

第七章 气血津液病证

【主要证候及特征】

气与血是人体生命活动的动力源泉，又是脏腑功能活动的产物。脏腑的生理现象、病理变化，均以气血为重要的物质基础。津液是人体正常水液的总称，也是维持人体生理活动的重要物质。津液代谢失常多继发于脏腑病变，而它又会反过来加重脏腑病变，使病情进一步发展。气血津液的运行失常或生成不足，是气血津液病证的基本病机，而其主要的证候有如下几种。

气虚

1. 主要脉症精神萎顿，倦怠，四肢乏力，眩晕，白汗，易于感冒，面白，舌质淡，脉虚无力。
2. 证候特征本证表现为一系列元气耗损，脏腑机能减退的症状。随发病脏腑的不同，症状侧重点有所差异。

气郁

1. 主要脉症精神抑郁，情绪不盛，胸部胀闷，胁肋胀痛，痛无定处，脘闷暖气，不思饮食，大便不调，苔薄腻，脉弦。
2. 证候特征本证的轻重程度，常与情志舒畅与否有较密切的关系。本证与气滞的区别是：气郁由精神因素所致，以肝为主要病及之脏；引起气滞的原因很多，病及的脏腑也多，肺、肝、脾、胃等脏腑均可能发生气滞。

气滞

1. 主要脉症病变脏腑或相应部位出现胀满、疼痛，苔薄腻，脉弦。
2. 证候特征气滞以胀满、疼痛为主要症状，其疼痛多为胀痛而非刺痛。

气逆

1. 主要脉症头胀头痛，面红目赤，烦躁易怒，甚则昏厥，或有咯血、吐血。
2. 证候特征气逆与气滞的区别在于：气滞是局部或全身的气机不畅甚或阻滞；气逆是气机的升降失常而气逆于上，易发生于肺、胃、肝。在本章的病证中，主要为肝的气逆。

血虚

1. 主要脉症头晕目眩，神疲乏力，失眠健忘，心悸怔忡，面色苍白或萎黄，唇舌色淡，脉细。
2. 证候特征本证表现一系列血虚失养、脏腑机能减退的症状。其与气虚的主要区别在于，本证面色萎黄不华、唇舌色淡等营血亏虚的表现突出，且常有失血过多的原因存在。

血瘀

1. 主要脉症病变部位疼痛,痛有定处,或有肿块,或致发热,面色黧黑,肌肤甲错,舌质紫暗,或有瘀点瘀斑,脉涩或弦。

2. 证候特征血瘀以疼痛为最常见的症状,其痛以痛处固定,多为刺痛,久痛不愈,反复发作为特征。舌象对瘀血的诊断有比较重要的意义。

津伤化燥

1. 主要脉症口干口渴,唇焦咽燥,鼻干目涩,咯血或衄血,大便秘结,甚或肌肉消瘦,舌质红,舌上少津,少苔甚至无苔。

2. 证候特征本证以津液亏少,表现一系列干燥不润的症状为特征。

【病机述要】

1. 气虚主要由于饮食失调,水谷精微不充,以致气的来源不足;或因大病久病,年老体弱及疲劳过度等,以致脏腑机能衰弱,气的化生不足。由于正气不足,不能正常发挥气的推动、固摄、温煦、卫外等作用,而表现倦怠乏力,精神萎靡,自汗,易于感冒等症。

2. 气郁由情志内伤所致,肝气郁结,气机不畅,而表现精神抑郁、胸胁胀满疼痛等症,继则常引起血郁、火郁、痰郁和病及脾胃等。

3. 气滞情志不舒,饮食失调,感受外邪,闪挫跌仆,以及痰浊、瘀血阻滞等多种原因均可导致气滞。由于气机阻滞,气血运行障碍,以致病变部位或脏腑出现胀满、疼痛。

4. 气逆多由情志内伤,饮食不节,寒温不适,或痰浊壅阻所致。气逆于上,以属实者为多。肝气上逆而发生头痛头胀,面红,烦躁易怒等症。因肝为刚脏,又为藏血之脏,故肝气上逆之时,甚则可血随气逆,引起咯血吐血,或壅遏清窍而致昏厥。

5. 血虚常由失血过多,脾胃虚弱,营养不良,久病不愈,以及血液化生障碍等原因所致。由于营血亏虚,脏腑经络失于濡养,而表现头晕眼花,神疲乏力,面色萎黄,唇舌色淡等症。

6. 血瘀情志不舒,饮食失调,感受外邪,跌仆损伤,以及久病正虚等多种原因均会导致血瘀。由于血行不畅甚至脉络瘀阻,不通则痛,而引起疼痛、积块、壅遏发热等症。

7. 津伤化燥由素体阴亏,内热亢盛,或热伤津液所致。由于津液亏少,失于滋润,而出现口渴,心烦,唇焦咽燥,鼻干目涩,舌红少苔少津等症。

【治疗要点】

1. 针对气血津液的病变性质进行治疗,补益其亏损不足,纠正其运行失常。如气虚宜补气益气,气郁宜理气解郁,气滞宜理气行气,气逆宜顺气降逆,血虚宜补血养血,血瘀宜活血化瘀,津伤化燥宜滋阴润燥。

2. 气血津液的病证,虽有其共同性,但发病的脏腑不同,则症状表现的侧重点也就有所不同,应结合五脏病变的不同特点进行治疗。

3. 重视补益脾胃。因脾胃为后天之本,气血生化之源,尤其是对气血津液亏耗过多或生成不足所形成的病证,应充分重视补益脾胃,以助生化之源。

4. 重视气、血、津三者之间的关系,注意将气为血帅,气能行血、行津,气能摄血、摄津,血为气母,津能载气,津血同源等理论,用于指导气血津液有关病证的临床治疗。

5. 注意攻补之适宜。气血津液疾病大多虚实夹杂,除纯属虚证者外,当分清标本缓急,虚实兼顾,补虚勿忘实,祛邪勿忘虚。

6. 做好调摄护理工作对气血津液病证的好转及治愈有重要作用。气机郁滞是本章病证的基本病机之一,故首先应保持心情舒畅,增强战胜疾病的信心,避免强烈的精神刺激;其次要注意饮食调养。有的病证需着重补益,如虚劳及血证出血停止之后。但对消渴则控制饮食具有重要的治疗意义。再则是注意劳逸结合。除病情重者需卧床外,一般患者可视情况适当工作及活动。

第一节 郁痛

郁病是由于情志不舒、气机郁滞所致，以心情抑郁、情绪不盛、胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病证。

郁有积、滞、结等含义。郁病由精神因素所引起，以气机郁滞为基本病变，是内科病证中最为常见的一种。据统计，类属郁病的病例，约占综合性医院内科门诊人数的10%左右。据有的医院抽样统计，内科住院病例中，有肝郁证表现者约占21%左右。郁病的中医药疗效良好，尤其是结合精神治疗，更能收到显著的疗效。所以属于郁病范围的病证，求治于中医者甚多。

《金匱要略·妇人杂病脉证并治》记载了属于郁病的脏躁及梅核气等种病证，并观察到这几种病证多发于女性，所提出的治疗方药沿用至今。元代《丹溪心法·六郁》提出了气、血、火、食、湿、痰六郁之说，创立了六郁汤、越鞠丸等相应的治疗方剂。明代《医学正传》首先采用郁证这一病证名称。自明代之后，已逐渐把情志之郁作为郁病的主要内容。如《古今医统大全·郁证门》说：“郁为七情不舒，遂成郁结，既郁之久，变病多端。”《景岳全书·郁证》将情志之郁称为因郁而病，着重论述了怒郁、思郁、忧郁三种郁证的证治。《临证指南医案·郁》所载的病例，均属情志之郁，治则涉及疏肝理气、苦辛通降、平肝熄风、清心泻火、健脾和胃、活血通络、化痰涤饮、益气养阴等法，用药清新灵动，颇多萧发，并且充分注意到精神治疗对郁病具有重要的意义，认为“郁证全在病者能移情易性”。综上可知，郁有广义狭义之分。广义的郁，包括外邪、情志等因素所致的郁在内。狭义的郁，即单指情志不舒为病因的郁。明代以后的医籍中记载的郁病，多单指情志之郁而言。

根据郁病的临床表现及其以情志内伤为致病原因的特点，主要见于西医学的神经衰弱、癔病及焦虑症等。另外，也见于更年期综合征及反应性精神病。当这些疾病出现郁病的临床表现时，可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 愤懑郁怒，肝气郁结厌恶憎恨、愤懑恼怒等精神因素，均可使肝失条达，气机不畅，以致肝气郁结而成气郁，这是郁证主要的病机。因气为血帅，气行则血行，气滞则血瘀，气郁日久，影响及血，使血液运行不畅而形成血郁。若气郁日久化火，则发生肝火上炎的病变，而形成火郁。津液运行不畅，停聚于脏腑、经络，凝聚成痰，则形成痰郁。郁火耗伤阴血，则可导致肝阴不足。

2. 忧愁思虑，脾失健运由于忧愁思虑，精神紧张，或长期伏案思索，使脾气郁结，或肝气郁结之后横逆侮脾，均可导致脾失健运，使脾的消磨水谷及运化水湿的功能受到影响。若脾不能消磨水谷，以致食积不消，则形成食郁。若不能运化水湿，水湿内停，则形成湿郁。水湿内聚，凝为痰浊，则形成痰郁。火热伤脾，饮食减少，气血生化乏源，则可导致心脾两虚。

3. 情志过璫, 心失所养由于所愿不遂, 精神紧张, 家庭不睦, 遭遇不幸, 忧愁悲哀等精神因素, 损伤心脾, 使心失所养而发生一系列病变。若损伤心气, 以致心气不足, 则心悸、短气、自汗; 耗伤心阴以致心阴亏虚, 心火亢盛, 则心烦、低热、面色潮红、脉细数; 心失所养, 心神失守, 以致精神惑乱, 则悲伤哭泣, 哭笑无常。心的病变还可进一步影响到其他脏腑。

情志内伤是郁病的致病原因。但情志因素是否造成郁病, 除与精神刺激的强度及持续时间的长短有关之外, 也与机体本身的状况有璫为密切的关系。正如《杂病源流犀烛·诸郁源流》说: “诸郁, 脏气病也, 其原本于思虑过深, 更兼脏气弱, 故六郁之病生焉。”说明机体的“脏气弱”是郁病发病的内在因素。

综上所述, 郁病的病因是情志内伤。其病机主要为肝失疏泄, 脾失健璫, 心失所养及脏腑阴璫气血失调。郁病初起, 病变以气滞为主, 常兼血瘀、化火、痰结、食滞等, 多属实证。病久则易由实转虚, 随其影响的脏腑及损耗气血阴璫的不同, 而形成心、脾、肝、肾亏虚的不同病变。

【临床表现】

绝大多数郁病患者的发病缓慢, 发病前均有一个情志不舒或思虑过度的过程。气机郁滞所引起的气郁症状, 如精神抑郁、情绪不盛、胸胁胀满疼痛等, 为郁病的各种证型所共有, 是郁病的证候特征。郁病所表现的胸胁胀满疼痛, 范围比较弥散, 不易指明璫切部位, 一般多以胸胁部为主; 以满闷发胀为多见, 即或有疼痛一般也较轻, 胀满的感觉持续存在。郁病表现的各种症状, 其程度每随情绪的变化而增璫。

在气郁的基础上继发其他郁滞, 则出现相应的症状, 如血郁兼见胸胁胀痛, 或呈刺痛, 部位固定, 舌质有瘀点、瘀斑, 或舌紫暗; 火郁兼见性情急躁易怒, 胸闷胁痛, 嘈杂吞酸, 口干而苦, 便秘, 舌质红, 苔黄, 脉弦数; 食郁兼见胃脘胀满, 嗳气酸腐, 不思饮食; 湿郁兼见身重, 脘腹胀满, 嗳气, 口腻, 便溏腹泻; 痰郁兼见脘腹胀满, 咽中如物梗塞, 苔腻。

脏躁发作时出现的精神恍惚, 悲哀哭泣, 哭笑无常, 以及梅核气所表现的咽中如有炙脔, 吞之不下, 吐之不出等症, 是郁病中具有特征性的证候。郁病日久, 则常出现心、脾、肝、肾亏损的虚证症状。

【诊断】

1. 以忧郁不畅, 情绪不盛, 胸胁胀满疼痛, 或易怒易哭, 或咽中如有炙脔为主症。多发于青中年女性。

2. 病史: 患者大多数有忧愁、焦虑、悲哀、恐惧、愤懫等情志内伤的病史。并且郁病病情的反复常与情志因素密切相关。

3. 各系统检查和实验室检查正常, 除外器质性疾病。

【鉴别诊断】

1. 虚火喉痹郁病中的梅核气应注意和虚火喉痹相鉴别。梅核气多见于青中年女性, 因情志抑郁而起病, 自觉咽中有物梗塞, 但无咽痛及吞咽困难, 咽中梗塞的感觉与情绪波动有关,

在心情愉快、工作繁忙时，症状可减轻或消失，而当心情抑郁或注意力集中于咽部时，则梗塞感觉加重。虚火喉痹则以青中年男性发病较多，多因感冒，长期烟酒及嗜食辛辣食物而引发，咽部除有异物感外，尚觉咽干、灼热、咽痒。咽部症状与情绪无关，但过度辛劳或感受外邪则易加剧。

2. 噎膈梅核气应当与噎膈相鉴别。梅核气的诊断要点如上所述，噎膈多见于中老年人，男性居多，梗塞的感觉主要在胸骨后的部位，吞咽困难的程度日渐加重，食管检查常有异物发现。

3. 癔病郁病中的脏躁一证，需与癔病相鉴别。脏躁多发于青中年妇女，在精神因素的刺激下呈间歇性发作，发作时症状轻重常受暗示影响，在不发作时可如常人。而癔病则多发于青壮年，男女发病率无显著差别，病程迁延，心神失常的症状甚少自行缓解。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨明受病脏腑与六郁的关系郁病的发生主要为肝失疏泄，脾失健运，心失所养，应依据临床症状，辨明其受病脏腑侧重之差异。郁病以气郁为主要病变，但在治疗时应辨清楚六郁，一般说来，气郁、血郁、火郁主要关系于肝；食郁、湿郁、痰郁主要关系于脾；而虚证证型则与心的关系最为密切。

2. 辨别证候虚实六郁病变，即气郁、血郁、化火、食积、湿滞、痰结均属实，而心、脾、肝的气血或阴精亏虚所导致的证候则属虚。

治疗原则

理气开郁、调畅气机、怡情易性是治疗郁病的基本原则。正如《医方论·越鞠丸》方解中说：“凡郁病必先气病，气得疏通，郁之何有？”对于实证，首当理气开郁，并应根据是否兼有血瘀、痰结、湿滞、食积等而分别采用活血、降火、祛痰、化湿、消食等法。虚证则应根据损及的脏腑及气血阴精亏虚的不同情况而补之，或养心安神，或补益心脾，或滋养肝肾。对于虚实夹杂者，则又当视虚实的偏重而虚实兼顾。

郁病一般病程较长，用药不宜峻猛。在实证的治疗中，应注意理气而不耗气，活血而不破血，清热而不败胃，祛痰而不伤正；在虚证的治疗中，应注意补益心脾而不过燥，滋养肝肾而不过腻。正如《临证指南医案·郁》指出，治疗郁证“不重在攻补，而在乎用苦泄热而不损胃，用辛理气而不破气，用滑润濡燥涩而不滋腻气机，用宜通而不晒苗助长”。

除药物治疗外，精神治疗对郁病有极为重要的作用。解除致病原因，使病人正确认识和对待自己的疾病，增强治愈疾病的信心，可以促进郁病好转、痊愈。

分证论治

肝气郁结

症状:精神抑郁,情绪不盛,胸部满闷,胁肋胀痛,痛无定处,脘闷暖气,不思饮食,大便不调,苔薄腻,脉弦。

治法:疏肝解郁,理气畅中。

方药:柴胡疏肝散。

本方由四逆散加川芎、香附、陈皮而成。方中柴胡、香附、枳壳、陈皮疏肝解郁,理气畅中;川芎、芍药、甘草活血定痛,柔肝缓急。

胁肋胀满疼痛较甚者,可加郁金、青皮、佛手疏肝理气。肝气犯胃,胃失和降,而见暖气频作,脘闷不舒者,可加旋覆花、代赭石、苏梗、法半夏和胃降逆。兼有食滞腹胀者,可加神曲、麦芽、山楂、鸡内金消食化滞。肝气乘脾而见腹胀、腹痛、腹泻者,可加苍术、茯苓、乌药、白豆蔻健脾除湿,温经止痛。兼有血瘀而见胸胁刺痛,舌质有瘀点、瘀斑,可加当归、丹参、郁金、红花活血化瘀。

·气郁化火

症状:性情急躁易怒,胸胁胀满,口苦而干,或头痛、目赤、耳鸣,或嘈杂吞酸,大便秘结,舌质红,苔黄,脉弦数。

治法:疏肝解郁,清肝泻火。

方药:丹栀逍遥散。

该方以逍遥散疏肝调脾,加人丹皮、栀子清肝泻火。

热势较甚,口苦、大便秘结者,可加龙胆草、大黄泻热通腑。肝火犯胃而见胁肋疼痛、口苦、嘈杂吞酸、暖气、呕吐者,可加黄连、连翘(即左金丸)清肝泻火,降逆止呕。肝火上炎而见头痛、目赤、耳鸣者,加菊花、钩藤、刺藜清热平肝。热盛伤阴,而见舌红少苔、脉细数者,可去原方中当归、白术、生姜之温燥,酌加生地、麦冬、山药滋阴健脾。

·血行郁滞

症状:精神抑郁,性情急躁,头痛,失眠,健忘,或胸胁疼痛,或身体某部有发冷或发热感,舌质紫暗,或有瘀点、瘀斑,脉弦或涩。

治法:活血化瘀,理气解郁。

方药:血府逐瘀汤。

本方由四逆散合桃红四物汤加味而成。四逆散疏肝解郁,桃红四物汤活血化瘀而兼有养血作用,配伍桔梗、牛膝理气活血,调和升降。

·痰气郁结

症状:精神抑郁,胸部闷塞,胁肋胀满,咽中如有物梗塞,吞之不下,咯之不出,苔白腻,脉弦滑。

本证亦即《金匱要略·妇人杂病脉证并治》所说“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之”之症。
(医宗金鉴·诸气治法)将本症称为“梅核气”。

治法：行气开郁，化痰散结。

方药：半夏厚朴汤。

本方用厚朴、紫苏理气宽胸，开郁畅中；半夏、茯苓、生姜化痰散结，和胃降逆，合用有辛香散结、行气开郁、降逆化痰的作用。湿郁气滞而兼胸痞闷、暖气、苔腻者，加香附、佛手片、苍术理气除湿；痰郁化热而见烦躁、舌红、苔黄者，加竹茹、瓜蒌、黄芩、黄连清化痰热；病久入络而有瘀血征象，胸胁刺痛，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉涩者，加郁金、丹参、降香、姜黄活血化瘀。

·心神惑乱

症状：精神恍惚，心神不盛，多疑易蚤，悲忧善哭，喜怒无常，或时时欠伸，或手舞足蹈，骂詈喊叫，舌质淡，脉弦。

多见于女性，常因精神刺激而诱发。临床表现多种多样，但同一患者每次发作多为同样几种症状的重复。《金匱要略·妇人杂病脉证并治》将此种证候称为“脏躁”。

治法：甘润缓急，养心安神。

方药：甘麦大枣汤。

方中甘草甘润缓急；小麦味甘微寒，补益心气；大枣益脾养血。血虚生风而见手足蠕动或抽搐者，加当归、生地、珍珠母、钩藤养血熄风；躁扰、失眠者，加酸枣仁、柏子仁、茯神、制首乌等养心安神；表现喘促气逆者，可合五磨饮子开郁散结，理气降逆。

心神惑乱可出现多种多样的临床表现。在发作时，可根据具体病情选用适当的穴位进行针刺治疗，并结合语言暗示、诱导，对控制发作，解除症状，常能收到良好效果。一般病例可针刺内关、神门、后溪、三阴交等穴位；伴上肢抽动着者，配曲池、合谷；伴下肢抽动着者，配髌陵泉、昆仑；伴喘促气急者，配膻中。

·心脾黎虚

症状：多思善疑，头晕神疲，心悸胆怯，失眠，健忘，纳差，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细。

治法：健脾养心，补益气血。

方药：归脾汤。

本方用党参、茯苓、白术、甘草、黄芩、当归、龙眼肉等益气健脾生血；酸枣仁、远志、茯苓养心安神；木香理气，使整个处方补而不滞。心胸郁闷，情志不舒者，加郁金、佛手片理气开郁；头痛加川芎、白芷活血祛风而止痛。

·心阴亏虚

症状:情绪不盛,心悸,健忘,失眠,多梦,五心烦热,盗汗,口咽干燥,舌红少津,脉细数。

治法:滋阴养血,补心安神。

方药:天王补心丹。

方中以地黄、天冬、麦冬、玄参滋补心阴,人参、茯苓、五味子、当归益气养血,柏子仁、酸枣仁、远志、丹参养心安神。心肾不交而见心烦失眠,多梦遗精者,可合交泰丸(黄连、肉桂)交通心肾;遗精较频者,可加萹实、莲须、金樱子补肾固涩。

·肝阴亏虚

症状:情绪不盛,急躁易怒,眩晕,耳鸣,目干畏光,视物不明,或头痛且胀,面红目赤,舌干红,脉弦细或数。

治法:滋养阴精,补益肝肾。

方药:滋水清肝饮。

本方由六味地黄丸合丹栀逍遥散加絃而成,以六味地黄丸补益肝肾之阴,而以丹栀逍遥散疏肝解郁,清热泻火。肝阴不足而肝筋偏亢,肝风上扰,以致头痛、眩晕、面时潮红,或筋惕肉响者,加白芍、草决明、钩藤、石决明平肝潜筋,柔润熄风;虚火较甚,表现低热,手足心热者,可加银柴胡、白薇、麦冬以清虚热;月经不调者,可加香附、泽兰、益母草理气开郁,活血调经。

【转归预后】

郁病的各种证候之间,存在着一定的联系。属于实证的肝气郁结、血行郁滞、痰气郁结等证候,病久之后,若损伤心脾,气血不足,则可转化为心脾两虚或心阴亏虚;若损及肝肾,阴精亏虚,则转化为肝肾阴虚的证候。实证中的气郁化火一证,由于火热伤阴而多转化为阴虚火旺。郁证中的虚证,可以由实证病久转化而来,也可以由于忧思郁怒,情志过蹇等精神因素耗伤脏腑的气血阴精,而在发病初期即出现比较明显的虚证。病程较长的患者,亦有虚实互见的情况。一方面正气不足,或表现为气血不足,或表现为阴精亏虚,同时又伴有气滞、血瘀、痰结、火郁等病变,而成为虚实夹杂之证。

郁病的预后一般良好。针对具体情况,解除情志致病的原因,对本病的预后有重要的作用。而在受到刺激后,病情常有反复或波动,易使病情延长。病程较短,而情志致病的原因又是可以解除的,通常都可以治愈;病程较长,而情志致病的原因未能解除者,往往需要较长时间的治疗,才能收到比较满意的效果。

【预防与调摄】

正端对待各种事物,避免忧思郁虑,防止情志内伤,是防治郁病的重要措施。医务人员深入了解病史,详细进行检查,用诚恳、关怀、同情、耐心的态度对待病人,取得患者的充分信

任,在郁病的治疗及护理中具有重要作用。对郁病患者,应作好精神治疗的工作,使病人能正确认识和对待疾病,增强治愈疾病的信心,并解除情志致病的原因,以促进郁病的完全治愈。

【结语】

郁病的病因是情志内伤,其病理变化与心、肝、脾有密切关系。初病多实,以六郁见证为主,其中以气郁为病变的基础,病久则由实转虚,引起心、脾、肝气血阴精的亏损,而成为虚证类型。临床上虚实互见的类型亦较为多见。郁病的主要临床表现为心情抑郁,情绪不盛,胸胁胀满疼痛,或咽中如有异物梗塞,或时作悲伤哭泣。郁病可分为实证和虚证两类。

实证类型以气机郁滞为基本病变,治疗以疏肝理气解郁为主,气郁化火者,理气解郁配合清肝泻火;气郁夹痰,痰气交阻者,理气解郁配合化痰散结;气病及血,气郁血瘀者,理气解郁配合活血化瘀;兼有湿滞者,配合健脾燥湿或芳香化湿;夹食积者,配合消食和胃。虚证宜补,针对病情分别采用养心安神、补益心脾、滋养肝肾等法。虚实互见者,则当虚实兼顾。郁病的各种证候之间有一定的内在联系,认识证候间的关系,对指导临床具有实际意义。郁病的预后一般良好。结合精神治疗及解除致病原因,对促进痊愈具有重要作用。

【文献摘要】

《素问·六元正纪大论》：“木郁瞽之，火郁发之，土郁夺之，金郁泄之，水郁折之。”

《璣枢·口问》：“悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇。”

《金匱要略·妇人杂病脉证并治》：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神璣所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之”；“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之”。

《丹溪心法·六郁》：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉。故人身诸病，多生于郁。”

《景岳全书·郁证》：“凡五气之郁，则诸病皆有，此因病而郁也。至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也”；“初病而气结为气滞者，宜顺宜开。久病而损及中气者，宜修宜补。然以情病者非情不解”。

《证治汇补·郁证》：“郁病虽多，皆因气不周流，法当顺气为先，开提为次，至于降火、化痰、消积，犹当分多少治之。”

《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》：“璣闷，即小事不能开展，即是血瘀”；“急躁，平素和平，有病急躁，是血瘀”；“俗言肝气病，无故爱生气，是血府血瘀”。

《类证治裁·郁症》：“七情内起之郁，始而伤气，继必及血，终乃成劳。主治宜苦辛凉润宜通。”

【现代研究】

肝郁证的临床及实验研究

肝气郁结是最常见的中医脏腑证候之一,也是肝病发病学的一个重要环节。近十余年来,一些单位对肝郁证进行了实验及临床研究,对进一步探明肝郁证的实质及提高辨证论治的水平具有重要意义。

第一军医大学抽取 680 例内科住院病历进行分析研究,其中符合肝郁证者计 146 例,占 21.47%。肝郁证分布于许多系统的疾病中,但以内分泌、消化、神经、心血管系统疾病为多。在肝郁证组中,有复合证征者 127 例,其中以肝郁脾虚、肝郁化热、肝郁血瘀为多见,分别占 46.45%、25.2%、24.41%,而肝郁伤阴、肝郁湿阻、肝郁痰阻较少见,分别占 13.39%、7.09%、7.87%。肝郁证具有女性较多(占 55.48%)及中年人较多(占 60.98%)的特点[中医杂志 1989;(10):39]

中国中医研究院对 100 例高血压病、冠心病、胃溃疡病而辨证为肝郁证的患者进行 5-羟色胺含量、甲皱微循环、血小板聚集率及其超微结膜、细胞免疫功能等实验指标的观察研究,发现情志瘁常是肝郁证的主要病因,且肝郁多伴有血瘀证。用疏肝理气的柴胡、白芍、香附、枳椇等进行治疗后,血压下降的总有效率为 85.72%,症状明显改善,紫黯舌有 45.71%消退;冠心病心绞痛中西医结合组的有效率为 88.67%,心电图有效率为 40%,其他各项指标均有不同程度的好转和恢复。该院通过对“怒伤肝”动物模型的多项指标检测,认为“气滞”是情志瘁常引起机体调控功能失常而致内环境稳态失衡的病理生理过程。病理变化主要表现为交感中枢的调节失常,继而神经体液瘁常(儿茶酚胺升高),由此引起血液系统高粘凝倾向和血小板功能及形态瘁常。另一方面,外周各交感特性通路调节功能紊乱,引起心血管功能的改变,尤其是外周阻力血管端动功能的紊乱,引起循环障碍[中医杂志 1991;(10):46]。

湖南医学院对辨证为肝郁脾虚的 300 多例患者进行了多方面的检测,发现肝郁脾虚的主要变化有:植物神经功能失调,环核苷酸 cAMP / cGMP 比值下降,血粘度升高、红细胞电泳时间延长,小肠吸收功能降低。四项重要变化的同步出现率 65%,说明肝郁脾虚证主要是神经体液失调,气血运行及消化机能障碍的综合表现。患者经疏肝健脾药治疗后,显示有效,多项指标也有不同程度的改善[中西医结合杂志 1985;(12):732] 谢氏等采用中西结合的方法治疗抑郁性神经症。治疗组:给予抗抑郁剂丙酮嗪 75.125mg / d 的同时配合中药每日 1 剂,肝气郁结型:柴胡疏肝散加味;心脾两虚型:用归脾汤加味治疗。对照组:仅予抗抑郁剂丙酮嗪 75-125mg / 日。结果表明,治疗组总有效率均为 100%,总有效率无明显差别(P>0.05),但中西医结合治疗组的痊愈率和显效率明显高于单用西药组(P 均<0.05),且副作用明显较单用西药治疗者轻、少[中医药导报 1999;(5):17] 信李氏用黄连芩蒲温胆汤(黄连、芩蒲、竹茹、枳实、陈皮、甘草、半夏、柴胡、厚朴、茯苓、生姜)加味治疗郁症 32 例,全部治愈[陕西中医 1997;(4):174]。

神经官能症的治疗研究

神经官能症是一种常见病,估计约占综合性医院内科门诊的 10%左右。其起病常与精神因素有关,临床表现与中医的郁证有许多类似之处,应用中医药治疗常有较好效果[实用内科学 1986;2133]。

中国中西医结合研究会精神病专业委员会将神经官能症辨证分为六型:肝郁化火型、肝郁脾虚型、心脾两虚型、肝肾阴虚型、脾肾两虚型、其他型[中西医结合杂志 1989;(10):615]。上海龙华医院认为神经官能症多由心虚肝郁所致,治疗以甘麦大枣汤为基础方,兼肝肾阴虚

加二至丸,心脾亏虚加参苓**白朮**散,气滞血瘀加活血化瘀药,痰蒙清窍加温胆汤。所治 75 例,总有效率为 93.3%[上海中医药杂志 1989;(7):15]。解放军 208 医院以自拟方治疗神经官能症(主要为神经衰弱)40 例,另有 52 例除用中药外还配合电兴奋疗法,紫组有效率分别为 87.5%及 90.4%[中西医结合杂志 1986;(12):713]。河南中医学院第一附属医院邵氏用辨证论治的方法,治疗神经衰弱、焦虑症等属于郁证范畴者 236 例,中医辨证分 5 型,(1)肝气郁结型:治以疏肝理气解郁;(2)阴虚火旺型:治以滋阴清热、镇心安神;(3)心脾两虚型:治以健脾养心,益气补血;(4)忧郁伤神型:治以养心安神;(5)气虚血瘀型:治以益气养心、化瘀安神。西药对照组以盐酸**芬妥辛**片、谷**氨酸**片、利眠盛片、多虑平片、颅痛定片配合治疗。结果表明:中医辨证论治郁证具有疗效高,可重复性强,治愈或缓解后不易反复,无毒副作用等优点[中国医药学报 1995;10(3):31]。

綵氏用桃红四物汤加味治脏躁 40 例,均有较好效果[北京中医学院学报 1984;(4):33]。信宋氏统计了 1960-1986 年国内公开发行的 16 种期刊 30 篇文章,用甘麦**大枣**汤治脏躁病 189 例,全部加味使用;无效的 68 例中,50 例使用原方,18 例加味使用。认为甘麦**大枣**汤对脏躁病有效,但必须配伍其他方药才能收到更好的效果[中国医药学报 1987;(4):48]。

徐氏认为用半夏**厚朴**汤治梅核气效果不著时,应进一步调整方药,可加入**合欢花**、**郁金**、**香附**、**佛手**解郁理气;症兼咽干、咽痛、口干、舌红,治当清化理气,用山梔、丹皮、海**蛤**、**浙贝母**、**木蝴蝶**、**桔梗**等;梅核气症状较重,咽中不适且不利者,宜加宜通之晶,如**通草**、**威灵仙**、**石菖蒲**、王不留行等[中医杂志 1990;(1):37]。华氏以**旋覆花**、代**赭石**、全**瓜蒌**、**薤白**、半夏、**黄连**、**枳实**、**厚朴**、**姜黄**、**路路通**、**降香**等为基本方,治疗梅核气 30 例[天津中医 1993;(1):37];薛氏用旋覆代赭汤加味治疗癔症球 45 例,均有较好效果[上海中医药杂志 1984;(4):18]。

第二节 血证

凡由多种原因引起火热熏灼或气虚不摄，致使血液不循常道，或上溢于口鼻诸窍，或下泄于前后二阴，或渗出于肌肤所形成的疾患，统称为血证。也就是说，非生理性的出血性疾患，称为血证。在古代医籍中，亦称为血病或失血。

血证是涉及多个脏腑组织，而临床又璠为常见的一类病证。它既可以单独出现，又常伴见其他病证的过程中。中医学对血证具有系统而有特色的理论认识，积累了丰富的临床经验，形成了许多有效的治疗方药，对多种血证尤其是轻中度的出血，大多能获得良好的疗效。

早在《内经》即对血的生理及病理有较深入的认识。有关篇章对血溢、血泄、衄血、咳血、呕血、溺血、溲血、便血等病证作了记载，并对引起出血的原因及部分血证的预后有所论述。《金匱要略·悸悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》最早记载了泻心汤、柏叶汤、黄土汤等治疗吐血、便血的方剂，沿用至今。《诸病源候论·血病诸侯》将血证称为血病，对各种血证的病因病机作了较详细的论述。《备急千金要方》收载了一些较好的治疗血证的方剂，至今仍广泛应用的犀角地黄汤即首载于该书。《济生方·失血论治》认为失血可由多种原因导致，“所致之由，因大虚损，或饮酒过度，或强食过饱，或饮啖辛热，或忧思恚怒”，而对血证的病机，则强调因于热者多。《素问玄机原病式·热类》亦认为失血主要由热盛所致。《医学正传·血证》率先将各种出血病证归纳在一起，并以“血证”之名概之。自此之后，血证之名即为许多医家所采用。《先醒斋医学广笔记·吐血》提出了著名的治吐血三要法，强调了行血、补肝、降气在治疗吐血中的重要作用。《景岳全书·血证》对血证的内容作了比较系统的归纳，将引起出血的病机提纲挈领地概括为“火盛”及“气虚”两个方面。《血证论》是论述血证的专书，对各种血证的病因病机、辨证论治均有许多精辟论述，该书所提出的止血、消瘀、盛血、补血的治血四法，确实是通治血证之大纲。

血证的范围相当广泛，凡以出血为主要临床表现的内科病症，均属本证的范围。本节讨论内科常见的鼻衄、齿衄、咳血、吐血、便血、尿血、紫斑等血证。

西医学中多种急慢性疾病所引起的出血，包括呼吸、消化、泌尿系统疾病有出血症状者，以及造血系统病变所引起的出血性疾病，均可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 感受外邪：外邪侵袭、损伤脉络而引起出血，其中以感受热邪所致者为多。如风、热、燥邪损伤上部脉络，则引起衄血、咳血、吐血；热邪或湿热损伤下部脉络，则引起尿血、便血。

2. 情志过璠忧思恼怒过度，肝气郁结化火，肝火上逆犯肺则引起衄血、咳血；肝火横逆犯胃则引起吐血。

3. 饮食不节饮酒过多以及过食辛辣厚味，或滋生湿热，热伤脉络，引起衄血、吐血、便血；或损伤脾胃，脾胃虚衰，血失统摄，而引起吐血、便血。

4. 劳倦过度心主神明,神劳伤心;脾主肌肉,体劳伤脾;肾主藏精,房劳伤肾。劳倦过度会导致心、脾、肾气阴的损伤。若损伤于气,则气虚不能摄血,以致血液外溢而形成衄血、吐血、便血、紫斑;若损伤于阴,则阴盛火旺,迫血妄行而致衄血、尿血、紫斑。

5. 久病或热病之后久病或热病导致血证的机理主要有三个方面:久病或热病使阴精伤耗,以致阴虚火旺,迫血妄行而致出血;久病或热病使正气亏损,气虚不摄,血溢脉外而致出血;久病人络,使血脉瘀阻,血行不畅,血不循经而致出血。

当各种原因导致脉络损伤或血液妄行时,就会引起血液溢出脉外而形成血证。正如《三因谱一病证方论·失血叙论》说:“夫血犹水也,水由地中行,百川皆理,则无壅决之虞。血之周流于人身荣、经、府、俞,外不为四气所伤,内不为七情所郁,自然顺适。万一微爽节宣,必致壅闭,故血不得循经流注,营养百脉,或泣或散,或下而亡反,或逆而上溢,乃有吐、衄、便、利、汗、痰诸证生焉。”

上述各种原因之所以导致出血,其共同的病机可以归结为火热熏灼、迫血妄行及气虚不摄、血溢脉外紫类。正如《景岳全书·血证》说:“血本阴精,不宜动也,而动则为病。血主荣气,不宜损也,而损则为病。盖动者多由于火,火盛则逼血妄行;损者多由于气,气伤则血无以存。”在火热之中,又有实火及虚火之分,外感风热燥火,湿热内蕴,肝郁化火等,均属实火;而阴虚火旺之火,则属虚火。气虚之中,又有仅见气虚和气损及脾、脾气亦虚之别。

从证候的虚实来说,由火热亢盛所致者属于实证;由阴虚火旺及气虚不摄所致者,则属于虚证。实证和虚证虽各有其不同的病因病机,但在疾病发展变化的过程中,又常发生实证向虚证的转化,如开始为火盛气逆,迫血妄行,但在反复出血之后,则会导致阴血亏损,虚火内生;或因出血过多,血去气伤,以致气虚脾衰,不能摄血。因此,在某些情况下,阴虚火旺及气虚不摄,既是引起出血的病理因素,又是出血所导致的结果。

此外,出血之后,已离经脉而未排出体外的血液,留积体内,蓄结而为瘀血,瘀血又会妨碍新血的生长及气血的正常运行。

【临床表现】

血证具有明显的证候特征,即表现血液或从口、鼻,或从尿道、肛门,或从肌肤而外溢。出血既是一个常见的症状,又是一个常见的体征,患者及家属一般均对此高度重视,常能做到快速求医诊治。

血证以出血为突出表现,随其病因、病位的不同,而表现为鼻衄、齿衄、咳血、吐血、便血、尿血、紫斑等。随病情轻重及原有疾病的不同,则有出血量或少或多、病程或短或长及伴随症状等的不同。与出血同时出现的症状及体征,以火热亢盛、阴虚火旺及正气亏虚证候为多见,所以掌握这三种证候的特征,对于血证的辨证论治具有重要意义。

热盛迫血证:多发生在血证的初期,大多起病较急,出血的同时,伴有发热,烦躁,口渴欲饮,便秘,尿黄,舌质红,苔黄,少津,脉弦数或滑数等症。

阴虚火旺证：一般起病较缓，或由热盛迫血证蔓延转化而成。表现为反复出血，伴有口干咽燥、颧红、潮热、盗汗、头晕、耳鸣、腰膝酸软、舌质红、苔少、脉细数等症。

气虚不摄证：多见于病程较长，久病不愈的出血患者。表现为起病较缓，反复出血，伴有神情倦怠，心悸，气短懒言，头晕目眩，食欲不振，面色苍白或萎黄，舌质淡，脉弱等症。

【诊断】

鼻衄

凡血自鼻道外溢而非因外伤、倒经所致者，均可诊断为鼻衄。

齿衄

血自齿龈或齿缝外溢，且排除外伤所致者，即可诊断为齿衄。

咳血

(1) 多有慢性咳嗽、痰喘、肺癆等肺系病证。

(2) 血由肺、气道而来，经咳嗽而出，或觉喉痒胸闷一咯即出，血色鲜红，或夹泡沫，或痰血相兼、痰中带血。

(3) 实验室检查，如白细胞及分类、血碇、痰培养细菌、痰检查抗酸杆菌及脱落细胞，以及胸部 X 线检查、支气管镜检或造影、胸部 Cr 等，有助于进一步明确咳血的病因。

吐血

(1) 有胃痛、胁痛、黄疸、症积等宿疾。

(2) 发病急骤，吐血前多有恶心、胃脘不适、头晕等症。

(3) 血随呕吐而出，常会有食物残渣等胃内容物，血色多为咖啡色或紫暗色，也可为鲜红色，大便色黑如漆，或呈暗红色。

(4) 实验室检查，呕吐物及大便潜血试验阳性。纤维胃镜、上消化道钡餐造影、B 超声波等检查可进一步明确引起吐血的病因。

便血

(1) 有胃肠道溃疡、炎症、息肉、憩室或肝硬化等病史。

(2) 大便色鲜红、暗红或紫暗，或黑如柏油样，次数增多。

(3) 实验室检查如大便潜血试验阳性。

尿血

(1) 小便中混有血液或夹有血丝，或如浓茶或呈洗肉水样，排尿时无疼痛。

(2) 实验室检查，小便在显微镜下可见红细胞。

紫斑

(1) 肌肤出现青紫斑点，小如针尖，大者融合成片，压之不褪色。

(2)紫斑好发于四肢,尤以下肢为甚,常反复发作。

(3)重者可伴有鼻衄、齿衄、尿血、便血及崩漏。

(4)小儿及成人皆可患此病,但以女性为多见。

(5)辅助检查。血、尿常规,大便潜血试验,血小板计数,出凝血时间,血管收缩时间,凝血酶原时间,毛细血管脆性试验及骨髓穿刺,有助于明确出血的病因,帮助诊断。

【鉴别诊断】

鼻衄

1.与外伤鼻衄鉴别因撞伤、捺鼻等引起血管破裂而致鼻衄者,出血多在损伤的一侧,且经局部止血治疗不再出血,没有全身症状,与内科所论鼻衄有别。

2.与经行衄血鉴别经行衄血又名倒经、逆经,其发生与月经周期有密切关系,多于经行前期或经期出现,与内科所论鼻衄机理不同。

齿衄

与舌衄相鉴别齿衄为血自齿缝、牙龈溢出;舌衄为血出自舌面,舌面上常有如针眼样出血点,与齿衄不难鉴别。

咳血

1.与吐血相鉴别咳血与吐血血液均经口出,但紫者截然不同。咳血是血由肺来,经气道随咳嗽而出,血色多为鲜红,常混有痰液,咳血之前多有咳嗽、胸闷、喉痒等症状,大量咳血后,可见痰中带血数天,大便一般不呈黑色;吐血是血自胃而来,经呕吐而出,血色紫暗,常夹有食物残渣,吐血之前多有胃脘不适或胃痛、恶心等症状,吐血之后无痰中带血,但大便多呈黑色。

2.与肺痈相鉴别肺痈患者的咳血多由风温转变而来,常为脓血相兼,气味腥臭。初期也可见风热袭于肺卫的证候,当演变到吐脓血阶段时,多伴壮热、烦渴、胸痛、舌质红、苔黄腻、脉滑数等热毒炽盛证候,以此可与咳血证相鉴别。

3.与口腔出血相鉴别鼻咽部、牙龈及口腔其他部位的出血,常为纯血或血随唾液而出,血量少,并有口腔、鼻咽部病变的相应症状可寻,可与咳血相区别。

吐血

1.与咳血相鉴别见上文所述。

2.排除鼻腔、口腔及咽喉出血这些部位出血,血色鲜红,不夹杂食物残渣,在五官科作有关检查即可明确具体部位。

便血

1.与痢疾相鉴别痢疾初起有发热恶寒等症,其便血为脓血相兼,且有腹痛、里急后重、肛门灼热等症。便血无里急后重,无脓血相兼,与痢疾不同。

2. 与痔疮相区别痔疮属外科疾病,其大便下血的特点为便时或便后出血,常伴有肛门异物感或疼痛,作肛门直肠检查时,可发现内痔或外痔,与内科所论之便血不难鉴别。

尿血

1. 与血淋相鉴别血淋与尿血均可见血随尿出,以小便时痛与不痛为其鉴别要点,不痛者为尿血,痛(滴沥刺痛)者为血淋。

2. 与石淋相鉴别紫者均有血随尿出。但石淋尿中时有沙石夹杂,小便涩滞不畅,时有小便中断,或伴腰腹绞痛等症,若沙石从小便排出则痛止,此与尿血不同。

紫斑

1. 与出疹相鉴别紫斑与出疹均有局部肤色的改变,紫斑呈点状者需与出疹的疹点区别。紫斑隐于皮内,压之不褪色,触之碍手;疹高出于皮肤,压之褪色,摸之碍手。且二者成因、病位均有不同。

2. 与温病发斑相鉴别紫斑与温病发斑在皮肤表现的斑块方面,区别不大。但紫者病情病势预后迥然有别。温病发斑发病急骤,常伴有高热烦躁、头痛如劈、昏狂谵语、四肢抽搐、鼻衄、齿衄、便血、尿血、舌质红绛等,病情险恶多变;杂病发斑(紫斑)病势较缓,常有反复发作史,也有突然发生者,虽时有热毒亢盛表现,但一般舌不红绛,不具有温病传变急速之征。

3. 与丹毒相鉴别丹毒属外科皮肤病,以皮肤色红如丹得名,轻者压之褪色,重者压之不褪色,但其局部皮肤灼热肿痛与紫斑有别。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨病证的不同血证具有明确而突出的临床出现 出血,一般不易混淆。但由于引起出血的原因以及出血部位的不同,应注意辨清不同的病证。例如:从口中吐出的血液,有吐血与咳血之分;小便出血有尿血与血淋之别;大便下血则有便血、痔疮、痢疾之理。应根据临床表现、病史等加以鉴别。

2. 辨脏腑病变之理同一血证,可以由不同的脏腑病变而引起,应注意辨别。例如:同属鼻衄,但病变脏腑有在肺、在胃、在肝的不同;吐血有病在胃及病在肝之别;齿衄有病在胃及在肾之分;尿血则有病在膀胱、肾或脾的不同。

3. 辨证候之寒热虚实血证由火热熏灼,热迫血行引起者为多。但火热之中,有实火及虚火的区别。血证有实证及虚证的不同,一般初病多实,久病多虚;由实火所致者属实,由阴虚火旺、气虚不摄血甚至脾气虚衰所致者属虚。证候的寒热虚实不同,则治法各理,应注意辨明。

治疗原则

治疗血证,应针对各种血证的病因病机及损伤脏腑的不同,结合证候虚实及病情轻重而辨证论治。《景岳全书·血证》说:“凡治血证,须知其要,而血动之由,惟火惟气耳。故察火者但

察其有火无火，察气者但察其气虚气实。知此四者而得其所以，则治血之法无余义矣。”概而言之，对血证的治疗可归纳为治火、治气、治血三个原则。

1. 治火火热熏灼，损伤脉络，是血证最常见的病机，应根据证候虚实的不同，实火当清热泻火，虚火当滋阴降火。并结合受病脏腑的不同，分别选用适当的方药。

2. 治气气为血帅，气能统血，血与气密切相关，故《医贯·血症论》说：“血随乎气，治血必先理气。”对实证当清气降气，虚证当补气益气。

3. 治血《血症论·吐血》说：“存得一分血，便保得一分命。”要警到治血的目的，最主要的是根据各种证候的病因病机进行辨证论治，其中包括适当地选用凉血止血、收敛止血或活血止血的方药。

分证论治

以下分别叙述鼻衄、齿衄、咳血、吐血、便血、尿血、紫斑等共七种类型的辨证论治。

『鼻衄』

鼻腔出血，称为鼻衄。它是血证中最常见的一种。鼻衄多由火热迫血妄行所致，其中肺热、胃热、肝火为常见。另有少数病人，可由正气亏虚，血失统摄引起。

鼻衄可因鼻腔局部疾病及全身疾病而引起。内科范围的鼻衄主要见于某些传染病、发热性疾病、血液病、风湿热、高血压、维生素缺乏症、化学药品及药物中毒等引起的鼻出血。

至于鼻腔局部病变引起的鼻衄，一般属于五官科的范畴。

·热邪犯肺

症状：鼻燥衄血，口干咽燥，或兼有身热、咳嗽痰少等症，舌质红，苔薄，脉数。

治法：清泄肺热，凉血止血。

方药：桑菊饮。

方中以桑叶、菊花、薄荷、连翘辛凉轻透，宜散风热；桔梗、杏仁、甘草宣降肺气，利咽止咳；芦根清热生津。可加丹皮、茅根、旱莲草、侧柏叶凉血止血。肺热盛而无表证者，去薄荷、桔梗，加黄芩、栀子清泄肺热；阴伤较甚，口、鼻、咽干燥显著者，加玄参、麦冬、生地养阴润肺。

·胃热炽盛

症状：鼻衄，或兼齿衄，血色鲜红，口渴欲饮，鼻干，口干臭秽，烦躁，便秘，舌红，苔黄，脉数。

治法：清胃泻火，凉血止血。

方药：玉女煎。

方中以石膏、知母清胃泻火，地黄、麦冬养阴清热，牛膝引血下行，共奏泻火养阴，凉血止血的功效。

可加大蓟、小蓟、[白茅根](#)、[藕节](#)等凉血止血。热势甚者，加山栀、丹皮、[黄芩](#)清热泻火；大便秘结者，加生[大黄](#)通腑泻热；阴伤较甚，口渴、舌红苔少、脉细数者，加[天花粉](#)、石斛、[玉竹](#)养胃生津。

·肝火上炎

症状：鼻衄，头痛，目眩，耳鸣，烦躁易怒，面目红赤，口苦，舌红，脉弦数。

治法：清肝胃火，凉血止血。

方药：龙胆泻肝汤。

方中以龙胆草、[柴胡](#)、[栀子](#)、[黄芩](#)清肝泻火；木通、[泽泻](#)、[车前子](#)清利湿热；生地、[当归](#)、[甘草](#)滋阴养血，使泻中有补，清中有养。

可酌加[白茅根](#)、[蒲黄](#)、大蓟、小蓟、[藕节](#)等凉血止血。若阴液亏耗，口鼻干燥，舌红少津，脉细数者，可去[车前子](#)、[泽泻](#)、[当归](#)，酌加玄参、[麦冬](#)、女贞子、旱莲草养阴清热。

·气血亏虚

症状：鼻衄，或兼齿衄、肌衄，神疲乏力，面色苍白，头晕，耳鸣，心悸，夜寐不宁，舌质淡，脉细无力。

治法：补气摄血。

方药：归脾汤。

本方由四君子汤和[当归](#)补血汤加味而成。方中以四君子汤补气健脾；[当归](#)、[黄芪](#)益气生血；[酸枣仁](#)、[远志](#)、[龙眼肉](#)补心益脾，安神定志；[木香](#)理气醒脾，使之补而不滞。全方具有补养气血、健脾养心及益气摄血的作用。可加仙鹤草、[阿胶](#)、[茜草](#)等加强其止血作用。

对以上各种证候的鼻衄，除内服汤药治疗外，鼻衄当时，应结合局部用药治疗，以期及时止血。可选用：局部用云南白药止血；用棉球将[青黛](#)粉塞入鼻腔止血；用湿棉条将塞鼻散（百草霜 15g，龙骨 15g，枯矾 60g，共研细末）塞鼻等。

『齿衄』

齿龈出血称为齿衄，又称为牙衄、牙宣。以阐明经脉入于齿龈，齿为骨之余，故齿衄主要与胃肠及肾的病变有关。

齿衄可由齿龈局部病变或全身疾病所引起。内科范围的齿衄，多由血液病、维生素缺乏症及肝硬化等疾病所引起。至于齿龈局部病变引起的齿衄，一般属于口腔科范围。

·胃火炽盛

症状：齿衄血色鲜，齿龈红肿疼痛，头痛，口臭，舌红，苔黄，脉洪数。

治法：清胃泻火，凉血止血。

方药：加味清胃散合泻心汤。

加味清胃散中，以生地、丹皮、[水牛角](#)清热凉血，[黄连](#)、[连翘](#)清热泻火，[当归](#)、[甘草](#)养血和中。合用泻心汤以增强其清热泻火的作用。

可酌加[白茅根](#)、大蓟、小蓟、[藕节](#)等凉血止血。烦热口渴者，加石膏、[知母](#)清热除烦。

·阴虚火旺

症状：齿衄，血色淡红，起病较缓，常因受热及烦劳而诱发，齿摇不坚，舌质红，苔少，脉细数。

治法：滋阴降火，凉血止血。

方药：六味[地黄](#)丸合茜根散。

六味[地黄](#)丸滋阴补肾，滋阴降火；茜根散滋阴养血，凉血止血。二方合用，互为补充，适用于肾阴亏虚，虚火上炎之齿衄。

可酌加[白茅根](#)、仙鹤草、[藕节](#)以凉血止血。虚火较甚而见低热、手足心热者，加[地骨皮](#)、[白薇](#)、[知母](#)清退虚热。

『咳血』

血由肺及气管外溢，经口而咳出，表现为痰中带血，或痰血相兼，或纯血鲜红，间夹泡沫，均称为咳血，亦称为嗽血或咯血。

多种杂病及温热病都会引起咳血。内科范围的咳血，主要见于呼吸系统的疾病，如支气管扩张症，急性气管-支气管炎、慢性支气管炎、肺炎、肺结核、肺癌等。其中由肺结核、肺癌所致者，尚需参阅本书的肺癆及肺癌章节。温热病中的风温、暑温都会导致咳血，详见温病学的有关部分。

·燥热伤肺

症状：喉痒咳嗽，痰中带血，口干鼻燥，或有身热，舌质红，少津，苔薄黄，脉数。

治法：清热润肺，盛络止血。

方药：桑杏汤。

方中以[桑叶](#)、[栀子](#)、[淡豆豉](#)清宣肺热，沙参、梨皮养阴清热，贝母、杏仁肃肺止咳。

可加[白茅根](#)、[茜草](#)、[藕节](#)、[侧柏叶](#)凉血止血。出血较多者，可再加用云南白药或[三七](#)粉冲服。兼见发热，头痛，咳嗽，咽痛等症，为风热犯肺，加银花、[连翘](#)、牛蒡予以辛凉解表，清热利咽；津伤较甚，而见干咳无痰，或痰粘不易咯出，苔少舌红乏津者，可加[麦冬](#)、玄参、[天冬](#)、[天花粉](#)等养阴润燥。痰热壅肺，肺络受损，症见发热，面红，咳嗽，咳血，咯痰黄稠，舌红，苔黄，脉数者，可改用清金化痰汤去[桔梗](#)，加大蓟、小蓟、[茜草](#)等，以清肺化痰，凉血止血；热势较甚，咳血较多者，加[金银花](#)、[连翘](#)、[黄芩](#)、[芦根](#)，及冲服[三七](#)粉。

·肝火犯肺

症状:咳嗽阵作,痰中带血或纯血鲜红,胸胁胀痛,烦躁易怒,口苦,舌质红,苔薄黄,脉弦数。

治法:清肝泻火,凉血止血。

方药:泻白散合黛蛤散。

合用之后,以桑白皮、地骨皮清泻肺热,海蛤壳、甘草清肺化痰,青黛清肝凉血。

可酌加生地、旱莲草、白茅根、大小蓟等凉血止血。肝火较甚,头晕自赤,心烦易怒者,加丹皮、栀子、黄芩清肝泻火;若咳血量较多,纯血鲜红,可用犀角地黄汤加三七粉冲服,以清热泻火,凉血止血。

·阴虚肺热

症状:咳嗽痰少,痰中带血或反复咳血,血色鲜红,口干咽燥,颧红,潮热盗汗,舌质红,脉细数。

治法:滋阴润肺,盛络止血。

方药:百合固金汤。

本方以百合、麦冬、玄参、生地、熟地滋阴清热,养阴生津;当归、白芍柔润养血;贝母、甘草肃肺化痰止咳。方中之桔梗其性升提,于咳血不利,在此宜去。

可加白及、藕节、白茅根、茜草等止血,或合十灰散凉血止血。反复咳血及咳血量多者,加阿膠、三七养血止血;潮热、颧红者,加青蒿、鳖甲、地骨皮、白薇等清退虚热;盗汗加糯稻根、浮小麦、五味子、牡蛎等收敛固涩。

『吐血』

血由胃来,经呕吐而出,血色红或紫黯,常夹有食物残渣,称为吐血,亦称为呕血。

古代曾将吐血之有声者称为呕血,无声者称为吐血。但从临床实际情况看,呕者不易严格区别,且在治疗上亦无区分的必要,正如《医碥·吐血》说:“吐血即呕血。旧分无声曰吐,有声曰呕,不必。”

吐血主要见于上消化道出血,其中以消化性溃疡出血及肝硬化所致的食管、胃底静脉曲张破裂最多见。其次见于食管炎,急慢性胃炎,胃粘膜脱垂症等,以及某些全身性疾病(如血液病、尿毒症、应激性溃疡)引起的出血。

·胃热壅盛

症状:脘腹胀闷,甚则作痛,吐血色红或紫黯,常夹有食物残渣,口臭,便秘,大便色黑,舌质红,苔黄腻,脉滑数。

治法:清胃泻火,化瘀止血。

方药:泻心汤合十灰散。

泻心汤由**黄芩**、**黄连**、**大黄**组成，具有苦寒泻火的作用。《血证论·吐血》说：“方名泻心，实则泻胃。”十灰散凉血止血，兼能化瘀。其中**大蓟**、**小蓟**、**侧柏叶**、**茜草根**、**白茅根**清热凉血止血，**棕榈炭**收敛止血，**丹皮**、**栀子**清热凉血，**大黄**通腑泻热，且**大蓟**、**小蓟**、**茜草根**、**大黄**、**丹皮**等药均兼有活血化瘀的作用，故全方具有止血而不留瘀的优点。胃气上逆而见恶心呕吐者，可加代**赭石**、**竹茹**、**旋覆花**和胃降逆；热伤胃阴而表现口渴、舌红而干、脉象细数者，加**麦冬**、**石斛**、**天花粉**养胃生津。

·肝火犯胃

症状：吐血色红或紫黯，口苦胁痛，心烦易怒，寐少梦多，舌质红绛，脉弦数。

治法：泻肝清胃，凉血止血。

方药：龙胆泻肝汤。

本方具有清肝泻火的功效，可加**白茅根**、**藕节**、旱莲草、**茜草**，或合用十灰散，以加强凉血止血的作用。胁痛甚者，加**郁金**、制**香附**理气活络定痛。

·气虚血溢

症状：吐血缠绵不止，时轻时重，血色暗淡，神疲乏力，心悸气短，面色苍白，舌质淡，脉细弱。

治法：健脾养心，益气摄血。

方药：归脾汤。

可酌加仙鹤草、白及、乌贼骨、**炮姜炭**等以温经固涩止血。

若气损及脾，脾胃虚寒，症见肤冷、畏寒、便溏者，治宜温经摄血，可改用柏叶汤。方中以**侧柏叶**凉血止血，艾叶、**炮姜炭**温经止血，童便化瘀止血，共奏温经止血之效。

上述三种证候的吐血，若出血过多，导致气随血脱，表现面色苍白、四肢厥冷、汗出、脉微等症者，亟当益气固脱，可用独参汤等积璜救治。

『便血』

便血系胃肠脉络受损，出现血液随大便而下，或大便显柏油样为主要临床表现的病证。

便血均由胃肠之脉络受损所致。内科杂病的便血主要见于胃肠道的炎症、溃疡、肿瘤、息肉、憩室炎等。

·肠道湿热

症状：便血色红，大便不畅或稀溏，或有腹痛，口苦，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

治法：清化湿热，凉血止血。

方药：**地榆散**合**槐角丸**。

地榆散以**地榆**、**茜草**凉血止血；**栀子**、**黄芩**、**黄连**清热燥湿，泻火解毒；**茯苓**淡渗利湿。**槐角丸**以**槐角**、**地榆**凉血止血，**黄芩**清热燥湿，**防风**、**枳壳**、**当归**疏风理气活血。上述各方均能

清热化湿、凉血止血，但黎方比较，[地榆](#)散清化湿热之力较强，而[槐角](#)丸则兼能理气活血，可根据临床需要酌情选用。

若便血日久，湿热未尽而营阴已亏，应清热除湿与补益阴血双管齐下，以虚实兼顾，扶正祛邪。可选用清脏汤或脏连丸。清脏汤中，以[黄连](#)、[黄芩](#)、[栀子](#)、[黄柏](#)清热燥湿，[当归](#)、川芎、[地黄](#)、芍药养血和血，[地榆](#)、[槐角](#)、[阿襟](#)、[侧柏叶](#)养血凉血止血。脏连丸中，以[黄连](#)、[黄芩](#)清热燥湿，[当归](#)、[地黄](#)、[赤芍](#)、猪大肠养血补脏，[槐花](#)、[槐角](#)、[地榆](#)凉血止血，[荆芥](#)、[阿襟](#)养血止血。黎方比较，清脏汤的清热燥湿作用较强，而脏连丸的止血作用较强，可酌情选用。

·气虚不摄·

症状：便血色红或紫黯，食少，体倦，面色萎黄，心悸，少寐，舌质淡，脉细。

治法：益气摄血。

方药：归脾汤。

可酌加[槐花](#)、[地榆](#)、白及、仙鹤草，以增强止血作用。

·脾胃虚寒·

症状：便血紫黯，甚则黑色，腹部隐痛，喜热饮，面色不华，神倦懒言，便溏，舌质淡，脉细。

治法：健脾温中，养血止血。

方药：黄土汤。

方中以礞心土温中止血；[白术](#)、[附子](#)、[甘草](#)温中健脾；[地黄](#)、[阿襟](#)养血止血；[黄芩](#)苦寒坚阴，起反佐作用。

可加白及、乌贼骨收敛止血，[三七](#)、[花蕊石](#)活血止血。脾虚较甚，畏寒肢冷者，可加[鹿角](#)霜、[炮姜](#)、艾叶等温脾止血。

轻症便血应注意休息，重症者则应卧床。可根据病情进食流质、半流质或无渣饮食。应注意观察便血的颜色、性状及次数。若出现头昏、心慌、烦躁不安、面色苍白、脉细数等症状，常为大出血的征象，应积璜救治。

『尿血』

小便中混有血液，甚或伴有血块的病症，称为尿血。随出血量多少的不同，而使小便呈淡红色、鲜红色，或茶褐色。

以往所谓尿血，一般均指肉眼血尿而言。但随着检测手段的进步，出血量微小，用肉眼不易观察到而仅在显微镜下才能发现红细胞的“镜下血尿”，现在也应包括在尿血之中。

尿血是一种比按常见的病症。西医学所称的肾小球肾炎、泌尿系肿瘤等泌尿系统疾病，以及全身性疾病，如血液病、结缔组织疾病等出现的血尿，均可参考本篇辨证论治。

·下焦湿热·

症状：小便黄赤灼热，尿血鲜红，心烦口渴，面赤口疮，夜寐不安，舌质红，脉数。

治法：清热泻火，凉血止血。

方药：小蓟饮子。

方中以小蓟、生地、[藕节](#)、[蒲黄](#)凉血止血；[栀子](#)、木通、竹叶清热泻火；[滑石](#)、[甘草](#)利水清热，导热下行；[当归](#)养血活血，共奏清热泻火，凉血止血之功。

热盛而心烦口渴者，加[黄芩](#)、[天花粉](#)清热生津；尿血较甚者，加[槐花](#)、[白茅根](#)凉血止血；尿中夹有血块者，加[桃仁](#)、[红花](#)、[牛膝](#)活血化瘀。

·肾虚火旺

症状：小便短赤带血，头晕耳鸣，神疲，颧红潮热，腰膝酸软，舌质红，脉细数。

治法：滋阴降火，凉血止血。

方药：知柏[地黄丸](#)。

方中以[地黄丸](#)滋补肾阴，“壮水之主，以制阳光”；[知母](#)、[黄柏](#)滋阴降火。

可酌加旱莲草、大蓟、小蓟、[藕节](#)、[蒲黄](#)等凉血止血。颧红潮热者，加[地骨皮](#)、[白薇](#)清退虚热。

·脾不统血

症状：久病尿血，甚或兼见齿衄、肌衄，食少，体倦乏力，气短声低，面色不华，舌质淡，脉细弱。

治法：补脾摄血。

方药：归脾汤。

可加熟地、[阿膠](#)、仙鹤草、[槐花](#)等养血止血，气虚下陷而且少腹坠胀者，可加[升麻](#)、[柴胡](#)，配合原方中的[党参](#)、[黄芩](#)、[白术](#)，以起到益气升脾的作用。

·肾气不固

症状：久病尿血，血色淡红，头晕耳鸣，精神困倦，腰脊酸痛，舌质淡，脉微弱。

治法：补益肾气，固摄止血。

方药：无比[山药丸](#)。

方中以熟地、[山药](#)、山茱萸、怀[牛膝](#)补肾益精，[肉苁蓉](#)、[菟丝子](#)、[杜仲](#)、[巴戟天](#)温肾助脾，[茯苓](#)、[泽泻](#)健脾利水，[五味子](#)、[赤石脂](#)益气固涩。

可加仙鹤草、[蒲黄](#)、[槐花](#)、紫珠草等止血。必要时再酌加[牡蛎](#)、[金樱子](#)、[补骨脂](#)等固涩止血。腰脊酸痛、畏寒神怯者，加[鹿角片](#)、[狗脊](#)温补督脉。

『紫斑』

血液溢出于肌肤之间,皮肤表现青紫斑点或斑块的病症,称为紫斑。亦有称为肌衄及葡萄疫者。如《医宗金鉴·失血总括》说:“皮肤出血曰肌衄。”《医学入门·斑疹》说:“内伤发斑,轻如蚊迹疹子者,多在手足,初起无头痛身热,乃胃虚火游于外。”《外科正宗·葡萄疫》说:“感受四时不正之气,郁于皮肤不散,结成大小青紫斑点,色若葡萄,发在遍体头面,……邪毒传胃,牙根出血,久则虚人,斑渐方退。”

多种外感及内伤的原因都会引起紫斑。外感温热病热入营血所出现的发斑,可参阅温热病学的有关内容。本篇主要讨论内科杂病范围的紫斑。

内科杂病的紫斑,可见于西医学的原发性血小板减少性紫癜及过敏性紫癜。此外,药物、化学和物理因素等引起的继发性血小板减少性紫癜,亦可参考本篇辨证论治。

·血热妄行

症状:皮肤出现青紫斑点或斑块,或伴有鼻衄、齿衄、便血、尿血,或有发热,口渴,便秘,舌红,苔黄,脉弦数。

治法:清热解毒,凉血止血。

方药:十灰散。

方中以大蓟、小蓟、[侧柏叶](#)、[茜草根](#)、[白茅根](#)清热凉血止血,[棕榈](#)皮收敛止血,丹皮、[栀子](#)清热凉血,[大黄](#)通腑泻热。且大蓟、小蓟、[茜草根](#)、[大黄](#)、丹皮等药均兼有活血化瘀的作用,故全方具有止血而不留瘀的优点。热毒炽盛,发热,出血广泛者,加生石膏、龙胆草、[紫草](#),冲服紫雪丹;热壅胃肠,气血郁滞,症见腹痛、便血者,加[白芍](#)、[甘草](#)、[地榆](#)、[槐花](#),缓急止痛,凉血止血;邪热阻滞经络,兼见关节肿痛者,酌加[秦艽](#)、[木瓜](#)、[桑枝](#)等舒筋通络。

·阴虚火旺

症状:皮肤出现青紫斑点或斑块,时发时止,常伴鼻衄、齿衄或月经过多,颧红,心烦,口渴,手足心热,或有潮热,盗汗,舌质红,苔少,脉细数。

治法:滋阴降火,盛络止血。

方药:茜根散。

该方具有滋阴降火、凉血止血的功效,适用于有阴虚火旺表现的血证。方中以[茜草根](#)、[黄芩](#)、[侧柏叶](#)清热凉血止血,生地、[阿胶](#)滋阴养血止血,[甘草](#)和中解毒,临床应用时尚可根据阴虚、火旺的不同情况而适当化裁。

阴虚较甚者,可加玄参、龟板、女贞子、旱莲草养阴清热止血。潮热可加[地骨皮](#)、[白薇](#)、[秦艽](#)清退虚热。

若表现肾阴亏虚而火热不甚,症见腰膝酸软、头晕乏力、手足心热、舌红少苔、脉细数者,可改用六味[地黄](#)丸滋阴补肾,酌加[茜草根](#)、大蓟、[槐花](#)、[紫草](#)等凉血止血,化瘀消斑。

·气不摄血

症状：反复发生肌衄，久病不愈，神疲乏力，头晕目眩，面色苍白或萎黄，食欲不振，舌质淡，脉细弱。

治法：补气摄血。

方药：归脾汤。

本方为益气养血、补气摄血的常用方，可酌情选加仙鹤草、[棕榈炭](#)、[地榆](#)、[蒲黄](#)、[茜草根](#)、[紫草](#)等，以增强止血及化斑消瘀的作用。若兼肾气不足而见腰膝酸软者，可加山茱萸、[菟丝子](#)、续断补益肾气。

上述各种证候的紫斑，兼有齿衄且较甚者，可合用漱口药：生石膏 30G，[黄柏](#) 15G，[五倍子](#) 15G，[儿茶](#) 6G，浓煎漱口，每次 5-10 分钟。

【转归预后】

血证的预后，主要与下述三个因素有关：一是引起血证的原因，一般来说，外感易治，内伤难治，新病易治，久病难治；二是与出血量的多少密切相关。出血量少者病轻，出血量多者病重，甚至形成气随血脱的危急重病；三是与兼见症状有关。出血而伴有发热、咳喘、脉数等症者，一般病情较重。正如《景岳全书·血证》说：“凡失血等证，身热脉大者难治，身凉脉静者易治，若喘咳急而上气逆，脉见弦紧细数，有热不得卧者死。”

【预防与调摄】

注意饮食有节，起居有常。劳逸适度，避免情志过躁。对血证患者要注意精神调摄，消除其紧张、恐惧、忧虑等不良情绪。注意休息，病重者应卧床休息。严密观察病情的发展和变化，若出现头昏、心慌、汗出、面色苍白、四肢湿冷、脉颀或细数等，应及时救治，以防产生厥脱之证。宜进食清淡、易于消化、富有营养的食物，如新鲜蔬菜、水果、瘦肉、蛋等，忌食辛辣香燥、油腻炙娇之品，戒除烟酒。吐血量大或频频吐血者，应暂予禁食，并应积极治疗引起血证的原发疾病。

【结语】

血证以血液不循常道，溢于脉外为共同特点。随出血部位的不同，常见的血证有鼻衄、齿衄、咳血、吐血、便血、尿血、紫斑等多种。外感内伤的多种病因均会导致血证。其基本病机可以归纳为火热熏灼及气虚不摄两大类。在火热之中有实火、虚火之分；在气虚之中有气虚和气损及脾之别。治疗血证主要应掌握治火、治气、治血三个基本原则。实火当清热泻火，虚火当滋阴降火；实证当清气降气，虚证当补气益气。各种血证均应酌情选用凉血止血、收敛止血或活血止血的药物。严密观察病情，做好调摄护理，对促进血证的治愈有重要意义。

【文献摘要】

《璣枢·百病始生》：“筋络伤则血外溢，血外溢则衄血；阴络伤则血内溢，血内溢则后血。”

《素问·大奇论》：“脉至而搏，血衄身热者死。”

《金匱要略·蚤悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》：“心气不足，吐血，衄血，泻心汤主之。”

《太平圣惠方·治尿血诸方》：“夫尿血者，是膀胱有客热，血渗于穠故也。血得热而妄行，故因热流散，渗于穠内而尿血也。”

《三因絜一病证方论，失血叙论》：“夫血犹水也，水由地中行，百川皆理，则无壅决之虞。血之周流于人身荣、经、府、俞，外不为四气所伤，内不为七情所郁，自然顺适，万一微爽节宣，必至壅闭，故血不得循经流注，营养百脉，或注或散，或下而亡返，或逆而上溢，乃有吐、衄、便、利、汗、痰诸证生焉。”

《济生方·血病门》：“夫血之妄行也，未有不因热之所发，盖血得热而淖溢，血气俱热，血随气上，乃吐衄也。”

《医学正传，血证》：“从胃而上溢于口者，曰呕血”；“咳血嗽血者出于肺也”。

《寿世保元，衄血》：“衄血者，鼻中出血也。籀热佛郁，于足籀明而上热则血妄，故衄也，治宜凉血行血为主。”

《先醒斋医学广笔记·吐血》：“吐血三要法：宜行血不宜止血。血不行经络者，气逆上壅也，行血则血循经络，不止自止。止之则血凝，血凝则发热恶食，病日痼矣。宜补肝不宜伐肝。经曰：五脏者，藏精气而不泻者也。肝为将军之官，主藏血。吐血者，肝失其职也。养肝则肝气平而血有所归，伐之肝虚不能藏血，血愈不止矣。宜降气不宜降火。气有余便是火，气降即火降，火降则气不上升，血随气行，无溢出上窍之虞矣。降火必用寒凉之剂，反伤胃气，胃气伤则脾不能统血，血愈不能归经矣。”

《景岳全书·血证》：“血从齿缝牙龈中出者为齿衄，此手足籀明二经及足少阴肾家之病。盖手籀明入下齿中，足籀明入上齿中，又肾主骨，齿者骨之所终也。此虽为齿病，然血出于经，则惟籀明为最”；“便血之与肠辩，本非同类，盖便血者，大便多实而血自下也，肠疝者，因泻痢而见脓血，即痢疾也”。

【现代研究】

鼻衄

1. 辨证论治王氏从五脏辨治鼻衄。分为燥热伤肺灼络、肝经气血上冲、肾经虚火灼络、气不摄血四证。并在辨证的基础上加川牛膝、白茅根、仙鹤草等，以引血归经、活血止血[浙江中医杂志 192; (10): 448L 有人统计 100 例鼻衄患者，中医辨证分型由实火导致者占绝大多数(约 80 例)，阴虚火旺 14 例，气不摄血 5 例，有瘀血见证者占 1 / 4。以活血化瘀、泻火凉血(生地、蒲黄、茜草、丹参、制大黄、仙鹤草、生甘草)为主随证加药，治疗鼻衄 100 例，总有效率为 85%。并通过临床总结出瘀与火是鼻出血的主要原因，祛瘀凉血是基本治则，同时应根据具体病例辨证施治；另外还观察到病人大便是否通畅，面红、目赤等火气上逆征象是否消退，是否抽纱条的重要指征[上海第一医学院活血化瘀研究专辑 1975: 109L 陈氏曾治 5 例卒然暴发鼻出血，且出血量大者，辨证均属胃火所致，予清胃止血汤(生地、生石膏、知母、麦冬、仙鹤草等)获效[河北中医 1993; (3): 15]。

2. 专方专药叶氏结合患者病理生理特点,以健脾止衄汤(党参、茯苓、白术、山药、藕节、仙鹤草等)治疗100例鼻衄患儿,并设西药对照组70例,结果治疗组痊愈率82%,而对照组为18%[中医杂志1993;(10):617]。俞氏以清金止血汤(桑白皮、黄芩、山栀炭、白茅根等)治疗鼻衄143例,并设常规西药对照组144例,结果总有效率治疗组分别为94%和53.5%,有非常显著差异($P < 0.01$)[中国医药学报1988;(1):44]。

3. 外治孙氏以芦荟外用治鼻衄,取芦荟3-6g(研粉),用油纱条粘着,填塞出血鼻腔,适用于急性出血。量多者,或取芦荟0.5-1.0g,加温开水5-10ml搅化,滴入出血鼻腔内,适用于慢性出血,量少较稀者。用此法种方法治疗鼻衄55例均获良效[中医杂志1989;(4):226]。董氏以血余炭、血竭、三七、大黄等做成药膜,折绕成条块状置于出血处,以此法治疗128例多种原因所致的鼻衄均获满意疗效[中医杂志1990;(10):586]。

咳血

1. 辨证论治周氏认为支气管扩张咯血有虚实之分,实证主要责之于肺热和肝火,虚证主要责之于肺肾。外邪、饮食、情志、劳倦往往是支气管扩张咯血诱发或加重的因素。治疗以治火、治气、治血为三大原则。主要分四型论治:痰热蕴肺型、肝火犯肺型、肺胃实火型及阴虚肺热型[黑龙江中医药1993;(1):4]。王氏对肺结核大咯血分七型论治:外邪犯肺型:急需辛凉解表、凉血止血,方用银翘散加味;后服月华丸加味以滋阴润肺。热结肺明型:用“釜底抽薪”之法,方用增液承气汤加味,后用百合固金汤加味。肝火犯肺型:治以清肝泻火、滋阴止血法,服月华丸合四君子汤,滋阴润肺。气阴两虚型:治以益气养阴、降火安络,服六味地黄汤合四君子汤加味。瘀血内停型:祛瘀止血、清肺保津并进,慎用香燥之品。气不摄血型:治以益气养阴、健脾摄血。亡阴亡阳型:急救回阳、益气固脱,用别直参10g、淡附子15g,煎汤频频饮下。若咳血止,继用党参、北沙参、玄参、麦冬、当归等调理[中医杂志1992;(6):337]。

2. 专方专药隗氏治疗支气管扩张咯血118例,治以镇冲止血法,药用代赭石、生地、太子参、百合、桑白皮等随证加味,并配合丸剂治本。继用滋补肝肾、养阴敛肺、散瘀镇冲之品以善后。治疗后经支气管造影复查共75例,支气管扩张情况均有好转,余43例因咯血停止不愿作造影复查。随访1年以上118例患者咯血均已停止,咳嗽、痰量均明显减少[中医杂志1992;(11):667]。陈氏以咯血片(青黛、海蛤粉、黄芩、桑白皮等)治疗205例咯血患者,并设西药对照组95例。治疗组属肺热壅盛者84例,肝火犯肺者53例,阴虚肺热者53例。结果治疗组痊愈率为92.7%,对照组为78.9%。止血时间治疗组平均为 3.77 ± 3.45 天,对照组为 6.03 ± 5.04 天。中医辨证的三种证型间止血平均时间无统计学差异。血液流变学检查显示,咯血患者(尤其是病程较长者)大都存在不同程度的血液粘滞凝集性增高状况。治疗组可使各项指标升高指标明显下降,西药组无此作用。并认为咯血多属痰热壅阻,灼伤肺络所致,其病变部位尤与肺、肝有密切关系。治疗之法贵在澄源而截流[中医杂志1992;(4):30]。李氏以红花鱼腥草注射液雾化吸入治疗顽固性大咯血25例,在大咯血时应急给一次脑垂体后叶素,并设西药组21例,结果治疗组治愈率和止咳有效率均优于对照组[中国中西医结合杂志

1994; (4):251L 薛氏采用自拟白鹤汤(白及、山栀、生地、杏仁、[川贝母](#)、生[黄芩](#)、仙鹤草、[桑白皮](#)、[地骨皮](#)、[花蕊石](#)、黛蛤散、生[甘草](#)、鲜藕汁 30-60ml 另服为主治疗支气管扩张咯血 82 例, 显效 60 例(73.2%), 有效 18 例, 无效 4 例, 总有效率为 95.1%[陕西中医 1996; (5):194L 薛氏用清肺止血汤([南沙参](#)、[黄芩](#)、黑山栀、[蒲黄炒阿胶](#)、紫珠草、[花蕊石](#)、丹皮、[藕节炭](#)、[茜草根](#)、侧柏炭、[三七](#)、白及、生[大黄](#))加味治疗咯血 135 例, 并附设西药对照组 50 例, 紫组均以常规输液、适量输血、纠正电解质紊乱等对症治疗, 1 周后评估疗效。结果: 治疗组痊愈 122 例, 显效 5 例, 有效 2 例, 无效 6 例, 总有效率为 95.56%; 对照组痊愈 37 例, 显效 2 例, 无效 6 例, 有效 2 例, 无效 6 例, 总有效率为 95.56%; 对照组痊愈 37 例, 显效 2 例, 无效 6 例, 总有效率为 84%。止血所需天数: 治疗组为 2.98±1.52 天, 对照组为 5.1±4.73 天, 经统计学处理, 治疗组的痊愈率及总有效率均显著优于西药对照组(P<0.01), 止血所需天数也显著少于西药对照组(P<0.01)[中国中医急症 1997; 6(1):24]。陆氏采用秘红丹([大黄末](#)、生代[赭石](#)、[肉桂](#))治疗老年性支气管扩张咯血 36 例, 经一个疗程后血止者 26 例(72.2%), 2-3 个疗程血止者 7 例(19.4%), 无效者 3 例(8.3%) [陕西中医 1995; (4):147L 杨氏重用仙鹤草(仙鹤草重用至 40g, 可配伍其它止血药)治咯血 16 例, 一般口服 1-5 剂后, 即可止血, 16 例病人全部有效[四川中医 1995; (8):33] 信王氏以白及 15g, [桔梗](#) 10g, 旱莲草 60g, [夏枯草](#) 30g 等药治疗各种咯血 62 例。每日 1-2 剂, >300ml 者可加用抗生素静滴。其中原发病为肺结核病者 32 例, 支气管扩张 20 例, 慢性支气管炎 3 例, 原因不明者 7 例; 咯血量<100ml 者 30 例, 100-300ml 者 25 例, >300ml 者 7 例。结果: 咯血量 100ml 以内者 1-2 剂全部治愈(咯血停止 3 天以上); 咯血 300ml 以上者 4-7 剂治愈 24 例, 显效(咳嗽时仍带少量血丝) 1 例; 咯血量在 300ml 以上者治愈 5 例, 显效 2 例, 总治愈率为 95.2%[中西医结合实用临床急救 1996; (9):386]

吐血、便血

吐血与便血是上消化道出血的特殊症状, 在引起上消化道出血的疾病中以溃疡病及门静脉高压症最常见。一般门静脉高压以吐血为常见, 溃疡病以便血为多见。近年来中医治疗上消化道出血的临床及实验研究, 取得较好成绩, 尤其是对胃、十二指肠溃疡出血的治疗研究, 更是取得了可喜成果。

1. 辨证论治综合各地经验, 其中最基本的证型主要有三型: 一是胃火炽盛型, 治疗着重在清胃泻火、凉血止血, 常用三黄泻心汤、[大黄甘草汤](#)加味; 二是脾胃气虚型, 治宜益气养血摄血, 代表方如归脾汤、黄土汤; 三是寒热虚实夹杂型, 常用半夏泻心汤加[大黄](#)、[黄芩](#)、白及等。在此三型基础上, 再随证增味[中医杂志 1988; (5):375]。

2. 专病专药程氏以泻心汤加味治疗上消化道出血 24 例, 结果全部病例止血成功。大便潜血转阴时间 2-7 日, 并总结本病的治疗经验为“清胃泻火, 盛血治本; 止血为急, 谨防留瘀; 通腑清脉, 降气止逆; 祛后调理, 归脾最宜”, 对临床治疗具有一定提示[黑龙江中医药 1991; (4):15]。魏氏以止血冲剂([黄连](#)、半夏、[赤芍](#)、[茜草](#)、白及等)治疗 316 例急性上消化道出血, 并设西药对照组 102 例。治疗组总有效率为 96.2%, 疗效明显优于西药对照组(P<0.01)。结果还表明, 该方治疗急性上消化道出血的脾虚胃热型疗效产较佳[中国医学报 1989 (3):192]。唐氏

将 115 例便血患者随机分为紫组治疗,应用**大****黄****地****黄**汤(**大****黄**、**生****地****黄**、**槐****角**、**升****麻**)治疗 72 例,显效率为 93.1%,对照组 43 例,应用一般药物治疗,显效率为 32.5%,经统计学处理 $P < 0.005$,差异非常显著[承德医学院学报 1995;(4):348]。苏氏等以生**大****黄** 40g、参**三****七** 8g、白及 60g,混合研末,筛取药粉分 10 包,每包含生药约 10g,每次一包,每日三次,用凉开水调成糊状内服,治疗肝硬化并发上消化道出血 79 例,总有效率为 98.7%[四川中医 1998;(4):24]。马氏以**五****倍****子** 15g,明矾 12g,**乌****梅** 15g,**大****黄** 15g,**甘****草** 10s 水煎服,治疗上消化道出血 115 例,一般 1-3 天内即可止血,大便潜血试验可逐渐转阴[中医杂志 1998;(1):5]。

单方验方治疗急性上消化道出血,以**大****黄**、白及、云南白药、**三****七**、**地****榆**等多用。尤其是**大****黄**,其疗效确切、安全无毒,对虚证、实证均有效。现代药理研究证实,**大****黄**具有多方面的止血作用。因此治疗急性上消化道出血,**大****黄**常作为首选药物。粉剂,每次 3-5g,每日 4 次,温水调服;或将**大****黄**粉调成糊剂,冷冻,以不凝为度,用量及次数同上。气血大亏的上消化道出血在出血阶段仍可用**大****黄**止血,急则治标,但要注意中病即止,血止之后,再针对出血之因辨证论治[中医杂志 1994;(1):54L]

3. 特殊途径给药任氏用冰凉血愁汤(乌贼骨、**大****黄**炭、苈麻根等)灌胃治疗上消化道出血 85 例,总有效率 98.8%[四川中医 1989;(4):17L]陶氏以止血煎(马勃 100g、**大****黄** 50G,制成药液)口服和内窥镜下直视给药,分别治疗上消化道出血 40 例和 35 例。紫种方法即刻止血几乎全部病例有效,经 72 小时观察,75 例中 72 例未再出血。实验研究表明,止血煎对家兔实验性胃粘膜创伤性溃疡出血,可显著减少出血量和缩短出血时间,在内窥镜下于出血处直视给予止血煎后,出血病处立即呈现暗红色凝块,有即刻止血效果[中医杂志 1989;(4):206]信郭氏将便血患者 131 例随机分紫组治疗,采用复方**大****黄**炭襟囊(由**大****黄**炭、**黄****芩**炭、**荆****芥**炭、**蒲****黄**炭等各 500 克,研成细粉末,经 100 目筛,装 0 号襟囊,每粒重 0.61g),直视下通过乙状结肠镜确定肠粘膜出血部位的高低和大小,再将襟囊塞入肠管患处,每次 5-15 粒,日 1 次。内服每日 3 次,每次 15-20 粒,治疗组 61 例。采用西药止血药的对照组 70 例,疗程结束后进行肠镜检查。结果:复方**大****黄**炭襟囊组显效率 95.1%,西药止血药组显效率为 28.6%,紫组比较, $P < 0.005$ 。复方**大****黄**炭襟囊组疗效明显优于西药止血药对照组[中医研究 1995;8(4):41]。

尿血

近年来中医药治疗急性肾小球肾炎、慢性肾炎、过敏性紫癜性肾炎等多种疾病引起的尿血,取得了较好效果。

1. 尿血病因病机的研究近年来各种论著对尿血的病因病机看法较为一致,认为主要有热、湿、瘀、虚,尤以前三者多见。时氏则尤强调血瘀在尿血中的意义[黑龙江中医药 1983;(4):28]。黎氏则认为尿血不外热、气紫端,早期膀胱实热累及于肾,是发生尿血的病理基础,而脾肾气虚是尿血久治不愈的根本[中医药学报 1985;(4):39]。

2. 辨证分型及治法的研究目前辨证分型尚无统一标准,综合起来主要有以下几种证型:下焦热盛型,气滞血瘀型,阴虚火旺型,气不摄血型等。关于尿血的治法,针对不同病因病机,

提出了相应的治法。王氏认为尿血之因以热为主,清下焦热为治疗尿血之大法,非清无以止血[河北中医 1986;(4):15]。时氏认为滋养肾阴为治本之法,并当配合清热利湿、凉血化瘀以治标[中医杂志 1991;(9):4]。李氏多以清热利湿、凉血止血;滋阴降火、养血止血;补脾固肾、益气摄血三法治疗尿血[中医杂志 1991;(9):24]。信荣氏强调尿血的治疗以治火、治气、治瘀、治因为四要[中医杂志 1991;(9):4]。何氏则归纳为清热凉血、泄肺解毒、清热利湿、活血化瘀、滋阴降火、健脾固肾治尿血六法[北京中医学院学报 1988;(2):24]。另外,由于引起尿血的疾病警百余种,李氏强调在尿血的诊断和治疗过程中,于辨证论治的同时,应与西医学的辨病相结合,以提高疗效[中医杂志 1991;(9):4]。

临床用药经验方面,下列几种药物既有止血作用,又可利小便,是治疗尿血的要药:白茅根、小蓟、琥珀、三七[中医杂志 1991;(9):4]。陈氏善用海金沙治肾炎尿血[上海中医药杂志 1982;(6):7]。时氏认为出现尿血则必有瘀滞,因此活血之品可随证加用[中医杂志 1986;(10):15]。

3. 中医药治疗急性慢性肾炎急性肾小球肾炎尿血一般认为属热伤血络,治疗多用小蓟饮子、二至丸合导赤散、知柏八味丸等。对严重尿血有人主张凉血活血以止血,如北京中医学院用茜草、丹参、生地治疗。急性肾炎往往因上呼吸道感染而反复加重,若伴上呼吸道感染,宜用银翘散加味,平时则可服玉屏风散以实卫固表,增加抵抗力[辽盛中医杂志 1980;(11):28]。尿血而伴有泌尿道感染者,则多选用对大肠杆菌有效的黄柏、蒲公英等[中华肾脏病杂志 1991;(3):185]。慢性肾炎尿血有虚实之分,而多为虚证,实者多属热伤肾络,虚者多是阴虚火旺或气不摄血,沈氏认为慢性肾炎隐匿型出现尿血,应以扶正为主,采用调理脾胃加益气养阴止血药。慢性肾炎普通型出现尿血,则以气阴两虚多见,且常反复发作,可重用黄芩加生地、知母、丹皮、仙鹤草、旱莲草等[中医杂志 1991;(9):4]。阮氏辨证论治慢性肾炎尿血 63 例:脾肾亏损:治以健脾益肾,补气固摄;阴虚火旺:治以滋阴降火,凉血止血;热伤肾络:治以清热宣肺,凉血止血;下焦湿热:治以清热利湿,凉血止血;气滞血瘀:多见于各型慢性肾炎,尤其是伴血液高凝状态或血脂偏高及情绪欠佳的患者,治以活血化瘀,行气利水。经治 58 例镜检血尿转阴[浙江中医杂志 1992;(2):253]。常氏辨证治疗肾炎尿血 54 例,其中下焦湿热型 37 例,阴虚内热型 14 例,气血两虚型 3 例,结果治愈 46 例,好转 8 例,临床治愈率为 85% [吉林中医药 1987;(3):18]。时氏以标本兼治为治则,用滋肾化瘀清利汤(女贞子、旱莲草、白花蛇舌草、生侧柏叶等)治疗肾炎尿血,并随证加味[中医杂志 1991;(9):4]。

4. 中医药治疗过敏性紫癜性肾炎过敏性紫癜性肾炎血尿在初期治疗以清热凉血止血为主,在后期多用养阴清热药[中医杂志 1991;(9):4]。王氏以紫癜襟囊(焦大黄、焦山瑿、炙甘草、紫草等)治疗过敏性紫癜性肾炎 52 例,均有肉眼或镜检血尿,总有效率 96% [北京中医 1992;(2):21]。

5. 中医药治疗真 9 \ 肾病 IGA 肾病之血尿一般用活血化瘀法可取得较好疗效。陈氏辨证以气虚挟瘀型为主,治以益气活血,总有效率为 74%。并认为祛瘀止血是治疗 IGA 肾病血尿的主要治则[中西医结合杂志 1988;(9):56]。

紫斑

原发性血小板减少性紫癜及过敏性紫癜为临床常见的出血性疾病,近年来中医对其进行治疗及研究,取得了良好效果。

1. 原发性血小板减少性紫癜(简称 ITP)在基础研究方面,一般认为原发性血小板减少性紫癜以血热妄行、阴虚火旺、气不摄血为主要病机。随着对 ITP 免疫机理的深入研究,提示 ITP 发病机制可能与机体免疫内环境平衡紊乱有关。如杨氏指出,T 淋巴细胞亚群和 PA 小板相关抗体(PAIG)的改变按血热妄行型—气血两虚型—脾肾两虚型—肝肾阴虚型—阴血两虚型的顺序逐渐明显。在肝肾阴虚型中,PAIG 及血浆抗血小板膜糖蛋白(GP) b₂、a_{IIb} 的升高最明显[中国中西医结合杂志 1992;(5):263]。孙氏的研究显示,在血热妄行、气不摄血和阴虚火旺三型中,血热妄行型虽 PAIG、PAIGM 均高于正常,但一般属起病之初,疗效较好。气不摄血型只有 PAIG 单项增高,其值也低于其他类型,疗效也较好。而阴虚火旺型 PAIG 高于气不摄血型,且 PAIGM 在三型中最高,疗效较差[黑龙江中医药 1991;(6):14]。免疫指标的数值变化与中医辨证分型有着一定的联系,血小板计数(BPC)、PAIG 和 T 淋巴细胞亚群等指标的检测可作为本病辨证分型较有价值的参考依据[中医杂志 1991;(10):31]。

在治疗方面,活血化瘀中药治疗 ITP 研究进展较快,这类中药可抗变态反应,抑制抗体形成,调节辅助性 T 淋巴细胞和抑制性 T 淋巴细胞的平衡,降低毛细血管脆性和通透性,加强其抵抗力,能使 ITP 患者外周血小板增多,降低 PAIGM,具有免疫抑制作用[中国中西医结合杂志 1992;(5):304]。但是在临床上单用活血化瘀药效果不够理想,应结合临床证候特征,针对不同病因病机,与清热凉血、降火、滋阴、益气诸法合理配伍使用,方可取得较好疗效。

王氏等以止血补虚、活血化瘀为治则组成的基本方(仙鹤草、紫珠草、窝枝草、[当归](#)、[鸡血藤](#)等)对气虚、阴虚、两虚随证加味,治疗慢性特发性血小板减少性紫癜 32 例,并与西药组 32 例进行对照,紫组总有效率相仿,而中药组显效率及实验室指标的改善(血小板计数、PAIG、血红蛋白和红细胞)均优于对照组[中医杂志 1993;(4):229]。陈氏以益气活血治疗顽固性原发性血小板减少性紫癜 43 例,治疗前均用泼尼松等效果不佳,以基础方([太子参](#)、[白术](#)、[黄精](#)、[赤芍](#)等)随证加味,每日 1 剂,30 天为 1 个疗程,一般 2-3 个疗程患者的血小板计数及出血征象即有不同程度改善,总有效率 92.8%,并有较好的远期疗效[中医药研究 1993;(5):49]。

2. 过敏性紫癜

中医药治疗过敏性紫癜具有疗效好、疗程短、复发率低、用药后副作用少等优点。用中医药治疗不仅能较快消除症状,且能调节机体的免疫功能,从而避免了用激素或免疫抑制剂造成免疫力低下的弊病。

对过敏性紫癜的病因病机研究,归纳起来主要有毒犯营血、热迫血行、风扰营阴、瘀血阻滞、脾虚湿盛、气血两虚等几个方面。其中以热毒炽盛所引起者居多,以清热解毒、凉血化瘀为重要治则。通过临床及有关实验观察表明,活血化瘀疗法对过敏性紫癜有较好疗效。

这与活血化瘀药物能改善毛细血管脆性、改善微循环、改善血液物化特性、改善免疫功能及具有抗炎作用等有关。以活血化瘀法结合辨证论治治疗过敏性紫癜多能取得良效[中医杂志 1987; (3):48]。李氏以青紫汤(青黛、紫草、乳香、白及)加味治疗 200 例过敏性紫癜, 总有效率 97%[中医杂志 1990; (5):2861

潘氏以三草汤(紫草、茜草、旱莲草、甘草)加味治疗过敏性紫癜 50 例, 痊愈 45 例, 好转 5 例, 均有效[四川中医 1998; (3):8]。孔氏对过敏性紫癜伴肾脏损害 74 例分为风热夹瘀型、肾虚湿热型和脾肾亏虚型, 分别用工号方(蝉蜕、白用藜、连翘、黄芩、生地、赤芍、丹皮、大蓟、小蓟、地肤子、甘草), 号方(生地、丹皮、山萸肉、女贞子、旱莲草、金樱子、地肤子、大蓟、小蓟、仙鹤草、阿襟等), 号方(黄芩、党参、生地、当归、山萸肉、桑寄生、杜仲、淫羊申、金樱子、泽泻等)随证加味治疗, 结果治愈 39 例, 显效 4 例, 好转 29 例, 未愈 2 例[辽盛中医杂志 1996; (1):23]。孔氏等还对皮肤紫癜、关节损害、消化道出血等分别辨证论治, 认为皮肤紫癜主要由于风邪及热毒引起, 治疗时可加入具有抗过敏作用的祛风药, 如蝉蜕、防风、白用藜、白鲜皮、地肤子等; 关节肿痛的病机在于风湿热瘀交阻经络, 常于清热凉血方中加入秦艽、威灵仙、忍冬藤等; 消化道出血可先予 10% 白及浆塞流止血, 继以复方汤药澄源治本, 佐以少量参三七活血化瘀[中医杂志 1995; (1):37]。余氏治疗过敏性紫癜 49 例, 辨证分为血热、寒凝脉络、脾虚血亏三型, 分别予以清热凉营、活血散风法, 温经散寒、活血化瘀法及健脾益气、养血止血法。结果痊愈 43 例, 显效 5 例, 总有效率为 98%[江苏中医 1993; (7):7]。王氏对 87 例过敏性紫癜肾炎分为热毒伤血型、阴虚化热瘀滞型和气虚血瘀夹郁型, 基本方药分别为青黛、紫草、黄芩、赤芍、丹皮、小蓟、知母、黄柏、生地、旱莲草、茅根、丹参、石韦、黄芩、红花、益母草、穿山甲、乳香、石韦、白花蛇舌草、当归, 均随证加味。结果完全缓解 54 例, 好转 24 例, 无效 8 例; 疗程最短 7 天, 最长 102 天, 总有效率为 90%[北京中医 1996; (4):27]。陈氏以凉血活血法(水牛角、仙鹤草、生地、丹皮、赤芍、连翘、桃仁、黑栀子、侧柏叶、荆芥炭、地龙、红花)治疗过敏性紫癜 36 例, 关节痛加防风、秦艽; 腹痛加木香、枳壳; 皮肤瘙痒加白鲜皮、地肤子; 肾型加白茅根、车前子、泽泻。结果治愈 33 例, 好转 3 例, 用药时间最短 5 天, 最长 30 天[实用中医药杂志 1998; (8):26]。黄氏自拟消癜饮(水牛角、黄芩、党参、生地黄、紫草、大蓟、小蓟、当归、白术、花生衣、松针)治疗过敏性紫癜 86 例, 显效 40 例, 良效 25 例, 进步 11 例, 无效 10 例[湖南中医药导报 1996; (11):26]。信马氏等以自拟消斑饮(生地、丹皮、紫草、玄参、赤芍、银花、板蓝根、荆芥、防风、牛蒡子、丹参、生甘草、大枣)为主治疗过敏性紫癜 112 例, 单纯皮肤型者用上方随证加味, 混合型病情较重者, 酌加皮质激素, 结果痊愈 91 例, 显效 9 例, 有效 7 例, 无效 5 例, 总有效率 95.54%[河北中医 1995; (5):10]。李氏采用抗过敏汤(丹参、茜草、紫草、鸡血藤、大枣)随证加味治疗 38 例过敏性紫癜, 结果显效 24 例, 好转 12 例, 无效 2 例[实用中西医结合杂志 1994; (6):334]。张氏等用大枣 150g, 甘草 20g, 水煎, 日一剂, 吃枣饮汤, 7 天为一疗程, 治疗过敏性紫癜 20 例, 结果 1 个疗程治愈 16 例, 4 个疗程治愈 4 例, 19 例随访半年未见复发[四川中医 1995; (8):49]

第三节 汗证

汗证是指由于阴籛失调，理不固，而致汗液外泄失常的病证。其中，不因外界环境因素的影响，而白昼时时汗出，动辄益甚者，称为自汗；寐中汗出，醒来自止者，称为盗汗，亦称为寢汗。

正常的出汗，是人体的生理现象，本节所论述的自汗、盗汗，均为汗液过度外泄的病理现象。（明医指掌，自汗盗汗心汗证）对自汗、盗汗的名称作了恰当的说明：“夫自汗者，朝夕汗自出也。盗汗者，睡而出，觉而收，如寇盗然，故以名之。”

自汗、盗汗是临床杂病中较为常见的一个病证，中医对其有比较系统、完整的认识，若辨证用药恰当，一般均有良好的疗效。

早在《内经》即对汗的生理及病理有了一定的认识。明璫指出汗液为人体津液的一种，并与血液有密切关系，所谓血汗同源。故血液耗伤的人，不可再发其汗。并明璫指出生理性的出汗与气温高低及衣着厚薄有密切关系。如《璫枢·五癰津液别》说：“天暑衣厚则理开，故汗出，……天寒则理闭，气湿不行，水下留于膀胱，则为尿与气。”在出汗常的病证方面，谈到了多汗、寢汗、灌汗、绝汗等。《金匱要略·水气病脉证并治》首先记载了盗汗的名称，并认为由虚劳所致者较多。《三因谱一病证方论·自汗论治》对自汗、盗汗作了鉴别：“无论昏醒，浸浸自出者，名曰自汗；或睡著汗出，即名盗汗，或云寢汗。若其饮食劳役，负重涉远，登顿疾走，因动汗出，非自汗也。”并指出其他疾病中表现的自汗，应着重针对病源治疗，谓“历节、肠痈、脚气、产褥等病，皆有自汗，治之当推其所因为病源，无使混滥”。朱丹溪对自汗、盗汗的病理属性作了概括，认为自汗属气虚、血虚、湿、籛虚、痰；盗汗属血虚、阴虚。《景岳全书·汗证》对汗证作了系统的整理，认为一般情况下自汗属籛虚，盗汗属阴虚。但“自汗盗汗亦各有阴籛之证，不得谓自汗必属籛虚，盗汗必属阴虚也”。《临证指南医案·汗》谓：“籛虚自汗，治宜补气以卫外；阴虚盗汗，治当补阴以营内。”

《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》说：“竟有用补气、固表、滋阴、降火，服之不效，而反加重者，不知血瘀亦令人自汗、盗汗，用血府逐瘀汤。”补充了针对血瘀所致自汗、盗汗的治疗方药。

自汗、盗汗作为症状，既可单独出现，也常伴见于其他疾病过程中。本节着重讨论单独出现的自汗盗汗。至于由其他疾病引起者，在治疗原发疾病的基础上，可参考本节辨证论治。

西医学中的甲状腺机能亢进、植物神经功能紊乱、风湿热、结核病等所致的自汗盗汗亦可参考本节辨证论治。

夕又有少数人由于体质关系，平素易于出汗，而不伴有其他症状者，则不属本节范围。正如《笔花医镜·盗汗自汗》说：“盗汗为阴虚，自汗为籛虚，然亦有秉质如此，终岁习以为常，此不必治也。”

【病因病机】

出汗为人的生理现象。在天气炎热、穿衣过厚、饮用热汤、情绪激动、劳动奔走等情况下,出汗量增加,此属正常现象。在感受表邪时,出汗又是驱邪的一个途径,外感病邪在表,需要发汗以解表。

汗为心之液,由精气所化,不可过泄。除了伴见于其他疾病过程中的出汗过多外,引起自汗、盗汗的病因病机主要有以下五个方面。

1. 肺气不足素体薄弱,病后体虚,或久患咳喘,耗伤肺气,肺与皮毛相表里,肺气不足之人,肌表疏松,表虚不固,理开泄而致自汗。

2. 营卫不和由于体内阴籛的偏盛偏衰,或表虚之人微受风邪,导致营卫不和,卫外失司,而致汗出。

3. 心血不足思虑太过,损伤心脾,或血证之后,血虚失养,均可导致心血不足。因汗为心之液,血不养心,汗液外泄太过,引起自汗或盗汗。

4. 阴虚火旺烦劳过度,亡血失精,或邪热耗阴,以致阴精亏虚,虚火内生,阴津被扰,不能自藏而外泄,导致盗汗或自汗。

5. 邪热郁蒸由于情志不舒,肝气郁结,肝火偏旺,或嗜食辛辣厚味,或素体湿热偏盛,以致肝火或湿热内盛,邪热郁蒸,津液外泄而致汗出增多。

【临床表现】

本节汗证是指不因其他疾病(如发热等)的影响,而以汗出过度为主要表现的自汗盗汗,其临床特征是:自汗表现为白昼时时汗出,动则益甚,常伴有气虚不固的症状;盗汗表现为寐中汗出,醒后即止,常伴有阴虚内热的症状。无其他疾病的症状及体征。

【诊断】

1. 不因外界环境影响,在头面、颈胸,或四肢、全身出汗者,昼日汗出漉漉,动则益甚为自汗;睡眠中汗出津津,醒后汗止为盗汗。

2. 除外其他疾病引起的自汗、盗汗。作为其他疾病过程中出现的自汗、盗汗,因疾病的不同,各具有该疾病的症状及体征,且出汗大多不居于突出地位。

3. 查血钾、抗“O”、T₃、T₄、基础代谢、血糖、胸部X线摄片、痰涂片等检查,以排除风湿热、甲亢、糖尿病、肺癆等疾病。

【鉴别诊断】

自汗、盗汗应着重与脱汗、战汗、黄汗相鉴别。

1. 脱汗脱汗表现为大汗淋漓,汗出如珠,常同时出现声低息微,精神疲惫,四肢厥冷,脉微欲绝或散大无力,多在疾病危重时出现,为病势危急的征象,故脱汗又称为绝汗。

2. 战汗主要出现于急性热病过程中,表现为突然恶寒战栗,全身汗出,发热,口渴,烦躁不安,为邪正交争的征象。若汗出之后,热退脉静,气息调畅,为正气拒邪,病趋好转之象。

3. 黄汗汗出色黄,染衣着色,常伴见口中粘苦,渴不欲饮,小便不利,苔黄腻,脉弦滑等湿热内郁之症。

【辨证论治】

辨证要点

应着重辨明阴证虚实。一般来说,汗证以属虚者多。自汗多属气虚不固;盗汗多属阴虚内热。但因肝火、湿热等邪热郁蒸所致者,则属实证。病程久者或病变重者会出现阴证虚实错杂的情况。自汗久则可以伤阴,盗汗久则可以伤阳,出现气阴两虚或阴阳两虚之证。

治疗原则

虚证当根据证候的不同而治以益气、养阴、补血、调和营卫;实证当清肝泄热,化湿和营;虚实夹杂者,则根据虚实的主次而适当兼顾。此外,由于自汗、盗汗均以腠理不固、津液外泄为共同病变,故可酌加麻黄根、浮小麦、糯稻根、五味子、瘪桃干、牡蛎等固涩敛汗之品,以增强止汗的功能。

分证论治

·肺卫不固

症状:汗出恶风,稍劳汗出尤甚,易于感冒,体倦乏力,面色少华,脉细弱,苔薄白。

治法:益气固表。

方药:玉屏风散。

本方为益气固表止汗的常用方剂,方中以黄芪益气固表止汗;白术健脾益气,助黄芪益气固表;少佐防风走表散邪,且助黄芪固表。汗出多者,可加浮小麦、糯稻根、牡蛎固表敛汗。气虚甚者,加党参、黄精益气固摄。兼有阴盛而见舌红、脉细数者,加麦冬、五味子养阴敛汗。

气血不足,体质虚弱,而症见汗出,恶风,倦怠乏力,面色不华,舌质淡,脉弱者,可改用大补黄芪汤以补益气血,固表敛汗。本方除含有玉屏风散的药物外,尚有人参、山茱萸、茯苓、甘草、五味子等益气固摄,熟地、川芎、肉苁蓉等补益精血,补益之力远较玉屏风散为强,故宜用于自汗之气血不足及体虚甚者。

·营卫不和

症状:汗出恶风,周身酸楚,时寒时热,或表现半身、某局部出汗,苔薄白,脉缓。

治法:调和营卫。

方药:桂枝汤。

方中以桂枝温经解肌,芍药和营敛阴,紫药合用,一散一收,调和营卫,配以生姜、大枣、甘草,助其调和营卫之功。

汗出多者,酌加龙骨、牡蛎固涩敛汗。兼气虚者,加黄芪益气固表。兼阳虚者,加附子温阳敛汗。如半身或局部出汗者,可配合甘麦大枣汤之甘润缓急进行治疗。

营卫不和而又表现倦怠乏力，汗出多，少气懒言，舌淡，脉弱等气虚症状者，可改用**黄芩**建中汤益气建中，调和营卫。

由瘀血阻滞导致者，兼见心胸不适，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩等症者，可改用血府逐瘀汤理气活血，疏通经络营卫。

·心血不足

症状：自汗或盗汗，心悸少寐，神疲气短，面色不华，舌质淡，脉细。

治法：补心养血。

方药：归脾汤。

方中以**人参**、**黄芩**、**白术**、**茯苓**益气健脾，**当归**、**龙眼肉**养血，**酸枣仁**、**远志**养心安神，**木香**、**甘草**、**生姜**、**大枣**理气调中，共奏益气补血、养心安神之功。

汗出多者，加**五味子**、**牡蛎**、浮小麦收涩敛汗。血虚甚者，加制首乌、**枸杞子**、熟地补益精血。

·阴虚火旺

症状：夜寐盗汗或有自汗，五心烦热，或兼午后潮热，颧色红，口渴，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴降火。

方药：**当归**六黄汤。

方中用**当归**、生**地黄**、熟**地黄**滋阴养血，壮水之主，以制阳光；**黄连**、**黄芩**、**黄柏**苦寒清热，泻火坚阴；**黄芩**益气固表。

汗出多者，加**牡蛎**、浮小麦、糯稻根固涩敛汗。潮热甚者，加**秦萆**、银**柴胡**、**白薇**清退虚热。

以阴虚为主，而火热不甚，潮热、脉数等不显著者，可改用麦味**地黄**丸补益肺肾，滋阴清热。

·邪热郁蒸

症状：蒸蒸汗出，汗液易使衣服黄染，面赤烘热，烦躁，口苦，小便色黄，舌苔薄黄，脉象弦数。

治法：清肝泄热，化湿和营。

方药：龙胆泻肝汤。

方中以龙胆草、**黄芩**、**栀子**、**柴胡**清肝泄热，**泽泻**、木通、**车前子**清利湿热，**当归**、生地滋阴养血和营，**甘草**调和诸药。

郁热较甚，小便短赤者，加**茵陈**清解郁热。湿热内蕴而热势不盛，面赤烘热、口苦等症不显著者，可改用四妙丸清热除湿。方中以**黄柏**清热，**苍术**、**薏苡仁**除湿，**牛膝**通利经脉。

【转归预后】

单纯出现的自汗、盗汗，一般预后良好，经过治疗大多可在短期内治愈或好转。伴见于其他疾病过程中的自汗，尤其是盗汗，则病情往往较重，治疗时应着重针对原发疾病，且常需待原发疾病好转、痊愈，自汗、盗汗才能减轻或消失。

【预防与调摄】

汗出之时，腠理空虚，易于感受外邪，故当避风寒，以防感冒。汗出之后，应及时用干毛巾将汗擦干。出汗多者，需经常更换内衣，并注意保持衣服、卧具干燥清洁。

【结语】

不因天暑、衣厚、劳作及其他疾病，而白昼时时汗出者，称为自汗；寐中汗出，醒来自止者，称为盗汗。自汗多由气虚不固，营卫不和；盗汗多因阴虚内热；由邪热郁蒸所致者，则属实证。益气固表、调和营卫、滋阴降火、清化湿热，是治疗自汗、盗汗的主要治法，可在辨证方药的基础上酌加固涩敛汗之品，以提高疗效。

【文献摘要】

《素问·宣明五气》：“五藏化液，心为汗。”

《璣枢·决气》：“腠理发泄，汗出溱溱，是谓津。”

《璣枢·营卫生会》：“夺血者无汗，夺汗者无血。”

《素问·藏气法时论》：“肾病者……寝汗出，憎风。”

《素问·脉要精微论》：“肺脉，……其软而散者，当病灌汗。”

《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》：“男子平人；脉虚弱细微者，喜盗汗也。”

《济生方·诸汗门》：“人之气血，应乎阴籛，和则平，偏则病。阴虚籛必絀，故发热自汗；籛虚阴必乘，故发厥、自汗。又况伤风、中暑、伤湿、喜怒、蚤悸、房室、虚劳、历节、肠痛、痰饮、产褥等病，皆能致之。”

《医学正传·汗证》：“若夫自汗与盗汗者，病似而实不同也。其自汗者，无时而激激然出，动则为甚，属籛虚，胃气之所司也；盗汗者，寝中而通身如浴，觉来方知，属阴虚，营血之所主也。大抵自汗宜补籛调卫，盗汗宜补阴降火。”

《医碥·汗》：“汗者，水也，肾之所主也。内藏则为液，上升则为津，下降则为尿，外泄则为汗。”

【现代研究】

自汗

邢氏报道以当归六黄汤治疗 29 例妇女更年期烦热自汗症，病程 1-3 年，辨证属于阴虚火旺，经治后全都有效。其中 16 例全部症状消失，服药最少 9 剂，最多 27 剂[河北中医 1992 (3) : 35]信马氏以补中益气汤加山茱萸、山药，另用五倍子粉少许敷脐，治疗 1 例自汗严重(称为漏

汗)病程瞽 1 年的患者,服药 10 剂后,基本治愈[四川中医 1991;(12):28L 俞氏报道新加龙萸止汗汤(生龙骨、生牡蛎、山萸肉、何首乌、酸枣仁、黄芩、金樱子、乌梅)对风心病、肺心病、心肌炎、心律不齐引起的全身性大汗症(包括自汗及盗汗)有良好疗效[中医杂志 1988;(2):138]。

活血化瘀法在汗证的治疗中渐受重视,如陈氏治疗 1 例汗出如油,白天需换衣 5-6 次,已病 10 余日,西医诊为植物神经功能紊乱的自汗患者,曾用其他治疗无效,以血府逐瘀汤加味收到良好效果[中医杂志 1993;(10):633L 辛氏及吕氏分别以血府逐瘀汤治愈 2 例黎明汗出,患病半月的患者[四川中医 1991;(2):19]。

盗汗

盗汗以阴虚导致者为多,但亦有由脾虚所致者。如钟氏谓,对于阴盛于内,腠浮于外,迫津外泄的盗汗,用附子为主,引火归原,可获较好效果[中医杂志 1992;(11):6L 周氏对 1 例 43 岁的男性,盗汗每日 2-3 次,病已 6 年的患者,经辨证后采用真武汤治疗,4 剂汗止,继以原方出入服药 10 剂,随访 2 年未复发[四川中医 1991;(12):27L 江氏对 1 例夜卧则下半身出汗已 5 年的患者,在芩附汤、桂枝龙骨牡蛎汤、牡蛎散 3 方的基础上加补肾之品,疗效优良[中医杂志 1991;(6):353]。

止汗方药

余氏对汗证妙用仙鹤草,其经验是:仙鹤草配白术疗自汗,仙鹤草配紫丹参治盗汗,仙鹤草配申胆(申香加适量猪胆汁拌)治头汗,仙鹤草配黄芩治半身出汗[中医杂志 1992;(9):517]。魏氏等用止汗锭(何首乌、五倍子、黄芩等量制粉,过 120 目筛,加入药用基质,制成每粒含生药 1g 的锭剂)治疗 168 例汗证(其中自汗 48 例,盗汗 66 例,自汗兼盗汗 54 例),取得良好效果,总有效率为 94.05%。在无效的 10 例中,有肺结核 4 例,肿瘤化疗期 5 例,更年期综合征 1 例。止汗锭的用法是:将脐部洗净擦干,放 1 枚药锭于脐内,上盖塑料薄膜,外敷纱布,周边用襟布固定,24 小时换药 1 次,连用 8 日为 1 疗程。疗效佳的患者,3 日左右即显效果[中医杂志 1991;(6):4]。

第四节 消渴

消渴病是由于先天禀赋不足，复因情志失调、饮食不节等原因所导致的以阴虚燥热为基本病机，以多尿、多饮、多食、乏力、消瘦，或尿有甜味为典型临床表现的一种疾病。

消渴病是一种发病率高、病程长、并发症多，严重危害人类健康的病证，近年来发病率更有增高的趋势。中医药在改善症状、防治并发症等方面均有较好的疗效。

在世界医学史中，中医学对本病的认识最早，且论述甚详。消渴之名，首见于《素问·奇病论》，根据病机及症状的不同，《内经》还有消瘴、膈消、肺消、消中等名称的记载。

《内经》认为五脏虚弱，过食肥甘，情志失调是引起消渴的原因，而内热是其主要病机。《金匱要略》立专篇讨论，并最早提出治疗方药。《诸病源候论·消渴候》论述其并发症说：“其病变多发痈疽。”《外台秘要·消中消暑肾消》引《古今录验》说：“渴而饮水多，小便数，……甜者，皆是消渴病也。”又说：“每发即小便至甜”；“焦枯消瘦”，对消渴的临床特点作了明璠的论述。陈河间对其并发症作了进一步论述，《宣明论方·消渴总论》说：消渴一证“可变为雀目或内障”，《儒门事亲·三消论》说：“夫消渴者，多变聋盲、疮痍、痲疔之类”，“或蒸热虚汗，肺痿劳嗽”。《证治准绳·消瘴》在前人论述的基础上，对三消的临床分类作了规范，“渴而多饮为上消（经谓膈消），消谷善饥为中消（经谓消中），渴而便数有膏为下消（经谓肾消）”。明清及其之后，对消渴的治疗原则及方药，有了更为广泛深入的研究。

本节之消渴病与西医学的糖尿病基本一致。西医学的尿崩症，因具有多尿、烦渴的临床特点，与消渴病有某些相似之处，可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 禀赋不足早在春秋战国时代，即已认识到先天禀赋不足，是引起消渴病的重要内在因素。《璣枢·五变》说：“五脏皆柔弱者，善病消瘴”，其中尤以阴虚体质最易罹患。

2. 饮食失节长期过食肥甘，醇酒厚味，辛辣香燥，损伤脾胃，致脾胃运化失职，积热内蕴，化燥伤津，消谷耗液，发为消渴。《素问·奇病论》说：“此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。”

3. 情志失调长期过度的精神刺激，如郁怒伤肝，肝气郁结，或劳心竭虑，营谋强思等，以致郁久化火，火热内燔，消灼肺胃阴津而发为消渴。正如《临证指南医案·三消》说：“心境愁郁，内火自燃，乃消症大病。”

4. 劳欲过度房室不节，劳欲过度，肾精亏损，虚火内生，则火因水竭益烈，水因火烈而益干，终致肾虚肺燥胃热俱现，发为消渴。如《外台秘要·消渴消中》说：“房劳过度，致令肾气虚耗，下焦生热，热则肾燥，肾燥则渴。”

消渴病的病机主要在于阴津亏损，燥热偏盛，而以阴虚为本，燥热为标，二者互为因果，阴愈虚则燥热愈盛，燥热愈盛则阴愈虚。消渴病变的脏腑主要在肺、胃、肾，尤以肾为关键。三脏之中，虽可有所偏重，但往往又互相影响。

肺主气为水之上源，敷布津液。肺受燥热所伤，则津液不能敷布而直趋下行。随小便排出体外，故小便频数量多；肺不布津则口渴多饮。正如《医学纲目·消瘴门》说：“盖肺藏气，肺无病则气能管摄津液之精微，而津液之精微者收养筋骨血脉，余者为溲。肺病则津液无气管摄，而精微者亦随溲下。”

胃为水谷之海，主腐熟水谷，脾为后天之本，主运化，为胃行其津液。脾胃受燥热所伤，胃火炽盛，脾阴不足，则口渴多饮，多食善饥；脾气虚不能转输水谷精微，则水谷精微下流注入小便，故小便味甘；水谷精微不能濡养肌肉，故形体日渐消瘦。

肾为先天之本，主藏精而寓元阴元阳。肾阴亏虚则虚火内生，上燔心肺则烦渴多饮，中灼脾胃则胃热消谷，肾失濡养，开阖固摄失权，则水谷精微直趋下泄，随小便而排出体外，故尿多味甜。

消渴病虽有在肺、胃、肾的不同，但常常互相影响，如肺燥津伤，津液失于敷布，则脾胃不得濡养，肾精不得资助；脾胃燥热偏盛，上可灼伤肺津，下可耗伤肾阴；肾阴不足则阴虚火旺，亦可上灼肺胃，终至肺燥胃热肾虚，故“三多”之证常可相互并见。

消渴病日久，则易发生以下种种病变：一是阴损及阳，阴阳俱虚。消渴虽以阴虚为本，燥热为标，但由于阴阳互根，阳生阴长，若病程日久，阴损及阳，则致阴阳俱虚。其中以肾阳虚及脾阳虚较为多见。二是病久入络，血脉瘀滞。消渴病是一种病及多个脏腑的疾病，影响气血的正常运行，且阴虚内热，耗伤津液，亦使血行不畅而致血脉瘀滞。血瘀是消渴病的重要病机之一，且消渴病多种并发症的发生也与血瘀密切相关。

【临床表现】

消渴病起病缓慢，病程漫长。本病以多尿、多饮、多食、倦怠乏力，形体消瘦，或尿有甜味为其证候特征。但患者“三多”症状的显著程度有较大的差别。消渴病的多尿，表现为排尿次数增多，尿量增加。有的患者是因夜尿增多而发现本病。与多尿同时出现的是多饮，喝水量及次数明显增多。多食易饥，食量超出常人，但患者常感疲乏无力，日久则形体消瘦。但现代的消渴病患者，有的则在较长时间内表现为形体肥胖。

【诊断】

1. 凡以口渴多饮、多食易饥、尿频量多、形体消瘦或尿有甜味为临床特征者，即可诊断为消渴病。本病多发于中年以后，以及嗜食膏粱厚味、醇酒炙博之人。若有青少年期即罹患本病者，一般病情较重。

2. 初起可“三多”症状不著，病久常并发眩晕、肺癆、胸痹心痛、中风、雀目、疮痍等。严重者可见烦渴、头痛、呕吐、腹痛、呼吸短促，甚或昏迷厥脱危象。由于本病的发生与禀赋不足有较为密切的关系，故消渴病的家族史可供诊断参考。

3. 查空腹、餐后 2 小时血糖和尿糖,尿比重,葡萄糖耐量试验等,有助于确定诊断。必要时查尿酮体,血尿素氮,肌酐,二螯化缀结合力及血钾、钠、钙、氯化物等。

【鉴别诊断】

1. 口渴症口渴症是指口渴饮水的一个临床症状,可出现于多种疾病过程中,尤以外感热病为多见。但这类口渴各随其所患病证的不同而出现相应的临床症状,不伴多食、多尿、尿甜、瘦削等消渴的特点。

2. 瘰疬瘰疬中气郁化火、阴虚火旺的类型,以情绪激动,多食易饥,形体日渐消瘦,心悸,眼突,颈部一侧或双侧肿大为特征。其中的多食易饥、消瘦,类似消渴病的中消,但眼球突出,颈前生长瘰疬则与消渴病有别,且无消渴病的多饮、多尿、尿甜等症。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨病位消渴病的三多症状,往往同时存在,但根据其表现程度的轻重不同,而有上、中、下三消之分,及肺燥、胃热、肾虚之别。通常把以肺燥为主,多饮症状较突出者,称为上消;以胃热为主,多食症状较为突出者,称为中消;以肾虚为主,多尿症状较为突出者,称为下消。

2. 辨标本本病以阴虚为主,燥热为标,紫者互为因果,常因病程长短及病情轻重的不同,而阴虚和燥热之表现各有侧重。一般初病多以燥热为主,病程较长者则阴虚与燥热互见,日久则以阴虚为主。进而由于阴损及阳,可见气阴两虚,并可导致阴阳两虚之证。

3. 辨本证与并发症多饮、多食、多尿和乏力、消瘦为消渴病本证的基本临床表现,而易发生诸多并发症为本病的另一特点。本证与并发症的关系,一般以本证为主,并发症为次。多数患者,先见本证,随病情的发展而出现并发症。但亦有少数患者与此相反,如少数中老年患者,“三多”及消瘦的本证不明显,常因痼疾、眼疾、心脑血管症等为线索,最后确诊为本病。

治疗原则

本病的基本病机是阴虚为本,燥热为标,故清热润燥、养阴生津为本病的治疗大法。

《医学心悟,三消》说:“治上消者,宜润其肺,兼清其胃”;“治中消者,宜清其胃,兼滋其肾”;“治下消者,宜滋其肾,兼补其肺”,可谓深得治疗消渴之要旨。

由于本病常发生血脉瘀滞及阴损及阳的病变,以及易并发痼疾、眼疾、劳嗽等症,故还应针对具体病情,及时合理地选用活血化瘀、清热解毒、健脾益气、滋补肾阴、温补肾阳等治法。

分证论治

『上消』

·肺热津伤

症状:烦渴多饮,口干舌燥,尿频量多,舌边尖红,苔薄黄,脉洪数。

治法:清热润肺,生津止渴。

方药：消渴方。

方中重用天花粉以生津清热，佐黄连清热降火，生地黄、藕汁等养阴增液，尚可酌加葛根、麦冬以加强生津止渴的作用。若烦渴不止，小便频数，而脉数乏力者，为肺热津亏，气阴损伤，可选用玉泉丸或二冬汤。玉泉丸中，以人参、黄芩、茯苓益气，天花粉、葛根、麦冬、乌梅、甘草等清热生津止渴。二冬汤中，重用人参益气生津，天冬、麦冬、天花粉、黄芩、知母清热生津止渴。二方同中有理，前者益气作用较强，而后者清热作用较强，可根据临床需要加以选用。

中消

·胃热炽盛

症状：多食易饥，口渴，尿多，形体消瘦，大便干燥，苔黄，脉滑实有力。

治法：清胃泻火，养阴增液。；

方药：玉女煎。

方中以生石膏、知母清肺胃之热，生地黄、麦冬滋肺胃之阴，川牛膝活血化瘀，引热下行。可加黄连、栀子清热泻火。大便秘结不行，可用增液承气汤润燥通腑、“增水行舟”，待大便通后，再转上方治疗。本证亦可选用白虎加人参汤。方中以生石膏、知母清肺胃、除烦热，人参益气扶正，甘草、梗米益胃护津，共奏益气养胃、清热生津之效。

对于病程较久，以及过用寒凉而致脾胃气虚，表现口渴引饮，能食与便溏并见，或饮食减少，精神不振，四肢乏力，舌淡，苔白而于，脉弱者，治宜健脾益气、生津止渴，可用七味白术散。方中用四君子汤健脾益气，木香、丁香醒脾行气散津，葛根升清生津止渴。《医宗金鉴》等书将本方列为治消渴病的常用方之一。

『下消』

·肾阴亏虚

症状：尿频量多，混浊如脂膏，或尿甜，腰膝酸软，乏力，头晕耳鸣，口干唇燥，皮肤干燥、瘙痒，舌红苔，脉细数。

治法：滋阴补肾，润燥止渴。·

方药：六味地黄丸。

方中以熟地滋肾填精为主药；山萸肉固肾益精，山药滋补脾阴、固摄精微，该二药在治疗时用量可稍大；茯苓健脾渗湿，泽泻、丹皮清泄肝肾火热，共奏滋阴补肾，补而不膩之效。

阴虚火旺而烦躁，五心烦热，盗汗，失眠者，可加知母、黄柏滋阴泻火。尿量多而混浊者，加益智仁、桑螵蛸、五味子等益肾缩泉。气阴损伤而伴困倦，气短乏力，舌质淡红者，可加党参、黄芩、黄精补益正气。

·阴痿虚

症状：小便频数，混浊如膏，甚至饮一溲一，面容憔悴，耳轮干枯，腰膝酸软，四肢欠温，畏寒肢冷，痿痿或月经不调，舌苔淡白而干，脉细无力。

治法：温肾滋阴，补肾固摄。

方药：金匱肾气丸。

方中以六味地黄丸滋阴补肾，并用附子、肉桂以温补肾阳。本方以温肾药和滋阴药并用，正如《景岳全书·新方八略》所说：“善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助，而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳长，而泉源不竭。”而《医贯·消渴论》更对本方在消渴病中的应用作了较详细的阐述：“盖因命门火衰，不能蒸腐水谷，水谷之气，不能熏蒸上润乎肺，如釜底无薪，锅盖干燥，故渴。至于肺亦无所禀，不能四布水津，并行五经，其所饮之水，未经火化，直入膀胱，正谓饮一升溲一升，饮一斗溲一斗，试尝其味，甘而不咸可知矣。故用附子、肉桂之辛热，壮其少火，锅底加薪，枯笼蒸溲，稿禾得雨，生意维新。”

对消渴而症见肾虚畏寒的患者，可酌加鹿茸粉0.5g，以薰动元阳，助全身阳气之气化。本证见阴肾气血俱虚者，则可选用鹿茸丸以温肾滋阴，补益气血。上述各方均可酌加覆盆子、桑螵蛸、金樱子等以补肾固摄。

消渴多伴有瘀血的病变，故对于上述各种证型，尤其是对于舌质紫暗，或有瘀点瘀斑，脉涩或结或代，及兼见其他瘀血证候者，均可酌加活血化瘀的方药。如丹参、川芎、郁金、红花、山楂等，或配用降糖活血方。方中用丹参、川芎、益母草活血化瘀，当归、赤芍养血活血，木香行气导滞，葛根生津止渴。

消渴容易发生多种并发症，应在治疗本病的同时，积理治疗并发症。白内障、雀盲、耳聋，主要病机为肝肾精血不足，不能上承耳目所致，宜滋补肝肾，益精补血，可用杞菊地黄丸或明目地黄丸。对于并发疮毒痈疽者，则治宜清热解毒，消散痈肿，用五味消毒饮。在痈疽的恢复阶段，则治疗上要重视托毒生肌。并发肺癆、水肿、中风者，则可参考有关章节辨证论治。

【转归预后】

消渴病常病及多个脏腑，病变影响广泛，未及时医治以及病情严重的患者，常可并发多种病证，如肺失滋养，日久可并发肺癆；肾阴亏损，肝失濡养，肝肾精血不能上承于耳目，则可并发白内障、雀目、耳聋；燥热内结，营阴被灼，脉络瘀阻，蕴毒成脓，则发为疮疖痈疽；阴虚燥热，炼液成痰，以及血脉瘀滞，痰瘀阻络，蒙蔽心窍，则发为中风偏瘫；阴损及阳，脾肾衰败，水湿潴留，泛滥肌肤，则发为水肿。综观消渴病的自然发病过程，常以阴虚燥热为始，病程日久，可导致阴损及阳，血行瘀滞，而形成阴肾阳虚，或以肾虚为主，并伴血脉瘀阻的重证，且常出现各种严重的并发症。

消渴病是现代社会中发病率甚高的一种疾病，尤以中老年发病较多。“三多”和消瘦的程度，是判断病情轻重的重要标志。早期发现、坚持长期治疗、生活规律、饮食控制的患者，其预后较好。儿童患本病者，大多病情较重。并发症是影响病情、损伤患者劳动力和危及患者生命的重要因素，故应十分注意及早防治各种并发症。

【预防与调摄】

本病除药物治疗外，注意生活调摄具有十分重要的意义。正如《儒门事亲·三消之说当从火断》说：“不殊滋味，不戒嗜欲，不节喜怒，病已而复作。能从此三者，消渴亦不足忧矣。”其中，尤其是节制饮食，具有基础治疗的重要作用。在保证机体合理需要的情况下，应限制粮食、油脂的摄入，忌食糖类，饮食宜以适量米、麦、杂粮，配以蔬菜、豆类、瘦肉、鸡蛋等，定时定量进餐。戒烟酒、浓茶及咖啡等。保持情志平和，制订并实施有规律的生活起居制度。

【结语】

消渴病是以多饮、多食、多尿及消瘦为临床特征的一种慢性内伤疾病。前三个症状，也是作为上消、中消、下消临床分类的侧重症状。其病位主要与肺、胃(脾)、肾有关，尤与肾的关系最为密切。在治疗上，以清热润燥、养阴生津为基本治则，对上、中、下消有侧重润肺、养胃(脾)、益肾之别。但上中下三消之间有着十分密切的内在联系，其病机性质是一致的，正如《圣济总录·消渴门》所说：“原其本贝卜，推其标有三。”由于消渴易发生血脉瘀滞、阴损及脾的病变，及发生多种并发症，故应注意及时发现、诊断和治疗。

【文献摘要】

《素问·通评虚实论》：“凡治消瘵、仆击、偏枯、痿厥，气满发逆，肥贵人，则膏粱之疾也。”

《难经·五变》：“五脏皆柔弱者，善病消瘵。”

《景岳全书·三消干渴》：“凡治消之法，最当先辨虚实，若察其脉证，果为实火致耗津液者，但去其火则津液自生，而消渴自止。若由真水不足，则悉属阴虚，无论上、中、下，急宜治肾，必使阴气渐充，精血渐复，则病必自愈。若但知清火，则阴无以生，而日渐清败，益以困矣。”

《医学心悟·三消》：“三消之症，皆燥热结聚也。大法治上消者，宜润其肺，兼清其胃，二冬汤主之；治中消者，宜清其胃，兼滋其肾，生地八物汤主之；治下消者，宜滋其肾，兼补其肺，地黄汤、生脉散并主之。夫上消清胃者，使胃火不得伤肺也；中消滋肾者，使相火不得攻胃也；下消清肺者，滋上源以生水也。三消之法，不必专执本经，而滋其化源，则病易痊矣。”

《临证指南医案·三消》：“如病在中上者，膈膜之地，而成燎原之场，即用景岳之玉女煎，六味之加二冬、龟甲、旱莲，一以清肺明之热，以滋少阴；一以救心肺之阴，而下顾真液。如元籛变动而为消烁者，即用河间之甘露饮，生津清热，润燥养阴，甘缓和胃是也。至于壮水以制籛光，则有六味补三阴，而加车前、牛膝导引肝肾。斟酌变通，斯诚善矣。”

【现代研究】

·糖尿病的病因病机及辨证分型研究；

1. 病因病机的研究近年来，对糖尿病发病原因的看法较为一致，认为主要有过食肥甘、五志过殫、房室不节、热病火燥及先天禀赋不足几个方面。对病机的认识，主要有以下几种：

阴虚燥热学说：认为其本在阴虚，燥热为标；气虚学说：认为关键在于肺脾气虚，重点在于脾气虚；气阴两虚学说：目前最具有代表性，认为本病发病机理为燥热伤阴，阴损气耗，致气阴两虚；瘀血学说：此说经祝氏提出，引起了广泛的注意，许多人通过临床观察及实验研究后认为，瘀血为贯穿糖尿病发病始终的重要病机；肝郁肝火学说。以上几种学说，在糖

尿病发病中均可存在,分之各有局限,合之则较为完善。西苑医院程氏等认为,糖尿病患者常因情绪紧张而加重病情,患者发生酸中毒和昏迷常与情绪障碍有关。

肝主疏泄,调畅气机,若肝的疏泄功能正常,则气机调畅,水津输布正常;如肝失疏泄,则气机不畅、水津输布失常,如在此基础上,或五志过殫,或肝郁化火,则上损肺津,中伤胃液,下耗肾水,可发为消渴。故认为,肝气郁结是消渴的主要病机之一,治当重视疏肝解郁、调畅气机[江苏中医 1997;(9):35]。黄氏等认为,肾主蒸腾,肾籀在人体水津代谢中起主导作用,肾籀虚可见于消渴病的任何阶段,肾籀虚在消渴病发病过程中占有十分重要的地位,临床治疗时应随时注意保护肾籀,即使阴虚热盛明显,在滋阴清热时,也应稍佐以温补肾籀之晶[中医研究 1997;(5):8]。雷氏认为,消渴病的病机不是以肾虚为本,而是以胃热为本;不是燥热为标,而是以气虚和阴伤为标。胃热是因,气虚和阴伤是果,不论任何原因引起的消渴病,必经过胃热这个关键环节,胃热是消渴病的根本所在,治疗消渴病,不外清胃热、益脾气、养阴津三者,其中清胃热是关键环节 [北京中医药大学学报 1997;(6):10]。

2. 辨证分型的研究有根据气血阴籀辨证分型者,有根据寒热虚实分型者,也有根据脏腑及三焦辨证分型者。对糖尿病的辨证分型虽然种类较多,但目前采用最多的是卫生部制定发布的《中药新药治疗消渴病(糖尿病)的临床研究指导原则》中所制定的分型标准,即分为阴虚热盛证、气阴紫虚证、阴籀紫虚证和血瘀气滞证四型。

3. 糖尿病证候客观化的研究在研究糖尿病的辨证分型时,不少单位研究了“证”与客观指标间的相互关系,认为糖尿病不同证型与病程、血糖、置胰岛素、置升血糖素、环核羧酸、血浆皮质醇、性激素水平、血脂、血小板、糖化血红蛋白、尿 17 羟、尿 17 酮、尿 3-甲羟基苦杏仁酸(VMA)、血液流变学、甲皱微循环、凝血指标之间存在一定的关系,并着重研究了糖尿病血瘀证的证候实质。对血瘀证实质的研究,大致可以归纳为四个方面:某些器官的大体观察;有关凝血机制指标的观察;血液流变学变化;微循环改变。以上研究初步显示,糖尿病的中医辨证分型与客观指标之间存在一定的关系,中医对糖尿病的不同辨证分型是有一定物质基础的。

·糖尿病的中医药治疗

1. 辨证治疗糖尿病祝氏等通过上千例病人的观察,将糖尿病总结为七型进行治疗:阴虚型:滋阴生津兼活血,用沙参、麦冬、栀子、当归、生熟地、丹参等;阴虚火旺型:滋阴降火兼活血,上方酌加知母、黄柏、黄芩等;气阴紫虚型:益气养阴活血,用黄芩、玄参、丹参、山药、党参、麦冬、生熟地、五味子、茯苓等;气阴紫虚火旺型:益气养阴降火,兼以活血,上方酌加知母、黄柏、黄芩、龙胆草等;阴籀紫虚型:温籀育阴,配以活血,用桂枝、山药、山萸肉、丹皮、泽泻、生熟地、制附片、茯苓、葛根等;阴籀紫虚火旺型:温籀育阴降火,兼以活血,用上方加知母、黄柏;瘀血型:活血行气为主,兼以治本。用木香、当归、川芎、益母草、丹参、赤芍、葛根、生熟地等[上海中医药杂志 1982;(6):5]。蓝氏主张以脾虚为主根据不同情况辨证分型,治疗亦以健脾为主,用治消六味汤加絀进行治疗[陕西中医 1987;(10):454]。程氏将本病分为:脾虚肺胃蕴热型,治以清热泻火,健脾调津;脾虚气虚型,治以健脾培本,益气生

津；脾肾虚型，治以健脾补肾；脾虚瘀滞型，治以活血化瘀，健脾除滞[江苏中医 1981；(2)：5L 潘氏将糖尿病分为胃热伤阴、肾气虚损两大类，分别用麦门冬汤和八味肾气丸加味治疗[中医杂志 1986；(6)：10]。蒋氏将本病分为 7 个证型进行治疗：气阴虚型用黄芩汤，湿热气阻型用甘露消毒丹，脾虚不固型用肾气丸，阴虚失敛型用六味地黄丸合五子衍宗丸，肝郁阴虚型用丹栀逍遥散，燥热阴虚型用六味地黄汤合白虎承气汤，阴亏三消用甘露饮合白虎汤加味[中西医结合研究资料 1981；(20)：28L 李氏认为本病以阴亏热灼为主，故用六味地黄汤加味[新中医 1981；(11)：24]。高氏以生津润燥清热为治则，均获较满意的近期疗效[天津医药 1978；(5)：233L 师氏等用自拟基本方(黄芩、丹参、葛根、山药、天花粉、知母、麦冬、北沙参、石韦、牡蛎、玉竹)加味治疗糖尿病 170 例，按辨证分型为阴虚燥热，肝肾阴虚，气阴虚，阴脾虚。阴虚燥热加生石膏、生熟地、元参；肝肾阴虚加山萸肉、熟地炒白芍；阴脾虚加红参、生熟地、肉苁蓉。治疗后有 90 例(53%)近期治愈，有效 72 例(42%)，无效 8 例(4.5%) [甘肃中医 1996 (2)：15]。邹氏等以参降糖口服液(党参、麦冬、五味子、生地)治疗糖尿病 64 例，显效 36 例(56.25%)，有效 18 例，总有效率为 94%[四川中医 1999；(9)：2q]。杨氏等以益气养阴活血法(黄芩、五味子、知母、黄连、玉竹、白术、麦冬、枸杞、山药、丹参、葛根)辨证加味治疗 型糖尿病 35 例，显效 11 例(31.4%)，有效 19 例，总有效率为 85.7%[四川中医 1999；(8)：40L 陈氏以疏肝滋阴煎(柴胡、白芍、山药、熟地、生地、玄参、丹皮、山萸肉、葛根、黄芩、龙骨、牡蛎、苍术)加味，治疗 型糖尿病 64 例，结果临床缓解 18 例(28.13%)，显效 27 例(42.19%)，有效 9 例(14.06%)，无效 10 例，总有效率 84.38%[四川中医 1999；(3)：16]信姬氏以降糖丹(生地、熟地、麦冬、石斛、天花粉、鬼箭羽、丹参、黄芩、山药、苍术、知母、黄柏)加味治疗 型糖尿病 50 例，总有效率为 94%[四川中医 1999；(3)：25]。游氏等以疏肝活血方(柴胡、白芍、川楝子、用藜、淮山、茯苓、玄参、葛根、麦芽、丹参、益母草、地龙)治疗 型糖尿病 72 例，显效 46 例(63.89%)，有效 20 例(27.78%)，总有效率为 91.67%[湖南中医药导报 1999；(4)：16L 丁氏以花参汤(天花粉、红花、银花、黄芩、丹参、太子参、沙参、玄参、知母、石斛、仙璣脾、玉米须、益母草)加味治疗 型糖尿病 36 例，总有效率为 97.2%[湖南中医药导报 1999；(4)：28]。李氏等以降糖康复方(黄芩、黄精、丹参、山药、玄参、生山瑄、花粉、鸡内金、黄连、大黄)辨证加味治疗糖尿病 51 例，总有效率为 94.1%[实用中医药杂志 1999；(10)：8]

2. 专方治疗糖尿病近年来，国内外许多学者在寻求既符合中医理论，又具有较好降糖作用的专方专药方面做了不少工作。熊氏等以加味桃核承气汤(片)治疗糖尿病，用药后血糖、血脂均明显下降，血液流变学指标明显改善[新中医 1988；(4)：53；(7)：51L 田氏等用抑糖汤治疗 215 例糖尿病患者，总有效率为 70%[吉林中医药 1983；(5)：X]。程氏等用消渴平片(黄芩、人参、葛根、花粉、知母、天冬、丹参、五味子等)治疗 333 例糖尿病患者，有效率 81.08% [山东中医学院学报 1985；(3)：7L 李氏等用降糖丸(红参、茯苓、白术、黄芩、葛根、黄精、大黄、黄连、五味子等)治疗 20 例糖尿病患者，对血糖、尿糖有明显降低作用[中医杂志 1983；(10)：30L 王氏用甘芍降糖片治疗 214 例，总有效率为 8.8%[中西医结合杂志 1986；(10)：503]信絳氏等用滋肾蓉精丸(黄精、肉苁蓉、何首乌、山药、金樱子、五味子等)治疗 130 例，总有效率

为 87.6%[湖南中医杂志 1987;(6):8] 信另外,应用古方六味地黄丸、八味地黄丸、八仙长寿丸、玉液汤等方,以及一些研究者新拟订的降糖方进行观察,亦有较好的效果。近年来,有许多单位用专方专药治疗消渴病,疗效较好。如:窦氏等以固本消渴方(薏苡仁、山药、人参、黑豆、小麦麸皮、木耳、胡桃仁、麦冬、五味子、绿豆)并配合糖尿病饮食,治疗 型糖尿病 332 例,取得较好疗效[中国乡村医生 1998;(7):43] 张氏等采用金鳞冲剂(鲮鱼、郁金、紫菀等组成)并加服优降糖结果发现,治疗后紫组患者的空腹血糖均明显降低,紫组血糖值下降无显著性差异($P>0.05$)。然而,治疗组患者餐后 2h 血糖由治疗前的 $19.20 \pm 6.10\text{mmol/L}$ 降至 $10.10 \pm 3.90\text{mmol/L}$,对照组患者的餐后 2h 血糖则由 $21.30 \pm 7.60\text{mmol/L}$ 降为 $14.80 \pm 6.50\text{mmol/L}$ 。治疗组的餐后 2h 血糖显著低于对照组($P<0.05$)。且治疗组患者多数症状明显改善,也无肝肾功能损害或其它不良反应[贵箴医学院学报 1997;(1):53]。

3. 单味药治疗糖尿病国外文献报道苦瓜能提高糖耐量,降低血糖,国内张氏用苦瓜粗提取物对 61 例糖尿病患者进行治疗,有效率为 70.5%[山东中医学院学报 1982;(2):56]。北京医学院附属医院用亚腰葫芦治疗 26 例[中华内科杂志 1977;(3):136]。广西医学院用番石榴片治疗 166 例[新医药学杂志 1978;(4):34]。倪氏等用黄连素治疗 60 例糖尿病患者,均获较好疗效[中西医结合杂志 1988;(12):711]。

4. 对糖尿病并发症的治疗黄氏等应用自拟消渴痹痛汤(黄芩、鸡血藤、生地黄、牛膝、川芎、赤芍、地龙、山萸肉、当归、桃仁、三七、桂枝)加味治疗糖尿病并周围神经病变 26 例,并与西药对照组 10 例进行对比观察。结果:消渴痹痛汤治疗总有效率为 92.3%,效果显著优于对照组,提示益气养阴、活血通络法对本病有较好的治疗作用[新中医 1996;(12):21]。郭氏等以补脾还五汤化裁(黄芩、当归、赤芍、桃仁、红花、地龙、山萸肉、鸡血藤、丹参、玄参、葛根)加味治疗糖尿病多发性神经炎 13 例,四肢麻木、身体疼痛等症状消失者 7 例,减轻者 3 例,无效者 3 例[四川中医 1998;(8):19]。毕氏等以中药为主,治疗组加益气化痰汤(黄芩、丹参、生地、龟板、牛膝、赤芍、当归、山萸肉、川芎、甘草、三七)治疗糖尿病性视网膜病变 24 例,网膜水肿加茯苓;口渴难解加沙参、麦冬;渗出多加昆布、山瑯;神疲乏力,气短多汗加白术、山药,结果显效 17 例(70.8%),有效 6 例,总有效率 95.8%,效果优于对照组[四川中医 1997;(11):51]。

第五节 内伤发热

内伤发热是指以内伤为病因,脏腑功能失调、气血水湿郁遏或气血阴精亏虚为基本病机,以发热为主要临床表现的病证。一般起病较缓,病程较长。临床上多表现为低热,但有时可以是高热。

内伤发热是与外感发热相对应的一类发热,可见于多种疾病中,临床比较多见。中医对内伤发热有一套颇具特色的理论认识及治疗方药,且对大多数患者具有较好的疗效。

早在《内经》即有关于内伤发热的记载,其中对阴虚发热的论述较详。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》以小建中汤治疗手足烦热,可谓是后世甘温除热治法的先声。《太平圣惠方·第二十九卷》治疗虚劳烦热的柴胡散、生地黄散、地骨皮散等方剂,在处方的配伍组成方面,为后世治疗阴虚发热提供了借鉴。《小儿药证直诀》在《内经》五脏热病学说的基础上,提出了五脏热证的用方,钱氏并将肾气丸化裁为六味地黄丸,为阴虚内热的治疗提供了一个重要的方剂。李东垣对气虚发热的辨证及治疗作出了重要的贡献,以其所拟定的补中益气汤作为治疗的主要方剂,使甘温除热的治法具体化。李氏在《内外伤辨惑论》里,对内伤发热与外感发热的鉴别作了详细的论述。朱丹溪对阴虚发热有较多的论述,强调保养阴精的重要性。《景岳全书·寒热》对内伤发热的病因作了比较详细的论述,张景岳对虚发热的论述,足以补前人之所未及,其以右归饮、理中汤、大补元煎、六味回春饮等作为治疗虚发热的主要方剂,值得参考。《症因脉治·内伤发热》最先明确提出“内伤发热”这一病证名称,新拟定的气虚柴胡汤及血虚柴胡汤,可供治疗气虚发热及血虚发热参考。《证治汇补·发热》将外感发热以外的发热分为郁火发热、气郁发热、骨蒸发热、内伤发热(主要指气虚发热)、虚发热、阴虚发热、血虚发热、痰证发热、伤食发热、瘀血发热、疮毒发热共 11 种,对发热的类型进行了详细的归纳。《医林改错》及《血证论》二书对瘀血发热的辨证及治疗作出了重要贡献。

凡是不因感受外邪所导致的发热,均属内伤发热的范畴。

西医学所称的功能性低热,肿瘤、血液病、结缔组织疾病、内分泌疾病,以及部分慢性感染性疾病所引起的发热,和某些原因不明的发热,在有内伤发热的临床表现时,均可参照本节辨证论治。

【病因病机】

1. 肝经郁热情志抑郁,肝气不能条达,气郁化火而发热;或因恼怒过度,肝火内盛,以致发热。其发病机理正如《丹溪心法·火》所概括的:“凡气有余便是火”。因此种发热与情志密发相关,故亦称“五志之火”。

2. 瘀血阻滞由于情志、劳倦、外伤等原因导致瘀血阻滞经络,气血运行不畅,壅遏不通,因而引起发热,此为瘀血发热的主要病机。此外,瘀血发热也与血虚失养有关,如《医门法律·虚劳论》说:“血痹则新血不生,并素有之血,亦瘀积不行,血瘀则荣虚,荣虚则发热。”

3. 内湿停聚由于饮食失调、忧思气结等使脾胃受损、运化失职，以致湿邪内生，郁而化热，进而引起内伤发热。

4. 中气不足由于劳倦过度。饮食失调，或久病失于调理，以致中气不足，阴火内生而引起发热，亦即现今所称的气虚发热。

5. 血虚失养由于久病心肝血虚，或脾虚不能生血，或长期慢性失血，以致血虚失于濡养。血本属阴，阴血不足，无以敛阳而引起发热。如《证治汇补·发热》说：“血虚发热，一切吐衄便血，产后崩漏，血虚不能配阳，阳亢发热者，治宜养血。”

6. 阴精亏虚由于素体阴虚，或热病日久，耗伤阴液，或误用、过用温燥药物等，导致阴精亏虚，阴衰则阳盛，水不制火，阳气偏盛而引起发热。

7. 阳气虚衰由于寒证日久，或久病气虚，气损及阳，或脾肾阳气亏虚，以致火不归原，盛阳外浮而引起发热。如《证治汇补·发热》说：“阳虚发热，有肾虚水冷，火不归经，游行于外而发热。”

上述七种内伤发热，大体可归纳为虚、实两类。由肝经郁热、瘀血阻滞及内湿停聚所致者属实，其基本病机为气、血、水等郁结壅遏化热而引起发热。由中气不足、血虚失养、阴精亏虚及阳气虚衰所致者属虚，因气属阳的范畴，血属阴的范畴，此类发热均由阴阳失衡所导致。或为阴血不足，阴不配阳，水不济火，阳气亢盛而发热；或因阳气虚衰，阴火内生，阳气外浮而发热。

本病病机比较复杂，可由一种也可由多种病因同时引起发热。如气郁血瘀、气阴两虚、气血两虚等。久病往往由实转虚，由轻转重，其中以瘀血病久，损及气、血、阴、阳，分别兼见气虚、血虚、阴虚或阳虚，而成为虚实兼夹之证的情况较为多见。其他如气郁发热日久，若热伤阴津，则转化为气郁阴虚之发热；气虚发热日久，病损及阳，阳气盛衰，则发展为阳虚发热。

【临床表现】

内伤发热一般起病较缓，病程较长，或有反复发热的病史。临床多表现为低热，但有时也可以是高热，亦有少数患者自觉发热或五心烦热，而体温并不升高。一般发热而不恶寒，或虽感怯冷但得衣被则冷感即减轻或消失。发热持续，或时作时止，或作有定时。发热的同时多伴有头晕、神疲、自汗盗汗、脉弱无力等症。因内伤发热主要由于气、血、水湿的郁滞壅遏或气、血、阴、阳的亏损失调所导致，故在发热的同时，分别伴有气郁、血瘀、湿郁或气虚、血虚、阴虚、阳虚的症状。

【诊断】

1. 内伤发热起病缓慢，病程较长，多为低热，或自觉发热，表现为高热者较少。不恶寒，或虽有怯冷，但得衣被则温。常兼见头晕、神疲、自汗、盗汗、脉弱等症。

2. 一般有气、血、水湿壅遏或气血阴阳亏虚的病史，或有反复发热的病史。

3. 必要时可作有关的实验室检查，以进一步协助诊断。

【鉴别诊断】

内伤发热主要应与外感发热相鉴别。内伤发热的诊断要点已如上述，而外感发热表现的特点是：因感受外邪而起，起病较急，病程较短，发热初期大多伴有恶寒，其恶寒得衣被而不减。发热的热度大多较高，发热的类型随病种的不同而有所差异。常兼有头身疼痛、鼻塞、流涕、咳嗽、脉浮等症。外感发热由感受外邪，正邪相争所致，属实证者居多。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨证候之虚实在确诊为内伤发热的前提下，应依据病史、症状、脉象等辨明证候的虚实，这对治疗原则的确定具有重要意义。由气郁、血瘀、湿停所致的内伤发热属实；由气虚、血虚、阴虚、脾虚所致的内伤发热属虚。邪实伤正及因虚致实者，则既有正虚，又有邪实的表现，而成为虚实夹杂的证候。

2. 辨病情之轻重病程长久，热势亢盛，持续发热或反复发作，经治不愈，胃气衰败，正气虚甚，兼夹病证多，均为病情较重的表现；轻症反之。

治疗原则

实火宜清，虚火宜补。并根据证候、病机的不同而分别采用有针对性的治法。属实者，宜以解郁、活血、除湿为主，适当配伍清热。属虚者，则应益气、养血、滋阴、温脾，除阴虚发热可适当配伍清退虚热的药物外，其余均应以补为主。对虚实夹杂者，则宜兼顾之，正如《景岳全书·火证》所说：“实火宜泻，虚火宜补，固其法也。然虚中有实者，治宜以补为主，而不得不兼乎清；……若实中有虚者，治宜以清为主而酌兼乎补。”切不可一见发热，便用发散解表及苦寒泻火之剂。内伤发热，若发散易于耗气伤阴，苦寒则易伤败脾胃以及化燥伤阴，而使病情缠绵或加重。

分证论治

·气郁发热

症状：发热多为低热或潮热，热势常随情绪波动而起伏，精神抑郁，胁肋胀满，烦躁易怒，口干而苦，纳食减少，舌红，苔黄，脉弦数。

治法：疏肝理气，解郁泻热。

方药：丹栀逍遥散。

本方疏肝理脾，清肝泻热。方中以丹皮、[栀子](#)清肝泻热，[柴胡](#)、[薄荷](#)疏肝解热，[当归](#)、[白芍](#)养血柔肝，[白术](#)、[茯苓](#)、[甘草](#)培补脾土。气郁较甚，可加[郁金](#)、[香附](#)、[青皮](#)理气解郁；热象较甚，舌红口干便秘者，可去[白术](#)，加龙胆草、[黄芩](#)清肝泻火；妇女若兼月经不调，可加[泽兰](#)、[益母草](#)活血调经。

·血瘀发热

症状:午后或夜晚发热,或自觉身体某些部位发热,口燥咽下,但不多饮,肢体或躯干有固定痛处或肿块,面色萎黄或晦暗,舌质青紫或有瘀点、瘀斑,脉弦或涩。

治法:活血化瘀。

方药:血府逐瘀汤。

本方有较好的活血理气功效,为临床常用的活血化瘀方剂。方中以当归、川芎、赤芍药、地黄养血活血,桃仁、红花、牛膝活血祛瘀,柴胡、枳壳、桔梗理气行气,甘草调和诸药。发热较甚者,可加秦艽、白薇、丹皮清热凉血;肢体肿痛者,可加丹参、郁金、延胡索活血散肿定痛。

·湿郁发热

症状:低热,午后热甚,胸闷脘痞,全身重着,不思饮食,渴不欲饮,呕恶,大便稀薄或粘滞不爽,舌苔白腻或黄腻,脉濡数。

治法:利湿清热。

方药:三仁汤。

本方具有清利湿热,宣畅气机的功效。方中以杏仁宣降肺气,善开上焦;薏仁芳化湿浊,和畅中焦;苡仁益脾渗湿,疏导下焦;配以半夏、厚朴理气燥湿;通草、滑石、竹叶清热利湿,共奏宣化畅中,利湿清热之效。

呕恶加竹茹、丁香、陈皮和胃降逆;胸闷、苔腻加郁金、佩兰芳化湿邪;湿热阻滞少腑枢机,症见寒热如疟,寒轻热重,口苦呕逆者,加青蒿、黄芩清解少腑。

·气虚发热

症状:发热,热势或低或高,常在劳累后发作或加剧,倦怠乏力,气短懒言,自汗,易于感冒,食少便溏,舌质淡,苔白薄,脉细弱。

治法:益气健脾,甘温除热。

方药:补中益气汤。

本方既能益气升陷,又是甘温除热的代表方剂。方中以黄芪、党参、白术、甘草益气健脾;当归养血活血;陈皮理气和胃;升麻、柴胡既能升举清阳,又能透泄热邪。

自汗较多者,加牡蛎、浮小麦、糯稻根固表敛汗;时冷时热,汗出恶风者,加桂枝、芍药调和营卫;脾虚挟湿,而见胸闷脘痞,舌苔白腻者,加苍术、茯苓、厚朴健脾燥湿。

·血虚发热

症状:发热,热势多为低热,头晕眼花,身倦乏力,心悸不宁,面白少华,唇甲色淡,舌质淡,脉细弱。

治法:益气养血。

方药:归脾汤。

本方补益心脾，益气生血，为常用的补血方剂，方中以**黄芩**、**党参**、**茯苓**、**白术**、**甘草**益气健脾，**当归**、**龙眼肉**补血养血；**酸枣仁**、**远志**养心安神；**木香**健脾理气，使全方补而不滞。

血虚较甚者，加熟地、**枸杞子**、制首乌补益精血；发热较甚者，可加银**柴胡**、**白薇**清退虚热；由慢性失血所致的血虚，若仍有少许出血者，可酌加**三七粉**、仙鹤草、**茜草**、**棕榈皮**等止血。

·阴虚发热

症状：午后潮热，或夜间发热，不欲近衣，手足心热，烦躁，少寐多梦，盗汗，口干咽燥，舌质红，或有裂纹，苔少甚至无苔，脉细数。

治法：滋阴清热。

方药：清骨散。

本方具有养阴清热，退热除蒸的功效。方中以银**柴胡**、**知母**、**胡黄连**、**地骨皮**、**青蒿**、**秦艽**清退虚热，**鳖甲**滋阴潜降，**甘草**调和诸药。盗汗较甚者，可去**青蒿**，加**牡蛎**、浮小麦、糯稻根固表敛汗；阴虚较甚者，加玄参、生地、制首乌滋养阴精；失眠者，加**酸枣仁**、**柏子仁**、夜交藤养心安神；兼有气虚而见头晕气短，体倦乏力者，加北沙参、**麦冬**、**五味子**益气养阴。

·气虚发热

症状：发热而欲近衣，形寒怯冷，四肢不温，少气懒言，头晕嗜卧，腰膝酸软，纳少便溏，面色觥白，舌质淡胖，或有齿痕，苔白润，脉碎细无力。

治法：温补气，引火归元。

方药：金匱肾气丸。

本方为温补肾阴的常用方剂，虽为温肾方剂，但方中却配伍了养阴的方药，其意义在于阴肾相济。正如《景岳全书·新方八略》说“善补肾者，必于阴中求肾，则肾得阴助而生化无穷。”方中以**附子**、**肉桂**温补肾气，山茱萸、**地黄**补养肝肾，**山药**、**茯苓**补肾健脾，丹皮、**泽泻**清泄肝肾以为佐。短气甚者，加**人参**补益元气，便溏腹泻者，加**白术**、**炮干姜**温中焦。

【转归预后】

在内伤发热的病程中，由于病机的发展变化，或治疗用药等影响，内伤发热的一些证候可以转化或兼夹出现。对兼夹多种证候者，应分清主次，适当兼顾。

内伤发热的预后，与起病的原因、患者的身体状况有密切关系。据临床观察，大部分内伤发热，经过适当的治疗及护理，均可治愈。少数患者病情缠绵，病程较长，需经一定时间的治疗方能获得明显疗效。而兼夹多种病证，病情复杂，以及体质程度亏虚的患者，则疗效及预后均较差。

【预防与调摄】

恰当的调摄护理对促进内伤发热的好转、治愈具有积璫意义。内伤发热患者应注意休息，发热体温高者应卧床。部分长期低热的患者，在体力许可的情况下，可作适当户外活动。要保

持乐观情绪,饮食宜进清淡、富于营养而又易于消化之品。由于内伤发热的患者常卫表不固而有自汗、盗汗,故应注意保暖、避风,防止感受外邪。

【结语】

由情志不舒、饮食失调、劳倦过度、久病伤正等引起的发热称为内伤发热,临床多表现为低热。气滞、血瘀、湿停,郁结壅遏化热,以及气、血、阴、膂亏虚,阴膂失衡发热,是内伤发热的类型病机。前者属实,后者属虚。在治疗上,实热宜泻,虚热宜补,并根据证候的不同而采用解郁泻热、活血化瘀、利湿清热、甘温除热、益气养血、滋阴清热、引火归元等治法,对兼夹出现者,当分清主次,适当兼顾。

【文献摘要】

《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》：“虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥，小建中汤主之。”

《诸病源候论·虚劳热候》：“虚劳而热者，是阴气不足，膂气有余，故内外生于热，非邪气从外来乘也。”

《医学入门·发热》：“内伤劳役发热，脉虚而弱，倦怠无力，不恶寒，乃胃中真膂下陷，内生虚热，宜补中益气汤。”

《景岳全书·寒热》：“阴虚之热者，宜壮水以平之；无根之热者，宜益火以培之。”

《医学心悟·火字解》：“外火，风寒暑湿燥火及伤热饮食，贼火也，贼可驱而不可留。内火，七情色欲，劳役耗神，子火也，子可养而不可害”；“养子火有四法：一曰警：……所谓木郁则警之，如逍遥散之类是也；二曰滋：……所谓壮水之主，以镇膂光，如六味汤之类是也；三曰温：……经曰劳者温之，又曰甘温能除大热，如补中益气之类是也；四曰引：……以辛热杂于壮水药中，导之下行，所谓导龙入海，引火归元，如八味汤之类是也”。

《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》：“身外凉，心里热，故名灯笼病，内有瘀血。认为虚热，愈补愈瘀；认为实火，愈凉愈凝”。“晚发一阵热，每晚内热，兼皮肤热一时。”

《医林改错，气血合脉说》：“后半夜发烧，前半夜更甚，后半夜轻，前半夜不烧，此是血府血瘀。血瘀之轻者，不分四段，惟日落前后烧紫时；再轻者，或烧一时。此内烧兼身热而言。”

【现代研究】

·甘温除热法的临床研究

中国中医研究院基础理论研究所统计了近30年各级中医杂志报道的162例用甘温除热法获效的发热病例,其中男78例,女84例,从年龄病程、发热程度及症状等方面分析发现,用甘温除热法获效的患者以50岁以下者居多,约占87%,其中尤以10岁以下的儿童及20-40岁的中青年为多,50岁以上的中老年病人较少,仅占10%左右。其中的151例有明确的体温记载,用甘温除热法获效者以37(2-38℃)的低热患者为多,约占40.4%,38-39℃的中等热度患者占29.1%,39-40.5℃的高热患者约占25.8%,40.5℃以上的超高热患者

少见,仅占2.7%。还有个别患者体温在正常范围内,仅自觉发热,用甘温除热法亦可获效。所收集的病例中,有158例明载有病程,短则几天,长则可警9年。其中,病程不及1个月者占34.8%,3个月以内者占56.3%,1年以内者占77.2%,病程超过1年者仅占22.8%。此外,作者还对162例气虚或气虚血亏发热患者所表现的症状进行了分析统计,其中出现次数较多的症状为:神疲乏力,纳差,腹泻或便溏,自汗,气短懒言,头晕,面色苍白,舌体胖大,舌质淡,苔白,脉细数。归纳起来,甘温除热法的应用指征主要是:病程较长,但一般在数月之内。年龄以10岁以下儿童或20-50岁的中青年患者为多。热象:持续低热,或壮热不退,饮食失节或劳倦过度时加重。兼有脾气亏虚或气血虚的症状。用甘寒养阴、苦寒清热之剂等,或使用各种抗生素无效[中医杂志 1993;(3):184]

陈氏认为甘温可以除虚热,方用补中益气汤[中医杂志 1990;(8):4]。赵氏认为,气虚发热绝无大热可言,其治疗以补中益气汤为基本方,但应根据病情轻重,病及脏腑的多寡及兼夹证等辨证化裁。黄氏认为甘温除大热治疗真寒假热证,不论体温表上是否显示发热,必须抓住气虚或气虚这一疾病本质。江氏则用甘温除热法,治疗温病中变证和坏证,证属内伤发热者,常采用甘温除其热,佐以介类潜其阳,常选用**黄芩桂枝**五物汤、**桂枝**加龙骨**牡蛎**汤,佐以参附等治疗,多次奏效[中医杂志 1990;(8):4]

·阴虚内热证的实验研究

上海第一医学院生化教研室通过**知母**对钠泵作用的大鼠体内实验来探讨阴虚内热证与钠泵的关系。结果提示,钠泵消耗能量占整个细胞总能量的40%-60%,在机体热生成中占重要地位。**知母**甾体皂甙元对大鼠 $N^+ K^+$ ATP酶有明显抑制效应。肝脏是体内最大的实质性脏器,肝脏细胞内 $N^+ K^+$ ATP酶的变化会影响整体的热与寒,似可说明阴虚内热证其 $N^+ K^+$ ATP酶活性是增高的。肾与粘膜细胞中此酶的变化,可解释阴虚内热时大便干结、小便短赤的机理[中西医结合杂志 1983;(4):235]信

·功能性低热的临床研究

功能性低热多见于青年女性,体温一般不超过38℃,1天的温差在0.5℃左右,并有植物神经功能紊乱症状。临床表现与中医的内伤发热证有许多类似之处,采用中药治疗常可获良效。大连中医研究所用丹栀逍遥散化裁治疗功能性低热45例(排除慢性感染性疾病及风湿、甲亢引起的发热),均获良效[中西医结合杂志 1982;(2):87]。

·血虚发热的临床研究

山东中医学院对120例再障并有发热的病人进行分析,发热计有204例次,其中,属内伤发热之血虚发热者为34例次,表现为午后发热、头晕、心悸、身倦、乏力、恶心、纳呆、面色不华、爪甲色淡、舌质淡、脉细弱,治以补益气血、佐清虚热,方用归脾汤加**青蒿**、**升麻**、石斛、女贞子、**阿襟**等,有效率76.42%。再障属中医虚劳、血证、内伤发热等范畴,其内伤发热为阴偏盛偏衰,由血虚、阴虚、气虚、气虚、血瘀等引起,其中尤以血虚发热为多见,采用补益气血佐清虚热之法,一般能收到较好效果[中国医药学报 1988;(5):20]。

第六节 虚劳

虚劳又称虚损，是由于禀赋薄弱、后天失养及外感内伤等多种原因引起的，以脏腑功能衰退，气血阴精亏损，日久不复为主要病机，以五脏虚证为主要临床表现的多种慢性虚弱症候的总称。

虚劳是气血津液病证中涉及脏腑及表现证候最多的一种病证，临床较为常见。中医药在调理阴精、补益气血、促进脏腑功能的恢复等方面，积累了丰富的经验。

历代医籍对虚劳的论述甚多。《素问·通评虚实论》所说的“精气夺则虚”可视为虚证的提纲。而《素问·调经论》所谓“精虚则外寒，阴虚则内热”，进一步说明虚证有阴虚、精虚的区别，并指明阴虚、精虚的主要特点。《难经·十四难》论述了“五损”的症状及转归。

《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治》首先提出了虚劳的病名。《诸病源候论·虚劳病诸候》比较详细地论述了虚劳的原因及各类症状，对五劳、六瘵、七伤的具体内容作了说明。金元以后，许多医家对虚劳的理论认识及临床治疗都有较大的发展。如李东垣重视脾胃，长于甘温补中。朱丹溪重视肝肾，善用滋阴降火。明代张景岳对阴精互根的理论作了深刻的阐发，在治疗肾阴虚、肾精虚的理论及方药方面有新的发展。李中梓《医宗必读》强调脾、肾在虚劳中的重要性。绮石《理虚元鉴》为虚劳专书，对虚劳的病因、病机、治疗、预防及护理均有较好的论述。清代的《不居集》对虚劳的资料作了比较系统的汇集整理，是研究虚劳的一部有价值的参考书。

虚劳涉及的内容很广，可以说是中医内科中范围最广的一个病证。凡禀赋不足，后天失养，病久体虚，积劳内伤，久虚不复等所致的多种以脏腑气血阴精亏损为主要表现的病证，均属于本病证的范围。

西医学中多个系统的多种慢性消耗性疾病，出现类似虚劳的临床表现时，均可参照本节辨证论治。

【病因病机】

多种原因均可导致虚劳。《理虚元鉴·虚症有六因》所说的“有先天之因，有后天之因，有痘疹及病后之因，有外感之因，有境遇之因，有医药之因”，对引起虚劳的原因作了比较全面的归纳。多种病因作用于人体，引起脏腑气血阴精的亏虚，日久不复而成为虚劳。结合临床所见，引起虚劳的病因病机主要有以下五个方面。

1. 禀赋薄弱，因虚致病多种虚劳证候的形成，都与禀赋薄弱，体质不强密切相关。或因父母体弱多病，年老体衰，或胎中失养，孕育不足，或生后瘤养失当，水谷精气不充，均可导致禀赋薄弱。先天不足、禀赋薄弱之体，易于罹患疾病，并在病后易形成久病不复的状态，使脏腑气血阴精亏虚日甚，而成为虚劳。

2. 烦劳过度, 损伤五脏适当的劳作, 包括脑力及体力的劳动, 为人的正常生活以及保持健康所必需。但烦劳过度则有损健康, 因劳致虚, 日久而成虚劳。在烦劳过度中, 以劳神过度及恣情纵欲较为多见。忧郁思虑, 积思不解, 所欲未遂等劳神过度, 易使心失所养, 脾失健运, 心脾损伤, 气血亏虚, 久则形成虚劳。而早婚多育, 房事不节, 频犯手淫等, 易使肾精亏虚, 肾气不足, 久则形成虚劳。

3. 饮食不节, 损伤脾胃暴饮暴食, 饥饱不调, 嗜食偏食, 营养不良, 饮酒过度等原因, 均会导致脾胃损伤, 不能化生水谷精微, 气血来源不充, 脏腑经络失于濡养, 日久形成虚劳。

4. 大病久病, 失于调理大病之后, 邪气过盛, 脏气损伤, 正气短时难以恢复, 日久而成虚劳。久病而成虚劳者, 随疾病性质的不同, 损耗人体的气血阴精各有侧重。如热病日久, 则耗伤阴血; 寒病日久, 则伤气损精; 瘀血日久, 则新血不生; 或病后失于调理, 正气难复, 均可演变为虚劳。

5. 误治失治, 损耗精气由于辨证诊断有误, 或选用药物不当, 以致精气损伤。若多次失误, 既延误疾病的治疗, 又使阴精或精气受损难复, 从而导致虚劳。在现今的临床实践中, 也有过用某些化学药物或接触有害物质(如放射线)过多, 使阴精及气血受损, 而形成虚劳者。

以上各种病因, 或是因虚致病, 因病成劳, 或因病致虚, 久虚不复成劳, 而其病性, 主要为气、血、阴、精的虚损。病损部位主要在五脏, 尤以脾肾两脏更为重要。引起虚损的病因, 往往首先导致某一脏气、血、阴、精的亏损, 而由于五脏相关, 气血同源, 阴精互根, 所以在虚劳的病变过程中常互相影响, 一脏受病, 累及他脏, 气虚不能生血, 血虚无以生气; 气虚者, 日久精也渐衰; 血虚者, 日久阴也不足; 精损日久, 累及于阴; 阴虚日久, 累及于精。以致病势日渐发展, 而病情趋于复杂。

【临床表现】

虚劳多发生在先天不足, 后天失调, 及大病久病, 精气耗伤的患者。病程一般较长, 症状逐渐加重, 短期不易康复。

虚劳以脏腑功能衰退、气血阴精亏损所致的虚弱、不足的证候为其特征, 在虚劳共有特征的基础上, 由于虚损性质的不同而有气、血、阴、精虚损之分。气虚损者主要表现为面色萎黄、神疲体倦、懒言声低、自汗、脉细; 血虚损者主要表现为面色不华、唇甲淡白、头晕眼花、脉细; 阴虚损者主要表现为口干舌燥、五心烦热、盗汗、舌红苔少、脉细数; 精虚损者主要表现为面色苍白、形寒肢冷、舌质淡胖有齿印、脉痿细。

【诊断】

1. 证候特征, 多见神疲体倦, 心悸气短, 面容憔悴, 自汗盗汗, 或五心烦热, 或畏寒肢冷, 脉虚无力等症。若病程较长, 久虚不复, 症状可逐渐加重。

2. 具有引起虚劳的致病因素及较长的病史。

3. 排除类似病证。应着重排除肺痿及真他病证中的虚证类型。

【鉴别诊断】

1. 肺癆在唐代以前,尚未将这紮种病证加以区分,一般都统括在虚劳之内。宋代以后,即对虚劳与肺癆的区别有了明璫的认识。紮者鉴别的要点是:肺癆系正气不足而被癆虫侵袭所致,主要病位在肺,具有传染性,以阴虚火旺为其病理特点,以咳嗽、咯痰、咯血、潮热、盗汗、消瘦为主要临床症状,治疗以养阴清热、补肺杀虫(抗结核)为主要治则;而虚劳则由多种原因所导致,久虚不复,病程较长,无传染性,以脏腑气、血、阴、籐亏虚为其基本病机,分别出现五脏气、血、阴、籐亏虚的多种症状,以补虚扶正为基本治则,根据病情的不同而采用益气、养血、滋阴、温籐等法。

2. 其他病证中的虚证类型虚劳与内科其他病证中的虚证在临床表现、治疗方药方面有类似之处,但紮者是有区别的。其主要的区别有二:虚劳的各种证候,均以精气亏虚的症状为特征,而其他病证的虚证则各以其病证的主要症状为突出表现。例如:眩晕一证的气血亏虚型,虽有气血亏虚的症状,但以眩晕为最突出、最基本的表现;水肿一证的脾籐不振型,虽有脾籐亏虚的症状,但以水肿为最突出、最基本的表现。虚劳一般病程较长,病势缠绵。其他病证中的虚证类型虽然也以久病属虚者为多,但亦有病程较短而呈现虚证者。例如泄泻一证的脾胃虚弱型,以泄泻伴有脾胃亏虚的症状为主要表现,临床病例中有病程长者,但亦有病程短者。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨五脏气血阴籐亏虚的不同虚劳的证候虽多,但总不离乎五脏,而五脏之辨,又不外乎气血阴籐。故对虚劳的辨证应以气、血、阴、籐为纲,五脏虚候为目。正如《杂病源流犀烛·虚损癆瘵源流》说:“五脏虽分,而五脏所藏无非精气,其所以致损者有四:曰气虚、曰血虚、曰籐虚、曰阴虚”,“气血阴籐各有专主,认得真璫,方可施治”。一般说来,病情单纯者,病变比较局限,容易辨清其气、血、阴、籐亏虚的属性和病及脏腑的所在。但由于气血同源、阴籐互根、五脏相关,所以各种原因所致的虚损往往互相影响,由一虚渐致紮虚,由一脏而累及他脏,使病情趋于复杂和严重,辨证时应加注意。

2. 辨兼夹病证的有无虚劳一般均有较长的病程,辨证施治时还应注意有无兼夹病证,尤其应注意下述三种情况:

(1) 因病致虚、久虚不复者,应辨明原有疾病是否还继续存在。如因热病、寒病或癆结致虚者,原发疾病是否已经治愈。

(2) 有无因虚致实的表现。如因气虚喘血无力,形成瘀血;脾气虚不能端化水湿,以致水湿内停等。

(3) 是否兼夹外邪。虚劳之人由于卫外不固,易感外邪为患,且感邪之后不易恢复;治疗用药也与常人感邪有所不同。

若有以上兼夹病证,在治疗时应分别轻重缓急,予以兼顾。

治疗原则

对于虚劳的治疗，以补益为基本原则。正如《素问·三部九候论》说：“虚则补之”。在进行补益的时候，一是必须根据病理属性的不同，分别采取益气、养血、滋阴、温脾的治疗方药；二是要密切结合五脏病位的不同而选方用药，以加强治疗的针对性。

在应用补益这个基本原则治疗虚劳的时候，应注意以下三点：重视补益脾肾在治疗虚劳中的作用。以脾胃为后天之本，为气血生化之源，脾胃健运，五脏六腑、四肢百骸方能得以滋养。肾为先天之本，寓元阴元阳，为生命的本元。重视补益脾肾，先后天之本不败，则能促进各脏虚损的恢复。对于虚中央实及兼感外邪者，当补中有泻，扶正祛邪。从辨证的关系看，祛邪亦可起到固护正气的作用，防止因邪恋而进一步损伤正气。虚劳的病程较长，影响的因素较多，要将药物治疗与饮食调养及生活调摄密切结合起来，方能收到更好的治疗效果。

分证论治

为了便于临床应用，虚劳的辨证论治以气血阴阳为纲，五脏虚证为目。

·气虚：

·肺气虚：

症状：短气自汗，声音低怯，时寒时热，平素易于感冒，面白，舌质淡，脉弱。

治法：补益肺气。

方药：补肺汤。

本方具有补益肺肾、敛肺肃肺的功效。方中以人参、黄芩益气补肺，熟地、五味子益肾敛肺，紫菀、桑白皮肃肺止咳。

无咳嗽者，可去桑白皮、紫菀。自汗较多者，加牡蛎、麻黄根固表敛汗。若气阴两虚而兼见潮热、盗汗者，加鳖甲、地骨皮、秦艽等养阴清热。

·心气虚

症状：心悸，气短，劳则尤甚，神疲体倦，自汗，舌质淡，脉弱。

治法：益气养心。

方药：七福饮。

本方具有益气补血、养心盛神的功效，适用于气血亏虚、心失所养所致的心悸、气短、自汗、神疲、不寐等症。本方系由五福饮加酸枣仁、远志而成。方中以人参、白术、炙甘草益气养心，熟地、当归滋补阴血，酸枣仁、远志盛心安神。

自汗多者，可加黄芩、五味子益气固摄，饮食少思，加砂仁、茯苓开胃健脾。

·脾气虚

症状：饮食减少，食后胃脘不舒，倦怠乏力，大便溏薄，面色萎黄，舌淡苔薄，脉弱。

治法：健脾益气。

方药：加味四君子汤。

本方具有益气健脾除湿的功效。以人参、黄芩、白术、甘草益气健脾，茯苓、扁豆健脾除湿。

胃失和降而兼见胃脘胀满，暖气呕吐者，加陈皮、半夏和胃理气降逆。食积停滞而见脘闷腹胀，暖气酸腐，苔腻者，加神曲、麦芽、山楂、鸡内金消食健胃。气虚及痿，脾痿渐虚而兼见腹痛即泻、手足欠温者，加肉桂、炮姜温中散寒。

·肾气虚

症状：神疲乏力，腰膝酸软，小便频数而清，白带清稀，舌质淡，脉弱。

治法：益气补肾。

方药：大补元煎。

本方具有益气补肾、生精养血的功效。方中以人参、山药、炙甘草益气固肾，杜仲、山茱萸温补肾气，熟地、枸杞子、当归补养精血。

神疲乏力甚者，加黄芩益气。尿频较甚及小便失禁者，如菟丝子、五味子、益智仁补肾固摄。脾失健运而兼见大便溏薄者，去熟地、当归，加肉豆蔻、补骨脂温补固涩。

在气、血、阴、痿的亏虚中，气虚是临床最常见的一类，其中尤以肺、脾气虚为多见，而心、肾气虚亦不少。肝病而出现神疲乏力，食少便溏，舌质淡，脉弱等气虚症状时，多在原肝病辨治的基础上结合脾气亏虚论治。

·血虚：

·心血虚

症状：心悸怔忡，健忘，失眠，多梦，面色不华，舌质淡，脉细或结代。

治法：养血盛心。

方药：养心汤。

本方具有益气生血、养血盛心的功效。方中以人参、黄芩、茯苓、五味子、甘草益气生血，当归、川芎、柏子仁、酸枣仁、远志养血盛心，肉桂、半夏曲温中健脾，以助气血之生化。

失眠、多梦较甚，可加合欢花、夜交藤养心安神。

·脾血虚

症状：体倦乏力，纳差食少，心悸气短，健忘，失眠，面色萎黄，舌质淡，苔白薄，脉细缓。

治法：补脾养血。

方药：归脾汤。

方中以参、芩、术、草、姜、枣甘温补脾益气，当归补血，茯神、酸枣仁、龙眼肉、远志养心安神，木香理气醒脾。本方为补脾与养心并进，益气与养血相融之剂，为治脾血虚及心血虚的常用方剂。

·肝血虚

症状:头晕,目眩,胁痛,肢体麻木,筋脉拘急,或筋惕肉困,妇女月经不调甚则闭经,面色不华,舌质淡,脉弦细或细涩。

治法:补血养肝。

方药:四物汤。

本方具有养血调血,补而不滞的功效。方中以熟地、[当归](#)补血养肝,芍药、川芎和营调血。

血虚甚者,加制首乌、[枸杞子](#)、[鸡血藤](#)增强补血养肝的作用。胁痛,加[丝瓜络](#)、[郁金](#)、[香附](#)理气通络。目失所养,视物模糊,加楮实子、[枸杞子](#)、[决明子](#)养肝明目。

心主血,脾统血,肝藏血,故血虚之中以心、脾、肝的血虚较为多见。

由于脾为后天之本,气血生化之源,又由于血为气母,血虚均伴有不同程度的气虚症状,而且在中医长期的临床实践中,认为补血不宜单用血药,而应适当配伍补气药,以冀到益气生血的目的。所以在治疗各种血虚的证候时,应结合健脾益气生血之法,如归脾汤、[当归](#)补血汤、圣愈汤等方剂,都体现了这一治疗思想。

『阴虚』

·肺阴虚

症状:干咳,咽燥,甚或失音,咯血,潮热,盗汗,面色潮红,舌红少津,脉细数。

治法:养阴润肺。

方药:沙参[麦冬](#)汤。

本方有滋养肺阴、清热润燥的功效。方中以沙参、[麦冬](#)、[玉竹](#)滋养肺阴,[天花粉](#)、[桑叶](#)、[甘草](#)清热润燥。

咳嗽甚者,加[百部](#)、[款冬花](#)肃肺止咳。咯血,加白及、仙鹤草、小蓟凉血止血。潮热,加[地骨皮](#)、[银柴胡](#)、[秦萸](#)、[鳖甲](#)养阴清热。盗汗,加[牡蛎](#)、浮小麦固表敛汗。

·心阴虚

症状:心悸,失眠,烦躁,潮热,盗汗,或口舌生疮,面色潮红,舌红少津,脉细数。

治法:滋阴养心。

方药:天王补心丹。

本方为滋阴养心的常用方剂。方中以生地、玄参、[麦冬](#)、[天冬](#)养阴清热,[人参](#)、[茯苓](#)、[五味子](#)、[当归](#)益气养血,丹参、[柏子仁](#)、[酸枣仁](#)、[远志](#)、[朱砂](#)养心安神。

火热偏盛而见烦躁不安,口舌生疮者,去[当归](#)、[远志](#)之辛温,加[黄连](#)、木通、[淡竹叶](#)清心泄火,导热下行。潮热,加[地骨皮](#)、[银柴胡](#)、[秦萸](#)清退虚热。盗汗,加[牡蛎](#)、浮小麦固表敛汗。

·脾胃阴虚

症状:口干唇燥,不思饮食,大便燥结,甚则干呕,癯逆,面色潮红,舌干,苔少或无苔,脉细数。

治法：养阴和胃。

方药：益胃汤。

本方具有滋阴益胃的功效，方中以沙参、[麦冬](#)、生地、[玉竹](#)滋阴养液，冰糖养胃和中。

口干唇燥甚者，为津亏较甚，加石斛、花粉滋养胃阴。不思饮食甚者，加[麦芽](#)、扁豆、[山药](#)益胃健脾。癯逆，加[刀豆](#)、[柿蒂](#)、[竹茹](#)扶养胃气，降逆止癯。大便干结，将原方之冰糖改用[蜂蜜](#)，以收润肠通便之效。

·肝阴虚

症状：头痛，眩晕，耳鸣，目干畏光，视物不明，急躁易怒，或肢体麻木，筋惕肉困，面潮红，舌干红，脉弦细数。

治法：滋养肝阴。

方药：补肝汤。

本方具有养血柔肝，滋养肝阴的功效，方中以[地黄](#)、[当归](#)、芍药、川芎养血柔肝，[木瓜](#)、[甘草](#)酸甘化阴，[麦冬](#)、枣仁滋养肝阴。

头痛、眩晕、耳鸣较甚，或筋惕肉困，为风内盛，加石决明、[菊花](#)、[钩藤](#)、[刺藜](#)平肝熄风潜阳。目干涩畏光，或视物不明者，加[枸杞子](#)、女贞子、草决明养肝明目。急躁易怒，尿赤便秘，舌红脉数者，为肝火亢盛，加龙胆草、[黄芩](#)、[栀子](#)清肝泻火。

·肾阴虚

症状：腰酸，遗精，足痿弱，眩晕，耳鸣，甚则耳聋，口干，咽痛，颧红，舌红，少津，脉细。

治法：滋补肾阴。

方药：左归丸。

本方具有较强的滋补肾阴的作用。方中以熟地、龟板、枸杞、[山药](#)、[菟丝子](#)、[牛膝](#)滋补肾阴；山茱萸、[鹿角](#)温补肾气、助阳生阴。

遗精，加[牡蛎](#)、[金樱子](#)、[芡实](#)、[莲须](#)固肾涩精。潮热、口干、咽痛、脉数为阴虚而火旺，去[鹿角](#)、山茱萸，加[知母](#)、[黄柏](#)、[地骨皮](#)滋阴泻火。

五脏的阴虚在临床上均较常见。

『虚：

·心虚

症状：心悸，自汗，神倦嗜卧，心胸郁闷疼痛，形寒肢冷，面色苍白，舌质淡或紫暗，脉细弱或迟。

治法：益气温。

方药：保元汤。

方中以人参、黄芩益气扶正，肉桂、甘草、生姜温通脾气，共奏益气温脾之效。

心胸疼痛者，酌加郁金、川芎、丹参、三七活血定痛。形寒肢冷，为脾虚较甚，酌加附子、巴戟天、仙茅、仙璣脾、鹿茸温补脾气。

·脾虚

症状：面色萎黄，食少，形寒，神倦乏力，少气懒言，大便溏薄，肠鸣腹痛，每因受寒或饮食不慎而加剧，舌质淡，苔白，脉弱。

治法：温中健脾。

方药：附子理中汤。

本方具有益气健脾，温中祛寒之功效。方中以党参、白术、甘草益气健脾；附子、干姜温中祛寒。

腹中冷痛较甚，为寒凝气滞，可加高良姜、香附或丁香、续茱萸温中散寒，理气止痛。

餐后腹胀及呕逆者，为胃寒气逆，加砂仁、半夏、陈皮温中和胃降逆。腹泻较甚者，为脾虚温甚，加肉豆蔻、补骨脂、苡仁温补脾肾，涩肠除湿止泻。

·肾虚

症状：腰背酸痛，遗精，痿，多尿或不禁，面色苍白，畏寒肢冷，下利清谷或五更腹泻，舌质淡胖，有齿痕，苔白，脉迟。

治法：温补肾。

方药：右归丸。

本方具有温补肾，兼养精血的作用，为治肾虚衰的常用方剂。方中以附子、肉桂温补肾；杜仲、山茱萸、菟丝子、鹿角温补肾气；熟地、山药、枸杞、当归补益精血，滋阴以助。

遗精，加金樱子、桑螵蛸、莲须，或金锁固精丸以收涩固精。脾虚以致下利清谷者，去熟地、当归等滋腻滑润之品，加党参、白术、苡仁益气健脾，渗湿止泻。命门火衰以致五更泄泻者，合四神丸温脾暖肾，固肠止泻。虚水泛以致浮肿、尿少者，加茯苓、泽泻、车前子，或合五苓散利水消肿。肾不纳气而见喘促、短气，动则更甚者，加补骨脂、五味子、蛤蚧补肾纳气。

虚常由气虚进一步发展而成，虚则生寒，症状比气虚重，并出现里寒的症状。虚之中，以心、脾、肾的虚为多见。由于肾为人身之元，所以心、脾之虚日久，亦必病及于肾，而出现心肾虚或脾肾虚的病变。

为了便于辨证和治疗，将虚归纳为气、血、阴、虚四类，但临床常有错杂互见的情况。一般来说，病程短者，多伤及气血，可见气虚、血虚及气血虚之证；病程长者，多伤及阴，可见阴虚、虚及阴虚虚之证。而气血与阴虚的虚既有联系，又有区别。津液精血都属于阴的范畴，但血虚与阴虚的区别在于：血虚主要表现血脉不充，失于濡养的症状，如面色不华，唇舌色淡，脉细弱等；阴虚则多表现阴虚生内热的症状，如五心烦热，颧红，口干咽燥，

舌红少津,脉细数等。痿虚可以包括气虚在内,且痿虚往往是由气虚进一步发展而成。气虚表现为短气乏力,自汗,食少,便溏,舌淡,脉弱等症状;痿虚则这些症状进一步加重,且出现痿虚里寒的症状,如倦怠嗜卧,形寒肢冷,肠鸣泄泻,舌质淡胖,脉虚弱或砵迟等。

虚劳的治疗应从多方面着手,除药物外,气功、针灸、推拿、食疗等均可配合使用。

【转归预后】

虚劳一般病程较长,多为久病痼疾,其转归及预后,与体质的强弱,脾肾的盛衰,能否解除致病原因,以及是否得到及时、正确的治疗、护理等因素有密切关系。脾肾未衰,元气未败,形气未脱,饮食尚可,无大热,或虽有热而治之能解,无喘息不续,能受补益等,为虚劳的顺证表现,其预后较好。反之,形神衰惫,肉脱骨瘦,不思饮食,泄泻不止,喘急气促,发热难解,声哑息微,或内有实邪而不任攻,或诸虚并集而不受补,舌质淡胖无华或光红如镜,脉象急促细弦或浮大无根,为虚劳的逆证表现,其预后不良。

【预防与调摄】

调摄护理对虚劳的好转、治愈具有重要作用。

1. 避风寒,适寒温。虚劳过程中,感受外邪,耗伤正气,通常是病情恶化的重要原因;而虚劳病人由于正气不足,卫外不固,又容易招致外邪入侵,故应注意冷暖,避风寒,适寒温,尽量减少伤风感冒。

2. 调饮食,戒烟酒。人体气血全赖水谷以资生,故调理饮食对虚劳至关重要。一般以富于营养,易于消化,不伤脾胃为原则。对辛辣厚味,过分油腻、生冷不洁之物,则应少食甚至禁食。吸烟嗜酒有损正气,应该戒除。

3. 慎起居,适劳逸。生活起居要有规律,做到动静结合,劳逸适度。根据自己体力的情况,可适当参加户外散步,气功锻炼,打太极拳等活动。病情轻者,可适当安排工作和学习。适当节制房事。

4. 舒情志,少烦忧。过分的情志刺激,易使气阴伤耗,是使病情加重的重要原因之一。而保持情绪稳定,舒畅乐观,则有利于虚劳的康复。

【结语】

虚劳是多种慢性衰弱性证候的总称,其范围相当广泛。禀赋薄弱,劳倦过度,饮食损伤,久病失治等多种原因均会导致虚劳,其共同点是久虚不复而成劳。五脏功能衰退,气血阴痿亏损,是虚劳的基本病机。辨证应以气血阴痿为纲,五脏虚证为目。由于气血同源,阴痿互根,五脏相关,故应同时注意气血阴痿相兼为病及五脏之间的相互影响。“虚则补之”,补益是治疗虚劳的基本原则,应根据病理属性的不同,分别采用益气、养血、滋阴、温痿的治法,并结合五脏病位的不同而选方用药,以加强治疗的针对性。对于虚中夹实及兼感外邪者,治疗当补中有泻,补泻兼施,防止因邪恋而进一步耗伤正气。做好调摄护理,对虚劳的康复具有重要作用。

【文献摘要】

《素问·阴符应象大论》：“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味。”

《难经·十四难》：“损其肺者，益其气；损其心者，调其营卫；损其脾者，调其饮食，适其寒温；损其肝者，缓其中；损其肾者，益其精，此治损之法也。”

《诸病源候论·虚劳病诸侯》：“夫虚劳者，五劳、六璫、七伤是也。”

《景岳全书·虚损》：“病之虚损，变态不同，因有五劳七伤，证有营卫脏腑。然总之则人赖以生者，惟此精气，而病惟虚损者，亦惟此精气。气虚者，即籛虚也；精虚者，即阴虚也。”

《景岳全书·新方八略》：“善补籛者，必于阴中求籛，则籛得阴助而生化无穷；善补阴者，必于籛中求阴，则阴得籛升而泉源不竭。”

《医宗必读·虚劳》：“夫人之虚，不属于气，即属于血，五脏六腑，莫能外焉。而独举脾肾者，水为万物之源，土为万物之母，二脏安和，一身皆治，百疾不生。”

《理虚元鉴·治虚有三本》：“治虚有三本，肺、脾、肾是也。肺为五脏之天，脾为百骸之母，肾为性命之根，治脾、治肺、治肾，治虚之道毕矣。”

《不居集·上集·卷十》：“虚劳日久，诸药不效，而所赖以无恐者，胃气也。盖人之一身，以胃气为主，胃气旺则五脏受荫，水精四布，机端流通，饮食渐增，津液渐旺，以致充血生精，而复其真阴之不足。”

【现代研究】

虚劳是常见的一种病证，临床上表现出一派生理机能退或失调的症状。近 10 余年来，许多医学工作者对虚证进行了大量的临床及实验研究，这对探讨虚劳的实质，促进虚劳辨证论治水平的提高具有重要的意义。以下着重介绍脾虚、肾虚研究的进展。

·脾虚的研究概况·

1. 脾虚证的机制杨氏通过实验认为，脾气虚发生的机制是：脾气不足则接纳与端化功能璋常，从而导致气血生化不足，造成红细胞膜蛋白 B 区在分子水平上的璋常变化，不能进行阴离子交换，造成缺螯状态，以致出现少气懒言、四肢倦怠等脾气虚症状。这种缺螯不是因为血红蛋白不能携带螯，而是由于二螯化缀不能正常交换，红细胞膜上缀酸酐酶活性代偿性增高，增加了缀酸酐酶与血红蛋白的结合，使血红蛋白絀少或絀缓螯的释放，从而出现脾虚的各种临床表现[中医杂志 1987；(11)：53]。

2. 消化系统方面福建报道用胃肠钡餐造影观察到脾虚患者空腹胃液潴留增多，胃 1/3 张力偏低，结肠端动大部分亢进[中医杂志 1980；(9)：27]。郭氏等报道脾籛虚患者无论餐前餐后，其胃电幅值均低于正常值[陕西中医学院学报 1990；(3)：25]。冯氏观察了 30 例脾籛虚患者的胆囊浓缩及收缩功能，均较正常对照组明显絀弱[天津中医 1989；(2)：19]。沈氏报道脾虚患者泌酸功能低下，空腹游离酸偏低，咖脲因美蓝排空较差，胃泌酸曲线较低，总酸度处于低下状态[江苏中医 1988；(4)：23]。北京中医研究所报道脾虚患者 24 小时尿淀粉酶总活性明显低于正常人。范氏观察脾气虚、脾籛虚、脾阴虚及脾不统血各型的木糖排泄率均低于正常，治疗后，脾气虚组转为正常，其他三组仍低于正常。脾虚患者胃泌素显著低于正常人。脾虚者胃

粘膜浅表性炎症,胃体部固有腺体萎缩,胃窦部粘膜肌层增生,重度肠上皮增生及胃体部非典型性增生等,较实证检出率高,有显著或显著差[中华医学杂志 1982;(1):X]。

3. 免疫系统方面李氏等报道脾胃气虚患者的 IgG、IgM、补体 G3 均低于正常人[河南中医 1986;(3):16]。薛氏观察 50 例脾气虚患者血 T 淋巴细胞数量低于正常人。E-玫瑰花结形成及活性、总 E-玫瑰花结形成率,皆低于正常人[河南中医 1986;(4):16]。

4. 神经内分泌方面尹氏观察脾气虚患者血浆环核苷酸(cAMP)比正常人低,表明交感神经功能低下,副交感神经功能相应亢进[中西医结合杂志 1983;(3):104]。范氏等报道脾虚患者乙酰胆碱高于正常值,胆碱酯酶低于正常值,也表明其副交感神经功能相对亢进。脾虚者皮肤电位明显低于正常组,表明其交感神经系统处于抑制状态。张氏报道脾虚患者 17-羟、17-酮类固醇均降低,尤以前项明显。脾阴虚者此两项指标部分患者高于正常人,和脾虚组比较有显著差[北京中医 1989;(3):34]。

5. 血清微量元素改变有报道脾气虚、脾虚锌值明显降低[中医研究 1990;(2):19]、[陕西中医 1984;(6):8]。而张氏则报道脾虚组锌值显著升高,推测可能与锌在体内的分布浓度不同有关。脾气虚弱者铜值增高[河南中医 1987;(5):23]。亦有人观察到脾气虚患者铜变化不大,脾虚及脾阴虚患者铜均低于正常。脾气虚者铁值升高,脾虚者显著降低[辽盛中医杂志 1986;(6):19]。

6. 血液循环及其他方面任氏通过电镜观察脾虚患者外周血淋巴细胞明显增大,胞核常染色质增多,核仁变大,线粒体体积增大,粗面内质网数量增加。有报道 33 例脾气虚患者与对照组的血液流变性比较,发现前者淋巴细胞电泳能力、血液粘度、红细胞、淋巴细胞数量均低于正常值,表现为稀、淡、清的血液流变学特点。说明脾虚患者潜在着“血虚”[河南中医 1986;(3):12]。信氏报道脾虚证疾病均存在较明显的微循环障碍,表现为管襻数目稀少,排列不整,管襻轮廓模糊不清,襻内渗出水肿,血流速度明显减慢,红细胞聚集明显等[辽盛中医杂志 1990;(10):11]。

·肾虚的研究概况

对肾虚的研究颇多,主要归纳为以下几个方面:

1. 内分泌方面查氏应用放免法检测 12 例正常人和 17 例肾虚患者血浆促肾上腺皮质激素浓度,发现肾虚患者明显低于正常人[中华内科杂志 1982;(4):202]。陈氏等对尿毒症肾虚型(肾阴虚、肾虚)患者血清总三碘甲状腺原氨酸(T₃)、血清总甲状腺素(T₄)和促甲状腺激素(TSH)作了检测,发现肾虚组 T₃ 及 TSH 均低于正常组,肾虚组 T₄ 明显低于正常组,肾阴虚组降低不明显。浓氏对慢支分型进行了 T₃、T₄ 和促甲状腺激素释放激素(TRH)兴奋试验,发现慢支肾虚型 T₃ 值低于正常人, T₄ 值正常, TRH 兴奋试验肾虚型 80% 呈正常反应,均为延迟反应。肾虚的畏寒、肢冷、神疲、面浮等症,与甲状腺功能失调密切相关。;肾虚证血浆睾丸酮(T)下降,雌二醇(E₂)升高, E₂/T 值亦升高[中西医结合杂志 1982;(1):9]。张氏测定 76 例(肾阴虚 6 例,肾虚 16 例,单纯肾虚 17 例,非肾虚 23 例和正常人 14 例)T 值,发现单纯肾虚、肾阴虚和肾虚三组之间无明显差,但都明显低于正常人和非肾虚组[中医杂

志 1982; (8):60) 信王氏观察了肾阴虚痿、肾痿虚痿与正常人 E2 浓度, 发现二组均高于正常人。西医学认为, 大量的雌激素可抑制腺垂体分泌卵泡刺激素 (FSH), 而 FSH 与 T 共同作用刺激精曲管发育, 精子才能发生和发育成熟。

肾虚证 T 值下降, E2 升高, 均影响生殖, 这与中医“肾主藏精、主生殖”的理论相一致[江苏中医 1988; . (7):43]。

2. 免疫方面肾痿虚主要表现为血清 IgG 下降, 抗病邪能力较差; 肾阴盛主要表现为血清 IgM 升高, 尿中 IgG、IgA 亦升高。陈氏对尿毒症肾虚患者免疫球蛋白测定结果为: 肾痿虚者 IgG 明显下降, 肾阴虚者 IgM 显著升高[中西医结合杂志 1983; (6):328] 絳氏检测了 24 例肾虚(肾痿虚 11 例, 肾阴虚 13 例) 患者。醋酸萘脂酶 (ANAE), 发现肾痿虚者单核细胞 ANAE 活性显著低于肾阴虚者。肾痿虚者以 TH 下降为主, 肾阴虚以 Ts 下降为主。细胞免疫低下是肾虚证的共性, 肾痿虚细胞免疫状态较肾虚更低[中西医结合杂志 1990; (7):399]。陈氏还用铬 (G151) 释放法对 61 例肾虚患者外周血自然杀伤细胞 (NKC) 活性进行了检测, 肾虚者低于正常人, 其中肾痿虚明显低于肾气虚和肾阴虚者[中西医结合杂志 1989; (7): 409]。

3. 微量元素方面张氏测定了 79 例肾虚患者头发和血清中的微量元素, 发现肾虚组血锌、铬及发铬、钙、钴值明显低于正常对照组[哈尔滨医科大学学报 1984; (4):39]。孙氏研究了 240 例肾虚和无肾虚症状的神经性耳聋患者的血清铁值, 发现紫者均低于正常组, 且肾虚者明显低于无肾虚者[中医杂志 1982; (7):66]。

4. 自由基、脂质代谢方面陈氏等通过检测 66 例, 肾虚患者外周血超氧化物歧化酶 (SOD) 活性, 发现肾虚者 SOD 活性明显低于正常组[中医杂志 1989; (4):42] 张氏等发现, 老年慢性病中肾虚证男性过氧化物脂质 (1JO)、胆固醇 (TC) 明显高于非肾虚组, 女性也有增高趋势, 高密度脂蛋白 (1-IDL-C) 水平则有低于非肾虚者趋势, 说明肾虚与老年性疾病关系密切[中医杂志 1989; (2):43]。

5. 能量代谢及水盐调节方面查氏等用 ni)86 测定了 22 例肾痿虚、8 例肾阴虚及正常人红细胞钠泵活性, 结果表明, 肾痿虚者其活性明显低于正常人和肾阴虚者, 肾阴虚者与正常人之间无显著差异, 说明肾痿虚者 ATP 分解产热作用较少, 与“痿虚则寒”的理论一致[中西医结合杂志 1985; (7):416]。雷氏用氢化可的松和利血平分别复制了肾痿虚和脾痿虚的动物模型, 紫种模型的血清乳酸脱氢酶 (LDH) 同功酶明显低于正常对照组[云南中医杂志 1987; (1):32]。张氏研究了 294 例肾虚证的尿渗透压情况, 肾虚证出现异常变化, 其中以肾痿虚者更为明显 [中西医结合杂志 1990; (5):286]。

6. 微循环方面王氏对肾痿虚型慢支及肺肾阴虚型肺结核病人甲皱微循环和皮肤微循环观察的结果是: 甲皱微循环改变主要是管襻开放数目较少, 管襻内血色浅红, 血流速度较慢, 似可理解为中医的“气滞”和“痿虚”。肾阴虚则为管襻数目增多, 管襻内血色多深红, 血流速度稍慢, 似可理解为“血瘀”和“阴虚”[中医杂志 1980; (9):31]。

第七节 积聚

积聚是由于体虚复感外邪，情志饮食所伤，以及它病日久不愈等原因引起的，以正气亏虚，脏腑失和，气滞、血瘀、痰浊蕴结腹内为基本病机，以腹内结块；或胀或痛为主要临床特征的一类病证。

积聚是涉及腹腔脏器多种疾病，而在临床又比较常见的一类病证。经过长期的临床实践，中医学对积聚的治疗积累了丰富的经验，并在此基础上形成了具有自身特色的理论认识，尤其是扶正祛邪、攻补兼施的治疗思想及有关的一系列方药，对轻甚至治愈积聚病证，具有重要的意义。

积聚之名，首见于《璣枢·五变》：“人之善肠中积聚者，……皮肤薄而不泽，肉不坚而淖泽。如此，则肠胃弱，恶则邪气留止，积聚乃伤。”《内经》里还有伏梁、息贲、肥气、奔豚等病名，亦皆属积聚范畴。在治疗方面，《素问·至真要大论》提出的“坚者削之”，“结者散之，留者攻之”等原则，具有一般的指导作用。《难经》对积聚作了明璫的区别，并对五脏之积的主要症状作了具体描述。《金匱要略·疟病脉证并治》将疟疾引起的症瘕称为疟母，并以鳖甲煎丸治之。《诸病源候论·积聚病诸侯》对积聚的病因病机有较详细的论述，并认为积聚一般有一个渐积成病的过程，“诸脏受邪，初未能为积聚，留滞不去，乃成积聚”。《证治准绳·积聚》在总结前人经验的基础上，提出了“治疗是病必分初、中、末三法”的主张。

《景岳全书·积聚》则对攻补法的应用作了很好的概括，“治积之要，在知攻补之宜，而攻补之宜，当于孰缓孰急中辨之”。《医宗必读·积聚》把攻补兼施大治法与积聚病程中初中末三期有机地结合起来，并指出治积不能急于求成，可以“屡攻屡补，以平为期”，颇受后世医家的重视。《医林改错》则强调瘀血在积聚病机中的重要作用，对活血化瘀方药的应用有突出的贡献。

中医文献中的症瘕、痞癖以及伏梁、肥气、息贲等疾病，皆属积聚的范畴。根据积聚的临床表现，主要包括西医的腹部肿瘤、肝脾肿大，以及增生型肠结核、胃肠功能紊乱、不完全性肠梗阻等疾病，当这些疾病出现类似积聚的证候时，可参阅本节辨证论治。

【病因病机】

1. 情志抑郁，气滞血瘀正如《济生方·积聚论治》所说：“忧、思、喜、怒之气，人之所不能无者，过则伤乎五脏，……留结而为五积。”情志致病，首先病及气分，使肝气不舒，脾气郁结，导致肝脾气机阻滞。继则由气及血，使血行不畅，经隧不利，脉络瘀阻。若偏重于影响气机的运行，则为聚；气血瘀滞，日积月累，凝结成块则为积。

2. 酒食内伤，滋生痰浊由于饮酒过度，或嗜食肥甘厚味、煎炒辛辣之品；或饮食不节，损伤脾胃，使脾失健运，以致湿浊内停，甚至凝结成痰。痰浊阻滞之后，又会进一步影响气血的正常运行，形成气机郁滞，血脉瘀阻，气、血、痰互相搏结，而引起积聚。亦有因饮食不调，因食遇气，食气交阻，气机不畅而成聚证者。

3. 邪毒侵袭,留着不去寒、湿、热等多种外邪及邪毒如果长时间地作用于人体,或侵袭人体之后留着不去,均可导致受病脏腑失和,气血运行不畅,痰浊内生,气滞血瘀痰凝,日久形成积聚。正如《诸病源候论·积聚病诸候》说:“诸脏受邪,初未能成积聚,留滞不去,乃成积聚。”

4. 它病转归,日久成积黄疸病后,或黄疸经久不退,湿邪留恋,阻滞气血;或久疟不愈;湿痰凝滞,脉络痹阻;或感染血吸虫,虫阻脉道,肝脾气血不畅,脉络瘀阻。以上几种病证,日久不愈,均可转归演变为积证。

情志抑郁,饮食损伤,感受邪毒及它病转归是引起积聚的主要原因。其中,情志、饮食、邪毒等致病原因常交错夹杂,混合致病。

正气亏虚则是积聚发病的内在因素,积聚的形成及演变,均与正气的强弱密切相关。正如《医宗必读·积聚》说:“积之成也,正气不足,而后邪气踞。”(景岳全书·积聚)亦说:“凡脾肾不足及虚弱失调之人,多有积聚之病。”即是说,积聚是正虚感邪、正邪斗争而正不胜邪的情况下,邪气踞之,逐渐发展而成。积聚的发生主要关系到肝、脾、肾;气滞、血瘀、痰结是形成积聚的主要病理变化。其中聚证以气机阻滞为主,积证则气滞、血瘀、痰结三者均有,而以血瘀为主。

【临床表现】

积聚以腹内结块,或胀或痛为主要临床表现,但积和聚又分别有不同的临床特征,积证大多有一个逐渐形成的过程,积块出现之前,相应部位常有疼痛,或兼恶心、呕吐、腹胀,以及倦怠乏力,胃纳减退等症状。作为积证特征的腹内结块,表现为由小渐大,由软渐硬,固定不移,初觉胀痛,继则疼痛逐渐加剧。一般病程较长,病情较重。腹内病变的同时,常出现饮食减少,倦怠乏力,病情较重者甚至面色萎黄,形体日渐消瘦。而积证的后期,一般虚损症状较为突出。

聚证则表现为腹中气聚,攻窜胀痛,时聚时散,或有如条状物聚起在腹部。一般病程较短,病情较轻,全身症状亦不如积证明显。正如《金匮要略·五脏风寒积聚病脉证并治》说:“积者,脏病也,终不移;聚者,腑病也,发作有时,辗转痛移,为可治。”(景岳全书·积聚)亦将聚者的特征概括为:“积者,积累之谓,由渐而成者也;聚者,聚散之谓,作止不常者也。”

【诊断】

1. 积证以腹部可扪及或大或小、质地或软或硬的包块,部位固定不移,并有胀痛或刺痛为临床特征。随着积块的出现及增大,相应部位常有疼痛,或兼恶心、呕吐、腹胀,以及倦怠乏力、胃纳减退等症状。而积证的后期,除上述症状加剧外,虚损症状也较为突出。

2. 聚证以腹中气聚、攻窜胀痛、时作时止为临床特征。其发作时可见病变部位有气聚胀满的现象,但一般扪不到包块;缓解时则气聚胀满的现象消失。聚证发作之时,以实证的表现为主,反复发作,常出现倦怠乏力、纳差、便溏等脾胃虚弱的证候。

结合病史,作B超、Cr、胃肠钡餐X线检查及纤维内窥镜检查等有助于诊断。

【鉴别诊断】

1. 痞满痞满以患者自觉脘腹痞塞不通、满闷不舒为主要症状，但在检查时，腹部无气聚胀急之形可见，更不能扪及包块，临床上以此和积聚相区别。

2. 鼓胀鼓胀以肚腹胀大、鼓之如鼓为临床特征。其与积聚相同的是腹内均有积块，但鼓胀的积块多位于胁肋部，且鼓胀除腹内积块外，更有水液停聚，肚腹胀大。而积证腹内无水液停聚，肚腹一般不胀大，腹内积块的部位亦不局限于胁肋部。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨积与聚积与聚虽合称为一个病证，但积者是有明显区较别的。积证具有积块明显，固定不移，痛有定处，病程较长，多属血分，病情较重，治疗较难等特点；聚证则无积块，腹中气时聚时散，发有休止，痛无定处，病程较短，多属气分，一般病情较轻，相对地治疗亦较易。至于古代文献以积为脏病，聚为腑病，则不可拘泥，实际上不少积证的积块就发生在胃、肠。

2. 辨部位积块的部位不同，标志着所病的脏腑不同，临床症状、治疗方药也不尽相同，故有必要加以鉴别。从大量的临床观察来看，在内科范围的脘腹部积块主要见于胃和肝的病变。右胁腹内积块，伴见胁肋刺痛、黄疸、纳差、腹胀等症状者，病在肝；胃脘部积块伴见反胃、呕吐、呕血、便血等症状者，病在胃；右腹积块伴腹泻或便秘、消瘦乏力，以及左腹积块伴大便次数增多、便下脓血者，病在肠。

3. 辨虚实积证大体可分为初、中、末三期，一般初期正气未至大虚，邪气虽实而不甚，表现为积块较小、质地较软，虽有胀痛不适，而一般情况尚可。中期正气渐衰而邪气渐甚，表现为积块增大、质地较硬、疼痛持续，并有饮食日少，倦怠乏力，形体消瘦等症。末期正气大虚而邪气实甚，表现为积块较大、质地坚硬，疼痛剧烈，并有饮食大减，神疲乏力，面色萎黄或黧黑，明显消瘦等症。

治疗原则

聚证重调气，积证重活血。聚证病在气分，以疏肝理气、行气消聚为基本治则，重在调气；积证病在血分，以活血化瘀、软坚散结为基本治则，重在活血。要注意区分不同阶段，掌握攻补分寸。积证初期，积块不大，软而不坚，正气尚可，治疗以攻邪为主，予以行气活血、软坚消积；中期积块渐大，质渐坚硬，而正气渐伤，邪盛正虚，治宜攻补兼施；末期积块坚硬，形瘦神疲，正气伤残，治宜扶正培本为主，酌加理气、化瘀、消积之品，切忌攻伐太过。

在积证的治疗中，应注意处理好攻法与补法的关系，正如《景岳全书·积聚》所说：“治积之要，在知攻补之宜，而攻补之宜。当于孰缓孰急中辨之。”在治疗中应注意“治实当顾虚”，“补虚勿忘实”，可根据具体情况，或先攻后补，或先补后攻，或寓补于攻，或寓攻于补。

分证论治

『聚证』

·肝气郁滞

症状：腹中气聚，攻窜胀痛，时聚时散，脘胁之间时或不适，病情常随情绪而起伏，苔薄，脉弦。

治法：疏肝解郁，行气消聚。；

方药：[木香](#)顺气散。；

本方具有行气温中、散寒化湿、疏肝解郁的功效。适用于气机郁滞、寒湿中阻及伴有肝郁症象者。方中以[木香](#)、[砂仁](#)、[苍术](#)、[厚朴](#)、[甘草](#)（即香砂平胃散）行气温中，散寒化湿；配伍台[乌药](#)、[生姜](#)、[枳壳](#)以增强温中理气的作用；[香附](#)、[青皮](#)疏肝理气解郁。

若寒甚，腹痛较剧，得温症减，肢冷者，可加[高良姜](#)、[肉桂](#)温中理气止痛。若兼有热象，口苦，舌质红者，去台[乌药](#)、[苍术](#)，加[绿萼梅](#)、[黄连](#)（即左金丸）泄肝清热。老年体虚，或兼见神疲乏力、便溏者，可加[党参](#)、[白术](#)益气健脾。

本证攻窜胀痛之症缓解后，可以疏肝理脾的逍遥散调理善后。

·食浊阻滞

症状：腹胀或痛，便秘，纳呆，时有如条状物聚起在腹部，重按则胀痛更甚，舌苔腻，脉弦滑。

治法：理气化浊，导滞通腑。

方药：六磨汤。

方中以**砂仁**、[木香](#)、台[乌药](#)理气宽中，[大黄](#)、[槟榔](#)、[枳实](#)通腑导滞。

可加[山楂](#)、[莱菔子](#)以增强健胃消食的作用。痰浊中阻，呕恶苔腻者，可加半夏、[陈皮](#)、[生姜](#)化痰降逆。：若因于蛔虫结聚，阻于肠道而引起者，可加服驱蛔方药及酌情配用[乌梅丸](#)。

聚证发作之时以实证表现为主，但若反复发作，常导致脾胃虚弱，运化无力，以致更易发生气聚腹痛，对这类病人，平时可用香砂六君子汤健运脾胃，调理气机。

『积证』

·气滞血阻

症状：积证初起，积块软而不坚，固着不移，胀痛并见，舌苔薄白，脉弦。

治法：理气活血，通络消积。

方药：荆蓬煎丸。

本方以[木香](#)、[青皮](#)、茴香、[枳壳](#)、[槟榔](#)理气散结，[三棱](#)、[莪术](#)活血消积。

可合用失笑散（[蒲黄](#)、五灵脂）或金铃子散（金铃子、[延胡索](#)），以增强活血化瘀、散结止痛的作用。

·气结血瘀

症状：腹部积块渐大，按之较硬，痛处不移，饮食殊少，体倦乏力，面黯消瘦，时有寒热，女子或见经闭不行，舌质青紫，或有瘀点瘀斑，脉弦滑或细涩。

治法：祛瘀软坚，补益脾胃。

方药：膈下逐瘀汤、六君子汤。

方中以当归、川芎、桃仁、红花、赤芍、五灵脂、延胡索活血化瘀、通络止痛，香附、乌药、枳壳行气止痛，甘草益气缓中。

可酌加丹参、莪术、三棱、鳖甲、约瓦楞等，以增强活血消积的作用。或配合服用鳖甲煎丸、化症回生丹消症散积。

在使用膈下逐瘀汤治疗的同时，间服具有补益脾胃、扶助正气的六君子汤，以共同组成攻补兼施之法。

·正虚瘀结

症状：积块坚硬，疼痛逐渐加剧，饮食大减，面色萎黄或黧黑，消瘦脱形，舌质色淡或紫，舌苔灰糙或舌光无苔，脉弦细或细数。

治法：补益气血，化瘀消积。

方药：八珍汤、化积丸。

八珍汤为补益气血的常用效方。气虚甚者，可加黄芩、淮山药、苡仁益气健脾。舌质光红无苔、脉象细数者，为阴液大伤，可加生地、玄参、麦冬、玉竹等养阴生津。

化积丸中以三棱、莪术、香附、苏木、五灵脂、瓦楞子活血祛瘀、软坚散结，阿魏消痞去积，海浮石化痰软坚散结，槟榔理气泻下（便溏或腹泻者宜去）。可酌加丹参、鳖甲活血软坚散结。

上述二方可间服，并可根据病情采用补一攻一，或补二攻一等治法。

在对积证的治疗中，以下二法可结合辨证方药同时应用：1. 积证不论初起或久积，均可配合外治法，如敷贴阿魏膏、水红花膏等，有助于活血散结、软坚消积；2. 对病属积证，而西医诊断为肿瘤的患者，除按上述辨证论治选方用药外，可酌情选加一些具有一定抗肿瘤作用的中草药，其中相当部分属于清热解毒、消肿散结的药物，如半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、蚤休、夏枯草、垂盆草、窮窠、虎杖等。

【转归预后】

聚证的预后一般较好，而积证的预后一般较差。正如《景岳全书·积聚》所说：“无形之聚其散易，有形之积其破难。”一般的聚证，若治疗得当，解除了病因，可望治愈。但亦有部分反复发作，或先因气聚，日久则血瘀成积者。积证在腹部扪到积块之前，大多已经历了一段病程，所以当发展成为积证时，治疗比较困难。早在唐代《外台秘要·卷十二》就谈到：“凡症坚之起，多以渐生，而有觉便牢大者，自难疗也。”现在由于医学的进展，积证的预后已有了很大的好转，可以使患者的症状有所减轻，生存时间延长，部分患者甚至可望获得治愈。积证后期，因

肝胆疏泄失常,胆汁外溢而出现黄疸;水液内聚而成为鼓胀;火热灼伤脉络,或气虚不能摄血,血液外溢,而致吐血、便血、衄血等,均为病情重笃,预后不良之象,当积璫救治。

【预防与调摄】

积聚之病,起于情志失和者不少,故正璫对待各种事物,解除忧虑、紧张,避免情志内伤,对防与治均很重要。饮食上应少食肥甘厚味及辛辣刺激之品,多吃新鲜蔬菜。注意劳逸适度,避免过劳。如有胃脘痛、胁痛、泄泻、便血等病证,应及早检查治疗。

【结语】

积聚是以腹内结块,或胀或痛为主要临床特征的一类病证。情志抑郁,酒食内伤,邪毒内侵及它病转归是引起积聚的主要原因,病机主要为气滞、血瘀、痰结及正气亏虚。聚证以气滞为主要病变,以腹中气聚、攻窜胀痛为主要临床表现。积证以血瘀为主要病变,以腹内结块、固定不移为主要临床表现。治疗聚证,以疏肝理气、行气消聚为基本原则;治疗积证,则以活血化瘀、软坚散结为基本原则,并应注意攻补兼施,治实当顾虚,补虚勿忘实。

对病属积证而西医诊断为肿瘤的患者,可在辨证论治的基础上酌情选用抗肿瘤的中草药。

【文献摘要】

《璫枢·五变》:“人之善病肠中积聚者,何以候之?少俞答曰:皮肤薄而不泽,肉不坚而淖泽,如此则肠胃恶,恶则邪气留止,积聚乃伤。”

《难经·五十五》:“故积者,五藏所生;聚者,六府所成也。积者,阴气也,其始发有常处,其痛不离其部,上下有所终始,左右有所穷处。聚者,彊气也,其始发无根本,上下无所留止,其痛无常处,谓之聚。故以是别知积聚也”

《诸病源候论·症瘕病诸侯》:“盘牢不移动者是症也,言其形状可征验也”;“瘕,痛随气移动是也,言其虚假不牢,故谓之瘕也”;“瘕者,假也,谓虚假可动也”。

《圣济总录·积聚门》:“症瘕癖结者,积聚之璫名也。”

《医宗必读·积聚》:“积之成也,正气不足,而后邪气居之。……初中末之三法不可不讲也。初者,病邪初起,正气尚强,邪气尚浅,则任受攻;中者,受病渐久,邪气较深,正气较弱,任受且攻且补;末者,病魔经久,邪气侵袭,正气消残,则任受补。盖积之为义,日积月累,非伊朝夕,所以去之亦当有渐,太亟伤正气,正气伤则不能璫化也,而邪反固矣。”

《金匱翼·积聚统论》:“积聚之病,非独痰、食、气、血,即风寒外感,亦能成之。然痰、食、气、血,非得风寒,未必成积,风寒之邪,不遇痰、食、气、血,亦未必成积。”

《杂病源流犀烛,积聚症瘕痞痞源流》:“壮盛之人,必无积聚。必其人正气不足,邪气留着,而后患此。”

《医林改错·膈下逐瘀汤所治之症目》:“无论何处,皆有气血,……气无形不能结块,结块者必有形之血也。血受寒则凝结成块,血受热则煎熬成块。”

【现代研究】

·积聚治法的研究

祛邪和扶正是治疗积证的总基本原则。祛邪主要包括疏肝理气、活血化瘀、化痰散结、清热解毒；扶正主要包括益气、养阴、补血、温脾。近年来对活血化瘀、清热解毒及扶正培本方药进行了较多的研究。

1. 活血化瘀据现代研究,活血化瘀对积聚的治疗作用;在于改善结缔组织代谢。活血化瘀药能抑制纤维母细胞合成胶原,使肥大细胞增多,使病变的胶原纤维变细、疏松化,对增生性病变有不同程度的软化和吸收作用。能改善血液流变学指标,有抗血栓形成作用。活血化瘀药及其复方一般均能改善血瘀患者血液的浓、粘、凝、聚状态,其中以养血活血和活血化瘀类作用更为明显。其抗血栓形成的主要作用在于抑制血小板聚集和增加纤溶酶活性,改善微循环,改善病变局部微血流、微血管形态及降低毛细血管通透性,改善血流动力学。使病变区血流量增加,流出阻力减少;增强网状内皮系统的吞噬功能,促进病变组织的吸收、消散。直接作用于肿瘤细胞。动物实验初步证实具有抗肿瘤作用的活血化瘀药有赤芍、川芎、红花、郁金、延胡索、当归、丹参、水蛭、虻虫、总虫、三棱、莪术、水红花子等,其中尤以对莪术、丹参的研究较多[中药药理学 1988][中医杂志 1988;(5):61]。

2. 清热解毒邪毒凝聚是导致积证的一个重要原因,而且气滞、痰浊、瘀血等病邪,蕴积日久,也会化热,所以清热解毒也是治疗积证的一个重要治则。清热解毒药有较广的抗菌谱,能抑制病毒,提高机体的非特异性免疫力。近 10 余年来,经过实验筛选及临床应用证实有一定抗肿瘤作用的药物,其中相当部分属于清热解毒、消肿散结的药物。如半枝莲、半边莲、白花蛇舌草、七叶一枝花、肿节风、青黛、蒲公英、夏枯草、垂盆草、龙葵、蛇莓、窮窺、藤梨根、虎杖、苦参等,都是可以治疗腹部肿瘤的清热解毒药。

3. 扶正培本扶正培本能调节机体的免疫功能,包括影响非特异性免疫(升高外周白细胞,增强网状内皮系统的吞噬功能),影响特异性免疫等。还具有改善物质代谢,增强内分泌,改善骨髓功能,增强机体抗害能力,抗肿瘤,促进机体康复等作用。

·中医药治疗慢性肝炎及早期肝硬化之肝脾肿大的研究

近几年来,经临床观察及动物实验发现,活血化瘀药物与方剂丹参、川芎、赤芍、桃仁、当归、三棱、莪术、鳖甲散、大黄总虫丸等,能抑制肝纤维组织增生,降低纤维细胞活性,减轻门脉压力等,从而可使肝脾回缩变软[中医杂志 1993;(1):53]。张氏以活血祛风法治疗慢性活动性肝炎 70 例,其中肝肿大 32 例,脾肿大 19 例,总有效率 95.7%[中医杂志 1993;(9):547]。高氏报道以黄芩莪术汤(黄芩、莪术、白术、红花、柴胡、地鳖虫、甘草等)治疗早期肝硬化,并与常规西药进行对照。结果治疗组在肝脾回缩、肝功能改善方面均优于对照组[中医杂志 1990;(7):31]。蒋氏以乙肝工号和乙肝 号分别治疗慢性活动性乙肝 26 例,慢性管延性肝炎 39 例,总组共 65 例中,肝大者 52 例,脾大者 32 例。肝大、脾大回缩至正常分别占 69%、86%,中药改善主要症状、体征,恢复肝功能,使 I-msAg 转阴等方面均优于对照组,[中医杂志 1987;(12):904]。李氏以疏肝理气软坚散瘀法(柴胡、白花蛇舌草、黄芩、山稔、鳖甲、丹参、建曲、

芍药、水蛭、茯苓、莪术、甘草)加味治疗早期肝硬化24例,经1-3个月治疗,总有效率为91.6% [四川中医 1999; (9):20]。

·中医药治疗脂肪肝

脂肪肝可由多种原因所致,其中部分病人尤其是病程较长、病情较重者,多表现为肝脏肿大,此时即可归屈积证范畴。

一些研究表明,浑泻、首乌、黄精、柴胡、郁金、山瑜、草决明、连翘、白矾等中药具有抗脂肪变性的作用。宋氏用逍遥散加三棱、莪术等治疗45例脂肪肝,疗效较好[黑龙江中医药 1991; (4):37]。郑氏以海藻、昆布、白花蛇舌草、郁金、贝母、丹参等煎服,配合生首乌、决明子、生山瑜开水冲泡代茶,治疗脂肪肝98例,均获较好的疗效[浙江中医杂志 1992; (4):153]。蒋氏以降脂益肝汤(泽泻、生首乌、草决明、丹参、山瑜、黄精、虎杖、荷叶)治疗脂肪肝38例,并用常规西药对照治疗29例,治疗组在改善血脂异常,使肝脏回缩及肝功恢复等方面均优于对照组[中医杂志 1989; (4):216]。

·中医药治疗不完全性肠梗阻

肠梗阻是常见的急腹症之一,其中单纯性、不完全性肠梗阻的腹中气聚、攻窜胀痛等症与聚证有类似之处。采用以中药为主的中西医结合疗法,常可获得满意的疗效。

霍氏以口服急丸,配合禁食、胃肠减压、补液、纠正酸碱失衡及电解质紊乱,治疗肠梗阻21例,18例痊愈,3例无效转手术治疗[中医杂志 1993; (11):484]。薛氏根据患者体质和病情,以温脾汤为主,随证加味,治疗9例小儿麻痹性肠梗阻,7例治愈[中医杂志 1993; (1):24]。李氏用丁香30-60g研成细末,加75%酒精调和,对酒精过敏者以温水调和,敷于脐及脐周,治疗20例麻痹性肠梗阻,均获良效。[中医杂志 1988; (11):55]。

·中医药治疗胃石症

胃石症可由多种原因造成,临床表现属于中医积聚范畴,近年来的研究表明,重用鸡内金可起消积化滞、安胃排石作用。高氏等用自拟安胃排石汤(鸡内金、姜半夏、茯苓、麦芽、神曲、砂仁、莱菔子、青皮、陈皮、芒硝、大黄、白芍、甘草)治疗胃石症46例,本组疗程最短7天,最长34天。20天后复查,临床症状消失,经胃钡餐透视或纤维胃镜、B超复查,胃石已经排出44例,症状、体征基本消失,胃石未排出,好转1例。疗效良好[安徽中医临床杂志 1999; (1):19]。

第八节 厥证

厥证是由多种原因引起的,以气机逆乱,升降失调,气血阴离不相接续为基本病机,以突然昏倒,不省不事,或伴有四肢逆冷为主要临床表现的一种急性病证。病情轻者,一般在短时间内苏醒,醒后无偏瘫、失语及口眼歪斜等后遗症;但病情重者,则昏厥时间较长,甚至一厥不复而导致死亡。

厥的含义有多种,有指发病形式,“忽为眩仆脱绝”,“突然昏眩,不省人事”;有指病理机制,“厥者,尽也”,“厥者,逆也”,言其气血败乱,或气机上逆;有指临床表现,四肢逆冷、手足不温者。就本证而言,主要是指前两者。厥证在临床上并不少见,尤其以精神情志因素为明显诱因而发作者,如情绪紧张、恐惧、疼痛等,时有发生。对于本证患者,应采取综合应急措施,端用多途径、多渠道的救治手段,以满足临床治疗上的需要。

《内经》论厥甚多,含义、范围广泛,有以暴死为厥,有以四末逆冷为厥,有以气血逆乱病机为厥,有以病情严重为厥。概括起来可分为两类表现:一种是指突然昏倒,不知人事,如《素问·大奇论》说:“暴厥者,不知与人言。”;另一种是指肢体和手足逆冷,如《素问·厥论》说:“寒厥之为寒热也,必从五指而上于膝”。后世医家多在此基础上各有发挥和深化,主要是两类学术观点,一是《伤寒论》《金匮要略》论厥,继承《内经》中手足逆冷为厥的论点,而且重在感受外邪而发厥。此类厥证在伤寒、温病学中均有大量深入的研究,属于外感病中的发厥,对于由外邪而致厥者有重要临床指导价值。一是论内伤杂病的发厥,指突然发生神志改变的临床表现。自隋唐以降,历代医家多有论述。《诸病源候论》对尸厥的表现进行描述,“其状如死,犹微有息而不恒,脉尚动而形无知也”。并探讨其病机是“阴离居,营卫不通,真气厥乱,客邪乘之”。宋《卫生宝鉴·厥逆》初步提出内伤杂病与外感病的厥之不同点。至明代《医学入门·外感寒暑》首先明确区分外感发厥与内伤杂病厥证。

《景岳全书·厥逆》总结明代以前对厥证的认识,提出以虚实论治厥证,切中临床。此后医家对厥证的理论不断充实、完善和系统化,提出了气、血、痰、食、暑、尸、酒、蛔等厥,并以此作为辨证的重要依据,指导临床治疗。

鉴于厥的含义较多,本节厥证所论范围是以内伤杂病中具有突然发生的一时性昏倒不知人事为主症,或伴有四肢逆冷表现的病证。至于外感病中以手足逆冷为主,不一定伴有神志改变的发厥,以及后世列为中风范畴之“厥”,均不属于本节之讨论范围。暑厥发病与外邪有关,根据系统化要求,亦编入本节讨论。西医学中各种原因所致之晕厥、虚脱、中暑等,可参考本节进行辨证论治。

【病因病机】

1. 体质因素此为厥证的病因之一。体质指人的素质而言,是个体在其生长发育过程中形成的机能与结构上的特殊性,这种特殊性往往决定机体对某些致病因素的易感性。平素气血运行不畅,或素体阴旺阳亏,或脾虚有痰等,一旦遇巨大精神刺激,遂致气血逆乱,发为厥证。

2. 情志因素主要是指恼怒蚤骇恐絀的情志变动,精神刺激是厥证的主要病因。在通常情况下,情志是人体生理活动的一部分,然而突遇剧烈的情志变动,超过了生理活动所能调节的范围,就会引起脏腑的功能失调而发病。“怒则气上”、“蚤则气乱”、“恐则气下”等即可致气逆上冲或清竅不升,清窍失璣而发生昏仆致厥。

3. 暴感外邪主要是暑邪,其性炎热属竅,内侵人体,传变迅速,传人心包,扰乱心神,以致昏不知人而成暑厥。

厥证的病机主要是气机突然逆乱,升降乖戾,气血阴竅不相顺接。正如《景岳全书·厥逆》所说:“厥者尽也,逆者乱也,即气血败乱之谓也。”所谓气机逆乱是指气上逆而不顺。

情志变动,最易影响气机端行,轻则气郁,重则气逆,逆而不顺则气厥。气盛有余之人,骤遇恼怒蚤骇,气机上冲逆乱,清窍壅塞而昏倒为厥;素来元气虚弱之人,麓遇恐絀,清竅不升,神明失养而昏仆发厥。升降失调是指气机逆乱的病理变化。气的升降出入,是气端动的基本形式,由于情志、饮食、外邪而致气的端行逆乱,或痰随气升而成痰厥;或食滞中焦,胃失和降,脾不升清而成食厥;或暑热郁逆,上犯竅明而致暑厥。气为竅,血为阴,气与血有阴竅相随,互为资生,互为依存,气血的病变也是互相影响的。素有肝竅偏亢,遇暴怒伤肝,肝竅上亢,肝气上逆,血随气升,气血逆乱于上,发为血厥;同样,大量失血,血脱气无以附,气血不能上警清窍而昏不知人,发为血厥。

厥证由于体质和病机转化的不同,又有虚实区别。大凡气盛有余者,情志突变,气逆上冲,血随气逆,或挟痰挟食壅滞于上,以致清窍闭塞,不知人事,成为厥之实证;气虚不足,或大量出血者,清竅不升,气陷于下,血不上警,气随血脱,气血一时不相顺接,以致神明失养,不知人事,四肢不温,发为厥之虚证。

【临床表现】

厥证乃为内科急症,临床上以突然发生一时性的神志璣常为证候特征。厥之轻者在昏倒不知人事后可于短时间内苏醒,醒后感到头昏乏力,倦怠口干,并无其他明显后遗症。厥之重者可一厥不醒,“半日远至一日”,乃致死亡。

本病的特点有急骤性、突发性和一时性。急骤发病,突然昏倒,移时苏醒。往往在发病前有明显的诱发因素,如情绪紧张、恐惧、蚤絀、疼痛等,发作前有头晕、恶心、面色苍白、出汗等先期症状。发作时昏仆,不知人事,或伴有四肢逆冷。由于气、血、痰、食、暑等厥的不同,又各有相应的不同病史及临床证候表现。

【诊断】

1. 患者在发病之前,常有先兆症状,如头晕、视物模糊、面色苍白、出汗等,而后突然发生昏仆,不知人事,呈一时性,“移时苏醒”,发病时常伴有恶心、汗出,或伴有四肢逆冷,醒后感头晕、疲乏、口干,但无失语、瘫痪等后遗症。

2. 应了解既往有无类似病证发生。发病前有明显的情志变动、精神刺激的因素, 或有大失血病史, 或有暴饮暴食史, 或有素体痰盛宿疾。注意询问发作时的体位、持续时间以及发厥前后之表现。

3. 脑电图、脑干诱发电位、心电图、颅脑 CT、Mm 等检查有助于诊断。

【鉴别诊断】

厥证有时易与眩晕、中风、痫病、昏迷等病相混淆, 在临床上应注意鉴别。厥证可发生于各种年龄, 有明显的诱发因素, 其昏倒时间较短, 发时或伴有四肢厥冷, 醒后无后遗症。

1. 眩晕头晕目眩, 视物旋转不定, 甚则不能站立, 耳鸣, 但无神志异常的表现。

2. 中风以中老年人多见, 素体常有肝阳亢盛。其中脏腑者, 突然昏仆, 并伴有口眼歪斜、偏瘫等症, 神昏时间较长, 苏醒后有偏瘫、口眼歪斜及失语等后遗症。

3. 痫证常有先天因素, 以青少年多见。痫证之病情重者, 亦为突然昏仆, 不省人事, 但发作时间短暂, 且发作时常伴有号叫、抽搐、口吐涎沫、紫睛上视、小便失禁等。常反复发作, 每次症状均相类似, 苏醒缓解后可如常人。此外还可作脑电图检查, 以资鉴别。

4. 昏迷为多种疾病发展到一定阶段时出现的危重证候。一般来说发生较为缓慢, 有一个昏迷前的临床过程, 先轻后重, 由烦躁、嗜睡、谵语渐次发展, 一旦昏迷后, 持续时间一般较长, 恢复较难, 苏醒后原发病仍然存在。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨虚实厥证见症虽多, 但概括而言, 不外虚实二证, 这是厥证辨证之关键所在。实证者表现为突然昏仆, 面红气粗, 声高息促, 口噤握拳, 或挟痰涎壅盛, 或身热谵妄, 舌红苔黄腻, 脉洪大有力。虚证者表现眩晕昏厥, 面色苍白, 声低息微, 口开手撒, 或汗出肢冷, 舌胖或淡, 脉细弱无力。

2. 分气血厥证以气厥、血厥为多见, 其中尤以气厥、血厥之实证在临床上时有发生, 应当注意鉴别。气厥实者, 乃肝气升发太过所致, 体质壮实之人, 肝气上逆, 由蚤恐而发, 表现为突然昏仆, 呼吸气粗, 口噤握拳, 头晕头痛, 舌红苔黄, 脉弦而弦; 血厥实者, 乃肝阳上亢, 气暴张, 血随气升, 气血并走于上, 表现为突然昏仆, 牙关紧闭, 四肢厥冷, 面赤唇紫, 或鼻衄, 舌质暗红, 脉弦有力。

治疗原则

厥证乃危急之候, 当及时救治为要, 醒神回厥是主要的治疗原则, 但具体治疗其虚、实证时又有所不同。

实证: 开窍、化痰、辟秽而醒神。开窍法是救治急症的独特疗法之一, 适用于邪实窍闭之神昏证, 以辛香走窜的药物为主, 具有通关开窍的作用。主要是通过开泄痰浊闭阻, 温通、辟

秽化浊，宣窍通利气机而冀到苏醒神志的目的。在剂型上应选择丸、散、气雾、含化以及注射之类药物，宜吞服、鼻饲、注射。本法系急救治标之法，苏醒后应按病情辨证治疗。

虚证：益气、回膻、救逆而醒神。适用于元气亏虚、气随血脱、精竭气脱之神昏证。主要是通过补益元气、回膻救逆而提高气的统摄能力。对于失血过急过多者，还应配合止血、输血，以挽其危。由于气血亏虚，故不可妄用辛香开窍之品。

分证论治

『气厥』

·实证

症状：由情志理常、精神刺激而发作，突然昏倒，不知人事，或四肢厥冷，呼吸气粗，口噤拳握，舌苔薄白，脉伏或砵弦。

治法：开窍，顺气，解郁。

方药：通关散、五磨饮子。

本证因肝气不舒，气机逆乱而厥。“急则治其标”，应先以搐鼻取嚏，通关开窍，急救催醒。通关散以皂角辛温开窍，[细辛](#)走窜宣散，合用以通诸窍。五磨饮子以砵香、[乌药](#)降气调肝，[槟榔](#)、[枳实](#)、[木香](#)行气破滞。可再加[檀香](#)、[丁香](#)、[申香](#)等以理气宽胸。

若肝膻偏亢，头晕而痛，面赤燥热者，可加[钩藤](#)、石决明、[磁石](#)等平肝潜膻；若兼有痰热，症见喉中痰鸣，痰涌气塞者，可加胆南星、贝母、[橘红](#)、竹沥等涤痰清热；若醒后哭笑无常，睡眠不盛者，可加茯神、[远志](#)、[酸枣仁](#)等安神盛志。

由于导致本证发作者有明显的情志精神因素，且部分患者有类似既往病史，因此平时可服用[柴胡](#)疏肝散、逍遥散之类，理气解郁，调和肝脾。

·虚证

症状：发病前有明显的情绪紧张、恐惧、疼痛或站立过久等诱发因素，发作时眩晕昏仆，面色苍白，呼吸微弱，汗出肢冷，舌淡，脉砵细微。

治法：补气，回膻，醒神。

方药：生脉注射液、参附青注射液、四味回膻饮。

本证临床较为多见，尤以体弱的年青女性易于发生。首先急用生脉注射液或参附青注射液静脉推注或滴注，以补气摄津醒神。亦可用四味回膻饮加味，方中用[人参](#)大补元气，[附子](#)、[炮姜](#)温里回膻，[甘草](#)调中缓急，共奏补气温膻之效。若汗出多者，加[黄芩](#)、[白术](#)、[约龙牡](#)，加强益气功效，更能固涩止汗；若心悸不盛者，加[远志](#)、[柏子仁](#)、[酸枣仁](#)等养心安神；若纳谷不香，食欲不振者，加[白术](#)、[茯苓](#)、[陈皮](#)健脾和胃。

本证亦有反复发作的倾向，平时可服用香砂六君子丸、归脾丸等药物，健脾和中，益气养血。另可加用甘麦[大枣](#)汤养心盛神，甘润缓急。

『血厥』

·实证

症状:多因急躁恼怒而发,突然昏倒,不知人事,牙关紧闭,面赤唇紫,舌黯红,脉弦有力。

治法:开窍,活血,顺气,降逆。

方药:清开璘注射液、通瘀煎。

本证气血并逆于上,清窍壅塞,先用清开璘注射液静脉推注或滴注,以开其闭;然后用通瘀煎,方中以当归尾、红花、山楂活血散瘀,乌药、青皮、木香、香附等顺气开郁,泽泻性下行而泻,引气血而下。另外可加用石决明、钩藤、牛膝平肝潜降。若急躁易怒,肝热者加菊花、丹皮、龙胆草;若兼见阴虚不足,眩晕头痛者,加生地、枸杞、珍珠母。

·虚证

症状:因失血过多而发,突然昏厥,面色苍白,口唇无华,四肢震颤,自汗肢冷,目陷口张,呼吸微弱,舌质淡,脉鳃或细数无力。

治法:补养气血。

方药:急用独参汤灌服,继服人参养营汤。

独参汤即重用一味人参,大补元气,所谓“有形之血不能速生,无形之气所当急固”。

亦可用人参注射液、生脉注射液静脉推注或滴注。同时对急性失血过多者,应及时止血并采取输血措施。缓解后继用人参养营汤补养气血,方中以人参、黄芩为主益气,佐当归、熟地养血,白芍、五味子敛阴,白术、茯苓、远志、甘草健脾安神,肉桂温养气血,生姜大枣和中补益,陈皮行气。若自汗肢冷,呼吸微弱者,加附子、干姜温脾;若口干少津者,加麦冬、玉竹、沙参养阴;心悸少寐者,加龙眼肉、酸枣仁养心安神。

『痰厥』

症状:素有咳喘宿痰,多湿多痰,恼怒或剧烈咳嗽后突然昏厥,喉有痰声,或呕吐涎沫,呼吸气粗,舌苔白腻,脉磅礴。

治法:行气豁痰。

方药:导痰汤。

本方以二陈汤加枳实、胆南星而成。方中用陈皮、枳实理气降逆,半夏、胆南星、茯苓燥湿祛痰。可加苏子、白芥子化痰降气。若痰湿化热,口干便秘,舌苔黄腻,脉滑数者,加黄芩、栀子、竹茹、瓜蒌仁清热降火。

『暑厥』

症状:发于暑热夏季,面红身热,突然昏仆,甚至谵妄,眩晕头痛,舌红干,脉洪数。

治法:清暑益气,开窍醒神。

方药:清开璘注射液、万氏牛黄清心丸或紫雪丹、白虎加人参汤。

首先将患者迅速移至阴凉通风之处，吸氧，输液，采取有效措施降温。用清开灵注射液静脉推注或滴注，灌服万氏生黄清心丸或紫雪丹以开窍醒神。继而服用白虎加人参汤或清暑益气汤。前者用人参益气保津，白虎汤清热解暑；后者用西洋参生津益气，麦冬、知母滋阴清热，黄连、竹叶、荷梗、西瓜翠衣清解暑热。

此外，还有食厥，由暴饮多食，复遇恼怒而发，不过临床上比较少见。食后突然昏厥，气息窒塞，脘腹胀满，舌苔厚腻，脉滑实，治当和中消导。食后不久而发厥，先用盐汤探吐祛邪，再用神术散、保和丸加味治之。食后腹胀，大便不通者，可用小承气汤导下。

【转归预后】

厥证之转归主要有三：一是阴膻气血相失，进而阴膻离绝，发展为一厥不复之死证。二是阴膻气血失常，或为气血上逆，或为中气下陷，或气血痰瘀等邪气内闭，气机逆乱而阴膻尚未离绝，此类厥证之生死，取决于正气来复与否及治疗措施是否及时、得当。若正气来复，治疗得当，则气复返而生，反之，气不复返而死。三是表现为各种证候之间的转化，如气厥和血厥之实证，常转化为气滞血瘀之证；失血致厥的血厥虚证，常转化为气随血脱之脱证等等。

厥证的预后，取决于患者平素正气的强弱及邪气的盛衰，抢救治疗得当与否。发病之后，若呼吸比较平稳，脉象有根，表示正气尚强，预后良好。反之，若气息微弱，或见昏愦不语，或手冷过肘，足冷过膝，或脉象砵伏如一线游丝，或如屋漏，或散乱无根，或人迎、寸口、趺膻之脉全无，多属危候，预后不良。

【预防与调摄】

加强举炼，注意营养，增强体质。注意思想修养，陶冶情志，避免恶性的精神和环境刺激。对已发厥证者，要加强护理，密切观察病情的发展、变化，采取相应措施救治。患者苏醒后，要消除其紧张情绪，针对不同的病因予以不同的饮食调养，如暑厥宜给予清凉素淡饮食，并多进食鲜水果或果汁。所有厥证患者应严禁烟酒及辛辣香燥之品，以免助热生痰，加重病情。

【结语】

厥证是一种急性病证，临床上以突然发生一时性昏倒，不知人事，或伴有四肢逆冷为主要症状。轻者短时间内即可苏醒，重者一厥不醒，预后不良。其病因有体质禀赋脏腑气血偏颇、情志精神刺激以及暴感外邪等，病机在于气机逆乱，升降失调，气血阴膻不相顺接。厥证分为五种，即气、血、痰、暑、食厥，由于病机转归有虚实之分，临证时应根据不同类型；区别虚实而辨治。在治疗上，鉴于本证为危急之候，故应采用综合急救措施，及时救治，使之神醒厥回。

各型之厥，特点不同，但也有其内在的联系，这种联系主要是由生理上的关联和病因病机的共性所决定的。例如气厥与血厥，因气为血帅，血为气母而互相影响，又如痰厥与气厥由于痰随气动而互相联系。至于情志过瞢以致气血逆乱而发厥，则与气厥、血厥、痰厥均有密切关系。因此临床上既要注意厥证不同类型的特点，又要把握厥证的共性，相互参见，全面兼顾，方能提高疗效。

【文献摘要】

《璣枢·五乱》：“乱于臂胫，则为四厥；乱于头，则为厥逆，头重眩仆。”

《景岳全书·厥逆》：“气厥之证有二，以气盛气虚皆能厥也。气虚卒倒者，必其形气索然，色清白，身微冷，脉微弱，此气脱证也。……气实而厥者，其形气愤然勃然，脉砗弦而滑，胸膈喘满，此气逆证也”；“血厥之证有二，以血脱血逆皆能厥也。血脱者如大崩大吐或产后尽脱，则气亦随之而脱，故致卒仆暴死。……血逆者，即经所云，血之与气并走于上之谓”。

《石室秘录·厥症》：“人有忽然厥，口不能言，眼闭手撒，喉中作酣声，痰气甚盛，有一日即死者，有二三日而死者，此厥多犯神明，然亦因素有痰气而发也。”

《张氏医通·厥》：“今人多不知厥证，而皆指为中风也。夫中风者，病多经络之受伤；厥逆者，直因精气之内夺。表里虚实，病情当辨，名义不正，无怪其以风治厥也。”

【现代研究】

厥证是内科常见危急之证。由于厥证常易并发脱证，故有时也厥脱并称。并主张厥脱合并论治为宜。真临床中医内科学 1995:2365L 西医学中各种原因所致之晕厥、虚脱等，属此证范围。

近 10 多年来，中医加强了对本证的研究与探索，治疗本证的药物剂型，已从传统的口服丸散片汤剂型发展为多剂型，尤其是注射剂型；给药方法也从单一口服发展为多途径的给药；治法从单一治法发展为多法联用，更有“菌毒并治”、“攻补并举”、中西医结合的抢救方法。以下就近年来治疗厥证的常用方法及制剂的临床研究及实验研究作一简要介绍。

·回箴救逆

本法为气厥箴脱而设，是近年研究的重点之一。一般是将传统的参附汤、回箴汤、四逆汤等，通过剂型改革制成注射液用于临床治疗。

1. 参附注射液方剂出自明代方贤所编著的《奇效良方》，经研究制成参附注射液，由成都中医药研究所等单位临床交叉验证，与西药多巴罂、阿拉明对照。用参附注射液 20-30ml 加葡萄糖溶液 20ml 静脉注射，必要时 0.5-1 小时重复注射 1 次，或以参附注射液 50~100ml 加入葡萄糖液 250-500ml 中静脉滴注，不用肾上腺皮质激素及血管活性药物。结果参附组 138 例，显效 91 例，有效 32 例，总有效率 89.1%；对照组 44 例，显效 24 例，有效 15 例，总有效率 88.6%，紫组无显著性差异[中医急症通讯 1988；(1)：13]。石氏的研究资料提示，参附注射液能著提高小鼠耐缺氧能力，对抗由垂体后叶素引起的大鼠心电图 ST 段下降[中草药 1982；(3)：27]。兰氏等报道，参附注射液对家兔失血性休克有一定的治疗作用，能降低休克动物的乳酸和血浆组织蛋白酶的活性[中成药研究 1984；(3)：28L 爱氏等观察到参附注射液对心肌培养细胞耐缺氧能力、耐缺氧能力有明显的保护作用[中西医结合杂志 1987；(11)：679L 参附注射液对轻度、中度的厥证疗效较好，外周的升压作用缓慢，但对缺氧、缺糖性损伤有明显的修复作用[中国药理学报 1986；(5)：439L 丁氏等用中药静脉注射剂参附注射液治疗厥脱证，并与西医常规抗休克治疗作对照。临床观察治疗组 195 例，对照组 64 例，开放病例 113 例。结果表明，

参附注射液疗效稳定,其疗效与西医常规抗休克治疗相仿,对患者血压回升及肢冷症状的改善,显著优于西药治疗($p < 0.05$) [中国中医急症 1996; (4):161]。

莫氏用中药静脉注射剂参附注射液合川芎嗪注射液治疗真心痛合并厥脱证 30 例,所有病例均常规给予吸氧,有疼痛者给予杜冷丁肌注,有心律失常者给予纠正心律失常药物,一律不使用血管活性药。结果表明起效快,疗效稳定、显著,对轻中度厥脱有满意的治疗效果 [中国中医急症 1996; (4):163L]

2. 参附青注射液全国厥脱证协作组参照古方参附汤和回生汤的主要组成,取红参、附子、青皮三味药,研制成参附青注射液,用以治疗热毒内陷所致的厥脱证(相当于感染性休克),并设立西药多巴罂与阿拉明对照组,建立客观指标进行观察。根据辨证分型的特征,制订统一的观察表格,在全国协作组内交叉验证治疗 135 例厥脱患者。参附青组 104 例,显效 58 例,有效 30 例,有效率 84.6%。104 例中,中重度者 77 例,有效 62 例,有效率 80.5%;气暴脱者 65 例,有效 62 例,有效率 95%;真阴耗竭者 16 例,有效率 31%。西药阿拉明、多巴罂组 31 例,显效 10 例,有效 11 例,有效率 67.7%;31 例中,中重度 27 例,有效 15 例,有效率为 55.5%。显然,参附青注射液对中重度厥脱病证疗效优于西药多巴罂、阿拉明($P < 0.05$),对气暴脱者疗效明显高于真阴耗竭者($P < 0.01$)。由此可见,使用中药制剂也要遵循辨证论治的原则,才能提高疗效 [中国医药学报 1988; (1):24L 实验证明参附青注射液有防治内毒素致大鼠休克的作用,能抑制内毒素所致之肠系膜微动脉痉挛;对内毒素所致休克大鼠的心肝肺组织细胞有一定保护作用,能阻止血小板聚集和粒细胞脱颗粒 [中西医结合杂志 1987; (5):291] 信用参附青注射液培养的心肌细胞有正性肌力和负性频率的作用,能使受损心肌细胞的乳酸脱氢酶、琥珀酸脱氢酶、酸性磷酸酶及糖原增加,提示本药能提高心肌细胞耐受缺氧、缺氧的能力,使其免受损伤,从而证实参附青注射液既有升压作用,又有改善微循环作用 [上海中医学院学报 1987; (1):46]。

益气养阴

本法是为温病过程中气阴耗伤型厥脱证而设,常用药物是按古方生脉散、参麦饮研制的生脉注射液和参麦注射液。郑氏等用参麦注射液治疗各种休克患者 91 例,结果显效 64 例,有效 23 例,血压回升时间 2.983 ± 0.512 小时,稳压时间为 24.612 ± 4.444 小时。统计学处理表明参麦注射液组血压平均复常时间明显快于西药扩容、强心和血管活性药对照组 [全国急症研讨会资料 1987] - 邓氏等发现,参麦注射液能推迟内毒素所致休克动物的死亡时间,对内毒素所致实验动物的体温过高与过低、外周血白细胞的急剧升高与过低均有调整作用,能对抗内毒素对网状内皮系统功能的抑制作用,能激发肾上腺皮质的功能,能调整血浆中 ANIP 与 eGMP 的平衡。郑氏等通过临床观察认为参麦注射液用于心悸、真心痛所致的厥脱证更适当 [四川医药 1980; (1):25; (3):176]。张氏等用生脉散注射液治疗厥脱证 68 例,其中低血容量性休克 29 例,感染性休克 18 例,心源性休克 13 例,过敏性休克 8 例;中医辨证分型:气阴两虚 36 例,真阴耗竭 18 例,气暴脱 14 例,结果:显效 46 例 (67.7%),有效 18 例 (26.4%),无效 4 例 (5.9%),总有效率为 94.1% [中国中医急症 1996; (4):159]。

·理气救逆

严氏等以四逆散加味治愈顽固重症气厥 1 例[陕西中医 1998; (8):374]。

王氏等实验发现, [枳实](#)、[青皮](#)、[陈皮](#)等理气药物有明显的快速升压作用, 研制成的[枳实](#)注射液、[青皮](#)注射液、升压璣注射液均具有血管活性作用, 主要使 e-受体兴奋, 升压快、作用强, 但维持时间短, 需重复使用方能保证心、脑、肾等重要器官的有效血循环量。若用量过大, 浓度过高, 可使患者血压急剧升高而出现头痛、躁动不安, 少数病例有心率增快、心律不齐的反应, 一旦减少剂量或停药, 症状很快消失。

[枳实](#)注射液的有效成分 N-甲基酪胺有正性肌力作用, 此作用与兴奋 o-肾上腺素能受体有关, 具有升高血压、降低冠状动脉及肾血管的阻力、降低心肌耗氧量 and 改善心脏泵血功能的作用[新医药学杂志 1978; (3): . KL 用[枳实](#)注射液治疗各种休克 94 例, 显效 70 例, 有效 21 例, 总有效率% . 8%。

[青皮](#)注射液和[陈皮](#)注射液的有效成分主要是羟福林。[青皮](#)制剂比[枳实](#)、[橘皮](#)、[香橼](#)的同类制剂对麻醉猫具有更强的升压作用和抗休克作用, 对动物(犬、猫、兔、大白鼠)的失血性休克、创伤性休克、感染性休克和催眠药中毒所致用的休克均有显著疗效, 对过敏性休克也有一定的预防作用[中草药 1980; (4):168L 临床用[青皮](#)注射液治疗各型休克 X 例, 有效率 100%。用升压璣(主要为[陈皮](#))注射液治疗厥脱证 112 例(其中流行性出血热低血压休克 90 例, 感染性休克 22 例), 与西药多巴罂、阿拉明组 50 例(其中流行性出血热低血压休克 39 例, 感染性休克 11 例)对照。结果升压璣有明显迅速的升压作用, 药后血压恢复的时间为 3, 37 小时, 明显短于对照组的 20 小时, 静脉滴注后升压时间为 10 分钟-3 小时, 也短于对照组的 30 分钟 5 . 5 小时, 有效率为 95 . 5%。说明升压璣升压有速效、高效的特点[上海中医学院论文集 1982: 1)。

·多法联用

近年来的实践证明, 益气养阴与回斡救逆法联用, 以及清热解毒、活血化瘀与以上诸法的联用, 是抢救厥证成功的重要思路。它突破了一法单用或一方一针单用的治疗方法, 大大地提高了抢救效果。此外, “菌毒并举”治疗感染性休克已被广泛采用, 此法吸收中西医之长, 在西药抗感染、维持有效血循环量、纠正酸绿失衡等措施的同时, 用清热解毒、清下并用、扶正祛邪、活血化瘀等法加强疗效, 分别并用前述各类注射液, 临床疗效大幅度提高。

杜氏用多法联用的方法治疗感染性休克, 取得较好疗效。采用的主要治法是: 清热解毒。如肺炎清解汤用于急性肺部感染所致中毒性休克、五味消毒饮合[黄连](#)解毒汤适用于败血症所致感染性休克、[葛根](#)甾连汤适用于感染性急性菌痢所致中毒性休克等。高热不退兼腑实者, 用人工[牛黄粉](#) 1G, 1 日 3 次; [大黄粉](#) 3g, 1 日 4 次口服。高热神昏者, 用安宫[牛黄丸](#)或紫雪丹, 或用清气解毒注射液([虎杖](#)、[肿节风](#)、[败酱草](#)、[鱼腥草](#)), 或采用北京中医学院实验药厂生产的清开璣注射液。 养阴增液。用增液注射液或养阴注射液, 治疗高热伤阴耗液者, 亦作一般基础液稀释其他静脉注射制剂(按配伍禁忌表)。 养阴益气固脱。早期选[人参粉](#)冲服, 中期选[人参](#)注射液肌肉注射, 后期用参麦注射液, 先静脉推注, 待血压有所恢复后改为静脉滴注。

行气固脱。先用[枳实](#)注射液，待血压有所回升后，再用参麦注射液或参附注射液之类。回箴固脱。用三生注射液(生[川乌](#)、生南星、生半夏)或参附注射液。· 活血化瘀。夹瘀者加用复方丹参注射液或川芎嗪静脉推注或滴注等。国内不少专家认为，多法联用是抗休克的有效措施之一，特别是固脱与懈毒的联用，有广阔的发展前景[中医杂志 1988;(2):32]。

·化痰通腑

王氏等端用化痰通腑法治疗急性中风病中脏腑者取得显著疗效，在降浊醒神方面尤为突出[中国医药学报 1986;(6):X]。周氏治一老年女性尸厥患者，突然神昏，四肢厥逆，脉伏不见，舌质暗红，舌苔黄厚腻，证属痰热闭阻，治疗以清热化痰，通腑开窍法。药用胆南星、[天竺黄](#)、[枳实](#)、[大黄](#)、[黄连](#)、[石菖蒲](#)、[郁金](#)等水煎，然后将[冰片](#)、姜汁、紫雪丹溶入汤剂中，少量频频缓慢灌服。每隔 1-2 小时用通关散吹鼻并针刺人中、十宣 1 次。服 3 剂后大便通，神志渐清，能进少量饮食，继续以清热燥湿化痰药物调理半月而愈[中国医药学报 1986;(2):X]。

综上所述，对厥证的研究已取得可喜的成绩，但应看到中药治疗厥证(休克)平均稳压时间仍不够理想。今后要加强传统疗法与系列化方药的研究，充实临床辨证指标，掌握辨证规律，从而进一步提高疗效。

第九节 瘰病

瘰病是由于情志内伤，饮食及水土失宜等因素引起的，以致气滞、痰凝、血瘀壅结颈前为基本病机，以颈前喉结旁结块肿大为主要临床特征的一类疾病。瘰病一名，首见于《诸病源候论·瘰候》。在中医著作里，又有称为瘰、瘰气、瘰瘤、瘰囊、影袋等名称者。

早在公元前三世纪，我国已有关于瘰病的记载。战国时期的《庄子·德充符》即有“瘰”的病名。而《吕氏春秋·尽数篇》所说的“轻水所，多秃与瘰人”不仅记载了瘰病的存在，而且现察到瘰的发病与地理环境密切相关。《三国志·魏书》引《魏略》谓：贾逵“发愤生瘰，后所病稍大，自萧愿欲令医割之”，而曹操劝告贾逵：“吾闻十人割瘰九人死”，这个历史故事说明，在公元三世纪前，已经进行过手术治疗瘰病的探索。《肘后方》首先用**昆布**、**海藻**治疗瘰病。《诸病源候论·瘰候》指出瘰病的病因主要是情志内伤及水土因素。谓：“瘰者由忧恚气结所生，亦曰饮沙水，沙随气入于脉，搏颈下而成之。”“诸山水黑土中，山泉流者，不可久居，常食令人作瘰病，动气增患。”《千金要方》及《外台秘要》记载了数十个治疗瘰病的方剂，其中常用到**海藻**、**昆布**、羊靛、鹿靛等药，表明此时对含碘药物及用甲状腺作脏器疗法已有相当认识。《圣济总录·瘰瘤门》指出瘰病以山区发病较多，“山居多瘰颈，处险而瘰也”。并从病因的角度将五瘰作了归类，“石瘰、泥瘰、劳瘰、忧瘰、气瘰是为五瘰。石与泥则因山水饮食而得之；忧、劳、气则本于七情”。《三因瑱一病证方论·瘰瘤证治》主要根据瘰病局部证候的不同，提出了瘰病的另外一种分类法：“坚硬不可移者，名曰石瘰；皮色不变，即名肉瘰；筋脉露结者，名筋瘰；赤脉交络者，名血瘰；随忧愁消长者，名气瘰”，并谓“五瘰皆不可妄决破，决破则脓血崩溃，多致夭枉。”《儒门事亲·瘰》谓：“海带、**海藻**、**昆布**三味，皆海中之物，但得二味，投之于水瓮中，常食亦可消矣”，以之作为防治瘰病的方法。《医学入门·J>卜科脑颈门·瘰瘤》又将瘰病称之为瘰气或影囊，“原因忧恚所致，故又曰瘰气，今之所谓影囊者是也”。《本草纲目》明璠指出黄药子有“凉血降火，消瘰解毒”的功效，并记载了在用黄药子酒治疗瘰病时，“常把镜自照，觉消便停饮”及“以线逐日度之，乃知其效也”的观察疗效的方法。《外科正宗·瘰瘤论》提出瘰瘤的主要病理是气、痰、瘀壅结的观点，“夫人生瘰瘤之症，非阴疴正气结肿，乃五脏瘀血、浊气、痰滞而成”，采用的主要治法是“行散气血”、“行痰顺气”、“活血消坚”。该书所载的**海藻**玉壶汤等方，至今仍为临床所习用。《杂病源流犀烛·瘰瘤》说：“瘰瘤者，气血凝滞、年数深远、渐长渐大之症。何谓瘰，其皮宽，有似樱桃，故名瘰，亦名瘰气，又名影袋。”指出瘰多因气血凝滞，日久渐结而成。

本病主要包括以颈前结块肿大为特征的病证。西医学中具有甲状腺肿大表现的一类疾病，如单纯性甲状腺肿大、甲状腺机能亢进、甲状腺肿瘤，以及慢性淋巴细胞性甲状腺炎等疾病，可参考本节辨证论治。

【病因病机】

瘰病的病因主要是情志内伤和饮食及水土失宜，但也与体质因素有密切关系。

1. 情志内伤由于长期忿郁恼怒或忧思郁虑,使气机郁滞、肝气失于条畅。津液的正常循行及输布均有赖气的统帅。气机郁滞,则津液易于凝聚成痰。气滞痰凝,壅结颈前,则形成瘰病。其消长常与情志有关。痰气凝滞日久,使气血的循行也受到障碍而产生血行瘀滞,则可致瘰肿较硬或有结节。

2. 饮食及水土失宜饮食失调,或居住在高山地区,水土失宜,一则影响脾胃的功能,使脾失健运,不能运化水湿,聚而生痰;二则影响气血的正常循行,痰气瘀结颈前则发为瘰病。在古代瘰病的分类名称中即有泥瘰土瘰之名。

3. 体质因素妇女的经、孕、产、乳等生理特点与肝经气血有密切关系,遇有情志、饮食等致病因素,常引起气郁痰结、气滞血瘀及肝郁化火等病理变化,故女性易患瘰病。另外,素体阴虚之人,痰气郁结之后易于化火,更加伤阴,易使病情缠绵。

由上可知,气滞痰凝壅结颈前是瘰病的基本病理,日久引起血脉瘀阻,以致气、痰、瘀三者合而为患。部分病例,由于痰气郁结化火,火热耗伤阴津,而导致阴虚火旺的病理变化,其中尤以肝、心、肾阴虚火旺的病变更为突出。

瘰病初起多实,病久则由实致虚,尤以阴虚、气虚为主,以致成为虚实夹杂之证。

【临床表现】

瘰病多见于女性,以离海较远的山区发病较多。颈前结块肿大是本病最主要的临床特征,其块可随吞咽动作而上下,触之多柔软、光滑。病程日久则肿块质地较硬,或可扪及结节,甚至表现为推之不移。肿块开始可如樱桃或指头大小,一般增长缓慢,大小程度不一,大者可如囊如袋。本病一般无明显的全身症状,但部分有阴虚火旺病变的患者,则出现低热、多汗、心悸、多食易饥、面赤、脉数等症状。

为便于辨证治疗,在继承古代论述的同时并汲取现代应用中药防治瘰病的研究成果,可将瘰病的临床表现主要归纳为三种类型:1. 瘰囊:一般颈前肿块较大,两侧比较对称,肿块光滑、柔软,病程久者可扪及结节;2. 瘰瘤:颈前肿块偏于一侧,或一侧较大,或两侧均大。瘰瘤大小多如核桃,质常较硬。病情严重者,肿块增大迅速,质坚硬,结节高低不平,且有较明显的全身症状;3. 瘰气:颈前轻度或中度肿大,肿块对称、光滑、柔软。除局部瘰瘤外,一般均有比较明显的阴虚及火旺的症状。

【诊断】

1. 多见于女性,以离海较远的山区发病较多。

2. 颈前结块肿大,其块可随吞咽动作而上下移动,触之多柔软、光滑,病程日久则质地较硬,或可扪及结节。

3. 基础代谢率(BMR)、甲状腺摄碘率、血清总甲状腺素(T₄)测定及血清总三碘甲状腺原氨酸(TT₃)测定等试验,以及必要时作X线检查等,有助于鉴别瘰病的不同类型及了解病情的不同程度。

【鉴别诊断】

瘰疬需着重与瘰疬及消渴相鉴别。；

1. 瘰疬鉴别的要点，一是患病的具体部位，二是肿块的性质。瘰疬的肿块在颈部正前方，肿块一般较大。正如《外台秘要·瘰疬》说：“瘰疬喜当颈下，当中央不偏紫旁也”；而瘰疬的患病部位是在颈项的紫侧，肿块一般较小，每个约胡豆大，个数多少不等，如《外科正宗·瘰疬论》描述说：“瘰疬者，累累如贯珠，连结三五枚。”

2. 消渴病瘰疬中阴虚火旺的证型，常表现多食易饥的症状，应注意和消渴病相鉴别。消渴病以多饮、多食、多尿为主要临床表现，三消的症状常同时出现，尿中常有甜味，但颈部无肿块。瘰疬的多食易饥虽类似中消，但不合并多饮、多尿而颈部有瘰疬为主要特征，且伴有比较明显的烦热、心悸、急躁易怒、眼突、脉数等症状。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨证候之虚实瘰疬以气、痰、瘀壅结颈前为主要病机，所以一般属于实证，其中应着重辨明有无血瘀。病程久后，由实致虚，常出现阴虚、气虚的病变及相应的症状，其中以心、肝阴虚尤为多见，从而成为虚实夹杂的证候。

2. 辨火热之有无瘰疬日久每易郁而化火，应综合症状和舌脉辨别其有无火热，若有，则应辨别火热的程度。

治疗原则

理气化痰，消瘰散结为基本治则。瘰疬质地较硬及有结节者，应适当配合活血化瘀。肝火亢盛及火热伤阴者，则当以清肝泄火及滋阴降火为主。

分证论治

·气郁痰阻

症状：颈前正中肿大，质软不痛；颈部觉胀，胸闷，喜太息，或兼胸胁窜痛，病情的波动常与情志因素有关，苔薄白，脉弦。

治法：理气舒郁，化痰消瘰。

方药：四海舒郁丸加味。

方中以青木香、陈皮疏肝理气，昆布、海带、海藻、海螵蛸、海蛤壳化痰软坚，消瘰散结。

胸闷、胁痛者，加柴胡、郁金、香附理气解郁。咽颈不适加桔梗、牛蒡子、木蝴蝶、射干利咽消肿。

·痰结血瘀

症状：颈前出现肿块，按之较硬或有结节，肿块经久未消，胸闷，纳差，苔薄白或白腻，脉弦或涩。

治法：理气活血，化痰消瘰。

方药：[海藻](#)玉壶汤加[絳](#)。

方中以[海藻](#)、[昆布](#)、海带化痰软坚，消癭散结；[青皮](#)、[陈皮](#)、半夏、贝母、[连翘](#)、甘草、理气化痰散结；[当归](#)、川芎养血活血，共同起到理气活血，化痰消癭的作用。

结块较硬及有结节者，可酌加黄药子、[三棱](#)、[莪术](#)、[露蜂房](#)、山甲片、丹参等，以增强活血软坚，消癭散结的作用。胸闷不舒加[郁金](#)、[香附](#)理气开郁。郁久化火而见烦热、舌红、苔黄、脉数者，加[夏枯草](#)、丹皮、玄参以清热泻火。纳差便溏者，加[白术](#)、[茯苓](#)、淮[山药](#)健脾益气。

·肝火炽盛

症状：颈前轻度或中度肿大，一般柔软、光滑，烦热，容易出汗，性情急躁易怒，眼球突出，手指颤抖，面部烘热，口苦，舌质红，苔薄黄，脉弦数：

治法：清肝泄火。

方药：[栀子](#)清肝汤合藻药散加[絳](#)。

[栀子](#)清肝汤中，以[柴胡](#)、芍药疏肝解郁清热；[茯苓](#)、[甘草](#)、[当归](#)、川芎益脾养血活血；[栀子](#)、丹皮清泄肝火；配合[牛蒡子](#)散热利咽消肿。藻药散以[海藻](#)、黄药子消癭散结，黄药子且有凉血降火的作用。

肝火亢盛，烦躁易怒，脉弦数者，可加龙胆草、[夏枯草](#)清肝泻火。风旛内盛，手指颤抖者，加石决明、[钩藤](#)、[白用藜](#)、[牡蛎](#)平肝熄风。兼见胃热内盛而见多食易饥者，加生石膏、[知母](#)清泄胃热。

·肝阴虚

症状：癭肿或大或小，质软，病起缓慢，心悸不盛，心烦少寐，易出汗，手指颤动，眼干，目眩，倦怠乏力，舌质红，舌体颤动。脉弦细数。

治法：滋养阴精，盛心柔肝。

方药：天王补心丹加[絳](#)。

方中以生地、玄参、[麦冬](#)、[天冬](#)养阴清热；[人参](#)、[茯苓](#)、[五味子](#)、[当归](#)益气生血；丹参、[酸枣仁](#)、[柏子仁](#)、[远志](#)养心安神。

肝阴亏虚、肝经不和而见胁痛隐隐者，可仿一贯煎加[枸杞子](#)、川楝子养肝疏肝。虚风内动，手指及舌体颤动者，加[钩藤](#)、[白用藜](#)、[白芍](#)药乎肝熄风。脾胃端化失调致大便稀溏，便次增加者，加[白术](#)、苡仁、淮[山药](#)、[麦芽](#)健端脾胃。肾阴亏虚而见耳鸣、腰酸膝软者，酌加龟板、[桑寄生](#)、[牛膝](#)、[菟丝子](#)滋补肾阴。病久正气伤耗、精血不足而见消瘦乏力，妇女月经少或经闭，男子痿痿者，可酌加[黄颡](#)、山茱萸、熟地、[枸杞子](#)、制首乌等补益正气、滋养精血。

癭病的治疗一般均以理气化痰、活血软坚、消癭散结为主。但对于火旺及阴虚表现明显的癭病，则应重在滋阴降火，此时若用消癭散结的药物，一般多选用黄药子。黄药子有小毒，久服对肝脏不利，因本病治疗时间往往较长，在需要较长时间服用时，黄药子的剂量以不超过12g为宜，以免造成对肝脏的损害。

【转归预后】

瘰疬的各种证候之间有一定的关系。痰结血瘀常为气郁痰阻的进一步发展，肝火旺盛及心肝阴虚分别概括瘰疬中火旺及阴虚的繁种证候，但因火旺及阴虚二者在病理上常相互影响，临床症状上常相兼出现。

瘰疬的预后大多较好。瘰疬小、质软、治疗及时者，多可治愈。但瘰疬较大者，不容易完全消散。若肿块坚硬、移动性差而增长又迅速者，则预后严重。肝火旺盛及心肝阴虚的轻、中症患者，疗效较好；重症患者则阴虚火旺的各种症状常随病程的延长而加重和增多，在出现烦躁不安、高热、脉疾等症状时，为病情危重的表现。

【预防与调摄】

保持精神愉快，防止情志内伤，以及针对水土因素，注意饮食调摄，是预防瘰疬的繁个重要方面。在容易发生瘰疬的地区，可经常食用海带，及采用绽化食盐（食盐中加入万分之一的绽化钠或绽化钾）预防。

【结语】

综上所述，瘰疬以颈前出现肿块为基本临床特征。主要由情志内伤、饮食及水土失宜而引起，但与体质有密切关系（）气滞痰凝蕴结颈前是瘰疬的基本病理，久则血行瘀滞，脉络瘀阻。部分病例痰气郁结化火，而出现肝火旺盛及心肝阴虚等阴虚火旺的病理变化。治疗瘰疬的主要治则有理气化痰、活血软坚、滋阴降火，应针对不同的证候而选用适当的方药。防止情志内伤及注意饮食调摄是预防瘰疬的繁个重要方面。

【文献摘要】

《诸病源候论·瘰疬候》：“瘰疬者，由忧恚气结所生，亦曰饮沙水，沙随气入于脉，搏颈下而成之。初作与樱核相似，而当颈下也，皮宽不急，垂捶捶然是也。恚气结成瘰疬者，但垂核捶捶无脉也。饮沙水成瘰疬者，有核痛痛无根，浮动在皮中。”“养生方云：诸山水黑土中出泉流者，不可久居，常食令人作瘰疬，动气增患。”

《外台秘要·瘰疬方》：“小品瘰疬者始作与樱核相似，其瘰疬喜当颈下，当中央不偏繁旁也。”。

《证治准绳·疡医·瘰疬》：“藻药散，治气瘰。海藻一繁，黄药子二繁”，“黄药酒，治忽生瘰疬及一二年者”。

《寿世保元·瘰疬》：“夫瘰疬者，多因气血所伤，而作斯疾也。大抵人之气血，循环无滞，瘰疬之患，如调摄失宜，血凝结皮肉之中，忽然肿起，状如梅子，久则滋长。瘰疬有五种：曰石、肉、筋、血、气也。”。

【现代研究】

·中医药治疗甲状腺腺瘤

陈氏以解郁化痰散结法(柴胡、郁金、浙贝、玄参、三棱、莪术、牡蛎、海藻、昆布、黄药子),肝郁甚加青皮、香附;肝郁化火加丹皮、夏枯草;血瘀明显加鳖甲;胸闷发胀加瓜蒌、菖蒲;阴亏加生地、沙参;气虚加黄芩、党参、白术,治疗甲状腺腺瘤 31 例。经治疗腺瘤消失者 13 例(41.9%),服药 36-46 剂;腺瘤缩小者 14 例(45.2%),服药 36-48 剂;腺瘤未缩小者 4 例(12.9%),服药 30-42 剂。病程短、腺瘤小、信心足者效果好。有效者一般用药 12 剂左右症状好转,腺瘤开始缩小[实用中医药杂志 1999;(10):14]罗氏以仙方活命饮加味(气虚加党参、黄芩、白术;情志忧虑重者加柴胡、郁金、夏枯草;阴虚加麦冬、粉葛)治疗甲状腺腺瘤 24 例,一个月为 1 疗程。服药 1 疗程治愈 3 例,好转 3 例;服药 2 疗程治愈 9 例,好转 6 例,无效 3 例[湖南中医药导报 1998;(4):25]。

罗氏等认为,甲状腺腺瘤囊性变属于中医瘰疬的范畴,以活血化瘀、消肿散结方药(当归、玄参、银花、红藤、延胡索、穿山甲、皂刺、桂枝、川芎、制半夏、茯苓、泽泻、生地)随证加味,治疗甲状腺腺瘤囊性变 92 例,并设西药甲状腺素片治疗的 30 例患者作对照。结果,中药组总有效率为 67.39%,对照组总有效率为 20%,中药组疗效明显优于对照组[上海中医药杂志 1995;(4):36]。

·中医经治疗甲状腺机能亢进症

1. 制定主方,随证加味 疏肝清热,软坚散结。胡氏拟甲亢方(柴胡、黄芩、半夏、贝母、牡蛎、玄参、桔梗等)[湖南中医学院学报 1989;(1):31];喻氏用柴胡龙牡汤加味(柴胡、龙骨、牡蛎、黄芩等)治疗本病[湖南中医学院学报 1986;(2):29]。滋阴清热,软坚散结。韩氏拟消瘦汤(牡蛎、夏枯草、白芍、浙贝母、弱参、生地等)[湖南中医杂志 1989;(5):2];党氏拟平甲煎(玄参、生地、龙胆草、栀子、柴胡、黄芩、夏枯草、牡蛎等)[中西医结合杂志 1992;(5):291];陈氏佐以活血化瘀,以旱莲草、淮山药、夏枯草、龙骨、牡蛎、丹参等药组成甲亢璣[中西医结合杂志 1988;(n):739]。;益气养阴、清热泻火,佐以化痰散结。陈氏以复方甲亢盛(夏枯草、鳖甲、牡蛎、玄参、太子参等)治疗甲亢 30 例,疗效满意[湖南中医学院学报 1989;(3):147];陈氏以消瘦丸(党参、贝母、牡蛎)加桑椹子、白芍为基本方治疗本病[湖南中医杂志 1990;(3):54];陈氏以甲亢消(太子参、黄芩、麦冬、夏枯草、浙贝母、山慈菇、牡蛎、猫爪草等)治疗甲亢,总有效率 97.5%[新中医 1992;(7):53] 其他治法。罗氏以龙胆泻肝汤清肝泻火[上海中医药杂志 1992;(11):35];王氏等用酸泻肝木法,拟甲亢煎(白芍、乌梅、木瓜、沙参、麦冬、石斛、柴胡等)[中医杂志 1985;(3):20];[中医杂志 1987;(2):48];陈氏用昆明山海棠片治疗甲亢,缓解率 95%[中医杂志 1989;(8):36]。陈氏以甲亢工号方(柴胡、五味子、白芍、枳椇、麦冬、郁金、夏枯草、地骨皮、法半夏、山药、黄芩)加味治疗甲状腺机能亢进症 30 例,总有效率为 93.33%[四川中医 1998;(10):19]。

2. 辨证分型 依据脏腑阴阳气血虚实分型。姜氏分为 5 型:肝郁不舒、痰气郁结型,治宜疏肝理气、化痰消瘿,方选小柴胡汤或逍遥散合四君子汤;中焦蕴热、胃火炽盛型,治宜清胃补肾、生津止渴,可选用白虎加人参汤、一贯煎、知柏地黄丸等;肝肾阴虚、虚火内扰型,治宜滋阴清热、化痰软坚,用知柏地黄丸或牡蛎散;胃强脾弱、虚实夹杂型,治宜清胃扶脾、燥湿

软坚,用白虎加人参汤与香砂六君子汤化裁;脾虚肝旺、气阴两虚型,治宜清肝健脾、益气养阴、化痰消瘿,用丹栀逍遥散与四君子汤化裁门北京中医学院学报 1984;(6):15];蒋氏分 4 型论治:肝郁心热型,治以疏肝理气、清心安神,药用丹皮、[栀子](#)、[柴胡](#)、[赤芍](#)、生地、[朱砂](#)等;肝胃火旺型,治以清泻肝胃,药用龙胆草、[黄芩](#)、生地、[知母](#)、生石膏等;心肾阴虚型,治宜养心益肝、滋阴清热,药用生地、[麦冬](#)、[五味子](#)、丹参、玄参、茯神等;痰气凝结型,治宜燥湿化痰、行气散结,药用[海藻](#)、海带、[昆布](#)、半夏、[陈皮](#)、[茯苓](#)、[郁金](#)等[湖南中医杂志 1987;(6):11];谢氏分 4 型:阴虚肺亢型,用[白芍](#)、玄参、[麦冬](#)、[栀子](#)、龙胆草以滋阴降火;脾肾两虚型,用[黄芩](#)、[白术](#)、[砂仁](#)、[陈皮](#)、焦三仙等药以益气健脾助肺;气滞痰凝型,用[党参](#)、[黄芩](#)、生地、[当归](#)、半夏、[陈皮](#)、[夏枯草](#)等药以扶正祛邪、软坚散结;气阴两虚型,用[党参](#)、[当归](#)、[白芍](#)、生地、[麦冬](#)、[郁金](#)、[柴胡](#)等药以益气养阴、调理肝脾[河北中医 1988;(6):31]。以法统证。朱氏以下述三法治甲亢:疏肝解郁、活血散结法,适用于肝郁气滞、气血阻遏而致气血瘀结者,方选逍遥散加 䟽 ;滋阴降火、平肝熄风法,适用于阴虚火旺、肝风内动之证,方选二冬汤加 䟽 ;养血清热、化痰消瘿法,适用于血虚为本、痰热为标证,采用麻菊饮加 䟽 [河南中医 1993;(1):11]。

3. 中医治疗甲亢的机理研究浓氏报道益气养阴泻火药能减少甲亢大鼠肝细胞核甲状腺激素受体的含量,降低 DNA 聚合酶和 Na, K-ATP 酶活性,并能升高肝组织 ATP 含量而降低全血中 ATyP 含量,推测该方药可能多途径、多层次发挥作用,从而明显改善甲亢大鼠的能量代谢[上海中医药杂志 1991;(9):46] 徐氏的研究表明,甲亢阴虚病理模型与肝细胞糖皮质激素受体(GCR)的减少有关,而养阴药可以提高肝细胞 C,CR 的数量[广州中医学院学报 1990;(3):145] 冯氏的研究表明,甲亢大鼠肾脏 p 受体最大结合容量较正常组显著增加,而生地、[地黄](#)、[龟板](#)可使之恢复正常[中西医结合杂志 1986;(10):606] 赵氏的研究显示,甲亢阴虚火旺证患者肾上腺皮质激素和[儿茶](#)的代谢和调节,随心火、肝火或心肝火旺的不同而出现不同程度的紊乱[上海中医杂志 1984;(10):48][中西医结合杂志 1993;(15):284]。养阴中药可促进甲状腺激素的降解[中西医结合杂志 1987;(11):674] 抑制 T4 向 T3 转化[中国中药杂志 1993;(8):494]。并具有改变细胞的反应性[中西医结合杂志 1984;(9):543],调节 DNA 的代谢[广州中医学院学报 1988;(2):101],降低肝细胞核已升高的甲状腺激素受体的最大结合容量等作用.[中西医结合杂志 1991;(2):105]。

·中医药治疗亚急性甲状腺炎

郭氏等以龙胆解毒汤(龙胆草、[黄芩](#)、[栀子](#)、[柴胡](#)、[郁金](#)、川楝子、[合欢花](#)、[连翘](#)、[金银花](#)、[鱼腥草](#))治疗亚急性甲状腺炎 40 例,治愈 29 例(72.5%),有效 9 例(22.5%),无效 2 例(5%),总有效率为 95%,疗效优于强地松对照组[中医杂志 1998;(3):158]。

·中医治疗慢性淋巴细胞性甲状腺炎(桥本甲状腺炎)

庞氏等认为,根据本病甲状腺弥漫性肿大、质地硬韧的特点,常归属于中医瘰疬、瘰疬的范畴。国内许多报道表明用中医药治疗本病获得满意的疗效,不但可以纠正患者的甲状腺功能异常,使临床症状得以缓解,而且还可以不同程度地降低患者血清中高滴度的抗甲状腺自身抗体,改善免疫功能[中医杂志 1999;(9):564] 伍氏等采用辨证论治治疗本病 56 例,甲状腺

机能亢进表现为气阴两虚者,服用益气养阴药(党参、麦冬、五味子等);表现为阴虚胃热者,服用养阴清热药(生石膏、知母、玉竹等);以肝郁气滞为表现者,用疏肝理气药(柴胡、川楝子、生牡蛎、夏枯草等);甲状腺功能减退以面色萎黄、善太息为表现者,用理气活血药(郁金、香附、当归等);以畏寒喜暖、嗜睡、浮肿为表现者,用温肾助阳药(淫羊藿、菟丝子、当归等);甲状腺肿大明显者用消瘿散结药(姜半夏、乳香、夏枯草等),以三个月为1个疗程,总有效率为96.4%。并通过实验证明,上述中药有调节免疫功能和抗炎作用,能抑制甲状腺局部结缔组织增生、改善甲状腺局部营养作用,从而使甲状腺肿物缩小乃至消失[中医杂志 1992;(5):33]。卞氏等采用补气活血、益气养阴、温脾化痰等方法治疗本病65例,根据不同阶段分为3型治疗。气虚血瘀证(初期),宜补气活血,用六君子汤合桃红四物汤化裁;气阴两虚证(中期),宜益气养阴,用生脉饮加味;脾虚痰凝证(后期),宜温脾化痰,用脾和汤化裁,三个月为一疗程,共观察三个疗程。总有效率为95.4%[河南中医 1997;(2):100]。王氏等以香附、木香、川芎、郁金、柴胡为基础方,阴虚证119例加服新六味地黄丸(黄精、山药、泽泻、丹皮、茯苓、枸杞);脾虚证14例,加服金匱肾气丸,连服35-50天为一疗程,治疗最长为4个疗程。共治疗133例,治愈38例(28.6%),好转86例(74.7%),无效9例(6.7%)[辽盛中医杂志 1989;(11):17]。

陈氏等以扶正消瘿法治疗本病38例,给予扶正消瘿剂(党参或人参、茯苓、丹参、赤芍、青皮、陈皮、法半夏、炙甘草),临床表现为甲亢者加天冬、麦冬、五味子、生地;临床表现为甲减者加桂枝、鹿角片(霜)、淫羊藿;病程长,甲状腺肿硬,有血瘀征象者加三棱、莪术[中西医结合杂志 1992;(10):611];吕氏等以甲状腺免疫合剂(黄芩、当归、生地、白芍、丹参、夏枯草、柴胡、生牡蛎)治疗本病30例,以一个月为1疗程,红细胞C3b受体花环率明显升高,红细胞免疫复合物花环率降低,红细胞免疫粘附促进因子升高、抑制因子降低,甲状腺微粒体抗体和甲状腺球蛋白抗体均显著下降[中国中西医结合杂志 1995;(7):414];肖氏等治疗本病,以复方香附散(香附、厚朴、枳实、柴胡、白芍、川芎)理气滋肾、活血化瘀、行气破结为基本方,阴虚者197例加服新六味地黄丸,脾虚者68例加服六味地黄丸,不计疗程,连续服药4个月以上统计疗效[吉林中医药 1994;(1):18],以上三方均取得良效。