

5次温服。本方综合取舍《伤寒论》小柴胡之旋转少阳枢机,四逆散之疏肝行气,以及《温病条辨》连梅汤之敛阴泄热,乃辛苦合酸甘诸法;辛散肝郁,苦泻心火(实则泻其子),酸敛肝阴,甘养胃津,故有疏肝扶脾,滋胃降逆之良效。此外,每日取炒草决明、冰糖各30g,沸水浸泡,口渴即饮之,取其滋胃润肠通便。

若患病时间较短,肝火灼胃之证尚不明显,口不甚干,大便不甚干燥者,笔者习用《温病条辨》椒梅汤化裁:乌梅肉、太子参、白芍、生山药各10g,黄连、干姜各1.5g,法夏、炒枳壳、生鸡内金各6g,黄芩、生甘草各3g。此方泄厥阴、和少阳、护阳明,颇有开胃进食之妙。一般服二三剂,待厌食减轻之后,再用钱仲阳七味白术散加乌梅肉、白芍、生鸡内金等缓缓调治之。

四川省乐山县人民医院(614000) 余国俊

谈方剂辨证与中成药的临床应用

方剂辨证,渊源甚远,汉代马王堆出土的《五十二病方》,以病名方,以方识病;《内经》十三方,亦以病命方,如血枯方,即治血枯证的方剂,皆为方剂辨证之雏形。方剂辨证,就是根据方剂的主治病证与主治立法,对病证进行分析,并使之符合某一方证的辨证方法。如桂枝汤证,麻黄汤证,小青龙汤证,柴胡汤证等等。方剂辨证的方剂必需具有广泛的应用性和很高的临床价值,必须得到医界公认,必须是古今的名方、效方、良方。由于方剂辨证的特点,它与中成药的组方有着密切的关系。

中成药,是根据历代有效、安全的名方,制成不同剂型(如丸、散、膏、丹、口服液、胶囊、片、冲剂、贴剂)的现成中药。目前广泛应用于临床。中成药的组方与其主治病证是密切相关的,其组方原则是君臣佐使的有机配合,如临床常用的藿香正气丸(水、胶囊),藿香为方中之君药,既能辛散风寒,又能芳香化浊,善治霍乱吐泻,凡外感风寒,内伤湿滞之证皆可用之;苏叶、白芷辛香发散,助藿香外解风寒,兼可芳化湿浊为臣药;白术、茯苓健脾运中,和中止泻,厚朴、大腹皮行气化湿畅中除满,桔梗宣肺利膈,既利于解表,又益于化湿,此三者为佐药;姜、枣、草调理脾胃,协和诸药,为使药。诸药配伍,使风寒外散,湿浊内化,清升浊降,气机得畅。故凡霍乱吐泻恶寒发热,头痛胸闷,舌苔白腻而脉浮滑者皆可用之。在临床辨证施治时,必须掌握主治证候,使方证对应,则效若桴鼓,否则成药泛用,效果不著。

中成药的组方剂量与其主治病证的关系尤为密切,如藿香正气丸中藿香的剂量偏大,其主治病证就突出,在方剂辨证时就得认识藿香的主治病证。

中成药的剂型与其主治病证亦有一定关系,以藿香正气丸为例,最早是《局方》藿香正气散,即为细末煎服的散剂,后改为服6g,姜、枣煎汤送服。现为了急用方便(此方多用于夏月中暑之证)改为丸剂,但不适用于夏月中暑之急暴,因此由丸剂改为水剂,进一步改为胶囊剂。从剂型的变化,也说明其辨证时证候的变化。又如用于急救的至宝丹,麝香救心丸,其剂型的变化直接关系到证候的变化,这些在方剂辨证时也需时时顾及。为了提高中成药的疗效,必须掌握方剂辨证的意义。

方剂辨证可以说是应用中成药的前提,是提高中成药疗效的关键。这个问题一直没有得到重视,这是造成中成药应用不当和疗效低下的直接原因。医者在应用之前必须了解中成药的功能主治及常用剂量。如临床上治疗温热病“三宝”:至宝丹、安宫牛黄丸、紫雪丹。吴鞠通说:“大抵安宫牛黄丸最凉,紫雪次之,至宝又次之”但从三药组成与功效分析,各有所长,所以后人非常形象的总结:“糊里糊涂牛黄丸,不声不响至宝丹,动手动脚紫雪丹”说明牛黄丸偏于清热安神,至宝丹偏于芳香开窍,紫雪丹偏于镇痉熄风。因此要对症下药,提高“三宝”的疗效,尤其在温热病出现神昏、高热、抽搐的时刻,正确地使用此“三宝”是扭转疾病向好的方向发展的关键。

有些医生在使用中成药时,由于忽略了方剂辨证,因此笼统、模糊用药的情况非常普遍。如治失眠症,有的不分寒热虚实,不解方剂组成,信手拈来诸如柏子养心丸、天王补心丹、朱砂安神丸,有的甚至用牛黄清心丸;不明中成药的组方杂药乱投,不但药不对症,而且有许多出现毒副作用。有的用六味地黄丸治肾阴虚,也不分其中夹杂之证,千篇一律,笼统使用。其实,前人为方剂辨证的需要已为后人设制了系列方,如肝肾两亏加枸杞子、菊花为杞菊地黄丸,肺肾阴虚加五味子为七味都气丸,阴虚火旺加知母、黄柏为知柏地黄丸,还有肾气丸、八仙长寿丸等等。正是由于方剂辨证日益深入医药家的心灵,所以当今出现的新中成药制剂有系列制剂,如乙肝系列有清热解毒冲剂、益气养阴冲剂、养阴活血冲剂等,补心口服液有益心气口服液、益心阴口服液、益心阳口服液等,金嗓系列有金嗓利咽、开音、清咽、散结等。只有这样才能提高中成药的疗效,这就是方剂辨证的精神所在。

浙江省绍兴市中医院(312000) 董汉良

实脾饮琐谈

实脾饮一方,出自《重订严氏济生方》。该方立论简括,由附子、干姜、白术、茯苓、木瓜、厚朴、木香、大腹

皮、草蔻仁、生姜、大枣、炙甘草组成。对脾胃虚寒湿满引起水湿泛滥，身体四肢肿满等诸多脏腑证候，均考虑用此方化裁治疗。我们在临床上，治疗诸多证候，每获良效。兹举3例，以飨读者。

1 幼儿周期性呕吐

袁某，女，6岁。每10天左右出现上腹部绞痛，不能饮食，进食则吐。屡经内科和儿科诊治，无效。西医认为属于幼儿周期性呕吐、植物神经紊乱一类疾病，发作时对症处理，到10岁左右自然痊愈。1997年初，转中医疗。患儿营养差，面色苍黄，脉滑数，舌质淡，白腻苔，上腹部压痛明显。辨证：脾胃不健，中焦虚痞。治法：温中健脾，降逆止吐。实脾饮化裁：干姜5g，淡附片5g，白术15g，茯苓7g，厚朴5g，木香3g，草蔻7g，鲜生姜1片，大枣5枚，炙甘草5g。嘱浓煎后不时呷一二调羹。服下即不吐。用药后第12天，类似症状又作，但只干呕，腹痛不明显，照上方再用1剂，服法同上，药后即安。随访半年，未见发作。

2 女子带下

王某某，36岁。患带下病已5年余，1年来症状加重。症见白带量频多，白带色白质稀，偶见血丝，纳少神疲，面色㿠白，脉象沉濡，舌质淡，腻苔，有齿痕。辨证：脾虚湿重，冲任受损。治法：健脾束带，疏解水湿。方药：附片20g，白术20g，干姜10g，茯苓10g，木瓜10g，厚朴10g，木香5g，大腹皮15g，草蔻10g，鲜生姜3片，大枣10枚，炙甘草10g，怀牛膝10g，桔梗10g。嘱连服5剂。复诊自诉白带已止，精神转好。守上方再服5剂。本例病人，治疗上着眼于固守脾土。脾能化生气血，又能统血，并能调节冲任二脉。脾胃健旺，生化有源，气血充足，血海满盈；反之，脾胃虚弱，化源不足，气血不养，冲任不调，于是出现经带诸疾，也就是必然的了。

3 肝硬化腹水

殷某某，男，51岁。患有慢性肝炎，近期经B型超声波探查，诊为早期肝硬化，肝腹水。主症：腹大膨胀，蛙腹明显，叩诊漉漉，下肢浮肿，食欲减少，小便不利，脉沉滑，舌质红，舌体瘦，黄白苔。辨证：脾胃虚弱，水湿内停。治法：健脾和胃，行气利尿。方用实脾饮加减：淡附片20g，炒白术20g，干姜15g，茯苓10g，木瓜20g，厚朴10g，木香5g，砂仁5g（后下），大腹皮25g，草蔻15g，鲜生姜3片，大枣6枚，炙甘草10g，当归15g，泽兰10g，橘红10g，香附10g，丹参15g。上方连用7剂，腹水大减，饮食有味，下肢无浮肿。复诊：于上方中减去草蔻，加车前子30g，怀牛膝10g。嘱再连服7剂，腹水基本消失。

综上所述，实脾饮确是一首良方，凡运用得法，确

能补脾土、分清浊、增强脾胃功能，使清能为津精气血，浊化为汗溺，从而使病体康复，生化如常。

江苏省海门市三阳镇卫生院(226134) 邱公权

阴虚兼瘀腹胀证治心得

腹胀是消化系统疾病常见症状之一，常兼有腹痛、纳差、嗳气等症，多属脾胃病变。《金匱要略·腹满寒疝宿食》篇把腹满作为专病论述，将其分为虚寒与实热两类。历代医家在此基础上补充了消补兼施、苦泄辛散等法，近代内科学总结前人经验将腹胀证候归纳为：寒湿内聚、脾胃虚寒、湿热内结、宿食停滞、寒热内结等证型。总体来看，以虚寒论治者为多。

笔者在临床中观察到腹胀除上述证候外，阴虚兼血瘀之证亦属常见。现对阴虚兼血瘀腹胀的病因病机，辨证用药谈点滴体会。

1 病因病机

阴虚兼瘀腹胀的病因主要有情志内伤，饮食不节，外伤、手术及用药不当等。脾在志为思，思虑劳神过度伤脾，同时情志因素又可致肝气郁结，气机不畅，气滞而成血瘀。膏粱厚味，饮酒无度，招致湿热内生，日久耗伤脾胃之阴。外伤、手术出血，或过用温阳行气之药，均能导致脾胃阴伤，离经之血积存于体内又形成瘀血。

脾胃阴虚影响受纳与运化功能，出现食欲不振，胃脘胀满，影响升降功能，胃气不降，脾气不升，浊气在上均可出现“腹胀”。阴虚兼瘀腹胀，属本虚标实之证。

2 辨证要点

脾胃阴虚：脘腹胀满，日久不愈，口干不欲饮，饥不欲食，心烦，夜寐不安，大便偏干，腹胀夜间尤甚，舌质红或红绛，舌苔薄白或少苔，脉细数。血瘀：胃痛夜间尤甚，痛连胁背，舌质紫暗，苔薄白或少苔，脉弦。《顾松园医镜》云：“仲淳云：脾虚中满，夜剧昼静，属脾阴虚也，同山药、茯苓、莲肉、扁豆、石斛、枣仁用，为补脾阴之药”。我院已故步玉如老中医有胃痛夜甚为瘀血之说。均可作为临床辨证参考。

3 用药要点

用一贯煎合丹参饮加减。一贯煎中生地、沙参、麦冬养脾胃之阴，当归活血养血，可疗心腹诸痛，原方中川楝嫌其苦寒，易元胡理气止痛，加白芍养血敛阴可治脾虚中满，丹参活血养血去心腹痞积结气。檀香理气调中，砂仁化湿行气温胃，二者偏温，以制养阴药中寒凉之性，加甘草调和诸药，无明显肾虚者去枸杞子，全方补而不腻，适用于阴虚兼血瘀的腹胀、腹痛，阴虚兼气滞者亦适宜。

中国中医研究院西苑医院(100091) 黄坤强