

专题讨论

汗法的运用和体会

万友生(江西中医学院)

发汗调和营卫之说,首见于《伤寒论》。如太阳病篇中明确指出:“太阳病发热,汗出,恶风,脉缓者,名为中风”“太阳中风,阳浮而阴弱,阳浮者热自发,阴弱者汗自出,啬啬恶寒,淅淅恶风,翕翕发热,鼻鸣干呕者,桂枝汤主之”“病常自汗出者,此为营气和,营气和者,外不谐,以卫气不共营气谐和故尔,以荣行脉中,卫行脉外,复发其汗,荣卫和则愈,宜桂枝汤”“病人藏无他病,时发热自汗出而不愈者,此卫气不和也,先其时发汗则愈,宜桂枝汤”。因此,后世一般认为,发汗调和荣卫是桂枝汤特有的作用,并以此与麻黄汤的发汗作用相区别,因为在《伤寒论》麻黄汤证中未见有调和荣卫的明文之故。其实不然。如其太阳病篇所谓“太阳病,或已发热,或未发热,必恶寒,体痛,呕逆,脉阴阳俱紧者,名为伤寒”“太阳病,头痛,发热,身疼,腰痛,骨节疼痛,恶风,无汗而喘者,麻黄汤主之”和“辨脉法”篇所谓“寸口脉浮而紧,浮则为风,紧则为寒,风则伤卫,寒则伤荣,荣卫俱病,骨节烦疼,当发其汗也”(《脉经》注:“风伤阳,寒伤阴,卫为阳,荣为阴,风为阳,寒为阴,各从其类而伤也。……卫得风则热,荣得寒则痛,荣卫俱病,故致骨节烦疼,当与麻黄汤,发汗则愈。”)。由此不难看出,麻黄汤发汗,虽无调和荣卫之名,也有调和荣卫之实。

必须明确,荣卫是维护体表,防御外邪的。风寒邪气侵犯太阳之表,荣卫正气(尤其是卫气)首当其冲,无论表寒虚的桂枝汤证或表寒实的麻黄汤证,其荣卫都是不和的。即:太阳病表寒虚证,为风寒在表,卫阳不固,荣阴失

守;太阳病表寒实证,为风寒在表,卫阳被遏,荣阴不畅。不仅桂枝汤的散发风寒,扶其卫而敛其荣,可以说是调和荣卫;麻黄汤的散发风寒,泄其卫而畅其荣,也可以说是调和荣卫。因此,应该确切地说,桂枝汤是在辛温解表中扶卫敛荣以调和荣卫,而麻黄汤则是在辛温解表中泄卫畅荣以调和荣卫。也正因此,虽然两方都能散发太阳表寒,但麻黄汤峻汗逐邪,只适宜于表寒实证,而禁用于表寒虚证,若误用之,那就会犯“虚虚”的错误。如仲景所谓“太阳中风,脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,无汗出而烦躁者,大青龙汤主之。若脉微弱,汗出恶风者,不可服之,服之则厥逆,筋惕肉瞤,此为逆也”是其例。桂枝汤缓汗养正,只适宜于表寒虚证,而禁用于表寒实证,故仲景谆谆告诫说:“桂枝本为解肌,若其人脉浮紧,发热汗不出者,不可与之也,常须识此,勿令误也。”若误用之,那就会犯“实实”的错误。这里所谓解肌的肌字应作肌肤解,解肌即解表之意。有的认为,桂枝汤发汗作用在肌肉,麻黄汤发汗作用在皮肤,病位浅深不同,不可混淆。而这和有的认为,桂枝汤治风伤卫和麻黄汤治寒伤荣的病位浅深(由于卫行脉外,荣行脉中,故桂枝汤所主的风伤卫,其病位较浅于麻黄汤所主的寒伤荣,而麻黄汤所主的寒伤荣,其病位较深于桂枝汤所主的风伤卫),恰恰相反。可见这样认识,都是不够正确的。

试以风寒感冒病为例来说,风寒感冒病是因风寒邪气犯表,荣卫正气不和(或为卫阳被遏,荣阴不畅;或为卫阳不固,荣阴失守)所致。一般多见恶寒(风)发热,头项骨节疼痛或周身骨节疼痛,鼻塞流清涕,咳嗽,或呕,不思饮食,舌苔白润,脉浮数等症。应按表寒

虚实辨证论治,即:表寒实证多见于体素壮实之人,以无汗而脉紧张有力为主症,治宜辛温解表的麻黄汤(麻黄10克,桂枝10克,杏仁10克,甘草5克。水煎热服,并多喝些开水,温覆取微微透汗)开泄卫阳,畅利荣阴,以专力攻邪;表寒虚证多见于体虚易感之人,以汗出不多不透、时出时收而脉弛缓无力(虚弱)为主症,治宜辛温解表的桂枝汤(桂枝10克,白芍10克,甘草10克,生姜15克,大枣30克。水煎热服,并适当喝些热稀粥,温覆取微微透汗)扶助卫阳,敛养荣阴,在攻中兼补。但这是对表寒虚证的邪多虚少者而设。如其虚多邪少者,则宜用玉屏风散作汤剂(黄芪30克,防风15克,白术15克,生姜15克,大枣30克。服如上述桂枝汤法),在补中兼攻。如其邪多虚多者,则宜桂枝汤与玉屏风散合用,始克有济。有人认为,凡用玉屏风散必须按古法用散剂长服才能收效,若作汤剂则欲速不达。这虽值得注意,但并不尽然。我认为用玉屏风散防治虚人感冒,其疗效之能否巩固,主要在于服用时间的长短,而不在于散剂或汤剂。如能坚持长期服用,就可获得巩固的疗效,否则就难以达到预期的目的。这还须看病情轻重而定,即病情轻的,自当用散剂以徐图之;病情重的,则宜先用汤剂以急图之,然后再用散剂以巩固之。

赵绍琴(北京中医学院)

汗法为八法之一,是临床上常用的治法,历代医家十分重视。现就自己的临床体会,谈谈对汗法的认识。

一、汗法源流简述

早在《内经》中《素问·阴阳应象大论》就指出:“其有邪者,渍形以为汗;其在皮者,汗而发之。”《素问·生气通天论》又云:“体若燔炭,汗出而散。”提示汗法的作用一为祛除表邪;二为开郁泄热。汉时《伤寒论》详论汗法的运用,立可汗不可汗诸条,但其论偏于伤寒之证。金元时张子和善用攻邪,以汗、吐、下三法运用见长,就汗法指出:“辨阴阳、别表里、定虚实、然后汗之。”清代《医学心悟》归纳诸家

论述,以《伤寒论》为依据,拟定八法,首论汗法,对汗法之宜忌及具体运用论述颇详。温病学派诸家,指出在卫分当从汗解,但不可辛温发汗,叶天士所云“在卫汗之可也”,揭示了汗法的另一内容,即汗法非单纯以发汗,还可以通过其他方法达到汗出邪去正安的目的。

二、汗法的基本含义

汗法即通过各种治疗方法,包括药物、针灸、推拿、饮食及运动疗法,达到汗出邪去的目的。就用药而言,汗法应包括两大方面:一是指发汗,运用辛温发汗之品,通过药物或助以热粥、热水,使汗出,但不可致淋漓大汗,邪从汗解,营卫调和而体安。二指得汗,即通过调理气机,宣畅三焦,使营卫调和,肌腠舒畅,玄府开阖正常,以达渍渍汗出。此汗示气机得调,三焦已畅,邪有出路。前者主要适用于风寒客于肌表之证,后者用于多种疾病,包括温病在内,因邪阻气机,三焦不畅,通过运用调理三焦,疏调气机方法,不用发汗而得汗出邪去的目的。凡正虚感邪者,应据邪正之偏颇,若邪实为主,当以祛邪为先,邪祛则正安,单用汗法即可;若正虚明显,有汗出正伤之弊,当辅以补法。诚如《素问·阴阳别论》所云:“阳加于阴谓之汗”。汗为津液,阴津不足,化汗无源;阳气不足,汗出无力,故临证之时当细审脉、舌、色、症,正确运用,使汗出而正不伤。

三、汗法的具体运用

(一)辛温发汗,宣肺开郁:风寒袭表,肺气失宣,玄府闭郁,恶寒重发热轻,体痛,或喘,或肿,脉浮紧,舌苔薄白质淡红,咽不红不痛,口不渴,可用发汗之法,以辛温之品。轻则用苏叶、前胡、杏仁、羌独活、秦艽,重则加重苏叶,血压不高者可用麻黄、桂枝之类,水肿者用越婢汤加减。

(二)辛凉清解,汗之可也:温热邪郁肺卫,病虽轻浅,津液已伤,发热微恶风寒,无汗或少汗,或头汗出,或咳嗽,咽红且痛或肿,舌边尖红苔薄黄,脉浮数。证属卫分,又当从汗解,但为邪郁肺卫,切不可辛温发汗,故

用银翘散、桑菊饮等轻清之剂,辛凉清解之法,乃“火郁发之”之理,辛能宣郁,凉可清热,轻清宣上,邪去热清而肺气宣,三焦畅,营卫和,津液得布,自然微微汗出,为表清里和,邪从汗泄,不发汗而得汗,此汗乃为治疗之目的。

(三) 宣郁化湿,微汗去湿:长夏之际,夏秋之交,湿热偏盛,或暑湿为多,过食生冷,湿热内生,内外相引,而为湿热裹结,气机不調,三焦不畅,见身热不扬,肢体困重,头重如裹,汗出不畅,脘闷胸痞,恶心纳呆,大便不畅,小溲混浊或色赤,舌红苔腻或黄或垢厚,脉濡软按之弦滑且数。湿热为患,徒清热则碍湿,徒去湿则助热,故当以辛开苦降,分消走泄之法,宣郁化湿,调畅三焦。病初在上焦,故以三仁汤、新加香薷饮等,湿化热清,三焦得畅,肺气得宣,营卫亦畅,津液自然敷布,而微微汗出,此乃正汗,可先从头出,渐及上肢、躯干及下肢之末,汗出畅透,为邪去正安之象。此种现象,在湿温病治疗中尤为多见,据临床观察,是为病情向愈之征。

(四) 透热转气,邪从汗泄:温热邪在卫气,治疗失当,或因夹湿热、痰浊、瘀血、食滞等,使热郁不开,内陷营分,气营合而为病,邪从外陷,亦当从外解,汗乃邪去之路,故采用叶天士透热转气方法。所谓透热转气,就是通过去除气营之间的障碍如痰浊、湿热、瘀血、食滞等或扭转误治(多为过以寒凉而致凉遏冰伏),使气机宣畅,邪从气分转出卫分而解。总之,清气凉营,不可过用寒凉之品,寒则涩而不流,应以轻灵为先,尤其邪在卫分,或兼夹湿热者,更应审慎。用此方法之后,每见舌质由红绛渐转红,颜色渐减,苔亦从无苔变有苔,或厚苔渐化,脉从沉渐升至浮中,而且每见头身微微汗出,遍体潮润,为邪有外透之路,邪从汗泄之象。据临床体会,神昏因温邪内陷心营,用透热转气之法,每见汗出神清而愈。

以上仅举临证常用之汗法实例,他如补阳益气发汗法、增液发汗法、育阴发汗法,亦为临证所用,诸家论述颇多,此不赘述。

杜树明(重庆市中医研究所)

汗法,八法之一,临床可用于解表、透疹、祛湿、消肿,故凡病之在表,皆可用汗法,尤以寒湿袭表者更为适宜。笔者常用于风寒表实证,常可收汗出热退之效,特别是高热表实证,更是相宜。所以临床不论是感冒或肺热高热症,只要病在其表,无汗而表实者,用之多无不效。若兼里热,肺热而喘者,或肺热便实者,加用清法或下法,如麻杏石甘汤、大青龙汤、三承气汤等,以清、汗或汗,下同用,疗效更著。我们观察的367例“急性成人肺炎”,病之初起,加用解表药者78例,皆收到表去热退之效;反之,单用清法,畏汗而不予投解表药者,退热时间明显延长(3.1~3.7天)。

汗法,不仅退热,其祛湿、消肿疗效亦著。湿郁肌表,或风水头面肿,恶寒无汗者,用发汗方药,往往可收到祛湿消肿的作用。临床上对风湿热之湿重于热,湿在其表,恶寒身痛,头重如裹,肢痠,脉浮濡者,运用九味羌活汤,以及风水初起(急性肾小球肾炎)之头面浮肿,腰痛,尿少之症,运用麻黄连翘赤小豆汤或越婢汤,疗效均很明显,不仅汗出肿退,且疼痛多随汗而解,这与多数辛温解表药不仅具有解表作用,且还有镇痛作用有关。

临床还有以出疹为主要表现的病证,如小儿麻疹、水痘等均以疹出为顺,疹闭为逆。为了透疹,临床多选用解表透疹药物,使其疹透,如常使用的升麻葛根汤,兼具解表、透疹、解毒的效用。

但汗法用于临床,应视病情之轻重,体质之强弱,伤寒及温病运用辛温、辛凉之不同,而有所差异。一般说,肌肤致密,表实无汗者,用麻黄汤发汗解表,南方人体质薄于北方人,麻黄用量宜小,多不超过10克,北方人麻黄可用到15克。因此,同一发汗药用量要因人因地而异,笔者曾试用麻黄15克,发生过汗,出现亡阳(虚脱)之例证,值得临床注意。特别是对素体阳虚之病人更应注意,或配伍补阳药同用。表虚自汗病例,则宜选用调和营卫的桂枝汤,或益气解表的玉屏风散,多能

收到营卫和,微汗而解之效。对兼有痰饮、阴虚或血虚之病例,往往需在运用解表药时加祛饮、滋阴、养血之剂,如小青龙汤治外有风寒束表,内有饮迫于内,证见恶寒、发热、咳嗽、泡沫白痰、口不渴、苔白、脉浮紧之证;又加减葶苈汤治疗素有阴虚,又兼新感之证;葱白七味饮治疗素为血虚兼见新感之证等等,均表明发汗解表法的应用,应随辨证而遣方用药。总的说,发汗祛邪,对正气不足之人,首要扶正,方能达到解表祛邪的目的。过汗、妄汗均为汗法之忌。当汗不汗,病不得解;过汗、妄汗,坏病丛起,宜之慎之,医者有度。

周超凡(中国中医研究院基础理论研究所)

《内经》“其在皮者,汗而发之”是汗法临床应用的指导原则。汗法是治疗表证的方法,但是,并不是治疗表证的唯一方法,表证可以不用汗法,而汗法的使用也不仅仅局限于表证。

一般情况下,邪气在表,应顺其在表之势,因势利导,汗而发之,这是治疗表证之常法。某些表证,表里同病以里证为急,易传里化热伤阴之表邪,可考虑不用汗法而改用其他治法。如阳气极虚、正气将脱者,虽有表证亦不可妄投汗剂,须用四逆汤、参附汤急救回阳,待阳回后,再议解表。某些温病虽然邪气在表没有里证,但在表之邪极易入里伤阴化热,也不可用汗法。传统温病的治疗原则是“在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气”。通过大量的临床实践,有人提出了“截断扭转”的理论,认为对温病的早期即要用清热解毒和苦寒攻下,截断邪气内传之路,这一新的认识,改变了传统温病的治疗规律,在临床也收到了较好的疗效,如治疗“乙脑”“急性肺炎”“败血症”“急性菌痢”“流行性出血热”“白喉”等病,一旦诊断明确,虽有表证,初起即用清热解毒,较发汗解表,循序治疗效果更佳。若按传统的方法去发汗,往往引邪入里,延误病情。特别是连续使用汗法,表邪非但不去,还会伤阴耗液而引起他变。所以说,表证并不一定用汗法,可直接采用其他治

法或汗法与他法配合应用。

汗法的应用也有其广泛的一面,某些内伤杂病、外科疾患虽无表证,也可使用汗法。先贤张仲景在《金匱要略》中就有不少对杂病使用汗法的论述,如溢饮、历节、湿病、自汗症等。我通过多年的临床体验,认为无表证的一些疾病,如果汗法运用的得当,常常取得意外疗效。

类风湿性关节炎是以指趾关节肿大、变形、疼痛为主要特征的一种疾病,属中医的痹证之一,一般多以祛寒湿、通经络为主要治法,笔者体会,除肝肾亏虚者外,均可采用汗法。风寒湿型或寒湿型,可先发汗,后配益气养血、温经通络,风湿热或湿热型,则先清热除湿搜风,后行发汗,方用麻黄、桂枝、白术、防风、川乌、威灵仙、生甘草、生姜,可以明显改善症状,缓解疼痛。

无汗症是临床不多见的一种疾病,全身无汗者更少,一般伴有胸闷憋气、皮肤脱屑、瘙痒等,脉多沉实有力,采用汗法治疗,用麻黄汤加防风、荆芥、细辛、蝉蜕等即可取效。

兼有表证的水肿,采用发汗利尿的越婢加术汤治疗已比较广泛,若无发热、恶寒、脉浮等表证的水肿亦可用汗法,必要时发汗与利尿同用,特别是以无汗、喘憋等肺气不宜为主要特点的水肿,加用发汗,比单纯的利尿、健脾法为优。

带下为妇科常见病,多由脾虚湿盛、湿热之邪下淫而致,常法用健脾、燥湿、清热、温补肝肾等法治。肺为水之上源“肺主一身之气”“气行则湿自化”,若配合汗法,宣肺利湿治疗,用麻黄、杏仁、紫苏、桔梗宣肺,陈皮、枳壳、郁金、白术、茯苓、泽泻等理气健脾化湿,效果更好。

汗法治疗阳虚寒盛的胸痹,证见脉迟者,多见于冠心病、心动过缓,可用麻黄附子细辛汤加肉桂、黄芪、丹参、川芎、香附等。以小便不利、身无汗为特点的黄疸,也可用茵陈蒿汤加麻黄汤发越郁结、透达熏蒸于肌表的湿热之邪。

外科的多种变态反应性皮肤病,如多形红斑、荨麻疹、湿疹等,亦可用汗法治疗,因其多由风、寒、湿、热之邪搏结于肌肤而致,虽无表证,但其病位在表,也可疏散表邪,使邪气从汗而解。采用麻黄连翘赤小豆汤加桑白皮、荆芥、防风、卫茅治疗,较单纯祛风止痒为优。

运用汗法治疗的杂病虽不具有发热、恶寒、脉浮等表证,但多有无汗及肺气不宣,邪郁肌表的特征。另外,对许多疾病的治疗,因症而佐入发汗药,可以增强活血、通阳、开郁的作用。现代实验研究也证实了汗法、汗剂具有发汗散热、抗菌、抗病毒、镇痛、改善微循环、调节人体免疫功能、抗过敏的作用以及调节人体代谢,水液代谢、促进代谢产物排泄的功能。汗法的临床应用是不断丰富、发展的,新观点、新用法将会不断产生,与此同时,对汗法作用机理的研究也会逐步深入,为汗法的应用提供科学依据。

周平安(北京中医学院东直门医院)

汗法用于表证,因证型不同而有多种用法,乃不言而喻。笔者认为,病邪入里,仍有因势利导,引邪外出之可能。如气分热炽,本应汗出,但有的病人,壮热烦躁,大渴饮冷,却皮肤干燥,丝毫无汗,体表热如燔炭,即俗话之“干烧”,此时仅用清法治疗,往往不能获效,重用清热而热却不退,必须在清解同时,加用辛凉透散之品,以开毛窍,使邪有出路。曾治一病人,马×,男性,26岁,住院号40458。因高热咳嗽、胸痛5天于1986年1月22日住院。始于劳累受凉。经肌注青、链霉素,服用感冒清热冲剂不效。刻下:发热(39.9℃),无汗,微恶寒,咳嗽少痰,胸闷肋痛,咽痛,口唇干裂,小便短赤。舌红苔黄微腻,查白细胞23000/立方毫米,中性92%,胸透示:左下肺炎。先用黄连解毒汤合白虎汤不效,再服柴胡白虎汤仍壮热不已,体温在39~40.7℃之间,至1月24日,仍壮热(体温40℃),微恶寒,头汗时出,口渴喜饮,干咳胸痛,舌红苔黄腻,急请董建华教授指导,董老

辨为邪热壅肺,肺卫失宣,急宜清肺透邪,疏表化湿。处方:银花10克,连翘10克,黄芩10克,浙贝10克,葛根10克,牛蒡子10克,杏仁10克,淡豆豉10克,荆芥6克,薄荷6克(后下),车前子(包)10克,茯苓10克。急煎一剂,服后3小时遍体微汗出,至当晚8点钟,体温38.4℃,次晨(1月25日)体温降至36.8℃,下午2点钟,体温回升至38.4℃。原方再进二剂,体温复常,脉静身凉,诸症若失。后以养阴清化调理而愈。

再如,热病邪入营分,身热夜甚,斑疹隐隐,按常规治法,当清营透热转气。如果病人烦躁无汗,仍须加用辛凉宣透之品。曾治徐×,男性,22岁,因发热咳嗽、咽痛目赤、眼泪汪汪、鼻塞流涕3天于1985年3月21日住院。刻下:高热(39.5℃),不恶寒,目赤多泪,鼻塞咽痛,咳嗽喷嚏,烦渴,颜面颈项赤红,细碎疹点隐现,诊为成人麻疹。经用清瘟败毒饮加减治疗,热势反重,疹色转为紫暗,日暮偶有谵语,至3月24日,改服清热解毒,凉营透疹。方用:银花15克,连翘10克,水牛角粉30克,大青叶10克,紫草10克,贯众15克,丹皮10克,牛蒡子10克,蝉衣10克,芦根30克,薄荷6克(后下)。服一剂,周身微汗,身热稍退,疹色红活,胸背四肢疹点疏布,服三剂,手足见疹,体温降至正常,继用甘寒清热养阴之剂,善后而愈。

再如湿热疫毒蕴结肝胆,枢机不利,壮热无汗黄疸患者,治疗除清利肝胆湿热外,亦须加入宣透疏解之品。1989年2月10日,曾治一例急性黄疸型肝炎病人,袁×,女性,29岁,因高热、呕恶、黄疸4天而来门诊。刻下:体温39.8℃,壮热无汗,微恶风寒,恶心呕吐,精神萎靡,体倦乏力,巩膜皮肤黄染,急查尿三胆:尿胆红素和尿胆原均为强阳性,肝下界肋下一指,质软,轻度压痛。诊为急性黄疸型肝炎。处方:茵陈30克,柴胡15克,虎杖15克,连翘10克,银花20克,贯众20克,黄连3克,苏叶6克,藿香10克,薄荷6克(后下),大黄6克(后下)。四剂。

2月13日复诊:服药一剂后,周身微汗不断,内衣黄染,体温渐降,连服四剂,体温降至正常,呕恶已止,精神体力稍佳,纳谷亦增。肝功能报告:麝浊18单位,麝絮++++,谷丙转氨酶2500以上。继用丹参15克,紫参15克,茵陈30克,大枣十枚,五味子10克,败酱草20克,虎杖15克,生苡仁15克,黄芩10克,柴胡10克,生甘草5克。加减进退,连服30剂,转氨酶降至正常,麝浊麝絮均明显下降,继服20剂,症状消失,肝功能恢复正常。

另外,某些内伤杂病,或温病邪伏阴分,出现夜热早凉,五心烦热,皮肤干燥无汗,舌质红,脉细数者,在养阴清热剂中,选加适量的青蒿、秦艽、豆豉、鳖甲、丹皮等,能入阴

分,透邪外出,使身微汗,肌肤潮润,则热邪易退,如果单纯滋阴清热,则伏邪往往缠绵难解。

笔者从临床观察到,凡高热病人,无论是感染性或非感染性疾病(包括恶性肿瘤和结缔组织疾病),通过治疗,无论中药或西药,在退热过程中,多伴有或多或少的汗出,因此,汗法的适应证不应局限于表证。

汗法为八法之首,确能祛邪愈病,其关键在于因势利导,透邪外出,而决非不分寒热,强用辛温发汗之剂迫汗外出。若纯虚无邪,或腑实里结,热盛动血等毫无透散之势者,当禁用汗法。如妄行发汗,甚至迫津外泄,汗出淋漓,则不但不能祛邪,反会造成阴竭阳脱之险情,不可不知。

木香流气饮治疗特发性水肿50例

河南中医学院 李浩澎 杨 豪 谢世平 张丽霞 李传法

1986年1月~1988年3月,我们运用《太平惠民和剂局方》之木香流气饮治疗特发性水肿50例,取得了较好的疗效,兹简介如下。

一、一般资料

50例患者均为女性。其中35~45岁17例,45~55岁30例,占60%;55~60岁3例。病程1~2年者7例;2~3年者15例;3~5年者23例;5~10年者5例。

二、肿胀特点

1. 水肿在劳累或体力活动后加剧,休息或平卧后减轻。2. 清晨与傍晚时体重变化显著,当日间直立位行动后,傍晚体重较清晨平均增加1.5公斤。休息后体重减轻,水肿改善。3. 立卧位水试验示立位时有水潴留现象;立位时尿量低于卧位时尿量50%以上。

三、治疗方法

方药组成:半夏、陈皮、厚朴、青皮、甘草、香附、紫苏叶各500克,人参、赤茯苓、木瓜、石菖蒲、白术、白芷、麦门冬、草果仁、肉桂、莪术、大腹皮、丁香皮、槟榔、木香、藿香叶各300克,木通400克。

上诸药共为粗末,每次用10克,加生姜三片,大

枣二枚,清水一盞,煎至七分热服。每日2~3次,或每剂以上方1/50药量作煎剂,每日一剂,水煎服。本组病人多采用煎剂,缓解期亦有散服以维持疗效者。

四、疗效标准及治疗结果

1. 痊愈:诸证悉除,随访一年以上未再复发者。2. 显效:水肿明显消失,体重减轻,他证均有改善,随访3~5月未再加重者。3. 好转:症状稍有改善,但时轻时重效不稳定。4. 无效:症状如故或加重。

50例中,痊愈6例,占12%;显效37例,占74%;好转4例,占8%;无效3例,占6%。

五、体会

特发性水肿,迄今病因尚未清楚,本证大抵属祖国医学“郁证”范围。治疗虽有虚实证型病机之辨,但验之临证往往是肿、胀、痰、湿、瘀诸证混同兼现。且虚证绝少,实证殊多,即便偶见虚证,亦多虚实夹杂。故补药多不适应,与之反而加重。

木香流气饮药味达23种,融祛痰、理气、活瘀、化湿、利水诸药为一炉;兼和中健脾,舒肝解郁,温肾化气,润肺养阴,涤痰宁心诸法于一解,实切本证虚实互呈、痰水气血湿诸滞于一体之病机,故其效如斯。