

经流行多年，并得到普遍公认。诸如痴呆、抑郁等的客观评定，都有多种多样的量表检测。国际量表设计的原则是具有：(1)特异性。(2)可靠性(即可重复性)。(3)敏感性。(4)可行性(要简洁)。(5)规范性(即可交流性)。(6)可计量性(即等级可分辨性)。我们引用了这样的设计原则，遵循传统的中医学理论，设计的这个脑血管病辨证量表，经100例预试验，100%可以辨证。初步看来是可行的。显然这个辨证方法比单纯罗列正虚或邪实见证的辨证方法，从定性的客观化和可以粗略定量而言，无疑进了一步。有必要沿这个方向作更多的努力，使之逐步完善。

2. 在预试验过程中，我们另外设计了一个观察记录表，按望、闻、问、切排列，除列入了量表中要求观察评分的项目外，也列入了中医常规应当观察而在量表中未曾采用的见证。共79项，一一观察记录。这样从辨证过程而言，比我们通常做的要复杂一些，每辨一例需30~40分钟。我们认为要想客观反映病人整体正邪抗争的情况，这是必须的。不能以偏盖全。

3. 预试验的结果(见表2)，病人的见证十分复杂。本组100例中见4个证以上的就有27例，见3个证的有35例之多，而且是多种形式的复合。这是符合脑血管病的客观情况的。我们应在错综复杂的情况下逐步深入探讨病机，根据各证得分有高低不同，而分别采用不同的治疗原则。例如，益气、活血、祛痰、熄风法，活血通络熄风法等等。

4. 预试验后总结时，我们发现这个量表还需要不断修改和完善。如嗜睡症属气虚或痰浊的鉴别问题，二便失禁及平素常有肉跳等证的归属及打分问题，舌下静脉曲张的评定标准，各证的主要脉象等问题，都分别给予了修改和补充。

5. 我们将在这个基础上扩大验证，并作纵向研究，观察脑血管病患者见证的演变规律，努力探研中医辨证施治的优越性。我们热切希望搞其他临床研究的同行，搞出一批类似的、适用于不同疾病的客观辨证量表，综合起来成为一个统一的、整体的中医定性、定量的辨证方案。

桂枝茯苓丸加味治疗多囊肝2例

湖南省中医药研究院 何耀荣

例1 严××，男，54岁，干部。发现右上腹肿块4年余。1984年11月因肿块增大，胁痛、腹胀痞满不适等，赴上海某医院诊为多囊肝，并于同年11月16日行肝囊肿开窗引流术，术中证实肝脏满布大小不等囊肿。住院月余，症状缓解后带药出院。出院2个月后，腹胀胁痛再次发作，伴头昏、恶心、便溏、心烦失眠，在当地经中西药治疗年余均罔效，1986年10月12日来我院要求中药治疗。患者呈慢性病容，形体消瘦，面色无华，眼眶黧黑，发枯不荣，皮肤粗糙，右上腹膨隆，压痛拒按，右胁胀痛，甚时刺痛，下肢轻度浮肿，舌质紫暗，苔黄中心厚腻，脉弦细而涩。肝功能各项检查正常，B超示肝脏有多个液暗区。遂投以桂枝茯苓丸(汤)加味：桂枝10g，茯苓20g，牡丹皮15g，白芍、桃仁、刺猬皮各12g，红参5g(蒸兑)，麝香2分(冲兑)，柴胡7g。水煎服，日1剂。并配用肌苷、肝乐、维生素等护肝西药。服上药10剂后，上述诸症减轻，守前方加丹参，藜香易麝香，党参易红参，西药及服法同前。又进20剂后，诸症已衰其大半，腹胀、胁痛大减，右上腹肿块日渐缩小，压痛减轻，又于原方加白术、青皮，去党参，西药以齐墩果酸片易肌苷，余照服。服药3月后，诸症基本消除，于1987年4月赴上海某医院复查，B超及各项肝功能检

查均未见异常，判为临床治愈。随访至今，无复发。

例2 吴××，男，56岁，农民。患多囊肝合并多囊肾10年余，因病情日益加剧于1986年11月6日来我院就诊。呈慢性病容，表情苦楚，形体消瘦，面色萎黄，下肢浮肿，右上腹胀满疼痛，纳差，精神不振，倦怠乏力，形寒肢冷，腰酸痛，劳动则症状加重，右肾区稍膨隆，压痛明显，拒按，时常伴有头昏头痛，耳鸣心悸，失眠多梦，性欲减退，遗精频作，便溏，并经常感冒等；舌质偏红，苔白中心稍黄而润，脉沉涩无力。B超检查提示左肝叶有20余个大小不等之液暗区，大者约7×12mm，小者如黄豆大；右肾区有6个液暗区，大者约5×11mm，小者3×7mm。西医诊断多囊肝合并多囊肾。中药以桂枝茯苓丸(汤)加味：桂枝、桃仁、泽泻各10g，茯苓20g，白芍、淫羊藿各12g，牡丹皮、白术各15g，麝香2分(兑服)，红参5g(蒸兑)。水煎服，日1剂。配合肝乐、齐墩果酸片护肝西药。服前方10剂后，诸症减轻，二诊守方减麝香、红参，加刺猬皮、白术、柴胡，又进20剂。三诊时，胁痛腰痛均明显减轻，右肾区膨隆压痛消失，尚能参加轻微劳动。又嘱继服上方1月，1987年元月底复查，B超及肝功正常，临床痊愈，嘱服桂附八味丸等1月以善后效，随访至今无复发。