

在230nm, 235nm, 237nm 和 240nm 处进行检测。为取得较好结果, 取同一硝酸益康唑对照品溶液, 分别采用上述四个波长进行检测, 图谱峰面积积分值显示: 对照品溶液的最大吸收波长为230nm, 与紫外分光光度计所测数据吻合, 故本实验采用230nm 为检测波长。

3.2 文献[4]采用0.02mol/L 磷酸氢二钠溶液-甲醇(21:79)作为流动相, 现通过采取调整0.02mol/L 磷酸氢二钠溶液和甲醇的比例, 确定用0.02mol/L 磷酸氢二钠溶液-甲醇(15:85)为流动相, 获得满意的分离效果(分离度及理论塔板数均符合要求), 即硝酸益康唑峰保留时间约为8min, 样品测定中硝酸益康唑的理论塔板数均达2500以上。采用HPLC法对硝酸益康唑进行含量测定, 结果显示该方法简便、准确、灵敏度高、重现性好, 可作为该制剂的质量控制方法。

参考文献

- [1] 中华人民共和国药典委员会. 中华人民共和国药典(二部)[S]. 北京: 化学工业出版社, 2005. 714.
- [2] 成文昭. HPLC法测定意比舒乳膏中曲安奈德和硝酸益康唑的含量[J]. 贵州医药, 2002, 26(10): 932~933.
- [3] 齐宪荣, 刘海燕, 刘明辉, 等. RP-HPLC测定硝酸益康唑脂质体凝胶中硝酸益康唑的含量[J]. 中国新药杂志, 2001, 10(5): 360~362.
- [4] 顾孝红, 靳祖英, 罗小荣. 复方硝酸益康唑软膏制备工艺与质量标准研究[J]. 江西中医学院学报, 2003, 15(12): 60~61.
- [5] 林广怡, 符健, 林文辉, 等. 高效液相色谱法测定硝酸益康唑气雾剂中硝酸益康唑的含量[J]. 气雾剂通讯, 2004, 3: 1~4.

(编辑 陈明伟)

综 述

中医治疗无排卵型功能失调性子宫出血近况

罗志娟¹, 詹杰², 吴媛媛³

(1. 广西中医学院附属瑞康医院, 广西南宁 530011; 2. 广西中医学院 2004 级研究生;
3. 广西中医学院 2004 级中西医结合本科生)

关键词: 无排卵型功能失调性子宫出血; 中医药疗法; 综述

中图分类号: R711.52 文献标识码: A 文章编号: 1008-7486(2006)04-0067-04

功能失调性子宫出血(dysfunctional uterine bleeding, DUB)系指排除全身或生殖道器质性病变, 而由于下丘脑-垂体-卵巢-子宫轴功能失调引起的异常性子宫出血。分为无排卵型和有排卵型功能性子宫出血, 其中约85%病例属无排卵型功能失调性子宫出血。无排卵型功能失调性子宫出血(以下简称“功血”)多发于青春期和绝经期妇女, 但也可发生于生育期妇女, 临床上最常见的症状是子宫不规则出血, 特点是月经周期紊乱, 经期长短不一, 经量不定, 甚至大量出血。中医据其临床表现而将其归属于“崩漏”、“月经过多”、“经水淋漓不尽”、“经水不调”等范畴, 认为其主要病机概括起来不外为虚、热、瘀三端, 本着“急则治其标, 缓则治其本”的原则, 以塞流、澄源、复旧为治疗大法, 疗效显著, 在临床诊疗过程中积累了丰富的经验。现将中医证治规律综述于下。

1 中医治疗

1.1 出血期治疗

1.1.1 辨证分型施治 周学恒^[1] 出血期按中医辨证分型治

收稿日期: 2006-08-23

疗, 肝肾阴虚型治疗以滋阴益水、清热止血为法, 方用知柏地黄汤加味; 脾肾阴虚型治疗以健脾益肾、温肾摄血为法, 方用六味地黄汤加味; 痰瘀阻滞型治疗以活血调经、化瘀止崩为法, 方用四物汤加味。治疗76例, 临床治愈44例, 好转25例, 未愈7例, 有效率90.8%。翁菊仙^[2]止血期辨证治疗: 血热型以清热为主, 选用清经汤; 肝郁型宜舒肝解郁, 以逍遥散加减; 气虚型宜健脾养心、益气摄血、补气温中, 可用归脾汤、举元煎加味等; 血寒型实寒宜温经行滞, 用四物汤加干姜、肉桂、吴茱萸叶、小茴香等, 虚寒宜补气温经扶阳, 用大营煎; 血虚型宜补血为主, 佐以扶气, 用人参养荣汤或八珍汤加陈皮6g, 香附9g, 葛根9g, 生姜3片, 大枣4枚; 血瘀型宜活血化瘀, 用桃红四物汤加香附9g, 莪术9g, 肉桂6g, 甘草2g; 肾虚型, 温补肾阳用右归丸加减, 滋阴补肾用六味地黄汤加减; 痰阻型宜祛痰行滞, 用合宫丸加味。安峥嵘^[3]将110例崩漏患者分为脾虚气陷、肝肾阴虚、冲任虚损、血热妄行、瘀血阻滞五型, 分别予归脾汤, 育阴止崩汤(生地黄、山药、山茱萸、杜仲、续断、桑寄生、乌贼骨、牡蛎、阿胶、炒蒲黄、炒地榆), 断下

汤(人参、熟地黄、艾叶、乌贼骨、当归、阿胶、川芎、干姜),清热固冲汤(生地黄、山药、龟板、牡蛎粉、焦山栀、西洋参、黄芩炭、阿胶、棕榈炭、地榆炭、血余炭),行瘀止崩汤(延胡索、香附、丹皮、刘寄奴、茜草、丹参、益母草、蒲黄、五灵脂、当归、川芎)加减治之,总有效率为91.2%。

1.1.2 基本方加减 李健^[4]采用益气健脾、补肾固摄、凉血止血治疗,以固冲汤为主化裁组成基本方,气虚者加人参、枳壳,血虚者加阿胶、何首乌,阴虚者加枸杞、龟板,阳虚者加淫羊藿、补骨脂,血热者加丹皮、山栀子,血瘀者加蒲黄炭、五灵脂。治疗54例,显效43例,好转8例,无效3例,总有效率94.4%。王彩云等^[5]用寿胎丸加味治疗室女崩漏64例。治疗1个疗程后,月经失调有所改善,2~3疗程后,月经恢复正常者60例,治愈率93.75%;月经期基本正常者4例,好转率6.25%,总有效率100%。周仁义^[6]以归脾汤加减治疗崩漏80例,偏寒者加艾叶9g,炮姜6g;有热者加黄柏9g,地骨皮12g;肾虚者加枸杞子20g,续断15g;瘀象明显者加赤芍9g,益母草24g,便秘者加全瓜蒌15g,失眠甚者加五味子15g,合欢花20g,心悸甚者加磁石30g,朱砂1g。显效61例,有效13例,无效6例,有效率为92.5%。徐妙燕^[7]自拟活血止崩灵[生山楂30g,益母草30g,生蒲黄12g,三七粉3g(吞),茜草炭12g,生白芍15g,当归12g,生枳壳12g,川楝子12g,忍冬藤20g,川牛膝12g,制大黄9g]治疗临床子宫内层过厚型功血56例,肝火旺盛者加丹皮、焦山栀;血热伤络者加黄芩、黄连;阴虚火旺者加生地黄、地骨皮、黄柏;脾虚者加白术、茯苓、清炙黄芩;阳虚寒凝者加桂枝、制附子等。显效28例,有效20例,无效8例,总有效率85.71%。

1.1.3 专方专药 刘明媛等^[8]于经前5天开始或在月经来潮给予口服血竭胶囊,3次/天,3粒/次,至月经干净后停药,连续治疗2个月经周期为1个疗程,用药期间观察记录止痛及经血减少情况。治疗40例,痊愈13例,有效24例,无效3例,复发6例。杨黎文^[9]用玉靖妇康宁片(党参、当归、白芍、麦冬、益母草、三七、艾叶、香附)治疗62例崩漏患者,对照组34例行西药常规止血治疗,中药组治愈38例,显效16例,无效8例,显效率87.1%;对照组治愈9例,显效5例,无效20例,显效率41.2%。两组比较有显著性差异($P < 0.01$)。刘金星^[10]将60例气虚血瘀型功血患者随机分为治疗组(20例),口服固冲止血汤(由炙黄芪、炒白术、炒升麻、芥穗炭、贯众炭、远志、乌贼骨、茜草炭、三七粉、蒲黄炭、五味子组成),对照组(30例)口服益宫止血口服液,观察两组止血疗效,治疗前、后临床症状改善情况,子宫内膜厚度,凝血酶原时间及部分凝血活酶时间,血清 Ca^{2+} 水平,内分泌激素,经血血清前列腺素 E_2 ($PG E_2$)及前列腺素 F_{2A} ($PG F_{2A}$),子宫内膜雌激素受体(ER),孕激素受体(PR)含量等变化。结果固冲止血汤治疗止血总有效率为93.3%,显著优于对照组(70.0%, $P < 0.05$),并能显著改善伴随症状。高学娟等^[11]用参芪止崩汤(黄芪50g,党参20g,五灵脂15g,蒲黄15g,海螵蛸20g,桑螵蛸20g,诃子15g,升麻10g,枳壳10g,三七粉7g,益母草

20g)以补气升提,化瘀止血,使血止而不留瘀,化瘀而不伤血。治疗35例,有效28例,显效5例,无效2例,总有效率为94.29%。王俊等^[12]用功血饮(生地黄15g,阿胶6g,续断10g,黄芪15g,地骨皮10g)治疗肝肾阴虚型无排卵型功能性出血60例,痊愈31例,显效24例,有效4例,无效1例,总有效率98.33%。

1.2 血止后治疗 出血期以塞流、澄源为主,而止血后的治疗是治疗功血的关键,主要以复旧为主,结合澄源,多采用中药人工周期疗法。刘祖如^[13]对青春期及性成熟期妇女以滋肾法为主,根据月经周期阴阳消长、血气藏泻、胞脉盈虚规律,分别伍以补血、活血、助阳、行气活血法治疗。经后期滋肾补血为主以助卵泡发育;经间期滋肾活血为主以促排卵;经前期滋肾助阳为主以维持黄体功能;经期:如月经来潮,可暂停服药,如未行经,则予行气活血为主,以使经期内膜脱落完整,如月经第5天后出血仍未止,则服滋肾固冲汤至出血停止。血止后,继续上述调周法治疗。而夏桂成^[14]认为崩漏控制后,除了围绝经期早期或部分中期患者须运用调周法恢复月经周期和排卵功能外,对围绝经期晚期和中期患者已不适用调周法来固本复旧,其固本复旧的重点应转位为调理脾胃与心肝。因脾胃为后天之本,先天已衰需赖水谷滋养,而调理心肝者,在于稳定心理,舒畅情怀,防其发作,以巩固疗效。王海华等^[15]根据“缓则治其本”的原则,为防止复发,平时注重益脾胃,补肝肾,养血调经,用丸药缓图,如人参归脾丸、六味地黄丸、乌鸡白凤丸等;若有热者则适当使用龙胆泻肝丸、栀子清火丸、黄连上清丸等。

1.3 综合治疗 陈久芸^[16]以崩漏I, II, III号方治崩漏39例,崩漏I号方[生地黄10g,当归10g,白芍10g,藕节15g,乌贼骨10g,阿胶10g(烔),女贞子10g,旱莲草10g,香附10g,益母草30g,仙鹤草15g,棕榈炭15g,甘草6g]用于急性出血期,以塞流治标,兼重逐瘀为主;崩漏II号方(当归10g,枸杞10g,鹿角胶10g,熟地黄10g,芍药10g,川芎10g,女贞子10g,旱莲草10g,黄芪15g,升麻15g,柴胡15g,黑栀子10g,甘草6g)用于下血量减少或流血停止后(经后期),以澄源求因,着重肝脾肾为主;崩漏III号方(熟地黄10g,枸杞10g,山药10g,女贞子12g,茯苓10g,陈皮10g,白术10g,肉桂10g,巴戟天12g,菟丝子12g,香附10g,甘草6g)用于经前期,以复旧治本,调整周期为主。基本治愈34例,有效5例。卢翠敏^[17]在出血期采用活血化瘀、固冲止血以塞其流,用自拟基本方[茜草10g,乌贼骨20g,荆芥穗炭15g,贯众炭12g,仙鹤草12g,三七粉3g(冲),蒲黄炭12g(包煎),阿胶10g(烔化),女贞子10g,旱莲草20g,山茱萸12g,白芍药10g]治疗。非出血期青春期及育龄期以调节月经周期,促进卵巢功能恢复为治疗目的,以二至丸和两地汤加减为基本方治疗。血止后(经后期)重在滋阴填精,养血固冲,促进卵泡发育。七八天后(相当于排卵期)在滋肾填精的基础上加一些活血化瘀、温肾通络之品,以促进阴阳的相互转化,诱发排卵;经前期(相当于BBT高相期)则重在补肾助阳,佐以疏肝理气,为月经来潮奠定基

础。更年期以滋肾调肝、健脾养血、调理冲任来延缓卵巢功能衰退,使其平稳过渡到绝经期。基本方(自拟)为:女贞子 10g,旱莲草 20g,当归 10g,生地黄、熟地黄各 12g,山药 12g,太子参 12g,阿胶 12g(烊化),山茱萸 12g,白芍药 10g,枸杞子 12g,鹿衔草 12g,制黄精 15g,制何首乌 15g,淫羊藿 12g,柴胡 10g,牡丹皮 10g 等,根据临床兼症加减。结果 58 例中,治愈 36 例,好转 20 例,无效 2 例,总有效率 96.55%。

2 中西医结合治疗

朱晓云等^[18]采用克罗米芬 50mg,每日 1 次,共 5 天,加六味地黄丸服用至月经来潮,经观察用药期间月经周期、经期及经量均趋于正常,部分病例 BBT 呈双相型,停药后随访 3~4 个月,仍保持正常月经。陈芝媛^[19]采用中药人工周期疗法:月经 5~11 天服促卵泡汤(当归 15g,何首乌 15g,熟地黄 15g,肉苁蓉 15g,充蔚子 15g),肾阳虚加黄芪 15g,巴戟天 15g;肾阴虚加女贞子 15g,旱莲草 15g,月经 12~16 天服排卵汤(丹参 15g,赤芍 15g,泽泻 15g,紫河车 15g,红花 10g,桃仁 10g,香附 10g,当归 15g),肾阴虚加女贞子 15g,旱莲草 15g,肾阳虚加仙茅 15g,淫羊藿 15g;月经 17~23 天服促黄体汤(何首乌、熟地黄、龟板、白芍、续断、肉苁蓉、当归各 15g);月经 24~28 天服活血调经汤(丹参、赤芍、泽兰、菟丝子各 15g,寄生、香附各 10g,当归 15g),肾阳虚加仙茅、淫羊藿各 15g,川芎 10g;肾阴虚加女贞子、旱莲草各 15g。西药于月经周期或诊刮第 5 天口服克罗米芬每日 50mg,连服 5 日,连续 3 个周期。治愈 79 例,有效 3 例,无效 4 例。王忠民^[20]中药分别采用化瘀除滞汤和调冲宁宫汤。化瘀除滞汤(自拟方)药用丹参、益母草各 18~24g,三棱、莪术、红花各 10~12g,刘寄奴 12~15g,卷柏 12~18g,桂枝、制香附各 10~12g,鳖甲 12~15g(先煎 30min),每日 1~2 剂,分早晚服,翌日改服调冲宁宫汤。调冲宁宫汤(自拟方)药用熟地黄 24~30g,紫河车 10~12g(研末冲服),旱莲草 12~15g,阿胶(烊化)10~15g,川续断 12~18g,山茱萸 12~15g,枸杞子、乌贼骨、禹余粮各 18~24g,三七粉 4~6g(冲服)。每日 1 剂。出血止者去乌贼骨、禹余粮、三七粉,加菟丝子 24~30g,淫羊藿 10~12g,桑椹子 12~15g,服至月经复潮。再出现功血指征时重复上法。BBT 典型双相,或有排卵征象者,仅服补肾之剂。西药于周期第 5 天口服克罗米芬,每次 100mg,每天 1 次,连用 5 天;周期第 14 天肌肉注射绒毛膜促性腺激素,每次 1000U,每天 1 次,连用 5 天。显效 72 例,有效 18 例,无效 6 例,总有效率为 93.8%。不孕症 58 例,治疗后妊娠 42 例,妊娠率为 72.4%。治疗时间最短 2 周期,最长 7 周期,平均 3.2 周期。赵晓霞等^[21]在西药迅速止血、控制周期的基础上,应用中药调经止血饮:生地黄 30g,白术 10g,丹皮 10g,当归 10g,白芍 10g,黄芪 20g,柴胡 10g,香附 10g,五灵脂 10g,乌贼骨 15g,山茱萸 30g,党参 20g,阿胶 10g(烊化另服),甘草 10g 加减治疗,中西医结合组总有效率 99.1%,对照组为 88.2%,两组总有效率比较差异有显著性($P < 0.01$)。田慧芬^[22]认为肾虚是功血发病的根本,气虚是流血而致的结果,所以益气止血与补

肾调经是治疗崩漏的两个主要问题。结合患者发病的不同阶段与轻重缓急,分别采用益气止血法、健脾扶正法、补肾调经法,并适当配合西药激素类以提高疗效。治疗 150 例,治愈 71 例,显效 52 例,有效 24 例,无效 3 例,总有效率 98%。

喻姿容等^[23]将 114 例功血随机分为纯西药、纯中药和中西医结合治疗三组,分别采取用纯西药性激素止血、调整周期,中药按辨证分型止血、中药人工周期方调整周期和中西药结合止血、中药人工周期方调整周期,中西药结合促子宫内膜脱落促月经来潮,纯西药组治疗有效率 63.16%,治愈率 47.37%;纯中药组治疗有效 55.26%,治愈率 39.47%;中西结合组治疗有效率 86.84%,治愈率 73.68%。三组对照,纯西药治疗组、纯中药治疗组、中西药结合组均有一定疗效。纯中药、纯西药二组对照,无显著性差异,中西药结合组与纯西药组和纯中药组比较均有显著性差异($P < 0.05$)。

3 小结

中医治疗功血,多以化瘀、补肾为主。本着“急则治其标,缓则治其本”的原则,灵活运用“塞流、澄源、复旧”的方法,在出血期辨证审因,分型施治以止血,血止后则按阴阳转化规律,结合西医生殖轴,治以中药人工周期,或中西医结合以调经、促排卵,恢复正常的月经周期,取得了满意的疗效。同时在功血与中医药理论的相关基础和有关方药的运用等方面也进行了一系列的研究。但目前尚存在着中医辨证分型不规范,诊断及疗效评价标准不统一;主观性很强,缺乏科学性;多侧重于临床疗效的观察,基础研究和实验研究者少等不足。因此,如何使中医研究更具科学性和创造性,在较高水平上真正体现出中医药治疗功血的优势,对临床工作者提出了更高的要求。

参考文献

- [1] 周学恒. 补肾填精法治疗更年期功血 76 例[J]. 河南中医, 2002, 22(3): 47.
- [2] 翁菊仙. 无排卵型功能失调性子宫出血诊断与中西医结合治疗体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(19): 2572~2573.
- [3] 安峰嵘, 张树琴, 李锦鹏. 中医辨证分型治疗崩漏 110 例[J]. 陕西中医, 2004, 25(11): 966~967.
- [4] 李健. 固冲汤治疗功能性子宫出血 54 例临床体会[J]. 实用中医内科杂志, 2005, 19(2): 151.
- [5] 王彩云, 左献泽. 寿胎丸加味治疗室女崩漏 64 例[J]. 光明中医, 2006, 21(3): 31~32.
- [6] 周仁义. 归脾汤加减治疗崩漏 80 例疗效观察[J]. 河南中医, 2004, 24(3): 68.
- [7] 徐妙燕. 活血止崩灵治疗更年期子宫内膜过厚型功血 56 例[J]. 中国中医药信息杂志, 2000, 7(2): 62.
- [8] 刘明媛, 王本才, 刘诺. 血竭胶囊治疗功能失调性子宫出血 40 例疗效观察[J]. 华北煤炭医学院学报, 2002, 4(5): 613.
- [9] 杨黎文. 玉婧妇康宁片治疗崩漏 62 例疗效观察[J]. 中

医药临床杂志, 2006, 18(1): 60~61.

- [10] 刘金星. 固冲止血汤治疗无排卵型功能失调性子宫出血的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(2): 159~162
- [11] 高学娟, 于金凤, 丛惠芳. 参芪止崩汤治疗气虚血瘀型崩漏出血期的临床观察[J]. 中医学刊, 2005, (2): 501.
- [12] 王俊, 陈霞. 功血饮治疗肝肾阴虚型无排卵型功能性出血 60 例[J]. 南京中医药大学学报(自然科学版), 2002, 18(6): 337~338
- [13] 刘祖如. 从肾论治无排卵型功能失调性子宫出血 80 例[J]. 吉林中医药, 2001, 3: 23
- [14] 夏桂成. 中医妇科理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 26
- [15] 王海华, 王云铭. 治疗崩漏的临床经验[J]. 中国医药学报, 2003, 18(3): 168~171.
- [16] 陈久芸. 崩漏 I、II、III 号方治崩漏 39 例临床观察[J].

贵阳中医学院学报, 2003, 25(4): 33

- [17] 卢翠敏. 中药治疗无排卵型功血 58 例临床观察[J]. 天津中医学院学报, 2002, 2: 8~9
- [18] 朱晓云, 李美芳. 中西医结合治疗无排卵型功血 56 例分析[J]. 井冈山医学学报, 2004, 11(6): 81~82
- [19] 陈芝媛. 中西医结合治疗无排卵型功血 86 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志, 2002, 23(4): 17~18
- [20] 王忠民. 中西医结合治疗无排卵型功血 96 例[J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(1): 39~40.
- [21] 赵晓露, 张华, 宋宝君, 等. 中西医结合治疗青春期无排卵性功能失调性子宫出血 108 例疗效观察[J]. 河北北方学院学报(医学版), 2005, 22(3): 28~29.
- [22] 田慧芬. 中西医结合治疗无排卵型功血 150 例[J]. 内蒙古中医药, 2002, 21(2): 28~29.
- [23] 喻姿容, 刘红霞. 治疗无排卵型功能失调性子宫出血 114 例临床观察[J]. 光明中医, 2005, 20(3): 57~59.

(编辑 王健华)

张仲景脾胃学说研究概况

黄贵华

(湖南中医药大学 2005 级博士研究生班, 湖南长沙 410007)

关键词: 张仲景; 脾胃学说; 综述

中图分类号: R222.19 文献标识码: A 文章编号: 1008-7486(2006)04-0070-03

脾胃学说是中医基础理论的重要内容, 是中医学中具有特定文化内涵的学说^[1]。张仲景并未专论脾胃, 但其脾胃学说理论贯穿于六经辨证论治体系和杂病辨证论治体系过程中。仲景以脾胃为本的学术思想不仅将《内经》确立的脾胃理论创造性地应用于临床实践, 而且开后世李东垣的温阳升脾说、叶天士的滋阴降胃说和李中梓的脾为后天之本说等先河, 对中医脾胃学说形成和完善起到了承前启后作用。近十几年来, 不少学者对仲景的脾胃学术思想进行了研究, 在理论研究、临床研究和实验研究等方面取得了一定的进展, 现综述如下。

1 理论研究

近十几年来, 一些学者专门对《伤寒论》脾胃学说进行了较为全面的论述。胡小勤^[2]把仲景脾胃学说特点归纳为详于病理、略于生理; 详于脾阳、略于脾阴; 注重顾护胃阴, 以胃气为本; 重视脾胃的枢轴作用等方面。李合国^[3]则总结为六经发病, 重在脾胃; 六经传变, 脾胃为枢; 立法处方, 注重脾胃; 预后吉凶, 胃气为本; 调理脾胃, 培护后天等方面。不少

学者还从脾胃理论与六经传变和脏腑传变、六经病证治疗和杂病病证治疗、用药调护、疾病预后等多方面对仲景脾胃学说进行研究。

1.1 脾胃理论与六经传变和脏腑传变 仲景把《内经》所载的脾胃理论具体地运用于疾病传变过程中。《金匮要略》首篇中, “四季脾旺不受邪”正是“正气存内, 邪不可干”思想的发展, 所列举的风湿、肾着、历节、痰饮、水气、黄疸、虚劳、呕吐、下利等诸多杂病都与脾胃功能失调密切相关。刘晖^[4]提出“六经传变, 脾胃为枢”的观点, 认为六经传变虽与病邪轻重、正气强弱以及治疗调护是否得当等因素有关, 但总以胃气盛衰为前提。不少的学者对脾胃病的病因学作了一些研究, 观察到外感在脾胃病的发病中常常作为一种重要的诱发因素。王兴华等^[5]认为无论感受何种病邪, 也不管邪在何经, 均有可能传入阳明胃经, 影响太阴脾土。有人认为湿热内侵, 湿热蕴郁于脾胃肝胆, 为湿热黄疸; 湿热蕴郁于胃肠, 为湿热痢疾; 湿热蕴郁于阳明及少阳二经, 为湿热阳明少阳症^[6]。周春祥等^[7]认为伤寒证是内伤杂病与外感并见的一

收稿日期: 2006-08-29