

北京中医学院东直门医院

论 文 汇 编

(1988—1990)

东直门医院科研处

目 录

· 内科 ·

- 1、从叶吴学术观点浅谈温病诊治中的禁忌思想.....董建华等 (1)
- 2、董建华治温病心营证用透热转气法经验.....田金洲 (3)
- 3、董氏系列方药治疗胃病73例的临床研究.....杨晋翔等 (6)
- 4、气与血瘀关系的探讨.....廖家楨 (10)
- 5、心力衰竭中医辨证论治初探.....郭维琴等 (13)
- 6、风湿.....姜良铎 (19)
- 7、直肠点滴给药治疗急性热病的观察.....焦扬等 (36)
- 8、胸痹的舌象与辨证.....曹继平等 (37)
- 9、党参对血栓素A₂和前列环素合成的影响.....王硕仁等 (39)
- 10、心气虚中医辨证规律的临床研究.....林谦等 (41)
- 11、党参黄芪治疗心气虚型冠心病的初步观察.....林谦等 (45)
- 12、哮喘琐谈.....周平安 (47)
- 13、桂龙咳喘宁治疗哮喘病110例疗效小结.....郭维琴等 (49)
- 14、结节病中医治疗初探.....武维屏 (53)
- 15、肾炎液治疗慢性肾炎(前期)98例总结.....吕仁和等 (57)
- 16、糖尿病血浆胰岛素、血脂、穴温与中医辨证的关系.....高彦彬等 (60)
- 17、中医药治疗血液病出血证25例疗效总结.....陈信义等 (64)
- 18、风湿病的中医分型及其治疗.....袁永端 (67)
- 19、谈谈类风湿性关节炎临床分期治疗问题.....李恒敏 (69)
- 20、胆胃相关性疾病临床研究述评.....江杨清 (71)
- 21、胃炎内镜诊断与中医辨证关系和探索.....王玉芬等 (75)

· 外科、乳腺科 ·

- 22、血栓闭塞性脉管炎研究进展.....陈淑长等 (77)
- 23、“消痔灵”注射治疗腋臭107例.....张燕生等 (81)
- 24、中药乳罩治疗乳腺增生病的疗效观察.....杜玉堂等 (83)
- 25、温热药治疗慢性哺乳期乳腺炎.....黄鹂等 (85)

· 妇科 ·

- 26、中药灌肠治疗慢性盆腔炎108例疗效观察.....郭志强等 (86)

· 儿科 ·

- 27、先师孙谨臣治疗湿热病的经验.....刘弼臣 (89)
- 28、小儿肺热咳嗽冲剂治疗肺热咳嗽115例.....沙海汶等 (92)
- 29、中医药治疗儿童亚急性坏死性淋巴结炎1例.....肖和印等 (94)

· 针灸 ·

- 30、温针重灸治疗多年尿频验案.....姜辑君等 (95)

- 31、单纯针刺治疗偏头痛40例.....唐丽亭等 (95)
- 32、穴位透刺法治疗面肌痉挛68例临床观察.....高洪宝 (97)
- 33、艾灸气海穴临证应用体会.....李凤萍 (99)
- 34、针刺治疗假性球麻痹57例刘香华 (101)
- 35、针灸治疗四肢痉挛张学勋 (102)
- 骨科 •
- 36、骨伤科名中医刘寿山武春发 (103)
- 37、刘寿山治疗腰痛手法的初步探讨马德水 (105)
- 38、中医骨伤科理筋手法集萃武春发等 (108)
- 39、膝关节创伤性滑膜炎孙呈祥 (111)
- 40、骨盆骨折合并髌关节后脱位手法整复成功一例报告丁建中 (113)
- 41、大面积皮下潜行剥脱伤7例治验方建国 (115)
- 42、保守治疗腰椎间盘突出症151例王健军 (117)
- 43、骨刺与骨关节病解志葆 (119)
- 皮肤科 •
- 44、皮肤病验案三则金起凤 (121)
- 45、中药治疗寻常座疮100例临床报告陈雅如等 (123)
- 46、醋泡方治疗角化型手足癣60例周德瑛等 (124)
- 47、潜镇安神药治疗顽固瘙痒性皮肤病瞿幸 (125)
- 48、小儿皮肤病从脾胃论治五法赵丽平 (126)
- 49、从“诸痛痒疮皆属于心”谈清热法在皮肤科的应用李元文 (128)
- 口腔科 •
- 50、疏肝健脾法治疗口腔糜烂型扁平苔藓赵丽娟等 (131)
- 51、和解少阳法治疗高烧型白塞氏综合征黄颖玉等 (132)
- 52、用TMKN脱敏凝胶治疗牙本质过敏症李林可 (133)
- 53、唾液分析在干燥综合征疗效判定应用初探赵丽娟等 (135)
- 五官科 •
- 54、中药祛风止痒糖浆治疗春季卡他性结膜炎188例临床观察眼科 (138)
- 55、珍珠粉治疗兔眼角膜烫伤作用的实验研究曹建辉等 (140)
- 56、静脉点滴清开灵和内服汤药治疗突发性耳聋梁淑满等 (141)
- 57、鼻息肉的中药注射疗法梁淑满 (144)
- 基础、实验室 •
- 58、巨核细胞淋巴细胞的附着反应孙颖立等 (145)
- 59、参芪注射液对丝裂霉素造型小鼠的影响——探讨参芪注射液的
补血作用宋崇顺等 (148)
- 60、参芪注射液抗肿瘤作用的实验研究秦腊梅等 (159)
- 61、肌酸激酶及其同工酶的分离测定及临床意义王玫 (152)
- 62、微量元素锌、铜与男性生殖功能的关系陶庆春等 (159)
- 功能检查科 •
- 63、休门 (Sheuemann) 氏边缘性骨髓炎的X线表现和中医治疗 (附

11例报告)	马振荣	(162)
64、腰椎斜位两种角度投照技术的探讨	吴玉改等	(164)
65、心电多相信息分析仪诊断心肌炎探讨	徐胜民等	(165)
66左室肥厚与幅度直方图改变的观察		(166)
67、弦、平、细脉的超声脉冲多普勒测定	徐胜民等	(168)
· 护理、保健 ·		
68、中医治疗阳痿证 800 例临床观察	刘元等	(170)
69、按时取穴治疗白发	朴联友等	(172)
70、咯血护理点滴体会	孙乔如	(173)
71、浅谈心理学在护理管理工作中的运用体会	肖名媛	(174)
72、中医病房管理探讨	廖谨言等	(176)
73、中西医结合护理问题探讨	周之勤	(178)
74、动脉硬化闭塞症早期的中西医结合护理	侯纪金	(180)
75、乳房缩小整形术的护理	何春华	(182)
76、中医传统治疗方法临床观察	王志润	(184)
77、我地段保健84年—88年家庭死亡病例分析	张惠芝	(186)
78、甲型肝炎预防是关键	张静宜	(188)
79、谈地段保健的资料收集及统计	梁裕顺	(189)
80、要重视健康人的体检	蓝德义	(192)
81、新生儿监护指导体会	陈书勤	(190)
· 中药 ·		
82、药材炮制与疗效的关系	施鸿林	(193)
83、中药制作与工艺三则	龚立院	(194)
84、中药调剂与中医临床	王佐	(197)
85、不同加热浓缩方式和时间对三种中草药有效成分的影响	钱捷等	(198)
86、复痿冲剂处方组成制备工艺研究	郝清春等	(200)
· 管理 ·		
87、谈中医临床教学管理	教学办公室	(204)
88、中医院改革与学术发展	杜怀棠	(205)
89、谈谈中医院理论改革的任务与措施	崔文志等	(206)
90、中医院医疗质量评价指标初探	崔文志等	(207)
91、中医院改革中的问题及对策	刘业英等	(210)
92、抓好医德医风建设适应当前形势需要	党同义	(211)
93、试谈科室工作中的组织、目标、质量、管理	武维屏	(212)
94、系统管理与思想政治工作	解志葆	(214)
95、教学管理在教学工作中的重要意义	杨生茗	(215)
96、实行医疗成本核算是中医院经济管理改革的重要一环	谢大琨	(217)
97、内部审计在中医院改革中的作用	张春爱	(218)
98、关于医院深化改革、加强科室核算的探讨	张新仪	(219)
公开发表的科学论著题录		(222)

从叶吴学术观点浅谈温病诊治中的禁忌思想

董建华 郝瑞福

温病是一种以发热为主，易伤津液的外感急性病，在祖国医学整个发展过程中，由于受“外感宗伤寒”思想的影响，长期以来，把伤寒与温病混为一谈，以温治温，贻误病情，为害不浅。直至明清时期，随着温病学说的日臻成熟，才使温病脱离了伤寒的旧轨，发展和完善了中医对急性外感热病的诊断治疗，综观温病大家的论述。其内容中渗透着大量温病诊疗的禁忌思想，这些内容对于临证诊治过程中防止误治，对于完善温病学说本身，均有着不可忽视的作用，下面就叶天士“外感温热篇”和吴鞠通《温病条辨》中有关内容作一阐述。

一、治疗原则方面

1、温热病的治疗禁忌

(1) 忌辛温发汗：吴氏言“温病亦喜汗解，最忌发汗，只许辛凉解肌，辛温又不可用，妙在导邪外出，俾营卫气血调和，自然得汗，不必强责其汗也。”叶氏亦云“在卫汗之可也”。温病初期，乃热邪入体，邪郁肺卫，表气不通，治疗应以辛凉透解之品，轻清宣泄，外达郁闭之邪热，切不可用辛温之剂，强发其汗，否则正如吴氏所说“发汗而汗不出者，必发斑疹，汗出过多者，必神昏谵语。”

(2) 慎用苦寒

热本伤阴，而苦寒之品易化燥而更伤之。故在治疗中，该用之时，不可过用，不当使时不必早投，以杜其害。吴氏在《温病条辨》中明言“温病燥热，欲解燥者，先滋其干，不可纯用苦寒也，服之反燥甚”。而叶氏亦云“到气方可清气”。

(3) 忌淡渗利尿

温热病小便不利，多因津伤液而所致。其治疗宜养阴生津，而忌利尿。如吴氏所言“温病小便不利者，淡渗不可与也，忌五苓、八正辈。”待津回阴复则小便自利。但临证之时，若遇水热互结，阻于膀胱，热不去而阴已伤，此时纯用养阴，非根治之法，须配以清泄膀胱，通利水道之药，方为上策，微妙之处，须当细辨，舌脉互参，乃辨证之关键。

(4) 不可犯数下之禁

温病虽有下不厌早之说，但应下之有度，不可犯数下之禁。否则会滋生它变。吴氏明确指出“攻下切须慎重”，“阳明温病，下后……勿轻与承气，轻与者肺燥而咳，脾滑而泄，热反不除，渴反甚也，百日死”。可见犯数下之禁，伤及脾胃，竭其化源，生机不存，病至危急。若下后须再下者，可视病情，灵活掌握。一般可采用缓下之法。

(5) 斑疹忌用升提、大泄及壅补

斑疹为邪壅营血，病在阳络，只须清宣透解，不可用升提、大泄及壅补之法，不然“用升提，则衄、或厥、或呛咳，或昏痉，用壅补则瞽乱”“不可令大泄，大泄则内陷”（吴氏

《温病条辨》)。升提之品，性燥而上行，易致阴竭于下，气血并于上，而出现吐衄、痉厥、咳呛、神昏之症；壅补之剂，粘滞不畅，气机壅塞，邪热内闭，清窍不利，故见神昏，耳目不清，若大泄，徒伤正气，邪毒内陷，而致内闭外脱之危候。当须切记。

2、湿热病的治疗禁忌

(1) 忌大汗：湿热邪气侵袭机体，遏闭气机，粘滞不畅。治疗当以芳香化湿，宣透肌腠，使腠理通畅，微微汗出，邪随外解。切忌辛温大发其汗，不但病邪不除，反助热动湿，上蒙清窍。如吴氏所言“汗之则神昏耳聋，甚则目瞑不欲言。”

(2) 忌大下

湿热之邪阻滞胃肠，治疗之时当以燥湿导滞之法，不可纯用苦寒泻下之品，否则重伤脾胃阳气，而致泄利不止之证，即“下之则洞泄”之谓。

(3) 忌滋补

湿热之邪，郁遏气机，往往会出现午后热甚，口渴之证，状若阴虚，若不细辨，误投滋补润腻之品，反助湿邪，缠绵难愈，如吴氏所言“润之则病深不解”。

(4) 忌温补

在湿热病过程中，往往可见到肢凉，面白乏力之象，此为湿伤阳气之故，非虚寒之象，治疗时祛湿即可，不得用温补之品，以免助热，加重病情。如叶氏所言“不可就之虚寒而投补剂，恐炉烟虽熄，灰中有火也”。

二、在方剂应用方面

掌握方剂的禁忌症，也是治疗温热病中选方用药的重要环节，固然每一方剂的功用主治是其主要方面，但其禁忌症也不容忽视，应用不当轻者贻误病情，重则滋生它患。

吴氏在《温病条辨》中对此有详细的论述，如对白虎剂，其曰“白虎本为达热出表，若其人脉浮弦而细者，不可与也；脉沉者，不可与也；不渴者，不可与也；汗不出者，不可与也；常须识此，勿令误也”。明确指出了阴虚之体，阳明腑实，肾阳衰微，湿热之证，表有寒邪以及津液大亏之候，非阳明气分热盛者，切不可投与，用之不当，或损伤正气或引邪入里。对于大承气汤，吴氏言“日大承气者，合四药而观之，所谓无坚不破，无微不入，故曰大也。非真正实热蔽痼，气血俱结者，不可用也。”可见大承气汤只适用于体质强壮，而燥屎已成，痞满燥实坚俱备之证，临床必慎而用之，不可妄投，否则必伤胃气。再如吴氏在下焦篇中指出“壮火尚盛者，不得用定风珠、复脉。邪少虚多者，不得用黄连阿胶汤。阴虚凝痉者，不得用青蒿鳖甲汤”。复脉汤证乃真阴耗损，虚热内生，纯虚无邪之候，故以滋阴为主，属纯补之剂；而青蒿鳖甲汤证是余邪深伏阴分，邪少虚多之证，故方以养阴透热为法，而黄连阿胶汤证证为阴伤而邪火仍炽之证，方中泄火与育阴并重，乃攻补兼施之剂，显而易见，属阴虚火旺者，不可用定风、复脉一类纯补之剂，以防恋邪；而邪少虚多之证，不可投黄连阿胶汤，以免攻之太过，伤其正气；而属阴虚液亏，欲动痉者，不可用芳香搜剔之青蒿鳖甲汤，以防有耗阴之弊。

三、用药方面

吴氏在《温病条辨》中明确指出，斑疹“禁升麻、柴胡、当归、防风、羌活、白芷、葛根、三春柳”。因为斑疹本为热迫营血、阳络郁闭而成，再用辛温发散之品，有劫阴动血之弊？故为禁用之列，否则“若一派辛温刚燥，气受其累而移于血，岂非自造斑疹乎”？再者，吴氏在燥伤为患时指出，对于燥热咳嗽、痰粘胶着之证，忌用苏子、橘红、当归，乃

“病因于燥，而用燥药非也”之故。

四、煎服法

煎服法是关系到能否充分发挥方药疗效的主要因素之一，因此对煎服法的掌握是临床中不可忽视的一个问题，祖国医学中从《伤寒论》始就非常重视药物的煎服法，随着中医的不断发展，并温病学派的形成，对于煎服法的认识也提高到了一个新的水平，既使用今天的观点来看，也是很有科学性的。

吴鞠通在银翘散方的煎服法中指出“鲜苇根汤煎，香气大出，即取服、勿过煎”，“病重者，约二时一服，日三服，夜一服；轻者三时一服，日二服，夜一服病不解者，作再服”。因为风热之邪袭于肺系，病居上焦、治疗时用辛凉平剂银翘散，煎取香气大出，味轻走上，清透肺中之邪，过煎则味厚而入中焦，药过病所，邪必不除。在服用的时间上则须视病情之轻重而分别对待，重者每4小时一服，日4次，轻者每6小时一服，每日3次。此煎服法对于温热病的初期治疗所谓是真灼灼见。再如对于梔子豉汤煎服法的论述中说“水四杯，先煮梔子数沸，后纳香豉，煮取二杯，先温服一杯，得吐止后服”。邪热内扰胸膈，阳气闭郁，不得发越，为本方证的病理机制，梔子苦寒泄热，香豉宣透郁邪，先煮梔子，后纳香豉取其宣泄并存，使郁闭胸膈之热因势而除之，故得吐止后服，以免伤及正气，此法亦属《内经》“高者引而越之”之意。

五、温病后期的调理

温病后期的调理包括一般性调理和治疗上调理两种，一般性调理如饮食调理、起居规律、劳逸适度等，否则会出现食复、劳复和外感复，正如吴氏所言“阳明温病，下后热退，不可即食，良者必复……缓缓与食，去取清者，勿令饱，饱则必复，复必重也”。温病后期尤其在初愈之后，治疗上的调理也是一个不容忽视的环节，若当补不补，或早用补腻，均会功亏一篑。温病以伤津为特点，故愈后调理往往以顾护津液为要旨，但温补之品也并非绝对禁忌，若邪去阳气伤者，亦可考虑。如吴氏言“温病愈后，面色萎黄，舌淡，不欲饮水，脉迟而弦，不食者，小建中汤主之”。而当邪未尽除正气已伤或素虚之体，又感外邪者，可标本兼顾，寓补于清法之中，达到扶正即祛邪之目的，即吴氏所云“大凡体素虚之人，驱邪及中，必兼护正气，仍佐清邪”。

以上从理法方药的角度，说明了温病诊治过程中的禁忌原则，旨在提高温病疗效，防止由于失治误治所造成的病情贻误，同时也便于全面理解温病大家的学术思想。不过这仅仅是一个粗浅的认识，不足之处，敬请同道斧正。

董建华治温病心营证用透热转气法经验

田金洲

温邪从气分深入营分或心包，常出现灼热，心烦不寐或神蒙谵语，斑疹隐隐，舌红绛等危重证候，若治疗不当，往往危及生命。董建华教授用透热转气法治疗此证颇有创见，多获

速效。他认为叶天士说的“入营犹可透热转气”是治疗温病心营证的重要原则，而在运用上必须抓住“透热”这一关键。因营热多从卫分或气分迫入，或服药不当，或兼夹宿食、积滞、痰热、湿浊、瘀血等阻滞于内，以致气机不畅，邪热内迫于营；邪虽入营，但未动血。故治疗宜针对导致营热不能外透的原因，因势利导，以排除障碍，宣畅气机，令邪有出路，出气分而解。不可早用凉血滋腻，冰遏其邪。兹将董老运用透热转气法的经验整理于后。

一、营热发疹透热有次

热邪内郁或湿热郁蒸，内迫营分，外发肌肤，则可见皮肤红疹及发热、咳嗽、胸闷、舌红等症。邪初入营，其疹色红润，稀疏均匀，发热多在一周以内者，一般病情较轻，治以清宣透热。叶天士云：“乍入营分犹可开达”，即示轻清宣气以透营热之大法。临床上董老常用银花、连翘清热解毒透表，牛蒡子、葛根、僵蚕辛凉散热透疹，淡豆豉宣气透热。这里董老特别指出，豆豉之“透”不一定就局限在具有外邪的情况下才能应用，近人常用《肘后方》之黑膏方（生地、豆豉）加味治疗邪初入营，有透邪而不伤阴，养阴而不留邪之长。董老常用此种方法治疗伏气温病，往往取得良好效果。若邪既入营，发热在一周以上，多见灼热，或神志异常，舌红少苔或无苔等，则病情较重，治当凉营清透，董老常在上药基础上加生地、玄参、麦冬等清养之品，或加服安宫牛黄丸、至宝丹等清心开窍药。若兼恶风寒，则用桑叶、薄荷、牛蒡子、桔梗等轻清透泄之品，以利营热外透。若暑湿夹湿，蕴结气分，薰灼入营而发疹者，则治以清化并行。董老很赞赏《明医杂著》“治暑之法，清心利小便最好”的治疗经验，认为对于暑湿发疹患者，虽病已入营，亦不可盲目用清热凉血之品，而当以清暑化湿为先。清暑如黄芩、青蒿、银花、竹叶、连翘等，配滑石、荷叶梗、清豆卷、藿香、佩兰、芦根等芳化渗湿，即所谓“渗湿于热下”之意，湿去热孤，热有出路，故其效甚速。

例一：吴××，男，19岁。1960年7月25日初诊，7月21日开始发热，体温在38~39℃之间，阵发性头痛，咳嗽渐重。查体臀部生一小疖似拇指大，疖肿分泌物培养有金黄色葡萄菌生长。上下肢弥漫性潮红，可见点状充血性粟粒样红疹，下肢更显著，不痒。西医诊断为败血症。曾用青霉素、链霉素、四环素等药疗效不显，特邀董老会诊。症见：灼热（体温39℃），无汗，下肢及两手背有密集的粟粒样红疹，潮红如涂丹砂，臀部有一小疖，灼痛化脓，两目红赤，舌质红苔白腻，脉细数。证属暑热湿毒蕴结，内灼营分，外发肌肤。治以清热解暑化湿。药用：银花12克，滑石10克，甘草2.5克，藿香6克，佩兰10克，稽豆衣10克，黄连2克，黄芩5克，生苡仁12克，竹叶10克，桑叶10克，野菊花10克。

服上药3剂，身热红疹均退，臀部小疖即消，腻苔亦化，暑热渐清，饮食增加，继以原意出入。药用：滑石10克，甘草1.5克，竹叶10克，稽豆衣10克，山栀5克，生苡仁10克，通草1.5克，桑叶6克，菊花5克。服3剂，诸症消除，于8月1日痊愈出院。

按：本案西医诊断为疖肿感染败血症，根据发病季节及脓肿、高热、无汗、红疹、舌红苔腻、脉数等临床表现，属暑湿，乃暑热湿毒蕴结入营而有动血之兆，故用清暑解暑化湿法。方中滑石、甘草祛暑利湿，芩、连味苦性寒以清热毒，稽豆衣，银花入血消肿排脓，配以山栀、竹叶清心除烦，藿香、佩兰、苡仁、通草芳化渗湿；又加桑叶、野菊花，取其清泄明目，又解营血之毒。使暑热得清，湿毒得解，药证相宜，故获速效。

二、伏热出营 凉营清透

暑湿又称“伏气温病”，常因冬伤于寒，伏寒化热，从内出外，至春而发。其中有发于营与发于气之别。发于营者起病即见心烦燥扰，甚或时有谵语，灼热夜甚，咽喉干燥，舌质红绛

无苔等症,为邪热耗损营阴,病情较邪发于气分者重。如病情好转,则可转出气分;如进一步发展,则可深入血分。故春温治疗以凉营清透为大法。病偏重在营者,以凉营养阴配以清透之品。凉营药如生地、玄参、麦冬等,清透董老常用淡豆豉、连翘、黄芩、栀子、竹叶等,兼表邪则佐桑叶、薄荷、葛根。董老从长期的临床观察中发现,伏热出营证多见于营阴素虚而受邪较重的患者,故治疗在清营养阴同时,尤其重视清气透热,使伏热有外透之机,因而每获佳效。

例二: 张××,女,54岁。1960年3月10日初诊。近来发热,且伴头痛,咳嗽气促,口干喜饮,汗出心烦,溲黄,舌质红少津无苔,脉象洪大。证属冬寒内伏,郁久化热,复感时邪,伏气外出气营。治以宣透伏热,清气养阴。药用:生地10克,玄参10克,麦冬10克,花粉10克,生石膏15克,知母10克,粳米3克,黄芩5克,山栀6克,桑叶10克,连翘10克,薄荷5克,甘草3克,服2剂后外邪得泄,伏热渐次减轻,伤阴之象明显好转,舌干转润,因咳逆有痰,宗愿意加化痰利肺之品。即上方去桑叶、薄荷、黄芩、粳米,加牛蒡子10克、杏仁10克、桔梗5克、川贝6克。继服3剂后热势渐退,咳逆亦平,略思饮食,舌红转淡,脉象见缓,病情近愈,再以清养肺胃善其后。药用:生石膏10克(先下),竹叶5克,粳米6克,沙参15克,半夏5克,麦冬10克,山药10克,扁豆12克,桑叶6克。服1剂痊愈。

按:本例为时邪引动伏温,外发气营之证,故治以清营养阴,清宣气机。初诊时,一面用白虎清气,又配生地、玄参、麦冬凉营之伏热,方中桑叶、连翘、薄荷、山栀等轻宣透表以达外邪。再诊时鉴于痰阻肺络,故适加开提肺气之牛蒡子、桔梗与化痰止咳之杏仁、贝母。最后用竹叶石膏合沙参麦冬二方加减善其后。可见,伏热出营之证,必须在清透之中配以清营养阴之品,始能取得满意效果。

三、邪闭心包 宣闭开窍

温邪内陷,蒙闭心包,心窍气机不运,失其灵通之性,则神昏谵语或昏睡不语,心营热盛见舌质红绛。治当宣闭开窍,清心凉营。董老常用清宫汤合安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹。安宫、紫雪、至宝丹乃于清热解毒药中荟萃诸香,宣通气机,调整升降,使闭遏深伏之邪热温毒从内透达,俾邪秽消,气机利,则神明复。由于邪入心包的途径不同,董老常配合不同的方药清热透邪,宣通气机,以利开窍。如邪从卫分陷入,予银翘散合菖蒲、郁金或安宫牛黄丸;若从气酿成,则据邪热壅闭的具体情况分别加以施治,开泄气热,以利开窍。对于临床上出现的神识昏蒙,似清非清或时清时昧,舌苔黄腻等湿热郁蒸或夹痰蒙闭心包证,董老首先强调要化湿,使湿去而热无所附,用药常为芳香开透之品,如菖蒲、灯心、郁金芳香宣窍,藿香、佩兰、杏仁、荷叶、大豆卷等宣化湿邪,通草、苡仁滑石导热下行。若秽浊郁闭甚加服玉枢丹化浊开闭;神昏较甚,躁狂者加服神犀丹;若神昏而出白痞者则合薏苡竹叶散;痞疹相兼则可加葛根、僵蚕、银花等透泄之品。苔腻而口干加芦根,腻而恶心呕逆加竹茹、姜汁。董老认为湿热神昏,虽病已涉及心营,但不可即投清心凉营之剂,而忽视化湿透热,否则必然导致热为湿困,粘腻固着,湿不去而热不清,病必缠绵加深。故董老强调指出,“入营犹可透热转气”的治疗原则,对温热病与湿热病同样具有指导意义。

例三: 王××,男,9岁。1960年9月2日始见高热,初诊为上呼吸道感染,服解热药不效,体温持续在39~40℃之间,精神淡漠,食欲不佳,即住××医院。查体:营养较差,急性病容,半昏迷状态,谵语,剑突下皮肤散在充血性红疹。血培养有伤寒杆菌,肥达氏反

应阳性，西医诊断为肠伤寒。治疗用氯霉素、补液等效果不显，于9月7日应邀会诊。症见高烧6天，无汗，微有咳嗽，大便溏薄，日三、四次，食欲不振，精神蒙眬，舌苔薄黄腻，脉濡缓。证属湿热弥漫三焦，蒙闭心包。治以辛宣清利，芳化开窍。药用：藿香10克，佩兰10克，清豆卷10克，连翘10克，竹叶3克，杏仁10克，苡仁10克，通草3克，甘草3克，滑石12克，赤茯苓6克，菖蒲6克，朱灯心2寸。服2剂后复诊：大便次数减少，日一次，他症无变化，苔薄黄，脉数，以原法出入。药用：淡豆豉10克，薄荷3克，竹叶3克，葛根5克，连翘6克，杏仁6克，白蔻3克，通草3克，甘草3克，苡仁10克，滑石10克，赤茯苓10克。继服3剂，身热已退至37.6℃，精神好转，仍便稀纳呆，舌苔薄白，脉细无力。湿热已退，胃气未复，脾运不健。再以健脾养胃，化湿和中之剂善其后。服3剂即诸症消除，临床治愈出院。

按：本例西医诊断为肠伤寒，证情较重。病为湿热弥漫三焦，邪侵心包所致。故治以辛宣清利，芳化开窍，使上中焦气分的湿结稍开，薰蒸之热势得以转缓，大便由溏转稠，湿邪从小便而出，这就是“气化则湿论”的治法。复诊时热势已减，恐其湿从燥化而变证丛生，故用三仁汤辛凉泄热，去半夏之辛燥、厚朴之苦温，加豆豉、薄荷、葛根芳化透表，连翘、赤茯苓以清热化湿，从而药后热势即退近正常，他症亦随之而减轻。三诊时即以健脾化湿以善其后。

转自《中医杂志》

董氏系列方药治疗胃痛73的例临床研究

杨晋翔 指导 董建华 田德录

董建华教授对胃痛的治疗颇具心得，他研制的胃苏饮、胃痛宁等董氏系列方药，临床运用疗效显著。为了深入研究他诊治胃痛的学术思想，笔者自1988年9月至1989年3月运用董氏胃痛系列方药治疗73例胃痛患者，以探讨其辨证论治的规律。

临 床 资 料

病例选择 73例均符合中医胃痛与消化性溃疡或浅表性胃炎或胆汁返流性胃炎或十二指肠炎的双重诊断（西医诊断依据天津科技出版社的《内窥镜在消化系统疾病中的应用》1984年版所订标准）。萎缩性胃炎亦有胃痛者，因其以痞满为主，故不列为观察对象，胃部肿瘤亦有胃痛，但其发病机制及表现区别于一般胃痛，不属本课题研究范围。

一般资料 73例中，住院患者43例，门诊患者30例。性别：男64例，女9例。年龄：最小者18岁，最大者63岁，平均36.35岁。病程最短3月，最长30年，平均7.11年。病种分布：消化性溃疡31例，浅表性胃炎15例，胆汁返流性胃炎13例，十二指肠炎14例。其中部分病例是两项或多项同时存在。

治 疗 方 法

董氏胃痛辨治规律可概括为“三期十证七兼证”，即在气、在血、虚证三期，胃气壅滞等十证，寒凝、气滞、痰湿、瘀血等七兼证。董氏胃痛系列方药是按证候属性及其演变规律而设计治疗方案。

在气

胃气壅滞证：主症：胃脘胀满，以胀为主，得暖气或矢气则舒，或餐后加重。次症：暖气间用，腹胀纳呆，或胃脘痞满，排便不畅。舌脉特点：舌红苔薄白或薄黄，脉弦。方用董氏胃苏饮：苏梗、香附、陈皮、香橼皮、佛手、枳壳、大腹皮等。

肝胃不和证：主症：胃脘胀痛，攻窜两胁，遇恼怒则发作或加重。次症：暖气频作，胸闷善太息，时有肋肋胀痛，偶作泛酸嘈杂。舌脉特点：苔薄黄、脉弦。方用董氏疏肝和胃汤：柴胡、白芍、香附、枳壳、金铃子、元胡等。

胃热内蕴证：主症：胃脘灼痛，痛势急迫，腕部灼热拒按，得凉则舒，遇热加重。次症：烦渴多饮，口干口苦，便秘尿黄。舌脉特点：舌红苔黄或黄厚，脉弦数有力。方用董氏清胃散：黄连、黄芩、山栀、枳壳、香附、槟榔等。

湿热中阻证：主症：胃脘痞闷而痛，泛恶呕吐，嘈杂吞酸，心烦口苦。次症：胸闷纳呆，口粘而腻，身重肢倦，尿黄，大便粘滞。舌脉特点：舌苔黄腻，脉濡数或滑数。方用董氏连朴苓草汤：黄连、厚朴、茯苓、通草、藿香、佩兰、陈皮等。

胆胃不和证：主症：胃脘堵闷疼痛，口苦或呕苦，胸胁苦满，泛酸嘈杂。次症：胸脘烧灼感或偶感胁胀，口干便结。舌脉特点：舌红苔薄黄，脉弦滑。方用董氏清胆和胃汤：柴胡、黄芩、清半夏、竹茹、陈皮、枳壳等。

寒热错杂证：主症：胃痛暴作，喜温喜按，但伴有烧心口苦或胸脘灼热，泛恶呕吐，痞满嘈杂。次症：不思饮食，渴不思饮，肠鸣便溏。舌脉特点：舌质淡红，苔薄黄或黄白相兼，脉弦细。方用董氏温清饮：草澄茄、香附、黄连、清半夏、山栀、吴茱萸等。

在血

瘀血阻络证：主症：胃脘疼痛，痛有定处，如刺如割，痛时较久。或胃脘胀痛，以痛为主。次症：面唇色暗，久治无效，食后痛甚或夜间尤剧。舌脉特点：舌紫暗或有瘀斑瘀点，脉弦涩或弦细。方用董氏胃痛宁加减：金铃子、元胡、赤白芍、五灵脂、香附、枳壳等。瘀血重证与化瘀煎同用。

证虚

脾胃气虚证：主症：胃脘隐痛，绵绵不止，喜暖喜按，空腹痛重，得食痛减，遇劳则发，食欲减退，大便溏薄。次症：倦怠乏力，神疲懒言，面色不华，腹胀肠鸣。舌脉特点：舌淡胖、边多齿痕，苔白。方用董氏健脾汤：太子参、白术、茯苓、木香、砂仁、陈皮等。

脾胃虚寒证：主症：胃脘隐痛或冷痛，喜温喜按，遇冷加重，畏寒肢冷，大便清稀，完谷不化。次症：泛吐清水，神疲乏力，唇淡腹胀，口淡不渴，小便清长。舌脉特点：舌淡胖苔白润，脉沉迟或细弱。方用董氏温胃汤：黄芪、桂枝、白芍、炙甘草、草澄茄、香附等。

胃阴不足证：主症：胃脘隐隐灼痛，空腹时重，嘈杂似饥，饥不欲食，咽干唇燥。次症：口干舌燥，纳呆干呕，五心烦热，大便干结。舌脉特点：舌红少津、有裂纹、少苔或剥脱苔、脉细数。方用董氏养胃汤：芦根、石斛、沙参、麦冬、香橼皮等。

治疗结果

疗效标准 参照中华全国中医内科学会1984年脾胃病会议拟定的胃脘痛疗效评定标准。

近期临床痊愈：胃痛消失，其它症状基本消失，胃镜下溃疡或糜烂或胆汁返流消失。

显效：胃痛基本消失，其它症状明显改善，胃镜下溃疡处于愈合期或粘膜水肿充血、糜烂明显好转，或胆汁返流从大量转为少量。

好转：赋胃痛基本消失或明显减轻，其它辨证有所改善，胃镜下溃疡面积缩小或粘膜病变减轻或胆汁返流减轻。

无效：胃痛、其它症状和胃镜象均未见好转。

疗效概况及证候分布情况 本组病例治疗后，近期临床痊愈34例（占46.6%），显效22例（占30.1%），好转15例（占20.5%），无效2例（占2.7%），总有效率为97.3%。73例中瘀血阻络19例，胃气壅滞、胆胃不和证各10例，肝胃不和、脾胃气虚证各7例，胃热内蕴证6例，湿热中阻证5例，寒热错杂、脾胃虚寒证各4例，胃阴不足证1例。

症舌脉分布及其与疗效的关系 胃痛按其性质，可分胃脘胀痛、刺痛、隐痛、剧痛、灼痛、冷痛等。胃脘症中可见暖气58例（占79.5%），胀满51例（占69.9%），其次为泛酸，胃脘灼热、纳呆、嘈杂、恶心、呕吐、呃逆等，经服董氏系列方药均有明显改善。在胃痛兼症中，大便秘结不爽32例（占43.8%），提示腑气不通是胃气不降的主要因素之一，临证时应注意患者腑气通畅与否；失眠多梦27例（占33.0%），说明阳明经脉与心相通，其病变多影响神志；呕苦口苦20例，以胆胃不和证多见；口淡多涎8例，均见于脾胃气虚或脾胃虚寒，提示临床上对脾虚患者应观察其口味变化及唾液分泌异常情况。

73例患者中，舌质红24例（占32.9%），其次为紫暗、暗淡、暗红、淡白。舌质瘦小10例（占13.7%），其次为胖大、齿痕、裂纹舌。舌苔薄黄26例（占35.6%），其次为薄白、黄腻、白腻、少苔等。唇诊在胃病诊断上颇有意义，因唇与中焦脾胃、气血盛衰有密切关系。本组病例唇红26例（占35.6%），其次为唇暗、淡红、唇干、唇肿等。本组病人弦脉65例（占89.1%），其次为细脉、滑脉、缓脉、弱脉、数脉、沉脉、濡脉等。说明胃痛患者以弦脉为主脉，临床常相兼出现。

胃十二指肠粘膜形态改善与疗效关系 经服董氏方药，胃镜下粘膜病变有明显改善，详见表1。

胃痛不同证候与血液流变学的关系 董氏在胃痛治疗中，尤重视调理气血，为此笔者对气滞、血瘀、脾虚三组胃痛患者进行血液流变学的检测（其中全血比粘度分别选 $307.2s^{-1}$ 、 $30.72s^{-1}$ 、 $5.75s^{-1}$ ），其结果见表2。

表1 胃十二指肠粘膜病变改善情况（例数）

		胃粘膜					十二指肠粘膜				
		水肿充血	花斑	糜烂	溃疡	出血	水肿充血	糜烂	溃疡	出血	
治 疗	前	48	19	11	1	2	42	14	30	9	
	(%)	(65.8)	(26.0)	(15.1)	(1.4)	(2.7)	(57.5)	(19.2)	(41.1)	(12.3)	
	明显改善	40	13	8	1	2	32	11	23	9	
治疗后	有改善	7	5	3	0	0	8	2	6	0	
	无变化	1	1	0	0	0	2	1	1	0	

表2 胃痛不同证型患者血液流变学值的比较 ($\bar{x} \pm SD$)

组别	例数 (n)	全血比粘度 (mpa·s)			血浆比粘度 (mpa·s)	红细胞压积 (%)
		高切	中切	低切		
正常组	33	5.58 ± 0.54	8.81 ± 1.11	13.48 ± 2.79	1.78 ± 0.21	44.82 ± 4.38
气滞组	12	5.72 ± 0.39	10.86 ± 1.27*	16.66 ± 2.86*	2.24 ± 0.29*	50.00 ± 1.87*
血瘀组	11	5.75 ± 0.55	11.77 ± 1.74*	18.13 ± 3.14*	2.19 ± 0.29*	46.00 ± 4.11**
脾虚组	10	5.69 ± 0.82	11.02 ± 2.41*	15.72 ± 4.08*	2.13 ± 0.13*	46.89 ± 4.75*

与正常组比较 $p < 0.001$, **与气滞组比较 $p < 0.01$, *与正常组比较 $p < 0.05$ 。

胃电图参数与中医证候的关系 笔者试图借助胃电图检查为胃痛辨证分型寻找可供参考的客观指标。分别设正常对照组与气滞组、血瘀组、脾虚组, 对其空腹及餐后胃电参数进行对照观察, 结果见表3。表中可见脾虚组胃电幅值(空腹、餐后)均较正常组有较大降低($p < 0.01$), 气滞组、血瘀组幅值分别高于正常组, 但无明显差异($p > 0.05$), 而且血瘀组幅值略高于气滞组($p > 0.05$), 气滞组胃电波幅较正常有不规则改变。

表3 胃痛不同证与胃电图变化的关系 ($\bar{x} \pm SD$)

组别	例数 (n)	空腹频率 (min^{-1})	餐后频率 (min^{-1})	空腹波幅 ($\bar{x}$ V)	餐后波幅 ($\bar{x}$ V)
正常对照组	9	2.76 ± 0.38	2.70 ± 0.43	156.31 ± 43.34	197.51 ± 72.96
气滞组	10	3.06 ± 0.62	3.09 ± 0.83	178.48 ± 72.22**	197.35 ± 83.34**
血瘀组	11	3.00 ± 0.50	2.90 ± 0.27	209.81 ± 140.94*	235.14 ± 149.52**
脾虚组	16	2.90 ± 0.26	2.89 ± 0.38	68.76 ± 24.99*	91.31 ± 32.62*

*与正常对照组比较 $p < 0.01$, **与脾虚组比较 $p < 0.01$, *与血瘀组比较 $p < 0.05$ 。

脾虚患者唾液淀粉酶活性情况 正常组、脾虚组、非脾虚组唾液淀粉酶活性测定结果表明: 刺激后脾虚组酶活性较刺激前显著下降, 脾虚组刺激前后酶活性差与正常组、非脾虚组相比, 初有非常显著差异($p < 0.01$)。在清晨空腹情况下, 脾虚组唾液淀粉酶活性最高, 但无显著差异($p < 0.05$)。

讨 论

1、掌握老中医对疾病动态变化的辨证规律, 是继承整理老中医经验的关键。董氏将胃痛发生发展变化规律概括为“三期十证七兼证”(三期十证如前所述, 七兼证为寒凝、气滞、痰湿、火郁、血瘀、食滞、虚证)。因此, 采用一方一药来解决胃痛发展变化的诸般证候的治疗是很难获效的。必须在研究辨病规律、探讨其合理分期及证候发展演变过程的基础上, 使用系列方药, 方能提高疗效。本文采用董氏系列方随症加减用药, 临床观察胃痛73例, 其总有效率为97.3%。本组资料发现。胃脘症状中胀满、嗳气、泛酸、嘈杂、纳呆各项改善率分别为92.2%、96.6%、97.8%、92.6%、90.3%等, 说明董氏方药具有明显消除或改善症状的作用。治疗后胃粘膜糜烂、水肿充血、花斑改善率分别为100%、97.9%、94.7%, 十二指肠粘膜溃疡、糜烂、水肿充血改善率分别为96.7%、92.9%、95.2%, 说明董氏方药还具有显著地改善胃十二指肠粘膜病变的作用。由此可见, 辨证论治是提高疗效的关键。本组资料表明, 董氏系列方药对十二指肠溃疡、浅表性胃炎、胆汁返流性胃炎、十二指肠炎均

有较好的疗效。且本病例通过治疗前后对心肝肾等多项检查,未发现明显的毒副作用,值得在临床上推广应用。

2、调理气血、和胃通降是治疗胃痛的基本治则。董氏认为胃生理特点集中在一个“降”字。胃病的病机突出一个“滞”字。胃失和降、气机壅滞,变生湿阻血瘀、痰凝食积等一系列病变,表现为诸多症状。本组资料发现:嗳气、胃脘胀满、弦脉出现率分别为79.5%、69.9%、89.1%,提示胃脘疼痛、嗳气、胀满是本病突出的三大特征,弦脉是胃痛的主脉。由此说明胃气郁滞在胃痛发展过程中占首要地位。胃为多气多血之腑,气血息息相关,气郁日久,血脉不利,导致血瘀阻络,故本组资料可见舌暗出现率为50.7%。从血流变检测提示气滞组全血比粘度、血浆比粘度均明显高于正常组($p<0.01$),说明有出现瘀血的趋势。董氏认为气血失调、胃失和降是各证候的共同病理环节,他发展了前贤的观点,提出治疗胃痛当以调理气血、和胃通降为基本治则。董氏强调指出,无论胃痛在气、在血或虚证、均以通降贯穿始终。气滞者理气通降、血瘀者化瘀通降、虚证者通补为法。

3、关于中医理论指导胃痛的微观辨证:董氏在诊治胃痛过程中善用气血辨证。笔者对胃痛的气滞、血瘀、脾虚三个环节与胃电关系进行探讨,经比较发现气滞、血瘀患者餐后胃电波幅高于正常人和脾虚者,脾虚患者胃电波幅高于正常人和脾虚者,脾虚患者胃电波幅无论餐前后均明显低于正常组($p<0.01$),提示胃功能低下可能是脾虚胃痛的重要病理基础之一,胃机能增强或运动亢进可能是瘀血的病理变化,胃机能紊乱则可能是气滞的病理实质。笔者还根据董氏临床对胃痛多涎患者从脾论治的思路,对脾虚患者与正常人、非脾虚患者者的唾液淀粉酶活性进行比较,发现脾虚组刺激前后酶活性差与后者相比,均有非常显著差异($p<0.01$)。对“脾主涎”、“脾主运化”的理论有了进一步认识。

转自《中国中医药学报》

气与血瘀关系的探讨

廖家桢

气血相关的理论是中医理论的重要组成部分。《灵枢·营卫生会》说:“夫血之与气,异名而同类,何谓也?曰:营卫者,精气也;血者,神气也。故血之与气,异名同类焉。”

《景岳全书》说:“人有阴阳,即为血气。”《医宗必读》说:“气血者,人之所赖以生者也,气血充盈,则有邪外御,病安从来?气血虚损,则诸邪辐辏,百病丛集。”说明气与血,异名而同类,两者是构成人体以及维持生命活动的重要物质基础。在气血关系中,气是起主导作用的。赵献可在《医贯》中明确指出:“阳绕乎阴,天包乎地,血随乎气……治血必先理气。”唐容川在《血症论》中也强调说:“天地之大,总是以阳统阴。人身之生,总是以气统血。”他在论调血症病机时又着重指出:“其气冲和,则气为血之帅,血随之而运行……气结则血凝,气虚则血脱,气迫则血走,气不止而血欲止不可得矣。”在判断血症的

予后时他又说：“人之生也，全赖乎气，血脱而气不脱，虽危犹生，一线之气不绝，则血可徐生，复还其故。血未伤而气先脱，虽安必死。”可见，无论是生理还是病理过程中，气对血都处于主导地位。血病的发生、发展和转归，皆与气病相关，几乎没有血病而气不病者。血淤症的发生、发展自然也不例外。因此，在研究血证时，研究活血化瘀固然必要，然而若忽视了气血相关，抛开了气去研究血，那将是无源之水，无本之木，显然是不够全面的。

气的概念来源于古代朴素唯物主义哲学观，产生于春秋战国之前，古代一元论哲学观认为宇宙万物的生成变化在于气。《庄子·知北游》说：“人之生也，气之聚也；聚则为生，散则为死。”我国古代医学家应用气学理论来认识和阐述生命活动的规律，将之贯穿于人体生理、病理和疾病的诊断、治疗以及预防等医药学的各个领域，成为中医学术思想体系的一个重要组成部分和突出特点。

气对血的作用，主要有以下三个方面：

（一）气生血：血是水谷精微之气中的营气所化生的。《灵枢·决气篇》说：“中焦受气取汁，变化而赤，是谓血。”又说：“营气者，泌其津液，注之于脉，化而为血”。《血症论》说“火者，心之所主，化生血液，以流周身。”从以上论述可以看出对血化生部位的看法虽有不同，然而，血是由营气所化生的则是认识一致的。

（二）气行血：心主血脉，肺朝百脉。血液在脉中流行不止，环周不休，是赖心气的推动，肺气的宣布。《寿世保元》指出：“盖气者血之帅也，气行则血行，气止则血止……夫气有一息之不运，则血有一息之不行。”《血症论》说：“气为血之帅，血随之而运行；血为气之守，气得之而静谧。”《内经》说：“脉气归经，经气归于肺，肺朝百脉。”主要说明气是帅血运行的动力。

（三）气统血：血液在脉管内环流无端的运行靠气的推动；而维持血液沿着脉管内正常运行，使之既不外溢，又不凝滞，也仍然是气的作用，称之为“气统血”。主要赖脾气的统摄。

综上所述可知，血的生成、运行和统摄皆是由气主导。气病可导致血病，而血病又可影响气的流畅。唐容川在《血症论》所提出的治疗血证的四大原则：止血、消瘀、宁血、补虚，无不贯穿着“活血须治气”的原则。他说：“血之所以不安，皆由气之不安故也，宁气即是宁血。”《张氏医通》说：“盖气与血，两相循附，气不得血，则散而无统，血不得气，则凝而不流。”气病导致血瘀常见有：气滞（或气郁）、气虚、气逆、气陷等四种情况，其中又以气滞血瘀和气虚血瘀更为常见。气滞、气逆所致的血瘀属实证，气虚、气陷所致的血瘀则属本虚标实。现仅就气滞血瘀和气虚血瘀概要分述如下。

一、气滞血瘀

气是构成人体的重要物质及其功能的体现。气在体内不断的升降出入，运行有序，以维持人体的正常生理机能，称之为“气机”。《素问·六微旨大论》说：“是以升降出入，无器不有。”“非出入，则无以生长壮老已，非升降，则无以生长化收藏。”“出入废，则神机化灭；升降息，则气立孤危。”这些论述说明气的运动是有规律的，而气机的升降出入又是维持生命活动极为重要的一种调控方式。五脏六腑之气的升降出入，各有其自身的规律，例如脾气主升，胃气主降，肝气主升发，肺气主肃降等等。气机逆乱，失去正常的运行规律，则将致病。气郁或气滞便是气机逆乱所致的一种病证。

何谓郁证？《金匱钩玄》说：“郁者，结聚而不得发越也。当升者不得升，当降者不得降，当变化者不得变化，此为传化失常，六郁之病见矣。”《素问》有五郁之说。朱丹溪首创气、湿、痰、热、血、食六郁之名。从明代以后，则多将郁病的病机主要归属于情志的失调，《古今医统》说：“郁为七情不舒，遂成郁结，既郁之久，变病多端。”《临证指南》则进一步指出：“郁则气滞，其滞或在形躯，或在脏腑，必有不舒之现症。盖气本无形，郁则气聚，聚则似有形而实无质，如胸膈似阻，心下虚痞，肋胀背胀，脘闷不食，气瘕攻冲，筋脉不舒……。”因而，气郁、气滞一般多指肝气郁滞或是与肝失调达有关。

肝为五脏之一，其生理特点是以血为体，以气为用，体阴而用阳。肝主藏血又主疏泄。若肝疏失调，则可引起神志、消化、月经以及气血运行等异常变化。而气滞血瘀则多属肝气疏泄异常所致的一种病理变化。气滞是因，血瘀是果。若血瘀已成，又可阻塞气机的流畅，加重气滞，形成恶性循环。《血证论》说：“凡有所瘀，莫不壅塞气道，阻滞生机。”故血之运，气运之，即瘀血之行，亦气之行……，是气行而血不自留也。”故唐氏认为“气散则血随之而散。”主张“以散气为舒血之法。”

气滞血瘀可见于许多病证的不同阶段。若气郁滞于肝经，则在肝经所循行的部位可呈现胀满、作痛等症状，可见胸胁痛、乳胀、睾丸疝痛月经不调、痛经等肝气郁结之症；若肝气郁滞，上逆为患，则可见头痛、头晕、耳鸣、甚至气厥等症；若肝气横逆犯胃，则可见脘腹胀满、恶心、嗳气、大便不调等症；若气滞导致血瘀，则在上述气滞的基础上可兼有血瘀的舌脉症。这些病证从现代医学的观点看，似乎彼此不一定有密切关联，但从中医理论分析，其病机皆与气滞血瘀有关，为此，应用行气（或理气）活血法治疗，可取得疗效。以下仅举临床常见的实例，略加说明。

（一）乳腺病：乳腺增生是乳腺最常见的一种疾病，临床上以乳腺肿块及疼痛等特点。多为胀痛、刺痛、串痛或隐痛。中医认为多由忧郁伤肝，思虑伤脾，气滞血瘀，痰凝成核所致。本病的临床表现多与情绪因素有关，即随喜怒而消长，所以肝气郁结是主要病机，由于气滞而导致血瘀、痰凝。应用具有疏肝理气、活血化淤作用的“乳块消”治疗，据125例观察，有效率达92.2%。

（二）溃疡病：气滞血瘀是溃疡病常见的证型之一。多由气邪伤肝，横逆犯胃所致。胃气以和降为顺，气不和则滞，滞则为痛，故胃脘痛发作之时往往伴有气滞。已故著名中医黄文东指出：凡久痛不愈，病从气中兼传营血，如舌质青紫，就是夹有瘀血之征。凡见痛有定处，或痛无休止，胃脘似有物顶住等症，即是气滞淤阻的指征，当用活血化淤之品。

（三）肝炎、肝硬变：由于肝郁气滞，则见胁下胀满，嗳气，纳呆等症；气滞而血瘀，则见面色黧黑，肝脾肿大，痛如针刺，唇暗舌紫，或舌有淤点，脉象弦细等气滞血瘀之象。

（四）急腹症：中医理论认为“六腑以通为用，”其生理活动无不与肝的疏泄有关。肝气郁滞可以导致诸腑的多种病证。急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎、胆石症、肠梗阻等常见的急腹症，在病变的不同阶段可有不同程度的气滞血瘀出现，因而行气、活血、逐瘀是中西医结合治疗急腑症的常用治则。

（五）月经不调：妇科有“女子以肝为先天”之说。盖肝主藏血，肝与冲任两脉有内在联系，肝之疏泄可影响经血运行，故《内经》说：“妇人之生，有余于气，不足于血”。若肝气郁结则气滞，气滞则血络不利，可见痛经、乳胀、经期参差以及崩漏、闭经等月经不调等病患。

(六) 冠心病心绞痛：心主血脉，肝主藏血，肝受气于心，若肝气郁滞，气机失畅，则可影响血脉流畅，而产生气滞血瘀型心绞痛。

以上实例虽不能概括气滞血瘀的全部病证，也初略说明它与机体多个系统的病理改变相关。气滞和血瘀皆为邪实之象，故属实证。气滞血瘀的舌脉症自当反映邪实为主，而脏腑虚亏之象不突出。例如冠心病心绞痛多数患者表现为疲乏、气短、自汗、心悸和痛有定处、舌质紫黯等气虚血瘀之象。但也确有少数心绞痛除了胸闷憋气、痛有定处、舌质紫黯外，并无其他气虚表现者，可诊断为气滞血瘀。当然，气滞血瘀、也可向气虚血瘀转化。

解放后，全国各地应用现代科学方法对理气开郁中药进行了不少研究，初步说明不同的理气药可能分别具有抗菌、抗病毒、杀虫、消炎、解热、收敛、健胃、解痉、利胆、祛痰、平喘和改善微循环等广泛的药理作用。然而，应用现代科学方法，围绕着气滞血瘀这个课题进行系统研究者很少。冠心病Ⅱ号方的方义是行气活血，然据现有的研究结果来看，其中的降香似乎对已用的有关活血的指标没什么影响。但与活血药同用，则增强其功效，说明气与血的关系。总之，气滞的实质及其与血瘀的关系，行气活血的治疗机理等都有待探讨的。

二、气虚血瘀

气虚血瘀是由于推动血液运行之气虚亏，帅血无力，而致血流不畅，或阻塞脉道所致的血瘀证。王清任根据《内经》的理论对中医气血相关理论有独特见解，他提出气有虚实，血有亏瘀，对气虚血瘀的辨证论治有精湛的研究，他说：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，血液在血管中运行势必迟缓乃至滞阻。”并创制了补气与活血并用，以补气为主的名方“补阳还五汤”。他所创的33方中10方有黄芪，29方有活血化瘀药。他治疗瘀血大致分为两法：一为补气活血，一为行气活血。

气虚血瘀属本虚标实，气虚是本，血瘀是标，气虚是因，血瘀是果。然而，血瘀日久亦可耗伤正气而加重气虚。

脾为气血生化之源，主统血，心主血脉，肺朝百脉。故导致血瘀的气虚与心、肺、脾之脏气虚衰的关系更为密切。气虚血瘀与气滞血瘀两者的共性是血瘀，个性是一为气虚，一为气滞，两者一虚一实之异。气虚的主要舌脉症是：神疲乏力，少气懒言，自汗，舌胖有齿印，脉虚无力等。

近几年来，全国不少单位在研究血瘀证及活血化瘀治则的基础上，对气虚血瘀证型和益气活血治则的研究日益重视，应用现代科学方法开展了临床及实验研究，取得了一定的进展。现择要简述如下：

(一) 冠状动脉粥样硬化性心脏病：这是开展中西医结合研究较为深入的一个领域。对冠心病的基本病机的认识，经过多年实践，已趋于一致。多同意本病的基本病机是本虚标实，本虚以脏气虚亏为主，标实则血瘀、痰湿多见。因而，脏器虚亏，血瘀痰阻，气血失和，本虚标实是冠心病的基本病机。中医研究院西苑医院观察91例心绞痛患者，属于心气虚、肾气虚者占65.9%；上海第二医院报告25例心绞痛，属阳虚或气虚者22例。首都医院、东直门医院观察了70例急性心肌梗塞，其中属气虚血瘀者占70%。阜外医院报告187例急性心肌梗塞时也认为气虚血瘀是该病发展过程中的主要矛盾。为此益气活血是治疗冠心最常用的治则之一，并已取得了满意临床疗效。北京朝阳医院等报导以益气活血的抗心梗合剂（由党参、黄芪、黄精、丹参、赤芍、郁金组成）为主中西医结合治疗215例急性心肌梗塞的住院病死率为6.5%；而另一组215例病情相同的急性心肌梗塞单用西医药治疗，住院病死率为