg，发现能延长常压密闭缺氧和KCN中毒（细胞内缺氧）小鼠的存活时间，也能延长断头小鼠的张口动作待续时间，但对$NaNO_2$中毒（细胞外液缺氧）小鼠存活时间仅有延长倾向。其抗缺氧作用可能是通过减慢机体耗氧速度产生的。因此干姜可通过其抗缺氧作用保护休克机体，通过强心和调节血压作用增加重要脏器血液供应。

5. 镇吐作用　淋巴腔注射干姜甲醇提取物10g/kg抑制末梢性催吐药硫酸铜诱发蛙呕吐，使呕吐次数减少52%，灌服给药也能抑制硫酸铜引起狗呕吐。姜酮及姜烯酮混和物为其镇吐有效成分，静脉注射干姜乙醇提取物0.7g/kg，使清醒兔在体胃运动幅度受到短暂抑制（持续5min），对胃运动频率无影响。2.35×10^{-3}g/ml浓度使离体大

鼠胃底条运动幅度呈先兴奋后抑制的双向作用，对运动频率呈抑制作用，但也有报告干姜水煎剂不影响离体大鼠胃条的自发活动。皮下注射干姜水煎剂也不影响小鼠胃排空。

6. 抗胃溃疡作用　实验发现灌服干姜醚提物能拮抗水浸应激性和消炎痛－乙醇性小鼠胃溃疡，以及盐酸性和结扎幽门性大鼠溃疡形成，而干姜水提物仅对上述的结扎幽门性大鼠溃疡形成有对抗作用。已从干姜中分离出的抗溃疡成分有姜烯、[6]－姜酚及二萜化合物(E)－8(17)、12－labddiene－15.16－dia。

7. 促进消化作用　口含干姜能刺激口腔化学感受器，促进唾液分泌和提高唾液中淀粉酶活性。对犬的胃酸和胃液分泌呈双相性影响，最初数小时内为抑制，后则继之以较长时间的兴奋。

8. 利胆作用　十二指肠给予麻醉大鼠干姜醚提物或丙酮提取物，都能产生显著的利胆作用，作用可持续3h，并促进胆汁盐固体成分的形成，但其水提物无利胆作用，其利胆成分为[5]－姜酚和[10]－姜酚，由于口服干姜提高大鼠肝脏胆固醇7α－羟化酶活性，促进胆固醇转化为胆汁酸。推测干姜可能有防止胆固醇结石形成作用。干姜促进唾液、胃液和胆汁分泌，有利于食物消化。

9. 保肝作用　用原代培养的大鼠肝细胞实验发现干姜中的姜酚类、姜烯酮类及二芳基庚烷类成分有对抗半乳糖胺的肝细胞毒作用，从化学结构分析来看它们的保肝作用与酚羟基结构关系密切。而这些化合物的抗氧化作用也与酚羟基有关，干姜本身也是一种强抗氧剂，因此干姜的保肝作用与其抗氧化作用有关。

10. 止泻作用　灌服干姜醚提物1.5ml/kg和3.0ml/kg都能抑制蓖麻油引起的小鼠腹泻，水提物10g/kg能抑制番泻叶引起的腹泻。干姜的丙酮提取物75mg/kg抑制5－羟色胺引起的腹泻，[6]－姜烯酮、[6]－去氢姜二酮及[8]－和[10]－姜酚是抗5－羟色胺性腹泻的活性成分。其中[6]－姜烯酮作用最强。

11. 止喘咳作用　干姜甲醇提取物不影响豚鼠离体气管收缩活动及异丙肾上腺素的松弛作用，但能抑制乙酰胆碱和组胺引起的收缩。挥发油为其活性部分，松弛豚鼠离体气管的ED_{50}为0.171±0.053mg/ml。灌服生姜挥发油0.2ml/kg，对豚鼠过敏性支气管痉挛有保护作用。

[6]－姜烯酮对豚鼠有强大的镇咳作用，静注的 ED_{50} 为 1.75mg/kg，从药理角度显示了干姜温肺、主胸满咳逆上气的功效。[4]

五、甘草

（一）主要化学成分

1. 三萜皂苷类化合物　甘草根及根茎含甘草甜素，系甘草酸的钾、钙盐，为甘草的甜味成分，甘草酸水解后得二分子葡萄糖醛酸和18－甘草次酸。另含24－羟基甘草次酸、3－羟基齐墩果烷－11，13（18）－二烯－30－酸、3－羟基齐墩果烷－9（11），12（13）－二烯－30－酸，以及游离的甘草次酸、甘草次酸甲酯、甘草内酯等。

2. 黄酮类化合物　甘草苷、甘草苷元、异甘草苷、异甘草苷元、新甘草苷等。光果甘草根和根茎含甘草甜素10%～14%，除分得甘草酸、甘草次酸外，尚得多种三萜类化合物。

（二）药理作用

1. 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。

2. 肾上腺皮质激素样作用　甘草浸膏、甘草甜素及甘草次酸对健康人及动物都有促进钠、水潴留的作用；小剂量甘草甜素（每只100μg），能使大鼠胸腺萎缩及肾上腺重量增加，产生糖皮质激素可的松样作用。大剂量时则糖皮质激素样作用不明显，只呈现盐皮质激素样作用。

3. 解毒作用　甘草浸膏及甘草甜素对某些药物中毒、食物中毒、体内代谢产物中毒都有一定的解毒能力。解毒作用的有效成分为甘草甜素，解毒机制为甘草甜素对毒物有吸附作用，甘草甜素水解产物葡萄糖醛酸能与毒物结合，以及甘草甜素有肾上腺皮质激素样作用，增强肝脏的解毒能力等方面因素综合作用的结果。另外，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，毒性及不良反应降低；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。我国试制成的甘草酸链霉素盐可显著减轻硫酸链霉素的毒性及不良反应，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。

4. 止咳平喘作用　甘草次酸有明显的中枢性镇咳作用，大剂量的甘草次酸可使小鼠呼吸抑制。

5. 抗病毒作用　目前，甘草防治肝炎的应用在国内外均有报道，其有效成分主要是甘草甜素和甘草次酸（甘草酸的水解产物）。有资料证明，甘草甜素和甘草次酸能使急性肝炎的肝细胞坏死和气球样变明显减轻、下降，对慢性肝炎的肝细胞亦有良好的保护作用。当前，治疗肝炎主要是通过抗病毒、诱导干扰素、调节机体免疫以及抗炎等作用来实现的，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。有临床报道，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。20世纪80年代，日本学者首次报道了甘草甜素抗艾滋病毒的作用，曾引起轰动。日本山口大学医学系山本直树教授和福岛医科大学伊藤正彦助教授组成的科研组，在研究中发现，甘草是既能预防又能治疗艾滋病的良药，甘草甜素在实验室培养皿中明显能抑制病毒复制，高剂量的甘草甜素几乎可阻断培养皿中的病毒的复制，而利巴韦林却几乎不具抑制效果。

6. 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细胞的过度激活作用，并抑制由肿瘤坏死因子（TNF－α）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细胞释放细胞因子，使 Th_1/Th_2 保持平衡。有学者发现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。

7. 抗氧抑菌作用　甘草黄酮类尚具有抗氧和抑菌作用。据报道：甘草香豆酮对根霉有很强的抑制作用，同时具有抗氧性；甘草光果烯、光果利定、甘草查尔酮具有抗氧活性，其中光果利定对毛霉、黑曲霉的抗霉活性最强，同时具有抗氧活性。国内吴仲礼等研究表明，异甘草素为既有抗氧活性又有抗黑曲霉活性的有效成分。

六、桂枝

（一）主要化学成分

桂枝含挥发油 0.2% ~0.9%，油中主成分桂皮醛 70% ~80%，以 5 ~6 年生的植株含油量高，油中不含芳樟醇。桂枝、肉桂均含有酚类、有机酸、鞣质、糖、多糖、苷、甾体、内脂、香豆精、挥发油等成分，而不含生物碱、氨基酸、多肽、蛋白质、黄酮、蒽醌皂苷、油脂等成分。

（二）药理作用

1. 抗菌作用　桂枝醇提物在体外能抑制多种细菌，有效浓度为 25mg/ml。

2. 抗病毒作用　桂枝煎剂在鸡胚上对流感病毒有抑制作用，以 70% 醇浸剂作用较好。桂枝对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、绿脓杆菌、变形杆菌、甲型链球菌、乙型链球菌均有明显的抑菌作用。

3. 利尿作用　桂枝是五苓散中的主要利尿成分之一，其作用方式可能似汞撒利。

4. 镇静作用　桂皮醛口服后使小鼠自主和被动活动减少，与中

枢兴奋和抑制药有拮抗和协同作用。

5. 抗惊厥作用　桂皮醛腹腔给药时延迟小鼠士的宁惊厥及死亡时间。柴胡桂枝汤连续给药 11 天，对小鼠听源性惊厥有明显抗惊效果。

6. 解热作用　桂枝醛及煎剂等，对小鼠、家兔有解热作用。桂枝所含桂皮油能刺激汗腺分泌，扩张皮肤血管，有发汗解热作用。

7. 镇痛作用　唐伟军等报道桂枝对热致痛小鼠可明显延长其痛阈时间，采用热板法和扭体法观察该药的镇痛作用，发现桂枝对小鼠醋酸所致的疼痛，有显著的拮抗作用，以桂枝醇提液镇痛明显，与颅痛定无显著性差异（$P>0.05$），桂枝水提液镇痛效应与颅痛定有显著差异（$P<0.05$），认为与桂枝中镇痛的有效成分可以溶解在乙醇中，而较少溶解在水中有关。[6]

另外，桂皮醛能促进唾液及胃液分泌，增强消化功能；并能解除内脏平滑肌痉挛，缓解肠道痉挛性疼痛；对子宫有特异性充血作用。

七、半夏

（一）主要化学成分

半夏主要含 β－谷甾醇及其葡萄糖苷、胆碱；尚含高龙胆酸、草酸钾等无机盐和天门冬氨酸、谷氨酸、精氨酸、γ－氨基丁酸、半乳糖、黏液质、少量挥发油、原儿茶醛、三萜类化合物、原儿茶酸等；还分离出一种结晶性蛋白质为半夏蛋白Ⅰ。

（二）药理作用

1. 镇吐和催吐作用　动物实验证明，制半夏有镇吐作用，生半夏则有催吐作用，但是半夏粉在 120℃焙 2～3h，即可除去催吐成分，而不影响其镇吐作用。说明半夏催吐和镇吐分别属于两种不同成分所致。半夏对去水吗啡、硫酸铜引起的呕吐均有抑制作用，因两者致吐机制不同，由此推测半夏镇吐可能与抑制呕吐中枢有关。此外，眼结膜刺激试验说明，半夏混悬液具有显著的黏膜刺激作用，经炮制后其刺激性明显降低，故其催吐与黏膜刺激作用是有关的。

2. 镇咳和祛痰作用 生半夏、姜半夏、明矾半夏的煎剂灌胃，对电刺激猫喉上神经或胸腔注入碘液所致的咳嗽都有明显的抑制作用。0.6g/kg 已有作用，可维持 5h 以上，其镇咳作用与可待因 1mg/kg 相似，但较弱。并且其祛痰作用因不同的炮制法而强弱不同。

3. 抗癌作用 半夏的稀醇或水浸出液对动物实验性肿瘤小鼠肝癌、小鼠肉瘤 S_{180} 和人子宫颈癌 HeLa 细胞都具有明显的抑制作用。同时，实验表明半夏多糖组分具有多形核白细胞（PMN）活化作用和抗肿瘤作用。体外培养肿瘤细胞实验也表明，半夏各炮制品总生物碱对慢性髓性白血病细胞 K562 的生长均有抑制作用。姜浸半夏、姜煮半夏、矾半夏、姜矾半夏的总生物碱的 IC_{50} 皆小于 100μg/ml，而以矾半夏抗 K562 肿瘤细胞生长作用最强。

4. 抗生育和抗早孕 半夏蛋白 30mg/kg 皮下注射，对小鼠有明显的抗早孕作用，抗早孕率可达 100%。半夏蛋白可抑制卵巢黄体孕酮的分泌，使血浆孕酮水平明显下降，子宫内膜变薄，使蜕膜反应逐渐消失，胚胎失去蜕膜支持而流产。酶标组化研究表明半夏蛋白结合在子宫内膜腺管的上皮细胞膜上。

5. 抗心律失常作用 10% 半夏水浸剂（2.0～3.0ml/kg）给犬静脉注射，能使氯化钡所致室性早搏迅速消失，有效率 97.5%，且未复发；尚能使肾上腺素所致心动过速转为窦性心律，有效率为 96%。

6. 抗实验性胃溃疡作用 200‰半夏水煎醇沉液大鼠灌胃给药组灌服 5ml/kg 或 10ml/kg；肌内注射组注射 2.5ml/kg 或 5ml/kg 对消炎痛型、幽门结扎型、慢性醋酸型胃溃疡有显著的预防或治疗作用，对水浸应激性溃疡也有一定的抑制作用，并有显著减少胃液量，降低游离酸和总酸酸度，抑制胃蛋白酶活性的作用，对急性损伤有保护和促进黏膜修复作用。

7. 毒性 半夏浸膏小鼠一次腹腔注射 LD_{50} 为 325mg（生药）/Kg。每只兔每日 0.5g 灌胃，连续 40 日，一般情况良好，体重增加，但剂量加倍时则引起腹泻，有半数死亡，病检见其肠壁颜色较深。生半夏 2.25～9g/kg（相当于 1/20～1/5LD_{50}）灌胃，连续 3 周，即可明显抑制小鼠体重增长的作用，随时间和剂量的增加作用更为显著，肾脏代偿性的增大，但病理切片未见明显变化。生半夏粉 9g/kg 灌

胃，对妊娠母大鼠和胚胎均有非常显著的毒性，而相同剂量的制半夏粉与对照组无明显的差异，但是制半夏汤剂 30g/kg（相当于临床常用量的 150 倍）则能引起孕鼠阴道出血，胚胎早期死亡数增加，胎儿体重显著降低。生半夏汤剂 30g/kg 对大鼠妊娠和胚胎的毒性与制半夏汤剂无差异。有报道认为半夏对小鼠骨髓细胞姐妹染色体交换（SCE）和染色体畸变无明显促进作用。但也有报道认为大剂量粉剂或汤剂可使姐妹染色体交换和微核（PCE）增加。生半夏和姜半夏注射剂分别给小鼠腹腔注射 10g（生药）/kg，连续用药 10 日，采用骨髓细胞染色体分析技术，实验结果表明，两种半夏注射剂诱发致突变频率明显高于空白组，与致突变剂丝裂霉素 C 相近，提示两种炮制半夏对小鼠遗传物质具有损害作用。

八、五味子

（一）主要化学成分

北五味子含活性成分木脂素类，主要为五味子素及其类似物 α、β、γ、δ、ε－五味子素，去氧五味子素，新五味子素，五味子醇，戈米辛 A、B、C、D、E、F、G、H、J、K_1、K_2、K_3、L_4、L_2、M_1、M_2、N、O、R，当归酰戈米辛 H、O、P、Q，顺芷酰戈米辛 H、P，苯甲酰戈米辛 H，苯甲酰异戈米辛 O，前戈米辛，表戈米辛 O 等。果实完全成熟后，种皮中木脂素含量最高。南五味子含去氧五味子素约 1.76%，五味子酯甲、乙、丙、丁、戊等；酯甲即戈米辛 C，酯乙即戈米辛 B。种子含挥发油 2%，油中主成分为枸橼醛；果肉含挥发油少量，油中主成分为 α、β－花柏烯。此外，尚含苹果酸 11%，枸橼酸 8%，酒石酸 0.8%，原儿茶酸，维生素 C。

（二）药理作用

1. 对肝损伤的影响　五味子醇提取物能降低由四氯化碳、硫代乙醇胺等引起的实验动物谷丙转氨酶升高。γ－五味子素（五味子乙素）具抗肝损伤作用。

2. 对中枢神经系统的作用　五味子素有广泛的中枢抑制作用，

并且有安定作用的特点。五味子醇提取物 5mg/kg、10mg/kg 灌胃可减少小鼠自发活动，协同戊巴比妥钠对小鼠的睡眠作用，对抗苯丙胺引起的小鼠兴奋，对抗咖啡因、烟碱引起的小鼠惊厥。五味子素（五味子醇甲）10～100mg/kg 腹腔注射，随剂量的增加而减少小鼠自发活动，10mg/kg 腹腔注射对抗咖啡因、苯丙胺引起的小鼠兴奋；60～120mg/kg 腹腔注射明显延长小鼠巴比妥钠及戊巴比妥钠引起的小鼠睡眠时间，对抗电休克、戊四唑等引起的惊厥。

3. 对心血管的作用　五味子有强心作用，其水浸液及稀醇浸液可加强心肌收缩力，增加血管张力。煎剂离体实验对大鼠心肌细胞膜 ATP 酶活性有抑制作用；并对麻醉犬有降压作用。

4. 抗菌作用　乙醇浸液在体外对炭疽杆菌、金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、伤寒杆菌、霍乱弧菌等均有抑制作用。

5. 对呼吸系统的作用　五味子素对呼吸系统有兴奋作用。煎剂静脉注射，对正常兔、麻醉兔和犬都有明显的呼吸兴奋作用，使呼吸加深、加快，并且能对抗吗啡的呼吸抑制作用。切除迷走神经和颈动脉窦区神经后，呼吸兴奋作用仍然存在，由此认为其呼吸兴奋作用是对呼吸中枢兴奋的结果。

6. 祛痰镇咳　小鼠实验证明，五味子酸性成分有明显祛痰作用。从五味子醚提取物中分得 2 种结晶，口服或腹腔注射有明显的镇咳作用。

7. 对代谢及免疫功能的作用

（1）五味子能促进肝糖原异生，又能促进肝糖原分解，并使脑、肝、肌肉中果糖和葡萄糖的磷酸化过程加强，使血糖和血乳酸增加。

（2）有研究表明，γ－五味子素对癌细胞 DNA、ATP 和核蛋白代谢有影响。用体外细胞培养［^{3}H］TdR 掺入法，TdR 是 DNA 合成所必需的前身物，而癌细胞的增殖速率与［^{3}H］TdR 掺入 DNA 的速率是基本一致的，所以它的掺入率可以反映细胞的增殖能力。ATP 和核蛋白代谢都是细胞的重要生理功能之一，^{32}P 掺入 ATP 和核蛋白的速率也同样可以反映细胞的代谢活力，当 γ－五味子素 99mg/ml 时，能明显抑制小鼠腹水型肝癌细胞和 S180－V 癌细胞的［^{3}H］TdR 掺入率，还能抑制腹水型癌细胞的核蛋白和 ATP 代谢的动态过程，表明 γ

－五味子素对癌细胞的代谢和增殖都是不利的。

（3）有人研究了五味子果实浸出液对带瘤小鼠免疫功能的影响，结果发现，五味子可提高 NⅢ－S180MIH－ZAG 和白细胞数，且升高白细胞作用极显著，有使经过辐射后的白细胞数恢复正常的趋势。

（4）五味子乙素和五酚能拮抗雌二醇促进小鼠子宫重量增加，降低小鼠血清雌二醇的浓度，放射免疫和高效液相法证实乙素和五酚能促进小鼠肝微粒代谢［^{3}H］雌二醇速率。

8. 抗衰老作用　用五味子原汁喂饲小鼠后，其羟脯氨酸的含量明显降低，具有一定的抗衰老作用。羟脯氨酸是机体的非必需氨基酸，它随着年龄增加，游离度减少，胶原分解时可释放出游离的羟脯氨酸，测定时可用结合的羟脯氨酸，给药后小鼠的皮肤和尾腱所释放出来的游离羟脯氨酸比对照含量降低，说明五味子能使结合羟脯氨酸的结构蛋白致密，故具有抗衰老作用。

陈晓光等研究表明五味子水提取液可明显抑制老龄小鼠的脑和肝 MAO－B 活性，显著增强脑和肝 SOD 活性，降低丙二醛含量，还能明显增加脑和肝蛋白的含量，并显著降低血清胆固醇含量，具有一定的抗衰老作用。

9. 抗低温作用　用五味子果汁喂饲果蝇，观察其对果蝇抗低温作用的影响，实验结果表明，喂饲果汁的果蝇死亡未超过半数，而对照则全部死亡，说明五味子果汁具有抵抗低温的作用。

10. 其他作用　五味子对子宫有兴奋作用，北五味子酚对滞产妇的阵缩微弱、甚至过期妊娠都有加强分娩活动的作用。五味子有与人参相似的适应原样作用，能增强机体对非特异性刺激的防御能力。五味子的乙醇浸液对炭疽杆菌、伤寒杆菌、变形杆菌等皆有抑制作用；对绿脓杆菌亦有较强的抗菌作用；在体内和体外都有抗病毒作用。并且，对胃液分泌有调节作用；对胆瘘犬有促进胆汁分泌的作用；在体外有杀蛔虫的作用。

另据日本及美国一些医学机构观察，五味子对艾滋病病毒有抑制功效。

11. 毒性　五味子 5g/kg 灌胃小鼠，2 日内未见死亡，说明毒性较低。小鼠口服五味子乙醇提取物 0.6g/kg 或者 1.2g/kg，连续 10

天，出现活动减少，竖毛、萎靡不振等轻度中毒现象，但体重仍增加，对血象和主要脏器无明显影响。五味子脂肪油 10～15g/kg 灌胃小鼠，15～60min 后出现呼吸困难、运动减少，1～2 日死亡。小鼠口服其种子挥发油 0.28g/kg 后，呈抑制状态，呼吸困难，1～3h 内全部死亡。五味子乙素毒性较低，2g/kg 灌胃 1 次，10 只鼠无一死亡。200mg/kg 每日灌胃 1 次，连续 30 日，对小鼠生长、血清蛋白量和主要脏器的组织形态，均未见明显影响。五味子乙素 10mg/kg 给狗灌胃，每日 1 次，连续 4 周，其食量、体重、血象、肝功能、肾功能等，均与给药前无明显差别。[7]

第二节 小青龙汤的药理研究

一、平喘作用

王氏对小青龙汤及不同拆方的平喘作用进行了实验研究，观察小青龙汤对动物离体气管平滑肌及因吸入致痉剂所致的哮喘的保护作用，并比较全方及不同拆方简化后平喘作用的强弱。实验表明：全方及大部分组成药，都可不同程度地拮抗组胺、乙酰胆碱和氯化钡等引起的气管收缩，其气管平滑肌松弛作用程度不等。全方煎剂及醇提取液的作用性质相同，作用程度不同，但全方醇提取液对气管的松弛作用较全方煎剂强，对三种致痉剂引起的气管痉挛性收缩均有抑制作用，而全方煎剂不能拮抗氯化钡的致痉作用。全方醇提取液的抗组胺作用及抗乙酰胆碱作用，均较盐酸麻黄碱强。细辛、桂枝、五味子，三药配伍有显著的抗氯化钡痉挛收缩作用及直接松弛气管平滑肌的作用。麻黄、细辛、五味子的三药煎剂，其抗组胺、抗乙酰胆碱与抗氯化钡作用较全方醇提取液、煎剂及麻黄、细辛、干姜的三药煎剂为强。对于乙酰胆碱及组胺混合液喷雾的豚鼠，全方醇提取液具有明显的保护作用。但去麻黄、半夏后的醇提取液的保护作用比全方醇提取液更强，同氨茶碱相仿。而仅用麻黄、半夏的醇提取液保护作用则大为降低。细辛、五味子、桂枝三药配伍的醇提取液的保护作用优于麻黄、半夏的醇提取液，次于全方及去麻黄、半夏后的醇提取液。上述

实验结果表明，本方具有明显的平喘作用，此作用与含麻黄、半夏有关，但麻黄、半夏并非本方最主要成分，细辛、五味子等在方中起了很重要的作用。由于组织胺所致气管平滑肌收缩与过敏所致者相同，乙酰胆碱所致者则是拟胆碱效果，氯化钡则是直接作用于平滑肌，提示本方对多种原因所致哮喘均有效。初步认为，本方平喘作用的机制与组胺和胆碱能受体无关，其平喘作用主要是由于直接松弛平滑肌所致[8~9]。另有报道小青龙汤去麻黄、半夏后仍有平喘作用，十二指肠给药后30~45min平喘作用最明显，与全方相比平喘作用无明显差异[10]。李氏以拉丁方设计用豚鼠离体肺支气管灌流法观察了本方组成药的平喘作用，结果表明，对于乙酰胆碱所致的支气管痉挛，麻黄具有非常明显的松弛支气管平滑肌、增加肺灌流量的作用，五味子、白芍也有显著作用；而对于组织胺所致支气管平滑肌痉挛，则以细辛的松弛效果最为显著，其余各药作用不明显，或作用相反；当以上述4药组成复方时平喘效果比全方强，但全方无祛痰作用[11]。

亦有人用放射配基竞争法、放射免疫法和血浆皮质酮（B）竞争性蛋白结合分析法测定连续激发哮喘的大鼠第1、3、7天肺组织肾上腺糖皮质激素受体（GCR）和β-肾上腺素能受体（β-AR）、环磷酸腺苷（cAMP）和血浆皮质酮（B）水平，来观察哮喘大鼠肺组织GCR、β-AR的最大结合点Bmax，cAMP和血浆B的含量在哮喘发病过程中的变化规律和中药小青龙汤对其影响。结果发现：激发哮喘后第1天，哮喘大鼠GCR水平显著增高（$P<0.01$），激发第1、3天，哮喘大鼠血浆B明显低于正常对照组（$P<0.01$），第3天开始上升，升至第7天仍低于正常对照组，差异显著（$P<0.01$），β-AR和cAMP含量于激发第3天，β-AR含量已明显低于正常对照组（$P<0.01$），β-AR和cAMP含量于激发后逐日下降，激发第3天，β-AR含量已明显低于正常对照组（$P<0.01$），小青龙汤治疗后，β-AR和cAMP含量显著上升（$P<0.01$），其中β-AR含量仍低于正常对照组（$P<0.01$），cAMP含量已达到并高于正常水平。结果表明：小青龙汤有上调哮喘大鼠肺组织GCR、β-AR、cAMP和血浆B水平的作用，特别是对GCR的上调作用非常显著。β-AR兴奋后，主要通过激活平滑肌细胞膜上腺苷酸环化酶（AC），增加平滑肌细胞

内 cAMP 含量，使 cAMP/cGMP（环磷酸鸟苷）比值升高，支气管平滑肌舒张，从而使肺泡通气功能改善，产生相应的平滑肌效应。肾上腺糖皮质激素（GC）被认为是最有效的消除气道炎症药物，GC 必须与 GCR 结合才能发挥生物效应，GCR 是决定 GC 效应的关键因素。B 为大鼠主要糖皮质激素，哮喘发作 48h 后进入迟发阶段，始有典型的气道炎症特征，同时发生应激反应。并且，哮喘患者伴有肾上腺皮质功能减退，主要表现为肾上腺皮质的代谢或分泌受到潜在的影响，进一步研究表明下丘脑－垂体肾上腺皮质功能亦有不同程度、不同环节的改变。因此，可推测小青龙汤诸多治疗哮喘的药效中，一个很重要的机制，可能是该方既有显著上调 GCR，又促进肾上腺皮质功能，产生足够的 GC－GCR 复合物，以满足应激反应需要，从而起到强力的抑制 EC 等致敏细胞，促进 β－AR 功能重建，上调 β－AR，使 cAMP 的合成增加，破坏减少，起到抗炎平喘的作用[12]。

张霞等选择中、重度哮喘发作期患者 54 例，观察辅舒酮吸入配合小青龙汤对哮喘患者肺功能和血清白细胞介素－16（IL－16）的影响。54 例患者随机分为 3 组。治疗组予辅舒酮吸入配合小青龙汤口服；辅舒酮组：单纯辅舒酮吸入；小青龙汤组：单纯口服小青龙汤。治疗前和治疗 4 周后，测定肺通气功能 FEV1 和呼吸阻抗 R_5，用酶联免疫吸附法测定血清 IL－16 的水平。另选 10 例健康志愿者作为对照组。进行 IL－16 检测和肺功能测定。治疗后 3 组患者肺通气功能 FEV_1 均显著增加，呼吸阻抗 R_5 均显著减少（$P<0.05$ 或 $P<0.01$），但以治疗组改善幅度最大，与辅舒酮组和小青龙汤组比较差异均有显著性（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）。提示治疗组肺通气功能和呼吸道阻力的改善优于辅舒酮组和小青龙汤组。3 组患者治疗前后血清 IL－16 含量比较：治疗前 3 组 IL－16 水平差异无显著性（$P>0.05$），但均显著高于健康对照组的 134.45±15.67ng/L（$P<0.01$），而治疗后各组 IL－16 含量明显下降（$P<0.05$ 或 $P<0.01$），以治疗组下降幅度最大，但仍高于健康对照组（$P<0.05$），与辅舒酮组和小青龙汤组比较差异均有显著性（$P<0.05$ 或 $P<0.01$）。

二、抗过敏作用

用抗卵蛋白血清所致豚鼠被动皮肤过敏反应（PCA）研究小青龙汤对Ⅰ型变态反应的影响，结果表明：在注射抗原EA前1.5h灌服小青龙汤提取物5～100mg/kg，可使PCA滴度呈量效关系下降。如果达到50mg/kg以上剂量时减少到1/16，而此时豚鼠PCA直径为6.2mm。局部伊文斯兰EB染料透出量为3.5ng，对照组分别为13.5mm及15.4ng。小青龙汤还能抑制EA致敏的离体豚鼠肠管的舒尔茨－戴尔反应。先加本药提取药，后加抗原EA，可抑制肠管收缩，提示小青龙汤的作用可能在于抑制过敏介质的释放。实验还表明，本药能强烈地对抗48/80复合物所致肥大细胞的脱颗粒，正常豚鼠腹腔肥大细胞在用48/80复合物刺激时脱颗粒率为76%而本药则为16%，且抑制作用呈量效关系[14]。

小青龙汤可能含有某种能抑制浆细胞或淋巴细胞产生的物质，并能直接或间接地刺激机体产生某种抑制因子，使血清IgE浓度下降，故认为小青龙汤的疗效与血清IgE浓度有关联。对于用抗EA IgE被动致敏性休克，在抗原攻击后2.5min，血中组胺量对照组从（28±0.44）ng/0.5ml增至（166±2.7）ng/0.5ml，若在致敏前5日起开始给药，连续10日，在抗原攻击前3日停药，则小青龙汤组血中组胺量从（28±0.44）ng/0.5ml仅增至（46±1.34）ng/0.5ml，曲尼司特组从（29±2.7）ng/0.5ml增至（34±2.40）ng/0.5ml，酮替酚组从（25±1.81）ng/0.5ml增至（27±2.16）ng/0.5ml。继于豚鼠皮内分别注入组胺，观察5－HT及药物对过敏炎性介质的影响，预先给小青龙汤的抑制率分别为15.9%、66%及9%，而曲尼司特仅对5－HT、乙酰胆碱有抑制效果，抑制率为43.7%及27.6%，而酮替酚仅对组胺者有效，为58.5%，上述结果表明3药间抗过敏机制不同。而竹内良夫等对Harley豚鼠抗过敏研究发现本方的抗过敏反应作用与曲尼司特和酮替酚大致类似，能抑制组胺、血清素和乙酰胆碱引起的皮肤炎症[15]。

小青龙汤对豚鼠游离的、被卵白蛋白致敏的肺组织的抗过敏反应机制的结果表明，在Krebs溶液中加入本药，能松弛致敏和未致敏动

物肺组织切片的自发性张力。对于正常肺组织，使组胺和白三烯 D_4（LTD_4）的收缩曲线分别右移 2.7 倍和 4.0 倍，并减低对 PAF 的最大收缩反应。本药对特异性抗原及化学介质如组胺、LTD_4 和血小板活化因子（PAF）引起的收缩反应都有抑制作用，似直接作用于靶细胞而不是拮抗受体部位，但也可能减少了细胞释放化学介质[16]。

日本学者[17]按形浦等的方法制作动物模型，以雄性 7 周龄 BALB/c 小鼠（体重 20 ±1g）为实验动物，在 SPF 条件下饲养，皮下给予卵白蛋白 1μg 作为抗原，氢氧化铝为佐剂，制作致敏模型。抗原攻击使用卵白蛋白 1mg，水溶化成点鼻液经鼻点入。实验分 6 组。对照组（第 1 组）非致敏小鼠 5 只；卵白蛋白致敏组（第 2 组）5 只；Ⅰ型变态反应免疫异常模型（第 3 组）5 只，即对卵白蛋白致敏小鼠皮下注射地塞米松，剂量为 100μg/只，使小鼠外周血白细胞减少 80% 以上；第 4、5、6 组为在第 3 组免疫异常模型基础上分别口饲蒸馏水溶解的小青龙汤、十全大补汤和补中益气汤。在测定外周血 CD 阳性细胞比例的同时，对各变态反应发病小鼠的鼻黏膜组织进行固定、染色，观察与变态反应相关细胞的变化，并测定外周血白细胞 CD 阳性细胞及含有干扰素（IFN－γ）和 IL－4 细胞的数量。结果：①鼻黏膜组织观察：第 1～6 组鼻黏膜浸润的嗜酸性粒细胞平均值分别为 0.8 ±0.3、23 ±3.1、12 ±2.3、8 ±2.1、13 ±2.8、11 ±3.3（个）。第 2 组黏膜上皮杯状细胞数增加最多，呈分泌亢进像，而且鼻黏膜下固有层呈明显的水肿性肥厚，第 4 组上述表现较轻，接近正常状态。②外周血白细胞 CD 阳性细胞的变化：第 3、4 组 CD_3、CD_4 和 CD_8 阳性细胞比例显著降低（$P<0.05$）。第 6 组 CD_4/CD_8 显著增加（$P<0.05$），其他组未见显著差异。另外，第 4 组 B 细胞系 CD_{19} 阳性细胞的比例显著增加，CD_3/CD_{19}（T/B 细胞）第 4 组显著降低（$P<0.01$），第 5 组降低（$P<0.05$），第 6 组增加，呈多样性变化，表明补益剂对免疫系统细胞动态的影响各异。③外周血中含有细胞因子的细胞的变化：小青龙汤（第 4 组）使含有 IL－4 的细胞（体液性免疫活性指标）减少，同时使含有 IFN－γ 的细胞（具有变态反应抑制作用）增多。故认为：①小青龙汤可显著降低 T 细胞系，尤其是 CD_3、CD_4、CD_8 阳性细胞所占的比例，增加 B 细胞（CD_{19}）。

②小青龙汤在降低含有 IL－4 细胞水平的同时，增加含有 IFN－Y 的细胞。③补中益气汤和十全大补汤，尤其是前者可增加 T 细胞和 B 细胞之比（CD_3/CD_{19} 和 CD_4/CD_8），后者可增加巨噬细胞（CD－11b）所占的比例。

国外学者研究小青龙汤对 I 型变态反应的影响，认为小青龙汤抑制被动致敏小鼠抗原攻击后的二相皮肤水肿，呈现明显的量效关系。并且，小青龙汤明显抑制皮损中 INF－amRNA 的表达增加，但对 IL－1β－mRNA 表达无影响。小青龙汤显著抑制组胺及 INF－α 诱发的小鼠耳肿胀。虽然小青龙汤对小鼠、大鼠和人的肥大细胞 IgE 依赖的组胺释放无影响，但可抑制肥大细胞产生 GM－CSF。小青龙汤对由抗－CD_3 抗体引起的小鼠 $CD4^+$T 细胞产生的 IFN－γ 和 IL－4 无明显影响。小青龙汤对Ⅱ型、Ⅲ型皮肤变态反应无明显影响。研究结果表明，小青龙汤选择性抑制 I 型变态反应的速发型发反应（IPR）和迟发型反应（LPR）。通过对组胺的拮抗作用抑制 IPR，通过对细胞因子的拮抗作用或抑制病理性细胞因子的产生抑制 LPR。[18]

三、对血液流变学的影响

陈氏对 16 例肺肾气虚外感偏寒型肺心病急性发作期瘀证患者用本方治疗。对血液流变学血沉（ESR）、血沉方程 K 值、红细胞压积（H）、全血比黏度（η_b）、血浆纤维蛋白原（Fib）、红细胞电泳率（EPM）、全血还原黏度（η_{b-1}/H_t）及血浆比黏度（η_p）测定，并将 η_b、Fib、EPM 三项测值代入瘀证判别函数式，求得相应的 f 值，分析本方的化瘀机制。结果发现，本方主要与第三因子的改善有关，即 η_p、Fib 下降，EPM 上升，从而血流阻力低，有利于血液循环[19]。

四、抗炎作用

小青龙汤选择性抑制 I 型变态反应的速发反应（IPR）和迟反应（LPR），通过对组胺的拮抗作用抑制 IPR，通过对细胞因子的拮抗作用或抑制病理性细胞因子产生抑制 LPR，从而起到免疫调节和抗炎作用。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，故作为

皮质激素的替代治疗。

饭仓洋治与英清道氏在临床工作中均发现小青龙汤对伴有炎症的患者疗效较好。礒浜洋一郎在实验研究中发现小青龙汤能降低 SO_2 刺激后患支气管炎大鼠肺清洗液中总细胞数。

五、扩张外周血管、升高皮肤温度

本方及其拆方进行兔耳血管及大鼠足趾温度实验，发现全方及分别由桂枝、五味子、细辛、半夏、麻黄组成的方，可扩张离体兔耳血管，使灌流量明显增加；由白芍、干姜、麻黄、半夏、甘草组成的方灌流量无明显变化；而由半夏、麻黄组成方则使灌流量降低。除桂枝、五味子、细辛组方对大鼠足趾温度明显降低外，其余各方可使其先升后降。[20]

六、促进红细胞糖酵解

郑军[21]等对 10 首解表古方进行小鼠红细胞糖酵解实验发现，麻黄汤、小青龙汤、香薷饮有促进糖酵解的作用（$P<0.05$）；其中含麻黄的小青龙汤、麻黄汤、麻杏甘石汤较之单味麻黄对糖酵解有更强的促进作用，说明合理的方剂配伍，能充分发挥药物的协同作用，但未能说明辛温解表和辛凉解表对糖酵解影响的规律。

七、抗促癌作用

木岛孝夫用 6 周龄 TCR 雌性小鼠，以强力促癌剂 TPA 诱发出现的 EB 病毒早期抗原（EBV－EA）作为指标探讨小青龙汤的抗促癌作用。结果小青龙汤在 100μg/ml 浓度时有 100% 的抑制效果。在构成小青龙汤的 8 味生药中，只有麻黄在 100μg/ml 时对 EBV－EA 活化有抑制效果，但麻黄在此浓度时对 RaJi 细胞有极强的毒性，其他 7 味生药单独使用时均无明显的抑制作用。而小青龙汤中分别去掉任何一味其抗促癌作用均低于小青龙汤。

用流式细胞测定法测定培养后的 Raji 细胞探讨小青龙汤对细胞周期的影响，TPA 及 h－J 酸处理的阳性对照组，细胞周期分布 S 期 16.5%，（G_2 + M）42.1%；其与正常培养组（无促癌剂）S 期

36.9%，（G_2 + M）11.4%比较，细胞分布S期明显减少，（G_2 + M）明显增多。小青龙汤与TPA及h－J酸共同培养，小青龙汤浓度100kg/ml，S期41.9%，（G_2 + M）15.8%，接近正常培养状态。小青龙汤低浓度时（1μg/ml），S期24.3%，（G_2 + M）30.8%，与阳性对照组相同。故可以看出小青龙汤呈浓度依赖性S期蓄积型作用。

在小鼠皮肤二阶段致癌抑制试验中，阳性对照组（I组），TPA涂布第7周出现肿瘤，第9周肿瘤发生率为60%，20周后发生率为100%，平均肿瘤数10个。将小青龙汤提取剂溶于水，由小鼠自由摄取。浓度为2.5mg/100ml组（Ⅱ组），第10周肿瘤发生率约为40%，平均肿瘤数约为6个。浓度为10mg/100ml组（Ⅲ组）第9周开始出现肿瘤，第10周为20%，第20周约为80%，平均肿瘤数为4个。小青龙汤与甘草次酸的实验效果相同或更好。在小鼠皮下注射4－硝基喹啉－N－氧化物（4NQO），始发致癌，5周后开始自由摄取8%甘油水溶液促进致癌，25周后与小青龙汤组比较肺部肿瘤，阳性对照组93.3%的小鼠发生肿瘤，每只小鼠平均肿瘤数为3.3个，小青龙汤组仅有33.3%小鼠发生肿瘤，每只小鼠平均肿瘤数为0.93个，与阳性对照组比较，其抑制率为65%。在用DEN腹内注射致肝癌后，自由摄取0.09%的苯巴比妥组100%小鼠肝表面形成增生小结，小青龙汤组发生率为70%。上述实验均证实小青龙汤抗促癌剂的作用存在，且所研究的7个方剂中，5种有麻黄、甘草。[22]

八、其他实验研究

马场和夫等将小鼠分为4组。A组每日皮下注射生理盐水2次；B组皮下注射异丙肾上腺素50pg/kg，2次/天；C组喂小青龙汤代饮水，皮下注射生理盐水每日2次；D组喂小青龙汤代饮水，同时皮下注射异丙肾上腺素50μg/kg，2次/天。实验时，预先腹腔注射氨茶碱50μg/kg，20min后再腹腔注射异丙肾上腺素50μg/kg，测定10min后及注射氨茶碱前cAMP。结果B组与C组之间有明显差异，C组反应较A组强。D组儿茶酚胺的反应性升高不明显，提示中西药合用时，一定要探讨合用后的药理。[22]

在进行汉方药与西药相互作用的研究中，日本的Ohnishi N等发

现抗癫痫药 CBZ（卡马西平）与小青龙汤并用对健康男性血液中 CBZ 及其代谢活性物质 CBZ－E（氨甲酞氮䓬－10，11－环氧化物）的浓度无影响。以 4 名健康男性为试验对象，首先在空腹时一次性口服 CBZ 200mg，应用高效液相色谱法测定 CBZ 和 CBZ－E 在血液中的浓度。然后口服小青龙汤，3g/次，3 次/天，连续服用 7 日。在第 4 日服用小青龙汤 2h 后给予 CBZ，测定 CBZ 和 CBZ－E 在血液中的浓度。结果显示，CBZ 单独使用及与小青龙汤并用时，血液中的 CBZ 和 CBZ－E 的 Cmax（最大血中浓度）和达到 Cmax 的时间以及 AUC（浓度时间曲线下面积）均无显著差异。[23]

参考文献

[1] 陈晓城．麻黄的药理作用研究进展．实用中医药杂志，2005，21（1）：58

[2] 姜建萍．白芍的现代药理研究及临床应用概况．中医药信息，2000，（3）：6

[3] 刘兴隆．细辛药理研究概况．江苏中医药，2005，26（7）：59

[4] 张明发．干姜现代药理研究概述．中国中医药科技，1996，3（2）：46

[5] 许秋霞．甘草的药理作用概述．实用中医药杂志，2005，21（7）：450

[6] 唐伟军，等．桂枝镇痛效应的药理学研究．郴州医学高等专科学校学报，2003，5（1）：15

[7] 杨慧洁．五味子药理作用研究概况．人参研究，1999，11（4）：5

[8] 王筠默．小青龙汤平喘作用的研究．中成药研究，1982，（3）：22

[9] 王筠默．小青龙汤及其主要组成药的平喘作用．药学通讯，1982，17（5）：51

[10] 李淑仪．小青龙汤去麻黄半夏平喘作用的实验研究．云南中医学院学报，1988，11（2）：14

[11] 李仪奎．采用正交设计法对小青龙汤平喘作用的研究．中成药，1986，（4）：23

[12] 童舜华，等．小青龙汤对哮喘大鼠肺组织糖皮质激素受体和 β－受体等水平的影响．中国中医基础医学杂志，1999.5（3）：18

[13] 张霞．辅舒酮吸入配合小青龙汤对哮喘患者肺功能和血清白细胞介素－16 水平的影响．中国中西医结合杂志，2003，23（6）：426

[14] 季宇彬．中药复方化学与药理．人民卫生出版社，2003，58

[15] 竹内良夫. 小青龙扬抗过敏机制的研究国外医学·中医中药分册，1988，10（3）：56
[16] 曾根秀子. 小青龙扬抗过敏机制的研究国外医学·中医中药分册，1988，10（5）：54
[17] 松也荣雄. 从诱发变应性鼻炎时外周血 CD 阳性细胞水平探讨小青龙汤的作用机制. 国外医学中医中药分册，2000，22（4）：230
[18] Nagai H. 小青龙汤对实验性变态反应的影响. 国外医学中医中药分册，2001，23（3）：164
[19] 陈治英. 应用主成分分析评价肺心病急性发作期化瘀的治疗作用. 中国中西医结合杂志，1988，8（8）：457
[20] 王筠默，等. 小青龙汤及其拆方对家兔耳管及大鼠足跖温度的影响. 中成药研究，1985，（8）：41
[21] 郑军. 10 首解表古方对小鼠红细胞糖酵解的影响. 成都中医学院院报，1993，16（1）：34
[22] 谭庆刚. 中医十大名方——小青龙汤. 中国中医药出版社，1998
[23] 同心译. 有关小青龙汤与抗痛病药卡马西平的相互作用的研究. 国外医学中医中药分册，2001，23（6）：369

[General Information]
书名=下载监视
作者=
页数=1000
SS号=12107478
出版日期=
出版社=

封面
书名
版权
前言
目录
上篇　理论研究
第一章　概述
一、小青龙汤的来源
二、小青龙汤的组成及用法
三、小青龙汤的功效与主治
四、小青龙汤的临床应用
五、小青龙汤的衍生方
第二章　历代医家对小青龙汤的论述
第三章　小青龙汤的理论研究热点
一、小青龙汤君药的确定
二、小青龙汤的用药特点
三、小青龙汤的细辛用量
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、急性支气管炎
三、支气管哮喘
四、哮证
五、变应性哮喘
六、慢性阻塞性肺病
七、支气管肺炎
八、哮喘型霉菌性肺炎
九、间质性肺炎合并轻度纤维化
十、放射性肺炎
十一、肺源性心脏病
十二、急性肺水肿
十三、上呼吸道感染
十四、喘证
十五、咳喘
十六、咳嗽
十七、感冒后久咳
十八、肺胀
十九、肺气肿

二十、尘肺
第二节　循环系统疾病
一、心力衰竭
二、冠心病
三、胸膜炎
四、心律失常
五、病态窦房结综合征
六、心源性胸腔积液
第三节　消化系统疾病
一、乙型肝炎
二、泄泻
三、便秘
四、消化性溃疡
五、臌胀腹水
六、慢性胃炎
七、过敏性肠炎
八、结肠过敏症
九、幽门不全梗阻
十、腹泻型肠易激综合征
第四节　泌尿系统疾病
一、肾小球肾炎
二、肾病综合征
三、泌尿系感染
第五节　风湿免疫性疾病
一、类风湿性关节炎
二、痹症
三、全身多关节肿痛
第六节　神经系统疾病
一、梅尼埃病
二、癫痫
三、坐骨神经痛
第七节　内科疑难病症
一、痰饮
二、短气
三、头痛
四、发热
五、汗证
六、项痹
七、皮痹
八、脑梗死后流涎症

九、见水欲尿症
十、多唾症
十一、五十肩
十二、遗尿
十三、背痛
十四、吐涎沫
十五、浮肿
十六、夜间呼吸困难
第二章　外科病证
一、自发性气胸
二、狐疝
三、胸胁内伤
四、蛛网膜下腔出血
五、创伤性胸腔积液
第三章　骨科病证
腰腿痛
第四章　妇科病证
一、闭经
二、乳肿
三、产科合并症
第五章　儿科病证
一、婴幼儿哮喘
二、小儿支气管炎
三、婴幼儿毛细支气管炎
四、支气管肺炎
五、腺病毒肺炎
六、支原体肺炎
七、喘息性肺炎
八、百日咳
九、小儿咳嗽
十、顽固性小儿咳喘
十一、小儿呼吸道感染
十二、小舞蹈病
十三、小儿多唾症
十四、麻疹
十五、小儿肾炎
十六、小儿鼻鼽
第六章　五官科病证
一、耳聋
二、过敏性鼻炎

三、鼻窒并鼻轨
四、喉瘖
五、过敏性结膜炎
六、春季卡他性角结膜炎
七、迎风流泪
第七章　皮肤科病证
一、荨麻疹
二、花粉症
三、面部痤疮
下篇　实验研究
第一章　制剂研究
一、小青龙合剂
二、小青龙冲剂
三、小青龙滴丸
第二章　药理研究
第一节　小青龙汤中各组成药物的药理研究
一、麻黄
二、白芍
三、细辛
四、干姜
五、甘草
六、桂枝
七、半夏
八、五味子
第二节　小青龙汤的药理研究
一、平喘作用
二、抗过敏作用
三、对血液流变学的影响
四、抗炎作用
五、扩张外周血管、升高皮肤温度
六、促进红细胞糖酵解
七、抗促癌作用
八、其他实验研究