

斛、白芍滋阴;方选补阳还五汤合补中益气汤去陈皮,加熟地、茯苓;或以补阳还五汤加葛根、麻黄治疗<sup>[6]</sup>。

#### 4 小结

中医治疗本病具有独特优势,但由于本病目前证型研究还不成熟,随着日后临床文献报道的增加,还会看到相应的病因与证型。笔者根据学习体会总结出的“三类三步证型类候归纳法”,将各医家治验化归其中,明晰了诸家对重症肌无力证型分类及治疗用药特点,同时为日后学习诸家治验开辟了新的路径。

#### 参考文献

[1] 阳涛,周欣欣,刘小斌.邓铁涛教授函诊

治疗重症肌无力用药特点浅析[J].新中医,2011,43(4):134-135.

[2] 张京.王求华治疗重症肌无力经验[J].中医杂志,2002,43(9):653.

[3] 代铁良,徐衍华.况时祥教授治疗痿证的经验[J].贵阳中医学院学报,2012,34(2):8-9.

[4] 于振宣,黄冲强,季晓莉.尚尔寿治疗疹证经验[J].中医杂志,1995,36(9):522-524.

[5] 王娜.李宝珍辨治小儿重症肌无力经验[J].中医杂志,2012,53(3):252-253.

[6] 高斌.王宝亮教授诊治重症肌无力辨证遣药经验[J].中医研究,2012,25(11):56-58.

[7] 陈衍华.朱德贵老师治疗痿证经验评析[J].四川省卫生管理干部学院学报,2006,25(1):40.

[8] 杨俊红.重症肌无力的中医诊治体会[J].当代医学,2008,142,152.

[9] 吴少东.在重症肌无力治疗中应用清燥救

肺汤的经验[J].吉林中医药,2002,22(4):2.

[10] 袁兵,张丁芳.重症肌无力患者胸腺摘除后辨治经验[J].中国中医急症,2008,17(1):120.

[11] 王珏,张丽萍.裘昌林治疗痿证经验[J].中医杂志,2010,51(1):17-19.

[12] 付玉如,付连超.起痿方治疗重症肌无力12例[J].山东中医杂志,1996,15(1):18-19.

[13] 周仲瑛.补中益气汤临床新用[J].浙江中医药大学学报,2006,30(2):156-162.

[14] 刘天锡.中医药治疗重症肌无力病案[J].中医杂志,2001,42(7):427.

[15] 刘金民.王永炎教授治疗痿证验案2则[J].北京中医药大学学报,1995,18(2):57.

[16] 朱宝贵.治疗重症肌无力一得[J].内蒙古中医药,1988,(1):42.

[17] 张彦.重症肌无力一例治验[J].辽宁中医杂志,1980,(3):21.

#### 书评

### 舌象上的“精彩”

#### ——评《临床实用舌象图谱》

人生下来就学会了思考,有了思维方式,如同“太极生两仪”般产生了逻辑思维和形象思维这对孪生兄弟。中医学这门具有独特魅力的学科,亦跳不出这两种思维方式,理法方药中属于逻辑思维的部分提供了辨证施治的大致方向,而形象思维的部分为具体证候的确诊和精确的用药提供依据。厦门大学王彦晖教授团队编撰的《临床实用舌象图谱》就是一本贯穿中医形象思维和逻辑思维界限的著作。它搭起了一座连通中医基础与临床实践的桥梁,将舌象与临证紧密地联系在一起,用图谱的形式,展示了舌诊的精彩。

观察人体源于“象”,舌象是古今医家辨证最倚重的象。书中论述了“基础知识、病位证素、病性证素、六经病证、卫气营血证、体质、中药、方剂”8个方面,将舌诊与中医辨证施治有机地联系在一起,建立了中医诊疗理法方药的耦合体系,实现中医基础和临床的对接。作者用舌诊这把钥匙开启了学习、实践中医学的大门,为茫茫的中医辨证施治之路燃起了一盏指点方向的灯。

在舌诊原理方面,除了传统理论,书中还从生物全息理论和胚胎学等角度探讨了舌诊原理。生物全息律理论认为,生物体的每一具有生命功能又相对独立的局部称为全息元,包括了整体的全部信息。舌是人体唯一可以外露的内脏器官,是观察人体的一个全息元,因此可以较为迅速、准确地反映内脏的病变。胚胎学认为,舌的上皮组织和胃、小肠等的上皮组织都由内胚层发育而来,同时,舌和胃肠同属消化道器官,因此舌和胃肠有极为密切的关系。证素是构成证的基本要素,也是最小的辨证单元,可分为病性证素和病位证素。该书共讨论了病位证素、病性证素与舌的关系,逐个研究其舌象特征,并匹配相应的舌象图片。研究药证、方证的舌象特征,对于正确运用中医药有着重大的意义,尤其是起到清热、温阳、祛湿、化痰、活血化瘀等作用的方药。

值得一提的是,中国工程院院士张伯礼教授、国家级名老中医刘燕池教授均为该书撰写书评。指出该书为新颖思路的精华之作,虽名为图谱,实则倾注了作者团队的临床感悟和不懈追求。认可此书是两岸中医药同道合作的结晶,将对促进两岸交流和学术发展起到积极作用。寄望能够深入研讨整体状态调整的中医临床思路,以惠泽岐黄医界同道,并为中医临床实践医学在国内外的推广和发展贡献力量。

每当捧起这本书,仿佛就坐在了作者的面前,听着他们不疾不徐地娓娓道来,像是与一个老朋友共同探求中医临床的点点滴滴。简约诚恳,朴素实用。书中有中医的激情和灵动,也有对未来的憧憬和梦想,但更多的是临证时严谨精准。中医数千载,没有终点,却在探索与追求中越发精彩。

(吴耀南 陈少玫)

# 皂术茵陈方治疗非酒精性脂肪性 肝炎 40 例临床研究<sup>※</sup>

● 陈少东<sup>1\*</sup> 杨嘉恩<sup>2</sup> 王宏国<sup>1</sup> 林曼婷<sup>1</sup> 唐金模<sup>2</sup> 梁惠卿<sup>2▲</sup>

**摘要** 目的:观察皂术茵陈方治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床疗效。方法:将78例患者单盲法随机分为治疗组40例和对照组38例;治疗组予中药皂术茵陈方治疗,对照组采用水飞蓟宾葡甲胺片(西利宾安)治疗;两组均治疗2个月。检测治疗前后患者血清谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)活性、血清总胆固醇(TCh)、甘油三酯(TG)含量;比较患者肝脏B超变化以及症状、体征积分等临床疗效。结果:经过2个月治疗,治疗组的临床总有效率达87.50%,较之对照组的73.68%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );两组治疗后症状、体征积分、肝脏B超改善情况、血清ALT、AST活性、血清TCh、TG含量均较各自治疗前显著改善;较之对照组,治疗组上述改善更加显著( $P < 0.05$ )。结论:中药皂术茵陈方对改善非酒精性脂肪性肝炎有较好的临床疗效,可明显改善患者肝功能、血脂、B超影像指标及临床证候。

**关键词** 非酒精性脂肪性肝炎 皂术茵陈方 临床研究

非酒精性脂肪性肝炎(NASH)为非酒精性脂肪性肝病(NALFD)发展较为严重的阶段,当炎症持续存在,可发展为肝硬化,甚至部分患者可进展为原发性肝癌<sup>[1]</sup>。在我国,随着人们生活水平的不断提高,饮食结构的不合理导致本病的发生率呈逐年上升趋势,已成为仅次于病毒性肝炎的第二大肝病<sup>[2]</sup>。中医药治疗NASH疗效显著,值得深入研究<sup>[3]</sup>。笔者自拟皂术茵陈方,开展中药复方治疗非酒精性脂肪性肝炎的临床观察,取得了较好的效果,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 全部病例来自2013年1月~2014年6月期间福建中医药大学附属厦门市中医院肝病

中心门诊部、住院部以及厦门大学医院门诊部的非酒精性脂肪性肝炎患者,共78例。将患者按照完全随机区组法分为皂术茵陈方组(治疗组)和水飞蓟宾葡甲胺片组(对照组)。治疗组40例,男22例,女18例;其中年龄最小为22岁,最大为60岁,平均年龄(38.28±4.82)岁;病程最短者3个月,最长者12年,平均病程(30.32±6.98)月。对照组38例,男19例,女19例;其中年龄最小为21岁,最大为60岁,平均年龄(39.53±4.52)岁;病程最短者2个月,最长者11年,平均病程(31.14±7.21)月。经 $t$ 检验及Ridit检验,两组临床一般资料(年龄、性别、症状、体征积分、血清ALT、AST活性、血清TCh、TG含量、肝脏B超)比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照2006年2月中华医学会肝病学会脂肪肝与酒精性脂肪病学组修定的非酒精性脂肪性肝炎的诊断标准<sup>[4]</sup>:①有易患因素,如肥胖、II型糖尿病、高脂血症和女性等;②无饮酒史或饮酒折合酒精量每周<40g;③除原发病表现外,可出现乏力、肝区隐痛等症状,可伴肝脾肿大;④血清转氨酶可升高,并以ALT为主,可伴有GGT、铁蛋白和尿酸等

**※基金项目** 国家自然科学基金(No. 81274155);福建省卫生厅中医药项目(No. wzpw201408);厦门市重大科技计划项目(No. 3502Z20100006)

**\*作者简介** 陈少东,男,副教授。主要从事肝病中医诊疗及临床研究。

**▲通讯作者** 梁惠卿,女,副主任医师。主要从事肝病中医防治研究。E-mail:13850005898@163.com

**•作者单位** 1. 厦门大学医学院(361005);2. 福建中医药大学附属厦门市中医院(361009)

增高;⑤肝脏组织学有典型表现;⑥有影像学依据。凡具备①~②项和⑤、⑥任1项者,即可诊断为非酒精性脂肪性肝炎。

1.2.2 中医辨证诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》中中医诊断执行《中医病证诊断疗效标准》确定的“湿热蕴结、痰瘀阻滞”证候标准<sup>[5]</sup>:肝区胀闷不适,或胀痛、腹胀,口干苦,纳差,体胖,乏力,恶心或有呕吐,小便黄,大便干或黏滞不畅,舌质紫暗苔黄腻,脉弦数或滑数。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准者;②年龄在18周岁~60周岁之间者;③意识清楚,无明显认知障碍、失语症状和严重心、肺、肝、肾等疾病,可配合量表测定者;④愿意参加研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①妊娠、哺乳期者;②精神病史者;③有其它导致非病毒性肝炎的慢性肝病者;④近6个月内曾接受抗病毒治疗或免疫调节治疗者;⑤未经控制的自身免疫性疾病者;⑥失代偿期肝硬化者;⑦有症状的心脏病者;⑧合并其它肝炎病毒感染或HIV感染者;⑨肝癌者;⑩入组前经评估认为依从性差者。

### 1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 皂术茵陈方(由皂角刺15g、炒白术15g、茵陈蒿15g、大黄6g、栀子9g等组成),日1剂,水煎温服,1日2次,每次100mL,2月为1疗程。

1.5.2 对照组 水飞蓟宾葡甲胺片(商品名:西利宾安,江苏中兴药业有限公司,国药准字H32026145,规格:50mg/片),1次200mg,1日3次,饭后口服,2月为1疗程。

1.6 临床疗效判断标准 参照《中药新药临床研究

指导原则》<sup>[5]</sup>制定。临床痊愈:临床症状消失或基本消失,症状积分下降指数 $\geq 95\%$ ,血清ALT、AST恢复正常,血清TCh、TG恢复正常,B超检查恢复正常。显效:临床症状明显改善,症状积分下降指数 $\geq 70\%$ ,肝功能恢复正常或ALT或(和)AST下降 $\geq 40\%$ ,血脂正常或TCh和(或)TG下降 $\geq 20\%$ ,B超检查基本正常。有效:临床症状有所好转,症状积分下降指数 $\geq 30\%$ ,ALT或AST下降 $\geq 20\%$ ,TCh或TG下降 $\geq 10\%$ ,B超检查脂肪肝征象有所改善。无效:症状无明显改善,甚或加重,症状积分下降指数 $< 30\%$ 。

1.7 症状与体征改善评分方法 肝区隐痛或胀痛或刺痛,腹胀,乏力,纳差,大便不畅,苔腻,脉滑数。中医症候计分标准按临床症状无、轻、中、重程度分别记为0、1、2、3分。症状积分下降指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

1.8 肝脏影像学判断 恢复正常:B超未见脂肪肝影像学指征;减轻:B超脂肪肝由重度转为中度或轻度,中度转为轻度;无效:B超脂肪肝无明显改善甚或加重。

1.9 数据处理与统计方法 应用SPSS16.0软件对数据进行统计学处理。计量资料均以平均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示;组间比较采用 $t$ 检验;临床疗效判断采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 治疗结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组临床总有效率优于对照组,两组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较(例数·%)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	15(37.50)	15(37.50)	5(12.50)	5(12.50)	35(87.50)
对照组	38	10(26.32)	10(26.32)	8(21.04)	10(26.32)	28(73.68) <sup>▲</sup>

注:与对照组比较,<sup>▲</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者症状、体征积分比较 两组治疗后在肝区疼痛、腹胀、乏力、纳差、大便不畅等症状、体征方面均较治疗前有所改善( $P < 0.05$ ),尤以治疗组明显

( $P < 0.01$ );且治疗组具有改善苔腻、脉滑数的临床疗效( $P < 0.01$ )。见表2。

# 四物汤加减应用验案 2 则

● 常 伟<sup>1</sup> 张景凤<sup>2</sup>

**摘要** 四物汤是补血调经的基本方,长于调理一切血症,被后世医家称为“妇科第一方”。笔者在临床应用四物汤加减治疗低血压眩晕、老年性震颤取得较好的效果,本文举验案两则,以飨同道。

**关键词** 四物汤加减 临床应用 低血压眩晕 老年性震颤 验案

## 1 化裁应用

四物汤最早见于晚唐蔺道人著的《仙授理伤续断秘方》,是《金匱要略》芎归胶艾汤去阿胶、艾叶、甘草而成,由当归、川芎、白芍药、熟地黄四味药物组成。方中熟地滋阴养血填精,白芍补血敛阴和营,当归补血活血调经,川芎活血行气开郁。四物相配,补中有通,滋阴不腻,温而不燥,阴阳调和,使营血恢复。本方具有补血和血调经之功,临床常用于治疗营血虚滞证,是补血、养血的经典方剂,也是妇科最常用方剂<sup>[1]</sup>。研究发现四物汤补血的物质基础是多糖、川芎嗪、阿魏酸和芍药苷,补血作用的分子机理是影响造血相关细胞因子的表达<sup>[2]</sup>。张秉成曰:“一切补血诸方,又当从此四物而化也。”《删补名医方论》载“若血虚加参芪,血结加桃仁红花,血闭加大黄、芒硝,血寒加桂附,血热加芩连,欲行血去芍,欲止血去芎,随所利而

行之,则又不必拘泥于四矣。”<sup>[3]</sup>由此化生出偏于活血行气之桃红四物汤、偏于理气止痛之香附四物汤、偏于清热活血之芩连四物汤等多种类方,常用于治疗月经不调、痛经、崩漏等妇科疾病。

## 2 临证验案

**2.1 低血压眩晕案** 王某,女,32岁。2014年10月14日初诊。主诉头晕头昏沉1年。患者面色无华,偶有肢体麻木,易情绪激动,月经量少色淡,色偏暗,纳差,不思饮食,胃脘部胀满不适,寐欠安,大便偏干,小便调,舌淡,苔白,脉细。既往低血压病史。查体:BP:78/60mmHg,HR:78次/分,律齐。西医诊断为原发性低血压。中医辨为眩晕,肝血亏虚证。治以养血柔肝,辅以理气健脾。方用四物汤加减,药用:当归10g,川芎6g,熟地10g,白芍10g,葛根10g,丹参10g,酒女贞子10g,陈皮10g,枳壳6g(麸炒),木香6g,六神曲10g,炒鸡内金6g,

连翘6g,甘草9g。4剂,水煎服,日1剂,早晚2次温服。二诊:患者头晕减轻,纳食好转,偶有胃脘部胀满反酸,仍有入睡困难,多梦。查体:BP:85/60mmHg。在原方基础上去六神曲、鸡内金、葛根,加茯苓10g、清半夏6g、乌贼骨10g、沉香2g,以加强理气和胃降逆之功,再予7剂。三诊:患者精神可,头晕明显好转,胃部胀满不适减轻,效不更方,再予7剂。复诊诸症消失,查体:BP:100/70mmHg。

**按** 本病例青年女性,既往低血压史,平素不思饮食,纳少则气血生化无源,肝失所养,肝血亏虚则面色无华,肢体麻木,月经量少色淡,血不能上荣于脑窍则发头晕头昏沉。患者情绪激动,肝气不疏,肝木克脾土,则脾胃气机失常,胃脘部胀满,不思饮食。舌淡、苔白、脉细为血虚之像。方中用四物汤养血调经,疏肝理气。加丹参加强活血调经之功;葛根升举阳气;女贞子滋补肝肾;陈皮、枳壳、木香理气调中;鸡内金、六神曲消食导滞;连翘佐制诸药之温燥;甘草补脾益气,调和诸

• 作者单位 1. 天津中医药大学(300073);2. 天津中医药大学第一附属医院(300193)