

安 徽 省
1979年中医论文选
(第1集)

安徽省中医学会筹委会

1979年4月

前 言

在以华主席为首的党中央领导下，为了贯彻党的十一大的各项战斗任务，响应党中央关于发展科学、实现四个现代化的伟大号召，我省中华医学会分会和其有关分科学会以及中医学会筹委会均于1978年恢复成立。当前，应认真贯彻党的百花齐放、百家争鸣的方针，遵循党中央关于中医工作的56号文件精神，开展学术交流、活跃学术思想，推动科学研究工作较快地发展。但我省中医界受“四人帮”破坏较重，学会各项工作尚有待逐步恢复与开展，而有些学术与科学研究工作亦正在计划、安排与进行中，短时期内尚不能完成论文。因此，我们就目前所能收集到的一些论文中作初步的选编，作为第一册付印，以供医务界的同志们参考，今后将继续选印续集。

由于争取在第一届全国中医学术会议前印就成册，时间仓促，一时在收选论文方面可能尚有遗漏，编辑工作中亦可能有错误缺点，请读者批评指正，以帮助我们在选印续集时尽量纠正。

安徽中医学会筹委会

1979年4月4日

目 录

1. 常见胃病的胃镜象及其与中医辨证关系的探讨 安徽中医学院附属医院(1)
2. 关于瘀血的辨证论治 皖南医学院附属医院(5)
3. 活血化瘀和“澄源”固本结合治疗功能性子宫出血 安徽省人民医院(10)
4. 中医舌诊在烧伤临床上的应用价值 安徽医学院附属医院(17)
5. 以苦参为主治疗乳糜尿的体会 皖南医学院附属医院(22)
6. 难治性泌尿系感染中医治疗的体会(摘要) 皖南医学院附属医院(24)
7. 婴幼儿腹泻 安徽中医学院附属医院(26)
8. 中西医结合扩肛疗法治疗肛裂 472 例 安徽省人民医院(31)
9. 中西医结合治疗合并痿管的脊椎结核 安徽中医学院附属医院(35)
10. 中医治疗脑血管病后遗症30例临床体会 铜陵县医院中医室(38)
11. 对小儿疳疾治疗的经验 蚌埠中医院(43)
12. 根据“术中证”选穴针麻作胃大部切除术 安徽中医学院针麻经络研究所(45)
13. 传染性肝炎辨证施治的体会 安徽中医学院(49)
14. 对颜面部疔疮的认识 安徽省人民医院(53)
15. 略谈精方简药 安徽省六安县中医院(55)
16. 安徽黄山中草药资源的初步观察 安徽中医学院 皖南医学院(58)
17. 中西医结合治疗60例胆道蛔虫症临床报导 蚌埠医学院(64)

常见胃病的胃镜象 及其与中医辨证关系的探讨

安徽中医学院附属医院 张少鹤 王肃明 刘昌澍 伯运宽 杨素霞

自一九七六年三月至七七年十月止，我们用GF—B₂型纤维胃镜对430例病人进行检查，观察常见胃病的胃粘膜形态学变化，并对部分病人进行中医辨证分型，以探讨两者之间关系，现将资料完整的414例初步分析小结如后，以供临床参考。

临床资料与体会

全部病人分为二组：

第一组：共检查病人285例，该组病人的胃镜诊断大多经病理检查证实，其结果如下：胃癌43例(15%)；慢性胃炎：浅表性86例(30.1%)，萎缩性52例(18.2%)，肥厚性3例(1%)；胃溃疡26例(9.1%)；十二指肠溃疡24例(8%)；十二指肠球部炎症31例(10.8%)；手术后胃部疾病11例(3.8%)；其他9例(3%)。可见慢性胃炎最为常见，而胃癌则有日趋增多之势，现就上述各症之胃镜所见分别简述如下：

1. 慢性胃炎：

本组有慢性浅表性胃炎86例，都有不同程度的胃粘膜充血、水肿、病态粘液增加。如其病变范围局限、幽门孔反流甚少者称轻度；如其病变较明显，且范围遍及胃窦和胃体者，则称之为中度；在上述病变的基础上，如粘膜有明显的出血，糜烂、水肿、间变，肠上皮化生则称之为重度。在21例重度浅表性胃炎的病例中，组织学检查胃粘膜肠上皮化生者8例，细胞有不同间变者6例，两者同时存在者2例。

86例中有32例行X线胃部钡剂检查，诊断符合慢性胃炎者6例，其余26例皆误诊为其他疾病。X线检查只有当胃粘膜病变发展到一定程度时，才能显示变化，而纤维胃镜能直接观察胃粘膜的形态并能作组织活检。所以是较可靠的诊断工具。

慢性萎缩性胃炎一组52例中胃粘膜均有色泽变化，粘膜变薄，血管显露，我们对凡病变局限于局部者称局限性萎缩性胃炎(23例)，病变弥漫者称弥漫性萎缩性胃炎(29例)。弥漫性萎缩性胃炎常伴有胃粘膜上皮的间变与肠上皮化生。29例中间变者16例，肠上皮化生者11例。对于这些病例应严加随访。文献报告A型与B型萎缩性胃炎，病变也有局限与弥漫之分，二者临床表现，治疗方法，预后皆不尽相同。

2. 溃疡病：

本组中胃溃疡20例，十二指肠溃疡24例，有6例胃与十二指肠溃疡同时存在。

良性溃疡与恶性溃疡的区别极为重要，特别是因为属于溃疡型的胃癌最多见，凡恶性溃疡其边缘常不规则，呈结节隆起或堤状，溃疡底部凹凸不平，有出血、糜烂、表面污秽、质脆、胃壁蠕动消失。但也有不少溃疡单凭肉眼是难以鉴定的，尤其是一些癌性溃疡也可以暂时愈合，所以即使一些胃溃疡的病例，也需要进行组织学的检查，以避免早期胃癌的漏诊。

我们见到的一些胃溃疡呈点状或线条状者及十二指肠溃疡浅而小的病例，X线检查不易发现。

3. 胃癌：

本组中发现胃癌43例，均经活检、细胞学检查或手术证实。按其发病部位分析如下：

胃窦部癌	12例
胃小弯垂直部癌	17例
贲门癌	8例
胃体癌(前后壁)	3例
胃壁浸润型癌	2例
残胃癌	1例

39例经活检确定为胃癌，有4例虽然肉眼检查疑似胃癌但因组织活检未发现癌细胞而未能确诊，后又经手术或脱落细胞检查证实。故纤维胃镜胃对癌诊断的正确率为89%。有25例患者在胃镜检查的近期做了X线钡剂检查，其中7例确诊胃癌，6例疑似胃癌，另外的12例则误诊为其他疾病。因此X线钡剂检查的正确率包括疑似胃癌的病例在内仅为50%左右。还必须着重指出：贲门邻近部位及胃底部的胃癌，发病数仅次于胃窦部，但X线钡剂检查中常易忽视。

纤维胃镜检查中，对于一般胃癌，肉眼即可作出诊断。但如不仔细搜寻胃腔的各个部份，详尽观察胃粘膜色泽变化、肥厚程度、是否粗糙、有无糜烂以及蠕动状态等等，便很容易把微小病变漏诊。同时病理组织检查也有其局限性，凡取材过少、过浅、位置不当，都影响组织中癌细胞的发现。所以结合胃镜检查必须全面掌握材料，并加以分析综合方能作出诊断。例如有二例胃壁浸润型胃癌，根据其胃壁僵直，胃粘膜肥厚以及X线钡剂检查时所出现的“皮囊样胃”形状，虽然胃粘膜病理组织检查未发现癌细胞，我们仍正确诊断为胃癌。所以纤维胃镜检查与X线钡剂检查理应配合进行，对单项检查阳性的患者更应如此。当癌变早期仅局限于胃粘膜或粘膜下时，其转移的机会较少(一般少于10—20%)。如果此时能予确诊而及时治疗，则五年的生存率可以从以往的25%左右提高到90%以上。纤维胃镜在早期诊断胃癌方面作用较大。

第二组：对于211例病人(包括第一组中82例)，在作胃镜检查之前，固定由一位临床经验丰富的老年中医师，系统地进行中医辨证分型，期望摸索一些中医辨证分型与胃镜下胃粘膜形态变化之间的关系，为今后建立中西结合的临床分型提供客观依据。

上述三种疾病虽然在病理形态上截然不同，但在一定的阶段中医辨证可以表现为相同的类型，反之在同一疾病发展的各个阶段，彼此又有明显的差异，既有其统一的共性又有其个体的特性。中医辨证临床上大体可笼统分为4型，即：肝胃不和、脾胃虚弱、胃热阴虚与气滞血瘀。其间关系可列表于下：

211 例慢性胃炎、溃疡病、胃癌的中医辨证分型

辨证 病	肝胃不和		脾胃虚弱		胃热阴虚		气滞血瘀		共 计
	例	%	例	%	例	%	例	%	
慢 浅	45	41.6	51	47.1	5	4.6	7	6.5	108
慢 萎	11	29	20	52.6	5	13.2	2	5.3	38
溃疡病	6	20	19	63.3	2	6.6	3	10	30
胃 癌	5	14.3	23	65.7			7	20	35

自表中可以看出,浅表性胃炎以肝胃不和型与脾胃虚弱型较为,萎缩性胃炎,溃疡病与胃癌则半数以上虽属脾胃虚弱型而肝胃不和型则相对较多,另外,萎缩性胃炎中胃热阴虚型较其他二种疾病常见,而胃癌患者属气滞血瘀型者占百分之二十。

胃粘膜局部形态学的变化与中医辨证之间也存在着一定的关系,肝胃不和与脾胃虚弱都可以在胃镜中发现胃粘膜有充血,局限性的红白相间与水肿。脾胃虚弱的胃粘膜出血灶,糜烂与溃疡较肝胃不和更为多见,同时粘膜色泽普遍的趋向淡白,粘膜上皮细胞间变也增加。特别是一些肝郁化热的慢性浅表性胃炎的病例,胃粘膜普遍有炎症充血,水肿、并伴有不同程度的糜烂,其粘膜色泽偏淡者极少。反之,在属于脾胃虚弱型的慢性萎缩性胃炎和溃疡病中,粘膜多趋向淡白或灰白色。胃癌镜下所见,虽然也有充血或出血灶,但多局限于癌的发部或癌肿的表面及其周围组织,其余部位的粘膜,虽偶有红白相间但亦以白为主。现举例说明如下:

例一,肝胃不和

徐×,男,40岁,编号:241

胃脘痛二年,无规律性,得食痛剧,引及两胁,且有嗳气吞酸,口苦,腹胀,便干,舌质偏红,苔黄腻,脉弦滑,此肝郁化热挟湿,肝气犯胃之象。胃镜象:胃体、胃窦粘膜显著充血水肿,并有散在陈旧性出血点。病理检查为慢性炎性细胞浸润。诊断为慢性浅表性胃炎。

例二,气滞血瘀

韩×,男,52岁,编号:260

脘痛十九年,痛有定处,腹胀,纳差,消瘦乏力,四肢欠温,舌质淡,有瘀斑苔白腻,脉弦。此因久病而致脾胃虚寒,中阳不足,脾运失健,终致痰食交阻,气滞血瘀。胃镜象:胃腺部大弯侧有菜花状隆起包块,表面充血糜烂,蠕动消失,幽门偏位且不等圆。病理检查为腺癌。诊断为胃腺部腺癌。

例三、胃热阴虚

周×,男,45岁,编号:290

脘腹胀痛15年,近年来痛无休止,腹胀嗳气,时有呕吐。胃脘灼热,嘈杂,手足心热,失眠,舌淡偏红,苔薄黄微腻,脉弦小数。此证系胃热阴虚,肝阴不足所致。胃肠X线检查显示胃腺部痉挛。胃镜象:胃体、胃腺粘膜均充血,红白相间。幽门能开放,但蠕动收缩差。十二指肠球部粘膜欠光滑,肥厚,轻度充血,点状出血,大弯侧可见小溃

疡4-5个，表面灰白色。病理检查：胃粘膜间质有淋巴细胞灶性浸润。诊断：十二指肠球部溃疡并发十二指肠炎，慢性浅表性胃炎。

例四：脾胃虚弱

孟×，男，55岁，编号289：

素有胃病宿疾，迁延卅年，常有呕吐，黑便，噯气，但脘腹不痛不胀，自觉气短，手心发热，喜食酸甘，舌淡苔薄白，脉虚弦，证属脾胃虚弱，久病而致气阴双亏。曾作胃液分析，空腹游离酸 8° ，总酸 10° 。胃肠X线钡剂检查，胃腺部充盈差。胃镜象，胃体前壁及贲门下可见溃疡各一，四周粘膜充血、出血。胃腺部粘膜充血粗糙，肥厚、蠕动差，幽门水肿，闭合功能不良。十二指肠球部有3个小溃疡。病理检查，胃腺部腺体灶性萎缩消失，腺上皮轻度肠上皮化生，间质内有浆细胞等弥漫浸润。胃贲门部及胃体前壁有粘膜灶性缺损，糜烂，缺损区有急性炎细胞反应。诊断：慢性萎缩性胃炎(胃窦部、局限性)，多发性胃溃疡病，十二指肠球部溃疡。

此外，我们亦注意到胃镜检查所见及舌苔之关系。

第二组的病人，除掉少数几例之外，普遍的均有舌质变化，较舌苔的变化更为多见。舌质以变淡或变红为最多，仔细分析又可以见到浅表性胃炎或溃疡病的病人，舌质多为淡红或暗红，呈肝郁化热或胃热阴虚之象。这二种病的舌苔或为薄白或为薄黄差异不大，但慢性萎缩性胃炎的病人，舌面较光净，少苔者甚多，舌质也偏红。常显示有胃阴不足与脾胃虚弱。我们对35例胃癌患者进行观察，初步发现一部份胃癌病人的舌质淡红，舌体胖；且蕴有紫色。舌边常有瘀斑，舌系带两侧的静脉瘀血现象相对较多，全身症状出现脾胃阴虚与气滞血瘀现象。在晚期的胃癌则舌质晦暗。这种情况较之慢性胃炎与溃疡病所见，明显增多。

小 结

我们对285例病人进行纤维胃镜检查，并对211例病人进行系统的中医辨证分型，初步有以下几点体会：

①在具有胃部症状而进行纤维胃镜检查的病人中，以慢性胃炎最多(49.3%)，其次为溃疡病(17.1%)，胃癌(15%)。由于纤维胃镜能直接观察到胃粘膜变化，并能作组织活检，所以对上述三种疾病的诊断水平有明显的提高。对胃癌的诊断正确率可达89%，特别是对于浅表而小的溃疡，早期胃癌，能够比较有效的发现。

②按中医辨证将慢性胃炎，溃疡病与胃癌分为4型。即：肝胃不和、脾胃虚弱、胃热阴虚与气滞血瘀。慢性浅表性胃炎以肝胃不和型与脾胃虚弱型较多。胃镜象中可以发现胃粘膜充血，局限性的红白相间与水肿。脾胃虚弱型的胃粘膜出血灶，糜烂与溃疡较肝胃不和型多见。一些肝郁化热的慢性浅表性胃炎的病例，胃粘膜普遍有炎症充血、水肿并伴有不同程度的糜烂，其粘膜色泽偏淡者少。但属于脾胃虚弱型的慢性萎缩性胃炎和溃疡病中胃粘膜则趋向于淡白。

③慢性胃炎，溃疡病与胃癌的病人多见弦脉，当病程迁延日久时可见细脉。慢性浅表性胃炎的病人舌质多为淡红或暗红。慢性萎缩性胃炎的病人舌面较光净，少苔者较多，舌质也偏红。部份胃癌的病人舌质淡红，舌体胖，蕴有紫色。舌边常有瘀斑，晚期胃癌则舌质晦暗。

关于瘀血的辨证论治

皖南医学院附院中医科 秦德平

瘀血是一种病理产物，它是机体遭受某种致病因素侵袭后，在病变过程中产生的。由于这种病理产物在机体内停滞过久又导致机体产生新的病理产物，从而呈现多种临床症状，也就是瘀血证。因此，中医常把瘀血列为致病因素，即邪气。但严格地说，它属于第二病因，所以在辨证时，还要探求致瘀的第一病因。

关于瘀血的名称，中医古籍中还有许多名异实同的称谓。如《灵枢·水胀》称为“恶血”，《素问·调经论》称为“留血”，《伤寒论》称为“蓄血”，《金匱要略》称为“干血”，《巢氏病源》称为“积血”。后世亦有称为“死血”者，凡此种种，不胜枚举。总之，瘀血是指血液淤阻于经脉内、外的一种病理性产物。

一、瘀血的病因病理

(一)气滞致瘀说

中医认为，机体周身血液的正常运行，全赖气的推动。所谓“气为血之帅，气行则血行，气滞则血瘀，气虚则血少，气止则血停”。《难经》也有“气主煦之”的说法。由气滞而引起血瘀，也可以产生多种病变。《素问·调经论》明白地指出：“五脏之道，皆出于经隧，以行血气。血气不和，百病乃变而生。”由跌扑伤气也可导致瘀血。如《巢氏病源》说：“血之在身，随气而行，常无停积。若因堕落损伤，即血行失度……皆成瘀血。”《沈氏尊生书》讲的更为清楚：“气运乎血，血本随气以周流。气凝则血亦凝矣。夫至气滞血凝，则作痛作肿，诸变百出。”

以上列举数条足以阐明机体瘀血的形成与气的关系，同时也说明了首先由某种致病因素侵入机体引起气病，而后气病及血的病变过程。

(二)寒凝致瘀说

中医向来认为，机体血管中血液遭受寒凉(包括内寒和外寒)因素的刺激，可引起凝滞，阻塞脉道而成瘀血，并由此引起多种临床证状。如《素问·调经论》指出：“气血者，喜温而恶寒，寒则泣(泣同漓，下同)不能流，温则消而去之。”这不仅说明了寒凝致瘀的病因，而且为治疗瘀血证提出了温经通脉这一大法。《灵枢·经脉》说：“寒邪容于经脉之中，则血泣，血泣则不通。”清代王清任则据此总结出“血得寒则凝结成块”的著名论断。

(三)热郁致瘀说

寒凝致瘀，人皆易明，已如上述。热郁致瘀，人易忽略，必须详解。考《内经》对

热郁致瘀之说，未赏论及，《伤寒论》对此有较为详细的说明。如《伤寒论》126条：

“伤寒有热，少腹满，应小便不利；今反利者，为有血也……”124条：“太阳病……其人发狂者，以热在下焦，少腹当鞭满，小便自利者，下血乃愈，所以然者，以太阳随经瘀热在里故也。抵当汤主之。”按：伤寒本为热病，邪热传里结于少腹膀胱，损伤络脉，血液受热而被迫外溢，残留脉外而成瘀血。这是指血管外瘀血。清代王清任说：“血得热则煎熬成块”，是指血管内瘀血。寒凝致瘀和热郁致瘀为瘀证形成最常见的两大原因，在辨证时必须着眼于此。

（四）外伤致瘀说

这一论点是较易明白的。由于跌扑、扭挫、闪撞、坠堕以及拳击、金创等机械刺激，均可引起络脉破损，血液离经外溢。离经后残存于体内的部分血液即为瘀血。如《灵枢·贼风》指出：“若有所堕坠，恶血在内而不去，则气血凝结。”其他如负重远行，奔走过急，亦能内损络脉而血溢致瘀。

（五）情志失调致瘀说

中医认为七情五志等精神刺激过强过久，则气机郁滞，气滞则血亦滞，亦可致瘀。如《灵枢·百病始生》说：“若内伤于忧怒，则气上逆，气上逆则六腑不通，温气不行，凝血蕴里而不散，津液湿渗，著而不去，而积成矣。”说明由于情志失调，气机不舒，初病气分，延久及血，血凝成积的病理过程。清代叶天士在治疗郁证时，在采用行气解郁法常佐以活血通络之品，就是根据郁证久病入络这一理论。

（六）久病致瘀说

中医认为某些疾病的后期，也可引起瘀血内停。陈无择《三因方》说：“病者或因发汗不彻及吐衄不尽，瘀蓄在内。”王清任《医林改错》也说：“伤寒温病，头发脱落，皮里皮外血瘀，阻塞血路，新血不能养发，故脱发。”前者指出发汗不彻，邪留经络；吐衄不尽，瘀阻脉道；后者指出内热久留，煎熬津液成块，阻塞血路，以致髓海失养而脱发。根据中医虚实辨证，此脱发属血瘀，为实证，故王清任创制通窍活血汤主治，其方义就是本着“瘀血不去，新血不生”的祛瘀生新机理。

二、瘀血的证候特征

（一）疼痛：瘀血为病理产物，属有形之邪，瘀阻脉道，则脉道不通，不通则痛。其特点是痛点固定，久痛不愈，痛如针刺，反复发作，天阴加剧，活动则减。王清任说：

“凡肚腹疼痛总不动者是瘀血。”唐容川说：“瘀血在经络脏腑之间，则周身疼痛；以其堵塞气之往来，故滞碍而痛；瘀血在上焦，骨节胸膈顽硬刺痛；在中焦则胸满胁痛，腰脐间刺痛；在下焦则季肋少腹腹满刺痛。”

（二）肿胀：瘀血阻塞局部，气滞血结，故发生肿胀感。分而言之，瘀阻于内脏则脏器肿大；阻于胃肠络脉则腹部肿胀；阻于体表经脉则生痈疔瘰癧。总之，瘀血阻塞之处，即肿胀发生之因。关于瘀血引发的肿胀，中医古籍多有论及。如《金匱要略》说：“妇人少腹满如敦状（按：如敦状，即腹部隆起状）……此为水与血俱结在血室也。”《伤寒论》说：“少腹硬满……下血乃愈”，“太阳病，少腹硬，小便自利，血证谛也”，“太

阳病不解，热结膀胱，血自下，下者愈。但少腹急结者，乃可攻之。”以上数条足以说明肿胀为内有瘀血的常有症状。

(三)包块：瘀积日久，腹腔内常可形成包块。中医称为症瘕积聚。《内经》名曰肠覃石瘕，《伤寒论》则名为症痞害。要而言之，都属于有形的块状物或囊状物。

(四)寒热：恶寒发热，或发热，或潮热，或寒热往来，也是瘀血内蓄的常见证。根据中医辨证，此寒热属于内伤引起。其热型由于瘀阻部位的不同，病程长短的各异，气血损耗的多少，从而表现多种多样。如《金匱要略》说：“病者如热状，烦满，口干燥而渴，其脉反无热，此为阴伏，是瘀血也。”这是瘀血引起的低热。又说：“妇人年五医所……暮即发热……曾经半产，瘀血在少腹不去。”这是瘀血引起的午后潮热。《明医指掌》说：“跌扑……一般寒热交作，或一时伤重就发寒热。”这是瘀血引起的寒热往来。由此多见，瘀血引起的热型有稽留热、施张热、间歇热等多种类型，辨证时必须仔细推求。

(五)发黄：瘀血证还可以引起皮肤、巩膜发黄。《伤寒论》125条指出：“太阳病，身黄，脉沉结，少腹鞭……血证谛也……”。《巢氏病源》说：“瘀血在内，则时时体热面黄。”叶天士《临证指南医案》在辨别瘀血发黄与湿热发黄时指出：“久痛必入络，气血不行而发黄，非疸也。”根据中医辨证，瘀血证的发黄还伴有小便自利、大便色黑等症状。瘀血内蓄为什么能引起发黄？清代周学海认为：“黄之为色，血与水和杂而然也。”据此他主张治疗瘀血发黄时“总须兼用化血之品一、二味，如桃仁、红花、茜草、丹参之类，为其已坏之血，不能复还原质，必须化之，而后无碍于新血之流行也。”此论颇有见地，不仅瘀血证发黄，即其他如湿热、寒湿发黄，亦可参考。

(六)出血：瘀血证有时伴有内外出血现象。这种瘀血内阻的出血，在《伤寒论》中多有论及。如桃仁承气汤证：下焦蓄血，少腹胀满，大便色黑。抵当汤证：蓄血发狂，少腹鞭满，小便自利，喜忘，大便易而色黑。这里所说的大便黑就是内出血。唐容川说：“凡吐衄无论清凝鲜黑，总以祛瘀为先。”说明外出血亦有瘀血内阻者，故治疗还要化瘀。

(七)烦渴：瘀血内阻还伴有心烦不安和口渴欲饮等自觉症状。其发病原因是由于瘀血内蓄，阻塞脉道，蕴结日久则化热。热灼津液，心失所养则烦躁不安，热邪耗津则口渴欲饮。对瘀血证发生口渴的病理，唐容川说的较为深刻，他说：“瘀血在里则口渴，所以然者，血与气本不相离；内有瘀血，故不得通、不能载水津上行，所以发渴。瘀血去则不渴矣。

(八)二便：瘀血证的患者大便常呈黑色、其质或如漆样，或如酱样。其小便则通畅如常。《伤寒论》则根据小便的利与不利来区别是否为内有瘀血。如125条：“太阳病，身黄，脉沉结，少腹鞭，小便不利者，为无血也；小便自利，其人如狂者，血证谛也。”

(九)怔忡：心脏为气血运行的动力，瘀血阻脉，则气血运行滞滯；脉道不通则心失血养，轻则发生心悸不已，重则引起怔忡不安。所以唐容川说：“血虚则神不安而怔忡，有瘀血亦怔忡。”按照中医辨证，前者属血虚怔忡，治宜养血定忡；后者属血瘀怔忡，治宜化瘀定忡。同一怔忡，前者易为人知，后者常被忽视。若差之毫厘，则失之千里。

(十)神志：

瘀血内阻，在神经系统和精神活动方面往往表现为谵语、神昏、健忘、惊悸、哭笑无常、烦躁失眠，甚至发狂奔走，打人骂人等异常状态。如《伤寒论》说：“太阳病……其人如狂者，血证谛也”（125条）。“太阳病六七日，其人发狂者……以太阳随经瘀热在里故也”（124）。王清任说：“癫狂一症，哭笑不休，詈骂歌唱……乃气血凝滞，脑气与脏腑气不相接，如同作梦一样。”唐容川说：“瘀血攻心，心痛，头昏，神志昏迷，不省人事。”他如中风后遗症的半身不遂，口眼歪斜，肢体麻木，都是瘀阻经络，血不养筋所致。王清任为此自制补阳还五汤以补气化瘀。

（十一）脉象：瘀血证的脉象，由于受病原因不同，脉象也较为复杂。一般说来，以沉、迟、微、濡、结、伏、虚、细之脉为多见。在预后方面，《脉诀》指出：“瘀血内蓄，却宜牢大；沉小濡微，反成其害。”

三、瘀血的治疗原则

（一）治疗总则：根据《内经》“气血者喜温而恶寒，寒则泣不能流，温则消而去之”（素问·调经论）和“血实宜决之，气虚者宜掣引之”（素问·阴阳应象大论）的论述，后人创立了温经散寒、活血通络和补气行血三大治则，从而为治疗瘀血证奠定了基石。

以上三法是治瘀的总则，但是在应用时还应根据具体情况结合其他治法，或佐软坚散结，或佐破气降气，或佐清热凉血，或佐泻火解毒，灵活运用，不可拘泥，但是万变不能离其宗。“宗”就是瘀血。诚如何梦瑶《医碥》所说：“凡血妄行瘀蓄，必用桃仁、大黄行血破瘀之剂。盖瘀败之血，势无复还于经之理，不去则留蓄为患，故不问人之虚实强弱，必去无疑。虚弱者加入补药可也。”此论既抓住了治瘀的原则性，又指出了治疗的灵活性。

（二）治疗细则：

1. 温经化瘀法。此法是温经散寒与活血化瘀两法相结合，适用于瘀血偏寒的寒瘀证。其临床表现在妇科为经期推迟、少腹冷痛，经色紫暗有块，舌质淡而无华，或舌质暗淡，口淡不渴，脉来沉迟细弱。常用药为活血化瘀药加桂枝、肉桂、干姜、细辛、附子、吴茱萸、茴香、炮姜、艾叶之类。常用方为少腹逐瘀汤、大温经汤、生化汤、胶艾四物汤之类。

2. 理气化瘀法：此法为行气顺气与活血化瘀两法相结合，适用于气滞引起的血瘀。其立法是根据“血随气行、气为血帅”的理论，通过行气活血，达到化瘀开阻，疏通血路，改善血行，收到治疗效果。凡辨证属于气滞血瘀型的各类病证，均可用之。如胁肋刺痛，胸痹作痛，腹痛胀气伴有善怒，舌质紫暗，或有瘀斑，脉来沉濡或弦紧，适用此法。常用药可根据瘀血形成与气病的关系，随证选用理气药加入活血化瘀药中，具体选药是：气虚加四君汤、山药、炙草；气郁加柴胡、香附、青皮、木香、川楝子、桔核；气逆加苏子、莱菔子、降香、沉香、旋复花；气实加莪术、枳实、枳壳、急性子；气陷加升麻、柴胡、葛根、黄芪，常用方为柴胡疏肝散、逍遥散、越鞠丸、四君子汤、参苓白术散，补中益气汤。

3. 清热化瘀法：此法为清热泻火（包括解毒和凉血）与活血化瘀两法相结合。适用于

瘀血偏热者，即热瘀。由于热伤络脉，迫血妄行，离经之血残留体内，形成热与瘀蕴结。分析病理，内热是致瘀之本，故宜清热泻火以治其本，活血化瘀以开其流。其临床表现为发热、烦躁、口渴、神昏、谵语、甚至发狂，呼吸气粗、局部疼痛拒按，大便色黑，小便短赤、舌干苔黄，脉沉实滑数。常用药为活血化瘀药加大黄、黄芩、黄连、元参、山枝、丹皮、生地、银花、板兰根、犀角之类；常用方为桃仁承气汤、大黄牡丹皮汤、四妙勇安汤、黄连解毒汤、犀角地黄汤之类。

4.扶正化瘀法：此法为补气扶正与活血化瘀两法相结合。适用于瘀血迁延日久、正气不足，体质虚弱者，可名虚瘀。其病理是瘀蓄日久，血病及气，气虚不能运血，血瘀不能生气，以致机能衰退、阳气亏损。其临床表现为气短神怯，肢凉乏力，憎寒低热，心悸怔忡。证属虚中挟瘀，虚人实证。治宜扶正益气以培其本，活血化瘀以祛其邪。常用药为活血化瘀药加人参、黄芪、白术、茯苓、山药、羊乳之类。常用方为当归补血汤、独参汤、参附汤、参芪膏、补阳还五汤、大补元煎之类。

5.祛风化瘀法：此法为祛风通络与活血化瘀两法相结合。适用于瘀阻经络，证见肢体麻木不仁、半身不遂的风中经络和口眼歪斜、语言蹇涩、舌强卷短的风中脏腑。根据“治风先治血，血行风自灭”的理论，宜活血化瘀佐以祛风通络为治。常用药为活血化瘀药加秦艽、防风、羌活、独活、白芷、川芎、桂枝、僵蚕、全蝎、蜈蚣、地龙、细辛、威灵仙之类，常用方为大秦艽汤、蠲痹汤、身痛逐瘀汤、续命汤之类。

6.滋阴化瘀法：此法是滋阴补血与活血化瘀两法相结合。适用于瘀阻日久，蕴积化热，热灼津血，阴虚血损的病证。其立法是滋阴养血以扶持正气，活血化瘀以祛除邪气。其主证是低热不解，骨蒸盗汗，消瘦乏力，面红唇燥，心悸怔忡，头晕腰酸，少寐多梦，舌红少津，脉细弱而数。常用药为活血化瘀药加熟地、生地、元参、当归、阿胶、何首乌、枸杞子、山芋肉、龟板、别甲、麦冬之类；常用方为六味地黄丸、大补阴丸、秦艽鳖甲汤、生脉散、右归丸、左归丸之类。

简短小结：瘀血是一个病理概念，其发病原因是多种多样的，病理过程也比较复杂。其治法应在活血化瘀的原则基础上，根据致瘀的原因，选择相应的方法，力求消除致瘀之因，而决不可以见瘀化瘀。本文的重点在于探求瘀血的病因原理，简要列举瘀血的证候特点，同时指出瘀血的治疗方法。文中以祖国医学固有的理论为依据，试将有关内容较为系统地加以归纳。

活血化瘀和“澄源”固本结合治疗 功能性子宫出血

(附161例分析)

安徽省人民医院 贺承钧

活血化瘀法是祖国医学一种独特的理论和治疗方法。早在《内经》与《金匱要略》中就有关于活血化瘀的理论及临床应用的叙述，至清代王清任更大为发展。王氏继承前人的成就，结合自己临床经验，总结出一套治疗瘀血的理论与方剂，在临床上取得一定成就。近年来，由于中西医结合工作深入开展，努力发掘祖国医药学遗产，使活血化瘀的应用有了新的发展，它不仅用于通常所指的血瘀之证，而且广泛应用于临床各科，涉及人体各系统的某些疾病，这些疾病往往无瘀血的症候，而同样取得明显的效果。可见活血化瘀法有极其广阔的前景。

活血化瘀法早在汉代就应用于妇科疾病。清代王清任用少腹逐瘀汤治疗某些经病崩漏。但崩漏毕竟以出血为主，活血化瘀的应用尚为慎重，无明显血瘀证者必不选用。因此活血化瘀法虽为治崩漏方法之一，但应用者甚少。自古代以来治疗崩漏的基本原则，一直认为第一“塞流”，即止血之意，常用大量炭药止血；第二“澄源”，即治其本；第三“复旧”，调理善后。现代医学治疗功能性子宫出血，除人工周期外，亦是采用止血方法。

从现代医学上看，功能性子宫出血表现为两种形式，一种为无排卵性子宫出血，一种为排卵性子宫出血。无排卵性子宫出血，主要由于卵巢功能障碍，无排卵现象，子宫内膜长期在单纯雌激素的影响下，缺乏黄体酮的转化作用。在这种情况下，雌激素的下降不是突然发生，而是逐渐减少，因此妨碍了子宫内膜完整的剥落。不完整的剥离又阻止了内膜的迅速再生，而造成子宫不规则出血。因此根本的治法是迅速促其子宫内膜脱落，而不是止血。有排卵性子宫出血，主要是黄体功能不全，黄体退化迟缓，体内黄体酮水平不能如期迅速下降，造成了子宫内膜剥落不全或因子宫内膜反应性失常。因此其根本治法还是迅速促其子宫内膜脱落，而不是止血。由此可见，对功能性子宫出血止血是治标，化瘀才是治本。鉴于以上认识，作者在临床上逐步试用活血化瘀法治疗功血，取得一些体会，发现活血化瘀法不但对一般功血病人疗效较为满意，且对某些顽固性功血病人能起到出人意料的作用。为此近几年来作系统观察，现分析报告如下。

一、一般资料

本组病例一般经妇科检查，否定器质性病变及排除全身疾病引起的不正常子宫出血，部分病人作子宫内膜病理检查及基础体温测定。

连续服药6剂以上者作为统计对象。

(一)年龄：14~25岁33例；26~40岁76例；41岁以上52例。

(二)病程：1年以下者72例；1~5年者73例；5~10年12例；10年以上4例。

(三)分类：由于本组病例只有部分作基础体温测定及子宫内膜病理检查，所以采用临床分类法如下：

周期紊乱带经日久血量时多时少：25例

周期短于20天或有量多或有淋漓：40例

周期提前经量多带经日久：32例

周期正常经量多带经日久：58例

经前淋漓：4例

经间出血：1例

经后淋漓：1例

(四)出血形式与年龄的关系：见表1

表 1

出 血 形 式	14~25岁	26~40岁	41岁以上
周期紊乱带经日久血量时多时少	9	7	9
周期短于20天或有量多或有淋漓	14	11	15
周期提前经量多带经日久	4	20	8
周期正常经量多带经日久	5	33	20
经期淋漓	1	3	
经间出血		1	
经后淋漓		1	
合 计	33	76	52

注：月经提前是指周期在23~20天之间；带经日久是指带经超过8天以上；经间出血一般超过3天以上；经前淋漓与经后淋漓一般超过3~5天以上。

二、治疗方法

经血期治疗：

基本方：红花12克 丹参15克 泽兰叶15克 益母草15克 生蒲黄15克
带经日久加莪术12克。

(一)带经日久，量少色暗黑有块，少腹胀痛，腰酸畏寒，面色苍白，舌淡苔薄，脉沉迟，用温宫化瘀法，上方加炮姜炭6克 肉桂5克 熟地15克 炙甘草9克

少腹胀痛者加台乌药9克 制香附12克。

(二)带经日久，血量或多或少，色淡，并感乏力身倦、头昏气短、虚汗出、面色苍白、舌淡苔薄、脉细弱，用益气化瘀法，基本方加潞党参15克 黄芪15克 炙甘草9克

(三)经来量多，带经淋漓日久，经色暗红或色淡，周期不规则或一月二行，或有腰酸腿软，浮肿乏力，舌淡苔薄，脉沉细，用固肾化瘀法，基本方加生熟地各15克 复盆子15克 巴戟天12克 淫羊藿12克 川断12克 炙甘草9克。

(四)经来量多，色红，有块或淋漓不止，并感口渴，手足心热，心烦失眠，舌尖红，苔薄黄，脉细数，用滋阴化瘀法，基本方加生地15克 龟板30克 丹皮9克 黄柏9克 知母9克 天麦冬各12克。

(五)经量特多者，可适当增加地榆炭，仙鹤草，三七等止血药。

注：化瘀法在经前淋漓及经间出血不用。

经歇期治疗：

(一)清热养阴法：

主证：经来量多，色红，周期正常或提前，口干身热，头晕头疼，烦躁失眠，尿黄便干，舌质红，苔薄黄，脉细数。

方：生熟地各15克 丹皮9克 龟板30克 麦冬9克 旱莲草15克 黄柏9克 二花5克 槐花15克 白芍15克 地骨皮15克 山药15克。

(二)疏肝清热法：

主症：经来量多有块或淋漓不断，经前乳胀，胸胁胀痛，口苦心烦，头昏失眠，尿黄，舌尖红苔白或微腻，脉弦细。

方：柴胡9克 丹皮9克 制香附12克 当归12克 白芍9克 黄芩12克 川朴9克 槐花15克 丹参15克 旱莲草15克 藕节15克

(三)益气养血法：

主症：经来量多色淡，或经间经前出血，头晕乏力，心跳气短，食纳量少，面色苍白，舌淡苔薄，脉细弱。

方：黄芪15克 党参12克 山药15克 熟地15克 阿胶12克 川断12克 复盆子15克 升麻9克 槐花15克 当归12克 内金9克炙甘草9克

(四)培补脾肾法：

主症：周期不规则，或短于20天，经来淋漓不断，或数月一行，经来量多，或感腰酸腿软，纳少身倦，畏寒，舌淡苔薄，脉沉细。

方：黄芪15克 党参15克 炙甘草9克 山药15克 川断12克 巴戟天12克 淫羊藿12克 鹿角片9克 复盆子15克 枸杞子12克 熟地15克。

三、治 疗 结 果

(一)本组病人首次诊治在经期或在阴道不规则流血未止阶段者共90例，对这类病人

首先采用经血期治疗，观察活血化瘀法对止血的效果。治疗结果：经血淋漓8天以上者100%有效；经量过多者90%有效。见表2表3。

表 2 经血淋漓 8 天以上者疗效情况

出血形式	总例数	药后第一天血止数	药后第二天血止数	药后第三天血止数	药后第五天血止数	药后第七天血止数	减少	无变化
周期紊乱	20	4	2	9	3	1	1	0
周期短于20天	11	3	3	2	1	1	1	0
周期提前	14	1	3	4	3	2	1	0
周期正常	25	2	5	8	5	8	2	0
总计	70	10	13	23	12	7	5	0
%		14.3%	18.6%	32.90%	17.1%	10%	7.1%	

注：服药量一般三剂，三剂不止者延长至一周，仍不止者改用他法。

表 3 经量过多经期正常者疗效情况

出血形式	总例数	总经量减少 $\frac{1}{2}$ 以上数	总经量减少 $\frac{1}{2} \sim \frac{1}{3}$ 数	总经量无明显改变
周期紊乱	3	2	1	0
周期短于20天	5	2	3	0
周期提前	3	0	2	1
周期正常	9	4	4	1
总计	20	8	10	2
%		40%	50%	10%

注：1.服药3—5剂，2.本组无特大出血需要其他抢救措施者

病案举例：

例一：申× 25岁 未婚 工人 以往月经基本正常，于78年元月13日首次中医门诊，主诉：月经淋漓不净近2个月，色淡质稀，伴腰痠，舌质淡苔薄，脉细弱。医者以养血止血法治之，方：当归12克 川芎12克 杭芍12克 熟地炭24克 党参15克 茜草炭15克 川断9克 怀牛夕9克 制香附9克 三剂，元月21日复诊，病情如上，阴道流血仍淋漓不断，拟方：当归9克 川芎9克陈棕炭30克 血余炭12克 地榆炭12克 仙鹤草12克 紫珠草15克 坤草12克 红花 6 克 炒川断12克三剂，元月24日，元月28日及2月1日又复诊三次，医者仍用上法去红花、川芎加减，连服9剂，无明显进退，经量稍减少，色转暗红。于2月3日来作者处就诊，拟益气养血、温宫化瘀方：

当归12克 党参15克 生熟地各15克 炙甘草9克 肉桂6克 复盆子15克 川断12克

生蒲黄15克 益母草15克 泽兰叶15克 丹参15克 地榆炭12克 三剂药后，于2月8日血止。

例二：翟× 13周岁 一周前月经初潮，量多色红无块，血顺裤下，西医用过凝血酸片，断血流、云南白药、补液等，未见停止，现一天换3~4次纸，苔薄脉缓，拟益气固肾、活血化瘀，方：

党参15克 炙甘草9克 川断15克 生熟地各15克 枸杞子12克 制首乌15克 复盆子15克 女贞子15克 淫羊藿12克 生蒲黄15克 益母草15克 泽兰叶15克 红花9克 三剂药后血量减少，一天换2~3次纸，三天后复诊，上方去淫羊藿加莪术12克 丹参15克 药后第二天即止。

例三：李×× 46岁 农民 以往月经正常，于一月前来经至今未净，色暗有块，妇检(一)，曾经西医治疗，未见好转，现日换纸2~3次，苔薄舌尖有瘀点，脉细，拟化瘀温宫法。方：

干姜3克 肉桂3克 制香附12克 党参15克 炙甘草9克 女贞子9克 丹参15克 莪术9克 红花12克 泽兰叶15克 益母草15克 生蒲黄15克 上药一剂后经血即止。

例四：唐×× 38岁 工人 78年4月11日就诊，主诉：74年人工流产后上环，上环后阴道大出血，去环后仍流血3个月才止，此后月经过多，经期正常，头三天较猛，每次用药棉及卫生纸二包，7天净，色鲜红少块，周期31~37天，感头昏贫血，乏力腰痠，面色㿔白，经前一周来纳差烦躁，多梦，诊前一日来经，已用卫生纸2包，苔薄舌淡，脉细紧，先拟益气固肾，化瘀止血，方：

党参15克 炙甘草9克 川断15克 女贞子15克 砂仁9克 陈皮6克 制首乌15克 生蒲黄15克 益母草15克 丹参15克 泽兰叶15克 红花12克 三剂，药后第二天量即感少，5天净，总量减少1/3左右。次月经来量尚可，第二月经来量特多，经停后来诊服滋阴清热方15剂，第三月经来头一天量多，第二天就诊，方：

党参15克 炙甘草9克 女贞子12克 淫羊藿12克 制首乌12克 生蒲黄15克 益母草15克 丹参15克 泽兰叶15克 红花12克 川断15克 陈皮6克 三剂，药后减少，6天净，用安徽产大表纸一刀不到，比前减1/2以上，一般情况好转。

(二)采用经期与经歇期治疗相结合，治疗后总疗效分析：

1. 疗效标准：

临床全愈：自觉症状消失，月经周期恢复正常连续二个月以上，经量恢复正常，经期缩短在七天以内，或月经正常后出现妊娠者。

显效：月经周期基本正常，经量减少1/2或1/2以上，经期缩短在七天以内，自觉症状明显好转。

好转：月经周期基本正常，或比原来好转，经量减少1/3或1/3以上。

无效：周期无改变，经量不减。

2. 疗效分析：

本组病例临床全愈26.5%，显效50%，有效18.5%，无效5%，总有效率95%。显效中部分病例临床已恢复正常，因尚未随访，故统计在显效项中，因此实际临床全愈率可能比此数要高。见表4。