

2001年第2期目录

* 老中医经验 *

- 吴震西治疗早搏八法 张海平等(3)
吉良晨治疗脾胃病的特点 常彪等(5)
裴学义治疗青春期间经验案二则 柳静等(7)
古方临证新用 吴眉等(8)

* 学术探讨 *

- “中”与阴阳脏象学说的关系初探 杨永龙等(9)
101例绝经后骨质疏松患者的中医证候分析
..... 夏东胜等(11)

* 临床报道 *

- 感染性多脏器功能不全患者血瘀证的临床特点
与诊治 王红等(14)
马在山治疗酒精中毒性股骨头坏死100例疗效
观察 杨康等(17)
中药结合腹腔内用药对癌性腹水的临床治疗研
究 王维平等(19)
养阴凉血清肝汤联合甘利欣治疗慢性乙型肝炎
顽固性转氨酶升高32例 周丽君(21)
疑难病的中医临床处理经验 马志真(22)
辨证治疗疑难急危重症探讨 周 毅(25)
中西医结合治疗不安腿综合征96例 ... 黎 红(27)
灵仙通痹汤治疗痹证型颈椎病84例疗效观察
..... 吴德辉(28)
脉络宁治疗偏头痛临床疗效观察 李青等(30)
86例乳腺增生的中医药治疗 孙宇建(31)
药氧针综合疗法治疗脑梗塞的临床疗效观察
..... 贾伟华等(32)
通闭汤治疗人流术后闭经30例临床总结
..... 王东红(34)
中药综合治疗输卵管炎性不孕症35例临床观察 ...
..... 唐桂兰(36)
涤痰汤在治疗急重症中的应用 穆爱林(38)
中西医结合治疗小儿反复呼吸道感染30例临床
分析 邓景云等(40)

* 中药与方剂 *

- 复童康合剂的薄层色谱鉴别 邱乃英等(41)

- 知柏地黄汤临床新用 杨桂芬(42)
橘红与化橘红临床药用不同 陈岩等(43)

* 针灸经络 *

- 百会放血治疗高血压病45例临床观察
..... 傅秋彤(44)
醒脑开窍针法应用举隅 唐文中(52)

* 北京联大中医药学院专栏 *

- 规划教材《中药炮制学》部分炮制史实之订正
..... 关 怀(45)
中药在现代化妆品中的应用 黄菲莉(48)
清肺消滞法治疗小儿咳嗽 邹志东(51)

* 实验研究 *

- “抗体平”对抗精子抗体阳性不育者精子膜结构
的影响 陈生等(53)
慢性乙肝细胞免疫状态与辨证分型探讨
..... 许晓东等(56)

* 短篇报道 *

- 阳和汤治疗卵巢早衰症治验 张朝辉等(16)
蠲痹汤加味治疗骨痹32例 王凤山(29)
黄连清幽汤治疗幽门螺旋杆菌引发的浅表性胃
炎30例探讨 于 涛(35)
镇肝熄风汤新用治验一则 吴玉梅等(39)
变法治疗舌暗验案一则 张宏信(50)
中药治疗亚急性甲状腺炎的验案 耿嘉玮(57)

* 综 述 *

- 中医对糖皮质激素副作用的认识及治疗现状
..... 张红梅(58)

* 成药研究 *

- 金龙胶囊合并中药治疗胃癌33例疗效观察
..... 徐晓燕等(61)
脂必妥、活血通脉胶囊临床观察156例
..... 安俊英(63)
血府逐瘀胶囊的临床应用 李宝玲(65)

第20卷第2期

(双月刊)

2001年4月25日出版

名誉主编 关幼波 高寿征

主 编 余 靖

编辑部主任 刘殿永

责任编辑 高丹枫

统一刊号 ISSN1000-4599
CN11-2258/R

广告证号 京东工商广字 0173

印刷装订 北京时事印刷厂

国内发行 北京市报刊发行局

国内邮发代号 2-587

国内订购 全国各地邮局

国内定价 每册 5.50 元

全年 33.00 元

国外发行 中国国际图书贸易总
公司(北京 399 信箱)

国外邮发代号 BM668

1982年创刊 每逢双月25日出版

主办单位 北京中医药学会

北京中西医结合学会

编辑出版 《北京中医》编辑部

地 址 北京东单三条甲七号

邮政编码 100005

电子信箱 bjTcm@pubLic3.bta.net.CN

MAIN CONTENTS

Wu Zhenxi 's Eight Methods on Treatment of Premature Beat Zhang Haipping et al(3)

Ji Liangchen 's Characteristics on Treatment of Spleen-stamach Diseases Chang Biao et al(5)

Two Cured Cases of Pei Xueyi on Treatment of Pubescent Amenia Liu Jing et al(7)

Clinical Practice of Ancient Prescriptions Wu Mei et al(8)

Inquire Into Relationship of " Zhong " and Ying - Yang Viscera-State Theory Yan Yonglong et al(9)

Analysis of TCM Symptom Complex for 101 Cases of Postmenopausal Osteoporosis Xia Dongsheng et al(11)

Clinical Characteristics and Diagnose-Treatment of Infectious Multiple Viscera Insufficiency Patients With Blood Stasis Zheng Wang Hong et al(14)

Ma Zaishan 's Experience on Treatment of Necrosis of Femoral Head due to Alcoholic Poisoning :A Report of 100 Cases Yang Kang et al(17)

Clinical Experience About Treatment of Difficult Diseases With TCM Ma Zhiyong(22)

Reasearch for Differential Treatment of Difficulty and Acute and Severe Diseases Zhou Y(25)

Combined TCM and Western Medicine Treatment for 96 Cases of Anxiety Leg Syndrome Li Hong(27)

Therapeutic Efficacy of Lingxian Tongpi Tang for Bi Zheng Type of Cervical Spondylopathy :A Report of 86 Cases Wu Dehu(28)

I denfification for Thin Layer Chromatography of Futongkang Mixfure Qiu Naiying et al(41)

Clinical Application of Zhibai Dihuang Tang Yang Quifer(42)

Clinical Observation of Baihui Point Pricking Blood Therapy for Hypertension Disease :A Report of 45 Cases Fu Qiuotong(44)

Effect of Kangtiping in antagonism to Sperm Membrane Structure of Sterility With Positive Sperm Antibody Chen Sheng et al(53)

吴震西治疗早搏八法

江苏南通医学院附属医院(226001) 张海平

江苏南通市天生港发电厂保健站(226001) 吴自强

关键词 心律失常 早搏 治法

吴震西主任中医师认为,早搏不论功能性或器质性,其辨证纲领不外虚实两端。虚则权衡气、血、阴、阳的深浅,实则辨气滞、血瘀、痰浊、痰热、热毒之所侵,我们随师临证,体验其治则,可概括于下列八法。

一、疏肝法(疏解肝郁)

其症候特点为心悸早搏,每由情志不遂加重,伴胸闷太息,两胁胀痛,心烦少寐,目赤便干,舌红,苔白或黄,脉弦见结代,方选柴胡疏肝饮加减。常用药物:柴胡、白芍、枳壳、川芎、香附、佛手、娑罗子、合欢皮、广郁金等。如治张某某,女,56岁。有室性早搏病史,情志怫郁即发,近因情志不遂,胸闷太息,暖气则舒,夜寐梦多,苔薄白,脉弦见结代。心电图示:窦性心律,频发室性早搏,呈三联律。证属肝气郁结,心神不宁,治予疏肝解郁,宁心安神。药用:软柴胡 6g,生白芍 12g,炒枳壳 10g,娑罗子 10g,佛手 6g,广郁金 10g,硃茯苓 12g,合欢皮 12g,丹参 15g,柏枣仁各 15g,炙甘草 6g。上方服用 10 剂,胸闷即宽,心悸亦平。心电图复查:窦性心律。原方续进 5 剂巩固,嘱其怡和情志,以防复发。

二、滋养法(滋阴养血)

滋阴养血包括滋心阴和养心血。心阴受耗,心血亦为之损,阴血耗损,虚火浮越,导致早搏频发。常见于热病伤阴,或久病阴血亏虚,其证胸闷心悸、心烦、失眠、咽干、汗多,舌红少苔,脉细结代,方选天王补心丹加减。常用药物:生熟地、玄参、丹参、柏子仁、麦冬、五味子等;若产后、术后及大失血之体,血少神怯,可用炙甘草、党参、熟地、桂枝、阿胶之属,

方选炙甘草汤加味。如治吕某,男,42岁。患者既往有梦遗及心动过速史,近时常头晕,心悸,不耐烦劳,手足心热,口干,心烦不眠,舌红苔薄,脉细数而促,心电图示:预激症候群 B 型,伴房性早搏。证属心虚失养,拟方滋阴清热,养心安神。方选天王补心丹加减。药用:生熟地各 15g,麦冬 12g,玄参 12g,丹参 15g,石决神 12g,夜交藤 15g,柏子仁 10g,炒枣仁 15g,生龙牡各 30g(先煎),五味子 6g,药进 15 剂后,手足心热明显好转,心悸渐平,早搏偶作,效不更,原方续用 10 剂后诸症大减。心电图复查:窦性心律。仍投原方 5 剂善后。

三、温通法(温通阳气)

包括温心阳和温阳利水两方面。凡大病久病,阳气受损,不能温煦推动心搏,或胸阳不展,心脉痹阻,皆可致心悸惕动,早搏频发。其症候特点为心中空荡,惕惕易动,伴面色苍白,倦怠懒言,四末不温,舌淡苔薄白,脉沉细结代,方选保元汤加减。常用药物:肉桂或桂枝、人参、黄芪、附片、干姜等;方选保元汤加减。若由脾肾阳虚,气化失职,停饮上逆,凌心犯肺,治宜温脾肾之阳,鼓动心阳,使困阻之水饮蒸腾气化,以平息诸证。方选真武汤加减常用药物:附子、白术、生姜、茯苓、泽泻、白芍、细辛、五味子等。方选真武汤加减。如治殷某某,男,43岁。胸闷心悸 6 年,经治效果不著,诊时心电图示:窦性心动过缓伴不齐,频发房性早搏。证见胸闷心悸气短,时而畏寒怯冷,手足不温,夜寐欠佳,脉迟缓而结,苔薄白,舌淡质裂,证属心阳不振,气阴不足,拟益气温阳,活血复脉法。方选保元汤合生脉散加味:

桂枝 10g, 炙芪 15g, 党参 15g, 炙甘草 10g, 麦冬 10g, 五味子 6g, 丹参 30g, 当归 15g, 细辛 6g, 合欢皮 12g, 鸡血藤 15g。此方服用 15 剂, 心胸宽畅, 畏寒肢冷悉除。复查心电图: 心率 58 次/min, 各联均未见异常, 续进 5 剂巩固。

四、补益法(补气益血)

症候特点为早搏频发, 胸闷气短, 头晕神疲, 伴语声低微, 自汗或盗汗, 失眠健忘, 纳谷不香, 面色萎黄, 苔薄白, 舌质淡, 脉细缓结代。方选归脾汤加减。常用药物: 人参或党参、黄芪、白术、茯神、当归、杞子、龙眼肉等。若气虚津伤明显, 以生脉散为主方, 益气生津; 气虚血少可用炙甘草益气养血, 滋阴复脉。如治程某, 女, 47 岁。二年前乳腺癌手术切除, 术后刀口愈合良好, 但体质未复, 近月来, 自觉心悸、怔忡、头昏肢倦, 夜寐不宁, 纳少、苔薄、舌质淡, 脉细弱, 或见结代。心电图提示: 心肌损害, 频发室性早搏。证属气血两虚, 心神失养, 拟方补气养血, 通脉安神。药用: 党参 15g, 炒白术 10g, 炙芪 12g, 制黄精 15g, 当归身 10g, 五味子 6g, 朱茯苓 12g, 柏枣仁各 10g, 紫丹参 15g, 合欢皮 12g, 炙甘草 6g。上方连服 25 剂后精神渐振, 纳香寐安, 早搏消失, 心电图复查: 窦性心律。

五、化浊法(化浊宽胸)

痰浊阻滞, 气机失于畅达, 则致胸痹心悸。其症候特点为早搏悸动有沉闷感, 伴胸痛彻背, 咳唾喘息, 苔白腻, 脉沉滑或见结代。方选瓜蒌薤白汤加减。常用药物: 瓜蒌、薤白、木香、陈皮、茯苓等。如治陶某某, 男, 55 岁。胸闷心悸, 胸背疼痛半年余, 短气乏力, 咳唾痰多, 纳谷不馨, 苔白腻, 脉滑, 或见结代。心电图示: 房性早搏, 部分成对出现。证属痰瘀交阻, 胸阳失旷, 治宜通阳宣痹, 活血化痰。拟瓜蒌薤白汤合导痰汤加减: 全瓜蒌 15g, 薤白 10g, 炒枳壳 10g, 川朴 6g, 法半夏 10g, 茯苓 12g, 陈皮 6g, 白檀香 3g(后下), 合欢皮 12g, 丹参 30g, 炙甘草 6g。此方出入, 连服 20 剂, 复查心电图: 窦性心律, 左室高血压。

六、化瘀法(活血化痰)

各种原因引起的瘀血内停均可导致早搏。其症候特点为早搏病程久而常发生, 伴见胸闷憋气, 心前区痛, 唇甲紫黯, 舌见瘀斑点, 脉涩, 或见结代等。方选血府逐瘀汤加减。常用药物: 桃仁、红花、当归、川芎、丹参、赤芍、三七、琥珀等, 方选血府逐瘀汤加减。如治刘某某, 男, 62 岁。心悸, 有暂停感, 胸闷且痛, 口干, 唇甲紫黯, 舌苔薄白, 质暗红, 舌体右侧边缘见有紫斑, 脉涩, 或见结代。心电图示: 窦性心律, 频发室性早搏, 左前半支传导阻滞。证属气血瘀阻, 拟方活血通脉。药用: 当归 15g, 赤芍 12g, 川芎 10g, 生地 10g, 麦冬 10g, 桃仁 10g, 红花 6g, 丹参 30g, 柏枣仁各 10g, 生牡蛎 30g, 炙甘草 6g。服药 15 剂, 心悸胸痛明显好转, 偶有早搏, 续上方 5 剂, 诸恙均平, 复查心电图: 窦性心律, 左前半支传导阻滞。

七、清涤法(清化热痰)

痰热内停, 易扰心神, 故而心悸早搏。其症候特点为心悸而有闷重感, 入夜尤甚, 伴有夜寐梦多, 心烦失眠, 纳呆泛恶, 口干, 苔黄腻, 脉滑数或见结代。方选小陷胸汤加减。常用药物: 川连、竹沥、半夏、瓜蒌、郁金、远志、苦参等。如治陈某某, 男, 54 岁。胸闷早搏频发半月余, 入夜尤甚, 脘痞泛恶, 咳吐黄痰, 口干, 纳呆, 苔薄黄, 脉滑或见结代。心电图诊断: 窦性心律, 频发室性早搏。证属痰热内蕴, 心神不宁。拟方清化热痰, 宁志安神。小陷胸汤加味: 川连 3g, 竹沥半夏 10g, 全瓜蒌 15g, 郁金 10g, 娑罗子 10g, 甘草 6g, 炒枳实 10g, 炙远志 6g, 丹参 15g, 柏枣仁各 10g, 赤芍 12g。服药 10 剂, 早搏消失, 心电图复查正常, 续 5 剂巩固。

八、解毒法(解毒宁心)

时邪外袭, 正不胜邪, 热毒久羁, 内犯于心, 心脉受损, 致使搏动失其常度。其症候特点为心悸早搏常发于外感或腹泻之后, 伴低热, 咽痛, 气短神疲, 舌质红, 苔黄, 脉浮数或滑数或见结代。方选银翘散加减。常用药物: 银花、连翘、板蓝根、丹皮、淡竹叶、生地、黄连等。如治谢某某, 女, 33 岁。患者于半月前因发热, 咳嗽, 咽痛经治热退咳止, 近 5 天来, 心前区板

吉良晨治疗脾胃病的特点

北京中医医院(100010) 常彪 金玫

关键词 脾胃病 纳化升降

著名老中医吉良晨从医 50 年,博采众长,对中医基础理论及前人的经验在理解和运用上多有独到之处,对脾胃病的治疗亦颇有心得。笔者有幸跟师学习,现将吉良晨老师治疗脾胃病的特点概述如下。

一、纳化升降,首当其要

吉老师认为,中焦脾胃的生理功能,最重要的是纳化升降功能。纳化即生理上胃主受纳五谷,脾主运化精微,若脾虚运化失职,可影响胃的受纳,出现食少、恶心、呕吐、脘腹胀痛等症;升降是对气机而言,生理上脾主升而胃主降,若胃气不降,亦可影响脾的升清,出现腹胀、泄泻等症。同时“纳化”(有形之物的代谢)与“升降”(无形之气的运动)还存在着阴阳互根互用的关系,四者除了保持各自的正常功能外,还要维持相互之间的协调平衡关系,才能保障中焦脾胃乃至全身各个脏腑机能的正常运转。病理上,纳化升降之间某一方面的失常,常常会引起其他各个方面的异常。因此,吉老师在脾胃病的治疗上非常注意对纳化升降诸方面同时进行调节。用药上常常消补并

投、升降同用,因而取得良好疗效。

例 1. 田某,36 岁。初诊症见胃脘胀满 1 月有余,进食稍多则显,喜按畏寒,且有呃逆,胸背不适。夜寐多梦。纳呆溲黄,大便初硬后溏,隔日一行。舌质暗苔白略黄厚腻,边有齿痕,中有裂纹。脉沉细弦。辨证:脾运失健,胃气不降。治法:健运脾胃,清化和中。方药:炒白术 15g,鸡内金 15g,广陈皮 10g,淡竹茹 15g,制厚朴 10g,川黄连 6g,炒神曲 15g,炒谷麦芽各 15g,香橼皮 10g,10 剂。药后脘胀减轻,但进食仍多,伴有呃逆,胃脘畏寒,夜寐多梦。去神曲、谷麦芽,加焦三仙 30g,广砂仁(打)3g,再进 10 剂。

三诊:药后脘胀减轻,呃逆减少,胃脘畏寒亦轻。纳食转佳,大便初头硬,后成形。舌质暗,苔白微黄腻,中有裂纹,脉沉细。仍以前方加减继服:炒白术 30g,鸡内金 15g,炒神曲 15g,炒谷麦芽各 15g,姜半夏 6g,川黄连 3g,老苏梗 10g,广砂仁(打)6g,熟大黄 12g,10 剂。药后患者胃脘胀满基本消失,呃逆未再发作。

按 纵观吉师 3 次诊治过程,其用药重点

闷不适,心悸阵作,神疲乏力,口干,舌苔薄,舌质红,脉浮数或见结代。查心电图为窦性心律不齐,频发结性早搏。证属时邪侵袭,心神不宁,拟方通脉解毒,养血安神。药用:银花 15g,连翘 10g,生地 15g,丹皮 10g,淡竹叶 10g,丹参 30g,麦冬 10g,珠茯苓 12g,柏枣仁各 12g,合欢皮 12g,炙甘草 6g。服药 8 剂,胸闷渐宽,心悸渐平,原方去银花、连翘、竹叶、加太子参 15g,五味子 6g,续进 5 剂。后复查心电图正常。

九、讨论

根据临床观察,早搏患者中表现为气阴不

足,气血瘀滞者较多,吴师自拟生脉活血汤,效果比较显著。方中用生脉散益气养阴,生津复脉;当归、赤芍、丹参、鸡血藤、合欢皮活血化瘀,行气开郁;柏子仁、枣仁、朱染茯苓、生牡蛎、炙甘草养心安神,随证加减,常可得心应手。早搏消失后宜坚持服药一段时间,以巩固疗效,同时还应注意营养、锻炼,避免情绪激动,以免复发。

(收稿日期 2000-08-24)

在健运脾胃,清化降逆。以达到中焦气机升降出入正常之目的。方中用鸡内金以开脾之化;白术以助脾之运;两药调节脾胃的受纳和运化之功能,为消补同用之法。陈皮平降脾胃逆气,竹茹清热和胃,陈皮与竹茹相伍,为温清之法,使气得顺清,胃得和降,则呃逆自止。黄连苦寒降泄,用之清除中焦滞热;半夏辛开,温燥脾湿,并可降逆;黄连配半夏,辛开苦降以调升降,更用焦三仙、香橼皮、老苏梗、熟大黄等分别佐使,以促脾胃运化之能,协调寒热相杂之变,加强升清降浊之力,针对中焦脾胃的纳化升降四个方面,同时进行调节,使脾气得以健运,胃气得以和降,则胃脘胀满和呃逆得以治疗。

二、辨证准确,方小药精

吉老师在组方用药时要求用药少而精。强调只有临证深入探求,辨证准确,制方严谨,遣药得当,主次分明,才能取得良好疗效。他处方用药一般为 7~8 味,多则 9~11 味,极少见用药超过 12 味的处方。且多为常见、价廉之品,以期减轻患者的经济负担。但组方选药之时,却非常严格讲究配伍用药。往往可见一方之中有多个药对,共同达到使脾胃纳化升降恢复正常的目的。

例 2. 崔某,女,24 岁。初诊症见胃脘灼痛 3 年,加重半月,平素胃脘畏寒,经常在空腹时发作胃脘疼痛。曾有上消化道出血,在外地医院被诊断为“十二指肠球部溃疡合并出血。”半月前因情志不遂,生活不规律引起症状加重,出现胃脘烧灼疼痛,严重时疼痛难忍,且有呃逆吞酸,恶心间作。脘部畏寒,疼痛喜按。大便色黑。曾服用甲氰咪胍等药症状不见缓解。近 2 日仅进流食,解下黑色大便 1 次。舌淡,苔薄白微黄,脉沉细。辨证:脾胃虚寒,统血无权。治法:健运温中,降逆止血。方药:炒白术 15g,姜半夏 6g,炮黑姜 6g,煅瓦楞 30g,伏龙肝(先下)30g,广砂仁(打)1.5g,炒莢连 6g,炒谷麦芽各 15g,14 剂。药后诸症减轻,唯时感胃脘及少腹隐痛,遇凉加重。呃逆吞酸,恶心,但未呕吐。仍主健运温中,佐以降逆之品:

炒白术 15g,鸡内金 15g,姜半夏 6g,煅瓦楞 30g,炮黑姜 6g,广砂仁(打)6g,炒神曲 15g,炒谷麦芽各 15g,川黄连 3g,伏龙肝(先下)30g,10 剂。

药后胃脘烧灼消失,进食增加。偶有空腹胃脘不适,纳后可得缓解。胃脘部畏寒亦有减轻。纳可,便调。舌淡红苔薄白微黄。以前方加减服。药后患者症状明显减轻。

按:患者脾胃虚寒为本,治疗均以温中健脾为法,但并非纯用温补之品。方中可见黄连(宜少量)与炮姜的组合,为辛开苦降之用法,除寒积、清郁热,止呕逆,制吐酸,和胃消痞开结甚妙。初诊时患者仅能进流食,故用白术健脾,待胃纳增加后,即加用鸡内金与白术配伍,为补消同用之法。而砂仁、神曲、炒谷麦芽和胃醒脾,调畅中焦气机。从用药可以看出,本案也属于纳化升降同时并治之法。

三、调理脾胃,重视先天

吉良晨老师在辨证治疗时特别注意先天与后天的关系,如治疗脾胃病时,兼以补肾之药,使后天之本得到先天之精的活力资助,使脾胃能不断地摄入和化生,以充分发挥其生理作用。

例 3. 刘某,男,41 岁,1998 年 11 月 18 日初诊。胃脘胀满加重 1 个月。患者有十二指肠球部溃疡已有多,现症:胃脘畏寒,饮水喝汤则胃脘不适,神疲形寒,纳食尚可,小便通畅,大便略干。舌质暗,苔薄白,脉沉细。辨证:脾运失健,胃中虚寒。治法:健脾益气,温中运化,兼以补肾。方药:炒白术 15g,鸡内金 12g,炒神曲 15g,炒谷麦芽各 15g,紫油桂 3g,制厚朴 10g,云茯苓 15g,广陈皮 6g,广砂仁(打)6g,肉苁蓉 30g,10 剂。

药后症减,自觉天冷后脘腹胀痛,呃逆时作,腹中畏寒,肠鸣漉漉,口中臭味,易烦急,夜寐安。纳可便干,小溲通畅。舌尖边略暗,苔薄白腻,脉沉细稍滑。仍主前方化裁服。嘱若呃逆明显可加生姜 3 片。

裴学义治疗青春期内闭经验案二则

首都医科大学附属北京儿童医院(100045) 柳 静 胡 艳 张丽荣

关键词 青春期内闭 理气活血法

裴学义老中医从医 50 余年,不仅在儿科领域颇有建树,对妇科月经病的辨治亦有丰富经验,下面介绍 2 例青春期内继发性闭经经验案:

病例 1. 刘某某,女,16.5 岁,1997 年 8 月 27 日初诊。主诉:月经闭止 1 年。现病史:12 岁月经初潮,周期不规律,2~3 个月行经 1 次,每次行经经血量多,有血块,伴轻度腹痛,末次月经 1996 年 7 月。半月前查血清雌二醇(E_2) 284pmol/L,卵泡刺激素(FSH) 8.9IU/24h,黄体生成素(LH) 15.6IU/L,均在正常范围,血清睾酮(T) 8.134nmol/L,明显高于正常值,B 超显示,子宫卵巢发育正常。就诊时见患儿身体壮实,女性第二性征发育良好,平素白带量不多,质稠,时有小腹胀痛,烦躁易急,无明显腰酸腰痛。舌质暗红,边尖有瘀点,脉沉弦。西医诊断 继发性闭经。中医辨证:肝气郁结,血行不畅,瘀阻冲任,经血不得下行,拟理气活血,祛瘀通经。方药:鸡血藤 60g,紫丹参 30g,当归 30g,桃仁 30g,红花 20g,赤芍 30g,川芎 15g,红白鸡冠花 30g,炮姜 15g,川牛膝 30g,焦楂 30g,郁金 30g。1 剂,共研细末,水泛为丸,早晚各服 6g。连服 20 天,自觉小腹坠痛,白带较前增多,但月经未至,继按原方配 2 剂,每日早晚各服 10g,1 月后即 10 月 20 日月经来潮,量多,色红有较多血块,经行 7 天而净,其后又继服药 20 日,于 12 月 1 日行经,经量经色正常,遂停药。随访 1 年,患儿自 1998 年 1 月,月经按期而至,周期为 30~34 天,无特殊不适,1999 年 1 月复查血清睾酮(T) 3.074nmol/L。

按:本案患儿虽行经 4 年,但始终未建立正常周期,月经稀发直至闭经,有肾虚气血不足之证,但结合患儿体质强壮、经行量多有血块、伴腹痛、舌边有瘀点,乃气滞血瘀之象,故裴师以桃红四物汤合丹参、鸡血藤活血养血;

配合郁金、炮姜、牛膝调气机,畅经脉,使瘀血去,新血生,月经能够按期来潮。

病例 2. 高某,女,14 岁,1997 年 9 月 10 日初诊。主诉:月经闭止 1 年余。现病史:11 岁月经初潮,约半年后基本建立正常月经周期,30~35 天行经 1 次,每次行经 7 天,经量偏少,颜色正常,一年半前出现月经稀发,2~3 个月行经 1 次,末次月经 1996 年 6 月,两月前在我院查血,血 E_2 、FSH、LH、T、泌乳素(PRL)均在正常范围;做 B 超示子宫发育正常,双侧卵巢未见异常。曾用益气养血调补肝肾类中药治疗两月,未见行经。至裴师门诊求治,见患儿形体偏胖,面部有痤疮,情绪低落,郁闷不舒,自述自闭经后身体较前发胖,平素白带量多,质稠色白,饮食二便均正常。舌质略暗,舌苔白厚。西医诊断继发性闭经,中医辨证:湿热壅阻,肝气不舒,气血运行不畅,胞脉闭阻而经水不行。拟理气疏肝,活血通经,清血分湿热。方药:青皮 10g,柴胡 6g,郁金 6g,赤白芍各 10g,赭石 10g,鸡血藤 30g,益母草 30g,当归 10g,川芎 4g,桃仁 10g,红花 10g,川牛膝 10g,川萆薢 10g,赤小豆 30g,丹皮 10g。水煎分 2 次温服。9 月 20 日复诊,服药 7 剂后月经来潮,量少色暗,伴腹痛,3 天而止,情绪较前好转,舌苔转为薄白,即用前方加红白鸡冠花 30g、鲜茅根 30g。服药 5 周月经来潮,行经 5 天,经量较前增多,有血块,伴小腹坠痛,情志舒畅,面部痤疮基本消失,白带较前减少,舌质淡暗,舌苔薄白。拟健脾去湿,养血活血法。方药:神曲 10g,云苓 10g,焦楂 10g,柴胡 6g,郁金 10g,赤白芍各 10g,当归 10g,益母草 30g,鸡血藤 30g,赭石 10g,川芎 4g,桃仁 10g,红花 10g,生熟地各 10g,砂仁 3g。嘱继续服药 2 月,经期停药。半年后随访,月经按期来潮,30~35 天行经 1 次,

经色经量均正常 经期腹痛消失。

按 本患儿月经闭止后身体逐渐发胖 ,郁闷 ,倦怠 ,白带量多 ,舌苔白厚 ,为湿热内蕴肝气不舒之象 ,湿热郁于血分 ,阻遏血脉 ,胞脉闭阻 ,经水不行。裴师在疏肝理气活血通经的同时注重驱除病因 ,用赤小豆、赤芍、川萆薢从血中清化湿热 ,正所谓邪去正自安。另外待月经来潮后 ,视其经量少表明脾肾不足 ,后期选用神曲、茯苓、焦楂、生熟地健脾益肾 ;当归、益母草、鸡血藤养血活血 ,以收全功。

闭经是青春期月经异常的常见症状 ,肾气不足是多数青春期内闭的主要因素 ,但亦有肝

郁气滞 ,血瘀经闭者 ,如病例 1。裴师在临证时既注重本病的一般规律 ,又十分强调结合患儿体质 ,分辨虚实 ,遵循“虚则补之 ,实则泻之”的原则 ,以调气血为主 ,补虚多采用健脾益肾之法 ,以后天养先天 ,选用神曲、茯苓、生山药、生熟地等 ,同时适当配伍调和气血的当归、川芎、香附以通其经 ,去实亦要佐以养血活血的丹参、益母草、鸡血藤 ,以达到冲脉盛 ,任脉通 ,经血按时而下的治疗目的。

(收稿日期 2000-03-22)

古方临证新用

北京中医药大学护国寺中医医院 (100039) 吴 眉 屠连茹

关键词 苏合香丸 泄泻 暑湿

苏合香丸是中医温通开窍的代表方剂 ,今人多用于胸痹、中风之证。名老中医屠金城教授行医 60 余载 ,对该药颇有见解 ,笔者随其佐诊 ,亲见屠老运用此药治愈了许多疑难病人。举例如下 :

一、病案举例

例 1. 张某 ,女 ,60 岁 ,工人 ,1999 年 9 月 27 日初诊。患者口服双胍类降糖药后腹泻半个月 ,稀水便 ,6~15 次/日 ,伴面色不华 ,四肢不温 ,日益衰弱。舌淡有瘀点 ,苔白薄腻 ,脉细结代。既往糖尿病 10 年 ,糖尿病肾病 5 年 ,风湿性心脏病瓣膜病 40 年 ,房颤 20 年。化验便常规 稀便 ,镜检 (—)。患者发病后先后予口服氟哌酸、黄连素、思密达、乳酸菌素片 ,静点奥复星等药及中药汤剂、艾灸等治疗 ,效不明显。请屠老会诊。屠老认为 ,此例病人年高久病 ,脾气不足 ,运化失畅 ,痰湿内蕴 ,下注大肠 ,故大便泄泻。治宜益气扶脾、芳香化浊、固涩止泻。方药予苏合香丸 1 丸 ,日 2 次 ,配以健脾化湿之汤药。

服药 1 天后腹泻减至 4 次/日 ,2 天后腹泻停止 ,临床治愈。半月后再次误服双胍类降糖药致腹泻 ,经服用苏合香丸再获痊愈。

例 2. 董某 ,男 ,41 岁 ,农民 ,2000 年 6 月 11 日初诊。患者旅途劳累 ,感受暑湿 ,发热 $T38.5^{\circ}\text{C}$,身痛烦渴 ,脘腹胀闷 ,咳嗽声重。脉濡数 ,舌红 ,苔黄薄腻。屠

老认为此为暑湿感冒 ,治宜清疏和化。方药 :苏合香丸 1 丸 ,午服。同时配服汤药 :鲜芦根 30g ,茯苓 12g ,银花 15g ,大腹皮 6g ,砂仁 6g ,藿梗 9g ,黄连 6g ,川朴 6g ,生苡仁 12g ,佩兰 9g ,苏叶 6g ,枳壳 9g ,杏仁 9g ,葛根 3g ,黄芩 9g ,木香 6g ,地骨皮 6g。5 剂 ,水煎服 ,日 2 次。服药 1 天后热退至 37.8°C ,3 天后体温降至正常 ,身痛烦渴尽除 ,临床治愈。

二、体会

1.《绛雪园古方选注》云 :“苏合香能通十二经络 ,三百六十五窍 ,故君之以名其方”。专于解除脏腑气血之郁滞 ,通达四肢经络 ,并使用白术、毕拔温胃燥湿 ,健脾化痰 ,故治疗以上诸症常获立竿见影之效。但本方多具辛散走窜之药 ,只可用于寒闭 ,不可用于脱证及热闭之证。呕吐泄泻之病 ,主要责之于脾胃功能失调 ,脾虚湿滞 ,湿浊中阻。胃气不降则呕吐 ,脾气不升则泄泻 ,苏合香丸芳香开滞 ,温化湿浊 ,疏理中焦气机 ,使浊气得降 ,清气得升 ,吐泻可止。夏季感受暑邪 ,轻则为暑湿感冒 ,出现心烦神疲 ,头晕、身倦 ,重则神昏谵妄 ,而成中暑。苏合香丸以苏合香为主药 ,善走心经 ,温化湿邪 ,开窍宣闭 ,用于中暑及暑湿感冒者 ,每收奇效。

(收稿日期 2000-12-20)

“中”与阴阳脏象学说的关系初探

云南省威信中医院(657900) 杨永龙 肖泽琼

关键词 中医脏象学说 学术探讨

人与自然界有机协调和高度统一,是中医整体观念思想的主要表现。而《内经》对“中”与阴阳、脏腑关系的认识,就是明显的例子。笔者结合后世医家论述,对“中”在中医学理论中的地位作如下探讨。

一、医家对“中”的认识

《说文解字》云:“中,内也。”它还有中央,伤及等十多种不同含义。《内经》是从方位入手,将“其地平以湿,天生万物以众”的特点运用于医学理论。第一,“土能生万物,土旺则万物安,横向比较的结论是:“中央为土,病在脾。”第二,把与“中”特性相似的脏腑联系起来,如“胆者,中精之腑。”“脾者,土也,治中央。”“肝者,中之将也。”正如朱熹所说:“中者,不偏不倚,无过不及之名。”“中”具有平衡左右、协调上下、沟通内外之功,医家通过取类比象及演绎推理,将“中”与人体有机地结合起来。明代医家赵献可对此极力推崇,所谓“天命之性,以中为大本”;“一中分太极”;“中”字之象形,正太极之形也。”至清代,吴塘则提出了“治中焦如衡”方法。显然,“中”是“无极生太极,太极生两仪”的原动力,也是组成人体结构,维系其生、长、壮、老、已的最基本的元素。

二、“中”与脏腑的关系

《素问·脉要精微论》言:“五脏者,中之守也。”那么,六腑即应为“中”之役使。而以脏腑言阴阳,脏为阴,上下左右,四脏居之,脾土居中,灌溉四旁;腑为阳,胆能通过阴阳,乃奇恒之府,经云:“少阳为枢。”脾、胆的这些特点与“中”的功能相类似,是脏腑纵横交错和网络的枢纽也是“中”处万物之枢的具体体现,并一直影响着中医理论的发展。如以五行而论,肝

木、肾水主升;心火、肺金主降。上下表里内外气机的出入融通,均赖脾土斡旋和转枢。故《伤寒论直解》说:“中气衰则升降窒……四维之病悉因于中气。”在病因方面,仲景云:“千般灾难,不越三条。”辨脉则以寸、关、尺三脉“气口成寸,以决死生。”对温病辨证,吴塘提出了三焦证学说。近年来,医家发现在疾病与健康之间,还存在一种生理、心理、社会因素等造成的一种亚健康状态,调整亚健康状态是中医体质学的主要内容等等。这些三位一体思想,是以“中”为轴心而产生的不同表现形式。那么,阴阳是否具有同样的规律呢?

三、“中”为阴阳学说的中介体

既然阴阳是相关事物或一个事物两个方面对立统一的概括,那么,双方应有个比较点,阴平阳秘必有平衡点。《类经·运气类四》就说:“天在地之上,天在人之上,以人所见言,则上为天,下为地;以天地之全体言,则天包地之外,地居天之中。”这如同物理学的参照物,化学的酶一样,“中”是阴阳运动变化的中介体。我们知道,三维立体画是利用人的双眼视点和焦距的协调,在二维平面上创造三维空间效果。“中”正象阴阳平面上隐藏着的立体图象,阴阳学说实质是阴、中、阳三维空间结构的概括,“中”是阴平阳秘最根本的原因,它有名而无形,独立于阴阳存在,但不是简单距离的等同。例如:祖国医学将肾分左右,而命门处两肾之中,乃阴阳之蒂,造化之枢。左肾、命门、右肾三维空间结构的协调,促使肾生理功能得以正常发挥。先贤制六味丸滋补肾阴,少佐附、桂两味以“微微生火”^[1],即是温补肾阳之方,就是以空间思维见长的祖国医学对三维空

间最好的注解。

中医学认为,人体之结构,自横而言,分表、半表半里、里;自纵而言,则分上、中、下三焦。但正是中焦及半表半里有机协调,相互网络,才使机体纵横交错,上下交通,表里融合。显然,“中”是五行、脏腑生克制化的轴心,它如衡量事物轻重的器具一样,是阴阳盛衰的法码,是阴阳对立统一的中间媒介。中医阴阳,五行,脏象等基础理论可概括为一点(中),二面(阴阳),三维(阴中阳),四空间(脾土为轴心的五行、五脏)的结合。“中”是变化最基本的要素(或宇宙基本粒子)。因而,对《素问·生气通天论》之“夫自古通天者,生于本,本于阴阳,……其生五,其气三。”我们的理解是:其生五,指五行;其气三,则指阴中阳三者。

四、“中”对传统医学理论的影响

1. 理解阴阳学说的基本内容 正是因为“中”的枢纽作用,才导致阴阳的对立制约及互根作用,这是矛盾的同一性;而阴阳的消长和转化,是中介体在一定条件下,由量变到质变积累的过程,是矛盾斗争性的结果。阴阳的对立统一,必须经“中”作为介体,才能得以体现和协调。所谓“万物负阴而抱阳。”祖国医学理论在不断发展和完善过程中,深受中庸思想的影响。在一定程度上,它是以“中”为轴心的平衡医学。生命在于平衡,怎样调节机体与自然界,生活环境的适应性,是治未病亟需解决的问题,也是许多国家兴起回归自然和绿色食品(天然药品)盛行的根本原因。这种看重时间和空间的传统医学,是以“中”来衡量阴阳,以土来维系五行,以胆脾来联系协调脏腑功能的。可见“中”对临床辨证论治和中医基础理论发展产生了重要影响。

2. 治中的原则 “中病”多痿厥寒热,“中热胃缓,故唾出。”《伤寒论》对“中”的症状作了补充:“阳明病,若中寒者,不能食……”薛雪也言:“中气实则病在阳明,中气虚则病在太阴。”这和脾胃疾患寒热互存、虚实互见,肝胆病之往来寒热、“阴阳疑似”是相似的。我们曾将《伤寒论》113 方作过统计,其中 65 方是寒热互

伍的,尤其是治中焦之剂,几乎均为寒温并用,攻补兼施之品。且后世不乏效仿,如补中益气汤、和中降逆汤^[2]、调气清热和胃汤^[3]等等。现代药理研究亦表明:健脾益气之黄芪等具有双向调节作用。汪昂在注大建中汤时,对双向调节有精辟的见解:“盖人之身,以中气为主,用辛辣甘热之药,温建其中脏,以祛下焦之阴,而复上焦之阳。”而刘氏据《内经》“左右者,阴阳之道路也。”用桂枝汤原方 2 剂,治愈了患者的汗出偏沮^[4]。这说明治中之法虽多种多样,但不离双向调节,非平不安的原则。且一脏有疾,须兼顾其余。尤其中焦疾患,药当寒温并用,攻补兼施,升降有序,往往事半功倍。

3. 对脏腑辨证的指导意义 人体是一个有机整体,脏腑在生理上相互协调,相互促进,在病理上则相互影响,而肝胆、脾胃功能是否正常至关重要。换言之,脏腑的辨证论治同样离不开三位一体空间思维方法。故脏病治腑时,勿忘调中焦。例如:脾病治胃当补益与消运并行,养阴与化湿并施,清热与温中并重,方能邪去正安,而腑病求脏,宜兼顾肝脾,是治疗和防止疾病转变、恶化的关键。

此外,痰瘀是疾病过程里形成的病理产物,又是一种致病因素。这与“中”的特性和作用有相似之处,故治疗疑难杂病如结石、肝炎、癫痫、中风等可用健脾豁痰,益气通络,化瘀生新,化湿解毒等双向调节、非平不安的方法,达到扶正祛邪,标本兼顾的目的。

参 考 文 献

1. 吴塘. 医宗金鉴. 北京:人民卫生出版社,1973:956
 2. 张梦依. 临证会要. 北京:人民卫生出版社,1981:191
 3. 史宗广等. 当代名医临证精华. 北京:人民卫生出版社,1981:57
 4. 董建华,等. 中国现代名中医案精华. 北京:北京出版社,1981:1755
- 注 涉及《内经》引言,出自程士德主编之《内经讲义》第五版教材。

101 例绝经后骨质疏松患者的中医证候分析

北京市通州区中医院（101100）夏东胜

北京中医药大学东直门医院（100700）郭志强

关键词 绝经后骨质疏松症 中医证候病机 治法
绝经后骨质疏松症(简称 PMO)是白人及

亚洲妇女的一种常见病,其发生率为 20%~50%^[1],其后果严重降低了绝经后妇女的生活质量。本研究通过对 101 例 PMO 患者的中医证候进行科学的统计与分析,其结果为深入认识 PMO 的病因病机提供了一定客观的量化依据。

一、研究对象的确定

1. 西医骨质疏松症的诊断 采用 1994 年 WHO 专家组提出的标准,即低于同性别峰值骨量均值达 2.5SD 以上者为骨质疏松症,低于 1-2.5SD 者为骨量减少。

2. 中医辨证标准 参照 1986 年全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会修订的《中医虚证辨证参考标准》(中西医结合杂志,1986 6(10):598)及 1986 年第二届全国活血化瘀研究学术会议修订的《血瘀证诊断标准》(中西医结合杂志,1987 7(3):129)。

3. 排除标准 继发于糖尿病、甲亢、甲旁亢等代谢性和内分泌疾病、血液系统疾病、慢性肝肾功能不全、恶性肿瘤及长期接受糖皮质激素及免疫抑制剂治疗者。

4. 纳入标准 自绝经 1~20 年、70 岁以下,并符合骨质疏松症的诊断及排除标准的所

有病例。
5. 一般资料 本研究对象为 101 例绝经后骨质疏松(包括骨量减少)患者,均来自北京中医药大学东直门医院及中国中医研究院广安门医院门诊及住院患者。其中,年龄最小者 46 岁,最大者 70 岁,平均年龄 59 岁。绝经年限最短者 1 年,最长者 20 年,平均绝经年限 10 年。

二、研究方法

采用中医基本证候独立诊断的方法,将纳入病例进行中医辨证,应用科学的数理统计方法进行资料处理。

三、结果

1. 临床症状统计 101 例 PMO 患者中,腰脊酸痛、胫膝酸软、乏力出现率在 80%以上,为核心症状;发脱或齿摇、耳鸣或耳聋等肾虚症状以及食欲减退、面色萎黄、少气懒言、食后腹胀、喜按等脾虚症状出现率亦较高,占病例总数的 50%以上,为 PMO 的常见症。舌胖大或(和)有齿痕者共 44 例,占病例总数的 43.5%;脉象以沉细、沉弱多见,二者之和占总数的 50.5%。以上结果提示:PMO 的中医临床表现以肾虚及脾虚症状多见。

2. 证候情况统计 见下列各表。

表 1 PMO 证候组合形式及分布情况

类 别	例数(n)	百分比 (%)	证 候 组 合	例数 (n)	百分比 (%)
单 证	29	28.7%	肾 虚 证	17	16.8%
			脾 虚 证	10	9.9%
			肝 虚 证	2	2.0%

双 证	45	44.6%	肾 虚 + 脾 虚	36	35.6%
			肾 虚 + 肝 虚	4	4.0%
			肝 虚 + 脾 虚	2	2.0%
			肾 虚 + 心 虚	1	1.0%
			肾 虚 + 血 瘀	1	1.0%
			肾 虚 + 肺 虚	1	1.0%
三 证	21	20.8%	肾虚 + 脾虚 + 肝虚	9	8.9%
			肾虚 + 肝虚 + 血瘀	1	1.0%
			肾虚 + 脾虚 + 心虚	2	2.0%
			肾虚 + 心虚 + 血瘀	1	1.0%
			肾虚 + 脾虚 + 肺虚	2	2.0%
			肾虚 + 脾虚 + 血瘀	5	5.0%
			肾虚 + 肺虚 + 血瘀	1	1.0%
四证	6	5.9%	肾虚 + 脾虚 + 肝虚 + 血瘀	5	5.0%
			肾虚 + 脾虚 + 肝虚 + 心虚	1	1.0%

表 2 PMO 患者常见证候与年龄的关系

年龄组 (岁)	例数	肾 虚		脾 虚		肝 虚		血 瘀		脾虚 + 肾虚	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
46~50	15	10	66.7	9	60.0	2	13.3	0	0	4	26.7
51~55	21	16	76.2	13	61.9	4	19.0	0	0	9	42.9
56~60	23	20	87.0	16	69.6	5	21.7	3	13.0	14	60.9
61~65	22	21	95.5	17	77.3	4	18.2	5	22.7	16	72.7
66~70	20	20	100	17	85.0	9	45.0	6	30.0	17	85.0

注 :除肝虚外 ,各型增加幅度与年龄增长间呈显著正相关(r 分别为 0.99 0.98 0.97 0.99 ; P 均<0.01)。

表 3 PMO 患者常见证候与绝经年限关系

绝经年 限(年)	例数	肾 虚		脾 虚		肝 虚		血 瘀		脾虚 + 肾虚	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
1~5	30	22	73.3	18	60.0	4	13.3	0	0	12	40.0
6~10	22	18	81.8	18	81.8	4	18.2	0	0	13	59.0
11~15	22	20	90.9	15	68.2	5	22.7	6	27.3	14	63.6
16~20	27	27	100	21	77.8	11	40.7	8	29.6	21	77.8

注 :肾虚、脾肾俱虚出现率与绝经年限间呈显著正相关(r=0.99 , P <0.01 ;r=0.98 , P <0.05)。余无明显相关性。

表 4 PMO 患者证候组合形式与年龄的关系

年龄组 (岁)	例 数	单证		双证		三证		四证	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
46~50	15	10	66.7	4	26.7	1	6.7	0	0
51~55	21	9	42.9	11	52.4	1	4.8	0	0
56~60	23	5	21.7	12	52.2	6	26.1	0	0
61~65	22	4	18.2	11	50.0	7	31.8	1	4.5
66~70	20	1▲	5.0	7	35.0	6	30.0	5★	25.0

注 :与 46~50 岁组相比 ,▲ P <0.01 ;★ P <0.05。

表 5 PMO 患者证候组合形式与绝经年限的关系

绝经年 限(年)	例 数	单证		双证		三证		四证	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
1~5	30	17	56.7	11	36.7	2	6.7	0	0
6~10	22	6	27.3	14	63.6	2	9.1	0	0
11~15	22	3	13.6	10	45.5	7	31.8	2	9.1
16~20	27	3▲	11.1	10	37.0	10▲	37.0	4★	14.8

注:与绝经 1~5 年组相比 ▲ $P < 0.01$ ★ $P \leq 0.05$ 。

本调查结果示:PMO 的发生以虚为本,且随绝经年限与年龄增长,机体功能衰退累及多脏器,表现为多证相兼的复杂改变。其中,肾虚证候最为普遍,脾虚证候亦常见,且以二者相兼者为多。

四、讨论

1. 肾虚为本病发生的根本原因 中医理论认为:“肾藏精,主骨生髓”。而天癸是影响人体生长发育和生殖的一种阴精,它来源于先天肾气,靠后天水谷精气的滋养、支持而渐趋成熟,又随肾气虚衰而竭止。“二七而天癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”此与现代医学之“随卵巢功能减退、性激素合成减少,最后以致生殖系统器官退化萎缩”的认识相一致。肾精充足,骨髓化生有源,骨骼强壮有力;肾精亏虚,则骨髓失养,骨骼松脆,甚至骨折。现代研究发现:肾虚证患者的骨密度明显低于无肾虚证患者^[2];骨质疏松人群的肾虚衰老积分明显低于非骨质疏松人群^[3]。绝经后肾虚患者的骨密度改变与雌二醇呈正相关。肾虚的实质即是下丘脑—垂体—性腺轴功能的衰退,故肾虚为本病发生的根本原因。

2. 脾虚是促进 PMO 发生的一个重要因素 中医理论认为:“肾藏精”,为先天之本;脾主运化,为水谷之海、气血化生之源,后天之本。二者间为“先天生后天,后天养先天”的关系。导师郭志强教授以刘河间:“天癸既绝,乃属太阴经也”的思想为指导,对本病尤强调后天脾对先天肾的滋养作用。绝经后女性,肾精已虚,此为自然规律,无法抗拒,若加之脾亦虚弱,气血化生乏源,水谷之精气不足,肾精愈加匮乏,骨骼失养,而加速骨质疏松的发生。现代医学认为:脾虚证产生的机制是胃肠道的—

种虚损性功能低下或失调^[5]。脾胃通过大脑—下丘脑—垂体的途径而后才影响到肾上腺皮质及性腺的功能^[6]。可见,肾虚为本病发生的根本原因,脾虚在发病中起重要作用,脾肾俱虚为本病发生的最主要病机。

3. 补肾健脾法为防治 PMO 的有效方法 导师郭志强教授在总结多年临床经验基础上,以补肾健脾为法治治疗本病,效果满意,较单纯补肾法为优。其拟方骨强冲剂(由首乌、川断、党参等药物组成),观察治疗 PMO 患者 30 例,结果显效 70%,有效 90%。临床症状改善明显。疗后血清雌二醇含量明显升高($P < 0.05$),血清碱性磷酸酶有增加趋势;尿羟脯胺酸与肌酐比值、血清抗酒石酸酸性磷酸酶活性均降低($P < 0.05$)。跟骨超声骨密度测定发现,骨结构明显改善($P < 0.05$);骨密度无继续下降,骨骼硬度指数有明显增高趋势($0.01 < P < 0.05$)。说明:以补肾健脾为法之骨强冲剂能有效防治 PMO,阻止骨丢失,增强抵抗外力能力。可见,补肾健脾法为防治 PMO 的有效方法。此亦从疗效上佐证了本文对 PMO 病机认识的客观性。

参 考 文 献

1. 沈其绚,张韬玉.国际骨质疏松症研讨会纪要.中华老年医学杂志,1992;3(11):188
2. 郭素华,唐学贵.中医药防治骨质疏松症研究近况.中国中医药信息杂志,1996;3(1):7
3. 李跃华,董元龙.老年人骨质疏松患病率与肾虚证型关系的调查.中国中西医结合杂志,1995;15(6):386
4. 郭素华,许志奇,孙孝洪,等.绝经妇女、性激素与肾虚证、骨密度之间的关系.实用中西医结合杂志,1995;3(6):342
5. 危北海,金敬善,赵子厚,等.“脾虚综合征”一种新的病证诊断学概念.中国中医基础医学杂志,1997;3(1):6-9
6. 徐复霖,田维君,吴仁九编著.脾胃理论与临床.长沙:湖南科学技术出版社,1990:340

感染性多脏器功能不全患者血瘀证的临床特点与诊治

——王宝恩学术思想与临床经验总结之一

首都医科大学附属北京友谊医院(100050) 王 红 张淑文 指导:王宝恩

关键词 感染性多脏器功能不全 血瘀证

感染性多脏器功能不全(MODS)是重症感染的情况下,机体同时或序贯发生的2个以上的脏器功能不全。如进一步发展可导致多脏器功能衰竭(MSOF)。本症病情凶险,死亡率高达80%~90%,一直是急救医学领域内的难题。王宝恩教授课题组20余年来,从中西医结合的角度探讨了感染性MODS的发生与发展的病理生理机制及其治疗,有效地降低了死亡率。本课题组在临床观察的基础上对109例急性感染并发MODS患者使用传统中医的诊断方法进行了分析,其中62例患者被明确认为存在血瘀证,其发生率为57%^[1],因此,认为血瘀证是感染性MODS中的主要中医证型之一^[1,2]。

对本组血瘀证患者的各项指标用计算机进行多因素判别分析,证实本组患者具有如下的临床特征:(1)固定性压痛,舌色紫暗,舌瘀点,舌下静脉曲张。(2)实验室凝血指标异常,如血小板下降,APTT、PT、TT明显延长,纤维蛋白水平下降($P < 0.05$),反映出弥漫性血管内凝血的实验室特征。

在对另一组180例重症感染并发MODS患者的临床和实验室资料的分析中,我们发现,如感染患者出现血小板下降,纤维蛋白原 $\leq 2.0\text{g/L}$,PT、ATPP、CT出现异常时,或5项指标中的任意2项异常时,其休克的发生率都超过50%,且其发生率与凝血指标的异常程度呈正相关,脏器功能衰竭的平均个数与凝血指标的异常程度呈正相关。其中急性呼吸窘迫综合征和肾功能衰竭的发生率最高^[3]。在另一组64例急性感染患者的临床资料分析中发

现,感染合并MODS患者存在着不同程度的外周微循环障碍及血液流变学的异常。如甲襞微循环表现为血流速度明显降低,红细胞聚集,血流呈泥沙状、粒流、粒缓流、摆流,甚至血流完全停止。血液流变学变化为:全血低切比粘度和还原粘度显著高于正常人,全血高切比粘度和还原粘度也增高,血小板聚集明显增高,红细胞最大变形能力明显降低^[4]。

在一组内毒素诱发的感染性DIC的动物实验研究中,我们发现内毒素组动物出现血压下降、呼吸窘迫、血小板下降,AT-Ⅲ水平下降、FIB增高等血瘀证的特点,同时模型动物出现肠系膜血管内血流流速减慢,红细胞聚集,白细胞粘附于血管内皮等一系列微循环障碍表现。病理检查显示:动物肾、肺内毛细血管瘀血,血流停滞,白细胞聚集和纤维蛋白沉积等血瘀证的病理生理特点^[5]。

中医理论认为,血瘀证是由于脉通不畅,气机失常,血凝不流,经络受损等各种原因引起的临床综合征。而感染性MODS的血瘀证为“外邪”引起,起病多为热、实,热邪入里,热盛煎熬津液,使血液粘滞而阻塞经络,血不循经而溢于脉外,加之邪热迫血妄行,故肌肤出现大片紫斑,甚或出现吐血、衄血、便血等;舌绛或紫暗,有瘀斑、苔黄。因此,感染性MODS多属温病范畴,有较为独特的发病机制。王宝恩教授课题组在对大量的临床和实验研究总结时发现,感染性MODS患者在发病的早期已大多存在微循环障碍,血液流变学及血液凝固学的异常。而临床上一旦出现典型的瘀血与出血等血瘀证的表现时,此时已进入西医的所

谓弥漫性血管内凝血的晚期,治疗起来十分困难,死亡风险接近 100%。因此王宝恩教授主张对重症感染患者的血瘀证进行早期的实验室监测。

经计算机多因素判别分析后,将感染性血瘀证的实验室诊断标准归纳如下:(1)血小板数低于 $100 \times 10^9/L$ 或进行性下降,同时伴有下列一项以上阳性。(2)CT < 5 分,或 > 12 分。(3)PT < 或 > 正常对照 3S 以上。(4)APTT < 或 > 正常对照 10S 以上。(5)FIB < 2.0g/L,或伴有进行性下降。按照上述标准,我们对重症感染患者进行血瘀证的实验室监测,一旦出现血小板下降,CT 时间缩短,我们既开始活血化瘀的中药治疗,防止重症感染患者发展到血瘀证的晚期。

根据重症感染并发 MODS 患者的血瘀证特点,制定出了感染并发血瘀证的监测方法、治则和活血化瘀的重要方剂——912 液,并应用于临床治疗。912 液的主要成份是黄芪、丹参、当归、赤芍、川芎、红花等。王宝恩教授强调要重用黄芪,目的重在补气。中医理论认为:“气为血之帅,血为气之母”,“气行则血行”。感染性血瘀证发病多从实、热起病,有一个由实致虚的发展过程。从血液动力学角度看,患者的心输出量(CO)是下降的,外周血管的舒缩功能异常^[9]。因此根据感染性血瘀证的病理生理特点,需重用黄芪补气,改善患者的心功能,同时,活血化瘀,抗凝血。动物实验表明,黄芪具有正性肌力作用,能够升高细胞内 cAMP,促进肌浆网释放 Ca^{+2} ,使心肌细胞兴奋-收缩偶联增强,增加了心肌收缩力^[8]。同时黄芪还有扩张微血管,抑制血栓形成的作用^[8]。丹参具有直接扩张血管,增加微循环血流流速及抗血小板聚集的作用^[12]。黄芪与当归也有抗血小板聚集作用。^[6,7]当归抑制 5-羟色胺(5-HT),其有效成份阿魏酸钠抑制血小板血栓素 $A_2(TXA_2)$ 合成,降低了血液的凝固性,降低血液粘度及红细胞聚集性,促进红细胞变形能力,从而改善了血液流变学,具有抗血栓及抑制凝血栓的作用。赤芍具有清热凉血、散瘀的功效,尤其适用于实热致瘀的感染

性血瘀证。动物实验表明,赤芍能使家兔的 PT、KPTT、TT 明显延长,其抗凝血不依赖于抗凝血酶的作用,而常用的抗凝血西药——肝素是依赖于抗凝血酶-III(AT-III)而发挥抗凝作用的。而在重症感染并发血瘀证的患者中,血中的 AT-III 水平是下降的,肝素往往不能发挥作用。同时赤芍也具有抗血小板聚集的作用^[14]。川芎活血行气,具有强心、增加心率、抗血小板聚集和解聚作用。而红花的活血化瘀瘀突出表现在抗凝血方面。其除了有抗血小板聚集作用外,主要是明显延长凝血酶原(PT)、凝血酶时间(TT),同时增强纤维蛋白溶酶的作用,能防止血栓的形成和促进血栓溶解^[8]。综上所述,912 液的主要功效是补气、行气、清热、活血化瘀。实践证明其是针对感染性血瘀证的有效方剂,具有西药抗凝剂无法替代的功效。

根据课题组临床实践和实验室研究证实,912 液有如下功效:

(1)其可以增加感染患者左室射血分数,从而增加心输出量,对外周血管显示双向调节作用,增加了组织对氧的摄取,改善了血流动力学及氧代谢的状况^[9]。

(2)912 液可以使急性感染患者微循环内的血流速度加快,降低其中红细胞和血小板的聚集,增加了红细胞的变形能力,使血粘度降低,从而缩短了急性感染患者的病程,提高了临床疗效^[4]。

(3)912 液能够明显减轻内毒素导致 DIC 动物模型的肠系膜微小静脉内的细胞粘附、聚集及白细胞血栓的形成。对已形成的白细胞血栓有部分的溶解作用,并能够预防和改善内毒素攻击后动物肠系膜内微小静脉内的血流异常^[5]。

(4)912 液能够升高 LPS、TNF 协同致兔 ARDS 模型的 AT-III 活性显示抗凝作用,同时可抑制 PAI-I 的产生和提高 tPA 活性而表现为促纤溶作用,因此对血瘀症的高凝状态具有有效的治疗作用^[10]。

(5)912 液可抑制内毒素所致的脐血管内皮细胞第二次传代细胞肌醇磷脂分解,抑制内

皮细胞内 IP_3 的升高,迅速降低血管内皮细胞内钙的增加,并可抑制 LPS 协同致免的 ARDS 模型的 SOD 下降与 MDA 升高,显示出明显的抗脂质过氧化的作用,从而减少细胞的损伤。

(6) 912 液可抑制内毒素所致免感染性休克模型中重要的血管活性炎症介质如内皮素、一氧化氮的大量产生,改善了血管的反应性,减轻了介质的损伤作用。

(7) 在临床观察 55 例患者中证实 912 液使内毒素阴转时间缩短,使 $TNF-\alpha$ 、 $IL-6$ 水平迅速下降^[11]。

根据上述一系列临床和实验室的结果证明 912 液在改善重症感染并发 MODS/MSOF 患者血瘀证,改善各重要脏器的微循环障碍、血液流变学和弥漫性血管内凝血方面起到了西医不可替代的作用,从而明显地降低了重症感染并发 MODS/MSOF 的发生率和死亡率。

参 考 文 献

1. 王彦,王宝恩,张淑文. MODS 患者血瘀证的诊断探讨. 中华实用中西医杂志 2000, 13(18):1150
2. 王宝恩,张淑文等. 重症感染并发脏器功能衰竭中西医结合

- 合早期诊断的临床研究. 友谊医刊, 1994, 16(4):1
3. 饶逊怀,王宝恩,张淑文. 重症感染并发播散性血管内凝血的临床特点与早期诊断探讨. 中国危重病急救医学, 1993, 5(6):341
 4. 舒平,张淑文,王宝恩. 急性感染时微循环改变及中药 912 液对其影响的临床研究. 友谊医刊, 1998, 21(3):15
 5. 王红,赵立业,张淑文,等. 见异天,戈德主编. 中药 912 液防治内毒素所致急性 DIC 的实验研究. 世界学术文库: 华人卷, 1999:1
 6. 于世增,等. 补阳还五汤和黄芪对血小板聚集性的影响. 陕西中医, 1988, 9(8):376
 7. 肖林. 当归的药理研究进展. 中成药, 1989, 11(2):35
 8. 王浴生,等. 中药药理与应用. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998:982
 9. 李昂,张淑文,王宝恩. 急性重症感染时血流动力学、氧传输的变化及中药 912 液防治作用的研究. 中国中医药科技 1(1):7
 10. 饶逊怀,王宝恩,张淑文. 中药 912 液对凝血与纤溶的影响以及对实验性 ARDS 的防治效果. 友谊医刊, 1994, 16(4):51
 11. 齐文杰,任爱民,张淑文,王宝恩. 急性感染患者血清促炎、抗炎因子的变化及中药 912 液干预的研究. 中国中西医结合杂志 2000, 20(11):824
 12. 陈可冀,史载祥,主编. 实用血瘀证学. 北京: 人民卫生出版社, 1999:120

(收稿日期 2000-12-27)

阳和汤治疗卵巢早衰症治验

河北省清河县妇幼保健院(054800) 张朝辉

河北省清河县人民医院 (054800) 张亚辉

一、一般资料

15 例病人均为门诊病人,年龄 30~36 岁 8 例,36~40 岁 7 例,病程最长 3 年,最短 10 个月,均反映的症状:头晕眼花,疲乏无力,腰膝酸软,性功能明显减退,均闭经。B 超检查子宫缩小,两侧卵巢小于正常,均未发出卵泡。内分泌功能测定,卵泡刺激素(FSH)水平上升,雌二醇(E_2)水平低下。

二、治疗方法

用阳和汤加味:熟地 30g,鹿角霜 10g,鹿角胶 8g(烊化),白芥子 9g,肉桂 9g,麻黄 6g,干姜 9g,甘草 9g,仙茅 18g,阳起石 9g,服用 3 周为 1 个疗程,3 个疗程后评定疗效。

三、治疗效果

有效:临床症状均见好转,血清 E_2 水平上升,卵泡刺激素(FSH)水平下降,B 超所示子宫、卵巢较小有改善 10 例,无效:临床症状与实验等检查无改善 5 例,总有

效率为 66%。

四、讨论

卵巢早衰实为肾阳衰微之症,阳虚阴盛,阴盛则寒饮自生,阳和汤益肾壮阳,祛寒驱饮,用于治疗卵巢早衰疗效满意,其中熟地填补肾精阴血,鹿角霜、鹿角胶,乃血肉有情之品为督脉要药,督脉约束冲任,精胞宫主生育。是药入肾壮阳气,益肝肾。白芥子辛香走窜搜剔膜中之阴霾,阴饮散去,阳火自旺。麻黄走表和卫,卫阳气旺,阴气易散,肉桂、干姜、仙茅益命门火,壮肾阳。阳起石有启动调整阴阳秘之妙,更加甘草调和诸药,以期诸药尽力达于病所,发挥其各同功其能。如此方法是否对于其它性功能疾病,如孕、育、胎有调整作用,有待进一步探索。

(收稿日期 2000-10-09)

马在山治疗酒精中毒性股骨头坏死 100 例疗效观察

北京鼓楼中医医院(100009) 杨 康 指导:马在山

关键词 股骨头坏死 酒精中毒 生骨片

马在山教授多年致力于中医药治疗股骨头坏死的研究,积累了丰富的临床经验。本人有幸拜马老为师,随师临诊,现就马老治疗酒精中毒性股骨头坏死 100 例疗效观察整理总结如下:

一、临床资料

1. 一般资料 100 例均为门诊患者。其中男性 99 例,女性 1 例;年龄最小者 20 岁,最大者 57 岁,平均年龄为 38.5 岁,30 岁以下者 14 例,30~50 岁者 77 例,50 岁以上者 9 例;病史最长 5 年,最短 0.5 年;股骨头坏死左侧 1 例,右侧 2 例,双侧 97 例,共患髋数 197 个。饮酒情况:平均每 d 饮白酒 $<0.25\text{kg}$ 者 9 例, $0.25\sim 0.5\text{kg}$ 者 58 例, $>0.5\text{kg}$ 者 33 例。

2. 诊断标准 症状表现:患髋疼痛,功能障碍,跛行。X 线显示:股骨头坏死,参照王云钊^[1]三期分类法。

二、治疗方法

1. 口服生骨片 主要成份:骨碎补、鹿角胶、血竭、石菖蒲等),每次 3~4.5g,每 d3 次,饭后 1h 服用;早期患者配以黄柏、薏米、木瓜、白蔻,水煎服,每 d1 剂。

2. 中药局部薰熨 将 250g 中药放入布袋内缝好,再放入清水内浸透置蒸锅内,开锅后蒸 10~15min 取出,患者仰卧于床,将药袋放在患髋处,若过热则可不使其接触皮肤,先用仰蒸气薰,待温度合适时再放在皮肤上,并放热水袋在药袋上面,然后再用塑料布包好。注意温度保持在 42℃ 左右,每 d1 次 40~60min。主要药物:急性子、三棱、莪术、透骨草、伸筋草、川乌、草乌、防风、海桐皮等。

3. 按摩 着重采用点穴法、双手按法、滚法、提拿法、推法,自下而上做手法各 3~5 次,施手法于大腿屈肌群、大腿内收肌群、臀肌,以

拇指拨法,拨大腿屈肌群、大腿内收肌群、臀肌及梨状肌的起止部;以牵抖法、提屈旋转法活动髋关节。

4. 功能锻炼 分别采用站立锻炼法、坐位锻炼法和卧位锻炼法,以扩大髋关节屈曲、后伸、外展、内收、外旋、内旋各方面活动度和下肢肌力,通过医生的语言和形体示范激发患者主动功能活动意识和恢复的信心。

5. 注意事项 戒酒、保暖、少负重。

三、治疗结果

采用分级记分法对每个病人的治疗效果作出判定。

1. 分级记分 (1)疼痛 ①坐卧休息站立行走无疼痛者,记 0 分。②坐卧休息无疼痛,站立行走后偶有疼痛或行走较久后疼痛,但仍能坚持者,记 1 分。③坐卧休息无疼痛,站立行走后疼痛需休息,不能坚持行走者,记 2 分。④坐卧休息时疼痛,站走需扶拐者,记 3 分。⑤任何时均疼痛,需经常使用镇痛药者,记 4 分。

(2)跛行 ①无跛行者,记 0 分。②隐性跛行,慢步不显而快步出现跛行者,记 1 分。③慢步跛行而快步更显者,记 2 分。④跛行需扶单拐者,记 3 分。⑤跛行需扶双拐,走路明显受限者,记 4 分。

(3)功能障碍 ①髋关节屈伸、展收、内外旋正常者,记 0 分。②髋关节屈伸正常,内外旋、外展受限者,记 1 分。③髋关节旋展受限加屈伸受限者,记 2 分。④髋关节活动受限,不能穿袜子者,记 3 分。⑤髋关节活动受限,下蹲困难者,记 4 分。

(4)综合评分 根据 3 项 5 个级别的综合评分,临床症状的轻重程度分为:轻度为 1~3 分;中度为 4~6 分;重度为 7~9 分;严重度为 10~12 分。