

久病缠身，阴损及阳，穷必及肾。况且滋补肝阴药物长期服用有遏伤阳气之弊。因此中医治疗慢性肝炎既要顾护肝阴，又不能忽视纠正损阳的病理变化。所以说治疗慢性肝炎燮理阴阳是一关键，补阳以配阴，滋阴以安阳。阴阳平衡则脏腑功能恢复正常。

基本药物组成：生地、枸杞各15克，黄精、北沙参各20克，川楝10克，当归、白芍、山萸肉、仙灵脾、仙茅各12克。伤阴明显去仙茅加狗脊、杜仲；阴虚症状不显去黄精加菟丝、续断、寄生；湿热之邪未净去黄精加茵陈、虎杖、苍术；脘腹胀满生地、黄精、北沙参减量，并加陈皮、川朴、谷麦芽、山楂；食欲不振加薏仁、内金；肝区疼痛加丹参、郁金；肝肿大加酥鳖甲、三棱、莪术；体倦乏力较甚加党参、黄芪。

例一：付××，男，38岁。住院号：5415。1984年5月7日入院。年前患急性黄疸型肝炎，在某医院住院治疗，症状基本消失。转氨酶130～380单位，硫酸锌浊度15单位。经其他中西药物治疗，始终未能降至正常。自觉右胁不适，乏力纳差，小便淡黄，舌质偏红苔薄黄，脉细弦。中药基本方为生地、枸杞、北沙参、当归、川楝、白芍、制首乌、黄精、仙茅、仙灵脾、山萸肉。另六味地黄丸，早晚各服10克。5月25日转氨酶恢复正常，7月31日硫酸锌浊度降至正常。于8月10日痊愈出院。

例二：黄××，男，35岁。1985年7月6日初诊。一年半前患乙型肝炎，经住院治疗症状明显好转。但精神疲惫、行走乏力，右胁肋不舒，纳呆无味，口苦口干不欲饮，溲黄便结。硫酸锌浊度16～20单位，转氨酶40～80单位。舌质红苔薄黄，脉濡。基本药物为生地、枸杞、北沙参、当归、川楝、郁金、虎杖、丹参、山萸肉、仙灵脾。连续服药四月余，症状消失，精神、体力转佳，肝功能恢复正常。

江西省抚州市中医院 唐学游

阳黄运用温药的体会

《明医指掌》说：“黄疸之病……虽云湿热，不可纯用寒凉……若纯用凉药，重伤脾土，湿未必除，热未必去，反变为腹胀矣。”笔者在临床中对阳黄使用温药进行了尝试，现谈几点粗浅体会，供同道参考。

一、充当反佐，监制苦寒。治疗阳黄的药物大多性味苦寒，有损伤脾胃阳气之弊，脾胃素虚者药后即出现心烦呕恶、便溏等。心烦呕恶者，可加半夏、干姜、吴茱萸；便溏或泄泻者，可加附片、干姜。

例一：韩××，女，21岁，1982年10月13日入院。症见巩膜黄染，全身皮肤微黄，神疲倦，口

干苦，食纳锐减，恶心想呕，脘痞腹满，右胁下胀痛或隐痛，小便色黄，舌红而苔黄腻，脉弦细。证属湿热并重之阳黄，予茵陈蒿汤合四苓散加减。一剂后，患者心烦欲呕，服第二剂时，因呕吐而被迫停药。伏首瞑思，考虑所投药物苦寒太过，于是少佐温药投之。方用茵陈、虎杖、金钱草、车前子各15克，茯苓、泽泻、白术、栀子、板蓝根、半夏、陈皮各10克，大黄、干姜各6克，吴茱萸3克。嘱少量频频温服，2剂后未再心烦呕吐；5剂后诸症渐减，黄疸明显消退；先后去吴茱萸、姜、夏，续治半月而愈。

二、振奋阳气，健脾御变。阳黄的主要病因是湿热，针对湿热之邪的清热利湿药又多属苦寒之品。而湿邪和苦寒药均易损伤阳气，所以在病程的邪盛正虚阶段，要注意扶助阳气，阳气振奋则脾健，脾健则湿去，湿去则热孤，有利于缩短退黄时间和改善症状。另外，尚可防止阳黄阴转，避免病势缠绵。常用的药物有制附片、干姜、黄芪。

例二：张×，男，19岁，1989年2月11日入院。一周前恶寒低热、头痛乏力、纳减，二天后身目俱黄，乏力、纳少加重，伴厌油、恶心，大便干结，舌红而苔黄腻，脉弦滑。证属阳黄，与茵陈蒿汤加解毒、活血之品，治疗十余日后寒热、厌油、恶心消失，但黄疸加深。改用茵陈蒿汤加大剂量凉血活血药，并辅以西药，治疗一周仍无转机。3月4日查房：患者巩膜重度黄染，色泽不晦暗，神疲少言，四肢欠温，口微干苦，舌淡红苔微腻，脉沉细。黄疸指数高达170单位，谷丙转氨酶58单位，呈胆酶分离。综合分析，认为病势为邪盛正虚，有阴转可能，遂于前方中加制附片12克、黄芪20克，以温阳益气。服3剂后四肢转温，调整上方药味及用量又进9剂，黄疸指数降至130单位，食纳增加。其后又以前方进退，续进15剂后黄疸指数下降到45单位，精神大振，食纳复常。至4月初，仍在处方中保留有制附片10克、黄芪15克，继续服用半月，出院时黄疸已不明显。

三、协调寒热，除胀疗满。黄疸病人由于湿热蕴结中焦，肝气失于疏泄，脾气难以升散，胃气难以和降，病程中常出现比较明显的脘腹胀满，单用清热利湿药或加用行气散满之品，其效往往欠佳。此时，笔者常以辛热的干姜、半夏配苦寒的黄芩、黄连，协调中焦寒热，并常规运用茵陈等治黄专药，每获良效。

例三：杨××，男，41岁，1985年6月2日门诊。巩膜明显黄染，其色鲜明，神疲乏力，口干苦，厌油，时而恶心，纳呆，脘腹胀满而午后尤甚，溲黄便干，舌质微红苔黄腻，脉弦。四诊合参属湿热并重

之阳黄，乃与茵陈蒿汤加板蓝根、泽泻、车前子、枳壳、陈皮等，连进10剂，黄疸渐退，诸症悉减，唯脘腹胀满有增无减。遂加大枳壳、陈皮用量，另增厚朴和大腹皮，3剂后仍无减轻。细审证情，考虑系由中阳受损，寒热失调所致，药用茵陈、金钱草、虎杖、车前子各15克，枳壳、黄芩、泽泻各10克，干姜、半夏、黄连各6克。服3剂后脘腹胀满大减，续进3剂胀满基本消失，黄疸亦日渐消退。

湖北省应城市中医医院 李久成

识“心开窍于耳”

《素问·金匱真言论》曰：“心开窍于耳”，然《素问·阴阳应象大论》却谓：“心，在窍为舌”；“肾，在窍为耳。”究竟何为心窍呢？

所谓“窍”，《说文》曰：“窍者，穴也，空也。”《正韵》曰：“空，孔穴也，通作孔。”可见窍乃孔穴之意。五脏皆有开窍之处，肺脾肝肾所开之窍均属《周礼》“九窍”之列，然舌则不在此范畴，又不具窍孔之特性，故《千金方》曰：“心气通于舌，非窍也。”五脏与窍孔皆有经络络属，心与耳也有经系联系，如《黄帝内经太素》曰：“手太阴心之表脉入于耳中，故心开窍于耳也。”且心居上焦，耳居上位；肾居下焦，二阴也居下位，与之相应，各司归属，甚为合拍。

心与耳有其生理攀系，其一心主血脉以荣耳。耳居高位需赖心血濡养，若《灵枢·二十五人篇》曰：“血气盛则耳色美，血气少则耳焦色恶。”《古今医统》曰：“心虚血耗，必致耳鸣耳聋。”其二心气通于耳以司听。《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰：“十二经络……其血气皆上于面而走空窍，其别气走于耳而为听。”张志聪谓：“别气者，心主之气也。”《济生方》曰：“心气不平，上逆于耳，亦致聾聵、耳鸣、耳痛。”其三心神系于耳以明意。耳所闻之声能知其意，全在于心神贯注，若心不在焉，则闻而不明其意，若耳聋之貌，故耳聋有“失聪”之别称，也显示心神与听觉之关连。

心病而酿致之耳疾，临床大别有八种。一是心血不足。盖心血亏虚，耳窍失荣，始则听力下降，继之耳鸣作响，兼见心神恍惚、失眠健忘或惊悸多梦，治当以补心养血、益聪荣耳为法，取四物、八珍、养心汤化裁。亦必投川芎、葛根，盖川芎为血中之气药，具上行之性；葛根发散而升，能提气聪耳，二药既可减补血药之腻，又可使血达耳窍。二是心血瘀阻。此也可致耳鸣耳聋，若《灵枢·邪气脏腑病形篇》曰：“心脉微涩为耳鸣。”《医林改错》曰：“瘀血……故耳聋。”如胆脂瘤型中耳乳突炎之症，治当活血化瘀、

通窍聪耳，以血府逐瘀、通窍活血汤化裁，因麝香紧缺，余主取桃仁，并以川芎及桔梗为引，也效。三是血虚生风。此多见于老年及久病伤阴体虚者。血虚生风化燥而致耳廓皮糙作痒，有干痴脱屑，久则耳廓干瘪变生冻疮，此症听力尚无大碍，当以养血祛风为治，方宜四物，或合四君，加白芷、蝉衣、防风、地肤子等，白芷能通九窍；蝉衣、防风及祛风之药，与补血药共用，既宗“治风先治血，血行风自灭”之旨，也是邪正、标本兼顾之术。四是心气不足。一若《灵枢·口问篇》所云：“心气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣……。”耳鸣眩暈之症作矣，此乃正虚；二乃风邪入侵而致经气痞塞，不通于耳，如《诸病源候论》“风入于耳之脉，使经气痞塞不宜，故为风聾”之证，此系邪实。治本虚主以补益心气为法，予益气温明丸、养心汤、保元汤或桂枝甘草汤出入，以参、芪甘温补气为主，佐以桂枝、柴胡、升麻通阳升提为辅；治邪闭宗景岳“解其邪而闭自开”之旨，以疏风散邪为法，投银翘散合通气散，也可参照《临证备要》“耳内轰轰作声，宜在养血安神方内加入菖蒲、远志以通心气。”如兰实丸即有菖蒲、远志，以治“时行心气夺耳聾之症。”五是心神失聪。其或为心神失养，或为痰浊蒙遏，可在无人言语时确认耳闻有声，如东垣曰：“心脏虚邪，妄听妄闻耳聾声。”此为幻听；也可在有人言时似无听闻，不明其意，貌若痴呆。此心神失聪者必有精神意识症状，幻听或失聪仅是见症之一，故治疗当寻其根，或补脑益髓，或安神定志，或涤痰开窍，常用枣仁、远志以安神；茯苓、钩藤以定志；菖蒲、郁金以开窍；胆星、礞石以涤痰，综合调治。六是心火上炎。《医学正传》曰：“心火上炎，其人两耳或鸣或聾。”此耳鸣大都为风雨鼓耳之响，有阵阵而作之势，听力随之下降或悉不能闻，常伴面红口燥、心烦失眠等心火之象，泻心是为常法，余等以《疡医大全》治耳鸣之两归汤（茯神、枣仁、川连、丹参、熟地、麦冬）用之颇效，《和剂局方》之清心莲子饮也可选用。七是心肾不交。心肾不交责之于心者，其耳鸣声微，寐差则耳鸣加重，耳聾较明显，治当滋阴降火、交通心肾、引火归元，方选耳聾左慈丸或补心丹合交泰丸。八是热入营血。此乃温病之病证，耳疾中出现热入营血证者常见于脓耳之变生耳源性脑膜炎或脑脓肿等，已非一般耳疾，治当清营解毒、宁心开窍，予以清营汤合紫雪丹或至宝丹，或安宫牛黄丸等，然此时病情危笃，当采取多种方法治之。

南京市中医院 王湘

上海市中医文献馆 潘文奎