

方 15 余剂巩固。停药后无复发, 纳食正常, 体重增加, 能正常上班, 随访至今良好。

2 消化性溃疡出血

张某, 女, 42 岁。2008 年 10 月 2 日就诊。主诉: 胃痛反复发作 8 年伴便血 1 天。症见: 面色萎黄, 眼睑、指(趾)甲苍白, 胃脘部胀满、隐痛, 舌质淡红, 苔薄黄微腻, 脉象细弦。询问病史, 其患“胃病”已 8 年, 曾多次合并胃出血, 平时吞酸多, 痛无定处, 常在饥饿、劳累及饮食不慎后疼痛加剧, 进食后稍减, 反酸, 频繁嗳气。近日加班劳累, 昨晚朋友聚会多饮了几杯白酒, 后出现胃痛剧烈, 今晨起即觉头昏、乏力, 大便呈柏油样, 量多, 嗳气频繁。查: BP100/60mmHg, P105 次/分, WBC $12.5 \times 10^9/L$, Hb60g/L, 大便潜血 OB(++++), 2008 年 8 月 11 日在石河子医学院附院胃镜检查示: 胃小弯可见一圆形溃疡, 边缘微隆起规则, 胃体前后及胃窦部黏膜红白相间。病理报告为“糜烂性胃炎, Hp(+)”。审证求因, 中医诊断为: 便血; 胃脘痛。辨证为肝胃郁热, 热伤血络。治以清肝和胃, 凉血止血。以半夏泻心汤加减, 药用: 制半夏 15g, 黄连 10g, 黄芩 10g, 党参 30g, 白芍 30g, 延胡索 15g, 白及 30g, 浙贝母 10g, 海螵蛸 10g, 干姜 10g, 炙甘草 6g, 大枣 6 枚, 水煎服, 每日 1 剂, 并嘱其清淡饮食, 如便血量多, 及时住院。2 剂后头昏、乏力仍在, 黑便消失, 15 剂后嗳气得平, 脘痛大减, 治疗 1 月半后, 症状消失。胃镜复查示: 慢性浅表性胃炎, Hp(-), 未见溃疡。

3 慢性肾功能衰竭

李某, 男, 42 岁, 于 2005 年 8 月 15 日初诊。患者既往有慢性肾炎病史 10 余年, 经多处治疗, 病情时轻时重。2 年前出现恶心呕吐, 双下肢水肿, 在某医院住院治疗, 经检查诊断为慢性肾功能不全, 经西药对症治疗(药名及用量不详)1 个月, 病情好转出院。3 天前因恶心呕吐加重伴双下肢水肿来我院诊治。刻诊: 持续恶心, 晨起、餐后呕吐, 吐出为食物及大量酸水, 饭后常胃脘胀满, 嘈杂不舒, 不思饮食, 厌油腻, 肢体乏力, 腰膝酸软, 双下肢轻度可凹性水肿压痕, 大便溏泄, 下之不爽, 舌淡红, 苔薄黄腻, 脉沉弦。查血常规示: 红细胞 $3.0 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 90g/L; 肾功能: 血肌酐 $291 \mu\text{mol/L}$, 尿素氮 17.5mmol/L ; 尿常规: 尿蛋白(++)。肾脏彩超: 双肾实质弥漫

性损伤。诊断: 慢性肾功能衰竭。辨证: 脾肾虚弱, 水湿停留, 浊毒内生, 升降失常。先以辛开苦降, 升清降浊为法。方选半夏泻心汤加减。处方: 姜半夏 12g、黄连 6g、炒黄芩 6g、党参 15g、陈皮 10g、砂仁 10g(后下)、酒大黄 6g(后下)、干姜 10g、炙甘草 6g、大枣 6 枚, 水煎服, 每日 1 剂, 服药 1 周, 恶心呕吐明显减轻, 食欲好转, 继以上方加减服用 1 周, 恶心呕吐控制, 双下肢水肿亦减轻, 食量大增, 肢体乏力等症好转。复查肾功能: 血肌酐 $160 \mu\text{mol/L}$, 尿素氮 7.5mmol/L 。随访半年无反复。

4 体会

异病同治是指疾病虽然不同, 只要具有同一性质的“证”, 就可以采取相同的治疗方法。这是中医学辨证施治的重要组成部分, 是整体观念的重要体现。半夏泻心汤调和阴阳, 是为和剂, 目前其应用十分广泛, 早已突破原书范围。从方药综合来看, 半夏泻心汤药物可以分为两部分, 一是芩、连、姜、夏, 清热燥湿, 振奋阳气, 化痰浊; 一是参、枣、草, 补益脾胃中气。历代医家均认为, 辛可升发行散, 苦能降泄通利。辛热药与苦寒药配合, 则一辛一苦, 一寒一热, 一薄一厚, 一阳一阴, 相伍使用, 升散之中寓通泄, 通泄之中寓升散, 清热而不患寒, 散寒而不忧热, 二者相反相成, 相激相制, 平衡阴阳, 斡旋气机。又可相互制约偏性, 辛温可制苦寒之偏性, 苦寒能制辛温之燥烈。故本方既能清热和胃, 调和脾胃, 升降气机, 开痞解闷, 除烦消满, 平呕止痛, 又能体现胃以通为顺的治疗原则, 还是调整机体功能和消除病因相结合的治疗措施。《伤寒论》半夏泻心汤的适应症较为单纯, 中虚痞塞, 气机升降失常, 寒热互结, 虚实相杂, 是半夏泻心汤证的基本病机。只要病机相同, 皆可用之, 运用半夏泻心汤治疗, 每个病例虽均不完全符合张仲景在《伤寒论》、《金匮要略》中所列完全相同症状, 但均符合寒热错杂、肝(胆)脾(胃)不和的病机, 半夏泻心汤最切合病机, 故可随症加减用之。临床使用时可紧扣半夏泻心汤寒热并调, 升降并用之特点, 结合不同病机属性, 灵活变通。现代药理研究表明, 半夏泻心汤能促进黏膜细胞再生修复, 是一种有效的胃黏膜保护剂。

1 新疆维吾尔自治区石河子市中医医院(832000);

2 北京民航总医院

真武汤临床新用

郑淑礼*

真武汤出自《伤寒论》, 方由: 茯苓三两、白术二两、芍药三两、生姜三两、附子一枚组成, 是治疗阳气虚弱、水饮不化的有效方剂。笔者用此治疗心肌炎、心悸、闭经、阴盛戴阳证。

例 1: 刘某某, 女, 47 岁, 2007 年 6 月 25 日初诊, 3 个月前患感冒 10 余日, 经治似愈, 而常感胸闷心悸, 气短太息, 多处就医, 诊为“病毒性心肌炎”, 心电图检查缺血、早搏均现, 患者素体阳虚, 诊见心悸头眩, 腰背凛寒, 四肢不温, 两足浮肿, 苔白水滑, 质地淡紫, 脉象沉弱结代, 此心肾阳微, 气化无能, 水邪内泛, 逆射凌心, 急当振奋心肾阳气, 以防水浸残炉之不测。方以真武汤加生脉散加味: 茯苓 10g, 白术 12g, 炒白芍 15g, 附子 6g, 生姜 9g, 人参 10g, 麦冬 10g, 五味子 10g, 川芎 6g, 服药 3 剂, 心悸畏寒减轻, 浮肿渐渐消退, 续服 5 剂,

脉象和缓, 结代减半, 舌紫消失, 连服 1 个月病愈。

按: 素体阳虚, 外感风寒, 外寒内寒挟袭于心, 使心阳不振, 肾阳又无力温煦, 以致水邪内停, 逆射于心, 则诸症叠生。治以真武汤壮肾阳, 而使水邪去则病愈。

例 2: 刘某某, 48 岁, 2008 年 3 月 20 日。心悸眩晕, 形寒身重, 脉迟, 屡用西药治疗, 效果不佳, 刻诊: 心慌心气短难续, 面目晦黄虚浮, 腿足沉困难行, 扪其胃部不温水声漉漉, 小便清白而频多, 大便溏薄, 日 3 行, 舌白体胖质淡, 脉象迟缓无力, 心率每分钟 45 次。证属脾胃阴寒凝滞, 心阳受阻, 治应温运脾胃, 兼用振奋心阳, 故以真武汤以温心阳加黄芪、肉桂、当归、川芎补气活血之药治疗。连用 5 剂, 病情好转, 续用 10 剂眩晕减半, 脉搏有力, 继服 10 剂, 则症状全而无病愈。

按：脾为至阳之脏，最畏寒湿浸渍，本例脉症一派浊阴寒温弥漫之象，脾胃畏阴邪所困，气化温运失能，无力颐养心神，心阳不振，则心跳迟滞。此为标病于心，根源于脾，正如《伤寒明理论》心阳不振心下悸，是“由阳气内弱，心下空虚，正气内动而为悸”。故以温补脾肾而鼓动心气，扶阳抑阴，而病愈。

例3：王某某，女，26岁，未婚，农民。2007年6月初诊：停经6月有余，面黄体矮，频发遗弱，耳鸣膝软，食欲尚可，苔少舌偏红，脉沉细。妇检：外阴发育差，阴道通畅，宫颈狭小，宫体中位。西医诊断为子宫卵巢发育不良。脉证合参，断其缘由肾气不足，天癸不至，血海枯涸，胞宫失荣，经血无源。故以真武汤加熟地黄、枸杞子、全当归温肾阳补气血，服10剂则月经未行，次月连服7剂则月经来潮，但量少色淡，连服3月，月经正常而病愈。

按：闭经属难治之症，本例患者年少子宫卵巢发育不良，用常法殊难取效。笔者用温补肾阳之法终收于功。该法有峻补之功，正如《医学正传》谓“月经全借肾水施化，肾水既乏，

则经血以干涸”。故以真武汤加味补之则病愈。

例4：高某某，男，63岁，2005年12月15日初诊。高血压病8年，日前感冒风寒，自服“发汗药”后头晕顿剧，动则尤甚，体痛呕逆，面赤烘热，心惕虚烦，但畏寒蜷卧，手足发凉，胸额冷汗，舌淡苔白，脉象浮虚无力。血压28/16kPa。证属肾阳虚衰，营卫格拒，虚阳浮上，病势重笃，恐有厥脱之变。急用抑阴回阳，宣通上下，调和营卫法。仿《伤寒论》真武汤加味，处方：桂枝10g，生姜10g，甘草6g，服1剂后，眩晕、体痛呕逆均瘳，肢温汗少，面赤即消。续服2剂，脉象和缓有力，病情稳定。

按：高血压病变繁杂，人之体质各异，治法自非只宜潜降，而惧温摄。本例患者然形寒、肢凉、脉虚、舌淡苔白，则“阴盛戴阳”可知。故用真武汤壮肾阳加桂枝，生姜调和营卫，共奏回阳防变之功。

* 山西省忻州市中医医院（034000）

半夏泻心汤治疗痞满 34 例

王子坪* 许宏飞* 梁建夫*

半夏泻心汤方出自张仲景《伤寒论》，后世多用于治疗消化道疾病，笔者用之在临床治疗痞满患者34例体会如下。

1 临床资料

34例患者中，男性15例，女性19例；年龄15~56岁；病程3个月~10年。经胃镜检查及实验室其他方法确诊为浅表性胃炎12例，萎缩性胃炎8例，功能性消化不良4例，胃下垂2例，胆汁反流性胃炎4例，胃十二指肠溃疡4例。临床表现：心下痞满，胸膈胀满，按之柔软，压之无痛，或伴有寒热、呕吐、嘈杂等症，所有病例均为住院病例，符合《中医内科学》痞满诊断标准。

2 治疗方法

药物组成：半夏10g，黄芩10g，干姜6g，党参12g，炙甘草6g，黄连6g，大枣12g，水煎服，每日1剂，15天为1个疗程。加减：肠鸣腹泄加茯苓；恶心呕吐加竹茹；纳差加谷芽、麦芽；嘈杂不舒合用左金丸加减。视病情病程，复查胃镜。

3 结果

3.1 疗效标准

治愈：症状全部消失，随访1年症状未复发，胃镜检查基本恢复。好转：症状减轻，但每年发作1~2次，胃镜检查病变范围缩小。无效：症状无好转，胃镜检查无好转。

3.2 治疗结果

治愈13例，好转19例，无效2例，总有效率为94.1%，全部病例服药2~3个疗程。

4 典型病例

陈某，女，52岁，以胃脘痞胀纳差10年，加重伴呕吐1周入院。10年来反复发生胃脘痞胀纳差，多次检查诊断为萎缩

性胃炎，不间断性西医疗疗，用药不详，症状时可缓解，但反复发作。入院查体：面色不华，形体消瘦，腹软无压痛，肠鸣音正常，舌质红、苔腻微黄，脉滑。现症：胃脘胀满、痞塞，呕吐胃内食物，纳差，乏力。入院后作胃镜诊断为萎缩性胃炎，病理检查亦属萎缩胃炎。西医诊断：同胃镜检查。中医诊断：痞满，证属脾胃不调，治法：调和脾胃，以半夏泻心汤加减，处方：黄芩10g，半夏10g，党参10g，干姜5g，黄连6g，炙甘草6g，竹茹12g，厚朴10g。治疗10日无呕吐，纳增，乏力减，仍有心下痞满不舒，用上方去竹茹加砂仁3g，再服10剂，症状消失而出院。半年后因饮食不节并生气后上症又作，二次入院，再投半夏泻心汤调理半个月后症状消除。继带药10天巩固疗效，半年后再次做胃镜检查（门诊随诊）示胃萎缩减轻，1年后随访未再复发。

5 讨论

《景岳全书·痞满》云：“痞者，痞塞不升之谓，满者，胀满不行之谓”。西医的慢性胃炎、功能性消化不良、胃下垂可出现类似症状。中医认为，病位在胃，涉及脾、肝，病机为中焦气化不利，脾胃升降失职所致。因胃为受纳之腑，脾为运化之脏，不论是外邪、食滞、痰湿均可致脾胃运化失职，清阳不升，浊阴不降，使痞满而生。病变过程可见寒热互结，或虚实夹杂，久之形成痼疾。运用半夏泻心汤，黄连、黄芩苦降清热燥湿能泻其满，半夏、干姜辛开祛寒能散其结，人参、炙甘草、大枣补脾调中以和脾胃。终使寒热除，痞结消，中焦和，升降复，病自愈。

* 广东省阳江市中西医结合医院（529500）