

中医教学

谈谈“补虚治痛”

武汉医学院第一附属医院中医科 彭汉光

指导：朱师墨 夏幼周 沈士芳

对于临床上极为常见的各种疼痛病证，祖国医学认为可概括为虚、实两大类。

实性疼痛，多由邪滞经络脏腑、气血阻滞，而致“不通则痛”。依据“通则不痛”的治疗原理，须授予通利之法（如通下、疏利、活血、消滞等）。对此类疼痛，近年来有关论述报道较多，初搞临床的青年中医已有所了解，故不再赘述。

至于虚性疼痛，其病因则与“不通则痛”迥然有别，在治疗上不可沿循通利的法则，须施用补虚治痛之法，方为恰当。这方面论述较少，现据临床揣摩所得，谈谈对“补虚治痛”的肤浅认识。

一、“虚性疼痛”的证候与治则

“虚性疼痛”主要由于气血阴阳不足，脏腑机能亏虚，致使人体经络筋脉、器官孔窍、四肢百骸失于荣养充润而引起。一般而言，虚痛具有起病较缓、来势悠悠、喜按、遇劳尤甚及病程较长等特点。其疼痛性质多为空痛（痛而伴空虚感）、隐痛或绵绵作痛，与实性疼痛表现出的刺痛、胀痛、绞痛或撕裂痛迥然有异。因虚证常有寒化或热化之趋势，故除疼痛外，尚可兼见虚寒或虚热的相应征象。

“虚性疼痛”在人体各个部位均可发生，例如头痛、目痛、齿痛、喉痛、胸痛、胁痛、胃脘痛、腹痛、腰痛、痛经、疝痛及足跟痛等，从头至足的诸多痛证，无不具有虚痛类型。

“虚性疼痛”，其“证”虽为痛，而其“因”却属虚（不充、不荣、不润、不温）。根据“虚则补之”的治则，其“治”当用补法。若对虚痛当补不补，拘执于“通则不痛”、“痛无补法”之说，动辄投以攻通类方药，则势必犯“虚虚”之戒，致令药证不符，贻误病情。

二、前人对“补虚治痛”的论述

对于补虚治痛的方法，古代医家早已在临床上大量应用，取得了丰富的经验，这些经验可以作为我们的借鉴。例如：

汉·张仲景《伤寒杂病论》一书，对用补益方法治

痛已有不少记述，如大、小建中汤、理中丸治疗中虚之腹痛，猪肤汤治疗少阴病阴亏之咽痛，桂枝新加汤治疗太阳病汗后营气不足之身痛等。

金·李东垣在《脾胃论》中，对补中益气汤化裁治疗腹痛、头痛、身疼痛等作了介绍，匠心独运，义理明了，可窥及李氏以补法治痛之经验。

元·朱震亨虽持诸痛不可补气的观点，然而也公开承认虚寒性腹痛宜予补气扶阳法进行治疗，《丹溪心法》即云：“凡腹痛以手重按者，属虚，宜参术姜桂之属”^{〔1〕}。

明·张介宾在《质疑录》中说：“凡属诸痛之虚者，不可以不补也”^{〔2〕}。清·程钟龄则更直率地指出：“若属虚痛，必须补之”^{〔3〕}。张、程二氏均认为，凡属虚性疼痛，必须施以补法。此种学术见解，从治疗原理上明确纠正了痛不宜补的片面看法。

清·叶桂《叶选医衡》又指出，温补法治痛于临床上是常见的，“夫以温补而治痛者，非不多也”^{〔4〕}。他还就表虚而痛、里虚而痛、上虚而痛、下虚而痛四类痛证，列举了补益诸法（温经、养营、补中、补命门）的具体运用。

明·方贤所编的《奇效良方》，在谈及虚性心痛宜予“炒盐补之”的方法后，深有感触地说：“治病必求其本，究其本，究其虚实”^{〔5〕}。其意大致为，对痛证若不究虚实、不求其本，则易误治。

清·王九峰更进一步地说：“治病必求其本，滋苗必灌其根。若不培养真元，徒以痛无补法，即系呆理，安望成功”^{〔6〕}。明确指出了一味拘泥治痛无补之说的呆板作法，在临床上是行不通的。

清·陈士铎对治疗虚痛病症主张：“必须用补，不补虚而痛不能止”^{〔7〕}。在他撰著的《辨证录》中对补法疗痛记述较详，条分缕析，证治判然。例如：“胁痛门”用填精益血汤治“房劳之后胁痛”；“腹痛门”用独参汤治“阳气大虚”之腹痛；“耳痛门”云：“耳中如针之触而生痛者……乃肾水之耗也”，用益水平火汤治之；“目

痛门”用养目汤大补肝肾，治疗眼目夜间痛重属“虚证”者；“咽喉痛门”及“牙齿痛门”记述，在补肾水的基础上“益以补火之味”，引火归原，治疗虚阳上浮的咽喉痛或齿痛；此外，“心痛门”、“头痛门”等章节，皆有不少补虚治痛的记载。象陈士铎这种就具体病种详述治法方药者，在明、清医书上屡见不鲜。如对于头痛，清·谢映卢指出：“仿仲景济阴复脉之例，与何首乌、阿胶、胡麻、麦冬、白芍、菊花、桑叶、牡蛎、龟板，药下其痛立止。”并谓“凡阴虚头痛之证，法当准此”⁽⁸⁾；清·柳宝诒对王旭高以滋营养液、滋柔甘缓法治头痛评论为：“与前人复脉、定风、阿胶鸡子黄等法，用意相合”⁽⁹⁾。又如对于胁痛，明·李梴《医学入门》云：“虚者，肝血虚也，痛则悠悠不止……，四物汤加柴胡梢”⁽¹⁰⁾；明·张三锡《医学准绳》针对“胆虚而胁痛”曰：“若夫谋虑不决，不眠辛苦，胆气伤而作痛，用归芍人参麦冬茯神熟酸枣仁”⁽¹¹⁾；明·戴思恭《证治要诀》治虚冷的“胁痛连膈”，用“辛热补剂，下黑锡丹方愈”⁽¹²⁾；明·《景岳全书》分析“内伤虚损胁肋疼痛”说：“此肝肾精虚不能化气，气虚不能生血而然。……倘于此证，不知培气血，而但知行滞通经，则愈行愈虚，鲜不殆矣。惟宜左归饮、小营煎及大补元煎之类主之”⁽¹³⁾。

对补虚养荣以治痛，历代医家的有关论述和体会甚多。限于篇幅，在此不一一摘录。仅由上列引文已可知，“补虚治痛”所寓之意，实际上在前人的医疗实践中早已得到认可。

三、“补虚治痛”十二法

“补虚治痛”适用于各种因虚而痛的不同病症，其内容非常广泛。现结合个人临床体会，试归纳十二种常用的补虚治痛法如下：

1. 益气法

头痛(中气虚弱型)：头痛悠悠忽忽，有空洞之感，伴少气懒言、食纳不振。此乃中气虚弱，清阳不升所致。治宜益气升清，选用补中益气汤(《脾胃论》)为主方化裁。

2. 补血法

头痛(精血亏损型)：头痛隐隐绵绵，伴面色萎黄、头昏、舌淡、脉细。此乃血脉空虚，精血不能上荣所致。治宜补血以荣上，选用加味四物汤(《金匱翼》)为主方化裁。

3. 强心法

胸痛(心阳不足型)：胸部隐闷作痛，心悸惕动，伴面色㿔白、形寒自汗、脉结代。此乃心阳不足，心气不充所致。治宜温壮心阳，选用桂枝人参汤(《伤

寒论》)酌增附子、薤白等品。

4. 滋肝法

胁痛(肝阴亏虚型)：胁肋隐痛，悠悠不休，伴头晕目眩、舌红、脉弦细。此乃肝阴不足，肝失滋柔所致。治宜滋肝养阴，选用一贯煎(《柳州医话》)为主方化裁。

5. 扶脾法

腹痛(脾阳虚弱型)：脐腹疼痛绵绵，喜按喜温，伴便溏、神疲怯寒。此乃中气虚弱，脾阳不振所致。治宜扶脾暖中，选用小建中汤(《伤寒论》)为主方化裁。

6. 养胃法

胃痛(胃阴不足型)：胃脘隐痛，嘈杂虚烦，饥饥不欲食，伴口干唇燥、舌红少津。此乃胃阴不足，津亏失养所致。治宜养胃益津，选用叶氏养胃方(《临证指南》)为主方化裁。

7. 润肺法

喉痛(肺阴亏耗型)：咽喉痛势不剧，微红肿，早晨痛轻，午后较重，伴声嘶或盗汗、脉细数。此乃肺阴耗伤，津不上承，喉欠滋润所致。治宜润肺清金，选用养阴清肺汤(《重楼玉钥》)为主方化裁。

8. 温肾法

腰痛(命门火衰型)：腰脊冷痛，行立不支，伴肢冷、尿清、脉沉。此乃命门火衰，肾脏失于温煦所致。治宜温肾益火，选用右归丸(《景岳全书》)为主方化裁。

9. 填精法

足跟痛(肝肾精亏型)：足跟疼痛，不红不肿，不能久立多走。此乃肝肾精血亏虚，不能强骨荣筋所致。治宜填精血，补肝肾，选用鹿角胶丸(《医学正传》)为主方化裁。

10. 和营法

身痛(营气受损型)：太阳病发汗后，身痛未减，反痛甚，脉沉迟。此乃发汗太过，营气受损，筋脉失养所致。治宜和营气，调营卫，选用桂枝新加汤(《伤寒论》)为主方化裁。

11. 调补冲任法

痛经(冲任不足型)：月经将净，小腹绵绵作痛，喜按，且有下坠感，伴腰痠、头昏倦怠。此乃冲任不足，气血两虚所致。治宜调补冲任，选用胶艾汤(《金匱要略》)酌加参芪、杜仲等品。

12. 引火归原法

齿痛(虚阳上浮型)：齿痛夜甚，牙龈淡红，伴颜面淡红、腰痠肢凉。此乃下焦阴盛，虚阳上越所致。

治宜引火归原,用肾气丸(《金匱要略》)为主方化裁。

以上仅举部分虚性痛证的治疗法则为例,足以说明“补虚治痛”运用广泛,有着坚实的临床基础。因五脏六腑皆有气、血、阴、阳之虚,且多种虚象常交错互见,故未涉及的证型与治法尚多,余例仿此,不尽论述。

总之,“补虚治痛”对临床治痛有着积极的指导意义。“补法”和“通法”一样,是治疗疼痛病证的基本法则之一。两者针对不同病机,审其因而定其治,分别处以补益和通下之剂,令证法合辙,药随证变,充分体现了中医治病必求其本的精神。“补虚治痛”和“通利止痛”相辅相成,互补不足,各有侧重,相得益彰。

如此,致使临床治疗痛证的方法更臻完善。

参 考 文 献

- (1)《古今图书集成医部全录》,第五册,1876页,人民卫生出版社,1963年。
- (2)张介宾:《质疑录》,2页,上海图书集成印书局,光绪二十二年。
- (3)转引自秦伯未:《谦斋医学讲稿》,新一版,169页,上海科技出版社,1978。
- (4)叶桂:《叶选医衡》,卷下,12页,锦章书局石印本,1920。
- (5)同(1),1881页。
- (6)秦伯未:《清代名医医案精华·王九峰医案》,38页,上海科技出版社,1959。
- (7)陈士铎:《辨证录》,68页,人民卫生出版社,1965。
- (8)转引自上海中医学院《中医内科学讲义》,309页,上海科技出版社,1964。
- (9)柳宝诒:《柳选四家医案·王旭高医案》,280页,上海科技出版社,1959。
- (10~13)同(1),分别为1711、1714、1710、1720页。

九里光和金银花防治钩端螺旋体病效果观察

湖南省溆浦县人民医院 张先勇

钩端螺旋体病是一种自然疫源性急性传染病。自1971~1979年,我们采用九里光和金银花两种药物防治钩端螺旋体病,取得了较好的效果,现报告如下。

一、一般资料:本组共109例,男53例,女56例,年龄最小7岁,最大74岁,其中16~40岁者75例,41岁以上者12例,15岁以下者22例;职业以农民为多,共77例,其余为儿童、干部、工人、军人和市民等。本组病例中流感伤寒型62例,肺出血型38例,黄疸出血型8例,脑型1例;病情属轻型者21例,中型者49例,重型者25例,危重者14例。

二、病例选择:凡符合下列诊断标准第1项和第2项并同时具备第3项中的任何一项、入院前未经过抗菌素治疗者,为观察对象。

(一)流行病学资料:在流行地区或流行季节或有疫水接触史;

(二)临床表现:发热、头痛、球结膜充血、腓肠肌压痛、腹股沟淋巴结肿大与压痛,并可排除其它疾病;

(三)实验室检查:①血培养发现钩端螺旋体;②凝溶试验效价在1:400以上或第二次效价比第一次增高4倍以上。

三、治疗方法:

(一)用自制九里光金银花注射剂和片剂,其中注射剂每毫升含九里光生药10克,金银花挥发油适量;片剂每片含九里光1.5克,金银花0.5克。根据

病情轻重缓急分别选用以下剂型:

静脉注射剂:每支20毫升,每次用量40~80毫升,每日1~2次;也可加入5%葡萄糖液中静脉滴注,不与其它药物配伍;

肌肉注射剂:每支2毫升,每次注射2~4毫升,每日4~6次;

口服片剂:每次服10片,每日4次。

以上均为成人用量,儿童酌减。一般在体温降至正常、症状与体征减轻3天后减量,5至6天后停药。

(二)对症治疗:根据病情,适当给予镇静剂、止血剂和补液;病情严重者加用氢化考的松;头痛、身痛剧烈者口服止痛片;黄疸出血型加用西药护肝药或口服茵陈蒿汤。

本组病例均未使用西药抗菌药物。

四、观察结果:

本组病例以症状和体征消失、生活能够自理、体温和血、尿常规检查恢复正常者为治愈,共105例,治愈率96.3%,平均治愈时间10.4天;死亡4例,病死率3.7%。

入院后发热者87例,治疗后48小时之内退热者74例,占85%;48小时以后退热者13例,占15%。本组病例主要症状与体征一般在1~6天消退。

此外,预防投药的观察结果表明,九里光金银花制剂对钩端螺旋体病有一定的预防作用。在观察过程中除口服时味苦、肌肉注射轻度疼痛外,未见不良反应。