总主编◉巩昌镇　马晓北
编　著◉赵方田　吴华芹

难病奇方系列丛书第二辑

生脉散

【诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制】

中国医药科技出版社

生脉散

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 978-7-5067-3972-6

9 787506 739726 >

责任编辑 许东雷
封面设计 學雅閣

定价：39.00元

难病奇方系列丛书（第一辑）

生脉散

总主编 巩昌镇 马晓北
编著 赵方田 吴华芹

中国医药科技出版社

图书在版编目（CIP）数据

生脉散/赵方田，吴华芹编著. —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 978-7-5067-3972-6

Ⅰ.生…　Ⅱ.①赵…　②吴…　Ⅲ.生脉散—研究　Ⅳ.R286

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第171634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　发行：010-62227427　　邮购：010-62236958
网址　www.cspyp.cn
规格　958×650mm 1/16
印张　23
字数　335千字
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　北京市松源印刷有限公司
经销　全国各地新华书店
书号　ISBN 978-7-5067-3972-6
定价　39.00元
本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

内容提要

本书为《难病奇方系列丛书》之一，其分为上、中、下三篇，从理论研究、临床研究和实验研究三个方面对生脉散进行了阐述，是中医工作者一本重要的参考书。

《难病奇方系列丛书》(第二辑)编委会

总 主 编 巩昌镇 马晓北

副总主编 于向东 姜 文

编 委 (按姓氏笔画排序)

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

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

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

总策划　吴建华　孔　立

《难病奇方系列丛书》第二辑

前言

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

有鉴于此，为了推动经典方剂的进一步挖掘与发展，启迪中医临床工作者的思路，造福于人类，在山东中医药大学与美国中医学院共同编写并成功发行了《难病奇方系列丛书》第一辑之后，中国中医科学院又与美国中医学院联手组织编写了《难病奇方系列丛书》第二辑。丛书第一辑精选了10个经典方剂，包括《六味地黄丸》、《补中益气汤》、《血府逐瘀汤》、《桃红四物汤》、《金匮肾气丸》、《桂枝汤》、《归脾汤》、《阳和汤》、《银翘散》、《逍遥散》。丛书第二辑包含了11个经典方剂，包括《参苓白术散》、《补阳还五汤》、《防风通圣散》、《龙胆泻肝汤》、《小青龙汤》、《八珍汤》、《玉屏风散》、《生脉散》、《五苓散》、《中医急

症三宝》、《云南白药》。这套丛书广泛收集并系统总结了中医学术与临床杂志上刊登的以及中医临床专著中载录的经典方剂的实验研究结果与临床应用经验。每一（类）经典方剂皆自成一册，内容包括该方的组成、用法、功效、适应证、应用范围、组方原理及特点、古今医家论述、临床研究与临床应用以及现代药理研究。临床研究部分重点介绍研究者对该方的系统性的临床观察。临床应用部分则收集了大量临床医家的临证医案与经验总结。现代药理研究部分着重论述了该方治疗各系统疾病的作用机制。

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

巩昌镇 博士

2008年夏

目录

上篇　理论研究

第一章　概　　述 …… (3)
第一节　生脉散的来源 …… (3)
第二节　生脉散的组成及用法 …… (3)
第三节　生脉散的功效与主治 …… (4)
一、方中药物的功效与主治 …… (4)
二、生脉散的功效与主治 …… (10)
第四节　生脉散的临床应用 …… (11)
第五节　生脉散的衍生方 …… (12)
一、人参饮子（《兰室秘藏》） …… (12)
二、益元汤（《伤寒六书》） …… (12)
三、大生脉汤（《赤水玄珠》） …… (13)
四、麦门冬汤（《证治准绳》） …… (13)
五、长生固本方（《寿世保元》） …… (13)
六、静心汤（《辨证录》） …… (13)
七、人参安神汤（《幼科铁镜》） …… (14)
八、全真一气汤（《冯氏锦囊秘录》） …… (14)
九、人参五味子汤（《幼幼集成》） …… (14)
十、麦门冬饮子 …… (14)
十一、养心汤（《傅青主女科》） …… (15)
十二、生脉散加香薷方（《医方考》） …… (15)
十三、加减生脉散（《温病条辨》）卷一 …… (15)
十四、扶脾生脉散（《医学入门》）卷七 …… (15)
十五、加味解毒生脉散（《千家妙方》）上册引关幼波方 …… (16)
十六、调元生脉散（《幼幼集成》） …… (16)
第二章　古今医家的论述 …… (17)
第三章　生脉散的理论研究进展 …… (22)

第一节　生脉散君药的确定 …… (22)
第二节　生脉散的用药特点 …… (24)
第三节　生脉散几种用参的区别 …… (24)

中篇　临床研究

第一章　内科病证 …… (31)
第一节　呼吸系统疾病 …… (31)
一、急性气管－支气管炎 …… (31)
二、慢性支气管炎 …… (32)
三、支气管哮喘 …… (35)
四、支气管扩张 …… (37)
五、呼吸衰竭 …… (38)
六、间质性肺炎 …… (41)
七、放射性肺损伤 …… (42)
八、矽肺 …… (43)
九、肺气肿 …… (46)
十、肺心病 …… (48)
十一、肺性脑病 …… (57)
第二节　循环系统疾病 …… (59)
一、心力衰竭 …… (59)
二、心律失常 …… (63)
三、窦性心动过缓 …… (66)
四、病窦综合征 …… (67)
五、阵发性心动过速 …… (70)
六、心房颤动 …… (72)
七、心动过速伴房颤 …… (73)
八、心房纤颤 …… (75)
九、早搏 …… (75)
十、冠心病 …… (78)
十一、冠心病心绞痛 …… (82)
十二、心肌缺血 …… (85)

十三、急性心梗 …… (86)
十四、心源性休克 …… (92)
十五、感染性休克 …… (95)
十六、心跳骤停 …… (96)
十七、风湿性心脏病 …… (98)
十八、病毒性心肌炎 …… (99)
十九、急性心源性脑缺血综合征 …… (106)
二十、低血压病 …… (108)
二十一、高血压 …… (110)
二十二、扩张型心肌病 …… (112)
二十三、夹层动脉瘤 …… (114)
二十四、结核性心包炎伴呛咳症 …… (116)
二十五、β受体兴奋症 …… (117)
第三节　消化系统 …… (118)
一、胃窦炎 …… (118)
二、腹泻 …… (119)
三、伪膜性肠炎 …… (122)
四、短肠综合征 …… (123)
五、慢性乙型肝炎 …… (126)
六、胆管炎 …… (127)
七、呕吐伴精神症状 …… (128)
八、急性胰腺炎 …… (129)
九、消化系统急症 …… (130)
第四节　泌尿系统 …… (132)
一、肾小球肾炎 …… (132)
二、高血压肾病 …… (134)
三、非微生物性尿道综合征 …… (135)
四、急性肾功能衰竭 …… (136)
五、慢性肾功能衰竭 …… (137)
六、氮质血症 …… (139)
七、尿毒症 …… (140)

目录

第二章　外科病证 …… (143)
第一节　阑尾炎 …… (143)
第二节　自发性气胸 …… (144)
第三节　胆道感染 …… (148)
第四节　膝关节骨性关节炎 …… (150)
第五节　术后诸症 …… (151)
第六节　白塞病并发闭塞性动脉炎 …… (154)
第七节　术后毒血症 …… (155)
第八节　烧伤 …… (158)
第三章　妇科病证 …… (161)
第一节　月经不调 …… (161)
第二节　崩漏 …… (163)
第三节　经前期紧张综合征 …… (168)
第四节　更年期综合征 …… (169)
第五节　术后发热 …… (171)
第六节　产后发热 …… (174)
第七节　产后自汗 …… (175)
第八节　不孕 …… (178)
第九节　子烦 …… (179)
第十节　缺乳 …… (180)
第四章　儿科病证 …… (183)
第一节　新生儿肺炎 …… (183)
第二节　小儿支气管肺炎 …… (185)
第三节　小儿支气管哮喘 …… (187)
第四节　小儿迁延性肺炎 …… (189)
第五节　小儿上呼吸道感染 …… (190)
第六节　小儿夏季热 …… (192)
第七节　新生儿窒息后心肌损害 …… (194)
第八节　新生儿缺氧缺血性脑病 …… (196)
第九节　小儿汗证 …… (197)
第十节　小儿尿崩症 …… (198)

第十一节　新生儿硬肿症 …… (200)
第五章　神经系统病证 …… (203)
第一节　头痛 …… (203)
第二节　眩晕 …… (206)
第三节　失眠 …… (208)
第四节　汗证 …… (212)
第五节　癫证 …… (216)
第六节　抑郁性神经症 …… (218)
第六章　皮肤科病证 …… (222)
第一节　白塞综合征 …… (222)
第二节　皮肤黏膜淋巴结综合征 …… (223)
第三节　皮肤干燥症 …… (227)
第四节　带状疱疹 …… (228)
第七章　耳鼻喉科及眼科病证 …… (231)
第一节　变应性鼻炎 …… (231)
第二节　鼻咽癌 …… (233)
第三节　喉瘫 …… (235)
第四节　声带疾患 …… (237)
第五节　梅尼埃病 …… (238)
第六节　球后视神经炎 …… (240)
第七节　中心性脉络膜视网膜病变 …… (242)
第八节　皮质盲 …… (243)
第九节　视网膜脱离术后 …… (246)
第八章　传染科病证 …… (249)
流行性出血热 …… (249)
第九章　疑难杂症 …… (256)
第一节　咳嗽 …… (256)
第二节　发热 …… (261)
第三节　喘证 …… (263)
第四节　肺胀 …… (265)
第五节　心悸 …… (267)

目录

第六节　胸痹 ……（273）
第七节　厥证 ……（275）
第八节　胸痞 ……（277）
第九节　阳明腑实证 ……（279）
第十节　便秘 ……（279）
第十一节　脾约 ……（280）
第十二节　黑苔 ……（281）
第十三节　痹证 ……（282）
第十四节　郁证 ……（282）
第十五节　血症 ……（283）
第十六节　眩晕 ……（285）
第十七节　中风 ……（286）
第十八节　小便频数 ……（287）
第十九节　脱发 ……（287）
第二十节　善恐善惊 ……（288）
第二十一节　考试紧张综合征 ……（289）
第二十二节　水土不服综合征 ……（290）
第二十三节　化疗不良反应 ……（290）
第二十四节　胸汗异味 ……（291）
第二十五节　少阴寒化证 ……（292）
第二十六节　胸水 ……（293）
第二十七节　妇科杂症 ……（294）
第二十八节　调元生脉散证治 ……（297）

下篇　实验研究

第一章　成分分析 ……（305）
一、人参 ……（305）
二、麦冬 ……（317）
三、五味子 ……（320）
第二章　微量元素 ……（326）
第三章　药理研究 ……（328）

第一节　生脉散对心血管的作用 …… (328)
一、改善心功能 …… (328)
二、增加冠脉流量 …… (331)
三、调整心肌代谢、降低耗氧量 …… (332)
四、保护心肌细胞 …… (334)
五、对阿霉素（ADR）及丝裂霉素 c（MMC）造成的大鼠心脏毒性的防治作用 …… (335)
第二节　生脉散对血液系统的作用 …… (336)
第三节　生脉散改善微循环、抗休克、调节血压 …… (337)
第四节　生脉散增强垂体－肾上腺皮质功能 …… (338)
第五节　生脉散的抗炎作用 …… (339)
第六节　生脉散对免疫功能的影响 …… (340)
第七节　生脉散抗血栓形成、抗凝血、改善血液流变学 …… (341)
第八节　生脉散对肝功能的影响 …… (342)
第九节　生脉散的抗癌作用 …… (343)
第十节　生脉散对中枢神经系统的作用 …… (344)
第十一节　其他作用 …… (345)
第十二节　毒性及不良反应 …… (346)
第四章　剂型研究 …… (347)

上篇

理论研究

第一章 概　述

第一节　生脉散的来源

生脉散来源于金元李东垣所著《内外伤辨惑论》，功效益气生津，敛阴止汗，治疗暑热汗多，耗气伤液。肺虚久咳，气阴两伤证。王晋三《古方选注》曰："凡曰'散'者，留药于胃，徐行其性也。脉者，主于心而发源于肺。然脉中之气所赖以生者，尤必资借于肾阴。故以麦冬清肺经治节之司，五味收先天癸水之源，人参引领麦冬、五味都气于三焦，归于肺而朝百脉，故曰'生脉'。"

第二节　生脉散的组成及用法

生脉散是一首着力于补肺、养心、滋阴从而获得益气生津效果的较为和缓的补气剂。其药物组成为：人参10g，麦冬15g，五味子6g。长流水煎，不拘时服。[1]

第三节 生脉散的功效与主治

一、方中药物的功效与主治

（一）人参

人参始载于《神农本草经》，列为上品。为五加科植物人参的干燥味甘，微苦，微温。归心、肺、脾经。功能大补元气，补脾益肺，生津，安神。本品大补元气，为补气要药，用于气虚欲脱，脉微欲绝的危重证候，无论因于大失血、大吐泻或久病、大病所致者，单用人参大量煎服，即有大补元气，复脉固脱之效，如独参汤。人参主入肺、脾二经，能补益肺气，用于肺气虚弱的短气喘促，懒言声微，脉虚自汗等。又可补脾益气，用于脾气不足的倦怠乏力，食少便溏等。人参味甘，有益气生津之效，可用于热病气津两伤，身热口渴及消渴等。此外，本品有补气安神益智之效，故可用于气血亏虚的心悸，失眠，健忘等。

使用注意：实证、热证及湿热内盛正气不虚者禁服。不宜与茶同服。反藜芦。

1.《雷公炮炙论》："夏中少使，发心痃之患也。"

2.《本草经集注》："恶溲疏，反藜芦。"

3. 徐之才《药对》："畏五灵脂，恶皂荚、黑豆，动紫石英。"（引自《本草纲目》）

4.《药性论》："恶卤碱。"

5.《千金要方》："人参对紫石英，人参发则烦热，头项强。"

6.《珍珠囊》："咳嗽勿用之，短气用之。"

7.《汤液本草》："肺受火邪，不宜用。"

8.《医学入门·本草》："阴虚火旺吐血者慎用。"

9.《月池人参传》："忌铁器。"（引自《本草纲目》）

10.《药品化义》："脾胃热实，咳嗽痰盛，失血初起，胸膈痛闷，噎嗝便结，有虫有积皆不可用。"

11.《本草备用》："恶人溲。"

12.《冯氏锦囊·药性》："热毒盛、血热痘初禁用。"

《神农本草经》：人参味甘，微寒。主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目、开心、益智。久服，轻身、延年。一名人衔，一名鬼盖。生山谷。《吴普》曰：人参，一名土精，一名神草，一名黄参，一名血参，一名人微，一名玉精，神农：甘，小寒；桐君、雷公：苦；岐伯、黄帝：甘，无毒；扁鹊：有毒。生邯郸。

《本草经集注》谓人参味甘，微寒、微温，无毒。主补五脏，安精神，定魂魄。止惊悸，除邪气，明目。开心益智，治肠胃中冷，心腹臌痛，胸胁逆满，霍乱吐逆，调中，止消渴，通血脉，破坚积，令人不忘。久服轻身延年。

《新修本草》谓：人参味甘，微寒、微温，无毒。主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心，益智。疗肠胃中冷，心腹臌痛，胸胁逆满，霍乱吐逆，调中，止消渴，通血脉，破坚积，令人不忘。久服轻身延年。一名人衔，一名鬼盖，一名神草，一名人微，一名土精，一名血参。如人形者有神。生上党山谷及辽东。二月、四月、八月上旬采根，竹刀刮，曝干，无令见风。茯苓为之使，恶溲疏，反藜芦。

《汤液本草》人参气温，味甘。甘而微苦，微寒，气味俱轻，阳也。阳中微阴，无毒。《象》云：治脾肺阳气不足，及能补肺。气促，短气、少气。补而缓中，泻脾肺胃中火邪，善治短气。非升麻为引用，不能补上升之气，升麻一分、人参三分，为相得也。若补下焦元气，泻肾中火邪，茯苓为之使。《心》云：补气不足而泻肺火，甘温而补阳利气。脉不足者，是亡血也，人参补之。益脾，与干姜同用，补气，里虚则腹痛，此药补之，是补不足也。《珍》云：补胃，喘嗽勿用，短气用之。《本草》云：主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目，开心益智。疗肠胃中冷，心腹鼓痛，胸胁逆满，霍乱吐逆，调中，止消渴，通血脉，破坚积，令人不忘。《液》云：味既甘温，调中益气，即补肺之阳、泻肺之阴也。若便言补肺，而不论阴阳寒热何气不足，则误矣。若肺受寒邪，宜此补之；肺受火邪，不宜用也。肺为天之地，即手太阴也，为清肃之脏，贵凉而不贵

热，其象可知。若伤热则宜沙参。沙参味苦、甘微寒，无毒，主血积惊气，除寒热，补中、益肺气，疗胃痹、心腹痛，结热邪气，头痛，皮间邪热。安五脏，补中。人参补五脏之阳也，沙参苦，微寒，补五脏之阴也。安得不异。易老云：用沙参代人参，取其味甘可也。葛洪云：沙参，主卒得诸疝，小腹及阴中相引，痛如绞，自汗出，欲死。细末。酒调服方寸匕，立瘥。《日华子》云：治恶疮疥癣及身痒，排脓，消肿毒。海藏云：今易老取沙参代人参，取其甘也。若微苦则补阴，甘者则补阳，虽云补五脏，亦须各用本脏药相佐使，随所引而相辅一脏也，不可不知。

《本草纲目》谓人参甘，微寒，无毒。《别录》曰：微温。普曰：神农：小寒；桐君、雷公：苦；黄帝、岐伯：甘，无毒。元素曰：性温，味甘、微苦，气味俱薄，浮而升，阳中之阳也。又曰：阳中微阴。之才曰：茯苓、兰为之使，恶溲疏、卤碱，反藜芦。一云：畏五灵脂，恶皂荚、黑豆，动紫石英。元素曰：人参得升麻引用，补上焦之元气，泻肺中之火；得茯苓引用，补下焦之元气，泻肾中之火。得麦门冬则生脉；得干姜，则补气。杲曰：得黄芪、甘草，乃甘温除大热，泻阴火，补元气，又为疮家圣药。震亨曰：人掺入手太阴。与藜芦相反，服参一两，入黎芦一钱，其功尽废也。言闻曰：东垣李氏理脾胃，泻阴火，交泰丸内用人参、皂荚，是恶而不恶也。古方疗月闭四物汤加人参、五灵脂，是畏而不畏也。又疗痰在胸膈，以人参、黎芦同用而取涌越，是激其怒性也。此皆精微妙奥，非达权衡者不能知。

人参主补五脏，安精神，定魂魄，止惊悸，除邪气，明目开心益智。久服轻身延年（《本经》）。疗肠胃中冷，心腹鼓痛，胸胁逆满，霍乱吐逆，调中，止消渴，通血脉，破坚积，令人不忘（《别录》）。主五劳七伤，虚损痰弱，止呕哕，补五脏六腑，保中守神。消胸中痰，治肺痿及痫疾，冷气逆上，伤寒不下食，凡虚而多梦纷纭者加之（甄权）。止烦躁，变酸水（李珣）。消食开胃，调中治气，杀金石药毒（大明）。治肺胃阳气不足，肺气虚促，短气少气，补中缓中，泻心、肺、脾、胃中火邪，止渴生津液（元素）。治男妇一切虚证，发热自汗，眩晕头痛，反胃吐食，痎疟，滑泻久痢，小便频数淋沥，劳

倦内伤，中风中暑，痿痹，吐血、嗽血、下血，血淋、血崩，胎前、产后诸病（时珍）。

（二）麦冬

始载于《神农本草经》，列为上品。为百合科植物麦冬的干燥块根。甘、微苦，微寒。归心、肺、胃经。功效养阴润肺、益胃生津、清心除烦。有清热养阴、润肺养胃、清心 除烦、润肠通便的功能。用于肺虚发热、咳逆痰稠、咽喉不利、胃热阴伤、津少口渴 、舌 红而干、虚烦失眠、肠燥便秘等。还用于温热病热入心营、身热夜甚、烦躁不安。现代用于 冠心病 。使用注意：虚寒泄泻、湿浊中阻、风寒或寒痰咳带者禁服。

1.《本草经集注》："恶款冬、苦瓠，畏苦参、青蘘。"

2.《药性论》："恶苦芙，畏木耳。"

3.《品汇精要》："寒多人不可服。"

4.《雷公炮制药性解》："忌鲫鱼。"

5.《本草经疏》："虚寒泄泻、痘疮虚寒作泻、产后虚卓泄泻者，咸忌之。"

6.《药性纂要》："胃寒而多湿痰者勿用。"

7.《本经逢原》："风热暴咳，咸非所宜。麻疹咳嗽，下可误用。

《本草求真》谓麦冬清心肺火麦冬（专入心肺）。类天冬，然麦冬甘味甚多，寒性差少。天冬所主在肺；而麦冬所主，则更在肺而在心。是以书载功能消痰止嗽。（治嗽须分外感内伤，如外感则声盛而浊，先缓后急，日夜无度，痰涎稠黏而喘急。内伤则声怯而槁，先急后缓。或早甚，或暮甚，清痰小气而喘乏。外感则其发必暴，或为寒热，或为气逆，或为鼻塞声重头痛。轻者脉亦相缓，重者脉见弦洪。内伤其发有渐，或素有劳积虚，日渐以甚，其症或为寒热潮热，或为形容瘦减，或两颧常赤，或气短喉干，其脉轻亦微数，重必细数弦紧）。解热除烦，去痿除呕（痿按经言肺热叶焦，皮毛虚弱急薄以着，则生为足弱不能以行之症，心热火炎下厥，而生胫纵不能任地之症，肝热口苦血干，而成拘挛筋痿之症。脾热胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿之症。肾热腰脊不举，骨枯髓减，发为骨痿之症。独肺热而

叶焦，高源化绝，而诸脏不得仰肺灌溉，故痿独推于肺，而治痿又责重于阳明）。而又载同人参则能复脉生津（名生脉散）。非合心肺而皆治乎？盖肺朝于百脉，脉属心。心燥则肺失养而脉绝，心清则气即充而脉复。麦冬气禀清肃，能于心中除烦（肺清则水得生而心不烦），譬如人当盛暑，则燔灼不宁。若值秋风一至，则炎热顿解，而无燥郁不堪之候矣！（东垣曰：人参甘寒，泻火热而益元气。麦冬苦寒，滋燥金而清水源。五味酸温，泻丙火而补庚金，益五脏之气也。）至于乳汁不开，用此则能通活，热血妄行。用此则能即止，他如膈上之稠痰，得此则消。心下之支满，得此则除。脾有积热则化。胃有火呕则止。色因血枯即润，嗽久不止即愈。诚保肺之津梁，清心之指南也。但气寒而虚人禁用，肥大者良，去心用。入滋补药酒浸，地黄车前为使。恶款冬，畏苦参、青葙、木耳。

《要药分剂》云麦冬味甘，性微寒，无毒。禀天春生之气，感地稼穑之甘以生，降也。阳中微阴也。地黄、车前为使，入心肺二经，兼入胃经。为清润之品（兼泻剂 阳明正药专行肺经气分药），主心腹结气。肠中伤饱，胃脉络绝，羸瘦短气。（本经）身重、目黄、心下支满。虚劳客热，口干燥渴。止呕吐，愈痿躄。强阴益精，消谷调中。保神、定肺气，安五脏。（别录）去心热，止烦热、寒热体劳，下痰饮。（藏器）止嗽，定肺痿吐脓，时疾热狂头痛。（大明）治热毒，大水面目肢节浮肿。下水，主泄精。（甄权）治肺中伏火，补心气不足。主血热妄行及经水枯，气不下（元素）。

宗奭曰：麦冬除肺热之功居多，但专泄而不专收，虚寒多人禁服。东垣曰：凉而能补。补而不泥，无过于麦冬者。伤寒劳复，与夫温热病，及杂病。阴不济阳而烦热燥渴者，用以生津，濡枯而退热，大有奇功。

禁忌：经疏曰：麦冬性寒，虽主脾胃，而虚寒泄泻，及痘疮虚寒作泄，产后虚寒作泄，均忌。入补药，酒浸擂之良。

《药鉴》云：麦冬气微寒，味甘平，无毒，降也，阳中微阴也。阳乃肺药，微阴去肺中之伏火，火去则肺金生，金生则烦渴止，而心亦清矣，心清而神亦保安矣。惟肺金得令，则金能生水，又能强阴益精，心清神安，则气血和畅，又能治血妄行。夫曰解烦渴补虚劳者，

正以其润肺清心也，心清而肺润，则心统气行，而郁结之患可释矣。夫曰能复脉者，何也？盖心主脉，而百脉之朝宗于肺，若肺润心清，则脉亦调和，气血无所阻，必听命以遂脉之通畅也。能引生地而至所生之处。痘家用之，以止烦渴。诸症便滑者忌之。

（三）五味子

始载于《神农本草经》。味酸、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。收敛固涩，益气生津，补肾宁心。用于久嗽虚喘，梦遗滑精，遗尿尿频，久泻不止，自汗，盗汗，津伤口渴，短气脉虚，内热消渴，心悸失眠。

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》云五味子味酸，温。主益气，咳逆上气，劳伤羸瘦。补不足，强阴，益男子精（《御览》引云：一名会及《大观本》作黑字）。生山谷。《吴普》曰：五味子，一名元及（《御览》）。《名医》曰：一名会及，一名元及。生齐山及代郡，八月采实，阴干。案：《说文》云：蒛，猪也。莖，莖猪草也。《广雅》云：会及，五味也。《尔雅》云：蒛，莖藸。郭璞云：五味也。蔓生子，丛在茎头。《抱朴子·仙药篇》云：五味者，五行之精，其子有五味。移门子服五味子十六年，色如玉女，入水不沾，入火不灼也。

《本草经集注》云五味子味酸，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。一名会及，一名玄及。生齐山山谷及代郡。八月采实，阴干（苁蓉为之使，恶葳蕤，胜乌头）。今第一出高丽，多肉而酸、甜，次出青州、冀州，味过酸，其核并似猪肾。又有建平者，少肉，核形不相似，味苦，亦良。此药多膏润，烈日曝之，乃可捣筛。道方亦须用（《大观》卷七，《政和》一八五页）。

《新修本草》云五味子味酸，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。一名会及，一名玄及。生齐山山谷及代郡。八月采实，阴干。苁蓉为之使，恶葳蕤，胜乌头。今第一出高丽，多肉而酸、甜，次出青州、冀

州，味过酸，其核并似猪肾。又有建平者，少肉，核形不相似，味苦，亦良。此药多膏润，烈日曝之，乃可捣筛。道方亦须用。〔谨案〕五味，皮肉甘、酸，核中辛、苦，都有咸味，此则五味具也。《本经》云：味酸，当以木为五行之先也。其叶似杏而大，蔓生木上。子作房如落葵，大如蘡子。一出蒲州及蓝田山中。

《溏液本草》云五味子气温，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。《象》云：大益五脏。孙真人云：五月常服五味子，以补五脏气，遇夏月季夏之间，困乏无力，无气以动，与黄芪、人参、麦门冬，少加黄柏，煎汤服，使人精神顿加，两足筋力涌出。生用。《珍》云：治咳嗽。《心》云：收肺气，补气不足，升也。酸以收逆气，肺寒气逆，则以此药与干姜同用治之。《本草》云：主咳逆上气，劳伤羸瘦，补不足，益气强阴益精，养五脏，除热。《日华子》云：明目，暖水脏，治风，下气消食。霍乱转筋，痃癖，奔豚冷气。消水肿，反胃，心腹气胀。止渴，除烦热，解酒毒，壮筋骨。五味皮甘肉酸，核中辛苦，都有咸味，故名五味子。仲景八味丸用此为肾气丸，述类象形也。孙真人云：六月常服五味子，以益肺金之气，在上则滋源，在下则补肾，故入手太阴、足少阴也。

二、生脉散的功效与主治

本方人参、麦冬、五味子组成。功效益气生津，敛阴止汗。治疗暑热汗多，耗气伤液。体倦气短，咽干口渴，脉虚细。肺虚久咳，气阴两伤证。呛咳少痰，气短自汗，口干舌燥，苔薄少津，脉虚数或虚细。本方证治均由气阴两虚而成。汗为心之液，若汗出过多，易亏心阴。气为肺所主，故自汗过多必耗气，亦即损肺。心阴亏，则口干舌燥，心烦而渴，脉来虚数；肺气虚，则体倦气短。凡此皆有气阴两虚所致。本方以人参甘平补肺，大扶元气为君；以麦冬甘寒养阴生津，清虚热除烦为臣；以五味子酸收敛肺止汗为佐使。此即“肺欲收，急食酸以收之”之意。

本方以补肺养心滋阴着力，而获得益气、生津之效。故对夏日汗出过多，损气伤津之证甚宜。

本方用治呛咳无痰，短气自汗，口干舌燥等症，乃从久咳肺虚着眼，取益气生津敛肺之法，以求本图治，以使气阴两复，肺润津生。

现代用本方临床治疗心悸、胸闷、气短、汗出、口干思饮、眠差、舌质淡红、少津，脉结代等症，随症加减，有显著疗效。

第四节　生脉散的临床应用

生脉散是一首着力于补肺、养心、滋阴从而获得益气生津效果的较为和缓的补气剂。出自《内外伤辨惑论》，由人参、麦冬、五味子三药组成，原方为暑热汗多，耗气伤液。肺虚久咳，气阴两伤证所设，现则广泛用于心脑血管诸疾，随着近年来对益气养阴方剂的深入研究，本方对其他各科疾病的治疗开辟了许多新的领域，以用于治疗内、外、妇、儿、皮肤、眼、耳鼻喉等科的临床疾病，并取得了较好的效果。

1. 用于气阴两虚所致的心血管疾病，如病毒性心肌炎、风湿性心脏病、冠心病、心绞痛、急性心肌梗死、心力衰竭、低血压、高血压、休克、病态窦房结综合征、早搏、房颤、多种心律失常、无症状型冠心病、夹层动脉瘤、结核性心包炎等以气阴两虚为主要临床病机的多种疾病都有显著疗效。气虚较重者可酌情加黄芪，阴虚较重者可酌情加麦冬、生地等，血瘀重者可加川芎、赤芍等，临床见症复杂，有是症用是药。用于呼吸科疾病，如肺心病、慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺功能衰竭、肺气肿、间质性肺炎、放射性非损伤、尘肺等疾病。对改善临床症状，提高患者生存质量，减少并发症，延缓疾病自然进程等有着积极重要的作用。肺为娇脏，不耐寒热，主气司呼吸，易形成气阴两虚证，临床加减用药多轻灵，体现治上焦如羽的原则。气机以升降调畅为顺，故肺系疾病常用本方加杏仁、桔梗等以调畅气机为主要功效的药物。用于消化科疾病，如慢性乙型肝炎、急性胰腺炎、胃窦炎、胆管炎、伪膜性肠炎、短肠综合征及消化科出现气阴两虚急症等。用于泌尿科疾病，如肾小球肾炎、高血压肾病、急慢性肾功能衰竭、尿毒症等。本方还可广泛应用于免疫、血液、内分泌等内科疾病。

2. 用于外科疾病，如再发性气胸、阑尾炎、术后诸症、膝关节骨性关节炎、胆道感染等疾病。生脉散主治气阴两虚证，故外科各种疾病中出现气阴两虚证都可用生脉散治疗。

3. 用于妇科疾病，如崩漏、月经不调、更年期综合征、经前期紧张综合征、不孕、产后发热、产后自汗、术后发热等疾病。生脉散益气养阴敛汗，对阴阳失调所致妇科疾病有积极治疗作用，特别是生脉散调心作用，心为五脏之大主，心主神志，五脏情志皆发于心。而女性因其生理特点，多会出现情志不和的症状，日久演化器质性疾病。生脉散通过调心而调节情志，开辟了妇科疾病从新论治的新领域。

4. 用于儿科疾病，如小儿病毒性心肌炎、小儿汗证、小儿夏季热、小儿迁延性肺炎、新生儿肺炎、新生儿硬肿症、新生儿缺氧缺血性脑病等。小儿脏气未充，病机易虚易变，常出现气阴两虚证或亡阴证，生脉散专为气阴两虚所设，对儿科疾病有着良好的治疗作用。

此外，本方应用范围正在进一步扩大，已广泛应用于其他各科疾病，特别是临床抢救发挥极其重要的作用，已成为临床各科治疗气阴两虚证的一首经典处方。

第五节　生脉散的衍生方

一、人参饮子（《兰室秘藏》）

【组成】 麦冬0.6g、人参（去芦）、当归身各0.9g、黄芪、白芍药、甘草各3g、五味子5个。

【用法】 上药研为粗末，用水300ml，煎至150ml，去滓，稍热服。

【功效】 滋阴养血，益气摄血。

【主治】 脾胃虚弱，呼吸气促，精神短少，衄血吐血。

二、益元汤（《伤寒六书》）

【组成】 熟附、甘草、干姜、人参、五味、麦门冬、黄连、知

母、艾叶。

【用法】用水400ml，加生姜1片，大枣2枚，煎至200ml，捶法入童便。

【功效】回阳救逆，益气生脉。

【主治】戴阳证。面赤身热，不烦而躁，饮水不得，脉微者。

三、大生脉汤（《赤水玄珠》）

【组成】人参、麦冬、五味子、天冬、黄柏、川归、牛膝、红花、枸杞子、生地。

【用法】水煎服。

【功效】益气活血，滋阴清热。

【主治】心热脉痿，胫纵不任地。

四、麦门冬汤（《证治准绳》）

【组成】生麦门冬（去心）、远志（甘草煮去心）、人参、黄铃、生地黄、茯神、煅石膏、炙甘草。

【用法】水煎服

【功效】清热、益气、滋阴。

【主治】脉实极气衰血虚，头痛、易怒、唇赤。

五、长生固本方（《寿世保元》）

【组成】人参、枸杞子、山药、五味子、天冬、麦冬、生地、熟地。

【用法】上药加水共煎3次，滤清去渣，浓缩成膏。每服一匙，日3次，白开水送服。

【功效】补肾填精，益气滋阴。

【主治】用于体质虚弱。

六、静心汤（《辨证录》）

【来源】（《辨证录》）卷八。

【组成】人参（三钱）、白术（五钱）、茯神（五钱）、炒枣

仁、山药（各一两）、芡实（一两）、甘草（五分）、当归（三钱）、北五味（十粒）、麦冬（五钱）

【用法】水煎服。

【功用】养心宁神，涩精止遗。

【主治】用心过度，心动不宁，夜梦遗精，甚至眼闭即遗，口渴舌干，面红颧赤，疲倦困顿。

七、人参安神汤（《幼科铁镜》）

【组成】麦门冬、人参、当归、黄连、酸枣仁、生地黄、茯神。

【用法】水煎服。

【功用】养血安神。

【主治】小儿心血不足，惊悸不安。

八、全真一气汤（《冯氏锦囊秘录》）

【组成】熟地、麦冬、白术、牛膝、五味子、制附子、人参。

【用法】水煎服。

【功用】扶正滋阴，摄纳元气。

【主治】上喘下泻，上实下虚，上热下寒之症。

九、人参五味子汤（《幼幼集成》）

【组成】人参（一钱）、漂白术（一钱五分、白云苓（一钱）、北五味（五分）、杭麦冬（一钱）、炙甘草（八分）、生姜（三片）、大枣（三枚）

【用法】水煎，温服。

【功用】益气，补脾，止嗽。

【主治】小儿久嗽脾虚，中气怯弱，面白唇白。

十、麦门冬饮子

【别名】清肺饮子（（《卫生宝鉴》）卷十）。

【组成】黄芪（一钱）、麦门冬、当归身、生地黄、人参（各

五分）、五味子（十个）

【用法】为粗末，水二盏，煎至一盏，去渣热服，不拘时。

【功用】益气养阴。

【主治】吐衄血久不愈，气阴两虚者。

十一、养心汤（《傅青主女科》）

【组成】炙黄芪（一钱）、茯神（八分）、川芎（八分）、当归（二钱）、柏子仁（一钱）人参（一钱半）、炙草（四分）、五味（十粒）姜，水煎服。

【用法】水煎服。

【功效】养血安神。

【主治】治产后心血不定，心神不安

十二、生脉散加香薷方（《医方考》）

【组成】人参、麦门冬、五味子、香薷。

【用法】水煎服。

【功效】滋阴益气解暑。

【主治】人本阴虚，复遇暑途，饮困劳倦，暴仆昏绝者，此方主之。

十三、加减生脉散（《温病条辨》）卷一。

【组成】沙参（三钱）、麦冬（三钱）、五味子（一钱）、丹皮（二钱）、细生地（三钱）。

【功用】清热凉血，滋阴生津。

【用法】水五杯，煮二杯，分温再服。

【主治】太阴伏暑，舌赤，口渴，汗多症。

十四、扶脾生脉散（《医学入门》）卷七。

【别名】黄芪补血汤（（《医学入门》）卷七）。

【组成】人参、当归、白芍（各一钱）、紫菀、黄芪（各二钱）、麦门冬、五味子、甘草（各五分）。

【功用】 健脾复脉。

【用法】 食后，水煎温服。

【主治】 出血后脾胃虚弱，气喘精神短少，衄血、吐血不止。

十五、加味解毒生脉散（《千家妙方》）上册引关幼波方

【组成】 西洋参（三钱，另煎兑服）、五味子（二钱）、玄参（三钱）、生地（三钱）、丹皮（三钱）、天花粉（三钱）、知母（二钱）、黄柏（二钱）、银花（六钱）、麦冬（六钱）、赤芍（三钱）、远志（三钱）、鲜茅根（一两二钱）、川贝（二钱四分）、犀角（水角牛代）（三分，兑服）、羚羊粉（三分，兑服）

【功用】 强心护阴，清营解毒。

【用法】 水煎服，每日一剂

【主治】 大肠杆菌败血症并中毒性休克。

十六、调元生脉散（《幼幼集成》）

【组成】 潞党参（一钱）、炙黄芪（一钱）、寸冬（一钱）、五味（一钱）、炙甘草（一钱）、生姜（一钱）、大枣（一枚）。

【功效】 大补肺气，固表止汗，益肾水，利水消肿，托毒排脓。

【用法】 水煎服。

【主治】 诸脏气虚皆可服用。[2]

第二章

古今医家的论述

【医方考】人本阴虚，则阳独治，复遇暑途，则阳易亢，加之饥困劳倦，则阴益亏。所以暴仆昏绝者，一则阴虚而孤阳欲脱。一则暑邪乘虚而犯神明之府也。故用人参益元而固脱，香薷辟邪而却暑。麦冬之清，所以扶其不胜之肺。五味之酸，所以敛其欲脱之真。

《古今名医方论》柯韵伯曰：肺为娇脏而朝百脉，主一身元气者也。形寒饮冷则伤肺，故伤寒有脉结代与脉微欲绝之危；暑热刑金则伤肺，故伤热有脉来虚散之足虑。然伤寒是从前来者，为实邪，故虽脉不至，而可复可通；伤热是从所不胜来者，为贼邪，非先从滋化其源，挽回于未绝之前，则一绝而不可复。此孙真人为之急培元气，而以生脉名方也。麦冬甘寒，清权衡治节之司；人参甘温，补后天营卫之本；五味酸温，收先天天癸之源。三气通而三才立，水升火降，而合既济之理矣。仲景治伤寒，有通脉、复脉二法。少阴病里寒外热，下利清谷，脉微欲绝者，制通脉四逆汤，温补以扶阳；厥阴病外寒内热，心动悸，脉结代者，制复脉汤，凉补以滋阴。同是伤寒，同是脉病，而寒热异治者，一挽坎阳之外亡，一清相火之内炽也。生脉散本复脉立法，外无寒，故不用姜、桂之辛散；热伤无形之气，未伤有

形之血，故不用地黄、阿胶、麻仁、大枣，且不令其泥膈而滞脉道也。心主脉而苦缓，急食酸以收之，故去甘草而加五味矣。脉资始于肾，资生于胃，而会于肺。仲景二方重任甘草者，全赖中焦谷气，以通之复之，非有待于生也。此欲得下焦天癸之元气以生之，故不藉甘草之缓，必取资于五味之酸矣。

【汤头歌诀】 麦味与人参，保肺清心治暑淫。气少汗多兼口渴，病危脉绝急煎斟（人参五分，麦冬八分，五味子九粒。人参大补肺气，麦冬甘寒润肺，五味酸收敛肺，并能泻火生津。盖心主脉，肺朝百脉，补肺清心，则气充而脉复。将死脉绝者服之，能令复生。夏月火旺烁金，尤宜服之）。

【绛雪园古方选注】 凡曰散者，留药于胃，徐行其性也；脉者，主于心，而发原于肺；然脉中之气，所赖以生者，尤必资藉于肾阴。故《内经》）言：君火之下，阴精承之也。麦冬清肺经治节之司，五味收先天癸水之原，人参引领麦冬、五味都气于三焦，归于肺而朝百脉，犹天之云务清，白露降，故曰生脉。

【医方集解】 治热伤元气，气短倦怠，口渴多汗，肺虚而咳（肺主气，火热伤肺，故气短。金为火制，不能生水，故口渴。气少，故倦怠。肺主皮毛，虚故汗出。虚火乘肺，故咳。李东垣曰：津者，庚大肠所主。三伏之时，为庚金受囚。若亡津液汗大泄，湿热亢甚。燥金受囚，风木无制。故风湿相搏，骨节烦痛，一身尽痛也。凡湿热大行，金为火制，绝寒水生化之源，致肢体痿软，脚欹眼黑，最宜服之）。人参 麦冬（五分）五味子（七粒）肺主气，肺气旺则四脏之气皆旺，虚故脉绝气短也。人参甘温，大补肺气而泻热为君。麦冬甘寒，补水源而清燥金为臣。五味酸温，敛肺生津，收耗散之气为佐。盖心主脉，而百脉皆朝于肺。补肺清心，则气充而脉复，故曰生脉。夏月火旺克金，当以保肺为主。清晨服此，能益气而御暑也（李东垣曰：手阳明大肠，手太阳小肠，皆属足阳明胃。大肠主津，小肠主液。大肠小肠，受胃之阳气，乃能行津液于上焦，灌溉皮毛，充实腠理。若饮食不节，胃气不充，大肠小肠，无所禀气，故津液涸竭焉。又曰：夏月加黄芪甘草服之，令人气力涌出）。加陈皮炙甘草，名五味子汤。蒸饼为丸，名补气丸，治肺虚少气，咳嗽自汗。加

黄芪为君，甘草桔梗为佐，名补气汤。治气虚自汗，怔忡。再加茯神、远志、木通，名茯神汤。治脉虚，咳则心痛，喉中介介，或肿。

【奇效良方卷五暑门（附论）】夏三月，炎暑大行，山泽燔燎，林木流津，正由火热极甚，熏蒸于物，致之然也。在人亦应之而多汗，由火气浮泄于表。时于此际，湿热隆盛，人多肢体困倦，精神短少，一或将理失宜，轻则气虚身热，头重脚软，脾弱少食之证，所谓注夏病也。暑之为气，在天为热，在地为火，在人脏为心，且暑之中人者，先着于心，伏为三焦肠胃之间。凡中之者，盖热伤气而不伤形也，乃六淫中无形之火，大率以五行中有形之水制之，轻则前证所感，大同小异，重则昏不知人，或吐或泻，或眩晕顽痹，丹溪以阴虚所致，甚则瞀闷懊恼而死，客气旺而主气弱，为热伤元气。古人立法，夏月宜补者，补天真元气，非补热火也，以用人参五味子麦门冬名生脉散，盖此药能益金水，以御火土之旺，又令人夏食寒以扶阴气，养其阳也。盖谓阳亢于外，阴微于内，庚金受因于上，清肃之源竭于下也。

【退思集类方歌注】生脉（散）麦味与人参，保肺清心治暑淫（李东垣曰：夏月火旺克金，当以保肺为主。清晨服此，能益气而祛暑也。”徐灵胎《兰台轨范》）曰：“此治伤暑之后，存其津液，庸医即以之治暑病，误甚。观方下治证，并无一字治暑邪者。近人不论何病，每用此方收住邪气，杀人无算）。气少汗多兼口渴，病危脉绝急煎斟（汪訒庵《医方集解》曰：人有将死脉绝者，服此能复生之，其功甚大。柯韵伯曰：仲景治伤寒，有通脉、复脉二法：少阴病里寒外热，下利清谷，脉微欲绝者，制通脉四逆汤，温补以扶阳；厥阴病外寒内热，心动悸脉结代者，制复脉汤，凉补以滋阴。同是伤寒，同是脉病，而寒热异治者，一挽坎阳之外亡，一清相火之内炽也。生脉散本复脉立法，外无寒，故不用姜、桂之辛散；热伤无形之气，未伤有形之血，故不用地黄、阿胶、麻仁、大枣，且不令其泥膈而滞脉道也；心主脉而苦缓，急食酸以收之，故去甘草而加五味矣。脉资始于肾，资生于胃，而会于肺，仲景二方重任甘草者，全赖中焦谷气以通之复之，非有待于生也。此欲得下焦天癸之元气以生之，故不借甘草之缓，必取资于五味之酸矣。王晋三《古方选注》）曰：凡曰散者，

留药于胃，徐行其性也。脉者，主于心而发源于肺。然脉中之气所赖以生者，尤必资借于肾阴。故以麦冬清肺经治节之司，五味收先天癸水之源，人参引领麦冬、五味都气于三焦，归于肺而朝百脉，故曰生脉）。

【内外伤辨惑论】 圣人立法，夏月宜补者，补天真元气，非补热火也，夏食寒者是也。故以人参之甘补气，麦门冬苦寒泻热，补水之源；五味子之酸，清肃肺金，名曰生脉散。孙真人云：五月常服五味子，以补五脏之气，亦此意也。

【医方考】 肺主气，正气少故少言，邪气多故多喘。此小人之道长，君子道消之象。人参补肺气，麦冬清肺气，五味子敛肺气，一补一清一敛，养气之道毕矣。名曰生脉者，以脉得气则充，失气则弱，故名之。东垣云：夏月服生脉散，加黄芪、甘草，令人力涌出。若东垣者，可以医气极矣。

【成方便读】 方中但以人参保肺气，麦冬保肺阴，五味以敛其耗散。不治暑而单治其正，以暑为无形之邪，若暑中无湿，则不致留恋之患，毕竟又无大热，则清之亦无可清，故保肺一法，即所以去暑耳。此又治邪少虚多，热伤元气之一法也。在夏月肺虚者，可服之。

【温病条辨】 汗多而脉散大，其为阳气发泄太甚，内虚不可留恋可知。生脉散酸甘化阴，守阴所以留阳，阳留，汉自止也。以人参为君，所以补肺中元气也。

【冯氏锦囊秘录】 人参补气为君，所谓损其气者，益其气也，五味子酸敛，能收肺家耗散之金；麦门冬甘寒，濡肺经燥枯之液。三者皆扶其不胜，使火邪不能为害也。司天属火之年，时令燥热之际，尤为要药。

【医略六书】 肺虚气耗，不能摄火，而热浮于外，故发热口干，自汗不止焉。人参大补，能回元气于无有，五味酸收，能敛元津之耗散，麦冬润肺清心。名之曰生脉，乃补虚润燥，以生血脉也。俾血脉内充，则元津完固而魄汗自敛，血脉无不生，虚热无不敛藏矣。此扶元敛液之剂，为气耗发热多汗之专方。

【温热经纬】 此伤暑之后，存其津液之方也。观方下治证，无一字治暑邪者，庸医以之治暑病，误之甚矣。其命名之意，即于复脉

汤内取用参脉二味，因止汗故加五味子。近人不论何病，每用此方收住邪气，杀人无算。用此方者，需详审其邪之有无，不可循俗而视为治暑之剂也。

第三章 生脉散的理论研究进展

第一节 生脉散君药的确定

“生脉”一名最早出自近代医家张洁古的《医学起源》，书中“用药备旨”一节论及人参、麦冬、五味子三味药时，均有生脉散之形。该书未注明生脉散的用量、应用范围、方剂组成亦不确凿。但首先提出了本方的方名，并以为其功效为“补肺中元气不足”。历代医家对生脉散出处的认识，以赞成出自李东垣《内外伤辨惑论》者为多，然须知《内外伤辨惑论》的刊行比《医学启源》晚45年。金代医家李东垣乃张洁古的学生，自然继承了其师关于生脉散的言论，但他师古不泥，又有所创新，在《内外伤辨惑论·暑伤胃气论户》“清暑益气汤”条下提出：“圣人立法，夏月宜补者，补天真元气，非补热火也，夏食寒者是也，故以人参之甘补气，麦门冬苦寒泻热补水之源，五味子之酸清肃燥金，名曰生脉散。孙真人云：“五月常服五味子，以补五脏之气，亦此意也。”在此虽无以“生脉散”为方名的专条出现，也未指出各药剂量，但这段文字已阐明该方的结构，包括方剂组成、立方依据、

组方意义均已明确。明代吴琨所著《医方考》中该方首次以完整方剂出现："人参、麦门冬（去心）五味子炒，等分。气极者，正气少，邪气多，多喘少言，此方主之。"

生脉散仅由人参、麦冬、五味子三味药组成，然药少力专，配伍精当，立旨高深。方中人参性温，味甘微苦，入肺、脾、心经，具大补元气、补脾益肺、养心生津之功，主治劳伤虚损，气虚欲脱及一切气血津液不足之证。《药性论》载其："主五脏气不足，五劳七伤，虚损瘦弱。"李杲则云："人参能补肺中之气，肺气旺则四脏之气皆旺，肺主诸气故也。"《本草汇言》更详细论述其功效："真气衰弱，短促气虚，以此补之；惊悸怔忡，健忘恍惚，以此宁之；无神不宁，虚羸乏力，以此培之；又若汗下过多，精液失守，用之可以生津而止渴……。"故人参以其补肺益气生津之功为方中君药，正如吴鞠通所言："生脉散酸甘化阴，守阴所以留阳，阳留汗自止也，以人参为君，所以补肺中元气也。"又有麦门冬以其味甘微苦、性微寒之性，入肺、胃、心三经，而具养阴益胃，润肺清心之效，疗肺燥干渴、热病津伤，咽干口燥之证。《珍珠囊》谓其"治肺中伏火，生脉保神"。《本草新编》则载："麦门冬，泻肺中之伏火，清胃中之邪热，补心气之劳伤，止血家之呕吐，益精强阴，解肺燥，定咳嗽。"李东垣更对其做了高度概括："退肺中隐伏之火，生肺中不足之金，止烦躁，补虚劳，热不能侵。"故麦冬养阴润肺生津以为臣药，君臣相配，可补肺养心。生津，使肺润津生，更有酸甘、性温、入肺、心、肾经之五味子，功善益气生津，补肾养心，收敛固津，主治肺虚咳喘，口干作渴，劳损滑脱诸症。《名医别录》所言"补虚劳，养五脏"，实不为过。《本草纲目》更谓其"酸咸入肝而补肾。辛苦入心而补肺，甘入中宫益脾胃。"五味子五味皆备，而酸独胜。"肺欲收，急食酸以收之"。故方中用其敛肺止汗生津以为佐使。可见三药相合，一补一清一敛，共奏益气养阴，生津敛汗之妙效，使气阴复而津自生，火息则征伐无由，汗止而阴存，百脉畅通，病即自解。[6]

第二节 生脉散的用药特点

生脉散临床应用需辩气虚轻重，阴虚轻重。气虚为主，轻症者用党参，证重者用人参，阴虚为主，轻证用太子参，重证用西洋参；急救时用红参。人参、麦冬用量等份。

第三节 生脉散几种用参的区别

1. 人参：甘、微苦，微温。归心、肺、脾经。功效：大补元气，补脾益肺，生津，安神。

人参全株含皂苷及挥发油等化学成分。其总皂苷的含量因药用部位、加工方法、栽培年限和产地而异。有报导侧根含 6.5% ~ 12.0%，白参 2.0% ~ 3.5%，红参 3.8% ~ 4.9%，白参须 9.3% ~ 12.3%，红参须 8.3% ~ 11.7%，1 ~ 6 年生人参 2.0% ~ 3.5%，人参幼苗根 3.0%，参皮 8.0% ~ 8.8%，人参叶 7.6% ~ 12.6%，花蕾 15.0%，种子 0.7%。人参主根和侧根中的皂苷有多种，根据苷元可分为三类：

（1）20S - 原人参二醇类（母核为达玛烷 dammarane）有人参皂苷（ginsenosides）Ra1、Ra2、Rb1、Rb2、Rb3、Rc、Rd，此外，尚有乙酰人参皂苷（acetyl - ginsenosides）Rb1、Rb2、Rc，丙二酰基人参皂苷（malonyl - ginsenosides）Rb1、Rb2、Rc、Rd。

（2）20S - 原人参三醇类（母核为达玛烷）有人参皂苷 Re、Rf、Rg1、Rg2、Rh1。

（3）齐墩果酸类（母核为五环三萜齐墩果烷）有人参皂苷 R。

人参经蒸制得红参，不仅使淀粉转为红糊精，使人参颜色变红，而且有部分皂苷也发生了构型的变化，产生了白参所没有的成分。自吉林红参中得到人参皂苷 Rb1、Rb2、Rc、Rd、Re、Rg1，20（R）- 人参皂苷［20（R）- ginsenosides］Rh1、Rg2，20（S）- 人参皂苷 Rg3，20（R）- 原人参三醇［20（R）- propanaxatriol］和人参皂苷 Rh2，后 5 种成分只存在于红参中，为红参的特征性成分。有报

导，白参所含皂苷以 Rb 族和 Rg 族的含量最高，而 Ro 和 Rc 的含量少或微量。白参须所含皂苷以 Rb 族的含量最高，其次为 Rg 族，而 Ro 含量最低，用酸水解后得大量的人参二醇和少量的人参三醇，未能检出齐墩果酸。辽宁产人参根含挥发油约0.12%，油中鉴定含有α－愈创烯（α－guaiene），β－广藿香烯（β－patchoulene），反式丁香烯（transcaryophyllene），蛇麻烯（humulene），β－、γ－榄香烯（β－，γ－elemene），艾里莫酚烯（eremophilene），β－金合欢烯（β－farnesene），β－古芸烯（β－gurjunene）及2，6－二叔丁基－4－甲基苯酚（2，6－ditert－butyl－4－methylphenol）、十七烷醇－1（1－heptadecanol）。此外，自人参中尚提取出人参炔醇（panaxynol）、葡萄糖、果糖等单糖，蔗糖、麦芽糖等双糖，葡萄糖－果糖－果糖、葡萄糖－葡萄糖－葡萄糖、葡萄糖－葡萄糖－果糖等三聚糖，低分子肽、多胺（腐胺、精脒、精胺）类化合物、苏氨酸、β－氨基丁酸、β－氨基异丁酸等多种氨基酸及延胡索酸、琥珀酸、马来酸、苹果酸、枸橼酸、酒石酸、软脂酸、硬脂酸、亚油酸、胆碱、B 族维生素、维生素 C、果胶、β－谷甾醇及其葡萄糖苷及锰、砷等。

2. 党参：甘，平。归脾、肺经。功效：益气，生津，养血。

（1）党参含三萜类化合物无羁萜（friedelin）、蒲公英萜醇乙酸酯、α－菠甾醇及其葡萄糖苷、△7－豆甾烯醇及其葡萄糖苷、菠甾酮（spinesterone）。另含苍术内酯Ⅲ（atractylenolide Ⅲ）、苍术内酯Ⅱ（atractylenolide Ⅱ）、丁香醛（syringaldehyde）、丁香苷（syringin），香草酸（vanillic acid）、5－羟基－2－吡啶甲醇（5－hydroxy－2－pyridinemethanol）、α－呋喃羧酸（α－furancarboxylic acid）、正己基－葡萄糖苷（n－hexyl－β－Dglucopyranoside）、乙基－α－D－呋喃果糖苷（ethyl－－D－fructofuranoside），以及烟酸、四种杂多糖及单糖等。尚含党参苷Ⅰ、党参内酯和党参酸。

此外，尚含少量挥发油，油中鉴定出32种成分，其中酸性成分11个，约占挥发油总量的50%，并以棕榈酸为主；另含微量生物碱、维生素 B_2 和大量菊糖。

（2）川党参（四川栽培品）的根中分离得党参苷Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ（tangshenoside Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ），不含苍术内酯Ⅲ。

（3）素花党参亦不含苍术内酯Ⅲ。

3. 太子参：味甘、微苦，性微寒。归脾、肺经。功效：补气养血，健脾生津。

太子参含皂苷、果糖淀粉（35.10%）。又据报道，含游离氨基酸，以精氨酸、谷氨酸，天冬氨酸含量最高，占游离氨基酸的30%~40%，还含有麦芽糖（maltose）等。近年从中分得三棕榈酸甘油酯、棕榈酸、β-谷甾醇、D7-豆甾烯-β-醇、胡萝卜苷、D7-豆甾烯醇-3-β-D-吡喃葡萄糖甙、肌醇-3-甲醚、α-槐糖和蔗糖。

4. 西洋参：味甘，凉，微苦。归心、肺、肾经。功效：补气养阴，清热生津。

用于气虚阴亏、血热、咳喘痰血、虚热烦倦、消渴、口燥咽干等病症。十八世纪初期我国开始使用西洋参，至今已有200多年的历史。自古以来东方人把人参视为起死回生的灵丹妙药，可大补人体元气。西洋参的生理功能与人参相似，但人参性温，许多人不受人参之温补，而西洋参性凉则可以使用，正如张锡纯所著《医学衷中参西录》载“西洋参性凉而补，凡欲用人参而不受之温补者，皆可以此代之”。因此，西洋参适应于较广的人群，两者同样滋补强壮，宁神益智。西洋参主要活性成分为人参皂苷，共分四种类型：20（S）原人参二醇型，如人参皂苷-Rb1、-Rb2、-Rb3、-Rd、-RA、-F2，西洋参皂苷-R1（quinquenoside-R1），绞股蓝苷（gypenoside）Ⅺ、Ⅹ、Ⅻ等；20（S）原人参三醇型，如人参皂苷-Re、-Rf、-Rg1、-Rg2、-Rh1、F2、F3等；齐墩果烷型（oleanane），如人参皂苷（ginaenoside）-Ro；奥克梯隆型（ocitillol），如假人参皂苷（pseudoginsenoside）-F11，此为西洋参特有成分，是人参中所没有的。近年研究人员对各地引种的西洋参中人参皂苷单体成分进行研究，表明人参二醇型皂苷Rb组含量较高，人参三醇型皂苷Rg组含量较低。西洋参中糖类成分比例较高，总量达68.2%~74.3%．主要为人参三糖、山梨糖、果糖、葡萄糖、蔗糖、麦芽糖、果胶等；含17种以上的氨基酸，其中包括7种人体必需氨基酸；微量和常量元素多达18种以上，如Al、Fe、Ca、Ba、Cu、Mn、P、Sr等；含棕榈

酸、齐墩果酸、豆烯醇、胡萝卜苷、维生素 A、B 以及酶等。[7]

参考文献

[1] 许济群．方剂学．上海：上海科技出版社．1985
[2] 孙云．生脉散的源流、衍化及应用．山东中医学院学报，1996，20（5）：320
[3] 缪正来．实用方剂辞典．南京：江苏科技出版社，1989，956
[4] 孙世发．名方配伍分析应用：人民卫生出版社，2002，7
[5] 李飞．中医历代方论精选．南京：江苏科技出版社，1994，343～346
[6] 孙云．生脉散方药探析．甘肃中医，1995，8（3）：34
[7] 余天莽，余椿生．西洋参食品与药品．2006，8（2A）：74

中篇

临床研究

第一章 内科病证

第一节 呼吸系统疾病

一、急性气管－支气管炎

急性气管－支气管炎是由感染、物理、化学刺激或过敏引起的气管－支气管黏膜的急性炎症。临床主要症状有咳嗽和咳痰。常见于寒冷季节或气候突变时节。也可由急性上呼吸道感染迁延而来。可以由病毒、细菌直接感染，也可因急性上呼吸道感染的病毒或细菌蔓延引起本病。常见致病细菌为流感嗜血杆菌、肺炎球菌、链球菌、葡萄球菌等。奴卡菌感染有所增加。常常在病毒感染的基础上继发细菌感染，在机体气管－支气管功能受损时发病。过冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾（如二氧化碳、二氧化氮、氨气、氯气等）的吸入，对气管－支气管黏膜急性刺激等亦可引起。常见的致病原包括花粉、有机粉尘、真菌孢子等的吸入；钩虫、蛔虫的幼虫在肺移行；或对细菌蛋白质的过敏，引起气管－支气管的过敏炎症的反应，亦可导致本病。气管、支气管黏膜充血、水肿、纤毛细胞损伤脱落，黏膜腺体肥

大，分泌物增加，并有淋巴细胞和中性粒细胞浸润。若细菌感染，分泌物可呈黏液脓性。炎症消退后黏膜的结构和功能可恢复正常。本病属中医咳嗽范畴，极易损伤气阴，造成气阴两伤证，应用生脉散治疗本病取得良好疗效。

【病案举例】

甘某某，女，49岁，1993年9月20日就诊。咳嗽9日余。咳嗽时牵引两胁胀痛，3天前因食辛辣之品后咳嗽加剧，伴有声嘶，咽干，干咳无痰，大便干燥，每天午后咳嗽至深夜3时后渐停。口服和静脉滴注抗生素，服中药等，均未见显效。

诊见：面色晦暗，语声嘶哑，呼吸微促，舌红干、舌尖起芒刺、苔薄白，脉细数，右寸尺无力，左关脉滑。查血 WBC 8.5×10^9/L，N 0.66，L 0.33。X线胸片：双肺纹理稍粗。西医诊断：支气管炎。中医辨证阴虚肺燥，烁津劫肝。治宜养阴清肺，泻肝通络。上方加桑白皮、地骨皮各12g，2剂。每日1剂，水煎服，日服2次，嘱忌辛温燥热之品。22日复诊：2天来晚间未见咳嗽，二便通畅，舌、苔、脉未见明显变化。续前方连服3剂嘱再诊。26日三诊：已未再咳嗽，舌质红润，芒刺消失，闻之语声清晰，呼吸均匀，脉细弱，此乃液复气亏，须气阴两补兼滋肾水，取生脉散合六味地黄汤加百合30g，调治1周，追访2周未见复发。

按：其病机属风邪客于肺，伤于肝，烁津化燥伤阴，劫火动肝，横窜经脉所致，故取加减养阴清肺汤方。方中玄参、生地、麦冬养阴清热润燥；妙用白芍、山栀子、龙胆草泻肝清热，川贝母润肺止咳；桃仁通肺络；重用百部镇咳。共奏养阴润燥，泻肺清肝镇咳之效。

二、慢性支气管炎

慢性支气管炎（简称慢支）是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征。病情若缓慢进展，常并发阻塞性肺气肿，甚至肺动脉高压、肺原性心脏病。它是一种严重危害人民健康的常见病，尤以老年人多见。研究证明本病与吸烟有密切关系。感染因素感染是慢支发生发展的重要因素，主要为病毒和细菌感染，鼻病毒、黏液病

毒、腺病毒和呼吸道合胞病毒为多见。在病毒或病毒与支原体混合感染损伤气道黏膜的基础上可继发细菌感染。理化因素如刺激性烟雾、粉尘、大气污染。气候寒冷常为慢性支气管炎发作的重要原因和诱因。寒冷空气刺激呼吸道，除减弱上呼吸道黏膜的防御功能外，还能通过反射引起支气管平滑肌收缩、黏膜血液循环障碍和分泌物排出困难等，有利于继发感染。喘息性支气管炎往往有过敏史。内因多为呼吸道局部防御及免疫功能减低，自主神经功能失调等。本病属于中医学的咳嗽、哮喘等范畴，长期咳嗽，消耗心肺之气阴，生脉散专为气阴两虚而设，对本病疗效显著。

【病案举例】

1. 蔡某男，72岁，农民。1987年4月1日诊。病史：患慢性支气管炎20年，常年发作。今因感冒致咳嗽喘促，经中西药调治不见好转，症状加重。症见面唇青紫，呼吸困难，张口抬肩，不能平卧，咳嗽多痰，色黄稠难咯，心悸失眠，纳少，口渴，便秘，舌质紫暗，苔黄厚腻，脉见代象，虚细。证属风热袭肺，心肺气衰。拟生晒参10g（兑服），麦冬10g（去心），北五味子10g，生石膏30g，生麻黄10g，光杏仁12g，炙甘草6g，金荞麦30g，鱼腥草30g。5剂，药后症状改善。连服1周，三诊病情稳定，继以补肺益气、行瘀化痰巩固疗效。

按：肺疾日久，耗损气血，累及心，加之外邪侵袭，壅遏于肺；正虚邪恋，心肺受损，心肺气衰，虚实并见，病候复杂，故以生脉散补益心肺，麻杏石甘汤清肺平喘，金荞麦、鱼腥草增清肺化痰之功。正盛邪除，方起生机。

2. 黄某某，男，69岁。患老年慢性支气管炎10余年。1992年12月初因偶感风邪，哮喘发作。主要症状为：恶风，咳喘气急，喉中痰鸣，咯痰清漩，心悸多汗，睡眠差，大便干燥，小便正常，苔薄白、舌质红，脉细数。辨证为久病咳嗽气喘，伤及肺肾，致使气阴两虚。治疗方法宜益气养阴，平喘止咳。处方为自拟生脉平喘汤，药用：党参、黄芪各20g，麦冬、五味子、枣仁、杏仁、百部、紫菀、冬花、枇杷叶各15g，甘草5g。服用2剂后，气紧咳嗽稍见好转。但仍感心悸、多汗、睡眠差。在原方基础上加沙参、柏子仁、浮小麦，

服药4剂，症状明显好转。按此方继续服用10剂后，病人基本恢复正常。

按：老年慢性支气管炎，似属于祖国医学的咳嗽、哮喘等范畴。本病多见于50岁以上的老年人，临床发病率高，尤以冬春两季为多见。其病主要在肺，因肺主气，职司呼吸，外合皮毛，为五脏六腑之华盖，无论内外两邪都可犯肺，导致肺气失去宣发清肃的功能，呼吸不利，气逆而咳喘。肾主水，肾为气之根，与肺同司气体的出纳。若肾虚下元不固，或肺虚气无所往，都可导致肾失摄纳，气不归元，阴阳不相接续，气逆于肺而为喘促。故老年慢性支气管炎主要病在肺肾，以气阴两虚为多见。因此，治宜滋益气阴，补肺固金。在自拟的生脉平喘汤中，用党参、麦冬补养气阴，而五味子既可收敛耗散之气，又可敛肺生津，再加黄芪补气固表止汗，枣仁宁心、安神、敛汗，杏仁、百部、紫菀、款冬花等平喘止咳，因而疗效较佳。若口干渴，则加沙参养胃生津，润肺止咳；汗多宜用浮小麦或麻黄根止汗；柏子仁既可养心安神，又可润肠通便。本方用于治疗老年慢性支气管炎时，对于病久体虚伤津耗气的咳喘病证，疗效较为满意。但本病比较缠绵，经常反复发作，不易根除。

3. 某男，56岁，1993年10月22日就诊，患者咳嗽，气喘10余年，秋冬季节发病尤甚，咳、喘为主，痰量有时多有时少，痰少时难咯出，痰多为白色泡沫痰，胸闷，气憋，易感冒，每遇风寒咳嗽加重；多年来经中西医治疗无效而来诊，既往无其他慢性疾患；体查：体温36.5℃，咽不充血，轻度桶状胸，双肺听诊呼吸音粗糙，可闻及中量干性音，未闻及明显湿性音，心无异常，肝脾未扪及；实验室检查，血常规正常，肝肾功能正常，X线照胸片检查，诊断为慢性支气管炎，肺气肿。舌质正常，舌苔薄白，舌下静脉怒张，脉弦缓，中医诊为咳喘，拟养阴益气，化痰止咳平喘治之。用生脉止嗽散加款冬花15g等中药治疗，每日一剂，水煎二次，药汁混合，分早晚二次口服。服药7天后，咳嗽，胸闷减轻，痰易咯出，精神好转，原方根据症情变化加减化载治疗三个月，咳嗽，气喘治愈，无痰，随访至今无复发，且较少感冒。

按：肺主皮毛，腠理疏松，外邪容易中入，侵犯肌表，内郁肺

脏，肺气不得宣发，而咳嗽、气喘、痰多是其主症；肺气虚，则不能胜邪，故其咳嗽绵绵难愈。治疗以益气养肺，疏风散邪，化痰止咳，生脉止嗽散，甚合其拍，生脉散是《内外伤辨惑论》的一个著名方子，药只三味，组方严谨，用药精辟，有益气敛肺，养阴生津之功，治疗久咳肺虚，津伤气耗，疗效如神。止咳散是《医学心悟》的方子，有疏风去邪，化痰止咳之功效，对外感咳嗽，咯痰不爽有较好的功效，对久咳，只要对病情变化，加减运用，收到意想不到的效果，如程钟龄所说："此方温润和平，不寒不热，既无攻击过当之虞，大有启门杀贼之势，是以客邪易散，肺气安宁，宜其投之有效欤。"生脉散与止嗽散二方结合，加减运用，对慢性支气管炎的咳嗽，痰多或咯痰不爽，有很好的治疗作用。

三、支气管哮喘

支气管哮喘（简称哮喘），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气道慢性炎症。表现为反复发作性的喘息、呼气性呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和（或）清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。治疗不当，也可产生气道不可逆性缩窄，因此，合理的防治至关重要。全球约有1.6亿患者，我国的患病率1%～4%。一般认为儿童发病率高于成人，成人男女患病率大致相同。发达国家高于发展中国家，城市高于农村。本病属中医哮证喘证范畴，生脉散对证治疗心肺功能障碍及善后调理取得满意疗效。

【病案举例】

梁某，男，73岁，2000年4月17日入院，至23日转中医治疗。患者于4月14日起鼻塞、头痛、畏寒、乏力、胸闷、咳嗽、痰黄稠难咯，在当地卫生站医治未效。16日夜间出现剧咳气喘、寒战、发热，即按"支气管哮喘并感染"留医。1周内使用多种抗生素、糖皮质激素、支气管解痉剂、止咳祛痰药，以及纠正水电平衡失调、酸碱平衡失调和支持疗法等综合措施，病情曾有改善。但至22日下午6时，患者气喘骤然加剧，呈张口呼吸，有明显三凹征，烦躁不安。经两次紧急会诊，采用大剂量解痉平喘抗炎药物，并予吸氧和心电监

护，效果欠佳。此时患者对继续抢救失去信心，决意放弃治疗，于23日凌晨1时40分由家人签字自动出院。回家后8小时内喘憋胸闷未有改变，神志朦胧尚可对答，口干欲饮不愿进食。患者希望转中医治疗，于上午10时邀余出诊。症见：精神萎靡，表情淡漠，目光呆滞，面青唇紫，指甲发绀，形体消瘦，喘促短气，呼多吸少，张口抬肩，不能平卧，头额冒汗，皮肤湿润，下肢厥冷。舌红无苔而干，脉微细而数。体温35.8℃，脉搏126次/分，呼吸28次/分，血压112/64mmHg，心率126次/分。双肺哮鸣音及少量湿啰音。血常规：红细胞4.24×10^{12}/L，血红蛋白118g/L。白细胞10.8×10^{9}/L，淋巴12%，单核细胞2%，中性粒细胞86%，血小板169×10^{9}/L。二氧化碳结合力36mmol/L。血氧饱和度72%。X线全胸片报告（住院时）：肺气肿。心电图报告（住院时）：窦性心动过速，完全性右束支传导阻滞。中医诊断：哮喘并肺胀，喘脱。辨证：气阴外脱，痰热郁肺，虚实夹杂。西医诊断：重度哮喘并肺部感染，阻塞性肺气肿，呼吸衰竭。治则：补气养阴固脱，宣肺清热化痰。方剂：生脉散合射干麻黄汤加减。处方：花旗参8g，麦冬、射干、北杏仁、地龙、蚤休各10g，鱼腥草、毛冬青各15g，山茱萸、山药各20g，炙麻黄5g，川贝、五味子各6g。每日2剂，每剂煎2次，嘱频频少量饮服。4月24日二诊：喘息稍减，出汗已止，四肢转温。效不更方，再日服2剂。4月25日三诊：咳喘明显减轻，精神好转，但自觉腹部胀满，大便4天未解，继用上方减鱼腥草、蚤休、射干、地龙，加大黄6g（后下），厚朴（后下）、枳实各8g，虎杖10g，每日2剂。4月26日四诊：服药后大便3次，随后喘息逐渐消失，可以平卧，睡眠改善，食欲渐增，尚有疲乏、咳嗽、痰多粘稠。查体双肺哮鸣音消失，肺底仍有少量湿啰音。辨证属气虚两亏，肺中余热痰浊未清。调整处方：花旗参、五味子各8g，桃仁、冬瓜仁、麦冬、地骨皮各12g，山茱萸、蚤休各15g，枇杷叶、厚朴、枳壳各10g，山药20g，3剂，每日1剂。此后因病情逐日减轻，患者自行按前方配药，连服10多天而愈。2个月后电话访问，得知其身体状况良好，可骑自行车到数公里外访友、购物。

按：病者患哮证50年，又外感风邪，入里化热，邪热与肺中宿

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

四、支气管扩张

支气管扩张（简称支扩）指支气管及其周围肺组织的慢性炎症损害管壁，以致支气管变形和管腔扩张，临床表现为慢性咳嗽伴大量脓痰和反复咯血，属中医学“咳嗽”、“咯血”、“肺痈”等范畴。病因病机支气管扩张的病因不外内因、外因。外因为外感六淫之邪，因季节不同而变，春多风热，夏多暑湿，秋多燥热，冬多风寒。内因多指肺体亏虚、饮食不当及七情内伤。对于其病因，认为内因在支扩的患病中起关键作用，其病的发生与人的体质因素关系密切。发生支气管扩张的患者多为素体热盛（阳盛）或阴虚之体。阳盛体质之人，因其阳盛则阴易损，故多会伴不同程度的阴虚情况，凡禀此体质者无论有无阴伤，感受六淫之邪后入肺多从热化。肺阴不足是支扩产生的根本原因，肺之阴津亏损，久必及肾，致肾阴不足，肝肾同源，肝肾阴虚，不能制阳，则相火易盛，故临床上多数支扩患者都气火偏旺、形体偏瘦。正如《景岳全书》指出：水亏则火盛，火盛则刑金，金病则肺燥，肺燥则络伤而嗽血。肺主气，主宣发肃降，司呼吸，通调水道。若肺受邪袭，肺失宣降，肺不布津，则津聚为痰，内外热与痰相合，致使痰热壅肺，发生支气管扩张。痰热壅肺，灼伤肺络，则咯血；痰热阻滞肺络，导致气滞血瘀，络脉气血不得畅通，不通则痛，

故有胸痛；热盛肉腐化脓，则咳吐脓血腥臭痰。“火嗽损肺，亦能嗽血”（《证治要诀》）。总言之，支气管扩张的病理本质是本虚标实，阴虚为本，痰热为标。

【病案举例】

马某某，男，74岁。反复咳嗽，咯吐黄脓血痰3年。3年前不慎外感后出现咳嗽、咯吐黄痰，量少，经治疗后好转，此后每因秋冬季天气变化或受凉易诱发咳嗽，咯黄痰，每年发病3月以上，间断服中西药治疗，症状时轻时重。既往有冠心病史20年。2003年2月住院治疗，诊为：①右肺支气管扩张；②慢性支气管炎、肺气肿。4月行右上肺叶切除术，术后症状明显好转。后因受凉后触发，咯吐黄脓痰加重，住院治疗，住院期间西医以抗感染为主，中医以清热化痰、泻肺止咳为法，处方开始从泻白散与苇茎汤加减，后效果不显，改为仙方活命饮和托里消毒饮加减，中西医结合治疗后，症状好转，但效果不甚明显。出院后，每因受凉后触发，在门诊中药治疗。就诊时，患者咯脓痰，口干，口不苦，舌质淡、苔白，脉细弦。辨证为肺脾两虚，痰热壅肺，瘀热入络。处方以自拟方北芪生脉散加味：北芪20g，党参15g，麦冬15g，五味子6g，田七（末）3g（冲服），败酱草20g，浙贝15g，海蛤壳15g，桔梗10g，当归9g，百合15g，玄参15g，白及3g，黄芪生脉散加百合、玄参以益气养阴，痰热重以败酱草、浙贝、海蛤壳清痰热，海蛤壳兼软坚化痰，桔梗以宣肺祛痰为治疗肺痈的重要药物，白及用以祛腐清热解毒，田七以活血化瘀，当归活血兼以养血，7剂后，患者明显好转，咳嗽、咯痰量减少。继服7剂后，患者症状明显缓解，上方略做改动，继服以巩固疗效。

按：患者脾肺两虚，痰热壅肺，气阴两伤，生脉散滋阴益气生脉敛汗，北芪补气托邪外出，加之清热解毒理气化痰之药，恢复气机的升降出入。故见效较为明显。

五、呼吸衰竭

呼吸衰竭是内科危急重症，其有慢性呼吸系统疾病史及一定的病理基础，一旦急性发作直接威胁病人的生命。由于呼吸功能严重损害，导致低氧血症或伴有二氧化碳潴留称为呼吸衰竭。其诊断标准

为：静息状态下，在海平面高度吸空气时动脉血氧分压（PaO_2）< 60mmHg，二氧化碳分压（$PaCO_2$）> 50mmHg。单纯 PaO_2 < 60mmHg，$PaCO_2$ 正常或减低压者，称Ⅰ型呼吸衰竭；如既有低氧血症，同时伴有二氧化碳潴留者，称Ⅱ型呼吸衰竭。本病属中医喘证厥证范畴，以气虚、阴虚，亡阴、亡阳多见，生脉散生脉复阴，对本病临床疗效较为满意。

【病案举例】

王某，女，68岁，间断咳喘30余年，每因气候变化或生活起居不慎而诱发，3天前因外感致咳喘加重，于1997年10月住院。证见：喘促气急，不能平卧，咳吐少量黄白粘痰，咯出不爽，舌淡红而暗，苔薄白略黄，脉浮数。查体：口唇紫绀，颈静脉轻度怒张，桶状胸，双肺叩诊过清音，可闻广泛哮鸣音。X光胸片示：慢支炎，肺气肿，肺心病。心电图示：窦性心律，肢导低电压，肺型P波，电轴右偏，V_1 R/S > 1，血气分析示：$PaO_2$60mmHg，$PaCO_2$73mmHg，血常规：白细胞 918×10^9/L，中性粒细胞72%，西医诊断：慢性喘息型气管炎，阻塞性肺气肿，肺心病，呼吸衰竭。中医诊断：咳喘；辨证分型：邪热壅肺。予西药抗炎解痉平喘及呼吸兴奋剂治疗，同时口服中药麻杏石甘汤加味，处方：炙麻黄10g，杏仁10g，生石膏30g（先煎），地龙10g，银花30g，连翘30g，黄芩10g，甘草10g等，以宣肺平喘清热化痰。6天后症状较前缓解，喘促减轻可平卧，无咳嗽咳痰，血气示 $PaO_2$76mmHg，$PaCO_2$48mmHg。突因家属探视时讲话太多，情绪激动，一夜未眠，呼吸急促，张口抬肩，动则喘息更甚，气不得续，神疲汗出，口唇紫绀，无咳嗽咳痰，伴头痛烦躁不宁，乏力，不思饮食，舌淡暗，苔薄白，脉数而无力。双肺满布哮鸣音，急查血气分析：$PaO_2$58mmHg，$PaCO_2$67mmHg。再予前方法治疗病情未能控制，哮喘呈持续状态。在西药常规抗炎解痉平喘，兴奋呼吸中枢的同时，予生脉注射液100ml加入5%葡萄糖液150ml中，每日1次静点，并加强支持疗法，调整电解质及酸碱平衡，口服汤剂生脉散加味，处方：党参30g，黄芪30g，麦冬10g，五味子10g，生地10g，山萸肉10g，补骨脂10g，胡桃肉10g，生龙齿30g（先煎），炒枣仁30g，夜交藤30g，远志15g，合欢花10g，甘草10g等，日1剂，早

晚服。患者第1天药后情绪较前安稳，当夜可间断入睡，次日喘促明显减轻，可入少量饮食，原方继服1周后呼吸平稳，夜寐安，纳食可，无头疼烦躁，继以生脉散为主方口服巩固疗效。

按：该病同呼吸功能不足而致缺氧及高碳酸血症，在病变过程中，氧耗量的增加又加重缺氧，是使病情加重的重要原因之一；严重的支气管哮喘发作时，随着呼吸功的增加，氧耗量的增加可达正常的几十倍，失眠及躁动不安时增加患者氧耗量；哮喘持续状态时，可使呼吸肌疲劳无力，尤其是在呼吸道感染，痉挛不通畅的条件下，应用呼吸兴奋剂则更会加重气急，增加呼吸功及氧耗量，增加呼吸肌疲劳。因此，以中医辨证为指导，以中西医结合方法治疗该病，降低呼吸功，减少氧耗量，提高呼吸肌耐疲劳，是非常重要的一个方面。该病属中医学喘症范畴，多虚实夹杂。邪实多由痰浊、痰热、寒饮、气郁所致，正虚多与肺肾相关，《素问·大奇论》说："肺之壅，喘而两满"，《证治准绳》云："肺虚则少气而喘"，《灵枢·经脉篇》云："肾足少阴之脉，是动则病喝喝而喘。"故实喘在肺，虚喘则责之于肺肾两脏。该患者病久正气虚弱，因外感诱发，伴咳吐少量黄白粘痰，以邪实为主要矛盾，以邪热壅肺，肺气郁闭，失于宣降为主要病理变化，故用麻杏石甘汤宣泄肺经郁热，加银花、连翘、黄芩、地龙等加强清热平喘之功，同时予西药常规抗炎解痉平喘兴奋呼吸中枢而获效。患者久病体虚，病后正气未复，又因生活起居不慎，情绪激动而喘促再次发作呈持续状态" 肺气虚，气的生成来源不足，宣降失司；肾的精气不足，摄纳无权，气浮于上，故患者呼吸困难，喘促急促，张口抬肩，动则喘息更甚，气不得续，神疲汗出。应用西药常规解痉平喘及呼吸兴奋剂治疗，病情未能控制，通过加用中药治疗达补肺益气、助肾纳气、安神除烦之功，使气的生成充足，升降出入渐趋正常，正胜邪却，喘促止，烦躁除，夜寐安。显而易见，为中药参与治疗的结果，该病治疗体现了中医同病异治的辨证思想。实验研究表明，麻杏石甘汤有降低支气管收缩的作用，可急速降低呼吸道阻力。现代药理研究，中药的清热解毒之品银花、连翘、黄芩等有广谱抗菌、抑菌、抗病毒作用，地龙可解痉抗过敏。对病史较长，长期反复应用抗生素，药物敏感性下降的慢性肺系疾患急性发作，以中药与西

药抗炎解痉平喘及呼吸兴奋剂共用，既可有效地控制感染，尽快解除气道痉挛，降低层流阻力及涡流阻气，使气道通畅，又可降低呼吸功及氧耗量，减少呼吸肌疲劳，有利于纠正缺氧及高碳酸血症。另外，多家学者报道，生脉散与生脉注射液可提高细胞抗缺氧能力。对心脏有正性肌力作用，其与补肾纳气之补骨脂、胡桃肉及安神之炒枣仁、生龙齿等共同配伍，有效的用于肺肾俱虚，气怯无力之喘促烦躁之症。中药的安神之品是否通过其安神镇静之功而降低呼吸功以减少氧耗量，中药的生脉散、生脉注射液对呼吸肌是否也有正性肌力作用等，有待于今后临床工作中研究探讨。

六、间质性肺炎

间质性肺炎（IIP）又称肺纤维化（PIF）、纤维性肺泡炎（FA）。本病在国内外还会有其他病名，但是这些病名都是一个系列的性质相同的病，只是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。作X线肺部检查尤其是高分辨率CT（HRCT）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。作气管镜活检（TBLB）病理检查时，显示出肺泡萎缩、肺间质纤维化。本病属祖国医学咳嗽、肺痿范畴，其中以其阴两虚证多见，生脉散救心肺之气阴于危难，对本病疗效满意。

【病案举例】

吴某，男。46岁，司机。1992年8月24日诊。患者以“胸痛，咳嗽1月”为主诉入院。入院前一个月患昔因开车外出，触冒风雨，出现恶寒发热，咳嗽咯痰之疾。即在当地就诊，给“氨苄青霉素、庆大霉素”等抗生素治疗后，寒热除。其后间断服用各类抗生素（具体不详），咳虽减，但缠绵不愈，且胸痛日甚不能转侧，方至我

院就诊。经胸片检查，诊为“间质性肺炎”收住入院。入院时，咳嗽痰少，胸痛剧，舌暗苔微腻脉弦滑。双肺听诊唯呼吸音增粗。辨为毒邪入侵，痰阻于肺，气血凝滞，予基础方加川芎、枳壳各9g，红花6g，柴胡7g，丹参15g，服4剂后胸痛明显减轻，偶咳，痰少，体倦。虑其咳久，肺气受损，以上方去荆芥、川芎、红花加党参15g、麦冬10g、五味子4g，续服8剂，诸症消失。胸片复查“双肺炎症征象消失”，遂出院。

按：间质性肺炎属中医的“咳嗽”范畴。多继发于感冒之后，由于近年来环境污染加重和气候变化异常，故发病有明显上升的趋势。本病对抗生素多不敏感，故现代医学尚无理想疗法。中医认为本病多属邪毒内侵，痰阻于肺，日久伤及气血而致气血瘀滞或气阴亏耗。于肺实质上，表现支气管及肺间质结缔组织的慢性炎症，或局部的血液循环障碍的病理变化。止嗽散出自《医学心悟·咳嗽》，书中曰：“……肺为娇脏，攻击之剂既不任受，而外主皮毛最易受邪，不行表散则邪气留连而不解……”本方既无攻击过当之虞，大有启门逐贼之势，以客邪易散，肺气安宁。故以止嗽散散邪止咳化痰，另加瓜蒌润肺化痰、宽胸宣痹；以桃仁活血，改善微循环，促进肺血流灌注以利炎症的吸收和肺的修复，且药理发现其有苦杏仁苷成分，有似杏仁止咳作用。以上药为基础方随症加减治疗本病，每每奏效，值得临床推广应用。

七、放射性肺损伤

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1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。半年至1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。尽管面积较小，只要剂量到70Gy则可发生慢性肺纤维化。多数放射性肺纤维化可无症状，或仅有轻微咳嗽，但较大体积肺纤维化可产生右心衰竭。对肺纤维化无特殊疗法，必须强调，最有效的肺损害

疗法是避免其发生。生脉注射液是根据中医药中益气复脉、养阴生津、救逆固脱的经典处方，生脉散经剂型改革研制而成的可供静脉给药注射液，由人参、麦冬、五味子按一定配伍运用现代科学技术提取精制而成，方中人参甘温、补肺益气而生津为主药；麦冬甘寒、养阴清肺而生津为辅药；五味子酸温、敛肺止汗而生津为佐药，3 药合用，人参补肺气，麦冬清肺气，五味子敛肺气，一补一清一敛，养气之道备矣。生脉注射液作为一种纯中药制剂，副作用少，广泛应用于各型休克、心脑血管疾病及微循环障碍疾病。对作为肿瘤放疗、化疗的辅助治疗的报道日渐增多，生脉注射液能够激活吞噬细胞，增强机体免疫功能，生脉注射液能够减轻放射性肺损伤，提高放疗效果，其发挥防治放射性肺损伤、提高疗效的机制有如下几点：改善微循环，降低血液黏稠度，减轻血管闭塞，减轻局部组织的纤维化，促进组织再修复；扩张血管，增加血流量，加快乏氧细胞的再氧合，提高放疗效果；激活吞噬细胞，增强机体免疫功能，从而使患者提高生存质量，使放疗得以顺利完成。姚春筱等报道生脉注射液防治放射性肺损伤 96 例，疗效满意，张树美等报道生脉散合百合固金汤治疗放射性肺炎 37 例，取得较为理想效果。生脉注射液应用经济、方便，副作用少，且疗效肯定，在防治放射性肺炎、放射性肺纤维化方面值得采用。

八、矽肺

矽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。本病属中医“肺痿”范畴，分为虚寒、虚热型。生脉散对本病心肺功能障碍疗效较为显著。

【病案举例】

1. 陈某，女，47岁。1994年5月16日来院就诊。从事电焊作业20余年。诉近2年来经常咳嗽、胸闷、胸痛、气促，渐加重。入院后诊见：形体消瘦，面色晦黯，咳嗽少痰，时而胸痛，气促，虚烦少寐，口干咽燥，两眼干涩，舌质红苔少乏津，脉虚数。检查：血常规无异常；胸部正位X光摄片提示：双肺中下叶有密度较高的不规则阴影。经尘肺诊断组确诊为电焊工尘肺Ⅰ期。中医辨证为“肺痿”，由虚热内灼，暗耗营血，致肺阴不足。方用生脉散加味。处方：西洋参15g，麦冬20g，五味子10g，川贝10g，知母15g，阿胶10g（烊化冲服），合欢皮30g。每日一剂，水煎服，连服12剂。药后咳嗽、胸痛症状消失，气促明显改善。继守原方随征加减。处方：西洋参10g，麦冬12g，五味子6g，山药30g，合欢皮30g，甘草6g。每日一剂，水煎服，连服15剂气促消失。嘱继服原方，西洋参10g，麦冬12g，五味子6g。每日一剂，水煎服，连服6个月。一年后胸部X光摄片复查，其肺部阴影未见发展，但口干咽燥、眼部干涩及咳嗽、胸痛、气促已愈，面部色泽红润，精神睡眠正常。

按：电焊工矽肺是因长期吸入含氧化铁为主的电焊烟尘，引起以肺组织纤维化病变为主的一种全身慢性疾病。其机制与中医学“肺痿”相似本例尘肺，因燥热之邪（电焊烟尘）径客熏肺，伤津耗气，日久肺阴受灼，阴虚生内热，虚热内灼暗耗营血，津液枯竭不能润肺生津渐成肺痿。肺失肃降，则气逆于上而咳嗽气促。热灼当为痰，痰阻肺窍，肺络不宣则痰少胸痛。阴津枯竭，津液不能敷布五脏六腑，致外不布津而润肌肤，则形瘦面晦、口干咽燥。阴虚内热，营血受损，则虚烦少寐。舌红苔少乏津，脉虚数，此乃阴枯热灼之象。治宜益气生津，养阴清热为法。方取西洋参益气生津补肺，养阴清热；麦冬滋阴润肺清虚热，益胃生津；五味子敛肺滋肾，止咳而安神。此方功在补、清、敛之效兼而有之，随征加味川贝润肺化痰下气，开痰结通肺窍。阿胶养血滋阴润肺，合欢皮悦志解忧以安神。本例经治疗后，虽然X光胸片显示受损的肺组织未见改善，但临床症状已消失，所以我们在临床上对此类病人多用此方，收到了较好的效果。

2. 患者，男性，76岁，Ⅱ期矽肺。2个月来咳嗽气短加重，口舌

发绀，周身烦热，食欲差，尿量少，无排便，精神萎靡，WBC9.25 $\times 10^9$/L，N 0.71，PCO_2 6.3kPa，PO_2 7.3kPa，双肺可闻湿啰音，诊断为Ⅱ期矽肺并发感染，低氧血症。患者拒绝吸氧，经治医生请中医会诊并配合治疗。查体：患者气短且促，张口抬肩状，面色晦暗，口唇发绀，口燥咽干，五心烦热，二便不畅，多日不思饮食。舌暗紫绛，润，光剥无苔，脉沉细而涩，辨证为外邪客肺，入里化热，消烁津液致气阴两虚，治疗以益气养阴之生脉散加减。处方：太子参15g，麦冬15g，五味子10g，玄参20g，沙参15g，生地20g，枸杞子20g，黄芪30g，黄精15g，甘草15g。患者服药后，五心烦热、口燥咽干、周身不适症状明显好转，二便通畅，食欲大增。又按上方随症加减，共服药20余剂，病情逐渐稳定。

3. 患者，男性，64岁，Ⅱ期矽肺，慢性阻塞性肺炎。入院3周后病情加重，神志恍惚，烦躁，颜面及口舌发绀，双下肢水肿明显，24小时尿量<500ml，心律不整，左肺可闻湿啰音，WBC6.8 $\times 10^9$/L，N 0.77，BUN 7.8mmol/L，$PCO_2$68mmHg，诊断：Ⅱ期矽肺并发感染，呼吸衰竭，心功能不全，肾功能损伤。经抗感染、给予呼吸兴奋剂、强心利尿、吸氧等对症治疗，病情有好转，但患者仍精神萎靡，嗜睡，全身水肿，四肢末梢凉，舌绛有齿痕。两脉微细而数，尺脉沉，四诊合参为肺肾两虚之症，用生脉散合补肾益气利尿之剂治疗。处方：杜仲25g，太子参15g，麦冬10g，五味子10g，茯苓20g，滑石25g，木通15g，泽泻15g，熟地20g，当归15g，厚朴10g，桑皮10g，黄芪25g，甘草10g。服中药10余剂后患者胸闷、气短、烦渴等减轻，排尿增加，水肿有消退，二便顺调，食欲逐天增加，后经中西医结合诊治，患者病情稳定。

按：矽肺并发感染或并发心肺功能不全出现的咳喘、胸闷、气短、心慌、下肢或全身水肿、五心烦热、口燥咽干、少尿便秘、不思饮食等症状多为外邪客肺。致使肺之气机失利，肺主一身之气化，通调水道，与大肠相表里。肺气不利，诸多功能失调故见临床诸证。经中医四诊八纲辨证，主要为气血两虚，而生脉散则是益气养阴复脉的代表方剂。方中人参（太子参）补元气和肺气，麦冬养阴清热而生津液，五味子酸涩，收敛即将耗散之精气，合之具有保肺清心、补气

生津复脉的功用，随症加减；滋阴益气加熟地、枸杞、黄芪、黄精；清热解毒加蒲公英、地丁；补肾利尿加杜仲、泽泻、木通、滑石等。应用生脉散口服，患者即无痛苦和毒副作用，又可以对临床经呼吸兴奋剂、抗感染、强心利尿剂等难以解决的问题起到拾遗补缺甚或使病情出现转机。

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。本病属中医肺胀范畴，以咳嗽、多痰、喘息、胸满、紫绀、心悸、浮肿为临床特点。生脉散生津复脉，对本病有显著疗效。

【病案举例】

1. 男，56岁。初诊日期1997年3月10日。患者素有慢性支气管炎。近10天来，喘促短气，劳后加重；胸闷心慌，自汗畏风，咳声低弱，痰稀薄，舌偏红，苔少，脉细弱。胸片提示：肺气肿。辨证：久咳伤肺，气阴并虚。治法：益气养肺，止咳定喘。方药：生脉散加味。党参15g，麦冬10g，五味子3g，沙参12g，川贝3g，百合30g，丹参24g，砂仁3g，郁金10g，黄精15g，百部10g。共3剂。3月13日复诊：患者自诉，1剂咳促短气减轻，2剂胸中已不沉闷，3剂精神与体力皆有好转。药证相符，嘱其按原方再服3剂。以收其功。

2. 王炳信，男，62岁，汉中地区邮电局退休工人。喘息咳嗽10多年，近两年发作频繁，有时不能平卧，常服用氨茶碱，屡用清热化痰，舒肺定喘之剂、疗效甚微，1997年4月咳嗽气喘加剧来我院求治。症见、呼吸困难，胸闷气弊，张口抬肩，痰多质粘，带有泡沫、口渴、舌红、苔薄黄、脉细数、胸透为肺气肿体征，症属咳嗽已久，肺脏受损加之年老气虚痰滞肺络受阻，气机升降失调所致，治以保肺降逆，清化痰热，方拟生脉散加减，药用：北沙参20g，麦冬15g，

五味子10g，炙桑白皮15g，炙紫菀12g，葶苈子12g，白前子12g，苦杏仁12g，蛤蚧一对研末冲服，服6剂，症状大有好转，将上述方药研末继续2剂冲服，活动走路喘息不显。

按：虚实夹杂型肺气肿喘息在教科一书中少见述及，但病床上确实大量存在。生脉散是人参、麦冬、五味子等药组成，均为手太阴肺经药、肺主气肺气旺则五脏之气皆旺，虚则脉绝气短，方中人参甘温能大补肺气据化验人参辛甙作用于中枢血管，兴奋心肌；麦冬生津润肺滋水，清心泻热；五味子酸温敛肺，生津收敛，耗散正气有兴奋中枢作用。总之本方能补气生津，心主脉，肺朝百脉，补肺清心，则气充而脉旺，故本方一能常用于循环系统疾病、心肌梗塞等。而肺疾日久则继续有肺气肿甚则出现肺心病。我用辨证和辨病相结合的方法、不论是否发展为肺气肿、肺心病‘或仅有胸闷气短等气滞之症，面色灰暗，唇紫，舌质紫等血瘀之症治疗均以补气为主，因为“气为血之帅”，气行则血行，故补益肺气则更为重要，用生脉散加减从改善肺功能人于，咳喘即获良好。症状：呼吸困难，咳嗽痰多、咯吐不畅、胸闷气憋，呼气延长、动则喘剧、重则不能平卧，面色苍白，唇舌紫绀、舌红、苔薄黄，脉细数，治疗方法：保肺降逆、清热化痰、佐以养阴。常用方药：生脉散即人参12g，麦冬15g，五味子10g，将人参改为沙参。随症加味，痰多者加紫菀12g、桑白皮15g，喘甚者加蛤蚧一对、杏仁12g。

3. 患者，吴某，男，62岁，本镇村民。素有慢性支气管炎合并肺气肿病史，于1989年10月5日因极度呼吸困难合并心力衰竭而人院。患者精神极差，表情淡漠，四肢微温，口唇干裂，舌红无苔干燥，脉细数，经输液、给氧、大剂量抗感染及抗休克、纠酸、对症处理后，病清仍有恶化趋势，继用上药维持，中药以大补气阴为主，少佐清热化瘀，化痰止咳平喘药，处方：人参20g，麦冬、生地、玄参各30g，五味子、栀子、大黄各10g，炙麻黄、川贝、杏仁各9g。3剂而病情好转，效不更方，守上方连服19日而痊愈出院。至今未复发。

按：本患者肺脾两脏，气阴亏虚型。根据阴阳互根的原理，风热之邪侵袭机体，消耗阴液则阳亢而烦燥，外邪上袭肺脏，宣发、肃降

功能失常则呼吸极度困难，阴液大伤不能滋养心肺，心功能供血不足，阳无所附而外越，治外邪则愈使正气，阴液不足，用大补气阴药为主以收元阳护阴，少佐除外邪药则呼吸、心力衰竭可愈也。

十、肺心病

肺心病即慢性肺原性心脏病的简称，是指肺组织或肺动脉系统的原发病变，使肺动脉压力增高，右心负荷加重而造成右心室肥大，最后发生有心功能不全的一种继发性心脏病。在我国80%～90%以上的肺心病是由气管炎慢性支气管炎并发肺气肿而来，其次支气管哮喘、肺结核、支气管扩张、矽肺、结节性肺动脉炎等也均可导致肺心病的发生。本病常因呼吸系统感染而诱发。本病属中医肺胀，以虚、痰、瘀为临床特点，生脉散益气养阴，生脉复气，对本病心肺功能障碍疗效显著。

【病案举例】

1. 郑某男，74岁，退休职工。因反复咳嗽、咳痰30年，气喘促5年，加重伴下肢浮肿1周，于1992年6月18日入院。患者有长期吸烟史，30年来反复咳嗽咯痰，以春末冬初气候变化时为甚，咳黄色或白色黏痰，无血丝痰，及午后潮热。近5年来渐出现气喘促，于登楼及走远路时明显。1周前不慎受凉致发热，咳喘加重，并出现双下肢浮肿要求入院。体检：体温38.6℃，脉搏104次/分，呼吸28次/分，血压150/82mmHg，口唇及四肢末端紫绀，颈静脉怒张，胸廓桶状，双肺呼吸音粗，右中下肺部有中等量湿啰音。心率104次/分，律整，心尖区可闻Ⅰ级收缩期杂音。腹软，肝于右肋下4cm处可触及，质中边钝，有压痛，肝颈征（+），杵状（指），双下肢浮肿（+）。辅助检查：WBC12.8×10^9/L，N 0.78，E 0.02，M 0.03，CO_2CP14.8mmol/L，BUN10.6mmol/L。尿常规蛋白（+），WBC 2～4/H，RBC4～6/H。X线胸片：符合慢性支气管炎、肺气肿、右下肺炎、肺原性心脏病。心电图：窦性心动过速，肺型P波，右束支传导阻滞，心肌损害。诊断：慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，右中下肺炎，肺原性心脏病急性发作期，右心衰竭。经使用青霉素、先锋霉素、地塞米松、氨茶碱、双氢克脲噻、毒毛花苷K等治疗4天，症

状有所缓解。但当晚因环境嘈杂，彻夜不眠，次日病情加重，气喘促，口唇紫绀明显，伴神志朦胧，烦躁不安，时有谵语，考虑并发肺性脑病。除西医继续治疗外，拟采取中西医结合治疗措施。中医诊见：神志昏朦，时有谵语，烦躁不安，双手徐动，气喘促明显，咳痰黄稠，双足浮肿，口唇四末紫绀，舌质暗红、边有瘀斑、苔黄厚腻，脉滑数重按无力。此为气阴两虚，痰瘀乘心，肝风内动之重症，宜急投清热化痰、活血化瘀、益气养阴、熄风开窍之剂。方用涤痰汤合生脉散加减。处方：橘红、麦冬、胆南星、茯苓、黄芩、钩藤、葶苈子、僵蚕各10g，黄连、泡参（另煎）、法半夏、羚羊角（另煎）各6g，五味子4g，西红花2g（冲）。上药水煎取150ml，渣再煎取100ml，经胃管注入，并静滴清开灵注射液（安宫牛黄丸制剂）。翌日二诊：用药后身有微汗出，神识渐清，无烦躁，谵语减。刻下咳嗽仍剧，气喘促不能平卧，唇舌青紫，脉滑数，重按无力。肝风已熄，病势虚多实少。宜以益气养阴之重剂，兼清痰瘀。处方：泡参（另煎）20g，五味子6g，麦冬、桑白皮、地骨皮、黄芩、鱼腥草、丹参、葶苈子、瓜蒌皮各10g，甘草4g，3剂，每日1剂，水煎服。三诊：服上方后咳痰减少，喘促轻，渐能平卧。刻诊：神色较前清爽，语声低但清晰，胃纳稍佳，舌黯红、苔黄腻已化，脉滑缓但较有力。此乃正复邪却，转危为安之证。再以益气健脾，化痰祛瘀之剂善后。处方：生晒参、瓜蒌皮、橘红、茯苓、丹参各10g，白术、炙甘草、法半夏各6g，鱼腥草20g，西红花（冲）2g，10剂后痊愈出院。

按：肺心病的典型病理特点是痰涎壅盛，瘀血阻脉，兼有气阴两虚或者阴阳两虚，极易形成亡阴亡阳证，临床处理要求准确果断。本例患者痰瘀阻窍，气阴两虚，故用涤痰汤涤痰开窍，生脉散益气滋阴复脉，一攻一补，一开一滋，攻补兼施，窍闭得开，神机得运，心主神志，滋心之气阴即为补人之元神，气机运化，升降出入有权，人自安康。

2. 周某，男，61岁。1988年11月12日诊：咳喘反复发乍15年，每逢风寒易于发病。近半个月开始发热、喘促、浮肿、心悸，诊为“慢性肺心病，心衰”。运用抗生素、强心利尿、血管扩张剂等，病趋缓解：2天前又系感冒发作。症见：喘促胸闷咯痰清稀，心悸气

短、不能平卧，心下痞满，肢冷足肿，尿少。查体：体温：37.4℃，呼吸较促，颜面浮肿，唇甲微绀，颈静脉怒张，两肺满布细湿啰音，心率118次/分。心音遥远，肝胁下3.5cm，轻度压痛，下肢呈凹陷性浮肿，苔白腻，舌胖质黯，脉沉细。X线透视：肺动脉高压，心界扩大心电图：肺型P波。诊断：慢性肺原性心脏病，心功能Ⅲ级。证属：阳气虚衰，水饮上逆，痰壅气阻，心脉瘀滞。治宜温阳益气行水，化瘀宁心和络；正如日照当空则阴霾自散。处方：制附片〔先煎20分钟）、益母草各15g，桂枝、党参、泽兰各12g。麻黄、泽泻、茯苓皮各10g，葶苈子20g，五味子9g，沉香5g（后下），丹参30g，白茅根25g。服4剂后，尿多肿退，喘减，已能平卧将上方去麻黄加补骨脂20g。续服12剂，心悸、喘闷、紫绀、浮肿症状明显减轻。肺部湿性啰音及心率增加等体证消失。嘱续服生脉饮及济生肾气丸善其后。

按：本例患者阳虚为主，阳气虚衰，无以治阴，阴邪上乘，遂致本证，病痰饮者当以温药和之，故用温阳益气行水，化瘀宁心和络之法，其间又有气阴两虚之证，故合生脉散顾护上焦清灵真阴。

3. 李某，女，65岁，1994年6月16日会诊。素患慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、慢性心力衰竭，长期住院治疗。1994年2月7日，肺心病急性发作，再次住院。因端坐呼吸已达4个多月，臀部褥疮形成，末梢血中白细胞总数为12×10^9L，中性粒细胞80%。经吸氧、抗感染、强心力、纠正水电解质平衡等对症处理及支持疗法，效不显。痰培养白色念球菌阳性，遂停用抗生素及一切药物，请中医会诊。查见全身浮肿，面色㿠白，两目闭合，口唇指甲青紫，咳嗽痰稀，喘息抬肩，呼气困难，张口倚息不得卧，痰声漉漉，大便溏，小便短少，血压99/77mmHg，体温38℃，呼吸28次/分，舌质青紫，苔白厚，脉细数。证属脾虚饮停，肺气损伤，肾失摄纳，心阳虚衰。方选苓桂术甘汤合生脉散：茯苓30g，桂枝9g，白术9g，甘草6g，党参15g，麦冬9g，五味子6g。水煎服日1剂，嘱忌盐并控制饮水。服药3剂，浮肿微消，尿量渐多，喘息稍轻，能进少许流质。继用5剂，肿消过半，眼已睁开，面露笑容，语言出，可半卧。又进5剂，除背臀部及下肢轻度浮肿外，余肿全消，喘息止，痰声消失，能平

卧。后用补气血、养心肾之剂调理月余，查血白细胞总数及中性粒细胞属正常范围，痰培养阴性，褥疮平复，痊愈出院。随访2年，仅在天气变化时有微咳。

4. 孙某，男，65岁，1993年12月20日会诊。素患肺化脓性炎症、肺结核、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、胃溃疡病、胃下垂20年，咳喘心悸反复发作，冬季加重。4日前症状突然加剧，经青霉素、链霉素注射及对症治疗1个月，病情不减，痰培养出现酵母菌，乃停抗菌药物，邀请中医会诊。诊见患者呈跪俯位，面黑形瘦，烦躁多汗，喘息抬肩，呼多吸少，指甲口唇青紫，咳嗽痰鸣，动则心悸，纳谷不香，每天进食约50g，口干而不欲饮水，黎明泄泻，下肢浮肿，舌质晦暗无苔，脉象细数，体温36℃。证属肺气不足，肺损及心，肾不纳气，脾肾两虚，方用六君子汤合生脉散、四神汤加减：党参12g，白术12g，麦冬12g，五味子6g，肉豆蔻10g，补骨脂10g，吴茱萸6g，熟附子6g，陈皮9g，半夏9g，炙甘草6g，生姜6g，大枣3枚，水煎服。服药9剂诸症明显好转，舌脉同前，原方加红花10g，赤芍10g。服药6剂，痰喘、心悸大减，晨泻止，精神振，指甲、口唇、舌质紫绀消失，脉沉细略数痰培养阴性，纳增，每日进食约100g，佐鸡子副食等，已不跪俯，能外出散步。原方化裁共服中药65剂，兼以食疗、肺功能锻炼，随访3个月无复发。

按：上2例皆为心、肺、脾、肾四脏俱病，相互影响，互为困果，成为错综复杂的病证。李案以痰饮泛溢、阻碍心肺之阳，故令呼气困难，水饮射肺，而使喘促不休：脾虚不能制水，水气凌心，致心阳虚衰；肾虚纳气无权，活动后心悸喘闷加重。据《金匮》“病痰饮者，当以温药和之”“短气有微饮，当从小便去之”之义，选用苓桂术甘汤通心肺之阳，化气行水；加生脉散扶正祛邪，保肺复脉。心肺有力，推动气血运行，心阳复振，肾气以充，喘止肿消而愈。孙案乃脾土衰败肾阳式微，故补脾土之虚，制其生痰之源，温补命门，以加强纳气功能，而敛耗散之肺气，固涩五更之泻。更加活血化瘀之品，以利于紫绀之消失，脾肾同治，心肺并疗，正气得复，而菌群失调可不治而愈，正所谓“治病必求于本”。

5. 刘某，女，61岁，农民。1994年3月16日初诊。有肺心病

史10余年，时轻时重。刻诊：双膝关节以下肿甚，按之没指，喘促短气，咳声低弱，纳差腹满，自觉心中悸动，脉细数，舌红苔光剥，夜不能寐。X线及心电图提示：肺气肿伴有心室肥大、心动过速。辨证：心肺气阴两虚。方用自拟平喘健心汤（生白参15g，麦冬15g，五味子10g，桂枝15g，云苓30g，泽泻10g，生白术10g，猪苓10g，炙甘草20g，姜半夏15g，杏仁10g，干姜10g，细辛4g）加沙参10g，生麦芽30g，每日1剂，水煎分4次服。服药6剂，诸症大减。药已中病，效不更方，守方继进10剂，浮肿全消，活动时微喘。上方去沙参、麦芽，再服10剂，余症消失，临床治愈。迫访1年，未见复发。

按：中医认为肺心病本虚为主，发作的外在病因为风、寒、湿、温等，内在病因有水、饮、痰、痕等，病始于肺，继而累及于心。因为心肺同居膈上，肺主气，心主血，“气为血之帅，血为气之母”。气血必须协调，方能维持正常的血液循环。肺病及心，势必导致血流不畅。心肺气虚，又可影响脾、肾，甚则累及肝脏。“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，脾虚则聚湿生痰；肾虚则不能纳气行水，肝气不舒则成血瘀，可见该病的病理演变涉及多个脏腑。对于该病的治疗，重点应是心肺气虚，兼顾脾肾两经。具体治疗时，应以培补摄纳为主，即补肺、纳肾、益气、养阴，如有表邪，亦当兼顾，法应温宣、清肃、化痰、平喘，据此机制，经过临床总结，将生脉散、五苓散、苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤三方合并，加减化裁，组成平喘健心汤，用以治疗肺心病，疗效满意。方中生脉散益气养阴以治本虚，五苓散健脾渗湿以绝生痰之源；苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤温肺化饮，诸药合用，相得益彰，共奏益气养阴，化痰平喘之功。临床应用加减：汗出肢冷者加制附子（先煎30分钟）6～15g；舌苔薄白、恶寒发热者加柴胡、炙麻黄各10g；舌干苔黄、痰液粘稠者加黄芩10g，桑白皮15g；舌红少苔、脉细数者加沙参、石斛各10g；纳差腹满者加厚朴10g、生麦芽30g；喘息不得平卧者加炙麻黄、白果各10g；胸闷气短者加槟榔、木香各10g；脉涩血瘀者加丹参、川芎各10g；里热口渴者加草劳子10g、生石膏40g。病情危重者，配合西药治疗。

6. 蒙某某，男，65岁，已婚。患者咳嗽、喘息20余年。随气候

变化更甚，每年冬春季节发作频繁。经常在当地医院用抗感染药、止咳平喘药，及对症治疗，方能缓解。但是20年来时起时伏，反复发作，不能根治。近3年来，发作更为频数，伴有心悸、胸部满闷不舒、口唇紫绀、腹部及四肢水肿。曾在县级医院住院治疗1月余，诊断为“慢性肺原性心脏病”。用抗生素、强心利尿药、止咳平喘药及对症治疗，好转出院。出院后仍随气候变化，反复咳嗽、喘息、气短，甚则心悸、水肿，反复用抗感染、止咳平喘、强心利尿药物，疗效欠佳，故求中医会诊。患者面色苍白浮肿，张口抬肩呼吸，半卧位，口唇发绀，腹部四肢凹陷水肿。语音低微，言语断续，身倦乏力，心悸，胸闷不舒，时有烦躁，小便量少，大便3日未解，舌淡胖大色青，苔水滑，脉濡滑无力，时有结代。中医诊断：喘证。证属：肺肾气虚，气虚水泛。治宜：益气养心，温阳化气行水。方用：生脉五苓散加味。处方：人参6g、麦冬15g、五味子10g、猪苓10g、茯苓10g、白术10g、桂枝6g、泽泻15g、炙麻黄5g、杏仁6g、淮山药15g、山茱萸10g、大枣4枚、炙甘草6g，3剂水煎服。服上方后，水肿明显消退，咳嗽、喘息、心悸、胸闷减轻、精神转佳，脉濡滑有力而无结代。效不更方，继服前方3剂。再诊时，面色始有荣华，精神大振，口唇紫绀消失，张口抬肩呼吸困难解除，能平卧入睡，食欲转佳，生活自理，腹部及四肢水肿消失，舌淡，苔白滑，脉沉细有力。续服上方5剂。后又续服10余剂，配用“肾气丸”淡盐开水冲服。后随访，近年余心悸、水肿未复发，能做家务劳动，精神振作，体质壮实，诉偶有外感轻度咳喘发作，告之基本治愈。

按：肺主一身之气，肾主纳气。肺肾合作共同完成水液正常代谢。水液代谢障碍，肺肾二脏常相互影响。《素问·水热穴论》说：“故水病，下为跗肿大腹，上为喘呼不得卧者，标本俱病。又说：“其本在肾，其末在肺，皆积水也”。说明水肿病不能平卧而喘，虽与肺有关，但其根本仍在于肾。肾有纳气的作用，肾中精气充盛，吸入之气经过肺的肃降，才能下纳于肾。若肾气不足，摄纳无权，气浮于上，就出现喘息。本例患者，长期咳喘，肾肺之气虚损，进一步损及心气。古人曰：“气为血帅，血为气母，气行则血行，气滞则血滞。”血不能输布周身循流，出现瘀血阻滞，故临床上有喘息、胸

闷、气短、心悸、口唇发绀、水肿等症状。拟用生脉散与五苓散配伍，用生脉散补益心肺之气；五苓散以温阳化气，导水下行，共奏化气行水之功。后用“肾气丸”调服，以补肾气，改善肾功能，使之纳气，咳喘得平，呼吸匀调。治法以补泻兼顾，攻补平调，标本同治，改善肺气郁滞、痰涎内停之弊，使上实下虚的喘证痊愈。[19]

7. 张某，男，80岁。患者反复咳嗽，咯痰十余年，每于冬春加重。近一周咳嗽、气急加剧，痰黄粘稠难咯，伴胸闷，心悸，发绐，浮肿尿少，体疲乏力，纳呆腹胀，舌苔光质红紫，脉细数，体检：体温36.6℃，血压110/70mmHg，脉搏98次/分，呼吸47次/分，半卧位，唇指发绀，张口抬肩出现三凹症，颈静脉怒张，肺气肿征，两肺底湿性啰音，心音低钝，$P_2 > A_2$，心律齐，腹胀，叩诊鼓音，肝肋下4cm，质中，压痛（+），肝颈返流（+），两下肢凹陷性浮肿。化验检查：血红蛋白140g/L，白细胞8.3×10^9/L，中性粒细胞76%，淋巴细胞20%，嗜酸性粒细胞4%，结合X线、心电图、超声心动图等检查，符合慢性支气管炎伴感染、肺气肿、肺心、心衰Ⅲ度、呼衰Ⅲ度的诊断。西医治疗予抗生素，低流量持续给氧，利尿剂，呼吸兴奋剂及纠正电介质紊乱等。中医辨证为阴虚痰喘证。治法以益气养阴，清热化痰，佐以活血：西洋参10g，北五味子5g，麦冬10g，丹参30g，桔梗10g，瓜蒌皮10g，薤白6g，桂枝3g，元参15g，天花粉10g，鲜石斛5g，苇茎30g，桃仁10g，冬瓜仁15g，虎杖24g，鲜竹沥1支（冲）。每日一剂，连服半个月后，症状缓解，续以调理，达显效标准。

按：患者脉证符合阴虚痰喘之证，故用以气养阴，清热化痰之法兼活血，方用生脉散合千金苇茎汤。

8. 女患，48岁。于1998年4月19日初诊。慢性支气管炎病史15年，每年冬春两季必有发作，静点抗生素可暂时缓解病情，病情逐年加重，逐渐进展为肺气肿、肺源性心脏病。本次因外感风寒而复发，咳嗽，咳痰。由于常年应用大量抗生素，目前临床应用抗生素均过敏，病人无奈，求治于中医。查体：桶状胸，两肺大量干湿啰音，剑突下搏动明显，三尖瓣区闻及收缩期杂音，心率110次/分，肝脏肿大伴有压痛，位于锁骨中线下4cm，质地硬，肝颈静脉回流征

(+)，颈静脉怒张，双下肢浮肿明显，按之没指，并伴有大量腹水。口唇、爪甲、颜面严重紫绀，球结膜充血，由于抗生素过敏，周身有红色粟粒状皮疹，扪之碍手。病人自觉胸闷，咳嗽，咳痰，痰色黄质粘，难以咯出。动则诸症明显加重，心悸，气短，口干，不能平卧，上腹胀痛，后背冰冷不温，食欲不振，尿少，便秘，一周一行。舌质红紫而干有瘀点瘀斑，舌苔白厚腻，脉沉伏，心脏彩超示：肺心病心衰，西医诊断：肺心病、心衰Ⅱ°，中医诊断：肺心同病，心水，辨证为心阳虚衰、水气凌心、血脉瘀阻。痰浊上犯，心阳虚衰为本，血瘀痰浊为标，本虚标实，急则先治其标，治以活血化瘀。清热解毒化痰。处方：太子参20g，麦冬20g，五味子15g，生地15g，柴胡20g，桃仁20g，红花20g，当归30g，枳壳15g，赤芍20g，川芎15g，桔梗15g，怀牛膝20g，蒲公英50g，地丁30g，大青叶20g，金银花30g，连翘30g，白花蛇舌草30g，丹参25g，杏仁15g，紫草30g，薏苡仁15g，水煎日一剂早晚温服。二诊病人服药14剂，自觉呼吸状态好转，夜间可平卧，口唇、爪甲、颜面紫绀明显减轻，咳嗽，咳痰有所减轻。腹水有所减少。听诊：双肺有少量干湿啰音。周身皮疹基本消灭，大便排出基本通畅，3日一行，仍尿少，一昼夜仅700ml，双下肢浮肿消退不明显，舌质红紫有瘀斑瘀点，苔少。脉沉。处方：茯苓30g，白术20g，白芍20g，附子15g，生姜15g，泽泻30g，党参20g，寸冬15g，五味子20g，丹参25g，桃仁20g，猪苓20g，红花20g，大枣10枚，水煎日1剂早晚温服。三诊 服上方21剂，浮肿明显减轻，紫绀进一步好转，排尿1800ml/日，大便排出通畅，状态进一步好转，体重有所增加，听诊双肺啰音消失，心率94次/分。舌脉变化不显，惟食纳不佳，于二诊处方中加入五加皮20g、山楂25g、鸡内金20g。四诊 又服21剂，浮肿完全消失，体力明显增加，诸症基本好转，惟体力活动后仍觉心悸气短，偶有紫绀。舌质红紫而少苔，有瘀点瘀斑，脉沉弦。处方：太子参20g，麦冬20g，五味子15g，生地15g，柴胡15g，桃仁15g，红花15g，当归20g，枳壳15g，赤芍15g，川芎15g，桔梗15g，杏仁15g，怀牛膝15g，水煎日1剂早晚温服。病人再服14剂，状态已如平人，好转出院，嘱其慎起居，避风寒，避免过劳，随访至今，未闻复发。

9. 张某，男。56岁。因咳嗽20年，喘憋10年，加重半月，以肺心病收入院。入院时患者胸闷，憋喘，不能平卧，咳嗽，咯少量黄粘痰，不易咯出，心慌气短。活动后加重，口咽干，纳差，大便干，小便可，舌暗绛，苔黄厚而干。脉沉细数。查体：体温35.2℃，形体肥胖，口唇明显紫绀，桶状胸，双肺呼吸音低，可闻及干湿啰音。心率100次/分，律齐。未闻及病理性杂音，腹软而膨隆，肝脾触诊不理想，双下肢凹陷性水肿。辨证为气阴不足、痰热蜜肺。给西洋参9g，麦冬12g，五味子3g，菖蒲12g，郁金12g，胆星9g，炒黄芩9g，鲜竹沥30ml，浙贝9g，瓜蒌18g。水煎服，日1剂。服上方4剂，病情好转。上方去西洋参9g，改沙参30g，调理月余，咳痰喘及心慌症状明显减轻，好转出院。

按：本例属本虚标实之重证，气阴不足是其本虚，痰热塑肺是其标实，故以生脉散益气养阴补本虚，用大量清热化痰理肺之品治标实。《本草汇言》："石菖蒲，利气通窍，如因痰火二邪致气不顺，窍不通者，服之宜然。"而郁金能开肺之郁。故临床常用此二药相伍，以化痰开窍，利气解郁。

10. 患者，男，41岁，1996年4月8日初诊。主诉反复咳喘20年，加重1月余。症见咳嗽气急，喘息不得卧，痰黄白粘稠，咳吐不爽，心悸气短，面色苍白，两目窠微肿，舌淡红，苔黄微腻，脉细数。用类固醇皮质激素、抗生素及支气管扩张药疗效不佳。查体：桶状胸，呼吸急促，双肺呼吸音粗，两肺底可闻及干、湿性啰音，心率118次/分，律齐。心电图示窦性心动过速，胸片示：肺气肿、慢性支气管炎并感染。诊断：慢性支气管炎并急性感染、肺气肿、肺心病。中医辨证为气阴两虚、痰浊壅滞之咳喘重症。拟益气养阴、清肺化痰平喘之法。处方：党参15g、麦冬15g、五味子8g、葶苈子包10g、苏子10g、莱菔子10g、丹参15g、黄芪15g、地龙10g、鱼腥草15g、川贝10g、炙甘草6g、桔梗10g，每日一剂水煎服。连服3剂后，咳喘减轻，已能平卧，精神转佳。续投前方6剂，症状进一步好转，再服6剂，合七味都气丸坚持长期口服，症状若失，能正常工作学习，随访1年无复发。

按：本例患者为肺心病并发感染，是咳喘重症，以气阴两虚兼痰

热为主，属本虚标实之证。肺主气，为宗气出入之所，司呼吸，为气机出入升降之枢，助心主治节。肺气贯百脉而通他脏，今肺气虚累及心脏，故心肺同病。以生脉散补心肺之气阴，益气养阴治其本，同时清肺化痰。临床上具有气阴两虚而兼有痰实者，用药最为棘手。痰本为阴邪，治痰之药多偏温燥，如半夏、胆南星等，用之不当，每易耗气伤阴，更加重气阴两虚之证，故采用苏子、莱服子、川贝、桔梗、鱼腥草等；咳喘之证，以阴虚者最为难治，如用熟地、黄精等，恐其滋补太腻，助湿碍脾，湿浊内生，不利痰液排出，故用生脉散益气养阴。病程中配合七味都气丸滋阴补肾、纳气、平喘。临床运用生脉散治疗咳喘时，应注意把握祛痰与扶正的关系。本案益气养阴与清肺化痰并举，随证加减，药中肯綮，使病痊愈。

十一、肺性脑病

肺性脑病又称肺心脑综合征，是慢性支气管为并发肺气肿、肺原性心脏病及肺功能衰竭引起的脑组织损害及脑循环障碍。其发病机制较为复杂，主要是肺部损害致二氧化碳潴留及缺氧，引起高碳酸血症及低氧血症，加之因肺部循环障碍及肺动脉高压更进一步诱发或加重脑组织的损害，而引起肺性脑病。早期可表现为头痛、头昏、记忆力减退、精神不振、工作能力降低等症状。继之可出现不同程度的意识障碍，轻者呈嗜睡、昏睡状态，重则昏迷。主要系缺氧和高碳酸血症引起的二氧化碳麻醉所致。此外还可有颅内压升高、视神经乳头水肿和扑击性震颤、肌阵挛、全身强直－阵挛样发作等各种运动障碍。精神症状可表现为兴奋、不安、言语增多、幻觉、妄想等。长期咳喘，导致肺脾肾三脏俱虚。化火化风，逆传心包，蒙闭心窍，神昏谵语，引动肝风，抽搐躁动。生脉散对本病有一定疗效。

【病案举例】

黄某，男，88岁，1985年2月18日入院，咳嗽反复发作16年，近5年来逐渐加重，伴心悸、气喘，运动时加剧。1周前不慎受凉致发热，咳喘加重而入院。检查：体温37.5℃，脉搏88次/分，呼吸24次/分，血压150/90mmHg，口唇及四肢末端中度紫绀，消瘦，颈静脉轻度怒张，桶状胸，呼吸运动减弱。双肺呼吸音粗糙，左中下肺

湿性啰音。心率88次/分，心音弱，律齐，心尖区Ⅰ级收缩期杂音。肝剑突下3cm，质中，边缘钝。肝颈静脉回流征阳性，杵状指趾，下肢轻度浮肿。心电图提示：阵发性房颤，完全性右束支传导阻滞。血检：WBC 8.9×10^9/L，N 0.82，CO_2CP 17.96mmol/L，尿常规：蛋白微量，WBC少许，RBC无，上皮细胞（+）。诊断为老年性慢性支气管炎急性发作并肺部感染，肺气肿，肺原性心脏病，Ⅱ度心衰。经青霉素、链霉素、氨茶碱、地塞米松、毒毛旋花子苷等药治疗5天，病情未能控制。2月23日病情加重，口唇明显紫绀，恶心呕吐，烦躁不安，胡言乱语，四肢扑翼性震颤。考虑并发肺性脑病。给予输氧、水合氯醛、乙酸谷酞胺、20%甘露醇、酚妥拉明等药抢救1天。第2天自动出院，请余继续中医诊治。诊见：躁动不安，神昏谵语，谩骂不避亲疏。咳嗽频作，气喘较剧，不能平卧，咯痰黄粘稠，皮肤热而少汗，形体瘦削，双踝部浮肿，小便尚利，大便5天未解，唇舌青紫，苔黄厚腻，脉滑数重按无力。此为痰热内闭，气虚阴亏之重症。急投清热化痰，熄风开窍，益气养阴之剂。处方：羚羊角1.5g，磨冷开水频服。安宫牛黄丸2粒（6g）和汤剂送服。泡参（另炖）、五味子各6g，瓜蒌12g，竹茹、麦冬、制半夏各9g，鱼腥草、蒲公英各15g。水煎服，1剂。25日复诊：昨日上午服药后约2小时，神识渐清，无烦躁，解大便干燥黑色。刻下：咳喘仍剧，身热不解，唇舌青紫加深，脉细数。药证相符，肝风平熄，神志清楚。应以益气敛阴，清热化痰之重剂。以挽将脱之心气。处方：泡参（另炖）、冬瓜仁、麦冬各12g，瓜蒌15g，制半夏、五味子、桑白皮各9g，鱼腥草、蒲公英各30g，川贝母、桃仁各6g，生甘草5g。水煎服，1剂。2月26日三诊：昨日下午，突觉全身震颤，出汗较多，而后热退身凉，神疲。刻诊：神色俱佳，肢体暖和，咳喘已平，思食，唇舌红、苔薄微黄，脉象转滑缓重按应指。此为正复邪却，已脱险证。再拟养阴化痰之剂以善其后。处方：川贝母6g，太子参、沙参、玉竹各15g，麦冬、扁豆、桑叶、瓜蒌皮、冬瓜仁、炙枇杷叶各9g，生甘草3g。煎服法同上，3剂服后而愈。随访2年无复发。

按：患者长期咳喘，导致肺脾肾三脏俱虚。复感风温之邪，乘虚入里，引动伏痰，痰热熏蒸肺脏，正虚邪盛，化火化风，逆传心包，

蒙闭心窍，神昏谵语，引动肝风，抽搐躁动。本案发热不高，可能其高龄久病体应，邪热潜存于内。故用咸寒之羚羊角平肝熄风，安宫牛黄丸解毒开窍，以解除热毒在心营的嚣张气焰。配以鱼腥草、蒲公英、瓜蒌、川贝母等清化肺脏痰热。更用生脉散宁护心肺气阴。药症相得，服后神清搐止。复诊时，病势趋于虚多实少，喘剧唇紫脉疾促，为心气衰微，正气欲脱之证。投以大剂生脉散合清热化痰之品，药后出现战汗，身凉脉缓，此为正胜邪却之证，转危为安，继用养阴化痰之品以收全功。

第二节 循环系统疾病

一、心力衰竭

心力衰竭又称心功能不全，是指有适量静脉血回流的情况下，由于心脏长期负荷过重或心肌收缩力下降，心脏不能排出足够血液满足组织代谢需要以至于周围组织灌注不足和肺循环或体循环淤血，从而出现的一系列临床症状和体征，呈心力衰竭，又称心功能不全。按疾病的急缓又分为急性和慢性心力衰竭。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竭及右心衰竭。各种心肌疾病引起的心肌收缩力减退（如：急性广泛型心肌梗死、扩张型心肌病、弥漫性心肌炎等）。心脏负荷过重，心脏舒张能力减低，都可导致本病。本病属祖国医学“心悸怔忡”、“水肿”、“喘证”、“痰饮”范畴。生脉散对本病疗效满意。

【病案举例】

1. 患者，女，61岁，1995年3月27日初诊。其夫代诉：患者素有咳喘宿疾，曾胸片，诊断为“普遍性肺气肿。”去冬今春以来，咳喘、胸闷、心悸，并逐日加重，服中西药未见效果，以至近来，咳喘频作，稍动尤甚，只可端坐呼吸，不能平卧，饮食减退，疲倦乏力，汗出肢凉，口干欲饮，小便短少。故邀我往视。查：颈静脉怒张，两肺湿性啰音明显，并哮鸣音，第二心音亢进，律如奔马，腹胀，肝脾肿大，双下肢浮肿，按之如泥。面色暗晦无华，口唇紫绀。

近10天来，曾2次出现神识障碍，经土法抢救复苏。苔白润，舌暗淡，脉沉细，诊断为心力衰竭，此乃心肾阳虚，水饮内停，凌心射肺之“喘咳”证。宜温补肾阳，强心利尿治之，并嘱其家人昼夜侍候，以防不测。疏方，上午服真武汤合生脉散，下午服四君子汤合五苓散。上午处方：白芍10g，茯苓30g，白术30g，附子15g，党参25g，麦冬10g，五味子3g，生姜5片。下午处方：党参25g，茯苓30g，白术30g，桂枝30g，猪苓10g，泽泻10g，炙甘草3g，4月5日来电，谓上方已如法服用10天，下肢浮肿已经消退，喘咳心悸减轻，知饥思食，精神好转，已能起床活动。此为水饮已去，心肾阳复，开始步入坦途之佳兆。复诊处方：白芍10g，茯苓30g，白术20g，附子15g，党参25g，麦冬10g，五味子5g，桂枝20g。连服10天，每天2剂。4月15日来电告，服上方后，咳喘心悸明显减轻，已能胜任轻微家庭劳动。嘱上方每天1剂，缓图治之。至今时逾4月，病情稳定。

按：本例初则实为肺病失治，继则损及心阳，终则“久病入肾”。心肾阳虚，水饮不化，上凌心肺，则心悸喘咳。内停中焦，脾土受困，则腹胀纳呆；流注下肢，则双足浮肿。上午服真武汤合生脉散者，以阳药助人体渐长之阳气也；下午服四君子汤合五苓散者，以乘已复阳气之力，化饮利水也经月治疗，其效霍然如斯，一则方药中鹄，二则顺应人体阴阳消长之道遣药。充血性心力衰竭（心机能不全）是在心脏失去代偿能力的情况下，在动脉系统产生血液供应不足，静脉系统产生内脏瘀血表现的一种临床综合征。

2. 杜某，男，46岁，住院号1456，1993年3月15日住院，患者既往健康，住院前心悸胸闷气短，烦躁不安，由于家事争吵，突然昏迷住院，体检：体温36.0℃，呼吸急促20次/分，脉促，血压10.6/7.9kPa，两侧瞳孔不等大，对光反射消失，两侧颈静脉怒张，神志不清，急性病容，右侧三偏症，心率120次/分，律不齐，心可闻及杂音，腹软平，肝脾不大，Barbinski征（+），心电图示房颤、左室高电压，B超示：风湿性心脏病、二尖瓣狭窄，临床诊断脑内囊出血，充血性心力衰竭，给甘露醇、能量合剂、抗生素治疗，配合中药生脉散每日1剂煎服，3日后心率80次/分，杂音消失，血压110/

70mmHg，神志清醒，20 剂后，下肢能自动屈伸，30 剂后，右上肢功能恢复，患者下床锻炼，15 天痊愈出院。

按：生脉散、人参、麦冬、五味子，方中人参甘温、益气生津，麦冬甘寒清热养阴，五味子酸温苷敛汗，三药合用，以成益气敛汗，养阴生津之功。中医学认为，心力衰是疾病损及心阳后，形成心阳不振或诸种原因伤耗心阴，其后阴损及阳，心阳虚衰以致管血不能温运，故气血虚滞，五脏乏气，临床属心阳虚和心阴虚两大类，故用此方。据资料表明，人参含有人参皂苷共十多种，并含有糖类、氨基酸及维生素 B_1、维生素 B_2、维生素 C、烟酸等，对中枢神经心血管及内分泌系统有良好的调节作用，能提高组织细胞的活力，促进体内物质代谢，增强性腺功能，有显著的抗休克作用。

3. 曲娜，女，55 岁。因冠心病、心绞痛、陈旧性前间壁、下壁、心肌梗塞，充血性心力衰竭，心功能Ⅳ级于 1990 年 10 月来院。患者 3 月前患急性前间壁、下壁心肌梗塞，在某医院急诊治疗 7 天，自行离院回家，一直感喘憋心悸、双下肢浮肿。1 月前症状明显加重，不能平卧，气短乏力，心前区阵发性闷痛，向左后背放射，咳吐少许血痰，面浮胶肿，小便短少。查体：舌质暗红，苔白腻，脉弦细、结代。面色灰白无华、呼吸浅促，口唇轻度紫绀，双肺底湿啰音散布，右下肺呼吸音减弱，心率 90 次/分，闻及早搏，心尖部心音低钝，肝右肋下 3cm。双下胶凹陷性浮肿。胸片：①肺部炎症；②右下胸腔积液。心电图：冠状动脉供血不足，陈旧性前间壁、下壁、心肌梗死，频发室性早搏。证属气阴两虚，阳盛水泛，瘀血阻络。予生脉散合真武汤加减：处方：人参 9g，麦冬 50g，五味子 3g，陈皮 9g，白术 20g，云苓、云苓皮各 30g，熟附子 6g，车前子 15g，泽泻 30g，葶苈子 30g，白及 6g，三七粉 6g（冲服）。水煎服，每日 1 剂。同时静脉滴注青霉素。共服上方 10 剂，逐渐停用原用西药利尿剂，地高辛由原来每日 0.25mg 减为 0.125mg。喘憋心悸症状级解，脚痛止，血痰消失，面肢浮肿消退。复查胸片，肺都炎症吸收，胸水减少，心功能恢复至Ⅰ级，病情转为稳定。

按：气阳盛衰，水邪泛滥，可内凌心肺，外滋肌肤，或伴胸水，腹水，恶心腹胀，小便短少，舌苔白腻，脉细或结代。治宜益气养

阴，通阳利水，代表方剂：生脉散合五苓散、真武汤加减。药用：人参、麦冬、五味子、桂枝、熟附子、白术、泽泻、茯苓、猪苓、车前子、葶苈子加减，喘憋重加北五加皮，气虚乏力甚加黄芪；咯血加三七、白及。生脉散辨治心力衰场有较好的疗效从根本上改替衰弱心脏的功能，使症状消除，转危为安，尤其对西药怡疗效果见佳的病例，其作用更显突出。明显减少西药的使用剂量，并取得比单纯用西药好的疗效。上述病案充分说明了这一点，减少了大剂量使用强心剂，利尿剂可能产生的毒副作用。在改善心功能的同时对全身生理机能进行调解，增强机体免疫功能，调整器官的代谢，促进损伤组织的修复，改善微循环，消除各系统的临床症状，如咳痰、咳血、腹胀纳呆等。正因为如此，生脉散在辨治里症心力衰竭中及多种急危重病症治疗中，发挥重要作用。

4. 柴某某，男，51 岁，干部。1992 年 6 月 22 日初诊。诉患风心病 20 余年，心悸、气促、双下肢浮肿加重 1 年。10 年前因“二尖瓣狭窄”曾做心脏瓣膜手术，术后情况尚可，5 年前开始有动则心悸气短，以后逐年加重，近年来休息时亦觉心慌气短，双足踝浮肿，病退在家。诊见患者瘦削，面色晦暗，两颧暗红，口唇紫绀，胸闷，心悸，气短，语声低微难续（多由家属代诉），手足厥冷，纳差，夜眠时时被憋醒，需起坐数次方至天明，有时只得靠于沙发上过夜，二便短少；舌淡紫肿胀，中部龟裂，苔薄白腻，脉促。查体：心界扩大，肝大肋下 4 横指，无腹水，肝颈静脉返流征阳性，双下肢凹陷性浮肿。听诊：心尖区闻及收缩期及舒张期杂音，两肺底可闻及细湿性啰音。诊断：心气不足、心血瘀阻—风湿型。治法：补益心气、活血化痕、养心安神、利水消肿、兼祛风湿。处方：太子参 15g，麦冬 20g，五味子 15g，当归 6g，黄芪 30g，丹参 15g，莪术 15g，酸枣仁 30g，夜交藤 30g，苍术 15g，黄柏 15g，薏苡仁 30g，滑石 30g，肉桂 9g，阿魏 1.5g（馒头皮裹服），炙甘草 10g。嘱避风寒，卧床休息。6 剂后获显效，心悸、水肿皆明显减轻。效不更方，守方续服 4 个多月，病情逐日减轻，夜眠已能竟夜，可从事轻微家务，还能骑白行车在操场上缓行。改以基础方调理善后，至今 1 年多，病情较稳定。

按：充血性心衰，中医临床通常归属咳喘、心悸、水肿等病范畴

进行辨证施治，笔者重温经旨，观《素问·痹论篇》曰："心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘……厥上气则恐"。文中所描述之病位、病机、主症与充血性心衰何其相似，窃以为用"心痹"名之似更确切些。罗老在数十年的临床实践中，对本病采取辨证与辨病相结合，抓住"心气不足、心血瘀阻"为充血性心衰的病理本质，即同病的共性特征，而源于"风湿"、"肝阳上扰"、"痰热壅肺"、"脂浊瘀阻"等不同病因及个体，表现出不同的个性特征，从而拟订治疗三原则，即谨守病机治其本；对症下药治其标；祛除诱因制原病。使充血性心衰的中医治疗规范化而又不失辨证原则。

二、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。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。有少部分心律失常病人可无症状，仅有心电图改变。本病属中医心悸怔忡范畴，证见多虚多瘀，生脉散滋阴益气，生心肺之脉，恢复心主血脉，肺朝百脉的功能。

【病案举例】

1. 王某某，男，50岁，干部。1994年1月5日初诊，主诉胸闷心悸2年余，时感气短乏力，有"脉停跳感"，心电图查示：①窦性心律不齐，②频发房性早搏。曾经中西医结合治疗，效果不显，证见面色少华、消瘦、精神萎靡，汗多寐差，口干咽燥、舌淡少津、脉沉细结。此属气阴两虚，心失所养而致心脉不宁。治以生脉散加味，益气养阴、活血通脉。处方：太子参30g，麦冬15g，五味子15g，当归15g，甘松10 g，黄芪15g，炙甘草10g，水煎服，每日2剂，分2次服。服药20剂，早搏消失，心悸气短乏力等症明显减轻。后改用西

洋参2g，麦冬5g，五味子5g，当归5g，甘松5g，黄芪5g，炙甘草3g，开水冲泡，代茶饮。服用月余，面色红润，精力充沛，心电图复查未见异常，随访至今未复发。

按：心主血脉，体阴而用阳，劳心日久，气阴两伤，发为本证。方中生脉散益气养阴，黄芪补心气，当归养心血，炙甘草安中复脉，现代药理研究，甘松具有中枢镇静作用，并抗心律不齐。诸药合用，补阴血以养心体，益心气而复心用，则其脉平复。

2. 刘某，女，40岁，1999年4月12日初诊。4月前因劳累突感心悸、胸闷胸痛、气短乏力，经我院附属医院全面检查后，诊断为冠心病、心律失常、频发室性早搏，经住院治疗1个月，门诊治疗近3个月，临床症状有所好转，但心电图检查频发室早及T波低平、ST段下移无明显改善。诊见心悸胸闷，疲倦乏力，语声低微，气短懒言，稍一活动则心悸加重，早搏增多，面色淡白，舌质暗，苔薄，脉结代（每分钟6~8次）而细弱。辨证为胸阳不振，气阴两虚，瘀血内阻，脉道不畅。治以气阴双补，养心复脉，宣痹通阳。基本方加瓜蒌15g、薤白10g，每天1剂，水煎服。7剂后复诊：心悸胸闷较前改善，休息偶见早搏（每分钟0~1次）。继用上方7剂，心悸胸闷明显改善，安静状态下早搏消失，且脉细弱亦有所改善。再用上方14剂，早搏未再出现，复查心电图亦恢复为大致正常，后用本方改丸剂调理2个月而愈，随访1年未复发。

按：心律失常属中医心悸、怔忡范畴，《伤寒论》称为：心动悸，脉结代。病机为阴阳两虚，血脉不利所致，李时珍亦云：结脉皆因气血凝，代脉原因脏气衰。笔者在临床实践中也体会到，心律失常的病机，多为心之气阴（血）两虚或阴阳两虚，以虚为主，因虚致实，痰浊瘀血内生，使血脉不畅所致。治疗应气阴（血）双补、益阴和阳、宣通气血以治本，活血祛瘀、宁神复脉以治标。桂枝汤为仲景群方之首，虽为太阳中风证而设，但亦广泛应用于内伤杂病，故柯琴盛赞本方乃滋阴和阳、调和营卫、解肌发汗之总方也。《金匮心典》中引徐彬之说称“桂枝汤，外证得之，为解肌和营卫，内证得之，为化气和阴阳”。

心律失常是心脏疾病中常见的临床表现，《内经》云：“损其心

者，调其营卫。”故以桂枝汤调营卫和阴阳为主方，恰中心律失常之病机，合生脉散，为气阴双补以治本。方中人参、丹参、玄参、苦参四参合用，既取天王补心丹三参合用之理，又结合现代药理苦参抗心律失常之用，共奏益气、活血、滋阴、复脉之功。生地配玄参、麦冬、当归补心血、养心阴以充养血脉，甘草用炙者，取其甘温益气，通血脉，利血气，且生地、炙甘草重用，符合炙甘草汤组方之理。全方兼顾阴阳，气血双补，攻补并用，补而不滞，祛邪而不伤正，故能使阴阳和，气血畅，心动悸自平。由于心律失常可见于各种类型的心脏疾病中，故辨证与辨病相结合，灵活加减，也是本方应用的关键。

4. 患者，男，56岁，因过量饮酒加劳累过度，出现心慌、胸闷、气短等症，自行摸脉搏，发现脉律严重不齐，立即就诊某医院，诊断为“频发室早”，静注利多卡因200mg后，病人出现休克，经抢救稳定后，转医院治疗，诊断为“冠心病，频发室早”，经口服乙胺碘呋酮等药后，室早稍有减少，但心率降至50次/分左右。于1996年5月6日入我院治疗。听诊：心率54次/分，心律绝对不齐，每分钟可闻及20多个期前收缩音，心音较弱；心电图：ST段下移0.05～0.1mV，T波低平或倒置，频发室早，基本呈二联律，有连发现象，并有不完全性左束支传导阻滞。主要症状：心慌、胸闷、气短、周身无力、精神疲惫、口干、失眠多梦、舌稍红有齿痕、舌下脉络紫暗、苔白腻，脉结代无力。中医辨证属气阴两虚为主、兼有痰瘀互结之心悸证。治疗停用一切西药，仅用炙甘草汤合生脉散加减方：炙甘草15g，黄芪30g，西洋参6g（另煎），生地20g，麦冬15g，五味子12g，阿胶10g（烊化），桂枝10g，川芎10g，丹参30g，瓜蒌20g，菖蒲10g，桃仁10g，红花6g，生姜3片，大枣3枚。水煎服，日一剂，早晚温服。服上方3剂，心悸明显改善，一周后临床症状基本消失，复查心电图，ST—T明显改善，室早从每分钟20多个，降至6个左右，左束支传导阻滞也基本纠正，再服5剂后复查心电图，静息时室早基本消失，活动后可见到每分钟5～6个，且心率上升至70次/分左右而出院。嘱病人出院后以上方共为细末冲服，每服10g，日服二次，再坚持服药二个疗程。随访：出院至今，病情平稳，心律失常完全纠正，每天坚持正常工作。

按：心律失常是诸多心脏疾病中常见的临床表现。从中医而言，其基本病机为气阴（血）两虚，张仲景最早提出："心动悸、脉结代，炙甘草汤主之"。其言简意赅，炙甘草汤具有较好的益气养血，滋阴复脉的功效，故又名"复脉汤"。但从以往的临床实践中发现，单用炙甘草汤治疗心律失常疗效并不十分理想，这是由于一方面炙甘草汤主要作用为益气养血，滋阴之力稍弱；另一方面本病还常挟杂有阳虚、痰、瘀，故疗效不佳。今合用生脉散，红参改用为西洋参，在补气的同时，滋阴之力大增，更有五味子，可收耗散之气，从而达到气足而阴血旺之目的；并配用川芎、丹参、桃仁、红花、瓜蒌、半夏、云苓、菖蒲、附子等活血、化痰、温阳之品，使气血流通，脉始复常，从根本上来治疗心律失常。

三、窦性心动过缓

窦性心动过缓是临床常见的一个体征，在生理情况下常见于老年人和运动员，多为迷走神经张力过高所致；在病理情况下，可见于甲状腺功能减退、心肌炎、心肌病、冠心病、病态窦房结综合征等疾病，以及应用洋地黄、β受体阻滞剂、异搏定、利血平等药物，西医治疗心动过缓以治疗原发病为主，对症治疗药物多为阿托品及异丙肾上腺素等。

按中医学理论体系，心动过缓当属"胸痹"、"心悸"、"厥证"等范围，其发病机制多以阳气虚损，心阳不振，无力鼓动血脉；或寒凝血脉，阳气失其温煦之职，又有气虚、气滞、血虚、血痰、痰凝、湿阻等。根据以上病机，临床以麻黄附子细辛汤合生脉散为基本方，治疗心动过缓取得了较好疗效。根据患者阴阳气血的偏盛偏衰，调整麻黄、附子、细辛与麦冬和五味子的用药比例，若以阳虚寒凝为主，则以重麻黄、附子、细辛的用量为多；若阴虚较为明显，则减上述药物用量而加重麦冬、五味子用量，并酌加生地；若兼有气滞血瘀，则加丹参、红花、川芎青皮；若兼痰湿，则加半夏、瓜蒌、竹茹等。

【病案举例】

陈某，男，49岁，工人。1998年3月以胸闷气短，头晕乏力两

年，加重三月为主诉就诊。患者近两年来常感胸闷气短、头晕乏力、记忆力减退，近三个月来上述症状加重，有时心跳突然加快，至100次/分以上，可持续数分钟至数十分钟。2个月前在西安医科大学第一附属医院诊断为“病态窦房结综合征”，经住院治疗好转，出院后给予阿托品、心荣口服液口服，因出现口干、便秘、排尿困难等不良反应而求治。查：面色㿠白，神疲倦怠，少气懒言，胸闷憋气，头晕乏力，畏寒肢冷，腰膝酸软，舌质暗，舌体胖大，边有齿痕，苔薄白，脉沉迟无力。血压75/50mmHg，心率42次/分，律齐。心电图示：窦性心动过缓。中医辨证为：心肾阳虚，心脉痹阻。以温阳益气，养心通脉为大法。方选麻黄附子细辛汤合生麦散加减。麻黄10g，附子6g，细辛10g，人参10g，麦冬10g，五味子10g，丹参15g，桂枝10g，白芍10g，仙茅12g，仙灵脾12g。每日一剂，早晚分服。治疗经过：停用阿托品等药物，服上方5剂后，胸闷气短，头晕乏力等症状明显减轻，心率增至44～48次/分，畏寒肢冷等症状改善，去仙茅、仙灵脾，细辛量由10g增至20g，继服10剂，服药过程中白天心率可维持在50～55次/分之间，血压也升至98/68mmHg。效不更方，继服15剂，患者无不良反应，白天心率能维持在55次/分左右，方用人参10g，麻黄6g，细辛10g，麦冬10g，五味子10g。连服30剂以善其后。2个月后患者复诊，病情无变化。

按：本例心肾阳气亏损，心阳不振，胸中阴霾不散，则脉络受阻，心血失养即可出现心悸、胸闷、头晕、脉迟等。治以温阳益气。养血通脉。方中人参、附子温阳益气为君药；细辛、麻黄、桂枝温阳通脉为臣药；丹参活血通脉养心，麦冬、五味子滋阴敛气，白芍养血和营共为佐药，且制阳药之燥。各药配伍，共奏温阳益气，养血通脉之效。

四、病窦综合征

病态窦房结综合征，简称病窦综合征，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。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。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。生脉散益气养阴生脉敛汗，养心肺之阴，生心肺之脉，对本病临床疗效不错。

【病案举例】

1. 患者，女，57岁，1996年11月28日初诊。主诉阵发性胸闷、心慌、气短10年，加重2个月。患者于1980年6月开始阵发性胸闷、心慌、气短，住北京某大医院以“冠心病”治疗40日，好转后出院。1986年10月上述症状加重，再次住某医院检查：心率39～48次/分，心电图提示窦性停搏，确诊为病窦综合征。用阿托品、地塞米松治疗未曾获效，建议其安装起博器，患者及其家属不愿接受。10余年来，患者经常头晕肢冷，并多次晕厥，间断中西药物治疗，效果不佳。除上述表现外，症见面色苍白，神疲，舌质淡，脉沉迟。辨证为心肾阳虚，治以益气养阴、温补心肾。处方：熟附片8g，炙麻黄6g，细辛3g，红参9g，麦冬15g，五味子6g，黄芪30g，丹参15g。每日一剂，水煎分两次服。服药1周后，心率达到45次/分。半月后达57次/分，症状随之缓解。7周后，症状若失，心电图恢复正常，心率62次/分。随访1年，心率一直在60次/分以上，未再复发。

按：一般认为病窦多见寒证、虚证。病机以心肾阳虚为主，取麻黄附子细辛汤鼓舞阳气为主，生脉散益气养阴为辅。熟附片有强心作用，可使心肌收缩力加强，心率加快，冠脉血流量及心肌耗氧量均增

加，并能增加窦房结自律性；生脉散能提高心肌耗氧的耐受力，减少心肌对氧的消耗，恰好弥补了附子增加心肌耗氧之不足。此外，麻黄对年老体弱患者及春夏季节的不同，宜小量，但不可不用，否则影响疗效。

2. 王某，男，71岁，因胸闷、心悸反复7年，加重1个月伴黑矇两次入院，入院前24小时动态心电图示：窦性停博最长达1.7秒，西医诊断：病态窦房结综合征，就诊西医院建议装心脏起博器，患者拒绝，遂来我院要求中药治疗，住院期间予生脉注射液静滴先后两个疗程共30天，患者胸闷、心悸明显好转，住院期间查24小时动态心电图正常，出院随访6个月，黑矇未再发作，症情稳定。

按：生脉散由人参、麦冬、五味子三味中药组成。《医方考》谓之“一补，一清，一敛，养气之道也，名曰生脉”，按传统中医理论认为：方中，人参甘温，味苦，入肺、脾、心三经，具大补元气，补脾益肺，生津止渴，行经脉之细微，主治劳伤虚损，久虚不复及一切气、血、精、液不足；麦冬甘寒，微苦，入肺、胃心三经，具养阴益胃，润肺清心的功效，主治肺燥干渴，热病津伤，口燥咽干之证；五味子酸甘温，入肺、心、肾三经，具有益气生津、补肾养心、收敛固津之功效，主治肺虚咳喘、口干作渴、自汗、劳损之证。三药合用，组方巧妙，配伍严谨，疗效显著，乃益气养阴生津、敛汗的代表方。

临床药理实验证明：生脉能扩张冠状动脉，改善心肌缺血，减少心肌耗氧量，增强心肌收缩力，改善左心室的功能，增加心排出量，提高心肌对缺氧的耐受性，延长心肌存活时间，同时改善微循环，降低体循环血管阻力，抗氧自由基，提高细胞内氢化酶的活性，对心脑血管有较好的保护作用。另外，能显著提高氧分压、血氧饱和度，改善低氧血症，提高机体免疫，强壮机体，上述研究结果为生脉散的广泛临床运用提供了强有力的理论依据。

3. 王某，女，33岁。1991年11月初诊。心悸、乏力、头晕已2年。病起自产后，初时以为体弱未复，并未治疗。半年后在活动时晕厥，经检查诊为病窦综合征。脉率最慢时32次/分，曾用麻黄素、阿托品及中药治疗，效果均不明显。十天前在购物时又晕厥，西医建议安装心脏起搏器。刻下，患者心中烦乱，乱梦纷纭。平素月经量多，

有时在行经时上述症状加重。舌尖红，少苔，脉细迟而结，每分钟36次。此为产后阴血亏虚，心阴不足无以濡养心脉而致。当予以滋阴养血，益心复脉。用百合生脉汤加阿胶12g（烊化），艾叶9g。水煎服，日1剂。服4剂时觉心中较安定，睡眠好转，继服5剂后心率可至50次/分，并较规整。二诊以上方改沙参为党参20g，黄芪加至20g，继服。一个半月后，脉率始终稳定在60次/分，随访两年，一直坚持正常工作。

按：脉来迟缓证多以温阳益气法治之，而本病自产后，又是阴血虚损之象。前医对其多投麻黄、附子以图提高心率，但有违其阴虚之体，无异于拔苗助长。用本方重在滋阴养血，佐黄芪、桂枝温阳补气，于阴中求阳，待阴虚证减，则改沙参为党参、黄芪，加大剂量，是以气阴双补收功。

五、阵发性心动过速

阵发性心动过速是临床上常见的快速心律失常。其临床特点是突然发作，突然停止，每次发作可持续几分钟至几小时，或几天。心率多在每分钟160～220次。由于发作时异位节律点起源不同，可分为房性、交界区或室性。前两种有时心电图难以鉴别，同时临床表现和治疗措施也相仿，故统称为阵发性室上性心动过速。阵发性室上性心动过速，可见于无器质性心脏病的年轻人，常因情绪激动、过度疲劳、烟酒过量有关。更多见于有器质性心脏病的患者，如风湿性心脏病、冠心病、心肌病、先天性心脏病和甲亢患者。某些药物（如洋地黄）中毒也可引起。麻醉时，心导管检查等也可导致。妊娠期和预激症候群也常是诱发此病的因素。阵发性室性心动过速见于严重器质性心脏病，如心肌梗死、严重的心肌炎等。某些药物（如洋地黄、奎尼丁、锑剂）中毒也可引起。心脏手术、心导管检查也可导致。本病属中医心悸怔忡范畴，以虚为本，心失所养，遂致本病，生脉散滋阴益气，专救心肺之阴气，对本病疗效显著。

【病案举例】

孟某，女，21岁，心电图号71150。1990年8月16日初诊。患

者心悸心慌1天。昨日因劳累后，夜间自觉心急剧跳动，惊慌不安，短气，胸闷，汗出。经服西药肌苷、安定、维生素B_1、维生素B_6后症状略有好转。诊见患者神识清楚，面色红，说话急促，惊慌不安，皮肤湿润，舌质淡红，舌苔薄白，脉促。在今年内，类似情况已发作过两次。查体温：37℃，血压100/80mmHg，心率146次/分，律欠齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。其他检查正常。血常规：红细胞，4.5×10^{12}/L，血色素14g%，白细胞0.86×10^{10}/L，中性粒细胞76%，淋巴细胞8%。尿及大便常规正常。心电图：①窦性心动过速；②交界性心动过速；③高度房室传导阻滞（呈3:1，4:1传导），④不完全房室分离，⑤电轴右偏（+107°）；⑥极度顺钟向转位。西医诊断心律失常（心动过速）。中医辨证：怔忡（气阴两虚）。治以益气养阴，潜阳入阴。药用桂枝15g，白芍20g，龙骨30g，牡蛎30g，生晒参30g，麦冬20g，五味子5g，丹参15g，木通15g，大枣3枚，生姜3片，炙甘草15g。分4次煎服。每3~4小时服药1次，每次服200ml。次日上午复诊，患者心悸，心慌，气短，胸闷，汗出等症状已大为减轻，心率96次/分，血压80/60mmHg。嘱患者原方再服1剂。到18日上午复诊患者以上症状全部消失，舌质淡红、苔薄白，脉细缓。心率恢复正常，72次/分；复查心电图：①窦性心律不齐；②极度顺钟向转位；与初诊时的心电图比较，窦性、交界性心动过速，不完全房室分离，高度房室传导阻滞等完全消失。电轴由+107°转为97°。

按：关于怔忡的论治《杂病源流犀烛·怔忡源流》："怔忡"或由阳气内虚，或由阴血内耗……。"指出阳虚阴耗，心失所养是怔仲发病的机要，故方选桂枝加龙骨牡蛎汤以潜阳入阴，交通心肾，使阳固阴守而阴阳协调。配合生脉散，可益气生津，敛阴止汗。组方又含复脉汤之成分，可增其益气养阴，滋阴复脉的效力。再加丹参养血活血，木通通经行水，以改善心脏之负荷，对心律复常亦有很大作用。临床观察及实验证明，本方具有正性肌力作用，能增强冠状动脉血流量，改善心肌供血，调整心肌代谢，降低氧耗量改善微循环而起到双向调节心律的作用。对心动过速有显效，对其心动过缓亦有作用。此外，本方对期前收缩，冠心病心肌缺血等也有一定疗效。本方用于室

性阵发性心动过速亦有作用。但必须在用本方之同时，对引起室性心动过速的病因如高心病、肺心病、冠心病等同时进行治疗，才能得到较完整和满意的效果。

六、心房颤动

心房颤动简称房颤，是一种较常见的心律失常病症。主要表现为心悸、眩晕、气短、胸部不适等。心房纤颤属中医心悸、怔忡范畴，其病因病机：心房纤颤的病位在心，其主要症状为心悸，脉结或代，常伴有头晕、胸闷、等症状。心房纤颤的病因病机，各家认识不同。陈氏[2]认为，气阴亏虚是房颤发生和发展的主要病理机制。冠心病多发生于40岁以上，积损正衰，气阴两伤是冠心病发生的基础，进而可出现心律失常。

【病案举例】

周某，女，75岁，1996年11月14日诊。有高血压病史及喘咳史，间断服复方降压素片。2天来倦怠，喉中异物感，时或咳嗽，咳痰泡沫状，疲乏，胃纳不振，大便少、较干涩。血压135/75mmHg，心律完全不规则，心音强弱不一，未闻杂音，肺未闻啰音。舌淡红、苔薄，中稍厚腻。脉细数，参差不齐。胸部X线透视示：双肺纹理增多、增粗、模糊，右肋膈角变浅。心影见主动脉弓纡曲、延长。报告为：高血压心，右下胸膜增厚粘连。心电图报告：快速性心房颤动。中医诊为：心房颤动，证为气阴两虚，痰湿壅盛。治以益气养阴，除痰祛湿。处方：太子参、茯苓各15g，麦冬、何首乌、瓜蒌皮各12g，款冬花、枳壳各10g，葶苈子、大腹皮各6g，橘络、五味子各5g，甘草3g。水煎服，每日1剂。11月18日复诊：服药3剂，症状明显减轻，胃纳可。心电图检查报告示：窦性心律，左心房负荷增大。

按：心房颤动在老年人中颇为常见，绝大多数发生于有器质性心脏病的患者，如冠心病或高血压心脏病。其直接原因以外感或肺部感染为多见，其次为过度劳累，可能与高龄器官功能衰退有关。一般认为心房颤动为功能性、可逆性改变，老年患者中，在头晕、心悸、气短等症出现后数天内，未有1例能自行恢复正常心律，而服药后一般

1～3天可恢复窦性心律，似可说明中药有一定作用。因中药有改善心脏功能，解除外感或肺部感染等诱发因素或合并症，提高机体抵抗力，改善整体机能的作用，故能促使恢复正常心律。心房颤动证属怔忡，老年人气血虚衰，卫外不固，脏腑功能差，外邪侵犯，或饮食不节，或劳累，即易耗气伤津，心脏受累，无力鼓动血脉而致气血循行紊乱，心跳无节奏，怔忡作矣。参考现代医学，认为心房颤动可由窦房结自律性低落，或传导功能发生障碍而引起，均提示可用补法或并用活血化瘀、消痰散结法治之。生脉散益气养阴，振奋元气，对心脏气阴不足之证，用之常有效。该方药味少，便于针对兼夹症灵活加味，故见效快。西洋参益气养阴，气足力专，可酌情用。由于患者年事已高，自觉症状又较严重，此时即需好言宽慰，使之安定情绪，树立康复信心。处方用药时，针对心脏症候为主，顾及兼症，如合并外感者，切不可发散太过，只能在生脉散的基础上加味。

七、心动过速伴房颤

心房颤动（简称房颤）是指心房肌发生了混乱的不同步收缩，失去了原来应有的心房收缩功能，同时使心室的跳动失去了规律性，变得极不规则而易使心室率增快。这是一种较为常见的心律失常，在成年人中都有发生，但在老年人中更为多见。大部分发生在有病变的心脏中，如心肌梗死后，心脏瓣膜病变或各种心脏病变以及高血压性心脏病中。有时某些心外因素，如甲状腺功能亢进、酒精中毒性心脏病，心房颤动常是首先表现的症状，尤其在老年人中。此外，胸腔内的各种感染或胸部大手术的围术期，在老年人中亦容易发生房颤。在部分无明显器质性心脏病的健康成年人中亦有发生房颤者，称为特发性或孤立性心房颤动，它的发生随年龄增长而增多。房颤症状的轻重受心室率快慢的影响。心室率慢时，病人甚至不觉察其存在；心室率快时，则有心悸、眩晕、气急等；心室率超过150次/分，病人可发生心绞痛与充血性心力衰竭。它对血液动力学的影响，主要是因为心房无规律的收缩而心室率又极不规则，有许多心搏是无效运动，严重影响心室充盈，使心输出量减少；另外，房颤发生后，可使心房内血栓形成，血栓脱落后可引起动脉栓塞形成严重并发症。房颤通常分三

类：①阵发性房颤，一般发作几分钟，几小时甚至1～2天，一般小于7天。大多自行转为窦性心律，但可反复发作。②持续性房颤：指房颤发作持续了一周以上，但在一年以内，尚有可能转复成正常的窦性心律。③永久性房颤，指房颤发作持续了一年以上甚至几年，很难转复成正常的窦性心律。阵发性心动过速，是临床上常见的快速心律失常。其临床特点是突然发作，突然停止，每次发作可持续几分钟至几小时，或几天。心率多在每分钟160～220次。由于发作时异位节律点起源不同，可分为房性、交界区或室性。前两种有时心电图难以鉴别，同时临床表现和治疗措施也相仿，故统称为阵发性室上性心动过速。本病属中医心悸怔忡范畴，以阴虚无以制阳为多见，生脉散益气滋阴敛阳，治疗本病取得良好疗效。

【病案举例】

胡某某，男，52岁。1995年10月20日初诊。患者诉1993年11月突然自觉心悸、怔忡，胸闷异常，经某医院急诊查心电图，诊断为室上性心动过速伴房颤，予注射西地兰而缓解。嗣后经常急诊（每周1～2次不等）。诊见：心悸，胸闷，口干，脘腹饱胀，纳呆，夜寐不安，精神萎靡。血检：抗链“O”2500U，血沉35mm/h。既往有风湿性关节炎及慢性肝炎病史。苔厚腻，脉细数。证属心阴不足，心神失宁，脾胃不和。治拟补养心阴，和胃安神。处方：丹参、川百合、北秫米各12g，半夏、赤苓、娑罗子、麦冬各9g，五味子、炙甘草各6g，大枣7枚，苏子、龙骨、牡蛎、淮小麦各30g。上方出入用药20剂后，房颤逐渐好转乃至消失，胃纳亦启，但仍胸闷，气短，胸膺部偶有痛感，并有内痔突出，舌红、苔薄，脉细。上方丹参改太子参，去秫米、百合、赤苓、娑罗子，加升麻6g、槐角12g，景天三七15g，万年青根、茶树根各30g。服药3周来，房颤未发，诸症均有改善，再拟养心益气，疏肝和胃。药用：五味子、升麻、八月札各6g，太子参15g，丹参、麦冬、娑罗子、沉香曲、川楝子、郁金、谷芽、麦芽各9g，槐角12g，万年青根30g。经前后一个半月治疗，房颤症状消失，病情稳定，偶而前来复诊，仍以原方随证加减，巩固疗效。

按：本例室上性心动过速伴房颤，大致属中医心悸、怔忡范畴，

系由心气亏虚、心阴不足所致，故以生脉散益气养阴，甘麦大枣汤缓急润燥，养心宁神作为主药，其中“人参”一味以丹参或太子参代用，以防益气太过，且丹参另具养血、安神、活血之功。另据病情，酌用半夏、秫米健脾燥湿，和胃安神，苏子、娑罗子疏肝理气宽中，赤苓利湿。因本例的心悸、怔忡均是心气不足的征象，故始终未用附子、干姜一类温药，以免伤阴劫液，而是选用了万年青根（有类似地高辛的药理作用）、茶树根（类似氨茶碱的药理作用），达到强心而不伤阴的目的。至于升麻、槐角，则专为治“痔疮”而设。

八、心房纤颤

孙某，男64岁。1989年5月初诊。患有冠心病史十余年，阵发房颤一年半。平素常觉心悸、胸闷隐痛而长期服用冠心苏合丸、复方丹参片等药。房颤初时每月发作3～4次，近3个月来，发作频繁，有时甚至一日数次，重时需静脉推注西地兰控制。现自觉心中悸动不安，懊恼烦躁，恶与人交谈。口苦、纳呆，小便灼热不畅。舌质略黯，苔白而干，舌下静脉迂曲扩张，脉细促。证属肝肾不足，心阴溃乏，心阳偏亢。治宜补肝肾、育心阴而抑心阳。处方以百合生脉汤加减：百合30g，知母9g，沙参30g，麦门冬12g，五味子6g，枸杞子12g，沙苑子12g，生龙骨15g，莲子心3g，苦参98，桂枝3g。水煎服，每日1剂。服5剂后心烦、口苦大减，小便亦较畅，其间房颤曾发作1次。二诊用原方减生龙骨，加黄芪20g，丹参20g，川芎9g。继服30剂，房颤发作明显减少，自从服中药1个半月来仅发作2次，以后随访1年，房颤虽未全除，但仅偶有发作，且症状亦轻。

按：人到老年阴气自半，加之久服芳香温通之剂，真阴暗耗，劫肝肾，上扰神明，故见阴不敛阳，脉来促疾。先治以滋补肝肾之阴，潜镇心阳，收效后即加人黄芪、丹参、川芎，去重镇之龙骨，是顾其有瘀血之证，并年老久病，以免心气下陷。

九、早搏

早搏是指异位起搏点发出的过早冲动引起的心脏搏动，为最常见的心律失常。根据早搏起源部位的不同将其分为房性、室性和结性。

其中以室性早搏最常见，其次是房性，结性较少见。早搏可见于正常人，或见于器质性心脏病患者，常见于冠心病、风湿性心脏病、高血压性心脏病、心肌病等。早搏亦可见于奎尼丁、普鲁卡因酰胺、洋地黄或锑剂中毒；血钾过低；心脏手术或心导管检查时对心脏的机械刺激等。可无症状或有心悸。心脏听诊有心搏提前，其后有较长间歇期，可有绌脉。频发室早呈二联律者可发生晕厥。本病属中医心悸怔忡范畴，临床多见气阴两虚证，生脉散治疗本病疗效较为满意。

【病案举例】

1. 徐某，女，16 岁，工人，1995 年 5 月 16 日来诊。自述于 1994 年 11 月因感冒发热后出现心慌、气短，曾在市医院诊为病毒性心肌炎，住院治疗 2 个月，临床证明好转出院。近半月因工作劳累，情志不畅致病情复发，查体温 36℃，脉搏 86 次/分，呼吸 22 次/分，血压 90/60mmHg，双肺（－），心前区未闻及病理性杂音，心律不齐，心电图提示频发室性早搏，呈三联律。主症：心慌，气短，乏力，头晕，胸闷，舌质淡暗，苔薄白，脉结代，综观舌脉证，辨证为心悸，属气阴两虚，心脉瘀阻，治宜益气活血，养心安神，给予口服复脉养心汤加瓜蒌 20g、延胡索 10g。服药 1 疗程后，心慌减轻，其他症状明显好转，心电图提示：偶发室早，继服上方一疗程后，诸症消失，心电图提示：正常心电图。按：早搏属中医学中“心悸”“怔忡”范畴，临床以脉结代等症较为多见，且气阴两虚较多，所以在治疗中应用本方。本方为生脉散合养心汤而化裁。生脉散有益气养阴复脉功能，养心汤有养心安神之功。诸药共用共奏益气养心、通脉宁神之功效。本方应用中医辨证与辨病相结合，随证加减用药，可取得更好效果。现代实验研究证明，生脉散有正性肌力作用，能增加冠脉流量，改善心肌代谢、抗心律失常等。

2. 付某某，女，34 岁，干部，1993 年 3 月 21 日初诊。患者于 1992 年秋，一次感冒后开始觉心慌、气短、失眠多梦，四处求医，并住院治疗二月余，临床症状略有缓解而出院，近日因旧病复发来诊。检查：体温正常，心率 96 次/分，血压 120/80mmHg，心界不大，心前区未闻明显杂音，心律不齐。心电图提示：频发室性早博。症见心悸、气短、胸闷，左胸刺痛，失眠多梦，神疲纳呆，舌质暗红

有瘀点，苔薄白，脉沉细涩而结。辨证属心脉瘀阻，气滞血瘀。投方玉竹生脉汤加丹参30g，炒枣仁30g，香附12g。连进10剂。4月1日复诊，甚喜，言服药后，诸症减轻。效不更方，再进10剂。4月13日再诊，诸症若失，仅于劳累或气恼时，有心悸、气短、胸闷之症，复查心电图正常。守原方加全瓜蒌10g，再进10剂调理。

按：早搏，属于中医心悸、怔忡病证范畴，临床多以气阴两虚为本，阳亢悸动为标。自拟玉竹生脉汤，以生脉散加玉竹而成，生脉散具益气养阴，养心复脉，佐以玉竹之滋阻益气，共奏益气养心，滋阴复脉的功效。实验提示：生脉散具有正性肌力，增加冠脉流量，改善心肌代谢、抗心律失常等作用。尤其生脉散能增进内分泌功能而使全身功能得到调整，从而起到益气养心，滋阴复脉的作用。玉竹具有增强心肌收缩力，旺盛冠状循环，又能改善心肌缺血的心电图异常。对早博频发，病程较长患者，配伍用苦参、葛根等抗心律失常中药，更可增效。从临床效果看，玉竹生脉泻治疗早搏，标本兼治，作用持久，复发率低。因此，临床上在早搏的治疗中，益气养阴是不可忽视的一法。

3. 男，32岁，因心悸2个月于2003年1月20日初诊。1个月前感冒，出现发热、咽痛，2日后症状消失，但后来出现心慌、胸闷憋气，在当地医院经查心肌酶学及心电图诊断为病毒性心肌炎，静滴抗病毒、营养心肌的药物治疗10余日，心悸减轻，复查心肌酶学正常，心电图：偶发房早。3日前因注射流感疫苗后觉心悸加重，稍劳即疲，自汗，并伴有口周疱疹、口腔溃疡，舌质暗，舌尖红，苔薄黄，脉结代。动态心电图：频发室早，3920次/24h，多发生于白天活动时。辨证：邪毒流连，气阴两伤。治则：益气养阴，清热解毒，活血复脉。方选黄芪生脉散加减：西洋参4.5g，黄芪30g，麦冬18g，黄精15g，知母12g，板蓝根30g，苦参15g，山豆根15g，玄参15g，莲子心9g，丹参30g，当归15g，生甘草6g。水煎服，日1剂。服药6剂，2003年1月27日二诊，心悸明显减轻，口腔无溃疡，仍易疲劳，自汗减轻，心烦失眠，舌质暗红，苔薄白，脉细数。上方减板蓝根加五味子9g，继服12剂。2003年2月17日三诊，上述症状消失，在当地复查动态心电图：偶发室早，230次/24小时。

4. 孙某，女，35岁，农民。患者于2月前不明原因出现心悸、胸闷、短气，呈阵发性发作，时常失眠，考虑问题较多，略劳动即出虚汗，乏力，月经先后不定期，量少色淡。查体：血压105/75mmHg，精神尚可，巩膜无黄染，两颧微红，心率100次/分，无杂音，心律不齐，可闻及早搏4~6次/分。双肺无湿啰音，腹软，肝脾未扪及，舌质红，少苔，舌尖部有裂纹，脉促。心电图示：频发室性早搏。心脏B超、血常规、血沉、抗链球菌溶血素“O”均无异常。辨证：气阴两虚，心失所养。处方：党参15g，麦冬15g，五味子10g，龙骨、牡蛎各30g，远志10g，酸枣仁15g，柏子仁10g，丹参15g。日1剂，水煎服。3剂后复诊：心悸明显减轻，胸闷消失，出汗亦减少，睡眠好，心率80次/分，律齐无早搏。上方连服9剂，心悸、胸闷消失，周身有力，睡眠正常，出汗停止，心电图示正常，继进3剂以巩固疗效，共服药12剂，终获痊愈。

按：本例患者表现属气阴两虚、心失所养之征，治宜气阴双补，养心安神，以生脉散加味治疗。方中党参、麦门冬、五味子、龙骨、牡蛎益气养阴敛汗；酸枣仁、远志、柏子仁养心安神，其中酸枣仁既能养心安神，又具敛汗之功；丹参活血且能安神。

十、冠心病

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称。是指供给心脏营养物质的血管——冠状动脉发生严重粥样硬化或痉挛，使冠状动脉狭窄或阻塞，以及血栓形成造成管腔闭塞，导致心肌缺血缺氧或梗塞的一种心脏病，亦称缺血性心脏病。冠心病是动脉粥样硬化导致器官病变的最常见类型，也是危害中老年人健康的常见病。本病属中医胸痹心痛范畴，因阳微阴弦、寒凝气滞、血瘀痰阻而致本病，病久伤津耗气，伤阴伤阳，生脉散益气滋阴，生脉敛汗，对其阴两虚证型疗效十分显著。

生脉散能益心气，养心阴，以恢复心脏之功能，冠心2号方则能化淤血，通心脉，以除心脉之痹阻，两方合用则心气得复，淤血得除。若痰浊内停可合用温胆汤；气虚甚者加黄芪、当归；阳虚内湿痹阻者可合苓桂术甘汤；胸阳不振者可加瓜蒌、薤白、桂枝；高血压者

加玄参、牡蛎、夏枯草；血脂偏高者加茵陈、泽泻、葛根；脉象搏指有力而硬者加牡蛎。

【病案举例】

1. 彭某，男，46岁。于1982年患病，在当地医院住院治疗，诊断为“冠心病”，经治疗好转后出院。1982年10月因病情时常发作来院就诊，证见：心慌、气短、胸部闷胀疼痛，每于劳累后加重，舌质淡，苔白微厚腻，脉结代。证属心气不足，痰浊痹阻，予生脉散合冠心2号方加温胆汤，服10余剂，舌质转红润，苔薄白，脉仍结，时有胸部闷胀痛。予上方去温胆汤加瓜蒌、薤白；又服10余剂，胸痛愈，脉仍结；又予复脉汤去阿胶加赤丹参、红花，数剂后脉不结，仍守生脉散合冠心2号方续服。约半年痊愈，后2次赴西藏完成了协作工程。

2. 王某，女，58岁，干部，1997年3月16日诊。自述胸部痹塞，背部困痛，乏力，咽干；失眠，舌红干，脉细数。多普勒示：前壁、后侧壁心肌缺血，既往无心绞痛或心肌梗死史，诊为缺血性心脏病。辨属气阴不足，神明失养，心脉痹阻。用生脉散合冠心Ⅰ号方加减出入，连服6剂，已能安睡，胸闷背痛亦减。继服24剂，诸症基本消失，身轻神爽，多普勒复查示前壁、后侧壁心肌缺血消失。嘱服生脉饮（北京同仁堂生产）、复方丹参片巩固。随访至今，未见复发。

3. 高某，女性，65岁。因反复心悸、胸闷5年，伴头痛、头晕2年，加重2月，于2000年7月以“冠心病、高血压病Ⅱ期”入院。最高血压达200/105mmHg，但近1年来血压比较稳定，维持在170/100 mmHg，症见头痛头晕，耳鸣目眩，心悸胸闷，烦躁，口干苦，舌红少津，脉弦滑。外院多次实验室检查示血清甘油三酯偏高，心电图示ST改变，外院曾诊断为“原发性高脂血症，冠心病”。查：神清，面潮红，两肺（－），心浊音界向左下扩大，心率78次/分，律齐，主动脉瓣区第二心音增强；腹软，肝脾（－），颜面及双眼睑轻度浮肿，胆固醇94mmol/L，甘油三酯25mmol/L，高密度脂蛋白22mmol/L，心电图示Ⅱ度房室传导阻滞，胸片示主动脉弓突出，左心缘扩大。诊断为冠心病，高血压病Ⅱ期；证属气阴两虚，瘀血阻

络，阴虚阳亢。治拟益气养阴、活血祛瘀、滋肾平肝。方用丹七生脉散加钩藤、僵蚕、怀牛膝、黄芩、女贞子、旱莲草、夏枯草。每日1剂，水煎，分早、晚2次服用。连服1周后，血压逐渐下降，心悸、胸闷、头痛、耳鸣有所减轻，但仍感轻微头晕、心悸，上方加炒酸枣仁、玉竹、莲子。1个疗程后，血压稳定在145/95mmHg，复查心电图有明显改善，血脂明显下降。为巩固疗效，坚持长期以丹七生脉散加减，3天服1剂。随访至今，病情稳定，能胜任基本日常工作。

按：本病病机为本虚标实，本虚为气阴亏虚，标实以血瘀为主，又多夹气滞、寒凝、痰浊。故治以益气养阴、活血祛瘀、滋补肝肾。大量临床及实验资料表明，生脉散对心血管系统有较强的调节作用，能提高窦房结功能，增强心肌收缩力，降低心肌耗氧量；活血化瘀药具有改善血液流变学及心脏微循环、扩张血管、增加冠状动脉血流量的作用，因而能改善心肌缺血缺氧的状态，防止体内血液凝结及降低血液粘稠度。丹七生脉散中重用丹参、三七，合四物汤活血祛瘀，扩张冠状动脉，增加冠状动脉血流量；合山楂降低血液粘稠度，降压降脂，强心通脉；太子参、麦冬、五味子益气滋阴，黄芪补气强心，能改善心肌营养及增强心肌收缩力，并有抗心律失常作用；枸杞、黄精滋补肝肾。全方具有针对病因、调节代谢、改善症状等一系列作用，施之于冠心病，疗效颇佳。

4. 王某，女，74岁，因反复心悸、胸闷5年，伴头痛头晕3年，加重2月，于1992年11月以“冠心病高血压病Ⅱ期”入院。症见：头痛头晕，耳鸣目眩，心悸胸闷，烦躁，口干苦，舌红少津，脉弦滑。一般检查：血压186/105mmHg，颜面及双眼睑轻度浮肿，心浊音界向左下扩大，心律52次/分，主动脉瓣区第2心音增强。胆固醇9.5mmol/L，甘油三脂2.6mmol/L，高密度脂蛋白2.3mmol/L，心电图示Ⅱ度房室传导阻滞，胸片示主动脉弓突出，左心缘扩大。诊断为冠心病、高血压病期，证属气虚血瘀，阴虚阳亢。治拟益气活血、育阴潜阳、平肝熄风。方选丹楂生脉散加石决明、钩藤、怀牛膝、黄芩、木通、女贞子、旱莲草、夏枯草，每日1剂，水煎按早中晚3次服用。连服1周后，血压逐渐下降，心悸、胸闷、头痛、耳鸣有所减轻，但仍感轻微头晕、心悸，上方加炒枣仁、玉竹、莲子，去木通、

黄芩，连服30剂后，血压稳定在130/90mmHg，复查心电图有明显改善，住院40天，好转出院。为巩固疗效，长期坚持以丹楂生脉散加减治疗，改为2天1剂，后又改为3天1剂，长期坚持治疗，随访至1997年8月，病情稳定，且能做较轻的家务劳动。

按：丹楂生脉散中，重用丹参、生山楂活血祛瘀，扩张冠状动脉，增加冠脉流量，降压降脂，强心；太子参、麦冬、五味子补气滋阴，黄芪补气强心，能改善心肌营养及增强心肌收缩力，并有抗心律失常作用；瓜蒌壳、桔梗宽胸理气，全方合之有益气养血，滋阴活血祛瘀等功。

5. 陈某某，男，48岁，1991年6月4日入院。心前区呈阵发性压缩性疼痛8天，每次发作3~5分钟。1991年3月15日，因生气劳累突然发病，发作时疼痛向肩背及同侧上臂内侧放散不敢动，恐惧心悸、气短、自汗，经含冠心舒合丸或硝酸甘油片疼痛缓解。发作后胸闷不舒，伴心烦易怒，眩晕，手足心热，腰酸膝软，乏力，心悸，气短。当时住院被诊断为冠心病，口服潘生丁、脉通等西药，治疗1个疗程，因疗效不显，于6月4日，转入我院治疗。既往史：高血压病2年，嗜烟酒20来年，形体肥胖，舌质淡略暗，脉弦细，血压150~100mmHg。心电图：窦性心律，心率71次/分，ST段V_3、V_5下移0.1mV，T波倒置，不完全性右束支传导阻滞。胆固醇290mg，二级高血压眼底。诊断：胸痹（冠心病、心绞痛劳力型级）病机：心脉瘀阻，心肾虚，肝阳上亢。治宜化瘀通脉，养心补肾，滋阴潜阳。方用冠心痛脉汤加减：药用党参20g，五味子15g，麦冬15g，丹参50g，川芎20g，三七粉5g（冲服），延胡索20g，降香7.5g，瓜蒌20g，薤白15g，牛膝30g，代赭石30g，石决明50g。共经40天的治疗，上述症状逐渐缓解，心电图正常，血压128/88mmHg，临床治愈出院。该患者上班3年余，未见复发。

按：冠心通脉汤为心病本虚标实而设，方中人参或党参、麦冬、五味子、生脉散，具有益气复脉、敛阴生津、止汗之功，可推动血运，改善冠心病所表现的心悸、气短、自汗、脉结代等症状，以治其本。据报道，生脉散对改善冠心病患者左室顺应性，降低左室舒张末期压力，增加每搏输出量、心输出量及降低心肌耗氧量等方面均有一

定的作用。丹参味苦微寒，入心包经，具有养血活血、化瘀通心脉之功。认为这可能与丹参增加冠脉流量，促使侧支循环开放有关，川芎辛温入肝经，有活血化瘀行气止痛之功，属血中气药。不少单位用它治疗冠心病取得了较好的疗效。三七片微苦微温入肝胃经，有活血化瘀通脉止痛之效，有报道治疗冠心病有一定的疗效。延胡索辛苦温入脾经，具有行气止痛、化瘀通脉之功，与丹参、川芎、三七配伍活血化瘀通脉止痛之力更强，以治心脉瘀阻之标实。生脉散与丹参、川芎、三七、延胡索其活血化瘀合用，具有相辅相成的作用。而标本兼顾，具有扶正不留瘀、化瘀不伤正之作用，有人认为在益气治本的基础上加用活血化瘀药治疗效果可进一步提高。瓜蒌配合薤白具有益痹通阳、行气止痛之效，是治疗冠心病的常用中药。

6. 刘某某，男，55岁，农民，1993年5月10日就诊。患者近5天自觉胸部有压迫感，晚间休息时严重，在重体力劳动时气短、汗出，在卫生室曾用过“氨茶碱、复方丹参片”无明显效果，来院就诊。查体：体温36.8℃，脉搏78次/分，呼吸14次/分，血压150/90mmHg，查心电图诊断：①窦性心律；②冠状动脉供血不足。经辨证属于心气虚证，给以生脉散加黄芪20g，白术12g，苏子15g，川芎12g，赤芍10g，甘草10g。水煎服，日1剂，连服5天。复诊患者自述病情明显好转，胸闷、气短消失，肢体较前有力。上方去苏子，加丹参20g，继续服用10剂，查心电图为大致正常。1年后随访，健康如常。

按：生脉散由人参、寸冬、五味子组成，全方具有益气生津之作用。通过益气生津而增加血流量，再加壮阳、活血祛瘀之药，而使其血通瘀祛而胸闷、胸痛自止。总之本方具有补心气养心血、益脾胃作用，重在扶正，可增加肌体抗病能力。加壮阳药以纠正阳虚所造成的不足，加活血祛瘀药能疏通气滞，增加血液流通。这样益气生津是治本，活血祛瘀为治标。标本同治，以治本为主。

十一、冠心病心绞痛

冠心病心绞痛是指因冠状动脉供血不足，心肌急剧、暂时的缺血缺氧所引起的临床症候。主要表现为突然发作的胸骨后和左胸前疼

痛，呈压榨性或窒息性，可向左肩、左臂直至无名指与小指放射。疼痛持续1~5分钟，但很少超过10~15分钟，休息或含服硝酸甘油可缓解。心绞痛多因劳累、饱餐、情绪激动诱发。发作时，患者面色苍白，表情焦虑，甚至可出冷汗。本病归属中医胸痛、心痛范畴。早在《素问·缪刺论》有“卒心痛”、“厥心痛”之称。其病因病机：心痛的病位在心，但与肾、肝、脾关系密切，可在心气、心阳、心血、心阴不足或肝、肾、脾失调的基础上，兼有痰浊、血瘀、气滞、寒凝等病变，病因病机比较复杂，但总属本虚标实之病证。本虚以脏气亏虚为主；标实以血瘀痰阻为多见。脏气亏虚以心为主，心之气血阴阳，又以心气虚为主，心气虚可进而导致心阳不足，阳气亏虚，鼓动无力，清阳失展，血气行滞，不通则痛。心痛病位在心，其本在肾。年老体衰，或心阴心阳不足，久而及肾，心肾阳虚，阴寒痰饮乘于阳位，阻滞心脉而作心痛。血瘀痰阻，又以血瘀为多见，因于寒凝、热结、痰阻、气滞、气虚等因素，皆可致血脉郁滞而为瘀证。血瘀停着不散，心脉不通，故疼痛如刺如绞而痛处不移。

【病案举例】

1. 王某，男，55岁，干部。因胸闷如窒而心痛频作8天，加重1天，于1997年11月8日上午以心痛（冠心病心绞痛）收入院。平素有酸辣食物及烟酒嗜好史，并发现高血压病史已3年。入院症见：心痛，伴心悸、神疲、乏力，肢体沉重，形体肥胖，舌质淡红、苔白腻，脉弦滑。心电图示：窦性心律、冠状动脉供血不足，电轴左偏、心内膜下心肌梗死未排除。四诊综合，本病属中医的心痛范畴。病位在心，但与脾、痰浊关系密切，证属本虚标实，痰浊闭阻型。患者因过食肥甘酸辣及烟酒，致脾胃损伤，运化失健，聚湿成痰，痰为阴邪，其性黏滞，停留心胸，则窒塞阳气，脉络阻滞而酿成此证。痰浊盘踞，胸阳失展，故心悸，胸闷如窒而心痛。脾主四肢，痰浊困脾，脾气不运故肢体沉重，神疲乏力。舌质淡红，苔白腻，脉弦滑为痰浊闭阻之征。治以豁痰化浊，宣通心阳，方投瓜蒌薤白半夏汤加减（瓜蒌、薤白、法半夏、陈皮、枳实、竹茹、茯苓、甘草），10日二诊：心痛发作次数明显减少，但仍有胸闷、心悸，且睡眠欠佳。心电图复查：窦性心律，电轴左偏，冠状动脉供血不足，心内膜下心肌缺

血。仍守上方加丹参、郁金、薏苡仁，并静滴丹参注射液。13 日三诊：诸症悉减，心痛偶尔发作。心电图示：心内膜下心肌缺血已明显改善。11 月 18 日四诊：近几天未出现胸闷、心悸、心痛等症状。稍觉头晕乏力，舌质淡红、苔少，脉弦细。痰浊闭阻已除，本虚已明显，改用四君子汤加味以补益心气，振奋心阳，并加静滴生脉针、高丽参针治疗 10 天，心痛及诸症未再出现。11 月 29 日心电图复查：窦性心律，电轴轻度左偏。同意病人出院，执上方 7 剂。随访 1 个多月，心痛未再复发。

2. 刘某，女，48 岁，务农。1998 年春节前来就诊，携带病历 1 份，有心电图诊为冠状动脉供血不全，登车试验阳性。血常规化验无异常。主诉：半月前因劳力发病，心悸严重，入夜极难入睡，勉强入睡少有动静即可惊醒，心慌更难控制，遂即心憋，喉间紧缩，脑间疼痛阵作，服消心痛、倍他洛克、心可舒、阿司匹林等效果不显。察舌：质淡苔薄白，脉沉细缓重按即无。血压：140/90mmHg，心音弱律正，心率 58 次/分。诊断：心肾两虚，尤以气血不足为最。治则：补气养血、益肾安神、活血通络行气。处方：炙甘草 10g，红参 10g，桂枝 10g，麦冬 10g，五味子 6g，阿胶 12g，龟板 12g，熟地 12g，丹参 20g，红花 5g，姜黄 10g，降香 10g，玻珀粉 6g，分两次冲服 5 剂。二诊：诸症大减，夜已能入睡 4 个多小时，脉细无力。上方减红花、姜黄、降香，加檀香 5g、砂仁 6g。连服 10 余剂病愈停服，至今未再用药。

3. 李某，女，65 岁，1999 年秋患尿血症住院月余，住院时多用双黄连、先锋霉素等静滴治疗。患者素有高血压病史，降压药终年不断，今又患心脏病前来就诊。初诊：左胸疼痛，活动则头晕心慌胸痛加重，面唇苍白，语言断续，口干舌质谈无苔，脉沉小结代，少用力则模糊不清。分析：患者住院治疗做了各种各样的探查、取样、化验也没有查出尿血的原因，亦出现心绞痛。从中医角度来看，应该是中气不足，不能摄血，长期输液用双黄连等苦寒伤阴损及心阳以致气血俱伤，不能灌注五脏，故虚症百出，血不畅通所致。诊断：气阴两虚心血瘀阻。处方：生脉散加丹参饮：红参 12g，麦冬 10g，五味子 6g，丹参 15g，檀香 6g，砂仁 6g，水煎服。患者服 5 剂后，亦平静如常，

只是四肢乏力，不能起床活动，按原方服用30余剂，除血压外诸病消失。

按：冠心病、心绞痛之血脉瘀阻，与西医学的动脉硬化相一致，治疗上无论治标治本，发作期或缓解期切勿忘活血通脉，使血脉畅通心脉得养，通则不痛。然通之之法，中医学则有独特见解，即虚者补之为通，实者泻之为通，寒者温之为通，热者清之为通，所以“通”还是以辨证施治才能达到目的，上两例病案都离不开生脉饮取得的治疗效果，三药合用能大补元气，敛汗生脉外，现代学研究证明：生脉散及其成分有抑制血小板聚集释放作用，增加冠脉血流量，改善心肌缺血，有正性肌力作用，有类假强心苷的作用，调节心肌代谢，降低耗氧量，改善微循环。亦有认为人参及五味子均具有抗脂质过氧化作用，能消除氧自由基，对于氧自由基损害心脏和脑线粒体，具有保护功能；人参可增加垂体肾上腺皮质系统功能，当机体受到不良刺激时，人参可保护垂体肾上腺皮质功能，免于衰竭，从而加强应激力。麦冬还有增加耐缺氧的作用。

十二、心肌缺血

心肌缺血为冠心病常见病理表现之一，属祖国医学之胸痹、心痛范围，然而无症状型冠心病，无典型的心痛、胸痹症状，但其特点是中老年好发，每伴随胸闷体倦、肢困乏力等症，可与“虚劳”相类似。其病理基础是年老体衰，精气亏虚，以致气阴两虚，气虚则血行无力，心脉不畅，阴虚则营血失养，心脾气阴双虚，心脉瘀阻遂发本病。

【病案举例】

1. 某男，62岁，1994年6月11日以“前列腺增生”住院时经心电图检查发现“心肌缺血”，出院后间断服用心痛定、阿司匹林1月余，复诊见患者神疲乏力，失眠多梦，但无胸痛、气短等症，二便正常，舌淡少苔，脉细，血压150/90mmHg，心电图示肢导低电压，T_{avL}低平，ST $v_3 \sim v_5$下移>0.1mV，证属气阴两虚，心神不宁，治以益气养阴，安神宁心，给予黄芪生脉散加远志10g，水煎服，每日1剂，服药7剂，精神、睡眠转佳，原方去远志继服20余剂，复查心

电图大致正常，原缺血性 ST－T 改变消失。

2. 某女，50 岁，1997 年 10 月 5 日初诊，自述患“心肌缺血”已 2 年余，反复发作胸闷憋气，心前区不适，活动后尤甚，常服脉通、丹参滴丸、消心痛等药，病情反复不定。体查：体质肥胖，手足发冷感，神疲乏力，舌质紫暗，边有齿痕，苔薄白，脉弦细，心电图示 $ST_{Ⅱ、aVL、aVF、V_4 \sim V_6}$ 压低 0.05 ~ 1.0mV，$T_Ⅰ$ 双向，$T_{Ⅱ、Ⅲ、aVF、V_5}$ 倒置，血液流变呈高凝状态，证属中医胸痹，气虚血瘀寒凝。治疗以基本方加附子 10g，桂枝 6g，7 剂水煎服，1 周后复查，四肢转温，原心电图 T 波倒置消失，唯全导 ST－T 低平，原方去附子，继服 10 剂后，心电图恢复大致正常，血液流变学明显改善。

按：采用益气养阴、活血通络之法，自拟黄芪生脉散加味，以黄芪、党参补益心脾之气，麦冬、五味子滋养心肾之阴，丹参、葛根活血通脉，诸药相伍使精充气，阴血盛，五脏之气安和，心脉通畅，其病遂愈。据现代药理研究：黄芪、党参、麦冬、五味子均具有明显的免疫增强作用，生脉饮全方还提高抗病能力，具有显著的抗衰老作用，黄芪通过稳定缺氧心肌细胞，保护线粒体及溶酶体，从而增强心肌抗缺氧能力，最终达到保护心肌细胞的目的；丹参具有扩血管，降血脂，改善微循环，增加冠状动脉流量，同时，有稳定心肌细胞膜，消除氧自由基，从而减轻心肌损伤程度和加快其修复。通过观察，该方随证加减，能明显改善异常的血液流变学指标，推测其通过抑制血小板聚集功能，扩张血管，改善微循环。足量党参、黄芪通过提高心功能，即补气，从而使血液流变性改善，即化瘀。是符合中医“气行则血行”理论，虽无明显活血药而达到了活血化瘀之功。

十三、急性心梗

急性心梗是冠心病中的一个非常严重的类型，主要病因是冠状动脉粥样硬化导致冠状动脉闭塞、血流中断，使管腔变窄或堵塞，供血急剧减少或中断，心肌因缺血缺氧而坏死，从而导致心脏功能的严重损害，死亡率较高。据统计，约有 1/3 至 1/2 的患者在送至医院之前死亡。本病是中医胸痹心痛范畴，以寒凝、气滞、血瘀、痰阻，多虚多瘀为临床特点，本脉散滋阴益气，生津复脉，使心肺之气阴化生，

朝心肺之气阴于百脉。专为本病所设，临床疗效极为显著。

【病案举例】

1. 赵某，男，62岁。以一过性昏厥伴胸闷、恶心、呕吐、腹泻6小时入院。查血压75/53mmHg，神志清，烦躁，面色苍白，口唇紫暗，大汗出，心界不大，心率42次/分，律不齐。既往患脑梗塞病史2年。急查心电图示右室壁及间隔大面积心肌梗塞并Ⅲ°房室传导阻滞。立即给予溶栓、抗心律失常治疗，同时请中医会诊。症见烦躁不安，面色苍白，口唇青紫，汗出肢冷，舌暗苔白，脉结代。属心阳虚衰，阴寒内盛，瘀血内停，闭阻心脉，心阳欲脱之证。治以益气温阳，活血化瘀，回阳固脱。处方：人参15g，黄芪30g，附子15g，肉桂10g，白术15g，茯苓20g，麦冬30g，五味子20g，当归20g，龙牡各20g，桃仁15g，红花15g，延胡索15g，枳壳15g，炙甘草30g。连服6剂。二诊：烦躁、汗出、肢冷大减，面白唇紫消失，腹微胀，不欲饮食，乏力，舌暗苔白脉沉细无力。查血压75/60mmHg，仍用升压药维持，心电图房室传导阻滞已转为Ⅱ°，于上方中去龙牡、肉桂加莱菔子、焦三仙以健脾行气，继服6剂。三诊：烦躁、汗出、肢冷等症均消，现口干，乏力，大便干，舌尖微红，苔白根部微黄，脉沉。查血压已恢复正常，升压药已停用，心电图心律失常已明显好转，房室传导阻滞仍为Ⅱ°，心肌梗塞部位的ST段已恢复到基线水平，T波倒置，进入慢性期改变。故于上方中去附子，人参减量为10g，加生地、大黄以滋阴通腑。又服6剂后，除仍感乏力外，余症均消。改生脉散合八珍汤加减，继服10剂，治愈出院。

按：心肌梗塞是冠状动脉血流急剧减少或突然中断而造成的相应的心肌严重而持久地急性缺血所导致的心肌坏死。其死亡率较高。近年来由于饮食结构的改变，该病的发病率也在逐年上升。由于本病发病急，病情危重，故治疗也均以西医治疗为主。

2. 患者男，68岁。因心慌、胸痛2天入院。2天前因劳累过度引起心慌气短，胸痛逐渐加剧，用止痛药物未能缓解，伴恶心呕吐、头晕。既往有高血压病史21年，冠心病史8年。诊见痛苦貌，面色无华，口唇紫绀，舌质暗、苔薄白，脉沉细缓结代。查体：双肺无异常，心率43次/分，律不整，第一心音低钝，心电图示：Ⅱ、Ⅲ、

aVF 导联可见病理性 Q 波，PR 间期无固定规律，PP 间期均等，$ST_{Ⅱ、Ⅲ、aVF}$ 抬高 0.5mV，呈弓背向上，$T_{Ⅱ、Ⅲ、aVF}$ 倒置，ST_{V5} 降低 0.15mV。诊断：急性下壁心肌梗塞并高度房室传导阻滞。证属气阴两虚，瘀血阻络，治宜益气养阴，活血通脉。方用人参 10g，麦冬 10g，五味子 10g，丹参 18g，赤芍 10g，郁金 10g，生地 10g，半夏 10g，仙灵脾 10g，桂枝 12g，炙甘草 10g。水煎服，每日 1 剂，6 剂后，胸痛未再发作，心悸、恶心等症状明显减轻，心律变为规整。心电图符合心肌梗塞演变期，但仍感胸闷气短，脉沉细无力，舌质暗红，上方去半夏加黄芪 18g、石斛 10g，10 剂后，自觉心前区舒畅，余症状明显缓解，此乃气阴复，脉络通，仍以上方增减调理月余，诸症均去，心率 67 次/分，律整，心电图 $ST_{Ⅱ、Ⅲ、aVF}$ 回至等电位线，病情稳定出院。

按：患者年迈体弱，元气渐衰，其发病多虚。而本病则以心气亏损，阴血不足为主。心气虚衰则无力运血，心血不足则血脉不充亦使血行不畅，因阴血互生，心血虚则心阴亦亏，故心气虚损，阴血不足均可致瘀血阻络，心失所养而发病。正如张景岳云："凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚则不滞，虚者无有不滞者"。所以本病以气阴两虚为其本，瘀血阻络为其标，治宜益气养阴，活血化瘀，方用生脉散以益气养阴。药理实验证实该药可疏通冠脉循环，增加血氧供应，并有提高心脏功能之作用。丹参、赤芍活血化瘀，生地养阴补血，陈皮既可防气滞又可增加活血之力，炙甘草益心气，为治疗心动悸、脉结代的有效药物，并可调和诸药。以上各药通补兼施，相得益彰。临床实践亦证实中西医结合治疗老年急性心肌梗塞疗效优于单纯西药组。

3. 吴某，男，46 岁，干部，1995 年 1 月 20 日入院。患者早晨吃饭时，突然引起剧烈胸痛、胸闷、汗出、恶心、呕吐，急送本病房治疗。做心电图提示广泛前壁心肌梗塞 V_1、V_2、V_3、V_4 导联有坏死 Q 波，ST 段抬高 1.5mV，测血压 75/53mmHg。患者胸闷、胸痛、面色㿠白、大汗淋漓、舌淡、苔薄白，脉沉细无力。系心阳欲脱，气阴两虚，治以回阳救逆，益气养阴。处方：人参 12g，熟附子 15g，干姜 10g，麦冬 15g，五味子 15g，炙甘草 10g。服药 3 剂后，汗出停止，

胸痛、胸闷减轻，测血压98/60mmHg，服药10剂，患者胸痛消失，胸闷减轻，脉搏有力，测血压112/75mmHg，血压稳定后配合其他治疗措施，20天后病情痊愈出院。

按：生脉散滋阴益气，生脉敛汗，救心之气阴于危难之际，四逆散回阳救逆，两方相合，共救心之阴阳。

4. 李某某，女，71岁，于1992年10月13日入院，患者既往有高血压病史10年余。10月12日下午饱食后，自感上腹胀满，恶心、呕吐2次，未特殊处理。次日清晨6时许，突然剧烈胸痛，痛向背部放射，伴有面色苍白，大汗淋漓，四肢发凉，含服速效救心丸后稍缓解，急查心电图，报告为：急性广泛前壁并膈面心肌梗塞。入院后给予常规处理，肌注婴粟碱、安定，静脉点滴硝酸甘油、蝮蛇抗栓酶，口服消心痛、心痛定等，病情基本控制，但患者住院6日，未解大便，已用番泻叶、滋脾润肠丸治疗3日无效，邀余诊治。患者脘腹憋胀，疼痛拒按，纳呆，嗳气，口臭，夜难入眠。查体：心音低钝，心率80次/分，双肺底可闻小水泡音，舌红苔黄厚腻，脉滑，考虑为伤食积滞，郁而化热，治宜消食导滞。方用大黄6g，芒硝3g（冲服），炒莱菔子15g，焦三仙各12g，当归30g，甘草6g，肉苁蓉30g，1剂。服药8小时后大便2次，上述症状逐渐消失。2日后患者精神疲惫，恶心欲吐，查房见全身皮肤散在红色小疹，瘙痒，测血压60/30mmHg，考虑静脉点滴蝮蛇抗栓酶迟发过敏反应，随停用蝮蛇抗栓酶，加用多巴酚丁胺、酚妥拉明静脉点滴。5日后，患者皮肤再次出现红色丘疹、瘙痒，伴见面色苍白，嗜睡，多汗，四肢发凉，少尿，测血压60/30mmHg，诊断过敏性休克，患者虽为过敏体质，但过敏原不清，治疗除日服消心痛外，停用一切西药。患者年高体胖，舌苔黄腻而花剥，脉细弱。证属气阴两虚，血瘀痰阻，治宜益气养阴、活血祛瘀除痰通络，用生脉散、冠心五号、瓜蒌薤白半夏汤化裁。太子参12g，生地15g，麦冬15g，五味子15g，丹参30g，郁金15g，赤芍15g，降香9g，当归15g，川芎15g，桃仁6g，红花6g，瓜蒌20g，半夏12g，黄芩12g，甘草6g。每日1剂，连服3剂，血压回升，心衰纠正，诸症消失，再守原方治疗3周，精神食欲均好，带药10剂出院，随访半年，病情稳定。

按：急性心肌梗塞患者往往合并大便秘结，而用力排便既可加重病情，又能诱发再次心肌梗塞，故应保持大便通畅。本例患者年高体胖，6日未解大便，用消食导滞之中药1剂见效，首先消除了急性心肌梗塞的一个诱发因素。急性心肌梗塞属中医胸痹、心痛范畴，病机为心脉瘀阻，特点为本虚标实，对于过敏体质的患者，西药的运用更应谨慎，而运用生脉散、冠心1号、瓜蒌薤白半夏汤三方化裁，则可使气阴得补，瘀血渐化，痰去络通，病得痊愈。

急性心梗属中医胸痹范畴，称之为真心痛。随着国内外医学的发展和进步。采用了高压氧和监护系统以及综合治疗措施的应用，病死率有所下降。但其合并心源性休克和心力衰竭的疗效尚差，正如《内经·素问》中所述“真心痛，手足青至节，旦发夕死。……”中医学认为真心痛的发生属于本虚标实。瘀血痹阻心脉为其发病主要环节，《素问·痹论》曰“心痹者，脉不通也”。现代临床病理研究亦证实有80%以上的急性心梗与冠状动脉内血栓形成有关。由于心肌血流量减少，而降低了心肌氧张力，增高了抑制心肌作用的代谢物的浓度，因而降低了心肌收缩力。其改变程度和心肌梗塞的面积范围大小呈正相关。急性心梗的治疗目前尚无非常针对性的有效药物，从其发生的病理生理来考虑，治疗主要着重于一方面采取积极措施来维持心肌功能，另一面积极改善血液供应。我们在临床上采用大剂量生脉注射液合丹参注射液联合应用，归之为益气化瘀法。

5. 韩某，男，64岁，工人、因胸前区压榨样疼痛伴肢冷。汗出30分钟于1996年10月14日来诊。既往有冠心病史8年。查体：脉搏43次/分钟，呼吸27次/分钟，50/40mmHg，急性痛苦貌，面色晦暗，唇绀，肢冷，汗多，双肺无异常，心率43次/分钟，律齐，第一心音低钝。心电图示：I、aVF导联可见病理性Q波，$ST_{I,avF}$抬高0.06mV，呈弓背向上，$T_{II、III,avF}$倒置，ST_{v5}降低0.16mV。诊断为急性下壁心梗并心源性休克。予生脉注射液20ml缓慢静脉注射，每隔10分钟一次。静脉注射4次后，心率达56次/分，血压83/75mmHg，肢体转暖，汗出减少，继予生脉注射液60ml合丹参注射液30ml加入5%葡萄糖液500ml中静滴，40分钟后，自觉胸口憋痛减轻，血压升至90/60mmHg，心率56次/分，心电图示：ST段回降0.4mV。用药

4日后，觉心前区舒畅，余症状亦明显缓解。心电图显示：ST段回至等电位线，T波直立，有病理性Q波形成。病情稳定转普通病房。

6. 某某，男性，72岁，1978年4月26日上午10时因心悸4小时，昏厥一次来急诊，患者神清，面色灰白，心率56次/分，律齐，心音低钝，呼吸20次/分，两肺可闻少量湿啰音，血压113/53mmHg，心电监测，出现室早、短阵室速，以“心律失常”收住人院，经吸氧，解痉止痛，补充血容量，中药用生脉散：白人参12g，党参30g，麦冬30g，北五味子10g等治疗病情逐渐好转，5月4日上午，心电图检查 $V_4 \sim V_7$ ST段呈水平型压低0.5～lmV，$V_{1\sim2}$抬高1.5mV，弓背向下，诊断为“侧壁心梗”于5月2日病情好转出院。

按：生脉散有滋阴益气、生脉敛汗的作用，选用生脉注射液是生脉散的静脉制剂。现代研究认为生脉散能有效地提高心肌中DNA的含量，保护缺氧状态下的心肌细胞，并能促使损伤的心肌细胞再生，因而成为治疗心肌梗塞合并休克的理论基础。其静脉制剂每10ml含红参1g，麦冬3.12g，北五味子3.16g，功效不减。含有多种有效成份如人参总皂苷及麦冬内幽体皂苷，具有增加心肌收缩力，提高心脏泵血功能，保护缺血心肌，降低心肌氧耗量，改善微循环，稳定而持久地提升血压功用。丹参注射液近来应用范围广泛，具有抑制血小板凝集，促进纤溶，抑制血栓形成，扩张冠状动脉，从而促进闭塞的冠脉再通，具有良好的溶栓止痛功能。二者合用，具有作用协同，相辅相成的作用，未见有不良反应。

在正常情况下，血管运动中枢不断发放冲动沿传出的交感缩血管纤维到达全身小血管，使其维持着一定的紧张性。当血管运动中枢发生抑制或传出的交感缩血管纤维被阻断时，小血管就将因紧张性的丧失而发生扩张，结果是外周血管阻力降低，大量血液淤积在微循环中，回心血量急剧减少，血压下降，引起神经源性休克（neurogenic shock）。本病属祖国医学绝症范畴。生脉散生脉益气滋阴敛汗，对本病急救有奇效。

7. 王某，男，56岁，2001年12月14日会诊。患者有肺心病病史多年。1周前因呼吸急促、面色黎黑发绀、神志不清、汗多尿少，烦躁不安、四肢厥冷收人本院。经用西药静脉滴注，血压维持在60

~80/36~40mmHg，停用西药血压又下降，如此反复发作，并陷人半昏迷状态，偶见少许咳嗽，胃纳差，口干，舌淡、苔黄干焦，脉弦细无力、尺脉尤弱。检查：患者神志不清，形体消瘦，呼吸音粗且急促，皮肤冷汗多。西医诊断：休克；中医诊断：厥脱证。急当回阳固脱，救津扶阴，方用生脉散合增液汤化裁。处方：高丽参、麦冬、五味子各12g，生地黄、龙骨、牡蛎各30g，玄参20g。1剂，水煎服。药后见舌稍有津液。第2天上方易高丽参为党参，再进1剂，患者气稍平顺，但苔干黄复现，仍守上方去党参，复用高丽参，加石斛15g，续服1剂。第3天患者神志转清，尿量稍增，血压仍未回升，当加强养血和阴之品，以促进气血运行，故上方去龙骨、牡蛎，加当归12g、白芍20g，又服1剂。第4天患者精神已趋好转，血压已回升，脉象已转有力，苔转灰黑，仍用上方加何首乌15g以滋养肝肾，连服2剂，症状明显好转，血压已稳定。上方易高丽参为党参，连服10剂后，灰黑苔已退，患者自觉轻松，但仍心悸，睡眠较差，继续服用原方20剂，病愈出院。

按：本案病情复杂，其临床表现易与心肾阳亏、阴寒内盛的寒厥证混淆，但患者素有肺心病病史，且长期咳喘，致肺肾阴亏，气阴耗伤，水火不济，灼烁津液，而津亏血少，血脉不充则血行障碍，血失所养，甚至出现四肢厥冷、面色发黑、发热、汗多、喘促气短、烦躁不安、神志不清等症状，此属中医厥脱证。治疗上以回阳固脱、救津扶阴为主，方选生脉散合增液汤化裁。方中用五味子敛肺滋肾，生津敛汗以防散泄；取麦冬润肺养阴，益胃生津除烦；更用高丽参大补元气以回阳固脱；生地黄、玄参凉血养阴，加龙骨、牡蛎滋阴潜阳救津固脱。而气血贵在调和畅通，气行则血通，故在三诊时加用“血中之气药”当归，促进气血运行。现代医学研究表明，生脉散对心源性休克有一定的保护作用，养血药物当归、白芍、何首乌等能扩张冠脉，增加冠脉血流量，改善心肌微循环，增加心肌营养，增加血流量，从而使血压提升。因辨证准确，选方精当，故收良效。

十四、心源性休克

心源性休克是心泵极度衰竭引起的休克综合征。治疗的首要目标

在于迅速恢复组织灌注，提高中心灌注压，增加冠脉流量，维持生命器官的血液供应。使用拟交感胺类药物如多巴胺等，虽能迅速起到增强心肌收缩力，收缩血管，升高血压的作用，但这类药物同时增加心肌的耗氧量，可使急性心梗坏死区外周的心肌缺血性损伤加重，导致坏死面积扩大，心泵功能进一步恶化。急性心梗并心源性休克时，常用的治疗心衰的药物使用大都受到限制，洋地黄可引起致命的心律失常，使病死率增高，强烈的利尿剂只能使组织灌注恶化，血管扩张剂可使舒张压进一步降低，冠脉灌注减少而加重心肌缺氧损伤，仅在肺毛细血管嵌楔压（PCWP）增高或外周总阻力过高而无血压过低时可能有效。多巴酚丁胺也属拟交感胺类药物，而且对 β_2 及 α 受体作用很小，维持冠脉灌注压不及多巴胺。因此，进一步寻求修复心肌缺氧损伤，改善心泵功能的药物用于该病的治疗具有一重要意义。

【病案举例】

1. 陈某，男，64 岁。原有冠心病史十余年，劳累后，夜间突感胸骨后部剧痛，伴恶心呕吐。自服硝酸甘油无效。于发病后 6 小时急诊入院。体检：体温 35.5℃，血压 60/40mmHg，表情冷淡，面色苍白，口唇紫绀，肢体湿冷，皮肤起花纹，胸骨部皮肤指压试验阳性。尿量 18ml/h，心浊音界轻度扩大，心音低钝，心率 147 次/分，呈奔马律，两肺呼吸音粗糙，肺底部可闻及湿性啰音。心电图：窦性心律，142 次/分，V_1 V_2 导联 QRS 呈 rS 型，V_3，V_4 呈 QR 型，ST 段 V_2 ~ V_4 抬高 0.4mV，呈单向曲线。提示急性前壁心肌梗死，窦性心动过速。血 WBC16.2 × 10^9/L，N 0.78，L 0.22，Hb115g/L。SCPK > 200U/L。急性心梗并心源性休克。即按生脉散中西医结合治疗方案救治，12 小时后，患者精神好转，缺氧改善，心率减慢，肺部啰音消失，尿量增多（35ml/h），皮肤转温，血压回升。36 小时后，休克完全纠正，心电图改善，SGPK 较前降低（150U/L）。此间，心电示波发现偶发室性早搏，予利多卡因 200mg 静注，而后未再出现。患者住院两周，病情好转稳定出院。

按：生脉散是中医学中“益气复脉”的古今名方，很多学者用于治疗心血管疾病认为疗效显著。急性心梗并心源性休克时，心气虚已转为气衰阳脱，出现意识障碍，肢体厥冷，脉微欲绝。心液随阳外

溢，分布失衡。此时以生脉散益气养阴固脱治疗是合理的。近代研究生脉散中的主药人参对人体多器官系统具有广泛作用，其“适应原”样作用，能提高机体的适应性，促进机体正常功能的恢复，可使低血压或休克状态下的血压升高。人参等益气中药用于冠心病的治疗，可增强运动耐力，改善左室功能，增加心肌血流量，减低耗氧量。并能通过抑制血小板的聚集和释放产生活血化瘀作用。

近年来，生脉散抗心肌缺氧的机制已经实验研究，心肌细胞缺氧时发生的超微结构改变，线粒体功能抑制及细胞膜通透性增加，生脉散具有防治作用。还有人用 Doppler 超声血流测定仪和循环功能测定仪观测到生脉散能降低冠心病患者的外周血管阻力，增加有效的循环血量。临床和实验资料表明，生脉散确为治疗急性心梗并心源性休克的理想方剂。

2. 患者张某，男，60 岁。该患以频发胸骨后疼痛，胸憋闷 2 天，以冠心病心绞痛收人院。入院后第 2 天，突然出现持续性胸骨后压榨痛，大汗出，动则心悸气短，急查心电：$V_{1\sim5}$ST 段抬高弓背向上，病理性 Q 波，诊断：广泛前壁心梗。立即予镇静，止痛，吸氧，溶检，扩血管，极化液等药物治疗，后又出现高侧、下壁、后壁梗塞，呼吸因难，烦躁不安、血压 75/56mHg，心率 120 次/分。诊断：心梗、心衰、心源性休克。在原治疗上又加用升压药物以多巴胺静脉滴注以维持血压正常水平，连续用药 3 天，且血压只能维持在较低水平。后请王老诊治，见患者四肢不温，面色㿠白无华，口唇发紫，舌淡，苔滑，脉细促无力。诊为厥脱证，气阴耗伤兼血瘀。治以益气养阴活血固脱。处方如下：红参 50g、附子 15g、五味子 15g、麦冬 20g、桂枝 30g，桃仁 15g、红花 10g、丹参 30g，水煎服频频饮之。

服上药后约 2 小时，患者自觉胸闷减轻，气促明显好转，四肢皮肤转温，血压升至 95/75mmHg，12 小时后继服一剂，血压稳定，厥脱证恢复。此后基本以上方出入调治 15 日，病情稳定。继以红参为主的生脉散治疗约半年时间，现仍健在。

按：生脉散是祖国医学中“益气复脉”的古今名方，滋阴益气，生脉敛汗，很多学者用于治疗心血管疾病认为疗效显著。心气虚已转为气衰阳脱，出现意识障碍，肢体厥冷，脉微欲绝。心液随阳外溢，

分布失衡。此时以生脉散益气养阴固脱治疗是合理的。

十五、感染性休克

感染性休克又称中毒性休克或败血症性休克，是由病原微生物（细菌、病毒、立克次体、原虫与真菌等）及其代谢产物（内毒素、外毒素、抗原抗体复合物）在机体内引起微循环障碍及细胞与器官代谢和功能损害的全身反应性综合征。感染性休克多发于老年人、婴幼儿、慢性疾病、长期营养不良、免疫功能缺陷病人；恶性肿瘤或手术后体力恢复较差等，常见于革兰阴性杆菌感染、中毒性菌痢、中毒性肺炎、暴发型流行性脑脊髓膜炎、革兰阳性球菌败血症、暴发型肝炎、流行性出血热、厌氧菌败血症、感染性流产等。休克晚期死亡率较高。感染性休克的临床表现：早期：寒战、体温骤升或骤降、血压正常或稍偏低、脉压差小，面色苍白，唇轻度发绀、呼吸深而快、尿量减少；中期：低血压（收缩压在80mmHg以下）和酸中毒，呼吸浅快，心率快，心音低钝，烦躁不安、嗜睡。晚期：血压持续偏低或测不出，可发生弥漫性血管内凝血，表现为皮肤、黏膜和内脏出血，常同时出现肺、肾、心、肝、脑等多器官功能损害、衰竭。本病属中医厥证，生脉散益气滋阴，生脉复气，对本病支持具有重要意义。

【病案举例】

1. 女，34岁，于1994年8月20日就诊。患者因感受暑热之邪而致发热、口干、口苦、汗出、未及时治疗，二天后病情加重。症见：神疲体倦，咳嗽，痰粘稠不易出，身热大汗出，口渴，尿少，舌燥无津，脉细无、少而数。查体：体温39℃，血压80/50mmHg，两肺底可闻及湿啰音。胸片示：两下肺感染。查血WBC：20.0×10^9L，N：0.84，L：0.16。诊断：双肺感染并休克。处理：5%葡萄糖盐水500ml加生脉注射液30ml每日一次静滴，配合清开灵30ml注射液加入5%葡萄糖中静滴每日二次，必要时行物理降温，二天后尿量增加，体温降至正常，血压回升至104mmHg。一周后症状消失，予中药调养。

按：感染性休克相当于中医学“厥脱、热厥”范畴。在内科急诊中较为常见，且病情危笃，变化迅速，若救治不及，常可危及生

命，但只要抓住病机，治病起来，便得心应手。中医理论认为：热厥是由热毒内盛，耗伤气阴，使阴阳之气不相顺接所致。治宜泻热毒，养阴益气。

2. 患者男性，54岁，1988年1月住我院。因畏寒发热，胸闷气短、咳嗽、四肢逆冷，血压下降，以休克型肺炎收入内科病房。会诊时患者血压靠多巴胺、阿拉明维持在78/56mmHg，撤减药物时血压下降，同时伴见低热，咳嗽、痰多黄白相兼，神而少气懒言，四肢不温，舌暗红、苔灰垢腻，脉细滑数。脉症合参，证属热厥，虚实夹杂，正虚邪实，痰热壅肺。治拟清肺化痰，益气升压，方取泻白散合生脉散加减。拟方：鱼腥草20g，杏仁、薏苡仁各10g，桑白皮10g，地骨皮15g，瓜蒌皮10g，枳壳10g，云苓10g，五味子6g，生芪30g，党参15g，升麻10g，麦冬10g，4剂，每日1剂。加用中药后撤减血管活性药，血压稳定在98～109/71～79mmHg。复诊时体温正常，仍咳，痰多色白，时有少量血丝，起床后头晕，乏力，舌暗红，苔白腻，脉濡略滑。在原方基础上去升麻，加淡黄芩、蒸百部，进一步调治而愈。

按：本例次泻白散清肺化痰，生脉散以益气升压，取得较好疗效，据现代药理报道，生脉饮可增强心肌收缩力，动物实验证明对狗急性失血性休克有明显的升压作用。对正常血压无明显影响。临床观察，用生脉注射液抢救休克患者，能使血压回升。

十六、心跳骤停

心脏突然停止有效的排血，使血液循环停顿称为心跳骤停。有三种类型：心室颤动；心室按自身的节律性慢而无效地收缩；心室静止。常见于冠心病、心肌炎、心律失常、电解质紊乱、药物中毒或过敏及神经反射性作，如颈动脉窦综合征等。表现为意识突然丧失，心音听不到，血压测不到，呼吸微弱或停止，并有瞳孔散大、紫绀、神经反射消失等。应立即进行心脏复苏术。本病属中医厥证范畴，亡阴亡阳多见，生脉散急救心脉于危亡之际，专为本病所设，临床疗效相当显著。

【病案举例】

患者男，60岁，因头晕，双下肢乏力4小时于1996年6月2日下午8时45分来诊。起病前无呕吐，无腹泻，生活、工作无任何特殊。查体：血压105/68mmHg，呼吸20次/分，脉搏76次/分。神清，疲倦，心率76次/分，频发早搏，肌张力降低。心电图示：频发室早，低钾血症。8时50分，患者突然意识丧失，四肢抽搐，颈动脉搏动消失，随后呼吸停止。心电监护示：室颤，随即心脏胸外按压，静注利多卡因50mg，高丽参注射液、生脉散注射液各20ml，8时55分恢复窦性心律，随后呼吸恢复，神志转清。随即查：血钾2.6mmol/L，即大量快速静滴及口服氯化钾，静滴高丽参注射液、生脉散注射液及利多卡因。9时25分，心电监护显示再次出现室颤，病人双手握拳抽搐，意识丧失，即胸外心脏按压，再予静注利多卡因50mg，高丽参注射液、生脉散注射液各20ml，9时30分恢复窦性心律。9时46分第3次监护仪显示室颤，病人意识丧失，双手紧握上抽，唇面紫绀，即予胸外心脏按压，静注利多卡因50mg，高丽参注射液、生脉散注射液、参附注射液各20ml，未效，静注肾上腺素1mg，并于9时54分以300J电击除颤，患者恢复窦性心律，仍频发室早，神志转清，呼吸恢复，此时加快补钾，继续静滴高丽参注射液、生脉散注射液，室性早搏逐渐减少，中午12时30分室性早搏消失，心率80～90次/分，复查血钾3.2mmol/L，继续原来补钾及中药注射液治疗，下午3时复查血钾3.87mmol/L，血清谷草转氨酶（GOT）、血清乳酸脱氢酶（LDH）、血清肌酸磷酸激酶（CPK）均正常，肌力、肌张力渐复正常。6月3日床边活动，6月4日步行出院。最后诊断：低钾血症，周期性麻痹。

按：本例西医诊断明确为低血钾致严重心律失常，最后致心跳骤停，治疗上除心、肺、脑复苏外，主要是快速足量补钾，病人先后出现3次心跳骤停，当时血钾仍未补足，均能抢救成功，除正确的心、肺、脑复苏外，大量的中药高丽参注射液、生脉散注射液、参附注射液的应用也是一个重要的因素。中医诊断本病为厥证（阳气虚脱），而人参有大补元气，回阳固脱之功，现代医学药理亦证实人参有加强心肌收缩力，提高心排血量，减轻心肌损害，兴奋心血管及呼吸中

枢，降低周围血管阻力，增强组织灌注等作用，附子有升压作用，故抢救过程中用生脉注射液、高丽参注射液、参附注射液对抢救成功及迅速康复起了较好作用。另心跳骤停及电击除颤后多有心肌损害，但本例投用高丽参等中药后心电图及心肌酶学显示无心肌损害，亦证实高丽参有保护心肌作用。故此病例抢救，集中西医之长，收到较好的效果。

十七、风湿性心脏病

风湿性心脏病（简称风心病）是常见的一种心脏病，是风湿 病变侵犯心脏的后果，表现为瓣膜口狭窄和/或关闭不全，患者中女多于男。受损的瓣膜以二尖瓣为最常见，也可以几个瓣膜同时受累，称为联合瓣膜病变。由于瓣膜炎症反复发作，瓣膜增厚并缩短、粘连和纤维化造成瓣膜关闭不全和狭窄。早期可无症状，随时间的推移产生心脏增大、心律失常，一般经过10～15年逐渐出现心力衰竭。本病属中医胸痹心痛范畴，生脉散对本病，特别是急救疗效满意。

【病案举例】

1. 叶某某，女，40岁，农民，1989年7月16日初诊：患者有风心病史15年，3天前因外出遭雨淋，全身尽湿，今全身浮肿，面色苍白，自汗肢冷，腹部胀大，胸闷心悸，气急尿少，脉细弱，舌淡苔白腻。辨证：心阳虚衰，水气凌心。急投益气回阳救逆法，用茯苓四逆汤合生脉散加味：云茯苓、麦冬各15g，西党参20g，淡附片、广地龙、炙甘草、山萸肉各10g，五味子、干姜片、川桂枝各5g，三七粉3g（冲），3剂后，厥逆已回，自汗止，四肢转温，水肿明显消退，心悸气急好转。前方去山萸肉，加怀牛膝15g、五加皮10g，共服15剂，肿尽退，腹水消，气急平，心悸亦愈。后续进补益心肾之剂5剂，以巩固治疗。

按：患者素有风湿性心脏病，心阳衰微，不能温煦脾肾致使水湿泛溢，浊阴内阻，水气上逆凌心，故见心悸喘汗，肢冷，脉细弱，证属阳虚欲脱之象，方用茯苓四逆汤合生脉散加桂枝、萸肉，益气敛汗、温阳救逆，广地龙、三七粉活血祛瘀，强心平喘，故阳回寒消，诸症悉除而获良效。

2. 男，16岁，因心慌、喘气4天，加重3小时于1994年5月24日入院。既往“风湿性心脏病”史10年，常感心慌、气短，遇劳或受凉加重，先后多次住院。5天前，因受寒而诱发咳喘、心慌，且小便短少，下肢水肿。静滴青霉素并服止咳药2天，症状逐日加重，伴心前区闷胀不适，不能平卧，凌晨1时来院急诊。查体：血压60/39mmHg，意识清，精神极差，端坐位，呼吸浅快，唇绀，颈静脉怒张，心界向双侧扩大，心尖搏动弥散，心尖部可扪及舒张期震颤，平均心率126次/分，房颤律，心尖部可闻及4~6级全收缩期粗糙吹风样杂音，向左腋下传导，并可闻及舒张期隆隆样杂音，双肺可闻及大量湿啰音，腹软，肝肋下3cm，质韧，肝颈静脉回流征阳性，双下肢轻度水肿，肌肤湿冷，脉搏细弱不易触及。诊断为风湿性心脏病，二尖瓣狭窄并关闭不全，心房颤动，心力衰竭Ⅲ度，心源性休克。立即给予强心、利尿、纠正酸中毒治疗，2小时后心悸气促减轻，血压不见回升。遂用生脉注射液20ml加入50%葡萄糖20ml中缓慢静注，续以生脉注射液30ml加10%葡萄糖250ml静滴。30分钟后可以触及脉搏，1小时血压升至90/60mmHg，脉搏稍有力，小便增多，肌肤转暖，休克初步纠正。生脉注射液滴完后改用青霉素静滴，6小时后血压又降至60/39mmHg，于是再用生脉注射液30ml加10%的葡萄糖250ml静滴，1小时后血压升至110/75mmHg，此后以生脉注射液30ml加入10%的葡萄糖250ml中静滴，每日1次，持续5天。血压110/75mmHg，一般情况良好。经中西药调治半月，心力衰竭纠正出院。

十八、病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是指人体感染嗜心性病毒，引起心肌非特异间质性炎症。该炎症可呈局限性或弥漫性；病程可以是急性、亚急性或慢性。急性病毒性心肌炎患者多数可完全恢复正常，很少发生猝死，一些慢性发展的病毒性心肌炎可以演变为心肌病。现在发现引起病毒性心肌炎的所谓嗜心性病毒可以是一组病毒：肠道病毒、黏病毒、腺病毒、麻疹、腮腺炎、乙型脑炎、肝炎、巨细胞病毒等。但是绝大多数病毒性心肌炎是由肠道病毒中的柯萨奇病毒和埃可病毒引起。其中柯

萨奇病毒B组的1~5型和A组中的1、4、9、16和23型病毒以及埃可病毒中的6、11、12、16、19、22和25型病毒最为常见。尽管目前世界对病毒性心肌炎发病机制尚未完全明了，但是随着现代病毒性心肌炎实验动物模型和培养搏动心肌细胞感染柯萨奇B组病毒致心肌病变模型的建立，对该病发生机制的阐明已有了很大的发展。以往认为该病过程有二个阶段：①病毒复制期；②免疫变态反应期。但是近来研究结果表明，第一阶段除有病毒复制直接损伤心肌外，也存在有细胞免疫损伤过程。急性病毒性心肌炎患者多数可以完全恢复正常，很少发生猝死。一些慢性发展可成为心肌病。部分患者在心肌瘢痕明显形成后，留有后遗症表现：一定程度的心脏扩大、心功能减退、心律失常或心电图持续异常。病毒性心肌炎，据其症状属于祖国医学心悸、怔忡、胸痹等范畴。《证治准绳》曰："心悸之由，不越两种，一者虚也，二者饮也。气虚者，由阳气内虚，心下空虚，火气内动而为悸也。"《张氏医通》云："夫气虚者，由阳气内微，心下空虚，内动为悸……阴虚者，因水不能制火，故时悸时烦，跳动不宁。"因此，本病临床以气虚或气阴两虚型多见。治疗应以益气养阴为法，使阴血足则脉道充。气阳复则心脉通，阴阳调而诸症宁，取《医学启源》之生脉散加味。现代药理研究已证实，生脉散可增强心肌收缩力，改善冠脉血液循环，减轻心肌细胞水肿，促进心脏功能恢复。"肺主气，肺气旺而五脏之气皆旺"。故方以人参为君，甘温补肺，大补元气，正如《医方集解））所说："气充而脉复，故曰生脉也。"麦冬甘寒养阴生津、清心泻热除烦而为臣；五味子酸温敛汗生津，收耗散之气为佐，臣佐相伍，具有酸甘化阴之义。

【病案举例】

1. 廖某某，女，10岁，1993年6月12日。病孩半年前患感冒，经治疗，外感好转，却出现心悸、气短、神倦等症状。西医作心电图检查诊断为病毒性心肌炎。服西药病证好转，但药一停，心悸又复发，出汗多，不能活动，否则病情加重，故求中医配合治疗。其症状为面白、心悸、神倦、出汗多、口渴、苔黄质红、脉数。辨证为小儿病久致使气阴两亏。治宜气阴双补，处方为自拟加味生脉汤，药用：党参、黄芪、麦冬、枣仁、生地、玉竹、白芍各10g，五味子6g，谷

麦芽、浮小麦各15g，炙甘草8g。服用2剂后，病儿稍有好转。复诊时根据症状略为加减，继续治疗两月余，病孩自觉症状消失，又作心电图检查，恢复正常。

按：病毒性心肌炎，祖国医学虽无此名，但根据其症状表现，似属于中医所说的“心悸”、“怔忡”、“胸痹”等范围。本病多发于青少年，一般是因外感治疗不及时，致使病邪深入，由表及里，由腑传脏而出现的心悸症状。轻者证见心慌、心悸，重则心房纤颤。现代医学认为本病是感染病毒、细菌和立克次体等所致。该病往往虚实夹杂，见证多端，疗法各异。虚以气阴两虚为主，实以余热未清为多见。治疗宜以辨证论治的原则，分清阴阳虚实，标本先后，对症治疗，才能达到满意的疗效。上面列举的病例属小儿慢性病毒性心肌炎，是由上呼吸道感染所致。该小儿久病心悸、汗多，耗损心血心气，形成气阴两虚。故在自拟的加味生脉汤中，用生脉散补益气阴，另加黄芪补气，配浮小麦止汗，白芍养血敛阴，生地、玉竹养阴生津，谷麦芽、炙甘草补中益气，促使机体功能逐渐恢复，两月后临床症状慢慢消失。

2. 张某，男，22岁。1997年11月24日初诊。患者1月前曾有咽痛发热，热退后不注意休息，嗣后感到胸闷气短，心悸心慌，倦怠，上楼尤感疲乏。曾住院检查，心电图示：室性、房性、室上性早搏；血清谷草转氨酶68U/L，肌酸磷酸激酶254U/L，血清中检测到抗柯萨奇病毒抗体，住院治疗2周后出院。刻下：胸闷心悸，气短，神疲乏力，口干口渴，舌红苔薄，脉结代。证属气阴两亏。治宜益气养阴。用生脉散加味。药用：党参20g，广郁金10g，苦参15g，黄芪20g，麦冬10g，五味子9g，生龙骨、生牡蛎各30g，白术10g，陈皮6g，胖大海、炙甘草各10g，丹参15g，赤芍、当归各10g，红花9g。另生晒参10g，每日煎汤同上药同饮。共服45剂，患者自感精神爽，神疲乏力，胸闷气短减，脉律齐，即去上班。

按：患者感邪后耗气伤阴，阴虚则心失所养，气虚则鼓动无力，血行不畅，瘀阻于内则心悸气短，病变在于气阴不足和血瘀，属正虚邪实。方中人参、麦冬、五味子是生脉散组方，以益气养阴。根据“气为血帅，气行则血行”之旨，加黄芪、党参、白术益气之品扶助

正气；配合川芎、丹参、赤芍、当归、红花活血化瘀；生龙牡重镇安神；苦参抗心律失常；胖大海利咽祛邪。共奏益气养阴、活血化瘀之用。药证相合，故在短时间内恢复正常。根据现代药理研究，生脉散具有强心升压作用，文献报道活血化瘀药物对改善心肌纤维及后遗疤痕有促进作用，所以治之有效。

3. 陈某，女性，36 岁，教师，1998 年 6 月 25 日初诊。患者心慌、胸闷，甚则头晕、休息后稍缓解，经多次治疗，疗效不显，曾赴南昌某医院诊为病毒性心肌炎。近日来因劳累后病情加剧，双下肢轻度水肿，睡眠欠佳。门诊以心肌炎收入院治疗。查：神清，血压 119/80mmHg，心尖部可闻及 II 级收缩期杂音，律不齐，心率 52 次/分。心电图示：窦性心动过缓伴不齐，频发室性早搏。患者自觉胸闷，气短，心前区隐痛，心悸失眠，神疲乏力，口干咽燥，盗汗，舌红、边有瘀点，苔少，脉结代。西医诊断为病毒性心肌炎，中医辨证属气阴两虚，方用炙甘草汤加减：炙甘草 15g，人参 10g，五味子 10g，生地、火麻仁各 10g，桂枝 10g，龙齿 15g，龟胶 10g，丹参 15g，远志 10g，服药 15 剂后，胸闷、心悸明显减轻，活动后仍感头晕、气促，心电图示频发室性早搏。继服巧剂后，症状消失，心电图示偶发室性早搏，续服 15 剂，心电图正常，痊愈出院，共治疗 3 个疗程，随访 2 年未复发。

按：综观脉证，患者术气阴两虚之证。方用炙甘草汤合生脉散，炙甘草汤又名复脉汤，复脉生脉是治疗本例患者的主旨，心为五脏之大主，心之气阴虚，百脉气阴皆虚，故用生脉复脉合剂。

4. 张某某，女 41 岁，胸闷、心悸两年余。西医诊断为病毒性心肌炎后遗症，每到春季即觉心悸明显，乏力懒言，咽干不欲饮，夜寐差、舌红、苔薄黄，脉结代。心电图示频发室性早搏，中医证属气阴两伤，心失所养。治宜益气养阴，宁心安神，方用生脉散加味：沙参 30g，麦冬、天冬各 10g，生龙牡各 15g，鲜石斛、功劳叶、柏子仁、炒枣仁各 15g，五味子、琥珀各 6g，丹参 30g，炙甘草 6g、大枣 6 枚，服完 6 剂，自觉诸症减轻，继服 20 余剂，心悸胸闷消失，心电图复查为窦性心律、大致正常心电图，恢复正常工作。

按：患者久患病毒性心肌炎，耗伤气阴，气阴两伤，心失所养，

故采用益气养阴，宁心安神之法，方用生脉散加安神之品。

5. 孟某，女，18岁，学生。因心悸5月余，加重7日。于2000年3月7日14时40分入院。患者5月前于感冒后出现心悸气短。当时自服感冒药及消炎药（具体不详）治疗后，上述症状好转，未经系统治疗。于7日前因过度劳累而复出现心悸、胸闷、失眠多梦、手足心热、心烦、午后潮热、便干，舌红少苔，脉细。查体：体温37.2℃，心率76次/分，脉搏20次/分，血压113/75mmHg，心界不大，心音低钝，律整。化验：抗心肌抗体阳性。心电图：心肌劳损。诊断：病毒性心肌炎（急性期）。中医辨证为气阴两虚偏血虚阴虚。方用生脉散合黄连阿胶汤。方药：生晒参10g，麦冬30g，五味子15g，黄芪20g，黑芝麻30g，百合30g，白芍30g，黄连10g，阿胶（烊化）15g，鸡子黄1枚（搅于药中服），磁石50g，珍珠母50g，紫石英15g，水煎服，日1剂。连续服用2周后诸证悉减。改服芪冬颐心口服液巩固疗效。随访1年，未复发。

6. 贾某，女，35岁。记者。因心悸气短半年，加重1周，于2000年5月15日10时入院。现症：心悸、胸闷、疲乏、气短、失眠、易惊、手足心热、纳呆、懒言或畏寒肢冷，舌淡红、苔白厚，脉沉缓。查体：心界不大，心率54次/分，节律不整，偶可闻及早搏，心音低钝。24小时动态心电图：窦性心率，偶发室早。脉症合参乃气阴两虚偏气虚阳虚。治以益气养阴，佐以温阳。方用生脉散合保冬汤，方药：红参5g，麦冬15g，五味子10g，黄芪30g，桂枝10g，茯苓15g，大枣8枚，淫羊藿15g，补骨脂15g，炙甘草10g，水煎服，日1剂。同时静点参麦注射液。7日后上述症状明显好转。上方中加白附子10g、僵蚕15g、蝉蜕15g，继用5剂后心悸气短症状消失，心率60次/分，音纯律整。改用芪冬颐心口服液巩固疗效。

7. 赵某，女，17岁，学生。1998年12月21日13：30时入院。患者于5岁时曾患心肌炎，经治疗后（用药不详）病情缓解。近3月因感冒后心悸、气短加重，伴胸闷痛、乏力、手足心热、汗多、面色晦暗无光泽，舌隐青、苔薄白，脉结代。查体：心界向左扩大1.0cm，心率73次/分，节律不整，可闻及频发早博，心尖部可闻及Ⅱ级吹风样收缩期杂音。化验：病毒抗体阳性，心电图显示：频发多

源多形房性早搏。诊断：病毒性心肌炎（迁延期），心律失常—频发多源多形房性早博。中医辨证为气阴两虚、气滞血瘀，治以益气养阴，理气化瘀为主。生脉散合血府逐瘀汤。方药：生晒参10g，麦冬15g，五味子10g，郁金15g，丹参15g，黄芪20g，当归15g，红花10g，川芎10g，赤芍15g，青皮10g，陈皮10g，香附15g，水煎服，日1剂。同时静点刺五加注射液。服上方7剂后，诸症悉减，时觉心悸、心慌，心率80次/分，律不整，偶闻及早搏。上方中加入白附子10g、僵蚕15g、蝉蜕15g，连服10剂后心悸、气短等症消失，心电图示：大致正常心电图。继服3剂，巩固疗效。

8. 赵某，男，44岁，工人，于2000年3月29日15时入院。自诉心悸半年，加重2日，伴胸闷痛、乏力、气短、手足心热、纳呆、腹胀，查体：舌淡红、舌体胖大有齿痕，苔白腻，脉沉滑。心界不大，心率84次/分，律整，第一心音低钝。化验：心肌酶CK－MB 30U/L；心电图：窦性心律，不正常心电图，心肌劳损。诊断为病毒性心肌炎（急性期）。中医辨证为气阴两虚，痰浊中阻。治以益气养阴，化痰通络为主。方药：生晒参10g，麦冬15g，五味子10g，陈皮15g，半夏10g，茯苓15g，胆南星10g，枳实15g，石菖蒲15g，远志15g，甘草5g，水煎服，日1剂。连续服用7日后诸证明显好转，舌淡红、苔薄白，脉沉细，再进3剂，心悸、胸闷痛、乏力等症状消失。继静点参麦注射液，口服芪冬颐心口服液巩固治疗，心电图、心肌三酶均正常。病情稳定而出院。气阴两虚，痰浊中阻。

按：上4例病例，均为病毒性心肌炎气阴两虚型，但各自兼证不同，孟案为气阴两虚偏于血虚阴虚，故用生脉散合黄连阿胶汤交通心肾，滋阴降火；贾案为气阴两虚兼有阳虚之证，故用生脉散合保冬汤滋心阴补肾阳，阴阳相合，水火既济，以期平和；赵案1为气阴两虚兼挟气滞血瘀，故用生脉散合血府逐瘀汤生脉益气，行气活血化瘀，以布阴化阳；赵案2为气阴两虚兼有痰浊中阻，故用滋阴益气，化痰降浊之法，方选生脉散合导痰汤加减。

9. 薛某，男，30岁，1994年3月21日初诊。素体健康，2周前因感冒而引起头痛、鼻塞、咽痛，服复方阿司匹林、螺旋霉素、速效伤风胶囊等症状缓解即停药，5天后渐出现心慌、胸闷、气短、乏力

等症状。心电图检查示：窦性心律，频发室性早搏。给予青霉素、病毒唑、维生素C、极化液、利多卡因静滴，口服慢心律、肌苷、三磷酸腺苷、辅酶Q10胶囊等药，效果不佳，遂转来我院治疗。查：体温37℃，双肺呼吸音清晰，心界不扩大，心率96次/分，律不整，无杂音，心电图如前。SCPK 200U/L，SGOT 38U/L。舌质红，苔薄黄，脉细数，时有一结。西医诊断：病毒性心肌炎。中医诊断：心悸；证属气阴两虚，热毒扰心。治宜益气养阴，清热解毒。处方：太子参15g，麦冬10g，黄芪15g，五味子8g，银花20g，连翘20g，牛蒡子10g，桔梗10g，芦根10g，板蓝根20g，竹叶6g，黄芩10g，炙甘草10g，荆芥6g，薄荷4g，柏子仁10g，枣仁12g，丹参15g。水煎服，每日1剂。服上方7剂后，胸闷、气短症状消失，稍有心慌乏力。继用原方10剂，诸症消失，心肌酶谱、心电图恢复正常。随访至今未复发。

按：本病由内因外因相互作用而成，发病关键在于正气不足，热毒侵心，病理表现虚实夹杂，虚以气阴两伤为主，实则以余热未清为多。由于正气不足，外感毒邪袭肺扰心，从阳化热，热毒内舍于心，耗伤心之气阴而致气阴两伤，心失所养，心脉不畅。病位在心，但与肺、脾、肾有密切关系。治疗当益气养阴，清热解毒，生脉散合银翘散可当此任。方中太子参、麦冬、五味子益气养阴生津；银花、连翘轻清泄热；荆芥、薄荷辛散透表；桔梗、牛蒡子宣开肺气；竹叶、芦根、黄芩清热解毒生津；炙甘草养心，健胃和中，调和诸药。全方标本兼顾，通养并施，共奏益气养阴、清热解毒之效。

10. 刘某某，女，12岁。患病毒性心肌炎2年余，曾用过抗生素、激素等药物，但顽固性室性早搏一直未能消除。近1周来因外感而致发热、咳嗽，经治疗后虽发热、咳嗽好转，但仍感胸闷、头昏、多汗、乏力。舌质红、苔黄腻，脉结代数。心电图检查提示频发室性早搏，心肌酶测定偏高。证属湿热壅滞，心脉不宁，用泻心汤合生脉散加减：生大黄3g，黄连、杏仁各6g，黄芩、麦冬各8g，瓜蒌皮、厚朴、沙参各10g，五味子、甘草各5g。药进3剂，头昏、胸闷、多汗、乏力均消失，上方去杏仁、厚朴，续服5剂，除脉仍结代外，余症均消，上方加淡附子、桂枝各5g，继用30剂，脉已和缓，复查心

电图及心肌酶均已正常，随访半年未见复发。

按：《温病条辨》曰："温邪上受，首先犯肺，逆传心包"。故本病多系风邪热毒侵犯心包，热邪伤阴，久则使心气、心阴两虚，搏动无力，气血运行不畅，而出现心悸，脉结代诸症。《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》："心气不足，……，泻心汤主之"。笔者故用泻心汤合生脉散加减，方中生大黄清热解毒，通腑气，导积滞，活血祛瘀；黄芩、黄连清热泻火；生脉散中党参、麦冬、五味子益气养阴生津，正如《医方集解》云："人参甘温，大补肺气为君；麦冬止汗，润肺滋水，清心泻肺为臣；五味酸温，敛肺生津，收耗散之气为佐。盖心主脉，肺朝百脉，补肺清心，则元气充而脉复，故曰生脉。"黄芪、生地以加强生脉散的益气养阴之功；丹参活血祛瘀；甘草调和诸药。现代药理研究：黄连、黄芩、大黄可消除心肌细胞的内毒素，增强心肌耐缺氧能力，且有抗凝血作用，从而达到防止心肌炎复发之目的。党参、黄芪、麦冬可增强心肌收缩力，改善心功能。诸药合用，共奏益心气，通心阳，清热解毒，活血祛瘀之功，故而用于临床，疗效满意。

十九、急性心源性脑缺血综合征

急性心源性脑缺血综合征是由于严重心律失常，心脏排血受阻，心肌缺血所致心输出量减少或心脏停搏，导致脑组织缺血缺氧而发生的临床以短暂意识丧失为主要表现的一种综合征。又名阿－斯综合征。主要因心脏停搏、室颤或室扑导致急性脑缺血而产生晕厥和抽搐发作，病情危重。一般心搏停止5～10秒钟以上便出现意识障碍，15秒以上即可发生晕厥和抽搐。晕厥前可无或有头晕、眼花、胃部不适等先兆症状，持续时间数秒至数分钟，可伴有癫痫样抽搐，偶有二便失禁，晕厥在任何体位均可发作。本病是器质性心血管疾病常见的并发症。虽经积极抢救，仍约1/3病人死亡，存活者1年内约1/4病人可发生猝死，因而严重威胁患者的生命。中医将其统属于"厥证"范畴。本病经控制病因及对症处理后，晕厥症状可迅速缓解，不留后遗症状。若反复发作，常遗有脑功能障碍等临床表现。中医在辨证基础上，采用醒神回厥之中药治疗或联合西药治疗，近年来已显示出较

好的特色和优势，并在临床得到广泛应用。

【病案举例】

1. 某男，64岁，因心慌、头晕10年。加重月余，晕厥2次入院。查体：体温36.5℃、心率33次/分、呼吸20次/分、血压90/38mmHg，神志恍惚。面色暗，口唇紫绀，两肺呼吸音清，心律不齐，第一心音强、心尖区闻及3/6收缩吹风样杂音，腹软，肝脾未及肿大。心电图示：房颤，Ⅲ度房室传导阻滞，房室交界处心律。给予吸氧，异丙肾上腺素2mg/d，极化液500ml/d，低分子右旋糖酐500ml/d，氟美松10mg/d，7天后心率60次/分，停用异丙肾上腺素3天，病人又突然晕厥，心率28次/分，再用异丙肾上腺素2mg/d治疗，心率在30~40次/分，但症状不减，故加服中药。处方：人参10g，麦冬30g，五味子10g，黄芪50g，丹参30g，川芎15g，桂枝10g，茯苓20g，甘草6g。服药6剂诸症大减，心率45次/分，西药氟美松、异丙肾上腺素减量，改中药人参20g，桂枝15g，黄芪60g。继服药6剂后心率60次/分，停用西药，继服上方30余剂，心率在60次/分以上，未再发生晕厥，生活能自理。随访3月未复发。

2. 某女，34岁。因阵发性晕厥，伴心悸、气短住外院治疗月余。心率30次/分，给于异丙肾上腺素、氟美松静滴，症状好转，于停药5天后患者又突然昏厥，来本院查体温36℃，心率29次/分，血压86/30mmHg。精神萎靡，口唇紫绀，心律整，第一心音增强，可闻及大炮音。颈静脉搏动与心音不一致。腹软，肝、脾不大。心电图示：完全性房室传导阻滞伴交界性逸搏心律。给于异丙肾上腺素2mg/d，氟美松10mg/d静滴。并给中药生脉散加味：红参9g（另煎，麦冬30g，五味子15g，生地30g，知母12g，炙甘草15g，制附子12g，黄芪60g，桂枝12g，服3剂后未再发生晕厥。心率45次/分，血压113/70mmHg。心悸、气短减轻，改异丙肾上腺素lmg/d，氟美松5mg/d，中药红参增为20g，桂枝15g，制附子15g。继服6剂停异丙肾上腺素，改强的松5mg/d，并逐渐减量至停用。共服上述中药50余剂，患者心率45~60次/分，血压128/75mmHg，未再发生晕厥，生活自理，诸症明显好转。

按：中医认为心主血脉，心气有推动血液运行作用。心源性脑缺

血综合征，表现血脉运行障碍，不能上荣于脑，脑失所养而出现晕厥。根据中医辨证，以上两例病人皆属心阴、阳、气俱虚，无力鼓动血脉，清阳失养所致。方中人参大补元气，得麦冬则生脉，得五味子则敛气。桂枝能温通心阳，提高心率；故对心源性脑缺血病人切中病机，恰到好处。鉴于以上两例病人激素、异丙肾上腺素产生依懒，故在服中药的同时继用激素，并逐渐减量乃至停用。未再发生晕厥，诸症明显好转。

二十、低血压病

血压在90/60mmHg以下者，称为低血压，根据其临床表现，属祖国医学眩晕、虚劳等病证范畴。根据其病变、证治有下列特点：①病变损伤五脏，而心脉为本。病邪耗气伤阴，损及五脏功能，使气血循环灌注障碍，以致“阴阳气不相顺接”，清阳升通不顺，阴气承接障碍，甚至阴阳离决。常见气阴亏损、肺脾气虚、脾肾阳虚之证，皆损伤心脉。正如《景岳全书》所说：“五脏之伤，惟心为本”。②症状表现可有阴性、阳性。阴性者，一般长期适应于低血压环境，可以没有任何病症表现。阳性症状者，多表现为头晕、头昏、晕厥，乏力等明显的低血压症状。急性发作的阳性病症，病情危重者即为厥脱；慢性长期阴性症状者，病情较轻，也容易引起中风。生脉散有强心、调节血压、改善心功能的作用，对本病疗效不错。

【病案举例】

1. 刘某，女，68岁，1993年2月11日初诊。素有消渴病史，长期口服降糖类药物，近年来出现血压低，血压82.5～86.25/52.5～56.25mmHg。西医诊断为糖尿病（型）伴低血压，予以丹参片、肌苷、ATP、维生素B_1治疗半年，效果不显。主诉头晕目眩，身倦乏力，动则气短，心慌汗出，口干，多饮，多尿，舌淡红，苔薄白，脉细弱。血压82.5/52.5mmHg。证属中医眩晕范围，病机为气阴两虚，气不帅血，脑失所养，鼓动无力，血脉不充，诸症由生。治宜益气充脉，方用补中益气汤合生脉散：生芪20g，当归10g，西洋参1g，升麻5g，柴胡5g，陈皮10g，炙甘草10g，麦冬15g，五味子6g，丹参20g。煎服6剂，上述症状明显改善，血压上升为90/60mmHg，效

不更方继服10剂，头晕目眩消失，徒步上楼未见心慌气短现象，口干、多饮、多尿减轻，血压为97.5/67.5mmHg。改服补中益气丸1个月，巩固其效，随访至今，血压一直正常。

按：低血压病属于中医虚证范围，以心、脾、肾虚衰为主。本案消渴为先，久则脾胃虚衰，脾不为胃行其津液，形成气阴二虚之证。方用补中益气汤补脾升清，使清阳达巅顶，实四肢以治其标，合生脉散益气养阴治其本，阴血得充，清阳得展。功能物质相调，血压复常，消渴症状随之缓解。

2. 李某，女，29岁，职员，2000年7月16日初诊。自诉头晕沉、失眠、健忘、腰膝酸软、怕冷、乏力10年余，间或加重，每突然起立时觉头晕明显加重。诊见：舌红苔薄，脉细弱，血压75/55mmHg。西医诊断为低血压。中医诊断为气阴两虚，肾阳不足之眩晕。给予生脉散加味：人参6g，麦冬15g，五味子10g，制附子10g，黄精20g，炙甘草3g。5剂，水煎服，日1剂，分2次口服。21日再诊：自诉头晕乏力诸症均减轻，查血压80/55mmHg。效不更方，以上方为主，根据病情稍作加减，又连续服用40余剂，血压升至95/65mmHg，自觉头晕诸症消失。随访至今血压正常，未再复发。

按：低血压目前尚无特效药物，鉴于此，发挥中医辨证论治的优势来治疗低血压，应该是一个可行的途径。本病属中医“眩晕”范畴，辨证为气阴两虚、肾阳不足，治以益气养阴，补肾壮阳。方中生脉散益气养心滋阴，制附子补益元阳，黄精补气生精。现代药理研究亦证明，生脉散有强心、调节血压、改善心功能的作用，而参、附均有强心升压、改善微循环、调节免疫、抗应激等作用，麦冬可稳定心肌细胞膜，同时有正性肌力作用等。由此药证相合，则顽证得解。

3. 吴某，男，43岁，1997年4月16日初诊。患头晕5年，每因劳累过度而加重。近2年来，常见神疲乏力，肢体倦怠，气短懒言，胸闷，心烦，思维迟钝，健忘，失眠。有低血压史。脉细弱。血压80/56mmHg。诊断：低血压。证属肺脾元气虚损。宜补益元气，复脉升压。方用保元生脉汤加味：红人参6g，黄芪12g，白术15g，炙甘草10g，桂枝10g，肉桂丝3g，黄精15g，麦门冬12g，五味子10g，百合15g。每日1剂，水煎服，连服6剂。4月22日复诊：睡眠安

稳，心静神清，血压90/66mmHg。再服原方4剂。三诊：头脑精明，气力刚健，脉平缓，血压92/67.5mmHg。仍用原方加减，连服月余，巩固疗效。随访2年，血压正常。

按：保元生脉汤是由《景岳全书》保元汤合《内外伤辨惑论》生脉散等古方化裁而来。保元汤功能温补阳气，强壮血脉；生脉散功能益气养阴，生津复脉。从而合奏温阳养阴、复脉升压之功用。黄芪大剂量有降压作用，其用量不宜超过20g。

4. 王某，女，36岁，工人。间断头晕、心悸、乏力1年，每遇劳累、睡眠不足和情绪不好时症状加重，甚至不能上班，影响工作生活，查心电图、血常规、头颅CT、脑电图均正常，脑血流图无明显异常。曾服谷维素、安定、静点高渗葡萄糖等治疗，效果不理想，查血压80/52.5mmHg，诊为低血压。经服加味生脉散泡剂，1周后症状缓解，血压恢复至95/60mmHg，再服1周后症状消失，半年后随访未复发。

按：低血压祖国医学认为多由于心脾两虚，气血运行无力所致，故见心悸，气短，自汗乏力，心率缓慢，纳差倦怠等，治疗应补益心脾。以“生脉散”为基础方。黄芪补气固表，当归补血和血，甘草补脾益气，大枣补脾和胃，获等益脾补中，宁心安神。诸药相伍，具有益气养阴，补益心脾的作用，经泡服5~20日后血压都有不同程度的上升，自觉症状明显改善和消失，远期效果也较理想，经随访38例，停药半年至1年血压仍稳定在正常范围。本品使用方便，以开水冲泡后有效成分易溶解浸出，尤其含挥发性成分的药物，不易损失，口感适宜，疗效确切，携带方便，节省药材，长期服用未见不良反应。

二十一、高血压

高血压指体循环动脉血压增高，是一种常见的临床综合征。可分为原发性高血压和继发性高血。前者是以动脉血压升高，尤其是舒张压持续升高为特点的全身性、慢性血管疾病。一般临床所称的高血压病即指原发性高血压。继发于某种疾病而引起的高血压，其血压升高仅是一种症状，所以又称症状性高血压或称继发性高血压。本病属中

医头痛、眩晕、中风前兆，生脉散益气滋阴，生脉布气，对本病治疗效果较为显著。

【病案举例】

1. 于某某，男，47岁，干部，初诊日期：1991年8月14日，患者高血压病数年余，经常服用复方降压片、牛黄降压丸等中西药物，效果不佳。头痛眩晕、心悸气短，失眠乏力，口渴烦躁。查：血压164/104mmHg，舌淡少苔，脉细无力。诊断为：眩晕（高血压病），气阴两虚证，拟以生脉散加味，益气敛阴降压。处方：人参10g、麦冬15g，五味子15g、生杜仲10g，桑寄生10g。水煎每日1剂，分2次服。嘱服3剂以观动静。患者服药3剂后，自觉精神振作，体力有增，且头晕心悸乏力等症明显缓解，效不改方，随以此方为基础，加减服用30剂，症状基本消失，血压稳定在146/89mmHg，后改用人参3g、麦冬5g，五味子5g、生杜仲5g，桑寄生5g，每日1剂，开水冲泡代茶饮。经用2月余，工作精力充沛，随访1年半，基本稳定。

按：气阴两虚证高血压，临床相对少见，治用生脉散加味，益气敛阴，调整阴阳，阴平阳秘，则血压平稳。但生脉散在临床上却常用子治疗热伤气阴之血压偏低者，据现代药理学研究，方中人参具有适应原样作用，即它除能增强机体对外界有害因素的抵抗力外，还能使调节紊乱的功能趋于正常化，也就是说它能使低血压的病人血压升高，又能使高血压的病人血压下降，有双向调节之作用。所加生杜仲、桑寄生二味药，亦是对肝肾阴虚型高血压具有明显的降压作用。

2. 患者男性43岁，因头晕呕吐3小时来诊，既往有高血压病史，间断服用降压药物，3小时前出现剧烈头痛、头晕和呕吐，来诊后查血压200/120mmHg，神经系统检查未见异常，诊断高血压脑病，给予压宁定100mg入液体中静滴，约1小时后，血压下降至160/100mmHg，头晕呕吐等症状有所缓解，但患者觉胸闷心悸，测心率为105次/分。故停用压宁定，改用硝酸甘油5mg静滴，半小时后，患者心率降至90次/分，心悸症状减轻，但仍存在胸闷，头部不适，测血压又升至175/105mmHg，改用生脉注射液20ml加入生理盐水100ml中，于15分钟内静注完毕，用药开始后35分钟血压降至145/

80mmHg，心率一直维持在82～90次/分之间，胸闷症状明显缓解，改用口服降压药物治疗后离院。

3. 患者男性74岁，因头晕来诊，诊断高血压病，脑梗死后遗症。来时测血压178/83mmHg，给予生脉注射液20ml加入生理盐水100ml中静滴，于20分钟内滴完，用药开始后15分钟，血压就降至200/140mmHg，用药结束时血压已降至143/60mmHg。但心率一直维持在72～76次/分，头晕症状明显缓解，加用口服降压药维持治疗。

4. 患者男性36岁，因头晕伴恶心来诊，诊断为高血压脑病。来时测血压200/140mmHg，给予生脉注射液20ml于5分钟内静脉直接推注，除觉手背有轻微刺痛外，无其他不适。2分钟后血压开始下降。用药完成后15分钟，血压降至最大值166/116mmHg，并平稳维持此水平。但心率一直维持在93次/分，呼吸一度增快后，又恢复原有水平，头晕症状则明显缓解，加用其他降压药后继续治疗。

按：生脉注射液动物实验研究中发现它有扩张外周阻力血管的作用。在犬的实验模型中，也发现生脉注射液有剂量依赖扩血管作用，即快速输注时有明显的降压作用，对心率无明显影响还有短暂刺激呼吸的作用。临床上用于高血压患者，疗效显著且除个别病例出现输注部位轻度刺激作用外，无明显不良反应。

二十二、扩张型心肌病

扩张型心肌病是原因不明的各种心肌疾病的最后结局，以心腔高度扩张和明显的心搏出量降低为特征。大多数病例可查出抗心内膜的自身抗体。发病年龄为20～50岁，男多于女。患者多因两侧心力衰竭而就医。多数患者常因心力衰竭进行性加重而死亡或因心律失常而发生猝死。中医对本病的发病机制为气阴两虚，心阳不振，气机不利瘀痰内阻等，生脉散滋心肺气阴，生心肺之脉，恢复心主血脉，肺朝百脉的功能，对本病辨证治疗效果不错。

【病案举例】

1. 杨某，男，46岁。因心慌气短、乏力半年入院，伴有口干口苦，纳少腹胀，轻度活动即感心悸气促加重，夜间有时憋醒，双下肢轻度浮肿，大便溏。舌体胖有齿印，舌质暗淡，苔白，脉象迟弱、结

代。动态心电图示：窦性心动过缓，Ⅱ°窦房传导阻滞，结性逸搏心律。胸片：心胸比率0.52，超声心动图示：左、右心室腔增大，LVEF 40.0%，FS 23.2%。诊断：扩张型心肌病，充血性心力衰竭。证属气阴两虚，心脉失养，瘀血阻络。治以益气养阴，活血通脉。方用保丹生脉汤加减：黄芪30g，党参15g，桂枝12g，麦冬15g，丹参24g，桃仁9g，当归15g，檀香6g，砂仁6g，白芍24g，白术12g，茯苓15g，葛根30g，炙甘草6g。水煎服，每日1剂，服药70余剂，症状基本消失，心电图检查为窦性心律。心率56次/分。出院后继用上方加减，服100余剂，自觉症状消失，从事一般农业劳动无不适。复查胸片，心胸比率0.48。超声心动图：右室腔恢复正常（治疗前RVD23mm，治疗后20mm），左心室腔略增大（治疗前LVD 62mm，治疗后58mm），LVEF 50.8%，FS 27.2%。

按：本病的发病机制主要是气阴两虚，心阳不振，气机失利，瘀痰内阻。其中心脏气阳虚衰乃为病之本，而气血瘀滞、痰饮水湿为病之标。气弱血必阻，阳衰水必停。所以治疗原则是以益气通阳为主，滋阴辅阳，气充则血行流畅，阳通而痰饮自化。必须掌握标本缓急，以扶正为主，兼以祛邪，方能取得满意疗效。保丹生脉汤是由传统名方保元汤、丹参饮、生脉散三方相合加桃仁而成（桂枝易肉桂）。方中黄芪、党参（或人参）补气温阳；桂枝、炙甘草助阳通脉；麦冬、五味子滋阴养心；血以活为要，故用丹参、桃仁活血祛瘀；气以行为贵，故用檀香、砂仁理气调中。诸药合用，共奏益气通阳、养阴充脉、活血通络之功。长期应用本方无明显副作用，本组患者除1例服药后略有腹胀外，余均未出现任何不适。治疗本病难求速效，必须遵法守方。治疗初期只要病人用药后症情稳定，一般不轻易更方，服10～15剂之后多可见症状减轻，对于重度心衰病人，加用小剂量的西药强心剂、利尿剂、血管扩张剂对减轻症状常是必要的，与中药治疗合用可提高疗效。一般说，在治疗中患者自觉症状改善相对较易，而心功能的明显好转和稳定则需长期坚持用药。

2. 李某，女，55岁，农民，因心慌气短浮肿1月，于1993年2月21日入院。既往史详。查：体温36.5℃，血压75/45mmHg，脉搏120次/分，面色晦暗，面部，四肢显著浮肿，心音低钝，二尖瓣区

可及Ⅰ级收缩期杂音。肝肋下3cm质中，X线检查心影向双侧重度扩大，呈球形，搏动弱。入院后诊断为充血型心肌病Ⅱ度心衰。中医辨证为阳虚心泛型，给强心温阳利水汤煎服，人参5g（另炖），附子10g，桂枝、五味子、茯苓、大腹皮各15g，炙黄芪、党参各20g，每日1剂，连服15日左右后改2日1剂煎服，以后逐渐延长服药间隔时间。西医给强心、利尿、消肿、能量合剂、心宝、低盐饮食及对症处理，症状体征逐渐减轻，住院21日痊愈出院，经随访患者至今参加正常家务劳动，未再复发。

按：充血型心肌病近年在青、中年中发病有增高趋势，目前对此病病因尚未完全明确，属于中医的“水肿、心悸”等病证范畴，病因病机多为心阳不振，推动无力，血瘀脉阻，水湿内停等有关。采用强心温阳利水汤是由参附汤、生脉散、苓桂术甘汤加减组成。全方具有振奋心阳、温阳利水作用，对阳虚水泛型心肌病有可靠的临床效果，无不良反应，根据药理作用，本方能增强心肌的收缩力，提高体力，利水消肿，数药合用有协同作用，值得临床进一步研究使用。

二十三、夹层动脉瘤

夹层动脉瘤是由动脉壁中层受损，在高压血流的冲击下，使中层或和内膜撕裂，形成积血扩张的双腔，病变可波及胸主动脉或腹主动脉，一旦破裂出血，死亡率极高。绝大多数病人夹层主动脉瘤出现时突然感觉腹部、胸部或背部刀割样或撕裂样剧烈疼痛，胸痛可放射到颈、臂部，与急性心肌梗塞相类似，给予吗啡类药物亦未能减轻疼痛。疼痛为持续性，直到夹层动脉瘤穿破后才自行缓解。患者常呈现皮肤苍白、出汗、周围性紫绀等休克征象，但血压仍高于正常。腹部疼痛易与急腹症相混淆，但夹层动脉瘤病例很少呈现恶心、呕吐、腹部压痛和腹肌紧张。主动脉壁剥离病变累及升主动脉者可呈现主动脉瓣关闭不全的舒张期心脏杂音。累及锁骨下动脉、颈总动脉和髂股动脉者可出现局部血管杂音，同侧脉搏和血压减弱或消失。生脉散滋心肺之阴，复心肺之脉，益心肺之气，朝心肺气阴于百脉，故对本病及其并发心肺功能障碍有较满意疗效。

【病案举例】

1. 罗某某，男，71岁，1994年7月10日初诊。患者于1994年5月经北京协和医院外科诊为降主动脉夹层血管瘤。其降主动脉有多个大小不一的血管瘤，最大的瘤体直径达5cm，动脉壁仅1～2mm。随时有破裂的危险，根本无法手术，后抱一线希望求治于祝师。患者诉咽痒，咳嗽，咳黄色痰，难以咳出，伴胸闷气短，口干，乏力，头晕。血压110/75mmHg，心电图：窦性心律不齐、房性早搏。舌红、苔薄白，脉细弦。证属外邪犯肺，肺失宣降。治以止咳化痰宣肺。方用止嗽散加减。药用：钩藤10g（后下），薄荷10g（后下），前胡10g，白前10g，桔梗10g，杏仁10g，紫菀10g，甘草6g，桑白皮10g，枇杷叶10g，五味子5g，葛根10g，丹参30g。每日1剂，水煎服。7月17日二诊：诉仍觉咽痒，咳嗽减轻，痰易咳出，咳后感胸闷气短，乏力减轻。血压110/70mmHg。舌偏红、苔薄白，脉细弦。原方加仙鹤草30g，服14剂。7月31日三诊：诸症缓解，咳嗽减轻，痰少，舌淡红、苔薄白，脉细弦。辨证属心气不足，心血失养，血溢脉外，治以益心气，养心阴，活血止血。方用生脉散加味。药用：党参10g，麦冬10g，五味子10g，柏子仁10g，葛根10g，丹参30g，枇杷叶10g，仙鹤草30g，生蒲黄10g（包），鸡血藤30g，桑白皮10g，菊花10g。服14剂。因患者诸症缓解，而消血管瘤非一蹴而就，故拟配丸药长期服用。再以此方3倍剂量，共研细末，制蜜丸，每丸重10g，每餐后服1丸。其后仍以生脉散加味方为基础，随证略作加减，配制丸药服用。1996年4月复查降主动脉夹层血管瘤Ⅲ型（直径＞1cm）的仅余1个。1997年初复查全部血管瘤已完全吸收，仅余假腔。

按：纵观上述治疗过程，祝师从辨证论治出发，精于用药，疗效显著。初诊时因其外邪犯肺，急则治标，以止嗽散加减，止咳化痰宣肺。钩藤、薄荷相伍可祛风清热、利咽止咳；前胡、白前合用一宣一降，使肺气清肃正常；葛根、丹参配伍可活血化瘀、去瘀生新，并促进肺部血液循环；五味子味酸，敛肺止咳祛痰；仙鹤草收敛止血，并治久咳。全方收止咳祛痰之功，并有利于防止血管瘤破裂并促其吸收。后再诊时因其外邪已祛十之八九，故治其本，以生脉散加味益心

气，养心阴；加柏子仁养心安神；生蒲黄、鸡血藤行血补血祛瘀；枇杷叶、桑白皮一清肺一泻肺；菊花宣肺，止咳清热。继以丸剂久服，祛邪固本，止血消瘀。西医对夹层动脉瘤以外科手术为唯一的治疗方法，而此病例的成功，开创了用保守疗法治疗本病的一条新途径。

二十四、结核性心包炎伴呛咳症

心脏包膜发生炎症称为心包炎。此病可以单独存在，也可与心肌炎、心内膜炎并存，一般分为急性心包炎与缩窄性心包炎两种。结核性心包炎为结核杆菌感染引起，多见于儿童及青少年，常由肺结核、纵隔结核蔓延、播散而来。全身症状：差异较大，由感染引起的心包炎大多有发热等；胸痛：呈刺痛或钝痛，差异很大，可随呼吸、咳嗽、吞咽、体位改变而加重，一般位于心前区或胸骨，结核性心包炎可以无胸痛表现；心脏受压的症状：例如上腹胀痛、呕吐、下肢浮肿、紫绀、气急等；邻近器官受压症状，例如呼吸困难、吞咽困难、声音嘶哑等。本病当属中医虚劳，胸痛范畴，以阴虚火旺，气阴两虚伴胸痛憋喘为临床特点。生脉散滋阴益气，生脉复气，急救心肺之化源，对气阴两虚证及本病引起的心肺功能障碍有较明显的疗效。

【病案举例】

患者林某，女性，57岁，退休工人，1989年12月26日入院。患者身体虚弱，入院前6天，因恶寒发热，头身酸痛伴胸闷心悸在门诊治疗数天无效而住院治疗。入院后10余天仍持续高热。经各方面详细检查化验和内外科医生会诊，最后确诊为“结核性心包炎”。经过一个多月的西医抗炎、抗结核治疗，患者体温基本降至正常，胸闷心悸症状亦减轻，但却出现阵发性的呛咳，咽干唇燥，时有盗汗，稍多活动即感胸闷气短，给消炎止咳的西药，呛咳未能缓解。经X光胸透提示：肺部纹理增多，未见结核病灶，故请中医会诊。诊见形瘦颧红，气短乏力，五心烦热，呛咳少痰，舌红少津，脉细弦数。此乃气阴不足，君火刑金，肺失清肃。治宜益气养阴，润肺止咳。以生脉散加味：党参、百合各20g，麦冬15g，五味子6g，蜜紫菀、蜜百部、蜜枇杷叶各12g，沙参、桑白皮各10g。以此方加减，前后共服药24剂，呛咳症状痊愈，心包积液也渐吸收；又经过一段时间治疗，最后

痊愈出院。

按：心包积液有多种病因引起，但以结核性为多见，此病病程较长，且有长时间不同程度的高热或低热，热邪耗气伤阴，阴虚火旺，肺金被炼，使肺失清肃之常，则发呛咳。治疗时用生脉散益气养阴，促使心阴恢复，促使心包积液吸收；用沙参、百合、紫菀、百部、枇杷叶、桑白皮、杏仁等养阴润肺止咳，而且百部有很好的抗结核作用。

二十五、β受体兴奋症

β受体兴奋症，临床主要表现为交感神经兴奋性增加的症侯群，如心悸、气短乏力，胸闷、多汗、失眠、情绪激动、焦虑不安、心率加快、心音亢进、血压轻度升高等。心电图检查可见窦性心动过速，ST段下移，或T波倒置、低平。但患者没有冠心病、心肌炎、甲亢等器质性疾病。β受体阻滞剂有效，但疗效不稳定，易复发。辩证属心之气阴两虚。用生脉治疗，发作期加心得安，疗效可靠。β受体兴奋症是由于交感神经的β受体机能亢进或敏感而出现的相应病证，采用β受体阻滞剂治疗，虽可使症状获得改善，心电图也可恢复正常，但受精神因素等影响，病情常反复发作，远期疗效较差。中药治疗该病，是从根本上调节机体机能，纠正机体的植物神经功能紊乱状态，达到阴平阳秘，气血调和的目的，远期效果好，对β受体阻滞剂有禁忌者，中药更加适宜。本病属祖国医学心气不足、心阴亏虚范畴，气阴两虚，虚热内扰，本虚标实而成此症，且本病易受情志精神因素影响。生脉散对本病有一定疗效。

【病案举例】

施某，男，40岁。1992年7月6日初诊，胸闷心悸，气短自汗，情绪激动，焦虑失眠经常发作历时年余。近因遇事不顺，诸症又作5天。查心率100次/分，血压150/82mmHg，心电图示窦性心动过速，ST段轻度下移。舌质红，少苔，脉细数。拟生脉饮1次2支，1日3次口服。3日后诸症减，继服生脉饮1疗程，诸症告愈。

姬生勤用生脉葛根饮加减（党参20g，麦冬15g，五味子9g，葛

根30g，生地15g，生龙骨20g，酸枣仁20g，柴胡10g，枳壳10g）。治疗本病疗效满意。

按：本病治疗当以益气养阴、滋阴清热、宁心安神为主，兼以调理气机，方中以党参、麦冬、五味子组成的生脉散能益气养阴，药理研究表明，生脉散具有协调心血管功能的双向调节作用，通过改善心室顺应性，降低心肌自律性，不应期延长，心率减慢，心肌耗氧量下降而起治疗作用，葛根性味甘凉，可生津育阴，科学研究也证实葛根具有明显的β受体阻滞效应，且无心脏抑制作用，能降低血压，减慢心率，扩张冠状动脉、减少心肌氧耗，与生脉散合用起协同作用而使β受体兴奋所产生的症候群和心电图改变得到改善或恢复正常。生地性味甘寒，善滋阴又清热；生龙骨、酸枣仁宁心安神；柴胡、枳壳调理因情志精神因素所致的气机不利，全方合用，起到了应有疗效，理明法妥方验。由于本病易受精神因素等影响，故服药同时，要注意精神调摄，要耐心解释，消除病人顾虑，保持稳定情绪，多进行户外活动，增强体质，这样治疗效果才能理想。

第三节　消化系统

一、胃窦炎

胃窦炎是指局限于胃窦部的一种慢性炎症，主要病变多局限于黏膜层，但也漫延至肌层或浆膜层。在病变部分出现水肿、炎症细胞浸润和纤维组织增生，使局部变厚，甚至狭窄；部分病例可有黏膜表面糜烂、肠腺上皮化发生变化。X线钡餐检查时可见胃窦部运动、外形及黏膜皱襞的异常，特别是在幽门前区处于半收缩状态、称为胃窦激惹征。胃窦部黏膜常常增粗，皱襞增宽，黏膜走行紊乱，失去正常的纵行排列，可呈现纵横交错的形状等。本病属中医胃痛范畴，病分虚实，因寒、热、湿、瘀、气滞、而致本病，后期多见阴虚，阳虚血瘀等症。生脉散养阴生脉，对阴虚型治疗效果满意。

【病案举例】

张某，男，37岁，工人。患有胃病史4年余，常感胃院隐隐作痛，胃内嘈杂，口干，夜间尤甚，欲饮而不多，饥而不欲多食，形体消瘦，全身无力。于1986年5月份经胃镜确诊为胃窦炎、十二指肠球部炎症，经西药硫糖铝、庆大霉素、多酶片等治疗过，奏效不显。于1987年4月至余处初诊。刻诊胃院隐隐作痛，胃纳欠佳，饥而不欲饮食，口渴饮而不多，夜间口干尤甚，甚则难眠，切脉细，舌质红，苔花剥，如蚕食状。中医辨证属久病阴损，胃阴亏虚，气机不畅之胃院痛，抓住阴虚是本，胃痛、口干纳差是标，拟酸甘化阴为主，佐以柔肝和胃，理气止痛之剂，处方：杭芍、麦冬、木瓜、石斛、瓜蒌皮各10g，太子参、蒲公英各15g，佛手、五谷虫各5g，甘草6g，服药10剂后来门诊复诊，诸症大减，胃纳转佳，夜间入睡平安，观其舌淡红，舌面布满薄苔，为巩固疗效，嘱其原方调理善后。3月后胃镜检查。胃镜报告末见明显异常。

按：本例为胃窦炎、十二指肠球部炎症，其病症以胃阴不足为依据。宗李东垣《用药宜禁论》云："如胃气不行，内之津液而干涸，求汤饮以自救，非渴也，乃口干也，非温性也，乃血病也，当以甘酸以益之"，故余在治疗胃阴不足型之胃院痛。慎用伤阴之理气药，忌食温燥辛热之品，甘寒生津，酸味敛阴，共奏酸甘化阴，阴复痛除而病告痊愈。[86]

二、腹泻

泄泻是一种常见的胃肠疾病，以排便次数增多、粪便清稀，甚至如水样为其主要特征。临床证型虽多，各有其特点，辨证施治不难。临床上有一种久泻患者，久泻气阴损伤的发生，常由于感受外邪、饮食所伤或治疗不及时。或治疗不当，分利过多，耗伤阴液，或反复发作。耗伤正气所致，除了大便次数异常外。没有明显的寒热现象。仅见一些气阴损伤的症状出现。有学者将其归纳为久泻气阴损伤型。运用四君子汤、生脉散、茶矾散三方合用，治疗了不少久泻患者，均收到较为满意的疗效。

【病案举例】

1. 患者，男，73 岁，退休干部 2002 年 8 月 5 日就诊。患者曾从事过医务工作。自诉腹泻半个月。找不出患病起因。经西医输液等治疗，仍不见好转，腹泻一天数十次，量很少，怕腹泻不敢进食，神疲乏力，目眶下陷，遂投四君子汤合生脉散（党术、白术、茯苓、甘草、麦冬、五味子、人参），煎汤冲服茶矾散。四贴后腹泻停止，随后去掉茶矾散，加入益肾健胃之品，巩固疗效，以防复发。

按：泄泻是常见病、多发病，一年四季均可发生。其致病原因虽多，但主要关键在于脾胃功能障碍，正如《景岳全书·泄泻》所谓“泄泻之本，无不由于脾胃，”久泻的病程较长是相对于实证而言，没有一个确切的时间概念。一般均在 7 天或半月以上，甚至数月由于脾胃气虚，运化失常。胃中水谷不化精微。故食即腹泻，脾胃虚衰，气血不足，故倦怠乏力，少气懒言，气血不荣于面，故面色不华，脾之脉络系舌本。气血不荣故舌淡脾胃虚弱，气血不充，故脉缓弱久泻不止，最易形成阴液亏损，故舌干口渴。脾气下陷，失液脱津，故目眶下陷。虽然久泻有气虚的见证，气虚证又常是形成阳虚证的基础。但由于还未损及阳分。故没有畏寒肢冷的寒象发生，久泻虽有津亏的见证但也未损及阴分，故也没有阴虚内热的表现。仅见气虚阴亏症状。所以没有明显的寒热表现，西医实验室检查也没有炎性指标。简而言之，临床上只要是久泻患者，无明显寒热现象炎性反应，仅见气阴亏损的，均可试用四君子汤、生脉散、茶矾散治疗，随证加减化裁，虽然三方合用，但仍有侧重，三方中以四君子汤、生脉散为主，茶矾散为辅。四君子汤、生脉散二方中，也有侧重，如偏重脾虚湿胜，则用四君子汤为主。生脉散次之，如偏重气虚津亏，则用生脉散为主，四君子汤次之，茶矾散由等分儿茶、白矾组成研末冲服。

2. 朱某，男性，4 岁。大渴饮冷，饮水则吐，泻黄色稀水样便，小便短黄，指纹紫暗，舌苔白滑。辨证为阴虚湿泻，治以益气养阴，淡渗利湿。处方：太子参 6g，麦冬 10g，五味子 6g，猪苓 10g，茯苓 15g，泽泻 10g，白术 6g，桂枝 3g。水煎服，每日 1 剂，2 天后病愈。

3. 张某，女性，3 岁。大渴饮冷，饮入即吐，肢冷，泻清稀薄

便，小便清长。予生脉散合五苓散，初进1剂而症不见减，再细观指纹沉滞暗淡，证属阴损及阳，湿盛阻滞。守方加熟附片2g，递进2剂病除。

按：小儿渴泻“以大渴饮冷，泻下不止”为特征而得名，是临床常见的小儿内科疾病之一；其主症有大渴饮冷、饮入即吐、泻蛋黄色稀水样便、小便短黄、舌淡红苔水滑、烦躁不安、指纹紫暗，阴伤脱水明显；其病因有脾虚土亏湿盛、感受外湿、阻滞运化三者，总而言之，脾不虚不成泻、无湿不成泻。结合小儿生理病理特点，认为本症主要由湿邪犯于肠胃，导致小肠分清别浊功能失职，泻多伤阴而津液耗伤，见大渴饮冷、阴损及阳而见虚烦肢厥等。选用五苓散合用生脉散加减治之均收到满意效果。该组方具有益气养阴、利水渗湿之效，使小肠恢复分清别浊之能，三焦恢复通调水道之职。

4. 欧某，女，2岁，因腹痛腹泻，呈稀水样便，曾在某医院治疗，症状缠绵不已，延及年余，刻下：大便有黏液，日近2次，肛红、溲短，肢冷汗多，纳呆，下肢浮肿。查体：精神萎靡，面色㿠白，形体消瘦，双目紧闭，角膜混浊，下肢萎软。四肢厥冷，舌光无苔，质深红。症属阴阳俱虚，方拟桂附理中汤加入养阴之石斛、玉竹、淮山药及固涩之罂粟壳、禹余粮之类加减化裁共服7剂，大便先硬后溏，次数减至每日6次。四肢转温，眼能睁开，唯舌质仍红，无苔。用生脉散加温阳的淡附、丁香及涩肠的赤石脂、禹余粮。用上方加减共服1个月，诸症消失而愈。

按：小儿患泄泻虚寒者少，湿热者多，小儿为纯阳之体，多从热化，观其既往病历多用芩连葛草之属从治。后亦用七味白术散，皆未见效。细察本病例乃阴阳俱虚。在临床中颇为少见，患儿经中西治疗年余，其病不减。想必系药不对症，乃改阴阳兼治的方法。但有先后主次之分，先用温阳而佐以益气养阴涩肠固下之品，后用养阴而佐以温阳兼收敛之药，使阴阳调和，病日趋好转而后愈。

5. 仲某，男，35岁，2004年10月15日初诊。该患者每于长夏季节溏泻不爽，苦不堪言，现已逾10余载。自诉逢夏秋之交，天气渐凉时大便次数即增多，每日3~4次以上，质稀不成形，倦怠懒言，精神不振，不思饮食，性欲低下，天稍热则大汗不止。舌质淡红苔白

微腻，脉细。辨证为脾胃气虚，夹有湿热。宗李东垣清暑益气法培元益气、清暑化湿。处方：炙黄芪6g，当归6g，苍术、白术各10g，猪苓、茯苓各15g，黄柏10g，泽泻10g，党参9g，麦冬10g，五味子6g，神曲10g，青、陈皮各6g，赤芍、白芍各10g，山萸肉9g，仙鹤草30g，功劳叶10g，葛根10g，益智仁9g，枸杞子10g。14剂。

2004年10月30日复诊，溏泻症状已明显好转，大便每日1～2次，基本成形，倦怠纳呆等症亦改善，但心烦、寐差。于上方加炒栀子10g、炒枣仁15g，清心除烦安神。此后随访，病情稳定，已无所苦。

按：长夏是湿令盛行季节，天暑下迫，地湿上腾，人所感受之邪，暑湿每多兼夹，故叶天士《幼科要略》有“暑必兼湿”之语。湿为阴邪，若暑湿兼感，则病机复杂，并非一派阳热之象矣。并且夏日人身之阳，以汗而外泄，人身之阴，以热而内耗，阴阳两有不足，不如冬令之封藏固密，故可见虚象。该患者脾胃之气本不足，复感受长夏暑湿之邪致湿热内蕴，故成气虚湿热证。李东垣之清暑益气汤正为劳逸失节、脾胃气虚之人感受暑湿之邪、耗气伤津而设。本方以参、芪、术、归补脾胃、益气血，合生脉散养阴生津为基础；再加苍术、青皮、陈皮、神曲以燥中焦之湿；黄柏、泽泻、猪苓、茯苓泻下焦之火；葛根升发脾胃之清阳；仙鹤草、功劳叶补气而不上火；益智仁、枸杞子暖肾生精，共奏培元益气、清暑化湿之功。药味虽广而立意周密，遂能数剂起效。

三、伪膜性肠炎

伪膜性肠炎发生率近年明显上升，若未能及时诊断、治疗，可产生毒性巨结肠、肠梗阻、肠穿孔等严重并发症，死亡率达10%～30%。腹泻前曾接受腹部大手术及大剂量广谱抗生素治疗接受联合化疗者；水样腹泻并见漂浮的伪膜，每日4次以上或伴有肉眼血便；发热>38℃；伴有腹痛；结肠镜检查可见典型的点状突起的黄白色斑其间可见正常黏膜和黏膜充血斑、水肿的跳跃区；血白细胞计数增高。其属医学“热痢”、“暴泻”等范畴，乃中医急症之一。本病多因湿热蕴结、复感外邪、调治失节、升降失司、清浊不分，热盛则暴注。

常病势急迫倾泻无度，以致津伤气耗。

郑智涛等观察生脉散合白头翁汤加万古霉素治疗伪膜性肠炎。治疗组采用生脉散（人参10g、麦冬20g、五味子10g）煎水代茶频服，2剂/日；结合中药白头翁汤（白头翁30g、秦皮15g、黄连15g、黄柏15g）浓煎成200ml每天保留灌肠2次，灌肠后嘱病人转动身体，使药物充分接触病变黏膜；配合万古霉素0.5g/次，4次/日口服。对照组仅予万古霉素0.5g/次，4次/日口服。两组治疗均于热退、腹泻纠正、大便性状、次数恢复正常后停药。

观察有止泻时间（大便性状和大便次数恢复正常）、失水纠正时间、退热时间、总疗程、停药后1个月内复发例数等指标。治疗组无论在止泻时间、失水纠正时间、退热时间抑或治疗疗程上均较对照组缩短，尤其在止泻时间及失水纠正时间上缩短更为明显。而停药后治疗组仅1例复发，对照组则有7例复发（$X^2=4.12$，$P<0.05$差异有显著性）。

本病病势急迫倾泻无度，以致津伤气耗故虽在病变早期，症见下痢脓血或暴注下利、里急后重、腹痛，发热甚则高热不退之热痢实证的同时，伴见精神萎靡、少气懒言、口干渴饮、舌红少津，脉细数之气阴耗伤表现。故我们予生脉散煎水代茶频饮以养阴益气；同时考虑伪膜性肠炎病变主要在结肠，故以热痢之要方白头翁汤保留灌肠，使药效直达病所，二者合用，共奏清热解毒、坚阴止泻之效。但据我们既往教训，单用中药治疗难以迅速控制腹泻，而本病病情若有延误，则变证四起，严重者甚至阴绝阳亡。因此必须即时给予万古霉素口服，迅速控制严重的腹泻。本组中西医结合治疗组中常在用药后10小时内临床症状有明显改善，约2日失水可及时纠正，4日病情多已治愈，取得较满意的疗效。

四、短肠综合征

短肠综合征是指小肠广泛切除（小肠切除量超过70%或残留肠管长度少于100cm）术后出现严重的消化道吸收和全身营养障碍的临床综合征。

【病案举例】

1. 男，63岁，平素体健。因急性绞窄性肠梗阻入院，经术前准备后在连续硬膜外麻醉下行剖腹探查术。术中证实为小肠扭转，造成距十二指肠悬韧带80cm以下小肠广泛坏死，遂作包括回盲部在内的广泛小肠切除，仅保留十二指肠及近端空肠约80cm，切除小肠量达80%强。术后采用积极抗休克、抗感染、纠正水电解质及酸碱平衡紊乱等综合抢救措施，术后第3天生命体征转为相对稳定。术后第4天起出现水样腹泻，每日7~8次，术后一周腹泻增至每日15次以上，日腹泻量达2000ml以上，出现进行性消瘦和血浆蛋白浓度下降以及血清电解质紊乱等。在继续禁食、预防感染、应用H_2受体阻滞剂、山莨菪碱及其他对症处理基础上，于手术后一周起经右锁骨下静脉插管作全胃肠外营养支持治疗，每日平均热量12540J（3000kcal），热量与氮之比为500~600:1。结合舌面光而舌质红、干裂，脉细数等征象，术后二周停胃肠减压，加用益气生津中药（生脉散加减），每日一剂，浓煎200ml，分3~4次口服，适当增加山莨菪碱用量。术后三周腹泻次数渐减少，予进食少量流质，增加益气生津中药剂量。术后六周日泻5次左右，允许进食全量流质并减少胃肠外营养支持热量至5000J左右。术后七周日便4~5次，成形，进食半流质，体重有所回升，血浆蛋白恢复至入院水平，水、电解质恢复正常。术后八周病情稳定，开始不定期作胃肠外营养支持治疗，维持半流质饮食，继续以益气生津法为主辨证加减中药煎服。术后十周出院。在出院后5年左右时间内，病人偶因饮食不当及急性感染性疾病来院作短暂营养支持和原发病治疗，平时间断服用益气生津中药治疗，一般情况基本稳定。术后6年因重症肺部感染并发全身衰竭死亡。

2. 男，82岁，素有高血压、冠心病、房颤及缺血性中风病史。因急性弥漫性腹膜炎入院。经紧急准备后全麻下行剖腹探查术，术中证实为肠系膜上静脉血栓形成致广泛小肠坏死，遂作坏死小肠广泛切除，保留十二指肠、近端30cm空肠、末端100cm回肠及回盲部，小肠切除总量超过70%。术后经禁食、胃肠减压、抗休克、抗感染、维持水、电解质平衡及H_2受体阻滞剂等抢救治疗，术后第3天生命体征平稳，恢复排便排气。术后5天开始饮水及少量流质，随即出现

水样腹泻，迅速发展至每日水泻15～20次，水泻量高达2000ml以上，伴消瘦、舌质红、舌面干有裂纹、苔剥、脉细数，再度禁食并经右颈内静脉插管作全胃肠外营养支持，每日热量9196～10450J（2200～2500kcal），热量与氮之比为627:1，补液中增加山莨菪碱用量至每日40mg，根据其气阴两亏之证，给予益气生津中药生脉散加减煎服，每日一剂。术后二周腹泻减至每日10次左右，大便成形，因口腔霉菌，停用抗生素。术后二周胃肠外营养支持热量降至5016～6270J，山莨菪碱用量减至每日20mg，允许进食少量流质。结合原有疾病，中药益气生津与理气活血法并用。术后三周大便稠厚，每日1～2次，食欲增加，体重回升，实验室检查除凝血酶原时间稍延长外其他指标均恢复正常，口腔霉菌感染控制。术后四周停止静脉营养及补液，进食半流质，继续中药益气生津法为主辨证加减治疗。七周痊愈出院。迄今2年余，间断来外科门诊随访并服用中药，消化道症状不明显，经常因心血管病急性发作赴内科治疗。

按：短肠综合征的预后与是否有合适的营养支持、切除肠段的长度与部位、回盲部保留与否、是否发生高胃酸分泌及肠污染综合征等因素有关。鉴于本病急性期早期进食甚至饮水都会加重腹泻，并可能产生欲速不达之后果。以中药摄入作为消化道摄食的第一步，中药煎剂既有介于水与流质间的类似消化道刺激与营养作用，同时还具有其独特的治疗作用。从本文介绍的两例恢复过程分析，尽管均为广泛小肠切除，残留小肠仅100cm左右，其中一例包括回盲部切除，一例为高龄伴多种慢性病患者，在以中药结合胃肠外营养治疗后，显然急性期恢复过程明显快于一般文献报道，也未发生其他严重并发症。在选择方药上，本文两例患者在危重急腹症发生后接连经受腹部大手术创伤及随之发生的大量腹泻、营养障碍等一系列侵袭，表现明显的气阴两亏证，故选择具有益气生津功效的生脉散为基本方。用药后患者腹泻迅速减少、食欲增加和对摄食的耐受性提高以及全身情况明显好转来看，以人参、麦冬、五味子为主的中药，不仅有调整全身状态的作用，可能对短肠综合征之残存胃肠道黏膜的代偿恢复也起了有益的药理作用，并可能因全身状况的改变而提高了机体免疫力，促进机体的恢复过程。半年前我们对一例女性右半结肠切除术后并发广泛肠系

膜血栓形成致肠坏死的病人，在切除坏死小肠占80%强的情况下，术后早期积极采用益气生津法为主辨证加减中药治疗，术后腹泻症状仅2周即得到控制，可见中药在本病治疗中确有较理想的作用。根据益气生津法结合胃肠外营养治疗短肠综合征的体会，在治疗过程中应注意以下几点：①中药煎剂的应用先于摄食，以避免欲速不达的情况出现。②中药煎剂在最初应用时宜浓煎并少量多次方法口服或胃管内注入，此举或许能减少药物本身刺激引起腹泻而造成的药物丢失过多现象。③在开始应用中药时宜配合应用H_2受体阻滞剂及抗胆碱药物，通过对胃肠道分泌与运动的抑制来提高机体对中药的吸收和利用，从而提高中药疗效。④以生脉散为基本方，并注意随证辨证加减，以提高对机体的整体治疗效果。

五、慢性乙型肝炎

慢性乙型病毒性肝炎，是一种由乙型肝炎病毒（HBV）引起的消化道慢性传染病。一般认为，其发生与病毒在体内持续存在、免疫调控系统功能失常等因素有关。临床上主要分为慢性迁延型及慢性活动型肝炎两类。本病属中医黄疸、胁痛范畴，多由感受外邪、饮食所伤、脾胃虚寒、肝气郁结、瘀血停着、肝胆湿热、肝阴不足等引起本病。本病耗气伤阴，病久极易出现气阴两虚证，生脉散滋阴益气、生脉敛汗。同时能调节心神，心为五脏之大主，通过调心神而安肝魄，对本病有一定临床疗效。

【病案举例】

张某，女，29岁。2000年11月初诊。自述乙肝病史已6年，期间曾间断4次出现肝功异常，西药保肝治疗恢复正常。此次于1月前无明显诱因渐感乏力、气短、纳少、肝区隐痛、手足心热。诊见：精神疲倦，气短懒言，形体消瘦，面色晦暗，肝区叩击痛（+），舌质淡红而干、苔薄白，脉细弱而数。查：HBsAg（+），HBeAg（+），抗HBc（+）；ALT 111U/L。西医诊断：慢性乙型病毒性肝炎。中医诊断：胁痛，属气阴两虚。治益气养阴，柔肝止痛。处方：人参25g，太子参、生地各15g，麦冬、五味子、川楝子、郁金各10g，白术、茯苓、甘草各10g。每日1剂，水煎服，连服10剂后，气短纳差

消失，复查 ALT 76U/L，原方五味子增至30g，连服近1月后，诸症消失，肝功恢复正常。

按：患者6年前患病后，邪毒残留，耗伤气阴，邪虽不盛，但气阴两虚，无力祛邪。治当益气养阴扶正为主，兼以健脾、止痛。“夫肝之病，补用酸，益以甘味之药调之”。生脉散益气养阴而能柔肝，终缓急止痛，五味子酸收降酶而取效。

六、胆管炎

重症胆管炎是胆道感染的较重型期，指胆囊出现化脓性变，临床症状较重，常伴有重要脏器功能障碍。目前，对此症的分型和诊断标准尚存分歧意见。一般将结石或其他原因引起的急性胆道梗阻，临床上出现较轻的三联征称为急性胆管炎或急性胆道感染；对病程延续不愈．出现较重三联征或四、五联征者，称为重症胆管炎或化脓性胆管炎。生脉散的现代药理研究具有明显的强心作用，在本病治疗过程中预防纠正心脏并发症有积极意义。

【病案举例】

患者因食过油餐诱发上腹绞痛、高热寒战2天、于1994年1月28日入院。主诉8年前曾因患多发性胆道结石行胆囊切除胆总管取石术。体检：体温39℃，脉搏95次/分，血压75/52mmHg，脉象细数无力。舌质红绛。表情淡漠，神昏谵语，尿少赤黄，巩膜中度黄染。上腹部肌紧张，压痛。白细胞 29.0×10^9 L，便软不成形，色如柏油，潜血反应阳性。结合B超结果诊断为急性结石梗阻性重症胆管炎合并胆道出血。证属毒热型中毒性休克早期。予以耳穴体穴电疗电针止痛，施以清热解毒、止血、升压、扶正养阴。排石汤去木香、川楝子、栀子，加生石膏30g、白芍15g、厚朴12g，每日煎服1剂。加服三七粉、生脉散。同时抗感染、静滴止血敏、输血等支持疗法。入院治疗2日病情稳定，开始排石。住院12日排石120枚，最大石3.0 cm×2.8cm，症状渐消失，B超复查胆总管不扩张，结石声影消失，肝内胆管结石声影较前明显减少，以临床治愈出院。随访1年病人体力康复，B超复查肝内胆管结石声影基本消失。

按：一般将结石或其他原因引起的急性胆道梗阻，临床上出现较

轻的三联征称为急性胆管炎或急性胆道感染；对病程延续不愈，出现较重三联征或四、五联征者，称为重症胆管炎或化脓性胆管炎。术中见胆道黏膜充血、出血点，胆汁化验呈现化脓性变，胆道测压高于正常5～15倍（正常胆囊、胆总管压3.92kPa，即40 mmH_2O），符合术前诊断。但有的病例临床表现与胆道变化不尽一致，因为疼痛本身即可产生血压和精神状态变化。方中金钱草、茵陈、栀子、黄芩、蒲公英清热解毒利湿；柴胡、槟榔、木香、枳壳、川楝子、元胡、青皮、郁金利气止痛、活血化瘀；大黄清热通下排石。重症梗阻性胆管炎早期多属湿热型，表现为肝胆气滞血瘀；瘀久化热。排石汤有清热解毒、通里攻下，行气止痛作用。出现脓毒症休克症状，减少木香、川楝等行气药用量，加用生石膏、赤芍等清热活血药，并酌用生脉散、独参汤升血压。

七、呕吐伴精神症状

呕吐是胃或部分小肠的内容物经口腔排出体外的现象，呕吐是机体的保护性反应，频繁剧烈的呕吐可引起水、电解质紊乱及营养障碍。

【病案举例】

张某，女，16岁，学生，于1981年11月4日初诊。主诉：羸弱不起，奄奄一息，妄言妄见10余天。病因：患者病前形体较胖，一年前为追求形体苗条而节食减肥，此期因故与其兄争执，致悲伤哭泣，食后呕吐，勉强进食，随之呕吐，躯体日渐消瘦，伴头晕乏力，闭经，在当地服疏肝健胃、止呕调经中药无效，因病人长期不能进食，已不能行走，面部及下肢浮肿，当地医院以肾炎收住入院经多方检查未果，一直未能采取有效治疗措施。此时病人羸弱不起，神志不清，忽然妄言妄见，惊惧不安，手足扰动，故送我精神病医院。经神经内科会诊，疑颅脑占位性病变，建议去上级医院确诊因家中经济所限不愿去，求治于中医，查病人：目神呆滞，两颧泛红，手足扰动，妄言妄视，舌质红，无苔，脉细微。体温35.5℃，血压68/53mmHg，心音微弱，心律不齐。治以补气安神，养阴清热，以生脉散加味方药：人参3g，麦冬、生地黄、山萸肉、双钩各10g，百合、合欢花、山药

各30g，生龙骨、生牡蛎各20g，炒枣仁15g，五味子、炙甘草各6g，两剂水煎温服，日1剂。二诊：经服上方两剂，药后未吐，少量进稀饮食亦未吐，已能安睡一会。效不更方，上方续服两剂，仍未出现呕吐，纳食量渐增，颧骨泛红已消退，已能安寐，偶有妄言妄视，惊惧害怕已缓解。继上方出入，共服药35剂，体质日渐恢复，精神症状消失。后随访呕吐亦未复作。现早已结婚有子。

按：本例患者，因长期节食减肥，致水谷乏源，脏气渐衰，复因情志不畅，悲愤哭泣，使气更虚，悲者气消，初看呕吐乃情志所致，投理气健胃止呕，似乎合拍，怎奈气虚已甚，越理越虚，怫郁尚存，而气已竭，脾虚痰阻，难以奏效。病情延误，乃肝肾大虚，冲气上逆，痰热上并，心神扰乱，而成危证。临床脉证合参，气阴两虚明显，审证求因，怫郁之证潜存，治疗试投补气养阴为主，兼解郁化痰安神，以生脉散加味，方中人参救脾胃之气，麦冬养胃阴，开胃进食，五味子、山萸肉敛五脏之气而补肝肾。《石室秘录》曰："呕吐之症，人以为胃虚，谁知出于肾虚，治吐不治肾，未窥见病之根也。"山药滋润血脉，固摄气化，强志育神，百合、生地、合欢花、炒枣仁滋阴解郁，以安心神，生龙骨、生牡蛎宁心固肾、安神清热，而两药并用乃为治痰之神品，诸药合用，益先天之精补后天之阴阳，解五脏之郁滞，定神明之扰乱。见随证之变化，灵活化裁，使气血渐旺，阴阳得平，脾胃升降得以恢复正常，而体渐健。

八、急性胰腺炎

急性胰腺炎是一种常见的疾病，乃胰酶消化自身胰腺及其周围组织所引起的化学性炎症，临床症状轻重不一，轻者有胰腺水肿，表现为腹痛、恶心、呕吐等。重者胰腺发生坏死或出血，可出现休克和腹膜炎，病情凶险，死亡率高。本病好发年龄为20～50岁，女性较男性多见。本病属中医腹痛范围。热毒内聚胃肠，壅塞气机，气滞血瘀，兼有热扰神明，气营两燔之象。极易伤津耗气，造成气阴两虚，热毒积聚证。生脉散对证治疗及善后调养具有积极意义。

【病案举例】

康某，女，67岁，农民，1978年8月13日入院。患者于8月7

日晚上受凉，次日上午恶寒发热，下午上腹部阵发性疼痛，恶心呕吐日数次，小便黄赤，大便稀，色如酱。在当地医院治疗无效，且左上腹疼痛日益加剧而入院，以往有胃病史。体检：体温38.9℃，呼吸36次/分，脉搏96次/分，血压86/52mmHg，神清，表情痛苦，眼睑苍白，颌下、腹股沟可触及数个蚕豆大淋巴结，口唇微绀，颈动脉搏动明显，两肺呼吸音减弱，心率96次/分，律齐，三尖瓣可闻及Ⅲ级以上舒张期杂音，肝肿大肋下触及一指半，脾（－），上腹部胀满，腹肌紧张、压痛（＋＋），左侧痛甚，反跳痛（＋＋），肠鸣音弱。检查：血清淀粉酶625U/L。入院后经外科及上级医院确诊为急性胰腺炎，建议手术治疗，未成。8月16日中医诊治：壮热不退，有时谵语，口渴饮冷，上腹疼痛甚剧，全腹均有压痛、拒按，大便秽臭，小便黄赤，舌质红绛、苔根部黄腻干，左脉沉细，右脉细弦数，为热毒袭于胃肠，气机瘀阻，热邪上扰神明，属气营两燔。宜清营汤加减：犀角（水角牛代）（先煎）、竹叶心、连翘、黄连、芒硝（冲）各9g，玄参、麦冬、丹参各18g，大黄24g（后下），生地24g，银花30g，枳实、川楝子各15g。一日2剂，数日后每日1剂，略有加减，治疗12天，8月28日患者精神转佳，体温渐正常，能进汤水，上腹微痛，头昏，口苦，恶心，心慌心跳，解大便时汗多，舌质深红、苔少，脉细弦稍数。乃因久痛气阴两亏，将原方合生脉散加减：红参9g（先煎），麦冬24g，五味子6g，枳实15g，丹皮15g，水牛角30g（先煎），生地30g，山栀仁18g，赤芍15g，大黄24g（后下），银花15g，川楝子15g，丹参30g，3剂，每日1剂。9月1日上腹疼痛基本消除，头昏，心慌心跳，神疲，脉细弦稍数，舌质深红、苔白黄，改生脉散合四君子汤加减服至痊愈出院。

九、消化系统急症

【病案举例】

1. 胃出血

华某，女，54岁，1992年12月25日以上腹痛、恶心、呕吐鲜血住某医院，经对症治疗，于休克纠正后回家静养，出院时大便潜血仍为阳性。因不思饮食求治中医。求诊时已五天不进饮食，患者无神

乏力，面色苍白，干瘦，呼吸表浅，脉搏隐约可得，心音微弱，上腹中部有压痛，血压60/22.5mmHg，舌质暗，苔灰黄而干裂。辨证为气不摄血，阳衰阴亏。治宜益气复脉，生津增液，温中摄血。用生脉散合增液汤、黄芪建中汤合十灰散加减（处方：黄芪、甘草、芍药、桂枝、侧柏叶、茜草、大黄、当归、海螵蛸）两组方剂交替使用，每日各服两次。二日后大便潜血转阴，进流食，脉稍可。原方去茜草加煅瓦楞、扁豆、茯苓，仍与生脉散增液汤交替服用，五日后血压113/60mmHg，可进食并下地活动，停生脉散增液汤，原方去大黄加党参再服10剂，以巩固疗效，后改人参养荣丸加香砂养胃丸加以调理，随访2年未见复发。

2. 急性胃肠炎脱水

牟某，男，64岁，1993年8月10日初诊患者因饮食不洁，致腹泻水样便、恶心、呕吐四日，日均十余次，自服氟哌酸、黄连素。求诊时吐泻已止，但萎缩倦卧，气息微弱，血压42/20mmHg，脉细如游丝，重按不取，舌瘦缘红，苔黄干，皮肤松弛，眼球深陷，呈深度脱水状态。证属阴损阳亏，元气欲脱。急用生脉散以复损耗阳气，增液汤以滋生阴液，加白术、香橼、肉豆蔻以鼓胃气，另以淡盐水加红糖频频饮用，服药三剂后可以坐起，血压升至112/42mmHg，再予调理脾胃，扶持阴阳，三日后康复。

3. 结核性腹膜炎

黄某，女，55岁，患腹痛、腹泻已三个月有余，在某医院治疗效果不明显，渐出现头晕、目眩、耳鸣，不进饮食，卧床不起已一周。就诊时呈衰竭危笃状态，无神，眼陷，腹膨隆，有压痛及柔韧如揉面感，大便粘腻有排不尽感，血压75/38mmHg脉细濡，舌暗苔黄厚，属湿热泄泻，日久而致津液耗损以生脉散、增液汤加健脾燥湿之品治疗，处方：人参、玄参、麦冬、生地黄、五味子、扁豆、黄芪、连翘、白及、白术，上方服三剂热象已减，去连翘，加丹参、元胡、桂枝，再服五剂，危相已解，腹泻、腹痛大减，血压97/60mmHg，可坐起进食，守方又服三剂，可下地活动，后经西医诊断为结核性腹膜炎，予链霉素、抗结核药治疗三月余，情况见好，能操持家务。

按：生脉散滋阴益气，扶正固本，对临床急症支持疗法有非常重

要的意义，人参大补元气，救元气于危难，五味子酸敛，收敛涣散之阴气阳神，麦冬滋阴生津，共奏生脉复阴之效。心为五脏之大主，心主血脉，肺主治节，肺朝百脉，心肺合德才能有效调节人体应急，故护人体真元。

第四节 泌尿系统

一、肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎（简称慢性肾炎）是一组病因不同，病理变化多样的慢性肾小球疾病。临床特点为病程长，病情逐渐发展，有蛋白尿、血尿及不同程度高血压和肾功能损害，于患病2～3年或20～30年后，终将出现肾功能衰竭。本病属中医学中“虚劳”“腰痛”“水肿”范畴。因感受寒湿、湿热，气滞血瘀，肾亏体虚而致本病。腰为肾之府，乃肾之精气所溉之域。冲任督带皆过其间，肾虚是本病的关键。临床辨证复杂多端，肺为水之上源，肾为水脏，喜润恶燥，以阴虚多件，久则伤及肾阳，阴阳两虚。配合生脉散治疗每获良效。

【病案举例】

1. 陈某某，男，38岁，1998年5月6日就诊：反复水肿伴头痛腰酸乏力加重1个月。往有慢性肾炎病史3年余，面浮肢肿时轻时重，月前因劳累致病情又增，头昏且晕，头痛时剧，痛以两颞及头顶为主，面黄少华，口干作渴饮少，有时口苦，胃脘痞闷时作，恶心纳差，腰酸腰痛，四肢乏力，不耐劳作，易于感冒，手足心热，小便色黄，有时沫多，尿量尚可。体温37℃，脉搏90次/分，呼吸22次/分，血压160/105mmHg，神清，精神萎靡，轻度贫血貌，两侧肾区叩击痛（+），双下肢轻度可凹性水肿，舌淡红，边有齿印，苔薄黄腻脉弦细带数。尿常规：血细胞计数，24小时尿蛋白定量2.2g，肾功能：BUN：11.8mmol/L，肌酐。证属慢性肾炎气阴两虚兼湿浊中阻，肝阳上亢，标本同病之候，治则：益气养阴，悦脾平肝，化湿泄浊。仿麦门冬汤合参苓白术散加减。处方：太子参、淮山药、生薏苡仁各20g，茯苓15g，麦冬、制半夏、潼白蒺藜、淮牛膝、炒竹茹各

10g，白蔻仁3g，熟大黄5g，六月雪、益母草、白茅根各30g，5剂。日1剂，水煎2次，分服。复诊：患者药后头昏头痛轻，脘痞恶心减，大便日行2~3次质烂，苔脉如前，中药前方去竹茹，熟大黄改3g，续服6剂。再诊：病情继续好转，守前法随证情变化加减，调治3月余，患者病情明显好转，复查尿常规：尿蛋白，肾功能改善，BUN10mmol/L，Cr156mmol/L，今仍健在。

按：患者湿浊中阻，气阴两虚，此证最为难治，去湿则更伤阴液，补气则易化热，滋阴则助湿，故用参苓白术散和麦门冬汤兼顾去湿补气滋阴，此种配伍有生脉之意，唯去五味子收湿敛邪。

2. 马某某，男，20岁。患慢性肾炎，1993~1996年入院4次。1996年秋因久病体虚，感冒后病更加剧。初诊：面目浮肿，下肢尤甚。面苍白憔悴，纳不振而口干思饮。小便黄、而短颇，脉浮大，舌质红，苔白腻。此为脾肾大虚之征。多年临床所见，慢性肾炎浮脉大者不好治。清代周学盆曾谓："里病而浮精血脱，药非无效病难疼"，确乃经验之谈。而脉浮者多反复，忌误认为实热，小便黄而短频，口干思饮，皆肾阳不振，水气不能蒸化敷布之故，当从虚损论治，然目下水邪横滥，道当标治，行予真武汤合防己黄芪汤。处方：附子12g，茯苓30g，白术16g，生姜3g，大枣6g，防己16g，黄芪30g，杏仁9g，枇杷叶9g（去甘草之聚，加杏仁、枇杷叶苦降肺气，因肺为水之上源）服2剂小便量增加，4剂服完肿消了一大半。然口干咽燥，心烦而感内热，咽痛，舌苔黄。因上方多用温肾脾之阳，化气行水之效，乃温燥之药，有伤阴，应去姜附，再服3剂。服后，咽痛加剧。据患者多年的经验，服热药易致咽痛、头痛、肿有加剧。不得已改为下方：熟地20g，茯苓12g，女贞子15g，丹皮5g，泽泻6g，元参12g，麦冬15g，服3剂头痛，咽痛消失，黄苔退，舌质红，但患者感觉小便量少，浮肿略增些，因阴柔之药，阻遏阳气流布，傍脾资湿。若再服用下去，舌苔必白滑，而浮肿如旧。思此病乃阴阳两损，用药每多攀时。考景岳善用湿补，冯楚瞼宗其法，以生脉散为主，熟地，附子，牛膝等药以滋阴降火，脾肾双补，阴阳兼顾为宗：党参15g，麦冬15g，五味子6g，附子3g，熟地30g，牛膝、白术、山萸肉12g，枸杞子12g，杜仲12g，茯苓15g。以后，便用此方为主。辨

证加减，而术、附，不觉其燥，麦、地，不觉其腻，病情日好。服用40剂后，肿全退，思饮食。此时去麦、附、芍、五味子，加紫河车、菟丝子、2天一剂，根治3个月。1997年初复诊，身体良好。让患者以后常服用香砂六君子与六味地黄丸以健脾胃，补肾气，巩固疗效。

按：此病例病情复杂，临症需抽丝剥茧审查病机变化，谨候其气，恶失病机，随症治之。生脉散滋阴益气，滋阴不助湿，益气不化热，专对上焦气阴两虚，其效如神。

二、高血压肾病

高血压肾病系原发性高血压引起的良性小动脉肾硬化（又称高血压肾小动脉硬化）和恶性小动脉肾硬化，并伴有相应临床表现的疾病。年龄多在40～50岁以上，高血压病史5～10年以上。早期仅有夜尿增多，继之出现蛋白尿，个别病例可因毛细血管破裂而发生短暂性肉眼血尿，但不伴明显腰痛。常合并动脉硬化性视网膜病变、左心室肥厚、冠心病、心力衰竭、脑动脉硬化和（或）脑血管意外史。病程进展缓慢，少部分渐发展成肾功能衰竭，多数肾功能常年轻度损害和尿常规异常。恶性高血压者舒张压需超过16kPa（120mmHg），伴有明显心脑合并症且迅速发展，大量蛋白尿，常伴有血尿，肾功能进行性减退。本病属中医学中“虚劳”范畴。生脉散具有滋阴益气、生脉布气的功效，滋养心肺气阴，恢复心主血脉、肺主气主治节的功能，调理一身之气机。结合临床灵活辨证，对本病治疗有不错的效果。

【病案举例】

游某，男性，58岁，2002年12月10日初诊。患者3个月前在体检时发现蛋白尿，西医诊为高血压肾病，多方治疗效果不佳，蛋白尿未消失。现临床表现为腰酸腿软，遇劳加重，气短乏力，小腹下坠，眩晕耳鸣，两颧潮红，五心烦热，口干口苦，便秘溲黄，舌质红，少苔，脉细数。血压170/96mmHg，尿蛋白（+），血总胆固醇5.9mmol/L，甘油三酯2.0mmol/L。脉症合参，证属阴虚火旺，兼气虚下陷，治宜滋阴降火、益气补虚，方用知柏地黄汤合生脉散加味：生地、太子参各20g，山药、山茱萸、茯苓、黄芪、丹参各15g，丹

皮、泽泻、知母、黄柏、麦冬、五味子各10g，芡实、煅龙骨、牡蛎各30g。每日1剂水煎服，同时服用西药降压药。14剂后尿蛋白减为微量。继服14剂后尿蛋白转阴，诸症悉除，血压正常且稳定，血脂结果亦降为正常。随访半年未复发。

按：肾藏精之功能有赖于肾之阴阳平衡，若肾阴亏损，阴虚火旺，虚火内扰，精不内守而下泄，即可出现蛋白尿。临证常伴腰膝酸软，手足心热，潮热盗汗，颧红目赤，小便短黄等症状。治当滋阴降火，固精止遗，以知柏地黄汤为主方，配以生脉散生脉布气，使心主五脏有权，肺主治节有力，着实提高临床疗效。

三、非微生物性尿道综合征

非微生物性尿道综合征又称无菌性尿频—排尿不适综合征，是指仅有膀胱刺激症状和尿频、排尿不畅，但无细菌、真菌、衣原体等微生物感染的一种尿道综合征。本病常被误诊为泌尿系感染并长期误服抗菌药物，不但无效且能引起许多不良反应。现代医学尚无有效方法治疗本病，非微生物性尿道综合征属中医淋证范畴。病因病机有以下几个方面：①平素情志抑郁，肝失疏泄，气机不畅，三焦气化不利，水道阻滞，则排尿不畅。肾与膀胱相表里，肾气亏虚，膀胱气化不利则尿频。②思虑过度耗伤心营，心阴不能下滋于肾，心肾不交，影响三焦气化。膀胱气化不利则尿频，水道不畅则排尿不畅。③外用避孕药具或穿不透气衣裤，致湿热蕴结下焦，膀胱气化失司，气机不畅则尿频、排尿不畅。④因某些原因致瘀血留滞下焦，经脉受阻，膀胱水道不利则尿频、排尿不畅。

【病案举例】

林某，女，42岁，反复尿频尿急，排尿不适已2年，每于思虑过度时发作，发作时每15分钟排尿1次，伴失眠多梦，某院诊断为泌尿系感染，长期服用多种抗生素效果不佳。诊见：神疲体倦，因尿频而焦虑不安，无明显发热畏寒，无排尿中断，无腰，查小便常规正常。1小时尿细胞排泄率无异常，清洁中段尿培养3次（-），尿结核菌、淋球菌、衣原体PCR检查（-），舌红、少苔，脉细数。确诊为尿频-排尿不适综合征，证属气阴不足，虚火内动，即选用清心莲

子汤加减。处方：莲子、地骨皮、麦冬百合、车前子各12g，茯苓、黄芩、太子参、竹叶各10g，甘草3g。用上方8剂后，患者焦虑、尿频尿急明显减轻，继续以本方加减调理20多剂，精神焕发，上症完全消失，舌淡红，苔薄白，脉细，继以六味地黄丸合生脉散调治2个月，随访2年未再发作。

按：非微生物引起的尿频、排尿不适综合征多见于中青年妇女，属于中医气淋、劳淋范畴。以虚、郁为主要表现，故养肺阴、健脾气及固肾是主要的治疗法则，同时也取得了较好疗效，这与多数医家认为补中益气升阳为治疗本病的大法相一致。

四、急性肾功能衰竭

急性肾功能衰竭（简称急性肾衰）是一个综合征，是由各种原因使两肾排泄功能在短期内（数小时至数周）迅速减退，使肾小球过滤功能（以肌酐清除率表示）下降过正常值的50%以下，血尿素氮及血肌酐迅速升高，并引起水、电解质和酸碱平衡失调以及急性尿毒症症状。若急性肾衰发生在原有的慢性肾脏疾患肾功能不全基础上，肌酐清除率较原水平可便下降15%。急性肾衰可发生于任何年龄，11～60岁者占90.03%，男性多于女性，男女之比为2.27:1。急性肾衰临床以尿少或尿闭，恶心呕吐，口中尿臭，大便不通为主要表现，故本病多属中医学“隆闭”、“关格”证范畴。本病具有发病急，病情危重，变化多，预后差的临床特点，正如《证治汇补》指出：“既关且格，必小便不通，旦夕之间，徒增呕恶，此因浊邪壅塞三焦，正气不得升降，所以关应下而小便不通，格应上而生呕吐，阴阳闭绝，一日即死，最为危候”。病程变化多端，出现气阴两虚证时，应对症治疗。方选生脉散，在抢救过程中具有重要意义。

【病案举例】

刘某，男，37岁，1995年6月9日入院。患者因被人拳击伤胸腹部后出现少尿，四肢、颜面浮肿收入院。入院症见神疲，纳差，恶心呕吐，颜面、四肢中度浮肿，无尿，大便3天未解，舌略红，苔黄腻，脉弱。查：血压135/90mmHg，体温37.5℃。神清，胸腹可见多处皮肤瘀肿，心肺正常，腹软，肝脾未扪及，双肾区轻叩击痛。既往

无肾炎、高血压等病史。尿分析：尿比重 1.013，蛋白 0.3g/ L，ERy：红细胞 > 250/μl。BUN 26.7mmol/L，CO_2 - CP13.5 mmol/ L。入院诊断，中医：关格（瘀血内阻、湿浊壅塞三焦）。西医：急性肾功能衰竭（创伤）。治法拟活血祛瘀，通腑泄浊。药用大黄 15g（后下）、法半夏 15g，茯苓 15g、槟榔 10g，丹参 20g，桃仁 15g，白茅根 30g，藿香 15g、田七末 3g（冲服），每天 1 剂水煎服。以丹参注射液 20ml 加入 5 % GS 250ml 中静滴，每天 1 次。复方大黄液 150ml 保留灌肠，每天 2 次。同时，配合血透治疗，每周 2 次。11 日查房：患者精神胃纳改善，恶心呕吐减轻，尿量增至 600ml/日，大便 2 ~ 3 次/日，苔薄黄腻，脉弦。守上述方法继续治疗。13 日查房，患者胃纳显增，无恶心呕吐，无浮肿，尿量为 1800ml/日，大便通畅，苔薄黄，脉弦细。血 Scr 545μmol/L，BUN 13.1mmol/ L，CO_2 - CP 20mmol/L，K^+3.6mmol/ L。因患者出现气阴受损症状，乃于上方中去丹参，减大黄用量至 10g，加太子参 30g、麦冬 15g 益气养阴。同时停止血液透析，其余治疗同前。此后，患者病情逐日好转，于 6 月 27 日痊愈出院。出院时血压 113/75mmHg，血 Scr 126μmol/L，BUN 7mmol/L，Na^+142mmol/ L，K^+3. 9mmol/ L，Cl^-108mmol/L，P 1.46 mmol/ L，CO_2 - CP 23 mmol/L，尿分析（一）。血分析：WBC 5.0 × 10^9/L，RBC 4.48 ×10^{12}/L，HGB 129g/L。追踪半年，患者未见异常。

按：患者瘀血内阻，湿浊壅塞三焦，故用活血化瘀，通腑降浊之法组方，邪毒壅塞，损伤气阴，通降活血亦耗伤气阴，故用生脉散滋阴益气，恐五味子敛邪，故去之，使患者真阴得以保存，通降活血有源。

五、慢性肾功能衰竭

慢性肾功能衰竭（CRF）是由各种原因造成的慢性进行性肾实质不可逆损害，以尿毒素潴留、水电解质紊乱、肾性贫血和钙磷代谢紊乱等为主要表现的一组综合征。慢性肾功能衰竭是肾功能不全的严重阶段。属于中医学“溺毒”、“关格”等病证范畴。主要病机系脾肾衰败，清浊不分升降失常，清阳不升，浊阴不降。

【病案举例】

邹某，女，60岁。于1996年8月1日因尿少，腰痛，头晕，呕吐，疲乏1周入院。患者有双肾结石病史3年，反复腰痛，曾在门诊服药治疗，10天前行左肾结石ESWL术，曾有少许碎石排出。入院时见患者面色白，神疲，恶心呕吐，纳呆，头晕，左腰隐痛，少尿，口干口苦，舌淡、苔白浊，脉细弦。体温36.9℃，血压：22.5/15kPa。查血：WBC11.2 × 10^9/L，BUN38.7mmol/L，CO_2－CP 16mmol/L，电解质：K^+5.51mmol/L，Na^+116mmol/L，Cl^-104mmol/L。清洁灌肠后即行X线腹部摄片，报告双侧输尿管下段结石，分别1.1cm×0.8cm和0.9cm×0.7cm，双肾亦有多个小结石。B超报告双肾中等量积液，右肾有所萎缩。诊断为双输尿管下段结石梗阻并急性肾功能衰竭。即送手术室在持硬外麻下行输尿管镜术，术中同时将双侧结石超声击碎并取出，停留支架引流肾脏。同时给予补液、补碱及抗感染等处理。术后次日尿量达3350ml，仍见神疲口干，同时尿急尿痛难忍，辨证为湿热内蕴。并有气津两伤，用八正散合生脉散加减治疗，至术后第天尿量5400ml，腰痛、口干、疲乏好转，仍见舌淡苔白浊。辨为脾肾阳虚，湿热内蕴。用真武汤加黄芪、王不留行、败酱草、薏苡仁、陈皮治疗。5天后每日尿量3200ml。术后周复查BUN 8.8mmol/L，CO_2CP 20mmol/L，Cr 127μmol/L，嘱患者出院后继续门诊调理。

按：现代医学将肾功能衰竭的原因大体分为肾前性、肾性、肾后性3大类，都可发展为不可逆性肾损害和尿毒症，但是比较常见的肾性肾衰与肾后性肾衰所导致的病理改变及临床表现却迥然不同，前者以肾小球或间质病变、蛋白丢失和水钠潴留等为主要表现，临床上要限制水钠进入；后者以肾小管损害，重吸收障碍为主，解除梗阻后会导致渗透性利尿，有多尿期的出现，临床上要注意及时补充水和电解质以及血容量。同时，由于是手术以后气血所伤以及湿热之邪外侵，使中医临床辨证与肾原性肾衰有所区别，临床辨证时有以下特点：一是病程与辨证分型密切相关。慢性者以脾肾阳虚多见，病程愈长，则阳虚之证愈明显。主要是由于尿路梗阻，导致水湿内泛，邪气侵肾，阻遏阳气，使正气受损，气化功能失常，浊邪不能下泄，内蕴于肾，

进而损伤肾气，肾气虚弱，失去主水功能，脾亦受损，运化无力，乃至排泄功能下降，代谢产物排泄障碍，以致大量毒性产物滞留体内，所以临床所见此类病人面色白或萎黄，畏寒肢冷，尿少神疲，腰膝软，饮食不振，毛发枯萎，气短心悸，舌淡脉细等，便是脾肾阳虚的明证。但若为慢性梗阻合并感染，则多可并见腹痛尿浊，苔黄脉弦等湿热气滞之实证，若邪气消退，则又可见其本虚之象。二是梗阻肾病合并湿热气滞亦较多见，一则急性梗阻者，气血骤闭，三焦壅阻，气机不畅，水湿不能运化，郁而化热而成湿热气滞之候，甚至湿热内蕴成毒，化脓者亦有之；再者解除梗阻术后，由于手术伤于气血，以及插尿管等局部损伤，使湿热之邪外侵，临床多见尿频、尿急、尿痛，或有血尿、伤口痛、苔黄、脉弦等。三是解除梗阻后，由于肾小管重吸收功能障碍以及渗透性利尿等原因，也会出现多尿、口干、神疲、舌干、脉细等气阴两虚的证候，若并见上述湿热见证者，则宜益气养阴与清热祛湿并进，俟邪气退而气阴复，表现其阳气本虚之候时，方可重订治疗大法。

六、氮质血症

由于少尿、无尿，肾不能充分排出体内蛋白代谢产物，引起尿素、肌酐、尿酸、中分子多肽类、氨基酸及胍类等非蛋白氮物质（NPN）在血液中的含量高于正常水平，形成氮质血症。当有感染、中毒、烧伤、创伤等原因使组织分解代谢增强或进食过多高蛋白饮食，即可加重氮质血症。病人出现厌食、恶心、呕吐、腹胀及腹泻。严重的氮质血症可引起机体的自身中毒而发生尿毒症。本症属中医虚劳瘀毒范畴。

【病案举例】

梁某，男，58岁，患者于1990年4月30日至6月18日因反复蛋白尿在我院住院检查，出院诊断为慢性肾功能不全，氮质血症；痛风肾，高尿酸血症，左肾结石。于1990年6月26日转我科门诊治疗，自诉全身关节酸痛，腰酸痛，尿黄浊，大便干结，失眠梦多，心烦口干，舌质红干，苔黄燥，脉滑数，尿蛋白（+），白细胞（+），上皮细胞（+），24小时尿蛋白定量1.5g/2200ml，血胆固醇

6.40mmol/L，甘油三酯1.89mmol/L，尿纤维蛋白降解产物1.6mg/L。生化八项：Na^+143mmol/L，K^+4.1mmol/L，Cl^-104mmol/L，总二氧化碳26mmol/L，BUN11.1mmol/L，Cr 194.5μmol/L，总蛋白72g/L。中医辨证：肝肾阴虚，湿热内蕴。治宜滋养肝肾，祛湿清热。方选六味地黄汤合四妙散加减，药用：干地黄20g，丹皮12g，茯苓15g，泽泻12g，旱莲草18g，女贞子9g，苍术10g，黄柏12g，牛膝12g，薏苡仁30g，萆薢30g，桑枝30g，五加皮18g，加减治疗。每日服1剂，心烦热时选加金银花、连翘，头晕头痛选加杭菊、蒺藜、防风，胸闷心悸加柏子仁、麦冬、五味子、党参等。治疗至1990年8月31日，精神改善，失眠、口干消失，关节酸痛间有出现，二便正常，舌质红，苔薄白，脉弦细，尿蛋白（+-++++），血胆固醇4.42mmol/L，甘油三酯1.89mmol/L。生化八项：Na^+139mmol/L，K^+410mmol/L，Cl^- 103mmol/L，$TCO_2$25mmol/L，GlU 4.7 mmol/L，BUN 618mmol/L，Cr 18516μmol/L，Tp 68g/L，病情虽然改善，但仍属肝肾阴虚，湿热未清，继续上述方法加减治疗。

七、尿毒症

尿毒症是肾功能衰竭晚期所发生的一系列症状的总称。慢性肾功能衰竭症状主要体现为有害物质积累引起的中毒和肾脏激素减少发生的贫血和骨病。早期最常见的是恶心、呕吐食欲减退等消化道症状。进入晚期尿毒症阶段后，全身系统都会受累，出现心力衰竭、精神异常、昏迷等严重情况，危及生命。过去认为尿毒症是不治之症，自开展了透析方法及肾移植手术，使尿毒症病人的寿命的以明显延长。在尿毒症期，除上述水电解质及酸碱平衡紊乱、贫血、出血倾向、高血压等进一步加重外，还可出现各器官系统功能障碍以及物质代谢障碍所引起的临床表现。本病属中医“关格”范畴。关格之证，最早见于《内经灵枢脉度第十七》曰：阴气太盛，则阳气不能荣也，故曰关；阳气太盛，则阴气弗能荣也。故曰格。阴阳俱盛，不得相荣，故曰关格。关格者，不得尽期而死也。《伤寒论平脉法第二》指出：关则不得小便，格则吐逆（后世医家多宗仲景之说，即小便不通名曰关，呕吐不止名曰格。小便不通与呕吐不止并见名曰关格）。其病因

病机应为本虚标实，本虚即脾阳亏损、肾阳衰微、命门火衰、气化功能不足、开合升降失司、则当升不升、当降不降、当藏不藏、当泄不泄，标实即浊邪壅盛、三焦失于宣畅、升降失司、浊阴不降。

【病案举例】

患者邱某，女，42岁，于1990年10月25日门诊以尿毒症收入院。该患反复浮肿、无力、尿少已4年，近5日加重遂来就诊。查尿常规：蛋白（+++），白细胞10~20、红细胞30~40，细胞管型（+++）。血常规：白细胞9100/mm^3，中性粒细胞96%，淋巴细胞4%，血红蛋白5g%。血液生化检查：二氧化碳结合力39.2容积%、尿素氮61mg%，肌酐18mg%。M型心动图和B超扇扫：左室增大，右室壁增厚、室间隔较厚，右室前壁同胸壁分离，左室后壁同心包壁分离，X线胸部正位片：肺野清晰，心脏呈烧瓶状，主动脉根部变短，心隔角变锐，右侧肋隔角变钝。心电图示：窦性心动过速（心率120次/分），T波改变。主证：全身乏力，恶心呕吐，腰膝酸痛，畏寒肢冷，纳差便溏，心悸气短，皮肤瘙痒，尿少。查体：颜面浮肿，面色㿠白，精神萎靡、血压100/80mmHg，听诊心尖搏动弱、心界扩大、心音弱、节律整，心率120/分，心前区可闻及广泛粗糙的心包摩擦音，肝脾未触及，肾区叩击痛（+），两下肢指压痕（++）。舌体胖大，质微红，苔薄白，脉沉弦，两尺脉无力。西医诊断：慢性肾炎，尿毒症合并心包炎。中医辨证：脾肾阳虚，水毒潴留，水气凌心，浊邪不降。治则：补脾益肾，行气利水，扶阳降浊。以温脾汤合生脉散加减。熟附子25g（先煎），大黄15g，半夏10g，人参15g，茯苓30g，陈皮15g，川朴15g，五味子15g，车前子20g，冬虫夏草10g，丹参30g。水煎服，每日一剂、日服二次。服上药7剂后，颜面浮肿渐消，尿量增多，呕吐停止，饮食增多，精神好转。尚有头昏、乏力及轻度心悸气短，皮肤瘙痒。查体：肢体变温，血压110/80mmHg，心率100次/分，心界稍大，心色摩擦音减轻。血液生化检查：二氧化碳结合力56容积%，尿素氮31mg%。尿常规：蛋白（+），白细胞6~8，红细胞4~5，细胞管型（+），血红蛋白7g%。继用上方减陈皮、半夏，加地肤子、白鲜皮，连服两周，诸证悉减。唯有睡眠欠佳。查体：血压120/80mmHg，心率86次/分，心界不

大，心包摩擦音消失。尿常规：蛋白（+），白细胞1~6个，红细胞4~5，细胞管型（+），血液生化检查：二氧化碳结合力52.3容积%，尿素氮18mg%，血色素9.5g%。三诊治以益气活血，健脾益肾法巩固疗效。方药：人参15g，黄芪50g，当归20g，白术15g，茯苓25g，生熟地各20g，远志15g，丹参30g，枸杞子30g，附子15g（先煎），茅根50g、甘草10g、继服30余剂而痊愈出院。

按：本病例既有气血两虚、少气乏力，肌肉消瘦等清阳不升表现，又兼有恶心呕吐，皮肤瘙痒，水肿尿少、大便不调等浊阴不降之症状。由于升降失调、湿浊内阻，以致阴阳失衡，气血不能互荣，而造成阴阳两虚且上下痞隔的“关格”重症，其症属脾肾阳虚，湿浊内阻，溺毒入血，攻心冲脑，本病脾肾阳虚是本，湿毒内蓄是标，故治以补益脾肾、行气利水、扶阳降浊之法，以温脾汤合生脉散加减。方中附子温肾扶阳，大黄行气活血，通里导泻，二药合用使浊邪冷结从大便而出，泻下而不伤正；人参益气利水；丹参活血化瘀；冬虫夏草填精益气；专补命门；车前子利水止泻，茯苓健脾宁心利水，两药伍用，既可增加尿量又能促进尿素氮的排泄，具有利小便不伤元气之功。半夏降逆止呕，陈皮降浊和胃，川朴行气利水，燥湿降逆，三药相合使湿浊气滞得解，浊逆之呕得除，生脉散养心气助心阳。诸药共奏温阳和胃、泄浊化湿利水之功效，使“关格”重症在短期内得以治愈，这充分显示了中医学辨证论治的优越性。

第二章 外科病证

第一节 阑尾炎

阑尾炎是临床常见的疾病。一般可以分为急性阑尾炎和慢性阑尾炎。传统观点认为急性阑尾炎是由阑尾梗阻而引流不畅以及细菌感染所致。其突出症状是转移性右下腹疼痛伴呕吐。在急性炎症期间如不及时治疗，可造成穿孔、化脓、坏死致使弥漫性腹膜炎，所以有此病应及早治疗，用中西药保守治疗或手术切除。本病属中医“肠痈”范围。辨证属里实热证，多涉及胃肠二腑。其病机为气滞血瘀、热结、毒热炽盛。病久可出现气阴两虚阴阳两伤证。

【病案举例】

郑某，女，44岁，农民。1988年12月1日初诊。主诉：右下腹剧痛伴恶心呕吐3天，3天前，患者实为恶心呕吐，腹痛，在当地医院治疗无效，于11月29日夜间往军大某医院急诊。查WBC 15.6×10^9/L，N 0.96，经会诊为急性阑尾炎，经青霉素、庆大霉素等抗感染治疗无效，因不愿手术而来求诊。现症：右下腹痛剧不可忍，伴恶心呕吐，发热恶寒，口

干，大便4日未解。舌红苔黄而干，脉细数。查血常规 WBC 28.0×10^9/L，N 0.96，麦氏点压痛（++），反跳痛（++），肌紧张（++）。诊断：中医：肠痈；西医：急性阑尾炎合并局限性腹膜炎。证型：毒热蕴结型。治疗：①急刺阑尾穴深针强刺激，腹痛缓解；②予中药固本扫毒汤2剂，方药组成：党参、山楂、败酱草、蒲公英各30g，麦冬、丹皮各10g，五味子、芒硝各6g，大黄（后下）、槟榔各15g，红藤、桃仁各20g，二花60g。水煎，嘱当晚服完。第2剂中药后2小时，开始泻下，泻下5次后，腹痛显著减轻，泻下8次后，腹痛基本消失。异日又予前方减大黄、芒硝、槟榔用量，3剂药尽恢复如常。

按：急性阑尾炎为急腹症之常见，属中医“肠痈”范围。辨一证属里实热证，多涉及胃肠二腑。其病机为气滞血瘀、热结、毒热炽盛。根据经旨，“六腑以通为用”，“通则不痛”的理论，常采用《金匮》大黄牡丹皮汤治疗。但临床上往往有人服药后并不得下，或泻下数次而腹痛未明显减轻。还有人伴发恶心呕吐，不能进服中药。当此急症、重症，关键在于治疗中必须抓住“通下”这一环节，务必急下、峻下，下之必尽。笔者借鉴先贤经验，在大黄牡丹皮汤基础上，加槟榔下气推荡，助大黄、芒硝急下通腑，山楂消积导滞，助桃仁活血化瘀，二花、蒲公英、红藤助败酱清热解毒，化瘀止痛，其用量重，且首日服2剂，故服之必泻，泻之愈峻，取效愈捷。由于迅速而连续多次泻下，其胃肠积滞荡然无存。然峻下之剂，虽壮实之人，亦有易脱之险，老幼体弱者，更难投药。因而又合生脉散，固本防脱。如此扶正无留邪之患，峻下无致脱之虑，共凑固本通下，化瘀解毒之效。[1]

第二节 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疱、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支、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病和肺结核最为常见，其次是特发性气胸。临床表现：①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。②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”之范畴，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。自发性气胸是内科呼吸系统急危重症之一，治疗不及时或治疗不当，可危及生命。单用西医疗法，虽见效快，但疗效不稳定，且易复发，甚或出现胸膜粘连等并发症。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措施，使其症状改善，随即应用中医药疗法，以善其后。治宜采用益气养阴、理气化痰平喘，佐以活血化瘀的治疗原则。生脉散具有益气养阴复脉的功效，对本病病程中气阴两虚阶段疗效很好。

【病案举例】

1. 谭某，男，43 岁，1996 年 12 月 9 日就诊。从事采石工作近 30 年，2 期矽肺，时值严冬，外出劳作受寒，当夜感周身不适，剧烈咳嗽，气喘，咯痰困难，胸高息粗。次日，呼吸困难加重，胸闷且胀痛。经某医院诊为自发性气胸，急插管抽气抢救。经吸氧、抗感染、镇咳等处理，后仍不能缓解。邀余治疗。见患者精神不振，端坐呼吸，不能平卧，卧则咳嗽，气喘甚，脉沉弦紧无力。此为肺疾日久，肺气亏虚，复感寒邪，致肺气郁闭，故剧烈咳喘，肺压增高，肺泡破裂而成自发性气胸。予生脉散加减：泡参 40g，麦冬 15g，五味子 10g，罂粟壳 10g，炙麻黄 10g，细辛 6g，杏仁 10g，紫菀 15g，款冬花 15g，炙甘草 6g。服药 4 剂后，症状减轻，咯吐大量痰涎；续服 3 剂，咳嗽、气喘完全缓解，上方罂粟壳减至 5g，再服 20 剂后复查胸片示气胸已闭合。

按：患者肺病日久，耗伤气阴，感寒肺郁，肺泡破裂而成本病，

予生脉散生脉益气养阴，恢复肺朝百脉的功效，予理气化痰药恢复主治节，宣发肃降的功能。

2. 廖某，男，27 岁，1994 年 9 月 8 日就诊。患肺结核 3 年未愈，自诉 3 小时前在家提水后突然胸痛，剧烈咳嗽，大汗淋漓，心悸，气喘气促，大小便频，便后气坠欲脱，舌质紫黯，苔薄干燥，脉虚。急收住院治疗。此缘由肺病日久，气阴两伤，气不归元，肾不纳气所致。予生脉散加减：太子参 15g，红参 10g，麦冬 15g，五味子 10g，生龙骨、生牡蛎各 30g，制附片 10g，黄芪 20g，浮小麦 30g，延胡索 25g，款冬花 12g，百部 15g，杏仁 12g，炙甘草 15g。服药 4 剂后胸痛、气喘明显好转，汗出减少，精神转好。续服原方 10 剂而愈。

按：患者肺虚日久，气阴两伤，病久及肾，肾不纳气，气不归元而致本病。予生脉散生脉益气养阴，加红参大补元气，龙牡附子温振肾阳以纳肺气，加理气化痰药畅肺气机。

3. 何某，男，54 岁，1989 年 5 月 7 日就诊。从事煤矿工作 20 年，未作矽肺鉴定，于 1988 年 5 月 7 日突感气喘、呼吸困难、心慌、胸痛，经胸部透视示自发性气胸，即行插管抽气等处理，后气胸仍不能愈合，遂邀余会诊。诊见患者精神不振，表情痛苦，痰涎壅盛，张口呼吸，纳差，大便稀溏，心烦，脉濡滑。此为肺损脾气虚弱、痰涎上壅、气不下纳所致。予生脉散加减：泡参 30g，麦冬 15g，五味子 10g，款冬花 12g，罂粟壳 10g，诃子 10g，苏子 10g，茯苓 15g，白术 15g，莲子心 10g，车前子 8g，甘草 6g。连服 5 剂后症状好转，痰喘渐平，精神随之好转，抽出气体逐渐减少。原方继续服剂，病情继续好转，气胸闭合，拔去插管。但纳食不佳，口淡乏味，此为痰喘已平，而肺气尚弱，脾胃不健，肾气不固。再拟上方加茯苓、白术、砂仁、山药健脾胃，菟丝子、生龙骨、生牡蛎纳肾气，莲米、酸枣仁、炙甘草宁心安神，续服 15 剂，病情逐渐稳定、气胸闭合而痊愈。

按：患者肺损脾气虚弱、痰涎上壅、气不下纳，予生脉散生脉益气以复其原，补肾纳气，理气化痰等药复其旧。[2]

4. 梁某某，男，58 岁，中学教师，1992 年 2 月 23 日初诊。气喘、胸闷半月，加剧 3 日。素患慢性支气管炎，形躯瘦削，胸凹背曲。据云半月前，侧身拿热水瓶后突然感到左胸疼痛，以止痛膏外

敷，胸痛略有改善，气喘胸闷明显。寒假结束，开学3日来工作劳累，动辄喘促短气，授课怯力，语声低弱，咳呛痰薄。其自疑因心脏问题而引起喘促胸闷，故要求心电图检查。体检：左胸膨隆，肋间隙增宽，呼吸活动度减弱，触诊语颤减弱，叩诊呈高清音，心浊音界消失，呼吸音显著减弱。脉搏软弱无力，舌质淡、苔薄白。心电图报告：窦性心律，显著顺钟向。胸直立后前位X线摄片示：左肺上、下压缩约1/2，左横膈平直，肋膈角消失变平。诊断：①左肺气胸，②两肺慢性支气管炎。鉴于左肺气胸萎缩面积较大，建议住院治疗，但因家有卧病老母需要照顾，暂以门诊治疗观察。患者素有慢性支气管炎宿疾，久咳伤肺，复又用力持物损伤肺叶，肺气被耗，则宗气虚馁，故咳喘无力，语声低微，少气不足以息，动则喘甚，脉搏小软亦气虚所致，证属喘证，肺气虚之候。治当益气补肺定喘，拟生脉散合补肺汤（《永类钤方》）加减。处方：太子参、麦冬、全瓜蒌、炙桑皮各12g，北五味、紫菀、广郁金各9g，黄芪30g，白及、代赭石各15g，炙甘草5g。5剂。并嘱卧床休息，必要时随诊。2月28日复诊：气喘减轻，药症颇合，仍疏上方5剂。3月6日三诊：诸恙均有好转，精神较前振作。胸片复查为：左上肺可见异常透亮区，及被压缩肺边缘，与2月23日片比较，气胸有明显吸收好转。效不更法，原方广郁金易熟地12g，服10剂后症状和体征消失，恢复如常，胸片示肺膨胀，气体完全吸收。

按：“气喘之病，最为危候，治失其要，鲜不误人，欲辨之者，亦惟二证而已。所谓二证者，一曰实喘，一曰虚喘也。”（《景岳全书·喘促》）可见喘证的治疗以甄别虚实为其要务，然后确定病因，围绕气机升降出纳失常的病理变化，虚者培补摄纳，实者祛邪利气。本例属虚喘，故投生脉散益气养肺生津。黄芪入肺补气，炙甘草益气和中，代赭石平喘降逆，全瓜蒌顺气宽胸。因“肺为贮痰之器”，故佐以桑白皮、紫菀化痰止咳；而肺叶损伤，故益白及收敛生肌，广郁金祛瘀止痛。辨治切中病机，获得满意疗效。[3]

第三节 胆道感染

胆道感染是指胆道内有细菌感染，可单独存在，但多与胆石病同时并存，互为因果。感染的胆道易于形成结石，胆石如阻塞胆总管则有80%～90%合并感染，感染常见细菌为大肠杆菌、绿脓杆菌、厌氧菌等。胆石病在静止期可无明显症状及体征，或仅有上腹部不适、隐痛、厌油腻饮食等症状；当胆道某一部位发生胆石移动、梗阻或细菌感染时，可出现中右上腹绞痛、发热、黄疸等症状，右上腹可出现压痛、肌紧张、反跳痛或扪及肿大胆囊之底部。重症感染可并发胆囊坏疽穿孔、胆道出血、肝脓疡、中毒性休克等。胆道感染、胆石病属中医“黄疸”、“胁痛”等范畴，一般可分静止期与活动期辨证。静止期多从肝阴不足——肝胆湿热——肝脾（胃）同治等辨证，特别强调肝阴不足；活动期多从湿热、热毒辨证。并可配合“郁、结、热、瘀、厥”辨证以准确辨证。胆为六腑之一，《内经》指出六腑“以通为用，以降为顺”、“泻而不藏”。高度概括了胆系病的治疗大法。传统多从湿热论治。湿热久积，耗伤气阴，致肝胆脉络失和，闭阻不通，生脉散益气养阴，尤其对阴虚肝郁者，能起到滋阴通络的效果。近年来，正是在此法的指导下采用通里攻下法治疗急腹症，取得了可喜成果。

【病案举例】

1. 王某，女，61岁。1994年3月15日诊。反复右上腹疼痛20余年，加剧1周，曾多次在市人民医院及本院住院治疗。B超示：胆囊炎、胆囊结石，予抗炎、补液、解痉止痛及中药利胆通腑等治疗后，病情可缓解。平时间歇服用消炎利胆片、熊去氧胆酸片等药。1周前因饮食不节致腹痛加剧，伴畏寒发热，恶心呕吐，前医予先锋V号、丁胺卡那霉素、654－2针等静滴及中药大柴胡汤加茵陈、金钱草等治疗后，发热退而腹痛未除，余视其神情怠惰，口燥咽干，溲短便结，舌红苔薄腻，脉弦细。细析其证，乃肝胆湿热，蕴久不解，耗伤气阴，致肝络失和，不通则痛。遂予生脉散合大柴胡汤加减。药用：太子参30g，麦冬10g，五味子6g，炒白芍、川石斛各15g，柴

胡10g，黄芩10g，半夏、枳壳各12g，生大黄（后下）15g，川郁金30g，金钱草30g，乌梅15g，3剂后，腹痛即止。续服3剂后，腹无所苦，二便通调，胃纳转佳，精神转爽。此后又以上方调理3月余，诸恙皆除，至今未复发。

2. 陈某，女，58岁。因反复右上腹疼痛15年，加重伴发热、黄疸3天入院。入院时症见右上腹疼痛，放射至背，痛处拒按，目睛黄染，神清倦怠，懒言短气，舌淡红苔黄腻，脉弦细数。入院检查：体温38.9℃，脉搏116次/分，呼吸24次/分，血压12/6kPa。痛苦病容，精神极萎靡，皮肤巩膜黄染。心率116次/分，律齐，未闻杂音。两肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音。腹平坦，右侧肋下可触及肿大之胆囊，按之疼痛，Murphy征阳性。查血WBC 18.9×10^9L，N 0.89。B超示：胆囊炎，胆囊肿大，胆囊多发结石，胆总管结石。入院后予先锋V、丁胺卡那霉素、654－2针静滴，同时予中药益气养阴，通腑利胆。药用：党参、生黄芪各30g，太子参、丹参各30g，炒白芍20g，枳壳10g，川郁金30g，黄芩10g，茵陈30g，生大黄（后下）20g，银花30g。1周后，患者大便畅行，热退痛止，黄疸明显减轻，且倦怠乏力诸症也大有好转。后继以上方调治半月，B超复查：胆囊炎，胆石症，胆总管未见结石，病人以病情好转出院。

按：上二案均为老年胆道感染，治疗中均应用了益气养阴之剂。前案以阴虚为主，故予太子参、麦冬、川石斛、乌梅之类药物养阴为主；后案以气虚为甚，故予党参、生黄芪、太子参之类补气为主，但二者均以益气养阴，扶助正气为主。老年胆道感染患者，由于体质衰弱，气虚阴亏，势在必然；加上长期治疗过程中，苦寒清利，使阴津益损，正气日衰，气虚抗邪无力，结石不能排出，阴虚津液亏乏，邪热不易清除，治疗中若能顾及气阴，重视气阴，或养阴，或补气，或益气养阴并举，对缩短病程，提高疗效极为有利。现代医学认为，老年人胆囊收缩功能不良，胆总管壶腹部括约肌松弛，结石不易排除，甚至还会嵌顿，而补气药能促进胆囊收缩，有利排石。总的来说，老年胆道感染，应当重视气阴，不可过用苦寒，不宜一味攻下，慎用渗利之品。对湿热偏盛，腹胀纳差，口苦苔腻之人，也不必顾忌“滋阴碍湿，补气留邪”，尽可大胆应用益气养阴之剂。扶正与祛邪并

举，补益与清利同用，实乃老年胆道感染治疗中至为重要的一环。[4]

3. 刘某，女，46岁，工人。息者常感右上腹部疼痛，疼痛剧烈时如刀绞，历时3年余，伴厌油恶心，有时呕吐苦水，纳差，常因劳累或受凉而诱发。在医院做B超提示胆囊炎，胆管结石（4cm×5cm），口服胆囊造影证实胆管结石存在，刻诊，患者右胁作痛，并向右肩放射，巩膜轻度黄染，口干口苦，恶心厌油、有时呕吐苦水，大便干结，小便深黄，脉细弦，舌质红，苔黄而腻，中医辨证属肝胆湿热，气机不畅之胁痛，故拟清利肝胆湿热排石之剂。处方：茵陈、金钱草各15g，大黄、郁金、槟榔、栀子、川楝子、神曲各10g，服药5剂后，患者反觉口干加重胃纳渐差，观其舌红苔少，辨证属肝胆郁热，胃阴亏耗之胁痛，胃院痛。分析原为湿热内蕴，药物过于苦寒，伤及胃阴。法当柔肝缓急，酸甘化阴，理气和胃之剂。处方：杭芍、金钱草、蒲公英各15g，郁金、太子参、麦冬、山楂各10g，甘草、佛手柑6g，服药2剂，右胁疼痛未作，口干明显改善，胃纳渐增，二便自调，患者治病心切，服药第6日大便淘出黄豆大小结石，随及去医院复查B超：胆管结石已不存在，嘱低脂饮食，改服市售生脉饮调理善后。

按：临床上对胆石症、胆囊炎，众医多以攻法治之，本例患者辨证实属湿热蕴结肝胆，初用清热攻下，法症相合，湿热症虽减，但阴伤突出，胆管结石尚未排出。结合病机症候，治法当宜变更，后宗柔肝利胆，酸甘化阴，缓急止痛。佐以和胃之剂，标本兼顾。致使体阴修复津液输布，肝缓痛止，结石得能排出体外，善后采用生津益气之生脉饮巩固治疗效果。[5]

第四节　膝关节骨性关节炎

膝关节骨性关节炎是最为常见的非炎性滑膜关节疾病，以关节软骨的退行性改变为主要病理特征，多见于中老年人，所产生的疼痛和功能障碍严重影响患者的生活质量，给家庭和社会带来巨大压力，卢正等应用关节腔内注射参麦液治疗早中期骨关节骨性关机节炎30例，取得了满意效果，方法为：选参麦液，注射部位常规消毒、铺巾，用

2%利多卡因局部麻醉后，缓慢注入10ml参麦液，注入后活动膝关节，使参麦液均匀地分布于关节腔内，每周1次，连续6次后观察结果。观察方法：参照Lequesne122的膝关节骨性关节炎严重性和活动性指数评估法，制定膝关节观察表，记录患者一般情况和副作用等，并按分值进行统计学处理。结果30例中有2例接受1次治疗后，于当日或次日出现患膝肿痛而退出观察，该2例均为门诊患者，接受治疗步行较远回家，于当晚及次日出现双膝肿痛不适，给予非甾体类抗炎药及理疗后症状逐渐缓解，5天左右恢复，其余2例共计38个膝关节完成了6次治疗，其中临床缓解26.3%显效47.3%，有效18.4%，总有效率达92%。治疗期间未发现严重的毒副作用，患者血尿常规、肝肾功能检查均正常。[6]

第五节 术后诸症

临床上手术患者术后常有四肢乏力、纳呆、腹部虚胀等“脾气虚弱”证候。笔者在骨科临床工作中同样观察到术后患者也常有此类“脾气虚弱”证候，因脾胃乃后天之本，气血生化之源，脾胃功能如何直接关系到术后患者的康复快慢及预后。因此注重健脾有利术后患者的康复。但若兼有血瘀、阴虚或血虚等证候者，应注意结合本病特点进行辨证论治。气阴两虚型术后患者多有体倦少气，懒言，纳呆，咽干口渴，多汗，舌淡、苔少，脉虚细。部分患者损伤之后，内外出血过多，阴液亏耗未能及时补充，阴不制阳，虚阳外越而兼有发热。多见于原有创伤（有出血性休克）、手术创伤较大加重阴液耗损，或老年术后患者。治宜益气养阴，方选生脉散加味，或静脉滴注生脉针；阴虚发热可用滋阴清热法，方选青蒿鳖甲汤或清骨散化裁，热退后宜养阴益气健脾。

【病案举例】

周某，女，80岁，因跌倒致右髋肿痛，不能站立行走1天入院。经检查诊断为右股骨颈骨折（头下型）。既往有2型糖尿病史5年。于硬膜外麻醉下行人工股骨头置换术。术后患者出现神疲乏力，面色少华，少气懒言，纳呆，唇干口渴，汗出，舌淡、苔少，脉虚细。辨

为气阴两虚，在应用抗生素预防感染，胰岛素控制血糖水平下，静脉滴注生脉针，方用生脉散合四君子汤加黄芪、天冬、芦根、天花粉健脾益气，养阴生津，连服5剂，患者精神转佳，面色有华，汗止不渴，纳可。2周后伤口如期愈合，扶双拐下地行走，康复较快。[7]

郑文郁等用生脉注射液治疗术后疲劳综合征，将200例术后疲劳综合征患者，按照随机原则分为2组对照组100例仅给予术后常规支持治疗，观察组100例在术后常规治疗基础上，以参脉注射液静脉滴注，疗程同为7～10日。结果：观察组显效率79.0%，有效率100%，而对照组分别为26.0%、60.0%，2组比较均有显著差异（$P<0.01$），加用参脉注射液治疗疗效明显提高结论表明参脉注射液能明显改善术后疲劳症状。

术后疲劳综合征是人体在应激状态下产生的防御性和适应性反应在临床上的表现，这些反应的目的在于保护机体和维持机体内环境的稳定，使机体能适应创伤带来的改变而获得生存，同时促进组织修复及功能恢复。当这些反应在一定程度上有利于身体时，无需采取治疗措施来使其改变或加以限制。但是，如果这些反应持续时间过长及严重程度超过一定生理限度时，可能导致严重后果。因此，应尽早去除引起这些反应的原因，采取有效的治疗措施扭转局面，以便尽快消除症状，缩短病程，恢复健康，这是十分必要的。术后疲劳综合征应属中医“虚劳”范畴，因气血亏虚、气阴两虚所致。参脉注射液是古方生脉散的衍变方，是经现代科学技术研制而成的静脉注射剂，具有益气固脱、养阴生津、生脉的功能。经大量药理研究及临床验证，参脉注射液具有兴奋肾上腺皮质系统及增加网状内皮系统对休克时各种病理物质的清除作用，可改善心、肝、脑、等重要脏器的血供及改善微循环；能强心升压，改善冠脉流量，增强机体耐氧能力，减少心肌耗氧量，并有保护、修复心肌细胞及一定的抗心律失常作用；能改善病人全身健康状态，保护骨髓造血功能，提高机体细胞免疫功能。因此，用参脉注射液来治疗术后疲劳综合征，正可切中该病之本，疗效显著。[8]

手术后患者阴津亏耗，阴虚则生内热，内热熏蒸，则盗汗频出，生脉散对术后气阴两虚引起的自汗盗汗具有明显的疗效。

【病案举例】

1. 张某，男性，65岁。直肠癌术后2月余，每晚夜间盗汗，汗出湿衣，自觉头昏乏力，面色少华，胃纳尚可，舌苔薄黄质红，脉浮滑。辨证分析：术后气阴两虚，邪热内留，寐者阳入于阴，肌腠疏松，邪热熏蒸故盗汗。治以益气养阴，清热凉营，潜阳止汗。方药：浮小麦30g，鳖甲21g，禾鲁豆衣、太子参各15g，麦冬、银柴胡、焙丹皮各10g，五味子6g，胡黄连3g，2剂。服药当晚汗出减少，第二天晚上盗汗已止。上方出入再服5剂，以巩固疗效。

按：现代医学对外科手术后盗汗，没有特殊的治法。中医传统认识，称盗汗为阴虚之证，治以滋阴敛汗之剂。术后患者阴津亏耗，阴虚则生内热，内热熏蒸，则盗汗频出；又因术后伤津动血，每有瘀血内阻之证，故在育阴敛汗剂中，作者加丹参、赤芍、桃仁活血化瘀之品，配伍丹皮凉血清营，较传统单纯使用滋阴敛汗之剂的疗效更显著。若症程两周以上，久则伤气，故配伍益气养阴之生脉散外，佐鳖甲以潜阳固汗。临证中因为笔者运用中医辨证论治，所以疗效明显提高。近半数病人服药当天即能汗止，所有病人均在1周内治愈。中医中药用之恰当，确能效如桴鼓。

综上所述，中医药在外科手术后的治疗作用是非常重要的，比单纯用西药治疗有其优越性。随着不断地深入研究，中医药在外科手术后的治疗作用，将会越来越突出。[9]

术后不食由于麻醉、手术、创伤、胃管放置、胃液大量丢失、胃肠低张力状态，患者术后大都食欲不振，稍食多点胃脘胀满不适，甚至泛恶、呕吐。临床上以脾胃虚弱、胃阴耗竭型为最常见。脾胃虚弱者可表现为不思饮食，食则脘腹痞满，神疲乏力，大便溏薄，舌淡，苔薄，脉弱。

2. 李某某，女，23岁，1996年10月23日初诊。车祸后脑部严重挫伤伴下肢骨折、昏迷20天，行颅脑手术及截肢手术，神志恢复后，不欲饮食，食入即吐，舌红、少苔，脉细数无力。诊为元气大伤，胃阴不足，胃气上逆。治以补气养阴，健脾和胃止呕。生脉散合橘皮竹茹汤加减：人参10g，麦冬12g，五味子10g，橘皮10g，竹茹10g，制半夏6g，山药20g，白术12g，鸡内金9g，焦三仙各15g，姜

枣粳米引。服1剂药后开始进食，第2剂后食量增加，呕吐止，共用5剂，纳食正常，精神转佳。

按：本病例因车祸致长时间昏迷，并行大手术元气大伤，胃阴不足，胃气上逆，神志恢复后出现了不能食，稍食即吐。运用中医辨证论治原则，生脉散合橘皮竹茹汤加减扶正祛邪，使元气恢复，胃阴充足，胃气下行，病遂愈。[10]

第六节 白塞病并发闭塞性动脉炎

白塞病是一种原因不明、以细小血管炎为病理基础的，呈慢性、进行性、复发性的多组织系统损害性疾病。口腔、皮肤、生殖器、眼和关节为常见的发病部位。病情一般较轻，如果累及心脏和大血管、消化道及神经系统等，病情一般较重，其予后与受累脏器有关。白塞病并发大血管病变占8.7%～26%，全身各部中等以至大的动静脉均可发病，表现为血栓性静脉炎和静脉血栓形成。如下肢浅表性血栓性静脉炎，小腿深静脉血栓形成和上下腔静脉闭塞等。而下腔静脉发病比上腔静脉更为多见，并有伴发小腿溃疡者。动脉病变为动脉内膜炎和管腔闭塞，出现无脉症或组织缺血、坏死溃疡等。临床上并发闭塞性动脉炎而引起肢体坏疽，容易误诊为血栓闭塞性脉管炎。白塞病属于中医学的“狐惑病”、“阴疮”范畴，并发闭塞性动脉炎，引起肢体坏疽者，则称为“脱疽”。主要是寒凝血瘀，湿热蕴结所致，进一步发展，肢体动脉闭塞，郁久化热，热毒聚积，发生肢体坏疽。白塞病并发闭塞性动脉炎临床较为少见，它的临床表现特征是：①眼口腔黏膜溃疡，生殖器溃疡。②注射针眼处出现小脓疱和血栓性浅静脉炎。③关节疼痛，下肢可出现结节性红斑。④同时并发闭塞性动脉炎，侵犯双下肢足背动脉、胫后动脉、腘动脉，引起下肢缺血而发生坏疽。临床辨证，此病多半是表现为湿热蕴结，以清热活血利湿法为主治疗。表现为阴虚内热，则以养阴清热法为主治疗。

【病案举例】

患者男，18岁，1983年9月就诊于我科。15岁时两小腿出现结节性红斑样损害。怕冷，食欲不佳，常感乏力，皮疹能自行消退，不

规则发热。近1年来经常发生口疮，阴囊、包皮经常出现疼痛性溃疡。皮肤科所见：体温38℃，消瘦貌，下口唇、右颊黏膜及舌系带两侧各有灰白色小溃疡，双下肢各有数个结节性红斑样皮疹，少数红斑中央有脓栓或为溃疡；右上肢手腕上部触及皮下条索状物，桡动脉搏动细弱，皮肤针刺反应阳性。实验室检查：血常规检查、肝功化验均正常，血沉62mm/h。取小腿红斑及右前臂之条索处作组织病理检查，显示中等静脉栓塞，动脉内膜增厚，管腔变窄，有部分管腔完全闭塞，血管壁及其周围为慢性炎细胞浸润，诊断为白塞病。1985年上述症状加重，右手拇指变为黑褐色，其远端干燥变尖，坏死区边界截然，食、中指端甲下干性坏疽，桡动脉搏动消失，其他手指紫暗、温度低。手外科以指端干性坏疽、桡动脉消失建议高位截肢，患者家属不同意手术而坚持服用中药温经通络汤（鸡血藤30g，海风藤30g，全丝瓜30g，鬼见愁12g，鬼箭羽30g，路路通15g，桂枝15g，蕲艾10g，全当归12g，赤白芍各15g）和生脉散（人参、麦冬，五味子各等量共为细末），开始每日服上方每口一剂，生脉散20g（2汤匙）日3次冲服。3个月后右手指端温度逐渐恢复，疼痛减轻。服至半年后开始摸到微弱脉搏，患指黑色变淡，与正常组织的界限渐趋模糊，病变皮肤略变软。除继服上药外，每日以活血汤（生艾叶10g，川椒10g，透骨草10g，白芷5g，桂枝12g，木瓜15g，红花20g，五加皮10g，牛膝10g，当归15g）煎液温洗患部，每日20～30分钟。1年后右拇指黑变区明显缩小，其他部位皮疹消退，乃将通络汤制成蜜大丸，每丸10g，日服3丸（其他同前），又4个月后患指呈淡红色，坏疽区基本复活，全身其他症状相继消失，随访5年无复发。

按：湿热蕴结进一步发展成毒，肢体动脉闭塞，郁久化热，热毒聚积，发生肢体坏疽。治宜清热活血，利湿解毒。本病病程较久，气阴两伤，故用生脉散益气养阴。[11]

第七节 术后毒血症

全身化脓性感染包括败血症和脓毒血症，前者是化脓病灶内的致病菌侵入血液循环后在血液中长期存在并大量繁殖所致；后者是细菌

栓子间歇性进入血液循环的结果，成团的大量细菌集中在一起即形成细菌栓子，当细菌栓子间歇侵入人体血循环中，并停留于身体某处，引起一系列的症状时，称为脓毒血症。最常见的致病菌为金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌，临床突出的表现是多发脓肿的形成。生脉散扶正固本，对本病支持治疗有一定疗效。

【病案举例】

患者潘某，女，46岁，港澳同胞，1983年6月29月入院。患者因阴道反复排出膜样组织物，伴有臭味、寒战发热等症状，而于1983年5月7日入某医院治疗，经病检诊为：子宫黏膜下平滑肌纤维瘤伴坏死感染。阴道分泌液细菌培养，发现有产气杆菌生长。经抗感染后症状好转，体温从39.5℃下降至37℃左右，维持1周，阴道分泌液细菌培养阴性。于6月9日在硬膜外麻醉下，行全宫切除加双侧附件切除术，术后继续用抗生素预防感染，但从6月14日起，体温上升至39.5℃，6月16日血压下降至84/50mmHg。经全院会诊，诊为：败血症，中毒性休克。进行抢救并用大量广谱抗生素，症状好转。而从6月23日起，患者又发热至39℃，并出现抽搐，用镇静剂、调整水电解质平衡等对症治疗后，抽搐停止。患者失去治疗信心，于6月25日自动出院。6月28日下午8时20分因发热咳嗽，阴道流出大量分泌物而来我院妇科急诊留观，6月29日中午由留观室转入华侨病区住院。入院时：体温38.2℃，脉搏128次/分，呼吸24次/分，血压120/75mmHg。患者神清，急性贫血病容，巩膜及皮肤黏膜无黄染无出血点，手足可见多处因注射引起的紫癜、浮肿、溃疡，两肺可闻及湿性啰音，尤以左下肺野为明显，心律整，心率128次/分，未闻及明显病理性杂音，腹软，未扪及明显包块，无明显压痛，脐下腹中线左侧有一20cm长手术切口，未完全愈合，有些地方仍有少量分泌物渗出，肝于肋下1cm，脾未触及，腰骶部可见一鸭蛋大小表浅褥疮。未引出病理性神经反射。妇检：阴道子宫端有红色小血块渗出，取阴道液培养，取出血块无后继性流血。肛检：阴道子宫端稍增厚，组织软，无压痛，余未发现异常。实验室检查：外周血的Hb9.5g/L，RBC 3.37×10^{12}/L，WBC 13.8×10^{9}/L，N 0.85，L 1.20，杆状0.03。尿：蛋白（+），RBC（+），WBC2～3个/HP。血液化学检查：

BUN16.60mmol/L，CO_2 - CP17.65mmol/L，K^+ 12mmol/L，Na^+ 314mmol/L，Ca^{2+}3.5mmol/L。肝功能正常。心电图：窦性心动过速，低血钾。胸透：肺纹理增粗。入院诊断：全宫切除术后合并感染、败血症，注意合并霉菌/病毒性感染、肺部感染、褥疮、中毒性心肌炎；中医辨证论治：患者久热，神疲，面色苍黄，口干，舌红苔少，脉弦数，黄教授认为是正虚邪恋、气阴两亏的证候，治疗宜以益气养阴为主，救阴液以保存正气，扶正气以驱邪热，佐以少量平喘止咳之品。处方：西洋参10g，太子参30g，麦冬15g，五味子5g，七叶一枝花10g，鱼腥草15g，桔梗10g，黄芩15g，杏仁10g，麻黄10g。服上药1剂后，患者阴道流出大量血水夹杂血块，湿透床单，体温无继续上升。黄教授查房认为：患者久热不退，继续用上法治疗并加服清虚热中药：地骨皮30g，银柴胡12g，狗肝菜30g，青蒿10g，何首乌20g，连翘25g，金钗石斛30g，天花粉15g，晚上加服。两天后患者诸症好转，精神略好，热势逐日下降。5日后，热已基本消退，遗留低热，心率仍快，舌红苔少，脉细数，拟以下处方每天进服两剂：太子参30g，麦冬15g，五味子5g，白芍20g，何首乌30g，七叶一枝花10g，石斛20g，麦芽30g，狗肝菜30g，白薇5g，龙骨15g，知母10g，另西洋参10g服。至7月13日低热得到控制，褥疮已愈合，阴道分泌物基本干净，食欲增加，精神好转。此后改方加减调治：太子参30g，麦冬15g，五味子10g，白芍30g，陈皮2g，佛手12g，酸枣仁20g，薏米30g，麦芽30g，山楂15g，党参30g，另服西洋参10g，至7月28日痊愈出院。

按：患者因子宫肌瘤合并感染发热，术前经治疗炎症已基本控制，术后发生败血症，用大量广谱抗生素治疗，症状虽有所缓解，但未能完全控制，仍发热，甚或出现抽搐等中枢神经系统中毒性症状。从中医辨证来看，患者虽久热但神疲面色苍黄，舌红少苔，与一般外科感染败血症所出现气营两燔，高热烦躁，面红舌苔黄者不同；也与热入营血，出现壮热神昏，皮肤疹斑相异。患者所出现的证候属气阴两亏。考虑医者应用大量广谱抗生素未效，故治疗采用大剂量益气养阴中药为主，佐以清虚热、止咳平喘之品。经治疗体温即见下降，症状也渐渐好转，而至治愈。从整体观出发使复杂的病情迎刃而解。[12]

第八节 烧 伤

烧伤是一种突然发生的火热外伤，它不同于一般的跌扑损伤，其原因虽不外乎火与热，但又不同于六淫之火，因此，烧伤的伤处有其特点。汤烫火烧，其气猛烈，所及之处，皮焦肉卷，“热胜则肉腐”致皮肉腐烂成疮。同时人是一个整体，体表与内脏密切相关，大面积烧伤，虽外伤于皮肉，必内损于脏腑。火为阳邪，“壮火食气”，必然耗损正气；火性炎上，最能燔灼脏腑，消烁津液，故而烦渴引饮；热人血分，则高热神昏，谵妄抽搐；迫血妄行，则发生出血症状。凡此种种即前人所谓之“火毒攻里”，因此，大面积烧伤患者常有高热、烦渴、神昏、谵语、狂躁、抽搐、出血、虚脱等严重的全身症状，所以大面积烧伤并非单纯的皮肉之伤，而是一种全身性疾病。临床症状复杂多变，极易发生低血容量性休克，烧伤休克的主要特点是低血容量性休克，发生在烧伤后4小时内。中医认为，津血同源，津液渗注于脉中，即成为血的重要组成部分。津液丢失，伤津脱液而导致气之虚脱，气伤则津液无以化生，终致气阴两伤；血为气之母，气随血脱，血随气亡，可发生休克。严重烧伤后存在于体内的心肌抑制因子是溶酶体酶释放后，蛋白质水解所产生的对心肌具有抑制性的物质，主要来自休克时缺血缺氧的胰腺，可致冠状动脉供血不足和心肌缺血、缺氧等，本观察也证实了这一点。病人心音低钝、遥远，心率快，160次/分以上是经常的。感染是大面积烧伤病人的主要死亡原因。由于大面积皮肤烧伤，体表防御屏障的破坏，全身免疫功能下降，广泛坏死组织存在和外界、自身菌群的侵袭，烧伤后红细胞在热力作用下会产生溶血、凝集、变形等改变，烧伤病人贫血是不可避免的。

金元医家李东垣所著的《内外伤辨惑论》“生脉散”。方中人参大补元气，麦冬养阴生津，五味子收敛固脱，三药相合，一补一清一敛而具有益气复脉、养阴生津止渴、敛阴止汗之功，使气复津固，汗止而阴存，气阴充于脉道，而复其脉。

【病案举例】

患者，男，42岁，2001年9月4日因化工厂锅炉爆炸，致全身烧伤急诊入院。入院诊断：92%深Ⅱ~Ⅲ度全身火焰烧伤，并中度呼吸道烧伤。经抗休克、气管切开、呼吸机辅助呼吸及3次切痂植皮并支持、抗感染等处理后，生命体征渐平稳，体温平均37.6℃，但出现纳差、腹胀，且口唇干燥、舌苔厚黄，自汗及盗汗。用吗丁啉等药效不佳。遂用太子参15g、麦冬10g、五叶子5g，水煎液经胃管注入，1剂/日。用药后第2天即肠鸣音活跃，肛门排气、排便增加，食欲增加，第5天观察舌苔明显变薄，舌质淡红，结合西医其他治疗措施，最终痊愈出院。

按：火烧之气，其气猛烈，所及之处，皮焦肉烂，“热胜则肉腐”致皮肉腐烂成疮。火性炎上，最能燔灼脏腑，消烁津液，易形成“火毒攻里”。故以生脉散益气复脉、养阴生津止渴、敛阴止汗，以期气复津固，汗止而阴存，气阴充于脉道，而复其脉。[13]

生脉注射液益气养阴，使气血有源，脉道通利，血液流动沛然，脉充则血压稳定回升，避免了升压药大起大落之弊，使休克病人转危为安，彻底改善休克时的微循环障碍，为大面积烧伤病人的抢救成功、平稳度过感染期打下良好的基础。伴随烧伤治疗经验积累和技术进步，烧伤休克的死亡率大大减少，但许多危重病人休克期度过不稳，会由于灌注不良给组织造成缺血乏氧，给机体留下许多隐患，很可能在休克期里已蕴育了各脏器功能损害的诱因，感染期就会显现出多种并发症。因此休克处理好坏，直接影响全程治疗结果。许多实验研究表明，生脉注射液能增强心肌收缩力，增加心输出量，有强心效应，增强冠脉血流量，改善心肌供血，促使缺氧的心肌细胞恢复和再生，调整心肌代谢，降低心肌耗氧量，使缺氧心肌糖原升高，乳酸明显降低，ATP酶增高，使心肌细胞中的核糖核酸（RNA）及脱氧核糖核酸含量增加，并能促进心肌细胞肌动蛋白的合成。在红细胞半衰期缩短至5~6天，骨髓造血功能受抑制的状态下，予生脉注射液后可以迅速纠正贫血，减少输血和避免输血带来的并发症。生脉注射液能使全血粘度比、红细胞压积明显降低，使凝血酶原时间、红细胞电泳时间明显缩短，血小板、纤维蛋白原含量明显升高，有抑制毛细血

管的通透性等非特异性抗炎作用，对 IgE 介导的体液免疫有一定抑制作用，对细胞免疫有促进作用，可以提高烧伤病人的机体免疫力，增加抗病能力。由于生脉注射液能诱发机体释放肾上腺皮质激素，提高人体应激水平，对于烧伤全身感染的危重病人烦躁、谵语、高热更为适用。[14]

参考文献

[1] 郭思景．固本扫毒汤治疗急性阑尾炎 79 例．陕西中医，1996，17（2）：52
[2] 何仁强．自发性气胸治验三则．中国中医急症，2003，12（2）：187
[3] 沈之增．肺系病验案 2 则．江西中医药，1998，29（5）：19
[4] 丁世幸．老年胆道感染治疗须重气阴．湖南中医杂志，1998（2）：50
[5] 张有明．芍药甘草汤生脉散的临床应用．陕西中医，1996，17（20）：469
[6] 卢正．关节腔内注射参麦液对膝骨关节炎的初期疗效观察．中医正骨，2004，16（4）：37
[7] 林春阳．论骨科术后重健脾．新中医，2001，33（7）：71
[8] 郑文郁．参脉注射液治疗术后疲劳综合征 100 例．安徽中医临床杂志，2003，15（4）：320
[9] 程祖耀．中药治疗手术后盗汗 52 例．陕西中医，2003，24（9）：810
[10] 殷兴彬．术后合并症治验 3 例．山西中医，1998，14（4）：33
[11] 王承顾．中药治愈 Behcet 病的肢端干性坏疽一例．中华皮肤科杂志，1994，27（2）：102
[12] 杨顺益．黄耀教授救治术后血毒症 1 例．广州中医药大学学报，1998，15 增刊：29
[13] 王志忠．生脉散在大面积烧伤后期治疗中的应用．现代中西医结合杂志，2003，12（6）
[14] 王肖蓉．生脉注射液在救治烧伤急症病人中的应用．中国中医急症，2000，9（3）：112

第三章 妇科病证

第一节 月经不调

月经不调，包括月经期、量、色、质异常，如月经失期、月经后期、月经过多甚崩漏、月经过少甚闭经、经期延长等，主要病机为脏腑功能失调，气血不和，致冲任二脉损伤，临床常从肝脾肾论治，并取得了较肯定的疗效。经云：经水出诸肾，调经之本在肾。《景岳全书》曰：调经之要贵在补脾胃以资血之源，养肾气以安血之室。近年来有学者在临床及理论研究中体会到随着环境变化，病因病机也在变化，在调经养血的同时，从心佐治来治疗月经不调，疗效显著。心主血脉，心为五脏之大主，心主神明，月经不调与情志有着密切的联系。在养血调经的基础上，从心佐治，或益心气、滋心阴，泻心火，宁心安神，收到满意疗效。益心气、滋心阴常合生脉散。

【病案举例】

1. 余某某，女，28 岁，1998 年 12 月 3 日初诊。患者今年 7 月初出差至北京，舟车劳顿，暑气逼人，适逢月经来潮，休息不佳，饮食不调，精神紧张，返蓉后出现腰痛，易倦，

纳差，八月月经延后，经期延长，淋漓10天方尽，量少，色暗，挟瘀块，伴腰痛、神疲。辗转治疗二月余，服活血通经、疏肝理气、养血止血等中药30余剂，症状有所缓解，然疗效不巩固，停药即复。查患者面华尚可，唇色偏紫，神疲，舌质暗红，苔薄白，脉细缓，思其乃劳累过度，耗气伤阴，暑气内迫，暗耗阴血，辨证为：阴血暗耗，冲任脉虚，心气损伤，治以养血活血，补益心气，方用胶艾汤合生脉散：当归15g，川芎15g，干地黄15g，赤芍12g，艾叶5g，阿胶10g，茯苓20g，西洋参30g，麦冬15g，五味子10g，生甘草6g，3剂。二诊：诉腰痛，神倦明显好转，察舌质转红，苔薄白，脉细缓，力可，原方去艾叶5g，加益母草30g、泽兰15g。六剂后，月经按时至，量、色、质正常，腰痛，神倦消失，舌脉平。随访三月，无复发。

按：患者因出差劳顿，水土不适，又值暑日当头，月经来潮，津亏血耗，回蓉后未及时调理，致气血暗耗，冲任失调，前医之治虽大方向正确，然忽略了心气受损之机，故疗效不巩固。患者虽无心悸、心慌等症状，然神疲，唇色偏紫，脉细缓，均提示心气受损，泵血无力，无以充脉荣面所致。故在运用调经养血之常用方胶艾汤的基础上，合生脉散益心气，固心阴，以助母（肝）之疏泄藏血、子（脾）之健运统血，则阴血自生，冲任自调，并佐以淡渗之茯苓，使补中有通，通中有补，故收效迅速肯定。[1]

2. 温某，27岁，未婚，2004年3月初诊。患者每月行经则延长已半年。月经应时而潮，但经色红、质稠、量少，持续10～12天方净，伴消瘦，颧红，疲倦气短，咽干舌燥，咳嗽无痰，头晕耳鸣，腰酸膝软，大便3天一解，舌淡红有裂纹、苔白，脉沉弦细。西医诊断：黄体萎缩不全。中医诊断：经期延长。治以益气养阴调经，方用生脉散加味。处方：太子参、龙骨、牡蛎各30g，麦冬、旱莲草、女贞子、生地黄、玄参各20g，仙鹤草、桑叶、白芍各15g，五味子、山茱萸各10g，3剂，每天1剂，水煎，分2次服。药后月经干净，咳嗽止，余症均减。守方去仙鹤草、桑叶、龙骨、牡蛎，以党参30g易太子参，加当归、麦芽各15g，菟丝子30g，枸杞子20g，淫羊藿、肉苁蓉各12g。每月经前服5剂，经后服7剂，连服3月，月经正常，

诸症消失。

按：患者行经延长、量少、色红质稠，神疲气短，伴咳嗽少疾，久咳伤津耗气，阴虚内热则经量少，热灼津伤，则咽干口燥，大便秘结；虚热外浮则颧红；阴血不足，肝肾失养，故腰酸腿软，头晕耳鸣；舌红、苔少有裂纹，脉沉弦细均为阴虚内热之象。方中以生脉散益气养阴为主，辅增液汤加山茱萸、白芍益气止血调经，养阴生津润燥；旱莲草、仙鹤草、龙骨、牡蛎收敛止血，益阴固肾；桑叶甘凉气薄具有润肺止咳，升提滋肝之功。血止后加当归、菟丝子、枸杞子、淫羊藿、肉苁蓉养肝补肾，调和阴阳；麦芽健脾调肝。全方滋养肝肾，益心脾，润肺生津。再以六味地黄丸合归脾丸调理善后而愈。[2]

第二节 崩 漏

功能失调性子宫出血（简称功血），是发生于女性各年龄阶段的常见病、多发病，属中医学“崩漏”范畴。来势急剧，出血量大的称崩中，淋漓不断，点滴不禁的称漏下。崩漏的病因复杂，大致说来可由气虚不摄、脾胃虚损、肝旺血热、肾虚失固、劳伤冲任、气滞血瘀等引起。辨证应根据经量、色质参合舌脉及发病久暂辨其寒热虚实。女子属阴，以血为主，由于经带胎产等生理特点，阴血易耗。肝藏血，体阴而用阳，阴血不足，易致阳亢，阴虚阳盛则迫血妄行，血得热则行，所以崩漏属热证者多，寒证者少，虚证者多，实证者少，热证也属虚热者多，实热者少。崩漏的治疗应急则治标，缓则治本，灵活掌握塞流、澄源、复旧三法。塞流，即止血，以塞其流，止血为第一要义；澄源，即澄清本源，当阴道出血量减少或停止后，便针对不同情况，分别选用相应的治法方药进行调治，是治疗崩漏的重要阶段；复旧，即调理善后，因为崩漏是以月经周期紊乱、经量紊乱、经期紊乱为特点。因此，血止后，恢复正常的月经量是治疗崩漏的关键。治疗崩漏，除侧重某一方面外，有时还须虚实两顾、温凉并用、攻补兼施。血以通为用，无论崩证、漏证，治疗强调“治因为主，止血为辅”，虽然出血症应当止血，但不主张一味固涩。无论崩中还是漏下，其病理特点都是伤阴耗血耗气。治疗崩漏有多种方法，但益

气滋阴摄血为其至关重要的一环而贯穿始终。

生脉散是以治疗气阴两伤，体倦气短懒言，脉虚为主。本方有摄血固脱，生津安神宁血，收敛固摄的功效。临床治疗42例崩漏患者，病程最短13个月，最长为45个月，最短为45天，均用生脉加味治疗，屡获奇效。

生脉散加减：人参15g，麦冬、五味子各30g，茜草炭35g，杜仲炭20g，陈皮15g，白术20g，甘草15g，血色鲜红，无块，口渴欲饮，实热者加白茅根50g、栀子炭15g。血色紫红，有块，腹痛块下痛减，血瘀者加红花30g、当归25g，减杜仲炭。腹痛绵绵，疲乏无力，气短懒言，食欲不振，脾气虚者加白芍20g、熟地25g、升麻15g、大枣10枚。心烦，胸胁及乳房胀痛，肝郁者加柴胡15g、郁金20g、川楝子15g。腰酸痛，畏寒肢冷，肾阳虚者加杜仲20g、菟丝子20g。手足心热，腰膝软，肾阳虚者加旱莲草50g，女贞子、龟板各20g。服药一般3~6剂即见效，服9~12剂即可痊愈。

临床上根据急则治其标，缓则治其本的原则，灵活掌握治疗大法。崩漏以虚证多而实证少，久崩多虚，久漏多瘀的规律，尚有崩漏交替出现，相互转化的复杂临床表现，所以应遵循治崩宜升提固涩，不宜辛温行血；治漏宜养血理气，不可偏于固涩；只要运用得当，定会收到可观的效果。

【病案举例】

1. 陈某，女，35岁，已婚，农民。近2个月来，月经过多过频，时间延长，此月来潮时，势如泉涌，曾服补血药效不显，前来就诊。刻下见：月经量多，经色鲜红，头晕眼花，面色苍白，汗多，口干，舌红苔白，脉细弦。辨证为气血两虚，血无所统。方选生脉散加减，方药：太子参30g，麦冬10g，当归10g，阿胶（烊化）10g，五味子70g，乌贼骨15g，地榆20g，生地10g，甘草6g，3剂，水煎服日一剂。同服逍遥丸。效不更方，继服3剂后，服人参养荣丸，痊愈。

按：女子属阴，以血为主，由于经带胎产等生理特点，阴血易耗。患者崩漏，阴血大伤，气随血脱，故急当治其标，用生脉散益气滋阴摄血，是为塞源之要义。又用逍遥丸疏理气机，人参养荣丸养血，以澄其源复其流。[3]

2. 患者张某，女，54岁，河南籍，干部。1975年在北京某医院进行妇科检查，皆诊为“子宫肌瘤”。1977年4月开始在本院妇科门诊及住院治疗，主症为月经过多（每次用卫生纸2~3包），经期长（10~14天），有时1月行经2~3次，腹痛胀满，大便溏，疲乏无力等。数年间，断续服中药500多付，并经常加注丙酸睾丸酮、黄体酮等，但疗效不显，月经过多始终不能控制，至1981年5月28日，方老接诊。既往有“肝硬化腹水”病史，现阴道出血，量多，有血块，少腹胀痛，大便日4~5次，不成形，小便黄，睡眠不实，面微红，舌质深红、苔白黏腻，脉弦滑。辨证：方老认为，女子月经属冲任之脉，与肝有密切联系，“肝为女子先天”，肝肾同源，肾又主系胞脉，故此病例可定位在肝肾。病人失血频多，失血多则阴虚，“阴虚生内热”，故症见小便黄，面微红，舌质红，睡眠不实。肝主条达，贵在疏畅，肝又为藏血之脏，得血涵养则不失柔和，只有肝血充足，才能肝气条达，今肝血不足，故肝气亦不畅，气滞则导致血滞血瘀。而且，病人少腹胀痛，舌质有瘀色，行经有血块，脉弦滑，均是有瘀血的明征，是虚中夹实，故此病例定性为阴虚内热，气滞血瘀。治法：养血则阴复热退，疏肝则气畅血和，但有瘀则必要祛瘀，否则瘀血不去，血不归经，终不能止血。切不可因其长期崩漏不止而不敢使用足够的活血化瘀之品。方药：选用血府逐瘀汤、生脉散加减：当归12g，生地30g，桃仁10g，红花10g，甘草6g，枳壳10g，赤芍15g，牛膝15g，川芎10g，桔梗10g，柴胡10g，党参15g，麦冬10g，五味子10g。1981年6月2日诊：服前方4帖，效果明显，少腹痛止胀松，出血明显减少，但尚未完全停止，仍有微量，脉沉细，舌有齿痕、苔薄、后半部微腻，舌质红。改拟健脾养肝，调理冲任。选方四君子汤，当归芍药散：党参15g，苍白术各10g，茯苓30g，甘草6g，当归12g，川芎10g，赤白芍各15g，泽泻10g。6月16日诊：服前方10帖，阴道未再出血，余症及原有肝硬化症状均随之减轻。病人要求方老为其继续治疗肝病。至10月15日。1982年5月13日来复诊时，月经均完全正常。

按：此例崩漏历经数年不愈，可以三个层次来分析，其一，病人数失于血，一般易认为气血双亏，但不够精确，方老通过面色红，舌

质红，小便黄，失血多，而定为阴虚。其二，通过病人有肝硬化史，证之少腹胀，认为肝失疏达，因为“肝以血为体，以气为用”，得血涵养才能不失柔和，行使疏达之用，今血虚，故认为此例是因肝血虚引起的肝气不畅。其三，病人舌质有痕色，行经有血块，是血瘀的明征，此血瘀正是肝失疏达所致。此例的病理本质一是阴虚，二是气滞血瘀。方老在治法上采用养阴、疏肝、祛瘀，选用血府逐瘀汤合生脉散。其中四物养血柔肝，重用生地滋肾养阴，生脉散气阴两补，重用桃、红活血化瘀，柴胡、枳壳疏肝理气，桔梗开上，牛膝引下，故效如浮鼓。[4]

3. 李某某，19岁，未婚。农民。1989年8月2日就诊。患者17岁月经初潮，月经衍期2~3月1次或1月2次，量中等。末次月经7月21日来潮，月经量少，每日只至换卫生纸2~3次，色暗红，无血块。7月29日经量骤增，每日换纸10余次。在当地卫生院服中药3剂（药名不详）无效，由其母陪同急来我院就诊。症见阴道流血量多（内外裤均湿透），色暗红，有小血块。精神萎靡，面色萎黄、头晕心悸，口渴欲饮，苔白，脉细。血压13.3/7.98kpa，心率100次/分，呼吸20次/分。化验：Hb 65g/L，WBC 4.0×10^9/L，N 0.70，L 0.30，病属，气阴两伤，收入急诊室留观。投中药2剂：人参5g，麦冬10g，五味子5g，急煎代茶饮。另煎：人参5g，黄芪10g，白芍10g，白芍10g，淮山药10g，熟地10g，黑姜3g，菟丝子10g，阿胶珠10g。并给予静滴低分子右旋糖酐500ml，10%葡萄糖液500ml，加维生素C 2g，碳酸氢钠100ml。第二天患者阴道流血稍减。精神转佳。经济困难带药4剂，投亲住宿。处方：熟地炭、山茱萸、菟丝子、黄芪、白术、旱莲草、陈皮各10g，地榆炭20g，甘草3g。另予生脉汤4剂代茶饮。8月8日复诊，患者阴道流血量少，色淡红，无血块，头晕减，食欲可。苔薄白，脉细。以前方去地榆炭，加杜仲10g，2剂。8月10日三诊，阴道流血已止，带下不多，投以上熟地炭改熟地，加淮山药、枸杞各10g，6剂，以调理善后。1990年6月患者陪同其母来院治病，追访月经正常。

按：暴崩暴漏，宜温宜补，久崩久漏，宜清宜通。而“有形之血不可遂生，无形之气所当急固。”故在暴崩病人阴血暴下不止，又

出现气阴两耗的情况下采取急则治标的法则，峻补元气，回阳摄阴，用生脉散取大补元气，摄血固脱，补肾生津，安神宁志。但暴崩为危急之症，故对失血伤阴重的病人要配用现代医学之必要手段辅助治疗。如输血、输液（包括现有的输入生脉液）、输氧、扩充血容量、纠正酸中毒及电解质紊乱，对提高疗效很有帮助。[5]

4. 吴某某，女，14岁，学生，1991年12月27日初诊。平素身体健康，11月15日月经初潮，适逢参加学校运动比赛，隔天则经血如注，色黯质稀夹有血块，伴腹痛腰痠，头晕乏力。即到保健院作检查，诊为青春期功能失调性子宫出血，经用维生素K、止血敏、6－氨基己酸等作止血治疗，崩势虽挫，血量略减，但起床时仍血出如冲。家属邀余会诊时，已届1月余。示4天前所查血常规：Hb75g/L，红细胞3.25 $\times 10^{12}$/L，白细胞5.328 $\times 10^{9}$/L，中性粒细胞0.54，淋巴细胞0.44，嗜酸性粒细胞0.02。患者面色苍白，动则心慌，不寐，纳呆，汗多口干，舌淡有瘀斑、苔薄白，脉虚弱。证属崩中之肾虚夹瘀型，宜补肾固冲、化瘀止血法以塞流澄源，方取生脉散合固冲汤加减。处方：黄芪60g，太子参、白术、麦冬、白芍、山茱萸、海螵蛸、阿胶（另炖）各15g，五味子、茜根各10g，生龙骨、生牡蛎各30g。当天午、晚各服1剂，翌日晨起见经血已净。上方去海螵蛸、茜根、加菟丝子、桑寄生各15g，川续断、补骨脂各10g以补肾复旧。嘱其20天后再服前方2剂。1周后经来顺利。经净1周后复服后方2剂以补肾阴壮肾阳。如此调治3月，经来均见量、色、质正常。追访半年，未见反复。

按：《素问·上古天真论》曰：女子“二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下”。

本例患者正值天癸始至之年，此时肾气初盛，冲任初通，精气未盛。剧烈的运动，使气随汗耗而气虚，气机不畅而致血瘀。冲任损伤，不能固摄经血而致崩中。宗：“有形之血不能速生，无形之气所当急固”之说，故以生脉散合固冲汤加减施治，使血止而不留瘀。至于塞流后去海螵蛸、茜根，加寿胎丸、补骨脂调治3个月，使塞流澄源复旧本末勿遗，前后不紊。本固血充，则经自调。[6]

第三节 经前期紧张综合征

经前期紧张综合征是指月经来潮前半个月出现一系列症状，尤其在经前3~5日症状更加明显。主要表现为水肿、头晕、头痛、乳胀、盆腔沉重坠胀感；其次为精神、神经症状，如烦躁易怒、忧郁、易哭、失眠、思想不集中等，影响工作与学习。症状随月经周期性出现，经期消失。青壮年发病率高，严重者可合并不孕症。近年来认为本病实际包括两组以上互不相同而密切联系的神经精神症状及多种多样的器质性和功能性症状。故称为“经前期紧张综合征”。现代医学对本病的研究，从病因与发病机制上认识还处于假说阶段。一般认为雌激素/孕激素比值升高，内啡肽波动、催乳素浓度增高、低血糖、水钠潴留、维生素 B_4 合成不足及心理因素有关。本病临床上除黏膜病变及由于水钠潴留而致的体表及某些器官水肿外，表现最为突出的是精神症状。精神紧张、过度忧郁、易激惹、疲劳、失眠、情绪波动、注意力不集中，少数病人反应迟钝、孤僻、悲伤、啼哭，甚至狂躁不安，病情严重者类似精神病患者。

从中医学来看妇女以血为用，由于经、孕、产、乳等生理特点，数脱于血，故平常处于阴血不足，阳气偏盛的状态。正如《灵枢·五音五味》篇六：“妇女之生，有余于气，不足于血。”虽然平时不出现明显症状，然逢经期来临，经血下注血海，全身阴血更加不足，因此脏腑失于濡养，导致机体的气血运动不正常。月经来潮前冲脉气较盛，血海满盈，上虚下盛，阴阳不调，遂出现一系列证候。待月经过后，冲脉平复，症状即消失。其病因病机涉及肝、脾、胃、心、肺诸脏腑。心为五脏之大主，心主神明，心主血，心对五脏功能及情志有着极强的调节作用。叶天士《临证指南》说：“女子以肝为天”，所以从以上症状可推断出，病机重点主要为肝失调节。肝脏主藏血和主疏泄，在志为怒。肝藏血的内涵是贮存血液和调节血盈，肝内所贮血液，可制约肝阳升腾，使之疏泄条达。肝藏血功能还包括调节人体全身脏腑部分血量的重新分配，对外周血管血量也起重要调节作用，伴随人体的机能活动和情绪变化，机体各部的血量在肝脏的宏观调控

下，身体各脏腑器官发生微妙变化。月经前冲任二脉，聚敛全身之阴血，下输胞宫，此时血海充盈，为月经的来潮做准备。同时全身脏腑组织器官相对阴血不足，由于未能及时相应调节血量的重新分配，致气血失调、阴阳格拒而成经前期紧张综合征。

临床分型众多，对于阴虚火旺，心肾不交型，症见：经前易哭，忧郁，健忘，思想不集中，失眠，心动过速，口舌溃疡，口干舌燥，舌边尖质红而无苔，脉细数。治宜养阴清热，交通心肾。方用生脉散、甘麦大枣汤加减：沙参15g，麦冬10g，五味子10g，远志10g，大枣3枚，炒枣仁15g，首乌藤15g，浮小麦30g，炙甘草6g。心动过速可加石斛调节心律；口舌溃疡外用口溃散：青黛3g，儿茶3g，玄明粉1.5g，硼砂3g，黄连1.5g，冰片1g，龟板3g。以上药研成细面，外涂。阴主静，阳主动，心主神志，肾主水。心阴不足，阴虚不能制火，火性炎上，扰神，故现上述诸症。治法应滋阴降火，启肾中之水，上朝于心，降心中之火，下归于元，交通心肾，水火既济，方能达阴阳平衡，诸症自除。生脉散亦可以通过养心生脉来调节肝藏血的功能。能起到安魂守舍的功用。[7]

第四节 更年期综合征

女性更年期综合征，是妇女在绝经前后，机体衰老，雌二醇等雌激素分泌减少，对垂体的反馈作用减弱，从而导致垂体产生大量的促性腺激素，垂体功能亢进，造成内分泌失调及植物神经功能紊乱而产生的。应用生脉散合五子衍宗丸可明显提高更年期综合征患者雌二醇（E2）的水平，同时降低过高的促性腺激素（FSH），消除或改善更年期综合征患者因雌激素减少、机体老化、神经血管功能不稳定所引起的更年期症状，从而减轻患者的痛苦，提高老年妇女的生活质量。

有报导选择符合更年期综合征诊断标准的患者60例，排除原发性疾病，将60例患者随机分为观察组与对照组两组，每组30例。患者于治疗前与治疗两个月后各测定一次促性腺激素（FSH）和雌二醇（E2）。观察组拟生脉散合五子衍宗丸为主改汤剂口服。对照组则口服更年康片，每次3片，每日3次。结果观察组痊愈8例，显效9

例，有效1例，无效2例，总有效28例，总有效率为93.3%；对照组痊愈5例，显效7例，有效9例，无效9例，总有效率21例，总有效率为70.0%。经X^2检验，$X^2=5.45$，$P<0.05$，两组差异显著。观察组治疗前E2（pmol/L）平均值为39.4pmol/L，治疗后E2（pmol/L）平均值为198.69pmol/L；观察组治疗前FSH平均值71.95U/L，治疗后平均值为3.60U/L。

【病案举例】

1. 刘某某，女，50岁，干部，初诊日期1999年1月31日。患者近两年来经常周身串痛，经期头痛，时有心悸不安，失眠，头晕头胀，心烦，精神差，月经正常，经多处诊治调理不愈。查：舌红，苔薄白，脉沉。辨证：肝肾阴虚，心失所养。治以滋阴养血柔肝。处方北沙参30g，五味子10g，麦冬15g，生地10g，白芍20g，当归10g，川芎10g，香附10g，白术10g，蔻仁6g，生石决明30g。患者服药20剂，症状明显减轻，周身串痛好转，经期头痛明显减轻，睡眠亦安，心烦、心悸减轻，又在上方基础上加减服用20剂，诸症均消。

按：患者肝肾阴虚，阴血亏虚，血不荣筋，则出现周身串痛。月经期阴血更伤，血海更亏，则血虚不能养脑，出现经期头痛，血不养心则时有心悸不安、失眠，治以滋阴养血，柔肝荣筋，方用四物汤滋阴养血，生脉散补心之气阴，生血当究之于心，关师认为：心生血，所以用生脉散可以补心之气阴加强养血补血之功，人参改用北沙参取加减生脉饮之意，加强养阴之力。此病人关师不由舒肝理气、平肝降逆入手，而从滋补肝肾、养血柔筋立法，体现了关师治病求本。善用补法的学术思想。[8]

2. 陈某，46岁，2000年12月10日初诊。停经1年，心慌少寐，多梦，善惊易恐，坐卧不安，自觉气短，自汗，自疑为精神病，经多方求治，时好时坏。诊见：面白无华，微言少语，舌淡、苔薄，脉细无力。辨证为心虚胆怯。治宜益气养阴，镇惊定志，用生脉散合甘麦大枣汤加味治之。处方：太子参、浮小麦、茯苓各30g，麦冬、酸枣仁、生龙骨、生牡蛎各15g，大枣、五味子、石菖蒲各10g，远志、甘草各6g。水煎服，每天1剂。14剂而愈。

按：心气安逸，胆气不怯，决断思虑，得其所矣。由于更年期脏

腑功能失调，加之久病体虚，劳累过度或突受刺激等原因，常致心虚胆怯，临床表现为少寐多梦，坐卧不安，胸闷气短，少气懒言，呵欠频作，自汗，善惊易恐。方选生脉散补心气，养心阴；甘麦大枣汤养血安神除燥。再加枣仁、龙牡共奏安魂守舍之功。[9]

3. 刘某，女，52岁，1997年4月3日初诊。患者8个月前检查发现子宫肌瘤，此后肌瘤明显增大，并有异变，于1997年1月行全宫卵巢切除术，出院后半个月开始出现头晕，耳鸣，心悸失眠，烦躁易怒，烘热出汗，即使睡眠也出汗，全身倦怠乏力，行走不便，临床各项生化辅助检查正常。曾多方治疗，症状未见好转。症见：精神萎靡，面色欠华，形寒肢冷，纳差便溏，舌质淡，苔薄，脉沉细无力。西医诊断为更年期综合征，中医诊断绝经前后诸症，证属脾肾阳虚，治以补肾健脾，调理冲任，方用六味地黄汤合生脉散，加巴戟天、糯稻根各20g，淫羊藿、鹿角胶（烊）各15g，肉桂3g，陈皮10g。水煎服，每日1剂，连服5剂后，自觉症状稍减，上方续服10剂，症状减半，出汗止，原方去糯稻根、陈皮、肉桂，加杜仲15g，再服10剂，症状消失恢复上班。随访至今未发作。

按：更年期综合征多由于血脉空虚，脏腑虚衰，引起阴阳平衡失调，但涉及心、肾、肝、脾等脏腑，治疗上侧重于补肾，交通心肾，故能收到较好的疗效，嘱病人调养心神，保持心情舒畅，消除更年期的顾虑和负担，注意劳逸结合，有利于本病的康复。[10]

第五节　术后发热

妇产科术后发热是临床上常见的病证，其病势较急，而且能影响伤口的愈合和机体功能的恢复，一般多采用西药抗生素治疗，但有时运用抗生素效果不佳，运用中医辨证施治则取得了较好疗效。祖国医学常把其分为以下几种情况：①术后气血损伤，使气阴两伤，机体阴液不足而致发热；②术后离经之血瘀滞不行久而化热；③术后机体抵抗力低下，加之术中不洁易致感染发热；③患者原有伏邪，由于术后正气虚，暑湿之邪乘虚侵袭，与卫气相争，可见恶寒发热，若气机不宣，贼邪入里化热可见高热；④术后肠胃功能失调，误认为术后体

虚，一味滋补，膏粱纵口损伤脾胃不能运化，饮食停滞而发热。因其手术创伤，耗损元气，或产后失血量多，更耗伤其气血阴律，致卫外不固，表邪易侵；或阴虚不能敛阳，浮阳上越，或虚热内生，起随血脱，气阴两虚，阴血亏虚是其生理特点，极易导致阴虚发热，气虚发热，血虚发热。其特点是持续性低热，实验室检查为阴性，当用清热调营卫，滋阴养气血之法调治。生脉散有益气滋阴摄血生血之功，对阴虚发热型效果满意。一般证见，口干咽燥，大便干结，内热汗出，舌质红苔薄，甚者少苔，无苔或光剥，脉细数。

【病案举例】

1. 患者，女，53岁。主因排尿困难2年，经量增多年，加重2月于1991年10月21日常诊入院。入院诊断：宫颈肌瘤，阴道前壁轻度膨出。于11月8日在连续硬膜外麻醉下行子宫全切除术，术后给予氧哌嗪青霉素、甲硝唑静点后改为青霉素、链霉素肌注，腹部切口甲级愈合。但术后第12日体温仍波动在37.3℃～37.6℃之间，查体未见异常，血尿常规检查正常，排除感染可能。患者证见低热不退，夜间盗汗，乏力、纳少眠差、偶有轻咳、无痰。舌质淡，苔薄白，脉数而无力方用生脉散合两地汤加减：太子参30g，麦冬10g，生地30g，地骨皮20g，玄参10g，丹皮20g，青蒿10g，陈皮10g，焦三仙各10g，合欢花20g。服药两剂体温即降至正常，继服2剂，诸症悉除，痊愈出院。

按：因手术创伤耗损元气。术中失血及术野暴露耗损阴津，形成本病例气阴两伤的病机特点，气虚则疲乏无力，纳食减少，阴虚内热则低热不退、盗汗。生脉散合两地汤加减益气生津，养阴退热，少佐陈皮、焦三仙调理脾胃，正中其的，治当取效。[11]

2. 患者，女，29岁，2000年4月19日足月妊娠行剖腹产。术后即开始发热、口渴、全身痛，腹痛拒按，多汗，下腹部有包块，恶露不多，尿红赤。曾使用抗生素（先锋霉素、氨苄青霉素、庆大霉素）及地塞米松10mg静脉点滴，使用2次，体温持续2日不退且逐渐升高。最高体温40℃，呼吸32次/分，心率118次/分。肺部清音，腹胀明显，肛门未排气，下腹两侧均有压痛，舌尖红，苔薄黄，脉沉数。血常规：白细胞7.15×10^9/L，血红蛋白95g/L。阴道分泌

物培养为大肠杆菌（对庆大霉素、氯霉素中度敏感，对卡那霉素、红霉素耐药）。西医诊断：术后盆腔感染。中医辨证：毒热内蕴，热盛伤阴。治法：清热解毒，养阴凉血。西医治疗：庆大霉素、氯霉素、菌必治静脉滴注。中医治疗：连翘50g，金银花50g，蒲公英50g，天花粉15g，麦冬15g，党参15g，败酱草50g，生地20g，淡竹叶15g，黄芩15g，犀黄丸15g（分服），每日1剂，水煎分2次服。经过上述中西医结合治疗，4月21日体温逐渐下降至38～39.5℃，腹泻7次，大便常规：红细胞20～25个/HP，白细胞2～4个/HP。上方去天花粉、党参、麦冬、生地、竹叶，加黄连15g、青蒿15g、地骨皮15g。4月24日体温下降至37～38℃，4月25日体温已恢复正常，大便化验正常，苔白腻，脉沉弦，口干，局部无红肿。上方再加白芍15g、枳壳10g继服。4月26日，腹部切口拆线，切口期愈合。继服药3剂，体温正常，5月9日痊愈出院。

按：患者经过大手术之后，一般多以气血或气阴两伤为其体质特点，由于手术后脾胃功能失调，内外合邪，表里俱热是其主要特点。在分析病情时，不能受检查的约束，而是应当根据中医的理论体系辨证施治，正确处理扶正与祛邪的辨证关系，根据病情发展不同阶段的具体情况具体处理。抗生素能控制细菌感染，而且疗效迅速。对于耐药菌株感染，西医往往联合使用抗生素或根据细菌培养结果选用敏感度高的抗生素，同样也包含了辨证用药概念。中医观点及临床表现看来，抗生素的效应有似中药的苦寒清热解毒剂，具有祛邪作用，是其长处。某些清热解毒剂经过实验研究也证实对细菌有抗菌或减毒作用，但是效价较低，与敏感的抗生素无法相比。但是当细菌感染后，人体阴阳、气血、经络、脏腑功能均发生紊乱，出现由于不同的病因所引起的一系列热象，诸如表热、里热、表里俱热、表热里实等。抗生素仅仅能够控制细菌而不能及时改变机体的病理生理状态。只有在细菌控制之后，机体功能自行调整后才能恢复正常。因此临床上往往会见到细菌培养已转阴性，血化验白细胞正常，但是发热、口干、便干等热象还未解除，这是抗生素的短处。而中医中药除了祛邪以外，尚要根据机体的偏盛偏衰，加以调整。有表热者疏表，有里热者清里，表里俱热者表里双解，表热里实者疏表通里。祛邪与调整机体的

状态同时进行，这是中医整体观念的长处。另外，过多或过杂地使用抗生素，又会引起体内的菌群紊乱，反而破坏了人体的整个防御功能。在这种情况下，就要停止使用抗生素并采取相应的措施，否则会引起严重的后果。生脉散具有益气养阴，生脉布气固本培元的作用，着力于人体正气本身，充分调动人体自身免疫机制，对于术后发热具有重要意义。[12]

第六节 产后发热

产后发热是由于产时气血骤虚，阳气浮越，卫气不固，寒温不适而致感染邪毒，正邪交争，而出现产后10天内发热，伴有腹痛症状的疾病。本病的发生，与产后的生理状态密切相关。因分娩所致的劳倦和失血，使机体正气太虚而易感受外邪。如邪毒直犯阴中、胞中而发热；亦可因恶露不下，瘀血发热；或阴血暴虚阳无所附而发热，产后数日内，由于产时疲劳与失血，使产妇处于阴血骤虚、阳无所依、阳气浮越于外、营卫失和的状态而有轻微的发热，此属生理现象，短时即能自行营卫调和，其热不治即退。若发热持续不退，或突然出现高热并伴有其他症状者为产后发热，当及时诊治，因热为阳邪，易耗气伤津，令产妇气阴亏损更甚。尤其是感染邪毒与暑热之产后发热，若治疗不当，其热邪可迅速入营入血，甚则内陷心包而发生痉厥、昏迷之危候。故对其治疗须谨慎及时，治疗总以调气血，和营卫为主。在选方用药时，勿犯产后三禁，对外感风寒之产后发热，因失血不可发汗。只宜微辛疏解。慎投辛温发表之品。对外感风热之产后发热不宜用苦寒药物，恐其化燥伤阴与克伐中州，影响乳汁的化生，如出现高热痉厥者，应中西药结合及时抢救。其治疗原则以调气血、和营卫为主，辨证施治。血虚之产后发热，应在养血益气的同时，佐入甘淡滋液之品，待营阴充足，阴阳调和，其热自平。生脉散有益气生脉、滋阴敛阳的功效，对阳浮阴弱的产后诸症均适用。有报道用益气养阴清热法治疗本病17例，取得良效。

用生脉散加减治疗。其方药为：泡参30g，生地15g，川芎12g，炒青蒿10g，地骨皮20g，白薇12g，炮姜6g，知母15g，麦冬15g，

丹皮10g，渴甚加花粉、石斛，少腹疼痛加台乌、金铃子，食少纳呆加炒二芽、神曲、山药，乏力气短加黄芪，如兼风寒加疏解之品，每日1剂，分4次服用。

17例全部治愈（热退身凉、体温正常）。其中3例2天退热，13例3天退热，2例5天退热，退热者体温均在37℃以下，有2例到门诊复诊一次余均未来复诊。

产妇分娩后失血较多而致耗气伤阴，阴虚内热，阳随阴散，气血亏乏，此类发热若投以寒凉之品则不易获效。临床中须以益气养阴清热法治之，方能收到满意疗效。本方以生脉散为基础方，育阴清热，益气敛阳，泡参益气，用麦冬、白薇、炒青蒿、地骨皮、生地、丹皮养阴清热凉血，透邪外出，炮姜、川芎入营血，除旧生新，行血中之气，产后疾患均加入此药为好。[13]

第七节　产后自汗

产后自汗是产后至产褥期常见的病症，属产后“三急”症之一。有的见于其他疾病伴随症，有的经多种检查无其他疾病，现代医学认为是植物神经功能紊乱的生理性症状，多采用谷维素、维生素、非那根等药治疗，效果不佳，有报导从中医理论出发，采用加味大补黄芪汤合生脉注射液并用治疗产后生理性自汗43例，获得满意效果。43例中，年龄最小21岁，最大35岁，平均25.8岁；病程最短产后2周，最长产后10周，平均5.6周。全部病例均为顺产，产后全身或局部出汗，不受外界环境的影响，经实验室及诊断仪器检查排除肺痨、风湿痹、甲亢、感染等其他疾病。由于产后气血虚弱，腠理不密，出汗比平时多，尤其于饮食、活动后或睡眠时出汗为显，一般在数天之后气血渐复，营卫自调可缓解。若出汗不止，正气更衰，必成病候。

传统中医认为本病的病机是产后气虚，卫阳不固或阴虚内热，浮阳不敛，迫汗外溢。产后自汗是因素体虚弱，复因产时气血耗伤，气虚益甚，卫阳不固，腠理不实，以致产后汗出较多，不能自止，动则加剧，时或恶风，面色㿠白，气短懒言，语声低怯，倦怠乏力，舌淡

苔薄，脉虚弱。治之以补气固表、和营止汗；产后盗汗是因素体营阴虚弱，复加产时失血，阴血益虚，阴虚内热，迫汗外泄，而致产后睡中汗出，醒来自止，面色潮红，头晕耳鸣，口燥咽干，渴不思饮，或有五心烦热，午后较甚，腰膝酸软，舌嫩红或绛，少苔或无苔，脉细无力。治之养阴益气、生津敛汗。可用生脉散加煅牡蛎，浮小麦等。

药用：黄芪30g，白术15g，防风10g，党参15g，当归10g，川芎10g，山萸肉15g，桂枝10g，白芍10g，熟地15，茯苓15g，肉苁蓉15g，枸杞子15g，五味子15g，煅牡蛎30g，浮小麦15g。疗效评定标准按照《中华人民共和国中医药行业标准6》确定：治愈：汗止，其他症状消失；好转：汗出明显减少，其他症状改善；无效：出汗及其他症状均无改善。结果：治疗1疗程后，痊愈29例，好转13例，无效1例，总有效率97.67%。

【病案举例】

1. 李某，女，26岁，2004年5月12日就诊。主诉：产后自汗6周，症见涔涔汗出，不分昼夜，周身痠楚，恶风寒，易感冒，时值5月身着棉衣裤，气短乏力，脉弱。曾服用谷维素、21金维他、西洋参含片、黄芪精口服液等药治疗，效不佳。经血、尿常规、血沉、肝肾功能、甲状腺功能六项、胸片等检查排除器质性疾病。中医诊断：产后自汗。辨证属气血亏虚，腠理不固。予加味大补黄芪汤加桑寄生15g、鸡血藤15g，水煎服，日1剂。配合生脉注射液静滴。治疗5天后汗出明显减少，换穿毛衣，其他症状好转。继续治疗5天，所有症状消失，着衣如常人。1月后随访未复发。

按：产后自汗是产后常见病证，多表现为涔涔汗出，持续不止，动则加剧，可伴恶风易感，倦怠乏力，脉弱等症。病者多素体虚弱，复因产时气血耗伤，气虚则卫阳不固，腠理空疏；血为阴，产后伤血是为阴气虚，阴虚则阳易浮，营卫不能相互守用而失和，汗出不止。究其病机总属气血亏虚，营卫不和之证，治宜益气养血，调和营卫，固表止汗。加味大补黄芪汤中，既有八珍汤益气养血，玉屏风散益气固表止汗；更有桂枝、白芍调和营卫，肉苁蓉、山萸肉、枸杞子补益精血，五味子、煅牡蛎敛阴止汗。全方诸药相配，补调兼用，固中有散，使气血生，营卫调，腠理固，邪难侵，共奏大补气血、调和营

卫、固表止汗之功。生脉注射液之药，方源于生脉散，方中人参与麦冬、五味子相配，可益气养阴止汗。经临床观察，加味大补黄芪汤配合生脉注射液可有效治疗产后自汗。[14]

2. 项某，28岁，民办教师，1974年11月24日初诊。第二胎足月平产后13天，恶露未净。诉：产时出血量多，产后体质虚弱，出汗不止，进食、活动时尤剧，汗出湿透衣被，自汗、盗汗并作，神疲乏力，四肢酸软，头晕目眩，面色少华，纳食不振，乳汁不足，咽干口燥，舌质嫩红，舌苔薄白，脉虚细，历经他医玉屏风散、补中益气汤、黄芪汤、生脉散等补气养阴治疗后未效，乃来就诊。按症情分析：患者病起于产后失血过多，气虚血亏，阴不敛阳，故自汗盗汗，神疲乏力，头晕纳呆，面色少华。同时，乳汁为血所化生，赖气运行，产时失血过多，以致气血亏虚，不能化为乳汁，而致乳汁不足。询问中得知产妇因汗而霉烂六条棉絮及被单，以手扯絮如撕卫生纸，所用棉絮竟不能重新复制，足见汗出之甚。治疗予以大补气血、益阴敛阳、固表止汗，方药：黄芪、当归、党参、熟地、阿胶、酒芍、枸杞子、五味子、浮小麦、白术、炙甘草。服药3剂，汗出不减，诸证仍存，又改黄芪汤加阿胶、枸杞子，再进3剂，出汗依然。乃细查症情，患者自觉恶热，烦热，欲喜饮水，饮而不多，故改用当归六黄汤治疗：当归12g，黄芪30g，生地15g，熟地15g，黄芩10g，黄连3g，黄柏10g。服药3剂，汗出大减，再进3剂，恶热、烦热已瘥，但进食、活动时仍有汗出，口干，乏力，故以原方加党参15g、沙参15g、麦冬15g，并加重黄芪60g，又服7剂而愈。

按：治病重在审证求因，此患者因产后失血过多，气血俱亏固然是主要原因，但忽略了“阴虚生内热”，未重视患者“恶热、烦热”之主诉，光补虚，未清热，阴阳失去调和，故汗出一直不止。《医宗金鉴·妇科心法要诀·产后门》“虚热上蒸热汗出，治用当归六黄汤”，“产后亡血阴虚，阳热上蒸，头上汗出至颈而还者，宜当归六黄汤”，本人用该方之养阴清虚热，治疗产后全身汗出不止，收到奇效。方中黄芪、当归、二地调气血，芩、连、柏清热养阴，除产后自汗盗汗用之有效外，对妇人更年期恶热自汗、阴阳气血不调者用之亦很有效，确为良方。[15]

第八节 不孕

不孕是由于男女双方生殖系统多种异常因素所导致的。其中，无排卵在女性不孕中占有重要的地位。无排卵性不孕是妇女常见的不孕症之一，不孕症中内分泌因素约占48.4%，在内分泌因素中，无排卵占75%，本病主要由下丘脑－垂体－卵巢轴失调引起，临床诊断为多囊卵巢综合征、高泌乳素血症、无排卵性月经失调、卵泡黄素化综合症、卵巢早衰等疾病。促排卵是本病的主要治疗方法，多用药物克罗米芬、促性腺激素、促性腺激素释放激素诱导排卵治疗。但西药治疗有妊娠率低、流产率高以及可能出现卵巢过度刺激综合征等不良反应的缺陷，而中西医结合治疗无排卵性不孕则显示其独有的优势及良好的发展前景。

【病案举例】

陈某，28岁，2003年3月初诊。结婚3年未孕。诊见：患者体瘦，神疲乏力，气短、自汗、盗汗，口干不欲饮，纳呆，大便时干时溏，经期常延后、量少，伴腰痛易感冒，每天晨起则畏寒，继之喷嚏频频、鼻流清涕，秋冬季尤甚，舌淡嫩红、苔薄白，脉沉细。西医诊断：不孕症。中医诊断：不孕症。证属气阴两虚，营卫失调。治以益气养阴，调和营卫。方选生脉散合桂枝汤加味。处方：党参、黄芪各30g，麦冬15g，五味子、桂枝、白芍、葶苈子、苍耳子各10g，蝉蜕、红枣、生姜、炙甘草各6g，6剂，每天1剂，水煎，分2次服。药后喷嚏减，鼻塞流涕症亦减。守方去桂枝、葶苈子、蝉蜕，加补肾调经之品于月经后服10剂。连服3月后，患者于2003年7月怀孕。

按：患者结婚3年不孕，除月经不调外，伴有过敏性鼻炎。本病属中医学鼻鼽范畴，多与肺脾肾相关。肺开窍于鼻，涕不止责之肺，反复打喷嚏，流鼻涕数年久病必虚，肺气虚，气机阻滞，津液内停，则耗伤气津；肺气赖于脾气上承，脾气虚则纳呆便溏，神疲乏力；气之根在于肾，肾虚则摄纳无权，津液耗散，阴虚内热，虚阳浮越，故伴盗汗；冲任失调，月事延后量少则不孕。以生脉散益气补肺固肾为主，合桂枝汤调和营卫，温通血脉以固表；加蝉蜕、苍耳子通鼻窍，

止鼻涕，抗过敏；葶苈子泻肺降气；黄芪补气固表。鼻鼽缓解后则加强养血补肾，调节冲任之功。治疗3个月经周期，经调而受孕。[16]

王冰洁等自1998年10月至2001年10月，选择脑垂体功能低下所致的无排卵性不孕症患者276例，随机分成中药促排卵、克罗米酚（CC）促排卵、人绝经后促性腺激素（HMG）促排卵3组，分别观察其周期排卵率、排卵日子宫内膜分型及周期妊娠率，以探讨各种促排卵方法与子宫内膜容受性之间的关系。中药组在月经周期第3天开始用真武汤合生脉散（附子15g、肉桂6g、补骨脂15g、菟丝子15g、人参10g、麦冬20g、五味子15g、茯苓20g、白芍15g、生姜10g）治疗，每日1剂一直至排卵后停用。中药组周期排卵率为55.68%，明显低于HMG+HCG组的65.67%及CC+HCG组的79.13%，经统计学处理，差异有显著性（$P<0.01$），其中以CC+HCG组的周期排卵率最高，中药组的周期妊娠率为32.33%，与HMG+HCG组的35.82%相仿，但明显优于CC+HCG组的21.73%，经统计学处理，差异有显著意义（$P<0.01$），说明中药组虽然排卵率低，但排卵后妊娠率却较高，而CC+HCG组排卵率高，但妊娠率最低，HMG+HCG组的排卵率及妊娠率都处在较高的水平，中药组及HMG+HCG组排卵日子宫内膜呈A型的占多数（80.8%及82.8%），而CC+HCG组排卵日子宫内膜呈A型的只占40.86%，子宫内膜不利于孕卵的着床。[17]

第九节 子烦

子烦即“妊娠心烦”，是妊娠期间出现的烦闷不安，心悸胆怯的病症，病因有阴虚，由痰火和肝郁等阴虚可见午后潮热，手足心热舌红无苔，脉细数等症。《血证论》所云：“子烦者血虚也，血者心之所主，血足则心不烦，胎既耗血，胎中之火又与心火相合，火扰其心，是以虚烦不能眠。”生脉散具有滋阴之虚以生气的功效，能养心安神，生脉布气，滋阴敛汗敛阳神。对于子烦有良好的作用。

【病案举例】

严某某，女，26岁，工人，1993年3月5日初诊。初孕期间，

因恶阻呕吐，喜食辛香之品，心烦呕吐，善叹息，烦躁易惊，坐卧不宁，夜不能眠，口干咽燥，时有干咳，舌红、少苔，脉细滑数。证属子烦，因胎热上乘，阴津暗耗，治宜益气生津，敛阴清热，拟生脉散加味。处方：西洋参（另炖）6g，麦冬15g，五味子10g，浮小麦、百合各3g，6剂，水煎服，每日1剂。二诊：药后烦躁除，能安睡，口微干，再进6剂以巩固疗效。嘱其用百合30g、大枣5枚煎汤作食疗，此后无恙，顺产一男婴。

按：本例因孕而烦，乃火热来心而致。加之饮食不节，辛温香燥引动心火，灼烁阴津，扰乱神明，致烦躁不能自制，以生脉散滋阴，散津，清热，以治其本，百合甘微寒，归心肺经，润肺止咳，养心安神，以治其干咳，并安定神志，则惊悸失眠烦躁之证除，更添大枣甘温入脾胃，既可补中又能养血安神，甘缓之味能除肝之急而除烦，浮小麦味甘微寒能养心除烦热。各药合用，共奏养心安神、和中缓急之功。[18]

第十节 缺乳

《傅青主女科》云："夫乳乃气血之所化而成也，无血固不能生乳汁，无气亦不能生乳汁，乳全赖气之力以行血而化之也，气旺则乳汁旺，气涸则乳汁衰，气润则乳汁亦涸。可见乳汁为血所化赖气运行"。《景岳全书·妇人规》云："妇人乳汁乃冲任气血所化，故下则为经，上则为乳。若产后乳迟乳少者，由气血之不足。而犹惑无乳者，其为冲任之虚弱无疑也，产后缺乳由气血亏虚所致。"

【病案举例】

1. 张某，女，28岁，市郊农民，诊于1992年8月7日。产后35天，乳汁少。诊时见患者体虚，面色㿠白，乳房柔软、乳汁少而不畅，自汗多，稍动即汗出淋漓。伴见口干舌燥，便秘尿少，腰膝酸软、倦怠懒动、舌淡苔白、脉浮缓，曾服中药10余剂未能获效，所服处方大多以通乳丹、下乳涌泉散加通络下乳之品。经权衡病机，认为是产后体弱，加之长时间汗出过多，乳液势必被分流为汗液外泄，而致气津两伤，乳络失于充盈、而不能盈于乳房，以致缺乳。急宜益

气养阴、敛汗生津为法。取玉屏风散合生脉散加味。处方：黄芪30g，白术20g，防风6g，麦门冬15g，五味子10g，党参20g，升麻6g，柴胡6g，当归10g，试服2剂，自汗明显减少，精神转佳，脉较前有力，乳汁仍不多，再予前方3剂，自汗基本控制，乳房时时有乳汁应乳之感，乳汁较前增多，已够孩子吃，舌润苔津，二便通畅，再进3剂，乳水畅流，乳房充盈，后随访乳汁一直正常。

按：产后缺乳是产后常见病之一，临床一般认为与气血虚弱，情志郁结，血脉壅滞，寒湿凝滞有关，而本例缺乳在常规用方不效的前提下，认真分析病机。故以塞流益源为法，取玉屏风散益气固表，敛汗充乳，生脉散养阴生津，益源为乳。使汗止阴存，气复津生，归其源，乳循其道，充盈乳房，乳水畅流。[19]

2. 李某，女，24岁，市郊农民，1991年2月13日初诊。产后已12日，乳汁不足服生化汤加通利之品不效。乳汁少而清稀，乳房柔软无胀痛感，伴见面色㿠白，唇爪无华，头晕乏力，心悸不眠，腰酸腿软，舌淡少苔，脉细弱。证属产后气血虚弱，化源不足。治宜补气养血，通络泌乳。予傅氏通乳丹加减：党参、黄芪、黑芝麻各30g，当归、白术、王不留行各20g，五味子、麦冬各10g，通草10g，升麻3g，柴胡6g。连服3剂，乳汁充盈，乳络通畅，睡卧安然。诸症减缓而愈。

按：产后气血骤虚，气虚则腠理疏松，玄府开泄，容易导致汗出过多，或汗出不止，津随汗泄，乳汁生成减少，气津耗伤，导致缺乳。乳汁为血所化、赖气运行，而气血的旺盛又依靠脾胃的正常运化。若素体脾胃虚弱，或产后摄食不足，或分娩时失血过多，气随血耗，都可导致气血不足，乳血同源，乳汁的分泌必然也减少。如《景岳全书·妇人规》中所说："妇人乳汁，乃冲任气血所化，故下则为经，上则为乳，若产后乳迟、乳少，由气血不足，而犹或无乳者其为冲任之虚弱无疑也。"《傅青主妇科·下乳篇》中指出："妇人产后绝无点滴之乳，人以为乳管之闭也，谁知是气与血之两涸乎，夫乳乃气血之所化而成也，无血固不能生乳汁、无气亦不能生乳汁"。说明产后气血虚弱是导致乳汁缺乏的根本机制，因而补气养血、通络泌乳是治疗产后缺乳的根本大法。[20]

参考文献

[1] 江瑞云．论月经不调从心佐治．光明中医，2000，15（5）：17
[2] 王少英．生脉散新用新中医．2005，37（6）：83
[3] 赵永平．脉散临床新用举隅．甘肃中医，2005，18（3）：12
[4] 边玉麟．方药中辨治顽固崩漏案析．云南中医中药杂志，1994，15（4）：27
[5] 陈邦铭．暴崩33例临床小结．湖南中医杂志，1994，10（4）：33
[6] 张国铿．室女崩中治验．新中医，1994，（02）：20
[7] 高华．中医辨证治疗经前期紧张综合征．河南中医学院学报，2005，20（1）：45
[8] 王慧英．关幼波用生脉散合四物汤加减治疗疑难杂症举隅．北京中医，2001，（1）：3
[9] 罗世伟．王希知老中医辨治更年期综合征经验介绍．新中医，2002，34（10）：10
[10] 罗新梅．六味地黄汤合生脉散治疗更年期综合征163例．新中医，1998，30（11）：43
[11] 毕焕英．妇科病治验举隅．山西职工医学院学报，2000，10（1）：41
[12] 张祥清，张菊连．妇产科手术后感染发热中西医结合治疗体会．现代中西医结合杂志，2005，（12）14
[13] 席吉伦．浅谈生脉散加减治疗产后发热．中国中医急症，1997，06（01）：26
[14] 张雪梅．加味大补黄芪汤合生脉注射液治疗产后自汗43例．实用中医内科杂志，2005，19（5）：461
[15] 王群．产后汗出不止治验．浙江中医学院学报，1994，18（1）：21
[16] 王少英．生脉散新用．新中医，2005，37（6）：83
[17] 王冰洁．补肾养血中药对无排卵性不孕的治疗作用及机制探讨．广州中医药大学学报，2002，（3）：189
[18] 杨群玉．生脉散新用．新中医，1996，（9）：52
[19] 牛忻群．塞流益源治缺乳．河北中医药学报，1997，12（2）：46
[20] 王小荣．产后缺乳论治5法．山西中医，1995，（6）：50

第四章 儿科病证

第一节 新生儿肺炎

新生儿肺炎为新生儿呼吸系统常见病，因其反应力低下，临床症状不典型，易使家长和医护人员忽视，导致延误诊断，有些患儿对抗生素治疗效果不佳，病情迁延不愈。新生儿肺炎在新生儿感染性疾病中占首位。肺炎患儿因支气管肺泡炎症水肿及产生炎性渗出物，从而妨碍了通气和气体交换，同时由于新生儿细支气管肺泡欠成熟，气体交换功能相对不足，因此，肺炎时易产生低氧血症和二氧化碳潴留。低氧血症和二氧化碳潴留可引起肺小动脉反射性收缩。使肺循环阻力增加、致右心负担加重等病理生理改变，诱发心力衰竭。中医治疗小儿肺炎的认识和经验十分丰富，早在《素问·通评虚实论》中就记载："乳子中风热，喘鸣肩息者，脉实大也，缓则生，急则死。"这段描述，与小儿肺炎的发病、症状、预后均十分相符。明·秦景明《幼科金针》云："小儿感冒风寒，入于肺经，遂发痰喘，喉间鼾哈，咳嗽不得舒畅，喘急不止，面青潮热，啼哭惊乱，若不早治，则惊风立至矣。惟月内芽

儿犯此，即肺风痰喘，搐鼻不吱者不治，不哭不乳者不治。”将此症立名为“肺风痰喘”，文中还提出当以下痰、泻肺、通腑为治。“马脾风”相当于小儿暴喘性肺炎。明·寇平《全幼心鉴》云：“胸高气促，肺脏喘急。二胁掀动，陷下作坑，两鼻窍张，神气闷乱，痰涎潮塞，称之为马脾风。”清代还有“风温肺病”、“火热喘急”、“风寒喘急”的病名，中医古籍中有关“肺炎”的命名，见于清·谢玉琼《麻科活人全书》，称为“肺炎喘嗽”，是指麻疹合并肺炎，并提出了麻杏石甘汤作为主治。

【临床应用】

有报道宋琼等自1990年以来，共收治53例经西医综合治疗同时加用新生儿肺炎协定处方口服治疗的患者。一般临床表现为口吐白沫42例，精神萎靡46例，呛奶37例，口周及四肢末端发绀者29例，双肺于3天后听到细小水泡音21例，合并败血症、心力衰竭，新生儿黄疸加重或肝脏显著增大者11例。治疗方法：我院对新生儿肺炎患儿全部选用氨苄青霉素或先锋霉素，剂量为100mg/（kg·d），加入葡萄糖内静脉点滴，并配以吸氧、保温、强心、对症等措施。4例加用丁胺卡那霉素，5mg/（kg·d）。加用何世清的新生儿肺炎协定处方B号（麻黄1.5g、杏仁5g、丹参6g、红花5g、白人参3g、麦冬6g、五味子3g、生黄芪9g），水煎浓缩至20ml，每次6ml，每日4次口服。53例全部治愈，平均住院天数9.5天，而未用中药治疗平均住院天数为11.3天。

按：新生儿肺炎协定处方1号由生脉散、三拗汤加味组成，具有宣肺平喘，益气扶正，活血化痰的功效，对体质低下的新生儿肺炎，表现为呼吸微弱、憋气发绀、肺脏及全身循环不良者尤为适宜。实践中体会到，本方在经以抗感染为主的综合疗法欠佳时应用，可使患儿不同程度地改善呼吸、循环状况，如口唇、四肢末端由发绀而转为红润，温度上升，呼吸规则平稳，吐白沫消失等表现较显著。方中生脉散扶正益气，养阴生津，实验证明对休克有保护、强心、升压作用，三拗汤中葶苈子宣肺平喘，桃仁、红花、丹参行气活血，配合抗生素治疗可提高新生儿的免疫能力而促使病情好转。

小儿肺炎是因感受外邪，导致肺气闭塞，出现发热、咳嗽、喘

促、鼻翼煽动为主症的肺系疾病，是小儿时期最常见的疾病之一，尤其以婴幼儿在冬春季节发病率高。可由感冒、乳蛾、咳嗽等病证发展而成，也可在麻疹、百日咳等传染病或其他疾病过程中并发或继发本病。若因感邪较重，或体弱正虚（如先天不足、素体虚弱、他病久病之后），病情往往较重，甚则可导致热陷心肝、心阳暴脱等危重变证，有的则迁延日久，反复不愈。新生儿由于形气嫩弱，不耐外邪侵袭，发病之后，多致危重。临床可见多种症型，表现亦各有其自身特点。其中气虚邪恋者，常见低热不定，咳嗽无力，声低痰稀，常夹泡沫，精神疲倦，面色㿠白，易自汗出，纳少便溏，舌淡苔白或腻，脉细而弱。素体脾肾阳虚，或营养不良的患儿多见此证，属肺脾气虚，痰湿内停。阴虚邪恋者，常见低热如潮，干咳无痰，或少咳痰粘，虚烦口干，皮肤灼热干燥，甚或手足心热，盗汗唇红，舌质干绛，苔少乏津，或光剥无苔，脉象细数。此证多见于痰热闭肺之后，热甚伤阴，为肺阴不足，余热稽留。气阴两伤者，则上述二证互为兼见。宜用生脉散（人参、麦冬、五味子）或人参五味子汤（人参、麦冬、五味子、白术、茯苓、甘草）为主，结合化痰、清肺治疗，能收到良好疗效。[1,2]

第二节　小儿支气管肺炎

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。中医认为其病因主要是由于外感风邪，内蕴痰热，肺失宣降所致。治疗本病辨证为风寒闭肺、风热闭肺、心阳虚衰三型，分别用三拗汤、麻杏石甘汤、麻黄汤合参附汤加减治疗。夏秀梅等报道见到一种特殊证型：患儿发热不高，胸高腹胀，尿少便闭，中毒症状较重，非常法能治。笔者运用牛黄夺命散（《证治准绳·幼科》）加减治疗每获良效。

【病案举例】

1. 秦某，男，4岁，1989年2月初诊。患儿咳嗽发热10日，就

诊于某中心卫生院，以病毒性肺炎收住院，中西药治疗十余天，昨又并发心衰，危在旦夕，邀余会诊。见患儿发热（体温37.8℃），烦躁，气急鼻煽，胸高肩抬，喉鸣痰涌，声如拉锯，腹部膨胀，尿少便闭，肌肤干瘪，枯燥不荣，面色青紫发组，指纹青紫直达命关，脉滑疾，舌红苔黄厚，中黑燥。证属痰热壅肺，腑气不通，兼有心气欲脱之势。治当通腑气泻肺气，益气养心，此扶正祛邪并用，以策万全。急投牛黄夺命散合葶苈大枣泻肺汤合生脉散加减：二丑、大黄、槟榔、葶苈子、胆南星、人参、当归、麦冬各3g，牡蛎5g，大枣2枚。1剂水煎服，西药照旧服用。药后泻下臭秽量多的大便，渐次腹平不张，热退神清，喘平痰少，舌脉有转。惟仍然咳嗽，处方：沙参、麦冬、杏仁、胆南星、枇杷叶、橘红、贝母、紫菀各3g，以养阴清肺，化痰止咳，2剂告愈。

按：本病为痰热闭肺之“马脾风”病。肺与大肠相表里，由于肺气窒塞，肃降失职，致大肠腑气不通，不通更碍肺气之降。牛黄夺命散开门祛邪，釜底抽薪，乃上病下取之意也。由于本病迁延日久，正气必然不支，故有欲脱之势，非大实之羸状也。合生脉散扶正固脱，好比攻补兼施，颇获良效。[3]

2. 张某，女，2个月。1989年12月25日初诊，发热咳嗽气喘10天，加重4天，腹泻1天。诊为上感、支气管肺炎。肌注青霉素、链霉素。口服复方新诺明、阿司匹林等近1周，疗效欠佳，求余诊治。查体温36.8℃。面色苍灰，鼻翼扇动。口唇紫绀，烦躁不安。心率160次/分，律齐。两肺可闻及弥漫性多量中小水泡音，腹软，肝右肋下2.5cm，质软压痛。脾（－）。白细胞总数4.7×10^9/L。中性粒细胞58%。淋巴细胞42%。X线胸透：两肺纹理增粗。诊为支气管肺炎（病毒性?）并心衰、消化不良。中医属风温痰热闭肺凌心。治予强元肃肺汤：麻黄4g，杏仁4g，石膏6g，甘草6g，苏子4g，莱菔子10g。白芥子4g，红参6g，麦冬6g，五味子4g，白术4g，干姜6g。水煎服，日1剂。12月28日二诊：发热止，咳喘消失，心率120次/分，两肺仅可闻及极少量细湿啰音，乃续服上方1剂而痊。

按：祖国医学认为小儿乃稚阴稚阳之体，脏腑娇嫩，形气未充，腠理疏薄，卫表不固，抗病力较差。外邪侵袭，实犯阳明，虚犯太

阴。太阴脾肺乃主气，生气之脏，元气之根本。邪犯太阴，脾肺元气亏虚是本。肺失宣肃，气机闭塞，咳喘痰鸣属标，纳差乏力腹胀腹泻乃寒伤脾阳、脾气所致。强元肃肺汤取理中汤、生脉散中红参、白术、干姜、甘草、麦冬、五味子。增强太阴脾肺及足太阳膀胱经功能，益元气，实表卫，扶正固本。现代药理研究证实，人参有提高、调控人体免疫防御、免疫稳定、免疫监视功能；麻黄、杏仁宣肺止咳平喘；石膏消热，三子降气化痰、肃肺祛邪治标。方药矢的，故收捷效。本方为生脉散、理中汤、麻杏石甘汤及三子汤4方组合而成，本方药味甘可口，易服。无毒副作用。力宏效速。该组病例多经过西药抗感染、止咳平喘等治疗。效果欠佳，换服本方药，疗效明显优于抗生素等西药，深受病家推崇。

附：张氏强元肃肺汤：麻黄4g，杏仁4g，石膏6～10g，甘草6g，苏子4g，莱菔子6～10g，白芥子4g。红参6～8g. 麦冬4g，五味子4g，白术4g，干姜4～6g。加水150～200ml。煎至15～20ml，兑红糖15g顿服。如此频煎频服，连续4～6次，尽1剂。重症或不能服药者可直肠缓慢推入。[4]

第三节 小儿支气管哮喘

支气管哮喘是小儿时期的常见病、多发病。许多患儿反复发作，迁延难愈，严重影响身心健康。西医多认为是一种以嗜酸性粒细胞、肥大细胞及淋巴细胞等多种炎性细胞参与的气道慢性炎症。气道变应性炎症是哮喘的基本病变，气管高反应性是哮喘的基本特征。临床表现为反复发作的喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和清晨发作加剧。本病属中医学中“哮喘”范畴，其证候有虚、有实，本虚标实贯穿始终。吴鞠通在《解儿难·儿科总论》中指出：“脏腑薄，藩篱疏，易于传变；肌肤嫩，神气怯，易于感触。”说明小儿发病容易，变化迅速。小儿哮喘发作。同样易虚、易实，因虚实易转化，故临证时须勤于辨析。根据小儿哮喘的轻重、发作频率、时间长短、因人而异而分型论治，但辨证要点不离虚实寒热，以发作期、缓解期为分治大纲。生脉散具有益气养阴、敛汗生津生脉的作用，对小

儿支气管哮喘，尤其是缓解期的善后调理作用良好。

【病案举例】

1. 钟某某，男，4岁。哮喘病史3年，咳喘加剧3～4日，经外院诊断支气管哮喘。给予茶碱类、激素、抗生素等药物治疗，且给予雾化吸入，吸痰等对症处理4日，症状未见明显改善。于1986年4月8日来院门诊求治。现在症：仍喘促不安，喉中痰鸣如拉锯之声，伴日拉稀便4～5次，呈泡沫状，无腥臭味，面色白，哭声低微，双侧肺部布满哮鸣音，舌淡苔白。诊断：寒喘。治以宣肺化痰，止咳平喘。给予麻杏苡甘汤加味，麻黄3g，杏仁3g，薏苡仁12g，白术6g，附子5g，半夏4g，陈皮6g，丹参5g，川朴4g，甘草2g。2剂，结合引痰法外用药2次。复诊时咳、喘明显减轻，能安睡，大便次数减少，症药吻合，宗上方加补骨脂5g，再进3剂，告愈。继续用生脉散加味调理2疗程，随访1年，哮喘未再发作。

按：哮喘治疗当辨发作期与缓解期。发作期要急则治其标，缓解期要缓则治其本。患者寒邪闭肺，肺失宣降，气机不利，故见上述诸症。用麻杏苡甘汤加加附子、半夏、川朴等宣肺散寒，开肺闭，利气机以治其标。生脉散有补元气，滋阴液，生心脉之功。心主血脉，肺朝百脉，心为君主之官、五脏之大主，肺为相辅之官，君相合德，才能真正达肺主治节，周身气机通畅有序，升降出入有权。[5]

2. 李某，男，4岁，2002年10月12日就诊。哮喘发作2年余，平时体弱、易感冒，发作与气候变化、饮食劳累有关。3天前感冒后哮喘复发，曾服舒喘灵、氨茶碱、麻杏石甘汤加减等，效不佳。咳喘加重，舌红、苔薄黄中剥，脉细滑。证属气阴两耗、痰热瘀阻、气道失畅。治以健脾益肾以培本，化痰降气以治标。处方：党参10g，炒白术8g，补骨脂8g，五味子3g，麦冬10g，丹参8g，白芍8g，地龙8g，莱菔子10g，苏子10g，炙紫菀8g，紫石英10g，3剂。二诊，喘已平，前方加胡桃仁10g、紫河车10g，3剂。之后予以健脾补肾之方巩固疗效。随访半年，其间偶有小发，但症状明显减轻。

按：此病例当属热喘，然而应用麻杏石甘汤气喘未能得以控制，就诊时有明显气阴两虚征象，故用生脉散加减益气阴、复心脉收到良好疗效。[6]

第四节 小儿迁延性肺炎

病程超过3个月者为慢性肺炎。促成慢性肺炎的因素有以下几种：①营养不良、佝偻病、先天性心脏病或肺结核患儿发生肺炎时，易致病程迁延。②病毒感染引起间质性肺炎，易演变为慢性肺炎。首都儿科研究所曾对103例腺病毒肺炎在病后1～5年随访，发现30.1%在X线检查时呈现轻重不等的慢性肺炎和肺不张，个别患儿还有支气管扩张。对13例麻疹并发腺病毒肺炎在病后2～3年随访，其中6例已成为慢性肺炎。③反复发生的上呼吸道感染或支气管炎以及慢性鼻窦炎均为慢性肺炎的诱因。④深入支气管的异物，特别是缺乏刺激性而不产生初期急性发热的异物（如枣核等），可被忽视而长期存留在肺部，形成慢性肺炎。⑤免疫缺陷小儿，包括体液及细胞免疫缺陷，补体缺乏及白细胞吞噬功能缺陷皆可致肺炎反复发作，最后变成慢性。⑥原发性或继发性呼吸道纤毛形态及功能异常可致肺慢性炎症。炎症病变可侵及各级支气管、肺泡、间质组织和血管。特别在间质组织的炎症，每次发作时都有所进展，使支气管壁弹力纤维破坏，终因纤维化而致管腔狭窄。同时，由于分泌物堵塞管腔而发生肺不张，终致支气管扩张。由于支气管壁及肺泡间壁的破坏，空气经过淋巴管散布，进入组织间隙，可形成间质性肺气肿。局部血管及淋巴管也发生增生性炎症，管壁增厚，管腔狭窄。慢性肺炎的特点是周期性的复发和恶化，呈波浪型经过。由于病变的时期、年龄和个体的不同，症状多种多样。在静止期体温正常，无明显体征，几乎没有咳嗽，但在跑步和上楼时容易气喘。在恶化期常伴有肺功能不全，出现发绀和呼吸困难，并由于肺活量和呼吸储备减少及屏气时间缩短等，引起过度通气的外呼吸功能障碍。恶化后好转很缓慢，经常咳痰，甚至出现面部浮肿、发绀、胸廓变形和杵状指、趾。由于肺气肿、肺功能不全而引起肺循环阻力增高，肺动脉压力增高，右心负担加重，可在半年至两年内发生肺原性心脏病。还可能有肝功能障碍。白细胞增加，血沉中度增快。本病属中医咳嗽感冒范畴，病久余邪不尽，正气难复，正虚邪恋，常见气阴两虚夹余邪未尽证，生脉散滋阴益气以扶

正，配合清除余邪之药可取得非常满意的疗效。

【病案举例】

周某，男，4岁。2001年8月21日初诊。患儿30余天前感冒后患右下支气管肺炎，西医用抗生素及化痰止咳等治疗，病情有所好转，但咳嗽持续不止，求治中医，见：咳嗽声低无力，口干，痰少色白而粘，纳差，大便稀，舌质暗红、苔白略腻，脉细滑。查：体温37.2℃，神倦，面色苍白，扁桃体略红不肿，心率120次/分，律齐，无杂音，右下肺可闻及细小湿性啰音，腹软，肝脾未触及。血常规WBC 4.9×10^9/L，N：0.38，L：0.62，X线胸片示：右下肺可见小片状阴影，沿纹理分布，边缘模糊。西医诊断：右下肺迁延性肺炎。中医诊断咳嗽，证属肺脾两虚，气阴不足，余热未清。治宜益气养阴，清肺止咳。处方：人参15g，黄芪、丹参各12g，麦冬、五味子、牛蒡子、银花、连翘各10g，芦根9g，桔梗6g。水煎服，每日1剂，7日为1疗程，服用2个疗程后，症状消失，双肺听诊啰音消失，胸片复查阴影吸收，肺部纹理清晰，而告痊愈。

按：患儿外感邪毒侵袭，从阳化热，耗津伤气而致气阴两虚，又因虚致瘀，致使炎症不吸收，病情迁延不愈。方用人参、麦冬、五味子、黄芪、芦根益气生津；牛蒡子、桔梗宣开脾气；银翘清泄肺热丹参凉血化瘀。全方紧扣病机，故能显效。[7]

第五节　小儿上呼吸道感染

上呼吸道感染，又名感冒，俗称“伤风”，是病毒局限性感染于鼻腔及咽喉引起的疾病，部分患者有细菌混合感染，以发热、严寒、头痛、鼻塞、流涕、喷嚏为主，是一种最常见的传染病。一般病势轻、病程短、预后好，但发病率最高，常可继发于肾炎、中耳炎、风湿热、鼻炎、急性支气管炎等。其病因病理：感冒大都是病毒引起，约有20%与细菌混合感染，它们常存在鼻咽部，当因受寒、劳累、气温然变时会大量繁殖，引起感冒的病毒有上百种，主要有流感病毒、鼻病毒、黏液病毒、副流感病毒、腺病毒、ECHO病毒、合胞病毒、柯萨病毒等，若患者抵抗力弱会继发细菌感染面引起咽喉炎、急

性扁桃体炎等并发症。病理机制尚不清楚，主要表现为鼻黏膜增厚、水肿、充血，组织学可见黏膜极度水肿，有少量中性粒细胞、淋巴细胞、浆细胞、嗜伊红细胞浸润。本病属中医感冒范畴，“邪之所凑，其气必虚”，中医认为感冒是由六淫之邪、时行病毒乘人体抵抗力下降时，从肌表而袭犯肺卫。风为六淫之首可由季节、区域人的体质不同等因素而表现出风热、风寒、风燥、风湿证。外邪犯侵，卫表失和邪正相争，故见严寒发热，“风性轻扬，上先受之”，肺处胸中位于上焦为之华盖，故临床又多见头痛，鼻塞、流涕、咳嗽等肺卫症状。生脉散滋阴益气扶正固本，对本病疗效及保健预防不错。

【病案举例】

谢某某，男，4岁，1991年8月24日就诊。病儿反复发热近两周，一般在37.5℃~39℃之间，往往日轻夜重。西医经查血常规后诊断为病毒性感冒，经打针、服西药后发热未退。后来中医儿科诊治，症见：发热时轻时重，无汗，心烦哭闹，睡眠差，易惊醒，神倦，口渴喜饮，不思食，大便干结，小便正常，舌红、苔薄黄，脉数。辨证为小儿感受暑热病毒，导致气阴两虚。治宜清暑泄热，益气生津。处方为自拟清热生脉饮，药用：党参、沙参、麦冬、淡竹、生地、知母、石膏、谷麦芽、枯芩、芦根、水灯芯各10g，五味子、甘草各5g。服药2剂后，病儿体温恢复正常，精神明显好转。

按：小儿病毒性发热，多属上呼吸道感染疾病，是由各种病毒，如腺病毒、鼻病毒、副流感病毒、呼吸道合肥病毒等感染形成的。其病类似于中医所说的感冒、小儿夏季热等范畴。是因感受风、热、暑、湿等时邪病毒所致。本病一年四季都可发生，但尤以夏、秋两季最为多见。该病例是由感受暑热时邪病毒所致。暑为阳邪，常夹湿，伤津耗气。暑邪由口鼻而入，首犯肺胃，肺主气，暑必伤气。气虚则邪滞；而暑又夹湿，湿为病多在脾胃，郁久化热，津液必伤。津液耗损，加之气虚，故热邪往往稽留而不易退。小儿脏腑娇嫩，抵抗能力差，不耐暑热侵袭，持续发热，耗气伤阴，故表现为心烦、口渴喜饮、舌质红、脉数等。

在自拟的清热生脉饮中，用生脉散益气生津止渴，加沙参养阴润燥，淡竹叶、石膏清热除烦，生地、知母养阴清热生津，黄芩泻火清

湿热，水灯芯降心火，谷麦芽顾胃气，芦根清热生津。服药热退则改用健脾调胃之方。但在临床诊治中应注意两点：第一，因生脉散不是治暑病的通剂，如外有表邪，恶寒发热，或暑病热炽，气阴未伤者，应当禁用；第二，由于小儿具有脏腑娇嫩，脾常不足的生理特点，脾胃易受损害，故用药必须审慎。在对小儿治病时，往往应以健脾调胃善其后。[8]

第六节 小儿夏季热

小儿夏季热又称暑热症。是婴幼儿发生在夏季的一种特有的季节性疾病。本病至20世纪30年代始被认识，是小儿的一种时令性疾病。1995年，国家中医药管理局给出国家诊断标准以临床发热不退、口渴多饮、多尿、汗闭或汗少为特征，多见于半岁至3岁的小儿。夏季热的发病原因主要是由于此年龄段的小儿神经系统发育不成熟，发汗机能不健全，体温调节功能较差，因而不能很好地保持正常的产热和散热的动态平衡，导致排汗不畅，散热较慢，体温升高。其发热症状多呈迁延性，热程可持续1~3个月左右，热型不定或不规则，体温多在38℃~39.5℃之间。天气愈热，体温愈高。即使应用解热药，也无法使其体温下降。只有在气候凉爽或雨后，患儿体温才有所下降。到了秋凉之后，上述症状便可不治而愈。此病第二年可复发，但症状多比上年度轻，病程亦较短我国东南及中南地区好发，自秋凉后本病可自愈。婴幼儿体质素虚，元气不足，营养不良，或病后失调，气阴不足等均有密切关系，每至夏季，不能耐受外界气候炎热，最易感受暑热之邪而发病。有下列四个方面：①是脏腑娇嫩，气血未充，入夏后，每因断乳后伤食停痞，蕴而发热；②是禀赋不足或病后体虚，尤其是气阴不足，入夏之后，不耐暑热熏蒸，遂致伏燥、伏火，发为本病；③是小儿素体肺胃热盛，盛夏暑热蒸迫，肺气与胃阴受损而致本病；④是夏季发病缠绵日久，蒸热不止，阴损及阳，肾阳不振，脾阳运化失职，脾肾两虚也可发病。生脉散对于小儿夏季热有良好的疗效。

【病案举例】

1. 牛某，男，7岁。1999年7月12日诊。患儿自幼体弱易感，4岁起每年7～8月发热，伴纳少，多次诊查，各系统均未见异常。此次于1周前又开始低热，口渴唇干，心情急躁，大便偏干，小便黄赤短少。查：体温38.1℃，神疲烦躁，消瘦，心肺腹部均未见异常，双手中指及无名指、腹部可见散在白色细小汗疱疹数粒，舌红无苔，边尖部有数粒细小红点，脉细数。西医诊断：小儿夏季热。中医诊断：发热，证属气阴不足，暑湿外感。治法：清暑，益气，养阴。处方：太子参、白术各12g，人参、麦冬、五味子、知母、青蒿各10g，竹叶、黄连各6g，每日1剂，水煎服。服10余剂后体温恢复正常，汗疱疹消失，方中去黄连、青蒿，继服二周调养，诸症消失。随访至今未复发。

按：小儿夏季热病因不明，一般认为小儿体弱，体温调节中枢发育不全或功能失调，随着周围环境气温升高而发热，是一种非感染性发热性疾病。此患儿先天禀赋不足，后天失调，暑湿之邪乘虚而侵，耗伤津气，气阴不足，因虚而热，故病发有明显地季节性。处方以人参、西洋参、麦冬、五味子益气生津养阴调补；知母、黄连清泄外邪；竹叶清心除烦；青蒿清暑透湿而祛邪。邪退后主以养阴益气调养，增强体质，培补正气以御外邪再侵，故而能防病而不复发。[9]

2. 彭某，女，5岁。1987年7月25日初诊。高热10天，均为40～42℃。烦躁不宁，时有谵语，实验室化验各项指标均为正常。西医用抗生素、激素滴注效果不显。见面红唇燥，舌红苔少，先投清营汤送服紫雪丹清营开窍。当晚体温39℃，第二天突然汗出不止，面色苍白，气息短促，脉微细数，予独参汤一碗灌服，稍后面色好转，半日后欲饮水，口渴不已，给予生脉饮3剂，余热尽退，精神日见好转。

按：岭南之地位于亚热区域，终年气温较高，雨湿较盛，小儿脏腑娇嫩，气血未充，不耐暑热熏蒸，且贪凉饮冷易至脾胃损伤，湿浊内生，因而暑温一病，最为多见。此例先为暑入心营，热闭心包所致。根据叶天士“入营犹可透热转气”的理论，治拟清心泄热，开窍醒神，先用清营汤送紫雪丹，却不料小儿乃稚阴稚阳之体，连日高

热，津阴已伤，虚阳无依，不耐苦寒、咸寒、甘寒之药，故出现元气外脱及竭阴之症，投独参汤补气摄阳固脱，生脉散双补气阴，酸甘化阴，使元气得固，津液不再外泄，从而阳气得留而外脱之变便可挽回。[10]

3. 张某，女，2岁，2004年7月5日来我院治疗患儿平素体虚易感，自汗、盗汗，厌食。2004年7月1日始发热，体温38℃～39℃，伴鼻塞、轻咳，外院静脉点滴青霉素、先锋霉素、病毒唑，口服锌布颗粒退热对症治疗，未能退热转来我院。症见：午后或夜间发热，手足心热，鼻塞，轻咳，烦躁少寐，颧红，盗汗纳呆，口干不欲饮，神倦乏力，大便干结，尿少色黄查体：体温38.5℃，咽部充血，心肺正常，舌质淡红、少苔，脉细数无力。血常规：白细胞7.3×10^9/L，淋巴细胞35%。诊断：感冒（气阴不足）。采用生脉注射液10ml加入5%GS100ml中静脉点滴，每日1次。口服生脉散加味，方药：人参10g，麦冬10g，五味子5g，青蒿10g，石膏30g，芦根10g，板蓝根10g，鱼腥草10g，麦芽6g，煅牡蛎15g，玉竹6g。每日1剂，水煎2次合并药液分3次服。治疗2天，热退，体温正常，神佳，纳增，寐安，但仍有鼻塞、轻咳、神倦乏力、盗汗、口干、大便干结、尿黄少。继用生脉注射液静脉点滴，方中去青蒿、石膏，加沙参10g、石斛10g,，每日1剂，水煎分3次服，再治2天，体温平稳，诸症皆消，告愈。随访2周，体温正常。

按：小儿乃稚阴稚阳之体，耗伤稚阳，灼伤稚阴，气阴两虚，中气不足，则明火内生。阴液亏虚则水不制火，故发热缠绵难退，治以益气养阴，使阳生阴长，阴阳相维，脏腑和调，发热自除。生脉注射液为古方生脉饮经科学方法精制而成的静脉注射液，成分为红参、麦冬、五味子，具有大补元气、益气养阴、扶正祛邪之功效。口服方中，人参大补元气、养阴生津，麦冬养阴生津，五味子滋阴生津，诸药配伍使气阴得复，水火相济，阴阳平衡。[11]

第七节　新生儿窒息后心肌损害

新生儿窒息可导致多脏器损害，心脏是较常受累的器官。窒息后

心血管系统的主要改变有心功能不全和暂时性房室瓣返流，这些改变与心肌缺血和乳头肌损害有关。窒息后心肌损害与多种围产因素有关。其诊断标准：①有重度窒息史，Apgar 评分 1 分钟≤3 分，5 分钟≤5 分。②有心肌损害的临床表现及体征：面色苍白或青紫，心音低钝，心动过速（>200 次/分）或过缓（<100 次/分），肝肿大。③心电图有缺血性改变，多导联 ST－T 波改变，早搏，异常 Q 波，Q－T 间期延长。④心肌特异性同功酶（CPK－MB））≥20U/L。所有病例均为住院新生儿，随机分两组。观察组 38 例，男 21 例，女 17 例；平均胎龄 38、32 ±2.48 周，体重 3002.26 ±29.66 克，日龄1.68 ±0.37 天。对照组 35 例，与观察组新生儿性别、胎龄、体重、日龄和病情分度均相近，具有可比性。对照组进行常规治疗，包括氧疗、限制液体输入量、维持水电解质及酸碱平衡，及给予能量合剂等。观察组在常规治疗基础上加生脉注射液 4～6ml 于 10% 葡萄糖 20～30ml 中静脉滴注，每天 1 次，疗程 5～7 天。两组患儿均于出生后 24～72 小时内做心电图，72 小时内采血查心肌酶。临床症状消失天数观察组为 6.46 ±1.65 天，而对照组为 8.61 ±1.76 天，两组比较 $P<0.01$，具有显著性差异。T 波改变恢复天数，两组分别为 5.82 ±1.57 天及 7.86 ±1.62 天，$P<0.01$，具有显著性差异。

生脉散由人参、麦冬、五味子所组成，具有益气生津、敛阴止汗、益气复脉的作用。该方配成注射液即生脉注射液。生脉注射液治疗新生儿窒息后心肌损害，主要通过增加冠脉血流量和心肌细胞营养血流量，改善心肌缺血，调整心肌代谢，降低心肌耗氧量和耗能量，提高耐缺氧能力，促进损伤心肌 DNA 的合成，加速其修复，调节血压，双向性调节心率，使增快的心率减慢，使减慢的心率增快，抑制心肌细胞膜 ATP 酶活性，增强心肌收缩力，提高心输出量，改善临床症状。并且还有抗脂质过氧化作用，对缺氧缺血损伤情况下的心肌有明显保护作用。使用生脉注射液治疗新生儿窒息后心肌损害，其临床症状的消失及心电图改变恢复时间均明显短于对照组。由于其剂型和给药途径方便，并且无不良反应，值得进一步推广应用和深化验证。[12]

第八节 新生儿缺氧缺血性脑病

新生儿缺氧缺血性脑病（lopathy，HIE）是围产期窒息缺氧引起的一组临床综合征，可致多个器官系统损害，受累最重的是神经系统，其次是心、肾、肺等，发病率高，致残率高。目前对 HIE 的早期防治仍在探索中，张青等自 1999 年 4 月至 2000 年 3 月应用生脉注射液治疗 HIE 合并心肌损害患儿 32 例，疗效满意，选择中度 HIE 合并心肌损害患儿 62 例，随机分为 2 组。治疗组 32 例，其中男 19 例，女 13 例，发病日龄 <24 小时者 14 例，24 ~72 小时者 18 例。对照组 30 例，男 16 例，女 14 例，发病日龄 <24 小时者 11 例，24 ~72 小时者 19 例。二组 HIE 患儿治疗前临床症状、体征、心肌损害程度及行为神经评分无显著性差异。对照组采用常规对症治疗。治疗组在此基础上加用生脉注射液 2ml 次，加入 10% 葡萄糖 10mL 静脉点滴，7 日为一疗程。药品采用四川宜宾制药厂生产的生脉注射液（川卫药准字 1998 第 013498 号）。两组病人分别于入院当时做心电图和心肌酶谱检查并进行行为神经评分（behavioral neurological assessment，BNA），根据鲍秀兰[2]提出的操作方法和评分标准，由受过专门训练的专人进行。分别于治疗第 4 天、8 天复查心电图，治疗第 6、11 天复查心肌酶谱和新生儿神经行为测定。每日由专人观察记录临床主要症状、体征的变化。治疗组治疗第 4 天和第 8 天心电图恢复正常率分别为 43.8% 和 96.9%，而对照组分别为 16.7% 和 70%。治疗组与对照组治疗第 4 天和第 8 天心电图恢复正常率比较分别为 $X^2=5.344$，$P<0.05$；$X^2=8.267$，$P<0.01$，差异均有显著性。治疗组与对照组治疗第 6 天和第 11 天心肌酶谱恢复正常率比较分别为 $X^2=6.738$，$P<0.01$；$X^2=7.276$，$P<0.01$，差异均有显著性。孙红光等用彩色多普勒超声对生脉散治疗新生儿缺氧缺血性脑病临床效果的观察证实：HIE 患儿治疗后 S、D、RI 比治疗前明显提高，$P<0.01$ 或 $P<0.05$；治疗后生脉散组大脑前动脉流速的改善明显高于常规治疗组，$P<0.01$ 或 $P<0.05$；生脉散组治疗后行为神经评分明显高于常规治疗组，$P<0.01$。结论为生脉散治疗新生儿 HIE 效果明显。[13]

第九节　小儿汗证

小儿汗证自古以来有自汗、盗汗之分，一般认为自汗多属气虚不固，盗汗常属阴虚内热。《景岳全书》谓："小儿元气未充，腠理不密，所以极易汗出，自汗盗汗各有阴阳之证，不得谓自汗必属阳虚，盗汗必属阴虚"。小儿是稚阴稚阳，纯阳之体，阳常有余，而阴常不足，阳气比阴气旺盛，阳盛则热，加之肌肤嫩薄，故汗液易于外泄，外感内伤都易从阳化热，临床中常自汗盗汗互见，虚实并存。临床以出汗为主要症状的患儿家长常代诉种种虚象（如全身无力、消瘦、食欲不振等），若不仔细辨证，医生易误诊为虚汗，而反复补虚，难收疗效。因小儿生理、病理特点不同，自汗、盗汗各有虚实之异，临床多有表虚里实、脾胃积热、脾肺阴虚、心肝蕴热等症型。由于小儿汗证以症状为主，而不同于某单一病种，必须结合其他症候、出汗部位及小儿的生理、病理特点认真辨其虚实、寒热，辨证论治方可收效。自汗属气虚、阳虚，盗汗属血虚、阴虚。由于小儿脏腑娇嫩，元气未充，临床上常自汗、盗汗兼见故根据虚者补之、脱者固之、实者泄之、热者清之、寒者热之的原则进行辨证施治，方能取得满意疗效。阴虚火旺：潮热盗汗，也伴有自汗，寐后汗多，五心烦热，形体瘦弱，口干，舌红苔少，脉细数。治以滋阴降火。方用当归六黄汤合生脉散加减。

【病案举例】

1. 王某，男，4岁，1998年11月25日初诊。汗出较多，入睡后更著，口干欲饮，手足心灼热，形体瘦弱。舌红苔薄，脉细数。此乃阴虚内热，迫津外泄。治以养阴清热敛汗。方用当归六黄汤合生脉散加减。太子参、熟地各10g，麦冬、当归、浮小麦、白芍各9g，五味子4g，煅牡蛎12g，黄芩8g。水煎服，每日1剂。并嘱其临睡前用龙骨、牡蛎粉外搽，以潜阳敛汗。服药5剂，汗出大减，手足心热消失，仅入寐后皮肤湿润，口干减，大便溏，原方去麦冬加山药10g，续服5剂，汗出止，诸症消。

按：阳加阴谓之汗，汗出过多，伤阴伤气。患者阴虚内热，故出

现口干欲饮，手足心灼热，形体瘦弱。舌红苔薄，脉细数。方用当归六黄汤合生脉散大补心之气阴，加清热敛汗之品达热去阴复之效。[14]

2. 某男，4 岁，2000 年 9 月 22 日初诊小儿汗出较多，入后更甚，醒则汗止，容易惊醒，神萎不振，心烦少寐，入夏以来伴低热，口干欲饮，手足心热。诊见形体消瘦，口淡红，舌质淡，苔少见剥苔，脉细弱。处方：生脉散合归脾六黄汤加减党参、麦冬、熟地各 10g，当归、浮小麦、白芍、黄芩各 9g，龙骨、牡蛎各 5g，五味子 5g，水煎服，每日一剂。服药后汗出大减，手足心热消失，仅睡后皮肤湿润，食欲不振，大便溏，在原方去黄芩、加山药、芡实各 10g，续服 3 剂，症状全消失。

按：此乃因素体消瘦，气虚能敛阴，阴虚生内热，迫津外泄，故汗出较多。汗为心之液，出则心血暗耗，故心烦少寐，或伴低热，口干心烦，容易惊，口唇淡红，乃心脾不足，脾虚血少，心失所养，治宜益气滋养血，兼清热敛汗。[15]

第十节 小儿尿崩症

现代医学认为：小儿尿崩症依发病部位不同而分为中枢性尿崩症和肾原尿崩症，前者是由于垂体后叶、下丘脑或二者之间的神经束生病变，使加压素（VP）分泌减少或缺乏而引起的水代谢失。后者则是由于肾脏对 VP 的抗利尿作用不敏感或抵抗，VP 作用降低所致尿浓缩功能降低，结果均导致尿量增多，排出大量稀释尿，轻度高渗性脱水，使烦渴中枢受到强烈兴奋而大量饮水。临床以烦渴、多饮、多尿、尿比重低且固定为特征。中医学认为：小儿尿崩症，应归结于阴虚燥热，阴虚为本，燥热为标，且标本互为因果，燥热甚则阴愈虚、阴愈虚则燥热益盛。而病变脏腑主要在肺、胃、肾。其病所成，多因饮食不节，过食肥甘厚味，使脾胃运化失职，致内热童盛而化燥消烁肺胃津液；或素察阴虚之体，复因热邪践伐，而致肾阴亏损、阴虚火旺，出现肾虚、肺燥和胃热的尿崩症。又因肺为水之上源，肺受燥热所伤，治节失职，水液趋于下，致小便频数；肺胃阴亏，津液不布，故口渴喜饮；肾为水脏，现燥热伤肾，致肾不主水，气化失常，而小

便量多。针对阴虚燥热之病机，其治疗应以益气生津、养阴清热为治则，药用生脉散之类以治本，辅白虎汤之属以治标。标本兼治，主次分明，则往往可获良效。

【病案举例】

1. 姚某，女，3岁，1983年5月6日初诊。患儿2个月前出现频渴、多饮、多尿，24小时尿量3000～3500ml，查尿糖（－），尿常规（－）。曾在某院住院治疗2次，诊断为尿崩症，本次复发后来我院要求中药治疗。患儿神倦，嗜睡、面容憔悴、皮肤干燥、四肢疲软，舌干红少苔。辨证属肺肾阴虚，治当益气生津、滋肾润肺，佐以固涩缩尿。方用沙参麦冬汤加减：沙参、粉葛各12g，麦冬、黄芪、花粉、玄参各9g。五味子、桑螵蛸、益智仁各6g，2剂，水煎服，日1剂。

二诊：烦渴稍减，但尿量仍未减少，余证如前改用生脉散加味。人参6g，麦冬、五味子、黄芪、知母、粉葛、石榴皮、桑螵蛸、乌梅各12g，山药24g，白术9g，4剂。

三诊：面色转红润，尿量已减至每24小时2500ml，上方再进4剂。

四诊：尿量已近正常，守上方随症加减调治月余，前后共服34剂，诸证消失。随访至今10个月，未复发，生长发育良好。

按：患者阴虚火旺，尿崩日久，气随阴脱，气阴两虚。故出现上述诸症。心为五脏之大主，患者出现神志症状，心之气阴受损，故用生脉散益气养阴复心之气阴，酌情加知母、葛根等清热去其未尽之邪。用桑螵蛸调心神，交通心肾。水火既济，阴阳平和，诸症自除。

2. 曹某，男，2岁半，1983年9月29日初诊。20天前患儿出现口渴、多饮、多尿，24小时尿量3000ml左右，查尿糖（－）。尿比重1.000，尿常规正常，诊断为“尿崩症”。经药物治疗1周无效，来本院要求中药治疗。患儿精神萎靡，烦躁不安，面色无华，皮肤干燥，舌边尖红，苔黄厚干燥。辨证肺胃热盛、气阴两伤，治当益气生津、清热润肺，佐以固涩。方用生脉散加白虎汤加味：人参6g，麦冬、五味子、黄芪、知母、生地、粉葛、天花粉各15g，生石膏24g，甘草、黄连各3g，白术9g，山药30g，龙骨、牡蛎各12g，3剂。水

煎服，1剂/日。

二诊：服药后，精神转佳，尿量每日2500ml。效不更方，继服上方2剂。

三诊：尿量大减．舌面已见津液，苔薄白，热已去，上方去黄连、生石膏，加桑螵蛸12g，服药后尿量接近正常，尿比重1.010，续用上方调治半月痊愈，随访至今未复发。

按：肺为水之上源，肺受燥热所伤，治节失职，水液趋于下，致小便频数；肺胃阴亏，津液不布，故口渴喜饮；肾为水脏，现燥热伤肾，致肾不主水，气化失常，而小便量多。针对阴虚燥热之病机，其治疗应以益气生津、养阴清热为治则，药用生脉散以治其本，白虎汤之属以治其标。[16]

第十一节 新生儿硬肿症

新生儿硬肿症是由于寒冷、早产、感染、窒息等多种原因所致的皮肤及皮下脂肪硬化和水肿的疾病，病死率高；新生儿硬肿症存在不同程度的微循环障碍。发病机制主要有：①体温调节中枢不完善；②新生儿体表面积相对大，皮下脂肪层薄，易散热，早产儿尤甚；③新生儿在受寒时主要靠棕色脂肪产热，而早产儿棕色脂肪贮存量少，在感染、窒息和缺氧时棕色脂肪产热不足，致体温过低；④新生儿皮下脂肪中饱和脂肪含量大，其熔点高，寒冷时易凝固。水肿与毛细血管壁在寒冷、缺氧下通透性增高有关。临床表现一般在出生后1周内发生，以寒冷季节多见，夏季发病大多以严重感染、重度窒息引起。表现为纳差或拒乳，反应差，哭声低，心率减慢，尿少，体温常低于35℃，重者常低于30℃。肢体凉，皮肤硬肿，颜色暗红，按之如橡皮样。硬肿发生顺序为：小腿→大腿外侧→下肢→臀部→面颊→上肢→全身。严重者可导致心、肺、肾多脏器损害，甚至出现DIC。实验室检查常有代谢性酸中毒、尿素氮升高及血糖的变化。本病曾经是我国北方地区新生儿期常见疾病之一，占住院新生儿构成比的6.7%～24.9%。随着人民生活水平的提高，大城市中发病率明显下降，重度硬肿症患儿已经很少见到。但在经济不发达的乡村，仍然是危害新生

儿健康的重要疾病。重度硬肿症病情凶险，国内报道其病死率为15% ~44.9%。西医临床治疗原则为复温，营养支持，有感染者选用抗生素，纠正代谢紊乱。有出血倾向者用止血药。高凝状态时考虑用肝素，但DIC已发生出血时不宜用肝素。休克时除扩容纠酸外，可用多巴胺。目前大量动物实验及临床资料表明：自由基引发的脂质过氧化物反应与硬肿症的发生、发展密切相关。

参麦注射液是由古方生脉散的衍变方经现代科学技术研制而成的静脉注射液。生脉散主要由人参、麦冬、五味子组成。人参能大补元气，并可补气健脾，生津止渴；麦冬能养阴清热。参麦注射液能兴奋肾上腺皮质系统及增加网状内皮系统在酸中毒时对各种病理物质的清除能力。同时可改善心、肺、肝、肾等重要器官的血液供应，增强机体对缺氧的耐受力，改善微循环。参麦注射液能降低血液粘稠度，抑制血小板聚集，并有抗氧自由基的作用。黎明之等报道生脉注射液治疗新生儿硬肿症114例。随机分成治疗组58例，男35例，女23例，其中早产儿21例，足月儿37例；体重<2500g 27例，>2500g 31例；起病时间<3日，26例，3~7日19例，>7日3例；体温不升34例；轻度38例；中度20例；感染28例；缺氧窒息32例。对照组56例，其病情轻重、病程及分度等经统计学处理与治疗组无显著性差异。治疗方法：全部患儿均采用复温、补充能量、防冶感染、纠酸及改善微循环等综合治疗。治疗组在此基础上加用参麦注射液2 ml/(kg. d）静滴，2次/日，连用5~7日。经综合治疗3日，硬肿消失，体温恢复正常，哺乳佳，反应良好为显效；治疗3~5日，硬肿基本消退，体温正常，哺乳反应尚可为有效；治疗5日以上硬肿才渐消退或硬肿无改善。甚至死亡为无效。两组总有效率比较（$P<0.05$）有显著性意义。两组各死亡2例，放弃治疗、自动出院或转诊治疗组4例，对照组6例。硬肿消退时间治疗组（52例）4.21±2.18日，对照组（48例）5.88±，2.36日，两组比较$t=3.68$，$P<0.01$，差异有显著性意义。[17]

参考文献

[1] 宋琼．新生儿肺炎的中西医治疗．内蒙古中医药，1998，(S1)：57
[2] 朱锦善．小儿肺炎．中国农村医学，1996，24（3）：8
[3] 夏秀梅．牛黄夺命散治疗小儿支气管肺炎．吉林中医药，1999，(6)：33
[4] 张正华．强元肃肺汤治疗小儿急性支气管肺炎596例疗效观察．中国中医急症，1994，3（2）：66
[5] 周基旺．内服外治法治疗小儿哮喘40例．福建中医药，1997，28（6）2：8
[6] 上官慎康．小儿哮喘病证治经验．中医儿科杂志，2006，(1)：36
[7] 王仁媛．生脉散临床应用3则．陕西中医，2003，24（9）：841
[8] 旷茂瑜．生脉散加味方的临床应用．江西中医药，1995，26（9）：424
[9] 王仁媛．生脉散临床应用3则．陕西中医，2003，24（9）：841
[10] 何美华．小儿暑温辨治四则．湖南中医杂志，1994，10（5）：42
[11] 康立媛．益气养阴法治疗小儿发热30例．江西中医药，2005，(8)：26
[12] 谭稼荣．生脉注射液治疗新生儿窒息后心肌损害38例．浙江中医杂志，1997，(12)：542
[13] 张青．生脉注射液治疗新生儿缺氧缺血性脑病合并心肌损害临床研究．山西医药杂志，2001，30（2）：113
[14] 辨证论治小儿汗证60例．实用中医药杂志，2002，18（7）：20
[15] 陈琴．小儿汗证辨治体会．现代诊断与治疗，2004，15（3）：155
[16] 郑远琼．小儿尿崩症治验．湖北中医杂志，1998，20（4）：49
[17] 黎明之．参麦注射液佐治新生儿硬肿症疗效观察．儿科药学杂志，2001，7（4）：44

第五章 神经系统病证

第一节 头 痛

头痛是临床常见症状之一，大部分为功能性头痛，但有时却是一些严重器质性疾病的早期症状。头痛的病因复杂，不一定全是由中枢神经系统疾病引起的，例如急性发热性疾病常伴有头痛，随疾病的好转，头痛可自愈。头痛也可为某些疾病的主要表现，如偏头痛、三叉神经痛、高血压及脑血管病变等。病因病理纷繁复杂，本文只讨论气阴亏虚与头痛的关系。脑为髓海，其主在肾，赖气阴滋养，气阴两虚，无以上荣，故出现头晕头痛。

杨社文采用自拟醒脑汤（人参、五味子、炙甘草、麦冬、白术、茯苓、川芎、菊花、升麻、地龙、益智仁）治疗气虚血瘀型头痛50例，总有效率100%。

【病案举例】

1. 王某，男，19岁，学生。1993年5月2日初诊。主诉：头痛，神疲乏力，上课注意力不能集中达半月余。既往体健。现病史：近2个月以来，头痛且昏昏欲睡，整天总感觉周身疲乏无力，上课不能集中精力听讲，学习成

绩比以前明显下降，下课则头痛明显减轻。近半月上述症状加重。刻诊：患者双目少神，面色无华，舌质淡、苔薄白，脉沉细微涩。辨证：此乃由于学习负担长期过重，用脑过度。日久则耗气伤气。因“气为血帅，气行则血行”、“通则不痛，不通则痛”。气虚则不能运行血液，终致血瘀，血瘀不能上通于脑，脑髓失养，故头痛。此属于气虚血瘀型头痛，法当益气，活血，通经络。予自拟醒脑汤，方药组成人参（另煎）、五味子、炙甘草各6g，麦冬、白术、茯苓、川芎、菊花、益智仁各9g，地龙、升麻各3g。6剂，每日1剂，常规水煎，分早、晚各服1次，嘱患者注意劳逸结合。患者服完2剂后，自感头痛大减，饭量增加，精神好转。待继续服完所剩4剂后，诸症痊愈，学习成绩也明显提高。随访一年未复发。

按：气虚血瘀型头痛，均由于长期的超负荷劳累，加之缺乏适当的休息和体育锻炼，又不注意补充合理的营养，造成人体元气大伤，脏腑组织机能减退。气虚不能运行血液，故气血不能上行头目，脑髓失养而致头痛。宜益气，活血，通经络。自拟醒脑汤中，以人参大补元气为君，麦冬甘寒养阴生津，清虚热以静脑；五味子味酸敛气，宁心安神；川芎性善走窜，上行头目，下行血海，主升也主降，为气血双通之品，能入血分以行气，气行则血活，血脉流畅，血瘀消散，为治头痛之要药。地龙性寒体滑，为虫类药，善钻经络而起到通经活络引药直达病所；茯苓、白术、益智仁，和中健脾益气；升麻、菊花，升阳气利血脉。总观此醒脑汤，为生脉散合四君子汤加减化裁而成。诸药合用，益气，活血，通经络，共奏醒脑提神之功，为临床治愈气虚血瘀型头痛开辟了一条有效的捷径。临床实践证明，醒脑汤实为治疗气虚血瘀型头痛的有效方药。[1]

2. 林某某，男，61岁，教师，1993年8月3日初诊。素体阴虚火旺，患左侧头痛5年，每因工作劳累或受刺激时发作，近日因工作不顺意与同事争执，抑郁不乐，彻夜未眠，精神恍惚。3天前又觉左侧头痛如劈，伴心烦作呕，左侧肢体麻木。脑电图示中度异常，脑电图慢波以右侧顶区明显。诊见患者形体消度，烦躁不安，两颧潮红，左侧头痛剧烈，并抱头撞墙，声言痛不欲生。口渴引饮，眩晕失眠，腰膝酸痛，大便干结，舌红、少苔，脉细涩。证乃属阴虚气滞，精津

不布，火化动风，上扰清窍。治宜敛阴益气，通络止痛。方用生脉散加味。处方：西洋参（另炖兑药）、麦冬各15g，五味子、田三七、地龙各10g，水煎服，3剂。每日1剂。

复诊：药后头痛减，仍烦躁，失眠，舌红、苔薄白，药已中症，顽疾日久，少剂则不力，仍守前方续服5剂。

三诊：症状明显好转，能安睡5小时，纳好转。守方去地龙再进5剂，尽剂后自诉无所苦，病痊愈。随访至今，除感冒时有轻微头痛外，未再发作，生活正常。

按：头为诸阳之会，五脏六腑之气血皆汇聚于此，诸凡外感、内伤均可发生头痛。本例素体阴亏火旺，再触七情之怒，气郁化火，更戕伤阴血，耗损津液，气津既损，肝风内动，上扰清阳，损伤脉络。以生脉散救阴益气，阴生足以制阳亢，气足则生化输布有源，取田七甘微苦温，入肝经，能温通苦泄，行气化瘀止痛，配地龙咸寒体滑，可清热平肝阳，且性善走下，能活络通瘀，得田三七相助而络通痛止。全方标本兼治，共奏益气敛阴。通络止痛之功。[2]

偏头痛是一种以单侧为主的反复发作性的血管性头痛。是临床上面常见的头痛之一。本症病因尚未完全明了，可能的原因有遗传因素、血小板和生化改变、内分泌因素、饮食因素、情绪紧张及气候变化等。上述因素通过影响脑血管，引起血管舒缩功能障碍而导致本病发生。维持血管的正常舒缩，降低血粘度是治疗的关键。本病属中医“内伤头痛”范畴，病机多为机体机能失调，而与肝脾肾三脏密切相关。肝气不舒，疏泄失常则易气滞血瘀；饮食生冷，伤及脾胃，脾失健运，痰浊内生，上扰清空阻遏清阳；肾精久亏，脑髓空虚，脑失濡养，在临床上除头痛外，可出现一系列复杂的症候。生脉散具有益气滋阴生脉敛汗的作用，对阴虚型头痛有一定的治疗作用。

【病案举例】

刘某，男，52岁，干部。头痛反复发作1年余。每次发作靠服止痛片维持。近2日来又发作，痛势如裂，叫喊不休，心烦易怒，口苦咽干，便秘尿赤，苔黄腻，脉弦滑数。疼痛以右侧为甚。诊为偏头痛，辨证为肝胆湿热，兼挟痰浊，上扰清府。用龙胆泻肝汤加减，以清泄肝胆、化湿祛痰、通络止痛。龙胆草12g，栀子9g，柴胡12g，

黄芩12g，生地10g，白术12g，藿香9g，细辛3g，土鳖虫12g，蔓荆子10g，甘草3g。服9剂后，痛势大减，而感口干咽燥，头晕耳鸣，心悸易惊，周身乏力，舌红，脉弦小数。此属湿热日久耗伤气阴，治当益气养阴为主，更方为柴甘生脉散化裁：柴胡15g，甘草9g，党参15g，麦冬30g，五味子9g，细辛3g，生地10g，姜枣为引。服5剂后，所苦便愈。

按：患者肝胆湿热，痰浊上扰清窍，久病耗伤气阴，气阴两虚，心主血脉、主神志，脑为元神之府，故用柴甘生脉散升阳益气养阴，施阳布阴，阴平阳秘，诸症自除。[3]

第二节　眩　晕

眩晕是对位向（空间定位感觉）的一种运动错觉，患者在睁目时有周围景物旋转、上下晃动或左右移动的错觉，而在闭目时则有自身旋转或晃动的错觉。眩晕须与头晕相鉴别。眩晕还常伴有眼球震颤、平衡失调以及恶心、呕吐、出汗、面色苍白、心动徐缓、血压下降等自主神经功能失调的症状。临床见于多种疾病的不同阶段，病因病理亦非常复杂。《素问·至真要大论》认为“诸风掉眩，皆属于肝”，指出眩晕多因肝风内动而发生。《素问玄机原病式·五运主病》认为眩晕是风火为患，有风火皆阳，阳多兼化，阳主乎动，两阳相搏，则为之旋转的论述，《景岳全书》又有：“无虚不作眩”之说。由此可见，眩晕的发生其表是肝风内动，其本则属虚。因阴精不足无以养阳则肝风内动，如血少则脑失所养，精亏则髓海不足，均易导致眩晕。虽痰浊壅遏，气机不畅亦可形成眩晕，则属本虚标实之证，用药时稍加治标之药即可，治本则应生精补阴为主。生脉散具有大补元气补脾益肺，生津安神，强阴益精，清热生津的功效，应用于眩晕证，每获良效。

【病案举例】

1. 王某，女，38岁，农民。患者7年前因与邻居发生口角之后出现头晕、心悸、烦躁、口苦等症，曾用中西药治疗，时轻时重至今未能治愈。现症见：头晕眼花，心悸，失眠乏力，口苦，脘腹痞闷，

面色青紫，舌红苔腻，脉细涩略滑。辨证属心血瘀阻，升降失常。治拟益气活血，调畅气机。方药：太子参30g，麦冬10g，五味子10g，丹参20g，半夏10g，白术10g，菊花10g，红花6g，桃仁9g，柴胡10g，山楂15g，升麻9g，枳壳9g，甘草6g。服药3剂后症状明显减轻，效不更方，继服9剂，痊愈。

按：此例因心血瘀阻，升降失常所致。方用生脉散益气养阴；丹参、红花、桃仁活血化瘀，配合太子参达气行则血行的目的；半夏、白术健脾燥湿化痰；山楂消食化积，活血散瘀；《本经》载“菊花主诸风头眩、肿痛、利血气”；柴胡舒肝理气；升麻、枳壳一升一降，调畅气机；甘草调和诸药。诸药合用，起到补气活血解郁，调畅气机的作用，故获良效。[4]

2. 张某，女42岁，经常头晕目眩1年，加剧20天，患者因头晕目眩不能劳动，于3个月前曾在某市级医院住院10天，经检查排除内耳性眩晕及脑动脉硬化、贫血等病，诊断为：低血压（原发性）头昏，给服西药（药名不详）至今无好转。现在症见：头晕眼花，甚时不能站立，胸中上泛欲呕，神疲乏力，面色苍白，食少便溏，形体瘦弱，舌淡苔白，脉细弱，血压82/54mmHg。嘱其停服西药，用生脉散加减，人参10g，麦冬15g，五味子6g，当归10g，炮姜6g，砂仁6g，炙甘草3g，煎水内服，每日1剂。服药2天，测血压升至92/60mmHg，9天后诸症消失，步行回家，继服上方10剂加以巩固疗效。5个月后随访，自诉再无反复。

按：患者真阴亏虚，阴虚不能敛，阴虚阳亢。故用生脉散为益气生津，敛阴固脱，方中人参补气生津；麦冬养阴生津，兼清虚火；五味子敛阴生津；三药合用为益气养阴，生津止渴而清虚火，故用本方加减治疗阴虚阳亢的眩晕症能收奇效。[5]

耳源性眩晕是一常见多发急诊病，西医治疗除镇静、扩张血管、脱水剂以及必要的维生素外，目前尚无特效疗法及预防方法。杨茂农等采用生脉散合苓桂术甘汤治疗本病35例，并与西医治疗30例对比，发现中医治疗组有起效快、症状缓解彻底、不易复发的特点。中医治疗组显效30例，有效5例，总有效率100%。西医对照组显效15例，有效10例，无效5例，总有效率83.3%。经卡方检验，中医

治疗组疗效明显优于西医对照组（$P<0.05$）。[6]

3. 某女，65岁，干部，主因眩晕伴恶心呕吐二十天，于1996年12月9日收入院。患者自述二十天前无明显诱因出现眩晕，闭目难睁，平卧可稍缓解，动则感周围景物随之旋转，模糊不清，恶心呕吐，呕吐物为胃内容物，为求系统诊治收入院。入院症见：眩晕，动则加重如坐舟车状，视物模糊，疲乏无力，不思饮食，小便调，大便3~4日一行，质稀。舌质淡苔薄，舌体瘦小，脉细按之无力。既往于85年行/子宫全切术。查体：体温36.5℃，脉搏64次/分，呼吸18次/分，血压90/75mmHg。心肺腹（-），神经系统检查：生理反射存在，叩顶试验阳性，臂丛牵拉试验阳性，颈椎片提示：椎间隙狭窄，5~6颈椎关节突有明显骨赘形成。入院中医诊断：眩晕，西医诊断：颈椎病（椎动脉型）。根据舌脉症表现中医辨证为气血双虚，予生脉注射液40ml+5% GNS 250ml静脉滴注。第二天患者眩晕明显缓解，能睁目对答，视物清楚，旋转感消失，精神较入院时转佳，开始有食欲纳食，经继续静点七天患者诸症完全消失，痊愈出院。

按：该患者年逾七旬，脾肾虚衰，加之行子宫全切术更伤正气。脾乃气血生化之源，脾虚无以化生则血虚，气虚无以载血上荣清窍而见头晕目眩。动则耗气，气伤则诸症更重，舌淡体小，脉细按之无力均乃气血双虚之象。生脉散中人参性温微苦，入肺脾心三经，具有大补元气补脾益肺，生津安神之功。麦冬微寒强阴益精，清热生津。五味子味酸，性温敛肺止汗生津。三药相合，一补一清一敛，共奏益气养阴之效。[7]另有报道用麻黄附子细辛汤合生脉散治疗眩晕取得良效。

第三节 失 眠

失眠是通常指患者对睡眠时间和（或）质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验。是一种常见的生理心理疾患，长期失眠会给人的正常生活和工作带来严重的不利影响，甚至会造成严重的意外事故。药物是治疗失眠的重要方法之一，根据2002年全球失眠调查显示，有43.4%的中国人在过去1年中曾经历过不同程度的失眠，

其中约20.0%的人选择了使用镇静催眠药物来解决失眠问题。按临床常见的失眠形式有：①睡眠潜伏期延长：入睡时间超过30分。②睡眠维持障碍：夜间觉醒次数超过2次或凌晨早醒；③睡眠质量下降：睡眠浅、多梦；④总睡眠时间缩短：通常少于6小时。⑤日间残留效应：次晨感到头昏、精神不振、嗜睡、乏力等。中医学中不寐亦称失眠或不得眠、“目不瞑”是指经常不能获得正常睡眠为特征的一种病症。《景岳全书·不寐》认为“真阴精血不足，阴阳不交而神有不安其室耳”，“盖寐本乎阴，神其主也。神安则寐，神不安则不寐；其所以不安者，一由邪气所扰，一由营气不足耳”。

不寐病因虽多，但其病理变化归根结底总属阳盛阴衰，阴阳失交，阳不入阴所致。故治疗上以益气养阴，滋阴降火为本。镇静安神为标，标本兼治使阴阳平衡，上浮之阳下潜，此乃治不寐之关键。王永和等用生脉散加味治疗不寐症29例，29例中治愈22例（能安然入眠，无间断性，睡眠时间达7小时以上，梦少不乏力）；显效3例（能安然入眠，有间断性，能保持5小时以上睡眠，梦少乏力）；有效2例（能断续睡眠不少于4小时）；无效2例（失眠状况没有改善）。方中红参补气养阴生津，健脾以资生化之源，使气血充盛，阴阳得平，以达安神增智效果。麦冬养阴生津除烦。五味子滋肾生津敛神，宁心安神。黄芪益气加强红参补气之力。生地配合麦冬、五味子增强养阴之功。当归养血补血，血和则气平气血调达使人安然入睡。生龙骨、生牡蛎收敛元气，重镇安神，除神魂浮荡催人入眠。酸枣仁、远志安神定志，合欢皮除烦。甘草调和诸药。诸药合用益气养阴，宁心安神，使阴阳平衡，阴阳互交，上浮之阳下潜，所谓阴平阳秘精神乃治，故能使人安然入眠，而取得较好效果。[8]

【病案举例】

1. 张某某，男，42岁，初诊于2001年4月18日。患者自诉工厂干活由于操作不当而至电击伤，事故发生后一度休克不省人事，经抢救后虽然脱离了危险，但事后成天口干咽燥，烦躁胸胁不舒，倦怠无力，食欲不振，夜间失眠，长期依赖安眠药。近来发现安眠药的作用越来越小，特地求助于中医治疗。刻下证：患者精神不振，面色欠华，舌质红少苔，脉细弱。此乃电击伤及气阴，心失所养。拟生脉散

加养心安神，疏肝健脾之品。药用西洋参15g，麦冬15g，五味子20g，柴胡10g，丹参10g，郁金10g，太子参15g，炙甘草6g，3剂。4月22日二诊患者精神转佳，食欲有增，睡眠改善，但仍然睡眠不深，时有恶梦，舌质红，苔转润，脉细偏弱。前方损太子参、郁金，增酸枣仁10g、合欢皮10g，5剂。4月29日三诊：患者睡眠转佳，食欲正常，舌转淡红，苔润，脉细。前方继进5剂而愈。

按：电击伤人，属温热病范畴，乃瞬间电击耗损人体气阴故患者烦躁不安，口干咽燥，食欲不振，心烦不眠。生脉散之效正吻合患者病机，方中以西洋参为主药益气以养阴，再益以凉血安神之品，固本为主，治标为辅，标本兼顾，故能病痛自除。[9]

2. 吴某，男，67岁，2000年10月13日初诊。胃癌第2次化疗后4天，连续2昼夜不能寐，经西药安定等镇静催眠无效，伴头晕气短，神疲乏力，口干舌燥，恶心欲吐，舌淡红、苔薄白，脉沉细无力。诊为失眠，证属气阴两亏，心神失养。治以益气敛阴，养心安神，方用生脉汤加味。处方：生晒参、五味子、酸枣仁、法半夏各10g，麦冬、茯苓各15g，夜交藤、百合各20g，生地黄12g，远志、陈皮、炙甘草各6g，2剂，水煎服，每天1剂。药后当晚即能人睡近6小时，头晕、恶心等症亦减轻。10月15日二诊：神、色转佳，但口干依然，脉象仍细，上方去生晒参以太子参20g代替，并去二陈汤加乌梅10g，5剂。尽剂后睡眠正常，诸症改善。

按：生脉汤补气益阴，其主药生晒参益气生津，人参有抗应激作用，能提高机体对各种有害刺激的抵抗力，使病理改变趋向乃至恢复正常。辅以麦冬养阴清心，五味子补肾养心，使气津得复，水火相济，阴阳平衡。处方中加人百合地黄汤，养阴益营清心效果更佳；加夜交藤、酸枣仁、远志，养心宁心安神力更强，治失眠有殊效。失眠是由脏腑机能紊乱，气血亏虚，阴阳失调导致，病因各异。化疗后失眠，多缘于化疗后出现恶心呕吐、食欲不振及造血功能抑制或肝肾功能损害等不良反应而引起气阴耗伤，水火不济，心神失养。同时，化疗后患者有各种不同的症状，临床治疗时需灵机活法，辨证论治，使癌症化疗患者生活质量明显改善，生存期明显延长。[10]

3. 杨某，女，32岁，已婚。1999年3月29日就诊。近3个月

来，失眠多梦，心烦入睡难。服地奥心血康、心宝、安眠药、中药煎剂多剂未效。心烦闷，气短乏力，失眠多梦，每晚睡眠1～2小时，睡易惊醒，有时彻夜不寐，精神疲倦，心悸气短，心烦闷不安，月经量少失调，舌淡红，苔白少，脉细弱。心电图：窦性心律，心电轴不偏，窦性心律不齐。此属长时积劳耗气动血，血伤气耗，心神失养不得内藏，延久失治，气阴两虚，营气血不足，阴阳失和，形成失眠顽症难愈。治宜益气补阴，养血安神，佐以敛阴和阳。方选生脉散、酸枣仁汤、桂枝汤化裁。太子参、黄芪、夜交藤各30g，知母、五味子、川芎、白芍各12g，桂枝10g，麦冬、柏子仁、茯苓各15g，大枣、枣仁各20g，甘草6g，6剂，睡前须服1次药。服药后病情好转，入夜有睡意，每晚能睡2～3小时，心悸、烦闷缓解，但气短乏力乃存。前方加白术15g，太子参改为人参10g（先煎兑服），再进6剂，按前法服。服药后神清志爽，能睡眠5～6小时，心悸烦闷基本消除，月经正常，唯多劳后体力欠佳，再进6剂巩固治疗，诸症悉愈，随访1年未复发。

按：此病属病久气阴两伤，营血不足，阴阳失和，心血失养，心神不藏，气血耗散而致失眠。治用人参（太子参）、麦冬、五味子、黄芪益气滋阴，收敛耗散之气；枣仁、柏子仁、茯苓、夜交藤养血安神宁心；桂枝温通心阳；配白芍、大枣、川芎、生脉散敛阴和阳，调节血脉运行；川芎、知母、白芍、大枣条达气血，补血调经。诸药合用，使血充气足，阴阳平衡，脏腑协调而夜能入睡。[11]

4. 某某，男，48岁，教师。1994年12月初诊。2年来常感头晕，乏力，精神不振，记忆力减退，失眠，心慌，纳差，腹胀。曾在某医院住院，诊断为神经衰弱，治疗好转出院。近1月来因工作烦忙，以上症状加重。脉弦无力，舌淡红，苔白有剥脱。用生脉注射液20ml加5%葡萄糖液20ml，缓慢静脉推注。每日1次，3天后精神明显好转，食纳渐增，睡眠由原3小时增至5小时，12天后症状基本消失。2月后患者主动来院索购生脉注射液，自用。5月后随访未复发，并述体重增加了5kg。

按：患者证属心肺气阴两虚，神、魄两衰，魂不守舍，故失眠，神经衰弱。生脉散补气益阴，人参益气生津，大补元气，麦冬养阴清

心，五味子补肾养心，使气津得复，水火相济，阴阳平衡，诸症自除。[12]

第四节 汗证

汗证是以全身或局部非正常出汗为主症的一种疾病。其中，时时汗出，动则尤甚者为自汗；睡中汗出，醒来自止者为盗汗；汗出色黄染衣者为黄汗；大汗淋漓，如油如珠，肢冷息微者为绝汗；急性外感热病中，突然恶寒战栗而后汗出者为战汗。中医认为本病多因阴阳失调，营卫不和，以致腠理开阖失常，津液外泄而成。目前临床上常见的是自汗和盗汗。西医学中多种疾病，如各种病毒、细菌等引起的感染性疾病，免疫内分泌疾病；慢性消耗性疾病；功能性汗出异常或手术、大出血、产后等等，以汗出异常为主要症状时，均可以诊断汗证。临床上常见的疾病有结核、风湿热、甲亢、植物神经功能紊乱、低血糖、虚脱、休克及传染病各期均可出现出汗过多的症状。生脉散具有益气养阴，生脉敛汗的作用，对于汗证的治疗既能止汗，又能补其阴液。

【病案举例】

1. 患者女，48岁，1989年2月28日初诊。主诉：2月前出现不明原因的高热，体温达40℃。经某职工医院输液热退（用药不详）。后出现两手肿胀，麻木疼痛，活动受限，手不能握物，足不能任地，颈部盗汗，睡前用毛巾圈住，次日毛巾可以拧出水来，其余部位不出汗，伴周身乏力、嗜睡，生活不能自理，需别人喂饭，搀扶可勉强行走。2个月来从未间断治疗，病情日渐加重。舌质红，苔薄白，脉沉细。实验室检查：血沉26mm/h，抗链“O”100单位。肌电图示周围神经病变。中医诊断：盗汗；痿症。西医诊断：自主神经功能紊乱；周围神经病变。治则：滋阴、补气、养血为主，佐以通经活络，用四物汤合生脉散加减：当归12g，熟地9g，白芍9g，川芎9g，党参10g，麦冬9g，五味子9g，茯苓9g，白术9g，鸡血藤30g，伸筋草12g，甘草6g。水煎服，6剂。

1989年3月19日四诊：上方服18剂，自述两手除有轻微肿胀

外，别无任何不适，自己能做轻微家务劳动，嘱再服6剂，以饮食调养善后。

按：该病起于高热伤津。中医学认为，气旺生津，气随液脱。高热伤津，势必耗伤气血，气血俱度则身倦乏力；气血运行不畅，水液代谢失调则四肢肿胀；气血不能营养筋脉故麻木疼痛；阴虚阳亢，迫津外出，故为盗汗。颈部有丰富的血管和神经末梢感受器，能对机体内外各种利激发生灵敏的反应，自主神经功能紊乱则表现为颈部出汗。方以四物汤补血，以黄芪补气，生脉散滋阴固汗强心，佐以鸡血藤、伸筋草以舒筋活络，汗止血脉通，故肢体不痛。据中医学效不更才之旨，连服24剂而获效。[13]

2. 潘某，女，56岁，于2001年7月15日初诊。因咳嗽、鼻塞、流涕反复发作一月余，期间先后自服“感康”、“白加黑”、“康必得”等药，于2000年7月5日出现恶寒、发热、自汗不止症状，即到兰医第一附属医院求治，诊为“上呼吸道感染”，予静点“克林霉素”、口服“金熊炎必克”，并仍自服“感康”、“白加黑”等药，治疗一周后，患者出现恶寒怕风、大汗淋漓，四肢拘挛、屈伸不利等症状。遂于2001年7月15日其家属慕名请吾师出诊。我伴至寝所，当时正值盛夏酷暑，气温高达38℃。见病者瑟瑟发抖，覆被而卧，下铺电褥，面色苍白，神志尚清，汗出淋漓，浸衣湿被，身凉如水，肢体倦缩，不敢暴露，连诊脉伸手都惧怕。舌质红赤，体瘦，上有裂纹，无苔，脉沉弱。吾师诊脉查病后曰：“桂枝加附一枚安，汗因过发漏漫漫，尚有恶风尿又难，肢急常愁伸屈难。”该证系“漏汗证”，恰如《伤寒论》第20条所云：“太阳病，发汗遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢肢微急，难以屈伸，桂枝加附于汤主之。”今患者因过服“解热镇痛类药”，以致汗出过多，阳随汗泄，阴随阳脱，终致阴阳两伤，故选桂枝加附子汤合生脉散加味。旨在壮表之元阳，和在表之营卫，扶身之元气，敛人之阴液。处方：桂枝10g，白芍15g，附片15g，麦冬12g，五味子12g，山茱萸30g，人参10g，炙甘草12g，大枣12g。药进两剂后，病势已退，诸症减轻。患者能下地，但身体仍显虚弱，动辄汗出；上方将附片加至20g，生黄芪30g，加强益气固表之效。又进2剂，病痊愈。[14]

生脉注射液的成分是由古方生脉散，人参、麦冬、五味子组成。功用：益气敛汗、养阴生津。主治：热伤元气，阴津大耗，汗多体倦，气短口渴，脉束虚弱等。方中用人参甘温，益气生津；麦冬甘寒，清热养阴；五味子酸温，敛肺止汗。共成益气敛汗、养阴生津之功效，应用中医辨证，西医辨病，异病同治的原则治疗不同之病。杨秀英等用华西牌生脉注射液治疗发汗后大汗不止及消渴证，均取得了满意疗效。

【病案举例】

1. 患者，女，45岁，农民，1995年6月6日入院。患者于1995年1月因受凉引起头痛，恶寒，一次服头痛粉6包，致汗出不止，恶风、肢体困倦乏力，曾在当地医院服归脾丸，补中益气丸无效，又给服麻黄汤一剂，致患者大汗不止，口渴心中烦热，夜不能眠，怕风，在数家医院经中西药治疗不见好转，来我院治疗，就诊时，时至盛夏酷暑乃身着棉衣，紧盖棉被，头戴棉帽，房门紧闭，仍恶风、怕冷、汗出如珠，迎风周身疼痛，胸闷喜叹息。诊脉虚细，舌质红苔中心黄。证属：发汗太过，气阴耗伤，营卫不和，即给予生脉注射液60ml加入1000ml葡萄糖液静脉滴注，每日一次，15天为一疗程。用药2日后，患者汗出恶风减轻，夜寐已安，配以中药辨证施治，两周后脱去棉衣换上夏装，又给予静滴第二疗程以巩固疗效，现患者汗出已止，诸证消失。

按：生脉注射液的成分是由古方生脉散，人参、麦冬、五味子组成。治则：益气敛汗、养阴生津。主治热伤元气，阴津大耗，汗多体倦，气短口渴，脉虚弱等。方中用人参甘温，益气生津；麦冬甘寒，清热养阴；五味子酸温，敛肺止汗。共成益气敛汗、养阴生津之功效，现代药理研究生脉注射液具有调节中枢神经功能，增强心肌收缩力，改善外周和冠脉循环，有抗寒、抗炎及增强抗病能力等作用，根据不同病证辨证施治，扩大治疗范困。以上两病案均为气阴双虚，异病同治，使用后改善症状明显，临床可配合使用，取效甚捷。[15]

2. 赵某，女，24岁，工人，2002年6月28日初诊。患者四肢掌心汗出，以手心为甚，其汗淋漓不断，病已十年余，不分四季、昼夜，睡则汗收，醒则汗出，烦惊更甚。近几年来益甚，自觉痛苦不

堪。长期求治，均以敛汗为法，未能获效。诊见：病况如前述，伴有头晕，心慌，失眠，神疲，面色不华，舌淡，脉细弱。根据患者汗出的病程发展，属内伤杂病，依其脉证所见当属阳虚自汗，治当补气固卫。汗为心液，随汗泄必耗散营血，故佐敛阴调营。方选生脉散加味治疗，处方：党参15g，黄芪12g，麦冬20g，五味子15g，炙甘草6g，牡蛎30g，附子12g，茯神12g，白芍12g。每日1剂，水煎服。服上方3剂，疗效不显，原方加熟地12g、桂枝10g、远志12g、柏子仁12g。继服3剂后，只见断续汗出，汗量减少。守方前后共服三十余剂，汗出停止，诸症消退，随访3个月未见复发。

按：顽固性自汗症并不多见，本例自汗当为内伤阳虚，且患者病程长达十余年，汗出较多，必致元气和津液的耗伤，伤阴则阳无所附，伤阳则津无所续生，阴阳不济，故采用一般收涩之法不易获效，应重在益气固卫、调和阴阳。本例选用生脉散加味治疗，以益气敛阴、调营止汗。初诊3剂尚未见效，后加桂枝通阳入心力专，远志定志宁神，熟地阴中求阳。诸药合用，相得益彰，营卫阴阳调和，汗止而诸症遂减，病告痊愈。[16]

3. 李某，男，87岁，1997年5月8日来诊，风热感冒后恣食狗肉致自汗不止2月余，汗出以腰以上为甚，尤以头颈部为多，动则汗出如珠，伴失眠，心悸，神疲，乏力，胃纳差，口干，大便干结，小便少而赤，舌暗红、苔白腻干，脉细弦，证属热病伤阴，气阴两虚所致。治以益气养阴，健脾敛汗。用生脉散合甘麦大枣汤加味，处方：黄芪、太子参、生龙骨、夜交藤、红枣、女贞子各20g，麦冬10g，五味子6g，茯苓15g，浮小麦30g。服3剂后，自汗大减，守上方再服6剂，自汗止，睡眠正常。

按：患者热病后期，气血两伤，阴液未复，又因恣食燥热之品，乃至自汗不止，心液损伤，根据蒲辅周经验，救阴不在血，而在津与汗，用生脉散合甘麦大枣汤，适当加入重镇安神之品，益气养阴，安神敛汗，使气阴恢复，诸症悉除。[17]

4. 陈某，男，29岁，1998年12月4日初诊。近一周来，夜间入睡每每全身大汗不止，湿透衣衫及褥被。自觉精神极度疲惫，体倦乏力，饮食、二便无明显异常，患病前，自觉气盛精力充沛，夫妻性

生活频繁。诊见：面色无华，舌淡边有齿印、苔薄，脉弦大、重按无力。此乃阳气虚馁，阴精亏损所致治宜固阳敛阴，以芪附汤并生脉散加味。处方：黄芪30g，制附子（先煎）、西洋参（另炖兑服）各10g、麦冬、五味子各15g，煅龙骨、煅牡蛎各25g，每大1剂，水煎服，7剂。12月12日二诊：服药4剂后夜间汗出减少，7剂药尽，全身大汗基本控制，神疲乏力等症明显好转。效不更方，续原方5剂以巩固疗效。

按：患者房劳过度，阴精大伤，气随精脱，因入夜阳气亦虚，更是无力固护于外，故而大汗淋漓，徐教授首以芪附汤益气回阳，因无形之气需急固；生脉散三味药一补一润一敛，共奏益气养阴、敛汗止汗之功；再辅煅龙骨、煅牡蛎加强其固精防脱的功能，药证相契，故而奏效。[18]

第五节 癫证

癫证是临床常见的一种神智失常性疾病，以沉默痴呆，语无伦次，静而多喜为特征。历代医家认为，本病以阴阳失调、七情内伤、痰气上扰、气血凝滞等为主要病因病理。在总结代医家对癫证认识的基础上，结合临床见证，陈小洵等认为癫证以心气虚弱为主要病机，证多属虚，兼有痰蒙心窍；治疗应以强心益气为主，化痰利窍为辅。曾以补心气阴法治愈数例被外院诊断为“精神分裂症”的病人，从服药效果及后期追访来看，治则选方对路，疗效甚好。

【病案举例】

1. 女，32岁，农民。1984年7月2日初诊，主诉及病史：（其夫代诉）半月前因家事生气，彻夜未眠，自次日起即痴默寡言，问话不答，神情呆迷，有时小声自言自语，内容混乱，语无伦次；有时突然往外乱跑，拉回后复痴默呆坐，无所自觉。不能料理家事，饮食睡眠皆无定时。诊见面色晦暗，神情痴呆，常欲伏案而坐，时有自语，语声细弱，舌红、苔薄白润，脉沉弱。辨证为心气虚弱，郁怒忧思，更伤心气，致神不内守；气弱运津不力，津凝为痰，上蒙心窍而发痴呆。诊断为癫证，治宜强心益气，化痰利窍。方药用生脉散加

味：太子参30g，五味子15g，麦冬15g，青皮10g，天竺黄6g，炙甘草15g，4剂，水煎服。

7月6日复诊，服药后妄奔痴呆皆减，一日三餐按序，胡言乱语减少，但偶尔仍有外跑现象，夜眠不安较著。此乃心经郁热，神失安守。继服上方加桅子10g以清心热，生龙骨、牡砺各15g以潜镇心神，4剂。7月11日三诊，神志清楚，言语有序，夜眠转好，给予牛黄清心丸2盒，健脾丸3盒以益气化痰清心。7月27日四诊，表情和悦，言语清利，能眠纳好，已无痴语妄奔现象，病基本愈。又给上方4剂以巩固疗效。1985年10月追访无复发。

按：本患者心气虚弱，心神失安；又因情志郁怒，气结而致痰凝，上蒙心窍，郁久化热，故在补益心气的基础上疏肝理气，化痰开窍，佐以清心热、镇心神之品，心气强壮，心神易安，痰去窍利而神清。

2. 患者，女，53岁，农民。1984年7月12日，初诊。主诉：阵发神志失常10余年，伴晨起泄泻。病史：素情志抑郁，有阵发神志失常史，发作时悲伤欲哭，喃喃自语，近1年发作次数增多，发作时伴寒战、咬牙、神智糊涂、哭笑无常，有时胡言乱语，晨起泄泻。常心悸，失虑。诊见表情淡漠呆滞，懒言，舌淡红、苔厚腻，脉弦细。辨证为心气不足，心神失守；心火弱不能下温肾水，肾虚不生土，以致脾肾阳虚，痰浊内凝，上蒙心窍而发痴呆，湿浊下注而发泄泻。诊断为癫证。治宜益气强心，温补脾肾，燥湿化痰。方药：党参20g，白术20g，五味子10g，炙甘草10g，山药20g，扁豆20g，大白10g，苍术20g，神曲10g，半夏10g，藿香16g，肉桂8g，4剂，水煎服。

7月20日复诊，已无哭笑痴语，仍有晨起泄泻。继以上方进退加减8剂，患者神清泄止纳增而获愈。1985年10月追访无复发。

按：此例患者心气虚又兼脾肾阳虚，故在益心气之基础上辅以温壮脾肾阳气之法，用苍术、扁豆、藿香、半夏、神曲等健脾化湿，加肉桂温补肾阳，以此心气得以强健，脾肾阳通，痰湿得祛而获全功。

祖国医学认为心主神志，若心气强健则心神得养、神智清爽。《内经》云："心者，君主之官，神明出焉。"若心气虚弱，心神失

养，神无所主则不易安守；又心气虚弱，运行无力，津不能随气往返输布全身，凝聚而为痰浊，上蒙心窍则致神识迷乱，或时清时乱。临床见证亦或有妄奔痴语，但其奔不猛，其声平弱，神情呆滞淡漠，与喧扰不宁，躁妄打骂，动而多怒，弃衣登高，狂奔妄歌之狂证不同。癫之病根在心气虚弱，痰浊滋生蒙窍亦是在心气虚弱之基础上发生，故治则以强心益气为主，化痰开窍为辅，方药用益心气之生脉散（或炙甘草汤）加天竺黄等化痰开窍之品。生脉散中太子参补益心气，五味子固敛心气，麦冬以酸甘化阴“保神”、“安五脏”。全方益气强心，补而不燥，润而不腻，再加天竺黄利窍祛痰，故可治本安神而疗癫证。以此方为基本方，若头晕首重，苔白腻，加陈皮、半夏、胆南星、菖蒲、茯苓，以加重燥湿化痰之力；若舌红苔腻，脉数，加重天竺黄以清利痰热；若心悸，眠差，喜动不宁，加生龙骨、牡蛎以潜镇心神；若以情志郁怒为诱因，症见烦躁易怒者，加青皮、川楝子、郁金、香附等疏肝理气；若见畏寒，苔白脉迟，则加肉桂、桂枝、干姜等温经通阳散寒；兼血痹者加丹参、郁金、桃仁等活血通络。[19]

第六节　抑郁性神经症

抑郁性神经症是一种以持久的心境低落状态为特征的神经症，常伴有焦虑、躯体不适感和睡眠障碍。此类患者往往主诉较多，临床表现多种多样，中医学对该病的认识可散见于郁证、失眠、心悸、怔忡、健忘、眩晕、头痛等病证中。通过多年的临床实践，我们认为抑郁性神经症的病机主要与肝、心、脾、肺、肾及痰、瘀有关，根据患者心境低落的特点及其兼症的不同，杜恩伟等把该病分为肝气郁结、心血不足、脾气亏虚、肺阴不足、肾气亏虚、气滞血瘀、痰蒙清窍七种证型，并提出抑郁性神经症的辨治七法。

其中养心安神法主要用于心经气血不足所致的抑郁性神经症，临床表现：兴趣及愉快感减退，精神萎靡，反应迟钝，心慌气短，易惊吓，健忘失眠，舌淡苔白，脉细弱。方用天王补心丹加减：党参、玄参、丹参、麦冬、五味子、柏子仁、酸枣仁、生地黄、当归、远志、

桔梗、甘草。

【病案举例】

1. 男，42 岁。患者 1989 年出发劳累后，突感胸闷憋气，心慌气短，大汗出，查心电图：偶发房早，口服心得安后，症状好转，之后患者病情时常发作，有时有濒死感，多家医院检查心脏均无异常，并逐渐出现失眠，易惊，精神萎靡，兴趣减少，记忆力明显减退，不能上班，舌淡苔白，脉细弱。HAMD 总分 33 分。处方：党参 15g，丹参 15g，麦冬 9g，五味子 6g，黄芪 30g，酸枣仁 30g，生地黄 9g，当归 9g，远志 9g，桔梗 9g，甘草 9g，珍珠母 30g。水煎服，10 剂后胸闷憋气发作明显减少，仍易惊失眠，上方加朱砂 0.3g（冲服），15 剂后，症状明显好转，HAMD 总分 13 分，后服天王补心丹月余。

按：心主血脉，藏神，主喜。心血不足，则神失所养，而出现精神意识思维活动的异常，表现为精神萎靡，反应迟钝，愉快感缺失，加上胸闷憋气、心慌气短等心虚症状，是本型的辨证要点。临床中，心血不足可致阴虚火旺，见虚烦不宁，口干溺赤，常上方加黄连、黄柏、知母、竹叶等，阴虚盗汗者加鳖甲、生地黄等。补肺润燥法主要用于肺阴不足型，临床表现：精神萎靡，悲伤忧郁，懊欲哭，意志消沉，胸闷不舒，善太息，言语低弱，口干咽燥，干咳频频，舌红少苔，脉细数。方用百合地黄汤合生脉散加减：百合、生地黄、太子参、沙参、麦冬、五味子、玉竹、知母、牡丹皮、杏仁、桑白皮。

2. 女，23 岁。1997 年始经常感觉胸闷不舒，善太息，逐渐加重，并出现精神萎靡，悲伤欲哭，伴干咳，手足心热，盗汗，舌红少苔，脉细数。HAMD 总分 31 分。处方：百合 30g，生地黄 12g，太子参 15g，麦冬 9g，五味子 6g，知母 9g，牡丹皮 12g，杏仁 9g，桑白皮 9g，栀子 12g，淡豆豉 9g，鳖甲 15g，甘草 9g。水煎服，20 余剂后，症状基本消失，HAMD 总分 13 分，后服六味地黄丸 2 个月而愈。

按：肺藏魄，主悲。肺的气阴损伤易导致魄的变化及过度的悲伤情绪，如精神抑郁，悲伤欲哭，善太息，加上口咽干燥、干咳盗汗等肺阴虚的症状，这是本型的辨证特点。对肺气虚者加西洋参，阴虚盗汗者加鳖甲、浮小麦，咽干者加玄参、天花粉。[20]

金杰等报道采用加味百合地黄汤治疗抑郁性神经症 35 例。结果：

痊愈25例，有效5例，无效5例，总有效率为85.71%。

3. 张某某，男，52岁，1999年10月20日初诊。素有胃疾，3年前开始练法轮功，后自感心中无依赖，渐至周身乏力，严重时四肢冰冷，口唇紫绀。发病以来失眠早醒，每于凌晨4时（即平时练功时间）醒来，醒后不能入寐，继则发生心悸，其心悸发作与体力劳动无明显关系，做24小时动态心电图示：阵发性窦性心动过速，偶发室性早搏。曾服心痛定、地奥心血康及活血化瘀、养血安神汤药，病无缓解。就诊时见面色白，精神萎靡，愁眉不展，舌质红、少苔，脉弦细数。测Hamiltion抑郁量表25分。中医诊断：百合病，阴虚内热型；西医诊断：抑郁性神经症。治以清心润肺，益气安神。予加味百合地黄汤加减。药用：百合30g，生地30g，麦冬30g，石菖蒲15g，半夏15g，郁金15g，丹皮15g，黄连15g，竹茹15g，五味子10g，浮小麦30g，甘草6g，大枣5枚，太子参30g，生龙牡各30g（先煎）。每日1剂，水煎服，服药10剂，病情大见好转，继以原方随证加减化裁，共服2月余，失眠、纳差、乏力、沮丧诸症悉除，Hamiltion抑郁量表积分10分，病告痊愈。

按：心主血、藏神，肺主气、藏魄，气阴两虚，神魄失守，则精神恍惚。心失所养，加之阴亏于下，水不济火，虚火扰动心神，则心悸、不寐、虚烦、乏力。本病病机关键在于气阴两虚、虚火内扰，脏腑涉及心、肺、肾。百合地黄加生脉散，养阴益气复脉，是心有所主，肺有所朝，百脉调和，水火既济，阴平阳秘，抑郁自除。

抑郁性神经症与中医百合病大致相当。其发病原因，《医宗金鉴·订正仲景全书》云："伤寒大病之后，余热未解，百脉未和"，或"平素多思不断，情志不遂，或偶触惊疑，卒临异遇"而致。此类病人平素多性格懦弱，境遇不佳，不能自释，神思过用而耗伤气阴。心主血、藏神，肺主气、藏魄，气阴两虚，神魄失守，则精神恍惚。心失所养，加之阴亏于下，水不济火，虚火扰动心神，则心悸、不寐、虚烦、乏力。总之，本病病机关键在于气阴两虚、虚火内扰，脏腑涉及心、肺、肾。加味百合地黄汤由《金匮要略》百合地黄汤加生脉散、甘麦大枣汤组成，方中百合润肺清心除烦，太子参益气安神，生地、麦冬、五味子养阴清热，甘草、大枣养心气以宁神，补脾土以生

血。诸药相合，共奏清心除烦、养阴安神之功，对抑郁性神经症有较好的疗效。但本病病程缠绵，容易反复，应坚持长期服药，尤其辅以心理疏导，所谓心病还需心药医，方能取效。[21]

参考文献

[1] 杨社文．醒脑汤治疗气虚血瘀型头痛50例．陕西中医，2001，22（2）：92

[2] 杨群玉．生脉散新用．新中医，1996（9）：52

[3] 王金海．中药治疗偏头痛验案．福建中医药，1995，（2）：

[4] 赵永平．生脉散临床新用举隅．甘肃中医，2005，18（3）：12

[5] 王新明．生脉散加减治疗低血压眩晕45例体会．湖南中医药导报，2004，10（11）：5

[6] 杨茂农等．用生脉散合苓桂术甘汤治疗耳源性眩晕35例临床观察．成都医药，2003，29（5）：283

[7] 马莉．生脉注射液治疗颈椎病一例．甘肃中医学院学报，1998，（15）：103

[8] 生脉散加味治疗不寐症29例临床分析．海南医学，2001，12（6）：68

[9] 许鉴魁．生脉散临证应用举隅．实用中医内科杂志，2004，18（2）：111

[10] 杨小清．生脉汤加味治疗化疗后失眠30例．新中医，2002，34（5）：58

[11] 简传华．顽固性失眠辨治体会．实用中医药杂志，2001，17（7）：43

[12] 田芸台．生脉注射液治疗某些慢性病举隅．华西医大学报，1996，27（增刊）：105

[13] 刘秀玲．颈部盗汗．山东中医杂志，1990，14（12）：568

[14] 贾育蓉．漏汗一例治验．甘肃中医，2002，15（1）：20

[15] 杨秀英．生脉注射液治疗汗证、消渴证验案举隅．西医大学报，1996，27（增刊）：111

[16] 白雪等．顽固性手足自汗症验案．吉林中医药，2004，24（9）：55

[17] 张小山．老年疑难杂病证治举隅．新中医，1998，30（2）：39

[18] 孙鸿朗．徐精诚内科杂症治验2则．新中医，2001，33（1）：68

[19] 陈晓浔．补心气阴法治疗癫证2例．中医研究，1998，11（1）：42

[20] 杜恩伟等．抑郁性神经症辨治七法．山东中医杂志，2003，22（11）：668

[21] 金杰等．加味百合地黄汤治疗抑郁性神经症35例．山西中医，2001，17（2）：21

第六章 皮肤科病证

第一节 白塞综合征

白塞综合征是一种多因素综合作用下导致的自身免疫性疾病，1937 年由土耳其 Behcet 医生首先发现而命名的，白塞综合征是一种病因不明，以细小血管炎为病理基础，口、眼、外生殖器、皮肤溃疡为主要表现的慢性进行性复发性多系统炎症性疾病。我国汉代医圣张仲景在所著的《金匮要略》一书中早就有过描述，并称其为百合狐惑病或狐惑病。生脉散益气养阴清热对本病有一定的治疗作用。

【病案举例】

梁某，男，32 岁，教师，1993 年 12 月 14 日诊。近几年来，患者反复见口、咽、外阴溃疡，皮下瘀斑，在某省医院确诊白塞病，时轻时重，每年发作约 3 ~ 4 次。今年冬季于外感后出现低热，手足心热，烦躁不安，头晕失眠多梦，口干口苦，大便秘结，小便短赤。口腔、唇部上腭及舌下均有溃疡，阴囊、阴茎、龟头有较大溃疡面，疡面凹陷，灼痛。畏光目赤，肿痛，视力减退，全身见散在皮下瘀斑，下肢为多。患者长期服肾上腺糖皮质激

素，疗效不显。诊为白塞病，中医诊为狐惑病，证属气阴两虚，肝肾阴亏，相火妄动。治宜益气养阴，滋补肝肾，清泻相火。方拟生脉散合知柏地黄汤加味。处方：五味子8g，麦冬、枸杞子、玄参、生地黄、泽泻各20g，山药12g，山茱萸、牡丹皮、西洋参、知母、黄柏各10g，白花蛇舌草30g，茯苓15g。每日1剂，复煎分2次服。另用苦参50g煎汤洗外阴后，再敷锡类散，每日2次。经治疗2周，低热、手足心热已除，睡眠得安，二便调，口腔、外阴溃疡消退，目赤肿痛消失，仍按上方加减治疗1个月，诸症均愈。

按：本例病久，气阴两亏，加之长期服用激素，更易化燥伤阴，阴虚生内热，故见午后低热，手足心热，口苦口干，大便秘结；相火上扰心神，则烦躁不安，失眠多梦；火毒循经上攻口眼，下注外阴，遂发溃疡。舌红少津，脉细数，皆为阴虚内热之征。故方中以西洋参、山药、五味子益气养阴以滋化源；生地黄、山茱萸、枸杞子、玄参滋补肝肾以生阴液；泽泻、茯苓、牡丹皮、知母、黄柏、白花蛇舌草宣泄肾浊以清泻浮游之火而排毒，药中，顽疾消除。[1]

第二节 皮肤黏膜淋巴结综合征

皮肤黏膜淋巴结综合征又名川崎病，是一种原因未明的、以变态反应性中小血管炎症为主要病变的急性发热性疾病。主要症状有发热、皮疹、皮肤黏膜损害、淋巴结肿大等，常导致冠状动脉病变和心脏受累。皮肤黏膜淋巴结综合征由日本川崎富作在1967年首先报道，其后世界各国陆续出现该病的报道。我国1975年报道首例，至今有1000余例，5岁以下小儿占总病例数的80%～90%，5岁以下小儿占总病例数的81.8%，与之相符。中医学目前尚缺乏与之相对应的病名及统一的证治方案，从该病的发病情况及临床表现看，与中医学温病的发病规律相符合，呈卫气营血传变，但皮肤黏膜淋巴结综合征卫分阶段短暂或无，四肢末梢硬性肿胀，瘀血阻络证（血小板增高，血脂增高，冠状动脉扩张，心肌梗死等）不同于普通温病表现。气营两燔，热毒瘀滞是基本病机，本病外感温毒时邪，口鼻上受，侵袭肺胃，毒从火化，由肺传营，由胃入血，乃致气营（血）两燔。热

毒外充斥于皮肤黏膜，内窜入营血，熬血成瘀，瘀阻于四肢末端及颈颌。邪盛正虚者，热毒内陷，或肝风内动，或心阳暴脱，为本病凶险之症。后期热毒耗伤气阴，余热留恋，瘀血阻络，肌肤失养，肤燥脱皮。

病程中见气阴两虚证：从高热减退至血小板恢复正常（病程第2或第3周以后）。症见身热已退或低热缠绵，指趾端脱皮，面色不华，神疲乏力，口干便秘，舌干红，少苔或无苔，证属热毒耗伤气阴，治宜益气养阴，佐以活血化瘀，生脉散合竹叶石膏汤加减：南沙参、北沙参各15g，黄芪15g，麦冬10g，五味子5g，竹叶6g，生石膏20g，桃仁10g，红花5g，丹参10g，山楂15g，炙甘草5g。

心血管病变通常发生在本病的恢复期，故予生脉散合竹叶石膏汤益气养阴清热，实验证明：生脉散对中毒性心肌炎有很好的保护作用。[2]

【病案举例】

1. 女孩，4岁，热退疹消后出现面白无华，倦怠乏力，指趾甲床处有细小脱皮，纳谷不香，心悸胸闷。查体：颈淋巴结肿大，肺（－），心率154次/分，心律不齐，心音低钝。实验室检查：RBC 3.54×10^{12}/L，Hb105g/L，WBC10.2×10^{9}/L，N 0.63，L 0.35，PLT 320×10^{9}/L。心肌酶谱：LDH和LDH_1明显增高。心电图：频发房早伴三联律，T波低平。中医诊为气血不足型心悸。西诊为川崎病并发心肌炎。治法：益气养阴，活血化瘀。应用生脉散加味：太子参15g，麦冬10g，五味子4g，赤芍15g，桃仁10g，川芎20g，红花6g，当归9g。每日1剂水煎服。经治24天，诸证悉平，各项检查均正常。

按：生脉散加味可改善缺血心肌的合成代谢和离子传递系统，调节心律，提高缺血心肌对缺氧的耐受性，能减少能量和氧的消耗，增强心肌收缩力，促使心肌功能恢复，用于本病后期确能收到养心复脉之效。[3]

2. 何某，女，4.5岁，2000年5月就诊，持续高热已10日，皮疹1周。10日前突然发热，为持续性高热，烦躁嗜睡交替出现，3日后面部及躯干出现弥漫性红斑，在当地静注抗生素1周无效而入院。

双眼结膜充血，口唇干红皱裂，杨梅舌，面部及躯干可见弥漫性红斑，卡介苗接种疤痕处出现红斑，烦躁易哭闹，脉细数。中医辨证为气营两燔，温毒发斑型，西药常规治疗，中药清营汤合白虎汤加减水煎服。体温很快下降，结膜充血减轻，连服5剂后，无发热，结膜充血已基本消退，但口唇干红，四肢末端脱皮，皮肤干燥，盗汗，舌质干红，脉细数。而心脏B超报告左侧冠脉轻度扩张，此时已渐进入恢复期，中医辨证为热灼津液，气阴两虚之症，又予益气养阴，活血化瘀之生脉散合桃红四物汤加减连服5剂，以上症状基本消失，精神好转，又连服以上中药10剂，阿司匹林5～10mg，每日每公斤体重，口服。带药出院，2月后随访，心脏B超报告冠脉已无扩张。

按：本病属中医温病范畴，主要是由外感温热毒邪，蕴于肌腠，侵犯营血所致，病变以肺胃为主，累及五脏，温热毒邪主要从口鼻而入，蕴于肺胃，肺胃热炽，上循口咽，熏蒸营血，充斥于内外，而见高热伴皮疹的临床症状，由于热毒炽盛，随营血走窜流注，又内隐于心或留滞于筋脉、关节、肌肉，或影响三焦气化而致心、肝、肾等五脏，均可发生病变，而病势大多在气营之间排徊，呈气营两燔之象，依病情深浅可兼气分或血分症候，按叶天士之“乍入营分，犹可透热转气之原则”，治疗上当分清邪在气在营之程度，注意气营两清法的应用，而且清气凉营、解毒救阴是阻断病势向纵深发展重要而关键的一环。方中水牛角、生石膏、生地、丹皮、连翘、知母清热凉血、解毒化斑；丹参、赤芍、桃仁、红花凉血止血；太子参、麦冬、五味子益气养阴。而2期的治疗，始终配合有活血化瘀的药物。而本病合并心血管疾病的发生率高，且常发生在恢复期，可达72%～91%。而病的2～3周内常有血小板增高及凝集性升高的特点，也是血栓形成的主要因素。因此，用生脉散可减少及发生心脏损害的发生，而活血化瘀药的应用，可控制血小板异常增高，降低血液黏稠度，改善微循环，防止血栓形成。[4]

3. 某女，8月，初诊以发热8天，皮肤出疹7天为代诉入院。患儿8天前不明原因发热，次日头面胸背出现红色米粒大的丘疹，曾在外院以感冒治疗，先后静点双黄连、青霉素、氨苄青霉素、红霉素、头孢噻肟钠、莪术油、病毒唑7天，肌注干扰素100万U/次，仍持

续发热，最高体温39.2℃入院查：体温38.4℃，神志清，精神可，头面颈胸髋部有淡红色米粒大小的丘疹，双眼结膜不红，颈部淋巴结不大，咽稍红，口腔黏膜无充血，无草莓舌，心率120次/分，律齐，心音有力，未闻及杂音，肺腹（-），指趾端无红肿。舌红少苔，指纹紫滞，在风关。辅助检查：血小板计数369×10^9/L，血沉91mm/h，C反应蛋白（+），胸片及心电图无异常，超声心动图示，左右冠脉管壁增厚，左右冠脉与主动脉根部内径之比为0.14。入院诊断：疑似川崎病。证属气营两燔，治宜清气凉营，解毒护阴，方用清营汤合清瘟败毒饮加减：水牛角15g，生地6g，玄参10g，丹皮6g，赤芍6g，知母5g，银花6g，连翘10g，黄芩3g，甘草3g。3剂水煎频服，同时静点丙种球蛋白2.5g/d，共用4天，并口服阿司匹林。上方案用3天后体温降至正常，阿司匹林量减半，中药以生脉散加减：太子参6g，五味子6g，麦冬5g，生黄芪10g，白术6g，天花粉6g，丹参10g，赤芍6g，炙甘草3g。5剂水煎频服。住院8天后超声心动图示，左右冠脉管壁增厚，冠脉与主动脉根部内径之比为0.18，住院2周查血小板140×10^9/L，血沉8mm/h，阿司匹林30mg/d顿服，中药继用前生脉散加减方。住院4周后，超声心动图示冠脉与主动脉根部内径之比为0.18，病情稳定，准予带药出院，病程3月时查超声心动图示其比值为0.17，间断服用生脉散加减方。病程6月时查超声心动图示，左右冠脉壁不增厚，冠脉与主动脉根部内经之比为0.14，停药。病程12月时，超声心动图示冠脉与病程6月时相同。

按：此例婴儿仅有发热和皮疹2项主症，血小板升高，血沉增快，C反应蛋白（+）作参考，入院诊为疑似川崎病，从入院后超声心动图动态变化看，冠脉有扩张的趋势，据此可确定诊断，按川崎病治疗，3天热退，冠脉未扩张，疗效显著，故及早诊断是关键，若按诊断标准执行，不能确诊，即不能按本病治疗，不仅主症不能缓解，还有可能造成冠脉扩张甚至冠脉瘤形成，严重影响预后，甚至危及生命。[5]

第三节 皮肤干燥症

皮肤干燥症是临床常见皮肤病的一组症状，可由鱼鳞病、异位性皮炎、皮肤浅部真菌感染及某些工农业职业性皮肤病多种原因引起，中老年人多发。其症状表现为皮肤失去弹性和光泽，皮肤干燥、粗糙，常伴有脱屑，有时自觉瘙痒，这种情况在手足部位尤为明显，重者引起孩裂、出血和继发感染。其主要原因是表皮的再生能力的减退，皮肤表面能活动的汗腺数量减少，皮脂腺分泌降低，以及皮肤水分的脱失，表现皱纹增多、浅部静脉露出明显。在手掌与足跖处常常出现角层增厚，易发生皲裂。本症疗法较多，但疗效不尽如意生脉散具有生脉益气养阴敛汗的作用，对本病有硬顶疗效。

【病案举例】

梁某，女，25岁，1995年7月初诊，诉产后手足皮肤一直干裂，皲垢伴盗汗，自觉手足心发热，无咳嗽，产前皮肤正常，无干裂，皲垢之征。纳差，口渴喜饮，初始未予重视，后盗汗加重，手足皮肤干燥，似日久未洗，自涂“润肤油”之类而无效，自求诊治于某医，给滋阴降火之熟地类而效不佳，后转诊于余，余观其青年女性，适逢产后，既往无肌肤干燥之征。思其为产后气阴俱虚而致，投生脉散加味，太子参20g，麦门冬15g，北沙参10g，锻龙牡各20g，浮小麦10g，生黄芪10g，石斛10g，水煎服，日1剂，共2剂。1剂后，手足心热，汗出，盗汗锐减，二剂既下，手足皮肤俱汗出而润，干裂俱消，盗汗亦除，此病告建，嘱忌辛辣之品以顾护阴津，随访3月未复发。

按：患者系青年女性，产后体虚，加之生产气血俱损，阴津亏乏，阴虚而火旺，虚火上炎，热灼津出，发为盗汗。手足为体之末也，生产致气血受损，气虚而津液无以运化输布，肌肤不荣，故见肌肤干燥皲垢。前医虽查明症由阴虚而致，而未查及气阴俱虚之本，故给滋阴降火而效不佳，余于前方加用补气之黄芪，益气而不伤阴之太子参，使气得补而阴津无伤，加用麦门冬、北沙参、石斛之属以益阴津，煅龙牡、浮小麦以敛汗固阴，阴津既补，虚火自降，故盗汗得

消，复得气机推动，运化输布有权，使四末得以阴津荣养，肌肤皲垢自消。[6]

第四节 带状疱疹

带状疱疹是由带状疱疹病毒引起的，沿周围神经分布的群集疱疹及神经痛为特征的病毒性皮肤病。本病由水痘－带状疱疹病毒引起。病毒通过呼吸道黏膜进入人体，经过血行传播，在皮肤上出现水痘，但大多数人感染后不出现水痘，是为隐性感染，成为带病毒者。此种病毒为嗜神经性，在侵入皮肤感觉神经末梢后可沿着神经移动到脊髓后根的神经节中，并潜伏在该处，当宿主的细胞免疫功能低下时，病毒又被激发，致使神经节发炎、坏死，同时再次激活的病毒可以沿着周围神经纤维再移动到皮肤发生疱疹。在少数情况下，疱疹病毒可散布到脊髓前角细胞及内脏神经纤维，引起运动性神经麻痹，如眼、面神经麻痹以及胃肠道和泌尿道的症状。发病前局部皮肤先有灼痛，伴轻度发热、疲倦无力等全身症状。但也可以无前驱症状，经1～3天后，皮肤陆续出现散在红斑。继而在红斑上发生多数成簇的粟粒大至绿豆大小的丘疱疹，并迅速变为水疱。水疱壁紧张，光亮，疱水澄清，水疱表面大部有小凹陷。数日后疱液混浊化脓，破溃后形成糜烂面，最后干燥结痂，痂脱落后留下暂时性红斑。一般病程约2～4周。轻症患者只出现红斑及丘疹，不出现水疱，称为不全性带状疱疹。在恶性淋巴瘤、急性系统性红斑狼疮以及老年体弱者可出现坏疽性疱疹，愈后留下疤痕，称为坏疽性带状疱疹。带状疱疹可全身泛发，此时常伴有高热，并出现肺炎或脑炎，病情严重，如不及时抢救，可致死亡，称为泛发性带状疱疹。中医称之为“缠腰火丹”、“蛇串疮”、“火带疮”，本病为在皮肤上出现成簇水疱、丘疹，痛如火燎，每多缠腰而发，且多发于春夏季节。本病初期患者多有湿热内蕴，又复感火热时邪，浸淫肌肤脉络所致。临床应辨证治疗。

【病案举例】

陈荣，女，32岁，工人，1997年6月25日收住本科。诉：5日前无明显诱因突感右侧腰腹针刺样疼痛，次日即发现有片状红色斑丘

疹，灼热疼痛，在个体医师处治疗3天（用药不详），病情加重，入院时见右侧腰背腹部皮肤发红、有大片大小不等的丘疹及水疱，呈带状排列，部分水疱已破清糜烂流黄水，疼痛难忍，夜不能卧，舌红苔黄腻，脉滑数。采用龙胆泻肝汤口服，配合用苦参30g，黄柏、蛇床子、百部各20g，青黛15g煎水外洗患处；外涂龙胆紫药水。服药4剂后病情明显好转，9日后皮损溃烂吸收，疱疹塞本结痴，但皮色变紫，疼痛难消，且口中干苦，尿黄便秘，周身乏力，舌质紫，脉细涩。考虑余毒未清，瘀血内阻，改用益气活血方，桃红生脉散加减调治17天，痊愈出院。

按：本病初期治宜疏风解表，解毒消疹，采用自拟解毒消风散加减。若人侵邪毒不解，引动内热，湿热毒邪相合，流窜肝胆经脉循行之处，故疱疹加重，且多出现在胸胁之处，采用龙胆泻肝汤清利湿热之邪，临床观察，此方治疗带状疱疹确有独特疗效。本例患者属后期，余毒未清，热与血结，形成瘀血阻滞肌肤、经络可致皮损色紫难消，疼痛难愈；又因中期火毒炽盛，播灼营血，耗损阴液，形成气阴两伤之证。采用桃红生脉散加减，使邪毒荡尽，气阴渐复，病获痊愈。笔者在临证时按疾病发展的初、中、后3期进行辨治，灵活变通，每每获效。

此外，还可采用外洗或外敷法配合治疗，效果更佳：①苦参、蛇床、百部、黄柏各20g，青黛15g，煎水外洗患处。②用生大黄30g，冰片5g，蜈蚣5条，碾末调鸡蛋清外敷患处。③取聚肌胞液外涂疱疹亦有明显疗效。[7]

参考文献

[1] 许振亚等．白塞氏病治验2则．新中医，1998，30（10）：53

[2] 朱盛国．皮肤黏膜淋巴结综合征证治规律浅析——附33例病例分析．上海中医药杂志，2003，37（7）：

[3] 邓先军．川崎病的中医证治．河南中医，1996，16（5）：318

[4] 李虹．卫气营血辨证配合西药治疗川崎病39例．陕西中医，2005，6（10）：1034

[5] 罗世杰．川崎病诊治体会．陕西中医学院学报，2001，24（3）：22
[6] 孙国锋．产后手足皮肤干裂1例治验．现代中医药，2000，（6）：39
[7] 吴德辉．辨证分型着广带扰落疹48例．湖南中医药导报，1998，4（9）：29

第七章 耳鼻喉科及眼科病证

第一节 变应性鼻炎

变应性鼻炎又称过敏性鼻炎，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热。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），故有人看作即是变应性鼻炎，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：①吸入性变应原：如室内、外尘埃、尘螨、真菌、动物皮毛、羽毛、棉花絮等，多引起常年性发作；植物花粉引起者多为季节性发作。②食物性变应原：如鱼虾、鸡蛋、牛奶、面粉、花生、大豆等。特别是某些药品，如磺胺类药物、奎宁等均可致病。③接触物如化妆品、汽油、油漆、酒精等。其他可能是某些细菌及其毒素，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等病因均可致病。也可由于多种因素同时或先后存在。主要症状：①鼻痒和连续喷嚏。②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。③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。④嗅觉障碍。过敏性鼻炎是常见的鼻部疾患，属中医“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，故以阳气温阳扶正固本组方，根据临床症状灵活运用。有学者合玉屏风散、生脉散、苍耳子散为一方，自拟为三合汤，随症加减治疗本病，疗效满意。

【病案举例】

王某，女，40岁，1995年6月诊。素体虚弱怯寒，后背及两肩尤甚，即值炎夏也需日着厚衣，夜盖棉被。稍不慎即鼻痒喷嚏，鼻塞流清涕，常头晕腰，自汗。8年前产后感风寒，反复感冒，缠绵数月，服发散清热药甚多，愈后元气大亏，遂罹此疾。西医专科检查示：中下鼻甲黏膜苍白水肿，鼻腔水样分泌物多，鼻道无脓。诊为过敏性鼻炎。刻下症：喷嚏频作，鼻涕清稀如泉，面色白，形体消瘦，怯寒无热，短气乏力，动即流汗，语声轻微，舌淡红、胖嫩无苔，边有齿痕，脉缓弱。证属肺气亏虚，脾气不足，肾虚兼风邪外袭，肺气不宣。治以健脾补肺，温肾培元，兼疏风通窍，拟三合汤加味。处方：黄芪30g，太子参15g，防风7g，白术、麦冬、辛夷、苍耳子、炮附子、白芷各10g，五味子、桂枝各5g。服5剂，诸症减，守上方再服15剂，诸症大减。上方加高丽参、鹿茸各10g，按方中药量比例加大炼蜜为丸，晨起空腹及晚睡前各服10g，续服3个月并嘱加强身体锻炼。1年后随访体健未见复发。

按：过敏性鼻炎属变态反应疾病，免疫功能失调是内因，接触致敏原是外因。中医学认为本病乃肺气虚亏，卫外不固，风邪乘虚袭肺，邪犯鼻窍，邪正相搏，肺气不宣。津液停聚，壅塞鼻窍所致。治

疗重在扶正气，补益虚亏之肺气，实卫固表，三合汤取玉屏风散与生脉散旨在于此。方中重用黄芪为主药，辅以太子参、白术甘温健脾补肺气。现代药理研究，芪、术、参具有双相免疫调节作用，增强免疫功能；麦冬、五味子酸甘化阴生津，上述5药共奏扶正固本，助正祛邪之功。辛荑、苍耳子、防风、白芷辛苦温开泄肺气，祛风邪，通鼻窍，用以治标。此外，五味子之酸与诸辛味药合用，辛酸又能敛肺益气。三合汤虚实标本均能兼顾，故为治疗过敏性鼻炎的基本方。然本例病于产后，迁延8年，过服寒凉发散药损及元阴元阳，有怯寒、腰、脉弱等肾虚症，故用基本方加入炮附子、桂枝温阳益肾。末诊加入鹿茸、高丽参，并改汤剂为丸剂缓服，更具培补元阴元阳，提高免疫功能，增强抗病力之效。[1]

第二节 鼻咽癌

鼻咽癌首选放射治疗，但常规放疗由于受到放射剂量与正常黏膜组织耐受性的限制，有时出现严重的急性口腔黏膜反应不得不中断放疗，分段放疗虽可减轻局部放射反应，但疗效不及常规放疗，故使鼻咽癌的生存率一直徘徊在50%左右，也降低了患者的生活质量。为了使放疗如期顺利完成，提高疗效。用加味生脉散口服配合放疗，结果口腔黏膜急性反应大为减轻，唾液腺的功能得到一定程度的保护，取得了满意的效果。

【临床应用】

现代医学认为：鼻咽癌放射反应是因为放射线直接损伤皮肤和黏膜，使细胞分裂和增殖减弱，从而使局部微血管管壁发生肿胀、痉挛和管腔狭窄或阻塞，局部组织血液循环不畅，损伤口腔、咽喉黏膜及唾液腺，表现为非特异性炎症，黏膜充血水肿，溃疡形成，渗出增多，易形成局部感染病灶，并随着放射剂量和时间的增加，损伤进一步加重。正如本研究结果所示：唾液分泌量随放射剂量增加而减少，口腔黏膜急性反应逐渐加重，单放组放疗后比放疗前唾液分泌量有显著减少（$P<0.01$）。喉属肺系，肾脉夹咽喉系舌本。头颈部急性放射损伤的症状系由放射线之邪热耗伤肺肾阴液，虚火上炎，复加热毒

局部浸淫所致。因放射线是一种火邪热毒，热能化火，火可灼津，气随津伤，津液属阴，故放射治疗后患者多气阴两虚，热毒内盛，局部津液不足，临床上出现口干心烦，气短乏力，咽喉干燥疼痛，吞咽困难，舌红少津等临床症状。治宜益气养阴，清热解毒，生津止渴，方用加味生脉散。生脉散是古代名方，最早出自金·张元素《医学启源》，是祖国医学“益气复脉”的优秀古方，方中党参补肺益气以生津为主药；麦冬养阴消热以生津为辅药；五味子固表止汗以生津为佐使药；金银花、甘草、射干清热解毒利咽；竹叶清热除烦；天花粉、石斛、沙参生津止渴；丹参活血化瘀；全方共奏益气养阴，清热解毒，生津止渴之功，故药症相符，取效甚佳。生脉组与单放组比较，唾液分泌量减少的速度明显减慢且程度减轻，口腔黏膜急性反应的程度及比率也明显减轻，两者差异具有显著性($P<0.05$)药理学研究亦认为，金银花、甘草、丹参、射干具有良好的抗炎作用，特别对非特异性炎症有很好的抑制作用；麦冬、甘草、金银花具有抗微生物作用，可预防和治疗黏膜感染；射干能促进唾液分泌；丹参可改善微循环，减少纤维组织增生，促进肉芽组织生长；党参、丹参提高机体免疫力，经抗辐射实验证实均有良好的抗辐射作用，正如中医所说“正气存内，邪不可干”；故本方具有组织器官的抗辐射能力，抑制、减轻照射后的组织非特异性炎症，促进唾液腺功能恢复，提高全身免疫功能，从而减轻鼻咽癌患者急性放射反应的发生率和程度，保护唾液腺的功能，进一步提高疗效。[2]

秦日报道，鼻咽癌是一种常见的恶性肿瘤，目前以放射治疗为主，但放疗过程中常引起诸多副反应。观察22例患者均经CT诊断为鼻咽癌，病理类型均为低分化鳞癌。均为住院患者。年龄最小33岁，最大65岁，平均49.7岁；男14例，女8例。在放疗10~15天时均出天现口干，咽痛，纳差，恶心，乏力，其中15例伴有口腔黏膜溃疡。检查均可见咽部黏膜充血，鼻咽部分泌物增多及唾液黏稠，舌质以红或暗红为主，脉象多弦细。出现不良反应反应时间最短为1天，最长7天，平均4.3天。治疗方药：西洋参4g（或党参6g），麦冬12g，五味子6g，石斛12g，乌梅9g，陈皮5g，法半夏10g，白芷12g，甘草6g，白花蛇舌草15g。口干纳差明显加沙参12g；恶心较甚

加芦根10g；咽痛甚或口腔黏膜溃疡者加玄参12g，桔梗10g。加水600ml，煮沸后文火煎20分钟取汁温服，每日1剂，分3次服。连服12天为1个疗程，1疗程后判定疗效。结果显效17例，有效4例，无效1例，总有效率95%。

患鼻咽癌后用^{60}钴放射线治疗后，正气大伤，气阴俱损，治疗着重在于调补脾胃后天之本，以促气血生化之源，而达到气充血足，扶正驱邪的目的，治疗应以健脾益气、补血养血、滋阴降火为原则。常用补中益气汤、八珍汤、生脉散、六味地黄丸之类加减运用。

【病案举例】

马某某，35岁，1990年7月2日就诊。患者去年被发现为鼻咽癌，经放疗后症状已被控制，自觉头晕，易患感冒，少气懒言，口咽舌燥，记忆力明显下降，眠差，纳少，舌淡苔少、脉细数无力。证属气阴两伤，虚火上炎。治宜健脾益气、滋阴降火。方选四君子汤合生脉散加减。处方：党参、黄芪、玄参各15g，白术、茯苓、炙甘草、麦冬、百合各10g，石斛13g，五味子6g。上方共服30剂，症状明显减轻，嘱常服本方，以巩固疗效，至今病情稳定。

按：本例患者化疗后大伤正气，气阴双亏，气虚不能上荣头目，故头晕，记忆力差，卫气亏虚，卫外不固，易患感冒，故以生脉散和四君子汤双补气阴，培补真元。提高全身免疫功能，从而减轻鼻咽癌患者急性放射反应的发生率和程度，保护唾液腺的功能，进一步提高疗效。[3]

第三节 喉 瘫

咽部肌肉主要受咽丛而来的运动神经纤维所支配，以软腭瘫痪常见，发生原因可分为中枢性和周围性瘫痪二类。中枢性见于各种原因引起的延髓病变，如延髓瘫痪、假性延髓瘫痪、小脑后下动脉血栓形成、脑炎、听神经瘤侵及延髓、延髓空洞症等。周围性麻痹则以多发性神经炎多见，其他如感染、颈静脉孔综合征、肉毒杆菌中毒、重症肌无力、皮肌炎及颅底病变（外伤、肿瘤）压迫第Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ脑神经而引起。本病属中医痿症。气机闭阻，气血不通，经脉失养而致

本病。

【病案举例】

何某，女，48岁，已婚，2001年1月12日初诊。10天前因进食易呛入气管，引起剧烈咳嗽，甚则咯血，在广州某医院诊为喉麻痹，治疗1周不但不缓解，反而急剧加重，汤水完全不能进，急速返川求治，在成都某医院诊为喉瘫，致病原因不详，未予治疗。询其两个儿子不能友好相处，因而忧愁不解，常叹息或呃逆，纳食减少，甚至不知饥饿，即使少饮汤液也易呛入气道而发呛咳呕吐，并咯出鲜血。诊见精神不振，语音低微而带嘶哑，口干微苦，舌淡苔薄白，脉弦缓。治以舒肝解郁，调达气机，和胃降逆。药用醋柴胡12g，合欢皮、柿蒂各15g，旋覆花、紫苏、姜朴、藿香、白蔻仁、枳实各10g，姜半夏6g，代赭石、白芍各30g，党参20g，甘草5g。嘱服1～2剂，视病情再拟方药，药先浸泡20分钟，再用武火煎15分钟，呷服，喝一小口含在嘴里，让药液自然浸沥入胃，不要主动吞咽，以免呛入气管，如此反复持续服药。第2天晚上10时左右已能吃下一碗饭。次日再诊，精神转佳，语音明显响亮，但自觉神疲，动辄气短心累，口干欲饮，时而干咳欲呕，舌淡苔薄乏津，脉缓无力。治当气阴两调，肺胃同治。生脉散合益胃汤加减：西洋参（另包）、五味、山药各10g，麦冬、生地各15g，沙参25g。西洋参煎水频服。服药3剂后诸症悉平，续以参苓白术散善后，至今已两年半，未再复发。

按：《素问·举痛论》谓“百病始于气也……”。丹溪翁亦云：“气血冲和，万病不生，一有弗郁，诸病生焉，故人生诸病，多生于郁。”患者长时间的忧愁抑郁，导致肝郁不舒，气机逆乱，横克胃腑，逆犯肺经，以致窍道功能紊乱，饮食妄入气道，而呛咳呕吐。故用柴胡、合欢皮舒肝解郁调达气机、悦心安神，姜半夏、枳实降逆止呕、消痞散结，姜朴下气宽中、行气消胀，紫苏、藿香、白蔻化湿和中、醒脾止呕，代赭石重镇降逆，旋覆花降肺胃之气而止呕呃，柿蒂善降胃气，菖蒲化湿醒脾开胃“开心孔，利九窍，……发声音……开胃宽中”，白芍养血柔肝、配甘草缓急，党参、甘草扶助正气。诸药相伍，气机调达，胃气得降，升降自如，自能开窍进食。[4]

第四节 声带疾患

声带疾患种类繁多，包括声带炎、声室带肥厚、声带小结、声带息肉、声带白斑、声带无力及麻痹等等，统属于祖国医学喑哑范畴。古有五脏皆能为哑之说。足少阴肾经过喉，又为先天之本，人体功能活动的原动力，统摄人体一身之阴阳，故本病与肾密写相关。生脉散益气滋阴生脉布气，助肾中真阴上潮布散，对本病有积极意义。

【病案举例】

郭某某，女，52岁，退休工人，1988年9月1日诊自诉1981年因卵巢肿瘤行双侧卵巢摘除术后声音开始嘶哑，近两月声音全无，只能用气声讲话。曾服激素类药物、清音丸并超声雾化治疗，无效。平素嗜辣，寐少梦多，时有盗汗，观其形体消瘦，舌质红少苔。检查：室带肥厚超越，声带黯红僵然，闭合不密。方用生脉饮合知柏地黄汤加减，处方：盐知母10g，盐黄柏10g，生熟地各10g，山药10g，山萸肉10g，寸冬10g，五味子6g，太子参10g，泽泻6g，丹皮6g，凤凰衣6g。负氧离子吸入，每日二次，每次20分钟。服药10剂，患者已能发音。上方加三棱10g、莪术10g，继服36剂。言语交谈已不吃力，但嗓音粗暗沙哑。检查：声室带仍肥厚，充血消失。停服汤剂，以知柏地黄丸维持现状。

按：《灵枢·经脉篇》：肾足少阴之脉，循喉咙，挟舌本，此言嗓音与肾有着经络上的密切联系。《血证论》谓：夫声音者，气所从出也气根于肾，故声音之出，实由肾生，此指出了嗓音与肾有着功能上的依附。而现代基础理论研究表明，中医的肾气具有生长激素、性激素等多种内分泌激素的功能。因而，肾阴阳失调，内分泌紊乱，对嗓音功能有很大影响。《素问·上古天真论言》“女子，二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下；男子，二八肾气盛，天癸至，精气溢泻。”此二七、二八之龄正是人类第一变声期，在此阶段，由于肾气盛，天癸生，性腺迅速发育，性激素在体内的水平上升，而使喉的软骨结构和声带长度发生不同变化，从而使男女嗓音出现明显差异，而当女子，七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭；男子，八八，

天癸竭，精少，肾脏衰之际，恰是人类第二变声期，亦即是更年期。此阶段由于肾气衰，天癸竭，性腺萎缩，性激素天体内水平的下降，而使男女嗓音发生第二次突变，表现为发声无力，嗓音颤抖或变细，音域变窄，男性嗓音基频相对提高，表现为发音尖细，女性嗓音基频相对降低，表现为发音低沉。这说明在人类的整个变声过程中，肾气的盛衰一直起着主导作用。此外，在妇女的月经期、妊娠期，肾气的活动最为突出，也常伴发嗓音病变。在此期间，由于雌激素和孕激素的作用，不仅盆腔脏器充血，身体其他部位的黏膜如声带、气管等黏膜也可水肿充血，从而使发音易于疲劳，甚至失音《医述》有室女有无故而者及人有重身，九月而啡等，正是论述了这种状况，以上成功病例旁证了《灵枢·杂病篇》厥气走喉而不能言，取足少阴之说。[5]

第五节 梅尼埃病

梅尼埃病，又称内耳性眩晕，以膜迷路积水为主要病理学特征的一种内耳疾病，以突然发作剧烈眩晕、恶心、呕吐，不同程度的耳鸣和听力减退，耳聋、耳鸣、耳胀满感为主要临床特征。首次发病以30~50岁居多，可反复发作，发作持续时间历数分钟至数小时甚至数天不等。西医学对疾病发作期主要按急诊常规处理，尽快缓解不适症状，无特效治疗方法。生脉注射液具有抗休克、调节血压、抗心律失常、增强免疫、抗感染、抗心肌缺血等作用。单独应用生脉注射液治疗梅尼埃综合征发作期，疗效满意。生脉散汤剂对本病疗效亦非常满意。

【病案举例】

李某，女，45岁，1990年7月6日初诊。患者3年来常感眩晕心悸，乏力，自汗，头重不爽。遇劳累或生气则眩晕骤发．耳鸣耳聋，闷气口干，泛漾欲呕。休息数天后可减轻。日久心悸、耳聋等加重，下肢出现浮肿，腹胀纳呆，眩晕频发。舌质淡胖，苔白，脉沉细弱。辨证为心气亏虚，痰湿中阻。益气豁痰汤加减：太子参20g，麦冬20g，五味子20g，茯神30g，胆南星3g，橘红15g，石菖蒲15g，

泽泻15g，炙甘草15g，白芍20g，天竺黄8g，川芎15g，每日1剂，水煎服。服上方3剂，眩晕大减。继服15剂，眩晕消失，唯头重不爽、心悸不除，上方加白术15g、生山药15g，阿胶8g，藿香10g，以养心健脾，调理4月余，诸症消失。迄今一年未见复发。

按：梅尼埃综合征的确切病因，西医目前认识尚不清楚。中医目前大多数学者认为其病机主要是痰饮内停，上蒙清窍。多数患者平时均有不同程度的心悸，气怯，乏力，自汗，舌淡脉弱。多数患者体质虚胖，遇劳累或生气则眩晕骤然发作，发作时上述诸症尤甚。说明患者主要是心气亏虚、痰湿内盛，故采用益气豁痰法治疗。方中生脉散加茯神、炙甘草以益心气，养心神；胆南星、石菖蒲、天竺黄豁痰开窍；太子参、白术、陈皮健脾理气，促进水湿运化，阻断痰湿生成之源。诸药合用，标本兼固，再参患者的具体情况酌情加减，并避免体力或脑力劳累，节制房事，注意合理饮食等。故而取得了良好效果。[6]

陈氏观察生脉注射液对梅尼埃综合征发作期的治疗效果。入选病例分对照组20例与治疗组40例，治疗组单独应用生脉注射液治疗，对照组按急诊内科常规治疗，观察治疗2天后临床主要症状及植物神经系统症状的改善情况，并作统计学处理。结果治疗组总有效率为90%，对照组总有效率60%，治疗组临床主要症状和植物神经系统症状改善在治疗2天后与对照组比较有显著差异（$P<0.05$），得出生脉注射液可单独应用于梅尼埃综合征发作期的治疗的结论。

生脉注射液是根据古方“生脉散”经现代科学技术制成、临床广泛应用的急救中成药注射液，具多方面的疗效及 临床作用。治疗组在治疗总有效率、临床主要症状和植物神经系统症状的改善情况与对照组比较，$P<0.05$，显示生脉注射液可以单独应用于梅尼埃综合征发作期的治疗。经现代中药理研究证实，生脉注射液中人参具有兴奋中枢神经系统，促进脑内蛋白质、DNA和RNA的合成，促进脑对葡萄糖的摄取，镇静与安定作用，双向调节植物神经系统，增强免疫功能，刺激内分泌，适应原样作用（抗疲劳作用，双向调节心血管作用）。麦冬具有增加肝糖原，增强耐缺氧能力的作用；五味子有兴奋各级中枢神经系统及舒张血管作用。因此生脉注射液具有从整体调

节植物神经系统和神经—体液反应，调节脑供血，恢复自身供血，消除血中的中间代谢产物，增强免疫力，增加内源性肾上腺素等的释放，改善患者的代谢和内分泌等功能。通过改善机体整体的病理生理过程，从而纠正内耳膜的植物神经系统紊乱，改善内耳机械阻塞与内淋巴吸收障碍，改善患者的免疫异常，抑制内耳血管纹和内淋巴囊周围的免疫活性细胞所释放组胺5-羟色胺，降低血管通透性（上述诸因素的异常是目前认为导致梅尼埃综合征发作的主要因素）。从多途径改善内耳血管痉挛，改善膜迷路积水，降低对前庭的刺激，从而迅速改善症状。学者发现，生脉注射液用于梅尼埃综合征发作的预防治疗，可减少发作。[7]

第六节　球后视神经炎

视神经眶内段的炎症，通常为单侧性。很多病例由多发性硬化症引起，少数病例的病因与视乳头炎的病因相同，但特发性病例在球后视神经炎中较之视乳头炎者更为常见。临床症状表现主要为视力迅速减退（与视乳头炎相同）和眼球转动时疼痛。可在2~8周内自然缓解，视力恢复正常。眼底通常正常，不过偶见轻度视乳头充血者。有些病例可残留中心暗点和视乳头颞侧苍白。大多数病例可改善症状。本病可复发，多发性硬化引起者尤甚。每次复发使视力损害和颞侧苍白加重，并可导致视神经萎缩和永久性的视力全部丧失。治疗以皮质类固醇治疗为主。球后视神经炎属于中医学“暴盲”“视瞻昏渺”“青盲”的范畴。本病多发于青壮年。根据发病缓急，有急性和慢性之分。从病因分析多与肝失条达，玄府郁遏有关。根据临床观察，球后视神经炎大多有情志不舒，忧思过度病史。肝肾导致眼病的病机，归纳起来有：①肝肾精血二亏，阴不上承。②阴虚生内热，虚火上炎，③真阴不足，龙雷之火上游。④水不涵木，肝阳偏亢，化风化火等方面。其所引起的眼病，多发生于角膜、葡萄膜、晶状体、玻璃体、视网膜与视神经。这也是因为角膜与葡萄膜属于肝，瞳孔以内的组织属于肾，视神经又直接或间接与肝及肾的经脉相连。这些病变可采取肝肾同治的方法进行治疗。对由肝肾不足、气阴二亏。而伴头晕

目眩、耳鸣腰酸、口干作渴、气短乏力、肢体倦怠的体征，选用生脉六味汤治疗。在治疗上，我们按照“肝开窍于目”、“见肝之病，知肝传脾，当先实脾”，对证见情志抑郁，胸闷胁胀，睛珠胀痛，脉弦，苔白，属于肝经郁热，玄府郁遏的则给予疏肝解郁，温中通络，健脾培土，行血清热之法。方用加减逍遥散主之。方中银柴胡、丹皮、栀子、升麻、赤芍疏肝解郁，行血清热；当归、白芍养血柔肝；云茯苓、白术、甘草培补脾土；附子、肉桂温中通络；五味子养血明目。诸药共奏疏肝解郁、温中通络、行血清热、健脾培土之功，收效显著。

【病案举例】

某某，女，24岁，学生，于1989年5月12日初诊。主诉：两眼视物昏糊已二月，服西药无效，发病前曾患感冒。眼部检查：两眼远视力皆为0.2，近视力0.30，眼内外阴性，视野检查，有10°~15°大小的中心暗点。体征：头痛头晕、耳鸣、心悸气短、精神疲惫，纳食无味、腰酸，失眠盗汗，赤白带下，舌红，脉细数。诊断：视瞻昏渺（球后视神经炎）。辨证：气阴两亏、肝肾不足。治则：补肝肾、益气血。选方：生脉六味汤加减。方药：党参10g，麦冬20g，五味子10g，枸杞子10g，黄芪20g，山茱萸10g，山药12g，生熟地各15g、车前子（包）10g，茯苓15g，金樱子10g，蔓荆子10g七剂，初服七剂。头痛，白带治。情神转佳，但心悸盗汗仍作。再予原方去金樱子、蔓荆子，加枣仁，又服七剂，盗汗止。视力检查0.3。于是原方加减，先后共服一月。视力增至0.8，视野，中心暗点消失，乃中止治疗。

按：“肝开窍于目”、“肝气通于目，肝和则目能辨五色矣。”又说：“肾藏精”、“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精（睛），说明眼是依靠肝肾精血的濡养而发挥视物辨色的功能。如果肝肾不足，必然影响眼的营养，导致视物昏糊，正如《银海精微》所说：“肝肾之气充则精彩光明，肝肾之气乏则昏矇眩晕。”肝肾二脏又有着非常密切的关系，这是因为肾母肝子，相互依存；而肝藏血，肾藏精，精与血相互滋生，所以古称乙癸同流。治疗当以补肝肾益气养阴为主。[11]

第七节 中心性脉络膜视网膜病变

中心性浆液性脉络膜视网膜病变是一种由于视网膜色素上皮屏障功能失常，形成黄斑部视网膜神经上皮浅脱离，以黄斑区视网膜感觉层发生浆液性脱离为特征的疾病，常见于健康的中青年人群，且绝大多数为男性，年龄20~50岁，病程长。本病虽有较大程度的自限性，但近年来临床观察，有的病例可以延续多年，时显时隐，病变范围也逐渐扩大，色素上皮萎缩严重。因此，及时选择有效的治疗方法，缩短病程，对疾病的预后有重要影响。西医治疗选用具有扩血管药物，可达到增加血氧含量与氧饱和度，促进视网膜新陈代谢。维生素类增加血管壁致密性，降低通透性，减少渗漏作用，数药合用达到增强药效作用。本病在中医眼科属于“视瞻昏渺”范畴，其原理基础在于脏腑功能失调。本病五轮学说属瞳神疾病，《景岳全书》说：“肝肾之气充，则神采光明，肝肾之气乏，则昏蒙眩晕。”本病与肝肾关系密切，按脏腑归属，眼底黄斑为脾所主，所以应兼从脾考虑，《素问·至真要大论篇》说：“诸湿肿满，皆属于脾。”脾失健运，痰湿困阻蒙闭清窍，也是本病的病因。本病属正虚邪盛之证，正虚者，脾虚运化失司，肝肾不足，精血不升，若精气不足或运化失司，则目失所养，精明失用，乃致视物昏矇，视物变形；邪盛者，主要是浊邪壅滞，上泛于目，脉络瘀郁以致黄斑发生水肿、渗出，形成本病，故此把本病归纳为脾虚湿困、气滞血瘀、肝肾不足三种证型，应用健脾清热化湿、清热疏肝、行气活血、补益肝肾等方法，选用五苓散、丹栀逍遥散、明目地黄丸等方化裁，从而达到调整阴阳，扶正祛邪，恢复视力的目的。本病引起细胞损害与脉络膜毛细血管有一定的关系，参麦注射液由《内外伤辨惑论》中李杲古方“生脉散”演变而来，现临床多用于休克、冠心病、病毒性心肌炎等病，具有改善心、肝、脑等重要脏器的血供及改善微循环的作用，今用参麦注射液治疗本病，以期改善眼底局部微循环，促进黄斑区水肿和渗出吸收，从而达到治疗目的。

【病案举例】

某男，32岁，教师，于1988年3月25日初诊。主诉：左眼眼前似有黑云遮住，视物模糊、弯曲、变形，近一月，服西药无效。眼部检查：视力：右眼1.0，左眼0.1。右眼眼内、外阴性。左眼内、外眼阴性，眼底：黄斑部中心窝反射消失，水肿，伴有较多的黄白色渗出小点。体征：头晕目眩，眉骨酸楚，腰背酸软，心悸气短，虚烦少眠，大便如常，小便偏黄，脉细数，苔薄舌尖偏红。诊断：左眼：视惑（中心性脉络膜视网膜病变）。辨证：肝肾不足、气阴二虚。治则：益气滋阴、壮水补肾。选方：生脉六味汤加减。方药：党参15g，麦冬20g，五味子10g，生地24g，山药16g、山茱萸10g，茯苓15g，泽泻10g，丹皮10g，茺蔚子10g、赤芍10g，枸杞子10g、车前子（包）10g，七剂治疗经过：服上方七剂后复诊，自觉眼前黑影变淡，腰痛好转，失眠仍旧。检查左眼视力0.3，眼底黄斑水肿渗出减少。继续原方和炒枣仁，又服七剂，病情续有好转。于是再宗上法，以原方加减内服，共服一月，检查，黄斑水肿渗出吸收，中心反射出现。视力恢复1.0，乃终止治疗。

第八节 皮质盲

皮质盲是大脑枕叶皮质受到毒素影响或血管痉挛缺血而引起的一种中枢性视功能障碍，以血管痉挛性损害最为常见，本症主要特征：眼内外无异常，眼底无病变。瞳孔对光反应好，但二眼视觉完全丧失，连亮暗也无法分辨，同时，用强烈光线照射双眼，以及在眼前采取威吓手段，皆不能引起眼睑反射性闭合，可有偏瘫等。本病常见于2~6岁小儿。现代西医学一般采用皮质激素及扩血管药物，但疗效不甚满意。本症发病原因多种多样，急性热性病如脑膜炎、流脑、大脑炎、病毒性肺炎等；血管病如脑血管梗塞、血栓、出血等；中毒性如中毒性痢疾、中毒性休克、脑肿瘤、脑外伤与早产儿窒息等，都有可能作为致病因子而损伤大脑枕叶中枢纹状区的视觉皮层。该区发育最为完善，氧的需要量亦较大，由于以上种种因素而出现的抽风、深昏睡等症状，虽然通过抢救而挽回了生命，但由于视皮质缺氧时间较

久，中毒较深，所以视力无法恢复，并陷于全盲的深渊。本症归属中医“暴盲”范畴，相当于小儿青盲。如《医宗金鉴·眼科心法要诀》所言：“小儿青盲，因胎受风邪，生后瞳人端好，黑白分明，惟视物不见”。认为与先天禀赋不足，肝肾亏损等有关，指出其病是由“阴孤、阳寡、神离”引起。

【病案举例】

1. 男，3岁。其母代述：患儿于半年前得脑膜炎，高热、抽风、神志昏迷，经抢救，热退，苏醒，但发现二眼失明，经多处医院采用中西药物治疗，皆无效。检查：二眼外表完好，眼球运动良，瞳孔对光反应存在，在强光突然照射下，眼睑无任何反应，眼底未见明显病变。体征：形体瘦小，舌淡红，指纹细、淡红。诊断：双眼皮质盲。辨证：气阴二亏，元府闭。治则：益气养阴，开闭通络。处方：生黄芪15g、当归9g、党参9g、麦冬12g、五味子3g、丹参9g、川芎6g、枸杞子9g，七剂。治疗经过：此方先服7剂，无明显感觉，之后，连服一月，二眼已能辨别眼前二尺之物体，于是原方再服3月，视力完全恢复。

2. 女，16个月。其母代述：四个月前，得病毒性脑炎，高热数天不退，抽搐，神志昏迷，经大力抢救，病情才有转机，但发现二眼失明，请眼科会诊，嘱用激素治疗，亦无效，出院后又到各大医院眼科诊治，皆认为无法治疗。检查：二眼外眼正常，瞳孔反应良，眼底无异常，眼球运动良，强光照射，眼睑不闭合。体征：食欲差，睡时出汗，舌质红，指纹淡。诊断：双眼皮质盲。辨证：气阴二亏、元府闭塞。治则：益气养阴、开通元府。处方：党参9g，炒白术9g，茯苓9g，炙甘草3g，陈皮6g，麦冬17g，五味子3g，当归9g，生黄芪20g，川芎3g，浮小麦20g，红枣15g，枸杞子9g七剂。治疗经过：服药7剂，胃纳转佳，出汗止，继续原方，以后去浮小麦，加枸杞子、丹参。先后共服药3个月，视力恢复。

按：皮质盲的发病率虽然不高，但在临床并非罕见，因其病情严重，中医治疗虽然有效，亦得争取时机，因而及早确诊，及时治疗，显得非常必要。在中医，对本症归属“暴盲”范畴，指出其病是由“阴孤、阳寡、神离。”眼具阴阳，眼之能视物辨色，是在阴阳合传

的基础上，发挥“神”的作用。如果阴阳乖离，则“阴胜阳者盲”（内经），“脱阴者目盲”（难经）。就气血而论，人有阴阳，即为气血，阳主气，气全则神旺，阴主血，血盛则形强，眼赖气血所养，“得血而能视”，（内经）。气血之上达于眼，是因眼内“元府”通利，刘河间说：“元府者无物不有，……乃气出入升降道路之门户也。……人之眼、耳、鼻……能为用也，皆由升降出入之通利也。有所闭塞者，不能为用也，若目无所见，耳无所闻……，悉由热气弗郁，元府闭密而致气液、血脉、荣卫、精神不能升降出入故也。”（《素问玄机原病式》）。楼英亦说：“气血盛则元府得利，出入升降而明，虚则元府无以出入升降而昏。”所以本症发病，是因高热或其他导致眼内元府闭塞，气血无法营养目系的结果。本症治疗，贵在辨证，通过辨证，探求影响眼内气血供应的原因，然后对症下药，有可能药到病除，在原因中，最多见为急性热性病，此多由于外感六淫，特别是感受风热之邪，由于邪热传里，热入心包，所以出现神昏、抽搐等症状，治以清热熄风、开窍醒脑。但这些病孩皆请内科急诊治疗，待热退，神志清醒之后，才发现二眼失明，此时如热象留恋，还当清热熄风，如热退日久，当以高热伤阴、气阴二亏论治，生脉补血方主之。

生脉补血方是由生脉散合大补血汤二方化裁，方由黄芪、当归、党参、麦冬、五味子、枸杞子、丹参、川芎等药组成。方中黄芪、党参补益肺脾之气，以资生化之源，麦冬、五味子清毒肺舍，以补水之上源，枸杞子润肺滋肾；当归、丹参、川芎养血和营通脉，并利用丹参、川芎活血理气、开窍通闭，则阳生阴长，气旺血生，元府通利，眼复得气血营养而复明。现代研究，生脉散有兴奋中枢神经系统，增强高级神经活动的兴奋与抑制过程等作用，大补血汤有促进红细胞生长的作用；枸杞含有多种维生素与丰富的磷、铁、钙对神经细胞有较好的营养作用，川芎、丹参能扩张血管，改善血循环，调节微循环，改善组织缺氧状态，诸药配合，有助于视细胞的血氧供应而恢复视力。[14]

第九节 视网膜脱离术后

视网膜脱离是视网膜的感觉层与色素上皮层分离的一种病态，临床上可分为裂孔性、非裂孔性以及牵引性3大类型，以裂孔性网膜脱离最为常见。患病年龄以20～55岁为多，男性患者较女性患者多，男女约2～3:1。治疗以手术为主，术前反复寻找裂孔，手术的关键是封闭裂孔。可采用激光光凝、冷凝使裂孔周围产生无菌性的脉络膜视网膜炎症以封闭裂孔，再根据视网膜脱离的具体情况，选择放出视网膜下积液，巩膜外硅胶块垫压巩膜环扎，玻璃体切除或玻璃体内气体或硅油注入等，使视网膜与脉络膜相贴，网膜复位。中医学认为视网膜脱离一病，属于暴盲、视睛昏渺、视物易形范畴。《太平圣惠方》曰："眼通五脏，气贯五轮。"由上可见眼与气密切相关，眼部组织一旦缺乏脏腑之气的贯注，必将导致眼病的发生。而视网膜脱离者表现为视功能异常，视网膜漂浮离位，此即为气虚贯注无力不能固脱而致。故我们选用具有益气固脱作用的生脉散加味方进行治疗。方中党参、五味子、麦冬具有益气固脱之功为主药，配合黄芪、茯苓、白术健脾益气以增强益气固脱之功。由于网膜下多有积液存在，故加入薏苡仁、泽泻以利水渗湿。在方中加人牛膝、赤芍活血行血药以改善眼的血液循环有利于眼病的恢复。对于防止和控制术后炎症反应可得到令人满意的效果。

有报道自1990年以来，对于视网膜脱离术后的病人采用以中药生脉散加味为主的方法进行治疗并观察29例，得到较好疗效。本组病例均于术后内服生脉散加味方（党参、麦冬、五味子、黄芪、茯苓、白术、泽泻、薏苡仁、牛膝、赤芍），高度近视者加枸杞子、菟丝子、茺蔚子；有葡萄膜炎反应者选加黄芩、栀子、连翘、石决明、生石膏；视网膜下积液多者重用方中利水渗湿药；网膜有出血者选加蒲黄、早莲草、白茅根、红花、桃仁；头痛、眼痛甚者加青皮、郁金等。每日1剂，水煎分早中晚3次口服。

观察病例中，4例为巨大网膜裂孔，脱离范围占整个眼底1/2部分。全组病例中6例行环扎手术，其余均采用巩膜外电凝加硅胶填压

手术。除1例73岁患者因术眼再次发现新的网膜裂孔而导致网膜全部脱离外，其余患者术后网膜复位情况良好，无任何并发症及不良反应存在。疗程最长者30天，最短者15天，本组病例出院追踪观察，其最长达18个月，最短者4个月，随访者中无1例出现并发症及不良反应，视功能均恢复良好。

【病案举例】

1. 某女，28岁。因右眼视物不清十天，于1991年8月3日，以视网膜脱离入院。查：视力0.02，下半部网膜呈球型脱离，有浮动感，破孔位于九点角膜缘后14mm处，有失眠多梦，全身乏力，腰酸耳鸣症状，脉沉细，舌白滑，属肾虚水滞型。治宜温阳利水。术前用真武汤加五苓散。处方：茯苓20g、泽泻20g、白术20g、白芍20g，猪苓10g，附子3g、生姜10g、桂枝3g。服五剂后网膜下积液减少，即行网膜破孔电热凝固术加涤纶布巩膜外加压术。术后服补中益气汤中加生脉散，补气升阳固脱。处方：党参15g，黄芪15g，当归10g，白芍15g，白术15g，陈皮10g，甘草6g，柴胡3g，五味子15g，麦冬15g，茯苓10g，泽泻10g。服一周后脱离区网膜平复，改服杞菊地黄丸，半月后破孔封闭，色素斑形成。术后二十天出院，视力0.8。三年后复查，视力0.9，填充物未脱出。

按：综观脉证，肾虚水滞型，肾为水脏，主化气而利小便，瞳神属肾，肾气行水以明目。肾阳不足，气化无效，水饮内停，溢于目内，所以形成网脱，而予温阳利水，故投以温阳利水之剂。

2. 某，女，49岁。因右眼视物不清半月，于1989年4月1日以视网膜脱离收入住院。高度近视，佩戴眼镜三十余年。查：视力眼前指数。眼底：视网膜呈漏斗状剥离，黄斑裂孔，有慢性肝炎病史，胸胁胀疼，头晕，食少，脉眩滑，苔白腻。属肝气郁结型。治宜疏肝散郁，健脾除湿。术前用逍遥散加五等散疏肝利水。处方：当归10g，白芍20g，茯苓15g，柴胡6g，甘草10g，炮姜6g，薄荷1g，猪苓10g，泽泻20g，桂枝3g，服七剂后网膜下积液大部吸收，在局麻下行二氧化碳冷凝加阔肌膜环扎术。术后服驻景丸加生脉散，补养肝肾。处方：党参10g，菟丝子15g，楮实子15g，茺蔚子15g，枸杞子10g，五味子10g，麦冬15g，前仁10g，木瓜10g，寒水石6g，紫河

车6g，生三七粉3g。服十天后网膜复位，改用逍遥丸。术后四十五天痊愈出院，视力0.1，破孔封闭完全，网膜皱折形成。五年后随访，视力同前，网脱未复发。

按：综观脉证，本例属肝气郁结型。肝开窍于目，眼内青神水皆属肝液，如果肝气郁结，则肝液滞留，聚积在视网膜下，因而导致剥离，而用疏肝散郁、健脾除湿之剂。[15][16]

参考文献

[1] 王在平．三合汤治疗过敏性鼻炎．新中医，1999，31（1）：53
[2] 唐之雅，涂青松．加味生脉散对鼻咽癌急性放射反应的临床观察．中国医学工程，2005，13，（4）：399
[3] 谢瑞丰．健脾益气法在耳鼻喉科的应用体会．新中医，1995，（1）：61
[4] 邵福华．辨证治疗喉瘫痪1例．实用中医药杂志，2004，20（3）：155
[5] 马东丽．从肾论治声带疾患60例疗效总结．光明中医杂志，1997，（4）：50
[6] 贾全顺．中医药治疗梅尼埃氏综合征25例．内蒙古中医药，1994，（3）：18
[7] 陈灵光．生脉注射液对梅尼埃氏综合症发作期临床治疗观察．国际医药卫生导报，2005，11（22）：（半月刊）47
[8] 沙建飞．生脉饮临床新用举隅．四川中医，1994，（4）：28
[9] 张文妹．生脉散加味临床新用举隅．辽宁中医杂志，1999，26（12）：564
[10] 陈小青等．辨证治疗灼口综合征34例．新中医，2004，36（9）：55
[11] 许为．生脉六味汤在眼科临床的应用．中西医结合眼科杂志，1996，14（3）：156
[12] 许为．生脉六味汤在眼科临床的应用．中西医结合眼科杂志，1996，14（3）：156
[13] 魏建淼．中药治疗中心性浆液性脉络膜视网膜病变42例．福建中医药，2003，34（4）：9
[14] 姚亦伟．补血生脉方治疗皮质盲疗效观察．中西医结合眼科，1994，（2）：69
[15] 师加瑞．视网膜剥离的中西医结合治疗．中西医结合眼科杂志，1996，14（3）：160
[16] 温暖荣．生脉散加味在视网膜脱离术后的应用．江西中医药，1994，25（增刊）：113

第八章 传染科病证

流行性出血热

流行性出血热是一种由病毒引起的以几种鼠类为主要传染源的自然疫源性传染病，典型病案常常有发热、出血和肾衰，基本病变为全身小血管的广泛性损伤。本病一年四季均可发生，多数在秋冬或次年春季发病，以男性青壮年多发，中医学根据该病临床特点，认为发病原因是外感湿热疫毒之邪，而气候潮湿利于病滋生传播。该病病理变化在卫、气、营血范围内传变，但以营血分为重点，心、肝、肾三脏为病变关键。病程由表入里由实致虚，传变迅速明显，故临床上表里俱热、虚实重叠极易出现。如发热期初起，虽有卫分见症，但很短，可不治即解而速传入气分，陷入营血，出现气营血俱燔病理变化，故证见热，口渴引饮，烦躁不安，甚或神昏谵语，肌肤斑疹密布成片，鼻衄、呕血、咯血、便血，舌红苔黄，脉数。这一阶段因热炽盛而正气未虚，病证属实，故此期治疗以祛邪为主，重用清热解毒、清营凉血之品。此期亦是治疗本病的关键，若能治疗得当，可大大提高越期率。

低血压休克期及以后各期证候由实转虚，

以津气损伤为主，故治宜侧重补虚，并根据具体证候变化而确定相应法。所以在低血压休克期出现一派亡阳亡阴的虚脱证象，宜回阳固脱、益气救阴，生脉散恰具此功效，方药组成：人参10（另炖）、附子10g（先煎）、麦冬15g、五味子9g。随着病变发展热毒耗劫津液，真阴日渐亏损，水源枯涸，是以尿少尿闭，水不利则湿毒无由外泄而必内潴为患，上蒙心神则萎靡嗜睡，胃则呕吐。左归饮可大补肾阴，滋生津液开源流，合用猪苓以育阴通关，分利湿毒。进入多尿期后，湿热疫毒之邪已退，但人体肾气大伤，固摄失职，以致水液无以藏蓄，而致尿量多，故宜补肾固摄。右归丸可补养肾气，滋阴壮阳，加黄芪以补益正气，合缩泉丸以温肾固摄。到恢复期主要是虚，肾虚伴有脾胃虚，故当以益胃健脾、收敛肾气为本，给予益胃合参苓白术散加味以补脾胃之虚。总之，本病的治疗应以综合治疗为主，抓住“三早一就”（即早发现，早休息，早治疗，就近治疗）。抓好发热期的综合治疗，严把休克、出血及肾功能衰竭三关，及时合理施以辨证，会大大提高疗效，降低病死率。[1]

【病案举例】

1. 季某，男，72岁，退休工人（现种菜）。1989年11月25日入院。发热、恶寒4天，伴头痛，周身骨节酸楚，鼻塞咳嗽，恶心欲吐。查体：体温39.5℃，血压150/75mmHg，神清，头面皮肤潮红，球结膜充血，两肺呼吸音增粗，心率98次/分，偶闻期前收缩，腹软，肝肋下1.5cm，脾未触及，肾区无叩击痛，皮肤未见出血点，舌苔薄黄而干，脉浮滑数。入院诊断：冬温邪袭肺卫。入院后即给银翘散加减，每日1剂；静滴清开灵、肌注板蓝根针剂，并给予支持疗法。体温稽留在39.5℃左右2日，尿量700～750ml日，头痛、腰部及全身酸痛加重，并出现眼眶痛，口干渴甚，无汗，呕吐2次。入院第2日，因高热（39.6℃）口服吲哚美辛（消炎痛）2mg，翌日体温降为35.2℃，血压110/75mmHg，心率75次/分，大汗淋漓，四肢厥冷，恶寒蜷卧，舌淡，苔薄白腻，脉细弱。证属大汗亡阳，法当回阳救逆、益气固脱、调和营卫。用参附汤、桂枝加龙牡汤、玉屏风散合方，服1剂，数小时后体温36.5℃，汗止而四肢转温。入院第4日，体温降后，但症状未曾改善，“三痛”、“三红”明显，球结膜充血、

水肿，左腋下发现1个出血点，肾区叩击痛（+），白细胞11×10^9/L，中性粒细胞76%，淋巴细胞24%，血小板92×10^9/L。但尿常规、肾功能尚正常。诊断为流行性出血热（中型）。给生脉饮10ml次口服，每日3次，并维持水与电解质平衡。入院第5日，血象中出现异淋细胞，尿蛋白（+），尿素氮7.25mmol/L，倦怠乏力，口干微渴，咳嗽痰黏，左腋下出血点消失，舌苔薄黄，脉弦细滑。法当益气养阴，佐以清化热痰。用生脉散加黄芪、枸杞子、石斛、瓜蒌皮、浙贝母、竹茹、谷芽。并用复方丹参针剂16ml静滴，每日1次。入院第7日，“三痛”、“三红”大减，尿频量多，3052ml/日，口舌干燥明显，倦怠嗜睡，食欲增加，舌质偏红，苔薄黄，脉弦细滑。证属气阴不足，肾气不固。用参冬地黄汤加减，日服1剂。入院第8日尿蛋白消失，但尿量逐渐增多，入院第12日为470ml/日，后尿量逐日减少至1600ml/日。以参苓白术散加减以资巩固。入院第3周，肾功能恢复正常，肌酐133mmol/L，尿素氮5.71mmol/L，身体日渐好转，中药以四君子汤加味善后。住院33天，痊愈出院。[2]

2. 万某，男，24岁，1999年4月6日急诊，诊见：头痛，眼眶痛，腰痛，呕吐，醉酒样面容，食人即吐，吐出胃内容物。舌红、苔黄，脉滑数。查体：体温40℃，脉搏100次/分，呼吸25次/分，血压135/75mmHg。球结膜充血，急性病面容，面红，颈红，胸红．颈项强直，前胸散在米粒大小疹点，色红，压之不退色，布氏征阳性，肌力Ⅴ级，双肾区叩痛。实验室检查：Hb 150g/L，WBC 28×10^9/L，N 0.65，L 0.35，PLT 27×10^9/L，尿蛋白（++），白细胞（+）。肝功能检查正常，头颅CT及胸片未见异常，脑电图示中度异常改变。腰穿脑脊液检查示：外观微混，蛋白定性可（++），细胞数0.3×10^9/L，单核细胞占85%。流行性出血热血清HFRS荧光免疫抗体显示阳性滴度。诊断：流行性出血热并发脑炎。予物理降温、脱水降颅压、激素、抗病毒以及对症治疗。采用5% GS加穿玻宁0. 8g，5%、GS加利巴韦林0.8g静滴。中药处方：石膏、大青叶、蒲公英、金银花各30g，知母、生地黄、连翘各15g，黄芩、柴胡各12g。水煎送服安宫牛黄丸，每天1丸，连用3天，体温下降，头痛逐渐减轻，停服安宫牛黄丸．配合静滴醒脑静，复方丹参注射液。第8天体温降

至正常，头痛缓解，改用益气养阴，清涤余邪，方选生脉散加减，并改用静滴参麦注射液，炖服西洋参。各项检查均正常，诸症消失，4月28日痊愈出院

按：本病属中医温病范畴，为外感温热疫毒。内陷营血。在对症治疗基础上加用中药。选石膏、知母、大青叶、连翘、蒲公英、金银花泻火解毒；生地黄、柴胡、黄芩凉血退热；配合安宫牛黄丸醒脑开窍，清热凉血。穿珑宁主要活性成分穿心莲内酯，具有清热解毒之功，尚有促进肾上腺皮质功能及镇静作用，可促进中性粒细胞的吞噬能力，对多种病毒有灭活作用，配合利巴韦林加强抗病毒作用，醒脑静为安宫牛黄丸提取液，可改善组织的缺血缺氧状态。后期用生脉散益气养阴，恢复人体阴液正气。运用中西医结合疗法，可以控制病情，减轻症状，缩短疗程，提高疗效，防止后遗症的发生。[3]

3. 温某某，女，25岁。因发热恶寒、头痛、腰痛、恶心呕吐，在当地医院治疗4日，病情加剧，于1996年1月29日入院。体温35.2℃，脉搏摸不清，呼吸30次/分，烦躁不安，神情恍惚，面色萎黄，四肢不温，球结膜明显水肿，软腭、腋下出现针尖状散在性出血点。实验室检查，血Hb110g/L，WBC16.2×10^9/L（N 0.78，L 0.22），血小板计数120×10^9/L，尿蛋白（+++），RBC（+），颗粒管型1~6个/HP，CO_2-CP19.5mmol/L，出血热抗体（+）。确诊为流行性出血热低血压休克期。给予低分子右旋糖酐（不含钠）、平衡盐、5%碳酸氢钠、阿拉明、多巴胺等综合抢救治疗2天，血压不能稳定，仅维持在8~10/5~7kPa之间，且体温不升，入院第3天配合用中药治疗。症见：神情恍惚，面色萎黄，身凉肢厥，斑疹外露，舌质红绛，脉微细欲绝。证属邪热久羁，气阴大伤，阳气欲脱。用四逆汤合生脉散加味：红参12g（另煎兑服），制附片10g，桂枝9g，干姜7g，麦冬12g，五味子10g，丹参10g，炙甘草12g，葱白3个。水煎频频灌服，每日1剂，连服2剂。患者神识清楚，肌肤转温，体温36.4℃，血压稳定在14/10kPa左右，感口干，脉细数，拟生脉散合六味地黄汤加减调治，安全度过低血压期，跳越少尿期，经多尿期、恢复期而痊愈出院。

按：低血压休克期是流行性出血热病的五期临床经过之一，危重

病例死亡率高。该病例在西医的综合抢救配合中药扶阳助肾、益气育阴，使病人转危为安。流行性出血热病系温毒发斑兼肾虚病，发病之前肾气先虚，不能祛邪，邪伏少阴，往往发热的同时，就出现不同程度的里虚证。里热重伤气阴，阴损及阳，阳气不能鼓邪自里达外而出现伏邪内陷导致逆证。扶阳助肾、益气育阴是针对其病机而采取的措施，顾护肾气，正复则邪退。流行性出血热低血压休克，运用中西医结合治疗，则相得益彰，疗效倍增。[4]

4. 患者女，54岁，1994年3月16日以发热、呕吐及水肿3天入院。3天前患者自觉心前区不适，发热畏寒，体温38～39.5℃，伴呕吐清水，水样便3天。曾用丁胺卡那霉素、氨苄青霉素静滴无效而就诊。查体：血压60/30mmHg，面部水肿，上腭可见出血点，两腋下可见点状出血点，尿量100ml/24h。即刻给予多巴胺40mg、地塞米松10mg静滴后，以“流行性出血热”收住院。入院查体：面部水肿，结膜充血，体温38.2℃，右肺有少量的湿啰音，呼吸音粗糙，腹软、膨隆，肝脾触诊不满意，移动性浊音（+），两肾区叩击痛（+），下肢凹陷性水肿，上腭及腋下、胸腹部有散在针尖样出血点。实验室检查：血小板50×10^9/L，白细胞18.4×10^9/L，可见异型淋巴细胞；肝、肾功能：天冬氨酸转氨酶病例如此，白、球蛋白比例33.1:26.8，尿素氮28.1mmol/L；血糖16.5mmol/L，血钾3.6mmol/L，血磷2.4mmol/L。B超示脂肪肝，腹水。心电图示心率130次/分，窦性心动过速。血气分析：二氧化碳分压2.9kPa，氧分压10.1kPa，碱剩余12.3mmol/L，碳酸氢盐11.3mmol/L。舌红绛、苔黄厚，脉数。患者发热期、休克期与少尿期并见，病情危重。用“三清汤”合五皮饮加减：柴胡、黄芩、知母、银花、车前子（包）、冬瓜皮、三叶青、小春花、丹皮、赤芍、西洋参（另炖）、羚羊角（另炖）各10g，生石膏50g，茯苓皮30g，玉米须、粉重楼各30g。1剂煎服。次日热退，意识清，精神好转，血压98/75mmHg，水肿、腹水略减，尿量约1000ml/24h。继续治疗，中药仍以利尿清热解毒为主：茯苓皮10g，大腹皮15g，玉米须15g，车前子（包）、车前草各10g，半枝莲、白花蛇舌草各30g，羚羊角粉（吞服）0.6g，生甘草6g。共服4剂，3月19日患者尿量增多，达2500ml/24h，安全度

过少尿期、休克期，但肝、肾功能损害严重，血压正常，自觉乏力，口干而渴，咳嗽，头晕，面色萎黄少华，脉细数。治宜益气养阴，凉血解毒。予西洋参10g（另炖），羚羊角粉0.6g（吞），板蓝根、太子参、鲜石斛、白花蛇舌草、半枝莲、天花粉、羊乳根各30g，麦冬、生玉竹、川贝、象贝各10g，北五味6g。共服4剂。3月22日症状好转，血气分析及肝、肾功能有所好转，血肌酐和尿素氮明显下降，中药仍用上方4剂。3月27日，患者脱离危险期，胃纳增加，移动性浊音消失，下肢凹陷性水肿消失，上方继服4剂。4月1日，患者尿量从5600ml/24h降至3600ml/24h，心肺听诊无异常，自诉口干，乏力，舌红绛而干燥，脉弦细数，治以增液汤合生脉散加减：太子参、大生地各30g，西洋参（另炖）、羚羊角（另炖）、麦冬、生玉竹各10g，北五味6g，鲜石斛、半枝莲、仙鹤草、紫珠各30g，炙鳖甲、炙龟板各15g（先煎）。共服4剂。4月4日，患者血常规、血气分析及肝、肾功能指标均恢复正常，尿量3500～5700ml/24h，但仍多饮多尿，口干渴，头晕，舌红绛少苔，脉细，仍以益气养阴清热为法：羚羊角（另炖）、西洋参（另炖）、南北沙参、山萸肉、巴戟肉、菟丝子各10g，大生地、泽泻各30g，麦冬20g，山药15g，共服7剂。4月13日，患者诉口干好转，腹部出血点消退。中药：太子参30g，北五味6g，麦冬20g，生熟地、炒山药、炒薏苡仁、炒扁豆、炙鳖甲、炙龟板各15g，陈萸肉、泽泻各10g。共服7剂。4月24日，患者精神佳，胃纳正常，自觉症状消失，体温正常，心肺听诊无异常，无移动性浊音，双肾区无叩击痛。复查肝、肾功能均恢复正常，血糖、尿糖均正常，血、尿常规正常，血气分析正常，痊愈出院。

按：患者起病急而短，3天之后即从热毒炽盛的发热期迅速并发低血压（休克）与少尿等症状，3期并见，心、肝、肾功能严重受损。我们以中药为主，首先用清热解毒以除疫毒，凉血活血以调营血，养阴生津以护生机，透气转营以截邪之传路，迫邪外出，辅以补液、利尿等对症处理，取得了理想的效果。[5]

参考文献

[1] 李伟．中西医结合治疗流行性出血热疗效观察．现代中西医结合杂志，2005，14（22）：2944

[2] 于军，齐秀美．流行性出血热合并腹泻36例治疗体会．中国乡村医药杂志，2003，10（6）：15

[3] 刘品．中西医结合治愈流行性出血热并发脑炎1例报告．新中医，2001，33（5）：9

[4] 邹士滔．救治流行性出血热低血压休克体会．江西中医药，2000，31（4）：10

[5] 陆晓东，沈惠善．流行性出血热的中医辨证施治．中西医结合实用临床急救，1997，4（9）：429

第九章

疑难杂症

第一节 咳 嗽

咳嗽是肺系的主要症状之一。分别言之，有声无痰谓之咳，有痰无声谓之嗽。一般多为痰声并见，难以截然分开，故以咳嗽并称。

【病案举例】

1. 梁某某，女，38 岁。1994 年元月 12 日初诊。素有咳喘宿疾已数年，入冬后由外感引起咳嗽加剧已 1 月，现症咳嗽喘急夜间尤甚，遇寒更甚，口不干，痰量多，呈泡沫状痰，头痛胸闷，心中欲呕，纳食一般，大便溏，小便量少，面色白且略浮肿，精神困倦。脉象沉细，舌淡红苔薄润。证属咳喘寒痰阻肺，治宜温肺化痰止喘，方用小青龙汤、苓桂术甘汤、苏子降气汤合方加减：炙麻黄 6g，桂枝 9g，白芍 12g，五味子 6g，法半夏 9g，干姜 9g，细辛 6g，陈皮 6g，茯苓 15g，白术 9g，苏子 9g，厚朴 6g，前胡 9g，当归 6g，葶苈子 5g，甘草 6g，2 剂。二诊：1994 年元月 14 日，喘已好转，仍喉中如水鸣声，再以前方加三子养亲汤：白芥子 6g，炒莱菔子 6g，4 剂。三诊：1994 年元月 21 日，痰已减少，仍

气急口干，脉舌如前，再以温肺化饮，方用苓桂术甘汤、小青龙汤、二陈汤、三子养亲汤加麦冬化裁：茯苓15g，桂枝9g，白术9g，炙麻黄9g，白芍12g，干姜6g，细辛3g，陈皮10g，法半夏9g，苏子9g，白芥子6g，炒莱菔子6g，五味子6g，麦冬15g，甘草6g，4剂。四诊：喘已不明显，仍咳嗽但痰减少，喉中仍有哮鸣，再以苏子降气汤、二陈汤、三子养亲汤合方加减：苏子9g，厚朴9g，前胡9g，法半夏9g，陈皮9g，干姜9g，当归6g，桂枝9g，茯苓15g，白芥子6g，炒莱菔子6g，桑白皮9g，杏仁9g，紫菀15g，甘草3g，4剂。五诊：1994年2月2日，服药后症情减轻，痰已明显减少，夜间偶有咳喘，但能入睡，脉舌亦可，仍以前方加生脉散，加入麦冬15g，五味子6g，泡参9g，连服5剂以巩固疗效"服完后咳喘平息，未再服药。

按：病人冬天发作，均有痰饮病宿疾，宜用温化痰饮治法。此病多为老年人或体虚之人，平素肺脾肾阳气均虚，往往有畏寒怕冷表现，故这类病人冬天更需宗“病痰饮者，当以温药和之”之理，并宜守方治疗，苓桂术甘汤是常用方，即便是舌苔黄腻，只要苔不干而滑润有津者，也宜用之，不可用寒凉药，无苔或少苔也可能是一种假象，仍应宗温化痰饮治法，即使是阴虚，最多加用生脉散之类。王老上述见解及用药方法，代表了他在冬季治病的独特经验。[1]

2. 高某，女，25岁。1993年8月29日初诊。患病约年余。初时只感体倦、发热、心烦、易怒，以后渐见咳嗽，因症轻咳疏，未予重视。仍坚持工作。近2月来，饮食减少，肌肉渐削，白天怕冷，夜间发热，时有盗汗，头晕，咳嗽加重。至夜尤甚。咽喉发痒，痰多不易咯出，时夹血丝，体倦懒惰。曾去多方求诊，服用不少抗菌消炎药、止咳药，几乎无效，致难以坚持工作，遂延中医诊治。望其面白颧赤，形体消瘦，吐痰黄白稍黏稠，呼吸似有抬肩，舌质红，舌中部有黄白薄腻苔；闻其声音低微而干哑；问知小便短少黄赤，大便每次量不多而黏稠，睡少梦多，常于梦中惊醒；切其脉象浮取虚大，沉取数而无力。综上合参，此乃病久肺肾两亏，火自偏盛，脾亦受累之阴虚热亢生痰动血证，属内伤咳嗽的范畴。倘不及时治疗，久而精津气血则有消亡之虑。治当急挽其阴而消痰火，故先拟滋阴清热，救肺顾

脾之法。方用：麦冬20g，天冬20g，知母15g，川贝15g，百合20g，人参10g，五味子5g，紫菀15g，款冬花15g，百部15g，枳壳10g，桔梗10g，玄参15g，酸枣仁20g，茯苓15g，藕节log，地骨皮15g，4剂，水煎服，每日早、晚各服1次。

二诊（9月6日）：4剂尽，咳嗽减轻，痰中已不见血，夜间发热、盗汗稍有好转，饮食略增，但仍咳嗽，舌脉同前。效不更方，继服上方加龟板15g，煅牡蛎20g，取其育阴清热，止汗之用，嘱其连服10剂。

三诊：半月后来诊，热退汗收，痰血消失，咳嗽大减，食欲增强，二便亦趋正常，舌质淡红，苔薄白，脉沉略数。现热已尽退，说明阴复火降。为巩固疗效，彻底治愈，改用补脾益肺，滋阴补肾之法以顾其本。方用六君子汤或六味地黄丸加紫菀、款冬花、百部间服，即服六君子汤加味4剂，再服六味地黄丸加味4剂，有时又加入麦冬、川贝母、五味子等。如是共调理近3个月，彻底痊愈，康健如常，与初诊时判若两人。

按：咳嗽是肺系疾病的主要证候之一。《景岳全书·咳嗽》篇云“咳嗽之要，此惟二证，何为二证？一曰外感，一曰内伤，而尽之矣”。外感咳嗽多为新病，起病急、病程短，证属邪实，治应祛邪利肺止咳，易向愈；内伤咳嗽多为久病，病势缓，病程长，并常伴它证，属邪实正虚，治当祛邪止咳、扶正补虚、标本兼顾，难以速愈。该患已病年余，由何而起，不必细究，但属内伤咳嗽之痰火咳嗽无疑。据其现有症状，如颧赤、咳嗽、发热夜甚、盗汗、痰中带血、形体消瘦等，足以断定其为肺肾两虚之证。真阴既亏，火自偏盛，上烁肺金，迫之而成痰火咳嗽。昼轻夜重，即显现出阴虚之本象。罹患日久，治疗失当，脏腑相移，脾土亦伤。于是肺脾肾三脏俱病，精津气血皆乏，体虚日下故治当以挽其阴津，灭其痰火为先，拟滋阴退热，救肺顾脾之法治之。方中二冬、百合、知母、玄参养阴润肺。清热降火，是一组润燥滋阴、清金降火之良药。更配以地骨皮清虚热而除骨蒸；人参、五味子双补肺之气阴，兼敛肺气：川贝母、百部、紫菀、冬花润肺下气，止咳化痰，无论新久咳嗽皆能奏效；桔梗、枳壳一升一降，宣畅气机，以复肺之宣降之职；酸枣仁、茯苓宁心止汗；藕节

清热止血；其间玄参、贝母、桔梗等又能通利咽喉。诸药合用，标本兼治，正恰病情。初诊、二诊共服药14剂，热即尽退，阴复火降，收效显著；后改用补脾益肺、滋阴补肾方剂，更顾其本，终获痊愈。[2]

3. 患者吕某，女，25岁，重庆某大学老师。6个多月前因外感后，恶寒发热、咳痰，在医务室按急性支气管炎用抗生素（具体用药不详）治疗后，又服中成药，感冒似愈，但咳嗽未止，曾在重庆市某中院就诊，服中药数贴也未见效。趁返家过春节，于1993年1月29日，由其母亲偕同来请王老师诊治。证见咳嗽痰黏而黄，喉中遇痒则咳，微恶寒，手凉，时有胸闷，脉弦，舌红苔黄少，辨证属肺之气明两虚，寒邪痰浊郁肺，治以益气养阴，散寒宣肺化痰，方用生脉散止嗽散、二陈汤加干姜、细辛、麻绒、煨诃子，连服6剂后，咳嗽明显减轻，后用生脉散、香砂六君子汤、二陈汤合方调理而愈，因假期已到，前来向王老师道别而得以随访。[3]

4. 患者男，68岁，于2001年11月就诊，诉受凉而出现发热咳嗽、吐白痰，自服维C银翘片，清热解毒液后发热消失。但咳嗽、吐白痰，尤以夜半时分咳甚，伴喉痒、乏力、头晕，服用各种止咳药物均无效而来诊。查体：双肺呼吸音稍粗糙，咽喉充血，扁桃体不肿大，舌质淡，苔白厚，脉浮细。治以疏散风寒，燥湿化痰，调扶正气方以生脉散和二陈汤加减治疗，药用太子参、麦冬、五味子、炙冬花、炙枇杷叶、干姜、制半夏、陈皮、苍白术、云苓、荆芥、防风、二花、甘草，服一剂则咳减，7剂服完症状痊愈。

按：老年患者多肝肾亏虚，精血不足，督脉失养，易受风寒，且体虚多病，抵抗力下降，故感受风寒，病情往往迁延难愈。治疗上采用调扶正气，疏散风寒，燥湿化痰之法，每多取得良效。方中生脉散用太子参去人参之性甘温，人参易补火助阳产生变证，而用太子参之性微苦平，更好地改善气阴双虚之状。而合用麦冬、五味子，气阴双补，二陈汤燥湿化痰，也可加全瓜蒌理气宽胸散结以化痰，炙冬花、炙枇杷叶以化痰止咳。诸药合用共奏调正气，疏风寒，化痰湿之功，且治愈后因受风寒再复发者，再用此方仍能取得较好的疗效。[4]

干咳的主要症状表现为咽喉干疼，奇痒难忍，干咳不止，还有人

感到有气自腹部上窜，直到胸部及达咽喉，并觉胸胃后作痒，频频阵咳，持续几分钟，及至十几分钟不缓解。发作时非咳不可，无法控制。不但个人痛苦，也影响他人工作或休息。这类患者另外一个特点就是经常使用消炎止咳化痰中西药，治疗效果并不满意。甚至还有患者使用可待因，也只能临时减轻症状，而药效一过，症状依然如故。这些病人最后往往求助于中医中药的治疗。

中医认为，咳嗽是肺系疾病的主要症候之一，同时又认为“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”即除了“肺咳”之外，还有心咳、肝咳、脾咳、肾咳”之说。其原因是无论外邪所侵或脏腑功能失调，都影响肺气宣发肃降而表现为咳嗽临床实践中以干咳属“肝咳”者多见，就肝而言，其功能在于主疏泄，喜条达，调情志。并且足厥阴肝经分布于胸胁，上行入咽喉，进入鼻咽部。因此，当有肝气不舒，肝郁化火时，则循经上扰胸胁咽喉，出现胸骨后咽喉部有蚁走虫爬之感觉。即临床患者自觉胸骨后及咽喉部奇痒难忍。而肺主气，司呼吸。通调水道一旦受扰而功能失调，其主要表现在气机出入升降失常。肝气失于调达，肺气升降失常，则临床症状自然会出现阵阵呛咳，干咳无痰，口苦咽干，咽喉疼痛作痒，甚者胸胁胀痛。因此，临床常见的干咳气逆等症状，病位在肺，而病因则在肝，属于“肝咳”。

5. 患者张某某，女，36 岁，干部，初诊时间：1995 年 5 月就诊：主诉：着凉感冒咳嗽一周。现病史：患者因近期要出国而工作繁忙紧张，又因家务劳累，着凉感冒。曾用青霉素、庆大霉素、复方甘草片等治疗，但咳嗽、胸痛症状未见好转。自觉有气自腹部上冲咽喉而干痒，同时胸骨后也似有羽毛刺激作痒。发作时阵阵呛咳而无痰，胸部及两胁疼痛，甚至小便失禁，夜间严重影响睡眠。脉弦滑，舌质红、苔薄黄少津。

症状分析：患者当时工作繁忙，又要出国，家务劳累，心情急躁而焦急，致使内生肝火，而又感受外邪，外邪首当犯肺，与肝火并而扰肺，则肺失宣降出现呛咳不止。脉弦滑及舌红苔黄少津，属肝火犯肺致咳。中医诊断：咳嗽（肝火犯肺）。治法：平肝降气，润肺止咳。处方：旋覆代赭汤合生脉散加减，旋覆花 9g，代赭石 20g，法半

夏9g，沙参15g，麦冬15g，五味子9g，苏子梗9g，知母15g，贝母、代蛤散各9g，甘草6g，水煎服。五剂汤药后病愈。

按：干咳无痰、咽喉作痒，都属于肝火犯肺致咳。舌红、苔黄少津，有阴津亏虚之征，

故用旋覆代赭汤平肝降气，再加生脉散益气生津，止咳化痰，取得满意疗效。[5]

第二节 发 热

【病案举例】

1. 方某，女，39岁，因发热3天于1994年5月14日住入本院内科病区。体检：一般情况尚可，神志清，精神软，体温38.6℃，脉搏96次/分，呼吸20次/分，血压13.5/10kPa，急性痛苦貌，两瞳孔对称等大，约0.25cm，对光反射敏感，咽稍充血，扁桃体无肿大，伸舌居中，颈稍抵抗，两肺呼吸音清，未闻及啰音；心率96次/分，律齐，未闻及杂音；腹软，肝脾肋下未触及，无压痛，未扪及包块，四肢肌力正常，未引出病理性反射。辅助检查：血WBC 7.4×10^9/L，W－LCR 0.757，HGB 113g/L，PLT 123×10^9/L，ESR 10mm/h，ASO小于500，GLU93mg/dl，Ch105mg/dl，TG77mg/dl，肥达试验（－），尿常规正常，肝功能正常，大便常规正常，隐血试验（－）。脑脊液常规：RBC 1.4×10^{12}/L，结网试验（－）。入院诊断：发热待查：①上呼吸道感染；②败血症；③待排脑病。入院后经先锋必针、复方丹参针、消炎痛、安乃近、地塞米松等抗炎退热及补液处理，发热仍不退，住院11天，于1994年5月24日以未愈出院。当日即转往某市第一人民医院内科。诊断为：发热待查。经环丙沙星、氯霉素等抗炎与对症处理，治疗12天，发热如故，于1994年6月4日亦以未愈出院。6月4日转中医治疗，停用一切西药。诊见患者面容憔悴、精神萎靡、面红、少气乏力、汗多，体温波动在38.2℃～39.5℃之间，午后体温稍高，纳可，二便尚调，无恶寒，无呕吐，舌红、苔薄少津，脉细数，皮肤扪之灼手。病属内伤发热，辨证属气阴两亏。拟用补中益气汤、秦艽鳖甲散、生脉散合方处方：生黄芪20g，太子参

30g，寸麦冬、升麻、柴胡、秦艽、鳖甲（先煎）、知母、地骨皮、乌梅、青蒿、当归、白术各10g，五味子5g，陈皮5g，炙甘草6g，服3剂后精神较前振作，能起床稍坐，汗液减，体温有所下降，波动在37.5℃～38.5℃之间。效不更方，守原方续服3剂后，能起床活动片刻，汗止，体温降至37.3℃～37.8℃之间，患者与家属欣甚。原方续服5剂，热已退清，能到户外活动，但觉乏力、少气，拟八珍汤和生脉散合方3剂，体温又上升，在37.5℃上下，询得患者曾自服别直参炖鸽子，考虑医者与患者心急，投补太早所致，继续拟用初诊方3剂，热又退，后不敢易方，续用首诊方10剂后未见发热而停药，随访至今，康复如常。

按语：本案发热月余，两次住院共26天，均未查出感染病灶，各项化验指标正常，拟用抗生素及解热药等体温始终不降，笔者根据其神软乏力、汗多、脉细数等症，考虑由气阴两虚所致之内伤发热，故选用补中益气汤甘温除热，考虑其阴虚的一面，而非补中益气汤所能解决，故加生脉散益气生津敛汗；又虑阴虚致热而用秦艽鳖甲散以滋阴清热，如此三方并用，合甘温除热、滋阴生津于一炉，故而获效。[6]

2. 胡某某，女，74岁。1994年秋以突发高热41℃以上而入住某部队医院，经治十余日体温虽有所降，但在39℃上下徘徊，主管大夫曾三次告诉家属准备后事，乃求于同院和某（与尹老熟识）邀诊，尹老见病人精神极其疲惫，身体瘦弱，日不能两许水谷，复被则汗出，揭被则怕冷，口干舌红，苔薄白，脉濡细稍数。尹老诊为阴阳气血俱虚之证，予生气养精，调和营卫为治。处方：桂枝9g，白芍9g，党参15g，麦冬12g，五味子10g，黄芪20g，归身12g，生姜6g，大枣3枚，炙甘草6g，三剂水煎服后，热退身凉，口干汗出恶寒消失，出院饮食调养。将近一月高热复作，病家认为前方效果好，仍以原方取三剂，热退饮食如常。

按：此证若见高热，以寒凉清解之剂投之，不但高热不解，甚至变证迭起，而尹老则认证准确，施治得当，紧紧抓住发热汗出畏寒这个主症，以营卫不和，阴不济阳这个病机入手，以桂枝汤调和营卫，当归补血汤合生脉散滋养阴血以济阳敛汗，治中机要，故收效神速，

挽危证于倾刻。[7]

第三节 喘 证

【病案举例】

1. 某男，73岁，退休工人。于1991年7月31日初诊，患者每年秋天，哮喘发作，反复多年，发作时，胸闷气急，语声低促，喉间痰鸣，睡眠不宁，甚至喘促不得卧，常以毛巾护颈部，素有高血压、冠心病史，故平时头晕目眩，口干少饮，偶有胸闷、心悸、心前区疼痛、双下肢浮肿、按之凹陷，舌暗红、苔薄、舌前部光剥少苔，脉弦细滑。

中医辨证：气阴两虚之喘证，治宜益气养阴，化痰平喘之法。方用金水六君煎和生脉散加减。熟地20g，法半夏10g，麦门冬10g，款冬花10g，五味子10g，当归6g，陈皮6g，炙甘草6g，云苓12g，北沙参30g，水煎服。一日一次。服药月余后，病情稳定，血压也较正常。现已不用毛巾围护颈部，行走时气促喘急、心慌亦消失。

按：本例治疗上抓住了肾阴亏损，虚火上炎，肺脏受灼，易受外感，气机不畅，导致痰湿为患的病机。用药上注重用甘凉柔润之品滋养金水，使肺肾相生。从而达到益气生津、润肺化痰的目的。方中用生脉散。即可益气生津，用当归、熟地可以滋阴润燥，专入肾经，用二陈诸药，则重在宜肺、化痰、除湿。[8]

“病如锁，药如匙，只有配合得当，才能奏效。”由于魏师在临证中，四诊合参，审证求因，审因论治，辨证精确，故屡获药到病除之效。

2. 舒某，女，63岁。1981年4月18日初诊。素患肺原性心脏病，气喘不能平卧，时有耳鸣，近二月来加剧，伴食欲减退，舌红糙，脉滑大。魏师认为此属喘急脱症，急以益气养阴，平喘救脱。方药：蛤蚧生脉散劲口减治之，蛤蚧一对去头足，北沙参、麦冬、冬虫夏草各9g，五味子3g，红枣6枚，2剂。二诊：药后气急平，耳鸣瘥，唯心中空虚，胃纳呆钝，口干欲饮，舌绛少津。脉沉迟。治以益气养阴，清热生津，原方去蛤蚧、冬虫夏草、红枣，加入参叶12g，

白茅根、活芦根各30g，鲜梨1只去心，切片入煎。3剂。

三诊：气平寐安，精神转佳，步履有力，仍胃纳欠佳，口干欲饮，舌红少津，脉沉迟。治以益气养胃，清热生津。上方去五味子，加玄参12g、枸杞子、天花粉各9g，苹果1只去心，切片入煎，5剂。诸症已愈，

按：本案魏师根据病人喘促日久，不能平卧，纳差，当属虚喘，而中气虚惫运化无力，又肾气不足，则不能温煦脾土，肾为气之根，肾虚又可致肺气不降，治当急敛其欲散之正气。故初诊补正为法，重在培补肺肾，佐以健脾，以蛤蚧生脉散加减治之。蛤蚧生脉散是魏师根据生脉散加味而成。初服2剂，即症情大减，二诊、三诊，脉皆沉迟，脉症不符，但魏师慎思明辨，舍脉从症，方症合拍，药后果收速效。[9]

3. 李某，男，58岁。因咳嗽少痰，动则喘气半年，发热1天于1997年4月26日入院。当晚突然呼吸急促、窘迫（呼吸62次/分），两肺散在干、湿性啰音，心率160次/分。查：pH7.51，PCO_2 3.0kPa，$PO_2$7.7kPa。全胸片示：两上肺大片致密不均阴影，双中下肺散在斑片阴影，似毛玻璃样改变。西医诊为Ⅲ型肺结核并感染并ARDS。在使用呼吸机西医常规治疗的同时，邀田师诊治。患者呼吸喘促、窘迫，汗出如油，张口抬肩，烦躁不安，四肢发冷，面赤舌紫无苔，脉细欲绝。田师辨证为阴阳欲绝之喘脱，急投生脉散合参附汤合七味都气丸加减：西洋参、茯苓、丹参各15g，麦冬30g，五味子、熟地黄、山茱萸各10g，附子6g，山药20g。2剂/日，连服7天后，呼吸喘促、窘迫消失，血气分析恢复正常，改用抗痨药及百合固金汤加减治疗。

按：本例病情危重。经中西医治疗后得到控制，抢救成功。田师认为：肺为气之主，肾为气之根，肺主出气，肾主纳气。患者年老，肺病日久，肺肾俱虚，导致肺肾阴竭阳微、阴阳欲绝之喘脱，故呼吸急促、窘迫，汗出如油，四肢发冷，脉细数欲绝。采用生脉散合七味都气丸为主药，益气养阴，配参附汤回阳固脱，佐丹参益气活血。临床诊治危急重症并不排除西医药治疗手段，中西医发挥各自优势，分秒必争，以挽救患者生命。[10]

4. 男，68岁，于94年11月12日就诊，反复咳喘十余年，伴心慌三年，复发加重五天伴双下肢肿，经“抗炎、强心、利尿、扩血管”等治疗无效来我科求治。既往有慢支病史十余年。症见：咳嗽、喘息不得平卧、心慌、烦躁不安、形瘦跗肿、肢冷、面青唇紫、汗出如珠、口干颧红、舌红苔剥、脉微细数。胸片示：全心肥大。心电图提示：窦性心动过速，心肌肥厚，肺型P波。诊断：顽固性心衰。处理：10%葡萄糖液250ml加生脉注射液30ml每日一次静滴配合给氧、抗炎、利尿、纠正酸碱平衡及电解质紊乱，对症处理，一周后，咳喘、心悸、水肿明显减轻，停用西药，继续治疗二周，症状消失，带中药调理善后。

按：顽固性心衰为心脏病终末期心衰反复迁延所致，相当于中医“喘脱”范畴。中医理论认为：肺肾气阴亏损，气机升降出纳失常而为喘。同时，心上通于肺，肺气治理调节心血的运行，宗气贯心肺而行呼吸，肾脉上络于心，心肾相济，故心与肺肾密切相关，喘久则心气、心阳俱衰，鼓动血脉无力，血行瘀滞而出现喘脱之危重证候，治疗固当益气养阴为主，中西医结合，相得益彰。[11]

第四节 肺 胀

【病案举例】

尹某，女，76岁，平素患有肺结核、慢支肺气肿等多种慢性病。1990年7月感暑邪，寒热不退，壮热口渴，气喘促，全身无力，神倦嗜睡，入住当地医院。诊断为肺心病严重感染、肺栓塞伴呼吸衰竭。经抗菌消炎、补液、吸氧等治疗4天，病反转危重，当即下病危通知。7月21日其子要求出院回家，并邀余往诊。查体温37.5℃，脉搏98次/分，呼吸28次/分，血压13.1/6.67kPa。慢性消瘦面容，倦卧嗜睡，气粗喘促，两颧潮红，头汗自出，咳嗽，咳声无力而气促不息，声音低怯断续，询之尚能点头示意。自诉胸中烦闷堵塞，呼吸困难。两肺呼吸音粗糙，满布干性啰音，心音低钝，舟状腹，肝在右胁下3cm，质尚软，颈静脉怒张，四肢肌肉尽削但无浮肿。其子代诉：睡中呓语，循衣摸床，下肢清冷，未大便3天，尿甚少，尚能吸

稀粥3 ~5汤匙。舌质黯红无苔，扪之干燥，脉细数而促。症虽危重，但细究证情，尚有可救之机。患者久病肺肾气阴已亏，复感外邪，化热内陷心营，痰热内阻，阴竭阳衰致肺化源欲绝之候。此时当用下法救之：①急以鲜人乳200ml，少量频服。②西洋参30g，蛤蚧1对（去头足），加水急煎1小时，取汁约200ml，送服安宫牛黄丸2粒，每次半丸，4小时1次。③制附子（先煎）、郁金、石菖蒲、川贝母各10g，红参（另煎冲入）、麦冬、五味子、丹参各15g，山萸肉、龟板（先煎）各10g，石决明（先煎）30g。另珍珠末3支和服。

7月22日复诊：服药2小时后即解大便状如羊矢，呼吸转平顺，但咳嗽较多，痰易咯出，可吃半碗稀粥。视之能张目示意，声音低怯，舌质黯红光亮，扪之稍润，脉沉细数而促，病有转机，仍用前法。

23日三诊：热退，胸堵塞烦闷已舒，能食半碗稀饭，小便清长，大便转软，舌质转淡、苔黄白，脉细数有力。病已好转，停用安宫牛黄丸。处方：①人乳每天服150ml；②马蹄5个去皮，海蜇皮60g，猪肺150g，煎汤佐餐，送服珍珠末2支；③西洋参、红参（两药另煎冲入）、麦冬、五味子、白术各10g，茯苓、扁豆、薏苡仁各15g，黄芪20g，苇茎、冬瓜仁各30g，桃仁6g。3剂，水煎服。

27日四诊：已能起坐和下床活动，纳睡尚好，仍有咳嗽，痰稠黄，病情稳定，上③方中加紫菀、款冬花、青黛、蛤壳。7剂。

8月3日五诊：见病者面色红润，面露笑容，咳嗽大减，痰黄量少，但说话仍欠有力。纳睡好，二便调，舌质嫩红、苔薄黄，脉细数有力时有间歇。处方：①予上③方，隔天1剂，共10剂；②西洋参60g，蛤蚧3对，共研细末，加入珍珠末20支，每次服3~5g，日3次，7天服完。

此后每周往诊1次，以饮食调补为主。方选生脉散合金水六君或陈夏六君子汤，或生脉散合六味地黄汤，肺脾同治、肺肾同调。另用胡桃肉1000g，蛤蚧5对，珍珠末20g，共为细末，每日服1次，每次15 ~30g经此调养，病情稳定，后于1991年8月初，因时突发急腹症，救治不及而逝。

按：本案患有多种慢性病，平素气阴两亏，肺功能受损；外邪入

侵，易内陷心营，更耗气伤阴，痰瘀内阻，阴损及阳，阴竭阳衰，导致肺化源欲竭，成严重肺胀之证。证属虚多邪少，本虚为主，邪实为次，故其治以人乳生津益气养胃为先，继用西洋参、蛤蚧、安宫牛黄丸益气定喘，涤疾开窍治其标；大剂益气滋阴、温阳镇逆的基拙上兼顾痰瘀的标证适当配伍，药合病机，故病有转机。待病情好转后，重点调养肺、脾、肾，改善其功能，增强体质，故病情一直稳定，带病延年。[12]

第五节 心悸

心悸是患者自觉心中悸动、甚则不能自主的一类症状，自觉心跳快而强，伴有心前应不适。

【病案举例】

1. 陈某，男，8岁。1989年3月12日诊。患孩于当月前无明显诱因出现发热、咳嗽、咽痛，在某院注射青霉素5天缓解。1周前停药后发热又起，并见胸闷心悸等。在某院诊为病毒性心肌炎，经用抗生素及糖皮质激素等治疗近1周，因疗效不显而来诊。刻见：发热、头昏、咽痛而干，神疲乏力，时感胸闷、心悸，咳嗽少痰，时微汗出，舌红苔薄黄，脉浮数中有歇止。查体温38℃，咽部充血明显，扁桃体不大，叩心界正常，心率106次/分，律不齐，早搏每分钟2~4次/分。心电图示：ST段改变，偶发室性早搏。血Hb120g/L。WBC 9.8×10^9/L，N 0.70，L 0.30。辨属外感风热时邪，袭肺舍心。治以清热解表，益气养阴。方用清解生脉饮化裁：银花、沙参、麦冬、大青叶各20g，板蓝根30g，玄参、连翘各15g，大力子、僵蚕、荆芥、薄荷、前胡各10g，马勃、五味子、甘草各6g。每日1剂。服5剂后热退咳稀，心悸胸闷大减。上方去荆芥、薄荷、前胡、马勃，加生地、丹参各15g，服用半月，诸症消失，复查心电图正常而愈。随访3年无复发。

按：本案乃风热时邪，袭表犯肺，内舍于心，故除见发热、咽痛、咳嗽等肺卫风热表症外，并见心悸胸闷、脉律不齐等心之气阴两伤之症。当此之时，不清解表邪，心肌将续受其害。不益心气，养心

阴，则心之体用难复，治以清解生脉饮，祛邪扶正兼顾，故收效尤捷。[13]

2. 安某某，男，55岁，农民，初诊日期2000年8月9日。心脏换瓣术后两年，全心扩张。自感心慌、心悸、胸闷、气短，加重10余天，夜间不能平卧，双下肢轻度浮肿，尿量少，饮食正常。查：舌无苔，脉沉弦。辨证为：气阴两虚，心血不足。治以益气养阴，养血活血。处方：生芪30g，北沙参30g，五味子10g，麦冬15g，旋覆花10g，生赭石10g，橘红10g，生地10g，白芍15g，当归10g，香附10g，牛膝15g，诃子肉10g。服用10剂后，症状减轻，尿量增多，双下肢浮肿减轻，心悸胸闷减轻，又加减服用14剂后，胸闷憋气好转，心悸减轻，双下肢浮肿好转，夜间可以平卧。

按：此病案为“心悸”案，关师认为不可统按痰浊痹阻胸阳辨证，患者表现为心悸，胸闷气短，为心气亏虚，心主血脉，血的运行全靠心气的推动，心气虚则血行不畅而致血滞，则心失所养，关师治疗不主张用瓜蒌、薤白等药，认为其耗气伤阴，治疗用生脉散益心气，养心阴，配合生芪则加重补气之功，同时配合四物汤养血活血，取“若欲通之，必先充之”之义，全方补心气，养心阴，养血活血，取得较好疗效。现代药理研究证明，生脉散具有强心作用，且能增加心肌糖原和核糖核酸的含量，改善缺血心肌的合成代谢，为心肌收缩的能源和肌纤蛋白、肌凝蛋白的合成提供物质基础，还可降低心肌的耗氧量，提高心肌对缺氧的耐受性，四物汤能够增加冠状动脉的血流量，改善心肌缺血缺氧状态。[14]

3. 马某，女，63岁，1992年10月5日就诊。患者有冠心病史已10余年，近年来胸部憋闷疼痛经常发作，伴头晕头胀，心慌气短，周身不适。常服语心丸、冠心苏合香丸等药，可暂时缓解。刻诊见患者颧面发红，咽干舌燥，五心烦热，胸部憋闷疼痛，心慌气短，周身疲倦乏力，夜间失眠多梦，血压150/90mmg，舌质暗苔薄黄，脉弦细而数。此乃阴虚火旺，心脉痹阻所致。处方：白干参10g（另炖），麦冬12g，五味子10g，全瓜蒌15g，薤白12g，半夏10g，焦山楂30g，桃仁l0g，赤芍12g，甘草3g。水煎服，每日1剂。服药6剂，胸闷疼痛发作次数明显减少，睡眠仍差，照上方加炒枣仁15g、柏子

仁15g。又服6剂，胸闷疼痛消失，睡眠好转，惟纳谷不香，照上方再加神曲12g、炒麦芽15g，继服6剂，患者欣然来告曰：诸症悉平，饮食增加，自觉身体较前轻健。为了巩固疗效，预防复发，又处以白干参10g（蒸软切片），麦冬12g，五味子10g，焦山楂20g，每日1剂，开水冲泡，代茶频饮。1年后随访未见复发。

按：患者素有冠心病，平时稍有不慎，即可发作，久之耗伤心阴，阴虚导致火旺，血脉运行涩滞。胸闷疼痛时作。赵老应用生脉散益气生津以养心，伍瓜蒌薤白半夏汤宽胸理气，佐桃仁、赤芍、山楂活血通脉宣痹，诸药相伍，气阴得补，血脉流畅，而诸症自除矣。

4. 吴某，男，34岁，1992年9月7日就诊。患者平素身体健康，春季感冒发热，体温达39.5℃。连续使用抗生素、激素、退热剂配合输液治疗1周，体温虽降至正常，但常觉头晕心慌，胸部闷痛，烦躁失眠，时有盗汗，周身疲倦乏力。脉搏110～120次/分。心电图示：窦性心动过速。舌质淡苔薄少津，脉细数无力。此乃心阴亏虚之证。处方：西洋参10g（另炖），麦冬12g，五味子10g，天冬12g，柏子仁15g，天麻10g，钩藤12g，玉竹12g，煅磁石15g，水煎服，每日1剂。服药3剂，自觉头晕心慌有所减轻，脉搏100次/分，照上方加菖蒲12g、炙远志12g，又服6剂，头晕消失，睡眠转佳，惟活动时仍觉心慌气短，脉搏90次/分，照上方去钩藤、磁石，再加黄芪15g，继服6剂，诸症消失，自觉全身较前有力，脉搏80次/分。又处辽沙参12g、麦冬10g、五味子10g、甘草6g，开水冲泡，每日数饮。连续饮用2周，脉搏76次/分，查心电图已正常，病获痊愈。

按：患者平家身体健康，因使用退热剂汗出过多，导致心阴亏报而见以上诸症。选用生脉散益气生津（改人参为西洋参），伍天冬、玉竹、柏子仁以增强养阴之力，加天麻、钩藤、磁石以制浮越之虚阳，待气复阴生、虚阳得潜而诸症除。

5. 周某，男，63岁，1991年9月16日就诊，患者平家身体尚好，因与儿媳生气，而致头晕目眩，胸部憋闷，常太息，脘腹痞满，两胁胀痛，纳差，夜寐不安，体倦乏力，心慌气短，动则尤甚。心电图示：室性早搏（偶发），舌质淡体胖苔白，脉弦细而有间歇，此乃

肝气郁结，郁久化火，耗伤心阴所致。处方：党参12g，麦冬10g，五味子10g，当归10g，白芍15g，柴胡6g，茯苓15g，白术12g，桂枝6g，炙甘草6g。水煎服，每日1剂，服药6剂，胸闷、胁痛、脘腹痞满均减，惟仍口中无味，纳差。照上方加焦三仙各12g，又服6剂，诸症大减，饮食增加，夜间睡眠也有好转。惟觉心慌气短。照上方再加黄芪15g，继服5剂，诸症悉除，脉搏间歇消失，为了巩固疗效，又予太子参12g，麦冬10g，五味子10g，甘草3g，开水冲泡，每日数饮。调理1周后查心电图正常。

按：本患平家身体健康，因情志所伤而致头晕目眩，两胁胀痛，脚闷心慌等症。赵老用生脉散益气补脾养心（改人参为党参）。伍逍遥散疏肝理气健脾，更佐桂枝疏通血脉而助气化，诸药相伍，疏肝解郁，益气养心，理气宣痹，郁解滞行，气机畅达而诸症自除。

6. 张某，女，56岁，1992年8月10日就诊。患者于10年前突然出现头痛，胸闷心慌，体倦乏力，脉搏50～60次/分，起初休息片刻即可级解，后来逐渐加重。近年来发作频繁，每遇劳累或生气则易发作，查心电图：房室传导阻滞。曾服西药阿托品、普鲁辛等及中药，疗效欠佳，特来求赵老诊治。刻诊见患者面色㿠白，唇色稍紫暗，头晕，胸部窒闷，周身困倦乏力，形寒肢冷，气短息促，活动则觉气不接续，脉搏52次/分，舌质淡苔薄白。脉沉迟无力。此乃心阳不足所致。处方：红参10g（另炖），麦冬12g，五味子10g，桂枝10g，乌附子10g，白术12g，茯苓15g，丹参12g，焦山楂15g，炙甘草6g。水煎服，每日1剂。服药3剂，自觉头晕、胸闷稍减，照上方加檀香10g、砂仁10g。又服6剂，胸闷、气短明显减轻，脉搏增至56次/分，用后在上方基础上稍作加减，连续服用32剂，诸症消失，自觉身体较前有力，脉搏64次/分。赵老又处以红参10g（切片），麦冬12g，五味子10g，焦山楂20g，肉桂3g（研末），开水冲泡，每日数饮。如此调理1个月，查脉搏68次/分，心电图已恢复正常。半年后随访，患者身体健康，未再复发。

按：本患面色能㿠白，形寒肢冷乃阳虚之象；常觉胸部窒闷，气短息促，脉沉迟无力乃心阳不足之候。用生脉散益气养心（用红参），伍桂枝、附子温阳通脉，更加丹参、山楂以活血化瘀，白术、

茯苓健脾助运以顾后天，诸药合用，使气充阳复，血脉流畅而诸症自除。后又以生脉散加山楂、肉桂开水冲泡代茶频饮之，调理月余，使缠绵10年之顽疾竟获痊愈。

7. 王某，男，13岁，1992年8月3日就诊。两年前突然出现闷气喘促，但不发热，无咳嗽，几次到医院作X线胸透、心电图及血液化验等检查，均未见异常，曾用抗生素、激素及平喘等药，未能奏效。迁延至今，诊见患儿面色萎黄，形体消瘦，气短乏力，常感呼吸不畅，胸部憋闷，活动则气喘而促，气不接续，食欲不振，纳差，舌质淡苔薄，脉细弱稍数。此乃心气不足，肺窍失养所致。处方：太子参12g，麦冬10g，五味子10g，桔梗6g，炙甘草10g，焦三仙各10g。水煎服，每日1剂。服药6剂，闷气稍减，每于深呼吸后方觉稍舒，照上方加核挑肉15g。又服3剂，闷气大减，惟大便稀，日2～3次，照上方再加山药15g，白术12g。

继服6剂，大便已成形，饮食也增加，后在上方基础上加减又连续服12剂，诸症消失，饮食大增。为了巩固疗效，赵老又嘱其以莲子肉20g，山药30g，核桃肉15g，红枣6枚，粳米30g，共煮为粥，加白糖适量食之，每日1次。两月后家长来告曰，患儿面色红润，体重增加4kg，闷气未再发作。

按：本例患儿出现胸部憋闷，呼吸不畅已2年余，病久不愈，累及诸脏，心气不足则气短乏力；肺气不足则气喘而促。肾虚不纳则呼吸不畅；脾虚不运则纳差，形体消瘦。故赵老给予生脉散益气养心补肺（改人参为太子参），伍桔梗以宣理肺气，佐焦三仙以健脾助运，使心气得补，肺窍得养，脾胃得健，又入核挑肉助五味子补肾纳气，药证合拍，故取效甚佳。终又以山药、莲子肉、核桃肉等培补后天、滋养先天调理之，待体质健壮则邪不再犯。

8. 张某，男，68岁，1992年11月12日就诊。患者有慢性支气管炎史已20余年。1982年冬受凉感冒，咳嗽吐痰，喘促气短，迁延月余未愈，后常觉胸闷，呼吸喘促，不能平卧，动则心慌气短，口唇发绀，下肢浮肿，经检查诊为肺源性心脏病（急性发作）。遂住院抢救治疗近2个月诸症缓解而出院。但以后每遇劳累或受凉即发作，缠绵至今。近来因感冒又引起发作，用抗生素、止咳平喘等药无效，经

友人介绍特来就诊。患者咳嗽阵发，咯吐白色黏痰，呼吸喘促，动则尤甚，口唇紫绀，心悸气短，自汗恶风，易于感冒。下肢浮肿，舌质暗淡，苔薄白，脉弦细而数。此乃心肺俱虚之证。处方：红参10g（另炖），麦冬12g，五味子10g，黄芪15g，白术12g，防风6g，炙麻黄6g，炙桑皮10g，杏仁12g，陈皮12g，甘草3g，生姜3片为引。水煎服，每日1剂。服药3剂，咳喘稍减轻，精神好转，虚汗仍多，照上方加浮小麦30g、牡蛎15g，又服6剂，诸症皆有缓解。后又在原方基础上稍作加减共服药40剂。诸症基本消失。为了巩固疗效，赵老又处以红参100g，麦冬120g，五味子100g，黄芪200g，白术120g，防风60g，胎盘1个（焙干），共为细末，每日2次，每次3g，开水冲服。连续服用3个月，临床症状完全消失，1年后随访未见复发。

按：本患者平素有肺心病史，每遇受凉或劳累即发作，平时又易感冒，赵老认为此为肺、心、肾同病，故用生脉散（用红参）养心补肺益肾气。玉屏风散强卫固表，提高机体御邪能力，又佐麻黄、桑皮、杏仁、陈皮等宣肺、平喘、止咳化痰，改善呼吸功能，此乃标本兼顾之举。待症状缓解，又以生脉散合玉屏风散更入胎盘血肉有情之物大补真元，俟元气充，外邪入侵之途被断，愈后其疾不再复作矣。[15]

9. 王某某，男，76岁，农民，1980年6月就诊。外感后，突发心慌、气喘、烦躁不安，呼吸闷憋4～5天，查四肢不温，脉结代，心电图示频繁室性早搏。诊后认为此患者素体阳衰，外感以后，更损其虚弱之阳，使本已虚弱之阳难以供应心脏之用，宜急扶阳抑阴，于是急用四逆汤合生脉散煎服，用药3剂后，诸证皆失。

按：《素问·生气通天论》曰：阳气者，若天与日，失其所，则折寿而不彰。著名医家张介宾尤其重视阳气对人体的作用，他说：天之大宝，只此一丸红日，人之大宝，只此一息真阳，由此可见，阳气对人体是何等重要。但是，人之阳气源于肾气，肾气的盛衰又随年龄的变化而变化，《素问·阴阳应象大论》曰：年四十而阴气自半也，起居衰矣。[16]

第六节 胸痹

【病案举例】

1. 罗某，女，67岁，农民，1995年11月15日初诊。因心悸、气促8年，下肢浮肿7月，加重1周就诊。患者40岁后，血压增高，至1987年症状加重，住某院诊断为高血压病、高血压性心脏病。1995年4月出现心衰，再次住院，曾用卡托普利、硝苯地平、地高辛等治疗，近因肺部感染后病情加重，心悸胸闷，咳喘不能平卧，动则喘甚，胸部左侧时有刺痛，夜不能寐，下肢凹陷性浮肿，形体消瘦，五心烦热，口咽干燥，颧红，痰少而黄，咯痰黏稠，纳食极少，舌红少苔，脉细数无力。辨证为心阴亏损，心气虚衰，痰瘀痹阻。拟养心阴，益心气，泻肺行水，涤痰，活血化瘀为法，用生脉散加味：太子参40g，麦冬、酸枣仁各15g，五味子8g，丹参20g，葶苈子、车前子各30g，桑白皮25g，川贝母、当归各10g，鲜竹沥2支（每支20ml），三七8g。2剂后，心悸胸闷渐平，尿量增多，下肢水肿减轻，胸痛缓解。服10日后，能平卧，水肿消退，痰量减少，夜能入睡3~4小时，咳喘大减，脉细数，舌红。后以原方每2日1剂，治疗月余，能下床活动，从事一般家务。

按：《金匮要略·水气病脉证并治》指出："心水者，其身重而少气，不得卧，躁而烦，其人阴肿。"多数医家认为是心阳虚导致，但心阴虚导致水肿者，每有所见。水肿的形成，中医认为与肺、脾、肾的功能失职及三焦气化失司有关。然而，心为五脏六腑之大主，各脏腑的功能均依赖心主血脉的通达，心阴亏损必然影响到水液的代谢而形成水肿。本方中以生脉散（汤剂）为君，养心阴，益心气，是"养心复脉"的古方，具有强心作用；葶苈子泻肺行水，祛痰平喘，有显著的利尿作用；桑白皮泻肺平喘，行水消肿；车前子利水祛痰；鲜竹沥涤痰除烦；以贝母润肺化痰；酸枣仁、当归安神养血；三七、丹参化瘀止痛。全方共奏养心复阴、通血脉、利水道的作用，使心衰得以缓解，水肿消退。本例在抗感染、降压的基础上再用上方而显效。[17]

2. 江某，男，58 岁。1988 年 5 月 18 日诊。患者心悸、胸闷、胸痛反复发作 5 年。昨起忽感心悸加剧，胸闷憋气，动则心慌气促，时有心跳停顿感，舌红少苔，边有决点，脉细结代。查心率 76 次/分，律不齐，早搏 3～5 次/分，未闻及病理性杂音。心电图示：窦性心律，偶发室性早搏，左室低电压，T 波低平。诊为胸痹，证属气阴两虚，心脉痹阻，治以益气养阴，活血通脉。方用活血生脉饮加减：太子参 30g，麦冬、丹参、瓜蒌、郁金各 15g，红花、川芎、苦参、赤芍各 10g，五味子 6g。每日一剂，服上方 5 剂，心悸已平，胸闷憋气亦减，但夜寐欠安。上方加枣仁 10g，服用半月余，诸症悉平，复查心电图正常。

按：本案久病胸痹，心之气阴两虚，故症见活动后气促心悸，舌红少苔。瘀阻心脉，故心悸、胸闷、舌有安点，气滞血瘀，脉气不相接续，故脉来结代．治以活血生脉饮补益气阴，活血通脉，标本兼顾，故收效甚佳。[18]

3. 姜某，男，70 岁，干部，1995 年 4 月 15 日初诊。患“风湿性心脏病”多年，多次全身浮肿住院。2 月前因气短、心悸、浮肿、住本市某医科大学附属医院：诊断为风湿性心脏病、心房纤颤、心功能Ⅲ级，一直服用地高辛、速尿等药，浮肿消而又肿，其自觉腹中灼热如火始终未减，自动出院前来求治。自诉心悸、气短、动则更甚，不能行走，下肢冰冷、麻木，腹中胀满且灼热如火燎而难当，自觉胸中热气时而上冲，则面赤、身热、自汗、眩晕，反不恶寒。咳嗽，痰少，偶尔痰中带血。口不渴，小便少。察其精神萎顿，面色苍暗，两眼微闭，似欲寐状，呼吸短促，语音断续，全身浮肿。下肢浮肿至膝，按之没指，久久不起，肤冷如冰。舌质淡紫润而少苔，脉势极弱，参伍不调。证属阴盛阳虚，格阳于外，水停血瘀之证。查其前医所用方不外通脉四逆汤、真武汤、苓桂术甘汤合方化裁，肿略减，余症如前，是温阳有余，利水不足，以致浊水不去，则格拒不通。于是，治疗重在通利小便，佐以温阳、益气、活血的治法。用五苓散、防己茯苓汤、真武汤、生脉散合方化裁。处方：黄芪 90g，制附子（先煎 30 分钟）、麦冬、红参、丹参、茯苓、白术、泽泻各 20g，猪苓、五味子、当归、防己、桂枝各 15g。嘱进低盐饮食，日 1 剂。上

方连续服12剂，小便增多，浮肿尽消，面色由紫黯转白晰润泽，精神好转，下肢温和，口渴，格阳现象消除，用原方黄芪减至50g，其余各药均减5～10g，续服以巩固疗效。共服复诊方60余剂，自觉精力充沛，为巩固疗效嘱其常服生脉口服液、复方丹参片维持，勿劳累，慎风寒。随访3月余病情稳定。

按：本案乃浊水停聚以致阴阳升降失司引起的格阳证，只温通阳气不足以消除格拒，故改用通利小便为主，消除浊水停聚引起的格拒，实有引阳入阴的意义。本案的瘀滞较甚，故用丹参之外，更加当归活血，以增加其力度。[20]

第七节 厥证

厥证是以突然昏倒，不省人事，四肢厥冷为主要表现的一种病症。轻者多在短时间内逐渐苏醒，严重者则会一厥不醒而导致死亡。故《类经·厥逆》指出："厥者，逆也，气逆则乱，故忽为眩仆脱绝，是名为厥……则渐苏，重则即死，最为急候。"

【病案举例】

1. 曲某，女，88岁，2001年10月18日初诊。患者因失语伴嗜睡1月余住入某医院。经检查诊为多发性大面积脑梗死、冠心病、窦房结功能低下、心律失常、频发性早搏、阵发性房颤。近1周因并发肺部感染及泌尿系感染而病情加重。体温38.6～39℃，咳嗽吐痰，呼吸急促，汗出较多，心率130～138次/分，口干舌燥，意识不清，经西医采用抗菌、消炎、强心、吸氧及支持疗法等未见好转，已危在旦夕。家属遂急邀余诊。刻下患者神志不清，面色无华，呼吸浅速，四肢不温，舌红无苔，脉数而微弱兼促此属心阳不振，气血衰败，阴阳欲脱之证，乃急予益气强心，温阳通脉以扶正，清热解毒以祛邪之法。药用：党参30g，麦冬12g，五味子15g，桂枝9g，银花20g，连翘20g，丹参15g。1剂，水煎，频频喂服以救急。二诊：服药后病情有所减轻，体温稍下降，38℃左右，心率100～110次/分，呼吸较前平稳，出汗减少，仍咳嗽吐痰。拟方：党参15g，麦冬12g，五味子15g，银花20g，连翘20g，黄芩9g，蒲公英20g，元参15g，生地

15g，丹参15g，茯苓12g，白术15g，陈皮9g，半夏9g，杏仁9g，桔梗9g，甘草6g。7剂，每日1剂，水煎服。三诊：病情明显好转，心率90次/分，心律较前规律，偶有早搏，体温下降至37℃～37.5℃，咳嗽减轻，痰易咳出，食量稍增（喂食），尿色仍较深且混浊，尿检蛋白（+），白细胞（++）。遵上方加扁蓄12g、瞿麦12g。7剂，每日1剂，水煎服。四诊：体温降至正常，心率70～80次/分，较前有力，早搏也较前减少。呼吸平稳，咳嗽吐痰减轻，食欲好转（喂食），小便较清，尿检正常。血压95/60mmg。白天不用吸氧即可维持。照二诊方加当归9g，赤芍15g。10剂，每日1剂，水煎服。五诊：一般情况较好，体温正常，心率62～70次/分，偶有心律不齐。仍有较微咳嗽吐痰，呼吸平稳，不用吸氧。虽仍失语，但意识较清。瘫痪之肢体肌力增加。检查心电图明显好转，偶有早搏。因病情趋于稳定，乃出院回家继续用中药治疗。方拟：黄芪15g，党参9g，黄芩9g，连翘20g，银花20g，陈皮9g，半夏9g，远志9g，地龙9g，茯苓10g，白术12g，当归15g，白芍15g，丹参15g，枳实6g，甘草6g。水煎服。

按：本例病情复杂，证属危候，急予益气强心，回阳通脉之法，以生脉散为主，辅以清热解毒、化瘀之品以救急。生脉散为一古方，功能益气复脉，养阴生津。近年研究表明，本方具有强心，调节血压，改善心肌代谢以及改善脑、肺、肾、肝和消化系统功能的作用。临床报告也证实其可治疗心律失常、心绞痛、肺心病及休克等属气阴两虚者常获满意疗效。故以生脉散为主佐以桂枝、丹参以温通血脉，增加强心之力，又以银花、连翘清热解毒以折热势。结果1剂建功，使病情有了转机。在以后的治疗中，本着这一思路，随症加减，遂使病情日渐好转。[21]

2. 杨某，男，39岁。2000年12月6日就诊，家属代诉：患者因冷发热，服西药后大汗如洗，额出冷汗，面色苍白，目直视，四肢厥，六脉不应指，辨服大量发汗剂导致大汗亡阳，急投四逆汤合生脉散回阳救逆复脉。处方：附片15g，潞党参20g，干姜15g，麦冬15g，五味子15g，炙甘草15g。1剂冷汗止，目灵活，2剂四肢温，能语言，4剂痊愈。

3. 王某，男，13岁。2003年7月3日因高热抽搐，西医诊为乙型脑炎速往医院治疗，其父求余诊治。患者面赤唇紫，壮热神昏，频频抽搐，脉弦数。此暑热入营热盛动风，急宜清营透热，熄风镇痉，选用白虎汤、清营汤、止痉汤等方加减化裁，处方：石膏30g，知母15g，生地15g，元参15g，连翘15g，金银花15g，羚羊角6g，黄连10g，钩藤10g，麦冬15g，竹叶10g，蜈蚣2条，僵蚕10g，全蝎10g，甘草10g。2剂。二诊热轻痉止，时昏时醒，脉细数。上方去三虫2剂，加安宫牛黄丸4丸，一日2次，每次1丸。4日其父来诉：诸症大轻，患儿神疲乏力。此暑热已去，正气未复，宜用清热益气之法，以人参白虎汤合三甲复脉散加减化裁，处方：人参10g，石膏10g，知母10g，麦冬10g，生地10g，五味子6g，生牡蛎15g，生龙骨15g，生龟板15g，炙甘草10g，粳米20g。3剂痊愈。[22]

第八节 胸 痞

胸痞俗称胸闷，即患者自觉胸中堵塞，呼吸不畅。常以深吸气求得一时之快，甚则频频叹气，以致睡眠未能仰卧。

【病案举例】

1. 范某某，女，44岁，会计师。于1993年3月12日初诊。胸闷短气，伴头晕乏力3个月。素日体质虚弱，秉赋不足，又因劳累遂患此症。初觉胸闷短气，神疲乏力，胸中堵塞呼吸不畅。自服开胸顺气丸十余付，不仅无益反而更甚。胸透未见异常。心电图提示心肌供血不足。故来诊治。查得面色少华，语言断续，声音低微，四末欠温，舌淡无苔，脉细无力，寸部尤弱。方用：瓜蒌15g，半夏10g，黄连5g，党参24g，五味子5g，麦冬10g，桂枝12g，红花10g，丹参15g。连服5剂后症情明显缓解，胸中堵塞感基本消失，精神转佳，自觉有力，说话已不断续，心电图明显好转，胸中仅觉轻微痞闷。两脉较前有力，但仍不胜重取，方既有效无须大改，原方去红花，桂枝改为10g，再服5剂。8个月后追访未见反复。

2. 李某某，男，34岁，机车钳工。1994年8月4日初诊。胸闷短气已2个月，初感不适未加注意，半月前，因劳累后过量饮用凉啤

酒而致病情加剧。经胸透及心电图检查均未见异常。频频叹气，苦不堪言，乃致以拳击胸亦无济于事。检查舌淡苔滑腻，大便溏薄而不畅，两脉沉濡。方用：瓜蒌20g，半夏10g，黄连5g，党参20g，五味子5g，麦冬10g，桂枝12g，红花10g，丹参20g，黄芪12g，藿香10g，云苓15g。连服3剂后，胸闷短气、堵塞等症均明显减轻，大便已通畅。但仍溏薄，脉濡。前方去红花、藿香，减瓜蒌为12g、桂枝为10g，继服3剂。半年后因胁痛又来就诊，问及前症再未复发。

3. 肖某，女，9岁，小学生，1994年4月7日由母亲带来就诊。1月来萎靡不振，少气懒言，不时叹气。自述：出气费劲，总想大喘气。心电图检查无异常。查得面色不华，舌淡苔薄白，两脉弱。方用：瓜蒌10g，半夏6g，黄连3g，党参15g，五味子3g，麦冬5g，桂枝6g，红花5g，丹参12g，黄芪12g，云苓10g。服药2剂后精神好转，大喘气明显减少，舌淡已无苔，两脉较前有力。既有效则不更方，原方又服2剂而愈。4个月后随访再未复发。

按：《内经》指出："宗气积于胸中，出于喉咙，贯心脉而行呼吸。"胸中为宗气之居所。胸中痞闷而无胀憋之感，大抵皆由宗气不足所致。因失其行呼吸贯心脉之力，继而出现心气虚，心血不畅。久则心阳亦虚，气血阻滞。综观机制不难看出：胸中痞闷实为一个虚实错杂的症候。方中所用小陷胸汤在《伤寒论》中是治疗表邪传里，或表证误下、痰热结于心下的心下痞病。这里通过调整药量并以桂枝佐半夏的辛温，从而抑制了黄连、瓜蒌的寒凉，但却无碍其辛开苦降散结以行滞气的作用，于病情十分贴切。生脉散虽为益气敛汗养阴生津之用，但更有益气养心收敛心血之功。红花、丹参行瘀血，黄芪补宗气并有升举之力。更加桂枝温心阳，利心脉。全方集行气活血、温阳益气、强心复脉于一体，故而获效。另外现代医学中的冠心病，其临床表现均有胸中痞闷、短气、胸前区不适，甚则疼痛等症状，分析归纳亦未出祖国医学胸痞的范畴。用此方温阳化瘀、益气利血脉而强心，从而改善心肌的缺血状况，故用以治疗部分冠心病确有较满意的临床效果。[23]

第九节 阳明腑实证

阳明腑实证是以痞满、惊、实为特点的证候

【病案举例】

程某，男，19个月，其母诉，患儿一周前发病，初按感冒医治，病后四天见皮疹、稀疏色暗，速隐退，发热腹胀，咳喘抽搐一天而急诊入院。查：病儿半昏迷，抽搐、呼吸促、口唇发绀，巩膜轻度黄染，两肺有小水泡音，肝右肋下4cm，质软，脾未触及，全身浮肿，小便黄。西医初诊：麻疹合并肺炎，中毒性脑病。邀中医会诊，除上述症状外，大便四天未行，无矢气，肠鸣音消失，舌质红，苔黄干燥起芒刺，脉微，属病毒内陷、阳明腑实证，气虚阴伤。以扶正驱邪，急下存阴法拟生脉散合大承气汤加味。处方：生大黄（后下）、黄芪、麦冬、莱菔子各6g，白糖参15g，生地12g，五味子、生甘草各3g，每日一剂，每六小时一次。药后患儿矢气频频，稀便二次腹胀大减，抽搐止，神志清，尿量增，浮肿消，热退。再以益气养阴佐以通下法继以健脾益气养阴，调治月余而痊愈。

按：本例病情复杂危重，辨证时抓住了病毒内陷，阳明腑气不通主要矛盾，投以通便解毒，清除内热益气养阴。此时单选用大承气汤，但患儿正气虚极，偏攻下反不能“急下存阴”，反伤正气，可有一蹶不振之弊，故以大承气合生脉散加味，以达驱邪不伤正，扶正以助驱邪，攻补兼顾而获良效。[24]

第十节 便 秘

【病案举例】

便秘是以大便秘结不通或通而不畅为特点的证候。

缪某，男，70岁，退休。1998年6月5日诊。患肺痿住院治疗半年之久，病情稳定，但大便数日不解，每用灌肠方可通。1周1次，已有2个多月，苦不堪言，服中西药也不能缓解，邀余一治。诊见身体极瘦，语声低微，精神萎靡，纳少腹胀，口渴，失眠，小便短

少，舌质淡，舌苔花剥，脉虚细。证属肺脾气虚，肠燥津亏。拟生晒参6g，麦门冬30g（去心），北五味子10g，生黄芪20g，当归15g，杏仁15g，陈皮10g，5剂。服3剂，大便已通，腹胀减轻；后自行服用10剂，大便一日一解。

按：病久气虚血燥，肺脾功能受损。肺与大肠相表里，肺气虚则大肠传导无力，脾虚运化津液功能减弱，化源不足，津枯不能濡润大肠，故大便干涩不解，宜益气生津养血，佐降肺气，润肠通便。气血充盛，津液渐复，水足舟行。[25]

第十一节 脾约

经云："脾主为胃行其津液。"凡胃强脾弱，脾为胃约，水精不布所致之证，皆为"脾约"，非独麻子仁丸证。口唇干燥一证，与脾约病机相似，当属脾约范畴，特录于此，以供商榷。

【病案举例】

患者，男，45岁，干部，因工作原因多年来经常大量饮酒，近2年来，自感口唇干燥，渐行加重，尤以舌添后更甚，甚感痛苦，平时渴不欲饮。观其上唇较轻，下唇皮肤焦裂翘起，白如贴纸，唇色淡白而干，舌质红而微暗，苔薄白少润，脉虚。诊为"脾约"之口唇干燥证。乃燥热伤阴，气阴两伤，津不上润。治以益气养阴，清热生津润燥。方用生脉散加味：西洋参10g，麦冬20g，沙参15g，五味子10g，葛根15g，炙甘草5g，5剂，水煎服，并嘱其戒酒或少饮。二诊：口唇已见湿润之色，燥裂之证减轻，本应继服上方，但因公事繁忙，无暇煎药，改用生脉口服液常服，1月后偶遇之，上证痊愈。

按：本证以口唇干燥，甚至焦裂翘起，渴不欲饮为特征，因肌肤干燥之证在唇，可知津枯液燥之因在脾，脾开窍于口，其华在唇，皮之合肉，其荣唇也，脾为气血生化之源，又为津液输布之枢。《素问·经脉别论》："饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱水精四布，五经并行。"脾气散精，是指脾气充足，运化正常，则津液上归于肺，以灌四旁，滋养濡润全身：反之，若脾虚不润，不能散精，水精不布，气不布津，外而皮毛、孔

窍，内而脏腑、百骸，失于濡润、滋养则津枯液燥。今患者过饮辛辣，灼津伤液，胃中燥热有余，影响脾之散精，胃强脾弱约束津液不得四布，致气阴两虚，化源不足，阴津不得上承于口，以荣于唇，则唇干燥裂，而见本证。因生脉散益气养阴生津润燥，故选生脉散加味，甚合病情。方中西洋参补脾益气养阴；麦冬、沙参养阴润燥，清热生津；五味子酸收敛阴；葛根升胃中阳气，升津布津；炙甘草补中益气，与五味子相配具有酸甘化阴之功，观其舌质红而微暗，为瘀血阻滞之象，故用丹参活血通络。诸药合用，共奏益气生津，酸甘化阴之功使脾气充足，阳升津布，药至效彰。本证与仲景麻子仁丸证机制相同，而证、治有别麻子仁丸证乃津液不能下达于肠，而但输膀胱，大便硬小便数，治以润肠通便为用；本证乃津液不能上承于口，以荣于唇，口唇干燥，治以益气养阴为法。口唇干燥证，仲景虽未论及，但依脾约之理可知：脾约一证，证分两端，虽证、治有别，而其理一也。[26]

第十二节 黑 苔

舌苔灰黑，主里病，病情一般较重。若苔灰黑而滑润，舌质淡白的，是阳虚内寒或寒湿内伏；若灰黑而干，舌质红绛的，是热极伤阴。又据现代研究，Addison 病也可见到黑苔。

【病案举例】

陈某，男，30 岁，时适炎夏，症见身热（体温 38.2℃）神疲，心烦，口干喜饮，但饮不多，舌质红苔灰黑，薄而不燥，脉虚。拟清暑益气养阴之剂，方选生脉散加味：麦冬 10g，五味子 3g，沙参 10g，元参 10g。2 剂后症平黑苔退。

按：患者炎夏伤暑，暑邪耗气伤津，伤阴伤阳，本例患者热极伤阴致使舌苔灰黑而干，舌质红绛，舌为心之苗窍，本病宜从心而治，方用生脉散滋心阴，救心气，元参上潮肾中真水于心位，亢盛之心火得以收敛，心肾恢复水火既济，黑苔自去。[27]

第十三节 痹 症

【病案举例】

张某，女，44岁，茶农。1998年5月1日诊。丈夫代诉：近3年居住庐山之中，每逢采茶期在林中作业，下肢被露水浸透。今逢采茶，加之身体不适，又遇雾雨作业，感觉全身酸楚，疼痛，饮食减少，未曾治疗，已有2周，现症状加重，步履困难，其夫背负来诊。症见面色白，心悸气短，倦怠乏力，声音低怯，大便溏，骨节酸痛，不思饮食，舌质淡，苔白厚，脉沉细无力。证属风湿在表，肺脾气虚。拟红参10g，麦冬10g，五味子6g，生麻黄10g，薏苡仁60g，光杏仁6g，炙甘草6g，制附片15g，细辛3g，3剂，水煎温服。二诊：步履来诊，症状大减，续上方3剂，1个月后随访，康复如初。

按：风寒湿乘虚侵袭人体，注于经络，留于关节，气血痹阻为痹症，且寒邪偏盛，寒性凝滞主痛。加之失治，饮食不进，脾气大虚，脾虚不能除湿，以实转虚。前者遵“病者一身尽痛……可与麻黄杏仁薏苡甘草汤”之旨，加附片、细辛解表祛湿，散寒镇痛。后者补脾益气，急扶正气。诸药合用，正盛抗邪，痹痛自解。[28]

第十四节 郁 证

郁证是指郁滞不得发越之证的总称。

【病案举例】

罗某，女，62岁，教师，1992年5月18日初诊。患者十年前因情志抑郁，劳心过度而感觉乏力，动则气短，失眠健忘，纳谷不馨，虽经多方调治，诸证未能消除。证见精神萎靡，语微声低，气不接续，目涩口干，喜静恶声，心烦易怒，自汗心悸，头晕失眠，倦怠乏力，食欲不振，舌淡红少津，苔薄白，脉细。血压80/60mmHg。证属气阴两虚，心神不宁。治拟益气养阴，安神定志。处方：西洋参10g，麦冬15g，五味子9g，炒枣仁15g，白芍10g，陈皮9g，甘草6g，大枣5枚，浮小麦30g。服药6剂，自觉诸证大减。效不更方，

加山药15g，继服10剂，诸证悉除。血压升至110/75mmHg，嘱继服生脉饮口服液、保和丸以善后。

按：《临证指南医案·郁》华姻云**按：**“郁则气滞，气滞久必化热，热郁则津液耗而不流，升降之机失度，初伤气分，久延血分，延及郁劳沉疴。”患者性情抑郁，多思善虑，忧郁不解，脾气日损，心之阴血暗耗，而见心脾气阴不足诸证。因其年高体弱，病程较长，不耐寒温，徒用温补恐耗伤阴血；徒用清凉虑脾胃受损。故取生脉散之益气生津，加枣仁、大枣、浮小麦养心安神；合山药、陈皮健脾益气；配芍药、甘草酸甘化阴，使脾气健，阴津生，津气布，心神安则诸证自愈。[29]

第十五节 血 症

凡血液不寻常道，或上溢于口鼻诸窍，或下泻于前后二阴，或渗出于肌肤所形成的疾患，统称为血症。感受外邪，饮酒过多或嗜食辛辣厚味，情志过极，劳倦过度，久病或热病之后均能引起此病，其基本病理分为火热熏灼，迫血妄行；气虚不摄，血溢脉外。生脉散对气阴两虚证型疗效良好。

【病案举例】

1. 梁某某，男，61岁，广东省三水市人。反复咳嗽、咯痰10年，加重1周，并双下肚皮下出血3天，于1992年7月21日以“慢性支气管炎、肺部感染、皮下出血原因待查”收入内科病区。病人患高血压病10余年，脑梗死3年。1991年初在广州某医院做CT，结果为肝硬化并肝内多发性囊肿、胆囊结石、脾肿大、右肾结石并囊肿。入院后查体，血压165/105mmHg，体温、脉搏、呼吸均正常，神清、查体合作、瞳孔等大等圆，对光反射存在巩膜无黄染，全身浅表淋巴结不肿大，双下肢满布红色出血点，小如针尖，大至6mm，平铺皮下，压之不退色，心率72次/分，律欠整，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音、双肺呼吸音粗，中下肺可闻及干、湿啰音，腹软，肝肋下未触及Murphy征阳性，脾肋缘下3cm，质较硬，右肾区压痛、叩击痛，神经系统检查：左侧巴氏征阳性。肝功能检查，HBsAg

（+），麝香草酚浊度试验，脑磷脂絮状反应（++）；血小板 100×10^9/L，出血时间3分钟，凝血时间4分钟。经抗感染、祛痰、降压、保肝、止血等治疗，咳嗽、咯痰、高血压等基本控制，惟下肢出血点逐渐增多，鲜红色，且伴有形体消瘦、心悸乏力、食欲不振、便下鲜血等症状。舌质淡少苔，中间舌苔微黄，边薄白，脉滑而无力。证属气阴两虚，气不摄血，虚火灼络。治宜益气养阴，佐以活血止血。方用生脉散加味。药用：红参6g（另煎），黄芪15g，麦冬12g，五味子10g，丹参30g，赤芍10g，山楂15g，茯苓15g，白术10g，陈皮6g，白茅根30g，田七末3g（冲），槐花10g。3剂每日1剂，水煎分2次温服。服药后，出血明显减退。心悸、乏力、便血等症状显著减轻，仍食欲不振，舌质淡，苔薄白，脉滑，上方加鸡内金10g，6剂后（煎服法同上），下肢出血点全部消退，无便血、心悸等证，自觉肢体有力，食欲增加，舌质淡红，苔薄白，脉滑。

按：该患者属久病、多病之体，一方面久病多病使正气亏损，气虚不摄，血溢脉外而致出血；另一方面久病多病使阴津伤耗，以致阴虚火旺，虚火灼络，迫血妄行而致出血，再者久病入络，使血脉疲阻，血行不畅。血不循经而致出血。故用生脉散加黄芪、白术、茯苓；益气养阴为主，以丹参、赤芍、山楂、田七、白茅根、槐花活血。凉血止血为辅，药中病机而获良效。[30]

2. 李某，男，35岁。1992年5月因殴斗致头部肿胀，血迹斑斑，口鼻出血鲜红色，量为120ml，西药局部治疗有效，虽经输血输液，出血不得改善。且心悸心烦，面色㿠白，萎靡不振，失眠多梦，胁痛，口苦易怒，舌红苔白，脉细数无力。CT诊断为颅底骨折，邀余会诊。急则止血，又虑其“有形之血不能速生，无形之气所当急固”，宜益气止血并行。方选生脉散合秘红丹加味：人参10g（另炖兑入），麦冬15g，五味子6g，大黄6g，肉桂6g，代赭石12g，三七粉7g（冲服），藕节5个，白茅根30g。水煎服日1剂，3天后出血量减少，但口苦胁痛，烦躁不得卧，舌红脉弦数。证属肝经实火。治宜清肝泻火，凉血止血。方予龙胆泻肝汤合秘红丹加味：龙胆草12g，栀子15g，黄芩15g，柴胡12g，木通12g，当归12g，车前子10g，生地3g，肉桂6g，大黄6g，代赭石10g，白茅根30g，藕节5

个，三七粉5g（冲服）。水煎服，每日1剂，6剂病愈。[31]

3. 马某某，男，56岁，干部。患者舌面渗血多年，于1993年元月14日就诊。主症：舌面出血，血色鲜红并兼口干腥涩，舌赤、少苔、边有痕点，脉数芤。

辨析：脉数花为热与积血之象，舌赤少苔且有瘀点为阴虚内热且有痕血之候。急投犀角（水角牛代）地黄汤加减。意在滋阴凉血、散瘀止血。方药：生地20g，炒槐花、山萸肉、山药各15g，犀角（水角牛代）2g，茯苓、泽泻各10g，炒蒲黄9g，麦冬13g，三七粉（冲）3g。

二诊：舌衄量少，舌质暗红，以生脉散滋阴、止血、散瘀。用西洋参性凉补气血，恐炉灶虽熄余热犹存；麦冬甘寒补水而清燥金；五味子酸温敛肺生津；丹皮、藕节、槐花滋其阴熄其火，化瘀生新。

三诊：衄渐止，效不更法，仍宜生脉散调治。继服中药7剂而愈。

按：本案历时数月，又年事偏高，定耗伤阴血，虚热内生，故只用犀角（水角牛代）地黄汤凉血化瘀，再用生脉散调服以补充化源、滋养阴液，求其根本，衄止而愈。[32]

第十六节 眩 晕

眩是指服花，晕是是指头晕，二者同时并见称“眩晕”，轻则固目即上，重则如坐车，船常伴有恶心，头痛，汗多的症状。

【病案举例】

张某，女，57岁，高血压病多年，于某西医院住院治疗，2003年8月27日会诊。患者头晕，心悸，耳鸣，乏力，头晕时闭目稍舒，口干喜饮，不思饮食，小便频，大便略干。舌淡红苔黄略燥，脉弦细。辨证为气虚肝旺、湿浊蕴热，以东垣清暑益气汤加减治疗。处方：黄芪9g，当归6g，党参9g，麦冬10g，五味子6g，苍术、白术各9g，青皮、陈皮各9g，黄柏10g，知母10g，猪苓、茯苓各15g，瓜蒌20g，天麻12g，旋覆花10g，广郁金10g，泽泻10g，葛根15g，枳壳12g。7剂。药进4剂即晕减力增，再诊时随症加减，病情基本稳定。

按：患者气虚之体感受暑湿，湿热内蕴，引发肝阳上亢而致头

晕，治以补气、清化湿热。姜老师治疗此证时强调注意补气与清化湿热的关系，过于补气则助热，过于清化则伐气，关键在于协调两者之间的平衡。掌握药量也很重要，尤其是参、芪二味量不宜多。方中以黄芪、当归、生脉散补气养血；苍术、白术、青皮、陈皮、知母、黄柏行气清热燥湿；茯苓、泽泻渗湿；瓜蒌、郁金、旋覆花、枳壳宽胸理气，宣畅中焦气机，使气化湿行；天麻、葛根平肝潜阳。诸药谨守气虚湿热病机，全面出击，所以不治晕而晕自除。[33]

第十七节 中 风

又名：卒中，以卒然、昏仆、不省人事，伴有口眼歪斜半身不遂，语言不到或不经昏仆而仅以㖞僻不遂为主证的一种疾病。

【病案举例】

张某，女，56岁，工人。因情绪激动于2001年3月突然出现左侧肢体无力，急由120急救中心就近送医院救治。头颅CT示，右侧丘脑出血，治疗半月，肌力达Ⅲ级。CT示：血肿基本吸收。但患者不能行走，心烦急躁，遂转入我院。症见：眩晕，左侧肢体麻木无力，心烦急躁，食少眠差，二便尚可，舌嫩红少苔、呈草莓状，脉沉细。中医诊断：中风，中经络，阴虚型。治疗给生脉散加味，枸杞子、麦冬各15g，五味子、生麦芽、甘草、当归各6g，怀牛膝、丹参、百合、刺蒺藜、人参各10g，每日1剂，分早、晚2次，温服。治疗半月，眩晕、肢体麻木缓解，能自己行走，肌力Ⅳ级，出院。后继服半月，随访1年，无复发。

按：中风之发生，主要因素在于平素气血亏虚，心肝肾三脏阴阳失调，加之气愤郁怒、劳累过度、醉酒饱食等因素，使气血运行受阻，形成上实下虚，阴阳不相维系的危急证候。病机虽复杂，但基础均为平素积损，气血亏虚。故治疗采用益气生津，敛阴补虚之法，用人参为君药，补元气，生津液。现代医学研究：人参对中枢神经系统有兴奋作用，能提高机体对有害物质刺激的抵抗力，又能调节胆固醇及醛固酮分泌；臣以麦冬清热养阴除烦，佐以五味子酸温，敛阴生津，可聚耗散之气。二者配伍，具酸甘化阴之功，并有降低血糖、镇

静、消炎、阻滞动脉硬化作用。诸药合用，奏益气、清热、敛阴之效。使气复津回，阳潜阴存。临床结果证实生脉散能提高机体免疫力，改善全身症状，缩短病程，给中风患者早日康复带来很大好处，且使用方便，副作用小，经济有效，值得临床推广应用。[34]

第十八节 小便频数

小便频数是中医的证名，多因肾阳虚衰，膀胱气化失约，脾主运化水湿失司，肺主治节失司，气阴两伤，化源断绝也是本病的重要原因。

【病案举例】

某男，52岁，工人。1995年7月因多尿、多饮7天入院。7天前因中暑在车间晕倒，经厂卫生所治疗好转后出现尿频，每日约30余次，伴口渴、喜饮水，全身乏力，气短。尿道无热、痛感。厂卫生所治疗无效（用药不详）。入院后经检查排除了糖尿病及尿路感染。患者舌淡红苔少，属中医气阴两伤，膀胱失约之证。给生脉注射液60ml加入5%葡萄糖液500ml中，静脉滴注，当晚仅小便2次。以后日输注1次，2天后恢复正常，口不渴，饮水减少。入院后4天痊愈出院。

按：本例患者伤暑，气阴两伤，膀胱气化失约，故见尿频，生脉散补气生津，滋阴敛汗，疏心火下达于肾，肾水上潮于心，水火既济，阴平阳秘，膀胱气化有权，诸症自除。[35]

第十九节 脱 发

脱发是一种常见的皮肤病，可分为男性型脱发（又称雄性激素源性脱发、雄性秃，俗称早秃、谢顶或地中海等）、脂溢性脱发（又称脂秃）、斑秃等十几种。常见的脱发大多为男性型脱发（占脱发患者50%以上）和脂溢性脱发（占45%以上），其他类型的脱发则总共只占脱发患者总数的5%（其中斑秃占3%，其余的约仅占2%）。有许多人包括很多医生总把脂溢性脱发与男性型脱发混为一谈，其实

这是一种混淆不清的谬误，因为脂溢性脱发除了有与男性型脱发相同的雄性激素水平异常的原因外，还具有其本身所独有的原因和特征。脂溢性秃发是在皮脂溢出过多的基础上发生的一种脱发，其症状为患者头皮脂肪过量溢出，常伴有头屑增多，头皮油腻，瘙痒明显。多发生于皮脂腺分泌旺盛的青壮年。患者一般头发细软，有的还伴有头皮脂溢性皮炎症状。开始逐渐自头顶部脱发，蔓延及额部，继而弥漫于整个头顶。头皮油腻而亮红，结黄色油性痂。脂溢性脱发是一种永久性脱发，有些男性在发育后，即开始出现脱发，进而头发油腻发亮，头皮屑慢慢增多，经常出现奇痒，有时头发干枯无光泽，只要用手抓一抓，头发就会脱落，特别是两侧额角还会发生慢性弥漫性脱发。

【病案举例】

格某某，男，50岁，英国人，初诊日期1997年1月31日。患者近一年来进行性脱发至全秃，晨起口苦，饮食二便调。查：苔薄白，脉沉。辨证为肝肾阴虚，治以滋阴养血，补益肝肾，处方：北沙参30g，五味子10g，麦冬15g，生地10g，白芍10g，当归10g，川芎10g，杏仁10g，橘红10g，黑芝麻10g，炙首乌15g，丹皮10g。患者带药回国服用，二个月后长出淡黄色新发，一年后寄来一张长满浓密金发的照片，国际友人异常感激。

按：此病案为脱发症，中医认为脱发是由于多种原因导致精血不能畅荣毛发所致，关师认为此病人年近50岁，肝肾已虚，肾藏精，其华在发，肝藏血，发为血之余，肝肾亏虚则脱发，亏虚甚者则全秃，方用四物汤养血活血，生脉散补气养阴，改用北沙参加强补阴之功，关师认为五味子可以养五脏之阴，四物汤和生脉散两方合用，滋补肝肾之阴，而不腻补、呆补，不碍胃，不助热，从补阴养血达到滋补肝肾之功。[36]

第二十节　善恐善惊

善恐善惊是以心虚气弱、容易受惊吓恐慌为特点的一类证候。

【病案举例】

王某某，男，38岁，农民，初诊日期2000年4月29日，患者于

1999年7月一次排便中，突然产生一种欲死感，而自己大叫，面色苍白，心慌不已。自此以后，每日均有数次发作，自觉双下肢血向头上涌，恐惧，发作时心慌、出汗，发作过后周身乏力，头晕沉，腹部不适，有欲排便感，胸痛，精神紧张，懒言，食欲不佳，夜晚不敢睡觉，睡眠时恶梦不断。经全面检查未见异常，曾服镇静药及中药，治疗近10个月无效。查：舌红，苔薄白，脉沉弦。辨证：气阴不足，心肾两亏。治以益气养阴，心肾双补。处方：党参10g，五味子10g，麦冬15g，旋覆花10g，生赭石10g，生地10g，白芍15g，当归10g，川芎10g，牛膝15g，远志10g，首乌藤30g，琥珀5g，患者服药10剂后，恐惧感及紧张感减轻，未再出现自觉双下肢血向上涌的感觉，原方加减服用40剂，诸症消失，缠绕10月余的疾病痊愈。

按：此病案属中医“善惊善恐”症。引起此症的病因病机多种多样，关师认为与心肾有关，为气阴不足、心肾两虚所致，心主神，气血一虚，心神失守，则善惊恐，恐为肾志，肾阴亏虚亦善恐，本例患者乏力、心悸、自汗、头晕多梦、夜晚惊恐加重不敢入睡，为心气血不足，肾阴亏虚，关师选方不是常规四君子汤、八珍汤及六味地黄丸之类等，而是用生脉散双补气阴，用四物汤补阴养血，加以镇惊安神的琥珀，药到病除。生脉散多用于肺、心两经气阴两伤之证，四物为滋阴养血之剂，在此关师用这两方加减应用，体现了中医气、血、精相互转化之理，起到了心肾双补、气阴两补的作用。[37]

第二十一节　考试紧张综合征

【病案举例】

姚某某，女，14岁，初诊时间：1998年4月11日。主诉：阵发性失眠，健忘，食少3月余。患者平时睡眠，饮食如常，但一近考试及考试中就出现失眠、多梦、头晕脑胀、记忆力明显下降，疲乏无力，饮食明显减少等症。现其面白，神倦，舌淡红，苔薄白，脉细弱。中医辨证属气阴两伤，气不摄阴，阴不养神，神不守舍所致。治用生脉散，药用：人参10g，麦冬15g，五味子6g，每日1剂，连服10天。服用以后症状明显减轻，精力充沛，睡眠转好，考试成绩明

显提高。

按：此病多因情志所伤，忧虑成疾，伤及气阴，气不摄阴，阴不养神，故出现神思恍惚，夜不能寐，记忆力明显下降，饮食减少等症，用生脉散养气阴，安神定志，故可收到较好的临床效果。

第二十二节 水土不服综合征

因到陌生地方而产生的不适应的证候，以腹泻常见。

【病案举例】

李某某，女，28岁，初诊时间：1999年2月13日。主诉：反复腹泻、食少3年余。患者丈夫在西藏自治区拉萨工作，每年进藏探亲1次，每次进藏后皆出现腹泻、食少、心悸、头晕等症。现就诊时患者如常人，舌质、舌苔均正常。患者此次进藏前3天，开始服用生脉散：人参10g，麦冬15g，五味子6g。每日1剂，连服10天。自用上方后，以上症状明显减轻，且3天后就基本恢复正常。以后每次进藏前皆服用此药。

按：中医认为，人与天地自然界阴阳之气相通应。人体必须随着自然界阴阳二气的消长运动，及时地进行适应性调整。若人改变了长期生活的周围环境，尤其是海拔相差太大、地域相距较远的环境，常不能适应，而易出现阴阳失衡气血失调。生脉散能益气养血，调整阴阳，增强人体适应环境的能力，使阴阳恢复相对平衡而缓解以上症状。

第二十三节 化疗不良反应

化疗期间，身体多病不适证候的通称。

【病案举例】

周某某，男，50岁，初诊时间：1999年4月7日。主诉：恶心、呕吐、食少7天。患者系食道中段鳞癌术后。化疗第一周期时出现明显的恶心、呕吐、厌食、眠差等症状。此反应持续近7天。现患者面色㿠白，少气懒言，舌微红，苔少，脉细弱。其证属术后及化疗后伤

及气阴，气阴两伤，胃气逆乱所致。嘱患者每次化疗前2天，开始服用生脉散：人参10g，麦冬15g，五味子6g，每日1剂，连服10天。服药后患者仅出现轻度的恶心、饮食减少等症。4天后以上症状基本消失，后顺利完成整个化疗计划。至今存活。

按：恶性肿瘤病人术后行化疗，在脏腑亏虚的基础上，进一步可造成生理功能失调，导致人体阴阳气血、脏腑经络功能失去平衡，出现胃肠气机逆乱、气血阴阳亏虚等不良反应。生脉散能益气养阴、调理阴阳。此方对于化疗后出现的白细胞及血小板减少，也有较满意的疗效。[38]

第二十四节 胸汗异味

【病案举例】

曹某，男，28岁，钻井工人，1993年9月9日诊。素体健康，一年前出现胸部汗出，并散发腥臭味，气秽难闻，去某省医院系统检查均未见异常，皮肤科检查也无腋臭，经多种中西药内治外治疗效不佳，且汗出异味日益加重，无奈夫妻分床而寝。邀余诊治，查见患者体态丰腴，别处无汗，唯胸部汗出，且有异味，纳可便调，余无所苦。舌淡红，苔薄黄腻，脉弦细滑。按肝经湿热论治，投龙胆泻肝汤化裁。药进6剂，病情无任何改善。追问详情，虽汗出然不黏衣，量亦不多，只是嗅之异味。因久治无效而郁闷烦恼，并有轻生念头。分析脉证，当从心虚肝郁论治，甘麦大枣汤合生脉散加味：甘草15g，小麦30g，大枣八枚，合欢皮20g，党参20g，麦冬12g，五味子12g，白芷15g，藿香9g，水煎服，每日1剂。服药5剂汗出明显减少，异味亦减。守法守方续进10剂，诸证悉除。追访二年，健康未发。

按：别处无汗，仅有胸部汗出，中医名曰“心汗”，常见于心气虚弱证。本例胸部汗出且有臭秽异味，初辨证为肝经湿热，投龙胆泻肝汤无效，后宗心虚肝郁立法而收功。方中甘麦大枣汤养心安神；生脉散益气养阴；合欢皮宁心解郁，白芷、藿香芳香辟秽。诸药共奏养心神、益心阴、解肝郁、辟秽浊之效。[39]

第二十五节 少阴寒化证

本证是阳气虚弱、阴寒内盛所致的病证。

【病案举例】

肖某某，女，10岁，学生。1986年3月10日初诊。其母代诉：该女平素体弱，三月初因患膝关节疼痛，经针灸治疗渐愈。后不久渐觉心急如焚，阵阵发作。经他医诊为心中有郁火，屡投苦寒之剂，而无效。病情反而加重，发作频繁。发时口称心急，两手不断在胸前乱搔。患儿不吃、不喝、不寐，只喊心急难忍。双手不断搔胸，双脚不断踹地。经县医院西医诊为“精神分裂症”，给服安定片、氯丙嗪之类西药均无寸效。急转地区医院求治；经初步诊断为“病毒性脑炎后遗症”。给服地巴唑、安定片均未显效。院方要求给患者抽脊髓化验，其父恐其危险，拒绝化验脊髓，只好回家。无奈中邀余诊治。观其面色苍白，形寒神疲，额部湿润。触之是冷汗。脉沉细，舌淡白。虽手搔胸，喊心急，但有气无力，呻吟声微。查其体温35.8℃。推敲：病初膝关节疼痛，无红肿，乃寒湿入侵，已致阳气不足，复因前医屡投苦寒损伤元阳。又因脾肾阳虚，失于温煦，后天不足。辨证为少阴寒化兼气阴不足症，急需温中祛寒，益气养阴固脱。以四逆汤合生脉散化裁，处方：红参10g（另炖），制附片9g（先下），干姜6g，五味子10g，麦冬10g，炙甘草5g。服一剂后上述症状大减，知药中病机，照前方再进一剂。3月12日二诊：上述病状消失。唯大便秘结不通，改上方减附子、干姜用量，去五味子加当归、大黄、枳实各5g。另以蜂蜜冲服为引，一剂服完，大便畅通，食欲大增，体温升至36.5℃，面色转红润。再以四君子汤善后。随访，至今未复发。

按：患儿平素体弱，元气不足，寒从内生，发病时两手搔胸，双脚踹地。口喊，已急，呈一派假热真寒症状。心虽急燥，而冷汗自出，体温35.8℃，脉沉细，舌淡白，乃因服大量苦寒之剂，使阳更衰，气亦虚，促使阴寒内盛；气阴欲脱之危证铸成。吾投四逆汤合生脉散回阳救逆，益气固脱。方中麦冬虽甘寒，意取反佐，以防格拒不纳之势。从而对症中机，使该病很快治愈。则无推荡之力，冷积阻于

肠胃，从而导致大便秘结不通，并非阳明腑实也。故原方减附子、干姜之量，去掉酸寒之五味，另加大黄、枳实、当归。大黄攻下荡积、推陈致新，当归活血润肠，枳实利气以助导便。[40]

第二十六节 胸 水

以胸腹积水为主的一系列证候。

【病案举例】

患者许某某，男，54岁，干部，入院时诊断为：慢性胆囊炎急性发作，最后诊断为：急性胰腺炎、胃窦炎、右肾结石、肠粘连、血性胸水待查。初诊：1985年9月2日，患者邀余会诊，患者扶双拐，其爱人搀扶入诊室。余观其形体消瘦，面色少华，下肢浮肿，步履艰难，极度疲倦，呼吸急促，张口抬肩，语声继续，呻吟不已，痛苦面容。自诉近日胸部胀痛加重，痛如刀割，痛不可近，胸闷憋气，彻夜不能入睡，呃逆气上，欲食不得，二便尚可，每日抽一次胸水，打一支止痛针，方可缓解。视其舌苔中厚腻、微黄，诊其脉沉弦数有力，余初见病情重笃，虚实夹杂，似无所适从。细思之，详审病史，研其病机，方理出头绪。患者病程长，患有多种疾病，曾三次剖腹手术，已抽胸水计20000ml，气血津液虚损无疑，但胸部胀痛如刀割，胸闷憋气，呃逆气上。X线胸片超生性查中有A超较落后一些检查：胸腔积液（中等量），红细胞沉降率106mm/h，又是看得见摸得着的病邪所在，脉沉弦有力，属实证也。综观脉证，虚实错杂，饮邪壅盛于内，脉沉弦有力，正气苟能一搏，尚可一攻，故师“大陷胸合生脉散”之意，攻补兼施，拟方：人参6g，麦冬13g，五味子6g，山药20g，薏苡仁20g，茯苓15g，泽泻15g，生大黄15g，芒硝6g，郁金10g，赤芍10g，葶苈子13g，2剂，以大黄荡实泄下，芒硝咸寒软坚破结，葶苈子泄肺下水，郁金开胸行气，赤芍活血助郁金行气疏通上源，生脉散扶正气，山药、薏苡仁甘淡健脾胃助生脉散固本，茯苓、泽泻淡渗健脾利水，攻补并用，寓补于攻，前后分消邪去正安。服1剂后，当日大便7次，稀黏液便，胸部疼痛顿减，小便清长，当夜安然入睡，是日未抽胸水和打止痛针。2剂服完后，证趋平稳，纳食稍

增进，但脉舌无明显改变，效不更方，原方复进2剂。第3诊，患者精神好转，每日能进食6两米饭，进食时偶有嗝气引痛胸胁，稀便日行4~5次，小便量倍增，舌苔减退，脉仍沉弦数，病邪未尽，原方再进3剂。上方随症加减共进60余剂，日趋好转，病情稳定。11月5日患者感觉左侧乳房疼痛，可扪及鸡蛋大小肿块。胸片提示：少量胸水成囊泡状。笔者仍以“大陷胸丸合小陷胸汤”为基本方加柴胡6g，苏梗13g，炙甘草10g，穿山甲10g，三棱、莪术各6g，人参6g，炒薏苡仁20g，继续扶正祛邪，疏理肝气，因其胸水局限呈囊泡状，故以三棱、莪术、穿山甲破结，加强攻逐饮邪的力量，守方32剂。胸片提示：右侧胸水吸收，左侧有少许胸水，血沉7mm/h，左侧乳房肿块消失，于12月24日出院。为巩固疗效，康复体质，余拟上方20剂，10剂回家煎服，10剂做成水丸，每次10g~15g，日服2次。患者于1986年3月来院进行胸片复查：胸水完全吸收，随访5年未复发。

按：胸水属于中医“饮邪”范畴，古人对“痰饮”论述多，在此不复引就其病名，类似悬饮、结胸之类，仲景先师十枣汤、大小陷胸汤（丸）是其治疗饮邪的代表方剂；十枣汤药少力猛峻下。况患者多次行剖腹手术，耗伤正气，既有邪实的一面，又有证须得一面，悬饮内停，结于胸下。笔者惟恐病人不支而生变症，为了稳妥故选用生脉散和陷胸类攻解兼施以缓图之。[41]

第二十七节　妇科杂症

【病案举例】

1. 胡某，女，21岁。未婚，1988年5月3日初诊。自述经前舌胀大，语言蹇涩，经期更甚，经净则愈，已半年之久。伴咽痛、声嘶、口干、心烦、失眠多梦、耳鸣、便溏，甚为痛苦，久治无效。诊见神疲乏力，面色萎黄，舌质暗红有齿痕，苔薄白，脉沉细。证系气阴亏虚，浮火上扰。治宜益气养阴，生津降火。处方：太子参9g，麦冬12g，五味子6g，沙参12g，白芍12g，云苓10g，山药15g。5月14日复诊：上药共服10剂，服至第7剂时月经来潮，未觉舌胀蹇

涩，咽干、声嘶、口干、便溏亦愈。仍觉心烦、多梦、耳鸣。上方加生龙牡各15g、阿胶10g（烊化），再进5剂，诸恙若失，随访1年，未见复发。

按：患者经前舌胀语謇，证较少见。但心烦失眠，口干便溏，舌有齿痕，脉沉细等症，显系气阴不足之象，故治以益气养阴法为主。方中太子参、山药、云苓等甘平甘淡相合，有补气健脾之功，而无伤津之弊，中焦健运，则津液生化有源；麦冬、沙参、白芍、五味子养阴生津，阴津复、气不亏则虚火自降。此即气生阴，阴载气，气阴相辅相成，共盛共衰之义也。药证相符，故获佳效。[42]

2. 王某某，女，41岁，1982年4月16日初诊。自诉原偶有头晕病史。三年前，因月经持续月余，医治无效而做子宫内膜活检，不幸将子宫误伤导致大量失血，经手术抢救而病情缓解。此后眩晕常作，多在清晨发生。现常觉心累、气短、心前区疼痛、畏寒、神疲，每月月经仅有极少量黑色分泌物，不须特殊处理。舌质淡，有齿印苔薄腻，脉沉细。诊断：眩晕兼胸痹。证属阴血亏虚，血虚及气，阴损及阳。治疗宜养阴扶阳，益气生血。用复元新方加味进行治疗，药物选用熟附片、细辛、麻黄根、柴胡、五味、桂枝、红花、泽兰、鸡内金、炙甘草各10g，全瓜蒌、薤白、龙骨、牡蛎各15g，白芍、麦冬各20g，党参、小麦、大枣各30g，服上方4剂，病人自觉舒适、清爽，惟左面部感肿胀。继服上方4剂，饮食、睡眠大有好转，眩晕未作。原方减泽兰、鸡内金续服8剂，经量有所增加，色红，可持续2天。继上方加明参、怀山药、钩藤、首乌各30g，又服8剂，病人自觉痊愈，要求停药。

按：本例阴血不足为主要病因，但血与气关系密切，阴血亏虚可致气虚，气虚又可致血运迟滞，同时气虚日久致阳虚，以致发展为阴阳两虚。因此用复元新方温复阳气、疏肝健脾、调和五脏；再用桂枝、红花、龙骨、牡蛎、全瓜蒌、薤白等温通心阳，安神定志；加小麦、大枣与甘草来润燥缓中。通过补益阳气、疏肝气、健脾胃以调理脏腑功能而使气旺血生、阴阳协调。[43]

3. 李某，女，23岁，已婚，汉族。1989年12月25日入院。患者于1989年11月11日顺产一胎，产后每晚仅睡二至三小时，入睡

便作恶梦，白天不寐，常怀疑有人要害自己的小孩，已四十天。

初诊症见：失眠头痛，精神抑郁，神志恍惚，体倦乏力，纳呆便秘，小便如常，舌淡红，苔薄白，脉细弱。检查三大常规、胸透、心电图、脑电图、肝胆B超均正常。中医诊断：不寐，西医会诊诊断：抑郁证。病机：气血两亏，心神失养。治则：补气益血，养心安神；方选归脾汤加减。处方：党参30g，当归10g，炙甘草10g，远志6g，茯苓15g，酸枣仁10g、北芪30g，白术10g、川芎10g，夜交藤15g、生龙牡各30g。十剂，日服一剂，水煎，复渣，早晚分服。

1990年元月5日：患者睡眠较前好，每晚能入睡四小时，梦少，胃纳时好时差，仍觉头痛、疲乏，精神抑郁，便干，舌淡红，苔薄白，脉细弱。效不更方，照上方加木香7g、柏子仁20g。再服十二剂，煎服法同前。

1990年元月23日：患者症减，每晚能睡四至五小时，梦少，胃院痛，头痛，精神抑郁，大便秘结，舌淡红，苔薄白，脉弦细。证属脾虚肝郁，胃气阻滞，心神失养，治宜健脾疏肝，理气安神，拟用香砂六君子汤合生脉散加味。处方：党参25g，白术15g，茯苓15g，炙甘草10g，木香6g，砂仁6g，麦冬15g，五味子6g，生龙牡各20g，郁金15g，川菖蒲6g，首乌25g，柴胡12g，川芎10g。十七剂，日服一剂，煎服法同前。

1990年2月11日：患者诸症明显减轻，每晚约睡六小时，饮食佳，精神好，但仍时有头晕，口干，便秘，舌淡有齿印，苔薄白，脉沉细。用甘麦大枣汤合四君子汤加味调治十日，痊愈出院。

按：本例患者因产后失血，气血亏虚，心神失养，心虚则神不守舍，故不寐，恶梦多，精神抑郁，神志恍惚，疑有人害子。《景岳全书·不寐》云："无邪而不寐者，必营气不足也，营主血，血虚则无以养心，心虚则神不守舍。"正与本例气血两亏，心神失养之病机相切合。治疗用具有养心健脾，益气补血之功效的归脾汤；加夜交藤、柏子仁、生龙牡以加强养心镇静安神的作用，加川芎配当归补血以治血虚头痛。用药对症，故病情日渐好转。继因胃院痛，精神抑郁，大便秘结，脉弦细，系脾虚肝郁，胃气阻滞，心神失养，正如《素问》云："胃不和则卧不安。"故用香砂六君子汤健脾理气，加麦冬，五

味配党参补气养阴，首乌、川芍补血，柴胡、郁金疏肝解郁，龙牡重镇安神，川菖蒲醒脾。诸药合用共凑健脾理气，疏肝解郁，养血安神之效。连服十七日，诸症明显减轻。最后用甘麦大枣汤合四君子汤补气健脾，养心安神巩固疗效。[44]

第二十八节 调元生脉散证治

调元生脉散出自元朱震亨《幼科全书》，其作用为大补肺气、固表止汗、益肾水、利水消肿、托毒排脓，故凡诸脏气虚皆可用之。方由人参、黄芪、麦冬、五味子、甘草组成。临床症见因气阴不足所表现的体倦、气短，或热伤气阴所致的气阴两伤而气短、体倦无力、口渴多汗、咽干舌燥、脉虚弱，以及久咳伤肺，气阴两伤，干咳短气，自汗者，均可加减应用。临床用于小儿久热不退案、外感发热案和夜热案，疗效满意。

【病案举例】

（一）久热不退（疳热）案

1. 廖某某，男，2岁，1993年3月25日初诊。母代诉，反复低热（体温37.5℃～38℃）已7个多月，虚烦少寐，寐时汗湿衣服，纳差，口渴多饮，大便溏时见完谷不化，小便清长。服药热退，隔1～2周又低热。曾在儿科门诊用抗生素、维生素等治疗，效果不显，建议住院，家长不愿继续用西药治疗，转入中医科求诊。诊见体温38℃，形体消瘦，自汗，面色萎黄，毛发焦枯而稀少，肌肤松驰，神疲懒言，哭声低微；舌质淡、苔薄白，指纹沉谈。此乃病久气阴两虚，脾尤不足，热入营阴，是疳热也。治宜益气养阴、健脾清热为主，投调元生脉散加减治疗。药用党参9g，黄芪9g，沙参6g，元参6g，五味子3g，淮山药9g，白术3g，浮小麦15g，茜根3g，银胡3g，白薇3g共煎，每日1剂，分3次口服。5剂后，体温37.3℃，面色较前红润，寐安静，盗汗止，食欲增进。唯大便仍溏，效不更方再服16剂，体温一直正常，再服5剂善后，诸症全愈。随访2年未见复发。

2. 李某某女，3岁，1992年6月20日初诊。母代诉病儿反复发热20多天，病后大便溏小便少，曾在儿科应用抗生素、抗病毒、抗结核等治疗，疗效不显而入中医科求治。诊见壮热（体温39.8℃），无汗，口渴引饮，体瘦，肌肤松弛，目赤，唇舌娇红，苔薄白，此属久热气阴两虚，热入营阴。治以益气养阴、清热法。方用调元生脉散加减治疗。药用党参9g，黄芪9g，麦冬9g，五味子9g，沙参6g，淮山药9g，茯苓9g，葛根9g，乌梅6g，茜根6g，银胡9g，白薇9g，共煎服药2剂。6月22日复诊，见体温38.2℃，诸症减，舌质转淡，苔薄白，小便清长。此为津液已复阳虚也显，治守上方加熟附片3g，又服3剂，加用紫雪散2瓶，分2天冲服。后又服5剂，热退，体温正常。再用参苓白术散（汤）5剂善其后。

（二）外感发热（气阴两虚，复感同邪）

何某某，男，2岁。1992年6月15日初诊。母代诉病儿反复发热已3个月。曾在儿科治疗，出院后反复发热，尤以夜间为甚，有时体温达39℃，服药退热，药过复热，夜寐欠安，烦泻多饮，盗汗，纳食尚可，大便结，小便黄。诊见体温38℃，体瘦，肌肤松驰，面色萎黄，目赤，呼吸急促，咽微红喉有痰鸣音，舌淡，苔薄白。两肺可闻及少许干湿性啰音。辩证此为气阴两虚，复感新邪（热邪）。治则益气养阴解表，清热化痰。方用调元生脉散增损治疗。组方党参10g，黄芪10g，淮山药10g，玄参6g，五味子3g，沙参10g，葛根3g，银胡6g，桑白皮9g，贝母6g，藿香6g，鱼腥草10g（后下），给药3剂，每日1剂，煎水分4次服。6月22日来诊，母诉服药后热已退，体温已正常，唯咳嗽，盗汗，喉间痰鸣音不减，纳呆，多饮。见咽红，舌淡，苔薄白，两肺啰音已消失。治守上方去银胡，加百部10g、紫菀10g，继续服五剂，诸症痊愈。

（三）夜热案（气阴两虚，热入营阴）

张某某，男，2岁。1992年7月15日初诊。母代诉病儿反复晚间发热（体温38℃～39℃）已1月余，大便溏烂，小便黄。病儿每每晚间发热而急诊或自用退热药。西医曾用抗生素、解热之类药物，

临床效果不显，而转中医科治疗。诊见面色较苍白，烦躁、咽部充血，扁桃体Ⅱ度肿大、充血，舌质淡，苔薄白，两肺呼吸音粗糙。辨证分析，咽部充血，扁桃体肿大、充血，烦躁属阴虚阳亢，热入营阴所致。治法不可苦寒泻火，而用益气养阴清热以调元，使阴足阳潜，阴阳平衡。方用调元生脉散加减治疗。组方为党参10g，黄芪10g，麦冬10g，五味子6g，淮山药15g，元参10g，葛根6g，银胡6g，白薇6g，甘草3g，共3剂，每日1剂水煎，分3次内服。7月22日复诊，母代诉服3剂药后夜热除，诸症大减，再进4剂，药毕，病儿痊愈，继取2剂巩固疗效。

按：方中人参以党参代替。党参、黄芪补肺益气，固表止汗以生津为主药，麦冬养阴生津为辅药，五味子敛肺止汗，甘草取之甘温除热之意又可协调诸药之用。余药为临症调遣运用。

小儿为稚阴稚阳之体，阴阳两者均为不足，发病易于热化，伤津，津伤气耗，故病多变迅速，调治不善多是病重病久，久病者多为气阴两伤。例1、例2均属疳热，气阴两虚。例1示脾虚太甚，津血生化之源不足之故，正是阴不生阳不长也，用益气健脾之白术、淮山药、党参、黄芪。药后阳气得以生，阴气亦复，故药后热退。例2阴津已复，但阳虚也显，故用熟附子片以温下元，取阳生阴长之理，又余热未清稍加紫雪散助治疗。例2为气阴两虚，复感新邪，正邪留恋。以调无生脉散扶正，稍佐葛根、藿香解肌透表，银胡清营分热，药证相符，药到病除。夜热案之咽红，扁桃体肿大、充血，示阴虚阳亢，热邪入阴，不用苦寒泻火，专用益气养阴以调元，阴足而阳潜，阴阳平衡，诸症皆愈。[45]

参考文献

[1] 谭学林．王祖雄教授辨治秋冬时病的经验．贵阳中医学院学报，2000，22（1）：17

[2] 李政木．古方加味治疗痰火咳嗽验析．吉林中医药，1995，（4）：13

[3] 吴光炯．王祖雄教授止咳三步法．贵阳中医学院学学报，1994，16（1）：12

[4] 张玲．生脉散和二陈汤加味治疗老年性咳嗽．现代医药卫生，2004，20

(4)：278
[5] 顾凤琴．干咳——从肝治初探．光明中医杂志，1996，(4)：9
[6] 梁学琳．持续不明原因高热治验一则．江西中医药，2003，(10)：23
[7] 党志川．尹锡泰医案举隅．中等医学教育，2000，(S1)：121
[8] 朱玉荣．应用“金水六君煎”加味治疗老年痰湿证的体会．中国乡村医药，1995，2 (11)：511
[9] 汪铃．魏长春治验三则．安徽中医临床杂志，1994，6 (1)：26
[10] 刘青．田玉美辨治急性呼吸窘迫综合征的经验．湖北中医杂志，2000，22 (4)：3
[11] 潘智明．生脉注射液治疗急重证举隅．实用中西医结合杂志，1997，10 (5)：469
[12] 王柏康．救治严重肺胀1则．新中医，1994，(8)：46
[13] 盛京．生脉饮临床运用．四川中医，1994，(9)：14
[14] 王慧英．关幼波用生脉散合四物汤加减治疗疑难杂症举隅．北京中医，2001，(1)：3
[15] 刘永业．赵清理教授用生脉散加味治心脏疾患验案举例．国医论坛，1994，(2)：22
[16] 崔树欣．“扶阳抑阴”在诸多老年疾病中的运用体会．中医药学报，1998，(4)：20
[17] 余新觉．阴虚水肿治验3则．安徽中医临床杂志，1998，10 (2)：101
[18] 盛京．生脉饮临床运用．四川中医，1994，(9)：14
[19] 郭子光．少阴病格阳证的治疗探讨．新中医，1997，(8)：10
[20] 郭子光．少阴病格阳证的治疗探讨．新中医1997，(8)：10
[21] 罗国钧．急危重症治验举隅．山西中医，2002，18 (4)：4
[22] 刘玉敏．急症验案六则．江西中医药，2004，(7)：52
[23] 韩斌．小陷脚汤合生脉散加味治疗胸痞证．中医药研究，1996，(2)：28
[24] 李欧亚．养阴攻下治疗阳明里实证1例．黑龙江中医药，1997，(1)：25
[25] 陈建军．生脉散的临床新用．安徽中医临床杂志，2001，13 (3)：210
[26] 肖明珍．“脾约”辨治体会．河南中医，2004，24 (8)：50
[27] 林其盛．黑苔治验3则．福建中医药，1997，28 (1)：43
[28] 陈建军．生脉散的临床新用．安徽中医临床杂志，2001，13 (3)：210
[29] 吴建华．生脉散治疑难病举隅．河南中医，1994，14 (6)：363
[30] 谢海青．生脉散加味治愈双下肢皮下出血体会．1998，17 (1)：47
[31] 葛保立．出血性疾病辨证论治．河北中医，1995，17 (5)：22

[32] 孔祥鹏．舌衄治验．新疆中医药，1999，17（4）：
[33] 李春颖．姜良铎教授巧用东垣清暑益气汤举隅．北京中医药大学学报（中医临床版），2005，12（4）：42
[34] 李惠玲．生脉散治疗阴虚型中风30例．陕西中医，2004，25（7）：605
[35] 田芸台．生脉注射液治疗某些慢性病举隅．华西医大学报，1996，27（增刊）：105
[36] 王慧英．关幼波用生脉散合四物汤加减治疗疑难杂症举隅．北京中医，2001，（1）；3
[37] 王慧英．关幼波用生脉散合四物汤加减治疗疑难杂症举隅．北京中医，2001（1）：3
[38] 龙惠．生脉散新用验案3则．成都中医药大学学报，2002，25（1）：60
[39] 孙维民．甘麦大枣汤验案举隅．实用中医内科杂志，1997，11（4）：24
[40] 聂代杰．回阳温里法治疗疑难症一例．陕西中医函授，1995，（1）：40
[41] 陈伯青．中医治疗大量血性胸水一例．中国中医基础医学杂志，2001，7（9）：57
[42] 吴建华．脉散治疑难病举隅．河南中医，1994，14（6）：363
[43] 罗霞．张文耀“复元新方”．四川中医，2001，19（12）：3
[44] 张应官．疑难病证治验二则．海南医学，1995，6（2）：110
[45] 蓝桂梅．调元生脉散的临床应用体会．右江医学，1996，24（2）：82

[32] 孔祥骏．百灵治验．新疆中医药，1999，19（4）：
[33] 李春颖，姜良铎教授巧用名方妙治昏盲验案．北京中医药大学学报（中医临床版），2005，12（4）：42
[34] 李志冷．生脉散治疗阴虚型中风30例．陕西中医，2004，25（7）：605
[35] 田芸台．生脉注射液治疗某老瘦性痴呆．湖南医大学报，1996，27（增刊）：105
[36] 王慧英．关幼波用生脉散合四物汤加减治疗眩晕．北京中医，2001，（1）：3
[37] 王慧英．关幼波用生脉散合四物汤加减治疗眩晕．北京中医，2001（1）：3
[38] 龙瑞．生脉散煎用数案3则．皖新中医药天津学报，2002，23（1）：60
[39] 韩瑞民．甘麦大枣汤验案举隅．实用中医内科杂志，1997，11（4）：24
[40] 崔仁杰．回阳救逆法治疗疑难证一例．陕西中医临证，1995，（11）：40
[41] 陈伯青．中医治疗大量血压胸水一例．中国中医基础医学杂志，2001，7（9）：57
[42] 吴建华．脉散治疗疑难病案举隅．河南中医，1994，14（6）：363
[43] 梁晋．张文斌"复元煎方"．四川中医，2001，19（12）：3
[44] 张应青．疑难病证治验二则．湖南医学，1995，6（2）：110
[45] 蓝传宗．丽元生脉散的临床应用体会．石河医学，1996，24（2）：82

下篇

实验研究

第一章 成分分析

生脉散是一首着力于补肺、养心、滋阴从而获得益气生津效果的较为和缓的补气剂。出自《内外伤辨惑论》，由人参、麦冬、五味子三药组成，原方为暑热汗多，耗气伤液。肺虚久咳，气阴两伤证所设，现则广泛用于心脑血管诸疾，随着近年来对益气养阴方剂的深入研究，本方对其他各科疾病的治疗开辟了许多新的领域，以用于治疗内、外、妇、儿、皮肤、眼、耳鼻喉等科的临床疾病，并取得了较好的效果。

一、人参

人参全株含皂苷及挥发油等化学成分。其总皂苷的含量因药用部位、加工方法、栽培年限和产地而异。有报道侧根含6.5%～12.0%，白参2.0%～3.5%，红参3.8%～4.9%，白参须9.3%～12.3%，红参须8.3%～11.7%，一年至六年生人参2.0%～3.5%，人参幼苗根3.0%，参皮8.0%～8.8%，人参叶7.6%～12.6%，花蕾15.0%，种子0.7%。人参主根和侧根中的皂苷有多种，根据苷元可分为三类：①20S－原人参二醇类（母核为达玛烷 dammarane）有人参皂苷（ginsenosides）Ra_1、Ra_2、Rb_1、Rb_2、Rb_3、Rc、Rd，此外，

尚有乙酰人参皂苷（acetyl－ginsenosides）Rb_1、Rb_2、Rc，丙二酰基人参皂苷（malonyl－ginsenosides）Rb_1、Rb_2、Rc、Rd。②20S－原人参三醇类（母核为达玛烷）有人参皂苷 Re、Rf、Rg_1、Rg_2、Rh_1。③齐墩果酸类（母核为五环三萜齐墩果烷）有人参皂苷 R。

人参经蒸制得红参，不仅使淀粉转为红糊精，使人参颜色变红，而且有部分皂苷也发生了构型的变化，产生了白参所没有的成分。自吉林红参中得到人参皂苷 Rb_1、Rb_2、Rc、Rd、Re、Rg_1，20（R）－人参皂苷［20（R）－ginsenosides］Rh_1、Rg_2，20（S）－人参皂苷 Rg_3，20（R）－原人参三醇［20（R）－propanaxatriol］和人参皂苷 Rh_2，后5种成分只存在于红参中，为红参的特征性成分。有报道，白参所含皂苷以 Rb 族和 Rg 族的含量最高，而 Ro 和 Rc 的含量少或微量。白参须所含皂苷以 Rb 族的含量最高，其次为 Rg 族，而 Ro 含量最低，用酸水解后得大量的人参二醇和少量的人参三醇，未能检出齐墩果酸。辽宁产人参根含挥发油约0.12%，油中鉴定含有α－愈创烯（α－guaiene），β－广藿香烯（β－patchoulene），反式丁香烯（transcaryophyllene），蛇麻烯（humulene），β－、γ－榄香烯（β－，γ－elemene），艾里莫酚烯（eremophilene），β－金合欢烯（β－farnesene），β－古芸烯（β－gurjunene）及2，6－二叔丁基－4－甲基苯酚（2，6－ditert－butyl－4－methylphenol）、十七烷醇－1（1－heptadecanol）。

此外，自人参中尚提取出人参炔醇（panaxynol）、葡萄糖、果糖等单糖，蔗糖、麦芽糖等双糖，葡萄糖－果糖－果糖、葡萄糖－葡萄糖－葡萄糖、葡萄糖－葡萄糖－果糖等三聚糖，低分子肽、多胺（精脒、精胺）类化合物、苏氨酸、β－氨基丁酸、β－氨基异丁酸等多种氨基酸及延胡索酸、琥珀酸、马来酸、苹果酸、枸橼酸、酒石酸、软脂酸、硬脂酸、亚油酸、胆碱、B 族维生素、维生素 C、果胶、β－谷甾醇及其葡萄糖苷及锰、砷等。

（一）药理作用

1. 对中枢神经系统的作用：有镇静和兴奋双向作用，与用药时神经系统的功能状态有关系，与剂量大小及人参的不同成分亦有关。

ginsenoside Rb 和 Rc 的混合物对小鼠的中枢神经系统有抑制、安定、镇痛作用，以及中枢性肌肉松弛、降温、减少自发活动等作用。人参水煎剂对很多兴奋药有对抗作用。能减轻中枢抑制药（水合氯醛、氯丙嗪等）的抑制作用。ginsenoside Rg_1、Rg_2 和 Rg_3 的混合物对中枢神经系统呈兴奋作用，大剂量则呈抑制作用。

2. 适应原样作用：人参能增加机体的非特异性抵抗力。增加机体的非特异性抵抗力 人参对各种有害因素如物理的（冷冻、高温、过度运动、高压或低压）、化学的（各种毒剂、麻醉药物等）、生物的（异种血清、细菌、移植瘤等）的不良影响均能增加机体的抵抗力。人参能显著延长小鼠游泳的持续时间，苷类是有效成分，并随着苷的极性增大而作用降低。人参能显著降低小鼠在高温、低温、低气压状态下的死亡率；以大量放血或窒息造成狗的垂危状态，人参有促进狗自垂危状态恢复健康的作用。

3. 对循环系统的作用：能双向调节血压、强心、保护心肌。人参对麻醉动物，小剂量可使动物血压上升，大剂量则使血压下降；人参的苷类对麻醉动物呈轻微的短时降压。人参水煎剂有类似强心苷的作用。人参总皂苷对异丙肾上腺素引起的心肌坏死，均具有保护心肌、减轻病损的作用。人参总皂苷及组分 Rb + Ro 体外实验，能显著保护大鼠心肌细胞缺氧再给氧和心肌缺血再灌注损伤。人参皂苷 Rb + Ro 能显著保护大鼠脑缺血再灌注的损伤，作用是通过 PGI2 中介的。

4. 对内分泌的作用：人参皂苷有间接促进肾上腺皮质功能的作用。醇提取物对大鼠有抗利尿作用。可能有促性腺激素样作用。

5. 对物质代谢的影响：具有降血糖等作用。人参醇提取物对四氧嘧啶引起的实验动物高血糖有降血糖作用，人参总皂苷、多糖 panaxans A 及 B、人参皂苷 Rb_2、人参多肽为有效成分。人参提取物（F3 或 F4）5mg 腹腔注射，能促进血清白蛋白和球蛋白的合成，人参提取物可增进肝脏 RNA 聚合酶的活性。人参提取物对脂肪代谢有明显兴奋作用。

6. 对血液及造血系统的作用：人参的醇或水提取物可使兔骨髓、肝、脾等红细胞生成素的含量升高。人参总皂苷是由具溶血性和抗溶

血性的二种类型的皂苷所组成。此外尚有抗炎、免疫、抗肿瘤等作用。

近年来对人参药理作用研究的新进展：

1. 抗疲劳

人参可提高思维和机体活动能力，已证明人参皂苷 Rg_1 作用显著。人参抗运动疲劳有明显的作用。人参皂苷 Rg_1 给老龄大鼠腹腔注射20、40mg/kg 连续 10 天，发现大鼠方格间穿行次数和直立次数明显增加，说明它可改善老龄动物衰退的活动能力，急性重量负荷强制游泳试验，红参甲醇提取物，可以延长游泳时间。人参和西洋参抗衰老作用的对比研究结果，发现人参抗疲劳及对正常免疫功能的调节方面强于西洋参。

2. 抗应激

高丽红参提取物主要成分。对应激状态大鼠情绪行为的低落，有明显的恢复作用。人参茎叶皂苷阻止犬失血性休克时，不仅能使去甲肾上腺素（NE）、5－羟色胺（5－HT）的含量升高，而且通过调节肾皮质系统，使休克晚期皮质醇和醛固酮的分泌减少，表现了抗休克抗应激作用。人参皂苷 Rb_1，对应激性行为缺损具有保护作用。

3. 改善记忆功能

神经递质对学习记忆功能起着重要作用，衰老时胆碱能系统退化。人参皂苷 Rb_1、Rg_1 可增强胆碱系统功能，使脑内 M－胆碱受体数量增加，并可防止小鼠脑中乙酰胆碱下降，又单胺类递质如去甲肾上腺素、肾上腺素和多巴胺（DA）含量减少，可导致衰老，则记忆减退。人参茎叶皂苷可增加上述递质的含量，对休克所致大鼠记忆障碍，可使其单胺递质增加，记忆得以改善。海马神经原变性坏死，可致学习记忆功能丧失，而人参皂苷 Rb_1 等对海马神经细胞有较强的保护作用。已证明 Rg_1 有促智和抗衰老作用。具有抗神经细胞凋亡的作用。海马神经原老龄性改变，有脂褐素增加，线粒体等明显变性，突触变性，并出现髓样体和膜性结构等异常，人参可使上述变化减轻，表明它有稳定神经原膜系统、促进蛋白质合成、推迟神经原衰老的作用。也有报告人参非皂苷组份可促进海马穿通纤维齿状突触的强化作用。人参皂苷可使小鼠脑重增加及脑皮质厚度增加，海马突触数目增

多，改善记忆。用穿梭箱主动回避反应率（AR）和回避潜伏期（AL）以评价大鼠学习和记忆成绩，多次应用人参茎叶皂苷，可显著增加 AR 和缩短 AL。而易化了 10 月龄雄鼠单格回避反应的学习和记忆获得，多次应用茎叶和根的皂苷，均能改善遗忘或认知缺陷症。人参总皂苷对大鼠海马齿状回突触传递活动有改善作用。脑缺血可造成学习记忆障碍，人参皂苷可使脑缺血引起的行为错误减少，记忆好转。皂苷 Rb_1 可降低大鼠可逆性局灶性脑缺血区 Ca^{2+} 的含量，阻止 Ca^{2+} 积累而保护脑功能，减少学习记忆障碍的发生。

采用东莨菪碱损伤大鼠学习记忆的方法，证明人参根皂苷和人参茎叶皂苷均能显著降低动物的迷路，说明人参两种皂苷均对东莨菪碱所致的大鼠的空间学习记忆损害，有良好的改善作用。

4. 抗抑郁

人参对小鼠强制游泳所致不动性持续时间来评价其抗抑郁活性，发现以人参甲醇提取物活性最强。张氏对神经细胞凋亡的基因调控作了研究，并对人参皂苷 Rg_1 等抗细胞凋亡剂作了比较。人参皂苷能拮抗 B－淀粉样蛋白诱导的神经细胞凋亡，对它引起的神经细胞毒性有一定的保护作用。对培养大鼠皮层神经细胞损伤模型，人参皂苷可使细胞存活率显著增高，显示对自由基损伤的保护作用。老年鼠脑皮层细胞膜流动性明显低于青年鼠和成年鼠，Rg_1 可显著增加老年鼠的膜流动性，而发挥保护脑细胞的作用。人参皂苷对急性脊髓损伤有一定治疗作用。

5. 镇静及镇痛作用

人参对中枢神经系统的作用，主要是使兴奋和抑制两种过程趋于平衡。Rb 类有中枢镇静作用，Rb_1、Rb_2、Rc 的混合物有安定作用；Rg 类有兴奋作用。最近倪氏等研究人参根及茎叶皂苷 50～200mg/kg 能使群养小鼠的自发运动明显增加；8 周隔离饲育小鼠比群养小鼠自发运动量的增加尤为明显。对戊巴比妥钠所致睡眠，隔离孤独小鼠比群养小鼠睡眠时间明显缩短（$P<0.01$），人参根皂苷 50～200mg/kg 使孤独小鼠的睡眠时间随剂量增加而延长，200mg/kg 组使 8 周隔离小鼠 20 分内连续攻击时间有意义地下降，但人参茎叶皂苷效果则不明显。结果证明人参根及茎叶皂苷都有中枢兴奋作用，而人参根皂苷

还具有中枢镇静作用。人参水煎剂能明显对抗连续应用吗啡出现镇痛作用的耐受性。

（二）对各系统作用

1. 心血管系统

保护心脏功能：人参总皂苷作为心脏停搏液中添加剂在 20～80mg/L 的浓度范围内，具有抗心肌缺血再灌注损伤的作用。人参皂苷及其组份对心肌细胞缺氧再给氧和心肌缺血再灌注损伤具有保护作用。单体皂苷 Rg_1、Rg_2、Rb 对心肌缺血再灌注损伤，同样有明显防护作用。人参二醇组皂苷通过保护心功能，实现抗心肌缺血再灌损伤的作用。对烧伤后心功能也具有保护作用。人参总皂苷和单体皂苷 Re 均可扩张冠脉，Re 使心输出量增加。人参二醇组皂苷作为外源性氧自由基清除剂，对缺血心肌再灌注损伤发挥保护作用。对缺血再灌注犬的心肌损伤，保护作用明显。人参总皂苷对离体心肌细胞和多种动物实验性心肌缺血、心肌梗塞和再灌注损伤，实验都已证明有保护作用。对犬心肌缺血再灌注损伤，以 20～80mg/L 浓度为宜，浓度增加，作用增强，但超过 160mg/L 时则作用相反。吉林人参和党参、太子参三种药液均能降低心肌的耗氧指数，治疗前后差异显著，三者均能改善心气虚患者的心功能。人参能降低心肌耗氧量，增加冠脉灌注压，而丹参不仅能降低心肌耗氧量，还能改善微循环，均对心气虚患者有效。

阻滞钙通道和抗自由基作用：人参茎叶提出的皂苷 Rb_1、Rb_2 和 Rb_3 对自由基损伤的大鼠心肌细胞，具有钙离子通道阻滞作用。进一步研究单体皂苷 Re、Rb_1、Rg_1、Rg_2、Rh_1 兼有钙通道阻滞作用和抗自由基作用。Rf 对 L 型钙通道呈阻滞作用，但 Ro 不影响钙离子通道活动。钟氏认为 Rb_1、Rb_2、Rb_3 和 Rc 也兼有钙离子通道阻滞和抗自由基作用。已知人参皂苷 Rb1，对心肌细胞动作电位幅度（Ap）有抑制作用，又进而证明 Rb_1 阻滞钙离子通道作用。单体皂苷 Rg_1、Rg2、Re、Rh_1 均使心室肌细胞呈现自发性博动的群落性和心肌细胞动作电位各参数减少。人参不仅能抑制羟自由基（OH^+），也能抑制阴离子自由基（O^{2-}）。

（1）对血管的作用

人参三醇类皂苷可通过增加内皮细胞释放 NO 量而发挥内皮主导下的血管舒张作用。人参皂苷 Rc 可增加血管壁细胞的环氧化酶（COX）基因表达，具有抗血栓形成、抗动脉硬化作用。抗休克作用用人参总皂苷给心源性休克和心力衰竭动物静注后，其血压、左室内压峰值（LVSP）、左室内压上升最大速率（LVdp/dtmax）和心输出量（CO）均增加，左室舒张末期压（LVEDP）降低，心率减慢。人参果皂苷能明显提高失血性休克犬的存活率。电镜观察心肌肌膜、肌原纤维、肌浆网、线粒体等细胞结构损害较轻。心肌肌浆网内 Ca^{2+} 增加。说明它有抗休克、保护心肌作用。

（2）抗脑缺血、保护脑损伤

人参提取物能改善新生大鼠由乙醇所致的脑损伤。如脑重量尤其是小脑重量降低。人参皂苷 Rg_1、Rb_2、Rd 和 Re 具有较强的恢复小脑生长的作用。Rb_1 对大鼠脑局灶性永久缺血，可减少梗塞范围和运动障碍。人参二醇组皂苷对急性脑缺血再灌注损伤时，脑水肿减轻，显示保护作用。结扎蒙古沙土鼠双侧颈总动脉，造成急性脑缺血再灌注损伤模型，人参二醇组皂苷对其保护作用，可能与抑制自由基和脂质过氧化作用有关。又人参皂苷对缺血再灌注损伤后脑组织中 TXB_2 和脑含水量升高有改善作用。有报告称 Rb_1 有明显清除自由基作用，与预防沙鼠脑缺血时神经细胞死亡有关。人参茎叶皂苷 100mg/d，连用 7 日明显延长 5 周龄和 24 周龄小鼠断头喘气时间和结扎颈总动脉的存活时间，对小鼠脑缺血及缺血再灌注过氧化脂质的增加，具有明显的抑制作用。

人参和三七皂苷均可明显抑制神经细胞突触体对 ^{45}Ca 摄取，三七作用大于人参。人参皂苷还能明显影响［^{3}H］MK－801 与脑膜位点特异结合。认为人参抗脑缺血效应可能与其钙阻滞作用兼具影响 MK－801 位点结合有关。

对人参抗心律失常构效关系的研究表明：当苷元不同，连接的糖数相同时，其活性序为：原人参三醇型 > 齐墩果酸型 > 原人参二醇型；当苷元相同时，人参三糖苷 > 人参二糖苷 > 人参单糖苷。

2. 呼吸系统

人参水提取物中分离到一种对热稳定的碱性四肽，为一非皂苷成分，对正常人支气管上皮细胞和表皮成纤维细胞的生长有较强作用。刘平等以不同部位人参皂苷研究了对衰老的人胚肺成纤维细胞的影响。人参总皂苷对大鼠油酸型呼吸窘迫征，有一定防治作用。虽然不能明显减轻肺水肿，但可保护 SOD 活性，减少血浆丙二醛（MDA）生成和减低动脉血氧分压（PaO_2）下降，并减少型肺泡上皮细胞内空泡变性板层体。人参皂苷 Rb_1，对肺缺血再灌注损伤，具有明显的保护作用，表现在肺组织中 SOD 含量的升高，丙二醛（MDA）含量降低，使肺动脉压降低，肺组织病理变化改善等等，而 Rg_1 则无明显作用。消化系统人参皂苷能增强消化、吸收功能，提高胃蛋白酶活性，保护胃肠细胞，改善脾虚症状。大鼠喂饲硫乙酰胺造成的实验性微小结肝硬变，连续用红参或红参与补中益气汤等合用，可明显减轻肝硬变程度。人参单体皂苷抗肝中毒有一定作用。

3. 血液及造血系统

人参总皂苷可通过诱导细胞培养液的集落刺激因子（CSF）和白细胞介素 -6（IL -6）等造血生长因子的产生，刺激小鼠血细胞生成。人参皂苷能刺激人骨髓造血祖细胞的增殖，对再障性贫血病人亦有同样作用，并对 CD_3、CD_4 造血干/祖细胞集落形成具有促进效应，刺激其增殖。对于骨髓移殖和化疗后的患者，人参皂苷可与造血生长因子起协同作用。

人参单体皂苷 Re 在协同条件培养液中，促进小鼠骨髓细胞集落形成和 ^3H - TdR 摄入作用，显示 Re 外源性促进小鼠骨髓细胞增殖作用。人参和西洋参的茎叶、根总皂苷及西洋参茎叶和根的原人参二醇组皂苷以及单体皂苷 F_2、Rg_1、Rg_2、Rb_1、Rb_2、Rb_3、Rd 和拟人参皂苷 P - F11 在一定浓度时，未出现溶血作用。参归养血口服液复方能改善动物的贫血症状，促进骨髓细胞有丝分裂，证明有明显的补血作用。

4. 对内分泌的影响

人参能加速大鼠的性成熟过程，使已成熟的雌性大鼠动情期延长，使家兔睾丸精子数增多，活动力增强；使蜂王产卵能力提高。人

参三醇总苷能保护生殖内分泌轴功能，并促进 X 射线辐射损伤的修复。幼年小鼠皮下注射入参皂苷 Rb_1 6mg/kg、Rg_1 25mg/kg 或 50mg/kg 连续 14 天，结果可见 Rb_1 能使正常雌性小鼠子宫及雄性小鼠精囊明显增重；Rg_1 也可使正常雄性小鼠精囊明显增重，但却不能阻止去势小鼠副性腺的萎缩。提示人参皂苷本身无性激素样作用，对副性腺的增重，需要有性腺的存在。人参叶总皂苷（GSL）对醋酸泼尼松所致小鼠肾上腺萎缩、冷水游泳时间缩短以及雄兔血脂的升高和皮质醇（CT）的下降，具有显著的抑制作用，并认为 Re 为其活性成分。人参含有多糖成分混合物，有降血糖作用。

5. 对生殖系统的影响

以人参与黄芪制成的参芪口服液具有补气活血、养血安胎功效。实验结果显示：能显著增加孕鼠胚胎胎盘的血管分布面积，并能显著促进胚胎的生长发育，也不会因活血而引起流产。

6. 对免疫功能的影响

人参三醇皂苷能明显促进电植物回凝素（PHA），活化人淋巴细胞分泌白细胞介素-1（IL-1）。人参二醇组皂苷能对抗大手术后或严重创伤造成的免疫功能降低，用后可提高机体免疫力，对预防感染可能有益。人参皂苷及其单体 Re、Rd 在体外可增强免疫受抑小鼠的 T 细胞功能。cAMP 和 cGMP 都参与淋巴细胞的分化成熟及增殖分裂，并可调节细胞与体液免疫反应。人参皂苷分别作用于 cCMP 和 cGMP 以发挥其免疫调整效应。人参皂苷 Rg_1 无论体内给药或体外试验，均能选择性增强老年大鼠脾淋巴细胞增殖能力及 IL 的产生和释放。说明 Rg_1 可增强老年大鼠的免疫功能。但同样条件对青年大鼠的影响并不显著。说明 Rg_1 是一种免疫调节剂，而不是单纯的免疫增强剂。Rg_1 可明显促进白介素-2（IL-2）受体 A 链的表达和抑制可溶性 IL-2 受体的释放，又使 cAMP 和 cGMP 水平升高。故认为 Rg_1 调节老年大鼠免疫功能，与其选择性提高脾淋巴细胞内环核苷酸水准关。

人参茎叶皂苷可通过创伤后的细胞免疫功能，进而增强机体对感染的抵抗力。茎叶皂苷可明显降低撞击创伤小鼠活化 T 细胞内 cAMP 含量、腺苷酸环化酶（AC）、蛋白激酶 A（PKA）的活性及对抗 cAMP-磷酸二酯酶（cAMP-PDE）活性的降低。表明人参茎叶皂苷

对创伤后T细胞功能受抑状态的纠正，与上述作用有关。人参皂苷可改善创伤后活化T细胞内cAMP/cGMP的比例失衡，促进T细胞内磷脂酰肌醇代谢，减少淋巴细胞的脂质过氧化损伤，并提高淋巴细胞膜的流动性。人参茎叶皂苷可从器官y细胞y分子乃至基因转录水平以纠正创伤后细胞免疫功能低下。病人手术后外周血单个核细胞（PBMC）的T淋巴细胞转化及白介素-2（IL-2）的生成，均明显降低。人参茎叶多糖应用后，即形升高，表明对PBMC有直接刺激活性。

人参可使衰老大鼠下降的血清T4和皮质醇水准明显提高。人参养荣汤可升高高龄肺癌患者自然杀伤细胞（NK）的活性和防止恶性神经胶质瘤化疗时NK活性的降低等作用。其中，红参具有增强NK细胞活性的作用。

7. 对酶活性的影响

人参皂苷Rb_1、Rg_1、Re和Rh_1可增加高代龄人胚肺成纤维细胞内乳酸脱氢酶（LDH）、琥珀酸脱氢酶（SDH）、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶（G-6-PDH）和丙酮酸脱氢酶（PVO）的活性。并降低HeLa细胞内几种酶的活性。红参皂苷通过对细胞色素P-450酶的抑制，而保护四氯化碳所致大鼠肝细胞线粒体的脂质过氧化作用。

8. 抗肿瘤

对体外培养的人胚肺成纤维细胞和子宫颈癌细胞（HeLa）的培养液中，分别加入人参根总皂苷和人参皂苷Rb_1、Rg_1、Re和Rh_1孵育3~7天后，发现四种单体和总皂苷可促进衰老细胞的增殖，但同时Re、Rh_1能抑制HeLa细胞的增殖。Rb_1、Rg_1、Re和Rh_1和人参根总皂苷对人HeLa作用3~5天后，均可抑制其增殖，降低HeLa细胞多糖（PAS）和几种酶的含量，显示出降低癌细胞增殖和低谢活性，以Re、Rh_1作用更显著。在体外实验，人参皂苷Rg_3能抑制癌细胞浸润和肺癌细胞转移。

人参皂苷Re可使正常细胞膜流动性增加81.1%。而使转化细胞膜（肝癌细胞模型）流动性降低11.07%，显示Re在细胞水平上对细胞膜的流动性，具有双向调节作用。人参总皂苷Rh_1和Rh_2能和细胞膜表面结合，高浓度时可抑制DNA合成，Rh_2可抑制卵巢腺囊瘤

病人腹水中分出的反应性抗体（HRA）细胞的增殖和小鼠黑素瘤细胞的生长。人参果中含有抗癌活性成分 20（R）－人参皂苷－Rh_2。人参皂苷 Rh_2 属于二醇组皂苷，它可以通过诱导分化或凋亡抑制肿瘤细胞的增殖与生长，但对正常组织毒性甚低。李氏研究发现人参皂苷 Rh_2 对 C6 胶质瘤细胞有明显的增殖抑制和诱导凋亡作用，这种作用具有周期特异性。他认为 Rh_2 是人参的天然活性成分，毒性低，分子量小，且为脂溶性，易通过血脑屏障，是一种潜在的化疗药。如与其他周期特异性药物合并应用，可提高脑胶质瘤的化疗效果。人参茎叶皂苷对体外培养胃癌细胞的生长增殖，具有一定的抑制作用。

人参和五灵脂并用，对小鼠艾氏腹水癌细胞（EAC）有抑制作用，并延长荷瘤小鼠的存活期。对胃肠肿瘤敏感性测定实验，人参皂苷对大肠癌敏感，对胃癌不敏感，用于配合化疗药辅助治疗。红参对放疗引起的不良反应，如人的血小板减少、腹泻、恶心、呕吐等，具有防护作用。不同浓度的人参皂苷给小鼠腹腔注射，对 0.5Gy X 射线诱发的骨髓细胞染色体畸变，具有明显的防护作用。小鼠服用人参皂苷对 X 射线照射后肝、脾、脑和睾丸组织中脂质过氧化物（LPO 血浆总胆固醇 TCH），均显著低于对照组。末梢血红细胞电泳率和脾淋巴细胞电泳率也比对照组显著提高。此外，还可降低血浆甘油三酯浓度。表明人参皂苷不仅对辐射所致细胞损害及组织 LPO 过多有保护作用，而且可降低血脂。

9. 抗衰老

关于衰老动物的主要征象有：①易疲劳，神疲乏力，活动能力差；②健忘，记忆障碍，对事物兴趣减弱；③免疫功能减退，容易感染；④五脏虚损，各个脏器功能减退，甚至出现器质性病变。证见脉虚无力、肢体倦怠、声低懒言、纳差失眠。动则气短而喘、面色萎黄等。⑤抵抗力差，解毒能力减弱等等。人参及其成分从不同角度对上述一系列症状发挥防治作用。下面一些实验研究报告，可以作为临床上抗衰老作用的理论依据和参考。前已论及人参皂苷 Rg_1 可改善老年动物衰退的活动能力，纠正衰老时胆碱能系统脑内退化。人参茎叶皂苷防止引起衰老的单胺类递质的减少。Rg_1 减少脑皮质 NO 含量，降低 NOS 活性，都显示了人参抗衰老的活性，皂苷基本上代表了人参

的活性。衰老大鼠血浆 cAMP 基础值、反应性明显下降，心脏和肺的 β－受体数目，也显著减少，人参可使之提高到接近青年组水平。人参根总皂苷和单体 Rb_1、Rg_1、Re 和 Rh_1 对体外培养的人胚肺形成纤维细胞，具有可促进衰老细胞的增殖的作用。

人参、黄芪及四君子汤均能显著提高红细胞膜的流动性，还能减少血清中过氧化脂质与肝中脂褐素的含量，显示三者均有显著的抗衰老、抗氧化作用。人参主要防治机体功能低下，特别适用于器官功能全面衰退的老人，人参的双向调节，意味着向利于功能恢复和强壮方面调节。

10. 解毒功能

人参总皂苷可阻止或治疗去氧麻黄碱的不良作用。对阿霉素中毒的防护作用：给小鼠连续注射 7 天人参茎叶皂苷，可明显降低阿霉素（ADM）中毒小鼠血清及心肌组织过氧脂质（LPO）含量，并提高 SOD 活性。参附注射液静脉给药，可显著对抗阿霉素所致大鼠红细胞和血红素降低，对于阿霉素损伤大鼠心肌所致心脏增大和脾脏继发性增大也有一定的拮抗作用。并可显著减少阿霉素损伤动物 MDA 含量，增强 PX 活性，以上说明参附注射液对阿霉素毒性有明显对抗作用。人参单体皂苷能明显减轻肝细胞中毒，使肝癌细胞逆转。由于红参与白参所含皂苷不同，故其保肝作用有别。用 FADU 法、AMES 试验及小鼠骨髓细胞 PCE 微核试验，证明人参根总皂苷具有明显的抗 DNA 损伤及抗突变效应。人参二醇组皂苷有多种功能，它本身无诱变活性，对小鼠体细胞和生殖细胞均无遗传损伤作用。对吗啡依赖大鼠的解毒作用参附注射液对吗啡依赖大鼠有一定治疗作用，能减轻大鼠戒断症状，恢复体重，显著降低其催促戒断时脑组织中去甲肾上腺素、多巴胺、5－羟色胺等单胺类神经递质的含量。故认为治疗机制与调节单胺类神经递质紊乱有关。

（三）不良反应

人参畏五灵脂，但二者配伍对小鼠急性毒性试验表明，口服不具毒性；亚急性毒性试验，对白细胞总数及分类、血小板总数、血红蛋白含量、血清谷丙转氨酶、尿素氮等，均无明显影响。李氏也说明二

者合用，也未见不良反应增加。临床用于一些病例，也未发生不良反应。

张正康等统计1974～1995年国内中文医药文献，进行24例人参不良反应分析。认为不良反应主要发生在：神经系统18例，表现有欣快，烦燥不安，甚至意识混乱；循环系统4例，其中诱发心律失常加剧2例，高血压和低血钾各1例；消化系统3例，有腹痛腹泻等2例，呃逆1例；休克及死亡3例，皮肤过敏2例。上述不良反应，除死亡2例外，余均停药并对症治疗，不良反应症状均自行消失。人参在治疗剂量下，一般不产生不良作用，也无致畸和其他异常症状发生。[1]

二、麦冬

麦冬含多种甾体皂苷：麦冬皂苷A、B、C、D，苷元均为假叶树皂苷元，另含麦冬皂苷B'、C'、D'，苷元均为薯蓣皂苷元；尚含多种黄酮类化合物：如麦冬甲基黄烷酮A、B，麦冬黄烷酮A，麦冬黄酮A、B，甲基麦冬黄酮A，B；另分得5个高异黄酮类化合物。

药理作用：

1. 对中医瘀血证的作用

瘀血证除了现代医学所指的全身或局部血液循环障碍所致的血液瘀滞现象外，还包括一切经络脉血不畅的情况。中药麦冬是养阴生津的代表药之一，具有养阴行血的作用，对瘀血起到活血化瘀的效果。取人脐静脉内皮细胞，用内毒素造成凋亡细胞模型，研究麦冬药物血清抗其凋亡的保护作用，结果发现，麦冬药物血清可以保护，减少内毒素对其的损伤。其作用机制可能与减少氧自由基，增加超氧化物酶有关。并通过流式细胞仪定量分析发现，麦冬药物血清作用后，可见其活性细胞数目明显增多，凋亡细胞和死亡细胞数目明显减少；麦冬血清对Bcl－2表达及胞内Ca^{2+}的影响结果发现，麦冬药物血清可明显升高LPS所致的Bcl－2表达降低，并缓解其所致的钙超载。血管内皮细胞的损伤，促进血栓形成，加重以瘀血为主要病机的疾病。麦冬药物血清通过抗氧化作用、抑制钙离子跨膜流动，对血管内皮细胞的保护作用，防止血瘀证的发生。

在取血管平滑肌细（VSMC）胞细胞培养，用高脂血清造模，通过 MTT 比色测定及形态学方法观察发现，在造模基础上，加入麦冬药物血清后，可明显抑制高脂血清所致的 VSMC 增殖。VSMC 是决定血管活性和血管构型的重要因素，肥大、增生、产生和分泌细胞外基质增加，造成血管壁增厚、弹性下降，引起血瘀证候。麦冬有明显的抗血管平滑肌细胞增殖作用，并对生长刺激因素引起的细胞形态改变有一定的缓解作用。

2. 对心血管系统的作用

对心肌的保护作用和抗心肌梗塞。麦冬提取物具有明显的抗心肌缺血作用并呈一定的量效关系。并对注射液的研究发现，大鼠腹腔注射山麦冬注射液对大鼠急性心肌缺血性改变有明显的预防作用。麦冬总糖和总皂苷（60g 生药/kg）可显著增加小鼠心肌营养血流量。麦冬有促进心肌损伤愈合和缩小梗塞范围及坏死区域的作用。山麦冬氨基酸和总皂苷在一定剂量下可以明显降低大鼠心肌梗塞心肌中的肌酸磷酸激酶水平和保护缺血心肌的超氧化物歧化酶的活性，减少脂质过氧化产物心肌丙二醛生成；通过透射电镜观察发现，随着山麦冬氨基酸和总皂苷剂量的增加，缺血心肌的核膜和线粒体膜的损伤逐渐缓解，麦冬抗心肌缺血和心肌梗塞的作用可能与保护心肌的活性，防止心肌细胞脂质过氧化及改善脂肪酸代谢有关。麦冬提取物对心肌的保护作用与其增加耐氧能力有关，实验研究发现，常压下，麦冬提取物能极显著地延长小鼠的存活时间。其可能机制与逆转缺血后酸中毒造成的各种损伤有关。影响心肌电生理 实验研究，山麦冬总皂苷（40mg/kg 皮下内射）可明显降低心外膜心电图 ST 段变化。10mg/kg 山麦冬总皂苷能使结扎冠状动脉 24 小时后的室性心律失常发生率由（87 ±8）%降至（57 ±7）%，从而说明麦冬具有抗心律失常作用。通过炙甘草汤中山麦冬总皂苷对大鼠心肌生理的研究，发现麦冬总皂苷降低右心房的肌自律性和右心房肌兴奋性，延长左心房肌功能不应期说明山麦冬总皂苷可以影响心肌的电生理特性。

3. 对免疫系统的影响

国内外大量研究表明，麦冬多糖可以促进体液免疫和细胞免疫功能，并诱生多种细胞因子。麦冬多糖显著增加小鼠脾重量、增强小鼠

的作用（增加小鼠网状内皮系统的吞噬能力），短葶山麦冬皂苷对由环磷酰胺引起的小鼠的白细胞下降有显著的对抗作用，显著提高小鼠血清中溶血素含量。麦冬通过一定的免疫促进作用对荷瘤小鼠具有一定的抑瘤谱及抑瘤强度，其作用机制与麦冬能够提高 NK 细胞的活性有关。在 SM－EDTMP 与麦冬注射液联合治疗骨转移癌中发现，麦冬明显提高 T8 比值，NK 细胞活性明显升高，对治疗后骨髓抑制也有较明显的预防作用。

4. 抗衰老作用

实验研究发现，麦冬水提物［3g/（kg·d）］明显降低 D－半乳糖衰老模型大鼠脑中 MDA 含量，拮抗自由基对生物膜的脂质过氧化损伤，从而发挥抗衰延寿的作用。另外麦冬可以降低全血高切黏度、低切黏度、血浆黏度等作用，增加血液循环来抗衰老。

5. 降低血糖作用

实验研究发现，麦冬多糖（2g/d）明显改善胰岛素敏感性，使周围组织对胰岛素抵抗降低。麦冬的提取物（BM）明显降低血糖浓度，并有剂量依赖性。另外麦冬对四氧嘧啶所致的血糖升高有明显的抑制作用，可能是减弱四氧嘧啶胰岛 B 细胞的损伤或改善受损伤的 B 细胞的功能。麦冬多糖能拮抗肾上腺素引起的血糖升高，可能与抑制糖的分解有关。口服葡萄糖耐糖试验表明，麦冬多糖有可能阻止葡萄糖在小鼠肠道中吸收。

6. 对胃肠道的作用

实验研究发现，麦冬多糖对乙醇引起的胃黏膜损伤有保护作用，并对乙醇引起的胃 PD（胃黏膜电位差）值下降有拮抗作用，其作用机制与抑制胃酸、胃蛋白酶活性，减少攻击因子对胃黏膜损伤，麦冬多糖对消炎痛引起的胃黏膜损伤有保护作用，这与增加 PG 合成有关。麦冬多糖对萎缩性胃炎有一定的治疗作用，主要与改善胃黏膜的血液循环，抑制炎性反应，促进组织细胞的增生有一定有关系。

7. 其他作用

麦冬通过抑制 MCP－1 的产生而抑制 2 型 T 细胞（TH_2）细胞因子反应，同时延缓肺纤维化的进程；减少 ET－1 的合成（ET－1 对

某些增殖因子合成有促进作用，参与肺纤维化的过程）；另外麦冬早期抑制AngⅡ的生成（AngⅡ主要在肺纤维化早期起作用）。现在麦冬作为主药组成药物广泛应用于心脑血管，免疫调节和肿瘤治疗及糖尿病等。麦冬不但作为单味药对疾病的治疗取得显著成效，而且作为主药与其他中药组成复方药对疾病治疗也取得了一定的发展。在临床治疗中，麦冬作为养阴药，主要作用养阴生津，尤其对中医的痹症、阴虚的治疗取得显著成效，如麦冬石斛汤治疗慢性萎缩性胃炎；增损千金麦冬汤治疗慢性喉炎；沙参麦冬汤合四君子汤治疗气血两虚证等。随着对麦冬及其主要有效成分的研究深入，麦冬不仅在分子生物水平，而且在中医治疗中应用前景更加光明。[2]

三、五味子

五味子成分：北五味子含活性成分木脂素类，主要为五味子素（schizandrin）及其类似物α、β、γ、δ、ε－五味子素，去氧五味子素（五味子甲素，deoxyschizandrin），新五味子素（neoschizandrin），五味子醇（schizandrol），戈米辛（gomisin）A、B、C、D、E、F、G、H、J、K1、K2、K3、L4、L2、M1、M2、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，种皮中木质素含量最高。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（α、β－chamigrene）。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。

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。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5m/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。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。能增强机体对非特异性刺激的防御能力。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。

（一）药理作用

1. 对中枢神经系统的作用

五味子素对神经系统各级中枢都有兴奋作用，脊髓横断蛙试验证明，五味子素使脊髓反射加强，反射潜伏期缩短。加大剂量，直接受脑神经支配的躯体上部的运动亦加强，动物处于易醒和不眠状态，断绝后肢血液供应，此兴奋脊髓反射的作用仍然出现，说明五味子是直接作用于神经组织，而与皮肤感受器和肌肉的反应性无关。

五味子素能改善人的智力活动，提高工作效率。以健康男青年试验，以 5 分钟穿线人针听电报机的正误率或长距离赛跑为指标，五味子素 5～10mg，对这些需要紧张注意力、精细协调动作，灵活性和耐力的活动，都有改善作用。五味子素还能改善视力，扩大视野，改善听力、提高皮肤感受器的分辨力，五味子提取物明显影响胆碱能系统，小剂量时降低烟碱的致惊厥程度，增强烟碱的抗利尿作用，大剂量则对抗之，它能增强利血平的作用。

齐治等研究了五味子果实中挥发油对中枢神经系统的药理作用，结果表明，五味子果实挥发油能明显缩短戊巴比妥钠引起的小鼠睡眠时间，但与中枢兴奋剂戊四唑及士的宁无协同作用，而且五味子挥发油剂量为 1.24g/kg 及 0.71g/kg 时，能引起小鼠活动减少，并能显著增加肝细胞色素 P－450 含量。因此，五味子挥发油并无中枢兴奋作用。

2. 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。

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。

3. 对肝脏的作用

五味子及种子乙醇提取物对 CCl_4 所致兔、大鼠和小鼠肝损伤时谷丙转氨酶升高有明显的降低作用。从种子乙醇提取物中分离得7种有降酶活性的木脂体类化合物，其中以醋乙、醇乙和丙素的降酶作用较强。近年药理研究证明，五味子乙素、丙素、醋乙、醇乙能明显降低由 CCl_4 引起的血清谷丙转氨酶（SGPT）的升高，对肝细胞具有一定的保护作用。

组织化学试验结果表明，对 CCl_4 造型动物，五味子治疗组肝细胞脂肪变性和线粒体变化均较轻，糖原含量稍丰富。在电镜下，治疗组肝细胞内质网和线粒体损害性改变亦较轻。大鼠 CCl_4 中毒时，肝小叶中心性坏死，除碱性磷酸酶外，嗜碱质、线粒体、核糖核酸、糖原、酸性磷酸酶，ATP酶、琥珀酸脱氢酶和单胺氧化酶等均降低，并出现大量脂肪滴。五味子治疗组肝小叶坏死区缩小，嗜碱质、线粒体、核糖核酸和糖原含量增多，各种酶的活力均增高，而中性脂肪滴显著减少。据此认为这可能是通过促进肝细胞内蛋白质合成代谢，促进线粒体的恢复和再生而起作用的。

刘耕陶仁通过对北五味子、南五味子及红花五味子中分离的18种化合物对肝脏损伤作用进行了研究，发现其中的15种对 CCl_4 引起的小鼠肝损伤有明显的保护作用。五味子中的多种成分能明显诱导小鼠和大鼠肝微粒体细胞色素 P－450 活性，增强肝脏的解毒功能。五味子中所含的多种成分能提高机体对氧自由基损伤的抵抗能力，还能促进肝脏蛋白质和糖原的生物合成。

以往的实验表明，五味子酚（五酚）具有很强的抗氧化活性，可抑制 Fe^{2+}－半胱氨酸及 NADPH－Vit。引起的肝脏微粒体脂质过氧化。用硫代巴比妥酸法和定磷法在同一样品中分别测定线粒体的脂质过氧化产物（MDA）和ATP酶活性，发现 Fe^{2+}－半胱氨酸引起线粒

体脂质过氧化，同时 ATP 酶活力丧失。用比浊法发现五酚可抑制 Fe^{2+}－半胱氨酸引起的肝脏和心脏线粒体流动性下降。电镜观察到 Fe^{2+}－半胱氨酸引起的线粒体肿胀、膜破裂、脊断裂、溶解等可显著地被五酚抑制。实验进一步证明五酚具有抗氧化活性并可保护氧自由基引起的心脏和肝脏线粒体损伤。五酚对活性氧自由基有直接清除作用，它的作用比维生素 E 强。五酚对阿霉素引起的大鼠心脏线粒体损伤也有保护作用。

五味子果实中的木脂素有抗肝毒作用，采用 CCl_4 和半乳糖胺对早期培养的大白鼠肝细胞引起的细胞毒性为模型，研究了 23 种木脂素化合物的抗肝毒作用，药理实验结果表明化合物质 8 和 21 对四氯化碳处理的培养物有明显的保护性，化合物 3、6、8、17 和 21 具有预防半糖胺引起的细胞损伤效用。

4. 对心血管系统的作用

动物试验表明，五味子有血管舒张作用，五味子醇提取物使人血管扩张，水、稀醇和醇浸出液静注，对狗、猫、兔有降压作用，中和其酸度后肌注，降压作用减弱。

5. 对代谢及免疫功能的作用

五味子能促进肝糖原异生，又能促进肝糖原分解，并使脑、肝、肌肉中果糖和葡萄塘的磷酸化过程加强，使血糖和血乳酸增加。

有研究表明，γ一五味子素对癌细胞 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。

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，且升高白血球作用极显著，有使经过幅射后的白细胞数恢复正常的趋势。

五味子乙素和五酚能拮抗雌二醇促进小鼠子宫重量增加的作用，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。

6. 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。

7. 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。

8. 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、变型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。对胃液分泌有调节作用；对胆囊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。

（二）不良反应

五味子5g/kg灌喂小鼠，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 灌喂小鼠，15 ~ 60 分后出现呼吸困难、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 ~ 3 小时内全部死亡。五味子乙素毒性较低，2g/kg 灌喂 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。乙素 10mg/kg 给狗灌胃，每日 1 次，连续 4 周，其食量、体重、血常规、肝功、肾功等，均与给药前无明显差别。

对五味子的临床应用等方面的研究进展很快，五味子用于治疗肝炎、神经衰弱、急性肠道感染、潜在型克山病，疗效显著。近年来发现其木质素在临床上治疗肝炎和作为一种强氧化剂，对于抗衰老，防治许多危害性大的疾病有重要意义。[3]

参考文献

[1] 王筠默．人参药理研究的进展．人参研究．2001，113（13）：2
[2] 蒋凤荣等，麦冬的药理作用研究进展．中医药学刊，2006，24（2）：236
[3] 杨慧洁．五味子药理作用研究概况．人参研究．1999，11（4）：5

第二章 微量元素

人体所含各种各样的元素，根据元素在人体内含量的不同，可分为常量元素和微量元素，前者占人体总量的99.95%，后者占人体总量的0.05%。根据元素在人体内生物学作用的不同，又可分为必需、可能必需和非必需三类。Cotzias指出必需微量元素应具备以下特点：①存在于生物体内的一切健全组织中；②不同动物之间的浓度在某种程度上是一定的；③一旦生物体失去这种元素，无论生物种类如何，在生物的相同构造上及生理上常发生异常；④补充其不足，可防止异常或恢复正常；⑤缺乏所致的异常，常伴有一定的生物化学改变；⑥预防不足或恢复时，即可防止生化学的改变或恢复正常。按上述定义，生物体所必需的常量元素有氢、碳、氮、钠、镁、磷、氧、硫、氯、钾、钙等11种。各微量元素均有一种或多种特殊生理作用，与维生素相似，但是他们在人类的营养中要比维生素重要的多，因为他们不能像维生素那样在生物体内自然合成，他们的缺乏或过量均与人的生命休戚相关。他们是人体许多酶系统的关键性成分，或作为金属酶的组成部分，或作为金属离子活化酶的辅助因子。他们对人体健康起着重要作用，与儿童的生长发育有直接关系，可影响蛋

白质、脂肪和糖的代谢及内分泌腺的功能，甚至可影响遗传变异与致癌等。实践表明补充和调节微量元素的供给，有可能为防止早衰和改善老年症状提供基础。

生脉散含有人体所必需的多种微量元素。生物体所必需的微量元素有硼、氟、硅、钒、铬、钴、钼、镍、铁、铜、锌、砷、硒、锰、锡、碘等16种。今年来随着分子生物学和高等生化技术的发展，人们对微量元素的研究有了相当深入的发展。越来越多的研究证明微量元素与人体生命活动的关系十分密切，任何一种元素的含量异常都会导致人体患病。大量的实验表明生脉散内常量元素 Na、K、Ca、Mg、含量丰富，微量元素 Zn、Cu、Mn、Fe 等含量丰富。认为小青龙汤的治疗作用出他的药理作用外，可能与微量元素的补充和调节有着密切的联系。

参考文献

[1] 季宇彬．中药复方化学与药理．人民卫生出版社．2003：300

[2] 许士凯．现代抗衰老中药复方制剂研究进展（之三）．现代中西医结合杂志，2005，14（15）：1945

第三章 药理研究

第一节 生脉散对心血管的作用

一、改善心功能

用离体兔乳头肌法，0.25ml 生脉被可使心肌收缩力明显增强，给药后收缩幅度增大10%，该作用可持续20分钟，并可使心肌细胞兴奋性增高；不应期延长，使自律性降低（兔右心房法），对麻醉兔心脏的收缩幅度提高1倍。用猫进行血流动力学研究，生脉液1 ml/kg静注，于5～15分钟之间，可使反映泵功能的指标心排出量（CO）、搏出量（SV）、心脏指数（CL）、左室做功（LVW）、左室作功指数（LVWI）增加；使反应肌纤维收缩成份收缩性能的指标左室内压峰值（LVSP）、室内压变化的最大速率（dp/dtmax），左室射血时间（LVET）则无明显变化；反映前负荷的左室舒张末期压（LVEDP）有所升高：但没有超出正常生理范围，且与CO升高相一致；反映后负荷的颈动脉平均压（mAP）虽明显

升高，但体循环血管阻力（SVR）、体循环血管阻力指数（SVRI）则有所下降。以上结果说明，本方确有增强心脏泵血功能的作用，在改善心脏功能、增加心排出量的同时，对心脏前负荷及收缩敏捷度影响不明显，并可使外周阻力轻度下降，这一作用特点与洋地黄类正性肌力作用药物及扩血管药不同[1]。对家兔心源性休克，生脉散注射液6ml耳缘静脉推注，可使其LVEDP有升压现象（使中心静脉压下降），预先使用本方的家兔缺氧后耐缺氧时间延长，并使LVEDP出现异常增高，时间也反向延长，从而减轻心肌缺氧程度，减少心肌缺氧死亡率。扩张型心肌病患者每天服本药2次，每次20ml，连续20天，可使左室舒张末期内径（Dd）、左室收缩末期内径（Ds）缩小；而心排出量（CO）、左室射血分数（EF%）、短轴缩短率（D%）、周边纤维缩短率（mvcf）明显增加；用药后使运动耐量增加，但不增加心肌耗氧量；改善已受损的左室收缩功能，对心肌病具有加强心肌收缩力的作用。对原发性扩张型心肌病伴慢性心衰患者，生脉液20mI静注，对于心脏收缩时相（STI）和超声心电图（VcG），除心率（HR）、动脉舒张压（BPd）、心电图的QRS波宽度和后壁首长末期厚度（Td）等外，其余各项指标均有显著性变化，如电机械收缩时间（EMTI）、左室射血指数（LVET）、心脏射血前期指数（PEPI）及射血前期/左室射血期（PEP/LVET）显著降低；而收缩压（BPS）显著增加，舒张末期内径（Dd），收缩末期内径（Ds）显著减少，平均环肌缩短比（mVcf）、左室射血分数（EF）、后壁收缩末期厚度（Ts）、厚壁搏幅（Ena）及平均后壁运动速度（Vpm）均显著增多，表明心肌收缩力增加，收缩幅度也增加，心功能改善[2]。

对冠心病心绞痛伴有气虚患者，生脉液10 ml加10%葡萄糖注射液，静脉推注1小时LVET显著延长，LVET/IGT（等容收缩时间）增大，不伴高血压的患者ICT显著缩短，而等容舒张时间（IRP）则显著延长，MST也明显延长。伴有高血压者a%（a%是反映左心室顺应性舒张末期压状态的一项重要指标）显著减少，MET延长，SF（缓慢充盈期）/RF（快速充盈期）无明显变化。说明本药能加强心肌收缩力，增加心排出量，改善左室功能，并可改善左心室量，调整

心肌对氧的供求平衡[3]。对气阴两虚型冠心病患者，生脉液20ml加10%葡萄糖液20ml或5%葡萄糖液40ml静注可使Q－zI缩短，dz/dt-max、CI、HI、C均增大，TPR、PEPE/VLET明显变小，HR、BP无明显变化。表明本方在改善心功能方面，对气阴两虚型冠心病的效果要低于单纯气虚者。同样，冠心病患者口服本药也能使HI、SV、SVI、CI较用药前增加，Q－z、Q－B/B－Z、Adz/dtrnax较给药前增加。本方还能有效地预防高原低氧环境对人体心、肺功能的影响。对照组由海拔2500米进人海拔4475米高原后，其LVETI缩短，PEFR外，其余各值均显著升高；而服药组上山后，心、肺功能各项检测值与上山前相比，均无明显变化。对老年心力衰竭患者生脉液20ml静脉注射，能显著提高射血分数（EF），相对心排出量（CO）及搏出量（SV），于药后10分钟起效，30分钟达高峰。并能显著且更持久升高舒张功能值快速充盈率（FER）及高峰充盈率（PFR），其改善左室泵功能的主要环节可能系增强了心肌的收缩力。另外。生脉液对血压无显著影响，但能减慢心率。

用核听诊器及^{113}钴观察本药对冠心病及急性心肌梗死（AMI）患者的作用，静脉给药20ml，5～10分钟能提高左室射血分数。对AMl患者静脉给药10ml，1小时后，可见LVET明显延长，ICT缩短，PEP/LVET比值减小，LVET/ICT比值增大，MET、MST、IRP、SF、RF有所延长，SF/RF稍有增大，HR明显减慢，BP略有下降，心肌耗氧量（MVO_2）明显降低。结果证明，本药对AMI患者左室功能有明显的改善作用。在人体应用心导管（Awan—Ganz热稀释气囊导管）来观察本方对AMl患者血流动力学的影响。结果给药后可提高CO，HR无明显变化，SV增加19.5%，SVR平均降低21.4%，心脏每搏作功增加19.4%，HR与收缩压乘积略有减少。药效一般在注射后5分钟出现，10～15分钟达高峰，可维持30分钟左右。以上结果说明，本药对心脏的影响与洋地黄杨强心苷和血管扩张药都有所不同。对AMI患者生脉液静注30ml，可见心脏指数CI平均增加13%，左室每搏作功指数增加11%，体循环阻力下降9%，而HR、肺动脉楔压（PWP）及心率与收缩压的乘积均无明显变化。作用从15分钟开始，30～45分钟达高峰，多数在60分钟恢复至原水平；对I型患

者可见 CI 显著增多，而体循环血管阻力（SVR）则显著下降，尿量也增加；对Ⅱ型患者可增加心排出量，CI 显著增加，平均为 14.5%，SVR 平均下降 9.5%，肺循环血管阻力（PVR）有一定程度降低，左室每搏作功指数（LVSWI）显著增加，但 PWP 无明显变化；对Ⅲ型患者效果不佳，CI 增加不明显。上述结果表明，生脉液能改善心脏功能，增加心搏出量，其机制可能主要系增强心肌收缩力及轻度降低血管阻力所致，但对不同的血流动力学变化的患者效果不同，经用Ⅱ型患者与硝普钠对血流动力学影响的比较表明，生脉液与血管扩张剂的效应有不同的特点，二者虽均可增加 CI、SV 及 LVSWI，但硝普钠增加 CI 作用更强，且明显降低血管阻力和 PWP[4]。还有报道，本药对慢性肺心病患者的左室功能也有明显的改善作用。给慢性充血性心衰（CHF）患者静脉推注生脉液 20ml，用药 1 小时后，EF、CO、SV、mVcf 及 Fs 比用药前均增加，提示左室收缩功能改善；而 MVV 及 RFF 增加，IVR 降低，提示左室舒张功能改善。用药前后，心率和血压均无明显改善。而用药前后，心率和血压均无明显改善。对轻度心衰（Ⅱ级）用药后 SV、FS 均显著增加，而 EF、CO、mVcf 无差异，对重度心衰（Ⅲ～Ⅳ级）用药后 SV、FS、EF、mVcf 均有显著增加。研究表明，CHF 患者静脉注射生脉液收缩及舒张功能功能指标明显改善，且左室收缩功能的变化与心衰严重程度有关，重度心衰组改善更明显。而患者心率、血压无明显变化，说明应用生脉液后不引起心肌耗氧量韵增加[5]。

二、增加冠脉流量

抗心肌缺血麻醉犬静注生脉液 0.5ml/kg，能使流量峰值平习增加（33.2±6.0）%，与对照组比较，两者差异显著。生脉注射液亦能使大鼠离体心脏灌流量明显增加。生脉散煎剂并能延长缺血性心脏的存活时间和大鼠自腹主动脉剪断出血至心脏停搏的时间。生脉液对急性心肌梗死犬缺血区的返回血流及心内膜下区灌注压有影响，在结扎冠脉前降支后 30 分钟时，左心室收缩期峰压见降低，左心室舒张末期压升高，给药后左心室收缩期压较给药前明显降低，心内膜下区灌流压在给药后明显升高，左心室舒张末期压降低于临床所见一致，

对急性心肌梗死患者生脉散注射液10ml加10%葡萄糖注射液10ml静脉推注，左心室舒张末期压降低，使心内膜下区灌注压升高，能改善急性缺血区心肌血流量，从而改善氧的利用，推测生脉液可能改善缺血区的营养血流[3]。对离体兔的冠脉用“生脉Ⅱ号”针0.2ml灌流，可显著扩张冠脉，1分钟扩冠作用可达峰值，峰值时能使冠脉流量平均增加57.8%，扩冠作用平均持续6.8分钟，平均增加冠脉流量40.1%。^{86}铷示踪试验表明，生脉液还能显著增加小鼠心肌对同元素的摄取，平均增加率为15.7%，表明本剂可增加心肌营养性血流量。生脉液也能增加麻醉犬冠脉或左旋支的血流量。

三、调整心肌代谢、降低耗氧量

（一）促进心肌细胞合成代谢

用异丙肾上腺素及常压缺氧的方法，造成小鼠急性心肌缺氧，1g/kg生脉液腹腔注射小鼠，每天一次，共3～4次，可使心脏中的脱氧核糖核酸（DNA）合成率显著提高。同时证明，复方丹参及潘生丁无此作用，此作用可被普萘洛尔减弱，因此认为本药提高心肌DNA的作用可能是通过β-受体而起效的。这一作用对促进心肌细胞恢复及保护缺氧条件下的心肌细胞都很重要。生脉液于125μg/ml、250μg/ml、500 kg/ml剂量均有不同程度的促进心肌细胞DNA合成作用，平均提高10%～20%，剂量低至62.5 μg/ml时作用不明显，而剂量高达1000μg/ml则反抑制DNA合成，适当剂量的生脉液也可拮抗之。125μg/ml或250μg/ml浓度可被抑制的DNA合成平均升高23%，但剂量过低过高则保护作用不明显。体外培养的心肌细胞的实验研究表明，MMC可使心肌细胞释放至培养基中的乳酸脱氢酶（LDH）量显著升高，而加入生脉液，可显著对抗MMC这一毒性。整体实验中也可见MMC可使小鼠心肌超显微结构明显改变，并有3/10只小鼠死亡，而给以生脉液，则不仅无死亡发生，还可显著拮抗MMC所致小鼠心肌的超显微结构改变，特别是对肌原纤维及细胞核的损伤有明显保护作用。由于MMC对DNA合成的抑制可能是造成心肌损伤的主要机制，故可变为生脉液对抗MMC所致心肌细胞DNA

和成抑制作用，是其抗 MMC 致心肌损伤保护作用的主要机制之一[6]。生脉液还可促进肝脏蛋白质代谢，其影响依浓度而异，2.6μg/ml 药液浓度能非常显著地促进^{3}H－TdR 及^{3}H－uR 的掺入，但浓度达 5.3μg/ml 时仅促进^{3}H－uR 掺入而不影响^{3}H－TdR 掺入，而至 13.3 ug/ml 时则均有明显影响[7]。

（二）改善心肌能量代谢

生脉散能抑制心肌细胞 ATP 酶活力，从而产生正性肌力作用，还能明显提高严重缺氧心脏的 ATP 含量，对于鼠肝线粒体氧化磷酸化的实验表明，生脉液于不同浓度均可表现为抑制线粒体耗氧量 S3，激活 S4，从而将低 ADP/O 比值及呼吸控制指数（RCI）值，即生脉液能降低氧化磷酸化效率和解偶联作用。

（三）调节 2，3－二磷酸油酸含量

0.2ml/20g，0.4ml/20g 复方生脉注射剂（生脉散加附子）腹腔注射小鼠，可使缺氧小鼠（模拟 8000 米高度缺氧 1 小时）血液中 2，3－二磷酸油 DPG 含量较单纯缺氧组明显升高。说明本方可以通过增加全血，2，3－DPG 水平来达到增强机体耐缺氧的能力[8]。本方也可提高正常大鼠全血、红细胞、血红蛋白的 2，3－DPG 含量，对于缺氧状态 8 小时的动物，本方不仅可显著提高血中 2，3－DPG 含量，还能显著提高血液 PaO_2、SaO_2，使 $PaCO_3$，明显降低，正常人注射本药 24 小时后，血红蛋白 2，3－DPG 含量明显增加。冠心病患者红细胞 2，3－DPG 含量明显高于正常人，注射本药后可使其 2，3－DPC 含量明显降低。说明本方具有双向调节作用，既能使正常人的 2，3－DPG 升高，又能使已升高的冠心病患者的 2，3－DPG 下降，且此时经血气分析证明 PaO_2、SaO_2 明显增加，$PaCO_2$ 明显降低。这一结果说明，在缺氧时本方不仅可以调节 2，3－DPG 的浓度，还可使红细胞的摄氧、带氧的能力提高，从而提高机体的耐缺氧能力。[9]常压耐缺氧的实验证明，本药可显著提高小鼠在严重缺氧环境下的耐受性，延长动物在缺氧状态下的存活时间，也能明显降低小鼠低压缺氧的死亡率，延长家兔对缺氧的耐受时间。1ml/kg 生脉液静注麻醉

犬，能降低心肌耗氧量，减少动静脉氧差。

四、保护心肌细胞

对大鼠离体心脏用1%生脉散（0.57g生药/ml）灌注，对心肌细胞缺氧后再给氧造成的损伤有较好的防治作用，可使心肌细胞结构基本正常，胞内轻度水肿。线粒体稍有肿胀，核染色质分布较均匀，肌丝排列较整齐。心肌酶活力明显恢复，丙二醛（MDA）显著下降。本药对心肌缺氧再给氧造成的损伤，可使心肌超微结构的损伤明显好转，SDH、SOD、GSN－PX活性明显恢复，MDA含量减少，这对防治心肌再给氧损伤有一定作用。另外，本药可能还具有提高线粒体呼吸链功能，改善细胞的能量代谢活动，抑制氧自由基生成和抗脂质过氧化的作用[10]。本药能显著降低含氧灌注心肌（大鼠）及缺氧心肌MDA含量，并能非常显著地降低缺氧后再给氧心脏的MDA含量。并发现高龄小鼠心肌的SOD活性明显低于少龄小鼠，本药能使高龄小鼠心肌的SOD活性明显增高。另外本药能明显降低家兔心肌细胞内LDH及雌性动物溶酶体标记酶（ANAE）及6－G－P的活性。也说明本药有保护心肌细胞之功能。对结扎冠状动脉左前降支（LAD）的家兔，进行心电图标测及硝基四氮唑蓝（N－BT）大体标本染色。静注0.75 mg/kg，8小时1次，共6次，在结扎LAD后0.5、2.5、20小时所有导联ST段偏移毫伏数的总和（EST）与对照组相比明显降低。出现病理性Q波的导联数（NQ）在结扎后2～50小时均较对照组显著为低，并降低N－BT大体标本染色梗死心肌的绝对重量。显著降低梗死心肌占全心室心肌重的百分数。说明本方能缩小急性心肌梗死范围[11]。用核素标记的放射自显影方法研究本药对结扎家兔LAD及大鼠腹腔注射脑垂体后叶素造成心肌梗死动物模型的作用。用2.5g（人参）/50kg生脉散注射液腹注家兔，能显著提高放射自显影胸腺嘧啶脱氧核苷（^{3}H－TdR）所致细胞核标记率。病理所见与家兔相似。实验结果表明，本药可以促进损伤心肌DNA的合成，加速损伤心肌的修复[12]。对结扎冠状动脉前降支的犬生脉液0.5 rnl/kg股静脉注射，可使左心室收缩期与舒张期的末梢冠脉压力均无明显改变，左心室舒张末期压，在用药后5～15分钟比用药前有明显降低。

心内膜下区灌流压在用药后1~10分钟可明显升高。在用药后5~30分钟其返回血流量与用药前相近。由于心内膜下区心肌需要较大的血流量及供氧量，而急性缺血心肌内膜下区灌流压是舒张末期冠脉压力与左心室舒张末期压之差。本药可使后者降低，从而使心内膜下区灌注压显著升高，说明可改善急慢性缺血心肌的血流量[17]。本药可显著延长大鼠缺血心肌的停搏时间，心电图可见除各种缺血性损害出现较迟外，其心率、T波、ST段等改变也较对照组为轻。并能提高缺血心肌糖原、核糖核酸的含量。从家兔左心室一次采全血的三分之一，造成急性心肌缺血的动物模型，口服给予本药，连续5天，可使心肌缺血的心电图变化恢复正常，与对照组相比有显著差异。对大鼠离体心脏生脉散0.1ml/kg和0.5ml/kg，能显著降低含氧灌注和缺氧再给氧灌注大鼠心肌过氧化脂质MDA含量，并且可显著增高老龄小鼠心肌SOD活性[14]。对心绞痛患者服用生脉散颗粒剂，每次6g，每天2次，共20天，能促进线粒体琥珀酸脱氢酶及抗自由基酶活性提高，增强心肌细胞对半醌式自由基的消除能力，促使过氧化脂质（LPO）含量减少，但对SOD升高不显著。对在体心脏缺血再灌注损伤大鼠模型，静注生脉散注射液1ml/kg，能明显减少再灌注的血浆肌酸磷酸激酶（CPR）的释放，降低LPO含最，升高SeG－SHPx活性。

五、对阿霉素（ADR）及丝裂霉素C（MMC）造成的大鼠心脏毒性的防治作用

ADR加本药组的心肌细胞超微结构明显好转，无细胞内水肿，核接近正常，线粒体嵴完整，肌丝排列整齐，无断裂，部分心肌细胞可见线粒体及高尔基体明显增多。ADR组心肌细胞线粒体的SDH比活力为0.0377△ABS/mg蛋白·分，ADR加本药组为0.0835△ABS/mg蛋白·分，明显高于ADR组。实验表明本药能有效地保护心肌细胞的超微结构，并能改善心肌细胞线粒体的能量代谢。红细胞悬液和均浆液LSA含量明显低于ADR组，GSH－PX和SOD活力明显高于ADR组，MDA含量显著低于ADR组。说明本药可提高抗自由基酶活性，减少脂质过氧化物MDA含量，进而有效地防治ADR心肌毒性。

机制：①本药含有大量氨基酸参与三羧酸循环和谷氨酸－草酰乙酸的转氨作用。②有效地消除 ADR 产生的半醌式自由基，弱化或避免其对心肌细胞能量代谢的抑制作用。对 MMC 所致心肌细胞 DNA 合成抑制有明显拮抗作用，MMC 可使小鼠心肌超微结构明显改变，并导致部分（3/10）小鼠死亡，给予本药，动物无死亡发生，同时显著拮抗 MMC 所致小鼠心肌的超微结构改变，特别是对肌原纤维及细胞核的损伤有明显的保护作用。体外培养的心肌细胞实验研究表明，MMC 可使心肌细胞释放至培养基中的乳酸脱氢酶（LDH）量显著升高，而本药则可显著对抗这一毒性[15]。

阿霉素（ADR）并生脉散生药 5g/kg 组大鼠阿霉素毒性症状较之 ADR 组出现较晚。发生充血性心力衰竭例数较少，且心肌病理改变明显较轻。阿霉素对大鼠全血 GSH－Px 活性及心肌 SOD 活性有明显抑制作用，并可使心肌组织内 MDA 含量增加。ADR 并服用生脉散组大鼠全血 GSH－Px、心肌 SOD 活性较单用阿霉素组增高，心肌 MDA 含量较单用 ADR 组大鼠减少，提示生脉散对阿霉素心肌毒性有对抗作用。其机制可能与其抗自由基反应有关[16]。

第二节　生脉散对血液系统的作用

口服本药后，可使 4.4μmol ADP 诱导 PagT 明显降低，血浆 βTG、TXB2、6KPGF12 也都明显下降，PF4、TXB2/6KPGF12 比值无明显变化。表明本药对血小板聚集及释放功能有抑制作用，其作用部位可能在环加氧酶或其以上部位。本药有抑制家兔体外血栓形成的作用，使血栓形成时间延长，血栓重量减轻，长度减小。对正常血小板总数无明显影响，也不能对抗 ADP 所致的血小板聚集，但可使 2.5μmol/ml 浓度的 ADP 作用下 5 分钟血小板解聚率显著增加。对正常血浆凝血酶原时间和凝血酶原消耗时间均有显著的延长作用，即对外源性和内源性凝血系统均有明显的抑制作用，表明本药的抗凝作用较强，并可使血浆蛋白以外的成纤维蛋白凝固，纤维蛋白原含量明显减少，但球蛋白溶解时间及凝血酶时间有所延长。说明纤维蛋白原降酶产物增多，而此物有强大的抗凝血作用，其增加时，凝血酶时间则

延长，表明本药有一定的促纤溶作用。用食饵动脉粥样硬化（AS）模型研究本方对家兔主动脉内膜 AS 斑块形成的影响。结果表明，本药对 AS 斑块中内膜增生、结缔组织生成和脂质沉积均有明显抑制作用。其机制可能与本方抑制血小板聚集和释放反应有关。另外，可能有调节血脂代谢、降低血清 LDL、升高 LDL 和 HDL2c 因素参与[15]。

第三节 生脉散改善微循环、抗休克、调节血压

对大分子右旋糖酐（HMWD）所致微循环障碍和弥散性血管内凝血有较好的保护作用。使大鼠死亡率明显降低，本药加 HMWD 组死亡率为 36.8%. 生理盐水加 HMWD 组为 72.2%。对血液流变学指标的影响，静脉给药加 HMWD 组和生理盐水加 HMWD 组相比，全血比黏度及血球比容明显降低，凝血酶原红细胞电泳时间显著缩短，血小板计数、纤维蛋白原含量明显升高。实验表明，本药不仅可改善微循环，还可阻止血管内 DIC 的产生[17]。生脉散注射液 6 mI 耳缘静脉缓慢推注家兔，能显著降低实验性心源性休克家兔的肠系膜微循环障碍、降低死亡率。另外，本药对甲皱微循环有良好的改善作用。使用皱底色由暗红转为橘红，出血点消失，毛细血管袢形态及管袢内血流恢复正常。

本药对多种实验性休克都有保护效果。对烧伤犬滴注 1.28ml/kg 生脉液，可使休克出现时间明显推迟，使死亡时间明显延长，使烧伤动物血压维持在较高水平。另外，本药尚能减轻烧伤后血液浓缩的发生，维持较好的心率，使心跳强而有力[18]。对剪断股动脉造成家兔失血性休克，能明显延长其存活时间，并保护部分动物不死亡，给药组动物出血时间较短，出血量也较少。对剪断腹主动脉造成急性失血太鼠之心脏，可显著延长其停搏时间。对剪断肠系膜上动脉造成的家兔肠缺血性休克。能明显地延长其存活时间。生脉散注射液 10m/kg 静注小鼠，每天 1 次，连续 3 天，对内毒素所致的小鼠休克死亡有显著保护作用，能显著降低死亡率，延长死亡时间。其机制在于本药能强烈兴奋单核－吞噬细胞系统吞噬活性[23]，本药对静脉注射橄榄油

所致的家兔休克，能显著提高其存活率，降低休克状态下中心静脉压升高的状态。并且能显著延长热水烫伤小鼠休克死亡的存活时间，提高烫伤后不同 时间的存活率。本药 10ml/kg 静脉注射小鼠，每天 1 次，连续 3 天或 4 天，对大肠杆菌、痢疾杆菌或金黄色葡萄球菌所致的小鼠致死性感染有明显的保护作用，使动物死亡率较对照组明显降低[19]。另外，本药对老龄大鼠中暑有较好的防治作用，可显著降低其死亡率。

对血压的作用，多数报道认为本药具双向调节作用。对高血压患者可使其血压降低，而对休克等低血压状态则可使其升高对正常血压多无明显影响。

生脉散口服液 4.4g /kg 灌服家兔，能对抗电刺激下丘脑引起的心律失常，生脉散口服液 13.75g/kg 和 8.25g/kg 灌服小鼠，均能明显对抗氯化钙引起的室颤。2.75g/kg 和 1.38g/kg 生脉散口服液静注大鼠，均能明显对抗氯化钙引起的室颤所致死亡[20]。并能对抗电刺激离体大鼠心脏引起的心律失常的作用。对脑垂体后叶素所致的大鼠心律失常有明显的对抗作用，使各种心律失常的发生率较给药前明显降低。本药的酒精沉淀物亦有明显的对抗脑垂体后叶素引起的家兔心律失常的作用。

第四节　生脉散增强垂体－肾上腺皮质功能

生脉液 20mg/kg 静注大鼠，可使正常大鼠肾上腺中维生素 C 含量下降。表明本药能明显兴奋肾上腺皮质功能，但此作用随给药次数的增加而减弱，连续四次作用即不明显，5 次时作用完全消失，1 次静注引起肾上腺维生素 C 含量明显下降的同时可使血浆皮质酮含量升高，连续给药 5 次肾上腺中维生素 C 含量已与生理盐水对照组相同，但其血浆皮质酮含量却明显高于对照组。此时其垂体前叶提取物引起的氢化可的松处理大鼠肾上腺中维生素 C 含量下降程度比生理盐水组为多，表明其垂体前叶中 ACTH 含量也较对照组为高。提示本药连续注射时对正常动物不仅能使血浆皮质类固醇保持高浓度，即垂

体前叶 ACTH 的合成和释入过程均提高，而且还能使垂体前叶有较多的 ACTH 储备。本药在兴备肾上腺皮质功能的同时，不引起胸腺萎缩，肾上腺增大或萎缩，因此不会出现因胸腺萎缩而造成机体免疫功能抑制。这也是有别于 ACTH 肾上腺皮质激素及其他许多兴奋肾上腺皮质功能中药及合成药的特点之一[20]。

生脉液 5ml/kg 腹腔注射大鼠，连续 5 天，能显著降低大鼠外周白细胞糖皮质激素受体（GCR）的含量。糖皮质激素参与靶细胞中 GCR 的“反向调节”，因此本药引起的 GCR 含量降低可能是内源性糖皮质激素水平升高后导致“反向调节”的结果[21]。健康人每日肌注 4 ml，连续 5 日，也可见在 8、12、17 及 24 小时之血浆皮质醇加合量显著增加，表明生脉液确实可以增强肾上腺皮质功能。

第五节 生脉散的抗炎作用

本药对角叉菜胶所致大鼠足爪炎症性肿胀有明显的抑制作用，对蛋清所致的大鼠足爪肿胀也有明显抑制作用。但切除双肾上腺后，对大鼠蛋清性足肿胀的抑制作用完全消失。生脉注射液 10ml/kg 静注小鼠或家兔，对组胺引起的小鼠及家兔皮肤毛细血管通透性增加有非常显著的抑制作用，对^{60}钴 100rad 全身照射 3 分钟所致的小鼠毛细血管通透性增加亦有显著的对抗作用，结果说明本药具有非特异性的抗炎作用。并能显著增加家兔及大鼠血浆皮质酮性的抗炎作用。并能显著增加家兔及大鼠血浆皮质酮含量，其中对大鼠的作用比人参总皂苷强。并能促进人体皮质醇的分泌（但不影响体内糖皮质激素分泌的昼夜节律），降低血浆中 PGE 的水平，这对维持血管平滑肌的张力和降低炎症反应是十分重要的[22]。本药能增强吞噬细胞的吞噬功能，而对白细胞游走无明显影响，说明它与现有的合成抗炎药组比具有不同的作用点。

对多种缺氧模型小鼠和炎症模型小鼠，给予生脉散灌胃，以观察小鼠的耐缺氧能力和抗炎能力。结果：生脉散能增加应激情况下小鼠对缺氧的耐受性，延长小鼠存活时间（$P<0.05$），提高小鼠对亚硝酸钠组织中毒性缺氧耐受性（$P<0.01$），并具显著抗炎作用（$P<$

0.01)。结论：生脉散能增强心肌供氧能力，并能抑制小鼠肉芽肿炎症反应，从而为该方的临床运用提供了进一步的理论依据[23]。

第六节 生脉散对免疫功能的影响

生脉注射液0.4ml/只静注大鼠，间隔5日1次，连续5次注射生脉液，可使大鼠外周血白细胞总数、中性粒细胞及单核细胞增加，淋巴细胞绝对值也有增加，尤以单核细胞增加为著。对特异性免疫，实验发现本剂能增加大鼠外周血ANAE阳性细胞数，提示其可增加周围血成熟T-淋巴细胞数。每天10ml/kg生脉注射液静注小鼠，连续4天，可使小鼠单核-吞噬细胞系统（RES）对血液中胶体惰性炭粒的吞噬能力明显增强，并能使脾脏有不同程度的增重。给药组动物吞噬指数K及吞噬系数a值均明显高于对照组，提示其增强RES吞噬功能作用不仅在于巨噬细胞的增殖，还能使其功能明显活跃。对小鼠血中^{32}P标记的金黄色葡萄球菌，本药能明显降低其血中放射强度，同时明显增加脾脏的总放射强度。对胶体炭粒封闭RES的小鼠，本药的RES激活效果不受阻断，作用仍很明显。对荷瘤动物RES也有明显的激活作用。内毒素可毒害RES，使其吞噬活性下降，给予本药再静注痢疾杆菌内毒素，可见本药有对抗内毒素的作用，使小鼠吞噬活性明显增强，并明显高于正常动物，说明本药对内毒素所致RES损害有明显保护作用。同时证明，本药能明显减轻痢疾杆菌内毒素所致的小鼠腹泻[13]。还能提高小鼠腹腔巨噬细胞对鸡血球的吞噬能力，显著提高其吞噬百分率和吞噬指数。生脉注射液10ml/kg静注小鼠，对单核-巨噬细胞系统（MFS）的吞噬功能有非常显著的激活作用，并可显著抑制家兔皮肤被动过敏反应（PCA），说明本药有抑制IGE抗体I起过敏介质释放的作用，本药对健康人血清免疫球蛋白无明显影响，给药前后血清中IgG、IgA、IgM无明显差异，均在正常范围内[22]。另外，对于绵羊红细胞所致溶血素抗体生成及天花粉所致小鼠速发型超敏反应，生脉液均未见明显影响[24]。此外，本药还能显著保护胸腺细胞。

100%生脉散加黄芪水煎醇沉液能诱生淋生淋巴因子激活性杀伤

细胞（LAK 细胞）活性，在培养体系中加入较低浓度（50μg/ml、100μg/ml）的生脉散加黄芪液可增强 LAK 细胞活性，而较高浓度（200g/ml、1000g/ml）生脉散加黄芪液反而抑制 LAK 细胞活性。本药台玉屏风散能显著提高人体自然杀伤细胞（NK）的活性[25]。以热损伤大鼠为研究对象，观察生脉散对热损伤鼠免疫器官、脾脏淋巴豆蛋白 A 增殖反应、白细胞介素 2（IL－2）产生能力的影响。发现生脉散可以减轻由于热损伤造成的大鼠胸腺、脾脏缩小的程度，并能明显提高损伤大鼠的脾淋巴细胞转化率和 IL－2 之产生能力。还发现生脉散可以提高热损伤大鼠脾淋巴细胞 IL－2mRNA 的表达水平，这提示促进 IL－2Mrnar 表达可能是该方保护热损伤大鼠脾淋巴细胞 IL－2 之产生能力的作用环节之一[26]。

生脉散加黄芪对小鼠创伤应激（截肢术）介导的细胞免疫功能抑制，具有显著的调节作用，可部分拮抗应激小鼠天然杀伤细胞和抗体依赖细胞介导细胞毒活性的抑制，拮抗腹腔巨噬细胞吞噬功能的受抑状 I 态，使其在应激期间提高活性。实验结果表明，生脉散加黄芪有希望成为一种治疗应激介导的免疫抑制药[27]。

第七节 生脉散抗血栓形成、抗凝血、改善血液流变学

冠心病患者口服本药后，可使 4.4μmolADP 诱导的 PagT 明显降低，血浆 β－TG、TXB2、6KPCF12，也都明显下降，PF4、FXB2/6KPCF12 比值无明显变化，表明本药对血小板聚集及释放功能有抑制作用，其作用部位可能在环加氧酶或其以上部位。生脉散 2ml/kg 静注家兔，2 小时可使体外血栓形成时间显著延长，血栓湿重明显减轻，血栓长度也有减少，对血液中血小板总数无囊明显改变，也不能对抗 ADP 所致血小板聚集，但于 2.5μmol/ml 浓度的 ADP 作用下 5 分钟血小板解聚率显著增加，而对 5μmol/ml 或 1.25μmol/ml 浓度 ADP 所致者无显著影响。生脉液对外凝及内凝系统均有非常显著的抑制作用，能使血浆凝血酶原时间及凝血酶原消耗时间均显著延长。此外，生脉散还能明显抑制凝血系统活性，抑制血栓形成，并有一定

的促纤溶作用[28]。用食饵性动脉粥样硬化（AS）模型研究本方对家兔主动脉内膜AS斑块形成的影响，结果表明，本药对AS斑块中内膜增生、结缔组织生成和脂质沉积均有明显的抑制作用。其机制可能与本方抑制血小板聚集和释放反应有关。另外，本药能调节血脂代谢、降低血清LDLC、升高HDLC和HDLZC。有实验表明，加味清热地黄合生脉注射液对大肠杆菌内毒素所致家兔温病邪人血分之热瘀气脱证模型的疗效实验中，合用液组（第1，2次每次注清热地黄液10ml，3、4次每次注射生脉液5ml，清热地黄液10ml）能显著抑制凝血酶原时（PT）延长的趋势和纤维蛋白原含量（FG）降低的趋势，不延长白陶土凝血活酶时间（KPTT），能显著改善模型的低切变速率下全血比黏度、血浆黏度、红细胞电泳时间、红细胞比容、血沉及纤维蛋白原含量等血液流变学指标的异常。说明二者合用可抗凝血，改善血液流变性[29]。

第八节　生脉散对肝功能的影响

在犬肝缺血再灌注损伤实验中，术前每日注射生脉注射液0.4ml/kg，共2日，能显著提高SOD活性，而降低肝组织中MDA及ALT含量，减少肝细胞变性、坏死的程度和范围。用本方研究体外培养肝细胞3H－尿嘧啶核苷掺入的影响：用显微放射自显影方法，研究本药对体外培养肝细胞核酸代谢的作用，结果显示本药对肝细胞DNA、RNA合成有明显促进作用，但不同药物浓度对［CH_3－H］－胸腺嘧啶核苷及［5－3H］－尿嘧啶核苷的掺入率有明显差别，以2.6μl/ml浓度作用效果最佳，随浓度增加作用渐弱，当达到13.3μl/ml时，对肝细胞DNA及RNA的合成作用不仅不增强，反而更低。另外，本药能提高老年大鼠肝脏内RNA的含量，而对DNA的作用则不甚明显。对心肌细胞DNA的合成有明显的促进作用，但也因用药浓度不同，反映出的作用结果差异较大[7]。

第九节 生脉散的抗癌作用

生脉散14g/kg及28g/kg口饲小鼠，每天1次，连续10天，可降低由环磷酰胺引起的小鼠骨髓微粒率升高。对香烟烟雾吸入致突变也有明显的抑制作用，14g/kg口饲小鼠，连续10天，并每日给予香烟20支，分上、下午两次熏烟染毒，结果表明本药降低香烟烟雾引起的小鼠肺组织炎症的严重程度明显。生脉液（0.57g生药/ml）0.1ml对小鼠艾氏腹水癌EAC、小鼠肝癌（H22）、小鼠肉瘤180（S180）三种癌细胞，本药可明显提高51Cr的释放率，将以上三种癌细胞接种于小鼠右腋皮下，生脉液0.2ml腹注小鼠，每天一次，连续15天，可见本药对移植性肿瘤的生长无明显抑制作用。但若用本药液预先处理癌细胞，然后再接种于小鼠右腋皮下，同时腹腔给药15天，结果发现本药对S180，EAC的生长有十分明显的抑制作用[22]。复方生脉注射液（1g生药/ml，生理盐水稀释10倍）0.4 ml腹腔或静脉注射小鼠，隔日1次，共6次，可使肺转移灶数显著减少，若在后肢肌肉接种瘤细胞后9天或10天截去该侧肢体，或在皮下接瘤后第10天摘除肿瘤，于术前静脉给予本药6次，也能显著预防肿瘤术后转移，使肺转移灶显著减少。体外实验证明，本药无直接抗癌作用。本药能显著增强荷瘤小鼠的RES吞噬活性，并可使Lewis肺癌荷瘤21天小鼠的吞噬活性维持在正常水平，防止荷瘤小鼠吞噬活性的明显下降，还可显著减少切瘤手术后吞噬指数下降幅度。对荷瘤21天小鼠的IgG Fc受体的TG细胞数也能显著提高。肌肉接种Lewis肺癌第10天手术切除瘤体的癌巢内外和肺转移灶周围，给药组均可见明显的淋巴细胞浸润。对肺癌患者静注本药后，对切除的组织用组织学及超微结构观察也可见淋巴细胞、浆细胞聚集在癌周围，出现多核异物巨细胞反应，癌细胞尤其是在细胞浆可见线粒体等细胞退变，空泡形成，癌细胞退变和坏死程度较严重。另外，该复方对小鼠移植性黑色素瘤M－HP，无论是瘤周注射或静注均有显著抑制作用，并可见瘤体和瘤周出现明显的淋巴细胞反应。显著增强M－HP荷瘤35天小鼠之RES吞噬活性，使其T，B细胞比值维持在正常水平，

防止荷瘤引起的T细胞明显下降和B细胞上升，并能显著提高有IgG Fc受体的TG细胞数。以上结果说明，该复方抗癌机制之要在于激活机体免疫功能，特别是对巨噬细胞及T细胞功能的激活[30~32]。

第十节 生脉散对中枢神经系统的作用

本药对中枢神经系统有较明显的抑制作用，对中枢兴奋药有不同程度的对抗作用。小鼠腹腔给予本药。20分钟后由尾静脉注射咖啡因、戊四氮．结果可使二者的半数致死量显著提高。小鼠腹腔给药10ml/kg对士的宁（1.2mg/kg）所致的惊厥无明显对抗作用，但能明显延长小鼠的死亡时间；15ml/kg虽不能防止戊四氮（55mg/kg）所致的小鼠惊厥，却可推迟其出现惊厥的潜伏时间。对士的宁所致的惊厥，人参方生脉饮能明显延长小鼠出现惊厥的潜伏时间，而党参方则无此作用。本药对小鼠运动协调性和肌力无明显影响，但能显著减少其自主活动数，并具有量效关系与时效关系，给予不同剂量的药物，抑制小鼠自发活动范围为23.4%~68.8%（与对照组相比）。能明显加强戊巴比妥钠和水合氯醛对中枢神经系统的抑制作用，延长二者对小鼠的睡眠时间。与苯丙胺合用，有明显的拮抗作用。在清醒家兔皮层脑电功率谱及频率分配实验中亦观察到，本药对脑电不同频率段功率谱均有影响，使低频成分（8.2~11.2Hz）功率增加32%，高频率成分（26.1~28.9Hz）降低44%，这也说明本药对中枢有抑制作用。能明显提高小鼠的耐高温和耐低温能力。给予本药后将动物置于(46±1)℃的恒温箱内，1小时内对照组死亡率为81.8%，给药组为9.1%。将动物置于（-9±1)℃的冰箱，结果对照组死亡率为80%，给药组为10%。本药及其醇沉物对正常大鼠及家兔体温均无明显影响。但对家兔注射伤寒副伤寒甲乙三联菌苗（0.5ml/kg）所致的发热，在给予本药后0.5、1、2、3小时，具有显著的降温作用。另外，本药有明显的镇痛作用，提高小鼠热板法的痛阈，减少醋酸引起的小鼠扭体次数。有实验以醋酸扭体法比较了生脉饮袋泡剂与煎剂的作用，结果表明袋泡剂能显著减少小鼠的扭体次数，而煎剂则无此作用。本方与六味地黄丸台用可改善Wistar大鼠因慢性应激所致学习障

碍，其机制可能与其对海马 CAI 区锥体神经元，尤其与 MIOS 阳性神经元保护有关[33]。

第十一节 其他作用

预防中暑：在预防老龄大鼠中暑试验中，本品可降低动物死亡率，减轻心肌磷酸肌酸及 cAMP 含量的耗竭，推测其预防中暑可能与稳定心肌能量储备有关，提示本方对防治老年人中暑有一定应用价值[15]。观察加味生脉散对热损伤大鼠下丘脑环磷腺苷、垂体 β 内啡肽（β－EP）、血浆促肾上腺皮质激素（ACTH）及皮质酮含量的影响。结果表明，加味生脉散对热损伤造成的下丘脑、垂体的 cAMP、β－EP 含量下降有明显的抑制作用，提示其增强高温耐受性的能力的作用机制可能与调解下丘脑 cAMP 及垂体 β－EP 的含量有关[34]。

对大鼠肺泡巨噬细胞分泌细胞因子的调节作用：油酸导致 ARDS 大鼠肺保巨噬细胞分泌大量细胞因子，本方可起到下调作用[35]。

抗衰老：通过动物体外和体内实验。观察实验动物过氧化脂质（LPO）和超氧化物歧化酶（SOD）的变化。结果：人参及生脉散可显著抑制大鼠及小鼠肝组织中 LPO 的生成（$P<0.01$）。还可明显增强小鼠肝组织中 SOD 的活性（$P<0.01$）结论：表明生脉散具有较好的抗衰老作用，为扩大生脉散的临床应用范围提供了理论依据[36]。

探讨生脉散对胎儿宫内发育迟缓（IUGR）患者的疗效及对外周血一氧化氮（NO）和内皮素－1（ET－1）水平的影响。方法：对 18 例 IUGR 患者用生脉散治疗。结果：IUGR 治疗前 NO 水平明显低于治疗后水平和正常组（$P<0.05$）。结论：生脉散能有效地清除氧自由基，使 NO 的灭活减少，NO 水平升高，恢复 NO/ET－1 之间的平衡从而降低子宫血流阻力，改善胎盘血流灌注，促进 IUGR 患者的生长发育[37]。

衰老可从脏腑的功能活动、形体外貌和动作起居等方面反映出来，其机制是阴阳失调，脏腑虚衰，现代研究以理论和实验为依据，说明衰老与自由基、代谢及各系统密切相关，20 世纪 70 年代以来，大量研究证实生脉散具有清除自由基、调整内分泌功能、增强免疫能

力、调节中枢神经系统等抗衰老作用[38]。

第十二节 毒性及不良反应

急性毒性测定：用改良寇氏法测得本药注射液的 LD50 为（34.64±3.51）g/Kg 而静脉结药 0.4g/20g，72 小时后未发现动物死亡及极度兴奋等不良反应。腹腔注射 0.9ml/10g（浓缩三倍后注射），48 小时后，小鼠无一死亡，行为外观也未见显著异常。也有报道，当注射速度为 1ml/min 时，其 LD50 均大于 50ml/kg，注射过快则毒性增加。如以 3ml/min 速度静注，经两批产品的 LD50 测定，分别为 30.3ml/kg 和 25.5ml/kg。互药醇沉物的 LD50 为（6.08±0.56）g/kg。对三处不同工艺制备的注射液（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ号）测定其 LD50（序贯法）分别为 20.1g/kg、15.3g/kg、25.3g/kg。用以上 LD50 的 1/2 和 LD50 的量，给动物腹腔注射，连续观察三日，未见任何不良反应。

长期毒性测定：小鼠每日每次静注：20ml/kg，连续 15 天，动物生长、食欲，毛色、自发活动等均未见明显不良影响。解剖除脾脏明显增大外，其他未见异常。

过敏实验：豚鼠于皮下间隔 2 日注射药液 0.5ml（相当于生药 1g），至 21 日后再给心脏注射 1 ml（相当于生药 2g），观察 2 小时，结果动物无死亡、无痉挛等过敏反应现象出现[15]。

第四章 剂型研究

生脉饮口服液

【处方】人参100g，麦冬200g，五味子100g

【性状】本品为黄棕色至淡红棕色的澄清液体，久置可有微量混浊，气香，味酸甜、微苦。

【功能与主治】益气复脉，养阴生津。用于气阴两亏，心悸气短，脉微自汗。

【用法与用量】口服，一次10ml，一日3次。

【规格】每支装10ml

生脉注射液

【成分】红参、麦冬、五味子。

【性状】本品为淡黄色或淡黄棕色的澄明液体。

【功能主治】益气养阴，复脉固脱。用于气阴两亏，脉虚欲脱的心悸、气短、四肢厥冷、汗出、脉欲绝及心肌梗塞、心源性休克、感染性休克等具有上述证候者。

【不良反应】偶见静脉炎。

【禁忌】对本品有过敏或严重不良反应病史者禁用。对有实证及暑热等病热邪尚盛者、咳而尚有表证未解者禁用。

【注意事项】

1. 本品孕妇慎用。

2. 本品不宜与中药藜芦或五灵脂同时使用。

3. 本品不宜与其他药物在同一容器内混合使用。

4. 本品含有皂苷，摇动时产生泡沫是正常现象，不影响疗效。

5. 本品是中药制剂，保存不当可能影响产品质量。使用前必须对光检查，如发现药液出现浑浊。沉淀、变色、漏气或瓶身细微破裂者，均不能使用。

6. 如出现不良反应，遵医嘱。

【贮藏】密封，避光，置阴凉处。

生脉胶囊

【主要成分】人参、麦冬、五味子。

【性状】本品为胶囊剂，内容物为棕黄色粉末。气香，味酸、甜、微苦。

【功能与主治】益气复脉，养阴生津。用于气阴两亏之心悸气短、脉微自汗。

【用法用量】口服。3粒/次，3次/日。

参考文献

[1] 张尊仪，等生脉注射液对麻醉动物血流动力学及心肌耗氧的影响．华西药学杂志．1986，(2)：86

[2] 燕纯伯，等生脉液对心肌病左心室收缩功能的影响——甩收缩时间新时期和赴声心动围评价．四川医学院学报，1983，14（4）：337

[3] 廖家桢，等生脉散对冠心病心绞痛患者左心室功能的影响．中医杂志，1981，22（6）：424

[4] 张均华，等生脉散注射液对急性心肌梗塞不同血流动力学分型的效应．中华内科杂志，1985，(11)：651

[5] 何友作，等．生脉液对慢性充血性心衰及急性血流动力学作用的超声心动图研究．四川中医，1993，(5)：11

[6] 李连达，等．生脉液对丝裂霉素c心肌细胞毒性作用的影响．中国药理通讯，1984，1（3，4）：162

[7] 徐翠华，等生脉散对体外培养肝细胞3 H－胸腺嘧啶核苷、3H－尿嘧啶核苷掺入的影响．中药通报，1986，11（3）：47
[8] 李慕琴．抗心梗台剂、复方生脉针增强机体缺氧耐力作用机制的初步探讨．中药通报，1983，8（2）：37
[9] 廖家桢，等．生脉敬对红细胞2，3－二磷酸甘油酸作用的初步研究中药药理与临床，1986，2（1）：25
[10] 姚睦，等．心肌细胞再给氧损伤机制及生脉散防治作用的实验研究．中华医学杂志，1988，68（6）：313
[11] 张多能，等．生脉灌对Ⅰ心肌梗塞疗效的实验研究四川医学院学报．1984，15（2）：131
[12] 季亚民．生脉散对实验性心肌梗塞修复作用的影响（摘要）．中西医结合杂志，1985. 5，
(6)：346
[13] 李锐松，等．生脉液对急性心肌梗塞犬的血流动力学的影响．中医杂志，1983，24（1）：72
[14] 周敏．生脉散加味对离体大鼠心肌缺氧、缺氧后再灌注损伤的影响．中药药理与临床，1988，4（3）：19
[15] 谢鸣主编．中医方剂现代研究．北京：学苑出版社，1997，554
[16] 魏道武，等．生脉散对阿霉素大鼠心肌损伤的保护作用．中药药理与临床，1999，(04)：9
[17] 宋荣顺．生脉散对大分子右旋糖酐所致微循环障碍和弥漫性血管内凝血的影响．辽宁中医杂志，1984，(12)：36
[18] 鲁开化，等．生脉注射液、桃红四物汤注射液对犬烧伤休克的防治作用．中药药理与临床，1987，3（3）：4
[19] 邓文龙，等．生脉注射液的药理作用研究．中药药理与临床，1987.3（1）：22
[20] 楚延，等．生脉注射液对内源性糖皮质激素水平的影响．中成药研究，1983，(10)：25
[21] 叶橙柏，等．生脉注射液对大鼠外周血白细胞糖皮质激素受体（GCR）含量的影响．中药药理与临床，1988，4（2）：28
[22] 楚延，等．生脉注射液的抗炎作用及对免疫功能的影响．药学通报，1984，19（7）：23
[23] 乔为平．生脉散抗应激及抗炎药理作用研究．内蒙古中医药，2001，(01)：41
[24] 邓文龙，等．参麦往射液的药理作用研究Ⅲ对特异性免疫功能及血浆cAMP的影响四川医学，1982，(2)：113

[25] 赵铁华，等．生脉散加黄芪对 LAK 细胞抗肿瘤活性的正向调节作用．中国中西医结合杂志，1993，13（8）：471

[26] 李敏，等．生脉散对热损伤大鼠免疫功能的保护作用．中国公共卫生，1999.（10）：894

[27] 伍参荣，等．生脉散加黄芪对小鼠创伤应激的细胞免疫调节作用．湖南中医学院学报，1997，（4）：48

[28] 许青媛，等．生脉注射液对家兔体外血栓形成及凝血系统功能的影响．中西医结台杂志，1986.6（7）：428

[29] 张文选，等．加味犀角（水角牛代）地黄合生脉散注射液对家兔温病邪人血分之热瘀气脱证横型的疗效观察及机制研究．中国医药学报，1990，5（6）：26

[30] 杨易灿，等．六种中药制剂抗肿瘤作用的实验观察．陕西新医药，1983，12（10）：49

[31] 汤铭新，等．复方生脉注射液对肺癌转移抑制作用的实验研究和临床病理组织学驶超微结构的观察．中华肿瘤杂志，1983，5（3）：176

[32] 汤铭新，等．复方生脉注射液对黑色素瘤抑制作用的研究．中医杂志，1982.23（12）：947

[33] 刘能保，等．生脉饮与六味地黄丸改善慢性应激所致学习记忆障碍的作用研究．辽宁中医杂志，2002，29（1）：1

[34] 李敏，加味生脉散增强高温耐受力的作用机制研究．中国公共卫生，1997，（11）：677

[35] 麻晓鹏，等．油酸导致 ARDS 大鼠肺泡巨噬细胞分泌细胞因子及生脉散的调节作用 天津中医学院学报，2001，20（3）：27

[36] 丁立忠．人参及生脉散补益作用的实验研究．湖北中医学院学报，2000，（03）：22

[37] 许爱菊，生脉饮对胎儿宫内发育迟缓患者外周血一氧化氮和内皮素－I 水平的影响．河南医学研究，1999，（4）：351

[38] 陈虹．从抗衰老研究机制探讨生脉散的抗衰作用．安徽中医临床杂志，1999，（4）：291

[General Information]
书名=生脉散
作者=赵方田，吴华芹编著
页数=３５０
ＳＳ号=１２１０５３８４
出版日期=２００９．１

封面
书名
版权
前言
目录
上篇　理论研究
第一章　概述
第一节　生脉散的来源
第二节　生脉散的组成及用法
第三节　生脉散的功效与主治
一、方中药物的功效与主治
二、生脉散的功效与主治
第四节　生脉散的临床应用
第五节　生脉散的衍生方
一、人参饮子（《兰室秘藏》）
二、益元汤（《伤寒六书》）
三、大生脉汤（《赤水玄珠》）
四、麦门冬汤（《证治准绳》）
五、长生固本方（《寿世保元》）
六、静心汤（《辨证录》）
七、人参安神汤（《幼科铁镜》）
八、全真一气汤（《冯氏锦囊秘录》）
九、人参五味子汤（《幼幼集成》）
十、麦门冬饮子
十一、养心汤（《傅青主女科》）
十二、生脉散加香薷方（《医方考》）
十三、加减生脉散（《温病条辨》）卷一
十四、扶脾生脉散（《医学入门》）卷七
十五、加味解毒生脉散（《千家妙方》）上册引关幼波方
十六、调元生脉散（《幼幼集成》）
第二章　古今医家的论述
第三章　生脉散的理论研究进展
第一节　生脉散君药的确定
第二节　生脉散的用药特点

第三节　生脉散几种用参的区别
中篇　临床研究
第一章　内科病证
第一节　呼吸系统疾病
一、急性气管－支气管炎
二、慢性支气管炎
三、支气管哮喘
四、支气管扩张
五、呼吸衰竭
六、间质性肺炎
七、放射性肺损伤
八、矽肺
九、肺气肿
十、肺心病
十一、肺性脑病
第二节　循环系统疾病
一、心力衰竭
二、心律失常
三、窦性心动过缓
四、病窦综合征
五、阵发性心动过速
六、心房颤动
七、心动过速伴房颤
八、心房纤颤
九、早搏
十、冠心病
十一、冠心病心绞痛
十二、心肌缺血
十三、急性心梗
十四、心源性休克
十五、感染性休克
十六、心跳骤停
十七、风湿性心脏病
十八、病毒性心肌炎
十九、急性心源性脑缺血综合征
二十、低血压病
二十一、高血压
二十二、扩张型心肌病
二十三、夹层动脉瘤
二十四、结核性心包炎伴呛咳症
二十五、β受体兴奋症

第三节　消化系统
一、胃窦炎
二、腹泻
三、伪膜性肠炎
四、短肠综合征
五、慢性乙型肝炎
六、胆管炎
七、呕吐伴精神症状
八、急性胰腺炎
九、消化系统急症
第四节　泌尿系统
一、肾小球肾炎
二、高血压肾病
三、非微生物性尿道综合征
四、急性肾功能衰竭
五、慢性肾功能衰竭
六、氮质血症
七、尿毒症
第二章　外科病证
第一节　阑尾炎
第二节　自发性气胸
第三节　胆道感染
第四节　膝关节骨性关节炎
第五节　术后诸症
第六节　白塞病并发闭塞性动脉炎
第七节　术后毒血症
第八节　烧伤
第三章　妇科病证
第一节　月经不调
第二节　崩漏
第三节　经前期紧张综合征
第四节　更年期综合征
第五节　术后发热
第六节　产后发热
第七节　产后自汗
第八节　不孕
第九节　子烦
第十节　缺乳
第四章　儿科病证
第一节　新生儿肺炎
第二节　小儿支气管肺炎

第三节　小儿支气管哮喘
第四节　小儿迁延性肺炎
第五节　小儿上呼吸道感染
第六节　小儿夏季热
第七节　新生儿窒息后心肌损害
第八节　新生儿缺氧缺血性脑病
第九节　小儿汗证
第十节　小儿尿崩症
第十一节　新生儿硬肿症
第五章　神经系统病证
第一节　头痛
第二节　眩晕
第三节　失眠
第四节　汗证
第五节　癫证
第六节　抑郁性神经症
第六章　皮肤科病证
第一节　白塞综合征
第二节　皮肤黏膜淋巴结综合征
第三节　皮肤干燥症
第四节　带状疱疹
第七章　耳鼻喉科及眼科病证
第一节　变应性鼻炎
第二节　鼻咽癌
第三节　喉瘫
第四节　声带疾患
第五节　梅尼埃病
第六节　球后视神经炎
第七节　中心性脉络膜视网膜病变
第八节　皮质盲
第九节　视网膜脱离术后
第八章　传染科病证流行性出血热
第九章　疑难杂症
第一节　咳嗽
第二节　发热
第三节　喘证
第四节　肺胀
第五节　心悸
第六节　胸痹
第七节　厥证
第八节　胸痞

第九节　阳明腑实证
第十节　便秘
第十一节　脾约
第十二节　黑苔
第十三节　痹证
第十四节　郁证
第十五节　血症
第十六节　眩晕
第十七节　中风
第十八节　小便频数
第十九节　脱发
第二十节　善恐善惊
第二十一节　考试紧张综合征
第二十二节　水土不服综合征
第二十三节　化疗不良反应
第二十四节　胸汗异味
第二十五节　少阴寒化证
第二十六节　胸水
第二十七节　妇科杂症
第二十八节　调元生脉散证治
下篇　实验研究
第一章　成分分析
一、人参
二、麦冬
三、五味子
第二章　微量元素
第三章　药理研究
第一节　生脉散对心血管的作用
一、改善心功能
二、增加冠脉流量
三、调整心肌代谢、降低耗氧量
四、保护心肌细胞
五、对阿霉素（ＡＤＲ）及丝裂霉素ｃ（MMＣ）造成的大鼠心脏毒性的防治作用
第二节　生脉散对血液系统的作用
第三节　生脉散改善微循环、抗休克、调节血压
第四节　生脉散增强垂体－肾上腺皮质功能
第五节　生脉散的抗炎作用
第六节　生脉散对免疫功能的影响

第七节　生脉散抗血栓形成、抗凝血、改善血液流变学
第八节　生脉散对肝功能的影响
第九节　生脉散的抗癌作用
第十节　生脉散对中枢神经系统的作用
第十一节　其他作用
第十二节　毒性及不良反应
第四章　剂型研究