总主编◉巩昌镇　马晓北
编　著◉余志勇　李祥光

难病奇方系列丛书第二辑

补阳还五汤

补阳还五汤

〖诠释经方奇方
探究临床应用与作用机制〗

中国医药科技出版社

补阳还五汤

难病奇方系列丛书

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

上架建议 中医·方剂

ISBN 978-7-5067-3965-8

9 787506 739658 >

定价：39.00元

责任编辑 范志霞

封面设计 學雅閣

难病奇方系列丛书（第一辑）

补阳还五汤

总主编 巩昌镇 马晓北
编 著 余志勇 李祥光

中国医药科技出版社

图书在版编目（CIP）数据

补阳还五汤/余志勇，李祥光编著. —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 978-7-5067-3965-8

Ⅰ．补… Ⅱ．①余… ②李… Ⅲ．补阳还五汤—研究 Ⅳ．R286

中国版本图书馆CIP数据核字（2008）第170654号

美术编辑 陈君杞

责任校对 张学军

版式设计 程 明

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲22号

邮编 100082

电话 责编：010-62250159 发行：010-62227427

网址 www.cspyp.com.cn

规格 958×650mm 1/16

印张 23 3/4

字数 346千字

印数 1—5000

版次 2009年1月第1版

印次 2009年1月第1次印刷

印刷 北京市通州皇家印刷厂

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-3965-8

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

补阳还五汤原为王清任治气虚血瘀的经典方，后世医家屡有演绎，使其在临床应用上更为广泛。本书分三部分：上篇从理论上对补阳还五汤的方义、功效、主治进行研究，并汇集了古今医家对补阳还五汤的认识和评价。中篇突出补阳还五汤的临床应用，涉及内科、外科、骨科、妇科、儿科、男科、五官科、皮肤科等临床各科，以临床病案为主，结合编者临床经验，按病证逐一加以论述。下篇综述了国内外对补阳还五汤的实验研究，阐述了补阳还五汤的全方及各组成成分的药理研究。本书内容丰富详实，较充分地反映了当代研究的最新成果，可供中医、中西医结合等专业的医疗、教学、科研人员和大中专院校学生以及其他对中医药感兴趣者参考。

《难病奇方系列丛书》(第二辑)编委会

总 主 编 巩昌镇　马晓北

副总主编 于向东　姜　文

编　　委 (按姓氏笔画排序)

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

分册编著

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

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

总 策 划　吴建华　孔　立

《难病奇方系列丛书》第二辑

前　言

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

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

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

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

巩昌镇　博士

2008年夏

目录

上篇 理论研究

第一章 概 述 …… (3)
第一节 补阳还五汤的来源和组成 …… (3)
第二节 补阳还五汤的功效与主治 …… (3)
一、方中药物的功效与主治 …… (3)
二、补阳还五汤全方的功效与主治 …… (15)
第三节 补阳还五汤的临床应用 …… (15)
第二章 古今医家的论述 …… (21)

中篇 临床研究

第一章 内科病证 …… (25)
第一节 风湿性疾病 …… (25)
类风湿性关节炎 …… (25)
第二节 呼吸系统疾病 …… (27)
一、类风湿性肺炎 …… (27)
二、支气管哮喘 …… (29)
三、咳血 …… (30)
四、肺源性心脏病 …… (32)
五、慢性支气管炎 …… (35)
六、喘症 …… (37)
第三节 泌尿系统疾病 …… (41)
一、紫癜性肾炎 …… (41)
二、慢性肾炎 …… (43)
三、肾病综合征 …… (46)
第四节 内分泌系统疾病 …… (49)
一、糖尿病脑梗死 …… (49)
二、糖尿病肾病 …… (51)

目录

三、糖尿病周围血管病 …… (54)
四、糖尿病足 …… (57)
第五节 内科疑难杂症 …… (60)
一、肿瘤化疗反应 …… (60)
二、格林巴利综合征 …… (62)
三、雷诺病 …… (63)
四、椎基底动脉供血不足 …… (64)
五、肢体麻木 …… (65)
六、帕金森综合征 …… (67)
七、痹症 …… (70)
八、眩晕 …… (72)
九、嗜睡 …… (74)
十、老年性痴呆 …… (76)
十一、头痛 …… (78)
第六节 消化系统疾病 …… (82)
一、消化性溃疡 …… (82)
二、慢性胃炎 …… (83)
三、食道癌 …… (85)
四、老年性便秘 …… (86)
五、肝硬化腹水 …… (88)
六、乙型肝炎肝纤维化 …… (89)
第七节 脑血管疾病 …… (92)
一、短暂脑缺血发作 …… (92)
二、脑出血 …… (93)
三、中风偏瘫 …… (95)
四、中风 …… (97)
五、中风后遗留肢体疼痛 …… (100)
六、中风后遗症 …… (101)
七、脑梗死 …… (104)
第八节 血液和造血系统疾病 …… (109)
一、血小板减少性紫斑 …… (109)

二、慢性再生障碍性贫血 …… (110)
三、血小板增多症 …… (111)
四、缺铁性贫血 …… (112)
第九节 循环系统疾病 …… (114)
一、血管闭塞性脉管炎 …… (114)
二、输液性静脉炎 …… (114)
三、早搏 …… (115)
四、多发性大动脉炎 …… (116)
五、胸痹 …… (117)
六、风湿性心脏病 …… (118)
七、病窦综合征 …… (120)
八、原发性高血压 …… (121)
九、心肌梗死 …… (123)
十、充血性心力衰竭 …… (125)
十一、低血压 …… (127)
十二、病毒性心肌炎 …… (129)
第二章 神经系统病证 …… (137)
第一节 多发性末梢神经炎 …… (137)
第二节 周围神经损伤 …… (140)
一、上肢周围神经损伤 …… (140)
二、下肢周围神经损伤 …… (141)
第三节 面神经炎 …… (144)
第四节 坐骨神经痛 …… (147)
第五节 脊髓神经损伤 …… (150)
第六节 神经性头痛 …… (152)
第七节 脑外伤性癫痫 …… (154)
第八节 神经官能症 …… (155)
第九节 中毒性神经损伤 …… (157)
第十节 糖尿病周围神经病变 …… (160)
第三章 外科病证 …… (165)
第一节 颅脑外科 …… (165)

目录

一、慢性硬膜下血肿 …… (165)
二、外伤性蛛网膜下腔出血 …… (166)
三、颅脑外伤 …… (168)
四、颅脑损伤后综合征 …… (171)
第二节 泌尿系结石 …… (174)
第三节 术后 …… (175)
一、断指再植术后 …… (175)
二、术后水肿 …… (176)
三、术后肠粘连 …… (178)
第四节 慢性阑尾脓肿 …… (179)
第五节 周围血管病 …… (181)
一、静脉血栓 …… (181)
二、血栓性静脉炎 …… (184)
三、下肢静脉曲张 …… (185)
四、下肢动脉硬化性闭塞病 …… (187)
第六节 肛肠外科（痔疮） …… (188)
第四章 骨科病证 …… (192)
第一节 腰椎病变 …… (192)
一、腰椎间盘突出症 …… (192)
二、腰椎间盘突出症术后 …… (195)
三、腰椎退变三联症 …… (197)
四、其他慢性腰腿痛 …… (198)
第二节 颈椎病 …… (201)
第三节 肩关节周围炎 …… (206)
第四节 运动系统慢性损伤 …… (209)
一、膝关节扭伤 …… (209)
二、膝关节骨关节炎 …… (210)
第五节 慢性膝关节滑膜炎 …… (211)
第五章 妇科病证 …… (215)
第一节 产后病 …… (215)
一、产后胎膜残留 …… (215)

二、产后恶露不尽 …… (217)
三、产后脱发 …… (218)
四、产后股静脉血栓 …… (219)
五、产后缺乳 …… (221)
六、产后身痛 …… (222)
第二节 妇科杂病 …… (225)
一、卵巢囊肿 …… (225)
二、宫腔粘连综合征 …… (225)
三、子宫肌瘤 …… (227)
四、席汉病 …… (228)
五、盆腔瘀血综合征 …… (230)
六、月经前后偏头痛 …… (232)
七、慢性盆腔炎 …… (234)
八、子宫内膜异位症 …… (236)
九、不孕症 …… (238)
第三节 妊娠病 …… (243)
子满 …… (243)
第四节 月经病 …… (245)
一、经行肢体麻木 …… (245)
二、月经过多 …… (246)
三、痛经 …… (248)
四、崩漏 …… (250)
五、闭经 …… (253)
六、月经不调 …… (255)
七、功能性子宫出血 …… (256)
第六章 儿科病证 …… (261)
第一节 过敏性紫癜 …… (261)
第二节 小儿急性偏瘫 …… (263)
第三节 小儿脑瘫 …… (264)
第四节 小儿视神经脊髓炎 …… (265)
第五节 小儿中风 …… (267)

目录

第六节　新生儿硬肿症 …… (268)
第七章　男科病证 …… (270)
第一节　不射精证 …… (270)
第二节　慢性前列腺炎 …… (271)
第三节　前列腺增生症与前列腺痛 …… (273)
一、前列腺增生症 …… (273)
二、前列腺痛 …… (275)
第四节　尿失禁 …… (276)
第五节　勃起功能障碍 …… (277)
第八章　耳鼻喉科病证 …… (280)
第一节　耳科疾病 …… (280)
一、客观性耳鸣 …… (280)
二、神经性耳聋 …… (281)
三、耳带状疱疹 …… (284)
第二节　咽喉科疾病 …… (286)
一、声带肥厚 …… (286)
二、声带麻痹 …… (287)
三、声带小结 …… (288)
四、舌麻痹 …… (289)
第九章　眼科病证 …… (292)
第一节　视网膜静脉阻塞 …… (292)
第二节　视网膜中央动脉阻塞 …… (295)
第三节　中心性浆液性视网膜脉络膜炎 …… (298)
第四节　视神经病变 …… (300)
一、前部缺血性视神经病变 …… (300)
二、视神经萎缩 …… (302)
第五节　麻痹性斜视 …… (304)
第六节　眼睑下垂 …… (305)
第七节　慢性单纯性青光眼 …… (307)
第八节　玻璃体积血 …… (308)
第九节　眼外伤 …… (310)

一、前房出血 …… (310)
二、视网膜脱离复位术后视物模糊 …… (311)
三、外伤性复视 …… (312)
四、外伤后低眼压 …… (313)
第十章 皮肤科病证 …… (316)
第一节 荨麻疹 …… (316)
第二节 带状疱疹 …… (318)
第三节 带状疱疹后遗神经痛 …… (319)
第四节 黄褐斑 …… (322)
第五节 面部粟粒性狼疮 …… (323)
第六节 皮肤瘙痒症 …… (324)
第七节 皮肌炎 …… (326)
第八节 双手发绀症 …… (327)
第九节 斑秃 …… (328)
第十节 硬皮病 …… (330)

下篇 实验研究

第一章 补阳还五汤制剂研究 …… (337)
第二章 药理研究 …… (339)
第一节 补阳还五汤中组成中药的药理研究 …… (339)
一、黄芪 …… (339)
二、当归 …… (342)
三、川芎 …… (344)
四、红花 …… (347)
五、地龙 …… (350)
六、赤芍 …… (352)
第二节 补阳还五汤全方药理作用 …… (356)
一、抗血栓作用 …… (356)
二、对神经系统及抗衰老作用的影响 …… (357)
三、对循环系统及血脂的影响 …… (358)
四、对免疫功能的影响 …… (359)

目录

上篇

理论研究

第一章 概　述

第一节　补阳还五汤的来源和组成

补阳还五汤来源于清·王清任所著《医林改错》，功效补气活血通络，主治中风，半身不遂，口眼歪斜，语言謇涩，口角流涎，大便干燥，小便频数，遗尿不禁。原方载于《医林改错·下卷·瘫痪论》，为气虚血瘀病证的代表方。王清任认为半身不遂乃“元气亏五成，下剩五成，周流一身，必见气亏诸态……发为痿证”，立此方即补其亏损的阳气，故名补阳还五汤。

补阳还五汤是一首益气活血祛瘀的方剂，其药物组成为生黄芪四两（120g）、归尾二钱（3g）、赤芍一钱半（5g）、地龙一钱去土（3g）、川芎一钱（3g）、桃仁一钱（3g）、红花一钱（3g），水煎服。

第二节　补阳还五汤的功效与主治

一、方中药物的功效与主治

1. 黄芪：黄芪原名黄蓍，始载于《神农

本草经》，本品为豆科植物蒙古黄芪膜荚黄芪的干燥根。味甘，微温。归脾、肺经。功能：补气升阳，益卫固表，利水消肿，托疮生肌。主治：用于脾胃气虚及中气下陷诸证。①脾胃气虚证。黄芪擅长补中益气。凡脾虚气短，食少便溏，倦怠乏力等，常配白术（如芪术膏），以补气健脾；若气虚较甚，则配人参（如参芪膏），以增强补气作用；若中焦虚寒，腹痛拘急，常配桂枝、白芍、甘草等（如黄芪建中汤），以补气温中；若气虚阳弱，体倦汗多，常配附子（如芪附汤），以益气温阳固表。②用治中气下陷证。凡脾阳不升，中气下陷，而见久泻脱肛、内脏下垂者，黄芪能补中益气，升举清阳，常配人参、升麻、柴胡等（如补中益气汤），以培中举陷。

用于肺气虚及表虚自汗，气虚外感证。黄芪能补肺气、益卫气，以固表止汗。用治肺气虚弱，咳喘气短，常配紫菀、五味子等同用；近年以黄芪为主，配伍百部、地龙等治慢性气管炎，亦颇有效。治表虚卫阳不固的自汗，且易外感者，常配白术、防风同用（如玉屏风散），既可固表以止自汗，又能实卫而御外邪。

用于气虚水湿失运的浮肿，小便不利。黄芪能补气利尿，故能消肿。常与防己、白术等同用，如防己黄芪汤。现以黄芪为主，配伍补脾肾、利水湿之品，治疗慢性肾炎浮肿、尿蛋白长期不消者，亦颇为有效。

用于气血不足，疮疡内陷的脓成不溃或溃久不敛。黄芪能补气托毒，排脓生肌。治脓成不溃，常配当归、穿山甲、皂角刺等，以托毒排脓；治久溃不敛，可配当归、人参、肉桂等，以生肌敛疮。

此外，对气虚血亏的面色萎黄、神倦脉虚等，能补气以生血，常与当归等同用；对气虚不能摄血的便血、崩漏等，能补气以摄血，常与人参、龙眼肉、当归等同用；对气虚血滞不行的痹痛、麻木或半身不遂等，能补气以行滞，常与桂枝或当归、红花、地龙等同用；对气虚津亏的消渴，能补气生津以止渴，常与地黄、山药等同用。

历代医家论述：黄芪主要功用及机制：①倪朱谟："黄芪，补肺健脾，实卫敛汗，驱风运毒之药也。故阳虚之人，自汗频来，乃表虚而腠理不密也，黄芪可以实卫而敛汗；伤寒之证，行发表而邪汗不出，乃里虚而正气内乏也，黄芪可以济津以助汗；贼风之疴，偏中血

脉而手足不随者，黄芪可以荣筋骨；痈疡之证，脓血内溃，阳气虚而不敛者，黄芪可以生肌肉，又阴疮不能起发，阳气虚而不愈者，黄芪可以生肌肉。”（《本草汇言》）②张景岳：“（黄芪），因其味轻，故专于气分而达表，所以能补元阳，充腠理，治劳伤，长肌肉。气虚而难汗者可发，表疏而多汗者可止。其所以止血崩血淋者，以气固而血自止也；故曰血脱益气。其所以治泻痢带浊者，以气固而陷自除也，故曰陷者举之。”（《本草正》）③贾所学：“黄芪，性温能升阳，味甘淡，用蜜炒又能温中，主健脾，故内伤气虚，少用以佐人参，使补中益气，治脾虚泄泻，疟痢日久，吐衄肠血，诸久失血后，及痘疹惨白。主补肺，故表疏卫虚，多用以君人参，使敛汗固表，治自汗盗汗。诸毒溃后，收口生肌，及痘疮贯脓，痈疽久不愈者，从骨托毒而出，必须盐炒。痘科虚不发者，在表助气为先，又宜生用。”（《药品化义》）④张石顽：“（黄耆），入肺而固表虚自汗，入脾而托已溃痈疡。《本经》首言痈疽久败，排脓止痛，次言大风癞疾，五痔鼠瘘，皆用生者，以疏卫气之热。性虽温补，而能通调血脉，流行经络，可无碍于壅滞也。其治气虚盗汗自汗，及皮肤痛，是肌表之药。治咯血柔脾胃，是中州之药。治伤寒尺脉不至，补肾脏元气不足，及婴儿易感风邪，发热自汗诸病，皆用炙者，以实卫气之虚，乃上中下内外三焦药，即《本经》补虚之谓。如痘疹用保元汤治脾肺虚热，当归补血汤治血虚发热，皆为圣药。”（《本经逢原》）⑤张秉成：“（黄芪）之补，善达表益卫，温分肉，肥腠理，使阳气和利，充满流行，自然生津生血，故为外科家圣药，以营卫气血太和，自无瘀滞耳。”（《本草便读》）⑥张山雷：“（黄耆）补益中土，温养脾胃，凡中气不振，脾土虚弱，清气下陷者最宜。其皮味浓质厚，力量皆在皮中，故能直达人之肤表肌肉，固护卫阳，充实表分，是其专长，所以表虚诸病，最为神剂。”“凡饥饱劳役，脾阳下陷，气怯神疲者，及疟久脾虚，清气不升，寒热不止者，授以东垣之补中益气汤，无不捷效，正以黄芪为参、术之佐，而又得升、柴以升举之，则脾阳复辟，而中州之大气斡旋矣。”（《本草正义》）

论黄芪功补三焦 ①李东垣：“黄耆既补三焦，实卫气，与桂同功，特比桂甘平，不辛热为异耳。但桂则通血脉，能破血而实卫气，

耆则益气也。又黄芪与人参、甘草三味，为除燥热、肌热之圣药。脾胃一虚，肺气先绝，必用黄芪温分肉、益皮毛、实腠理，不令汗出，以益元气而补三焦。”（引自《本草纲目》）②王好古：“（黄芪），治气虚盗汗并自汗，即皮表之药，又治肤痛，则表药可知。又治咯血，柔脾胃，是为中州药也。又治伤寒尺脉不至，又补肾脏元气，为里药。是上中下内外三焦之药。”（《汤液本草》）③邹澍：“（黄芪），直入中土而行三焦，故能内补中气，则《本经》所谓补虚，《别录》肺胃补丈夫虚损；五劳羸瘦，益气也；能中行营气，则《本经》所谓主痈疽、久败疮，排脓止痛，大风癞疾，《名医别录》所谓逐五脏间恶血也；能下行卫气，则《本经》所谓五痔鼠瘘，《名医别录》所谓妇人子脏风邪气，腹痛泄利也。”“黄芪一源三派，浚三焦之根，利营卫之气，故凡营卫间阻滞，无不尽通。所谓源清流自洁者也。”（《本经疏证》）

2. 当归：首载于《神农本草经》，本品为伞形科植物当归的干燥根。当归尾为取原药材，除去杂质，洗净，润透，取须根部分，切片，晒干或低温干燥而成。甘、辛，温。归肝、心、脾经。功能补血，活血，调经，止痛，润肠。补血用当归身，破血用当归尾，和血用全当归，止血用当归炭，用酒制能增强活血功能。

用于心肝血虚，面色萎黄，眩晕心悸等。当归甘温质润，为补血要药。常配熟地、白芍等同用，如四物汤。若气血两虚者，常与黄芪、人参等同用，如当归补血汤、人参养营汤等。

用于血虚或血虚而兼有瘀滞的月经不调，痛经，经闭等证。当归既能补血、活血，又能调经，为妇科要药。如上述诸证，因于气滞血瘀者，常配香附、桃仁、红花；因于寒凝者，常配肉桂、艾叶；因偏血热者，则常配赤芍、丹皮等。

用于血虚，血滞而兼有寒凝，以及跌打损伤，风湿痹阻的疼痛证。当归补血活血，又兼能散寒止痛，故可随证配伍应用。如治血滞兼寒的头痛，常配川芎、白芷等；气血瘀滞的胸痛、胁痛，常配郁金、香附等；治虚寒腹痛，常配桂枝、白芍等；治血痢腹痛，常配黄芩、黄连、木香等；治癥瘕积聚，常配三棱、莪术等；治跌打损伤，常配乳香、没药等；治风湿痹痛、肢体麻木，常配羌活、桂枝、秦艽

等。现代用于冠心病心绞痛、血栓闭塞性脉管炎等，亦取得一定疗效。

用于痈疽疮疡。当归既能活血消肿止痛，又能补血生肌，故亦为外科所常用。用于疮疡初期，常配银花、连翘、炮山甲等，以消肿止痛；用于痈疽溃后，气血亏虚，常配人参、黄芪、熟地黄等，以补血生肌。

用于血虚肠燥便秘。能养血润肠通便。常配火麻仁、肉苁蓉等同用。

此外，还能治久咳气喘。如《鲁般经后录》观音救苦散，以之配人参、粟壳、甘草等，谓“治嗽如神”。近代亦有单用5%当归注射液注入膻中、肺俞等穴位，治疗慢性支气管炎者。

论当归头、身、尾功能有殊：①雷敩：“若要破血，即使头一节硬实处。若要止痛止血，即用尾。若一时用，不如不使，服食无效，单使妙也。”（《雷公炮炙论》）②张洁古：“尾破血，身和血。”（《医学启源》）③李东垣：“头，止血而上行；身养血而中守，梢破血而下流，全活血而不走。”（引自《本草纲目》）④王好古：“易老云，头能破血，身能养血，尾能行血，用者不分，不如不使。”（《汤液本草》）⑤虞抟：“当归一物，雷公谓头破血，身和血，尾止血，东垣又云头止血，身养血，尾破血，二说不同，岂无归一之论乎？请明以告我。曰：东垣曰当归者，使气血各有所归之功之号也。盖其能逐瘀血，生新血，使血脉通畅，与气并行，周流不息，故云然。又曰：中半已上，气脉上行，天气主之；中半以下，气脉下行，地气主之；身则独守乎中而不行也，故人身之法象亦犹是焉。予谓瘀血在上焦与上焦之血少，则用去芦上截，瘀血在下焦与下焦之血虚，则用下截之尾；若欲行中焦之瘀与补中焦之血，则用中一段之身。”（《医学正传》）⑥张山雷：“归身主守，补固有功，归尾主通，逐瘀自验，而归头禀上行之性，便血尿血，崩中淋带等之阴随阳陷者，升之固宜，若吐血衄血之气火升浮者，助以温升岂不为虎傅翼？是止血二字所当因证而施，固不可拘守其止之一字而误为其无所不可也。且凡失血之症，气火冲激，扰动血络，而循行不守故道者，实居多数，当归之气味俱厚，行则有余，守则不足，亦不可过信归所当归一语，而有循名

失实之咎。”（《本草正义》）

论当归既能补血，又能活血：①缪希雍：“当归禀土之甘味，天之温气，《名医别录》兼辛，大温，无毒。甘以缓之，辛以散之，润之，温以通之畅之，入手少阴、足厥阴，亦入足太阴，活血、补血之要药。”（《本草经疏》）②张景岳：“当归，其味甘而重，故专能补血，其气轻而辛，故又能行血，补中有动，行中有补，诚血中之气药，亦血中之圣药也。大约佐之以补则补，故能养荣养血，补气生精，安五藏，强形体，益神志，凡有形虚损之病，无所不宜。佐之以攻则通，故能祛痛通便，利筋骨，治拘挛、瘫痪、燥、涩等证。”（《本草正》）③肖京：“当归气辛味甘而性主动，补中有行，行中得补，虽非纯补，亦赞行功也；盖血属阴，体属静，静中寓动，动静得平，庶无患耳。静太过则血滞，动有余则血溢。当归固云益血，然辛温主动，亦须配合得宜。”（《轩岐救正论·药性微蕴》）

3. 赤芍：赤芍为毛茛科植物芍药或川赤芍的干燥根。春、秋二季采挖，除去根茎、须根及泥沙，晒干。性味苦，微寒。归肝经。功能与主治：清热凉血，散瘀止痛。芍药始载于《神农本草经》：“芍药，味苦、酸、平。微寒，有小毒。主治邪气腹痛，除血痹，破坚积，寒热，疝瘕，止痛，利小便，益气……生中岳川谷丘陵。二月、八月采根，暴干。”虽然没有植物形态描述，但从其性味功能和采收加工方法与现代赤芍相吻合。[1]对芍药分出赤白，当始于六朝陶弘景《本草经集注》：“今出白山、蒋山、茅山最多，白而长尺许，余处亦有而多赤，赤者小利。”芍药分为赤白虽始于六朝，然宋时很多医书仍保留着六朝以前的风貌。如唐·《千金要方》、《外台秘要》，宋·《圣济总录》中芍药仍然是赤白不分。可见当时芍药分为赤白并未引起医家的广泛重视，在临床应用上也没有严洛的区分。[2]

对芍药中赤白芍功效的区别，古今医家亦有论述：①刘翰：“别本注云，此（芍药）有两种：赤者利小便，下气；白者止痛，散血。”（《开宝本草》）②成无己：“芍药白补而赤泻，白收而赤散。”（《注解伤寒论》）③李时珍：“白芍药益脾，能于土中泻木。赤芍药散邪，能行血中之滞。《日华子诸家本草》言赤补气，白治血，欠审矣。”（《本草纲目》）④张景岳：“芍药，白者味甘补性多，赤者味苦

泻性多。”“白者安胎熟不宁，赤者能通经破血。”（《本草正》）⑤蒋溶：“阴虚阳亢者则用白芍，取其收阴和阳以补之；阴实而阳郁者则用赤芍，取其升阴导阳以泻之。”（《萃金裘本草述录》）⑥张山雷：“《本经》芍药，虽未分赤白，二者各有所主。然寻绎其主治诸病，一为补血养肝脾真阴，而收摄脾气之散乱，肝气之恣横，则白芍也；一为逐血导瘀，破积泄降，则赤芍也。”“成无己谓白补而赤泻，白收而赤散。故益阴养血，滋润肝脾，皆用白芍；活血行滞，宣化疡毒，皆用赤芍药。”（《本草正义》）

虽然如此，但当时区分赤、白的方法与现今有本质区别。由于受科学技术限制，当时历史条件下只能从花和根的颜色来区分是不科学的。

赤芍的临床应用，赤白芍虽有很多共同点，但临床应用上有明显区别，用于瘟毒发斑，吐血衄血，目赤肿痛，肝郁胁痛，经闭痛经，癥瘕腹痛，跌仆损伤，痈肿疮疡。①用于热入营血，斑疹吐衄。本品苦寒，主入肝经，善走血分，能清肝火，除血分郁热而有凉血、止血、散瘀消斑之功。用治温病热入营血，斑疹紫暗，以及血热吐衄常配生地、丹皮同用。②用于经闭癥瘕，跌打损伤，痈肿疮毒。本品苦降，有活血痛经，散瘀消癥，行滞止痛的功效。止血热瘀滞，闭经痛经，常与益母草、丹参、泽兰同用；治血瘀癥瘕，可与丹皮、桃仁、桂枝等同用，如桂枝茯苓丸；用治跌打损伤，瘀肿疼痛，多与乳香、没药、血竭同用，以疗伤止痛。治热毒壅盛，痈肿疮毒，常与银花、连翘、栀子等同用。③用于目赤翳障。本品能清泻肝火，散瘀止痛。常配菊花、木贼、夏枯草等同用。[3]

4. 地龙：地龙作为药物最早记载于《神农本草经》，性味咸寒、无毒，入肝、脾、肺三经。《药性论》则认为地龙“有小毒”，《图经本草》曰：“然亦有毒”。李时珍在《本草纲目》中也引用宗奭的论点，认为“此物有毒”，《本草求真》认为地龙“专入脾、经络”。这些表明古代本草对地龙的归经及毒性方面存着不同看法。近代研究表明，地龙毒性很小，几乎无毒。《神农本草经》认为地龙“主蛇疹，去浊，杀长虫”，《名医别录》认为地龙还可以“疗伤寒，伏热狂谬，大腹、黄疸”，《唐本草》曰“地龙盐沾为汁，可疗耳聋”。

《日华子本草》认为地龙“治中风并疔疾，去浊，天行热疾，喉痹，蛇虫伤”。《滇南本草》曰：“地龙可祛风，治小儿瘛疭惊风，口眼歪斜，强筋治痿”。李时珍在《本草纲目》中对地龙的药性较为全面地归纳为：主伤寒疟疾，大热狂烦，及大人小儿小便不通，急慢惊风，历节风痛，肾脏风注，头风，齿痛，风热赤眼，木舌，喉痹，鼻瘜，聤耳，秃疮，瘰病，卵肿，脱肛，解蜘蛛毒，疔蚰蜒入耳等。

在临床应用方面，古本草多用地龙单味入药或加入复方。《圣惠方》就收载单味地龙用于“治喉痹”、“风赤眼”、“治聤耳，脓血不止”、“鼻中瘜肉”、“木舌肿满”等症。《补缺肘后方》还用单味蚯蚓“治伤寒六七日热极，心下烦闷，狂言”等症。《千金方》中单用干蚯蚓治齿痛。《斗门方》用蚯蚓治小便不通。古代医方中，将地龙用于复方中治病的也极多，如《摄生众妙方》中将白颈蚯蚓加朱砂等分，糊为丸，治小儿急惊风。《圣济总录》中的“地龙散”就是用来治风头痛及产后头痛等症。“龙珠丸”用地龙加龙脑、麝香等用于治疗“头痛目运，喉痹缠喉风等”。李时珍在《本草纲目》中的地龙项下收载选方达43条。[4]

5. 川芎：始载于《神农本草经》，列为上品，原名芎藭。伞形科植物川芎的干燥根茎。辛，温。归肝、胆、心包经。功能活血行气、祛风止痛。

用于血瘀气滞的痛证。本品辛散温通，既能活血，又能行气，为“血中气药”，能“下调经水，中开郁结”。治妇女月经不调、经闭、痛经、产后瘀滞腹痛等。为妇科活血调经之要药，常配当归、桃仁、香附等同用。若血瘀经闭、痛经，配赤芍、桃仁等，如血府逐瘀汤；若寒凝血瘀者，配桂心、当归等，如《妇人良方》温经汤；若产后恶露不行，瘀滞腹痛，配当归、桃仁等，如生化汤。治肝郁气滞，胁肋疼痛者，常配柴胡、白芍、香附等，如柴胡疏肝饮；若心脉瘀阻，胸痹心痛者，常配丹参、桂枝、檀香等。近代以川芎及川芎为主的复方治冠心病心绞痛，有较好疗效。此外，伤科之跌仆损伤，外科之疮疡痈肿，亦可用之。治跌仆损伤，瘀血肿痛，常配三七、乳香、没药等同用，以活血消肿止痛；治痈疡脓已成而正虚难溃者，配黄芪、当归、皂角刺，以托毒透脓，如《外科正宗》透脓散。

用于头痛，风湿痹痛。本品辛温升散，能“上行头目”，祛风止痛。治头痛，无论风寒、风热、风湿、血虚、血瘀，均可随症配伍用之。前人有“头痛不离川芎”之说。治风湿痹证，肢体疼痛麻木，本品能“旁通络脉”祛风活血止痛。常配独活、桂枝、防风等祛风湿通络药同用。近代临床还以川芎注射液静脉点滴，治急性缺血性脑血管病；以川芎嗪静脉点滴治脑外伤综合征；以川芎配葎菱治三叉神经痛及血管性头痛、坐骨神经痛、末梢神经炎等病证。

论川芎为血中气药：①李时珍：“芎藭，血中气药也。肝苦急，以辛补之，故血虚者宜之。辛以散之，故气郁者宜之。”“血痢已通而痛不止者，乃阴亏气郁，药中加芎为佐，气行血调，其病立止。”（《本草纲目》）②倪朱谟：“芎藭，上行头目，下调经水，中开郁结，血中气药，尝为当归所使，非第活血有功，而活气亦神验也。”“味辛性阳，气善走窜而无阴凝黏滞之态，虽入血分，又能去一切风，调一切气。凡郁病在中焦者，须用川芎，开提其气以升之，气升则郁自降也。”（《本草汇言》）③贺岳：“味辛性温，血药中用之，能助血流行，奈何过于走散，不可久服多服，令人卒暴死。能止头疼者，正以有余者；能散不足者，能引清血下行也。古人所谓血中气药信哉，惟其血中气药，故能辛散而能引血上行也。痈疽药中多之者，以其入心，而能散故耳。盖心帅气而行血，芎入心则助心，帅气而行血，气血行则心火散，邪气不留而痈肿亦散矣。东垣曰，下行血海，养新生之血者，非惟味辛性温者，必上升而散，血贵宁静而不贵躁动，川芎味辛性温，但能升散而不能下守，胡能下行以养新血耶；四物汤中用之者，特取其辛温而行血药之滞耳。岂真用此辛温走散之药。”（《本草要略》）

论川芎治头痛：①张洁古：“能散肝经之风，治少阳、厥阳经头痛及血虚头痛之圣药也。”（引自《本草纲目》）②张景岳：“川芎其性善散，又走肝经，气中之血药也。芎、归俱属血药，而芎之散动尤甚于归，故能散风寒，治头痛。”“以其气升，故兼理崩漏眩运，以其甘少，故散则有余，补则不足，惟风寒之头痛，极宜用之。若三阳火壅于上而痛者，得升反甚，今人不明升降，而但知川芎治头痛，谬亦甚矣。（《本草正》）③张锡纯：“芎藭气香窜，性温，温窜相并，

其力上升、下降、外达、内透，无所不至。其特长在能引人身清轻之气上至于脑，治脑为风袭头疼、脑为浮热上冲头疼、脑部充血头疼。其温窜之力，又能通气活血，治周身拘挛，女子月闭无子。（《医学衷中参西录》）

论川芎生血之功：陈士铎："川芎散气是真，何以补血药必须用之，岂散气即生血乎？曰血生于气，气散则血从何生？不知川芎散气而复能生血者，非生于散，乃生于动也。血大动则走而不能生，血不动则止而不能生矣！川芎之生血，妙在于动也。单用一味，或恐过动而生变。合用川芎，何虑过动哉！所以为生血药中之必需，取其同群而共济也。""川芎性散而能补，是补在于散也，补在散，则补非大补，而散为大散矣，不知散中有补，则散非全散，用之于胎产最宜者，盖产后最宜补，又虑过补则血反不散，转不得补之益矣！川芎于散中能补，既无瘀血之忧，又有生血之益，妙不补而在散也。"（《本草新编》）

论川芎生气之功：陈士铎："川芎亦生气之药，但长于生血，而短于生气耳。世人见其生血有余而补气不足，又见《神农本草》言其是补血之药，遂信川芎止补血而不生气，绝无有用（于）补气之中，岂持无有用之于补气，且言耗气而相戒，此川芎生气之功，数百年未彰矣，谁则知川芎之能生气乎！然而川芎生气，实不能自生也，必须佐参术以建功，辅芪归以奏效，不可嫌其散气而不用之也。""用川芎，欲其自生气也，固力所甚难，往往生气于须臾，生血于眉捷，世人以为是参术芪归之功也，然何以古人不用他药以佐参术芪归，而必用川芎以佐之，不可悟生气之说哉。"（《本草新编》）

论川芎不可单用：陈士铎："川芎，功专补血，治头痛有神。行血海，通肝经之脏，破癥结宿血，产后去旧生新，凡吐血、衄血、溺血、便血、崩血，俱能治之，血闭者能通，外感者能散，疗头风其神，止金疮疼痛。此药可君可臣，又可为佐使，但不可单用，必须与补气补血之药佐之，则利大而功倍。倘单用一味以补血，则血动，反有散失之忧。若单用一味以止痛，则痛止，转有暴亡之虑。若与人参、黄芪、白术、茯苓同用以补气，未必不补气以生血也；若与当归、熟地、山茱、麦冬、白芍以补血，未必不生血以生精也。所虞者

同风药并用耳。可暂而不可常。中病则已，又何必久任哉。”（《本草新编》）

6. 桃仁：最早见于《神农本草经》中桃核仁的记载。为蔷薇科植物桃或山桃的种子。性味苦、甘、平，有小毒。归心、肝、大肠经。功能活血祛瘀，润肠通便。治经闭，癥瘕，热病蓄血，风痹，疟疾，跌打损伤，瘀血肿痛，血燥便秘。①《本经》：“主瘀血，血闭癥瘕，邪气，杀小虫。”②《名医别录》：“止咳逆上气，消心下坚，除卒暴击血，破癥瘕，通脉，止痛。”③孟诜：“杀三虫，止心痛。”④《医学启源》：“治大便血结。”⑤李杲：“治热入血室，腹中滞血，皮肤血热燥痒，皮肤凝聚之血。”⑥《滇南本草》：“治血痰。”⑦《本草纲目》：“主血滞风痹，骨蒸，肝疟寒热，产后血病。”⑧《现代实用中药》：“治高血压及慢性盲肠炎，妇人子宫血肿。”

临床应用：①用于多种瘀血证，如经闭、痛经、产后瘀滞腹痛，癥瘕积聚及跌打损伤等。本品味苦而入心肝血分，善泄血滞，祛瘀力较强，又称破血药。治血瘀经闭、痛经，常配红花、当归、川芎等，如桃红四物汤；治产后瘀滞腹痛，常配炮姜、川芎等，如生化汤；治癥积痞块，配桂枝、丹皮、赤芍等，如桂枝茯苓丸；或配三棱、莪术等；若体内瘀血较重，需破血下瘀者，可配大黄、芒硝、桂枝，如桃核承气汤。治跌打损伤，瘀肿疼痛，常配当归、红花、大黄等，如复元活血汤。②用于肠燥便秘。本品为种仁，含油脂，能润燥滑肠，配伍当归、麻仁等，如《脾胃论》润肠丸。③用于肺痈、肠痈。桃仁善泄血分之壅滞，痈之成者，热毒壅聚、气血凝滞所致。本品常配清热药同用，以清热解毒活血消痈。治肺痈，配苇茎、冬瓜仁，如苇茎汤；治肠痈，配大黄、丹皮，如大黄牡丹皮汤，亦可配合红藤、败酱草、冬瓜仁等。此外，本品还可用治咳嗽气喘，有止咳平喘作用，常配杏仁等。[5]

7. 红花：红花之名则始见于《本草图经》。菊科植物红花的干燥花。性味辛，温，归心、肝经。功能活血通经，祛瘀止痛。用于血滞经闭，痛经，产后瘀滞腹痛等证。本品辛散温通，专入血分，功能活血祛瘀通调经脉。常配桃仁、当归、川芎等相须而用。治经闭，配当归、莪术、肉桂等，如膈下逐瘀汤；治痛经，可配赤芍、延胡索、香

附等，以理气活血止痛。亦可单用，如《金匮要略》红蓝花酒，即本品加酒煎服，治腹中血气刺痛。

用于癥瘕积聚，心腹瘀痛及跌打损伤，血脉闭塞紫肿疼痛等。本品能活血祛瘀消肿，通畅血脉，消肿止痛。治癥积，配三棱、莪术等；治跌打损伤，瘀滞肿痛，配苏木、乳香、没药等；或用红花酊、红花油涂擦；治心脉瘀阻、胸痹心痛，配桂枝，瓜蒌、丹参等；近代有单用本品，以片剂或注射剂治冠心病，对缓解心绞痛及改善心电图有一定疗效；以红花注射液静脉点滴，治脑血栓及血栓闭塞性脉管炎；用治血栓闭塞性脉管炎也可配当归、赤芍、乳香、没药等同用。

用于斑疹色暗，热郁血瘀者，取本品活血化斑之功，以番红花为优，因其性凉有凉血解毒之功。常配当归、紫草、大青叶等以活血凉血泄热解毒，如《麻科活人书》当归红花饮。近代有以红花注射液肌内注射，治多形性红斑者。

论红花活血、行血、和血、生血之功：①缪希雍："红蓝花，乃行血之要药。其主产后血晕口噤者，缘恶血不下，逆上冲心，故神昏而晕及口噤。入心入肝，使恶血下行，则晕与口噤自止。腹内绞痛，由于恶血不尽，胎死腹中，非行血活血则不下；瘀行则血活，故能止绞痛，下死胎也。凡虫药之毒，必伤血分，此药能行血，血活则毒可解。"（《本草经疏》）②倪朱谟："红花，破血、行血、和血、调血之药也。主胎产百病，因血为患；或血烦血晕，神昏不语；或恶露抢心，脐腹绞痛；或沥浆难生，蹊距不下；或胞衣不落，子死腹中，是皆临产诸证，非红花不能治。若产后血晕，口噤指搐；或邪入血室，谵语发狂；或血闷内胀，僵仆如死，是皆产后诸证，非红花不能定。又如经闭不通而寒热交作，或过期腹痛而紫黑淋漓，或跌扑损伤而气血瘀积，或疮疡痛痒而肿溃不安，是皆气血不和之证，非红花不能调。"（《本草汇言》）

论用量对红花功效的影响：①朱丹溪："多用破留血，少用养血。"（《本草衍义补遗》）②陈嘉谟："多用则破血通经，酒煮方妙；少用则入心养血，水煎却宜。"（《本草蒙筌》）③贾所学："红花，善通利经脉，为血中气药，能泻而又能补，各有妙义。若多用三四钱，则过于辛温，使血走散。若少用七八分，取其味辛，以疏肝气，色赤

以助血海，大补血虚，此其调畅而和血也；若止用二三分，入心取其色赤以配心血，又借辛味解散心经邪火，令血调和，此其滋养而生血也；分量多寡之义，岂浅鲜哉。”（《药品化义》）

二、补阳还五汤全方的功效与主治

功效：补气活血通络。

主治：中风。半身不遂，口眼歪斜，语言謇涩，口角流涎，小便频数或遗尿不禁，舌暗淡，苔白，脉缓。现代常用于脑血管意外后遗症，以及其他原因引起的偏瘫、截瘫，或上肢或下肢痿软属气虚血瘀者。

本方所治素体气虚，不能行血，以致脉络瘀阻，脉络肌肉失去濡养，故半身不遂，口眼歪斜；气虚血滞，舌体失养，故语言謇涩，口角流涎；气虚失于固涩，则小便频数，遗尿失禁；苔白，脉缓，亦为气虚佐证。综上诸症，皆由气虚血瘀所致，原书称为“因虚致瘀”，治当补气活血通络。方中重用生黄芪，大补脾胃之元气，令气旺血行，瘀去络通，为君药。当归尾长于活血，且有化瘀而不伤血之妙，是为臣药。川芎、赤芍、桃仁、红花助当归尾活血祛瘀，地龙通经活络，均为佐药。本方的配伍特点是大量补气药与少量活血药相伍，使气旺则血行，活血而不伤正，共奏补气活血通络之功。

本方证以正气亏虚为主，故生黄芪用量宜重，虽曰大量补气药，实则只黄芪一味，用时可从30～60g开始，效果不显再逐渐增加，祛瘀药宜轻。偏寒者，可加熟附子以温经散寒；脾胃虚弱者，可加党参、白术以补气健脾；痰多者，加制半夏、天竺黄以化痰；若语言不利，加石菖蒲、郁金、远志等开窍化痰。服用本方还应注意需久服缓治，疗效方显。愈后还应继续服用一段时间，以巩固疗效，防止复发。[6]

第三节　补阳还五汤的临床应用

内科应用：补阳还五汤内科应用较为广泛，可用于呼吸系统疾

病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液和造血系统疾病、内分泌系统疾病、风湿性疾病以及内科疑难杂症等。本方立方之意即补人体亏损之元气，治疗中风，半身不遂，现代所称的脑血管意外后遗症，及各种原因引起的偏瘫、截瘫，肢体痿软属气虚血瘀者。一般认为本方不适宜于中风初期，但若出现肢体偏废、口涎不收等一派气虚血滞现象时仍可用之，并且加大黄芪用量以增强其补气之力；中风将发未发之前，有各种先兆，或肢体、指端麻木感，自觉瞬间意识不清，或舌根忽而强硬等等，可连服补阳还五汤数剂，有预防中风作用；中风后期，元气大耗，更宜用之，可酌加枸杞、鸡血藤、鹿角胶等调和气阴；中风气虚而兼血瘀甚者，舌见紫暗瘀斑，脉或沉或涩，宜加大活血化瘀之品；中风偏废已成，若再见眩晕头痛，肝风内动之征，可暂隐黄芪，加赭石、龙牡、钩藤、决明之流，以祛肝火，待火清阴复，则仍秉补阳还五之意，复加黄芪用之；中风后期，若见胸中痹痛，口唇紫绀，脉结代者乃属心阳不足鼓动血行之故，为气滞血瘀之过，当于本方加瓜蒌、薤白、半夏、红参、冬青之类以豁痰开痹，振奋心阳[7]。非独中风可用此方，内科其他系统疾病凡其病机属气虚血瘀者，均可用本方化裁施治。

神经系统：用于末梢神经炎、周围神经损伤、面神经炎、坐骨神经痛、脊髓神经损伤、神经性头痛、格林巴利综合征、脑外伤性癫痫、震颤麻痹、神经官能症、中毒性神经损伤、不安腿综合征、糖尿病周围神经病变等。用治神经损伤时根据病情的不同发展阶段配伍不同的药物，早期活血通络，多配蜈蚣、乳没、丹参等，中后期补益气血，配伍党参、炒白术等。补阳还五汤有维护神经功能，促进神经修复的作用，同时配合西医营养神经药疗更佳。如用治神经官能症类，包括神经衰弱、失眠、癔病等，此类病人一般病程较久才来就诊，故单纯从补论治效果不甚明显，注意到久病易成虚成瘀，治疗时用补阳还五汤益气活血化瘀，再配伍其他用药，自主神经功能紊乱，时有肢体麻木感，则加天麻、丹参等；如失眠加龙骨、酸枣仁、百合、桂圆肉等，往往效果极佳。

外科疾病：用于颅脑损伤、泌尿系结石、某些腹腔手术术后、慢性阑尾脓肿以及周围血管疾病、痔疮等。颅脑损伤性疾病，不管是由

外伤初期还是后遗症期，总以气虚血瘀为主，所谓伤必留瘀，而创伤或者病程日久又易导致气虚血瘀，成虚瘀夹杂之证。补阳还五汤以黄芪大补脾胃元气，使气旺血行，祛瘀不伤正，同时加大活血通络止痛药物的用量，如蛛网膜下腔出血酌加乳没、天花粉、柴胡等；颅脑损伤后综合征气虚明显者加党参、白术，疼痛甚者加五灵脂、三七、降香等。早期配合西医西药应用，如积极补液、止血、利尿、脱水等对症支持疗法，能有效的缩短病程，促进预后，减少不良反应。周围血管病多由瘀血阻络、气虚血滞所致，运用时酌加鸡血藤、二妙散、四妙勇安汤之类，较单纯西药治疗有明显优势。

骨科疾病：用于腰椎疾病，如腰椎间盘突出、腰椎退变三联症，颈椎病，肩周炎，膝关节扭伤，膝关节骨关节炎，慢性膝关节滑膜炎，强直性脊柱炎等。某些骨科疾患到后期，西医没有较为有效的疗法，如腰椎间盘突出、颈椎病、肩周炎等，可用中药施治，同时配合理疗、针灸等，效果较单纯用某种方法明显。如腰椎间盘突出症在中医属于“痹证”，可由跌仆损伤导致经脉受损、气血瘀阻所致；也可由感受风寒湿邪渐致寒凝血滞引起，初期多为实证，筋骨受损，致肝肾受累，及到病变后期，病变多为虚实夹杂，气虚血瘀，脉络痹阻，可选用补阳还五汤益气活血，除痹止痛。根据兼夹症候加减用药，如热象重者，加郁金、丹参；寒象重者，加肉桂、炮附子；湿象重者，加苍术、黄柏；脾胃虚弱者，加党参、白术、云茯苓；失眠者，加珍珠母、酸枣仁。

妇科疾病：用于月经病，如痛经、月经过多、闭经、崩漏、经行乳房胀痛、经行头痛、经行浮肿等；带下病，妊娠病，产后病，如产后头痛、产后身痛、回乳等；妇科杂病，如卵巢囊肿、盆腔炎、子宫内膜异位症、子宫腺肌症、不孕症、输卵管囊肿积水、多囊卵巢综合征、外阴瘙痒症等。妇女以血为用，以血为养，妇科疾病多与血虚血瘀相关，如产后胞脉空虚，失血过多，气随血耗，气虚则运行无力，余血留滞成瘀，瘀血不去，新血不得归经，则致恶露过期不止。气虚血瘀，冲任瘀阻，胞脉壅塞，经水隔阻不行，则易致闭经。气虚不能化气行水，阻碍气机升降，血因气而瘀，气虚血瘀又碍水湿运化，以致水湿聚于胞中而发为子满。故经带胎产疾病由气虚血瘀引起者，均

可考虑用补阳还五汤加减治疗。如治崩漏，由于月经周期过长，气随血耗，气虚则运血无力，血行不畅而成瘀，瘀血内阻，恶血不去，新血不得归经，而非时妄行所致。补阳还五汤为基础方，加丹参增强活血化瘀之功，加川续断以固肾本，加牛膝引瘀血下行，加桂枝温通血脉，加柴胡、枳壳、青皮、香附理气化滞，理气行滞，诸药合用使气旺以行血，气行则血行，血行瘀化则诸症自平。

儿科疾病：可用于过敏性紫癜、小儿急性偏瘫、小儿脑瘫、小儿视神经脊髓炎、小儿中风、新生儿硬肿症等。小儿稚阴稚阳之体，脾胃未足，气血未充，每多因虚致瘀，或稍有血络瘀滞又易致气虚不足，而成虚实夹杂之候。补阳还五汤益气活血、化瘀通络，注意用活血化瘀药用量不可过大，黄芪用量也应从量少酌增，治疗后期仍以顾护脾气为要，并恰当配合西药应用。如治小儿急性偏瘫，西药常规用青霉素、维生素 B、低分子右旋糖苷类，中药采取补阳还五汤为主，早期治疗在补气、活血、通络的同时，应注重清热化湿，如选用金银花、黄芩、葛根、苍术等药，可使疗效增强。现代医学研究证明，黄芪有调节免疫功能及强壮作用；活血化瘀药尚有抗组织缺氧作用，并有助于结缔组织软化吸收。中西药联合运用，疗效满意。

男科疾病：可用于慢性前列腺炎、前列腺增生、尿失禁、勃起功能障碍、不射精症等。男科疾病总责在虚实两端，虚则以肾虚为主，实则多以血瘀为主，而两者每多常见，发为虚实夹杂。如治前列腺增生，中医认为其病多由年迈体弱，气血不足，肾阳亏虚，瘀血败精，瘀阻膀胱，日久致腺体增生所致。治疗以补阳还五汤加丹参、王不留行、淫羊藿、益母草、鱼腥草等为主，伴尿路感染者加蒲公英、金银花、野菊花、黄柏；伴尿潴留者，加琥珀、白茅根；血尿者加地榆；大便秘结者加火麻仁、大黄。治不射精症属气虚血瘀者，盖久病入络，精窍闭塞，服用纯补壮阳之药于病无益，徒添瘀邪。宗“精瘀血亦瘀，血活精自通”之旨，投以补阳还五汤益气活血，化瘀通络获效。

耳鼻喉科疾病：用于耳鸣、耳聋、耳带状疱疹，声带肥厚、声带小结、声带麻痹，舌麻痹等。中医认为耳鸣虽有多种证型，但客观性耳鸣以气虚血瘀型较为常见，用补阳还五汤益气活血、逐瘀通络，尚

有加强心肌收缩，扩张血管、改善局部循环和营养状况，并能恢复血液动力及血管壁的弹性，改善血液黏滞性等作用。特别是黄芪还通过正性肌力作用来增加心排出量以提高心功能后使血液流变性改善，符合中医“气行则血行”之说。用治喉科疾病时，证属气虚血瘀型的声带肥厚合二陈汤，并根据病情调整用药；声带麻痹加乌梢蛇、蜈蚣等，并配合应用大活络丸，后期可改为补中益气汤调治。[8]声带小结由肺脾气虚，气不足以推血运行，则血脉瘀阻，上结声户，可在补阳还五汤基础上加玉竹、桔梗、蝉衣、玉蝴蝶、穿山甲等，共奏滋阴润肺、通络散结、益气开音之功。

眼科疾病：可用于视网膜静脉阻塞、视网膜中央动脉阻塞、中心性浆液性视网膜脉络膜炎、视神经病变（前部缺血性视神经病变、视神经萎缩）、麻痹性斜视、眼睑下垂、慢性单纯性青光眼、玻璃体积血以及某些眼外伤等。眼部脉络丰富，血管细小，全身或局部病变都易引起眼部脉络瘀阻，由机体气虚引起者选用补阳还五汤益气活血、化瘀通络治疗效果显著。如治视网膜静脉阻塞，中医认为引起本病的原因诸多，有肝郁、脾虚、肾阴阳虚、心火上亢等，但最终都是导致气虚血瘀，用补阳还五汤加减，若突然视力下降，眼底出血鲜红者，去桃仁、红花，加丹皮、生地、旱莲草；血压高，肝阳上亢者加钩藤、石决明、夏枯草、菊花、栀子；患有糖尿病，阴虚火旺者，加玄参、沙参、知母、芜蔚子、枸杞子；眼底出血时间长，色暗红者，加柴胡、郁金、丹参、山楂；眼底水肿、渗出明显，痰湿阻滞型者，加苡仁、枳实、法半夏、浙贝母、车前子；眼底出血时间长，有陈旧性渗出，久不吸收，机化物形成，体质强实者，加昆布、海藻、三棱、莪术。上睑下垂由思虑劳倦，耗伤心脾，脾不健运，气虚运血无力，血行瘀滞，眼睑失养所致上举无能者，可选本方加参、苓补气健脾，升提下陷阳气，疏通脉络，合甘麦大枣汤以养心润燥、安神和中缓急，使气足血盈神旺，则升举有力，下垂之上睑恢复其位。

皮肤科疾病：用治荨麻疹、带状疱疹及其后遗神经痛、黄褐斑、面部粟粒型狼疮、皮肤瘙痒症、皮肌炎、双手发绀、斑秃、硬皮病等。皮肤疾病多因邪气结于肌表，气虚不足是其本，本虚则致病邪留恋，缠绵不愈；气滞血瘀是其标，血络不利，郁结皮腠。如治荨麻

疹，证属气虚血瘀生风者，症见风团色黯，遇劳发作，消退缓慢，投以补阳还五汤补气活血，加用荆芥、苦参、蝉衣、白蒺藜祛风止痒。若病程较长，病情顽固，皮肤瘙痒无毒者，诊断属顽固性荨麻疹，证属气虚血滞，瘀阻脉络，用补阳还五汤重用黄芪，补气活血，化瘀通络，酌加白鲜皮、地肤子祛风通络透疹，寓“治风先治血，血行风自灭”之意，效果良好。再如以本方治疗斑秃，斑秃的发生主要与肝肾不足关系密切，也有因虚致瘀者，此时单纯补肝肾效果不佳，以补阳还五汤为基础，酌加首乌、补骨脂等强肝肾药则功效力彰。

参考文献

[1] 祝之友，牟克祥.《伤寒论》汤方药物古今变异研究（Ⅱ）——芍药的本草源流及临床应用. 时珍国医国药，2004，15（3）：185
[2] 胡玉玲，郭秀梅.《太平圣惠方》中赤芍药的妙用. 吉林中医药，1996，（3）：44
[3] 雷载权，等. 中药学. 上海：上海科学技术出版社，2005. 92
[4] 陈平，傅杰，严宜昌. 地龙的本草考证. 中药材，1997，20（3）：158
[5] 雷载权，等. 中药学. 上海：上海科学技术出版社，2005. 207
[6] 段富津主编. 方剂学. 上海：上海科学技术出版社，1999. 199
[7] 张立山. 补阳还五汤在中风病的辨证施治. 实用医技杂志，1997，4（11）：895
[8] 谭奕右. 声带麻痹治验. 辽宁中医杂志，1998，25（4）：184

第二章

古今医家的论述

陆九芝：方以黄芪为君，当归为臣，若例以古法当归补血汤，黄芪五倍于当归，则二钱之归宜君以一两之芪，若四两之芪即当臣以八钱之归。今则芪且二十倍于归矣，大约欲以还五成之亏，有必需乎四两之多者。（《世补斋医术》）

张锡纯：至清中叶王勋臣出，对于此证专以气虚立论，谓人之元气，全体原十分，有时损去五分，所余五分，虽不能充体，犹可支持全身。而气虚者，经络必虚，有时气从经络虚处透过，并于一边，彼无气之边，即成偏枯。立补阳还五汤，方中重用黄芪四两，以峻补气分，此即东垣主气之说也。然王氏书中，未言脉象何如，若遇脉之虚而无力者，用其方原可见效。若其脉象实而有力，其人脑中多患充血，而复用黄芪之温而升补者，以助其血愈上行，必至凶危立见，此固不可不慎也。（《医学衷中参西录》）

岳美中：补阳还五汤是王氏以补气活血立论治病的代表方剂，方中选药精，配伍当，动静得宜，主次分明。主药黄芪用以培补已损失之五成元气，药量达四至八两，助药归、芍、芎、桃、红、地龙辅黄芪流通血脉，化瘀行滞，每味仅在一至二钱之间，其总量为七钱

半，是主药的五分之一至十分之一。适用于中风右半身不遂，神志清醒，右脉大于左脉，重取无力，舌苔右半边尤白，舌质淡，动转困难，属于气虚不运者。此方对左手不用者疗效较差，黄芪用量不足一两无效，而且原方服后还可能有发热反应，使用时应予注意。（《岳美中医话集》）

高体三等：本方所治半身不遂症候，系由气虚血瘀所致。半身不遂亦称中风，肝主风又主藏血，喜畅达而行疏泄，邪之所凑，其气必虚，气为血之帅。本证中风半身不遂，一属中气不足则邪气中之，二属肝血瘀滞经络不畅，气虚血瘀发为半身不遂。治宜补气活血为法。气虚属脾，故方用黄芪120g补中益气为主；血瘀属肝，除风先活血，故配伍当归尾、川芎、桃仁、赤芍、红花入肝，行瘀活血，疏肝祛风；加入地龙活血而通经络。共成补气活血通络之剂。（《汤头歌诀新义》）

《中医方剂临床手册》：本方是补气药与活血祛瘀药配伍的方剂。黄芪生用、重用则力专而行走，周行全身，大补元气而起痿废；配伍归尾、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花多种活血祛瘀之药，但每种药物的用量较小，故本方使用祛瘀药的目的，不在于逐瘀、而在于活血以通血络；其所以用大剂量黄芪为主药的目的，就是以补气来行血通络。

《医林改错评注》：补阳还五汤是治疗半身不遂和痿证的有名方剂，将补气和活血化瘀结合运用是王清任对临床治疗法则的重要发展。方中重用黄芪补气，使气足而血行，经络通畅；配合当归、赤芍、川芎、桃仁、红花活血祛瘀，地龙通经络，共同起到补气活血，逐瘀通络的作用。

中篇

临床研究

論　　心

資料未詳

第一章

内 科 病 证

第一节 风湿性疾病

类风湿性关节炎

类风湿性关节炎（RA）属中医“痹证”范畴，其病因主要为气血不足，风寒湿热之邪痹阻于筋脉关节，因为气血是人体正气的重要组成部分，气血充盈流通才能灌溉脏腑和调养身形，并发挥防卫抗病作用，气虚则无力推动血行，血虚则血脉不充，易致瘀血阻滞，气血亏虚，则易受病邪侵袭而发病，风寒湿热之邪乘虚侵入痹阻于筋脉关节，以致气血运行不畅，瘀阻经脉，“不通则痛”，邪气留滞，进一步耗气伤血，筋骨失养，“不荣则痛”，风、湿、瘀血相互胶结，深入经络，虚实夹杂，以致病证缠绵难愈，其中，瘀血作为其病理产物，又是影响其发生发展的重要致病因子，因为“瘀血不去，新血不生”，瘀阻气滞进一步影响水津的输布，以致津凝成痰，痰瘀互结，可致关节畸形等改变，从而使病情进一步恶化。该病是以四肢关节病为主的慢性自身免疫功能障碍性疾病，有研究表明，RA 患者存在

明显的四肢血液循环障碍，其血管内膜炎症及血液粘度增高，促进血栓的形成，栓塞四肢微小血管，而现代药理研究证明，活血化瘀药物的作用有：扩张血管，改善微循环，改善机体免疫功能，抑制炎症的渗出及渗出的吸收和局限化，有利于消炎，制止肉芽的形成等。因此，活血化瘀可作为治疗 RA 的重要手段之一。

【临床应用】

肖氏[1]以补阳还五汤为基础方，药用：当归 15g，黄芪 30g，白芍、熟地各 15g，赤芍 10g，丹参 15g，乌梢蛇 12g，全蝎 10g，蜈蚣 3 条，穿山甲、地龙各 10g，威灵仙 30g，羌活、独活、桑寄生、茯苓、杜仲、炙乳香、没药各 10g。气虚甚黄芪加量；阴虚甚白芍、熟地加量；痛甚重用虫、蛇类药。水煎服，每日 1 剂。30 天为一疗程。并配合中药气浴，治疗类风湿性关节炎，取得了满意的疗效。

【病案举例】

肖氏[1]观察病例：92 例，随机分为治疗组 52 例和对照组 40 例。治疗组 52 例中，男 21 例，女 31 例；年龄 23～61 岁；病程 0.5～16 年。对照组 40 例中，男 12 例，女 28 例；年龄 21～64 岁；病程 0.5～18 年。诊断均符合美国类风湿协会（ARH）1987 年修订的类风湿性关节炎诊断标准。治疗方法：治疗组予补阳还五汤加减。每次服药后，将药渣加水适量煮 10min 左右，利用中药蒸气，熏局部关节 10～15min，然后把药渣敷于患处待药凉为止，配合雷公藤片，每次 2 片，每日 3 次，饭后服。对照组服布洛芬片每次 0.2g，每日 3 次，泼尼松片每次 0.5，每日 3 次。临床治愈：症状全部消失，功能活动正常，主要实验指标正常，治疗组 11 例，对照组 5 例；显效：全部症状或主要症状消失，功能活动明显进步，实验室指标基本正常，治疗组 24 例，对照组 12 例；好转：主要症状消失，主要关节功能基本恢复，或明显进步，生活不能自理，实验室指标无明显变化，治疗组 15 例，对照组 14 例；无效：与治疗前无明显变化，治疗组 2 例，对照组 9 例。治疗组疗效明显优于对照组（$P<0.05$）。

按：补阳还五汤，常用于治疗中风后遗症。临床变通应用治疗类风湿性关节炎，配合气浴外敷，收效卓著。类风湿性关节炎，主要表现为以小关节为主的对称性肿胀疼痛，功能活动受限，甚则畸形。病

理变化为局部关节结缔组织血液循环障碍，变质渗出及增生。中医学认为，本病的外因是风寒湿三气杂至，内因是正气不足，气血虚弱，肝肾亏损，外邪乘虚侵袭肌表，入于经络关节，使气血运行不畅，终致筋脉关节肿胀畸形，屈伸不利。治疗时选用长于化瘀通络止痛的虫类蛇类药物，如全蝎、蜈蚣、地龙、穿山甲、乌蛇。蛇性善走串，内走脏腑外彻皮毛，透骨搜风，温经通络，止痛力强；威灵仙、羌活、独活、寄生、茯苓、杜仲祛风除湿，滋补肝肾；赤芍、丹参、炙乳没活血化瘀，通络止痛；当归、黄芪、白芍、熟地益气养血，增强免疫功能。共奏祛风除湿、益气活血通络的作用。观察结果表明，补阳还五汤加减内服，配合气浴外敷治疗类风湿性关节炎，疗效明显优于布洛芬、泼尼松片，且无明显不良反应。

第二节 呼吸系统疾病

一、类风湿性肺炎

类风湿性关节炎属中医学“痹证”范畴。现代医学揭示，支气管、肺血管、肺间质及胸膜均富于结缔组织，而属结缔组织疾病的类风湿性关节炎常可累及肺产生病变，其中最为严重的是“弥漫性肺间质纤维化”，即“类风湿肺炎”。临床除痹证表现外，常出现呼吸困难进行性加重，或伴发热、胸痛等证，属中医学“肺痿”范围。本病预后差，为疑难病证之一。现代医学主要以肾上腺皮质激素长期治疗，在产生疗效的同时，其不良反应的出现也增加患者的痛苦。以补阳还五汤加减治疗，在改善症状、减轻激素不良反应及减少激素用量、提高患者生活质量、延长寿命等方面有很好的作用。

【临床应用】

金氏[2]以补阳还五汤为基础方加减化裁辨证治疗中医“肺痿”，应用补肺健脾温肾之品，疗效显著。

【病案举例】

金氏[2]治疗病例：患者赵某某，女，60岁。因恶寒发热1天，咳嗽气急多日入院，患者发现类风湿性关节炎4年余，经中西药治

疗，效不著。近2年来经常咳嗽，咯白痰，活动后气喘明显，甚则言语难续，呈加重趋势。诊见恶寒，发热，气喘语促，活动后尤显，呻吟不已，头痛纳差，呕吐清涎，无汗，四肢中小关节疼痛，略肿大不红，活动受限。舌苔白腻、质暗淡，脉弦滑欠力。体检：体温38.5℃，神清，精神萎，痛苦貌，心率88次/min，律齐，心前区可闻及柔和收缩期杂音，两下肺可闻及细捻发音，腹水征（-），四肢中小关节轻度变形肿大，余无殊。血沉43mm/h，类风性因子阳性，肝肾功能正常。予服中药因不能配合而停服，故用西药抗炎及对症处理，体温渐降至正常，余症未缓。为明确诊断，复阅胸片示：胸廓缩小，纵隔上抬，两下肺及周边见大量网结节状阴影，考虑为“肺间质纤维化”，胸CT示：两肺广泛性间质纤维化伴胸膜增厚。经上级医院确诊为“类风湿肺炎”。予泼尼松10mg，每日3次，口服治疗10余日后纳谷增量，关节疼痛好转，带药出院。2个月后门诊复查，胸CT示病灶稳定，渐减激素用量，后因患者自行减量过速，病情反复，再增加继治。然患者纳食虽可，关节痛缓，但增四肢欠温，腹胀，双下肢浮肿等激素不良反应症状明显，咳喘依然。鉴于此，考虑病程已长，脏腑阴阳失调，正气亏损，肺、脾、肾俱病，以补肺健脾、益肾通痹、活血通络剂口服。处方依补阳还五汤化裁：炙黄芪、川芎、紫丹参各20g，党参、紫河车、仙灵脾、汉防己各15g，广地龙、鹿角胶各12g，白果、当归、制附片、雷公藤各10g，制香附6g。上方口服半月后，患者肢体渐温，浮肿消失，体力增加，气喘及精神状态好转，纳谷正常，信心倍增。守方续服，间服六味地黄丸、金匮肾气丸，并渐减激素至维持量至今。复查全胸片及胸CT均示病灶稳定，且类风湿因子为阴性。

按：依据临床以进行性呼吸困难和不同程度咳嗽为主要表现，结合病史及现代医学检查，本病例当诊断为“肺痹”。清《笔花医镜·虚劳》载：“肺金痿者，其受病不同，及其成劳一也。”本例乃由痹证日久累及而致肺疾。本病病因病机复杂，初因正虚邪凑，风寒湿邪痹阻，日久及肾，肾虚失纳，加之激素长期使用，肾阳不煦，水湿内停，产生肢体欠温、浮肿、腹胀、肥胖等症；肺主气，朝百脉，肺虚则吐纳不力，脉络疲阻，肺脏失濡而痿，故咳嗽、气促、动则为甚、

日久渐重。正如《医门法律》云："肺痿者……总由肾中津液不输于肺，肺失所养，转枯转燥，然后成之。"脾居中州，必受其累，运化失司，生化乏源，升降不利，故纳少、泛吐清涎。因此，本病病机为：正气亏损，脏腑阴阳失调，肺脾肾俱病。治疗原则为：补肺健脾，益肾蠲痹，活血通络。以补阳还五汤化裁治疗，以黄芪、党参、白果、地龙、紫河车、鹿角胶等补肺健脾温肾。现代药理研究表明，此类药具改善肺功能，增强垂体－肾上腺功能，提高T淋巴细胞在体液中含量，参与细胞免疫，可减少激素用量，减轻因长期使用激素导致的一系列不良反应。川芎、丹参、汉防己等活血通络，能改善微循环，促进炎症吸收，减少巨噬细胞释放纤维联结蛋白，延缓或阻断肺纤维化进程。雷公藤之有效成分——雷公藤多苷，有确切的抗炎、免疫抑制作用，间接抑制体液免疫，临床经验表明，可减少激素剂量并增加疗效。诸药并用，培土生金，温肾以助肺纳气，标本兼治，共奏良效。然"肺痿者，其积渐已非一日"，故守方为取得远期疗效的关键。坚持长期用药治疗，整体调节，是十分必要的。

二、支气管哮喘

现代医学认为支气管哮喘是一种慢性气道变应性炎症（简称AAI），AAI是引起支气管哮喘可逆性气道通气障碍，气道高反应性的主要因素，且支气管哮喘发病机制中的迟发相反应与AAI关系更为密切，比速发相反应更为有意义，在治疗上提出缓解期抗AAI是支气管哮喘治疗的基本原则，因此，许多抗AAI的药物（如吸入的皮质激素，色甘酸钠和白三烯受体拮抗剂等）得到了迅速的发展，提高了支气管哮喘的临床治疗效果，中医和中西医结合治疗支气管哮喘是我国的特色，这些治疗方法正日益受到科学界的重视，中医及中西医结合治疗支气管哮喘的近况如下：支气管哮喘属中医"哮证"、"喘证"范畴，在中医的临床实践中，总结出了一套独特的病因病机学说及辨证论治体系：围绕"宿痰伏肺"这一病理基础，根据"急则治其标，缓则治其本"的治则，进行辨证论治，在急性期分别取温化寒痰、清肺利痰、燥湿豁痰等治法以降逆平喘；在缓解期以益气固表，健脾益气，补肾纳气等治法扶正固本以巩固疗效，防止再发，

由于各家对支气管哮喘病因病机认识的差异，使支气管哮喘立法遣方趋向不同，但是无论是纯中药内服、中药外敷，还是中西医结合治支气管哮喘，其疗效都比较好，中西医结合，优势互补，互相促进，在哮喘的防治与研究中必将取得更大的成就，而中医药的发展更应借助现代医学研究手段及方法，不断加以完善和提高，发挥其自身优势，挖掘其巨大潜能，向着高效、速效的方向发展。临床实践中有应用补阳还五汤治疗支气管哮喘的，现介绍如下：

【临床应用】

张氏[3]以补阳还五汤为主，加减化裁治疗支气管哮喘，合通络经定喘之品，取得了显著的疗效，扩大了补阳还五汤的临床应用范围，证实中医临证重在辨证论治。

【病案举例】

张氏[3]治疗某病例，赵某某，女，47岁，1990年3月19日初诊。患有支气管哮喘病史10余年。咳喘、痰嘶，长年发作无休止，四季感冒连绵不断。屡经中西药调治疗效不显，其病势逐年加重。刻诊：患者形体消瘦，皮色暗淡无华，口唇及面颊灰暗，声低气怯，喉间喘鸣，汗出畏寒，体倦难支，舌质青紫，苔根黑而薄腻，脉沉细而涩。诊断为支气管哮喘。证属气虚卫弱、瘀停络阻。治则为益气实表、温宣通络祛瘀。方投补阳还五汤加味，黄芪30g、桂枝12g、桃仁12g、红花10g、当归10g、赤白芍各12g、地龙20g、五味子12g。照上方服至12剂后，汗止力增喘减，感冒未作，舌质暗散在瘀点，脉较前有力仍兼涩象。原方继服，隔日1剂，同时服用固本咳喘片。经过间断调治3个月，共服药56剂，症消病除。1年后随访体质明显好转，宿疾未发。

按：此病因素体羸弱，气虚肌表不固，瘀阻痰喘，故喘咳缠绵无休止，乃本虚标实所作。方中黄芪、桂枝、白芍、五味子益气调卫固表以治本；桃仁、红花、当归、赤芍、地龙化瘀通络解痉平喘以治标，本固标除而病愈。

三、咳血

支气管扩张是常见的慢性支气管化脓性疾病，临床以慢性咳嗽伴

大量脓痰和反复咳血为特征，西医治疗以抗感染为主，效果欠佳，此病属于中医“咳血”的范畴，中医学认为，气为血之帅，血属阴而主静，血行有赖于气的推动，气行则血行，气虚则推动无力，血行不利，瘀阻脉络则成瘀血，《景岳全书》说：“凡人之气血犹源泉也，盛则流畅，少则壅滞，故气血不虚不滞，虚则无有不滞者”，《读医随笔·承制生化论》亦明确指出：“气虚不足以推血，则血必瘀”，久病反复发作，必致虚也，老人身体渐衰，脏腑皆虚，必正气不足，气虚则血行无力，瘀阻脉络，脉络损伤，使之瘀血离经而溢于肺内，肺气受阻，失其宣降，故胸闷，咳嗽；肺气虚，卫外不固，则汗出；舌暗淡，脉弱亦为气虚血瘀之象。故咳血是由气虚血瘀所致，故治法应以益气活血通络为主，应用补阳还五汤治疗本病效果令人满意。

【临床应用】

吴氏[4]应用补阳还五汤为基础方，辨症加减：瓜蒌、葶苈子、黄连等宽胸理气、清热解毒、利水利湿、祛瘀通络之品，治疗咳血之证，取得了比较满意的疗效，现介绍如下：

【病案举例】

吴氏[4]治疗某病例郑某，男，69岁，因反复咳血9年，发作2月入院，9年来，患者每因劳累、情绪不佳及感冒等而引起咳嗽，吐血痰或痰中带血，伴胸闷、憋气、无潮热、盗汗等，曾以“支气管扩张”多次住院治疗，2月前，患者无明显诱因又出现咳吐血痰，咳前胸闷，汗出，咳出后症状缓解，每天咳血约20ml，平时自觉气短，乏力，饮食少，二便调，查体：体温36.1℃，心率62次/min，呼吸15次/min，血压16/9kPa，左侧胸廓高于右侧，右下肺呼吸音缺失，叩诊呈浊音，胸片示：肺纹理变粗，紊乱，胸膜增厚（右侧），右侧包裹性积液，舌暗淡，脉弱，西医诊断：支气管扩张，中医诊断：咳血，治疗经过首先治以润肺清热，益气养阴，化痰止血。处方：党参15g，黄精20g，五味子6g，百合12g，玄参15g，白及10g，知母15g，地骨皮15g，川贝母10g，仙鹤草15g，茜草15g，桔梗6g，厚朴10g。每日1剂，治疗4天后，效果不佳，咳血量没有改变，仍胸闷，气短，故改治则：益气活血，佐宽胸清热，处方改为补阳还五汤加味：黄芪30g、地龙10g、桃仁10g、红花10g、赤芍10g、川芎

10g、瓜蒌30g、黄连12g、葶苈子10g，每日1剂，治疗3天后，患者咳血次数减少，每次量变化不大，守上方又治疗1周，咳血量明显减少，仅为痰中带少许血丝，3天后，患者不再咳血，仅吐少量白痰，患者要求出院，出院后随访1月，未再复发。

按：补阳还五汤出自《医林改错》，具有补气活血通络之功，原方主治气虚血瘀之半身不遂，而此病也正中因虚致瘀的病机，用补阳还五汤益气活血，行血不留瘀，使血循经脉，咳血自止，故取得了较为满意的疗效，方中黄芪大补脾胃之元气，使气旺血行，祛瘀而不伤正；当归活血，有祛瘀而不伤好血之妙；川芎、桃仁、红花、赤芍助当归活血祛瘀；地龙通经活络；因久病生痰，故用苦寒之黄连清热燥湿健脾，久病虽虚，往往邪热内生，黄连也可防止痰郁久化热；瓜蒌宽胸理气，润肺化痰；葶苈子宣肺宽胸，利水逐饮，诸药合用，使气旺血行，瘀祛络通，气顺痰消，诸症自可渐愈。

四、肺源性心脏病

肺心病属中医学“肺胀”、“喘证”、“心悸”、“水肿”范畴，病为气阴两虚，瘀血阻滞。表现为胸中胀满，痰涎壅盛，上气咳喘，面色晦暗，唇舌发绀，颜面、四肢浮肿，经久难愈，病程缠绵，《丹溪心法》咳嗽谓：“肺胀而咳，或左或右，不得眠，此痰挟瘀血碍气而病，宜养血以流动乎气”。说明其病因主要为痰浊与血瘀互为影响；病机主要是肺病日久，累及于心，由于肺与心脉相通，肺气辅助心脏运行血液，而肺虚治节失职，不能推动血流正常运行，故导致血脉瘀阻，亦可累及脾肾，以致痰血瘀结，发而为病。现代医学认为肺心病患者由于长期缺氧及二氧化碳潴留，可导致红细胞代偿性增高，红细胞压积、血液粘稠度增高，加之长期反复应用利尿剂，不仅造成水、电解质紊乱，而且更加促使血液粘稠度增加。其血流学改变是静脉系统瘀血，循环瘀滞，血流缓慢，心搏出量减少，心衰不易纠正。清代医家王清任认为：“气通血活何患疾病不除”。指出了治疗原则，并创立了“补阳还五汤”等一系列益气活血经典方剂。现代药理研究发现，补阳还五汤具有强心、降压、抗心衰、改善血液循环等作用。

方中黄芪味甘气温，为补气助阳之药，具有扩血管增强心肌收缩力，利尿等功能。当归、赤芍、川芎、桃仁、红花等活血化瘀药具有改善血液黏度，增加血流量，解除平滑肌痉挛，改善微循环，增加供氧，减轻右心负荷等功效；地龙具有扩张支气管，平喘的作用；再加生地、麦冬有强心、利尿作用。全方共奏益气养阴，活血化瘀之功。

【临床应用】

吴氏[5]等在应用本方治疗气虚血瘀，气滞血瘀肺心病时，酌情添加人参、附子、桂枝加强温阳化气，从而增强心肌收缩的能力，常见有肺心病合并心力衰竭、呼吸衰竭的病人，取得了满意的疗效。袁氏[6]认为该方能够改善肺和全身的微循环系统，降低血黏度，降低肺动脉压和肺血管阻力，从而使右心功能改善。治疗多例肺源性心脏病，疗效显著。

【病案举例】

吴氏[5]治疗某病例李某，男性，70岁。2004年1月5日初诊。有慢性支气管炎并肺气肿病史20余年，气喘、心悸2年。5天前咳嗽、气喘加重，不能平卧，动则喘促益甚，口唇紫绀，全身水肿。体温37℃，心率105次/min，呼吸26次/min，血压14.67/9.33kPa，端坐呼吸，出现三凹征，双肺布满干、湿罗音，腹水征阳性，肝于肋下3cm。颜面、双下肢水肿，舌暗，脉沉细。心电图示窦性心动过速，肺性P波，重度顺钟向转位；X线胸片示肺气肿、肺水肿、右心室增大。证属气虚血瘀，水饮凌心。治以益气活血，温阳利水。药用赤芍10g，川芎10g，地龙10g，黄芪30g，当归6g，桃仁10g，红花6g，丹参15g，桂枝10g，党参15g，五味子6g，葶苈子10g。每日1剂，同时西医常规予抗感染、强心利尿治疗。5天后心悸、气喘减轻，紫绀改善；仍守上方治疗10天，水肿消退，体力恢复如常，已可停用西药。

按：肺心病日久，肺气虚弱，气不行血，而出现气虚血瘀，气滞血瘀。临床上肺失宣降与瘀血内阻症状同时并见，常有咳喘、面青唇紫、肝大、水肿、舌暗、脉沉细等症。此证多见于肺心病合并心力衰竭、呼吸衰竭者。治疗应加强益气活血。方用补阳还五汤化裁，并可酌加人参、附子、桂枝加强温阳益气，以增强心肌收缩力。

袁氏[6]治疗患者男，74岁，咳喘交加反复发作20余年，卧床不起2周，就诊证见咳逆倚息，气短不得卧，喉中痰鸣，心胸憋闷，面浮唇绀，满面汗垢，下肢水肿，神情萎靡，意识朦胧，舌暗紫而光，脉数大无力且结代，诊断：肺心病，心力衰竭，呼吸衰竭，患者多次住院治疗，本次拒绝住院及输液，辨证分析：久病正衰，气阴大伤，脏气式微，精欲耗于内，阳欲脱于外，阴阳离决不过数日之间，忖以人参补气恐窒其胸，地黄补虚必敛其痰，附子回阳耗灼其阴，大黄祛邪重伐其体，症情重笃，久病必瘀，乃由于阴耗血稠使然，整体呈缺氧高黏血症状态，治瘀必治其气，气行则血行，血主濡之则整体灌注有望，亦祛瘀即所以生新之意，采补阳还五汤，重用不腻不燥之黄芪60g平补脾肺之气；当归、川芎、红花、赤芍各6g活血化瘀；桃仁10g、地龙10g止咳平喘，佐天花粉20g兼顾阴分以化解高黏稠，水煎服，每天3次，3天后黄芪加至100g，15天咳喘大减竟下床活动，紫绀改善，水肿消退，精神转爽，继服1个月后嘱其复查血气分析：氧分压7.96kPa，二氧化碳分压6.64kPa。

袁氏[6]治疗患者女，64岁，肺心病史10年，心力衰竭，呼吸衰竭，证见喘息，气短，喘甚汗出，口唇紫绀，嗜睡，夜间憋醒，双下肢水肿，痿软，舌紫暗，苔少，脉结代，已给予抗感染、解痉、平喘、输氧、激素治疗，中医先后给予补肺定喘、补肾纳气、培土生金、化痰定喘等法，疗效不显，久病正衰，非一脏一腑之损，气虚为本，血瘀为标，给予补阳还五汤服之，虑于伏痰未清，先给予黄芪30g平补肺气，气行则血行；小剂量当归、赤芍、川芎、红花各6g活血祛瘀而不伤正；桃仁10g通导瘀滞肃降肺气而止咳喘，地龙10g通络平喘，全方共奏补气活血，止咳平喘之效，服药1周后痰喘不甚故加重黄芪至100g，继服半月诸症悉减，心力衰竭、呼吸衰竭及咳喘均改善，能食，下床活动，复查血气分析：$PaO_2$5.32kPa上升至10.64kPa，$PaCO_2$7.31kPa下降至5.98kPa。

袁氏[6]先后选择28例典型的气虚血瘀型重症肺心病患者给予补阳还五汤治疗，实验室提示该方对肺心病心力衰竭、呼吸衰竭的动脉血氧分压及二氧化碳分压均有较明显的改善作用，且与临床表现的改善相一致，说明该方能改善肺和全身的微循环系统，降低血黏度，从

而提高肺气体交换，改善动脉血氧合作用，促进二氧化碳排出；动脉血氧分压提高和二氧化碳分压降低又缓解缺氧性肺小动脉痉挛，致肺动脉压和肺血管阻力得以下降，从而右心功能得到改善，其治疗效果支持上述机制，中医气虚血瘀的机制与微循环障碍的机制暗合，为肺心病心力衰竭、呼吸衰竭的治疗提供一条新的途径，古人用来治疗中风后遗症的有效方剂在肺心病的验案，亦有力地证实中医学异病同治、同病异治理论的科学性。

五、慢性支气管炎

慢性支气管炎是临床常见病，反复发作、病程长久是其特点，由于反复感染、过敏、理化因素刺激等，导致组织学改变，支气管弹性减退，分泌物堆积，使支气管通气障碍，最终引起肺气肿、肺心病等严重后果，因此，积极治疗慢性支气管炎，防止其进一步发展，极为重要。根据其咳、痰、喘的主要临床表现，可归于中医学的“咳嗽”、“痰饮”、“喘证”等范畴，究其病因不外“外感”与“内伤”两端，而病机则与痰瘀交阻密切相关，简要介绍如下：六淫为治病之外因，六淫是咳喘的主要致病原因，现代医学则认为，理化因素刺激、病原微生物的反复侵害以及机体免疫功能障碍是形成慢性支气管炎的重要原因；脏腑功能失调为其内因，慢性支气管炎的发生和发展，与脏腑功能失调与衰退，特别是肺、脾、肾三脏功能的失调与衰退有着极其密切的关系，故古人有：“咳者，肺之本也；脾为生痰之源，肺为贮痰之器；肺为气之主，肾为气之根；咳嗽在肺，其根在肾。”等论述。痰瘀凝血为病机关键，随着肺气肿、肺心病的形成，其微循环障碍的程度逐渐加重，并有明显的血液流变学的异常改变，表现出黏、凝、浓、聚等特征，而这种微循环及血液流变学的异常改变，早已被作为痰瘀证的微观指标应用于临床，慢性支气管炎所致的咳喘与痰及瘀均有相关，痰凝血瘀，痰瘀夹杂是其宿根。总之慢性支气管炎的发病，在外为六淫邪气侵袭，在内为肺脾肾三脏功能失调及虚损导致的痰邪壅盛，且随着病情的发展，痰凝阻滞，气机不畅，气滞血瘀，势在必然，因此，在慢性支气管炎的治疗上，除以往的健脾补肾、宣肺化痰、止咳平喘等方法外，活血化瘀之法也应贯穿始终，

临床可配用黄芪、当归、丹参、桃仁、田七、三七、川芎、三棱、莪术等药物，现代医学研究也证实：丹参、川芎活血化瘀，减少血小板聚集，增加肺血流通气比率，改善组织缺氧，促进组织损伤的修复，从而使血中内皮素、一氧化氮显著下降，气道高反应性降低，另外，益气活血药可增强网状内皮系统吞噬能力，增强体液免疫力，从而改善微循环促进炎症吸收。

【临床应用】

王氏[7]应用补阳还五汤加减治疗慢性支气管炎患者，临床观察98个病例，应用如下：处方：黄芪30～50g。地龙、当归、赤芍、川芎、桃仁各10g，红花5g。气虚症状明显加党参、白术、补骨脂、茯苓各10g，夹风热痰邪加桑白皮、黄芩、紫菀各10g；夹风寒痰邪加细辛4g，防风、苏梗、制半夏各10g。水煎服，每日1剂，疗程为半个月。总的有效率为95.8%。效果满意。

【病案举例】

王氏[7]治疗某病例吴某，男，65岁，1995年3月6日初诊。咳嗽气喘加剧7天。患者2年来反复咳嗽，痰多，气促，以冬春为甚。刻下：咳嗽气喘，动则尤甚，胸闷痰多、色白质黏，面色苍白，神疲乏力，舌红有瘀斑，苔黄腻，脉弦数。听诊双肺呼吸音低，肺底可闻及干罗音。X线检查：慢性支气管炎，肺气肿，肺纹理增加。血常规：白细胞计数11.4×10^9/L。中医诊断：咳喘，气虚血瘀夹有痰热。治以补气活血、清热化痰。处方：黄芪30g，地龙、当归、赤芍、川芎、桃仁各10g，桑白皮、黄芪、紫菀各10g，红花、生甘草各5g。每日1剂，水煎服，连服5天，咳嗽气喘症状明显减轻，痰量减少。再服7剂，临床症状完全缓解。复查血象：白细胞计数6.8×10^9/L。随访2年，未见复发。

按：补阳还五汤原为中风后遗症之半身不遂而设，慢性支气管炎主要由于呼吸道反复感染，引起支气管壁充血水肿、细胞浸润、平滑肌痉挛等病理改变而致。在临床由于本病迁延日久，多见正气不足，气血凝滞，遂试用补阳还五汤，重用黄芪以补气，正气充足则邪自除，且气能行血，气行血自行，佐以地龙平喘通络：当归、赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀，并能荡涤肺中痰瘀，慢性支气管炎多因免

疫功能低下所致，而川芎、当归有提高机体免疫功能的作用。因而补阳还五汤治疗慢性支气管炎实为标本兼治的良方，因而能取得较为满意的疗效。

六、喘症

喘病属于现代医学慢性阻塞性肺病（COPD）范畴，资料显示：该病约占15岁以上人群的3%，中医学传统认为：慢性咳喘的治则是发作时治标，治肺：缓解期治本，补脾肾，咳喘只要遵循传统治法，但不能墨守成规，临证切忌见咳治咳、见痰治痰、见喘治喘，宗中医“痰瘀同源，久病入络”学说，加减运用补气活血法治疗顽喘，每取佳效。

【临床应用】

刘氏[8]评价补阳还五汤加味对中医喘病的疗效，方法：内服补阳还五汤随证加味，每日1剂，水煎分2次服，10剂为一疗程，观察患者喘息及其他症状和实验室检查改善情况，结果：观察550例中，有效率为94%（517/550），结论：补阳还五汤加味治疗中医喘病具有良好疗效，能够较好地缓解症状，明显提高喘病患者的生活质量。李氏[9]应用补阳还五汤加减治疗哮喘症患者一例，取得了满意的疗效。孙氏[10]应用补阳还五汤治疗喘症患者，观察病例42例，治疗结果：显效19例，占45.2%；好转21例，占50.0%；无效2例，占4.8%；有效率为95.2%，疗效显著。辨证加减：人参、丹参、姜半夏、制附子、桂枝、茯苓皮、沉香、川贝、五味子等。

【病案举例】

李氏[9]治疗病例王某某，女，50岁。乌兰浩特市铁西人。5年前因感冒诱发哮喘，现证：面色㿠白、神疲乏力，气短气急，左侧手足有麻木感，遇见冷风、粉尘、烟雾即喷嚏、流涕、鼻塞鼻痒、咽痒、呼吸不畅，喘憋唇绀。烦躁不安，哮喘发作后1～2h，周身皮肤瘙痒，出现荨麻疹样皮肤病变，哮喘发作将停止时，可咳出较多稀薄痰，感觉舒畅，气促感轻，哮鸣终止，发作时间不定，短则数分钟，长则数小时至数日。舌苔白、质胖嫩、舌底静脉旁有瘀斑。脉：左沉细、右沉涩。证属气虚血瘀，风邪内入致肺失宣降，治疗原则：益气

固表，活血平喘。方选补阳还五汤：北芪150g、地龙30g、当归10g，川芎10g、赤芍10g。桃仁5g、红花5g、水煎服。连用4剂，哮喘停止、周身荨麻疹消失。后用上方做成粗面状，每天3次，每次25g，开水泡服，频饮。连用1个月，一切症状好转，随访没复发。

按：风善行而数变，外风始受于肺，肺主气，主一身之表。患者年迈，肺的气虚、表虚卫外不固，风邪乘袭，易从肺入，致肺失宣降，哮喘即发作。本方重用北芪益气固表，表固风邪不内传并能提高人体白细胞诱生“干扰素”的能力，现代研究证明，哮喘病人体内血清干扰素总体活性水平明显低于正常人。干扰素在哮喘发病机制中具有一定意义：干扰素是激活NK细胞必须的体液因子，当干扰素在血中浓度减少时，NK细胞的活性减低，表现为抗原处理能力降低，同时对IgE介导的过敏反应抑制作用降低，黄芪能使血中的干扰素活性增强，故重用黄芪。地龙有熄风、解痉、平喘功能，内含氮物质，对支气管有显著扩张的作用，本着“治风先活血，血行风自灭”原则，本方配以常用的活血化痰的方剂，暗合桃红四物汤（减地黄）之意，临床常用桃红四物加减治疗变态反应疾病，哮喘患常因痰多阻塞气道，使支气管的通气功能发生障碍，引起缺氧，肺静脉收缩，毛细血管内压力增高，免疫球蛋白大量增加，使血浆黏度增高，又因缺氧酸中毒，使红细胞内黏度增加，因此血液处于高凝状态，从而引起瘀血内阻。全方有抗炎、抗变态反应、改善肺内微循环、调节免疫、调节血管通透性、降低炎性水肿，加速病变恢复的作用，使肺的通气功能得以改善，用之得当，收效颇捷。

刘氏[8]治疗病例赵某，男，75岁，退休干部，1997年8月5日初诊，病人反复咳喘20余年，每次发作，病情缠绵难愈，常年多次住院，应用大量的抗生素、氨茶碱及糖皮质激素才能控制病情，本次咳喘已发作1周余，西药治疗效果不佳，而求中医治疗，诊见：咳喘，胸胀闷刺痛，痰黏微黄，咯吐不利，口干苦，神疲乏力，动则气促加剧，唇绀，舌质紫暗，脉细涩，体检：体温37℃，心率90次/min，呼吸22次/min，血压20/12kPa，桶状胸，双肺满布痰鸣音，少许湿罗音，X线胸透示：双下肺野见散在斑点状阴影，膈肌低，血常规检查：白细胞计数10.5×10^9/L，中性粒细胞占79%，淋巴细胞占

21%。诊断为：慢性支气管炎合并感染，肺气肿。中医证属喘病之气虚血瘀，夹痰热型，治以益气活血，佐以清热化痰，方用补阳还五汤加味：黄芪 60g、当归 20g、赤芍 15g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 10g、地龙 15g、苏子 10g、川贝 10g、瓜蒌 15g、桑白皮 15g、黄芩 15g、甘草 6g，10 剂。2 诊：药后咳喘明显减轻，痰量减少，色白易咯，胸闷痛亦消，上方去黄芩加五味子 10g，10 剂后诸症平消，惟有气短自汗、动则尤甚，根据久病入络，气虚血瘀痰阻之病机，给予人参蛤蚧、冬虫夏草、川贝、三七等份研细，装胶囊每次 2g，每日 3 次口服，嘱此方继续调治月余，随访 3 年病情未见复发。

按：因为心肺同居上焦，肺气贯通心肺，百脉朝会于肺，久患咳喘，痰浊阻肺，宗气不足，血运无力，首先影响到肺，致使肺络瘀滞而加重病情，以致心脉不畅，血脉瘀滞，势必咳喘逐年加重，出现咳喘不愈，胸闷刺痛，动则加重，唇甲紫绀，舌质暗或紫绀，脉细涩等一派气虚血瘀之象，久咳络瘀，方书论之不多，但历代贤哲在制配咳喘方剂时也有佐辅活血化瘀之品者，如苇茎汤中之桃仁、金沸草散中之赤芍、苏子降气汤中之当归等，因此久病咳喘，不论发作期或缓解期，均应补气活血为主，随症加减，不失为治喘佳径，清·王清任创补阳还五汤一方，专为“因虚致瘀”而设，恰对久喘病机，方中重用黄芪使气旺以促血行，祛瘀而不伤正，《珍珠囊》称：“黄芪甘温纯阳，其用有五：补诸虚不足，一也；益元气，二也；壮脾胃，三也；去肌热，四也；排脓止痛，活血生血，内托阴疽，为疮家圣药，五也。”据《神农本草经》当归“主咳逆上气”及《本草从新》当归“治虚寒热，咳逆上气”的记载，当归用于治疗咳喘补血活血祛瘀而不伤正之妙，临证宜重用当归 20g 左右，地龙下行降泄，非但能通络清热，且能平喘利尿，而有良好的平喘作用，川芎、赤芍、桃仁、红花助当归活血祛瘀，现代医学证明，益气药物能提高肺活量，最大通气量，且能提高第一秒时间肺活量百分比（一秒率），提高动脉血氧分压，血氧饱和度，改善通气/血流比例，活血化瘀药物还具有扩张支气管，改善肺微循环，提高动脉血氧分压的良好作用，为补阳还五汤治顽喘提供了坚实的理论依据，临证加减使用，使气旺血行，瘀祛络通，气行则津液流通，痰液自化，咳喘自平，诸症渐愈。

孙氏[10]治疗患者方某，男，69岁，患肺心病20年，1990年11月因咳嗽吐白色泡沫样痰，呼吸困难，张口抬肩，在某医院治疗10天，疗效不佳，于11月18日邀余诊治，刻诊：呼吸气喘，动则喘甚，张口抬肩，不能平卧，呼多吸少，气不得续，汗出心悸，喉中痰鸣，口唇及肢端紫暗，双下肢浮肿，按之凹陷，久不能复，语声低弱，畏寒，四肢不温，舌质紫暗，苔白厚，脉沉细数而无力，时有结脉，辨证为肺肾两虚、心血瘀阻、水气凌心射肺，治以益气活血、温阳利水、补肺纳肾、祛痰平喘，方药：补阳还五汤加味：炙黄芪30g、人参10g、地龙15g、赤芍15g、酒当归尾20g、酒丹参30g、酒川芎10g、桃仁10g、红花10g、苏子10g、姜半夏10g、制附子10g、桂枝10g、茯苓皮30g、沉香6g、川贝母10g、五味子15g，每日1剂，水煎服，两次煎500ml，混合，分早晚2次服，服2剂时则自觉闷喘减轻，体力稍增，服5剂时，口唇、肢端紫暗明显好转，下肢浮肿已消大半，加减变化服38剂，临床症状基本消失。

按：喘证是临床常见病，一般分实喘、虚喘进行辨证论治，且以宣降肺气为治疗关键，用王清任补阳还五汤治疗喘证，是针对喘证后期，阳虚饮停，进而导致心阳不足、鼓动无力、血脉瘀阻出现的本虚标实之证，用补阳还五汤取其益气活血、祛瘀通脉之功，配合温阳行水、利气祛痰之品，使气复则血活瘀祛脉通，脉通则三焦通调，诸经之气恢复至“循环无端”而诸症自除，方中人参、炙黄芪甘温大补元气，益肺补脾，扶正以固本；桃仁、红花、赤芍活血祛瘀，通利血脉；酒川芎辛温入血，活血行气，以增强活血散瘀通脉之力；地龙通脉、利水、平喘；酒当归尾、酒丹参活血祛瘀、养血生新，使血活而不伤正；附子、桂枝温通心肾之阳；沉香引气归元，临床用于久病肾虚，肾不纳气，呼多吸少之喘证，每获良效，配合其他利水消肿平喘之品，使标本兼治，较单治肺肾，疗效更佳，当喘证未出现气虚血脉瘀阻时，不用本方治疗。

第三节 泌尿系统疾病

一、紫癜性肾炎

紫癜性肾炎是过敏性紫癜最严重的并发症，是影响其病程和预后决定性因素之一，此病多见于儿童，但近几年来成人紫癜性肾炎发病率有上升趋势，且预后较儿童差，易反复，治疗颇棘手。虽紫癜性肾炎是过敏性紫癜的严重并发症，但也有人认为是过敏性紫癜在肾脏的表现，从肾脏病理学分析，紫癜性肾炎发病率高达100%，其发病机制是由于血液循环中有可溶性免疫复合物在肾脏内沉积所引起，属免疫复合物性肾炎，有文献报道：成人紫癜性肾炎患者的血液流变学和高凝指标均有改变，高凝与高黏相互影响，高黏促发高凝，反之亦然，二者均可使组织缺血缺氧，损伤血管内皮细胞，从而加重病情，这可能是紫癜性肾炎的发病机制之一，如上所述，从紫癜性肾炎的发病机制来看，无论是血液循环中的免疫性复合物沉积于肾脏，还是紫癜性肾炎患者的高凝高黏状态，都与中医的“瘀血内阻”病机相吻合，瘀血阻络贯穿于本病发生，发展过程的始终，根据本病的临床特点，可归属于中医学的“肌衄”、“紫斑”、“血尿”、“水肿”等范畴，发病原因多为感受风热湿毒之邪扰动血络，或食用鱼虾、蟹等动风之品，或因虫咬，以致风热互结，热毒乘虚而入，灼伤血络，血热妄行而出现紫斑、尿血或便血等症，始起时多以热毒扰络为主，但对于成年患者来说，由于耐受性强，初发时大多仅出现皮肤紫斑，无痛无痒，常常容易被忽视，直到出现尿血、水肿才来就诊，又往往不愿意住院治疗，以致病延日久，精血流失，血少气亏，气虚血滞，脉络瘀阻。

【临床应用】

刘氏[11]应用补阳还五汤合西药治疗紫癜性肾炎，目的观察补阳还五汤结合西药治疗紫癜性肾炎的临床疗效，方法将63例成人紫癜性肾炎患者随机分为治疗组33例、对照组30例，治疗组采用补阳还五汤加常规西药治疗，对照组仅采用常规西药治疗，结果治疗组总有

效率97.0%，临床治愈率60.6%；对照组总有效率76.7%，临床治愈率40.0%；两组比较有显著性差异（$P<0.05$），结论治疗组在提高紫癜性肾炎的临床疗效方面优于对照组。

【病案举例】

刘氏[11]观察病例：63例成人紫癜性肾炎患者为住院并经出院随访病例，随机分为治疗组和对照组，治疗组33例，男18例，女15例：年龄16～44岁：病程小于3个月20例，3～6个月8例，大于6个月5例；对照组30例，男16例，女14例，年龄16～45岁，病程小于3个月19例，3～6个月7例，大于6个月4例，两组在年龄、性别、病程方面无显著性差异（$P<0.05$），具有可比性，治疗方法：治疗组：中药治疗以基本方补阳还五汤加味，黄芪50～120g，赤芍10g，当归10g，川芎6g，地龙10g，桃仁10g，红花6g，紫草20g。加减法：尿血多者，加白茅根20g、茜草10g；水肿明显者，加茯苓20g、猪苓10g；腹痛甚者，加白芍15g、延胡索15g；关节痛者，加海风藤15g、川牛膝15g；神疲纳差者加党参10g、白术10g；每日1剂，水煎服，2个月为一疗程，西药治疗：泼尼松1mg/（kg·天），晨1次顿服，连用6～8周后，逐渐减量，每周减量10%直至维持量[隔日0.4mg/（kg·天）]，持续服用6～8周后减量停药；双嘧达莫50mg，每日3次；维生素E胶丸50mg，每日3次；高血压者，苯那普利10mg，每日1次或科苏（厄贝沙坦）75mg，每日1次。对照组：西药治疗与治疗组相同，不服用中药。观察指标及方法：观察治疗前后尿常规，24小时尿蛋白定量，血尿素氮（BUN）及血肌酐（Cr）的变化；方法：尿常规治疗前、后每日留取晨尿，连续检测3天，24小时尿蛋白定量及肾功能包括BUN、Cr，治疗前后各检测1次。结果：治疗组33例，临床治愈20例，好转12例，无效1例，临床治愈率60.6%，总有效率97.0%；对照组30例，临床治愈12例，好转11例，无效7例，临床治愈率40.0%，总有效率76.7%，治疗组临床治愈率及总有效率均高于对照组（$P<0.05$），两组治疗前后肾功能及24小时尿蛋白定量的变化两组治疗前后肾功能及24小时尿蛋白定量有显著差异，治疗后有明显改善（$P<0.05$），且治疗组优于对照组（$P<0.05$）。

按：补阳还五汤出自王清任《医林改错》，原“治半身不遂，口眼歪斜，语言謇涩，口角流涎，大便干燥，小便频数，遗尿不禁”，该方既能活血祛瘀通络，又具有益气摄血的作用，切合成人紫癜性肾炎的气虚血滞、瘀血阻络的中医病机特点，故笔者采用本方配合西药治疗成人紫癜性肾炎，疗效满意，而且与单用西药组对照，有显著性差异，表明本方对成人紫癜性肾炎有较好的治疗作用。现代药理研究证实：补阳还五汤具有抗氧化作用，能升高 SOD 水平，对抗自由基损伤，缩小实验性脑缺血损伤大鼠脑组织皮层梗死面积，降低血浆内皮素抑制纤溶酶原激活剂抑制物活性的作用，本方中的主药黄芪为传统补气良药，具有补中益气、扶正固本之功效，能增强机体免疫功能，抑制血小板聚集，降低其黏附性，增加纤溶酶活性，松弛平滑肌，扩张肾小血管，有改善肾脏血液循环的作用，同时方中加紫草，能凉血活血、解毒透斑，紫草素能抑制毛细血管通透性的亢进、渗出，有拮抗增殖性炎症的作用，并与地龙一起，有抗过敏作用，综上所述，本方具有益气摄血、活血通络之功效，能调节机体免疫功能，抑制免疫复合物沉积形成的肾脏损害，能抑制血小板聚集，对抗自由基损伤，改善患者高凝、高黏状态，能改善微循环，扩张肾小血管，增加肾血流量，改善肾功能，既与紫癜性肾炎的中医病机特点相吻合，又切合现代医学对本病发病机制的认识，故临床疗效满意，值得进一步探讨应用。

二、慢性肾炎

慢性肾小球肾炎（简称慢性肾炎）是一组病程迁延、有多种病因、多种病理类型的免疫性肾小球疾病，病程长，病机复杂缠绵难愈。中医认为，其病因病机总属本虚标实，本虚以脾、肾两脏虚为主，标实则以风、寒、湿、热为主，因此治疗比较困难、棘手，最终发展为肾功能衰竭。中医学根据其不同的临床症状，有“水肿”、“虚劳”、“腰痛”、“血尿”等病名。慢性肾炎的主要病变在肾，但涉及的脏腑较多，其致病原因有外邪侵袭，饮食起居失常或劳倦内伤。主要病机是肺失通调，脾失传输，肾失开合，膀胱气化无权，三焦水道失畅，水液停聚，泛滥肌肤。中医中药治疗慢性肾炎较有特色

的是益气活血法在治疗中的应用，中医学认为，气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀；另一方面，血为气之母，血瘀则气阻。气滞与血瘀互为因果，运用活血化瘀法时，须配益气药以助血行。《温病条辨》中说："治血者，不求有形之血，而求无形之气。"据有关资料报道，益气药可增强活血化瘀药的效果，促进炎症及结缔组织部位巨噬细胞增多，利于炎症的松解与消散，并可提高机体的免疫力。气旺血行，气足血活。为防止祛瘀伤气，也应以益气药与活血药配伍应用。这样不仅可以祛除瘀血，增强推动气血运行的力量，更重要的是通过消除瘀血，改善肾脏的微循环，祛瘀而生新，以利机体康复。总之，对水肿病的认识历来着眼于三焦气化，即肺、脾、肾三脏对体内水液代谢的调节，治疗上往往以温调脾肾为主。至于瘀血阻滞，由于气血循行障碍所致水肿，极易忽视。尤其是肾病型的低蛋白血症的水肿大都重用扶正补虚药。然而蛋白之所以随尿流失，却是由于肾脏瘀积使然。这时单用补养之法，可谓补不敷失。欲塞流，须澄源。运用益气活血之法，能达通因通用之殊功。在中医临床上，无论阴水或阳水，如经用健脾温肾、发汗、利尿、攻逐等法治疗而不愈，残有瘀血征象者，非益气活血不足以"疏涤五藏"、"宣布五阳"，以达"去宛陈莝"、正气来复之目的。

【临床应用】

常氏[12]应用补阳还五汤加减治疗慢性肾炎，观察健脾益肾、活血化瘀类中药治疗慢性肾炎的疗效。方法：采用自拟加味补阳还五汤（补阳还五汤加牛膝、益母草、杜仲等）治疗本病54例。结果：总有效率92.5%。提示：健脾益肾、活血化瘀、利湿是治疗慢性肾炎的可行性途径，拓宽了经方治疗慢性肾炎的思路。李氏[13]在临床实践中以本方加味治疗慢性肾炎患者35例，均用补阳还五汤加减治疗，基本药物组成为：黄芪30～60g，当归、红花、赤芍、川芎各10g，山药30g，白术、茯苓各12g，金樱子、菟丝子各15g，甘草6g，水煎服，日1剂，"随症加减"取得了较好的疗效。

【病案举例】

李氏[13]治疗某病人郑某某，男，38岁，工人，2004年12月11日初诊，自述全身浮肿1年余，曾明确诊断为慢性肾炎（肾病型），

服用激素12周无效，后以环磷酰胺冲击，仍无效，故而就治于中医，症见：颜面及双下肢水肿，乏力，头晕，畏寒，腰膝酸困，舌淡暗，苔白，脉沉细，尿常规示：蛋白（+++），颗粒管型（+）：24小时尿蛋白定量为2.5g，四诊合参，属中医学“水肿”范畴，证属脾肾阳虚，气虚血瘀，治宜健脾补肾，益气活血，以上方加桑寄生30g、仙灵脾15g、车前草30g，增温阳利水之力，服用7剂，患者浮肿减轻，腰酸畏寒缓解，遂守上方共服用50剂，患者自觉症状基本消失，24小时尿蛋白定量800mg，上方将菟丝子加至30g，再服2个月，患者尿蛋白转阴，临床治愈，

按：慢性肾炎属中医学“水肿”范畴，因脾主运化，肾主水液，故水肿与脾肾二脏关系密切，慢性肾炎之水肿，病程较长，治疗棘手，久则脾虚不能制水，水湿泛溢，肾虚不能行水，水气瘀滞，终致气虚血瘀，此即成为慢性肾炎病理变化的必然阶段，补阳还五汤方中黄芪健脾益气，据现代药理研究证实，该药可利尿、降压、扩血管、改善肾血流、调节免疫平衡、减轻免疫复合物对肾小球基底膜的损伤；当归、红花、赤芍、川芎活血化瘀；白术、茯苓、山药助黄芪益气，且有健脾化湿之功；金樱子、菟丝子补肾固涩，诸药合用，益气活血、健脾补肾，治疗慢性肾炎，效果较为满意。

常氏[12]治疗病例：王某，女，40岁，干部，1999年6月4日初诊。患肾炎11年，时常反复，迁延难愈。一直服用双嘧达莫、泼尼松、雷公藤等。尿中始终有蛋白，经治疗迄今尚未缓解。今年5月份旅游后，病情加重。故今特来门诊治疗。症见：双下肢水肿，面色㿠白，腹胀，乏力，纳差，小便短少，舌质肿大，苔薄白，脉沉细。尿蛋白（+++）、管型（++）、尿素氮8.4mol/L，诊断为慢性肾小球肾炎。辨证脾肾两虚、瘀血湿阻，治以补脾益肾、利湿活血。上方加紫草15g、桂枝6g，7剂，每日1剂，早晚饭后温服。35天后，复查各项指标正常。患者为了巩固疗效，原方5倍量配成丸药，每丸9g，每日2次，随访2年未复发。

按：加味补阳还五汤是以补阳还五汤为基本方药，加以补肾、利湿、消蛋白等药组成，是为变化而用，即“师其法而不泥其方。”现代医学认为，慢性肾炎与细胞免疫和体液缺陷有关，蛋白尿的产生除

肾小球滤过膜通透性改变，肾小管的重吸收功能下降外，肾血流量减低，高凝状态。肾小球毛细血管内凝血是产生蛋白尿的主要因素。本方中重用黄芪，益气健脾，补肺，固表透邪，培土生金，提高人体的免疫力，促进全身血液循环，同时兼有利尿作用。桃仁、红花、当归、赤芍、地龙活血化瘀，利尿降压，改善微循环；土茯苓、益母草利尿消肿、活血，现代药理学证明，赤芍、红花、益母草、地龙均具有抗凝血、抗血栓形成作用。杜仲、川断、山药、牛膝补肝肾，强筋骨，降压，消除尿蛋白；焦三仙健脾益气，补后天之本；徐长卿既能活血利尿，又有抗过敏作用。现代药理学证明，血管转换酶抑制剂具有保肾、消蛋白的作用，而赤芍、牛膝等中药既具有血管转换酶抑制剂作用。总之慢性肾炎治疗是一个漫长过程，医患应保持合作态度，认识到该病的顽固，体会以扶正为主，重视整体观念，重点补脾益肾，佐以活血化瘀利湿之剂，扶正和祛邪结合起来，防止单补或纯攻，方能取得较好疗效。慢性肾小球肾炎由于病情较长，在治疗好转情况下，必须继续治疗，以期巩固，切不可停药过早。在病情稳定后，应长期服用丸剂以巩固疗效。

三、肾病综合征

肾病综合征是一组由多种病因引起的临床症候群，属中医学的“水肿”证，水液失调而导致体内水液停留，泛溢肌肤，引起头面四肢、腹部甚至全身浮肿，严重可伴有胸腹水。中医治疗本病，多采用益气健脾利湿，温肾壮阳利水，活血化瘀之法。水肿消退后多属虚劳、腰痛证。本病西医首选激素或细胞毒药和抗凝、对症治疗，疗效尚满意，但常因病情复发，患者无法忍受激素的不良反应而改中药治疗。中医治肾病，贵在辨证。肾病综合征病位在脾肾，根本的病机为气虚血瘀，以补阳还五汤加减为基本方，功能补气活血通络，水肿时加五苓散，水肿消退后改加二仙汤加减以补脾肾，同时，治疗始终选用虫类药物以搜风通络。有专家认为，肾病的原因在于肾虚感受外来风邪而引起的肺失宣降、脾失健运，肾的气化功能受阻。越来越多的肾科专家认识到肾病与风的关系密切，治疗上常从风论治。而肾病综合征为肾病之顽疾，病久入络，多数脾风、肾风，治疗在健脾温肾的

基础上，选用僵蚕、乌梢蛇、蜈蚣、全蝎等中药，诸药合用，相得益彰，取得事半功倍的疗效。

【临床应用】

吴氏[14]重用黄芪为主的补阳还五汤加减辨证治疗肾病综合征15例，疗效较满意。治疗处方：黄芪、益母草、白茅根、山楂各30g，白术12g，丹参20g，地龙、茜草、赤芍各15g，当归尾、桃仁、红花、杜仲各10g，川芎6g。加减：黄芪用量每服7剂增10g，最多增至150g，肾阳虚者加附子、肉桂、仙茅、淫羊藿；高血脂者山楂用量可至60～100g；尿蛋白持续在3.5g/24h以上者白茅根可用至100～150g,或鲜白茅根250～500g；高血压者加泽泻30g；每天1剂，水煎，分2次服，10天为一疗程。血、尿常规每半月检查1次，血脂、血浆白蛋白、肾功能每月检查1次。贺氏[15]应用补阳还五汤加减治疗肾病综合征52例疗效显著，基本处方：生黄芪50g，当归尾、地龙、桃仁、红花各10g，赤芍药、川芎各15g。加减：气虚明显者加怀山药30g，肾虚明显者加生地黄10g、肉桂10g、制附子6g，水肿明显者加泽泻、猪苓各10g，用法：每日1剂，水煎共取汁400ml，分2次温服，15天为一疗程。韩氏[16]治疗一例脾阳不足、阳虚水泛的病人，辨证加减补脾、补阳、行水、祛风之品，中间患者行一次人工流产术，临床效果依然满意。

【病案举例】

吴氏[14]治疗病例：卢某，女，60岁，干部，1999年10月21日初诊。因蛋白尿、浮肿3年余，曾先后到省、市医院及某专科医院诊治，经肾B超、CT、组织病理检查，排除肾脏其他病变，诊断为慢性肾病综合征。因病情反复久治无效前来就诊，诊见：面色㿠白，血压17/11kPa，心率72次/min，心脏无病理性杂音，两肺呼吸音正常，腹平软，肝肋下3cm，质软，无触痛，全身中度凹陷性水肿。血液检查：白细胞计数8.5×10^{9}/L，中性粒细胞占72%，淋巴细胞占28%，红细胞计数3.5×10^{12}/L，血红蛋白102g/L，总胆固醇4.54mmol/L，甘油三酯7.52mmol/L，血白蛋白28g/L，血肌酐4.5×10^{-2}mol/L，血尿素氮4.5mmol/L，血沉30mm/h，尿蛋白（++++），予上方重用黄芪加减治疗，每天1剂，连服2个月后尿蛋白开

始减少，6个月后尿蛋白减少至（+），嘱隔天服1剂，连服3个月后尿蛋白转阴，浮肿消退，体力恢复。为巩固疗效，隔天1剂，续服3个月，病告痊愈，随访2年未复发。

按：原发性肾病综合征属中医学水肿范畴，病因多由外感风寒，湿邪浸袭，导致湿浊、湿热或血瘀等病理因素相互作用而发病，重用黄芪为主之补阳还五汤加减治疗肾病综合征，方中黄芪补气健脾，增强免疫力，药理研究黄芪含胆碱、甜菜碱、氨基酸、叶酸等，具有强心利尿，加强毛细血管抗力及类激素样作用，还发现黄芪含有硒等丰富的微量元素，能显著扩张外周血管，降低血管阻力，降低动脉血压：加益母草、白茅根既加强利尿消肿又降低尿蛋白；白术助黄芪健脾益气；丹参、益母草活血化瘀，以利血脉，改善微循环；山楂具有降低血清胆固醇、甘油三酯的功用，长期坚持服用，使肾病综合征的症状得到缓解，肾功能得以恢复。用此方治疗前，应做肾脏B超或CT检查，排除肾萎缩及肾肿瘤等疾病。肾病综合征的治疗时间长，服药前必须将本病的有关情况向患者详尽说明，增强其治疗的决心和毅力，黄芪用量一般从30g开始，每服7剂增10g，增至最大剂量150g。病程短者，3个月内须每天1剂。病程长、病情重者，服药6个月须每天1剂，待尿蛋白降至（+）后改为隔天1剂；病程短者服药至少半年以上，病程长、病情重者必须1年以上，黄芪虽有激素样作用，但无激素样不良反应，部分患者服药过程中有腹部胀气感，但无其他不良反应，不影响治疗。

贺氏[15]观察52例病例，全部患者均为经正规泼尼松或免疫抑制剂治疗后，临床症状不缓解或缓解后反复发作的难治性肾病综合征，治疗方法：基本处方：生黄芪50g，当归尾、地龙、桃仁、红花各10g，赤芍药、川芎各15g。加减：气虚明显者加怀山药30g，肾虚明显者加生地黄10g、肉桂10g、制附子6g，水肿明显者加泽泻、猪苓各10g，用法：每日1剂，水煎共取汁400ml，分2次温服，15天为一疗程，治疗结果：52例中，痊愈15例，有效31例，无效6例。

按：凝血机制的紊乱及血液流变学的改变在肾小球疾病发生、发展过程中的作用，已被现代医学临床研究所证实，为肾脏疾病的抗凝疗法提供了理论基础，肾病综合征患者伴有高凝和纤维蛋白的溶解抑

制因子增加、肾脏局部纤溶性的降低、肾小球纤维蛋白的沉积及毛细血管血栓的形成，是影响糖皮质激素疗效的主要原因之一，肾病综合征中医辨证多属气虚，气虚运血无力，致血行不畅血脉瘀阻，故气虚、血瘀同时并存，补阳还五汤重用黄芪以补气，使气旺血行，祛瘀而不伤正，为方中主药；辅以当归尾、川芎、赤芍药、桃仁、红花、地龙以活血化瘀，诸药共奏益气活血之效。

韩氏[16]治疗病例：曾某，女性，24岁，未婚。2001年3月初诊，为复发性肾病综合征，中医辨证为水肿，属脾肾不足，阳虚水泛型，予基本方加泽泻15g、猪苓30g、桂枝15g、石苇15g、蜈蚣2条、泽兰15g，1个疗程水肿消退，改用基本方加仙茅10g、仙灵脾15g、党参30g、巴戟天15g、白术15g、僵蚕15g、乌梢蛇15g、蜈蚣3条，水煎服，2个疗程完全缓解。3个月后，意外怀孕40天，行人工流产术，肾病综合征依然无复发。坚持服药满半年，至今停药已3年，追踪无复发。

按：本例西医诊断为复发性肾病综合征，证型属脾阳不足、阳虚水泛型，韩氏[16]在应用补阳还五汤时加入相应的健脾祛风之品，并且患者中间又有意外怀孕者，但是依然临床疗效显著，表明只要是辨证正确，应用本方进行加减应用效果是令人满意的。

第四节 内分泌系统疾病

一、糖尿病脑梗死

糖尿病性急性脑梗死因致残率和病死率均较高而引起临床高度重视，糖尿病病人由于血糖控制不佳，致血浆和组织蛋白发生过度非酶糖化反应，纤维蛋白原和血小板等糖化增加，导致血黏度增加，微循环障碍，神经组织缺血缺氧。中医学中糖尿病性急性脑梗死属于“消渴病中风”范畴，糖尿病以阴虚为本，阴虚日久，煎熬津液，气虚血瘀，脉络瘀阻而致中风，因此，糖尿病性急性脑梗死特点为阴虚血瘀，因虚致瘀，虚实夹杂，属本虚标实之证，以肝肾阴虚为主、瘀血阻络为辅，治疗上理当补气养阴、活血通络，在西药治疗的基础

上，联合加味补阳还五汤，研究证实，补阳还五汤不仅能益气活血，是血栓素合成酶抑制剂，能抑制血栓素 A_2（TXA_2）生成，从而抑制血小板凝集，降低血黏度，改善糖尿病患者的高凝状态，同时它还能改善微循环，缓解神经组织的缺血缺氧，使糖尿病性急性脑梗死因微血管病变造成的神经损害得以恢复。

【临床应用】

方氏[17]应用补阳还五汤加减治疗糖尿病并发脑血管疾病，临床观察病例 65 例，认为补阳还五汤可能具有降低了脂质过氧化物（LPO）和血中铁蛋白（SF）后，自由基的产生减少，血管内皮细胞的损伤减轻，改善脑部微循环障碍，有助于半暗带神经功能的恢复，可避免神经元进一步损伤，临床疗效显著，因此，补阳还五汤是一种比较有效的脑保护剂，值得推广应用。

【病案举例】

临床观察：一般资料：方氏[17]选自 2000 年 6 月到 2004 年 6 月住院的脑梗死病人 586 例，其中糖尿病并发脑梗死 137 例，均符合 1995 年第四届脑血管病学术会议修订的诊断标准，糖尿病的诊断与分型按 1999 年 WHO 标准，并经头颅 CT 或 MRI 检查证实，排除脑出血或颅内占位性病变，入选病例均为首次并发脑梗死，时间在 10h ~ 3 天，随机分为治疗组和对照组，治疗组 65 例，其中男 28 例，女 37 例，年龄（68.7 ± 0.8）岁，糖尿病病程（5 ~ 20）年，血糖（18.4 ± 1.7）mmol/L，CT 或 MRI 结果提示，多发性腔隙性脑梗死 10 例，小脑梗死 5 例，基底核区脑梗死 40 例，脑干梗死 3 例，放射冠区梗死 7 例，神经功能缺损评分为（20.1 ± 7.9）分，并发高血压 38 例，高血脂 23 例；对照组 72 例，其中男 32 例，女 40 例，年龄（67.2 ± 0.7）岁，糖尿病病程（6 ~ 27）年，血糖（19.8 ± 1.9）mmol/L，小脑梗死 4 例，多发性腔隙性脑梗死 18 例，基底核区脑梗死 48 例，放射冠区梗死 8 例，脑干梗死 4 例，神经功能缺损评分（20.2 ± 7.8）分，并发高血压 48 例，高血脂 27 例。两组病人年龄、性别、糖尿病分型和病程、神经功能缺损程度比较均无统计学意义。治疗方法：两组常规治疗方法相同，均应用肠溶阿司匹林每天 75mg 抗血小板聚集，采用胰岛素控制血糖，非洛地平加贝那普利控制高血压，根据血

脂升高类型应用卒伐他汀或非诺贝特调脂治疗，治疗组在常规治疗基础上加用补阳还五汤，药物组成：黄芪60g、归尾6g、赤芍6g、地龙6g、川芎6g、桃仁3g、红花3g、僵蚕3g，以上药物加水800ml，慢火煎至300ml，每次150ml，每日2次，口服，意识不清者由胃管注入，疗程1个月。疗效评定标准：根据1995年全国第四次脑血管病学术会议制定的神经功能缺损评分（NFDS）标准及日常生活活动评分标准，在治疗前、治疗后各评定1次，治疗转归分5个等级：基本治愈：NFDS减少91%～100%，病残程度为0级：显著进步：NFDS减少46%～90%，病残程度为1～3级；进步：NFDS减少18%～45%；无变化：NFDS减少或增加17%以内；恶化：NFDS增加18%以上。统计处理组间比较采用方差分析。结果：治疗组总有效率为89.1%，对照组为65.0%，两组比较有统计学意义（$P<0.01$）。

按：糖尿病并发脑梗死病人血清脂质和铁蛋白含量明显高于正常人，治疗组以补阳还五汤治疗1个月后，血清脂质和铁蛋白均下降，而对照组改变不明显，故补阳还五汤对糖尿病并发脑梗死病人神经功能缺损的恢复具有促进作用，其机制可能与减轻脂质过氧化物对血管内皮的损伤，提高抗氧化酶活性，改善神经细胞的缺血缺氧状态有关。

二、糖尿病肾病

糖尿病肾病的预防和早期发现是逆转和控制病情发展的关键，研究表明，糖尿病肾病早期以肾小球损伤为主，尿白蛋白排泄率异常是肾脏损伤早期诊断的重要标志，其次高血糖的作用、肾血流动力学异常及脂质代谢紊乱等在糖尿病肾病发生、发展过程中也起着重要作用。如何控制血糖、减少尿蛋白的排出、改善肾脏血液循环、纠正脂质代谢紊乱是本病治疗的关键，目前西医主要采用格列喹酮或胰岛素控制血糖：血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）减少尿蛋白排出，以延缓肾小球硬化；口服降脂药调整血脂等；但从临床观察看，效果并不理想。近年来中医及中西医结合对糖尿病肾病做了大量研究，对本病的病机，历代较重视肾虚，现代学者普遍重视肾虚血瘀。认为糖尿病肾病中医最主要的病理类型

是气虚、痰浊、血瘀。消渴病日久则脾肾气虚，脾虚运化无力，聚湿生痰则现痰浊内阻，气虚运血无力，血行缓慢日久则血瘀，从而出现疲倦无力、中脘痞满、腰膝酸痛、肢体麻木、舌质淡暗或有瘀点、瘀斑等一系列临床症状、体征。根据以上病因病机采取益气化痰、活血通络的方法，用补阳还五汤加味治疗。方中重用黄芪大补元气，气旺则促血行，配以白术健脾益气，温运中焦，补后天之本：法半夏燥湿化痰：当归尾、川芎、桃仁、红花、赤芍活血化瘀；地龙其性善走，通络活血，以行药势。诸药合用，共奏益气化痰、活血通络之功。从而起到标本兼治的作用。

【临床应用】

曹氏[18]应用补阳还五汤加减治疗糖尿病肾病，临床观察病例58例，总有效率为82.8%，疗效满意。欧阳氏[19]在治疗糖尿病肾病时认为阴虚燥热的基础上进一步发展所致脏腑功能紊乱，形成水、湿、痰、饮等病理产物，渗注脉中，损伤肾络而发生糖尿病肾病，肾气虚弱，水湿壅盛，气滞血运乏力，血停为瘀，而气虚血瘀乃为根本之病机，即“因虚致瘀”之证，而血流不畅，脉络瘀阻，水湿泛滥肌肤则为水肿形成主要原因。临床治疗病例60例，总有效率为91.67%，疗效显著。

【病案举例】

曹氏[18]治疗病例：刘某，女，55岁，2000年8月15日初诊，有糖尿病家族史，1986年诊断为2型糖尿病，先后服用消渴丸、格列苯脲、二甲双胍，空腹血糖波动于8.2～13.6mmol/L之间，刻诊：眼睑，双下肢水肿，视物不清，咽干口燥，尿量较多，尿液浑浊，舌质暗红有瘀斑，苔白腻，脉弦滑，检查：血压20.0/13.3kPa（150/100mmHg），心肺（－），空腹血糖13.2mmol/L，尿糖（＋＋），尿蛋白（＋＋），尿蛋白定量2.3g/24h，诊断：2型糖尿病，糖尿病肾病。予补阳还五汤加减，药物组成：黄芪、当归、地龙各15g，川芎、红花、桃仁、赤芍药、柴胡、怀牛膝各10g，生薏苡仁30g，大黄5g。每日1剂，连用2个疗程，同时口服降糖与降压药，空腹血糖降至7.0mmol/L，血压降至17.3/10.7kPa（130/80mmHg），尿常规：尿糖（－），尿蛋白（－），尿蛋白定量0.21g/24h。

按：糖尿病肾病是糖尿病的主要并发症及死亡原因之一，属中医学“消渴病、下消”的范畴，糖尿病肾病蛋白尿则属精微下注，精气下泄，属虚劳范畴，糖尿病5～10年以上多导致糖尿病肾病，而蛋白尿又是其最重要的临床表现，尿蛋白本身就是肾病进展、恶化的单一因素，糖尿病肾病病程较长，病变早期多为肝肾气阴两虚，伴有血瘀内阻，脉络闭塞，因此治疗必须着重补气活血化瘀，运用补阳还五汤加减，在补气的基础上重用活血化瘀药，使气行则血行，血行则瘀散，起到了标本兼治的作用。根据临床观察早期糖尿病肾病微量蛋白尿，在有效控制血糖基础上，依本法调治确有疗效。

欧阳氏[19]临床观察：60例均为我院住院及门诊病人，全部为2型糖尿病所致的糖尿病肾病，其中男36例，女24例；病程最长22年，最短8年；并发糖尿病肾病水肿最长6年，最短9个月，全部病例均呈现中度以上的水肿，而且均不同程度的伴有瘀血症，治疗方法维持原有降糖药物和其他对症药物，注意低盐饮食，停用西药利尿剂，加服中药补阳还五汤加味，基本方：生黄芪30g、当归12g、赤芍15g、川芎10g、桃仁10g、红花10g、地龙15g、牛膝10g、益母草15g、茯苓30g、白术12g、泽泻15g、车前子（另包）30g、甘草6g。辨证加减：气虚明显者重用黄芪，加人参；阴虚明显者加熟地黄、女贞子、旱莲草；阴虚火旺者加知母、黄柏；阳虚水泛者加炮附子、桂枝；兼挟湿热者加茵陈、薏苡仁；大便干结者加生大黄；余随症加减。水煎服，每日1剂，连服15天为1个疗程，治疗1～3个疗程。疗效标准及结果：疗效标准：显效：水肿全部消退，化验和其他症状明显改善；有效：水肿大部分消退，化验和其他症状有改善；无效：水肿消退不明显，其他无明显改善或恶化。治疗结果：本组60例，经过1～3个疗程治疗后，显效32例，有效23例，无效5例，有效率为91.67%。

按：糖尿病属于中医“消渴”范畴，而糖尿病肾病属消渴的变证，是在糖尿病气阴两虚、阴虚燥热的基础上进一步发展所致脏腑功能紊乱，形成水、湿、痰、饮等病理产物，渗注脉中，损伤肾络而发生糖尿病肾病，肾气虚弱，水湿壅盛，气滞血运乏力，血停为瘀，而气虚血瘀乃为根本之病机，即“因虚致瘀”之证，而血流不畅、脉

络瘀阻、水湿泛滥肌肤则为水肿形成主要原因，即《血证论》所说："瘀血化水亦发水肿，是血瘀而兼水也，"与现代医学所认为血循环障碍，微血管病变，肾小球硬化，肾血流量减少等有相似之处。故选益气活血化瘀之著名方剂补阳还五汤加入活血利水药物而组成基本方，方中黄芪功擅益气健脾、升阳利水；药理研究表明：黄芪具有降低血脂，促进血液流动，增加肾血流量及利尿，改善高凝状态所致肾小球损害，促进肾功能恢复作用；当归、赤芍、川芎、红花、桃仁、地龙、牛膝、益母草等具有活血化瘀，利水消肿作用；研究表明该组药物有促进血液循环，改善肾脏血流量，防止肾小球硬化等作用；更加入茯苓、泽泻、车前子、白术以培土制水，利水消肿，标本兼治，全方使气虚得补，血瘀得去，血脉通利，水湿去而肿自消，另外，肿去后需注意益气。

三、糖尿病周围血管病

在糖尿病并发神经病变中，以周围神经病变者最为多见。现代医学对该病治疗上，除完善控制糖尿病以外，只限于维生素B族等对症治疗。其早期可望获取良效，而晚期时则很难获效。虽然增大用药剂量也无效。所以，近来对中医治疗糖尿病性周围神经病变问题，在医学界普遍地受到重视，是糖尿病治疗的一个重要课题，中医辨证更多用阴阳、脏腑、气血辨证合参，认为单纯、简单的证型少，交错复杂证型多，治疗上多在益气养阴基础上以活血化瘀为主，兼补肾、健脾、调理肝气，但活血化瘀始终贯穿治疗的始终，以改善微循环，纠正糖尿病减低的神经传导速度，中医药对疾病的治疗作用往往是综合作用的体现，所以有其优势，但多数仅限于疗效观察，对其机制研究有待进一步深入开展，应用现代手段结合中医理论和诊治方法，进一步揭示中医药治疗糖尿病周围神经病变的疗效和原理，以期对糖尿病周围神经病变的防治有新的突破。

【临床应用】

孙忠康[20]临床应用补阳还五汤时加入丹参、僵蚕、川断等活血化瘀药物治疗糖尿病周围血管病变，临床观察34例患者，疗效显著。张国海[21]等认为百病之始期，循毫毛而入腠理，或复还，或留止，

血气逆留，宽皮充肌，血脉不行，气虚血滞，瘀血阻络治当补气活血通络，补阳还五汤重用黄芪补气，使气旺血行，辅以归、芍、桃红、地龙活血通络，用于治疗糖尿病并发周围血管早期病变，实为对证之治，药证相合，故收良效。

【病案举例】

孙氏[20]治疗病例：初某，男，76岁，因发现血糖高20⁺年，手足麻痛、怕冷1年，于2002年7月2日入院，入院诊断：2型糖尿病合并周围神经病变、视网膜病变，患者1年前出现手足麻木、疼痛，伴双下肢怕冷，夏天仍穿棉裤、棉鞋，走路有如踩棉感，舌质暗红，苔薄白，脉沉，治疗上予皮下注射胰岛素降血糖，加服补阳还五汤加味，方剂如下：黄芪60g、地龙10g、桃仁10g、红花10g、当归10g、川芎10g、僵蚕10g、川断15g、丹参30g、杜仲10g、赤芍10g，水煎日1剂，分早晚2次口服。服7剂后，患者述手足麻痛明显减轻，双下肢怕冷亦减轻，加大黄芪用量，改用黄芪120g，继服8剂，患者手足麻痛明显减轻，已经可以脱去棉裤、棉鞋。

按：血管损伤和代谢异常是糖尿病性周围神经病变的重要发病机制，血液流变学异常是神经缺血、缺氧的重要因素之一。糖尿病患者血液呈高凝和高粘状态，使微循环中血流减慢，诱发微血管痉挛或血栓，导致神经组织缺血缺氧，无以营养。另外，糖尿病时神经外膜神经周围血管之间形成广泛的短路，造成血流分流，也促进神经缺血。综上所述，糖尿病性周围神经病变的主要矛盾之一就是血液循环障碍。本病属中医“痹证”、“血痹”、“不仁”、“痿证”等范围。乃因消渴日久不愈，耗气伤阴，阴损及阳，脉络瘀阻，血脉失和。补阳还五汤乃清代医家王清任所创的名方，作用是补气、活血、通络，体现出补气以活血及补与通相结合的治疗原则。主要作用机制可以改善微循环及代谢，纠正神经缺血、缺氧。根据我们的经验，黄芪的用量以30－60－120g渐加，以120g的疗效最好。该方中通络药物只用地龙一味，经过临床实践，似觉得力量不足，故加入僵蚕加强缓解微血管的痉挛，气血才得以畅通。

张氏[21]临床观察：61例患者均做心电图、心脏超声、血脂、空腹及餐后2h血糖监测、尿糖定性、尿蛋白定性检查，肝肾功能正常，

无急性代谢并发症及感染，全部患者均有单肢（47 例）或双下肢（14 例）皮温下降，足部发凉，贝格试验显示：上举苍白，下坠发紫，静脉充盈迟缓，足背动脉搏动减弱或消失，无皮肤甲片增厚，无溃疡，坏疽形成，所有患者采用彩色超声仪测定下肢深动脉，二维超声显示血管回声增强，内膜增厚，不光滑或有斑块。治疗以补阳还五汤：黄芪 60g、当归 15g、赤芍 15g、地龙 20g、川芎 12g、桃仁 10g、红花 10g，随证加减：气虚者重用黄芪，加党参 30g；血虚者加丹参 30g；血瘀症明显者重用当归尾、赤芍、川芎、桃红，加水蛭 10g、山楂 30g、蒲黄 10g；血热者重用赤芍，加生地黄 30g、玄参 20g；口渴多饮者加西洋参 10g（另炖）、天花粉 20g。上药水煎 2 次，兑分 3 次口服，日 1 剂，1 个月为一疗程，疗程中控制血糖药物继用，患者注意下肢保暖，勿负重努力，疗程中部分患者（34 例）监测血糖，疗程结束全部 61 例复查彩超，治疗结果：本组 61 例，其中治疗 1 个疗程临床痊愈 34 例，2 个疗程 25 例，未坚持 2 个疗程治疗无效者 2 例。

典型病例：尹某，男，63 岁，干部，1999 年 3 月 15 日初诊，述 10 天前确诊为糖尿病，平素服格列齐特控制血糖，血糖控制理想，发现右足部发凉半年而求诊，患者有明显糖尿病家族史，刻诊：右下肢皮温下降，上举局部苍白，足部动脉搏动右较左明显减弱，血压 16.0/10.7kPa，心肺正常，肝脾未及，血糖 6.5mmol/L，肝肾功能正常，舌暗红，苔薄，脉细涩，右趺阳脉弱细，彩超示右胫前、足前动脉回声增强，内膜增厚明显，嘱继服格列齐特，中药处方：补阳还五汤原方当归尾用至 25g，加水蛭 10g，服药 3 日无不适，守方服 1 个月，足部发凉若失，下肢举坠局部与健肢无异，继服药 1 个月，诸症痊愈，随访 1 年无复发。

按：资料显示，糖尿病并发周围血管病的发病率为非糖尿病人的 11 倍，病变发展常致周围血管闭塞，且发展快，程度重，截肢率为非糖尿病人的 40 倍，因此，糖尿病并发周围血管病变的早期发现、治疗显得尤为重要，糖尿病相当于中医消渴，阴虚为本，燥热为标，然久病必入络，以致络脉瘀滞，综观患者局部临床表现，属瘀无疑，然瘀缘于气虚，《灵枢·五变》谓百病之始期，循毫毛而入腠理，或

复还，或留止，血气逆留，宽皮充肌，血脉不行，气虚血滞，瘀血阻络。治当补气活血通络，补阳还五汤重用黄芪补气，使气旺血行，辅以归、芍、桃红、地龙活血通络，用于治疗糖尿病并发周围血管早期病变，实为对证之治，药证相合，故收良效。

四、糖尿病足

糖尿病是由于胰岛素分泌绝对或相对不足引起的一种慢性全身性代谢性疾病，目前发病率仍在不断升高，其死亡率已位居疾病谱的第五位，糖尿病足坏疽是糖尿病常见而又严重的并发症之一，每年全世界约有55000例做肢端截除术，约占全年非创伤性截肢总数的50%，已日益引起国内外专家学者的重视。西医对糖尿病足坏疽的认识：糖尿病足坏疽是糖尿病减少，组织细胞代谢障碍，同时并发感染所导致的。神经病变：糖尿病足坏疽的周围神经病变可使足的感觉严重减退，甚至丧失，因而患者常因使用热水或理疗、或鞋子擦伤、修甲损伤等导致足部的感染或坏疽，糖尿病周围血管病变：长期血糖控制不满意，糖代谢异常引起血液黏度和成分改变，脂代谢紊乱，机体长期处于高糖、高凝、高黏状态而发生周围血管病变，包括大中血管和微血管病变，并以深部动脉受累较重。细菌感染：在对糖尿病足坏疽的细菌学调查中发现，96%的标本细菌培养阳性，干性坏疽细菌检出率为78%，湿性、混合性坏疽检出率为100%，并且多为2～3种需、厌氧菌混合感染，需氧菌以大肠杆菌、洋葱假单孢菌及金黄色葡萄球菌为主，并兼有厌氧特性。中医对糖尿病足坏疽的认识：糖尿病属于中医“消渴”范畴，古代医家对消渴的记载及论述极为丰富，《素问·气厥论》云：“肺消者，饮一溲二，死不治。”并已认识到易并发痈疽之疾。《灵枢·痈疽篇》云：“发于足指（趾）名曰脱疽，其状赤黑，死不治，不赤黑，不死不衰，急斩之，不则死矣。”近代医家多认为糖尿病足坏疽属中医“脱疽”、“消渴”的范畴，发病与湿、热、火毒、气血凝滞、阴虚或气虚有关，为本虚标实之证，以正气不足，气阴两虚为其本，气血瘀滞，络脉瘀阻，湿热火毒炽盛为其标，以络脉瘀阻、血行不畅为病机关键，现今中医多认为糖尿病足坏疽的主要病机为：气阴亏虚，瘀血阻络，外感湿热。气阴亏虚：气阴亏虚

则经脉失养，脏腑受损，阴损及阳，阴阳俱虚，虚则无力抗邪，湿热之邪则乘虚入足，阴虚则内热，热盛则肉腐，肉腐则为脓。瘀血阻络：气虚无力推动血液运行则血运受阻，血脉瘀滞，瘀血阻络，故出现面紫胸闷、患足疼痛等瘀血之症，瘀血日久则化热，湿热搏结，化腐成脓。外感湿热，消渴日久则脾肾俱虚，脾气虚弱，水湿运化失常，湿邪浸淫，湿壅日久，化热成毒：脾肾虚弱则无力抗邪，湿热之邪乘虚入侵，蕴结日久，腐蚀筋肉，终成足部坏疽。辨证治疗：寒湿阻络证：多见于早期，患肢明显发凉，疼痛，遇冷加重，得温则舒，常伴间歇性跛行，皮肤苍白，触之冰凉，干燥，舌质淡红，苔薄白或白腻，脉沉细或沉迟，以温经散寒祛湿、和营活血通络为法，方用独活寄生汤合黄芪桂枝五物汤加减。血脉瘀阻证：多见于缺血期，患肢发凉、怕冷、疼痛，肢端皮肤暗红或兼有紫斑，活动后皮肤呈苍白色，舌淡红，边有瘀斑，苔薄白，脉细涩，以活血祛瘀理气通络止痛为法，方用补阳还五汤或血府逐瘀汤加减。湿热毒盛证：多见于湿性坏疽期，患肢疼痛剧烈，昼轻夜重，局部红肿热痛，脓液量多而恶臭，发展迅速，伴有发热，口干，食欲减退，溲赤便结，舌质暗红或红绛，舌苔黄或灰黑，脉弦数或洪数，以清热解毒，利湿通络为法，方用四妙勇安汤加味。热毒伤阴证：趾（指）多呈干性坏疽，脓液少，局部红肿疼痛，伴有低热，舌质红，苔黄，脉弦细数，以和营活血养阴清热解毒为法，方用顾步汤加减。气血两虚证：多见于坏疽溃疡愈合期或恢复期，肢体疼痛较轻，疮面脓液清稀，肉芽色淡不鲜，上皮生长缓慢，经久不愈，伴神疲乏力，胃纳减退，心悸气短，畏寒自汗，舌淡红苔白润，脉沉细，以益气养血活血为法，方用人参养荣汤加减。

【临床应用】

袁氏[22]应用补阳还五汤加减合西医疗法治疗糖尿病病足患者，临床观察19例，总有效率为94.74%，疗效显著。邓氏[23]认为本病为慢性消耗性疾病，加之久服西药，损伤脾气，致气虚失运，燥热灼津，津气亏耗，气虚无力鼓动血行而成瘀，故本病以气阴两虚、脉络瘀阻为其主要病机。瘀血阻滞脉络，阳气不能达于四肢，肌肤失于荣养，故肢体疼痛怕凉、麻木不仁，治疗选用补气活血通络的补阳还五

汤加减化裁，治疗63例患者，总的有效率为90%，效果满意。

【病案举例】

袁氏[22]治疗病例：文某某，男，52岁，因多食多饮多尿12年，右足破溃2月余，于2003年9月17日入院，查体：体温：36.3℃，血压14.17/9.13kPa，消瘦，神清，心肺（-），腹（-），双侧下肢浅感觉减弱，痛觉减弱，双侧膝反射减弱，双足背动脉搏动减弱，右足第一跖趾关节底部皮肤溃烂，约1.6cm×1.1cm，以镊子可探及深约2.0cm的瘘道，达第一到二跖骨之间，轻挤有脓性分泌物流出，周围无红肿，大足趾远端皮肤紫暗，空腹血糖11.2mmol/L，餐后2小时血糖21.7mmol/L，西医诊断：2型糖尿病，糖尿病足3级。中医诊断：消渴，脱疽。治疗经过：入院后与外科联系给予清创、放置引流条、换药等处理，选用头孢曲松钠、甲硝唑联合抗感染；内科给予胰岛素强化治疗控制血糖，服补阳还五汤煎剂，每日1剂，补充维生素B_{12}营养神经，治疗1周，脓性分泌物消失，第二周有新鲜肉牙组织新生，痛觉明显，无渗出，双足背动脉搏动明显，停抗生素，经治疗5周，创口愈合，血糖正常出院。

按：糖尿病足是糖尿病患者足或下肢组织被破坏的一种病理状态，如溃疡、骨及关节病变乃至所引起的坏疽等，往往是下肢血管、神经病变和感染共同作用的结果。病灶局部血液供应的存在与否是影响糖尿病足溃疡预后的关键因素，因此，在非截肢治疗糖尿病足溃疡的过程中，促进及增加局部血液供应是重要的一环，糖尿病足，中医学将其归属于消渴、脱疽范畴，认为病机关键在于瘀血阻滞、肢端失养。补阳还五汤具有补气，活血，通络功能，近年研究其药理作用有：改善血液流变学指标，抗血小板聚集和释放，促进神经组织损伤修复。方中黄芪有补气升阳、益卫固表、托毒生肌之功效，且有调节血糖作用，宜重用，我们观察认为，补阳还五汤可促进溃疡面组织修复，对糖尿病足溃疡的愈合，防治坏疽有较好的疗效。

邓氏[23]治疗病例：张某，男性，54岁，4年来经常口渴、头昏乏力、夜尿较多。3年前诊断为糖尿病，经常服用格列苯脲、二甲双胍，血糖波动在8.5～10.3mmol/L之间。近1个月来双下肢无力及自发性疼痛麻木，伴浮肿喜暖怕冷，以夜间为甚，舌质淡暗有齿痕，

苔白微腻，脉沉细。化验血糖 10.2mmol/L，经门诊指导患者糖尿病饮食控制，调整降糖药的用量，同时加服中药补阳还五汤加葛根 10g、水蛭 10g、防己 10g、生苡米 20g、鸡血藤 30g、牛膝 15g。服药 12 剂后上述症状明显减轻，双下肢浮肿消退。遵上方去苡米、防己，加太子参 30g。服药 1 个月，下肢转温，肢端颜色明显改善，疼痛基本消失，化验血糖 6.8mmol/L，改服“川芎嗪片”巩固疗效。

按：糖尿病足属中医学“消渴、脱疽”范畴，传统论治多依阴虚燥热之说。然本病为慢性消耗性疾病，加之久服西药，损伤脾气，致气虚失运，燥热灼津，津气亏耗，气虚无力鼓动血行而成瘀。故本病以气阴两虚、脉络瘀阻为其主要病机。瘀血阻滞脉络，阳气不能达于四肢，肌肤失于荣养，故肢体疼痛怕凉、麻木不仁。补阳还五汤方中重用生芪，大补元气为主药；配合当归尾、赤芍、桃仁、红花、川芎、地龙的目的在于活血逐瘀，通行脉络。重用补气佐以活血，使之气足、血行、络通是本方的特点：加五味子、葛根、麦冬益气养阴；牛膝、鸡血藤活血引经。全方既注重补气滋阴治其本，又不忘活血化瘀、温通经脉治其标，从而改善肢体血液循环。为早期糖尿病足有效的治疗方法之一，供同道参考。

第五节　内科疑难杂症

一、肿瘤化疗反应

药物化疗是治疗恶性肿瘤的主要手段。但多有不良反应，其中神经系统毒性反应较为常见。主要表现为指（趾）尖端麻木，小便频数或排尿困难等。应用补阳还五汤加减治疗肿瘤化疗反应，多获良效。

【临床应用】

龚氏[24]应用本方治疗肿瘤化疗反应患者，临床辨证加减鸡血藤、蜈蚣等活血化瘀、祛风解毒之品，观察了 17 例病例，效果显著。临床观察：一般资料：本组 17 例，均为住院进行中长期联合化疗的病人。其中男 12 例，女 5 例，最大年龄 71 岁，最小 27 岁，平均 48 岁。病属

胃肠道癌9例，恶性淋巴瘤3例，乳腺癌4例，肺癌1例。均使用过长春新碱，总量为5～10mg，平均6mg。均有指（趾）尖发麻、感觉迟钝、嘴唇发麻、排尿困难或小便频数、大便秘结等临床症状。治疗方法：基本方组成：生黄芪30g，威灵仙、当归尾各15g，赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花各10g，蜈蚣2条。随症加减：偏气虚，重用黄芪40～60g；偏血虚，加鸡血藤20g，丹参15g；偏寒，加细辛3g、麻黄6g；排尿困难，加瞿麦10g，车前子15g。水煎服，日1剂。治疗结果：17例中，9例完全缓解（临床症状消失，观察1个月未复发）；5例部分缓解（临床症状减轻，或症状消失后1个月内复发），3例无效（临床症状无改善）。总有效率为82.4%，平均服药14剂。

【病案举例】

龚氏[24]治疗患者熊某，女，66岁。1995年3月13日诊。患者于1994年12月13日曾因升结肠非何金杰淋巴瘤术后复发入院。用CHOP方案3个周期，颈部转移、发热及皮疹等症状缓解。诉指端麻木、关节酸痛、心悸失眠、小便频数、大便秘结。舌淡苔少，脉细数。实验室检查：白细胞3.8×10^9/L，治拟补气行瘀，佐以养血。方用补阳还五汤加减：生黄芪30g，威灵仙、当归尾各15g，赤芍、地龙、丹参、红花各10g，鸡血藤20g，蜈蚣2条。服药6剂后，指端麻木、小便频数、大便秘结均有所好转，心悸失眠依然。守前方加白芍、龙眼肉各15g，再进6剂，指端麻木诸症消失，心悸失眠亦除。随访1个月未复发。

按：长春新碱为细胞周期特异性药物，主要作用于M期，是联合化疗中常用的药物之一，其神经系统毒性较突出。临床表现为指（趾）尖发麻、小便频数、排尿困难等周围神经毒性反应，是除血液、消化道反应以外的最常见的化疗反应。目前，现代医学对此还无特效的防治之药。中医学认为“麻为血虚，木为气虚，既麻又木为气血两虚”，“气虚则血滞”。病者化疗后，由于化学药物损伤人体的气血，多使机体处于正虚邪恋、气虚血瘀状态。故本着辨证施治之原则，选用清代王清任《医林改错》所载之补阳还五汤加减来补气养血，活血化瘀。方中重用黄芪补气更能化瘀，合用当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花养血活血祛瘀；更加威灵仙，其性善走，无处

不到，可以宣通脏腑筋脉：蜈蚣祛风解毒，与地龙配伍可疏通经络，引药直达病所。诸药合用，使气足血旺，瘀祛络通，正无所虚，邪无所干，脏腑筋脉气血调和，故诸症悉除而获良效。

二、格林巴利综合征

本病属于中医学“痿病”、“虚劳”等范畴。《素问·痿论》曰：“治痿者独取阳明”，其义有二：一是去阳明之邪热；二是补益后天，健脾和胃，使气血生化之源充足，脏腑功能转旺，筋脉得以濡养，有利于疾病的恢复。

【病案举例】

李氏[25]治疗一患者：刘某，女性，30岁，教师，2002年9月由门诊收入院，3个月前无明显诱因出现双下肢无力，逐渐加重，全身瘫软，四肢呈手套袜子样感觉异常，不能正常行走及生活，曾赴上海、郑州等医院就治，确诊为格林巴利综合征。入院后，经西医采用抗炎、激素、血浆交换、免疫及对症治疗，症状基本消失，病情稳定而出院。要求中医药进一步治疗。诊见：神志清醒，满月脸，面色少华，体态较胖，扶入病房，全身乏力，少气懒言，动则心悸气短，双手十指及双足麻木不适，纳食无味，眠可，大小便正常，舌淡暗边有瘀斑，苔薄白，脉沉细无力。综合四诊，中医诊为痿病，属气虚血瘀证。治以益气养血，活血化瘀。方选补阳还五汤化裁：黄芪30～60g、桃仁10g、红花10g、当归15g、地龙12g、赤芍10g、川芎10g、川牛膝12g、木瓜20g、薏苡仁30g、泽泻15g、女贞子12g、旱莲草15g、木香10g。每日1剂，水煎，分2次温服。同时给予心理疏导，嘱其注意体急，调整心态，树立战胜疾病的信心。服药5剂，自觉体力增加，手指麻木症状明显减轻，精神好转。以上方加减共服20余剂（经期停服），患者面色红润，手足麻木症状完全消失，体力倍增，病愈而出院。

按：本病通过前期的治疗，已使邪热尽去，此时气血亏损、筋脉失养为本病的主要病机。在治疗方面，针对病因病机，采用具有补气、活血、通络功能的补阳还五汤加减治疗，既符合“治痿独取阳明”的原则，又不悖“辨证施治”、“治病求本”之大法，所以临床

取得良好效果。

三、雷诺病

雷诺病是由于各种原因引起肢端小动脉阵发性痉挛，造成毛细血管内血液凝滞、缺氧，导致患者临床肢端有阵发性麻木与痛感。同时可见局部发冷、青紫，继以充血、寒冷与神经紧张皆为其诱因。可归属中医痹证范畴。从临床观察，主要表现为突发性的肢端动脉痉挛。属中医学“寒痹”范畴。《素问·痹论》说：“痹……在于脉则血凝而不流。”血液的正常运行，有赖于气的温煦和推动，寒则气收，血液一时失去气的温煦和推动，就会使肢端发生暂时的缺血或瘀血，在临床上就表现为发白、发紫、麻木、疼痛等症状，阳气来复则血行又恢复正常，诸症消失。

【临床应用】

杨氏[26]采用补阳还五汤加味（黄芪、当归、赤芍、川芎、桃仁、地龙、红花、桂枝）治疗雷诺病21例，总有效率90.3%。提示益气活血、温经通阳是治疗该病的有效法则。方氏[27]应用补阳还五汤加味鸡血藤、制川乌、草乌等逐寒通痹、活血化瘀行气之品治疗雷诺疾病，同样取得了较好的临床疗效。

【病案举例】

方氏[27]治疗病例：李某某，女，37岁，农民，1990年12月31日诊。四肢指、趾肤色经常出现发白发紫反复2年，曾在当地服过中西药多种（药名不详）无明显疗效，近2月发作次数增多，每天3～5次不等，发作时呈对称性，突然出现指、趾端肤色苍白、青紫，给予热敷、摩擦或挥动肢体，皮肤变为潮红，继而转为正常色泽，肢端有冷、麻、刺痛感觉。冬季或受寒冷刺激发作尤多。胃纳可，二便调。舌质淡，苔薄白，脉沉细。查体：心、肺无殊，肢体运动无功能障碍。血常规、血沉、抗“O”均正常。诊为雷诺病。拟补阳还五汤加味：生黄芪45g，当归、川芎、赤芍、桃仁、地龙各10g，红花、甘草各6g，制川乌、草乌各5g，鸡血藤30g。每日1剂，水煎2次，分服。服上方5剂，指、趾发白发紫次数明显减少，麻痛感消失。效不更方，原方继服7剂，诸症全消。追访1年未发。

按：本病的治疗重在补气以行血，逐寒以通痹。方中重用黄芪补气，使气旺血亦行；桃仁、红花、当归、地龙、赤芍活血通络，血行症自消；川草乌逐寒通痹，力专性猛，助黄芪使阳气顿旺而血行正常；鸡血藤补血行血、舒筋活络，协归芍桃红补而不滞，通而不伤。诸药合力，使气血恢复正常运行而病获愈。

四、椎基底动脉供血不足

椎基底动脉供血不足多数发生在年龄较大的患者，其病因往往是由动脉硬化与骨质增生并存。动脉硬化造成管腔狭窄，加上骨质增生，压迫通过椎间孔的椎动脉，使管腔狭窄进一步加重，甚至出现阻塞，或增生的骨赘刺激绕椎动脉外壁的交感神经丛，或刺激颈椎旁的交感神经节，释放去甲肾上腺素、交感胺等血管活性物质，使椎基底动脉痉挛而产生眩晕。治疗主要应以改善大脑血液循环，促进大脑供血为主。中医认为椎基底动脉供血不足属中医“眩晕”范畴，“无虚不作眩”“无痰不作眩”“无瘀不作眩”，虚、痰、瘀是此病发生的三个主要致病因素，“七七肾气衰”“脉气已虚，则脑转耳鸣”，说明人到中年，气血渐趋虚衰，经脉逐渐老化，易形成血脉瘀阻，形体多丰腴，肥人多痰，气虚痰瘀阻滞，清阳不升，脑失所养而发本病，现代医学认为，本病多由椎动脉受压或被牵拉致血流动力学改变，脑血管血流阻力增加循环障碍所致，常见于颈椎病、动脉硬化，因此采用益气升阳、化痰通络之补阳还五汤加味治疗。

【临床应用】

陈氏[28]应用补阳还五汤加为治疗椎基底动脉供血不足型眩晕患者92例，临床辨证加减，茯苓、葛根、陈皮、半夏、枳壳等理气行水，豁痰健脾之品，取得了满意的疗效。

【病案举例】

陈氏[28]临床观察92例椎基底动脉供血不足性眩晕患者均为本院门诊病人，均参照脑血管疾病MRI、CT、DSA与临床的有关诊断标准，并经颅多普勒超声检查确诊，且经头颅CT排除脑梗死及脑出血，所有患者均以眩晕为主诉就诊，伴自觉视物旋转者25例，恶心、呕吐者78例，耳鸣者28例；眩晕与头颈部活动有关者52例，一过

性黑矇者35例，治疗方法：补阳还五汤加味治疗，其方药组成：黄芪30g，当归、地龙各15g，川芎、竹茹各12g，赤芍、红花、半夏、陈皮各10g，茯苓、葛根各18g、枳壳9g；加减：眩晕严重，呕吐频作者，加代赭石、佛手等以镇逆止呕；耳鸣重听者，加葱白、郁金、菖蒲等以通阳开窍；以痰浊瘀血为主的中青年患者多加天竺黄、鸡血藤等化痰祛瘀；以肾虚血瘀为主的老年患者，加杜仲、枸杞、女贞子等以补益肾精，每天1剂，水煎，分2次服，10天为1个疗程。疗效标准：显效：临床症状完全缓解，经颅多普勒超声检查血流速度恢复正常；有效：眩晕减轻，恶心、呕吐消失，经颅多普勒超声检查血流速度改善；无效：经治疗后临床症状不缓解或加重。经颅多普勒超声检查血流速度无改善，治疗结果：本组患者用药后疗效出现时间为2~7天，大多数患者在3~5天均见效，治疗5天后统计疗效：显效31例，有效58例，总有效率96.7%；治疗10天后统计疗效，显效80例，有效10例，无效2例，总有效率97.8%，两者总有效率进行显著性检验，$P>0.05$，无显著性差异，提示加味补阳还五汤治疗本病5天就能达到治疗目的。

按：椎基底动脉供血不足性眩晕属中医“眩晕”范畴，临床以中年以上患者为多见，其症状以眩晕为主，就其病因病机，《丹溪心法》有“无痰不作眩”的论述，《景岳全书》则有“无虚不作眩”的说法，笔者在临床中亦发现其病机常与气虚血瘀、挟痰上扰、气机受阻有关，故以补阳还五汤加味治疗本病，清·王清任创补阳还五汤一方，专为“因虚致瘀”而设，故切中病机，方中黄芪补气，使气旺而促血行，祛瘀而不伤正；当归、川芎、赤芍、红花活血祛瘀；地龙熄风通经活络；陈皮、半夏、枳壳、竹茹、茯苓理气化痰，除烦止呕；葛根通阳舒筋解痉，全方合用，共奏益气活血，清化痰湿，温通经络之佳效。

五、肢体麻木

麻木是临床上比较常见的症状之一，多发生于四肢或手指、足趾，亦有仅见于面部一侧或舌跟等部位者，可见于多种疾病之中，以补阳还五汤加味治疗。肢体麻木多是指肌肤肢体发麻，其状非痛非

痒，如同虫蚁乱行其中，或木然顽而不知，中医学中无“麻木”之名，与“不仁”症状类似，“不仁”即皮顽而不知有无的意思，即现在所称的“麻木”。大多患者均以四肢麻木为主；可见于结缔组织疾病（类风湿性关节炎、结节性多动脉炎），内分泌疾病（糖尿病）、周围血管疾病（脉管炎、大动脉炎、雷诺病）、脑血管疾病（中风后遗症）等，此类病病程较长，久病必虚，血虚经脉失养，气虚血运无力，血行不畅而瘀滞，治疗上宜调补气血、活血通络，选用补阳还五汤加味治疗，疗效显著。

【临床应用】

仇氏[29]应用补阳还五汤加减治疗肢体麻木患者，临床观察病例85例，总的有效率为93.68%，结果满意。

本组病例中，男45例，女40例：年龄21～58岁，平均年龄29.8岁：病程1～13年，平均病程6.9年：按疾病分类为椎体退行性病变11例，类风湿性关节炎12例，结节性多动脉炎5例，甲状腺机能亢进4例，糖尿病7例，脉管炎5例，动脉硬化闭塞症5例，静脉血栓形成后综合征15例，多发性大动脉炎3例，雷诺病6例，中风后遗症12例，全部病例均在常规治疗原发病的基础上，用补阳还五汤加味治疗，处方：黄芪50～60g，赤芍、川芎、丹参各15～20g，当归、牛膝各12～15g，地龙、乌梢蛇、桃仁各10g，水煎2次，早晚各服1次，若面色无华，短气无力，倦怠嗜卧者加人参10g、白术15g、白芍12g、熟地黄12g；肢体发凉怕冷者加桂枝、鸡血藤、熟附子各10g；兼见肢体疼痛者加独活12g，细辛3g，炙乳香、没药各10g；局部灼热肿胀去黄芪、乌梢蛇，加黄柏20g、牡丹皮30g、忍冬藤30g、大黄20g；腰酸腿软重用牛膝加川续断30g，枸杞子30g；头目眩晕加天麻、钩藤、菊花各20g；上肢麻木为重者，加桑枝、蒺藜各12g，威灵仙10g；下肢麻木较重者加木瓜、苏木、桑寄生、续断各30g。治疗30天，治疗结果85例中，痊愈35例，显效18例，好转26例，无效6例，有效率为93.68%。

【病案举例】

刘某，男，51岁，工人，1990年4月23日就诊，自述患病年余，平常颈肩疼痛，全身麻木，持物无力，头部活动受限，多处求治

不愈，甚为痛苦，现怕凉喜暖，头动不便，压头实验阳性，颈椎片示颈部5~6锥体明显骨质增生及间隙狭窄，余未见异常，舌质淡白，脉细涩，患者展转诊治，病久入络，气血虚弱，风湿之邪闭阻筋骨关节，治宜散寒除湿、益气通络。方用补阳还五汤加减：黄芪、鸡血藤、木瓜各30g，党参、川芎、片姜黄各12g，当归、赤芍、牛膝各20g，独活、威灵仙各12g，全蝎6g，制马钱子1g。上方服用5剂，颈肩痛已减，麻木减轻，活动稍灵活，但仍持物无力，药已对症，原方减独活为6g，继服5剂，再诊时，颈肩疼痛和麻木消失，活动基本灵活，持物已较有力，原方加减出入30剂后，痊愈，1年后随访，停药年余，病未复。[29]

按：用补阳还五汤加味治疗本病，方中用党参、黄芪大补元气，气足而血行；全蝎、乌梢蛇、地龙、土鳖虫等虫类之品多偏辛咸，辛能入络，咸能软坚，走窜最速，深入脉络，细剔络邪，凡气血凝聚之处皆能开之，凡真气难达之死角，草木难攻之瘀滞皆能除之，其活血祛瘀之功非草木可比；牛膝补肝肾、强筋骨，诸药合用，气旺血行，瘀去络通，则麻木可愈，若能根据麻木部位适当选用引经药，则效果更佳。

六、帕金森综合征

帕金森综合征又称震颤性麻痹，是一种较常见的神经系统疾病。多发生于中老年人，男性多于女性，临床以进行性运动徐缓、肌强直、震颤及姿势反射丧失为主要特征。患者多出现以肌张力增强，运动减少，头部前倾，躯干俯屈，上臂内收，肘关节屈曲，腕关节伸直，手指内收，拇指对掌，指间关节伸直，髋及膝关节略微弯曲，有“慌张步态”，精细动作较难完成，如“写字过小症”等症状，严重者，日常生活不能自理。目前，震颤性麻痹的病因尚不清楚。主要病理变化为黑质和蓝斑含黑色素的神经细胞减少、变性和空泡形成，细胞内有嗜酸性包含体，神经胶质增生。近年来发现震颤麻痹病人的纹状体中的DA含量显著减少。DA由黑质生成后，沿黑质纹状体通路运输至黑质纹状体束的神经末梢囊泡内。病人黑质严重破坏，不能制造DA，此通路的神经纤维也变性，导致神经末梢处的DA不足。DA

是纹状体抑制性神经递质，而乙酰胆碱是纹状体的兴奋性神经递质。在正常人的纹状体，此两种神经递质处于动态平衡。如果 DA 丧失，使纹状体失去抑制作用，乙酰胆碱的兴奋性就相对增强。这一对神经递质的平衡一经破坏，就可出现震颤麻痹的症状。近年来，西医治疗多采用抗乙酰胆碱药，如：东莨宕碱、多巴胺替代疗法，如：左旋多巴、美多巴等；以及多巴胺受体激动剂，如溴隐亭等治疗，但是不少病人因不良反应大而被迫停药。震颤性麻痹属于中医学中“颤证”范畴。明·王肯堂《正治准绳·杂病》说：“颤，摇也；振，动也。筋脉约束不住而莫能任持，风之象也。”楼英曰：“内经云诸风掉眩，皆属于肝，掉即颤振之谓也。”传统理论多认为颤证的病因病机主要是因肝肾阴亏，以至水不涵木，风阳内动，筋脉失养所致，正如《素问》谓：“年四十而阴气自半也。”或因气虚血少，不能荣于四末，筋脉动，或颤证之疾；或因痰热动风，风痰邪热阻滞经络而发为颤证。治疗上传统多采用滋补肝肾，育阴熄风的大补阴丸合六味地黄丸治疗，或益气养血、熄风活络之八珍汤合大麻钩藤饮等，或用清化痰热，兼以熄风之导痰汤合大麻钩藤饮加减化裁治疗本病。但是通过现今临床观察，震颤性麻痹多发于老年人，且病程缠绵难愈为其特点。人过中年，肝肾阴气自然衰减，若摄养不慎，极易造成肝肾阴虚，木失所养。肝木失养，疏泄失权，气机不畅，气滞久而血凝成瘀；或因气血亏虚，气虚无力推动血行而失运，血行迟缓，血滞而涩致瘀阻脉道；或肥胖之人，痰湿阻滞，气机运行不畅，滞而成瘀。以上各种原因均可导致瘀血阻滞，脉络不通，血行不畅，筋脉失于濡养而出现肢体颤动、屈伸不利，也即中医“久病入络”之理论。本病为“木虚标实”和“虚实夹杂”之证，正气亏虚为其本，瘀血阻络为其标。

【临床应用】

汪氏[30]应用补阳还五汤加减治疗帕金森综合征患者一例，辨证选用了茯苓、桂枝、防风、半夏、制军、钩藤等祛风通络，化痰熄风之品，取得了满意的临床疗效。

【病案举例】

汪氏[30]治疗病例王某，女性，48 岁，1998 年 8 月 12 日初诊。

患者诉近几年来自感记忆力明显下降，精神不能集中，上肢偶有单侧抖动，时有头晕头痛。2个月来头部不自主摇动，数秒钟后自行停止，每日发作次数不等。近3日来，头部震颤次数增频，伴纳呆心烦、便秘。经西医诊断为“震颤麻痹综合征”。追问病史，患者20岁时曾有头部外伤昏迷史，20年来常有头痛发作，发作时呈走窜性疼痛，或呈头皮隆起触痛，时轻时重。诊见舌质胖，边尖暗有瘀点，苔白腻微黄糙，脉细弦。中医诊为颤证，证属气虚血瘀、痰凝动风。治宜补气活血，化痰熄风。予补阳还五汤加减：生黄芪50g、当归12g、川芎5g、红花6g、桃仁15g、赤芍12g、防风10g、钩藤10g（后下）、桂枝4g、茯苓12g、白芥子10g、姜半夏10g、制军6g。5剂煎服。并嘱忌烟、酒等刺激性食物。二诊诉震颤发作减少，纳食增加，舌苔转薄白，效不更方，再服15剂后症状消失，随访1年未复发。

按：本病例系年近半百女性，有脑外伤昏迷史和头痛史，说明有瘀在先，又久痛气虚生痰，痰瘀阻络，筋脉失养，风从内生，故头震掉不能自持。补阳还五汤系清代名医王清任专为治疗属正气亏虚、瘀血内停、血脉不利而致的中风后遗症所创制之方，具有补气活血通脉之功效。用其治疗震颤，方中重用黄芪50g以大补元气，使气旺血行，佐以桃仁、赤芍、川芎、红花、当归以活血化瘀，加桂枝、茯苓、白芥子、姜半夏温化痰浊，防风、钩藤熄风，制军通瘀下行。诸药合用共奏益气活血、化痰熄风之功。使筋脉得养而自通，震颤自停。

朱氏[31]治疗一患者李某，男，68岁，1993年2月2日诊，头晕目眩，渐感右上肢运动不灵4个月，时时颤动，右下肢麻木不仁，日益加重，已用维脑络通、丹参片等不效而来诊。血压17.3/11.9kPa，面黄神疲，形体瘦削，双上肢震颤，右侧较重，气短心悸，懒言，下肢欠温，皮肤干燥，胸膺刺痛，舌暗少苔，脉细涩。辨为气虚血瘀、筋络失养。补阳还五汤合定振丸加减。处方：生黄芪50g，当归、赤芍、白芍、威灵仙、地龙、川芎、桃仁、僵蚕、牛膝各10g，全蝎、红花各5g，熟地黄、丹参各30g。服12剂后，震颤稍减，体力渐增，守方加太子参、白术等补气活血之品，共服58剂后震颤停止，饮食

倍增，体力增强，大便畅通，面色似有红润。嘱服人参健脾丸、丹参片、金匮肾气丸年余，巩固疗效，随访6月。体健无恙。

按：本案年逾花甲，久病精气虚损，气虚血瘀，血瘀气滞，久病入络，络脉痹阻，则震颤日重，拟补阳还五汤补气养血，化瘀通络，宗“治风先治血，血行风自灭”之旨，再入《临证备要》之定振丸，取全蝎、威灵仙、通化瘀血，活络止颤，标木兼顾，顽疾除而络通。

七、痹症

痹证在农村发病率很高，由于农民多野外作业，长期涉水，淋雨，汗湿浸渍，再加气候变化，居处潮湿，风寒湿之邪易袭肌腠，邪气痹阻于筋脉、肌肉、关节，气血运行不畅，日久血停为瘀，湿停为痰，瘀血痰湿阻痹经络，从而出现一系列临床表现，痹证虽见症多端，但“邪之所凑，其气必虚”，临床多见体虚者罹患，或素体虚弱，或过劳伤损，或迁延失治，久病致虚，以致病情缠绵，反复发作，初期多正虚邪盛，日久则气血两虚，肝肾不足，邪气留连，故法当扶正祛邪，方用补阳还五汤益气养血、祛风通络，使气充血旺，从而养筋、充脉、荣肢，使正气存内邪不可干，临床辨证加减后应用疗效显著。

【临床应用】

杨氏[32]应用补阳还五汤加味治疗痹证，每日1剂，分2次服，并用药渣熬水趁热洗浴，外敷药渣，每日1剂。辨证加减：风寒湿痹，风胜者骨关节疼痛游走不定，伴有恶风畏寒，可加防风、秦艽；寒胜者疼痛部位较固定，痛甚而拘引，遇寒加重，得温则痛减，可加细辛；湿胜者，以下肢肌肉骨节酸痛重着为主，甚则关节肿胀，加苍术、薏苡仁、独活；风湿热痹，本证为感受风湿热之邪，风湿与热相搏，痹阻于经脉关节引起关节红肿热痛，多呈游走性，甚则痛处屈伸不利，活动障碍，加用五妙散；痰瘀痹阻，治以化痰祛瘀、搜风通络，加穿山甲、全蝎、僵蚕；若兼肝肾亏虚加杜仲、川断、枸杞子等；痛在上肢者加羌活、桑枝；痛在下肢者加独活、威灵仙，将200例病例按照辨证分类观察，15天为1个疗程，连续治疗3个疗程不效者视为无效，200例中，痊愈95例，显效83例，有效29例，无效

3例。陈氏[33]应用本方加味治疗痹症，加减为：北芪60～120g（依症状轻重而定），当归12～20g，川芎10g，桃仁10g，红花10g，干地龙10g，赤芍10g，土鳖虫10g，威灵仙10g，徐长卿10g，每日1剂，水煎2次，温服，1个月为1个疗程，风邪偏胜者加防风、羌活、独活；寒邪偏胜者加川乌、桂枝、北细辛；湿邪偏胜者加苍术、防己、木瓜、苡仁、蚕砂；湿热瘀滞者加丹皮、连翘、蒲公英、赤小豆、苡仁；偏肝肾虚者，加熟地、怀牛膝、杜仲、狗脊等，取得了比较满意的疗效。

【病案举例】

陈氏[33]临床观察：一般资料89例皆为门诊病人，其中男性37例，女性52例：年龄30岁以下19例，30～40岁56例，40岁以上者14例，中年多于青老年：病程最短者半年，最长者十余年，临床表现：肌肉、筋骨、关节出现酸痛，麻木，重着，屈伸不利，关节肿胀，甚或关节红肿灼热，患者多无恶寒，发热，无杵状指，双臂平举无向外侧弯，四肢无肌肉消瘦，痿弱不用等。检查：血压、心电图、血沉、血尿酸多为正常，抗链球菌溶血素O及类风湿因子、C反应蛋白均为阴性。治疗与方法：补阳还五汤加减应用。治疗结果：服药最短者1个月，最长者半年，平均2个月，症状完全消失53例，显效率（59.6%）；症状减轻32例，有效率（35.9%）；另有4例未复诊（4.5%），总有效率95.5%。

按：补阳还五汤中，重用黄芪，益气行血，气行则血行，血行则痛止；又配以当归养血活血，合当归补血汤之气血相生之意使气充血旺，从而养筋充脉，荣肢，则酸麻痛尽释；再佐以川芎、桃仁、红花、赤芍活血化瘀；干地龙通络利湿，正符合“治风先治血，血行风自灭”的意旨，如此可见，补阳还五汤不失为治疗闭阻不通之痹症的良方。

杨氏[32]治疗一病例患者，男，50岁，职工，因右下肢疼痛半月余，加重1天，在我院颈肩腰腿痛专科诊治，查神经根刺激症状明显，嘱住院行脱水、消炎治疗，夜晚疼痛剧烈，查舌质红，苔黄腻，脉弦滑，给黄芪30g，当归12g，川芎10g，红花10g，赤芍10g，地龙10g，苍术10g，黄柏10g，乌药10g，独活10g，威灵仙10g，杜仲

15g，川断15g，穿山甲10g，3剂，每日1剂，水煎服，药渣煎水外洗，外敷，疼痛大减，行走自如，继给上方3剂，疼痛消失。

按：痹证是由于风寒湿热等外邪侵袭人体，闭阻经络，气血运行不畅所致，以肌肉筋骨、关节发生酸痛，麻木，重着，屈伸不利，甚则关节肿大灼热等为主要临床表现，不通则痛，此与气血运行不畅有关，补阳还五汤补气活血、通经活络，气血通畅，疼痛自然消除，外洗可发挥温经散寒、祛风胜湿等作用，而且通过热浴，可促进局部和全身血液循环，使疼痛症状得以改善和消失。

八、眩晕

眩晕为临床常见症状之一，轻者闭目即自止，重者如坐车船，旋转不定，不能站立。常伴恶心、呕吐、汗出，甚则昏仆，常反复发作，缠绵难愈。而采用补阳还五汤为主治疗，则取得了较满意的效果，眩晕的病因，历代医家大多归于“风、火、痰、湿”四者。如《素问玄机原病式·五运主病》指出：“风火皆属阳，多为兼化，阳主乎动，两动相搏，则为之旋转。”《丹溪心法·头眩》亦指出：“无痰不作眩”。《景岳全书·眩运》则认为：“眩运一证，虚者居其八九，而兼火、兼痰者不过十中一二耳。”但是经临床实践中检验，中老年人的眩晕大多源于“瘀”。中老年人由于血脂增高，脂质沉着血管壁，导致管腔狭窄，管壁硬化，凝血因子、纤维蛋白原水平增高，血小板黏着性和聚积度增加，使血液黏稠，血流缓慢，出现“瘀血”证候。另有因颈性病变而导致的眩晕之证，同样可以归于“瘀”，由于脑细胞缺血、缺氧，导致眩晕发作。通过血液流变学和甲皱微循环的观察可证实此观点。

【临床应用】

李氏[34]临床辨证加减穿山甲、地龙等通络止痛之品，另合治疗背项强痛的葛根等药，治疗颈性眩晕之证，观察病例36例，总有效率86%，疗效满意。宁氏[35]以补阳还五汤为基础方，组成为：生黄芪50g，赤芍、川芎、当归、地龙、桃仁、红花各10g，鸡血藤30g，每日1剂，水煎，分2次服。痰湿重者加泽泻20g、白术10g，呕吐者加姜半夏10g或竹茹10g，风阳上扰者加生牡蛎30g、天麻10g，颈

项酸胀者加葛根30g，病久者加水蛭6g。观察病例81例。治疗组与对照组比较，差异显著，提示：应用补阳还五汤加减治疗老年性眩晕疗效显著。

【病案举例】

李氏[34]治疗患者：患者，男，46岁，1998年5月2日就诊，自诉头晕目眩，头部转侧时尤甚，颈背部僵硬麻木不适，查颈椎五、六棘突旁压痛，面色淡白无华，舌质紫暗，脉细涩，X线片显示，颈椎第五、六椎体钩椎关节增生，中医诊断为眩晕，属气虚血瘀证，治以补阳还五汤加味以活血化瘀、补气养血，服用1个疗程后，患者自觉诸症减轻，继服上药1个疗程，诸症消失。

按：古人认为眩晕病的发病与肝、痰等有关，如“诸风掉眩皆属于肝”，“无痰不作眩”，但据报道，在现代因瘀血而致的眩晕越来越多见，这些患者往往是颈椎退行性病变，致使颈动脉延长、扭曲或椎动脉受邻近骨赘压迫，使椎动脉供血不足，颅脑缺血缺氧产生眩晕，现代医学研究认为，瘀血是循环和微循环障碍而引起的微循环痉挛，致使毛细血管闭塞，血流减慢瘀滞，据此，以王清任的活血化瘀的代表方剂补阳还五汤来加减治疗瘀血所致的眩晕病，方中黄芪补气，气行则血行；当归、熟地、桃仁、红花、川芎补血活血；地龙、穿山甲、路路通通络止痛；葛根治疗项背强痛并引诸药直入病所，总之，此方不仅能补气生血，还能行气活血，所以能够改善椎动脉缺血、瘀血的情况，不但能补充血容量，而且能使阻滞的瘀血血流加快，提高灌注量，因此能有效地治疗眩晕病。

宁氏[35]治疗病例：患者，男，73岁，患眩晕已10余年。经某医院TCD检查示椎－基底动脉供血不足，查血清总胆固醇8.2mmol/L，甘油三酯2.01mmol/L，诊断为脑动脉硬化症。曾间断服用肠溶阿司匹林、氟桂利嗪、地芬尼多及中药治疗，但眩晕经常发作，症状时轻时重。2天前无明显诱因出现眩晕发作，服用氟桂利嗪、地芬尼多、盐酸倍他司汀不见好转。诊见家人扶持而来，闭目懒言不欲视物，述头晕如坐车船，动则心悸。查：舌淡稍胖、边有瘀斑，苔薄白腻，脉弦涩，血压16/10kPa。诊断为眩晕，证属气虚血瘀。治以补气活血通络，方选补阳还五汤加味，药用生黄芪50g，赤芍、川芎、当归、

地龙、桃仁、红花各10g，鸡血藤30g，天麻10g，生牡蛎30g，水蛭6g，水煎服，每日1剂。3剂后眩晕症状减轻，能自己行走，但仍乏力懒言，效不更方，上方加减再服15剂，眩晕发作停止：为巩固疗效，又按上方继服6剂，随访半年未见复发。

按：《景岳全书·眩晕》曰："丹溪则曰无痰不能作眩，当以治痰为主，而兼用他药。余则曰无虚不能作眩，当以治虚为主，而酌兼其标。"临床观察，老年性眩晕以虚居多，因常兼有风、火、痰、瘀，故有时以实掩虚。年老则五脏之气渐衰，气虚血阻，脉道不畅，血不上荣，脑失所养，故发眩晕。补阳还五汤加味，以补气为主，养血活血为辅。重用黄芪，补气以行血，血行则风自灭；赤芍、川芎、当归、桃仁、红花活血散瘀，寓通于补；鸡血藤补血活血，并助地龙通行经络。再据兼症，辨证选药，使元气畅旺，血运通达，脑有所养，邪祛正复，眩晕则止。故眩晕不论新久，只要见气虚血瘀之候，均可用之。现代药理研究证实，补阳还五汤可改善血液黏度，对红细胞聚积指数、血浆纤维蛋白原均有明显改善，对红细胞电泳和细胞压积也有明显改善，从而改善了血液流动性，实现其活血化瘀的作用。

九、嗜睡

嗜睡常与睡眠过度相混，而今所提病例诊断符合王笑中主编《神经统疾病症候学·发作性嗜睡病》，均无kleine－Levin症候群及Pikwickian型发作，故可与睡眠过度症相鉴别。发作性嗜睡病的临床特点是突然发生，为时短暂，反复发作的不可抑制的嗜睡。包括4种症状：睡眠发作，猝倒，睡眠麻痹，催眠幻觉。目前对本病的病因尚未完全明确，治疗亦无特效。本病不同于中医之"多寐"，根据临床观察可辨证为气虚血滞。《脾胃论·肺之脾胃虚论》曰："脾胃之虚怠惰嗜卧"。脾虚胃弱，失去运化输布及统摄血液之功，则清阳不升，浊阴不降；再则散发性脑病及脑损伤后，瘀血未能尽去，气虚血滞故呈发作性嗜睡病。

【病案举例】

周氏[36]治疗一患者：胡某，女，37岁，工人，于1994年4月4日入院。发作性嗜睡5个月，加重2天，6个月前，因骑自行车与三

轮车相撞，头部着地，诊断为“脑挫伤”，治疗后好转。但食欲一直不振。于入院5个月前晨起时出现嗜睡，呼之能应，但无力讲话，无力起床。约上午9点嗜睡自然消除，起床后步行上班，未予治疗。4个月前再次复发，症状如前。2天前之中午，突然昏倒，无抽搐，约2~3min后自然苏醒。入院检查未引出阳性体征。脑电图示“轻度异常”。头颅CT扫描“双侧苍白球钙化，颅脑他处未见异常”。经颅多普勒提示：“脑动脉弹性减弱；双侧大脑中动脉、颈内动脉终末段血管痉挛；椎-基底动脉血管弹性减弱”。诊断为发作性嗜睡病、脑血管痉挛。静脉予以能量合剂、脑活素、丹参液，口服氟桂利嗪、谷维素均无效。每周复发约3次。于4月20日上午，独自步行到医院时，再次出现无法抗拒的睡眠欲，坚持步行时，几欲跌到河里，进病房后卧床睡眠约20min自然苏醒。舌淡、苔白，脉细。停西药改拟补阳还五汤加味。处方：赤芍、川芎、当归尾、桃仁各12g，地龙、石菖蒲各10g，黄芪120g，酸枣仁30g，合欢皮15g，红花、远志各6g。服药14剂未发作。停药观察7天仍未发，于5月27日出院。后追访4个月未复发。

按：补阳还五汤能补气、活血通络，加石菖蒲一药“开心孔，补五脏……能助人振奋精神。远志振作心阳，而益人智慧矣”《本草正义》。从而达到气旺而促进血液运行，祛瘀而扶助正气，精神内宁，嗜睡病除矣。

张氏[37]治疗患者李某，男，36岁。1994年8月12日初诊。述3年来身体乏力，动则心慌气短。近1年来时感头晕眼黑，昏矇欲睡，睡后不易醒，曾到多家医院检查，未能确诊，察其体微胖，面色苍白，唇色暗，舌淡紫、苔薄白，脉细弱。察其脉证，诊为气虚血滞，神失所养。治当补气活血通络。方用补阳还五汤为主。方药：黄芪45g，当归、川芎、地龙、茯苓、赤芍各9g，桃仁、红花各6g，水煎服，日1剂。6剂后复诊，诸症稍减，微觉脘闷，纳呆。遂予原方加枳壳6g，焦三仙各12g。以健脾消食理气。更服6剂，诸症大减，精神转佳。守方30余剂，诸症消失。嘱其服补中益气丸善后。3个月后随访已如常人。

按：本例嗜睡证属气虚血滞，清窍失养，气虚为本，虽未致瘀，

但血脉滞涩，亦与原方主证相合，正所谓“证同治亦同”。

十、老年性痴呆

老年性痴呆症是一种老年神经退行性疾病，以大脑萎缩和变性为其主要病理改变，多发于60岁以上的老年人。临床表现为进行性记忆力、智力减退，性格改变，疑虑焦躁，抑郁偏执，不同程度的妄想和行为古怪。西医学尚无特效疗法。相当于中医学“呆病”、“文痴”、“善忘”等病证，属本虚标实之证，其病位在脑。气虚是其病理基础，其病因为湿、瘀、痰、郁四端，以痰瘀多见。痰浊瘀血内阻，诸窍失聪，出现智能减退及神志异常等表现。故益气化瘀开窍是治疗本病的主要方法。《医林改错》亦指出“凡有瘀血也令人善忘”，认为“气血凝滞脑气，与脏腑之气不相接”等致痴呆。头为精明之府，若血脉气血逆乱，致脑府受损，瘀阻髓络，脑脉不通，脑气与脏腑之气不相顺接，气血无法上注于头，使脑髓失养失用。瘀血阻滞，气血津液不得畅行，郁而化痰火风诸邪，酿成浊毒，导致浊毒不出，清气不入，与脑中精髓错杂，致使清窍受蒙，灵机呆钝，则致呆证。补阳还五汤具有益气活血化瘀通络、醒脑开窍之功效，其君药为黄芪大补元气，使气血旺则血液运行，水蛭、地龙、全蝎通经活络为臣药；当归、川芎、赤芍、红花等活血化瘀可上至巅顶，以助开窍，试验研究该方药有保护神经细胞和抑制神经细胞凋亡的作用。其临床疗效已有很多报道，可改善脑功能，为临床治疗血管性痴呆提供了一种思路和方法。

【临床应用】

曹氏[38]应用补阳还五汤加味治疗老年性痴呆患者，在原方的基础上合化痰之二陈汤，取得了比较满意的疗效。李氏[39]应用补阳还五汤，加减首乌，治疗24例患者，同给予脑复新的对照组对照，疗效显著。

【病案举例】

曹氏[38]治疗病例：某男，72岁，教师。表情呆滞、傻笑发作1年余。患者既往有脑梗死病史5年，头痛头晕反复发作，经服用氟桂利嗪、抗栓丸等药物治疗，症状时轻时重。1年前无明显原因出现表

情呆滞、傻笑时作，经脑血流图、脑电图及颅脑CT检查，诊断为老年性痴呆症。曾静脉点滴脑活素治疗2个月余，症状无明显减轻。查舌质暗淡，苔白腻，脉细滑无力。辨证为气虚血瘀痰阻。治宜益气活血化痰。方用补阳还五汤合二陈汤。服药1个疗程后，表情恢复正常，偶有傻笑，停药3天继用第二个疗程，症状完全消失，随访半年未再复发。

按：老年性痴呆症属中医学“痴呆病”、“癫证”、“郁证”等范畴。历代医家多从肾、痰、瘀论治。本病属本虚标实，人至老年，脏腑虚衰，元气不足，阴阳俱亏，以致髓海空虚，元神无主；又因脾胃功能减退，气血不足，每使气虚血瘀，痰浊蕴留，蒙蔽清窍而成痴呆症。气虚血瘀、痰瘀阻络为本病之病机。故治疗上应益气活血化痰。现代医学研究证明：化痰药能够调节脂质代谢，清除体内过多的胆固醇、甘油三酯和脂蛋白，从而减轻动脉血管硬化和狭窄，增加组织供血，达到保护和恢复心脑功能的作用。活血化瘀药能够降低血液黏稠度，改善心脑功能及微循环，调节各种代谢失调。方中补阳还五汤补气活血化瘀而不伤正，二陈汤具有燥湿化痰的作用。诸药合用，使元气充足，痰湿得祛，瘀血得化，故收良效。

李氏[39]临床观察：共24例，均为本院门诊病人，随机分为治疗组和对照组。治疗组16例，男6例，女10例，平均年龄66.5±7.85岁，平均病程6.37±5.87年。对照组8例，男3例，女5例，平均年龄64.2±9.25岁，平均病程6.92±4.75年。治疗方法：治疗组给予加味补阳还五汤（制首乌20g，黄精、赤芍各15g，黄芪60~120g，川芎、地龙各12g，当归尾、桃仁、红花各10g），日1剂，煎2次，取汁300ml，每次150ml，日2次。对照组给予吡硫醇0.8g，日3次；维生素E0.1g，日2次。两组均12周为一疗程。治疗组临床控制2例，显效5例，有效6例，无效3例，总有效率81.25%。对照组临床控制1例，显效1例，有效1例，无效5例，总有效率37.5%。两组总有效率有显著差异（$P<0.05$）。

按：方中黄芪用量宜大，可从60g开始，与少量活血药相配，使气旺则血行，活血而不伤正，正合老年性痴呆之病机特点。现代药理研究表明，补阳还五汤可以增加特异性抗体溶血素的含量，改善血液

流变学的各种指标，从而增加脑血流量，改善脑组织循环代谢，从而改善痴呆症状。方中加入制首乌、黄精补肾填精，以充脑髓。现代药理研究证明，制首乌对血清胆固醇的增高有抑制作用，能减轻动脉内膜斑块的形成和脂质沉积，从而缓解动脉硬化的形成，并具有强壮神经、健脑益智作用。黄精性味甘平，具有滋肾润肺、补脾益气之功，同时具有抗衰老、耐缺氧、增加代谢、降糖的作用，同首乌在治疗老年性痴呆抗衰老这一环节中起到重要作用。老年性痴呆的发病因素很多，有老龄、遗传、慢性感染、自由基损伤等，是一种复杂的临床综合征，在治疗上针对单一因素的治疗往往难以取效，中药具有多靶点作用、多环节干预的特点。通过补肾益气、活血化瘀在改善脑循环代谢、抗衰老等多方面有较好作用。

十一、头痛

（一）血管性头痛

血管性头痛属中医的“偏头痛”、“头风”范畴。具有痛势剧烈，反复发作，难治愈，病程长的临床特点。血管性头痛是发作性头颅血管舒缩功能障碍，脑组织血循环不畅所引起。中医认为头为诸阳之会，脑为清灵之府，五脏六腑之精气皆上注于头。无论外感、内伤诸疾导致气血凝滞，瘀阻脑络与清窍，不通则痛。本病起病急骤，病程长，反复不已，多呈刺痛，为久痛入络，久病必瘀，久病必虚之气虚和血瘀之征。其病机为气虚瘀血阻络。以气虚为本，瘀血为其之标实。根据虚则补之、通则不痛原则，用补阳还五汤为主，益气活血、通络化瘀之法治疗。临床疗效比较满意。

【临床应用】

肖氏[40]应用补阳还五汤临床辨证加减全蝎、水蛭、丹参等活血化瘀破血之品，观察病例65例，总有效率为90.8%，疗效显著。

【病案举例】

肖氏[40]临床观察：病例来源：65例病人均为院门诊或住院病人。其中男26例，女39例；年龄最小21岁，最大55岁，平均36岁；病程最短半年，最长12年，平均6.4年；所有病例均符合血管性头

痛的诊断。中医证属气虚血瘀型。治疗方法：全部病例纯用补阳还五汤加味治疗。方药组成：黄芪30g，丹参20g，当归、地龙、桃仁、川芎、赤芍各12g，红花、全蝎各10g，水蛭6g。每日1剂，煎取药汁400ml，分3次服，15天为一疗程，治疗2个疗程后判定疗效。疗效标准：临床治愈：头痛及伴随症状消失，随访1年无复发；显效：头痛减轻，发作次数减少或持续时间缩短或发作周期延长；无效：头痛不改善，伴随症状不减。结果：治愈22例，显效37例，无效6例，总有效率90.8%。疗程最短11天，最长33天，平均21天。

肖氏[40]治疗病例梁某，女，39岁，1995年4月13日初诊。患者两侧头痛反复发作9年。发作前夕常有彩光在眼前闪动、视物不清、面唇麻刺感等异常感觉出现，继而两侧头痛，连至眼眶及前额部，痛如椎刺，伴呕恶，不能活动，持续数小时甚至1～2天，发作后数日倦怠无力，间歇期正常。曾多次接受过眼底、脑电图、脑血流图、头颅CT等检查，诊断为血管性头痛。用过麦角胺加咖因片、谷维素片、维生素B_1片等药。当时能控制，但仍常因精神刺激或劳累后诱发发作。刻下正值发作期，体瘦神疲，面色晦滞，舌质紫暗，苔薄白，舌边有齿印，舌下有瘀紫点，脉细弦。证属气虚血瘀型，治以益气活血、通络止痛。方用补阳还五汤加味治疗。方药组成：黄芪30g，丹参20g，当归、地龙、桃仁、川芎、赤芍各12g，红花、全蝎各10g，水蛭6g。每日1剂，连服6剂，诸症悉除，嘱照方续服10剂，2年后随访头痛未再复发。

按：气虚为本，血瘀为标。根据虚则补之，通则不痛原则，用补阳还五汤为主，益气活血，通络化瘀之法治疗。在该方的基础上加丹参、水蛭加强破血逐瘀、通脉活络止痛之功，全蝎熄风镇痉，止痛散结，鼓动诸活血化瘀药直达病所，药证合拍，故获良效。现代药理研究表明：川芎含有川芎嗪成分，易于透过血脑屏障，改善脑血液循环，并使脑搏动性血容量增加，且对中枢有镇静作用，可改善脑血管舒缩功能，故有利于治疗神经系统及脑血管疾病。有学者发现，头痛发作期，可出现明显的血小板聚集现象，而丹参含有丹参酮、丹参素，可降低血小板的聚集性具有抗凝、镇痛及促进组织修复、再生的作用。为此给我们对治疗血管性头痛提供了可靠的理论依据，并通过

临床治疗观察确实疗效甚佳。

（二）瘀血头痛

头痛是临床最常见的疾病之一，中医学在治疗头痛方面积累了丰富的经验，在内科方面分为外感头痛和内伤头痛两大类，而血瘀头痛是头痛疾病中的一个证型，其特点：属于顽固性头痛，临床以头痛经久不愈，痛处固定不移，全头胀痛或痛如锥刺、眼眶发青或晦暗，头额角脉纹显露，舌质紫暗，舌边有瘀点，脉细涩为主要特征。中医认为："人体的血液来源与水谷之精微，在气的统帅下循经而行，内注五脏六腑，外养四肢百骸。"因内伤引起的疾病由于气虚、气滞、血寒、颅内占位性病变等因素使血行不畅而凝滞。因外伤引起的疾病如：颅内出血、颅脑损伤等因素均属于血瘀证型，统称"血瘀头痛"。头为诸阳之首，五脏精华之血，六腑清阳之气皆上注于头，若瘀血阻塞经络，气血不能通利运行，造成"不通则痛"的病理机制，此谓"血瘀头痛"的机制。治疗"血瘀头痛"关键抓住"血瘀"的临床特征，辨证准确、施治得法，就能获得实效。

【临床应用】

黄氏[41]在临床医疗实践中，以补阳还五汤治疗瘀血头痛，辨证加减：加丹参等增强原方活血之力，灵磁石、生龙骨、生牡蛎、朱砂等重镇安神，天麻、全蝎、蜈蚣搜风，葛根等解肌治项背强痛，取得了满意的疗效。

【病案举例】

黄氏[41]临床治疗向某，女，30岁，乡村医生。患者于1973年11月因纠纷被棍棒击伤头部，当即昏迷约半小时，醒后呕吐数次，感觉全头痛，遂往返奔波于市内各家大医院诊治，均诊断为脑震荡后遗症，服谷维素、地西泮、吡硫醇等药均罔效，1974年5月3日延余试治。患者已迁延半年之多，丧失治疗信心。诊视患者面色㿠白，头痛如裂，呻吟不止，家属述其疼痛日出剧增，直到日落方渐缓解，不能安寐，两目眶青紫，苔薄，舌质有瘀斑，脉细弦，表情痛苦。此病已久，久病必虚，乃棍棒所伤，瘀血为患，治宜补气养血、活血通络之法，方选补阳还五汤加味：黄芪40g，赤芍、川芎、当归尾、地

龙、桃仁、红花各10g，丹参15g，灵磁石、生龙齿、生牡蛎各30g（先煎），朱砂、琥珀各3g（研细，分2次冲服），煎服5剂。5月8日二诊，患者头痛大减，精神转佳，病有起色，嘱守原方续服5剂。共服至第八剂时，患者家属喜形于色，告之顽疾竟霍然而愈。随访至今无不适感，正常工作。

姚某，女，18岁，中学生。患者于1990年4月13日突发眩晕，仰面绊倒，后脑与地相撞，苏醒后渐觉后脑部与两颜部痛如锥刺，固定不移，痛剧时恶心呕吐，随后住蚌埠某院治疗2个月余，经脑外科专家诊定为脑震荡后遗症，各种药物治疗均不显效，7月5日来我处求治。症见精神疲惫，表情呆滞，默默不欲言，头项强痛，泛泛欲呕，厌食，形瘦，舌淡紫，苔薄白，脉虚细涩。用补阳还五汤加天麻、葛根各10g，蜈蚣、全蝎各3g，煎服5剂，症状大减：守方续服10剂，痊愈。随访至今未见复发。

按：王清任认为，血瘀多与气虚有密切关系，《医林改错》云："元气即虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀"。瘀血头痛（脑震荡后遗症）多跌仆损伤所致，此病多久病难愈。久病入络，导致气滞血瘀，脉络瘀阻，"不通则痛"，其特点为痛势较剧，痛如锥刺，固定不移。"气为血帅"，"气行则血行"，本方重用黄芪补气，使气足以推动血之运行，经络通畅；当归为血中之气药，配合地龙、赤芍补血活血而通络；桃仁、红花逐瘀生新。前人有"一味丹参，功同四物"之说，例一加丹参增强原方活血之功能，灵磁石、生龙骨、生牡蛎、朱砂取其重镇安神之意。例二加天麻、全蝎、蜈蚣搜风，葛根解肌治项背强痛。活血化瘀药能扩张血管，改善微循环，从而改善脑组织营养代谢，改善局部病灶瘀滞，增加脑血流量，对于治疗脑部损伤、消除后遗症方面有着积极作用。临床中用补阳还五汤加味治新久瘀血头痛，药证合拍，只要守方，顽疾定能得愈，效如桴鼓，每收奇功。

第六节 消化系统疾病

一、消化性溃疡

《脾胃论》曰："脾胃气衰，元气不足，而诸病之所由生也。"这是消化性溃疡的主要病机，补气祛瘀应为其治疗原则。补阳还五汤重用黄芪补元气，以促血行，兼有健脾益气、祛瘀血之功，佐以活血化瘀药味，则加大了行气活血化瘀之力，达到了气行瘀散，"升降浮沉"的脾胃生理功能得以恢复，溃疡愈合。补阳还五汤治疗消化性溃疡的机制可能是：①因为83.8%消化性溃疡患者溃疡灶血管腔有不同程度的狭窄，77%的慢性胃病血液流变学诸项指标高于正常。因此不管消化性溃疡分型如何，均存在瘀血内阻的现象。研究发现补阳还五汤中当归、赤芍、川芎、桃仁、红花等有不同程度的钙通道阻滞作用，抑制钙离子内流后，使狭窄的胃粘膜血管扩张、再通。此外，川芎、地龙降低血液粘稠度、纤维蛋白原、红细胞压积，改善了胃粘膜微循环的血流量。二者共同促进胃粘膜的血供，有效地改善了溃疡灶缺血、缺氧状态，溃疡灶迅速愈合。②已知活动期消化性溃疡患者血浆中自由基、白三烯及脂质过氧化代谢产物增多，是破坏胃粘膜屏障作用，增强溃疡形成的攻击因子。补阳还五汤有清除血浆自由基、抗脂质过氧化作用，并能改善血小板功能，维持 PGI_2/TXA_2 比例平衡，该作用使溃疡愈合的有害因素减少，利于溃疡的修复。③抑制幽门螺旋杆菌感染是治疗消化性溃疡的关键措施。补阳还五汤配合其他中药，如桂枝、良姜、香附、麦冬等加味应用具有明显的抑制幽门螺旋杆菌的作用，提高幽门螺旋杆菌转阴率。总之，补阳还五汤治疗老年消化性溃疡有明显的抗复发作用。

【临床应用】

李氏[42]应用补阳还五汤加减治疗消化性溃疡患者，临床辨证用药白术、茯苓、党参、白及、乌贼骨的健脾益气之品，取得了满意的疗效。

【病案举例】

李氏[42]治疗一患者：马某，男，30岁，1996年8月因胃脘隐痛5年余，加重1个月就诊，患者空腹及夜间胃痛明显，纳呆，既往胃镜明确诊断为：十二指肠球部溃疡，幽门螺旋杆菌（HP）、尿素酶试验阳性。入院症见：胃脘隐痛，泛酸，纳呆，舌质淡，有瘀斑，苔白，脉沉细，依据四诊辨为：脾胃气虚、瘀血阻络，以补阳还五汤为基本方加味。药物：黄芪30g，当归15g，川芎6g，桃仁6g，红花6g，地龙15g，赤芍10g，白术15g，党参30g，茯苓12g，乌贼骨15g，浙贝母10g，白及15g，调服15剂后胃痛缓解。

按：现代药理研究：补阳还五汤中当归、赤芍、川芎、桃仁、红花等均有不同程度的钙通道阻滞作用，抑制钙离子内流，使狭窄的胃黏膜血管扩张，再通。此外，川芎、地龙能降低血液黏稠度、纤维蛋白、红细胞压积，使胃黏膜微循环进一步改善，血流量增加，二者共同促进胃黏膜的血供，纠正溃疡灶缺血，缺氧状态，胃黏膜血供改善后形成了不利于幽门螺旋杆菌生长的内环境。

二、慢性胃炎

慢性胃炎是一种常见病、多发病，其实质是指胃黏膜上皮遭受反复损害后，导致黏膜固有腺体的萎缩，甚至消失。其症状复杂多样，常见胃脘部隐痛，胀痛或钝痛，甚则呈剧痛或绞痛，亦可见于胁部、背部、腹部或胸部；上腹部胀满，痞闷，嗳气或胃脘部堵塞感，食欲减退，消化不良，泛酸，烧心，嘈杂，神疲乏力，头晕，失眠，便秘或便溏等症。中医依主症之不同，将其分属于胃脘痛、嘈杂、痞满、呃逆、嗳气、吞酸、纳呆、胃缓、腹胀等范畴。辨证多从虚实入手，虚证多侧重于脾胃气血阴阳不足，实证多侧重于痰饮、气滞、血瘀、郁热、食滞等。中医认为，久病必虚，久病必瘀，气虚血瘀，气滞血亦瘀，故临床常见本虚标实，虚实夹杂之证，且多以脾虚、阳虚为本，日久所致瘀滞为标，因此治疗的关键在于益气温中、活血化瘀。在临床上经常见到多方求治而效不显的慢性胃炎患者，经给予益气活血之补阳还五汤加减治疗，收效显著。

【临床应用】

张氏[43]应用补阳还五汤加减治疗慢性胃炎，认为补阳还五汤原方重用生黄芪取其大补脾胃之元气，使气旺以促血行，祛瘀而不伤正，并助诸药之力，为君药；配以归尾活血，有祛瘀而不伤血之妙，为臣药；川芎、赤芍、桃仁、红花助归尾活血化瘀，地龙通经活络，均为佐使药。诸药合用，使气旺血行，瘀祛络通，脏腑得以濡养，诸症自可渐愈。临床疗效显著。

【病案举例】

张氏[43]治疗一患者张某，男，25岁。因胃脘部胀痛1年余，加重1个月入院，1年来每因饮食不节或情志不畅而发作，经多方求治疗效欠佳，入院证见胃脘胀满作痛，食后尤甚，食少纳呆，神疲乏力，二便尚调。舌质紫暗，舌体胖，苔薄白，脉沉细。查：剑突下及左上腹部轻度压痛，无反跳痛，余（-）。既往曾在青藏高原服兵役3年。入院后查B超示：胆囊结石（单发）；钡餐透视示：慢性胃窦炎；胃镜示：浅表性胃窦炎。四诊合参，本证属气虚血瘀之胃脘痛，治以益气活血之法，方选补阳还五汤加味。3剂后胃痛明显缓解，调服7剂后胀痛消失，食纳渐增，乏力缓，精神振，渐变为淡暗舌。再续服7剂而乏力渐除，舌质转为淡胖。查剑突下及左上腹压痛消失。其中黄芪由45g用起，渐加至100g。为求巩固疗效，续服10余剂而痊愈出院。

按：现代病理学所述炎症病灶的血流低流动相，血流瘀滞相，血栓形成，出血等微循环障碍都与中医瘀血理论及病理改变相符合。众多现代医学家均认为慢性胃炎患者普遍存在血瘀征象，且在治疗中重视活血化瘀药的运用。对于慢性胃炎患者，若临床上见到固定性胃脘部压痛，固定性上腹痛，上腹胀满，舌质紫暗，青紫或有瘀斑，瘀点，或舌底脉络瘀曲等症，或实验室检查见胃黏膜活动性炎症，胃黏膜增生性或萎缩性病变及肠化，胃病变黏膜血流量明显减少或微循环障碍等表现者可确诊为血瘀证。若患者系年老体虚或久病失治，或兼见胃脘胀满，隐痛，喜进热食，喜温喜按，形寒怕冷，神疲乏力，大便溏薄，舌质淡胖，脉沉细弱等症者均为气虚血瘀之证。

三、食道癌

食道癌是我国最常见的恶性肿瘤之一，临床上对中晚期患者尚无理想的治疗方案。采用补阳还五汤加减联合化疗，与单纯化疗作对照，治疗中晚期食道癌患者，进行临床疗效对比观察，取得了较满意的疗效。

【临床应用】

杨氏[44]所治全部患者均经细胞学和病理学证实为食管鳞状细胞癌，随机分为2组，治疗组男36例，女10例，年龄48～74岁。病变部位：上段8例，中段35例，下段3例。病变长度：5.5～14cm。X线分型：髓质型29例，蕈伞型7例，溃疡型5例，缩窄型5例。临床分期：3期16例，4期30例。对照组男29例，女17例，年龄46～76岁。病变部位：上段9例，中段32例，下段5例。病变长度：6.0～13.4cm。X线分型：髓质型28例，蕈伞型7例，溃疡型4例，缩窄型7例。临床分期：3期11例，4期35例。治疗方法：治疗组采用中药补阳还五汤加减联合化疗，对照组单用联合化疗。两组所用化疗方案均为DPV方案。补阳还五汤组成：黄芪30～100g，赤芍、川芎各15～30g，当归、地龙各30～60g。每日1剂，水煎服，从化疗前1周开始用至化疗结束。DPV方案：DDP20mg静脉点滴，连用5天，休息2周，重复1次，VCR 1mg，每周3次，上午9时静脉注射：PYM8mg，每周3次，下午4时肌内注射。VCR、PYM连用7周。结果：近期疗效评定按照《中国常见恶性肿瘤诊治规范》中食管癌药物治疗疗效标准，观察治疗前后的食管钡餐X线照片，两组有效率（CR+PR）经统计学处理$P<0.05$。全身状况及血相变化：分别统计两组病人化疗前后的卡氏评分及血相，进行统计学处理，差异显著。

【病案举例】

杨氏[44]治疗患者孙某，男，70岁，1996年9月13日入院。主诉：进行性吞咽困难3个月，伴食欲不振，吐黏液，舌质暗，苔白腻，脉沉弦。X线食管钡餐造影见食管下段约8cm黏膜破坏，钡剂充盈缺损，管腔狭窄，管壁有龛影。经纤维胃镜病检为鳞癌亚级。给

予补阳还五汤加 DPV 方案治疗，疗程结束后可进普食，食管钡餐 X 线检查，示病变完全消失。

按：补阳还五汤出自清·王清任的《医林改错》，具有益气、活血、通络的功效。有研究表明，该方对非特异性和特异性免疫功能均有增进作用。根据中医“扶正祛邪”的原理，将本方与化疗联合应用，可以起到“攻邪而不伤正”、“养正而不助邪”的作用。通过对 92 例中晚期食管癌的临床观察，表明补阳还五汤加联合化疗治疗食管癌疗效优于单纯联合化疗，而且化疗后病人的卡氏评分、白血球及血小板计数，治疗组均高于对照组，经统计学处理有显著性差异。说明补阳还五汤对化疗能起到减毒增效的作用。

四、老年性便秘

【病案举例】

张氏[45]治疗患者徐某，男，70 岁，2000 年 3 月因便秘 30 年，伴头晕加重 10 天而入院，入院时患者已 5 日未大便，平时每 3～5 日行大便 1 次，有时半月不排，虽经多方治疗，但疗效欠佳，多次纤维肠镜检查均未发现器质性病变，近 10 年来一直内服果导片，外用开塞露，严重时服果导片 10 片/次，外用开塞露 1～2 支/次，查：血压 24/14.67kPa，神清，腹胀满，轻压痛，舌淡，边有瘀斑，苔黄，脉细涩，辨证属气虚血瘀型，患者有冠心病、高血压病史，住院期间内服补阳还五汤加味，同时加服扩冠降压药，10 天后停服果导片，1 疗程后，2～3 天行大便 1 次，且量、色、质均基本正常，血压等控制理想而出院，回家后嘱患者继服此方，2 个疗程后患者便秘完全缓解，嘱其仍间断服用此方，1 年后随访，患者大便基本正常。

按：便秘是指大便秘结或数日不行，为多种疾病的伴随症状，老年人便秘尤易诱发或加重高血压病、冠心病等，故保持大便通畅对老年人尤为重要，补阳还五汤出自《医林改错》，原方用于治疗中风后气虚血瘀之半身不遂，笔者将其用于老年人功能性便秘，取之异病同治的道理，年老气血亏虚，津液渐枯，肠道失润，气虚则血运不畅，肠道营养不良，蠕动欠佳，糟粕难下，故便秘。现代药理学研究表明，当归、桃仁有活血润肠缓下作用；川芎能镇静降压，改善心肌缺

氧及肠系膜微循环；黄芪有增强机体免疫作用，保护心血管系统，并可降压，抗衰老；地龙有持久而缓慢的降压作用，故该方运用于老年人尤其伴有冠心病、高血压病之功能性便秘者，疗效更佳。

施氏[46]治疗患者宋某某，男，81岁，离休干部，于2001年11月5日门诊，患者诉便秘反复12年，四五日一行，每次须蹲厕近1h方能解少量软便，不成形，甚则腹部坠胀，闭塞难忍，在沪、宁等医院检查示大肠无器质性病变，诊断为低张力性便秘，长期使用开塞露、甘油栓和服用麻仁丸、蕃泻叶、肉苁蓉等药物和进行清肠治疗，均不能长效。刻诊：4天来未排便，神疲乏力，腰膝酸软，舌质淡紫，苔薄白，脉象细弦，证属：气血两虚，腑气瘀滞，治宜益气养血，行瘀导滞。补阳还五汤加味：生黄芪60g，当归15g，川芎10g，桃仁10g，红花5g，白术30g，枳实15g，丹参15g，炒柴胡5g，槟榔15g，广地龙10g，炙甘草3g，每日1剂，水煎服，连服2剂后大便畅解，续以原方加减再进15剂，患者大便通畅，精神转佳，随访3个月，未见复发。

按：老年低张力性便秘主要由于排列的相关肌群如膈肌、腹壁肌、提肛肌和肠道平滑肌等动力低下所致，是老年常见病，中医论治便秘有虚实之分，虚秘主要有气虚、血虚、肾虚之分，老年低张力性便秘主要属于脾肺气虚便秘，肺主一身之气，司肃降，与大肠相表里，肺气不降则大肠蠕动无力，大便艰行，脾主运化，为生化之源，输布精微，生养肌肉，脾虚则运化无力，生化不足，精微少而失布，大肠弛缓，气虚易滞，老年人每多血瘀，气虚瘀滞互为因果，从而形成恶性循环，治宜补气健脾、活血化瘀，方以补阳还五汤加味治疗，方中黄芪大补元气；白术健脾助运；当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、丹参、地龙活血化瘀，润肠通便；槟榔行气导滞；甘草调和诸药。现代医学研究证明，补气药对提高排便肌群的张力有益，活血化瘀可使肠道血供改善，肠黏膜营养增加，提高神经末梢感受器的敏感性和肠黏膜的应急能力，因此，补阳还五汤加味治疗本病药中病机，疗效可靠且持久。

五、肝硬化腹水

肝硬化顽固性腹水属中医“臌胀”、“单腹胀”、“水胀”、“酒鼓”、“蜘蛛蛊”等病症，多因病程日久，肝脾肾三脏俱损，肝失疏泄，气滞血瘀，脾失健运，水湿不行，肝肾同源，久病必致肾气虚，影响膀胱气化和温运脾阳而致水湿停聚，久则成气血水搏结，本虚标实，虚实挟杂的痼疾，治应急则治其标，缓则治其本，权衡主次轻重，当正虚水邪过盛，用中药攻伐过猛，更伤已衰的正气，常规利尿剂越利越失利，因为肝硬化时有效循环血量低，使用利尿剂不当，会使血循环量进一步降低，导致肾血流量减少、尿少、氮质血症，而用血管活性药物多巴胺，能选择性地激活多巴胺受体，能增加心输出量，扩张肾血管，改善肾血流量，增加肾小球滤过率，并能利尿和降低肠系膜血管阻力，减轻门静脉压力，减少腹水漏出，增加腹水排出。速尿为强利尿剂，不但直接扩张血管床，而且血流动力学尤佳；低分子右旋糖酐改善微循环，三者有协同作用，不但扩容利尿，而且使腹水动力学协调，故能速消腹水；同时用支持疗法通过静脉输液，及时纠正水、电解质和酸碱平衡，静脉内补充营养剂如50%葡萄糖、白蛋白（不能反复大量补充，以免诱发肝昏迷），边脱边补，祛水邪扶正气，然病魔经久，则宜用益气活血、通补兼施的补阳还五汤巩固疗效，以防复发。

【临床应用】

陈氏[47]临床观察32例均采用自身对照法，即应用常规利尿剂无效后，再用中医疗法。中药：补阳还五汤加减：黄芪30g，当归9g，地龙干15g，赤芍9g，丹参15g，土木香30g，白术15g，醋鳖甲25g，三棱9g，昆布9g，海藻9g，萝卜子20g，大腹皮10g，茯苓皮10g。每日1剂，水煎3次频频口服法，临症加减：黄疸加茵陈、金扁柏；低蛋白加黄芪60g，白术30g，党参30g；衄血去当归、三棱、丹参加白及、侧柏叶、血余炭，可长期服药。西药：多巴胺40mg＋速尿40mg＋低分子右旋醣酐500ml静脉点滴，每日1次，腹水消退后停药，并重视病因治疗，及时纠正水，电解质和酸碱平衡，积极预防和治疗并发症，取得了良好的疗效。吴氏[48]应用本方加减治疗肝硬化

腹水患者50例，疗效显著。

【病案举例】

吴氏[48]治疗某病例：朱某某，男，43岁。患慢性乙型肝炎3年。腹水年余，加重20余天。面色灰暗浮肿，两目黄染，腹胀如鼓，按之柔软，两胁下触及肿块，未见青筋暴露，下肢凹陷性水肿，纳少，大便溏黏，小便黄短。舌红嫩、苔白腻，脉弦。检查：总胆红素46.17μmol/L，谷丙转氨酶750.15U/L，总蛋白68g/ L，白蛋白24g/L,球蛋白24g/L；乙肝病毒表面抗原、e抗体、乙肝病毒表面抗体均阳性；血钾3.2mmol/L，肌酐141.44μmol/L，尿素氮7.14mmol/L，B超示:肝硬化，大量腹水，脾肿大。拟补阳还五汤加味：生黄芪50g，党参30g，炮山甲、车前子（包）、地龙、制苍术、槟榔、檀香各10g，赤芍、红花、桃仁各5g，炒麦芽、八月札、益母草、茯苓皮各15g，垂盆草、白花蛇舌草、莪术各20g。15剂后，黄疸、腹水均消，纳食转佳，大便转实，小便利。上方去车前子，加阿胶（烊化）20g，60剂后，复查：总蛋白72g/L，白蛋白42g/L，球蛋白30g/L，乙肝病毒表面抗原、核心抗体阳性，肌酐114.9μmol/L，尿素氮6.4mmol/L，B超示：肝内光点增粗。随防3个月，病情稳定。

按：肝硬化腹水属中医“臌胀”范畴，多系肝气郁结，脾运失常，湿邪内聚，瘀血阻络所致。治疗以补阳还五汤加味，健脾扶肝，祛瘀利水，使攻而不伤正，补而不留邪。长期攻逐通利，必伤阴液，往往出现阴虚内热，呕血便血，甚至发生肝昏迷现象。以本方加羚羊角片3g久煎服，抢救时以浓汁灌服，宜凉服，党参改用人参或西洋参10g。大便秘结加生大黄10g，常可奏效。

六、乙型肝炎肝纤维化

肝纤维化是各种慢性肝病的病理学基础，其实质是肝细胞外间质的结缔组织增生，由于细胞因子及其网络的失控，细胞外基质（ECM）合成增多，降解相对不足，胶原过度沉积而发生纤维化，目前认为肝脏慢性损伤过程中ECM累积所形成的纤维化是可逆的，而肝硬化是难以逆转的，肝纤维化的有效治疗主要包括针对原发病的病因治疗、抗感染治疗及抑制ECM生成、促进ECM降解等，但迄今抗纤维化的临

床治疗方法尚未有突破，治疗效果欠佳，尽管干扰素、秋水仙碱等似有一定效果，但由于费用高，不良反应大，患者难以接受。中医学认为慢性肝炎、肝纤维化属于中医学“胁痛”、“肝胀”、“积聚”等范畴，正如《素问》：“肝病者，两胁下痛。”《灵枢·胀论》：“肝胀者，胁下满而痛引少腹。”《脉经·平五脏积聚脉证》：“诊得肝积，脉弦而细两胁下痛。”其病因是体虚致病，正所谓“邪之所凑，其气必虚”，《医宗必读》：“积之所成，正气不足而后邪气居之。”加上饮食不节，嗜酒过度，七情所伤，感染蛊毒等致肝失疏泄，肝气郁结，肝木乘脾，运化失常，气血不足，血行无力，而形成血瘀，而且其病程较长，缠绵难愈，久病耗气伤津，更进一步加重血脉瘀阻，病位在肝，基本病机为气虚血瘀、本虚标实之证，针对正虚与血瘀两个关键因素，治宜益气活血，化瘀通络，用补阳还五汤加味。

【临床应用】

宋氏[49]观察补阳还五汤治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的临床疗效，方法：慢性乙型肝炎患者106例，随机分为治疗组（56例）和对照组（50例），分别给予补阳还五汤及大黄䗪虫丸治疗3个月，结果：治疗组总有效率为91.07%，对照组为72.00%，两组比较有显著性差异（$P<0.05$）：治疗组治疗后血清透明质酸、层黏蛋白显著下降，肝功能明显改善，在降低丙氨酸氨基转移酶（ALT）、总胆红素（TBiL）、透明质酸、层黏蛋白，升高白蛋白（ALb）方面与对照组比较有显著性差异（$P<0.05$）；治疗组治疗后肝脏B超显示，在缩小门静脉、脾静脉内径和脾脏厚度方面，其疗效明显优于对照组（$P<0.01$），结论：补阳还五汤对慢性乙型肝炎肝纤维化有明显的治疗作用，其疗效确切，耿氏[50]应用补阳还五汤加味和西医治疗慢性乙型肝炎肝纤维化患者112例，取得了满意的疗效。

【病案举例】

耿氏[50]临床观察：112例均为门诊及住院治疗的慢性乙型肝炎肝纤维化患者，根据病史、血清肝纤维化生化指标及B超检查确诊，随机分为治疗组与对照组，治疗组52例，男34例，女18例；年龄17~63岁；乙型肝炎病史2~25年不等；肝功能轻度异常18例，中度异常

25例，重度异常9例。对照组60例，男38例，女22例：年龄13～61岁；乙型肝炎病史2～22年不等；肝功能轻度异常18例，中度异常30例，重度异常12例。治疗方法：对照组：给予甘草酸二铵注射液150mg，静脉点滴；肝功能正常后改为甘草酸二铵胶囊口服；水飞蓟素、护肝片常规剂量口服；治疗组：在上述治疗基础上，加用补阳还五汤煎服，药物组成：黄芪30g、桃仁10g、红花10g、当归尾10g、地龙10g、赤芍15g、川芎15g。加味法：肝气郁结加柴胡、郁金、枳壳、陈皮、川楝子各10g，肝胆湿热加黄芩、泽泻、苡仁、车前子、蒲公英、山栀各10g，肝阴不足加沙参、麦冬、枸杞子、生地、石斛各10g，每日1剂，2次分服，两组疗程均为2个月。疗效观察：治疗前后分别对两组病例进行肝纤维化指标（Ⅲ型前胶原肽、Ⅳ型胶原、透明质酸、层黏蛋白）检测，作为疗效评价依据，两组治疗前后自身比较，均$P<0.01$；与对照组治疗后比较，$P<0.01$。

按：慢性乙型肝炎是临床常见病、多发病，是引起肝纤维化最常见的原因，慢性乙型肝炎属中医学“胁痛”、“黄疸”、“癥瘕”范畴，主要病理机制是外感湿热之邪或嗜酒过度、饮食不节以致湿热蕴郁，留着不去，困扰脾阳，运化失司；蕴于肝胆，疏泄失职，气机郁阻，病久脾气渐衰，中气亏耗，气虚无力推动血行，瘀血内阻，导致气虚血瘀，情志失和，气郁不伸，肝失条达，气郁则血行受阻，气结则血瘀成积，以致瘀血内生；肝气横逆，戕害脾胃，脾气虚弱，中气不足，也可导致气虚血瘀，故气虚血瘀是慢性乙型肝炎病程中重要的病理机制。补阳还五汤补气活血化瘀，是治疗气虚血瘀的经典代表方，方中以黄芪补脾胃之气，使气旺则血行，祛瘀而不伤正，当归尾活血而不伤血，川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙活血化瘀通络，全方共奏补气活血祛瘀之功，现代药理研究已证实，黄芪、当归、桃仁、红花、川芎、赤芍等均具有不同程度的抗肝纤维化作用，医者认为，补阳还五汤可明显改善患者肝纤维化指标，且无不良反应及毒性和不良反应，是治疗慢性乙型肝炎肝纤维化的有效方剂。

第七节 脑血管疾病

一、短暂脑缺血发作

短暂脑缺血发作（TIA），系指颈内动脉系统或椎动脉系统由于各种原因发生暂时性的供血不足，导致受累脑组织出现一过性的功能缺损而表现相应的临床症状和体征，持续时间短则数秒至数分钟，长则数小时，最多不超过24h，症状和体征全部恢复。其临床表现取决于脑供血不足的部位，常见下列两种类型：一类为颈内动脉系统供血不足：突然出现一过性单眼黑矇，视野缺损，单肢或偏身感觉障碍或力弱；一过性的失用，失写，失读，记忆力丧失等症状。另一类为椎基底动脉系统供血不足：转头或仰头时突然四肢无力，摔倒但意识清楚；一过性眩晕、呕吐、复视、吞咽困难，饮水发呛，构音障碍，单肢或双侧肢体力弱等症状。短暂脑缺血发作经常反复发生，容易导致中风（以脑梗死最为常见），故应早期预防和治疗。该病属中医学“中风先兆”的范畴。前人对其临床表现早有论述，清代的李用粹在《证治汇补》中指出“平人手指麻木，不时眩晕，乃中风之先兆。”清代医家王清任认为在中风发病之前，常有先兆症状，例如头目“无故一阵发沉”、颈项“无故一阵发直”、腿脚“一阵发软”、“一只眼渐渐小”、“忽然无记性，语无伦次”等均与短暂脑缺血发作的临床表现相符合。至于中风先兆的病因，不外风、火、痰湿、气虚、血瘀等。

【临床应用】

杨氏[51]应用补阳还五汤治半身不遂，口眼歪斜，语言謇涩，口角流涎，大便干燥，小便频数，遗尿不禁之症。该方由大剂量黄芪和归尾、赤芍、地龙、川芎、桃红等活血化瘀药物组成。重用黄芪（约120g）、甚至八两（约240g）以大补元气，归尾等通经活血药祛瘀而不伤正。在临床实践中以该方为主治疗中风后遗症取得很好疗效的同时，又治疗20余例短暂脑缺血发作的患者亦取得奇效。

【病案举例】

杨氏[51]治疗患者王某某，女性，48岁，干部，1998年8月23日初诊。患者头晕史1年余。自服桂利嗪、维生素E等药物。昨日晨起无明显诱因，突然出现头晕，恶心欲吐，心悸汗出，左眼视物模糊，双下肢乏力，2min左右症状缓解，至晚间又出现上述情况。查颅CT扫描未见异常，脑血流图示椎基底动脉供血不足。血压17.33/10.67kPa，症见头晕，头沉，心悸气短，倦怠乏力，面色㿠白，少气懒言，时觉恶心，双下肢麻木，舌淡苔薄白，边有瘀斑，脉沉细。辨证：患者素体虚弱，元气不足，气虚血运不畅，脉络瘀阻。治则：益气活血，化瘀通络。处方：生黄芪30g、桃仁10g、红花10g、云苓10g、半夏10g、陈皮10g、竹茹10g、川断10g、杜仲10g、鸡血藤30g、炙甘草6g，7剂水煎服。服药后头晕大减，双下肢麻木、乏力感减轻，仍觉时有心悸，胃纳欠佳，舌脉同前。原方加减10余剂，病告痊愈。

医者通过临床观察，认为气虚血瘀是应用补阳还五汤的确切指征。其他因风、火、痰湿等原因引起的中风先兆（短暂脑缺血发作）仍需辨证用药，方可取得很好疗效。

二、脑出血

脑出血属于中医学“中风”范畴。今人多以两种学说为指导，一为叶氏肝风内动说，一为瘀血说，这些学术思想用于临床均取得明显的疗效。目前所欠缺的是把气血理论结合起来共同研究，杨氏[52]经总结先人理论并结合多年的临床经验提出脑出血急性期病机主要为气虚血瘀，认为本病病机特点为本虚标实，本虚主要是气虚、可以兼阴虚，标实主要是血瘀、可兼痰浊、肝阳上亢等，而所以出血主因元气亏乏，气不摄血，所以重用补气药，取气能行血，气能摄血之义，同时配合活血破瘀之品，消除血肿。君药黄芪具有减轻脑水肿的作用，抗细胞缺氧的损害，改善血液循环，并有抑制黄嘌呤氧化酶活性及清除自由基的作用；用补阳还五汤加减使元气得充，离经之瘀血得化，则痈疾得除。本研究从临床上证实了该理论的正确性，为临床治疗中小量脑出血提供了依据。当然我们推崇

补气活血在治疗脑出血中的价值，并不是可以通治一切患者，而是要据情加减，或佐以他法，有待进一步深层的研究，如从分子生物学的水平解释其根本原因。

【临床应用】

杨氏[52]经总结前人的经验，结合自己多年的临床经验，提出脑出血急性期病机主要为气虚血瘀，认为本病病机特点为本虚标实，本虚主要是气虚、可以兼阴虚，标实主要是血瘀、可兼痰浊、肝阳上亢等。并且应用本方加减治疗脑出血病人，临床观察60例，疗效显著。

【病案举例】

杨氏[52]临床观察：一般资料：60例中小量脑出血患者随机分为2组，治疗组30例，男16例，女14例；年龄平均51.73岁；出血部位：壳核20例，基底节4例，内囊4例，丘脑2例；出血量平均13.67ml;轻型15例，中型11例，重型4例。对照组30例，男15例，女15例；年龄50.07岁；出血部位：壳核18例，基底节6例，内囊5例，丘脑1例；出血量平均13.97ml；轻型16例，中型12例，重型2例。两组病例年龄、性别、出血部位、出血量、治疗前神经功能缺损积分、伴发疾病积分、既往史积分、病程等一般情况经统计学处理无显著性差异（$P>0.05$），具有可比性。治疗方法：对照组：保持安静，积极抗脑水肿，减低颅压，调整血压，改善循环，加强护理，防止并发症，主要给予20%甘露醇静脉点滴，营养脑细胞，维持水、电解质平衡及呼吸道通畅，并注意感染等对症治疗。治疗组：在对照组治疗的基础上加用补阳还五汤加减，药物组成：黄芪60g，当归10g，川芎10g，桃仁10g，红花10g，赤芍药10g，水蛭15g，土鳖虫15g；舌红少苔加增液汤；头痛甚者加石决明、菊花、钩藤；苔黄腻加天竺黄、胆南星、瓜蒌；中脏腑者黄芪加倍并加石菖蒲、郁金；大便不通加大承气汤，日1剂，分2～4次口服或鼻饲，每次100ml。疗程及其他：两组疗程均为15日，入院当天及第十五日各查CT 1次，计算出血量及观察血肿吸收情况，血肿大小计算，行CT扫描，按照多田公式求出血量，积分标准及临床疗效评定依据全国第四届脑血管学术会议通过的脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准（1995）中临床疗效评定标准，基本痊愈：功能缺损评分减少91%～

100%，病残程度为0级；显著进步：功能缺损评分减少46%～90%，病残程度为1～3级；进步：功能缺损评分减少18%～45%；无变化：功能缺损评分减少17%左右；恶化：功能缺损评分减少或增多18%以上。统计学分析：计量资料用t检验，计数资料用X^2检验，等级资料用Ridit检验。统计结果：三种检验均具有统计学意义，拒绝假设，有显著差异。

三、中风偏瘫

现代医学将中风分为出血性和缺血性两大类，两者都有血瘀的共同点，瘀血造成局部血液循环受阻，组织缺血、水肿、颅内压升高甚至导致脑疝的形成，或脑干受压，危及生命，此时血管扩张剂一定要慎重使用，否则可能加重脑水肿，导致脑疝的形成，这与中医理论不谋而合，如《医学衷中参西录》载："天津一患者，患中风，昏迷不醒，某医投补阳还五汤一剂而亡。"又如《上海中医杂志》1981年第二期《失败的教训也应吸取》报告："某患者，男性，患脑血管意外经西医抢救后，遗半身不遂，投补阳还五汤，血压升高，面红，头痛加重，幸识证及时，速转羚羊钩藤汤合温胆汤治疗，病情遂稳定，再用补阳还五汤治疗告愈。"由此可见，对脑血管意外所致的偏瘫，必须要辨证论治，绝不能一见到偏瘫，认为古人已创立了治偏专方便盲目使用，有的可能治好了，有时就可能造成不良后果，补阳还五汤是治疗脑血管意外后遗症很好的方剂。

【临床应用】

姚氏[53]认为，中风的病位在脑，故治法应以醒脑开窍、益气活血、行瘀通络为主，熄风、清热、除痰、通腑、育阴为辅。主方以补阳还五汤加味。药用葛根、石菖蒲、川芎、赤芍、红花、桃仁、地龙、水蛭、土鳖虫、党参、黄芪、当归、麝香、冰片、马钱子等。通过临床验证，方中重要药物剂量宜大，如对脑血管供血功能有很好调节作用的葛根用50～100g，石菖蒲用20～30g；有益气养血作用的黄芪100～250g，党参100g为佳；活血行瘀通络药应在15g左右；香窜通经药麝香每次0.05g、冰片0.5g（兑）；若用马钱子通经活络，可将炮制好的马钱子3～5g入药久煎，可温和无毒。在脑出血停止后3

天（不包括缺血性脑血管病）应将破血耗气的土鳖虫、水蛭减去，改用乳香、没药，二药有活血生肌作用，有利于受损脑组织“重塑”。如肝阳暴亢者酌加石决明、珍珠母、天麻、钩藤；肢体抽动者加全蝎；肝火甚者加胆草、栀子、黄芩；风痰、热痰、痰多者选加胆南星、天竺黄、竹沥、瓜蒌、贝母；腑实加大黄、芒硝；阴虚加生地、玄参、麦冬。随症选加1～2种，临床疗效显著。

【病案举例】

张某，女，47岁，2000年元月28日就诊。头痛、眩晕、半身不遂1h。有高血压病史，此次因玩牌情绪激动突感头痛，左半身不遂，肢体强痉拘急，狂躁呼叫，面红目赤，舌质红绛，脉弦有力。诊断为中风，属肝阳暴亢、风火上扰证。急用西药氯丙嗪镇静，甘露醇降颅压，6－氨基己酸止血。次晨经CT扫描确定为右大脑半球中部出血，血肿3cm×4cm，住院治疗5天，脑出血停止，病情稳定，但左侧肢体软瘫，面色偏白，气短乏力，舌质暗红无苔，脉细弦。此乃气虚血瘀，脉络失养致脑窍开启缓慢，肢体痿废失用。治以醒脑开窍，益气活血，行瘀通络法。用补阳还五汤加味：葛根60g，石菖蒲、当归各20g，川芎、赤芍、红花、桃仁、地龙、乳香、没药各15g，黄芪100g，党参60g，麝香0.1g（兑），冰片1.0g（兑）。用冷水浸泡，武火煎至沸腾，改文火煎20min，取药汁200ml，照煎3次，将3次药汁混合，以文火浓缩，最后保留药液500ml，分早、中、晚3次服，日1剂。连服1周后患肢已能拖动。原方葛根增至80g、石菖蒲30g、黄芪200g、党参80g，日1剂。连服1周后能下床活动。再将原方葛根增至100g、石菖蒲30g、黄芪250g、党参100g，减去乳香、没药、麝香、冰片，加土鳖10g、水蛭15g、制马钱子5g，仍一日1剂。其间由亲属对患肢揉、捏、拍、按，日2次，服药2周后，活动如初。后用脑心通、脑复康等药物巩固疗效，观察1年余无复发。[53]

张某，男，56岁，2000年2月18日就诊。突感头痛，半身不遂，语言謇涩，偏身麻木30min。有高血压史，经CT扫描确定为左大脑半球中部出血，血肿4cm×6cm，住院治疗7天，脑出血停止，病情稳定。但右侧肢体软瘫麻木，语言謇涩，面色偏白，气短乏力，舌红无苔，脉细弦。此乃气虚血瘀，脉络运行不畅，清窍未开，肢端

痿软。治以醒脑开窍，益气活血，行瘀通络法。方用补阳还五汤加味：葛根、党参各50g，赤芍、川芎、红花、桃仁、地龙、乳香、没药各15g，麝香0.1g（兑），冰片1.0g（兑），石菖蒲、当归各20g，黄芪80g。服用方法与例一相同，以后每5天将葛根、石菖蒲、黄芪、党参增量1次，仍一日1剂，并由亲属帮助做患肢按摩及屈伸活动。服药2周患肢已能抬起。从第三周起将葛根增至100g、石菖蒲30g、黄芪250g、党参100g，减去麝香、冰片，改用制马钱子5g，日1剂，再服药2周后，肢体活动自如，生活能自理。善后处理与例一大致相同，随访1年余效果良好。[53]

按：上两例在治疗过程中也偶有兼症，头晕、心烦、口干苦时加用石决明、胆草、栀子；咯痰或痰多时加用天竺黄、瓜蒌、贝母、竹沥；大便干燥时加用生大黄；口干渴时加用生地、玄参。但不是所有后遗症都适应补阳还五汤，临证必须辨证论治，若离开了这一基本精神，墨守成规或呆板套用现代研究证实的某些药理作用，很难收到预期效果，需注意的是黄芪在方中一定要重用，原方中黄芪用量很大，重在补气，气旺血亦行，祛瘀而不伤正。

四、中风

中风是以卒然昏仆，不省人事，伴口眼歪斜、半身不遂、语言不利，或不经昏仆而仅以㖞僻不遂为主症的一种疾病。现代医学中的脑血管意外包括脑血栓形成、脑栓塞、高血压脑出血、蛛网膜下腔出血等归属于本病范畴，为内科急症。究其病因病机，历代诸说纷纭，河间主火，丹溪主痰，明代医家张景岳提出“非风”理论，清代王清任则专以气虚立说，立补阳还五汤。近代医家张伯龙、张山雷、张寿甫总结前人经验，遵循《内经》：“血之与气并走于上，则为大厥”之旨，倡导“肝阳化风，气血并逆，直冲犯脑”之论，认识到本病发生主要在于肝阳化风，气血并逆，直冲犯脑所致。

中风多发生于年事较高者。气虚血瘀、本虚标实是本病的主要病机。王清任认为，人过半百元气已虚，气虚无力推动血行，使之瘀血偏滞于体，乃罹患偏瘫，是以创补阳还五汤补气活血祛瘀，治疗中风偏瘫。临证只要抓住气虚血瘀病机，则补阳还五汤屡试不爽。气虚血

瘀乃中风之本，气统血循经而行，环流不息，周而复始，营养全身，则身体功能强健。若气虚无力推动血行，致血液循环障碍，脉络瘀阻，肢体失其温煦濡养则发为中风偏枯。王清任这一论及中风的“气虚血瘀”学说得到了医家的广泛认同和重视，基于此观点所设立的补阳还五汤更成为临床上治疗中风的重要方剂。后世医家对有关补阳还五汤证及其病机、药效、药理等做了大量的研究，认为气虚是导致中风的最重要因素之一，气虚血瘀贯穿于中风病的始末，乃中风的最基本病机。

缺血性中风早用补阳还五汤：研究表明，缺血性中风时，氧自由基及其介导的脂质过氧化连锁反应是引起脑损伤的主要原因。由于大量氧自由基过耗了超氧化物歧化酶，致使缺血性中风患者体内超氧化物歧化酶降低，机体清除自由基能力下降，过剩的自由基与脑组织生物膜不饱和脂肪酸发生脂质过氧化连锁反应，产生大量丙二醛，使脑组织生物膜结构与功能受到损伤。补阳还五汤可提高机体清除自由基能力、降低脂质过氧化损伤而治疗早期缺血性中风。对于缺血性中风，补阳还五汤具有很好的对因对症的治疗作用，所以在临床治疗缺血性中风时应及早使用补阳还五汤。但对于出血性中风是否可以运用补阳还五汤还有异议。

出血性中风酌用补阳还五汤：有人认为，出血性中风急性期不可采用活血化瘀药，否则，会引起出血不止或再出血。又有人认为，黄芪具有补气升阳作用，对高血压的控制不利。但是临床实践中可以看到出血性中风运用补阳还五汤治疗仍具有相当的理论基础，对于活血化瘀药物的酌情应用，疗效也是肯定的。出血性中风其病机实质是血离经脉，脑脉痹阻，经络不通，致使脑髓壅滞，元神被困，五脏失统，六腑气闭，肢体失和。病机虽极复杂，但总不离瘀血。高血压脑出血与身体其他部位的出血不同，当脑实质内已变性的小动脉或微动脉瘤破裂出血后所形成血肿，即可以压迫局部而止血。因此采用活血化瘀药治疗高血压脑出血不会引起再出血。中医学认为“离经之血则为血瘀”，治疗“总以祛瘀为要”。对于出血性中风而言，症状的出现即是脑部有“瘀血”的表现。有瘀便需祛瘀，瘀去则正复血宁。药理研究表明，某些活血化瘀药具有加速和促进血肿溶化与吸收以解

除脑受压的作用，有利于神经功能的恢复。并且黄芪对血压的影响主要是降压，其对低血压患者有升压作用。同时，补阳还五汤中红花、地龙等在单味药理试验中均显示明显的降压作用，由此说明，有高血压的中风患者，补阳还五汤是适合应用的。但在治疗出血性中风时需特别强调的是辨证要十分的准确，且是关键。若辨证确实属于气虚血瘀者方可使用补阳还五汤；若为热盛火升、迫血妄行者则不可用之。

【病案举例】

苏氏[54]治疗一患者张某，女，56岁，2002年6月16日初诊。主诉：1周前于饭后突然感觉脸部麻痹，舌根拘紧，说话吐字不清。次日晨起，右手握物不紧，步态不稳，口眼歪斜，嘴角流涎，伸舌右偏。检查：形体丰腴，左眼裂较小，鼻唇沟变浅，口角略向右侧歪斜，伸舌右斜，舌质暗红，舌苔白，根部厚，脉弦紧。辨证属气滞血瘀，痰阻经络。治拟活血通络，祛瘀涤痰。方用补阳还五汤加味：当归6g，赤芍5g，桃仁10g，地龙3g，红花10g，黄芪30g，川芎6g，赤芍6g，桃仁10g，地龙3g，红花10g，黄芪30g，天竺黄15g，胆南星10g。10剂后行走较稳，右手握力增加，舌体活动灵话，口语逐渐清楚，口角流涎亦少，但痰粘且多。上方加僵蚕10g、浙贝母15g，12剂后语言正常，握物、行走如常。

按：患者由于气滞血瘀，出现脸部麻痹，舌根胀紧，痰湿阻闭经络发为中风。症见：口眼歪斜，流涎语謇，右侧肢体麻木无力等症。故治宜补气活血以祛瘀，涤痰通络以熄风。

患者刘某，男，64岁，2001年11月4日初诊。家人代诉：高血压病18年，4天前突然昏仆不省人事而入院治疗。检查：神志朦胧，昏沉嗜睡，两目自视，神情淡漠，反应迟钝，左侧肢体瘫痪，四肢湿冷，大小便失禁，舌暗淡，苔腻，脉沉细，血压12/8kPa，辨证属心肾阳衰，痰浊蒙蔽心包。治拟回阳救逆，补气通络，涤痰开窍。方用补阳还五汤加味：当归6g，川芎6g，赤芍5g，桃仁5g，地龙3g，红花3g，黄芪90g，党参30g，熟附子30g，巴戟天12g，石菖蒲12g，川贝母5g。服方2剂，患者神志较前清醒，四肢转温。上方去红花，加炙远志5g，锻龙骨、牡蛎各30g，续服2剂，神志清晰，四肢温暖，大小便可自控，再服上方10剂，病情稳定。继续用上方调理以

善其后。

按：本例神昏并肢体湿冷，大小便失禁，系心肾阳衰、真阳欲脱之危象，故投参附回阳救逆，昏沉嗜睡，两目自视，舌暗淡，苔腻，为痰浊内阻蒙蔽心包。施以补阳还五汤，既补气活血，又涤痰开窍。

原氏[55]治疗一患者，男，55岁，干部，2002年2月21日就诊，自诉早晨起床发觉左侧肢体全瘫，随即送市医院神经内科，头颅CT示：右侧前额颞部低密度灶，诊断为脑梗死，经脱水、降颅压及扩血管治疗1个月余，肢体活动略有好转，遗留左侧肢体活动障碍，肌力1~2级，肌张力高，腱反射活跃，病理征阳性，神疲气短，二便如常，舌质暗，苔白，脉细涩无力。辨证为气虚血瘀、脉络瘀阻之中风中经络，方选补阳还五汤加减：黄芪80g，当归12g，赤芍15g，川芎15g，桃仁12g，水蛭10g，地龙12g，红花、羌活、独活各6g，牛膝30g。水煎服，每日1剂，经60天治疗，患者左侧肢体活动自如，肌力5级，除活动后乏力外，无其他不适。

按：补阳还五汤出自清代名医王清任之《医林改错》，临床用以治疗气虚血瘀之病证，中风后遗症多由于气虚脉络瘀阻而致经脉不通，肢体肌肉失于气血濡养，废而不用，久之脏腑运化功能失调，气血不足，肢体脉络空虚，瘀阻加剧，治疗本病应紧扣气虚血瘀之病机，重用黄芪以补气，资气血生化之源，使气旺以推动瘀滞之血液，且祛瘀而不伤正，配当归养血，合赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙活血化瘀通络，全方合用使气旺血行，扶正祛邪，瘀祛络通，实属治疗中风后遗症之良方。

五、中风后遗留肢体疼痛

应氏[56]治疗患者陈某，男，65岁。初诊日期：1997年10月11日。患者于半年前因患“脑梗死”住本院治疗。病情好转而出院。出院后留下左上、下肢活动不利之后遗症，且感左上、下肢疼痛，常用布洛芬缓释胶囊治疗，因不良反应大，难以忍受。舌暗红，苔薄白，脉细弦。查体：左上肢肌力2级，左下肢肌力4级。中医辨证为气虚血瘀、脉络不通，治拟益气活血、通络止痛，予上方，黄芪取60g，1个疗程后疼痛明显改善，2个疗程后疼痛缓解，肢体功能也有

所恢复，左上肢肌力恢复至4级，左下肢肌力恢复至5级。

按：中风后残留肢体疼痛大多由于正气亏虚，气虚不能运血，瘀阻脉络所致。当宜益气活血、通络止痛治之。应用补阳还五汤加味，方中重用黄芪以益气，因“气为血之帅”，当归、川芎、赤芍、桃仁活血化瘀，地龙通络解痉，白芍和血柔筋，配甘草解痉止痛；鸡血藤具有行血补血、舒筋活络作用，其性平和，行血而不破血，补血而不滞血，故也予重用；穿山甲长于走窜经络，行散瘀滞，《本草从新》谓其“善窜，走能行散，通经络，达病所”。诸药合用，共奏益气活血、通络止痛，切中病机，乃获良效。

根据以上临床实践验证，缺血、出血性中风大都与气虚血瘀关系密切，补阳还五汤确是治疗本类中风比较理想的方剂。治疗中风的关键在于纠正和恢复脑部供血，而补阳还五汤集补气、活血、通络于一方，通过益气活血以祛除脑府之瘀、改善脑部血液循环，则中风向愈。故中风患者只要其病机系气虚血瘀，则可放心用之，而且疗效较为显著。值得注意的是，对补阳还五汤的药理研究表明其具有扩张脑血管的作用，因此，也有人提出出血性中风在不稳定期应用恐有引起出血增加之虞，故此时最好慎用此方。如确需应用则应加入适量止血药物如三七粉、大黄粉等。在中风恢复期及后遗症期，则应及时应用补阳还五汤扶正治本、益气活血，使患者早日康复，并预防复发。

六、中风后遗症

对中风的认识，历代医家意见不一，唐宋以前侧重外风立论，认为“内虚外风入中”。金元以后诸家创立内风之说，河间主火，东垣主虚，丹溪主痰，景岳直名非风，才认识到还有火盛、气虚、痰湿、阳亢等，内风是主要病因，王清任著《医林改错》说：“半身不遂，亏损元气，是其本源”，非因跌仆得半身不遂，实因气亏得半身不遂，并制定补阳还五汤治疗中风后遗症，对辨属气虚血瘀证有明显效果，现代医家认为其病因病机主要为机体积损正衰，脏腑阴阳失调，气血运行失常，痰湿内盛，复因忧思恼怒，或恣酒饱食，或房室劳累诱发，以致阴亏于下，阳浮于上，肝阳暴张，阳化风动，扰动气血，血随气逆，风火挟痰，上冲于脑，蒙敝心窍，横窜经络，形成卒然昏

仆，半身不遂而发病。而血瘀与瘀阻，贯穿于中风急性期、缓解期与恢复期之中，近年通过血液流变学研究发现：其血液多呈浓、粘、凝、聚状态，血球和血浆成分出现异常变化的血瘀现象，可能是向中风转化的物质基础，中风后遗症多属本虚标实之证，且本虚多，标实少，本虚为气虚、肾虚、肝阴虚，标实为血瘀、痰阻、肝风内动，本虚是中风的异中之同，标实是中风的同中之异。

【临床应用】

柏氏[57]以补阳还五汤为基本方加减，临床观察病例80例，强调未病先防，治疗过程中辨证加减活血通络之品，效果显著。韩氏[58]认为在原方的基础上加减成气血并重之方，更有益于发挥疗效，重视不拘泥于古方，但应遵守方意，并且临床应用时应尽量早使用本方。周氏[59]对于其方名有较深的研究，进一步揭示出补阳还五汤的具体的含义，对于指导临床实践有很重要的意义，重视方中黄芪的用法，临床效果较好。

【病案举例】

柏氏[57]治疗病例：刘某，男，49岁，患者因右侧肢体无力1年余，于2003年12月28日初诊。述1年多前无明显诱因突然昏倒，口眼歪斜，流涎，语言不清，无昏迷、抽搐，于遵义某医院诊断为“脑出血”，经西医治疗病情缓解，现仍感右侧肢体无力，伴口角向左歪斜，记忆力明显减退。有10余年的高血压病史。查体：口角向左歪斜，伸舌偏右，左侧鼻唇沟变浅，右上肢肌力1级，右下肢肌力3级。在西医治疗基础上配上方内服，4剂后，右上肢肌力为2级，右下肢肌力4级，10剂后，右上肢肌力3级，右下肢肌力4级，药已大效，语言清晰，步履有力，口歪已正。

郑某，男，70岁，因口角流涎伴右侧肢体麻木2年余，于2004年1月入院。述2年多前突发口角流涎，右侧肢体麻木，头昏、头痛以顶部痛为甚，失眠多梦，无呕吐、抽搐、二便失禁及意识障碍等症，曾于遵义某医院做CT检查示：“右侧半卵圆中心腔梗”。经西医治疗稍缓，现感右侧肢体麻木，口角流涎。体查：口角向右歪斜，伸舌偏左。予以配服上方，3剂后即获神安人寐，麻木好转。患者年近七旬，正气已虚，气不运血，脉络瘀滞，故黄芪独重，大补元气，辅

以当归12g、川芎9g、红花12g、桃仁12g活血，桂枝9g、橘络9g、桑枝12g、制地龙9g通络。10剂后口歪已正，已不流涎，痊愈。

按：《证治汇补·中风》篇云："平人手指麻木不时眩晕，乃中风先兆，须预防之，宜慎起居，节饮食，远房帏，调情志。"中风一病，一经发生，病情较重，尤其是卒中昏迷而程度较深者，预后不佳，虽经救治，后遗症亦往往不能在短期内恢复，且有复中之可能，因此，与其治疗于既中之后，不如预防于未中之先。在未病之前，如有中风预兆，特别是年逾四旬，而经常出现头痛眩晕，肢麻肉瞤，以及一时性语言不利等症者，必须加强防治。并结合针刺、气功等疗法，以提高防治效果。

韩氏[58]治疗病例：王某，女，28岁，以突然晕倒，不省人事1天为主诉入院，检查：神志不清，呼之不应，呼吸微弱，急送观察给予吸氧，降颅压对症处理，于第三天苏醒，呼之可应，但失语，右侧肢体瘫痪，又经中西医结合治疗8天后，病人完全脱离危险，每日可进流食四两，二便调，按中医辨证观已由入院时的中风、中脏腑、闭证型转为中风半身不遂后遗症、气虚血瘀型，药用黄芪60g、当归15g、川芎15g、赤芍15g、红花10g、桃仁10g、地龙10g、丹参30g，每日1剂，文火煎服。西药除能量合剂每天静脉点滴1次外，均停其他药物，3剂服完即见转机，在续5剂服完，在家属的搀扶下即可下床抬动右腿迈步在房内活动，并能发出简单字音，连服13剂后，病人感觉右腿已能用力，右手指可稍微屈伸但不能抬肘，能和旁人进行简单的对话，家属要求带药出院。

按：补阳还五汤为王清任专为中风之后留下半身不遂等症而设，本次观察亦专为恢复中风之后半身不遂而设，从资料来看，也颇有效验，应用本方应遵古法而不泥古方，在原方重补气的基础上变化为气血并重似乎更为适宜本证证候；恰当选择适应症，无论是脑出血还是脑血栓形成，均有脱离危险后，经中医辨证为中风后遗症、气虚血瘀型者，无其他并发症为本方治疗对象；运用本方越早越好，本方有预防复中的作用；服药过程中要配合鼓励患者肢体活动锻炼，树立恢复的信心，可增进恢复进展。

周氏[59]治疗患者刘某，男，53岁，2001年9月5日初诊，主

诉：头昏，右半身不遂，肌力0级，舌质紫暗，脉缓涩，证属气虚血瘀、脉络瘀阻，治宜益气活血通络。方用补阳还五汤加减应用：炙黄芪60g，当归10g，川芎10g，桃仁10g，红花6g，赤芍10g，地龙10g，夜交藤18g，菖蒲10g，伸筋草30g，葛根30g，泽泻10g，丹参30g，广三七10g，生甘草3g。上方连服5剂后，右侧上下肢肌力转为2级，能在床上活动，宗上方加减连服1个月余，右侧上下肢肌力恢复正常，能独立行走，生活能自理，病情痊愈，嘱将上方10剂研细末，蜜制为丸，每丸10g，早晚各服1丸以固效。

按：中风通过救治，神志清醒后，多留有后遗症，如半身不遂、言语不利、口眼歪斜等。半身不遂其病机多有气虚血滞，或肝阳上亢致脉络瘀阻，而致肢体废不能用；语言不利多有风痰阻络或肾虚精亏而致音喑失语；风痰阻络也可致口眼歪斜，而其中半身不遂尤为多见，气虚血滞为主要病机，王氏比拟人体阳气有十成，分布周身，左右各得其半，若亏五成而剩五成，十去其五则气亏，归并一侧则半身不遂，故创用本方，使气足血行，瘀去络通而还五，气行周身则十全矣，故方名补阳还五汤，治宜补气为主，兼以活血通络，方中重用黄芪大补元气，使气旺以促血行，祛瘀而不伤正为君药，当归尾、川芎、赤芍活血和营，桃仁、红花、地龙化瘀通络。本方黄芪用量较大，但宜从小剂量开始，逐渐递增，加葛根、丹参、广三七增加活血化瘀之力，伸筋草、桂枝舒筋通络，增大了补阳还五汤的适应症和治疗范围。现代医学从黄芪、川芎、丹参、葛根、三七等中药中提取有效成分制成单味制剂，广泛用于治疗心脑血管疾病，取得了很满意的疗效，如从三七中提取的三七总皂苷，能增加脑血流量，扩张脑血管，改善血流动力学，降低脑缺血再灌注损伤所致的卒中指数，减轻脑水肿，能抑制血栓形成，有延长凝血时间的作用，对缺氧所致的脑损伤具有保护作用；葛根中提取的葛根素注射液能通过血脑屏障进入脑内，具有降低血压，降低胆固醇和血黏度，改善缺血区微循环的作用。

七、脑梗死

急性脑梗死是指局部脑组织细胞因血液供应不良而发生的坏死，

引起血液供应障碍最常见的血管病变是动脉粥样硬化和在此基础上发生的血栓形成，如果侧枝循环在短时间内得不到及时建立，则易致脑梗死，脑梗死属中医学“中风”范畴，不论缺血性中风或出血性中风，都是一个错综复杂、因果交替的恶性循环关系。气虚是致病的根源，血瘀是中风发生、发展的核心，“人行坐动转，全仗元气，若元气足，则有力，元气衰，则无力，元气绝，则死矣”。中医学认为，心主血脉，血为气之母，气为血之帅，气行则血行，心气虚，则推动无力，导致血脉瘀滞，所以脑梗死的病理基础为本虚标实，临床表现为虚实挟杂、气血瘀阻为主。对于脑梗死的治疗，除活血化瘀、清除脑络瘀阻外，还当补气行滞，使气旺血运，气行瘀除，瘀去而生新。

【临床应用】

闫氏[60]应用补阳还五汤为基础方加减进行治疗急性脑梗死，临床观察病例57例，疗效显著。李氏[64]认为脑梗死属中医“中风”范畴，基本病机为气虚血瘀痰阻，治当活血通络，而中风既久，必然由瘀酿痰，脉络阻滞，痰瘀交阻，所以在活血通络的同时祛痰开窍，临床治疗效果显著。朱氏[65]以补阳还五汤为基本方辨证，全舌紫暗、脉涩加益母草、丹参；语涩加石菖蒲、远志；痰多加制半夏、天竺黄；纳差、苔白厚加白术、扁豆，取得了满意的疗效。陈氏[66]基于补阳还五汤药理临床研究，认为适于治疗缺血性脑血管病，治疗病例31例，疗效满意。

【病案举例】

闫氏[60]临床观察：一般资料：本组57例均根据临床症状及CT确诊为急性脑梗死，其中男42例，女15例，年龄40～75岁，平均53岁，患病时间6h以内。诊断标准：根据人民卫生出版社第三版《内科学》中脑梗死的分类和诊断，以及国家中医药管理局编制的《中医病证诊断疗效标准》，全部病例均符合现代医学脑梗死及中医中风的诊断。病例选择：①中老年患病。②急性脑梗死在6h以内，首次发病或复发性梗死未留下神经功能缺损。③无意识障碍。④瘫痪肢体肌力在3级或3级以下，神经功能缺损评分在5～40分。⑤经头颅CT排除脑出血者。治疗方法：中药内服以补阳还五汤为基础方加减：黄芪30g，当归、牛膝各12g，赤芍、川芎、地龙、桔梗、枳壳

各9g，桃仁6g。加减：口眼歪斜者加白附子、僵蚕各9g，全蝎6g；语言不利者加远志9g，石菖蒲、郁金各21g；痰涎壅盛者加瓜蒌30g，竹茹12g；肌力恢复较差者加伸筋草18g，丝瓜络12g，1剂/天，水煎服，20天为1个疗程，一般需服3～5个疗程，中药针剂黄芪注射液20ml，加生理盐水250ml；血栓通注射液（主要成分为三七总皂苷）12ml，加生理盐水250ml，静脉点滴，1次/日，连用20天。治疗结果：治愈（症状及体征消失，基本能独立生活）29例；好转（症状及体征好转，能扶杖行动，或基本生活能自理）22例；无效（治疗后症状及体征无改善）6例，痊愈率为50.88%，总有效率为89.47%。

按：脑梗死的病理基础为本虚标实，临床表现为虚实夹杂，以气血瘀阻为主，故应治以益气活血为法，因此拟组方中，重用黄芪、当归培补元气，活血养血，使瘀血去而不伤气；配红花、川芎、赤芍、地龙、牛膝等，活血祛瘀通络而引血下行；佐桔梗、枳壳疏通气机。全方配伍恰当，药力专猛，通行周身，体现了中医“气行则血行，血行风自灭”的治疗原则，黄芪注射液与血栓通注射液合用可益气活血，抑制血小板聚集，改善红细胞变形性，降低血液的浓度、粘度及凝滞度；增强心功能，增加心输出量，扩张脑血管，增加脑血流量，建立侧枝循环，有利于脑组织的血液供应，改善病损脑组织的血氧供应，促使病变的神经功能得以恢复，脑血流量增加后，可调节五羟色胺、乙酰胆碱等神经递质的浓度和分布，兴奋脑细胞，对脑组织恢复生理平衡起调节作用，也可使未受累的脑组织产生功能代偿。另外，中风时中枢的部分神经元受损，但椎体囊并未受损，下运动神经元的功能也是正常的，因此，益气化瘀可疏通经络，兴奋大脑的高级运动中枢，帮助恢复和重建正常神经传导功能。

李氏[61]治疗患者兰某，男，72岁，2002年3月11日就诊，2月前突然神志如清若昧，偏左半身不遂，颅脑示双基底节区脑梗死、脑萎缩，西医诊断为脑梗死，中医辨证为中经络型中风，有高血压史10余年，冠心病史5年。平日头晕痛，大便结燥，身体左侧常出现麻木状，尤以左手小指为甚，现左半身不遂，口眼歪斜，舌强语謇，四肢软弱无力，疼痛，肌肤麻木不仁，舌质红，苔腻，脉沉细弦。查

颈软，左侧上、下肢肌力为0度，左侧巴氏征强阳性。扫描可见脑水肿，右脑缺血病变所示低密度区，无出血性病灶。方用补阳还五汤合指迷茯苓丸：生黄芪40g，当归、地龙、络石藤、白芥子、半夏各15g，炒赤芍、川芎、桃仁、水蛭、枳壳各12g，红花10g，茯苓30g，酒军9g，甘草6g，芒硝6g（冲服），3剂，每日1剂，水煎服3次，服10剂后黄芪用量加至90g，另加石菖蒲12g，左手能握，左足能拄拐策杖而行，头痛腿疼等症改善，前方水蛭改用3g，减去络石藤加木瓜15g、怀牛膝18g，再服12剂，已能扔杖独立行走，上下11层楼，生活能完全自理，舌强语謇悉除，口眼歪斜痊愈，左下肢肌力为4度，左上肢肌力为4度，左侧巴氏征（－），但下肢仍软。治以养肝补肾壮筋骨，药用太子参、当归、怀牛膝、山药、地龙各15g，生黄芪、生地各30g，白芍、赤芍、川芎、山茱萸、木瓜、茯苓各12g，红花10g，狗脊20g，水蛭3g，以巩固疗效，随访未再复发。

按：脑梗死属中医“中风”范畴，基本病机为气虚血瘀痰阻，治当活血通络，而中风既久，必然由瘀酿痰，脉络阻滞，痰瘀交阻，所以在活血通络的同时祛痰开窍，故用指迷茯苓丸以消瘀化痰而开窍，获较好疗效。

朱氏[62]临床观察：一般资料：病例均为本院门诊病例，主要表现为口角歪斜，语言不清，手足不灵，半身麻木或双下肢活动不利等。参照全国第二届脑血管病学术会议相关诊断标准及头颅CT检查确诊，随机分为2组。治疗组34例，男性19例，女性15例，年龄最大86岁，最小42岁，病程1～2天21例，3～4天13例，伴高血压病32例，糖尿病12例，高脂血症15例。对照组34例，男性16例，女性18例，年龄最大79岁，最小46岁，病程1～2天16例，3～5天18例，伴高血压病19例，糖尿病6例，高脂血症15例。两组一般资料具可比性，（$P>0.05$）。治疗方法：治疗组予补阳还五汤：黄芪40～60g，当归尾10g，赤芍6～10g，川芎6～10g，地龙3g，桃仁5～10g，红花3～5g。全舌紫暗、脉涩加益母草、丹参；语涩加石菖蒲、远志；痰多加制半夏、天竺黄；纳差、苔白厚加白术、扁豆。每日1剂，水煎2次，早晚分服。对照组予脉络宁注射液20ml加入0.9%氯化钠注射液250ml静脉点滴，每日1次。两组均酌

情对症治疗，治疗15天后统计疗效。疗效标准：临床治愈：症状全部消失，可恢复工作或操持家务；显效：症状大部消失，有1项功能缺损未恢复者；有效：症状部分消失，2项以上功能缺损未恢复者；无效：症状未消失，功能缺损未见恢复者。治疗结果：治疗组34例，临床治愈18例，显效8例，有效6例，无效2例，总有效率94.12%；对照组34例，临床治愈14例，显效4例，有效7例，无效9例，总有效率73.53%。治疗组疗效优于对照组，($P<0.05$)。

按：腔隙性脑梗死是缺血性脑血管病一种重要的亚型。本病临床症状较轻，表现为口角歪斜，言语不清，手足不灵，半身麻木，或双下肢活动不利，全身乏力，舌质紫暗甚则全舌青紫，脉细涩或缓，证属气虚血瘀。补阳还五汤具有补气活血通络之功，重用黄芪取其力专性走，使气旺血行，瘀祛络通，诸症渐愈。药理研究表明，黄芪具有显著降血压及降低脑血管阻力功效，活血化瘀药能改善血液的浓、凝、聚倾向，改善脑循环。故采用补阳还五汤施治，疗效满意。

陈氏[63]治疗患者袁某，68岁，铁路干部，患者10年前发现有高血压，长期服用降压药及血管扩张药物，经常头晕头痛，于1998年3月15日晨起突然口角歪斜，语言不利，右手不能握物，麻木，右下肢行走沉重无力，头晕乏力，动则汗多，患侧肢冷，舌质淡胖，舌边有瘀点，苔白，脉弱，血压21/12kPa，在韶关市一人民医院做头颅CT检查，诊为基底部梗死伴桥脑多发性梗死，此乃阳虚气弱、脉络瘀阻所致，拟补气温阳化瘀通络为治。加味补阳还五汤加减：黄芪60g，桂枝10g，茯苓20g，归尾6g，赤芍15g，红花5g，丹参20g，怀牛膝10g，僵蚕10g，葛根25g，加适量清水煎服，每日1剂，复渣煎服，每日饮2次，并用5%葡萄糖250ml加血栓通10ml静脉点滴15天，服药后患者肢体转温，麻木大减，手足已能活动，惟面部仍感麻木时有流涎，脉浮滑，此乃阳气渐至之象，再守方20剂，肢体麻木消失，履步如常，言语清晰，患者除面部仍有轻度麻木外其余已正常，守方再服10剂以巩固疗效。

按：补阳还五汤中当归、川芎能降低血小板表面活性，抑制体外和体内血小板聚集，对已聚集的血小板有解聚作用，能预防血栓形成；黄芪有增强机体免疫功能，提高应激能力，抗衰老，抗氧化作

用，能促使造血功能损伤后的恢复，并改善心脑供血；桃仁醇提物有明显的抑制血凝作用，能扩张周围血管，减少血管阻力，增加血流量；地龙能抑制血栓形成和促进血栓溶解，有强抗凝血作用，并能使已凝固的纤维蛋白溶解，通过降低血液黏度，抑制血小板聚集，提高红细胞膜的稳定性和变形性而改善血液循环；红花能抑制血小板聚集和增强纤维蛋白溶解，有抗凝血作用，能防止血栓形成和发展，促进血栓的溶解，改善循环；桂枝中的桂皮醛有中枢性及末梢性扩张血管的作用，能改善血液循环，桂皮油能使血管扩张，调整血液循环；葛根能扩张冠状动脉血管和脑血管，葛根素能抑制血小板凝集等作用；加味补阳还五汤可根据缺血性脑血管病在中医临床上的各种分型灵活加减化裁，特别是发病半年以内者的疗效优于半年以上者，因此对缺血性脑病要及时诊断，争取时间治疗，方能取得满意治疗效果，加味补阳还五汤加血栓通对已发生的缺血性脑病患者尽快改善脑部血循环，增加缺血区的血流及氧的供给，清除脑水肿，保护“边缘地带”即缺血半暗带区，以免病情进一步加重起着非常好的作用。

第八节 血液和造血系统疾病

一、血小板减少性紫斑

【病案举例】

王氏[64]治疗患者杨某，女，24岁，1994年10月8日初诊。鼻衄、齿衄1年余，有时因不慎撞击皮下则出现青斑。2个月前曾发烧，随月经来潮量多，色鲜红，出现周身皮下瘀斑瘀点，经市医院诊断为急进型血小板减少症，入院治疗病情稳定出院。刻诊：鼻衄、齿衄发作，四肢皮下有点块状出血，色紫、红，面部周身黄染，巩膜不黄，神倦纳呆，口干，时饮，舌紫有瘀斑，苔薄黄，脉弦细。查：血小板38×10^9/L，此乃气虚血瘀，脾不摄血而外溢，治以益气理脾、摄血活血、通络祛瘀，方用补阳还五汤加减。处方：黄芪30g，党参20g，地龙10g，紫草15g，当归15g，赤芍10g，川芎15g，桃仁10g，红花5g，大黄5g，贝母5g，生地10g，茯苓15g，犀角粉5g，投药8

剂，诸症减轻。查：血小板 60×10^9/L，效不更方，继投 15 剂。查：血小板 91×10^9/L，守方去桃仁、川芎、地龙、犀角，加熟地 15g，阿胶 10g，健脾滋源，为固疗效共投 45 剂，病痊愈。

按：本病中医属“血证”范畴，初得时气升血旺，溢于脉络，则气血亏损，留而成瘀，血不循经而泛溢。《血证论》曰：“载气者血也，而充血者气也，人之生也……血脱气不脱，虽危犹生，一线三气不绝，则血可得生，复还其故，用补阳还五汤加减竟在补气。”

二、慢性再生障碍性贫血

慢性再生障碍性贫血当属于中医学“虚劳、血虚、血瘀”的范畴，是一组由于多种原因引起的骨髓造血组织功能衰竭，出现以全血细胞减少为主要表现的疾病。中医临床可分为气虚、血虚、瘀血 3 型，中医认为，血液的生成依赖于水谷中的精微物质，经过脾胃的运化，肺气的宣发，营气的参与，注于心脉之中化生血液。再生障碍性贫血的原因不外六淫、七情、饮食不节、房劳过甚、邪毒直中、伤及气血而发病，出现气虚、血虚、瘀血的证候。《内经》曰：“精气内夺则积虚成损，积损成劳”。现代医学认为，再生障碍性贫血的发病机制有 3 个方面，即造血干细胞缺乏，骨髓微环境损伤及免疫缺陷。临床辨证时宜将其作为一个用药参考，属造血干细胞衰竭型为瘀血型，骨髓微环境损伤为气虚型，免疫缺陷为血虚型。临床上以瘀血型多见，用活血化瘀药可以改善血液循环，有利于造血干细胞的生长、发育、分化。现代研究发现，活血化瘀中药具有抑制抗体形成，调节辅助性 T 细胞和抑制 T 细胞平衡的作用。慢性再生障碍性贫血往往病程较长，久病多瘀，瘀血不去，新血不生。补阳还五汤治疗再生障碍性贫血有比较满意的疗效。

【临床应用】

李氏[65]应用补阳还五汤治疗慢性再生障碍性贫血，随症加减红参、熟地等补气养血之品，疗效显著，对于扩展补阳还五汤的临床应用范围有促进作用。

【病案举例】

李氏[65]临床观察 68 例均为门诊病例，全部病例均经化验确诊。

其中35～45岁32例，45～55岁35例，55岁以上1例。男性51例，女性17例，发病史5年以内者51例，5年以上者17例。治疗方法：均以补阳还五汤加减治疗。气虚型：黄芪60g，当归12g，桃仁12g，赤芍12g，川芎10g，炙地龙12g，红参10g；水煎服，日1剂。血虚型：黄芪60g，当归15g，桃仁12g，赤芍12g，川芎10g，炙地龙12g，生地15g，熟地15g，水煎服，日1剂。瘀血型：黄芪60g，当归12g，赤芍15g，红花15g，桃仁12g，川芎10g，炙地龙12g，三七粉6g，水煎服，日1剂。治疗效果：68例慢性再生障碍性贫血患者，32例服中药3个月显效，服6个月症状消失，验血正常，继服中药3个月，停药后3个月随访无复发；28例服中药6个月显效，服中药1年症状消失，验血正常，继服中药3个月，停药6个月后随访无复发；6例服中药1年显效，加服雄性激素和糖皮质激素，继服中药3个月痊愈，再服3个月巩固疗效；2例服中药3个月因个人不愿意继服中药，改用他法治疗。

按：补阳还五汤具有补气活血、祛瘀通络之功效。本方由补气药和活血化瘀药相配伍而成，血为气之母，气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀。方中重用黄芪，补气力量尤甚，气生则血也生，因此属气虚型者以补阳还五汤加红参，血虚型加生地、熟地。临床上属瘀血型者多见，在原方的基础上冲入三七粉6g，加重活血化瘀的药物，瘀血去则新血生，有活血止血的功效。再生障碍性贫血病人对药物治疗有相当大的依赖性，需较长时间的治疗，当临床症状消失，实验室检查基本恢复正常后仍然需要治疗一个阶段，这样才能取得较好的疗效和较长的生存期。

三、血小板增多症

原发性血小板增多症系骨髓增生性疾患。其特征为骨髓中巨核细胞过度增生，血中血小板数量异常增多，并可伴有质量异常。临床主要表现为出血倾向和血栓形成。中医归属“血瘀”症，用补阳还五汤加味治疗，临床疗效令人满意。

【病案举例】

瞿氏[66]治疗患者赵某某，女，70岁。偶然检查时发现血小板增

高，诊断为原发性血小板增多症。经省属医院血液科住院治疗，血小板下降。出院后服用羟基脲控制，患者服用后不良反应大，改用中医治疗。初诊于2000年11月。自诉神疲乏力，睡眠不安，担忧血小板凝聚血管阻塞致四肢不用。测血压18.67/10.67kPa，纳便如常，苔薄、脉濡。血常规复检：血小板486×10^9/L，白细胞1.1×10^9/L。中医辨证为气虚血瘀证。治宜益气活血化瘀，投补阳还五汤加味。处方：黄芪30g，当归、赤芍、川芎、丹参、地龙、川牛膝各10g，红花5g，桃仁12g，芫蔚子15g，14剂。每日1剂，水煎2次分服。二诊：服上方2周后，诸症好转，复查血小板计数为196×10^9/L，已有明显下降。后再守上方，随四时变化，稍作加减：冬季天寒加桂枝；夏季口干加石斛。连续服药达1年余，血小板一直维持在正常范围。

按：以补阳还五汤益气活血，化瘀通脉，加丹参、芫蔚子以增强活血化瘀之效；川牛膝活血通经，引血下行，以防梗死。“血得塞则疑”，故冬季加桂枝温阳通络；夏季炎热伤津，加用石斛以滋阴润脉。医者体会，用中药活血化瘀法治疗血小板增多症，不仅能有效减少血小板而改善病情，同时也能维持白细胞数量，不致于明显下降。

四、缺铁性贫血

【临床应用】

翁氏[67]应用补阳还五汤加味治疗一例重症缺铁性贫血，加减杜仲、枸杞、白术、党参、陈皮、酸枣仁之品，取得了比较满意的疗效，扩大了补阳还五汤的临床应用范围。

【病案举例】

翁氏[67]治疗患者李某某，男，67岁，以反复发作头晕，心悸气促5年，加剧1个月为主诉入院，入院时头晕目眩，双眼干涩，耳鸣如潮，乏力，心悸气短，嗜卧懒动，活动则症状加剧，行走百米须歇息2~3次，双腿酸软无力，畏寒，食纳差，口干苦燥，大便干结，舌淡暗，边有瘀斑，苔薄腻，脉浮弦数，稍按即无，患者1992年始因反复黑便伴头晕乏力，在新疆医学院二附院行骨髓穿刺检查，诊为“缺铁性贫血”，平时经常服用利血生、硫酸亚铁、阿胶浆等药物，

近1个月，自觉症状加剧，服用硫酸亚铁、鲨肝醇、维生素 B_4 等药效果不佳，于1997年7月24日入中医病房治疗，查体：精神萎靡，颜面、口唇、睑结膜、爪甲苍白，胸骨无压痛，心率100次/min，心音较低钝，上腹压痛，脾左肋下1cm，化验：血红蛋白66g/L，白细胞计数 3.5×10^9/L，中性粒细胞占62%，淋巴细胞占38%，血小板 128×10^9/L，出血时间1min，凝血时间1.5min，总铁结合力升高为124μmol/L，网织红细胞1%，血清铁28.1mmol/L，尿潜血（+），便常规无特殊异常，肝肾功正常；B超：慢性胆囊炎，肝内外胆管轻度扩张，脾大，胰腺、心脏未见异常；胃镜：十二指肠球部溃疡，慢性浅表性胃炎；诊为缺铁性贫血，中医诊为虚劳（气血俱虚，兼挟瘀滞）。患者病情较重，治疗以补益气血，辅以活血行瘀为法，处方以补阳还五汤加健脾补肾之剂，药用：生黄芪30g，当归、川芎、赤芍、党参、杜仲、枸杞、陈皮、酸枣仁、白术、地龙各10g，桃仁、红花各6g，鸡血藤20g，上方服6剂，即觉头晕耳鸣减轻，饮食有味，但感口干不适，酌加麦冬、五味子，患者于8月18日痊愈出院，随访半年，无复发。

按：本例患者由于长期贫血，而气血互根，血少则气无以附，导致气血俱虚，又加食纳素差，脾胃运化无能，气血生化乏源，更加导致气血亏虚而难于恢复，气为血帅，脉为血府，气虚不能推动血液运行，血少脉络空虚，血行因之而滞涩，故留着成瘀。胁下肿块、舌边瘀斑为瘀血内阻之明征，且瘀血不去，新血难生，故本例治疗在补益气血的基础上，必须辅以活血行瘀之法。补阳还五汤为治疗中风后遗症气虚血瘀型的经典方剂，其立方主旨为补益气血，活血通络，正合本例之治疗大法，故加味用之而收异病同治之效，因患者临床症状较重，脏腑之气俱见损伤，故加用党参、白术以健运脾胃，使气血生化有源，且能统摄血液使血不离经；加杜仲、枸杞补益肝肾，使血有所归，精有所藏；加酸枣仁、鸡血藤配参、芪以补益心气，使心有所主，诸药合用，使气血旺盛，瘀血消化，脏腑功能调和而收到良好的效果，通过本例，亦更加说明了中医辨证论治的重要性。

第九节 循环系统疾病

一、血管闭塞性脉管炎

蔡氏[68]治疗患者张某某，男，38岁，2004年3月5日初诊，主因间歇性跛行2个月就诊，感双下肢乏力，行走困难，双下肢发凉，刺痛，麻木，体检双足趾颜色发黑、以左侧为甚，左足背动脉搏动减弱，舌质暗红，苔薄白，脉沉细而涩，西医诊断血栓闭塞性脉管炎1期，中医辨证气虚血瘀，治以补阳还五汤加减：黄芪30g，当归20g，赤芍15g，川芎10g，桃仁10g，红花10g，地龙20g，穿山甲10g，党参20g，丹参30g，每日1剂，水煎服，15剂后行走如常，双下肢麻木刺痛等不适消失，足趾颜色正常，足背动脉搏动正常。

按：血栓闭塞性脉管炎目前病因不明，是一种慢性、进行性、闭塞性炎症，中医多认为气虚血瘀，脉络不通所致，方中重用补虚之品黄芪来益气升阳，又运用大量的通脉活血之品，如当归、川芎、丹参、桃仁、红花等，此方体现了“气行则血行，血行则瘀消”。

二、输液性静脉炎

近年来，输液性静脉炎的发病率逐年上升，与输入的药物、输液时间、及输液时的消毒情况有很大的关系，西医疗效不是很理想，而改用古方补阳还五汤加味对输液后产生的静脉炎进行治疗，显效尤佳。

【临床应用】

莫氏[69]以补阳还五汤为基础方，临床辨证加减桂枝、羌活、威灵仙、桑枝、白酒等祛风和营，消栓通脉，辛散行气之品，疗效显著。

【病案举例】

莫氏[69]治疗患者陈某，男，42岁，1994年1月23日诊。右上肢疼痛5天。患者于1天前因重感冒予输液治疗，输后于第四天右上肢疼痛，活动受限，上肢掌面可见青筋突起呈条索状，经热敷5天症

不减。查右上肢以腕上至腋下皮静脉流向怒张，触及有如竹筷样硬性条索状物，周围皮肤色红，肿胀，灼热，疼痛。舌质红，苔薄黄，脉弦滑。经服本方加入蒲公英、蜈蚣等3剂而愈。

按：输液性静脉炎是现代医学中临床常见病之一，由液体输入刺激性药物或长期输入液体引起皮下静脉炎性渗出，充血水肿，管腔变窄致使静脉回流不畅，甚至阻塞或局限阻塞。中医为经脉突起之症，属“痹病”一类，病机多系气血不和，表邪侵袭，络脉凝结，不通则痛。临床大部分病例表现为沿上肢掌面或背面皮静脉流向出现条索状或血栓样硬性物，病变区呈寒凉性或灼热样疼痛为主要特征。方用补阳还五汤，系古代用于中风后遗证半身不遂症的名方，加入桂枝、羌活、威灵仙、桑枝等药物益气活血、祛风和营、消栓通脉，再入白酒辛散之品，善通血脉，御寒气，行药势，故在应用中收效显著，患者易于接受。

三、早搏

早搏属中医学“心悸、怔忡、胸痹”范畴，究其病因以虚证居多，兼夹有气滞、血瘀、痰浊、热毒之证，年事越高，脾胃易伤，故有“年逾四十气虚于中”之说，正虚亦有心气、心血、心阳、心阴虚之分，但主要以气虚为本，气虚致血瘀，所以气虚血瘀是其发病的基本病机。

【病案举例】

王氏[70]临床观察本组病例均为住院患者，其中男性27例，女性15例；年龄16～65岁，平均年龄48.5岁；病程0.5～1年；病因为冠心病者21例，病毒性心肌炎者16例，高血压者5例，早搏类型按心电图表现确定，其中房性早搏17例，室性早搏20例，交界性早搏5例，用24小时动态心电监测检查确诊，早搏患者临床表现为心悸怔忡，胸闷气短，头晕自汗，乏力，心烦失眠，多梦健忘，脉涩、结、代或结代。治疗方法：治疗期间停用其他抗心律失常药物，用补阳还五汤加味治疗，黄芪50g，当归、赤芍、川芎、炙甘草各15g，红花、桃仁各10g，地龙5g，苦参25g，丹参20g，水煎服，每日1剂，1个月为一疗程，1个疗程后统计疗效，若阳虚者加桂枝、制附

片、仙灵脾；兼阴虚者加黄精、五味子；痰浊明显加瓜蒌、法半夏；气滞者加郁金。疗效标准：显效：患者自觉症状消失，24 小时动态心电监测早搏全部消失；有效：患者自觉症状消失或减轻，24 小时动态心电监测早搏减少在 50% 以上；无效：患者自觉症状无明显改善，24 小时动态心电监测减少不足 50%。结果：42 例患者中，显效 17 例，占 40.5%；有效 16 例，占 38.1%；无效 9 例，占 21.4%，总有效率为 78.6%。

按：补阳还五汤为益气活血、通经活络之剂，现代药理研究表明，方中黄芪可延长心肌的有效不应期，加强心肌收缩力，降低心肌耗氧量，对早搏有良好的治疗效果，并对缺血心肌有保护作用；丹参、川芎、赤芍、红花等活血药，有扩张冠状动脉，改善心肌供血，使心肌绝对不应期延长，应激性降低，从而抑制异位起搏点，具有抗心律失常作用；苦参、炙甘草现代药理研究证明均有抗心律失常之效。

四、多发性大动脉炎

【病案举例】

张氏[71]治疗患者彭某某，女，14 岁，1994 年 7 月 27 日初诊。患者于 2 个月前无明显诱因出现头昏头痛，视物模糊，一过性黑矇，多眠嗜卧，双上肢麻木、酸胀、发凉、无力等症状，经某医院检查，诊为多发性大动脉炎。经治疗上述症状有所好转，但仍须每日口服泼尼松 40mg 维持，遂前来就诊。检查发现颈动脉及双臂肱动脉搏动明显减弱，双上肢血压测不出，双桡动脉搏动消失，舌红、少苔。中医诊断：脉痹。为气阴两虚、血虚挟瘀所致。先拟益气养阴、补血活血：党参 12g，麦冬 10g，五味子 10g，生黄芪 12g，沙参 10g，生地 12g，当归 12g，炒白芍 12g，川芎 12g，丹参 15g，鸡血藤 15g，炙甘草 10g。每日 1 剂，水煎服。同时嘱其渐减泼尼松用量。服上方 18 剂，头昏头痛、视物模糊等症状均减轻，精神好转，上肢麻凉时间缩短，颈动脉搏动较前有力。再拟气阴两补，佐活血化瘀。处方：人参 6g，黄芪 10g，麦冬 10g，五味子 10g，丹参 20g，鸡血藤 15g，赤芍 10g，桃仁 10g，红花 10g，川芎 6g，王不留行 8g，炮甲珠 8g，炙甘草 6g。服上方 24 剂，头昏头痛等症状消失，上肢麻凉减轻，但上肢

仍无力，寸口脉仍伏而不见。此乃气虚血瘀，予补气活血、化瘀通络。处方：人参6g，黄芪15g，当归15g，赤白芍各10g，川芎10g，桃仁10g，红花10g，丹参15g，鸡血藤15g，王不留行10g，炮甲珠10g，炙甘草10g。服上方2个月，患者一般情况佳，双寸口脉隐约可及，惟有时上肢麻木无力。继续服药4个月，病情稳定，嘱其停服泼尼松，改服雷公藤片，初量每日6片，然后逐渐减量。继续服补气活血之补阳还五汤之方：黄芪15g，当归15g，赤白芍各10g，川芎10g，丹参15g，鸡血藤15g，桃仁10g，红花10g，王不留行10g，香附10g，陈皮10g。又治疗3个月，患者自觉无任何不适，上肢已能测出血压，右手寸口脉搏动有力，左手仍较弱。嘱其停服雷公藤，只服中药。2个月后月经初潮，色正量多，无任何不适。此后间断性服用上方。随访2年，病愈。

按：多发性大动脉炎属中医“脉痹”范畴。初诊时，因其已服用大量激素，虽然症状不太严重，但其正气已虚，血脉痹阻，故以生脉散、当归补血汤、四物汤等化裁，扶正为先。待气阴恢复，病情好转后，按气虚血瘀论治，以补阳还五汤加味，逐渐增加活血化瘀之品，使气旺而血行，经络得以通畅，症状得以缓解。体会有二：一是治疗慢性病只要辨证准确，用药得当，便应守法守方，坚持治疗，不要为求速效而频繁地更换方药；二是凡使用大量激素的患者，一定要逐渐减少激素用量，既要克服激素的不良反应，又要避免因骤然停药而引起的“反跳”。

五、胸痹

胸痹既是一个病名，又是病机与病位的概括，痹者，痞塞不通也，不通则痛，故胸痹是以胸部憋闷或痛为主症，中医学认为胸痹的成因主要是虚、寒、痰、瘀，以补阳还五汤益气温阳活血，可以治疗因气虚而血行不畅的胸痹病，在治疗过程中可随症加减，治宜补阳还五汤以补气为先，故以大剂量黄芪理气温阳，再以活血化瘀药物配伍，收扶正祛邪，化瘀止痛之功。

【临床应用】

李氏[72]应用补阳还五汤加减，其主方为：黄芪50～80g，当归尾

10～15g，川芎10g，赤芍15g，地龙10g，桃仁10g，红花10g。随症加减：理气导滞，行血止痛之品如：砂仁、柴胡、香附、乌药、木香、降香、佛手等；化瘀之品如：田三七、丹参、乳香、没药；祛寒之品如乌头、桂枝、附子、干姜；祛痰之品如：半夏、茯苓、远志、南星、菖蒲等；兼喘息者可选葶苈子、大枣等；偏阳虚者合参附汤；偏阴虚者合复脉汤。每日1剂，分温再服，10～20剂为一疗程，取补阳还伍汤补气活血之功，治疗气虚血瘀所致多种杂证，收到良效。

【病案举例】

李氏[72]观察了35例胸痹证患者。一般资料：35例患者中男性22例，女性13例；年龄：34～72岁，病程在3个月以内者12例，1年以内者15例，1～5年者8例。临床症状：胸部疼痛不适，胸痛彻背，遇寒痛甚，时缓时急，或有伴喘息，短气，心悸，咳嗽，出汗，舌淡或紫黯或有瘀点，苔白腻，脉沉迟或弦滑等，应用补阳还五汤加味进行治疗。治疗效果：治愈（临床症状消失，随访1年以上未复发者）17例；显效（临床症状消失，在1年的内复发者，但症状较前为轻）10例；有效（6个月内又复发者）7例；无效者（症状仍然存在，未见减轻）1例，总有效率97.1%。

六、风湿性心脏病

风湿性心脏病为国内不少地区最常见的一种心脏病，以心脏瓣膜病变最为显著，其并发症主要为心房纤颤，随着病程延长，年龄增长，阵发房颤转为持续或永久慢性房颤，慢性房颤者有较高的栓塞发生率，部分病人年龄大，血液粘度增高，极易血栓形成，脱落后引起脑栓塞，因此风湿性心脏病在心房颤动基础上极易导致脑栓塞，特别年龄大者更易发生，风湿性心脏病合并慢性房颤病人因经常发生胸闷、心慌气短等症状，可归属于中医“胸痹”“心悸”范畴，胸痹病机虽较为复杂，但一般来说，总属本虚标实，本虚为气虚、气阴两虚、阴虚，心悸的病机也都以心之气阴虚为病理基础，两者基本病机相同，风湿性心脏病心房颤动基础上合并脑栓塞，可归属中医“中风”范畴，病人基本病机大都存在，以气虚、气阴两虚、阴虚为基础。

【临床应用】

马氏[73]等应用补阳还五汤加味治疗风湿性心脏病并发脑栓塞，目的：观察补阳还五汤治疗风湿性心脏病心房颤动并发脑栓塞的临床疗效及中医辨证分型，方法：选取30例风湿性心脏病心房颤动并发脑栓塞病人，在常规西医治疗基础上加用补阳还五汤治疗，结果：经治疗后30例病人中基本痊愈14例，显著进步8例，进步6例，无变化2例，总有效率93.3%，中医辨证分型为气虚血瘀型19例，阴虚风动型8例，风痰阻络型2例，痰热腑实型1例。结论补阳还五汤治疗风湿性心脏病心房颤动并发脑栓塞疗效好，中医辨证分型以气虚血瘀型为主。郭氏[77]应用补阳还五汤加减治疗慢性风湿性心脏病顽固性心功能衰竭，临床观察35例病例，总有效率为100%，疗效显著。

【病案举例】

郭氏[74]治疗典型病例：患者，女，17岁，因咳嗽气促，下肢浮肿，腹胀半月余，端正呼吸2天而急诊入院，体温38℃，心率140次/min，呼吸36次/min，血压14/5kPa，慢性重症状，半卧位，末梢发绀，颈静脉怒张，心界后两侧扩大，心尖区可闻及舒张期奔马律，Ⅳ～Ⅴ级吹风样收缩期杂音和中度隆隆样舒张期杂音，心率140次/min，律齐，主动脉瓣区闻及舒张期杂音，周围血管征（+），两肺底可闻中、小水泡音，腹部膨隆，腹水征（+），肝于肋下5cm、质中、有触痛。血沉、抗“O”正常，ECG示窦性心动过速，心肌肥厚并劳损。并风湿热史，西医诊断：慢性风心病，联合瓣膜病，心功能Ⅳ级；中医诊断：形体消瘦，面色苍灰，唇干紫绀，舌质淡而暗晦且有瘀斑，脉沉细数，辨证：气血虚弱，心阳不振；心血瘀阻。入院后经西医治疗无效，病情每况愈下，每3天咳粉红色泡沫痰，遂停用西药，改用中药：黄芪40g、当归15g、赤芍12g、川芎15g、桃仁12g、红花12g、地龙10g，加用人参10g、附子10g，初服1剂自觉症状有所减轻，5剂后明显好转，连服25剂，心功能恢复到1级出院，出院后仍以上方随症化裁长期用，心功能维持在1级，随诊5年，疗效显著。

按：该病例其病机关键，一方面由于气血虚弱以致心阳不振；另一方面是由于心血瘀阻以致气机不畅，且又互为因果，气血虚弱宜

补，心血瘀阻宜消，体虚病实时，纯补则瘀血不去，纯消则气血更虚，故应取补消兼施，补阳还五汤为此法的典型方剂，加之辨证化裁，故能发挥显著疗效。

七、病窦综合征

病窦综合征主要是由于窦房结的起搏功能或是窦房传导功能减退，而出现以窦性心动过缓、窦房阻滞、窦性停搏为主的心律失常。部分患者尚可表现为快慢综合征。中医根据其脉来缓慢，一息不足四至而归属于“迟脉”证范畴。临床表现以心悸、头晕、疲乏、气短、畏寒肢冷等症为主。其病机与心气不足，鼓动无力，心阳虚衰，温煦失职有关。但由于气为血帅，气虚则血行缓慢，阳虚寒盛则血行涩滞，皆可导致患者处于血瘀的病理状态。临床上病窦综合征患者大都舌质淡暗或有瘀斑，血流变检查也显示血液有不同程度的浓、粘、凝，聚现象，这都说明病窦综合征的基本病机除气虚寒凝外，瘀血也为重要的一个环节。据此以补阳还五汤加味治疗，效果显著。

【临床应用】

卓氏[75]应用补阳还五汤加减（主要为桂枝）治疗病窦综合征患者，临床观察病例37例。自身对照后疗效显著。

【病案举例】

卓氏[75]治疗患者李某，男，44岁。有病窦综合征病史2年，多次心电图检查均示窦性心动过缓，心率为40～45次/min，阿托品试验后窦性心率增加不到70次/min。因心理因素拒装心脏起搏器，就诊时患者诉心悸、头晕、神疲乏力，动则加剧，畏寒肢冷，舌淡暗，脉迟。血流变检查全血比黏度低切9.59，高切7.31，血浆比黏度2.04mPa·s，红细胞压积42%，红细胞电泳率10.25%。予桂枝10g，黄芪30g，归尾、赤芍各15g，地龙、川芎、桃仁、红花各10g。服药1周后，心悸、头晕较前减轻，继服3周后，诸症皆消，舌质由淡暗变为淡红，复查心电图示窦性心律，67次/min，血流变检查示全血比黏度7.13，高切6.42，血浆比黏度1.81mPa·s，红细胞压积41%，红细胞电泳率12.64%。2个月后，患者无不适主诉，心率波动在65～70次/min之间。

卓氏[75]临床观察一般资料：37例患者中男28例，女9例，年龄最小者23岁，最大者45岁，病程最短者6个月，最长者5年。病窦综合征的诊断主要依据静息心电图和动态心电图表现，分为4类：①持续而严重的窦性心动过缓，心率＜50次/min，阿托品试验心率＜90次/min。②窦性传导阻滞，伴或不伴缓慢的逸搏心律。③窦性停搏＞2s以上伴或不伴缓慢的逸搏心律。④窦性心动过缓，窦性停搏，窦房传导阻滞或逸搏心律伴阵发性室上性心动过速。治疗方法：黄芪30g，当归尾、赤芍各15g，地龙、川芎、桃仁、红花、桂枝各10g。上方加水煎至500ml，每日1剂，分2次温服，1个月为一疗程，一般治疗1～2个疗程。治疗期间，停用其他治疗病窦综合征药物。疗效标准：显效：临床症状明显改善，阿托品试验窦性心率达90次/min以上；有效：临床症状改善，动态心电图平均心率较治疗前增加20次/min，未达到显效标准者；无效：临床症状虽有好转，动态心电图平均心率增加＜20次/min或无变化。疗效分析：显效15例，有效18例，无效4例，显效率为40.5%，总有效率为89.2%。结果显示：治疗前37例病窦综合征患者除红细胞压积外，其余各项指标均有不同程度异常，而经补阳还五汤加味治疗后，血流变参数得到明显改善（$P<0.05$）。

按：方中桂枝温经通阳以散寒；黄芪补气，气旺则血行；归尾、赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙活血通络，气旺寒散。瘀祛络通，诸症自可渐愈。治疗结束后对部分患者的随访也表明治疗效果稳定、持久，令人满意。

八、原发性高血压

高血压病是以体循环动脉压增高为主要表现的临床综合征，属中医学“眩晕、头痛”范畴，其病因病机复杂，但各种证候均可兼有血瘀证，以临床上常见的阴虚阳亢，肝火亢盛，阴阳两虚，痰湿壅盛4种证型为例，阴虚阳亢证，因阴液不足，脉络涸涩，阳热亢盛，煎熬津液可致血瘀；肝火亢盛证，因火盛耗气伤津，或迫血妄行可致出血或血瘀；阴阳两虚证，因阳虚生寒，寒凝血脉可致血瘀；痰湿壅盛证，因痰凝湿聚，阻塞脉络可致血瘀，而顽固性高血压多因疗效差，

病程长，久病入络导致血瘀，以上是高血压患者普遍存在血瘀证的理论依据，现代研究也证实高血压患者的血粘度较正常人高，其血液处于一种高凝状态，这与血瘀证的研究相一致，参合《医宗金鉴》“瘀血停止，神迷眩晕，非纯用破血之剂不能攻逐荡平也”和《景岳全书》：“眩运一证，虚者居其八九，而兼火，兼痰者不过十中一二耳”之论，应用补阳还五汤加味治疗效果令人满意。

【临床应用】

傅氏[76]临床观察一般资料：204 例中男性 128 例，女性 76 例，年龄 50～59 岁 76 例，60～69 岁 96 例，70 岁以上 32 例，病程 5 年以下者 28 例，5～10 年 104 例，10 年以上 72 例，高血压病分期属 1 期 36 例，2 期 124 例，3 期 44 例。诊断依据：根据病史、体检和必要的实验室检查，排除继发性高血压病；高血压病诊断、分期参照《高血压病》（胡大一主编，北京科学技术出版社，1998）。治疗方法：除 24 例血压较高、病情较重时临时给与硝苯地平缓释片、依那普利片口服治疗外，其余病例均以内服加味补阳还五汤为主，辅以休息、限制食盐摄入、静脉点滴极化液等一般治疗措施。加味补阳还五汤药物组成为黄芪 60g、川芎 10g、桃仁 10g、红花 5g、当归 15g、赤芍 10g、地龙 20g、益母草 20g、川牛膝 20g、杜仲 20g、黄柏 10g。每日 1 剂，水煎取汁 300ml，分 3 次服，14 天为一疗程。疗效观察：根据中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》相关标准评定，显效：临床症状消失或明显改善，且具备下列 1 项：①舒张压下降不少于 10mmHg，达到正常范围。②舒张压虽未正常，但下降幅度不少于 20mmHg。有效：临床症状减轻，且具备下列 1 项：①舒张压下降少于 10mmHg，但已达正常范围。②舒张压较治疗前下降 10～19mmHg，但未达正常范围。③收缩压下降不少于 30mmHg。无效：临床症状改变不明显，且血压下降未达到以上标准者。治疗结果：204 例中治疗 1 个疗程 60 例，2 个疗程 108 例，3 个疗程 36 例。显效 124 例，有效 72 例，无效 8 例，总有效率 96.08%。

按：补阳还五汤为清代医家王清任所创，由黄芪、当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、地龙组成，具有补气活血、通络功效，原为治疗中风偏瘫的著名方剂。受著名中医学家岳美中教授用补阳还五汤治疗

老年人高血压经验的启迪，用该方加味治疗部分中老年高血压病，常获良效。药理研究证明，黄芪有降压作用；当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、黄柏均有不同程度的钙通道阻滞作用。有文献报道，补阳还五汤能控制实验动物的体重，显著降低其血清胆固醇和甘油三酯，从而有利于血压的控制。临床上高血压病常常偏重于肝肾阴虚、肝阳上亢，但在临床中发现部分中老年患者确实存在有不同程度的气虚血瘀，故用加味补阳还五汤治疗而获较好疗效。结合本观察，气虚血瘀状态可能是高血压病重要的发病机制之一。

九、心肌梗死

急性心肌梗塞为临床常见危重症之一，病死率高。属于中医学“真心痛”、“厥心痛”范畴，乃瘀阻脉络、心窍所致，气虚是促成血瘀的条件，故气虚血瘀是急性心肌梗死的主要病机，治疗首当益气活血化瘀。应用补阳还五汤加西药治疗急性心肌梗死疗效显著。

【临床应用】

郑氏[77]等应用补阳还五汤加减治疗急性心肌梗死患者，辨证加减：疼痛较剧者加瓜蒌皮、延胡索；低血压者加人参、桂枝、熟附子；心力衰竭者加人参、茯苓、泽泻；心动过速者加炙甘草、黄精；心动过缓者加熟附子、肉桂。临床观察病例59例，疗效显著。

【病案举例】

郑氏[77]临床观察：一般资料：59例系住院病例，均有典型的临床表现、心电图改变、血清酶学特异变化、清肌钙蛋或肌钙蛋白测定确诊为急性心肌梗死（4项中具2项即可确诊）。其中前壁心肌梗死32例，非前壁心肌梗死27例。随机分为中西医结合组（30例）和西医组（29例）。两组男性分别为24例、22例，女性分别为6例、7例：前壁心肌梗死分别为18例、12例，非前壁心肌梗死分别为12例、17例。治疗前有低血压、休克、心力衰竭和严重心律失常发症者两组分别为4例、2例，2例、1例，4例、5例，4例、3例。治疗方法：西医组：入院后绝对卧床体息，吸氧，连续心电监护1周，应用安定和吗啡镇静止痛，随即用微泵泵入硝酸甘油10～20μg/min。维持1周：以后改服莫诺美地片50mg，每日1次，常规应用卡托普

利片和来适可片，心功能稳定者给予美托洛尔片。溶栓疗法：①即刻口服阿司匹林片0.3g，以后每日0.3g，5天后改服100mg长期服用。②尿激酶150万U，加入5%葡萄糖注射液100ml中，30min内静脉点滴。③尿激酶滴完后12h皮下注射肝素7500U，每12h 1次，持续5天。低血压或休克时补充血容量。中西医结合组：入院后立即服补阳还五汤（黄芪120g，当归尾10g，赤芍10g，地龙6g，川芎10g，红花6g，桃仁6g），每日1剂，水煎2次取汁，早晚各服1次。疼痛较剧者加瓜蒌皮、延胡索；低血压者加人参、桂枝、熟附子；心力衰竭者加人参、茯苓、泽泻；心动过速者加炙甘草、黄精；心动过缓者加熟附子、肉桂。其他治疗与西医组相同，疗程均4周。治疗结果中西医结合组30例，近期临床治愈21例（70.00%），好转7例（23.33%），死亡2例（6.67%）；西医组29例，近期临床治愈14例（48.28%），好转9例（31.03%），死亡6例（20.69%）。两组治愈好转率、死亡率差异均有显著性（$P<0.05$）。

按：本观察结果表明，补阳还五汤合西药治疗急性心肌梗死近期治愈好转率优于西医组，死亡率低于西医组。在治疗过程中发生低血压、心力衰竭、梗死范围扩大和再次发生心肌梗死的病例数在中西医结合组和西医组分别为2例、5例，2例、5例，1例、3例，0例、2例，前者明显低于后者（$P<0.05$）。提示补阳还五汤对急性心肌梗死康复有益。补阳还五汤具有补气活血、化瘀通络之功，方中重用黄芪补气，使气旺血行、瘀祛络通；川芎行气活血；当归尾、赤芍、桃仁、红花养血活血，祛瘀通络；地龙通经活络。诸药合用，其病自有恢复之机。药理研究表明，补阳还五汤的作用有：扩张血管，减少血管阻力，改善冠状动脉循环，增加血流量；减轻心肌缺血区再灌注损伤，加快缺血区心肌恢复；明显抑制凝血酶的活性，显著抑制ADP诱导的体外血小板聚集；抑制花生四烯酸诱导的家兔体外血小板聚集；对家兔动脉粥样硬化有明显的改善作用，能显著降低血清胆固醇含量；使动脉粥样硬化斑块明显消退，对明显加快的心率有减慢，使之恢复至正常的作用；有正性肌力作用，可使猫离体乳头肌收缩振幅增加，并与药物浓度呈量-效关系；明显延长小鼠耐缺氧时间和游泳时间。可见，补阳还五汤合西药治疗急性心肌梗死疗效肯定，安全可

靠，有较好的临床应用价值。

十、充血性心力衰竭

充血性心力衰竭是各种原因所致心脏病的终末期阶段，病死率极高，目前西医主要采用强心、利尿、扩血管等常规三联疗法，虽具有一定的疗效，但临床上常常遇到一些棘手的问题，尤其是在老年患者，如洋地黄中毒、利尿剂致水、电解质紊乱，血管紧张素转换酶抑制剂致低血压等不良反应，有时反而加重病情，成为临床治疗中的难点。而中医学认为本病属“胸痹”、“心悸”、“喘证”、“水肿”等病证范畴，其病机多属阳气虚损，血瘀水阻，心肾阳气亏乏，血瘀是其主要病理环节，水湿内停是其重要病理产物。气虚、阳虚为本，血瘀水阻为标，本虚标实，治宜标本同治，虚实兼顾，补阳还五汤中，重用黄芪，同时选加党参，二者合用既善补心气，又助云苓、泽泻以健脾利湿消肿，现代药理研究：黄芪具有利尿降压，增加心肌收缩力，降低充血性心力衰竭患者的平均肺动脉压和肺毛细血管楔嵌压，增加心排血量，提高心排指数的作用。川芎、当归、赤芍、地龙等活血通脉，改善微循环，扩张血管，降低外周阻力，协助利尿药更好的发挥消肿的作用。故在常规治疗的基础上口服加味补阳还五汤，旨在减少西药的毒性和不良反应，提高患者的生活质量。

【临床应用】

焦氏[78]应用补阳还五汤加减治疗充血性心力衰竭，方法：采用补阳还五汤加减配合西药常规治疗慢性充血性心力衰竭33例，并设西药治疗30例为对照组，疗程2周。结果：治疗组显效12例，有效20例，无效1例，总有效率为97.0%；对照组显效5例，有效18例，无效7例，总有效率为76.7%。两组比较有显著差异（$P<0.05$）。结论：中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭疗效优于对照组。陈氏[79]探讨加味补阳还五汤对老年心力衰竭患者心功能的影响，方法：对60例老年性心力衰竭的患者随机分成对照组和治疗组，对照组采用常规治疗，治疗组在对照组的基础上口服加味补阳还五汤，疗程均为1个月。结果：疗程结束后，治疗组的总有效率为94.4%，明显优于对照组（66.7%）（$P<0.05$），治疗组心功能参数改善均较

对照组明显（$P<0.05$）。结论：加味补阳还五汤可减少西药的毒性和不良反应，改善心功能，提高生活质量。

【病案举例】

焦氏[78]治疗患者王某，男，67岁，农民，2003年11月20日初诊。因反复心悸、气短、呼吸困难，劳累即加重3年余，近半个月来无明显诱因病情加重而入院。入院后根据其休息状态下即心悸，气短，呼吸困难，时端坐呼吸，鼻唇发绀，膝关节以下凹陷性水肿，纳差，尿少，身乏无力，两肺中、下野可闻及湿性罗音，心率110次/min，律不整，心音低钝。心电图示窦性心律，偶发室早，肢体导联低电压，$V_2 \sim V_6T$ 波低平、ST压低；胸片：心脏呈靴型，心胸比例>0.65；肝脏肋缘下4cm，质软，肝颈反流征阳性等诊断为冠心病，慢性心功能不全，心功能3级，心功能衰竭2度。遂给予卧床休息、吸氧、抗生素、利尿、强心等治疗，心功能改善不明显，要求加服中药。望其舌胖大有齿痕、舌质暗滞，舌下脉络充盈，面色无华而发绀，闻其稍动则心悸气促、胸中澹动，皮肤不温，右胁下有癥块，触之气短、疼痛，下肢按之没指，脉沉细无力。辨证为心肾两虚，气虚血瘀。即给予静脉输注黄芪、生脉、正欣等注射液，口服补阳还五汤。药用：黄芪50g，白术18g，茯苓、薤白、大腹皮、茯苓皮各20g，赤芍、川芎各15g，当归、桃仁、红花、丹参、焦三仙各12g，桂枝10g。每日1剂，早、晚加水300ml煎至150ml温服。服药3剂，患者尿量增加，自觉身体轻松，食欲增强，心悸、气短大为减轻，下肢凹陷性水肿减轻。效不更方，继服原方12剂，患者已无心悸、气短，可低枕睡眠，生活可部分自理，心功能达到2级，心功能衰竭1级。

按：补阳还五汤主治因气虚而导致的血瘀证，如中风后半身不遂，口眼歪斜，语言謇涩，口角流涎，大便干燥，小便频数，遗尿等。该方主药黄芪性味甘温，能大补元气，因气行则血行故有推血运行之作用；当归、赤芍、桃仁、红花活血化瘀，滑利血脉。二者主、副协调则气血共补，体用相彰，脏腑经络因气鼓血濡而气行血载。慢性充血性心力衰竭的病机因气虚血瘀与中风后遗症多有相似。心悸、气短、乏力、劳则加重，休息后缓解的特征是典型的气虚证，而唇口

青紫、面色发绀、腹部症块等又是血瘀之明征。由于脾气虚弱，土不健运，肾阳衰微，气不化水，因而水湿潴留而趋下，故多见尿少、下肢甚或全身水肿，而四肢不温、畏寒怕冷则是阳气失煦的表现。本组病人采用中西医结合的方法治疗取得比较好的效果，由此说明恰当、适时地按照中医辨证思想加用中药治疗确可对危重病人产生较好的临床效果。

十一、低血压

低血压可属中医“虚损、眩晕及厥证”等病范畴。临床症状中均有乏力，眩晕，胸闷，心律不齐及低血压状态。中医认为，此与心气不足有关。心主血脉。气为血之帅，气行则血行。心气不足，鼓动无力，则血亦运行不畅。气虚血瘀则胸痛，心气不足，脉行滞涩则脉结代，血压降低。故低血压症者虽虚证多，但却属虚中夹实，其以气虚夹瘀为主。因其属中医的气血两虚、心脾气虚、眩晕等症。在排除了其他疾患，血压低于正常值下限，并伴有明显的临床症状是为诊断。低血压的发生与心脏功能、血管功能状态、血容量及自主神经功能紊乱、自主神经功能不全、内分泌功能紊乱有密切关系。

【临床应用】

曾氏[80]以补阳还五汤为基础方加减治疗低血压患者，临床观察病例30例，以《医林改错》中之补阳还五汤为基础方加减，重用黄芪和川芎，加丹参、桂枝等。水煎服，1日1剂，连服2周为1个疗程。取得了比较满意的疗效。王氏[81]采用补阳还五汤加减治疗低血压160例，治疗方法采用补阳还五汤加减，药物组成：黄芪90g，太子参20g，黄精15g，当归9g，红花6g，桃仁10g，川芎6g，升麻3g，桂枝3g，炙甘草10g。水煎服，1剂，早晚分服，15天为1个疗程。收缩压低而升压缓慢者加用制附子、肉桂，伴舒张压偏高者加用生地黄、白芍、五味子、麦冬，脉压差小者加用炒白术、茯苓等。气虚偏重者加人参，血虚偏重者加熟地黄、阿胶，失眠重者加用炒酸枣仁、夜交藤，头痛眩晕者加菊花、钩藤，心悸重者加用珍珠母、柏子仁，精神萎靡者加用远志、石菖蒲，心火上炎者加黄连、栀子。中药治疗期间不用影响血压的西药制剂。一般治疗2~4个疗程，治疗期

间每日7时、12时、21时测量血压并记录（统一使用经校验的台式血压计，采用右臂测量）。随访期内每天至少测量血压1次，每季随访1次，随访1年后统计疗效。疗效显著。

【病案举例】

曾氏[80]治疗患者杨某，男，65岁，干部，1988年8月3日初诊。主诉：头昏，乏力，心悸1周。患者自述其1周前感乏力，眩晕，心慌，腰膝酸软，未经治疗，症状逐日加重。今日晨起大便后即感头晕，心悸，眼花，倒地约数分钟才清醒，由家属扶起后自行前来就诊。既往偶有心前区刺痛史以及慢性腹泻史。现患者呼吸16次/min，脉搏58次/min，血压12/8kPa，面色苍白，口唇青紫，气管居中，双肺呼吸音减弱，无罗音，心律欠齐，偶闻期外收缩，第一心音减弱，各瓣膜无杂音，腹软，肝脾未触及，双下肢无水肿，舌苔淡白，舌质紫暗，脉浮涩，重按无力，代脉。心电图检查示：偶发室性早搏。诊断：胸痹；低血压。治法：益气活血，温阳通络。以补阳还五汤合桂甘汤加减。药用：黄芪60g，川芎35g，当归、白芷各15g，赤芍、白芍、桃仁、法半夏、桂枝、炙甘草各10g，川红花5g，瓜壳、丹参各20g，白术、薏苡仁各12g。每日1剂，水煎服。连服3剂后，自觉头昏减轻，偶有眩晕，已无心悸，心律齐，心电图正常。血压上升为14.67/10.67kPa。再用上方去炙甘草，各药药量加量5～10g。连服2周，每天测血压2次，每次均在17.33/10.67kPa上下，诸症消失，活动自如。此后嘱患者每日用三七2枚打破煎水服，以调理善后。近10年数次回访，患者间断服用三七煎剂，血压一直正常，精神、活动一如常人。

按：病机以气虚夹瘀为主，故方选清代医家王清任《医林改错》中的补阳还五汤为基础方加减治疗，以益气温阳，化瘀通络。通过笔者多年临床观察，发现该方对低血压症确有较好疗效，并且具有见效快、血压稳定、反复小、近远期疗效均好等优点。

王氏[81]治疗患者女，34岁，体型瘦高，1999年3月11日就诊。自诉时常胸闷，胸前区有重压感，体倦乏力，精神不振，时常头晕，注意力不能集中，健忘失眠，傍晚时常出现瞬时遗忘症状3年，症状时轻时重，测血压10.4/6.67 kPa，心率90次/min，面色萎黄，舌质

淡，苔薄白，脉细弱无力。心电图检查正常，B超检查：肝、脾、肾正常，肝功能、血糖及T_3、T_4正常，无其他病史可查，隔日连续3次测血压在（9.33～10.7）/（6.0～7.33）kPa之间。诊为低血压，处以：黄芪90g，黄精20g，太子参9g，当归12g，红花6g，桃仁6g，川芎3g，升麻3g，桂枝3g，炙甘草10g。水煎服，日1剂。治疗第二疗程时，血压恢复正常，血压14.7/8.66kPa，临床症状基本消失。第三疗程巩固治疗，完全恢复正常，血压16.0/10.7kPa。随访1年，血压在（16.0～13.3）/（10.7～9.33）kPa之间，没有再出现血压下降和临床症状。

按：该病例与患者自主神经功能不全、内分泌功能紊乱有密切关系。医者从益气养血、活血充脉立意，选用补阳还五汤加减，重用黄芪、太子参、黄精、炙甘草补心脾气虚，当归补血充脉，红花、桃仁、川芎活血充脉，桂枝温通血脉，升麻升发脾阳、强化统摄。诸药共奏补益心脾、活血充脉、养血升压的作用。现代研究证明，黄芪、人参、炙甘草、桂枝等具有明显的强心作用。

十二、病毒性心肌炎

病毒性心肌炎是指由于病毒感染引起的心肌局限性或是弥漫性的炎症，病程在3个月以内者呈急性病毒性心肌炎，近年来，风湿性心肌炎等明显减少，而病毒性心肌炎却有逐年增多的趋势。男性较女性多见，儿童和青少年较多见，中医学中属于“心痹”的范畴。多种病毒均可引起心肌炎，如流感病毒、柯萨奇病毒、埃可病毒、脊髓灰质炎病毒、麻疹病毒、水痘病毒、腮腺炎病毒、呼吸道合胞病毒、传染性单核细胞增多症病毒等等，其中以柯萨奇病毒最为常见，目前认为：病毒可通过主动复制直接损伤心肌，通过免疫变态反应而致病。某些诱因如细菌感染、营养不良、过度的劳累等可使机体抵抗力下降，其对病毒易感而发病。中医病因和病机：外感时邪温毒，湿热温毒内犯胃肠。温毒心痹初期，由于正气尚盛，故病情多以邪实为主，表现为时邪或是湿热温毒未尽，或心脉瘀阻，继而虽然心体受损，气血阴阳亏虚之象可见，而邪毒犹存之象亦著，病情常以虚实夹杂多见，后期则心脏体用俱损，脏真不足之象显著，虽仍有湿热之征，但

是总以损极为主。

【临床应用】

王氏[82]应用补阳还五汤治疗病毒性心肌炎，加减清热解毒，祛邪扶正之品，疗效显著。黄氏[83]观察了90例患者，应用本方加减。治疗组：口服中药补阳还五汤，每日1剂，水煎取汁200ml，分早晚2次服用。补阳还五汤组成：黄芪30g，当归、川芎各9g，赤芍15g，红花、桃仁、地龙各10g，甘草6g。同时给予安慰性补液：10%葡萄糖500ml静脉点滴，每日1次。对照组：能量合剂40mg，辅酶A 100U,维生素$B_6$100mg，维生素C 3g，10%葡萄糖500ml，混合后静脉点滴，每日1次。取得了较好的临床疗效。

【病案举例】

王氏[82]治疗患者梁某，女，43岁，1998年3月26日初诊。患者有气管炎病史10年。诉4个月前曾患病毒性心肌炎，住院后病情好转，但时有反复，故来就诊。自觉心慌气短，乏力，咳嗽咽稍痛，睡眠不好，纳差，烦躁易怒，舌质暗淡，苔滑，边有瘀点、瘀斑，脉细数结代。心电图示：房性早搏，心室扩大。西医诊断：病毒性心肌炎。中医诊断：心悸。证属气虚血瘀，邪毒内侵。治宜益气活血通络，清热解毒安神。药用补阳还五汤加减：黄芪90g，岷当归30g，川芎15g，地龙15g，党参30g，炙甘草15g，板蓝根15g，连翘10g，丹参18g，苦参15g，干姜10g，细辛6g，炒枣仁18g，五味子10g，另加生姜3片，大枣6枚。7剂，每日1剂，水煎内服。4月2日二诊，诸症减轻，但体寒怕冷，又引发气管炎，咳喘加剧，上方加射干10g、麻黄6g、厚朴15g、杏仁12g，7剂。4月9日三诊，诸症大减，偶有早搏，仍以祛邪养心，活血安神之剂治疗半月，心律齐，心电图正常。是邪毒已去，心气恢复，心血充盛之象。嘱其服用补中益气丸合金匮肾气丸1个月以巩固，并注意饮食，睡眠，避免情绪冲动和过量活动。

按：本病是由病毒感染所引起，中医多归属于“心悸怔忡”、“胸痹”等范畴。认为本病是由于先天秉赋不足，后天失养，而致脾肾阳虚，肾为先天之本，脾为后天之源，虚则心气不足，心阳不振。加之外邪乘袭，侵入心脉，心损更为严重，气行血行，气虚血阻，而

发此病。其诱因多为疲劳过度，起居失慎，治以益气活血，清热解毒，扶正祛邪，调整阴阳而病告痊愈。

黄氏[83]将病毒性心肌炎患者90人随机分成2组，其中治疗组48例，对照组42例。治疗组男25例，女23例；年龄22±3.25岁；1~3周内有上呼吸道感染史者33例，有腹泻史者8例，无明显诱因者7例，胸痛10例次，胸闷20例次，心悸25例次，气短10例次，疲乏30例次，心尖区第一心音低钝者30例，心尖区闻及收缩期吹风样杂音者20例；做心电图检查：窦性心动过速23例，Ⅰ、Ⅱ度房室传导阻滞10例，房性早搏22例，室性早搏12例，ST－T异常40例。对照组男20例，女22例；年龄24±2.12岁；1~3周内有呼吸道感染史者28例，有腹泻史者10例，无明显诱因者4例；胸痛12病例次，胸闷18例次，心悸24例次，气短12例次，疲乏32例次，心尖区第一心音低钝者22例，心尖区闻及收缩期吹风样杂音17例，窦性心动过速21例，房室传导阻滞（Ⅰ度和Ⅱ度）8例，房性早搏21例，室性早搏10例，ST－T异常35例。治疗方法：治疗组：口服中药补阳还五汤，每日1剂，水煎取汁200ml，分早晚2次服用。补阳还五汤组成：黄芪30g，当归、川芎各9g，赤芍15g，红花、桃仁、地龙各10g，甘草6g。同时给予安慰性补液：10%葡萄糖500ml静脉点滴，每日1次。对照组：ATP40mg，辅酶A 100u，维生素$B_6$100mg，维生素C 3g，10%葡萄糖500ml，混合后静脉点滴，每日1次。治疗结果：治疗组治愈36例，好转9例，无效3例，总有效率93.75；对照组治愈17例，好转18例，无效10例，总有效率76.19%。两组总有效率比较$P<0.05$，两组疗效有显著性差异，提示补阳还五汤治疗病毒性心肌炎疗效优于西药能量合剂组。

按：病毒性心肌炎的发病机制，主要是病毒和毒素及变态反应引起的心肌损害所致。本病属于中医“心悸”、“胸痹”的范畴，临床多为虚证或虚为本而痰瘀为标的虚实夹杂之证，但气虚血瘀是最主要的。补阳还五汤的黄芪补气，当归、川芎、赤芍、红花等活血祛瘀，整方可达扶正祛邪之功。现代药理学研究证明，黄芪、当归能增强或调节免疫作用，川芎、桃仁、红花、赤芍具有免疫抑制作用，整方体现“低者升之，高者抑之”的双向免疫调节功能。病毒性心肌炎时

会产生自由基。而自由基本身又进一步损害心肌，而补阳还五汤可清除自由基。黄芪可以强心，提高心排血量，扩张冠状动脉，疏通微循环，改善心肌供血；当归、川芎、赤芍、红花、桃仁等能扩张冠脉及小动脉，改善心肌的血液循环；甘草具有皮质激素样作用。整方具有促进损伤心肌恢复的作用，因此取得满意的疗效。

参考文献

[1] 肖敬慈. 补阳还五汤加减治疗类风湿性关节炎临床观察. 辽宁中医杂志，1999. 26 (1)：25

[2] 金殿春. 补阳还五汤加减治疗类风湿性肺炎体会. 浙江中医杂志，1998，33 (3)：127

[3] 张玉国，等. 补阳还五汤应用举例. 陕西中医函授，1995. 5：26

[4] 吴春燕，等. 补阳还五汤治疗咳血. 吉林中医药杂志，2003，23 (1)：39

[5] 吴夏锦，等. 慢性肺心病论治体会. 中国中医急症杂志，2005，14 (2)：180

[6] 袁维平，等. 补阳还五汤治疗肺源性心脏病. 蚌埠医学院院报，1998，23 (3)：181

[7] 王彩华. 补阳还五汤治疗慢性支气管炎 98 例. 实用中医药杂志，1995，15 (3)：5

[8] 刘峥，等. 补阳还五汤加味治疗喘病 550 例疗效观察. 四川中医杂志，2005，23 (4)：47

[9] 李景天. 补阳还五汤治疗哮喘一得. 内蒙古中医药，1997，51：50

[10] 孙健. 补阳还五汤为主治疗喘证 42 例临床疗效观察. 河南中医学院学报，2004，(6)：53

[11] 刘元喜. 补阳还五汤结合西药治疗成人紫癜性肾炎临床观察. 湖南中医学院学报，2005，25 (3)：41

[12] 常军英. 加味补阳还五汤治疗慢性肾炎 54 例. 陕西中医杂志，2004，25 (4)：296

[13] 李永新，等. 补阳还五汤治疗慢性肾炎 35 例. 江西中医药杂志，2005，12 (36)：21

[14] 吴美霞. 重用黄芪为主治疗慢性肾病综合征 15 例. 新中医，2003，35 (12)

[15] 贺庆华. 补阳还五汤治疗肾病综合征52例. 江苏中医，1999，20（10）：24
[16] 韩阳儒. 补阳还五汤加减治疗肾病综合征8例. 深圳中西医结合杂志，2004，14（6）
[17] 方懿珊，等. 补阳还五汤对糖尿病并发脑梗死的治疗作用. 中西医结合心脑血管病杂志，2005，3（7）：599
[18] 曹晖，等. 补阳还五汤治疗早期糖尿病肾病蛋白尿58例. 河北中医杂志，2005，27（10）：746
[19] 欧阳龙，等. 补阳还五汤加味治疗糖尿病肾病水肿60例. 河南中医杂志，2004，24（11）：70
[20] 孙忠康，等. 补阳还五汤加味治疗糖尿病周围神经病变34例. 黑龙江中医药杂志，2003. 5：21
[21] 张国海，等. 补阳还五汤治疗糖尿病周围血管早期病变61例. 河南中医学院报，2004，19（111）：61
[22] 袁全东. 补阳还五汤结合西医治疗糖尿病病足19例. 广西中医学院学报，2005，8（1）：21
[23] 邓宝春. 补阳还五汤加味治疗早期糖尿病病足63例. 内蒙古中医药杂志，2001，12（24）：4
[24] 龚皓. 补阳还五汤治疗肿瘤化疗反应17例. 湖北省武汉市第一医院院报，1996. 2：67
[25] 李道五. 补阳还五汤临床应用心得. 中国中医急症杂志，2005，14（5）：483
[26] 杨宇萍，等. 补阳还五汤加味治疗雷诺氏病21例. 陕西中医药杂志，1997. 18（10）：441
[27] 方欣荣. 补阳还五汤治疗雷诺氏病. 光明中医药杂志，1995. 1：23
[28] 陈辉，等. 加味补阳还五汤治疗椎基底动脉供血不足型眩晕92例. 河南省商丘市中医院，2005. 10
[29] 仇丽伟. 补阳还五汤加味治疗肢体麻木85例. 河南中医学院学报，2003，1：62
[30] 汪微仙. 补阳还五汤加减治疗震颤一得. 中国民间疗法，2000，8（4）：40
[31] 朱士伏. 老年性震颤麻痹辨治3则. 老年病防治，1996，6：61
[32] 杨聪亮. 补阳还五汤治疗痹症200例. 中医研究杂志，2005，18（9）：43
[33] 陈永荣. 补阳还五汤加减治疗痹症89例. 中国乡村医药杂志，2005，12

(7)：46
[34] 李兰芳. 补阳还五汤治疗颈性眩晕36例. 现代中西医结合杂志，2005，14(8)：1067
[35] 宁廷春. 补阳还五汤加味治疗老年性眩晕55例. 现代中西医结合杂志，2002，8(4)：732
[36] 周晓宏. 补阳还五汤之发作性嗜睡2例. 四川省江油市人民医院，1995，12：13
[37] 张艳东. 补阳还五汤临证举隅. 陕西中医杂志，2001，22. 9：568
[38] 曹玉笈，等. 益气活血化痰法治疗老年性痴呆症36例. 国医论坛，2004，19(3). 33
[39] 李新. 加味补阳还五汤治疗老年性痴呆16例观察. 实用中医药杂志，2002，1118(9)：9
[40] 肖尹芳，等. 补阳还五汤加味治疗血管性头痛65例. 医学文选，1999，18(2)：111
[41] 黄继川. 补阳还五汤加味治愈瘀血头痛2则. 安徽中医临床杂志，1998，10(3)：131
[42] 李文艳. 补阳还五汤在消化疾病中的应用举隅. 河南中医杂志，2002，22(3)：18
[43] 张参军. 补阳还五汤在慢性胃炎中的应用. 甘肃中医杂志，1997，(4)；17
[44] 杨树明，等. 补阳还五汤加化疗治疗中晚期食道癌92例. 中国中医药信息杂志，1999，12：46
[45] 张献中. 中西医结合治疗老年人功能性便秘30例. 湖南中医杂志，2005，21(6)：55
[46] 施轶. 补阳还五汤加味治疗老年低张力性便秘40例. 湖南中医杂志，2005，21(1)：32
[47] 陈化就. 中西医结合治疗肝硬化顽固性腹水32例体会. 福建医药杂志，1999，(2)：91
[48] 吴子静. 补阳还五汤加味治疗肝硬化腹水50例. 浙江中医杂志，1995，12(4)：151
[49] 宋家驹. 补阳还五汤加味治疗慢性乙型肝炎肝纤维化临床观察. 河北中医杂志，2004，26(7)：523
[50] 耿昌海. 补阳还五汤治疗慢性乙型肝炎肝纤维化52例临床观察. 江苏中医药杂志，2004，25(11)：28

[51] 杨建忠. 补阳还五汤治疗短暂脑缺血发作. 内蒙古中医药杂志，1999，(6)：22
[52] 杨继文，等. 补阳还五汤加减治疗中小量脑出血急性期30例临床观察. 河北中医杂志，2004，26（11）：841
[53] 姚嗣贤. 补阳还五汤加味治疗中风偏瘫2例. 实用中医药杂志，2002，18(9)：9
[54] 苏映雪. 补阳还五汤治疗中风病2则. 中国中医急症杂志，2004，13(5)：330
[55] 原民，等. 补阳还五汤在中风病中的应用. 实用医技杂志，2004，11(12)：2652
[56] 应丹松，等. 补阳还五汤治疗中风后残留肢体疼痛82例. 四川中医杂志，1999，(5)：34
[57] 柏维丽. 补阳还五汤治疗中风后遗症80例体会. 甘肃中医杂志，2005，(10)：22
[58] 韩正石，等. 补阳还五汤治疗中风后遗症20例. 实用中医内科杂志，2005，19（5）：456
[59] 周正芳. 补阳还五汤加味治疗中风后遗症50例. 实用中医内科杂志，2005，19（2）：153
[60] 闫炳远，等. 补阳还五汤为主治疗急性脑梗塞57例. 湖北中医杂志，2002，24（6）：32
[61] 李莎. 中药治疗脑梗死38例. 实用中医药杂志，2005，21（5）：270
[62] 朱月洋. 补阳还五汤治疗腔隙性脑梗死34例. 中国中医急症杂志，2003，12（2）：165
[63] 陈玉华. 加味补阳还五汤加血栓通治疗缺血性脑血管病. 深圳中西医结合杂志，2002，12（5）：297
[64] 王雪晶. 补阳还五汤治验1则. 吉林中医药杂志，1996，6：33
[65] 李书奎，等. 补阳还五汤治疗慢性再生障碍性贫血68例. 吉林中医药杂志，2004，24（3）：18
[66] 瞿倬. 补阳还五汤治验血小板增多症. 浙江省杭州市上城区人民医院，2002，7：313
[67] 翁舸. 补阳还五汤加味治疗缺铁性贫血1例报道. 新疆中医药，2000，3(71)：59
[68] 蔡少峰. 补阳还五汤的临床应用. 江西中医药杂志，2006，1（37）：49
[69] 莫文林. 补阳还五汤加味治疗输液性静脉炎31例. 实用中医药杂志，

1996；4：16
[70] 王广霞，等. 补阳还五汤加味治疗早搏42例. 中医药学报，2000，4：5
[71] 张云翔. 多发性大动脉炎治验一例. 山西中医杂志，1998，14（4）：32
[72] 李舜钦. 补阳还五汤治疗胸痹35例. 中医研究，1999，12（6）：33
[73] 马启明，等. 补阳还五汤治疗风心病并发脑栓塞30例观察. 中西医结合心血管病杂志，2005，3（8）：739
[74] 郭红英，等. 补阳还五汤加减治疗慢性风心病顽固性心衰. 包头医学杂志，1999，（4）：184
[75] 卓秀珍. 补阳还五汤加味治疗病窦综合征37例. 安徽中医临床杂志，1997，9（3）：134
[76] 傅廷斌. 加味补阳还五汤治疗高血压病204例. 中国中医急症，2003，12（2）：167
[77] 郑国钦，等. 补阳还五汤合西药治疗急性心肌梗死30例. 中医急症杂志，2002，11（4）：300
[78] 焦启超，等. 中西医结合治疗慢性充血性心力衰竭33例. 山西中医杂志，2004，20（4）：29
[79] 陈奎，等. 加味补阳还五汤对老年性心力衰竭患者心功能的影响. 四川中医，2002，11：28
[80] 曾竹涵. 补阳还五汤加减治疗低血压30例. 成都中医药大学院报，1998，21（3）：28
[81] 王鸿君. 补阳还五汤加减治疗低血压160例. 山东中医杂志，2001，20（9）：532
[82] 王亚斌. 补阳还五汤加减治疗病毒性心肌炎1例体会. 甘肃中医杂志，2000，5：21
[83] 黄文. 补阳还五汤治疗病毒性心肌炎临床观察. 实用中医药杂志，1999，15（8）：6

第二章

神经系统病证

第一节　多发性末梢神经炎

末梢神经炎系由多种原因引起的多发性末梢神经损害的总称，表现为肢体远端对称性感觉、运动和自主神经功能障碍，故亦称多发性神经炎或多发性周围神经炎。引起末梢神经炎的原因有很多，主要有中毒、感染、过敏及其他。其主要临床表现为以肢体远端为著的对称性感觉、运动及自主神经功能障碍，且常以下肢较重。本病属于中医“痿证”、“血痹”等范畴，其病机主要是阳虚血瘀。

【病案举例】

1. 患者彭某某，男，20岁，未婚，于2001年4月16就诊。患者于1个月前因受寒后发热、恶寒，全身酸痛，咽喉肿痛，于当地服药治疗（名不详），发热、恶寒消失，出现双下肢麻木，继而双上肢末端亦感麻木不适，于当地给予维生素B族药物口服、注射治疗，少效。又于多处求治，服用中西药物不效，病情逐渐加重，乃求诊于我处。一诊时症见：四肢麻木无力呈对称性，软瘫以双下肢为重，不能行走，感觉障碍呈手套、袜套样。四肢末端

皮肤变薄、干燥、苍白。膝、肘以下皮肤浅表痛、温、触觉减退，踝反射、桡反射、膝反射均消失，双下肢肌肉轻度萎缩。舌质淡红、边有瘀点，苔黄白厚腐，脉细滑数。证属痿证之气虚血瘀、湿浊不化型，治当益气通络，化湿清热。方拟补阳还五汤合四妙散加减：黄芪40g，赤芍20g，川芎10g，当归15g，地龙10g，桃仁10g，红花10g，鸡血藤20g，淫羊藿10g，苍术15g，黄柏15g，萆薢20g，薏苡仁20g，牛膝10g，金银花15g，马钱子3g。5剂，水煎服，日1剂，配合西药维生素B族药物口服或肌内注射，口服ATP。二诊时症状已见减轻，人扶下能行步来院就诊。四肢末端皮肤干燥消失、苍白好转，舌质淡、苔薄黄，脉细，守上方重用黄芪至80g，再进5剂。三诊时可自己扶杖行走，感觉障碍减轻，踝反射、桡反射、膝反射均可引出。膝、肘以下皮肤浅表痛、温、触觉较前明显好转，舌质暗红、苔薄干，脉细数。证属脾肾两虚，肢萎髓少，治当补脾益肾、益气活络壮骨，继拟补阳还五汤加味：上方去苍术、黄柏、萆薢、金银花、鸡血藤，加黄精20g、桑寄生15g、枸杞子15g、杜仲15g、熟地20g、木瓜20g，再进10剂。1个月后四诊复查：患者病情明显好转，已能自行活动，神经反射可正常引出，皮肤浅表感觉已恢复正常，惟感双膝酸软，长途行走后更甚，舌质淡红、苔薄白，脉细，证属脾肾两虚，肢萎髓少。治仍拟补益脾肾、益气通络壮骨，三诊方去桃仁、红花，加党参、白术各15g，守方15剂，1年后随访，患者一切正常，已能从事正常体力劳动。[1]

按：急性感染性多发性末梢神经炎属于中医“痿证”范畴，急性期的病因病机由于在温热病中因肺热熏灼所致，突然肢体痿弱不用，由于失治误治，过用寒凉，致伤脾阳，发为痿痹，正如隋·巢元方《诸病源候论·风身体手足不随候》所言：“手足不随者，由体虚腠理开，风气伤于脾胃之经络，足太阴为脾之经，脾与胃合；足阳明为胃之经，胃为水谷之海也。脾主一身之肌肉，为胃消行水谷之气，以养身体四肢。脾气弱，即肌肉虚，受风邪所侵，故不能为胃通行水谷之气，致四肢肌肉无所禀受，而风邪在经络，搏于阳经，气行则迟，关机缓纵，故令身体手足不随也。”《医林改错》论痿用黄芪五物汤，即是以气虚血瘀诊治。

本例病例初诊时湿热未清，脾肾已亏，故先以补阳还五汤合四妙散益气通络、化湿清热，三诊时湿热渐清，脾肾不足明显，而以补阳还五汤加味补益脾肾、益气通络壮骨，守方治疗，随症加减，近期远期效果均佳。

2. 朱某，男，50岁，农民，1996年12月3日初诊。患者两手指及右下肢麻木刺痛怕冷已2年之久，每遇阴冷加重，少事活动反觉舒服，但过劳则麻木更重。曾经西医诊为末梢神经炎，用维生素等药治疗不效。查其面色不华，肌肤肢体无异常变化，脉缓而涩，舌质淡红，苔白、舌下络脉淡紫略粗。考虑久病多虚，并久病多瘀，遂从阳气不足、气虚血瘀立论，处方：黄芪60g、当归15g、赤芍12g、川芎10g、地龙10g、桃红各10g、细辛3g、桂枝15g、生姜5片、大枣5枚，每日1剂，水煎服10剂后再诊，病情好转，不怕冷，刺痛消失，麻木大减，仅在寒冷时尚感不适，予原方继服10剂巩固疗效，1年后随访病愈，未复发。[2]

按：本病属中医“血痹”，由阳虚血瘀所致，补阳还五汤针对正气亏虚、瘀血阻络的病机，重用黄芪以补气，使气旺血亦行，祛瘀而不伤正，为方中主药；辅以归尾、川芎、桃仁、红花、地龙活血通络，共奏补气活血通络之效。

3. 林某，男，42岁。患者因胃痛当地予以呋喃唑酮，每次0.2g，日3次，连续口服1个月，胃痛虽缓，但感两足趾及足底麻木疼痛，夜间尤甚，乏力神疲，来本院求治。考虑末梢神经炎。苔薄质淡，脉细，此乃气虚脉络瘀滞之候，予以补阳还五汤。方用：生黄芪60g，当归尾、地龙、赤芍、桃仁各10g，红花、川芎各6g，水煎服，日1剂，早晚服。服药半月，两足趾足底麻木疼痛好转，连服月余，诸证消失，恢复劳动。[2]

按：患者服呋喃唑酮疗程较长，损害周围神经末梢，出现肢端麻木疼痛，从气虚络痹论治，用补阳还五汤益气活血、化瘀通络取效。

第二节 周围神经损伤

一、上肢周围神经损伤

上肢周围神经损伤主要以尺、桡神经损伤为主，且在上肢骨折、脱位中较为常见。由于骨折或关节脱位，易引起神经的牵拉、卡、压或刺扎，致其发生损伤。若不及时有效的治疗，则会带来严重的后果。治疗的过程中，操作不当或固定时夹板受压过度也易发生医源性损伤。病理表现为神经鞘膜、束膜，或神经纤维破裂、出血、水肿，导致神经冲动传导异常。临床主要表现为受损神经所支配的皮肤感觉和肌群运动障碍。可结合肌电图诊断。本病属于中医“痹证”范围。主因损伤后气血不足，筋络瘀滞所致。闭合性手法复位或神经纤维修复，仅解决了造成损伤的原因，而损伤的恢复过程还要靠术后调治，中药补阳还五汤益气活血、化瘀通络，能起到加速神经损伤修复的作用。

【临床应用】

李氏[3]用补阳还五汤治疗尺挠神经损伤21例，平均就诊时间为伤后3日内。桡神经损伤12例，尺神经损伤6例，二者均有损伤3例；其中19例有肱骨中、下段骨折或肱骨髁间粉碎性骨折，2例为肘关节前脱位。先行对症处理（复位或固定）后予以中药治疗，补阳还五汤加减：黄芪50g，川芎20g，当归尾15g，赤芍15g，桃仁10g，红花10g，地龙10g，地鳖虫10g。体虚气弱者加党参30g、炒白术10g；血瘀明显者加蜈蚣10g、制乳没（各）10g；病程超过2周者加穿山甲10g、丹参15g。每日1剂，浓煎取汁200ml，分早、晚2次口服，2周为1个疗程。治疗结果：肢体感觉及运动功能全部恢复正常者19例，2例因部分桡神经纤维断裂，遗留有手背桡侧局限性皮肤麻木感，3月后随访亦恢复。

【病案举例】

瞿某，男，49岁。因驾驶三轮车不慎挤伤左上肢，2h后肘部疼痛肿胀较重，因伤肢皮肤完好且能运动，故未引起足够重视，在本村

卫生室治疗（用一般止痛药及正骨水外擦）2天后，发现左手腕下垂，拇指不能背伸、外展，第一、二掌骨背侧皮肤感觉障碍，遂来我处求治。诊断：桡神经损伤。治法：补益气血，活血通络。方用补阳还五汤加味：黄芪50g，赤芍10g，当归10g，川芎10g，桃仁10g，红花5g，地龙10g，蜈蚣（研末冲服）3g。水煎服，日1剂。服药15剂，腕下垂减轻，拇指已能背伸、外展，只是力量欠佳，守方继服15剂诸症皆除。[4]

按：此例因外伤所致，经脉受损，气滞血瘀。用补阳还五汤以鼓舞气血，加蜈蚣以增通络之力，故用药30剂而伤肢功能恢复。

二、下肢周围神经损伤

下肢周围神经损伤主要包括坐骨神经损伤、胫神经损伤和腓神经损伤，尤以后两种较为常见。因为解剖关系，神经走行部位往往不容易受到保护，在骨折发生时容易并发神经损伤，骨折后的手术治疗、小夹板固定过程中也容易造成医源性损伤，故在治疗时要尽力避免。临床表现为踇趾背伸活动异常，踝关节及其余各趾伸屈自如，小腿及足部皮肤无感觉障碍。结合肌电图，临床不难诊断。本病属于中医学“痿证”、“痹证”等范畴。

【临床应用】

韩氏[5]等用补阳还五汤治疗下肢神经损伤56例，56例患者中，骨折引起者49例，脱位引起7例；坐骨神经损伤7例，胫神经损伤9例，腓总神经损伤33例。均有典型的神经支配区感觉运动障碍，经肌电图检查证实诊断。治疗方法：中药治疗补阳还五汤加味：黄芪60g，当归尾15g，赤芍15g，地龙10g，川芎20g，桃仁10g，红花10g，牛膝15g，穿山甲10g。血瘀明显者加制乳没（各）10g，丹参15g；肿胀明显者加茯苓15g，薏仁20g。每日1剂，水煎服。手术治疗者术后3天开始服用，半月为1个疗程。治疗结果：优35例，良11例，可以8例，差2例，总有效率96.4%。石氏[6]用补阳还五汤治疗医源性腓总神经损伤29例，所有患者均属压迫、牵拉、摩擦等医源性损伤，以补阳还五汤为主综合治疗。内服中药基本方：补阳还五汤加味。炙黄芪、乌梢蛇、地龙各30g，当归、赤芍、川芎、桃

仁、桂枝、川牛膝各10g，红花、制香附各6g。水煎服，每日1剂，2次，半月为1疗程，依病情加减。熏洗方：伸筋草、络石藤、丝瓜络、海桐皮、香樟木、陈艾叶、路路通、木瓜、川牛膝、三棱、桂枝等组成。每剂药用2天，每天熏洗2次。多食维生素B类食品，配合功能锻炼。结果：1个疗程后，治愈2例，有效26例，无效1例；2个疗程后，治愈6例，有效23例；3个疗程后，治愈16例，有效13例。4个月后治愈27例，有效2例。半年后29例全部恢复正常。张氏[7]等用补阳还五汤治疗腓深神经蹈长肌支损伤4例报告，本组4例均为男性，年龄分别为46岁、54岁和38岁。右侧3例，左侧1例。1例发生在切开复位内固定术后，1例发生于跟骨牵引小夹板外固定前外侧加压垫后，1例发生于骨折后，1例发生于陈旧性骨折切开复位植骨后。均以补阳还五汤加党参、淫羊藿等内服，1～3个月内完全恢复。基本方药：生黄芪30～60g，当归10g、芍药10g、地龙10g、川芎6g、桃仁6g、红花6g、淫羊藿10g、党参10g。每日1剂，水煎分2次服。

【病案举例】

1. 陈某，男，27岁。初诊日期：2001年3月7日。因车祸致右肢畸形疼痛、感觉运动丧失2h住院。查体：体温37℃，心率93次/min,呼吸34次/min，血压10/7kPa，神志清，精神不振，表情淡漠，右大腿畸形、肿胀明显，小腿以下感觉运动丧失。X线片示：右股骨下段粉碎性骨折，骨折远端向后移位成角明显。骨电图检查神经不安全性损伤。入院诊断：①右股骨粉碎性骨折并坐骨神经损伤。②失血性休克。给予输同型血400ml、补液等纠正失血性休克后，手术行股骨骨折切开复位带锁髓内针内固定坐骨神经探查，术中见坐骨神经受骨折端顶压牵拉肿胀充血并有少量瘀血块，鞘膜完整，骨折固定后神经张力不高，清除瘀血块。术后3天开始服用上方（方见上文）。1个疗程后患肢感觉运动基本恢复，感觉稍迟钝，肌力Ⅳ级，肌电图检查不完全损伤；2个疗程后患肢感觉运动完全恢复正常。半年后随访，肌电图检查正常。[5]

按：本例患者因外伤致经脉受损，血瘀气阻，气血逆乱，气血不能温煦濡养肌肤筋肉骨骼，故出现肢体知觉活动失常。治以补阳还五

汤益气活血，舒筋通络，加速神经损伤修复的作用。方中重用黄芪，味甘微温，性味俱浮，纯于气分，不但能大补元气，布元气于全身，而且在益气升散的基础上可疏通经脉；当归补血活血，性味甘辛而温，气厚味薄，辛散透达；川芎辛温，浮而升阳，为血中气药，功用专任气分，上升头顶，旁达肌肤；桃仁活血化瘀；红花辛温，活血通经；赤芍凉血祛瘀；地龙性善通络。

2. 刘某，男，58岁，2000年11月8日初诊。数月前因不慎被重物击中右小腿中下1/3外侧后，小腿麻木，无力，感觉迟钝，不能久行，曾在某院诊为右侧腓总神经不完全性损伤。虽经针灸、中药、穴位注射等治疗，无明显好转，来院求诊。症见：面色少华，右侧股四头肌肌力减退，沿腓总神经分布区疼痛，触觉减退，舌质淡胖，脉沉细，究其病因，乃外伤所致，虽经治疗，但久病经脉受损，阳气不复，鼓动血脉无力，日久渐至血不濡筋而致痿弱。治宜益气活血，温经通络。方用补阳还五汤加味：炙黄芪24g，赤芍15g，川芎10g，当归20g，地龙15g，桃仁10g，淫羊藿10g，鹿角胶（烊化）15g，桂枝15g，蜈蚣（研粉分吞服）2条，制川乌头6g。水煎服，日1剂。药用10剂，步履渐稳，下肢肌力增强，膝以下活动度、触觉、痛觉好转。后以参归再造丸、八珍汤交替服用。随访1年已如常人。[8]

按：王清任指出：气是人体生命之源，人之行、坐、动、转全仗元气，元气足则有力。元气衰则无力，元气绝则死。该患者久居高处作业，平素易感风寒之邪，年事已高，阳气渐衰，复感外伤后，又久未及时调治，则瘀血内阻经隧，血脉运行不畅，肌肉失营，营卫不固。故药用黄芪补气，鹿角胶助阳气为君；臣以桂枝、地龙、丹参温经通络；佐以红花、川芎、当归养血补血；蜈蚣引药直达病所。阳气已复，脉道已鼓，气血循行，营卫调和，肌肉痿弱自然消除。

3. 许某，男，19岁，因车祸致全身大面积烫伤，右下肢挤伤，即往某市医院治疗月余后，烫伤痊愈，但右足下垂，出院后来我处求治。查体：患者前胸及腹部有大面积烫伤瘢痕，右下肢活动无异常，无明显皮外伤，右足下垂，右足及趾不能背屈，足背皮肤感觉障碍。诊断：腓神经损伤。治宜活血通络，补气养血。用补阳还五汤加味：黄芪50g，赤芍10g，川芎10g，当归10g，地龙10g，桃仁10g，红花

10g，熟地15g，怀牛膝10g，蜈蚣（研末冲服）4g。水煎服，日1剂。服药20剂，右足已能背屈15°，足背皮肤已有感觉，守方继服22剂痊愈。[9]

按：患者被外力挤伤右下肢，虽无明显皮外伤，但筋脉受挫，而气外溢而瘀滞，停留于神经所行之处，则影响其正常功能。以补阳还五汤加熟地、蜈蚣补虚通络；更加怀牛膝以引而下行，滋养筋脉，故药到病除。

第三节 面神经炎

面神经炎是茎乳孔内的面神经发生非化脓性炎症引起的周围性面神经麻痹，故又叫周围性面神经麻痹、面神经麻痹等。本病病因未完全阐明，一般认为可能是由于病毒感染或寒冷引起面神经水肿、受压和局部血液循环障碍所致。患者通常急性起病，晨起发现面部僵硬，面肌活动不灵，额部皱纹消失，眼裂不能闭合，不能做皱额、闭目、鼓颊动作，进食时食物留滞在齿颊间，唾液口角外流等。也有病程较久者。面神经麻痹属中医“面瘫”、“口眼歪斜”、“风邪中络”的范畴。由于气血不足，络脉空虚，外邪入中经络，导致气虚血瘀，络脉痹阻，经脉失于濡养所致。

【临床应用】

李氏[10]等用补阳还五汤加减治疗面神经炎，方选补阳还五汤加减：黄芪30g，当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙各10g。加减：急性期（发病1周内）加泽兰、益母草；急性期兼见风寒者去地龙，加秦艽、羌活、白芥子，兼见风热者加薄荷、金银花、连翘，咽喉红肿加元参、板蓝根；体弱气虚明显者重用黄芪，加党参、白术；夹痰湿者加二陈汤；夹痰热者加枳实、竹茹、黄芩；病久不愈者加全虫、蜈蚣。水煎服，一日1剂，10天为1个疗程。结果：治愈32例，好转27例，无效3例。赵氏[11]等用补阳还五汤合牵正散治疗周围性面神经麻痹39例，方药组成：黄芪20g，当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、僵蚕、秦艽各10g，红花39g，制白附子、全虫各6g，蜈蚣2条，甘草5g等为基本方。风寒型（患侧面肌发紧疼痛或皮肤僵硬

者）加白芷5g、桂枝10g；风热型（患侧面肌松弛，皮肤烘热感者）去制白附子，加银花15g、连翘10g；风湿型（患侧面肌壅肿，眼睑浮肿者）加羌活12g；头昏者加天麻10g；舌苔厚者加姜夏10g；局部肌肉痉挛者加葛根12g；病程长者，加重黄芪用量至30～60g，鸡血藤30g等。每日1剂。水煎服，分早晚2次服用。结果：治愈38例，另1例患病14个月者，因治疗半个月后未能奏效而放弃治疗，治愈率97%。李氏[12]用中西医结合法治疗面神经炎62例报道。治疗方法：西药治疗：维生素$B_1$100mg，维生素B_{12}500ug，每日1次肌内注射，10天为1个疗程，1个疗程结束后休息3天，再行第二个疗程。急性期短期口服泼尼松1mg/（kg·天），顿服或分2次口服，连续5天，以后7～10天内逐渐减量。如系带状疱疹病毒感染引起的Hunt综合征，可口服无环鸟苷5mg/ kg，3次/天，连服7～10天。中药治疗：按中医辨证治宜疏风和营通络止痉，佐以清热解毒，采用补阳还五汤加味方剂组成：黄芪30g，当归30g，赤芍15g，川芎15g，红花10g，地龙10g，桃仁10g，僵蚕10g，板蓝根30g，全蝎10g，金银花20g，蒲公英15g。加减：若患侧耳后翳风穴有压痛，重用板蓝根、蒲公英，以清热解毒；若头顶不适微热者加羌活，另加重金银花用量。10天为1个疗程，每日1剂，1剂两煎，取汁400ml分2次口服。休息3天后行下1个疗程。结果：本组62例，治疗2个疗程后，痊愈44例，占70.97%；显效12例，占19.35%；好转6例，占9.68%；无效为0例。有效率为100%。

【病案举例】

1. 何某，男56岁，1996年5月10日诊。口眼歪斜，面部发冷、麻木感1个月。以中西药并针灸治疗3周，未改善而前来就诊。症见：口唇鼻眼向左侧歪斜，闭嘴时露齿流涎，闭目时眼裂增宽露睛，鼓颊漏气，面部肌肉抽动，皱眉额纹左侧消失。患侧咀嚼无力，眼睑下垂，舌紫暗、苔腻，脉濡细。诊为中风（中经络）。邪中经络，形成血瘀，治以益气活血、祛风活络，方以补阳还五汤加味处方：黄芪30g，赤芍、桃仁、白附子各10g，红花9g，防风、当归各12g，全蝎、地龙各6g，每天1剂，水煎服，5剂。二诊：流涎、流泪减少，面抽次数亦减，可闭目皱眉，能咀嚼但无力，上方加钩藤8g、陈皮

12g，续服5剂。三诊：口眼鼻歪斜基本消失，面部仍有麻木，又服10剂，配合其他药物调理1月而愈。[13]

按：本例证属风邪入侵头面部经络，邪入肌肤则麻木不仁；风邪中络，日久耗气伤血，引血动风；邪之所凑，其气必虚，血液依赖气的推动，气虚则血瘀，血虚动风则口眼歪斜，肌肉抽动；气虚不能固涩则流涎流泪面瘫，咀嚼无力。气为血帅，治以益气活血，祛风通络。本着“治风先治血，血行风自灭”的原则，在原方基础上加白附子祛风活络，防风祛风解表，引药上行直达病所，二诊时加钩藤入肝经祛肝风，泻肝热，陈皮燥湿化痰，全方祛痰以补气，活血兼祛风，祛邪不伤正，诸药合拍标本兼顾，故获良效。

2. 患者刘某，男，30岁，教师。于2003年2月8日就诊。主诉：右侧口眼歪斜2天。病史：患者于2天前晨起后刷牙时发现右嘴角漏水，活动不自如，右眼闭合无力，未做任何治疗。第二天前症明显加重，遂来本院就诊。查体：右侧额纹消失，右侧眼睑闭合不全，右眼流泪，右侧贝尔征（+），右鼻唇沟明显变浅，嘴角偏向左侧，吹气时右嘴角漏气，舌右侧前2/3味觉减退，右耳根部压痛不明显。中医诊断：右侧面瘫；西医诊断：右侧周围性面神经麻痹。治疗：针刺治疗（取穴：阳白、太阳、巨髎、下关、地仓、颊车等），结合中药牵正散与补阳还五汤加减（全虫、僵蚕、黄芪、当归、地龙、川芎、桃仁、红花等）。第一个疗程结束后，患者右眼基本能闭合，右额纹及鼻唇沟加深，嘴稍左偏。2个疗程的治疗后，患者面神经麻痹的症状完全消失，面部表情肌运动恢复正常，半年后随访无复发。[14]

按：本例由于患者正气虚弱，脉络空虚，故风寒之邪乘虚侵袭面部经脉，以致经气阻滞，经筋失养，筋肉弛缓不收而发病。依其发病机制，治当以益气活血、祛风通络。阳白、四白、下关、地仓、颊车等穴，是治疗面神经麻痹的主穴，可起到祛风散寒、调和气血，疏通经络的作用；面神经麻痹是以正气虚弱，脉络空虚为本，感受风邪为标，牵正散只有祛风通络之功，其药力强劲，无补益之效，且易耗伤人体正气，因此需配以补气活血、疏通经络之主方补阳还五汤，方中黄芪大补元气，益气固表，力专而性走，周行全身；当归益气血，补阴不足；赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀，通利血脉；地龙解痉通

络，从而解除血管痉挛，改善局部微循环，并能降低周围血管对寒冷刺激的反应。如此标本兼治，其效最佳。

第四节 坐骨神经痛

坐骨神经痛是一组症候群，引起此症的病因很多，包括其他疾病引起，最终都是累及腰骶部脊神经，使神经干出现一定的病理变化，从而导致坐骨神经痛症状。患者有以下共同点或症状：均有外伤或感受寒凉病史，一侧或双侧腰臀部疼痛并患侧大腿后侧、小腿后外侧放射疼痛，甚者达足背，同时伴麻木感或痛觉减弱。有压痛点常在腰骶部、脊椎旁、梨状肌坐骨神经点处，并向下肢放射痛。病人跛行，患侧臀及下肢肌萎缩，患肢膝腱、跟腱反射减弱，患足趾跖背伸力减弱，直腿抬高试验阳性。坐骨神经痛属于中医学“腰痛”、“痹症”辨证范围，即闭阻之意。常在人体正气虚时，感受寒湿、外伤等原因引起气血运行不畅，经络阻滞而致关节活动不灵，肢体疼痛，酸楚麻木。故治当益气活血、通络止痛为法。

【临床应用】

胡氏[15]采用补阳还五汤随症加减治疗坐骨神经痛45例，并与用舒筋活络液治疗的25例作对比观察。治疗方法：治疗组服用补阳还五汤加味：黄芪30～50g，当归尾、赤芍、川芎、牛膝各10～15g，熟地、鸡血藤各15～20g，桃仁、红花、地龙、威灵仙各5～10g。水煎服，每天1剂。能饮酒者，可兑白酒50ml同服，效果更佳，并随辨证加减，配合推拿按摩。对照组用舒筋活络液配合推拿。结果：治疗组45例中治愈32例（71%）；对照组25例中治愈4例（16%），两组治愈率比较$P<0.01$，有显著差异。杭氏[16]用加味补阳还五汤治疗坐骨神经痛80例，方药组成：生黄芪20g，当归尾10g，桃仁10g，红花10g，川芎10g，地龙12g，白芍30g，甘草6g，蜈蚣3g，怀牛膝15g，制乳香6g，制没药6g。臀腿及足部酸麻胀痛者加鸟不宿15g；咳嗽、喷嚏痛剧者加鬼箭羽15g、鬼针草30g、地鳖虫6g；怕冷喜温者加制川乌6g、细辛3g；湿甚苔腻者减白芍、甘草，加薏仁40g、苍术10g；肾阴虚者加生、熟地各10g；肾阳虚者加巴戟

天10g、狗脊12g、杜仲10g。结果：痊愈58例，显效10例，好转8例，无效4例，总有效率95.0%。王氏[17]用补阳还五汤治疗坐骨神经痛患者432例，其中有121例用中药治疗获满意效果，其他311例症状有一定缓解，配合手法和手术治愈。治疗方法：根据临床症状体征辨证为“痹症”，属于气血不畅、经络阻滞，方药用补阳还五汤加减：党参30g、黄芪30g，僵蚕15g、蜈蚣9g、当归15g、全蝎15g、桃仁10g、红花5g、赤芍12g、川芎12g、丹参30g。

【病案举例】

1. 刘某某，女，56岁，退休教员，于1997年12月26日初诊。右侧坐骨神经痛月余，近日疼痛难忍，行走困难，神疲乏力，气短纳差、便溏、面色㿠白，舌淡苔白，脉虚。证属气血不足、瘀血阻络，治宜益气活血、通络止痛，佐以健脾。方用补阳还五汤加减：黄芪30g、党参15g、炒白术15g、当归尾9g、赤芍9g、地龙6g、川芎9g、红花9g、桃仁9g、制乳没各10g。水煎，约250ml，日1剂。连服10剂后，疼痛逐渐减轻，精神好转，饮食量增。又服10剂，将黄芪增至60g，精神恢复正常，疼痛消失，活动自如，随访1年未复发。[18]

按：患者坐骨神经痛，因气血不足、瘀血阻络所致，气虚无力推动血液正常运行而至血瘀，血瘀而不能滋养脉络，脉络瘀阻，不通则疼，故治宜益气活血通脉。黄芪、党参、白术、当归补气养血，川芎、赤芍、桃仁、红花、丹参、没药、乳香活血化瘀；地龙活血通络，诸药合用而得气血畅行，活血通络，疼痛自消。

2. 王某，女，70岁，家庭主妇，2002年10月16日诊。患者右侧腰臀部及下肢疼痛3年，复发加重2个月，曾数易其医，内服中西药（不详），局部穴位注射，针灸，按摩治疗，疼痛时发时止。近2个月来疼痛逐渐加重，痛则挛急难忍，放射至小腿跟部，寒冷麻木，活动困难，舌质淡苔白，边有齿痕，跛行扶至诊室。询问病人月经初潮18岁，绝经43岁，20岁婚后多产。证属：气血亏虚，肝肾不足，寒湿入侵，脉络瘀阻。用基础方药2剂无明显疗效，考虑患者虚损较重，遂拟方：独活、桑寄生、秦艽、当归、川芎各20g，鹿角胶、伸筋草、龟胶、阿胶各30g，黄芪80g，田七粉10g，制二乌各10g。水煎服，2剂后疼痛逐渐减轻，黄芪增至120g，加入乳没、制附片等

药，15剂后疼痛消失，下肢活动自如，守方用上药做丸剂。善后随访至今未复发。[19]

按：患者老年女性，早婚多产，长期劳累，气血不足，肝肾亏虚；气虚血亦瘀，滞阻脉络，不通则痛。独活寄生汤源自《备急千金要方》，主要功效益肝肾、补气血、祛风湿、止疼痛；补阳还五汤功能为补气、活血、通络。两方化裁合用相得益彰，功效倍增，治疗坐骨神经痛正好切中病机。方中熟地黄、桑寄生、牛膝、杜仲滋补肝肾，黄芪、川芎、白芍调补气血，桃仁、红花、血竭活血通络，桂枝、木瓜、独活、乳香、伸筋草除湿止痛，后期更加黄芪用量，寓气旺血行之意。诸药合用则气血畅，肝肾足，寒湿除，脉络通疼痛止，病达治愈。

3. 路某，男，43岁，1996年10月3日初诊。左腰部反复疼痛，痛引腿足3年余。3年前扭伤左腰部，疼痛如刺，痛引下肢，行走不便。X线摄片示腰椎未见异常，经治疗疼痛稍有缓解，但仍反复，时发时止。虽经理疗、针灸等治疗，其效甚微。现症：左腰部疼痛，痛连腿足，以酸软为主，遇劳尤甚，面色少华、体倦乏力、少气懒言、纳差，舌淡边有紫斑，苔薄白，脉细涩。查体：直腿抬高试验（+）。西医诊断为坐骨神经痛。中医诊：腰腿痛，证属气虚血瘀、脉络瘀阻。治以益气活血、通络止痛，方用补阳还五汤加减。处方：黄芪、党参各30g，白术、当归尾、川芎、地龙、赤芍、独活各12g，桃仁、红花各10g，牛膝、续断各15g。每日1剂，水煎服。服药5剂后腰腿痛减轻。药切病机，守方续服月余而愈。随访3年未见复发。[20]

按：本病属中医腰腿痛范畴，为气血留滞，经脉气血运行不通、筋脉失养所致。久病者气虚血瘀，脉络瘀阻。治以补阳还五汤。方中黄芪、党参、白术健脾益气；桃仁、红花、当归尾、川芎、赤芍活血化瘀；地龙、牛膝、独活、续断通经活络、强筋壮腰止痛。诸药相伍，使气旺血行，经脉畅通，筋脉得养，通则不痛。

第五节 脊髓神经损伤

脊髓及脊神经损伤为外伤、脊椎麻醉操作不慎或手术时时间长、过度体位等原因引起。脊髓和脊神经损伤后，病人可出现下肢感觉异常，烧灼样疼痛，活动受限，甚至瘫痪，大小便潴留或失禁，病人焦虑痛苦异常。本病属于中医“痿证”、“痹症”范畴，总因督脉受损、气滞血瘀、筋骨筋脉失养所致。

【临床应用】

朱氏[21]用加味补阳还五汤治疗脊椎麻醉引起脊髓及脊神经损伤8例，所选病例均为中下段脊椎麻醉，由穿刺困难造成神经根损伤5例，穿刺失误损伤2例，脊髓损伤1例。方用加味补阳还五汤：黄芪50g，当归尾15g，川芎10g，赤芍10g，桃仁10g，红花6g，地龙30g，山茱萸10g，枸杞子10g，淫羊藿10g，鹿角片10g。上药加水500ml浸泡30min，水开后文火煎煮30min，取汁250ml，二煎加水300ml取100～150ml，两次药液混合，每次服200ml，早晚各1次。每日1剂，10天为1个疗程。结果：服6剂治愈者5例，12剂治愈者2例，18剂治愈者1例。何氏[22]补阳还五汤加减治疗脊髓震荡伤35例，所有病人均有明确外伤史，经检查排除骨折和脱位。治疗方法：颈部制动，采用补阳还五汤治疗。方药：黄芪4g，当归15g，川芎10g，桃仁6g，赤芍10g，红花6g，地龙15g。瘀血证明显者加丹参、三七粉（冲服）、泽兰、炙地鳖虫、延胡索、路路通；麻木、刺痛或灼痛重用地龙、炮山甲、蕲蛇、露蜂房；颈部板滞不利加葛根、威灵仙、乌药、荔枝核、寇粉；腹胀、大便干燥或秘结加制大黄、火麻仁、肉苁蓉；肢端肿胀加生薏苡仁、茯苓；发热加银花、荆芥、连翘。中后期加服补中益气汤。水煎服。每日1剂，日2服，半个月为1个疗程。治疗结果：2个疗程后，35例患者中，治愈19例，好转12例，未愈4例（经核磁共振检查为颈椎间盘突出）。总有效率88.6%。

【病案举例】

1. 王某，女，35岁，银行职员，以急性阑尾炎入院，在硬膜外

麻醉下行阑尾切除术，麻醉穿刺部位为 T_{10}～T_{11}，穿刺过程中患者下肢突然抽动，触电样疼痛，难以忍受，立即退出穿刺针，调整穿刺角度，完成麻醉操作。麻醉及手术顺利，麻醉效果消失后，病人左下肢后侧疼痛如刀割，咳嗽、说话时疼痛加剧，不能活动，彻夜难眠，肌内注射杜冷丁后疼痛稍有缓解，诊断为脊神经损伤。给予西药维生素 B_1、维生素 B_2、神经生长因子，效果不佳，遂改为中药治疗，投加味补阳还五汤 1 剂后疼痛稍减，3 剂后明显减轻。效不更方，继投 3 剂，疼痛完全消失，下肢活动正常，7 日后出院，随访 3 个月，一切正常。[21]

按：本例补阳还五汤加味即上文所载方药，方中黄芪大补脾胃之气，使气旺以促血行，祛瘀而不伤正，又符合“治痿独取阳明”之旨。归尾、川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙活血祛瘀、通络止痛，扩张脊髓血管，改善脊髓微循环，使瘀血、水肿消失，促进神经细胞再生。山茱萸、熟地、枸杞子、淫羊藿、鹿角片等能使肾气充足，肾精旺盛，脑髓得充，则督脉统帅诸阳经的功能恢复，更利于神经细胞功能的恢复。综观全方具有补气、活血、祛瘀、通络止痛、益肾健脑之功，故取得满意疗效。

2. 患者刘某，男性，30 岁，以“截瘫半年”为主诉，于 1993 年 7 月 6 日就诊。半年前患者不慎摔伤腰部，当时即感腰剧痛，双下肢不能站立，后经 CT 诊断为第一腰椎粉碎骨折并脊髓不完全性断裂。自发病以来小便失禁，双下肢瘫痪，肌肉萎缩明显，且伴有多处褥疮，身体消瘦，面色萎黄，舌淡胖大，苔薄白，脉细弱，查心肺（－），肝脾未及，化验正常。左下肢肌力Ⅰ级，右下肢肌力 0 级，肌张力降低，双膝腱反射减弱，跟腱反射未引出，无病理反射，下腹壁反射及提睾反射未引出。诊断为痿证，证属气血虚弱、筋脉失常。经针刺治疗 2 个月，疗效不显，因经济困难要求出院，出院时给予补阳还五汤加菟丝子、党参、川断、桑螵蛸、益智仁、山药等药，黄芪量为 120g，混合研为细末，15g/次，3 次/日，服药 20 天后，小便自控，双下肢温度觉恢复，肌力左肢为Ⅱ级，右肢为Ⅰ级，褥疮痊愈，故要求继续服药，又给该方加党参、川断、骨碎补、路路通、川膝、鹿角片，共研细为末，每日与猪骨髓混服 30g，分 3 次服用。坚持用

药2个半月后患者可借助手杖行走，双下肢肌力为左Ⅳ级，右Ⅳ级，温度觉、痛觉基本恢复，1年余偶遇其妻，才得知患者已生活自理。[23]

按：本例患者为外伤所致脊髓不完全断裂，辨证为气虚血瘀，治疗以益气活血、化瘀通络、补肾强筋骨为主，方用补阳还五汤加党参、山药益气活血，使气行则血行；菟丝子、川断、桑螵蛸补肾填髓，治疗有效后，继用上法，并加大益髓填精之力，效果明显。

第六节 神经性头痛

神经性头痛是颅内某些神经功能偏亢，释放如乙酰胆碱、5－羟色胺、缓激肽等活性物质，当这些物质直接兴奋神纤末梢的痛觉感受器时，冲动便可传入脊髓后根的神经细胞，经由脊髓丘脑侧束，进入内囊，传布至大脑皮质中央后回的第一感觉区，引起有定位特征的痛觉。本病属于中医“偏头痛”范畴。

【临床应用】

项氏[24]等用补阳还五汤治疗血管神经性头痛36例，以补阳还五汤为基本方，组成：黄芪120g，当归、赤芍6g，地龙、川芎、红花、桃仁各3g。对发病时间不长，正气虚不明显者黄芪用量减半；对头痛跳痛明显者加天麻10g；对女性月经来潮发病者加香附10g；对伴腹痛、腹泻者加甘草5g、广木香6g。每日1剂，水煎，上、下午各服1次，1个月为1个疗程，每个疗程结束后停药3～5天，再继续下一个疗程3个疗程后判断疗效。结果：痊愈（头痛消失，年内无复发者）9例；显效（头痛消失经较长一段时间后又复发，经治即止者）21例；有效（头痛减轻，经常复发者）3例；无效（经治疗效果不明显，头痛仍经常发作者）3例。

【病案举例】

1. 吴某，女，32岁，2001年8月初诊。患者年余来头痛反复发作，头顶部及额部搏动性跳痛或钝痛，每于经前发作，伴头昏乏力，动则汗出，舌淡红苔薄白，脉细。曾做过有关检查，排除颅内器质性、占位性病变及五官科疾病，服用止痛药、扩血管药疗效不佳，特

要求服中药治疗。诊断：气虚血瘀之偏头痛，拟补阳还五汤加减，方药：黄芪30g，赤芍12g，当归10g，川芎10g，红花6g，地龙12g，细辛3g，僵蚕12g，白芷12g，藁本12g，水煎服，2剂后疼痛减轻，嘱患者每于经前2周服药，3个月后疼痛消失，原有痛经症状也明显减轻。[26]

按：内伤头痛多虚实夹杂，气虚血瘀。患者多于经前发作，冲任不固，血海空虚，虚中夹实。用补阳还五汤以益气活血，使瘀血去，则痛止，瘀血得去，则新血得生，故能兼调经。

2．胡某，女，35岁，干部，1997年11月17日就诊。诉头痛反复发作2年，伴乏力，纳差。曾诊断为“血管神经性头痛”，多次治疗效果不佳。刻诊：头痛，以右侧为甚，昼轻夜重，痛如锥刺，痛时恶心欲吐，睡眠差，多梦，乏力，懒言，月经量少，色暗，舌质偏紫，苔薄白，脉细涩。辨证为气虚血瘀。治宜补气养血，活血通络，用补阳还五汤加味。处方：黄芪60g，川芎10g，桃仁10g，红花6g，当归12g，赤芍10g，地龙10g，菖蒲10g，郁金10g，天麻10g，服用5剂后，头痛明显减轻，睡眠改善，守上方再连续服用5天，诸症愈，未见复发。[26]

按：本案为气虚血瘀，痹阻清窍，伴见气血不足，故见头痛如锥刺。以补阳还五汤益气养血，活血通络，方中重用黄芪大补元气，目的在于取“气旺则生血，气旺则血行”，加入郁金、菖蒲以理气宣窍通络；加入天麻、菖蒲以养心安神，通络止痛，药证相符。则病可愈。

3．李某某，男，58岁，1997年10月12日，初诊，患者头痛频发半年余，曾在菏泽地区人民医院、地区第三人民医院行多种检查，诊为偏头痛持续状态。先后服用麦角胺、卡马西平、吲哚必利等药物，疗效不佳。静脉点滴低分子右旋糖酐加丹参注射液或加川芎嗪注射液，症状暂时缓解，但停药后头痛复发。后来本院就诊，要求中药治疗。症见：头痛绵绵10余天，以额顶及左颞侧部空痛为主，偶有钻痛感，伴头晕、心烦，纳差、面色㿠白，舌淡紫、苔薄白、脉细涩。辨证为气血不足，脑窍失养，病久夹瘀。治宜益气养血、活血止痛。方用补阳还五汤加减：黄芪40g、党参15g、白术12g，赤芍10g、川

芎6g、当归10g、桃仁10g、红花10g、白芍12g、蔓荆子10g、丹参30g，水煎服，取汁约250ml，日1剂。服5剂后自觉额顶、颞部空痛感减轻，钻痛消失，又服5剂，痛止，饮食量增加，守方续服5剂，以固疗效。随访1年，未再复发。[18]

按：本病患者气血不足而发头痛，因气为血之帅，血为气之母，气行则血行，气虚不能推动血液正常运行，日久而致血瘀，故治宜益气养血活血。方中黄芪、党参、白术、当归补气养血；川芎、赤芍、桃仁、红花、丹参活血化瘀止痛；白芍、蔓荆子清利头目止痛，诸药合用，使气血得充，血行通畅、清窍通利、头痛自止。

第七节 脑外伤性癫痫

脑外伤性癫痫，系指脑外伤后引起的以运动、感觉、意识及精神障碍为主的临床综合征。本病病情复杂，缠绵难愈，长期发作可影响智力。本症大部分患者有一侧肢体活动障碍。脑外伤癫痫属于中医“痫证”范畴，中医认为本病之发生总不离风、痰、瘀，癫痫大发作者多为肝风夹痰、上扰清窍所致。

【病案举例】

1. 刘某，男性，19岁，曾于1999年12月因车祸受脑外伤。2002年6月22日因与人口角后发生癫痫，此后每日发作1次，发作时四肢抽搐，角弓反张，无吐沫，失去记忆。2003年1月18日初诊，症见面色暗紫，精神萎靡，语言不利，头痛健忘，多梦，心悸，烦躁，右侧肢体活动障碍，舌红苔白，脉弦细。辨证属气虚血瘀。予补阳还五汤加味：黄芪150g，当归20g，赤芍15g，桃仁15g，红花15g，川芎15g，地龙20g，人参20g，石菖蒲20g，郁金15g，胆南星15g，益母草30g，制远志15g。水煎服，每日1剂。经上方治疗1个月，癫痫发作2次，患侧肢体活动自如。继续治疗半年后癫痫未再发作。[27]

2. 宋某，女，26岁，2000年10月遭受脑外伤。2003年2月16日无诱因突然出现癫痫发作，每日1次，发作时四肢抽搐，口吐涎沫，角弓反张，尿失禁，持续5～6min，停止后昏睡半日方能恢复。

经中西药治疗无效，于2003年3月5日来诊。症见心悸，心烦，健忘，右侧肢体无力，头痛头晕，口齿不清，胸闷，面色萎黄，食欲不振，舌苔白腻，脉沉细。辨证属中气不足，脾失健运。予补阳还五汤加味：黄芪150g，川芎15g，当归15g，赤芍15g，地龙15g，桃仁15g，红花15g，白术20g，茯神20g，党参15g，石菖蒲20g，白芥子15g，栀子15g。水煎服，每日1剂。服药40余日，复诊时述其间仅发作1次。继服2个月后无癫痫发作。[27]

按：脑外伤癫痫是因外伤而致血瘀气滞，瘀浊阻闭清窍，脏腑气血失调，阴阳之气不相顺接而出现的一种阵发性神志异常的疾病。上两例中均有外伤史，其病机皆为气虚血瘀，痹阻脑络。故可同治以补阳还五汤加味，益气活血、化瘀通络、熄风止痉，双双获效。

第八节 神经官能症

神经官能症又名神经症，是一组疾病的总称，包括神经衰弱、癔症、强迫症、焦虑症、恐怖症、疑病症以及各种内脏神经官能症，如心血管神经官能症，胃肠神经官能症等。神经官能症的发病原理尚不清楚，一般认为，个体神经系统功能减弱与不健全的性格特征有关。神经官能症的症状复杂多样，有的头痛、失眠、记忆力减退；有的则有心悸、胸闷、恐怖感等。其特点是症状的出现与变化与精神因素有关。如有的胃肠神经官能症患者，每当情绪紧张时出现腹泻。本病在中医分别属于“癔病”、“不寐”、“脏燥”等。

【病案举例】

1．患者，男，54岁，市农行干部，2001年10月8日初诊：自诉右侧头痛伴麻痹感，同侧肢体麻痹、出汗、怕风、双手掌怕沾冷水，沾之则痒甚，病达3年之久，并伴见心情焦躁、健忘、心悸，右侧肋下麻痹感，并时有胀痛、失眠、口干喜饮、小便清长、大便正常，食欲尚可，面色晦暗无华，唇暗，舌质淡暗，苔薄白，脉沉细涩。曾经在中心医院住院2个多月，各种检查均为“阴性”。西医诊断为“自主神经功能紊乱”，因治疗效果不明显而要求出院治疗。出院后，曾经服过补气血的八珍汤、归脾汤，疗效不明显，就诊时症状

如上诉，辨为气血两虚、肝郁气滞，用八珍汤合逍遥散加减6剂。10月15日二诊：服上药后，除心悸、肝区痹痛稍见好转外，余症未减，细审之，乃是只补气血二虚，忽视其气滞血瘀之实，故改以补气、活血、化瘀为治，予以补阳还五汤加味，处方：北芪120g，当归尾6g，赤勺6g，川芎3g，地龙3g，丹参15g，红花3g，天麻10g。6剂。10月22日三诊：肢体畏风，双手怕沾冷水症状大减，头痹痛亦减，仍感肝区不适、失眠、肢体麻痹，脉舌同前。3年癌疾能初见成效，则效不更方，照前方继服30余剂。2002年3月20日四诊：上述症状基本消失，每天晚上9时睡，早晨5时半起床，坚持每天跑步，心悸除，心情焦躁也大有好转，双手不怕沾冷水，肢体不畏风寒，头痹痛基本消失。饮食二便正常。惟觉肝区时有不适感，舌淡红、苔薄白、脉弦细，仍以上方加减以巩固疗效，追踪至今病情未复发。[28]

按：此例西医诊为神经官能症。辨证乃气血两虚。一诊忽视久病成瘀的症状，故服药未能改善。后拟补气活血之补阳还五汤，方中重用黄芪补气；川芎、当归尾补血活血；赤芍、地龙、红花活血祛瘀通络；天麻祛风止头痹，更增一味丹参，功如四物，既补血又活血，诸药合用，共奏全功。

2. 患者，女，45岁，医院职工家属，2001年6月20日初诊，患不寐症2年余，近半年症状加重，晚上难以入睡，甚至彻夜不寐，或者有时恍恍惚惚，似睡非睡，白天头晕眼花，精神倦怠，自疑是脑部生肿瘤，精神抑郁，善太息，总认为是患不治之症，曾服地西泮片，从1片增至4片，氯氮䓬2片，都不见效。中医辨证为“心脾两虚”，先医屡用“归脾汤”，治疗20余剂，罔效。就诊时见其面色晦暗，唇暗，目光无神，舌质淡暗，苔薄白，脉沉细。虑其年逾四十，而且早年丧夫，忧思伤脾，用妇人脏躁方，取甘麦大枣汤加磁石30g，龙骨30g，酸枣仁15g，丹参15g，百合30g，首乌30g，桂圆肉30g，9剂。7月2日二诊：自诉服上药后，开始2天晚上能入睡3h，随后依然。沉思良久，诊其面色黧黑，舌淡暗，“久病多瘀”。取用补阳还五汤加酸枣仁12g、龙骨30 g、磁石30 g、石菖蒲9g，先后服用12剂，自觉效果较好，能每天晚上入睡4～5 h，白天精神转佳，追踪至今无复发。[28]

按：不寐一症，以心脾血虚，肝阳偏旺，肾阳亏损，饮食积滞，痰火中阻均可引发。辨证须审证别因。本例为长期不寐，虽见心脾两虚证，然久病必瘀，单纯的滋补和安神未能收效。拟补阳还五汤补气、活血、通络，气旺可促进人的血液循环，祛瘀能扶助人的正气，再合养血安神之品，多年顽疾可愈。

3. 秦某，女，64岁，退休教师，1998年4月24日初诊。患者失眠1余年，每晚均需服地西泮方可入睡，近3个月来症状加重，伴心烦，入睡难或似睡非睡，恶梦频繁，甚至彻夜难眠，健忘，体倦乏力，头晕心悸，时有一过性胸部刺痛，记忆力、计算力无异常，舌质暗红，舌边有齿痕，苔薄黄，脉细弦，神经系统检查无阳性体征，心电图、心脏多普勒均正常，血黏度高，甘油三酯2.35mmol/L。辨证：气虚血瘀，心神失养，治宜补气活血，养心安神。方用补阳还五汤加减：黄芪50 g，当归10g，川芎、桃仁、红花、赤芍各12 g，远志、五味子、合欢皮各15g，炒酸枣仁50 g。水煎服，日1剂。6剂后患者能入睡5h，乏力改善，效不更方，连进20剂，病瘥。[8]

按：患者病程长，舌质暗红，乃久病必瘀之故，高黏、高脂血症属中医学“瘀血”范畴。《血证论》曰：“寐者，神反舍，息归根者也，不得卧，即神不守舍故。血者，神气也，血行则神安其位而寐”。血瘀则魂魄飞扬，无所依归，因而难以入寐。补阳还五汤补气活血化瘀，远志、炒酸枣仁、合欢皮、五味子安心神。方药切中病机，故病随之而愈。

第九节 中毒性神经损伤

中毒引起的神经毒性是指各种有毒物质引起的多发性神经炎，能引起本病的毒物很多，包括临床治疗药物的毒性和不良反应、有机磷中毒等引起的神经损害。中医没有相关文献记载，依据临床症状属于“痹证”范畴。

【临床应用】

赵氏[29]等用补阳还五汤加味治疗呋喃唑酮中毒致多发性神经炎，所治4例患者均有胃或十二指肠球部溃疡，都有长期服用呋喃唑酮

史；均表现有手足麻木、疼痛、有异常感觉等多发性神经炎症状。用补阳还五汤加减治疗：黄芪60g，当归30g，地龙、川芎各10g，天麻5g，党参20g，益母草、丹参各30g。疼痛明显者加桂枝5g，独活5g；神疲乏力、唇爪无华、舌淡、脉细者加熟地15g、锁阳20g；神昏、身重、舌质红苔黄者加石菖蒲10g，银花20g，玄参30g。每日1剂，连续用药2个月。治疗结果：用补阳还五汤加减治疗2个月后，4例痊愈随防1年无复发。弓氏[30]用补阳还五汤预防奥沙利铂外周神经毒性的临床观察，所采病例为45例癌症患者，分成预防组和对照组，全部接受3周期以上奥沙利铂化疗，3周期为1个疗程，3个疗程后评价化疗效果。两组在化疗时使用神经妥乐平注射液。其中预防组22例同时使用中药汤剂，用奥沙利铂前1天使用，共用10天为1个疗程；对照组不使用汤药。所有患者化疗结束后继续观察随访6个月。中药汤剂为补阳还五汤加减：基本方药：黄芪30～100g，当归15g，红花10g，川芎10g，桃仁10g，赤芍10g，地龙10g，鸡血藤15g，玄参20g，延胡索10g，没药10g，木瓜10g，桂枝9g，姜黄10g，牛膝15g。治疗结果：记录各例患者的外周神经毒性发生率，得出预防组发生率为13.6%，对照组发生率为56.5%（$P < 0.05$）。表明补阳还五汤预防奥沙利铂的外周神经毒性优于单用西药。郑氏[31]用补阳还五汤加味治疗中毒性多发性神经炎共8例，所有病人发病都是因误服农药有机磷中毒经西药抢救脱险后所留下的后遗症。用补阳还五汤加味（生黄芪、赤芍、丹参、薏仁、忍冬藤、当归、桃仁、丹皮、地龙、僵蚕、川芎、红花）治疗，1～3个疗程后，6例病人痊愈，2位年龄较大者经3个疗程治疗后，尚时有轻度肢端麻木感。

【病案举例】

1. 患者男，43岁。因双侧肢体无力并进行性加重半月入院。入院前1个月余患者曾服水胺硫磷约100ml在就近医院洗胃、静脉推注阿托品、静脉点滴解磷定等治疗12天，脱离生命危险并生活基本自理。因体温38.6℃左右，曾给予抗生素治疗。3天后体温正常。查体：体温、心率、呼吸、血压均正常。双上肢近端肌力Ⅳ级，远端肌力Ⅰ级，肌张力正常，腱反射（++）；双下肢近端肌力Ⅲ级，远端

肌力Ⅰ级肌张力降低，腱反射（+），双侧病理征均（-）。查血、尿常规正常；血生化正常；腰穿脑脊液36滴/min，无色透明，潘氏试验（-），葡萄糖2.9mmol/L、白细胞0.004 × 10^9/L，红细胞0~2/低视（新鲜）；颅脑CT无异常；神经肌电图示周围神经病。考虑有机磷中毒致迟发性周围神经病。给予静脉点滴能量合剂；双侧曲池、足三里穴位封闭维生素B_1、维生素B_{12}；静脉点滴复方丹参注射液250ml/天及脑蛋白水解物20ml/天；并配合中药补阳还五汤口服及针灸等辅助疗法，肢体肌力日渐好转。[32]

按：有机磷是羧基酯酶强力抑制剂，其磷酰根与酶的活性部分紧密结合形成磷酰化胆碱酯酶，失去水解乙酰胆碱的能力，造成大量乙酰胆碱在体内积累，使中枢神经系统和胆碱能神经过度兴奋导致肌震颤甚至挛缩，最后转入抑制和衰竭，重度中毒可转为肌力减弱以致麻痹，甚至呼吸肌麻痹危及生命。本例服水胺硫磷为剧毒有机磷农药，尽管经抢救挽回生命，但因服用量大而使神经系统中毒，致四肢肌力低少并进行性加重。穴位封闭维生素B_1，维生素B_{12}，静脉点滴能量合剂及脑蛋白水解物，可营养神经、促神经功能恢复；复方丹参注射液及中药补阳还五汤能活血益气、改善循环，配合针灸加强疏通经络作用，亦有利于神经功能恢复。故患者日益康复。

2. 朱某某，男，35岁，已婚。自诉2个月前因与妻口角，服农药1605，当即大汗淋漓，昏迷不醒，经抢救苏醒。近半月以来，出现双上、下肢远端呈手套及袜状麻木，感觉异常，抓握及站立行走无力，需人搀扶，伴头晕目眩，神疲乏力，纳差，两便尚可，舌质紫暗，脉细涩。查体：神清，体温、呼吸、心率、血压正常，心肺无异常，肝脾未及，四肢无畸形，双手握力差，双腓肠肌压痛，双足背屈无力，四肢远端痛觉减退，血检正常。西医诊断为有机磷中毒继发周围神经炎，中医诊断为痿证，属气血亏损，经脉痹阻。法当益气活血，温经通络兼调理脾胃。方取补阳还五汤加味：黄芪60g，地龙10g，制马钱子0.8g，淮牛膝15g，桃仁10g，红花10g，当归15g，川芎10g，赤、白芍各10g，桂枝10g，白术10g。服药3剂，精神大为好转，食欲增加，麻木感减轻，已能站立。继守上方黄芪加至80g，白芍加至30g，5剂。再诊，纳食正常，四肢麻木感较前大为好

转，已能扶杖行走10余步。仍照原方略予增减，共服药30余剂，四肢麻木感消失，已能独立行走。[33]

按：本例以有机磷中毒后出现四肢麻木、痿软无力为主要临床特点，是由磷毒侵犯血分，耗气伤血，致气血瘀阻，经脉痹塞。故用补阳还五汤补气活血，温经通络，尤其是重用黄芪，取气旺瘀散之意，配伍活血散瘀、温经通络之品，加速毒物的消散，同时遵循“治痿独取阳明”，以白术辅佐黄芪健脾益气，标本兼顾，使诸症得除，功能得复。

第十节 糖尿病周围神经病变

糖尿病周围神经病变是糖尿病常见并发症之一，其发生率较高，严重影响患者生存质量。糖尿病周围神经病变发病机制目前研究概括为，高血糖所致的小血管缺血缺氧和代谢异常两方面，而后者有多元醇旁路活化致山梨醇积聚和蛋白非酶糖化异常。根据其临床表现，本病当属中医“血痹”范畴，其病机为：消渴久治不愈，气阴两虚；阴虚燥热，煎熬津液，津亏液少，不能载血循经畅行及气虚无力推动血行，血瘀经脉所致。

周氏[34]等将64例糖尿病周围神经病变患者随机分为治疗、对照两组，两组均进行饮食控制，使用口服降糖药或胰岛素控制血糖，并治愈其急性并发症，同时给予B族维生素及小剂量阿司匹林治疗。治疗组在此基础上加服补阳还五汤合六味地黄汤加减（北黄芪30g、赤芍12g，地龙6g、川红花10、桃仁18g、熟地黄15g、山茱萸12g、怀山药15g、玄参20g、泽泻9g、云苓10g。水煎服，日1剂，分2次服，共4周）。治疗结果：与对照组比较，治疗组可明显改善神经症状（$P<0.01$）和体征（$P<0.05$）。李氏[35]用药罐结合治疗糖尿病周围神经病36例，方法：将66例均为住院患者随机分为两组，两组治疗均在糖尿病治疗基础上进行。治疗组：运用自拟地黄还五汤：熟地、山药、山萸肉、当归、桃仁、红花、川芎各10g，泽泻、茯苓各12g，丹皮、赤芍各6g，黄芪、地龙各15g，便秘者加肉苁蓉15g；腹胀加厚朴、莱菔子各9g；腹泻加白术、薏苡仁各15g；足膝软弱加杜

仲、怀牛膝各15g；肢痛明显者加木瓜10g，上肢痛为主再加桑枝、姜黄各10g，下肢痛为主再加川牛膝15g；肢体有凉感加桂枝6g。1日1剂，水煎，早晚2次服用，共服40剂，同时运用背部及四肢走罐治疗，用液体石蜡作为润滑剂，取中号玻璃火罐，用闪罐法在背部及上下肢肌肉丰满处沿阳明经循行路线上下来回推动火罐，先一侧后另一侧；取小号玻璃火罐，用同样方法在四肢阳明经肌肉不甚丰满处走罐治疗，以皮肤潮红或略有紫红、患者不痛苦、能耐受为度，隔日1次，10天1个疗程，休息5天后再开始下一疗程，共用3个疗程。对照组用维生素B_1注射液100mg，1日1次，肌内注射；维生素B_{12}注射液500mg，1日1次，肌内注射，10天1个疗程，1个疗程后改为口服，共服用30天。治疗结果：治疗40天评定疗效，治疗组显效28例，有效6例，无效2例，显效率77.8%，总有效率94.4%。对照组显效8例，有效16例，无效6例，显效率26.7%，总有效率66.7%，经统计学处理，两组疗效有显著差异（$X^2 = 17.36$，$P < 0.005$），两组显效率有显著差异（$X^2 = 17.24$，$P < 0.005$）

【病案举例】 王某，女，57岁，退休干部。患糖尿病9年半，双下肢疼痛麻木8个月，于1999年10月23日初诊。患者9年前出现口渴、多饮、消瘦，查血糖增高，尿糖阳性，被诊为糖尿病。曾服用格列本脲、二甲双呱、格列齐特等药。起初几年，疗效尚可，后逐渐需加量维持。近1年多口服降糖药基本无效，每天注射胰岛素方可维持血糖至正常水平。双下肢出现麻木，行走如踏棉被感，后渐两小腿灼热刺痛，抽掣样痛，夜间或遇凉加重，局部加温可稍有缓解，曾用维生素B_1、维生素B_{12}、复方丹参片等，疗效不甚显著。现双大腿以下均疼痛无力，夜间掣痛难忍，甚则彻夜难眠。查：双下肢肌张力减低，肌力减弱，大腿肌肉轻度萎缩，膝腱反射减弱。舌淡苔薄白，脉沉。当日空腹血糖9.7mmol/L，尿糖（+），尿蛋白（++），尿酮体（++），甘油三酯4.5 mmol/L，胆固醇6.8 mmol/L。中医辨证：久病气虚血滞，瘀血阻络，肌肤失却濡养。治宜益气养阴，活血通络。方以补阳还五汤加味：黄芪60g，当归8g，赤芍、地龙、西洋参、桃仁各10g，川芎、红花各6g，生地黄、熟地黄各20g、丹参、玄参各15g、蜈蚣（研末分吞服）2条。水煎服，每日1剂，早晚分

服。用药1周后，疼痛减轻，夜间可入睡3～4h。3周后已基本不痛，继用药2个月，下肢肌力基本恢复正常，仍用胰岛素维持注射及其他对症治疗，追访1年，未见神经炎复发。

按：中医认为，糖尿病乃阴虚燥热所致，由于久病燥热、多尿以致津液不足，津伤则气损，气阴两虚；久病则瘀，加上气虚无力推动，瘀血阻络，肌肤失却濡养。正如王清任所说："元气既虚，必不能达于血管，血虚无力，必停留而瘀。"以致肢体麻木疼痛。方中重用黄芪意在大补元气；当归尾、赤芍、桃仁、红花、川芎、丹参活血通络；生地、熟地、玄参滋阴润燥；西洋参补气养阴。诸药合用，取得满意疗效。[8]

何某，女，65岁，2001年6月7日初诊。口干多饮乏力7年，四肢肩背麻木疼痛2个月，确诊为2型糖尿病，曾间断服用消渴丸。刻诊：四肢、肩背麻木疼痛，夜间尤甚，口干口渴多饮，周身乏力，自汗气短，睡眠欠佳，舌质暗红、有瘀斑、苔白，脉细涩。查：空腹血糖12.8mmol/L，肌电图提示四肢、肩背周围神经损害。西医诊断：糖尿病并发周围神经病变。中医诊断：消渴病并发血痹，证属气阴两虚、瘀血阻络。治宜益气养阴，化瘀通络。方用补阳还五汤加味。生黄芪45g，桃仁15g，红花、当归、赤芍、川芎、白芍、地龙各10g，生地黄、丹参、牛膝、鸡血藤各30g，威灵仙12g。每日1剂，分2次服。服药12剂，自觉气力增加，四肢肩背麻木疼痛有所好转。再服24剂，四肢肩背麻木疼痛基本消失。查空腹血糖降至8.4mmol/L，尿糖（+），肌电图提示四肢、肩背神经传导速度较前明显提高。继服12剂，诸症尽除，随访半年未复发。[36]

按：本病属消渴范畴，消渴病久者，必然元气大伤，若气虚则运血无力，阴虚则血行艰涩，而成久病入络之证候，瘀滞既成，则旧血不去新血不生，血愈虚而愈瘀，愈瘀而愈虚，互为因果，交相为患，血脉瘀阻，故发麻痛。方选补阳还五汤益气活血、化瘀、通络，使瘀去络通，麻痛自消。加用丹参、牛膝祛瘀止痛，引血下行；鸡血藤活血、补血、通络；威灵仙通络止痛。诸药合用则气旺血行，瘀去络通，诸症渐愈。

参考文献

[1] 胡硕龙. 补阳还五汤临床新用体会. 四川中医，2004，22（5）：92
[2] 陈革. 补阳还五汤临床新用. 陕西中医，1998，19（11）：521
[3] 李桂席. 补阳还五汤治疗尺挠神经损伤21例. 江苏中医，2000，21（9）：27
[4] 管振江，李钦勇，赵春栋. 补阳还五汤加味临床治验两则，甘肃中医2003. 16（9）：21
[5] 韩卢丽，张江涛. 补阳还五汤治疗下肢神经损伤56例. 四川中医，2003，21（7）：79
[6] 石庆培. 补阳还五汤治疗医源性腓总神经损伤29例. 中国骨伤，1997，10（3）：51
[7] 张惠法，杜斌蔡，文辉. 补阳还五汤治疗腓深神经趾长肌支损伤4例报告. 中医正骨，2000，12（1）：22
[8] 刘秋娈. 运用补阳还五汤治疗神经系统病变的体会. 山西中医学院学报，2002，（4）：32
[9] 管振江，李钦勇，赵春栋. 补阳还五汤加味临床治验两则. 甘肃中医，2003，16（9）：21
[10] 李琦，吴超. 补阳还五汤加减治疗面神经炎. 四川中医，2000，18（7）：29
[11] 赵媛富，赵玲. 补阳还五汤合牵正散治疗周围性面神经麻痹39例. 实用中医药杂志，1999，15（7）：17
[12] 李富昌. 中西医结合疗面神经炎62例. 河南中医，2004，24（9）：58
[13] 邢桂堂. 补阳还五汤新用. 新中医，1999，31（6）：52
[14] 杨小琴. 针刺配合中药治疗周围性面神经麻痹60例. 陕西中医学院学报，2004，6（27）62
[15] 胡一鸣. 补阳还五汤加味治疗坐骨神经痛45例总结. 湖南中医杂志，2003，19（2）：25
[16] 杭中耀. 加味补阳还五汤治疗坐骨神经痛80例. 江苏中医药，2005，26（6）：32
[17] 王黎明. 补阳还五汤治疗坐骨神经痛. 黑龙江中医药，1996，（2）：17
[18] 王福荣. 补阳还五汤在神经科新用. 陕西中医函授，1999，（3）：32
[19] 陈选惠. 独活寄生汤合补阳还五汤化裁治疗坐骨神经痛60例. 四川中医，

2005，23（1）：38
[20] 韩梅玲. 补阳还五汤临床应用体会. 中国民间疗法，2004，12（6）：55
[21] 朱丰吾，马新亚，马东辉. 加味补阳还五汤治疗脊椎麻醉致脊髓及脊神经损伤8例. 河南中医，1999，19（1）：39
[22] 何利群，乐建辉. 补阳还五汤加减治疗脊髓震荡伤35例. 浙江中医学院学报2002，26（4）：20
[23] 口锁堂. 补阳还五汤治验神经系统杂症四则. 光明中医杂志，1996，（3）：36
[24] 项新华，徐川根. 补阳还五汤治疗血管神经性头痛36例. 辽宁中医学院学报，2004，6（4）：321
[25] 谢红敏. 补阳还五汤治验4则. 河南中医，2005，25（5）：68
[26] 王林玉. 补阳还五汤临床应用举隅. 湖南中医杂志，2003，19（6）：48
[27] 袁立伟，孙淑清. 补阳还五汤治疗脑外伤性癫痫. 中国中医急症，2004，13（9）：580
[28] 谭彩群. 补阳还五汤新用. 新中医，1996，增刊：133
[29] 赵五申，李建东. 补阳还五汤加味治疗呋喃唑酮中毒致多发性神经炎. 河北中医药学报，1998，13（3）：42
[30] 弓晓霞. 补阳还五汤预防奥沙利铂外周神经毒性的临床观察. 河南中医，2005，25（11）：68
[31] 郑念理. 补阳还五汤加味治疗中毒性多发性神经炎. 中国乡村医生杂志，1997，（2）：12
[32] 王世宏，刘晓枫. 有机磷中毒致周围神经损伤1例. 山东医药，2003，43（25）：66
[33] 章少华. 急症治验2则. 江西中医药，1996，27（5）：15
[34] 周晖，郭小云. 补阳还五汤合六味地黄汤加减治疗糖尿病性周围神经病变32例. 中药材，2005，28（9）：859
[35] 李晓丽. 药罐结合治疗糖尿病周围神经病36例. 四川中医，2004，22（12）：58
[36] 蔺寿民. 补阳还五汤新用. 山西中医，2006，22（1）：40

第三章

外科病证

第一节　颅脑外科

一、慢性硬膜下血肿

慢性硬膜下血肿是颅脑损伤的常见病变之一。出血多因皮层小血管或矢状窦旁桥静脉损伤引起。血液流入硬膜下间隙并自行凝结，由于血量有限，当时可无明显症状。3周以后在血肿周围形成纤维膜囊壁，随后血肿液化，蛋白质成分分解成较小分子，使囊内渗透压增高，脑脊液乃经由蛛网膜下腔渗入囊内，血肿体积随之增大，终于造成脑受压而出现症状。慢性硬膜外血肿根据临床表现属于“头痛”范畴。

【临床应用】

许氏[1]等用补阳还五汤治疗慢性硬膜下血肿18例，患者均经颅脑CT扫描确诊为慢性硬膜下血肿，治疗以补阳还五汤为主：黄芪30g，当归10g，赤芍10g，地龙10g，川芎10g，桃仁6g，红花6g。每日1剂，水煎2次，早晚分服，20天为1个疗程。结果：本组18例，痊愈15例（头痛、嗜睡、肢体乏力

等神经系统症状、体征完全消失），其中 8 例行颅脑 CT 复查后血肿消失。基本痊愈 2 例（遗有轻微头痛），无效 1 例（症状体征无改善而改用手术治疗）。

【病案举例】

患者，男，24 岁，1994 年 7 月 22 日下午因斗殴被锄头击伤头部，当即倒地不省人事，昏迷约 10 min 后意识渐恢复，即送医院抢救，主诉：头晕、头痛、呕吐、视物模糊，左耳听力下降。查体：体温 36.5℃，心率 80 次/min，呼吸 22 次/min，血压 14/8 kPa（105/60mmHg），营养中等，发育正常，左顶部有一个 5 cm ×1 cm 的头皮裂伤及 6cm ×6cm 的头皮血肿，X 线片提示：左顶骨凹陷性骨折。经抗炎、降颅内压及对症治疗 1 周，上述症状无好转，8 月 1 日送上级医院做 CT 检查，见有左顶骨凹陷性骨折并硬脑膜外血肿。经 CT 检查确诊后，拟定中西医结合治疗方案：①以中药补阳还五汤（黄芪 80g，归尾 10g，赤芍 10g，川芎 10g，地龙 15g，桃仁 10g，红花 10g，熟地 20g）为主方，辨证加味。②辅以补液加能量合剂保护脑组织。③充分的手术准备，以防意外。该方案经治 1 个月，病情日渐好转，CT 复查示：左顶骨陈旧性骨折，左侧硬脑膜外血肿吸收、消散，痊愈出院。[2]

按：本例硬脑膜外血肿患者无典型的硬脑膜外血肿症状（无再度昏迷），伤后 10 天 CT 检查才发现，为惟一的诊断依据，结合病因，确诊为硬脑膜外出血。补阳还五汤方中，重用黄芪补气，归尾、赤芍、川芎、地龙具有祛瘀、活血、解痉、止痛、扩张血管、降压的功效，桃仁、红花有强烈的化瘀活血功效，该方组成相辅相成，达到补气、祛瘀、通络、活血；加上补液稳定电解质平衡，能量合剂护脑，标本兼治，使该病例达到迅速治愈。

二、外伤性蛛网膜下腔出血

外伤性蛛网膜下腔出血是由外伤引起脑表面血管破裂出血，流入蛛网膜和软膜间的蛛网膜下腔，可伴或不伴颅内或椎管内其他部位出血。本病属中医“头痛、中风”范畴，系由于跌仆闪挫伤及脑髓、瘀血阻滞脉络及肢体失养所致。

【病案举例】

患者，男，70岁，农民。因外伤后头痛1.5h于2003年8月17日入院。患者于当日上午10：30牵牛时不慎摔倒，头部着地，随即昏迷约15min，醒后觉头痛剧烈，头晕，恶心，无呕吐，双眼眶肿痛，逆行性健忘，无抽搐、偏瘫、偏盲、失语及二便失禁等症。遂由家人送我院就诊，颅脑CT检查示：左侧顶叶区脑沟内可见带状高密度铸形影，脑室、脑池形态大小正常，中线结构居中，骨窗未发现颅骨骨折征象。门诊拟诊蛛网膜下腔出血，收入我科住院。见症如上，查体：体温36.2℃，心率68次/min，呼吸20次/min，血压19/13kPa。神清，痛苦病容，头枕部可见约2.0cm×2.0cm头皮血肿，触痛明显，两眼眶肿胀。入院后予止血、利尿、脱水等治疗，至下午3时患者头痛加重，右侧肢体麻木、无力、偏瘫，右上肢肌力Ⅱ级，肌张力降低，右下肢肌力Ⅰ级，肌张力降低，双膝及跟腱反射减弱。复查颅脑CT示：原诊蛛网膜下腔出血，与上午CT片对比出血增多，范围增大，左侧颅顶部头皮下见带状高密度影。西医诊断：①外伤性蛛网膜下腔出血。②左侧颞顶部头皮血肿。中医诊断：①外伤头痛。②中风，系跌仆闪挫、髓海受伤，瘀血阻滞脉络，血行不畅所致。西药予20%甘露醇125ml加压静脉点滴，每6h一次；6－氨基乙酸6g加入到5%葡萄糖250ml中静脉点滴，每日2次；速尿20mg静脉推注，每日1次。同时头部持续冰枕，低流量给氧。中医以益气活血通络、祛瘀消肿止痛为法，方用补阳还五汤加味。处方：黄芪30g，当归尾12g，桃仁2g，红花9g，赤芍12g，川芎9g，乳香9g，没药9g，柴胡12g，天花粉12g，地龙12g，炙甘草6g。每日1剂，水煎分3次服。经上述综合治疗后，症状渐减，第五天后头痛基本消失，颈无抵抗，双眼眶肿胀明显减轻，右侧肢体麻木消失，右上肢肌力Ⅳ级，右下肢肌力Ⅲ级。停用利尿、脱水、止血等西药，单纯用中药治疗，方药同上。经治疗22天，右侧肢体偏瘫消失，右上下肢肌力均为Ⅳ级。再复查颅脑CT示：蛛网膜下腔出血及左颞顶部头皮血肿已完全吸收。诸症消失，病愈出院，再守上方去柴胡、乳香、没药、天花粉，取5剂带出院以巩固疗效，随访1年未见复发。[3]

按：本病治疗采取中西医结合疗法可提高疗效，缩短病程。用利

尿、脱水、止血西药以降低颅内压和减轻脑水肿，防止再出血；中医以活血化瘀、通络止痛为治疗原则。该患者年逾古稀，精、气、血均不足，瘀血内停髓海、阻滞脉络是主要病机，为瘀虚夹杂之证，故治宜益气活血通络，祛瘀消肿止痛。补阳还五汤方由黄芪、当归尾、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花等组成，具有补气、活血、通络之功效。方中黄芪补脾胃之气，使气旺血行，祛瘀不伤正；当归尾活血，有祛瘀不伤好血之妙；桃仁、红花、赤芍、川芎活血化瘀；地龙通络；再加用乳香、没药活血化瘀，消肿止痛，且两者配当归取活络效灵丹活血化瘀、行气止痛之妙；柴胡疏肝理气，气行则血活；天花粉既能入血分消瘀散清，又能清热润燥，防止血气郁久化热化燥之弊；炙甘草既可益气，又调和诸药。诸药合用，共奏益气活血祛瘀、通络消肿止痛之功效。用于治疗高年性外伤性蛛网膜下腔出血急性期，由于辨证准确，切中病机，用药得当，故取得显著效果。

三、颅脑外伤

颅脑外伤是交通、工伤事故中较为常见的一种颅脑损伤性疾病，包括脑震荡、硬膜外血肿、硬膜下血肿、脑挫裂伤等。常遗留头痛头晕、癫痫等后遗症，严重地影响病人的工作和生活质量。本病患者一般具如下特征：有明显的头部外伤史及昏迷史；神经系统检查呈阳性体征；CT 检查有颅内血肿或挫伤。本病属于中医“头痛”范畴，中医认为，“脑为元神之府”，脑部经络受损，血离经脉则渗溢留瘀，气血凝滞阻于清窍，压迫髓海，使清阳不升，浊阴不降，气机逆乱，神明受蒙；又因受伤或手术以耗损人体正气，故应顾护正气为先，治疗当采取活血化瘀法为主。

【临床应用】

彭氏[4]等采用中药补阳还五汤治疗头部内伤早期——脑络瘀阻期，与西药对照组治疗进行观察对比，治疗方法：全部病例伤后 1～3 天内均以止血、脱水、抗感染、支持疗法等治疗。对照组 3 天后继续采用上述方法加护脑药物及对症治疗；治疗组在伤后 3 天除早期少量脱水及支持治疗外，同时开始服用补阳还五汤加味，其药物组成：黄芪 10g，川芎 6g，当归 9g，血竭 6g，丹参 15g，赤芍 9g，桃仁 9g，

红花9g，三棱9g，莪术9g，土鳖虫9g，地龙9g，香附9g，柴胡9g。将上药以文火煎服，日1剂，分3次口服，每次约100～150ml。有神志不清者加细辛3g，喉中痰鸣者加胆南星6g。结果：治疗组总有效率98.3%，对照组总有效率84.6%（$P<0.05$），证明本方在临床主症消失，病灶消除及恢复期后综合征遗留等方面具有明显优势。治疗组总有效率明显优于对照组。蔡氏[5]做过对补阳还五汤在闭合性颅脑损伤中的治疗作用的临床观察。方法：将临床收治的108例闭合性颅脑损伤患者随机分成两组。治疗组（54例）在常规西医治疗基础上加用补阳还五汤治疗；对照组（54例）则采用的纯西医治疗。结果：治疗组痊愈，显效率88.89%，明显优于对照组68.52%（$P<0.05$），治疗组昏迷后转清醒时间为（5.70±2.71）天，亦短于对照组（7.80±2.42）天，（$P<0.05$）。结论：补阳还五汤治疗闭合性颅脑损伤，能提高治愈率，降低病死率，缩短治疗时间，提品生存质量。

【病案举例】

1．患者胡继安，男，28岁，勉县友和饭店厨师。于1993年11月6日晚10时，因酒后骑摩托车行驶不慎翻车，头部碰于桥杆上，当时昏迷5min后方醒，弃车徒步行走约10min，昏倒，不省人事，由他人发现抬送我院住院治疗。脑外科检查见：深昏迷，头部前额左侧见4cm×4cm大头皮血肿，双侧瞳孔不等大，右侧为0.2cm，左侧为0.4cm，巴林片阳性。颅骨片见："颅骨前额至颅顶部多条不规则骨折线，颅缝增宽"。从体征及X线片诊断为"多发性颅骨骨折、颅内血肿"；即行颅骨锥孔穿刺定位，于头部左侧偏前额穿刺抽出酱油色样血水，立即行开颅术，将左侧硬脑膜外约12～10cm大血肿清除。颅内行橡胶引流管闭式引流，（引流时间不超过48h），行抗炎等治疗3天。双瞳孔等大等圆，对光反射存在灵敏，巴彬征阴性，但仍处于昏迷状态，时而躁动不安，多汗，脉沉细无力，舌质淡少苔。给予补阳还五汤原方煎水300ml，从鼻饲管注入，每次100ml，每日3次。本方投入2剂后，患者苏醒，呻吟、多汗、脉弦、舌质淡、苔薄黄，仍保留鼻饲管注入该方煎剂每日500ml，每日3次，治疗2天拔除鼻饲管，改自行口服10天，病告痊愈出院。2个月后来院复查无

任何后遗症。[6]

按：头部损伤是临床上常见的多发脑外科病。因车祸等碰撞于头部都可发生，其重者多有不同程度的后遗症，死亡率较高。《医宗金鉴》云："头为诸阳之首，位居至高，内涵脑髓，脑为神之府，以统全体者也"。颅脑一旦受伤，势必引起神志的改变，根据："血有余便是水"的理论，证属血水瘀积、元神之府失司，清阳鼓动上升无力，故运用补阳还五汤达到补气、治血开窍、升阳之功效，一般来说，颅脑手术的愈期，纯西药治疗应1个月左右，并有不同程度的后遗症，应用该方不但缩短疗程，而且愈合良好。

2. 患者，男，21岁，1987年9月在执勤时被爆炸的瓦斯汽浪冲击波致伤右侧头面部，当即昏迷摔倒于土面平地上，右眉部右鼻翼流血不止，抽搐，急诊入院。查体：体温38℃，呼吸浅而快(40次/min)，心率94次/min，血压18.67/12kPa。右眉有长5cm伤口，右鼻翼右侧有长6cm横创口，右上颌骨骨折，右顶有长3cm伤口。两肺满湿罗音抽搐14～16次/min。双眼球固定。球结膜充血，水肿，瞳孔右6mm，左3mm，对光反应消失。颈项强直，全身痛觉消失。四肢肌张力低，肌力因对刺激无反应、昏迷状态未测出。浅反射（+），腱反射（+），双侧巴彬斯基征（+）。头颅平片示颅骨无骨折，右上颌骨骨折。头颅A超中级无波偏移。诊断：原发性冲击波复合伤：①原发冲击性颅脑伤：脑干伤；脑挫裂伤；颞叶钩回疝(右)；头皮裂伤（右顶）。②冲击性肺损伤。③颌面外伤：右上颌骨骨折；右面软组织外伤。

急救措施：急诊行气管切开，给氧，吸痰，抗感染，维持水电解质平衡，止血，椎管注氧5～10ml/次，应用加减补阳还五汤抗脑血管障碍治疗。昏迷73天后意识恢复；20天后抽搐消失，右侧肢体可活动，但左侧肢体偏瘫；10天后双眼已能运动，双瞳孔等大，对光反应存在；治疗172天痊愈出院。[7]

按：本例患者属于脑外伤急救处理，治疗时应用中西医配合，首先应解决呼吸器官功能障碍，例如紧急进行气管切开，低流量给氧。其次要尽快纠正心脑缺氧。腰穿椎管内注氧5～10ml/次，此时应用加减补阳还五汤，对促使心脑微循环恢复正常，阻断脑水肿发展，降

低颅内压有重要作用。同时进行常规抗体克、抗感染、止血、脱水治疗。

对颅脑损伤的急性期，不宜单纯的用中药或者西药，首先是要保证患者的生命体征正常，通常要采用现代的急救手段，即上面所述的保持患者通气功能正常，改善脑缺血、缺氧，防治脑水肿，降低颅内压，止血，调节脑代谢及促醒，必要时及早进行手术治疗。补阳还五汤的应用对于改善脑组织能量代谢和抗脑组织缺血有显著疗效，能够缩短昏迷时间，减少后遗症，提高患者生存质量。应用该方还应该注意的是，颅脑损伤或颅脑术后的病人都有不同程度的昏迷阶段，这时因吞咽功能丧失，避免直接从口中灌药发生窒息。从鼻饲管注药时，必须把握煎剂的温度，一般最适宜温度 36～37℃，同时用药量从少逐渐增加剂量，避免胃部其他并发症。

四、颅脑损伤后综合征

颅脑伤后综合征是指颅脑伤后 3 个月以上仍有头痛、头晕、恶心、失眠、多梦，或出现近事遗忘、抑郁、恐惧等症状。与颅脑内伤不同的是，颅脑损伤后综合征虽有明显外伤史，但检查没有明显器质性改变，神经系统检查无阳性体征，CT 检查也无颅内血肿。颅脑伤后综合征属于中医学的“外伤头痛”范畴，是由于头部跌仆损伤、气血逆乱、瘀血积滞、脑失濡养所致。证以“血瘀”为主。

【临床应用】

何氏[8]等用补阳还五汤加减治疗颅脑损伤后综合征 86 例，治疗方法：黄芪 8g，当归 15g，赤芍、川芎各 12g，桃仁、红花、地龙各 10g，水煎 2 次，共 500ml，混合后分早晚 2 次温服，日 1 剂。加减：头痛日久加全蝎 10g，蜈蚣 3 条；失眠、多梦、健忘加茯神 10g，枣仁 15g；精神萎靡加党参 15g，柴胡 10g。治疗结果：痊愈 52 例（病人自觉症状全部消失，停药 3 个月至半年无复发者）；有效 33 例（病人自觉症状减轻或明显好转）；无效 1 例（病人自觉症状无明显改善者）。总有效率为 98．5%。冯氏[9]用补阳还五汤治颅脑损伤后综合征，72 例颅脑伤后综合征患者随机分为 2 组，治疗组 42 例，对照组 30 例。治疗组不服用神经营养药物，单纯口服加味补阳还五汤。

处方：黄芪30g，当归尾、钩藤、炒酸枣仁各12g，赤芍、川芎、红花、地龙、菊花各10g，龙齿15g，甘草6g。上药加水1000ml，煎至300ml，每日1剂。随症加减。对照组常规口服神经营养药物，脑复康，每次1片，1日3次；谷维素，每次1片，每日3次，或维生素类药物。两组均以15日为1个疗程。治疗结果：经3个疗程治疗，治疗组总有效率为88%，对照组总有效率为43%，两组结果差异显著。

【病案举例】

1. 罗某，男，62岁，工人。1995年6月12日，因横过马路被摩托车撞及，即时跌倒，右身着地，头部撞及摩托车把手，不省人事，出租车送往某人民医院急诊。目击者主诉：被摩托车撞倒跌地，不省人事约3min，患者诉头晕，头痛，胸闷，恶心，全身乏力，有短暂意识丧失。但病例记载受伤后呼吸、血压、心率正常，神清，瞳孔等大，对光反射存在，血尿常规检查正常，头部CT扫描无异常。诊断为轻度脑震荡。门诊治疗3个月，但头晕、头痛仍未见减轻，1996年10月3日来诊。患者诉除头晕、头痛外，还见恶心、胸闷、失眠多梦、全身乏力、心悸气短、懒言多汗。舌质淡、苔薄白，脉沉细弱。诊断为脑伤后综合征，属气虚型。主方为加味补阳还五汤，中间加太子参20g、冬虫夏草12g，或天麻12g。1日1剂，连续治疗1个疗程，症状大为减轻，再服药1个疗程，全部症状消失。半年后随访，病情稳定，由于坚持早晚体育锻炼，体力恢复良好。[9]

按：本病经体格检查、颅脑CT等排除器质性改变，按中医辨证以“血瘀”为主。治当益气通络，活血化瘀，健脑安神。加味补阳还五汤以黄芪为主药，重用黄芪益气通络，气行则血行；川芎、当归尾活血化瘀，瘀祛则络通；钩藤、地龙、菊花平肝熄风，清脑醒神；炒酸枣仁、龙齿镇静安神；甘草和中，调和诸药。本方益气活血为主，兼以醒脑安神。现代药理研究也证明，活血化瘀药物可以舒张血管，降低毛细血管的通透性，促进血液循环，故有利于脑损伤细胞的修复。

2. 巩某，男，47岁，1999年3月6日初诊：外伤后头痛、头晕、乏力1周。患者素体虚弱，外伤时头顶部巨大皮下血肿，短暂逆

行性健忘、呕吐，诊为“轻度脑震荡”，经外科处理服止血止痛药1周，仍持续性头痛，为刺痛、痛处固定，伴头晕，乏力，恶心，自汗，纳差，精神萎靡。查：头顶部皮肤青紫肿胀，压痛，面色晦暗，舌淡紫暗，脉沉涩无力。证属气虚血瘀、清窍失养，治以补气活血、祛瘀通络，以补阳还五汤加减，处方：黄芪60g，当归尾、地龙、赤芍、五灵脂、三七末（冲）、苏木、降香各12g，红花、川芎、桃仁、柴胡各8g，每天1剂，水煎分2次服，连服4剂，诸症悉除，随访半年未见不适。[10]

按：本例患者素有身倦乏力等气虚证，复因头顶外伤，离经之血阻经络，清窍失养，故以补阳还五汤补气活血通络，三七、五灵脂、降香、苏木祛瘀活血，行气止痛，少佐柴胡助气行血并升清阳，候其正气足，瘀血祛，脉络通，清窍得养而诸症乃除。

3. 杨某，男，48岁，1989年10月14日初诊。1989年5月10日在工作中不慎被斧头打伤头顶部。当时有短暂的意识丧失，耳无异常，鼓膜尚好，头顶左侧明显压痛，感左侧头顶部疼痛，头晕，恶心。5月16日，上述症状无缓解，X线片提示颅顶骨未发现异常。脑电图提示中度异常脑电图。诊为：①头顶左侧软组织挫伤。②脑震荡。刻诊：头痛，头晕，恶心，并有健忘，失眠，气候异常时为甚，不能坚持工作，影响生活。诊为脑震荡后遗症。用补阳还五汤加细辛、炙远志各6g，天麻、茯苓、独活、羌活各20g，丹参30g，枣仁12g，生姜10g。水煎服，日1剂。10月24日二诊，服药10剂，头痛、头晕稍有减轻，仍轻度恶心，稍有睡意。原方再服20剂，诸症基本消失。为巩固疗效共服30余剂而痊愈。随访10个月未再复发。[11]

按：方中当归、川芎、桃仁、红花、丹参活血化瘀，瘀去血和，新血方生，络通痛可止；加上地龙利水通络；黄芪升阳益气，增强扶正化瘀作用，并可利水消肿，通络解痛。细辛祛风止痛，炙远志补气养血散肿，天麻、茯苓、羌活、独活通络理气消瘀，诸药合用，切中病机，共奏益气活血，化瘀通络之功。

4. 吴某，男，40岁，2003年2月27日诊。患者被重物击伤头部，昏迷1周，清醒后头痛、头晕、恶心、呕吐，于2003年2月27

日以“头部外伤后50天”收住本院神经外科，诊断为“闭合性颅脑损伤，脑挫裂伤”，行保守治疗4个月后转入中医科。转入时头痛，头昏沉，健忘，行走易迷失方向，双上肢麻木，耳鸣，口苦，两目干涩，语言欠流利，睡眠差，舌淡红、苔薄，脉弦细。中医诊断为头痛，证属气虚血瘀，兼有肝阳上亢。治拟补阳还五汤加减。处方：黄芪15g，川芎10g，桃仁10g，当归10g，赤白芍各10g，地龙6g，细辛3g，天麻10g，白蒺藜12g，蔓荆子10g，黄芩10g，柴胡10g，菊花12g，木贼10g，炒槟榔15g，生甘草6g。水煎，日1剂，分2次服。服药10余剂后，患者头痛稍缓解，仍时有耳鸣、睡眠差，上方去细辛、天麻、白蒺藜、蔓荆子，加龙胆草10g、穿山甲6g 、菖蒲10g、蝉衣6g、磁石30g、生龙牡各30g、土鳖虫10g、朱砂1g，续服。又服药10余剂后，患者头痛缓解，睡眠改善，耳鸣明显减轻，仍时有头昏，记忆力差，反应较迟钝，上方去朱砂、龙胆草、土鳖虫，加益智仁15g、潼蒺藜12g，以补益肝肾、健脑益智，上方坚持服用2个月余，患者头昏缓解，反应迟钝明显改善。[12]

按：本例患者病程较久，气虚血瘀，清窍失养，故头昏；肝肾亏损，髓海空虚，故记忆力减退；兼肝经有热、肝阳上亢，故两目干涩、口苦、耳鸣，因此选用补阳还五汤益气活血；并加黄芩、柴胡、菊花、木贼清肝明目；天麻、白蒺藜、磁石、生龙牡平肝潜阳；龙胆草清泻肝火；穿山甲、土鳖虫、菖蒲活血通窍，药证相符，故取得了较好疗效。

第二节 泌尿系结石

泌尿系结石为泌尿科常见疾病，临床表现主要为尿血、尿频涩痛或排出砂石，或腰腹痛等。西医认为其是一种人体病理矿化的疾病，发病机制复杂和尿石的形成过程极为复杂，主要与遗传、环境、生活习惯、代谢异常以及其他疾病如感染等多种因素有关，并常合并肾以及其他部位的矿化。泌尿系结石属于中医学“石淋”范畴，中医认为本病因感受外邪，饮食不节，情志失调，劳倦过度，致湿热蕴阻，气滞血瘀所致。有医家用补阳还五汤治疗效果明显。

【病案举例】

蔡某，男，37岁，因间歇性腰腹胀痛伴血尿乏力6年而于1991年2月7日入院。入院前曾查腹部平片及静脉肾盂造影均示右侧输尿管上端结石并积水。患者惧怕手术，近几年服中药清热通淋排石剂百余剂均未获效。入院时，患者面色少华，精神萎顿，神疲乏力，腰腹胀痛，时见尿血，舌淡暗有齿痕，脉沉细涩。尿常规示：白细胞（++），红细胞（++）。中西医诊断：石淋；尿路结石。中医辨证属肾气虚弱，膀胱气化失司，湿热蕴结下焦，结为砂石。治宜益气温肾，活血化瘀，佐以清热通淋。处方以补阳还五汤化裁：黄芪20g，肉桂6g，桃仁8g，赤白芍、红花、地龙、茯苓、小蓟各10g，金钱草、石苇各15g，炙甘草3g。日1剂，分2次服。守上方增减共服36剂，神疲乏力，腰腹胀痛消失，排出约0.5cm×1.1cm结石1枚。复查腹部平片阴性，尿常规阴性，病告痊愈，追访1年，未见复发。[13]

按：尿路结石归属中医学“石淋”范畴。此案前医诸治罔效，盖单纯清利排石，未虑到本病日久，多虚多瘀，不顾其本，故施治焉能奏效。特别是久病阴损及阳，更须从本着眼，故宜以益气温肾，活血化瘀，软坚通络为法。方中重用黄芪配肉桂益气振阳，化气行水；桃仁、红花、赤芍、地龙活血化瘀；金钱草、石韦排石通淋；白芍、甘草缓急止痛。综观全方，寒热并举，攻补兼施，标本同治，使气化复常，鼓动结石降下。

第三节 术后

一、断指再植术后

断指再植术后的治疗，实际上就是促进血管内膜早日愈合，改变血液流变学，防止血管痉挛、栓塞的过程。中医学认为，指体离断辨证为外伤后局部气滞血瘀，治疗以活血化瘀为主，若气虚无力推动血液的运行，引起指体肿胀，甚则影响指体的血液循环，故治疗时除应用西医常规护理外，中医宜补气活血兼以行气，故可选择补阳还五汤补气活血。

【临床应用】

关氏[14]等报道用补阳还五汤加味在断指再植术后的应用，共选病例12例，手指完全离断1例，不全离断5例，切割伤4例，挤压伤2例。对照组（6例），术后服阿司匹林25mg，每日3次，服用3周，肌内注射罂粟碱30mg及654－210mg，每6h交替肌内注射1次，静脉点滴低分子右旋糖酐500ml，连用7天，肝素6250U，连用3天。治疗组（6例）在上述治疗基础上加服补阳还五汤加味。药用：生黄芪30g，党参15g，当归15g，川芎10g，赤芍10g，地龙10g，桃仁10g，红花6g，丹参15g，木香10g，泽兰10g，泽泻10g，䗪虫10g。气虚者黄芪加至60g，每日1剂，加水800ml，煮至300ml，分早晚2次温服，共服药3～4周。两组病例术后均在25℃病房内绝对卧床2周，伤指保暖，应用广谱抗生素及对症治疗。结果：两组皮肤色泽、指体毛细血管反流、指体皮温均与健指相近，而肿胀程度治疗组优于对照组，治疗组有1例出现血管危象，对照组有3例出现血管危象。

王氏[15]等用补阳还五汤加味方应用于断指再植术后，共选病例50例，治疗方法：对照组（24例）术后口服阿司匹林25mg，双嘧达莫25mg，均每天3次，共服3周，肌内注射酚妥拉明5mg或罂粟碱30mg，每天1次，静脉点滴低分子右旋糖酐500ml和尿激酶1万U等抗凝解痉药物，疗程为1周。治疗组在上述治疗的基础上，加服补阳还五汤加味方（生黄芪60g，党参15g，当归15g，川芎10g，赤芍10g，广地龙10g，桃仁10g，红花6g，丹参15g，木香10g，泽兰10g，泽泻10g，䗪虫10g）。气虚者加黄芪至120g，每天1剂，加水800ml，煮至300ml，分早晚2次温服，共服中药3～4周。结果：两组皮肤色泽、指体毛细血管反流、指体皮肤温度均与健指相近，而肿胀程度，治疗组优于对照组。

二、术后水肿

患侧上肢水肿是乳腺癌术后的常见并发症。乳腺癌传统根治术或改良根治术切除了患侧全部乳腺、腋淋巴、脂肪组织或大、小胸肌，术中不慎损伤静脉或术后不正确处理，往往造成上肢淋巴液或血液回流障碍，以致上肢水肿，严重影响了患侧上肢的正常功能。临床上除

指导患者进行必要的功能锻炼外，西医尚无有效便捷的内科保守治疗方法。中医学认为肿瘤是由于患者体内正气不足，邪气积聚而成。术后水肿则属中医“水肿”范畴。乳腺癌经手术治疗后，必然损伤脉络，耗伤气血，使正虚者更虚，邪实者更实，气虚不能推动血行湿化，水湿停聚，瘀阻脉络而成，故用补阳还五汤加味，益气通络，利水消肿。

【临床应用】

樊氏[16]等用补阳还五汤加减治疗乳腺癌术后上肢水肿19例，方用补阳还五汤加减，基本方：生黄芪60g，当归尾10g，川芎6g，桃仁10g，红花10g，路路通10g，地龙10g，泽泻10g，陈皮6g，木香6g。肢体疼痛明显，加延胡索10g、炙全蝎3g；脾运不健，加茯苓6g、白术10g；肝气不疏者，加柴胡6g、郁金10g。水煎服，每日1剂，分2次口服。2周为1个疗程，可连服2～3疗程。结果：经治患者自觉沉重胀痛感消失的12例，缓解的7例，肢体活动度均有所改善。肢体周径治疗前后有明显变化，治疗前健肢86.40cm，患肢105.34cm；治疗后健肢86.36cm，患肢90.24cm。经统计学处理，治疗前后差别有非常显著性意义（$P<0.01$）。周氏[17]用补阳还五汤加味治疗乳腺癌术后上肢水肿，所选54例病人随机分为治疗组和对照组，两组资料无显著性差异（$P>0.05$），治疗组（32例）采用功能锻炼与中药治疗结合，功能锻炼：将患侧上肢尽可能上举或从枕后绕向对侧耳部进而练习扶墙抬高，并逐渐做肩关节主动扩展运动。每次15min，每日2～3次。另外，患肢戴有张力的袖套，并尽量减轻体重。中药治疗：予补阳还五汤加味：生黄芪60～90g，当归、桃仁、红花、赤芍、川芎、茯苓、泽泻各10g，桑枝30g，地龙15g。体质壮实者加炮山甲、皂角刺；患肢微红疼痛者加金银花、连翘、野菊花；患肢麻痹疼痛、皮色不红者加路路通、白芥子。每日1剂。水煎3次，前2煎内服，第二煎趁热熏洗患肢。对照组（22例）仅行患肢功能锻炼方法同治疗组。1个月为1个疗程。结果：患肢水肿消退情况：治疗组32例中，显效9效，有效21例，无效2例，总有效率为93.75%。对照组22例中，显效2例，有效11例，无效9例，总有效率为59.09%。经统计学处理，两组间存在显著性差异（$P<$

0.01)。生活质量情况：治疗组得生活质量明显优于对照组（$P < 0.01$）。

三、术后肠粘连

肠粘连是一种常见病、多发病，从病因学来说，除了先天因素以外，更多是因为损伤和炎症原因导致。临床上肠粘连病人多发生于手术之后，是腹腔手术后的重要并发症，尤其是阑尾炎或盆腔手术后并发肠粘连的机会最多。肠粘连的严重程度与每个人对腹膜或肠管浆膜的损伤反应的敏感性有关。肠粘连病人的症状可因粘连程度和部位而有所不同。轻者可无任何症状，或偶尔在进食后出现轻度腹痛腹胀；重者可经常伴有腹痛腹胀、排气不畅、嗳气、打嗝、大便干燥等。肠粘连按症状在中医属于“腹痛”、“腹胀”范畴。

【临床应用】

倪氏[18]用补阳还五汤加味治疗肠粘连36例，所有病例均有腹腔手术史，且现均有腹痛、腹胀呕吐、无矢气、大便秘结等粘连性肠梗阻的临床表现。治疗方法：补阳还五汤加味黄芪20g，当归尾10g，赤芍10g，地龙6g，川芎10g，桃仁10g，红花10g，广木香10g，枳实10g，大黄10g（后下），厚朴10g。呕吐重者加半夏10g，代赭石30g（先煎）；腹痛甚者加川楝子10g，玄胡索10g，每日1剂，水煎分2次服，15天为1个疗程。结果：以“随访半年，腹痛、腹胀、呕吐、便秘未复发”为标准，其中19例服药1个疗程，14例服药2个疗程，3例服药3个疗程，所有病例全部治愈。

【病案举例】

王某，男，65岁，农民1999年1月16日初诊。患者于1997年11月因患阑尾炎脓肿在地方医院手术，术后1年，出现腹痛剧烈、腹胀、压痛明显，诊断为肠粘连，行粘连松解术，术后仅1个月，又出现腹痛、腹胀、肛门停止排便排气3天，入本院外科住院治疗。患者腹痛呈持续性发作，恶心，呕吐，同时肛门无排气排便，用补液、抗生素治疗无好转，既往有腹部两次手术史。腹透提示为：阑尾炎术后肠粘连。根据中医辨证为气虚血滞，脉络瘀阻，腑气不通，治宜益气活血通腑，以补阳还五汤加味治疗。处方：赤芍10g，川芎10g，

当归10g，地龙6g，黄芪20g，桃仁10g，红花10g，玄胡索10g，枳实10g，大黄10g（后下），厚朴10g，木香10g，服药3剂后，日解大便3次，质溏，量多夹有黏液，随后腹痛减轻，腹胀消失，肛门已有排气，原方去枳实、大黄，加茯苓10g，炒白术10g，莱菔子10g，服药15剂后，腹痛完全消失，原方继服5剂，以巩固疗效。[18]

按：目前西医在治疗肠粘连方面，常用补液、抗生素、透明质酸酶等药物疗法，其疗效亦难令人满意。根据中医辨证，属气虚血瘀，腑气不通，依据“结者散之，留者攻之，血实者宜决之”，法用益气活血通腑，方用补阳还五汤加味，用黄芪为主药，补气作用很强，而且通过补气以推动血行，同时又有祛瘀而不伤正之意，配以当归、川芎、地龙、赤芍、桃仁、红花活血祛瘀通络，木香功专行气，而通调诸气，使气滞而通，气结而散，枳实气香味厚，走而不守，善泻下开结，行瘀滞而调气机，使肠蠕动增强，大黄苦寒沉降，善荡涤胃肠燥结积滞，厚朴行气，诸药配伍，共奏益气化瘀通腑之效。

第四节 慢性阑尾脓肿

慢性阑尾脓肿是急性阑尾炎常见并发症，临床较多见，手术难度大，术后并发症发生率高，常采用保守治疗。中医对本病论述较为充分，属“肠痈”范畴，多因气血瘀滞，湿热蕴阻，血瘀肠中，热毒内聚而成痈肿。根据具体病因病机辨证论治。若病程日久，或患者素体亏虚，致气虚血瘀型，则投补阳还五汤有明显疗效。

【临床应用】

孙平[19]用补阳还五汤为主治疗慢性阑尾脓肿48例，48例患者均经B超检查诊断为阑尾脓肿。发病初始均有不同程度的恶寒发热，右下腹痛，且局部可及包块，白细胞计数呈轻、中度增高。均经过抗生素治疗后腹痛等急腹症状逐渐缓解，面包块无明显缩小，同时均伴有面色萎黄，精神疲乏，脉细等气虚症状。治疗方以补阳还五汤为主。组成黄芪60g，当归、赤芍各20g，川芎、桃仁、红花、地龙各10g，每日1剂，早晚2次，水煎服，15天为1个疗程。腹痛明显者加玄胡索、白芍、败酱草；包块较大者加煅山甲、莪术；身热大便干

燥者加大黄、山栀、蒲公英；脾虚畏寒、食欲不振者加党参、附片、白术、焦山楂。结果：治愈27例（临床症状及脓肿包块消失），占71%；显效6例（临床症状消失，包块缩小2/3以上）占16%；有效5例（临床症状基本消失或明显减轻，包块缩小）占13%。

【病案举例】

杨某，男，54岁，农民，1997年3月16日诊。患者间隙性右下腹痛1周，曾在当地卫生院注射抗生素未效，继之出现持续性右下腹疼痛，伴发热、呕吐而来我院诊治。B超检查右下腹探见7.8cm×6.3cm的异常回声区，可见3.7cm×4.5cm的不规则液性暗区，诊断为阑尾脓肿；实验室检查：白细胞计数12.9×10^9/L，中性粒细胞占82%，当即收治入院。经5天补液、抗生素治疗，患者主诉腹痛等腹部外科症状缓解，惟包块如前，复查白细胞计数8.1×10^9/L，中性粒细胞70%，转中医。诊见身体瘦弱，面色萎黄，精神疲乏，无寒热，右下腹及包块如鹅卵大小，行走站立时坠痛感，舌淡苔白腻，脉细弦。证属瘀毒内蕴，正虚邪恋；治以益气活血，化瘀解毒。药用补阳还五汤加蒲公英20g，穿山甲15g（先煎），白芍15g，玄胡索10g。5剂后，精神好转，右下腹坠胀感减轻，效不更方，继服10剂，临床症状消失，包块明显缩小，上方加莪术再服10剂，复查B超，脓肿消失，血常规正常。仍予补阳还五汤5剂，益气活血调理，巩固疗效，随访2月未见异常。[19]

按：阑尾脓肿属于中医学“肠痈”范畴。中医认为，本病初始即内有湿阻，复外感湿热毒邪而致。湿性重浊，阻遏气机，升降失常，脉络血运受阻而成瘀；热为阳邪，耗气灼津，使肉腐血败而成脓；脓瘀互结，气滞血瘀愈甚，不通则痛，不通则肿，形成脓肿包块，正如朱丹溪曰“血受湿热，久必凝浊，”另外，纵观阑尾脓肿的患者，绝大部分可见面黄肌萎，纳呆、乏力神疲等中气虚弱的症状，说明中虚脾弱是本病形成及变化的重要病理机制。中气不足。脾气不健则湿浊内停，升降失常则气滞血瘀；气虚则血运无力，血液因之滞溜不行而瘀滞愈甚，即“气虚不足以推血，则血必有瘀”之意。由此可见，湿热毒邪是本病的主要成因，气滞血瘀是本病的基本病机，中气虚弱则是本病的病变基础。故治疗当扶正祛邪、活血化瘀为主，

如是则正气强盛而脾气健旺，升降有序，气行血行，脉络通畅。方选补阳还五汤，方中大剂量黄芪补中益气，扶助正气；当归和血补血，为血中之气药，血行则脉络通畅；辅以赤芍、红花、桃红破宿血、生新血，清热凉血活血；川芎、地龙化瘀通络排毒，诸药合用，扶正祛邪，活血化瘀，功专效宏，有利于脓肿包块的吸收消退。

第五节 周围血管病

一、静脉血栓

临床静脉血栓形成常发生于下肢，其发病机制主要是由于血流缓慢，静脉壁损伤和血液高凝状态所致。下肢深静脉血栓形成是外科的常见疾病，同时也是骨科创伤及手术后的常见症，下肢深静脉血栓形成，表现为下肢疼痛，主要在小腿、大腿内侧和腹股沟等部位，常在静脉栓塞部位有明显压痛，往往有不同程度全身发热反应，随即出现下肢肿胀。上肢静脉血栓较少见，主要是由于骨折等原因导致上肢长期废用，活动减少所致。静脉血栓属于中医“脉痹”、“恶脉”、“股肿”的范畴，常见热毒蕴结、瘀血阻络、气虚血滞、血虚寒凝等证。故治以益气活血通络为主。

【临床应用】

施氏[20]等用补阳还五汤加味为主治疗创伤后下肢深静脉血栓67例，67例均为住院患者，所有患者均有下肢创伤史，其中6例有手术史。基本方为补阳还五汤：黄芪15g，当归、川芎、赤芍、地龙、桃仁各10g，红花6g。辨证加味：瘀重者酌加地鳖虫、水蛭；痰瘀互结者酌加白芥子、瓦楞子；阳虚甚酌加桂枝、附子。每日1剂，水煎分服。在此基础上辅以西医扩容、抗凝、溶栓和降低血液粘稠度等治疗。具体每日静脉点滴尿激酶6～20万U，低分子右旋糖酐500ml，复方丹参注射液20～30ml或川芎嗪注射液40～60ml。有炎症表现的酌情使用抗生素。另，患肢以TDP神灯照射。上述治疗7～10日为1个疗程。治疗结果：67例中，26例临床治愈（主要症状、体征消失，物理检查深静脉回流通畅，实验室检查结果恢复正常），35例

有效（症状、体征及理化检查均有改善），6例无效（症状、体征及理化检查均无改善）。总有效率为91.04%。瞿氏[21]等用补阳还五汤加味配合复方丹参注射液治疗下肢深静脉血栓形成，所选62例均经明确诊断，治疗方法：中药内服治以补气活血通络，以补阳还五汤加味。药用生黄芪35g、桃仁10g、当归15g、红花6g、赤芍药20g、川芎10g、地龙6g、虻虫6g、地鳖虫6g、水蛭粉（吞）5g、制乳香5g、制没药5g，每天1剂，水煎服。1个月为1个疗程。注射用复方丹参注射液30ml加入5%葡萄糖注射液中，静脉点滴，每天1次，1个月为1个疗程疗，结果：治愈31例，占50%；好转26例，占42%；无效5例，占8%。总有效率为92%。张氏[22]等通过临床观察探讨加味补阳还五汤治疗骨折或手术所致的下肢深静脉血栓形成的临床疗效及其作用机制。方法：将213例骨科创伤所致的下肢深静脉血栓形成病例随机分成治疗组及对照组，分别予以加味补阳还五汤及通塞脉片治疗，观察两组病例的临床症状、体征、彩色多普勒超声的改变，同时观测其血液流变学指标的变化。结果：治疗组临床治愈25例，显效57例，进步39例，无效10例，优良率为62.59%，其临床疗效、体征及彩色多普勒超声、血液流变学明显改变，与对照组相比有显著差异。结论：加味补阳还五汤具有明显的抗凝、溶栓功能，能通过改善血液流变性、降低血黏度达到对下肢深静脉血栓形成的良好的治疗作用。

【病案举例】

下肢静脉血栓形成

1. 彭某，女，50岁，2004年4月因右腿发软、行走不稳住进兰州某医院。经核磁共振、CT检查，诊断为小脑萎缩。治疗1周后，患者突然左腿肿胀疼痛，经彩色多普勒检查，诊断为左腿静脉血栓，行双侧大隐静脉高位结扎术。术后静脉点滴抗炎、抗凝、扩血管等药物40余天，左腿肿胀加重，活动受限，同侧切口感染不愈合，无奈之下家属要求出院，后邀余用中医治疗。当时患者左腿肌肉萎缩，肿胀疼痛，更衣困难，手术切口感染，有脓性分泌物，站立需两人搀扶，自感乏力、怕冷、头晕、舌质淡、苔黄腻、脉细数。辨之为气虚血瘀证兼有湿热。治以补气养血、活血通脉、清热解毒除湿。方用补

阳还五汤合四妙勇安汤、二妙散加减，处方：黄芪60g、炒赤芍15g、川芎10g，当归10g、地龙10g，丹参15g、桂枝15g、桃仁10g、红花10g、怀牛膝30g、鸡血藤30g、玄参15g、金银花30g、生甘草15g、山药30g、炒苍术15g、炒黄柏10g、焦二仙各15g。水煎服，1日1剂，分3次，饭后服。上方服8剂后，左腿肿胀明显消退，疼痛缓解，切口愈合。患者能自行站立，诸症好转。此方服到20剂，患者能自己行走，右腿肌肉萎缩好转，走路时右腿似有发软现象。五诊患者诸症好转，可以做家务劳动。恐因活血温通之品耗损阴血，前方去桂枝、桃仁、红花、地龙、鸡血藤减量，继服20天康复。[23]

按：此例患者因脑萎缩致左下肢血栓形成，由于手术结扎大隐静脉时损伤深部小静脉，致血运障碍，回流受阻而肿胀。虽然采用抗凝、消炎、扩血管疗法，但肿胀不消。中医认为是经脉受损，气滞血瘀。用补阳还五汤加山药、丹参、桂枝、鸡血藤以增其补气、行气、活血化瘀力度，再以二妙散、四妙勇安汤清热解毒、淡渗利湿，可达到血脉畅通、肿胀消除、伤口愈合的目的。

2. 李某，女，65岁，右下肢肿胀，伴疼痛半年，于2001年12月6日就诊。查体：右膝关节以下肿胀、压痛，皮色正常，按之凹陷，足背动脉搏动减弱，舌质暗淡，舌边齿印，苔薄白，脉沉细涩。下肢血管彩超示：右下肢深静脉血栓形成（静脉、股静脉）。本病属中医学“脉痹”范畴证属“气虚血瘀、脉络闭阻”，方用补阳还五汤加味，药用黄芪30g，桃仁10g，红花10g，地龙10g，赤芍10g，当归12g，川芎15g，水蛭6g，桂枝9g，怀牛膝20g，鸡血藤30g，茯苓15g，水煎服，日1剂服药6剂，右下肢肿胀及疼痛明显减轻，守方20剂，症状消失，舌脉正常，随访1年未再复发[24]

按：唐容川《血证论》谓：“瘀血化水，亦发为水肿，是血病兼水也。”患者年老体弱，久病入络，气虚则血行无力，致血瘀脉络，瘀血化水，水湿外溢肌肤，而发为水肿，不通则痛，根在气血，属本虚标实之证。用补阳还五汤益气活血化瘀，加桂枝、怀牛膝、水蛭、鸡血藤、茯苓以温经通脉，利水渗湿，诸药合用使气旺血通、水肿自消，而病告痊愈。

上肢静脉血栓形成：王某，男，50岁，2004年5月10日因车祸

致左肱骨上1/3处粉碎性骨折，外科采用外固定支架手术后，右臂青紫，肿胀疼痛，昼夜不能平卧。经检查确诊为右臂静脉血栓。邀余会诊，见患者精神欠佳自感疲乏无力、头晕望之右上臂青紫，肿胀如小腿粗，扣之灼手，自感灼痛，舌苔淡黄，舌质红，脉沉。证属气虚血瘀、郁滞化热。用补气活血通络、祛湿清热之法，方用补阳还五汤合四妙勇安汤加味：黄芪30g、炒赤芍15g、川芎10g，当归10g、地龙10g，桑枝10g、桃仁10g，红花10g，羌活10g，鸡血藤30g、水蛭10g，玄参15 g，金银花30 g，穿山甲15 g，柴胡10 g，炒苍术15 g，延胡索15g，白芷10g。上方服用10剂后，肿胀消退，疼痛缓解。为促进骨质愈合，上方加用骨碎补15g、桑寄生30g、杜仲15g、川断15 g。服用30剂后，X线片显示：骨痂已形成，愈合良好，准备拆去外固定架。3个月后愈合。[23]

按：患者因车祸致使右肱骨上1/3处粉碎性骨折，属闭合性损伤。西医治疗主要采用外固定支架手术法保守治疗，并使用止血抗炎、止痛药物，治疗2周后右臂仍明显肿胀，皮色青紫。中医认为：由于外伤损及脉络，血溢脉外，瘀滞于皮肉筋脉骨之间而致，从舌苔脉象看已有化热征象，应属气滞血瘀、郁而化热之证。故用补阳还五汤以补气活血，加入鸡血藤以增其化瘀之功；羌活、白芷、苍术等祛风化湿、消肿止痛；延胡索、柴胡行气止痛，取气行则血行之意，再合四妙勇安汤清热解毒，则血脉通畅，肿胀消退，诸症减轻。后在原方基础上加桑寄生、杜仲、川断、骨碎补等补肾填精，以促进骨痂形成。

二、血栓性静脉炎

血栓性静脉炎多发于下肢，为下肢静脉曲张的常见并发症之一，由于静脉曲张瘀血，局部血流滞缓；局部静脉功能的障碍导致足及小腿区皮肤营养发生变化，以致出现皮肤萎缩、脱屑、瘙痒、色素沉着，甚至并发湿疹和溃疡。局部静脉长期曲张瘀血，静脉壁损伤，血流滞缓，使血液处于高凝状态，极易形成血栓，从而表现为皮下硬结柱状或网状索条状物，局部红肿疼痛、压痛、皮温升气等血栓性静脉炎的典型临床表现，一般无全身症状。血栓性静脉炎属中医学“脉

痹病”范畴，病机总则之为气虚血行无力，瘀滞于经络而成。

【临床应用】

刘氏[25]用益气活血法治疗下肢血栓性静脉炎128例，佐以通络散结，方用补阳还五汤加减，药物组成：生黄芪45 g，赤芍15g，川芎10g，桃仁10 g，红花10g，地龙15 g，当归15 g，全蝎5g，土鳖虫6g，连翘30 g，半枝莲15 g，每日1剂，水煎服，15剂为1个疗程，间隔3天，继行下一个疗程治疗。4个疗程观察疗效，结果：痊愈94例，占73.43%；有效28例，占21.88%；无效6例，占4.69%。42例合并下肢溃疡者溃疡全部愈合。

【病案举例】

张某，男，50岁，1995年10月9日初诊。患者既往有下肢静脉曲张病史20余年，半年前左下肢出现皮下硬结，后渐增长至核桃大，下肢沉重酸乏，他医诊治无效。查：双下肢青筋暴露，左下肢小腿内侧见直径2.5cm皮下硬结，周围呈网状索条状物，局部肿胀，皮色暗红、灼热、压痛。查白细胞计数8.4×10^9/ L，中性粒细胞占69%，淋巴细胞占31%。此乃气虚推动无力，脉络瘀阻所致，治宜益气活血，通络散结。方用补阳还五汤加减，方药：生黄芪45g，赤芍15g，川芎10g，桃仁10g，红花10g，地龙15g，当归15g，全蝎5g，土鳖虫6g，连翘30g，半枝莲15g，每日1剂，水煎服。上方服36剂，局部炎症消退，皮下硬结及索条状物消失，患肢活动有力，随访1年未复发。[25]

按：本例患者既往有下肢静脉曲张病史20余年，病在络脉，且久病致虚致瘀，其病机主要为气虚推动无力，血液运行缓滞，脉络瘀阻，治宜益气活血为主，佐以通络散结，方以补阳还五汤加味。方中重用生黄芪以补气行血；当归、赤芍、川芎、地龙、桃仁、全蝎、土鳖虫活血通络；连翘、半枝莲解毒散结全方共奏益气活血，通络散结之功。

三、下肢静脉曲张

下肢静脉曲张属临床常见多发病，女性多于男性，严重者直接影响人们的生活质量。现多归因于静脉壁软弱，静脉瓣膜缺陷及浅静脉

内压力升高等。以大隐静脉多见，单独的小隐静脉曲张较少见，严重时出现血栓性浅静脉炎、溃疡、曲张静脉破裂出血等并发症。临床表现为站立时，可见下肢浅静脉隆起、扩张、弯曲或卷曲成团，卧位时消失常伴小腿下部色素沉着、脱屑、湿疹或慢性溃疡；久站后，患肢沉重，酸胀麻木，疲倦无力，严重者下肢水肿疼痛。目前临床治疗常以外科手术为主。下肢静脉曲张属于中医的“脉痹”范畴，称之为“筋瘤”，合并湿疹称“湿疮”，合并溃疡称“镰疮”。中医认为该病常见的患肢沉重、酸胀麻木、疲倦无力、色素沉着等症状，均为气虚血瘀之象，气虚无力推动血液运行，以致血瘀阻于脉道，脉络滞塞不通，故弯曲成团。治当益气活血通络，以补阳还五汤治疗为主，治疗效果满意。

【临床应用】

钱氏[26]等用以中药补阳还五汤为主方化裁治疗下肢静脉曲张40例临床观察，方药组成：黄芪30～120g，赤芍12g，川芎15g，桃仁10g，红花15g，地龙15g，伸筋草15g，升麻15g，柴胡9g，丝瓜络15g，木瓜12g，鸡血藤15g，牛膝15g，甘草9g。若见浮肿加熟附子9g；疼痛加制乳香6g，制没药6g；腰痛加杜仲15g，川续断12g，仙茅9g。上方每日1剂，水煎分2次服，以10剂为1个疗程，治疗期间停用一切西药，同时用药渣加水煎煮后熏洗患肢，并嘱其将患肢放平，充分休息，待患肢肿胀减轻或松软后可逐步进行功能锻炼。结果：本组40例中，治愈7例（占17.5%）；显效22例（占55.0%）；有效9例（占22.5%）；无效2例（占5.0%）。总有效率为95.0%。

【病案举例】

王某，男，56岁，农民，1988年5月6日初诊。左下肢内侧血络青紫怒张已5年，膝关节以下尤甚，纡曲成团。以往经休息可稍缓，近年来其酸痛乏力症状加剧，扶杖跛行。诊见患肢肤色灰暗，络脉青紫隆凸，有触痛、肤凉，舌质淡胖而暗，舌下脉络灰黑，脉象沉细无力。诊断为下肢静脉曲张，证属气虚血滞络阻为患。治则益气运血、化瘀以通络，投补阳还五汤治之。黄芪60g，当归15g，川芎10g，桃仁10g，红花12g，赤芍15g，穿山甲12g，地龙15g，蜈蚣3条。水煎每日1剂。经用上方5剂复诊，患者自述乏力，腿痛明显减

轻，舌象同前，脉较前有力。效不更方，黄芪用量减少为30g，经间断服药30余剂，患肢皮色正常，症消失病瘥。[27]

按：下肢静脉曲张属中医之“筋瘤”范畴。其成因多由过劳或久立耗气，气虚无力载血，血滞瘀成，以致不通而痛。方中重用黄芪治本以帅血行，芎、归、芍、桃、红活血化瘀以通络，穿山甲、蜈蚣、地龙取其走窜之性以搜络通脉。诸药合用，气充血畅，瘀祛络通。

四、下肢动脉硬化性闭塞病

下肢动脉硬化性闭塞病是由动脉粥样硬化引起下肢的大、中型血管如股总动脉、股动脉、胫前、胫后动脉闭塞，引起肢体供血不足的疾病，甚则肢体缺血坏死、坏疽。本病属于中医“坏疽”、“脱疽”范畴。中医学认为本病属于心、脾、肾三脏和冲脉不足，乃至气血失调，脉络痹阻，腠理失密，寒邪内侵，客于脉中，致使气虚血瘀，经脉不通而发病。

【临床应用】

张氏[28]运用补阳还五汤治疗下肢动脉硬化性闭塞病83例，同时应用西药治疗43例病人作为对照组，两组患者临床资料差异有显著性（$P > 0.05$）。方法：治疗组：口服补阳还五汤（炙黄芪30g，当归尾12g、赤芍12g、地龙10g、川芎10g、桃仁10g、红花10g），湿热下注者加二妙散（黄柏10g、苍术10g、川牛膝10g）。每日1剂。对照组：口服维脑路通200mg/次，3次/天，烟酸50 mg/次，3次/天。30天为1个疗程，连用2个疗程后判定疗效。合并高血压者口服卡托普利将血压控制在140/ 90 mmHg以下；高脂血症者服多烯康、藻酸双酯钠等降脂药；合并糖尿病者控制饮食，口服格列吡嗪以有效控制血糖。结果：近期疗效：治疗组：临床治愈25例（30.12%），显效34例（40.97%），进步20例（24.09%），无效4例（4.72%）。对照组：临床治愈13例（30.23%），显效17例（39.53%），进步10例（23.26%），无效3例（6.98%）。两组相比，差异无显著性（$P > 0.05$）。远期疗效：治疗组：优22例（37.29%），良35例（59.32%），差2例（5.39%）。对照组：优

5例（16.67%），良19例（30.0%），差16例（50.33%）。两组相比，差异有显著性（$P < 0.05$）。

【病案举例】

曹某某，男，70岁，2003年7月5日初诊左下肢发凉，左足第二趾疼痛，破溃，皮肤颜色发黑1个月，加重1周，经抗菌消炎治疗，病情有所改善，接诊时患者患肢疼痛，夜不能寐，皮肤发凉，足趾紫暗，第二趾破溃，趾甲脱落，左足背动脉搏动消失，彩色B超示：双下肢动脉硬化伴多发粥样斑块形成，左足背动脉闭塞。查其舌质紫暗有瘀斑，苔薄白，脉沉略迟，中医诊断为坏疽。治以清热解毒，活血化瘀通络，药用：元参15g、金银花30g，当归15g、生甘草10g、炮山甲15g，红花10g、赤芍15g、鸡血藤20g、牛膝12g，每日1剂，分2次服。用上方加减治疗2周后，疼痛减轻，皮肤温度改善，1个月后破溃处结痂，足趾颜色变红，此时邪亦去，改用补阳还五汤加减治疗，药用：黄芪60g，当归10g，赤芍10g，红花6g，党参15g，丹参15g，川芎10g，地龙10g，川牛膝10g，每日1剂，日2次。患者一共服药3个月，患肢温度正常，疼痛消失，左足背动脉搏动微弱，但能触及。彩色B超示：左足背动脉狭窄。[29]

按：动脉硬化性坏疽多发于高龄老年人，亦称老年坏疽，为肢端血管动脉硬化性闭塞后期坏死，以手足指干黑坏死或溃烂疼痛为主要特征，属中医“坏疽”范畴，根抓“急则治其标，缓则治其本”的原则，选用四妙勇安汤加减治疗，迅速控制感染，以防坏疽范围扩大，急性期是保肢成败的关键，治疗重在祛邪，“邪去则正安”，后改用补阳还五汤加减治疗，重在补气养血活血，气行则血行，血行则瘀自去，现代药理研究表明，四妙勇安汤有抗炎，抗感染和改善末梢血液循环作用；补阳还五汤具有增强或调节免疫作用，提高机体的抗病能力及抗血小板聚集等作用。

第六节 肛肠外科（痔疮）

痔疮分为内痔、外痔、混合痔3种。一般内痔多采取保守治疗，内痔是直肠上静脉丛的曲张静脉团块，位于齿线以上，表面粘膜覆

盖，常见于左侧、右前、右后三处。便时出血是内痔的常见症状，另外还有痔块脱出、疼痛、瘙痒等也为常见表现。西医对痔疮的认识较多，主要认为是持续便秘或经常久坐不动，以致大肠蠕动较慢，令流向心脏的血液未能流至下腹，压迫直肠所致。另外，饮食结构、体质类型也有较大关系。本病属于中医“痔”、“痔漏”范畴，中医认为痔疮的起因是气滞血瘀、肝气郁结。病久则兼有气虚体弱，出现痔块脱出，难以还纳。

【临床应用】

宋氏[30]用补阳还五汤配合熏洗方治疗老年性嵌顿痔30例报道，患者均为门诊筛选，随即分为2组。治疗组用补阳还五汤：黄芪45g、赤芍、当归、川芎12g、桃仁、红花、地龙各9g。肛门坠胀较重者加党参15g、升麻12g、炒枳壳30g；便秘者加火麻仁30g、熟大黄12g；便血多者加地榆炭、槐花各12g。每日1剂，水煎服，10天为1个疗程，同时配合熏洗方：明矾、芒硝、樟脑各15g，冰片3g，用开水溶化熏洗肛门15 min，并外搽马应龙痔疮膏。对照组用氨苄青霉素5.0g加50g/L葡萄糖溶液250ml，甲硝唑注射液250ml，每日静脉点滴，同时配合熏洗方熏洗肛门15min，并外搽马应龙痔疮膏，疗程同治疗组。治疗结果：两组疗效比较，治疗组治愈22例，显效7例，无效1例；对照组治愈9例，显效9例，无效2例。治疗组治愈率优于对照组（经 X^2 检验 $P < 0.05$），两组平均治愈时间无明显差异。

【病案举例】

患者赵某某，男，38岁，会计。2003年6月8日初诊，反复便后滴鲜血1个月，血量增多2天，缘久坐致大便不畅多年，1个月前发现大便后出血，常呈点滴状，无肛门痛及脱出物，间歇发作，近2天来每次大便后均出血，且量较前增多，诊为“内痔”出血。刻诊：便后滴血，大便尚可，下腹坠胀，眩晕神疲，苔薄，舌质淡红有瘀斑，脉细滑。用补阳还五汤加减：炙黄芪、当归各20g，赤小豆60g，赤芍10g，川芎、红花各6g，桃仁10g，炒地榆12g，三七粉5g（吞），3剂，1日1剂，水煎。忌食辛辣，多活动。服药3剂后出血量减少，效不更方，原方2剂，药后告知出血未见，大便亦畅润。随

访半年，大便后无再出血。[27]

按：本病例为因长期伏案久坐少动，一则易气馁，二则致下部静脉血液回流障碍，使静脉团益大。静脉团属中医的“瘀块”范畴。根据四诊，内痔出血可归纳为阳气虚衰、瘀阻肛肠、血不宁静而出血，用补阳还五汤加减，药证合拍，补气化瘀，宁血止血，寒温并用，凉血不凝，止血无瘀。全方共使气盛消血安而血自止。

参考文献

[1] 许笃聪，郑劲松，李亚静. 补阳还五汤治疗慢性硬膜下血肿. 山西中医，1995，11（6）：13

[2] 谭祖鑫，廖先祥. 硬脑膜外血肿非手术治愈1例. 中西医结合实用临床急救，1995，2（5）：207

[3] 韦麟. 补阳还五汤加味结合西药治疗外伤性蛛网膜下腔出血急性期验案. 吉林中医药，2005，25（5）：50

[4] 彭基刚. 补阳还五汤加味治疗头部内伤53例临床观察. 湖南中医药导报，2002，8（12）：756

[5] 蔡蔚，喻坚柏，韩景光. 补阳还五汤治疗闭合性颅脑损伤临床观察. 中国中西医结合急救杂志，2003，（10）：54

[6] 许兴华. 补阳还五汤在颅脑术后的应用. 陕西中医函授，1996，（2）：32

[7] 狄凤桐，赵春玲，狄宁. 爆炸事故致冲击伤二例. 中华创伤杂志，1998，14（3）：131

[8] 何新伟，薛淑娟，闫莉. 补阳还五汤加减治疗颅脑损伤后综合征86例. 陕西中医2000，21（9）：414

[9] 冯新送. 加味补阳还五汤治疗脑伤后综合征42例. 新中医，1998，30（7）：31

[10] 刘宁. 补阳还五汤新用. 新中医，2000，32（7）：57

[11] 王永波. 补阳还五汤治疗脑震荡后遗症31例. 实用中医药杂志，2001，17（1）：17

[12] 花君霞，吴心芳，李淑英. 应用活血化瘀法治疗脑外伤后遗症经验撷要. 江苏中医药，2005，26（3）：8

[13] 胡钢. 补阳还五汤临床新用. 四川中医，1998，16（1）：55

[14] 关爱君，李欣，等. 补阳还五汤加味在断指再植术后的应用. 吉林中医

药，2004，24（2）：22
[15] 王水桥，张龙君，等. 补阳还五汤加味方在断指再植术后的应用. 中国中西医结合杂志，2003，23（4）：312
[16] 樊凤英，周松阳. 补阳还五汤加减治疗乳腺癌术后上肢水肿19例体会. 甘肃中医，2002，15（6）：25
[17] 周月芬. 补阳还五汤加味治疗乳腺癌术后上肢水肿32例. 浙江中医杂志，2004，(03)：112
[18] 倪苏霞. 用补阳还五汤加味治疗肠粘连36例. 实用中医内科杂志，2000，14（1）：44
[19] 孙平. 补阳还五汤为主治疗慢性阑尾脓肿48例. 黑龙江中医药，2000，(2)：33
[20] 施建强，徐建武，蒋晶飞. 补阳还五汤加味为主治疗创伤后下肢深静脉血栓67例. 浙江中医杂志，2003，(7)：297
[21] 瞿梅增，李世英. 补阳还五汤加味配合复方丹参注射液治疗下肢深静脉血栓形成. 中医正骨2003，15（7）：55
[22] 张开伟，艾儒棣. 加味补阳还五汤治疗创伤所致下肢深静脉血栓形成的临床研究. 四川中医，2005，23（4）：72
[23] 从云善. 补阳还五汤加味治疗静脉血栓案例举隅. 甘肃中医学院学报，2005，22（5）：36
[24] 张爱华，宋蕾芦，国琴. 补阳还五汤临证新用三则. 实用中医内科杂志，2004，18（1）：32
[25] 刘桂玉. 益气活血法治疗下肢血栓性静脉炎128例. 河南中医，2004，24(8)：41
[26] 钱爱云，王热闹. 补阳还五汤加味治疗下肢静脉曲张40例观察. 安徽中医临床杂志，2003，15（2）：111
[27] 郑通美. 补阳还五汤在杂症中的应用. 浙江中西医结合杂志，2004，14(12)：774
[28] 张济海. 补阳还五汤治疗下肢动脉硬化性闭塞病83例临床观察. 中国自然医学杂志，2003，5（3）：164
[29] 王惠敏，吴秀君. 疑难杂症验案3则. 内蒙古中医药，2005，(6)：12
[30] 宋玉柱. 补阳还五汤配合熏洗方治疗老年性嵌顿痔30例. 中医外治杂志，2005，14（4）：19

第四章

骨科病证

第一节　腰椎病变

一、腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症又称腰椎纤维环破裂症。腰椎间盘发生退行性变，或外力作用引起腰椎间盘内、外压力平衡失调，均可使纤维环破裂，导致腰椎间盘的核髓突出，而引发本病。椎间盘退变与劳损有关，但有椎间盘突出并不一定产生症状。椎间盘突出部分可自发吸收或减小（跟新生血管长入有关）。大多数急性致病以突膨出基础上的急重的无菌性炎症化学刺激为主；还跟自由基作用及纤维环破裂后出现的免疫因素有关。急性期后的炎症压迫导致瘀血、缺氧和神经根的慢性损害。故炎症、瘀血、水肿及神经根损害是主要的病理改变。在炎症的发生、发展及结局中，跟血液循环改变有十分密切关系。腰腿痛是本病最常见的症状，其次有下肢放射痛、间歇性跛行及主观麻木感等。腰椎间盘突出症属于中医的“痹证”、“腰痛”、“腰腿痛”等范畴。其多由于跌仆闪挫或过劳负重导致经脉受损、气血瘀

阻；或感受风寒湿邪，痹阻经脉，导致寒凝血滞，不通则痛，始发多为实证；然久病之后，或年老体衰，伤及肝肾，致筋骨受损，腰府不利，肝肾不足，筋脉失养，亦致经络痹阻。可以认为在慢性突膨出基础上，急性或慢性损伤致急性脱出或突膨出加重，出现以局部为主的"血行失度"即瘀阻为本证的矛盾的主要方面，以化瘀立法，随证加减，是为中的之法。[1]

【临床应用】

李氏[1]等用补阳还五汤加减治疗腰椎间盘突出症，将患者随机分为治疗组和对照组，每组48例。治疗组：以补阳还五汤为基本方加减：黄芪30g，当归10g，赤芍30g，川芎10g，地龙10g，桃仁10g，红花10g，制乳香10g，制没药10g，土鳖10g，川牛膝15g，川续断10g，桑寄生10g，泽泻30g，川乌3～10g，甘草3g。对照组基本方：独活寄生汤。药用：独活15g，桑寄生30g，秦艽15g，防风15g，细辛6g，当归20g，芍药15g，川芎10g，生地25g，杜仲15g，牛膝15g，红参15g，甘草6g，肉桂心3g，茯苓20g。两组随症加减药物、煎服方法及调护相同。结果：治疗组48例中，优良率85.42%，有效率98.79%；对照组48例中优良率60.42%，有效率95.79%。两组优良率相比有显著意义（$P<0.01$），有效率相比无差异（$P>0.05$）。李氏[2]等用补阳还五汤加味治疗腰椎间盘突出症30例，全部病例均有腰痛或腰腿痛，其中20例有腰腿功能受限情况，经由CT检查均有腰椎间盘突出征象。治疗均以补气活血通络、止痛、补益肝肾立法为主，辨证施治。基本方：黄芪30g，当归15g，赤芍10g，川芎10g，地龙10g，桃仁10g，红花10g，制乳没各10g，土鳖虫10g，川牛膝30g，川续断10g，桑寄生10g，延胡索30g。水煎服，日1剂，分3次服。治疗期间避免重体力劳动。若热象重者，加郁金、丹参；寒象重者，加肉桂、炮附子；湿象重者，加苍术、黄柏；脾胃虚弱者，加党参、白术、云茯苓；失眠者，加珍珠母、酸枣仁。经服药10～45剂后，有效率为93.3%。

【病案举例】

1. 钱某，男，45岁，农民，1995年5月4日来诊。腰痛，左侧腿痛半年。腰部屈伸不利，左下肢麻木酸痛，活动不便。在某医院作

牵引、理疗、封闭治疗无效。近半月病情加重，夜不能寐，无法劳作。诊见痛苦面容，腰痛拒按，难以转侧，左侧臀部、大腿后侧、小腿外侧、足部疼痛，行走不便。腰椎CT示：腰椎2～5椎间盘突出症。舌质暗红，脉沉涩。证属肝肾亏损，气滞血瘀，经络痹阻。方用补阳还五汤加味：黄芪30g，当归15g，赤芍10g，川芎10g，地龙10g，桃仁10g，红花10g，制乳没各10g，土鳖虫10g，川牛膝30g，川续断10g，桑寄生10g，延胡索30g，酌加珍珠粉、酸枣仁。连服10剂，腰腿痛大减，食馨眠安，药已中病。效不更方，继服20剂，诸症悉除，病告痊愈，已复劳作，随访至今未复发。

按：本病以肝肾亏损，气血不足，劳作损伤致瘀血痹阻经络、气血运行不畅为主要病因病机。处以补阳还五汤加味治疗。方取补阳还五汤益气活血通络，制乳没、土鳖虫、延胡索活血行气止痛，川牛膝、川续断、桑寄生补肝肾，强筋骨，且牛膝引诸药直达病所。诸药配伍，瘀血去，经络通，气血行，疼痛自止，故获良效。[2]

2. 赵某，女，43岁，农民，以“间断腰腿痛2年、加重20天”为主诉，于1999年5月3日就诊。患者2年前始出现腰痛，渐出现右侧腿痛，多在久坐或行走时间过长后加重。曾在新乡某院作CT示：腰3～4、腰4～5间椎间盘突出，在多家医院行牵引、理疗、封闭、膏药贴敷疗法无效。近来腰部活动不利，右下肢疼痛，行走困难，不能劳动。查体：痛苦面容，腰痛拒按，腰3～4、腰4～5间隙处压痛，叩击时右侧腿部放射痛，大腿后侧、小腿外侧痛，直腿抬高试验（+），舌质暗红，脉沉弱。证属气血亏虚，筋脉失养，脉络痹阻。补阳还五汤试治。方药：黄芪120 g，当归15g，赤芍15g，地龙10g，桃仁10g，红花10g，川芎15g。患者尽量卧床，服药3剂症状大减，6剂后症状全消，继服15剂，痊愈。随访至今未复发。[3]

3. 陈某，女，38岁，1997年11月2日初诊。右腰部反复疼痛，痛引腿足2年。2年前腰部扭伤，疼痛如刺，痛引下肢，行走不便，X片示：腰椎未见异常。经治疗后，疼痛逐步缓解，但劳累后加重。刻诊见：右腰部酸痛连及腿足并麻木，遇劳尤甚，面色少华，体倦乏力，纳差，舌边有紫点，苔薄白，脉细涩。查腰椎平直，L_5/S_1右旁有深压痛，有轻度放射感，至足背麻木，直腿抬举征右65°、左80°，

无病理征，查 CT L_5/S_1 右后方椎间盘轻度突出。西医诊断：腰椎间盘突出症。中医诊断：腰腿痛。辨证属气虚血瘀，脉络瘀阻。治以益气活血，通络止痛。方用补阳还五汤加党参 30g、白术 12g、鸡血藤 30g、独活 12g、续断 15g。服药 5 剂并嘱卧硬板床休息，腰背肌锻炼，症状减轻，药切病机，守方续服 3 周而愈。随访 2 年未复发。[4]

按：腰椎间盘突出症表现为坐骨神经痛征象，属中医“腰腿痛”范畴，本例腰腿痛乃腰伤日久，瘀血留滞，经脉气血运行不畅，筋脉失养所致。久病气虚血瘀，脉络瘀阻，以补阳还五汤加味。方中黄芪、党参、白术健脾益气；桃仁、红花、当归、川芎、赤芍活血化瘀；地龙、独活、续断、鸡血藤通经活络，强筋壮腰止痛。诸药相伍，使气旺血行，经脉畅通，筋脉得养，通则不痛而病愈。

二、腰椎间盘突出症术后

腰椎间盘突出，神经根受压水肿增粗，日久粘连甚至纤维化，手术虽可消除其机械性压迫，然其本身损伤及手术创伤刺激造成的新的炎症、粘连甚至瘢痕压迫在相当长时间内依然存在，且只能依靠其自身缓慢恢复。因此，术后疼痛虽缓而麻胀难消，并且会出现一系列神经压迫相关症状。中医认为，此乃久病及手术耗伤正气，气虚血瘀而为。以补阳还五汤益气活血，化瘀通络，效果较好。

【临床应用】

韩氏[5]对因腰椎间盘突出症施髓核摘除术后的 100 例患者配以补阳还五汤治疗，另以 100 例作为对照组，200 例患者均随访至术后 4 周，经 Ridit 分析，服药组疗效明显高于对照组（$P<0.01$）。作者认为腰椎间盘突出症施髓核摘除术后，服用本方可促进患者的恢复，减少手术不良反应，提高手术疗效，同时指出对手术后负压引流仍有出血者应慎用。王氏[6]应用补阳还五汤治疗腰椎间盘突出症髓核摘除术后下肢麻痹 85 例，与西药治疗的 85 例作疗效对比分析，结果中药组优良率达 95.37%，西药组为 81.2%，表明补阳还五汤能促进神经细胞的再生，改善神经细胞的血液供应，促进神经营养代谢，故对周围神经损伤有治疗作用。马氏[7]等为探讨和客观评价补阳还五汤对腰椎间盘突出症术后神经障碍的作用，将 68 例腰椎间盘突出症术后

患者随机分为治疗组36例和对照组32例，分别采用补阳还五汤和西药治疗4个疗程，并用肌电图检查对比，观察治疗前后的疗效结果。显示两组治疗后与治疗前组内比较有关肌肉的异常电位减少，波幅升高（$P < 0.05$），组间比较治疗前后差异无显著性（$P > 0.05$），表明补阳还五汤对腰椎间盘突出症术后神经障碍具有确切疗效。

【病案举例】

1. 发热：患者，女，43岁，干部，1994年3月18日以腰腿痛5年余，加重2个月而入院。诊断为腰椎间盘突出症，行L_4、L_5椎板间开窗髓核摘除术，术后虽置负压引流、抗生素预防感染及液体支持治疗，1周后仍低热不退，体温波动在38℃左右，伴面色少华，头晕眼花，精神不振，疲软懒动，舌质淡红，脉细弱。检查：切口周围无红肿，深压无刺痛。血白细胞计数10.2×10^9/L，中性粒细胞占73.6%。加强抗生素治疗仍未见效。证属气虚血瘀，郁而发热。治拟补气升清、化瘀退热。补阳还五汤加味：生黄芪30g，地龙9g，当归12g，川芎9g，赤芍12g，桃仁12g，红花6g，黄芩12g，青蒿15g，生地黄20g。4剂后，发热渐退，体温：37.2℃，原方去黄芩加党参15g、白术12g，继服5剂，体温恢复正常，诸症缓解。[8]

2. 汗证：患者，男，56岁，农民，1994年9月27日以腰腿痛反复发作近10年，加重伴行走困难2年余而入院。诊断为腰椎间盘突出症，椎管狭窄。行“L_4、L_5全椎板切除、髓核摘除、椎管扩大加植骨融合术”，术后3天出现胸背及头颈部经常汗出，动则尤甚，畏寒肢冷，因汗湿被褥，影响睡眠，体倦乏力，少气懒言。舌质淡，苔薄白，脉细。此为自汗，盖术后气损，肌表失固。治拟益气固表、疏通血脉。补阳还五汤加味：生黄芪60g，地龙9g，当归12g，川芎9g，桃仁12g，红花6g，浮小麦30g，大枣10枚。服3剂后，出汗明显减少，仅限头额，体力渐增。上方加桂枝10g，防风10g，续服7剂，汗证告愈，肢体亦温。[8]

3. 小便难：患者，男，40岁，渔民，1995年11月3日以腰腿痛3年余，复发伴加重1周而入院。诊断为腰椎间盘突出症，行“L_4、L_5椎板间开窗加左侧神经根管扩大术”，术后当晚，小便不通，小腹胀坠，给予导尿，翌日小便仍难，遂留置导尿3天。去除导尿管

观察，仍不能自解小便。腹胀苦楚，精神困顿，舌质淡，苔白，脉沉细。此为癃闭，乃气虚瘀阻，膀胱气化不利之故。治拟益气活血而利洲都。补阳还五汤加味：生黄芪45g，地龙9g，当归12g，川芎9g，赤芍15g，桃仁12g，红花6g，泽泻30g，茯苓15g，木通6g。服1剂后，小便点滴而出，翌日尿量增多。5剂后小便畅通。[8]

4. 运动障碍：患者，女，38岁，干部，1995年4月10日以反复腰腿痛5年余，加剧15日而入院。诊断为腰椎间盘突出症，行“L_4、S_1椎板间开窗髓核摘除术”，术后1周即嘱其功能锻炼，但现已3周，腰腿痛未见减轻，动则痛甚，举步困难。检查：L_4、S_1间隙轻压痛，下肢放射痛消失，左右直腿抬高均<60°，右小腿外侧皮肤感觉迟钝。面色少华，精神萎靡，舌质淡紫，苔薄白，脉细。证属气虚血亏、经脉失和。治拟益气补血、疏经和络。补阳还五汤加味：生黄芪45g，地龙9g，当归12g，赤芍15g，桃仁12g，红花6g，蕲蛇12g，怀牛膝15g，羌活15g。服7剂后，疼痛减轻，右腿皮肤感觉基本正常，行走便利。遂去蕲蛇，再服14剂，局部压痛消失，诸症告平。[8]

三、腰椎退变三联症

腰椎退变三联症系指腰椎间盘突出、腰椎管侧隐窝狭窄、主椎管狭窄三者并存的一个综合征。表现为顽固性下腰痛，下肢放射性疼痛、麻木、间歇性跛行，直腿抬高试验阳性。好发于中老年人。属于中医“腰痛”、“痹证”范畴。

【临床应用】

李氏[9]等用补阳还五汤加味治疗腰椎退变三联症11例。治疗方法，以补阳还五汤加味，药物组成：黄芪30g、当归15g、川芎10g、桃仁10g、红花10g、赤芍10g、地龙12g、牛膝10g、白术12g、土元10g、甘草6g。痛甚加川乌10g（先煎）；麻木明显者加鸡血藤30g、白芍15g；病程日久加乌梢蛇10g，水煎服，每日1剂，10天为1个疗程。1个疗程后根据病情继服水煎剂或按原方制丸，每次10g，每日2次以巩固疗效。同时行腰围支持，卧硬板床。治疗1个疗程后加强腰背肌锻炼。本组11例均治疗3个疗程后观察效果，临床治愈3

例，显效4例，好转3例，无效1例，总有效率90.9%。

【病案举例】

孙某，男，47岁，于1996年3月17日初诊。患者诉腰痛2年，近2个月来因劳累致症状加重，渐出现双下脚疼痛、麻木，以右侧较著，间歇性跛行，小便频，淋沥不尽。服西药及理疗效果不明显。查$L_4 \sim S_1$棘突压痛，肛周及双下肢皮肤感觉减退，直腿抬高试验及加强试验右侧阳性。舌质淡，苔薄，脉细，CT示腰椎间盘突出，侧隐窝狭窄，主椎管狭窄，余检查无异常。诊断为腰痛、淋症。西医诊断为腰椎退变三联症。处方：黄芪30g、当归15g、川芎10g、桃仁10g、红花10g、赤芍10g、白芍10g、地龙12g、牛膝20g、白术12g、土元10g、车前子20g（包煎）、甘草6g。水煎服，每日1剂，1个疗程后上方改为水丸，每日10g口服，每日2次。治疗3个疗程后痊愈，随访至今未复发。[9]

按：腰椎退变三联症多见于中老年人。中医诊治多从肝肾不足、风寒湿邪内侵入手。本例患者长期劳损史，劳则气耗，气虚则无以鼓动血行而致气滞血瘀；且腰腹松弛，为带脉气虚，无以束缚所致。故认为气虚血瘀、脉络阻滞是该症的主要发病机制。本病三症并存，说明腰椎退变已达广泛而严重的程度，这也增加了神经组织的受压机会和程度。压迫导致神经组织血运障碍，代谢产物聚集，以至发生炎症水肿。这种病理改变与中医学气虚血瘀、脉络不畅的病理机制相符。补阳还五汤以黄芪为主，补气通络取其功专性走，周行全身以推动诸药之力。《医学衷中参西录》曰："凡遇腿疼臂疼，历久调治不愈者，补其元气以流通之，数载沉病，亦可随手奏效也。"白术健脾气以助黄芪之功，善治脾弱四肢运动无力、疼痛；归尾、川芎、桃仁、红花、赤芍、土元活血化瘀、通络止痛；牛膝补肝肾、强筋骨，引血下行；地龙止痉、通络；甘草调和诸药。全方合用，辨症与辨病相结合，收效明显。

四、其他慢性腰腿痛

其他慢性腰腿痛是中医临床常见的一类慢性病证，多发于中、老年人，可由各种原因引起，常是其他疾病的转归。其治疗较为棘手，

西医可结合原发病，用对症支持疗法，中医根据“久病入络”、“久病多瘀”、“久病必虚”的理论，以益气活血、化瘀通络止痛为法，用补阳还五汤加味治疗，常取得较满意的临床疗效。

【临床应用】

郭氏[10]等补阳还五汤加三藤治疗慢性腰腿痛247例，其中软组织病变所致腰腿痛156例，骨关节性病变致腰腿痛77例，腰椎带狭窄性致腰腿痛14例。总有效率95.1%。治疗方法：方选补阳还五汤加三藤，组成：生黄芪60g，当归尾15g，川芎15g，赤芍15g，地龙干10g，桃仁10g，红花10g，牛膝15g，木瓜10g，鸡血藤15g，络石藤15g，海风藤15g。瘀肿较甚者加泽兰、丹皮、苏木；疼痛肢麻加没药、乳香、蜚虫、丝瓜络；寒湿偏重者加制川乌、草薢、防己；湿热偏甚者加苍术、薏苡仁、泽泻；年老肾虚者加杜仲、川续断、山茱萸。根据临床症状辨证施治，每日1剂，水煎服，最短治疗7天，最长治疗45天。赵氏[11]自1993～2003年应用补阳还五汤加味，辨证治疗各类慢性腰腿痛360例，取得较好疗效，总有效率97.5%。治疗方法：360例患者根据病因分类分为软组织腰腿痛172例，骨关节性腰腿痛134例，腰椎管狭窄性腰腿痛54例。药物组成：黄芪40g，当归15g，赤芍10g，川芎10g，地龙12g，桃仁10g，红花6g，淫羊藿15g，豨莶草15g，狗脊15g，川续断10g，怀牛膝10g，制川乌6g，制草乌6g。水煎服，每日1剂，首煎加水1000ml，武火煮沸，文火煎取汁300ml，二煎加水600ml，煎取汁200ml，二汁混合，早晚各服250ml，1周为1个疗程。寒湿偏重加防己、草薢；肿偏甚加泽兰叶、苏木；肢痛麻甚加制乳香、威灵仙；阴虚阳亢去淫羊藿、川续断，加鳖甲、知母、黄柏；湿热偏重加苍术、黄柏、生薏苡仁。庄氏[12]等用加味补阳还五汤治疗慢性腰腿痛39例，其中慢性腰肌纤维组织炎20例，腰椎骨质增生症12例，左骶髂关节炎2例，腰椎间盘膨出症2例，第三腰椎横突综合征3例。基本方药组成：黄芪25g，丹参15g，川芎6g，当归10g，桃仁10g，红花5g，赤芍12g，秦艽10g，地龙10g。加减法：瘀血甚者加刘寄奴10g，土鳖10g；兼寒湿者加干姜10g、桂枝10g、茯苓20g；兼湿热者黄芪减为10g，当归减为6g，加虎杖15g、淫羊藿15g、巴戟天15g。每日1剂，水煎，分早晚2次

空腹服用，根据病情连服 10～15 天为 1 个疗程，本组病人最少服 9 天，最多服 50 天，平均 23 天。治疗期间患者避免腰部不良姿势负重，卧硬板床，并适当做腰腿功能锻炼，注意局部保暖和节制房事。结果：近期疗效治愈 19 例，显效 13 例，好转 4 例，无效 3 例；治愈率 48.7%，总有效率 92.3%。远期疗效：39 例中有随访登记的 23 例，其中 1 例 3 个月后症状加重，经 CT 检查示：L_4～L_5 椎间盘突出，13 例观察半年，9 例观察 1 年半，未见复发。

熊氏[13]用补阳还五汤治疗退变性腰椎管狭窄所致腰腿痛 30 例，同时与西药治疗的 30 例对照。治疗组补阳还五汤组成：黄芪 30g，当归 12g，赤芍 12g，地龙 10g，川芎 12g，桃仁 10g，红花 10g，牛膝 12g，桑寄生 12g，五加皮 12g。疼痛甚者加片姜黄 10g、泽泻 10g、桂枝 10g；患肢以麻木为主者加鸡血藤 30g，制川乌、制草乌各 5g；伴腹胀者加厚朴 12g、莱服子 12g。每日 1 剂，水煎分 2 次服。同时配合中药电渗离子导入疗法。2 周为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程。对照组芬必得胶囊，每日 2 次，每次 0.6g，饭后 30min 服；地塞米松片，每日 3 次，每次 1.5mg，饭后 30min 服；维生素 B_1 片，每日 3 次，每次 20mg；地巴唑片，每次 10mg，每日 2 次。10 天为 1 个疗程，治疗组总有效率 100%，对照组总有效率 86.7%，$P<0.05$。

【病案举例】

梁某，男，50 岁，1998 年 12 月 26 日初诊。反复发作腰腿痛，伴双下肢麻木 3 年，活动时症状加剧，伴阵发性刺痛，俯仰不利，身倦乏力，便溏，纳差，面色淡白，舌淡略紫、苔薄白，脉短涩无力。查：第四、五腰椎双侧压痛，直腿抬高试验阳性，X 线摄片示：第四、五腰椎前后缘增生。证属气虚血瘀，筋脉失荣，治以补气活血，化瘀通络。方用补阳还五汤加味。处方：黄芪 60g，当归尾、地龙、赤芍、牛膝、骨碎补、鸡血藤、丹参各 15g，桃仁、红花、川芎各 8g，每天 1 剂，水煎分 2 次服，连服 10 剂后，症大减，原方去丹参，加党参 15g，再服 7 剂，诸症悉除，随访半年未复发。

按：本例治以补阳还五汤加味，为气虚不足以导其血，血瘀脉络，筋脉失荣血濡养，因虚而瘀，正合方意，故方中重用黄芪益气帅血，桃仁、红花、鸡血藤、赤芍、川芎、地龙、丹参、当归尾活血祛

瘀通络，骨碎补强壮腰膝，牛膝引血下行，共达补气活血、祛瘀通络之功。

第二节 颈椎病

颈椎间盘组织退行性改变及其继发病理改变累及其周围组织结构（神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等），并出现相应的临床表现者称为颈椎病。颈椎病是常见病之一，多发于中老年人，其临床表现较为复杂，症状呈多元化，通常按临床表现将其分为颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型、混合型、食管受压型7个类型，各型病理基础也有差异，但可以有多种组织同时出现多种病理改变，故临床表现多种多样。其中以椎动脉型颈椎病最为常见。颈椎病属于中医“骨痹”、“颈肩痛”、“痿证”、“痉证”、“眩晕”、“痹证”等范畴。本病气虚血瘀是其内因，风寒湿邪外侵是其外因，属本虚标实之证。年老体虚，血气不足，不能养血营血，加之外邪，气虚血瘀，血运不畅，阻塞经脉肢节而为病。其损在筋骨，复感外邪，久病入络，为虚、为痹。

各型颈椎病中以椎动脉型最为常见，用中医治疗效果也最好，故在此作一简要概述。引起椎动脉型颈椎病的原因很多，其中颈部慢性劳损及颈椎退行性变是重要的因素。该病主要是在椎动脉粥样硬化的基础上，由于椎间盘、椎体、钩椎关节的退行性变，使椎动脉穿行的横突孔直接或间接狭窄，造成椎动脉受压，或由于颈椎失稳，椎体及小关节的异常活动，使颈交感神经受到刺激而引起椎动脉及其分支发生反射性痉挛，或由于椎动脉硬化，弹性收缩力下降，导致椎－基底动脉供血不足，继而出现以眩晕为主要症状的一系列病证。椎动脉型颈椎病属于中医“眩晕”、“血痹”、“项强”范畴。发病主要由于气血不足、颈部外伤劳积所致。人到中年以后，脏腑功能逐渐亏损，气血暗耗，脉络不和，血不荣筋，日积劳损，气血运行无力而阻塞瘀滞。血瘀则筋脉失畅，经络失养，髓海空虚而眩晕频作。气虚血瘀是椎动脉型颈椎病的中心病机，气虚是本，血瘀是标，治疗的关键是补气行血，改善椎动脉的血液供应。故以补阳还五汤加味补气活血，化

瘀通络。方中重用黄芪大补元气而起萎废，振奋元阳而行血脉，当归尾、川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀，地龙通行经络。诸药合用，有补气活血、化瘀通络之功，从而有效地解除椎动脉的痉挛，改善脑部的血氧供应，达到治疗目的。

【临床应用】

肖氏[15]用补阳还五汤加减治疗椎动脉型颈椎病69例，总有效率95.65%，治疗取法益气活血、温经通络，用补阳还五汤（生黄芪120g、当归6g、地龙3g、川芎3g、赤芍6g、桃仁3g、红花3g）加丹参15g、姜黄10g、肉苁蓉20g、葛根30g。每日1剂，武火水煎，分2次温服，治疗2周为1个疗程。疗程结束，多普勒血流分析仪复查对照，结合临床症状改善情况统计结果。李氏[16]等用补阳还五汤加味治疗椎动脉型颈椎病120例，所有患者均服用补阳还五汤加鹿衔草30g、骨碎补20g、葛根20g，取法益气活血、温肾壮阳，服药2个疗程患者临床症状及体征消失，脑血流图恢复正常，总有效率97.5%。舒氏[17]等用补阳还五汤配合后伸牵引治疗椎动脉型颈椎病46例，观察补阳还五汤配合后伸牵引治疗椎动脉型颈椎病临床疗效。方法：81例患者随机分为2组，治疗组采用内服补阳还五汤配合后伸牵引治疗，对照组采用颈复康配合常规牵引治疗。结果：治疗组总有效率91.3%，对照组总有效率82.9%（$P<0.01$），治疗组明显高于对照组。认为该方法内外兼治，对恢复颈椎生理功能有积极的协同作用。陈氏[18]在80例经X线片及临床检查确诊颈椎退变性眩晕患者中随机选择了33例患者，口服加味补阳还五汤20～30剂后，进行血液流变学各项指标复查，结果表明：33例患者的红细胞压积、血浆纤维蛋白原含量、血浆黏度、各切变率时的全血表面黏度、红细胞电泳时间平均值均显著低于服药前（$P<0.001～0.02$）；红细胞沉降率、红细胞沉降率方程K值及平均值均显著高于服药前（$P<0.001$），且症状改善较明显，眩晕基本消失，3个月后随访，除10例外，余均无发生。宋氏[19]等用补阳还五汤治疗颈性眩晕42例，42例患者均经X线颈椎正侧位摄片和经颅多谱勒检查，符合颈椎病诊断，提示椎－基底动脉供血不足，排除贫血、耳源性眩晕等其他致眩晕因素。方法：以补阳还五汤为主方，黄芪60g、赤芍12g、当归尾12g、桃仁12g、红

花10g、川芎12g，偏气虚者黄芪用量加大至80g，加党参、升麻；夹有痰浊者加白术、半夏、茯苓、石菖蒲、竹茹；老年患者伴有肾虚者加熟地、怀山药、补骨脂、茯苓；偏肝阳上亢者加天麻、钩藤、石决明、牛膝、益母草、葛根、白蒺藜。结果：临床治愈10例，好转28例，无效4例，疗程最短7人、最长30人。袁氏[20]用补阳还五汤加味治疗颈椎病87例，其中诊断为神经根型39例，椎动脉型24例，交感神经型21例，混合型3例，治疗方法：以补阳还五汤加味为基本方：黄芪30 g、当归15g、赤芍15、地龙10g、川芎20g、桃仁10g、红花10g、葛根30g、菟丝子20g。风寒疼痛型加桂枝10g、附子10g（先煎）、细辛6g；气虚血瘀型加入党参15g、炙甘草10g，川芎量增至30g；肝风眩晕型加入天麻10g、钩藤15g（后下），赤芍易为白芍。每日1剂，水煎2次，分早晚温服，服药期间，停用其他药物治疗，连续服1个月为1个疗程。结果：本组87例，显效27例，有效51例，无效9例，总有效率为89.57%。疗程最短2周，最长3个月，平均为1.2个疗程。钟氏[21]用补阳还五汤配合牵引治疗颈椎间盘突出症报道。方法：分设治疗组和对照组，治疗组给予补阳还五汤：生黄芪100g，当归尾10g，赤芍10g，地龙、川芎、桃仁、红花各6g，痛甚者加参三七（冲服）、全蝎、蜈蚣；上肢麻木加桑枝、豨莶草；下肢麻木加川木瓜、鹿衔草。水煎服，每日1剂。配合颈椎牵引。对照组中颈椎牵引同治疗组，配合西药维生素B类药口服或肌内注射，隔日1次。两组其余处理相同，12天为1个疗程。结果：治疗组平均治疗时间为12.2天，对照组为20.6天。治疗组总有效率为97.4%，对照组总有效率为81.8%，两组总有效率比较经统计学处理，有显著性差异（$P < 0.05$），说明治疗组的疗效优于对照组。

【病案举例】

1. 刘某，男，62岁。1998年10月2日诊。阵发性头晕1年，多方医治效不佳。头位变动可导致发作或加重。X线摄片提示：颈2～5椎骨质增生。舌质淡红有齿痕，苔白腻中间有剥脱，舌底静脉稍紫暗，脉缓。中医辨证属正气不足，痰血瘀阻。处方：黄芪60g，当归10g，川芎10g，赤芍10g，桃仁10g，红花10g，地龙10g，葛根10g，天南星10g。服药3剂，眩晕即减轻，服药15剂痊愈。其中黄

芪渐加至120g，随访半年未见复发。[22]

按：颈椎病眩晕患者多有气虚血运不良证候，故用补阳还五汤治疗多获佳效。方中重用黄芪为君大补元气，与活血养血当归相伍，气旺血畅，驱动血行；以赤芍、川芎、桃仁、红花等活血祛瘀为辅；地龙通经活络为佐；更加葛根既升阳解肌，通络养筋，又可引药直达项背部。再辨证加用祛风痰、平肝阳、滋肝肾、泻肝火诸药。药证合拍故奏效较捷。

2. 徐某，男，62岁，1996年7月6日诊。头晕目眩间作2年，近因劳累加重，突然转颈卒倒3次，伴耳鸣如蝉，恶心纳呆，尿频，舌淡苔白，脉细缓。无高血压、内耳眩晕等病，X线片示：颈椎退变，椎关节骨赘横向突出。诊为椎动脉型颈椎病，中医辨证属气虚血瘀、脉络瘀阻，拟益气活血、补肾通络之补阳还五汤加减：黄芪40g，当归尾15g，川芎10g，赤白芍各12g，地龙12g，丹参15g，菟丝子10g，葛根10g，甘草6g，日1剂。3剂后，眩晕减轻，改黄芪80g，继服12剂，眩晕消失，颈转自如，随访半年，诉未复发。[23]

按：患者年过花甲，肝肾亏虚，筋骨失养，骨赘形成，气虚血瘀，发为眩晕。重用黄芪，大补元气；相伍归尾，活血养血；川芎、赤芍、丹参活血化瘀；地龙通经活络；葛根升清解痉，引药上行，加以菟丝子补益肝肾，共奏补肾益气、活血通络之效。现代医学认为，颈椎退变是椎动脉型颈椎病的发病基础，全血黏度增大是引起该病的重要原因，这与中医肝肾亏虚，瘀血凝滞颇为吻合，而补阳还五汤能抑制血小板黏附凝聚，降低全血黏度，增加入脑供血供氧量；同时，其他药物具有改善微循环、缓解椎动脉痉挛、扩张血管等作用。因此，本方治疗椎动脉型颈椎病有其内在依据。

3. 季某，男，60岁，2002年1月30日初诊。患者左肩臂疼痛12年，左手指麻木无力1个月余。伴眩晕耳鸣、左侧上肢放射痛，劳累或受凉后加重，得温则减，影响睡眠，舌淡苔薄白，脉细弱。查体：$C_{5\sim6}$棘突左侧旁压痛（+），左拇指感觉减退，左手握力较右手明显减弱；椎间孔挤压试验（+），分离试验（+），左侧臂丛神经牵拉试验（+），霍夫曼征（-）。X线平片检查示：颈椎生理曲度变直，$C_{4\sim6}$椎间隙变窄，$C_{5\sim6}$椎体后缘轻度增生。CT扫描检查示：

颈椎椎体正常，$C_{5\sim6}$颈椎椎管及$C_{5\sim7}$，左侧椎间孔狭窄。心电图和血压均正常。西医诊断：神经根型颈椎病。中医辨证为气虚血瘀、脉络阻滞。治以活血化瘀，通经活络，予补阳还五汤加味。处方：黄芪50g、当归10g、赤芍10g、地龙10g、川芎10g、红花10g、桃仁10g、丹参30g、鸡血藤30g、蜈蚣2条、川椒10g、葛根30g、姜黄10g、威灵仙15g、党参15g、磁石30g、制附子6g、甘草6g。上方1日1剂，水煎，分2次服。服5剂后，症状减轻，配合颌枕带牵引治疗，每日1次，每次0.5h，连用10天。原方服20余剂后告愈。

4. 汤某，女，56岁，2003年7月1日初诊。颈肩部疼痛3年，头晕5个月。伴有头部昏沉感，走路时头重脚轻，记忆力下降，疲乏无力，纳差，舌淡紫，苔薄，脉沉涩。查体：$C_{4\sim6}$棘突双侧旁压痛，颈部活动不利，左上肢下垂时颈肩部疼痛，左肩胛骨内上角明显压痛。旋颈试验（+），颈椎牵引试验（+），双上肢牵引试验（+），椎间孔挤压试验（-），霍夫曼征（-）。X线平片示：颈椎生理曲度变直，$C_{4\sim5}$椎间隙变窄，后缘有骨赘形成。CT扫描示：$C_{4\sim5}$左右横突孔大小不对称，左侧相对狭窄。心电图正常，血压20/12.67kPa。西医诊断：椎动脉型颈椎病。中医辨证为气虚血瘀，络阻不通。治以活血化瘀，通络止痛，予补阳还五汤加味。处方：黄芪60g、当归10g、赤芍15g、地龙10g、川芎10g、红花10g、桃仁10g、丹参30g、鸡血藤30g、蜈蚣2条、川椒6g、葛根30g、钩藤（后下）15g、石决明30g、杜仲10g、水蛭10g、焦三仙各10g、红参10g、甘草6g。水煎服，1日1剂，服药5剂后，诸症减轻，并用药渣热敷，早晚各1次，每次30min。用原方30剂后症状消失，随访至今未复发。[24]

按：上两案，在西医虽属于不同证型，但均属中医气虚血瘀范畴，补阳还五汤具益气活血、化瘀通络之功效，是治疗半身不遂的常用方。方中重用黄芪补一身之气令气旺血行，瘀去络通；当归长于活血，且化瘀不伤血；川芎、赤芍、桃仁、红花助当归活血祛瘀；地龙通经活络。在原方基础上，加丹参活血祛瘀；鸡血藤行血补血，舒筋活络；蜈蚣止痉通络，治头痛、痹痛甚效。以上诸药益气活血，解肌通络，标本兼治，方证合拍，药到病除。

第三节 肩关节周围炎

肩周炎是肩关节周围病的简称，为肩周肌、肌腱、滑囊及关节囊的慢性损伤性炎症，因外感风寒、潮湿，肌肉在外力作用下损伤，可使局部软组织包括关节囊、肩袖、韧带、滑囊、肌肉肌腱发生慢性无菌性炎症，致使患者病程可长达几十年甚至十余年。此病开始表现为某一块肌组织慢性疼痛，而后病情逐渐加重和发展，肩部呈刀割样、针刺样、酸痛、钝痛，乃至夜间疼痛加重不能侧卧位休息。肩部功能活动完全受限，以至于穿衣也十分困难。本病俗称凝肩、冻结肩、五十肩（多发于50岁左右的患者），相当于中医的“痹证”。

【临床应用】

孙氏[25]用加味补阳还五汤治疗肩周炎40例，同时设对照组40例。方法：治疗组基本方：炙黄芪40g、当归15g、川芎10g、赤芍10g、地龙10g、桃仁6g、红花6g、鸡血藤15g、海风藤15g、桂枝6g。随症加减：寒邪较重，冷痛较盛加炙麻黄6g、炙川乌5g以温经散寒，通络止痛；病久湿郁化热，热痛较盛者加忍冬藤15g，桑枝15g，以清热除湿，疏经通络；刺痛较盛，肩不能举加制乳香6g、制没药6g以活血化瘀，行气止痛；伴颈项僵痛加葛根15g以疏经解痉；痛连腰背加威灵仙10g、杜仲15g以疏风通络，濡养筋骨；疼痛剧烈，夜不能寐加炙马钱子3g、全蝎3g（包冲），以蠲痹通络止痛。对照组：采用针灸治疗。取穴肩三针、臂臑、肩井、曲池、尺泽、合谷、阿是穴等。结果：治疗组总有效率92.5%；对照组总有效率87.5%。两组痊愈率和显效率经统计学处理治疗组明显高于对照组（$P < 0.05$）。冯氏[26]以补阳还五汤加减，配合蝎子爬墙功能锻炼，治疗五十肩患者32例，治愈24例，好转4例，无效和中断治疗者各2例。李氏[27]用补阳还五汤为主综合治疗肩周炎进行临床分析。治疗方法：设治疗组125例，对照组50例。综合治疗组采用中药补阳还五汤加味内服。生黄芪40g，当归尾12g，赤芍12g，地龙10g，川芎6g，桃仁、红花各9g。寒甚者加附子10g；风盛者加蜈蚣1条、僵蚕6g；湿重者加滑石12g、薏苡仁30g。每日1剂。合肩部推拿，隔

日1次。局部疼痛明显患者，加用穴位注射，用2%普鲁卡因2ml，醋酸确炎舒松－A2ml，当归注射液2ml，三药合用，每7天注射1次，30天为1个疗程。对照组采用日服骨刺片治疗，1天3次，每次5片，疼痛明显者加服芬必得胶囊0.3mg，1天2次，30天为1个疗程。结果：综合治疗组有效率98.4%，对照组有效率72%，两组疗效有显著差异（$P<0.01$）。

【病案举例】

1. 吴某，54岁，农民，2002年5月初诊。因左上肢活动困难1个月而求诊。患者缘于2个月前，因淋雨后感冒，在当地卫生院治疗后感冒症状好转，但出现左上肢酸楚，渐至活动困难，左肩关节疼痛，只能前伸，不能后屈，旋转困难，曾赴某县级医院行普鲁卡因封闭，当时效果良好，1周后诸症再现，再次行封闭术，但缓解症状不到3天，后屡服用抗风湿药及外用止痛膏效果不显，反而出现胃脘不适，故要求服中药治疗。四诊所见：痛苦面容，少气懒言，纳减眠差，左上肢被动体位，活动受限，无法后旋及外展，左肩关节处压痛（+++），遇寒加剧，舌质青紫、苔薄白，脉沉紧涩。诊为气虚夹瘀，寒凝闭阻。治宜益气祛瘀，散寒止痛。方选补阳还五汤加减处方：黄芪90g、白术15g、川芎10g、赤芍10g、地龙10g、桃仁10g、红花6g、羌活10g、独活10g、姜黄10g。每日1剂，连服5剂。二诊：患者自诉服药后精神较前好转，饮食增加，左上肢活动较前灵活，但外展后旋仍困难，压痛（+），舌质青暗、苔薄，脉沉涩。守方去羌活、独活，黄芪加量至120g，加桑枝6g，再进7剂。三诊：患者自诉服药后，左肩关节疼痛缓解，左上肢能外展后旋，但后旋时仍觉不适，舌淡苔薄，脉沉涩。守原方再进5剂以善后。随访2年，左上肢活动自如，前恙全无。[28]

按：五十肩（肩关节周围炎），属中医学痹证范畴，发病机制常为内伤（体虚）后外邪（风寒湿）入侵而致。临床辨证一般分为行痹、痛痹、着痹、热痹而进行治疗。该患者患病1个月，几经周折，病情迁延，就诊时表现为气虚为主，不能祛寒于外，不能行血，导致瘀阻于肩出现疼痛，活动困难而遇寒加剧，故以补阳还五汤加减，从而达到气足血行，瘀去痛止的目的。

2. 李某，男，56岁，工人。初诊时间：1990年10月18日。患者右肩疼痛2个月余，于臂动侧疼痛，呈针刺感，昼轻夜重。曾在其他医院针灸、理疗，服用抗风湿中、西药物治疗，收效甚微。近日疼痛加重，肩臂几乎僵直。现查：患者肩关节外形无异常，右肩周组织压痛明显，外屈、后伸不超过15°，旋转受限。伴有神疲乏力，气短纳差，面色㿠白，舌质紫暗，苔薄白，脉沉弦，脉症合参辨为气血不足，瘀血阻络。治宜益气活血，通络止痛。处方：黄芪30g、当归尾9g、赤芍6g、地龙6g、川芎6g、红花6g、桃仁6g、青风藤12g、威灵仙12g，水煎服7剂。服药7剂后二诊，患者精神大振，诉其肩痛明显减轻，活动幅度增大，饮食增加，效不更方，原方黄芪加至60g，继服7剂，并嘱其功能锻炼。又服7剂后，患者肩痛消除，功能活动正常，饮食大增，精神振奋，乃于前方去青风藤，威灵仙，又服7剂以巩固疗效，共服药21剂，达到临床治愈，随访2年未复发。[29]

按：肩周围关节炎中医称“漏肩风”，因多发于50岁左右的病人，又称为“五十肩”。人过七七，脾失健运，肝肾亏损，气血不足，气血运行不畅，血停为瘀，瘀停于肩，筋脉关节失于濡养，故关节失于滑利，而发生肩部疼痛和功能障碍。本例患者气虚血瘀，补阳还五汤益气活血，通络，正中病机，加炒白术与黄芪相伍，益气健脾功能增强，加青风藤、威灵仙取其通络止痛作用，药证合拍，故收良效。

3. 宋某某，女，53岁，教师。1987年6月26日。左肩疼痛6月，夜尤甚，活动受限渐重，经针灸、推拿、理疗等治未效。X线片未见异常。诊为肩关节周围炎，初予祛风胜湿、温经通络剂煎服2周未效，改投益气活血、温经通络之剂：黄芪50g、川芎10g、赤芍12g、当归尾15g、地龙12g、姜黄12g、羌活10g、葛根12g、鸡血藤20g、桑寄生10g、桑桂枝各10g。5剂，肩痛见缓，继服，配合功能锻炼，半月病愈。[23]

按：五旬之人，肾气不足，气血渐亏，腠理不密，风寒湿邪乘虚侵袭，寒凝筋脉，气虚血瘀，筋失所荣而为病。王清任认为：治疗痹证用温热药不愈、利湿药无功、滋阴药不效者，乃风寒湿入于血脉，

使血凝之故，“若总逐风寒，去湿热，已凝之血，更不能活。”故以补阳还五汤益气活血，佐以祛风胜湿、温经通络、益肾柔筋，病自可愈。

第四节　运动系统慢性损伤

一、膝关节扭伤

膝关节扭伤通常来自于外界暴力冲撞、挤压和膝关节自身的强烈扭转。它可能损伤膝关节的侧副韧带、交叉韧带及半月板。受伤后多表现为膝关节疼痛、肿胀、活动受限、不能伸直等。膝关节扭伤发生时应紧急固定或手术处理，但在扭伤后期，膝关节功能往往恢复不理想，多由气滞血瘀、筋骨失养所致，可用益气活血化瘀药，补阳还五汤一类加减治疗。

【临床应用】

王氏[30]等用补阳还五汤加减治疗陈旧性膝关节扭伤77例，77例患者均获得随访，时间为1年，经过3～4周治疗，57例痊愈（症状完全消失，恢复正常工作），14例显效（症状明显减轻，肿胀存在，轻度疼痛，无侧翻感，无反复扭伤，仍有膝部无力感），6例无效（诸症状无改善）。6例无效者均建议手术探查，其中2例接受手术治疗，均为膝部股内侧韧带撕裂，关节囊松弛，予以同侧髂胫束重建术，关节囊重叠缝合，再经上述方法治疗，获得痊愈。方用补阳还五汤为基本方：生黄芪60g，当归、桑寄生、骨碎补、川断、党参各15g，川芎、赤芍、广地龙、白术各10g，红花6g，陈皮5g。加减：气虚较甚加重黄芪用量至120g；胃阴虚者去赤芍、当归、骨碎补，加太子参、石斛、女贞子各15g；便干者加桃仁、麻子仁各10g；泛酸者加海螵蛸15g；血热加丹皮6g；伴风寒湿者加羌活、独活各10g或细辛3g；湿盛者加茯苓、砂仁各10g，薏米仁30g。每天1剂，分早晚2次温服，共服药3～4周。服药期间膝部石膏托固定，抬高患肢，进行功能锻炼，拆石膏后进行膝关节功能锻炼。

二、膝关节骨关节炎

膝关节骨关节炎是关节软骨发生原发性或继发性退行性病变，继而引起关节边缘和软骨下骨质反应性增生，从而使关节逐渐被破坏及产生畸形，影响膝关节功能的一种常见的进行性风湿性疾病，也称骨质增生退行性骨关节病。疾病的整个过程不仅影响到膝关节软骨，还涉及到整个关节，包括软骨下骨、韧带、关节囊、滑膜及关节周围肌肉。它开始表现为膝关节软骨生化代谢的异常，进而出现结构上的损害，产生纤维化、缝隙、溃疡及整个关节面的缺损，导致关节疼痛和功能活动丧失，以及关节活动协调性改变引起的一些症状。但是并不是所有的病变都会出现明显症状，也就是说，相当多的膝关节退变、增生并无临床症状。当退变的关节出现临床症状时，可称为骨关节炎。本病属于中医的“痹证”、“骨痹”、“膝痹”等范畴。中医认为退行性膝关节病变的病因病机为“本痿标痹”。以肝肾不足，精血亏虚为本，感受风、寒、湿热，气滞血瘀为标。

【临床应用】

张氏[31]等用补阳还五汤配合玻璃酸钠关节内注射治疗膝骨关节炎31例，并设对照组分析认为用补阳还五汤联合治疗效果较好。治疗方法：治疗组为内服补阳还五汤加减，每日1剂，3次/天，配合玻璃酸钠关节内注射，3周为1个疗程。对照组为单独使用玻璃酸钠关节内注射，3周为1个疗程。结果：在第一疗程，治疗组有效率77.4%，对照组有效率75.7%（$P>0.05$），两组无明显差异。第二疗程时治疗组效果明显优于对照组，治疗组有效率93.5%，对照组有效率83.8%（$P<0.05$），可明显降低复发率，1年后两组复发率分别为：治疗组22.6%，对照组45.9%（$P<0.05$）。陈氏[32]等应用补阳还五汤加味内服治疗膝关节退行性变165例，取得较好疗效。治疗方法：内服中药，应用王清任补阳还五汤为基本方。药用生黄芪60g、当归15g、赤芍10g、广地龙15g、川芎10g、桃仁6g、红花6g、丹参30g、牛膝20g、补骨脂15g、杜仲15g、骨碎补10g、血竭6g、熟地20g、生甘草5g。每天1剂，水煎分2次服。结果：165例患者中，痊愈95例，显效55例，好转9例，无效6例。

【病案举例】

唐某，男，78岁，于1999年2月22日就诊。来诊时右膝关节内侧红肿，面积6～8cm^{2}左右，高出皮肤约2cm，触之即痛，行走不便，上床需别人携扶。自述关节疼痛已有半年，2个月前加重，开始出现红肿，经静脉点滴泼尼松，口服双氯灭痛等好转。停药月余，又开始出现红肿疼痛，近3天加重，无外伤史，身体其他状况良好。X线片提示："钙化性骨关节炎"。诊其脉沉涩有力，舌质暗，苔白腻。即用中药离子导入，配以补阳还五汤加减：黄芪20g、赤芍15g、当归15g、川芎10g、地龙15g、水蜂10g、独活5g、白术15g，每日1剂，治疗3天后，红肿疼痛开始减轻，治疗10天，红肿疼痛完全消失，膝关节活动自如，停用口服药，继续中药离子导入，巩固5天，关节完全恢复正常，随访月余无复发。[33]

第五节　慢性膝关节滑膜炎

慢性膝关节滑膜炎（慢性滑膜炎又称慢性非特异性滑膜炎），多由外伤或慢性劳损所致。膝关节损伤之后，滑膜充血肿胀，产生大量积液，其中含有血浆、白细胞、吞噬细胞等，如果延误治疗或失治，关节滑膜则因长期慢性刺激和炎症反应，而使滑膜逐渐增厚，纤维机化，引起粘连，影响膝关节正常活动。其主要表现有关节肿胀、活动受限、肤温可稍增高。中医认为膝为筋之府，慢性膝关节滑膜炎属于"筋伤"、"痹症"范畴。根据中医气血理论，气行则血行，气滞则血瘀。膝关节损伤之后，瘀血阻滞，肿胀疼痛，功能活动障碍。伤后元气耗损，逐渐由实转虚，风寒湿邪乘虚侵袭，痹阻于膝关节。故中医学辨证认为本病气虚血瘀湿阻为多，治当采用内外兼治、功能锻炼的标本兼顾的方法，使瘀血得化疼痛得消功能恢复。

【临床应用】

韩氏[34]等用四妙丸合补阳还五汤治疗慢性膝、踝关节滑膜炎，设治疗组92例，对照组58例。治疗组药物组成：四妙丸合补阳还五汤加减：生黄芪60g、苍术12g、苡仁15g、黄柏10g、赤芍10g、归尾12g、川芎6g、桃仁6g、红花6g、川牛膝12g、地龙10g，每日1

剂，水煎服，药渣加水再煎熏洗患处。3周为1个疗程。对照组用封闭疗法：先用空针行关节腔穿刺，尽可能多地抽出关节腔内积液后，取泼尼松龙40mg，2%利多卡因5ml、庆大霉素8万U注入关节腔，弹力绷带包扎。每周1次，3次为1个疗程。结果：近期疗效：治疗组优良率92.4%，对照组优良率91.4%，两组无明显差异（$P > 0.05$）；远期疗效，以是否复发作为标准，治疗组优良率90.6%，对照组优良率67.9%，中药组优良率显著高封闭组（$P < 0.01$）。陈氏[35]等用加味补阳还五汤治疗慢性膝关节滑膜炎46例报告，治疗方法：中医内治法内服加味补阳还五汤。药用生黄芪20g，当归12g，赤芍、桃仁、苍术、黄柏各10g，地龙、川芎、红花各6g，川牛膝、薏苡仁各15g，防己12g。每日1剂，水煎，分早晚2次服用，2周为1个疗程。中医外治法外敷三色敷药，由黄荆子、紫荆皮、当归、五加皮、木瓜、丹参、赤芍、白芷、姜黄、独活、甘草、秦艽、天花粉、怀牛膝、川芎、连翘、威灵仙、木防己、防风、马钱子组成共研细末，用蜂蜜或怡糖调拌如厚糊状，均匀涂摊于大小适宜、折叠为6层的桑皮纸上敷贴于患膝，再用绷带包扎即可，每3天换药1次。配合功能锻炼法：膝关节轻度屈伸活动，股四头肌主动收缩锻炼，每天5次，每次10min左右。疗效统计：本组46例经治疗，2个疗程后按上述方法治疗，治愈23例（占50%），显效12例（占26.1%），有效7例（占15.2%），无效4例（占8.7%）。总有效率为91.3%。方中苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁是四妙丸的组成，四妙丸源于《成方便读》，功能清热利湿，主治湿热下注，两足麻痹肿痛等症，现代主要用于痛风性关节炎。方中黄芪益气健脾，利水消肿；当归、赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀；地龙通利经络；苍术、薏苡仁健脾利湿除痹；黄柏清热燥湿；川牛膝活血化瘀，引药下行；汉防已祛风除湿，利水消肿。上述诸药合，具有益气化瘀，利水消肿的功效，有较好的消炎、止痛、解痉、退肿的作用。

参考文献

[1] 李东正，韦家良. 补阳还五汤加减治疗腰椎间盘突出症. 医学文选，2002，

21（4）：505
[2] 李为安，李运斋. 补阳还五汤加味治疗腰椎间盘突出症30例. 河南中医，1999，19（6）：54
[3] 李公文. 补阳还五汤临床活用. 河南中医，2001，21（6）：73
[4] 沈红新. 补阳还五汤临床新用. 甘肃中医，2000，5）：30
[5] 韩元龙，姜江. 髓核摘除术后配合补阳还五汤治疗腰推间盘突出症. 中国中医骨伤科，1995，3（4）：33
[6] 王昭佩. 补阳还五汤治疗腰椎间盘突出症术后下肢麻痹的临床观察. 中医药学报，2002，30（3）：20
[7] 马友盟，林伟锋，林应强. 补阳还五汤治疗腰椎间盘突出症术后腰腿痛的肌电图分析. 中医正骨，2003，15（2）：13
[8] 黄常福. 补阳还五汤治疗腰椎间盘突出症术后副反应举隅. 浙江中医学院学报，1997，21（3）：36
[9] 李增奎，王学俊，狄丽霞. 补阳还五汤加味治疗腰推退变三联症11例. 实用医技，1999，6（3）：185
[10] 郭小回，郭书彬. 补阳还五汤加三藤治疗慢性腰腿痛. 福建中医药，2000，31（6）：56
[11] 赵明山. 补阳还五汤加味治疗慢性腰腿痛. 河南中医学院学报，2004，19（5）：30
[12] 庄玉刊，欧阳兆龙. 加味补阳还五汤治疗慢性腰腿痛疗效观察. 中国中医药信息杂志，2000，7（6）：74
[13] 熊毛武. 补阳还五汤治疗退变性腰椎管狭窄所致腰腿痛30例. 湖南中医杂志，2005，21（3）：51
[14] 刘宁. 补阳还五汤新用. 新中医，2000，32（7）：57
[15] 肖达生. 补阳还五汤加减治疗椎动脉型颈椎病69例. 实用中医内科杂志，2004，18（2）：137
[16] 李学爽，李响，向建武. 补阳还五汤加味治疗椎动脉型颈椎病120例. 中国康复，2004，3）：152
[17] 舒海奇，刘习群. 补阳还五汤配合后伸牵引治疗椎动脉型颈椎病46例疗效观察. 新中医，2003，35（2）：28
[18] 陈健，金忠棋，周君富，等. 颈椎退变性眩晕患者的血液流变变化及加味补阳还五汤对其治疗作用的研究. 中国中医骨伤科杂志，1995，3（1）：4
[19] 宋石娟. 补阳还五汤治疗颈性眩晕42例. 云南中医中药杂志，1999，20（2）：16

[20] 袁莹涛. 补阳还五汤加味治疗颈椎病. 福建中医药，1998，29（4）：17
[21] 钟琪. 补阳还五汤配合牵引治疗颈椎间盘突出症38例. 湖南中医药导报，1999，5（5）：36
[22] 孟彦章. 补阳还五汤加味治疗颈椎病眩晕60例. 江苏中医，2001，22（4）：24
[23] 姜江，韩元龙. 补阳还五汤在慢性伤筋治疗中的应用. 中医研究，1999，（2）：59
[24] 赵鸿亮，刘新发，李庭保. 补阳还五汤治疗颈椎病40例. 甘肃中医学院学报，22（4）：38
[25] 孙力. 加味补阳还五汤治疗肩周炎40例疗效观察. 青海医药杂志，2004，34（7）：47
[26] 冯焕章，刘福利，赵冉，等. 补阳还五汤加减治疗五十肩32例. 吉林中医药，1990，（6）：30
[27] 李文强. 综合治疗肩周炎125例临床分析. 中国社区医生，2003，18）：38
[28] 高远明，肖黎玲，邱毅龙，等. 补阳还五汤新用. 江西中医药，2005，（11）：54
[29] 张旭春. 补阳还五汤临床应用发挥. 实用中医内科杂志，1999，13（1）：26
[30] 王水桥，张龙君，陈健良，等. 补阳还五汤加减治疗陈旧性膝关节扭伤77例. 浙江中医杂志，2002，（12）：523
[31] 张晓峰，剡建平. 补阳还五汤配合施沛特关节内注射治疗膝骨关节炎31例. 实用医学杂志，2005，21（24）：2721
[32] 陈建良，张龙君，郑晓东，等. 补阳还五汤加味治疗膝关节退行性变的临床总结. 中医正骨，2004，16（4）：30
[33] 卞艳君，葛树尧. 补阳还五汤配合中药离子导入治疗钙化性骨关节炎1例. 吉林中医药，1999，（4）：34
[34] 韩元龙，张维嘉，姜江. 四妙丸合补阳还五汤治疗慢性膝、踝关节滑膜炎. 中国中医骨伤科杂志，2001，9（4）：37
[35] 陈兴元. 加味补阳还五汤治疗慢性膝关节滑膜炎46例报告. 中医正骨，2001，13（1）：23

第五章

妇科病证

第一节　产后病

一、产后胎膜残留

产后胎膜残留是依沙吖啶引产的主要并发症，易引起出血和感染。妇产科采取清宫术，中医多用生化汤化裁治疗。应用补阳还五汤治疗中孕引产后胎膜残留，既避免引产后清宫术给患者带来的痛苦，又避免了因手术消毒不严而引起的感染，且疗效好，成功率高。同时，用药简单、方便、无不良反应，患者乐于接受。

【临床应用】

李氏[1]应用补阳还五汤治疗门诊病历50例，黄芪10g，当归15g，川穹、桃仁、红花、赤芍各10g，地龙12g组成。水煎，每日1剂，2次分服。血虚甚加阿胶以补血养血；偏寒下腹冷痛加炮姜以温经散寒；虚热加黄柏、青蒿以清热凉血；腹痛剧烈加白芍、延胡索以缓急止痛；感染邪毒加银花、鱼腥草、败酱草以清热解毒；气滞腹胀加木香以行气化滞。本方除感染邪毒者外，只需服3剂。

【病案举例】

李氏[1]应用本方治疗本病50例。均为门诊治疗，均经妇产科诊为中孕引产胎膜残留，因不适应或拒绝接受清宫治疗者。年龄22～42岁，平均29岁；孕16周8例，17～20周24例，21～24周18例，病程1～7天20例，8～14天18例，15～21天9例，22天以上3例；其共同主症皆为术后阴道流血、下腹坠痛、乏力；脉细涩21例，弦数16例，细弦13例；舌淡苔薄白41例，舌红苔黄9例；本组合并感染8例，有12例中西药治疗无效，改用本方。治愈：服药后残留胎膜完全排出，出血、腹痛消失，B超检查正常42例；有效：服药后残留胎膜基本排出，出血、腹痛基本消失，B超检查大致正常7例；无效：治疗前后症状无改善或加重，需返院清宫1例。总有效率为98%。除合并感染者平均服药6剂外，其他全部服药3剂。

按：中孕引产胎膜残留，根据临床表现，属中医学产后恶露不止、产后腹痛等范畴。其病机为气虚血亏，瘀血内阻，阻滞胞宫，冲任损伤。本病多本虚标实，本虚乃气血虚，标实为血瘀。在治疗上应本着“虚则补之”、“瘀血者，活血化瘀”的原则。补阳还五汤主治气虚血瘀证，恰切本病之病机。方中黄芪益气，当归养血；赤芍、桃仁、红花、川芎活血化瘀；地龙疏通脉络。本方重用黄芪以补气，辅以活血化瘀，使气旺血行，祛瘀而不伤正，药证合拍，故获良效。

李氏[1]治疗病例李某，26岁，1990年11月12日诊。妊娠5个月，行雷夫奴尔羊膜腔内引产已1周，胎儿娩出后，胎膜缺损，出血量较多，下腹坠痛。患者拒绝刮宫，转中医治疗。症见头晕目眩，少气懒言，面色㿠白，舌淡、苔白，脉沉涩，B超诊断为中孕引产后胎膜残留，证属气虚血亏，瘀血内阻。遂投补阳还五汤原方2剂，水煎服，日1剂。即排出大部胎膜残留组织，出血、腹痛明显减轻，药已对症，切中病机，继服2剂，症状消失，B超复查正常。

按：中孕引产后胎膜残留，亦属中医学恶露不尽、产后腹痛，中药常用生化汤治疗，但生化汤无补气之功。气为血帅，气行则血行，笔者体会不如本方更贴切病机，而且临床验证对比亦不如本方对残留组织排出快。

二、产后恶露不尽

恶露不绝主要由于产后气随血耗，或操劳过早，损伤脾气而致气虚；气虚则血瘀，或产后胞宫空虚，寒邪乘虚而入，血为寒凝而成瘀，郁久化热，或产时亡血伤津，阴虚则内热，故气虚、血瘀，血热是恶露不绝的病机实质，根据产后“多虚多瘀”的特点，活血化瘀是治疗本病的关键，养血益气是治疗本病的基础。

【临床应用】

钱氏[3]应用本方加减进行治疗产后恶露不尽，取得较好的效果。陈氏[2]通常产后恶露不尽临床治疗比较棘手，常见原因是子宫内膜炎、子宫缩复不良、宫内胎盘胎膜残留，一般多采用缩宫素、抗炎和清宫治疗，有的甚至需清宫3~5次。应用中药保守治疗，方中大剂量黄芪补气行血，为全方重点药物，当归能镇痛、抑制毛细血管通透性增高，又能增强巨噬细胞的吞噬能力，提高机体免疫机能，促使炎症消退、局部水肿吸收；益母草能显著增强子宫的收缩力和紧张性；临床时可以加入蒲黄，蒲黄具有收缩子宫促进凝血止血的作用。B超提示宫内残留物>50mm的患者，一般需行清宫术，保守治疗效果较差。另外，如果方中不加入益母草，治疗过程中有时会出现大出血，须引起同道注意。

【病案举例】

钱氏[3]治疗病例刘某，女，25岁，1998年11月25日诊，患者于本月1日正常产育后，至今恶露不净，量少，色暗紫有血丝血块，质稠粘，小腹胀痛、刺痛，块下腹痛暂减，伴面色㿠白虚浮，少气乏力，心慌神疲，舌淡，苔白，脉细涩诊为产后恶露不绝，证属气虚血瘀，瘀血阻滞胞脉，治拟活血化瘀，补气行血为法，方用补阳还五汤加减，处方：当归、川芎、赤芍各15g，桃仁、香附、地榆炭、茜草、益母草、川楝子各12g，黄芪40g，红花（后下）、甘草各6g，2剂，水煎服，口服3次服药后诸症消失告愈。

按：本案乃产后胞脉空虚，失血过多，气随血耗，气虚则运血无力，余血留滞成瘀，瘀血不去，新血不得归经而致恶露过期不止，故用补阳还五汤补气行血：香附、川楝子行气活血；地榆炭、茜草、益

母草化瘀止血；诸药合用使气旺血行，气行、血活则恶露渐净而诸症自愈。

三、产后脱发

人的头发每天都在脱落、生长，这是一种正常的新陈代谢过程。而女性头发更新的速度与体内的雌激素水平有关——雌激素水平高时，头发更新速度会变慢；雌激素水平低时，头发的更新速度会加快。女性在怀孕后，体内的激素水平较平常大为增高，于是头发的脱落速度减慢，头发的数量也显得比平常多。而一旦分娩，体内的激素急剧下降，头发脱落的速度随之加快，自然就会出现产后脱发的现象。

【临床应用】

龙氏[4]在治疗本病时，治法用补气活血通络与养血清热、疏肝解郁、滋养肝肾通用，临床治疗效果比较理想。江西萍乡人民医院[5]应用补阳还五汤加味治疗本病，效果满意。

【病案举例】

龙氏[4]治疗病例何某，女25岁，1988年7月8日来诊，患者2个月前受孕5个月，自然流产，产后（未作清宫）恶露持续20天方净。后时觉少腹隐隐胀痛，伴头晕、失眠、胸中烦躁，时觉恶寒，易感冒，上月月经来潮量少，色暗红质黏，伴腹胀加甚，腰酸重，持续近10天干净，4天后月经复又来潮6天，量少色淡暗红，无臭味。近日突觉头发脱落甚多，头晕烦躁症状加重。诊其形体瘦弱，面色晦暗，精神不振，目眶暗淡，舌淡暗、边有瘀斑，脉弦细涩，巅顶正中及后脑勺中有2处铜钱大斑秃。诊为气虚血凝、络脉痹阻所致，法当补气活血、调养冲任，投补阳还五汤加味：黄芪30g，赤芍、川芎、地龙、桃红、山萸肉各12g，归尾、地骨皮各15g，柴胡、红花各10g，茜草根、麦芽各20g，鳖甲25g，连服12剂。二诊时失眠、恶寒诸症改善，胃纳亦增，惟仍有腰酸、头晕、乏力，诊其舌淡红，痕斑变淡，苔薄白，脉细弱，上方减茜草根、桃仁、红花、赤芍，加何首乌20g，杜仲、阿胶（烊化）各15g，续服20剂。欣然来告，诸症改善，斑秃处亦见新发茸茸而生。

按：此案患者乃外来民工，因大月份自然流产，心情一直郁闷不乐，而产后休息及饮食调补亦不足，故气滞血瘀及气血不足之证并存，二者互为因果，关键在瘀阻胞宫，新血不生，冲任无以滋养，气血无以流运，毛发失却荣润而致斑斑脱落。此时若仅予滋养温补之方，则血凝甚；仅以祛瘀通络，则体弱难以承受。拟用补气通络，化瘀生新的补阳还五汤；辅以柴胡、麦芽疏肝解郁，茜草根祛胞宫瘀血，地骨皮、鳖甲以养阴血、除烦热，山萸肉滋养肝肾冲任。使全方祛瘀而不伤阴血。服药12剂，月事以行，胞宫瘀血得化，冲任得以滋养，新发得生，而诸症尽释。

按：中医认为本病主要是血虚肾精亏损所导致，精与血是互为资生的，精足则血旺，而毛发的滋养全依赖血，中医认为“发为血之余，血旺则发旺”，发的营养源于血，而发的生机则源于肾精，所以《素问·上古天真论》说，“女子七岁，齿更发长”，“男子八岁肾气实，发长齿更”。因此发为肾之外候，头发的生长与脱落，润泽与枯槁均与肾精的盛衰有着密切的关系。故有肾主骨生髓，其华在发之说。本例患者产后肾精亏损，血气不足，故以补气养血生血活络之补阳还五汤为主方，并加入益气补肾之党参、何首乌、菟丝子、茯苓等药，方中当归、熟地补血养阴，川芎、白芍养血柔肝，何首乌养血益精、乌须发，菟丝子补肾益精，茯苓健脾益气生血，再入黑芝麻、黑豆和白木耳强肾之效果，以上诸药之功效，共奏益气生血补肾之功能。

四、产后股静脉血栓

类杆菌和厌氧性链球菌是常见的致病菌。在血流瘀滞或静脉壁受损的基础上，细菌分泌肝素酶分解肝素，促成凝血。子宫壁胎盘附着面感染上述细菌时引起血栓性静脉炎。可累及卵巢静脉、子宫静脉、髂内静脉、髂总静脉及下腔静脉，病变常为单侧性，患者多于产后1~2周，继子宫内膜炎之后出现寒战、高热、反复发作，持续数周，不易与盆腔结缔组织炎鉴别。下肢血栓性静脉炎，病变多在股静脉、腘静脉及大隐静脉，出现弛张热。下肢持续性疼痛，局部静脉压痛或触及硬索状，使血液回流受阻，引起下肢水肿，皮肤发白，习称

“股白肿”。但有的病变轻深而无明显阳性体征，彩色超声多普勒可以探出。下肢血栓性静脉炎多继发于盆腔静脉炎或周围结缔组织炎。

【临床应用】

桑氏[5]应用本方加减治疗产后股静脉血栓取得比较好的疗效。金氏[6]用本方加减合西医学治疗静脉血栓证，观察病例43例，获得了满意的疗效。

【病案举例】

桑氏[5]治疗一患者，女，26岁，工人。产后1周起右侧大腿逐渐水肿，肤色皖白，按之无迹，轻度胀痛，运动受限，左侧大腿正常，不发热，全身情况良好。血检正常。曾经抗炎治疗无效，由县级医院产科医师会诊为“产后股静脉血栓”，给低分子右旋糖酐治疗1周，疗效不显，且水肿逐渐加重。邀中医会诊时。患者面色淡白，少气微言，多汗。舌质淡紫、苔薄白。脉细涩。证属气虚血滞。经脉闭阻。治以补气活血，祛瘀通络，运用补阳还五汤化裁：生黄芪15g，当归尾12g，赤芍、川芎、红花各6g，桃仁12g，地龙15g，药服2剂，水肿渐退。连服10剂痊愈。

按：产后股静脉血栓而引起大腿水肿，历来较少见，西医用肝素、双香豆素治疗不良反应较大，且一般药物疗效不佳。医者认为本例局部水肿系产程中耗气伤津，气血亏损，气虚血运无力，滞而不行，经脉闭阻，水液停于经络所致。故选补阳还五汤，补气、活血、通络，使气血运行正常，经脉通畅，水肿自除而愈。

金氏[6]观察临床病例病例：43例均经X线或B超检查。结合病史确诊下肢深静脉血栓形成。43例中男28例，女15例；年龄18～90岁，平均51.32岁，其中30岁以下4例，31～40岁8例，41～50岁7例，51～60岁7例，61～70岁8例，70岁以上9例，发病至入院时间4h到4个月，住院时间平均17.85日。发病原因：有手术或外伤史者8例，久病卧床3例，无明显诱因者32例。治疗方法：西医治疗：主要采用扩容、抗凝、溶栓和降低血黏度等方法。中医治疗：以补阳还五汤加减，水煎服，每日1剂，基本方：黄芪30g，当归10g，赤芍10g，地龙10g，川芎10g，桃仁10g，红花15g。疼痛剧烈者加延胡索10g，白芍15g；肿胀明显者加白术10g，防己10g，泽

泻15g；患肢皮肤紫暗者加制乳香10g，制没药10g，水蛭6g，血栓消溶、疼痛与肿胀基本消失后服用杞菊地黄丸10g。每日2次；复方丹参片5片，每日3次。结果：治愈4例（9.3%），有效37例（86.0%），无效2例（4.7%）；总有效率为95.3%。

按：下肢静脉血栓形成的中医治疗，以补气活血为主。一旦确诊，应按“血瘀”辨证施治为宜，以往的中医疗法大多以清营化瘀、利湿消肿、通络逐痹之类为多见，但血瘀与湿阻是症状的外在表现，形成的本质在气虚，因气能行血，气运行水液。补阳还五汤以补气活血为主，经实验研究和临床证明，其具有抗血小板聚集、抗凝及降低全血黏度和全血还原黏度等作用。因此，补阳还五汤是治疗血栓形成的理想方剂之一。临床使用效果也较为满意，加减使用时，应根据临床表现，加重化瘀通络、利湿消肿，使标本兼顾。

五、产后缺乳

产妇在哺乳时乳汁甚少或全无，不足够甚至不能喂养婴儿者，称为产后缺乳。缺乳的程度和情况各不相同：有的开始哺乳时缺乏，以后稍多但仍不充足；有的全无乳汁，完全不能喂乳；有的正常哺乳，突然高热或七情过极后，乳汁骤少，不足于喂养婴儿。妊娠、分娩、哺乳是女性生理特点，是女性激素的一种正常调节。不哺乳不但影响婴儿的健康成长，也不利于产妇的康复，甚至会增加乳腺病的机会。因此，应大力提倡产后正常哺乳，对缺乳者给以治疗。产妇哺乳时乳汁缺乏或全无，不足于甚或不能喂养婴儿，为主要诊断依据。

【临床应用】

陈氏[7]应用本方再合红花、穿山甲、地龙等活血化瘀之品治疗产后乳汁不下，效果良好。另有医家用补阳还五汤补血气，通经解郁，黄芪30g，党参20g，白术15g，炙甘草6g，当归12 g，桔梗10g，熟地20g，王不留行10g，白芍15g，香附10g。乳房红肿热痛，去当归，加金银花20g、蒲公英30g、连翘15g；乳房胀硬而痛，加夏枯草15g、路路通20g、丝瓜络15g；血虚且头晕眼花、面色萎黄者，加首乌30g、阿胶12g（烊化）、鸡血藤30g。

【病案举例】

陈氏[7]治疗一患者，女，26岁。产后10余日，因乏乳汁就诊。患者形衰色萎，神疲肢倦，懒言少气，闷闷不乐，常叹息，乳房胀痛，乳汁缺失，纳食不香，大便溏薄，曾用土法单法催乳，无效。望舌质见淡紫，边尖有瘀点，苔薄。察脉弦细而弱，辨证为气血虚滞，涩而不行，治宜补气血滋化源，疏血脉通乳汁。方药：黄芪40g，全当归10g，炒赤芍10g，桃仁10g，红花6g，地龙10g，柴胡10g，党参15g，白术10g，川芎10g，穿山甲10g，王不留行6g。服1剂后乳汁渐下，服2剂后乳汁增多，再进5剂，乳汁大通。

按付青主云："乳全赖气之力，以行血而化之也。"产后旬余乳不下，显系产后多虚多瘀之故。虚乃气伤血耗，气虚则无以行血、生血，不能行血则血瘀脉络，闭塞乳窍；不能生血，乳汁从何而化，窍塞血少，乳汁自然不下。方中用参术芪，峻补元气，使血之生化有源，血旺则乳汁盛；使血之运行畅，血行畅则经脉通利。配伍桃仁、红花、穿山甲、王不留行、地龙等活血化瘀之品，既可疏畅血脉，通利乳窍，又有去瘀生新之力，乳汁自然分泌而下。

六、产后身痛

产后身痛是指妇女产褥期内出现以肢体关节酸痛，或伴有麻木、重着、肿胀等症状。中医又称"产后遍身痛"。产后身痛首见于宋《当归堂医从·产育保庆集方》，名"产后遍身疼痛"。并指出本病乃因"产后百切开张，血脉流走，遇气弱则经络分肉之间，血多留滞，累日不散则骨节不利，筋脉引急，故腰背不能转侧，手脚不能动摇，身头痛也。"《妇人大全良方》则明确指出产后气血虚弱，虚损未愈，外感风寒湿邪即为痹的病机，"夫产后中同，筋脉挛急者，是气血不足，脏腑俱虚，日月未满而起早劳疫，动伤脏腑，虚损不未，为风邪冷气客于皮肤经络，则令人顽痹不仁，羸乏少气，风气入于筋脉，挟寒则拘急也。"明《校注妇人良方》则在前书基础上，补充了"血虚，血瘀"致产后身痛的病因，并丰富了产后身痛的治法。《沈氏妇科辑要笺正》则进一步指出，本病治疗当以："养血为主，稍参宣络，不可峻投风药"，实为经验之论。亦为本方组方之根据。产后病

的发病机制可以概括为3个方面："一是失血过多，亡血伤津。二是瘀血内阻，气机不利，血行不畅。三是外感六淫或内伤饮食。总之，产后脏腑伤动，百节空虚，腠理不实，卫表不固，摄生稍有不慎便可发生各种产后疾病。"产后病的治疗应根据"亡血伤津、瘀血内阻，多虚多瘀"特点，本着"勿拘于产后，亦勿忘于产后"的原则，结合病情辨证论治，"产后多虚，应以大补气血为主"，"产后多瘀，当佐以治血行瘀"。产后身痛的发生与产后营血亏虚或风寒湿邪稽留有关。产后多虚多瘀，素体血虚，产后失血过多，阴血亏虚，四肢百骸筋脉关节失养则肢体麻木、酸痛。产后恶露去少，瘀血留滞于经络，筋骨之间，气血运行受阻，故使身痛。产后百节空虚，卫表不固，腠理不密，起居不慎，风寒湿邪乘虚而入，客于经络，关节肌肉，经脉痹阻，则气血运行不畅，瘀滞作痛。《陈素庵妇科补解》"产后气血俱虚，气虚则气之行于脉外也，多壅而不能周通一身，血虚则血之行于脉中也，常滞而不能滋养于一体。外风乘虚而入，余血因虚而阻，遍身筋脉时作疼痛……壅者散之，滞者行之，周身流通，毫无阻碍，外风不入，内风不留，有向疼痛哉。"

【临床应用】

伍氏[8]运用补阳还五汤加味治疗60例，治愈45例，显效11例，无效4例。方药：黄芪60g，当归20g，赤芍15g，桃仁10g，红花5g，川芎10g，地龙12g，怀牛膝15g，鸡血藤30g。水煎服，每日1剂。若气虚神疲者加党参；阳气虚弱者加仙灵脾、肉从蓉；感受风寒者加防风、独活；兼有风湿者加秦艽、桑寄生；挟湿热苔黄腻者加虎杖、黄柏；身痛偏重于上半身加桑枝、桂枝；偏重于下半身加狗脊、续断；身痛为刺痛、恶露未净者加益母草、五灵脂：伴腰酸足跟痛加杜仲、山茱萸。周氏[10]以加味补阳还五汤内服、外敷治疗产后身痛45例，总有效率95.6%，认为本病之病变核心为产后"多虚多瘀"，"不通则痛"。治疗以补气血，活血通络主痛为主法加减治疗，取得较好的临床效果。

【病案举例】

伍氏[8]治疗病例：李某，女，32岁，农民，初产妇。患者与1992年11月正常分娩后，即感双肩部疼痛，当时未经治疗。1个月

后双侧肩部疼痛加剧，抬举困难，按之疼痛更甚，举抱婴儿困难，伴四肢关节酸痛，手指麻木不仁，恶露未净，色暗，神疲乏力，面色㿠白，舌暗，苔白，脉细弦。诊断：产后身痛。予炙黄芪60g，当归20g，川芎10g，赤芍15g，地龙15g，鸡血藤30g，怀牛膝15g，红花5g，桃仁10g，益母草30g，桑枝15g，水煎服，每日1剂。服上方15剂后，肩痛减轻，诸关节痛麻大减，恶露干净，身感有力，舌脉如常，再拟前方去益母草，又服10剂。停药1年余病未复发。

周氏[9]临床观察：一般资料：本组45例患者，均是门诊病人。年龄在23～35岁，其中23～30岁15例，31～35岁30例，平均年龄29岁。产后身痛发生在第一胎者15例，产后身痛发生在第二胎者30例，产后第二胎发生较产后第一胎发生本病者多。病程在产后至产后42天内，产后1～2周者28例，产后2～4周14例，产后40～42天内者3例。本病发生于冬春季者40例，发生于夏秋季者5例，本病多发生于冬春严寒季节。上述病例排除股骨头坏死、痿症、风湿热多发性关节炎。诊断依据：参照高等中医院校教材《中医妇科学》和卫生部国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》，分为血虚证、外感证、肾虚证、血瘀证。因风寒湿邪之偏盛，而出现不同见证，风胜者，疼痛游走不定。寒胜者，疼痛剧烈，痛有定处。湿胜者，肢体肿胀、发硬、麻木沉着，行动受限，辨证主要以疼痛的部位、性质为主要依据，结合兼症、舌脉分型。病例选择：产后42天内，出现肢体、关节酸楚、疼痛，甚至双下肢不能着地行走。检查关节活动度减低，或关节肿胀，痛久不愈可见肌肉萎缩、关节变形。实验检查：血常规、抗“O”、血沉、类风湿因子，以了解有无合并溶血性链球菌感染。治疗方法：以补益气血、活血通络止痛为主法，选加味补阳还五汤为基本方随症加减。基本方：黄芪50g，桂枝10g，白芍15g，当归15g，川芎10g，地龙5g，甘草6g，桃红10g，五爪金龙30g，牛大力30g，川断15g，独活10g。血虚明显加鸡血藤30g，血瘀明显加益母草30g，兼外感加防风15g，肾虚加杜仲15g。每日1剂。水煎服，一般10～30剂1个疗程，药渣用布袋包，热敷患处，每次热敷30min。热敷患部时要保持室内温暖无风，以免患者感受风寒，热敷的温度以患者能忍受为限，要防止烫伤和晕厥，药渣凉了可

加少量水煎热再敷。治疗结果：45 例患者中，10 剂治愈者 5 例，20 剂内治愈者 10 例，30 剂治愈者 17 例，治愈共 32 例，占 71%；好转 11 例，占 24%；无效 2 例，占 4%；总有效率 95.6%。

第二节 妇科杂病

一、卵巢囊肿

【临床应用】

金氏[10]应用补阳还五汤加减治疗卵巢囊肿，取得了较好的疗效。

【病案举例】

金氏[10]治疗患者张某，女，30 岁，1992 年 3 月 10 日初诊，小腹胀坠痛 2 个月，伴腰酸，神疲倦怠。妇检：左侧附件扪及包块，推之活动，无压痛，表面光滑。B 超示：左侧卵巢区 4.5cm×6.3cm 囊性占位，诊见形体消瘦，面色不华，舌淡嫩、边瘀斑，苔白润，脉沉细无力。西医诊为卵巢囊肿；中医诊为癥瘕。证属气虚血瘀兼寒凝。治宜益气化瘀，温经通脉。方选补阳还五汤加减：黄芪 60g，当归 10g，川芎 6g，桃仁 10g，红花 6g，川怀牛膝（各）15g，赤芍 10g，桂枝 6g，水蛭粉 10g（分吞），三棱 15g，鸡内金 10g，5 剂，水煎服，每日 1 剂。

前后共服药 2 个月，小腹下坠、腰酸、神疲倦怠等症状完全消失。妇检：双侧附件未扣及异常改变。B 超检查：未探及特殊回声。因患者平素体弱，嘱服归脾丸、人参再造丸调养扶正，以资巩固。

二、宫腔粘连综合征

宫腔粘连是指宫腔前后壁部分或全部互相粘连以致宫腔变窄或消失。宫腔粘连主要是子宫内膜基底层由于手术或病理变化受损伤所致，偶于吸宫或刮宫后发生，子宫内膜结核、严重的子宫腔感染，子宫肌瘤剥出术或剖腹手术后，都可损伤子宫内膜，发生宫腔粘连。临床表现：继发性月经过少、闭经；人流或刮宫术后月经过少、闭经并有周期性腹痛及不孕等。诊断依据：上述主要症状和体征；探查宫腔

时觉宫腔较窄或无法探入；子宫碘油造影，可见宫腔仅部分充盈或完全不充盈。治疗原则：用宫颈扩张器或探针分离粘连；宫腔镜直视下分离粘连；分离粘连后，宫腔内放置节育器3～6个月，以防再次发生粘连；术后可给予人工周期治疗，连用2～3个周期。现今临床中医药治疗宫腔粘连取得了一定的疗效，选用补阳还五汤治疗本病的，现简要介绍如下。

【临床应用】

李氏[11]认为冲任损伤，气虚血瘀，瘀阻胞宫，不通则痛为本病的主要病机。应用补阳还五汤加味活血化瘀通经络之品，治疗宫腔粘连综合征，取得了比较满意的疗效。

【病案举例】

李氏[11]治疗病例：周某，26岁，1990年10月18日诊。患者半年前人工流产，术后闭经、周期性腹痛、不孕。伴头晕乏力，面色无华，心慌气短，腰膝酸软，肛门坠胀，步履艰难，加重2个月。多次医治无效。舌淡红、苔薄白，脉沉细。妇科检查：宫颈闭塞、探针不易通过，宫体肥大、压痛，附件、子宫旁组织、子宫骶骨韧带均压痛。宫腔碘油造影显示：宫腔内有多个边缘锐利、不规则的充盈缺损阴影，宫腔边缘不整齐。卵巢功能检查正常，并有排卵及周期性改变，但用雌激素、孕酮做人工周期则无撤退性出血。根据病史及上述检查，诊为宫腔粘连综合征。属气虚血瘀、闭阻胞宫、冲任不通之经闭证。治宜补气、化瘀。方投补阳还五汤加穿山甲，水煎服，日1剂。服至第十八剂，月经来潮，守方继进10剂，诸症消失。妇科及宫腔碘油造影检查正常。1年后足月顺产一女婴。

按：宫腔粘连综合征主要是人工流产、中期引产等对宫颈、子宫内膜及肌层的损伤所导致。现代医学治疗本病，多行探（扩）宫术或宫腔分离术，但术后往往再度粘连，疗效不太理想。中医认为，冲任损伤，气虚血瘀，瘀阻胞宫，不通则痛为本病的主要病机。用补阳还五汤补气、化瘀、通络，再加穿山甲活血祛瘀通行经络，使药物直达病所，气旺血行，瘀祛络通，冲任调畅，诸症自消。

三、子宫肌瘤

子宫肌瘤是由增生的子宫平滑肌组织和少量纤维结缔组织形成的良性肿瘤。为女性生殖器中最常见的肿瘤。子宫肌瘤的患者绝大多数无症状，仅是在妇科检查，或手术时被偶然发现。主要症状可有以下几方面：月经改变：月经改变是子宫肌瘤最常见的症状，表现为月经量增多，周期缩短或经期延长等，亦可有不规则出血。黏膜下肌瘤可因黏膜面积增加及表面发生坏死和感染，而导致出血，肌壁间肌瘤较大时，使宫腔变大，内膜面积增大，子宫收缩不良，或合并子宫内膜增生过长时，表现为月经周期缩短，经量增多，经期延长等。而浆膜下肌瘤及小的肌壁间肌瘤常无明显症状。由于肌瘤的影响，患者的绝经年龄往往延续至50岁以后。疼痛：一般无疼痛症状。但肌瘤发生红色变性或带蒂肌瘤发生扭转及黏膜下肌瘤刺激子宫发生痉挛性收缩时。可引起急性腹痛。压迫症状：肌瘤增大可压迫附近器官而产生各种症状，如子宫的壁肌瘤或宫颈肌瘤，可压迫膀胱，发生尿频、排尿障碍、尿潴留等。压迫输尿管时可导致肾盂积水。子宫后壁肌瘤可挤压直肠，引起大便困难。阴道分泌物增多：常见于较大的肌壁间肌瘤，由于子宫腔增大，腺体分泌增加而致白带增多；黏膜下肌瘤伴感染时白带量亦多，有时可呈血性。不孕：25%～35%的子宫肌瘤患者可因肌瘤阻碍受精卵着床，或肌瘤妨碍精子进入输卵管而引起不孕。贫血：如肌瘤引起长期月经量多可导致继发性贫血，严重时则表现为全身乏力，脸色苍白，气短心慌等症状。

【临床应用】

章氏[12]应用补阳还五汤加减治疗子宫肌瘤，补气行气再合活血化瘀、软坚消肿，动静之法相参，显效。

【病案举例】

章氏[12]治疗病例：胡某某，女，50岁，经行量多，来势如洪水冲坝之势，延及数日方尽，日期前后不等。B超检查示：子宫肌瘤。刻诊：患者面色少华，轻度浮肿，口唇指甲淡，舌苔薄白，脉细弱，瘀积伤络，气血大亏，先令固崩止血，兼冲击积瘀。处方：煅龙骨30g（先煎），煅牡蛎30g（先煎），黄芪50g，白术12g，党参30g，

丹参20g，川芎12g，赤芍12g，穿山甲15g，昆布30g，旱莲草30g，生地30g，菟丝子15g，7剂，面色转红润，血已得止，此病后有反复，每月嘱经行服此方6剂，按此法坚持服2年之久，病情见愈，B超复查子宫已属正常范围。

按：崩漏以止血固冲任，而此案配以化瘀软坚，以大剂参、芪益气，以动静药治法结合，若单以静药止血，恐有留瘀，瘀血不去，新血不生，血亦难止，用冲击疗法，冲其蕴热，痰瘀互结，日久成瘕，只有益气抚元，化瘀消阻，方是图本之治，故使多年顽症得痊。

四、席汉病

西医称垂体前叶机能减退症，席汉综合征即产后垂体功能减退症，是由于分娩大出血而发生体克或产褥感染，导致腺垂体缺血性坏死及萎缩，导致其功能低下，从而影响外周内分泌腺体功能，产生的一组症候群，其临床表现属中医的虚损范畴。具体为乳房萎缩，乳汁减少或无乳汁分泌，月经紊乱，性欲减退，生殖器萎缩，阴毛、腋毛脱落等。实验室检查可有甲状腺吸碘率低下，基础代谢率低下，T_3，T_4低下，尿17－酮、尿17－羟低于正常，血红蛋白减少。中医多将本症归属为“虚劳”、“血枯经闭”等范畴，也散见于“产后血虚”、“产后无乳”、“闭经”、“产后血晕”诸门之中。《难经》云：“一损损于皮毛，皮聚而毛落；一损损于血脉，血脉虚少不能荣养五脏六腑……”的描述，与本症临床表现颇吻合。《诸病源候论》曰：“夫产损劳力脏腑，劳伤气血……故虚羸也，将养所失，多沉滞劳瘠，甚伤损者，皆着床，此功瘠也”。《景岳全书》：“凡气虚者宜补其上。人参、黄芪之属是也；精虚者宜补其下，熟地、枸杞之类是也。阳虚者宜补而兼暖，桂、附、干姜之属是也。阴虚者宜补而兼清，门冬、芍药、生地之属是也。此因阴阳之治辨也……故善补阳者，必于阴中求阳。则阳得阴助而生化无穷。善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。”近年来，各地运用中医理论，采用不同的治法治疗本病，取得不小的进展。

【临床应用】

高普照[13]认为本病由于产后元气大伤，气不行而致血瘀阻滞，

阳不外达升发。故以补阳还五汤加人参（黄芪、人参、桃仁、当归、桂枝、白芍、红花、川芎）治疗本病，疗效满意。李林凤[14]等应用补阳还五汤加减合右归丸治疗席汉综合征，再结合张景岳之善补阴者，必于阳中求阴。善补阳者，必于阴中求阳等理论，治疗1例，显效。

【病案举例】

高氏[13]治疗病例王某，女，38岁，1998年5月20日就诊。患者于2年前冬季产后，渐感恶寒，四肢发凉、麻木，状若冻僵，冬不离火炕，夏不离衣被，伴阴毛脱落，经期延后，量少色黑，遗尿不禁，曾到某医学院附院就诊，诊为席汉综合征，先后服中西药治疗，效果不著。察其舌有瘀斑，诊其脉缓而涩。此乃气血亏虚，瘀血内阻，阳不外达所致。治宜益气通阳，活血化瘀。药用黄芪30g，人参10g（另炖），桃仁12g，当归、桂枝、白芍、红花各10g，川芎8g。水煎分2次服。服10剂后，畏寒、肢麻减轻。继服15剂，诸症消失。半年后随访，阴毛渐生，身无不适。

按：患者病发于产后，元气大伤，气不行血，瘀血阻滞，阳不外达而发此证。故用补阳还五汤加人参，增其益气活血之力，配桂枝温经通阳，弃地龙、赤芍凉血之弊，伍白芍养血和营。诸药合用，使气旺血行，瘀去阳通，气血调和而诸症自愈。

李氏[14]治疗一患者崔某，女，30岁，农民，1996年10月5日，初诊，患者于1994年9月初。因二胎又生一女孩，致精神刺激，突然阴道大量出血，住院抢救治疗脱险，从此后逐渐出现头发脱落，继则腋毛、阴毛、眉毛脱落，全身发冷，倦怠无力，气短纳差，有时烦躁失眠，月经产后至今未至，经中西药治疗见效甚微，最近，上述症状加重，前来就诊。妇查：子宫轻度萎缩，阴道分泌物少，阴毛脱落稀少，心肺、肝脾、甲状腺无异常，舌淡苔薄、边有齿痕，脉沉迟，诊断：西医：席汉综合征。中医：虚损（气血两虚、肾阳不足、肝气郁结）。治则：益气养血，温肾阳益精血，佐以疏肝。方用：补阳还五汤合右归丸加味：熟地10g，山药、山萸肉、枸杞、杜仲、巴戟天、仙茅各15g，黄芪30g，当归、附子、人参、白术、白芍各10g，川芎、柴胡各6g，肉桂5g（后下），炙甘草8g，5剂，水煎服。1996

年11月2日。患者3次就诊。共服药15剂。现自觉精神好转，气短乏力、全身发冷等症消失，饮食增加，睡眠佳，头发脱落停止，面色较前润泽。仍月经未至，舌淡红、苔白，脉沉细。效不更方。仍给予益气养血，补肾生精之剂。人参8g，白术、当归、白芍、巴戟天、仙茅、丹参各10g，茯苓、熟地、枸杞、淫羊藿、菟丝子、首乌各15g，鹿角胶12g（冲）。川芎、炙草各6g，10剂水煎服。上方服用第八剂时，月经来潮，量少，色淡，少腹坠痛，经期2天即止，经水来潮，气血虚损初复，全身发冷消失，阳气已复。舌淡红、苔白，脉沉细，仍原法治疗。11月2日方中加益母草15g，10剂水煎服，并加用定坤丹。1996年12月5日第六诊，经以上治疗，精神佳，饮食增，诸症若失，头发、阴毛、腋毛、眉毛渐生出，月经12月3日来潮，量、色、质基本正常，腹坠消失，舌淡红、苔白，脉缓，为了巩固疗效。用益气养血、补肾生精之剂。党参、白术、熟地、枸杞、菟丝子、首乌各15g，茯苓、当归、白芍、淫羊藿各10g，川芎、炙甘草各6g，10剂水煎服。患者经过近2个月治疗。诸症消失，月经正常，随访1年半病未复发，身体健康。

案：此例患者二胎生女孩，精神受刺激而致产后大出血。脱险后出现了一系列气血、肾精、肾阳虚损，精气夺则虚的症候群。其肾阳虚衰为主要病机。方用右归九加补阳还五汤等补气养血生精之品调理。于阴中求阳，阳中求阴而获得良效。

五、盆腔瘀血综合征

盆腔瘀血综合征（又称盆腔瘀血症）是由于慢性盆腔静脉瘀血所引起的特殊病症，也是妇科慢性盆腔疼痛的主要原因之一，多见于30～50岁的经产妇。中医无此名，据其临床表现、体征，可归属“腹痛、痛经、带下”等病证范畴，病机主要是瘀血阻滞、脉络不通。病因：任何使盆腔静脉流出盆腔不畅或受阻的因素，均可致成盆腔静脉瘀血。和男子相比，妇女盆腔循环在解剖学、循环动力学和力学方面有很大的不同，是易于形成盆腔瘀血的生理基础。临床表现：慢性盆腔坠感或坠痛，自月经中期开始逐渐加重，月经来潮或劳累后加重，伴深在的性交痛和低位腰痛，有时难以忍受，呈周期性，极度

疲劳感，医生检查发现不了有关的病变。瘀血性痛经：半数以上有此症状，月经前一天或月经第一天最重，第二天经血增后明显减轻以至消失。白带过多：多为透明的黏液或水样白带。月经改变：月经周期明显改变，但可有月经量增多，经血呈酱色，1/4 患者排卵期少量出血。乳房胀痛月经前出现，月经来潮后疼痛迅速减轻，或完全消失。外阴肿胀、坠痛，阴道壁可呈紫蓝色、阴唇肿胀以及静脉充盈。泌尿道症状约 1/3 患者经前有明显的尿频、尿痛症状，因而被疑为泌尿道感染。肛门坠胀：以排便及经前明显，尤以子宫极度后倾多见。自主神经功能紊乱症状：神经衰弱，易怒激动，失眠、头痛，心前区闷胀感或心悸，全身酸痛不适。腹部检查下腹轻度深压痛。妇科检查：外阴静脉充盈，阴道、宫颈黏膜常为紫蓝色，子宫多为后位质软，宫旁附件区有明显的压痛及饱满感，但无明显增厚及块状物。

【临床应用】

李氏[11]应用补阳还五汤加减治疗本病，临床治疗效果显著。胥氏[15]试验研究补阳还五汤对大鼠全血比黏度、TXB_2、LPO 及 SOD 的影响，证实对于血瘀症的产生有一定的影响，治疗本症显效。

【病案举例】

李氏[11]治疗病例：赵某，44 岁，1989 年 12 月 22 日诊。患者 5 次孕产，下腹坠、胀、痛，腰骶部酸痛，月经先期，量多色暗，白带特多，性交疼痛出血，直肠坠痛，精神疲惫，体倦乏力，畏寒腹凉 8 年，加重 2 年。西医按慢性盆腔炎、更年期综合征，中医按脾肾阳虚、虚劳、带下等屡治不验。舌淡、边有瘀斑，苔白，脉沉涩。妇科检查：外阴浅静脉充盈，怒张，宫颈肥大、水肿、呈紫蓝色，子宫后位、稍大，附件压痛，但软如海绵。四诊合参结合妇科检查，诊为盆腔瘀血综合征，证属气虚血瘀、寒凝经脉。治宜补气、化瘀、散寒。药用补阳还五汤加肉桂，水煎服，日 1 剂，10 剂后症状明显改善，继服 15 剂，诸症悉除，随访 2 年未复发。

按：盆腔瘀血综合征多发于经产妇，以慢性盆腔静脉瘀血为主要病理，属中医月经失调、带下、虚劳、腹痛等范畴。《医林改错》曰："元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而愈"。频繁孕产，气虚血瘀，阻滞脉络，冲任损伤为主要病机。本病本虚标实，

虚乃气虚，实为血瘀，应标本同治。补阳还五汤恰切病机，再加肉桂温经散寒，药证合拍，故而收效。

胥氏[15]选用雌性 Wistar 大鼠 30 只，分为 3 组：正常对照组，用等量的生理盐水灌胃；模型组，按文献方法处理；补阳还五汤组，给予等量的补阳还五汤煎液灌胃，其他处理同模型组。所有受试组动物于第十五天处死，颈动脉采血，检测全血比黏度、TXB_2、LPO 及 SOD。结果模型组大鼠全血比黏度、血浆中 TXB_2、血清 LPO 水平明显高于正常对照组（$P<0.01$），而 SOD 水平则明显低于对照组（$P<0.01$）。补阳还五汤组全血比黏度、血浆 TXB_2、血清 LPO 较模型组有显著降低（$P<0.01$），红细胞 SOD 高于模型组（$P<0.01$）。结论补阳还五汤治疗“气虚血瘀”的机制可能与提高 SOD 的活性，抑制体内 LPO 生成，减少自由基反应对血管内皮的损伤，从而减少血小板聚集释放反应有关，临床应用治疗盆腔瘀血综合征会有比较好的疗效。

六、月经前后偏头痛

女性月经期前后偏头痛是一种常见的临床疾病，是一种病因复杂的临床综合征，西医认为本病是头部血管发作性舒缩功能障碍及某些体液物质暂时性改变所致，与遗传、免疫、内分泌及精神等多种因素有关。中医对本病早有认识，《金匮翼》中说：“偏头痛者，旧风邪客于阳络，其经偏虚也。其气凑于一边，痛边额角，久而不已，故谓之偏头痛。”本型偏头痛主因素体气虚，运血无力，外加风邪侵袭，客于阳络，阻遏气血，不通则痛。

【临床应用】

吴氏[16]采用针药结合治疗，取补阳还五汤益气、活血、通络，使气旺血行，瘀祛络通，则头痛自可渐愈，实为治本之举。现代研究，针刺对血管、神经、体液、免疫、内分泌等有广泛的调节作用。发作期取头维、太阳、风池三穴控制症状，具活血止痛之功，起效迅速有力，本组 30 例中，26 例于进针即刻至 30min 内完全止痛，弥补了中药止痛起效缓慢的不足。并且发现，凡是在针刺前指压三穴有明显压痛或酸胀感者，针刺止痛效果较好，感觉不明显者无效。缓解期

取足三里、三阴交、关元、气海及背俞三穴，益气活血扶正，增强了中药的治本之效。如此，针药配合，缓急皆备，标本兼治，以取良效。刘氏[20]在治疗本病时应用补阳还五汤加减也取得了比较好的疗效。

【病案举例】

吴氏[16]治疗病例选择按六城市神经疾病流行学调查协作组制定的标准：病程超过2年，偏头痛每月发作频率>2次，辨证属气虚血瘀型（面色淡白或晦滞，身倦乏力，少气懒言，舌质淡暗或有紫斑，脉沉涩）30例。年龄18~40岁，平均31.7岁；病程2~24年，平均11.6年；发作频率2~6次/月，平均3.4次/月。头痛程度：一级9例（轻度头痛，不影响生活与工作）：二级15例（中度头痛，发作时头痛较重，影响生活与工作）；三级6例（重度头痛，发作时头痛严重，不能坚持日常工作，甚至被迫卧床）。治疗应用补阳还五汤加减，黄芪15~30g，当归、川芎、地龙各12~15g，桃仁、红花各10~12g。血虚加熟地、白芍；头晕加菊花、枸杞子；腰痛加杜仲、川断；失眠加酸枣仁、柏子仁；恶心呕吐加吴茱萸、生姜；畏寒减地龙，加桂枝、细辛、附片；兼痰湿加陈皮、半夏、茯苓、竹茹、胆南星。月经前10天开始，1剂/日，水煎分2次服，连服10剂。治疗结果显示，好转18例，无效4例。30例中治愈8例，总有效率86.7%。

牟某，女，40岁，1995年4月就诊。头绵绵着痛数年，曾用中西药物治疗，效果不佳，时感头晕，失眠多梦，经期7~10天，量多，色淡，月经将尽或尽后头痛发作或加重，乏力，懒言。现月经来潮6天，量多，色淡，头痛加重伴头晕、乏力、失眠，舌淡，苔薄白，脉细弱，证属气血虚弱之头痛，治宜气血双补，益气摄血。处方：黄芪20g，党参、川芎各15g，升麻、当归、白芍、熟地、白术、茯苓、酸枣仁、菊花、蔓荆子各12g，甘草10g。针刺肾俞、足三里、三阴交、列缺、阿是穴，补法加灸，灸百会。服药2剂。针刺3次。月经净，头痛减轻，仍失眠多梦，乏力，上方去升麻、蔓荆子，加女贞子、旱莲草、远志，服用10剂，针刺10次；下次月经来潮经量减少，头痛未加重；再服10剂，针刺10次后，嘱用归脾丸或八珍益母

丸调理。自灸足三里、三阴交、列缺，后头痛消失。

按：经期头痛，病在气血，故治疗本病注意调理气血，再合桃仁、红花、赤芍、牛膝、益母草活血化瘀，柴胡、香附调理气机，黄芪、党参、白术补气，当归、白芍、熟地补血。刘氏[17]应用本方时加入了力气，补气，活血化瘀等其他药物，药证合拍，故顽疾得愈。

七、慢性盆腔炎

盆腔炎是女性内生殖器及其周围的结缔组织、盆腔腹膜发生炎症，归属中医学“热入血室”、“癥瘕”、“带下”等范畴。西医认为，本病一般多由分娩、产褥、流产、盆腔手术时消毒不严，或月经期不注意性生活卫生等情况下，细菌感染所致。中医认为其病机主要是气滞血瘀或寒凝气滞导致经络闭阻，冲任失调。故活血化瘀、益气补血乃属基本治疗方法。清代医家王清任谙熟气血运行之理，出补阳还五汤一方，创益气活血之法，寓意颇深。方中重用黄芪补中益气，配当归活血补血通经行气止痛，辅以川芎、赤芍、丹参活血和营，少佐桃仁、红花、地龙化瘀通络、消肿止痛。诸药配伍，可使气旺血行，瘀去络通，药证合拍，其病自可痊愈。

【临床应用】

李氏[18]以补阳还五汤加减为基本方：黄芪60g，当归尾30g，赤芍、丹参、川芎各12g，地龙10g，红花、桃仁各8g，随症加减：气虚甚者加党参25g；血虚者加熟地黄、熟首乌各20g；阳虚者加沙参、麦冬各15g，阳虚者加熟附片15g，炮姜5g；兼热毒蓄积者加银花、连翘各15g。水煎服，每日1剂；病情好转后改为隔日1剂。黄氏[19]应用本方治疗慢性盆腔炎190例，加减：小腹胀甚加川楝子、香附；下腹疼痛甚，带下量多、色黄、秽臭加红藤、败酱草、黄柏、公英；有包块加莪术、夏枯草、皂角刺，治疗效果显著。

【病案举例】

李氏[18]治疗病例：江某，女，42岁，1993年2月14日诊。患者腹痛带下4年余，曾经多方医治无效。近月来，下腹胀痛日增，带量增多，黄赤相兼。症见：发热，小腹坠痛，两侧可触及索状包块，口苦咽干，舌质红、苔黄厚，脉滑数。妇科检查：外阴正常，阴道通

畅，宫颈充血、糜烂、触痛，子宫增大如妊娠2个月，双侧附件增厚、压痛明显。诊断为慢性盆腔炎急性发作。中医辨证：热毒久注盆腔，气血瘀阻络脉。方用补阳还五汤加银花、连翘各15g，每日1剂，坚持治疗1个月，诸症悉除，妇科检查正常。

苏某某，女，38岁，于1996年10月5日因下腹坠胀痛3年余就诊。曾在外院多方求治，诊断为慢性盆腔炎，经服中西药治疗效果不明显。症见：下腹隐痛，腰酸乏力，劳累、性交后加重。检查：左下腹深压痛，子宫后倾固定、左附件区呈条索状增粗压痛。舌质稍淡，脉细。中医诊断：癥瘕，证属血瘀日久，正气受损。治宜益气活血，祛瘀消疮。方用补阳还五汤为主内服、灌肠治疗3个疗程，症状消失，复查妇科检查正常。

按：本病机制为余邪未尽、久羁胞中，气机被阻，瘀阻胞脉、胞络、积结成癥。同时由于病程较长，病势迁延，邪正相争日久，正气亏虚。《医林改错》认为："元气既虚，必不能达于血管，血管无力，必停留而瘀。"此时治疗上宜扶持元气，元气盛则能推动血行，血行则瘀去。而补阳还五汤就是根据"气虚血瘀"的理论，将补气与化瘀之法结合运用。方中重用生黄芪以大补元气，祛瘀不伤正，气行则血行；当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花、丹皮、三棱活血祛瘀散结消癥；鱼腥草清热解毒散热结。全方共奏益气活血、散结消瘀之功。现代医学的研究也证实黄芪有调整、提高机体免疫功能，扩张血管、改善血管通透性作用。当归、赤芍、桃仁、地龙、三棱等活血祛瘀药有加速血流、改善微循环，增加毛细血管的张力，降低血液黏稠度，降低血小板黏附率，促进炎症组织的修复与再生，松解粘连的作用。再配合中药灌肠，药物直达病所，吸收快，且结肠下部没有消化酶破坏药物成分，能充分发挥药性，提高疗效。内外相合，相得益彰，故临床疗效显著。

黄氏[19]观察病例临床资料：190例均为已婚妇女，有生育史或流产史。年龄在25～45岁，病程最短3个月，最长10年。主要临床表现：下腹隐胀坠痛及腰骶部疼痛，劳累、月经前后、性交后加重、月经不调、带下增多或继发不孕。舌质正常或稍淡暗，脉沉弱或细。妇科检查：子宫活动受限或固定，附件区可扪及包块，或一侧或

双侧附件区片状增厚或索状增粗、压痛。治疗方法：中药内服益气活血祛瘀，方用补阳还五汤加味：黄芪60g，当归10g，赤芍12g，地龙10g，桃仁10g，红花6g，丹皮10g，三棱12g，鱼腥草15g，甘草3g，加减：小腹胀甚加川楝子、香附；下腹疼痛甚，带下量多、色黄、秽臭加红藤、败酱草、黄柏、公英；有包块加莪术、夏枯草、皂角刺。加水煎300ml，每日2次早晚服。中药灌肠活血祛瘀散结，佐以清热解毒，方用补阳还五汤加减：当归18g，川芎10g，地龙10g，赤芍20g，桃仁15g，红花8g，三棱20g，莪术20g，败酱草20g，公英20g，夏枯草20g，浓煎100ml保留灌肠，日1次，7天为1个疗程。治疗结果：本组治疗190例中痊愈21例（11.0%）；显效123例（64.7%）；有效43例（22.6%）；无效3例（1.7%）无效3例为因故不能坚持治疗者。治疗最短时间为2周，最长为12周。

八、子宫内膜异位症

子宫内膜异位症是常见多发难治之症。西医采用激素和手术治疗，但复发率较高。本病属中医“痛经”、“癥瘕”范畴，近几年来中医药治疗本病，报道较多，取得一定的进展。子宫内膜异位症病因繁多，有人认为子宫内膜异位症发病多因经期长，经期前后、产时或产后外有所感，内有所伤，或人工流产手术所伤，使离经之血当行不行，或当泻不泻，滞留体内而成瘀血。瘀血是原发病的结果，又是继发病的起因，气血坚结壅聚，造成局部湿浊痰凝。与经血逆流有关，有活性的内膜碎片因人流或剖宫产手术种植在子宫肌层或腹壁切口上。月经期间生气或各种干扰，经血不能顺流而下，就会造成子宫内膜异位症。异位的子宫内膜在雌激素、孕激素的影响下，产生周期性脱落、出血，血液积聚在细胞间隙内，日久病灶周围产生感染，与周围组织器官粘连而导致疼痛。本病好发于盆腔。内分泌失调和免疫功能失常是导致子宫内膜异位种植的主要因素。其主要病理变化为异位内膜周期性出血和周围组织纤维化。血液流变学检测提示血液处于浓、黏、凝、聚状态。放射免疫测定前列腺素水平比正常人显著升高，雌激素、孕激素、基础体温（BBT）有不同程度的异常。

【临床应用】

田氏等采用巴戟天、淫羊藿、续断、菟丝子、党参、黄芪、丹皮、桃仁、红花、生蒲黄、茜草、赤芍、香附、乳香、没药等益气补肾活血化瘀中药治疗本病42例，总有效率92%。陈晓平等采用补阳还五汤治疗本病70例。补阳还五汤：全当归40g，川芎30g，生黄芪20g，桃仁30g，地龙20g，赤芍45g，红花20g，每日1剂，早晚各服1次；3个月为1个疗程。结果：治疗70例，痊愈16例，显效24例，有效19例，无效11例，总有效率84.3%。临床又有应用本方：黄芪30g、当归20g、赤芍15g、地龙20g、川芎10g、桃仁15g、红花15g为主，汗出身畏冷者加桂枝15g、白芍15g；腹痛剧烈者加艾叶15g、小茴香15g、乳香15g、没药15g；恶心呕吐加吴茱萸15g，干姜10g，姜半夏10g；便溏者加肉豆蔻15g、葫芦巴15g、补骨脂20g。林氏[24]方用黄芪大剂量以补气，以养血，气行则血行，血行则瘀去；当归、赤芍、白芍、川芎养血活血；合桃仁、红花、丹参活血祛瘀而生新；吴茱萸、肉桂温经散寒，主要合用治疗子宫内膜异位症疗效显著。

【病案举例】

韩氏[20]治疗病例：患者，女，25岁，1995年10月10日初诊。因经行腹痛1年，曾在某医院诊断为“子宫内膜异位症”。经西药治疗未见明显好转而来求诊。现症：每次行经前3～4天少腹痛，得热痛减，拒按，经量少，色暗黑，有块，面色苍白，神疲乏力，食少便溏，舌淡，舌边有瘀斑，脉细缓。B超提示：子宫未见占位病变，双侧子宫内膜异位囊肿，左侧为7.2cm×6.1cm，右侧6.8cm×5.9cm。辨证：癥瘕（气虚血瘀）。治法：益气活血消瘕。方予以补阳还五汤加减：黄芪50g，赤芍10g，川芎10g，当归10g，红花10g，三棱10g，莪术10g，桂枝5g。经行前5天始服，连服5剂，经行腹痛明显减轻。效不更方，仍用上法调治6个周期，自觉症状消失。B超显示：左侧附件区可见暗区，右侧附件区可探及正常大小卵巢回声。

按：癥瘕的形成，多与正气虚弱、气血失调有关。常见的以气滞血瘀、痰湿内阻、湿热蕴结等因素结聚而成。本病例是气虚无力行血，血行不畅，滞于胞脉，结成癥瘕，即“因虚致瘀”。故以补气为

主，兼以活血消癥。方中黄芪大补脾胃之元气，使气旺以促血行，祛瘀而不伤正；配当归补血活血，有祛瘀而不伤好血之妙；川芎、赤芍、红花加强活血祛瘀；三棱、莪术破血祛瘀消癥；桂枝温通血脉，散寒逐瘀。

林氏[21]治疗患者，女，26岁，工人，2002年4月6日初诊。患者4年前，经期曾淋雨受寒，后行经时少腹部疼痛，行经量多，淋漓不尽，色紫暗有血块，经期延长。西医诊为“子宫内膜异位症”，婚后3年未孕，屡治效微。诊见：经期少腹部疼痛，行经量多，色紫暗有血块，腰膝酸软，面色萎黄，全身乏力，精神抑郁，舌质淡，苔薄，边有瘀点，脉弦细。患者证属寒凝血瘀，气虚下陷，冲任不固，瘀阻胞宫。治宜补气活血，温经祛瘀。方拟补阳还五汤化裁，处方：黄芪100g，当归15g，川芎10g，赤芍15g，桃仁10g，红花10g，白芍15g，丹参20g，吴茱萸5g，肉桂5g。4剂，水煎服，每日1剂。患者服药后腹痛减轻，行经量减，色暗红无血块，精神好转。再拟上方5剂，药尽停药。2002年5月8日诊：行经时腹痛已除，色红无血块，腰膝酸软未作，精神可，面色红润，拟上方继进5剂，药后诸症已除。再拟上方去丹参20g，加枸杞子15g、女贞子15g、菟丝子15g以补肾滋阴，继进10剂。患者药后月经2个月未至，查尿人绒毛膜促性腺液素（HCG）（阳性）。后生一女孩，患者夫妻喜而相告。

按：本患者由于经期受寒，寒凝胞宫，瘀血阻滞；病程日久，行经量多，气随血失，正气虚弱，气虚、血瘀、寒凝三者合而为病。故以补阳还五汤加味。方用黄芪大剂量以补气养血，气行则血行，血行则瘀去；当归、赤芍、白芍、川芎养血活血；合桃仁、红花、丹参活血祛瘀而生新；吴茱萸、肉桂温经散寒，诸药合用则正气得补，瘀血得去，寒凝得消，诸病何由不愈哉！

九、不孕症

婚后有正常性生活，未避孕，同居2年而未能受孕者称为不孕症。其可分为绝对不孕和相对不孕两种情况。不孕的原因很多，现代医学认为女方不孕的原因主要有子宫发育不良及附件炎等形式。中医学则将女方原因主要归结为肝肾不足、肝郁瘀滞、痰湿阻滞、肾虚宫

寒等四种情况。

【临床辨证】

肝肾不足主要见于体质素虚，房事过度，以致精血亏虚，冲任受损，胞脉失养，不能摄精受孕。诉头昏目眩，腰酸膝软，面色萎黄，脉弦细，舌质淡白，苔少等。治宜温肾养肝，调补冲任。加减：当归、熟地、白芍、菟丝子、枸杞、云苓、山萸肉、杜仲、牛膝、鹿角胶、炙甘草。肝郁气滞患者素有情志抑郁，多愁善感，以至肝气郁结，气机不畅，冲任失调而难受孕。症见月事先后不定期，经行不畅，多在月经来潮前乳房作胀，胁肋及小腹痛，经血或多或少，烦躁易怒，舌质略紫或有瘀点，苔薄白，脉弦涩（相当于现代医学附件炎）。治疗以疏肝理气，活血通络为主。方药加减当归、川芎、生地、赤芍、桃仁、红花、炒枳壳、香附、小茴香、桔梗、金铃子、玄胡、柴胡、川牛膝。痰湿瘀阻多见于形体肥胖之人。主因脾气亏虚，津液输布失调，痰湿内生，痰湿内阻，气机不畅冲任受损而致不孕。证见：面色皖白，脘腹胀闷，气短痰多，肢体沉重乏力，白带多，舌质淡，苔白腻，脉沉滑等。治疗燥湿化痰，行气理脾。方药加减：北条参、云苓、法夏、广陈皮、苍术、制香附、炒枳壳、厚朴、莲肉、焦山楂、砂仁、芡实、生姜、炙甘草。肾虚宫寒主要因平素亏虚，肾阴不足，宫寒不孕。证见：月经后期，量少色淡质稀薄，腰膝酸软，少腹冷痛，性欲淡漠，小便清长，头昏痛，纳差，较常人怕冷，冬春季四肢欠温，舌质淡，苔白，脉沉迟等。（相当于现代医学的子宫发育不良、卵巢功能不良等所致不孕）。治宜温肾散寒暖宫。陈氏[23]等应用本方治疗不孕症方中重用黄芪一则补气以使生化源源不竭，二则补肾脏元气为里药，与益母草相配，上、中、下三焦之气血充足且气机升降出入有节。紫石英、巴戟天、鹿角霜、蛇床子补肾暖宫，冲任脉盛，调节雌激素，促进排卵。当归、川芎、地龙等养血活血通络之品，以荡涤胞宫及有关脉络之瘀阻，达到祛瘀生新，促进循环、促进子宫内膜生长发育，增强子宫与输卵管的收缩与蠕动，最终促进精卵结合而易于受孕。

【病案举例】

叶氏[22]治疗本病报道病例：阮某某，女，26岁。初诊：1987年

10月14日。结婚4年，MC16（2～4）/（30～40），0－0－0－0，经量少，色紫暗有血块。经行少腹痛拒按，伴有呕吐，非止痛剂不除。素有排便及性交小腹疼痛史。子宫腔内窥镜：子宫内膜异位。基础体温显示：黄体期升温不明显，经期下降较少。西药治疗少效，遂来我院就诊。刻诊：面色少华、头晕且痛，舌淡白边有紫色瘀点，苔薄白，脉细涩。此乃气虚血瘀于下，冲任不调之故。治宜补气活血，调补冲任。处方：炙黄芪30g，全当归12g，赤芍、地龙、川芎、制香附、延胡索、桃仁各10g，红花6g，紫石英30g，10剂。经前7天开始服用。二诊（10月26日）：药后经行腹痛可忍，未服止痛剂，经色暗红量增多。拟上方损益之：上方去地龙、桃仁、红花，增益母草30g，失笑散10g，经前再服7剂。经净复诊：诉经行4日腹痛隐隐然，量中等，色暗红，舌边瘀点消失，脉细软。再以调补冲任治其本。上方去赤芍、延胡索，加巴戟天、鹿角霜各10g，蛇床子6g，经净每日1剂，连服2月。半年后来函报喜：痛经消失，已怀孕有子。

陈氏[23]治疗本病报道：宋某某，女，36岁。初诊：1987年10月14日。婚后7年未孕，MC15（3～5）/（28～30），0－0－1－0，婚前人流1次。经量中等，经色紫暗有血块，经前小腹刺痛。去年浙江象山医院及本市瑞金医院妇科检查、输卵管造影提示：双侧输卵管不通。舌淡白、舌下静脉怒张，脉细滞。证属：气滞血瘀，脉络瘀阻。治拟：益气温阳、化瘀通络。处方：黄芪30g，当归尾、穿山甲、路路通、皂角刺各15g，赤芍、地龙各10g，大川芎12g，桃仁、柴胡、延胡索各6g。经净后每日1剂，连服2个月。二诊（12月20日）：经前及经期腹部疼痛消失，经量中等，色暗红。当地医院再次做输卵管造影显示：左侧输卵管已通畅，右侧仍闭塞。舌淡红，苔薄白，脉细软。上方减柴胡、延胡索、路路通、皂角刺，加益母草20g，紫石英30g，鹿角霜、蛇床子各12g。再服3个月，药后来信：怀麟重身。

按：《医宗金鉴·妇科心法要诀》言："不孕之故伤冲任，不调带下经漏崩，或固积血胞塞热。"综观妇人不孕之故，虽有肾虚、气血虚、气滞血瘀、痰湿郁阻诸方，但探其病理特点，而四者之中，笔

者以为无不与虚、瘀相关和首要，其一，瘀血阻滞胞宫，日久不去则新血不能滋养胞宫，缺乏“天癸至，任脉通”的内环境，干扰了正常生理功能，从而使月经紊乱、痛经、腹痛、乳胀诸症丛生，所谓“宿血积于胞中，新血不能成孕”是也。其二，气为血之帅，气行则血行，气虚则血瘀。同时，由于气虚无以使精微变化而为“赤”进而造成血虚。这又使怀孕所必需的物质与功能条件受到损害。其三，气虚多阳虚，阳虚则寒，寒则气血泣而成瘀，且三者互为影响，故就理论而言，气虚、血瘀是不孕的关键之一。在治疗前后，我们分别对病人进行了全血黏度和血浆黏度的测定，发现治疗后这二项指标都明显低于治疗前，经统计学处理（$P < 0.05 \sim 0.01$），说明以补阳还五汤为主的这些药物能促进和改善血液循环，起到了“气为血之帅”和“活血化瘀”的功能。[22,23]

李氏[24]治疗一患者，梁某，女性，28岁，护士，1998年10月30日初诊。23岁结婚，婚后1年内曾做过一次人流术，至今未再怀孕。患者体态肥胖，不喜运动，平素月经量少，色暗有块，或点滴即净，经前少腹不适，舌体胖大，质暗有瘀点，苔白腻，脉弦滑。妇科检查：子宫发育良好，但双侧输卵管不通。既往曾做过多次输卵管通液术，或不通，或通而不畅，或通后再次阻塞，终致不孕。综合四诊，中医诊为不孕症，属痰瘀阻滞证。治以益气活血调经为主，佐以健脾化痰补肾。方选补阳还五汤化裁：黄芪30g，桃仁10g，红花10g，当归15g，地龙12g，赤芍10g，川芎10g，川牛膝12g，薏苡仁30g，泽泻15g，全瓜蒌20g，续断20g，仙灵脾20g，蒲黄12g，五灵脂12g。每日1剂，水煎分2次温服。经期停服，在经净后3～5天内行输卵管通液术。1个月后复查，双侧输卵管通畅；自诉月经如期而至，量、色、质均正常，无血块。嘱其依前法继续服药治疗。后因不耐长期煎服中药之苦，2个月后自行停药，患者第三个月月经未至，尿HCG（+），提示为早孕。9个月后足月产一男婴，现已5岁，健康。

按：本病属中医学的不孕症，属痰瘀阻滞证。其病位在胞宫，但以脾失健运，气运无力为本，痰瘀阻滞胞宫为标，与脾胃肾三脏关系密切，属“因虚致瘀”，本虚标实之证；又因“脾胃为后人之本，气

血生化之源”，气行则血行，气虚则血瘀，且“胞脉者，系于肾”，“肾主生殖，与本病的关系更为密切，所以在治疗方面，采用益气活血、化瘀调经为主，佐以健脾化痰补肾，标本同治，方选补阳还五汤为主，随症加减。纵观本法，方药对证，切中病机，所以使“任脉通，……月事以时下，故有子”。

胡氏[25]治疗一患者黄某某，女，23岁，2000年3月16日就诊，患者婚后曾流产1次，此后2年不孕，近年来患者月经周期错后5～7天，量少，经色紫暗有块，少腹疼痛，经前痛甚，1999年8月曾于本县人民医院做通液术，示输卵管欠通畅，2000年3月3日于本院做B超示：少量盆腔积液；子宫大小正常，位置良好，经多方治疗少效而求治我处，症见：末次月经2月14日，月经推后7天，量少，经色紫暗有块，少腹疼痛，经前痛甚，经行不畅，白带色白量多，质稀薄，绵绵不断，少许特殊臭味，神疲倦怠乏力，面色萎黄，舌质淡，边有瘀点，苔黄白腻，脉左细弦，右弦滑，证属脾胃损伤，运化失职，湿浊停聚，流注下焦，伤及冲任，任脉不固，带脉失约，病久气虚湿盛，邪与血结，瘀阻胞脉，以致不能摄精成孕之不孕症，带下病多以脾虚气亏为本，血瘀湿盛为标，治当标本兼顾，予以益气健脾、温经通络除湿之法。补阳还五汤加减：黄芪50g，赤芍10g，川芎10g，桃仁10g，当归15g，红花6g，党参15g，夏枯草10g，鸡血藤15g，桂枝10g，茯苓15g，薏苡仁20g，败酱草15g，制附片10g，苍术15g，服5剂，水煎，日1剂，嘱其经净5天后二诊。服药后月经即行，经来3天，少腹疼痛较前减轻，经量较前增多，经色仍紫暗有块，白带较前减少，神疲倦怠乏力，面色萎黄，舌质淡，边有瘀点，苔薄白滑，脉细滑，此值经净后第六天，子宫内膜修复期，治当益气活血通络，调肝肾养冲任，促进卵泡发育，以补阳还五汤合促卵泡汤（淫羊藿12g，仙茅10g，淮山药15g，菟丝子15g，肉苁蓉12g，熟地10g，首乌10g，覆盆子15g），服6剂。3月31日三诊：月经第十一天，排卵前期，祛瘀生新，使成熟卵从卵泡中排出，用补阳还五汤合排卵汤（淫羊藿12g，仙茅10g，丹参10g，泽兰10g，荛蔚子10g，香附子10g，鸡血藤10g，川断10g，菟丝子10g），4剂。4月4日四诊：月经第十五天，卵泡排出后，黄体生成期，用药宜使已形成

的黄体分泌黄体素，子宫内膜也由增生期进入分泌期，为孕卵着床做好准备，补阳还五汤合促黄体汤［淫羊藿12g，首乌15g，菟丝子12g，熟地10g，淮山药10g，川断15g，鹿角胶15g（烊化），仙茅10g，枸杞子12g］，5剂。5月15日五诊：末次月经3月20日，已停经50天，纳差，疲倦，舌质正常，舌苔薄白，脉滑；妇科检查：子宫增大约50天妊娠大小，已受孕，1年后随访，已顺产一女孩。

按：不孕症是由多种疾病引起的，属于女方的疾病，有先天性缺陷和后天性病理变化两种情况，在中医学记载中，属于先天性生理缺陷和畸形的有骡、纹、鼓、角、脉5种，古人称“五不女”病理性不孕，多由月经不调而来，如《济阴纲目》引楼氏说：“每见妇人无子者，其经忙乱或前或后，或多或少，或经将行作痛，或行后作痛，或紫或黑，或淡或凝而不调，不调则血气乖争，不能成孕矣。”说明了不孕和月经不调的因果关系，现代医学认为女性病理性不孕多见于输卵管阻塞、排卵障碍、受精卵着床障碍等，本患者因流产后久不受孕，忧思气结，损伤脾气，运化失职，湿浊停聚，流注下焦，伤及冲任，任脉不固，带脉失约，病久气虚湿盛，邪与血结，瘀阻胞脉，以致不能摄精成孕之不孕症，带下病多以脾虚气亏为本，血瘀湿盛为标，全部治疗过程中以补阳还五汤补气活血通络为基础方。按照女性月经生理周期内分泌的变化，配合中药人工周期方并结合辨证论治予以治疗，初以健脾除湿、补气活血通络法，以除湿健脾治其带下病，带下病愈后予以人工周期法。方中根据脾虚气亦虚、湿盛络瘀的病机，主以温通之法。在整个月经周期中促进卵泡的发育、成熟、排卵及黄体形成，并根据四个阶段的变化而化裁用药，以达到补气活血通络、调肝肾养冲任、祛瘀生新的目的，促其受孕卵着床受孕而收效。

第三节 妊娠病

子满

子满（胎水肿满）属于西医学中的羊水过多。羊水量从妊娠早期开始与日俱增，至最后4周开始减少。足月妊娠的羊水量约1000

~1500ml，妊娠任何时期，羊水量超过2000ml者，称为羊水过多，羊水增加速度缓慢者，称为慢性羊水过多；短期内羊水急剧增加者，称为急性羊水过多。羊水过多多见于胎儿畸形、双胎、糖尿病、母儿血型不合等患者。羊水过多时羊水的外观、性状与正常并无异常。其病因尚未完全清楚，临床见于几种情况：①胎儿畸形：其中以神经管缺陷性疾病最常见，其次是消化道畸形。②多胎妊娠：羊水过多较单胎妊娠多10倍。③孕妇及胎儿的各种疾病：如糖尿病，血型不和，妊娠高血压综合征，急性肝炎，严重贫血。④胎盘脐带病变：如胎盘绒毛血管瘤，脐带帆状附着。⑤特发性：原因不明，约占30%~40%。临床症状主要为：慢性羊水过多，发病缓慢，孕妇比较适应，症状较轻。但子宫高度膨胀时，亦有压迫症状。急性羊水过多患者，常产生严重的压迫症状，主要症状：腹部胀痛、消化不良；膈肌上升、心脏移位，影响心肺功能，出现呼吸急促、心悸、心跳加速，不能平卧；因腹腔压力高、静脉回流受阻，出现外阴及下肢水肿、静脉曲张。因子宫张力过高，容易发生早产，合并妊娠高血压综合征多。胎膜破裂时，大量羊水迅速流出，子宫骤然缩小，易引起胎盘早剥。脐带可能随羊水冲出而致脐带脱垂。产后因宫缩乏力而致产后大出血等。

【临床应用】

王氏[26]应用补阳还五汤治疗本病，临床辨证加入理气、渗湿、利水药物，取得了比较好的疗效。

【病案举例】

王氏[26]治疗一患者董某，女，43岁，农民。1987年11月5日初诊。患者曾连续两次妊娠均至5~6个月时胎水过多而早产，现已妊娠5个月，腹部胀大，胸隔满闷，甚则夜不得卧，经某医院B超检查，提示：①胎儿存活。②羊水过多。曾四处求治微效，患者恐慌不安，求余诊治。证见：颜面浮胀，面色萎黄，神疲气短，小便少，舌胖而色淡、边有瘀点，脉沉滑无力。证属气虚血瘀，湿聚胞中，宜用益气活血，健脾利水，固肾安胎之法。方用补阳还五汤合鲤鱼汤加减：黄芪70g，白术、地龙、当归各15g，川芎5g，赤芍7g，茯苓、砂仁（后下）、益母草各10g，陈皮、炙甘草各6g，大腹皮18g。鲤

鱼1尾（炖汤）。日1剂，水煎服。连服5剂后，小便增多，胎水消退明显，腹胀、胸膈满闷减轻，原方去川芎、赤芍，加杜仲15g、菟丝子20g，继进15剂痊愈。于1988年4月16日娩一男婴，发育正常。

按：气虚不能化气行水，阻碍气机升降，血因气而愈，气虚血瘀又阻碍水湿运化，以致水湿聚于胞中。方中黄芪益气，且能利水消肿；地龙利尿以助黄芪利水消肿；陈皮、大腹皮理气消胀；鲤鱼、白术、茯苓补脾渗湿；川芎、当归、白芍补血活血；砂仁调气安胎；杜仲、菟丝子补肾固胎。诸药合用，补而不滞，化湿利水，活血化瘀而不伤气损胎。

第四节 月经病

一、经行肢体麻木

妇女在月经期间出现的肢体麻木疼痛、抽搐，有时伴有少眠、多梦、小腹疼痛等症状称为经行肢体麻木。中医辨证多从气血亏虚、气滞血瘀、痰湿等入手，多为虚实挟杂，气血亏虚并伴有痰湿或湿浊瘀血阻滞，属于临床鲜见病证。

【病案举例】

朱氏[27]治疗一病例秦某，38岁，1989年3月10日初诊。患者半年来每逢月经来潮，右侧肢体麻木如虫行皮下，并逐渐加重，忧虑重重，恐致“偏瘫”，口服复方丹参片、肠溶阿司匹林、双嘧达莫等药物，乏效。遂求治于中医。刻诊：正值经期，月经量少，色紫有少量血块，右侧肢体麻木，如虫行皮下，肌力正常，面色无华，神疲懒言，舌淡紫、苔薄白，脉缓。证属气虚血瘀，用补阳还五汤加味。处方：熟地、黄芪各30g，香附、当归尾各15g，赤芍、阿胶（烊化）、桃仁、地龙各12g，川芎10g，红花9g。日1剂，早晚分服，连服6剂，症状悉除。再在月经前5天投上述方药，月经来潮，安然无恙，随访4年未复发。

按：经行肢体麻木，临床鲜见。本案为气虚血瘀，瘀阻胞络，经

行时血液下注胞宫，肢体失去濡养形成。方中黄芪补气生血，气旺血行；熟地、当归、阿胶养血调经；赤芍、川芎、桃仁、红花、香附、地龙活血通络，辨证准确，用药恰当，取效显著。

高氏[28]治疗病例于某，女，44岁，已婚，1995年7月18日初诊。自诉因月经淋漓不净3个月余，于6月上旬前往市某医院检查，确诊为“子宫功能性出血”。经肌内注射酚磺乙胺及服用中药收涩止血剂，自血始止。约1周后出现左半身汗出，右半身无汗，伴头晕目眩，神疲乏力，右侧肢体麻木，经人介绍至私人诊所求治，服用补气养血之药20余剂，症不减，且此次月经来潮量多，色暗有血块，小腹坠痛，故今日来我院就诊。症见精神萎靡，面白唇淡，时值盛夏，右半身无汗，左半身汗出浸湿上衣，经行10日未净，舌质淡紫，边有瘀点，脉沉细而涩。证属气虚血瘀，瘀血阻络。治当益气活血，化瘀通络。方用补阳还五汤加味：生黄芪50g，川芎、赤芍各10g，制地龙9g，桃仁、红花各6g，益母草15g，桂枝5g，地榆炭12g。服药7剂，右半身微汗出，经止，腹痛平，头晕、肢麻均减，上方去地榆、益母草，加党参15g，再进7剂，汗出均匀，各症消失，嘱服归脾丸半月余调理善后。

按：偏沮一证，属于经行肢体麻木之范畴，临床以虚证多见，多发生于中风或某些脏腑机能衰退的疾病。然临床因虚致瘀、虚实夹杂，亦不乏其例。本例患者因长期失血，气随血耗，气血亏虚，气虚则运血无力，血亏则脉道不充，以致血流不畅，瘀阻脉络，气血不能周行全身而病汗出偏沮。此例患者乍看属虚，仔细审察，脉证合参，乃属虚中夹实之证。前者多以滋补之品，非但无效，反而会加重病势。今用补阳还五汤，对正气亏虚、瘀血阻络之偏沮，药证合拍，所以取效甚捷。

二、月经过多

中医所谓月经过多系指月经量较以往明显增多，月经周期基本正常者。相当于西医学的排卵型功能失调性子宫出血、子宫肌瘤、盆腔炎、子宫内膜异位症等疾病及宫内放置节育器所引起的月经过多。放置宫内节育器（放环），往往会引起月经先期、经期延长、经间期出

血、经量增多等月经失调的症状，月经过多易造成患者失血性贫血及心理上的负担。严重影响正常工作和生活。因此日益受到人们的重视。近年来，应用补阳还五汤治疗妇女放环后月经失调，获满意效果。

【临床应用】

牛氏[29]应用本方治疗月经过多症采用补气摄血、活血止血法。应用补阳还五汤加减：黄芪50g，当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、地龙各6g，水煎服。经前7天开始服药，1天1剂，服至月经干净为1个疗程，连服3个疗程。加减：气虚加炒白术、党参各20g，升麻10g；肾虚加川断、杜仲各15；血热加丹皮15g、生地20g；出血不止加仙鹤草30g，茜草炭、阿胶（烊化）各10g，三七粉2g（冲服）。

【病案举例】

牛氏[29]治疗病例76例，均医院门诊病人，年龄最大42岁，最小25岁，平均34岁；月经先期40例，经期延长62例，经间期出血10例，经量增多76例；放环时间最长9年，最短1年，平均3年。诊断依据：患者放环前月经正常，放环后月经提前或经期延长7天以上，或月经量多超过80ml以上，X线检查：节育环位置正常，子宫B超无异常，出凝血时间和血小板均正常。疗效标准：痊愈：坚持带环，月经周期、经期正常，每次月经失血量少于80ml，半年内无复发；显效：坚持带环，月经周期、经期正常，每次月经失血量少于80ml，3个月内无复发；好转：坚持带环，服药期间月经周期及经期基本正常，每次月经失血量有所减少，但停药后有复发；无效：服药期间和停药后，月经周期及经期、每次月经失血量均无变化或有加重趋势者。治疗结果：痊愈16例，显效38例，好转18例，无效4例，总有效率94.7%。

【病案举例】

陈氏[30]治疗李某，女，35岁，干部。1992年8月6日初诊。放环前月经正常，放环后月经量多4年，行经时间10天左右，每次月经失血量在80~170ml之间。近年来有加重趋势，且伴有腰膝酸痛，体乏无力，时有头晕，舌淡红、苔薄白，脉细弱。用补阳还五汤加炒白术、党参各20g，升麻、阿胶（烊化）各10g，川断15g，仙鹤草

30g，三七粉2g（冲服）。连续治疗3个疗程，仍坚持带环，月经周期及经期恢复正常，每次月经失血量少于80ml，临床症状消失，随访半年未见复发。

按：本病的发生主要是由于放入胞宫内的节育环，不断刺激宫壁，损伤脉络，瘀滞胞宫，冲任失调，使出血后的创面不能修复，新血不得归经而溢出脉外，造成出血不止，经量增多，经期延长。反复出血，气随血耗，以致气虚血瘀。治疗以益气活血为主，用补阳还五汤加减，方中重用黄芪补气摄血，少用当归、川芎等活血祛瘀，使血循常道，血行畅通，新血得以归经。并佐以仙鹤草、三七粉、杜仲等活血止血，标本兼治，共奏固冲任、调气血的作用。本方对功能性子宫出血、崩漏等妇科病也有很好的治疗作用。

三、痛经

中医学认为，痛经主要是由于冲任瘀阻，气血运行不畅，胞宫经血流通受阻，以致不通则痛。补阳还五汤为补气活血的代表方剂。常用于治疗气虚血瘀之证。原载于《医林改错》由黄芪、当归尾、赤芍、川芎、红花、桃仁、地龙七味药组成。方中黄芪为君，可用至四两，辅以活血化瘀药当归尾、赤芍、川芎、红花、桃仁，并以通络药地龙为佐，开创了以补为通、以通为补、通补兼施的益气活血法，药理实验表明，当归养血活血止痛，其挥发成分有抑制子宫痉挛作用，川芎活血行气止痛，有中枢性镇静、镇痛作用；赤芍活血祛瘀止痛，有镇痛止痛作用，白芍补血敛阴，对动物子宫平滑肌有抑制作用，故可解痉，且能通过抑制中枢神经而达镇静、镇痛作用，配以甘草缓急止痛、调和诸药；延胡索药理研究其有镇痛作用，并有中枢性镇吐作用；香附理气调经止痛，药理研究其能抑制子宫收缩，迟缓其紧张，且能止痛；陈皮理气和胃止呕，动物试验表现为对胃肠道平滑肌的抑制作用，且能抑制子宫平滑肌，近年研究表明，血瘀证的实质就是血液流变学异常，即血液处在浓、黏、凝、聚状态，补阳还五汤可明显地改善血液的浓、黏、凝、聚状态，对血液流变学多项指标均有显著地改善作用，因此临床运用补阳还五汤加味治疗痛经，不仅疗效确切，而且两组比较优于单用痛经口服液，且价格低廉，使用方便，值

得推广。

【临床应用】

郑氏[31]随机将118例痛经病人分为2组，治疗组60例采用补阳还五汤加味治疗，对照组58例单纯性使用痛经口服液，组间进行疗效比较，结果：治疗组有效率96.7%，对照组有效率93.1%，前者疗效明显优于后者。结论：补阳还五汤加味治疗青春期痛经可达到缓解疼痛的目的，且临床疗效优于痛经口服液。钱氏[32]以本方为基础方，临床治疗疾病时进行加减，在治疗妇科痛经方面收到满意的疗效。

【病案举例】

钱氏[32]治疗一患者李某，女，28岁，已婚，农民，1996年4月3日诊，近3个周期以来每逢经行前及经期小腹胀痛，刺痛，量少，色暗紫，有血丝、血块，块下则痛减，质稠黏，伴心悸神疲，面色㿠白，少气乏力，舌色暗紫，脉细涩，根据四诊合参，诊为痛经，证属气虚血瘀，冲任气血瘀阻，血海气机不利，经血运行不畅，治拟益气活血、行气止痛为法，方用补阳还五汤加减，处方：黄芪30g，当归、川芎、赤芍、白芍、桃仁各15g，延胡索、香附、青皮、桂枝各12g，甘草、红花（后下）各6g，煎服2剂后，诸症均减，效不更方，嘱下个周期提前2日服药2剂，先后调理3个周期后，小腹胀痛，刺痛消失，量、色、质无异常而痊愈。

按：此乃气虚运血无力而成瘀，血海气机不利，经血运行不畅，不通则痛使然，故方中用桃红四物汤加延胡索活血化瘀，调经止痛；黄芪补气，推动血行；川楝子、香附行气止痛；桂枝温经散寒止痛；白芍、甘草酸甘化阴，缓急止痛，如是，气旺、血行，气行血活，经血运行通利则经行腹痛自止。

郑氏[31]治疗一患者黄某，女，16岁，2000年12月8日初诊，主诉：经行腹痛10个月，加重2个月，12岁月经初潮，周期28～31天，经期5～6天，经量中等，色红，少量血块，近10个月每于行经1～2天，小腹剧烈疼痛，喜温，伴下腹坠胀，恶心欲吐，四肢乏力，自述平素因减肥食量少，喜冷饮，腹痛剧烈时不能坚持上课，影响学习，舌质淡红，苔薄白，脉细紧，诊断：痛经，治以益气活血、温经

止痛。予黄芪80g，当归尾10g，川芎10g，赤芍10g，红花6g，桃仁10g，地龙12g，延胡索10g，金铃炭10g，小茴香10g，陈皮12g，桂枝10g，白芍10g，甘草6g。经前3天开始服药，日1剂，连服8天。2001年1月5日二诊：12月12日行经，小腹疼痛，坠胀明显减轻，无恶心，月经经量、经色正常，无血块，可坚持学习，仍予上方16剂（2个月量），追访3个月，月经正常，经期无腹痛。

四、崩漏

崩漏即是妇科常见病，亦是疑难重症。其发病机制主要是冲任损伤，不能制约经血，故经血从胞宫非时妄行。可突然发作，亦可有月经失调发展而来，常见病因有血热、肾虚、脾虚、血瘀等，但是由于损血耗气，日久可转化为气血俱虚或是气阴两虚证，或阴阳俱虚。无论病起何脏，“四脏相移，必归肝肾”，“五脏之伤，穷必及肾”，以致肾脏受病。补阳还五汤依据止血三条法则辨证立法，针对病机。

【临床应用】

赵氏[33]应用本方依据止血三条法则辨证立法，“塞流、澄源、复旧”中用黄芪益气摄血，当归、熟地、红花、川芎养血生新而不留瘀，炒山药、党参健脾益气，以滋气血之本源，配以杜仲炭、鹿角霜固冲止血；气虚者加炒白术、炒山药；血虚者加熟地、枸杞；气滞者加香附、青皮；少腹寒痛加肉桂、干姜；血虚有热加生地、栀子；出血量多者加茜草炭、地榆炭；瘀块多者加失笑散；肾虚腰痛加菟丝子、川续断。全方补气养血，祛瘀生新，固经止血。

【病案举例】

赵氏[33]治疗一病例董某某，女，48岁，1996年5月8日初诊，主述本次经水量多延期不止，曾用黄体酮治疗不效，症见面色苍白，神疲乏力，心悸气短，头晕，舌淡少苔，脉细数无力，测血压8/5kPa。西医诊断：功能性子宫出血，中医诊断：崩漏，气虚血亏，统摄无权。治法益气养血，佐以固摄止血，方药：黄芪60g，归身12g，川芎6g，红花6g，党参15g，熟地15g，鹿角霜30g，杜仲炭15g，炒白芍15g，炙甘草9g。水煎服，日1剂，服1剂后，血止大半，3剂药尽，出血全止，诸症大减，守原方加陈皮6g，炒谷芽

30g，再服3剂以收功。

刘某，女，45岁，已婚，教师，1998年9月16日初诊，近2年来月经过多，此次因思虑过度，经血淋漓不尽已月余，血色淡红，时有紫暗血块，腰痛，小腹胀痛拒按，稍有劳累即下血增多，伴头晕目眩，心悸气短，肢体麻木，舌淡、边有紫暗点，脉细涩，血红蛋白6.5g/dl，妇科检查仅见宫颈轻度糜烂，余无异常，诊断为子宫功能性出血，证属气虚血瘀、冲任失固，治当益气活血、化瘀生新。用补阳还五汤加炒蒲黄10g治疗，3剂后腹痛即止，血量减少，继上方加杜仲、续断各15g，5剂后血止，后服归脾汤合三仙汤加减调理，经汛恢复正常。

高氏[34]治疗病例：于某，女，44岁，已婚，1995年7月18日初诊。自诉因月经淋漓不净3个月余，于6月上旬前往市某医院检查，确诊为“子宫功能性出血”。经肌内注射酚磺乙胺及服用中药收涩止血剂，自血始止。约1周后出现左半身汗出，右半身无汗，伴头晕目眩，神疲乏力，右侧肢体麻木，经人介绍至私人诊所求治，服用补气养血之药20余剂，症不减，且此次月经来潮量多，色暗有血块，小腹坠痛，故今日来我院就诊。症见精神萎靡，面白唇淡，时值盛夏，右半身无汗，左半身汗出浸湿上衣，经行10日未净，舌质淡紫，边有瘀点，脉沉细而涩。证属气虚血瘀，瘀血阻络。治当益气活血、化瘀通络。方用补阳还五汤加味：生黄芪50g，川芎、赤芍各10g，制地龙9g，桃仁、红花各6g，益母草15g，桂枝5g，地榆炭12g。服药7剂，右半身微汗出，经止，腹痛平，头晕、肢麻均减，上方去地榆、益母草，加党参15g，再进7剂，汗出均匀，各症消失，嘱服归脾丸半月余调理善后。

按：崩漏是出血性疾病，临床以虚证为多，或虚实夹杂，由于骤然大量出血（崩）或长期小量出血（漏），必然导致气随血耗，气血虚亏，气虚则血行乏力，血亏则脉道不充，以致血流不畅、滞涩易成瘀，同时，对崩漏的治疗，每多首先塞流（止血），往往易导致止血留瘀，故多产生气虚血瘀的病机，出现倦怠乏力、短气懒言、头晕心悸、脉细弱无力的气虚表现，与腹痛有块、舌质紫暗有瘀点、脉涩之血瘀证并见，因此治疗应从益气化瘀着手，常可达到止血的目的，加

减补阳还五汤，对气虚血瘀崩漏合拍，所以取效甚捷，方中重用黄芪大补元气以摄血，党参、淮山药，白术健脾补气以养后天；当归、赤芍、桃仁、红花、三七、川芎、茜草炭化瘀止血；乌贼骨涩血而不滞瘀，共奏益气活血、止血调经之功。

朱氏[35]观察病例林某，女，36岁。1995年3月20日初诊。患者于1个月前人工流产后，阴道流血一直不净，量时多时少，色淡夹有少量血块，伴气短乏力，腰膝酸软，少腹坠痛，拒按。舌淡、边有瘀点，苔薄白，脉细涩，辨证属：心脾气虚，无以统摄，无力推动，胞络瘀阻。故治拟补益心脾，祛瘀生新，方用补阳还五汤化裁。处方：生黄芪50g，党参20g，全当归、桃仁、红花各10g，益母草20g，茯苓、白术、荆芥穗各10g，酸枣仁、麦冬各10g，玄胡索9g，1天1剂，温服。3剂后阴道流血明显减少，腹痛减轻。原方加减叠进5剂后，阴道流血止，腹痛消失，余症缓解，遂予归脾丸调理之，1个月后经水来潮，量色均正常。

按：患者人流后胞络受损，耗伤元气，冲任失固，加之患者素体虚弱，中气虚则无以统摄，心气虚则无力推动，血不归经，瘀血内阻。故用补阳还五汤加减，益气活血、祛瘀通络，标本同治，则收效良好。

杨氏[36]报道一病例张某，女，37岁。1996年5月10日初诊。阴道流血20余天。患者1年前丧夫以来郁郁寡欢，于半年前出现月经紊乱，此次已阴道流血20天未止，量多色暗夹瘀血块，舌质暗淡，苔白，脉沉细。B超示子宫及附件正常，未探及占位。诊断崩漏（气虚血疾），治以益气化瘀止血。药用补阳还五汤加蒲黄10g、茜草10g、白芍15g，1剂后流血量反较前增多，且伴较多瘀血块，3剂尽，流血量及血块明显减少，加仙鹤草30g、阿胶10g，继服3剂血止，他症亦改善，继以人参归脾丸调理善后。

按：本例长期忧郁伤及脾气，脾主统血，气虚无以摄血而致经血妄行，气虚行血无力致瘀阻胞络，新血不得归经则流血不止，气随血脱进一步虚衰，如此恶性循环则流血难止。故以补阳还五汤补气以摄血。化瘀以使新血得以归经。加蒲黄、茜草以化瘀止血，日久故加白芍以养血敛阴，血块少后复加阿胶以养血止血，仙鹤草以凉血止血，

如此恰中病机，故收效迅捷。

五、闭经

闭经是妇科常见症状。根据发生的原因，分为生理性闭经和病理性闭经两大类。病理性闭经又可分为原发性闭经和继发性闭经两种情况。前者是指妇女年满18岁尚未初潮；后者是指凡妇女曾有规则月经来潮，但后因某种病理性原因而月经停止6个月以上者。中医对闭经的认识和治疗有一定的深度，特别是在辨证论治方面有独到的见解。中医认为闭经的病因病机按“辨证求因”的原则可以分为虚、实两种。虚者精血不足，血海空虚，无血可下；实者邪气阻隔，脉道不通，经血不得下行。虚者多因肝肾亏损，气血虚弱，阴虚血燥而成经闭；实者多由气滞血瘀，寒湿凝滞，痰涎壅滞导致闭经。现将几种证型的证治介绍如下。肝肾亏损型：多因先天肾气不足，或房事不节，导致冲任不盛，任脉不通而经闭。气血虚弱型：多见饥饱不调，损伤脾胃，化源不足所致。阴虚血燥型：素体阴虚或失血伤阴，或久病耗血，或过食辛燥灼烁津血，以致血海燥涩干涸而成闭经。气滞血瘀型：多因内伤情志，肝气郁结，久滞血脉，胞脉闭阻，经血不得下行而致。寒湿凝滞型：多因月经期间感受寒湿，或过食生冷，致寒湿之邪客于冲任，血为寒湿所凝，壅滞不通。痰涎壅滞型：多因肥胖妇人，多湿多痰，湿滞于冲任，以致痰湿与脂肪壅塞而出现经闭。

【临床应用】

林氏[37]应用补阳还五汤加减治疗气虚血瘀，冲任失调，痰湿阻滞，经络不通型闭经，取得了较好的疗效。顾氏治疗气滞血瘀、痰浊阻络型闭经，治以补气活血、化痰通络，方要选用补阳还五汤，疗效显著。

【病案举例】

林氏[37]治疗一病例庄某某，22岁，已婚，农民，晋江市人，1992年5月20日初诊，16岁月经来潮，起初3天经期正常，以后逐渐推迟，开始为30~40天一潮，进而2~3个月一潮，经期延长，每次需10天左右方净，量多色黑有块，伴腰腹坠胀，少腹疼痛，曾多次诊治，疗效欠佳，此次来诊时，月经已90天未潮。因患者结婚近

2年，为排除妊娠，先行妇科检查，确诊未孕。现面色少华，神疲乏力，饮食尚可，口不渴，二便正常，白带量少，少腹时痛，舌淡红、边齿印，苔薄白，脉沉弦。诊为气虚血瘀、冲任失调，拟补气行气、活血祛瘀。处方：黄芪60g，赤芍10g，当归尾10g，桃仁8g，牛膝12g，川芎10g，柴胡6g，红花6g，木香6g，香附15g，3剂。6月15日复诊：药后2天，月经来潮，色黑有块量多，少腹痛减轻，7天经净，要求根治，复予原方连服3剂。此后连续3个月，经前服用本方3剂，从此月经基本正常，按时来潮，色红量少，少腹不痛，继以调补肝肾善后。

按：闭经一证，原因频多，人多因肝肾不足、气血亏虚、气滞血瘀、痰湿阻滞、冲任损伤而致者多见，而本例患者，前医曾以气滞血瘀论治，初诊时医者主张与前医同法，用药大体相同，而患者说此方无效，细询病情思考再三，为何无效，其所以然者，乃因气为血帅，气行则血行，故用黄芪之补，实奏推陈出新之功，加香附、木香、柴胡行气解郁，疏畅气机，柴胡合牛膝一升一降，使血脉流通，经血畅达，初诊辨证不准确，未想到气虚而滞，毫厘之差，药不中肯，故未见效，可见《素问·调经论》："气并则无血，血并则无气"，斯言实不欺我也。

顾氏[38]观察病例：女，33岁，1997年7月4日初诊。患者10个月未来月经，下腹部坠胀而痛，带下量多，遂来求治。患者形体肥胖，结婚2年经期大多错后，月经量少，一直未孕，精神欠振奋，烦躁易怒，舌质紫暗，苔白腻，脉细滑。妇科检查，诊为附件炎，中医辨证为气滞血瘀、痰浊阻络，治以补气活血、化痰通络，方用补阳还五汤加减。药用：生黄芪40 g，五灵脂、当归尾、茯苓、地龙、川芎、白术各10g，赤芍、桃仁、桂枝、制香附各8g，每日1剂。10剂后，下腹部胀痛减轻，精神好转，症情得缓。续服原方6剂，月经来潮，经量中等，血色紫黑，情志稳定。随访1年，未发生闭经，及1998年底喜得一子。

按：闭经多由思虑伤脾，饮食劳倦，脾虚失职，不能推动气血运行，导致气滞血瘀，瘀血闭阻冲任所致。脾虚失运，湿聚成痰，痰浊阻遏经络，又可加重闭经，总之，气虚、血滞、痰浊是导致闭经的主

要病机。故益气、活血、化痰、通络为治疗本病的基本法则。补阳还五汤具有较好的补气、活血、通经之功效，再加入温化痰浊之品，以达到气旺而血行，瘀祛则络通，月经亦自行。

张某，女，42岁，农民，1997年5月3日诊，近4个月来月经停闭不行，但每逢月经周期，小腹胀痛而不见经行，经某医院妇产科做“早孕小便化验”，排除妊娠，且无早孕反应。刻诊：胸胁胀满，小腹胀痛，烦躁易怒，伴面白神疲，少气懒言，心悸气短，舌淡紫，脉弦细涩，根据症、舌、脉综合分析，诊为闭经，证属气虚血瘀，冲任瘀阻，胞脉闭塞，经水隔阻不行，治拟补气活血，祛瘀通经为法。方用补阳还五汤加减处方：黄芪40g，川芎、赤芍、香附、青皮各15g，当归、桃仁、川牛膝各12g，甘草、红花（后下）各6g，2剂，水煎服，口服3次，服完第一剂时，经血下行，量少，色暗紫有血丝血块，再进1剂后，经水通利，每个周期如期而至，告愈。

按：此乃气虚血瘀，冲任瘀阻，胞脉闭塞，经水隔阻不行以致闭经，故用补阳还五汤益气活血通经。牛膝引血通经；枳壳、青皮行气调经诸药相伍，使气旺血行，气行瘀化则经水自通而诸症可除。

六、月经不调

月经不调主要表现为月经周期出血量的异常，西医多用性激素治疗，近期疗效肯定，但不良反应大，病人不易耐受，远期疗效不令人满意。传统中医不良反应小，病人易接受，在传统辨证论治基础上结合现代医学观点，根据月经周期不同采取不同治疗方法称中医序贯疗法。行经后血海空虚，阴气当长。卵泡期则滋阴养血，促进卵泡发育。排卵期，佐以温阳活血药物（现代药理研究证实此类药有促排卵作用）；重阴必阳，排卵后，阳气渐长，基础体温处于高温期，治疗则补肾阳促黄体、养阴血；经期血海充盈，泻而不藏，治疗因势利导，活血化瘀，促进子宫内膜剥脱，一改传统中医经期忌活血方法，西为中用，临床疗效较好。

【临床应用】

陈氏[39]应用本方加减治疗月经不调，取得了比较满意的疗效，血止后再结合形、色、舌、脉，用中药分期治疗，月经期活血药减

量。经期延长，量少色黑，淋漓不尽者，瘀血不去则新血不生，先活血化瘀，使月经量增多，子宫内膜完全脱落后再行序贯疗法。

【病案举例】

田氏[40]治疗田某，20岁，已婚，农民，1998年10月20日初诊。患者14岁月经初潮，前3年月经基本正常，以后逐渐推迟，开始为30~40天一潮，进而为2~3个月一潮，且月经期延长，每次需10天左右方净，量多色黑有块，伴腰腹坠胀、小腹疼痛，曾服中药治疗，效果欠佳。此次来诊时，月经已60余天未潮，行妇科检查确诊未孕。诊见患者面色青，神疲乏力，饮食尚可，口不渴，二便正常，白带量少，小腹时痛，舌嫩红边有齿痕，苔薄，脉弦沉。诊为气虚血瘀，冲任失调兼肝郁气滞。治宜补气行气，解郁活血，方用补阳还五汤加减：黄芪30 g，赤芍、当归尾、桃仁、川牛膝各10g，川芎、柴胡各9g，香附15g，红花、木香各6g，甘草6g，3剂。10月23日二诊：上药服完后月经来潮，色黑有块量多，少腹痛减轻，继服上方2剂。11月26日三诊：患者服用上方后诸症减轻，1个月后月经复潮，5天即净，为巩固疗效于每次月经来潮前服用上方2剂，并坚持半年，此后月经基本按期而至，经量、经色、经期正常。

按：月经不调，原因甚多，以脾虚、气虚、血虚、气滞肝郁、寒凝胞宫、血热妄行、冲任损伤多见。但本例患者月经不调达2年之久，面色青，脉沉弦，神疲乏力，知其病久心情抑郁，又加之经济情况欠佳，延误治疗，致肝郁气滞，气血亏虚，瘀血内阻，故方中重用黄芪补气行气活血；用木香、香附、柴胡行气解郁，疏畅气机；川芎、赤芍、当归尾、桃仁、红花共奏活血调经之效。故收效甚佳。

七、功能性子宫出血

功能性子宫出血属中医“崩漏”类疾病，古人素有塞流、澄源、复旧的治疗程序和教训。加味补阳还五汤中，以益母草、仙鹤草、地榆炭、荆芥炭改善凝血机制、引血归经，达到止血目的，可谓塞流。黄芪、党参、白术补气健脾，气足则血自归经，血充则气有所附，自无出血之虑，可谓澄源。牛膝、川断、杜仲补肝肾，固冲任可谓复旧。只要气血充，肝肾足，冲任固，何愁气不摄血、其经不调？此方

把传统的塞流、澄源、复旧三种治疗方法融合在一起，治疗各种病因所引起的功能性子宫出血。对功能性子宫出血的治疗，通常根据发病缓急的不同，出血新久的各异，本着“急则治其标，缓则治其本”的治则，多循血热、肾虚、脾虚、血瘀四证来论治。而血热、肾虚、脾虚均可致瘀，因此血瘀既是功能性子宫出血的致病因素，又是各证型的共同病理产物。活血化瘀法是通过祛瘀通滞，疏通血脉，调和气血，以使脏腑功能趋于平和而病愈。故运用活血化瘀法治疗功能性子宫出血是有其理论依据的。

【临床应用】

俞氏[41]等应用补阳还五汤治疗功能性子宫出血45例，显效28例，有效15例，无效2例，总有效率为95.5%，取得了比较满意的疗效。王氏[46]临床辨证认为本病为绝经之际，天癸竭止，冲任脉虚，脾气亦虚，统摄无权，不能制约经血；漏下日久气随血耗，阳气更虚，无力推动血行，血滞瘀阻脉道，血难归经，加之气虚冲任失固，致使经血不净，应用补阳还五汤加味疗效显著。

【病案举例】

俞氏[41]观察临床病例：年龄15～51岁，其中小于25岁者5例，25～45岁者20例，大于45岁者20例。病程3～6个月者27例，6～12个月者13例，大于1年者5例。45例患者中，青春期功能失调性子宫出血7例，因带节育环后引起的功能性子宫出血5例，平时月经长期不规则引起的10例，绝经期前引起的20例。本组患者均经B超和血液检查，排除子宫肌瘤等器质性疾病和血液病。45例患者均经常规的中、西药物治疗3个月以上，其中有40例做了诊断性刮宫治疗（病理报告为“子宫内膜增生”）均无效，选用加味补阳还五汤治疗：当归10g、黄芪50g、赤芍10g、红花10g、桃仁10g、川芎10g、党参30g、白术15g、牛膝30g、川断15g、杜仲12g、益母草30g、仙鹤草30g、地榆炭10g、荆芥炭10g，姜枣引，水煎服，每日1剂。同时以阿胶10g隔水烊化后用以上煎好的中药汁冲服，每日2次。连服6剂后评定疗效。显效：服药6剂后，月经完全干净，随访半年以上，经量、经期、月经周期均已恢复正常。有效：服药6剂后，月经虽然已干净，但以后的月经周期、经期、经量仍不正常，尚需连续服

用上方2~3个月经期，随访半年以上，经量、经期、月经周期均能恢复正常。无效：症状无变化，或每次来月经均需服药后方能止血。结果：显效28例，其中有15例服药3剂后就能控制症状，显效率62.2%；有效15例，有效率33.3%；总有效率95.5%。无效2例。

按：清代王清任的补阳还五汤一向以益气活血化瘀著称。本组病例的病程均在3个月以上，长期的崩漏出血必然导致气虚血亏，致使临床上都有乏力、疲惫的表现。45例患者中，月经紊乱，色黑有血块，经诊断性刮宫的40例病理报告，全部是“子宫内膜增生症”，此即是中医所谓的血瘀证，是病理产物，亦即是“异物”占据子宫，故以活血化瘀法治疗以清除病理产物，祛瘀生新，止血而不留余，从而才能达到止血目的。俞氏等曾报道了加味补阳还五汤治疗子宫内膜增生症的经验，在此基础上，选定了自拟的加味补阳还五汤来治疗功能性子宫出血，同样取得了较满意的疗效。

王氏[42]治疗病例周某，女，49岁，农民。1989年10月13日就诊。经血淋漓不断2个月，量忽多忽少，曾于某医院诊断为“功能性子宫出血”，经用激素和止血药物治疗未能获效。现仍经血淋漓，色淡质稀，夹有小血块，小腹隐痛，面色苍白，头晕眼花，神疲体倦，心悸失眠，腰膝酸软，遇劳则两足肿胀，舌质淡、边有瘀点，苔薄白润，脉虚弱。证属气虚血瘀，冲任不固。宜用甘温益气，活血止血，补肾固冲之法。方选补阳还五汤加减：黄芪80g，当归20g，赤芍、阿胶、桂圆肉各12g，桃仁、杜仲、枣仁、蒲黄（包煎）、乌贼骨各15g，地龙18g，红花10g，焦艾叶、炙甘草各6g，水煎服，日1剂，服6剂后出血已止，诸症减轻，活动后两足无肿胀，上方去桃仁、乌贼骨、地龙、焦艾叶，加枸杞子、山萸肉各15g，菟丝子20g，续服12剂，痊愈，随访未复发。

按：绝经之际，天癸竭止，冲任脉虚，脾气亦虚，统摄无权，不能制约经血；漏下日久气随血耗，阳气更虚，无力推动血行，血滞瘀阻脉道，血难归经，加之气虚冲任失固，致使经血不净。故重用黄芪补气摄血，温运行血，活血化瘀与补血止血药合用使活血不伤血，止血不留瘀，桂圆肉、枣仁滋阴养血，山萸肉，枸杞子、杜仲、菟丝子调补冲任固其本。

参考文献

[1] 李英姿. 补阳黄五汤之新用. 新中医杂志，2003，5（16）：45

[2] 陈振华. 中药治疗产后恶露不尽128例. 新中医杂志，2004，36（12）：39

[3] 钱子高. 补阳还五汤在妇科疾病中的应用. 四川中医，2002，20（2）：50

[4] 龙倩玲. 补阳还五汤新用2则. 安徽中医临床杂志，1999，11（3）：198

[5] 桑展. 产后股静脉血栓验案. 江苏中医，1994，16（2）：27

[6] 金国健. 43例下肢深静脉血栓形成中西医结合治疗的疗效观察. 中国中西医结合急救杂志，1999，6（7）：304

[7] 陈铁青. 补阳还五汤今用. 中医研究，1997，10（2）：50

[8] 伍朝霞. 补阳还五汤加味治疗产后身痛60例. 河南中医，1999，19（1）：49

[9] 周凤洁. 加味补阳还五汤治疗产后身痛45例临床观察. 中华中西医杂志，2005，6：7

[10] 金针. 妇科癥瘕应用成方治验举隅. 江苏中医药杂志，1995，6：15

[11] 李贯彻，李英姿. 补阳还五汤新用. 新中医，1994，26（5）：53

[12] 章新亮. 补阳还五汤与冲击疗法. 江西中医药杂志，2005，6（36）：53

[13] 高普照. 补阳还五汤临床应用举隅. 四川中医杂志，2001，19（6）：78

[14] 李林凤，等. 妇科难症辨治两则. 山西中医药杂志，2002，23（5）：434

[15] 胥显民，等. 补阳还五汤对大鼠全血比粘度 TXB_2、LPO及SOD的影响. 山西医科大学，2002，3（12）：214

[16] 吴承铠. 针刺配合补阳还五汤治疗气虚血瘀型月经前后偏头痛30例. 安徽中医临床杂志，1997，9（1）：28

[17] 刘志荣. 调理气血法治疗经期头痛2例. 实用中医药杂志，2001，17（8）：40

[18] 李珍英，林明云. 补阳还五汤治疗慢性盆腔炎临床观察. 四川中医，1995，（5）：39

[19] 黄健萍. 补阳还五汤治疗慢性盆腔炎190例. 广西中医学院学报，1999，16（3）：90

[20] 韩一龙，等. 癥瘕治验1例. 吉林中医药杂志，1998，（6）：6

[21] 林刚. 补阳还五汤治验. 中华现代中医药杂志，2003，11：12

[22] 叶玲珍. 不孕症的辨证论治体会. 时珍国医国药，2001，12（9）：789

[23] 陈旦平，等. 补阳还五汤为主治疗不孕症63例. 四川中医，2000，18

(1)：36
[24] 李道五，等. 补阳还五汤临床应用心得. 中国中医急症，2005，14(5)：483
[25] 胡硕龙. 补阳还五汤临床新用体会. 四川中医杂志，2004，22(5)：92
[26] 王康民. 补阳还五汤则妇科临床的应用. 陕西中医杂志，1994，15(12)：556
[27] 朱德礼. 补阳还五汤新用. 新中医杂志，1994，(1)：54
[28] 高晓敏. 补阳还五汤治疗崩漏导致偏沮1例. 吉林中医药杂志，2000，(2)：53
[29] 牛振华，等. 补阳还五汤治疗放环后月经失调76例. 陕西中医杂志，1995，16(12)：535
[30] 陈小星. 月经过多中西医治疗进展. 国医论坛，2005，20(6)：53
[31] 郑萍，李碧华. 补阳还五汤加味治疗青春期痛经60例. 四川中医药杂志，2002，(20)：8
[32] 钱子高. 补阳还五汤在妇科疾病中的应用. 四川中医药杂志，2002，20(2)：50
[33] 赵建荣. 补阳还五汤加减治疗崩漏26例. 光明中医杂志，2000，(15)：87
[34] 高晓敏. 补阳还五汤治疗崩漏导致偏沮1例. 吉林中医药杂志，2000，2：53
[35] 朱晓宏. 补阳还五汤临症举隅. 安徽中医临床杂志，1998，10(4)：224
[36] 杨秀珍，等. 补阳还五汤临床新用举隅. 中医函授通讯，1997，16(5)：33
[37] 林树志. 补阳还五汤加味应用2则. 福建中医药，1992，12(30)：6
[38] 顾明荣. 补阳还五汤治验四则. 山东中医杂志，2000，19(2)：115
[39] 陈科，等. 中医序贯疗法治疗月经不调引例体会. 遵义医学院学报，1999，22(3)：52
[40] 田红建. 补阳还五汤临床新用. 甘肃中医，2003，(17)：2
[41] 俞黎华，等. 加味补阳还五汤治疗功能性子宫出血45例疗效观察. 宜春医专学报，2000，12(3)：195
[42] 王康民. 补阳还五汤在妇科临床的应用. 陕西中医杂志，1994，15(12)：556

第六章

儿科病证

第一节　过敏性紫癜

过敏性紫癜又称出血性毛细血管中毒症，是一种较常见的微血管变态反应性出血性疾病。病因有感染、食物过敏、药物过敏、花粉、昆虫咬伤等所致的过敏等，但过敏原因往往难以确定。儿童及青少年较多见。起病前1～3周往往有上呼吸道感染史。表现为皮肤瘀点，多出现于下肢关节周围及臀部，紫癜呈对称分布、分批出现、大小不等、颜色深浅不一，可融合成片，一般在数日内逐渐消退，但可反复发作；此外还常有关节炎、腹痛及肾炎等并发症。本病属于中医“血证”范畴，与古典医籍中记载的“肌衄”、“葡萄疫”等相似。其病因病机包括外感风热、饮食失节、瘀血阻滞、气虚血亏，病变后期则总以气虚血瘀为主。中医药治疗本病疗效肯定，在缩短病程、防止复发等方面优于西药治疗。

【病案举例】

1. 黄某，女，6岁。因双下肢紫癜反复发作40天收住院。患儿40天前无明显诱因双下肢渐见紫癜伴膝部肿痛、手足背肿胀、阵发

性腹痛，曾在某儿童医院明确诊断为“过敏性紫癜”，予激素、维生素C、阿司咪唑等治疗，关节痛、腹痛消失，但紫癜反复出现，叠进疏风清热凉血等剂不能根治，近2天来紫癜再次出现，遂就诊本院。诊见：双下肢紫癜稍高出皮面或融合成片，色紫暗，伴神疲乏力、纳差、大便溏、舌淡、苔薄白，脉细，实验室检查：血小板计数，出凝血时间均正常。辨证属气血亏损，统摄无权，复加病久入络，血不归经，治宜健脾益气，活血化瘀，药用生黄芪25g，川芎、桃仁、红花各5g，干地龙15g，生地、山药、党参各10g，水煎服，日1剂，服3剂，紫癜渐消，守方继服15剂，诸症消失，随访1年，未见复发。[1]

按：《灵枢·决气篇》曰：“中焦受气取汁，变化而赤是谓血”。小儿脾常不足，长期服用寒凉之品，脾胃之气受损，不惟气血生化不足，且统摄失职，故中焦脾胃不能生血和摄血。病程迁延，久病入络或气虚不能行血，造成局部血流凝涩，脉络瘀阻，血不循经而外溢皮下。故治当健脾益气、活血化瘀，方选补阳还五汤斟加山药、党参之品，药证合拍，故而有效。

2. 张某，女，12岁，1993年4月11日就诊。皮肤紫癜反复发作2个月余，虽住院经西药治疗，但效果欠佳，故转请中医诊治。诊见皮肤紫癜，以四肢为多，呈对称性分布，其色淡暗，压之不褪色，多在活动后加重：伴见面色萎黄，肢体倦怠，时时汗出，关节疼痛，小便可见肉眼血尿，纳差，便溏，舌质淡，舌边有瘀点，脉细涩。实验室检查：血小板计数及出凝血时间均在正常范围。诊为过敏性紫癜。详审其证，当属气虚血瘀。治以益气活血、化瘀通络，拟补阳还五汤加减：黄芪30g，当归、赤芍、地龙、丹参各12g，桃仁、川芎、川牛膝各9g，红花3g，三七粉（冲服）1.5g，水煎服，每日1剂，早、晚分服，用药3剂，紫癜始退，汗出亦轻，效不更方，再进6剂，紫癜消退，精神转佳，但面色仍黄，遂处以归脾丸2瓶，以善其后。随访2年，未见复发。[2]

按：本例患者，脾胃素虚，又反复治疗，伤于药邪，脾胃未健，反致久病成瘀，属气不摄血、血溢脉外，瘀积肌肤所致，气虚为本，血瘀为标，故用益气活血法而收良好效果，并且后期用归脾丸，仍以

顾护脾胃为要。

第二节 小儿急性偏瘫

小儿急性偏瘫是后天获得的一种神经系统综合征，多起因于各种感染，也可因惊厥后脑损伤、心脏病变、颅脑损伤、脑血管畸形所致，其病理变化为脑血管出现狭窄或闭塞。中医学认为小儿急性偏瘫乃感受风邪或湿热之邪，并流入经络，导致相应部位的经络闭阻，气滞不行，血瘀不通，进而使气血亏损，筋脉失养，产生肢体瘫痪，口眼歪斜等症。

【病案举例】

患儿杨某，男，5岁半，初诊以高热10天（T 39～39.5℃），惊厥3天，伴嗜睡，吞咽困难，左侧肢体偏瘫，大便5天未解，舌质红，苔黄燥，脉弦数，病理征阳性。因病儿来自农村，就诊前在乡私人诊所已治疗5天，病情加重后才转来我院治疗。入院后查体：体温39.5℃，心率120次/min，呼吸26次/min，听诊双肺呼吸音略粗，未闻及干湿罗音及哮鸣音，双侧瞳孔等大，对光反射减弱，左侧病理征阳性。血常规示：淋巴细胞增高、白细胞总数增高。请神经内科医生会诊，诊为病毒性脑炎所致小儿急性偏瘫。治疗西药给予青霉素、低分子右旋糖酐、激素及口服维生素B、ATP等。配合中药补阳还五汤加味治疗，因大便干燥加生大黄5g，5剂后患儿惊厥停止，高热降低（T 38～38.5℃），大便解出羊屎状便。以上方去生大黄，再进5剂，高热嗜睡消失。此时停西药抗生素等继服中药20剂后，患儿病理征消失，左侧偏瘫功能恢复。患儿出院带中药10剂回家，并嘱家属帮助患儿进行肢体功能锻炼，配合针灸理疗治疗。3个月后患儿肢体功能全部恢复。1年后随访，患儿生长发育正常。[3]

按：本例小儿急性偏瘫以中西医结合治愈，西医用常规药物治疗，中医辨证施治，切中病机，以补阳还五汤为主，将补气、活血化瘀和疏通经络结合运用，方中重用黄芪补气，使气足而血行，经络通畅，配合归尾、赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀，地龙通络，共同起到补气活血、逐瘀通络的作用。故用此方治疗小儿急性偏瘫较单纯

西药治疗其效更佳。本病的早期治疗在补气、活血、通络的同时，应注重清热化湿，如选用金银花、黄芩、葛根、苍术等药，可使疗效增强。现代医学研究证明，黄芪有调节免疫功能及强壮作用；桃仁、红花可扩张血管，增加外周血流量；当归、赤芍、川芎能抑制血小板聚集；川芎能改善软脑膜微循环和外周循环，明显增加脑血流量，减轻脑水肿和微血管内纤维蛋白原沉积，修复变性的神经细胞树突和保护动脉内皮细胞。此外，活血化瘀药尚有抗组织缺氧作用，并有助于结缔组织软化吸收。这些研究结果均为我们的有效治疗提供了可靠的理论依据。

第三节 小儿脑瘫

小儿脑瘫，又称小儿脑性瘫痪、大脑瘫痪、儿童脑瘫、简称脑瘫（CP）。是出生前到出生后大脑发育时期非进行脑损伤所致的综合症，主要表现为中枢性运动障碍及姿势异常。病位在脑，累及四肢，表现多样，可伴有智力低下、惊厥、听觉和视觉障碍、行为异常等，是儿童致残的主要疾病之一。属中医学的“五迟”、“五软”、“五硬”范畴（以肌肉痿软为主属于“痿证”；以智力低下为主属于“痴呆”）。

【病案举例】

沙某，女，17个月，于2000年3月初诊。第一胎第一产，产钳助产。生后有头颅血肿、尖叫、阵发抽搐，诊为“新生儿颅内出血”住院10多天后出院。至今坐不稳、不会爬、不会站立、行走，不会说话。近2个多月发作四肢抽搐2次。体检：神志清楚，运动功能相当于5~6个月。坐不稳、能腹爬但不会四肢爬，不会站立、行走。四肢肌张力增强，膝腱反射亢进、轻度尖足、巴氏征（+），舌暗红，苔薄白，指纹紫滞。曾行脑CT检查，提示广泛皮质轻度萎缩。西医诊断：脑瘫（痉挛型）。中医诊断：五迟。结合新生儿颅内出血史，证属瘀血阻窍、筋络不通。治疗宜活血化瘀、舒筋通络。方用补阳还五汤合通窍活血汤加减：桃仁、丹参、赤芍、牛膝、地龙、路路通、益智仁、续断各9g，三七粉1g（另冲），红花4g（后下），川芎、归尾各6g，黄芪15g，五灵脂5g。每日1剂，煎服。并用王不留

行籽贴压耳穴、脑、皮质下、耳尖、肾、肝。治疗3个月后，病情好转，未再抽搐，肌张力有所下降。改丸剂，用桃仁、牛膝、益智仁、巴戟天各35g，红花20g，当归、赤芍、白芍、川芎各30g，丹参40g，五灵脂、穿山甲各25g，黄芪80g，三七10g，少许麝香。炼蜜为丸，每丸4g，每次1丸，1日2次。并配合按摩、练习爬行。又治疗4个多月，能坐、能站立、能爬行，扶着能走路，肌张力基本正常，巴氏征（-）[4]。

按：新生儿颅内出血、窒息、产伤以及异常分娩，如胎头吸引、产钳助产、剖腹产等是小儿脑瘫重要病因。这些疾病因出血、缺血、缺氧、外伤而产生瘀血病理产物，瘀血阻滞心窍则智力失聪；阻滞经络、筋脉不通则筋肾无力，肢体运动障碍而出现五迟等脑瘫症状。这些有明显瘀血的脑瘫可称为“瘀瘫”。治疗应活血化瘀、舒经通窍、壮肾强筋，本病例用补阳还五汤合通窍活血汤加减，其中桃仁、红花、丹参、赤芍、川芎、归尾、五灵脂、三七粉活血化瘀通窍；牛膝、地龙、路路通疏经通络；黄芪、益智仁、续断补气益肾壮骨。配合王不留行籽“耳穴压豆”，既有药物的活血通瘀的作用，又有脏腑穴位的刺激兴奋、调节阴阳作用。

第四节 小儿视神经脊髓炎

视神经脊髓炎，又称Devic病或Devic综合征，是视神经和脊髓同时或相继受累的急性或亚急性脱髓鞘病变。其临床特征为急性或亚急性起病的，单眼或双眼失明，其前或其后数周伴发横贯性或上升性脊髓炎。急性严重的横贯性脊髓炎和双侧同时或相继出现的球后视神经炎是本病特征性的临床表现，可在短时间内连续出现，导致截瘫和失明。中医无相关记载。

【病案举例】

司某，女，12岁。8个月前出现双下肢痿软，以右下肢为重，不能行走，右眼视力下降仅存光感，在儿童医院神经科住院，诊断为视神经脊髓炎，给与激素、多种钙等治疗后症状稍有缓解。1周前无明显病因，双下肢痿软加重，右下肢更甚，活动不利，麻木发胀，四肢

发凉，伴有汗多、纳差、夜尿频、每夜4次，大便不畅，一周一行，西医给以加大激素用量后，症状无改善（近半年来激素一直未停用），于1994年9月28日前往刘老处就诊。查体：患儿面色㿠白，双手细长、冰凉，双下肢痿软，由其父背来就诊，舌淡苔薄白，脉沉缓无力。

刘老认为该患儿属病后阳气虚损、气虚血瘀、经络痹阻而致痿症，用补阳还五汤为主加减以益气活血通阳。方药：黄芪20g，当归15g，赤白芍各20g，炙甘草10g，鸡血藤15g，丹参15g，黄精10g，制附片6g，干姜6g，地龙10g，12剂药后，患者自觉双下肢凉感减轻，仍不能行走，纳食增加，夜尿减至每夜2次，大便由一周一行增至二日一行，仍感下肢软，四肢发凉，汗多，方药对症，病情缓解。上方黄芪20g增至30g，附片增至10g，以增强温阳益气之力，加用牛膝15g，木瓜15g，引药下行，活血通络，再服12剂。药后，右下肢有力，在家属搀扶下能缓慢行走几步，但容易疲劳。肢体麻木减轻，右眼已能看见处方中较大的字迹，夜尿每夜1～2次，纳食增、睡眠佳，但仍四肢发凉多汗、舌淡、质嫩、苔薄白腻，脉缓无力。前方加肉桂6g、熟地15g，减木瓜、炙甘草，增加温阳补肾之力，12剂。1994年11月10日四诊，患者能自行行走，活动自如，但容易疲劳、汗多，手足发凉有所改善，右下肢略有麻木感，纳增、体胖，就诊：近1个月来，体重增加3.5kg，夜尿每夜1～2次，大便通畅一日一行。激素逐渐停用，药用：上方减牛膝、丹参，加太子参、生牡蛎以益气温阳，补肾固本，调理善后。1994年12月7日，配用刘老自制成药健宝。1个月后，其母来代述，患者已能步行上学，视力好转，纳增，睡眠佳，夜尿减少，手足麻木消失，但上肢仍发凉。[5]

按：中医的特色是审因论治，临床用药也是药味少而精，直中病因，切中要害，疗效颇著。本患儿下肢痿软，伴面色㿠白，四肢不温、多汗、夜尿频、大便不畅，肾阳虚损为本，气血瘀滞为标，首先益气活血、温阳，使肢体症状得以缓解，后期逐渐减少活血通络之品，侧重温阳补肾，以治其本。

第五节 小儿中风

小儿中风临床并不罕见，其病因病机、症状与成人中风有相同之处，又有小儿独特的生理病理特点。小儿稚阴稚阳之体，脏腑未充，形体不满，更易被邪所侵。《太平圣惠方》卷八十三："小儿中风不随者，因风邪中于肢节，客于筋脉。若风挟寒气者，即拘急挛痛；若挟于热者，则缓纵不随。"气血不足，脉络空虚，风邪入侵，气血痹阻，筋脉失于濡养则㖞僻不遂。症见，形体羸弱，㖞僻不遂，声低语怯，身倦神疲，面色㿠白，舌淡苔白，脉虚细。治宜补益气血，祛风通络。

【病案举例】

林某，女，2岁半，1985年8月13日初诊。患儿于8月6日晚，宿于院中水泥地上，次晨见口眼歪斜，右半身不遂，即往某医院门诊治疗，1周，未见好转，求诊于肖老。时下，患儿形体瘦弱。口眼稍歪，右半身不遂，手不能握，足跛易跌，言謇语怯，静而少动，纳呆便溏，舌淡体胖，苔薄白，脉虚细，右沉涩。诊为中风（中经络）。证属：脾气先虚，生化无源，气血不足，风中经络。治宜补气健脾，养血祛风通络。处方：生黄芪15g、白术9g、云苓20g、当归6g、地龙3g、桃仁3g、红花3g、川芎6g、僵蚕6g、全虫3g、肉桂3g、甘草3g。水煎服，日1剂。上方出入20余剂，诸症消失。1986年春节随访患儿一切正常无后遗症。[6]

按：中风，是内科常见病，多发于40岁以上的人。但其发病并不受年龄的限制，小儿同样可以发生，非罕见之证。小儿因脏腑、气血、形体皆脆弱不足，适应能力及防御能力较差，易于感受外邪。如《温病条辨·解儿难》中说"脏腑薄，藩篱疏，易少传变，肌肤嫩，神气怯，易于感触"。其病理以气血不足，肝脾肾诸虚为本，风痰闭阻为标。痰多源于内，起于脾；风有内风、外风，内风因于肝，根于肾，诱发于外；气血诸脏之不足，除小儿本身生理特点外，与后天失调有关。治疗上急性期，实证可祛风化痰，清热涤痰，醒脑开窍，活血化瘀，祛风散邪等；虚证多育阴潜阳，平肝熄风，补益气血等。恢复期不忘健脾、固肾、调肝。在用药上药量宜轻，药味不可繁杂，忌

猛浪、峻寒、大热之品，苦药多伤胃，味重伤形，峻猛之品伤气血，要注意保护小儿蓬勃的生机。

第六节 新生儿硬肿症

新生儿硬肿症（新生儿寒冷损伤综合征）是指新生儿期由多种原因引起的皮肤和皮下脂肪变硬和水肿、全身反应低下的一种严重疾病，是新生儿死亡的重要原因之一。常见病因有寒冷损伤、感染或早产引起，其中寒冷损伤为最多见。主要表现为拒乳、反应低下、表情淡漠、嗜睡、不哭或哭声低弱、全身灰凉、体温不升、心率缓慢、心音低钝等。本病属于中医“新生儿硬肿”、“瘀证”范畴，多因寒凝致血瘀引起。

【临床应用】

喻氏[7]等运用补阳还五汤和真武汤治疗新生儿硬肿症108例进行临床对比观察。方法：将108名患儿随机分为两组，补阳还五汤组60例，真武汤组48例，治疗方法包括复温、严密监护、合理供给热量、控制感染、纠正酸中毒、抗休克等综合措施。补阳还五汤组在上述治疗的同时服用补阳还五汤（黄芪10g，赤芍5g，川芎5g，当归5g，地龙2g，桃仁3g，红花3g），每日1剂，加水200ml，煎至20～30ml，分2次温服，不能吸吮者经鼻胃管注入；真武汤组服用真武汤（熟附子2g，茯苓5g，白术5g，白芍5g，干姜3g），煎服法同补阳还五汤组。结果：补阳还五汤组总有效率78.33%，真武汤组总有效率60.41%，两组总有效率比较有显著性差异（$X^2=4.11$，$P<0.05$）。认为补阳还五汤组硬肿消退及体温恢复正常时间均较真武汤组缩短，综合疗效优于真武汤组。

【病案举例】

患儿钟某，6天，贵州人，2001年12月3日初诊。患儿系第一胎，足月顺产，院外土法接生。因为张口不开，吮奶困难而来本院就诊，拟“新生儿破伤风”收住入院。体格检查时发现患儿背部、腰骶部、臀部及双下肢均存在硬肿，硬肿面积达40%。当即给予破伤风抗毒素及抗感染、复温、支持等处理。入院第二天家属在保暖过程中不慎将患儿右下肢烫伤，造成右大腿外侧4 cm×5 cm面积的深Ⅱ°

烫伤，经过1周住院治疗，患儿的破伤风症状明显好转。但臀部以下的硬肿无改善，由于硬肿致使局部血液循环不良，右腿的烫伤疮口呈苍白凹陷，迟迟不能愈合，由于经济原因家属要求出院。无奈中配予中药2剂。方用补阳还五汤加减：黄芪20g，当归10g，赤芍、川芎、桂枝各6g，红花、附子各3g，嘱水煎后取少部分小量多次口服，其余药汁趁热熏洗双下肢硬肿部位，每日1剂，熏洗3次。2天后复诊，患儿下肢水肿明显消退，肌肤体温变暖，质地变软，右腿的烫伤创口明显变浅，渐趋愈合。守前方再投4剂，用法同前。每2天来院疮口换药。三诊时患儿的硬肿症状完全消失，烫伤疮口基本愈合。[8]

按：新生儿硬肿症的发病机制为新生儿皮下脂肪含不饱和脂肪酸少，体温调节功能不全，血液中红细胞多，当遇到寒冷等因素致皮下脂肪凝固时，血液流动缓慢，引发硬肿症。中医辨证为寒凝气滞血瘀，故用补阳还五汤加减治疗。黄芪补气升阳，托疮生肌，利水退肿；附子温阳散寒；桂枝温阳通脉；红花、赤芍、当归、川芎活血化瘀，可抗血小板聚集，对聚集的血小板有解聚作用，还能扩张小动脉，改善微循环。诸药并用，共奏温阳散寒、行气通脉、活血化瘀、利水消肿之功。

参考文献

[1] 许德军. 补阳还五汤儿科运用举隅. 陕西中医，1998，19（4）：175

[2] 闫燕. 《医林改错》方药治疗儿科疾患验案举隅. 河南中医药学刊，2000，15（6）：54

[3] 张新生. 补阳还五汤治疗小儿急性偏瘫. 中国中医急症，2000，9（5）：240

[4] 余定辉. 小儿脑瘫辨治体会. 实用中医药杂志，2001，17（1）：34

[5] 邹萍，刘韵远. 治愈小儿视神经脊髓炎1例. 北京中医，1998（5）：6

[6] 吴燕燕，肖洪涛. 肖成老中医治疗小儿中风的经验. 实用中医内科杂志，1997，11（3）：29

[7] 喻康野，黄新华，黄琪. 补阳还五汤和真武汤治疗新生儿硬肿症临床对比观察. 吉林中医药，2000，（1）：31

[8] 郁萍. 新生儿硬肿症验案2则. 山西中医，2004，20（4）：7

第七章

男科病证

第一节　不射精证

不射精症，又称射精不能，指性交时没有精液流出，也没有性高潮，它是射精障碍的一种表现，在男子性功能障碍中较为常见。不射精症可以造成男子不育，这种病人很大一部分是以治疗不育症为目的前来就诊。临床常见的不射精症多是精神性的，极小部分是由于器质性因素所造成。

【病案举例】

1. 许某，34岁，农民。1990年8月25日诊。已婚年余不育。同房阴茎勃起正常，但久不泄精，阴部刺痛难忍，数小时后自行痿软。伴头昏、气短、乏力、小便不爽且坠胀。曾服参桂鹿茸丸、男宝等成药罔效。查前列腺不肿大，外生殖器无畸形，睾丸大小正常，舌淡，边缘有齿痕与瘀点，脉涩。辨为气虚血瘀证。方用补阳还五汤加味：黄芪60g、党参15g、当归10g、赤芍10g、川芎10g、桃仁8g、地龙15g、红花8g、淫羊藿10g、威灵仙10g、炮山甲10g。服药8剂后，同房有精液射出。随访夫妻和睦，生育一男一女。[1]

2. 刘某某，男，32岁，1989年11月12日初诊。主诉性交射精障碍近2年。起初量少，渐至无精射出。性交不仅无快感，且事后觉阴部憋闷不适约1h许，次日即感精神疲惫，少气懒言，伴有自汗，近日来其症状日趋加剧。诊见面色晦暗无泽，舌质暗淡无苔，脉象细涩。诊断不射精症。证属气虚血瘀为患。治宜益气活血通络开窍，投补阳还五汤治之。黄芪60g、川芎10g、当归15g、桃仁10g、赤芍15g、地龙12g、水蛭3g、穿山甲10g。以上方调治1个月余，服药36剂，性生活恢复正常，诸恙悉除。[2]

按：不射精是指性交过程中不能排出精液的一种病证。一般多无器质性病变，以血瘀精阻为其病理基础。本病在中医无明确病名，但从辨证看当属气虚血瘀。久病入络，精窍闭塞，故服用纯补壮阳之药于病无益，徒添瘀邪。“精瘀血亦瘀，血活精自通”，故投以补阳还五汤，重用黄芪益气以运血行，桃仁、当归、川芎、赤芍活血化瘀以通络，水蛭、山甲、地龙逐瘀搜络以通精窍，共奏行气祛瘀通络开窍之功，则其症自愈。

第二节 慢性前列腺炎

慢性前列腺炎是男性中壮年常见的生殖系疾病，病因多由肾虚、湿热以及瘀血、痰、火等所致。临床症状常可表现为少腹、会阴及睾丸坠痛、尿频尿急、排尿不畅，或有尿道灼热感、尿道口有白色黏稠液溢出。肛门指检：前列腺稍增大，有压痛。前列腺液混浊。慢性前列腺炎多属于中医“淋证”、“精浊”、“血精”等范畴。

【临床应用】

黄氏[3]应用补阳还五汤化裁（治疗组）治疗前列腺炎30例，设对照组用传统程氏萆薢分清饮，两组均不用西药，结果显示：治疗组总有效率为96.7%，对照组总有效率为88%。周氏[4]等运用补阳还五汤加减内服，配合自拟紫草汤保留灌肠治疗慢性前列腺炎60例，总有效率88%。紫草汤的运用为：紫草、皂角刺各20g，羌活、川芎、白芷、五倍子各15g，乳香10g。常规水煎取汁100ml，温热灌肠。

【病案举例】

1. 患者，男，67岁，退休工人，1992年10月21日初诊。自述1984年3月起觉排尿困难，有时点滴而下，少腹、会阴、腰骶、腹股沟等处间歇性胀痛，常伴有头晕乏力，活动时则气喘胸闷。尿常规检查：脓细胞（+），白细胞（+），红细胞少量。B超检查：前列腺包膜不清，其内可见0.8cm强回声光点伴弱声，提示前列腺炎。前列腺液检查：红细胞少量，白细胞少量，卵磷脂体少量。经服前列康片3年余及服清热利尿、健脾补肾、软坚散结中药150余剂，近日因排尿不畅，点滴而下，行留置导尿缓解，头晕乏力加重，稍劳累后少腹、会阴、腰骶部、睾丸坠胀牵痛，痛苦难忍。有冠心病、高脂血症病史。诊见形体疲倦，稍活动即气短。舌质淡，苔薄白，脉弱而涩。属劳淋，脾肾不足，气虚瘀滞。拟补阳还五汤加味：治疗：生黄芪60g，当归、桃仁、川芎、赤芍、白芍、淫羊藿、巴戟天各10g，泽兰、益母草、川牛膝各15g，红花3g，山楂、茯苓各30g。每日1剂，分2次温服。水蛭、土鳖虫、蜣螂各3g研粉，每日分2次吞服，7剂。服后小便尚通畅。继服7剂，少腹、睾丸、会阴等处胀痛消除，排尿通畅，头晕、胸闷、气急均好转。继服前方1个疗程，多年之苦告愈。[5]

按：老年性慢性前列腺炎的病因病机是肾气亏虚，久病伤肾；或劳伤过度，房事不节；或肝失疏泄，气机不调，气血运行不畅，久而成瘀；或湿热之邪蕴结于下焦，气血运行不畅，久病必瘀，久病必虚。补阳还五汤有益气活血化瘀，宣畅经络之功。方中大剂量黄芪补气，气旺则血行，气旺则水行；泽兰、益母草、川牛膝既能活血化瘀，又能通经行水，与当归、川芎、红花、桃仁、赤芍等活血化瘀药配伍，祛瘀又不伤正；水蛭、土鳖虫、蜣螂软坚散结；茯苓健脾渗湿利尿。全方具有益气活血、化瘀利尿、软坚散结之功。

2. 王某某，男，40岁，2002年3月12口就诊。自述3年前不明原因出现尿频、排尿不爽，排尿后有时有白色分泌物溢出，腰骶部及小腹胀痛，到我院皮肤科就诊查前列腺液，有大量白细胞及少量脓细胞，卵磷脂小体少许。诊断为急性前列腺炎，经治疗（用药不详）后好转，但后又经常发作，有时还出现腹股沟区疼痛，经多方治疗无效，遂到我处就诊。自述自己是名驾驶员，没有冶游史，现仍有尿

频、排尿不爽、腰骶部及小腹胀痛等症状。查前列腺液仍有少量白细胞，卵磷脂小体（＋＋），舌质紫暗，脉微细。余认为此患者因气虚而致血行不畅，血脉瘀阻而发病。用补阳还五汤加减治疗，药用：生黄芪60g，当归8g，川芎15g，桃仁15g，红花10g，赤芍15g，地龙15g，山甲珠10g，川牛膝18g，虎杖30g，白花蛇舌草30g，败酱草18g，车前子30g（包煎），萆薢15g，台乌15g，八月札15g，甘草6g。服药5剂后症状减轻，后又加减治疗3个月而痊愈。随访王某，未发。[6]

按：本案患者舌质紫暗，脉微细，说明患者并非湿热、肾虚、痰火等引起，而是长期长途驾驶，久坐伤气，气虚不能运血，血行不畅，血脉瘀阻所致。《内经》云“不通则痛”，故患者腰骶部及小腹胀痛。由于患者气虚血瘀，影响膀胱的气化功能，故患者尿频、排尿不爽。治疗用补阳还五汤加上山甲珠，增强了原方的穿透、活血、通络之效；虎杖、白花蛇舌草、败酱草清利下焦之湿热；台乌、八月札可以疏肝理气，活血止痛；萆薢、车前子可以利尿通淋。

第三节　前列腺增生症与前列腺痛

一、前列腺增生症

前列腺增生症是男性老年人常见病、多发病，西医病因尚未十分明确，目前认为与衰老、内分泌失调有关系，随着年龄增长，发病率升高。临床以小便无力、排尿困难、尿频或尿闭为主症，多见昼夜尿频、尿急、尿痛、尿流细，排尿困难，淋漓不尽，B超或彩超提示均有不同程度前列腺回声不均质等炎性征象，部分病例前列腺Ⅰ°～Ⅲ°增生及提示前列腺液、尿液检查异常。前列腺增生症属于中医学“癃闭”、“小便不通”、“淋证”等范畴，中医认为该病多由年迈体弱，气血不足，肾阳亏虚，瘀血败精，瘀阻膀胱，日久致腺体增生所致。

【临床应用】

覃氏[7]用补阳还五汤加味治疗本症48例，用药黄芪60g，归尾、

地龙、川芎、田七各10g，赤芍、王不留行、鱼腥草各15g，红花8g。每日1剂，取汁300ml，上下午各服150ml。另设对照组12例观察，用药己烯雌酚1mg，诺氟沙星200mg，每日3次。2个疗程后，治疗组显效32例，有效13例，无效3例，总有效率为93.78%；对照组显效7例，有效2例，无效3例，总有效率75%。两组疗效著差异显著。李氏[8]用本方治疗前列腺增生70例。药用黄芪、当归、赤芍、川芎、地龙、桃仁、红花、杜仲、肉桂、夏枯草、浙贝母、海藻、昆布、川牛膝、车前子、萹蓄。每日1剂，水煎分3次服，15天为1个疗程。伴尿路感染者加蒲公英、金银花、野菊花、黄柏；伴尿潴留者加琥珀、白茅根；血尿者加地榆；大便秘结者加火麻仁、大黄。结果：服药1~5个疗程后42例显效，18例好转，10例无效，总有效率为85.7%。

【病案举例】

1. 刘某，男，35岁，1996年9月18日初诊。主因小便不畅1年加重伴失眠3个月就诊。自觉头痛、头晕、恶心，经卧床休息、禁食、静脉补液及脱水治疗，患者病情缓解。近3个月来小便量少，失眠症状加重，伴失眠、乏力、记忆力下降、纳差，舌淡暗，苔薄白，脉弦涩。经本院泌尿外科检查：前列腺增生。治拟补气活血、通络，方以补阳还五汤化裁：黄芪100g，川芎15g，赤芍15g，当归尾12g，地龙12g，桃仁6g，红花6g，丹参12g，王不留行15g，炮甲珠12g，淫羊藿6g，6剂，水煎，每日1剂，早晚分服，6剂后患者症状明显改善，效不更方，继原方服用6剂，各种症状消失，小便恢复正常，又嘱患者服用4剂以巩固疗效。半年后随访诸症未发。[9]

2. 王某，男，67岁，1998年11月25日初诊。主因小便量少而不畅3年，加重1个月就诊患者于3年前无明显诱因出现小便量少而不畅，经外科检查诊断为老年前列腺增生，曾口服西咪替丁症状改善，近1个月来因劳累上述症状加重；时欲小便而不及出，时断时续，有时小便不能控制，伴精神疲惫，小腹坠胀，腰困痛，纳尚可，舌质紫暗有瘀斑，脉细涩，肛门指检提示：前列腺增生。中医诊断为“癃闭”，治以补气健脾，化瘀通络。予以补阳还五汤加味，黄芪10g，当归尾15g，地龙15g，川芎9g，桃仁10g，红花10g，白术

12g，茯苓15g，田三七10g，王不留行15g，赤芍15g，鱼腥草10g，益母草10g，6剂，水煎服，日1剂，早晚分服。二诊：患者小便不畅症状改善，自觉小腹坠胀，腰部冷痛，故前方加入乌药、仙茅以温阳化气，利小便，6剂。三诊：上述症状消失，随访半年未见复发。[9]

按：西医治疗该病药物疗效有限，只能暂时缓解病情，而手术治疗虽为较佳办法，但手术后后遗症较多，因此，中医药治疗更显出其优越性。根据中医学“久病入络”、久病必瘀”、“痛则不通”等理论，借王清任《医林改错》重黄芪配甘草（黄芪甘草汤）治疗“老年人溺尿玉茎痛如刀割”的经验，以补阳还五汤功能益气活血，化瘀通络治其本虚，而临证选用田七、鱼腥草、王不留行籽等治其标实。编者认为，无论是近期疗效还是远期疗效看，补阳还五汤一类的中医药对前列腺增生的治疗有显著优势，值得临床进一步研究和探索。

二、前列腺痛

前列腺痛多见于20～45岁的成年男性。病因尚不明确。多认为前列腺内尿液反流引起的前列腺化学性损伤或前列腺微结石并发感染是重要发病原因。而情绪紧张、寒冷刺激、膀胱过度充盈、频繁手淫等可诱发或加重病情。该病临床表现与慢性前列腺炎类似。常易误诊。典型病例主诉会阴、肛周、睾丸、阴茎痛。尿道不适。耻骨上、腹股沟区、下腹部、腰骶部坠胀疼痛等与排尿无关的“盆腔痛”。Meares法分段尿定位检查及前列腺液常规加培养阴性。亦无尿路感染病史。抗生素治疗无效为其特征。

该病以“疼痛”为主症，且部位固定，呈隐性钝痛或针刺样痛。与中医学瘀血症病理特点相吻合。病程较长，反复发作，符合中医学“久病入络”、“久病必瘀”之说。因此，认为瘀血阻络、气机失调、气滞血瘀是前列腺痛的中医病理机制。久病不愈，正气损伤，加上患者有下腹、腰骶部坠胀、尿有余沥等症。提示为虚实夹杂之证。治宜益气活血，化瘀通络止痛。用补阳还五汤合芍药甘草汤加味：生黄芪60g，当归15g，赤芍15g，红花、桃仁、川芎、地龙、延胡索各10g，

白芍30g，炙甘草10g，三七粉（冲服）5g，浙贝母10g。水煎服，每日1剂。方中重用黄芪、当归益气养血活血，赤芍、红花、桃仁、地龙化瘀通络，延胡索、川芎行气活血，三七粉化瘀止痛，芍药、甘草缓急止痛，诸药配伍既能镇静、解痉、止痛，又能通过扩张血管，降低血管阻力和血液黏度，改善血液流变性，进而改善前列腺微循环达到治疗目的。[10]

第四节 尿失禁

尿失禁是由各种原因引起的间断性和持续性不自主溢尿，本质上是膀胱潴尿功能障碍的表现。本病可由多种原因引起，前列腺疾病或者术后亦常见。尿失禁属于中医“小便不禁”范畴。

【病案举例】

巴某，男，65岁，1992年2月22日初诊。尿失禁2个半月。患者患前列腺增生，4个月行前列腺摘除术，术后排尿不畅，多次尿道扩张无效。行尿道造影检查，结果为部分尿道狭窄，用导尿管3日后出现尿失禁，曾用中药缩泉丸、针灸治疗效果不佳。膀胱镜示：未见梗阻物，精阜清晰可见，检查意见：真性尿失禁。症见尿液不能自控而外溢，少腹重胀，身倦少气，面容暗褐憔悴，夜寐不宁，口干不欲饮，大便先干后溏，尿常规正常。舌质紫暗布有瘀点，舌苔薄，脉细涩。证属气虚血瘀。治以补气活血化瘀，宗补阳还五汤加味。处方：黄芪60g，赤芍、当归各12g，地龙、桃仁、红花、川芎、桔梗各6g，熟地15g，7剂。复诊：服药后尿液自溢好转，稍有约束，精神较前振作，守方服至35剂后，尿液基本能够自控，惟在有尿意时，如咳嗽、登高持重物，则溢出少量尿液。

按：本例中尿失禁的治疗，非单纯固涩之法，而是依据病史，审证求因，辨证论治。患者老年男性，经由手术和后续治疗，损伤人体正气，气不摄津，尿液不固，舌脉又有血瘀之征，故将补阳还五汤化裁加味治疗。取大剂量黄芪以补气，川芎、赤芍、当归、地龙、桃仁、红花活血化瘀，佐以桔梗开提气血，熟地益肾填精，可使气旺血行，故小便得以控制。[11]

第五节 勃起功能障碍

勃起功能障碍即阳痿，是男性性功能障碍中最常见的疾病。临床以性交时阴茎不能有效勃起或不能有效维持勃起为特征。本病在中医中属于“筋痿”、“阴痿”范畴。相关论述较为丰富，总属肾阳不足、气滞血瘀论治。

【临床应用】

贾氏[12]用补阳还五汤配合胰岛素降糖治疗糖尿病阳痿30例，60例病人均为2型糖尿病，有阳痿主证，分为治疗组和对照组，每组30例。治疗组服用补阳还五汤，对照组用前列腺素、维生素、阿司匹林等常规西药，结果：治疗组治愈18例，好转8例，无效4例；对照组治愈9例，好转8例，无效13例，两组有显著差异（$P<0.05$）。

【病案举例】

1. 罗某，男，28岁，已婚，干部。1991年10月2日诊。患者诊断为阳痿2年余，无明显诱因。曾在省某医院诊为“血管源性阳痿”。要求施行阴茎海绵体血管重建术，患者不同意手术，求治于中医，曾服补肾壮阳、滋阴、疏肝、利湿等方药不效。刻诊：神疲乏力，懒言，阴部常有凉感，舌淡体胖大、苔薄白，脉沉涩。证属气虚血瘀，阳气被阻，治以补气活血，疏络通阳。方用补阳还五汤加味：黄芪60g，人参10g，当归、桃仁、红花、地龙、香附各15g，川牛膝、川芎各30g，赤芍20g，水蛭6g，水煎服。6剂后，阴茎已能勃起，但举而不坚，续服8剂，勃起明显增强，阴部凉感消失，后以上方去水蛭合肾气丸调治月余，诸症皆除。夫妻同房正常，随访1年无任何不适。[13]

按：阳痿一病，临床证见多端，本案属气虚血瘀之证。气虚瘀血阻络，阳气不通则阴部常有凉感，非阳虚之证。阳气不能下达，则为阳痿。治以益气活血以通阳，气行血行，瘀血一除，络脉通畅，阳气自达。以补阳还五汤加大补元气之人参，破瘀血之水蛭，川牛膝引气血下行，香附调畅气机，药证相应，故疗效立见。

2. 高某，男38岁，教师，1992年2月19日初诊。患者精神不振3年，性冷淡，阳事不举2年；曾服用雄狮丸、三鞭丸、一枝刘等药无效；1年前曾于阴茎海绵体注射酚妥明，效亦不满意。刻诊：精神萎靡，头昏沉欲寐，语言低沉，每到下午4点钟眼睛就睁不开，必须睡觉，难胜教学任务，腰酸，四肢困倦，稍动则汗出，气短不能接续，面色㿠白，胃纳尚可，舌暗苔白，脉沉无力。诊为气虚血瘀，阴茎血液循环不良。试投补阳还五汤加减。处方：黄芪80g，当归15g，川芎10g，水蛭6g，红花10g，赤芍15g，蜈蚣3条，马钱子0.2g（冲），红参10g（炖服），10剂，水煎，每日1剂，分2次服。二诊：精神大振，疲乏明显好转，头脑也较前清醒，每天能坚持到晚8点钟睡觉。上方黄芪改为100g，加全虫10g，再服15剂，已恢复正常教学工作。前方不变又服35剂，一切症状消失，性生活恢复正常。上方扩大4倍为末，装“0”号胶囊，每日3次，每次8粒，以巩固疗效。[14]

按：阳痿一症，治疗多以下焦，或滋肾阴，或壮肾阳，或清利湿热。本例抓住神靡多睡，舌暗主症，辨为气虚血瘀。用补阳还五汤加强壮神经的蜈蚣、马钱子等药，取得了满意疗效。

3. 张某，男，26岁，郊区农民，1999年9月15日初诊。主诉：阳事不举3个月余。缘患者于3个月前，在田间劳动时不慎被扁担击中下腹部及外阴部，此后阳事不举，先后请数位中医就诊，皆认为肾虚，均于温肾壮阳之药治疗，效果不显而来就诊。症见阳事不举，精神不振，面色不华，微汗出。下腹时痛，舌暗红，苔薄白，脉细。诊为阳痿，证属气虚血瘀，予补阳还五汤加减，处方：黄芪30g，当归、桃仁、赤芍各10g，延胡索、田三七各9g，红花6g，甘草3g。服药7剂后，下腹不痛，阴茎能勃起但不坚，舌脉同前。上方去延胡索、田三七，加丹参、枸杞、何首乌各15g，再进14剂后，阳痿治愈，婚后育一女孩。

按：阳痿多由肾虚所致，故前医常用温肾壮阳法，但本案乃气虚血瘀，宗筋失养所致，故温肾壮阳法无效。用补阳还五汤加减，使气足瘀祛，瘀祛则络通，宗筋得养，阳痿得以治愈。[15]

参考文献

[1] 彭墓试. 不射精从瘀论治临证偶拾. 实用中医药杂志，1996，(3)：26
[2] 张玉国. 补阳还五汤应用举例. 陕西中医函授，1995，(5)：27
[3] 黄美京. 补阳还五汤治疗慢性前列腺炎30例. 广西中医杂志，2000，17(3)：72
[4] 周黎，伍传东，周艳馨. 补阳还五汤加减联合保留灌肠治疗前列腺炎60例. 中医药信息2003，(6)：52
[5] 吴秀珍. 补阳还五汤加味治疗老年性慢性前列腺炎. 浙江中医学院学报，1996，20 (6)：26
[6] 江介平. 补阳还五汤的临床应用心得. 四川中医，2004，22 (4)：27
[7] 覃立重. 补阳还五汤加味治疗老年前列腺肥大48例. 新中医，1996，28(4)：26
[8] 李为安. 补阳还五汤加味治疗前列腺增生症70例. 中医杂志，2002，(1)：49
[9] 崔吉红. 补阳还五汤治疗前列腺增生2例. 山西医科大学学报，2001，32 (6)：495
[10] 杨欣. 补阳还五汤加减治疗泌尿生殖系统疾病举隅. 江西中医药，2001，32 (2)：22
[11] 沈之岭. 补阳还五汤加味治愈尿失禁一例. 湖北中医杂志，1994，(1)：45
[12] 贾遇文. 补阳还五汤配合胰岛素降糖治疗糖尿病阳痿30例. 实用乡村医生杂志，2003，10 (3)：36
[13] 李琦. 补阳还五汤的临床应用. 陕西中医，1994，15 (6)：279
[14] 王新民. 补阳还五汤临床应用举隅. 实用中医药杂志，1994，(3)：26
[15] 范汉淮. 补阳还五汤新用. 安徽中医临床杂志，2002，14 (2)：134

第八章

耳鼻喉科病证

第一节　耳科疾病

一、客观性耳鸣

耳鸣是患者耳部或头部的一些声音的感觉，而外部并不存在相应的声源。临床上分主观性耳鸣（耳鸣只是患者的感觉）和客观性耳鸣（耳鸣的声音能被他人听到）。客观性耳鸣常为血管源性（血液动力学变化引起脉搏同步的搏动性耳鸣）、肌源性（腭咽肌、镫骨肌等肌阵挛引起耳鸣）以及咽鼓管异常开放所致。中医认为耳鸣虽有多种证型，但客观性耳鸣以气虚血瘀型较为常见。

【病案举例】

患者，女性，24岁，农民，1992年2月13日初诊。持续性双耳鸣半年，呈“喀哒”声，曾用镇静剂、针灸等治疗均无效，检查：双外耳道清洁、通畅。双侧鼓膜完整，标志清，距右耳50cm、距左耳70cm处可闻及“嗒嗒”声，查咽部见软腭呈节律性阵挛，压舌及间接喉镜检查时阵挛停止，耳鸣也消失，但过后又出现，纯音测听、脑电图检查均未见

异常，先用0.5%普鲁卡因封闭双侧下颌区（每侧2ml），注药5min后，耳鸣缓解，5日后耳鸣如故。症见：心悸，气短，耳鸣，失眠，舌淡、苔白、可见瘀点，脉细涩弱，证属气虚血弱，筋脉瘀滞。治宜补气活血通络。选用补阳还五汤：黄芪100g，桃仁10g，赤芍10g，归尾、川芎、地龙各6g，红花4g。每日1剂，早晚煎服，服5剂后，腭阵挛减轻，耳鸣改善，加用维生素$B_1$100mg，维生素B_{12}500μg，每日1次肌内注射，7日后腭阵挛减轻，耳鸣改善，连续治疗20天后腭阵挛停止，耳鸣完全消失，随访1年未发作。[1]

按：中医认为耳鸣主要责之肾虚，但实证也不少见，或虚实夹杂。本例患者即是一例。补阳还五汤由黄芪、赤芍、川芎、归尾、地龙、桃仁、红花组成。根据“气为血之帅，气行则血行”的理论，重用黄芪达100g补气，力大功宏，使气促血行，祛瘀而不伤气，并助诸药之力；配以归尾活血（当归养血活血），祛瘀而不伤血；川芎、赤芍、桃仁、红花助归尾活血祛瘀；地龙通经活络；诸药合用，共奏补气活血、逐瘀通络之功，故诸症自愈。根据现代药理研究，补阳还五汤之所以疗效显著，主要是因为它有加强心肌收缩，扩张血管、改善局部循环和营养状况，并能恢复血液动力及血管壁的弹性，改善血液黏滞性等作用。特别是黄芪还通过正性肌力作用来增加心排出量以提高心功能、使血液流变性改善，符合中医“气行则血行”之说。

二、神经性耳聋

神经性耳聋是指不同程度的听力减退，是由于先天性或后天性各种因素导致的听觉系统病变而出现的听力障碍，或伴耳鸣、头晕、头痛。包括突发性耳聋、噪音性耳聋、药物中毒性耳聋、老年性耳聋等，是临床常见病、多发病。常见病因有先天性因素、内耳血循环障碍、病毒感染、听神经炎、迷路窗破裂和变态反应等。本病在中医属“耳聋”、“暴聋”等范畴，一般认为本病由外感热毒、内伤饮食、情志等因素引起。

【临床应用】

郎氏[2]补阳还五汤治突发性耳聋48例，结果：经2个疗程治疗

后，治疗组治愈22例，显效21例，无效5例，总有效率89.5%；对照组治愈12例，显效20例，无效16例，总有效率66.7%。经统计学处理$P<0.05$，表明两者有显著性差异。方法：治疗组服用补阳还五汤加味方：黄芪50g，当归15g，川芎20g，红花15g，地龙15g，赤芍15g，桃仁15g，生大黄10g（后煎），党参20g，丝瓜络20g，路路通15g，甘草10g。加减：肾阳虚加仙茅、仙灵脾、肉桂；肾阴虚加服六味地黄丸，阴阳俱虚加菟丝子、女贞子，瘀久化热加败酱草、虎杖。水煎服，每日1剂。对照组用5%葡萄糖500ml、复方丹参针10ml、病毒唑0.2g，静脉点滴，每日1次，两组以7天为1个疗程。任氏[3]用加味补阳还五汤治疗突发性耳聋34例，西药对照治疗39例。结果：治疗组总有效率85.3%，对照组总有效率64.1%（$P<0.05$）。治疗方法：治疗组以补阳还五汤加枸杞子、酸枣仁，水煎，每日1剂，早晚分服，15日为1个疗程。对照组以低分子右旋糖酐500ml静脉点滴，每日1次，15天1个疗程。两组均口服烟酸，肌内注射维生素B_1和维生素B_{12}。

【病案举例】

（一）突发性耳聋

1. 张某，男，42岁。驾驶员。1996年4月23日初诊。长途驾驶后左耳听力突然下降3天，伴食欲不振，腰酸乏力，形体消瘦，面色萎黄。舌淡苔白，脉沉细。查：纯音测听显示左耳中重度感音神经性耳聋，曲线呈平坦型。诊为左耳突发性耳聋。证属脾虚气弱，瘀血阻络，清阳不能循行上荣耳窍。治以补气活血，通络开窍。拟补阳还五汤加味：黄芪、磁石各30g，丹参20g，党参、路路通、石菖蒲各15g，川芎、赤芍、桃仁、地龙、柴胡、葛根各10g，红花5g。水煎服，日1剂。服药1周后，自觉左耳听力提高，耳鸣减轻。原方加减续服1个月，听力恢复，耳鸣消失。随访半年未复发。[4]

按：突发性耳聋是指突然发生的、原因不明的感音神经性耳聋。西医目前认为，突发性耳聋病因不明，多根据临床症状、发病时间及诱因进行推测，认为与内耳供血障碍、病毒感染、变态反应、代谢障

碍及自主神经功能紊乱等因素有关。本病属中医“暴聋”范畴。患者素有脾胃虚弱，脾胃虚弱则清气不能上升，气为血之帅，头部气血不足，经脉空虚，易受外邪侵袭，以致气血瘀滞于耳部经脉而致耳窍闭。故治以补气活血，通络开窍。补阳还五汤加柴胡、葛根、石菖蒲之类轻清之品升提清阳，以达耳窍。清阳升，瘀血除，头面荣，故清窍开，听力恢复。

2. 王某，男，45岁，干部。诉右耳听力减退伴耳鸣1个月。患者于1个月前连续工作2天后，先觉头晕、疲惫，后突感右耳闭塞，听力骤减，耳鸣如蝉。经耳鼻喉科诊为：突发性耳聋。曾用低分子右旋糖酐、能量合剂ATP、辅酶A、维生素B_1和B_{12}等药治疗，后又加服龙胆泻肝汤20剂，右耳闭塞感减，但仍耳鸣耳聋，并自觉乏力，精神差。舌质淡红，脉细弦。处方以补阳还五汤加味：黄芪40g、赤芍20g、归尾15g、川芎15g、桃仁10g、红花10g、地龙10g、桂枝3g、菖蒲10g、生甘草6g，水煎服，日1剂。同时继续肌内注射维生素B_1、B_{12}。7天后耳闷感大减，听力有进，效不更方，迭进15剂，听力明显提高，耳鸣、耳闷消失，因工作繁忙自动停药。3个月后曾随访，听力正常。[5]

按：患者因劳累而发耳聋，有耳鸣如蝉、头晕等症状，先投龙胆泻肝汤，效果不佳，盖因耳鸣、头晕非肝火上炎所致，而是络脉闭阻、轻窍不通之故，改投补阳还五汤加味益气活血、化瘀通络则效显。

（二）老年性耳聋

武某，男，55岁，干部，1987年7月3日诊。自述耳聋年余，逐渐加重，渐至与他人讲话时听不清对方声音。经多处检查，除有动脉硬化外，未见它病。曾用烟酸肌醇脂等治疗，效果不明显。现已不适宜做室内工作，暂时离岗，休息治疗。来诊时须大声发问方能听得真切。形体肥胖，面色晦暗，胸闷心悸，心烦急躁，失眠善忘，口出秽气但渴不欲饮。舌质淡暗，苔薄白欠润，脉虚弦而涩。证属气虚血瘀，先拟活血通络：当归、川芎、赤芍、桃仁、地龙各10g，丹参12g，红花6g，水煎服。二诊：上方服7剂，急躁烦闷大减，睡眠明

显好转，耳聋亦略有减轻，惟觉易倦易卧，全身无力，舌淡暗苔薄白而润，切脉如前。仿补阳还五汤意：加黄芪15g，桂枝、石菖蒲各6g。此后方药基本未动，仅剂量有所调整，如黄芪由15g渐增至30g，当归仍为10g，其他活血药递减至各6g，前后共服47剂，疗程2个月有余，听力逐渐恢复，舌脉渐正常，其余症状基本消除。查动脉硬化亦有好转。随访3年病情稳定，恢复工作，自述精神、体力较前皆有明显好转。[6]

按：患者虽年不甚高，但已正气虚弱，生血、运血不畅，且有瘀血之征，故用补阳还五汤治疗，虽未直接投补阳还五汤，却深切用方之旨，即益气药与活血化瘀药同用，且黄芪益气用量大，活血化瘀药剂量轻，故后调整用药时加大了黄芪用量。根据血为气母、气为血帅、气能行血、气行则血行的气血关系立法组方，临床上有益气而不留瘀、祛瘀而不伤正之特点，还有祛瘀生新的作用，非常适合老年人用药特点。

三、耳带状疱疹

耳带状疱疹（又称Hunt综合征）是由水痘－带状疱疹病毒感染引起的耳部疾病，可致耳部皮肤、亦可累及鼓膜、咽喉黏膜上皮疱疹样损害，常自行破溃、干燥结痂，伴有患处神经性疼痛，发病多为单侧。该病主要侵犯面神经和邻近的颅神经，侵犯部位不同临床表现亦有异：①面神经：临床最常见，多伴有一侧外周性面瘫。②听神经（耳蜗神经、前庭神经）：可伴有耳鸣、耳聋、内耳性眩晕。③舌咽神经：可伴有咽部、耳部神经痛。④三叉神经：可伴有三叉神经痛。⑤迷走神经：可伴有咽喉部神经疼痛、声带运动障碍、恶心呕吐、心悸出汗等症状。耳带状疱疹病毒所侵犯的各组脑神经分布区域的症状，如阵发性神经痛、神经麻痹、功能障碍等，以及局部疱疹症状皆可延续数周、甚至数月之久。本病属于中医“缠腰火丹”、“蛇串疮”、“缠腰蛇”、“蜘蛛疮”等，民间称“蛤蟆丹”，一般发于腰际，也有见于其他部位者，其病因病机基本相同。本病治疗，西医多用抗病毒、镇痛、类固醇激素、营养神经等药物；中医则多用清热解毒、祛风通络、益气养阴、活血化瘀药物，并配合针灸治疗。单纯发病较

为常见，治疗上一般也不困难。但是如果致多组脑神经受侵犯则少有，治疗也相对困难。

【病案举例】

患者，男，65岁，咽喉疼痛、声音嘶哑、憋气、不发热，4日后突发左耳疼痛，口眼歪斜伴面部疼痛、麻木感，眩晕伴恶心呕吐、视物旋转，无耳鸣，听力正常，于1999年3月13日来诊。查体：体温36.8℃，血压17.3/10.7kPa，左侧面瘫、触觉正常，口角右偏流涎、左鼻唇沟消失、鼓腮左侧漏气、左口角反射消失、伸舌右偏、左额皱纹完全消失，左眼不能完全闭合，四肢张力正常、腱反射稍活跃。耳鼻喉科检查：左耳周围及外耳道有疱疹及结痂，无脓，左耳鼓膜充血、结痂，有自发眼震，水平性、快相向右，喉镜示：咽部充血、会厌红肿、左侧声带轻度瘫痪，运动明显差于右侧。实验室检查：白细胞计细4.2×10^9/L。食管造影示：双侧梨状窝不对称，吞咽功能障碍。诊断：左耳带状疱疹综合征。经用氢化可的松、无环鸟苷、维生素等药物治疗2周，局部疱疹痊愈，眩晕缓解；针灸治疗3周，面瘫基本恢复；惟声音嘶哑、说话费力伴憋气、呛咳反复发作2个月无明显好转。遂求中医诊治。中医辨证证属疫邪直中咽喉、脉络瘀阻、久而耗气伤津、气滞血瘀、喉肌筋脉失养。拟补阳还五汤（生黄芪、当归尾、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花）合牵正散（白附子、僵蚕、全蝎）加味（板蓝根、天麻、生地、山萸肉、沙参）为主方加减，服药2周，声嘶诸症痊愈。[7]

按：本病例即为少见的由耳带状疱疹广泛侵犯多组脑神经（面神经、前庭神经、舌咽神经、迷走神经）而致面神经麻痹、一侧声带麻痹、内耳性眩晕的多发合并症；本病例提示：虽然耳带状疱疹局部已痊愈，但所累及的多组脑神经的神经性退变症状不易恢复；本病例治愈过程提示：早期以至后期的治疗中，若尽早中西医结合治疗，可望缩短病程，减少后遗病症，取得更好疗效。

第二节 咽喉科疾病

一、声带肥厚

声带肥厚，又称慢性肥厚性声带炎或称慢性增生性声带炎，是指由于种种因素，声带发生广泛性或局部性体积增大。属于喉的慢性炎症之一，一般有职业特征。本病属中医“慢喉喑”范畴，多与气虚血瘀有关。

【病案举例】

李某，女，53岁，教师，1998年5月22日就诊。患者近半年来常感声嘶，每因遇寒或劳累则加重，语多亦甚，语音低微，高音费力，发音不能持久，易疲劳，上午症状明显，并因喉中有异物梗阻感伴面色淡白，倦怠乏力，咽干不欲饮水，纳差，舌质淡，边有瘀点，苔薄白，脉细涩。间接喉镜检查示：声带肥厚色暗红，发音时运动无力，声门闭合不全，证属气虚血瘀、痰凝声户之失音证。治当补气活血，除痰利喉。方拟补阳还五汤合二陈汤加减：黄芪30g，赤芍15g，川芎10g，当归15g，桃仁10g，红花6g，法夏10g，陈皮10g，茯苓15g，炙甘草10g，桔梗12g，夏枯草10g，川贝10g，山楂15g，蝉衣6g。5剂，水煎服，日1剂。二诊时症见咽喉梗阻感减轻，声嘶、语音低微好转，已能发出高音，但发音不能持久，易疲劳，咽干不欲饮，舌质淡红，边有瘀点，苔薄白，脉细涩。证属同上，上方黄芪增为50g，去桃仁、蝉衣，加柴胡、僵蚕各10g，再进10剂。三诊时见患者语音清晰，高音可发出，咽中梗阻感消失，仍发音不能持久，易疲劳，咽干不欲饮水，伴面色萎黄，乏力纳差，舌质瘦红，舌苔薄干，脉细数。证属气阴两虚、痰瘀阻络，治当益气养阴、除痰通络。二诊方去柴胡、山楂，加党参15ng、玄参20g、麦冬15g，服5剂。四诊复查，患者声嘶诸症消失，语音正常，舌淡红、苔薄白，脉细。间接喉镜复查示：声带稍红水肿，闭合正常，守上方去红花加丹参15g，继服10剂以巩固疗效，半年后随访病情未再复发。[8]

按：声由气而发，肺为气之主，脾为气之源，肾为气之根本。患

者用嗓过度及用嗓不当，伤损喉窍，喉窍失养，祛邪不力，痰瘀之邪久滞声户，声出不利，而发慢喉喑。西医认为慢性喉炎、声带小结、声带肥厚等都是喉的慢性炎症。声带小结、声带肥厚多因长期发声不当或用声过度，致声带的前2/3的膜性组织局限性充血、水肿肥厚，日久上皮增厚（或）及其潜在间隙的透明样变性而形成结节，符合中医学之痰瘀凝结之病机。补阳还五汤方中重用黄芪，补脾胃之元气，令气旺血行，瘀去络通，为君药；当归尾长于活血，且有化瘀而不伤血之妙，是为臣药；川芎、赤芍、桃仁、红花助当归尾活血化瘀，地龙通经活络，均为佐药。本方的配伍特点是大量补气药与少量活血药相配，使气旺则血行，活血而不伤正，共奏补气活血通络之功。本例中患者声嘶，每因遇寒或劳则加重，语多亦甚，语音低微，高音费力，发音不能持久，易疲劳，声带发音时运动无力，声门闭合不全，面色淡白，倦怠乏力，纳差，舌质淡，是肺脾气虚、喉窍失养之征。咽喉中有异物梗阻感，咽干不欲饮水，声带肥厚色暗红，舌边有瘀点，是痰瘀阻络之象，故以补阳还五汤合二陈汤联用，对症施治而收效。

二、声带麻痹

声带麻痹又称喉麻痹，指由于声带的运动神经支配障碍，引起的声带运动异常。以声哑、补发声或发音困难为主要表现，临床多见于其他病的伴随症状，也可作为主症出现。声带麻痹一般病因可以包括中枢性或者周围性神经病变。其中以喉返神经麻痹最为多见，一般认为，喉肌中外展肌最早麻痹，其次为声带张力肌，内收肌麻痹最晚。诊断时需要排除胸肺部的肿瘤并与肌本身肌病性瘫痪和环杓关节固定相鉴别。治疗主要根据病因而采取不同的方法。本病属于中医学“喉痹”范畴。

【病案举例】

夏某，男，25岁。1993年2月22日初诊。诉因车祸后声嘶，右侧声带麻痹40余天。40多天前，因汽车翻车压伤左胸（无肋骨骨折），昏迷1个多小时，醒后不能出声，无肢体瘫痪和其他任何不适，在他院治疗1周后可出声，但声嘶，该院诊断为右侧声带麻痹，

经中西医治疗无效。来我院诊治。检查证实为右侧声带麻痹（固定于旁正中位），颈部无损伤，胸部及纵隔、X线照片均未见异常。收住院治疗。查舌质暗红，苔薄黄，脉右寸沉。诊为右侧声带麻痹。证属气虚血瘀。方用补阳还五汤加减，药用：生黄芪40g，赤芍、当归尾、干地龙各15g，川芎、桃仁、红花、乌梢蛇各10g，大蜈蚣1条。水煎服，每日1剂，配合大活络丸，每次1丸，每日2次。西药：加兰他敏5mg、维生素B_{12}1mg、维生素$B_1$100mg，肌内注射每日1次。治疗15天后声嘶明显好转，检查右侧声带已可开闭，但松弛无力，呈弓形，舌质稍红，苔薄黄，脉右寸沉。改用补中益气汤加味：党参20g，白术、陈皮、升麻、柴胡各10g，当归15g，生黄芪、生地各30g，熟附片3g，炙甘草5g。左胸隐痛加生乳香、没药、延胡索各10g，每日1剂。西药改用辅酶A 100U加ATP 20mg，肌内注射，每日1次。10天后右声带活动自如，闭合良好，自觉发音讲话如常，右胸痛消失，痊愈出院。[9]

按：本案系压伤左胸，颈部并无损伤，出现右侧声带麻痹。治疗方面，前一阶段用补阳还五汤加减，取其“偏瘫”之意，用大活络丸以通经活络，加强补阳还五汤之作用。西药有抗肌肉麻痹无力及营养神经作用。后一阶段声带松弛无力，改用补中益气汤加附片，以温阳益气增强其声带的张力，因舌红苔黄，加生地以中和附子温热之性，西药可增强机体之能量并营养神经，中西医结合方药对证，故用之效佳。

三、声带小结

声带小结又称结节性喉炎，是慢性喉炎的一型，多位于声带前、中1/3的交点，即声带膜部的中点，慢性喉炎的各种病因均可引起声带小结，特别是长期用声过度或用声不当，可作为单一的或极其重要的诱发因素。声带小结主要表现为：声嘶、早期发高音的破裂、用声疲劳不能持久，发低音无变化，从间歇性声嘶发展到持续性声嘶。喉镜检查可见，双声带前、中1/3交点的游离缘出现对称性点状突起，早期为红色、柔软的息肉样，病程长者呈苍白小突起，表面光滑，两侧小结不一定等大，妨碍声带闭合，双侧声带边缘不能靠拢。本病属

于中医的“慢喉喑”、“久喑”的范畴。

【病案举例】

李某，女，36岁，教师。1996年7月3日初诊。因课务繁忙出现声音嘶哑1个月余，经服消炎药、草珊瑚含片等未效。声音嘶哑，时轻时重，劳则加重，讲话费力，咽干灼痛，倦怠乏力。舌暗苔白，脉弦。查：声带充血，边缘钝圆肥厚，有粟粒样结节，闭合差。诊为声带小结。证属气血瘀滞，脉络不利，上结咽喉。治宜益气化瘀，通络散结。拟补阳还五汤加减：黄芪30g，当归、赤芍各12g，桃仁、红花、川芎、玉竹、桔梗、穿山甲各10g，玉蝴蝶、蝉衣各5g。水煎服，日1剂。并嘱患者避免高声讲话。服10剂后，声嘶减轻。又用原方加减治疗20天，声音恢复正常。查：声带无充血，游离缘略增厚，结节消失，闭合佳。

按：劳则耗气，日久导致肺脾气虚，气不足以推血运行，则血脉络上结声户。故治以益气化瘀，通络散结。在补阳还五汤基础上加玉竹、桔梗、蝉衣、玉蝴蝶、穿山甲共奏滋阴润肺、通络散结、益气开音之功，通补兼施，则瘀结自除。[4]

历代中医皆认为其病因是“金实不鸣，金破不鸣”，即肺经受邪或肺气虚损肺气不能“贯喉咙而出音声”而致声嘶。而近年来对声带小结的病因病机研究多认为：一是肺肾阴虚，虚火上炎于肺，肺失清肃，邪客喉间，喉之脉络受损，气血瘀滞，声门开合不利则声嘶；二是肺脾气虚，痰湿内生，气滞血瘀，气血与痰浊结聚于喉，发为本病；三是在风热犯肺时用声，致使热结声带气血凝滞而成；四是多言耗气伤阴，损及喉之脉络，致气滞血瘀，痰湿内生，痰瘀结聚于喉而发病；另有肝气郁结，气滞津凝，聚而为痰，痰瘀混结之说。以上各种病因，其最终所致之病机均为气滞血瘀痰凝，这与西医病理观察的结果——声带小结是由于声带局部血管扩张、充血、渗出、水肿、纤维组织损伤、出血、血肿形成的结论是一致的。[10]

四、舌麻痹

舌麻痹即舌神经麻痹，指舌体偏左或偏右，转动不灵，语言不利。属中医“舌謇”范畴，民间又俗称“大舌头”。中医有论中风之

舌謇，此处非指中风，以单纯舌神经病变为主。

【病案举例】

1. 黄某某，女，58岁，退休工人，于1996年1月7日来诊。患者2年前自觉舌尖麻木，有时自觉舌强硬不适，偶尔隐隐作痛，初未介意，其后症状逐渐加重，舌体麻木，舌尖疼痛，味觉迟钝，遂屡屡求医，始终不愈，且疼痛麻木加重，舌有瘀斑，寝食不安，身体日渐消瘦，由其家人陪同来诊。视其舌体胖大，边有齿痕而色淡，瘀斑累累，舌尖脉络显露充盈，色暗红，舌乳头萎缩，舌润少苔，舌下静脉迂曲怒张，面色晦暗不泽，气短心悸，形寒肢冷，左侧半身时有麻木之感，诊其脉沉而无力。详审脉症认为本患者是由于阳气亏虚、温运无力所致的气虚血瘀，舌体脉络阻滞，不通则痛之舌麻痹证。治以补益阳气，活血通络为主。投补阳还五汤加味：生黄芪100g，当归15g，赤芍10g，川芎15g，地龙10g，桃仁70g，红花10g，桂枝10g，玄胡索10g，细辛5g，丝瓜络10g，水煎，每日1剂，分2次口服。服3剂后，舌痛明显减轻，全身症状改善，继续给上方加减服15剂，舌麻木之症完全消失，舌面瘀斑尽退而告全愈，再以十全大补丸调理1周以善其后，迄今未再复发。[11]

按：本例患者年老体弱，阳气素亏，补养不及，渐致帅血无权，温运无力而使血行不畅。补阳还五汤中，重用黄芪补益阳气，阳气足则帅血有权，温运有力，诸药合用，有温补阳气、活血化瘀、通经止痛之功，方证合拍，故获效佳。

2. 夏某，男，64岁，干部。入院时间1992年1月20日。舌不能向左转动，伴吞咽不利3个月。患者1个月前感冒后感左侧颊部微肿，在某医院行左颊部穿刺抽出少许新鲜血液，未感特殊不适。第二天左颊部疼痛明显，舌体不能向左转动，吞咽困难，在当地医院服用疏风清热中药后感冒症状消失，但舌体仍活动不利。患者素为脾虚之体，有长期便稀病史。患者目前伸舌时舌左偏，不伸舌时舌右偏，无疼痛，左侧舌体比右侧偏瘦小，左侧舌体痛觉、味觉消失，进食吞咽困难，食则滞于左侧腮颊，大便稀，日1次，苔薄白，脉弦。本病属中医学“舌謇”范畴，脾虚之体，穿刺后误伤经络，络伤则血溢血瘀，治当益气活血化瘀。补阳还五汤加味：炙黄芪40g，川芎10g，

赤芍 10g，归尾 10g，广地龙 10g，桃仁 10g，红花 10g，蜈蚣 1 条。药后 3 剂，左侧舌体运动较前较灵活，吞咽困难减轻，药后 6 剂时进食无吞咽阻碍。左侧舌体味觉、痛觉渐恢复，但欠灵敏，左侧舌体仍偏小。在上方基础上加白术，共进服 26 剂而出院。出院时患者舌体转动灵活，进食无妨碍，痛觉味觉敏感，伸舌时舌居中。[12]

按：患者素体脾虚，感冒后耗伤正气，使脾气更虚，左颊穿刺即为诊疗，也是人为创伤，耗气伤血，使气虚血瘀，发为舌謇，故治疗当以补气活血化瘀为主。以黄芪大补脾气为先，使气行血亦行，舌謇略愈后，仍以顾护脾气为要，此亦治病求本之意，故在原方的基础上加白术，增加补气之力而竟全功。

参考文献

[1] 王丽. 补阳还五汤为主治疗客观性耳鸣验案. 河北中医药学报，2001，16（2）：26

[2] 郎福文. 补阳还五汤治突发性耳聋 48 例. 国医论坛，1997，12（2）：37

[3] 任艺. 加味补阳还五汤治疗突发性耳聋的疗效观察. 现代中西医结合杂志，2001，10（20）：1946

[4] 戈言平. 补阳还五汤耳鼻喉科运用举隅. 浙江中医杂志，2002，(3)：121

[5] 曹秀珍，赵玉霞，李鲁扬. 补阳还五汤临床新用. 山东医药工业，1997，16（3）：41

[6] 陈生贵，时和. 补阳还五汤治疗老年病体会. 安徽中医学院学报，1997，16（4）：36

[7] 于在红. 耳带状疱疹致声嘶、眩晕、面瘫 1 例. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志，2000，86（2）：64

[8] 胡硕龙. 补阳还五汤临床新用体会. 四川中医，2004，22（5）：92

[9] 谭奕右. 声带麻痹治验. 辽宁中医杂志，1998，25（4）：184

[10] 李兰芳，陈文勇. 声带小结的中医研究近况. 广州医药，2002，33（5）：60

[11] 朱国芝，吕树魁. 补阳还五汤治疗舌麻痹 1 例. 齐齐哈尔医学院学报，1997，18（3）：211

[12] 蒋中秋. 口腔疑难病验案 3 则. 江西中医药，1994，25（6）：39

第九章

眼科病证

第一节　视网膜静脉阻塞

视网膜静脉阻塞是因动脉硬化等因素，导致视网膜静脉受物理性压迫，血管内皮细胞增殖，血管腔狭窄，血液流变性及血液动力学改变，最终形成血栓的一种视网膜血管病。主要特点为视网膜静脉纡曲扩张，沿受累静脉有出血，视网膜水肿、渗出等。病程冗长，致盲率高，晚期最常见的并发症有黄斑囊样水肿和心生血管形成，也是导致本病视力明显下降的主要原因。西医认为本病发病机制复杂，主要与高血压、动脉硬化、高血脂、血液黏稠度和血液流变学密切相关，同时与肥胖、嗜烟酒有关。视网膜阻塞在中医属于“暴盲”、“视瞻昏渺”、“目衄”、“云雾移睛”等范畴。中医认为引起本病的原因诸多，有肝郁、脾虚、肾阴阳虚、心火上亢等，但最终都是导致气滞血瘀而成，所以本病属典型的血瘀证。

【临床应用】

顾氏[1]用补阳还五汤为主治疗视网膜中央静脉阻塞 36 例，治愈 17 例，占 44.7%；显效 18 例，占 47.4%；好转 2 例，占 5.3%；

无效1例，占2.6%。治疗方法：方选补阳还五汤加地龙、生蒲黄。其中发病偏早、中期或年龄小于40岁者，黄芪用量为5～10g；偏中、晚期或年龄大于40岁者，黄芪用量为30～80g。每日1剂，水煎，早晚服。1个月1个疗程，连续治疗2～3个疗程。并常规服用西药复方芦丁2片、地巴唑20mg，一天3次。徐氏[2]以补阳还五汤为基础方，随症加减治疗多种原因引起的视网膜出血性病变50例，结果：治愈40只，好转18只，无效2只，总有效率96%，有较显著疗效。方法：用补阳还五汤加味以补气活血、通络、化瘀治之，基础方：黄芪30g，赤芍、当归、川芎各15g，地龙、生蒲黄、生三七粉、路路通各12g，生鸡内金18g，红花、桃仁各10g。随症加减：若突然视力下降，眼底出血鲜红者，去桃仁、红花，加丹皮、生地、旱莲草；血压高，肝阳上亢者加钩藤、石决明、夏枯草、菊花、栀子；患有糖尿病，阴虚火旺者，加玄参、沙参、知母、芜蔚子、枸杞子；眼底出血时间长，色暗红者，加柴胡、郁金、丹参、山楂；眼底水肿、渗出明显，痰湿阻滞型者，加苡仁、枳实、法半夏、浙贝母、车前子；眼底出血时间长，有陈旧性渗出，久不吸收，机化物形成，体质强实者，加昆布、海藻、三棱、莪术。以上中药水煎服，2日1剂，每日3次，2周为1个疗程。

【病案举例】

1. 冯某，女，56岁，1993年4月7日初诊，右眼视力突然下降。3周曾在外院诊断为眼底出血，给予酚磺乙胺、维脑路通等药治疗罔效，有慢性胃炎病史2年。症见形体消瘦，面色萎黄，大便偏稀，纳差体倦，头晕失眠，舌淡边有瘀斑，苔薄白，脉细无力。血压15/11 kPa。视力右眼0.3，左眼1.0，右眼底视神经乳头侧边界不清，颞上枝静脉旁视网膜大片浅层出血，动脉细、静脉纡曲，断续隐没，黄斑区视网膜水肿，中心凹光反射消失。诊断：右眼视网膜静脉阻塞。治以健脾益气，活血通络。处方：黄芪50g，赤芍10g，川芎、地龙各6g，党参、茯苓、当归、白术、焦山楂各15g，每日1剂，水煎服，服药10剂后，查右眼视力0.4，全身症状明显改善，眼底出血部分吸收，黄斑部水肿减轻，中心凹光反射可见。守上方加桃仁、红花各6g，又服药15剂后，诸恙皆除，查视力右眼1.0，右眼底出

血基本吸收，黄斑区中心凹光反射良，改服成药以善后。随访2年，疗效稳定。[2]

按：本例中患者脾胃素虚，气虚则生血摄血行血无力，血行瘀阻，溢于脉外而致眼底出血。《医林改错》“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀”、“脉不通则血不流”，方用补阳还五汤合四君子汤重在益气健脾，祛瘀通络，以治气虚之本，使脾胃调合，化源充足，待气血旺盛之后，守方而加通络活血之桃仁、红花使脉络通畅，气旺血行，目自得明。合用四君子汤，可视为加强黄芪用量之意。补阳还五汤立方本禀气虚血瘀之旨，此例患者气虚甚，且以中焦脾胃气虚为主，此时若单纯加大黄芪用量，恐不能尽收补气之效而有碍胃之嫌，故换成四君子汤更切合方意。

2. 患者杨某，男，56岁，右眼突然视物不清，并逐渐视力下降到眼前光感，1周后到曲靖某医院住院治疗，诊断为“视网膜静脉栓塞”，给予丹参注射液静脉点滴，并服西药（具体用药不详），中药服用“十灰散”、“水牛角片”，同时结合针灸治疗，无好转。住院半月后自动出院，又到某私人诊所服中药治疗近半年，仍不见效，于1998年6月15日到我院就诊。查：右眼视力光感，外眼无异常，玻璃体轻度混浊，右眼底视乳头颞侧上、下支大片状出血，色暗红浓厚，遮挡颞侧视乳头，黄斑部点状出血，中心反光消失。诊断：右眼颞上、下支静脉栓塞。中医诊断：暴盲，气滞血瘀型。治拟行气通络，活血化瘀。由于患者曾用过寒凉止血药，以致瘀血凝而不散，故治疗时稍加温通药物。方药：黄芪50g，赤芍、归尾、路路通、地龙各15g，丹参、生鸡内金、郁金各20g，生山楂30g，桃仁、红花、柴胡、川芎各20g，桂枝10g，生三七粉10g（吞服）。水煎服，每日3次，2日1剂。治疗5个疗程后在上方基础上去桂枝，加浙贝母、枳实各15g，苡仁30g。根据病情随症加减，继服4个疗程，病情好转。查：右眼视力0.15，眼底瘀血基本吸收，阻塞静脉有中断，侧枝循环形成，视乳头边缘稍模糊，黄斑中心反光隐约可见，周围色素紊乱，点状瘀血，视网膜有点状萎缩斑，眼底形成机化。再在基础方上加海藻、昆布、三棱、莪术各3g，服用2个月。一共服药13个疗程好转，视力提高到0.3，随访3年未复发。[3]

按：眼底出血虽可由多种原因引起，但最终造成瘀血阻滞，视网膜营养中断，其功能障碍，甚则造成视网膜萎缩、坏死并发症，是致盲的常见因素。本病应用补阳还五汤加味治疗，该方具有补气、通络、活血、化瘀之功效。黄芪大补脾胃之气，使气行则血行，活血而不留瘀，推动瘀血消散；当归、川芎、红花、桃仁、生山楂共奏养血活血化瘀之功效，地龙通经络止痉，扩张血管；久病生郁，故加郁金、生鸡内金。患者病情耽误过久，各诸药合用而效果较好。

第二节 视网膜中央动脉阻塞

视网膜中央动脉阻塞是一种严重的急性视网膜缺血性病变。视网膜中央动脉是视网膜内层营养的惟一来源，由于它属于终末动脉，分支间无吻合，一旦发生阻塞，引起视网膜急性缺血，使视功能急剧减退。由于视网膜神经纤维层对缺氧极为敏感，只要缺血超过2h即发生不可逆损伤，故本病是导致盲目的急症之一。其临床特点主要表现在三个方面：视力突然丧失；后极部视网膜呈乳白色浑浊；黄斑区有樱桃红点。本病属于中医“暴盲”范畴。中医认为其病因病机为气血失和，眼内脉道瘀滞所致，并与情志、饮食、体质等因素有关。《审视瑶函》认为乃“阴孤、阳寡、神离”、“元气脱离，至目无所见”。

因本病临床发病率低，约为0.001%～0.002%，远不如视网膜静脉阻塞常见，故难以收集大样本的统计资料。

【病案举例】

1. 患者，女，48岁，因左眼视力突然下降9天而来诊。9天前，因情绪激动，左眼突然视力下降，自觉眼前有黑影遮挡，惟颞侧有小片视野尚存。发病33h后去某医院就诊，曾给予阿托品球后注射，静脉点滴扩血管、溶栓等药物，未见明显好转。于2000年8月1日来我院就诊。血压12/8 kPa，血脂无异常。舌质淡，苔薄白，脉涩。眼科检查：右眼视力1.0，眼压5.5/4＝2.74 kPa，眼前节及眼底未见异常。左眼视力0.5＋3，眼压5.5/4＝2.74kPa，眼前节未见异常，眼底视盘色泽尚红润，边界清楚，C/D＝0.3，视网膜动脉显著变细，

反光强，呈线状，静脉略显充盈。视盘颞上见一支较细动脉，伸向黄斑区，其走行区约10个PD大小，该区域视网膜颜色尚红润，其余视网膜广泛水肿，呈灰白色，黄斑区中心反光消失。视野检查：颞下象限残存约10°视野。眼底荧光血管造影见视盘颞上一支睫状动脉与背景荧光同时显影，充盈时间延长，视网膜动脉充盈迟缓。诊断：左眼视网膜中央动脉阻塞。采用中西医结合方法治疗，中药处方：黄芪30g，岷当归15g，川芎15g，枸杞子20g，菟丝子15g，白芍15g，桃仁12g，石菖蒲15g，红花12g，地龙12g，丹参30g，车前子（包）15g，茺蔚子15g，柴胡9g，郁金10g，泽泻15g，香附10g，陈皮6g，水煎服，日1剂，早晚分服。服用7天后复诊，左眼视力达0.8，视网膜水肿略有减轻，上方加猪苓20g，并给予维生素E、烟酸脂胶囊、肌苷等神经营养剂。8月22日再诊，左眼视力1.0^{-3}，视网膜颜色较前红润，黄斑区中心反光出现。上方去车前子，加党参30g、山萸肉10g、桑椹子15g。9月5日四诊，左眼视力1.0，视盘边界清晰，呈淡黄色，鼻侧动脉可见血管鞘，视网膜水肿消失，颜色较前红润，黄斑区中心反光锐利。上方去泽泻、猪苓，继服12剂后停服汤剂，仅服维脑路通0.1g/次，日3次。至2001年2月18日复诊，已停服所有药物，左眼视力1.2，眼底视盘边界清晰，色淡黄，视网膜色泽红润，动脉细，呈线状，有血管鞘，黄斑区中心反光锐利。视野检查：残存视野向外扩大至20°。[4]

按：视网膜中央动脉阻塞发病率不高，而伴有视网膜睫状动脉阻塞者更为罕见，本病即是一例，采用中西医结合治法而竟功。例中患者形体消瘦，面萎乏力，眼底视盘色泽变淡，血络变窄，均为气血亏虚、兼有瘀滞之象。故治以补气养血、化瘀通脉，方用补阳还五汤加减治之。方中用补阳还五汤为主补气活血，化瘀通络。加丹参活血养血；地龙通经活络；石菖蒲芳香开窍，养心明目；茺蔚子既能活血化瘀，又能明目；枸杞子、菟丝子益肾明目；泽泻、车前子渗湿利水；因该患者发病与情志不畅有关，故加柴胡、郁金、香附、陈皮，既可疏肝解郁理气，又可加强活血药活血化瘀之功，并且配合使用神经营养剂，以治其气虚之本、血瘀之标。

2. 患者，女，53岁，因右眼视力急降2天，于1992年9月3日

入院。患者于同年8月29日晨起右眼阵发性视矇，每次持续时间4~5min,每天发作5~6次，至9月1日下午突然视力丧失，自服复方丹参片及维生素无效，伴头晕、目眩、乏力。舌淡红、苔薄白，脉弦细。视力：右：手动/颞侧眼前，光定位仅颞侧存在；左：远：0.8、近：0.3。右眼瞳孔约5mm大小，对光反应迟钝。右眼屈光间质透明。眼底视乳头色淡白，边界欠清，动脉极细，几乎呈白线条状，部分呈串珠样改变，A:V约为1:4。视网膜广泛性混浊水肿。黄斑部呈樱桃红，中心凹反射消失。左眼视乳头正常，视网膜动脉变细，反光增强，A:V约为1:2，未见明显动静脉交叉压迫征，黄斑中心凹反射可见，视网膜上未见出血及渗出。血压：21／14kPa，有高血压史7年。入院诊断：视网膜中央动脉阻塞（右），视网膜动脉硬化Ⅰ期。中医诊断：暴盲。证属正气亏虚，脉络瘀阻。入院后立即球后注射归红注射液2ml（本院自制，以当归、红花为主），并按摩眼球数分钟，以后每日球后注射归红注射液2ml，5天后改为隔日1次，共15次，中医治法：拟益气活血，平肝通络。方用补阳还五汤加减：黄芪30g、地龙30g、川芎10g、苏木10g、红花6g、白参10g、石菖蒲8g、丹参30g、天麻10g、钩藤15g、白蒺藜15g，每日1剂，5日后视力为指数/眼前。上方去钩藤、白蒺藜、加葛根30g、银柴胡10g。坚持守方，服至10月31日，视力逐渐提高。视网膜水肿逐渐消退，视野渐恢复。9月24日视力为指数/ 30cm。9月30日视力为0.05，视野中等缩小。10月14日视力为0.08。10月21日视力为0.12。10月31日右眼视力为0.2，右眼视野近正常大小，眼底：右眼视乳头颞侧色稍淡，视网膜动脉细，A:V约为1:3~1:4，颞上支第二分支闭塞呈白线状，视网膜水肿消退，黄斑区有脱失色素斑点。出院后追踪观察半年，视力维持0.2。患者治疗期间一直服用降压药尼群地平。[5]

按：《审视瑶函》对本病治疗论述："有形之血，不能速生，几微之气，所宜急固，阳生阴长"。本例即为气虚脉络瘀阻所致，方中以重用黄芪配伍白参大补元气，使气旺以促血行而治本，且对改善视网膜的缺血缺氧状态有利而治标，乃标本同治，为方中君药；当归尾、丹参、川芎、桃仁、红花活血化瘀，以助血行；地龙、石菖蒲通

络开窍以利玄府，诸药合用，使气旺血行，瘀祛络通，目得血气之濡而明。同时注意到患者为老年人，伴有高血压、头晕目眩，为肝肾亏损、肝阳偏亢之体质，故加用天麻、钩藤、白蒺藜等以平肝潜阳。

第三节 中心性浆液性视网膜脉络膜炎

中心性浆液性视网膜脉络膜炎为眼科常见病、多发病之一。其特征为后极部视网膜感觉神经层和色素下皮层间浆液性脱离，色素下皮亦受到损害，病变以黄斑区为主。究其原因，多认为是脉络膜毛细血管病变渗漏及视网膜所致。属于中医眼科“视瞻昏渺”、“视直如曲”、“视正反斜”范畴。根据中医内障多虚，水轮属肾的观点，一般多从肝肾亏虚论治，而现代中医眼科将整体观念结合眼底病变，并与脉症合参，除以虚论治外，还从瘀、从湿、从痰、从郁论治，辨证灵活，选方精练。

【临床应用】

刘氏[6]用补阳还五汤加味治疗中心性浆液性视网膜脉络膜炎效果较为满意，病程明显缩短。治疗结果：60 例分设治疗组与对照组，治疗组有效率达 100%，治愈率达 90.29%。对照组有效率 96.66%，治愈率 56.66%。治疗方法：治疗组口服补阳还五汤，每日 1 剂，10 日为 1 个疗程，中间停服 3 日继服第二疗程。方药由黄芪、当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、地龙 7 味药组成，功能补气活血通络。水肿为主者加用茯苓、猪苓、白术、薏苡仁、茅根等；渗出病灶为主者加用茯苓、白术、山楂、神曲、山甲；对恢复期患者则给杞菊地黄口服液或六味地黄丸巩固疗效。同时口服芦丁、地巴唑、维生素 E 和维生素 C。对照组单纯西药治疗。肌内注射 654－2 和维生素 B_{12}，每日 1 次，口服地巴唑、芦丁、维生素 E 和维生素 C，于治疗初期常规给泼尼松 30mg，每日 1 次，用药 5～10 天停药。个别病例初期曾给球后注射地塞米松和维生素 B_{12}。

【病案举例】

1. 丁某某，男，38 岁。右眼视物不清，伴眼前有黑影 7 天，于 1979 年 12 月 6 日诊。查右眼视力 0.5，左眼视力 1.2，外眼未见异

常。右眼屈光间质清晰，眼底视乳头边清色正，动静脉走行色泽未见异常，后极部有黄豆大的反光晕，且有少量黄白色渗出物，黄斑中心反射消失。诊断为右眼中心性浆液性视网膜脉络膜炎。追问病史，有吸烟嗜好，因为在前几天日夜书写加班，未能休息好。全身体征：头晕，疲乏，饮食二便睡眠尚可。辨证系脾虚血瘀水湿内停，治当以益气活血利水渗湿。处方：黄芪、白茅根各20g，党参、茯苓、赤芍、当归、川芎、地龙、红花、木贼草各10g，甘草6g。5剂，水煎服。复诊：眼前黑影变小，视力右眼0.8，眼底水肿反光晕变小，水肿减轻，渗出物少。效不更方，以前方再进5剂。再诊：眼前黑影消失，右眼视力1.0，眼底反光晕渗出物均消退，黄斑光反射可见。再以前方加山楂、神曲各10g，5剂后查视力增至1.2。改以杞菊地黄丸30丸、健脾丸30丸，早晚每次各服15丸，1个月后停药。后随访一直未复发。[7]

按：本例患者劳累后发病，当有脾虚血虚之本，血瘀络阻之标。故方选补阳还五汤兼顾气虚血瘀，加党参、茯苓大补脾胃之气，使气旺血行，同时茯苓兼以利水渗湿，标本兼顾而效显。后期仍当以调养肝肾，顾护脾气为主，所谓缓则治其标。

2. 患者，李某，男，40岁，农民。1997年5月8日初诊。主诉右眼前有黑影遮挡，视物变形扭曲、变小2个月。右前方黑影随着注视点移动，阴影呈黄色，边界比较清楚，伴有头痛、头晕、周身乏力，曾在县医院诊为“中心性浆液性脉络膜病变”，经西药治疗后，效果不明显，遂来我院。眼科检查，视力：右4.0，左5.0。眼底镜检查，视乳头和血管无异常改变，黄斑呈圆形水肿区，高起达2D，大小为1/2乳头直径，中心凹反射消失。查其舌体胖大，有齿痕，质暗，苔薄白，切之脉细无力。据其舌脉症辨为脾虚湿停，气虚血瘀之证。治法以补气活血，健脾除湿。方用补阳还五汤加味，黄芪120g，川芎、当归、桃仁、红花、白术各10g，云苓30g，苍术、羌活各15g，赤芍、甘草各6g。水煎服，每日1剂，日服2次，药进5剂，诸症皆除。右眼视力恢复至5.0。[8]

按：由患者症状和体征表现辨证为气血耗伤，脾虚湿停，脉络瘀滞的虚中夹实之证，方选补阳还五汤加味治疗。补阳还五汤补气、活

血、通络；以苍术、白术、云苓、炙甘草健脾燥湿；以羌活除目系之湿邪，切中病机，故获痊愈。

第四节 视神经病变

一、前部缺血性视神经病变

前部缺血性视神经病变为供应视盘筛板前区及筛板区睫状后血管的小分支发生缺血，致使视盘发生局部的梗死。它是以突然视力减退、视盘水肿及特征性的视野缺损（与生理盲点相连的扇形缺损）为特点的一组综合征。本病在中医属于“视瞻昏渺”范畴，引起原因众多，总因气血虚弱和气滞血瘀两种。

【临床应用】

李氏［9］用补阳还五汤加味治疗前部缺血性视乳头病变20例，结果：20例23只眼中，显效12只眼，有效6只，无效5只。总有效率78.26%。疗程最短30天，最长1年。方法：用补阳还五汤加丹参、葛根、茯苓、车前子、甘草为主方，伴烦躁易怒加栀子、黄芩各10g；伴失眠多梦加炒枣仁15g、夜交藤10g；伴头痛头晕加天麻、钩藤各10g。全部病例均同时口服维生素B_1、芦丁。动脉硬化加维脑路通，高血压、糖尿病、心脏病，均配合相应治疗。结论：诸药合用可以益气活血通络，健脾利水消肿，扩张末梢血管，改善眼部微循环，促进眼底出血，水肿吸收及视功能恢复。杨氏[10]用补阳还五汤加减治疗前部缺血性视盘病变30例，总有效平为90%。治疗方法：以补阳还五汤加地龙、红花为主方，口服。肝火旺盛加夏枯草、菊花；肝肾不足加枸杞、菟丝子；纳差加鸡内金、生山楂；头晕目眩加石决明；动脉硬化加丹参；糖尿病加黄精、山药；高血压患者加天麻、钩藤，并加大川芎用量；颈动脉供血不足加党参、丹参、夏枯草。同时配合以静脉点滴复方丹参液20ml加入10%葡萄糖液250ml或生理盐水250ml之中，7天为1个疗程，间隔3天，进入第三疗程，一般需点滴3个疗程。结果：该药具有补气、活血、通络功效，可以改善视乳头缺血和组织水肿，使视神经纤维功能恢复，视野恢复。

【病案举例】

1. 刘某，女，48岁，1993年4月21日就诊。右眼视力下降10天。患心脏病史多年。症见：面色无华，心悸失眠，头晕眼胀，体倦乏力，舌暗、苔薄白，脉结代。血压15/11 kPa，视力右眼0.3，左眼1.2，右眼底视神经乳头色淡，边界不清，生理凹陷消失，隆起约+2D，视乳头表面和附近视网膜有少量出血点，视网膜色淡，轻度水肿，动脉变细反光增强，交叉压迹可见，黄斑中心凹反光差。左眼底除轻度动脉硬化外余正常。视野检查可见与生理盲点相连的鼻下象限缺损延续到周边部。诊断：右眼缺血性视乳头病变。治宜益气养血，祛瘀通络。处方：黄芪60g，当归、党参、生地黄各15g，川芎、赤芍、地龙、麦冬、酸枣仁各10g，桃仁、桂枝、红花各6g，大枣4枚，每日1剂，水煎服。服药7剂，头晕眼胀，心悸体倦减轻，夜眠好转，视力右眼0.5，继服10剂，脉转平和，全身状况明显好转。视力右眼0.8，眼底视乳头水肿消退出血基本吸收，守上方去酸枣仁，继服10剂，视力右眼1.0，眼底视乳头色淡，出血及水肿消失。[2]

按：本例患者久病体虚，血虚不能养心，气虚不能推动血液运行，血行不畅而成瘀，清窍及目系失养而导致视力下降，头晕不适重用黄芪，意在大补元气，使经络通畅，气足而血行，祛瘀而不伤正；伍当归养血活血；川芎、赤芍、桃仁、红花活血祛瘀；地龙通经活络；佐以炙甘草汤以增强益气养血，通脉活血之功，使气足血旺，脉络通畅，目得明视。

2. 林某，男，56岁。因右眼突然视力下降3天，于1994年3月21日入院。视力右0.2，左1.0，双眼前节正常。左眼底正常，右眼底：视乳头色淡红，边界模糊，以鼻上方明显，生理凹陷消失，乳头周围轻度水肿，鼻上方散在条状出血，动脉细，反光强，静脉充盈迂曲，交叉压迫征阳性，黄斑区中心凹光反射模糊。平面视野：颞下象限有与生理盲点相连的扇形缺损。血压25/15kPa，伴周身无力、头晕头痛。舌暗红，苔白，脉弦细。诊断：西医：前部缺血性视乳头病变（右）；中医：视瞻昏渺（右）。辨证：气虚血瘀兼肝阳上亢。治则：益气活血兼平肝潜阳。予补阳还五汤加味，黄芪30g，归尾、赤

芍各10g，地龙15g，川芎、桃仁、红花各10g，丹参、葛根各20g，茯苓15g，车前子12g（包煎），甘草6g，天麻、钩藤各10g。水煎服。每日1剂。10剂后自觉症状好转，右眼视力0.4，眼底：乳头鼻上方色偏淡，边界欠清，水肿、出血明显吸收。用药30天后，视力0. .8，乳头边界清，鼻上方色淡，水肿出血全部吸收。视野：在生理盲点的颞下方仍有1/ 4 盲点大小的缺损区。随访半年病情无变化。[9]

按：目得血气充足而能视，血气虚则目窍失养而视力下降；肝开窍于目，肝气调达则目睛慧了，肝阳上亢则目不明而视物模糊。本例患者气虚血瘀为本，肝阳上亢为标，用补阳还五汤加味则益气活血、平肝潜阳，标本兼顾。

二、视神经萎缩

视神经萎缩指任何疾病引起视网膜节细胞及其轴突发生病变，致使视神经全部变细的一种形态学改变，为病理学通用的名词，一般发生于视网膜至外侧膝状体之间的神经节细胞轴突变性。其临床特征主要以眼底改变为主。患者自觉视物模糊，逐渐加重，严重者可致失明。可由颅内病变、外伤、营养性疾病及眼科其他疾病引起。中医无具体病名，当属于“青盲内障”、“视瞻昏渺”范畴，其病因病机为心脾气虚、肝肾不足，气虚血瘀，虚实夹杂。

【病案举例】

1. 患者，男，14岁。病史：8个月前双眼无明显诱因渐渐视物不清，眼前有大小不等的各色毛球飞舞，后至看不清黑板上字迹，直至不能辨认父母面目，去数地诊治无效来我院求治。自汗，盗汗，心悸，不思饮食。查体：右眼视力：眼前手动；左眼视力：指数/尺。双眼不能固视。双视神经乳头边清色灰白，动脉稍细。营养欠佳，体质消瘦，面色苍白，舌质淡红，无苔，尖赤边有齿痕，脉沉数无力。诊断为视神经萎缩（青盲内障）。治疗：脉症合参，用归脾汤加减以解心脾两虚之症，20剂，水煎服。二诊：全身症状好转，投补阳还五汤加减20剂，水煎服。三诊：右眼视力：0.04（不能矫正）；左眼视力：0.6（不能矫正）。双眼视神经乳头色仍灰白。嘱服杞菊地

黄丸以巩固疗效。[11]

按：患者年少，脾胃未充，气血津液化生不足，不能上荣于目，致目窍失养；又气虚无力行血，血流瘀滞，阻塞目系，渐致目无所荣，不能视物。故治疗当标本兼顾，补虚为主。先服归脾汤双补心脾，待气血稍充，改投补阳还五汤补气活血，化瘀通络，后期调肝肾，用杞菊地黄丸，循序渐进，患者目疾得以缓解。《一草亭目》书中载："血养水，水养神膏，膏护瞳神，以观日月，察秋毫"，故用补气及活血化瘀之药，能使萎缩的视神经得到营养，使部分视神经有复活之望。

2. 王某，男，1岁半，1988年11月初诊。母代诉：2个月前从3m多高的平房顶坠地，当时昏迷不醒，意识丧失，即送到本市某医院抢救治疗，住院期间做CT提示右侧颞部有硬脑膜下水肿，枕部挫伤，住院治疗30余天，脱离生命危险后出院。出院后即来我院诊治，检查：患儿表情淡漠，对周围事物无反应，右侧肢体呈痉挛性瘫痪。双眼视力无光感，瞳孔散大，直接、间接光反射消失，眼底视乳头色淡，黄斑区中心反射消失。舌质淡暗，苔白，脉沉缓，属气虚血瘀、脉络不畅证。诊断为外伤性视神经萎缩。处方：黄芪12g，葛根9g，忍冬藤8g，川芎、赤芍各6g，当归、地龙各5g，桃仁3g，红花2g，10剂后患者右侧肢体挛缩状态减轻，瞳孔对光反应出现，患儿对周围物体有感觉。共服上方6个月，患儿能辨认周围事物，肢体恢复正常，生活能自理，但智力略低于同龄人。[12]

按：《灵枢·大惑论》说："五脏六腑之精气，皆上注于目而为之精，精之窠为眼，骨之精为瞳子，筋之精为黑睛，血之精为络，其窠气之精为白睛，肌肉之精为约束。裹撷筋骨血气之精，而与脉并为系，上属于脑，后出于项中"。由此知之，眼与脑之除了解剖部位的联系，更通过脑与全身生理机制密切相关。患儿由高处坠地，血瘀气滞，全身气血不能流通，气血以和为贵，虽年幼体弱，然有故无殒，当以通气血为先，故仍投补阳还五汤，但药量稍轻。虽治全身，但气血得以流通，则目有所养，目睛慧了则能视。

第五节 麻痹性斜视

在正常双眼注视状态下，被注视的物体会同时在双眼的视网膜黄斑中心凹上成像。在异常情况下，双眼不协同，双眼注视状态下出现的偏斜，称为斜视。麻痹性斜视则是由于一条眼外肌或多条眼外肌运动受限所致。通常见于一条或两条外直肌麻痹，或双侧的外展神经麻痹。临床可做眼科检查予以诊断。患者可出现复视现象，以及眼球运动受限。本病在中医里有相关记载，属“视岐”范畴，由气虚、气滞、血瘀所致。

【病案举例】

1. 患者，男，65岁，主诉：双眼突然视物成双1个月余，在外院行脑电图检查及眼眶部拍片无阳性发现，经西药常规治疗无明显疗效。有高血压病史10年。检查：血压23/14.6kPa。视力右5.0，左5.1，右眼内斜约25°，外转受限，向其余各方位运动尚可。双眼底动脉硬化Ⅱ级改变，黄斑部中心凹光反射正常。体征：面色少华，头晕眼胀，夜寐多梦，双眼干涩，舌质淡边有瘀点，苔薄白，脉弦涩。诊断：右眼外直肌麻痹。治宜益气活血、平肝熄风。处方：黄芪30g、当归15g、桃仁10g 、红花10g、川芎10g、赤芍15g、地龙10g、僵蚕10g、天麻10g、钩藤15g、蔓荆子15g、熟地20g、菊花15g。每日1剂，先熏后服，一日2次，10剂后血压19/12kPa，复视明显减轻，查右眼内斜约10°，外转部分受限，照上方去天麻继服10剂，复视消失，眼位正。眼球向各方位运动自如，舌脉转平，诸恙尽愈。改服成药以巩固疗效。[2]

按：本案系年迈体衰，肝血不足，风阳上扰，气虚血滞，脉络瘀阻，筋脉失养而弛缓不用。“初病在气，久病入血”。本方重用黄芪加熟地扶正气、滋阴血以固本，化瘀通络以行血。酌加天麻、僵蚕、钩藤以平肝熄风潜阳，扶正祛邪诸症尽除。

2. 王某，男，68岁。1999年10月5日初诊。复视1个月余，加重2天。患者1个月前无明显诱因出现复视，伴头晕。经某眼科医院诊断为：右眼外直肌麻痹性斜视。口服西药治疗，疗效不佳。近2

天自感复视加重，伴恶心头晕。诊见：双眼睑活动自如，平视双睑裂宽均为11mm。左眼内斜视，眼球向外活动受限。查眼底：左眼视网膜动脉、静脉壁反光带增宽。管径变细，粗细不均。动脉、静脉管径比（A:V）为1:3。头颅CT示：未见异常。神疲乏力，面色㿠白。舌质淡红，苔薄白，脉细弱。辨证：气虚血瘀。治法：益气活血。方药补阳还五汤加减：生黄芪15g，当归15g，桃仁10g，红花10g，川芎10g，地龙15g，赤芍20g，僵蚕12g，葛根15g，甘草10g。10剂后自觉复视、头晕明显减轻。左眼向外活动能力略有恢复。原方基础上加茺蔚子10g，以活血化瘀，清肝明目。续服10剂后，左眼内斜视基本校正。复视、头晕、恶心等症状消失。[13]

按：本病的发病机制在《灵枢·大惑论》中早有论述，“故邪中于项，因逢其身之虚，其入深则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则目系急，目系急则目眩以转矣。邪其精，其精所中不相比也，则精散。精散则视歧，视歧见两物。”由此可见，体虚为发病的基础。患者年老一派气虚之征。从眼底视网膜血管的形态变化可看出血瘀之象。故用生黄芪以补气，用当归、桃仁、红花、地龙、赤芍、僵蚕、葛根以活血通络，改善眼底血液循环。根据病机对证治疗，效如桴鼓。

第六节 眼睑下垂

上睑下垂系指上睑部分或全部不能提起所致的下垂状态，即在向前方注视时上睑缘遮盖角膜上部超过角膜的1/5。轻者不遮盖瞳孔，只影响外观，重者部分或全部遮盖瞳孔，则妨碍视功能。上睑下垂属中医“上胞下垂”范畴。《目经大成》称其为“睑废”。本病多由先天禀赋不足，命门火衰，致脾阳不足；或由脾虚中气不足，筋肉失养，睑肌无力；或因肝虚血少，风邪客于胞睑，阻滞经络，气血运行不畅，筋肉失养而致。本病在西医多用手术或维生素及能量合剂支持疗法，而中医有较好疗效。

【病案举例】

1. 患者，女，50岁，主诉：双眼上睑不能睁开2个月余。无明

显诱因发病，午后加重，曾在外院肌内注射加兰他敏，口服 ATP 等药治疗 1 个月余，症状无改善。现已停经 3 个月。检查：视力右1.0、左 1. 0，双眼睑皮肤无红肿，无压痛，平视时双上睑遮盖角膜约 5mm，眼球位置正常，向各方位转动自如，眼底正常。体征：神情疲惫，心烦失眠，纳呆健忘，乏力自汗，舌质暗苔少，脉虚无力，诊断：双眼上睑下垂。治宜益气活血、养心安神，方拟补阳还五汤加浮小麦 30g、炙甘草 15g、大枣 4 枚、茯神 15g、党参 15g，每日 1 剂，10 剂而愈，随访 2 年无反复。[14]

按：本案系思虑劳倦，耗伤心脾，脾不健运，气血生化不足，心失所养则失眠健忘，气虚运血无力，血行瘀滞，清阳下陷，眼睑失养，弛缓不用则上举无能，本方加参苓补气健脾，升提下陷阳气，疏通脉络，合甘麦大枣以养心润燥而安神和中缓急，使气足血盈神旺则升举有力，下垂之上睑恢复其位。

2. 甘某某，男，58 岁，1996 年 4 月 21 日就诊。主诉：左眼睑不能睁开半月。其病史为本月上旬劈柴时被柴棒打伤左侧眉心部，当即红肿痛，经抗炎后红肿逐渐消退，惟眼睑不能睁开，延至半月仍未康复。检查左眼：视力 1.2，眼睑无红肿，有轻度触痛，眼睑皮肤无瘢痕，无内外翻，眼球转动灵活，结、角膜正常，瞳孔等大。溴新斯的明试验阴性，舌质淡红，苔薄白，脉细弦缓。诊断为外伤性上睑下垂。辨病分析，此病系外伤所致，现眼睑仍有触痛，外伤必致瘀，经脉瘀阻，气血不通，不通则痛。脉细缓而弦，细则为虚，弦则显瘀，细察症脉，辨为气虚血瘀型。治疗以益气升气、活血通络。方药用补阳还五汤加减：黄芪 20g，当归、川芎、赤芍、地龙、茯苓各 10g，薏米仁 15g，枳实、红花各 8g。每天 1 剂，煎服 2 次。5 天后复诊：眼睑稍能睁开，无触痛，检查未见异常。药症合拍，效不更方，继进 7 剂。后随访，经服药 10 剂后病已恢复，眼睑开合自如。[7]

按：外伤必致瘀。此案例患者眼部直接遭硬物创伤，红肿疼痛，故局部必有瘀血停滞。患者年老，结合舌脉，有气虚下陷之象，故用补阳还五汤补气活血、化瘀通络，配伍红花增加活血之功，加枳实增强行气导滞之效，加薏米、茯苓意在增强补气健脾之力。兼顾整体与局部，取效亦速。

3. 患者，男，34岁。诉右上睑下垂及外斜1个月，于1992年7月5日来诊。患者于2个月前因右眼中央动脉栓塞到某医院求治，球后注射654－2，其后右眼胀痛，次日右上睑下垂，眼球向上、下、内运动受限，外展正常。角膜映光法：右眼外斜20°。右眼角膜透明知觉略减退，瞳孔中等开大，对光反射及调节反射消失，视神经乳头边清，色淡，动脉略变细，黄斑区色暗红，未见出血及渗出，眼压正常。左眼前后节（－），VD：0.2。诊断：①右眼动眼神经麻痹。②右眼中央动脉不全栓塞。治疗：补阳还五汤：生黄芪120g，赤芍5g，归尾5g，地龙4g，桃仁3g，红花3g，川芎1.5g，10剂，水煎服，同时口服维生素B_1、维生素B_{12}，能量合剂静脉点滴，10天后右眼裂可开大8mm，右眼球向上、向下、向内可稍活动，但右眼仍外斜10°。同前方又投10剂后，右眼已无外斜，右眼球各方向活动正常，双眼裂等大，瞳孔等大，对光反应及调节反应均正常。右眼视力：0.4。[11]

按：本例患者首发眼睑下垂求诊，单纯西医治疗无效，遂用中医治疗。患者以眼部病变为主症，无明显全身症状，盖因气滞血瘀，无力上荣，眼睑失养，则迟缓不用，不能上提。此在西医虽为两病，但中医认为均由气虚血瘀，脉络不通引起，故异病同治，用补阳还五汤配合西药支持治疗而起效。

第七节 慢性单纯性青光眼

慢性单纯性青光眼又名原发性开角型青光眼，俗称慢单。以眼压升高为基本特征，进而引起视神经损害和视野缺损，终于导致失明的慢性进行性眼病。开角型青光眼的房角，大多数是宽角，少数为窄角，甚至在眼压升高时，房角也是开放的，故因此而得名。慢性单纯性青光眼属中医学的“青风内障”、“偏头风”、“视瞻昏渺”范畴。患者自感眼胀眼疼，头疼恶心。中医认为慢性单纯性青光眼的眼压升高是机体气血津液转化功能改变所致，临床上多见于气虚血瘀型。

【病案举例】

患者，男，50岁。1996年11月7日初诊。近半年来经常双眼酸

胀不适，稍看书报或电视后更甚视物模糊。在某医院诊为慢性单纯性青光眼。经用噻吗心安滴眼后眼胀略减，但视力仍有下降，且视物易疲劳，故来我院就诊。检查：双眼视力0.5，不能矫正。屈光间质无异常，双瞳孔3.0mm大小，对光反应灵敏。眼底：视乳头生理凹陷扩大，C/D = 0.6，双眼压7.5/3.5 = 4.4kPa。房角镜检查为宽角。鼻侧视野缩小约15°。舌质淡，边有瘀点，苔薄白，脉细。诊为慢性单纯性青光眼。证属气虚血瘀，水湿内停。治宜益气活血，通络利水。方用补阳还五汤加味：黄芪50g，桃仁0g，红花6g，川芎6g，赤芍10g，地龙30g，枳壳10g，槟榔30g。水煎服，日1剂。服药1个月后眼压降至正常。视力双眼1.0。嘱服杞菊地黄丸以巩固疗效。半年后复查未见病情反复。[15]

按：眼压升高主由房水过多所致，房水属津液范畴，房水排出系统的障碍，为痰饮与血瘀范畴。“津血同源”，入脉为血，出脉为津（房水），痰瘀同源，痰瘀之形成均与气虚有关。故方选补阳还五汤，黄芪补气为主，使气行则血行；川芎为血中气药，有行气活血双重功效；桃仁、红花活血消瘀，通利经脉；枳壳、槟榔行气导滞，全方共奏益气活血，化瘀通络之效。

第八节 玻璃体积血

玻璃体积血是最常见的玻璃体病变，但并非原发性疾病，多由眼内附近组织疾患或外伤血管破裂出血进入玻璃体内引起。少量出血可见玻璃体尘埃状混浊，大量出血则造成严重的视力障碍。病因多见于外伤、糖尿病性视网膜病变、视网膜静脉周围炎、高血压动脉硬化、视网膜静脉阻塞等。本病属中医眼科“暴盲”、“血灌瞳神”、“目衄”、“云雾移睛”之范畴，中医认为其发病多与火热、气虚、外伤损及脉络，或脉道不利，血凝而不行，终致血不循经，溢于脉外，蓄于神膏，血不利则为水，加之神水、神膏由津液所化，属阴水之类，终致瘀血蓄积、水血互结之机。玻璃体积血后吸收十分困难，目前西医多采用止血、抗凝、激光及玻璃体切割等方法治疗。中医采用分期治疗，但均以补气活血化瘀为基础。

【临床应用】

王氏[16]等采用中药补阳还五汤治疗18例（18只眼）疗效显著。痊愈（8例）：玻璃体积血完全或基本吸收，眼底清晰可见，视力恢复1.0以上或病前视力；显效（6例）：积血大部分吸收，视力恢复0.3以上；有效（4例）：积血有吸收，视力恢复0.1～0.3；所治病例全部有效。药物组成：黄芪15g，当归10g，桃仁10g，红花10g，赤芍10g，川芎8g，地龙10g。气虚改黄芪为30g；病程长加皂刺10g、夏枯草15g；头晕血压偏高加川牛膝15g、石决明18g；便秘有热加大黄10g、生地黄15g；脾气虚便秘加生地黄40g、生白术60g、升麻3g。每日1剂，水煎2次，分早、晚服，10天为1个疗程。根据病情可连续服用。陈氏[17]观察补阳还五汤对糖尿病性玻璃体出血的治疗作用。方法：106眼玻璃体出血患者随机分为观察组（56眼，口服补阳还五汤剂）与对照组（50眼，尿激酶玻璃体内注射）。观察治疗前后玻璃体出血的吸收程度。结果：治疗后玻璃体出血的吸收，观察组优于对照组（$P<0.01$），显效率60.7%，总有效率91%。结论：补阳还五汤可降低血液黏稠度，改善视网膜和脉络膜微循环，对玻璃体出血有肯定的治疗作用。

【病案举例】

张某，男，57岁，1997年5月3日以左眼视力突降40余天而就诊。自诉半年来头晕、乏力、便秘，继而出现左眼视力突降，曾在某医院确诊为玻璃体积血，住院服药输液治疗月余，视力未明显好转而出院。故要求服中药治疗，检查：视力右1.0，左手动/眼前；眼底镜和裂隙灯下玻璃体内呈红光反射，眼底未能窥见（左）：右眼底：视神经乳头边缘清，色淡红，视网膜动脉血管细静脉纡曲，A:V=1:2，黄斑中心凹光反射（+），脉沉细，苔薄白。血压14.7/8.0kPa。诊断为玻璃体积血。证属气虚血瘀型，用补阳还五汤。黄芪15g，当归10g，桃仁10g，红花10g，赤芍10g，川芎8g，地龙10g，皂刺10g，生白术60g，生地黄40g，酒大黄10g，每日1剂，水煎2次，分早晚服。5剂后视力：右1.2，左0.02，照上方随症加减后期加昆布、海藻等药，共服药50余剂，视力恢复到右眼1.5，左眼1.0，停服中药，改服补气活血胶囊（院内自制），药物组成：黄芪、

当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、鸡血藤、羌活、独活、川牛膝、焦山楂、地龙、桂枝、水蛭、甘草，每粒0.5g，每次4粒，每日3次，以巩固疗效。半年后随访，视力稳定，身体健康。[16]

按：患者年老体弱，正气亏损，动脉硬化，脉络瘀阻，血不循经而溢于脉外，形成眼内出血。故治疗采用以补气为主，兼以活血化瘀的补阳还五汤。方中黄芪大补脾胃之气，使气旺以促血行，祛瘀而不伤正；当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、皂刺活血祛瘀；地龙、川牛膝通经活络，引血下行。全方共奏补气活血，通经活络之功，守方治疗，达到了气足血行，脉络通畅，溢血归经，目明能视之功能。

第九节 眼外伤

眼外伤是指眼球或附属器官因受外来的机械性、物理性或化学性伤害，发生各种病理性改变或损害其正常功能者，称为眼外伤。眼外伤为外科常见病，治疗不及时常造成严重后果，或引起严重并发症。本病无论是中医还是西医，都应及早治疗。中医认为外伤必有血瘀，故以活血化瘀为总则指导治疗。以下辑录几例常见眼外伤的中医治疗。

一、前房出血

【病案举例】

1. 钱某，男，22岁，2001年6月就诊。运动导致左眼前房出血。用补阳还五汤加减，药用黄芪、白茅根各30g，当归、车前子各15g，泽兰叶、赤芍、川芎、郁金、苏木、丹皮、柴胡各10g，夏枯草、丹参各20g，生大黄3g。水煎，每日1剂，分3次服，每次100ml服药10天，出血停止，积血全部吸收，视力恢复至受伤前水平，眼压正常。患者治疗期间常规双眼遮盖包扎，限制眼球活动，半卧位休息。[18]

2. 某男，70岁。因右眼老年性白内障入院。入院后行晶体囊内摘除术。术后第二天前房出现积血，达1/3前房。即行双眼包盖，半卧位，静脉点滴20%甘露醇及6－氨基己酸止血降压，并口服维生素

C，路丁、云南白药等治疗1周，积血无明显吸收，停上述治疗，改服中药，予补阳还五汤加生蒲黄、炒蒲黄、仙鹤草，5天后前房内积血全部吸收。[15]

按：西医认为前房出血主要是因为虹膜血管破裂而引起，出血量较少时多能自行吸收。本病属在中医属于目血证之“血灌瞳神”范畴，多是由于外伤所致，内损血络，血溢脉外，积于瞳神而致。《血证论》云：“凡治血者必先以祛瘀为要”，因出血必留瘀，瘀血不去，则新血不生，故临床以活血化瘀通络为主，酌情配伍凉血止血、清肝凉目或淡渗利湿之药。上述两例患者前房积血，一因运动损伤，一因手术所致，但都是外伤引起离经之血，方用补阳还五汤化裁，益气活血、化瘀通络。用黄芪取气行则血行之意，同时酌加凉血止血的药物，促进血液吸收。应该注意的是，当出血量多时易引起许多并发症，如继发性青光眼、角膜血染，此时应考虑手术治疗为主，后期可用中药调养。

二、视网膜脱离复位术后视物模糊

【病案举例】

赵某，男，23岁，1999年5月8日初诊。1月前突然右眼视力下降，眼前大片黑影，在省级某医院确诊为右眼视网膜脱离，并住院行冷凝、放水及巩膜外加压手术。术后1个月，右眼仍视物不清。请眼科会诊查视力：右0.03，左1.1。扩瞳查眼底：脱离的网膜基本平复，但加压带有黄白色渗出病灶，且累及黄斑部，中心凹反光不清。舌淡红，脉弱。诊断：视网膜脱离术后（右）。证属气阴不足，湿瘀阻络。治以益气活血，养阴利水。处方：黄芪、车前子各30g，赤芍、地龙、旱莲草、云苓、生地各15g，归尾12g，川芎10g，红花9g。水煎服，日1剂。服药2个月余右眼视力恢复至0.4，追踪1年，病情稳定。[19]

按：视网膜脱离产生的原因为气虚不固，而视网膜脱离复位术是一种人为的眼外伤，不但伤气，且术后有瘀血病理存在，况术中还可致视网膜出血，加重其血瘀。因此益气活血、养阴利水为其治疗大法，以补阳还五汤为主益气活血；生地、旱莲草、枸杞养阴明目；茯

苓、车前子利水消肿。经临床运用，对视网膜脱离术后视功能的恢复有良好效果。

三、外伤性复视

【临床应用】

李氏[20]等以益气活血法为主治疗5例外伤所致复视，疗效显著。方法：以补阳还五汤化裁：黄芪30g，桃仁10g，红花10g，当归10g，川芎9g，地龙12g，丝瓜络12g，青皮10g，甘草6g。头痛、头晕、眼胀甚者加用夏枯草15g、天麻10g，心烦欲吐者加用法夏、竹茹各10g，伴肢体麻木者加用鸡血藤10g，伴上睑下垂者加服补中益气丸，并口服ATP，维生素B族（或肌内注射）。结果：5例5只眼均治愈，时间最短者半个月，最长者45天。徐氏[21]用补阳还五汤治疗外伤性复视23例，总有效率为87%，方法：生黄芪50g，赤芍30g，当归、川芎、地龙、桃仁、枳壳各15g，红花10g。加减：有眼底及眼周皮下出血者加三七粉（冲服）、山萸肉、五味子；伴迎风流泪者加防风15g；眼屎多者加菊花、谷精草；视力下降者加熟地炭15g，阿胶15g（烊化）；有感染征象者加金银花、连翘各15g，或配伍敏感抗生素；有手术指征者，应先行手术治疗。上药日1剂，10剂为1个疗程。

【病案举例】

余某，男，26岁，于1997年1月4日就诊。半月前因车祸面部受伤，左眼下2cm处皮下出血，疼痛，视一为二，门诊治疗1周，皮下血肿、疼痛消失，但留复视不愈。继服维生素B_1片、肌苷片8天，不效。查舌质暗淡，苔薄白，脉弦。眼底及视力正常。诊为外伤性复视。证属气虚血瘀，治宜补气活血。予补阳还五汤加三七粉，连服15剂。检查眼球向各方向活动正常，复视消失。[21]

按：外伤性复视，多因颅脑外伤，颅前凹、颅中凹骨折或眼眶部直接损伤引起。由于动眼神经、滑车神经、外展神经功能受损，以及眼外肌瘀血水肿导致运动功能障碍，双眼球协同运动失调，轻者单向受损，仅表现为复视，眼球活动不利；重者可出现多方向受累伴有斜视，眼球固定。中医学属于“目偏视”、“视一为二”范畴，证属头

部外伤，因突发车祸，致局部神经肌肉损伤，收缩无力，瘀血凝滞，筋脉受累，痹阻五脏精气，目失濡养而失明而致眼带失灵，根据“气为血之帅，血随气行”、“血之凝结，必先由于气”（《医宗金鉴》）的理论，治当以益气活血，化瘀通络。故以补阳还五汤，既补气养血，又行气化瘀通络，可谓标本同治，瘀祛精升，目睛清明。运用时必须重用补气药，黄芪用量在50g或以上，疗效方佳。以益气活血通络，解痉缓急。由于本方能切中病机，故在临床应用中，治疗外伤性复视收到了良好的治疗效果。本方能改善损伤处的血液循环，促进损伤神经肌肉的修复，增强眼外肌的收缩力，使双眼球运动协同一致，因而疗效满意。

四、外伤后低眼压

【病案举例】

某女，8岁。1995年2月被铁丝刺伤左眼，致左眼球穿通伤，当即在本地某医院急诊行眼球缝合，术后前房恢复玻璃体积血，眼压T－1。出院后不久出现白内障、左眼睑裂及眼球均日渐缩小。1995年12月4日来我院住院。查左眼睑裂及眼球明显小于右眼，角膜5点至7点呈现条片状白斑，瞳孔中等大，不圆，对光反射存在。虹膜3点处后粘连，5点至6点处前粘连。晶体混浊，眼底不能窥见。眼压T－3。红绿色觉正常，光觉、光定位正常。于12月6日在全麻下行白内障针吸术，术后视力恢复至指数/眼前，眼压仍不能测出，眼底未见异常。出院时予中药补阳还五汤加减：黄芪20g、当归6g、川芎5g、赤芍6g、桃仁5g、地龙5g、荆芥6g、防风6g、青箱子6g、决明子6g、白蒺藜6g、甘草3g。日1剂，连服1个月。眼压逐渐提高，恢复5.5/5.5 = 2.12kPa。[15]

按：引起继发性低眼压的原因很多，主要是房水生成量少，而排出通路正常或排出增加或房水生成减少排出也增加，长时间超出了机体的调节能力，使眼压不能维持在正常水平，它可由多种原因导致。本病一般发生在穿通伤术后视网膜脱离，球内手术后，属中医水肿范畴，而水肿多与血瘀、痰饮等有关，故可用益气活血，化瘀通络为法。

参考文献

[1] 顾忠俊. 补阳还五汤为主治疗视网膜中央静脉阻塞36例. 江苏中医，2001，22（4）：30
[2] 李玲，王真珍，李海喜. 补阳还五汤新用. 新中医，1998，30（11）：52
[3] 徐明怡. 加味补阳还五汤治疗眼底出血50例. 四川中医，2002，20（4）：73
[4] 刘新颜，郑新青. 中西医结合治疗视网膜中央动脉阻塞1例报道. 甘肃中医，2002，15（2）：14
[5] 罗耀红. 补阳还五汤加减治疗视网膜中央动脉阻塞2例. 中国中医眼科杂志，1994，4（2）：118
[6] 刘树田. 补阳还五汤治疗“中浆”临床观察（摘要）. 江西中医药，1994，25（增刊）：67
[7] 余新林. 补阳还五汤在眼科的应用. 四川中医，1997，15（11）：52
[8] 张万强，顾双洲. 补阳还五汤加味治疗中浆病1例. 河北中医药学报，1998，13（4）：44
[9] 李书娜，陈伟丽. 补阳还五汤加味治疗前部缺血性视乳头病变20例. 河北中医药学报，1998，13（4）：19
[10] 杨淑焕，霍润林，郭卫民. 补阳还五汤加减治疗前部缺血性视盘病变30例. 陕西中医，2000，21（7）：310
[11] 赵亚明，陈丕山. 补阳还五汤在眼科临床应用. 中西医结合眼科杂志，1997，15（4）：233
[12] 李改云，陈建敏. 补阳还五汤治疗眼病. 陕西中医，1998，19（10）：464
[13] 刘宝山。补阳还五汤临床活用举隅. 北京中医，2000，（6）：35
[14] 李玲，王真珍. 补阳还五汤眼科应用举隅. 中西医结合眼科杂志，1998，16（4）：254
[15] 屈四清. 补阳还五汤眼科临床应用举隅. 湖南中医杂志，1999，15（4）：42
[16] 王笑可. 补阳还五汤治疗玻璃体积血. 河南中医，2001，21（5）：50
[17] 陈民. 补阳还五汤治疗玻璃体出血的临床观察. 海峡药学，2004，16（5）：130
[18] 张德新，陈淙. 补阳还五汤治疗杂病举隅. 实用中医药杂志，2004，20（12）：708

[19] 王芙蓉. 补阳还五汤临床应用举隅. 实用中医药杂志，2002，18（6）：39
[20] 李红艳，周意. 补阳还五汤治疗外伤性复视. 江西中医药. 1994，25（增刊）：95
[21] 徐驰，邵建军，刘芳琴. 补阳还五汤治疗外伤性复视23例. 四川中医，2000，18（2）：53

第十章 皮肤科病证

第一节 荨麻疹

荨麻疹是临床常见的一种皮肤病，以病情顽固，反复发作，瘙痒无度，治疗较棘手为基本特点，其临床表现为多见全身大小不等风团，色淡红或暗红，剧烈瘙痒，骤然发生。可迅速消退，消退后不留痕，此起彼伏，反复发作，迁延日久，多在午后或夜间加剧，皮肤划痕征部分呈阳性。以3个月为界分为急、慢性两种。病因未明，机制复杂，现代医学认为与免疫性过敏反应（变态反应）有关，常因食物、药物、感染、物理因素（冷、热、光、压力等）、动物及植物因素、内脏和全身性疾病影响等诱发。中医称之为“瘾疹”、“风疹”、“赤白游风”等，认为多以风、寒、热、湿之邪有关。尤以气血虚弱、肌肤脉络瘀滞为本，风、寒、热、湿之邪为标。故治宜标本兼施，补消并行。

【临床应用】

张良[1]用补阳还五汤加味治疗慢性荨麻疹62例，痊愈率61.3%，有效率95.2%。补阳还五汤加味：生黄芪10g，当归15g，川芎

10g，赤、白芍各15g，桃仁12g，红花9g，何首乌15g，地龙15g，僵蚕12g，乌梢蛇12～15g，防风10g，刺蒺藜15g。舌红、口干甚者加生地12g、薄荷9g，苔腻者加生薏苡仁30g。入夜不眠者加生龙骨30g（先煎）、酸枣仁12g，遇寒即发或加剧者加桂枝10g、荆芥10g。以上药每日1剂，水煎2次，取汁约300ml分2次服。7天为1个疗程，一般治疗3～5个疗程。治疗期间停用其他药物，避风寒，忌食生冷、辛辣及腥腻之物。吕氏[2]用补阳还五汤加味治疗慢性荨麻疹36例，痊愈率91%。补阳还五汤加味药物组成：生黄芪20g、赤芍15g、当归15g、地龙10g、桃仁10g、红花10g、川芎10g、荆芥10g、防风10g、全蝎10g。遇冷加重者加桂枝10g；遇热加重者加丹皮10g、生地10g；挟有湿热者加黄芪、苦参、白鲜皮各10g、土茯苓15g；有肠寄生虫病者加使君子、槟榔各10g；病程长、瘙痒重者加山甲、皂刺、乌梢蛇各10g。每日1剂，水煎服，分2次服。

【病案举例】

1. 赵某，男，40岁。1992年6月10日初诊。患者3年前全身泛发风团，伴瘙痒不适，曾在多家医院诊为荨麻疹，给予氯苯那敏、特非那丁、中药消风散等治疗，未见好转。自述倦怠乏力，劳累后风团发作，消退缓慢，舌红，苔薄白，脉涩无力。皮肤科检查：躯干四肢散见大小不一的暗红色风团，间有抓痕血痂。西医诊断：慢性荨麻疹。中医辨证：气虚血瘀生风。治宜补气活血化瘀消风，方用补阳还五汤加味：黄芪、生地各30g，桃仁12g，红花、当归、赤芍、川芎、地龙、荆芥、蝉衣、苦参、白蒺藜各10g。水煎服。日1剂。服药7剂，痰痒已止，惟晚间仍有少量风团起发，效不更方，继服14剂，3年宿疾，竟获痊愈。[3]

按：慢性荨麻疹，属于中医“赤白游风”、“瘾疹”范畴，病机错杂，总缘于风。本例风团色暗，遇劳发作，消退缓慢，证属气虚血瘀生风，投以补阳还五汤补气活血，加用荆芥、苦参、蝉衣、白蒺藜祛风止痒，药中病机，故获良效。

2. 张某某，女，46岁。患者自述从小皮肤瘙痒起疙瘩，至今已32年，每遇阴冷天气或食鱼虾后即周身骤起块状疹点，皮肤发红，瘙痒无度。西医诊断为顽固性荨麻疹。曾用钙剂、苯海拉明等抗过敏

药物及中药清热凉血、祛风药内服，外洗方药等治疗无效。检查：头面及颈部较红，四肢、躯干均见散在性淡红色风团块。舌淡边紫暗、苔薄白，脉沉涩。中医辨证为气虚血滞、瘀阻脉络之风疹。方用补阳还五汤加味。黄芪60g，当归尾、白鲜皮、赤芍各12g，川芎、桃仁、川红花、干地龙、地肤子各6g。3剂，日1剂，水煎服。药后痛痒减轻，皮肤颜色变暗，继服3剂，疹点全消，肤红退尽，无痒感。继服4剂以巩固疗效。随访2年未再复发。[4]

按：本病时间较长，属顽固性荨麻疹，且多方治疗不愈，导致气虚血滞，瘀阻脉络。故以王清任《医林改错》中补阳还五汤补气活血，化瘀通络，正合“治风先治血，血行风自灭”之意。方中重用黄芪以补气固表，配合当归尾、赤芍、川芎、桃仁、红花活血祛瘀，地龙、白鲜皮、地肤子祛风通络透疹，全方重用补气，佐以活血之品，使之气足、血行、络通，药证相合而获效。

第二节 带状疱疹

带状疱疹是一种由水痘－带状疱疹病毒所引起的，累及神经和皮肤的急性疱疹性病毒性皮肤病。临床表现以簇集性水疱沿身体一侧周围神经呈带状分布，伴显著神经痛为特征。可发生于任何年龄，多见于青壮年。带状疱疹属于中医学的“蛇串疮”、“腰缠火丹”、“火带疮”等范畴。中医认为本病的发生多与感受毒邪，湿、热、风、火郁于心、肝、肺、脾，经络阻隔，气血凝滞而成。本病西医病因明确，即由水痘－带状疱疹病毒感染所致，一般对症治疗为主。

【临床应用】

沈氏[5]用补阳还五汤联合西药阿昔洛韦治疗带状疱疹，其中治疗组在止疱、止痛、结痂及疗程时间上均明显优于对照组，差异均有显著性（P均<0.01）。随访30日，治疗组未发生后遗神经痛，对照组有4例发生后遗神经痛，发生率为16.0%。两组治疗过程中均未发现明显的不良反应。方法：治疗组给予补阳还五汤加味：黄芪120g，当归、川芎、熟地、桃仁、红花、地龙各3g，赤芍、丹参各5g，每日1剂，水煎，分2次服用，同时口服阿昔洛韦片0.2g/次，5

次/天。7天为1个疗程。连续观察2个疗程。对照组单用阿昔洛韦治疗。剂量、疗程同治疗组，两组同时外用炉甘石洗剂。

【病案举例】

刘某，女，65岁，1999年5月10日初诊。左侧腰部起集簇性水疱，疼痛1周。以西药阿昔洛韦静脉点滴3天无效，疼痛剧烈如针刺。诊见：言语低微，少气懒言，面色晦暗无华，左侧腰腹部呈带状分布集簇性水疱，部分为血疱，疱液混浊，触痛及自发痛，舌淡暗、苔薄黄，脉弦数。诊为带状疱疹，证属气虚血瘀，湿热阻络。方以补阳还五汤加减。处方：黄芪50g，白芍30g，车前子15g，川芎6g，地龙、当归、桃仁、赤芍、红花、龙胆草、甘草各10g。服2剂后疼痛大减，能安然入睡，水疱、血疱部分干枯。守方服12剂，诸症悉除。[6]

按：本例患者年迈体衰，气血虚弱，瘀血阻络，湿热瘀滞于皮肤腠里之间，发为水疱、血疱。以补阳还五汤益气活血，酌加龙胆草、车前子清肝胆湿热，合白芍、甘草缓急止痛而获效。

本病西医多采用对症治疗。对一般带状疱疹或病症初期，无论是单纯中医还是西医治疗效果都比较理想，病症稍重者一般主张中西医结合治疗，同时应用外用药，则疗效明显优于单纯用药。

值得注意的是带状疱疹在治疗时应兼顾并预防其并发症的发生，其常见并发症为结膜出血、化脓性结膜炎、面瘫及影响听神经的病变，特别是易发于年老及体弱患者，长期应用皮质激素的病人也容易发生，所以治疗中应当酌情加入一些补虚扶正之品，如人参、甘草、当归、黄芪之类，补阳还五汤在这方面亦有兼顾作用。另外，带状疱疹后遗神经痛临床发生率极高，其用补阳还五汤治疗效果较为满意，故于下节专门论述。

第三节 带状疱疹后遗神经痛

带状疱疹后遗神经痛是指疱疹的皮肤损害已完全消退，但受侵犯的神经分布区域仍有持续性剧烈疼痛，有如锐器刺入、烧灼、电击、重压、紧勒等，受到风吹或轻轻触摸衣服时都引起剧烈疼痛。可持续

数月或数年以至数十年不等，且疼痛白天黑夜都存在，是一种非常顽固的难治性疼痛，患者常痛苦异常。西医认为与水痘－带状疱疹病毒的嗜神经性有关。中医多认为属“血瘀”范畴，一般在活血化瘀为主的基础上，辨证施治。因本病临床较为常见，故作专篇论述。

【临床应用】

门氏[7]用补阳还五汤治疗带状疱疹后遗神经痛69例，1个疗程治疗后治愈62例，显效4例，有效2例，无效1例，总有效率为98.55%。方法：补阳还五汤组成：黄芪60g，当归12g，赤芍10g，地龙10g，川芎10g，红花10g，桃仁10g，日1剂，水煎2次，分2次服，每剂加水600ml，浸泡1h煎至约200ml，20天为1个疗程。任氏[8]观察补阳还五汤加减方内服外敷治疗带状疱疹后遗神经痛的临床效果50例。结果：痊愈42例，总有效率96%。方法：对50例患者均口服及外敷补阳还五汤加减方（黄芪、赤芍、当归、桃仁、红花、川芎、地龙）。10天为1个疗程。观察3个疗程。结论：本方有益气活血、化瘀通络的功效，内外合治，内服可以调整血液循环，外敷可消除局部炎症，从而迅速缓解疼痛。王氏[9]等用针刺配合补阳还五汤加味治疗带状疱疹后遗神经痛20例，总有效率100%，痊愈率65%。并设单纯针刺组15例作为对照组，疗效差异有意义（$P<0.05$）。方法：中药以补阳还五汤为基础方加减，日1剂；针灸以经络辨证选穴配合局部选穴，每日1次，10日1个疗程。结论：说明中药补阳还五汤补气活血祛瘀的功效与针刺祛邪扶正、通络止痛的作用相结合，能够切合带状疱疹后遗疼痛正虚邪乘，久病入络的病机，故能取得良好疗效。

【病案举例】

1. 周某，男性，67岁，1999年12月11日初诊。2年前患肺癌，经手术后行化疗治疗，病情稳定。3个月前患带状疱疹，经西医治疗1个月左右疱疹消失，但后遗神经痛。西医用连续硬膜外阻滞方法止痛，同时静脉给抗炎、止痛及增强免疫力药，外用芬太尼缓释透皮贴剂并服活血化瘀止痛方，效果欠理想。刻诊：患者胸部疱疹消退处剧烈疼痛，痛处无灼热感，衣物摩擦、谈话甚至抬肩则疼痛加剧，伴面色青晦，全身乏力，下肢软弱，稍加走动则气短难续，纳呆，大

便微溏，舌质淡，苔白，舌边有瘀斑，脉细缓。此为正气亏虚，瘀阻经络。治宜补气扶正，佐以化瘀通络止痛。方选补阳还五汤加味：生黄芪60g，当归10g，赤芍10g，川芎6g，桃仁6g，川红花6g，地龙10g，丹参10g，制乳香6g，炒甲珠6g（研粉吞服），全蝎6g（研粉吞服）。每日1剂，水煎口服3次。5剂后疼痛明显减轻，前方加白蔻仁10g，砂仁10g（均另包，后下），再进6剂，患者疼痛消失，其他症状明显改善，前方继进6剂，以资巩固。随访2年，病未复发。[10]

按：本例系正气亏虚、瘀阻经络所致，单用血府逐瘀汤等活血化瘀方剂更耗正气，故应化瘀通络与补虚扶正兼顾，方选补阳还五汤补气扶正，佐以化瘀通络止痛，如此则使气旺血行，祛瘀而不伤正，则疼痛自愈。方中加入丹参、制乳香以增强化瘀止痛之功；因“久痛入络”，故加入炒甲珠、全蝎以增强通络解痉止痛之效。

2. 黄某，男，73岁。因腰胁部刺痛1周就诊，在皮肤科诊为带状疱疹，口服抗病毒药及红外线照射治疗，半月后疱疹渐消，局部结痂，胁部疱疹结痂处色斑深紫。精神萎靡，面色灰暗，唇白少华，舌质淡胖，边有瘀点，脉沉细而涩。证属年高气亏，毒邪余热壅遏经隧，日久络道壅阻。治以活血化瘀、通络止痛为主，佐以扶正益气、清泄毒邪之法。方药：黄芪50g，赤芍20g，桃仁15g，红花6g，地龙20g，鸡血藤30g，川楝子15g，柴胡6g，酸枣仁25g，合欢皮30g。每日1剂，水煎服。7剂后复诊，诉疼痛明显减轻。再服7剂后疼痛已完全消失，色斑消退，即在前方的基础上增减化裁巩固疗效。[11]

按：本例患者年老气虚，血行失畅，以致经脉失养，络隧瘀阻而生疼痛。方用补阳还五汤加鸡血藤化裁，以补气为主，兼以活血通络止痛，清泄余热邪毒。方中重用黄芪大补元气，使气旺血行；配伍川芎、赤芍、桃仁、红花活血化瘀、通络止痛；当归、鸡血藤养血补血、活血祛瘀；地龙清热祛风、通络活络。诸药合用，祛瘀泄毒而不伤正，补阳扶正而不留邪，使气旺血行、瘀祛络通，经脉得养诸症自愈。

第四节 黄褐斑

黄褐斑是由于皮肤黑色素的增加而形成的一种常见面部呈褐色或黑色素沉着性、损容性的皮肤病。以女性发病多见，尤其见于育龄期妇女，男女比例达1:9。黄褐斑在民间俗称“肝斑”、“黑斑”、“蝴蝶斑”。同时本病多发于孕妇或月经不调的妇女，又称“妊娠斑”，属于中医学的“黧黑肝曾、黑皮干、面尘”的范畴。临床表现呈对称性淡褐色或黑色，色斑形状不一，多分布于面颊部，其他依次为口周、前额、鼻侧、下颌角、眉弓、颞部，个别患者可波及整个面部。有时融合成片，呈蝴蝶形或不规则形，边缘清楚，光滑无鳞屑，亦无痛痒等自觉症状，病程缓慢。中医一般认为本病的发生与肝脾肾三脏相关，证多虚实夹杂，与脏腑、气血、痰湿、外邪均有关系，但总的病因病机是血虚、血瘀。西医认为主要与内分泌、紫外线等因素有关。

【临床应用】

秦氏[12]用补阳还五汤治疗女性面部黄褐斑28例，其疗效优于对照组。经2个疗程治疗后，治疗组总有效率92.9%，对照组总有效率为52.4%，两组比较总有效率存在显著性差异（$P<0.01$）治疗组明显优于对照组。方法：治疗组采用补阳还五汤加味，基本方为：生黄芪20g、当归20g、桃仁15g、赤芍15g、川芎20g、红花10g、地龙5g、白芷10g、冬瓜仁30g、玉竹30g、薏苡仁30g。应用时根据患者的具体情况酌情加减。肝郁气滞明显者加柴胡、郁金、川楝子、香附；月经后期量少者或兼有子宫肌瘤者，加三棱、莪术、益母草、桂枝；兼有腰膝酸软者，加女贞子、旱莲草、菟丝子、淫羊藿；闭经者加熟地黄、阿胶、艾叶、巴戟天；兼有面部痤疮者加生山楂、黄芩、重楼、金银花。每周5剂，6周为1个疗程，月经期间停用。对照组口服维生素C，每次0.3g，每1天3次，口服维生素E，每次0.1g，每天2次，连服6周为1个疗程。两组治疗期间嘱患者忌过咸、过辛、过辣食物，并尽量减少日光照射。

【病案举例】

1. 唐某，女，35岁，工人，2000年3月10日初诊。面部起色

斑2年。1992年剖宫产一女孩。1994～1996年曾人流2次。诊见：面色萎黄，身倦乏力，烦躁失眠，口干，腰痛，转侧不利，小便频数。鼻梁、双颧部、双面颊可见不规则、边缘清楚淡褐色斑片，舌淡略紫，脉沉细无力。诊为黄褐斑，证属气虚血瘀并阴虚，颜面失养。治以补气活血，养阴通络。以补阳还五汤加减，处方：黄芪30g，川芎6g，当归、地龙、桃仁、赤芍、远志、红花、枸杞子各10g，女贞子、旱莲草各15g，甘草5g。服3剂后腰痛消失，活动自如，面部色斑稍微消退，以补阳还五汤加减继续服28剂，诸症悉除，改服成药巩固。[6]

按：本例患者多次手术，致气血虚弱，肝血不足，瘀血阻络，颜面失养而生黄褐斑。予益气活血之补阳还五汤酌加补阴养血之品，使气血充足，瘀血得祛，则面部色斑自消。

2. 顾某，女，35岁，护士。2002年4月6日初诊。主诉：面颊鼻翼黄褐斑半年。经西药治疗30天无明显疗效，而转中医治疗。刻诊：面颊鼻翼部黄褐斑，唇周色暗有少许胡须，月经延后，色淡量少，纳差少寐，舌质淡边尖有瘀点，苔薄白、脉细涩。证属气血不足，脉络瘀阻，颜面肌肤失养所致。治宜补气益血、滋阴通络、养颜亮肤，方选补阳还五汤合二至丸加减：黄芪60g，当归15g，熟地20g，川芎10g，赤芍15g，桃仁、红花各10g，郁金15g，地龙10g，女贞子20g，旱莲草15g，玉竹20g，麦冬15g，益母草10g。连服10剂，斑色变淡，共服20余剂，黄褐斑消失，月经正常。[13]

按：本案为气虚血少，肝肾阴虚、肌肤失养所致，故用补阳还五汤补气活血通络，合二至丸加减补肝肾之阴，则甚为切题而效佳。

第五节 面部粟粒性狼疮

面部粟粒性狼疮又称颜面播散性粟粒性狼疮、毛囊性粟粒性狼疮、粟粒性狼疮样结核病或颜面播散性粟粒性结核病，为颜面部散在的圆形的不破溃的丘疹，愈后留有萎缩性瘢痕。过去认为本病是一种经血行播散的皮肤结核，是寻常性狼疮的一种变型或结核疹。组织学改变虽然是典型的结核结构，但是患者的一般健康良好，大多数病人

常不伴有其他结核。病损中也不能找到结核杆菌。结核菌素试验常呈阴性，抗结核治疗大多无效。因此认为本病与结核无关。本病属于“肺风粉刺”，气血凝寒，血郁痰结，阴滞皮肤发窍所致。

【病案举例】

患者马某，男，40岁，2000年2月15日就诊，自述颜面部起红色结节8个月，经某医院检查诊断为面部播散性粟粒性狼疮，并治疗后无好转，遂求治于刘老（刘复兴：云南省中医医院主任医师，系云南省名中医，专业从事皮肤科30余年）。症见面、额、下颌部有成片的米粒大小的软性结节，对称分布，色深红，境界清楚，呈不规则状，患处皮肤干燥、脱屑，伴颧红潮热，舌质红，苔薄白，脉细数。诊断为面部播散性粟粒性狼疮（气虚血瘀型），治以补气活血、通络散结为法。处方：生黄芪45g，赤芍、紫草、生石膏、生地榆各30g，川芎、桃仁、生地、雷公藤、当归各15g，红花10g，蜈蚣2条，水煎服，2天1剂，服上方8剂后，皮损处皮色已由深红转为淡红，结节明显缩小软化上方去蜈蚣加小红参30g、水蛭15g，继服10余剂，颜面部结节消失，皮肤色泽恢复正常，无色素性萎缩性瘢痕遗留。[14]

按：现代医学对本病的病因尚不明确，以往因组织病理示象结核样结构，认为系血源性皮肤结核，目前确认非结核，但尚无一定归属。中医学认为本病多由血虚阴亏，正气不足所致。刘老认为本例患者是由于气虚血行不畅，瘀阻脉络，壅滞不通，郁久化热而成。故以补阳还五汤补气活血通络；小红参、生地榆、紫草、生石膏、生地化瘀凉血清热；雷公藤、红花、蜈蚣、水蛭通络逐瘀散结而收效。

第六节 皮肤瘙痒症

皮肤瘙痒症是临床常见的一类皮肤病，以皮肤瘙痒为主要表现，而一般未见其他明显器质性病变。瘙痒症状表现不一，或局限于一处，或广泛发生，程度或轻或重，可由于搔抓出现继发性皮损，如继发性充血、皮肤抓破、苔藓样化、色素沉着、脓疱或淋巴结炎等损害。本病属中医学的“风瘙痒”范畴，中医认为本病的病因，内因

多与脏腑气血失调相关，外因常与风、湿、热、虫相关，但总的说，肌肤气血不和是痒产生的病理基础。西医认为本病与多组内外因素有关。本病治疗较为棘手，常顽固难愈。西医一般采取对症治疗。中医一般症脉合参，辨证施治。

【病案举例】

1. 朱某某，女，66岁。1997年3月6日初诊。自述于5年前开始出现全身皮肤呈游走性瘙痒，且愈搔愈痒，夜间较重，曾服多种中药及抗组胺治疗，效果不佳。近半年来瘙痒加重，以致彻夜难眠，故来就诊。内科检查排除肿瘤、糖尿病、肝脏及甲状腺疾病等。中医症见：面色萎黄，语声低微，四肢无力，肌肤甲错，瘙痒不止，纳差少眠，舌质暗滞，边有瘀点，舌下络脉青紫，脉细涩无力。证属气虚血瘀、肌肤失润。处方：黄芪、夜交藤30g，当归、川芎、熟地、麦冬、桃仁、地龙、阿胶（烊化）各12g，红花、蝉衣各9g，甘草6g。二诊：服上方半月后全身乏力及瘙痒减轻，纳差睡眠好转，舌脉同前。上方加淫羊藿15g、陈皮12g、黄芪增至60g，继续服药月余瘙痒消失，四肢皮肤微有汗出，行动自如，予间断服药巩固治疗。[15]

按：“有诸内，必形诸外”。一旦脏腑功能失调，气血运行不利，皆可导致皮肤病的发生。因此治疗皮肤病需从整体出发，辨证论治，调理脏腑气血，使其各复其职。此病人曾有“中风”病史，本就存在脏腑失调、气虚血瘀证候，加之日久更耗阴血、肌肤失濡，故而出现肌肤甲错、瘙痒不止。“治病求本”，故予补阳还五汤加味治疗，顽疾得愈。

2. 张某某，女，54岁，1996年4月15日初诊。全身皮肤瘙痒难忍半年，入夜瘙痒难眠，以腹部及下肢尤甚，伴四肢沉重乏力，精神不振。曾服息斯敏、氯苯那敏等多种西药及养血祛风等中草药均未见好转。查体：腹部及下肢可见抓痕、血痂，舌暗、苔薄，脉沉细无力。辨证为气虚血瘀，肌肤失养。治以补气活血，熄风润燥止痒。用补阳还五汤加减。药用：黄芪30g，当归12g，川芎10g，白芍30g，地龙10g，桃仁6g，红花6g，全蝎5g，炒皂刺10g，白蒺藜15g。每日1剂，水煎服。6剂后，自觉瘙痒明显减轻，继用上方加减，服14剂后皮肤瘙痒消失，腹部及下肢抓痕、血痂消退病告痊愈。[16]

按：本例患者初起由血虚风燥所致，但病久必致气血失和，肌肤失养，故用补阳还五汤补气活血通络，加白蒺藜、全蝎、炒皂刺以熄风止痒解毒，这样才能标本同治，补气逐瘀，病自痊愈。

第七节 皮肌炎

皮肌炎是一种累及皮肤和肌肉的弥漫性炎症性疾病。仅有肌炎者称为多发性肌炎。典型的皮肤损害是以眼睑为中心的水肿性紫红色斑片，手指关节及肘膝关节伸侧对称性角化性红色斑丘疹，表面有细小鳞屑。肌肉损害以对称性四肢近端肌无力、酸痛、触痛、肿胀、萎缩为特征。食管、咽部、心、肺、肝等亦可累及。全身可有不规则发热、关节疼痛、贫血、消瘦、乏力等症状。皮肌炎在中医属于“肌痹”、“痿证”的范畴。中医认为禀赋不足、气血亏虚于内，风湿热邪侵于外是发病之因。湿热交阻，气血凝滞，经络痹阻乃发病之理。

【病案举例】

陈某，女，42岁，干部。1997年4月10日以“全身皮肤多发红斑伴四肢近端肌痛7个月余，发热10天”就诊。缘于2年前无明显诱因出现双臂皮肤肿胀疼痛，时轻时重，未系统诊治。2个月前四肢、面部及躯干部皮肤出现红斑伴近端肌肉疼痛，发热10天。确诊为皮肌炎。西医予氢化可的松、雷公藤多苷等治疗，病情有所好转。要求配合中药治疗。现自诉四肢近端肌痛，双臂不能上举。午后低热，体温波动在37.3～37.8℃，乏力，纳差。视诊可见面部、躯干、四肢伸侧均有暗红色斑。查双上肢肌无力5级。舌苔薄白、脉沉细。化验：血常规：白细胞计数3.6×10^9/L，血小板计数110×10^9/L，血红蛋白94g/L。尿常规：尿蛋白（+）。血沉54mm/h。血清酶：天门冬酸氨基转移酶73.8U/L（正常值<34U/L），肌酸激酶298U/L（正常值<192U/L），乳酸脱氢酶208U/L（正常值<133U/L）。蛋白电泳α球蛋白43.4%，γ球蛋白0.1%，抗核抗体（+），狼疮细胞（-）。肌电图示：双上肢肌源性损害。现每日氧化可的松150mg静脉点滴，雷公藤多苷30mg口服。证属肝肾亏虚，寒湿阻络，气虚血瘀。治宜补益肝肾，益气活血，祛寒除湿。方用补阳还五汤加味，药

用：生黄芪60g，归尾12g，川芎6g，赤芍12g，桃仁6g，红花6g，生地15g，知母10g，川断15g，枸杞10g，丹皮10g，紫草15g，益母草30g，鸡血藤30g，海风藤15g，络石藤15g。每日1剂，水煎200ml，早晚温服。服药10剂，体温降至正常，皮肤部分红斑消退，肌痛减轻。复查血尿常规正常。血沉28mm/h，谷草转氨酶18.9IU/L，血清丙酮酸酶86IU/L。氢化可的松减至每日100mg。守方继服30余剂。复诊时皮肤红斑消退，肌痛不明显。化验肌酶谱及免疫指标恢复正常。停用氢化可的松及雷公藤多苷，改泼尼松15mg每日口服。守方继服月余，病情稳定，随访1年未复发。[17]

按：本病在中医学中多属“肌痹、痰证”之范畴。《黄帝内经》对本病的基本特征具有较明确的记载：“病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹”。对其病因病机，《济生方·诸痹门》云：“皆因体虚腠理空疏，受风寒湿气而成痹也”。本患阳气虚极，复感寒湿，血凝于肌则紫斑成片，气虚不运，寒凝血滞，不通则痛，故四肢肌痛，触之痛剧，瘀血内阻，久则化热，故午后低热。补阳还五汤益气活血，“三藤”散寒除湿，川断、枸杞补肾益气，生地、知母、丹皮、紫草、益母草凉血清热化斑。现代药理研究证实生地配知母尚可拮抗激素治疗之不良反应。

第八节 双手发绀症

双手发绀症是指双上肢手掌或指端发绀为主症，而无明显其他器质性病变者。西医认为与体质因素及免疫系统相关，中医无对应病名，可归于“血瘀”一类，临床根据患者情况，一般以活血化瘀为主，辨证治疗。

【病案举例】

李某，女，26岁，会计，已婚。1994年11月7日初诊。患者1年前无明显诱因出现双手指端发青，以甲床为甚，昼轻夜重。初始前无其他不适，后青紫症状逐渐加重，延及整个手指及掌心。曾在上海华山医院就诊，经血沉、类风湿因子、免疫球蛋白电泳、抗核抗体等化验检查均正常，心肺系统亦未发现异常，拟诊为“双手发绀症”，

予扩血管及维生素 B 族类药物治疗，症状无改善。近半月来患者觉手指入夜或遇寒麻痛不适，影响正常工作及休息，痛苦不堪，遂往我处要求服中药治疗。刻诊患者自诉胃纳不佳，头晕乏力，少寐多梦，月经量少，色泽偏暗。体检：神清，面色少华，精神不振，心肺体检无异常，双手色青紫，压之无褪色，局部无肿胀及压痛，皮肤稍凉，手指关节活动正常。舌淡暗，苔白而滑，脉细弱，证属气血亏虚，血运不畅，瘀阻于上肢末端而致。当益气活血通络，方用补阳还五汤加减：生黄芪 45g，当归尾、川芎、炮山甲、水蛭各 15g，白术、茯苓各 12g，川桂枝 6g，上方服 14 剂后，患者诉麻痛尽失，精神为之大振，双手发青症状亦明显减轻，色泽转淡，惟遇寒指端青紫仍较明显，故于前方增黄芪用量为 60g，再加制附片 10g，续服 14 剂，诸症全消，随访至今未复发。[18]

按：依王清任之意，补阳还五汤原方主要用于中风半身不遂，属于正气亏虚而致血脉不利者。今本例双手发绀症患者，初看似乎无从下手，但结合全身情况及舌脉所见，当属气亏虚为先，气虚无力推动血液运行，血行缓慢，遂瘀阻脉络、瘀血之变，其色青紫，故治之当从补益气血着手。借用该方，正是取其补气活血通络之义也，方中重用生黄芪以大补脾胃之元气，使气旺而促血行，祛瘀而不伤正。当归、川芎、赤芍、红花、鸡血藤以活血祛瘀。广地龙、水蛭、炮山甲通经活络，佐附片以温阳散寒，桂枝为引使之品，直达于上肢也。诸药合用，使气旺血行，瘀去络通，诸症自可全消也。

第九节 斑秃

斑秃又名圆秃、圆形脱发，为一种局限性的斑片状脱发，大多为一圆形或椭圆形、直径 1～2cm 或更大的落发，骤然发生，经过徐缓，有复发倾向。临床以头发片状脱落、病变处头皮正常、无炎症、无自觉症状为特点，若整个头皮头发全部脱落称为全秃。全身毛发均脱落称为普秃。斑秃属于中医学的“油风”范畴，俗称“鬼剃头”、“鬼舔头”，《黄帝内经》中“发落”、“发坠”、“毛拔”等症状的描述是对本病最早的记载。中医认为该病的发生肝肾关系密切，盖肝藏

血，肾藏精，肝肾不足，精血亏虚是本病发生的主要原因，但也有因气虚血瘀、血热生风等其他原因。现代医学认为，本病属自身免疫性疾病，多认为与细胞免疫功能缺陷、精神情绪因素、血浆内皮素升高等有关。

【病案举例】

1. 郭某某，男，25岁，2002年3月6日来诊，自述2年前不明原因头部出现一团团落发，到某人民医院皮肤科就诊，诊断为斑秃，经治疗后痒愈但1个月后复发，且逐步加重，很快整个头部发缕全无。又到某人民医院皮肤科就诊，经内服外搽（用药不详），头发很快长出，但很快又落掉，从此头发再也没有长出，虽经多方治疗，仍无好转，见患者整个头部无一丝发缕，皮肤光亮，舌质暗，苔薄白，脉微细而涩。余认为此患者因气虚而不能运血，瘀血阻络，血不荣发，毛发失养，而致病。用补阳还五汤加减治疗，药用：黄芪120g，当归10g，川芎15g，赤芍15g，红花10g，桃仁15g，地龙15g，制首乌15g，山甲珠10g，川牛膝18g，白芷15g，蜈蚣2条，桑白皮15g，补骨脂15g，丹参30g，甘草6g。加减治疗4个月后，开始长发，后又治疗2个月痊愈。随访郭某，未发。[19]

按：本例即气虚血瘀导致的斑秃发生。血瘀与血弱可以导致相同的病理产物，但其致病机制却迥然有异，治疗亦不同。例中患者舌质暗，脉微细而涩，非气血虚弱所致，而是气血瘀滞。治疗以补阳还五汤为基础，酌加丹参、川牛膝、甲珠、蜈蚣等活血虫类药物增强了原方活血通经之效；制首乌、补骨脂既可调节免疫功能，又能补肾固本；肺开窍于皮毛，故以桑白皮清泻肺热；白芷既可祛风宣肺又可载药上行，治疗以上方为根本，以后根据病情变化调整药物而显效。

2. 何某，女，25岁，1988年7月8日来诊，患者2个月前受孕5个月，自然流产，产后（未做清宫）恶露持续20天方净。后时觉少腹隐隐胀痛，伴头晕、失眠、胸中烦躁，时觉恶寒，易感冒，上月月经来潮量少，色暗红质黏，伴腹胀加重，腰酸重，持续近10天干净，4天后月经复又来潮6天，量少色淡暗红，无臭味。近日突觉头发脱落甚多，头晕烦躁症状加重。诊其形体瘦弱，面色晦暗，精神不振，目眶暗淡，舌淡暗、边有瘀斑，脉弦细涩，巅顶正中及后脑勺中

有2处铜钱大斑秃。诊为气虚血凝、络脉瘀阻所致，法当补气活血、调养冲任，投补阳还五汤加味：黄芪30g，赤芍、川芎、地龙、桃红、山萸肉各12g，归尾、地骨皮各15g，柴胡、红花各10g，茜草根、麦芽各20g，鳖甲25g，连服12剂。二诊时失眠、恶寒诸症改善，胃纳亦增，惟仍有腰酸、头晕、乏力，诊其舌淡红，瘀斑变淡，苔薄白，脉细弱，上方减茜草根、桃仁、红花、赤芍，加何首乌20g，杜仲、阿胶（烊化）各15g，续服20剂。欣然来告，诸症改善，斑秃处亦见新发茸茸而生。[20]

按：此为斑秃的另一案例，总为产后血虚引起。患者乃外来民工，因大月份自然流产，心情一直郁闷不乐，而产后休息及饮食调补亦不足，故气滞血瘀及气血不足之证并存，二者互为因果，关键在瘀阻胞宫，新血不生，冲任无以滋养，气血无以流运，毛发失却荣润而致斑斑脱落。此时若仅予滋养温补之方，则血凝甚；仅以祛瘀通络则体弱难以承受。拟用补气通络，化瘀生新的补阳还五汤，辅以柴胡、麦芽疏肝解郁结，茜草根祛胞宫瘀血，地骨皮、鳖甲以养阴血、除烦热，山萸肉滋养肝肾冲任。使全方祛瘀而不伤阴血。服药12剂，月事以行，胞宫瘀血得化，冲任得以滋养，新发得生，而诸症尽释。

第十节　硬皮病

硬皮病是一种自身免疫性疾病，好发于女性，以皮肤肿胀、硬化、萎缩、小血管痉挛狭窄为特征。中医认为属“痹症”范畴。《医学传心录》曰：“痹者，犹闭也。风寒湿气浸入肌肤，流注经络，则津液为之不清或变痰饮，或成瘀血，闭塞不通，故作痛走注或麻木不仁”。本病的发病机制是本虚标实。阳气不足，卫外不固，腠理不密；风寒湿之邪伤于血分，致荣卫行涩，经络时疏，造成经络阻遏，气血瘀滞而发病。西医病理特点是小动脉及毛细血管壁增生阻塞和受累器官的纤维化，常侵犯皮肤及器官，影响其功能。

【临床应用】

黄国坚等[21]以补气温经、活血通络为法，用补阳还五汤加减治疗硬皮病47例，总有效率为95.74%。方药：黄芪、党参、制附子、

当归、赤芍、川芍、杜仲、仙茅、巴戟天、桃仁、红花、地龙、桂枝、木瓜、锻牡蛎、鸡血藤、甘草，随症加减，30天为1个疗程。

【病案举例】

（一）局限性硬皮病

刘某，女，16岁，学生。1997年3月初诊。患者前额出现钱币大小红斑疹，时感瘙痒，并逐渐向下扩大至鼻、左侧面部、耳前和下颌部。斑疹中心略凹陷，患者鼻部变尖，左鼻翼变薄。皮肤色素加深呈灰暗色，弹性差，皮纹消失，呈腊样光亮。相继左头顶部至枕部皮肤萎缩，色素沉积。实验室检查：抗核抗体（+）1:80，Scl-70KD（+），血沉27mm/h。舌质淡暗，苔薄白，脉沉缓。西医诊断：局限性硬皮病。中医诊断：皮痹。辨证：气虚血瘀，寒湿阻遏。治法：益气化瘀，温经散寒，除湿化痰，通络启痹。补阳还五汤加减。方药：生黄芪30g，当归15g、桃仁10g、红花10g、川芍10g、赤芍15g、地龙10g、生地30g、桂枝10g、白芥子10g、炒槐花15g、鬼箭羽30g、僵蚕10g、云苓10g，30剂。另服金龙胶囊0.5g/次，3次/天；复方红花配外擦，2次/天。

药后皮损肤色转淡红。变软。上方加女贞子、山萸肉继服1个月，皮损皮肤触及柔软，触捏起已有皮纹出现，查抗核抗体（-）。Scl-70KD（-），血沉12mm/h。加减继服至半年。皮损肤色接近正常肤色，随访至今未见复发。[22]

按：本方具有补气益元复阳、熄风祛瘀、化浊通络之功效。黄芪有温分肉而固实腠理，补中气而强肌健力，壮脾胃而升清养肌，益正气而抑邪内生。夏师宗清代王清任所言，元气不足，血液必不能达于血管而致血液瘀阻之理，擅用补阳还五汤，尤推崇黄芪大补元气，以助养血活血，当归、桃红、川芍、赤芍、地龙可调节免疫功能，降低全血黏度，改善微循环，增强新陈代谢，降低病灶血流阻力，缓解肢端小动脉痉挛；川芍还能引药上行直达病所；白芥子、僵蚕、桂枝温经散寒，除湿化痰，软坚止痛；生地与黄芪配伍，一阴一阳相辅相成。《本经》所言地黄，“逐血痹，填肾髓，长肌肉…生者尤良”。现代药理研究，生地具有激素样作用；槐花、鬼箭羽清热解毒，活血化

瘀，通经活络；云苓健脾利水。诸药配合，益气养血，活血化瘀，温经散寒，除湿化痰，通络启痹。

（二）产后硬皮病

1. 李某某，女，30岁，干部，1997年5月20日初诊。患者1年前因侧切产后高热，经治疗后热退出院，继后周身无力，身体消瘦，两上肢硬肿，皮纹不显，表面有腊样光泽，皮肤色泽呈黄褐色。经某医科大学检查诊断为进行性硬皮病，给予青霉素，九维他静脉点滴，口服泼尼松等药1周，无明显好转，故请中医诊治。症见两上肢前臂两侧呈带状硬皮，长约5cm，宽3cm，不易捻起。患者两上肢屈伸不利，高举及握拳因皮肤僵硬而活动障碍。舌质淡红，苔薄白，脉沉细无力。辨证：产后气血不足，外邪侵及肌肉腠理，气血痹塞，瘀滞不通。立法：补气养血，行气通痹。处方：补阳还五汤：黄芪50g、当归10g、赤芍15g、地龙5g、川芎5g、桃仁5g、红花5g，5剂，水煎服。服药后上肢硬化皮肤自觉软化，但屈伸不利，舌脉如前。再服上方5剂，硬皮软化，双手握力增加。嘱其每日做体操2次，后随访身体健康。

2. 赵某某，女，28岁，干部，1998年2月9日初诊。患者2个月前因产后胎儿先前性心脏病，心情抑郁，失眠多梦，心慌气短，继而上肢皮肤发紧发硬，时有指端痉挛。曾在哈尔滨某医院诊治，确诊为全身性硬皮病，经抗炎、营养疗法，未见好转，故来我院就诊。症见两上肢皮肤发硬不能捏起，活动受限，部分皮肤变薄萎缩，缺少弹性，皮损周围有大小不等色素脱失。舌质淡红，苔薄白，舌下系带有瘀斑，脉沉涩。辨证为产后气血不足之皮痹。立法：补气养血，温阳通络。处方：补阳还五汤加肉桂10g，7剂，水煎服。服药后患者自感上肢活动自如，皮肤软化，精神转佳，再服5剂，病获痊愈。[23]

按：产后硬皮病以局部皮肤、肌肉增厚为特点，也称产后“皮痹”。此病发生少产后气血不足，腠理不密，风、寒、湿三气侵袭皮肤而导致营卫不和，经络气血紊乱，日久四肢筋脉、肌肉失养，气血循环阻滞，出现局部肢体皮肤硬肿变紧。正如《女科证治准绳·产后门》所云：“产后百节开张，血脉流散，遇气弱则经络肉分之间，

血多留滞，累日不散，则肾节不利，筋脉引急，故腰背不得转侧，手足不能动摇。”此病为虚中夹实，虚是本，外邪是标，瘀滞是变，所以在治疗时应把握住益气养血，健脾通络，以固本扶正，使正气内充，气血流畅，皮肤得养，皮痹自消。

补阳还五汤中重用黄芪补气为主药，气足才能推动血行，营养其周身；再与当归配伍组成当归补血汤，更是气血充足；川芎乃血中之气药，配赤芍、桃仁、红花活血行血；地龙通经络，全方共奏补气活血、疏通经络之效。

参考文献

[1] 张良. 补阳还五汤加味治疗慢性荨麻疹62例. 安徽中医临床杂志，2000，12（2）：125

[2] 吕福全. 补阳还五汤加味治疗慢性麻疹36例. 天津中医，1998，15（3）：113

[3] 刘文景. 补阳还五汤治疗皮肤病二则. 陕西中医，1997，18（2）：86

[4] 张进达. 加味补阳还五汤治愈顽固性荨麻疹. 新中医，1995，（6）：32

[5] 沈伟国. 补阳还五汤联合阿昔洛韦治疗中老年带状疱疹25例. 国医论坛，2005，20（3）：40

[6] 王晓翠. 补阳还五汤新用。新中医，2001，33（7）：66

[7] 门龙洋. 补阳还五汤治疗带状疱疹后遗神经痛. 山东中医杂志，2005，24（8）：465

[8] 任小红. 补阳还五汤加减内服外敷治疗带状疱疹后遗神经痛50例. 陕西中医，2005，26（10）：1047

[9] 王庆航，巩传芬. 针刺配合补阳还五汤加味治疗带状疱疹后遗神经痛20例。针灸临床杂志，2000，16（5）：91

[10] 张勇. 中医辨治带状疱疹后遗神经痛. 中国中医急症，2004，13（3）：190

[11] 陆红. 补阳还五汤加鸡血藤治疗带状疱疹后遗神经痛23例. 吉林中医药，2004，24（9）：17

[12] 秦竹. 补阳还五汤加味治疗女性面部黄褐斑28例. 云南中医学院学报，2003，26（2）：5

[13] 李洪友. 补阳还五汤临证治验举隅。云南中医中药杂志，2005，26

(2)：34
[14] 胡克强. 刘复兴补阳还五汤验案三则. 四川中医，2001，19 (2)：7
[15] 程晓春. 补阳还五汤治疗皮肤病举隅. 四川中医，1999，17 (3)：52
[16] 秦绍爱，秦春. 补阳还五汤治疗皮肤病验案3则. 山东中医，2002，18 (4)：63
[17] 杨素梅. 皮肌炎2例治疗体会. 中国中医急症，2000 (9)：82
[18] 杨峻. 运用补阳还五汤治愈双手发绀症1例. 安徽中医临床杂志，1997，9 (3)：133
[19] 江介平. 补阳还五汤的临床应用心得. 四川中医，2004，22 (4)：27
[20] 龙倩玲. 补阳还五汤新用2则. 安徽中医临床杂志，1999，11 (3)：198
[21] 黄国坚. 补阳还五汤加减治疗硬皮病47例. 人民军医，1996，4 (437)：41
[22] 时水治. 补阳还五汤加味治疗疑难皮肤病举隅. 北京中医杂志，2002，21 (1)：63
[23] 李亚平，孙家荣. 补阳还五汤治疗产后硬皮病验案举隅. 北京中医，1999 (1)：50

下篇

实验研究

第一章

补阳还五汤制剂研究

《医林改错》中的“补阳还五汤”，是活血化瘀、通经活络常用方剂，神经内科常用于治疗缺血性脑血管疾病引起的偏瘫、失语、肢体麻木等症，确有疗效。临床有以该方为基础，略作加减，制成口服液，即中风宁口服液，用于临床取得较好疗效，现介绍如下：

中风宁口服液的制备：

处方：丹参300g，川芎200g，当归200g，党参200g，地龙100g，红花100g，甘草100g。蒸馏水加至1000ml。

制备方法：取川芎、当归加水浸没，用蒸馏法收集蒸馏液约200ml，精制后成100ml备用。蒸馏后的药渣与丹参、党参、红花、地龙、甘草加水煎煮2次，每次1h，滤取2次药液，合并，浓缩至1:1.2的清膏，放冷，加95%乙醇使含醇量达60%，冷置24h，滤过，滤液回收乙醇，与蒸馏液合并，调pH至6.0，滤过，加蒸馏水至全量，灌封10ml支，流通蒸汽100℃灭菌30min。

质量控制：性状：本品为棕色澄明液体，味甜，微苦。

鉴别：取本品1滴，加蒸馏水2滴，三氯化铁试剂1滴，即显污绿色。取本品1ml，加水稀释至10ml，照药典分光光度法测定，在

281 ±3nm 的波长处有最大吸收。

应用与疗效：用法：口服，1～2 支次，3 次/天，10 天为 1 个疗程，中间停药 2 天，服药期间不再服用其他药物。疗效：通过对门诊和病房的 116 例缺血性脑中风患者的病例统计分析，按临床效果判断：痊愈 26 例（占 22.4%），显效 38 例（占 32.8%），好转 41 例（占 35.3%），无效 11 例，总有效率 90.5%。有效病例治疗时间为 10～76 天，平均 21 天。

按：丹参具有活血化瘀、养心除烦的功效，是中医“治血”的常用药物。处方突出丹参的主药作用，配合复方当归（川芎、红花），充分发挥其活血通络、祛瘀生新的功效，体现“治风先治血、血行风自灭”的治则。实践表明，丹参、当归确有增强血流速，降低血液黏滞性，增强组织供氧量，防止血栓形成，促进血栓溶解的功效。临床实践表明：该药对气虚血瘀、中气不足型的患者疗效较好，对胃气失降、呃逆不止或风痰上扰、痰热腑实者及出现并发症的病例疗效欠佳。门诊病例显示，该药对短暂性脑缺血初期发作疗效显著。用治于肢体麻木、头晕头痛、眩晕及发音困难等症状，可在 1 周左右症状消除或明显改善。故该制剂可做为治疗中风前期症、预防中风发生的理想药物。

第二章

药理研究

第一节　补阳还五汤中组成中药的药理研究

一、黄芪

（一）对心血管系统的影响

1. 提高心肌收缩力：黄芪具有强心作用，使心肌收缩幅度增大，排血量增加。临床研究发现其注射液可明显提高左心室收缩功能，排血量增加 20% 以上，对因中毒或疲劳引起的心脏衰竭更为明显。

2. 抗心肌缺血作用：动物实验证明，黄芪灌胃可以提高小鼠心肌的耐缺氧能力，对抗结扎冠脉诱发的心肌梗死，使心电图 ST 段下移，缩小缺血和坏死的心肌面积。这一作用主要是通过调整心肌的耗氧与供氧能力，提高冠状动脉血流量和心肌细胞的摄氧能力来实现的。

3. 扩张血管及降压作用：黄芪具有明显的扩张外周血管、冠状动脉血管、脑血管、肠系膜血管及肾血管的作用。其注射液给多种动

物静脉注射均可使血压下降，且作用迅速但不持久。自发性高血压大鼠使用后，血压得到一定控制，心肌、主动脉和尿中的羟脯氨酸含量与对照组相比有明显的逆转趋势。黄芪对心血管的影响主要与其黄酮成分有关，引起降压的成分有γ-氨基丁酸及黄芪皂苷甲等。不论有无气虚的冠心病，黄芪均有活血化瘀的作用。

（二）对免疫系统的影响

1. 对非特异性免疫功能的影响

（1）黄芪可使血液中白细胞总数及多核白细胞数显著增加。实验证明：黄芪可以明显促进烧伤家兔的中性粒细胞的吞噬及杀菌功能，可激活小鼠吞噬细胞的吞噬功能，对肝脾固定巨噬细胞的吞噬功能也有较强的促进作用。

（2）黄芪还能增强自然杀伤细胞的活性及提高机体诱生干扰素的能力，在一定程度上抑制病毒的繁殖。所以，易患上呼吸道感染者使用后可以明显提高白细胞对病毒诱生干扰素的能力，减少上呼吸道感染次数。

2. 对特异性免疫功能的影响

（1）黄芪能明显提高T淋巴细胞的功能，主要是通过对抑制性T细胞的抑制作用起到增强辅助性细胞的功能。

（2）黄芪能增强或调节体液免疫功能，可以明显促进抗体的形成，可使正常人血中IgA、IgE、IgM、cAMP显著增加。黄芪对免疫功能的促进作用很好地解释了其扶正祛邪的原因。一般认为黄芪多糖、氨基酸、生物碱、黄酮类、苷类为该作用的有效成分，其中生物碱、黄酮类和苷类成分均有直接抑杀病毒的作用。在治疗消化性溃疡、恶性肿瘤、慢性胃炎、慢性结肠炎、慢性肝炎、慢性肾炎及病毒性心肌炎等疾病中取得了较好疗效。

（三）对血液系统的影响

实验证明，黄芪可促进血细胞的生成、发育和成熟过程，使红细胞和白细胞数低下的大白鼠恢复正常水平，还可使网织红细胞和巨核细胞数低下的动物恢复正常。在贫血或造血障碍性疾病以及化疗引起

的白细胞减少症等方面具有一定的应用价值。

（四）对神经系统的影响及抗衰老作用

1. 健脑益智作用：黄芪能显著对抗东莨菪碱所致小鼠记忆获得障碍，也能拮抗40%乙醇所致的小鼠记忆再现障碍，对正常小鼠记忆获得也有促进作用。其成分中的蛋白质、维生素及微量元素，能营养细胞，促进大脑发育和延缓大脑衰退萎缩，达到改善记忆、健脑益智的目的。

2. 抗衰老作用：黄芪能够延长家蚕和果蝇的平均寿命，增加人胎肾和乳鼠肾细胞与人胎肺二倍体细胞外培养的代传数，使每代细胞的存活时间延长。还能够明显降低中老年小鼠脑组织中的单胺氧化酶B的活性，减轻由于老化而引起的该酶活性的增高，提高中枢的儿茶酚胺的含量，过氧歧化酶（SOD）的活性也显著提高，清除自由基，从而发挥抗细胞膜脂质过氧化作用。黄芪多糖、总黄酮和总皂苷有此类作用。黄芪经广泛配伍，可用于各种滋补剂中，对年老体衰者的虚弱表现有较好的疗效，如补阳还五汤、十全大补丸、玉屏风散等。

（五）对泌尿系统的影响

黄芪具有明显的利尿作用，大鼠皮下注射黄芪注射液0.5g/kg产生的利尿作用与0.2mg/kg的氢氯噻嗪相当。黄芪还能减轻庆大霉素所致的肾脏损害，改善肾衰动物的肾功能，使血肌酐下降，肾脏实质细胞的代谢改善。

（六）其他

1. 黄芪能显著降低家兔血液流变学指标，其性质与强度和丹参注射液相同。

2. 黄芪注射液对大鼠离体子宫有兴奋、收缩作用。

3. 黄芪注射液在试管内对鸡胚股骨有促进生长作用。黄芪还有促进再生障碍性贫血患者血红蛋白、血清蛋白与白蛋白升高的作用。

4. 黄芪多糖有明显的抗疲劳作用，能显著延长氢化可的松耗竭小鼠的游泳时间和增加肾上腺素重量，对小鼠多种缺氧模型均具有显

著的耐受能力，可明显减少全身性耗氧以及增加组织耐缺氧能力。

5. 黄芪多糖有明显的耐低温作用，能使正常以及虚损小鼠的抗生存时间明显延长。

6. 降压作用：以黄芪煎剂、水浸剂、醇浸剂皮下或静脉注射于麻醉犬、猫、兔，均可使血压下降，且作用迅速，持续时间短暂。降压作用是直接扩张外周血管的结果。将黄芪注射液注入实验犬的冠脉、椎动脉、肠系膜上动脉、脑血管、肠血管等内脏血管，可使血管阻力指数下降，但注入肾动脉，肾血管阻力指数反而增高，提示黄芪对肾血管的作用与对其他部位血管不同。

7. 调节血糖：黄芪多糖具有双向调节血糖的作用，可使葡萄糖负荷后小鼠的血糖水平显著下降，并能明显对抗肾上腺素引起的小鼠血糖水平升高，而对胰岛素低血糖无明显影响。

8. 抗菌及抑制病毒作用：黄芪对痢疾杆菌，肺炎双球菌，溶血性链球菌 A、B、C 及金黄色、柠檬色、白色葡萄球菌等均有抑制作用。黄芪对口腔病毒及流感仙台 BB_1 病毒的致病作用也有一定的抑制作用，但无直接灭活作用。

9. 激素样作用：黄芪具有类似激素样作用，可延长小鼠的动情期，对小鼠的发育有良好的影响。

二、当归

（一）对血液系统和心血管系统的作用

当归挥发油有降低血压的作用，其中挥发油对实验性心肌缺血症有明显保护作用；阿魏酸有抑制肝合成胆固醇，降低血脂的作用；当归及其成分阿魏酸的抗氧化和自由基清除作用对血管壁来说，具有保护内膜不受损伤的作用，使脂质在动物脉壁的进入和移出保持正常的动态平衡，也不利于血小板黏附和聚集于血管壁上，其降胆固醇作用可抑制脂质沉积于血管壁，同时阿魏酸又降低血小板聚集和阻止附壁血栓形成，这样使得当归具有抗动脉粥样硬化作用；当归醇提取及阿魏酸钠注射液能使羊角拗甘苷及哇巴因中毒所致的心律异常校为正常节律，同时当归对大鼠心肌缺血再灌注的心律失常也有保护作用；当

归多糖可直接或间接地刺激造血诱导微环境中的骨髓巨噬细胞从基因水平和蛋白水平上促进造血调控因子的合成和分泌，进而促进髓系多向性造血祖细胞，晚期红系祖细胞，粒单系造血祖细胞的增殖分化，同时当归的抗贫血作用可能与所含的维生素 B_{12}、烟酸、叶酸、亚叶酸有关；当归及当归附子注射液对减压和常压急性缺氧动物具有降低耗氧量、耗氧速及增强动物对缺氧耐受性的作用，能改善心肌营养性血流量，维持正常的血液循环。当归的这些作用，部分已在临床上得以应用。

（二）镇痛、抗炎、抗菌、抗辐射和抗损伤作用

当归提取物能抑制血小板 AA 代谢和血小板 5－HT 释放，有温和的镇痛作用，对于偏头疼、痛经等都有明显止痛效果；当归也可用于治疗急性肾炎、胃溃疡、浅表静脉炎、肩周炎等症；酚性油有较好的抑菌作用，它尤其对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、福氏痢疾杆菌、绿脓杆菌有较好的抑制作用；研究表明，口服当归也可作为 X 射线检查病人或接触 X 射线者的保健饮品，有利于减轻 X 射线接触者免疫造血功能下降的弊端，提高疗效；同时有报道当归对 β－淀粉样蛋白血致 PC_{12} 细胞损伤具有保护作用。

（三）免疫功能增强作用

当归水提取物对特异性及非特异性免疫功能均有增强作用。当归中性油、总酸有增强巨噬细胞的吞噬功能和促进淋巴细胞转化作用，其中总酸既有提高机体免疫作用，又有促进体液免疫的功能；当归多糖也具有明显提高小鼠巨噬细胞的吞噬功能及调节机体非特异性免疫功能的作用，并且有抗补体作用；当归有很强的诱生干扰素作用，促进 ConA 刺激的 T 淋巴细胞产生 IL－2，增强人体免疫功能，同时有研究表明当归多糖对正常小鼠、肿瘤小鼠和 X 射线照射的肿瘤小鼠的外周血 T、B 淋巴细胞数量有明显影响。

（四）抗氧化和清除自由基作用

当归多糖（95%）适当的剂量能防止口服酒精引起的腺黏膜出

血，以及随之引起的髓过氧化酶增加，这种酶能阻止发炎和嗜中性白细胞渗入；SOD 是体内重要的抗氧化酶，它能有效地清除超氧自由基，有实验表明，当归注射液能有效地清除超氧自由基，减少脂质过氧化反应，增加 SOD 活性，减少内源程序性 SOD 的消耗，从而降低 MAD 的水平，但当归注射液使更年期大鼠血 SOD 活性增加及抗脂质过氧化的确切机制有待进一步探讨。

另外还有利胆保肝、松弛平滑肌、美容等作用。随着近年来，对当归进一步的研究已受到国内外的重视，取得了不少成绩，在药用领域中推出了一批新产品，备受消费者青睐。

三、川芎

其药理活性物质主要为川芎嗪。

（一）对呼吸系统的作用

近年来对川芎嗪治疗呼吸系统疾病的作用机制也进行了大量的研究。据报道，川芎嗪是通过抑制氧自由基的释放而起到保护细胞膜，减轻肺损伤的作用，从而可以缓解吸烟所致的肺损伤。还有研究证明，川芎嗪预防肺水肿的作用机制主要是通过恢复内皮素（ET）和一氧化氮（NO）之间的动态平衡，降低血管的通透性，改善其缺氧状态，从而保护肺血管的结构和功能。川芎嗪还对肺间质纤维化具有良好的治疗作用。

（二）对消化系统的作用

肝纤维化是以胶原为主的细胞外基质合成与降解失衡，即在 ECM 合成亢进的同时，分解绝对或相对降低，从而在肝脏异常沉积的过程。有研究表明，川芎嗪可以提高肝组织中超氧化物歧化酶活性，显著减轻肝胶原纤维增生程度，具有抗肝纤维化作用；川芎嗪还可对抗血栓素 A_2 的合成与活性，抑制乳酸脱氢酶的异常变化，从而明显减轻鼠、兔肝缺血的再灌注损伤。

（三）对免疫系统的作用

由于现代医学、细胞生物学及分子生物学的快速发展，人们对免疫系统的认识越来越深入，免疫系统紊乱，不仅会产生多种疾病，而且与人体衰老及老年多发病有关。研究发现，川芎嗪具有一定的调节免疫的作用。川芎嗪对荷瘤鼠化疗所引起的免疫功能低下具有明显的恢复作用，可显著提高化疗荷瘤鼠 T 细胞转化能力，明显促进化疗荷瘤鼠 NK 细胞活性和 IL－2 产生的能力。

（四）对泌尿系统的作用

急性肾衰竭综合征是由多种病因引起的，肾功能会在短时间内急骤恶化，急性缺血性肾衰竭.（IARF）是临床上较为常见的一类肾衰竭综合征，其发病急、病情重、死亡率高。川芎嗪能减轻 IARF 肾脏损害，对肾脏有保护作用，其机制可能与调节 ET 的分泌及血清 NO 的浓度有关。据报道，川芎嗪具有显著的抗剪切应力诱导血小板聚集作用；川芎嗪能降低胆固醇及脂肪，从而降低血黏度，对高胆固醇血症和高甘油三酯血症具有治疗作用。纤溶酶原激活物抑制剂 1（PAI－1）是一种重要的促凝血因子，内毒素脂多糖通过刺激血管内皮细胞分泌 PAI－1 而导致血栓形成；川芎嗪不但抑制 LPS 致 EC PAI－1 的分泌和 mRNA 表达，而且抑制 ECPAI－1 的基础水平 mRNA 表达，从而可以防止血栓的形成。

（五）降压作用

大量的研究表明，川芎嗪还具有明显的降压作用。肺动脉高压是慢性肺源性心脏病发生发展的病理学基础，降低肺动脉高压，逆转肺血管的病理变化是目前肺心病治疗研究的重点之一；川芎嗪通过抑制肺内 ET－1、血小板源性生长因子、碱性成纤维细胞生长因子表达，进而阻抑缺氧性肺血管收缩反应和缺氧性肺血管重建，从而达到预防肺动脉高压的目的；川芎嗪可以通过提高血浆抗凝血酶－III 活性，而达到预防肺动脉高压的目的；并且川芎嗪对于低氧性肺动脉高压的治疗作用与 6－KetoPGF/TXB_2 有关，其中 TXB_2 降低可能是盐酸川芎

嗪治疗低氧性肺动脉高压的主要作用机制。

（六）对心脏的作用

川芎嗪能使心肌收缩力增强，对心脏具有良好的保护作用。它能通过阻断内皮素受体而防止心肌缺血的发生。心肌缺血再灌注损伤（MIR）是临床上的一种严重的心肌损伤类型，川芎嗪可以通过维持心肌细胞生物膜和心肌纤维结构的完整性，从而减轻缺血对线粒体的损害，因而对心肌缺血再灌注损伤具有保护作用；另外，川芎嗪对大鼠心肌缺血损伤模型的保护作用可能与提高心肌线粒体 Ca^{2+} - ATP 酶、Ca^{2+} - Mg^{2+} - ATP 酶活力及调控 Bcl - 2 基因的表达有关。并且川芎嗪还能提高机体内源性 SOD 活性，抑制白细胞呼吸暴发全过程和抑制高钙催化黄嘌呤的转化过程，减少再灌注时氧自由基的产生，减轻脂质过氧化物对心肌细胞膜的损伤，从而维持心肌细胞膜的完整性及渗透性。

（七）对脑的作用

川芎嗪对脑缺血、缺氧、再灌注损伤以及脑梗死损伤都具有保护作用。通过对沙鼠脑缺血再灌注模型的研究发现，川芎嗪能减少脑缺血时增多的白细胞和小胶质细胞，并且能够升高缺血脑线粒体膜的流动性。众所周知，新生儿缺氧缺血性脑疾病是由于 Ca^{2+} 通道开放，细胞外 Ca^{2+} 内流，使细胞内 Ca^{2+} 浓度升高所致，Abu - Osba 的研究证明，川芎嗪对此类疾病的治疗机制，是因为其对 Ca^{2+} 通道具有阻滞作用。川芎嗪能够提高脑细胞的耐缺氧能力，对脑缺血大鼠大脑皮层的超微结构具有保护作用，并且还能抑制神经突触传递和脑细胞过度兴奋，有效地防止缺氧对脑细胞造成的不可逆性损伤。由于脑损伤后，细胞膜的通透性会增加，甚至膜被损伤，会有大量蛋白酶外释，从而使脑组织中酶活性下降，它可以抑制脑损伤时酶活性的下降，并且川芎嗪对脑梗死损伤的保护作用的机制可能与其抑制血小板聚集及抗自由基有关。

（八）对血管的作用

大量的实验研究证明，川芎嗪能够扩张冠状动脉、脑血管、肺血

管、肾血管以及周围血管。它可使细胞内 cAMP 水平增加，然后通过 cAMP 等系统介导，影响血管平滑肌胞浆 Ca^{2+} 清除，降低细胞内 Ca^{2+} 浓度，从而引起血管平滑肌舒张。血管内皮能合成和释放重要的血管活性物质，对各种不同的病理生理刺激可产生功能变化，缺氧缺糖可引起血管内皮细胞功能改变，并导致如外周血管性疾病、心肌性疾病等的发生；川芎嗪对缺氧缺糖诱导的血管内皮细胞损伤有抑制作用，可能是由于保护了内皮细胞的线粒体所致。

四、红花

（一）对心血管系统的影响

对心脏的作用：红花黄色素（SY）可明显增加离体家兔心脏和心肌缺氧时的冠脉流量，从冠流侧管注入 22% SY 0.2ml，1min 时冠脉流量增加最明显（$P < 0.01$），7min 后流量逐渐恢复到给药前水平，缺氧条件下，5min 流量逐渐减少：SY 对麻醉犬的在位心脏冠脉流量的作用无规律性；SY 可使心肌缺氧复氧损伤支导致心肌细胞静息电位（RP）、动作电位幅度（APA）、最大除极速度（V_{max}）和复相动作电位时程（APD）与正常对照组无明显差异；同样 SY 对豚鼠心室乳头肌的缺氧和复氧损伤也具有保护作用，使膜电位各项参数趋向恢复正常。SY 可明显缩小心肌梗死范围，改善损伤及坏死型心电图变化，与心得安有相近的客观效果。SY 对大白鼠具有抗氧化的作用；在红花油块中也分离到 3 个 5－羟色胺衍生物均具有抗氧和消除游离基活性的作用，在硫氰酸铁实验中，其抗炎活性均强于 A－生育酚，与丁基化羟基茴香醚的活性相仿。

（二）对免疫系统的影响

SY 可使 PFC、SRFC 和抗体产生减少，抑制 DH 反应 SOI 诱导的 Ts 细胞活化，红花总黄素 0.03～3.0、0.1～2.0、0.1～2.5mg/ml 抑制［3H］TdR 掺入 T、B 淋巴细胞转化、MLC 反应、IL－2 的产生及其活性。红花多糖与 T 细胞致有丝分裂原 ConA 有协同作用，对 B 细胞致有丝原 Dextran sulfate 无明显影响，但体内 PFC 试验，红花多糖

与一般认为作用于 B 细胞的黄芪多糖作用趋势一致。红花多糖能促进淋巴细胞转化，增加脾细胞对羊红细胞空斑形成的细胞数，对抗泼尼松龙的免疫抑制作用。

（三）对神经系统的影响

小鼠脑缺血性缺氧后的喘息延续时间，SY 组（18.88 ±4.02s）比对照组（12.83 ±4.11s）显著地延长，其延长率为 47.2%（$P < 0.01$）。SY 明显抑制小鼠扭体反应，提高痛阈，明显增强巴比妥及水合氯醛的中枢抑制作用，使清醒动物进入深度睡眠，减少尼可刹米诱发的小鼠惊厥反应率和死亡率。

（四）对血液系统的影响

SY 可显著延长凝血酶原时间和凝血时间。对凝血过程中血小板粘附、血栓形成、纤维蛋白交联等过程均有抑制作用。SY 有较好的抗凝血作用，SY 有显著地抑制 ADP 诱导的家兔血小板聚集作用，并对 ADP 已聚集的血小板也有非常明显的解聚作用，此作用随着 SY 剂量的增加而增强。SY 尚可明显延长家兔血浆复钙时间。SY 中的 SY Ⅱ、SY Ⅲ成分对 ADP 诱导的家兔血小板聚集有明显抑制作用；SY Ⅲ具有增强纤维蛋白溶解活性的作用；SY Ⅱ、SY Ⅲ均可抑制体外血栓形成，而 SY Ⅰ无此作用。

（五）对血管和血压的作用

SY 及 SY Ⅱ、SY Ⅲ有改善外周微循环障碍作用，能使右旋糖酐所致的兔眼球结膜微循环障碍血流加速、毛细血管网开放数目增加和血细胞聚集程度减轻；SY 对麻醉犬和自发性高血压大鼠均有不同程度的降压作用，SY 的降压机制可能与抑制中枢加压反射、激动 H_1 受体、影响肾素－血管紧张素和直接扩张外周血管等作用有关。

（六）对血脂的影响

SY 可明显降低实验性高脂动物模型的血清总胆固醇水平，明显提高血清高密度脂蛋白，对血清 β－脂蛋白和甘油三酯无影响。口服

红花油对高胆固醇血症家兔的血清总胆固醇、甘油三酯及非酯化脂肪酸水平可降低；红花油可降低大鼠血清胆固醇，但增加肝内脂质及胆固醇。

（七）强壮作用

SY 能显著延长小鼠持续游泳时间，在常压和减压条件下明显延长小鼠存活时间，提高小鼠耐缺氧能力。SY 对抗异丙肾上腺素所致的缺氧作用，对组织缺氧和脑缺血性缺氧均可明显延长动物的存活时间，明显增加离体家兔心脏和心肌缺氧时的冠脉流量，改善心脏的缺氧缺血病理状态。红花苷也能提高小鼠的耐缺氧能力。

（八）抗炎作用

SY 对大鼠甲醛性足肿胀有明显抑制作用，并显著抑制组胺引起的大鼠皮肤毛细血管通透性增加，对大鼠棉球性肉芽肿形成也有明显抑制作用。

（九）其他

红花中豆甾醇、谷甾醇、schottenol 和菠甾醇具有抑制 TPA 引起炎症的活性，其 LD_{50} 分别为 1.9mg/kg，1.8mg/kg，1.0mg/kg 和 1.1mg/kg，但其活性低于泼尼松和吲哚美辛。在 DM BA－TPA 豆甾醇（2μmol）治疗组，首例癌症出现在第十三周，在第十八周荷瘤小鼠的百分率为 13%，平均每只小鼠产生 0.1 个肿瘤。即第十八周红花豆甾醇可使每只小鼠的平均肿瘤数目减少 78% 和 99%。红花中的叠－烷烃－6，8－二醇类是抑癌的有效物质，而且链的长度与抑制作用相关。

（十）毒性和不良反应

SY 的 LD_{50} 为 2.35g/kg（静脉注射）、5.49g/kg（腹腔注射）、5.53g/kg（灌胃），当腹腔注射 7g/kg 或灌胃 9g/kg 时，小鼠 100% 死亡。小鼠中毒症状为活动增加、行动不稳、呼吸急促、竖尾、惊厥、呼吸抑制死亡等。红花苷小鼠 LD_{50} 为 2.35 ±0.14g/kg（静脉注射），

口服的安全剂量 >8g/kg，试管内无溶血作用；腹腔注射 12.5g/kg，观察 2 天，无毒性反应。

五、地龙

（一）抗心律失常

地龙注射液（地龙经水煮醇提，调等渗及 pH，制成注射液）对大白鼠氯仿 - 肾上腺素模型的异位心律有明显的抑制作用，$P = 0.01$；对大白鼠乌头碱模型、家兔氯化钡模型、家兔喹巴因模型，用地龙注射液后，心律失常时间明显缩短，$P < 0.05$；地龙复合制剂对由脑垂体后叶素引起的急性心肌缺血（心电图显示），给药后可明显对抗 J 点和 ST 段抬高，呈现抗心肌缺血作用。

（二）溶栓作用

从蚯蚓中纯化出的一种纤溶酶原激活剂（e - PA）可以切割碱性氨基酸、小的中性氨基酸，同时 e - PA 确能将纤溶酶原切割为纤溶酶，从而使 e - PA 有可能成为新型溶栓药物；地龙煎剂可明显使体外血栓长度、湿重、干重减少，抑制红细胞聚集，降低血浆凝血因子Ⅰ含量，降低各切变率下的全血黏度，改善红细胞的变形能力；蚯蚓纤溶酶不仅有强烈的直接溶解血栓及增强人纤维蛋白活性，而且还有纤溶酶原激活作用，动物实验表明此酶的不良反应很小。

（三）解热作用

地龙退热口服液（地龙、石膏、知母、大青叶）对松节油化学刺激法（皮下注射松节油 0.4ml/kg）引起的家兔发热有显著解热作用，服药 1h 后家兔体温开始下降，2 ~ 3h 最强，维持 4h 左右（$P < 0.01$）；地龙、石膏加入小青龙汤中对家兔大肠杆菌内毒素、家兔 2，4 - 二硝基酚及大鼠内毒素发热模型均显示出降温作用（$P < 0.01$），接近阿司匹林。

（四）抗癌作用

用透析方法（分子截留量＞20000）分离地龙提取物，并观察可透析组分对 MGc 803 胃癌细胞^{3}H－TdR 掺入的影响，该组分可抑制胃癌细胞的^{3}H－TdR 掺入（$P<0.005$），从而证明地龙胶囊透析组分具有直接抑制 MGc 803 胃癌细胞生长的作用；以动态观察方法评价地龙胶囊的辐射增效作用，130 例食管癌患者中放疗加地龙胶囊组 76 例，与单纯放疗组 54 例作对照。结果：治疗组显效率 59%，对照组显效率 41%，$P<0.05$，从而证明地龙胶囊对食管癌放疗有增效作用。

（五）增强免疫作用

地龙能显著地提高巨噬细胞活化率、增强细胞表面 Fc 受体功能、提高吞噬细胞的能力；明显地增强巨噬细胞的免疫活性；蚯蚓制剂能提高小鼠运动耐力和降低体内丙二醛含量，从而增强小鼠运动耐力与保护细胞作用。

（六）杀精子及抗阴道毛滴虫作用

用蚯蚓提取物对人精子及阴道毛滴虫进行体外杀灭试验，证明其对人精子具有快速杀灭作用，当浓度在 1.2% 时，可使精子在 20s 内全部失活。抗阴道毛滴虫试验结果表明，该提取物亦具有较强的抗阴道毛滴虫作用，0.2% 及其以上浓度在用药后 8h 和 24h 杀虫死亡率均达 100%，且经转种培养后均无滴虫生长。

（七）促进伤口愈合作用

通过地龙对动物伤口模型的收缩作用的实验，证明地龙可促进肉芽组织中肌纤维母细胞增生，合成功能活跃，分泌伤口收缩的重要物质——肌动蛋白增多，有利于伤口的收缩，对伤口的愈合有促进作用。地龙对缩短炎症周期、促进伤口愈合起重要作用。

（八）其他作用

地龙类药材热浸剂均具有明显的降压、平喘和利尿通乳等作用。

六、赤芍

（一）对血液系统的作用

1. 抑制血小板聚集：药理学研究表明赤芍抑制血小板聚集是通过增加 cAMP 水平，抑制 TXB_2 合成，影响血小板能量代谢等来实现的，cAMP 作为细胞内调节物质代谢的第二信使具有广泛的生理活性，当血小板内 cAMP 水平升高时，血小板的黏附、聚集、释放功能均会受到抑制，从赤芍中分离得到的赤芍精在体内有抗高脂肪和高胆固醇引起的血小板聚集作用和血栓形成作用，它可能是通过增加血小板内的 cAMP 水平和对抗 TXA_2 样物质来抑制血小板聚集：赤芍总苷可以显著改善机体微循环状态，降低血浆黏度，抑制 ADP 诱导的血小板聚集，延长凝血酶原时间（PT）和活化部分凝血活酶时间（KPTT），赤芍 801 是仿制赤芍的一个成分并经结构改造的人工合成品。

2. 对红细胞的作用：经实验研究用扫描仪研究了不同产地赤芍乙醇提取物对红细胞聚集的影响，用葡聚糖 500 诱导大鼠红细胞在体外悬浮液中聚集，结果当赤芍提取物浓度达到 138g/L 时对红细胞聚集有明显抑制，赤芍能明显改善其红细胞的通透性，增加红细胞对低渗张力的抗性，有一定稳定红细胞膜结构的作用。

3. 抗凝和抗血栓作用：赤芍水提液能使纤维蛋白原凝固时间比对照组明显延长（$P<0.01$），赤芍不能直接溶解纤维蛋白，但可通过激活纤溶酶原变成纤溶酶而使已凝固的纤维蛋白发生溶解作用，当有尿激酶存在时，赤芍激活纤溶酶原的能力会降低。赤芍注射液在体外能使兔血浆 KPTT、PT 和 TT 延长，作用随赤芍浓度的增加而增强，其抗凝血酶的活性相当于 2.0×10^{-3}U 肝素活性/mg，在体内实验中家兔静注赤芍 3g/kg 后，KPTT、PT 和 TT 也显著延长。赤芍的抗凝作用不依赖于 AT，可能是对凝血酶发挥即时的直接抑制作用。赤芍

总苷能显著延长小鼠、大鼠的凝血时间，明显缩短尾静脉注射 ADP－Na 所致的小鼠肺栓塞呼吸喘促时间，提示赤芍总苷通过对凝血系统和血小板功能的影响而产生抗血栓作用。

4. *其他作用*：提高兔红细胞膜 Ca^{2+}－Mg^{2+}－ATP 酶（Ca^{2+}－Mg^{2+}－ATPase）基础及激活活性。赤芍可能通过抑制 Ca^{2+} 内流，促进细胞膜及细胞内脂质的代谢，维持膜蛋白的正常功能，从而提高兔红细胞膜 Ca^{2+}－Mg^{2+}－ATPase 基础及激活活性，降低血小板 $[Ca^{2+}]_i$，改善血液流变学指标；赤芍总苷可使血清总胆固醇和甘油三酯显著下降，高密度脂蛋白显著升高；增强急性放射损伤小鼠骨髓基质细胞黏附功能。

（二）对心血管的作用

1. *抗动脉粥样硬化作用*：赤芍是传统的活血化瘀类中药，有较强的抗动脉粥样硬化（AS）作用，赤芍作用明显强于硝苯啶；进一步研究还发现赤芍能显著降低血清总胆固醇（TC），低密度脂蛋白胆固醇（LDL－Ch），极低密度脂蛋白胆固醇（VLDL－Ch）和甘油三酯（TG）水平，并使高密度脂蛋白胆固醇 HDL－Ch、HDL_2－Ch 升高，改善脂蛋白组分比值，表明赤芍具有较强的抗 AS 作用；赤芍具有抗脂质过氧化、降解血浆纤维蛋白原及抗平滑肌细胞增殖作用，对主动脉 AS 病灶的消退作用也更明显，最近研究显示，赤芍和川芎合用还具有抗氧化及保护血管内皮细胞的功能；川芎和赤芍合用或单用均可明显降低血清 TC、TG、LDL，合用还可提高超氧化物歧化酶（SOD）活性和降低丙二醛（MDA）活性，在提高血管内皮细胞抗氧化能力及促经 NO 释放方面产生协同作用。

2. *对心脏的作用*：赤芍提取物对烫伤大鼠早期心肌功能的改变具有保护作用，SD 大鼠烫伤 5min 后，给予赤芍提取物 1ml/100g（相当于生药 10g/kg）灌胃，观察各项心功能指标，结果表明，赤芍提取物可以在一定程度上缓解或逆转烫伤后大鼠心脏功能的损伤；赤芍注射液 80g/kg 腹腔注射，小白鼠对长压缺氧有显著耐受力，给药 30min 后出现作用，延长动物存活时间 69.8%；0.2% 赤芍不但使正常搏动的大白鼠心脏冠流量增加 28.4%，且对颤动心脏冠流量增加

21%，表明赤芍有直接扩张冠脉作用；赤芍（8g/kg）静脉注射能明显保护由脑垂体后叶素引起的急性心肌缺血；赤芍能显著改善油酸所致犬成人呼吸窘迫综合征（ARDS）；赤芍注射液能改善 ARDS 状态下心肌做功能力，提高心输出量，其机制可能是：扩张冠脉血管，增加冠脉血流量从而增加心肌营养性血流量；保护缺血心肌，提高心肌对缺氧的耐受性；降低肺血管阻力，减轻后负荷。

3. 降低门脉高压：赤芍注射液有降低门脉高压的作用，赤芍注射液（100%）对 8 条急性实验性门脉高压狗注射后，门脉压均明显下降（40～115mmH_2O），注射后下降平均差数与注射前差异有显著性（$P<0.01$），持续时间为 21～61min，与脑垂体后叶素作用相比，两者差异无显著性（$P>0.05$），注射赤芍注射液后，8 条狗中有 7 条动脉压迅速下降（2.67～6.67kPa），但下降平均差数与注射前相比差异无显著性（$P>0.05$），持续时间仅 1～3min。

（三）对缺血性损伤的作用

赤芍总苷（TPG）对大鼠神经细胞具有明显保护作用，结晶紫染色也提示 TPG 可显著提高损伤模型中神经细胞的存活数，说明 TPG 大鼠神经细胞缺血损伤均有保护作用；在大鼠肾上腺嗜铬细胞瘤克隆株（PC_{12}）细胞缺血损伤实验中，MTT 法和胞质 LDH 测定发现 3.125～200mg/L TPG 对缺糖、NO、氧自由基和 Glu 损伤有保护作用，但仅 200mg/L TPG 对缺氧损伤有保护作用，TPG 作用机制可能主要针对损伤后期出现 NO 毒性损伤及细胞内钙超载等环节；TPG 还可降低大鼠缺血再灌注损伤脑组织中 MDA 含量，提高 SOD 水平，改善小鼠的主动学习记忆能力及空间分辨能力，显著增加衰老小鼠的主动回避次数；此外 TPG 对微量神经生长因子（NGF）诱导 PC_{12} 神经元突触生长具有协同作用，这对脑缺血后损伤细胞的恢复至为重要。

（四）对肿瘤的作用

赤芍水提物（A）和 70% 乙醇提取物（C）对 S_{180} 实体瘤无明显作用，赤芍 A 或赤芍 C 与阈下量的环磷酰胺（CP，2.5mg/kg）合用则有明显抑制作用：赤芍 A、C 对 615 小鼠白血病无明显作用，但是

它们与小剂量 MTX（0.5mg/kg）联合腹腔注射，可显著延长 615 白血病小鼠的生存时间：赤芍 A 肌内注射可明显促进 EAC 和 W_{256}腹水癌的腹水形成，小鼠存活时间明显缩短：赤芍 A 或 C 腹腔注射均显著增加 Lewis 肺癌的自发性肺转移，对肺转移率无明显影响，但是它们与 CP 合用则减少 Lewis 肺癌的肺转移，赤芍 70% 乙醇提取物减压浓缩，再用正丁醇萃取，提取物减压抽干得 6% 不定形粉末（赤芍 D），赤芍 D1 ~ 1.5g/kg 腹腔注射对 S_{180}实体瘤有明显抑制作用，但对 U^{14}、HCS、S_{37}，EAS 实体瘤均未见明显作用，对 C57BL/6 小鼠的 Lewis 肺癌接种部位肿瘤的生长及肺转移率均无明显影响，但对吞噬细胞的吞噬功能有促进作用，赤芍 A、C、D 均能提高癌细胞内或癌组织中 cAMP 的水平，提示赤芍的抗癌作用可能与其影响肿瘤细胞内 cAMP 的含量有关。

（五）对肝脏的作用

赤芍归肝经，对肝脏也有着广泛的药理作用，赤芍浓度在适当的范围内，能促经肝细胞 DNA 合成，但当赤芍浓度过高（3.3mg/L），促进作用反而减弱；赤芍、丹参可刺激大鼠产生血浆纤维连接蛋白，使其在血液中的水平提高，进而促进网状内皮系统的功能，对保护肝细胞具有一定意义；赤芍复方对 HBsAg、HbsAg 的表达具有明显的抑制作用，复方作用优于单方，且细胞毒性明显减小；赤芍承气汤能显著降低重型肝炎患者血清内毒素（ET）及血清肿瘤坏死因子 -α（TNF -α），改善肝脏生化指标，提高重型肝炎患者的生存率，其机制可能在于通过恢复和促进肠道动力，减少了内毒素的产生和吸收。

（六）对皮肤的作用

由赤芍、栀子、荆芥、浮萍、茯苓组成复方，对小鼠变应性接触性皮炎有明显的抑制作用，对小鼠血浆降钙素基因相关肽（CGRP）有上调作用。

（七）其他作用

赤芍具有清除活性氧自由基的作用，采用超氧阴离子（O_2^-），

羟自由基（·OH）体外发生体系，通过自旋捕集和电子顺磁共振技术对赤芍等6味中草药及其活性部位清除活性氧自由基的活力进行了比较研究，实验结果初步显示，赤芍、丹参的脂溶性部位对 O_2^- 具有明显的清除作用，具有明显的抗自由基作用；赤芍还具有滋补强壮作用，无论赤芍、白芍、卵叶芍药的乙醇提取物都能延长小鼠游泳时间和小鼠缺氧存活时间，有一定的强壮作用，但对幼年小鼠体重增加无影响，对睾丸、前列腺－贮精囊重量无影响，提示无雄性激素样作用。

第二节 补阳还五汤全方药理研究

一、抗血栓作用

血栓的形成与血管内皮状况、血小板功能、血液凝固性、纤溶活性、血液粘滞性、血液流变性等多种因素有关。李氏[1]等用人脐静脉灌流方法研究了补阳还五汤对血管壁抗血栓特性的影响。结果表明，补阳还五汤具有抑制凝血酶，刺激血管壁释放 vW（抗血管性假血友病）因子的作用，该因子参与血小板黏附于内皮下组织，在止血和抗血栓形成中起重要作用。实验还发现，该方具有抑制凝血酶凝固纤维蛋白原的作用，但不影响血管壁对凝血酶的吸附和灭活。吴氏[2]对补阳还五汤之成药消栓冲剂体内抗血栓作用进行研究，发现该方可明显延长小鼠激光致栓时间，且量效高度相关，说明该药有明显的体内抗血栓作用。另外，将该方与大鼠血小板血浆进行温育，发现血小板功能受到抑制，说明该方抗血栓作用机制之一是抑制血小板聚集。贺氏[3]等进行动物实验发现，补阳还五汤在体内外均有明显的抗凝作用，可以显著延长实验家兔的凝血酶时间和凝血酶原时间，并且呈明显的量效关系。本方除抑制凝血酶活性外，对内在凝血途径凝血酶原酶生成以前的过程也有抑制效应。俞氏[4]等对补阳还五汤的改革剂型脑脉安冲剂和消栓口服液进行动物实验，发现两者能明显延长小鼠出血时间，扩张细动静脉口径，增加毛细血管开放数量，对凝血时间没有明显的影响。胡氏[5]发现补阳还五注射剂可对抗 ADP

诱导的家兔耳静脉血浆血小板聚集，且与剂量有明显的关系。谢氏[6]等实验也证实本方在体外实验中可显著地对抗 ADP 诱导的家兔血小板聚集，体内实验有显著的抗血栓形成的作用。段氏[7]将该方剂量稍做调整组成加减补阳还五汤，发现其对大鼠的抗血栓作用较强，与水杨酸钠相近，血栓形成抑制率为 26%，对实验性家兔体内肺小动脉血栓的溶栓作用明显大于正常对照组。王氏[8]等通过观察肝炎后肝硬化患者治疗前后血液流变学指标的变化，认为补阳还五汤加味可以显著改善该患者血液黏、浓、聚状况。葛氏[9]等对多个活血化瘀古方进行研究也证实了该方具有抑制血小板聚集的作用。王氏[10]对活血化瘀类中药复方进行体外抗凝及纤溶活性研究，测定了该方抗血小板聚集、复钙时间、凝血酶原时间、纤溶活性及血液黏度等体外抗凝活性，证实本方有部分抗凝作用。

二、对神经系统及抗衰老作用的影响

许氏[11]等观察了补阳还五汤对动物脑循环与血液流变学的影响，结果显示，在 5～10g/kg 剂量下，对正常动物的血流变学无影响，在 10g/kg 剂量下，可增加红细胞电泳时间。以 0.25～0.5g/kg 静脉注射，能显著持久地增加脑血流量，同时明显降低脑血管阻力。谭氏[12～14]观察了该药对实验性脑水肿微量元素与细胞化学成分、氧自由基与细胞超微结构变化和对大鼠血脑屏障等方面的影响。实验提示，补阳还五汤可以改善血脑屏障通透性，增强细胞内生物氧化功能和能量代谢，调节微量元素平衡，明显减轻脑水肿时氧自由基连锁反应对血脑屏障和脑细胞的损害，具有保护脑毛细血管内皮细胞与血脑屏障的作用。邓氏[15]等进行动物实验观察补阳还五汤对脑缺血再灌注损伤的影响，结扎沙鼠两侧颈总动脉 45min 后再灌注 45min 造成急性脑缺血再灌注损伤模型，发现脑组织中水和钠含量显著增高，再灌注前 5min 腹腔注射补阳还五汤，可使该模型脑组织中水和钠含量明显降低，抑制脑缺血再灌注后自由基引起的脂质过氧化反应，保护抗氧化酶的活性，保护 Na－K－ATP 酶功能，从而起到抗沙鼠脑缺血再灌注损伤的作用。胡氏[5]研究发现补阳还五注射剂可显著缩小实验性家兔脑梗死面积（$P<0.01$）。抑制血浆脂质过氧化物产物丙二醛

（MDA）的增加（$P<0.05$），具有与乙酰水杨酸钠相似的抗血栓效应，谭氏[16]给小鼠静注百日咳菌液（PV）诱导其体外脂质过氧化物生成，然后观察不同浓度的补阳还五汤对过氧化物的重要裂解产物丙二醛（MDA）产生的影响。结果发现，补阳还五汤可直接抑制脑过氧化物生成，对 PV 诱导的鼠脑匀浆脂过氧化反应亦有明显的抑制作用。本实验表明，补阳还五汤对血管内皮细胞有保护作用，减轻 PV 所致大鼠脑水肿时脑组织 MDA 的增高，抑制脑组织 SOD、GSH－PX 活性，减少 Evan's Blue 的渗出，即能通过减轻氧自由基介导的脂质过氧化反应从而减轻脑细胞损伤。茅氏[17]观测了缺血性中风不同时期患者血浆脂酞氢过氧化物的含量（AHP），发现急性期血浆 AHP 水平显著增高，提示急性期患者体内发生了明显的过氧化反应，自由基参与了缺血性中风的脑损害。经过该方治疗后，随着肢体功能恢复和临床指征改善，血浆 AHP 水平显著下降，表明体内自由基的连锁反应受到有效的阻止，有抗氧化作用发生。张氏[18]等用本方对小鼠进行耐缺氧和抗疲劳试验，将纯种 NIH 小鼠随机分为实验组和对照组，连续 10 天灌服补阳还五汤或生理盐水，然后分别做耐缺氧试验和抗疲劳游泳试验，结果实验组死亡时间均延长（耐缺氧 $P<0.05$，抗疲劳 $P<0.01$），提示该方有不同程度的促进小鼠耐缺氧和抗疲劳作用。除对中枢神经系统作用外，一些实验还证明本方对周围神经损伤的恢复有促进作用。赵氏[19]观察了加味补阳还五汤对周围神经再生的影响。用钳夹法造成大鼠腓神经损伤动物模型，用加味补阳还五汤灌胃进行治疗。结果用药组再生神经轴索数和神经损伤再生率明显高于对照组（$P<0.05\sim0.01$），用药组类似正常结构的髓鞘数目多：雪旺细胞增殖活跃；失神经肌萎缩程度轻。表明加味补阳还五汤对神经纤维再生，雪旺细胞活跃增殖，髓鞘形成及结构完整有明显的促进作用，对失神经肌萎缩有改善作用。石氏[20]等用相同方法造成小鼠坐骨神经损伤模型，用补阳还五汤治疗并与西药地巴唑、维生素 B_1 对照，发现该方对小鼠坐骨神经恢复有明显的促进作用。

三、对循环系统及血脂的影响

胡氏[5]等观察了补阳还五往射剂对大鼠循环动力学和心脏功能

的影响，短时间内可使大鼠血压轻度降低，同时心功能增强，有明显的心脏正性变时性和变力性效应，且大剂量反复注射无耐受性。在离体大鼠以及模型上灌注补阳还五注射剂可显著持久地减慢心率和降低主动脉灌注压。另外，该注射剂可显著抑制缺血（旷置）后恢复灌注的离体大鼠心脏钙含量和增加 MDA 的含量，抑制心肌蛋白的漏出，从而防治心脏的缺血－再灌注损伤。谢氏[21]进行动物实验发现，补阳还五汤对家兔有缓和的降压作用，对心率无明显影响，可显著降低反映心肌耗氧量的心肌张力时间指数，并显著增加小鼠心肌营养性血流量。胥氏[22]研究表明，补阳还五汤对心血管系统具有耐缺氧、降压、降低血清纤维蛋白原、改善微循环等多方面的药理作用。卞氏[23]研究发现，补阳还五汤能显著降低高脂血症模型大鼠的血脂水平，降低其主动脉壁中的胆固醇含量，并能使模型大鼠升高的全血比黏度、血浆黏度下降，提高血中 SOD 水平，降低 LPO 含量。

四、对免疫功能的影响

段氏[24~25]从临床治疗炎症的角度对本方的抗炎免疫药理作用进行了研究，发现本方对二甲苯所致的小鼠耳壳炎症有明显的抑制作用，对醋酸所致的小鼠腹腔毛细血管通透性及角叉菜性关节炎均有显著对抗作用，对塑料环肉芽肿有明显抑制作用。说明该方可以对抗渗出性和增殖性炎症。在免疫方面，发现该方可显著增加小鼠胸腺、脾脏等免疫器官的重量，显著提高小鼠腹腔巨噬细胞吞噬活力和单核巨噬细胞的吞噬功能。并显著增加特异性体液免疫抗体溶血素含量，表明该方对非特异性和特异性免疫均有增进作用。王氏[8]发现补阳还五汤加减不仅能显著改善肝炎后肝硬化患者血液流变性，而且可以显著降低异常升高的 IgC、IgA、IgM 水平，并能提高低于正常的补体 C_3、C_4 水平，从而改善和调节患者的免疫功能。

参考文献

[1] 李安国. 补阳还五汤对血管壁抗血栓功能的影响. 中西医结合杂志，1989，(9)：545

[2] 吴淑荣. 消栓冲剂的抗血栓作用的研究. 中国医院药学杂志，1990，(7)：297
[3] 贺石林. 补阳还五汤对血液凝固影响的实验研究. 湖南中医学院学报，1989，(4)：212
[4] 俞仲毅. 脑脉安冲剂和消栓口服液对小鼠出血时间和耳廓微循环的影响. 中医药学报，1992，(1)：48
[5] 胡奇芬. 补阳还五注射剂药效机理研究. 老年学杂志，1990，(2)：876
[6] 谢人明. 补阳还五汤对血小板聚集及体内血栓形成的影响. 云南中医学院学报，1989，(2)：10
[7] 段登志. 加减补阳还五汤的抗血栓形成和溶血栓作用. 云南中医杂志，1992，(1)：23
[8] 王旭. 补阳还五汤对肝炎后肝硬化血液流变学及免疫机能作用的观察. 南京中医学院学报，1994，10 (4)：18
[9] 葛争艳. 活血化瘀经典古方对家兔血小板聚集性的影响. 中国中西医结合杂志，1994，14 (8)：489
[10] 王乃利. 活血化瘀类中药复方体外抗及纤溶活性研究. 沈阳药学院学报，1991，(2)：117
[11] 许青缓. 补阳还五汤对动物脑循环与血液流变学影响的实验研究. 中成药，1990，(12)：15
[12] 谭峰. 补阳还五汤对实验性脑水肿微量元素与细胞化学成分的影响. 实用中西医结合杂志，1993，(5)：262
[13] 谭峰. 补阳还五汤对实验性水肿氧自由基与细胞超微结构变化的影响. 中国中西医结合，1992，(9)：538
[14] 谭峰. 补阳还五汤对大白鼠血脑屏障影响的实验研究. 中国中医急症，1993，(5)：223
[15] 邓常青. 补阳还五汤对沙土鼠脑缺血再灌注损伤的影响. 湖南中医学院学报，1992，(2)：48
[16] 谭峰. 补阳还五汤对小鼠脑匀浆脂质过氧化物生成的影响中成药，1991，(10)：22
[17] 茅惠明. 补阳还五汤对缺血性中风不同病期血浆脂质过氧化物水平的影响. 中国中西医结合杂志，1993，9，539
[18] 张华. 用补阳还五汤对小鼠的耐缺氧及抗疲劳试验. 沙漠医科大学学报，1993，(2)：64
[19] 赵翠萍. 加味补阳还五汤对周围神经再生的形态学实验研究. 中医正骨，

1993，(2)：68

[20] 石关桐. 补阳还五汤对周围神经损伤后腓肠肌及血粘度的影响实验研究. 中国中医骨伤科，1996，4 (2)：4

[21] 谢人明. 补阳还五汤对心脏功能及心肌营养性血流影响的实验研究. 中药通报，1987，(2)：51

[22] 胥保生. 补阳还五汤煎剂，水煎醇沉剂及冲剂在心血管系统方面的药理作用. 中成药研究，1986，(3)：28

[23] 卞慧敏. 补阳还五汤对大鼠高脂血症动物模型作用的实验研究. 中国中药杂志，1995，20 (11)：685

[24] 段泾云. 补阳还五汤抗炎免疫药理作用. 中西医结合杂志，1989，(1)：164

[25] 段泾云. 补阳还五汤对免疫功能低下小鼠作用的影响. 陕西中医杂志，1986，(10)：466

[General Information]
书名=补阳还五汤
作者=余志勇，李祥光编著
页数=361
SS号=12648937
出版日期=2009.01

封面
书名
版权
前言
目录
上篇　理论研究
第一章　概述
第一节　补阳还五汤的来源和组成
第二节　补阳还五汤的功效与主治
一、方中药物的功效与主治
二、补阳还五汤全方的功效与主治
第三节　补阳还五汤的临床应用
第二章　古今医家的论述
中篇　临床研究
第一章　内科病证
第一节　风湿性疾病
类风湿性关节炎
第二节　呼吸系统疾病
一、类风湿性肺炎
二、支气管哮喘
三、咳血
四、肺源性心脏病
五、慢性支气管炎
六、喘症
第三节　泌尿系统疾病
一、紫癜性肾炎
二、慢性肾炎
三、肾病综合征
第四节　内分泌系统疾病
一、糖尿病脑梗死
二、糖尿病肾病
三、糖尿病周围血管病
四、糖尿病足
第五节　内科疑难杂症
一、肿瘤化疗反应
二、格林巴利综合征
三、雷诺病
四、椎基底动脉供血不足
五、肢体麻木
六、帕金森综合征
七、痹症
八、眩晕
九、嗜睡

十、老年性痴呆
十一、头痛
第六节　消化系统疾病
一、消化性溃疡
二、慢性胃炎
三、食道癌
四、老年性便秘
五、肝硬化腹水
六、乙型肝炎肝纤维化
第七节　脑血管疾病
一、短暂脑缺血发作
二、脑出血
三、中风偏瘫
四、中风
五、中风后遗留肢体疼痛
六、中风后遗症
七、脑梗死
第八节　血液和造血系统疾病
一、血小板减少性紫斑
二、慢性再生障碍性贫血
三、血小板增多症
四、缺铁性贫血
第九节　循环系统疾病
一、血管闭塞性脉管炎
二、输液性静脉炎
三、早搏
四、多发性大动脉炎
五、胸痹
六、风湿性心脏病
七、病窦综合征
八、原发性高血压
九、心肌梗死
十、充血性心力衰竭
十一、低血压
十二、病毒性心肌炎
第二章　神经系统病证
第一节　多发性末梢神经炎
第二节　周围神经损伤
一、上肢周围神经损伤
二、下肢周围神经损伤
第三节　面神经炎
第四节　坐骨神经痛
第五节　脊髓神经损伤

第六节　神经性头痛
第七节　脑外伤性癫痫
第八节　神经官能症
第九节　中毒性神经损伤
第十节　糖尿病周围神经病变
第三章　外科病证
第一节　颅脑外科
一、慢性硬膜下血肿
二、外伤性蛛网膜下腔出血
三、颅脑外伤
四、颅脑损伤后综合征
第二节　泌尿系结石
第三节　术后
一、断指再植术后
二、术后水肿
三、术后肠粘连
第四节　慢性阑尾脓肿
第五节　周围血管病
一、静脉血栓
二、血栓性静脉炎
三、下肢静脉曲张
四、下肢动脉硬化性闭塞病
第六节　肛肠外科（痔疮）
第四章　骨科病证
第一节　腰椎病变
一、腰椎间盘突出症
二、腰椎间盘突出症术后
三、腰椎退变三联症
四、其他慢性腰腿痛
第二节　颈椎病
第三节　肩关节周围炎
第四节　运动系统慢性损伤
一、膝关节扭伤
二、膝关节骨关节炎
第五节　慢性膝关节滑膜炎
第五章　妇科病证
第一节　产后病
一、产后胎膜残留
二、产后恶露不尽
三、产后脱发
四、产后股静脉血栓
五、产后缺乳
六、产后身痛

第二节　妇科杂病
一、卵巢囊肿
二、宫腔粘连综合征
三、子宫肌瘤
四、席汉病
五、盆腔瘀血综合征
六、月经前后偏头痛
七、慢性盆腔炎
八、子宫内膜异位症
九、不孕症
第三节　妊娠病
子满
第四节　月经病
一、经行肢体麻木
二、月经过多
三、痛经
四、崩漏
五、闭经
六、月经不调
七、功能性子宫出血
第六章　儿科病证
第一节　过敏性紫癜
第二节　小儿急性偏瘫
第三节　小儿脑瘫
第四节　小儿视神经脊髓炎
第五节　小儿中风
第六节　新生儿硬肿症
第七章　男科病证
第一节　不射精证
第二节　慢性前列腺炎
第三节　前列腺增生症与前列腺痛
一、前列腺增生症
二、前列腺痛
第四节　尿失禁
第五节　勃起功能障碍
第八章　耳鼻喉科病证
第一节　耳科疾病
一、客观性耳鸣
二、神经性耳聋
三、耳带状疱疹
第二节　咽喉科疾病
一、声带肥厚
二、声带麻痹

三、声带小结
四、舌麻痹
第九章　眼科病证
第一节　视网膜静脉阻塞
第二节　视网膜中央动脉阻塞
第三节　中心性浆液性视网膜脉络膜炎
第四节　视神经病变
一、前部缺血性视神经病变
二、视神经痿缩
第五节　麻痹性斜视
第六节　眼睑下垂
第七节　慢性单纯性青光眼
第八节　玻璃体积血
第九节　眼外伤
一、前房出血
二、视网膜脱离复位术后视物模糊
三、外伤性复视
四、外伤后低眼压
第十章　皮肤科病证
第一节　荨麻疹
第二节　带状疱疹
第三节　带状疱疹后遗神经痛
第四节　黄褐斑
第五节　面部粟粒性狼疮
第六节　皮肤瘙痒症
第七节　皮肌炎
第八节　双手发绀症
第九节　斑秃
第十节　硬皮病
下篇　实验研究
第一章　补阳还五汤制剂研究
第二章　药理研究
第一节　补阳还五汤中组成中药的药理研究
一、黄芪
二、当归
三、川芎
四、红花
五、地龙
六、赤芍
第二节　补阳还五汤全方药理作用
一、抗血栓作用
二、对神经系统及抗衰老作用的影响
三、对循环系统及血脂的影响

四、对免疫功能的影响