

第6集

# 石研石集

著名中医学家经验传薪

◎

主编 邓铁涛

中国中医药出版社





责任编辑 王淑珍  
封面题字 邓铁涛



ISBN 7-80156-555-X



9 787801 565556 >

定价：14.00 元

# 礞石集

(第六集)

——著名中医学经验传薪

主 编 邓铁涛

副主编 孙塑伦 冯 玫

编 委 (以姓氏笔画为序)

于文明	邓铁涛	石学敏	吉良晨
李曰庆	任继学	孙树椿	张学文
朱良春	金世元	柯 研	晁恩祥
莫用元	路志正	靳 瑞	颜德馨
魏 伟			

中国中医药出版社

·北 京·

## 图书在版编目 (CIP) 数据

礞石集/ 邓铁涛主编. —北京: 中国中医药出版社,  
2004.3

ISBN 7-80156-555-X

I. 礞… II. 邓… III. 中医学临床—经验 IV. R249.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 009448 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 电话: 6405750 邮编: 100013)

(邮购联系电话: 84042153 64065413)

印刷者: 天津市蓟县宏图印务有限公司

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 850×1168 毫米 32 开

字 数: 240 千字

印 张: 9.625

版 次: 2004 年 3 月第 1 版

印 次: 2005 年 3 月第 2 次印刷

册 数: 5001 - 8000

书 号: ISBN 7-80156-555-X/R·555

定 价: 14.00 元

如有质量问题, 请与出版社发行部调换。

HTTP://WWW.CPTCM.COM

# 前 言

中医学是中华民族优秀传统文化，几千年来为中华民族的繁衍昌盛做出了卓越的贡献，也对人类健康和世界文明产生了积极的影响。

新中国成立以来，党和国家高度重视中医药工作，逐步制定、形成了一系列旨在保护、扶植和发展中医药的方针政策，使中医药事业获得了蓬勃的发展。

全国名老中医专家在数十年的行医实践中，积累了丰富的临床经验，他们运用祖国医学理论，在疾病的病因病机分析、预后转归判断、论证立法用药及预防为主防治未病等方面有着独特的个人心得，对各种常见病疑难病有着显著的疗效，是广大中医后学及人民群众所尊崇的卓越的中医学专家。为了抓紧时机抢救、整理名老中医专家经验，在继承发掘基础上培养和造就一批德才兼备的当代中医人才，为各地培养具有较高层次和较高素质的中医学术骨干，实现我国中医药可持续发展战略，近年来，国家中医药管理局分别在长春、北京、上海、西安、广州举办了五期“全国名老中医专家临床经验高级讲习班”，并整理出版了《礞石集》系列丛书，在中医药界引起了广泛而良好的反响。学员们一致认为能够亲耳聆听医术精湛、临床经验丰富的全国名老中医专家的集中授课，实际感悟这些名老中医专家经过长期临床实践总结出来的学术思想和经验，对于提高自身的学术与技术水平启发颇深，作用颇大，是一生中难得的学习机会；《礞石集》集中了名老中医的宝贵经验，是一本难得的好书。应香港中医界的要求，经国家中医药管理局批准，由中国中医药科技开发交流中心和香港名医名方研究会主办，将于二〇〇四年三月二十一日至二十七日在香港举办第六期“全国名老中医专家临床经验高级讲习

班”，此次讲习班得到了香港特区政府的大力支持和香港中医药界同仁的积极响应。讲习班除邀请邓铁涛、路志正等十三位著名老中医和专家进行授课外，我们还将他们的讲稿整理编辑为《碁石集》（六）予以出版。

本书收集了十三位授课专家的讲稿，其中包括了专科专病、中医诊疗经验、临床研究成果、选方用药经验，既有理论阐述，又有临床验案，展示了这些专家各自的学术思想和临床诊疗技术的特长。希望该书能成为广大中医药工作者的良师益友，也希望能为促进中医药学的继承与发展尽其微薄之力。

编者

二〇〇四年二月

# 新技术革命与中医（代序）

邓铁涛

新技术革命属于“未来学”的范畴，中医学属于传统医学，未来中医学的命运将如何？这是个值得探讨的问题。

中共中央关于经济体制改革的决定中说：“应该看到，正在世界范围兴起的新技术革命，对我国经济的发展是一种新的机遇和挑战。这就要求我们的经济体制具有吸收当代最新科技成就，推动科学进步，创造新的生产力的更加强大的能力。因此改革的需要更为迫切。”

可见新的技术革命对我国经济的发展，对我国各方面的发展是一种新的机遇和挑战。中医事业也不例外，既是挑战也是机遇。

中医和新技术并不矛盾，越新的技术越能阐明中医和发展中医。近年来国内自然科学家掌握新技术又在钻研中医的“中医迷”的事迹时有所闻。

## 对中医的挑战

中医在新技术革命的冲击下，可以有两种结局：一是被淘汰，一是飞跃发展。新技术革命对于中医，无例外地既是挑战又给予了机遇。我认为在这样一个时代中医将会飞跃发展，而不会被淘汰。中医学是全人类的文化财富，如果我们不争气，丢掉了，日本人或美国人也会将她捧起来。

对中医的发展前途有多种说法：现在又有人强调只有中西医结合才能发展，中医独立发展只有死路一条；有人认为应按中医原有的路子发展；有人认为应在继承的基础上与现代自然科学相

结合才能飞跃地发展。

前几年《健康报》上有位中医发表文章认为，现在中医学院学生的文科水平低，是否可考虑在报考文科学生中招生。马上有人提出反问，医学到底是自然科学还是社会科学？美国 70 年代兴起一门新的学科——“社会生物学”。社会生物学是一切社会行为模式的系统研究，是一门交叉性多学科的综合学问（见哈佛大学，爱德华·奥威逊《社会生物学新的综合》）。中医学中具有大量来自古代哲学的内涵，它不妨碍中医学的发展。过去中医重视文史哲的素养，故文化水平较高的医家往往被称为儒医。那位中医提出现在学生要重视文史哲修养的建议，是先进的而不是落后的，是出于他自己的体会，值得我们考虑。

西医学的模式，旧的提法是“生物”模式，据说新的提法是：“生物-心理-社会”模式。中医学没有模式之说，近年有人根据中医学的特色，认为是“天人相应”的模式，中西学说可谓各有千秋。人与天地相适应才能生存，我认为中医的模式是相当科学的。亿万年前，曾经横霸全球的恐龙，为什么绝迹了呢？考古学家对此有各种推论，似未趋统一，但可以肯定的一条，就是恐龙不能与天地相适应而绝灭了。也许有人说，人不同于恐龙，人是能够改造世界的。不错，但如果人把地球甚至太阳系的生态平衡搞乱了，倒头来，人是要遭殃的。

过去所提的“中西医结合是我国医学发展的唯一道路”是个极左的口号，它阻碍了中医学的发展。问题并不出在中西医结合本身，而“左”在“唯一的道路”。所以 1979 年在广州召开的全国医学哲学讲习会上，经过激烈的讨论，提出了中医、西医、中西医结合三支力量都要发展，长期并存，互相渗透的方针。这个方针已为卫生部有关文件所肯定，已经中央批准。三支力量的提法是符合辩证法的。不可想象有几千年光辉历史的中医到了 20 世纪 80 年代已临近消亡，而不能独立发展。



80年代中医学如果仍然停步不前，固步自封，当然与历史发展相违背，只有死路一条。至于发展的路子则可以百花齐放。中医可以独立发展，可以与自然科学相结合发展；中西医结合从两个学术体系的结合中发展；西医沿着西医的道路发展。三支力量都得到发展，我国的卫生事业就会突飞猛进。三支力量都要发展的方针是社会科学与自然科学的结合的产物，它是在医学辩证法讨论会上提出的。新科技的发展不能脱离社会科学，中医学更是如此。就是说在运用新技术以发展中医学时，必须以历史唯物主义与辩证唯物主义作指导思想。坚持三支力量都要发展的方针，是中医学运用新技术发展自身的重要保证，切勿互相干扰。

## 中医学青春焕发

有人错误地以为中医是古老的，只有经验，是说不出道理的一门技术。好象中医与新技术格格不入。

党中央一再教导我们要建设有中国特色的社会主义现代化。医学的现代化当然不能例外，中医的现代化更不能例外。与新技术的结合必须紧紧抓住中医的特色。

现代医学是在现代自然科学成就的基础上同步发展起来的。如X线、同位素、超声波等等，很快被应用到医学上来。中医学则与现代自然科学相去甚远，一向处于封闭状态。但她是自成体系的一门医学科学。西医学的发展与实验室分不开，中医学的发展则与临床分不开。西医的实验室以实验动物为基础。中医学理论的提高，往往来自临床观察，它是以人为基础的。人是动物中最高级的最复杂的，从人身上总结的东西是不能都象动物实验那样看得见摸得着，所以有些自然科学家不承认中医是一门科学，因为他们是以现代自然科学的模式去套中医学，套不上，当然要有怀疑。很多实例是已说明，不少新的东西，中医原已有之。以“时间医学”为例，这是一门很年轻的学科，美国明尼苏

达大学教授哈尔贝格被推崇为时间医学之父，他在读了成都中医学院中医基础教研室一位年轻教师用英文介绍《内经》有关时间医学的内容后十分吃惊，3年前曾来中国访问有关中医学的时间医学问题。

时间医学不仅在认识上贯穿于整个中医学，而且早已广泛应用于临床实践并取得重大成果，例如针灸的子午流注、灵龟八法，特别是“五运六气”学说，既包涵时间医学，还包涵气象医学（气象医学也是新的边缘学科）。

广州中医学院 83 届研究生的《月经周期的调节及其与月相关系的探讨》一文，调查了 800 多名北京、广州两地的女大学生正常月经周期与月相的关系，以朔日（新月）附近四天月经来潮的人数最多，与其他各段时间来潮者，其比数有显著性差异（ $P < 0.01$ ），并根据《内经》“月生无泻，月满无补”之原则治疗 20 例肾虚型继发性闭经患者，在月相由虚渐盈时，用滋肾养血之法以助精血之生长，月相由盈渐虚之时，则用通法（活血行气通经），总有效率高达 85%。这也是运用时间医学的一个例子。

由此可见中医学蕴藏着很多仍然领先于世界医学的瑰宝，可惜她有如“和氏之璧”，不为大多数掌握着卫生行政之权者所知。

## 最新的科技才是发展中医的钥匙

据说有人认为用新科技去衡量中医学，觉得中医太落后了。我的看法正好相反。有关 cGAP 与 cGMP 之研究，令人对中医学的阴阳理论刮目相看了。有了控制论、信息论，才能理解中医的藏象学说是科学的。过去一再受到批评的中医“五行”学说，从系统论的角度逐步为人们所理解。其实五行学说就是五脏相关学说，没有五行学说的发展，就没有中医的整体学说。中医的阴阳

五行说来源于古代朴素的唯物辩证法，但自从与中医学结合之后，已不是哲学而是医学了，若把五行与五脏割离，那么“五行”便什么也没有了。五行学说使藏象学说至今仍有充沛的生命力。“心为君主之官，神明出焉”和“肺为相辅之官，治节出焉”看来十分不科学，但最新的研究知道肺还有不少非呼吸功能，肺的内分泌素的确能助心调整血压。我早就认为心不单是个血泵的作用，70年代我就认为心脏一定有内分泌素足以调节大脑的作用，虽然至今未得证实，但心脏有内分泌素已于1984年得到证实。据去年报道黎巴嫩学者娜莫尔博士（女）发现心脏分泌一种直接进入血液的激素，能减轻动脉血管压力，并命名此激素为ANF。我国去年也有人发现心脏分泌一种能影响消化功能的内分泌素。我初步认为当人工心脏广泛应用之后将会发现影响大脑及其他内脏的内分泌素，而且只有到了那时人工心脏的置换才能真正成功。

1983年福建出版社出版了刘亚光的《现代自然科学与中医理论》一书，广泛论述了中医理论与新技术的关系，特别从分子生物学与信息论、控制论、系统论、热力学、模糊数学等多方面论证了中医理论的先进性，这是值得一读的好书。

关于中医与控制论，我国做了大量的工作。许多省市对当地名老中医的学术经验，用电子计算机储存应用。在中医控制论的研究方面，湖北中医学院中医学控制论研究室1980年9月印刷的《控制中医学》在国际书籍展览会上展出，日本人一见便要求翻译，1982年便出版了。

再举个经络的例子，经络用西医的解剖学无法证明其存在，近年用生理学方法研究针麻，也只能得出神经与体液、脑啡肽等学说，离经络系统之实质仍然甚远。但中医毫不怀疑经络系统之存在，因为无论诊断与治疗，都早在2000年前证实了其存在。自从原子物理学家顾函森用精密仪器测得气功师林厚省从劳宫穴

发出外气之为低频涨落远红外线，并根据其涨落规律制成仿生仪器后，经广州中医学院气功室使用，证实有治病之作用。后来顾氏又测试了另一些气功师的外气，发现有发出磁流和未知之物质流的。后来顾氏提出该治疗仪应命名为信息治疗仪，也就是说来自经络系统的信息发放至病人的经络而起到调治作用。后来港商嫌治疗仪的功率太低要求加大，结果便无效了。这就有力地驳斥了有人在《健康报》批评该治疗仪只是外国的红外线治疗仪的说法。《自然杂志》1985年4月刊登了广西大学何淑文等《激光气功治疗仪的研制》一文。他们用气功信息来调制激光的输出光强，用于穴位照射。他们认为目前常用激光针的治疗是从理疗的观点考虑的，因而只注意到激光照射能量的积累作用，而他们是从信息疗法的观点考虑的，是以激光载体把气功信息运载到穴位深部，通过经络、神经、体液等作用以调整控制人体某种失衡的病态，使其恢复正常。从生物控制论的观点看载体的能量主要是作为运载信息的条件，而信息的交换与传递，才是实现控制功能的关键，所以他们最关心的是能量按气功信息规律变化的作用。

《健康报》1985年6月23日《传统医药版》在头版报道中说：“对于长期被人们怀疑的中医经络系统是否存在的问题，目前的研究已出现可喜的苗头。中国科学院生物物理研究所副研究员祝总骧及其合作者，经过十几年的多学科研究和大量电、声、光实验，初步证实了经络系统的客观存在，它不限于人体，是具有普遍性的一种生物特性，而且有其存在的物质基础。”

可见经络的研究，用过去西医的解剖、生理实验方法是无法证明经络存在的，只有用最新的科技成果作为手段才能对中医学的宝贵的东西来一次飞跃的发展。我认为当经络之研究进一步深入并取得成果，从而以崭新的面貌公诸于世的研究人员，将会得到诺贝尔奖金，这是可以肯定的。但愿领奖者是中国人而不是

日本人或欧美人。

中医之振兴，有赖于新技术革命，中医之飞跃发展，又将推动世界新技术革命。这是我的信念和祈望。

# 目 录

邓铁涛	1
朱良春	7
颜德馨	30
路志正	50
任继学	74
吉良晨	93
金世元	105
张学文	130
靳 瑞	172
石学敏	215
晁恩祥	224
孙树椿	251
李国庆	259

## 邓 铁 涛



邓铁涛，男，1916年10月生于广东省开平县。广州中医药大学教授、博士生导师，广东省名老中医，内科专家。

现任中华中医药学会常务理事，中华中医药学会中医理论整理研究委员会副主任委员，中国中西医结合学会第二、三届理事会名誉理事，广东省卫生厅药品审评委员会委员，广州市科学技术委员会顾问，中国中医研究院客座教授，辽宁中医学院名誉教授，广东省第四、五届政协委员。被英国剑桥世界名人中心载入世界名人录。全国继承老中医药专家学术经验指导教师，曾荣获广东省“南粤杰出教师”特等奖。

邓铁涛教授擅治心血管疾病，并擅于运用中医脾胃学说论治西医多个系统的疾病以及疑难杂症，如重症肌无力、萎缩性胃炎、肝炎、肝硬化、再生障碍性贫血、硬皮病、风湿性心脏病、红斑狼疮等，积累了丰富的临床经验。其著述、主编及编写的论著18部，发表论文80多篇。专著有《学说探讨与临证》、《耕耘集》、《邓铁涛医话集》。主编《中医学新编》、《中医大辞典》、《实用中医内科学》等。1986年开始主持国家“七五”攻关项目——重症肌无力的临床和实验研究课题，成果获国家中医药管理局科技进步一等奖，国家科委科技进步二等奖。

# 试论吴鞠通病原说的科学性

邓铁涛

世人多不理解中医没有细菌学说，却能治疗传染病，对病毒性传染病的治疗效果甚至处于世界领先地位，其故安在？因为中医走的是另一条道路。

中医虽无细菌学说，但细菌早已被概括于“邪气”之中。吴又可的戾气、厉气、杂气学说，已非常接近对细菌的认识，惜明代无光学上的成就，致未能进一步发展耳！但温病的病原说发展到吴塘，却使中医理论从另一角度认识发热性、传染性、流行性疾病——温病的病因理论。这一理论，今天看来科学性极高，足以破解中医虽无细菌学说，仍然能治疗急性传染病之道理所在。

吴塘《温病条辨·原病》篇专门论述温病的病因、病机、证候、诊断、治疗与预防等方面的问题。该文虽然首先引述《内经》有关温病的经文十九条作论据，其实他在引文后面的注解才是他的观点所在。他自称羽翼《伤寒》为避免遵经守旧者的批评，不能不精选经文以为己用。一则出于学术的继承，二乃当时的历史条件使然，也是吴氏苦心所在，以便于推广其学说的一种策略。

《温病条辨·原病》篇属于病因理论的论述共三条。试作分析，看其科学性之所在。

1. 《六元正纪大论》曰：“辰戌之岁，初之气，民厉温病，卯酉之岁……。”

吴塘注：“叙气运，原温病之始也，每岁之温有早暮微盛不等，司天在泉，主气客气相加临而言也。细考《素问》注自知、



兹不多赘。”

“按吴又可谓温病非伤寒，温病多而伤寒少，甚通。谓非其时而有其气，未免有顾此失彼之消，盖时和岁稔，天气以宁，民气以和，虽当盛之岁亦微；至于凶荒兵火之后，虽应微之岁亦盛，理数自然之道，无足怪者。”

铁涛按：吴氏继承传统之理论，承认气运的变化是温病发生的原因之一。他承认吴又可厉气之病因，但温病不能统由于厉气所致。他最后补充——流行病发生的微与甚，还与凶荒兵火之后有密切的关系。即是说他承认大自然的变化规律与发病有密切的关系，大自然的变化既作用于人体，也影响致病物质的生长与广泛为害，又创造性地提出地理气候及社会因素与发病有密切的关系。

2.《阴阳应象大论》曰：“喜怒不节，寒暑过度，生乃不固。故重阴必阳，重阳必阴。”故曰：“冬伤于寒，春必病温。”

璩注：“上节统言司天之病，此专言人受病之故。”

“细考宋元以来诸名家，皆不知伤寒温病之辨。……论温病之最详者，莫过张景岳、吴又可、喻嘉言三家。……璩推原三子之偏，各自有说，张氏混引经文，将论伤寒之文，引证温病，以伤寒化热之后，经亦称热病故也，张氏不能分析，遂将温病认作伤寒。喻氏立论，开口言春温，当初春之际，所见之病，多有寒证，遂将伤寒认作温病。吴氏当崇祯凶荒兵火之际，满眼瘟疫，遂直辟经文‘冬伤于寒，春必病温’之文。盖皆各执偏见，不能融会贯通也。璩按伏气为病，如春温、冬咳、温疟，《内经》已明言之矣。亦有不因伏气，乃司天时令现行之气，如前所列《六元正纪》所云是也。此二者，皆理数之常者也。更有非其时而有其气，如又可所云戾气，间亦有之，乃其变也。惟在司命者善查其常变而补救之。”

铁涛按：这一条主要说明，温病之形成有内因与外因两大因

素。“喜怒不节，寒暑过度”而致“生乃不固”，说明正气内存的重要性。“冬伤于寒，春必病温”，是说明“重阴必阳，重阳必阴”，冬天属阴，寒亦属阴，两阴相重，与正气相持（伏气）不即发病，至春天乃发，便成温病。总之用以说明邪正相争的观点。

其所辨析张景岳、吴又可与喻嘉言是讨论温病的界限问题，且勿俱论。最重要的是他承认吴又可的“戾气”这一致病物质的存在，承认“戾气”与司天时令现行之气同为致病物质，而区分引发疾病之轻与重，一般与特殊的发热性流行性疾病。

3.《金匱真言论》曰：“夫精者身之本也，故藏于精者，春不病温。”

塘注：“《易》曰履霜坚冰至，圣人恒示戒于早，必谨于微。记曰：凡事预则立。经曰：上工不治已病治未病，圣人不治已乱治未乱。此一节当与月令参看，与上条冬伤于寒互看，盖谓冬伤寒则春病温，惟藏精者足以避之。……不藏精三字须活看，不专指房劳说，一切人事之能动摇其精者皆是。即冬日天气应寒而阳不潜藏，如春日之发泄，甚至桃李反花之类亦是。”

铁涛按：这一条是强调“内因”在发病上的重要性。其冬不藏精须活看之说，是吴氏的创见，一些批评吴氏者亦不能不佩服他这一见解。吴氏把冬伤于寒与冬不藏精互看，统归之为内在致病因子，并处于重要之地位。吴氏之论符合唯物辩证法的内因与外因的辩证关系，即内因是物质变化的关键，外因是变化的条件。

综上所述，吴鞠通对温病病因的认识是比较科学的。其指导意义一直到今天。总括言之，吴氏之病原说为：

- (1) 岁气、年时（气候与环境因素）
- (2) 藏精、冬伤于寒（人体内在因素）
- (3) 戾气、时行之气（致病物质）

$$\text{气候环境的变化} \left\{ \begin{array}{l} - - - - \text{致病物质活跃} \\ - - - - \text{正气不足以拒邪} \end{array} \right\} \text{发病}$$

这样的病原说比之只重视病原体的现代医学理论似略胜一筹。当然吴氏对于微生物的认识与现代微生物学相比，就有天壤之别了。如果我们今天把微生物学的知识，取代比较含糊的戾气与时行之气，那就是比较完满的传染病流行病的病因学说了。其实近三四十年来，中医治疗传染病早已照此办理了。

1956年石家庄乙脑流行，按暑热病因用白虎汤治疗，取得90%以上的治愈率，且基本无后遗症；1957年北京乙脑流行，按暑湿病因治疗，又取得相同的效果；1958年广州乙脑流行，证多属热盛湿伏，用清暑热祛湿法，与北京之清暑化湿法不同而疗效相同。

又如国家“七五”攻关课题——流行性出血热中医治疗。南京周仲瑛氏治疗1127例，其效果为：中医药组治疗812例，病死率为1.11%。西医药对照组治疗315例，病死率5.08% ( $P < 0.01$ )，明显优于对照组。江西万有生氏治疗413例，其效果为：中医药组273例，病死率为3.7%，对照组140例，病死率为10.7% ( $P < 0.01$ )，疗效明显优于对照组。

周氏病例在江苏省6个市县，万氏病例在江西省6个市县。因地理气候有别，虽西医诊断同属流行性出血热，但西医治法大致相同。而周氏的治疗以清气凉营为主，万氏则以治湿毒法为主。两学者之理论依据，统出于伤寒学与温病学，他们引入了流行性出血热的微生物病因说，又运用了温病学的病因说。由于地理气候环境不一样，患者的体质不一样，虽然同为出血热病毒引起的病，但中医药的立法处方差别很大，而疗效都优于对照组。或曰按周氏之法治江西之病是否会提高疗效？答案应该是否定的。因为两地的治疗都是在中医理论指导下进行的。北京治疗乙

脑早已证明采用石家庄经验用白虎汤治乙脑，死亡率马上提高，成为否定中医疗效的把柄。后请蒲辅周老先生会诊，用清暑合用化湿之剂而提高疗效。

“中医不能丢”首先是中医的系统理论不能丢。近十多年来，中医药在中医院病房中，日渐处于从属地位。究其根源由于实践不力，对中医系统理论失去信心。近年来已有人进一步在中医理论上自愿从属，即以西医之理论为坐标去衡量中医，符合者对，不符合者为落后、为保守。视中医之精华而不见，只见毫毛而不见舆薪！例如用西医之新模式去批评中医保守；或认为中医临床之所以落后皆由基础理论没有突破所致；更有提出“抗体内存”邪不可干以评说“正气内存”邪不可干；又有人认为胃溃疡之成因自发现幽门螺杆菌之后，就用不着寒温等理论了！果真如此吗？西医理论在几年前还认定“无酸不成溃疡”，现在则“无螺杆菌不成溃疡”，我们都跟着走吗？香港目前有西医主张用抗生素治疗胃溃疡，我们跟着用什么中药治疗胃溃疡病呢？难道理论自愿从属下去，就能达到中医现代化吗？我和王建华教授共带的一位研究生刘友章，利用电子显微镜从亚细胞水平研究脾胃虚寒型胃溃疡和肝胃不和型胃溃疡有什么差别。结果发现脾胃虚寒型的胃粘膜壁细胞线粒体受破坏而肝胃不和型之胃溃疡则线粒体无损害。这些问题，又如何用幽门螺杆菌去解释呢？

泛览一些中医论者的文章，着意于“破”者为多，用力于“立”者较少，而所云破者又多以西医为据。在今天而言，这等倾向是中医药学发展的最大障碍，不可等闲视之！

中医与西医发展的道路原不相同，所以互补性强，中西医结合是发展医学的一种理想方法。西医学全世界都在努力发展，中医药学的发展舍我其谁？若只用西医理论去改造中医，一直从属下去，哪里还有中西医结合呢？应该应用现代的新科技（包括西医新成就）去钻研中医，发扬中医，先别急于去否定中医。

## 朱 良 春



男，生于1917年，江苏镇江人。早年拜孟河御医世家马惠卿先生为师。继学于苏州国医专科学校，并于1938年毕业于上海中国医学院，师事章次公先生，深得其传，从医已66载。历任南通市中医院首任院长，中华中医药学会第一、二届理事暨江苏省分会副会长，农工民主党中央委员会委员，江苏省政协常委暨南通市委委员会副主席，南通市科学技术协会副主席等职。现任南通市中医院首席技术顾问、主任医师，中华中医药学会终身理事，中国癌症研究基金会鲜药研制学术委员会主任委员，南京中医药大学兼职教授，广州中医药大学第二临床医学院及长春中医学院客座教授，中国中医研究院基础理论研究所技术顾问，沪、港、台当代中医技术中心顾问，中国中医药研究促进会常务理事，新加坡中华医学会专家咨询委员，中医教材顾问委员会委员等职。1987年12月国务院批准为“杰出高级专家”，同年卫生部授予“全国卫生文明建设先进工作者”称号。1990年国家确认为首批全国继承老中医药专家学术经验导师。1991年7月，国务院颁予政府特殊津贴证书。1993年10月江苏省人民政府授予“中医药系统先进工作者”称号。

朱良春教授是全国著名中医内科学家，治学严谨，医术精湛，对内科杂病的诊治具有丰富的经验，先后研制了“益肾蠲痹丸”、“复肝丸”、“痛风冲剂”等中药新药，获部、省级科技奖。主要学术著作有《虫类药的应用》、《章次公医案》、《医学微言》、《朱良春用药经验集》、《中国百年百名中医临床家·朱良春》、《现

代中医临床新选》（日文版，合著）等 10 余部，发表学术论文 170 余篇。曾先后应邀赴日本、新加坡、法国、马来西亚等国作学术演讲。

2003 年 7 月获中华中医药学会“中医药抗击非典特殊贡献奖”。

2003 年 7 月 16 日被国家中医药管理局中医药继续教育委员会聘为“优秀中医临床人才研修项目”考试委员会专家。

2003 年 9 月被国家中医药管理局聘为“中西医结合治疗 SARS 临床研究特别专项”专家顾问。

# 《内经》、《伤寒杂病论》运用 动物药之经验及其对后世的影响

朱良春

中医学对动物药的应用，肇始久远，早在甲骨文、《山海经》里即有记述，但医学典籍，则始于《内经》。张仲景更是一位善于运用动物药的大师。纵观《内经》、《伤寒杂病论》中运用动物药的方剂，可谓理法俱备，法度严谨，寓意良深。这些宝贵的经验，对后世中医学的发展，影响极为深远。兹撮其要，简述于次。

## 一、填精补虚，调理冲任

【原文】 帝曰：“有病胸胁支满者，妨于食，病至则先闻腥臊臭，出清液，先唾血，四肢清，目眩，时时前后血，病名为何？何以得之？”岐伯曰：“病名血枯。此得之年少时，有所大脱血，若醉入房中，气竭肝伤，故月事衰少不来也。”帝曰：“治之奈何？复以何术？”岐伯曰：“以四乌鲂骨一薏苡，二物并合之，丸以雀卵，大如小豆，以五丸为后饭，饮以鲍鱼汁，利肠中及伤肝也。”（《素问·腹中论》）。

【阐释】 此为《内经》关于血枯经闭之论治。其血枯之由，一是由于“年少时，有所大脱血”；二是因醉后入房，伤精耗气之故。夫精伤血去，肝肾亏矣，故经文将“肝伤”特意点出。月经之生理，在于任脉通和太冲脉盛，而奇经八脉求于肝肾，冲任二脉又起于胞中，肝肾精血亏耗，则冲任虚衰，安望其经行？治疗经闭，大法有二：血滞者通之，血虚者补之。今肝伤血虚，故当填精补虚，润枯泽竭。四乌鲂骨一薏苡丸旨意深矣！乌贼骨咸温下行，主女子赤白漏下及经闭血枯，又能涩精秘气；茜草既能

止血治崩，又能补益精气；雀卵气味甘温，为补益精血之妙品；鲍鱼能通血脉，益阴气。于是精血得以滋填，化源不绝，冲任脉盛，经事自潮矣。

【浅识】我认为《内经》此方，实际上是一张通补奇经之祖方。一般说来，奇经病变都是大病、久病所累及；冲任二脉的病变，除因直接损伤（如手术）所导致外，大多起于慢性久病之后，所谓肝肾损伤，累及奇经。《内经》此证，亦由肝伤所致，这一认识，先圣后贤，都是一致的。需要着重说明的，此方之组成，有两大特点：其一，选用了雀卵、鲍鱼等动物药来填补精血，既是养肝肾，又是益冲任。后世医家所谓“味腥气秽，善走奇经”，即是受其启示。其二，以补涩为主，涩中寓通。乌贼骨、茜草不仅能固涩下焦，而且能通利血脉，所以说二味能行能止。为何要通？盖非通经气不能行，非通不能入脉，这是调理奇经的一个重大法则，足以启迪后人。

《内经》此方之应用十分广泛，除用于伤肝经闭外，还适用于崩漏，特别是暴崩。盖暴崩冲任失守，下焦不固，证情最急。个人认为，尽管在辨证上可以分为肝不藏血、脾不统血等多种类型，但治肝、治脾总有鞭长莫及之虞，莫若固摄冲任为先，待崩止后，再调肝脾，以治其本。雀卵不易得，鲍鱼价昂，可取其意，代之以鹌鹑蛋、鹿角胶、龟板胶、紫河车、淡菜、阿胶之类，但需根据证候阴阳之偏颇，随证选药。用茜草、乌贼骨固摄下焦，加入紫石英、龙骨、牡蛎等以补其不逮，可以收效。此方还适用于带下病，近代名医张锡纯善用之。张氏谓：“带下为冲任之证，而名为带者，盖以奇经带脉，原主约束诸脉，冲任有滑脱之疾，责在带脉不能约束，故名为带也。”制“清带汤”（生山药、生龙骨、生牡蛎、海螵蛸、茜草）治“妇女赤白带下”。单赤带，加白芍、苦参；单白带，加鹿角霜、白术。张氏此方，即从四乌鲂骨一薏苡丸引伸而来。假使既有下元不足之见证，又有



湿热瘀浊逗留之带下，张氏此方即欠熨贴。先师章次公先生对久病秽带用清润法，即以《内经》本方为主，除鲍鱼、乌贼骨、茜草炭外，加入味浊之品，如鱼腥草、墓头回、败酱草等，直达病所，殊堪效法。

此方合而观之如此，若就单味药而言，后人也不断扩大其应用范围。例如乌贼骨，不仅能收涩止血，而且能潜消宿瘀，是一味具有“通”与“涩”双重作用的良药。今人还用治咳喘，如学兄姜春华教授用此药就有很多宝贵的经验。个人认为，乌贼骨治咳喘不仅取其能敛肺，同时还有溶痰之作用。但需注意，咳喘初期，表证较重者需慎用，否则应配合宣肺开表之品，方能无弊。

## 二、攻逐瘀血，荡涤邪热

【原文】 太阳病，六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当鞕满，小便自利者，下血乃愈。所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也。抵当汤主之。

太阳病，身黄，脉沉结，少腹鞕，小便不利者，为无血也；小便自利，其人如狂者，血证谛也。抵当汤主之。

伤寒有热，少腹满，应小便不利，今反利者，为有血也，当下之，不可余药，宜抵当丸。（均见《伤寒论》）

【阐释】 前二条，均冠以“太阳病”三字，其有恶寒、发热等表证，不言而喻。后一条曰“伤寒有热”，则其表证当不及抵当汤证为重。蓄血证的成因，论中点出：“以太阳随经，瘀热在里故也。”当以热邪煎迫，引起络伤血溢而瘀结。瘀血症的临床表现，就论中所云，有发狂、少腹鞕满、小便自利、身黄、脉沉结等。瘀热互结，证情不轻。就瘀血与表证二者之轻重来权衡，当破瘀为急，下其瘀结，则郁于里之热邪自有出路，表证亦自解也。此所以有取于水蛭、虻虫、桃仁、大黄之属也。惟抵当丸较抵当汤为轻耳。

【浅识】 《伤寒论》从小便利与不利，作为蓄水与蓄血辨证

之重要标志。盖蓄水者，病在气分，气化不行，故小便不利；而蓄血则病在血分，并不影响气化功能，所以小便自利。个人认为，这仅仅是言其常，而未能尽其变。假使瘀血阻滞，影响气化功能，不仅可见小便不利，还可见肿满之疾。从临床实际来看，风湿性心脏病、肝硬化腹水、肾功能衰竭等，均可见小便不利，或腹水，或肿满等证候。而此等疾患，均有不同程度之瘀血表现，假如仅就小便不利这一症状，从气分来处理，就难收到预期之效果，而有时采用破瘀药后，则可获得明显的功效，这是发人深省的。个人尝用水蛭粉治疗“风心”证见心下痞坚、腹水、小便不利者，及“肺心”面浮、喘促、足肿、小溲短少者，其效较佳，可以佐证。

瘀血证可见“发狂”之神志症状，后世医家积累了不少用逐瘀活血法治疗癫狂、狂犬病之治验，就是受了仲景之启示。瘀血可致“身黄”，这是一个非常深刻的认识。《伤寒论》既阐明了“瘀热在里”、“寒湿在里”可致发黄，又指明了“瘀血”致黄，三者鼎足，成为黄疸辨证的重要纲领。所谓瘀血发黄，是指瘀血内阻，致使胆失通降而言。经验证明，凡瘀血发黄，用茵陈则无效，非活血化瘀不能奏功。当然，在药物的选用上，并不拘于抵当汤、丸。《千金方》治身寒热发黄，用大黄、芒硝、归尾、桃仁、人参、桂心为末，酒服二方寸匕，就很有特色：其一，治黄不用茵陈；其二，攻下化瘀，辅以益气扶正，庶几攻不伤正。凡瘀血发黄，此方可作借鉴。如瘀热较重，可去桂心加丹皮，余如三棱、莪术、刘寄奴等，均可因证而施。

水蛭是一味具有逐恶血瘀血、破血癥积聚之良药。现代药理研究证明，水蛭主要含有蛋白质、肝素、抗凝血酶，其新鲜唾液中含有水蛭素，水蛭素能阻止凝血酶作用于纤维蛋白原，阻止血液凝固，每20mg水蛭素可阻止100ml人血之凝固。水蛭素对各种血栓病（动脉血栓、冠状动脉血栓及微血栓）均有效，尤其对

静脉血栓及 DIC 的疗效更为显著。它不仅能抑制纤维蛋白原转化为纤维蛋白，也能影响凝血因子 V、Ⅷ、XIII 的活化及凝血酶诱导的血小板反应，因此，抗凝血特强。对血栓引起的心、脑血管疾病及其后遗症（中风瘫痪）等疾病，在辨治方中，加用水蛭粉，每次 1g，1 日 2~3 次，胶囊装分吞，多能提高疗效。还可用于消癥瘕积聚，如张锡纯之“理冲丸”（水蛭、生黄芪、生三棱、生莪术、当归、知母、生桃仁），对于一切脏腑积聚及妇人血瘀经闭不行，或产后恶露不尽而结为癥瘕者，有比较显著之疗效。个人体会，凡证属气滞血瘀，经脉挛急，血运不畅之心绞痛，甚则心肌梗塞，而舌与口唇有明显瘀斑时，在一般活血化瘀、理气通阳之剂中，加用水蛭粉 2g（胶囊装，分 2 次吞服），每获佳效。对高脂血症，能显著降低胆固醇、三酰甘油及  $\beta$ -脂蛋白，并能增加心肌营养血流量；对肺心病急性发作期，参用水蛭粉，能显著改善胸闷、气促、紫绀等症象，迅速消退面浮、肢肿，增加尿量。对慢性肾功能不全之尿素氮（BUN）、血肌酐（BCr）值升高者，加用本品，可以明显降低，但贫血严重者慎用。此外，对门静脉高压脾切除后血小板增多症、食道癌等，也有较佳的效果。水蛭不宜炒炮，而应生用以保持有效成分。蛇虫破瘀之力尤著，对癥瘕积聚、血瘀经闭、跌扑瘀结有效。但服后易引起腹泻，停药即止，虚人宜慎用之。

### 三、缓中补虚，逐瘀生新

【原文】 五劳虚极羸瘦，腹满不能饮食，食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络荣卫气伤，内有干血，肌肤甲错，两目黯黑。缓中补虚，大黄䟽虫丸主之。（《金匮要略》）

【阐释】 虚极羸瘦，虚劳成矣；腹满不能饮食，则后天生化无权，虚劳一时难复。推究病因，盖因饮食失调，或忧思过度，或饮酒过量，或房室不节，或饥饿劳伤，病始则伤气，继则血瘀，经络营卫因之湮塞，“肌肤甲错，两目黯黑”，即是瘀血之明

征。宿瘀不去，则新血不生；经脉不通，则脏腑失荣。于是取干地黄、白芍等润剂以润血之干，以大黄及活血化瘀之水蛭、虻虫、蛭螭、廔虫等以行死血，俾宿瘀得去，营卫周流，虚劳渐复矣。

【浅识】 仲景用虫类药治瘀血，《伤寒论》有抵当汤丸，《金匱》有下瘀血汤，二者均系内有瘀血，身体未虚，故纯用攻逐，取其急治；此系五劳虚极，内有干血，故宜攻补兼施，徐图效机。廔虫具有活血散瘀、消癥攻坚、疗伤定痛等多种功效，其特点是破而不峻，能行能和。《长沙药解》说它“善化瘀血，最补损伤”，故虚人亦可用之。如仲景治疗产后腹痛之“下瘀血汤”，以及治疗疟母痞块之“鳖甲煎丸”，均用之，可资佐证。大黄廔虫丸以破瘀药为主，养血之润剂为辅，虽云“缓中补虚”，但毕竟是以祛瘀为主之方剂，此方之应用，关键在于审证要明确，虚劳羸瘦确属瘀血为患者方可应用，否则每致愤事。故前人谓此方是治疗干血劳之良剂，当三复斯言。应用大黄廔虫丸之标准，必须具备肌肤甲错，两目黯黑，腹满不能食这三症，方不致误。《医方考》之“百劳丸”（当归、乳香、没药、虻虫、人参、大黄、水蛭、桃仁），治一切劳瘵积滞，立意与此方仿佛，均为祛瘀生新，治虚劳因干血为患之良剂。

吾师章次公先生对仲景之学有很深之造诣，善用虫类药治疗沉痾痼疾。如对慢性肝炎和肝硬化的肝脾肿大、腹胀，善用攻补兼施之法，尝取廔虫、蛭螭虫、蝼蛄、将军干等，配合益气养血、补益肝肾之品，多能迅速控制症状。姜春华教授亦喜用下瘀血汤治疗肝硬化，屡奏殊功。个人曾根据章师之经验，制订“复肝散”（红参须、鸡内金、紫河车、广郁金、广姜黄、参三七、地鳖虫、炮山甲）治疗慢性肝炎及早期肝硬化，大能消癥破积，缩小肝脾，改善肝质，恢复肝功，增加食欲，并有提高血浆蛋白、纠正白蛋白/球蛋白比例倒置之功。

以上仅就《内经》、《伤寒杂病论》中运用动物药的部分方剂作了粗略的探讨，不尽全面，如治疗疟母之鳖甲煎丸，治疗阴狐疝气之蜘蛛散，即未道及。但从上述举例，我们仍然可以从古人那里学到不少宝贵经验，对提高我们的辨证论治水平，丰富我们的治疗手段，有着重大的现实意义。

# 论《千金方》的学术成就和学术思想

朱良春

在我国医学史上，唐代著名医学家孙思邈是一位非常杰出的人物，可以称为“医林亚圣”。他的两部《千金方》，承先启后，影响深远，值得我们认真学习和研究。

## 一、《千金方》的学术成就

### 1. 《千金方》是集初唐以前医经、方书大成之作

孙思邈毕生从事医疗，如其所谓“吾十有八而志于学”，“白首之年，未尝释卷”。他以百岁以上的高龄，多方勤求博采，因而蒐集宏富。林亿等在《校正千金要方·序》中说他“上极文字之初，下讫有隋之世，或经或方，无不采摭”。从《千金要方》卷首的“大医习业”里也可以看出来，他既重医经，又重方书。

他所辑录的医学经典著作，有重要的文献学价值，常常是我们今天学习、校勘《内经》、《伤寒论》等古医书的重要参考资料。当然，他不是简单的蒐集者，而是既“述”之又“论”之，有取有舍，反映了他的治学态度和研究方法。从他采摭《内经》的内容看，他对藏象、诊候两个部分比较注重。中医的藏象学说，是在整体的运动变化的思想指导下，对人体生理病理认识的归纳和总结；诊候则是认识和分析疾病的方法。这都是临床上最实用的。《金匮要略》是宋人王洙发现，经林亿等辑存而公诸于世的，而早于林亿400多年的《千金要方》，却差不多囊括了宋本《金匮要略》的全部内容。《伤寒论》虽然曾经晋人王叔和整理，但在孙思邈选《千金要方》时，连这个本子也没见到，他因而有“江南诸师，秘仲景要方不传”的感叹，一直到他晚年，

才把他看到的《伤寒大论》按“方证同条，比类归附”的方法编造《千金翼方》伤寒卷中。这实际上是我们今天所能看到的最早的《伤寒论》的本子。我国最早的药物学著作《神农本草经》，大约汉末即已失传，是以仲景序中无《本经》之名，华佗弟子吴普乃为之辑述，梁代陶弘景再加整理，后来又都失传。现在我们看到的是明清时代的辑本。日人森立之和孙星衍的辑本，其依据除了诸家本草，便主要是《千金方》。

《千金方》里收集的医方，不惟数量多，而且有的来源很早，有的竟远出仲景之前。如：《千金要方·杂补》中的“夏姬杏仁煎”，夏姬是春秋时郑穆公之女；《千金翼方·养性服饵》中的“周·白水候散”则更早，近年出土的《武威汉代医简》中就有好几个“白水候方”。另外，《千金方》中有的方子还远及异域，如：“万病丸”就是古代印度名医耆婆的方；“阿迦陀丸”、“匈奴露宿丸”等等，也都是来自国外的方子。《隋书·艺文志》载龙树、耆婆，以及婆罗门、西域医学著作共10种，计80卷，可惜迄今荡然无存，只在《千金方》中留下这点儿吉光片羽了。方书之盛，起于汉魏六朝，此时方书计有百数十种，其中葛洪的《玉函方》、《肘后备急方》、范汪的《范东阳方》、陈延之的《小品方》，以及徐之才的《药对》等等，为其最著者。其中对孙思邈影响最大的是《肘后方》，盖《肘后方》中“率多易得之药。……所在皆有，皆单行径易，篱陌之间，顾盼皆药，众急之病，无不毕备，家有此药，可不用医。”（《抱朴子》）这正与孙思邈“博采群经，删裁繁重，务在简易，以为备急”的旨趣相同。此书曾经散失，后来经陶隐居增补，名之为《补阙肘后方》，但亦失传。我们现在看到的，是金代杨用道根据《千金方》、《外台秘要》、《证类本草》等加以整理而成的，是为《附广肘后方》，而此书之刊行则是在元世祖至元年问。因此我们有理由认为《千金方》中搜集了不少葛洪方。又《小品方》在唐代曾经是与仲景《伤寒论》比肩

之著作，如林亿等在《千金要方·后序》中说：“臣尝读唐令，见其制，为医者皆习张仲景《伤寒》、陈延之《小品》，……则《小品》亦仲景之比也，常痛其遗逸无余，……究寻于《千金方》中（指《千金要方》伤寒卷），则仲景之法，十居其二三，《小品》十居其五六，粹乎哉！”林亿等是拿《千金要方》和陶弘景《补阙肘后百一方》、《外台秘要》一一对勘之后才得出“十之五六”这个结论的。又据《外台》知，唐以前研究伤寒者有八人家，仲景为其最著者，但并不是说其他各家一无是处，特别是《小品方》值得我们重视，如《千金要方》的伤寒卷转引《小品方》云：“古今相传，称伤寒为难治之疾，时行瘟疫是毒病之气，而论治者不判伤寒与时行瘟疫为异气耳！……考之众经，其实殊矣，所宜不同，方说宜辨。”寒温异气，治法不同，这个认识在当时是很难得的。在治疗上，《小品方》也与仲景一派有同有异，《千金要方》伤寒卷就记载了不少这一派的处方，这为我们研究古代伤寒流派提供了宝贵的资料，如：风温之葳蕤汤，滋阴清热解表；热结于里，气阴两伤之生地黄汤，养阴扶正，泻下攻邪。这些对于仲景之学，真可谓“补其阙失，匡其不逮”了。

应该指出，孙思邈的功绩不仅仅为我们保留了大批古代医学资料，而且把这些资料分之以门类，绳之以理论，证之以经验，合为一家之言。如脚气一病，他就结合了晋代支法存、仰道人的经验和宋齐之间释僧深的经验，“取其所经用灼然有效者”，用于临床，“不过十日，可得永瘥”。

《千金方》作为集初唐以前医经、方书大成之作，对推动医学的发展起到了重要的作用。宋人叶梦得《避暑杂话》谓其“妙尽古今方书之要”，“今通天下言医者，皆以二书为司命”。《千金要方》成书后不到几十年，就传到国外，日本的《医心方》、朝鲜的《医方类聚》，不仅收录了孙思邈的医论、医方，而且在写作体裁上也是模仿《千金方》的，由此可见其影响之深远。



## 2. 《千金方》是我国医学史上第一部临床实用的“百科全书”

《千金方》的内容相当丰富，具有广泛的实践基础。书中妇科、儿科、五官科、内科（包括伤寒、热病和杂病）、疮痈、外伤、痔漏、解毒救急、针灸、食治、养生等等，各科独立成篇，分门别类，有论有方，已初具专科规模。所以已故名医黄竹斋先生称《千金方》是“第一部临床实用百科全书”。

以妇科言，《千金方》在体例上“始妇人而次婴孺”，并最早把妇科从内科杂病中分离出来，别立方论。其内容则先从求子开始，依次为妊娠、养胎、胎前诸病、产难、产后，然后再另叙月经、带下、杂病等疾患，基本上勾划出了中医妇科学的轮廓。在治疗上，《千金方》对经、带疾病擅用活血祛瘀，如治痛经、经闭、经水不利、久漏、带下不止、坚癥积聚、不孕，多以大黄廑虫丸、抵挡汤、桂枝茯苓丸、下瘀血汤诸方化裁，俾瘀去而新生，气血调达，经脉宣通而病自去。对胎前等疾患则重在调理脾胃，如恶阻用半夏茯苓汤、茯苓丸；子肿用鲤鱼汤，皆其例也。对产后疾病，则主张以调补肝肾为主，多用血肉有情之品，大为后世叶天士赞赏，取法而倡为调补奇经之说。

儿科著作在唐以前基本上阙如，仲景不载，古《颅肉经》早佚（现存者为宋人伪托，而且价值也不太大），所以孙思邈以“乳下婴儿有病难治”，而撰《少小婴孺方》。这当是现存文献中较为完整的、最早的儿科专篇。卷中初生出腹、哺乳、乳母卫生、育儿等法，相当于“总论”；发热、豌豆疮（天花）、目疮、鹅口、咳喘、客忤惊厥、伤食、遗尿、肠寄生虫等，相当于“各论”。儿科四大证中惟缺麻疹，可能是因为当时秦中尚无此疾。《千金方》对不少儿科疾病有细致的总结，如痫（实即惊风）之一病，竟详列证 20 条，病因则分风、惊、食三类，又指出直视瞳子动，手足掣痲，反张脊强，喜惊，腹满转鸣下血，口噤不得

乳，汗出发热，为卧不悟等 8 条为“危候”，都很有临床意义。

孙思邈对内科杂病采用了按脏腑归类的方法，在占《千金方》全书 1/3 强的篇幅里，比较系统而完整地论述了各个脏腑的生理、病理、诊断和治疗方药，所载处方 700 余首，差不多每一门类中都有一些名方，至今仍广泛地用于临床，如苇茎汤、温胆汤、驻车丸、犀角地黄汤等等，后世许多名方，亦多由此嬗变而出，如七味白术散、二陈汤、生脉散、十全大补汤、地黄饮子、琼玉膏、保元汤、凉隔散、龙胆泻肝汤、苏子降气汤等。《千金方》对临床症状的描述比较详细，对疾病的病机、发展变化、预后转归有丰富的经验，如：消渴病人多于骨节间发痈疽而卒；“脚气不得一向以肿为候，亦有肿者，有不肿者”，其不肿者，如见少腹顽痹者，呕吐即是“脚气冲心”之候；吐血后，虽觉虚羸少气而心中不闷者多自愈，若烦躁、闷乱不安、呕吐，而医又与黄土汤、阿胶散止涩，则往往至于不救。这些经验都是很宝贵的。

《千金要方》和《千金翼方》列有目、鼻、口、唇、齿、喉、耳、面病专篇，皆有论有方，如丧明一例，就详列了 16 条病因。目病、面病都各有 81 首处方，内服、外治、复方、单方，靡不具备。面病门中用于洗手、洗面的澡豆（即香药皂），就有 7 种不同的配方。

《千金要方》卷二十五备急诸方，门类繁多，其方亦颇简便，对许多急证，可以就地取材，挽危亡于顷刻。兹以为例说明之：《千金方》记载的狂犬病是古代文献中所载最早且内容最多的，其观察很细致，如谓狂犬咬人，“七日辄一发，不发则脱也”，但“要过百日乃得免耳”，还须“终生忌食犬肉”。此外，同书食治卷还记载，虽未经狂犬咬伤，若误食狂犬肉，亦发狂犬病，这些与目前的记载都是一致的。在治法上，附方竟达 32 首之多。其中以“狂犬脑傅伤口上，后不复发”，系录自《肘后方》，而其它

单方，则多系孙氏经验方。在所咬处用灸法（毒蛇咬伤亦同），尤为有效方法。盖火热能使其毒性蛋白凝固、破坏也。

上述可以看出：一方面《千金方》对于唐以后医学开始向着专科方向发展，以及各科专著的不断出现是有直接影响的，如蔺道人的《仙授理伤续断秘方》，陈自明的《妇人良方大全》，钱乙的《小儿药证直诀》，王致中的《针灸资生经》等专科著作，以及张洁古的《脏腑寒热虚实用药式》等，都从《千金方》中吸取了营养。另一方面，不少临床医家直接从《千金方》中得到了切于实用的有效方药，以至“稍闻其籀籒，亦足以医术鸣”（虞抟《医学正传》）。如此等等，都说明《千金方》不愧为“第一部临床实用百科全书”。

### 3. 《千金方》是开一代医风的里程碑

徐灵胎在《医学源流论》里指出“仲景之学，至唐而一变”，他是针对孙思邈的《千金方》而言的。他认为《千金方》出而“古圣制方之法不传矣”。其实，《千金方》对于《内经》、仲景之学是有继承、有发展的，他所攻击的，正是孙思邈有独到看法或创造性发挥的地方。

过去，一般都认为孙思邈在医学理论上没有什么成就，这是不对的。如读一读原著就知道了。兹举《千金要方》卷十三至卷二十的几个例子来说明之。

他认为：“心开窍于舌”的提法不妥，只能说“心气通于舌”。因为“舌非窍也”，“心之窍，寄见于耳”。从理论上说心为火，肾为水，其间有一个水火既济的关系，同时手少阴心经之络亦会于耳中；从临床上说，有的耳鸣患者须从心治，始能有效，如《千金要方·心脏》篇之远志汤，即主治心虚怔忡耳鸣。

又如命门之说，他既以十四椎下之穴为命门，又提出“命门者，在心上一寸”（《千金要方·心脏》），这是一个新的提法，惜未见其有关论述。

关于五脏不足调于胃，他说：“胃满则肠虚，肠满则胃虚，更满更虚。气得上下，五脏安定，血脉和利，精神乃居。故神者水谷精气也，五脏不足调于胃。”（《千金要方·胃腑》）这是对《内经》有关精神的发挥，进一步明确指出胃肠之“更满更虚”，是人体气机上下的枢纽，水谷是生命活动的根本，而“五脏不足调于胃”，对后世补土派是有影响的。

关于劳则补其子，《千金方》提出：“心劳补脾气以益之，肝劳补心气以益之，脾劳补肺气以益之，肺劳补肾气以益之，肾劳补肝气以益之。”这一提法，是以《内经》五脏相关理论对经验作出的总结。宋人许叔微于此曾进一步加以阐发，并引验案以证之。（见《本事方·卷九》）

这些例子都说明，《千金方》的作者并非全是“述而不作”，他对不少医学理论问题还是很有见解的。当然，他的更大的成就在临床上，他对那些没有写成文字的医疗经验的搜集、验证和总结所下的功夫更大，成就也更大，而且以此而开一代医风。

首先是对专方专药的总结。专药、专方、专病之说，似始自《神农本草经》和《伤寒杂病论》，如《伤寒论》六经病皆有专方、专药。《金匮》中百合病三用百合，胸痹之用瓜蒌、薤白，亦为专药。随着时代的发展，对疾病的认识也愈加深入，对药物功效的认识愈加丰富，新药物不断被发现，因此，专方、专药必然越来越多。《千金方》在这方面所做的工作，成就最大，如疟疾，仲景虽用蜀漆，但未用之作专药；《千金要方》治疟 34 方，就有 17 方用了蜀漆或常山。此外，还最先记载了新的抗疟专药马鞭草、牛膝和乌贼骨。《千金方》治痢，以黄连、干姜为专药，热痢亦用干姜，冷痢亦用黄连。此外，还记载了石榴、石榴皮、乌梅、陈仓米等治痢有效专药。口疮，他以蔷薇花根为一“圣药”，目前已知该药确为口腔霉菌的有效抑制药。其它如急黄以大黄为专药，遗精滑精以韭子为专药，痔疮以槐子为专药，内痈

以桃仁、冬瓜子为专药等等，总结出了许多新经验。

其次，是通过这些新经验提出了新问题。这就是说，如果这些方药疗效很好，传统的理论却无法解释它，怎么办？以《千金方》治暴痢“服之无有不瘥”的乌梅丸为例，方中仅乌梅、黄连二味药，乌梅味酸性收敛，一般认为痢疾初起宜通，收涩太早，则有留邪之虞，但为什么用之有效呢？近年来，屡见用乌梅、黄连粉或单味乌梅粉治疗急性菌痢的报道，不仅症状消失快，而且细菌转阴也快。又如《千金方》的鲤鱼汤，治疗子肿及其他水肿、肝硬化腹水效果都不错，单用鲤鱼亦可，如果以“鲤鱼化龙行水”去解释，显然是荒谬的。再如耆婆万病丸，这样的处方，一方几十味药，根本不可能用传统的君、臣、佐、使之类的理论去解释，连孙氏本人也说，此方可用于多种痼疾，但其疗效却是“不知其所以然而然”。张璐曾说他用过该方，近人恽铁樵曾用之治疗自己的顽疾，《岳美中医案》中也载有1例用此方的治验。仅以这些例子就可说明，一方有效自有其道理在焉，如果传统的道理解释不了它的疗效机理，就说明理论已落后于实践了。这就提出了一个重要的问题，实践将促进理论向新的方向发展。当然，以孙思邈当时的时代条件，这个问题是不可能得到解决的，他看到了问题，而且做了许多努力，如他引进了古印度医学的“地、水、火、风”学说（《千金要方·卷一·诊候第四》），无非是希望在理论上有所发展。

## 二、《千金方》的学术思想

### 1. 主张医药普及

医药来自劳动人民的生产和生活实践，是人类共同财富。可是，由于社会和历史的原因，一般人有了病得不到治疗，尤其是穷乡僻壤，缺医少药，人们连普通的医药常识也没有，正如孙思邈所说：“食有成败，百姓日用而不知，水火至近而难识”（《千金

要方·食治序论》),“世无名医,枉死者半”(《千金要方·备急》)。孙思邈于此痛心疾首,因而非常明确地提出了医药普及的主张。我们认为,这是《千金方》学术思想的基本方面。

这一思想的来源,当然与他笃信道教有一定关系。应当指出,孙思邈的一生差不多都是在民间渡过的,他深知民间疾苦,他本人就是因为“幼遭风冷,屡造医门,汤药之资,罄尽家产”(《千金要方·序》)而立志学医的,所以他在《千金要方·序》中公然宣称,他的书“未可传与士族,庶以贻厥私门”,“欲使家家自学,人人自晓”,忽遇仓卒,便可按病索方,依方觅药,救危亡于顷刻。如他说:“甘草解百药毒,实如汤沃雪,有同神妙,有人中乌头、巴豆毒,甘草入腹即定;中黎芦毒,葱汤下咽即定;中野葛毒,土浆饮讫即止,如此之事,其验如反掌,要使人皆知之。”(《千金要方·解毒兼杂治》)他在同书“妇人方序论”中也说:“须教子女学习此三卷妇人方,令其精晓,即于仓卒之秋,何忧畏也?”“常宜缮写一本,怀挟随身,以防不虞。”正因为他是如此热忱地主张医药普及,所以他倡言医德,对于医者胸怀偏狭,或故意神秘其术绝不传人等种种弊病,痛加针砭。他的《千金方》勤求博采,“广设备拟”,特别重视对民间多发病、常见病的治疗,一般书上所不载的许多疾病,在《千金方》中差不多都可以找到,同时简、便、廉、验的单方、验方在书中占了很大的比例,这都与这一学术思想有关,也使他的书具有讲求实效的民间医风的色彩。

“小单方能治大病,海上方气死名医”。可惜历来自视为“正统”的医家,于单方、偏方都不屑一顾,斥之为“摇铃串市”、“取用偏杂”,医理越讲越玄妙,疗效却很差。

## 2. 注重对方药的整理和研究

孙思邈平生毅力所注者为方药,《千金要方》、《千金翼方》皆以“方”名书,汇集的处方多至 6000 余首,可谓前无古人。

他主张组方用药要“临事制宜”，认为，对于前人处方，应该根据病情加以增损，以切合之，不能胶柱鼓瑟，食古不化。“多从旧方，不假增损，其弊万端。”（《千金要方·处方》）不仅药味要有增减，剂量也应该视病情的轻重而酌定，病重则药重，病轻则药轻，“若学古人，徒自误也”（《千金要方·用药》）。他还指出，人有老幼男女之殊，体质有强弱盛羸之异，天地有南北燥湿之别，因此，处方用药务必要“临时制宜”，“随症增减”（《千金要方·处方》）。这些观点对于后世医家学派竞相争鸣，竞创新方，无疑有着积极的影响。当然，他的态度比较持平，没有张洁古等人那样偏激。

他并不是一概否定前人的方药，尤其是在继承发扬仲景之学方面，他下的功夫很深。有的同志说他与仲景不是一个路子，其实他很善于运用仲景方，如以炙甘草汤治疗虚劳脉结代，脉绝不出百日死，不限于伤寒；用真武汤、附子汤合方治疗寒湿痹，不限于水气。它如以肾气丸为补肾祖方，用于虚劳；以当归生姜羊肉汤治疗产后诸虚劳损，崩漏不止；以肾着汤（甘姜苓术汤）治疗寒湿腿痛、脾虚咳嗽多痰、妇人带下、老人中虚尿失禁，皆能抓住原方立方精蕴，进一步推广扩大其用。此外，他还往往灵活地将原方加以增损，以适应新的病情。如治子肿的鲤鱼汤，就是以仲景真武汤蜕变而出，去一味附子，加一味当归，遂变温肾行水之方，而为健脾利水、和营安胎之剂。仲景黄土汤，本用以治疗便血（远血），《千金方》去附子加干姜，移用于吐血，一便血，一吐血，在病机皆属中气虚寒，不妨病异方同，而干姜守而不走，尤长于温中摄血，除非元阴暴脱的危证，实较仲景用附子为佳。又《千金方》治肺痛的苇茎汤，即显然是从仲景治肠痈的大黄牡丹皮汤悟出的，桃仁、冬瓜子活血、攻坚、排脓，为治疗内痈专药，彼为肠痈，故仲景用硝黄之攻下；此为肺痈，孙氏则取苇茎、苡米之轻宣，此仲景不言之秘，其灵活精当如此，非学

养精湛，经验练达者不可为之。正如张石顽说：“不读《金匱》，何以知《千金》之法源；不读《千金》，何以广《金匱》之变法。”就从这一点上说，孙思邈也当是仲景的功臣。

《千金方》还善于把古方、经验方、单方、草药融为一体，古方的谨严，经验方的灵活，民间单验方的特效，兼而取之。如他治热毒痢的三黄白头翁汤，即是在仲景白头翁汤的基础上，加犀角、升麻解毒，苦参、石榴皮、桑寄生治痢，艾叶、甘草和中缓痛。桑寄生治痢，始自《千金方》，其后《滇南本草》、《玉楸药解》乃有桑寄生治血痢的记载，近人研究桑寄生对多种肠道病菌有抑制作用。视之原方，疗效更胜一筹。笔者曾以此方治疗小儿中毒性痢疾，高热神昏，便下鲜血胶冻，疗效颇佳。又如肿胀，“腹大坚如石，服利下药不控者”，他认为不仅要利水，而且必须活血，用丹参、鬼箭羽等活血化瘀药，也都是很有见地的。《千金方》还有大量自出机杼之方，如温胆汤、温脾汤、枕中丹、独活寄生汤、谷增丸、驻车丸、犀角地黄汤、紫丸等等，皆为今日临床习用而疗效卓著的处方。

### 3. 主张临床采用综合疗法

《千金方》主张在临床上采用综合疗法，通过多种途径，积极地治疗疾病，使疾病及早向着有利于康复的方向转化。应该指出：建立在实践基础上的中医学，治疗疾病的路子是很宽广的，并不局限于内服药一隅，这个问题亟需加以重视。

#### (1) 药疗与养生结合

《千金要方》、《千金翼方》都有养生专篇。孙思邈称养生为“养性”，并且解释说养生即“习以成性论”，“治未病之先是其义也”。用今天的话说，也就是要养成良好的卫生习惯，与其既病而焦头烂额，不如讲究养生，以避免疾病的发生。这与《内经》的精神是完全一致的，但他不相信有什么“寿蔽天地，无有终时”，而是说：“善养生者，可得一二百年寿命”。在养生方法上，



他总结的绝大多数方法，也是切实可行的。如在精神情绪方面，他认为：人非草木，孰能无情，只不过应加以节制，无使太过而已。他批评王侯之家，美女数百，荒淫无度，“恣其情欲，命同朝露”，指出纵欲为害甚大，是“丧生之事”。因此无病当节，有病当绝，夫妇异床，“服药百裹，不如独卧”。在饮食方面，他指出：丰饶之地，人多早夭，俭啬之地，人多高寿，享用太丰，常常是导致许多疾病发生的重要原因之一。他批评“临盆大饱，贪味多餐”之害，认为“常须少食肉，多食饭及多蔬菜”。他并不完全赞成“静以养生”的方法，认为华佗所说的人体“当得小劳，但不使过极耳”，《吕氏春秋》所谓“流水不腐，户枢不朽”颇有道理。因此，他在《千金方·养性》中采录了“老子按摩法”和“天竺按摩法”，实际上是两套简便易行的保健操，差不多包括了后世“八段锦”的全部动作。并且说，就是老人，每天能依此一二遍，即可收轻身、延年、健康无病之效。

## （2）药疗与食疗结合

他在临床上很重视食疗，尝谓：“药性峻烈，犹若御兵，兵之猛暴，岂容妄发，发用乖宜，损伤处众，散之投疾，滥殃亦然，……所以医者当须先洞晓病源，知其所犯，食疗不愈，然后命药。”把食疗放在了先于药疗的重要地位上。是以在《千金方》各门类疾病中，既有药疗方，又载食疗方，如消渴之用生菜菹汁，黄疸之以芜青汁，脚气之用赤小豆，肝虚目不明之用动物肝脏，虚劳之用羊内脏、羊骨汤、猪肾汤，皆其范例。特别应该指出，《千金方》以食疗治疗虚劳，是对仲景侧重脾肾，甘温扶阳原则的重要补充。如《千金要方》肾脏篇常用鹿茸、鹿角、牛髓、鸡肝、马茎、羊肾、猪肾、羊头骨这样一些血肉有情之品补肾，其中用鹿茸、羊肾者，即占 27 方。对于阴精亏损，《千金方》又制桃仁煎、天门冬煎、填骨万金膏等方，重用生地、酥、蜜、牛乳、胡麻、牛髓、天冬之类为膏，益阴填精，润沃枯朽，

于仲景法外，又开一新的境界。

《千金方》食治篇计收载谷、肉、果、菜 150 余种，对每种食物的主治、性味、宜忌都有简明的记载。

### (3) 针灸与药治结合

孙氏两部《千金方》都有针灸专卷，他认为：“针灸之功，过半于汤药”，“针灸攻其外，汤药攻其内，则病无所逃矣”。所以“知针知药，乃是良医”。

针灸在临床上确有很高疗效，据统计，临床常见病之宜于针灸者，竟有近百种之多。南京地区以针灸治疗急性菌痢，治愈率达 92.4%，说明针灸之功，确实过半于汤药。针药配合，一定可以提高临床疗效。

### (4) 内服与外治结合

《千金方》还重视外治法，除针灸、按摩外，还大量采用药物熨、熏、洗、敷、贴、吹、摩、灌等多种治法，外治不仅可以配合内服药以提高疗效，而且有时单用外治法，疗效还明显地高于内服药。

如《千金要方》所载痢疾灌药方即是一例。孙氏常用猪胆汁、丁香、黄柏、当归、苦参、矾石、雄黄、甘草、麝香、盐等作灌药保留灌肠。近年有不少报道，这一方法对慢性痢疾、慢性非特异性溃疡性结肠炎有较好的疗效。又如痹症，对疼痛剧烈，内服药止痛作用缓慢或正虚不任攻伐者，我们常用《千金方》所载的摩膏（当归、细辛、桂心、干姜、天雄、白芷、乌头、丹参、生地），或仿其意用川乌、草乌等浸酒精中，以棉球蘸之涂擦痛处，止痛作用较好。又《千金翼方》治胸痹胸背疼痛，用乌头、细辛、附子、羌活、蜀椒、桂心、川芎为末，帛裹，微火烤令暖，熨胸背，近人用于心绞痛、神经痛、癌转移引起的疼痛，均有一定疗效。以药枕治疗目病，亦最早见于《千金方》。清代吴师机《理渝骈文》曾说：“外治之理即内治之理，外治之药亦

即内治之药，所异者法耳。”由此可见，中医治病的途径甚广，可惜目前大多限于内服药一隅，不惟使古人的许多宝贵经验失传，而且临床路子也越来越窄，这是一个值得关注的问题。

## 颜 德 馨



颜德馨，男，全国著名中医学家，1920年出生于江苏省丹阳市的中医世家，尊翁为颜亦鲁名中医，幼承庭训。1939年夏毕业于上海中国医学院。悬壶后屡起沉痾，不坠家声。1949年后调入铁路中心医院主持中医业务。1992年创建上海铁路中医技术中心。历任中华中医药学会理事、国家中医药管理局科技进步奖评审委员会委员、上海中医药大学

客座教授、上海师范大学及长春中医学院特聘教授、铁道部专家委员、评委、中医专业组组长等职。现任同济大学教授、中医药研究所所长、上海中医药大学博士生导师、上海市中医心脑血管病临床医学中心学科带头人。他主持的“瘀血与衰老”科研项目，荣获国家中医药管理局科技进步二等奖。根据颜氏学说拍摄的《抗衰老》科教片，参加国际生命科学电影展览并获奖。已出版《餐芝轩医集》、《气血与长寿》、《医方囊秘》、《颜德馨诊治疑难病秘笈》等10余部著作，其中《衰老和瘀血》一书英文版在全世界发行。多次去美国、加拿大、泰国、日本、印度尼西亚及港、台地区讲学。历年来发表学术论文200余篇，其中有些论文曾获国际会议金奖。1999年用奖金和稿费建立“颜德馨中医人才奖励基金会”，每隔年在全国征文评奖一次，对培养中医人才影响深远。曾获英国剑桥大学世界名人成就贡献奖及美国名人传记学会20世纪成就奖。

颜教授医德医风，所至有声，市卫生局特为之拍摄《岐黄一杰——颜德馨传记》电视片，记录他一生为中医事业探索的经

历，在医务界产生深远影响，具有世界权威性的国际传记学会特邀其为会员。1999 年荣获上海市第三届最高级的医学荣誉奖。2003 年因参与抗非典做出贡献，获中国科协特别荣誉奖及中华中医药学会先进个人及成就奖。颜氏虽年近九十，仍不断为祖国医药事业作出新的贡献。

# 痰饮病穷原竟委

颜德馨

痰饮是指水液在体内运化输布失常，停积于某部的一类病证。痰饮涉及的范围很广，广义是指《金匱要略》所划分的四饮，即“痰饮、悬饮、溢饮、支饮”，狭义则是指四饮之一的痰饮。

古时“痰”字本作“淡”，晋唐时，如《脉经》、《千金翼》中均作“淡饮”。唐代玄应《一切经音义》云：“淡饮，谓膈上液也。”淡与澹通，是水液摇动的名谓，《说文》云：“澹，水摇也。”故丹波元坚《杂病广要》谓：“痰本作淡，淡，澹动，澹水动也，故水走肠间，名为淡饮。”后世名家多有发挥和阐述，如宋代严用和《济生方》认为“人之气道贵乎顺，顺则津液流通，决无痰饮之患，调摄失宜，气道闭塞，水饮停膈而结成痰”。从气与水的关系来论述本病的病机，甚为精辟。清代叶天士总结前人经验，提出了“外饮治脾，内饮治肾”之大法，亦属精当。余从“痰瘀同源”说，用活血化瘀法治疗痰饮，亦取得了一定成绩。

## 1. 探求病因 阳虚为本

痰饮病之成因，历代医家论述甚多。由于痰饮有浓而稠及清而稀之不同，故病机炯异。临床所见，大凡咳嗽多痰，气逆喘息之病证，多属饮病。《金匱要略》云“大病痰饮者，当以温药和之”，故有苓桂术甘汤、肾气丸之治，若阳气不到之处，即为饮邪停滞所致，饮为阴邪，得阳始化，故将痰饮之成因归咎于脾肾阳气不足。因脾主运化，饮食于中，全赖脾土之熏化转输，而脾阳又赖肾阳之温煦，肾阳不足，则火衰不能蒸土，土虚不能化

物，以致水谷难以化为精微，而为痰饮，故痰饮病常由脾及肾或脾肾两伤。同时，脾气健运，还须赖肝气的疏泄，肝脾不和，脾运不健又是停湿成饮的重要因素，盖木旺必侮土，上郁则水谷不化，湿即化为痰。另外，嗜酒多湿，嗜烟酿痰，也为常见原因，更有年届花甲，命火式微，阳不胜阴，火不敌水，则水谷所入亦可化痰成饮，因此老年命门火衰，肾气衰微，更易罹患饮病。

水积于阴则为饮，饮凝于阳则为痰，故通阳化饮，当为治痰饮之大法，临床常用苓桂术甘汤加减。患者如形寒肢冷、咳嗽痰稀、苔白脉迟者，加半夏、陈皮以燥湿蠲饮。若饮病而脾虚者，可配以六君子汤健脾化饮。若肝郁气滞，中虚停饮者，则配用香附、乌药、沉香、枳壳等理气化饮。中阳不足，寒饮较甚者，则以干姜、细辛助桂枝温运中阳。饮邪上逆，喘咳气促者，与旋覆花、代赭石、苏子降气化饮，但总不离乎温药和之之宗旨。

## 2. 痰瘀同源 活血化痰

痰和瘀是两种不同的致病因素。痰是津液不化而形成的病理产物，所谓“积水成饮，饮凝成痰”，故“痰”、“饮”名虽异而实同。而瘀是人体血液循环不畅或离经之血着而不去的病理表现，在这种痰瘀认识指导下，辨证用药迥然不同。但由于津血同源，很多痰饮病与瘀血相关，应用活血化瘀的方药治疗痰饮则有较好疗效。

医学科学是一门自然科学，其理论的产生和发展，必然以实践为依据，临床实践给医学科学理论提供了取之不竭的源泉，如痰瘀同源、同病、同治的理论和实践，由来已久。甘肃汉墓出土的一批医简，其中一个处方为：干当归、芎藭、牡丹皮、漏芦及虻（虻为贝母之别称），此方活血养血加贝母化痰散结，是痰瘀同治的典型方剂。《内经》中四乌鲂骨一芦茹丸，实际上就是痰瘀同治方，至元代朱丹溪对痰瘀相关进行了探讨，认“痰挟瘀血，遂成窠囊”，需痰瘀同治才能收效。清代唐容川则说得更为

明确，在《血证论》中指出：“血积既久，亦能化为痰水”，“须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血则痰水自消”，故痰饮与瘀血成为病理产物和致病因素。若在阳气不运，痰饮阻滞情况下，则血行不畅，痰瘀交结不解，可出现互相转化的病理变化，临床中常见慢性咳喘患者多因心肺功能减退而致口唇、四肢紫绀、青筋怒张。为此常在化痰药中加入赤芍、桃仁、丹参或水蛭研粉吞服，以祛瘀血而消痰水，另外常用消瘤丸（水蛭、玄胡、牡蛎）以治多种血管瘤而获显效，均为活血化痰之明鉴。

### 3. 外饮治脾 内饮治肾

前贤曾谓“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，叶天士认为痰山脾阳不运而生，饮由肾寒水泛而成，故有“脾阳虚为外饮，肾阳虚为内饮”之说。余以为内饮属肾，外饮属脾，不仅是指病位不同，更表示病机的不同和病情的深浅。一般而言，痰饮初起，脾虚湿滞为患，病浅而轻，故称外饮，责之脾运不健。若饮病久发，外湿引动肾水，水泛为饮，病深且重，故属内饮，咎之肾阳虚衰。《金匱》设苓桂术甘汤以辛甘通阳，健脾燥湿，虽为健脾通阳化饮，但本方温通有余，健运不足，所以治疗痰饮之滞、形瘦体弱、神倦肢重、纳谷不香、大便溏薄、眩晕（属中阳衰弱）、脾运不健者，常加苍术、小半夏汤、泽泻汤或理中汤，使中阳充足，脾胃健运则痰饮潜移默化。肾虚水泛为饮，《金匱》有真武、肾气两法。余治饮病气短、腰膝酸楚、肢体浮肿、喘促倚息者，亦常以肾气丸合黑锡丹、坎炁、紫河车以温补下元，利水蠲饮。然饮属阴浊有形之邪，证虽虚而欲补，但须补而不滞，才称完美，故用附子、补骨脂、巴戟天、葫芦巴、甜苁蓉以补肾助阳，纳气平喘。若老年久病，正气大虚，饮邪难化，则用参附汤、黑锡丹、参蛤散以峻补下元，扶元镇固，以冀转危为安。

### 4. 痰饮扶感 标本兼顾

痰饮患者，饮邪充斥，淹蔽阳气，以致阳不卫外，无能御



邪，所以只要稍一触冒风寒，即可引动伏饮，挟感而发。若久发不止，正气溃散，精气内伤，肾之真元损伤，根本不固，则非一般宣肺化痰之药所能胜任。仲景治支饮，拟小青龙汤散寒解表，温肺化饮，实为饮病挟感而设，临证习用之。然小青龙汤毕竟为宣散之剂，温阳之力尚嫌不足，惟有加入附子一味，温扶阳气，使邪正对峙之局得以改观。临床凡见咳喘，咯白色泡沫状痰，背寒冷如掌大，舌苔白腻等，即可投之，若表证重者重用麻桂，水气重者重用姜半夏。至于外邪郁而化热，出现身热、口渴、咳嗽痰浓、苔黄、脉滑数者又常以小青龙汤加石膏，或用大青龙汤，急则治其标，在散寒蠲饮同时，兼以清热疏表为治。

### 5. 未病先防 预防为重

饮病每于春冬受寒而发，可知饮病发作常和季节密切相关。然饮为阴邪，能淹蔽阳气，夏秋尚可，入冬阳微阴长，则阳气不能外卫，触寒受风，最易引发，故对于饮病，预防复发十分重要。余则常以“冬病夏治”，嘱患者在三伏天服用苓桂术甘汤加附子，借天之阳气以助药力，铲除深伏人体中之痰饮宿根，防患于未然。亦可趁春夏阳盛季节，用肾气丸以培补肾阳，疗效更著，至于饮病日久，肺脾肾三脏俱虚，诸症蜂起，往往有顾此失彼之感，常宗“培土生金”、“上下交病，当治中焦”之旨，用香砂六君子汤加苍术、怀山药等品以健脾化饮，断绝生痰化饮之源，具有预防作用。

### 6. 背寒探颐 温阳消霾

《金匱》云：“心下有留饮，其人背寒冷如掌大”，唯有《千金》释“留饮”最切当，谓“结积留饮成游囊”，尝譬之如潦水之有科臼，久而冰伏，冰冻三尺，非一日之寒。参照《陶华六书》“背恶寒者，属少阴，附子汤及灸气海”治疗多起背寒，有一定效验，余曾治“背寒冷一片”怪病二则。

镇江金山寺住持，久患背寒。当心后侧一片，盖饮留之处阳

气所不到达，脉沉弱，呈现一派脾肾真阳虚绥之象。僧人素食，兼胃阳不足，遂疏一方：生附子大者 1 枚，公丁香 49 粒，麸裹煨熟研末，每服 1.5g，1 日 3 次，糜粥下。附子温以助气化，丁香温以破留饮，糜粥温胃运脾。方药简洁，一料宿疾得瘳。

某老翁，背冷一块久治不愈，已濒束手，观前医投药，或扫群阴，或驱阴邪，屹然不动益参附、术附维阳立论，亦不为果。细察脉行迟细，舌紫苔薄，气血以并，阳失斡旋，取王清任急救回阳汤加味，别出蹊径，以冀弋获。处方：党参、附片、干姜、白术、甘草、鹿角、桃仁、红花。五帖，服后其患若失。“怪病必有瘀”，征之信而不爽。

一从破阴凝化冰伏入手，一从“血为百病之胎”立论，亦思之巧而已矣。

# 血液病诊治心得

颜德馨

从血证走向血液病的临床研究是一次较大的改革和深化，在临床辨证观察中结合现代医学有关实验指标，已被广为采纳。两种医学观察中发现了一些同步的变化，激发了传统方法和现代科研方法的相互渗透和运用。血证的狭义概念为出血性疾病，传统分类以部位而定：皮肤（肌衄）、鼻腔（鼻衄）、齿龈（齿衄）、呼吸道（咯血、咳血、唾血）、消化道（呕血、便血）、泌尿道（溲血、血尿）、阴道（崩漏），而广义的血证比较近乎血液病的认识，它包括了造血系统及影响造血系统并有血液成分异常的各种疾病，分别隶属于中医“血虚”、“亡血”、“血瘀”、“血积”、“血实”范畴。

造血系统必需具备健全的多能干细胞，并且要排除一切可能令其发生病态的微环境，两者之间的关系犹如种子和土壤。《素问·宝命全形论》说：“人以大地之气生”，“天地合气，命之曰人”。气作为人生初具形质和始生复制功能的原始种子，基本上奠定了生命过程中生、长、化、收、藏每一阶段的生理活动。而血为气之配，如同种子植入土壤之中，无时不受造血微环境的影响。这一认识，使我们清晰地理解血液病与血症之间内涵联系，可清晰地理解血液病有先天性、后天性及原发性、继发性的机制，可清晰地理解血液病诊疗上的难易度及预测其转归。

## 一、血液病病机特点

祖国医学认为，脾胃为生化之源，血液滋生于脾，而肾主骨主髓，精髓可以化血，故其根在肾。另外，心主血，肝藏血，从

而构成了较为完整的造血系统。其中脾肾最为重要，脾虚难以运化水谷，导致血液生成不足；肾虚精髓空虚，造成血液化源匮乏，都可引起血液病。如果肾阳不振，脾失温养，火不生土，以慢性贫血多见；肾阴虚衰，阴虚火旺，灼伤络脉，迫血妄行，常有出血见证。重者阴虚及阳，阳虚及阴，最终阴阳两衰。心肝脾三脏关系密切，气与血相互依存。心血不足，出现贫血；脾气虚耗，难以统血，而见出血；肝失疏泄，往往引起气滞血瘀。临床上所见血液病，也以心脾两虚，肝脾不调为常见。故贫血、出血、血瘀往往同时呈现，它与实验指标多相吻合。如血液病中的减少症类（包括缺乏症）与增多症类（包括肿瘤样增生症），发现减少症类患者的骨髓在整体增生低下的情况下有局限性增生活跃灶区；而增多症类中骨髓增生明显活跃的同时有其它细胞系的减少或缺损，证明贫血、出血和血瘀并存的现象是微环境不稳所致，临床观察中还发现血液病患者机体不平衡是经常的，而平衡却是短暂的，通过“衡法”治疗能大大增加其平衡程度。

由于血液病变使正气虚弱易于感受外邪，所以常并发感染。血液病死亡多在营分和血分阶段，直接招致死亡的原因有二：一为外感邪毒，毒盛化火，灼伤血络，迫血妄行，妄行莫制；另一为阴虚后期，内热血燥，血海空虚，邪扰不宁，里外交侵，气血两燔致阴阳双竭。

## 二、血液病治疗原则

血液病涉及心肝脾肾，错综复杂，虚实互见，与气血障碍最为密切，故血液病的治疗最重要之手段是通气活血，机体是众多对立生理过程和物质的统一体。疾病是对立统一的破坏，即处于相对平衡的机体稳态的破坏。阴阳本是哲学概念，气血乃是对人体阴阳认识的客观标识，正如以上所述血液病中的减少症类和增多症类即是阴阳盛衰偏仄的两大倾向。我提出“衡法”是着眼

于促进平抑代谢、增强抑制免疫，具体运用我归纳为 24 字方针：平衡阴阳，补其不足，删其有馀；调畅气血，疏导壅滞，促其生化。当然辨治过程中，还须视不同阶段而异。

急性期：药不厌凉，凉不厌早。血液病急性发作，主证为高热和出血，高热出血均可导致疾病恶化，甚至死亡。因此，能否及早有效地控制高热、制止出血，是抢救的关键。何谓早？本人从临床中观察到，凡病人脉象从细缓转为洪数、弦滑，并见烦躁、失眠、遗精等症，往往是急性发作的先兆。其中脉象洪数为最重要的迹象，此时即使未见高热，血象尚未变化，亦应及早投以甘寒重剂，扑灭高热于无形之中，控制出血，以免病势蔓延。一旦热症、火症并露，血象明显变化，舌质红绛之时方进凉药，恐已鞭长莫及。何谓凉？因血液病之高热及出血非同一般，非药性凉、剂量大不能控制。本人曾治一例再生障碍性贫血高热，石膏用至 1500g，高热始撤。我习以大剂清热解毒之品如犀角、羚羊角、石膏并进，紫雪丹同服，每每可使热撤血止，病情趋于稳定。

缓解期：脾肾双调，重在治脾。血液病出血控制之后，病情缓解，治疗转入脾肾双调，只有脾肾旺盛，气血充足，方为血液病治本之道。而在脾肾之中尤须以治脾为首要之举。因血液的生成原根于肾，但资生于脾，饮食必赖脾胃运输转化为精微，而后化生血液。我倡导的“脾统四脏”说，即脾为五脏之本，一荣俱荣，一损俱损，脾胃不但能通过滋养四脏而助生血、生髓，更重要的是能协和五脏，不使偏仄生害。我善用二术及升麻，升麻已成血液病之专药，在补脾胃之气时炙用，出血取生用。

在治疗过程中，如见肾阴虚转为脾肾两虚，又转化为肾阳虚，其预后为顺为轻趋稳定；若脾虚转化为脾肾两虚，再转化为肾阴虚，其预后为逆为重而多变。临床上阴虚尤难调治，我常取促使阴虚转为阳虚，再用温补脾肾之药调治，每多获效，血象常

持续上升。但亦非一味温补，恐温补化燥劫夺阴液，温补之中兼及顾阴，方合阳生阴长之旨。

在治疗过程中，活血化瘀法颇多意义，我称它为“衡法”，它能调整细胞功能，其机理是通过刺激健康细胞生成及改善成熟障碍，故说对“种子”和“土壤”都有改良作用。鉴于血液病多虚实互见，错综复杂，但对“血虚”、“失血”、“血瘀”都有较好的治疗效果，我因证施用，常取益气化瘀、降气化瘀、清热化瘀三种。

血液病根深蒂固，立法务求其本，一方既定，要相对稳定使用一个时期，不取朝三暮四，但又非守方不变，恒守其法，药作微调，总以切合病机为要。

### 1. 再生障碍性贫血

察舌按脉 详辨气血盛衰

人之所有者，唯血与气，人体一旦患病，气血必碍。再生障碍性贫血（以下简称“再障”）虽证候复杂，病情多变，但其病理变化均与气血失常有关。因此，临证察舌按脉，首当辨别气血之盛衰。

舌为心血所养，苔乃胃气所蒸，气血盛衰之变化首形诸舌。再障患者的舌色多呈淡红，兼见舌边齿痕，多属气血两亏；舌色黯红，或有紫斑、褐点者，均为瘀血之征；舌尖红绛，并有裂纹者，为邪热内炽气血之象，多伴有高热不退；舌体胖而润，证属阳气虚弱；舌体瘦而燥，少苔或剥净苔，证为阴血虚损。阳气易复，故舌瘦苔少转为舌胖而苔起者，属轻为顺；阴血难生，若舌胖嫩转至舌瘦少苔者，其展重为逆。舌苔厚腻一般系湿浊内滞所致，然再障之气虚者也可出现腻苔，其特征为舌胖质嫩而苔白腻，当从虚证而投以补脾健胃之法，若误用消导则犯虚虚之戒。

脉为血之府，气贯于脉而行血，气血变化也现于脉，再障脉象宜见细、弱、涩、微等，虚证见虚脉，表明患者气血虽虚，但尚无邪热干扰，脉静身凉，脉证相符，预后较佳；若出现弦、

数、洪、浮大等，虚证见实脉，提示正虚邪实、热毒炽盛，或迫血妄行，或耗灼阴血，脉证不符为逆，多为病情恶化之兆，预后严重，《难经·十七难》谓：“病若吐血，复衄衄血者，脉当沉细，而反浮大而牢者，死也，病虚脉实，当死。”验之临床，再障患者临亡前夕多呈躁动之脉，颇符经旨。

### (1) 补益肾气，通畅为贵

再障以贫血为主要表现，是由骨髓造血机能逐步衰竭，血液生化障碍所致，其病位波及心、肝、脾多脏，病源根本在于肾气虚损。肾气乃生化之本，人之精、气、血皆赖肾气，五脏之阴非此不能滋，五脏之阳非此不能发。再障多因肾气虚惫，气化无权，致阻衰阴亏，生化无源，日久则出现形体羸瘦，精神萎顿，时寒时热，反复出血等虚劳证候，治当以补益肾气为主。

宗仲景“五脏元真通畅，人即安和”之旨，补肾贵在求得气化通畅，肾气健运不息，则肾精固密，气血生化无穷。故在用药上多选用辛甘气温之剂以通补相兼，既能大补肾气，振奋脏腑气化，又有宣通之功，激发气血生长。每以《世医得效方》所载安肾丸化裁治之，方中以补骨脂、巴戟天、杜仲、苁蓉、菟丝子辛甘温之品为君，意在温补肾气；臣以熟地滋填肾精，以养营血；取苍白术为佐，以健中气，促脾运；使以当归通肝气，茯苓通心气，陈皮通脾气，茴香通肾气，以求五脏元真通畅，诸药合用，共奏通补肾气，滋养阴精，生血扶虚之效。若贫血明显者，加红参、鹿角、阿胶，并配以饮食疗法，取牛骨髓粉 30g 蒸服，或用鲜胎盘 1 只加红枣 10 只，煎服，后加肉桂粉 1g 冲饮；气虚发热者加黄芪，或合补中益气丸同用；若气不摄血，便血崩漏者，加炮姜、牛角腮、伏龙肝等；瘀血内阻者加丹参、红花、桃仁等。

王某，男，26 岁，始见低热伴牙龈出血，四肢紫癜 8 月余。入院查血红蛋白 23g/L，白细胞  $1.9 \times 10^9/L$ 、血小板  $22 \times 10^9/L$ ，骨髓检查，增生极度低下，诊断为再生障碍性贫血证见低热

绵绵，精神萎顿，面色苍白，胸闷纳呆，齿龈出血，色淡量多，下肢紫癜累累，舌淡而胖，苔薄白，脉细缓。证属肾气不足，生化无权、统血无力，投予安肾丸加减，并辅以小量输血。药投苍术 10g，熟地、杜仲、续断、狗脊各 15g，补骨脂 30g，黄芪、白术、当归、补中益气丸（包）各 12g，小茴香 1.5g，炙甘草 3g。经治 2 月，低热见退，胃纳渐开。守方加鹿角 9g、阿胶（烔）9g。停止输血，配以牛骨髓粉蒸服。服药半年，面唇转红，齿衄与紫癜消失，复查血红蛋白 78g/L，白细胞  $3.7 \times 10^9/L$ ，血小板  $92 \times 10^9/L$ 。随访 2 年，病情稳定。

## （2）活血化瘀 去旧生新

血犹水也，盛则流畅，虚则鲜有不滞者。因血液耗损，血脉空枯，无余以流，则艰涩成瘀，故再障每兼夹瘀血。因瘀血作祟，使病情加剧，缠绵难愈。如瘀血内踞，血难循经而妄行脉外或流于肌肤，或溢出九窍，可致出血不止；血凝气滞，气化失司，则生血无源，使贫血加重；瘀阻脉道，气血循环受阻，脏腑经络为之失养，则最终致全身衰竭。临床所见再障患者表现的皮下青紫瘀斑、眼睑晦黯、舌质紫等，均为瘀血之象。

遵唐容川“旧血不去，则新血断然不生”之说，对证属肾气不足，经治少效或罔效者，则在温补肾气之剂中加入丹参、红花、桃仁、虎杖等活血化瘀，以促不足之血速生。瘀血体征明显者，辄投以桃红四物汤。此方以熟地、白芍、当归养血和营，川芎、桃仁、红花活血化瘀，全方寓祛瘀于养血之中，有补血而不留瘀，活血而不伤正之效，临床每加升麻以举清阳之气，虎杖以祛瘀降浊，二味相配，升降气血，加入方内有鼓舞气血生长之功。若肾气不足，化血无力者，加补骨脂、鹿角、阿胶；脾虚湿困，生血受阻者，加苍白术；瘀热炽盛，高热烦渴者，则改熟地为鲜生地，加黄芩、石膏，并另吞服紫雪丹 1.5g，每日 2 次；血热妄行，牙宣鼻衄者，去川芎，加侧柏叶、茅根，并配以外敷



法，如生大黄粉调鸡蛋清敷二太阳穴，或取附子、生姜同捣敷涌泉穴。

严某，男，10岁，1982年7月10日诊。头晕心悸伴牙龈出血频发1月，内科诊断为再障，经激素、输血等治疗，病情时轻时重。查血红蛋白 $50\text{g/L}$ ，白细胞 $2.8 \times 10^9/\text{L}$ ，血小板 $2.2 \times 10^9/\text{L}$ ，网织红细胞 $0.1\%$ ，骨髓检查示红细胞、粒细胞系增生均低下。患者脸唇苍白，神萎乏力，巩膜及眶周色素明显，齿衄色黯，舌淡紫苔薄腻，脉细涩。证属肾气虚弱，运血无力，以致瘀阻气机，生化无权，遂使气血日衰。方用桃红四物汤加减，药用生熟地各 $12\text{g}$ ，当归、赤芍、红花、桃仁、苍白术、侧柏叶、牛膝各 $9\text{g}$ ，升麻 $4.5\text{g}$ ，虎杖 $15\text{g}$ 。服药2周，胃纳渐开，齿衄亦止，原方加鹿角 $9\text{g}$ ，黄芪 $9\text{g}$ ，党参 $12\text{g}$ ，补骨脂 $30\text{g}$ 。另取牛骨髓粉蒸服。服药5月，诸症均减，血象稳步上升，血红蛋白 $83\text{g/L}$ ，白细胞 $5 \times 10^9/\text{L}$ ，血小板 $80 \times 10^9/\text{L}$ ，网织红细胞 $1.2\%$ ，病情缓解出院，并参加学校各项活动，无明显不适。

## 2. 白血病分型治疗 探索抗“白”有效药物

我院将白血病分为阳虚型、阴虚型、阴阳两虚型、温热型、痰热型、瘀血型六个类型，白血病的本质乃本虚标实，故治疗法则总以扶正达邪为主，可有利于诱导缓解与维持缓解。阴虚型因骨髓受损，内热伤阴，热灼血络，急症宜速投犀角地黄汤，慢性者偏重养阴，血象白细胞偏高时可用鳖甲饮（鳖甲、黄芪、龟板、当归、太子参、丹参、生牡蛎、银柴胡、栀子、赤芍）。如为非典型性白细胞，骨髓粒细胞增生，而周围血象较低者，服滋阴固本汤（生地、首乌、赤白芍、驴皮胶、地骨皮、黄芪、当归、甘草）。上述两方临床验证，可诱导缓解，延长缓解期，无副作用。阳虚型多因正气本虚、邪毒侵袭，营卫失和，阳气衰微，白细胞数偏低。治以甘温益火扶阳，药取人参叶、党参、黄芪、仙茅、白术、丹参、巴戟天、补骨脂、甘草，不宜用附桂、

干姜，恐燥热劫阴，以致动血出血。阴阳两虚型，本型遗精症多见，遗精后症状加重，且易转化为温热型的急性发作，如症有发热不退宜早投凉药，防止出血变端，常用药有首乌、人参叶、仙茅、太子参、丹参、党参、当归、赤白芍、甘草。瘀血型多系慢性，我习用桃仁承气汤、人参鳖甲丸、阿魏丸等，曾自拟二方：内服龟甲化瘀饮（龟板、鳖甲、牡蛎、莪术、丹参、红花、三棱、太子参、仙茅），外用消痞粉（水红花子、皮硝、樟脑、桃仁、地鳖虫、生南星、生半夏、穿山甲、三棱、王不留行、白芥子、生川草乌、附子、延胡索，施用时加麝香和冰片）。痰热型以淋巴细胞性为多见，治取化痰软坚、活血消积，常用夏枯草膏、小金丹、金黄散化瘀软坚，急性肿胀可用板蓝根、西青果、黄药子、生牡蛎、昆布、海藻、僵蚕、丹参、赤芍、贝母、丹皮。温热型系急性白血病或慢性白血病急性发作，是热毒深入营血见症，常用“三宝”抢救，或人参白虎汤、神犀丹。雄黄为抑制白血球的有效药物，制成复方“抗白一号”，每服1.5g，1日3次。曾治疗慢性粒细胞性白血病，对诱导缓解与巩固疗效具有效验。

### （1）发热诊治 卫气营血以定吉凶

白血病发热亦称白血热，为邪毒或热毒所致，与通常发热不同，因正虚又复外感者，多为急性高热，如阴虚或阳虚致热者，病属慢性，热度一般不超过38℃。我退热分三型辨治。①劳热型：热型波动不大，常稽留38℃左右，病人可不自觉，也有潮热自汗，即古人所称“蒸病”。应滋阴退热，药用生地、石斛、鳖甲、知母、地骨皮、黄柏、西洋参、天麦冬、北沙参、青蒿，从青蒿鳖甲汤、清骨散化裁而得。②外感发热型：热型波动大，头疼、体痛、鼻塞、咽痛、恶风，甚至寒战，要及早大剂清热，截断病势，阻其入营入血，药取鸭跖草、黄芩、山栀、鱼腥草、大青叶、野荞麦根、银花、野菊花、石膏、蒲公英。肺部感染加

鱼腥草、开金锁，咽部感染加板蓝根、大青叶，肠道感染加黄连、白头翁。(3)气虚发热型：热型缠绵，较为少见，治当甘温除热，扶正达邪法，常取补中益气汤或当归补血汤。

高热骤发，病情进展迅速，常见逆传或直入营血，发热原因与成熟粒细胞减少，免疫功能低下引起继发感染及广泛周身浸润出血引起细菌滋长等因素有关，症热凶险。由气入营，气血两燔时清热解毒，佐以护营，不致邪毒内陷，药用白花蛇舌草、青黛、草河车、石膏、元参、知母、岑连、连翘心、淡竹叶、甘草，入血、动血则更为恶候，非犀角（广角代）不能解其厄，我常用三甲散合当归龙荟丸意，雄黄有一定作用，配以青黛。正邪抗争，要权衡虚实。死因一般有两途：化源告匮，阴阳两竭。

## (2) 微观辨证 参考现代检测手段

白血病的周围血象，总白细胞数常超过  $10^5/\text{mm}^3$  以上，可多至  $10^6 \sim 5 \times 10^6/\text{mm}^3$ ，也可少至  $200 \sim 500/\text{mm}^3$ ，白细胞系类中常有原始细胞、幼稚细胞出现，红细胞及血红蛋白多呈减少而出现贫血，血小板明显减少有出血倾向。骨髓象：骨髓增生明显甚至极度活跃，但也有增生不良可能。过氧化酶染色粒细胞系为阳性反应，单核细胞为弱阳性反应，淋巴细胞则为阴性反应。碱性磷酸酶染色时，成熟粒细胞指数在急淋时偏高，在急粒和急单时偏低。以及肝脾肿大、淋巴结肿大、骨骼压痛等表现，都有助于中医的微观辨证。我在临床使用升麻一药时发现其对增生不良者有较理想作用，虎杖一药对增生活跃有明显效果，故常两药合用，能巧妙地在促进和平抑代谢、增强和抑制免疫中发挥效应。参考现代检测不仅仅在于确定白血病分型，而且有指导用药意义，升麻可代犀角唐朝已有论说，加之李东垣《脾胃论》指“春行秋令”之证，升麻能升阳于至阴之下，我认为至阴的含义可引申为骨髓，投用确实起到理想的效果，白血病接受化疗后我就配以西洋参、鸡血藤、虎杖，近期疗效颇佳。虎杖的作用我发现具

有平衡周围血象，调节白细胞升降。这些经验，还有待药理证实，将经验升华到理论高度，为寻找抗白血病有效药物提供了线索。

### 3. 血小板减少症

#### [分型]

急性型：起病急，高热，皮肤粘膜及内脏广泛出血，伴有畏冷，头痛，恶心，呕吐等全身症状，皮肤紫癜大小不一，躯干及四肢前侧皮肤为好发部位，病程可在数日内因严重出血而死亡，亦有自然缓解而恢复，肝脾不肿大，血小板显著降低。中医名曰“斑毒”、“葡萄疫”、“丹疹”，认为多由营血热毒或胃热灼络，迫血妄行，多属热证实证。急性不及时治疗亦可转为慢性。

慢性型：较常见，成年女性较多，临床症状不显著，只有少数瘀点，或月经过多。呈持续性或反复发作，病程缓慢。亦有转为急性型。多由脾虚不能统血，气虚不能摄血，以致血不循经溢于络外，亦有肾虚火旺，扰乱营血而离经妄行者。

#### [辨证施治]

血热妄行：多见于外感，属病之初期，发病急，高热，斑色紫赤成片，全身出血症状，烦躁，便秘，脉数，舌红绛。热毒郁于营血，蕴蒸络脉，外溢皮肤，故出现紫癜。热邪迫血妄行则有鼻衄，牙宣，尿血，便血。热扰心神故烦躁，邪热内盛，耗伤津液故尿深便结。治应清热解毒，凉血止血。

广犀角粉（吞）、鲜生地、丹皮、赤芍、带心连翘、大青叶、紫珠草、生地榆、土大黄、升麻。加减：热甚加石膏，便秘加大黄，加强止血加景天三七、苧麻根、竹节三七。成药可选用紫雪丹，颅内出血，头痛，目糊，神昏可与羚羊粉同用。

阴虚火旺：属内伤，病之中期，紫癜，色紫红，下肢为多，头昏，低热，心烦，盗汗，潮热，手足心热，齿衄，鼻衄，月经过多，舌红绛，脉细数，邪热久郁，必耗阴液，阴虚阳扰，灼伤

络脉，迫血妄行，血瘀皮肤。潮热，低热，盗汗，均为阴虚之象。治当滋阴降火，凉血散血。

生熟地、龟板、知柏、茜草、地骨皮、丹皮、阿胶、女贞子、旱莲草、银柴胡、升麻，热甚加石斛、紫草、带心连翘、茅根。

脾虚气弱：属内伤范畴，病之后期，紫癜时发时愈，稍劳尤甚，面色萎黄，头昏，神乏，气短，胃呆，便血，月经多，舌淡，脉缓。心主血脉，脾主生化，心脾亏损，气血不足，故面色不华，唇甲不荣，血虚不能养心，故心悸，动则气短心跳，脾虚则神萎胃呆，脾虚不能统血，血溢于肌肤之间而发斑，阳络伤血上溢为齿衄、鼻衄，阴络伤血下溢则便血、月经过多。治当补气益损，引血归脾：

党参、黄芪、白术、茯苓、当归、龙眼、熟地、白芍、炙草、枣仁、升麻

加减：病甚可加入参（别直参）以防血脱。酌加炮姜、牛角腮、白及。

急慢性多有瘀滞窍络，血行障碍，血不归经反复出血，活血化瘀治之愈者亦复不少，习用化麻药物为生蒲黄、参三七、赤芍、大黄、桃仁等。

除辨证论治外，还用下列两张成方：①升麻、熟地、阿胶、红枣、当归。②红枣、连翘。临床运用尚称满意，往往5~10贴即效，出血严重者加生槐花。

#### 4. 粒细胞缺乏症

[病因]

感染性：伤寒，副伤寒，布氏杆菌等细菌感染时常可见粒细胞减少，阴性杆菌及葡萄球菌严重感染时，亦可使中性粒细胞减少。大多数病毒及某些细菌感染如黑热病、疟疾以及严重结核病，均常有中性粒细胞减少症。

放射性：可发生在一次大量照射，或多次少量照射后引致。前者为急性，后者为慢性。

药物性：随着化学疗法的发展，药物所致中性粒细胞减少症日益增多。

此外，临床上当有许多疾病可伴有中性粒细胞减少，如“再障”、“急性白血病”、“恶性网状细胞病”、“营养巨幼细胞性贫血”等。迁延性肝炎也常有粒细胞减少的倾向。

急性者乃正虚邪实，慢性者则以虚为主。本病之源在于肾，如肾精亏耗，则生髓不足，肾阳不足以温煦脾土，气血生化无权，易招外邪，故中医治慢性本病应区别气虚或血虚。治急性本病，急则治其标，一般按“时毒”、“邪毒”处理。

### 〔治疗〕

粒细胞减少症的治疗原则是，针对病因处理，防止感染，适当使用提升白细胞的药物，慢性患者，应注意营养，体育锻炼。

急性期：邪毒灼盛，高热，口腔咽喉溃瘍，口臭，舌质红，苔黄膩，脉弦数，治当清热解毒。

升麻、黄连、黄芩、连翘、元参、板蓝根、桔梗、牛蒡子、甘草、鲜生地、石膏、银花。

可根据人参白虎汤、竹叶石膏汤加减，犀角制品慎用，西洋参、霍山石斛较有利于改善临床症状。局部溃瘍可用锡类散、珠黄散。

慢性期：区别气虚或血虚用药。气血两虚：升麻、黄芪、白术、甘草、当归、鸡血藤、熟地、红枣、陈皮、杞子、紫河车、灵芝、虎杖。脾肾两虚：附片、肉桂、熟地、山药、白术、益智仁、鹿角、升麻、补骨脂、鸡血藤、茴香。阴虚：大补阴丸、归芍地黄汤为主，龟板、鳖甲可以重用。

## 5. 真性红细胞增多症

本症目前病因不清，有报导起源于造血干细胞的克隆性骨髓

增生。起病隐匿，初起有乏力，头痛等表现，症状与血容量及血液粘滞性增加有关。面红如茶，四肢紫斑累累、头痛且昏冒、目赤心烦、时有齿衄，血色紫红粘厚，口干不欲饮、便秘、腹部常有癥瘕，血压多高。血中红细胞、血红蛋白及红细胞比积升高，白细胞、血小板计数增高，骨髓中红细胞、粒细胞及巨核细胞系列均明显增生。本病病机为肝阳与热毒侵淫于营分，血热炽盛，乃“血实”、“血积”之症，每取化瘀解毒、泄肝清营之品，我拟定一方经多例治疗有效，生石决、鲜生地、当归、丹参、生军、川连、桃仁、赤芍、三棱、莪术、白茅根、雄黄，待肝阳平抑，热毒渐退、营血煎炼之象初挫后，改用雄黄、棱莪术作丸，对血象持续稳定有较好的效果，我曾用水蛭粉吞服，亦有近期疗效，且能制止血栓形成和骨髓纤维化。本病目前尚无彻底治疗方法，有以静脉放血及化疗者，均不理想，取用活血化瘀参合清肝泄毒，不失为一种有效方法。

## 路 志 正



路志正，男，1921年12月出生于河北藁城。幼承伯父路益修学中医，继拜孟正己为师，1939年毕业于河北中医专科学校。

现任中国中医研究院广安门医院内科主任医师，内科研究室副主任、教授，中国中医研究院资深研究员，全国中医风湿病学会主任委员，国家中药品种保护审评委员会顾问。

历任中华医学会中西医学术交流委员会委员，《北京中医》、《中医杂志》编辑，全国内科学会副主任委员，内科心病专业委员会副主任委员，内科痹病专业委员会主任委员，北京中医学会理事，北京中医药学会副理事长、顾问，北京老年康复医学研究会副会长，卫生部国际交流中心理事，北京中医药大学名誉教授、客座教授，马来西亚马中厦大中医学院名誉院长，伦敦中医学院名誉教授，长春中医学院客座教授，广东省中医研究所客座研究员。

精通中医典籍，崇尚脾胃学说和温病学说。擅长中医内科、针灸、妇科、儿科。对于中医疑难病症，主张综合治疗，常内外同治，圆机活法，因证而施，并特别重视食疗。对于眩晕、风湿和类风湿性关节炎、萎缩性胃炎、胆石症、甲亢和甲状腺瘤、白塞氏综合征、干燥综合征、冠心病、糖尿病等，均有自己的独到见解，积累了丰富的经验。曾提出中西医结合治疗血吸虫病晚期肝硬化腹水的方案，总结中医治疗流感的经验，率先运用中医温病学理论治疗钢水大面积灼伤。参加编写《中国针灸学概要》，



主编《中医内科急症》、《实用中医风湿病学》，“路志正调理脾胃法治疗胸痹经验的继承整理研究”获国家中医药管理局中医药基础研究二等奖。

# 调理脾胃法辨治心痹的 思维决策基础

路志正

## 1. 理论依据

中医学认为，人是有机的整体，脏腑相关，经络相联，其中心与脾胃的关系十分密切。如《灵枢·经脉》：“脾足太阴之脉，……其支者，复从胃，别上膈，注心中”，《素问·平人气象论》“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，脉宗气也”，即是说明在脾胃与肺的共同作用下化生宗气，下贯心脉，使心的气血旺盛，而搏动不息。

在五行方面，脾为心之子，心为脾之母。生理上，有心火之热以温脾土的母子相生关系。病理上，有母病及子和子能盗母气，亦能令母实的相互传变关系。因此《难经·六十九难》提出“虚则补其母，实则泻其子”的治疗原则。

其次，脾胃在人体生命活动过程中还占有特殊重要的地位。这不仅因脾胃为后天之本，气血生化之源，化气以贯心脉、生血以充养心血，行津液以布散周身，还在于脾胃为人体气机升降之枢，执中央以运四旁。所以《景岳全书·论脾胃》中说：“人之胃气即上气也，万物无土皆不可”。而清·喻昌在《医门法律·胃宜甘温》中指出：“胃气强则五脏俱盛，胃气弱，则五脏俱衰”，都强调了脾胃在人体中所具有的重要作用。

由于心与脾胃密切相关，故病理传变过程中也常紧密相联。一方面，脾胃虚弱，可使宗气匮乏，心血失充，心脉蜷缩发为心痹；或脾胃失和，升降无权，清阳不升，浊气上逆，阴乘阳位，蒙蔽心包；或脾运失司，津液不行，聚而生痰，循经上犯或痰瘀

互结，闭阻心脉均可发为心痹。正如《外台秘要·卷七·心痛方八首》指出：“诸藏虚受病，气乘于心者，亦令心痛，……足太阴为脾之经，与胃合，足阳明为胃之经，气虚逆乘心而痛。其状腹胀归于心而痛甚，谓之胃心痛也”。关于脾病传心、胃病传心的论述与医案，在历代医籍中有很多记载。如叶天士《临证指南医案·胸痹》中“脉弦，色鲜明，吞酸胸痹，大便不爽”就是其中之一，叶氏认为此由“痰饮凝滞，清阳失旷，气机不利”所致，治以薤白、杏仁、茯苓、半夏、厚朴、姜汁等。综观整个方剂，是以理气健脾、祛湿化痰为主，而以温通为辅。

另一方面，心病亦可下传脾胃，这主要表现在阳气的盛衰。心火下达、温煦脾土，是言其常。若心火过盛，下犯阳明，则心胃火炽；若心火不足，心阳式微，则脾土失煦，而虚寒内生。所以明·章潢在《图书编·治脾要法》中指出：“凡脾之得病，必察肝心之虚实而调治之”。《景岳全书·论治脾胃》则进而提出：“心邪之犯脾者，心火炽盛，清火可也。心火不足，补火以生脾”的治疗原则。

综上所述，历代医论为运用调理脾胃法辨治心痹提供了殷实可靠的理论基础

## 2. 运用调理脾胃法辨治心痹的学术思想和医疗经验

### (1) 病在心，而不止于心

心痹是心脉蜷缩，闭阻不通的直接病理产物，就此而言，心痹的病位在心。但同时也应当指出，心痹的病位亦不止于心。从中医学基本理论一整体观出发，五脏相关，任何一脏功能失调都可累及相关脏腑病变。在五脏之中，由于脾胃所具有的重要地位，及其与心的密切关系，决定了脾胃功能失调是导致心痹的重要原因之一。

我在长期医疗实践中观察到，有一部分脾胃功能失调的病症，常并发心痹，二者并非孤立存在，互不相关，而是在标本先后、轻重缓急等方面，表现出相同趋势。并认为，这是由饮食不

节，过食肥甘，或贪凉饮冷，损伤中阳，升降失常，气机逆乱所致。辨别此类心痹的要点是：既有纳化失常，又有心系症状，有的脾胃失调在先，心痹发病在后，或先病心痹，后见脾胃失调。治疗中亦不可固守一端，一味治心，应据证而辨，视其先后缓急，虚实所在而调之。

## （2）辨证论治，谨守病机

脾胃与心的生理联系是多层次的，病理传变上也必然是多途径的。以脾胃功能而言，无论是从气从湿，从痰从血，从实从虚，从气机升降任何一方面异常都有导致心痹的可能性。因此，我认为同是与脾胃失调有关的心痹，也要首先辨清是气虚血虚，饮食停滞，亦或湿浊痰阻，痰瘀互结等，然后再分而治之。

每一种疾病都有自身的规律，在其发生、发展的过程中，既有阶段性，又有连续性，但就总体而言，是一个渐进过程，又因病人的体质差异、气候、社会、生活环境等因素的不同，即使同一种疾病也会表现出错综复杂、千差万别的证候。因此我十分强调辨证论治，主张要谨守病机，因人、因地、因时、因证而施，认为这是提高疗效的关键所在。

在运用调理脾胃法辨治心痹方面，我喜用经方，也用时方。如：五味异功散、补中益气汤、黄芪建中汤、十四味建中汤等用于脾胃虚弱，宗气匮乏者；归脾汤用于心脾两虚、心血失充之证；而三仁汤、藿朴夏苓汤有清化湿浊之功，用于清气不升，浊阴上逆之心痹；对于痰浊闭阻，其偏于热的用温胆汤，小陷胸汤或甘露消毒丹，偏于寒的用瓜蒌薤白半夏汤、枳实薤白桂枝汤；对于脾胃阳虚，寒邪上逆者，用理中汤或附子理中汤等。

以上虽为我喜用的方剂，但在具体运用时却很少单纯使用原方，而是灵活变通，据证化裁。如病案举例四（见附篇）中所用处方，即是由小陷胸汤、温胆汤、菖蒲郁金汤三方加减化裁而组成。可谓法中有法，方中有方，充分体现出其以不变（调理脾胃的原则

不变)应万变(证变、病机变,则具体治法、处方变)的治疗思想。

### (3) 调理脾胃,升降为要

经过长期临床观察,并结合前人之论,我认为既然心与胃腑以膜相连,它们的生理功能正常与否,必与膈肌的升降运动有关。如脾胃失调,升降失司,浊气上逆,横膈不降,则阻碍胸中肺气的肃降,进而影响于心,而发各种心病,或促使已有心病的病情加重。对此,提出心痹病人特别是中、老年患者,以其运动较少,消化功能薄弱,更应节饮食,忌肥甘,注意采取“晚饭宜少”、“宜精宜早”的预防措施,以免损伤脾胃,食积中脘,脘闷腹胀,气壅胸膈,呼吸不利而诱发心痛。

脾胃为气机升降之枢,因而脾胃失调势必导致气机升降失常。在应用调理脾胃法辨治心痹过程中,我十分注意升降药物的运用。在升脾胃方面,如系湿浊为患,阻碍气机,多用藿香、葛根、荷叶、荷梗;若为脾虚下陷者,采用柴胡、升麻、白术等。在和胃降浊方面,多用枳实、厚朴、竹茹、旋覆花。又因肺主治节,有宣肃之用,故时而选用杏仁、枇杷叶、桔梗,以加强其利气祛湿、清肃降逆之功效。

脾升胃降,相辅相成。而药物都有各自的四气五味,升降浮沉特性。在临床实践中,常将两种性味不同的药物组成药对,以利气的升降开阖,气血的顺畅条达,对治疗与脾胃失调有关的心痹,常收事半功倍之效。(见表1)

### (4) 师古不泥,知常达变

对于心痹病机的认识,过去一向是尊仲景的“阳微阴弦”,即“本虚标实”。近年来人们生活不断改善,饮食结构发生变化,人群的身体素质明显提高,使疾病的发病谱产生变化。因过食肥甘、嗜烟饮酒,湿浊痰阻为患的心病也在日益增多。为此我认为,现代临床中,心痹的病因病机已不止“阳微阴弦”一途。即使胸中阴气不亏,在饮食、情志等因素作用下,也可发生心痹。

表1 常用药对举例表

药 对	特 性	主 治
荷梗	其性轻清,升脾阳(主升)	湿阻气机,升降失司诸症
藿梗	快气和中、降胃气(主降)	
麦芽	助胃气上行而资健运(主升)	中气虚弱,食积胃脘之纳呆
谷芽	醒脾下气而和中(主降)	
山药	滋养脾阴(主阴)	脾胃虚弱,升降不能诸症
白术	温补脾阳(主阳)	
白术	补气和中(主补)	脾胃运化无力,虚中挟实之证
枳实	行气、破气、消胀满(主通)	
藜蒲	芳香而散,开心孔、利九窍(主开)	气壅胸膈,心中闷痛
郁金	其性轻扬,上行入包络,下气、破血(主行)	
杜枝(小剂量)	温经通络(主温通)	久病入络之心痛
丹参	功同四物,气平而降,入心包络、破宿血,生新血(主和络)	
木香	为三焦气分之药,通行十二经,升降诸气(主气)	气血不和之心中刺痛
丹参	略(主血)	
枳壳	破气行痰(主气)	痰水阻滞,胸中窒闷
旋覆花	下气行水、通血脉,为血中之气药(主血)	
黄芪	补中益气(主气)	气血两虚,心脉失充之心痛
当归	养血和血,为血中之气药(主血)	

此类心病既可表现为实多虚少,也可表现为纯实无虚。其病机变

化特点是：素体阳盛之人，由于饮食不节，致使纳运不健，聚湿生痰，蕴而化热，湿热薰蒸，上蒙心包，发为心痹。治疗上应重在豁痰达邪，疏通气机，忌用重浊、阴柔、滋腻之品，而慎用补益。

## 临床研究

### ——调理脾胃法辨治心痹 48 例临床资料分析

#### 1. 一般资料

##### (1) 年龄、性别、职业、病程

本组 48 例，其中男 18 人，女 30 人，男女之比为 1: 1.67；发病年龄在 24 ~ 69 岁之间，平均 49.6 岁，男平均 46.5 岁，女平均 50.9 岁，年龄 40 岁以下 10 例，41 ~ 50 岁 11 例，51 ~ 60 岁 20 例，60 岁以上 7 例；患者职业，脑、体力劳动各占 50%；病程 5 年以下 37 例，6 ~ 10 年 5 例，10 年以上 6 例。

##### (2) 观察对象

主症：有明确心脏前区疼痛，可伴或不伴心电图 ST-T 改变。

兼症：食少纳呆；消谷善饥；脘腹胀满；暖气呕恶；饮水异常（口干不欲饮、渴不多饮）；口味异常（口淡、口粘、口苦而粘）；大便异常。

具有上述主症和兼症两项或两项以上者为观察对象。

##### (3) 辨证

心脾两虚 12 例，宗气匮乏 11 例，湿阻气机 8 例，痰热壅阻 6 例，其余 11 例，共 48 例。其中 34 例有明显兼挟证候。

##### (4) 心电图

48 例中，心电图异常 38 例，其中 ST-T 改变 25 例、房性早搏 2 例，室性早搏 5 例、各种传导阻滞 5 例、左室高电压 1 例。在 ST-T 改变的病例中，伴异常 Q 波、窦性心动过缓、左室高电压、左束支传导阻滞、心房纤颤、频发性室性早搏各 1 例。同

时，在 25 例 ST-T 改变的病例中，有 23 例表现在 I、II、avF 导联上。

### (5) 心痛分级

轻度 (+)：有疼痛感觉，动作行为不受限。

中度 (++)：疼痛，动作行为受限。

重度 (+++)：动作行为不能自主，必须持一定的特殊体位，或已完全不能自持。

### (6) 腹诊

在本组 48 例中，对 43 例进行了初诊腹部诊断观察，即用望、闻、问、触的手段，了解病人脘腹及两胁部是否有压痛、包块、结节，及腹形（蛙状、舟状，臌隆）、腹部声音（叩诊鼓音、振水音）的变化。结果 30 例有腹诊异常，其中 18 例表现为 I、II、avF 导联 ST-T 改变。

## 2. 治疗及观察方法

### (1) 基本治疗方法

按照辨证论治的原则，以主要病因病机为依据，确定辨证要点、治则与基本方药。采用汤剂口服，日尽 1 剂。（见表 2）

表 2 基本治疗方法

主要病因病机	辨证要点	治 则	基本方药
心脾两虚 (12 例)	心中隐痛或刺痛，心悸气短，食少纳呆，失眠多梦，面色无华，大便干结，舌淡，脉细	益气健脾、 补血养心	黄芪、太子参、白术、茯苓、木香、当归、枣仁、丹参、谷麦芽
宗气匮乏 (11 例)	心中隐痛或闷痛，纳呆乏力，食后脘胀，面色萎黄，舌淡苍白，脉缓无力	健脾和胃、 益气补中	黄芪、人参、白术、茯苓、半夏、山药、木香、砂仁、丹参、谷麦芽



续表

主要病因 病机	辨证要点	治 则	基本方药
湿阻气机 (8例)	心中闷痛,脘痞纳呆,头目昏蒙,口干不欲饮,舌苔滑或腻,脉濡缓或滑缓	芳香化浊、 和胃降逆	藿香梗、荷梗、茯苓、苍术、清半夏、厚朴花、杏仁、苡仁、枳实、谷麦芽
痰热壅阻 (6例)	心中窒闷而痛,纳呆泛恶,口干口苦或口粘,面色晦暗,精神萎顿,大便粘滞不爽,舌苔黄腻,脉弦滑	清热涤痰、 和胃降逆	竹茹、清半夏、茯苓、旋覆花、厚朴、枳实、杏仁、苡仁、黄连、菖蒲、郁金
气阴两虚 (3例)	心中隐痛或刺痛,纳呆脘胀,口燥咽干,心中烦热,自汗或盗汗,大便干结,舌淡或红而少苔,脉细缓或细数	补脾益气、 养阴清热	太子参、白术、茯苓、麦冬、黄精、柏子仁、丹参、莲子心、枳实、谷麦芽
脾胃虚寒 (3例)	胸中闷痛,背寒肢冷,口淡纳呆,大便稀溏,舌淡,脉迟缓	温中祛寒、 通阳散结	人参、白术、茯苓、半夏、干姜、桂枝、薤白、瓜蒌
胃阴不足 (2例)	心中隐痛或刺痛,胃中灼热,饥饥少食,口干喜饮,大便干结,舌红少苔,脉细或细数	益胃生津	太子参、山药、白术、茯苓、麦冬、黄精、沙参、玉竹、丹参、佛手
气郁阻络 (2例)	心中闷痛或刺痛,脘腹胀痛,连及两胁,嗳气,情绪急躁或抑郁,每因情志不遂而心痛加重,脉弦或细弦	舒肝解郁、 化痰通络	醋柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、香附、木香、丹参、枳实、谷麦芽
脾肾阴虚 (1例)	心中隐痛或刺痛,饥饥不食,口燥咽干,饮不解渴,大便干结,腰膝酸软,烘热汗出,心烦不寐,舌红少苔,脉细数	益胃生津、 滋阴补肾	太子参、山药、茯苓、麦冬、沙参、黄精、生石膏、竹叶、旱莲草、女贞子

## (2) 兼挟证候用药加减

如前所述, 本组 48 例中有 34 例具有明显的兼挟证候, 占总例数的 70.8%。对此, 采用将有关基本方药加减合用的方法。如: 宗气匮乏而兼痰热者, 以宗气匮乏与痰热壅阻两个基本方加减合用。

对于兼心阳不振者, 采用基本方药与炙甘草汤加减合用。

## (3) 特定症状的用药

气机郁滞, 闭阻胸阳而胸中闷痛, 难以缓解者, 加菖蒲、郁金。

湿阻气机、浊气壅塞而胸脘痞闷不舒, 加杏仁、枇杷叶、肃肺以助脾胃之升降。

气滞血瘀, 痹阻心窍而心痛甚者, 加木香、砂仁、丹参。

## (4) 观察方法

自观察之日起, 除必要的急救药或依赖性药物外, 一律停服其他一切治疗心痹的非观察药物。每周详细记录一次病情变化、非观察药物停减情况, 四周复查一次心电图。

## (5) 疗效评定标准

参考《心痹诊断及疗效评定标准》, 并结合临床拟定如下。

显效: 心痛完全消失或心电图恢复正常。

有效: 心痛减轻或心电图改善。

无效: 心痛或心电图均无改善。

## 3. 治疗结果 (见表 3 ~ 表 12)

表 3 总疗效

观察例数(%)	显效例数(%)	有效例数(%)	总有效率(%)
48(100)	20(41.6)	20(41.6)	40(83.3)

表 4 心电图疗效

观察(例)	疗前异常(例)	疗后		总有效(%)
		正常(例)	改善(例)	
25	25	9	8	68

表 5 非观察药物停药情况

疗前服药(例)	疗后服药(例)	停药(例)	停药(%)
13	4	9	69.2

表 6 心悸气短、胸闷的变化

	疗前(例)	疗后		有效(例)	有效(%)
		消失(例)	改善(例)		
心悸气短	39	12	21	33	84.6
胸 闷	35	13	18	31	88.6
合 计	74	25	39	64	86.4

表 7 脾胃失调症状的变化

	疗前(例)	疗后		有效(例)	有效(%)
		消失(例)	改善(例)		
食少纳呆	20	10	9	19	95
消谷善饥	4	3	0	3	75
脘腹胀满	33	19	8	27	82
暖气呕恶	22	14	4	18	82
饮水异常	32	11	6	17	53
口味异常	23	5	11	16	70
大便异常	19	13	1	14	74
合计	153	75	39	114	74.5

表 11 病程与疗效的关系

病程(年)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
~ 5	18	15	4	89.1
~ 10	1	2	2	60
11 ~	1	3	2	66
合计	20	20	8	83.3

表 12 年龄与疗效的关系

年龄(年)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效(%)
~ 40	8	1	1	90
~ 50	4	6	1	90.9
~ 60	7	9	4	80
61 ~	1	4	2	71.4
合计	20	20	8	83.3

#### 4. 讨论与分析

##### (1) 心与脾胃的病理相关及其客观依据

本组资料中，心痹的总有效率为 83.3%，脾胃功能失调症的总有效率为 74.5%，二者有相同趋势；另有一部分病人常于进食后、胃脘不舒或疼痛后发生心痛，有的病人心痛可因频频暖气而缓解，表明心与脾胃的病理相关确实存在。

在心电图中，I、II、avF 导联 ST-T 改变是诊断下壁心肌缺血的指征，本组 25 例 ST-T 异常的心电图中，有 92%（23 例）表现于 I、II、avF 导联上。分析其原因可能有二：一是脾胃失调，升降失司，膈肌不降，直接妨碍下壁心肌的血脉充盈，产生心脉失充、闭阻不通的病理改变；二是心痹在先，引起膈肌运动失常，继而导致脾胃失调。无论上述何者，都存在膈肌升降失

表 8 心痛分级与疗效的关系

心痛分级	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效(%)
轻	6	4	2	83.3
中	13	15	4	87.5
重	1	1	2	50
合计	20	20	8	83.3

表 9 辨证与疗效的关系

辨 证	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效(%)
心脾两虚	3	7	2	83.3
宗气匮乏	6	4	1	90.9
湿阻气机	3	2	3	62.5
痰热壅阻	2	3	1	83.3
其他	6	4	1	90.9
合计	20	20	8	83.3

表 10 疗程与疗效的关系

疗程(周)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效(%)
2~4	5	9	8	63.6
~8	5	8	0	100
~12	4	1	0	100
13~	6	2	0	100
合计 20	20	20	8	83.3

常。据此，可以认为，I、II、avF 导联 ST-T 改变与膈肌升降异常可能有关。这与我提出的横膈不降引发心痹的观点颇为吻合。

### (2) 从证候分布的个案差异看辨证论治的必然性

本组资料证明，同是与脾胃失调有关的心痹，却包含了寒、热、虚、实、气、血、阴、阳各种证候（见表 2），其间 34 例还有兼挟证候相伴随，占观察总例数的 70.8%。这种高度的个案差异，与感受邪气的性质、方式，病人的年龄、体质、性别、性情，以及病程、气候等因素有关。对此，只有辨证论治才能有的放矢，而不至犯“虚虚实实”之戒。这表明本研究采用辨证论治的观察治疗方法是比较切合实际的。

### (3) 调理脾胃法治疗心痹的机理及其疗效评价

运用调理脾胃法辨治心痹，源于脾胃为病本（脾胃失调），心痹为病标（心脉痹阻）的指导思想，是一种治“本”的方法，纵观表 1 “基本方药”一栏中所列方剂，均非同于某些急救药物有开通心脉，缓解心痛的即时效应，而是通过调理脾胃，消除其致病因素，改善整体的机能状态，以达到治疗心痹的目的，是一个从局部（脾胃）到整体，然后再到局部（心）的调节过程。

由于条件所限，本研究没有设立对照组，不能排除其他因素对治疗结果的影响。但根据总有效率（见表 3）、心电图有效率（见表 4）、非观察药物停服率（见表 5）、心悸气短、胸闷的改善与消失（见表 6）、以及脾胃失调症状的改善与消失（见表 7）可以看出，各种指标的好转趋势相同。48 例中，除 8 例无效外，无一例病情恶化。从表 10 还反映出，疗程在 4 周以上者，其总有效率都在 100%，这说明调理脾胃是辨治心痹行之有效的办法。

### (4) 从影响疗效的因素看最佳疗程的设置

根据统计结果，轻、中度心痛的疗效优于重度心痛；疗程 4 周以上优于 4 周以下；病程 5 年以下优于 5 年以上；年龄 50 岁

以下优于 50 岁以上。其原因可能在于病情重、病程长，兼挟证较多，治疗棘手。而年龄大则肾气虚，体质衰，抗邪无力，对药物的反应性也比较差。

在影响疗效的原因中，只有疗程是可控因素，所以选择适当疗程是提高疗效的重要途径之一。从表 10 中看出，疗程 4 周以上者其总有效率均为 100%，但其显效率却不尽相同。其中，5~8 周为 38.4%、9~12 周为 80%、13 周以上为 75%。表明在显效率方面，疗效 8 周以上明显高于 8 周以下。根据这一结论，可以认为，要取得 70~80% 的显效率，疗效设置应在 8 周以上。如果考虑其他影响因素，疗程应当更长。

#### (5) 脾胃失调与心痹的标本辨析及其鉴别

脾病既可传心，心病亦可传脾。辨别二者，对辨证治疗有一定意义。辨别的方法主要看发病的先后。但是，我们体会到，这种标本先后，往往与临床证候的轻重缓急不相一致，因此不论孰先孰后，一律据证而辨，用药应有所侧重。如炙甘草汤是调理心阴心阳的方剂，根据病情需要，与基本方药合用，必要时交替使用，疗效较为满意。

关于心痹与脾胃失调之胃脘痛的鉴别，历代医家曾有很多论述，见解不一，主要分歧在于心痛是否等于胃脘痛。直至明、清认识才趋于统一，指出心痛与胃脘痛实为两种疾病。我们认为，鉴别二者十分重要，故本文中所说“心痛”、“心中痛”均指心脉痹阻不通而致的心脏前区（现代含义）疼痛。鉴别心痛与胃脘痛的意义在于区分病性病位，便于治疗。而本组资料表明，二者在症状上很易鉴别，但病机上却可能密切相关。这就是在治疗中应注意到的心与脾胃在病理上的相互转变、互为因果关系。

#### 5. 典型病例

##### 例一：心脾两虚案

李某，女，50 岁。患十二指肠球部溃疡 8 年。近 2 年渐感

左胸不适，经西医诊断为冠心病。5天前因过劳，情志不畅而突感左胸刺痛难忍，头晕气短，恶心欲呕，力不能支而摔倒在地，经急救脱险。此后胸痛日发4~5次，持续时间或长或短，虽用多种西药治疗，仍不能控制病情而来诊。

刻诊：心痛阵作，胸闷气短，口干纳呆，心烦易怒，大便干结。舌尖红，舌体胖大有齿痕，中间有裂纹，舌苔薄白，脉细数。心电图示：I、II、avF、v2~v6导联有明显ST-T改变。四诊合参，诊为心脾两虚，气阴不足，挟有虚热，法用扶脾益心，通络止痛。方用太子参12g，生黄芪15g，桂枝1.5g，丹参15g，黄精10g，天麦冬各12g，小麦10g，炒柏子仁12g，生牡蛎30g（先煎），菖蒲10g，郁金10g，生首乌10g，谷麦芽各15g，枳实10g。水煎，日尽1剂。服4剂后，发作明显减轻，又14剂，症状基本消失。查心电图：V4~V6导联已恢复正常，其余导联明显改善。

本案为素体脾虚，运化无力，气弱血少，心脉失充之心痹。病之日久，气阴两伤，虚火上扰而见心烦易怒、舌红脉数，脾胃既虚，升降失司，津不上承则口干纳差，大便干结。方用太子参、生黄芪健脾益气；黄精、天麦冬、柏子仁、小麦、（生）牡蛎养阴生津，安神宁心；菖蒲、郁金开郁宣痹；谷麦芽、枳实、生首乌理气消导，润降通便，以助脾健运。除此之外，还注意到久病入络，不通而痛，丹参与少量桂枝合用，取其通阳和络之意。诸药合用，既有补脾益心之功，又有养阴清热，通络止痛之效。

## 例二：胃浊上逆案

肖某，女，69岁。半年来心悸头晕，胸闷时痛，食后尤甚，伴纳呆噯气，口苦口干而不欲饮，舌暗，苔微黄腻，脉弦缓。此为胃失和降，浊气内生，上蒙心窍，治以和胃运脾，化浊降逆。方用藿香梗各9g，清半夏10g，茯苓15g，竹茹12g，（炒）枳实



12g, 香橼皮 9g, 莲子心 6g, 太子参 10g, (炒) 白术 10g, 谷麦芽各 15g, 炙甘草 6g。服 14 剂后诸症消失。

本患胃失和降, 浊气上逆, 故心悸胸闷与暖气纳呆同见, 并于食后加重; 浊气内生、郁久化热, 而见口苦口干, 舌苔黄腻。药用藿荷梗、清半夏、茯苓运脾和胃以化湿; 竹茹化浊清热; 枳实、香橼与谷麦芽合用, 理气消导, 引浊气下行; 莲子心一味以清心安神, 使心悸得平; 又虑其年事已高, 脾气自虚, 故方中加入太子参、炒白术益气健脾, 培补后天。

### 例三: 痰热壅阻案

杨某, 男, 35 岁。素来体健, 性情急躁, 嗜食肥甘, 吸烟饮酒, 有时每顿饮酒竟达斤许。曾因左胸闷痛, 稍劳则甚而多次查心电图, 均诊断为冠脉供血不足。发病已 1 年, 经多方调治, 疗效甚微而来诊。患者形体丰腴、精神萎顿, 面色晦暗, 下颌部有散在痤疮, 舌质暗红, 舌苔黄而厚腻; 闻之语声重浊; 自述常感胸闷气短、左胸疼痛, 纳呆泛恶, 口粘口苦而不欲饮, 便干溲赤, 肢体酸重, 心情烦躁, 夜寐梦多; 切之脉沉细涩。查心电图, 结果同前。辨证为胆胃失和, 痰热蕴结, 治以清热涤痰, 和胃降逆。竹茹 12g, 茵陈 12g, 清半夏 10g, 茯苓 15g, 菖蒲 12g, 郁金 10g, 杏仁 10g, 苡仁 20g, 忍冬藤 15g, 赤芍 10g, 旋覆花 9g (布包), 枳壳 10g, 甘草 3g。同时投予茶饮方: 小麦 30g, 绿豆 15g, 赤小豆 15g, 荷叶 6g, 六一散 15g, 枳椇子 12g, 水煎后代茶频饮。以上两方为基础, 随证增损, 经治 3 个月, 诸症日见减轻, 直至消失, 复查心电图正常, 追访半年无复发。

本例即害于饮食烟酒, 又伤于情志过极, 遂积热在中, 妨碍气机升降而发病。方以竹茹、茵陈清胆祛热以化浊; 清半夏、茯苓、苡仁健脾化痰; 辅以菖蒲、郁金、枳壳豁痰开窍, 亦取其疏气行湿之意; 佐杏仁、旋覆花降逆和络; 忍冬藤、赤芍以活血通络; 甘草、枳椇子调合诸药并解酒毒。诸药合用, 共奏清胆和

胃，祛痰除热之功。

#### 例四：痰热上扰案

朱某，男，56岁。左胸憋闷疼痛，时轻时重，伴头晕，心悸，汗出乏力，素嗜烟酒，胃纳甚佳，口干喜饮，咳吐白痰，形体丰腴，面色红润，舌暗有瘀斑，苔黄白相间而润，脉轻按细涩，重按沉弦。心电图示：心肌缺血、心电轴 $-27^{\circ}$ 。证属痰热中阻，上扰心肺，治用清热涤痰、和胃降逆。瓜蒌15g，黄连3g，清半夏10g，菖蒲10g，郁金10g，竹茹12g，旋覆花12g，丹参15g，厚朴花10g，谷麦芽各15g，枳壳10g，甘草3g。守上方略是加減，共服28剂，胸痛尽除，余证得減，心电图大致正常。

由上述两例医案可以看出，二者害于饮食烟酒，病机均为痰热内生，但例三偏于中焦，投以温胆汤加減，例四有痰热上扰，而见咳痰，故方以小陷胸汤为主。另例四尚有舌暗瘀斑，佐以丹参养血和络，其余治法两案略同。在治疗处方中两案最重要的共同点就是方中几乎无一补益药物。

#### 例五：心阳虚兼中气不足案

高某，女，28岁。初诊：诉心悸气短，胸闷时痛，且因极易感冒，经久不愈，而使病情不断加重。近10余日复又鼻塞流涕，恶寒头痛。平素口淡纳呆，不欲饮水，神疲乏力，形寒肢冷，夜寐梦多，动则汗出，大便干而不调。3年前有卵巢畸胎瘤手术摘除病史；又于1年前因感冒而诱发“病毒性心肌炎”，心电图检查证明有频发性室早，心肌缺血。此后即常感心悸气短，胸闷时痛，常于半夜子时因胸部窒闷而惊醒。患病以来一直服用西药“心律平”，并对此产生依赖性。观其面色萎黄，形体消瘦，舌淡苔薄白，按之脉沉细无力。查心电图：ST-T改变。

根据纳呆乏力，大便不调、易患感冒等症可知其中气不足，卫阳虚而不固；又外感邪气而诱发心悸气短等可知其心脾二脏各

有所伤。因患其心悸气短等与表证有关，故先以补中益气，固护卫阳之法，以扶助正气，使邪无继续内陷之机。方用太子参 10g，生黄芪 15g，沙参 12g，当归 10g，升麻 3g，柴胡 3g，陈皮 10g，茯苓 12g，（炒）柏子仁 12g，（炙）甘草 6g。7 剂，水煎服。

二诊：述服 3 剂药后鼻塞流涕已止，恶寒头痛减轻。7 剂药后，其他症状亦有不同程度减轻。舌脉同前。药已中病，故适当增加剂量。以党参 10g，黄芪 15g，（炒）白术 10g，（炒）枳壳 10g，升麻 6g，柴胡 6g，（炒）柏子仁 12g，茯苓 12g，黄精 12g，丹参 12g，（炙）甘草 6g。7 剂，水煎服。

三诊：表证已解，诸症减轻，唯停服“心律平”3 天后使心悸加重，查心电图：室性早搏，ST-T 改变。此为心之气阴两虚，心阳不振，鼓动无力所致。故以黄芪 60g，防风 30g，白术 40g，紫河车 10g，共研细面，每服 3g，日 2 次，连服两个月，缓缓调之。投仲景所设炙甘草汤，以人参 6g，桂枝 6g，干姜 6g，赤芍 10g，麦冬 10g，生地 15g，阿胶珠 10g，生黄芪 15g，白术 10g，（炒）柏子仁 12g，（炒）枳实 12g，（炙）甘草 10g。水煎服，以平调心阴心阳。用本方 4 剂后，胸闷气短减轻，又 8 剂症状明显改善并开始停服“心律平”。继用上方略有增减，28 剂，直至完全停用“心律平”，早搏没有复出，查心电图大致正常。

#### 例六：脾肾阴虚案

冯某，女，55 岁。胸闷常作，阵发性左胸绞痛反复发作 10 余年。心烦心悸，头晕乏力，夜寐多梦，知饥纳差，口干多饮，大便干结，小便量多。舌红少苔，脉沉细涩。心电图：ST-T 改变。辨为胃阴不足，心脾两虚。治以益气养阴，宁心安神。生黄芪 15g，当归 9g，太子参 12g，麦冬 10g，黄精 10g，（炒）柏子仁 12g，丹参 15g，山药 15g，山萸肉 10g，寄生 15g，生牡蛎 20g（先煎），佛手 10g。服 12 剂后，诸症明显减轻，唯仍口干

喜饮、饮而不解。此为病久及肾，脾肾阴虚，虚火上炎，需加重滋补肾阴之药量，遂以沙参 12g，麦冬 10g，半夏 9g，生石膏 15g，竹叶 6g，（炒）柏子仁 12g，茯苓 12g、黄精 15g，（制）首乌 10g，旱莲草 12g，女贞子 10g，（炙）甘草 6g。药尽 21 剂，饮水正常，诸症得平，心电图大致正常。

本案年逾七七，肾水始亏，真阴不足，气化无力，二便失司，而见便干溲多；胃阴不足，故口渴多饮，知饥纳差。初诊治疗重在心脾胃，复诊以口干不减为据，治疗重在滋肾阴，清胃中虚火而收功。

附言：本文系 1989 年 5 月由研究生李芳洁整理而成，距今已 13 年之久，但从未发表。2003 年《新疆中医药杂志》刊登《路志正老中医芳香化浊治疗心绞痛经验》一文，是新疆巴州人民医院杜少华等医师于 1998 年至 2000 年运用调理脾胃法治疗冠心病、心绞痛亦取得较好疗效的体会，从而有力表明本法是经得起重复验证的。故附之于后，以供同道参考。

# 路志正老中医芳香化浊 治疗心绞痛经验

新疆巴州人民医院 (841000)

杜少华 张 敏 赵艳萍

现代著名老中医路志正，学验丰富，临床方药，恰中病机，对冠心病心绞痛的治疗更具特色。笔者在北京中国中医研究院广安门医院学习时，有幸跟路志正老中医门诊，路老以芳香化浊法治疗冠心病心绞痛每每获得良效。近年来，凡遇到此类病人，在辨证施治的基础上使用路老先生的芳香化浊方加减化裁，收到满意效果。

## 1. 路老经验理论依据

路志正老先生认为，冠心病心绞痛是现代中医胸痹的范畴，虽是常见病，但治疗起来比较棘手，所以必须正确运用传统中医理论，结合现代医学诊疗新技术，探颐索隐，溯流究源，具体情况具体分析，真正解决病人的实际问题。冠心病心绞痛的病机是本虚标实，本虚为阴阳气血亏虚，标实为阴寒、血瘀、痰浊交互为患，而临床上以痰浊阻滞型颇为多见，特别是高粮厚味，致使体内酿湿生痰，心脉阻塞。《素问·生气通天论》：“心痹痛者，亦有顽痰死血。”汉·张仲景《金匮要略》称本病为胸痹，对症状的描写比较明确：“胸痛彻背，背痛彻胸”。并提出著名方剂“瓜蒌薤白白酒汤”。冠心病心绞痛以中老年多发，年愈半百，气血不足，阴阳失衡，痰瘀互结，心脉痹阻，致使本病发生。路志正老中医提出此类病人应以芳香化浊为主，涤痰祛瘀为辅，以达胃和心安。基本方：藿香、苏梗、半夏、瓜蒌、石菖蒲、竹茹各10g，丹参12g，郁金9g，旋覆花、枳壳、泽泻各6g。气血阴阳

两虚者，加生脉散，或加黄芪 15g，当归 10g；阴寒胜者，加（制）附子、桂枝各 10g；高血压阳亢者，加钩藤 10g，草决明 20g，白蒺藜 12g；下肢水肿者，加猪苓 12g，大腹皮、大腹子各 10g；大便干结者，加火麻仁 15g，川厚朴、桃仁、杏仁各 10g；妇人伴肝郁者，加绿萼梅 12g，玫瑰花 10g。方中选用藿香、苏梗芳香化浊；半夏、瓜蒌开胸化痰；菖蒲、竹茹和胃化痰；丹参、郁金理气活血；旋覆花、枳壳理气化痰；泽泻佐使利小便，使湿有去路。

## 2. 病案举例

例 1：买某某，55 岁，男，干部，维族。1998 年 9 月 10 日来诊。主要症状：心前区呈阵发性疼痛半年，每次疼痛时间约 1~3 分钟，伴胸闷气短，心慌心悸，四肢乏力，腹胀便秘，舌质暗淡、苔白腻，脉沉细。心电图诊断：①窦性心律。②部分 ST-T 改变，心肌缺血。辨证：痰瘀阻滞，心脉不通。治则：芳香化浊，涤痰祛瘀。给予路志正老中医芳香化浊基本方，随证加入太子参、麦冬各 10g，五味子 6g。服药 2 个月，临床症状基本消失，心电图 ST-T 改变明显好转。随访 3 年，偶有心前区疼痛不适，继续服上方仍有效，病情稳定。

例 2：崔某某，66 岁，女，干部，汉族。2000 年 5 月 22 日初诊。主要症状：胸部闷痛呈阵发性 3 年。近加重半年，伴心慌心悸，倦怠乏力，食欲不振。偶有头痛头晕，寐差。舌暗苔白，脉结代。既往患高血压病 10 余年，心电图诊断：①窦性心律。②频发性室性早搏。③心肌缺血。长期服用消心痛片、硝苯地平片、异搏通片等西药治疗，效不明显，欲配合中药治疗。辨证：痰瘀互结，心脉痹阻。治以芳香化浊，通络宁心为主。给予路老芳香化浊基本方，随证加入桂枝、钩藤各 10g，草决明 20g，白蒺藜 12g。服药 5 剂，胸部闷痛减轻，心慌心悸好转。连服 40 剂后，复查 24 小时动态心电图：心肌缺血改善，室性早搏由

4154次降至502次。临床症状明显好转。

### 3. 小结

冠心病心绞痛属中医“胸痹”、“心痛”范畴。心痛之名最早见于《内经》，如《素问·标本病传论》中有：“心病先心痛。”《素问·脏器法时论》曰：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膈背肩胛同痛，两臂内痛。”《剂生方·心痛》：“夫心痛之病。医经所载，凡有几种……其各虽不同……夫心乃诸脏之主，正经不可伤，伤之则痛，若痛甚，手足青过节者，名曰真心痛。真心痛者，旦发夕死，夕发旦死，若乍间乍盛或诊而不死者，名曰厥心痛，不过邪气乘心之别络也。”许多医家对本病的治疗法则有所偏重。如益气养阴、活血化瘀、辛温通阳、豁痰开结诸法。但是近年来，随着人们生活水平的提高，特别是新疆南疆地区食牛羊肉较多，一些少数民族主食的一半以上是肉食。且饮酒吸烟，致体内酿湿生痰，造成心脉阻滞。在临床上本病又以虚实夹杂多见，如果实邪不去，虚也难补，所以采用路志正老师的芳香化浊法治疗冠心病心绞痛，是一个非常有效的法则。

## 任 继 学



任继学(1926~),吉林省扶余人,长春中医学院终身教授,历任长春中医学院内科教研室主任,脑病、心病、热病硕士、博士、研究生导师,广州中医药大学客座教授,内科博士研究生导师,北京中医药大学客座教授、脑病研究室顾问,国家中医药管理局中医药工作专家咨询委员会委员,全国高等中医药专业教材建设专家指导委员会委员,世界中医药学会联合会高级专家顾问委员会委员,中华中医药学会终身理事,1990年被国家确认为首批、二批、三批全国继承老中医药专家学术经验导师,享受国务院政府特殊津贴,吉林省英才奖章获得者,吉林省荣誉省管优秀专家。主要学术贡献:从医59年,从教48年,科研20余年,临床以急诊为主,兼顾内科疑难杂症,在“六五”期间,在本院建立中医急诊科室和脑病病区;从“六五”至“九五”期间先后承担了国家科委、国家中医药管理局“中医药治疗缺血性中风的临床及实验研究”,“中医药治疗出血性中风的临床及实验研究”等重大攻关课题;应邀赴朝鲜、泰国、马来西亚、美国等国家和澳门、香港地区讲学及学术交流;培养内科硕士23名,博士2名,师带徒6名;主编我国第1部规划教材《中医急诊学》并主编《全国名老中医经验集萃》、《汉英双解中医大辞典》、《建国四十年中医药科技成就》等,著有《悬壶漫录》、《任继学经验集》等专著,发表论文百余篇;“七五”获国家科委三等奖,“八五”获国家科委科技攻关重大科技成果证书,国家科技进步三等奖,国家中医药管理局一等奖。



# 神昏论治

任继学

神昏指以心脑受邪，窍络不通，神明被蒙，神志不清为特征的急危重症。神昏病名首载于宋代《许叔微医案》：“神昏，如睡，多困，谵语，不得眠。”金代成无己《伤寒明理论》载：“真气昏乱，神识不清所致。”又说：“昏冒而神不清也，不知痛痒，世谓之昏迷者是也。”其它中医文献中论述的“昏愤”、“昏蒙”等均属神昏范畴。

临床病象：以神志不清、不省人事为特征，常表现为呼之不应，昏不知人，甚至对外界刺激毫无反应等。多出现在多种疾病的危重阶段。由于原发病不同，证候亦异。

神昏病位，本在心脑，标在五脏。神清意明需心脑相印而成；又须五脏、百节之神即神、魂、魄、意、志五神以助之。若心脑不相印，五脏失和则本病作矣。本病病性有虚实之分，但以实证居多。

西医学的流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性痢疾、暴发性肝炎、急性脑血管意外、肺性脑病、糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、中暑等出现昏迷时，均可参考本病进行治疗。

## 一、病因病机

髓以脑为主（《素问·奇病论》），故脑为髓之海（《灵枢经·海论》）。元神之府（李时珍），内寓神机及神枢，而神机之用与神枢开合之功，是“神经之妙用”。（明·方有执《本草抄》），此“神经”内通清窍、经络、血道、气液之道，耳之窍络是其传出传入之所司，脊髓细络为其输出输入之根原。此神经又内通脏

腑，外联皮毛、肌腠、筋、骨，故五脏之神皆统之于脑。但心脑相通，脏腑相应，经络相连，上下一体，乃为形神。心主血脉，内蕴神明，神舍于脉，脉为血府，“血者，神气也”（《灵枢经·营卫生会》），神动气必行，气行则血流，气血流动则下荣脏腑、四肢百骸；上灌于头，滋养于脑，脑之元神得血之滋养而营润，得气之温化而动静。其动静、升降之能，由细络、缠络递至神机，神机得血则功能不亢，得气则动力能发，如此元神方能统上下之机，神经方能散动觉之气，则脏腑、经络、形体活动若一。反之，若各类邪毒犯脑，引起气血逆乱，因逆致变，因变生害，上害于脑，脑神受累，神明受伤则脑病神昏矣。就其发病之因，述之如下。

**1. 热陷心包** 外感温热疫毒，热毒火盛，燔灼营血，内陷心包，扰及神明而发。

**2. 痰浊蒙窍** 感受温热之邪，郁阻气分不解，水津不行，酿成痰浊生毒，上犯清窍，或素体脾虚湿盛，湿聚成痰，痰郁化热，痰热互引，上蒙清窍，神失所用而发神昏。

**3. 腑热熏蒸** 热邪入里，与积滞相结而成阳明壅滞，燥热内炽，液浊生痰，熏蒸于上，扰乱神明，故发神昏。

**4. 风痰毒气内闭** 情志过极，暴怒乃发，或肝染疫毒，害肝之体用，肝衰，肝失疏泄，木乏条达之性，郁而化火，攻冲激烈，升之不熄为风阳，风阳扰津动血生痰，风引痰升，上犯神明而为神昏。

**5. 瘀血阻窍** 热入营血，血热互结，瘀塞于心，或产后感受邪毒，邪血相搏，瘀血不散，血瘀气逆，扰乱神明，或死血留于心孔，神机失灵。瘀热阻窍，热入血室，真心痛的神昏均属此类。

**6. 阴竭阳脱** 失血过多，气随血脱；或泻下频作，脾气衰败；或大汗之后，津液内竭；或热邪久羁，伤津耗液，阴竭阳

亡，心神失养，脑髓失荣，神明受损，皆可导致神昏。

总之其病机核心是由各种邪毒病因经气液、水津、血液、经络、血脉犯于脑髓，侵入脑之内外膜原，因脑气不足，不能御邪。邪失脑气之束，毒动害其神明之枢，发生枢机功能障碍，合多开少，“堵其神气出人之窍”（《景景室医话》）神明不出而生神昏。

## 二、诊断与鉴别诊断

### （一）诊断

**1. 问诊** 突然昏仆，不省人事，或在疾病发展过程中逐渐出现。病人常有外感热病史，如中暑、急黄、疫毒痢等，以及内伤杂病史，如中风、厥证、脱证、消渴、喘逆、痫证、鼓胀等。发病前可有头胀头昏，恶心呕吐，目花，肢麻，心悸气急；或突然偏瘫；或高热寒战，腹痛腹泻，尿少尿闭，浮肿，烦躁不安，呼吸有小便气味等前驱症状。

**2. 闻诊** 谵语或郑声，喉中痰鸣，或鼾声大作，或呼吸深快，有烂苹果味；若为心脏病所致神昏，心脏听诊可有心率加快，心律不齐，或心脏瓣膜杂音等。

**3. 望诊** 面无表情，神呆昏睡，呼之不应，对刺激无反应；或烦躁不安，循衣摸床，呼吸气粗，抽搐，面赤汗多；或手撒遗尿，大汗淋漓；或肢体瘫痪；或面色萎黄，腹大如鼓，腹皮青筋暴露；瞳神缩小，或一大一小，口唇紫绀；或巩膜及皮肤黄染；或皮肤斑疹，舌质红绛或紫黯，舌有瘀斑，苔黄或老黄焦燥起刺，或黄腻、或白腻、或见少苔。血、尿、便常规，血糖，血气分析，肝肾功能，脑脊液等检查，对本病的诊断及鉴别诊断有参考价值。

**4. 切诊** 皮肤灼热或肢末冰冷，刺之不知，捏之不痛；或

可触及肝脾肿大。切虚里多动而应手，鼓动不齐，或快或慢；或触不及心跳。脉象可见滑数、沉实、弦滑、弦数或大而无功，濡细，细弱，乍大乍小等。

## （二）鉴别诊断

神昏与厥证表现相似，临床当予鉴别。厥证发作多见面色苍白，四肢厥冷，短时间内逐渐苏醒，醒后无偏瘫，失语，口舌咽斜等症。而神昏发病较重，时间长，短时间内不易苏醒，苏醒后常有原发病的存在或有偏瘫等症。

## 三、论治

### （一）治疗原则

神昏的治疗原则总以开透醒神为大法。依据病机不同，分为实证与虚证。实证，当开窍启闭；虚证，当回阳固脱。

### （二）急救处理

神昏诊断一旦成立，应立即采用综合疗法以开透醒神。

**1. 针灸** 神昏救治，针灸是重要的治疗手段。闭证常选人中、合谷、十宣、十二井穴、太冲、丰隆、涌泉等穴，采用泻法，强刺激，强捻转，或三棱针点刺出血；脱证常灸百会、神阙、丹田、关元、足三里、三阴交等穴；或根据病情选穴配方。

#### **2. 针剂**

（1）清开灵注射液：40～60ml 加于等渗注射液 500ml 内，每日 1～2 次，静脉滴注。

（2）醒脑静注射液：20ml 加入等渗注射液 500ml 内，每日 1 次，静脉滴注。

#### **3. 中成药**

(1) 安宫牛黄丸 (《温病条辨》), 1 丸, 每日 3 次, 口服。

(2) 紫雪丹 (《外台秘要》), 3~6g, 每日 3 次, 口服。

(3) 西角散 (《千金要方》), 18g, 每日 2~3 次, 口服。

(4) 至宝丹 (《太平惠民和剂局方》), 1 粒, 每日 2~3 次, 口服。

(5) 牛麝散 (中国科学院首都医院中医科), 每次 0.8g, 每日 2 次, 口服。

(6) 红灵丹 (《霍乱论》), 0.5g~1g, 每日 2~3 次。

(7) 通关散 (《丹溪心法附余》): 少许, 搐鼻取嚏。

以上药物除通关散外, 均可鼻饲给药或灌肠给药。

### (三) 辨证治疗

#### 1. 热陷心包

证候: 神昏谵语, 高热烦躁, 轻则昏愤不语。身热夜甚, 心烦不寐, 舌质红绛少津, 苔黄干, 脉滑数或虚数。

治法: 清热开窍。

方剂: 清宫汤 (《温病条辨》)。

药用: 玄参心、莲子心、竹叶卷心、连翘心、水牛角、麦冬。

方中以玄参心、水牛角为主药清心热, 佐以竹叶卷心、连翘心泄心热, 由小便而去; 以莲子心、麦冬清心滋液。诸药合用, 共奏清心开窍之功。

若痰热盛者, 加竹沥、石菖蒲、天竺黄、胆南星以清热化痰; 烦躁者、抽搐者, 加服紫雪丹; 肌肤斑疹, 谵语者, 加服安宫牛黄丸; 昏迷较深, 加服至宝丹。

#### 2. 腑实熏蒸

证候: 神昏谵语, 躁扰不宁, 循衣摸床, 日晡潮热, 大便秘结, 腹部胀满, 舌质深红, 苔黄燥起芒刺, 脉沉实有力。

治法：通腑泻热。

方剂：大承气汤（《伤寒论》）。

药用：大黄、芒硝（冲）、枳实、厚朴。

方中以大黄为主，清热通便，荡涤胃肠；芒硝助大黄泄热通便，软坚润燥；厚朴、枳实行气散结，消痞除满，助芒硝、大黄推荡积滞，加速热结之排泄。四药共用，以达通腑泄热之功。

若阳明腑实兼邪闭心包者，改用牛黄承气汤（《温病条辨》）；见高热昏狂、烦渴大汗等气分证明显者改用白虎承气汤（《通俗伤寒论》）；若兼见神倦少气，口舌干燥，脉虚者，加甘草、人参、当归、玄参、生地、麦冬以补气阴；若津枯便燥者，用增液承气汤（《温病条辨》）；若见神昏谵语，狂燥不安者，配用紫雪丹。

### 3. 湿浊蒙窍

证候：神志昏蒙，或昏而时醒，身热不扬、胸闷恶心，舌苔白或黄而腻垢浊，脉濡。

治法：清化湿浊，豁痰开窍。

方剂：菖蒲郁金汤《温病全书》。

药用：石菖蒲、郁金、栀子、连翘、牛蒡子、鲜竹沥、姜汁（冲）、玉枢丹（研冲）、滑石（包煎）、淡竹叶、丹皮、菊花。

方中以石菖蒲、郁金芳香开窍；山栀、连翘、菊花、丹皮、牛蒡子、竹叶清泄郁热；滑石分利湿邪，竹沥清化痰热；姜汁、玉枢丹化浊开闭。

若偏于热重者，可送服至宝丹；如湿浊较甚者，可加用甘露消毒丹、苏合香丸；兼动风抽搐者，加服止痉散（验方）。

### 4. 痰热扰心

证候：神昏谵语，壮热不退，咳逆喘促，痰涎壅盛，小便量少或无，面色晦滞，胸闷烦躁，恶心呕吐，口中尿臭，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，开窍醒神。

方剂：黄连温胆汤（《备急千金要方》）送服安宫牛黄丸（《温病条辨》）。

药用：黄连、半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、竹茹、大枣、生姜。

方中黄连、竹茹清痰热；清半夏、生姜降逆止呕；枳实、陈皮行气导滞；茯苓、大枣、甘草益气和中。安宫牛黄丸清热开窍醒神。

方中可加栀子、虎杖、黄芩以加强清热化痰之力。

### 5. 瘀血阻窍

证候：昏迷谵语，或发热，口唇、爪甲青紫，舌质绛紫黯，脉弦数。

治法：活血通窍。

方剂：通窍活血汤（《医林改错》）。

药用：麝香（冲）、赤芍、桃仁、红花、川芎、老葱、生姜、红枣、黄酒。

方中麝香活血通窍；桃仁、红花、川芎、赤芍活血化瘀；生姜、葱白温通脉络。

本方可酌加石菖蒲、郁金以理气开窍，或加服紫雪丹或安宫牛黄丸。

### 6. 亡阴

证候：神志昏迷，皮肤干燥，口唇无华干燥，面红身热，目陷睛迷，自汗肤冷，气息低微，舌淡或绛，少苔，脉芤或细数或结、代。

治法：救阴益气。

方剂：冯氏全真一气汤（《冯氏锦囊》）。

药用：人参、麦冬、五味子、熟地、白术、附子、牛膝。

方中以人参为主，大补元气；白术补气健脾；麦冬、牛膝、

熟地养阴生津，清虚热而除烦；五味子酸收敛汗，阴阳互根，阴竭则阳无所依而散越，故用附子回阳固脱。

若口干少津，则去附子、白术，加沙参、黄精、石斛等养胃生津。

## 7. 亡阳

证候：昏愤不语，面色苍白，口唇青紫，呼吸微弱，冷汗淋漓，四肢厥逆，二便失禁，唇舌淡润，脉微细欲绝。

方法：回阳固脱。

方剂：陶氏回阳急救汤（《重订广温热论》）。

药用：附子、肉桂、人参、麦冬、陈皮、干姜、半夏、白术、五味子、麝香、炙甘草。

方中以附子、干姜、肉桂、炙甘草补气回阳；人参、麦冬、五味子益气生脉；白术、陈皮健脾和胃；麝香助上药以奏速效之功。

## 四、权变法

上述神昏诸证，若不效者，可急投玉枢丹（《是斋百一选方》）开窍醒神；邪陷心包，高热抽搐者，予西珀至宝丹（《重订广温热论》）或万氏牛黄丸（《片玉心书》）；痰浊神昏者，急予卧龙丹（《重订广温热论》）；痰热腑实神昏治而不效者，改用西连承气汤（《重订广温热论》）。除此而外，可根据神昏病人原发病的具体病因予以及时、准确的对病治疗、对症治疗及支持疗法。如对感染性疾病所致神昏，及时给予强有力的清开灵、双黄连注射液治疗；对由化学中毒所致神昏，应采取特殊的解毒措施；对低血糖神昏，应及时补糖治疗；消渴病昏愤者，用辛开苦降药治之，如黄连、干姜、大黄、清半夏、石菖蒲、郁金、水牛角、牛黄、麝香、莲子心之类；补液疗法必用之。



## 五、转归

神昏大多病情严重，变化迅速。各种疾病所致神昏，其临床兼症不同，转归亦有所区别。由温热病所致的神昏，若治疗不当，热毒内陷，往往变为抽搐、癃闭、喘促等危重症，常危及生命；又因热甚伤阴，由实转虚。部分病例可留有痴呆、失语、肢体强直、瘫痪等。急黄神昏，多伴有大量出血及癃闭，病死率高，预后不良。而中风神昏，多见于老年，伴有口舌喎斜，半身不遂，或鼻起鼾声，预后极差，清醒后多数有半身不遂等症。

# 时行感冒

任继学

时行感冒，古称时行伤寒，今名之曰流行性感冒（“流行”二字早见于《素问·气交变大论》）。“时行”二字释义有三：①“时”是指发病有严格的季节性；“行”是言气候失宜，引起疫毒的流行。可见时行感冒是以严密的科学理论为基础的。本病是临床常见的外感传染性疾病，是由热疫、寒疫病毒侵入人体而致病。正如晋·葛洪所说：“总名伤寒，也俗因号为时行。”②是指隋·巢元方对“时行”的解释，即其所言“时行病者，是春时应暖而反寒，夏时应热而反冷，秋时应凉而反热，冬时应寒而反温，非其时而有其气，是以一岁之中，病无长少率相似者，此则时行之气也。”③此病又一名“时行伤寒”，所谓时行者，即是时疫。时疫者，是谈传染之性。故《素问·刺法论》说：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”又说：“如此天运失时，三年之中，大疫至矣。”巢元方亦说：“从春分以后，至秋分节前，天有暴寒者，皆为时行寒疫也。”所谓天运失时，是指岁气变迁产生之候，即春应温而反寒，冬应寒而反温，疫邪丛生，易于本病流行。人在气交之中，疫气从呼吸道而入，人感之，轻者无不适之感，正气盛之使然，重则感而即病，病则正虚于内，不能抗邪外出。故呈现：发病急，短暂恶寒，头痛如破，颜面潮红，目鼻气热，憎寒壮热，乏力，全身酸痛，尺肤热，舌红，苔薄淡黄，脉数有力，也可有一过性的鼻塞流涕，咽喉肿痛等症。

本病一年四季皆可流行，以冬春二季为多，因“春有余寒，热疫易行；冬有烈风，寒疫易行”。轻则引起小的流行，重则引

起大流行，其传播多沿铁路交通干线，先城市后农村，先集体后散居。集体以厂矿、机关、学校等发病率最高。由于五运六气的变迁，每隔二、三年本病便出现一个流行波。吴又可说：“疫者感天地之疠气，在岁运有多寡，在方隅有厚薄。在四时有盛衰，此气之来，无论老少强弱，触之者即病。”便是此义。

本病虽较其他传染病危害浅，但在流行期间，病程虽短，也能严重影响人们的身体健康，因此，必须积极防治。

## 一、病因病机

伤寒多从肌表玄府侵犯人体，以风寒为主，“风为百病之长，寒为百病之总”（《雪潭居医约》）。本病是以时疫为患，时疫者分为热疫、寒疫、燥疫、火疫、湿疫、暑疫，但本病是以热疫、寒疫侵为主，可见六淫之邪犯人必夹时疫病毒，正如清·徐延祚在其《医医琐言》中所论“六淫之邪无毒不犯人”。时疫多从呼吸道而入，其邪所客，始于卫气，卫气为邪所束，不能御邪于外，遂由气道侵伤于肺，由肺之络脉波及于胃（“胃者卫之源”《卫生宝鉴》），重则由荣及血，荣卫失调，不能拒邪，由血道伤于神明。神明者，脑髓也。病邪伤及人体，能否发病，取决于正气之盛衰，疫毒之多寡和毒气之强弱。

若机体“正气稍衰者，触之即病”。病始于卫，卫为气之标，其性热，热为阳，由气道、营卫之路布散于表，温分肉，肥腠理，以行卫外之功。邪气内侵，卫气与之分争，争则卫郁气结，而生憎寒壮热，颜面潮红，口鼻气热，全身酸痛。

若病邪盛，卫气弱者，不能托邪外出，则邪必犯于肺，之所以犯肺，是由“卫气之道”（《灵枢·营卫生会》）犯肺，肺主气属卫，肺伤则肺气愤郁，肃降无权，治节失常致使清气不得入，浊气不得出，肺气焦满，络脉受伤，症见高热，喘咳，胸闷，血痰，口唇青紫等。

也有正衰邪盛，不经肺卫，直犯营血者，营为血之徒，血为营之本，为心所主。因此邪犯营血，必然内传心包。心包为神明所司，故心包受邪，必波及神明，导致脑髓窍络不利，症见：头痛如裂，神志模糊，高热不退，谵语狂躁，惊厥之候。

更有中焦气化不利，病邪上受，直趋中道（中道者，脾胃也），伏于膜原者。脾胃与膜相连，内则脾胃受损，运化失调，肠胃为邪毒所扰，扰于胃者，其气上逆，故有恶心呕吐，扰于肠者，受盛失职，传导不利，腹痛、腹泻。外则卫气受困，腠理不开，正邪分争，热淫之气浮越于表，故有发热恶寒之症。

总之，时疫病毒之邪，侵犯人体，途径有三：一是邪由上受，侵卫犯肺；二是直犯营血，逆传心包，神明受累，脑髓不利，机窍受阻；三是邪虽由上受，但直趋中道，伏于膜原，内则脾胃呆滞，外则卫气受困。发病与否，决定于正邪分争的结果。

## 二、辨证论治

本病发生发展的规律是：既伤卫又伤气，也能伤肺，更能波及于神明，扰乱于肠胃。因此，必以表卫受束，热毒闭肺，逆传心包，扰乱肠胃为其辨证准绳。伤寒是由风寒之邪，由表入里，故应以辛温解表为主。然本病之时疫病毒，即犯卫又犯气，肺胃并犯，故在病理上，既有表阳被郁，又有毒热内炽。火热自内出，经气先虚，虽汗多不解。所以治法上，不能单纯解表，也不能单纯清里，初则必以表里通解为法；邪气内陷者，必以清热解毒为主，以缩短其病程，促使机体阴阳恢复平衡。营卫得清，邪不传中，是为善法。

### 1. 表卫证

主证：微恶风寒，壮热，腰背四肢酸楚，口微渴，面红目赤，舌红、苔薄白，脉浮数有力。

治法：表里双解。

方药：表里通解散（笔者方）

白僵蚕、蝉蜕、大青叶、薄荷叶、防风、荆芥穗、金银花、连翘、生石膏、金荞麦、大力子、金莲花。水煎服。

药用僵蚕之味，辛苦气薄，清热解郁，能除一切怫郁之疫邪；蝉蜕一味用其气寒无毒，味咸且甘，以导热邪出表而解。佐以薄荷、荆芥穗、防风之辛，搜出外在之邪，使其不留于表。生石膏甘寒清热之品，其寒能清热降火，辛能发汗解肌，使毒从外解。然大青叶、金银花、连翘，善治疫毒，使表里透解，热解毒去。伍用金荞麦、金莲花，（金荞麦，又名金锁银开，亦称野荞麦，古代本草记载甚少，清代赵学敏学习民间草医的经验将其载入《本草纲目拾遗》中，谓“俗用治一切喉症”，并引孙玉庭云：“其根专治喉闭，故得此名。喉风喉毒，用醋磨嗽喉，涎痰去而喉闭自开矣”。当代中医学专家耿鉴庭家传喉科，言“先辈向草医学得，用治急性喉症，确能开关，有起死回生之功”）其味酸、苦，性寒，清热解毒，消肿散结，清咽利喉，而使肺卫得伸，邪去正安。金莲花“味滑苦，性寒，善清上焦热疫之毒，故用治咽喉肿痛有良效。

总之，本方之功，在于上行头面，下达足膝，外通毛窍，内通脏腑、经络，驱逐邪气，无处不到。

## 2. 毒郁腠理证

主证：壮热不退，胸胁苦满，口苦咽干，耳聋，目赤，或呕吐，或口渴，大便燥结，或胸胁濈濈汗出，舌红赤，苔薄黄。

治法：辛凉和解。

方药：增损大柴胡汤

柴胡、薄荷、陈皮、黄芩、黄连、黄柏、栀子、白芍、枳实、大黄、广姜黄、白僵蚕、全蝉蜕、生姜。水煎去渣入冷黄酒30g，蜜15g，和匀冷服。

药用柴胡、黄芩、白芍、薄荷、僵蚕、蝉蜕，辛甘而苦，以开腠理，和解少阳，去怫郁之热。用黄柏、黄连、栀子，清热解毒除烦。大黄、姜黄、枳实，通宣腑气，以涤热邪。用陈皮，生姜，和中降逆止呕。

总之，本方既能开发腠理，又能适宜腑气，外邪得解，内热得出。

### 3. 热毒闭肺证

主证：突然高热不退，胸闷，剧烈咳嗽，呼吸困难，血痰，口渴，口唇紫暗，烦躁，溲黄赤而短，舌深红，苔黄而干，脉浮数。

治法：清热解毒，宣肺止咳。

方药：加味神犀汤

犀角、双花、连翘、杏仁、紫草、桔梗、大青叶、黄芩、生石膏、枳实、羚羊角。水煎服。

方用羚羊角、紫草，清热解毒，通利九窍，以除疫病之邪；选用双花、连翘、大青叶、黄芩、生石膏大队泄热解毒之剂，以护肺津；桔梗，枳实，宣肺降逆而平喘。

总之，本方是泄热解毒以清上，降逆平喘而有镇静之功。

### 4. 热陷心包证

主证：持续性高热，剧烈头痛，神昏谵语，循衣摸床，烦躁不安，惊厥抽搐，小便赤涩，舌红赤，苔黄厚而干，脉洪数。通脏腑、经络，驱逐邪气，无处不到。

治法：开窍通络，解毒泄火。

方药：玳瑁郁金汤（《重订通俗伤寒论》）

生玳瑁、生山栀、细木通、淡竹沥，广郁金，青连翘、粉丹皮、生姜汁、鲜石菖蒲汁、紫金片、野菰根、鲜竹叶、灯芯。水煎服。

药用玳瑁、郁金、紫金片，通窍开郁，泄热解毒；连翘、木

通、山梔子、野菰根，直达包络，诱导热毒层层下行，由小便而去；佐以丹皮之辛窜，善清络热以散火；使以姜、沥、石菖蒲汁，辛润流利，善利络痰，配以竹叶、灯芯；轻清透络。

总之，本方妙在促使内陷包络之邪热，即弥漫脑髓之邪一举而清之，为开窍透络之良剂。

若神识狂乱不安，壮热烦渴，必配以牛黄安宫丸治之。

### 5. 热犯膜原证

主证：发热，或微恶风寒，恶心呕吐，腹痛腹泻，尿少色黄，舌淡红，脉浮滑而数。

治法：清热和胃，行气解毒。

方药：达原饮

槟榔、厚朴、草果、知母、芍药、黄芩、甘草。水煎服。

药用槟榔、厚朴、草果，行气散满导滞，共除秽浊疫毒，以调整肠胃之功；黄芩、厚朴相伍，开郁泄热解毒；芍药、甘草、知母，调中和血，使其燥而不烈，以护津液。

总之，本方能舒达膜原，调整肠胃，泄热调中。

## 三、诊断与鉴别诊断

本病诊断依据：一是流行季节，二是接触史，三是起病急；憎寒壮热，口鼻气热，颜面潮红，头痛如破，四肢关节酸痛，全身乏力，尺肤热，左脉盛于右等典型症状。

本病需与下列疾病鉴别：

### 1. 伤风

咳嗽，鼻塞，流涕，喷嚏，头晕痛，喉痒为主，但全身症状轻或无。

### 2. 暑风

有明显的季节性，但发热头痛剧烈，恶心呕吐，项背强直，甚则神志不清，角弓反张，多见于晚夏深秋。

### 3. 春温

头痛身痛，无汗恶寒，发热目赤，口渴舌白，脉浮数。多见于春季。

### 4. 冬温

头痛无汗，恶寒发热，口渴鼻干，脉浮。多见于冬季。

### 5. 伤寒

脉浮，头项强痛，恶寒无汗。

## 四、临床权变

1. 本病在治疗过程中，多因久有肺热之疾或有心脏之患，由于肺气受伤，肺络瘀滞，卫气不得循行于外；或心气受损，营血内瘀，正不胜邪，造成时疫病毒内犯于肺，肺气闭塞，肺血瘀结，再呈现肺热之疾。临床上表现为：持续高热，呼吸气急，阵咳或咯血，颜面红赤，口唇紫绀，舌赤，苔黄，脉数疾。法宜：宣肺解毒，通经透络。药用：羚羊角、金荞麦、桔梗、金银花、连翘、赤芍、人中黄、丹皮、生地，水煎服。同时送服牛黄安宫丸或紫雪散，也可送服紫金散。症兼便秘者，加大黄、风化硝，以通便泄热，宣通肺气；症兼心衰者，药用：炮附子、炮姜、葱白、人工牛黄、童便，水煎服。同时送服琥珀粉、羚羊角粉；下肢浮肿者，是因缠络，毛脉瘀滞不通，宜加用通脉利水药，如丝瓜络、金星草、防己、柴胡、泽泻、地龙之类。

2. 也有病将愈之时，因外在卫气未复，营气未通，里邪未解，招引时行病毒，侵犯肌肤，肌肤者，卫气通行之处，由于卫气郁结不伸，营气与卫气不和，病毒与营气相结，陷于腠理，而发蛇缠疮亦称火赤疮（现代医学称为带状疱疹）。法宜：清热解毒，透络达原。必须内外合治，是为正治之法。内治方：大青叶、金银花、连翘、野菊花、蒲公英、地丁草、天葵子，水煎服。外用药：马兰叶、木芙蓉叶，共为细面，兑入少许冰片、雄



黄，以蜂蜜调和敷于患处。

3. 时疫病毒，由于治疗不当，引邪内陷脾胃，导致脾不升，胃不降，胃气上逆，症见：恶心呕吐者。药用：藿香梗、制苍术、姜厚朴、陈皮、半夏曲、白蔻、旋覆花、淡竹茹、制枇杷叶，水煎服。

4. 症见暴喘者，急用五虎汤（麻黄、杏仁、生石膏、生甘草、茶叶）水煎，送服一捻金，其病可痊。

## 五、预防

本病是一种流行性传染病，必须贯彻预防为主方针，即《内经》所说的“不治已病治未病”。其具体方法是：

加强体育锻炼，提高机体防病能力，作好防寒保温工作，减少发病诱因。经常开展爱国卫生运动，正如王孟英所说：“人烟稠密之区，疫疠时行者，以地气即热，秽气亦盛也。故住房不论大小，必要开爽通气，扫除洁净，庶清气徐来，疫气自然消散。”《湿温时疫治疗法》亦说：“衣被宜洁净也，洁净为各病所不可缺少之条件。”更要宣传防疫知识，做到五早，即早发现，早诊断，早隔离，早治疗，早预防。以及对公共娱乐场所加强管理，减少活动。在药物预防方面，可用贯众、板蓝根、大青叶水煎服，或投给紫金锭，或用大蒜汁滴鼻等。

## 六、病案

《中国古今医案类编·温病类·章成之医案》：

1. 马男。伏温亦是流行性感胃，苔腻、欲呕是胃肠型感胃，故难速效；寒热有起伏，可予达原饮。

厚朴 3g（研细末），煨草果 6g，白芍 9g，酒炒黄芩 6g，槟榔 9g，知母 9g，粉草 3g，姜半夏 9g。

2. 王女。其舌尖红，流行性感胃之证。古籍以时令定病名，

有称为冬温者。得汗不解，法当凉散。

薄荷 5g（后下），豆豉 9g，桔梗 5g，浮萍草 5g，前胡 6g，杏仁泥 16g，桑叶皮各 9g，菊花 9g，粉草 3g，全瓜蒌 9g，枇杷叶 3 片（去毛，包）。

## 吉 良 晨



吉良晨，字晓春，晚号蛰龙，男，满族，生于1928年2月，北京市人，相当大学文化程度。幼少庭训师教私塾9年，酷爱方术医药，喜嗜弄拳击剑，尤好道家行气功法，为买氏形意四代传人，露蝉门下五世弟子。弱冠兼攻中医经典，博览方书，中医药学业启蒙于祖父乌里布额尔吉氏程吉顺（子玉），之后随师河北雄县袁鹤济（晚清御医），福建闽

侯陈慎吾（伤寒大家），山东惠民韩琴轩（民间世医），北京大兴宗维新（金匱名医）诸大家拜读内、难、伤寒、金匱、本经等经典名著，学业纯属出于家传、师授、自学。至今年逾古稀，仍是孜孜不倦忙于诊务、写作、整理书稿，多次被北京中医药大学聘为硕士、博士研究生学位论文答辩委员，为中医药事业不遗余力。

21岁即悬壶于京都，先后结业于北京中医研究所（研究员），北京市中医进修学校（中医师、教师）。长期从事中医临床教学工作；擅长中医疑难杂病，尤对延缓衰老及养生保健之术颇有研究。

撰有《内经藏象阐释》、《金匱心得》、《形意真义》、《太极拳图说》等百余万字手稿、讲稿，发表有较高学术水平的论文数十篇。著有《临证治验录》（山西科技出版社出版）、《临证治验录增订版》（中国书店出版）、《中国气功萃义》（北京学苑出版社出版）后又再版发行，在此基础上经过修订并增加内容写出《中国气功探密》一书，已由人民卫生出版社出版，近又《杨氏太极拳

真义》问世（中国书店出版）。

多次被邀赴日本、美国、泰国、菲律宾、香港等国家和地区讲学、会诊，获得感谢和成就证书，并在1994年和崔月犁（前卫生部长）、董建华（全国人大常委、名老中医教授）、王雪苔（前国际针灸联合会主席）、路志正（全国政协委员、名老中医教授）、焦树德（痹证专家教授）等六人荣获94年首届《生命杯》世界传统医学大会国际最高个人荣誉金奖。

曾任中国人民政治协商会议北京市委员会委员、北京中医医院内科主任医师、山西大学民族传统体育研究所研究员。现为国家药品审评专家、国家药典名誉委员、国家中药品种保护审评顾问、国家中医药管理局中药开发专家咨询委员会主任委员、中国医学基金会理事、中国中医药脾胃病专业委员会名誉主任、中国中医药养生保健学会常务理事、中国老教授协会会员、世界中医药学会高级顾问、专家委员会主任委员、中国专家科技经济咨询中心传统医疗研究会名誉会长兼评委会名誉主任、广东省中医院广州中医药大学第二临床医学院客座教授、北京中医医院专家咨询委员会委员、北京市药品审评专家、北京崔月犁传统医学研究中心研究员、新疆西域红斑狼疮研究所名誉所长、香港保健协会医学顾问、香港国际传统医学会学术顾问、日本国际卫生教育协会顾问、美国加州圣克鲁斯五系中医学院客座教授（承担中医硕士、博士学位研究生教学、临床带教和课题指导）。美国太极中心教授、中国嵩山少林寺武术协会名誉副会长、北京市武协永年太极拳社终身名誉社长、河北永年露蝉杨氏（始祖）门下五代弟子、河南买氏形意（心意六合拳）四代传人、《老庄养生酒》和《天寿宝》、《天寿宝鉴》发明研制人。

# 如何调养精、气、神——人之三宝

吉良晨

人们常说“天有三宝日月星，地有三宝水火风，人有三宝神气精。”这三句话说的一点也不错，自古至今讲究养生长寿的人都把“精气神”称为人身的三宝。为什么说“精气神”是人身的三宝呢？因为人身的三宝“精气神”是人用以维持、延续生命的高级物质，其内容是很微妙深奥的，为了进一步深化“精气神”的内涵，这就首先要谈谈“气”。

“气”是有物质基础的，因为宇宙万物之生长、发展、运动、变化，都是“气”在起作用，没有“气”什么也都不存在了。“气”就是动力，就是能量，就是功能。人之所以有生命的活动，同样也是由于“气”的活动功能。所以，明代张景岳先生著的《类经》就强调说“夫生化之道，以气为本，天地万物，莫不由之，……人之有生，全赖此气”。

人由胚胎时期开始，“气”就有了萌芽，因为他要靠母体进行内呼吸，以吸收营养、发育、成长，这是依赖先天母体的祖气（精气）。等到胎育成熟离开母体，断了脐带之时，婴儿“哇”的一声震动肺络，即靠自身的呼吸调节，依赖天气（自然之大气）给予的条件完成呼吸的动作，这个呼吸动作就是“气”的能动作用，也就是后天生命的开始。

虽然人离开母体承受先天祖气（精气）并得到天气的资助，以能动地开始了呼吸，但是必须要靠后天的饮食物的培养，这个生命动力的“气”才能延续发挥作用。不难理解，后天之气要靠饮食物的充养培育，所以人落生以后第一个信号就是“哭”，用“哭”的声音震动以行呼吸；第二个信号就是“噢”（吮奶），而

且嗅的是那样的香甜，开始了后天胃的受纳，以摄取营养。

“气”没有一定的形状，也看不见它的体积，是看不见摸不着的能量，是能够自由散布的气体。气息、呼吸都是“气”。“气”在人体是流动的，周身上下，表里内外，五藏六府，四肢百骸，十二经络（还有任脉、督脉、冲脉、带脉、阴维、阳维、阴跷、阳跷诸脉），无处不到，因为他是生于先天，禀于后天，所以又有先天祖气（精气、肾气），后天谷气（胃气）的名称。我们从汉字“气”字的结构形成来看，也反映出这个问题。“气”字的古写形象逼真，如“气”，像气流动的样子，但它须靠后天五谷不断充实，因此，在气里加个米字，这就不难看出中华民族的祖先（古人）创造这“方块字”是有它一定依据的。

因此，“气”在人体主要指的是真气（真气即正气，是由先天之气，天之大气，后天水谷之气合和而成，为生命的动力）。它通过在上的肺呼吸，通过鼻息沟通天气，在下的命门（肾之真阳之火）引动呼吸，完成内外的真气整个呼吸。这个整体的呼吸能动作用是人的生命根本，人气足则强，人少气则衰，人无气则死。练（炼）气养生就是加强真气的能动作用。这就要求人们一要练气，更好地发挥气的能动作用（浩然之气）；二要不生气，不伤气（情欲之气），以养人的能动作用。因此“气”在人体是非常重要的，气滞则病，气少则衰，气绝则亡。

“精”（精生于先天，禀于后天）是先天祖气之精微与后天水谷之精微所化生的物质；“气”是先天祖气与水谷之精气以及所吸入的大气所合并而成的动力。“精”和“气”是人体一切生理活动的主要物质，而“神”则是人体一切精神、思维活动的体现。由此可见“精”是养人生命的基本物质；“气”是养人生命的能量动力；“神”是养人生命的活动体现。有了“精”才能有“气”，有了“气”才能有“神”，无“神”就说明“气”虚，“气”虚就说明“精”少。“精气神”虽然各有所主，实是一个不

可分割的整体，分之为三，合之为一。“精”化“气”，“气”化“神”，“神”化“精”，以生以长互相滋生，生生化化无有终止，因而生命能够延长。

“精气神”三位一体，不可分离，存则俱存，亡则俱亡，因此古人有“精脱者死”、“气脱者死”、“失神者亦死”的论述。所以“精气神”三者，是人体生命存亡的关键，只要精足、气充、神全，自然能够摄生长寿，祛病延年。但怎样才能调养“精气神”呢？第一应当养精蓄锐，第二应当积精养气，第三应当聚精全神。因此，养精、积精、聚精应是第一位的重要。这就是“精气神”的最根本的物质。除了适当调节食物营养以外，诸如起居、生活、工作、爱好（如书画、音乐、弈棋、品茗）等，都需要进行调节，要顺乎自然规律。譬如饮食要有节制，更不可偏食，起居有时，生活要有规律，工作不可过度疲劳，情志的修养，适合的锻炼身心等。最好的方法就是强调锻炼身体，如太极拳、气功、八段锦等形式（动、静练气功法），就是很好的锻炼方法。当然，进行锻炼就要请教行家、老师（明师）指导练习，万不可乱练，乱练无功，反而有害。中医讲“春夏养阳，秋冬养阴，以从其根”，因为阳气根于阴，阴气根于阳，无阴则阳无以生，无阳则阴无以化，阴阳互为根蒂。春夏为阳气生旺之时，人必须顺其自然以养阳气；秋冬为阴精收藏之时，人必须顺其自然以养阴血。无论锻炼何种运动（功法）都应当顺其自然，以养天年，健康长寿（尽终其天年）。

为了探索人的生命延年与减缓衰老，我们的祖先积累、总结出多种养生经验，练功家强调“练津化精，练精化气，练气化神，练神还虚”的一整套系统的练功养生方法，关键在“练”字上下功夫，练者，炼也，一定要得法，要“循序渐进”，不可“急于求成”。人的生命保证是“精气神”，人的衰老因耗“精气神”，所以人要抗老防衰，延年益寿必练“精气神”。因此，人除

了饮食、药饵、情志调养以外，最主要的是靠运动，“生命在于运动”是外国人的语言，其实我们的祖先在有文字记载就已有了各种运动的形式。后汉的华佗就曾说过“动摇则谷气得消，……譬犹户枢，终不朽也。”还说“流水不腐，户枢不蠹”。经常运动身体，使身心健康，是不会过早的衰朽的，如果合理的进行运动，“持之以恒”，当然对于“精气神”的调养是大有裨益的，从而能够提高人的生命系数，缩短衰老时间，达到抗老防衰的康寿目的。



# 中医学的虚损与疲劳综合征

吉良晨

虚损，是中医的病名，见《肘后备急方》（简称《肘后方》，为晋·葛洪所撰）。此病早在汉·张仲景所著《伤寒杂病论》的《金匱要略》一书里称为虚劳，后世又称为劳倦、劳伤，都是属于内伤的病症。此病多因七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊）内伤，起居无常，饥饱失调，劳伤脾气。顾名思义，虚者亏虚，损者损伤，故名虚损。

虚损，是由亏虚而损伤，其原因是来于劳倦，此劳倦非一时之劳倦，而是较长时间的过于劳倦，所以劳倦又称为劳伤。由此可知劳倦、劳伤皆虚损也。《金匱要略》所称的虚劳，据《诸病源候论》、《圣济总录》等文献分析，虚劳包括因气血、脏腑虚损所致的多种病症，以及相互传染的骨蒸、传尸。后世文献多将前者称为虚损，后者称为劳瘵（劳瘵，病名，见《三因极一病证方论·劳瘵叙论》）。劳瘵是虚损之重症，多有传染性。在清·沈金鳌所撰的《杂病源流犀烛》中云：“五脏之气，有一损伤，积久成瘵，甚而为瘵。瘵者，劳也，劳困疲惫也。瘵者，败也”……。由此可以看出，仲圣所说的虚瘵，见《金匱要略·血痹虚劳篇》论中所讲的虚劳包括虚损的进一步发展，亦虚损日久的重症。

两千多年前的《内经·举痛论篇》云：“劳则气耗”。说明过度疲劳会使真气耗散。此气系指全身之气，亦即“正气”，此病重点损伤是在脾肾，为什么说重在脾肾呢？因为“九成病是吃出来的”，由于饮食不节伤及脾胃之气。中医学认为脾胃为后天之本，所以饮食的结构失调，暴饮暴食，饥饱失调，都会引起胃的受纳，脾的运化功能失调。时间久了会伤之于肾，因为肾是先天

之本，长时间的饮食无节，脾胃失调，则营养淤积，或营养缺乏，脾气受损运化无力，势必求援于肾。因为“肾藏精”，肾气是元阴（水）、元阳（火）所产生的动力，损阴伤阳肾气虚衰，必然精气匮乏。脾主运化，肾主藏精，过多的房劳亦可伤肾，脾肾均受损伤，不虚何待！虚损的病名、病因、病机、病症即由此而来。

由于虚损过劳耗散精气，因此在临证（床）所见大多出现脾肾两虚的症状。诸如纳食不甘，倦怠乏力，精神萎靡，腰酸腿软，少气喜卧，甚则头晕耳鸣，健忘不寐，尿频便溏，大便秘结，遗精早泄，阳痿不振，月经不调等症。以上所述，总不外先天不足与后天过于劳伤所致。先天的关键在于肾，后天的关键在于脾，由于长期亏虚，精气的运载动力超于正常的负荷能量，“透支太过”，形神俱衰，体质逐渐下降，极易影响五脏的关联，造成其他病变，因此，对于人的整体的健康危害极大。现代的糖尿病、高血压症、肥胖病、抑郁症以及谈“艾”色变的艾滋病，都与虚损病有着关联，不是吗？这正是中医学所关注的问题，因此它不是孤立地存在的。中医说的“正气存内，邪不可干”（《素问遗篇·刺法论》）、“邪之所凑，其气必虚”（《素问·评热病论篇》）正说明了这个道理。疲劳综合症，是现代医学的一种新的病名概念，但它已道出了“疲劳”的本质，所谓的“综合症”是指已被发现的虚弱症状的综合征象，有些症状的表现很似中医说的虚损病。

中医学认为此病因虚而损，因损而虚，互为因果，已找出了它的致病因素。它并非是亚健康状态，亚健康状态是觉自身不适，总感觉力不从心，对于工作、生活又无多大的妨碍，也检查不出什么病来，说它健康吗！又不健康，说不健康吗，又找不出身体的毛病。而虚损一病确是病态，是损伤精气的结果，精气受损，神从何来？所以有的医学家说这是“透支生命”，是很有道

理的。“生命”，是指一个活生生的机体，是人的活的精气神动态，是健康的体现，是极其珍贵的躯体——生命的动力。

人是最复杂最高级的生物，古人称人为万物之灵，人的一切生命运动，特别是思维的物质运动，具有超物理作用，超功能作用，目前自然科学的任何手段还无法加以揭示。自然科学还得向更高的阶段发展，向生命科学发展，向人类生命科学发展。

两千多年前的《灵枢·经水》中云：“八尺之士，皮肉在此，外可度量切循而得之，其死可解剖而视之”的论述。在《难经》更有脏腑的容积、尺寸、大小等记载，如“心重十二两，中有七孔三毛，盛精汁三合，主藏神，脾重二斤三两，扁广三寸，长五寸，有散膏半斤”。又如胃的重量，大小肠的长短等记之甚详。在《难经·四十四难》还有“胃为贲门，太仓下口为幽门，大肠小肠会为阑门”等等说明的内容。中医学虽有解剖的论述记载，但中医学不是建立在尸体解剖学的基础上的，而更重视的是人的活的躯体。它以功能及生命运动的形式存在着，它是运动的，变化的，所以无法从尸体解剖上看到，以形态学的手段是难以证明它的科学性的，因为人死了，生命运动就停止了，消失了。那么中医这些理论，究竟怎么来的呢？是不是凭空想出来的呢？不是的，一句话，是从实践中产生出来的，是实践升华的结果。中医学的《藏象》内容就是把人看做是内外统一的生命，活的整体功能动态，如“心主血脉”，“肝藏血”，“肺与大肠相表里”等，是独特的理论体系。它非常重视精气神，把精气神视为人之三宝，正如人们常说的“天有三宝日月星，地有三宝水火风，人有三宝神气精”。精，是养人的物质，气，是人的动力，神，是活力的体现，只有精气神充沛，人才有活力，生命力才旺盛。人之所以有生命活力，是来源于脏腑、血脉、经络、精气神的整体调节，如果调节失常则诸病易生，何处失调则何处发生病变，甚而影响其它部分发病。中医很注重阴阳平衡，人体的阴阳贵乎平衡，平

则不病，不平则病就是这个道理。

中医学是寻求健康的医学，是整体医学，是实践医学，因之它是人的生命医学。中医学非常重视人体自身的自我调节功能，更好地注意到人体各脏腑之间的密切关系。中西医各有擅长和特点，有各自的优势，但从某种意义来讲，中医更有其优势，似比西医更高级、先进的多，更好地调动了人体的自我调节能力。

中医学的特点是什么？我说可以用十二个字加以概括，即“整体观念，理法方药，辨证论治”。“辨证论治”又称辨证施治，是理、法、方、药运用于临床的过程，是中医学术的基本内容。即通过四诊八纲、脏腑、经络、病因、病机等中医基础理论对病人表现的症状、体征所得的临床资料进行综合分析，辨别为何种证候称为“辨证”，在“辨证”的基础上，定出治疗措施称为“论治”。因此中医治病不是一方一药的问题，它的手段和方法就是“辨证论治”。证变法亦变方亦变药亦变，不是根据某病用一方一药一直吃到底的，是因人、因地、因时、因证制宜，既有高度的原则性，又有机动的灵活性，因为它是建立在“证”的基础上的。要真正了解中医诊病突出的特色，首先要搞清楚“症”、“证”、“病”三者的概念和关系，才能正确理解中医的特点。什么是“症”呢？“症”，即症状，包括病状与体征两部分。“证”，是指证候，这是中医学的专用名词，即是机体在疾病发展过程中某一阶段的病理概括，也就是说当疾病发展到某一阶段而出现的一组症状群。“病”，是指疾病，如感冒、痢疾、胸痹、虚损等；即机体在一定的致病因素下，所发生的一系列病理变化的总过程，包括疾病的初期阶段，发展变化阶段和后期阶段，直到痊愈或死亡的全过程。

中医认为一种疾病可以表现出不同的证候，而不同的证候则是不同的症状组成的，所以要依据证候来治疗疾病。“辨证论治”，就是指根据中医辨别疾病的证候而制定相应的治疗方案。

当我们了解到中医在临证（床）治疗疾病时所用的手段和方法，也就不难理解中医学的“辨证论治”的精神实质。

综上所述，虚损一病（包括“疲劳综合征”），如辨证属脾肾两虚证时，在治则（立法）是以虚则补之为大法，但补什么呢？因为是脾肾两虚证，当然要补益脾肾。“证”定出来以后，就要考虑到“治”（选方遣药）。以虚损病的脾肾两虚证为例，给以补益脾肾的方剂（药物），参考前人对本病的治疗经验和自己的临证用药体会，提出以下具体措施供参考。

### 1. 桂枝汤加制黄精（余定为桂枝加黄精汤）

药味：桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣、黄精。

### 2. 化裁

偏于脾虚的可加白术、党参。

偏于肾虚的可加女贞子、五味子。

### 3. 中成药

偏于脾虚——香砂六君子丸。

人参健脾丸。

偏于肾虚——六味地黄丸（阴虚）。

桂附地黄丸（阳虚）。

### 4. 补益药（饮片）的选择

补气药：人参、党参、黄芪、白术、山药、太子参。

补血药：当归、熟地黄、何首乌、阿胶、龙眼肉（桂圆肉）。

补阴药：干地黄（生地）、北沙参、麦门冬、玉竹、黑芝麻、生龟板、生鳖甲。

补阳药：淫羊藿、肉苁蓉、益智仁、杜仲、续断、菟丝子、肉桂、附子。

### 5. 自身锻炼

#### （1）吞津

洗面（脸）

浸足

(2) 敲三关（百会、风池、太阳）。

揉神阙（肚脐）。

搓涌泉（足心）。

点三里（犊鼻穴，外膝眼下三寸）。

按三阴（三阴交穴，内踝直上三寸处）。

(3) 气功、八段锦、太极拳。

人的幸福是什么？因为人的爱好、愿望不同，思想境界各异，所以很难用一个标准来衡量，但有一点应是共识的，有一个健康的身体即是幸福。我说真正的幸福是健康长寿，愿我们大家都充满活力，焕发青春，幸福的度过人生，达到健康长寿！

## 金世元



金世元，男，生于1926年，北京卫生学校主任中药师，中药专家，国务院政府特殊津贴享受者、北京市有突出贡献专家、首都医科大学中药学院客座教授、全国首批继承老中医药专家学术经验指导老师；并任中华中医药学会终身理事、中成药分会主任委员、临床药物评价专家、国家科技部秘密技术中医中药审查专家、国家自然科学基金委员会中医中药项目评议专家、北京中医药学会顾问、中国保健食品协会常务理事、《北京中医》、《首都医药》、《光明中医》、《中药研究与信息》等杂志编委。

金世元14岁进入北京市复有药庄学徒，1940~1942年于北京市“中药讲习所”学习，建国后进入北京市药材公司，专门从事中药研究工作，1957年通过国家考试，获中医医师资格，1961年调入北京卫生学校，创建中药专业。

长期从事中药实践、教学与科研工作，足迹遍布祖国药材产地，掌握了一套鉴别药材真、伪、优、劣的娴熟本领，尤对“道地药材”的性状、特征、产地、规格、质量有其独到鉴别技能。在中成药研究方面，包括对方剂来源、历史考证、药物组成、配伍意义、功效特点等颇有建树。在中药炮制方面，有较深的理论基础和丰富的实践经验。著有《中成药的合理使用》，主编有《中药炮制学》（全国统编教材），合编有《中药材大辞典》等11部著作，发表专业论文60余篇。

# 谈中药炮制与临床应用

金世元

中药炮制，是祖国医药学的重要组成部分，它对于临床治疗，在促进药物效用，起着重要作用。中药凡在调配处方和配制成药之前，大都需要经过各种不同方法的加工处理，这种加工处理过程，统称为“炮制”。

炮制的方法很多，但各有其不同意义。兹综合历代医家所述，归纳为以下几方面。

## 一、除去杂质及非入药部分

一般植物药都需要经过挑、筛、洗、漂等加工处理。洗净泥砂，拣净杂草，以及去心（远志、巴戟天），去皮（桃仁、草果仁、益智仁），去核（山茱萸、金樱子、诃子），去芦（人参、玄参），去毛（枇杷叶、石韦、狗脊），去刺（苍耳子、白蒺藜），去瓢（枳壳）；动物有的需要去头（乌梢蛇、白花蛇），有的需要去头、足、翅（斑蝥），有的需要除去皮肉、血、垢（龟板、鳖甲）；矿物类去净泥土砂石；贝壳类去净泥砂、苔藓等异物。以上不同的加工方法，主要为了使药物清洁净纯，便于服用，防止副作用，以保证用量准确，达到质纯效宏的目的。

## 二、区分药用部位，利于发挥疗效

中药有些品种，虽同出一体，但在效用迥然有别，必须通过炮制加工，严格区分，利于发挥疗效。如麻黄（用茎枝）功能发汗、平喘、利尿，主治外感风寒无汗的表实证（如《伤寒论》麻黄汤），而麻黄根（用根）功能止汗，主治体虚自汗、盗汗



(如《局方》牡蛎散)。莲子，又称莲子肉，其性味甘、涩、平，功能养心、益肾、补脾、涩精，主治遗精、白浊（如《局方》清心莲子饮），又治脾虚泄泻（如《局方》参苓白术散）；而莲子心性味苦寒，功能清心热，除烦止渴，主治心火亢盛、烦躁口渴（如《温病条辨》清宫汤）。蜀椒（用果皮）功能温中散寒、除湿、止痛、杀虫，主治脘腹冷痛，呕吐腹泻（如《金匮要略》大建中汤）；而椒目功能下气行水、平喘，主治水饮停蓄，小便不利，遍身水肿（如《世医得效方》疏凿饮）。

### 三、消除或降低药物毒性和缓和副作用

中药有少数品种是含有不同毒性的，这些含毒中药，凡在入药之前，都必须经过依法炮制，精心加工，使质量合乎标准后，方可入药；否则，服后轻者发生不良反应，重者可危及生命。关于毒药的炮制与应用，古人是非常注意的。如我国最早的医学典籍《黄帝内经》中的半夏秫米汤，就用的是制半夏。汉代张仲景《伤寒论》中，对毒性中药的应用，更为谨慎，凡用有毒药物，均在脚注上注明炮制要求。如巴豆：去皮、心，熬黑。商陆根：熬。芫花：熬。瓜蒂：熬黄。附子：炮，去皮，破八片。半夏：汤洗等。再如《珍珠囊补遗药性赋》上说：“草乌疗风痹，生用使人蒙”。上述记载都是古人临床应用毒性药物的经验，并提示后人切切注意，不可忽视。

建国后，党和政府为了保证人民用药安全有效，对于含有毒性的中药，无论在使用上还是在管理上都极为重视，制定了必要的制度，如《中华人民共和国药典》（1997年版，一部）将收载的有毒中药，分别注明有大毒、有毒和有小毒，在炮制项上规定了具体的炮制方法，在用法用量项下，每种都有明确规定，并且有的品种，还规定了含量标准。如制马钱子粉含土的宁为0.80%，巴豆霜含油量为18%~20%等等，这些都是我们对有

毒的中药炮制与应用唯一的依据。

缓和药性，是经过炮制，缓和某些药物的偏性，减少服后发生的不良反应，如苍术性味辛燥，用米泔制，可减低燥性（减少部分挥发油，缓和对胃的刺激性）；马兜铃性偏苦寒，多用致人呕吐，经蜜制后，可免除其副作用，且可增加润肺止咳功效；肉豆蔻功能温中散寒，固肠止泻，但因生品含有大量的挥发油和脂肪油，生用反致滑泻，故煨去油；莱菔子气味辛烈，生用上逆，每易致呕，经炒黄后，气味缓和，重在下气消痰。正如清代《修事指南》所说：“煨者去坚性，煨者去燥性，炙者取和中之性，炒者取芳香之性，浸者去燥烈之性，蒸者取味足”。这说明，如果药物炮制得当，可以矫正药物的偏性，缓和其副作用，提高临床疗效，适应治疗要求。

#### 四、增强药物疗效

药物在炮制过程，常加入一些辅料，它可以与药物起到协同作用，增强药物功能。如延胡索其有效成分为生物碱，经醋制后，可使生物碱转化为醋酸盐，增加了在水中的溶解度，故加强了止痛活血作用；淫羊藿用羊脂油制后，可促进助肾兴阳之功；阿胶用蛤粉烫制，可增强润肺平喘、止咳化痰效果；半夏用生姜制可以加强半夏化饮止呕作用，且生姜还可解半夏毒；黄酒制蕲蛇，可促进活血散风功效，又可减少腥浊之味。又如蜂蜜制，一为增强润肺止咳之效，如炙款冬花、炙紫菀；一为增强补脾益气之效，如炙黄芪、炙甘草。其他如朱砂面拌制品，取其加强镇心安神作用，如朱麦冬、朱茯神等等。正如宋代《太平圣惠方》说：“修制合度，分两无差，用得宜，病无不愈”，这说明，药物炮制得法，对促进疗效，有很大关系。

## 五、转变药物性能，适应医疗需要

性能，就是药物的性质和功能。它主要包括四气、五味、升降沉浮、归经等。为了适合患者的病情和体质不同的需要，药物通过炮制，可改变其性能，以密切配合临床要求。

### 1. 转变药物性味

如生何首乌苦甘涩，性偏寒主泻，可通大便，解疮毒，治瘰疬；而经黑豆汁、黄酒炮制后的制首乌性变甘温主补，可以补肝肾、益精血，还可以治须发早白。生地黄味苦性寒，重在养阴清热凉血；经黄酒制后的熟地黄性变甘微温，功专滋肾补血。天南星苦、辛、温，功能燥湿化痰，祛风解痉，善治湿痰咳嗽，风痰眩晕，中风歪斜等；经牛胆汁制后为胆南星，性变苦凉，反涤热痰，平熄肝风，常用于小儿高热痰盛，惊风抽搐。桑白皮生用味甘寒，功能泻肺行水消肿，多用于治疗水肿，小便不利；经蜜制后的炙桑白皮，寒性较缓，长于润肺止咳，化痰平喘。生蒲黄性味甘平，功能行瘀活血；蒲黄炭性质变涩，主治各种出血。

### 2. 转变药物作用的趋向

疾病，由于病因不同，所表现的症状也各有区别。有向上的，如呕吐、呃逆、喘促；有向下的，如泻痢、脱肛、崩漏、带下；有向外的，如阳气浮越；有向内的，如表邪不解，热陷心包、疹毒内攻等。而与之相适应的药物，就有升、降、浮、沉的功能，这就是药物的客观属性。但属性经过炮制，往往是可以改变的。如砂仁功能行气和中，开胃消食，作用在中焦；经盐制后，则可下行温肾，治小便频数。大黄生用苦寒直降，走而不守，具有荡涤肠胃、泻热通便之功；酒炒大黄却能引药力上行，驱热而下降，主治头目诸热。如李时珍说：“升者引之以咸寒，则沉而直达下焦；沉者引之以酒，则浮而上至巅顶”，由此可知炮制对中药作用的趋向确有很大关系。

### 3. 炮制对引药归经的影响

归经，即某些药物对某些脏腑、经络的病变起一定的治疗作用，谓之归经。药物通过加入不同辅料炮制后，对归经有一定的影响，它可引导药物直达病所，在一定的脏腑、经络更好发挥疗效。如《本草蒙筌》指出：“入盐走肾脏仍仗软坚，用醋注肝经且资住痛”。就是这个道理。比如，柴胡其主要功用为清热退烧，和解表里，次要功用为疏肝解郁，医生在临床治疗时，为了使其引药入肝，功专疏肝解郁，常用醋炒柴胡。另外，凡疏肝理气之品，多用醋制，如醋香附、醋青皮等。再者，活血行瘀之品，也多用醋制（因肝藏血，有调节血量的功能），如醋莪术、炙乳香、炙没药、醋炒五灵脂等。凡温肾强腰、散寒治疝的药物，多用盐制，如补骨脂、杜仲、小茴香、益智仁、橘核等。其他如麸炒醒脾，土炒和中，均属归经之意。

## 六、便于制剂调剂和易于有效成分煎出

矿石、贝甲、化石及某些坚硬植物的根及根茎、木质、果实种子类和动物的角质药材，整品既不利于调剂和制剂粉碎，且在短时间内有效成分也不易煎出，因此，均须针对药材的不同质地情况，分别进行炮制处理，才能确保疗效。如矿石类的磁石、代赭石须火煅后醋淬；坚硬的根及根茎类如乌药、土茯苓、草薢、天麻、白芍等均须切成薄片；木质类的苏木、降香、檀香和动物角质类的羚羊角、犀角、广角、鹿角等，均须镑成薄片；果实类的木瓜、枳壳等也须切成薄片；种子类的草决明、牵牛子、白芥子、牛蒡子等，均须炒黄，用时捣碎。此外，还有一些坚硬药材，常研成细粉随汤药分冲服用，如羚羊角粉、水牛角粉、旱三七粉、沉香粉、朱砂粉等等。上述各种炮制加工方法，其主要目的都是为了药物的有效成分充分溶解，保证临床治疗效果。

## 七、矫味、矫臭

动物类或具有腥臭气味的药材，服后往往引起恶心，甚至呕吐，所以，矫味、矫臭在医疗上也是必要的。中药的很多炮制方法都带有矫臭的作用。如麸炒僵蚕、蛇蜕；醋炒鸡内金、五灵脂；砂烫醋淬的龟板、鳖甲；黄酒蒸制的紫河车、乌梢蛇；滑石烫的刺猬皮等等。

综上所述，中药炮制是一门极为复杂的科学。由于中药来源于植物、动物和矿物等自然界物质，在这些原生药中，有的含有毒副作用；有的含有杂质及非入药部分，如动物之瘀血积垢，植物、矿物夹有杂草、泥砂等异物，如不加以剔选或清除，便不堪入药。况且，有的药材体积大、坚硬，不便于调剂、制剂和有效成分的煎出；有的需要区分入药部位；有的因生熟不同或炮制所用辅料不同，作用各异等等。因此都须通过炮制进行适当处理，才能供临床应用。以达到去粗取精，去伪存真，降低毒性，缓和药性，提高疗效之目的。从上述不同的炮制目的来看，无不与临床密切结合，为临床治疗服务。历来医靠药治，药为医用，二者不可脱离。因此，中医在开方时，对炮制要求必须明确，中药人员在调配药品时，亦须遵照医师的用药意图，应炒则炒，应炙则炙，形成在临床上的有机整体，以便起到更好的疗效。

# 论中成药的合理使用

金世元

## 一、中成药的概念、形成、发展与应用

中成药是祖国医药学中的重要组成部分，有着悠久历史和丰富内容。凡传统中成药都是我国历代医家经过千百年来的临床验证总结出来的有效方剂配制而成的。它以疗效显著、副作用小而著称。因此，不仅为我国广大人民所喜用，而且在某些国家和地区也享有很高声誉。

随着科学技术的迅速发展，中医诊疗水平也有了很大的提高。近年来，他们以临床应用多年的有效处方，利用严谨科学的实验手段，密切结合临床验证，又研制出很多新品种，有些品种还填补了以往在某些病种中缺药的空白；在制剂方面，采用先进的制剂技术研制和改进了很多新剂型，如颗粒剂、胶囊剂、滴丸、口服液、注射剂、气雾剂等。这些新品种、新剂型都是根据中医基础理论和配伍组方原则，采用炮制合格的中药为原料配制而成的，所以，统称“中成药”。通过多年来的不断补充、改进、发展和提高，才逐渐形成当今的数以千计、门类齐全和丰富多彩的中成药。

建国后，中医事业在党的中医政策的正确指引下，由于医疗事业的需求，中医人员大量增加，西医学习中医，运用中西医结合方法治疗疾病也早已形成。所以，中成药的使用更为广泛。并且，近年来，广大未经系统学习中医、中药基础理论的西医人员在临床中也大量应用中成药，致使中成药用量日益猛增。然而，由于中成药存在着品种繁多，配方各异，剂型复杂，疗效不同等

因素，因此每一种中成药各有它的一定疗效特点和适应范围。所以，中成药用之得当，可迅速奏效，反之，轻者浪费药品和贻误病情，严重者可危及生命，对此决不可轻视。近年来，临床上由于用药不当，发生很多医疗事故，造成患者不应有的痛苦和经济损失，因此，中成药能否合理应用将直接关系到临床治疗效果和用药安全，以及节约药品的重要问题。

## 二、中成药合理用药的基本概念与指导原则

### 1. 合理用药的基本概念

中成药合理应用是指运用中医辨证理论和中药组方配伍原则的综合知识指导用药。在充分掌握病情和所用药物性质、功效的基础上，安全、有效、简便、经济的应用药物。使药效得到充分发挥，毒副作用降至最低水平，防止或减轻不良反应，使患者得到最好的治疗效果。

### 2. 合理用药的指导原则

中医治疗疾病的特点是“整体观念”和“辨证论治”

(1) 整体观念：中医学认为人体是一个有机整体，各组织器官是不可分割的，在功能上是相互协调、相互为用的，在病理上是相互影响的。同时也认识到人类生活在自然界中，人体生理功能和病理变化，直接或间接地必然受到自然环境、地理和气候的影响。所以在诊断疾病时非常强调整体观念，临床中要根据病情的具体表现，因时、因地、因人制宜，全面考虑，不能孤立的对一个任何症状而概括疾病全面。

(2) 辨证论治：是中医诊断和治疗疾病的基本原则。辨证，就是在整体观念的指导下，通过“四诊”（望、闻、问、切）所搜集的病情资料，运用中医理论和方法，归纳、分析疾病的各种症状和体征，从而判断疾病的证候性质。论治，则是根据辨证的结果，按照中医的治疗原则，确定相应的治疗方法和方药。辨证

是论治的前提和依据，论治是治疗的手段和方法，二者不可分割。这是中医在治疗疾病中常称的理、法、方、药的具体概括。临床应用中药汤剂或中成药，都必须掌握中医的基本知识，如中医学基础、中医诊断学、中药学、方剂学和中成药学等，尤其临床所用的众多中成药中有很多品种名称类似，也有一些同类中成药其说明书在功效方面表述笼统，难以区分，但它们之间处方所用药物不同，其功效有很大区别。如不了解处方组成、药物性质、功能主治、适应症、很难正确应用。但目前有些医生对这方面知识还很生疏，故出现很多错用、乱用中成药现象，致使临床治疗效果不佳，甚至发生不良反应，这不仅造成患者不应有的痛苦和经济损失，也给中医中药的固有声誉带来不良影响。

### 三、临床的错用、乱用中成药的现象

#### (一) 名称类似的中成药

##### 1. 几种牛黄清心丸的功效区别

目前市售的牛黄清心丸有三种，即：局方牛黄清心丸、万氏牛黄清心丸和久芝清心丸。这三种牛黄清心丸由于处方组成药物不同，其功效迥然有别。尤其局方牛黄清心丸为治疗疑难病——中风病的著名中成药，若错用其它清心丸会引起不良反应。现将三种牛黄清心丸的处方组成药物和功效分析如下：

(1) 局方牛黄清心丸：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，原名牛黄清心丸。处方药物是由牛黄、羚羊角粉、水牛角粉、麝香、山药、人参、白术、茯苓、甘草、当归、川芎、白芍、阿胶、大枣、干姜、麦门冬、黄芩、白蒺藜、苦杏仁、桔梗、大豆黄卷、六神曲、肉桂、蒲黄、防风、柴胡、朱砂、雄黄、冰片所组成。本品具有益气养血，镇惊安神，化痰熄风之功效。用于气血不足，痰热上扰引起的胸中郁热，惊悸虚烦，头目眩晕，中风不



语，口眼歪斜，半身不遂，言语不清，痰涎壅盛等症。发生本病的主要因素，在于平素气血亏虚，加之忧思恼怒，精神紧张，饮酒过度等，以致阴亏于下，肝阳暴张，阳化风动，气血逆乱，挟痰挟火，直冲于脑，上扰心胸，故症见胸中郁热，惊悸虚烦，轻则出现血压偏高，头晕目眩，颈部强紧，指端麻木等中风先兆症状；若横窜经络，则症见口眼歪斜，半身不遂，言语不清；严重者，可见中风不语，痰涎壅盛，神志不清等症。方中主以牛黄清心热，豁痰，开窍，以羚羊角粉清肝热，平熄内风，以水牛角粉凉血热，解毒，以麝香活血通经络，芳香开窍，苏醒神志；辅以山药、人参、白术、茯苓、大枣、干姜、补脾益气，以当归、白芍、川芎、阿胶、麦门冬补血养血，滋阴柔肝，用以扶正固本；配黄芩清诸热，白藜、桔梗、苦杏仁开郁散结，疏利胸膈，以肉桂、蒲黄疏通血滞，以防风、柴胡祛除风邪，以大豆黄卷健脾化湿，六神曲健胃化滞，使之补而不呆，滋而不腻，用朱砂镇惊安神，雄黄燥湿化痰，以冰片助麝香芳香开窍并可引诸药直达病所，迅速奏效，以上均为佐使药。诸药合用，配伍精当，有主有从，共起清心化痰，镇惊熄风，补益气血之效。但处方中含有大量的滋补之品，故对温热引起的高烧不退，烦躁不安等症不宜应用。

(2) 万氏牛黄清心丸：方源于明代《景岳全书·引痘疹世医心法方》。处方药物是由牛黄、黄芩、黄连、栀子、郁金、朱砂所组成。具有清热解毒，镇惊安神作用。用于温热内闭，烦躁不安，高热不退，甚至神昏谵语等症。由于本品处方组成多为苦寒降火之品，故对气血不足或阴虚阳亢引起的中风之证不宜服用。

(3) 久芝清心丸：方源于《北京市药品标准》。处方药物是由大黄、黄芩、桔梗、人工牛黄、冰片所组成。具有清热泻火，导滞通便作用。用于胃肠积热引起的头晕目赤，口舌生疮，牙龈肿痛，大便秘结等症。

以上三种成药，名称类似，但组成药物有别，功效迥然不同，不能混用。

## 2. 几种活络丹（丸）的功效区别

目前市售的活络丹（丸）有三、四种之多，其中用量最大的是大活络丹（丸）与小活络丹（丸）两种。由于很多临床医生对这两种成药的处方组成药物不甚清楚，因此，认为此两种成药的功效基本一致，只是疗效强弱不同，价钱贵贱之分，故在临床中经常混用，这是用药的错误。实际上这两种成药处方组成药物截然不同，功效也有原则上的区别，现将两种活络丹（丸）处方组成药物和功效分析如下：

（1）大活络丹（丸）：方源于清代《卫生鸿宝》，原名“大神效活络丹”。此药为治疗疑难病——中风后遗症的常用著名中成药。本方组成药物：防风、白芷、羌活、威灵仙、蕲蛇、乌梢蛇、沉香、木香、香附、乌药、乳香、没药、麝香、血竭、地龙、全蝎、天麻、僵蚕、牛黄、天竺黄、人参、白术、茯苓、甘草、当归、熟地黄、何首乌、川芎、赤芍、龟板等 50 味中药组成。本方组成药物虽然较多，但配伍得当。如祛风通经络的防风、威灵仙、蕲蛇、乌梢蛇等；熄风清热化痰的全蝎、天麻、僵蚕、牛黄、天竺黄等；行气活血的沉香、木香、香附、乳香、没药、麝香、血竭等；补益气血的人参、白术、当归、熟地黄、何首乌、茯苓、甘草等。上述几方面的药物作用并不是孤立进行的，是相互协调，相互促进，共同发挥作用的。综观此药效用，重点在于散风活血通络；辅以益气补血，清热化痰之品。此药对中风后遗症，如口眼歪斜，半身不遂，手足麻木或拘挛，言语蹇涩，筋骨无力，行履艰难等有卓越效果。

（2）小活络丹（丸）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，原名活络丹。由于大活络丹（丸）处方组成 50 味药，小活络丹（丸）处方组成仅用 6 味药，况且功效也有原则上的不同，故后

世为了区别这两种成药，特将前者称“大活络丹”，后者称“小活络丹”。小活络丹处方药物组成是由制川乌、制草乌、制乳香、制没药、胆南星（原方为炮天南星，清代《医方集解》改为胆南星）、地龙。本品具有温经散寒，除湿活血通经络之效。主要用于风寒湿邪或湿痰、瘀血阻滞经络引起肢体疼痛，麻木拘挛等症。方中主以制川乌、制草乌温经通络，祛经络之寒湿；辅以胆南星散风通络，祛经络之湿痰；佐制乳香、制没药化经络之瘀血，并能止痛；用地龙性善走窜，功在行血通经活络。诸药合用，则风寒、湿痰、瘀血得以解除，使经络疏通，气血调和，诸症自愈。但应注意，此药含有大辛、大热的制川乌、制草乌等燥烈药性之品，故对中风引起的后遗症不宜服用，若患者服用后，可出现头晕、烦躁等不良反应，尤其患者血压偏高者更应禁用。

### 3. 感冒清热颗粒与感冒退热颗粒

感冒清热颗粒处方，是由北京研制的，感冒退热颗粒处方，是由上海研制的。两种成药均收载于2000年《中国药典》一部。此两种成药在名称上虽仅一字之差，但处方药物组成有很大区别，因此，功效及适应症也有较大的差异。

（1）感冒清热颗粒：是由荆芥穗、紫苏叶、防风、白芷、薄荷、葛根、柴胡、桔梗、苦杏仁、芦根、苦地丁11味药组成。主要适用于外感风寒、里有内热引起的头疼发热，恶寒身痛，鼻流涕，咳嗽咽干等症。方中主以荆芥穗、紫苏叶、防风、白芷四味辛温解表药重在发汗解表；以薄荷、葛根、柴胡三味辛凉解表药疏风退热，并助上药发汗之力；以桔梗、苦杏仁利咽止咳；以芦根养阴生津；惟以苦地丁大苦大寒之品，重在清泻里热，解毒。所以本品对于外感风寒，内有里热的感冒疾病用之为宜。

（2）感冒退热颗粒：处方是由大青叶、板蓝根、连翘、拳参四味药物组成。且均为清热解毒药，并无发汗解表作用。主要适

应于感受时疫温邪引起的热毒上攻之证，如上呼吸道感染，急性扁桃体炎，咽喉炎等。

#### 4. 银翘解毒丸（颗粒、片、口服液）与羚翘解毒丸（口服液）、羚羊感冒片

（1）银翘解毒丸：方源于清代《温病条辨》“银翘散”改变剂型而来。处方是由金银花、连翘、荆芥穗、薄荷、淡豆豉、牛蒡子、桔梗、淡竹叶、甘草等。其功效：辛凉解表，清热解毒。用于风热感冒，发热头痛，咳嗽口干，咽喉疼痛。

此药原方为“煮散”剂型，原法“上杵为散。每服六钱；鲜苇根煎汤，香气大出，即服，勿过煎”。现行《中国药典》无苇根，说明较原方少一味药。

本方组成意义：风热之邪，外袭于表，故见发热头痛，风热犯肺，肺失清肃，故见咳嗽痰黄，咽喉肿痛；风为阳邪，易于化热伤津，故见口干欲饮。方中金银花、连翘清热解毒，清里透表为主；以荆芥穗、薄荷、淡豆豉疏散风热透邪外出为辅；佐以牛蒡子、桔梗、甘草宣肺祛痰，且能清利咽喉；配芦根清热生津止渴；用淡竹叶清热除烦利尿。综观本方是为清热解毒，疏散风热之剂。

（2）羚翘解毒丸与羚羊感冒片：两种成药其处方组成与银翘解毒丸基本一致，只是前者加入了少量的羚羊角粉和冰片，后者仅加入了少量的羚羊角粉。其功效与银翘解毒丸相同，只是清热作用略强一些。

#### 5. 左金丸（胶囊）与加味左金丸

（1）左金丸（胶囊）：方源于元代《丹溪心法》。处方由黄连、吴茱萸二药组成。其功效：清泻肝火，和胃止呕。用于肝郁化火引起的胁肋胀痛，脘闷吞酸，呕吐恶心，暖气嘈杂，口苦舌红等症。肝气郁结，日久化火，横逆犯胃、胃失和降，逆而上冲，以致胁肋胀痛，呕吐吞酸，口苦嘈杂等症。《素问》说：“诸

逆冲上，皆属于火，诸呕吐酸，皆属于热”。故方中重用黄连苦寒泻火，降逆止呕为主药；少佐吴茱萸辛温之品，开郁散结，下气降逆为辅药。药只两味，一寒一热，具有辛开苦降，泻肝和胃作用，适用于肝郁化火所致的上述诸症。

(2) 加味左金丸：药物组成是在左金丸（黄连、吴茱萸）的处方中加入了香附、柴胡、青皮、陈皮、枳壳、木香、黄芩、白芍、当归、延胡索、郁金、甘草而成。其功效在左金丸清泻肝火，和胃止呕的基础上，又增加了柴胡、香附、青皮、白芍、黄芩疏肝解郁，清热平肝，以陈皮、枳壳、木香理气消胀，以当归、延胡索、郁金活血止痛。对于肝郁化火引起的胁肋胀痛，口干嘈杂等症，效果更佳。

## 6. 香连丸（片）与加味香连丸（片）、香连化滞丸

(1) 香连丸（片）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》。处方药物是由黄连（吴茱萸煎汤制）、木香所组成。其功效清湿热，化滞止痢。用于湿热内滞肠道引起的下痢赤白，脓血相杂，便频腹痛，里急后重等症。方中主以苦寒的黄连清化肠中湿热，解毒止痢；配辛热的吴茱萸煎汤同炒，以为反佐，可监制黄连苦寒之性，并能利气；湿热之邪，壅滞肠中，每致气机不畅，故配辛温的木香调理气机，消胀止痛。处方药物组成虽简，治疗湿热痢疾效用颇宏。

(2) 加味香连丸（片）：方源于明代《医学入门》原方加减。处方药物是由黄连、黄柏、黄芩、木香、枳壳、槟榔、厚朴、吴茱萸、延胡索、当归、白芍、甘草所组成。其功效：清热化湿，行气导滞，用于湿热凝结，阻滞肠中引起的红白痢疾、腹痛下坠，小便短赤，饮食无味，四肢倦怠等症。其方组成是在香连丸原方基础上发展而成。此药为治疗湿热痢疾的常用成药。方中以黄连、黄柏、黄芩清利肠中湿热，止痢为主药；以木香、枳壳、槟榔、厚朴下气散结，使阻滞肠中的毒滞得以排除；佐以吴茱萸

温中利气，延胡索活血止痛；配当归、白芍养血和血，甘草清热解毒，且白芍合甘草又能缓和肠管拘挛疼痛，诸药配伍，共起清利湿热、化滞止痢之效。

(3) 香连化滞丸：方源于清代《沈氏尊生》。处方药物是由黄连、黄芩、木香、槟榔、厚朴、青皮、陈皮、枳实、当归、白芍、滑石、甘草。其功效与加味香连丸基本相同。

## 7. 逍遥丸（颗粒）与加味逍遥丸（口服液）

(1) 逍遥丸（颗粒）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》逍遥散。处方药物是由柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草、薄荷所组成。其功效：疏肝解郁，健脾理血。用于肝郁不舒，脾弱血虚引起的头晕目眩，胁痛，乳胀，食少倦怠，月经不调等症。本方为治肝郁血虚而设。肝属木，性喜条达，为藏血之脏，如情志不遂，精神抑郁，肝木失于条达，势必肝气横逆，故症见胸胁胀满，乳房胀痛；肝血不足，则见头晕目眩；肝郁气滞，影响脾胃运化，故见食少倦怠；脾虚欠运，血液生成减弱，故出现血虚，以及妇女月经不调等症。方中以柴胡疏肝解郁为主，以治致病之因；以当归、白芍养血柔肝为辅；佐白术、茯苓、甘草健脾和中，以助生化之源；少配薄荷助柴胡疏肝解郁之力，并能清散郁热为使。此为肝脾同治，补疏兼施，气血双顾之名方。

(2) 加味逍遥丸（口服液）：方源于明代《校注妇人良方》。此方是在逍遥丸的原方基础上，加入了牡丹皮、栀子而成。又称“丹栀逍遥丸”。本品功效与逍遥丸基本相同。惟增强了清热凉血作用，适用于肝郁血虚，日久化热所致的烦躁易怒，午后潮热等症。

## 8. 保和丸与加味保和丸

(1) 保和丸：方源于元代《丹溪心法》。处方药物是由山楂、六神曲、麦芽、莱菔子、半夏、陈皮、茯苓、连翘所组成。其功效：消食导滞，和胃化湿。用于食积停滞，消化不良引起的胸脘

痞闷，胃脘胀痛、暖气吞酸、呕吐恶心，不思饮食，倒饱嘈杂，大便不调等症。伤食之证，是由于饮食过度，贪食酒肉油腻，或不易消化的食物所致。即《素问·痹论》所云：“饮食自倍，胃肠乃伤”之理。胃主受纳，如暴饮暴食，势必损伤脾胃，影响胃肠消化传导功能，造成上述诸症。方中以山楂、六神曲、麦芽、莱菔子消导食滞，但其各有特点：山楂长于消肉食油腻，六神曲尤擅消导酒食，且可除陈腐停滞，麦芽健脾而消面乳之积，莱菔子长于消面食之积，兼能化痰下气，快膈宽胸，均为主药；辅以法半夏、茯苓、陈皮和胃利湿，降逆止呕，并以连翘清食积所化之热。诸药共伍，使食积可消，胃肠功能自复。

(2) 加味保和丸：方源于《北京市药品标准》。处方药物是在保和丸原方基础上，减去了莱菔子、连翘，增加了枳壳、枳实、香附、厚朴。其功效与保和丸基本相同，惟消胀除满，利气宽胸的作用增强。

## 9. 左归丸与右归丸

(1) 左归丸：方源于明代《景岳全书》。处方药物是由熟地黄、枸杞子、怀牛膝、山茱萸、山药、鹿角胶、龟板胶、菟丝子所组成。其功效：滋补肾阴、益精血。用于肝肾虚弱，精血不足引起的形体消瘦，腰膝酸软，目暗耳鸣，骨蒸盗汗，遗精等症。方中重用熟地黄甘温滋肾，以填真阴为主药；以山茱萸、枸杞子滋补肝肾，养阴益精，合熟地黄可增强滋肾填精之功；以山药健脾胃，促进肾精化生之源，以上均为辅药；以龟板胶专滋肾阴，且可健肾除蒸，以鹿角胶峻补肾阳，并能生精益髓，此二药均为血肉有情之物，味醇质厚，滋补力强，即“精不足者，补之以味”之意。以怀牛膝强健腰膝，以菟丝子益阴扶阳，又能同精止遗。诸药合用，共奏滋肾填精之效。凡肾精亏损，津液不足之证，皆可应用。

(2) 右归丸：方源于明代《景岳全书》。处方药物是由熟地

黄、山茱萸、枸杞子、山药、菟丝子、杜仲、当归、鹿角胶、肉桂、附子所组成。其功效：温补肾阳。用于肾阳不足，命门火衰引起的气怯神倦，畏寒肢冷，阳痿遗精，小便自遗，脐腹冷痛等症。肾阳为一身之元阳，对各脏腑组织起着温煦、化生作用。肾阴和肾阳在人体内是相互制约，相互依存的，维持人体的生理平衡。若肾阳不足，温煦蒸化功能减弱，则症见气怯神倦，畏寒肢冷，肾阳衰微，不能温助脾阳，则阳虚中寒，故见脐腹冷痛，至于其它症状，皆由肾阳虚弱所致。张景岳说：“善补阳者，必于阴中求阳”，这是本方制定的原则。故方中以熟地黄甘温滋肾养阴，生精补血为主药；以山茱萸、枸杞子补肝血，养肝阴，合熟地黄共起大滋肝肾之功，以山药补中健脾，杜仲强健腰膝，当归补血养血，菟丝子涩精助阳，以鹿角胶生精益血，峻补肾阳，以肉桂、附子大辛大热之品，重在温补肾阳，加强温煦化气之功，振奋全身机能。诸药共用，可起“阴平阳秘，精神乃治”的效果。本品与左归丸的效用区别：左归丸重在补肾益精，右归丸重在温肾助阳。

### **10. 金匱肾气丸（片、浓缩丸、口服液、胶囊）与桂附地黄丸（胶囊、浓缩丸）、济生肾气丸**

（1）金匱肾气丸（片、浓缩丸、口服液、胶囊）：方源于汉代《金匱要略》。原名“肾气丸”。将原方桂枝改用肉桂；将干地黄改用熟地黄。即今用之“金匱肾气丸”。桂附地黄丸（胶囊、浓缩丸）：始载于宋代《太平惠民和剂局方》，其药物组成与“金匱肾气丸”完全相同。虽然两个名称，实际是一种成药。本品处方药物是由肉桂、附子、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓所组成。其功效：温补肾阳。用于肾阳不足引起的腰酸腿软，下半身常有冷感，小便不利或反多，以及痰饮、脚气、消渴等症。此药为温补肾阳的主要成药。肾阳是人体一身之元阳，一切机能活动之功力。肾阳不足，不能温养下焦，则症见腰酸腿



软，下半身常有冷感；肾阳衰弱，不能化气行水，则见小便不利，或肾虚不能摄水，则见小便反多；水聚上泛则为痰饮，下注则为脚气；阳虚不能蒸发为津液，则为消渴。方中主以肉桂、附子温补肾阳，鼓舞肾气功能，即前人所谓“益火之源，以消阴翳”之意。由于阴阳互根，相互为用，若单补其阳，易伤其阴，而且肾阳也无所依附，故须配伍熟地黄峻补肾阴，山茱萸温补肝肾，山药健脾益阴为辅药；佐以泽泻、茯苓、牡丹皮清热利水，以泻肾浊。如此，阴阳协调，肾气功能自然恢复。

(2) 济生肾气丸：方源于宋代《济生方》。本方即金匮肾气丸原方加入怀牛膝、车前子而成。其功效与金匮肾气丸基本相同，但增强利尿消肿作用。

### 11. 香砂六君子丸与香砂枳术丸、香砂养胃丸（颗粒）、香砂平胃丸、香砂胃苓丸

本类成药名称都冠以“香砂”二字，但处方用药有别，功效也有所差异，临床用药时应根据药物配伍，适应症鉴别用药。

(1) 香砂六君子丸：方源于清代《医方集解》，原名“香砂六君子汤”即六君子汤（人参、白术、茯苓、甘草、陈皮、法半夏）加入木香、砂仁，改变剂型而成。其功效：益气健脾，理气和胃。用于脾虚气滞引起的消化不良，嗳气食少，脘腹胀闷，恶心呕吐，妊娠呕吐，大便溏泻等症。方中以“四君子”（人参、白术、茯苓、甘草）补气健脾为主；辅以陈皮、法半夏燥湿化痰，降逆止呕；配伍木香、砂仁，疏通气滞，在补气药中少佐行气药，取其动静相宜、可使气机畅利，增强补气功能；且砂仁可醒脾开胃，增进饮食，和胃止呕，并可安胎，善治妊娠呕吐。所以本品以补气为主，但补中有疏，对脾虚兼有气滞所致的上述诸症，用之为宜。

(2) 香砂枳术丸：方源于明代《景岳全书》“枳术丸”加入木香、砂仁、香附、枳壳、陈皮、山楂、麦芽、六神曲。其功

效：破气散满，消食开胃。

(3) 香砂养胃丸（颗粒）：方源于清代《杂病源流犀烛》“香砂养胃汤”改变剂型而成。处方是由木香、砂仁、白术、陈皮、茯苓、法半夏、香附、枳实、白豆蔻、厚朴、广藿香、甘草所组成。本品具有行气除满，和胃止痛之效。用于脾胃气滞，阻塞中焦引起的不思饮食，呕吐酸水，脘腹胀满，胃脘疼痛等症。方中以木香、砂仁、白豆蔻、枳实、厚朴、香附大队行气导滞之品，畅利中焦，消胀除满，和胃止痛；以白术、茯苓健脾渗湿；以陈皮、法半夏降逆止呕；以广藿香芳香化浊止呕。本品对于脾胃气滞所致的脘腹胀满，不思饮食，胃脘疼痛，偏于胃寒的效果颇佳。

(4) 香砂平胃丸：方源于明代《增补万病回春》“香砂平胃散”加味而成。配方由苍术、厚朴、陈皮、甘草、藿香、砂仁、香附、枳实、南山楂、麦芽、六神曲所组成。此药具有理气健脾，和胃消食之功效。主要用于脾虚湿盛，食积内停引起的不思饮食，口中无味，肢体倦怠，脘腹胀满，倒饱嘈杂，恶心呕吐，大便溏薄等症。脾为湿困，运化失常，故脘腹胀满，不思饮食，肢体倦怠；湿阻中焦，胃失和降，故宿食不化，恶心呕吐；湿邪偏盛，水走肠间，故大便溏薄。方中以苍术健脾燥湿为主药；以厚朴、枳实、香附下气宽中，消胀除满为辅药；以陈皮、砂仁、藿香芳香化湿，醒脾开胃，降逆止呕；以山楂、六神曲、麦芽消导宿食积滞；以甘草调和脾胃均为佐使药。诸药共伍，可使湿邪得化，脾运复常，食滞排除，诸症自愈。本品对于湿邪困脾所成的上述诸症，为其特长。

(5) 香砂胃苓丸：方源于汉代《伤寒论》“五苓散”和宋代《太平惠民和剂局方》“平胃散”二方合并，加入木香、砂仁而成。处方是由茯苓、猪苓、泽泻、白术、苍术、肉桂、厚朴、陈皮、甘草、木香、砂仁所组成。本品具有健脾利水，和胃止泻之

功效，用于水湿停蓄，中焦受阻，以致胸腹胀满，饮食不振；水湿停蓄，膀胱气化不利，故小便短少；水走肠间，则大便溏泻；水湿外溢，积于肌表，则为水肿。方中以苍术、白术健脾运湿；以茯苓、猪苓、泽泻淡渗利尿；以厚朴、陈皮、木香、砂仁疏利气机，消胀除满；配肉桂温阳，以助膀胱气化，气化则水行；用甘草协调诸药。此药为伤湿腹泻，水肿胀满，小便不利等症的首选中成药。

## （二）同类中成药

### 1. 四君子丸与四物合剂、八珍丸（颗粒）、十全大补丸（口服液）、人参养荣丸

本类成药均为治疗身体虚弱的药物，但“虚证”分为气虚、血虚、气血两虚、阴虚、阳虚、阴阳并虚的病证，所以用药要根据处方组成的特点适宜的病证，正确应用中成药。

（1）四君子丸：方源于宋代《太平惠民和剂局方》，“四君子汤”改变剂型而来。处方是由人参（或党参）、白术、茯苓、炙甘草所组成。其功效：补气健脾。用于脾胃气虚，运化无力引起的饮食减少，大便溏泻，面色萎黄，语言轻微，全身无力等症。本方为健脾补气的主方。因气虚与脾虚密切相关，常常互为因果，故在治法上补气与健脾两法常配合运用。由于脾胃为“后天之本”。脾胃的运化机能是人体气血的生化之源，故善治气虚者，多从健运脾胃着手。同时，脾胃运化失调，不能腐熟水谷而生化精微，故在治疗脾胃虚弱的时候，要配伍补气药物，以促进脾胃运化。故方中以人参补中益气，扶脾养胃，白术健脾燥湿，以资运化是为主药；茯苓渗湿，辅助白术以强脾；甘草和胃，佐人参以益气。四药合用，具有补气健脾之功效。

（2）四物合剂：方源于宋代《太平惠民和剂局方》“四物汤”改变剂型而成。处方是山熟地黄、当归、白芍、川芎所组成。其

功效：补血调经。用于血虚或血滞所致的月经不调，痛经，崩漏，以及一切血虚证。本方是补血兼能活血的方剂，也是妇女调经的基本方。血虚则血不能充盈，胞脉失养，则月经不调，崩漏带下；血虚则运化迟滞，故行经腹痛。方中以熟地黄滋阴补血，当归补血活血，二药重在补血，是为主药；白芍柔肝养血，而能敛阴，川芎活血化瘀且能行气，二药是为辅药。综合四药作用，熟地黄、白芍为血中之血药，当归、川芎为血中之气药。两相配合，可使补而不滞，营血调和。故本方有补血、活血、行气之功效，不仅血虚之证可以补血，血滞之证亦可加以运用。

(3) 八珍丸（颗粒）：方源于元代《瑞竹堂经验方》处方由四君子汤（人参、茯苓、白术、甘草）与四物汤（熟地黄、当归、白芍、川芎）二方所组成，故称“八珍”。其功效：补气益血。用于气血两虚，面色萎黄，食欲不振，四肢乏力，月经过多。本方以四君子汤健脾补气，以四物汤滋阴补血，是气血双补的常用方。气与血都是饮食水谷通过脾胃消化、吸收的营养物质变化而来的。气与血是相互依存、相互制约、相互转化和相互为用的。血之所以能循行脉中，周流不息，除“心主血脉”的功能直接关系外，与气的功能至为密切，气是运行血液的动力，气行则血行，气滞则血滞，故有“气为血帅”的说法。另一方面，气之所以能够发挥作用，又必须依靠血的充分供养，才能使人体脏腑进行各种不同的机能活动，故又有“血为气母”的说法。若气虚血亏故见上述主治诸症。此药具有气血双补，阴阳兼顾之效。常用于病后身体虚弱，贫血，以及妇女月经不调，产后身体虚不能复等症。

(4) 十全大补丸（颗粒）：方源于宋代《太平惠民和剂局方》“十全大补汤”改变剂型而成。本方即八珍丸原方（人参、白术、茯苓、甘草、熟地黄、当归、白芍、川芎）的基础上加入了黄芪、肉桂而成。其功效较八珍丸增强了益气温阳作用，适用于气

血两虚的重症，并偏于虚寒者。

(5) 人参养荣丸：方源于宋代《太平惠民和剂局方》“人参养荣汤”改变剂型而成。本方即十全大补丸原方（人参、茯苓、白术、甘草、熟地黄、当归、白芍、川芎、黄芪、肉桂）减去川芎，加入五味子、远志、陈皮。其功效：由气血两亏，积劳虚损引起的呼吸气少，形瘦神疲，面色萎黄，毛发脱落，饮食减少，惊悸怔忡，失眠多梦，以及妇女月经不调等症。本方功效虽与十全大补丸相仿，但偏于补血养心。由于血虚较甚，心失所养，故在虚弱症状中伴有惊悸怔忡，失眠多梦等症。所以，方中减去了辛散活血的川芎，加入了酸涩的五味子，用以补心阴，敛心气，配远志宁心安神，用陈皮疏导气滞，以防过补而发生气塞。

## 2. 几种安神补心的中成药功效区别

这类成药多以养心安神，镇静催眠的药物所组成。临床常用的成药有朱砂安神丸、柏子养心丸、天王补心丸（丹）、安神补心胶囊（丸）。这几种成药由于处方组成药物不同，所适宜的病因、症状有很大差异，但目前在临床上经常出现混用或代用的现象，致使治疗效果不佳。现将这几种成药的处方、功效、适应症和配伍意义，分别作如下分析：

(1) 朱砂安神丸：方源于金代《内外伤辨惑论》。处方组成药物：朱砂、黄连、生地黄、当归、甘草。此药具有清热养阴，镇心安神之功效。适用于心火亢盛，灼伤阴血引起的心悸不安，怔忡失眠，胸中烦热，夜多怪梦等症。本病的病因主要由于肾阴不足，不能上济心火，致使水火不能既济，导致心火独亢，心肾不交之证。阴血虚弱，心失所养，故见心神不安，怔忡失眠，心火偏亢，则见胸中烦热，夜多怪梦。方中主以朱砂重镇以安心神；辅以黄连清热，泻其偏亢之心火；以生地黄滋肾阴，清热凉血；以当归补血养血；配甘草养胃和中，协调诸药。综观此药，具有清心火，滋肾阴，补心血，重镇安神之效。对于心火偏亢，

伤及阴血所致的上述诸症，颇有捷效。

(2) 柏子养心丸：方源于清代《汤头歌诀》“养心汤”加减而成。处方药物是由党参、黄芪、当归、川芎、柏子仁、远志、酸枣仁、五味子、茯苓、半夏曲、肉桂、甘草、朱砂所组成。此药具有补气益血，安神益智之功效。适用于思虑过度，心气不足，心血亏损，心阳虚弱引起的精神恍惚，惊悸怔忡，失眠健忘，多梦纷纭，神倦气短，体乏畏寒等症。思虑过度，导致劳倦内伤，必然损伤心气，耗伤心血；血虚不能养心，则见心悸怔忡，失眠多梦健忘；气虚，则见身倦气短、精神不振；心阳虚弱，则肢体畏寒。方中主以党参、黄芪补心气；以当归、川芎养心血；辅以柏子仁、远志、酸枣仁、朱砂宁心安神，镇静催眠，以养神志；以五味子收敛心阴，固摄心气，且有镇静之效；以茯苓、半夏曲健脾利湿，除扰乱心经之痰涎；配辛热之性的肉桂，取其温心阳，并可鼓舞气血运行；用甘草调和各药，又能和中，各药相伍，具有补气养血，安神定志之效。待气旺血充，心得濡养，神自安宁。

(3) 天王补心丸（丹）：方源于金代《摄生秘剖》。处方药物是由生地黄、玄参、天门冬、麦门冬、丹参、当归、人参、茯苓、柏子仁、远志、酸枣仁、五味子、朱砂、桔梗所组成。具有滋阴清热，补心安神之效。主要适用于心血不足，肾阴亏损引起的虚烦心悸，失眠，健忘，多梦，口燥咽干或口舌生疮，大便干燥等症。心肾不足，阴血虚亏，则心失所养，故见心悸失眠，健忘，多梦；虚火上炎，则见心神不安，口舌干燥或生疮；津亏液少不能濡润肠道，故见大便干燥。方中主以生地黄、玄参，取其滋阴增液，清热除烦，使心神不为虚热所扰，神自安宁，况二药均有滋阴润肠作用，可润肠通便；天门冬、麦门冬皆有养阴生津之效，而天门冬偏于滋肾阴兼通大便，麦门冬偏于养心阴重在除烦；以当归、丹参补血活血；人参、茯苓补益心气；配柏子仁、

远志、酸枣仁宁心安神；以五味子补肾阴，又能收敛耗散之心气；少用朱砂镇心以安神志；用桔梗舟楫之药，取其载药上行，使药力作用于上焦。诸药配伍，共成滋阴清热，补心安神之效。

(4) 安神补心胶囊(颗粒)：方源于《中华人民共和国药典》(一部，2000年版)。处方药物是由生地黄、丹参、旱莲草、女贞子、菟丝子、五味子、石菖蒲、夜交藤、合欢皮、珍珠母所组成。具有养心安神，平肝潜阳之功效。适用于阴血不足，肝阳上亢引起的心悸失眠，头晕耳鸣等症。中医学认为，精血同源，精充则血旺，若肾精不足，必然导致心血虚少，致使心失所养，则症见心悸失眠；肝属木，肾属水，这是一种相互资生的生理关系。如肾水不足，不能涵养肝木，可引起肝阳上亢，虚火上炎，则见头晕耳鸣，再者，肝经虚火上升，可引起心火妄动，还可症见烦躁不宁。方中主以生地黄滋补肾阴，清热凉血；以丹参清心热除烦；辅以旱莲草、女贞子、菟丝子补肝肾，平阴秘阳；以五味子生津液，敛心气；配石菖蒲、夜交藤、合欢皮宁心安神，并能解散郁结；重用珍珠母，平肝定悸，潜降上越之浮阳。使之“阴平阳秘，精神乃治”。此药对于阴血不足，肝阳上亢引起的心悸、失眠、头晕、耳鸣等症，有很好效果。

上述4种安神补心类的中成药，均有养心安神之功效，但根据处方组成药物不同，故适用的病因症状也有很大区别。如朱砂安神丸应用大苦大寒之黄连，重在清心火，除烦；柏子养心丸(丹)配有大辛大热之肉桂，重在补心气，温心阳；天王补心丸(丹)方用大量的甘寒养阴之品，如生地黄、玄参、天门冬、麦门冬，意在滋阴清热，生津润燥，故所治之症应见口舌干燥，大便秘结；安神补心胶囊(丸)方中配用珍珠母，重在平肝潜阳，安神定悸。治疗兼症应见头晕耳鸣。综观四种成药的处方配伍各有特点，所治疾病皆有一定适应范围，故临床中应用中成药必须掌握每种成药的处方药物组成，正确辨证用药，方能奏效。

## 张学文



张学文，男，1935年出生，陕西汉中  
人。曾任陕西中医学院内科教研室主任、医  
疗系主任、院长。国家中医药管理局重大科  
技评审委员，陕西省科技进步奖评审委员，  
陕西省第八届政协委员等职。现任陕西中医  
学院教授、主任医师、学院专家委员会主任  
委员，北京中医药大学兼职博士生导师。中  
华中医药学会内科分会顾问、陕西省中医药  
学会顾问、《中医杂志》、《中医药学报》、《中医急症》等杂志编  
委等职。并任美国中国医学研究院顾问，日本国群馬中医研究会  
顾问。1990年被国家二部一局确定为首批全国500名需要继承  
学术经验名老中医之一。1991年起为享受国务院特殊津贴的专  
家。1991年被评为陕西省有突出贡献专家。曾先后应邀去日本、  
美国、东南亚、欧洲、澳洲、非洲多个国家及港澳台地区进行学  
术交流。

从医50余年，执教40余载，自1978年至今，已培养温病  
学、中医脑病学专业硕士研究生70名，博士研究生4名，国家  
级师承弟子4名，国外弟子5名。在中医急症、中医脑病、温病  
学、疑难病、活血化瘀等诸多领域均有所研究，对“毒瘀交夹”、  
“水瘀交夹”、“痰瘀交夹”、“气瘀交夹”、“颅脑水瘀”等病理理  
论的认识颇多创新，自成体系。先后在全国省级以上学术刊物发  
表论文60余篇，出版学术专著10余部，获国家、部省、厅局级  
科技成果奖20余项。



# 活血化癥法临床应用记实

张学文

活血化癥法是古代八法中“消法”的一种，从古至今，临床使用效验，且代有发展。

活血化癥法是针对瘀血内停，脉络瘀阻，血行失常而采用的以改善血液循环，化除体内瘀滞为基点的一种治法。历代医学对此都有不同程度的认识、运用和提高。新中国成立以来，广大医务工作者互相协作，共同努力，在对该法的机理研究和临床应用方面，皆取得引人瞩目的成绩。从临床角度看，活血化癥法不仅广泛运用于内、外、妇、儿、皮肤、五官、肿瘤等科的多种病证，而且在防治诸多老年病、疑难杂证和许多危重急证，采用该法或兼夹使用活血化癥法，常可收到满意或预想不到的效果。故在国外，对本法的研究也引起了有关方面的高度重视。

我在学习前贤和借鉴他人成功经验的同时，结合自己临床的点滴经验，着重从几首方药上谈点体会，仅供同道们参考，不妥之处，请批评指正。

古人在根据疾病发展过程中邪正斗争的力量强弱，病情的轻重缓急，主证与兼证的关系，以及病证的寒热虚实之不同，本着辨证论治的原则，恰当地选方用药。根据“方从法立，法随证出，辨证立法，以法统方”的原则，创立了许多辨证明析，立法正确，组方合理，选药精当，方药合拍，取效敏捷的活血化癥方面的名法、名方如：理气活血法之“血府逐瘀汤”；温经化癥法之“少腹逐瘀汤”；清热解毒化癥法之“犀角地黄汤”、“大黄牡丹皮汤”；祛风化癥法之“蠲痹汤”、“当归饮子”；化痰活血法之“苇茎汤”、“小金丹”；渗湿活血法之“益肾汤”；攻下化癥法之

“桃仁承气汤”；养血活血法之“桃红四物汤”、“养血柔肝丸”；补气化瘀法之“补阳还五汤”；祛瘀止血法之“逐瘀止崩汤”；开窍活血法之“通窍活血汤”、“犀地清络饮”；温阳化瘀法之“急救回阳汤”等等，这些方药在临床上应用确实是效如桴鼓。我除常辨证选用这些方药外，在前辈使用的基础上，还在临床中逐步摸索总结出如下几个方药，仅供同道们参考。

## （一）方剂

### 1. 脑窍通方（自拟方）

【组成】 麝香 0.1g，丹参 15g，桃仁 10g，川芎 12g，白茅根 30g，赤芍 15g，菖蒲 10g，三七 3g 等十余味。

【用法】 上方经制剂，做成口服液。也可将丹参、桃仁、川芎、白茅根、赤芍、菖蒲煎汤，三七、麝香冲服。

【功用】 活血开窍，利水醒脑。

【主治】 脑溢血或其它外伤、热病所致之颅脑水肿，颅内压升高，神志昏迷，人事不省或小儿脑积水者，以及脑肿瘤等属于颅脑水瘀证者。脉见弦硬或滑，舌紫黯或有瘀点、瘀丝。

【方义】 方中取王清任通窍活血汤意，用丹参、桃仁、川芎、赤芍活血化瘀，消散瘀血；三七化瘀又可止血，防止出血；麝香、菖蒲芳香开窍醒神；白茅根清热止血利水养阴。全方合用，具有化瘀止血，开通脑窍，苏醒神志，利水降低颅压等作用。

【体会】 临床所见不少脑病患者，因颅脑络脉破裂，出血、渗血，致脑窍闭塞，神机失运；或因脑内水瘀互结，瘀而致水，水阻成瘀，致脑内压增高，神志不清，西医常用降低颅内压之法治疗，虽然当时有效，但常用也存在一些缺点。根据其病因病机、证候表现，拟定此方，名曰“脑窍通”方，曾试制成口服液（有时亦作汤剂应用）。经大量临床观察，证明对中风病早期康

复、脑溢血、脑水肿、脑外伤、高热昏迷、中风后遗症、脑积水、脑肿瘤等有较好的疗效。

## 2. 清脑通络汤（自拟方）

【组成】 草决明 30g，川芎 12g，赤芍 10g，山楂 15g，丹参 15g，磁石 30g（先煎），菊花 12g，葛根 15g，地龙 10g，稀莪草 30g，川牛膝 15g，水蛭 6g。

【用法】 水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

【功用】 清脑降压，活血通络。

【主治】 中风先兆症（小中风），症见头痛，头昏，眩晕，耳鸣，肢体麻木，手足逐渐不利，疲乏无力，舌质淡紫，舌下脉络瘀阻，或有瘀丝、瘀点，脉弦细等。

【加减】 肝肾不足者加山萸肉、杜仲、桑寄生；语言迟钝者加胆南星、菖蒲、郁金、天竺黄；胸闷胸痛者加瓜蒌、薤白、三七；肢体不利者加鸡血藤、威灵仙。

【方义】 草决明、菊花清肝脑之热；水蛭、赤芍、川芎、山楂、丹参化心脑血管之瘀；磁石平肝阳之亢；川牛膝补肝肾之虚；地龙、稀莪草通络降压；且草决明和山楂可以降低血脂，软化血管。

【体会】 清脑通络汤是前辈和我们多年临床总结出来的针对临床常见的中风先兆症（俗称小中风）的经验方。高血压是导致心脑血管病，危害人民身体健康的主要杀手，其形成有一个较长的发展过程，早期以头昏眩晕、肢麻舌麻、血压升高或上下波动、血脂增高等为主要特征。早期预防和治疗对减少心脑血管病的发生有十分重要的意义。因此，我们针对早期病机肝热血瘀拟定的清脑通络汤，应用于临床取得较满意的疗效，现已根据此方改造成“脑清通片”，并已通过有关部门鉴定，正在作Ⅱ、Ⅲ期临床观察。“冠心病”是临床常见疾病，此方加上瓜蒌、薤白、三七等，也可以运用于该病，且疗效显著。

## 3. 宽胸通痹汤（自拟方）

【组成】 瓜蒌 15g，薤白 10g，降香 10g，丹参 15g，三七 3g（冲），麦冬 10g，桂枝 6g，生山楂 15g，（炒）枣仁 15g，鹿衔草 15g，川芎 10g，赤芍 10g。

【用法】 水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

【功效】 宽胸散结，活血止痛。

【主治】 冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛属气滞痰阻血瘀证，表现为胸闷、胸痛，心慌气短，疲乏无力或下肢浮肿，眠差多梦。脉多沉弦或沉缓，舌多黯红苔白。

【加减】 胸闷属气滞者，可加檀香、枳壳；痰湿重苔厚腻者，加半夏、厚朴、陈皮；偏阳虚怕冷，四肢不温者，加（制）附子，并重用桂枝；浮肿较显著者加茯苓、白茅根；眠差者加夜交藤、五味子；血瘀而胸前区刺痛者，再加琥珀、桃仁、红花；肝肾不足者加杜仲、寄生。

【方义】 方中瓜蒌、薤白宽胸利气，化痰散结，以驱痰浊之闭阻；降香、丹参、三七、生山楂、川芎、赤芍、鹿衔草活血行气，祛瘀止痛，以通心脉之痹塞，且此方药物皆性质比较平和之品，具有活血而不伤正的特点，久服可避其弊端；（炒）枣仁、麦冬养心之阴血；桂枝助心阳之布展并可通脉，使痰散脉通，胸痹可解。

【体会】 胸痹之证十分常见，治胸痹之方亦多。占有张仲景的瓜蒌薤白白酒汤，枳实薤白桂枝汤诸方；后有王清任的血府逐瘀汤；近有冠心病Ⅱ号方等，若辨证准确，用之均有良效，前人多有报道。我们临床观察，胸痹或心痛病人中以胸阳不振，痰阻浊闭，阴乘阳位及心脉瘀阻病人最多。而这二者多相互并见，只是偏盛不同而已。故综合古今论述及自己临床体会，草拟宽胸通痹汤，作为治疗胸痹心痛之主方。临床凡病机属胸阳不振，痰浊闭阻，心脉不通者，咸以此方加减，甚为得心应手。另外，凡病胸痹者，均非短时所成，而有一个较长的发生发展，由轻到重的过程。因此，除急证应迅速止痛外，大多应守法守方常服，才能除

去病根，有彻底治愈之望。故此方择药多着眼于长远，不图速效，而求远期疗效。方中之药，性较中和，且加入养阴养血之品，防止偏颇出现弊端。经临床众多病人验证，只要辨证准确，用药得当，剂量合适，用之皆可收较理想疗效。

#### 4. 通脉舒络汤（白拟方）

【组成】 炙黄芪 30g，当归 10g，赤芍 10g，桃仁 10g，红花 6g，地龙 10g，丹参 15g，川芎 10g，鸡血藤 30g，桑寄生 15g，川牛膝 15g，路路通 20g，生山楂 15g。

【用法】 水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

【功用】 补气活血，益肾通络。

【主治】 气虚血瘀，肾亏络阻之中风。症见肢体麻木，半身偏瘫，患肢无力，或口角流涎，腰膝酸软，耳鸣，舌质紫暗，舌下脉络曲张，脉沉细。

【加减】 体肢麻木者加豨莶草；手足发凉者加桂枝；抽动者加全蝎、蜈蚣；语言不利者加天竺黄、菖蒲、郁金；肝肾阴虚明显者加山萸肉、生熟地；头颈麻木或疼痛者加天麻、葛根；大便干燥者加肉苁蓉。

【方义】 此方以王清任补阳还五汤加减而成。王清任发前人所未发，倡气虚血瘀理论，创制补阳还五汤，为后世治疗气虚血瘀之证如中风、偏瘫、痿证等奠定了基础，拟定了大法。此方临床上应用，的确有较好的疗效。故宜宗其法而变通其方，方中黄芪原用生，今用炙，其补力更大，初用 30g，久用力不足者可逐渐加重至 60～90g、120g，使气旺以促血行；鸡血藤、当归补血，与黄芪相配，其有祛瘀不伤血之功；桃、红、芎、芍、丹参活血祛瘀；地龙、路路通通络剔邪；桑寄生、川牛膝补益肝肾；生山楂消食散瘀降脂。全方配合可补气、活血、通络、益肾，对中风中经络者用之疗效较好。中风恢复期、后遗症期用之亦佳。其他有气虚血瘀病机的病证用方皆有效。

【体会】我们用此方为主加减治疗风中经络之气虚血瘀型病人近千人，发病在3个月内者，均取得较好疗效。以此方为基础缩减，制剂成为“通脉舒络液”，已广泛用于住院病人的治疗。并获国家中医药管理局科技成果乙等奖。临床体会，早期应用，坚持应用效果较好，一般在发病后3个月以后，最迟不超过半年者，用后效果最佳。对1年以上者，则只能改善部分症状。另须要坚持用药1~3个月，不要间断，它起效较缓，不可图速效而朝令夕改。在中风后遗症中，根据本方原则，辨证加减，亦取得良好效果。

#### 5. 四参安心汤（自拟方）

【组成】西洋参10g（也可用太子参代替），丹参15g，玄参10g，苦参10g，炙甘草6g，（炒）枣仁10g，麦冬15g，生山楂10g，桂枝6g。

【用法】西洋参另炖，余药加水煎，二者合兑，每日1剂，每剂服2~3次。

【功用】补益气阴，活血清热。

【主治】病毒性心肌炎所致之心动悸不安，胸闷心慌，疲乏无力，头昏自汗或有轻度浮肿，舌质红少苔，脉虚大而数或有结代。检查有“心肌损害”、“心肌缺血”等。

【加减】胸闷加全瓜蒌；气短汗出加炙黄芪、五味子；身微热者加白薇或地骨皮；胸痛者加赤芍、桃仁、三七；轻度浮肿者加茯苓、益母草。

【方义】此方用西洋参（或太子参）、甘草益心气；玄参、麦冬养心阴；丹参、生山楂活血化瘀，改善心脏血液供应；苦参清热解毒，且能纠正心律失常；（炒）枣仁养心安神；桂枝振奋心阳。全方具有两调阴阳、益气养阴、通阳复脉、改善心肌供血、纠正心律失常、营养心肌等多种作用。

【体会】病毒性心肌炎后期，毒热已减，余热未净，而气阴

两虚，血脉不畅症状突出。古方生脉散虽有很好的补益气阴作用，然无散余热、化瘀血等作用。故拟此方，针对病毒性心肌炎之心肌损害、供血不良、心律失常等病理，几方面兼顾。经治多例此类病人，凡坚持用药者，均有较好疗效，且比炙甘草汤效佳。但若心肌炎早期热毒炽盛者，应重用清热解毒之品，不可早用此方。

## 6. 益肾化瘀利水汤

【组成】 茯苓 15g，猪苓 10g，泽泻 10g，白术 12g，桂枝 10g，丹参 15g，川牛膝 15g，桑寄生 15g，山楂 12g，益母草 30g，白茅根 30g，通草 10g。

【用法】 水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

【功用】 益肾化瘀，利水消肿。

【主治】 肾虚血瘀水肿。如肾小球肾炎、肾病综合征、慢性肾盂肾炎之水肿，小便不利，腰膝酸软，困倦乏力，脸色发暗，脘腹闷胀，舌瘀暗，脉沉涩者。

【加减】 阴虚者加阿胶、女贞子；气虚者加生黄芪；气滞腹胀者加大腹皮、槟榔等。

【方义】 方中以五苓散为基础，理气健脾利水，加川牛膝、桑寄生益肝肾；丹参、山楂、益母草、活血化瘀利水；白茅根清热利水而不伤阴。

【体会】 肾虚血瘀是许多疾病过程中的一个共同病机，它可以引发许多疾病。《血证论》曰：“水与血相互倚伏……互相维系。”血气不利则为水，水阻则血不行，故水肿病证中，许多证候与血瘀密切相关。且肾虚蒸化无力，水湿易于停蓄，所以肾虚、血瘀、水停三者常同时存在，特别是在一些久治不愈的肾病患者中，尤为常见。所以，此方据此病理而拟定以补肾活血、利水消肿为法的益肾化瘀利水汤，用于肾虚血瘀水肿病人，经长期应用，其疗效满意。

## 7. 散结软坚汤（自拟方）

【组成】 夏枯草 30g，浙贝母 12g，露蜂房 10g，山慈菇 10g，穿山甲 6g，广郁金 12g，北柴胡 10g，生牡蛎 30g（先煎），制香附 12g，血丹参 15g，僵蚕 10g，海藻 10g，生甘草 6g。

【用法】 水煎服，每日 1 剂，分 2 次服。

【功效】 理气活血，软坚散结。

【主治】 凡因痰气交结所致血行不畅，表现为痰核、结节、肿块、癥瘕、积聚、乳腺增生、淋巴结核等。

【加减】 如疼痛明显者加三七 3g（冲服），乳香、没药各 10g；肿块在头颈部者，一般可用“独角莲膏药”外贴局部，因有毒，勿入口内；在胁肋腹部可外贴“阿魏化痞膏”或“伤湿止痛膏”，膏内撒“七厘散”。其煎服后药渣可再加艾叶 30g、花椒 10g 等再煎，待温后热洗局部有助症状减轻。

## （二）药物

### 1. 山楂消食又活血 心脑血管功不灭

山楂是常用消食药，传统认为其善消肉食油腻之积，但经多年临床实践及药理研究表明，发现其能扩张血管，增加冠状动脉流量，降低血压，降低血清胆固醇，强心及收缩子宫等，对心脑血管病作用广泛，疗效显著，值得认真研究总结。

#### （1）疑难病擅用活血化瘀，山楂可当重任

我们通过多年的临床实践，发现久病顽疾等疑难病，多有瘀血阻滞之势，或多痰瘀交加、痰水互结等病理，在精细辨证的前提下，合理的选择和应用活血化瘀药，往往可收较好疗效。活血化瘀药甚多，药力强弱差异很大，力猛而峻者固可破久瘀之顽证，荡难治之痼疾，但也有伤血耗正之弊端。而疑难之病，常是几年或数十年长期演变、日积月累而成。对此等疑难之病，欲求速效或遍求奇方绝招，绝大多数是不可能的，只能是欲速而不



达。因此，必制定持久之战略，建稳中求效之法，方为上策。

活血化瘀药中，其力峻较猛者如水蛭、虻虫、三棱、莪术之辈，久用易耗气伤血，对疑难病、久病，邪盛正衰者，可暂用而不可久服。桃仁、红花、川芎之属，活血是为常用，而丹参、生山楂等，药性平和，作用广泛，一药多能，活血化瘀功效确切，久用或较大剂量应用，亦未见副作用。久病顽疾属瘀血兼正虚所致者可首选之。我们用其治疗中风、胸痹、高血压、高血脂等，多收良效。

## （2）活血祛瘀当防耗血伤血，山楂可避害趋利

瘀血现象存在于多种疾病多种证型之中，活血化瘀确能解决不少疑难之症。但若对活血化瘀药力量之强弱、利弊之多寡认识不足，往往也不易取得理想的疗效。凡药皆有偏性，中药治病就是用药物之偏性纠正人体阴阳气血之偏盛偏衰。活血药固为祛邪之必须，但耗血伤血必须引起高度重视，特别是对疑难杂病需久用者，对其每味药的弊端、偏性必须有所了解，尽可能想办法避害而趋利。一般在活血剂中佐以补血养血或缓和药性之品，如鸡血藤、当归、白芍、地黄之辈，人皆熟知，的确有防止其耗血伤血作用，而选择既可活血化瘀，又可养血滋阴之品的恰当药物，也属于临床必须掌握的技巧。李东垣在《珍珠囊》中所谓的“山楂之甘，宜脾脏消食积而不伤于刻，行气血而不伤于荡”，是对山楂的药力有深刻见解的评语。张锡纯谓：山楂“若以甘药佐之，化瘀血而不伤新血，开郁气而不伤正气，其性尤和平也。”是对其进一步解释。两位先辈明确地指出了山楂消食活血、药性平和的特点。

在治疗疑难病（如老年人血管硬化、高血脂所致的冠心病、高血压病、缺血性中风等）的疗程中运用山楂一药，既可以活血化瘀，又可以防止伤血，还有消食降脂之功，故常用之常可一举数得，肝阳上亢者，可配夏枯草、菊花、川牛膝；冠心病属胸阳

不振，痰浊内阻者，可配伍瓜蒌、薤白、姜半夏、丹参等；妇女痛经，产后下腹瘀阻疼痛者，常配当归、川芎、延胡索、益母草等。

## 2. 丹参活血用途广，价廉易得宜发扬

丹参是常用活血药，其用途广，疗效卓，性平无毒，药源广而价廉易得，是一味值得认真研究和推广的药物。

### (1) 化瘀活血疗诸疾，上下虚实皆相宜

①治疗上部疾病 对突发性耳聋，因肝肾不足，血行不畅，耳窍失聪，经中西药物治疗久治难痊者，治用知柏地黄汤加丹参、磁石、蝉蜕、川牛膝，临证屡验；治肝热上犯耳热怪症，则以丹参与磁石、菊花、夏枯草、生地、龙胆草、川牛膝等为伍，清肝火，化瘀滞，通窍络，临证用之，其效甚佳；治疗高血压者，多在辨证论治基础上选配丹参、磁石，效果卓著。动物实验表明，丹参有扩张外周血管，降低血压作用。对肺气不宣，血行不畅之咳嗽，常用丹参配杏仁、桔梗、川贝母等，活血宣肺，降气止咳。

②治下部疾病 丹参通血脉，活血通痹，苦降下行，故对下部经脉瘀滞用之尤验。如治下肢关节风湿痹痛，常以丹参配川续断、独活、川牛膝、桑寄生之属；若风湿热痹，关节红肿热痛者，则以丹参配银花藤、苍术、川牛膝、黄柏、赤芍、丹参、松节等；治下肢脉管炎常以丹参配当归、鸡血藤、玄参、生草、银花、桂枝、穿山甲等；对月经不调、经闭或产后血瘀腹痛者，丹参配当归、香附、益母草之类或丹参一味为末白酒送服，皆有效；治疗肝肾郁（瘀）热之阳痿、早泄，则以丹参配生地、熟地、知母、川牛膝、黄柏、莲须、阳起石、山萸肉、郁金、羌活、白芍等，名曰固精启阳汤，疗效明显。

③治疗虚证，久病正虚，血行无力，久虚多瘀。丹参祛瘀生新，行而不破，前人有“丹参一味，功同四物”之说，《本草纲

目》谓之“养血”。用之治疗虚证眩晕，本杞菊地黄汤之意创益肾定眩汤（杞菊地黄汤加丹参、磁石、川芎、天麻），对头晕，腰脊酸软，舌暗淡，脉沉细而涩等肾虚挟瘀者其效；对血虚心悸失眠者，又常以丹参配（炒）枣仁、当归、生地、五味子等治之，有长期失眠，诸药效差者，而独用丹参 50g，每日 1 剂，见效者，此即《大明本草》所谓“养神定志”之意也；治气血大虚，肾气亏耗，瘀血不行之虚劳证，又惯以丹参配（炙）黄芪、当归、首乌、巴戟天之属取效。

④治疗实证，无论六淫七情，伤及机体日久，终可导致气血不畅，从而发生气滞血瘀之证。丹参活血行瘀，临床用于实证治疗也多有效验。如肝胃气痛者，常以丹参配檀香、砂仁、郁金取效，此乃气机郁滞，血行不畅，故理气活血，相得益彰；以丹参、茜草根、鸡血藤、紫草、红枣为伍，治疗过敏性紫癜屡效，此即丹参能“破宿血，生新血”，使离经之血归经是也；据报道：动物实验表明丹参具有抑制血小板聚集，降低血小板第 3 因子活性，使血浆凝血酶原时间延长等作用，进一步佐证了其功效；针对狂证病机多火、多瘀、多痰，在辨证遣方基础上，大剂量配以丹参可取效；动物实验证明：丹参具有抑制环腺磷酸二酯酶的活力，对大脑皮层有抑制作用；对水肿经闭者又常以五苓散配丹参、琥珀、益母草等收功。

## （2）养心安神除虚热，止惊定悸活瘀血

丹参味苦性寒，入血归心，能清心火，除血热，安神志，定悸烦，故临证用之得当，则病瘥迅捷。如对心悸怔忡，属心气不足，气虚血瘀者，也可以补阳还五汤加丹参、（炙）甘草、麦冬等治之；对胸阳不振者，用瓜蒌薤白汤或宽胸通痹汤（丹参、栝蒌、薤白、降香、桂枝、鹿衔草、山楂、川芎、麦冬、田三七、赤芍）；对气阴两虚者，用生脉散、益脉通痹汤（丹参、太子参、麦冬、五味子、栝蒌、炙甘草、炒枣仁、降香、山楂、鹿衔草）；

治胸痹胸痛、失眠惊悸、脉律不齐等症，用灸甘草汤之义创丹参安心汤（丹参、西洋参、苦参、玄参、炒枣仁、麦冬、（灸）甘草、桂枝、山楂、鹿衔草），临床运用皆获良效；对长期服其他方药治疗无效者，予以辨证处方，也可使心电图等检查较快好转或复常。细细思索其治病之理，无论胸阳不振或气阴两虚等，皆可致血行不畅，瘀血阻滞而病，故按“不通则痛”之理，运用丹参寓于化瘀辨证方药之中，可增其效也。《本草纲目》谓之“活血，通心包络，……去心腹痼疾结气”，《滇南本草》言云：“补心定志，安神宁志，治健忘、怔忡、惊悸、不寐”，可见丹参在治疗心胸部各种原因所致之瘀血证方面，是值得重视的药物。

### （3）祛瘀生新通百脉，危笃痼疾显奇威

丹参活血化瘀，通利窍络，调和气血，故治疗危笃痼疾时合理用之，则功效倍增。如治中风，宗王清任补阳还五汤之意创通脉舒络注射液（主要成分为黄芪、丹参、川芎等）；治中风、脑肿瘤、脑积水等属颅脑水瘀证者，宗王清任通窍活血汤之意创脑窍通口服液（主要成分有丹参、桃仁、麝香、白茅根等）；治中风先兆、预防中风发作，创清脑通络片（主要成分有丹参、桃仁等），其动物实验和临床治疗效果卓著，目前为止尚未发现其毒副作用；治疗昏迷闭证病人，属热闭者，可用安宫牛黄丸用丹参煎水灌服或鼻饲；对寒闭者，可用苏合香丸用丹参煎水灌服或鼻饲；而无论寒热闭证皆常以丹参注射液兑入葡萄糖中静滴；治脱证，常以参附汤加丹参之属煎服或丹参注射液兑入葡萄糖液中静滴；而昏迷凡属痰湿郁闭者又皆配以蒲金丹注射液（石菖蒲、郁金、丹参）肌注，每日2~4ml，同时可用丹参注射液4~20ml兑入500ml葡萄糖中静滴，常可使病人症状减轻或转危为安。实践证明，丹参在治疗心脑血管及神志病变等急重危证方面主要作用在于其活血通络达四末，去瘀生新利窍闭；对出血性和缺血性中风常常配伍丹参以活血化瘀而均能获效，其理何在？药理研究

证明，丹参可抑制凝血功能和增强纤溶活力，又据中医理论“宜行血，不宜止血”和“消瘀止血”，从丹参改善微循环血流和增加毛细血管网，致使出血部位血管压力下降，可解释其止血作用；因此，活血化瘀对出血性中风有其特殊的作用机制和治疗效果，此乃知常达变，用药之妙也；对癫痫的治疗，则常用丹参配石菖蒲、远志、白茯苓、僵蚕、南星之属治之；治肝肾阴虚阳亢，痰瘀深伏血络之惊叫证，又以丹参配龙齿、川牛膝、琥珀、女贞子、丹皮、羚羊角粉等。凡对此等疑难怪症又常用辨证口服汤药另配丹参注射液4ml/日肌注，可使长期治疗无效者病情好转。总之，怪病多瘀，久病挟瘀，此乃治疑难杂病之要。正如《本草求真》所言“丹参……总皆由其瘀去，以见病无不除。”

#### （4）清肝利胆畅郁滞，癥瘕积聚用之适

癥瘕积聚诸证，初多由肝胆湿热，肝失疏泄，气机不利或脾虚湿阻，致肝脾失调，肝、脾、肾三脏功能障碍，久而导致气滞、血瘀、水停，积于腹中，形成癥瘕积聚之证。而丹参归肝经入血分，善行血中气滞，瘀去而水行，活络消肿，故可常用之。如乙型肝炎属肝肾阴虚者，以一贯煎加味必配丹参；黄疸各期，辨证用药也每配丹参；对臌胀水湿瘀阻者，也常以丹参、柴胡、当归、鳖甲、牡蛎、鸡内金、大腹皮、云茯苓、三棱、莪术等相伍，治胆结石，则丹参配大黄、鸡内金、金钱草、柴胡、枳实等，如此处方，对改善肝功能、软化肝脾、缩小肿块、化瘀排石等疗效皆比较可靠。丹参的药理学研究表明，其具有降低SGPT，保护受损的肝细胞，促进肝细胞再生和抗纤维化等作用。此正乃《本经》所言之丹参祛“寒热积聚，破癥除瘕”，也与后人经验丹参可回缩肝脾认识相同。

#### （5）化瘀利湿达三焦，阴水阳水咸可消

丹参通血脉，利水道，消水肿，故可治水停血瘀之水肿。动物实验证明，丹参有改善肾功能，降低氮质血症和消肿增加尿量

作用。水肿（阴水）下肢及全身浮肿，腰酸乏力，属肾虚血瘀者（如慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾病综合征等），用益肾化瘀利水汤（五苓散加丹参、黄芪、桑寄生、益母草、川牛膝、山楂、白茅根、通草）；治下肢浮肿、困倦乏力、脘腹胀闷疼痛、舌瘀黯、脉结代等，系心阳虚弱，水湿血瘀所致者，常用真武汤合丹参、桃仁、黄芪、白茅根；肾阳不足者投以金匱肾气汤加丹参、白茅根、杜仲等；气滞水停者以柴胡疏肝散合五苓散加丹参等；阳水面目浮肿（急性肾小球肾炎等）属风邪遏肺，三焦气机不利者，越婢加术汤加丹参、云茯苓、车前子、连翘等；属肺气虚寒，水道不利者，苓甘五味姜辛汤加丹参等，皆可增强疗效。临床上只要辨证准确，合理运用丹参，常可有利于消除尿中化验之异常。人体水液的运行，赖肺气之通调，脾气之转输，肾气之蒸腾。若外邪侵袭或脏腑功能失调或脏气亏虚，皆可使三焦决渎失职，水道不利，外溢肌肤，水肿乃成。水血同源，《血证论》曰：“水与血相互倚伏……互相维系。”故水停血瘀相互影响，因而不论阴水阳水，水瘀并存其理同矣，唯轻重缓急侧重有别也，即所谓“血不利则为水……水阻则血不行”矣。

#### （6）凉血解毒消肿毒，痈毒疮疥皆可用

丹参尚有消肿止痛、凉血解毒、排脓生肌之功。如丹参配连翘、天花粉、蒲公英、瓜蒌等药消乳痈；配银花、连翘、乳香、没药治痈肿疮毒；急性腹痛（急性阑尾炎等）以大黄牡丹汤加丹参、红藤等药效果甚好；慢性阑尾炎又常以丹参配柴胡、云茯苓、红藤、黄连、木香、延胡索、香附、蒲公英、神曲等；由于丹参还具有凉血解毒之性，故用绿豆甘草解毒汤（绿豆、甘草、连翘、石斛、丹参、大黄、白茅根），临证治疗多种中毒病危者每获良效。对湿热毒瘀阴痒带下者（如尖锐湿疣、宫颈糜烂等），常以丹参配黄柏、苦参、生甘草、白术、苍术、淮山药、土茯苓、地肤子、野菊花、蚤休、白果等内服外洗，疗效明显；对湿热瘀毒热

痢者，又常以白头翁汤加丹参；高热神昏者另配安宫牛黄丸用丹参煎汤冲服，皆可使疗效提高，疗程缩短；对湿热疥疮，则以丹参、苦参、蛇床子等煎水熏洗患处。《大明本草》有：丹参治“恶疮痂癖、瘰癧肿毒、丹毒，排脓止痛，生肌长肉”之说。而现代药理学研究证明：丹参对葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌有强有力的抑制作用，对伤寒杆菌、痢疾杆菌有一定抑制作用。

综上所述，药无贵贱尊卑之分，而皆贵在应用恰到好处。丹参性寒味苦，具活血祛瘀之功效。活络通痹、推陈生新、行而不破，达脏腑百骸，安神除烦，解毒凉血，消肿止痛，排脓生肌治痈疮疥痢。若辨证施治选药，灵活多变，妙用丹参，每获效验。但需注意凡脾虚便溏者、妊娠者均宜慎用。另外，丹参之用量，古今差别很大，据我们应用体会，一般成人常用量在10~30g之间，个别者可用至60g，且先从较小剂量开始，逐渐加量。

### 3. 水蛭可治心脑血管疾

水蛭，咸苦平，有小毒，归肝经，首载于《神农本草经》，谓其“治恶血、瘀血、月闭、破血癥积聚……利水道”。张仲景的大黄廑虫丸以水蛭与大黄、廑虫、桃仁、虻虫等药配伍，治五劳虚极羸瘦、干血内结、肌肤甲错、两目黯黑，妇女经闭不通等症。现用此方治肝硬化，亦有很好的疗效。在鳖甲煎丸、抵挡汤、抵挡丸中，均配有水蛭一药，以治痞母、蓄血证。细审仲景用水蛭所治之证，多为瘀血日久成积聚或癥瘕，需缓消渐化者，且多入丸散剂。查古代文献，水蛭所治之症虽较广，均言有破血逐瘀通经之功效，用于蓄血、癥瘕、积聚、妇女经闭、干血成癆、跌仆损伤、目赤痛、云翳等症。

由于前人记载中有力峻、有毒、破血等论述，故后人皆畏其药力，而不敢大胆应用。我们在临床中，遇到一些疑难久病属瘀血所致之证，久用活血通经药，如桃仁、红花、川芎等，力不足或久不收功者，便于方中加用水蛭一药，久而久之，发现其效果

甚佳，且未见其毒副作用，故引起我们注意，专门进行理论和临床探讨，体会到水蛭治中风等脑部瘀血痼疾，应为重要药物。故我们经五年观察治疗颅脑少量出血，或脑梗塞等高、粘、稠的患者，经用“脑血宁”胶囊取效明显。

《本草经百种录》记载：“凡人身瘀血方阻，尚有生气者易治，阻之久，则无生气而难治。盖血既离经，与正气全不相属，投之轻药则拒而不纳，药过峻，又反能伤未败之血，故治之极难。水蛭最喜食人之血，而性又迟缓善入，迟缓则生血不伤，善入则坚积易破，借其力以攻积久之滞，自有利而无害也。”结合现代药理研究，水蛭主要含蛋白质，新鲜水蛭唾液中含有一种抗凝血物质水蛭素，水蛭素不耐热，稀盐酸易破坏，还有肝素、抗血栓素，能阻止凝血酶对纤维蛋白原之作用，阻碍血液凝固，其醇提取物抑制血液凝固的作用，强于虻虫、虻虫、桃仁。

古今论述均说明，水蛭是一种较好的活血祛瘀药，其力较强，善缓化慢消人体之瘀血，而又不伤新血，故对疑难病中瘀阻较久，难以化除消散者，加用水蛭可以提高疗效，尤其是中风、心痛等心脑血管疾病中的顽病痼疾，水蛭不失为一种最为重要的选择，临床实践也证明了这一点。近年还报道水蛭可用于有肺心病、高血脂症、脑出血及颅内血肿、血栓性静脉炎等等。

但水蛭总属力量比较强的化瘀消癥药。一般活血祛瘀药可以奏效的，不一定要首先用水蛭，一些易出血的病人也不宜孟浪用之。前人所谓水蛭有“小毒”的结论，我们体会即指水蛭活血化瘀之力较猛，用之不当可以产生出血等副作用而言，并非对人有毒害作用。另外，水蛭用法有主张焙干研粉冲服者，也有水煎内服者，当视其病情而论。我们一般水煎用3~6g，焙干冲服者1~3g即可，丸散剂也用1~3g，未见毒副作用。

#### 4. 三棱化瘀止痛力宏性平

三棱，首载于唐代陈藏器的《本草拾遗》。其性苦、平，归



肝脾两经。历代本草记载其能破血行气，消积止痛，可治癥瘕积聚、气血凝滞、心腹疼痛、胁下胀痛、经闭、产后瘀血腹痛、跌打损伤、疮肿坚硬等。习惯看法认为其为破血之品，或认为其攻破之力甚强，久服易伤正气，故临床多畏其力而少用。

我们临床治疗一些疑难重症或久病属气滞血瘀所致者，如萎缩性胃炎、肝硬化、经闭日久等，用一般活血化瘀药而力嫌不足者，用三棱后往往收到较好疗效。如一李姓老翁，65岁，因口干口苦、纳差、胃脘部疼痛10余年而就诊，口中无味，脉弦缓，苔薄黄，视其病历，曾在许多大医院求治无效，胃镜示“萎缩性胃炎”，并有“气管炎”、“尿路感染”、“增生性脊柱炎”等病史。先以肝胃不和论治，继服六君子汤加白芍、乌梅、山楂、石斛、丹参而诸症减，久服则力不足，效力差。于是上两方不变，均加三棱10g，服后胃脘疼痛锐减。此后则以柴胡疏肝散与香砂六君子汤两方为基础，交替加减，但每次均用三棱，调治3月而愈。于是，以后每遇顽固之胃脘痛，时间经久不愈，有瘀血形症，用一般化瘀止痛药香附、丹参、元胡作用不佳者，均加三棱，收效较为理想，且未见不良反应，于是对此药的化瘀止痛之力印象颇深。

查《医学切要》载其“破一切血，下一切气”，王好古认为其“破血中之气”，《本草纲目》认为其能“破气散结，故能治诸病，其功可近于香附而力峻，故难久服”，则知古今医家皆言其“破气破血，久服损真”的认识是一致的。然其力究竟峻焉缓焉？损伤正气强焉弱焉？主要还需临床验证。从李时珍所论，其功近香附而力峻之语可知其力并非十分峻猛，而有人多畏其破血破气，害怕一个“破”字，而不敢用。近览张锡纯《医学衷中参西录》三棱条下，谓其“气味俱淡，微有辛意，性微温，为化瘀之要药，以治男子痞癖，女子癥瘕、月经不通，性非猛烈而建功甚速，其行气之力，又能治心腹疼痛，胁下胀痛，一切血凝气滞之证。”我们认为前人所谓“破气破血”之说，无非说明力强而已，

而临床一些疑难久病，气滞血瘀顽固不化者，三棱又为其首选之品，我们体会，凡临证如萎缩性胃炎迁延日久，症见痛处不移，痛时拒按，夜晚较甚，舌下络脉曲迂或怒张，舌质淡紫等，常以香砂六君子汤加焦三仙、丹参、三棱等，收效甚捷。尤其对一般化瘀止痛药不效或初用有效久用无效者，加用三棱或莪术后，每见止痛之效甚显。其次对慢性肝炎、肝硬化，脾大等久治乏效者，三棱均可应用。唯其剂量不宜过大，一般9~12g即可。

### 5. 三七化瘀有奇功，可治心痛与中风

三七是常用的化瘀止血药，其止血而不留瘀，活血而不破血，在瘀血与出血单独或同时出现之时，具有其它单味药不可比拟的优势。《本草纲目》首载其药，谓其有“止血、散血、定痛”的功效，可治金刃箭伤，跌仆杖疮血出不止者，亦主吐血、衄血、下血、血痢、崩中经水不止。产后恶血不下，血晕血痛，赤白痛肿，虎咬蛇伤诸病。其药药力甚强，疗效显著，古代多作止血药应用，其主治无论跌打损伤，瘀肿疼痛，还是各种出血，皆以化瘀止血为主效，临床运用十分广泛。现代药理研究发现三七有很好的止血作用。可降低毛细血管通透性，并且能增加冠状动脉血流量，减少心肌耗氧量；有明显、迅速的降压作用等等。多年临床应用，体会到可用于下列病证：

#### (1) 用于冠心病心绞痛

用三七粉3g（冲服）配合瓜蒌、薤白、降香、丹参、桂枝、杜仲、鹿衔草、生山楂等，治疗冠心病心绞痛、痰瘀交阻者，有明显的缓解减轻疼痛、减少发作的效果。而且用一般化瘀止痛药效果不明显或作用不佳者，加用三七后其效果明显增强。有的服用心痛定、心得安或硝酸甘油片不能控制心绞痛发作，或效果不满意者，加用三七后，均取得明显的缓解疼痛、减少发作的效果，证明其确有良好的化瘀止痛作用。

#### (2) 用于乙型肝炎

乙型肝炎气滞血瘀型者，可用三七加入柴胡、白芍、枳壳、川芎、香附、鳖甲、三棱、焦三仙等，有活血止痛、改善肝血瘀滞症状的作用。一女性病人，患“乙肝”3年，经常胁肋、胃脘部胀满不适，嗳气，泛酸，纳差，大便不调，眼干涩，脉弦细，多方治疗，效果不显，辨为肝气郁滞，肝胃不和，用柴胡舒肝散加三七，6剂后症状明显减轻，坚持用药1月余，症状基本消失。后遇到“乙肝”病人，凡属气滞血瘀，或肝气犯胃，致胸胁胀满疼痛或胃痛者，均适量加入三七3g，止痛作用明显增强。

### (3) 用于风湿痹痛

常用三七配入黄芪、当归、威灵仙、独活、细辛、川牛膝、桂枝、淫羊藿等方中，发现其能缓解疼痛，可能与其增强化瘀止痛作用有关。

### (4) 用于慢性结肠炎

一女性病人，61岁，左侧小腹隐痛7个月，有时大便脓血，镜检示“慢性结肠炎”。头晕，消瘦，舌质红，苔黄稍厚。断为下焦湿热，用白头翁汤加茯苓、地榆炭、猪苓、焦山楂、三七粉、白花蛇舌草等。7剂显效，10余剂腹痛全除，它症锐减。三七对此例的主要作用是：①止血，②止痛。

### (5) 用于风湿性心脏病、二尖瓣狭窄

三七配伍丹参、(炙)甘草、苦参、桂枝、川芎、赤芍、当归、山楂等或加入桃红四物汤中应用。曾治一例16岁少女，患风湿性心脏病、二尖瓣狭窄，胸闷心慌，左胸部有时刺痛，关节疼痛，头晕，月经量多。以上方加减化裁，诊治6次，服药30余剂，两次心脏拍片对比，心界明显缩小，症状明显减轻，心慌心悸大减。

### (6) 咳血

一病人因肝火灼肺咳血，痰中带血2月余，伴乏力、失眠、大便干，舌质淡红，苔黄腻，脉弦滑。用龙胆泻肝汤加三七粉

3g（冲服）、大小蓟各 10g，大黄 10g，6 剂而诸症皆除。

#### （7）高血压病

三七可配合菊花、生地、草决明、葛根、地龙、川牛膝、豨莶草、路路通等应用，有明显活血化瘀、清脑通络作用，尤适用于有动脉硬化、冠心病等心脑血管病同时存在者，效果甚为明显，曾多次应用，均取得较理想疗效。

#### （8）可用于中风

三七治中风，应用较广，无论是对缺血性中风或出血性中风，皆为常选药物。脑血栓形成之中经络者，常以补阳还五汤加三七粉 3g（冲服），具有良好的益气活血化瘀之功；脑溢血者出血期，可单用三七粉化瘀止血；后遗症期，三七可配伍黄芪、当归、川芎、路路通、菖蒲、寄生等物，以消散瘀血，扶正通窍。

#### （9）治瘀血头痛

可配伍川芎、白芷、地龙、蔓荆子、桃仁、红花及虫类药，对顽固性头痛，刺痛久治不愈者，用后可收化瘀止痛之效。

#### （10）可用于胃痛出血

三七对消化系统的肠胃出血有止血之功，特别是对胃脘痛（如慢性胃炎、胃溃疡等）或伴有黑便者，尤为适宜，它既可以化瘀生血，又可以化瘀止痛。可配伍蒲黄、五灵脂、丹参、元胡等应用。临床如此治疗多例，均有很好的疗效。

至于古今之用于妇科崩漏、产后出血、刀伤、跌打损伤、骨折等症，人皆尽知，此不赘述。

三七之用量，我们一般多用三七粉冲服，每天 3g。此种用法剂量较小，节省药材，吸收较好，值得提倡。汤剂煎服，用量需大一些，一般 6~10g 为宜。曾有文章报道用三七粉 1 次冲服 6g 引起房室传导阻滞者。我们 1993 年曾治一例严重肝硬化腹水男性患者，病人曾误将每日 3g 三七粉服为每日 30g，连服 7 日，不但未见毒副作用，反而诸症减轻，效果明显。故三七的标准用

量尚需继续观察研究。

总之，三七化瘀、止血、止痛，内外上下疾患皆宜，内服外用皆可，既止血又化瘀，一药二用，对于出血兼瘀滞疼痛者尤宜。

## 6. 牛膝当分川怀，补消两擅其长

牛膝，首载于《神农本草经》，其性平，其味甘苦酸，临床用途甚广。《本经》载其“主寒湿痹痿，四肢拘挛，膝痛不可曲，逐血气，伤热火烂，堕胎。”现代药理研究已知其对子宫和肠胃有收缩作用，并能扩张心脑血管、降压、利尿等。此药性平，无寒热燥腻之弊，补消兼长，临床常用，每收较理想疗效，故作探讨。

### (1) 活血祛瘀，引血下行，善治头部诸疾

牛膝之功，前人多谓其善补肝肾，强筋骨，善治腰膝酸痛和下肢无力，此诚然也。但验之临床，消多于补。其名牛膝既形容其形状象牛之膝，又善治腰膝部疾病之谓。然而，其活血祛瘀，引血下行，实属其主要功能。考“引血下行”之语，自《本草衍义补遗》提出以后，遂为后世所重视。《本草经疏》曰其“走而能补，性善下行。”尤其张锡纯《医学衷中参西录》说：“牛膝善引上部之血下行，为治脑充血证之良品”，所以其镇肝熄风汤、建瓴汤中均重用此品至 30g，临床收效颇佳。查《名医别录》有牛膝“填骨髓，除脑中痛及腰脊痛”之语，根据多年临床体会，认识到牛膝之活血祛瘀、引血下行，尤善治脑部诸疾。比如临床可用治：①肝阳上亢：患者常有血压高，或不稳定头痛，头部麻木，四肢困乏等症者，以川牛膝为主，配合菊花、磁石、天麻、川芎、豨莶草、地龙等，取其既可补益肝肾，又可引血下行，常用川牛膝 15g~30g 左右，疗效较好。②中风证属风中经络：常表现为肢体麻木、偏瘫、语言蹇涩、手足痿废不用等，可用川牛膝配合丹参、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花，兼气虚者可加炙

黄芪等，具有较好的活血化瘀止痛及引瘀血下行之功。③梅尼埃综合征：此症以眩晕、不能站立、甚则呕恶等症为主，用川牛膝配合二陈汤，加磁石、丹参、寄生、钩藤钩、天麻、仙鹤草等，治疗多例，其为效验。④老年性痴呆症：此病多表现为反应迟钝，记忆力明显减退等，若属肾虚血瘀者，可用怀牛膝配合熟地、山萸肉、菟丝子、巴戟、菖蒲、丹参、川芎等品。⑤头痛：牛膝性平微苦，凡实火或虚火上冲之头痛，瘀血头痛均可以此作主药，引瘀热下行，而头痛可愈。实火头痛用川牛膝配黄连、石膏、龙胆草、栀子、菊花、川芎等；虚火头痛配生地、玄参、知母、黄柏、蔓荆子等；瘀血头痛可配川芎、白芷、丹参、桃仁、当归、赤芍等。⑥心绞痛、心肌炎、牙痛、龈肿、口舌生疮、吐衄、咽肿者，亦可在辨证方中酌加牛膝以引血引热下行。总之，牛膝之活血化瘀、引血下行之功，在头部及胸部等瘀热所致疑难病证中应用甚广，其证以实证或虚实夹杂证较多，故均用川牛膝为主。

## （2）活血化瘀、引血下行，善治妇产科疑难之证

牛膝的活血化瘀、引血下行，对肝肾、冲任、胞宫等下部瘀阻之证也甚为常用，具有引血下行、引药直达病所、化瘀止痛等多种作用。①治经闭、痛经：牛膝配伍当归、月季花、益母草、丹参、桃仁、红花、元胡等，可治妇女经闭、痛经属瘀血阻滞者，有很好的化瘀止痛调经作用。②治产后恶露不行，瘀阻疼痛或倒经吐衄，李时珍曰：“牛膝所主之病，大抵得酒则能补肝肾，生用则能祛恶血。”其“祛恶血”之语，即包括牛膝可治产后恶露不行，瘀阻腹痛在内。张锡纯亦谓：“重用牛膝，佐以凉泻之品，化血室之瘀血以下应月事，此一举两得之法也。”临床若以牛膝配伍生地、当归、白芍、栀子、白茅根之属，治经行吐衄属血热妄行者，用后多有显效。③治癥瘕积聚：牛膝药性较平和，虽化瘀而不太伤正气故可久服。《日华子本草》及《本草备要》

皆记载其“破癥结”。临床常以牛膝配丹参、三棱、莪术、廑虫等品，可治癥瘕积聚，有缓化慢消之功。

(3) 补肝肾，强筋骨，利水通淋，善治腰膝酸痛，水肿下肢无力等

牛膝补肝肾、强筋骨之功，临床应用甚广。但其补益之功强与弱，后人知之甚少。《本草正义》明确指出：“其所谓补中续绝、填骨髓、益精、利阴气诸说，皆壅滞既疏，正气自旺，万不可误认牛膝为填补之品。”由此看来，牛膝之补肝肾并非填精补髓，结合李时珍所说：“得酒则能补肝肾”之语，其补多为以通为补，通滞为主，填补为次。我们临床体会，川牛膝之通滞化瘀之力强于怀牛膝。①治腰膝酸软无力，属肝肾不足者，可用怀牛膝，但须配杜仲、寄生、续断、木瓜等品；若治痿证可配伍黄芪、熟地、龟板、锁阳、白芍、豹骨等；②治风湿痹者：常用于腰膝以下之风湿痹痛，此品有较好的通利血脉、破瘀导滞之功，如独活寄生汤中用之即属此意。③治肾炎水肿：牛膝活血化瘀畅行血脉而利水。《本草纲目》载其可治“五淋尿血，茎中痛”。《中药学》也记载其“能利尿，行瘀以通淋。”临床除用于淋证外，笔者常用于慢性肾炎水肿。④治颈椎病：常配葛根、金毛狗脊、当归、赤芍、川芎、桑寄生、路路通等品。

总之，牛膝有川牛膝、怀牛膝之分，补消之力各有擅长。川牛膝有活血化瘀、引血下行之功，擅长用治头脑部、心胸部位瘀阻及下焦、肝肾冲任等处瘀滞之证，故认为其有引血、引热、引水下行之力。怀牛膝补肝肾、强筋骨之力稍强，善治腰膝酸软之疾，但多以通为补取效。

## 7. 黑木耳食疗药疗两相宜

木耳一药，《神农本草经》中就已记载，附于桑根之后，名木需，有“益气不饥，轻身强志”之功，《名医别录》曰：“桑耳一名桑菌，一名木麦，六月多雨时采，即曝干。”苏恭曰：

“桑、槐、楮、榆、柳，此为五木耳，软者并堪啖，楮耳人常食，槐耳疗痔。”李时珍曰：“木耳各木皆生，其良毒亦必随木性，不可不慎。”可见古之木耳，早已入药，鉴于生于不同种木材，而具有不同功能。近代随着食用菌科学的发展，人工栽培的木耳之产量质量都大大提高，现今多人工培育菌种植于青岗木之上，已广泛用于各种宴席之上，多视为食疗保健之佳品，药用则比较少。

木耳之性，多云甘平，入胃、大肠经，古之记载有凉血、止血，治肠风、血痢、血淋、崩漏、痔疮之功。其生于桑树上者名桑耳，色黑，主女人漏下赤白汁，血病癥瘕积聚，阴痛，阴阳寒热，无子。其白者止久泻，益气不饥。其黄色者治癖饮积聚，腹痛金疮。孟诜认为黑木耳有“利五脏，宣肠胃气，排毒气”的作用。我们受前贤论述的启发，鉴于黑木耳非常丰富，多年来试用于一些疑难杂病，收到较好效果，故愿抛砖引玉，作以简介：

### （1）降血脂，治血行不利之麻木，有活血通络之功

黑木耳甘平，偏凉质润。据研究每 500g 木耳含蛋白质 53g，脂肪 1g，糖 35g，粗纤维 35g，钙 1.785g，磷 1.005g，铁 0.925g，核黄素 2.75g，尼克酸 13.5g 等物质，具有人体需要的多种营养物质和微量元素。故凡年老体弱，血脂高，手发麻，头昏，血行不利等，均可在炒菜时加用泡软洗净之木耳适量，经常食用能明显改善症状，也可煮汤或研粉冲服，但要坚持长期应用。

### （2）治误吞金属

以黑木耳 30g，温水泡软、洗净除去杂质，与韭菜同炒后食用，可因缓下作用带出金属物。

### （3）治胃柿石

黑木耳 30g，泡软洗净，加入蜂蜜适量，吃木耳喝蜂蜜水，坚持服用 3~4 天，能排除胃柿石。我们用此法已治愈多人。其



机理可能是利用其“利五脏，宣肠胃气，排毒气”作用，润肠缓下。

#### (4) 治血痢日夜不止

《圣惠方》记载：治血痢日夜不止，腹中疝痛，心神麻闷，取黑木耳一两（30g），水二大盏，煮木耳令熟。先以盐、醋食木耳净，后服其汁，日二服。

#### (5) 治崩漏

验方用木耳 250g，炒见烟，为末，每服木耳末 6g，加头发灰 1g，共用好黄酒调服出汗。

现用木耳，多为人工培育的食用菌类，多寄生在青岗树朽木上，故无毒，食用药用均安全。但据报道，木耳采集后必须晒干后贮存备用，新鲜之品不宜食用，防止杂有它菌。

总之，随着老龄人增多，心脑血管疾病显著增加，黑木耳的食用药用价值必将得到进一步开发利用。

### 8. 益母草水瘀互结可用

益母草在《神农本草经》即有记载，名曰益母、益明，《本草图经》始称益母草。在相当一段时间里，主要作为妇科常用药，治疗产后病、月经病、癥瘕、瘾疹瘙痒等，故有“益母”之名。后世用于治疗急性肾炎浮肿和血尿，取其有利尿祛瘀作用，服后水肿消退迅速，食欲增加。我们根据其所具有的活血利水双重作用，治疗脑水肿、小儿解颅，取得比较理想的效果，故有必要作一探讨。

苏恭曾曰益母草捣汁服，主浮肿，下水，消恶毒疗肿、乳痈丹游等毒。李时珍认为其“活血破血，调经解毒，治胎漏产难，胎衣不下，血运血风血痛，崩中漏下，尿血泻血，瘕痢痔疾，打扑内损瘀血，大便小便不通。”故可知益母具有活血、利尿、解毒等多种功能，一药而兼化瘀利水，水瘀互结可用也。

《本草汇言》载：“益母草行血养血，行血而不伤新血，养血

而不滞瘀血，诚为血家之圣药也。”《本草求真》也认为：益母草“消水行血，去瘀生新，调经解毒，为胎前胎后要剂……味辛则于风可散，血可活，味苦则瘀可消，结可除，加以气寒，则热可疗，并能临证酌施，则与母自有益耳。”从以上这些论述，可知益母草的作用甚为平和，虽有活血利水解毒之能，而久服重用不伤正气，体虚体弱，对年幼年老之水瘀互结之证，甚为合适。

### （1）治痛经

治气滞血瘀引起的痛经，常与元胡、当归、白芍、香附、川牛膝等补血养血行气止痛药物组合成方，益母草剂量要大一些，一般常用30g左右，大多有明显效果。

### （2）治产后病

如产后出血或恶露不绝，腹部胀痛，出血量少，或夹杂血块，由子宫收缩无力引起者，常配合当归、酒芍、艾叶、川芎、焦山楂；偏寒者再加炮姜、台乌等，效果较为理想。现在已经证实益母草具有收缩子宫，显著增加子宫肌肉的收缩力和紧张性。对折伤内有瘀血者也可用，如《外台秘要》记载的益母草膏。

### （3）治急性肾炎水肿、血尿

用益母草30~60g，生品可以更大一些，单用或加入辨证方剂中用，甚为有效，常配伍猪苓、茯苓、连翘、白茅根、丹参、浮萍、桑白皮之类，现已为临床所常用。肾结石也可配伍冬葵子、石韦、鸡内金、海金砂等同用。有报道用益母3~4两，治急性肾炎水肿，利水消肿作用显著，近期疗效较佳。

### （4）治解颅

解颅多为西医之脑积水，病机多为水瘀互结证。益母草既可活血又可行水，甚合其病机。常配伍当归、赤芍、红花、川芎、葛根、丹参、白茅根、泽泻、琥珀、茯苓、麝香、牛前子、山楂等，用后效果明显，已有多例治验病案。

### （5）治高血压、冠心病

据报道，益母草用于高血压病，既可以因其利尿作用而降低血容量，又可因其活血、溶栓、强心作用，改善外周血循环。凡高血压病头目眩晕、心慌心悸或有轻度浮肿者，用之有较好效果。常配伍平肝清肝之菊花、天麻、钩藤、石决明、白芍、牛膝、磁石等应用。古方天麻钩藤饮中有益母草一药，有人难解其作用，其实即通过其利尿活血作用降血压而已。

#### (6) 治癥瘕积聚（如慢性附件炎、盆腔炎等）

取本品有活血祛瘀而性平可久服以缓化慢消之特点，常配伍当归、丹参、三棱、赤芍、红花、牛膝、小茴香、台乌等组方。但要久服方有效。

总之，益母草虽曰“益母”，但不止用于妇科，实则对内科水瘀互结之证疗效亦好。中医认为“血不利则为水”，而益母草既可活血消癥，又可利水消肿，两擅其长，对凡瘀血久留，水瘀互结之脑水肿、颅内压增高、急性肾炎、高血压等，均可以之治疗。但此病作用平和而力弱，用量一般需大，30~60g为成人常用量，治肾炎时干品可用至90~120g，鲜品180~240g，方有显效。临床上，我对于辨证确系有瘀血存在或兼有瘀血的内、儿、妇、外、五官、肿瘤等科的多种病证，试用活血化瘀法，或兼用活血化癥法给予治疗，皆不同程度收到了较为满意的疗效，如头痛、头冷痛、点头病、面痛、眼疼、肩疼、胸痛、风湿性心脏病、胃脘痛、胃脘痛兼梅核气、积聚、胁痛、脊背痛、皮痹、热痹、着痹、行痹、痛痒、类风湿关节炎、风湿病、腰痛、半身麻痺证、梅核气、脏躁病、气厥、气厥震抖证、气厥抽搐证、毒瘀交结抽搐证、轰热证、无名定时高热证、中风病、低烧、眩晕、高血压病、肺癆、肺痿、大咯血、虚癆、怔忡、不寐、心悸、惊悸、狂证、肝郁、积聚、臌胀、奔豚气、浮肿、尿血、便血、阳痿、滑精、严重恶寒症、单纯肥胖症、惊叫症、血小板增多症、白细胞增多症、淋巴反应性增生症、毛细细胞白血病、瘀毒痰

核症、静脉硬结、下肢紫斑、翻甲、夜游证、骨槽风、黛黑斑、粉刺、过敏性皮炎、红丝疔、甲状腺囊肿、痰核、疖肿、有头疽、肠痈、脱疽初发、痛经、经闭、经行呕吐、浮肿、经行舌疼、崩漏、乳癖、乳痈、不孕、滑胎、热入血室、虚损、更年期综合征、解颅、小儿疮证、小儿浮肿、癖积、小儿阳强不倒、赤眼、鼻渊、鼻衄、口疮、齿衄、耳疳、多种中毒等。但有些病例是个别的，经验是点滴的，体会是肤浅的，还不能说明规律性的问题，并且也常遇到一些无效或失败的病例。如有的瘀血证临床诊断证据确凿，用药大法无误，但仍欠显效。像本院学员高某某原有肝郁，1978年初秋患急黄证（急性肝坏死），突然神识昏蒙、谵妄，全身出现黄疸，面色青滞、舌紫，舌底瘀点显见，脉象虚弦，皮肤散见瘀斑，其瘀血指征明显。除用西药外，中药主要使用千金犀角散加减，以清热解毒、凉血化瘀，并静注丹参注射液等，虽中途患者一度神志清醒，症状大有减轻，可下地活动，但后又复外感，病情反复而死亡。

另外，我体会到，活血化瘀法虽然有“疏其气血，令其条达”，改善血液循环，调整脏腑功能的作用，但有些辨证立法虽正确，而因患者体质特异，或病情复杂，或日前尚无根治办法，如肿瘤等原因而出现了不少暂时无法治愈者病证，有待我们继续努力，共同提高，为攻克一些顽证贡献力量。

# 中风病防治中几个问题的研究

张学文

中风病古代列为四大难证（风癱、风痹、风痲、风瘖）之首，当今世界医学也将其列为三大死亡率（心血管、脑血管、肿瘤）及复发率、致残率最高疾病之一；是最危害人类生命和健康的常见病，也是人类致死和致残的主要原因之一。对此病的防治研究，被国家列为专题放到重要位置，投入大量人力、财力、物力，从中医、西医及其他有关方面进行了深入系统的研究，从而在发病因素、病理机制、先兆证治、急诊抢救、康复措施及后遗症研究等方面均取得了一定的进展和成果。本病诊断虽较易，但防治手段进展却较缓慢。据世界卫生组织公布，在受调查的 57 个国家中，急性脑血管病列为前三位的有 40 个，在美国发病率占 2.6‰，65 岁以上占 21‰；在日本 40 岁以上的患者占 7.9‰；我国和日本差不多，每年约有 150～200 万人患病，100 万以上人死亡，残废占半数以上，60 岁以上老人中患病率高达 12.8%，且呈现年轻化趋势，每年为脑血管病支付医疗费可达数百亿元。

## 1. 病因的主流是内因致病

中风病始终是老年人的常见病、多发病，目前已成为中国人患病死亡前三位原因之一。关于中风病的致病原因，历代医家记述颇多，经历了从外因论到内因论的发展过程。唐宋以前，医家多主外因论，金元以后的医家多持内因论。而主内因论者又有主风、主火、主痰、主瘀、主虚、主气、主毒等不同学说。许多学者多认为中风皆由内风所致，虽有重视血瘀与风痰之不同见解，但多强调气血逆乱致中。近年来，全国中风病科研协作组的专家学者通过对大量临床资料的分析，提出了中风病是在气血内虚的

基础上，因遇劳倦内伤、忧思恼怒，嗜食厚味烟酒等诱因，进而脏腑阴阳失调，气血逆乱，上冲犯脑，形成脑脉痹阻，脑窍不通，血溢脑脉之外的基本病机；临床以突然昏仆、半身不遂、口舌喎斜、不语或语言謇涩、偏身麻木为主症；并具有起病急、变化快，如风邪善行数变的特点；是好发于中老年人的一种常见病、多发病，也是疑难病。当然在重视内因的同时，对古代的外风致病学说还应深入研究，不可轻易否定和抛弃。

对临床最有指导意义的莫过于对病因病机的认识。唐宋以前以“内虚邪中”学说为主。金元时期内因学说兴盛，刘河间认为中风之因并非外中于风，乃“心火暴甚”所致。李东垣则认为：“中风者，非外来风邪，乃本气病也。”（《医学发明》），认为“正气自虚”是中风的病因而“非外来风邪”。朱丹溪则认为是“湿痰生热”，“东南之人，多是湿土生痰，痰生热，热生风也。”（《丹溪心法》）。三家立说，都偏重于内在因素，这与唐宋以前的“外风”学说大相径庭，为内因学说的崛起开创了局面。但也有些医家反对“内因说”这一观点，如王履指出：“三子以相类中风之病，视为中风而立论，故使后人狐疑而不决，不知因于风者，真中风也。因于火、因于气、因于湿者，类中风而非中风也。三子所论者，自是因火、因气、因湿而为暴病暴死之证，与中风何相干哉！”（《医经溯洄集》）。王氏回避了应当按中风病的实质来探讨中风病因这一关键问题，提出“真中”、“类中”，实际上是对三家立论的否定。王履的这一论点对后世产生了一定影响。但内因学说还是得到了更多医家的赞同，虞抟认为：“古人论中风者，言其证也，三先生论中风者，言其因也”（《医学正传》），对中风的认识最为深刻。

明清以后，内伤积损，肝风内动，气虚血瘀学说逐渐形成。明·张景岳提出“非风”学说，主张“内伤积损”是中风的病因，认为本病的发生“皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致”。

其发病机理是“阴亏于前，而阳损于后，阴陷于下，而阳泛于上，以致阴阳相失，精气不变，所以忽而昏溃，卒然仆倒。”（《景岳全书·非风》），张氏的这一观点对后来叶天士创“内风旋动”观点有很大启发。

清代及其以后，许多医家根据自己的临证经验对中风病因提出了各自的新见解。叶天士综合了诸家学术观点，结合自己的临证体验，认为“精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢”（《临证指南医案·中风》）而发为中风。王清任对本病病因病机提出了独到的见解，认为中风半身不遂是由气虚血瘀而成，指出半身不遂“亏损元气，是其本源”，“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”（《医林改错》），因此，创补阳还五汤来治疗本病，重用黄芪以补益其亏损之元气，配伍活血化瘀药物，使瘀血得通。近人张山雷、张锡纯总结了前人的经验，并结合现代西方医学，认为本病发生主要在于肝阳化风，气血并逆，直犯冲脑；或气虚无力鼓动血液上达于脑部，致脑贫血。至此中风病因学说研究日趋增多和深入。

近代国内外关于热毒内郁导致中风学说屡有报导和研究。中医理论认为“毒邪”致病者不在少数，内伤杂病中不少，外感热病中尤多。很多病都兼有“毒邪”，或以“毒”为主要致病因素。从毒邪的来路讲，又有外毒、内毒之分。外毒即外受毒气或毒邪，内毒系机体在有害因子作用下所化生的对人体有害的物质，如“血毒”、“痰毒”、“火毒”、“热毒”、“便毒”等等。很多毒邪所致疾病属疑难病证，如“阴阳毒”、“水毒”、“瘰疬”等。由于毒可致热，又可伤阴耗气，动血腐肉，损伤脏腑，故对某些因素所致病证中，正确应用解毒疗法，的确可以提高疗效，解决疑难。如用清开灵治疗中风急症，黄连解毒汤等清热解毒方药加减治疗中风病，在临床上均取得疗效。临床上许多脑病也由于六淫邪毒过盛而引起高烧头痛、项强抽搐、神昏谵语，等属于肝阳上

亢、肝风内动、热毒内炽、痰热腑实等，可选用安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹、清开灵、脉络宁及黄连、黄芩、牛黄、大黄、生石膏、栀子、板蓝根、夏枯草等。

解毒方法甚多，举凡宣透外毒、通下解毒、疏利解毒、清热解毒、化浊解毒、化痰解毒、扶正解毒、活血解毒等等，均可酌情应用。

有人认为解毒法主要针对温热病而言，此说固然不错，但在内伤杂病中，亦有不少毒邪所致之疾病，所谓“物之能害人者皆曰毒”，“万病成毒”等说明了毒邪致病的广泛性。

另外，“八五”攻关以后得出一个引人注目的流行病调查结论，在全国东西南北中 10 个不同地区人群中长达 10 年随访研究后得出结论是：血压升高，是导致心脑血管疾病的重要危险因素之一，故积极防治高血压是预防心脑血管病发生的有力措施之一。

总之，中风病因学说经历了三个阶段，唐宋以前从外风立论；金元以后，主张内因为病；清代及其以后，中风的病因学说集中于肝阳上亢，内风旋动和气虚血瘀两种观点。分析历代医家对中风病因的认识，可以看出，对于中风的病因，各医家多持单一病因论的观点，或“心火暴甚”，或“正气自虚”，或“湿痰生热”，或“内风旋动”，或“气虚血瘀”等等。

中风病包括现代医学的出血性中风和缺血性中风，这两类疾病的病理机制有很大差异，但临床证候上却有很大的相似之处。历代医家尽管对中风病因、证候的轻重、所中的部位有了较为全面的认识，但是由于当时诊断手段和科学水平的限制，过去医家还没有能完全认识到这一点。张山雷、张锡纯等将中风分为脑充血和脑贫血。如张锡纯认为：“东垣论内中风，由于内虚邪凑，原与脑充血之中风无关，而实为脑贫血之中风，开其始先也。是则河间主火，为脑充血，东垣主气，为脑贫血，一实一虚迥不同



也。”（《医学衷中参西录》）张氏已经认识到，古代医家关于中风病因的诸多观点，实际上包括出血性中风和缺血性中风两类不同的病因。由于各医家的临床经验不同，而得出因火、因气、因痰、因肝风内动、因气虚血瘀等不同观点。这些观点都不同程度地反映了中风病因的一个方面。

## 2. 病机的关键是瘀阻脑络

中风病之发病机制，历代言之甚多，各有所偏重，概言之约为六端；即虚、火、痰、风、气、血，又以肝肾阴亏或元气虚损为主。据临床之实践，发现瘀血阻滞脑络为病理之关键环节。如以虚而言，精虚则精血不充、血少而行迟为瘀；气虚则行血无力而为瘀；嗜食肥甘，恣好烟酒，脾失健运，痰湿内生，痰滞脉络而之痰瘀交夹；或痰生热，热生风，以至风助火热，燔灼津血而为瘀；或肝肾阴虚、肝阳上亢、生风生火而致瘀。诸般因素皆由量变发展至质变，致使脏腑功能失调，气机发生逆乱，终而导致中风。

脑络为气血津液濡养脑髓之通路，瘀阻脑络，其不甚者，致脑乏清阳之助，津血之濡，神明失养而出现西医学所谓缺血性中风；瘀阻甚者，则络破血溢，离经之血压抑脑髓而为西医之出血性中风。因此，临床上瘀血之病理伴随其所成之量变因素而贯穿中风病变之始终。其治疗当以活血化瘀，再参以所致之因等而辨证论治，可谓较为完善。

## 3. 辨证论治血瘀贯穿始终

根据我们的临床实践经验，总结了中风整个病变过程的发生发展规律，将其概括为四期六证，即中风先兆期，急性发作期，病中恢复期，疾病后遗症期，而六证（肝热血瘀、气虚血瘀、痰瘀阻窍、瘀热腑实、颅脑水瘀、肾虚血瘀）又表现于四大期内。

**肝热血瘀证：**系指肝经郁热，或肝肾阴虚，水不涵木，肝阳上亢，化热灼津伤血为瘀；或肾精亏乏，肝血不足，血瘀所致的

一种中风早期证候（中风先兆证）。其临床表现为头痛眩晕或目胀面赤，心烦躁急，肢体麻木，或短暂性语言謇涩或一过性肢瘫无力，大便秘结，或排便不爽。舌质红黯，或舌下散布瘀丝、瘀点。脉象弦滑或细涩、或弦硬。

此证为中风早期常见的病理表现，治宜清肝化瘀通络，自拟清脑通络汤，基本药物是：菊花、葛根、草决明、川芎、地龙、水蛭、赤芍、天麻、山楂、磁石、丹参、川牛膝等。可按具体情况随证稍事加减。

气虚血瘀证：系因元气亏虚，中气不足而致气无力行血，血行缓慢为瘀的一种证候，证见半身不遂，或肢体麻木，神疲乏力，语言不利，面色恍白，舌质淡黯、苔白或白腻，脉细涩等，可见于中风病初期、缺血性中风发作期及中风恢复期和后遗症期。

我们认为气滞可致血瘀，而气虚无力推动血液，血液不能畅行于脉道，同样可致血凝成瘀，阻滞脉络，这是因虚致瘀的结果，也是本证的主要病机之一。根据益气活血为宗旨，早在 70 年代，我们就研制成功了纯中药的“通脉舒络液”针剂（黄芪、丹参、川芎、赤芍等）用作静脉点滴并加辨证口服汤药，至今 20 余年来仍效验不减，对于缺血性中风的运用，其总有效率为 98.2%，对中风病的恢复期、后遗症期及诸多病证属于气虚血瘀证者，使用均有良好的效果。

痰瘀闭窍证：指因瘀滞脉络，脉络不利，气不行津，津聚为痰；或因脾失健运，水湿内生，聚而成痰，痰滞脉络，血行不利而为痰；或火热灼津耗血而为痰的一类证候。症见突然昏仆，神志不清，肢体偏瘫，喉中痰鸣，语言不利或失语，脉弦滑或弦硬，舌体胖大或偏歪，舌质黯，或有瘀点、瘀丝。常见于中风急性期的闭证或康复初期。津血同源、痰瘀相关，由此而决定瘀血或痰浊为本病发展的一般结果，久则痰瘀交夹，遂成窠囊，盘踞

脑窍，压抑脑髓，急则为神昏窍闭，缓则经络失养而为痿痹之疾。治宜涤痰开窍，活血化瘀。我们原研制了“蒲金丹”（郁金、石菖蒲、丹参等）针剂，收效甚佳。如配合“清开灵”滴注效果更好。

**痰热腑实证：**因精亏血瘀，胃肠乏液，传导失司而致腑气不通，上闭下实；或因肝肾阴虚，肝阳暴亢，气血上逆，以致络破血溢；肝阳化火，燔灼中焦，传导失司而致大便不通。症见：神志昏蒙，偏身不遂，舌强语謇，口舌喎斜，面红气粗，痰声辘辘，呕恶便秘。舌质红，苔黄腻或黑，脉弦滑，常见于中风急性期。治宜通腑化痰，活血化瘀。方用三化汤加减：生大黄、芒硝、丹参、川牛膝、菖蒲、胆南星、瓜蒌等。此方妙用大黄伍牛膝活血化瘀、引血下行；石菖蒲配胆南星醒神开窍，涤痰化浊；瓜蒌与芒硝同用，宣通气机，助其下行之力。诸药合用，以达上下通利之效。

**颅脑水瘀证：**颅脑水瘀系指瘀血与水湿痰浊互阻于脑络，致神明失助，九窍失司，肢体失用为主要表现的一类证候。其证候常见：

（1）神明失主：表现为头胀头痛，痰涎壅盛，眩晕呕吐，神志恍惚，健忘失眠；甚或神识不清，表情呆滞，反应迟钝，或发为癫痫，抽搐阵作；或见傻哭傻笑，失认失算，行为怪异或见语言颠倒，词不达意等。

（2）肢体失用：表现为肢体麻木肿胀，重滞无力，筋惕肉瞤。或手足颤摇不已，或肢体强直、痿软，或半身不遂等。

（3）七窍失司：表现为语言謇涩，甚或失语，舌根强硬，口眼歪斜，饮水呛咳，口角流涎，目多流泪，鼻多流涕，目光呆滞，视物昏花或视歧，耳鸣耳聋；亦可见二便失禁，自遗不晓。

此外，在幼儿由于水瘀内停，脑窍不通，还可见头颅膨大畸形，颅凶增宽，头面青筋暴露，双目下视，叩头犹有破壶之声

等。

颅脑水瘀证多舌质黯红或淡紫、清紫，舌体有瘀点、瘀斑或舌体胖大有齿印，舌下脉络粗张屈曲，或舌下有瘀丝，瘀点，色紫黯，舌苔水滑或苔腻，其脉象常见滑、弦或沉细涩等。

脑窍贵在清灵通利，故治则为醒脑通窍，活血利水。在颅脑水瘀证治中，纯化瘀则水不去，单利水则瘀不散，唯有化瘀利水同施才是正治。我们据此认识，遂拟出通窍活血利水方以治颅脑水瘀诸病证。基本方如下：

丹参 15 ~ 30g，川芎 10 ~ 12g，赤芍 10 ~ 12g，桃仁 10 ~ 12g，红花 6 ~ 10g，益母草 15 ~ 30g，川牛膝 10 ~ 15g，茯苓 15 ~ 30g，麝香 0.1 ~ 0.2g（冲服），血琥珀 6 ~ 10g。缺麝香时可用白芷 10 ~ 12g，冰片 0.1 ~ 0.2g（冲服）代替之。水煎服，每日 1 剂，早晚分服。

此方在通窍活血汤基础上，加入丹参以增强活血化瘀之功，加茯苓、益母草以利水活血化浊，加川牛膝以补肾、活血、利水，且引血引水下行。诸药借麝香走窜之力，共奏醒脑通窍，活血利水，升清降浊之功。临证应用时，可根据病情，灵活化裁。对于出血性中风病急性期或伴有脑水肿者，宜将麝香易为石菖蒲 10 ~ 12g，以防麝香辛香走窜，迫血外出，再加三七粉 3 ~ 4g（冲服），水蛭 6 ~ 9g，以行血止血，祛瘀生新；兼阴亏者加白茅根 15 ~ 30g，利水而不伤阴，且有益肾止血之功；痰涎壅盛者加竹沥水 10 ~ 20ml，胆南星 10 ~ 12g，天竺黄 10 ~ 12g 涤痰开窍；血压增高且见躁扰不宁、面色红赤者，加灵磁石 30 ~ 40g（先煎），钩藤 10 ~ 15g（后下），天麻 10 ~ 15g，羚羊角 2 ~ 3g（另煎兑服），以平肝潜阳；脑水肿严重者，加大益母草、茯苓、川牛膝用量，以增强活血利水之功效。如有便秘或便秘者加适量生大黄以加强泄下排毒，活血止血作用。该方药引用葱白、生姜、大枣、黄酒，不可忽视。

对于缺血性中风病，无论是急性期或康复期均可用本方稍事加减。若脉象沉缓无力者，兼有气血虚弱之象，宜加黄芪 30~40g，鸡血藤 15~30g，以益气养血通络。对于中风后遗症伴有脑萎缩、脑积水或老年性痴呆者，因其水瘀互阻脑窍日久，已使脑髓不足，宜酌加益肾填补精髓之品，如鹿角胶 6~9g（烔化），桑寄生 15~30g，山萸肉 10~15g，鹿衔草 30g 等。经治中风病 66 例（CT 检查示：脑出血 19 例，脑梗塞 47 例，伴脑萎缩 19 例），按全国中医学会与卫生部原中医急症中风病科研协作组 1986 年制订的《中风病中医诊断、疗效评定标准》评定：基本痊愈 23 例，显效 19 例，有效 22 例，无效 2 例，总有效率达 96.9%。对改善言语蹇涩、喎僻不遂的疗效尤为显著。

小儿解颅病（脑积水），因先天禀赋不足，水瘀互阻脑窍发病。原方宜加鹿角胶 6~10g（烔化），桂枝 6~10g，石菖蒲 6~10g，淡黄酒 30~50ml 为引，以增强化瘀利水、通阳开窍之效。过去治疗 21 例，基本痊愈 10 例，显效 7 例，有效 2 例，无效 4 例，总有效率在 90% 以上。

对于颅脑外伤所致的颅内血肿或继发性颅内高压症，以及脑外伤所致的脑积水，原方宜加三七粉 3~4g（冲服），水蛭粉 2g（冲服），苏木 10~12g，炮山甲 6~10g，以增强活血破瘀之效。

此外，对于顽固性头痛、癫痫、脑肿瘤等症均可由此方随证加僵蚕、全蝎、蜈蚣等虫类药物以入络剔邪、祛风化痰、散结止痛，常能取得较好效果。

肾虚血瘀证：系因肾精不足，血亏液乏，血脉不充为瘀，液亏不能上承清窍所致。症见音暗失语，心悸，腰膝酸软，半身不遂，舌质红或黯红，脉沉细等。肝肾同源，精血相生。中风之病本为肝肾阴虚，精血涩少，加之肝阳上亢而加重病情，或中风病后期，肝之精血更衰，脉络之瘀滞不去，使清窍失濡，肢体失用，治宜补肾益精，活血化瘀，常用地黄饮子去桂、附，加丹

参、鹿衔草、桑寄生、川牛膝、肉苁蓉、桃仁、红花等，或佐黄芪以益气活血，水蛭以祛瘀生新。

活血化瘀药物治疗中风的卓越功效早已为临床和实验所证实，这些药物可活血化瘀、疏通经络，祛瘀生新，可使梗死部位的侧支开放，增加毛细血管网的数量，增强纤溶蛋白的溶解，降低毛细血管的通透性，减少渗出而减轻脑水肿，促进瘀血的吸收，改善脑细胞缺氧以恢复神经功能，正所谓“治风先治血”、“血行风自灭”，瘀血不祛，新血不生。但必须有的放矢，适可而止，不可滥用，以免过用伤正，产生流弊。

#### 4. 防治先兆证减少发病率

《内经》云：“上工治未病。”中风病乃属古今危急难重证之一，病之大而且重，后遗症多，有关生死安危，莫过于此。所以预防中风的发病，防患于未然，有着极其重要的意义。况中风之前有先兆之证出现，医者可以察之。正如刘完素《素问病机气宜保命集》云：“虚邪贼风，避之有时，故中风者，俱有先兆之症。凡人如觉大拇指及次指麻木不仁，或手足不用，或肌肉蠕动者，三年内必有大风。”中风之前之所以会出现先兆表现，是由于“形有余则腹胀，泾洩不利，不足则四肢不用，血气未并，五脏安定，肌肉蠕动，命曰微风。”历代关于中风先兆的表现论述颇多，如王清任的《医林改错》载有 34 种之多；张锡纯《医学衷中参西录》归有五大类。我们自 1983 年开始着手进行中风病预防研究时，首先对历代医学文献进行了深入分析，从中找出最具有意义的中风先兆表现，并对既往中风病患者千余份病案进行了系统的归纳整理，同时深入探讨了中风先兆证的病因病机和发病规律，提出了中风先兆证的概念，对其含义、证候学特征、诊断标准及疗效评定标准进行规范化研究。在此基础上，研制了预防性治疗中风先兆证的中药复方新药——小中风片（清脑通络片），在临床上对 732 例中风先兆证患者进行了系统治疗和对照观察、

证明该药具有显著缓解中风先兆证的作用，并可降低中风发病率，其中风先兆证治愈率为 73.1%，总有效率为 86%，明显高于对照组，取得了显著的社会效益。此治疗随着观察时间越长，治愈率越高。

中风先兆证乃中风轻症，常为中风病变之量变阶段，故在中风先兆阶段，积极地进行干预性防治与调养，对医者来说，事半功倍，对患者而言，受益匪浅。我们在研究防治中风病的实践中，探索其发病规律，提出以防为主，重视对先兆证的防治，并深入地阐述了其病理机制及制定了诊断治疗规范。我们认为中风先兆证的病机关键是“肝热血瘀”，其证候常表现为一过性眩晕，肢体麻木，或头痛易怒，舌质红或黯红，或有瘀点，舌下脉络迂曲，或有瘀丝、瘀点，脉弦滑或硬等。治以清肝和血，化瘀通络，方用清脑通络汤加减，或用清脑通络片，气虚者加黄芪 15~30g 泡水送服；兼痰热者加竹沥水 15g 兑水冲服；头昏眼赤者加菊花 12g 泡水送服。经临床对照观察和实验研究，总有效率为 86.0%。另嘱患者节饮食、适情志、起居有常、劳逸有度、适其寒温、保持腑气通畅。

通过对中风先兆证及清脑通络片的研究，我们提出了以下看法：①中风病的中医药防治是可行的，也是必要的。②中医预防中风病，历代有许多宝贵经验，必须挖掘并提高。③在进行中医药防治中风病的研究中，突出中医特色的同时，要尽可能地借鉴现代科学，包括西医学的先进方法和手段。

## 5. 康复治疗必须多法结合

据统计，中风病的致残率为 86.5%，我国每年约有 150~200 万人患中风，加上既往因中风而致残的生存者，所以我国因中风而致残的人数可能在 500 万人左右。如何促使中风后遗症的早日康复，提高这些人的生活质量或使他们重新恢复工作能力，是一项很重要的工作，对整个社会及患者家庭都非常重要。中风

病在恢复期、后遗症期，我们认为此时病机有三：一为肝阳未平，阴液未复，症见头晕头痛，半身不遂，脉弦等，此时仍宜平肝潜阳，育阴生精，宜用钩藤、草决明、怀牛膝、龙骨、牡蛎、龟板、鳖甲之类，稍加通络之品；二为气虚血瘀，此为多见，症见偏瘫，或瘫肢皮肤肿胀、乏力，脉细涩，舌质暗淡，或舌下脉络迂曲，此宜益气活血，用王清任之补阳还五汤加减；三为颅脑水瘀，以神情呆钝，语言不利，半身不遂等症，此为瘀血顽痰痹阻经脉，且又正气亏虚，其病势胶结顽固，恢复能力差，其治疗宜活血利水，兼以益气，宜通窍活血汤合补阳还五汤，可加乌梢蛇、僵蚕、全蝎、水蛭等虫类剔邪之品。在临床上除内服药外，尚须采取多种疗法协同配合，内外合治，才能获得较为理想的效果。外治常用艾叶、川芎、花椒、桂枝、路路通、川牛膝、威灵仙、红花等煎汤热浴，每日1~2次。另可加肌注丹参注射液，或其他中药静脉滴注剂，其次可配合按摩、针灸、刮痧、香疗等等，以“疏其经脉，令其条达”，恢复经脉功能，缩短康复时间，每获良效。

中风病后遗症一般有肢体功能障碍，语言功能障碍，中风后痴呆等几个方面。目前，对中风康复研究方法很多，如功能锻炼、针灸、按摩、药物等等。不论研究哪种方法，深入研究并弄清中风恢复期的病理关键所在，是研究的重点。中风病的早期康复期，也称恢复期，是指发病1~2周或1个月至半年以内。脑卒中后3~4周是机能恢复的最重要时期，一般前3个月功能恢复明显，半年后进程变慢。我们通过长期临床观察，发现中风病早期康复期的病理关键在于脑络不通，水瘀交结，互阻颅内为基本特征的“颅脑水瘀证”。因此，我们认为积极治疗颅脑水瘀证是促进中风早期恢复的关键。基于这些认识，对颅脑水瘀证进行了深入研究，确定颅脑水瘀证的概念为：由于各种原因引起的血瘀脑络，络脉瘀阻，血中津液外渗化为水浊而致水瘀互阻于颅



内，脑失所主的一种证候。临床表现以动觉失司、脑神失主、脑窍不通等为主要证候，并就颅脑水瘀证的立论依据、颅脑水瘀证的形成、证候学特征及诊断要点、治疗原则进行深入探讨。在此基础上研制了治疗颅脑水瘀证、促进中风病早期康复的新药—脑窍通口服液，用于临床，取得了满意的疗效。通过此项研究，我们深刻体会到不论搞中医什么样的科研，必须以中医理论作为指导思想，只有这样才能把握研究的正确方向。我们在对中风病早期康复的研究中，在中医理论指导下，深入研究其病理实质，从而发现了颅脑水瘀证是其病机关键所在，所以就为治疗提供了方向。经云：“遵守病机，无与众谋。”把握了本病的病机，其他问题也就迎刃而解了。

## 靳 瑞



靳瑞，著名针灸专家、广东省名中医、岭南针灸学派“靳三针疗法”创始人，广州中医药大学首席教授、博士生导师。先后出版 30 多部专著，百多篇论文，对脑病研究尤为特长。1960 年至 1966 年每年到东江各地救治乙型脑炎。1967 年后，在海南、广西、云南研究脑型疟疾、流脑。研究结束后，回学院筹备针灸系、针灸研究所，至 1981 年任广州中医学院针灸系主任、针灸研究所所长。1982 年《救治脑型疟疾研究》获广东省科技进步奖。同时广东省儿童福利会聘为弱智儿童医学顾问，开展对弱智儿童治疗研究。他依靠大学科研设备优势，带博士高学位人才的特有条件，用生物化学、分子生物学、细胞学、电生理、基因、影像学、免疫学、多普勒等高新科技进行靳三针疗法的临床和实验研究，发明了“眼三针”治疗视神经萎缩，“鼻三针”治疗鼻炎，“耳三针”治疗耳鸣耳聋，“颞三针”治疗中风后遗症，“智三针”治疗弱智儿童，“肩三针”治疗肩周炎。“启闭针”治疗自闭症，“定神针”治疗多动症，脑瘫十项治疗脑性瘫痪有效率 85.5%，目前还指导博士们继续对儿童脑性瘫痪和老年性痴呆深入研究，疗效继续突破，被国内外誉为“靳三针”。颞三针治疗中风后遗症 1998 年获广东省科技进步奖。靳三针治疗弱智儿童获国家中医药管理局科技进步奖。靳三针疗法被定为国家级中医药继续教育项目。2001 年广州中医药大学成立靳瑞优秀博士论文奖学金。广州中医药大学附属学院成立“靳三针研究中心”。靳瑞教授历任国务院学位委员会第二、三届

学科评议组员，中国国际针灸考试委员会委员，中国针灸学会第二届常务理事，中国针灸会文献研究会副理事长，广东省针灸学会副会长，广州中医针灸研究会会长，1999年1月被国家人事部、卫生部、国家中医药管理局确定为全国继承老中医药专家学术经验指定老师。

2003年12月《靳三针治疗脑病系列研究》经省级鉴定，广州中医药大学授予该项目科技进步一等奖。2003年12月广州中医药大学科技大会授予靳瑞教授科技突出贡献奖状和奖牌。

# 常用靳三针疗法

靳 瑞

## 一、四 神 针

位置：百会穴前后左右各旁开 1.5。

主治：智力低下、痴呆、头痛、头晕。

针法：针尖向外方斜刺 0.8~1 寸。

## 二、智 三 针

穴组：神庭穴为第一针，左右两本神穴为第二、第三针。

部位：神庭，在头部，当前发际正中之上 0.5 寸。

本神，在头部，当前发际上 0.5 寸的神庭与头维穴连线的内三分之二与外三分之一的交点处。

主治：智力低下，精神障碍

针法：针尖向下或向上平刺 0.8~1 寸深，捻转针法。

## 三、脑 三 针

穴组：脑户穴和左右脑空穴共三穴。

位置：脑户穴在后头部，当枕外粗隆上凹陷处。

脑空：在脑户穴左右各旁 1.5 寸处。

主治：肢体活动障碍，躯体不平衡，后头痛。

针法：针尖向下沿皮刺 0.8~1 寸。

## 四、舌 三 针

位置：以拇指一、二指骨间横纹平贴于下颌前缘，拇指尖处

为第一针，其左右各旁1寸处为第二、第三针。

主治：语言障碍、发音不清、哑不能言。流涎、吞咽障碍。

## 五、颞 三 针

位置：耳尖直上发际上二寸为第一针，在第一针水平向前后各旁开一寸为第二、第三针。

主治：脑血管意外后遗症，脑外伤所致的半身不遂、口眼喎斜，动脉硬化，耳鸣、耳聋，偏头痛，帕金森氏病、脑萎缩、老年性痴呆。

针法：针尖向下沿皮下平刺1.2~1.5寸。

## 六、定 神 针

穴组：印堂上0.5寸为定神Ⅰ针，左阳白上0.5寸为定神Ⅱ针，右阳白上0.5寸为定神Ⅲ针。

位置：印堂，两眉间中点。

阳白，眉上1寸直对瞳孔。

主治：注意力不集中、斜视、前额头痛、眼球震颤、眩晕、视力下降。

针法：沿皮下，向下直刺0.5~0.8寸出针时用棉球压针口、以防出血。

## 七、晕 痛 针

穴组：四神针、印堂、太阳。

位置：太阳在颞侧，瞳孔旁穴外0.8寸凹陷中。

主治：头晕头痛、头顶痛、偏头痛、前额痛。

针法：直刺0.5至0.8寸，注意针下有硬物感觉时，是针中颞骨切勿再深刺，可将针稍提高0.2寸即可，进针后不提插捻转，可用刮针。

## 八、面 肌 针

位置：

1. 眼睑痉挛：四白、下眼睑阿是穴。

2. 口肌痉挛：地仓、禾髎、迎香。

部位：四白，眼正视，瞳孔下约一寸之眶下孔中。

下眼睑阿是穴，穴在下眼睑中间之皮下，针尖向鼻方向沿皮下。

地仓，口角旁 0.4 寸。

禾髎，在人中穴旁开 0.5 寸。

迎香，（见鼻三针）

主治：眼肌痉挛、口肌痉挛。

针法：四白直刺或斜刺 0.5 ~ 0.8 寸。下眼睑阿是穴向鼻沿皮下平刺 0.5 寸。地仓，向颊车平刺 0.5 ~ 0.8 寸。禾髎向下关平刺 0.8 寸。进针后用电针连续波、频率稍密。强度大至眼肌或口肌痉挛抽紧为度，但要病者只有肌肉抽紧而不痛为度，留针 30 ~ 40 分钟。凡用电针必需通电后 3 ~ 10 分钟调大一些，因通电后不再调大，此时病者已经适应而无效了。

## 九、叉 三 针

穴组：太阳、下关、阿是穴。

部位：下关，颧骨弓下凹陷中。

阿是穴，指三叉神经痛的局部。

太阳，（见晕痛针）。

主治：三叉神经痛。

针法：各穴均直刺 0.5 ~ 0.8 寸深。可加电针连续波，留针 30 ~ 40 分钟。

## 十、面 瘫 针

穴组：

1. 额脸瘫：阳白、太阳、四白。
2. 口面瘫：翳风、迎香、地仓颊车互透、人中。

部位：阳白、太阳、四白，地仓迎香见晕痛针、面肌针、鼻三针。

翳风，在耳垂后凹陷中。

人中，人中沟上 1/3 与下 2/3 交点。

主治：面神经瘫痪，中风口眼歪斜。

针法：翳风耳后凹陷中央向前直刺 0.8~1 寸。人中向上斜刺 0.5 寸深。

余穴均按各针法针刺，针刺后每 5~10 分钟，捻针一次，留针 30~40 分钟。

## 十一、突 三 针

穴组：水突、扶突、天突。

部位：

水突，在喉结旁开与胸锁乳突肌前缘之交点。

扶突，喉结旁开 3 寸、胸锁乳突肌的胸骨头和锁骨头之间。

天突，在胸骨上的正中。

主治：甲状腺肿大，甲状腺囊肿。

针法：

水突，沿皮向气管斜刺 0.5~0.7 寸。

扶突，沿皮向气管斜刺 0.5~0.7 寸。

天突，先进刺 0.3 寸，再将针柄提高向胸骨后斜刺 0.3 寸。

诸突进针后不提插，只用捻针、或刮针留针 30 分钟。

## 十二、眼 三 针

位置：

眼Ⅰ在睛明穴上一分。

眼Ⅱ在瞳孔直下，当眶下缘与眼球之间。

眼Ⅲ，目正视，瞳孔直上，当眶上缘与眼球之间。

主治：视神经萎缩，视网膜炎，黄斑变性，弱视等内眼疾病。

针法：凡刺眼三针均嘱患者闭目，医者以左手轻固定眼球，右手持针，缓慢捻转进针。进针后不作捻转，提插，可用拇指甲轻刮针柄。出针时用干棉球轻压针孔片刻，以防出血。

针眼Ⅰ轻推眼球向外侧固定，缓慢垂直进针1~1.2寸。

针眼Ⅱ轻推眼球向上方固定，紧靠眼眶下缘缓慢直针1~1.2寸。针尖可向上斜进。

针眼Ⅲ，轻推眼球向下固定，紧靠眼眶上缘缓慢直刺1~1.2寸。针尖可先向上微斜进，再向后斜进。

## 十三、鼻 三 针

穴组：迎香、鼻通（上迎香）、印堂或攒竹。

部位：

迎香，在鼻翼外缘中点旁，当鼻唇沟中。

攒竹，在面部。当眉头陷中，眶上切迹处，适宜慢性鼻炎。

印堂，在额部，当两眉头中间。

鼻通，在鼻部。鼻骨下凹陷中，鼻唇沟上端尽处。

主治：过敏性鼻炎、急性鼻炎、鼻窦炎、鼻衄、嗅觉障碍。

针法：迎香，针尖向鼻翼平刺5~8分，鼻通针尖向下平刺5分深，攒竹、印堂、向下平刺3~5分。



## 十四、耳 三 针

穴组：听宫、听会、完骨。

部位：

听宫，在面部，耳屏的前方，下颌骨髁状突的后方，张口时呈凹陷处。

听会，在面部，当耳屏间切迹的前方，下颌骨髁的后缘、张口有凹陷处。

完骨，在后头部，当耳后乳突的后下方凹陷处。

主治：耳聋 耳鸣。

针法：听宫、听会张口取穴、直刺 1~1.5 寸深。完骨穴向前上方直刺 1~1.5 寸深，耳三针针后均不提插，可用拇指刮针柄法或轻捻转法。

## 十五、手 三 针

穴组：合谷、曲池、外关。

部位：

合谷，在手背、第一、二掌骨之间，平第二掌骨中点陷中。

曲池，在肘部、屈肘成直角时，肘横纹头与肱骨外上髁连线的中点。

外关，在腕背横纹上二寸，桡骨与尺骨之间。

主治：上肢瘫痪、麻痹、疼痛、感觉障碍。

针法：合谷、外关均直针 0.8~1.2 寸深。曲池直针 1~1.2 寸深。

## 十六、足 三 针

穴组：足三里、三阴交、太冲。

部位：

足三里，在小腿前外侧，犊鼻下3寸，距胫骨前嵴一横指（中指）。

三阴交，在小腿内侧，当足内踝尖上3寸，胫骨内侧缘后方。

太冲，在足背侧，当第一、二跖骨间隙凹陷处。

主治：下肢感觉或运动障碍，下肢瘫痪、疼痛。

针法：足三里三阴交直针1~1.5寸，太冲直针5~8分深。

## 十七、手 智 针

穴组：内关、神门、劳宫。

部位：

神门，在腕部，腕掌侧横纹尺侧端，尺侧屈腕肌腱桡侧凹陷处。

劳宫，在手掌心，当第二、三掌骨之间，握拳屈指时中指尖处。

内关，在掌侧，腕横纹上二寸，掌长肌腱与桡侧屈腕肌腱之间。

主治：弱智儿童多动症，动多静少、癫痫、失眠。

针法：三穴均直针0.5~0.8分深。

## 十八、足 智 针

位置：涌泉穴为第一针，趾蹼关节横纹至足跟后缘联线中点为第二针（泉中），平第二针向内旁开一指为第三针（泉中内）。

主治：弱智儿童的自闭症，多静少动，哑不能言。

针法：均直针：0.5~0.8寸深。

## 十九、肩 三 针

位置：肩髃穴为第一针，同水平前方二寸为第二针，同水平

后方二寸为第三针。

主治：肩周炎，肩关节炎，上肢瘫痪，肩不能举。

针法：针尖与穴位成 $90^{\circ}$ 角、直刺0.8~1寸。注意不要过深以免刺中胸腔。

## 二十、膝 三 针

穴组：膝眼、梁丘、血海。

部位：

膝眼，屈膝，腘韧带两侧凹陷中。

梁丘，屈膝，在腓骨外上方二寸。

血海，屈膝，在腓骨内缘上方二寸处，当股四头肌内侧头的隆起处。

主治：膝关节肿痛或无力、膝骨质增生。

针法：直刺0.8~1.2寸。可加电针连续波，红外线，多罐法。

## 二十一、腰 三 针

穴组：肾俞、大肠俞、委中。

部位：

肾俞，在腰部，当第二腰椎棘突下，左右各旁开1.5寸。

大肠俞，在腰部，四腰椎棘突下，左右各旁开1.5寸。

委中，在腘窝横纹中点，当股二头肌腱与半腱肌肌腱的中间。

主治：腰痛、腰椎增生、腰肌劳损、性功能障碍、遗精、阳痿、月经不调。

针法：均直刺1.2~1.5寸深。（余同膝三针）。

## 二十二、颈 三 针

穴组：天柱、百劳、大杼。

部位：

天柱，在颈部，大筋（斜方肌）外缘之后发际凹陷中，约当后发际正中旁开1.3寸。

百劳，在大椎直上二寸左右各旁开1寸。

大杼，在背部，当第一胸椎棘突下，旁开1.5寸。

主治：颈椎病、颈项强痛。

针法：三穴均直针0.8~1寸深。不宜过深免伤内脏。余同膝三针。

## 二十三、背 三 针

穴组：大杼、风门、肺俞。

位置：

大杼，在背部，第一胸椎棘突下，左右各旁开1.5寸。

风门，在背部，第二胸椎棘突下，左右各旁开1.5寸。

肺俞，在背部，第三胸椎棘突下，左右各旁开1.5寸。

主治：支气管炎、哮喘、背痛。

针法：向脊柱方向斜刺0.5~0.7寸。不能深刺，防伤内脏。

## 二十四、踝 三 针

穴组：解溪、太溪、昆仑。

部位：

解溪，在足背与小腿交界处的横纹中央凹陷中，当长伸肌腱与趾长伸肌腱之间。

太溪，在足内侧，内踝尖与跟腱之间的凹陷处。

昆仑，在足部外踝后方，当外踝尖与跟腱之间的凹陷处。

主治：踝关节肿痛、活动障碍、足跟痛。

针法：均直刺 0.8~1 寸深

## 二十五、坐 骨 针

穴组：坐骨点、委中、昆仑。

部位：坐骨点俯卧位，在病者臀沟尽头部，以 2、3、4、5 指拼拢平放，在小指旁与臀沟尽头平高是穴。

委中，在腘窝横纹中点。

昆仑，在外踝尖与跟腱之中间凹陷中。

主治：坐骨神经痛。

针法：坐骨点：用挟持进针法，以酒精棉球包裹 3~4 寸长针的针体下段，露出针尖，垂直插入皮肤，过皮后，以左手手指挟棉球、扶针体，右手捻针柄，边捻边进约 2 寸深自有麻痹感向足趾传导时可停止进针。

委中、昆仑直针 0.8~1.2 寸。

用电针接连坐骨点与委中，连续波，以病者能耐受强度为准，留针 30 分钟，每 5~10 分钟调大电针强度一次，可调 2~3 次。

## 二十六、痿 三 针

穴组：

上肢痿：曲池、合谷、尺泽。

下肢痿：足三里、三阴交、太溪。

部位：曲池、合谷（见手三针）。

尺泽，上肢腕侧，肘横纹桡侧与肱二头肌腱交点处。

足三里、三阴交（见足三针）。

太溪，内踝尖与跟腱连线中点陷中。

主治：痿症（肢体肌肉痿弱，无力、活动障碍）。

针法：诸穴均直针 0.8~1.2 寸，用补法，慢入快出，以针下热为准，每次留针 40 分钟，行补法 5 次以上，亦可用电针连续波，频率细疏，以中等强度病者要有舒适感觉为度。30 次为一疗程。

## 二十七、脂 三 针

穴组：内关、足三里、三阴交。

部位：内关（见胃三针）、足三针、三阴交（见足三针）。

主治：胆固醇增高、高血脂症、动脉硬化、冠心病、中风后遗症。

针法：内关直刺 0.5~0.8 寸深，足三里、三阴交均直针 1~1.5 寸。

## 二十八、胃 三 针

穴组：中脘、内关、足三里。

部位：

中脘，在上腹部，前正中线上，当脐中上 4 寸。

内关，在前臂掌侧，当曲泽与大陵的连线上，腕横纹上 2 寸，掌长肌腱与挠侧屈腕肌腱之间。

足三里，见足三针。

主治：胃脘痛、胃炎、胃溃疡、消化不良。

针法：中脘、内关直针 5~8 分，足三里直针 1~1.5 寸。

## 二十九、肠 三 针

穴组：天枢、关元、上巨墟。

部位：

天枢，在腹中部，平脐左右各旁开 2 寸。

关元，在腹部，当脐中下 3 寸。

上巨墟，在小腿前外侧，当膝下6寸，距胫骨前嵴外开一横指（中指）。

主治：腹痛、肠炎、痢疾、便秘。

针法：开枢、关元直针0.8~1寸，上巨墟直针1~1.5寸深。

### 三十、胆 三 针

穴组：日月、期门、阳陵泉。

部位：

日月，在上腹部，当乳头直下，与第七肋间隙的交点，任脉旁开4寸。期门，在胸部，当乳头直下，第六肋间隙的交点，任脉旁开4寸。

阳陵泉，在小腿外侧，当腓骨头前下方凹陷处。

主治：胆疾病。

针法：日月、期门平刺0.8~1寸（注意不要刺入胸腔），阳陵泉直刺1~1.5寸深。

### 三十一、尿 三 针

穴组：关元、中极、三阴交。

部位：

中极，在下腹部任脉上，当脐中下4寸。

关元，见肠三针。

三阴交，见足三针。

主治：泌尿疾病、腹痛。

针法：关元、中极直刺0.7~1.2寸，三阴交直针1~1.5寸。

## 三十二、阳 三 针

穴组：关元、气海、肾俞。

部位：关元（见肠三针），肾俞（见腰三针），气海在下腹部，当脐中下 1.5 寸。

主治：阳痿、遗精、不育。

针法：关元、气海直针 0.8 ~ 1 寸，肾俞直针 1.2 ~ 1.5 寸。

## 三十三、阴 三 针

穴组：关元、归来、三阴交。

部位：

关元（见肠三针）。

三阴交（见足三针）。

归来，在下腹部，当脐中下 4 寸，任脉旁开二寸。

主治：月经不调，不孕症，盆腔炎。

针法：关元、归来直针 0.8 ~ 1.2 寸，三阴交直针 1 ~ 1.5 寸。

## 三十四、闭 三 针

穴组：十宣、涌泉、人中。

部位：

十宣，在十指尖端。

涌泉，在足底正中线前 1/3 与后 2/3 之交点处。

人中（见面瘫针）。

主治：中风、昏迷不醒、休克。

针法：十宣进针 2 分，捻针并放血 3 滴，涌泉直刺 0.8 ~ 1 寸，强捻针。人中直刺 0.5 寸，



## 三十五、脱 三 针

穴组：百会、神阙、人中。

部位：

百会，两耳尖直上头顶部正中。

神阙，脐窝中间。

人中，（见闭三针）。

主治：中风脱症（血色苍白、四肢厥冷、大汗如淋、脉微细迟）。

针法：以灸为主，回阳复脉，百会、神阙用隔盐灸、或隔姜灸、艾炷宜稍大。1次灸10壮。人中向上斜刺0.5~0.8寸，留针，捻针，脱三针以脉复汗止，肢暖、清醒为度，如未清醒半小时后可再针灸。

## 三十六、脑 呆 针

穴组：四神针、人中、涌泉。

部位：四神针（见晕痛针）。

人中、涌泉（见闭三针）。

主治：老年性痴呆。

针法：四神针（见晕痛针），人中、涌泉（见闭三针）留针40~50分钟，每8~10分钟捻针1次，治疗1次行捻转手法5~6次，每天1次，10次为1疗程。

## 三十七、肥 三 针

穴组：中脘、带脉、足三里。

部位：中脘、足三里（见胃三针）

带脉，在胁部，腋中线与脐横线交点处。

主治：肥胖症、尤以腹部肥人为佳。

针法：足三里直刺 1~1.5 寸，带脉针尖向脐，皮下横刺 3~3.5 寸，中脘针尖向关元，沿皮下平刺 2~3 寸，进针后，每 5~8 分钟捻针 1 次，治疗 1 次捻针 5~6 次，留针 30~40 分钟每日 1 次，10 次为 1 疗程，亦可用电针。

### 三十八、痫 三 针

穴组：内关、申脉、照海。

部位：内关（见胃三针）。

申脉，在外踝正下方，骨下缘凹陷中。

照海，在内踝正下方，骨下缘凹陷中，

主治：癫痫、足内翻、足外翻。

针法：申脉、照海，直刺 0.5~0.8 寸。

### 三十九、褐 三 针

穴组：颧髎、太阳、下关。

部位：太阳、下关（见叉三针）。

颧髎：童子髎直下，颧骨下缘凹陷中。

主治：黄褐斑、黑褐斑。

针法：颧髎：针 0.5~1 寸，针刺方向视褐斑多的部位决定。  
太阳、下关（见叉三针）。

# 靳三针治疗儿童自闭症弱智儿童 2891 例临床和实验研究

靳 瑞

弱智儿童，指定年龄在 18 岁以下，智力功能明显低于同龄儿童水平，同时伴有适应性行为缺陷为特征的儿童。儿童自闭症除了弱智外，还有语言发育障碍、社会交往障碍不合群、兴趣狭窄刻板，感知觉异常等特征。严重者生活不能自理。家里有一个弱智儿童、自闭症儿童，将会影响到三代人的正常生活，带来家庭社会严重负担。

弱智的防治是提高人口素质的关键之一。如何防治弱智儿童，是我们医务工作人员所急待需解决的问题。

为此我们在过往长期治疗乙脑、结核脑、流脑、脑型疟疾、癫痫和老年性痴呆的经验上，1983 年以后应广东省儿童福利会建议，开展弱智儿童的研究。经过 20 多年的努力，收到较满意疗效。和靳三针治疗弱智儿童自闭症的原理，兹将近期部份研究资料报导如下。

## 一、临床资料

**1. 病例来源** 所收治病例，均是经长期治疗无效或首次需要治疗而专程前来各弱智儿童治疗中心求治者。

**2. 病例选择** 全部病例均为 18 岁前发病，一般智能低下同时伴有适应性行为的缺陷。纳入者均能坚持为期 4 个月以上的疗程。

## 二、治疗方法

### 1. 穴位处方

主穴：弱智四项。自闭八项

配穴：①多动难静中医辨证属阳证者加手智针；多静少动属阴者加足智针。②语言障碍者加舌三针、风府透哑门。③运动障碍者加手三针、足三针。穴位位置见《靳三针疗法研究》、《靳三针疗法问答图解》。

**2. 针刺方法** 用 30 号 1 寸毫针，头部穴位用平刺 0.8 寸左右，四神针针尖分别向外斜刺，脑三针、颞三沿皮向下刺，智三针向后上斜刺。四肢穴按常规深度直刺，得气后留针 30 ~ 40 分钟，间隔 5 ~ 10 分钟捻针 1 次，平补平泻。主穴每次均针，配穴辨证选择使用每天针 1 次，星期天不针。连续 4 个月以上，120 天为一疗程，休息 1 ~ 2 个月，可进行第二疗程。

**3. 穴位注射** 所选药品有脑活素、胞二磷胆碱，维生素 B<sub>12</sub> 加胶性钙及胎盘组织液。每次选一种，每种使用 20 次，轮换使用。常用穴位有肾俞、肝俞、心俞、脾俞、足三里、曲池、每次一穴，左右双穴共两针。

### 4. 口服药物真人益智宝

5 岁以下者，每次 2 ~ 3 粒，6 岁以上者每次 3 粒，每日 2 次。

注：香港宗岐氏真人益智宝是我们多年来访问欧美亚洲时，各国专家推荐，认为目前国外较常用和疗效好之药，有协同提高疗效作用。

## 三、疗效评定标准

对治疗弱智儿童疗效的评定，我们都以记忆力、计数力、理解力、语言能力以及表情、反应、步行不稳，手软或颈项无力、

表 13 针刺治疗自闭症 361 例疗效情况表

编号	组别	例数	显效	有效	无效	有效率	附 注
1	弱智四项组	20	5(25%)	8(40%)	7(35%)	65%	张全明博士在浙江宁波海曙红十字医院靳三针治疗中心研究
	对照组	10	0(0%)	3(30%)	7(70%)	30%	
2	弱智四项组	23		17(73.9%)	6(26.08%)	73.90%	马瑞玲博士、袁青教授在中医学院附一院特诊室、省银行医院研究
	干预疗法组	12		7(58.3%)	5(41.7%)	58.30%	

自闭八项治疗自闭症 212 例疗效情况表

3	治疗组	200	102(51%)	68(34%)	30(15%)	85%	袁青、李玉枢、靳瑞在银行医院广中门诊、靳三针中心研究
	对照组	12		7(58.3%)	5(41.7%)	58.30%	

84 例患儿临床疗效概况

4	治疗组	64	12(18.8%)	37(57.8%)	15(23.4%)	76.60%	马瑞玲、袁青在广州中医学院附院省民行医院研究
	对照组	20	0(0%)	1(5.0%)	19(95.0%)	5.0	

注：治疗组包括针刺、干预及综合疗法的全部患儿。

多动或孤独，这9项指标衡量。

1. 显效 前四项中，其中有三项提高，或前四项中有二项、后五项有四至五项改善者。

2. 有效 前四项中有二项提高或前四项中有一项、后五项有四至五项改善者。

3. 无效 前四项均无明显变化，或仅有一项提高，或仅有后五项之一项改善者。

## 四、治疗结果

### (一) 靳三针治疗自闭症情况表

经卡方检验， $X^2 = 37.0$ ， $P < 0.001$ ，两组总有效率有显著性差异。

表 14 不同年龄组疗效比较

年 龄	例 数	有 效	无 效	有 效 率
2~5岁	29	27	2	92.7%
5~7岁	22	16	6	63.6%
>7岁	13	6	7	46.7%

经卡方检验， $X^2 = 19.2$ ， $P < 0.001$ ，表明不同年龄组自闭症的疗效有显著性差异。两两比较，5~7岁和2~5岁患儿相比， $X^2 = 9.8$ ， $P < 0.001$ ，表明2~5岁组的患儿疗效明显高于5~7岁患儿。7岁以上和5~7岁的相比， $X^2 = 3.9$ ， $P < 0.05$ ，表明5~7岁患儿疗效高于7岁以上患儿。2~5岁患儿和7岁以上相比， $X^2 = 26.1$ ， $P < 0.001$ ，表明7岁以上患儿与2~5岁间的疗效差异显著。上表提示结果在治疗组儿童中以2~5岁年龄段的疗效为最显著。

表 15 不同程度的疗效

组 别	例 数	有 效	无 效	有 效 率
轻度	42	37	5	88.10%
中度/重度	22	12	10	54.50%

经卡方检验，两组之间  $X^2 = 8.14$ ， $P < 0.001$ ，表明三组之间有显著差异，即针刺、干预疗法及针刺配合干预疗法对轻度患儿有很好的效果，其有效率达 88.1%

表 16 疗程对疗效的影响

组 别	例 数	有 效	无 效	有 效 率
第一疗程	64	42	22	65.60%
第二疗程	64	49	15	78.10%

经卡方检验， $X^2 = 7.45$ ， $P < 0.01$ ，表明治疗对自闭症的疗效，两个疗程的疗效优于 1 个疗程。

27 例脑 SPECT 检查者中 22 例（男 18，女 4）发现异常，阳性率达 81.5%，

表 17 脑缺血程度与疗效的关系

程 度	例 数	显 效	有 效	无 效
轻度	18	16	1	1
中度/重度	4	2	1	1
合计	22	18	2	2
百分率 (%)		81.8	9.1	9.1

经卡方检验， $X^2 = 16.4$ ， $P > 0.05$ ，治疗后自闭症患儿脑血

流改善的总有效率为 90.8%，其对脑缺血的改善程度与病情的轻重没有关系。

22 例患儿中存在 1~6 个放射形分布减低区，它们见之于皮质及皮质下 6 个部位或结构。其中以额叶和颞叶最多（占 16 个），占总数的 72%，具体情况见表 7。

表 18 22 例患儿治疗前后脑内放射分布区及左右两侧对照

脑部	额叶	顶叶	颞叶	枕叶	海马	小脑	合计
治疗前							
左	6	0	5	1	1	0	13
右	2*	1	3	0	0	1	7*
治疗后							
左	2	0	1	0	0	0	3
右	1**	1	0	0	0	0	2**

注：治疗前左右额叶比较，\* $P > 0.05$ 。

由上表可见，治疗前左右侧脑区放射形分布区有显著差异（ $P < 0.001$ ），其中左右额叶相比  $P < 0.01$ ，而治疗后两侧大脑无差异（ $P > 0.05$ ），左右两侧额叶也无差异（ $P > 0.05$ ）。两侧大脑总放射性分布比较，经卡方检验， $X^2 = 6.69$ ， $P < 0.001$ ，差异显著。说明治疗后脑区放射性分布的改善是全面的。

## （二）靳三针治疗弱智儿童 2530 例疗效情况表

表 19 单纯针刺疗效表

例数	显 效		有 效		无 效		总有效率
	例	%	例	%	例	%	
558	127	22.76	314	56.27	117	20.03	79.07%



表 20 针加穴注疗表

例数	显 效		有 效		无 效		总有效率
	例	%	例	%	例	%	
120	28	23.33	70	58.33	22	18.33	81.66%

表 21 电针加穴注加疗效表

例数	显 效		有 效		无 效		总有效率
	例	%	例	%	例	%	
122	18	14.75	87	71.31	17	13.93	86.07%

表 22 针加穴注加药疗效表

例数	显 效		有 效		无 效		总有效率
	例	%	例	%	例	%	
1679	507	30.2	981	58.43	191	11.37	88.63%

表 23 外国病儿疗效表

例数	显 效		有 效		无 效		总有效率
	例	%	例	%	例	%	
51	28	54.9	17	33.33	6	11.77	88.23%

表 24 不同性别与疗效关系

疗效	显 效		有 效		无 效	
性别	男	女	男	女	男	女
例	14	14	18	5	12	5
	13.08%	9.97%	35.22%	25.75%	8.91%	7.07%
合计	23.05%		60.97%		15.98%	

上表说明性别与针刺疗效无明显差别。

表 25 1344 例不同年龄与疗效关系

年龄	显 效		有 效		无 效	
	例	%	例	%	例	%
1~5 岁	122	31.12	226	57.65	44	11.47
5~10 岁	97	21.55	274	60.88	79	17.55
10~16 岁	77	23.47	187	57.01	64	19.51
16 岁以上	30	17.24	51	29.31	93	53.44

上表说明年龄越少，疗效越佳。

表 26 各项指标改善情况表

项目	疗效 例数	显 效		有 效		无 效		附注
		例	%	例	%	例	%	
理解力差	140	59	42.14	38	27.14	33	23.57	
记忆力差	131	50	38.16	56	42.79	23	17.55	
反应迟钝	165	78	47.27	50	30.30	37	22.43	
表情呆滞	6	2	33.33	4	66.67	0	0	
语言障碍	177	88	49.71	48	27.12	41	23.17	
听觉不聪	8	4	50	2	25	2	25	
计算力差	166	62	37.35	55	33.13	49	29.52	
流 涎	123	66	53.35	33	26.83	24	19.51	
多动少静	63	33	52.38	23	31.75	10	15.87	
少说少动	6	4	66.66	2	33.34	0	0	
手足障碍	32	18	56.25	8	25	6	18.75	
肢体软弱	57	41	71.93	15	26.31	1	1.76	
颈软无力	13	6	46.15	6	46.15	1	7.69	
下肢跛行	15	5	33.33	10	66.67	0	0	
抽 搐	31	22	70.97	5	16.13	4	12.9	

### (三) 新三针疗法对 MR 智商研究

表 27 单针刺组与对照组 IQ 变化比较

组别	例数	总 IQ 差		语言 IQ 差		操作 IQ 差	
		X ± SD	P 值	X ± SD	P 值	X ± SD	P 值
针刺组	60	9.22 ± 2.4	< 0.01	3.13 ± 1.23	< 0.05	6.10 ± 2.15	< 0.01
对照组	60	1.02 ± 3.56	> 0.05	0.91 ± 1.78	> 0.05	1.11 ± 2.35	> 0.05

表 28 单针刺组与对照组 IQ 属类的变化比较

组别	次第	例数	中下	临界状态	轻度	中度	重度
			(80 - 98)	(71 - 79)	(70 - 52)	(51 - 36)	(< 35)
针刺组	第一次	60	—	—	26	24	10
	第二次	60	2	10	21	20	7
对照组	第一次	60	—	—	26	24	10
	第二次	60	—	2	25	23	10

表 29 电针治疗前后 MR 的 FIQ 变化(X ± SD)

	电 针 组	对 照 组	P 值
例数	47	21	
治疗前	53.22 ± 13.68	54.17 ± 12.82	> 0.001
治疗后	64.57 ± 15.44	56.23 ± 14.14	< 0.001
差值	11.35 ± 3.54	2.06 ± 2.87	< 0.001
T 值	3.77	0.61	
P 值	< 0.01	> 0.05	

治疗后,电针组 FIQ 明显高于对照组( $P < 0.001$ )。电针组 FIQ 平均提高  $11.35 \pm 3.54$ , 差异具有非常显著性意义( $P < 0.001$ )。

表 30 电针治疗前后 MR 的 VIQ  
及 PIQ 的变化情况( $\bar{X} \pm SD$ )

	例数	VIQ	PIQ	P 值
电针前	47	56.19 ± 13.47	55.28 ± 13.18	> 0.05
电针后	47	67.79 ± 15.70	66.89 ± 15.36	> 0.05
差值	47	11.60 ± 3.48	11.61 ± 3.66	> 0.05
P 值		< 0.01	< 0.01	

无论是 VIQ 还是 PIQ,其电针前与电针后之间均有极其显著的差异( $P < 0.01$ )。

表 31 不同年龄层次 MR 电针治疗前后的  
VIQ 及 PIQ 的情况( $\bar{X} \pm SD$ )

		低年龄组	高年龄组	P 值
V	例数	26	21	
	电针前	57.42 ± 11.84	54.67 ± 10.35	> 0.05
I	电针后	69.88 ± 12.57	65.2 ± 11.76	> 0.05
	差值	12.46 ± 3.47	10.53 ± 3.27	< 0.05
Q	P 值	< 0.01	< 0.01	
P	电针前	53.69 ± 12.76	57.24 ± 11.45	> 0.05
I	电针后	64.42 ± 13.79	69.95 ± 14.78	> 0.05
Q	差值	10.73 ± 3.56	12.71 ± 3.41	< 0.05
	P 值	< 0.01	< 0.01	

经 t 检验,发现①电针前、电针后的 VIQ 与 PIQ 在两年龄组之间均无显著性差异( $P > 0.05$ )。但从平均值来看,低年龄组电针前、后 VIQ 均高于高年龄组,而 PIQ 均低于高年龄组。②无论是 VIQ 还是 PIQ,两组电针后均较电针前极其显著提高( $P < 0.01$ )。③从差值比较来看,两组之间的 VIQ 及 PIQ 均有明显差

异,即低年龄组 VIQ 提高的幅度明显高于高年龄组( $P < 0.05$ )。而 7 岁以上年龄组 PIQ 提高的幅度明显高于 4~7 岁组。显示出电针提高 MR 的 IQ 低年龄组可能主要通过提高 VIQ、高年龄组是通过提高 PIQ 而达到提高其智商(IQ)的目的。

表 32 低年龄组 MR 电针前后  
各分测验的量表分( $n=29$ )( $\bar{x} \pm SD$ )

项 目	治 疗 前	治 疗 后	P 值
知 识	$4.77 \pm 2.37$	$6.00 \pm 3.18$	$> 0.05$
图片词汇	$4.50 \pm 2.59$	$6.85 \pm 3.76$	$< 0.01$
算 术	$3.39 \pm 2.07$	$5.31 \pm 2.46$	$< 0.01$
图片概括	$2.15 \pm 1.89$	$2.97 \pm 1.96$	$> 0.05$
领 悟	$2.77 \pm 2.52$	$4.39 \pm 3.17$	$< 0.05$
动物下蛋	$4.12 \pm 2.84$	$5.81 \pm 3.08$	$< 0.05$
图画填充	$4.69 \pm 2.77$	$6.23 \pm 3.25$	$< 0.05$
迷 津	$2.81 \pm 2.18$	$3.18 \pm 2.76$	$> 0.05$
视觉分析	$3.15 \pm 2.03$	$4.26 \pm 2.45$	$< 0.05$
木块图案	$3.27 \pm 2.47$	$3.81 \pm 2.58$	$> 0.05$

经  $t$  检验,电针后领悟、图画填充、动物下蛋、视觉分析各分测验量表分明显高于治疗前( $P < 0.05$ )。图片词汇、算术两分测验量表分,电针前后有非常显著的差异( $P < 0.01$ )。

表 33 电针前后高年龄组 MR 各分  
测验量表分变化概况( $n=21$ )( $\bar{x} \pm SD$ )

项 目	治 疗 前	治 疗 后	P 值
知 识	$2.86 \pm 2.26$	$3.57 \pm 2.34$	$> 0.05$
分 类	$1.81 \pm 1.41$	$2.62 \pm 2.03$	$> 0.05$
算 术	$4.29 \pm 2.78$	$6.38 \pm 3.05$	$< 0.05$

项 目	治 疗 前	治 疗 后	P 值
词 汇	4.29 ± 2.15	5.96 ± 2.46	< 0.05
领 悟	2.29 ± 2.07	3.86 ± 2.32	< 0.05
数字广度	3.38 ± 3.17	5.67 ± 3.76	< 0.01
填 图	4.38 ± 2.98	6.33 ± 3.27	< 0.01
图片排列	1.89 ± 2.64	6.96 ± 2.96	< 0.05
木块图案	3.86 ± 2.32	4.89 ± 2.98	> 0.05
图形拼凑	4.33 ± 2.75	5.86 ± 3.18	< 0.05
编 码	2.60 ± 2.65	5.38 ± 2.95	< 0.01

经 t 检验, 高年龄组 MR 电针后算术、词汇、领悟、数字广度图片排列, 图形拼各分测验量表分电针后明显优于电针前 ( $P < 0.05$ ), 填图和编码的两分测验量表分电针前后有非常显著的差异 ( $P < 0.01$ )。

表 34 高年龄组 MR 电针治疗前后  
因子智商变化比较 ( $n = 21$ ) ( $\bar{x} \pm SD$ )

	治 疗 前	治 疗 后	差 值	t 值	P 值
VCIQ	56.81 ± 10.56	66.62 ± 11.78	9.81 ± 3.14	2.84	< 0.01
POIQ	58.49 ± 12.37	72.33 ± 13.57	13.82 ± 3.67	3.20	< 0.005
M/CIQ	54.76 ± 11.28	70.06 ± 12.09	15.30 ± 3.56	4.24	< 0.001
F 值	0.56	1.14	10.77		
P 值	> 0.05	> 0.05	> 0.001		

经 t 检验, 三因子智商在治疗前后均有非常显著的差异。三因子智商差值于治疗前后有显著差异 ( $P < 0.001$ )。

表 35 65 例 MR 儿童电针治疗前后  
ADQ 的变化 ( $\bar{x} \pm SD$ )

	例 数	治 疗 前	治 疗 后
电 针 组	45	53.8 $\pm$ 13.3	68.8 $\pm$ 14.7
对 照 组	20	55.2 $\pm$ 8.6	59.3 $\pm$ 9.3

上表可见, 治疗后, 电针组 AQD 显著提高 ( $P < 0.01$ ) 而对照组差异不显著 ( $P > 0.05$ )。

表 36 65 例 MR 儿童电针治疗前后  
三因子 T 分变化 ( $\bar{x} \pm SD$ )

	例数	独立功能因子		认知功能因子		社会/自制因子	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
电 针 组	45	25.6 $\pm$ 9.7	31.4 $\pm$ 8.7	18.4 $\pm$ 11.4	29.6 $\pm$ 10.4	24.2 $\pm$ 7.9	32.9 $\pm$ 8.2
对 照 组	20	24.5 $\pm$ 10.3	26.7 $\pm$ 9.8	17.8 $\pm$ 9.8	20.3 $\pm$ 10.2	26.3 $\pm$ 7.5	28.6 $\pm$ 8.3

上表可见, 电针组治疗后三因子 T 分均有非常显著提高, 而对照组变化不明显 ( $P > 0.05$ )。

#### (四) 靳三针治疗 MR 的临床实验

治疗前后也全部引出了明显的  $P_3$ 。大部分  $P_3$  潜伏期延长, 波幅较低, 波形不整。若按潜伏期大于正常儿童  $P_3$  潜伏, 2.5 个标准差为延长或波形明显低平, 不整为异常 (10)。则本研究治疗前共 19 例  $P_3$  潜伏期延长或异常, 占 82.61%。

表 37 幼龄 MR 及正常幼儿的  
P<sub>3</sub> 潜伏期与 FIQ 相关系数

	例 数	四个月前	四个月后
MR 组	23	-0.07	-0.81
正常组	18	-0.82	-0.83

由上表可见, 4 个月前、后, 幼龄 MR 及正常幼儿其 FIQ 与 P<sub>3</sub> 潜伏期均呈现非常显著的高度负相关关系 ( $P < 0.01$ )。

表 38 电针治疗对幼龄 MRP<sub>3</sub> 潜伏期的影响

	例数	四个月前	四个月后	差值	P 值
MR 组	23	514.96 ± 25.17	493.07 ± 29.11	21.89 ± 6.78	< 0.01
正常组	18	449.22 ± 24.38	448.46 ± 23.97	0.72 ± 0.52	> 0.05

上表可见, 经过 4 个月治疗后。MR 的 P<sub>3</sub> 潜伏期明显缩短 ( $P < 0.01$ ), 有非常显著性差异 ( $P < 0.01$ )。而正常组变化不明显 ( $P > 0.05$ )。

表 39 电针治疗对 MR 的 P<sub>3</sub> 波幅的影响

	例数	四个月前	四个月后	差值	P 值
MR 组	23	4.79 ± 1.50	6.01 ± 1.89	1.21 ± 0.38	< 0.05
正常组	18	9.12 ± 1.51	9.67 ± 1.43	0.55 ± 0.48	> 0.05

经 t 检验, 经过 4 个月治疗, MR 的 P<sub>3</sub> 波幅明显升高 ( $P < 0.05$ )。而正常组变化不大。



表 40 MR 疗效的 FIQ 评定与 P<sub>3</sub>  
潜伏期评定结果的比较 (n = 23)

P <sub>3</sub> 潜伏期 评定结果	FIQ 评定结果			合计	总有效率
	显效	有效	无效		
显效	1	0	0	1	78.26%
有效	0	14	2	16	
无效		3	3	6	
合计	1	17	5	23	
总有效率					

从上表可见, 两者有效、无效总符合率为  $(1 + 14 + 3) / 23 \times 100\% = 78.26\%$ 。经卡方检验,  $\chi^2 = 1.89$ ,  $P > 0.05$ , 说明两种评定结果无明显差异。

表 41 36 例 MR 的 BAEP 主要异常表现及其治疗前后的变化概况

类型		耳数	
		治疗前	治疗后
对称性异常	潜伏期延长或消失, 双侧反映存在, 左右基本对称	2 × 5	2 × 4
	波幅降低, 波形平坦, 波幅降低, 不伴潜伏期延长	2 × 1	2 × 1
	低波幅, 长期潜伏; 波形平坦, 波幅降低, 又伴潜伏期延长或消失。	2 × 3	2 × 3
非对称性异常	潜伏期不对称: 波幅基本正常, 一侧潜伏期延长或消失	4	2
	波幅不对称: 潜伏期基本正常, 而一侧波幅降低	2	2
	波幅、潜伏期不对称: 一侧波幅异常并伴潜伏期异常。	2	1
	合计	26	21

由上表可见, MR 的 BAEP 异常的主要特征是潜伏期延长, 占  $(5 \times 2 + 4) / 26 \times 100\% = 53.85\%$ 。经治疗后有 4 例共 5 耳的 BAEP 趋于正常, 且绝大部分是由于潜伏期缩短所致。

表 42 17 例 MR26 耳治疗后异常 BAEP 波幅变化情况 ( $n=26$ ) ( $\bar{x} \pm SD$ )

	治 疗 前	治 疗 后	P 值
I	$0.17 \pm 0.02$	$0.19 \pm 0.01$	$> 0.05$
II	$0.22 \pm 0.02$	$0.26 \pm 0.02$	$> 0.05$
V	$0.24 \pm 0.02$	$0.28 \pm 0.01$	$< 0.05$

上表可见, 治疗前与治疗后比较, I 波与 III 波无显著差异, V 波差异显著 ( $P < 0.05$ )。

表 43 17 例 26 耳异常 BAEP 各波潜伏期变化概况 ( $\bar{x} \pm SD$ )

	治 疗 前	治 疗 后	P 值
I	$1.88 \pm 0.10$	$1.67 \pm 0.02$	$< 0.05$
II	$3.93 \pm 0.06$	$3.82 \pm 0.05$	$> 0.05$
V	$5.91 \pm 0.07$	$5.82 \pm 0.06$	$> 0.05$

由上表可见, I 波潜伏期治疗前后有显著性差异 ( $P < 0.05$ ) 而 V 波、III 波则于治疗前后均未见显著性差异 ( $P > 0.05$ )。

表 44 36 例 MR 的 BAEP 状况与 IQ 变化的比较 ( $\bar{x} \pm SD$ )

		BAEP 正常组	BAEP 异常组
VIQ	例 数	19	17
	治疗前	$61.53 \pm 12.33$	$54.32 \pm 11.89^{\Delta}$
	治疗后	$70.74 \pm 12.92$	$67.18 \pm 12.56$
	差 值	$9.21 \pm 3.12$	$12.86 \pm 4.56^{\Delta\Delta}$

		BAEP 正常组	BAEP 异常组
PIQ	治疗前	63.37 ± 13.07	60.47 ± 13.46
	治疗后	73.84 ± 14.32	71.53 ± 14.78
	差 值	10.47 ± 3.78	11.06 ± 3.92
FIQ	治疗前	58.68 ± 11.98	53.88 ± 12.03 <sup>△</sup>
	治疗后	69.42 ± 12.67	66.71 ± 13.99
	差 值	10.74 ± 3.26	12.83 ± 4.03 <sup>△</sup>

注：△、△△分别为正常组同异常组比较， $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$ 。

表 45 MR 组与对照组血浆 LPO、GSH-PX  
及红细胞 SOD 活性的比较 ( $\bar{x} \pm SD$ )

组别	例数	LPO (nmol/ml 血浆)	GSH-PX ( $\mu$ /ml 血浆)	SOD ( $\mu$ /ml 血浆)
对照组	30	3.90 ± 0.98	0.270 ± 0.105	3983.32 ± 545.21
MR 组	52	5.69 ± 1.26	0.152 ± 0.094	3389.43 ± 512.04
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.01

表 46 R 组轻重程度与血浆 LPO、GSH-PX  
及红细胞 SOD 活性的比较 ( $\bar{x} \pm SD$ )

分度	例数	LPO (nmol/ml 血浆)	GSH-PX ( $\mu$ /ml 血浆)	SOD ( $\mu$ /ml 血浆)
正常组	30	3.90 ± 0.98	0.270 ± 0.105	3983.32 ± 545.21
轻 度	16	4.92 ± 1.01 <sup>△</sup>	0.225 ± 0.112	3611.41 ± 553.12
中 度	18	5.43 ± 1.22 <sup>△△</sup>	0.145 ± 0.098 <sup>△</sup>	3377.51 ± 567.61 <sup>△</sup>
重 度	18	6.13 ± 1.34 <sup>△△△</sup>	0.113 ± 0.112 <sup>△△</sup>	3019.82 ± 663.37 <sup>△△</sup>

注：△、△△、△△△分别表示轻、中、重度 MR 与正常组比较  $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$ 、 $P < 0.005$ 。

表 47 MR 组针刺治疗前后血浆 LPO、GSH-PX 及  
红细胞 SOD 活性的比较 ( $X \pm SD$ )

治疗前后	例数	LPO (nmol/ml 血浆)	GSH-PX (u/ml 血浆)	
治疗前	52	5.69 ± 1.62	0.152 ± 0.094	3389.43 ± 512.04
治疗后	52	4.66 ± 0.86	0.245 ± 0.089	3790.28 ± 645.27
P 值		< 0.01	< 0.05	< 0.05

表 48 针刺疗效与血浆 LPO、GSH-PX  
及红细胞 SOD 活性变化关系 ( $X \pm SD$ )

疗效	治疗 前后	例 数	LPO (nmol/ml 血浆)	GSH-PX (u/ml 血浆)	SOD (u/ml 血浆)
显效	治疗前	17	5.58 ± 1.19	0.155 ± 0.091	3398.53 ± 542.15
	治疗后	17	4.16 ± 1.06***	0.256 ± 0.088*	3930.15 ± 535.19**
有效	治疗前	24	5.79 ± 1.21	0.158 ± 0.097	3310.62 ± 518.42
	治疗后	24	4.73 ± 1.16**	0.223 ± 0.087	3776.15 ± 545.63*
无效	治疗前	11	5.80 ± 1.13	0.149 ± 0.103	3450.18 ± 569.55
	治疗后	11	5.51 ± 1.28	0.175 ± 0.109	3612.35 ± 512.49

注: ★、★★、\*\*\*分别表示治疗后治疗前比较。P < 0.05, P < 0.01, P < 0.005。

表 49 MR 与正常儿童头发 7 种  
微量元素含量比较 ( $X \pm SD$ )

性别	组别 (例)	Fe (PPm)	Zn (PPm)	Cu (PPm)	Mn (PPM)
男性	MR 组 (28)	20.58 ± 7.12**	63.75 ± 24.13***	5.14 ± 2.14**	1.94 ± 1.23
	对照组 (26)	27.47 ± 6.56	98.81 ± 27.25	8.65 ± 2.12	1.53 ± 1.1
女性	MR 组 (24)	24.41 ± 6.87**	75.32 ± 28.34***	6.74 ± 2.33**	2.41 ± 1.51

性别	组别 (例)	Fe (PPm)	Zn (PPm)	Cu (PPm)	Mn (PPM)
	对照组 (24)	33.25 ± 7.12	111.35 ± 22.53	10.71 ± 2.31	2.28 ± 1.57
		Pb (PPm)	Se (PPm)	Cd (PPm)	
		16.11 ± 12.42	1.32 ± 0.35	0.475 ± 0.145★★	
		14.21 ± 11.51	1.12 ± 0.38	0.205 ± 0.148	
		17.23 ± 9.83	1.13 ± 0.51	0.503 ± 0.163	
		16.85 ± 10.65	1.24 ± 0.53	0.295 ± 0.154	

注：★、★★、★★★分别表示 MR 组与对照组比较， $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ ， $P < 0.005$ 。

表 50 MR 患儿针刺治疗前后 4 种  
发微量元素的变化 ( $\bar{X} \pm SD$ )

性别	治疗前 (例)	Zn (PPm)	Cu (PPm)	Fe (PPm)	Cd (PPm)
男性	治疗前 (28)	63.75 ± 24.31	5.14 ± 2.13	20.58 ± 7.12	0.457 ± 0.145
	治疗后 (28)	88.32 ± 27.12★★	8.41 ± 1.95★★	37.31 ± 6.91★	0.288 ± 0.136
女性	治疗前 (24)	75.32 ± 28.34	6.74 ± 2.30	24.40 ± 7.87	0.503 ± 0.63
	治疗后 (24)	95.52 ± 26.33★★	8.89 ± 1.98★★	29.97 ± 6.41★	0.345 ± 0.141★

注：★、★★分别表示治疗后与治疗前比较， $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ 。

## (五) 新三针治疗 MR 动物实验结果

电针治疗对脑反复缺血、再灌注小鼠学习、记忆功能的影响

表 51 男性患儿针刺治疗前后 4 种发微量元素  
含量的变化与疗效的关系( $\bar{X} \pm SD$ )

疗效(例)	治疗前后	Zn(PPm)	Cu(PPm)	Fe(PPm)	Cd(PPm)
显效(9)	治疗前	63.25 ± 25.42	5.23 ± 1.85	21.30 ± 7.03	0.464 ± 0.128
	治疗后	94.75 ± 26.32 <sup>★★</sup>	8.63 ± 2.03 <sup>★★</sup>	28.21 ± 6.59 <sup>★</sup>	0.203 ± 0.132 <sup>★★</sup>
有效(13)	治疗前	63.83 ± 24.57	5.03 ± 2.11	20.52 ± 7.13	0.473 ± 0.138
	治疗后	80.33 ± 28.54 <sup>★</sup>	8.22 ± 1.75 <sup>★</sup>	26.33 ± 6.78 <sup>★</sup>	0.271 ± 0.125 <sup>★</sup>
无效(6)	治疗前	64.12 ± 29.15	4.96 ± 2.32	20.15 ± 7.91	0.478 ± 0.151
	治疗后	67.19 ± 31.03	5.16 ± 2.25	22.32 ± 8.01	0.485 ± 0.143

注:★、★★分别表示治疗后与治疗前比较。 $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ 。

表 52 女性患儿针刺治疗前后 4 种发微量元素  
含量的变化与疗效的关系

疗效(例)	治疗前后	Zn(PPm)	Cu(PPm)	Fe(PPm)	Cd(PPm)
显效(8)	治疗前	74.89 ± 27.31	6.78 ± 2.21	24.58 ± 6.75	0.505 ± 0.164
	治疗后	108.15 ± 25.12 <sup>★★</sup>	9.72 ± 1.92 <sup>★★</sup>	32.15 ± 7.03 <sup>★</sup>	0.292 ± 0.144 <sup>★</sup>
有效(11)	治疗前	76.12 ± 22.15	6.68 ± 2.11	25.10 ± 6.83	0.498 ± 0.154
	治疗后	90.17 ± 19.89 <sup>★</sup>	8.90 ± 1.89 <sup>★</sup>	28.75 ± 6.32 <sup>★</sup>	0.350 ± 0.143 <sup>★</sup>
无效(5)	治疗前	75.13 ± 25.42	6.88 ± 2.43	24.31 ± 7.05	0.507 ± 0.165
	治疗后	80.33 ± 27.11	7.05 ± 2.33	25.15 ± 7.161	0.509 ± 0.159

注:★、★★分别表示治疗后与治疗前比较。 $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ 。

表 53 各组学习记忆成绩情况

组别	只数	第一天	第二天	第三天	第四天	第五天
正常组	5	★★ 4.20 ± 1.41	★★★ 6.80 ± 1.30	★★★ 8.00 ± 0.89	★★★ 8.80 ± 0.85	★★★ 9.40 ± 0.55
假手术组	5	★★ 4.00 ± 1.30	★★★ 6.30 ± 1.41	★★★ 8.00 ± 0.85	★★★ 8.80 ± 1.23	★★★ 9.40 ± 0.45
模型组	5					
针刺组	5	★ 3.20 ± 0.85	★★ 4.60 ± 0.89	★★★ 5.40 ± 0.85	★★★ 6.40 ± 0.89	★★★ 6.60 ± 0.85
电针组	5	★ 3.60 ± 1.23	★★★★ # 5.80 ± 0.85	★★★★ # 6.60 ± 0.55	★★★★ # # 7.80 ± 0.55	★★★★ # # 8.20 ± 0.89

注:表中为每日正确反应次数( $X \pm SD$ )。★、★★、★★★分别为各组同模型组比较  $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ,  $P < 0.001$ 。#、##分别为电针组同针刺组比较  $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ 。

表 54 单针刺对电休克大白鼠学习能力的影响

组 别	动物数 (只)	达到标准所需的学习次数
正常组	10	$22.13 \pm 51.11$
电休克组	10	$65.25 \pm 18.23^{***}$
针刺组	10	$36.45 \pm 17.35^{*#}$

注:  $***$  表示电休克组与正常组比较  $P < 0.005$

$\#$  表示针刺与电休克组比较  $P < 0.01$

表 55 单刺针对电休克大白鼠记忆的影响

组别 (只)	第一天	第二天	第三天	第四天	第五天	第六天
正常组	$9.6 \pm 0.4$	$9.7 \pm 0.3$	$9.7 \pm 0.2$	$9.8 \pm 0.6$	$9.8 \pm 0.4$	$9.8 \pm 0.2$
电休克组	$7.7 \pm 1.7^{\#}$	$6.4 \pm 2.7^{\#}$	$5.6 \pm 2.4^{\# \#}$	$4.7 \pm 2.6^{\# \#}$	$4.2 \pm 2.1^{\# \# \#}$	$5.8 \pm 1.9^{\# \#}$
针刺组	$8.8 \pm 1.6$	$8.4 \pm 1.9$	$7.6 \pm 1.7^{\star}$	$7.1 \pm 1.8^{\star}$	$6.8 \pm 1.7^{\star}$	$8.2 \pm 1.5^{**}$

注: 表中数据为测试 10 次正确反应的次数 ( $\bar{X} \pm SD$ )

$\#$ 、 $\# \#$ 、 $\# \# \#$  分别表示电休克组与正常组比较  $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$ 、 $P < 0.005$ 。

$\star$ 、 $\star \star$  分别表示针刺组与电休克组比较  $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$

表 56 单针刺对电休克大白鼠脑骨 LPO、GSH—及 SOD 的影响 ( $\bar{X} \pm SD$ )

组别	动物数 (只)	LPO (nmol/g 组织)	GSH-PA (u/ml 匀浆)	SOD (U/mg 组织)
正常组	20	$11.25 \pm 2.66$	$0.505 \pm 0.147$	$38.6 \pm 7.31$
电休克组	20	$14.55 \pm 2.80^{***}$	$0.375 \pm 0.415^{**}$	$31.6 \pm 5.70^{**}$
针刺组	20	$12.21 \pm 2.12^{\# \#}$	$0.495 \pm 0.193^{\#}$	$35.4 \pm 4.40^{\#}$

注:  $\star \star$ 、 $\star \star \star$  分别表示电休克组与正常组比较  $P < 0.01$ 、 $P < 0.001$

$\#$ 、 $\# \#$  分别表示针刺组与电休克组比较  $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$



表 57 海马、大脑皮层对 [<sup>3</sup>H]  
尿嘧啶核苷摄取 (X ± SD)

组别	动物数	海马 (dp/mmg 组织)	大脑皮层 (dpm/mg 组织)
正常组	10	7.23 ± 0.83	6.72 ± 0.74
电休克组	10	4.90 ± 0.63***	5.20 ± 0.61**
针刺组	10	6.20 ± 0.62 <sup>#</sup>	6.19 ± 0.52 <sup>#</sup>

注: \*\*、\*\*\* 分别表示电休克组与正常组比较  $P < 0.01$ ,  $P < 0.001$ 。  
#、## 分别表示针刺组与电休克组比较  $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ 。

表 58 海马、大脑皮层对 [<sup>3</sup>H] 亮氨酸摄取 (X ± SD)

组别	动物数	海马 (dp/mmg 组织)	大脑皮层 (dpm/mg 组织)
正常组	10	55.17 ± 4.39	50.64 ± 7.55
电休克组	10	35.94 ± 4.67***	36.89 ± 4.29**
针刺组	10	49.40 ± 7.27 <sup>#</sup>	46.68 ± 5.33 <sup>#</sup>

注: \*\*、\*\*\* 分别表示电休克组与正常组比较  $P < 0.01$ ,  $P < 0.001$ 。  
#、## 分别表示针刺组与电休克组比较  $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ 。

表 59 电针治疗脑反复缺血再灌注小鼠前额皮质及  
海马 AchE 阳性纤维密度的影响

	大 脑 皮 层	海 马
正常组	122.80 ± 10.2 <sup>###</sup>	148.8 ± 11.7 <sup>###</sup>
假手术组	120.20 ± 12.3 <sup>###</sup>	151.8 ± 14.5 <sup>###</sup>
模型组	61.4 ± 9.8	78.6 ± 10.4
针刺组	82.60 ± 11.2 <sup>##</sup>	91.8 ± 10.6 <sup>#</sup>
电针组	95.20 ± 13.7 <sup>##</sup> ★	104.4 ± 14.7 <sup>##</sup> ★

注: 表中数据为 AchE 阳性纤维密度, 单位为 (N/0.01mm<sup>2</sup>) (X ± SD), # 为与模型比较  $P < 0.05$ , ## 为  $P < 0.01$ , ### 为  $P < 0.001$ , ★ 为电针组同针刺组比较  $P < 0.05$ 。

表 60 各组小鼠红细胞免疫功能概况

组别	RbcC <sub>3</sub> brr	RBC-IC	RFER	RFIR
正常组	14.15 ±	9.53 ±	238.21 ±	41.78 ±
	1.82***	1.97**	45.67**	7.28***
假手术组	12.63 ±	12.26 ±	233.89 ±	44.31 ±
	1.31***#	2.16#	44.98**	8.42***
模型组	5.16 ±	13.67 ±	134.52 ±	85.46 ±
	1.63	1.92	27.27	9.43
针刺组	8.25 ±	10.18 ±	179.76 ±	64.27 ±
	1.78**	2.38*	38.76*	10.67**
电针组	9.75 ±	10.69 ±	185.32 ±	58.36 ±
	1.81**	2.27*	36.45*	9.26**

注：上述数据为平均值 ± 标准差 ( $\bar{X} \pm SD$ )。★、★★、★★★分别为各组与模型组比较， $P < 0.05$ ， $P < 0.01$ ， $P < 0.001$ 。# 为假手术组与正常组比较  $P < 0.05$ 。

由上表可见，RbCC<sub>3</sub>bRR 及 RFIR，正常组及假手术组均与同模型组有极其显著的差异 ( $P < 0.001$ )。针刺组及电针组同模型组相比有非常显著的差异 ( $P < 0.01$ )。RBC-IC、正常组、针刺组、电针组、同模型组有极其显著差异，假手术组同模型组有非常显著差异。RFER、正常组、假手术组、针刺组、电针组同模型组有非常显著差异。在正常组与假手术组之间，RbVV<sub>3</sub>bRR 及 Rbc-IC 均有显著性差异 ( $P < 0.05$ )。针刺组与电针组之间，各项指标均无显著性差异 ( $P > 0.05$ )。

## 讨 论

本文报导靳三针治疗儿童自闭症和智力低下儿童 2891 例，取得满意效果，靳三针治疗自闭症的疗效，随着 SPECT 的研究成功，证实了自闭症儿童的大脑左半球颞叶，额叶血流灌注障碍，我们就以科研成果促临床，使疗效由 65% 提高到 85%。其

中靳三针治疗智力低下儿童 2530 例。单纯针刺组有效率为 79.03%，针加穴位注射组为 80.73%，电针组为 85.23%。电针加穴位注射和口服真人益智宝组为 93.99%。性别对疗效无明显差别。但年龄越小疗效越佳。病情越轻，疗程越长疗效越佳。无论单纯针刺或电针或综合组都可使总智商 FQI 提高。但低年龄组以 VIQ 语言理解能力，计算能力的改善为明显。高年龄组则以 PIQ 记忆能力、视觉组织能力的提高为明显。适应性行为与智力有中高度相关的联系。通过电针治疗可使 MR 的 ADQ 显著提高表明其适应行为有明显改善。大量例数说明靳三针疗法治疗弱智儿童、提高 IQ 是针灸疗法的新发展。

临床实验研究表明，靳三针治疗后弱智儿童的无任务 P<sub>3</sub> 潜伏期显著缩短，P<sub>3</sub> 波幅上升，P<sub>3</sub> 结果与疗效与总智商评定，两者有 78.26% 的符合率，两者之间无明显差异。P<sub>3</sub> 潜伏期之缩短，波幅上升，提示电针靳三针穴位，可以促进弱智儿童幼儿脑发育，加速大脑皮层神经纤维髓鞘化，增加大脑皮层突触数目等，而达到提高大脑对刺激进行编码、分类和识别的速度，收到治疗效果。

临床实验研究还证实 MR 病儿的 BAEP，有 47.22% 异常，主要为各波潜伏期延长或消失，V 波波幅降低，说明患者听觉器官周缘性损伤和脑干的中脑水平受损。经电针靳三针治疗后，I 波潜伏期明显缩短了。V 波波幅升高，提示其听觉器官损伤的康复，脑干功能改善。

临床实验研究还发现弱智儿童有低锌、低铁、低铜、高镉的现象存在。在不补充这些微量元素的条件下，针刺还使这些微量元素含量趋于正常。临床实验中针刺前后还可以使弱智患儿脑血流量有不同程度的提高，从而增加脑组织的供氧量，助长脑神经组织发育，改善和调节脑神经功能。

临床实验还证明，弱智儿童存在着血浆 LPO 活性增高，而

血浆 GSH-PX 及红细胞 SOD 活性降低。针刺靳三针穴治疗后,可明显提高机体抗氧化系统的 GSH-PX 及 SOD 活性以清除自由基,同时可以降低 LPO 活性,消除自由基系统 LPO 对脑组织的损害,达到治疗弱智目的。

动物实验资料表明,用电休克或用脑反复缺血再灌注,使大白鼠和小鼠的学习记忆的障碍,经用电针或针刺治疗,均能使小鼠或大白鼠的学习记忆功能康复。

用脑反复缺血再灌注方法的小鼠模型,其红细胞免疫功能均低下。经电针或单纯针刺治疗均获得矫正。这可能是治疗后增强了机体的抗氧化能力清除了脂质过氧化物,加强了红细胞免疫粘附功能的调节,促使红细胞膜功能恢复有关。

本研究的动物实验研究中还提供靳三针治疗弱智儿童的物质依据。如电休克大鼠模型研究中与人类记忆最有关的是大脑海马、大脑皮层。电休克大鼠的海马、大脑皮层的蛋白质 RNA 合成明显减少,针刺后能显著增加海马、大脑皮层对  $[^3\text{H}]$  尿嘧啶核苷和  $[^3\text{H}]$  这氨酸的摄取量,对抗和改善电休克对 RNA 蛋白质合成的损害,从而提高大鼠学习记忆能力。

研究资料还表明,脑反复缺血大鼠额叶、海马 AchE 阳性纤维密度下降,是小鼠中枢性胆碱能系统的严重损害,使小鼠学习记忆能力下降的重要原因所在。经电针针刺治疗后, AchE 阳性纤维密度明显增加,且纤维肿胀不明显,纤维变细,说明这也是电针针刺改善小鼠学习记忆功能的主要机制。

## 石 学 敏



石学敏，男，中医、针灸学专家。中国工程院院士。1938年6月6日出生于天津市。1962年毕业于天津中医学院。现任天津中医学院副院长、天津中医学院第一附属医院院长、教授、主任医师、博士生导师、中国针灸学会副会长、天津针灸学会会长、德国巴伐利亚州中国传统医学院第一副院长、美洲中医学院及中医研究院名誉院长、天津

市政协常委。他从医40年中，为弘扬针灸学术并将其推向世界做出了突出贡献，是国家有突出贡献专家，天津市授衔针灸学专家。他创立了醒脑开窍针刺法治疗中风病取得显著疗效，明显优于传统针法及药物治疗，并从多层次以至基因水平揭示了针刺作用的主要机理。该成果获1995年国家科技进步三等奖，1998年作为国家中医药十大科技成果推广项目在全国推广应用；他率先提出针刺手法量学理论，改革刺络疗法，并开展相关研究，对捻转补泻手法确定了新定义和量化操作，使传统针刺手法向规范化、量化发展，1999年作为国家中医药科技成果推广项目。此外，他在某些急、危、难、重症的治疗及研究；腧穴及经络病研究；针灸人才培养等方面取得国家级、省部级科技奖励17项，1999年获天津市第三届科技兴市突出贡献奖，出版著作17部，发表学术论文30余篇。

1999年当选为中国工程院院士。

2000年获何梁何利基金科学与技术进步奖。

2001年获香港求是科技基金会杰出科技成就奖。

# 脑血管病与中风单元

石学敏

中风单元 (Stroke Unit) 是一种住院中风病人综合治疗的医疗管理模式, 把原有中风病及合并症、并发症治疗的每一种独立存在的办法合理组合成一种和谐、紧密、综合、全方位的治疗系统。

在国外, 脑卒中单元已实践了近 50 年, 较大规模的循证医学研究和临床证据无可辩驳地表明: 在治疗中风均被证实有效的方法中, 中风单元的效果最好。这意味着治疗脑卒中最有效的方法并非一种药物或一种手段, 而是一种全新的综合的病房管理模式。但是, 中风单元的设立在国际上仍然不能令人满意, 美国 1999 年也只有 18% 的医院设有卒中单元, 因此, 设立卒中单元是各级医院努力的方向。

早在 1972 年, 我们就开展了针刺治疗脑血管病的探索, 历经 30 余年的实践, 已建立了以针灸为主体的具有中国特色的中风单元, 成为国内最大的中风病治疗中心, 仅针灸部就拥有病床 600 张, 日门诊量达 1000 人次以上, 使众多中风病患者得到了最佳的治疗。现就中风单元的特色和内涵简单介绍如下:

## 一、中风单元的形成与发展

1972 年, 我们就开始了针刺治疗脑血管病的研究, 创立了治疗脑血管病的醒脑开窍针刺法, 1981 年取得了初步成果。于是, 来我院就医者日益增多, 这为我们探索中风治疗方案提供了机遇。1985 年以后我院送出大批青年中医、针灸专业医生进修神经内科、急救医学、三衰病房管理。随后组建了急症和 CCU

病房，开始呈现脑血管病综合治疗体系的雏形。1990 年医院扩建，针灸部病床扩建到 600 张，门诊开设 26 间诊室，引进一批现代医学优势学科的精英，以醒脑开窍针刺法为主的完整的脑血管病综合治疗体系（即中风单元）基本形成。

## 二、“中风单元”的结构组成

中风单元基本是急性抢救监测和早期综合治疗、康复相结合的模式，主要由如下要素构成：

**1. 硬件方面** 设有重症监护室、脑外手术室、介入治疗室、神经电生理室、康复训练室、语言训练室、心理咨询室、健康教育室、脑外术后复苏室、针灸病房、康复病房和完善的诊疗系统，即 CT、MR、功能检查和临床实验室。

**2. 软件方面** 包括脑卒中第一时间急救、规范化的针灸治疗、规范化监测指标和中西药物治疗、个体化的康复训练、语言训练、心理干预治疗、中风病防治和健康教育等。

**3. 技术力量** 包括经验丰富的临床医生、训练有素的护理人员、正规的语言治疗师、肢体功能治疗师、心理医师、营养师及健康宣讲员，使病人能及时得到最佳治疗。因此，跨学科交叉性合作是中风单元的核心内涵。自 70 年代开始，我们就使针灸医护人员接受急症抢救、生理指标检测、心理治疗、康复训练、中风防治及健康教育等多学科知识与技能的培训。1990 年以后，我们完善了配套科室的建设，脑外专家、介入专家、专业心理医生、康复医师等相继投入中风单元整体治疗之中，将多学科、多专业综合治疗手段应用到脑血管病以及合并症、并发症的各个阶段，真正形成了以针灸为主的脑血管病综合诊疗体系。

## 三、规范中风单元诊疗程序

中风单元要求在接诊、诊断、治疗、康复、预后各方面做到

及时、合理、确切、规范，涉及医护技各部门、多科室的密切配合与协作，具体实施如下：

### 1. 保障中风急救的绿色通道

急性卒中应得到急诊和专科医生的重视，在治疗时间窗内得到准确诊断、有效治疗和严密监测，是提高生存率、减少后遗症的关键因素。通过影像学检查，迅速区分中风的类型。缺血性中风争取在超急性期（即发病3~6小时内）进行溶栓或降纤治疗；出血性中风尽早决定手术或保守治疗方案。因此，保障中风急救绿色通道是治疗中风的关键。这其中包括经验丰富的中风急症临床医生、CT、MR室、检验中心、功能检查科、介入中心、脑外科、重症监护室、普通病房等多方面的配合。要求接诊医生能在最短的时间内做出正确的诊断，将病人按病情需要迅速分流，对于中风有溶栓指征者立即转介入中心治疗；有手术指征的转脑外科治疗；病情危重的转重症监护室；病情相对稳定者进入普通病房，给予醒脑开窍法针刺治疗为主的综合治疗，使病人的治疗形成良性连锁效应，安全过渡到恢复期。

### 2. 中风危急重症的全面检测

针灸部重症监护室的建立，实现了中风病危急重症的心脑系统监测及第一时间救治。监护室配备了心电监护仪、正压呼吸机、氧饱和度检测、低温设备、无创心电、血压、24小时心率趋势图、除颤器等循环及呼吸功能监测仪器和设备。同时，与中心实验部共同完成患者血气、出凝血机制、电解质、生物酶、免疫功能、肾功能、肝功能等生理、生化指标的全面检测。选择了一定的专业技术水平和应急能力的主任和副主任医师组成治疗小组，病区主任及部长每天查房，根据临床体征和检测指标随时变更治疗方案，使病人早期得到最有效、多学科交叉及多手段综合治疗，这是我们具有自己特色的中风单元模式之一。

### 3. 以针灸为主的中风单元的特色



我们的中风单元特色在于，以醒脑开窍针刺法为主体，多学科综合治疗为辅助的全方位治疗体系。

### (1) “醒脑开窍针法”的规范操作

主穴：内关、人中、三阴交。

副穴：极泉、尺泽、委中。

配穴：根据临床症状的不同，配以不同的穴位，如吞咽障碍配双侧风池、翳风、完骨；语言障碍配上廉泉和金津、玉液放血等等。

#### 操作方法：

先刺双侧内关，直刺 0.5~1 寸，采用捻转提插结合泻法，施手法 1 分钟；继刺人中，向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸，用重雀啄法，至眼球湿润或流泪为度；再刺三阴交，沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45 度角斜刺，进针 1~1.5 寸，用提插补法，使患侧下肢抽动三次为度。

极泉，原穴沿经下移 1 寸，避开腋毛，直刺 1~1.5 寸，用提插泻法，以患侧上肢抽动三次为度；尺泽，屈肘成 120 度角，直刺 1 寸，用提插泻法，使患者前臂、手指抽动三次为度；委中，仰卧直腿抬高取穴，直刺 0.5~1 寸，施提插泻法，使患侧下肢抽动三次为度。

风池、完骨、翳风均针向喉结，进针 2~2.5 寸采用小幅度高频率捻转补法，每穴施手法 1 分钟；合谷针向三间穴，进针 1~1.5 寸，采用提插泻法，使患者第二手指抽动或五指自然伸展为度；上廉泉针向舌根 1.5~2 寸，用提插泻法；金津、玉液用三棱针点刺放血，出血 1~2ml。

丘墟透向照海穴约 1.5~2 寸，局部酸胀为度。

以上腧穴均有严格的操作量学规范。另外，针对病情配合头皮针、腕踝针、耳针、刺络、皮肤针，辅以脉冲电针、熏蒸、药浴、高压氧、氧疗、自血辐射疗法、推拿等。

## (2) 效果显著的中医中药

我们经过 30 余年的临床实践，已研制出了针对中风的丹芪偏瘫胶囊、醒脑治瘫胶囊、化瘀通脉注射液、化瘀通脉汤剂、益肾养肝口服液、针洗 1 号、健脑带、健身带等针对中风病及合并症、并发症的治疗和保健系列。使中药治疗在中风单元内趋向规范化、科学化。

以丹芪偏瘫胶囊为例：

丹芪偏瘫胶囊处方组成：

君——黄芪

臣——川芎 水蛭等

佐——人工牛黄 羚羊角 全蝎等  
石菖蒲等

方解：

处方中，黄芪，气味甘，微温，入肺脾经，重用黄芪，补气通络，祛瘀而不伤正，如《别录》所谓“逐五脏间恶血”。生用而非炙用之意在于：取其力专性走，周行全身，以助推动诸药之力，为君药。

川芎等，性味辛散，活血行瘀，擅长祛风，可行血中之气，祛血中之风，并引诸药上行头目。张元素称川芎“上行头目，下行血海，能疏肝经之风”。水蛭等，破血逐瘀，重在祛瘀活血，与君药黄芪相配，起到补气活血，逐瘀通络的作用，为臣药。

人工牛黄、羚羊角、全蝎，入肝经，同属平肝熄风药，长于熄风止痉，三药合用，平肝熄风，通络止痛，用于改善口舌歪斜之症；石菖蒲等，化浊祛湿，重在开窍，与牛黄合用，更具清热豁痰之功；上述药物，熄风豁痰并用，共为佐药。

全方十四味，配伍严谨，谨守病机，攻补兼施，共奏补气活血，熄风豁痰之功。

## (3) 尽早介入的康复治疗

现代的康复概念为全面康复，包括了身体康复、精神康复、职业康复和社会康复，也就是要求恢复身体各系统器官功能、精神活动功能、工作能力及参与正常社会生活的能力。自 90 年代开始，我院先后派专业医护人员赴日本进修康复医学，引进康复医学专业人才，成立康复科，组建康复锻炼大厅等。

康复治疗的内容：保持良好的肢体功能位置、体位变换、关节被动活动、功能重建意识锻炼、床上移动训练、语言功能训练、吞咽功能训练、起坐训练、立位平衡训练、日常生活能力训练及步行训练，上述训练均可与针刺治疗同时进行，并可配合推拿治疗。

这些措施主要在于预防褥疮，避免或减少后期痉挛的发生，消除废用性综合征的出现，为以后全面的功能康复打下良好的基础。患者早期接受康复医师的指导、训练，而且强调早期化、个体化、家庭化的重要性，这是获得康复治疗效果的关键。所以，不同类型的中风病患者，从入院开始就由康复医师制定出相应的功能锻炼处方，进行个体化有针对性的康复训练，其家庭成员也必须接受一定的康复预防保健知识，以促进患者的早期康复。

#### (4) 心理治疗贯穿始终

心理治疗是中风单元中的一个重要组成部分。中风患者心理变化程度比其他疾病患者更为严重。一般会经历 5 个阶段：震惊期、否认期、抑郁期、对抗独立期、适应期，此外，中风患者可以出现愠怒心理及过度期望等一些心理改变，还可发生抑郁、焦虑等情感方面的问题。这些心理和情感问题都会严重影响中风患者的功能恢复，必须高度重视。我们中风单元中的心理辅导、心理治疗自始至终从无间断。针灸医护人员对患者进行一般心理辅导，心理中心的心理专业医师对严重心理障碍的患者进行系统的心理治疗。

#### (5) 饮食治疗

中风后多种因素引起的进食障碍和机体的高代谢状态，是导致病情恶化的重要原因。静脉高营养输入或在中医食疗理论指导下合理膳食配方，科学地安排好中风病人的食谱。如：降糖食谱、降脂食谱、降压食谱、低钠食谱等；特别是对于吞咽障碍需要鼻饲的病人，更要合理搭配营养剂量。而且脑血管病人大都以动脉硬化、血液粘稠度增高、血脂增高为其病理基础，发病多与长期饮食结构不合理、吸烟、饮酒等不良习惯有关，因此，针对性饮食疗法能够最大限度的降低血管病的复发率，起到预防的作用。

#### (6) 健康教育

定期举办健康教育讲座，是预防及治疗中风病的有效措施。中风病的三级预防措施：一级预防为预防和控制中风的危险因素，如高血压、心脏病、高血脂、糖尿病，养成良好的饮食习惯和生活习惯；二级预防为积极控制和治疗短暂性脑缺血发作及可逆性缺血神经功能障碍；三级预防为针对脑梗塞的治疗，早期诊断和早期治疗为今后的康复治疗奠定良好的基础。

#### (7) 合并症、并发症的控制及治疗

脑血管病的合并症、并发症都是升高死亡率和干扰后期康复的重要因素之一，不可忽视。在实践中我们总结出一套较为完整的以针灸、中药为主的预防和治疗措施。如：翻身拍背、红花酒精擦涂预防褥疮、促进排痰；板青口服液预防肺感染；千金苇茎汤治疗沉积性肺炎；刺络拔罐治疗软组织粘连、哮喘；针刺治疗便秘；针刺内关治疗病窦综合征；针刺气舍、足三里纠正中枢性呼衰等等。这些措施丰富了中风单元的内涵，进一步突出了中医特色，发挥了针灸的优势。

“中风单元”是一套系统治疗工程，它要求把各部分有效的治疗方法有机的、紧密结合起来，同时还需要良好协作关系。我们中风单元的内涵在于：以醒脑开窍针刺法为主，中西医并用，

突出中医特色，发挥针灸优势，将多学科、多系统的诊疗观有机地融为一体，形成比较完整的脑血管病综合诊疗体系。到目前为止接受我院中风单元治疗的病人近 300 万人次。根据资料完整的 9005 例统计：临床治愈率 59.27%，显效率 82.42%，优于当今报道的各种脑血管病有效的治疗方法。我们还应在今后加强工作中的创新意识，进一步完善我们中风单元的结构和组成，提高脑血管病患者的治愈率仍是我们探索的主题。

## 晁恩祥



晁恩祥，男，1935年7月生，汉族，河北唐山人。1962年首届毕业于北京中医学院医疗系，毕业后，分配到内蒙工作，曾任内科主任。1976年初参加北京全国高级中医研究班并于1977年底毕业。1984年6月调入北京中日友好医院，曾任中医处处长、中医大内科兼肺脾科主任、卫生部药审委员等职，现任中日友好医院中医内科主任医师。中华中医药学会急诊分会、药物评价分会副主任委员，国家药监局新药审评专家，4家中医杂志编委。曾应邀多次参加研究生答辩、多次参加制定中医行业标准。是北京中医药大学应聘教授，博士生导师，曾3次赴日本讲学、指导医疗，曾被日本大学聘为客座教授，还曾应邀赴澳洲讲学、赴台湾长庚医院及香港讲学、指导医疗等。先后共培养了11名博士、硕士研究生。

从医40年，主要在病房、门诊做临床及科研工作，对内科疑难病、脾胃病、肺系病有较深造诣，曾承担哮喘、慢性支气管炎等多项国家课题，经常接待国外患者来诊，在肺系病方面重视急症及疑难病的研究与治疗，研制了“固本止咳片”，“调补肺肾方”、“治疗咳嗽型哮喘方药”等。撰写科研、临床论文70余篇，曾主编过《中医内科手册》《临床中医内科学》《今日中医临床》等著作，曾4次获得省市级科技进步奖。

# 关于临床辨证与论治 中的若干问题分析

晁恩祥

辨证与论治，主要包括了中医临床中，从诊断分析认识疾病到治疗疾病的全部过程。它是祖国医学临床思维方法的重要内容和具体体现，也是人们经常研究的课题。它之所以是中医学的精华，乃是因为掌握了辨证论治的思维方法和规律，便可以用来指导我们的临床和科研工作。运用得当，往往于临床治疗可以收到较为满意的效果；运用不当，掌握欠熟练，甚至发生种种错误，严重者还可以因为某些谬误而使治疗步入歧途，甚至造成辨证混乱，治疗失误。这是必须时刻警惕的问题。探讨研究辨证论治过程中的某些谬误以及需要注意的问题，无疑对我们掌握辨证论治规律是很有益处的，这不仅可以使我们的思维方法得以锻炼，而且也可以使临床和科研水平得到提高。为此笔者不揣冒昧，摘其临床中经常见到的若干问题，粗略地加以分析讨论，以求与同道共勉。

## 一、关于辨证诊断过程中的一些问题的讨论

### 1. 防止概念使用的混淆不清

概念，作为思维逻辑的清晰与模糊，虽然不是绝对的，但人们对于一些概念也存在着相对稳定的认识。中医学通过几千年的实践，总结概括了许多医学概念，对于这些概念应当认真学习和正确运用，否则如果基本概念模糊不清，使用混乱，又如何正确进行辨证论治呢？

比如有些个别医生，整日忙于诊务，甚至对中医的病、证、

症三者认识不去认真研究，往往就会运用失当。中医所说病、证、症各有涵义，概念不同。然而，有人则认为中医只有证而无病，或认为只有病而无证，或将证候与疾病混淆，甚至以证代病，只知辨证不知识病；有的还以表现于外的某些个别症状代替经过分析概括的证候，正如不能把温病中某一症状代替卫气营血某一阶段的证候概括一样。因此，我们必须认真学习，正确理解，恰当运用中医的各种概念，否则认识模糊不清，混乱使用，必然造成曲解和谬误，给辨证分析认识疾病，带来种种困难。

## 2. 望闻问切资料不应缺乏力求四诊合参

望、闻、问、切，是中医调查了解疾病的主要方法和手段。四诊合参，详细全面地占有资料，才能为辨证诊断提供重要而可靠的依据。只有四诊资料丰富、准确，而且切乎实际，辨证分析才能全面。如果临床不重视四诊收集资料，或诊察收集资料零乱、失真、断章取义、不够全面，那就必然会给辨证诊断带来困难。

因为，四诊中望诊用以收集病人神色、形态、舌象；闻诊可以了解患者声息、语言、气味；问诊可以了解病人痛苦所在、自觉症状、病程、病变及治疗经过，还可以了解患者年龄、职业、地土方宜等有关情况；而切诊则可以了解脉象及胸腹、四肢体征。四诊各有侧重，互相联系，不可分割，只有四诊合参并有机地结合。虽然中医早有“望而知之谓之神”、“舍脉从症，舍症从脉”之说，但仍应以四诊全面分析更为恰当，才能更全面地了解、收集病情及其演变，任何只强调某一诊法都是不符合要求的。

然而，在临床上却经常见到有些医生只片面收集资料，马虎对待四诊，或自觉不自觉地过分强调某一方面，有的只是简单的问上几句就完事，有的只切脉而不顾其它，或因诊务过忙而忽略四诊的全面进行，有的甚至以单一诊法炫耀自己的高明……等



等。这些都是不恰当的，对于医者的诊断辨证，绝无益处，必须加以注意。

### 3. 在认识疾病中尽量避免主观因素

科研或临床工作，以及在疾病检查及诊断过程中，最忌主观因素。这主要表现在两个方面，一是患者的主观因素，二是医者的主观因素。两者的主观因素常常影响辨证诊断的正确结论，甚至导致诊断辨证的失当与谬误，这也是应当时刻警惕的。

比如从患者方面来的主观因素，有时也会对医者的辨证诊断形成干扰。由于某些患者长期遭受疾病折磨的痛苦，或因本身对疾病感觉反应不一，或者由于患者的心理因素，或因文化水平和受教育的程度、医学知识的多寡，以及新患与久病的差异等等，致使问诊回答问题不准确，讲不清病史及疾病演变过程；或者有的患者甚至虚构病史，夸大叙述自觉症状；或编织疾病过程，所述有用者无几，无用者连篇；如此等等，都会造成问诊的不明确，甚至头绪混乱，从而也会给辨证分析带来一定困难，甚或引向错误。

但是，患者主观因素的问题，尚且可以通过医者的分析加以辨别，而对医生本身的主观因素，倒是更当忌讳的问题。比如有些医生在辨证诊断过程中，不是认真进行四诊，细微观察患者病情，而是以主观猜测作为辨证的基础，自己想当然，一叶障目，捕风捉影地对待患者的病情，或诱导病人叙述病情；不是认真听取患者及家属陈述，而是摘取个别资料，或只是主观靠脉，或只是靠望神色，或支言片语等，认为这样就可以代替全部。工作再忙任务再重，也应认真对待。否则，如此进行四诊收集资料诊断辨证，怎么会有准确的辨证诊断呢？

### 4. 注意防止辨证诊断的依赖性

临床过程中应当注意避免辨证诊断的依赖性，也就是不要过于依赖他人或外院的辨证诊断、初诊及入院辨证诊断。诚然，外

院或其它医者对疾病的辨证分析可以作为借鉴和参考，也应当认为是有其实际意义的，但是绝不能完全依赖这些辨证诊断，必须要通过医生自己的亲自观察和辨证分析。须知他人或其它医院的辨证诊断，可能是确切的，也可能会因为疾病的演变，分析的角度及方法，以及某些其它原因而与实际不符。至于初诊及入院时的辨证，往往由于对疾病表现认识只是初步的，自然也会难于十分准确。因而必须要认真对待患者每一次诊病的辨证分析，而不应是不加分析的依赖他人辨证，一些年青医生或诊务繁重的医生是比较容易产生这种麻痹依赖思想的，从而出现这种依赖现象。

对于上级医生的查房指示、专家教授的会诊意见是必须认真听取的，但作为一名医生，同样应该通过自己的思维考虑，运用中医理论，分析其道理，对照分析个人辨证与之差距，这定会有利于自己辨证水平的提高。有些医生对于自己看过的病人，如果效果不好，发现辨证方法不恰当，能够主动打破这种依赖，重新辨证分析，主动检验自己的辨证，肯定会对疾病的辨治大有好处，这无疑也是可取的。

### 5. 时刻掌握证候动态变化的规律

中医所说之证候，乃是通过四诊收集有关资料，而后运用中医理论辨别分析，归纳概括而得。这一证候反映了疾病的主流，它包括了病因、病机、病位、病性、病势以及标本缓急等等，是患者的病情及有关情况的总括，而这一总括也反映了疾病的动态规律，即阶段变化的规律。证候是表达了患者某一特定时间，某一阶段的情况概括。证候的时间性、阶段性特点，决定了辨证的灵活性，也就是说一个病的证候，不是永恒不变的，因而辨证也不应一证到底，这对于一些急重证候更是如此。因为证候可以随着疾病的演变而会发生种种变化，甚至有朝夕而变的情况。那些认为辨证一次就可万事大吉，一劳永逸的想法和做法是不符合辨证论治精神的。

有些人认为中医辨证的证候不够稳定，不好掌握，变化较大，实际上这些想法是由于对中医证候动态变化规律认识不足。证候是会随着疾病多方面的因素及时间的变化而病情有所变化，所说稳定只应是相对的稳定。正如伤寒太阳表证可以转成阳明里热、里实证一样，不懂得变化规律，必然会使辨证诊断趋于僵化，或出现辨证失误。

## **6. 注意整体观念，防止局部代替整体**

整体观念，是中医学的基本特点之一，它可以体现在中医临床的各个方面，特别是在辨证论治过程中更应时刻不忘，万万不可以只抓局部不顾整体。因为人体是有机的整体，人体脏腑相关，人与自然界相关等等。这一整体观念指导着中医的医疗活动，临床过程中必须给以充分注意。

在临床工作中，经常可能见到以局部代替整体，以个别症状表现代替证候分析的现象。那些只根据部分资料、点滴症状或体征就下结论，或只抓患者某一局部表现就视为疾病的全部，必定把人的整体割裂，置脏腑相关论于不顾，至于疾病与自然界季节、气候……等就更不会考虑了。比如泄泻，它是病名，也是临床常见的症状，其因颇多，不能见到泄泻就是脾虚，它还可因为有六淫所伤，特别是寒暑之邪；它可以因伤食而致；也可以是由于命门火衰等等。泄泻作为症状是表现于外的现象，做为病它还有着各种不同的证候类型。只有从整体观念出发全面分析，才能得出恰当、准确的辨证。

## **7. 认真思考避免辨证方法选择不当**

在辨证诊断过程中，尽管四诊资料收集是全面的，但还应当注意辨证方法的选择。中医学通过几千年的实践和不断总结，归纳和创立一些辨证模式，或言辨证方法。诸如六经辨证、卫气营血辨证以及脏腑辨证、八纲辨证、病因辨证……等等。面对这些辨证方法，如何选择也是需要认真推敲仔细思考，如果辨证方法

选择不当，必然出现辨证不当，结论也不会正确，从而立法、选方、用药也不会协调。

中医辨证，是根据临床表现，大体过目后才考虑辨证方法的选择，不同的疾病情况，选择不同的辨证方法。正如外感热病与内科杂病方法不一样，伤寒与温病虽都属热病，也因其种种表现不一，病因不同，病情演变的差异，也有一个辨证方法选择的问题。就发热而言，除了区别内伤、外感外，还要鉴别伤寒与温病，然后再决定用何种辨证方法更为恰当。伤寒者六经辨证，温病者卫、气、营、血与三焦辨证，不可随意混淆。当然在临床上也还有着各种辨证方法相互结合、协同的问题，这也是不可否认的。如脏腑辨证与八纲辨证的结合等等，但也都有一定的规范和模式，也存在着恰当选择的问题。

## 8. 随时关注诊断辨证标准的学习与运用

随着中医学术的发展，有关诊断标准、辨证规范的制定也在不断的发展，不断推陈出新。这首先是要参考大学的教科书中的有关标准，因为教科书是经过多年的总结与锤炼，是专家集体的杰作，并且教科书总是不断的更新和不断的收集吸收新标准、新规范内容。其二是关注有关行业标准、国家标准的制定，这些标准大都是由国家行政部门组织制定并颁发的，具有较高的权威性。因为行标和国标的推出往往是经过了一些专家学者，按着规定要求经过反复研究、推敲制定的。还有就是一些学术组织、学术团体提供的有关中医疾病、病名、证候规范。还有就是一些学者收集编辑的诊断疗效标准专著等等也都具有一定的参考价值。近年来国家还设立了一些专门机构，如国家名词委员会等等。有关诊断标准、辨证规范的特点是针对疾病的认识，诊断标准和中医学中有关证候分类，以及症状等的一些内容，都有些相对权威性规范，对此我们应当随时注意学习掌握，以在临床中实践中运用；病历书写以及医疗文件的书写都应规范，符合要求。由于医

学的发展非常迅速，新规范、新标准的出现，标示着学术水平的提高。西医的病名规范，国际使用 ICD 版本已达 11 版，而且还在不断的更新规范，因此作为一名高水平的中医对于规范、标准也应认真对待，要注意吸收新规范、新标准，做到继承与发展并重。病历书写规范中还提到关于西医的诊断问题，自然西医诊断标准的相关内容也应在学习应用之列了。只有不断学习才能不断充实提高自己的临床水平和学术水平。当然，辨证诊断也是中医疾病统计的需要。

### 9. 注意运用西医理化检测指标与西医诊断

几十年来在我国中医学是与西医学共同存在、同时并举的，在提倡中西医并重的今天，中西医必然会互相交流，互相渗透，互相融合，尤其是中西医结合的发展以及中医病历书写中的双重诊断，要求我们除了要熟悉其中、西医诊断标准外，还应当在疾病诊治过程中注意西医检测指标的运用。因为任何医学都必须在实践中积累，任何医学学术理论研究都会在实践中验证，因而中医学吸收现代医学检测手段是非常必要而且是历史的必然。这不仅可以使我们深化对疾病的认识，而且也为中医学的辨证论治提供可供参考的客观积累依据，这在总结探讨中医诊治规律中也是必不可少的。中医学本身人体是以宏观的方式认识疾病的，所说四诊望、闻、问、切，应该说也具有一定的局限性，一些理化检测指标的运用并经过大量的反复的实践运用，必然会不断充实中医的诊断，以确定证候规范，提供丰富的、有益的、微观的客观依据。有人说理化检测指标也是中医四诊的延长，可谓是一种形象的比喻，因为微观的指标肯定会对中医学学术发展提供大量的、可信的经验，相信中医学的证候量化，客观化规范化的内容会更加充实、更加丰富，这也是学术发展的必由之路，我们不能不加以重视。

## 二、关于疾病论治过程中的一些问题的讨论

### 1. 注意防止理法方药不一致

理法方药是中医辨证论治的几个步骤，它包括了辨证及理论分析、立法、处方、用药，而这几个部分是相互联系的、呼应的、协调的、一致的，也就是说证候辨别是立法的依据，立法决定着方药的选择，这一联系应当丝丝入扣、不可含糊，一般不容许有任何不一致，或前后违背、前后矛盾。严格说来：有何证立何法，选何方药。正如我们常说的“随证治之”、“依法治之”，张元素说：“随其证而制其方”；刘完素也说：“方不对证，非方也”等等，一般说来，若知立法与用药，也应大体推测出治的是什么病。本来这些问题是比较容易理解的，但临床上有些人不大注意理论的指导，不大注意临床过程中经常对辨证论治的检查回顾，以致临床理法方药不一致的问题也并非少见。

临床在确定证候、辨证结束之后，即应在中医治疗原则指导下，确定治法方药。比如辨证属寒证，根据寒者热之的原则，必定以温热之法及方药治疗：如属外寒当以辛温发散，如属里寒当以辛热温里。如果辨证属于阳明腑实证，当以通下阳明腑实治之，给予承气辈方药，这是一致的。明明为热结里实，如果不予寒下，反以补之或热下，岂不错矣。这种不一致必须注意，防止因疏忽或草率而出现的理法方药不一致。

### 2. 避免个人治疗经验的局限性

一般说来每位医者都有自己的临床经验，经验来自于不断的学习和临床实践的体验和揣悟，应当说是非常可贵的。经验是多年实践及理论与临床多次结合而获得的，它对于我们认识分析治疗疾病是十分有益的，尤其是一些老专家，或学有专长的老医生的丰富经验更是宝贵的财富，万万不可轻视。我们应该尊重经验。但是，严格说来，无论是谁的经验也都不同程度地存在着一

定的局限性，在论治过程中，要看经验是否与具体疾病的治疗相一致，与理法方药是否相符，相符者用之得效，不符者，甚至生搬硬套经验，只知某方治某病的盲目对号入座，这样便难以收到较好效果。

还有一些医生对自己的经验，盲目固守，自以为是，对于来诊患者一律遵循往日经验，而不是分析具体情况来进行治疗，往往难于满足临床的需要。经验是宝贵的，经验需要不断积累，知识需要不断更新。20世纪50年代蒲辅周老医生治疗乙脑时，并不固守前一年应用白虎汤的经验，而是进一步分析了气候的变化对疾病的影响后，给予新的治疗，从而收到效果，为后人留下了可贵的经验，树立了榜样。可见有识者必定时刻注意防止个人经验的局限。

### 3. 防止治法方药选择不当

治法是指导制方、用药的一个重要环节，在辨证论治中应该是不可缺少的一步，它是以辨证诊断为依据，并在中医治则精神指导下确立的。确定治法并不困难，原则上说，只要有了证候，就不难推出治法，而这种治法的确定，不仅要符合辨证，而且也指导用药处方，同样是不可忽视的。

《医学心悟》中说：“八法之中，百法备焉”。这说明中医治法并非仅仅是八法，而是在八法之中还可以有更多的治法组合和变化。八法之汗、吐、下、温、清、补、和、消作为基础治法，可以引出适用于临床针对多种证候的治法。选择治法也要适应证候的需要，万不能根据个人喜好行事。如有些人特别欣赏“活血化瘀”，有人善用“补法”，有人喜用“通下”等等，应该说这种欣赏、喜用、善用也是经验，但喜用与善用的根据应当在于证候，而不应是千篇一律。八法及其演化的治法，可以相互补充、联合应用，但不应有治法之间的矛盾，如选择温中散寒之法，方中当以温热药组成，而不得用寒凉药物治疗；至于有些个别处方

也有寒热并用之法，如“伤寒论”中几个泻心汤便是其例，那也是为了应对临床寒热错杂之证而采用苦辛开降之法。总之应该审慎地注意治法的选择，以提高治疗水平。

#### 4. 注意疾病的标本缓急的先后

《内经》中言：“病有标本……知标本者，万举万当，不知标本，是谓妄行”。可见标本的掌握是中医学中的重要内容，它不仅在辨证过程中需要认真对待，而且在论治过程中也是重要的原则。《内经》中强调“治病必求其本”、“急则治其标、缓则治其本”，这都说明了论治之时标本缓急先后选择的意义，这些内容作为医生都应心中明了，认真对待。

标本问题，是一个相对概念，论治之时标本的选择，是根据辨证当时对标本的辨析，即是如何对待主要矛盾和矛盾的主要方面，关系到治疗针对的重点是什么？然而，有些临床医生，并非重视此事，而是不分标本、不分缓急，着重治疗用药，或运用药海战术围攻其病，或头痛医头、脚痛医脚等等。一个稍较复杂的疾病如若不辨标本、不求缓急，就难于辨证论治，就不知道先治什么，后治什么，何者为急，何者为缓，以及根据标本转化而给以治疗。如果标本缓急选择不当，则会把次要矛盾当成主要矛盾，从而造成混乱，也难以立即收到治疗效果。

#### 5. 防止千篇一律的一方到底

临床论治，当以方药来体现，方药依法而选，方随法变，也随证变，言其方不对证非其方也，正是应当坚持的正确观点。临床上有些医生主张守方，对于一些慢性病来说，适当守方是有其道理的。岳美中老医生曾讲过：“有些疾病，须要守方，药力积累，方能收效。”此言乃是很有价值的经验之谈。对于一些疾病在治疗中主张效不更方，也是常理，但前提一定是该方对于其病证的治疗是恰当的，并非像有些医生那样的，看病只知一方到底，迷信秘方、验方，始终不变，甚至效果不佳、证候有变，仍



然坚持一方到底。中医历来强调“把握阴阳”、“谨守病机”，注意“正邪对比”、“病情变化”等等，这些都是要求我们要时刻注意疾病的动态变化，认真注意辨证论治运用的灵活性、变化性，尤其是急性病或危重患者更应注意。比如伤寒初起在表，不愈可入里化热，在表当以表散，在里化热当以清泄里热。内科慢性疾病也存在着治法方药的变化，如肾盂肾炎患者，初起当以清利，日久又要考虑正邪盛衰，而以补肾与清利方药的结合组方，这些都反映了医生应当根据病情变化而酌情选方用药，要知常达变。

## 6. 注意中药运用的不良反应

在应用中医学的治疗中，还有一个问题，也是我们不可忽视的，有些人认为并大肆宣传中药是“纯天然”、“纯中药”、“无任何毒副作用”，其实不然，在中医学的论著中，药是调理阴阳盛衰的，是调理脏腑失调的，是具有祛邪和扶正的作用，中医学历来也有关于药即是毒的观念，因而又有十八反、十九畏、妊娠禁忌等记载。对此我们不可不予重视。日常常用的中成药近些年来，也常有一些毒副反应的报道，因而我们必须按着中药的使用要求办事，有些中药复方中也要注意配伍，注意君、臣、佐、使，剂量变化，疗程长短等，注意可能引起不良反应的问题。在中成药的临床应用中，同样要注意，如我们临床常用甚至在OTC药物也收录的“八正散”、“龙胆泻肝丸”中出现个别肾脏毒性反应的报道，查其原因，是由于使用了有肾毒性的药物“关木通”，分析其原因大多是由于不正确的使用方法，如有的患者用龙胆泻肝丸长达年余或年半，有的个别医生应用关木通多达几十克，而2000年版《中华人民共和国药典》规定则是3~6g煎剂，并嘱其不可久服，肾脏及妊娠忌用的告诫，这些我们不可不知，不过2003年国家食品药品监督管理局已明令停止使用关木通入药，一些有毒性的药更应该对证，按规律使用，勿过量、勿过久，否则也会出现多脏器的不良反应。这些问题，凡临床医生

也必须知晓，主动收集观察不良反应并上报各级“不良反应中心”，还应在临床中小心注意，不断提高这方面的警惕。

## 7. 注意西医诊断与证治的关系

中医学比较重视证候。中医学当然也不仅是证候，而且也重视病名的诊断，无论是病名诊断，还是证候诊断，都比较重视症状、舌、脉、四诊资料，然而在当今中医临床中，同样不可避免地离不开西医诊断，而西医诊断的探索不仅在病历书写中要求，而在中医临床中也是必不可少的，这种两重诊断有益于我们在临床的积累。但是从中医学的角度，从临床的治疗上理法方药的要求来看，二者的联系应当主要还是用于证候的诊断。因为西医的一个病，可能也还存在着阶段的变化，病情轻、中、重的不同，个体的差异、病情的规律演变等等，这些就是我们必须在西医病名之下的证候求索。有了西医诊断，还必须有明确的证候才有了明确的对应的治法与方药，我们的确不应当只是一病一方。西医一个病在治疗中可以根据理化检查找到病因，明确诊断后应用一种或几种药物进行治疗，而中医对待西医的病名，应用中药治疗之时更需要注意的是证候。如果西医的一个病名不是很复杂，相对稳定，自然中医的证候也会相对稳定；相反西医的一个病，若病情复杂，病情变化大，自然也就在证候表现上有几种证候可能，证候不相同，治法也就各异，方药就有别。这便是我们时刻应该重视的问题，不可仅依西医对疾病的诊断使用中药。否则，便会有损治疗效果。

## 8. 注意用药勿乱，要有章有法

临床选药开方，一定要有一个章法，即当根据辨证之证候，而后立法、组方。如前所述，要注意理法方药的一致性，注意中医理论与临床运用相一致，作到理论与经验的协调，这样既注意了理论指导也注意了经验的运用。一个医生在开处方时，始终应当想着疾病的证候，同时也要注意治则的要求，懂得“寒者热

之，热者寒之”，明白标本先后、轻重缓急基本治则要求。有人说，中医在会诊时往往不一致，甚至会诊会不到一起，其实，也不见得如此，应该说在认证或诊断证候之时，总的认识应当是一致的，大体相似，它可以有些小的地方不一致，而大的方面是应该是一致的，也就是说符合理论和临床的要求，不可能一个“胃寒”的病人，出现与之相反“胃热”的认识，在治疗方面也同样是在治则指导下，选择治法，大体也应当相差无几。笔者认为病虽相同而处方可以不一样，可能是医者从中抓的重点不一样，其处方也可能不一样，同时，还可以由于各个医生在临床过程中积累了个人不同的用药经验和习惯。东、西、南、北、中虽有各自用药差异，但是理法不可混乱，而应符合中医理论的要求，处方时要符合君、臣、佐、使不同层次的要求，千万不要不分主次堆药大方治病，选药之时也要注意药味的功能主治的协调。

## 9. 注意合理选用中成药

传统治病多用中药饮片汤剂，丸散膏丹较少应用；但目前由于新药开发的迅速发展，中成药已不仅局限于传统的几种剂型了，而且吸收了现代剂型的制备工艺，如片剂、颗粒剂、胶囊剂等，有不同给药途径的剂型，如注射药、静脉滴注药、气雾剂、栓剂等。汤剂可以随症加减，比较灵活，而中成药目前近万种，并且还在不断的增加，甚至成为了中医治病的主要武器，但应用中成药也要注意中医理论的指导，注意寒、热、虚、实，表、里、阴、阳，它同样要符合证与治的要求，注意功能主治，如解表用的中成药亦有辛温、辛凉解表、表里双解、和解少阳、化湿解表、表虚、表实的差异；治疗胃病之中成药也有舒肝理气、健脾和胃、消食化滞、温中补土、活血化瘀的不同，不可一见感冒就用清热感冒药，一见胃痛就用温中止痛药，一有发热就用清开灵，也不一定都对，必须注意辨证。中成药是依据大多数人的病症及大生产的要求，灵活性相对较弱，它不像汤剂那样方便，必

须认真读好说明书，分析适应证，选择应用中成药时要注意符合中医理论的要求，才会收到较好的效果。

## 小 结

本文从辨证论治的规律角度，探讨概括在辨证与论治过程中容易发生、并且需要认真研究的一些问题。这些问题，有些虽然多在个别医生中出现，但也经常可以见到，它往往影响整个临床及研究工作，注意这些问题，避免和防止一些问题的出现，必然会提高辨证论治的水平，进而提高治疗水平。

本文只是择取辨证论治中的部分问题，加以探讨，并非全部，且限于水平，不一定准确，探讨也只是初步，但提醒我们要认真细致地对待辨证论治的每一个环节，是非常必要的，而且是中医临床和科研工作应该时刻铭记的。

# 关于咳嗽型哮喘的中医临床研究

晁恩祥

咳嗽型哮喘，又称咳嗽变异性哮喘、隐匿型哮喘，该病主要以咳嗽为主要特点，并不伴有哮喘，人们认识不足，对此类咳嗽存有误区，对该病中医讨论更感不足，有必要深入研究。

## 一、关于咳嗽型哮喘之误区认识

### 1. 称“咳嗽型哮喘”但并无哮喘

该病系主要以咳嗽为主症，同时还可能见到干咳少痰、咽痒、呈剧烈咳嗽，多夜重昼轻等表现，可能由于冷空气，异味刺激而突发或加重，甚至发生呛咳或称痉挛性咳嗽，但并无哮喘发生；由于具有过敏因素及各种原因而支气管气道高反应性增高，亦偶有发生哮喘的可能，是与哮喘机理有相同之点，因而称为“咳嗽型哮喘”或“咳嗽变异性哮喘”，以区别于其他以咳嗽为主要表现的疾病。

### 2. 以咳嗽为主但又非感染性支气管炎

该病虽以咳嗽为主要特点，但与一般所说之急、慢性支气管炎、老年性慢性支气管炎并非一致。由于感冒后也会有少数患者发生支气管炎，但此病也常见于上呼吸道感染之后，相继而发病咳嗽，往往抗炎治疗一、两个月不愈；由于有的患者系继发于病毒或支原体感染以后，因此临床上经常与上呼吸道感染极易混淆，有相当多医务人员误认为是支气管炎，而又多以抗感染治疗。其实它并不属于一般所说的支气管炎，而是一种气道高反应性疾病。

### 3. 经常与咽喉性咳嗽混淆

由于该病还有另外咽喉方面的临床表现，即多伴有咽中痒，

痒即引发阵咳，外界冷风、空调风以及异味刺激即诱发咳嗽。但我们临床观察，这类咳嗽病人并无咽痛、咽部充血以及扁桃体红肿，而是一种咽喉及气道部位的不可压抑的、很不舒服的痒感，一痒便会使咳嗽突发，无痰或少痰，咽喉有不适感。因而经常被诊断为“咽喉性咳嗽”，其实这也是一种表面的认识，或言误区。

#### 4. 小儿多见，但成年人有增加趋势

有些资料认为该病多见于儿童，此说也广为医学界所接受。但从对大量患者的诊治观察中认识会有所改变，一些诱因，即感染、外因刺激等因素，并非小儿仅有，成年人亦可因上呼吸道感染、病毒、支原体感染以及大气污染等其它原因而致气道高反应，从而诱发咳嗽型哮喘，可以被认为成年人的发病似有增加趋势，病程会更长一些者也非仅有。我们临床过程中年纪最大者60余岁，但大部分属于中青年患者。病程大都在1~2个月，也有一二年的，病程最长者有八年的，且反复发作。

#### 5. 泛用抗菌素及止咳化痰药

一些患者，不少是继发于上呼吸道感染、肺部感染，但肺部感染愈后仍然咳嗽，或者以为是得了急性支气管炎，或误认为慢性支气管炎急性发作，患者，甚至一些医生也都独衷于抗生素、祛痰药、镇咳药的应用，有的甚至较长时间或连续应用口服、静脉输液的抗菌素进行治疗，然而疗效则不够满意；有的应用祛痰、止咳药、各种止咳糖浆，中成药或西药，均难以达到满意的效果，这大概就是诊断未明之故。其实以咳嗽为主要症状应用抗生素及祛痰药治疗效果不明显也是咳嗽变异性型的诊断根据之一。我们可以看到有专著中也曾有关于“应用抗生素、止咳祛痰药不效”的记载。

## 二、西医综合诊断与治疗

### 1. 西医综合诊断与治疗——诊断

(1) 临床表现咳嗽或阵发性咳嗽4~8周，不伴有哮喘；

(2) 咳嗽常在夜间，晨起发作，干咳、咽痒，春冬多发，一年四季均有；

(3) 常有过敏史，家族史或呼吸道感染史或感冒；

(4) 化学、物理、药物因素及精神因素可诱发；运动、油烟刺激、突然吸入冷空气或进入空调环境加重、环境污染者可诱发；

(5) 常易反复发作，有发展为哮喘的可能；

(6) 双肺听诊很少闻及哮鸣音及啰音和其它体征；

(7) X线无明显改变；

(8) 肺功能检查大多正常；

(9) 支气管舒张试验或激发试验常呈阳性，支气管反应性测定呈高反应性；

(10) 实验检查可能有嗜酸细胞增高，血清 IgE 增高，也可能会有过敏源的检测呈异常；

此诊断根据国内外资料综合归纳意见。

## 2. 西医综合诊断与治疗——治疗

(1) 抗炎治疗但应用抗菌素无效，可用糖皮质激素治疗；

(2)  $\beta_2$  受体兴奋剂、茶碱、支气管扩张剂治疗有效；

(3) 抗过敏药有一定的效果；

(4) 一般止咳、祛痰药治疗效果不明显。

## 三、关于中医对此病的认识

### 1. 病名

西医称咳嗽型哮喘，认为是属于特殊类型的哮喘，系以咳嗽为特点，笔者认为似以风为本，故有“风咳”之状，《诸病源候论》中“风咳”列为诸咳之首，虽属哮喘但以咳为主，故暂名为“风咳”。

### 2. 临床表现

咳嗽，干咳，少痰，不易咯出；咳嗽时大都表现呛咳、阵

咳，咳时很剧烈，难以抑制，所谓呈挛急性咳嗽，多于入睡时或晨起时发作较明显，也多有咽痒，痒即促发咳嗽。

### 3. 诱因

多有诱因，如冷空气、油烟、异味、看新报纸、讲话、运动及物理化学因素等，均可引突然性咳嗽或加剧。

### 4. 过敏史

有家庭史或个人过敏史者易于发作，有的来势迅速急剧，严重者影响工作、睡眠，有的难以忍受。

### 5. 病因与病机分析

该病病因可能还有体质因素，如个体差异、过敏体质，有的伴有过敏性鼻炎、内源、外源性过敏病史，即有较易诱发气道高反应可能者。有些病人还会有一些其他原因，如因上呼吸道感染之后或气候变化、冷空气刺激，夏季空调刺激而发急剧咳嗽，伴咽痒。有些病人系继发于病毒感染、支原体感染之后，往往感染虽愈但咳嗽不止，根据其症状、舌、脉分析，即审证求因，从中医来看大多属于风邪、寒邪、燥邪为主。

其病机也是风邪、风寒、风燥为患，咳嗽突然，善行数变，咳时来之匆匆，咳后也可骤止，但反复阵咳及咽中痒感，痒似虫行，又无法抑制，以及过敏因素等，如此也反应了该病的风邪特点，至于寒邪、燥邪大都伴于风邪出现，因而认为诊病似以风邪犯肺，肺气失宣，气道挛急为其主证；笔者虽认为该病病因多以风邪为患，但亦有燥邪、寒、热、血瘀者。燥者咳嗽以干咳少痰或无痰为主；患者受冷风刺激诱发，且往往有较少量的白痰，虽也有部分属风寒之因；有的患者尚伴有黄痰，粘稠不易咯出，又当注意热象，病程过久，常又有气逆、血瘀之象。因而病机的分析还应认真对待。

### 6. 抓主证、辨兼证

抓主证：



抓主证很重要，即以咳嗽为中心分析证候如咳嗽状况、干咳、呛咳、阵咳、挛急性咳嗽、痒咳、突然咳嗽、咳而少痰，遇诱因而咳嗽的；脉弦、舌苔薄白。

辨兼证：

(1) 有痰热症者见咳嗽、有痰（黄或黄白相间），多因风热感冒或风寒感冒引发，脉弦滑或滑数，舌薄白、或边尖红。

(2) 兼血瘀证者，多因病发日久，咳嗽、胸痛气急，脉弦细，舌质暗，苔白腻。以上证候虽属少数但亦应注意。

(3) 兼肺肾气虚者，多发作时间过久，常年不愈，伴气急动则气短，咳嗽重可致遗尿，脉沉少苔。

(4) 兼有气逆、气急者当见咳嗽连连，气急不能接续，有气上涌感，胸闷，脉弦，舌苔薄白。

## 四、中医相关疾病鉴别

### 1. 咽炎

咽炎，特别是慢性咽炎有时也伴有咳嗽，但咽炎毕竟是炎症，可以看到咽部充血、红肿或扁桃体变化，需鉴别的是，咳嗽型哮喘并无更多咽痛、咽肿之象。气道反应性检测可鉴别。

### 2. 咳嗽

咳嗽系多种肺系疾病常见的症状，如上呼吸道感染、支气管肺炎，慢性支气管炎均可见咳嗽，其它咳嗽均伴有其它诊断，特别是可能咯痰、咳嗽，喘息或发热，病史等均与此病咳嗽特点与过程不同，影像、化验检测可助区别。

### 3. 肺癆

肺癆亦有低声咳嗽，但属慢性消耗性、结核杆菌感染性疾病，虽有干咳少痰，但还可以见咯血，潮热，X线及检测可以鉴别。

### 4. 肺痿

《金匱要略》中肺痿常以咳嗽、咳吐涎沫、气短为主或久嗽咽干而痒，少痰或痰粘不易咯出，我们认为系属肺间质纤维化的疾病，其表现也有咳嗽少痰，动喘明显，但因病久可见低氧所至杵状指。X线、CT可以分辨。

## 5. 鼻鼾

系指过敏性鼻炎，常有过敏史，见有晨起，定时或不定时的喷嚏鼻痒或鼻塞，并不与咳嗽同时相见。

# 五、中医药治疗意见

## 1. 中医治疗认识

笔者 40 余年在肺系病的临床中，尤其最近 20 余年对 COPD、哮喘以及上呼吸道感染、肺部感染的临床中，虽见到一些杂志的零星报道，观察到有一批患者以咳嗽为主诉来求医看病，但临床表现与一般急慢性支气管炎咳、痰、喘不同，而且也与肺感染咳嗽有别。反复研究，经不断分析及查阅有关资料，逐步对“咳嗽型哮喘”的病名有了些认识，加之一批批感冒后患者、肺与支气管感染后的患者，虽感冒、感染、发热得除，但咳嗽、咽痒、呛咳等症状无改变，往往应用抗生素、止咳、祛痰药收效不明显，甚至延至几个月的治疗难愈，有的还可能发展为慢性咳嗽，阵阵咳嗽，甚至呈痉挛性咳嗽，因而引发我们的注意和进一步的思考，逐渐探索观察了该病的病因与治法，并安排课题，组织研究生进行深入研究，探讨其规律。

## 2. 以风为本的认识

首先笔者认为“咳嗽型哮喘”的咳嗽其特点为阵咳，突然发作，呛咳，挛急；并表现为咽痒、气道痒感、痒即咳而难以抑制，受风、冷之气及异味刺激诱发等，这些大都体现了中医风邪之突发特性，“风善行数变”、“风为百病之长”、“其性轻扬，风盛则挛急”及“风邪为患可致瘙痒”等特点。因而确定了以疏风

为主，并针对因其风邪而致气道失衡，肺气不宜，气道挛急，确有似哮喘的某些表现，如过敏性表现，伴有突发喷嚏、鼻塞、咽痒、气道瘙痒感，反应了风动气逆之状，也与风邪相关，因而确定了疏风宣肺、缓急解痉、止咳利咽的主要治法。这种风象常有外邪之犯，也可因内因肝风而动的挛急失缓之象。

其基本立法则以疏风、散风之药，用以疏风宣肺、止咳、利咽疏风止痒之药，又有散风脱敏之意；再者就是解除或缓解气道挛急之药物，以及润肺止咳等药为其主方，临床观察确感效果明显，研究生的课题病例分析，对照观察同样支持该方药的临床效果是满意的。

### 3. 立法及加减变化的思考

临床中笔者在探讨研究总结该病治疗中，系根据其主要表现而以疏风宣肺，缓急解痉，利咽止咳为主方，但由于该病在个体的差异上以及个体病例存在着不同表现，因而又以加减变化、证变治变，如有风邪犯肺，有的则有风热者，常见有咽中痒有少许粘痰不易咯出，或合并含有少量黄痰，而加减中加入清肺化痰药。又有风邪犯肺，见有寒象者，如少痰，见冷风咳嗽加重，咽中痒，常加入疏风散寒辛温之品。

临床还常有阴虚肺燥，如伴有咽干、少痰、干咳，或见肠燥便干者，常又加入养阴润燥之品；由于该病常见有干咳少痰或干咳剧烈，咽痒较剧，异味刺激则咳嗽更剧，又常应用缓急收敛之品或敛肺止咳等药。

由于该病有的是一二个月，也有的病程较长咳嗽已久，常又加些活血行瘀之品。当病情服药后缓解好转，尚应继续服用，标本兼顾之调补肺肾药，以求扶正固本。

### 4. 用药经验列举

主方：（灸）麻黄、蝉蜕、苏叶、射干、牛蒡子、炙杷叶、紫菀等。

(1) 疏风散风药：荆芥、防风、葛根、炙麻黄、蝉蜕、僵蚕、地龙、全蝎。

(2) 疏风散寒药：(炙)麻黄、桂枝、细辛、苏叶、白芷。

(3) 宣肺止咳药：前胡、紫菀、杏仁、(炙)杷叶、款冬花。

(4) 解痉缓急药：地龙、全蝎、五味子、白芍、苏子、米壳。

(5) 疏风利咽药：牛蒡子、青果、诃子、桔梗、蝉蜕。

(6) 养阴润燥药：麦冬、沙参、炙杷叶、火麻仁、梨皮、玄参。

(7) 清肺化痰药：黄芩、鱼腥草、川贝、桑白皮、瓜蒌。

(8) 活血化瘀药：丹参、赤芍。

(9) 调补肺肾药：太子参、黄精、山萸、枸杞子、肉苁蓉、五味子、冬虫夏草。

## 六、新药的研发——苏黄止咳胶囊

### 1. 立题目的与依据题

该病研究包括感冒后咳嗽及气道反应性敏感之咳嗽人群，在临床中占着相当比例，我们称之为“风咳”。目前《基本药物目录》中咳嗽 10 余类几百个品种中，并未见到治疗咳嗽型哮喘的中成药。咳嗽型哮喘，中医药治疗有着较好效果，应用疏风宣肺治疗有较好效果，故而进行开发以补充其不足。本课题立项于 2002 年国家中医药管理局第一批新药开发基金项目。

咳嗽型哮喘常发生于感冒之后，气道炎症引发气道反应性提高，亦常有内因中的过敏反应体质，其表现具有中医所说之风证，如发作的善行数变、时发时止、咽喉气道痒感等。因此应用中医独特理论体系，审因辨证及辨病治疗咳嗽型哮喘的发作，提高临床疗效及开创治疗咳嗽型哮喘的新方法均有重要的意义。

### 2. 苏黄止咳胶囊的功能主治

疏风宣肺，解痉止咳。

用于风邪犯肺，肺气失宣。见于感冒后咳嗽，咽痒，痒即咳嗽，或呛咳、阵作、气急，遇冷空气、异味等因素突发或加重，或夜卧晨起咳剧，多呈反复性发作，干咳无痰或少痰，舌苔薄白，脉弦。临床用于感冒后咳嗽，咳嗽反复发作及咳嗽型哮喘符合上述证候者。

### 3. 苏黄止咳胶囊的药效研究

以苏黄止咳胶囊 14.0、7.0、3.5g 生药/kg 灌胃给予小鼠，7.0、3.5、1.2g 生药/kg 灌胃给予大鼠，6.0、3.0、1.5g 生药/kg 灌胃给予豚鼠。通过实验证明，苏黄止咳胶囊具有以下作用：

#### (1) 止咳作用

苏黄止咳胶囊，显著延长豚鼠的咳嗽潜伏期，减少豚鼠咳嗽次数，提高对氨水喷雾致小鼠咳嗽强度。

#### (2) 抗气道炎症和一般炎症的作用

苏黄止咳胶囊降低卵蛋白致哮喘模型豚鼠支气管肺灌洗液中白细胞数、嗜酸性粒细胞百分率和腹腔肥大细胞脱颗粒；改善支气管、肺组织病理变化；并能显著抑制角叉菜胶性大鼠足肿胀；明显减轻巴豆油所致小鼠耳廓水肿。

#### (3) 平喘作用

苏黄止咳胶囊显著延长乙酰胆碱与组织胺的等量混合液引发豚鼠抽搐的潜伏期，明显降低正常豚鼠气管平滑肌张力，以示具有平喘作用。

#### (4) 祛痰作用

苏黄止咳胶囊三个剂量均可增加小鼠的酚红排出量。

#### (5) 免疫作用

苏黄止咳胶囊能明显提高免疫功能低下小鼠网状内皮系统的吞噬功能，表明药物对免疫功能有一定的调节作用。

综合上述实验研究表明苏黄止咳胶囊具有明显的止咳、抗炎、平喘、化痰及免疫调节作用。

#### 4. 苏黄止咳胶囊的毒性试验——急毒试验

苏黄止咳胶囊以动物能耐受的最大浓度、最大体积的给药量1日内连续3次灌胃给予小鼠，共20只，雌雄各半，最大给药量为408.0g生药/kg，相当于成人临床用量的611.7倍。给药后即刻观察动物反应，并连续观察7天。未发生死亡，动物体重均增加，肉眼观察未见明显毒性反应。为临床安全用药提供参考。

#### 5. 苏黄止咳胶囊的毒性试验——长毒试验

大鼠分别灌胃给予苏黄止咳胶囊34.0、17.0、8.5g生药/kg/d，（相当于人临床用药剂量的50.0、25.0和12.5倍）连续9周，停药后观察2周。各组包括高剂量组对大鼠一般情况、进食量、外周血象、10项生化指标、心电图、脏器指数与对照组相比，均无明显差异，主要脏器无明显的病理改变。说明苏黄止咳胶囊中、低剂量范围内无明显毒副反应，是比较安全的。

### 七、临床观察与验案举例

#### 1. 临床观察

因国内尚无统一的诊断标准，故参考美国咳嗽变异型哮喘的诊断标准，从来源于临床被诊断为该病的患者，观察157例。随机分为中药组（治疗组）和舒氟美+必可酮（雾剂组（对照组），以咳嗽分度标准和气道反应性测定及患者外周血嗜酸性粒细胞（EOS）观察治疗前后的变化。

临床症状（主要按咳嗽分度标准）、气道反应性、外周血嗜酸性粒细胞（EOS）、血清总IgE水平、过敏原等变化情况，进行疗效评价分析，结果显示：治疗组控显率、总有效率分别为72.83%和90%，对照组控显率、总有效率分别为55.38%和87.69%，两组控显率比较有显著差异（ $P < 0.05$ ）；两组间总体

疗效变化无显著差异，( $p > 0.05$ )，说明两组间综合疗效相当。

且治疗前后过敏原实验显示本药治疗后对多种外源过敏原的敏感性明显降低，与对照组相比有显著性差异 ( $p < 0.01$ )。这也说明本药不但可以改善咳嗽型哮喘患者的症状，而且可以一定程度上改善患者的特应性体质，降低气道高反应和高敏感性。

因此我们得出如下结论，疏风宣肺法治疗咳嗽变异性哮喘的有效作用在于提高气道对乙酰甲胆碱的反应阈值，降低气道的高反应性，外周血嗜酸粒细胞 EOS 显著下降，且下降幅度明显大于对照组。这表明该方药具有良好的抗变应性炎症和降低气道高反应的综合作用。

## 2. 验案举例

案例一：女性，65岁，来自湖北

2002年3月始，因感冒后咳嗽5个月，感冒已愈，但咳嗽不止，阵作、呛咳、咽痒不适，咳嗽夜重昼轻，影响睡眠，胸痛，无哮喘；曾多用抗菌素、止咳药不愈，X线、嗜酸细胞、气道激发试验及过敏源的异常，经查符合咳嗽型哮喘，经中药疏风宣肺、缓急解痉、止咳利咽，口服3剂中药后开始减轻，后又服用7剂疗效显著而得愈。愈后2个月余复发1次，经来电，嘱其继续服用原方治疗而解。

参考用药：杏仁、紫菀、冬花、炙杷叶、苏子、苏叶、五味子、地龙、蝉蜕、僵蚕、瓜蒌皮、葛根等，前3剂方中有米壳，不必久用。

案例二：女性，34岁

在日本留学于夏日回国，慕名来京治疗，患者于2001年3月感冒后咳嗽半年未愈，来诊求治时咳嗽较重，遇冷气空调引发阵发性顿咳、咽及气道痒感，咳剧，影响休息；胸痛少痰，痰不易咯出，偶有鼻痒、喷嚏，多用抗菌素及止咳祛痰药治疗。也曾做过X线未见异常、肺功能正常、激发试验阳性，诊断为咳嗽

型哮喘。经中药汤剂治疗 10 天好转，后又服药 1 周而愈。

参考用药：炙麻黄、杏仁、苏子、苏叶、紫菀、炙杷叶、五味子、蝉蜕、瓜蒌、鱼腥草、沙参、前胡等。

## 八、几个方面问题需要探讨

### 1. 关于病名问题

该病病名在西医医籍中，有“咳嗽型哮喘”，“咳嗽变异性哮喘”等名称，临床中确实有感于该病虽有咳嗽，其特点不同于一般咳嗽。在中医方面，亦难于以咳嗽定名，中医文献中如巢元方《诸病源候论》中有“风咳”之名，该病亦有过敏因素，笔者认为可暂定名“风咳”。

### 2. 关于中医证候学及辨证的研究

对于该病的认识，仍有待进一步分析及深入研究，从中医学中笔者也认为，目前治疗该病的大部分同道存在着认识的不同，一般都以治疗急、慢性支气管炎药为主，止咳、祛痰药多用，并且在辨证方面也较混乱。近来，杂志对该病有了一些讨论，但仍然是零星报道，尚无系统研究，因而急需在病因、病机、病势的认识上深化，尤其是在辨证标准、证候规范上下些功夫，以指导临床。

### 3. 新药的开发研究

急需开发研究治疗此病的中成药，我们作了这方面的尝试，认为从治法上以疏风宣肺、解痉止咳的效果明显，但亦应进一步在临床上验证，并继续探讨其证与治。



## 孙 树 椿



孙树椿，男，1939年7月1日出生，汉族，河北省蠡县人，中国共产党党员，现任中国中医研究院首席研究员、骨伤科研究所主任医师、博士生导师、颈椎病研究室主任、中国中医研究院望京医院脊柱二科主任、中国中医研究院学术委员会委员、国家药品审评委员会委员、国家中药保护品种审评委员会委员、中华中医药学会常务理事、中华中医药学会骨伤科分会副主任委员、全国高等中医院校骨伤科系列教材编委会主任委员、《中国骨伤》杂志副主编、《中国中医骨伤科》杂志副主编、《中医正骨》杂志副主编。曾任国家发明奖医药卫生组委员、中国中医研究院骨伤科研究所所长、北京针灸骨伤学院骨伤系主任等职。1993年获国务院政府特殊津贴。

孙树椿主任医师30多年来一直从事骨伤科的临床、科研和教学工作。他学贯中西，精于治疗各种骨伤科疑难疾病，尤其对中医骨伤手法钻研较深。骨伤手法是祖国医学伟大宝库中的重要组成部分，其中伤科学中的“正骨八法”等要法，由来已久。手法对于治疗软组织损伤及骨、关节损伤有着药物治疗所不能比拟的效果。孙树椿主任医师认为，推拿疗法绝不该与手术疗法看成对立的，相反，它们是相辅相承的，只有在骨伤科做到了真正的中西医结合，才能使病人得到尽善尽美的治疗。他曾得到过当代骨伤科名医刘寿山老先生亲授真传，又博采大江南北诸家名医之长，同时积累自己近30余载临床经验，形成了“入其法而又出其法”的独特手技，真正做到了“机触于外、巧生于内、手随心

转、法从手出”的正骨推拿要旨，经他妙手回春的笃重顽症甚多。因其对骨伤科疾病治疗的高深造诣和精湛的医术，除了长期为国家领导人做保健外，还多次应邀为其他国内外知名人士及政府要员诊治疑难病症，常有手到病除的疗效，尤其是1994年应世纪老人、著名爱国将领张学良的邀请飞赴美国夏威夷为其治愈多年痼疾，更使其在海外赢得赞誉。

孙树椿主任医师治学严谨，勤于思考，善于总结，他能灵活运用中西医两种方法，进行诊断和治疗各种骨伤科疾病。他在强调中西医结合治疗的同时，尤其注意突出中医特色，但继承而不泥古，努力挖掘和发扬祖国传统医学特色，积极提倡中医骨伤科手法的治理，注意筋伤手法的研究和整理。他主持的“实用筋伤手法整理研究”课题获1992年中国中医研究院科技成果二等奖，1993年国家中医药管理局科技进步二等奖。

# 椎动脉型颈椎病的探讨

孙树椿

椎动脉型颈椎病（CSA）是骨伤科临床上的常见病，严重影响人们的正常生活和工作。本病以头痛、眩晕为特点，患者痛苦较大。有关椎动脉型颈椎病的发病机理、诊断和治疗，长期以来一直是医学界关注和研究的问题。我们想对其中几个问题，谈一点自己的看法。

对于椎动脉型颈椎病的发病机理，以往多认为是颈椎骨性狭窄及环枢关节的改变。但我们在临床上观察发现，颈椎失稳所致本病占有很大比例。其特点多表现在颈椎3、4、5节段上的位移改变，因此对在我院治疗椎动脉型颈椎病的110例患者的X线表现进行了比较观察。

## 1. 诊断标准

参照全国第二届颈椎病专题座谈会制定的椎动脉型颈椎病诊断标准即：

曾有猝倒发作，并伴有颈性眩晕；旋颈试验阳性；X线片显示节段性不稳或钩椎关节骨质增生；多伴有交感症状。

## 2. X线检测方法

### （1）观察对象

①椎动脉型颈椎病观察组（CSA组）：符合纳入标准的110例患者，治疗前后各检查一次。

②正常颈椎对照组：非颈部症状的60例志愿者X线片检查。

### （2）检查指标

110例CSA组和60例正常组均常规摄颈椎正、侧位及最大

屈伸位 X 线片,应用摄像机摄取图像入计算机,经电子计算机图像数字处理系统测量颈椎体角度位移及椎体水平位移并分析处理

### (3) 测量方法

依据怀特测量方法

①椎体角度位移:在被测相连两椎体的下缘各作一条直线,两直线相交成角。

②椎体水平位移:被测椎体后缘相对其下一椎体的水平移位。

### (4) X 线表现

110 例病人均进行颈椎正、侧及功能屈伸位 X 线摄片,具体情况见表 60、表 61、表 62

表 60 患者颈椎的 X 线表现

项 目	例 数	百分比(%)
颈椎变直或反张	78	70.90
钩椎关节间隙不对称	21	19.09
椎体水平及角度位移	87	79.01
旋转移位	17	15.45
钩椎关节增生	27	24.55

X 线颈椎平片检查中,上关节突位移或骨赘,尤其是钩椎关节骨赘被认为是目前诊断椎动脉型颈椎病较为有价值的 X 线征象。本组发现钩椎关节骨赘 27 例,阳性率并不高,而患椎椎体水平及角度位移,阳性率较高。

### (5) 测量结果

椎体水平位移:从各水平位移程度看,治疗前,颈 3、4、颈 4、5 位移位最显著,其它各椎间位移不明显,与正常组无差异,治疗后也是颈 3、4、颈 4、5 改善最显著

表 61 椎体水平位移(单位:mm) $\bar{X} \pm S$ 

组 别	例 数	C <sub>2-3</sub>	C <sub>3-4</sub>	C <sub>4-5</sub>	C <sub>5-6</sub>	C <sub>6-7</sub>
正常组	60	1.03 ± 0.31	1.90 ± 10.34	1.47 ± 0.46	0.91 ± 0.25	0.82 ± 0.34
治疗前	110	1.22 ± 0.65	2.83 ± 0.31	2.65 ± 0.41	1.31 ± 0.34	1.01 ± 0.38
治疗后	110	1.01 ± 0.43	2.15 ± 0.56	1.61 ± 0.35	0.98 ± 0.28	0.72 ± 0.24

表 62 椎体角度位移(单位:度)( $\bar{X} \pm S$ )

组 别	例 数	C <sub>2-3</sub>	C <sub>3-4</sub>	C <sub>4-5</sub>	C <sub>5-6</sub>	C <sub>6-7</sub>
正常组	60	6.50 ± 1.23	7.55 ± 1.71	8.15 ± 1.32	4.51 ± 2.42	5.11 ± 2.13
治疗前	110	6.29 ± 2.11	10.2 ± 2.12	9.19 ± 2.51	5.91 ± 2.73	6.17 ± 1.92
治疗后	110	6.82 ± 2.51	8.60 ± 2.21	8.14 ± 1.52	6.31 ± 2.51	6.81 ± 1.72

### 3. 椎动脉（二段）解剖学观察

椎动脉型颈椎病由椎动脉受到压迫所引起的颈性眩晕，在解剖学上已做了广泛深入的研究。而椎动脉周围交感神经丛受到刺激所产生动脉管壁的痉挛所致的此病变，近些年来日益受到重视。

我们通过解剖，观察了椎动脉（二段）周围神经的行程、分支及其分布特点，以探讨椎动脉的某些结构基础。

#### （1）材料和方法

选用经福尔马林固定的成年尸体 12 具，按要求截取颈脊柱标本（24 个椎动脉及交感干）。首先暴露交感干颈段至椎动脉（指二段）周围的分支，然后切除横突孔前壁和颈椎体，在手术显微镜下，观测颈交感神经在椎动脉周围及表面的分支和分布。

#### （2）观测结果

##### 发自星状神经节的交感神经

星状神经节发出许多纤细的交感神经，椎神经是发自星状神经上枝较粗的交感神经。经椎动脉 1 段后，沿内侧上行，在第六横突前有较为细小的分支行至椎动脉外膜，走向椎动脉内后侧的主支继续向上，其主要去向有三：

- ①分布椎动脉表面，攀其表面上行， $C_4$  达高峰。
  - ②与颈中节的分支吻合于钩椎关节，分布于椎动脉表面。
  - ③发出数个深交通支分别与上 5 个颈神经的前支相联系。
- 发自颈中节或节间支的交感神经。

①其中向后外侧的分支行于椎动脉的内侧面向后至颈神经，构成交通支，并在钩突平面的椎动脉周围形成神经襻。椎动脉周围的交通支的支数以颈 4 神经水平为高峰，向上下逐步减少。

②从钩椎关节附着点发出后，环绕行至椎动脉前内侧再上行并最终行至椎动脉。

③与椎神经的分支吻合，较粗的分支主要集中于椎动脉内侧

钩椎关节处，多位于颈 3、4、颈 4、5 水平，并纵行于椎动脉表面。

#### 4. 椎动脉型颈椎病的手法治疗

##### (1) 放松手法

操作时，患者正坐，术者位于患者身后，用拇指指面在两侧颈部肌肉处，自上而下做揉捻，可以发现在颈椎 3~5 位置附近及深部组织，会有病变结节或条索改变，且上述表现多有明显压痛。揉捻手法应先轻后重，逐渐增加力度，刚寓于缓稳操作之柔中，刚柔相济，力要缓稳柔和，力量要推进肌肉深部。从而对颈肩部肌肉进行放松。

##### (2) 旋转手法

以向右侧旋转手法为例：

患者取正坐位，术者立于患者身后，稍微侧身。用右手或右前臂置于患者颌下，左手托住枕部，轻提并且做颈部活动 2~3 次，使患者颈部肌肉放松。然后在中立位下上提牵引颈部，并使其保持，牵引的同时将患者的头颈右旋至有固定感时，右手或右前臂快速发力旋转颈部，此时即可听到一连串的弹响声，一般响声清脆者疗效为佳。之后以同样手法向左侧旋复一次。

##### (3) 善后手法

可用劈法、散法、拿法、揉法、归合法等，以颈部自觉局部发热感觉为好，从而完成整个手法。

#### 5. 讨论

(1) CSA 的影像学诊断从 X 线片上，以往多注意在颈 1、2，我们观察到多数 CSA 病人，颈 1、2 无异常，而颈 3、4、5 有失稳表现，且作了测量，这将为 CSA 的诊断提供一个参考依据。

(2) 椎动脉及周围的神经：椎动脉走行于第 6 颈椎以上 6 个横突孔，同时接受来自椎神经、颈中节发出的交感神经，椎动脉周围结构的病变不仅使椎动脉受累，而且可能刺激周围神经，使

椎动脉受累更加严重。

(3) 颈椎的稳定性：颈 3、4、5 附近的肌肉较弱，且该段处于颈区的弧顶，稳定性较差。在慢性劳损或软组织损伤肌肉的痉挛所致的平衡失调时，易发生在以颈 3、4、5 为中心的椎体位移或角度位移。

(4) 椎动脉穿行于横突孔内，椎神经伴随其穿横突孔向上走行形成网状神经纤维，并在颈 3、4、5 分布最为密集，此段椎动脉表面有致密的交感神经分布，因此颈椎失稳等因素极易刺激攀附于椎动脉表面的神经，引起椎动脉的痉挛。

(5) 椎动脉周围的交感神经除行于椎动脉表面部分，余者为深交通支，其主要来自椎神经和颈中节，在椎动脉周围分支吻合，紧邻钩椎关节，成为椎动脉周围神经的主要部分。因此，此段不稳可以首先刺激或压迫椎动脉内侧的交感神经，反射性引起椎动脉痉挛，其中颈 4 段的交通支达到高峰，更易引起椎动脉病变。

(6) 手法治疗能使颈部痉挛的肌群缓解，松解粘连，促进局部血运恢复，纠正颈椎失稳，从而达到治疗效果。



## 李 曰 庆



李曰庆，男，主任医师、教授，毕业于北京中医药大学。现为博士研究生导师、北京中医药大学临床学位分会主席、北京市重点学科——中医外科学学科带头人。兼任全国中医药高等教育学会临床教育研究会理事长、卫生部高级专业技术资格评审委员会副主任委员、卫生部突出贡献专家评审委员会委员、国家食品药品监督管理局药品审评专

家、中国性学会常务理事、中国性学会中医性学专业委员会主任委员、中华中医药学会中医外科学会副主任委员兼秘书长、中华中医药学会男科分会副主任委员、北京中医药研究开发协会副理事长、北京中医药学会男科分会副主任委员、北京中西医结合男科分会副主任委员、《北京中医药大学学报（临床版）》副主编、《中国临床医生》杂志编委会副主任委员、中央人民广播电台医学顾问等职。曾任北京中医药大学第一临床医学院（东直门医院、东方医院）院长。

长期从事泌尿外科、男性科的临床、教学和科研工作，能熟练应用中西医两法诊治前列腺疾病、男性不育症、性功能障碍、性传播疾病、泌尿系肿瘤、泌尿系结石等，积累了丰富的经验。曾去日本、法国、韩国、香港等国家和地区讲学，受到欢迎，并多次组织和主持全国性学术会议，推动和促进了学术的发展，受到学术界好评。

主编新世纪全国高等中医药院校规划教材《中医外科学》以及《实用中西医结合泌尿男科学》、《中医外科治疗大成》、《中医

老年病学》、《男性不育》、《中西医结合不育与不孕研究新进展》、《前列腺疾病临床荟萃》、《性功能障碍研究新进展》、《女性性功能障碍诊疗学》、《中医外科学题解》等书，发表论文 40 余篇。培养博士研究生 12 名，硕士研究生 5 名，指导博士后 1 名。曾获北京市高等院校优秀教学成果 1 等奖和 2 等奖各 1 项，国家级优秀教学成果 2 等奖 1 项，中国人民解放军科学技术进步 3 等奖 2 项和北京中医药大学科技进步奖 2 项。1994 年度被评为国家有突出贡献的中青年专家。

# 男性不育症的中医治疗

李曰庆

凡育龄夫妇同居2年以上，性生活正常，并未采取任何避孕措施，女方检查正常，由于男子生理机能或生殖器官的解剖异常等因素，而致女方不能受孕者，谓之男性不育症。据国外资料统计：已婚夫妇不育者约占10%，其中50%~60%是女方原因，20%~25%是男方原因，20%~25%是男女双方的原因。所以，对不育患者，男女双方都应去医院检查，尽早找出病因，及时治疗。

“不育”之词最早见于《周易》：“妇孕不育”。《内经》载：男子七八精少，八八天癸绝而无子，称不育症为“无子”。叶天士的《秘本种子金丹》又称男性不育症为“男子艰嗣”。近年来，随着男性学的不断发展，中西医对本病的称谓逐渐统一，同称“男性不育症”。

目前，对男性不育症的临床研究较多，而实验研究尚比较薄弱。今后，进一步分析和探索不育症的病因，筛选有效的治疗药物和方法，是我们研究该病的重点。

## 【病因病机】

### （一）中医学认识

不育的原因很多，唐朝王冰曾提出“五不男”之说，即“天、漏、疝、怯、变”。“天”即天宦，泛指男子先天性外生殖器或睾丸缺陷及第二性征发育不全；“漏”即精液不固，常自滑泄；“疝”指阴茎或睾丸切除者；“怯”即阳痿；“变”又称“人

痼”，即两性畸形，俗称阴阳人。中医认为：男性不育症的病位多与肾、肝、心、脾等脏有关，而与肾脏关系最为密切。大多由于精少、精弱、精清、精寒、精热、精稠、精瘀、阳痿、滑精、不射精及无精子等所引起。兹简要归纳如下：

### 1. 肾气虚弱

肾气旺盛，真阴充足，天癸至，阴阳合，故能有子。若禀赋不足，肾气虚弱，命门火衰，可致阳痿不举或举而不坚，甚至阳气内虚，无力射出精液；或房劳伤肾，病久伤阴，精血耗散，而致精少精清；或元阴不足，阴虚火旺，相火偏亢，遗精盗汗，精热粘稠，均可导致不育。

李彪氏等对 8506 例男性不育症的病因进行分析统计，发现以肾虚为主者，高达 40% 以上。

### 2. 肝郁气滞

情志不舒，郁怒伤肝，肝气郁结，疏泄无权，可致宗筋痿而不举；或气郁化火，肝火亢盛，灼伤肾水，水不涵木，肝木失养，宗筋拘急，精窍之道被阻，亦可影响生育。

### 3. 湿热下注

素食肥甘原味，辛辣炙煇，损伤脾胃，脾失健运，痰湿内生，郁久化热，湿热之邪蕴积于下焦，阻遏命门之火，可致阳痿、遗精、早泄等症；或外感六淫湿热之邪，湿热下注，死精败血瘀阻精关窍道，滞塞不通，小腹胀痛，精液不化或射精不能而造成不育。

### 4. 气血两虚

思虑过度，劳倦伤心而致心气不足，心血亏耗；或大病久病之后，元气大伤，气血两虚，血虚不能化生精液，精少精弱；或形体衰弱，神疲力乏，阳事不兴，也可引起不育。

## （二）西医学认识

男性不育的病因是多方面的，对不育患者来讲，可能是多种因素的综合作用。任何原因导致精子的发生、精子输送以及精子和卵子相结合发生障碍，均可引起不育。

致病因素作用于：下丘脑-垂体-性腺轴，影响精子发生、成熟、导致生精障碍或少精弱精。

### 1. 遗传疾病

（1）支持细胞唯存综合征：是一种生殖细胞发育不全的病症。患者第二性征发育正常而睾丸稍小，睾丸活检可见曲细精管直径缩小，其中无生殖细胞，而完全被成熟支持细胞所替代，故称之为支持细胞唯存综合征。这种病人有性能力，但精液中无精子，故不能生育。本病约占男性不育中的 2.7%，在无精子症中约占 1/3。

（2）Klinefelter 氏综合征：又称先天性睾丸发育不全症，是由 X 染色体增多所致。临床表现睾丸很小，功能严重不足，呈女性体态，乳房发育，无精子。约 80% 患者血液中睾酮水平下降，而促卵泡成熟素（FSH）增高。本病约占不育病人中的 7%，无精子症中的 20% ~ 23%。

（3）隐睾症：包括睾丸下降不全，睾丸未降或异位睾丸。一般情况下，胎儿出生后约 86% 睾丸降入阴囊内，其余 14% 多在一周岁内下降。如果睾丸在下降过程中受到各种不利因素的影响，不能正常降入阴囊，就形成隐睾。由于睾丸长期处于温度较高的环境中，可引起曲细精管退行性改变，使生精上皮萎缩，而致生精障碍。据统计：单侧隐睾造成不育的发生率为 30% ~ 60%，双侧者为 50% ~ 100%。

### （4）内分泌疾病

①下丘脑功能异常：系下丘脑不能分泌促性腺激素所致，又

称 Kallmann 氏综合征。由于促性腺激素（GnRH）停止释放，导致垂体不分泌促卵泡成熟激素（FSH）和促黄体生成素（LH）。患者表现身体修长，睾丸小且软，嗅觉丧失，骨折愈合延迟，并常伴有身体其他部位的发育缺陷，如唇裂、腭裂、隐睾等。曲细精管不发育而导致不育。

②垂体功能异常：垂体肿瘤、缺血坏死、手术或放射线治疗等可导致垂体功能不足。血清中 FSH、LH 和睾酮（T）值均偏低。曲细精管变细，精子成熟停止。

③甲状腺疾病：甲状腺功能亢进或低下，可导致内分泌代谢紊乱，从而影响生殖系统功能，出现生精障碍，而引起不育。

④肾上腺疾病：如肾上腺皮质增生或肿瘤，分泌大量皮质醇，反馈抑制垂体机能，可使阴茎缩小，睾丸变软，生精减退或停止。先天性肾上腺皮质增生可引起青春早熟，但生精上皮并不成熟，而导致精子数及活动率均低，异常精子增多，影响生育。

（5）精索静脉曲张：由于曲张的静脉使阴囊温度升高，肾上腺及肾脏毒性物质返流等因素引起睾丸的生精上皮及间质细胞损害，导致生精异常。

## 2. 生殖系畸形

睾丸、附睾、双侧输精管缺如或输精管道闭锁、尿道先天性畸形以及两性畸形等均可引起不育。

## 3. 男性生殖系感染

腮腺炎引起睾丸炎可导致少精、弱精或无精子；男性附属性腺的特异性和非特异性感染，可导致精浆成份发生改变，从而影响精子的生长环境，造成不育。另外，溶脲脲原体感染，由于脲原体吸附在精子表面，使精子尾部卷曲，颈部受损，精子活动力丧失，畸形精子比率升高，也可影响生育。据介绍，脲原体对强力霉素敏感，用该药治疗溶脲脲原体培养阳性的不育症病人，效

果满意。性病也是引起不育的原因之一，近年来发病率逐渐增加，应引起足够重视。

#### **4. 慢性全身性疾病**

(1) 糖尿病：可导致体内代谢紊乱，引起血管病变，从而发生性功能减退和生精障碍。

(2) 慢性肝炎：可影响体内雌性激素的减能，使精子生成受阻。

#### **5. 性功能障碍**

各种原因引起的阳痿、不射精、逆行射精等，影响了精子与卵子的正常结合，可发生不育。

#### **6. 免疫因素与不育**

据统计在因素不明的不育夫妇中约有一半可能与免疫因素有关。常见的表现形式有：

(1) 男性自身免疫，导致精子凝集。

(2) 女性对精子产生抗体，使精子失去活动能力。

#### **7. 其他因素**

(1) 长期食用棉籽油。由于棉籽油中的棉酚可破坏生精细胞，而引起不育。在广大棉区比较多见，临证中遇到此类患者，应首先嘱其停服棉籽油，再进行治疗，可收事半功倍之效。

(2) 不良嗜好与吸毒。长期酗酒和大量吸烟，可导致酒精和尼古丁中毒，引起精子数减少、精子活动力减弱以及异常精子明显增多。另外，吸大麻成瘾也会造成性功能下降和精子质量降低，影响生育。

(3) 温度过高。经常长时间热水浴或长期在高温环境中作业，致睾丸温度升高，对精子的生长发育及活动力可产生不利影响。

(4) 放射线损伤。受到大剂量放射线照射，可使生精细胞发生突变，引起一段时期的精子数减少或无精症。一般放射线损伤

是可逆的。

(5) 药物影响。垂体类药物如：雌性激素；抗肿瘤类药物如：环磷酰胺、瘤可宁、甲氨喋呤、秋水仙碱等；另外，呋喃唑啉、阿司匹林、消炎痛，以及治疗阿米巴原虫的各种药物或降血压药等，可影响精子的活动能力而引起不育。

(6) 性交不当。性交时应用润滑剂，长期禁欲或性交过频，可降低精子的质量；或不了解配偶排卵时间（一般排卵时间在来月经前 14 天左右，卵子存活时间约 24 小时。）在“安全期”内性交，精卵相遇机会减少，也可影响生育。

(7) 精神或体力的过度疲劳，可以影响精子的数目和活动力，使受孕机会减少。

## 【诊断要点】

### 1. 详细了解病史

(1) 职业：有无与放射线接触史，与有毒物品接触史及高温环境作业史等。

(2) 既往史和个人生活史：有无腮腺炎并发睾丸炎病史；有无隐睾、生殖系结核、附睾炎、睾丸炎、前列腺炎、生殖器损伤或手术史；有无其他慢性病及长期服用化学药品情况；是否经常食用棉籽油；有无饮酒、嗜烟习惯等。

(3) 性生活情况：性功能有无异常、性交时间、频度以及能否射精等。

(4) 婚姻史：结婚年龄、时间、避孕情况；本人有无前婚史，如有前妻是否妊娠、流产或生育过子女。

(5) 配偶身体状况：有无前婚史；曾否怀孕；做过何种妇科检查，如：子宫内膜活检、输卵管通气，通液或造影以及基础体温测定，B 超检查等等。

(6) 过去精液检查情况 是否正常。



## 2. 体格检查

(1) 全身情况：如体型、发育营养状况、血压、胡须、腋毛、阴毛分布、乳房发育等情况。

(2) 外生殖器检查：注意阴茎的发育、尿道开口位置、睾丸的位置、大小、质地、有无肿物及压痛等。我国成年男性正常睾丸容积一般为 15 ~ 25ml，若小于 11ml 则提示有生精障碍。附睾、输精管有无结节、压痛或缺如；精索静脉有无曲张（用 Valsalva）方法检查：令患者憋气，用力收腹、增加腹压，轻度曲张即可检查出来。

(3) 前列腺和精囊触诊：肛门指诊触摸前列腺和精囊的大小、硬度、有无结节及压痛，并做前列腺液的常规化验。

## 3. 实验室检查

### (1) 精液分析

检查前应禁欲 3 ~ 6 天。用手淫或体外射精法收集精液，15 分钟内送检。

世界卫生组织（WHO）规定精液常规分析标准：

①精液量： $\geq 2.0\text{ml} < 7\text{ml}$

②pH 值：7.2 ~ 7.8

③精子密度： $\geq 20 \times 10^6/\text{ml}$

④精子总计数： $\geq 40 \times 10^6$

⑤活动力：收集标本后，60 分钟内 50% 或 50% 以上具有前向运动，或 25% 及 25% 以上精子快速直线前进。

⑥形态：50% 以上精子形态学正常。

⑦白细胞： $< 1 \times 10^6/\text{ml}$

⑧液化时间： $< 60$  分钟

⑨粘稠度：精液丝长度小于 2cm 为正常。

### (2) 精液生化测定

①精液果糖测定：正常人精液果糖含量为 1.2 ~ 4.5mg/ml，

不育患者精液果糖若低于  $1.2\text{mg/ml}$  以下时，多提示无精囊液存在。

③精液前列腺素的测定：精液中前列腺素 E (PGE) 含量，正常为  $33 \sim 70\mu\text{g/ml}$ ，不育症患者精液中 PGE 浓度均较正常为低，在  $11\mu\text{g/ml}$  以下者约占 41%。

### (3) 精子穿透宫颈粘液试验

方法较多：如 Botella-Lusia 氏试验、Ruiz-Velasco 氏试验和 Huhner 试验等，以了解精子穿透宫颈粘液的能力，对诊断不育症有一定帮助。

### (4) 精子凝集试验

是测定血清内精子凝集抗体的方法。常用明胶凝集试验，试管-玻片凝集试验及精子制动试验等来检测抗精子抗体，以诊断免疫性不育。

## 4. 睾丸活组织检查

可以协助鉴别阻塞性无精子症与睾丸生精功能障碍所致无精子症，并对拟定治疗方案和估计预后有一定参考价值。

## 5. 输精管道的 X 线检查

可用于对无精子症或精子数极少的诊断。如体检未发现明显异常，睾丸活检显示生精机能存在，可行输精管精囊造影术，以便了解阻塞的部位、狭窄程度、病变的性质和范围等。对某些射精功能障碍的病人，如尿道和膀胱颈部无力，尿道嵴肥大或尿道嵴部先天性囊肿，可引起逆行射精，需要用尿道造影方法来帮助诊断。由于输精管造影会给患者带来一定痛苦，临证中应采取慎重态度。

## 【辨证施治】

### 1. 肾阳虚衰证

主症：腰酸腿软，疲乏无力，面色无华或灰暗，性欲减退，

阳痿早泄，小便清长，精子数少，精子活动力弱，或肾气虚弱，无力送出精液；舌质淡、苔薄白、脉沉细。

治则：温补肾阳，益肾填精。

方药：羊睾丸汤加减。

阳起石 20g，仙茅 15g，仙灵脾 15g，肉苁蓉 15g，生熟地各 15g，菟丝子 10g，枸杞子 10g，五味子 10g，山萸肉 10g，附子 9g，巴戟天 10g，羊睾丸 1 对为引。水煎服，每日 1 剂。

## 2. 肾阴不足证

主症：头晕耳鸣，浑身乏力，手足心热，遗精滑精，精少精薄，精子活动力弱或精液粘稠不化，舌红少苔，脉细而微数。

治则：滋补肾阴，清泄相火。

方药：知柏地黄丸加减。

知母 10g，黄柏 10g，生熟地各 15g，丹参 12g，丹皮 9g，女贞子 15g，枸杞子 12g，仙灵脾 15g，何首乌 10g，茯苓 10g。水煎服，每日 1 剂。

## 3. 肝郁气滞证

主症：精神抑郁，胸闷不舒，两胁胀痛，暖气泛酸，不思饮食，性欲低下，阳痿不举或举而不坚，精子质量下降，或性交时不能射精。舌暗苔薄，脉弦细。

治则：以肝郁气滞，阳痿不举为主者，宜舒肝解郁，佐以温肾助阳之剂。

方药：柴胡舒肝散加减。

柴胡 10g，白芍 10g，枳壳 10g，当归 10g，陈皮 10g，香附 10g，蛤蚧 1 对，菟丝子 12g，仙灵脾 15g，巴戟天 10g。水煎服，每日 1 剂。

若以郁久化火、肝火亢盛、宗筋拘急、精道被阻、不射精为主要症状者，治疗法则应以滋补肾阴，清泄肝火为主。

常用方药：龙胆泻肝汤合知柏地黄汤加减。

龙胆草 10g, 柴胡 10g, 黄芩 10g, 车前子 (包) 10g, 知母 10g, 栀子 9g, 生地 12g, 当归 10g, 茯苓 15g, 穿山甲 12g, 路路通 10g。水煎服, 每日 1 剂。

#### 4. 湿热下注证

主症: 头晕身重, 少腹急满, 小便短赤, 阳事不兴或阴茎勃起不坚, 精子数少或死精子过多, 舌苔薄黄, 脉象滑数。

治则: 清热利湿。

方药: 程氏萆薢分清饮加减:

萆薢 15g, 黄柏 10g, 茯苓 12g, 苍术 10g, 莲子心 10g, 丹皮 10g, 车前子 (包) 10g, 石菖蒲 10g, 女贞子 12g, 甘草梢 6g。水煎服, 每日 1 剂。

#### 5. 气血两虚证

主症: 身体虚弱, 神疲力倦, 面色萎黄, 头昏目眩, 性欲减退, 阳事不兴或精子数少、成活率低、活动力弱, 舌淡苔薄, 脉沉细无力。

治则: 双补气血。

方药: 十全大补汤加减。

黄芪 15g, 党参 10g, 白术 12g, 茯苓 10g, 当归 10g, 熟地 12g, 肉苁蓉 12g, 枸杞子 12g, 白芍 10g, 肉桂 6g, (炙) 甘草 6g。每日 1 剂, 水煎服。

### 【其他疗法】

#### 1. 西医对不育症的治疗

##### (1) 药物疗法

①绒毛膜促性腺激素 (HCG): 适用于垂体功能减退, 如: 身体矮小缺乏性成熟等; 24 小时尿 17 酮类固醇减少; 睾丸活检显示曲细精管不发育, 基底膜增厚, 含有许多不成熟生精细胞, 间质水肿; 精液化验精子数少, 成活率低。

用法：HCG2000 单位，每周 2 次肌注，3 个月一疗程。可使睾丸曲细精管直径扩大，基底膜变薄，生精细胞发育，精子数量增加。

②睾丸酮的应用：适用于 24 小时尿促性腺激素、17 酮类固醇、17 羟类固醇数值均在正常范围内，睾丸活检显示曲细精管正常，间质细胞正常的少精症。

用法：

小剂量睾丸酮：甲基睾丸素 5~10mg，每日 2 次，口服。也可与绒毛膜促性腺激素合用。

大剂量睾丸酮：可用丙酸睾丸酮 50mg，每周 3 次肌注，12 周为 1 疗程，6 个月内出现效果。

③克罗米芬：适用于特发性精子减少症，血中 FSH 水平正常者。对睾丸活检显示精子发育不全者疗效不佳。

用法：每次 50mg，1 日 1 次内服，1 月为 1 疗程，停药半月开始下次疗程，共用 3 个疗程。

长期服用该药，若出现视力模糊，闪烁感等副作用，应立即停止用药。服药期间可每月做一次精液分析。

④精氨酸：是构成精子头部的主要成分，并能增强精子的活动能力。可用于精子数减少，活动力弱引起的不育患者。

用法：精氨酸 4g，溶于水，每日口服 1 次，持续 3 个月。有人报道用精氨酸治疗 178 例不育患者，111 例精子数及活动度显著增加，28 例配偶受孕。

⑤维生素类：维生素 A、B、C、E 可改善曲细精管产生精子的功能。

用法：维生素 A，每次 2.5 万单位，每日 3 次；维生素 B<sub>1</sub>，每次 20mg，每日 3 次；维生素 E，每次 50mg，每日 3 次；维生素 C，每次 300mg，每日 3 次。连续服用 3~4 个月。上述药物不要同时服用，临证时可选用 1~2 种。

⑥硫酸锌糖浆，精液中含有微量元素锌，它是精子代谢的必需物质，能够增加精子的活动能力。

用法：每次 10ml，1 日 3 次，饭后服。一般服 2 个月后停药。

## (2) 对症疗法

①精液不液化的治疗：1) 50mg  $\alpha$ -淀粉酶，混入可可脂内，做成药栓，长 3cm，性交前 5~10 分钟置入阴道内，此药不改变精液的酸碱度，对精子也无其他害处。2) 玻璃质酸酶 1500 单位，每日 1 次肌注，20 天为 1 疗程。

②死精症的治疗：如系前列腺和精囊炎所引起，应治疗前列腺、精囊炎。常用抗菌素有：氟哌酸 0.2g，每日 3 次内服；或先锋霉素 IV 号 0.5g，每日 3 次口服。

## ③不射精的治疗

性知识指导：有些患者属于“性盲”，譬如性交时不知阴茎要在阴道中滑动摩擦，或性交时心情紧张，双方不能很好地配合等等，均可导致不射精。如给予恰当的性生活指导，可收到事半功倍之效。

盐酸麻黄碱：每次 25mg，日服 3 次。能增强精道平滑肌的收缩，促进排精。

## ④免疫性不育的治疗

如有生殖道炎症应予以抗感染治疗。

女方因阴道吸收精子而产生抗精子抗体者，可使用避孕套性交持续半年，据统计受孕率约 40%~60%。

对男子自身存在抗精子抗体者，可用强的松 5mg，日服 3 次，连服 1 个月，成功率约 16%~35%。

## (3) 手术治疗

①因精索静脉曲张所致不育者，可施行精索内静脉高位结扎术。对隐睾患者，应尽早施行睾丸固定术，一般不要超过 9 岁，

双侧者宜在 6 岁前手术。

②睾丸活检证实曲细精管生精功能正常，而输精管道 X 线造影发现某一段精道有梗阻者，可将梗阻病灶切除，把输精管与梗阻近端作吻合，以恢复精子的通路。如病变在附睾尾部，可手术切除尾部，行输精管与附睾头吻合术。

## 2. 针灸疗法

取穴：第一组：针曲骨、三阴交；灸关元、中极。第二组：针八髎、肾俞；灸命门、腰阳关。隔日 1 次，两组交替进行，针刺用补法、隔姜灸，10 次为 1 疗程，连续做 3 个疗程。

## 3. 推拿疗法

患者侧卧，不用枕头，舌舐上腭，意守丹田，双腿屈曲，用右手中指指端逆时针方向旋转按摩会阴 100 次。继而仰卧，再用双手中指指端同时逆时针方向旋转按摩急脉（经穴名，位于髂前上棘与耻骨连线中点稍下方凹陷处）100 次。

## 4. 饮食疗法

中医认为：药食同源。食物在防病治病中的作用，已引起人们的高度重视。男子不育症患者，宜经常吃些韭菜、韭菜子、核桃、山药、狗肉、麻雀、鱼、虾之类，以温肾助阳，调和脏腑，益气养血，滋肾填精。

## 5. 经验方

（1）山东中医学院附属医院妇科金维新教授等报道应用生精汤治疗不育症 168 例，有效 112 例（精子密度，精子成活率及活动力三项主要指标中有一项改变在 I 级以上者，为有效），妊娠 47 例，总有效率 94%。

生精汤药物组成：枸杞子 15g，菟丝子 9g，覆盆子 9g，五味子 9g，车前子 9g，桑椹子 9g，当归 12g，熟地 12g，首乌 15g，党参 15g，黄芪 18g，仙灵脾 12g，川断 15g，陈皮 9g。每日 1 剂，水煎服。

(2) 北京中医学院东直门医院报告应用化精丸治疗精液不液化 63 例，其结果：精液液化者 54 例（占 85.7%），无效者 9 例（占 14.3%），其中 1 人配偶怀孕或生育。服药最长者 3 个月，最短者半月，平均 48 天。

化精丸组成：熟地 30g，山萸肉 15g，山药 1.5g，丹皮 12g，茯苓 15g，泽泻 12g，知母 10g，黄柏 10g，玄参 10g，麦冬 15g，五味子 9g，颠茄片 300mg。共为细末，炼蜜为丸，每丸重 9g，每日 3 次，每次 1 丸，温开水送服，1 个月为 1 疗程。

### 【预防及调护】

1. 及时进行青春期性卫生的教育。对未婚和已婚青年，要提倡进行婚前教育，宣传生殖生理方面的有关知识，指导青年男子正确认识两性关系，夫妻和睦，性生活和谐，才能建立起幸福美满的家庭。

2. 勿过量饮酒及大量吸烟，少吃芹菜，不食棉子油。

3. 治疗相关疾病：如腮腺炎、附睾炎、前列腺炎、精囊炎、精索静脉曲张、附睾肿物等。

4. 消除有害因素的影响。对接触放射线，有毒物品或高温环境而致不育者，又不能用其他方面的因素进行解释，可适当调动工作。

5. 性生活要适度。性交次数不要过频，也不宜相隔时间太长，否则，可影响精子的质量。一般每周 1~2 次为宜。如果能利用女方排卵的时间进行性交，往往可以提高受孕机会。



# 前列腺炎综合征治疗进展

李曰庆

## 【概述】

前列腺炎是中青年男性的一种常见病、多发病，往往与后尿道炎、精囊炎等同时发生。临床上有急性和慢性；细菌性与非细菌性；特异性与非特异性的区别，其中以慢性非特异性非细菌性前列腺炎最为多见。据不完全统计：本病约占泌尿外科门诊病人的 1/3 左右。其临床特点是发病缓慢、病情顽固、缠绵难愈、反复发作。由于前列腺上皮脂膜的屏障作用，药物难以进入前列腺泡发挥有效的治疗作用，所以治疗效果不够理想。

慢性前列腺炎（CP），又称为慢性前列腺炎样症候群，是一组综合征，是泌尿科中的一种常见病和多发病，包括慢性细菌性前列腺炎和前列腺痛。前者前列腺液内有脓细胞，培养有细菌生长；后者又称前列腺痛，培养无细菌生长。据欧美统计资料，成人病理发病率可达到 35% ~ 98%，在普通男性人群中的临床发病率可能达到 5% ~ 8.8%，在美国每年慢性前列腺炎就诊者约有 200 万。据国内资料统计，其病理发病率约为 24.3%，其第一个发病年龄高峰在 30 ~ 39 岁，约为 34.4%，另一个高峰为 60 ~ 69 岁，发病率约为 36.4%。慢性前列腺炎的临床经过是一个渐进的复杂过程，较多的出现性功能障碍、生育方面的变化；长期钝痛，排尿方面的变化；神经心理方面的变化等，由此可影响到婚姻与家庭，所以，前列腺炎不仅仅是一个医学问题，而且是一个严重的社会问题。

中医虽无“前列腺炎”病名，但对本病的某些临床症状却早

有认识。据文献记载，本病属于中医的“白浊”、“白淫”、“劳淋”或“肾虚腰痛”等范畴。如《素问·玉机真藏论》讲：“少腹冤热而痛，出白。”即指小腹部胀痛不适，从小便滴出乳白色的混浊液体而言。近年来，中医在本病的临床与实验研究方面取得了长足进步，临证中采用宏观辨证与微观辨证、内治与外治相结合的方法，通过调整人体的神经和免疫系统的应激能力，重建体内环境的平衡，以调整或增强人体局部或全身的免疫功能，从而达到治疗康复的目的。

“前列腺炎综合征”的概念：表示因前列腺腺体疾病而致的，不可言喻的症状或状态，其机制仍不清楚。慢性前列腺炎综合征的概念为会阴部、睾丸、龟头或膀胱、耻骨上区及腰骶部疼痛或不适，并且伴有 LUTS 和生活质量下降。

前列腺炎的分类：

I 类：急性细菌性前列腺炎（有尿路感染史）

II 类：慢性细菌性前列腺炎（有尿路感染史）

III 类：慢性盆腔疼痛综合征

III A 类（炎症型）：慢性非细菌性前列腺炎（有白细胞）

III B 类（非炎症型）：前列腺痛（无白细胞）

IV 类：无症状性炎性前列腺炎（偶尔查见白细胞）

## 【病因病机】

### （一）中医病因病机

#### 1. 湿热下注

素日过食肥甘厚味、辛辣刺激之品，或过量饮酒，损伤脾胃，脾失健运，水湿滞留，郁而化热，致湿热蕴积于下焦；或七情六欲化热生火；或外感六淫湿热火毒，火热之邪下迫膀胱，均可导致膀胱气化功能失司，水道不利而发生本病。

## 2. 气血瘀阻

由于坐卧冷湿之地，感受寒湿之邪，寒性收引，湿性腻滞，致使厥阴经络受阻，气血凝滞，运行不畅，而出现少腹疼痛等症状。

## 3. 肾气虚弱

先天禀赋不足或淫欲不节，房劳伤肾或忧郁思虑过度，病久体虚而致肾气虚弱、肾精亏损，无以濡养经脉而发生腰膝酸痛、疲乏无力等症状。

西医学认为前列腺炎是由于葡萄球菌、链球菌及大肠杆菌等致病菌通过血行和淋巴传播到前列腺，或尿道及泌尿生殖系其他部位的感染向前列腺直接蔓延所致。慢性前列腺炎也可由急性前列腺炎治疗不彻底而形成，但绝大多数患者均无急性阶段。

慢性前列腺炎的病理改变主要是腺叶的纤维增生，腺管的阻塞及炎细胞浸润等。腺泡及腺管的炎症反应可使腺管梗阻，分泌物郁积，引流不畅，从而又加重局部组织的病变。有学者认为：本病不仅是局部的炎症，也是一种内分泌免疫系统发生紊乱的全身性疾病。

发病机理：①感染；②尿液前列腺内返流；③排尿障碍；④自身免疫；⑤导管上皮异常；⑥神经病变（如交感神经反射障碍）。

## （二）西医病因病理

西医学认为慢性前列腺炎的病因可归纳为以下几类：

### 1. 微生物感染

约占 CP 中的 5% ~ 10%。种类多样，大多是革兰阴性菌，如大肠杆菌、奈瑟菌等，也有革兰阳性菌，如金黄色葡萄球菌，还有衣原体、支原体等。既有单一感染也有复合感染。既往认为，前列腺是有菌性器官，其内有革兰阳性菌寄生，以大肠杆菌

为代表的革兰阴性菌是主要的致病菌。但在近年世界范围内，由于抗生素的滥用，导致许多耐药性条件性致病菌如金葡菌等渐渐成为主要致病菌。并且从单一感染占绝对优势，变为多重感染日渐增加，微生物种类日益扩大。其感染途径有如下几种：逆行感染、血行感染、淋巴感染。最多见的是逆行感染。

## **2. 盆底肌张力过高及后尿道压力过高**

不明原因造成的盆底肌张力过高或痉挛及后尿道压力过高，致使前列腺内尿液返流，造成“化学性前列腺炎”或前列腺痛。同时还可将外来病原体带入前列腺内，引发细菌性前列腺炎。

## **3. 免疫力下降**

全身或局部免疫力下降，前列腺内前列腺抗菌因子（PAF）的含量下降，前列腺局部微环境失调，可致异常免疫应答导致炎症。

## **4. 前列腺液排泄失畅**

由于解剖上的关系，前列腺外周带的前列腺腺管与尿道成一定角度，不利于分泌物排出，易发生梗阻使腺体扩张也易使微生物进入腺体内储留。

## **5. 心理因素**

紧张的工作生活或焦虑、抑郁心理，可使全身交感神经易兴奋，前列腺后尿道 $\alpha$ -肾上腺素能受体兴奋性增高。

## **6. 性生活过度**

使前列腺反复充血、肿胀，或长时间得不到排泄而使前列腺液郁积，腺体扩张前列腺张力增加，敏感性增高。

慢性前列腺炎的发生因素有以下几个方面：

### **1. 外界致病因素**

- (1) 长时间的性抑制。
- (2) 性交过度。
- (3) 手淫过度。

(4) 受凉。

(5) 长时间坐位工作（如司机、制图、经常骑自行车等）。

(6) 便秘。

(7) 性交中断法避孕。

(8) 病源微生物的作用（可通过泌尿道、血液循环、淋巴管循环所感染），又可分为非特异性感染（如葡萄球菌、链球菌、肠道杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌），特异性感染（如滴虫、结核、淋菌、白色念珠球菌、霉菌等）。

(9) 物理的、化学的、机械的因素（如尿道冲洗、器械检查、洗浴等）。

## **2. 内在因素**

(1) 男性激素不足。

(2) 免疫功能低下。

(3) 盆腔、神经、血管、淋巴循环障碍（包括交感、副交感神经）。

(4) 其他器官炎症（感染）波及，如尿道炎、精囊炎、精阜炎、直肠炎、膀胱炎等。

## **3. 行为因素**

(1) 不及时排尿（憋尿）造成尿液-前列腺液返流。

(2) 性活动、性冲动的不规律、方法不当。

(3) 饮酒及进食辛辣食品（造成盆腔充血）。

尽管前列腺发生炎症的因素如此之多，然而，临床上医生治疗只攻一点不及其余，单纯强调微生物的作用，把治疗方案定为只攻微生物。但事实上有些微生物在病变的一定过程中已不存在，所以用抗生素已是作无用之功，而忽略了其他因素，致使药不对症，所以久治不愈，不是前列腺难治，而是认识上不对路，所以治疗效果欠佳。

## 【诊断】

### （一）急性前列腺炎

临床较少见。

#### 1. 全身症状

一般发病较急，可出现发热、寒战等症状。血常规检查白细胞多增高。

#### 2. 局部症状

（1）会阴部胀痛不适，小腹隐痛并伴有里急后重、肛门坠胀之感，有些患者可出现腰骶部、耻骨区或腹股沟部牵扯痛，有时容易与输尿管膀胱结石的疼痛相混淆。

（2）多数患者可出现尿频、尿急、尿痛等症状，严重者可发生终末血尿，尿液中可见白细胞。

（3）直肠指诊可扪及肿大的前列腺，并且有明显压痛，形成脓肿时可触及波动感。切忌进行前列腺按摩。

### （二）慢性前列腺炎

慢性前列腺炎一般分细菌性、非细菌性和盆腔会阴痛 3 类。临床表现复杂，症状多不典型。归纳起来可有以下几方面的表现。

#### 1. 疼痛

症状一般不太严重，多呈胀痛或抽痛性质，部位多在腹股沟及会阴部，有时可牵扯睾丸、下腹及腰骶部，相当于肝经所走行的部位。

#### 2. 排尿症状

有的患者可出现轻微的尿频、尿急、尿痛等现象，尿道内可有异常感觉如发痒、灼热或排尿不尽之感，但尿常规化验一般正

常。

### 3. 前列腺溢液

多发生在排尿终末或大便秘用力时，自尿道流出少量乳白色的前列腺液。中医称之为“白浊”或“白淫”。

### 4. 性功能障碍及神经衰弱症状

由于本病病程较长，患者思想压力较大，部分病人可出现精神性阳痿、早泄、遗精等现象。有的可出现头晕、耳鸣、失眠多梦、疲乏倦怠、腰酸乏力等神经衰弱症状。

### 5. 前列腺触诊

可有轻度压痛，表面软硬不均，呈结节状或腺体缩小变硬等异常情况。按摩前列腺，收集分泌物做涂片检查，白细胞每高倍视野在 10 个以上，或虽少于 10 个，但有成堆脓球，卵磷脂小体减少。

### 6. 分段尿及前列腺液作细菌培养加计数

四杯试验是确定为尿路感染还是前列腺感染的关键检查，只查前列腺液不能充分说明问题。常规消毒尿道口，留初段尿 10ml 作标本 VB<sub>1</sub>，中段尿 10ml 作标本 VB<sub>2</sub>，然后按摩前列腺，取得前列腺液作标本 EPS，再排尿留 10ml 作标本 VB<sub>3</sub>。所有标本均做细菌培养加计数。前列腺感染者 EPS 和 VB<sub>3</sub> 的细菌计数高于 VB<sub>1</sub> 和 VB<sub>2</sub>。慢性细菌性前列腺炎的特点是有反复发作的菌尿，而且细菌培养有较固定的菌种生长。

### 7. 尿流动力学检查

有 30% 的患者有尿流率下降。

逼尿肌 - 外括约肌功能失调的发生率为 88.9%。

### 8. 心理方面的检查

有些患者可能患有轻度的抑郁症。

慢性前列腺炎病因复杂，症状各异，大体上分全身症状、局部症状和功能改变三个大方面的症状。不一定在每一个病人身上

全有，可有其中一部分根据疾病类型不同而不一样，各有自己一套证候。

(1) 全身症状：全身无力、易疲劳、失眠、汗出、神经兴奋性增高等等，喋喋不休地呻吟述说。

(2) 局部症状：前列腺痛、前列腺大小和硬度的变化、前列腺液中的白细胞增高、磷脂小体减少、射精痛、盆腔痛、腰骶部胀痛、腹部下坠感、尿道、会阴、肛门不适或有痒感、感觉异常(尿道蚁走感，生殖器发凉发痒)、尿道病理性分泌物、血精、排尿中断、精阜后尿道变化、精囊变化、直肠痛。

(3) 功能变化：早期勃起功能增强，以后勃起减弱，早泄，性高潮不满意，病理性(疼痛)性高潮，性欲降低，射精次数变化，精子病理变化(精子减少或畸形精子增多)，原发性不育、继发性不育。

## 【鉴别诊断】

前列腺结核：本病多有泌尿系结核病史，可有尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症状，尿中检查可有白细胞。肛门指诊：前列腺可触及结节，质地稍硬。通过尿集菌试验 24 小时尿找抗酸杆菌，泌尿系造影或前列腺穿刺活检可协助诊断。

还须与前列腺增生症、前列腺癌相鉴别。

## 【辨证施治】

### 1. 湿热下注证

主症：一般发病较急，会阴、睾丸及小腹部胀痛或刺痛，腰骶部酸痛，可伴有尿频、尿急、尿道灼热症状，小便黄赤，时有便干，口渴喜冷饮。指诊前列腺饱满，压痛较明显，前列腺液较多，细菌培养多阳性，白细胞数增高。严重者全身可伴有发热、寒战，舌红苔黄腻，脉弦滑或数。



治法：宜清热利湿，兼行气活血。

方药：八正散或龙胆泻肝汤加减。

龙胆草 15g，黄柏 10g，栀子 10g，车前子（包）12g，川楝子 10g，赤芍 12g，丹皮 10g，茯苓 15g，甘草梢 6g。水煎服，每日 1 剂。

加减：大便秘结可加大黄 9g；阴囊潮湿加萆薢 10g，苍术 10g。

## 2. 气滞血瘀证

主症：病程较长，以疼痛为主，痛引少腹、睾丸及下腰部。指诊：前列腺压痛明显，质地不均，大小不等，可触及结节。前列腺液量少或无，细菌培养多阴性。舌质暗，或有瘀斑，苔薄白，脉弦滑或弦紧。

治法：活血化瘀，行气止痛。

方药：前列腺炎汤加减。

丹参 15g，赤芍 12g，红花 9g，王不留行 12g，炙乳没各 6g，青皮 10g，川楝子 10g，小茴香 10g，公英 15g，败酱草 15g，瞿麦 12 克。煎服。

## 3. 肾阴不足证

主症：多见于中年人，病久多虚，腰膝酸软，五心烦热，失眠多梦，遗精早泄，偶有血精，尿后余沥，茎中作痛。指诊：前列腺不大，压痛较轻，前列腺液少，细菌培养多阴性。舌质红苔薄白，脉细微数。

治法：滋补肾阴，清泄相火。

方药：知柏地黄汤加减。

（盐）知柏各 10g，生熟地各 15g，淮山药 15g，山萸肉 10g，茯苓 12g，泽泻 12g，王不留行 15g，丹皮 10g，川楝子 10g。煎服。

加减：遗精早泄严重者加金樱子 10 克、芡实 10 克；血精者

加大小蓟各 10 克、地榆炭 9 克。

#### 4. 肾阳虚衰证

主症：腰酸乏力，萎靡不振，少腹拘急，手足不温，小便频数，淋漓不尽，甚则阳事不兴，勃起不坚。指诊：前列腺软而稍小，压痛不明显，前列腺液量少，细菌培养多阴性，卵磷脂小体明显减少，白细胞多接近正常。舌质淡胖有齿痕、苔薄白，脉细或弱。

治法：温肾助阳，稍佐行气活血之剂。

方药：济生肾气丸加减

附子 9g，肉桂 9g，生熟地各 15g，丹参 15g，山萸肉 10g，茯苓 15g，丹皮 10g，杜仲 10g，仙灵脾 15g，牛膝 10g，车前子 10g，乌药 10g。煎服。

加减：阳事不兴酌加巴戟天 12g、鹿茸粉 1g（冲服）。

值得注意的是：慢性前列腺炎病情复杂多变，虚实夹杂，热瘀互见，往往两种证型以上见症同时出现，故临证中须仔细辨证，切中病机，方能提高疗效。

### 【西药治疗】

#### 1. 抗生素治疗

TMP-SMZ（每片含 TMP 0.08g，SMZ 0.4g）为首选药物，在前列腺液中能达到较高浓度，抗菌作用明显提高。一般每次 1~2 片，每日 2 次，1 个月为 1 疗程。首剂药量可加倍。其他抗生素如氟哌酸、阿奇霉素、先锋霉素、美满霉素、呋喃坦啶、泰利必妥等也可选用。

#### 2. 前列腺周围封闭

0.5%普鲁卡因 20ml 加入可的松 25mg 及庆大霉素 8 万单位，注射于前列腺周围进行封闭治疗。

#### 3. 前列腺段尿道冲洗疗法

将尿道外口常规消毒，应用双囊四腔硅橡胶管插入尿道使前囊平于尿道内口。在橡胶管前囊和后囊中分别注入 8ml 和 4ml 空气，使膀胱、后尿道与前尿道的通路关闭，前列腺段尿道成为一个闭合腔。经注药管注入 3~4ml 配制好的药液反复冲洗前列腺段尿道，每周治疗 1 次，直至症状消失、细菌培养阴性为止。所配药液系根据细菌培养药敏试验选用 1~2 种抗生素溶于灭菌生理盐水 30ml 中，并加入氟美松 5mg 摇匀即可。据统计：近期总有效率 86.4%。

## 【其他疗法】

### （一）单方验方

1. 生地 10g，地榆 10g，车前草 15g。水煎服，每日 1 剂。

#### 2. 前列腺炎片

药物组成：鱼腥草 15g，凤尾草 15g，土茯苓 15g，草薢 12g，车前草 12g，漏芦 10g，益母草 15g，肉苁蓉 12g，女贞子 10g，麦冬 10g，生甘草 9g。一般每次 8 片，日服 3 次，1 个月为 1 疗程。

### （二）针灸疗法

#### 1. 常用穴位

腰阳关、气海、关元、中极、肾俞、命门穴、志室、三阴交、足三里。以上穴位分组交替使用，隔 1~2 日 1 次，多采用中弱刺激、平补平泻手法，并可配合艾条灸法。

#### 2. 氦-氖激光针灸

刺入式氦-氖激光针灸仪特制激光针内的光导纤维，把激光束引到人体穴位的适当深度，直接刺激穴位或前列腺，临床疗效明显。主要穴位：次髂、白环俞。据资料统计：其显效率明显高

于毫针组，可能是由于激光具有强化针刺效果的作用。

### （三）按摩疗法

按摩可促使小骨盆部位和腰部郁滞的血液以及淋巴液消散，改善会阴、直肠、肛门、前列腺排泄管肌肉的紧张度，对神经系统起到良好的调节作用，能缓解慢性前列腺炎患者的症状。以自我按摩为主，主要采用按、揉、擦法。站立时，按摩背部、腰骶部、臀部；仰卧时按摩腹部。一般在早上空腹时，或饭前、饭后2~3小时进行。按摩前应排尽大小便，姿势要舒展，肌肉应放松，呼吸要均匀，按摩时间约持续10~15分钟。

### （四）外治方法

#### 1. 坐浴疗法

中药布包煎汤坐浴或温水坐浴，可促进盆腔血液循环，促使炎症吸收，有较好疗效。一般每晚1次，每次15分钟左右。有条件者每日可进行2次。

常用中药如下：朴硝50g，大黄30g，野菊花15g，血竭9g，苏木9g。

#### 2. 直肠内给药法

（1）白花蛇舌草30g，黄柏15g，乳没各9g，大黄6g。水煎浓缩成150ml，行保留灌肠，每晚1次，15次为1疗程。

（2）野菊花栓，每日2次，每次1枚，塞入肛门内约2.5~3cm，1个月为1疗程。

（3）前列栓，每日2次，每次1枚塞肛。

#### 3. 药物离子透入法

选择敏感、广谱的抗生素或中药制剂，以直流感应电动机等仪器经直肠内直流电药物导入治疗慢性前列腺炎，临床疗效满意。每次20分钟，隔日2次，10次为1疗程。所用药物如黄柏

提取物、中药煎剂等。

#### 4. 敷贴疗法

(1) 会阴部敷贴法：熏洗坐浴后，以生姜汁调大黄末 20g，外敷中极、会阴两穴，局部胶布固定。据统计治疗 60 例，有效率 90% 以上。

(2) 脐部敷贴法：先将麝香 0.15g 填脐，再用白胡椒 7 粒研末盖在上面，白纸覆盖，胶布固定，7~10 天换药 1 次，10 次为 1 疗程。

#### (五) 手术方法

经尿道电切术 (TUR)，Smart 与 Jenkins 报告 33 例慢性前列腺炎患者行电切除术治疗，治愈率为 72%，症状改善为 19%，并认为手术效果与切除感染组织是否彻底有关。

#### (六) 理疗

随着科学技术的不断发展，治疗慢性前列腺炎的物理疗法普遍应用于临床，对于改善症状、提高疗效发挥了很大作用。如：经直肠电动按摩器、CO<sub>2</sub> 激光综合治疗仪、电磁-红外辐射疗法、音频电疗机、微波、射频治疗仪等等，均有较好疗效。

#### (七) 心理治疗

少数患者可能患有轻度的抑郁症。

#### 【预防与调护】

慢性前列腺炎病情顽固、缠绵难愈，如不注意预防，可直接影响治疗效果，甚至发生反复。

1. 预防感冒着凉。受凉之后，可引起交感神经活动兴奋，使尿道内压增加，前列腺管也因收缩而排泄障碍，产生郁积充

血，往往使症状加重或发生反复。

2. 注意饮食。不要过食肥甘厚味、辛辣刺激之品，勿过量吸烟饮酒，喝酒后可引起前列腺充血，使症状加重。

3. 生活要有规律。注意劳逸结合，不要久坐或骑车时间过长，以防影响会阴部血液循环；不要性交中断，强忍精出，应戒除手淫恶习。

4. 积极治疗身体其他部位的慢性感染病灶，如慢性扁桃腺炎、溃疡性结肠炎等。

5. 前列腺按摩时，用力不宜过大，按摩时间不宜过长，按摩次数不宜过频。急性前列腺炎则禁忌按摩。

慢性前列腺炎临证中应注意的问题：

慢性前列腺炎属于临床常见的难治病之一。尽管中西医对本病都有一定的认识，积累了一定的诊治经验，尤其是近10年来，更是加大了对慢性前列腺炎研究的力度，但至今仍未取得突破性的进展。在泌尿外科门诊，最常见的仍然是慢性前列腺炎患者。仔细调查就不难发现，占泌尿外科四分之一的前列腺炎病人，有不少是复诊或各医院之间流动转诊的患者。造成本病患者复诊率高的原因，主要存在有以下难点：一是对慢性前列腺炎所致“淋浊”与非特异性泌尿的一般“淋证”进行鉴别和辨证，使药物直达病所，发挥疗效。二是前列腺炎如何解决久治不愈，或稍有好转以后又加重、反复发作的问题。三是如何正确辨治慢性前列腺炎合并不育症。这类患者往往是在精液检查时发现合并慢性前列腺炎，而本人却无明显不适，经反复用药，效果不佳，不是炎症未控制就是精液质量有问题。由于这些难点，慢性前列腺炎久治不愈，往往使临床医生十分困惑，不知从何入手进行辨证，同时由于疗效不好，给患者及其家属也带来巨大的痛苦。所以，对于如何增进疗效、提高治愈率以及减少复发等，一直是泌尿（男）科医生共同关注的问题。以下探讨谨供参考：

## 1. 如何对慢性前列腺炎所致的“淋浊”与非特异性泌尿系感染的一般“淋证”进行鉴别和辨证

前列腺是泌尿生殖系相关器官，尿道从其中间穿过，射精管亦开口于前列腺部尿道，人体尿液及前列腺液（包括精液）均经过前列腺及前尿道排出，所以男性前列腺无论是在泌尿还是在生殖方面均扮演重要角色。泌尿系感染易于逆行感染至前列腺导致前列腺炎，而前列腺本身就是泌尿通道之一，前列腺液的排泄也必须经尿道流出，所以前列腺炎也属于泌尿系感染。但是，二者从病位深浅、发病原因、中医诊断与辨证等方面又各有特点，互有区别，而且直接影响诊治思路与治疗效果，所以临床应加以甄别，方可抓住要点，争取良效。关于慢性前列腺炎这一西医病名的中医诊断问题，究竟属于中医何病，各家学说很不一致。不少医家认为本病归于“浊”（包括“赤白浊”、“精浊”等）比较合理，而不属于“淋”之范畴，其理由是“淋”与“浊”的病位不同，“淋”之病变部位在溺道，“浊”之病变部位在精道。如明·王肯堂《证治准绳·杂病·赤白浊门》曰：“溺与精，所出之道不同，淋病在溺道，故《医学纲目》列之肝胆部；浊病在精道，故《医学纲目》列之肾膀胱部。”所以，认为前列腺炎患者的临床症状中尿道口常有乳白色分泌物是与“淋证”的区分之一。例如王肯堂在上文续云：“今患浊者，每便时茎中如刀割火灼，而溺白清，惟窍端时有秽物，如疮脓，目眵，淋漓不断，初与便溺不相混淆，尤河中之济焉，至易辨也”。但是，实际上由于古代医学受到解剖学及有关检查水平的限制，对前列腺炎的认识亦往往受到局限。结合现代医学对本病的认识，除了“浊”病以外，前列腺炎与“淋”、“精”这两大病种均有密切关系。以“淋证”为例，中医认为“淋”有五，包括石淋、劳淋、血淋、气淋、膏淋等。其中劳倦即发之劳淋；以胞内气胀、小腹坚满、出少喜数、尿有余沥等为主症的气淋，皆系慢性前列腺炎的常见证候。以

“精病”为例，早泄、遗精、腰酸耳鸣等亦系慢性前列腺炎的常见临床表现。因此，慢性前列腺炎的中医诊断不应拘泥于“浊病”，而应结合临床实际，视其突出表现，而分别归属于“精病”还是“淋证”、“白浊”等，分别辨证施治，方为治病良策。

慢性前列腺炎所致“淋浊”与非特异性泌感的一般“淋证”的辨证论治有以下特点：

一是病因辨证方面，非特异性泌感的一般“淋证”多由于外染邪毒或湿热下注所致，而慢性前列腺炎之“淋浊”。多与房事不节或忍精不泄等有关，正如《素问·痿论篇》所云：“思想无穷，所愿不得，意淫于外，入房太甚，宗筋弛纵，发为筋痿，及为白淫。”又如明·王肯堂《证治准绳·淋浊遗精门》云：“考之《内经》，则淋病之因……大纲有二：曰湿，曰热。……淋病必由热甚生湿，湿生则水液混浊，凝结而为淋。不独此也，更有人吸金石药者，入房太甚，败精流入胞中，及饮食痰积渗入者，则皆成淋。”因此提示前列腺炎“淋浊”的病因病机较一般泌感之“淋证”更为复杂。

二是病位辨证方面，前人由于受解剖学水平的限制。把男子生殖系统统属于“精室”范畴。将精液排泄通道称之为“精道”，而将尿液排泄通道称之为“溺道”，如清·林珮琴《类证治裁·淋浊》所云：“肾有两窍，一溺窍，一精窍。淋出溺窍，病在肝脾；浊出精窍，病在心肾。”易于使人误认为溺窍与精窍有不同通道及开口。现代解剖学表明，后尿道从前列腺中间穿过，输精管开口于后尿道前列腺部的精阜，而前列腺导管直接开口于精阜两侧的后尿道，三者既互有联系，又各有区别，尿道既是尿液排泄通道，也是精液（包括前列腺液）的排泄通道（精道）。非特异性泌感的“淋证”病位在浅，慢性前列腺炎的“淋浊”病位在深。同时，现代医学研究证明，由于存在着前列腺屏障，使一般药物难以渗入前列腺内，不但提示前列腺炎病位较深，较一般泌感难



治，而且提示临床辨证用药必须有别于一般泌尿，方可取效，更不可一味应用清热利湿之法。

三是一般“淋证”与前列腺炎之“淋浊”病机辨证有所不同，一般“淋证”多以湿热居多，以膀胱、小肠等腑病为主，病机较为单纯而易治。而“淋浊”者多为房室所伤，败精瘀浊停留，易于与湿热之邪交结，多累及心肾等，往往脏腑同病，虚实夹杂，兼证较多，病机较为复杂而难治。并且有医家认为本病与奇经关系密切，认为“奇经八脉，皆隶于下”，“医药当以经冲带调理，亦如女人之崩漏带下”。所以，临证之时，治疗“淋浊”往往是清热利湿与活血祛瘀并用。虚实夹杂者，往往需通补兼施，益脏通腑。即使是当补之证亦必佐以通，方可收到良效。

## 2. 如何提高前列腺炎的治愈率，减少复发

由于慢性前列腺炎的证候复杂多变，病因、病机各异，不少患者的临床表现与实验室检查结果不成正比。所以，提高疗效必须从明确病因着手，有的放矢地治疗；中医辨证与西医辨病相结合，各取所长；坚持辨证论治与综合疗法并举，提高疗效，缩短疗程以及正确指导饮食与生活调理，配合治疗，预防复发。

### (1) 明确病因，审因论治

尽管大多数慢性前列腺炎的病因尚不明确，但是仍有相当一部分患者可以找到病原体。只有把它们区别开来，有针对性进行治疗，才能提高整体的治疗效果。首先，对所有慢性前列腺炎患者都应当例行作前列腺液和尿常规及B超检查，其目的是通过前列腺液的检查确定前列腺炎的存在，通过尿常规及B超检查，排除或发现其他泌尿系统疾病的存在，以便在制订前列腺炎的治疗方案时统筹考虑。有时一次性检查前列腺液常规没有发现异常增多的白细胞尚不能说明问题，因为前列腺有30~40条腺管，其发炎的腺管仅仅是一部分，由于按摩取材方法不当，或者发炎腺管出口不畅，会造成一时假阴性结果，需要间隔数天重新作前

列腺液检查才能肯定是否有前列腺炎。其次，慢性前列腺炎患者都应进行病原体检查，简单的筛选方法是对于尿常规无异常者（尿常规异常者可能有泌尿系统其他感染或疾病存在）在排尿后消毒尿道口，按摩前列腺取前列腺液作细菌培养。比较准确的方法是同时作尿道、膀胱尿液和前列腺按摩液的细菌定量培养（Stamery 四杯法）。有条件的单位还可以根据情况，选择厌氧菌培养等特殊病原体检查方法，再根据培养的结果，证实有菌者可选取敏感的抗生素进行治疗。对于有不洁性交或性病史的患者，要加做前列腺液的淋球菌、衣原体、支原体培养等特殊检查；性伴侣有念珠菌性阴道炎者要检查念珠菌或滴虫，阳性者再选用适当的药物。一般来说，特异性感染如淋病、衣原体或念珠菌感染的患者，只要及时诊断和用药，治疗效果都比较好。非特异性感染的细菌性前列腺炎，经选用敏感的药物，多数效果也比较满意。临床上既要防止滥用抗生素，亦要注意不查病因，不用敏感的药物消除病原，以致病程迁延。

## （2）坚持实事求是、辨证用药与综合治疗相结合

慢性前列腺炎之所以难治，与其临床表现复杂，一般药物难以进入前列腺腺泡有关。因此，在临床诊疗过程中，必须坚持实事求是的态度，采取专方、专药与辨证论治相结合；中西医疗法相结合；药物治疗与综合治疗相结合的方法，才能收到较好的效果。

首先，前列腺炎的病因病机总的来说有湿、热、瘀、虚四个方面。而湿邪有湿浊（寒湿）与湿热之别，热邪有实热与虚火之分，虚证亦有脾虚与肾虚、阴虚与阳虚的不同。所以，尽管目前有不少治疗前列腺炎的中成药应用，但每一种药物都只能侧重于病机的某一方面，不可能面面俱到，更不可能对所有病例或对疾病的全过程都十分适用。所以，必须同时进行辨证论治，以补其不足，方可使整个治疗切中病机而奏效。

其次，对经过检查有明确病原体的患者，采用中西医结合的方法，既可以及时消除病因，又可以迅速减轻炎症、消除症状、增进疗效。

再次，由于慢性前列腺炎的临床表现复杂，药物治疗有一定的局限性，或者会带来一定的副作用，因此采取综合治疗的方法有助于病情向愈。例如合并会阴胀痛、症状明显者可以采用热水坐浴或肛门给药的方法，一般途经给药仍未奏效，可以考虑离子导入或局部注射的方法等等。

### **(3) 正确指导饮食与生活调理**

慢性前列腺炎经过治疗以后能否持续好转、减少复发，与饮食、生活调理有密切的关系。首先，医生应告诫病人在治疗期间要戒酒，少抽烟，忌食辛辣刺激及肥腻之品，湿热实证患者不宜进食炖品、老火靚汤、虾蟹等温补之品，饮食宜清淡而有营养。既要忌口，又要保证治疗康复的营养需要。其次，要告诫患者戒除手淫等不良习惯，性生活宜节制，根据个人身体情况，治疗期间以1周一次性生活为宜；积极投身工作学习和参加娱乐活动，减少杂念和不良刺激，减少性兴奋。第三，要注意改善生活和工作环境，少穿紧身厚裤，尽量使外阴温度降低；避免久坐，不宜太长时间骑自行车，每次骑车以不超过半小时为佳，以免压迫和刺激会阴，加重前列腺充血。第四，要适当多饮水，增加尿量，冲刷尿道，促使前列腺分泌物的排出。尽量不憋尿。第五，参加适量的体育锻炼，促进气血运行，增强体质。但不主张剧烈的运动。第六，注意个人卫生，避免不洁的性接触。包皮要经常外翻清洗，去除污垢。包皮过长，特别是包茎者主张行包皮环切术。

### **3. 慢性前列腺炎合并男性不育症的治疗**

慢性前列腺炎合并不育症患者多数伴有精液质量的改变，例如精子活力差、精液迟缓液化以及精浆中的白细胞增加等。而此类患者往往并无明显不适，在消炎与生精这两个方面，往往给临

床辨证论治带来一定的难度。因此，除了前面所述积极治疗前列腺炎的同时，必须注意处理好以下问题：

一是在确诊前列腺炎的同时，要按不育症的诊疗要求对患者进行系统的问诊、体格检查及实验室检查。例如，应详细了解既往婚育的情况，是否分居两地，性生活是否正常，有无射精，既往病史及外伤史、服药史及手术史、家族史等等。体格检查要注意男性体征、外生殖器的发育情况，特别注意有无畸形、包皮过长或包茎、睾丸是否对称、大小是否正常，附睾有无结节，输精管是否存在、有无结节，有无精索静脉曲张以及阴囊湿疹等。实验室检查除了一般项目的检查以外，要注意精液常规，内分泌及免疫学（精子抗体）的检查。如果发现合并有其他疾病，必须同时治疗方可达到目的。尤其要注意提醒女方同时到妇科进行相应检查或治疗。

二是必须按照中医理论去指导辨证论治。尽管我们提倡中西医结合，但是由于两个医学理论系统区别很大，目前仍然很难按照对号入座的方法，用西医的诊断去指导中医用药。大量事实证明，只有用中医辨证的思维去指导临床，才能收到较好的效果，即使是前列腺炎，亦有虚、热、湿、瘀之不同，有虚热与实热的区别，若一味用清热利湿、清热消炎之品，过用寒凉，不但炎症不能消除，而且会伤及正气，使疾病缠绵不愈。同样，即使是肾虚，亦有气虚、阴虚、阳虚之别，若一味温补肾阳，或益肾生精，不但可能补之不当，而且可能会有恋邪之弊。

三是经检查确实系前列腺炎导致精液质量下降者，一般来说，宜采取祛邪扶正的原则，尽量消除炎症，使精子质量改善，或者是精浆质量的改善。有时即使炎症未愈，亦能达到受孕的目的。临床上有不少医家报道按中医辨证用清热利湿、疏肝解郁等方法治疗后，精液质量得到改善的经验，足可引以为鉴。