

汤方出《摄生众妙方》，功能宣肺平喘，清热化痰。主治风寒外束、风热外袭、痰热内蕴、痰多气急、咳嗽哮喘等病证。方中麻黄宣肺定喘；苏子、杏仁、半夏化痰降逆；桑皮、黄芩、款冬花清热肃肺；甘草调和诸药以缓急；白果不仅可定喘、平喘，且可敛肺，以防麻黄耗散肺气。加入虫类药物蝉蜕、蚯蚓能解毒祛邪，有防过敏、机体变态反应的功用。方中药用麻黄，颇受医家赞誉。费伯雄^①说：“治痰先理气，不为疏泄，则胶固不通，此定喘用麻黄之意也。”张秉成^②说：“夫肺为娇脏，畏寒畏热，其间毫发不容，其性亦以下行为顺，上行为逆。若为风寒外束，则肺气壅闭，失其下行之令，久则郁热内生，于是肺中之津液郁而为痰，哮喘等疾，所由来也。然寒不去，则郁不开，郁不开则热不解，热不解则痰亦不能遽除，哮喘等疾，何由而止？故必以麻黄、杏仁开肺疏邪，半夏、苏子、白果化痰降浊，黄芩、桑皮之苦寒，除郁热而

降肺，款冬、甘草之甘润，养肺燥而益金，数者相助为理，以成其功，宜乎哮喘痼疾，皆可愈也。”

笔者在临床观察到大多数小儿支气管哮喘症患者，在服此方剂 1 个疗程(7 d)后，症状基本缓解，再服 1 个疗程巩固能基本痊愈，以后酌情调理脾胃，扶正固本，增强体质，提高免疫力，可防止反复发作，值得业者探讨借鉴。

参考文献

[1]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘定义、诊断、分级及疗效判断标准(修正方案)[J].中华结核和呼吸杂志,1993,41(16):5-8
 [2]王茸,王洪,金伯,等.支气管哮喘患儿血清 IL-8、SIL-2R 水平变化及其意义[J].辽宁医学杂志,1997,11(4):183
 [3]赵莉,麦贤茅,擅卫平,等.哮喘患儿 IL-4、IL-12-IGE 水平的初步研究[J].临床儿科杂志,2001,19(1):9
 [4]南京中医学院.中医方剂学讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1964.209-210,356

(收稿日期: 2011-02-16)

提壶揭盖法治疗产后尿潴留 30 例

王百苗

(浙江省杭州市余杭区中医院 杭州 310026)

关键词:尿潴留;产后;提壶揭盖法

中图分类号:R 714.46

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.04.029

产后尿潴留是妊娠产后多见病之一，常见于难产及产程较长者，特别是高龄产妇。产后小便潴留，影响子宫的收缩，给患者带来极大的痛苦。提壶揭盖法是后世医家在《素问·阴阳应象大论篇》“其高者引而越之，其下者引而竭之”及“上病下取、下病上取”的理论基础上加以发挥，用于临床的一种方法。笔者采用提壶揭盖法治疗产后尿潴留 30 例，疗效满意。现介绍如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 30 例产后尿潴留的患者，均经阴道分娩。其中初产妇 22 例，经产妇 8 例；年龄最小 20 岁，最大 35 岁；其中产程较长者 16 例，之前均进行过局部热敷、按摩、导尿、新斯的明肌注等治疗而未见效。

1.2 治疗方法 基本方剂组成：升麻、桔梗、杏仁、紫菀、甘草、黄芪、党参。兼见神疲乏力、面苍白、气虚甚者加重黄芪用量；兼外感者加用荆芥、防风；如有舌苔黄腻、脉滑数者加泽泻、通草以清热利水；兼有血瘀者，加用当归、川牛膝等。每日 1 剂，水煎早晚分服。重者日服 2 剂。

1.3 治疗结果 恢复自主小便为治愈。30 例患者全部治愈。服药最少者 1 剂，最多者 5 剂，平均 3

剂。总有效率 100%。

2 典型病例

谢某，女，26 岁，2009 年 6 月 20 日孕足月初产 1 女婴。产后小便点滴不通，自觉腹痛腹胀，经用利尿剂与新斯的明，效果不佳，后改用导尿管，予留置导尿管。3 d 后，拔掉导尿管，小便不通如故，少腹胀急疼痛，伴倦怠乏力、少气懒言、面色欠华，舌淡苔白腻，脉缓弱。考虑产后气虚不能驱浊，湿浊尿液潴留膀胱。治以提壶揭盖，补气升清，化气行水。药用：黄芪 30 g，桔梗 12 g，白术 10 g，升麻 10 g，杏仁 10 g，紫菀 10 g，茯苓 15 g，通草 10 g，当归、陈皮各 10 g，甘草 6 g。3 剂，水煎服，每日 1 剂，分 2 次内服。1 剂后，小便如注。3 剂后，小便如常，痊愈出院。

3 讨论

《素问·宣明五气篇》云：“膀胱不利为癃，不约为遗溺。”产后尿潴留属中医“癃闭”范畴。本病发生的机理，主要是膀胱气化失职所致，而导致膀胱气化失职的原因与肺、肾有密切关系，因肾司二便，与膀胱互为表里，肺主一身之气，通调水道，下输膀胱。经云：“肺为华盖，宗气藏于其中，主宰一身之气，通调水道，下输膀胱。”产后尿潴留缘于产妇产时劳气伤气，或失血过多，气随血（下转第 74 页）

百病；若脾胃一败，化源断绝，诸药莫救。脾胃功能主要通过脾气来实现，而脾气极易为各种因素所耗伤，正如《内经》所说“饮食自倍，肠胃乃伤”、“劳则气耗”、“思则气结”，表现出脾胃病以气虚为本，运化失健为基本特点，亦即“实则阳明，虚则太阴”之理；然脾虚不运，则胃难和降，升降失常，清浊相干，由虚致实，产生痰饮、湿阻、食积、气滞、血瘀等，形成虚实夹杂之证。正如元代李东垣所说：“内伤脾胃，百病由生”。临床常见如运化失健，食滞胃脘，发为胃痞、纳呆；脾虚不运，胃失和降，浊气上逆，发为恶心、呕吐、呃逆、嗝气、反胃；脾失升清，合污而下，发为泄泻；脾运失职，精微不输，迁延成疳；脾胃不和，升降失常，清浊相干，中焦壅滞，气滞血瘀，痰饮内生，发为胃痛、腹痛、鼓胀、浮肿、饮证、霍乱等病。故脾胃病以本虚为主，常由虚致实，虚实夹杂；以升降失常为主要病机，以脾气不运为主要矛盾。因此，论治脾胃病既离不开一个“补”字，又不能单纯事补而不顾其实，强调“补脾不如健脾，健脾不如运脾”，临证之时当“健脾宜运脾，运脾先调气”，应该从动态的观念出发，以健脾助运、调整升降为要。若纯用滋补药品则有滋腻碍脾、壅滞胀满之嫌，久用易致脾胃之气停滞不行，变生他证；若由虚致实，兼见痰饮内停、气滞血瘀者，过用滋补则犯实实之戒。而通过健脾促运、调气和胃之剂，可以使脾气得以舒展、气机得以调和，运化功能复健，从而避免了滋补所致之壅滞。也就是说，只有脾胃功能处于正常的运化状态，才能消化水谷、运化水湿、生化气血；反之，若脾胃功能低下，处于停滞状态，则气血化生无源。所以运脾的关键不在于直接补益脾胃，而在于通过调理气机以促进运化，王老结合多年的临床实践经验，创立运脾汤一方补运同举，对消化系统疾病属脾虚失运者具有良效。

方义分析：运脾汤中党参、白术、仙鹤草益气健脾以助运，其中党参健脾益气，“为强壮健胃药，用于一切衰弱症，能辅助胃肠之消化”（《现代实用中药》）；白术“既能燥湿实脾，复能缓脾生津，健食消谷，为脾脏补气第一要药”（《本草求真》）；仙鹤草又名脱力草，功能补脾益气，且补而不腻；茯苓健脾渗

湿；佛手气清香而不燥烈，性温和而不峻，既能舒畅脾胃滞气，又可疏理肝气以防木郁克土，且无耗气伤津之弊；枳壳善理气宽中，行气消胀，“健脾开胃，调五脏，下气，止呃逆”（《日华子本草》），“消心下痞塞之痰，泻腹中滞塞之气，推胃中隔宿之食，削腹内连年之积”（《珍珠囊补遗药性赋》），与佛手合用则突出运脾调气之功，现代药理研究表明枳壳水煎剂能促进实验动物胃肠蠕动而有规律；炒麦芽健脾化湿和中，宽肠下气通便，“消一切米面诸果食积”（《景岳全书》），兼能疏肝理气；石菖蒲芳香醒脾，化湿和胃，而《本草从新》谓其“辛苦而温，芳香而散，开心孔，利九窍，去湿除风，逐痰消积，开胃宽中”。诸药合用，既补气以助运，更调气以健运，使痰湿无由以生，则脾胃无由阻滞；兼以肝脾共调，使脏腑调畅，则脾运复健，升降如常，诸症自除。方中枳壳为调气运脾的关键药物，依脾运失健的程度而有小运（10~15 g）、中运（20~30 g）、大运（35~60 g）之别，最大可用至 80 g；而白术亦为不可或缺之药，依脾虚程度及便秘轻重决定药量，轻度者常用 15~30 g，中度用至 30~60 g，重度者可用至 60~120 g。两药一补一消，相须为用^①。

王老同时经常强调，临证之时应时时处处保护胃气，主张用药宜轻灵、攻补应适宜，当动静结合，行止并用；用药之时力求攻勿伤正，慎用苦寒攻下之剂以防伤脾败胃，宜小剂投入，中病即止，如大黄仅用 1~3 g；补勿敛邪，滋补药中须酌配健脾助运之剂以防碍脾妨胃。

参考文献

[1]中华人民共和国卫生部.中药新药治疗萎缩性胃炎临床研究指导原则[S].1995.52
 [2]张参军,舒劲,田旭东,等.王自立主任运用运脾汤治疗慢性萎缩性胃炎的体会[R].中华中医药学会脾胃病分会第二十次全国脾胃病学术交流会,兰州:甘肃省中医院,2008.95-97
 [3]赵吉梅,尹燕,王连忠,等.186例慢性萎缩性胃炎10年随访分析[J].中国民康医学,2009,21(1):11-12
 [4]易献春,刘平.消萎饮治疗慢性萎缩性胃炎66例[J].世界中医药,2009,3(4):73
 [5]陈贵银,郭喜军,安福丽,等.慢性萎缩性胃炎的中医病机和治法[J].现代中西医结合杂志,2008,17(25):3 913
 [6]张参军,王煜,姚双吉.运脾汤治疗胃痞120例报告[J].甘肃中医,2004,17(12):13

(收稿日期: 2011-03-22)

(上接第 46 页)耗，因而出现肺脾气虚，不能通调水道，下输膀胱，导致膀胱壅塞，小便不通。提壶揭盖之法首见于《丹溪心法·小便不通》。其治癃闭，是根据升降相因之理，取肺为水之上源、主气布津、肺气宣布则水道通畅之意。遣药当以轻清升浮之品为

主，故临床取用升麻、防风、苏叶、杏仁、桔梗、荆芥、白芷、前胡之属，宣肺从而消除下焦壅塞。本人治疗后尿潴留，运用提壶揭盖法，施用中药治疗，取得了较好的疗效。

(收稿日期: 2011-03-18)