

◎ 专科专病经方论治丛书 ◎ 总主编 于俊生

神经精神病

经方论治

编著 丁元庆



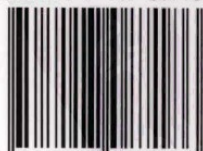
人民卫生出版社

【专科专病经方论治丛书】

- ◎ 肾脏病经方论治
- ◎ 心血管病经方论治
- ◎ 消化病经方论治
- ◎ 肿瘤病经方论治
- ◎ 风湿病经方论治
- ◎ 呼吸病经方论治
- ◎ 神经精神病经方论治
- ◎ 内分泌代谢病经方论治

责任编辑 马莉萍 封面设计 代珊珊 版式设计 何美玲 责任校对 宋培茹

ISBN 978-7-117-08718-6



9 787117 087186 >

定 价: 23.00 元

专科专病经方论治丛书

神经精神病经方论治

丁元庆 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

神经精神病经方论治/丁元庆编著. —北京: 人民卫生出版社, 2007. 6

(专科专病经方论治丛书)

ISBN 978-7-117-08718-6

I. 神… II. 丁… III. ①神经系统疾病—经方—汇编
②精神病—经方—汇编 IV. R289. 2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 067346 号

**专科专病经方论治丛书
神经精神病经方论治**

编 著: 丁元庆

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京市顺义兴华印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 12.5

字 数: 307 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-08718-6/R · 8719

定 价: 23.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



出版者的话

中医专科专病建设，不但历史悠久，而且成效显著，是我国发展中医药事业的一项长期的重要任务。汉代张仲景在《伤寒论》中首创了辨病论治，《金匱要略》全书 25 篇，共论述了 40 多种病证，形成了中医内科、妇科等专科专病的治疗基础。建国 50 多年来，广大中西医运用仲景的理法方药于实践，卓有成效地治疗临床各科疾病，积累了丰富的新经验、新认识。在新世纪，面对中医临床的发展方向和专科专病建设的需求，将仲景学说研究与经方应用和专科专病的研究有机地结合起来，探讨仲景病证结合的辨治体系在专科专病中运用的理论基础，总结专科专病论治中经方的运用规律和名医经验，是当前提升中医专科专病发展水平，提高专科专病临床疗效，进一步发展仲景学说必不可少的环节。鉴于此，由于俊生教授主持并组织部分专家共同编著了这套《专科专病经方论治丛书》（共计 8 个分册）。

承担本丛书编著工作的是参加国家中医管理局 2004 年启动的首批“优秀中医临床人才研修项目”的 8 位专家学者，国家、省、市级重点专科的学科带头人。他们长期从事相关专科专病临床医疗、研究工作，具有丰富的临床经验和学术水平，中医经典功底扎实。特别是经过 3 年的“优秀中医临床人才”

研修，“读经典，做临床，拜名师”，对仲景学说及经方在相关专科专病中的灵活运用获得新的感悟，颇有体会。在编写本书中，编著者紧紧把握经方在相关专科专病中的运用这一主题，着重探讨和研究仲景学说指导相关专科专病诊治的理论基础、辨证思维和规律，分析和总结当代名医运用经方论治疾病的经验，力图使本书能够集中展现专科专病经方论治的最先进水平和精华。

本丛书对各级中医和中西医结合医师、中医药大专院校师生、中医药专业研究生学习提高参考价值颇大。期望本丛书的出版，能有助于中医临床人才的培养和成长，促进和加强中医专科专病建设，提高中医临床诊疗水平，为中医药的继承和创新工作作出应有的贡献。

人民卫生出版社

2007年3月



《伤寒论》《金匱要略》是中医学的经典著作，张仲景汤方因其确切的疗效一直奉为经方。仲景学说的研究与经方的应用一直是中医界最为活跃的一个学术领域，相关的研究专著颇为丰富。

随着时代的发展，专科专病的中医和中西医结合临床研究越来越受到医学界和广大患者的关注。自 20 世纪 90 年代，特别是进入 21 世纪以来，有关专科专病的中医和中西医结合临床研究丛书相继出版，在一定程度上满足了广大中医、中西医结合工作者学习需求和加强中医专科专病建设的要求。值得提出的是，汉代张仲景在《伤寒论》中首创了辨证论治，《金匱要略》全书 25 篇，共论述了 40 多种病证，形成了中医内科、妇科的治疗基础。建国 50 多年来，广大中西医运用仲景的理法方药于实践，卓有成效地治疗临床各科疾病，积累了丰富的新经验、新认识。基于此，将仲景学说研究与经方应用和专科专病的研究有机地结合起来，探讨仲景病证结合的辨治体系在专科专病中运用的理论基础，总结专科专病论治中经方的运用规律和名医经验，是当前提升中医专科专病发展水平，进一步发展仲景学说必不可少的环节。鉴于国内迄今还没有一套系统总结专科专病经方论治的丛书，我们作为国家中医药管理局首

批优秀中医临床人才研修学员，国家、省市级重点专科的学科带头人，拟共同编写《专科专病经方论治丛书》。

本书的编写宗旨是，突出仲景汤方在神经精神疾病的临床应用，全书不求系统完整，但对所涉及内容力求深入浅出，说理透彻，注重辨证，强调临床实用。辨证论治是张仲景的创造性贡献，因此，在编写过程中尽量将仲景辨证论治思想与方法渗透到全书的字里行间，努力做到理法方药一致。因而，本书可以帮助中医、中西医结合神经内科专业中高级临床工作者熟悉、掌握仲景六经辨证、杂病辨证方法在神经精神疾病的临床应用。

全书分为理论篇、方剂篇、疾病篇。理论篇简述了中医脑髓理论、病因病机、治则治法，主要讨论《伤寒论》六经辨证、《金匱要略》杂病证治中与神经精神病相关中医病证的辨证论治。方剂篇选择仲景葛根汤、柴胡桂枝汤等 11 首方剂从类方、加减方、临床荟萃、实验研究以及作者运用心得等方面作了介绍。疾病篇主要介绍临床常见神经精神疾病的经方论治，重点介绍相关病证的辨证论治、名医经验、医案精选、临床心得。

本书主要适应对象是中医、中西医结合神经内科、内科专业中高级临床工作者，作为临床应用经方辨证论治神经精神疾病的研修参考。同时可以作为中医药高等院校在读研究生、本科生临床实践的参考读物，也可供中医院校中青年教师、中医临床各科医师临证和教学参考。

由于作者学术水平和临床经验有限，书中存在不足或错误在所难免，敬请各位读者提出宝贵意见。

在本书的编写过程中，得到山东中医药大学张安玲教授的大力支持，我的研究生黄粤、戚迎梅、王瑾、萧峰、李康宁为本书的编写提供部分资料，并为本书的方剂汇编与校对做了部分工作，在此表示衷心感谢。

丁元庆

2007 年 3 月于山东中医药大学



理 论 篇

第一章 中医对脑髓与神经精神病的认识.....	3
第一节 脑、髓的概念及其分类.....	3
一、脑.....	3
二、脊髓.....	5
三、骨髓.....	5
第二节 脑髓的生成.....	6
一、禀先天精气而生.....	6
二、成形于胚胎发育过程中.....	6
三、根于肾命 长于后天.....	6
第三节 脑髓的功能.....	7
一、脑髓的功能.....	7
二、脊髓的功能.....	9
三、骨髓的功能.....	9
第四节 脑髓、髓的生理特性	10
一、脑髓的生理特性	10
二、脊髓的特性	11
三、骨髓的生理特性	12
第五节 脑髓与神机	12

第二章 神经、精神病的病因病机	14
第一节 病因	14
一、外感邪气对脑髓病的影响	14
二、七情伤神损脑	19
三、先天因素	20
四、其他致病因素	21
第二节 脑髓神志病病机	24
一、气血失常	24
二、阴阳失调	25
三、正虚邪犯	25
四、瘀血内阻	25
五、火热上扰	26
六、痰饮蒙阻	26
七、脑髓空虚	27
八、脑髓损伤	27
第三节 神经精神病的病证特点	28
一、易虚易实	28
二、神机失用	28
三、五觉失调	28
第四节 神经精神病的症状学特点	29
一、精神、神志异常	29
二、知觉思维异常	30
三、运动异常	31
四、语言异常	32
第三章 神经精神病的常用治则、治法与经方	33
第一节 治则	33
一、调整阴阳	33
二、调和气血	33
三、扶正祛邪	34

四、调治脏腑，以利脑髓神机	34
第二节 常用治法与常用经方	34
一、祛风散邪法	34
二、调气疏肝法	34
三、活血通络法	35
四、化痰利窍法	35
五、清热泻火法	35
六、泻火导浊法	35
七、安神宁脑法	36
八、补虚益损法	36
九、通腑泻热法	36
十、宣痹通络法	36
第四章 六经辨证与神经精神病证治	38
第一节 六经辨证与神经精神病概述	39
一、六经辨证阴阳为纲	39
二、神经精神病的六经见症	40
第二节 六经辨证与头痛证治	42
一、三阳病常见头痛	42
二、三阴病惟厥阴病可见头痛	43
三、非六经病头痛	43
四、历代医家的补充与发挥	44
五、头痛六经分证	44
六、杂病头痛	53
第三节 六经辨证与眩晕证治	54
一、六经病证多可发生眩晕	55
二、眩晕六经分证论治	57
第四节 六经辨证与烦躁证治	59
一、六经病证多可发生烦躁	60
二、烦躁辨证要点	63

三、六经辨证与烦躁证治	64
第五节 六经辨证与失眠证治	65
一、张仲景继承和发扬《内经》睡眠理论	65
二、热病、杂病皆可发生失眠	66
三、六经辨证与失眠证治	71
第六节 六经辨证与郁证证治	75
一、六经皆有郁证	75
二、六经阴阳多少是郁证发病的基础	76
三、从六经论治郁证	76
第五章 杂病病脉证并治与神经精神病证治	79
第一节 百合病证治	79
一、百合病的病因病机	80
二、百合病的临床表现与诊断	83
三、百合病主治方研究	84
第二节 脏躁病证治	87
一、脏躁病因病机	87
二、脏躁的临床表现与诊断	89
三、脏躁主治方的研究	89
第三节 中风	90
一、对中风病因病机的认识	91
二、准确描述了中风临床表现与发病机制	93
三、积累了中风治疗经验	95
四、留下一些难解之题	98
第四节 痉病	100
一、痉病原因复杂	100
二、痉病辨证	102
三、痉病证治	104
第五节 血痹	107
一、血痹病因病机	107

二、血痹表现·····	108
三、血痹证治·····	108
四、历代临床对血痹因脉证治的研究·····	109

方 剂 篇

第一节 葛根汤·····	115
第二节 柴胡桂枝汤·····	123
第三节 柴胡加龙骨牡蛎汤·····	132
第四节 大承气汤·····	143
第五节 桃核承气汤·····	152
第六节 四逆散·····	159
第七节 当归四逆汤·····	165
第八节 黄芪桂枝五物汤·····	172
第九节 酸枣仁汤·····	180
第十节 半夏厚朴汤·····	188
第十一节 桂枝茯苓丸·····	195

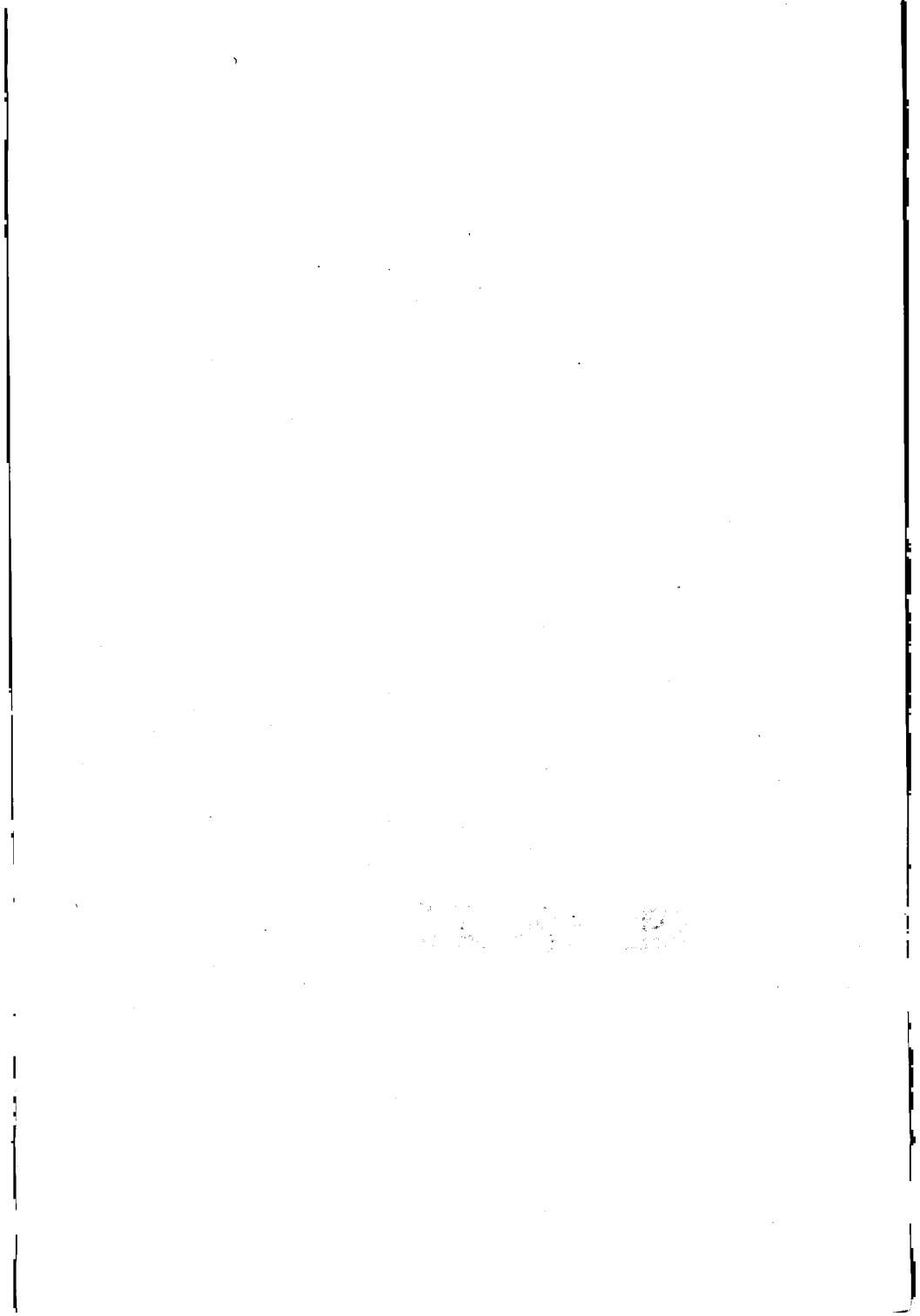
疾 病 篇

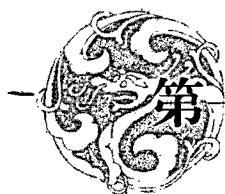
第一章 周围神经病经方治疗·····	217
第一节 三叉神经痛·····	217
第二节 枕神经痛·····	228
第三节 特发性面神经麻痹·····	233
第四节 面肌痉挛·····	239
第五节 坐骨神经痛·····	245
第二章 脑血管病经方治疗·····	253
第一节 短暂性脑缺血发作·····	253
第二节 脑梗死·····	261
第三节 脑出血·····	274
第四节 椎-基底动脉供血不足·····	285

第三章 头痛经方治疗·····	296
第一节 偏头痛·····	296
第二节 紧张型头痛·····	305
第三节 颈源性头痛·····	314
第四章 癫痫·····	322
第五章 精神疾病经方治疗·····	335
第一节 焦虑症·····	335
第二节 抑郁症·····	346
第三节 躁狂证·····	359
方剂汇编·····	373



理论篇





第一章

中医对脑髓与神经精神病的认识

在历代中医文献之中，有许多关于脑、髓、脑髓等的记载，以下就其中最基本的内容作扼要阐述。

传统中医理论中没有神经精神疾病的概念，而当代中医临床关于神经、精神疾病的许多内容大都属于中医脑病、神志病研究的范畴。因此，阐明脑、髓、脑髓的概念与功能是研究神经、精神疾病的基础。

第一节 脑、髓的概念及其分类

对脑、髓、脑髓历代认识有所不同，《素问·五脏别论》就将髓与脑分别阐述，“黄帝问曰：余闻方士，或以脑髓为藏，或以肠胃为藏，或以为府，敢问更相反，皆自谓是，不知其道，愿闻其说。岐伯对曰：脑、髓、骨、脉、胆、女子胞，此六者地气之所生也，皆藏于阴而象于地，故藏而不写，名曰奇恒之府。”《中医藏象学》、《中医藏象生理学》等将脑与脊髓合称“脑髓。”

一、脑

脑亦称“脑髓”，指的是位于颅骨所构成的颅骨腔内的器

官。脑是由髓汇合而构成的，如《素问·五脏生成》说：“诸髓者，皆属于脑。”《灵枢·海论》说：“脑为髓海。”颅骨对脑有保护作用，《圣济总录·打扑损伤·头伤脑髓出》说：“凡脑为物所击，伤破而髓出者，治疗宜速。盖头者诸阳所会，凶者物有所受命。若脑破髓出，稽于救治，毙不旋踵，宜速以封裹。”阐明脑髓因伤流出，必危及生命，而颅脑功在护脑。

《内经》对脑、髓理论的阐述为后世医家奠定理论基础。《内经》对于脑的论述虽不十分详尽，但涉及的内容却也比较广泛：首先，提出“脑为髓之海”的观点，《内经》书中常脑与髓海并称，为后世脑髓并称提供了凡例。其次，关于脑的脏腑属性有两种记载：一种认为脑属奇恒之府；另一种见于《素问·五脏别论》：“黄帝问曰：余闻方士，或以脑髓为藏。”说明当时对脑已有认识，而且已出现以脑为藏的观点。第三，脑居头颅之内。《素问·禁刺论》、《素问·脉要精微论》中有“刺头中脑户”、“头者精明之府”的记载。说明在《内经》时代，人们已经认识到了脑的重要性。在《素问·刺禁论》中有“藏有要害不可不察，刺中心，一日死，刺中肝，五日死，刺中胆，日半死……刺头，中脑户，入脑即死”，已经认识到脑是人体最为要害的器官以及脑损伤的严重性。第四，脑通过经脉与全身紧密相连，《灵枢》经脉、经别、经筋等篇记载，诸脉均入属于脑，足太阳经从巅入络脑，手少阴经、足厥经、足阳阴经别、足少阳经别均系目系而入脑，手少阳、足少阳、手太阳的经脉均从目周围与脑相连，《灵枢·大惑论》指出邪气可“随眼系以入于脑”，脑籍此与四肢百骸发生密切的联系。第五，关于脑的功能，根据《内经》提出的“善者不可见，恶者可见”的道理，我们可以依据书中有关病理描述反推脑的生理功能。《灵枢·海论》中髓海有余、不足的描述可推知脑有维持人体运动与思维正常的作用；《灵枢·口问》言“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩”，阐

述人体精气不足，脑髓不充则五官九窍失养；脑与七窍之间有着密切的关系：《灵枢·大惑论》“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精，精之窠为眼……肌肉之精为约束，裹撷筋骨血气之精而与脉并行，上属于脑，后出于项中”，即双目与脑直接相连，是脑从外界视物的器官，若髓海充足则双目炯炯有神，反之，则目无所见，如《灵枢·大惑论》云“故邪中于项，因逢其身之虚，其人深，则随眼系以入于脑，入于脑则脑转，脑转则引目系急，目系急则目眩以转矣。邪其精，其精所中不相比也，则精散视歧，视歧见两物”，说明目病可直接入脑，又强调了脑髓耗损不能养目可致两眼视物模糊。《素问·解精微论》言“泣涕者，脑也。脑者，阴也，髓者骨之充也，故脑渗为涕。”王冰注曰：“鼻窍通于脑，则脑渗为液。”耳目等诸窍虽由各脏腑所主，但又总统于脑，说明早在内经时代人们对脑的统率主宰作用已经认识。

二、脊 髓

脊髓位于由脊骨所形成的椎管内。《素问·五脏别论》中所述的“奇恒之府”之一的“髓”，应当是指脊髓。其根据是在《素问·刺禁论》中曾明确提到“刺脊间，中髓为伛”，王冰注曰：“脊间，谓脊骨节间也。伛偻，身蹇屈也。”以上论述，一方面说明髓为奇恒之府之髓，另一方面提示髓不可伤。

三、骨 髓

骨髓是指除脑髓、脊髓外而封藏于骨髓腔中的髓。《素问·解精微论》说：“髓者，骨之充也。”《素问·脉要精微论》说：“骨者，髓之府。”

第二节 脑髓的生成

一、禀先天精气而生

髓生于先天精气。精气是生命的原始物质，是构成人体的本原，而作为藏象理论中的“髓”，同样是禀受先天精气而生成的。《灵枢·经脉》说：“人始生，先成精，精成而脑髓生。”全元起注《黄帝内经素问》第四十七篇说：“人生于脑，缘有脑则有髓。”

二、成形于胚胎发育过程中

髓是在胚胎发育过程中形成的。脑的生成肇始于胚胎，由先天之精化生而成。父母媾精而成胎，脑髓则形成于胚胎形成的初期，它先于其他器官而成，所以《灵枢·经脉》说：“人始生，先成精，精成而脑髓生。”人既由精始，脑亦由精所生成。胚胎时期的脑髓需要不断得到母体气血精微的滋养才能发育完善。

三、根于肾命 长于后天

生成于先天的脑髓同其他脏腑一样，出生后必须不断得到精气的滋养，才能生长壮大，发育成熟。这其中以后天之本脾化生的血液与先天之本肾所藏的精气最为重要。脾为气血津液生化之源，脑髓需要气血津液充养，《灵枢·五癃津液别》说：“五谷之津液和合而为膏者，内渗于骨空，补益脑髓。”肾藏精，精能生髓，脑为髓海更是中医髓学说的核心内容。《素问·逆调论》云“肾不生，则髓不能满”；《医学从众录》指出“肾为肝之母，而主藏精，精虚则脑海空虚而头重”，均从病理角度反证了肾精对脑髓的化生作用，只有肾精源源不断地上输

于脑，髓海才能充满，其生理功能才正常。

第三节 脑髓的功能

脑髓的功能非常复杂，历代医家对此均十分重视。由于脑为髓海，又为元神之府，因而，脑髓的功能就成为历代医家研究的重点。本节也以阐述脑髓的功能为主。

一、脑髓的功能

“脑为元神之府”，神为生命之本。这一认识较早见于《内经》，《素问·脉要精微论》指出：“头者，精明之府。”《素问·刺禁论》说：“刺头，中脑户，入脑立死。”王冰注曰“然脑为髓之海，真气之所聚”，可谓要言不烦，真气聚于脑，神气见于外。唐初，杨上善《太素·厥头痛》说：“头为心神所聚。”孙思邈《备急千金要方》说：“头者，人之元首，人神所注。”阐明脑与神的密切关系及其在人体的重要地位。医学上创脑为元神之府，当自李时珍始。《本草纲目》辛夷条下云：“鼻气通于天，天者，头也，肺也。肺开窍于鼻，而阳明胃脉环鼻而上行。脑为元神之府，而鼻为命门之窍。人之中气不足，清阳不升，则头为之倾，九窍为之不利。”

近20年来，中医学者十分重视对脑髓生理病理的研究，当代一些研究脑病的专著，以及学术论文对脑髓及其功能作了大量论述，其中在《实用中医脑病学》、《中医脑病学》、《中医藏象生理学》等著作中对脑髓的功能作了比较详尽的论述。

(一) 脑主思维

思维是大脑的产物。

思维是人体精神活动的一部分，包括认识并分析事物，做出判断，对不同的外界因素有相应的情感反应，并能通过机体本身进行调节，这些功能都是由脑主宰。《内经》中将精神活

动归心所主，分属五脏，而未明确脑与精神活动的关系，对脑与精神活动的关系在明清时期的医著中已有明确记载。脑位于颅腔之内，具有藏髓（精气）之功能，而外在神明的表现变化，必由内在的脑髓作为物质基础，是脑对外界事物的反映。《灵枢·本神》对人精神意识、思维等心理活动作了如下描述：“故生之来谓之精，两精相搏谓之神，随神往来者谓之魂，并精而出入者谓之魄，所以任物者谓之心，心有所忆谓之意，意之所存谓之志，因志而存变谓之思，因思而远慕谓之虑，因虑而处物谓之智。”

（二）脑主感觉认知

对客观事物的感觉认知，属于人类认识客观世界的初级阶段，即感性认识阶段。人的感觉器官如耳、目、口、鼻等诸窍皆位于头面，与脑相通，其功能与脑有着密切关系。《灵枢·海论》说：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”《医林改错》则更明确指出：“两耳通于脑，所听之声归于脑……两目系如线长于脑，所见之物归于脑……鼻通于脑，所闻香臭归于脑。”这些都说明诸窍与脑相通，外界信息通过窍反映于脑，并产生相应的感觉和运动。

（三）脑主记忆

人之精明在脑，因而有记忆功能。《本草备要》曰：“人之记忆，皆在脑中。小儿善忘者，脑未满也；老人健忘者，脑渐空也。凡人外见一物，必有一形影留于脑中。”故《医林改错》有“灵机记性在脑”之说。

（四）脑主运动

肢体运动涉及多个脏腑，与脑亦有密切关系，《内经》中也有相关论述。如《灵枢·海论》说：“髓海有余，则轻劲多力，自过其度。髓海不足，……胫酸眩冒……懈怠安卧。”说明髓海的盈亏影响着肢体的运动功能。

（五）脑主五志

人的情志活动分属五脏，称为五志，即喜、怒、思、忧、恐。五志所以为脑所主，其一，由于脑位于头而象天，主五脏神而统五志；其二，五志属精神活动的重要组成部分，故为脑所主。

（六）脑主生长发育

脑与生长发育有着极为密切的关系。一般认为，肾藏精而主持生长发育，其实，肾中精气化生髓液，髓充养于脑，脑髓满盈，其功能逐渐成熟，才能主持生长发育。也就是说，肾藏精，精主生长发育是通过脑髓来完成的。《素问·上古天真论》所说的“天癸”就是由脑产生的具有促进生长发育和生殖功能的精微物质。

（七）脑主施泻精气 协调脏腑功能

脑受脏腑气、血、精、津液的滋养，在发挥上述功能的同时，还能施泻精气，通过脊髓、脑系、十二经脉而达于相应的脏腑组织器官，协调各脏腑的功能，使之趋于和调统一。在肾的研究中，所提出的下丘脑—垂体—肾上腺轴学说，就是对肾藏精与脑功能内在联系的认识。

二、脊髓的功能

脊髓有代脑行职的功能。脊髓是脑的外延部分，脑对肢节、百骸、前后二阴的支配，都是通过脊髓的联络才得以完成的。以往对此认识较少，但从临床上由于脊髓受损，而患者出现肢体的运动障碍这一点充分说明了脊髓在其中的作用。若仅从脾主肌肉、肾主骨、肺主皮毛来解释难免有牵强之嫌。

三、骨髓的功能

骨髓从现代生理学的观点看，与脑及神经生理没有直接的联系，但是，从传统中医肾藏精，精生髓，脑为髓海的理

论认识，骨髓与脑关系密切，因此，本书，仍然遵从这一认识。

（一）骨髓养骨

髓生于肾，能支持促进骨骼的发育生长，《素问·阴阳应象大论》说：“肾生骨髓。”《素问·六节藏象论》说肾“其充在骨。”肾主骨生髓，髓充于骨营养骨骼，从而保持骨骼的生长发育，使之强健有力。

（二）骨髓养脑

“诸髓者，皆属于脑”（《素问·五脏生成篇》）。脑为髓海，骨髓为具有营养作用的精微物质，不断地补充营养脑髓。因此，骨髓的充盈与否关系到脑髓的生长发育和功能正常。若精亏髓减，脑髓亦难充盛，所以才有“五迟”、“五软”的病变发生。

（三）化生血液

髓能生血这一认识具有数千年的历史，现代生理学也认为，骨髓是造血器官，已经充分证明骨髓生血的科学性。

（四）髓能养督、荣脊

督脉贯脊上行，属于肾而络于脑，为“精气升降之道路”（《杂病源流犀烛》），也是由髓、精所养。所以《医学衷中参西录》说：“脑为髓海，乃聚髓之处，非生髓之处，究其本源，实由肾中真阴真阳之气，酝酿化合而成，缘由督脉上升而贯注于脑。”所以说，髓不但养脑，同时养骨、养脊、养督。

第四节 脑髓、髓的生理特性

一、脑髓的生理特性

（一）脑为清质之府

脑髓藏精属奇恒之府，由精髓汇聚而成，又赖精气滋养，

故为至清之府。脑为清质之府，其理有二：一是脑藏精气，满而不实，精气清纯，其质清虚；二是脑藏精气，主神志活动，不耐邪扰，亦受不得脏腑浊气干犯。按照《内经》奇恒之府的理论，脑主藏精，精气与浊阴而言皆属质清之物。故藏精气而清虚无邪是其特性之一。

（二）脑为纯阳之府

脑位于颅内，头颅居身体之巅，清窍所聚，惟清纯之物始能上升，“清阳出上窍”之“清阳”是与“浊阴”相对而言，指由脏腑所化生的气、血、精、津液之属。十二经脉中手足三阳经脉皆上于头面，而手足三阴经多至颈而返，阳气上达煦育温养脑髓，故为纯阳之府。

（三）脑髓喜静恶动

脑为清虚之府，内藏元神，宜静谧而恶扰动。精气宜藏，元神需宁静方能安养，《素问·痹论》“静则神藏，躁则消亡”即指清静方能养神。脑髓所喜之静，以清静安宁、不宜动乱妄扰为特点，并非减少用脑之为“静。”脑髓恶动，一是指惧怕外来之震动打击，此常伤及脑髓；二是不易受到身体、精神、睡眠等方面的强烈波动，波动过甚亦伤脑髓。

（四）脑髓喜凉而恶热

凉属阴，阴主静，静则神藏；热属阳，阳主动，动则神扰不居。所以说脑髓喜凉而恶热。《温病条辨》曰“火能令人昏，水能令人清”，用水火指代凉热、阴阳确有至理。火热内盛，扰于脑髓，则躁烦、妄动、昏谵、不寐等病证迭见。

二、脊髓的特性

脊髓的生理特性从属于脑髓，脊髓对脑髓具有依赖性。脊髓得脑髓精气之养，又接受脑髓主持运动、感觉的指令，是脑髓与脏腑、肢节、百骸、皮毛相连络的路径。因而可以说，脑髓与脊髓共为一体，一盛俱盛，一伤俱伤，一败俱败。脊髓为

精气所聚，受骨之保护，不耐邪扰，外感六淫、七情内伤、痰饮、瘀血等皆易伤之；而跌扑外伤也极易损及脊髓。

三、骨髓的生理特性

骨髓亦属精气范畴，故宜藏而不泻，满而不虚。髓属奇恒之府，由精气构成，又主藏精气，生血养脑充骨，故其精气宜藏而不泻。清气不惧其多，惟惧其衰，因此，骨髓宜满而不虚。精气满而盛则骨髓能发挥其正常生理功能，反之则为病。

第五节 脑髓与神机

近十余年来，在中医内科学阐述脑髓病证以及中医脑病研究中常常出现“脑髓神机”这一术语，如王永炎主编的《中医内科学》在中风病、痴呆、痫病、癲病、狂病以及头痛、颤震等疾病项下，都提及脑髓神机。

脑髓即上文所说的脑与脊髓，而重点在脑。

神机的出处与本意。其出处有二，一是《素问·六微旨大论》：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危。”二是《下经》：“根于外者，命曰气化，气止则化绝。根于中者，命曰神机，神去则机息。”神机的本意是指阴阳的变化，如张志聪说：“神机者，阴阳不测之变化也。”张介宾说：“神之与机互相依伏，故神有机主，机有所从，神有所决，机有所断，神为机之主，机为神之使。”

中医脑病学认为神机是对脑髓功能的高度概括。脑髓的功能不外主思维、五志、记忆、感知觉、运动等方面。因此，通常所说的神机主要包括以上诸方面。

简而言之，脑髓与神机之间是体用关系。脑髓为体，神机为用。也就是说，脑髓产生神机，神机反映脑髓的功能状态。

显然，中医所说的脑髓、神机与西医所说的神经、精神是两种医学对同一问题的不同认识与表述。所以说，中医脑髓神机论及其所阐述的临床病证大致与西医神经精神疾病是一致的，这也是本书命名的缘故所在。

•



第二章 神经、精神病的病因病机

本书所阐述的内容主要涉及脑与脊髓、周围神经以及脑病引起的精神神志异常等病变，包含了西医学之神经病学与精神病学的内容。以下就其病因病机作简要回顾。

第一节 病 因

脑髓病的病因病机极为复杂，概括起来将主要包括外感、外伤、内伤、遗传等方面。几方面既可单独致病，又能相合为患。

一、外感邪气对脑髓病的影响

(一) 六淫邪气

六淫邪气是导致脑病发病的常见病因，本书仅阐述其在脑病发病过程中的致病特性。

1. 风邪 风为阳邪，其性轻扬，善动不居，易犯高位，常夹它邪致病。《素问·太阴阳明论》说：“伤于风者，上先受之。”又说：“故犯贼风虚邪者，阳受之。”《素问·风论》说：“风气循风府而上，则为脑风。风入系头，则为目风，眼寒。”《灵枢·刺节真邪》曰：“虚邪之中于人也，洒淅动形，起毫毛

而发腠理。其入深，内搏于骨，则为骨痹。搏于筋，则为筋挛。搏于脉中，血闭不通，则为痈。搏于肉，与卫气相搏，阳胜者则为热，阴胜者则为寒，寒则真气去，去则虚，虚则寒。搏于皮肤之间，其气外发，腠理开，毫毛摇，气往来行，则为痒。留而不去则痹。卫气不行，则为不仁。虚邪偏客于身半，其入深，内居营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”

风邪是外感脑病最常见的致病因素。其致病，以上扰清窍，壅阻经脉，扰乱气血为特点。临床表现以发病迅速，症状动摇不定为特征。

2. 寒 寒为阴邪，其性凝敛，主收引，易伤阳气，凝滞气机，妨碍气血运行。寒邪外袭，影响凝滞经脉，阻滞气血运行，最易导致疼痛。临床所见，单纯由寒邪所致的脑病较为少。

3. 暑 暑为夏季炎热之气。《素问·五运行大论》说：“其在天为热，在地为火……其性为暑。”暑邪为病具有明显的季节性。暑为阳邪，其性炎热，性升散，易伤气耗津，扰乱神明。温热病之“暑厥”、“暑风”，皆属此类。

此外，暑邪常挟湿邪致病，所谓“暑多挟湿。”

4. 湿 湿为阴邪，六淫之中惟湿有形。湿性黏腻、重浊，易伤阳气，困阻气机，也易与其他邪气相合致病，上蒙清窍，阻于经脉，导致脑髓病的发生。《素问·生气通天论》说：“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋软短，小筋弛长，软短为拘，弛长为痿。”如《温热经纬·薛生白湿热病》说：“木旺由于水亏，故得引火生风，反焚其木，以致痉厥。”同时，在外邪致痉中也补充了“湿热侵入经络脉隧中”的认识。

5. 燥 燥为秋季主气，有温凉之分。燥伤肺津，筋脉失养，易致痿病。但从总体而言，燥邪对脑髓病发病的影响相对较小。

6. 火 脑为元神之府，火热上扰于脑，则致神志、精神失常。《重订通俗伤寒论》提出：“肺胃痰火湿热，内壅心经包络，每致神昏谵语，心烦懊恼。”“其人心虚有痰，一经相火薰蒸，痰火即蒙蔽心窍，每有昏厥如尸之候。”“阳明热盛，最多蒸脑一症，病即神昏发痉。”诸症神昏痉厥，皆神明失聪，亦属脑病。火为热之极。火热病邪对脑髓病的发病具有重要的影响，这种影响可以概括为以下几方面：

(1) 火热易扰神明：火热属阳，其性上炎，最易扰乱神明，迷闭心窍，导致昏迷、谵语、狂躁、失眠等病症。《素问玄机原病式·火类》曰：“言为心声，犹火燔而鸣，故心火热则多言……若热甚则虽睡寤，而神昏不清，则谵妄也。”惊“心卒动而不宁也”，即今之惊悸。其病责之心火热甚，扰动心神，“心火自甚，故喜惊也。”此外，《素问玄机原病式·火类》有“惊骇”一症，指卒受惊恐，精神呆滞，惊惧不安。指出“若水衰火旺，而犹火之动也，故心胸躁动，谓之怔忡……皆为热也。”

(2) 火热闭窍：火热闭窍是外感温热病中极为常见的危重证候。《重订通俗伤寒论》中指出：“热深肢厥，神识昏迷者……即热气闭塞空窍所致。”“热毒炽盛，神昏谵语。”《温病条辨》说：“神识不清，热闭内窍。”“内窍欲闭则热邪盛矣。”说明火热邪盛皆能闭窍。脑为元神之府，神机所出，热闭内窍，神昏不清，即是脑病。由于外感热邪因时而异，常见温热闭窍、暑热内闭即中暑、湿热或暑湿蒙蔽等证候，后者《重订广温热论》称为“热陷湿蒙。”而《温病条辨》则曰：“湿热上焦未清，里虚内陷，神识如蒙。”“暑温蔓延三焦……热毒上攻心脑。”《重订广温热论》又说：“毒火内灼上中下三焦之候……神昏肢厥。”《重订通俗伤寒论》说：“邪热内陷包络，则神昏谵语，甚则不语如尸，阻塞心与脑神气出入之清窍。”总之，热邪内闭是导致神昏最为常见的病机之一。

(3) 火热易于生风：火热属阳，阳主动，动则为风，所谓“热极生风”，即指此言。《素问玄机原病式·火类》曰：“凡热甚而筋惕瘈瘲、僵仆、口出涎沫，俗云风痲病也。”发病机制为热甚生涎，“风痲之发作者，由热甚而风燥为其兼化，涎溢胸膈，燥热而瘈瘲、昏冒、僵仆也。”火热生风，亦称热盛动风，这是临床常见的动风机制。热病过程中，高热不退，复见惊厥抽搐，此由温热盛于阳明，或火热深入营血，火热燔灼厥阴肝经，木火相煽而致筋脉抽掣，颈项强直，角弓反张，成为热盛动风之候。此外，由于痰火内伏，常常蒙窍扰神生风，而发为痫证；痰火上扰，壅阻隧窍，以致经脉不通，神明被蒙，则可发为中风。《重订通俗伤寒论》说：“邪热传入厥阴脏证……手足瘈瘲，状如痲厥。”“虚极热盛，循衣摸床，神昏肢厥。”

(4) 火热动血：火热内盛，迫血妄行，则为出血诸证。

(5) 火热灼津成痰，灼血成瘀：痰瘀闭窍阻络，可以导致各种脑髓病。痰瘀是脑病发病中常见的致病因素。它既可以存在于脑病之先，又可成于既病之后的病理演变过程中，这往往责之于火热薰灼所致，由此则导致痰火、瘀热为害。痰火内扰，则能蒙窍阻络，扰神生风，是脑病常见的病理因素，如《重订广温热论》说：“伏火薰蒸津液，液郁为痰。”“痰火内伏胞络者，亦见昏沉。”《重订通俗伤寒论》说：“邪热内陷包络，郁蒸津液而为痰，迷漫心孔，即堵其神明出入之窍，其人即妄言妄见，疑神疑鬼，神识昏蒙，咯痰不爽，俗名痰蒙。”而温热病每有热退身凉之后，其人如痴，神思不清，言语謬妄，有因“痰火余邪，内伏包络”者；亦有温热证热退之后，其舌转动不灵，而言语謇涩者，此“因心脾肾三经之脉皆萦绕于舌，心肾虚则舌不灵动，痰阻脾络，肝风内扰，则语言謇涩不清。总是虚风痰火为病。”瘀热也是脑病中较为常见而重要的病理因素。瘀热既可闭窍，亦能阻络，《重订通俗伤寒论》说：“热

陷包络神昏，非痰迷心窍，即瘀塞心孔。”“邪陷包络，挟痰瘀互结清窍，症见痉厥并发，终日昏睡不醒，或错语呻吟，或独语如见鬼……”此外，是书还有“下焦瘀热”、“热入血室”，“瘀热不去，势必上蒸头脑，蓄血发狂，谵语……”的记述。《重订广温热论》说：“邪热结瘀，血毒攻心之候：神昏如狂，或如惊痫，喜笑怒骂，见人欲齿……或手足发痉。”凡此等等，皆是瘀热痰火为患。

(6) 火热伤津耗气：火热极易耗伤津液，损伤元气，阴伤气耗，则成为脑病难以痊愈的重要原因。

《素问·至真要大论》将火热为害归纳为：“诸热瞀瘈，皆属于火。”“诸禁鼓栗，如丧神守，皆属于火。”“诸躁狂越，皆属于火。”“诸病跗肿，痛酸惊骇，皆属于热。”“诸转反戾，水液混浊，皆属于热。”火热之所以能令人昏谵、狂、乱、躁扰、惊悸、妄言乱语，主要是由于扰乱心神之故。

六淫邪气最多相合致病。如风夹寒、热、湿诸邪为患；湿热合邪，暑湿合邪、暑热合邪、寒与湿合，等等。如风寒湿邪，壅滞经络导致痉证。外感风邪，则“风客淫气精乃亡，邪伤肝也。”脉络失其精血津液的濡养，拘挛病作；寒邪外客，以寒为阴邪，主收引又伤阳气，寒客脉道，经脉绌急失养而成；感受湿邪，湿性粘滞而困脾，继则中焦呆滞，气机不发，脏气壅闭，脉道失养，演生痉病。

(二) 疫毒邪气

疫毒邪气，又称疫疔之气。泛指具有强烈传染性的致病邪气疫毒致病，其致病具有以下特点：

1. 强烈的传染性。

2. 其病性多属阳热炽盛，极易内陷心包，伤营动血，引动肝风，又能损伤脑髓。

3. 疫毒邪气既可径犯于脑，也可先侵犯其他脏腑，然后影响于脑，如疫毒痢、急黄等。

因而，疫毒所致的脑髓病，在急性期病情往往危笃，其幸存者，则会遗留不同程度的后遗症。

二、七情伤神损脑

情志是脑髓的正常生理活动之一，属于神机的范畴。“脑为元神之府”，《内经》将正常的情志活动分属五脏，命曰五脏神。过度或不当的情志刺激，常常是引发脑髓病的重要原因或诱因。

情志刺激是导致脑病的主要致病因素。精神刺激，或精神紧张，情志不畅，是导致脑病的主要致病因素，这些精神刺激可以来自于社会、环境、家庭等许多方面。

（一）七情所伤，扰乱脑髓功能，损伤心神

五脏之神在脑髓神机的统领之下行使其功能，情志致病，既损五脏，也易伤及脑髓神机。悲哀则气机不得宣畅，脏腑气机因而抑遏，脑神紊乱。《灵枢·口问》说：“悲哀愁忧则心动，心动则五脏六腑皆摇。”

各种精神刺激对人体脏腑的影响虽然不同，但都是通过影响脑神而后起作用的。脑主五觉，精神刺激首先由脑神感知，然后影响其他脏腑。《内经》则将脑神主知觉的功能归属于心，《灵枢·本神》说：“所以任物者谓之心，心有所忆谓之意，意之所存谓之志，因志而存变谓之思，因思而远慕谓之虑，因虑而处物谓之智。”随着时代的发展，医学的进步，医家逐渐认识到脑是人体的感知主体，因而，脑主神明取代“心主神明”也就成为科学认识发展的必然结果。所以，不同的精神刺激对人体脏腑气化的影响有主次之别，因而，其所引起的病机变化也就有所区别。

（二）七情致病，首伤气机，继而及血

情志所伤，最易损伤气机，进而影响气血的运行，因而产生气滞血瘀、气血失调的病机变化。情志刺激所致的脑病病在

气机不畅，而症状却见于精神改变。气机不畅其责在肝，而精神改变其责在心（脑）。《素问·调经论》说：“血之与气，并走于上，则为大厥。”肝气郁结是脑病最为常见的病理变化，而血滞不畅则是脑病日久的基本病机。《医林改错·癫狂梦醒汤》说：“癫狂……乃气血凝滞脑气。”

（三）七情致病每致气郁，诸郁遂生

七情致病，首先伤气，气郁之后，则痰、火、湿、食、血诸郁随之而生，由此导致了脑髓病的复杂性和难治性。痰浊内阻必然是脏腑气机失调的病产物，或为中焦气机不畅，运化失司；或因肝气郁结，疏泄失常。因此，痰浊内阻者兼有气机失常是必然的。在此基础上，发生情志刺激，既可导致脏腑气机的进一步失调，同时也会发生痰阻气机，痰气壅结的病理变化。由此使脑病的病机出现更为复杂的改变，如痰气郁结化热化火，火热伤阴等。

（四）七情致病无一定的传变次序

七情导致脑病的另一个特点是常无一定的传变次序，如《素问·玉机真脏论》说：“然其卒发者，不必治于传，或其传化有不以次，不以次入者，忧恐悲喜怒，令不得以其次，故令人有大病矣。”

三、先天因素

先天禀赋的差异是脑髓病发生的重要因素。导致脑髓病的先天因素较多，如，遗传因素，主要是父母禀赋异常、体质欠佳、精弱、病精、母病及胎、妊娠期间调理失当等，导致胎儿禀赋异常，极易发生脑病。后世医家总结的“五软”、“五迟”等皆与先天禀赋异常有关。

（一）先天禀赋薄弱

人始生先成精。父母精气不充，则胎儿禀赋薄弱，先天精气不足，髓海因此而空虚。《灵枢·经脉》：“黄帝曰：人始生，

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医

先成精，精成而脑髓生，骨为干，脉为营，筋为纲，肉为墙，皮肤坚而毛发长，谷入于胃，脉道以通，血气乃行。”《灵枢·天年》说：“黄帝曰：何者为神？岐伯曰：血气已和，荣卫已通，五藏已成，神气舍心，魂魄毕具，乃成为人。”人禀于先天，先天不足，精气匮乏，肾精不能生髓充脑，则脑髓空虚。

（二）先天禀赋异常

父母患病或所禀精气异常，或因环境因素的损伤，导致父母精气变异，这种异常的精气通过先天精气传于后代，或影响胎儿在母体的发育，由此导致先天禀赋的异常，进而成为脑髓病的发病因素。

先天禀赋异常所致的疾病，常常称为胎病。胎病类似于近代之遗传学说，如《素问·奇病论》所说的“人生而有病巅疾者，病名曰何？安所得之？岐伯曰：病名曰胎病，此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为巅疾也。”姑且不论《内经》对“巅疾”之叙述，是“癫痫”抑或“癫狂”？但其统属于脑病，似毋庸置疑，这说明早在《内经》时代就已经建立起脑病之遗传学观念。

（三）难产或产伤

难产或产伤引起的新生儿脑髓损伤是脑髓病发病的常见而重要的致病因素。

四、其他致病因素

（一）饮食失节

饮食所伤，中焦气机失常，运化失司，一则气机升降失调，清浊混杂，清气不升，浊气上泛，神机被扰；一则食滞不化，湿自内生，因湿生痰，痰湿迷闭清窍；一则化源被困，气血生化不足，则气血亏虚，脑髓神机不得滋养。嗜酒无度，湿热内生，酿生痰热，壅阻经脉，阻滞清窍，发生中风、痴呆、颤震等老年脑病。《素问·通评虚实论》明确指出：消瘵、仆

击、偏枯、痿厥、气满、发逆、肥贵人等与体质、饮食、精神活动有密切关系。饮食失常作为脑病的致病因素越来越受到当代社会的重视。

(二) 房室劳逸

房事不节，损伤肾精，精亏则髓海失养而空虚。劳役无度，损伤元气，气虚则脑不得荣。《素问·举痛论》说：“劳则气耗。”

(三) 痰饮瘀血

痰饮瘀血是人体疾病过程中的病理产物，也是脑髓病的重要致病因素。痰饮瘀血可以闭阻清窍，壅阻经脉，导致脑髓病的发生，这种情形，既可见于内伤病，也可见于外感病，还能出现于外伤脑病过程中。

1. 痰迷心窍 痰浊蒙蔽心窍，清窍失聪是脑病中极为常见的病机。叶天士在《温热论》中说：“若平素心虚有痰，外邪一陷，里络就闭。”《重订通俗伤寒论》说：“肺胃痰火湿热，内壅心经包络，每致神昏谵语。”

2. 瘀阻心窍 心主血脉，藏神明。瘀血内阻，心窍被蒙，神志失常。《重订通俗伤寒论》说：“热陷包络神昏，非痰迷心窍，即瘀塞心孔。”

3. 痰瘀痹阻经脉 痰瘀皆为有形之邪，停于体内，最易阻滞经脉，妨碍气血运行，导致疼痛、麻木、无力、瘫痪等症状。

4. 痰瘀化热生风 痰浊、瘀血内结，日久则能化热化火，导致内风病证。《重订通俗伤寒论》说：“邪陷包络，挟痰瘀互结清窍，症必痉厥并发。”

(四) 中毒

中毒是神经与精神疾病的常见原因之一。中毒与脑病之关系极大，无论急性中毒或慢性中毒，都可引起神经与精神方面复杂多变的临床表现，其重者常致死亡。引起中毒的原因，可

以是外源性的，如药物、饮食、酒精、其他有毒物质等；也可以是内源性的，如脏腑浊气不能及时排除体外，蓄积日久，损害五脏，扰乱神机。随着社会的进步，科学技术的发展，工农业生产过程中的有害、有毒物质不断产生，大量积聚，人类在有意无意之中对自身赖以生存的自然环境造成了破坏，环境的污染反过来又对人类自己造成危害。

1. 药物中毒 误食相畏、相反之剂，或用药过量，或吞服大量剧毒之剂，俱谓药物中毒，轻者可致脏腑功能失调，出现恶心呕吐，肢端发麻，颈项牵强；甚则神识昏乱，语无伦次，循衣摸床，狂言谵语；或痉挛抽搐，四肢厥逆。所谓“毒淫于上者则项倾头摇，毒淫于下者则颤抖不行，更严重者则夭折殒命。”

2. 食物中毒 误食腐败变质食物，或误食有毒食物，俱可发生脑部症状，《肘后备急方》云：“食其若令人发狂。”其他如《金匱要略》在“鸟兽虫色禁忌”及“果实菜谷禁忌”等述及之有毒物，都可发生食物中毒，俱能引起脑部症状。

3. 饮酒中毒 饮酒中毒，自古有之，近代更为多见，《内经》即有“以酒为浆”之说。《诸病源候论》云：“饮酒大醉，连日不醒候。”“恶酒候：狂悖变怒，失于常理。”《医方类聚》云：“若饮酒过度，盆倾斗量，毒气攻心，穿肠府肋，神昏志谬，目不见人，此则丧生之本也。”酒精损害已成为现代临床的常见问题。

4. 其他中毒 因工作、居住或其他意外，俱可因中毒而引起脑病，如各种化学物质之中毒，农药中毒，煤炭气中毒，以及山岚瘴气之中毒，毒蛇、虫兽之咬伤等，俱可发生严重之神经、精神症状，轻则头昏、头痛、恶心呕吐，甚则妄言谵语，抽搐昏迷，甚至死亡。

(五) 外伤

外伤如跌仆打击，直伤脑髓，引起外伤性脑髓病。《医宗

金鉴·正骨心法要诀》说：“若被打扑损伤，血流不止，神气昏迷……。”因外伤引起的脑髓病临床并不少见，如瘫痪、痫病、痿病、头痛、失眠、健忘等。随着社会的发展，交通、工伤等事故不断增加，由此而导致的脑外伤逐年增多。外伤所致的脑髓病，还可由于经脉的损伤，或气血损伤，瘀血内阻，影响脑髓神明，导致精神、运动等功能失调而发病。

第二节 脑髓神志病病机

一、气血失常

气血失常是脑髓病常见病机变化。气血上荣，能够充养脑髓，振奋神机。气血失常，最易导致脑髓病变。

(一) 气血郁滞

人身气血以流通为贵。外邪所伤、七情失和、脏腑失调、浊邪阻滞，每易影响气血的流通畅达，导致气血郁滞，进而累及脑髓神机，引发脑髓病。目前，临床常见的郁证、失眠、头痛、眩晕、癫痫等均与气血郁滞有着密切的关系。

(二) 气血逆乱

气为血帅，血随气行。任何原因导致气机的升降失常，都会引起气机逆乱，严重者还会影响血的循行，发生气血逆乱，甚则危及生命。

(三) 血浊扰神

血主濡之。血分浊气毒邪扰于脑髓神机，则会出现脑髓神机紊乱，发生脑病。

血浊的产生原因是多方面的，其中主要与机体内外环境与着密切的关系。在外者可以是环境因素的影响，在内者则与饮食失节，嗜欲偏颇，脏腑功能失常，浊气毒邪内生，滋扰脏腑气机，引起脏腑功能障碍，气机失常，气化不利，进而导致脑

髓神机失调而发病。临床常见的眩晕、头痛、健忘、痴呆、中风等病证多与此有关。

(四) 气血亏虚

五脏精华之血，六腑清阳之气，皆上注头目而滋荣脑髓清窍。若气血亏虚，则不能上荣髓海，可致髓海空虚，清窍失养，神机失用，从而发生失眠、眩晕、头痛、健忘、痴呆等病证。

二、阴阳失调

人体阴阳和则神安志宁，故《素问·生气通天论》说：“阴平阳秘，精神乃治。”反之，阴阳失和，病乃丛生。阴阳虚，髓海失养，清窍失用；阴阳逆乱，清窍迷闭。《素问·厥论》说：“阳盛于上，则下气重上而邪气逆，逆则阳气乱，阳气乱则不知人也。”《难经·二十难》提出：“重阴者癫”、“重阳者狂。”

三、正虚邪犯

邪正斗争是疾病的基本病机，其发生的关键在于正虚邪扰。脑髓病的发病也不外乎此。外邪侵犯脑髓，每与正虚有关；脏腑损伤，精气不足，髓海空虚，更易为内外邪气所伤。

四、瘀血内阻

瘀血内阻是神经精神疾病病机的重要方面。瘀血成因有四：一是外邪、七情所伤，气机失和，经脉不畅，血滞为瘀；二是脏腑失调，气机失常，血行郁滞，或络破血溢，瘀阻脑髓，影响神机；三是久病入络，瘀血内结；四是打仆外伤，直接损伤脑髓、经脉，累及神机。

五、火热上扰

火热是脑髓病的常见致病因素，既可产生于病前，也是脑髓病发病后最易自内而生的致病因素。火热上扰，可以扰乱气机，影响神明，导致诸多脑髓病的发生。《素问·至真要大论》病机十九条中有关火热引发脑髓神志病的描述甚多，刘河间《素问玄机原病式》更加完善地阐述了以上内容。

六、痰饮蒙阻

痰是体内气血津液代谢失常的病理产物。气血津液的代谢与脏腑功能失常密切相关。任何原因导致脏腑功能失调，气血运行失常时，都可能形成痰浊。痰浊既成，就成为一种潜在的致病因素。或停留于脏腑，或布散于血脉，或流注于经络，或凝滞于脑窍，从而导致各种痰病。脑病乃是其中之一。

痰饮内阻是脑病常见病机。《诸病源候论》中有痰厥头痛，并称之为“痰浊犯脑”。《丹溪心法》主张从痰论治中风、头痛、眩晕，癫、狂、痫、厥、郁等多种脑病。《石室秘录》从痰论治痴呆。当代对痰与脑病从理论到临床开展了多方面的研究，较之古代医家有进展。叶天士在《温热论》中说：“若平素心虚有痰，外邪一陷，里络就闭”。何秀山说：“热陷包络神昏，非痰迷心窍，即瘀塞心孔”。何廉臣在《重订广温热论》：“凡温热症热退之后，其舌转动不灵，而语言謇塞者，因心脾肾三经之脉皆萦绕于舌，心肾虚则舌不灵动；痰阻脾络，肝风上扰，则语言謇塞不清。总是虚风痰火为病”。

痰饮导致脑髓病病机变化有三：

1. 痰饮浊邪壅阻脑髓，迷闭清窍。陈士铎《石室秘录》指出：“痰气最盛，呆气最深。”何廉臣在《重订广温热论》中提出：温病瘥后，“痰火内伏胞络者，其人终日昏睡不醒”。
2. 痰饮邪气阻滞气机，妨碍气化，影响气血运行。

3. 痰饮邪气阻于经脉致病。痰浊犯脑所致肢体运动不利，主要有半身不遂、肢体萎软、睑废、头倾、四肢不收等。

严格地说，痰饮不同，因痰致病，有寒热之别，即有痰湿、痰热、痰火，最多扰神闭窍之病。饮邪致病，多属于阴，其所致脑髓病以饮邪蒙阻清窍而致眩晕、耳鸣较为多见。

七、脑髓空虚

脑髓空虚，亦称髓海不足。髓海不足，有因先天禀赋薄弱，以致脑髓生而未满；有因后天失调，脑髓亏虚；有因年高体衰，脏腑损伤，精血衰耗，脑髓失养所致。进入老年之后精髓空虚，血不荣脑是造成衰老的主要原因，也是造成脑髓空虚的主要内在因素。邹铉在《寿亲养老新书》中也提出脑髓空虚出现的各种证候，“视听不至聪明，手足举动不随，其身劳倦，头目昏眩”。《医林改错·脑髓说》中指出：“小儿无记性者，脑髓未满；高年无记性者，脑髓渐空。”阐明年老人或未老先衰者记忆力减退、感觉、运动等病变，其原因为脑髓渐空。《杂症会心录》中指出：“不明肝肾为髓海之源，精气为神藏之根。”“盖脑为神藏，谓之泥丸宫而精髓藏焉。人生精气，实于下则髓海满上……醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，致肾气不充而髓海空虚。肾阴不足而阴火冲逆，肾阳不壮而寒气通脑……”。阐明了房劳过度，耗竭真精，损伤肾之阴阳，是导致脑髓消病的重要病因。

八、脑髓损伤

外伤或外感、内伤脑病的过程中都可能导致脑髓的损伤，脑髓受损则可直接导致脑髓病变的发生。《医宗金鉴·正骨心法要诀》说：“若被打扑损伤，血流不止，神气昏迷……。”

第三节 神经精神病的病证特点

一、易虚易实

脑为娇脏，至清之地，不容邪犯，犯之则病。凡病实者，非外感六淫之邪犯脑，即为痰、水、瘀、毒邪壅滞之证。凡病虚者，非髓海不足，即元气亏虚。由于其喜宁静而恶躁扰，性属娇脏，故易虚易实。在发病过程中，随正邪斗争情况而有虚实多实少，实多虚少，虚实兼见之症。

二、神机失用

神作为生命象征而存在，有生命存在就有神的运动。脑为神机运动中枢，其转运有一定规律，凡脑病则神失机转，而有种种不同的神志病变。如：其一，病实者多神志不清，如秽浊入中，浊气内阻，血菀于上，痰迷清窍等；其二，神失守位，如《素问遗篇·刺法论》云：“神失位，使神彩之不圆，恐邪干犯”。这里“神失位”，是说不能保持神之充足，那么外表之神情形态就不能丰满。轻则烦躁懊恼，失眠多梦等，重则癫狂失志，狂言骂詈等，严重则神不内敛，或神随气脱而飞越，以致死亡；其三，神衰乏用，既是神机失用的表现，也是脑病虚证的表现，如神倦欲寐，失神健忘，好卧，目始不明，言语善误，行动迟钝，感情淡漠痴呆等，为脑神不足之征。

三、五觉失调

凡病变在脑，多有视觉、听觉、嗅觉、味觉、机体觉等五觉功能失调之症。这是因为：就生理而言，五觉正常皆赖脑神功能正常。如《灵枢·邪气脏腑病形》云：“十二经脉三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍。其精阳气上走于目而为

视；其别气走于耳则为听，其宗气上出鼻则为嗅；其浊气出于胃走唇舌而为味。”脑神功能正常才能各行其用。就其病理而言，五觉失常，皆责于脑。如脑病而目系急，则眩晕而视歧；脑病“精脱”髓亏而耳聋；脑病而鼻不闻香臭；脑病而舌不能言，木舌、重舌、舌肿等；它如味觉，肢体觉等，莫不皆然。

第四节 神经精神病的症状学特点

一、精神、神志异常

1. 昏迷 指神志不清，不省人事为特征的症状。见于多种中枢神经疾病的急危重症阶段。患者意识障碍的严重阶段，其临床特征为神志表情完全丧失。邪阻清窍，神明被蒙，或是气血逆乱，神不守舍，遂致昏迷。《伤寒论》太阳温病、阳明热极时的昏迷、谵语皆属此类。

2. 昏愦 亦昏迷之类。愦：意为昏乱，迷糊。昏愦指昏迷而见有元气损伤，欲现脱象者。

3. 迷蒙 昏迷之轻浅者。

4. 嗜睡 患者处于睡眠状态，但呼之能应，醒后再睡。

5. 狂乱无知 患者处于极度亢奋状态，自知力丧失，不能辨别安危、亲疏。

6. 精神异常 如兴奋、躁动、抑郁、淡漠、呆木、紧张、焦虑、多疑、易惊善恐，以及情感障碍等。《伤寒论》在蓄血发狂时的描述与之类似。

脑为元神之府，而六经病皆可因神明被扰而产生神志异常的病证，如烦躁、失眠、狂乱、谵语、健忘等。本节主要介绍《伤寒论》六经病涉及的烦躁、不寐等病证。

二、知觉思维异常

神经疾病的精神症状在历代中医文献中多有述及，但大多言简意赅，论述不多。对精神行为反常之情况，未加条分缕析，为此参照现代精神医学之常见症状，作一纲要性概括。

1. 感觉障碍

(1) 错觉：是对客观事物的错误感知，如谵妄病人把吊灯看成巨缆，因而惊恐万状。

(2) 幻觉：为没有现实刺激作用于感觉器官而出现的知觉体验，常见有：①听幻觉：以言语的幻听为多见，其中有呼叫、命令、赞扬、辱骂等内容，其他噪音，加虫鸣、鸟叫、机械声等。②视幻觉：看到各种奇异物件。如，《伤寒论》所讲的“独语如见鬼状。”③嗅幻觉：嗅到各种气味。④味幻觉：尝到各种特殊味道。⑤触幻觉：身体有多种感觉，如虫爬。在《伤寒论》则有所述的“其身如虫行皮中状”的描述。

2. 思维障碍

(1) 联想障碍：①思想奔逸又名意念飘忽，联想过程明显加快。②思想迟缓：与思想奔逸相反，思维过程缓慢。③联想散漫：言语简单，难于出口，语句之间，内容不连贯。④强迫观念：反复出现一些不合时宜的念头。⑤思维贫乏：思想空虚，讲不出内容。

(2) 妄想：妄想种类很多，常见有迫害、幻觉、情感障碍。情绪高涨，兴奋喜悦，声音响亮。情绪低落，低沉抑郁，语声轻微。甚或音联、意联。《伤寒论》热入血室之“暮则谵语”即属此类。

(3) 焦虑：惶惶不安，紧张焦急。恐惧惊恐疑惧，提心吊胆。《金匱要略》之百合病、脏躁、奔豚病等与之有关。

(4) 抑郁：情感淡漠，表情平淡，一切无动于衷。《伤寒论》之“但欲寐”、“默默不欲饮食”与此类似。

(5) 睡眠异常(睡眠障碍):失眠、嗜睡、梦惊、梦魇、梦游、鼾眠、拘挛与瘰疬、梦语、梦交、遗尿等。不寐是指反复经常性地睡眠减少;如不易入睡,入睡后易醒,早醒后不能再度入睡,甚至彻夜不寐。属《内经》所称“目不瞑”,“不得眠”,“不得卧”等范畴。不寐可由邪之所扰,也可由营气不足导致营血之气不养心神所致。嗜睡是指精神困倦,时时昏沉欲睡的症状,阴跷、阳跷功能失常,阴盛阳虚,气虚弱,肝热,髓海不足均可导致。梦魇是指睡眠中因恶梦而出现胸部压迫感,欲醒不得,或以致惊恐呼号的证候。《伤寒论》所述的“多眠睡”、“心中烦,不得卧”、“心烦不得眠”、“但欲寐”,《金匱要略》之“虚劳虚烦不得眠”等都是对睡眠障碍的描述。

(6) 记忆力异常:主要是记忆力减退,即健忘。如《伤寒论》之“喜忘。”

3. 五觉异常 脑主五官九窍,脑病常有关窍失聪的临床表现,如除上述视觉、听觉、嗅觉、味觉、机体觉即五觉功能异常外,还常见以下病证,如:头痛、头重、头胀、头昏不爽、眩晕、耳鸣、耳聋、鼻不知味、视力改变、语言障碍以及肢体疼痛、麻木等。

三、运动异常

1. 运动障碍 常见瘫痪、痿弱、无力、笨拙等。瘫痪是指肌肉不能收缩或收缩无力的证候,经常表现为局部性瘫痪,如在面部的面瘫,单个肢体瘫痪的单瘫,同侧上、下肢体瘫痪的偏瘫,及双侧肢体同时瘫痪为特征的截瘫等。《金匱要略》中风篇有“喎僻不遂”、“但臂不遂”的记载。瘫痪可由外感六淫、跌打损伤,肝阳暴亢,气血逆乱或血瘀等所致。

2. 肢体妄动 常见抽搐、强急、拘挛、颤震、动摇等。《金匱要略》有“痉”、“颈项强”、“独头动摇”、“口噤”、“拘急不得转侧”、“手足拘急”及“瘰疬”等症状的描述。

(1) 抽搐：又称瘈瘲，指手足时伸时缩，抽动不已，形如拽锯。多由热盛伤阴，风火相煽，或风痰、痰火壅滞所致，亦有属寒属虚者，常与内脏病变相关。或邪扰神明，失所养、髓不主四肢而成。

(2) 振颤：又名颤振、指头或四肢掉摆、抖动之症。多由于阴血不足，筋脉失养，肝阳偏亢，阳盛化风，上冲于脑而成。故《证治准绳·杂病》述及颤振时曰：“此病壮年鲜有，中年之后乃有之，老年尤多。”

(3) 肢体痿废：常见肢体肌肉萎缩、变细等。痿证是指肢体筋脉弛缓，手足痿软无力的一种病症。根据临床表现的不同又有脉痿、肉痿、骨痿、筋痿，皮痿之分。痿证之形成可由热伤肺阴，肝肾不足，脾胃虚弱，湿热浸淫或瘀血阻络所致。

四、语言异常

语言异常表现复杂，常见失音、谵语等。失音是指语音不扬、嘶哑，甚则无音。属暗的范畴。《医学纲目》卷二十七：“邪搏阴则为暗，然有两证，一曰舌暗，乃中风舌不转运之类是也；二曰喉暗，乃劳嗽失音之类是也。”谵语是指由病邪侵扰脑神而出现神识不清、胡言乱语的证候。多由于邪热扰神，火热燔灼，热入血室，或痰热酿蒸，蒙蔽神窍而致。



第三章

神经精神病的常用治则、治法与经方

中医对神经精神疾病的治疗以辨证论治为基本指导思想，同时也十分重视经验方药的运用。其中六经辨证以及《伤寒论》、《金匱要略》的理法方药对指导临床治疗神经精神疾病有重要价值。

第一节 治 则

一、调整 阴 阳

阴阳失调是神经精神疾病的基本病机，故调整阴阳是神经精神疾病的重要治则。阳偏胜则狂、乱、烦、不寐，治当泻阳热以安神；阴偏盛则抑郁、呆木、少动、多寐，治当抑阴以配阳。

二、调和 气 血

“血气者，人之神。”（《素问·八正神明论》）气血失调，神机失用，调和气血，安神定志，则气血归于和调，神机乃复其用。调和气血常随病机而异，如调气以和血，调血以和气，或气血并调。《素问·调经论》云：“血气不和，百病乃变化而

生。”因此，调和气血是临床常用的治疗原则，并受到历代医家的重视，如《医林改错》云：“治疗之要诀，在明白气血。”

三、扶正祛邪

神经精神疾病病机有虚实之分。虚当补之，正虚得复，精气充盈，脑髓得养，神机乃出。实当泻之，邪非人身所素有，驱除邪气，清窍复聪，经络得通，气血和利，神机复常。

四、调治脏腑，以利脑髓神机

即从脏治脑调神。脑髓在生理上与脏腑密切相关，在病理上亦受脏腑病变影响。脑髓赖精气充养，精气藏于脏腑，故调养五脏，化生气血，则能填精生髓，上充于脑。五脏邪气亦能上干于脑，调和脏腑气机，祛除脏腑浊邪，使清气上升，浊气下降，清窍和利。

第二节 常用治法与常用经方

一、祛风散邪法

用于风邪上犯引起的神经精神疾病病证。根据风邪所兼夹的邪气不同而有：祛风散寒法、祛风清热法、祛风胜湿法、祛风通络法、祛风活血法、祛风止痉法、祛风通窍法等。常用方剂，如麻黄汤、桂枝汤、柴胡桂枝汤、葛根汤、葛根加半夏汤、乌头汤、桂枝芍药知母汤、甘草附子汤、白术附子汤、麻黄杏仁薏苡甘草汤、越婢汤、越婢加术汤、防己黄芪汤等。

二、调气疏肝法

用于气机失调、肝气郁结的病证。常用疏肝解郁、疏肝理气、理气降逆、理气和中、理气活血、理气化痰等法。四逆

散、柴胡桂枝汤、小柴胡汤、大柴胡汤、半夏生姜厚朴甘草人参汤、橘枳姜汤、橘皮竹茹汤、半夏厚朴汤等。

三、活血通络法

用于瘀血内结、经脉闭阻的病证。常用活血化瘀、活血通络、活血祛风、活血安神、破血逐瘀等法。常用方剂，如桂枝茯苓丸、抵当汤丸、桃核承气汤、枳实芍药散、温经汤、下瘀血汤、大黄廑虫丸、桂枝加芍药汤、桂枝加大黄汤等。

四、化痰利窍法

用于痰阻气机、痰痹经络、痰迷心窍的病证。常用理气化痰、燥湿化痰、清热化痰、化痰开窍、化痰利窍、化痰醒神、化痰安神、化痰通络、化痰熄风、化痰镇惊等。常用方剂，如半夏厚朴汤、小陷胸汤、大陷胸汤、丸、三物白散、苓桂术甘汤、泽泻汤、小半夏汤、小半夏加茯苓汤、栝楼薤白白酒汤、栝楼薤白半夏汤等。

五、清热泻火法

用于火热内盛的神经精神疾病。针对火热危害的部位而有清心开窍、清热除烦、清肝泻火等。常用方剂，如白虎汤、泻心汤、大黄黄连泻心汤、栀子豉汤、白头翁汤、葛根芩连汤，等。

六、泻火导浊法

用于毒邪浊气侵害脑髓引起的病证。常用解毒清脑法、通腑泻浊法、解毒利窍法、通阳利水法、利水化浊法等。常用方剂如泻心汤、大黄黄连泻心汤、承气汤类方、抵当汤丸、桃核承气汤、葛根芩连汤等。用于治疗火热内盛，或火热夹湿热浊气内蕴，上扰清窍，闭塞神明之证，如神昏、头痛、烦躁、眩

晕、谵语、健忘、痴呆、失眠等病证。

七、安神宁脑法

用于元神紊乱、神机不宁的病证。由于导致脑神紊乱、神机不宁的原因是多方面的、复杂的，因此，本法常与其他治法配合应用。如泻热安神、和解安神、解毒安神、重镇安神、化痰安神、活血安神、养心安神、滋阴安神等。常用方剂如酸枣仁汤、百合知母汤、百合地黄汤、风引汤、侯氏黑散、炙甘草汤、半夏厚朴汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、黄连阿胶汤等。

八、补虚益损法

用于虚损性神经精神疾病。根据气血阴阳亏虚的脏腑不同，益气、养血、滋阴、温阳应当结合具体的脏腑来进行。常用方剂如金匱肾气丸、炙甘草汤、薯蓣丸、黄芪建中汤、小建中汤、理中丸等。

九、通腑泻热法

用于热邪结滞阳明胃腑，气机不畅，热邪与糟粕、痰浊、瘀血互结，形成的腑气不通，邪扰脏腑，影响神明之病证。《素问·通评虚实论》说：“头痛、耳鸣，九窍不利，肠胃之所生也。”头痛、耳鸣、眩晕、中风是神经疾病的常见症状，其发病与肠胃功能有着密切关系，因此，调理胃腑气机，通腑降浊就成为治疗神经疾病的重要方法。常用方剂，如承气汤类方、抵当汤丸、桃核承气汤、下瘀血汤等。临床常用于中风病、眩晕以及外感引起的神经、精神疾病的证治。

十、宣痹通络法

用于久病邪气入络，痹阻经脉，气血郁滞证。常用方剂，

如旋覆花汤、桂枝茯苓丸、桂枝加芍药汤、黄芪桂枝五物汤、乌头汤、大黄廑虫丸、柴胡桂枝汤等。临床常用于头痛、血痹、麻木、中风以及神经痛等各种痛证的治疗。

由于脑髓病病机是十分复杂的，因而各种治法常合并使用，不可拘泥于一法一方。



第四章

六经辨证与神经 精神病证治

《伤寒论》六经辨证体系的提出，开创了中医临床辨证论治之先河。辨证论治的基础理论源于《内经》，但将辨证论治的理论与临床有机结合，使理、法、方、药融为一体，却始于《伤寒论》。仲景撰用《素问》、《九卷》，创造性地把《内经》等古典医著中的脏腑经络、气血阴阳、病因病理、治疗大法等基本理论，运用于实践中，经过长期的检验、总结、提高，终于创造出理法方药俱全、辨证体系完整、辨证思维灵活的六经辨证论治体系。

六经不离阴阳、脏腑、气血、津液、经脉、气化、六气等内容。生之本本于阴阳，疾病本于阴阳，六经本于阴阳，脑病不离阴阳，因此，六经辨证同样可以辨治神经精神疾病。《丹溪心法·治病必求于本》说：“人或受邪生病，不离于阴阳也，病既本于此，为工者岂可他求哉？必求于阴阳可也。”基于此，中医脑病临床也是以阴阳、脏腑、气血、津液、经脉、气化、六气作为理论基础，用以指导临床实践，所以，可以用六经辨证的方法与思路来研究神经与精神疾病的证治规律。

第一节 六经辨证与神经 精神病概述

一、六经辨证阴阳为纲

六经辨证，本质上讲是三阴三阳辨证。阴阳分之为六，合则为一，故六经辨证就是阴阳辨证。《素问·阴阳应象大论》：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”因此，六经辨证其宗旨就是运用三阴三阳来概括脏腑、经络及气化功能与病理演变。又用三阴三阳所涵示的阴阳、表里、虚实、寒热，与感受邪气机体所发生病理变化、脉症特点等有机结合起来，借以说明疾病的正邪斗争、表里进退、虚实转化、阴阳盛衰；从而辨明病邪、病位、病性、病势、预后等。进而确立相应的治疗原则，遣用相应的方剂药物，选择相应的煎服方法。不仅如此，还通过具体的病脉证治，揭示了既原则又灵活的辨证思维方法，把中医学朴素而丰富的辩证法思想，溶化在六经病的论治之中，给后世医家提供了学习中医的无穷的、广阔思维天地。

六经辨证重在辨阴阳，其目的就是要调整阴阳，以平为期。“阴平阳秘，精神乃治。”三阴三阳的协和，是保证脏腑气血和调，经脉畅达的基础。《素问·生气通天论》说：“阴者，藏精而起亟也，阳者，卫外而为固也。阴不胜其阳，则脉流薄疾，并乃狂。阳不胜其阴，则五藏气争，九窍不通。是以圣人陈阴阳，筋脉和同，骨髓坚固，气血皆从。如是则内外调和，邪不能害，耳目聪明，气立如故。”九窍通达，精神和利就需要三阴三阳的共同协作，这也是六经辨证所要达到的目标。《伤寒论》58条说“凡病，若发汗，若吐，若下，若亡血，亡津液，阴阳自和者，必自愈。”

阴阳为天地之本、阴阳为人体之本、阴阳为六经之本，至

此阴阳、人体、六经就在此基础上构成统一协调的有机整体。这也就使得用六经辨证来研究脑与神经、精神疾病有了基础，成为可能。

二、神经精神病的六经见证

脑与神经及其功能的发挥离不开六经及其所属的脏腑经脉。脑髓与脏腑、经脉、气血不可分离。六经不外三阳三阴，三阳三阴不出脏腑、经脉、气血津液、气化与六气之范畴。三阳经脉起于或止于头面，其气血皆上注头面清窍，《素问·阴阳应象大论》说：“清阳出上窍。”除足厥阴肝脉之外，太阴、少阴经脉虽不上行头面，但却循喉咙、挟舌本，其精血阳气亦皆上荣以养脑髓。《灵枢·邪气脏腑病形》：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛，其别气走于耳而为听，其宗气上出于鼻而为臭，其浊气出于胃，走唇舌而为味。其气之津液皆上熏于面……。”

六经与神经精神疾病相关病证颇多，这些病证，可以是躯体的病变，也可以是精神神志的改变。六经以阴阳气多少而分，六经病以阳气盛衰变化为机转。阳气盛者易郁，阳气衰者易脱。从《伤寒论》六经病病机与证候可见，六经皆有阳气郁滞，阳气郁滞，精神失和，往往产生抑郁。俞根初在《通俗伤寒论》中指出“凡治伤寒以开郁为先。”六经皆有精神改变。六经多可产生精神神志症状，六经病证各有与脑髓病相关的病证与临床表现。《丹溪心法》就记载了大量与脑髓、神经疾病临床表现相似的症状。

足太阳膀胱经见证：“头苦痛，目似脱，头两边痛，泪出……肌肉痠，项似拔。”

足阳明胃经见证：“恶与火，闻木声则惊狂上登而歌弃衣而走……不能言……呵欠……遗溺失气，善伸数欠，癫疾……心欲动，则闭户独处，惊。”

足少阳胆经见证：“口苦……胸中、胁肋、脾、膝外……诸节痛……善太息。”

手太阳小肠经见证：“耳前热，苦寒，颤，颌肿不可转……臂外后廉肿痛，臑臂内。”

手阳明大肠经见证：“手大指、次指难用，耳聋……耳鸣嘈，耳后、肩、臑、肘、臂外背痛，气满，肤壳然坚而不痛。”

足太阴脾经见证：“大小便不通，面黄，舌本强痛……食不下咽，怠惰嗜卧……尻、阴、股、膝、臑、肱、足背痛，烦闷……足不收，行善癎，脚下痛，九窍不通……饮发中满，食减善噫，形醉，皮肤润而短气，肉痛，身体不能动摇……。”

足少阴肾经见证：“背、肩、髀间痛……腹大颈肿，喘嗽，脊、臀、股后痛，脊中痛，脊、股内后廉痛，腰冷如冰及肿，足痿、厥，脐下气逆、小腹急痛……下踵，足腑寒而逆，……嗜卧，……善思、善恐，四肢不收，四肢不举。”

足厥阴肝经见证：“头痛，脱色善洁，耳无闻，颊肿，肝逆颊肿、面青、目赤肿痛，……腰痛不可俛仰……暴痒，足逆寒，肱善癎……遗沥淋……大人癎疝、眩冒、转筋、阴缩、两筋挛、善恐，胸中喘。”

手太阴肺经见证：“善嚏，缺盆中痛，脐上、肩痛，肩背痛，……皮肤痛及麻木，喘，少气，颊上气见……交两手而瞀，悲愁欲哭。”

手少阴心经见证：“善笑、善恐善忘……眩仆……身热而腹痛，悲。”

手厥阴别脉经见证：“笑不休。”

手足阴阳经合生见证：“头顶痛，足太阳、手少阴”；“耳聋，手阳明、少阴、太阳、厥阴、足太阳”；“目眈眈无所见，足少阴、厥阴”；“目瞳人痛，足厥阴”；“如人将捕，足少阴、厥阴”；“身体重，手大阴、少阴。”

第二节 六经辨证与头痛证治

六经皆有头痛。《伤寒论》记载六经病多有头痛，其中头痛是三阳病的常见症状之一，三阴病也可发生头痛，而以足厥阴为多。后世医家补充太阴、少阴头痛。

一、三阳病常见头痛

三阳经脉上行头面，邪气易于循经上扰，导致头痛，故三阳病皆可出现头痛。

太阳病头痛。头痛是太阳病的主要症状之一。太阳中风、太阳伤寒都会出现头痛，其特点是头项强痛。“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”“太阳病，头痛，发热，汗出，恶风，桂枝汤主之。”“太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”

太阳头痛与足太阳经脉循行部位有关。《灵枢·经脉》：“膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额交巅；其支者，从巅至耳上角；其直者，从巅入络脑，还出别下项，……是动则病冲头痛，……脊痛，……是主筋所生病者……头顛项痛……。”

阳明病头痛。足阳明经脉循行于面是产生阳明头痛的基础。《灵枢·经脉》：“胃足阳明之脉，起于鼻之交頤中，旁纳太阳之脉，下循鼻外，入上齿中，还出挟口环唇，下交承浆，却循頤后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过客主人，循发际，至额颅。”《素问·热论》说：“二日阳明受之，阳明主肉，其脉挟鼻络于目，故身热目疼而鼻干，不得卧也……。”阳明头痛责之热，热邪循阳明经脉上攻，蒸于面，扰于清窍，发生头痛。《伤寒论》56条“伤寒不大便六七日，头痛有热者，与承气汤；其小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗；若头痛者必衄。宜桂枝汤。”

少阳病头痛。少阳经脉循行于头之两侧与少阳头痛的发病密切相关。《灵枢·经脉》：“三焦手少阳之脉……其支者，从耳后入耳中，出走耳前，过客主人前，交颊，至目锐眦……是主气所生病者，汗出，目锐眦痛，额痛……。”“胆足少阳之脉，起于目锐眦，上抵头角……其支者，从耳后入耳中，出走耳前，至目锐眦后；其支者，别锐眦，下大迎，合于手少阳……是主骨所生病者，头痛，颜痛，目锐眦痛，缺盆中肿痛……。”少阳头痛其证以热为主。

阳经合并病头痛。三阳经脉皆行于头面，则阳经合并病也可以发生头痛。如“太阳与少阳并病，头项强痛，或眩冒……。”

二、三阴病惟厥阴病可见头痛

厥阴头痛与足厥阴肝经循行密切相关。《灵枢·经脉》：“肝足厥阴之脉……循喉咙之后，上入颠颞，连目系，上出额，与督脉会于巅；其支者，从目系下颊里，环唇内……。”《伤寒论》378条“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。”长期以来，医家在论述厥阴头痛时，基本上沿袭《伤寒论》吴茱萸汤证的较为少见，而属于肝气、肝风、肝火、阴虚、阳亢、心包敷布失常的证候最多。

三、非六经病头痛

《伤寒论》还记载了一些本不属于外感病的头痛，主要是与六经病头痛鉴别。如，“太阳中风，下利，呕逆，表解者，乃可攻之，其人黎黎汗出，发作有时，头痛，……。即是类太阳病头痛。水饮为患，变化多端，可影响全身各个部位。头为清阳之会，若水饮逆于巅顶，阴邪乘于阳位，则见头痛。如水气内停兼太阳经气不利，证见头项强痛，翕翕发热，无汗，心

下满痛，小便不利者，治宜健脾利水，以通气化之桂枝去桂加茯苓白术汤。又如里停水饮，走上下，充斥内外，证见蒸蒸汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕，短气，汗出者，攻逐水饮不容迟缓，方用十枣汤。此外，尚有阳明中寒，中阳不能健运，寒饮内聚于下焦，水寒上逆，必苦头痛。伴见呕、咳及手足厥冷等症。

四、历代医家的补充与发挥

《兰室秘藏》补出太阴、少阴头痛。太阴头痛，即今之痰浊头痛。如《兰室秘藏·头痛门》：“太阴头痛必有痰，体重或腹痛为痰癖，其脉沉缓，苍术、半夏、南星为主。”“白术半夏天麻汤治痰厥头痛药也。”少阴头痛，《兰室秘藏·头痛门》：“少阴经头痛，三阴三阳经不流行，而足寒气逆为寒厥，其脉沉细，麻黄、附子、细辛为主。”

《杂病源流犀烛》对六经头痛的阐释。《杂病源流犀烛·头痛源流》：“太阳经痛在正巅，其症兼恶寒，其脉必浮紧，宜川芎、麻黄、羌活、独活。少阳经痛在耳前发际，其症兼恶寒，其脉必细而弦，宜柴胡、黄芩。阳明经痛在额间，其症兼自汗，发热恶寒，其脉必浮缓长实，宜升麻、葛根、石膏、白芷。太阴经头痛，其症兼体重多痰，其脉必沉缓，宜南星、黄芩、黄连、半夏。少阴经头痛，其症足寒气逆，为寒厥，其脉必沉细，宜麻黄附子细辛汤。厥阴经头痛，其症兼项痛，或呕吐痰沫冷厥，其脉必浮缓，宜吴茱萸、干姜。或肝风虚动头痛，而兼目眩耳聋宜生熟地黄丸、钩藤散。或怒气伤肝而亦头痛宜沉香降气散。”

五、头痛六经分证

（一）太阳与太阳头痛

头痛易见于太阳表证。风寒外袭太阳，经脉受邪，必见头

痛。同时还具有发热，恶寒，脉浮等表证。太阳头痛主要见于前额、巅顶、枕部疼痛连及项背，或由项连肩。由于足太阳膀胱经脉循行所至，还可以发生头侧头痛。本病相当于西医枕神经痛、颈源性头痛、紧张性头痛。是临床最为常见的一类头痛病证。

1. 太阳头痛病因病机 根据太阳头痛的临床表现，病变主要在于足太阳之脉，以太阳经脉不利为发病的中心环节，病理属性多见寒凝、血瘀，以内伤为主，以实证居多。太阳经主一身之表，其经脉上行巅顶，循项背，外感内伤皆可导致太阳经脉阻滞，头痛连及项背。临床常见太阳头痛的证候有太阳经脉失和证、太阳瘀血阻滞证，从而明确太阳头痛的病性、病位，利于临床实践。太阳为诸阳之表，总领营卫。

太阳头痛发病或由内伤，或为外感引发，亦可见内伤为病者。外感病因风寒、风热外感常见，以内伤为主而外应于风寒。邪气阻滞，太阳经脉不畅，营卫气血失和为太阳头痛的基本病机。总之，太阳头痛外感内伤皆可致病，但以内伤为主；属实者居多。

2. 太阳头痛的部位特征 太阳头痛主要见于前额、巅顶、枕部疼痛连及项、背，或由项连肩。通常所说的太阳头痛以后头部疼痛为主或连于项。《灵枢·经脉》：“膀胱足太阳之脉……是动则病冲头痛，目似脱，项如拔，脊痛……。”《冷庐医话·头痛》：“头痛属太阳者，自脑后上至巅顶，其痛连项……项强腰脊痛。”由于足太阳膀胱经脉循行所至，还可以发生头侧头痛，如《丹溪心法》足太阳膀胱经见证“头苦痛……头两边痛……项似拔……。”

3. 太阳头痛证治 太阳营卫气血失和，要在通畅气血；太阳经脉不利，要在疏利经气，遣药重在“通”。风寒壅滞太阳经脉不利，头痛以枕颈部为主，痛连巅顶、前额，或牵连头侧，或颈枕部拘紧或酸痛，连及颞额，或伴肩背不适。治法以

疏利太阳经脉，通络止痛。常用葛根汤加天麻、川芎等，或选麻黄汤、桂枝汤、葛根汤、桂枝加葛根汤加味。太阳经脉瘀滞，头痛项强，或痛连肩背手臂，经久不已，颈部压痛，舌质暗或紫，或暗红。治宜活血化瘀，疏经通络。常选葛根汤加当归、红花、丹参、羌活，或桂枝茯苓丸加味。湿热壅滞太阳经脉，头痛头重，颈项不舒，胸满恶心，舌质红，苔黄腻，脉滑或濡。治宜清热化湿，疏经通络。方选麻黄连翘赤小豆汤加生薏苡仁、土茯苓等。风热壅滞太阳经脉，头痛而胀，甚则头痛如裂，发热或恶风，口渴欲饮，面红目赤，便秘溲黄，舌红苔黄，脉浮数。法宜疏风清热，通络止痛。方选葛根汤去麻黄、桂枝，加桑叶、菊花、僵蚕、蝉蜕或升麻葛根汤、桑菊饮。风湿壅滞太阳经脉，证见头痛如裹，肢体困重，胸闷纳呆，小便不利，大便或溏，苔白腻，脉濡滑。治宜疏风通络，化湿止痛。方选麻黄杏仁薏苡甘草汤、麻黄加术汤加味。

（二）阳明头痛

1. 病因病机 外感多热结或为寒凝；内伤多积热、湿热、胃火、热毒、酒毒。阳明头痛实证为主，热证居多，湿热实热常兼夹有形邪气，阻滞脏腑，壅滞经脉。56条提出阳明里实热证可见头痛。

2. 阳明头痛部位 头痛部位以前额、面颊、眉棱骨常见，或痛连齿龈，或颜面疼痛。《伤寒大白·头痛》“阳明经额前痛，痛连眼眶，脉洪而长……。”

3. 阳明头痛证治 阳明头痛实证、热证多，故治疗以清利阳明，畅利气机，祛除邪气为法。湿热壅滞阳明经脉，头痛身重，胸脘痞闷，溲赤闭涩，口中黏腻，舌质红，苔黄腻，脉滑数或濡数。治宜清热利湿，和中止痛。宜随证选方，若伴脘痞者用半夏泻心汤；大便不爽者用葛根芩连汤加味。湿热久结者加土茯苓、苦参，或选用陈茶芽煎。寒滞阳明经脉，或阳明寒湿内阻，外为风寒抑遏，证见头痛以前额、面颊为主，或见

眉棱骨痛，遇风寒加重或诱发，舌质淡，苔薄白，脉弦或紧。治宜疏风散寒，疏通阳明经脉。方用葛根汤合吴茱萸汤，也可用选奇汤。《丹溪心法》选奇方“治眉骨痛不可忍，大有效。”阳明胃热上蒸，头痛头胀，心烦面赤，口干或渴，胃脘不适，舌质红，舌苔黄，脉滑。法当清泻胃热，通络止痛。治选白虎加白芷汤。或白虎葛根汤。热病后期，热伤气阴，余热未尽，头痛口渴，气短心烦，舌质红，舌苔黄，脉虚数，用竹叶石膏汤。胃阳素旺，加之酒食不节，导致阳明胃火内盛，循经上攻头面，产生颜面剧痛阵阵发作，其痛难忍，面赤灼热，口干口臭，溲赤便结，或鼻塞涕黄黏浊，舌质红，苔黄，脉滑数。治疗宜先清胃泻火，通络止痛。泻心汤合清胃散，重用升麻，加天麻、葛根、僵蚕。鼻塞涕黄黏浊，加白芷、蒲公英、败酱草等。热结阳明，气机壅滞，腑气不通，浊气上攻，证见头痛面赤，口干口渴，心烦口臭，大便闭结，舌质红，舌苔黄或黄燥，脉滑数。治须清胃泻热，降气导浊。方选承气汤类方或防风通圣丸加减。

（三）少阳头痛

足少阳之脉，起于目外眦，上至头面，下到耳后，经额部至眉上，伤寒邪热犯于少阳，胆火随经上犯，故见头痛，以两侧为多。常伴口苦，咽干，目眩，脉弦细。

1. 病因病机 少阳头痛病因包括外感内伤两方面。外感以风热为主，风寒间或有之；内伤则多少阳气郁、化火、郁热内结或湿热壅滞。《类证治裁·头风论治》：“痛在左右，多少阳经火郁。”故少阳头痛以实证、热证多见。

2. 少阳头痛部位 疼痛以头侧为主，可连及耳、目外眦。《伤寒大白·头痛》：“少阳经头角痛，痛引耳前后……。”

3. 少阳头痛证治 邪犯少阳，气机郁遏，少阳气郁，枢机不利，证见头痛头胀，痛在两侧，时作时止，或游走不定，或痛连枕颈，舌质淡红，苔薄白，脉弦或弦细。此为少阳气郁

证，治宜和解少阳，疏郁散结。常用柴胡桂枝汤。若少阳枢机不利，气化失和，少阳郁热循经上扰，头痛以两太阳穴为主，或连耳目，胀痛并见，或见眩晕，口干口苦，舌质红，苔薄黄，脉弦。治宜疏利少阳，清散郁火。方选小柴胡汤去半夏、人参，加连翘、钩藤、天麻、僵蚕、桑叶、菊花等辛凉疏利之品。少阳热结，气机壅滞，腑气不畅，证见头痛胀痛，太阳穴尤甚，心烦口苦，大便不畅，舌质红，苔黄，脉弦或弦数。则当疏解少阳，畅达气机。方选大柴胡汤。

特殊头痛：头痛剧烈，发于耳上，痛处起核，不可触近，入夜加重，舌质红，苔薄白或薄黄，脉弦有力。古代医家称之为雷头风。因疼痛发生在头侧，病位属于少阳，故置于此。治法宜疏利少阳，清热利湿解毒。首选清震汤加味。

(四) 太阴头痛

1. 病因病机 太阴头痛病因内伤为主，常见饮食所伤、劳役无度、久病失血等；或因情志内伤，肝木乘脾，运化失司，湿聚生痰。病机虚实兼见，以虚为主。虚证多见气血亏虚或清阳不升；实证则以痰湿、湿热、痰热、痰浊为主。

2. 太阴头痛部位 头痛部位不定，或全头痛，或局部疼痛。《灵枢·经脉》“脾足太阴之脉……入腹属脾络胃，上膈，挟咽，连舌本，散舌下……。”

3. 太阴头痛证治 太阴在脏为脾肺，脾为气血生化之源，肺主一身之气。脾虚气弱，生化不足，气血乏源，证见头痛而晕，心悸不宁，遇劳则重，自汗，气短，畏风，神疲乏力，面白少华，舌淡苔薄白，脉沉细而弱。此外气虚头痛，治宜益气健脾，升达清阳。劳伤元气，劳损经脉，气虚失养，筋伤络痹，是为气虚络痹证，患者头痛反复发作，日久不愈，时作时止，伴见头目昏沉，精神疲惫，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细弱。治宜益气健脾，补虚通络。首选《金匱要略》黄芪桂枝五物汤加当归、葛根等。若气虚日久，推动无力，血行不

畅，形成气虚血瘀证，头痛以枕部为主，经久不愈，反复发作，时轻时重，痛连项背，固着不移，舌质淡暗，苔薄白，脉弱。治宜益气活血，方用黄芪桂枝五物汤加减。脾虚气若，气化失司，水液停滞，变生痰浊，痰浊阻滞，清窍不利，导致痰浊头痛，治法以健脾和中，化痰降浊为重，治选半夏白术天麻汤，或芎辛导痰汤（《奇效良方》）。气虚痰阻血瘀，则以黄芪桂枝五物汤合桂枝茯苓丸为佳。

（五）少阴头痛

1. 病因病机 少阴在脏为心肾，肾藏精，心藏神，二者皆与脑髓、神经有着密切关系。少阴头痛，若少阴精血不足，不能生髓充脑，则脑髓空虚；阳气亏虚，既易感受寒邪，复不能温养清窍。也有心神受损，神机不宁，伤神头痛。病机属性以虚为主，而精血不足，阳气亏虚，神机失和为其基本病机变化。

2. 少阴头痛部位 少阴头痛部位往往不定，而以全头痛多见。足之阴经不行于头，因此，其头痛多无特定部位；然而，阴经循于面部，并且“挟舌本”。如《灵枢·经脉》说：“肾足少阴之脉……其直者，从肾上贯肝膈，入肺中，循喉咙，挟舌本……。”因而，阴经头痛，既可以是全头痛，也可以是无特定部位的局部疼痛。

3. 少阴头痛证治 少阴头痛有心肾之别。其在肾者，主要涉及少阴肾水，或少阴命火，总是以虚为主。故少阴肾经头痛，当别阴阳之亏虚。肾阴不足，滋阴补肾；肾精亏虚，补肾填精，生髓荣脑；肾阳不足，温补肾阳，益气生精；阳虚感寒，证见头痛经久不愈，时作时止，恶风畏寒，面白肢冷，舌质淡胖，苔薄白润，脉沉细。治宜温阳补虚，散寒止痛。方用麻黄细辛附子汤加川芎、生姜。

（六）厥阴与厥阴头痛

从临床看，厥阴头痛相当于西医学之紧张型头痛，及偏头

痛和颈性头痛、三叉神经痛的一部分，涵盖归因于精神疾患的头痛。

厥阴头痛源于《伤寒论》，第378条：“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。”此后，历代医家有所补充完善，如李东垣在《兰室秘藏·头痛门》指出：“厥阴头顶痛，或吐痰沫，厥冷，其脉浮缓。”现代医家诊断厥阴头痛多根据“干呕，吐涎沫，头痛”等临床表现，或按照“巅顶痛”的经脉循行特点，治疗常以吴茱萸汤加减。基本上是固守《伤寒论》而无创意。不难看出，医家对厥阴头痛的认识，基本上是以《伤寒论》为依据的，对厥阴头痛的临床表现，大多局限于巅顶痛。但是，结合临床来看，厥阴头痛应当从足厥阴肝、手厥阴心包的脏腑气化以及所述的经脉络属的头面部位来认识。

1. 病因病机 厥阴关乎情志与神机之畅达。肝主情志，心包调神机，代君行令，亦代君受邪。二者内寄相火。故精神情绪异常，首先影响手足厥阴功能，或情志所伤、疏泄失职，或劳心伤神、神机过用，皆能累及气血。

情志失调，气机郁滞，气化失常，气血不畅，是临床常见厥阴头痛的病因病机。肝的生理特性是升、动、散。其疏，使气的运行通而不滞；其泄，使气散而不郁。有利于气机的疏通、畅达、升发。肝失疏泄，则肝气、肝风、肝火、肝阳病变，痰湿、瘀血遂生，累及他脏。

思虑劳倦过度，是损伤手厥阴心包的常见病因。劳伤心神，耗伤心血，心神不守，神失其位，则是手厥阴心包病变发生头痛的基本病机。此类头痛，又称伤神头痛，其以郁滞为主者则是神郁头痛。

总之，厥阴头痛，以情志伤肝、劳伤心神为多见，由此导致气郁、化火、气滞血瘀，阳亢风动；或久病虚寒。病多虚实兼见。

2. 厥阴头痛部位 巅顶、颜面疼痛多见，或全头痛，或

头痛部位不定。《灵枢·经脉》曰：“肝足厥明之脉，起于大指丛毛之际，……上贯膈，布胁肋，循喉咙之后，上入颞颥，连目系，上出额，与督脉会于巅；其支者，从目系下颊里，环唇内……。”《丹溪心法》足厥阴肝经见证有“头痛。”

3. 厥阴头痛证治

(1) 足厥阴肝经头痛：足厥阴肝经头痛临床最为常见。肝气郁结，疏泄失常，郁滞不畅，发生头痛。头痛头胀，痛无定处，情绪不宁，或见胸部满闷，胁肋胀痛，脘闷暖气，不思饮食，大便不调，舌淡红，苔薄腻，脉弦。治疗宜疏肝解郁，畅利气机。用四逆散加味。肝之郁热，多因情志抑郁，肝气疏泄失职，相火不能布散而郁于内所致。肝郁化热，肝经郁热循经上扰，头痛头胀，目赤耳鸣，性情急躁易怒，胸胁胀满，口苦而干等。治宜疏肝解郁，清热通络，用四逆散合白头翁汤加减。气之变即是风，气之郁乃化火，故风火上扰是厥阴头痛的重要病机之一。《素问·至真要大论》曰：“厥阴司天，其化以风。”厥阴禀风木而寄相火，易于动风化火。肝经火热上扰，则致内风动越，是为风火上扰证，其头痛以头面部阵发火热症状为主要特征，临床多见于偏头风（相当于三叉神经痛），常伴急躁易怒，耳鸣口苦，大便干结。清肝泻火，疏利气机。常用白头翁汤合栀子豉汤加味。肝气、肝风窜扰，上至巅顶，下扰脏腑，壅滞经脉，则头痛常突发突止，作止无时，从风、气着手；游走痛，部位不定，是风、气不定之特征。若肝气、肝风犯于脾胃，则发生头痛、腹痛、呕吐恶心，时作时止，反复发作。治宜疏利肝胆气机，畅利经脉气血，常用柴胡桂枝汤加僵蚕、蝉蜕、天麻等，临床往往迅速收效，且停药后的反复发作较少。

足厥阴肝与手厥阴心包皆以气为用而主血，厥阴失调，气血失和，头痛头晕，情绪不畅加重，伴见胸胁胀闷、心悸、恶心等症状。治法：疏调气血，和畅气机。方用柴胡桂枝汤加香

附、旋覆花、天麻等。

肝郁日久，气滞血瘀，证见头痛经久不愈，痛处固定，性情急躁，失眠健忘，或胸胁疼痛，舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。治宜疏肝理气，活血止痛。方用四逆散合桂枝茯苓丸加天麻、旋覆花。

肝主藏血，肝血不足所发生的厥阴头痛包括血虚肝旺证与肝寒上犯证，二者均以“不足于血”为基础。“女子以肝为先天”，故厥阴血虚头痛以女性多见。肝血亏虚、肝阳上亢或血虚受寒、气血凝滞均可致头痛。临床常伴目冥耳聋，如《素问·五藏生成》：“是以头痛巅疾，下虚上实，过在足少阴、巨阳，甚则入肾。徇蒙招尤，目冥耳聋，下实上虚，过在足少阴、厥阴，甚则入肝。”头痛亦可伴见头面、肢体麻木，乃因筋脉失于气血温煦濡养之故。血虚肝旺，用胶艾汤加天麻，肝寒上犯用吴茱萸汤。

(2) 手厥阴心包失调所致头痛，以伤神、神郁者多：临床常见与精神情绪相关的神病之头痛多与手厥阴病变相关。心包代君行令，心主火，心藏神，故心包能敷布心火，宣畅神机。心包乃臣使之官，亦代君受邪。精神情绪变化主于心，而其内传外达则由乎手厥阴包络。手厥阴头痛的辨治，不应囿于头痛部位，重在察其神伤之有无与轻重。

情志因素作用于人体，首先影响到心，而心包代君受邪，神机受伤，故厥阴头痛常因紧张、焦虑、抑郁、烦躁而诱发或加重。《素问·五藏生成》：“心烦头痛，病在膈中，过在手巨阳、少阴”，《灵枢·经脉》言心包：“是动则病……心中憺憺大动……喜笑不休。是主脉所生病者，烦心心痛”；故厥阴头痛发作常伴心烦、心慌、心悸，治疗用柴胡加龙骨牡蛎汤加天麻、川芎、当归。

(3) 络脉瘀滞是久病厥阴头痛的重要病机：厥阴主血，血行于脉，故厥阴之病，久则损络。络脉是气血会聚之处，具有

贯通营卫、环流经气、渗透气血、互化津血的生理功能，是内外沟通的桥梁。厥阴头痛因于络脉瘀滞。何秀山云：“盖肝为藏血之脏，中多络脉，邪热入络，其血必郁而化火，其气亦钝而不灵，故厥阴病以血热、络郁为眼目。”厥阴头痛时作时止，亦与络脉生理病理相关。络脉主营卫，气血循络脉流注运行，昼夜不息，阴阳相贯，如环无端。在络脉病变时，其运行节律的失常就可能出现周期性变化。可见厥阴病变则络郁血热或心气不畅，由气累血，致络脉瘀滞。肝郁络痹，头痛隐隐，经久不愈，治宜辛润通络，柔肝缓急，用旋覆花汤合胶艾汤加减。

(4) 肝胆湿热是厥阴头痛的常见证候：肝失疏泄，气机失常，气化不利，郁而化热，气滞湿阻，湿热壅遏，则是临床常见的肝胆湿热证。证见头痛头胀，口苦口干，心烦易怒，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉弦数。治宜清利肝胆湿热。常用茵陈蒿汤合栀子柏皮汤加薄荷、菊花、苦参等。

治疗厥阴头痛不能拘泥于《伤寒论》的吴茱萸汤证。通过对我们所观察的厥阴头痛病例进行证候归类分析，发现在厥阴头痛的 11 个证候中，以肝经郁热证、风火上扰证和神机郁痹证居多，而传统的厥阴头痛肝寒上犯证临床并不多见。说明时代变迁、环境变化，人体阴阳亦随之发生改变，厥阴头痛之因于寒邪者临证少见。提示对厥阴头痛的认识不能囿于传统。这也是《伤寒论》所倡导的“随证治之”的精神。

(七) 合病头痛

若太阳少阳并病，证见头痛，颈项强，眩冒者，属经络受邪，宜用刺法。如 142 条即是。

六、杂病头痛

水饮为患，变化多端，可影响全身各个部位。头为清阳之会，若水饮逆于巅顶，阴邪乘于阳位，则见头痛。如水气内停兼太阳经气不利，证见头项强痛，翕翕发热，无汗，心下满

痛，小便不利者，治宜健脾利水，以通气化之桂枝去桂加茯苓白术汤。又如里停水饮，走上下，充斥内外，证见漉漉汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕，短气，汗出者，攻逐水饮不容迟缓，方用十枣汤。此外，尚有阳明中寒，中阳不能健运，寒饮内聚于下焦，水寒上逆，必苦头痛。伴见呕、咳及手足厥冷等症。

此外，在《金匱要略》有头风摩散治疗头风。头风病是一种发作性头痛，头眩或头重之病，是感受风寒引起，病在头部经络，故治疗可用外搽或外敷法，更为便捷。方用附子大辛大热，温经散寒止痛力更胜。本方亦可治中风中经络口眼喎斜。本方附子大辛大热，外用能祛经络中的风湿寒邪，与盐同用，取盐能软坚走血，引附子入经络而达血脉，祛风通络，使外邪解而痛自愈。

第三节 六经辨证与眩晕证治

眩晕是头面清窍失和，发生身体异常运动的幻觉。眩指眼花，晕即头晕，二者常并见，故统称为“眩晕。”

眩，《说文解字》：“目无常主也。”《释名·释疾病》：“眩，悬也，目视动乱如悬物摇摇然不定也。”眩晕在古代医籍中有多种名称。《内经》中有“头眩”、“眩冒”，“掉眩”、“徇蒙尤”、“目眴”的记载。《伤寒论》有“目眩”、“头眩”、“眩冒”、“眩”、“冒”、“自冒”、“如冒状”等称谓。“振振欲擗地”则是对眩晕站立不稳的描述。《金匱要略》中称为“冒眩”、“癫眩”。就六经病而言，其发生眩晕也是常见的，外感眩晕，从六经辨证论治更符合适合临床需要。同时，一般《中医内科学》多侧重内伤病因，往往忽略外感病因，对外伤则仅仅涉及瘀血。临床从六经辨证着手，应用经方治疗常见眩晕，简捷方便。

一、六经病证多可发生眩晕

三阳经脉起于或止于头面，其气血皆上注头面清窍，《素问·阴阳应象大论》说：“清阳出上窍。”除足厥阴肝脉之外，太阴、少阴经脉虽不上行头面，但却循喉咙、挟舌本，其精血阳气亦皆上荣以养脑髓。《灵枢·邪气脏腑病形》：“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍，其精阳气上走于目而为睛，其别气走于耳而为听，其宗气上出于鼻而为臭，其浊气出于胃，走唇舌而为味。其气之津液皆上熏于面……。”

(一) 外感致眩

外感六淫邪气，侵犯三阳经脉，邪气循经上犯，扰乱清窍，清窍不利，发生眩晕。风热上扰，风热皆属阳邪，俱能上犯。若外感风热邪气，上扰清窍，壅阻经脉，清窍失和，神机失用，则发为眩晕。

阳明邪热内盛，热盛生风，风热上扰清窍，亦见头眩，同时伴见口干鼻燥、咳嗽、咽痛，能食等症。若阳明邪热化燥成实，燥屎结于下，浊气攻冲于上，故时有微热，气喘昏冒。

少阳之脉起于目锐眦，且肝胆相合，肝开窍于目，邪在少阳半表半里，胆火循经上炎，故头目昏眩。少阳病之头眩必兼有口苦，咽干，或胸胁苦满，往来寒热，心烦喜呕，嘿嘿不欲饮食，舌苔薄白或薄黄，脉弦等少阳之证。

湿热壅阻，伤于湿热，或外感暑湿，湿随暑热蒸腾，壅闭清窍，阻滞气机，阻遏经脉，引起眩晕。风寒外束：风寒外感，凝滞气机，郁遏卫气，经脉不利，清气不能上达，官窍失和，则发眩晕。暑热蒸迫：暑热借为阳热邪气，极易上犯，闭塞清窍，扰乱神机，导致眩晕、头昏，甚则暴厥不知人事。

外感眩晕其病性属实，有寒热之分。病位多在肤表，而与肝胆及少阳经脉有关。病机为营卫失和，经脉不利，清窍失和，神机被扰。

若为太阳少阳并病，外邪侵犯致太阳经脉不利而见颈项强，同时见眩冒。

阳明中寒，中阳虚而水谷不化，脾湿内生，寒湿郁于中焦。今清阳不升则头眩，浊阴不降故腹满，并见食难用饱，微烦，脉迟而无力。

少阴病阴寒下利，利止而手足不转温，反而出现头目昏眩，时时自冒，可知其利止并非阳气来复，而是阴液已竭，阳亡于上之危急证候。

（二）内伤致眩

由于脾胃阳气受损，致使水液不能正常输布，停而为饮。水饮阻隔，清阳之气上升，上升头部以养清窍，故起则头眩。

病入少阴，脾肾阳虚，水气泛滥，随其所伤不同，而有诸多证候出现。若水饮中阻，影响阳气不得上升则头眩，水气凌心则心悸，水气浸渍筋脉，故筋肉跳动，全身颤抖，有欲倒于地之势，或可见咳嗽，下利，呕吐等症。

内伤所致的眩晕主要与情志失调、饮食失节、劳欲过度、久病失养等因素有关。发病脏腑主要在肝脾肾三脏，病理因素责之风、火、气、痰、瘀诸端。病理属性多为本虚标实，其实者，主要责在肝脾二脏，标实有肝气、肝火、肝风、肝阳、脾湿、痰浊、痰热、瘀血等；本虚责在脾肾二脏，脾虚气血不足，肾虚阴阳精气匮乏等。历代医家所说的“诸风掉眩，皆属于肝”、“无痰不作眩”、“无虚不作眩”，其理即在于此。

（三）外伤致眩

外伤导致眩晕，病因比较单纯，但病机却较为复杂。跌打撞击，以致头破颅伤，脑髓受累，神机失常，发为眩晕。对长期伏案工作，或喜高枕睡眠者，则属慢性劳伤。本病初期，头颅损伤，脑髓破损，经脉破裂，瘀血内阻，或脑髓震动，气血失和，其病机主要是脑髓损害与瘀血内结，病理属性以实为主。后期瘀血逐渐消散，但往往散而未尽；脑髓损伤日久累及

五脏，而以肝肾亏虚最为常见；此外，一些患者在头颅外伤时并无破损，但却可因此而导致气机失和，气血运行失常，脏腑功能失调的病机变化。因此，出现正虚邪结，脉络瘀阻，虚实夹杂，本虚标实或气血失和的病机特点。

二、眩晕六经分证论治

（一）外感眩晕治疗应重视少阳、太阳

少阳郁热，枢机不利，是外感眩晕之最常见证候之一。《伤寒论》263条“少阳之为病，口苦，咽干，目眩也。”少阳主疏泄，内寄相火，性喜条达。病入少阳，少火被郁，势必上炎，上走空窍。邪从火化，胆火上炎则口苦；火盛灼津，津伤失润则咽干；风火上煽则目眩。临床多见于风热外感之后，既可以见于外感之初，还可出现于外感症状消失之后，如临床常见的外感后前庭神经元炎常常表现为少火被郁。证见眩晕耳鸣，头痛口苦，头目不爽，咽干目赤，或见寒热阵作，舌质红，苔薄黄而干，脉弦细或弦数。治从和解少阳，清解郁热。以小柴胡汤去半夏，加蝉蜕、僵蚕、蔓荆子、钩藤。若热象已不著，仅见眩晕恶心，头目不爽，胸胁不适，纳呆食少，苔薄白，脉弦细，可用柴胡桂枝汤。

风寒侵袭太阳经脉，头晕目眩，昏蒙不适，周身拘束，颈项不利，或见寒热，头身疼痛，苔薄白，脉浮。治宜疏风散寒，通阳利窍。方宜葛根汤。少阳风寒眩晕，左脉弦紧，用柴胡羌活汤。少阳气机郁滞，枢机不利，导致湿热内生，壅滞气机，上犯清窍，眩晕呕吐，口干口苦，大便不畅，用大柴胡汤，湿热盛者宜茵陈蒿汤加味。

盛暑季节，暑热上蒸，或高温作业，热邪上蒸于脑，出现头晕目眩，头痛烦躁，身热面赤，胸闷恶心，口渴汗闭，舌质红，舌苔黄乏津，脉洪大滑数。夏暑发自阳明，故治疗以清热解暑，益气生津为基本方法，方选竹叶石膏汤加味。湿热或暑

热为患，可用蒿芩清胆汤。

风湿困阻，气机不利，太阳或少阳经脉不畅，眩晕发作，颈项拘急，呕吐恶心，饮食少进，头重如裹，身体沉重，体倦乏力，脘痞纳呆，舌苔白腻，脉濡。治当祛风胜湿，理气通阳。风湿壅阻太阳经脉，选麻黄杏仁薏苡甘草汤，湿热宜麻黄连翘赤小豆汤；湿热壅阻少阳经脉，胆腑气机不畅，气化失司，治宜疏利少阳，清化湿热，小柴胡汤合茵陈蒿汤去人参。

（二）内伤眩晕证治

水饮内停，清窍被蒙，眩晕发作，脾阳虚，水饮上犯，如《伤寒论》66条“伤寒，若吐，若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧，发汗则动经，身为振振摇者，茯苓桂枝白术甘草汤主之。”肾阳亏虚，阳虚水泛，水气上蒙清窍，则头目眩晕。如82条“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者，真武汤主之。”

（三）外伤后眩晕重在疏利气血

瘀血阻滞，清窍不利是外伤后眩晕常见病机，因此，活血化瘀是外伤后眩晕的基本治疗方法。若外伤日久，久瘀之后，瘀血阻滞，气化不利，水液内停，形成瘀阻水停证，常见于外伤后脑积水，眩晕头痛，经久不愈，舌质暗淡，舌体胖大，苔薄白而腻，脉滑大。治法为活血化瘀，利水通窍。桂枝茯苓丸合泽泻汤加味，若舌体胖大，苔滑，合用苓桂术甘汤。脑髓损伤是外伤后的常见病机，易为人们所忽视，外伤之后，头昏目眩，精神疲惫，健忘失眠，面晦无华，腰膝酸软，舌质淡嫩。治宜滋肾填精，养脑生髓。方用金匱肾气丸合胶艾汤加减。跌打外伤，在导致肌肉、皮肤、经脉、气血损伤的同时，还可能引起气血失和，头目昏眩，心悸失眠，精神不振，纳少乏力，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。治疗宜调气和血，振奋气机，通达阳气。柴胡桂枝汤加味最为妥当。

它如，髓海空虚证、气血虚弱证、肝阳上亢证、痰浊中阻

证在《中医内科学》已有论述，此不赘述。

第四节 六经辨证与烦躁证治

烦躁，即由于内伤或外感因素导致火热上扰神明，或虚阳外越，神不守舍，引起心中不安，手足躁扰不宁的一种证候。烦、躁有所不同，烦为心中烦热，躁为手足躁动；然身形于外，而五志藏内，虽躁扰不宁，实本于内烦。烦躁指心烦不安，手足躁动不得安宁，两种症状同时存在。在《伤寒论》中又称“躁烦”。六经病均可见烦躁证。涉及《伤寒论》原文 21 条。烦躁是神志方面的证候，主要是神的变化，即神志、精神以及神色有失正常者。《颅凶经·序》认为头为“总众神也”，烦为内热，热灼五志，心神先伤；热薰脑窍，元神受扰。故烦躁乃与脑神动伤有关。因此属于脑病范畴。

烦躁一证，属于精神情绪异常的表现。若精神情绪抑郁消沉，可表现心烦不宁；反之，精神情绪过度亢奋也可表现烦躁或狂躁不安。

本证始出《内经》。《素问·至真要大论》有“烦躁”之称。在《伤寒论》、《金匱要略》中论述颇多。统观张仲景《伤寒论》、《金匱要略》有关烦躁的论述，可以发现在不同情况下，其称谓各异。或以烦、躁合称；或单独称烦称躁；或按病性称虚烦、烦实、烦热；或按病位而称心烦、胸烦、胃中烦；也或因兼症各别而称烦痛、烦满、烦渴等。烦、躁不同，如《伤寒明理论》曰：“所谓烦躁者，谓先烦渐至躁也。”对此《医宗金鉴》有“躁身不静烦心扰”之说。说明烦、躁、烦躁所表述的临床症状是有区别的。但就张仲景所述以及历代医家的论述，烦躁可有区别，然而又有相互联系，或者并见，故临证不必强分。

一、六经病证多可发生烦躁

六经病证皆可见烦躁。其属性有寒热虚实之不同，烦躁属于热证者，多见于太阳病，亦可见于阳明、厥阴病，其主要病机为热扰心神。

太阳病邪郁肤表，阳气郁遏发烦。太阳病法当汗解，若表邪郁闭，证见无汗，邪热扰心，则见烦躁不安，且常伴头痛、发热等表证。如《伤寒论》46条：“太阳病，脉浮紧……其人发烦，”“所以然者，阳气重故也。”外邪郁遏过盛，阻碍经气流通，气血不得循常道而运行，气机为之扰乱，扰动心神，故烦。表邪太盛，阻滞经络。《伤寒约篇》所谓：“风邪凝结于太阳经之要络”、“阳气怫郁不得越，当汗不汗，其人躁烦”，即对外邪所致烦躁机制，作了明晰注释。若太阳病汗不如法，大汗伤津，致胃中干燥，而见口渴、烦躁不得眠者，因表证已解，又无蓄水，可以汤水少量频饮，使津液渐复，胃气调和，阳明腑实因热盛津伤，邪热与胃中糟粕结为燥屎，故见腹满而痛，大便秘结，且因发热较甚，邪热扰心，故见烦躁，甚则谵语。热厥是因热邪深伏，郁结在里，阳气被阻，不能外达于四肢，是以四肢虽冷，而身反热。邪热内炽，津液受伤，故口渴。热扰心神，故烦躁不安。原文339条属热厥轻证，因阳热内郁不甚，故见指头寒。热郁气滞，心神被扰，故见烦躁不安，不欲食。治当清热和胃除烦，方用四逆散加黄芩之类。

太阳病，初得病时发其汗，由于汗出不彻，病邪转属阳明而见微汗出，不恶寒。因两阳并病，阳气怫郁在表则见面色缘缘正赤；阳气怫郁在里，则见躁烦，不知痛处，乍在腹中，乍在四肢，短气，脉涩等症。

阳明病热邪炽盛，热扰心神，最易导致烦躁。《伤寒论》243条：“大下后，六七日不大便，烦不解，腹满痛者，此有燥屎也。所以然者，本有宿食故也。”无形邪热，与有形之物

互结，阻肠道而乱气机，神明被焚，烦躁乃发。调胃及小承气汤证之烦躁。后世之凉膈散，皆为对症良方。266条：“伤寒，脉弦细，头痛发热者，属少阳。少阳不可发汗，发汗则谵语。此属胃，胃和则愈；胃不和，烦而悸。”则是强发少阳之汗，导致的变证，热邪进入阳明，外热与阳明之阳气相互熏灼，火热扰乱心神，发生烦躁。此外，寒邪内结阳明，气机升降失常，也可发生烦躁，如309条：“少阴病，吐利，手足逆冷，烦躁欲死”即是。胃寒生浊，升降失司，气机逆乱，吐泻交作，患者极度烦乱不安，即所谓“烦躁欲死”。

邪郁少阳，枢机不利，阳气出入失常，阳郁发烦。《伤寒论》96条：“心烦喜呕，或胸中烦而不呕，……。”邪结胁下，阳气出入受阻，郁遏而不能，胆失疏泄，胆火内郁，情志不遂，故心烦、默默不语；胆热犯胃，胃失和降，则不欲饮食，且常常作呕。

少阴病最多烦躁见证，且有寒热虚实之别。

少阴水亏火旺，心神失养，火热内扰，易致烦躁不寐，《伤寒论》303条“少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”此言少阴热化阴虚火旺、心肾不交，肾水亏虚，不能制约心火，心火炽于上，故心中烦，不得卧。319条“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”阴虚内热，热扰心神故心烦不得眠。310条“少阴病，下利，咽痛，胸满，心烦，猪肤汤主之。”手少阴之脉上挟于咽，足少阴之脉上循喉咙，少阴虚热循经上熏于咽喉则咽痛。少阴之脉其支者从肺出而络心注于胸中，虚热循经上扰，经气不利，故见胸满、心烦。

少阴阳虚阴寒内盛，阳气浮越，心神失养，发生烦躁，甚至欲死。282条“少阴病，欲吐不吐，心烦但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。虚故引水自救。若小便色白者，少阴病形悉具。小便白者，以下焦虚有寒，不能制水，故令色白也。”

少阴寒化证，阳虚阴盛，心神失养，故心烦但欲寐。少阴阳气衰败之烦躁，为少阴病危候。《素问·生气通天论》：“阳气者，精则养神，柔则养筋”。少阴阳气衰败，心神失养，不能宁静谧藏，烦躁欲死、烦躁不得卧寐，《伤寒论》296条“少阴病，吐，利，躁烦，四逆者，死”。300条“少阴病，脉微细沉，但欲卧，汗出不烦，自欲吐，至五六日自利，复烦躁不得卧寐者，死”。

厥阴病厥热胜复，热盛内扰，神明失和，发生烦躁。厥阴病厥热胜复，是厥逆与发热交替出现，热盛在发热的同时，常常见烦躁。如，《伤寒论》339条“伤寒热少微厥，指头寒，嘿嘿不欲食，烦躁。数日，小便利，色白者，此热除也。欲得食，其病为愈。若厥而呕，胸胁烦满者……”。邪气由阳入阴，里热内闭，病情深重，形成的厥阴热厥证，症状由指头寒发展为手足厥，不欲食发展为呕逆，烦躁发展为胸胁烦满，病势深入，热深厥深。邪气内扰，厥阴气机不利，发生烦躁，如，《伤寒论》338条“伤寒，脉微而厥，至七八日肤冷，其人躁无暂安时者，此为脏厥，非蚘厥也。蚘厥者，其人当吐蚘，今病者静而复时烦者，此为脏寒，蚘上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蚘闻食臭出，其人常自吐蚘。”蛔虫喜温恶寒，蛔扰不安，证明膈胃有热，脾肠有寒，蛔窜上扰，气血逆乱，故其厥与烦均有阵发性的特点。阴盛格阳，虚阳躁动，神气浮躁，且无暂安时者为寒厥危候。355条“病人手足厥冷，脉乍紧者，邪结在胸中，心下满而烦，饥不能食者，病在胸中……”。痰邪郁阻胸膈，阳气被遏，宗气不宜故见手足厥冷，心下满而烦等症。六经皆以阳气为运用，邪气滋扰，阳气虚损，阴亏火炽，均可导致阴阳失调，心神不宁，这是六经出现烦躁见症的基础与病理机转。

二、烦躁辨证要点

(一) 烦躁分虚实

《伤寒论》所述烦与躁有虚实之分。三阳病邪实为主，邪气盛则实；三阴病以正气虚为本，精气夺则虚。

三阳病所发生的烦躁，多属邪气盛的实证。在外感热病中，凡不经汗下而烦躁者多实，如，《伤寒论》38条“太阳中风，脉浮紧，发热，恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，”此邪在表而烦躁，为太阳病寒邪郁痹阳气所致，治宜解表发汗，宣通阳气。有邪在里而烦躁者之承气汤证，阳明病热邪炽盛，阳热内扰；少阳病邪郁枢机，阳气出入不利。

三阴病所见的烦躁，往往属于正气不足，属虚或虚实夹杂者多见。少阴在脏为心肾，肾藏精主水，心藏神主火。少阴水亏，心神失养，阴虚火旺，火扰神明，是少阴阴虚致烦的主要机制，如少阴热化证之黄连阿胶汤证、猪苓汤证；少阴阳气虚衰，不能温养心神，形神失常，则烦躁的发生在所难免。有阳虚而烦躁者之干姜附子汤证。或阳气虚衰，阴寒内盛而烦躁者之白通加猪胆汁汤证等。

此外，痰阻、气郁、热扰、瘀血、蛔虫，或内有陈寒痼冷等内伤病因，也常成为热病过程中发生烦躁的致病因素。如上述痰厥、蛔厥、脏厥等。

(二) 烦躁有寒热之别

烦躁的发生，虚实寒热均可为患。邪在表者，经气被遏，气机失宣；邪在里者，结聚停滞，气机阻隔；阳邪者火热扰乱，阴邪者寒凝气阻，虚者经气失荣，实者邪气沸涌等等均能导致烦躁的发生。

振奋阳气，消散阴雳治疗烦躁。辛热鼓舞，振奋神机可以治疗阳气不振之嗜卧、多寐，或虚阳不得闭藏之躁扰不宁，甚至不寐。若心阳不足，心神失于温养，烦躁不得安宁，心悸失

眠，或精神不振，头昏欲寐而不能寐。治宜温润助阳，宁心安神，方用桂枝甘草龙骨牡蛎汤加巴戟天、淫羊藿、酸枣仁等。若阳气不足，既不能鼓舞气化，复不能温养精神，则形神不能合一，治宜振奋心阳，调和形神。方宜二加龙牡汤加味，或芍药甘草附子汤加龙骨、牡蛎、山茱萸、五味子、桑螵蛸等。阳虚寒凝，则四逆汤、理中丸、真武汤、附子汤亦可随证应用。阳气不足，蒸化失职，则痰浊内生。阳虚则精神不振，痰阻则扰乱心神，治宜开郁逐痰，通阳安神，《温病条辨》之半夏桂枝汤、《辨证录》之洗心汤皆可随证而施。

（三）烦躁须辨表里

烦躁因外感发热未解，有发热恶寒、身痛、无汗、脉浮紧症状者，为外有风寒闭遏，内有阳热不伸，属表寒证（苔白兼黄等为郁热内扰）；若兼有胸胁满闷，小便不利，惊惕不安，肢体困重，不能转侧者为少阳郁热，属半表半里证；若高热、口渴，汗出、脉洪或大便秘结，脘腹硬满，疼痛拒按，舌苔老黄或起芒刺，脉沉实有力为阳明实热，属里证。

三、六经辨证与烦躁证治

1. 阳明实热，热蒸脑神 壮热烦躁，汗出气粗，大便不通或热结旁流，腹满硬痛或脐周疼痛，拒按，或见谵语，舌苔黄燥，甚或焦黑生芒刺，脉洪大或沉实。治宜急下存阴，泻火清脑。方用大承气汤合白虎汤。

2. 表寒郁热、元神不伸 恶寒发热，无汗烦躁，头身疼痛，舌苔薄白微黄，脉浮紧。法宜内外清解，透邪和脑。方选大青龙汤。

3. 少阳郁热，脑络不和 胸胁满闷，烦躁谵语，惊惕不安，小便不利，全身困倦，不可转侧，苔薄黄，脉弦数。治宜和解清热，镇惊宁脑。柴胡加龙骨牡蛎汤为主方。

4. 热扰胸膈，心神不宁 心烦懊恼，反复颠倒，治宜清

心凉膈除烦安神，用栀子豉汤类方。

5. 痰火内扰，上犯脑窍 气急烦闷，躁扰不宁，面赤气秽，痰黄黏稠，大便秘结，小便短赤，舌质红，苔黄，脉滑数。治宜清化热痰，泻火宁神。方用小陷胸汤合栀子豉汤加减。

6. 阴虚火旺，髓海耗损 虚烦不寐，躁扰不宁，心悸怔忡，健忘多梦，腰膝酸软，颧红唇赤，手足心热，潮热盗汗，咽干口燥，尿黄便干，舌红少苔，脉细数。治宜滋阴降火，宁神养髓。方黄连阿胶汤加味。

7. 阳虚阴盛，心神不宁 微热，昼日烦躁不得眠，夜而安静，脉沉微。治用干姜附子汤。若患者恶寒，肢厥，下利，脉微细。治宜茯苓四逆汤。

8. 心阳受伤，精神不安 烧针后，烦躁。宜桂枝甘草龙骨牡蛎汤。

第五节 六经辨证与失眠证治

失眠在《伤寒论》、《金匱要略》称为“不得眠”、“不得卧”，等等。后世称为不寐，当代多称不寐、失眠，为了与当代文献保持一致，本书统称失眠。

张仲景在《伤寒论》虽然没有对失眠的专题研究，但是在论述六经病证治的过程中，有许多内容涉及了失眠及其证治。在《金匱要略》则有关于失眠证治的记载，为了叙述方便，特将《伤寒论》、《金匱要略》有关失眠的内容在此一并叙述。

一、张仲景继承和发扬《内经》睡眠理论

阴阳消长出入是《内经》论述卧、寐的基本理论。该理论强调阴阳出入消长是卧起发生的根本所在。《灵枢·口问》说：“阳气尽，阴气盛，则目瞑；阴气尽而阳气盛，则寤矣。”《灵

枢·邪客》：“天有昼夜，人有卧起”。

睡眠的阴阳学说认为阴阳消长、交感是睡眠发生的机制。阴阳的消长、交感离不开阴阳升降，因此，阴阳消长、升降、交感是阴阳睡眠说的核心内容。心肾相交，水火既济，既是阴阳睡眠说发生的脏腑，同时也体现了“形与神俱”的特点。阳能入阴是睡眠发生的关键，故《临证指南医案》曰“不寐之故，虽非一种，总是阳不交阴所致”。

睡眠的神主说认为，神彰于外为寤，神舍于阴为寐。这是睡眠神主说的核心。《灵枢·天年》有“神气舍心”的论述。心主神明，昼日彰而为寤，夜则藏而为寐，神主于心而藏于肾。神安于夜，夜主于肾。故夜寐而神安者，赖少阴肾之收藏。反之，肾不闭藏，则神难安舍，神不安舍，则不得眠。正如《景岳全书》所说：“盖寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐。”

营卫运行与睡眠发生有着密切关系，形成了睡眠的营卫说。《灵枢·大惑论》说：“夫卫气者，昼日常行于阳，夜行于阴，故阳气尽则卧，阴气尽则寤。”此即后世所说的营卫睡眠说的基本观点。营卫分属阴阳，故营卫睡眠说，实际上应归属于阴阳睡眠学说之中。《伤寒论》六经辨证涉及营卫病机内容颇多，其中六经病在营卫失常的状态下，发生睡眠或其他睡眠异常都成为可能。这也是后世医家根据《内经》营卫理论，应用桂枝汤及其类方治疗失眠与睡眠异常的基础所在。

《伤寒论》在《内经》研究的基础上研究了阴阳失调，特别是阳盛火扰导致“不得卧”、“不得眠，”阳衰阴盛引起“但欲寐”的证治。

二、热病、杂病皆可发生失眠

（一）《伤寒论》有关失眠的论述

失眠是六经病证常见症状，有时又是突出的主证。中医睡

眠理论认为，正常睡眠的发生是以阴阳的协调为前提的，六经以阴阳气的多少而划分，六经病必然是阴阳的失调，因此，在六经病的过程中，或多或少，总是会引起睡眠异常。由于六经阴阳气有多少，其对睡眠的影响程度又有差别，从《伤寒论》的记载看，在阳明病与少阴病过程中睡眠和睡眠异常的发生率最高。

1. 阳明病对睡眠的影响 阳明腑实证，因邪热上攻，心神被扰，则见不得卧。如原文 242 条为阳明邪热深伏于里，燥屎阻结于下，邪热上攻，故出现头晕目眩，气喘而不能平躺安卧。因腑实已成，气机被阻，则二便皆不通利，故出现小便不利，大便乍难。有关原文虽仅一条，但临床确属多见。

阳明多气多血，主降浊，关系阴阳升降；胃络通心，阳明通过气机升降，气血多少，影响心神，进而影响睡眠。《素问·六节藏象论》：“天食人以五气，地食人以五味。五气入鼻，藏于心肺，上使五色修明，音声能彰。五味入口，藏于肠胃，味有所藏，以养五气，气和而生，津液相成，神乃自生”。《灵枢·平人绝谷》：“平人则不然，胃满则肠虚，肠满则胃虚，更虚更满，故气得上下，五藏安定，血脉和利，精神乃居，故神者，水谷之精气也。”阳明病则升降失常，阴阳违和，发生失眠。《素问·逆调论》说：“阳明者，胃脉也，胃者六府之海，其气亦下行，阳明逆不得从其道，故不得卧也。《下经》曰：胃不和则卧不安。此之谓也。”阳明与睡眠关系密切，阳明病则必然影响睡眠，即可导致失眠，如 76 条“发汗后，水药不得入口为逆。若更发汗，必吐下不止。发汗吐下后，虚烦不得眠；若剧者，必反复颠倒，心中懊恼，栀子豉汤主之”；79 条“伤寒下后，心烦，腹满，卧起不安者，栀子厚朴汤主之”。221 条“阳明病……若加温针，必怵惕烦躁不得眠。若下之，则胃中空虚，客气动膈，心中懊恼”。阳明热盛，热扰心神，也可引起嗜卧。231 条“阳明中风，脉弦浮大，而短

气，腹都满，胁下及心痛，久按之气不通，鼻干，不得汗，嗜卧”。

不得卧也可见于虚寒证，如 139 条，此为素有寒饮之人患太阳病，因外邪引动内在寒饮，导致气机不利，而见心下痞塞，卧则气壅而甚，故曰：“不能卧，但欲起。”

2. 少阴阴阳水火失调影响睡眠 少阴为阴阳气之根，厥阴为阴尽阳生之气，病至少阴、厥阴，其预后均取决于阳气之存亡。虽阳气已呈极度衰惫状态，但尚未至竭绝，若能及时抢救，仍可挽回危局。倘病情进一步恶化，阳气进一步消亡，则可能出现躁不得卧，或汗出不止，或肢厥不止，或无脉等症。此乃阳气飞越，正气将绝之危重证候，仲景受历史条件所限，断为不治。

不得眠，不得眠是指彻夜难眠，或难以入睡，或寐而易醒，醒后再不能入睡等睡眠减少的一类症状，后世又称“不寐”、“少睡”等。《伤寒论》中称之为“不得眠”。但有时“不得卧”亦指不寐而言。涉及原文有 8 条文次，其属性有寒热虚实之不同，其病机为心神被扰。

不得眠多见于太阳病误治的变证。如 71 条太阳病汗不得法，大汗伤津，胃中津液不足，因胃不和则卧不安，故口渴引饮。76 条则为太阳病，经发汗吐下后表邪已去，但余热郁于胸膈，热扰心神则烦躁不得眠，

轻者余热渐退，不治自愈，重则可出现坐卧不安，心中懊侬，素易鼻衄之人，阴血亏虚者多，虽有表证，亦不可发汗，因血汗同源，再发其汗必致阴血更虚而生内热，邪热上扰心神，故心烦不眠。

栀子豉汤证为热扰胸膈，病在气分。

阳明病见脉浮而紧，并有发热，汗出，咽燥口苦，腹满而喘者，临证宜加细辨。其脉浮为里热外扬，紧为邪热内实，若误为太阳伤寒而用温针强发其汗，是以火疗热，使里热更甚，

火热扰心则怵惕，烦躁不得眠，临证不可不慎。

在《伤寒论》少阴病篇 45 条原文中，明确言及卧、寐者有 10 条，若除去非少阴病的内容，再加上少阴寒化证应当出现的提纲见证，以及虽不言卧、寐，但却可能出现卧、寐异常的相关条文，如“心烦”、“欲死”等，则篇中相关条文超过半数以上。提示卧、寐异常是少阴病的重要见症。

少阴病热化证，因真阴已虚，邪火复炽，肾水亏于下，心火亢于上，心肾不交，水火不济，故心烦不寐。

(1) 卧寐反应少阴心肾阴阳的状态：卧寐以少阴心肾水火阴阳协调为根本。卧寐是形神安宁的状态，形神安宁是以阴血之静用事为特征的阴阳协调状态。水火阴阳的协调决定卧寐。卧、寐是阴阳水火用事表现在外的征象。阴阳协调，根在少阴。阳主动，阴主静。卧、寐无论是指睡眠，还是躺卧、安静状态，都是以静为特征的，其发生的主要机制是：静由阴主，其中睡眠则是阳入于阴，阳用藏而不彰。少阴主持水火阴阳之升降。阳在外，阴在内，阴阳水火的升降、转化、协调，是卧寐发生的关键。少阴在脏为心肾，心主火，火属阳主动；肾主水，水属阴，阴主静，入夜之安静、睡眠皆由少阴肾水所主。精藏于肾居下而内守，神舍于心位居于上。上为阳，阳主明，故神以彰明为常；下为阴，阴主藏，故精以隐含不露为宜。精、神皆为人体之所贵，宜藏而不泄，二者协调，又互为其根。阴阳水火的协调平衡是精神内守的前提，故《素问·生气通天论》曰：“阴平阳秘，精神乃治”。

(2) 卧、寐主于少阴：水火为阴阳之征兆，人身之水火主于心肾，精神分藏于心肾，故卧寐主于心肾。《冯氏锦囊》指出：“夫人之神，寤则栖心，寐则归肾，故寐者，心神归于肾舍也……故不寐、健忘两证，虽似心病，实由于肾虚也”。

天人相应，人身阴阳随天阳变化，而有卧起寤寐，正如《灵枢·邪客》所说：“天有昼夜，人有卧起”。阴阳之根在少

阴，水火阴阳之升降主持于少阴心肾，神彰于外为昼日之兴奋，精藏于内则为夜间之卧寐。少阴心肾主持水火阴阳的升降变化，从而决定着卧寐的正常与否。诚如《古今医案按·不寐》所说：“寐虽由心，必赖肾之上交，精以合神”。

(3) 少阴病发生的睡眠异常：《伤寒论》对少阴病卧、寐异常的记载主要有：“但欲寐”、“但欲卧”，“不得眠”、“不得卧”。少阴病病机有寒化、热化之分，均可导致卧寐异常。少阴热化证之卧寐异常主要表现为“心中烦，不得卧”，“心烦不得眠”；少阴寒化证之卧寐异常常见“但欲寐”、“但欲卧”；此外，阴盛阳衰，阴阳离决，还可出现“不得卧寐”。

少阴热化证以肾水亏虚，心火不降为病机。《医理真传》：“凡阴虚之人，阳气自然必盛。阳气二字指火旺，火旺则水亏，此阴虚之所由来也……阴虚病，其人必面目、唇口红色，精神不倦，张目不眠，声音响亮……”。其病机主要是阴亏阳旺，阴阳不交，关键在阳不交阴。阴虚热扰心神，而致心烦不眠，此则阴虚有热，兼水气内停，如猪苓汤证即是。

心肾失调，火水未济，精不养神是少阴病卧、寐异常发生的根本。少阴病责在心肾二脏，心肾失调，火水失济，就会导致卧、寐的异常。

阳虚阴盛，亦见不得眠。如 61 条因下后复汗，而致阳虚阴盛，故脉沉微无力。因虚阳借助昼日之阳能与阴争，故烦躁不得眠；夜则阳衰无力与阴相争，故呈“安静”状态，实为精神萎靡不振，阳气大虚，证情突变。

就少阴病失眠而言，虽可责之心肾二脏，但卧、寐主静总属于阴，则其司权者重在于肾。无论是睡眠的阴阳学说，还是神主学说，所涉及的内容不外阴阳、水火、精神，凡此皆由心肾所分藏与主持。《伤寒论》少阴病篇的有关卧寐异常的论述，为从少阴心肾来研究卧寐及其病变奠定了坚实理论的基础，积累了可靠的临床经验。

《伤寒论》少阴病有关论述为失眠研究奠定基础。从少阴病心肾失调，火水未济的病机变化认识卧寐异常，对论治睡眠障碍具有重要的指导意义。

（二）杂病失眠责在正虚失养

睡眠异常特别是失眠大多属于杂病研究的内容。《金匱要略》提出“虚劳虚烦不得眠，酸枣汤主之”。“夫失精家，少腹弦急，阴头寒，目眩，发落，脉极虚芤迟，为清谷，亡血失精。脉得诸芤动微紧，男子失精，女子梦交”。可见杂病失眠重在正气亏虚，正气不足，脏腑失养，心神不宁，以致不能正常睡眠。

三、六经辨证与失眠证治

失眠的常见病机主要有两方面：一是邪扰心神，如阳热亢盛、阴虚火旺或痰热内扰等，以致心神不宁；二是心神失养，常见阴血不足或阴亏火旺导致心神失养。经方治疗失眠如下：

（一）抑阳泻浊，燮理升降

1. 和胃降气，交通心肾 胃不和则卧不安。调和胃气，可以升降水火，水升火降，协调心肾，阴阳协和，精神安宁。《伤寒论》“少阴病，吐利，烦躁欲死者，吴茱萸汤主之”。即是阳明中寒，升降失司，火水不得既济，“烦躁欲死”，卧寐岂能正常。吴茱萸汤温中散寒，交通阴阳，阴阳协调，诸证可除。半夏泻心汤和中消痞，升清降浊，可以用于中焦气机痞塞不通之失眠。《兰室秘藏》之交泰丸，“升阳气，泻阴火，调荣气，进饮食，助精神，宽腹胁，除倦怠嗜卧，四肢沉困不收”。临床以和胃降气法，以升降气机，交通心肾，也是治疗失眠的常用方法。

燮理阳明，调理气机升降是治疗失眠的重要方法。《素问·逆调论》曰：“胃不和则卧不安”。由于饮食失节，痰热蕴胃，胃失和降，浊气上扰，心神不安。湿热食滞中阻，胃脘痞

闷胀满，嘈杂纳少，口气秽恶，舌苔黄厚腻，治疗当泻浊清热，和中安神。痰热阻中焦，邪气实，实则阳明，故须降浊。半夏泻心汤辛开苦降，清热燥湿，和胃安中，降气泻浊，调畅气机。若脘痞胀闷者，加枳实；苔黄腻，痰热盛者，加竹茹、栝楼、远志。痰热内扰，心神不宁，心烦少寐，脘痞疼痛，嘈杂不食，苔黄腻，脉滑数。小陷胸汤。

胃中积热，腑气不通，大便数日不行，腹胀，卧不安宁，难以入眠，宜大承气汤加减治之。若顽痰内阻，失眠经久不愈，烦躁不安，精神失常，舌质红，苔黄厚腻，脉滑。大承气汤合小陷胸汤加青礞石、沉香、黄连、郁金。热病之后，余热内扰，气阴被伤，虚烦不眠，体倦乏力，少气懒言，舌红，苔少乏津，脉虚细数。治宜清热除烦清心，益气养心安神。常用竹叶石膏汤加味。

2. 清肝泻火、除烦安神 肝主疏泄，其脉注胸中，若肝经火热内扰，则胸中烦满，不得睡眠，面红目赤，口干口苦，治宜清肝泻火，除烦安神，白头翁汤合栀子豉汤、芍药甘草汤加味。火盛伤阴，宜白头翁加甘草阿胶汤合百合知母汤加减。日久肝阴耗伤，肝体不足，血不藏魂，情志不舒，心烦不安，胁肋胀满，筋脉拘急，大便干结，舌质红，脉弦细。治当益阴柔肝，缓急安神。用芍药甘草汤合酸枣仁汤，重用芍药 60 克，有益阴柔肝以安神之功，肝藏血，为魂之居，故益阴养肝则魂得安舍。炙甘草扶土抑木，可防止芍药之泻肝太过，发生腹痛、腹泻。

3. 清心泻火，宁心安神 泻火安神法：心火内炽，君火亢于上，扰乱神明，导致失眠，治宜泻火安神。方用泻心汤、栀子豉汤、大黄黄连泻心汤、黄连解毒汤合导赤散。

（二）滋阴泻火，调整阴阳，重在少阴心肾水火

阴平阳秘，精神乃治。对于卧寐异常的病变，必须重视调整阴阳。水火为阴阳之体，精神为阴阳之用，心肾为阴阳水火

精神之宅。故从少阴心肾可以调治卧寐异常的病变。

1. 壮水制火，调整阴阳，交通心肾治疗失眠 壮水制火是治疗失眠的基本方法。壮水可以制火，水足则能纳阳；火旺扰神，制火可以宁心，心静则神安；水亏火旺，又当壮水与制火兼顾。故壮水与制火可以单行，也可并施。

滋阴安神法：阴虚是失眠得常见病机，滋阴是安神的首要条件。阴静则神藏，故滋阴可以安神。心阴不足，宜百合知母汤合天王补心丹；肾阴亏虚，宜六味地黄丸、左归丸加味；心肺阴虚，宜百合汤类方合麦门冬汤。滋阴为主，阴液充足，神安则寐。

滋阴降火法：阴虚火扰，神不安宁，则滋阴需兼降火。心阴虚，心火旺，宜百合知母汤、百合地黄汤合朱砂安神丸、天王补心丹、二阴煎之属；心阴虚，相火旺，宜黄连阿胶汤；肾阴虚，心火旺，宜天王补心丹合交泰丸；肾阴虚，相火旺，宜知柏地黄丸合交泰丸。

滋阴利水，清热安神：若少阴亏虚，阴虚水停，湿热内扰，心烦不寐，口干咽燥，小便不利，舌红，苔黄腻，脉细数。宜猪苓汤。

2. 和阳抑阴安神 卧寐异常皆责之“神”的失调，阳气盛衰偏颇可以导致“神”不得安，从而表现为卧寐失常，则和调阳气即能治疗卧寐异常。故和阳是安神之重要治法。神之安宁求于阴阳平秘，滋阴安神为临床常用之法，而和阳安神常被忽略。阳主于昼，昼能精，夜才能瞑。故宜宣畅阳气，使昼日阳主于外，才能暮而收拒，是以有温润助阳、辛温宣达治疗不寐之法，常用桂枝加龙骨牡蛎汤；挟痰则用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤法。如《伤寒论》112条：“伤寒脉浮，医以火迫劫之，亡阳，必惊狂，卧起不安者，桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之”。《温病条辨·下焦篇》31条汪按：“不寐之因甚多，有阴虚不受阳纳者，有阳亢不入阴者……有趺脉不

和者，有痰饮扰心者”。阴阳失调导致卧寐异常，调和阴阳是安神之本，其中和阳安神不可忽略。

阳气出入畅达，以少阳为转枢。若邪气内扰，特别是热邪扰内扰，阳气郁结，神机失和，如《伤寒论》107条“伤寒八九日，下之，胸满，烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧者。”此因误治，致少阳火郁，火扰乱肝魂烦惊谵语，临床常见因惊吓致肝不藏魂发生失眠，宜治用柴胡加龙骨牡蛎汤，枢转少阳，镇静安神。本方临床可用于治疗膈肌痉挛、脑震荡后遗症、舞蹈病、动脉硬化、颈椎增生、血管神经性头痛、帕金森氏综合征、郁症、癔病、夜游症、精神分裂症、癫痫、神经官能症、闭经狂躁症、更年期综合征等。

温助心阳宁心安神。《伤寒论》112条“伤寒脉浮，医以火迫劫之，亡阳，必惊狂，卧起不安者”。此误用火法，必致大汗亡阳，心阳外亡，神失所主，故见卧起不安，甚则惊狂。治用桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤温补心阳，镇静安神，豁痰止狂。伤寒下之后复发汗，汗下失序，阳气大虚。阳虚之人，昼日虚阳得天阳之助而能与阴争，故见烦躁；61条“下之后，复发汗，昼日烦躁不得眠，夜而安静，不呕、不渴、无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之”。此为阳气虚衰，阴寒内盛，阳不胜阴，阴阳失交。总责肾阳虚衰，用干姜附子汤急温回阳，温助阳气，振奋神机。

（三）益气养血安神

心主血脉，藏神，以火为用。故心、火、血、脉、神五位一体，常常相互影响。心、火、血、脉的和调，决定心神之安宁，这是正常睡眠的保证与特征。若气血亏虚，心神失养，神不安舍，以致睡眠。故自古以来，补益气血就是治疗失眠的常用治法。气血阴阳亏虚，心神失养，心悸不寐，舌质淡脉细。可选用炙甘草汤，方中重用炙甘草，补心气以滋化源；麦冬、生地、麻仁、阿胶、人参、大枣，养心阴以充脉体；桂枝、生

姜、清酒，温心阳以通血脉，共奏益气养血，通阳复脉之功。炙甘草汤一名复脉汤，脉为血府，主于心，而能荣神。故复脉既能养血，养血则神安，神安则寐。

第六节 六经辨证与郁证证治

郁病又称郁证，是指情志不畅，气机郁滞所导致的一类病证。其临床表现多端、见症复杂。郁证是临床常见病，其发病重在气机郁滞，而心神被扰，精神违和是其主要临床表现。然而，气郁日久，病机转化复杂，气滞血瘀、气滞痰阻、气郁化火、气滞湿阻、火盛伤阴；久病正虚，心脾气虚、心肺气虚、心肾阳虚等等。由此，病变累及六经，故可以采用六经辨证方法以治之。俞根初在《通俗伤寒论》中指出：“凡治伤寒以开郁为先”。提示伤寒六经病病机以郁为病机之共性。

一、六经皆有郁证

六经输送气血，畅达阳气，宜流通而恶抑遏。畅达则生机勃发，抑遏则为病。太阳统营卫，其气布于表，营卫关乎精神，故太阳气机失和，营卫失于和调，在外则经脉不利，为头痛、寒热，为精神不振。阳明多气多血，“胃肠流通，气机畅茂”（《本经疏证》），阳明气机郁滞，气血不畅；土壅木郁，肝失疏泄，为中满腹胀，噎气食少，情绪悒悒不乐，大便不畅。少阳主枢机，阳气流行畅达，出表入里，皆赖少阳为之斡旋，枢机不利，则胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，大便不畅。太阴在脏为脾肺，脾主升清，与胃同为气机升降之枢纽；肺主一身之气，“诸气贖郁，皆属于肺”。脾土郁滞，气机升降失和；肺气贖郁，诸气皆郁，证见胸脘胀满，叹息噎气，疲乏懒言，情怀抑郁。少阴主水火，在上为心，主火藏神，在下为肾，主水藏精。少阴阳气不足，精神不振，甚则“但欲寐”、

“心烦但欲寐”、“但欲卧”；少阴水亏火旺，水亏失养，火旺扰神，“心中烦，不得卧”。厥阴主血，足厥阴肝主疏泄，肝脉其支者“注胸中”；手厥阴心包为“臣使之官，喜乐出焉”，代君行令，“血气者，人之神”。气血畅达，精神振奋。厥阴受邪，或厥阴本虚，气血不利，气机失和，神机不振，出现胸胁满闷，情绪抑郁，饮食少进，疲乏无力。

二、六经阴阳多少是郁证发病的基础

六经分于阴阳气有多少，而六经郁证，有与六经阴阳之气的盛衰偏颇有着密切关系。总其大要而言，则是阳气偏盛，病生于三阳，且易于化热化火，久则伤阴耗气，实证居多，或虚实夹杂；阳气不足，病发于三阴，属于虚证。阳虚易生内寒，而津血易停易瘀，形成虚实夹杂证候。若阴液不足，则易受情志变化影响，病多发于三阴，而以足厥阴肝经受邪者最多。

三、从六经论治郁证

疏通气机是郁证的基本治则。

太阳郁证，病机主要责之营卫失和，治疗宜调和营卫，畅利太阳经脉。情怀不适，伴头痛、颈项不适，或周身酸楚，饮食二便无明显异常，是其主要特征。桂枝汤为代表方，颈项不适，用桂枝加葛根汤；失眠心悸，用桂枝加龙骨牡蛎汤；病久兼营卫不足，周身酸痛，劳累加重，休息减轻，舌质淡，脉弱，用桂枝新加汤合黄芪桂枝五物汤。太阳与少阳合病，头痛颈项疼痛，胸胁胀满，暖气则舒，脉弦，用柴胡桂枝汤加川贝母、旋覆花。

阳明郁证，胃肠气机失和为主，治宜调和胃肠气机，降浊导滞。胃气失和，情绪不畅，胃脘胀满，暖气嘈杂，饮食减少，大便不爽，舌苔腻，用橘枳姜汤合三物白散去巴豆霜，加半夏、旋覆花；胃失和降，食积不化，暖气食臭，舌苔厚腻，

脉滑，用半夏厚朴汤加焦三仙、槟榔；胃气郁滞，食积浊滞化热，湿热郁积，胃脘胀满或疼痛，舌苔黄腻，脉滑或弦滑，用半夏泻心汤合栀子厚朴汤，大便不畅，合小承气汤。阳明少阳气机郁滞，用大柴胡汤；阳明湿热壅滞，土壅木郁，急躁易怒，口苦口干，大便不畅，舌苔黄腻，用茵陈蒿汤合小陷胸汤。

少阳郁证，以枢机不利，阳气出入畅达失常为主，治宜和解少阳，畅利枢机。胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦口苦，舌质红，脉弦细，用小柴胡汤加川贝母、生麦芽；恶心呕吐，大便不畅，苔黄腻，用大柴胡汤；口苦口渴不欲饮，大便溏薄，用柴胡桂枝干姜汤。

太阴郁证，责之脾肺气机不利，治分虚实。脾虚气滞，情志不乐，悒悒不舒，腹胀食少，得食胀甚，大便不实或便溏，苔厚白腻，舌质淡，脉虚，用厚朴生姜半夏甘草人参汤加香附、葛根；肺气郁证，胸胁胀满，叹息噎气，咽喉不利，如物梗塞，苔白腻，用半夏厚朴汤加川贝母、桔梗、木蝴蝶；脾肺气虚，痰湿郁结，情怀不乐，咽喉不利，舌质淡，脉弱，用厚朴生姜半夏甘草人参汤加茯苓、黄芪、陈皮。土虚木旺，肝气横逆，精神紧张，易怒易烦，腹胀腹痛，大便溏薄，或腹痛即便，舌质淡，用理中丸去干姜，加天麻、生牡蛎、炒白芍。肺阴亏虚，胸闷不适，睡眠异常，饮食无味，用麦门冬汤合百合知母汤加川贝母、桔梗。太阴脾主水液运化，肺主通调水道，太阴气机郁滞，水液运化输布失常，痰湿内生，治宜利气化痰，痰气郁结，用半夏厚朴汤合桔梗汤理气解郁，化痰散结，化热则小陷胸汤加川贝母、桔梗。

少阴郁证，责之水火不足，治分壮水之主与益火之源两途。少阴阳气不足，精神抑郁，疲乏无力，欲寐不寐，似醒非醒，懒言懒动，舌质淡胖，脉沉无力，用四逆汤改炮附子；若肢体疼痛，或头痛身疼，肢体沉重，舌质淡，用附子汤；若伴

易惊善恐，失眠多梦，舌质淡，脉沉细，用二加龙牡汤。少阴水亏火旺，心烦不寐，口干舌赤，脉细数，用黄连阿胶汤合百合知母汤。心气不足，志乱神迷，悲忧伤神，精神恍惚，悲伤善哭，数欠伸，体倦乏力，舌质淡，脉虚细，用甘麦大枣汤合百合地黄汤，甘润益气补中，养心安神。

厥阴郁证，责之肝经气机不畅，经脉不利，或心包郁滞，神机失和。肝气郁结，情志抑郁，闷闷不乐，胸胁胀满，嗳气叹息，诸证随情绪波动而变化，舌质淡红，苔薄白，脉弦。治宜疏肝理气，调畅气机，用四逆散合半夏厚朴汤为主方，随证加减；或用解肝煎，其理气解郁作用更强，用于治疗“暴怒伤肝，气逆胀满阻滞等证”。肝郁化热化火，合栀子豉汤，或白头翁汤，清肝泻热，宣郁疏肝；火盛伤阴，重用芍药、炙甘草，加当归；肝肾阴虚，气机不畅，情怀不乐，用六味地黄丸合酸枣仁汤加柴胡、川贝母。肝郁日久，气滞血瘀，合旋覆花汤、桂枝茯苓丸。痰瘀阻结，情志不畅，胸满胁痛，固着不移，舌质暗，苔白腻，脉滑或弦，治宜理气化痰，疏郁通络，用半夏厚朴汤合桂枝茯苓丸。肝郁乘脾，则宜厚朴生姜半夏甘草人参汤合芍药甘草汤，重用炙甘草，加白术、茯苓、白扁豆。心包气郁，神机失和，精神紧张，胸闷不适，时或心胸隐痛，用桂枝加龙骨牡蛎汤加川贝母、茯苓、石菖蒲。

心脾亏虚，气血不足，精神不振，抑郁不乐，心悸失眠，面色不华，心神不宁，头晕失眠，舌质淡脉细弱，补益气血，养血安神，用炙甘草汤、黄芪建中汤香附、川贝母。



第五章 杂病病脉证并治 与神经精神病 证治

《金匱要略》以臟腑經絡脈證為核心，闡明雜病的診斷，鑑別和治療大法。全書共 25 篇，論述了 40 多種病證，與神經精神疾病密切相關的病證主要有百合病、郁證、臟躁、中風、血痹、瘵證等，現分別論述。

第一節 百合病證治

百合病是一種以心肺陰虛內熱為主要病機的疾病，臨床表現以精神恍惚、言行不定、口苦、小便赤、脈微數為特征。既可發生於熱病之後，亦可因情志不遂，郁而化火形成，導致陰虛內熱。治療以養陰清熱，潤養心肺為大法，百合地黃湯為代表方。用百合可治療此病，且常有良效而得名。《醫宗金鑑》對百合病的病因認識比較全面完整，“傷寒大病之後，餘熱未解，百脈未和，或平素多思不斷，情志不遂，或偶觸驚疑，卒臨異遇，因而形神俱病”。另外，若日久變渴、發熱者，可分別選用百合洗方、栝蒌牡蠣散、百合滑石散，誤治以後又可分別選用百合知母湯、百合滑石代赭湯、百合雞子黃湯。

百合病常見於西醫的癔病、神經官能症等疾病。本病臨床常見，清代醫家陳修園謂：“此病最多，而醫者不識耳。”徐靈

胎也说：“此等症，病后得之者甚多，医者不知，多方误治，以致病气日深，不可救疗，始终无一人能识之者，遍地皆然也。”近人程门雪也指出：“百合病非但有，而且并不少见。”

一、百合病的病因病机

《金匱要略》对百合病病因病机的记载不多，后世医家对本病病因病机研究亦见仁见智，但多是依据《金匱要略》对百合病症状与百合地黄汤诸方功效，运用以方测证的方法进行的。

关于百合病病因的看法。《金匱要略》有关百合病的记载，只述证治，未明确阐述病因。因此，后世医家根据各自的临床经验与理论探索经验，提出了不同的见解，在归纳历代医家研究成果的基础上，中医药学高级丛书《金匱要略》总结概括为：①病后所生：《诸病源候论·伤寒百合候》：“百合病者，……皆因伤寒虚劳大病已后不平复，变成斯病。”孙思邈、王焘、徐忠可、程林等持同样观点，认为伤寒虚劳大病之后，人体正虚，营卫气血失调，余邪留连，百脉不和，变成此病。②情志所伤：赵以德在《金匱玉函经二注》中指出，该病多因“情欲不遂，或因离绝菀结，或忧惶煎迫”所致。吴谦等人及近代医家曹颖甫亦有相似的论述。③误治所成：《重订伤寒蕴要方脉药性汇全》云：“大抵伤寒汗、吐、下之后，元气虚劳，多变此证。”④房劳所致：日人饭田鼎在《金匱要略方论考证》中说：“盖百合病者，……房室过度之所致。”虽然众说纷纭，但是进一步查考古代文献后可以看出，百合病主要由伤寒外感热病引起。汉以后许多重要著作，如《小品方》、《备急千金要方》、《外台秘要》、《太平圣惠方》、《类证活人书》、《圣济总录》、《普济方》、《证治准绳》等，都将其归入伤寒门类，称之为伤寒百合，或百合伤寒。认为其病或随伤寒而发，或伤寒后所生。如《太平圣惠方》云：“其病（百合病）亦有始中伤寒，

便成斯疾，或患经多日，方始变为此证。”当然，亦并非据此而排除情志。误治等因素导致百合病的可能性，只是相比较而言，由伤寒外感热病引起者更为常见。

关于百合病病机的研究，多数医家认为百合病病机与心肺关系最为密切。《金匱要略》原文已点出病机之要，及“百合病者，百脉一宗，悉致其病也”。医家认识百合病多以此为出发点，以心肺功能为基础，阐述百合病的发病机制。如，赵以德《金匱方论衍义》认为与心、血有关，“盖脉者血之府，……归于手心主。手心主者，主血主脉，若火淫则热，热蓄不散则积，积则毒生而伤其血，热毒之血流于脉，本因母气之淫邪，是故百脉一宗，悉致其病也”。魏念庭《金匱要略方论本义》则认为与肺、气有关，“百合病者，肺病也。肺主气，肺病则气病，气病则脉病。由上可见，百合病的病机与心肺有关，心主血脉，肺朝百脉，人体之脉同出一源，为心肺所统。”总之，心肺居胸中，既为气海，又为血府，且为神明所藏之地，因此，多种致病因素，累及心肺功能，影响心主血脉，肺朝百脉，致使百脉合病，都有产生本病的可能。多数医家认为百合病以心肺阴虚内热者居多，符合临床所见。

但是也有不同的看法，著名中医学家金寿山在《金匱诠释》中提出，百合病“与心固有关，与肺却少关涉”，其病机“当属于气血不和”，“气血不和可以导致神病，百合病者，神病也。清其气血即所以治其神”。并引程门雪先生的类似看法：百合病“不独邪热伤肺，尤伤脑髓。……肺为水之上源，肺热则小便黄赤，病深者头痛，邪热不独伤肺，由肺移脑，精神错乱，故其病剧伤脑，轻者但头渐渐，最轻但头眩耳。总之，百合一病，热伤肺阴，延及脑髓，征于膀胱也”。迺认为百合病是脑病。无论是从上述的心肺居胸中，既为气海，又为血府，且为神明所藏之地而言；还是从当代中医脑病学研究的基础来看，金、程之说却有至理。这也是将百合病收入本书的重要依

据。从历代医家对百合病的研究与证治处方来看，百合、地黄、知母都是治疗本病的重要药物，三者均有滋阴润肺、清心泻热、安神除烦之力；而另一味药物滑石则清热除烦安神，均提示本病患者具有以下三大特点，一是患者属于阴血津液不足的体质；二是百合病发病后多数情况下表现为阴液滋润、濡养功能不足的病机变化；三是心神被扰，由于心肺功能失常，运行气血的功能障碍，进而导致气血不和，终致脏腑失调，经脉失和，百骸失养，心神不宁，而心神首当其冲。心为五脏六腑之大主，“主不明则十二官危”，总之，百合病病在心肺、气血、阴津、血脉。心神失常进而影响人体各方面生理功能，导致脏腑失调，阴阳失衡，心失所养，心神失司，产生多方面的临床症状，症状繁多如有神灵所作。

此外，也有认为本病当定位在肝者，并从肝与情志失常疾患的关系作了深入研究，然而，就百合病的用药而言，此说有难尽人意之处。

近代医家将百合病病机从证候类型层次作了探讨。如《临床中医内科学》提出百合病的以下证类病机：阴虚内热：热病之后余热未清，或情志不遂，神思过用，心主神明，心伤则神气无所依附，故出现各种心神涣散的病变；肺司治节，肺虚则治节不行，故言、行、卧、饮食皆苦不能自主；虚热上炎则口苦；心移热于小肠，则小便赤；虚热扰动百脉，故脉象微数。痰热内扰：病后阴伤而余热不去，或因情志不遂，五志化火，热灼津液，炼液成痰，痰热扰于心肺，故见心神不安，治节失常等症；胸胁满闷、头痛而胀、面红、苔腻、脉滑数等，皆为痰热内蕴之象。心肺气虚：心肺气虚，神气不充，治节失常，故精神、行动、饮食皆失常态；肺主皮毛，肺气虚则皮毛不固而自汗；心肺气虚，故短气、乏力；舌淡、脉弱皆为气虚之象。肺肾阴虚：热病后期，阴血亏虚，或素体虚弱，劳伤过度，或情志不遂，损伤肺肾之阴，阴虚则生内热，热扰神明，

故善悲欲哭；阴虚心失所养，故心中惕惕，梦中易惊；阴虚生内热，故两颧潮红，五心烦热，骨蒸盗汗，小便短赤；阴精不足，虚火内扰，故梦遗滑精；阴损及阳，故阳萎早泄；肾精不足，故疲软无力，或时畏缩，如人将捕之状；舌红，脉细数均为肺肾阴虚之象。心肾不交：五志过极，心火亢盛，下及肾阴，或久病劳倦，房室不节损及心肾之阴，肾水不升，心火亢盛，故欲卧不能卧，烦躁不宁；热扰心神，故哭笑无常、夜难入寐、梦多易醒，言语繁絮；心火亢上，火不归元，故下肢逆冷；阴精亏虚，故善伸数欠面色潮红，头晕耳鸣、小便赤、脉细数均为心肾不交之象。

总之，百合病大多责之热病之后余热未尽，损伤心肺之阴；或因精神情志所累，思虑无穷，所愿不遂，气机郁滞，久郁化热化火，灼伤阴液而发病。此外，外感热病，汗吐下失法，造成热盛或津伤者，里虚或气郁者；或因卒遇惊险，以致精神涣散者；或因伏萌之火，郁而不伸，损伤阴液者。凡此种病因，均可造成百合病。

二、百合病的临床表现与诊断

百合病的临床表现复杂，与其病机复杂密切相关，诸证的产生与心肺阴虚神机失和是一致的。百合病病机虽然是多样的，就《金匱要略》所涉及的内容看，以心肺阴虚为基本病机。“阴平阳秘，精神乃治。”“阴气者，静则神藏，躁则消亡。”由于心主血脉，肺主治节而朝百脉，故心肺正常，则气血调和而百脉皆得所养，如心肺阴虚，则百脉俱受其累，证候百出，故称“百脉一宗，悉致其病。”心主神明，言听视动皆由心主，精神思维主于心，百合病临床表现可分为两个方面：一是临床表现变幻不定，诸如出现神志恍惚不定，语言、行动、饮食和感觉等失常的现象；《金匱要略心典》云：“全是恍惚来，不可为凭之象。”二是由于阴虚生内热，出现口苦、

小便赤、脉微数。

百合病的临床表现，以神志不定，精神恍惚为主，因此，不少学者主张强调百合病的病位主要在心。如陈氏力倡赵以德“是病多心生”之说，认为临床表现无一肺脏之特异病理表现，而将神志病变归属于心颇合医理。但心肺同居上焦，心主神明，肺为相傅之官，气血为神明之本，二者在调和气血，主持神明方面，具有协同作用，则将百合病病位定位在心肺更为恰当。

百合病临床虽然复杂，但这些症状概括起来具有两大特征：一是这些症状往往不稳定，临床表现为：常默默不言，欲卧不能卧，欲行不能行，欲进饮食，但不能食，有时食欲较好，有时又厌食，如寒无寒，如热无热；二是用常规药物治疗，效果多不明显，甚或服药后出现呕吐或下利加重，一般没有躯体异常或躯体异常与百合病临床表现没有直接的联系，或一如常人。临床根据上述表现，即可诊为百合病。

百合病症状复杂，变幻多端，由此就需要与许多类似疾病作出鉴别。如脏躁、郁证、不寐、癫证、病后虚弱等与百合病的鉴别都是十分重要的。

三、百合病主治方研究

百合病的临床治疗似主要围绕养阴清热安神等法展开。应从心肺阴虚内热入手，以养阴清热为法，不可妄用汗、吐、下等攻法，以免更损阴液。此外，由于近代社会节奏变化，医家十分重视精神社会因素在本病发生中的影响，临床对西医精神病学所描述的癔病、神经官能症等一些与本病有某些相似临床表现者，凡证属心肺阴虚内热者，按本病辨证治疗。

百合病主治方剂以百合地黄汤为代表，涉及百合知母汤、滑石代赭汤、百合鸡子汤、百合洗方、栝蒌牡蛎散、百合滑石散，但医家们通过临床实践认识到既应重视上述方剂的应用，

同时也不应忽视其他方剂的作用。将《金匱要略》有关百合病的证治方药作为一种疾病的不同证候来认识，随证加减。还要结合后世医家经验以及时代特点。临床不乏将百合地黄汤、甘麦大枣汤与生脉散等熔于一炉而取效者。

百合是治疗百合病的主药，本品甘缓，色白入肺，甘能润肺，寒可清心，复能益气安神。生地黄甘寒，逐血痹，填骨髓，长肌肉，益心营，清血热。二者配伍，养阴清热，除烦安神，畅利血脉，宁神怡心。复以甘凉之泉水下热气，利小便，用以煎百合，共奏滋阴液、润心肺、凉血热、安心神之功。阴复热退，百脉调和，病自可愈。服药后大便呈黑漆之色，为地黄本色，停药后即可消失。百合地黄汤可以常用于治疗神经官能症及自主神经功能失调，也可用于感染性疾病后出现的感染后失调综合征的治疗。此外，百合地黄汤还可与其他方剂合用，如与酸枣仁汤合方可以用于治疗郁证，与甘麦大枣汤合方治疗脏躁，也可根据病情与甘麦大枣汤、桂枝加龙骨牡蛎汤、逍遥散等合用治疗更年期综合征、自主神经功能失调等。

百合病证属心肺阴虚，内有燥热者，不可使用汗法。若医者误以“如寒无寒，如热无热”为表实证而用汗法，汗后阴液受伤，肺阴亏虚，虚热益甚，则出现心烦、口燥等症，宜补虚清热，养阴润燥，用百合知母汤。方取百合润肺清心，益气安神；以知母养阴清热，除烦润燥；以泉水煎药清其内热。三者共奏补虚、清热、养阴、润燥之功。

百合病误下后用滑石代赭汤。百合病以阴虚里热为主，阴虚与里热皆属汗法之禁忌。若误以“意欲食，复不能食”为邪热入里的实证，而用攻下法，误治之后可能出现的变证为：一是误下津伤，里热反炽，阴伤液耗，化源不足，出现小便短赤而涩。二是胃气为苦寒泻下之药损伤，导致胃气上逆，发生呕吐、呃逆等症状。此时，治宜养阴清热，利水降逆，用滑石代赭汤。方中百合清润心肺，滑石、泉水导热气而通水腑，代赭

石降逆和胃。诸药配伍，使心肺得以清养，胃气得以顺降，则小便得清，大便调匀，呕哕自除。

百合病之变证，多发生于病久或失治，其变渴、变发热，均系内热加重的表现，临证须与百合地黄汤合用，才可收满意疗效。

综合近代医家对百合病的治疗经验，可以将百合病证治概括为以下几方面。阴虚内热证：精神、饮食、行动异于常人，如沉默少言，欲睡不能眠，欲行不能走，饮食不能吃，寒热似有似无，精神恍惚、心烦，或自言自语，口苦，尿赤，舌红，脉微数。治宜清心润肺，百合地黄汤为代表方。常用药如百合、生地黄、生牡蛎、花粉、石斛、知母、沙参、浮小麦、甘草等。痰热内扰证：精神、行动、饮食皆失常态，头痛而胀，心中懊恼，卧寝不安，面红，舌尖红，苔薄黄微腻，脉滑数。治宜清化痰热，黄连温胆汤为代表方，常用药如黄连、法半夏、陈皮、竹茹、枳实、茯苓、知母、栝楼、甘草。心肺气虚证：精神、行动、饮食皆苦不能自主，自汗，头晕，短气乏力，少寐或多寐而睡，不解乏，舌淡有齿痕，两寸脉弱。治宜益气安神。甘麦大枣汤为代表方，常用药如怀小麦、大枣、生甘草等。肺肾阴虚证：心中惕惕，如人将捕之状，梦中易惊，善悲欲哭，时见畏缩，两颧嫩红，疲软乏力，五心烦热，骨蒸盗汗，梦遗滑精，阳痿早泄，小便短赤，舌质嫩红，脉细数。治宜滋补肺肾安神。代表方为百合地黄汤加味。常用药如：百合、生地黄、麦门冬、玄参、甘草。心肾不交证：心烦意乱，欲卧不卧，哭笑无常，善数欠伸，夜难入寐，多梦，面色潮红，下肢逆冷，言语繁絮，头晕耳鸣，小便赤，舌红，脉细数。交通心肾。百合地黄汤合黄连阿胶汤加味。常用药如：百合、生地黄、川黄连、肉桂、阿胶。

第二节 脏躁病证治

脏躁一病首见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》篇，原文对脏躁临床表现的描述为“喜悲伤欲哭，像如神灵所作，数欠伸。”后世医家对本病的研究大多以此为基础，并且限于《金匱要略》所述的范围之内，偶有一些研究超出该范围。对脏躁的病因病机《金匱要略》未提及，因此后世医家见仁见智，提出不同看法，如强调内伤致病，以虚为主，成年女性为好发人群，等等。本病临床表现以喜悲伤欲哭，无端阵阵哭笑，且哭笑交替，并兼频频欠伸兼为特征。有人提出如纯笑不哭，或纯哭不笑者，非脏躁。

一、脏躁病因病机

（一）关于脏躁病因

脏躁病因以内伤为主，内伤虚损不足是发病基础，其发病与患者的体质与性别有密切关系。首先，脏腑损伤，阴血不足构成了脏躁易发的体质特点。其中女性，特别是成年女性是其好发群体。脏躁病属内伤，由于女性生理特点的缘故，一生皆以血为用，故往往有余于气，而不足于血，而成年女性，这一特点最为突出，常常呈现以阴血不足为特征的体质类型。阴血不足，阳气易于亢盛，神气难于内敛，由此，就构成了脏躁发病的基础。

（二）关于脏躁病机

情志内伤是脏躁的常见病因。一般认为，脏躁的病因主要责之情志刺激，五志过极，或思虑过度。阴血不足之人，阳气易于亢奋，肝气易郁易旺，郁则化火，旺则躁动。故脏躁病机多由情志不舒或思虑过度，肝郁化火伤阴，脏阴不足，虚火躁动。

历代医家特别是当代许多医家、学者对脏躁病机进行了归纳，如，有人归纳为心神失养、阴虚阳亢、痰气阻滞、阴阳失调四种证候。有的提出属于血虚脏躁，心神不宁；情志抑郁，心脾失调；剧烈的精神刺激，扰动心肝二经等三种类型。也有人分为情志抑郁，肝郁化火伤阴；思虑伤脾，心失所养；痰浊上蒙，心失所主等三型。总以阴虚血燥、阴阳失和、神气不宁为基本病机特征。但也有学者认为在病机方面，本病以气郁血瘀和心脾两虚为常见，尤以血瘀型多见。

（三）关于脏躁病位

脏躁之脏究竟何指，医家看法不一。有认为指子宫，有认为指心脏，有认为指肺脏，也有认为泛指五脏者。对病位的理解有异，但津液阴血不足为基础。

对于原文“脏躁”中“脏”之所在，注家各有所指。如徐忠可、黄树曾指“五脏”、赵以德指肝肺、沈明宗、尤在泾等指子宫，李昱、曹颖甫指肺，吴谦指心，高学山指心肺。诸说各有所据，着眼点不同。若从脏躁的证候分析，似以徐忠可、黄树曾之见较为全面。然以本方的功效来看，是以补益心脾为主，若究本证的成因，又多与七情失调有关。

脏躁之“脏”所指为何？历来看法不一，迄今没有达成共识。主要的观点包括，有人根据“妇人脏躁”一语，认为是指子宫。有人根据“喜悲伤欲哭，像如神灵所作，数欠伸。”认为脏躁之脏是指心脏。有人依据患者“喜悲伤，”而悲为肺志，认为脏躁之脏指肺脏。还有的学者认为五脏藏五神，则脏躁之脏系泛指五脏者。

不少学者认为脏躁之脏，似从广义的角度加以认识和理解为好。如，有人提出，脏躁五脏虚损是本，躁是由于气血衰少，使脏真躁急不安。本病乃内脏虚损所出现的一系列血虚气衰，脏腑功能紊乱，阶段性作用衰减的概况，一般虚之内因在先，情志诸症的出现在后。还有学者更具体地将本病按五脏分

为心躁（心阴血虚）、肝躁（肝精血虚）、脾躁（脾胃两虚）、肺躁（肺阴津虚）、肾躁（肾阴精虚）等五种类型进行辨证，以示脏为五脏之义。

综上所述，本证的病位主要在心肝脾，并累及肺肾，病机以阴血不足为本。我们认为重视临床表现与病机研究，而不在具体脏腑上纠缠，似乎更符合临床实际，这种务实的态度是可取的。

虽然医家们对病位的认识有差异，但是在脏躁病机的认识上均主张津液阴血不足是其基本病机。

二、脏躁的临床表现与诊断

（一）脏躁表现复杂多变

《金匱要略》有关脏躁的记载与临床表现的复杂性不一。关于脏躁的临床表现，原文只是简要地作了提示，意在强调患者的情绪极度不稳定，但诊断时仅凭原文又是远远不够的。从历代医家的研究结果以及大量文献当代报道来看，脏躁病的临床表现十分复杂，涉及精神、人格、情志、心理、语言、行为、感知觉、睡眠、饮食、二便、躯体等方面，往往因人而异。

（二）脏躁的诊断

关于脏躁的诊断标准有不同认识。余氏在 20 世纪 50 年代就曾提出过脏躁的诊断标准：①言行失常，或无故悲伤或喜怒不节；②心烦不得眠，或恍惚多梦，或坐卧不安，或身如蚁走样；③汗多，口干，不思饮食，大便秘结，常数日不更衣；④怕一切声光，怕与人交言，喜独居暗室；⑤腹诊见右腹直肌挛急，或右肋下脐旁拘急有结块者。

三、脏躁主治方的研究

《金匱要略》对脏躁证治仅有一证一方，即甘麦大枣汤。

“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，像如神灵所作，数欠伸，甘麦大枣汤主之。”妇女由于情志不舒，肝郁化火，伤阴耗液，或思虑过度，暗耗营血，心脾两伤，以致脏阴不足，心神失养，躁扰不宁，便可发生脏躁证。即常常无故悲伤欲哭，情绪变幻无常，并见频频呵欠、伸懒腰等。治宜补益心脾，缓急窍神，方用甘麦大枣汤。

后世对脏躁病的治疗，主要有两方面，一是以《金匱要略》论述为基础，采用甘麦大枣汤为基本方加减治疗。临证常随证选加白芍、远志、佛手、柴胡、酸枣仁、香附、陈皮、枳实等；其次由于脏躁病机特征为阴血不足，若于甘麦大枣汤中佐以清心凉润之品，效果更佳。临床常仿清营汤意，取连翘、玄参、竹叶卷心、知母之类。

脏躁虽以女性多见，但就临床所见而言，无论男女，凡内伤不足，复因精神刺激，情志不遂，或思虑过度，导致心肝郁火，或心脾两伤所导致的脏阴不足，心神不宁，临床表现为虚躁不宁，不能自止，悲伤欲哭，睡眠障碍，或躁扰似狂、不能静止等许多疾病，都可取甘麦大枣汤治疗，若能随证化裁，则能提高疗效。

第三节 中 风

中风是以卒然昏仆，不省人事，半身不遂，口眼喎斜，语言不利为主症的病证。病轻者可无昏仆而仅见半身不遂及口眼喎斜等症状。中风作为疾病名称始见于《金匱要略·中风历节病脉证并治》篇，该篇第1条提出“夫风之为病，当半身不遂，或但臂不遂者，此为痹。脉微而数，中风使然。”应当指出，《金匱要略》专篇论述中风的原文主要是第1、2、3条，然而，因第3条未涉及中风的主症——“喎僻不遂”，因此，往往被视为中风的轻证或变证，也有医家将其视为与中风病无

关的原文。

《金匱要略》对中风临床研究做出了巨大贡献，同时也留下一些难解之题。创立中风病名，统一了研究基础。《金匱要略》确立了中风病名。有关中风的临床表现与病名，《内经》已有记载；至于病名，则有：仆击、偏枯、大厥、风痲……等等。因病名过多，极易造成混乱，故除“风痲”被《备急千金要方》使用之外，其余则极少为后世医家采用。《金匱要略》对于中风的命名，不但得到后世多数医家的一致认同，而且，还为中国的西医工作者所接受。如，《BNC 脑血管病临床指南》指出“脑卒中，又称中风或脑血管意外……。”中风病名的创立，保证了古今医家在对中风的研究过程中，其研究对象的一致，使得研究结果具有延续性、可信性和可比性。

一、对中风病因病机的认识

秉承《内经》宗旨，强调正虚邪中是《金匱要略》中风发病观。关于中风发病，《内经》主张正虚邪中是关键。如《灵枢·刺节真邪》：“……虚邪偏客于身半，其入深，内居荣卫，荣卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”强调正气亏虚，卫外不固，邪气自外伤人，是偏枯发病的病因病机。仲景秉承《内经》之旨，提出“络脉亏虚，风邪入中”的中风发病观。《金匱要略》提出“寸口脉浮而紧，紧则为寒，浮则为虚，寒虚相搏，邪在皮肤。浮者血虚，络脉空虚，贼邪不泻……”。中风的“络虚邪中”发病观，至今仍具临床意义。

对“络脉亏虚，风邪入中”的中风发病观，古今医家认识有所不同。首先，大多数医家、学者从《内经》的学术观点出发，来认识《金匱要略》中风病因与发病。中医药学高级丛书《金匱要略》所持的观点是其代表。其次，由于受后世“内风致中”发病观的影响，一些医家对“络虚邪中”的中风病机提出质疑或否定。对外风致中的否定就是这一观点的代表。第

三,折中观点的出现,如《胡庚辰评注金匱要略》认为:“仲景……因较《内经》的认识前进了一步,虽然尚未脱离以络脉空虚,风邪入中,即以外风为主的认识,但也未曾忽视内在因素的重要性,为其后中风学说的不断发展,奠定了理论基础,起到了承前启后的作用。”规划教材《中医内科学》在中风病因中保留了“气虚邪中”的条目。

结合临床来看,“外风”所致的中风应当包括两方面:一是目前临床统称为“中风”的急性脑血管病;二是部分以感染为主的中枢神经疾病,如脑炎(包括小脑、脑干)、脑膜炎和脑血管的炎性疾病。后者在发病过程中往往有外感(感染)病史。近年来,有关脑梗死发病学研究,则肯定了“外风致中”理论的正确性。此外,环境变化作为中风发病的启动因子,已经得到临床与实验研究的证实。广州中山大学医学院的研究报告认为,气候环境剧烈变化是脑卒中发病的重要外在条件,而人体功能和结构的异常,构成脑卒中发病的基本条件。是对《金匱要略》“正虚邪中”发病观的恰当诠释。提示对于“外风”这一传统的中风病因,应当加强研究,不可一概否定。

一般认为,《金匱要略》所述的中风病因主要是指外风,但是,从该篇方剂组成与功效的分析可以分析,仲景已经认识到内风致病的存在,同时提出了治法方药,如,重镇潜阳,清热熄风之风引汤。考仲景治疗外风主以发散,而少有用重镇药者,这从后世医家对重镇药的应用也可得到反证。风引汤应用了多味重镇潜阳药,同时应用了清热药,就此是否可以认为,仲景已经认识到内热与中风发病的内在联系?并且积累了临床治疗经验,只是尚未上升到或尚未形成理论表述。无论如何解释,迄今为止,风引汤所用的重镇药、清热药仍然是临床治疗中风病的常用药物。

二、准确描述了中风临床表现与发病机制

(一) 提出中风的临床表现与基本临床术语

《金匱要略》较为详细的记载了中风常见的临床表现与中风病机。《金匱要略·中风历节病脉证并治》篇第1条提出“夫风之为病，当半身不遂……”。第2条又说“浮者血虚，络脉空虚，贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂。”《金匱要略》有关中风病的原文与方药涉及中风患者的肢体感觉、肢体功能、精神情志、语言表达及脉象等。

纵观临床所见，中风临床表现虽然复杂，但是，其突出的特点不外乎肢体不遂、偏身麻木、语言不利、口舌喎斜、神志障碍诸症。凡此，在第2条中均已涉及。足见仲景对中风临床表现观察之细致。同时，《金匱要略》首次使用“喎僻不遂”来描述中风的临床特征，并一直沿用。归纳其主要临床表现有以下几方面。

躯体感觉障碍：如肌肤不仁（2条）、不知痛处（《古今录验》续命汤）及与之相反的身痒（3条）、瘾疹（3条）、百节疼痛乃至头风（痛、眩）（头风摩散）、头重眩（《近效方》术附汤）等。

肢体运动异常：包括运动障碍，如半身不遂、但臂不遂、（即）重不胜、侯氏黑散证的四肢烦重；肢体异常运动，如防己地黄汤证的妄行；肢体肌张力异常，如，《古今录验》续命汤证的身体不能自收持、肢体拘急不得转侧、《备急千金要方》三黄汤证的手足拘急以及风引汤证的瘈瘲等。

精神情志异常：如，不识人（2条）、如狂状态（防己地黄汤证的精神恍惚、认知障碍）以及《备急千金要方》三黄汤证的烦热心乱等。

语言障碍：运动性语言障碍，如喎僻，舌难言、续命汤证

的口不能言；语言错乱，如防己地黄汤证的独语不休等。

（二）准确阐释“喎僻不遂”的发生机制

《金匱要略》阐明了中风“喎僻不遂”的发生机制。“贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂。”中风临床表现纷繁，发病机制复杂，仲景仅仅用了24个字，就将“喎僻不遂”之机制阐释清楚，以至于无以复加。是迄今为止，最为经典的描述。这是仲景对中风病机研究的贡献之一。

（三）创立中风分证方法

《金匱要略》首先提出了中风病机有邪气“在络”、“在经”、“入腑”、“入脏”的不同，从而成为中风病最早的临床分类法。此即后世中风之中经络、中脏腑分类法的出处。至今仍然沿用，足以说明其合理性、实用性与科学性。中风病位浅深不同，病情轻重有别，对此作出准确的判断，是临证之首务。《金匱要略》提出“邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪入于府，即不识人；邪入于藏，舌即难言，口吐涎。”用词贴切，表达细致入微。准确揭示了中风病情、病位的不同。在当时的历史条件下，实在难能可贵。

这种分类方法对中风的证治、判断预后均有重要的指导作用。根据患者临床表现的不同，可以判断中风病情的轻重浅深，故为后世医家所沿用，以致逐步形成了中风病中经络、中脏腑的临床分类方法。且为诸版《中医内科学》教材所承袭。

有关中风病位的认识，一直存在争论，其中对“在络”、“在经”尚无大的分歧，而对“入脏”、“入腑”则有不同认识。喻嘉言、沈明宗是其中的代表。而中医药高级丛书《金匱要略》所陈述的观点基本可以代表多数医家的看法。六版《中医内科学》则将中风病列于心脑血管病项下，提出“其病位在脑，与心、肾、肝、脾密切相关……”。规划教材《中医内科学》提出中风“病位在心脑，与肝肾密切相关”。

根据藏象理论，审证求因，我们很难从中风“在络”、“在经”、“入脏”、“入腑”的临床表现中去推论这些症状产生于何脏何腑，以致后世医家见仁见智，众说纷纭。仲景仅仅描述为“在络”、“在经”、“入脏”、“入腑”，足见其高明之处。

（四）引入营卫理论阐释中风病机

营卫理论是《内经》的重要内容，仲景将营卫理论引入以阐释中风病机。《金匱要略·中风》篇第3条指出“寸口脉迟而缓，迟则为寒，缓则为虚；荣缓则为亡血，卫缓则为中风。”明确提出风寒侵袭，营卫受伤导致中风发病。是对《灵枢·刺节真邪》“正虚邪中”之偏枯病机的传承。

当然，由于时代条件，《金匱要略》对中风病因病机的认识存在局限性是在所难免的，这才会有后世医家关于中风病因病机的长期争鸣与不断进步。

中风临床表现涉及运动、感觉等，而《内经》在阐释人体运动、感觉机能异常的病机时，最常用的就是营卫理论。《素问·逆调论》就提出“营气虚则不仁，卫气虚则不用，营卫俱虚，不仁且不用”。显然，仲景对《内经》营卫理论的应用，首先是基于中风发病的外邪致中说。其次，是对中风临床表现的精确认识；第三，则是对《内经》营卫理论的深刻理解。清喻嘉言在《医门法律·中风》仍用营卫理论解释中风，值得我们借鉴。

当代，对中风病机的解释，已经完全脱离营卫理论，是否可取？用营卫理论阐释中风病机其临床价值如何？皆值得深思与深入研究。

三、积累了中风治疗经验

中风为内科难证之一，《金匱要略》积累了中风治疗经验，其所载方剂，为后世临床提供了可以借鉴的思路和方法。有学者认为，这些经验集中体现在以下处方之中，即篇中涉及的侯

氏黑散、风引汤、防己地黄汤、头风摩散及《古今录验》续命汤、《备急千金要方》三黄汤、《近效方》术附汤以及《备急千金要方》越婢加术汤（与《金匱要略》之越婢加术汤组成相同）等8方。然而，由于其中后4方已注明出处，多非仲景方。而前4方应系仲景方，只是因其与原文的连属关系不紧密而被疑为他书之方。因此，长期以来，不少人认为仲景对中风病是有论无方。就方剂功效而言，侯氏黑散养血补脾，化痰祛风；风引汤重镇潜阳，清热熄风；防己地黄汤养血熄风，清热祛风；头风摩散散风祛寒，活血止痛；《古今录验》续命汤补气养血，祛风散邪；《备急千金要方》三黄汤固卫祛风，解表清热；《近效方》术附汤温补脾肾，调和营卫；《备急千金要方》越婢加术汤则宣肺泄热，以治疗凶狠、凶残的风气即所谓“厉风气”等，皆不离“风”。其中多数为外风，也涉及内风，如风引汤证；而防己地黄汤证反以内风为主，兼及外风。

（一）重视扶正驱邪治法

《金匱要略》续命汤是扶正散邪，疏风通络之祖剂，方中扶正与祛邪，益气与散风，养血与通络之品并用，符合当时对中风病因病机的认识。后世医家对续命汤的应用与研究，也证实续命汤可以用于治疗中风，但需要随证治之。以小续命汤为代表的续命汤类方是唐宋以前治疗中风病之代表方，金元以后，对其应用和研究较少。《丁甘仁医案》有小续命汤治愈阳亏风中，营卫痹塞中风案。《赵锡武医疗经验》用录验续命汤治疗脑出血，若后遗症属痰盛阳亢、血压过高可合天麻钩藤饮；脑血栓形成可用小续命汤。……高血压是脑血管病的主要危险因素之一，小续命汤有良好的降压作用。提示本方可从多角度、多层次治疗中风病。

风引汤，而方后注明治大人风引，少小惊痫瘈瘲，再从用药来看，可知，所谓风引，及热瘫痪，乃系因热盛生风，肝风内动所致之四肢抽搐，角弓反张的病证，其证包括小儿惊风，

成人之半身不遂，瘫痪等。故风引者，因风动而产生的抽搐也；热瘫痪者，即因热盛风动，风阻经络所致之瘫痪，半身不遂也。

方中石膏、寒水石、滑石辛咸以清风化之火；大黄苦寒泻热；龙骨、牡蛎、石脂、石英重镇以潜阳，冀平内动之风；桂枝、干姜均可通脉，又能防止寒凉伤正败胃；甘草调和诸药。诸药合用能内清火热之邪，平熄内风，镇静缓急，又能通血脉，故适用热盛风动之证。

（二）开人参治中风之先河

中风用人参，始于张仲景。续命汤、侯氏黑散均配伍人参，符合正虚邪中的中风发病机制。现代研究证实，人参与其制剂对脑血管病有多方面药理作用。

由于对中风病因病机的认识不同，中风扶正祛邪用人参与祛风散邪药配伍，而极少用黄芪，唯恐其固表留邪，这一观点影响久远，直到清代，王清任《医林改错》方才打破这一局面。

（三）为火热致中理论提供临床用药依据

中风的火热致中观点，始于刘河间。其中《金匱要略》续命汤、侯氏黑散、风引汤三方中大量应用清热、通里药，如，生石膏、黄芩、滑石、寒水石、大黄。仲景是热病证治大师，其对清热药的使用，起码说明在中风过程中有热象存在。《金匱要略》治疗中风的用药提示我们，仲景已经注意到火热与中风发病的关系，惜其没有文字记载。自唐代孙思邈开始，到《素问玄机原病式》大倡火热致中，使中风的火热致病学说逐步形成。火热是中风病发生、发展过程中的重要致病因素和病理产物，因此，对火热的认识，有助于中风病机理论研究的深化与临床治法方药的拓展。临床用清开灵注射液、泻心汤、葛根芩连汤等清热方药治疗中风之火热、痰热证取得较好疗效。

总之，《金匱》所述中风病证治，既有临床所见，又有理

论阐述,同时还有论有方。可以认为未注明出处的侯氏黑散、风引汤、防己地黄汤、头风摩散4方是《金匱要略》为治疗中风病而设的专方立。宋林亿等所附《古今录验》续命汤、《备急千金要方》三黄汤、《近效方》术附汤、《备急千金要方》越婢加术汤4方则是对《金匱》中风病证治的补充、完善与拓展。

四、留下一些难解之题

《金匱要略》有关中风的研究在为后世留下重要学术观点和宝贵临床经验的同时,也留下一些难解的问题。对“但臂不遂者,此为痹”认识的分歧。“但臂不遂者,此为痹”成为后世医家研究《金匱·中风》的纷争所在。争论的焦点在于“但臂不遂”是中风?还是“痹”的问题。从现代临床看,这是无须争执的,经常可以见到一些急性脑血管病患者不是诸证悉俱,仅仅单个肢体活动不灵,即“但臂不遂”。常见于放射冠或近皮层运动区的局灶性损伤。此外,在中风发病后出现的肩手综合征,可以出现以肩关节疼痛、活动障碍为主的临床表现。此时,患者患侧上肢关节疼痛、活动受限,是否与“但臂不遂”有关联?尚待研究。

至于“痹”是病名还是病机,《伤寒杂病论》所记载的病名,除“湿痹”外,只有“历节”与其相当。并且找不到有关“痹”的专门论述。这或许对理解“但臂不遂者,此为痹”有一定的启发。

此外,有些医家提出可以发生“但臂不遂”的其他一些疾病,如运动神经元病、脊髓空洞症、臂丛神经病变等神经科常见病,笔者认为,上述疾病虽然有“但臂不遂”的临床表现,但与“中风”猝然起病的发病形式,迥然有别。

“中风”这一术语的应用有过滥之嫌。“中风”在《伤寒杂病论》多处出现,其含义各不相同,这样就容易造成概念上的

混乱。《伤寒论》三阴三阳六病皆有“中风”，尤以太阳中风最常见。此外，《金匱要略》有中风、五脏中风，以及“当半身不遂”的中风。上述种种“中风”病因病机临床表现与治法方药各异，产生混乱是难免的。

好在随着时间推移，“中风”这一病名已逐渐成为专用名词。

方剂与病机不能完全吻合。正虚邪中病机与侯氏黑散、风引汤主治证病机不完全吻合，给后世临床研究与实际应用造成一定困惑，同时也带来不休的争论。

首先，第2条所述中风病机与侯氏黑散、风引汤主治证显然不同，对此，古今医家有不同认识。而从历代文献记载来看，侯氏黑散、风引汤在此后一个相当长的时间之内，用之甚少。推测原因，是否与理法方药未能一理贯之有关？未敢臆断。

近来有人提出另外的看法，如，赵正孝等就提出“研究《金匱要略》治疗中风病思想，应从分析侯氏黑散和风引汤着手。从两方的应用可见《金匱要略》在治疗中风时独重内因，其所创立的温通熄风和寒凉潜镇法为现今中风病的两大治法。《金匱要略》在理论上仍沿用了当时和前代盛行的外风学说，但在实践上却大胆突破传统观念，贯彻了从内风治疗中风的思想。”

根据作者对中风文献的研究，发现除《金匱要略》治疗中风之侯氏黑散、风引汤之外，有关肝阳化风及其证治的认识，比较早的可以追溯到宋《普济本事方》真珠丸，而有明确记载的文献，首推叶天士《临证指南医案》。从古至今，以上两方治疗中风的医案并不多见，其中缘由尚待进一步研究。是否可以认为，当时还没有肝阳化风的病机认识？抑或受“正虚邪中”观点影响太深？然而，无论如何，仲景所创制的侯氏黑散、风引汤对后世肝阳上亢的证治都有启发与借鉴意义。

第四节 痉 病

痉病是以项背强急，口噤不开，四肢抽搐，甚至角弓反张为主要表现的一种病证。《金匱要略》有关疾病的论述涉及2篇，第一是“痉湿喝病”篇，第二是“妇人产后病”篇。以“痉湿喝病”篇为主，并将痉病分为刚痉、柔痉，这是痉病的最早分类。其病因病机多与感受外邪、邪阻筋脉；素体津亏，筋脉失养有关。治疗有汗下二法，痉病之初，邪在太阳，有葛根汤和栝蒌桂枝汤之治；邪入阳明，化热灼津，又有大承气汤之用。汗下可以治痉，汗下又可致痉，故祛邪之际当注意顾护津液。《金匱要略》称之为痉，现代《中医内科学》一般称为痉证。

一、痉病原因复杂

外感致痉是《金匱要略》论述痉病病因的主要方面，风寒湿热邪气壅阻经脉是外感发痉的基本病机。起居不慎，卫表不固，风寒湿热之邪外袭，邪气壅滞经脉，致气血运行不畅，筋脉失养，拘急而成痉。《金匱要略》：“病者，身热足寒，颈项强急，恶寒，时头热，面赤，目赤，独头动摇，卒口噤，背反张者，痉病也。若发其汗者，寒湿相得，其表益虚，即恶寒甚……。”或外感热邪，或热从内生，邪热炽盛引动肝风，肝风内动，风火相煽则筋脉拘急而发为痉；或邪热内结阳明，阳明腑实，热极生风，或热甚津伤，筋脉失养致筋脉拘急而发痉。《金匱要略》：“痉为病，胸满口噤，卧不着席，脚挛急，必齧齿，可与大承气汤。”

提出了误治致痉理论，即表证过汗、风病误下复发汗、疮家误汗等导致津液受伤，筋脉失养而发痉。误治伤阴耗血，阴虚血少。素体阴虚血少，或失血过多，或汗、吐、下太过，致

阴虚血少，虚风内动，筋脉失养而致痉。《伤寒论》85条“疮家虽身疼痛，不可发汗，汗出则痉。”86条“衄家，不可发汗，汗出必额上陷脉急紧，直视不能眴，不得眠。”《金匱要略》：“太阳病，发汗太多，因致痉。”“夫风病，下之则痉，复发汗，必拘急。”痉证既可单独发病，也可以是某些疾病过程中的一个症状表现，因此，临证应结合主病分辨轻重、缓急、虚实，全面考虑。

产后失血过多，筋脉失养发痉。《金匱要略·妇人产后病脉证治》：“新产妇人有三病，一者病痉，二者病郁冒，三者大便难，何谓也？师曰：新产血虚，多出汗，喜中风，故令病痉……。”

此外，瘀血内阻，久病不愈，气血耗伤，血行不畅，瘀血内阻，或外伤致瘀血内阻，筋脉为之失养而发为痉。

素患疮病的病人，穿溃后久不收口，脓血常流，或金刃创伤失血，导致体内津血消耗严重，虽然全身疼痛的证候，也不能用药发汗。本来血液已被疮疡消耗，如误用发表药导致大汗出，汗液被发表所伤，即造成津血两伤，筋脉失养而形成痉。这与《内经》所说“夺血者毋汗”的原理是一致的，若与《金匱要略·惊悸吐衄下血病篇》所说“衄家不可汗，汗出必额上陷，脉紧急，直视不能眴，不得眠”结合来看，可知血证误汗能导致筋脉拘急。

临床治病谨防伤阴耗血引发痉病。汗、吐、下法用之不当极易伤阴耗血，导致痉病发生。对此，仲景已有论述，而唐代医家孙思邈在《备急千金要方》又提出“新产妇人及金疮血脉虚竭，小儿脐风”致痉的观点。迨至清代医家对温热病研究的形成完整的理论体系，随证温病学说的发展、成熟，形成热极生风、热甚津伤发痉的病机理论与临床经验。王清任则认为痉证与气虚血瘀有关。

近代以来，在历代研究成果的基础上，对痉病的认识逐步

完善。痉病病因或为外感，或为内伤。外感不外是风、寒、湿、热之邪外袭；内伤则多是素体气血、阴津亏虚，或汗、吐、下太过，或失血过多致阴虚血少；或久病瘀血内阻。其病机则不外是筋脉失养或热甚风动而致痉。外感发痉者，起病多急，病程较短，多属实证；内伤发痉者，起病较缓，病程较长，多属虚证，或虚实夹杂。痉证的治疗，外感者以祛邪为主，但又当根据风、寒、湿、热之不同，分别采用祛风、散寒、除湿、清热之法；若热甚风动，或热盛津伤，阴虚风动则当用清热熄风潜阳，或通腑泄热、急下存阴之法。内伤者则以补虚扶正为先，根据其阴虚风动，气血亏虚的不同，采用滋阴潜阳，熄风止痉，或补益气血，濡养筋脉之法。至于久病入络或颅脑外伤致瘀血内阻者，又当采用活血化瘀，或益气活血通络之法。

总之，痉证为筋脉之病，其基本病机不外是筋脉失养与热甚风动。筋脉失养是邪阻经脉或阴虚血少，或热甚伤阴。热甚风动是热邪引起肝风；或是热结阳明，阳明腑实；或是邪热内陷营血。

二、痉病辨证

仲景对痉病辨证提出了外感内伤、刚痉柔痉辨证方法。结合后世临床经验，痉病辨证重在辨外感内伤。痉证分外感与内伤两类。外感致痉者，常有恶寒发热、头痛、脉浮等表证，即使热邪直中，虽无恶寒，但必有发热。内伤致痉者，则无恶寒、发热等表证。外感者多属实证，此时正气未虚，治疗得当，多可以较快好转或治愈。若热甚风动致痉，治疗不及时或治疗不当，则往往热毒内陷，痉厥并见，病情凶险，可危及生命。若热盛伤阴，肝肾精竭，则转为虚证，或虚实夹杂，致病情迁延难愈。内伤致痉多为虚证，病势较缓，可缓调治本，但常易感受外邪，此时则又虚中有实。至于瘀血致痉，一般多为

久病入络或颅脑外伤所致，瘀血虽为实邪，但常本虚标实。辨虚实：外感及热甚致痉者，抽搐多强痉有力，属实证；素体虚弱、失血、失津过多或久病入络者，抽搐无力，多属虚证，或虚实夹杂。

外感痉病分刚痉、柔痉，《金匱要略》将表实无汗与表虚有汗分为刚痉、柔痉。《金匱要略》对痉病的论述，多次提到“太阳病”。太阳病三字涵义，是为了说明发病原因，由外感引起；二是有外感表证存在；三是对本证的治疗，宜从表解。凡是感受外邪的病人出现表证，按治疗常规应该用汗解，但根据《伤寒论》禁汗的治则，血少和津亏就不宜发汗。《伤寒论》说：“脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之。假令尺中迟者，不可发汗，何以知然，以荣气不足，血少故也。”又说：“咽喉干燥者，不可发汗。”“发汗太多”有两种含义，一是用大量辛温发散药使大汗出不止；二是已经有汗，又复再汗，如《伤寒论》所说：“汗家重发汗，必恍惚心乱，小便已阴疼，与禹余粮丸。”因汗是津液所化，如汗出过多，津血受损，筋脉失于濡养而形成拘急或强直的痉病。太阳中风证，病由外感引起，治疗上本应疏散而不宜使用下法。如果误用下法，就会造成阴液下夺而发生痉病。再行发汗则阴液外泄益虚其津，因而引起四肢筋脉拘挛拘急的表现。

痉病由于津血损耗，为邪所侵，因此出现强直拘急的状态。不仅证候是这样，而且脉象也有同样的情况。痉病脉象特点。一般说来，太阳病发热，不论中风或伤寒，脉象应浮。如果是痉病，其主脉应是紧而弦。因为津血不足，感受风寒之邪，邪犯太阳经，所以有发热或项背强直等症，并出现沉细脉象。沉主在里，细主血少。痉病的主脉是紧而弦，已是津液不足，现脉见沉细，则不仅津亏而且血亏。津血两亏就是阴虚，阴虚则生内热，内外皆热，故特提出发热两字。痉病而发热，加上津血两虚，在治疗上如果发汗以解表邪，则津血更损。补

津血以治虚，则助邪为虚，且阳病见阴脉，脉与证不相应，属于逆证，所以难治。

产后痉病，证有虚实。新产后突然发生四肢抽搐，项背强直，甚则口噤，角弓反张，称为“产后痉证”。又称“产后发痉”、“产后痉风”，俗称“产后惊风”。产后发痉，凡面色苍白，舌淡脉细考，属血虚；为产后亡血伤津。筋脉失养，血虚生风，肝风内动，四肢抽搐，头项强直。面呈苦笑，项强口噤，发热恶寒者，属产后感染邪毒，邪毒入侵，正邪交争，故发热恶寒，头项强痛。邪毒内陷，窜入筋脉，则牙关紧闭，面呈苦笑，甚则项背强直，角弓反张。本病相当于西医学“产后破伤风”、“产后低血钙”症。其中产后破伤风为产后危急重症之一，病情变化迅速，若不及时治疗，常可危及产妇生命，本症是由感染邪毒所致，故在接生时一定要注意无菌操作，防止邪毒内侵，对急产、滞产或产道有污染和损伤者，及时处理，并作预防性治疗，是防治本病发生的重要措施。

三、痉病证治

痉证属急症范畴，根据急则治其标的原则，应首先止痉。因于风寒湿热者，当祛风散寒，除湿清热；因于肝风内动者，当平肝潜阳、熄风镇痉；因于阳明热盛者，当通腑泄热，急下存阴；因于热入营血者，当清热凉血，开窍止痉；因于瘀血者，当活血化瘀，通窍止痉；因于阴虚血少者，当滋阴养血；若虚实夹杂者，又当根据虚实的轻重主次，或补虚为主，或祛邪为主，或标本兼顾。

刚痉证治。表邪外束，出现头项强痛、发热、恶寒、无汗等太阳症状，为太阳表实证。若因寒邪闭郁而表实，故无汗，一般说来，有汗则小便应少；无汗则小便应多。受邪以后，如果不影响太阳里气，即膀胱之腑，小便是会减少的，因邪入于腑，蒸烁水液，导致水津缺乏，故小便反少。因邪阻表实，里

气不能外达，则逆而上冲，故气上冲胸。足太阳与手太阳是同经关系，邪阻经脉，循手太阳经筋，上曲牙，循耳前，上颌结于角，致经脉痉挛，牙关强急，口噤不得语。本条虽然没有背反张证，但耳前，上颌结于角，致经脉痉挛，牙关强急，口噤不得语。虽然无背反张证，然而口噤不得语则是痉病形将发作的预兆，故曰欲作刚痉。治法是发汗祛邪，养液缓筋。方用葛根汤。本方以葛根为主药，升布津液而润筋脉，以舒其牵引。麻黄、桂枝发散寒邪。芍药、甘草益营阴，并制麻、桂发汗之猛。生姜、大枣调和营卫以祛散表寒。

阳明热盛发痉证治。里热燥盛，灼烁全身筋脉，而致强直拘挛，故一开始就直说痉为病，并且没有表证的存在。从证候分析，主要由于阳明里热大盛，循阳明经脉所行部位，出现各种症状。胸是阳明经脉所过之处，热壅于上，内结在胸，故胸满。阳明之脉入齿中，挟口环唇，阳明邪热上迫，故口噤、齟齿。里热炽盛，劫灼阴津，筋脉失濡而拘急痉挛，故角弓反张，卧则躯体不能平着于床面，下肢拘挛，卧不着席，即背反张之甚；齟齿，即口噤之甚，为牙关紧闭严重时上下齿紧切作声的现象。此为阳明热盛气壅，阴伤筋挛的痉病，病势较邪在太阳之表更为严重。急则治其标，治疗宜通腑泄热，急下存阴。需要强调的是，痉病原本禁下，但因阳明里热太盛，不能坐视津液消亡殆尽，故用苦寒之大黄、咸寒之芒硝泻热软坚；佐以辛温之枳实、厚朴破其壅滞，使实热从大便外泄。这是急下存阴的治法，如身体壮实，始可采用。“可与”是灵活之辞，含有斟酌意义。文中“可与”二字有两种含义，一是痉病的病变不在胃腑，而在筋脉，本不宜用大承气汤，但因胸满、口噤，里热太甚，则可以与之；二是痉病不能用下法，但燥热已极，又不得不用下法以泻阳明实热，以救其津液。时代发展到今天，增水行舟治法方药已经得到广泛应用，故临证遇此类证候，可以领会仲景思想，而不当为承气汤所囿。

产后痉病治法不同。若属阴血亏虚者，以养血为主；若因感染邪毒，则宜解毒祛风镇痉。但不可过用辛温之品，以防燥血伤津，致生他变。总结仲景以降治疗产后发痉的经验，大致可以归纳为以下几方面。阴虚血亏产后骤然发痉，头项强直，牙关紧闭，四肢抽搐，面色苍白或萎黄，舌淡红无苔，脉虚细。治法为滋阴养血，熄风止痉。方药：三甲复脉汤（《温病条辨》）加味。感染邪毒：新产后头项强痛，发热恶寒，牙关紧闭，口角搐动，面呈苦笑，继而项背强直，角弓反张，舌质正常，苔薄白，脉浮而弦。治法：解毒镇痉，理血祛风。方药：撮风散（《证治准绳》）蜈蚣、蝎尾、僵蚕、钩藤、麝香、朱砂、白芍、竹沥）加桑寄生。

产后发痉预防为主。破伤风症情急重，应千方百计控制抽搐发生，可配合现代医学方法抢救。同时注意加强护理，避免声、光、热的刺激，防止创伤、窒息等。

痉病为临床急症，自仲景以来，中医学对其研究不断发展、进步，临床治疗经验日益增加，可以博采众长，也可以借鉴西医的经验与方法，不断提高临床疗效。

《金匱要略》对痉病的病机强调邪阻津燥，此对后世颇有影响，但作为具体治法，毕竟不够全面，后世如唐容川、陆渊雷等人多有非议，这就提示我们对《金匱》痉病证治的内容当有一个较为客观的认识。仲景以后，临床上对痉病的证治有长足的发展，特别是明清医家对痉病有不少新的见解，温病学家对痉病的证治渐臻完备。如明代张景岳强调精血亏虚为主因，清代叶天士从肝风内动病机加以发挥完善，此后，吴鞠通对温病发痉的证治方药作了大量的补充，使痉病的辨证论治逐步完善，自成体系。《实用中医内科学》认为痉证包括范围较广，如流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、各种不同病因引起的脑膜炎、脑血管意外、脑肿瘤、脑寄生虫病等引起的抽搐，以及各种原因引起的高热惊厥等。项背强急与西医所说的“脑膜

刺激征”相似，四肢抽搐，角弓反张，都是中枢神经系统受损的临床表现。显然《金匱要略》所论的痉病涉及的范围似乎没有这么广，但后世也有将此与流行性脑膜炎相联系者，认为《金匱要略》所立的解表通下兼顾津液的治疗原则，对该病的治疗仍有一定的指导意义。

第五节 血 痹

血痹是一种因气血不足，感受风邪，血行阻滞引起的，以肢体局部麻木不仁；严重者也可有轻度疼痛为主的疾病。《素问·五脏生成篇》云：“卧出而风吹之，血凝于肤者为痹。”指出了血痹的成因，为感受风邪，血行痹阻。《诸病源候论·血痹候》亦说：“血痹者，由体虚邪入于阴经故也。”《南阳活人书》说：“痹者，闭也，痹而不仁，故曰痹也。”

一、血痹病因病机

血痹的病因可以分为外因与内因两方面，即外邪侵袭与正气亏虚。《金匱要略》提出：“血痹病从何得之？师曰：夫尊荣人，骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。”就《金匱要略》原文所述而言，血痹的本质属于虚，复因感受风邪，血行痹阻而致病。外邪侵袭是血痹的主要病因，平时缺乏劳动或体力活动，由此可以影响形体的改变，这种人在外表看来肌肤肥满丰盛，但在内的脏腑不足，筋骨脆弱，气血亏虚，营卫不足，以致腠理不密，抵抗病邪的能力薄弱；形盛气衰，不耐烦劳，稍劳动即易汗出，汗出则腠理愈加疏松；而脏腑脆弱，则神思不宁，思虑无度，睡眠不实，正气不得闭藏，营卫循行失常，致使机体御防病能力愈发不足，纵然感受微邪，也极易导致气血不畅，营卫郁滞，血行闭塞，发生血痹。

古今医家对于血痹内因的认识有两种：一是强调阳气虚弱，外卫不固，从而导致风邪入侵，致使血行不畅。二是强调气血不足，抗邪无力，因而感受外邪，阳气受阻，血行不畅所致。如杨百弗《金匱集释》云：“血痹本气血不足，感受外邪，阳气受阻，血行不畅所致”。但仅就《金匱要略》血痹病因病机与证治方药而言，应以气血不足之说更为妥当。如，原文所说的“骨弱肌肤盛”，治法有“针引阳气，”方药有黄芪桂枝五物汤，其间的内在联系就是气虚，所言“阳气”是指卫气。所以我们认为形盛气衰是血痹发病的体质基础。

二、血痹表现

血痹的主要临床表现分为脉证两方面，脉象特点是“但以脉自微涩在寸口，关上小紧；”“血痹，阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧。”症状特点是“身体不仁，如风痹状”，而且是患者的主观症状。后世医家对血痹的认识基本上是以此为基础，并有所扩展。

三、血痹证治

益气通阳宣痹是血痹的基本治法。血痹可用针刺治疗，但《灵枢·邪气脏腑病形》云：“阴阳形气俱不足者，勿取以针，而调以甘药。”《金匱要略》血痹脉象为“阴阳俱微，”旨在强调营卫气血皆不足，主证为肌肤麻木不仁。血痹阴阳气血俱虚，体质虚弱甚者感邪也重，病情较重，则非针刺所能治疗。此时，重在振奋卫气，温通阳气，所谓气行则血行。黄芪桂枝五物汤是其主方。本方即桂枝汤去甘草，倍生姜，加黄芪组成。方中黄芪为君，补益在表之卫气，充肌肤，温分肉；桂枝通阳解肌祛风；二者配伍实卫固表，补中有疏，无留邪之弊；补中寓通，畅达营卫，扶正祛邪；芍药益阴和营，兼除血痹，营阴充足，血脉通行，寓血行风灭之意；生姜、大枣内和脾

胃，外调营卫，脾胃和则化源有继，营卫和则血痹可愈。又，生姜辛温散寒，重用以散外邪，故能助芪、桂振奋卫阳，辛散外邪，故全方有补气益卫，温通阳气，散寒宣痹之力。

四、历代临床对血痹因脉证治的研究

血痹就当代临床所见，以内伤为主要病因者更多，或在内伤基础上，营卫气血虚弱，卫外不固，易于招致外邪侵袭。

气虚或阳虚是本症最常见的病理因素。气是维持人体生命活动的根本，具有防御、推动和温煦作用，若由于劳倦失宜，劳则气耗，或饮食失节、吐泻伤中，损伤脾气，或由于房室不节，精亏气少，均可引发气虚，气虚则卫外失固，易使风寒湿邪入侵，且荣血失于气之推送，致使经脉空疏，肌肤失之温煦与濡养，导致麻木不仁。

风寒湿邪，乘人体卫表空虚，入侵为害，客于肌表经络不去，痹阻营卫，使气血运行受阻发生本病。风为百病之长，其性善行数变，留着肌肤，其麻如有虫行之感，故有“风淫末疾”、“麻木为风”之说；湿邪黏腻重着，影响气机流通，与卫气相干，气道不利，卫气有所凝滞而行涩，肌肉麻木，有“风麻湿木”之说；寒邪其性阴凝，最易伤人阳气，阳气既虚，更是风寒湿邪客居之处，且阳虚之肌肤不得气煦血濡而顽麻沉重。风寒湿邪合而为痹，其始则一疼痛为患，久则气血失运，皮肤不营，发为麻木。

津血失濡。肌肤有赖津血之滋润与濡养，素体血虚、产后血亏，或局部血循环荣，或热病久羁，津液耗伤，导致津亏血虚，则经络无以津濡血荣，皮毛肌肤失养，便可出现麻木不仁，甚则发为肉痿。

痰瘀交阻。湿痰、瘀血均是病理产物，痰瘀既成，又常胶结，留于经络肌肤，阻遏气血，荣卫涩滞，可致久麻久木。瘀血所致，其常重着不移；痰湿之害，变幻多端，痰湿与外风相

合，即为风痰，其麻木常伴有痒感；若郁久化热，化为痰火，则麻木常有异常灼热之感；若痰与内风相合，是为肝阳痰火，麻木常伴震颤。

血痹病因，虽有外邪、痰、瘀之分，但总以营卫气血亏虚为其主要发病机制。虽《内经》责之“荣气虚则不仁”，实则是荣卫俱虚及气机不利的病理机制。《灵枢·刺节真邪》曰：“卫气不行，则为不仁”；《素问·风论》曰：“卫气有所凝而不行，故其肉有不仁也。”均指出卫气虚或凝涩导致不仁之症。正如《金匱要略》所说：“营气不通，卫不独行，营卫俱微，三焦无所御，四属断绝。”总之，血痹病机是在机体内各种致病因素的作用下，引起营卫俱虚，经络空虚，或营卫痹阻，气血阻遏，不能职司温分肉，肥腠理，荣肌肤之职，肌肤失荣而发病。

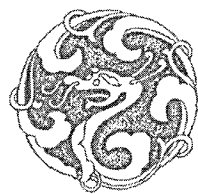
对血痹的治疗，医家经验不一，常见证候如下。气血两亏证：四肢麻木疼痛，两足如踩棉花，站立不稳，抬举无力，可见肌肉瘦削，面色萎黄无华，唇甲淡白，多汗或少汗，神疲倦怠，少气懒言，心慌气短头晕，舌质淡苔白，脉细弱。治宜补气血，通营卫。常用黄芪桂枝五物汤加减。风寒湿痹证：风寒外感，肌肤麻木不仁，不知痛痒，皮肤无汗，或伴局部疼痛，舌质淡，苔薄白，脉浮或弦紧。治宜祛风散寒，除湿通络，调和营卫。方用葛根汤加味，加羌活、独活。肝气郁滞证：肝气郁结，气机不利，气血失和，肌肤麻木，作止无时，入睡即不觉麻木，醒则麻木复作，或在头面，或在四肢，或在躯体，情怀抑郁，舌质淡红，苔薄白，脉弦。治宜疏肝达郁，宣通阳气。常用四逆散加味。加橘叶、白蒺藜、当归、丹参疏肝活血。气滞血瘀证：四肢麻木伴有郁胀疼痛，或痛如锥刺，按之则舒，肌肤甲错，面色晦暗，口唇发紫，舌质可见紫色瘀斑，舌苔薄偏干，脉涩。治宜行气活血通络。常用四逆散合桂枝茯苓丸加减。痰浊痹阻证：痰饮阻络，营卫运行不畅，肌肤顽

麻，不知痛痒，或伴头晕心悸，恶心欲呕，舌质淡胖，苔白滑，脉沉弦。治宜化痰蠲饮，通阳和卫。指迷茯苓丸加减。湿热阻络证：下肢麻木伴有灼热疼痛，或局部红肿，患肢扪之发热，甚则两足喜踏凉地，舌质黯，苔黄白而腻，脉弦数或濡数。治宜清热利湿活血通络。常用加味二妙散合薏苡附子败酱散加减。阳虚络痹证：肌肤麻木，肢冷怕凉，手足不温，肤色发白，舌质淡，苔薄白，脉沉细。治宜助阳散寒，调和营卫。常用桂枝加附子汤加黄芪、防风、白术。血虚寒凝证：血虚受寒，经脉不利，营卫不行，肌肤麻木，手足不温，遇寒加重，四肢无力，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。治宜养血温经，通阳散寒。常用当归四逆汤加鸡血藤、黄精、黄芪。阴血亏虚证：阴血不足，肌肤失养，麻木日久不愈，皮肤无华，肌肉萎缩，头晕目眩，健忘失眠，大便干结，舌质红瘦，少苔或无苔，脉沉细弱。治宜养血益阴，滋润肌肤。常用炙甘草汤加味。气阴两虚，津枯风动证：始则足趾麻木觉冷，或如虫行皮中，行走如踩棉花，渐次蔓延及膝、上肢；继而痛如针刺电灼，甚或掣痛，或如撕裂，下肢远端无汗，皮肤干燥，皮温增高，肌肉萎缩，肌无力，神疲自汗，口干便难，舌嫩红，边有齿痕，苔薄少津，或有剥裂。治宜益气养阴，熄风通络。常用黄芪丸合天麻散。肾阳虚衰，络脉瘀阻证：形寒肢冷，四肢腰背冷痛，痛有定处，神疲自汗，少气懒言，大便溏薄，小便清长，舌胖暗苔薄白，脉沉细。治宜益气温肾活血通络。常用附桂八味丸合黄芪桂枝五物汤加减。

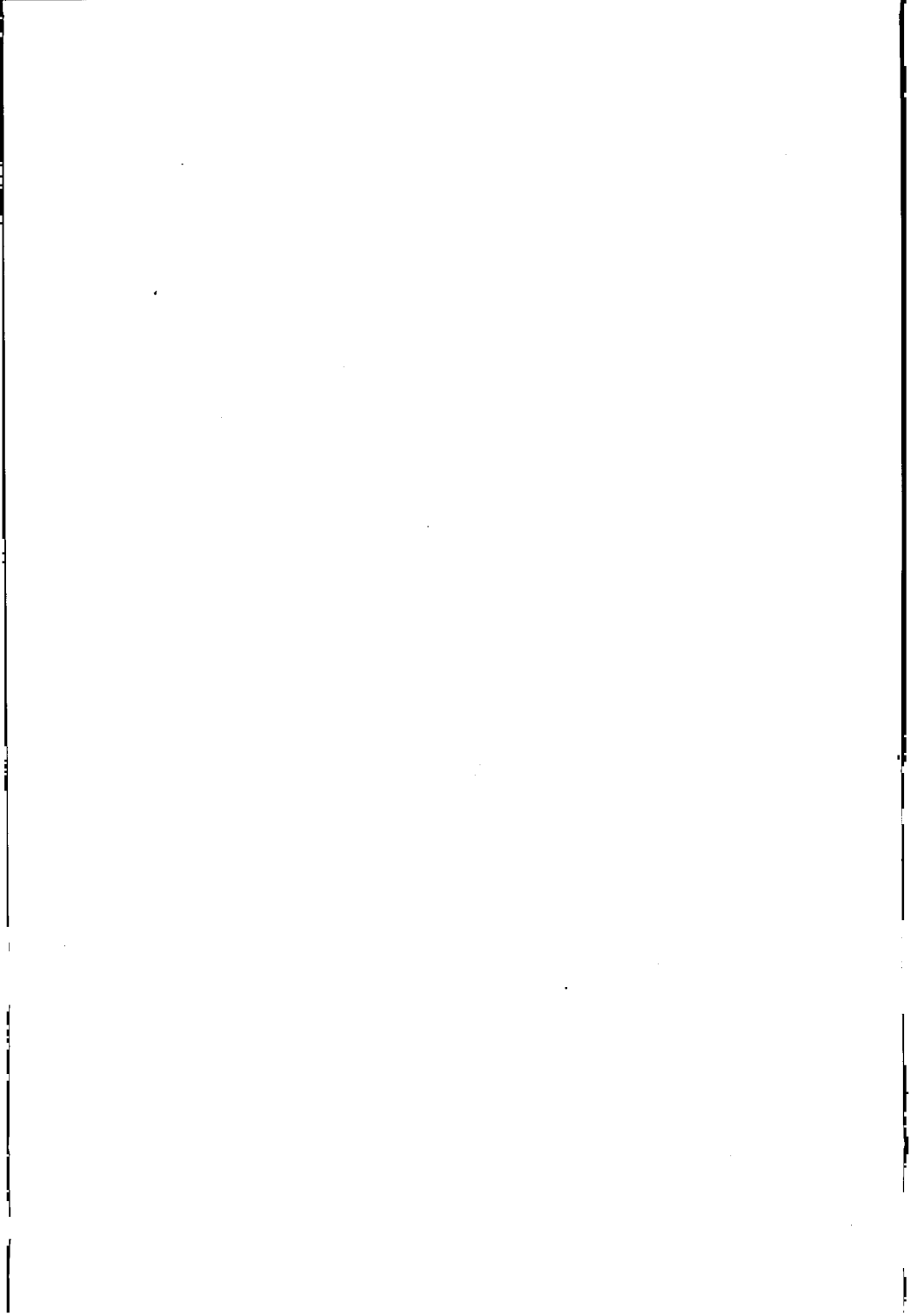
《经方应用》提出，《金匱要略》血痹以虚为本，所以用黄芪桂枝五物汤益气通阳以治其本，寓和营解肌以祛风散邪，达到正复邪却，血行痹通的目的。当代医家将仲景血痹证治推广到糖尿病周围神经病变、不宁腿综合征、末梢神经炎等疾病的临床中，取得一定的治疗效果。

参 考 文 献

1. 程昭寰主编. 实用中医脑病学. 北京: 学苑出版社, 1993
2. 黄泰康主编. 中医心脑血管病学. 北京: 中国医药科技出版社, 2002
3. 许沛虎主编. 中医脑病学. 北京: 中国医药科技出版社, 1998
4. 谢海洲, 许庆友主编. 脑髓病论治. 北京: 科学出版社, 1999
5. 孙广仁主编. 中医藏象生理学. 北京: 中国医药科技出版社, 2002
6. 高希言, 等. 主编中医心脑血管病学. 北京: 中国医药科技出版社, 2000
7. 王新陆著. 脑血辨证. 北京: 中国医药科技出版社, 2002
8. 熊曼琪主编. 伤寒论——中医学高级丛书. 北京: 人民卫生出版社, 2002
9. 陈纪藩主编. 金匱要略——中医学高级丛书. 北京: 人民卫生出版社, 2004
10. 王永炎, 等. 主编. 临床中医内科学. 北京: 北京出版社, 1998
11. 余公侠. 从临床体会谈甘麦大枣汤的应用. 江苏中医, 1958, (8): 7
12. 陈国权. 论《金匱》中风之辨治. 中医药通报, 2006, 5 (5): 26
13. 谭日强著. 金匱要略浅述. 北京: 人民卫生出版社, 1981
14. 王琦, 等编著. 经方应用. 宁夏人民出版社, 1981
15. 赵正孝, 彭坚. 《金匱要略》中风病从内风治疗思想浅探. 湖南中医学院学报, 2003, 23 (2): 26~28



方剂篇



第一节 葛 根 汤

〔组成〕 葛根四两 麻黄三两，去节 芍药二两 生姜三两，切 甘草二两，炙 大枣十二枚，擘 桂枝二两，去皮

〔功效〕 发散风寒，疏通经脉，升津舒经，通络止痛。

〔方义分析〕 葛根汤由桂枝汤加葛根、麻黄而成。桂枝汤解肌散风，调和营卫。加葛根，升津舒经，以缓项背之拘急。风寒外束，营卫失和，太阳经俞不利是葛根汤证的基本病机特点。主证的产生，一因邪阻，一因筋脉失养。故本方既用葛根、桂枝、麻黄散邪，又用芍药、炙甘草以益阴柔筋。散中兼以温通，疏中又有柔养，葛根、桂枝、麻黄、生姜温散寒邪，芍药、炙甘草、大枣益阴柔筋。本证不用麻黄汤加葛根，而用桂枝汤加葛根、麻黄，是因为桂枝汤方中有芍药、大枣之养血通络，甘草、大枣之甘缓挛急，均可解经脉之拘急以治项背强几几。葛根配桂枝是方中基本配伍，具有散风寒邪气，疏通经脉之功，但其力较缓；若邪盛闭结较重者，必须配伍麻黄，其透散达邪之力始强。葛根配麻黄疏通散邪力强，葛根配芍药、炙甘草于散中兼润柔。

〔适应证〕

1. 颈源性头痛、紧张性头痛，颈枕部拘紧或酸痛，连及颞额，或伴肩背不适。

2. 三叉神经痛，三叉神经痛为骤然发生的闪电样、刀割样、火灼样或撕裂样的剧烈疼痛，严格限于三叉神经感觉支配区内。每次发作持续数秒至数分钟，即骤然停止；间歇期无任何疼痛，一切如常，经一段时间又突然再次发作，频率自1日数次至1分钟多次。

3. 坐骨神经痛，下肢腰胯持续性钝痛，并向大腿后侧、小腿外侧及足背外侧放射，受寒加剧，得热痛缓，活动受限，

夜间加重。

4. 面神经炎，风邪中于阳明经脉，口眼喎斜，面部拘紧，迎风流泪，耳后作痛，舌质淡红，苔薄白或白腻，脉浮或紧。

5. 颈性眩晕，眩晕发作与颈部活动有关，转颈加重或诱发。

[类方]

1. 桂枝加葛根汤 即葛根汤去麻黄，本方原治太阳病，项背强几几，及汗出恶风者。功能解肌祛风，升津舒经。临床可用于颈椎病、颈源性头痛、高血压与抑郁症引起的颈项拘束或头痛的治疗。

2. 葛根加半夏汤 即葛根汤加半夏，葛根汤解表，方中半夏、生姜为小半夏汤，和胃降逆止呕。本方临床可用于颈椎病、椎基底动脉供血不足之眩晕、恶心、呕吐，周围性面瘫、周围神经病变等；也可治疗急性肠炎及胃肠型感冒所引起的腹泻呕吐等症。

3. 葛根芩连汤 即葛根汤去麻黄、桂枝、芍药、生姜、大枣，加黄芩、黄连。原方治疗作协热利。临床用于湿热壅滞阳明，经脉不利之头痛、眩晕、面瘫、肢体麻木、中风、痿证等。

[加减方]

1. 粉葛汤（张鉴铭）

组成：粉葛根 15g，防风 12g，白芍 12g，钩藤 12g，桔梗 10g，蔓荆子 10g，大力 10g，蝉蜕 10g，僵蚕 10g，藁本 10g，甘草 5g，每日服 3 次，每剂服 1 天。主治：颈椎病（劳损型）。指征：项强、头晕、眼花、眩晕，用之有效。禁忌：非劳损型颈椎病不宜使用。颈椎病是由于颈椎及其附属器官退行性变，引起神经根脊髓、椎动脉供血障碍一系列复杂变化所致的疾病。治疗方法有手术切除、牵引等。我对颈椎病是根据出现的症状（颈部不适、酸困、项强、肩背有负重感、肢麻、发

凉等)用此方。不从病因而从症而治。(《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

2. 眩晕方(田隽)

组成:当归 6g,川芎 6g,甘草 6g,全蝎 6g,白芍 30g,葛根 30g,钩藤 30g,威灵仙 9g,枳实 9g。主治:颈椎病,椎-基底动脉供血不足,偏头痛。指征:头晕,顽固性偏头痛。禁忌:低血压、低血糖引起的眩晕,及痰浊中阻引起的眩晕,不宜使用此方。本方对颈椎病引起的头晕效果尤佳。(《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

3. 颈舒汤(郭剑华)

组成:葛根 15g,当归 15g,狗脊 20g,桂枝 10g,炒白术 12g,白芍 15g,黄芪 30g,茯苓 20g,全蝎粉 3g(装胶囊,用药汁分 3 次吞服)。上药水煎 3 次,将 3 次药汁混合,分 3 次温服,日 1 剂。7 剂为 1 个疗程,疗程间隔 2 天。功能补气血、益肝肾、祛风寒、化痰湿、活瘀血、通经络。主治颈椎病(脊髓型除外)。(《中国中医药报》)

4. 葛根芍药甘草汤(陈宝田)

本方是葛根汤与芍药甘草汤的合方。常用于治疗三叉神经痛、眶上神经痛、颜面肌肉痉挛、急慢性肩痛、肋间神经痛,以及带状疱疹的早期,以疼痛显著,作为投药指征。(选自《经方临床应用》)

[临床荟萃]

1. 椎动脉型颈椎病 张月林用加味葛根汤治疗寒湿痹阻型椎动脉型颈椎病 80 例,方法:葛根 12g,芍药 6g,生姜 9g,大枣 4 枚,桂枝 6g,麻黄 9g,细辛 3g,乳香 6g,没药 6g,羌活 6g,炙甘草 6g。每日 1 剂,水煎 2 次,早晚分服。治疗结果:治愈 35 例(43.75%),好转 22 例(27.50%),有效 18 例(22.50%),无效 5 例(6.25%),总有效率 93.75%。陈作恒等采用葛根汤合四物汤口服,配合枕颌带牵

引治疗颈椎病,选择该病患者 218 例,其中神经根型 132 例,脊髓型 28 例,椎动脉型 38 例,交感神经型 20 例。全部病例均采用葛根汤合四物汤化裁进行治疗,其方由葛根(先用凉水浸泡 20 分钟)、麻黄、桂枝、炙甘草、白芍、大枣、当归、川芎、熟地黄所组成。每天 1 剂,水煎服。同时配合枕颌带牵引,取坐位,颈部稍向前屈,牵引重量 3~5kg,每天 1 次,每次 40 分钟。30 天为 1 疗程,间隔 7 天后,再行第 2 疗程,共治疗 2 疗程。疗程结束评定疗效并随访 3~6 月。经治疗后,各型的治疗结果如下:神经根型 132 例中,显效 75 例,有效 40 例,总有效率 87.1%;脊髓型 28 例中,显效 9 例,有效 8 例,总有效率 60.7%;椎动脉型 38 例中,显效 10 例,有效 20 例,总有效率 78.9%;交感神经型 20 例中,显效 5 例,有效 6 例,总有效率 55.0%;合计 218 例中,显效 99 例,有效 74 例,无效 45 例,总有效率 79.4%。

2. 贝尔氏面瘫 曹先明等介绍用加味葛根汤治疗贝尔氏面瘫 35 例,处方:葛根、钩藤各 30g,白附子 12g,白菊花、白芍、僵蚕各 10g,全蝎 6g,红枣 15g,蜈蚣 2 条,生姜 5g。风寒甚者加桂枝、防风各 10g,麻黄 6g;恶心者加法半夏 10g;气血两虚者加黄芪、当归各 15g。每剂中药加清水 500~800ml,煎至 100~150ml 口服。3 次/日,1 剂/日,7 天为 1 个疗程。治愈(症状及体征消失)30 例;好转(症状及体征好转)4 例;无效(症状及体征无改变)1 例。治疗时间最短者为 1 个疗程,最长者为 8 个疗程,一般为 2~4 个疗程。

3. 紧张性头痛 潘治平报道,用解肌止痛冲剂治疗紧张性头痛 50 例,组成:葛根、桂枝、白芍、甘草、柴胡、当归、茯苓、白术、薄荷。按 3:1:1:1:1:1:1:1:0.5 的比例制成解肌止痛冲剂,每包 10g。每次 1 包,每日 3 次。冲服时所用液乃根据患者的临床表现、舌象、脉象分 4 型辨证施用。肝郁血虚型:除头痛外,可见明显焦虑和(或)抑郁症

状,兼胸肋胀痛,纳呆食少,舌质淡红,脉弦而虚,予温开水冲服。湿邪阻络型:头痛如裹,项强,肢体困重,纳差,苔腻,脉濡,予羌活、厚朴、薏苡仁各 15g,煎水冲服。气滞血瘀型:痛处不移,舌质紫黯或有瘀斑,脉细涩,予川芎、郁金、元胡各 15g,煎水冲服。痰浊内阻型:头痛昏蒙,胸膈满闷,呕恶痰涎,舌苔白腻而厚,脉濡滑,予制半夏、天南星、白附子各 10g,煎水冲服。结果:治疗组 50 例中,35 例治愈,11 例好转,4 例无效,总有效率为 92%;对照组 5 例中,26 例治愈,12 例好转,12 例无效,总有效率为 76%。两组疗效有显著性差异 ($P<0.01$)。

4. 血管神经性头痛 郑丹用自拟麻芍葛根汤治疗血管神经性头痛 62 例,处方:天麻 15g,白芍 30g,葛根 30g。加味:血压高者加牡蛎、丹参各 30g;颈椎增生者加丹参、北芪各 30g;伴呕吐者加砂仁 10g,代赭石 20g;夹邪热者加菊花、钩藤各 15g;偏寒者加当归、桂枝各 10g;偏气虚者加党参、北芪各 10g;偏阴虚者加杞子 20g、生地 30g。每天 1 剂,水煎上午服,晚上复渣再煎睡前服,早晚各服 1 次。对照组:口服罗丁片(每片 400mg),每 12 小时服 1 片。治疗结果:治疗组治愈 15 例,显效 26 例,好转 19 例,无效 2 例,总有效率 96.77%。对照组治愈 2 例,显效 7 例,好转 14 例,无效 7 例,总有效率 76.67%。两组总有效率比较,差异有显著性意义 ($P<0.05$)。

5. 椎基底动脉缺血性眩晕 满宏顺等用葛根汤治疗椎基底动脉缺血性眩晕 32 例,方法:58 例椎基底动脉缺血性眩晕患者均来自住院患者,随机分为治疗组 32 例、对照组 26 例。治疗组:葛根汤由葛根、鸡血藤各 30g,天麻 12g,钩藤(后下)、川芎各 15g,当归 10g,首乌 12g,菊花 15g 组成,每剂水煎取汁 300ml,每日 1 剂,早、晚分服。对照组:西比灵片每日 1 次,每次 2 片,睡前服,首次加倍。结果:服药 2 个

月, 治疗组中眩晕完全控制 6 例, 显效 10 例, 有效 12 例, 无效 4 例, 总有效率为 87.15%, 愈显率为 50%; 对照组眩晕完全控制 3 例, 显效 6 例, 有效 8 例, 无效 9 例, 总有效率为 65.14%, 愈显率为 34.16%。两组愈显率有显著性差异 ($P < 0.05$), 总有效率亦有显著性差异 ($P < 0.01$)。两组近期疗效, 治疗组 32 例中有 16 例追踪观察 0.5 年, 眩晕完全控制 6 例, 显效 4 例, 有效 4 例, 无效 2 例; 对照组 26 例中有 10 例追踪观察 0.5 年, 眩晕完全控制 2 例, 显效 2 例, 有效 3 例, 无效 3 例。郭志忠等报道用葛根汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕 40 例, 并设 30 例给予尼莫地平片作对照观察。治疗组: 给予葛根汤。药物组成: 葛根 30g, 鸡血藤 30g, 天麻 12g, 钩藤 (后下) 15g, 川芎 15g, 当归 10g, 首乌 12g, 菊花 15g。每剂水煎 2 次, 取汁 300ml, 每日 1 剂, 早、晚分服。对照组: 口服尼莫地平片, 每次 40mg, 每日 3 次。恶心呕吐者, 予胃复安 10mg, 肌肉注射。伴高血压、糖尿病、高血脂等的患者, 治疗中仍继续服用原治疗药物, 但禁用其他对血管舒缩和血流变有影响的药物。两组均 2 周为 1 个疗程。治疗组: 治愈 10 例, 显效 13 例, 有效 12 例, 无效 5 例, 总有效率 87.50%; 对照组: 治愈 5 例, 显效 8 例, 有效 6 例, 无效 11 例, 总有效率 63.33%。

6. 痉挛性斜颈 韩周贵用葛根汤治疗痉挛性斜颈 8 例, 处方: 葛根 90g, 麻黄 10g, 桂枝 10g, 白芍 50g, 甘草 15g, 生姜 10g, 大枣 12 枚, 凉水煎服, 每日 1 剂。结果: 3 剂治愈 3 例, 6 剂治愈 2 例, 8 剂治愈 3 例。

[实验研究]

1. 抗炎作用 葛根汤 8.2g/kg, 16.4g/kg 致炎前三天开始以灌胃方式连续给药 21 天, 可明显抑制致炎 19 天的佐剂性关节炎大鼠关节液中 IL-1 β , TNF- α 的活性及 PGE2 的含量, 提示葛根汤抑制炎症区域细胞因子的活性和炎症介质的含量,

是葛根汤抗炎作用的机制之一。

2. 对小白鼠免疫功能的影响 用 100% 葛根水浸出液定期给小鼠灌胃, 然后检测小鼠抗体产生能力、淋巴细胞转化率、巨噬细胞吞噬的功能。结果: 用药组小白鼠以上免疫学指标均有显著增强作用, 与对照组相比有非常显著性差异 ($P < 0.01$)。未见有副作用。结论: 口服葛根可明显增强机体免疫功能。

葛根中不同提取物对外周血免疫细胞 R 调节机制研究: 利用鲁米诺介导的化学发光方法, 研究葛根的不同提取部分(水溶性, 部分醇溶性部分)对 PMA 刺激人外周血中淋巴细胞(LC)及嗜酸细胞(EC)产生活性介质的影响。结果: 水溶性部分对 LC 及 EC 具有激活作用, 可以促进 PMA 体外刺激 LC 和 EC 产生多量活性介质, 而且其增强作用与水溶部分浓度呈正相关; 但醇溶部分则相反, 它对 PMA 刺激 LC, EC 所产生的活性介质具有明显抑制作用, 这种抑制作用强度同样与醇溶部分浓度相关。结论: 同一种中草药葛根对实验细胞具有双向作用, 其物质基础来自于它所具有的不同化学成分。

3. 对兔脑循环及脑代谢的影响 观察了葛根素对兔脑循环及脑代谢的影响。结果表明, 葛根素可以明显增加兔脑血流量, 并显著提高兔脑耗氧量和葡萄糖摄取量, 且呈剂量依赖性。提示葛根素具有改善脑循环和脑代谢的双重作用。

4. 葛根素对高血压患者左室舒张功能的影响 对 80 例 EH 伴 LVDF 不全患者随机分成葛根素组及常规治疗组, 疗程为 2 周, 分别测定治疗前后的超声心动图参数, A 峰、E 峰及 A/E 比值, 结果: 疗程结束后葛根素组的 LVDF 指标 E 峰速率明显增高 ($P < 0.05$), A 峰速率明显降低 ($P < 0.01$)。而对照组无明显变化。结论: 葛根素可改善 EH 患者的左室舒张功能。

5. 葛根汤对退变颈椎间盘组织磷脂酶 A₂ 的影响 选用动

力失衡性颈椎病动物模型，造模动物到期后取 C4-5 颈椎间盘，采用催化活性与微孔比色相结合的测定法测定 PLA₂ 活性。结果：模型组颈椎间盘 PLA₂ 活性明显升高，正常组则很低，二者比较有显著差异。葛根汤无论是对早期治疗组还是治疗组均有下调 PLA₂ 的作用。以大剂量为优。结论：葛根汤具有下调退变颈椎间盘 PLA₂ 活性的作用。从而可减少多种炎症介质的合成，这可能是其治疗颈椎病的作用机制之一。

6. 葛根总黄酮对脑缺血的保护作用 葛根总黄酮 500~1000mg/kg，连续口服 7 天，能显著对抗反复性脑缺血大鼠脑组织含水量、Ca²⁺ 及丙二醛（MDA）的含量升高，Ca²⁺-AT-Pase 及超氧化物歧化酶（SOD）活性的降低；还能明显延长小鼠断头后张口呼吸持续时间。

【运用心得】 葛根汤系桂枝汤加麻黄、葛根而成，为太阳、阳明经之基本方。本方发散风寒，疏通经脉，是临床治疗风寒束表，或劳伤筋脉，导致经脉不利产生落枕、颈椎病头痛、眩晕、项强、肩背手臂疼痛麻木、或头、颈、肩、背、肢体疼痛，麻木；中风半身不遂、偏身麻木；颜面神经麻痹口眼喎斜，三叉神经痛，面肌痉挛，颈项强急等病证，皆可随证选用本方。方中葛根、麻黄、桂枝辛散疏利，发散风寒，温通经脉，畅利气血，疏通气机，无论风寒郁滞，还是气血凝滞，皆有疏利之功。葛根升津液，舒筋脉，芍药益阴柔筋，炙甘草甘缓，与芍药配伍缓急止痛，全方用之，助葛根、麻黄、桂枝之发散，即“辛甘发散为阳”；又能缓解诸药之辛散太过。全方散中有收，泻中寓补，随证配伍，其用甚广。现代研究也表明，桂枝、白芍、甘草、葛根、麻黄等药有解热镇痛作用；桂枝、大枣有明显的镇静作用，甘草、茯苓可利尿排钾。这些作用均有利于缓解紧张性头痛的各种症状。头痛，加天麻、川芎；枕神经痛，加制南星、蜈蚣；颈项强急、颈肩疼痛、麻木或不适，加威灵仙、姜黄、乌梢蛇；肩臂疼痛麻木，加桑枝、

羌活、当归、天麻；面部疼痛，加天麻、升麻；三叉神经痛，加细辛、白芷、川芎、羌活；面肌痉挛，加僵蚕、丹参、酸枣仁；口舌喎斜，加白芷、天麻、蝉蜕、荆芥、防风；坐骨神经痛，用麻黄、白芍、炙甘草，加制川乌、蜈蚣、制乳香、制没药、乌蛇等。湿邪重，加薏苡仁、苍术；中风，加天麻、丹参、牛膝、当归等。痉挛性斜颈，因风寒诱发者，加白附子、天南星、白芷；属内伤久病者，加天麻、酸枣仁、丹参、僵蚕等。外感风寒、寒湿，腹泻，肢体麻木，用本方，加黄连、天麻。诸病日久不愈，属虚者多，血虚，加当归、鸡血藤、制首乌；气虚络痹，加黄芪、党参、白术；便秘，加生白术、当归、火麻仁等。

方中的麻黄、桂枝是为无汗的表实证而设，但因配有和里的芍、草、大枣，不若麻黄汤开腠发汗之峻烈，与桂枝汤之解肌散邪，调和营卫又有不同，所以它的禁忌较麻黄汤为宽。但本方总的来说药味偏于辛温，内有蕴热者非本方所宜。有老年及高血压患者，应慎用麻黄。

第二节 柴胡桂枝汤

〔组成〕 桂枝—两半，去皮 黄芩—两半 人参—两半 甘草—两，炙 半夏二合半，洗 芍药—两半 大枣六枚，擘 生姜—两半，切 柴胡四两

〔功效〕 疏风散热，和解少阳，外调营卫，疏解肝胆。

〔方义分析〕 柴胡桂枝汤是《伤寒论》中治疗太阳和少阳并病的方剂，由小柴胡汤合桂枝汤各半量，合而成方。主要用于太阳少阳合病引起的发热恶寒、肢体疼痛等症。本证先病太阳，又病少阳，属太阳少阳并病。治当太少两解，方用柴胡桂枝汤。原方方义是，太阳少阳两经的症状都很轻微，故以桂枝汤剂量之半，调和营卫，解肌散邪；以小柴胡汤剂量之半，枢

转少阳，宣展气机。小柴胡汤寒温并用，攻补兼施，升降协调。外证得之，重在和解少阳，疏散邪热；内证得之，还有疏利三焦、调达上下、宣通内外、运转枢机之效。桂枝汤外证得之，重在调和营卫，解肌祛风；又因肺主气属卫，心主血属营，故内证得之，还有调和气血、燮理阴阳之功。

〔适应证〕

1. 头痛，紧张性头痛、颈源性头痛、外伤性头痛，属营卫失和，经脉不利，气血郁滞者。

2. 偏头痛等值症，表现为发作性腹痛，或眩晕，或时常发热，伴眼花、视物模糊、恶心呕吐，时作时止。

3. 腹型癫痫，发作性腹痛，可以伴有恶心呕吐。需要与胃肠痉挛鉴别。确诊后可用柴胡桂枝汤治疗。

4. 抑郁症，精神抑郁，情绪低落，胸胁胀满，嗳气叹息，饮食减少，失眠乏力，大便不畅，舌质淡红，苔薄白，脉弦细。

〔类方〕 柴胡桂枝干姜汤：由柴胡、桂枝（去皮）、干姜、栝楼根、黄芩、牡蛎（熬）、甘草（炙）组成。功能枢转少阳兼化痰饮。用于少阳兼痰饮内结的证治，主证见胸胁满微结，小便不利，渴而不呕，但头汗出，往来寒热，心烦者。

〔加减方〕

1. 清眩汤（胡毓恒）

组成：柴胡 12g，法半夏 10g，黄芩 10g，党参 15g，川芎 8g，吴茱萸 7g，钩藤 8g，甘草 5g，生姜 3 片，红枣 5 枚。主治：耳源性眩晕病，包括：梅尼埃病、迷路炎、前庭神经元炎、内耳药物中毒、外感风寒侵犯其经脉引起的眩晕等。禁忌：内耳药物中毒时间较久，以及中枢性眩晕，用该方无效。体会：该方不必加减，如认为必要加减，必须加减得当，否则勿谓斯方之不验也。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

2. 小柴胡汤（田隼）

组成：柴胡 12~15g，半夏 10g，黄芩 10g，党参 10g，生姜 10g，大枣 4 枚，甘草 10g。主治：除按经典原文指征而外，我用其加味治疗带状疱疹，加龙胆草 20g，制川乌 6~9g（先煎 10 分钟），连翘 15g，对带状疱疹及其后遗症疼痛亦有良效。对感染诊断明确，多种抗生素治疗 2 周以上热不退且渐加重，只要具备“热”、“寒”、“苦”等主症，皆可投本方加蒲公英 30g，肠道感染加马齿苋 30g。禁忌：同传统使用小柴胡汤之惯例。小柴胡汤使“上焦得通，津液得下，胃气因和”，组方简，适应广，用之对证，效如桴鼓。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

3. 芍药甘草汤合柴胡桂枝汤（陈宝田）

以胸腹部的疼痛，作为投药指征。对胆囊炎、胆石症、胃痉挛、肠痉挛，均有较好疗效。此外，对腹型癫痫疗效卓著。对癫痫小发作，也是首选方剂。本合方与小柴胡汤合用，对夜惊症亦有良效。（选自《经方临床应用》）

4. 柴胡桂枝汤合甘麦大枣汤（陈宝田）

柴胡桂枝汤合甘麦大枣汤加生龙骨、生牡蛎，治疗癫痫小发作疗效卓著。此外，对癔病、神经衰弱，也有较好疗效。对小儿夜惊症、夜啼症，疗效也满意。（选自《经方临床应用》）

〔临床荟萃〕

1. 耳后神经痛 郭氏等介绍以本方治疗耳后神经痛 36 例，结果服药 1~4 剂痛止者 33 例，3 例服药 5 剂止痛效果不理想。

2. 糖尿病自主性神经病变 罗泽中根据《现代糖尿病学》的观点，按其糖尿病自主性神经病变的常见临床表现，分为六型：①瞳孔和内腺障碍；②心血管功能障碍；③胃肠功能紊乱；④泌尿生殖系统功能障碍；⑤汗液分泌障碍；⑥关节病。治疗方法：首先，全部病人用胰岛素（诺和灵或优泌林）控制

血糖在正常范围，同时给予“弥可保”点滴或口服。然后分型给予以下中药水煎口服。①型：主证：瞳孔缩小，光感迟钝，神水混浊，干涩不适，视力下降。中医辨证：肝肾阴虚，虚火扰目。治法：滋养肝肾。处方：柴胡 12g，黄芩、人参、半夏、桂枝、白芍、枣皮、泽泻各 10g，枸杞 20g，菊花、山药各 15g，甘草 5g。局部用黄连西瓜霜眼药水，伴瞳孔缩小者配 1%阿托品滴眼。②型：主证：四肢发冷，双足部最严重，伴静息时心悸，足部浮肿。中医辨证：心肾阳虚，寒湿内盛。治法：扶阳温经，散寒除湿。处方：柴胡、黄芩、半夏、白芍、炮附子、吴茱萸、通草、炙甘草各 10g，人参、桂枝、茯苓、牛膝各 15g，白术 20g，局部用麝香壮骨膏外贴。③型：主证：腹胀、恶心、呕吐，轻度吞咽困难，间隙性夜间或清晨泄泻，或有便秘和腹泻交替出现。中医辨证：脾胃升降失常，气机痞结。治法：清热和胃，消痞散结。处方：柴胡、桂枝、白芍、炙甘草各 10g，黄芩、人参各 12g，半夏、生姜、大枣各 15g，干姜、黄连各 8g。夜间泄泻：加肉豆蔻 15g，吴茱萸 5g，便秘用“开塞露”滴肛。④型：主证：排尿障碍，滴沥性尿失禁，尿残余量增多，男性伴阳痿、早泄、性欲减退，易发生尿路感染。中医辨证：阴虚水热互结、膀胱气化不利。治法：育阴、清热、利水。处方：柴胡、黄芩、人参、半夏、桂枝、白芍各 10g，猪苓、茯苓、泽泻、阿胶各 15g，滑石 25g。针刺：阴谷、中极穴。⑤型：主证：上半身多汗，腰以下少汗或无汗，或但头汗出，颈以下无汗。中医辨证：邪热留滞于上，三焦气机不畅。治法：透热、祛邪、调气。处方：柴胡、黄芩各 12g，人参、半夏、桂枝、白芍、薄荷各 10g，栀子、豆豉、连翘、茵陈各 15g，大黄、甘草各 5g。⑥型：主证：缓慢关节肿胀，常见于踝关节、指关节和趾关节，或伴疼痛、麻木。中医辨证：肝肾不足，络气亏虚，水湿留着。治法：祛风散寒，利湿通痹。处方：柴胡、黄芩、人参、半夏、桂枝、白芍、麻

黄各 10g, 独活、草薢、木通、姜黄各 15g, 白术 20g, 薏苡仁 25g, 甘草 5g。疼痛者外贴奇正止痛膏。结果: 治疗最短者 2 天, 最长者 3 月, 治愈 143 例 (75.3%), 显效 18 例 (9.5%), 有效 16 例 (8.4%), 无效 13 例 (6.8%), 总显效率 84.7%, 总有效率 93.2%。

3. 癫痫 伊东范夫用本方治疗癫痫患者 5 例, 年龄 5~11 岁, 平均发病时间 8 年 (3~11 年), 伴多动、遗尿、哮喘、易感冒等症状, 并用卡马西平与柴胡桂枝汤。结果: 全部病例未见癫痫发作, 并有如下体质改善倾向: ①不易感冒; ②夜间遗尿次数减少; ③未见哮喘发作; ④性格转为沉稳; ⑤发热次数减少; ⑥虚弱体质改善; ⑦可增强解痉药控制痉挛发作的作用, 减轻发作程度, 由此认为柴胡桂枝汤与解痉药并用治疗癫痫有效。

王宏伟以由柴胡桂枝汤合四物汤加减治疗难治性癫痫 34 例, 其中原发性癫痫 19 例, 继发性癫痫 15 例。治疗 3 个月, 显效率为 26.5%, 有效率为 32.4%, 改善率为 17.6%, 无效或恶化为 23.5%。其抗癫作用有一定的时效关系, 且对临床症状和体征具有改善作用, 比化学合成药物有明显优势。

陈秋羚等报道, 报告用柴胡桂枝汤配合苯妥英钠治疗 10 余例腹型癫痫, 体会到: 用小剂量苯妥英钠可控制全身强直阵挛和腹直肌痉挛; 而中药柴胡桂枝芍药汤可治疗自主神经功能失调, 有调和营卫、回阳固表、和解少阳、内泻热结、理气化滞等功效, 有加强和巩固苯妥英钠的作用, 同时可消除其产生的不良反应。

4. 三叉神经痛 大野健次用本方治疗三叉神经痛 34 例, 对已服用氯甲酰氮草 (CBZ) 的患者, 同时合用柴胡桂枝汤冲剂, 用药期间酌情 CBZ 减量。对就诊前未服用 CBZ 的患者, 疼痛较轻者仅内服中药治疗; 疼痛较重者, 中药与 CBZ 合用治疗。2 周后, 对就诊前已服用 CBZ 的 19 例患者, 合用中药

治疗后,疼痛减轻 79%,除 CBZ 增量 1 例外,其有效率占 78%;服用中药期间,CBZ 用量明显减少 ($P<0.05$),其中停用 4 例。就诊前未服用 CBZ 的 15 例患者,单独中药治疗 11 例,其中疼痛消失或减轻 8 例,无效 3 例。中药与 CBZ 合用 4 例,疼痛消失 2 例,减轻和无效各 1 例,治疗总有效率为 76%。

5. 鼾眠 对柴胡桂枝汤治疗鼾声的效果进行了研究。治疗对象 12 例,其中 10 例为打鼾重症患者,2 例为健康者。男 10 例,女 2 例,平均年龄 53.3 岁。患者中最多的基础疾患为脑卒中 (7 例)。给予柴胡桂枝汤提取剂成人量 7.5g/天,分 3 次服用。根据第三者的观察于 2 周后判定疗效。判定标准。鼾声基本消失为显效,鼾声减半为有效,稍有改善为稍有效,无变化为无效。此外,对 1 例患者改变用药方法,即将成人 1 日量分 4 种方法给药;①7.5g 分 3 次饭前给药;②2.5g 晚饭前给药;③5.0g 分早晚饭前服;④5.0g 晚饭前 1 次给药。于给药 2 周后进行疗效判定,判定方法和标准同上。结果,常用量治疗鼾声显效 2 例,有效 4 例,稍有效 5 例,无效 1 例 (为健康者),显效例皆为脑卒中患者。用药第 3~6 日出现效果,第 1 周和第 2 周间无明显差异,至少用药 2 周才能充分判定效果。用药后鼾声的音量虽减弱,但未见其出现频率减少和持续时间缩短等方面的改善。另外,鼾声于停药第 2~4 日恢复原来的音量。反复使用柴胡桂枝汤治疗鼾声,其效果具有重复性,但不能使其完全消失。改变用药方法,晚饭前倍量 (5.0g) 用药,1 周后与常用量效果相同,而 2.5g 晚饭前服用无效,5.0g 分早晚饭前服用的效果不如常用量,为稍有效至有效。认为此次是对柴胡桂枝汤治疗鼾声的首次报道,具有一定的价值。

6. 面神经炎 李恒欣用柴胡桂枝汤面部神经炎 1 例:柴胡 20g,桂枝、黄芩、白芍、半夏、人参、红花、白附子各

6g, 生牡蛎 15g, 僵蚕、炙甘草各 5g, 生姜 6 片, 大枣 6 枚 (擘)。煎服法: 煮汤药至沸开时, 改慢火微煮, 以药气熏蒸患侧面部, 微汗为度。尔后服药, 避风, 每晚 1 剂。3 天后复诊, 口眼喎斜等症状均好转, 效不更方, 上方加减又服 7 剂后, 患者五官复正, 诸证皆愈。随访至今年未复发。

〔实验研究〕

1. 抗惊厥作用 实验用 ICR 纯种小白鼠在腹腔注射戊四唑 60mg/kg 后 2~10 分钟即出现头及前肢抽动, 继而全身抽搐; 而在腹腔注射或口服柴胡桂枝汤后 0.25、12、24 小时再注射戊四唑, 发现柴胡桂枝汤有较强的拮抗戊四唑致惊厥的作用, 且减少惊厥后的死亡率, 使惊厥平均开始时间延长, 并以腹腔注射给药作用更明显。进一步研究显示, 柴胡桂枝汤能抑制戊四唑所致的蜗牛食道下神经细胞的自发放电消失。细胞外实验表明, 该方还能抑制戊四唑引起的突发性活动, 而后者是癫痫发作特征性的细胞内电位变化。在作为癫痫放电特征表现的突发性活动中, 细胞内贮存的钙释放并向细胞膜区移动, 细胞膜区域附近的钙结合状态改变, 使与钙相关的细胞内蛋白质也发生变化, 结果使细胞膜离子通道发生变化, 最终使正常而规则的触发型变成有关神经元病理放电的突发型。柴胡桂枝汤可使突发活动中这些连续的钙相关性改变的每个步骤都受到抑制, 从而表现出对癫痫发作现象的全身性抑制作用。上官孝臣报道, 柴胡桂枝汤能延长巴比妥盐类的睡眠作用。动物实验证实可控制痉挛发作, 细胞水平研究证实, 可使戊四氮痉挛引起的突发性活动得到控制。

2. 抗抑郁作用 柴胡桂枝汤能缩短绝望模型中小鼠悬尾和强迫游泳不动时间, 并对其有显著性影响, 对小鼠自主活动无明显影响。结论: 柴胡桂枝汤具有抗抑郁作用, 对其作用的物质基础及生理生化机制, 有待进一步研究。

3. 对偏头痛发作期患者血中内皮素、一氧化氮水平的影

响 随机选择 59 例偏头痛发作期患者作为治疗组, 40 例健康人作为对照组。治疗组给予口服柴胡桂枝汤加味 4 周, 分别测定治疗组治疗前后及对照组血中 ET 及 NO 水平。结果与对照组相比, 偏头痛发作期患者血浆 ET 水平升高, 血清 NO 水平降低 ($P<0.01$), 治疗 4 周后, 治疗组血浆 ET 水平降低 ($P<0.01$), 血清 NO 水平提高 ($P<0.05$)。结论柴胡桂枝汤加味能降低偏头痛发作期患者血浆 ET 水平及提高 NO 水平。

4. 对内分泌的调节及抗衰老作用 船越显博认为本方对大鼠淀粉酶的分泌反应有一定影响。用次最大剂量的胆囊收缩素 (CCK) 10-11M 刺激胰腺腺泡, 结果本方投予组与非投予组的分泌类型未见差异。但是投予组较非投予组大鼠 CCK 刺激前灌流液中的淀粉酶活性呈低值, 虽未引起 CCK 感受性的变化, 但表明对胰腺细胞有稳定作用。因此, 本方有预防胰腺炎复发以及慢性胰腺炎急性加重的效果。

5. 免疫药理研究 李治淮等观察本方对反复呼吸道感染 (RRTI) 患儿免疫球蛋白 (Ig) 及 IgG 亚类的影响。对 23 例 RRTI 患儿本方治疗前后 Ig 和 IgG 亚类的含量进行检测, 并与正常组对照比较。治疗前 RRTI 患儿 IgG、IgA、IgM 浓度均显著低于正常对照组 ($P<0.05$), IgG 亚类缺陷率 60.9%; 治疗后血清 IgG 浓度较治疗前明显升高 ($P<0.05$), IgG 亚类缺陷纠正率 71.4%。表明免疫功能降低, IgG 亚类缺陷是 RRTI 发病的重要因素, 纠正 IgG 亚类缺陷状态、改善免疫功能可能是本方治疗 RRTI 的机制之一。

6. 其他 吴美娟等报道, 本方抗衰老作用, 能够降低 D 半乳糖亚急性中毒致衰小鼠脑匀浆中 MDA 含量, 提高全血 GSHPx 活力, 提高脑匀浆上清液内 GSHPx 和 SOD 活力, 随剂量增加尤为明显, 并有显著改善记忆作用。脑内 MDA 含量的减少与其通过清除体内氧化物有关, 表明本方具有保护生物膜作用, 对延缓小鼠 D 半乳糖致衰方面有一定功效。小鼠脑

腺指数亦随其剂量增加而增加，表明对免疫系统的功能可能亦有促进作用。

〔运用心得〕 一般认为，柴胡桂枝汤以二方相合，故其功效，当是二者之总括。此外，柴胡配白芍疏肝解郁，柴胡配桂枝宣通太阳、少阳阳气，阳气宣畅，气机畅达，营卫和利，神机安宁；又，太阳、少阳经脉上达头面，行于项背，络于肢节。因此，柴胡桂枝汤通过调和营卫，畅利枢机，宣通三焦，通调上下，可以用于许多病证的治疗。

柴胡桂枝汤和解少阳，疏风散邪可以用于外感风邪头痛的治疗，特别是对病程略长，体质偏弱以及女性患者经期、产后、流产后外感头痛尤为适宜。风寒去黄芩，加荆芥穗；风热，口渴，去半夏，加蝉蜕、薄荷、僵蚕。本方疏解肝胆，调和中焦，是治疗偏头痛等值症的常用方剂，特别是儿童患者，发作性腹痛、呕吐，忽作忽止，符合《伤寒论》“藏府相连，其痛必下，邪高痛下，故使呕也”的论述。肝气盛者，加天麻、钩藤、僵蚕；呕吐重者，加旋覆花，重用生姜。本方外能调营卫，内能调气血，故凡气血营卫失和的病证，皆可随证治之。如，外伤后头痛经久不愈，究其原因主要有两方面，一是外伤之后，气血、经脉受损，气血不和，经脉不畅，故而头痛；二是外伤身形，心神内损，心神受损，但调气血不能获效。《难经·十四难》说“损其心者调其营卫”。本方小柴胡汤疏利肝胆，畅利气机；桂枝汤调和营卫，符合外伤后常见的病机变化，因此有效。本方既能疏通肝胆气机，疏利厥阴、少阳经脉；又能调和营卫，宁心安神，故也可用于周期性发作的病证，如周期性精神病、精神心理疾病、抑郁症、焦虑症等的治疗。病久气血不足，加黄芪、当归。

小柴胡汤具有和解少阳，疏散风热，疏肝解郁，和中止呕之力；桂枝汤能发汗解肌，调和营卫，活血通脉，和中安神。合而用之，则疏利三阳气机，疏通气血，疏肝解郁，和调营

卫。疏利三阳故可用于外感表证及其日久不愈，邪气流连者；疏肝解郁故可调畅情志，和中开胃进食；和调营卫则具有安神宁心之力。因而，临证应用柴胡桂枝汤病证颇多，临床表现十分复杂，其病机总与气机失调，枢机不利，营卫失和，形神不能有关。诸如，头身疼痛、形神不宁，或周身不适、心烦微呕、心下支结、嘿嘿不欲饮食等证，无论新久虚实，均可随证应用。

第三节 柴胡加龙骨牡蛎汤

〔组成〕 柴胡四两 龙骨 黄芩 生姜切 铅丹 人参 桂枝去皮 茯苓各一两半 半夏二合半，洗 大黄二两 牡蛎一两半，熬 大枣六枚，擘

〔功效〕 解表和里，枢转少阳，镇惊安神。

〔方义分析〕 柴胡加龙骨牡蛎汤用小柴胡汤原量之半，去甘草加龙骨、牡蛎、铅丹、大黄、茯苓、桂枝组成。用小柴胡汤，以枢转少阳，畅利枢机；加桂枝，助其解外，且能宣通阳气；加茯苓，宁心安神，通利小便；加龙骨、牡蛎、铅丹，重镇安神，以治谵语；加大黄清泻里热，以治烦惊。全方能枢转少阳，镇静安神。故可用于治疗少阳胆火扰乱肝魂之证。

此外，方中半夏、茯苓、生姜皆能化痰，黄芩、大黄长于清泻火热，降火以助降气，胃肠气机舒畅，则少阳气机易于疏通；柴胡兼以疏利肝胆，散郁达邪，龙骨、牡蛎、铅丹以镇惊安神，人参、桂枝、大枣能益气和中，助正宁神。故凡少阳枢机不利，痰郁火扰，神机不宁，痰火生风之证，皆为本方所宜。

〔适应证〕

1. 伤寒八、九天后，胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不能转侧者。

2. 癫痫发作，发作前常伴惊恐烦躁，发作频繁，以及癫狂惊痫的患者都可以服用。

3. 焦虑症，患者焦急胆怯，急躁易怒，心情抑郁，多疑多虑，失眠多梦，或胸闷胸痛，心烦易惊，舌质淡，脉弦细动数。

4. 失眠，易惊多梦，情绪不宁，胸部闷塞，肋肋胀满，多疑善虑，或喜怒无常，烦躁失眠，舌苔白或微黄腻，脉弦滑。

5. 心脏血管神经官能症，胸胁苦满，或胸痛胸闷、呼吸困难，呼气为舒、心下动悸、发作性心动过速、恐怖、少寐、伴有便秘。

6. 神经症，患者体质强壮、烦惊、少寐、胸胁苦满、便秘。

7. 躁狂症，症状以精神紧张、情绪不安、寐差、上火、腹胀、便秘为主。

〔类方〕

1. 大柴胡汤 由柴胡加龙骨牡蛎汤去人参、铅丹、龙骨、牡蛎、桂枝、茯苓，加枳实、白芍而成。功能和解少阳，兼泻阳明。原方用于往来寒热，胸胁苦满，呕恶不止，郁郁微烦，心下痞硬，或腹满胀痛拒按，大便秘结，或协热下利的证治。临床可用于紧张性头痛、肋间神经痛、焦虑症、失眠等证属肝经郁热夹滞的治疗。

2. 柴胡加芒硝汤 由是用小柴胡汤原剂量的三分之一，又加芒硝一味组成。因本证虽已微利，但潮热未除，故加芒硝以泄里热，更用小剂量的小柴胡汤，以防少阳未尽之邪继续内陷。

〔加减方〕

1. 柴胡加龙骨牡蛎汤加减（李寿山）

组成：柴胡 15g，半夏 15g，黄芩 10g，酒大黄 10g，桂枝

10g, 茯苓 20g, 生龙骨 25g, 生牡蛎 25g, 灵磁石 50g, 丹参 30g, 生姜 10g, 大枣 5 枚。主要用于癫痫多呈小发作, 少年患者居多, 治以镇肝熄风、安神定痫。如发作较频, 发病前惊恐烦躁, 舌淡脉细者。水煎服, 每日 1 剂。待发病次数、症状缓解后, 继服五味止痛散: 全蝎 僵蚕 丹参 蜈蚣 蝉蜕各等分, 研细末, 每次 3g, 早晚各 1 次, 儿童酌减。(《当代名医临证精华癫痫专辑》)

2. 柴胡龙骨牡蛎汤加减 (赵锡武)

组成: 柴胡 20g, 生龙骨 20g, 生牡蛎 20g, 半夏 12g, 茯苓 12g, 芍药 10g, 炙甘草 10g, 黄芩 10g, 桂枝 10g, 大黄 10g, 生姜 10g, 丹参 30g, 大枣 (劈) 10 枚。根据前人经验, 在长期的临床实践中, 每用柴胡龙骨牡蛎汤治疗癫痫。一般癫痫或用西药苯妥英钠治疗好转, 而停药后又复发或不能控制或不能根治, 常有发作性抽搐或伴有头痛头晕者, 宜用潜阳和肝, 通便祛痰法治疗, 用柴胡龙骨牡蛎汤加减。(《当代名医临证精华癫痫专辑》)

3. 柴胡龙牡汤 (王翹楚)

组成: 柴胡 10g, 龙骨 (先煎) 30g, 牡蛎 (先煎) 30g。主治: 外感热病, 精神疾病, 心脑血管病, 呛咳, 久咳。指征: 邪在半表半里, 寒热往来, 羁留不解, 晨轻暮重者; 因情志不悦而引起的失眠、焦虑、精神抑郁、眩晕等; 心脑血管病并有不能寐、抑郁状态者; 肝郁阳亢, 木旺侮金, 耗伤肺阴, 呛咳无痰, 久咳不愈者。禁忌: 颅脑有严重器质性疾病, 或低血压引起的眩晕症不宜使用该方。牡蛎用后, 有些病人有腹泻现象。(《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

4. 加减柴胡加龙骨牡蛎汤 (王文彦)

组成: 柴胡 25g, 黄芩 20g, 半夏 10g, 甘草 15g, 龙骨 25g, 牡蛎 20g, 青黛 20g, 铅丹 2g, 天麻 15g, 石决明 20g, 黄精 20g, 白胡椒 2g, 枯矾 20g。主治: 癫痫, 神经衰弱。禁

忌：平素内向，患病后沉默寡言者不宜使用。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

〔临床荟萃〕

1. 癫痫 闫炳远介绍用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗癫痫 65 例，基础方：柴胡 12~24g，黄芩、半夏各 6~9g，党参 12~15g，桂枝、茯苓各 9~12g，生龙骨 12~30g（先煎），生牡蛎 12~30g（先煎），铅丹 1~9g（包煎），大黄 6~12g，生姜 6g，大枣 6~12 枚。加减：若痰扰心神者，加菖蒲、远志化痰开窍止痫；若抽搐甚者，加全蝎、僵蚕熄风镇痉；若气血亏虚者，加黄芪、当归补气生血；若虚烦不眠者，去铅丹加枣仁、柏子仁宁心安神。日 1 剂，水煎服。5 剂为 1 疗程，一般需要 5~10 疗程。因方中铅丹有毒，服 5 剂后去铅丹，改用朱砂或枣仁等。结果：65 例经治后，近期治愈 26 例占 40%，好转 34 例占 52.30%，无效 5 例占 7.7%，总有效率为 92.30%。林松报道用柴胡加龙骨牡蛎汤合白金丸治疗癫痫 30 例，基本方：柴胡 18g，黄芩 18g，半夏 12g，龙骨、牡蛎各 30g，桃仁 9g，大黄 9g，夜交藤 30g，茯苓 12g，白芥子 6g，白矾 3g（研冲），郁金 9g，炙甘草 3g，水煎服，日 1 剂，20 日为 1 疗程。癫痫持续状加用镇静剂、降颅压治疗。随证加减：脾虚者加白术 9g，山药 15g；粪检蛔虫卵阳性加驱蛔药槟榔、乌梅炭各 9g；外伤史加活血化瘀之地龙 9g，全蝎 9g；久病阴虚者加麦冬 9g，当归 9g，白芍 9g。疗效标准及结果近期治愈：1 疗程后癫痫发作得到控制，短期内无复发；好转标准：1 疗程后癫痫发作减少或减轻。结果：除 2 例脑发育不全无效外，其余均有效，定期随访 1 年均未再发。

2. 中风后抑郁症 杜江成等报道柴胡加龙骨牡蛎汤治疗中风后抑郁患者抑郁情绪及神经功能缺损程度的疗效，选择中风患者 90 例，均经临床、CT 或 MRI 证实，随机分为柴胡加龙骨牡蛎汤组（简称中药组）30 例，氟西汀治疗组（简称西

药组) 30 例。不抗抑郁的基础治疗对照组 (简称对照组) 30 例。3 组患者均给予类似的中风治疗, 而中药组加用柴胡加龙骨牡蛎汤, 西药组加用氟西汀, 对照组加用安慰剂, 连续 60 天。结果中药组、西药组患者的 HAMD 和 MESSS 评分下降, Barthel 指数评分上升比对照组快 ($P < 0.05$); 中药组、西药组总体疗效优于对照组, 中药组、西药组总体疗效相似。结论: 柴胡加龙骨牡蛎汤能改善抑郁表现, 促进神经功能康复。

3. 眩晕 王兰用柴胡加龙骨牡蛎汤化裁治疗眩晕 51 例, 处方为: 柴胡 15g, 生龙骨、生牡蛎各 20g, 葛根、杭白芍各 20g, 生地黄、黄芩、枸杞子、半夏各 10g, 茯苓 12g, 菊花 15g, 甘草 6g。随症加减: 肝阳上亢, 兼见头痛, 心烦易怒, 去茯苓、葛根, 加龙胆草、石决明各 15g, 钩藤 10g; 痰浊中阻, 兼见头重如裹, 纳呆, 胸闷, 去生地黄、杭白芍, 加陈皮 15g, 天麻 10g; 肝肾阴虚, 兼见耳鸣, 腰酸, 精神萎靡, 去茯苓、半夏、黄芩, 加杜仲 10g, 龟板 10g; 气血两虚, 兼见心悸, 体倦, 神疲, 面色无华, 去菊花、黄芩、生地黄, 加黄芪 30g, 酸枣仁 20g, 当归 10g。用法: 每日 1 剂, 水煎服, 早、晚各服 1 次。治疗天数最短 5 天, 最长 15 天。结果: 治愈 32 例, 好转 18 例, 无效 1 例。有效率为 98%。

4. 失眠 沈莉介绍用柴胡加龙骨牡蛎汤配合行为疗法治疗失眠 36 例疗效, 基本处方为: 柴胡 12~20g, 龙骨、牡蛎各 20~30g, 黄芩、茯苓、半夏各 10~15g, 大黄 6~10g, 合欢花 20g, 大枣 3~5 枚, 生姜 3~5 片。分型加减: 肝火上扰加龙胆草、栀子; 胃腑不和加神曲、莱菔子; 阴虚火旺加黄连、阿胶; 心脾两虚加党参、当归。水煎, 日服 1 剂, 睡前 1 小时服头煎, 二煎翌日上午服。7 天为 1 疗程。配合行为疗法, 每天训练 1~2 次, 每次 20~30 分钟。结果: 显效 19 例, 约占 52.8%, 有效 13 例, 约占 36.1%, 无效 4 例, 约占 11.1%。总有效率 88.9%。

5. 恐怖性神经症 张家驹用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗恐怖性神经症 14 例，均单独用柴胡加龙牡汤煎服，每日 1 剂，两周为 1 疗程。基本方：柴胡 12g，黄芩 9g，半夏 9g，党参 9g，桂枝 9g，茯苓 15g，炒大黄 6~9g，生姜 9g，大枣 6 枚，铅丹 0.3~0.6g，生龙骨 30g，生牡蛎 30g。加减法：烦躁失眠加朱砂 0.3g，琥珀粉 6g，冲服；胸胁胀闷加郁金 9g，枳壳 9g；呕恶加竹茹 9g，陈皮 9g；腹泻便溏去大黄；口干苦去桂枝，加胆草 9g；药后恶心去铅丹加生铁落 100g（煎汤代水）。结果：症状完全或基本消失，恢复正常生活工作，一年以上未复发者为治愈，恐惧感明显减轻，但仍需少量安定或多虑平维持者为好转。其中治愈 7 例，好转 3 例，无效 3 例，失访 1 例。总有效率 71%。

6. 神经精神疾病 戴裕光用柴胡龙牡汤治疗神经精神疾病 271 例，本组男性 73 例，女性 198 例中年龄从 18~65 岁。其中神经衰弱 55 例，更年期综合征 79 例，心血管神经官能症 26 例，胃肠神经官能症 34 例，神经精神紧张综合征（含妇人脏躁证等）34 例，单纯性精神病 43 例。以柴胡龙牡汤加减治疗，处方为：柴胡 12~15g，黄芩 9~12g，党参 15~20g，制半夏 12~15g，炙甘草 9g，淡干姜 6~9g，大枣 12g，龙骨 15~30g，牡蛎 30g，川芎 9g，杭白芍 12~15g，酸枣仁 12g，五味子 9g，夜交藤 30g。每日 1 剂，分 3 次服。每疗程 7 天，停药 2 天再服，2 疗程无效者更法更方。如有效根据证情加减化裁。本组最短者服药 7 剂安全缓解，最长者（如精神病）可连服或间断服药（不服汤剂时以本方打粉冲服）3~4 月。271 例中临床完全缓解者 230 例，占 87.08%；部分缓解 32 例，占 11.8%；无效者 3 例，占 1.22%，主要精神病患者。

7. 心血管神经症 石月平等介绍用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗心血管神经症体会，根据临床观察，依据心血管神经症的临床症状、舌脉，认为其症状类似《伤寒论》柴胡加龙骨牡蛎汤

的“胸满烦惊”，其病机亦符合柴胡龙骨牡蛎汤的肝胆气郁、痰热内扰、虚实错杂之证。故以该方治疗心血管神经症取得满意疗效。

8. 感染性多发性神经炎 张春光介绍用柴胡加龙骨牡蛎汤治疗感染性多发性神经炎 2 例，每紧扣“烦惊”二字，投用柴胡加龙骨牡蛎汤而取效。

〔实验研究〕

1. 对脑内神经递质的影响 小鼠口服本方剂 200mg/kg，每天 2 次，投药 7 天，在最后一次给药 17 小时后摘除脑，用高效液相层析法测定了纹状体、丘脑下部、边缘系、大脑皮层、海马、延髓、中脑、小脑 8 个部位的色氨酸含量。结果：各部位均有色氨酸含量增多和 5-羟吲哚乙酸（5-HIAA）减少的倾向，在边缘系、中脑、大脑皮层、小脑中的 5-羟色胺含量明显降低。而 5-HT 的代谢产物 5-HIAA 的量，在边缘系、海马、中脑、丘脑下部、小脑中显示了降低倾向，提示柴胡加龙骨牡蛎汤有抑制脑内 5-HT 代谢的可能性。已知色氨酸具有中枢兴奋作用，而且岸本氏报道过忧郁症患者血中的色氨酸含量降低，本方治疗忧郁型精神病可能是通过中枢兴奋作用实现的，而 5-HT 具有中枢抑制作用，柴胡加龙骨牡蛎汤通过对 5-HT 系统的双相调节从而对中枢兴奋性具有双相调节功能。

用 ddY 系雄性小鼠，分组给予柴胡加龙骨牡蛎汤 50mg/kg、400mg/kg，分为 1 次给予和每天 1 次，连续 7 天给予，摘除脑，测定大脑皮质、海马、纹状体和丘脑下部的单胺类物质（NE、MHPG、DA、DOPAC、HVA、5-HT、5-HIAA）。结果显示，单剂量给予的 50mg/kg 组，鼠脑中大脑皮质 DOPAC、HVA 增加，纹状体 DA、DOPAC、HVA、5-HIAA 增加，丘脑下部 NE 减少，而海马的单胺类物质未见变化。反复给药的 50mg/kg 组：大脑皮质 DOPAC、HVA 增加，海马 MHPG 增加，纹状体 NE、MHPG、DA、DOPAC、

HVA、5-HIAA 增加, 丘脑下部 NE 减少, 而 DOPAC 增加; 反复给药的 400mg/kg 组: 海马 HVA 减少, 纹状体 NE 增加, 但大脑皮质、丘脑下部未见变化。可见, 柴胡加龙骨牡蛎汤对海马的单胺类物质无影响, 可促进大脑皮质和纹状体的 DA 系, 抑制丘脑下部的 NE 系。

2. 对脑内乙酰胆碱含量及记忆障碍的影响 用 ddY 系雄性小鼠, 将柴胡加龙骨牡蛎汤提取物溶于 5% 羟甲基纤维素 (CMC) 溶液中, 50mg/kg 或 400mg/kg, 经口单剂量或反复给药 (14 天), 对照组口服 CMC 溶液, 最后一次服药 2 小时后, 摘除脑组织, 对大脑皮质、下丘脑、纹状体、海马进行研究。结果发现: 柴胡加龙骨牡蛎汤 50mg/kg 或 400mg/kg 单剂量和反复给药后, 鼠脑纹状体、下丘脑内乙酰胆碱 (ACh) 含量增加, 反复给药可抑制由东莨菪碱 (0.5mg/kg, ip) 引起的跳台试验潜伏期的缩短和由三甲基锡 (TMT, 3.5mg/kg, 口服) 引起的多重迷路障碍的错误次数增加。

3. 镇静作用 应用 E_1 系小鼠, 将柴胡加龙骨牡蛎汤以不同的比例混合于饲料中, 连续 1 周记录小鼠的自发运动量, 分明期、暗期进行分析, 同时研究戊巴比妥钠对明、暗期睡眠持续时间的影响。结果发现本方能明显延长由戊巴比妥钠所致的自发运动量减少, 还能够明显延长明期戊巴比妥钠的睡眠时间, 使易兴奋性恢复正常状态, 对于因紧张等兴奋引起的睡眠障碍有效。

4. 抗癫痫作用 用小鼠通电诱发癫痫发作, 以柴胡加龙骨牡蛎汤口服给药后, 可明显缩短较长时间的癫痫发作, 其机制可能是以某种形式改善了神经传递功能, 间接的改善了癫痫发作症状。伊藤氏还用土的宁、戊四氮、印防己毒素等药物诱发小鼠癫痫, 结果发现, 柴胡加龙骨牡蛎汤可减少其发作次数, 减少小鼠死亡, 延长存活时间。一般认为, 脑内单胺代谢一旦受阻, 则易发生癫痫, 而单胺代谢被促进则可阻止癫痫发

作。如前所述,柴胡加龙骨牡蛎汤可促进与运动反射有关的纹状体的单胺代谢,并能增加海马内 cAMP 含量,使 cAMP/cGMP 比值恢复正常,因此改善神经传递物质的代谢而抑制癫痫发作。对戊四唑点燃癫痫大鼠海马内 cAMP、cGMP 含量的影响:将成年 SD 大鼠 45 只随机分为 3 组(每组 15 只):正常对照组、癫痫模型组、柴胡加龙骨牡蛎汤组。采用放射免疫法测定海马内 cAMP、cGMP 含量。结果:癫痫模型组海马内 cAMP、cGMP 含量较正常对照组明显增加($P<0.05$ 或 $P<0.01$),cAMP/cGMP 比值较正常对照组降低($P<0.01$);经柴胡加龙骨牡蛎汤治疗后 cAMP 有所增加,而 cAMP、cAMP/cGMP 值恢复正常。认为柴胡加龙骨牡蛎汤的抗癫痫作用与海马内 cAMP、cGMP 含量变化有关。

对戊四唑点燃型癫痫大鼠脑电图的影响:成年 SD 大鼠 30 只随机分为 3 组(每组 10 只):正常对照组、PTZ 致病组、柴胡加龙骨牡蛎汤组。采用多导生理记录仪记录大鼠脑电变化情况。结果:柴胡加龙骨牡蛎汤组大鼠脑电图痫波潜伏期较 PTZ 致病组延长($P<0.05$);痫波持续时间明显缩短($P<0.01$);发作频率明显减少($P<0.01$)。结论:柴胡加龙骨牡蛎汤可明显抑制 PTZ 诱导大鼠癫痫发作。

5. 抗抑郁作用 根据临床采用柴胡加龙骨牡蛎汤、甘麦大枣汤、百合地黄汤等经方治疗抑郁症的实践,观察其对小鼠强迫游泳的不动时间的影响,在此基础上又采用慢性应激的大鼠模型,对柴胡加龙骨牡蛎汤进行了行为学研究,结果:①柴胡加龙骨牡蛎汤大、小剂量,甘麦大枣汤小剂量,百合地黄汤大剂量,盐酸氯丙米嗪等均能明显缩短小鼠强迫游泳的不动时间,其中柴胡加龙骨牡蛎汤小剂量作用最为显著,而甘麦大枣汤大剂量,百合地黄汤小剂量,对小鼠强迫游泳的不动时间无显著影响。②慢性应激模型组大鼠与正常组比较,水平运动次数与垂直运动次数均明显减少,差异极显著;柴胡加龙骨牡蛎

组的水平运动, 氯丙米嗪组的垂直运动同模型空白组比较, 均有极显著差异; 柴胡加龙骨牡蛎组的垂直运动、氯丙米嗪组的水平运动同模型空白组比较, 均有显著性差异。结论: 小鼠强迫游泳试验表明, 柴胡加龙骨牡蛎汤, 甘麦大枣汤, 百合地黄汤等经方均有抗抑郁作用, 其中柴胡加龙骨牡蛎汤作用更为显著, 采用慢性应激的大鼠模型进一步证实, 柴胡加龙骨牡蛎汤具有抗抑郁作用, 结合以上经方的临床作用。说明在抑郁症动物模型基础上的动物试验, 是筛选和证实中药复方抗抑郁的胡效方法之一。对抑郁动物下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响: 采用不同应激因子交替持续应激 21 天复制大鼠慢性应激抑郁模型, 经口分别给予柴胡加龙骨牡蛎汤浸膏干粉 200、500mg · kg⁻¹, 观察柴胡加龙骨牡蛎汤对大鼠糖水消耗、开野实验行为学指标变化及血浆促肾上腺皮质激素 (ACTH)、皮质酮 (CORT) 水平的影响。结果: 经过 21 天慢性应激, 大鼠出现糖水消耗量减少、开野实验水平得分及垂直得分均明显减少、中央格停留时间显著延长等抑郁状态, 同时血浆 ACTH、CORT 浓度较空白对照组显著升高; 经口给予柴胡加龙骨牡蛎汤后可显著改善慢性应激抑郁模型大鼠的行为学和神经内分泌变化。结论: 柴胡加龙骨牡蛎汤可抑制慢性应激引起的 HPA 轴功能亢进, 可改善大鼠的抑郁状态, 具有较好的抗抑郁作用。

〔运用心得〕 柴胡加龙骨牡蛎汤是仲景用治柴胡证误下后少阳之邪未解, 热邪内陷, 阳气受损, 郁遏不达, 气机不畅, 心神不宁, 故胸满未除, 反增烦惊等证。柴胡加龙骨牡蛎汤是由大、小柴胡汤、柴胡桂枝汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤等方综合加减而成。诸方作用涉及少阳、阳明、太阳三阳气机郁滞、郁积化热、痰热 (痰浊) 阻滞的病变。历代医家用本方治疗的病证颇多, 如, 清代名医徐大椿在《伤寒论类方》中提出: “此方能下肝胆之惊痰, 以之治癫痫必效”。已故名医岳美中先生

用以治疗“顽固性癫痫”，是以临床报道用本方加减治疗各类癫痫常能取得良好疗效。痫病具有三大特征，一是生风，二是失神，三是具有发作性。痫病病机主要责之积痰内伏，气郁火扰，神机逆乱，久则正虚。其生风的临床特征，主要责之肝胆失和，肝胆为风木之脏，内主气机疏泄调达，外应于春，病则动越生风；木能生火，肝胆内养心神，肝胆疏泄失常，气郁火扰，心神失常；其发作性的特点，在《伤寒论》称为“休作有时”。而柴胡加龙骨牡蛎汤既能疏利肝胆气机，畅达少阳郁热郁火，又能泻火化痰降浊，镇惊安神定志，故为肝胆气郁火扰，痰浊阻滞，生风失神的诸般病证。本方用于治疗痫证的主要依据可以有以下几方面：①痫病发作有“休作有时”的特点；②癫痫患者常见胸胁苦满，腹直肌拘挛的症状，恰似少阳病柴胡证，是肝胆经脉不利的特征；③患者有烦躁、惊恐不宁，失眠多梦的临床表现；④肝胆气机郁滞，痰郁火扰的其他症状。故以此方治疗癫痫，符合中医对癫痫病机的认识，用之于临床，效颇著。柴胡加龙骨牡蛎汤的主治病证颇多，临床应用本方的共同指征是烦躁不安、失眠、纳差、胸胁苦满、便秘。

《灵枢·经脉》：“胆足少阳之脉……其支者，别锐眦，下大迎，合于手少阳，抵于颔，下加颊车，下颈合缺盆以下胸中，贯膈络肝属胆……是动则病口苦，善太息，心胁痛不能转侧。肝足厥阴之脉……挟胃属肝络胆，上贯膈，布胁肋，循喉咙之后……其支者，复从肝别贯膈，上注肺……是主肝生病者，胸满呕逆飧泄。”《丹溪心法·十二经见症》：足厥阴肝经见症：肝善噤、眩冒、两筋挛、善恐。《类聚方广义》总结本方主治病证时说：“柴胡加龙骨牡蛎汤，治狂症，胸腹动甚，惊惧避人，兀坐独语，昼夜不眠，或多猜疑，或欲自死，不安于床者；又治痫症，时时寒热交作，郁郁悲愁，多梦少寐，或恶接人，或屏居暗室，殆如劳瘵者。狂癫二症，亦当以胸胁苦

满，上逆，胸腹有动，每月及二、三发者，常服此方勿懈，则免屡发之患。”结合前述当代医家对本方临床研究结果，说明本方主要治疗两方面的病证，一是精神神志方面的病症，包括现代医学的精神心理疾病，如抑郁焦虑证、精神分裂症、神经官能症、夜游症、闭经狂躁症、更年期综合征等；二是用于神经疾病的治疗，如中毒感染性神经病、癫痫、脑震荡后遗症、舞蹈病、动脉硬化、颈椎增生、血管神经性头痛、帕金森氏综合征。

因方中铅丹有毒，每剂用量一般不要超过 9g，用布包煎，以防止药粉直接入口，连续服用不能超过 9 剂。对体虚或有慢性肝肾疾患者忌用铅丹。

第四节 大承气汤

〔组成〕 大黄四两，酒洗 厚朴半斤，炙，去皮 枳实五枚，炙
芒硝三合

〔功效〕 峻下热结，通腑荡滞。

〔方义分析〕 本方是《伤寒论》治疗阳明腑实证的代表方剂。方中大黄苦寒泄热通便，攻积导滞，泻火凉血；芒硝咸寒，泻热通便，润燥软坚。大黄配芒硝能荡涤胃肠热邪积滞，疏泄热邪通腑，乃釜底抽薪之法。枳实、厚朴苦温苦燥，行气导滞，合而能推荡积滞，清除邪热，使热邪从大便外解。

〔适应证〕

1. 阳明腑实重证，壮热或日晡潮热，神昏谵语，便硬燥屎，腹满疼痛，潮热谵语，手足濇然汗出，躁扰不宁，甚则神志不清。或循衣摸床，神昏肢厥，腹满胀痛，惕而不安，微喘直视，大便秘结等症。或痉病角弓反张，口关紧闭，脚挛急，为实热内结而致者。或下利清水秽臭，脐腹胀痛，按之坚硬有块，舌苔老黄干燥或焦黑起芒刺，脉沉实有力或滑数。

2. 中风病，神志不清，半身不遂，口舌喎斜，大便不通，腹部胀满，口气秽恶，苔黄腻，脉滑数。

3. 躁狂证，平素急躁易怒，头痛失眠，两目怒视，面红目赤，突然狂乱无知，骂詈叫号，不避亲疏，逾垣上屋，登高而歌，弃衣而走，打人毁物，气力逾常，不食不眠，舌质红绛，苔黄腻或黄燥而垢，脉弦大滑数。

4. 失眠、头痛，证属阳明腑实，气机壅滞，浊气上逆者，
[类方]

1. 小承气汤 本方由大承气汤去芒硝，减枳、朴之量而成，为治阳明腑实证之轻剂。功效泻热通便，消胀除满。主治热结胃肠，潮热汗出，甚则神昏谵语，脘腹痞满，不大便，或热结旁流，舌苔黄厚而干，或老黄，脉滑疾有力。

2. 调胃承气汤 本方由大承气汤去枳、朴加甘草而成，为治阳明腑实证之缓剂。功能泻下燥实，调和胃气。阳明腑实证，蒸蒸发热，汗出，口渴心烦，腹痛拒按，不大便，甚或谵语，舌苔黄，脉滑数。调胃承气汤证以燥热偏盛为主，见大便不通、蒸蒸发热、腹部胀满等症，治以泻热为主。

[加减方]

1. 泻肝承气汤（张风郊）

组成：生大黄 9g（后下），枳实 6g，川朴 9g，玄明粉 9g（冲），龙胆草 9g，淡子芩 6g，羚羊粉 0.6g（分吞），焦山栀 9g，石菖蒲 3g，炙远志 4.5g，鲜竹沥 1 支（分冲）。本方系大承气汤加味化裁而成，方中以大黄，枳实，川朴、玄明粉苦寒直折，釜底抽薪，以引风、火、痰下泄，令心包郁闭得开。加龙胆草、黄芩、山栀泻肝泄火，羚羊粉清肝熄风，菖蒲、远志、竹沥豁痰开窍。总之方意致力于孤立削弱风、火、痰炽盛之势，速取开闭之效。适应证：脑卒中辨证为中脏腑的阳闭证，症见肢体不遂，言语不利，面赤气粗，腑实便秘，或见昏迷，意识不清，属风、火、痰炽盛所致者。加减法：心包痰火

闭甚，鼾声痰鸣，深昏迷者：加安宫牛黄丸1粒（烱化分二次冲）。风火炽盛，甚至痉厥者：加钩藤12g（后下），紫雪丹1支（分二次冲）。神志狂躁不宁者：加生铁落30g（包先煎）。属脑血栓形成等缺血性脑卒中者：加丹参30g，川芎10g，以改善心脑血管血液流量，防止血浆凝聚，脑血管阻塞。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

2. 调气熄风饮（卢尚岭）

由大承气汤加减而来，组成：生大黄9~12g，全瓜蒌30g，枳实30g，胆南星9g，土鳖虫12g。功效：通腑泻热，降气化痰。用于中风病痰热腑实证，急性中风，患者腹满腹胀、大便数日不行，甚则呕吐、呃逆，口气臭秽，或伴头痛眩晕、烦乱昏迷，舌质红，苔黄厚腻，脉弦滑或滑数有力。（《山东中医杂志》1997第4期）

3. 化痰通腑汤（王永炎）

全瓜蒌15~30g，胆南星6~10g，生大黄10~15g（后下），芒硝10g（分冲）。用于中风痰浊化热腑气不通，半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，腹胀便干便秘，头晕目眩，咯痰或痰多，舌质暗红或暗淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧脉弦滑而大。可加丹参活血通络。热象明显者，加山栀、黄芩；年老体弱津亏者，加生地、麦冬、玄参。（《当代名医临证精华·中风专辑》）

4. 加减承气汤（李其禄）

生大黄15~30g（后下），芒硝15~30g（冲），枳实12~18g，礞石15~30g，皂角3~4.5g，猪胆汁1~1.5汤匙（冲），醋30~60ml（冲），竹沥汁30~60ml（冲），朱砂2~3g（冲），石膏15~30g，知母9~12g。加减法：大渴甚者加石膏60~90g，知母12~18g；无口渴喜饮者去石膏、知母。本方系由承气、皂角丸和白虎汤合剂化裁而成。功效：通下泄火，荡涤浊秽。主治：热极狂甚，登高而歌，弃衣而走，四肢

有力，倍逾平时，彻夜不眠，妄言骂詈，面红目赤，呼吸气粗，不饥不食，或多食多饥，大便秘结，腹多数胀满，舌苔黄燥，甚则焦起芒刺，脉实。《《精神病的中医治疗》》

〔临床荟萃〕

1. 脑血管病意识障碍 严林介绍用大承气汤灌肠治疗脑血管病患者意识障碍 36 例，其中脑梗死 22 例，脑出血 14 例，均处于不同程度昏迷状态。方法：36 例患者均给予脑血管病常规治疗，观察组同时清除肠内废物，先给大承气汤 1 剂，大黄 9g，厚朴 6g，枳实 9g，芒硝 15g，水煎约 150ml。一次鼻饲 2h 后用 1%肥皂水 300~500ml，保留灌肠。按以下 3 点判断肠内废物基本清除：①有大量粪便排出；②腹胀消除，左髂腹部肠样肿物消失；③最后仅有少量稀便或无粪便排出。于清除肠内废物 24h 后对患者进行昏迷程度评分。均采用格拉斯哥昏迷观察表评分，结果观察组平均分为 24.2 分，对照组平均分为 18.4 分，平均提高达 5.8 分，经统计学 t 检验 $P < 0.05$ ，差别有显著性。

2. 急性脑出血 覃香报导用大承气汤灌肠治疗脑出血急性期 46 例，方法：大黄 30g，芒硝 10g（冲），厚朴 15g，枳实 10g，水煎沸 15 分钟取汁 150ml，给药方法：待药物温度在 37~38℃之间，患者取左侧或右侧卧位，通过输液器下接导尿管（插入深度 20~30cm）灌入，抬高臀部保留 30~60min，每日一次，每次 150ml，配合绝对卧床，保持呼吸道通畅，吸氧，防治脑水肿，控制血压，维持水，电解质平衡，防治感染等处理。结果：基本治愈 10 例，显效 18 例，有效 11 例，恶化 7 例。治疗有效率 84.78%，无效 15.22%。李俊红用大承气汤加减治疗脑出血 35 例，治疗方法两组均给予西药常规治疗。治疗组另予大承汤加减方煎汁 400ml，保留灌肠，每日 1 次，连用 7 天。其中大承气汤中大黄、芒硝剂量根据患者大便情况进行调整，并根据患者神志给予化痰开窍药，如胆南星、

天竺黄、石菖蒲等。结果：治疗组 35 例，显效 25 例，有效 8 例，无效 2 例，总有效率 92.29%；对照组 35 例，显效 10 例，有效 15 例，无效 10 例，总有效率 71.34%。两组比较，治疗组疗效优于对照组 ($P<0.05$)。

3. 肝性脑病 邢刚等用复方大承气汤保留灌肠治疗肝性脑病 16 例，方法：全部病人都在西药保肝、降血氨，纠正氨基酸及水、电解质失衡等综合疗法的基础上给予中药灌肠。处方为：大黄（后下）20g，芒硝（冲服）20g，厚朴 30g，枳实 15g，桃仁 10g，炒莱菔子 30g，赤芍 15g。加水 1000ml，水煎至 150ml，保留灌肠，2 次/天。至病人完全清醒后 3 天停用。结果：16 例病人除 1 例上消化道出血抢救无效死亡外，余 15 例皆在用药后 3~8 天完全清醒后，经中、西药综合治疗好转出院。所有病人未见因灌肠所致副作用。

4. 狂症 梁宝利用大承气汤加味并重用大黄在治疗狂症 49 例，处方：大黄 60g，芒硝 10g，枳实 15g，厚朴 15g，桃仁 15g，远志 15g，菖蒲 15g，胆星 15g，日一剂，水煎分二次服，15 天为一疗程。结果：49 例患者中 38 例痊愈，6 例显效。5 例无效，有效率 89.8%。结论：大承气汤加味在治疗狂症中是较理想的汤剂。

5. 中风后便秘 王丽娟介绍用中草药保留灌肠治疗中风后便秘 180 例，处方：大黄 12g，厚朴 15g，枳实 9g，芒硝 6g。中风痰热腑实证伴阴液亏耗者用增液承气汤：生大黄 12g，芒硝 10g，麦冬 10g，生地 10g，玄参 10g，血压持续较高者（26/14 kPa）用牛膝 15g，夏枯草 30g。以上方剂加冷水 400ml，草药浸透 20min，再用文火煎成 50~200ml 的浓缩煎剂，过滤弃渣，每晚保留灌肠 1 次，4~10d 为 1 疗程。结果：180 例患者灌肠最多 7 次，最少 1 次，平均 4 次。其中 7 例轻度意识障碍者通便当日神志转清，87 例通便后腹胀、头痛等症状消失，血压降至 20/12kPa，纳食量增；通便第 2 天咽痛、

咳嗽症状消失,舌苔变薄,脉洪弦数变脉弦,语言转清晰,肢体功能逐渐恢复,通便后临床症状好转 3 例,有效率为 100%。

6. 格林-巴利综合征麻痹性肠梗阻 高庆云用大承气汤治疗格林-巴利综合征麻痹性肠梗阻 30 例,其中女性 13 例,男性 17 例。呼吸肌麻痹轻度 9 例,重度 11 例。均气管切开用人工呼吸。全部患者 7~10 天,均未解大便。发热 37.5~39℃。均腹痛,腹胀。肠鸣音减弱。治疗方法:用激素、抗生素及细胞代谢药等治疗格林-巴利综合征。麻痹性肠梗阻用开塞露及灌肠无效,即采用中药大承气汤:大黄 12g、厚朴 15g、枳实 12g、芒硝 9g。水煎服。煎法宜先煎枳、朴,后下大黄,取药汁冲服芒硝。1 日 2 次分服,大便得下,勿再服用。因大便量大,患者有脱水现象时,应适量补充液体及电解质。结果:30 例患者中 25 例服 1 剂后肠鸣音恢复,大便即下,量较大。腹胀隆恢复正常。腹满、腹胀消失。5 例服两剂,大便即下,症状好转。

〔实验研究〕

1. 脑出血急性期家猫脑保护作用 建立家猫脑出血模型,观察脑出血后及给药后 1.5h、12h,脑组织中 NO 水平及 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性的变化,结果:给药后 12h 脑组织中 NO 水平及 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性的变化与模型组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。大承气汤可降低脑出血急性期家猫脑组织中 NO 水平,增强 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶的活性,对家猫脑组织有保护作用。

2. 对下丘脑-垂体-甲状腺轴的影响 急性脑出血可引起脑组织水肿、移位及脑细胞死亡,引起脑内血液循环障碍,直接或间接地导致体内一系列神经内分泌代谢的变化,使 TSH 明显增高, T_3 、 T_4 明显降低。王俊卿等对急性脑出血患者除用甘露醇、速尿、胞二磷胆碱和脑活素等药外,每日加服 1 剂

DT, 2 周后 TSH 值下降, T_3 值增高, 与治疗前比较有极显著意义 ($P < 0.01$), 说明 DT 对下丘脑-垂体-甲状腺轴有调节作用, 可使甲状腺功能保持动态平衡。

3. 大鼠脑出血后血肿周围组织活化凋亡蛋白酶 3 表达
用大承气汤干预大鼠脑出血后血肿周围组织活化凋亡蛋白酶 3 表达, 结果大鼠脑出血后血肿周围神经元活化凋亡蛋白酶 3 表达明显上调; 大承气汤能减少活化凋亡蛋白酶 3 的表达, 阻止神经元的凋亡, 同时也具有一定的促进血肿吸收的作用。

4. 对脑出血大鼠神经元线粒体内细胞色素 C 释放的影响
健康 SD 大鼠 65 只随机分成 4 组, 分别为正常组 (5 只), 假手术组 (20 只), 模型组 (20 只), 治疗组 (20 只)。除正常组外, 其余 3 组设 4 个时间点: 6 小时, 1 天, 3 天, 5 天。每个时间点 5 只。采用免疫组化方法检测大鼠脑内血肿周围神经元线粒体内的细胞色素 C 的释放。结果 65 只大鼠进入结果分析。脑血肿周围组织细胞色素 C 阳性细胞计数: 正常组未见阳性细胞表达; 假手术组仅于 6 小时, 1 天时出现少数阳性表达细胞; 造模后模型组血肿周围于 6 小时出现阳性表达细胞, 1 天阳性细胞计数达高峰, 3 天出现轻度下降, 5 天明显下降。与假手术组比较差异明显 ($P < 0.01$)。大承气汤组与同时间点模型组比较: 6 小时计数无明显差异, 1、3、5 天均存在明显差别 ($P < 0.05$)。结论大鼠脑出血后血肿周围神经元线粒体内细胞色素 C 的释放明显上调; 大承气汤能阻止细胞色素 C 释入胞浆, 从而阻断凋亡信号进一步传导, 保护脑出血后神经元。

5. 抗内毒素休克 对醋酸铅致敏大鼠注入内毒素的主要成分多脂多糖造成内毒素性休克模型, 预防给药后再注射多脂多糖, 结果: 大承气汤可使内毒素休克大鼠的血压明显回升 ($P < 0.01$), 减轻主要脏器的损伤, 延长存活时间。结论: 大承气汤有抗内毒素休克和保护机体的作用。

〔运用心得〕 大承气汤是通腑泻热之代表方，主要用于温热病热结腑实证。是目前神经内科临床的常用方剂，主要用于急性脑血管病、中枢神经感染性疾病、中毒性脑病、感染性精神障碍、躁狂症等疾病，以热结腑实，或痰热腑实，气机壅滞，腑气不通，或痰热上扰清窍，出现神志异常，昏迷、谵妄、躁狂、亢奋等，大便不通，腹部胀满，口气臭秽，舌质红，苔黄腻或黄燥等临床表现者。气之升降，天地之更用也。而升降气机，司在中焦。胃司降浊，阳明胃肠，通联上下，为气机特别是浊气下降之道路，胃肠壅滞，气机升降失司，浊气不降，壅滞结聚，形成痰、火、瘀、滞等致病因素，成为中风病以及其他脑病内在的发病基础。气机郁滞，大肠传导失调，糟粕内停，腑气不通，从而加重了风、火、痰、滞、瘀、宿食、燥屎等病理产物的堆积。最终导致气机逆乱，邪气、浊气上犯清窍的病机变化。中焦通上连下，为气机升降之枢纽，故中风病之气机逆乱，首先表现为中焦气机升降失司。故欲其醒神，当先降浊，欲降浊气，必调阳明胃肠气机。通畅中焦，验在腑气，药以大黄、枳实为主要药。热结腑实，泻热通腑必用大黄。大黄苦寒，色黄气香，长于入中焦，畅利脾气，复具泻火、散瘀、活血之力。枳实辛苦，入脾胃大肠经，能升清降浊，为畅利中焦，调理气机之佳品。因而，大黄、枳实、枳壳是急性中风调理气机之首选药物。通腑可以降浊，降浊则能醒神，因此通腑泻热化痰是急性中风的主要治法。中风闭证良多，大承气汤适用于伴有阳明腑实证的患者。闭责邪实，治疗应祛邪开窍，凡属热证，皆可于随证方中加大黄，若肝阳暴张，阳升风动，气血上逆，挟痰上蒙清窍，于凉肝熄风潜阳药中加大黄。阳明腑实兼痰热闭窍，仿《温病条辨》牛黄承气汤。中风病痰热腑实证尽快应用通腑法，一可通畅腑气，祛瘀达络，敷布气血，使半身不遂等症进一步好转；二可清除阻滞于胃肠的痰热积滞，使浊邪不得上扰神明，气血逆乱得以纠

正，达到防闭防脱之目的；三可急下存阴，以防阴劫于内，阳脱于外。

胃络通心，胃热可以扰神，则通腑调气，泻热降浊，即有安神之效。腑气不通，气机壅遏，津液结滞形成痰浊，日久化热，痰热、痰火内结，扰乱神明，发生失眠、头痛、烦躁、躁狂等病证，临床所见的失眠、躁狂症，患者面赤垢浊，口气秽恶，不食不便，舌质红或绛，苔黄浊腻，脉滑有力，用大承气汤合礞石滚痰丸、生铁落饮加减治疗，常获良效。

热盛阴伤，通腑泻热，必需注意护胃与固阴。大承气汤为阳明胃热炽盛热结腑实证而设，热盛最易导致阴津耗伤，而苦寒之品虽能泻热，用之不当则极易损伤阴液，故应用本方，首先强调辨证准确；其次，应中病即止，勿过剂伤正；第三，腑气未通，热邪、浊气未尽，阴液已伤，当参照后世温病医家之增液承气汤、黄龙汤、新加黄龙汤，通腑泻热降浊与生津救阴并重。临证最常加麦冬滋阴生津，清心除烦；生地清热凉血，养阴生津。火与元气不两立，阳明热炽，饮食少进，火盛伤气，表现为精神异常，神志障碍，精神疲惫，形神委顿，懒言懒动，舌质红少津，苔黄燥，脉虚数。治疗当通腑泻热与益气培元并举，其要在人参与大黄为伍，有泻不伤正，补不碍邪，泻下与补益相得益彰之妙。《辨证奇闻》谓冬月伤寒，谵语发潮热，以承气汤下之不应，脉反微涩。谵语潮热为急下之征，不下不足以祛邪，微涩之脉，是气液俱损，妄下反伤其正，用人参一两大黄一钱，名曰人参大黄汤，于大力益气补虚扶正之中，兼泻热通下，以求立足于不败之地。

因本方泻下之力猛，在使用时应把握分寸，所谓“得下，余勿服”。临床使用本方时应注意其煎煮方法，即后下大黄以取气锐力峻。

第五节 桃核承气汤

〔组成〕 桃仁五十个，去皮尖 大黄四两 桂枝二两，去皮 甘草二两，炙 芒硝二两

〔功效〕 泻热逐瘀。

〔方义分析〕 桃核承气汤是《伤寒论》治疗蓄血轻证的方剂。平素下焦血行不畅，内有瘀滞，适值太阳病不解，表热内陷，则热邪与瘀滞相搏，从而形成“热结膀胱”的下焦蓄血证。血热搏结，瘀热上扰于心，故出现神志轻度异常，似狂非狂之状。其证神志昏乱尚轻，故曰如狂，故为蓄血轻证。治用桃核承气汤泻热逐瘀。方中以桃仁、大黄为主，桃仁活血化瘀，大黄泻热逐瘀；桂枝辛温，温通血脉，又防硝黄过寒凝血；芒硝咸寒，泻热软坚；甘草调和诸药，共奏逐瘀泄热之功。本方妙在大黄与桃仁并用，两者具有相须作用，即祛血中瘀滞，又祛肠中积滞，并有调整胃肠的作用。

〔适应证〕

1. 中风，半身不遂，语言不利，口舌喎斜，偏身麻木，烦躁失眠，或神志异常，头痛头晕，大便不畅，舌质紫暗，或红而有瘀斑，舌苔黄腻，脉弦滑或弦涩。

2. 躁狂症，精神失常，躁动狂乱，或喜怒无常，狂乱奔走，骂詈叫号。临床以少腹硬满，小便自利，大便黑亮如漆为特征，瘀热交阻所致，多见于伤寒热病。

3. 头痛。偏头痛、肌紧张性头痛以及二者的混合性头痛时，以大便秘结，作为投药指征。也用本方治疗外伤后头痛，患头痛固定不移，或头痛如刺，经久不愈，反复发作，失眠健忘，或有头部外伤或手术史。舌质暗或紫暗，苔白腻，脉弦细或涩。

4. 瘀热阻滞阳明经脉，口眼喎斜，或面部肌肉抽动。

[类方]

1. 下瘀血汤 由大黄、桃仁、土鳖虫（熬，去足）组成，见于《金匱要略》，主治产妇腹痛，法当以枳实芍药散，假令不愈者，此为腹中有干血着脐下，宜下瘀血汤主之；亦主经水不利。

2. 抵当汤 由水蛭、虻虫、桃仁、大黄组成。泻热破血逐瘀，瘀热去则经行通利。《伤寒论》用于治疗热在下焦，蓄血发狂，少腹鞭满者；《金匱要略》用于治疗妇人经水不利下，抵当汤主之。亦治男子膀胱满急，有瘀血者。临床用于急性脑血管病、神志精神失常的疾患。

3. 抵当丸 抵当丸的药物与抵当汤相同，但水蛭、虻虫是抵当汤的三分之二，且改汤剂为丸剂，取峻药缓行之意。功效、主治同抵当汤。

[加减方] 新制桃仁承气汤（王馨远）

鲜生地 150~250g（捣汁，分冲），生大黄 60~120g（泡汁分冲），桃仁 9~15g，丹皮 9~15g，红花 6~12g，郁金 9~15g，胆星 6~12g，香附 6~15g，甘草 6~15g。泻火凉血，祛瘀醒神。用于狂证，患者喜怒无常，时狂时癫。癫则神识颠倒，不知秽浊、羞耻；狂则六亲不识，打人骂人，登高狂歌，呼喊，甚者裸体奔跑。月经期尤甚。甚时多伴彻夜失眠。平时月经紫黑，有瘀血块，经期紊乱，甚或经闭。舌质红绛，或罩紫气，或有瘀斑、瘀点，苔多黄腻，脉或沉数，或浮取数，重按涩。（《精神病的中医治疗》）

[临床荟萃]

1. 急性脑卒中 潘金辉等报道用桃核承气汤治疗急性脑卒中 83 例，处方为：桃仁、桂枝、田七、大黄、芒硝（冲服）、地龙、竹黄、枳实、牛膝各 10g。昏迷加石菖蒲 8g，郁金 10g，送服安宫牛黄丸 1 粒；头痛剧加羚羊角、钩藤；眩晕加天麻、白术；痰涎壅盛加胆南星、川贝母、法半夏。配合西

药对症治疗,如脑水肿期加用脱水剂,脑水肿期过后,配用脑细胞激活剂、抗凝剂、脑血管扩张剂等。结果:临床治愈 19 例,显效 25 例,好转 29 例,无效 5 例,恶化 2 例,死亡 3 例。总有效率 75.9%。

2. 急性脑梗死 杨通宝等介绍用桃核承气汤合灯盏花注射液治疗急性脑梗死 50 例,方法:将所选的 100 例病例随机分为对照组 50 例和治疗组 50 例。对照组 50 例采用常规治疗,治疗组 50 例,①方药组成:桃仁 12g,丹参 15g,黄芪 20g,川芎 10g,地龙 12g,水蛭 6g,大黄 10g,炙甘草 8g。每日 1 剂,文火水煎,分 3 次口服。②灯盏花注射液 25mg,加入 10%GS250ml 液中静滴,1 次/日。对照组:采用西医常规治疗。观察两组疗效及治疗后神经功能缺损评分,以及血浆粘度、纤维蛋白原水平变化。两组均以 2 周为 1 疗程。治疗组总有效率为 94%,显效 80%;对照组总有效率 82%,显效率 66%。两组对比, $P < 0.05$,说明差异具有显著意义。

3. 急性脑出血 焦波涛介绍用桃核承气汤治疗急性脑出血 30 例,所有病例均于入院起采用基础疗法:维持水与电解质平衡、酸碱平衡以及一般支持疗法;颅内压过高时以脱水,用 20%甘露醇溶液 250ml,每 4~8 小时 1 次静脉快速静脉滴注等。对照组单纯采用基础疗法;治疗组采用基础疗法+桃核承气汤 30ml,2/日,昏迷病人 48 小时内以高位保留灌肠,48 小时后予以鼻饲。治疗组 30 例,基本痊愈 7 例,显效 14 例,有效 5 例,无效 4 例,总有效率 87.7%。对照组 30 例,基本痊愈 6 例,显效 10 例,有效 5 例,无效 9 例,总有效率 70%。两组综合疗效比较 $P < 0.05$,有显著差异。王延文等报道用桃核承气汤治疗急性脑出血 26 例,方法:治疗组:采用上述西医常规治疗外,加用桃核承气汤加味。处方为:桃仁 10g,大黄 10g,芒硝 6g,桂枝 6g,鲜竹沥 30g,甘草 6g。上方除鲜竹沥冲服外余药水煎取汁 300ml,分早晚 2 次服,昏迷患者予

以鼻饲，合并上消化道出血时药液一定要凉后服用。对照：采用常规的西医治疗，脱水、降血压及减轻脑水肿，20%甘露醇250ml静滴，每日2~4次，或速尿40mg静注，每日2~3次，适当调整血压，吸氧，维持水、电解质平衡等支持疗法。治疗后，治疗组平均积分（20±3）分；对照组平均积分（18±2）分， $P<0.05$ ，2组有显著性差异。治疗组26例，基本治愈8例，显效15例，有效2例，无效10例，愈显率88.46%。对照组20例，基本治愈5例，显效8例，有效5例，无效11例，愈显率65.00%。治疗组愈显率明显优于对照组， $P<0.01$ 。

4. 下焦蓄血证 曲颖等报道用桃核承气汤治疗伤科下焦蓄血证，处方：核桃仁、大黄各20g，桂枝、芒硝、甘草各10g。煎服方法：1剂水煎后顿服，若效果不明显则再进1剂，一般1~2剂即会奏效，症状消失后即可停止服用，以免伤及正气，耗伤津液。结果，服药后，腹胀、腹痛消失，肠鸣音增强，肛门排气增多，大小便恢复正常，一般服用3剂后完全消除症状。

5. 多发性脑梗死 日本引网宏彰用桃核承气汤治疗多发性脑梗死6例，其瘀血得分在20分以上，平均年龄（72.3±5.2）岁。不辨证给予桃核承气汤4周，根据问诊探讨证候的变化，分为有效组和无效组。研究其瘀血得分、红细胞变形能力、红细胞聚集性、纤维蛋白原的变化，并根据投药前的问诊表计算得分，探讨用药所致的证候变化及血液流变性的变化。结果：有效组3例平均年龄（76.0±2.7）岁，无效组3例平均年龄（68.7±4.5）岁，有效组瘀血得分有明显改善，无效组未见改善。有效组和无效组的红细胞变形能力都有缓慢改善的倾向。红细胞聚集性有效组显著改善，而无效组未见变化。纤维蛋白原的变化与红细胞聚集性相同。认为有效组的改善是伴随着瘀血得分及血液流变性异常的改善，表明可以此判定桃

核承气汤的效果。有效组属阳证，无效组属阴证。桃核承气汤是治疗阳明病的方剂，显示了随证治疗的有效性。

〔实验研究〕

1. 对动物脑缺氧的影响 10g/kg 桃核承气汤 ig 能降低缺氧大白鼠脑组织的含水量和脑指数，改善脑电图；10g/kg 桃核承气汤能延长小白鼠断头后的生存时间。表明该方可增强对脑缺氧的耐受力，其机制有待探讨。

2. 对大鼠肠缺血再灌注损伤保护作用 采用肠系膜上动脉夹闭方法制作肠缺血再灌注损伤模型。实验大鼠随机分为正常组、假手术组、缺血再灌注组、桃核承气汤大剂量组、桃核承气汤中剂量组、桃核承气汤小剂量组、乳果糖组。观察肠缺血 1 小时再灌注 3 小时后肠黏膜损伤程度，肠组织含水量，测定血浆 D-乳酸和内毒素水平，并测定血清 IL-6、TNF- α 含量，结果：桃核承气汤大、中、小剂量组及乳果糖组肠黏膜损伤程度轻，肠组织含水量低，D-乳酸、内毒素、IL-6、TNF- α 均低于缺血再灌注组。结论：桃核承气汤通过减轻炎症反应对大鼠肠缺血再灌注损伤有保护作用，并呈剂量依赖效应。

3. 调节机体免疫功能 将昆明小鼠随机分为 5 组：正常对照组，免疫功能低下组，免疫功能低下+小剂量桃核承气汤组，免疫功能低下+大剂量桃核承气汤组和免疫功能低下+黄芪组（阳性药组）。用药后杀鼠，以流式细胞仪检测末梢血 T 细胞亚群；以 50% 溶血法检测各组小鼠血清溶血素水平；以 ELISA 双抗体夹心法检测血清 IFN γ 、IL $_4$ 水平。结果，灌服小剂量桃核承气汤组及大剂量桃核承气汤组小鼠与免疫功能低下组比较，其末梢血 L $_3$ T $_4$ + 细胞（相当人的 CD $_4$ + T 淋巴细胞）明显升高，血清溶血素水平、IFN γ 水平均明显升高。结论，桃核承气汤能增强免疫功能低下鼠体液免疫及细胞免疫功能，并能增强细胞因子 IFN γ 的产生。

4. 桃核承气汤配伍意义的实验研究 将全方拆分为活血

组、泻热组、益胃组 3 组。并与全方组、模型组、对照组以及各组之间的作用加以比较。全方组、活血组、泻热组都能降低全血粘度，以全方组作用明显，与模型组比较有显著差异；活血组虽能降低全血粘度，但与模型组比较无显著差异；泻热组对全血粘度（低切）无影响；益胃组对全血粘度反而有增强作用。全方组、活血组、泻热组均能降低血浆粘度，与模型组比较有显著差异；益胃组反而使血浆粘度升高，与模型组比较无显著差异；全方组、活血组、泻热组对红细胞压积的影响，与模型组比较有显著差异，但与正常组比较亦有显著差异；益胃组对红细胞压积影响不大，与模型组比较无显著差异。全方组、活血组均能延长凝血酶原时间（含部分），与模型组比较有显著差异；泻热组、益胃组能延长凝血酶原时间，与模型组比较泻热组有显著差异，益胃组无显著差异，对部分凝血酶原时间无影响。可见全方组、活血组、泻热组、益胃组均有不同程度降低纤维蛋白原的作用，与模型组比较有显著差异，但与对照组比较也有显著差异，活血组、泻热组与全方组比较也有显著差异。

5. 对Ⅱ型糖尿病大鼠胰岛素抵抗的影响 采用链脲佐菌素和高热量饲料的方法模拟 NIDDM 大鼠模型，研究加味桃核承气汤对 NIDDM 大鼠肝细胞膜胰岛素介体释放、脂肪细胞葡萄糖氧化和胰岛素敏感性指数的影响。结果，加味桃核承气汤可明显降低空腹血糖、胰岛素、摄食量和饮水量（ $P < 0.05 \sim 0.01$ ），提高胰岛素敏感性（ $P < 0.05$ ），增加肝细胞膜释放的抑制腺苷酸环化酶活力的胰岛素介体量（ $P < 0.05$ ），提高基础和胰岛素刺激的大鼠脂肪细胞葡萄糖氧化能力（ $P < 0.05$ ）。结论：加味桃核承气汤治疗可提高 NIDDM 大鼠靶细胞对胰岛素的敏感性和反应性，即可使受体和受体后胰岛素抵抗减轻，但不能使之完全逆转。

6. 热瘀证大鼠模型血液流变学和凝血指标的影响 采用

欠晒杆菌内毒素复制大鼠内毒性热瘀证模型基础上，检测桃核承气汤对血液流变学和凝血指标的影响，结果：桃核承气汤能明显地改善异常血液流变学的变化，对抗凝血酶原时间和部分凝血酶原时间缩短、降低纤维蛋白原含量的作用。

〔运用心得〕 桃核承气汤本治伤寒下焦蓄血证，即调胃承气汤加桂枝、桃仁化裁而成。综合历代医家临床应用桃核承气汤的经验看，本方的主治主要涉及两个方面，一是热与血瘀互结，二是影响神明与血脉。热结血瘀，影响神明出现发狂等神志异常，如阳明蓄血、下焦蓄血；神志症状，如精神失常，烦躁、躁狂、失眠、健忘等。正如《素问·调经论》所说：“气血以并，阴阳相顷，气乱于卫，血逆于经，血气离居，一实一虚。血并于阴，气并于阳，故为惊狂；血并于阳，气并于阴，乃为灵中；血并于上，气并于下，心烦惋善怒；血并于下，气并于上，乱而喜忘。”《伤寒论》237条也指出“阳明证，其人喜忘者，必有蓄血。所以然者，本有久瘀血，故令喜忘。屎虽鞭，大便反易，其色必黑者，宜抵当汤下之。”瘀热结滞，壅阻血脉，则会导致局部症状，包括蓄血部位的疼痛、拘急等，也可以是病变经脉循行部位的症状，如头痛、面部疼痛、口眼喎斜（口僻）、面部肌肉抽动（微风）。治疗的要点是泻热逐瘀，大黄是方中主药，一则取其泻阳明留滞之热，二则荡涤肠胃郁滞的有形之物，三则凉血化瘀。芒硝咸寒化瘀，润燥软坚，与大黄配伍既泻热又荡浊，使无形之热与有形之浊气，荡泻无余。有形之瘀与无形之热，皆可假阳明为出路，下泻外达。桃仁活血通瘀，润燥通便，增强大黄、芒硝逐瘀之力。桂枝辛温宣通，温通经脉，宣导瘀滞，既可引药力达于病所，同时导瘀滞于肠腑，借调胃承气汤泻下作用而外达。临证于热盛，加牛黄粉（或用人工牛黄）、石膏、大青叶、黄连，或送下万氏牛黄清心丸；瘀结甚者，重用大黄，加土鳖虫、水蛭；热盛伤阴，加生地、玄参；大便不畅，重用大黄、芒硝；小便

不利，加生地、麦冬、竹叶、木通、牛膝；兼痰热壅滞，躁狂失眠，舌苔黄腻，加青礞石、天竺黄、鲜竹沥；诸证入暮加重，是血分热盛壅滞，可合清营汤清营凉血；中风头痛头晕，语言謇涩，加丹参、石菖蒲、天竺黄、郁金、牛膝、天麻。

中风是临床常见病，其发病与糖尿病、高血压、高血脂、肥胖等有密切关系，因此，如何有效的控制以上疾病的发生就成为中风病防治的焦点问题。桃核承气汤可以用于糖尿病、高血压病、动脉硬化症等病证的治疗，临床以肥胖型体质，面红而带丝（毛细血管扩张）、腹胀满疼痛或少腹急结、便秘，作为使用指征。

第六节 四 逆 散

〔组成〕 甘草炙 枳实破，水渍，炙干 柴胡 芍药各等分

〔功效〕 疏肝解郁，畅达气机。

〔方义分析〕 四逆散是湿郁阻遏，肝气郁滞；阳郁不达，引起四肢厥冷为主证之厥逆的代表方。方中柴胡疏肝解郁，通达气机；枳实行气导滞，化痰散结；芍药苦泄破结，缓急止痛；甘草调和诸药。四药合用，则气机调畅，湿去气畅，阳气通达，则四肢厥逆可以消除。方中柴胡配枳实宣畅气机，疏达肝气，使气的上下；柴胡配芍药，疏肝解郁，益阴柔肝，体用兼顾；芍药配甘草，益阴柔肝，缓急止痛，炙甘草甘缓扶脾，则肝之体用并调，治肝扶脾，为疏肝解郁之基本方剂。

〔适应证〕

1. 精神心理疾患，表现为精神抑郁，情绪不畅，悒悒不乐，睡眠障碍，胸胁胀满或疼痛，叹息嗳气者，可以本方加減治疗。

2. 偏头痛、紧张性头痛，用脑或精神紧张诱发或加重，情绪不稳，睡眠不实者。

3. 肋间神经痛、神经性胃肠病，表现为肋肋疼痛、胀满，舌质暗或红，苔薄白，脉弦。

〔类方〕

1. 芍药甘草汤 由芍药、炙甘草组成，即四逆散去柴胡、枳实。功能益阴通络，缓急柔筋，《伤寒论》原方用于治疗脚挛急。临床用于治疗腓肠肌痉挛、三叉神经痛、面肌痉挛症、坐骨神经痛、血管神经性头痛等疾病。药理研究证明本方具有解痉、镇痛及抗感染等作用，可镇上下内外之痛。用于胃痉挛和肠痉挛颇有疗效，另对头痛、带状疱疹疼痛等有良效。

2. 枳实芍药散（《金匱要略》） 由枳实（烧令黑，勿太过）、芍药组成，即四逆散去柴胡、甘草。本方行气和血，疏利气血，故能止痛。原方治疗产后瘀血腹痛，烦满不得卧。临床可用于气血郁滞之三叉神经痛、头痛等。

〔加减方〕

1. 四逆散（汤益明）

组成：柴胡 15g，枳实 30g，炙甘草 10g，芍药 30g。主治：因肝失疏泄，枢机不利，阴阳失调，气血郁滞所致的消化性溃疡、慢性胃炎、胆囊炎、胆心综合征、功能失调性心律失常、低血压、心脏神经官能症等。具备心胸胁痛，头晕目眩，四肢欠温，胸闷心悸等证候表现。四逆散主治的少阳厥证与现代某些类型的低血压与晕厥的病机相吻合，由于气机不畅，阳气内郁不能外达，四末不温则肢厥；清阳不升，心脑失养则晕厥。故以四逆散宣展气机，疏利气血，可通阳复厥。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

2. 调整自主神经方（康相彬）

组成：柴胡 10g，枳壳 10~15g，炒白芍 10~12g，甘草 6g，川芎 10g，炒酸枣仁 10~15g，茯苓（神）10~15g，琥珀粉 3g，龙眼肉 10~15g，钩藤 30g。主治：自主神经功能紊乱。指征：自主神经功能紊乱的特有表现而无器质性改变者，

且症状的发展转归与情志变化密切相关。本方以四逆散调气，川芎、琥珀粉调血，钩藤安神镇静，调整交感、副交感神经。钩藤不可缺少，用量宜 30g，方可奏效。然本方又当随证加减小用之。心脏神经官能症、失眠，加丹参 15g，麦冬 15g，五味子 10g；胃神经官能症，去酸枣仁、琥珀粉、龙眼肉，加川厚朴 10~15g，陈皮 10~15g，半夏 10~15g，香附 10~15g，郁金 15g；呕吐甚者，加旋覆花 10g，代赭石 30g，党参 15g；妇女更年期综合征，去龙眼肉、茯神、琥珀粉，加仙茅 10g，仙灵脾 10g，生地 10g，黄柏 10g，知母 10g，泽兰 15g。《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》

〔临床荟萃〕

1. 恶劣心境障碍 谢忠礼等介绍用加味四逆散治疗恶劣心境障碍 38 例，治疗组用加味四逆散颗粒，每日 2 次；对照组用氟西汀 10 mg，每日 2 次。观察期间保持与平时一样生活方式，避免精神刺激，不加用其他抗抑郁、抗精神病药物治疗，共治疗 6 周。结果：治疗第 6 周末，治疗组痊愈 2 例（5.26%），显效 12 例（31.58%），进步 17 例（44.74%），无效 7 例（18.42%）；对照组痊愈 2 例（6.67%），显效 8 例（26.67%），进步 16 例（53.33%），无效 4 例（13.33%）。治疗组有效率（痊愈+显效+进步）为 81.58%，对照组有效率为 86.67%，两组差异无显著性， $\chi^2=0.32$ ， $P>0.05$ 。

2. 失眠 李耀林用四逆散加减小治疗失眠 43 例，处方为：柴胡 10g，枳实 10g，白芍 15g，炙甘草 6g，茯神 15g，夜交藤 30g，琥珀 3g（研末冲服）。随证加减小：心火盛加黄连、栀子；肝郁加香附、合欢皮；痰热加半夏、陈皮、胆南星；心脾两虚合归脾汤加减小；阴虚加麦冬、阿胶、五味子；心烦易惊加龙骨、牡蛎。每天 1 剂，水煎午、晚睡前内服。以 10 天为 1 疗程，有效者视情况再服 1~2 个疗程，无效者停药。治疗期间均停用其他镇静药。随访半年。结果：治愈 22 例，显效 13

例，有效 6 例，无效 2 例，总有效率 95.35%。

薛汉荣等用黄连温胆汤合四逆散治疗失眠 30 例，处方：川黄连 6g，茯苓 10g，法半夏 10g，炙甘草 10g，枳实 10g，陈皮 10g，竹茹 10g，生姜 3 片，大枣 6 枚，白芍 10g，柴胡 10g。随症加减：心火亢盛加竹叶 10g，懊恼不寐加酸枣仁 20g、合欢皮 20g、生栀子 10g，惊惕不安者加生龙牡各 20~30g，大便秘结加生大黄 10g。每日 1 剂，水煎服，早晚各 1 次，1 周为 1 疗程。结果：治愈 10 例，好转 17 例，无效 3 例，总有效率 90%。

3. 末梢神经炎 杨永勤等报道用四逆散加味治疗末梢神经炎 25 例，处方为：柴胡、炒枳实各 12g，白芍 20g，炙甘草 6g，川芎、丹参各 15g，葛根 30g。日 1 剂，水煎 2 次，分早、晚温服。血虚者加熟地 15g，当归 12g；痰湿者加清夏 9g，云苓 15g；气虚者加党参 12g。1 个月为 1 疗程，必要时可重复 1~3 个疗程。结果：治愈 20 例，好转 4 例，无效 1 例，总有效率 96%。

4. 偏头痛 宋培瑚用四逆散加味治疗偏头痛 35 例，治疗组以四逆散加味，处方：柴胡 25g，枳实 10g，白芍 30g，甘草 9g，蝉衣 10g，白芥子 15g，僵蚕 12g，茯苓 30g，川芎 10g，蜈蚣 2 条。头晕目赤者加天麻 10g，石决明 15g；气虚者加党参 15g，黄芪 20g；呕吐者加法半夏、代赭石各 10g；寐差者加珍珠母 20g，酸枣仁 15g。日 1 剂，水煎服，早晚分服，头痛发作时连服 10 剂。对照组每次服用氟桂利嗪胶囊 10mg，每天 1 次，共 10 天。两组治疗期间停用其他药物和疗法，戒除烟酒。结果：治疗组 35 例中，基本恢复 12 例，显效 13 例，有效 8 例，无效 2 例，占 5.7%。对照组 33 例，基本恢复 5 例，显效 5 例，有效 10 例，无效 13 例，总有效率分别为 94.3%、60.6% ($P < 0.01$)。

5. 内伤头痛 姜蓉用四逆散合天麻钩藤饮治疗内伤头痛

16例,处方:柴胡10g,甘草6g,枳壳10g,白芷9g,天麻10g,钩藤6g(后下),黄芩6g,牛膝12g,夜交藤18g,茯苓15g,益母草10g。每日1剂,水煎服,疗程3~5周。并嘱患者调情志,禁烟酒,禁食公鸡、猪头肉、螃蟹、虾,避免不良情绪的刺激,以免动风而使病情加重。结果:显效10例,有效5例,总有效率93.75%;无效1例,占6.25%,服药期间无不良反应。

6. 原发性眶上神经痛 赵长涛用加味四逆散治疗原发性眶上神经痛28例,单侧26例,双侧2例。处方:柴胡12g,香附、枳壳、青皮9g,川芎、白芷、羌活各9g,甘草6g。结果:28例经中药治疗全部临床痊愈,治疗时间最长9天,最短3天,随访无复发。

[实验研究]

1. 对恶劣心境障碍模型大鼠行为学影响 选择50只SD雄性大鼠随机分为对照组、模型组、加味四逆散小组、加味四逆散大剂组和氟西汀组共5组,每组各10只。应用分养和长期不可预见的中等强度应激造成大鼠恶劣心境障碍模型。以Open-Field法和糖水消耗实验对照研究慢性应激诱导的恶劣心境障碍模型大鼠行为的改变。结果:与对照组比较,模型组大鼠Open-Field评分降低,糖水消耗量减少;与模型组比较,各治疗组大鼠在治疗过程中Open-Field评分升高,糖水消耗量增加。加味四逆散可改变分养和长期不可预见的中等强度应激诱导的恶劣心境障碍模型大鼠的抑郁行为,提示加味四逆散具有一定的抗抑郁作用。

2. 对抑郁症大鼠慢性应激模型行为学及脑内单胺类神经递质的影响 采用高效液相—电化学方法分析应激及四逆散活性成分对神经递质含量的影响,以探讨四逆散活性成分抗抑郁的机制。结果:抑郁症慢性应激模型大鼠体重显著减轻,进入敞箱后排便次数增多,水平和垂直活动明显减少,蔗糖水消耗

量下降 ($P<0.01$), 海马 5HT 含量减少 ($P<0.01$), 皮质 DA 含量减少 ($P<0.05$)。四逆散活性成分能升高 5HT、DA 含量 ($P<0.01$), 进而改善大鼠行为特征。调节 5HT、DA 神经递质是四逆散活性成分抗抑郁机制之一。

3. 催眠作用 采用协同戊巴比妥钠对小鼠的催眠作用。结果: 四逆散能明显延长阈上剂量戊巴比妥钠所致小鼠睡眠时间, 缩短入睡潜伏期, 增加阈下剂量戊巴比妥钠致小鼠入睡率。四逆散有明显的催眠作用。

[运用心得] 四逆散在《伤寒论》的主治是“少阴病, 四逆, 其人或咳, 或悸, 或小便不利, 或腹中痛, 或泄利下重者。”对四逆散证的认识历来不一, 但有一点是一致的, 即四逆散为疏肝解郁之祖方, 后世的疏肝诸方如柴胡疏肝散、逍遥散等方剂, 都从此方多由此化裁而来, 可以用于治疗内、外、妇科等多种杂病。《素问·藏气法时论》“肝苦急, 急食甘以缓之……肝欲散, 急食辛以散之, 用辛补之, 酸泻之。”是本方组方配伍依据。正是如此, 才使得本方成为疏肝解郁之祖方。柴胡辛散疏达、开发阳气; 枳实下气降逆, 辛开苦降, 畅利气机。芍药苦、平, 补血益阴, 补肝之体, 泻肝之用。炙甘草甘缓扶脾, 寓肝病实脾之妙。全方辛苦宣通、略偏凉润, 故《重订通俗伤寒论》云: “四逆散……以辛润通络为君”。

四逆散方中寓方, 芍药甘草配伍即芍药甘草汤, 方中芍药益阴通络, 甘草缓急柔筋, 以治脚挛急。是养阴柔肝, 缓急止痛之常用方剂。枳实与芍药即《金匱要略》枳实芍药散, 行气开郁, 活血养血, 治疗产后瘀血腹痛诸证。故本方虽以疏肝解郁为其长, 但又能活血化瘀, 因而无论肝气郁结, 还是气滞血瘀之证, 皆其所宜。四逆散药仅四味, 但具备疏肝解郁、理气活血、养阴柔肝、缓急止痛等多种功效, 临床可随证应用。如, 肝郁化火, 合白头翁汤、栀子豉汤疏肝解郁, 清肝泻火; 火盛伤阴, 重用芍药, 合百合地黄汤, 疏肝泻火, 养阴安神;

肝气乘脾，腹痛腹泻，合厚朴生姜半夏甘草人参汤；肝气犯胃，合小半夏加茯苓汤；气滞血瘀，重用枳实、芍药，合桂枝茯苓丸；肝胆湿热，合茵陈蒿汤，疏利肝胆气机，清利肝胆湿热；肝气上逆，呕吐头痛，合半夏厚朴汤加天麻、川芎；肝气扰于胸中，胸闷胁痛，合三物白散去巴豆，加郁金、香附；肝气郁滞，大便不通或排便不畅，重用芍药，加杏仁、麻子仁、决明子以疏肝理气，润肠通便；肝气不舒，气化失司，小便不利，尿频尿急，合当归贝母苦参丸；气滞痰阻，痰郁化热，四逆散合小陷胸汤，解郁化痰，清热散结。周学海在《读医随笔》中说：“医者善于调肝，乃能治百病。”

四逆散在神经疾病临床适应证甚多，如，抑郁症、焦虑症、紧张性头痛、肋间神经痛、癔病性抽搐、癫痫、神经性官能症、神经性胃肠病、更年期综合征等，皆可随证应用。

总之，四逆散能疏利肝胆气机，为宣通气血之方。气郁之后，诸郁随生，畅利肝胆，疏利气机，则能兼解痰、食、湿、热诸邪之郁。临床用好用活四逆散，需要掌握以下几方面：首先是掌握肝的生理特性，其次掌握《内经》治肝大法，第三熟悉肝病病机的演变规律与治肝方剂的配伍规律。

第七节 当归四逆汤

〔组成〕 当归 15g 桂枝 15g 去皮 芍药 15g 细辛 3g 甘草 9g 炙 通草 3g 大枣 12 枚擘

〔功效〕 温阳散寒，养血通络。

〔方义分析〕 当归四逆汤由桂枝汤去生姜、加当归、细辛、通草而成。方中当归辛温甘润，养血活血；桂枝辛温通阳，散寒通脉，并为主药。白芍养血和营，细辛温经通阳散寒，为臣药。当归合芍药，养血活血通络；桂枝合细辛，温经散寒，通阳宣痹；大枣、甘草补益气血；通草通行血脉，为佐

使。甘草、大枣配白芍酸甘化阴，以防桂、辛之辛燥太过，诸药合用，具有温阳、散寒、养血、通络四大功用，是治疗血虚寒凝经脉的良方。

〔适应证〕

1. 周围神经病变、雷诺氏病，出现手足厥冷，舌质淡，苔薄白，脉细欲绝。

2. 偏头痛，头痛时作，经久不愈，遇寒加重，得热则舒，或女经期前后头痛发作，月经量少，少腹冷痛。属血虚寒凝者。

3. 坐骨神经痛，腰髋肢体掣痛，遇寒加重，得热则舒，肢体不温。病程迁延反复发作，属于血虚受寒者。

〔类方〕

1. 当归四逆加吴茱萸生姜汤 即当归四逆汤加吴茱萸、生姜，也可以看作是当归四逆汤与吴茱萸汤的合方。其温经散寒之力增强，且能温散内外寒邪，但重在温肝散寒，以温为主。更用清酒煎药，酒性温通，又善行血，可加强温通血络、祛除寒邪的作用。适宜于内外俱寒，或内有久寒之证。

2. 温经汤 即当归四逆汤去细辛、木通，加吴茱萸、芎藭、人参、阿胶、半夏、麦门冬而成。功效温经散寒，养血祛瘀。原方用于虚寒兼瘀血所致的崩漏证治。临床可以用于气血亏虚，寒邪凝滞的坐骨神经痛、偏头痛、肌肉萎缩、肌无力、肌肤麻木等病证的治疗。

〔加减方〕

1. 当归四逆汤（姚树锦）

组成：当归 15g，通草 6g，细辛 3g，桂枝 10g，赤芍 15g，大枣 6 枚，甘草 6g。主治：雷诺病，风湿及类风湿关节炎，冻疮。指征：手足温度冷，皮肤颜色暗淡或紫或白无血色。禁忌：血热致肢体红肿热痛者，不宜使用。误用后会造成热盛则肉腐，肉腐则化脓，犹如火上加油。（《方药传真——全

国老中医药专家学术经验精选))

2. 温经通脉汤 (曹向平)

组成: 川桂枝 10g, 炙黄芪 15g, 当归 10g, 炒白芍 10g, 北细辛 5g, 红花 10g, 炙甘草 5g, 木通 5g, 川芎 6g。功效: 温经散寒, 养血通脉。主治: 雷诺氏病 (肢端血管痉挛症)。用法: 水煎服, 日一剂。 (《首批国家级名老中医效验秘方精选》)

3. 当归四逆汤合四藤一仙汤 (王德林)

组成: 当归 15g, 桂枝 10g, 炒白芍 15g, 细辛 8g, 威灵仙 15g, 海风藤 15g, 青风藤 15g, 络石藤 15g, 鸡血藤 15g, 羌活 10g, 独活 10g, 制乳没各 8g, 丹参 30g, 炙甘草 8g。主治: 痹症。禁忌: 风湿热证, 局部红肿焮痛时不宜使用。 (《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

4. 通行痹汤 (林沛湘)

组成: 桂枝 10g, 白芍 30g, 炙甘草 8g, 生姜 7g, 威灵仙 10g, 独活 8g, 徐长卿 20g, 牛膝 10g, 苏木 15g, 大枣 15g。功能: 散寒祛湿, 调和气血, 通经止痛。主治: 原发性坐骨神经痛, 证属寒湿痹阻, 气血凝滞者。用法: 清水煎服, 每日 1 剂, 5 天为 1 疗程, 可连服 2~3 个疗程。加减运用: 气虚加黄芪 15 克; 寒凝痛甚去徐长卿, 加制乌头 6~10g (先煎); 腰痛酌加川断、杜仲、桑寄生; 服药后偏热者加知母、黄柏各 10g。禁忌: 湿热及阴虚患者忌用。 (《名医名方录》)

[临床荟萃]

1. 坐骨神经痛 王平义介绍用当归四逆汤加味治疗坐骨神经痛 31 例, 基本方: 当归、牛膝、木通各 15g, 桂枝、白芍、乌梢蛇各 10g, 黄芪 20g, 乳香、没药、甘草各 6g, 细辛 5g。每日 1 剂, 分 2 次煎服。临证加减: 阳虚者加附子 10g, 肉桂 6g, 偏阴虚者加熟地、知母、黄柏各 10g, 夹湿者加苍术、蚕砂各 10g。观察疗程为 1 个月。结果: 痊愈 18 例, 显

效 11 例，无效 2 例，总有效率为 95.5%。李明山等用乌头汤合当归四逆汤治疗坐骨神经痛 74 例，制川乌、制草乌、生甘草各 20g，白芍、独活各 40g，生地 60g，鹿衔草、仙灵脾各 20g，当归 10g，桂枝 15g，全蝎 5~10g。有热象者去桂枝，加桑枝、忍冬藤各 20g；疼痛剧烈者加蜈蚣、全蝎各 10g。川乌、草乌、生甘草先煎 2 小时，桂枝后下，全蝎冲服。服 3 剂后去川草乌，加苡仁 30g，泽泻 20g，通草 10g，服 3 剂，再用前方。如此交替服用，病愈而止。总有效率达 98.6%。

2. 中风后遗症 郑均山等用当归四逆汤加味治疗中风后遗症 36 例，其中脑梗死后遗症 28 例，脑出血后遗症 8 例；病程最短 126 天，最长 280 天；临床表现为患侧畏寒肢冷，肢体软弱无力或半身不遂或麻木不仁，气短乏力，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力或沉涩。处方为：当归 10g，桂枝 10g~20g，白芍 10g，细辛 6g~15g，通草 10g，乌附片 10g~30g，生麻黄 10g，川芎 10g，炙甘草 6g，大枣 3 枚。加减：口咽干燥加沙参 20g，麦冬 10g；肢体麻木或疼痛甚者加全蝎 10g，水蛭 10g，大贝 10g；气短乏力甚者加黄芪 30g~60g。日 1 剂，水煎服。结果：治愈 14 例，占 39%；好转 18 例，占 50%；无效 4 例（其中 2 例未坚持服药），占 11%；总有效率为 89%。

3. 神经根型颈椎病 胡一鸣报道用当归四逆汤加味治疗神经根型颈椎病 58 例，处方为：当归 15g，白芍 20g，鸡血藤 15g，桂枝 10g，桑枝 12g，通草 10g，片姜黄 15g，细辛 5g，葛根 15g，甘草 5g。随证加减，水煎内服，每日 1 剂，分 2 次温服。配合功能锻炼，如与项争力、往后观礁、前伸探海、回头望月、金狮摇头等。半个月为 1 疗程。一般服用 1~3 个疗程。治疗时间最短 1 个疗程，最长 5 个疗程。结果：痊愈 42 例，占 72%；显效 9 例，占 16%；有效 5 例，占 9%；无效 2 例，占 3%。总有效率为 97%。

4. 偏头痛 马景智用当归四逆汤治疗偏头痛 48 例，处方

为：当归、芍药各 15g，桂枝、通草各 10g，大枣 5 枚，细辛 3g，甘草 6g。每日 1 剂，水煎，分早晚 2 次温服。结果：近期治愈 18 例，显效 20 例，好转 7 例，无效 3 例。总有效率为 93.8%。

5. 经期头痛 林珍莲用当归四逆汤治疗经期头痛 100 例，治疗组：以当归四逆汤加牛膝为基本方，药用当归、白芍各 9g，桂枝、通草各 6g，甘草、细辛各 3g，怀牛膝 12g，大枣 7 枚，并随证加减。经前 3 日开始服用，至头痛减轻或消失停药。一般以 5~6 剂为 1 个疗程，服用 3 个月经周期后观察疗效。对照组以中成药头痛片治疗，每日 2 次，每次 2 片，开水送服。疗程及服药时间均与治疗组相同。治疗组痊愈 78 例，显效 16 例，无效 6 例。有效率达 94.00%。对照组痊愈 5 例，显效 12 例，无效 13 例。有效率为 56.67%。两组比较，治疗组的有效率明显优于对照组。

6. 带状疱疹神经痛 唐茂清介绍用当归四逆汤治疗带状疱疹神经痛 32 例，处方：当归 12g，白芍 20g，桂枝 10g，细辛 6g，大枣 12g，通草 6g，甘草 6g。若疼痛在上（头部）可酌加白芷；在中（胸腹部）酌加柴胡；在下肢酌加牛膝。每日 1 剂，水煎服。1 个月为 1 疗程。结果：痊愈 15 例，有效 13 例，无效 4 例，总有效率为 87.5%。

7. 糖尿病周围神经病变 晏桂华等报道用加味当归四逆汤治疗糖尿病周围神经病变 35 例，将 70 例患者随机分为治疗组和对照组各 35 例，在治疗期间，均予以常规降糖药物和饮食控制保守治疗，血糖均控制在正常范围内。对照组予以对症治疗，并用维生素 B₁₂ 500μg，肌内注射，每周 2 次；维生素 B₁ 100mg，维生素 B₆ 100mg，肌内注射，每天 1 次，连用 30 天。治疗组在此基础上加服加味当归四逆汤。处方：当归 25g，桂枝、通草、丹参、白芍各 10g，细辛 3g，鬼箭羽 20g，鸡血藤 15g，全蝎（冲服）3g，甘草 5g，大枣 10 枚。每天 1

剂，水煎分2次服，连服30天。2组连续治疗30天后，观察临床综合疗效、肌电图、血液流变学等指标改善情况以及不良反应情况。结果：治疗组在临床综合疗效、神经传导速度及血液流变学指标改善方面，均明显优于对照组（ $P<0.05$ ， $P<0.01$ ），且无明显不良反应。结论：加味当归四逆汤治疗DPN安全、有效，值得临床推广应用。

8. 不宁腿综合征 武宏报道用当归四逆汤治疗不宁腿综合征45例，基本方为：细辛、当归、芍药各9g，木通、炙甘草各6g，大枣5枚。糖尿病伴阴虚火旺者去细辛、木通，加石斛9g，类风湿关节炎关节疼痛者加独活9g，牛膝12g，不寐者加远志9g，酸枣仁15g，贫血者加黄芪15g。均可加木瓜9g，鸡血藤15g。每日1剂，分两次水煎服。结果：治愈42例，好转3例，治愈率93.3%。

9. 其他 ①多发性末梢神经炎：刘启金介绍用当归四逆汤治疗多发性末梢神经炎12例，单用当归四逆汤加减治疗，病程长者再用本方药渣煎水外洗患肢。当归四逆汤组成：当归、白芍、大枣、木通各15g，桂枝、细辛各10g，炙甘草5g，患肢痛甚者加鸡血藤30g，制川乌、制草乌各10g；患肢麻木甚者加蜈蚣2条，全蝎6g，黄芪20g。上药加清水3碗，文火煎成1碗，渣复煎，取2次煎液分2次1日内服完，病程长者用药渣再煎水温洗患处。痊愈9例，好转3例。②痿症：程协南运用当归四逆汤经验治愈痿症（小儿麻痹证）。

〔实验研究〕

1. 镇痛抗感染作用 以当归四逆汤灌胃对酒石酸锑钾所致小鼠扭体反应和电刺激致痛嘶叫反应均显著抑制，表明该方有镇痛作用；对巴豆油所致小鼠耳廓肿胀和角叉菜胶所致大鼠足跖肿胀均有抗感染消肿作用，表明该方具有消炎作用。

2. 活血化瘀作用 当归四逆汤可显著延长小鼠凝血时间、凝血酶时间、血浆复钙时间，显著降低大鼠全血比粘度，抑制

动静脉旁路血栓形成，降低大鼠血小板凝聚性，促进小鼠自身皮下血肿吸收，有显著的活血化瘀作用。

【运用心得】 根据当归四逆汤的组成，可以看作是桂枝汤的变法。桂枝汤重在通阳气，散太阳之寒邪，兼能温通经脉。加当归、芍药则能养血活血，加细辛则散寒通脉力强。临床用于本方应当重视以下两点，一是肝经血虚。脉为血府，血虚脉虚，厥阴血虚，脉道不充，是以脉细。血主濡之，血舍温热之气，血虚失养，肢体不温，脉来细弱。二是寒邪侵袭。寒性凝敛收引，所谓“逢寒则急”。寒凝脉道，阳气被遏，血失推动鼓舞，则脉来迟滞而细弱。此时用当归四逆汤以养血通阳，兼散寒邪通血脉。血虚寒凝，上则头痛，下则痛经，外则肢体冷痛，内则胸腹疼痛。凡此皆可用本方化裁治疗。本方临床常用于治疗经脉与肢端寒凝而致的血循障碍性病变，如血栓闭塞性脉管炎、冻疮、痛经、不孕、肢端青紫症、周围神经炎、慢性非特异性附睾炎、腹股沟疝等。恰是对其功效、主治的印证。

血虚受寒，虽当辛温散寒，但宜温润而忌辛热温燥。是以本方虽名当归四逆汤，却不同于四逆汤类方，散寒只取桂枝、细辛、生姜，而不犯姜附，盖因姜附辛热，适用于治阳虚阴盛之寒证，本证属营血内虚之寒，故非姜附所宜。对此，成无己曾注释说：“手足厥寒者，阳气外虚，不温四末，脉细欲绝者，阴血内弱脉行不利，与此汤复阳生阴”。血分病变，易于受寒，重在治疗血虚，补肝柔肝，温以散寒，大忌泻热温燥。基于此，仲景在温经汤、胶艾汤的方剂配伍同样体现了这一认识，因而，值得我们临证借鉴。总之，本方借当归、白芍以滋养血脉，甘草、大枣培养血脉，桂枝、细辛以温行血脉，木通入心经以通达血脉。对于一切血虚寒滞挛痛之症，皆能治之。

临证凡病因病机相同所致的血虚寒凝证，即使表现症状不同，皆可随证化裁使用本方，如，瘀血阻滞重者，常用本方配伍活血破血化瘀之品，如桃仁，红花、三棱、莪术以及虫类药

物等。临床常见的动脉硬化性闭塞症、多发性大动脉炎、血栓闭塞性脉管炎以及静脉血栓形成和血栓性静脉炎等等。此外，应用本方加减治疗雷诺氏病之各个证型均有较好的疗效。但应重视气血关系，血虚虽当养血，而血生于气，久病血虚，养血必兼益气，气旺则血自生，气旺则气能推动，经脉流通，故久病血虚应重视益气，而不是一味养血活血，用之不当，反而导致血脉郁滞。治疗痛证是本方临床应用的重要方面，需要注意的是，治痛一是要通，二是需补。本方桂枝、细辛、通草、生姜、当归、芍药皆有通利之用，是临床治疗各种痛证的常用药；当归、白芍、炙甘草、大枣又是补虚养血、补中益气要药，因而具有通补兼施之攻，故可随证施之。

第八节 黄芪桂枝五物汤

〔组成〕 黄芪三两 芍药三两 桂枝三两 生姜六两 大枣十二枚

〔功效〕 补益气血，温通卫阳，散寒除痹。

〔方义分析〕 黄芪桂枝五物汤为治疗形气不足之血痹而设。血痹病机责之正虚感邪，导致气血运行不利。因此，治疗应当以补气固卫，调畅气血为主。故用黄芪为君，益气升阳，助卫固表，鼓舞卫气而畅达血行；桂枝辛温温经通阳、活血通脉；芍药行血宣痹；姜枣调和营卫。黄芪与桂枝配伍固表而不留邪，补中有通，鼓舞正气祛邪气；生姜与桂枝同用，生姜可以助桂枝温煦通达，增强桂枝辛散走达邪之力。诸药合用，益气补虚，通行阳气，温煦活血，共奏益气补虚、通阳温脉、调畅营卫、通达气血之功，气行血行，则血痹自愈。

〔适应证〕

1. 多种原因导致的周围神经病变，肢体麻木、疼痛，感觉障碍或感觉异常等，辨证属于气血不足，经脉痹阻者，可用

本方加减治疗。

2. 脑血管疾病，表现为半身不遂，语言不利，肢体麻木或偏身麻木，口舌歪斜；或周围性面瘫。舌质淡，苔薄白，脉细弱者。

3. 颈椎病、头晕目眩，伴有头痛头昏，耳鸣胸闷，恶心呕吐，或有颈部拘急强痛，上肢麻木，神疲乏力，舌质淡，脉细弱者。

〔类方〕

1. 桂枝加黄芪汤 由桂枝汤加黄芪三两组成。主治黄汗之病，两胫自冷，身重，汗出已辄轻者，从腰以上必汗出，下无汗，腰骶弛痛，如有物在皮中状，剧者不能食，身疼重，烦躁，小便不利。临证可用于气虚血滞，卫外不固之麻木、疼痛、无力等病证。

2. 防己黄芪汤 由防己、甘草（炒）、白术、黄芪（去芦）、生姜、大枣组成。主治风湿，脉浮身重汗出恶风者。喘者加麻黄半两；胃中不和者加芍药三分；气上冲者加桂枝三分；下有陈寒者加细辛三分。功能益气固表，祛风除湿，治疗风湿在肌肤麻木、疼痛、浮身重汗出恶风等病证。

3. 乌头汤 本方由川乌、麻黄、白芍、黄芪、炙甘草、白蜜组成。原方用于寒湿历节的证治。根据其温经祛寒，除湿镇痛的功能。可以用于寒湿凝滞，阳气不足之坐骨神经痛、三叉神经痛、颈椎病头痛等病证的治疗。

〔加减方〕

1. 加减黄芪桂枝五物汤（张崇鄯）

组成：黄芪 30～50g，桂枝 15～20g，赤芍 20～30g，当归 6～10g，鸡血藤 20～30g，木瓜 15～20g，葛根 20～30g，汉防己 10～15g，细辛 3～5g，制没药 6～10g，青风藤 12～15g，秦艽 15～20g，炙甘草 5～10g。主治：腰肌劳损、坐骨神经痛、骨质增生性疼痛证、雷诺氏病、下肢动静脉炎、末梢

神经炎病证。中医辨证属气血两虚者，气虚不运血，血虚不养筋所致的肢体麻木、疼痛，厥冷诸病证，如腰腿痛，肌肉、关节麻木、疼痛、凉感明显，过劳及遇寒加重等症。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

2. 黄芪桂枝五物汤加味（胡青山）

组成：黄芪 100g，桂枝 15g，白芍 20g，当归 25g，何首乌 50g，山萸肉 40g，杜仲 20g，川芎 20g，甘草 15g，鸡血藤 20g。主治：脑萎缩。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

3. 黄芪桂枝五物汤（阎湘濂）

组成：黄芪 50g，桂枝 15g，白芍 20g（或赤芍 20g），大枣、生姜适量。主治：糖尿病并发周围血管病，末梢神经损害。症见四肢末端麻木或疼痛、觉冷、乏力，甚则肿胀、肤色紫暗者。禁忌：糖尿病并发周围血管病变，肢体局部有急性炎症，表现红、肿、热、痛时不宜应用。用后恐助热，此时宜与苦寒药物配合应用。用此方治疗糖尿病周围血管病时，多配用活血通络的药物，疼痛重应用白芍，瘀血重用赤芍，两者并重，赤、白芍同用，多配用牛膝 15g，伸筋草 20g，防己 15g，丹参 15g。如患者局部有红、热、肿、痛表现时，配合应用忍冬藤 30~50g，金银花 30~50g，并去桂枝。对冷痛重者，用药渣蒸热后泡脚，每日 2 次，每次约 1 小时。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

4. 活络熄风汤（武明钦）

组成：当归 10g，桂枝 10g，白附子 10g，生黄芪 30g，生地 15g，赤白芍各 15g，天竹黄 10g（后下），全蝎 8g，刺蒺藜 15g，地龙 15g，胆南星 10g，竹沥汁 20ml，天麻 15g，钩藤 15g。主治：脑溢血及其后遗症、脑血管痉挛、动脉硬化所致的老年性痴呆症。指征：昏迷不语，或表情呆板，偏瘫，痰涎壅盛，或吞咽困难，二便不调。脉沉取弦滑，舌质暗红偏

干，苔白腻。证属气阴双亏，痰火内闭，伤阴阻络者。禁忌：阴虚阳亢或有出血倾向者不宜使用。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

〔临床荟萃〕

1. 神经根型颈椎病 温云君用黄芪桂枝五物汤倍量，黄芪 30g，白芍 30g，桂枝 10g，生姜 3 片，大枣 10 枚加减，每日 1 剂水煎分 2 次服。配合枕颌带悬吊牵引、手法推拨颈项后肌群，隔日治疗 1 次。治疗神经根型颈椎病 86 例，经 18~26 天治疗均获效，其中痊愈 42 例，显效 27 例，有效 17 例。经 6 个月~1 年随访未见复发。

2. 多发性神经病 周德玉等黄芪桂枝五物汤治疗多发性神经炎 36 例，药物组成有黄芪、桂枝、白芍、生姜、大枣。麻木疼痛偏于上肢者，加姜黄、桑枝、丝瓜络；偏于下肢者，加牛膝、桑寄生。气血亏虚，肢麻酸楚无力、隐痛，心悸气短，面色萎黄，舌淡脉弱，甚则肌肉萎缩者，加党参、当归、鸡血藤，并重用黄芪；麻木刺痛，皮色青紫，肌肤甲错，舌暗红或有瘀点瘀斑，脉细涩者，加桃仁、红花、川芎、土鳖；遇寒加重者，重用桂枝，加附子、姜黄；麻木疼痛挛缩者，重用白芍，加木瓜、桑枝、伸筋草、鸡血藤、甘草；胀痛加威灵仙、汉防己；病久疼痛较甚加蜈蚣、地龙、全蝎、土鳖。结果：痊愈率 50%，总有效率 94%。周长胜用黄芪桂枝五物汤合当归四逆汤加减治疗多发性神经病 29 例，方法为：治疗组用黄芪 50g，桂枝 15g，白芍 15g，当归 20g，细辛 5g，木通 15g，生姜 3 片，大枣 5 枚，随证加减。服法：加水煎取汁 400ml，200ml/次，日 2 次口服，30 天 1 个疗程。对照组：维生素 B₁10mg，每日 3 次口服，维生素 B₆10mg，每日 3 次口服。治疗结果：治疗组：治愈 22 例，好转 5 例，无效 2 例，总有效率 90%。对照组：治愈 2 例，好转 3 例，无效 10 例，总有效率 33.3%。经统计学处理，两者有明显差异（ $P <$

0.01)。

3. 糖尿病神经病变 窦中华用黄芪桂枝五物汤加减治疗糖尿病神经病变 46 例，处方为：黄芪 50g，桂枝 12g，赤芍 30g，生姜 5g，大枣 5 枚。肢体麻木加木瓜 12g；灼痛、刺痛加水蛭 6g，红花 6g；足背动脉搏动减弱，加川芎 9g，鸡血藤 40g；下肢痿软无力加牛膝 15g。水煎服，每日 1 剂，1 个月为 1 个疗程。治疗 1 个月后，显效 2 例，有效 16 例，无效 4 例，总有效率为 91%。

4. 急性感染性多发性神经根炎 韩志贞用黄芪桂枝五物汤合四君子汤为基础，治疗急性感染性多发性神经根炎 20 例，处方：黄芪 60g，怀牛膝、生龙骨、生牡蛎、白芍、白术各 15g，太子参、茯苓、忍冬藤、鸡血藤各 30g，桂枝、生姜、当归、全蝎各 10g，蜈蚣 3 条，甘草 3g。根据症状，辨证加减。经上述方法治疗后，临床治愈 9 例，显效 6 例，好转 4 例，无效 1 例，总有效率 95%。（韩志贞，中药治疗急性感染性多发性神经根炎 20 例，新中医，1996，(3)：39~40）

5. 加味黄芪桂枝五物汤治疗桡神经损伤 张天健报道用加味黄芪桂枝五物汤治疗桡神经损伤 98 例，处方为：生黄芪 30g，桂枝 15g，生白芍 30g，蜈蚣 3 条，全虫 7g，细辛 3g，姜黄 15g，大枣 5 枚，当归 20g，甘草 3g，每日 1 剂，水煎服。治疗 15~30 天，结果：痊愈 69 例，占 70.4%，好转 18 例，占 18.3%，无效 11 例，进行手术松解。

6. 急性脑梗死 范建军用加味黄芪桂枝五物汤配合脉络宁注射液治疗急性脑梗死 68 例，方法为：黄芪 24g，白芍 18g，桂枝 9g，生姜 3 片，大枣 5 枚，川芎 15g，水蛭 10g，当归 12g，石菖蒲 12g，三七 3g（另冲）。加水适量，浸泡 30 分钟。武火煎沸后，文火再煎 2 分钟，两次取汁计 400ml，每次服 200ml，每日 2 次，分早晚温服（必要时可鼻饲）。同时，用 10% 葡萄糖注射液 500ml 加入脉络宁注射液 20ml，静脉滴

注，每日1次。对照组：用10%葡萄糖注射液500ml加入脉络宁注射液20ml，静脉滴注，每日1次。两组病例均以半个月为一疗程，1个疗程结束后停药2天，再进行下一疗程。连用3个疗程后评定疗效。两组比较；无论是痊愈率还是总有效率，治疗组均明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。

7. 偏侧肢体麻木症 秦周顺等报道用黄芪桂枝五物汤治疗偏侧肢体麻木症30例，方法是：观察组用中药黄芪桂枝五物汤加减：黄芪30g，桂枝30g，白芍30g，生姜15g，大枣12g，牛膝30g，红花15g，桑枝30g，白花蛇10g，上药加水1000ml，浸泡60min，武火沸，文火45min成，共取汁500ml，每日1剂，分2次温服，连用15天。对照组（30例）应用复方丹参片（广州白云山制药厂生产），每次服3片，每日服3次，连用15天。两组其他辅助用药及原发病治疗相同。观察组总有效率86.7%，对照组总有效率66.7%，两组总有效率比较有差异性。（ $P<0.05$ ）。

8. 颈性眩晕 苏氏据报道用本方治疗颈性眩晕52例，治疗方法：黄芪20~60g，桂枝、白芍、丹参、川芎、葛根各15~30g，生姜6~10g，大枣12枚。每日一剂。结果：治愈34例，显效15例，无效3例，有效率94.23%。

9. 椎基底动脉供血不足性眩晕 钟冬梅用椎基底动脉供血不足性眩晕41例，将75例患者随机分为治疗组41例与对照组34例，治疗组予以加味黄芪桂枝五物汤，对照组口服西其汀口服液。结论加味黄芪桂枝五物汤治疗椎基底动脉供血不足性眩晕疗效显著。治疗方：治疗组予加味黄芪桂枝五物汤：黄芪30g，大枣15g，白芍12g，桂枝、当归、川芎、羌活、天麻、石菖蒲、远志各9g，炙甘草12g，生姜5片。每日1剂，水煎取汁分3次温服。对照组口服西其汀口服液，每日3次，每次10ml。两组均以15天为1疗程。治疗组41例，治愈11例，显效15例，有效12例，无效53例，总有效率

92.68%。对照组 31 例，治愈 5 例，显效 10 例，有效 11 例，无效 8 例，总有效率 76.47%。两组比较差异有显著性 ($P < 0.05$)。

〔实验研究〕

1. 抗感染镇痛 将该方按药对研究法拆方分组，采用热板法、醋酸扭体法镇痛实验模型，以及二甲苯致小鼠耳肿胀、小鼠腹腔毛细血管通透性、大鼠棉球肉芽肿、大鼠蛋清性关节炎、大鼠佐剂性关节炎等炎症模型，比较不同药对的抗感染镇痛作用。结果显示，全方及方中各药对组对二甲苯、蛋清所致急性炎症有明显抑制作用，对大鼠佐剂性关节炎也有较好的抑制作用，能降低腹腔炎症小鼠的毛细血管通透性，抑制棉球肉芽肿增生，提高小鼠痛阈值，减少醋酸所致小鼠扭体次数。结论：黄芪桂枝五物汤有明显的抗感染、镇痛作用；单味黄芪也有一定的抗炎镇痛作用，而方中其他药与黄芪配伍后，均能不同程度地增强黄芪的药效作用。

2. 对糖尿病周围神经病变微循环障碍的影响 38 例糖尿病周围神经病变微循环障碍患者服用黄芪桂枝五物汤加味方 1 个疗程（4 周），采用自身前后对照的方法，观察服药前后主要症状、甲襞微循环、血液流变学的变化，并与 20 例复方丹参注射液治疗组进行对照。结果：①与治疗前相比，黄芪桂枝五物汤加味方能改善微循环障碍患者的临床症状，有统计学意义 ($P < 0.01$)。②与治疗前相比，患者的甲襞微循环和血液流变学的指标差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。③与对照组相比，黄芪桂枝五物汤加味方改善微循环障碍患者的甲襞微循环和血液流变学的指标的作用优于对照组 ($P < 0.05$)。

〔运用心得〕 黄芪桂枝五物汤为益气固表，通阳宣痹之代表方。主要用于卫气亏虚，卫外不固，风寒邪气侵袭，营卫闭塞，经脉不利之证。是历代医家治疗血痹的基本方剂，现代临床常用来治疗周围神经病变。血痹的主证是“外证身体不仁，

如风痹状。”发病的原因有两方面，“夫尊荣人，骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之。”因此，正虚邪袭，营卫运行失常是其基本病机。故临床以此为基础，广泛应用于气虚血滞的多种疾病。《素问·阴阳应象大论》说：“清阳发腠理……清阳实四支”。《素问·逆调论》指出：“人之肉苛者，虽近衣絮，犹尚苛也，是谓何疾？岐伯曰：荣气虚卫气实也，荣气虚则不仁，卫气虚则不用，荣卫俱虚，则不仁且不用，肉如故也，人身与志不相有，曰死。”周学海《读医随笔》：“卫气不到则冷，营气不到则枯，宗气不到则痿痹而不用。”《伤寒杂病论》理本《内》、《难》，如《金匱要略》就提出：“趺阳脉微而迟，微则为气，迟则为寒。寒气不足，则手足逆冷；手足逆冷则营卫不利……”。是以气虚血痹，营卫失和产生的症状十分复杂，诸如肢体无力、麻木、肌肉萎缩、汗出异常、肢体发凉，等等。如，上述多发性周围神经病变、急性感染性多发性神经根炎、糖尿病性周围神经病变、神经根型颈椎病、桡神经损伤、偏侧肢体麻木症、急性脑梗死等，这些皆可用营卫病变加以阐释，因此，黄芪桂枝五物汤补益气血，温通卫阳，散寒除痹，故可以随证用于这些疾病的治疗。其次，《素问·阴阳应象大论》说：“清阳出上窍”。故凡气虚清阳不升之眩晕、头痛、耳鸣、口僻等病证，也可随证应用本方。

需要强调的是，在神经科临床治疗这些疾病时，应当明确以下几点，一是辨证与辨病结合，既应当明确疾病的诊断，临床表现除肢体无力、麻木、肌肉萎缩、汗出异常、肢体发凉等症状外；更为重要的是辨证准确，神疲、乏力、面色不华、舌质淡或胖，边有齿痕，苔薄白，脉沉细无力。第二，临证用药，掌握黄芪的用量可以随证调整，可以先从30g开始，无效或疗效不著，逐步加量，可以渐增至60g、90g，若患者腹胀，加陈皮；烦躁，口干加黄柏、知母；血虚，加当归、鸡血藤；

阴虚，加石斛、麦门冬；病在上肢，加桑枝、葛根；病在下肢，加牛膝、桑寄生；营卫郁痹化热，加金银花、黄柏。

第九节 酸枣仁汤

〔组成〕 酸枣仁二升 甘草一两 知母二两 茯苓二两 芎劳二两

〔功效〕 养肝清热，宁心安神。

〔方义分析〕 酸枣仁汤是治疗虚劳心烦失眠的代表方。人卧则血归于肝，而魂随血藏于肝。肝之血阴充足，魂归其宅则能寐。虚劳虚烦不得眠由肝阴不足，虚热内生所致。肝阴不足神失其养，郁热内扰，则神魂不安，因而虚烦不得眠。治以酸枣仁汤，酸枣仁为君，取其味甘而质地滋润以养肝阴；知母苦寒，清虚热退虚火，又能清心安神；川芎理肝郁，茯苓安心神，甘草调诸药，共奏养肝清热，宁心安神之效。本方配伍有以下特点：酸枣仁与川芎配合，一则补益肝血，宁心安神，使阴血足而神静不烦；一则辛散疏利，畅达气机，静中寓动，动静结合，相反又相成，符合肝体阴用阳之生理特性。茯苓在方中的作用有三：一能宁心安神，二能和中扶脾，三能利湿除痰。知母配川芎，寒凉之中佐辛温之品，是清热除烦安神而不凉遏气机，辛散疏利又无破散之弊。养肝清热，宁心安神。诸药合用，肝之体用并顾，滋阴血以安心神，散郁清热以除烦。

〔适应证〕

1. 抑郁症、焦虑症以及各种原因导致的失眠，表现为心烦不安，心神不宁，入睡困难，或睡眠维持障碍，或早醒而难以再入睡，证属肝阴不足，郁热内扰者。

2. 紧张性头痛，患者工作或精神紧张，头痛、失眠、心烦不安，舌质红，苔薄白，脉弦细。

3. 神经症，头痛失眠，情绪不稳，焦躁不安。

4. 慢性脑供血不足, 表现为记忆力减退, 精神不振, 失眠头昏, 烦躁不安等。

5. 不宁腿综合征, 睡眠中肢体不适, 或疼痛难忍, 不得安卧, 精神紧张, 昼则烦躁昏沉, 证属阴虚不足, 筋脉失养者可用本方加减治疗。

6. 面肌痉挛, 表现为精神紧张或睡眠不足时加重, 心烦不安, 可用本方治疗。

〔加减方〕 眠安汤 (张磊)

组成: 百合 30g, 生地黄 10g, 麦冬 30g, 炒酸枣仁 30g, 茯神 10g, 灯心草 3g, 竹叶 10g, 胆南星 6g, 生龙牡各 30g, 小麦 30g, 甘草 6g, 大枣 6 枚 (切开)。本方由百合地黄汤、酸枣仁汤、甘麦大枣汤化裁而来, 具有养阴安神之力。主治: 失眠, 脏躁。属阴虚阳浮, 心神失宁并火旺者。从临床所见, 阴虚阳浮火旺所致之失眠较为多见。本证患者大多长期失眠, 久治乏效, 且服地西洋片之类药物维持。若用眠安汤要守方治疗, 可据病情略为加减, 但主方不可变动太大, 这样才能获得好的疗效。本方多为养阴安神药味, 用于治疗脏躁亦有较好的疗效。(《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

〔临床荟萃〕

1. 失眠 张丽萍等用酸枣仁汤合甘麦大枣汤治疗更年期失眠症 25 例, 处方: 炒酸枣仁 20g, 川芎、茯苓、知母、甘草各 10g, 淮小麦、大枣各 30g, 柴胡 6g, 炒白芍 10g, 夜交藤 15g。阴血不足加生地 20g, 麦冬 15g, 改川芎 6g; 瘀血重加丹参 20g, 赤芍 10g; 火重加丹皮 10g, 合欢皮 15g。上方先煮酸枣仁再下其余药, 最后下淮小麦, 汤成去渣, 分中午及晚上睡前半小时 2 次服用, 1 日 1 剂, 30 天为 1 个疗程 (病程长者连服 2~3 个疗程), 后改为脑力静口服液每次 1 支, 1 日 3 次, 长期服用至病愈。对照组给予地西洋片 5mg, 每晚睡前半小时服用, 连服 30 天为 1 个疗程。结果: 经过 1 个疗程治

疗, 治疗组显效 14 例, 有效 9 例, 无效 2 例, 总有效率 92%。对照组显效 7 例, 有效 10 例, 无效 8 例, 总有效率 68%, 两组疗效比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。张诗军等观察加味酸枣仁汤治疗失眠证临床疗效及对 SIL-2R 水平的影响, 方法: 治疗组予以加味酸枣仁汤 (酸枣仁 30g, 川芎 6g, 知母 15g, 茯神 30g), 烦躁明显者加百合 30g, 湿重加法半夏 12g, 心慌明显者加珍珠母 30g, 便秘者加柏子仁 30g 治疗, 水煎服, 日 1 剂, 分中、晚 2 次服, 早上服用淡茶 1 杯, 或冲服参茶 1 杯, 1 个月为 1 疗程。对照组不予治疗。第一疗程治愈 8 例, 有效 20 例; 无效 3 例, 精神因素较重, 拟配合情志治疗, 并与未完全治愈的 20 例一起进入第二疗程治疗。第二疗程治疗结束后, 治愈 9 例, 有效 13 例, 2 个疗程总治愈率 54.5%, 总有效率 96.7%。治疗组 31 例患者中 20 例检测了 SIL-2R 水平, 其水平为 348.67 ± 24.22 (u/ml) 较对照组 11 例 SIL-2R 水平 312.12 ± 30.22 (u/ml) 升高 ($P < 0.05$); 治疗组经治疗 2 个月后, 患者 SIL-2R 水平由 348.67 ± 24.22 (u/ml) 降至 316.10 ± 31.22 (u/ml) ($P < 0.05$)。研究发现患者免疫抑制因子 SIL-2R 水平较正常组升高 ($P < 0.05$), 经治疗后 SIL-2R 水平下降 ($P < 0.05$)。提示失眠患者免疫功能降低, 加味酸枣仁汤对其有调节作用, 通过治证而达到防病治病的效果。

2. 紧张性头痛 杨海波等用甘麦大枣汤合酸枣仁汤治疗紧张性头痛 68 例, 处方为: 甘草 10g, 小麦 30g, 红枣 6 枚, 酸枣仁 15g, 丹参 15g, 合欢皮 10g, 茯苓 10g, 珍珠母 15g, 川芎 10g, 葛根 15g, 知母 6g, 蝉蜕 5g。结果: 痊愈 47 例, 显效 13 例, 好转 8 例。

3. 梅尼埃病 韩金华介绍用大剂酸枣仁加味治疗梅尼埃病 55 例, 处方为: 酸枣仁 90g, 五味子 9g, 泽泻 30g, 焦白术 15g, 茯苓 9g, 女贞子 9g, 川芎 9g, 怀牛膝 9g。每日 1

剂，水煎分2次服，服药期间忌盐。结果：55例患者临床治愈33例，占60%；显效20例，占36%；有效2例，占4%。总有效率100%。

4. 脑出血急性期狂躁型精神障碍 袁梦石等用加減酸枣仁汤治疗脑出血急性期狂躁型精神障碍32例，治疗组32例使用加減酸枣仁汤处理，处方：酸枣仁15g，茯苓12g，知母9g，黄连6g，大黄6g，甘草3g。水煎内服，每日1剂，分2次服，平均疗程 6.2 ± 1.5 d。对照组33例，使用地西洋5mg，im，每日2次，平均疗程 5.9 ± 1.3 d。两组均可以明显改善患者的躁狂症状，但治疗后治疗组症状评分优于对照组。

5. 性病恐怖症 黄灿介绍应用酸枣仁汤合导赤散治疗性病恐怖症30例，方法酸枣仁汤合导赤散。药物：酸枣仁15g，茯苓30g，川芎6g，知母9g，生地黄15g，木通12g，淡竹叶12g，甘草6g。每日1剂，水煎400ml，分2次服，5天为1疗程，一般服2个疗程判定疗效。结果：痊愈24例，好转4例，无效2例。

6. 广泛性焦虑障碍 李军艳等报道用酸枣仁汤治疗广泛性焦虑障碍30例，酸枣仁汤组和氯硝西洋组各15例，性别、年龄、病期无明显差异（ $P > 0.05$ ）。结果：临床疗效经4周治疗后，氯硝西洋组痊愈4例、显效5例、有效4例、无效2例，总有效率86.67%；酸枣仁汤组痊愈3例、显效4例、有效5例、无效3例，总有效率80.00%，两组比较临床疗效无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。酸枣仁汤组用药2周始呈现疗效，比氯硝西洋组起效缓慢，但4周后两组评分相当，说明酸枣仁汤与氯硝西洋疗程总疗效没有显著差异。

7. 精神失常症 弓慧珍报导用甘麦大枣汤合酸枣仁汤治疗精神失常症46例，酸枣仁20g，知母6g，茯神6g，川芎6g，甘草3g，浮小麦30g，大枣7枚。加減：若血虚甚头眩晕重者，加当归、白芍、枸杞子增强养血补肝之功；虚火重咽干

口燥甚者，加麦冬、生地黄以养阴清热；若寐而易惊，加珍珠母镇惊安神；兼见盗汗，加五味子、牡蛎安神敛汗。15天为1个疗程。勿食辛辣之品，注意心理疏导治疗。服完2个疗程后判定疗效。痊愈：临床症状全部消失，停药2月不复发；有效：临床症状显著改善；无效：服药2疗程后症状无明显。结果：本组46例患者，治愈20例，显效23例，症状无变化者3例，有效率为93.5%。

〔实验研究〕

1. 镇静催眠作用 采用镇静催眠实验观察酸枣仁汤对小鼠自主活动的影响，协同戊巴比妥钠对小鼠的催眠作用。结果：酸枣仁汤能明显减少小鼠自主活动次数，增加阈下剂量戊巴比妥钠致小鼠睡眠指数，延长阈上剂量戊巴比妥钠致小鼠睡眠时间。结论酸枣仁汤有明显的镇静、催眠作用。小鼠造失血性贫血模型及甲亢型阴虚模型，分别观察酸枣仁汤对自发活动，对戊巴比妥钠阈上、阈下剂量诱导的小鼠睡眠的影响。结果：酸枣仁汤使血虚及阴虚模型小鼠的自发活动次数减少，戊巴比妥钠诱导的睡眠潜伏期缩短。睡眠时间延长，协同阈下剂量戊巴比妥钠诱导睡眠。结论：酸枣仁汤对血虚、阴虚模型小鼠有镇静催眠作用。

2. 对应激小鼠戊巴比妥睡眠时间的影响 酸枣仁汤能逆转反复寒冷应激或45分钟拘束应激所致的PB睡眠时间缩短，以及120分钟拘束应激所致的PB睡眠时间延长；不能逆转温度交替变化应激和离群应激所致的PB睡眠时间缩短；值得注意的是，该方对45分钟拘束应激所致的PB睡眠时间缩短120分钟拘束应激所致的PB睡眠时间延长具有双向作用。该方对未应激的对照小鼠PB睡眠时间无影响。这些结果表明，该方具有特殊活性，不同于合成的发作性睡眠药诸如苯并二氮革类。该方的作用机制为改善应激所致的大脑神经系统的功能变化，而合成安眠药是作用-氨基丁酸A的受体。

3. 对小鼠脑组织内啡肽的影响 用 RIA 法检测灌服酸枣仁汤后小鼠脑组织内啡肽的含量, 结果提示: 酸枣仁汤的镇静催眠作用可能与 β -EP 及 DynA₁₋₁₃ 的升高有关。 β -EP 和 DynA₁₋₁₃ 的缓慢下降可能是克服一般镇静药用药反跳的关键, 这种作用与剂量相关。

4. 抗焦虑作用 采用国际通用的焦虑动物模型——高架十字迷宫模型 (EPM), 观察酸枣仁汤对 EPM 大鼠血清 NO、IL1 β 、IL6、TNF α 等细胞因子水平的影响。结果: 酸枣仁汤 7.5g/(kg·d) 能升高 EPM 焦虑模型大鼠血清 NO 水平, 明显改善经高架探究后大鼠血清 IL1 β 、TNF α 水平的降低。结论: 酸枣仁汤抗焦虑作用可能与影响血中 NO 浓度, 调节 IL1 β 、TNF α 等细胞因子水平有关。

5. 记忆能力影响 水迷路法实验, 酸枣仁汤各组的迷路次数与回台时间均较对照组有所缩短, 说明酸枣仁汤对正常小鼠的学习记忆有促进作用。脑复康组能显著改善正常小鼠的学习记忆能力, 冬眠灵组对正常小鼠的学习记忆有明显的抑制作用。酸枣仁等安神药物对过度亢进和异常的神经细胞有抑制作用, 能使长期处于紧张或紊乱状态下的皮质细胞获得充分休息和调节, 从而使兴奋和抑制过程恢复平衡。本次实验表明酸枣仁汤可以促进正常小鼠的学习记忆, 改善由东莨菪碱所致的记忆获得障碍及由乙醇造成的记忆再现障碍, 说明了酸枣仁汤对中枢神经系统的广泛作用, 其机制和量效关系有进一步探讨之必要。

6. 降脂作用 酸枣仁汤水煎后, 制成 100% 药液备用。实验表明酸枣仁汤对实验高脂血症有较好的降脂作用, 在降低 TC、TG、LDL-C, 升高 HDL-C 方面与安妥明相当 ($P > 0.05$), 而在提高 LCAT、SOD 活性, 升高 APOA₁ 水平, 降低 APOB 水平方面则明显优于安妥明 ($P < 0.05$)。但酸枣仁汤低剂量组对大鼠 APOA₁、APOB 的影响不明显 ($P >$

0.05)。

7. 其他 ①酸枣仁汤药效的影响因素研究：采用均匀设计的方法，以旷野法的自发活动次数为指标，对影响酸枣仁汤药效的三个因素：药物剂量、起效时间及给药天数进行研究。结果：三个因素中对自发活动次数影响大小依次为：给药天数 > 起效时间。在选定的剂量范围内，自发活动次数与剂量之间无线性关系；与给药天数、给药后起效时间有依赖关系，且给药天数、给药后起效时间与自发活动次数呈正相关。②酸枣仁汤处方的配比研究：采用均匀设计的方法，以旷野法的自发活动次数为指标对酸枣仁汤的拆方进行研究。结果：方中除酸枣仁外，四味药对自发活动次数影响贡献大小依次为：茯苓，川芎，知母，甘草。选择了酸枣仁汤的最优化配方比为酸枣仁：甘草：知母：茯苓：川芎（12：1：2：10：2）。实验值与理论预测值相近。结论：此配比与传统中药方解较为一致，配比可行。

【运用心得】 酸枣仁汤是临床治疗失眠的常用处方。因此，掌握应用本方的适应证是非常重要的，为此，首先需要理解“虚劳虚烦不得眠”之“虚烦”的含义与发生机制。虚烦之“虚”意在强调导致“烦”的原因是正虚无邪，“邪气盛则实，精气夺则虚”。故无邪为虚，因而，此“虚”字是与实热的“实”字比较而言的，结合酸枣仁汤组成，说明虚烦是由阴血不足引起，因为无邪，故有人称其为“空烦”，既有别于六经病或杂病中因实热内扰而致的烦躁不安，便秘溲赤等证候，也与因阴虚火炽的虚火上炎不同，彼见口干咽燥，而酸枣仁汤证未必口渴，或虽口干但却不喜饮，更不同于实热的口渴喜凉饮。临床所见，肝阴来路不一，若因久病损伤，则常见肾阴亦亏，需肝肾并补，加枸杞子、石斛、熟地等。肝火伤阴，则需兼清肝火，常合栀子豉汤、百合地黄汤。心肝火旺，阴虚耗伤，合百合地黄汤、百合知母汤。肝胃阴亏，合麦门冬汤。木

能生火，肝能养心，肝为心之母，肝阴虚又能影响及心阴之不足，“母令子虚”。若肝阴不足，心气虚耗；宜合甘麦大枣汤；心肝气阴亏虚，合炙甘草汤去桂枝、生姜、清酒。肝阴亏虚，阴不制阳，肝阳上亢，头晕目眩，加龙骨、牡蛎、代赭石、天麻、白芍、茵陈蒿。肝阴不足，虚热内扰，或阴虚火灼，炼津为痰，痰阻于中，胆气不舒，导致虚烦不寐，合温胆汤加减。头痛可合用大川芎丸，面肌痉挛可合用芍药甘草汤。

酸枣仁汤除用于治疗失眠外，还可用于精神焦虑、轻度精神分裂症、更年期综合征等病证的治疗，辨证总以肝血不足，虚热内扰者为宜。此外，肝阴不足，或心肝阴虚患者，除了表现为失眠之外，临床还常见睡惊、睡眠中肢体异常运动，甚至睡眠中癫痫发作，临床可用本方化裁治疗。《景岳全书》之二阴煎即由本方加玄参、生地、麦冬、黄连等药物化裁而来，但其养阴安神与清热除烦之力均强于酸枣仁汤，作者临床常用酸枣仁汤和芍药甘草汤、增液汤加味治之。

本方重在安神，但安神不是催眠。《景岳全书》提出“神安则寐，神不安则不寐。其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气之不足耳”。因此，如何理解酸枣仁汤的安神作用是临床应用的关键。神之安宁，属于静，静则属阴，《素问·阴阳应象大论》曰：“阴静阳躁”。故本方以酸枣仁之甘润为主，配苦寒沉静之知母、甘缓之甘草，意取阴静为本。然“阴平阳秘，精神乃治”。睡眠是阳入于阴，阴中有阳，阴气盛而用事，故少佐川芎，静中有动。这是本方配伍的精髓所在。因此，酸枣仁汤重在益阴，阴足自能制阳，阴静则神安，神安则寐。所以，临证应用酸枣仁汤以阴亏热扰，阴阳失和，心神不能为机要，则除失眠之外，举凡各种心情紧张、精神不安、烦而不宁的病证，皆可随证应用。

应用酸枣仁汤治疗各种失眠，辨证为要，同时应当掌握方中药物的用量比例与配伍要点。其中酸枣仁用量最为关键，一

一般而言其用量宜重，通常为 30g，也有医家用至 60g；但就临床所见，酸枣仁用量较大时（通常在 45g 以上）没有观察到明确的量效关系，因而，本着辨证论治，节约为本，因病治宜的精神，应当积极探索病机与方剂配伍的功效，而不是一味增加安神药的用量。其次，知母、川芎用量应适宜，总以知母重于川芎，一般是 3:1 为宜。再次，茯苓虽能宁心安神，然非重用不能获效；同时，因其淡渗之性，在阴虚血亏，内热生燥的状态下用量不宜过重，以防伤阴；且阴虚失润，极易发生肠燥便秘，此时也不宜重用茯苓。第四，临床应用酸枣仁汤常常需要加减，其中两类药物应用最多，一是重镇安神药，如龙骨、牡蛎、珍珠母、珍珠粉、紫贝齿等；二是甘缓润养之品，如麦冬、百合、淮小麦、莲子。

第十节 半夏厚朴汤

【组成】 半夏一升 厚朴三两 茯苓四两 生姜五两 干苏叶二两

【功效】 化痰降气，开郁散结。

【方义分析】 半夏厚朴汤是治疗梅核气的常用方剂。本病的发生，多由七情郁结，气机不畅，津凝为痰，气郁痰凝，阻滞胸咽所致，以“咽中如有炙脔”为特征，后世俗称“梅核气。”治疗当开结化痰，顺气降逆。方中半夏、厚朴、生姜辛苦降，散结降逆，理气宽胸，开郁畅中；半夏、茯苓化痰散结，和中降逆，苏叶宣气解郁。合用之则能开郁散结，降逆化痰。使气顺痰消，咽中炙脔之感自除。半夏、厚朴、生姜辛以散结，苦以降逆；半夏伍茯苓以利饮化痰；苏叶芳香，宣散解郁理气。全方利气降逆，化痰散结之功。气舒痰降，则病自愈。

【适应证】

1. 梅核气，精神抑郁，胸部闷塞，胁肋胀满，咽中如有

物梗塞，吞之不下，咯之不出，苔白腻，脉弦滑。

2. 郁证，胸脘胀闷，嗳气叹息，舌质淡红，苔白或白腻，脉弦。

3. 眩晕，头重胸闷，呕吐恶心，舌质淡红，苔白腻，脉滑。

〔类方〕

1. 小半夏汤 即半夏、生姜组方。能化痰饮、和胃降逆止呕。

2. 小半夏加茯苓汤 即半夏、生姜、茯苓，化痰降逆之力更强。

〔加减方〕

1. 四七汤 即半夏厚朴汤去厚朴加陈皮。功能行气化痰散结。主治七情内伤，结成痰气之证。（《太平惠民和剂局方》）

2. 桂枝四七汤 有桂枝汤与半夏厚朴汤合方加减而成，处方组成：桂枝、白芍药、半夏（制）、白茯苓、厚朴（制）、枳壳（制）、甘草（炙）、人参、紫苏。上药锉碎。每服 12g，加生姜 7 片，大枣 2 个同煎，空腹时服。功效调和营卫，行气化痰，开郁安神，主证营卫失调，痰气郁结，神机失和之失眠、抑郁不舒证。（《仁斋直指》）。

3. 解肝煎 即半夏厚朴汤去生姜，加陈皮、芍药、砂仁组成。善于疏肝解郁，理气降逆。治暴怒伤肝，气逆胀满，阴滞等症，最常用治肝气郁逆不舒之脘胀痞满等证治。（《景岳全书》）

〔临床荟萃〕

1. 治梅核气 有关半夏厚朴汤治疗梅核气的临床报道较多，如刘景辉介绍用半夏厚朴汤加味治疗梅核气，用枳壳、广香、砂仁、生甘草、大枣，治愈 1 例因受精神刺激后患梅核气者。

蔡钺候报道用加味半夏厚朴汤治疗“梅核气”74 例，其

中单纯型 13 例,伴肠胃失调的 22 例,慢性咽喉炎(包括扁桃体炎) 14 例,血脉不和(颈动脉压痛或颈动脉鞘炎) 12 例,心血管病 4 例,骨病变(茎突过长、颈椎病) 9 例。处方为:姜半夏、赤茯苓各 9g,制厚朴、紫苏叶各 5g,吴茱萸、黄连各 3g,生姜 4 片,枣 5 个。结果:痊愈 9 例,好转 24 例,无效 41 例,有效率为 44.6%。虽然从 74 例来看,总有效率不算高,但对不同病情来看,则其疗效并不一样,如伴有肠胃失调的 22 例,有效率达 68.2%,明显比其他各组为高,且在统计学上有显著意义($P < 0.05$)。然而 13 例单纯型,仅 1 例痊愈,5 例有效。可见,加味半夏厚朴汤主要对胃肠病变引起的梅核气病疗效较好。瘰疬:刘红等介绍用半夏厚朴汤治疗瘰疬 42 例,处方为:半夏 10g,厚朴 10g,茯苓 12g,苏叶 10g,生姜 10g,辨证加减。水煎服,每日 1 剂,早晚各 1 次。治疗结果:治愈 24 例(57.1%),好转 16 例(38.1%),无效 2 例(4.8%),总有效率为 95.2%。

2. 瘰疬性瘫痪 张文才用半夏厚朴汤加味治疗瘰疬性瘫痪 30 例,基本方组成:制半夏、厚朴各 12g,茯苓 20g,苏叶 6g,川芎、苍术各 12g,随证加减。水煎服,日服 2 次,每日 1 剂。结果:治愈 25 例,好转 4 例,无效 1 例。

3. 颈椎病合并梅核气 应有荣报道用加味半夏厚朴汤治疗颈椎病合并梅核气 352 例,随机分成两组,分别采用半夏厚朴汤(半夏、厚朴、茯苓、苏叶、生姜)合三黄葛根汤合(黄精、制大黄、黄芪、防己、赤芍、葛根、川芎、地龙、鹿含草、威灵仙、桂枝、甘草)。治疗过程中梅核气症状消失后即减去半夏厚朴汤续用三黄葛根汤。对照组:单用三黄葛根汤。结果显示,加味半夏厚朴汤与对照组有效率分别为 95.4%与 78%,疗程进度治愈率,治疗组共 252 例,第 1 疗程治愈 189(75%),第 2 疗程 37(14.7%),第 3 疗程 15 例(6%),第 3 疗程以上无效 11 例(4.3%)。对照组 100 例,第 1 疗程 19

例,第2疗程31例,第3疗程28例,第3疗程以上无效22例。两组在治疗过程中有明显的差异 $P>0.05$ 。结论:加味半夏厚朴汤治疗颈椎病合并梅核气证有良好的治疗作用并对疗程有明显的缩短。

4. 脑血管障碍的吸入性肺炎 日本医家内藤真礼介绍半夏厚朴汤对伴有脑血管障碍的吸入性肺炎的预防作用。对象与方法:多发性脑梗死、脑出血等脑血管障碍、伴有吸入性肺炎,或为预防肺炎服用ACE抑制药(依那普利5~10mg/日)患者5例(男4例、女1例,年龄56~84岁)。所有病例CT、MRI检查提示多发性脑梗死,吞咽反射减弱。服用依那普利期间(6~20个月)出现2~5次吸入性肺炎者住院治疗。确认无肺炎表现后停用依那普利,饭前30分钟给予半夏厚朴汤(4例口服12片/日,1例鼻饲7.5g/日),用药6个月以上。结果:①给予ACE抑制药的影响:病例1为陈旧性小脑出血,伴有多发性脑梗死、脑缺血、高血压、构音障碍,服用ACE抑制药前20个月发生5次吸入性肺炎,4次住院治疗。服用依那普利20个月间发生肺炎2次,其中住院治疗1次。病2~4均为多发性脑梗死,合并肝硬化、慢性肾功能不全。在服用ACE抑制药前8~19个月间发生2或3次吸入性肺炎,分别住院1或2次。服用依那普利8~10个月未出现肺炎。其中病例4的血肌酐升高,依那普利用量从10mg/日减至5mg/日后血肌酐降低,并且出现咽部不适。病例5为糖尿病肾病,合并慢性肾功能不全、多发性脑梗死、脑出血。住院期间经鼻饲补充营养,6个月发生3次吸入性肺炎。给予依那普利(10mg/日)后6个月发生2次吸入性肺炎。②给予半夏厚朴汤的影响:停用依那普利,给予半夏厚朴汤。病例1服药28个月间发生1次吸入性肺炎;病例2~4在服药17~18个月间未出现肺炎;病例5服药6个月间未出现肺炎,呛噎减少。其中病例1、2吞咽反射功能改善,呛噎消失。5例服用半夏厚

朴汤后均未见副作用。上述结果表明,半夏厚朴汤与 ACE 抑制药对吸入性肺炎具有同等的预防效果,可增强吞咽神经的反射能力,改善吞咽功能。与 ACE 抑制药不同,半夏厚朴汤对血压和肾功能无影响,安全可靠。另外,对吞咽功能低下的患者应注意剂型的选择,给予散剂较危险,应选用片剂。

5. 睡眠呼吸暂停综合征 日本医家久永明人报道了半夏厚朴汤治疗 1 例睡眠呼吸暂停综合征 (SAS) 有效的病例。患者在服药前后以多睡眠记录仪 (PSG) 进行评价,在临床症状减轻的同时 PSG 所见亦有改善。汉方治疗睡眠呼吸障碍的报道仅有 3 例,即补中益气汤治疗 1 例,血氧饱和度改善;大柴胡汤治疗 1 例,打鼾及白天嗜睡消失;三黄泻心汤随证治疗改善 1 例,PSG 所见改善。本例经半夏厚朴汤治疗, SAS 从主、客观方面均见改善。从治疗经过推测,半夏厚朴汤可能改善了睡眠时上呼吸道下部的气道阻塞。认为本病若有明显“咽中炙脔”的咽部不适症状时,则为半夏厚朴汤的适应证。

6. 对吞咽反射的作用 日本医家岩崎钢报道用半夏厚朴汤对吞咽反射的影响。方法:将 32 名高龄受试者分成两组,一组 (20 名) 在继续原有治疗的同时口服半夏厚朴汤提取剂, 7.5g/日,连服 4 周。另一组 (12 名) 继续原有治疗。两组受试者的性别、年龄、ADL 没有明显差异。分别于服药前后经鼻注入 1ml 蒸馏水测定吞咽反射,并在服药前后测定半夏厚朴汤组中 6 名受试者呼吸道分泌物中的 SP。结果:半夏厚朴汤组治疗前吞咽反射为 $11.64 \pm 2.97s$, 对照组为 $10.98 \pm 3.97s$, 两组间无明显差异。治疗后半夏厚朴汤组明显改善 ($2.56 \pm 0.38s$), 对照组无变化 ($10.84 \pm 3.58s$)。半夏厚朴汤组中 6 名受试者呼吸道分泌物中的 SP 服药前为 $9.13 \pm 2.5mol/ml$, 服药后明显增加 ($15.0 \pm 2.2mol/ml$)。

〔实验研究〕

1. 抗抑郁作用 ①采用小鼠强迫游泳、悬尾、育亨宾增

强、高剂量阿扑吗啡拮抗等实验动物模型,半夏厚朴汤 200、500mg/kg 能显著缩短小鼠强迫游泳、悬尾不动时间,50, 200, 500mg/kg 能增强育亨宾对小鼠的毒性作用,500mg/kg 能拮抗阿扑吗啡降低小鼠体温作用。结果表明,半夏厚朴汤具有显著的抗抑郁作用。②对未预知的长期应激刺激抑郁模型的作用:采用两种不同的长期应激刺激建立模型,研究半夏厚朴汤的抗抑郁作用,测定半夏厚朴汤对模型动物血清一氧化氮(NO)水平、脾细胞体外培养上清 NO 水平的影响。结果:半夏厚朴汤对两种长期应激刺激抑郁模型均有显著的抑制作用,降低模型动物血清 NO 水平和脾细胞培养上清 NO 水平的异常升高。实验结果表明半夏厚朴汤对未预知的长期应激刺激抑郁模型具有显著的抑制作用。③对大鼠慢性抑郁模型的影响:以 1%蔗糖水摄入量作为指标,慢性给予各种低强度复合刺激,造成大鼠慢性抑郁模型。结果显示,在大鼠慢性抑郁模型中半夏厚朴汤醇提物可增加动物蔗糖摄入量;增加其脾脏自然杀伤细胞活性;升高血清中高密度脂蛋白(HDL-C)水平($P < 0.05$),降低甘油三酯水平($P < 0.01$);降低血红细胞内超氧化物歧化酶活性及血清和肝组织中一氧化氮合酶活性;同时抑制组织中脂质过氧化程度,降低心肌组织中丙二醛含量。结果表明半夏厚朴汤醇提物通过多途径而达到抗抑郁作用。④将 SD 大鼠分为 5 组:正常组、模型 I 组(慢性心理应激模型,不灌服生理盐水)、模型 II 组(慢性心理应激模型,灌服生理盐水)、半夏厚朴汤组(灌服半夏厚朴汤水煎浓缩液)、桂枝甘草龙骨牡蛎汤组(灌服桂枝甘草龙骨牡蛎汤水煎浓缩液),连续灌服 19 天测试各组大鼠行为、下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)、血浆促肾上腺皮质激素(ACTH)及血清皮质酮(CORT)。结果:半夏厚朴汤组大鼠第 11、19 天爬格次数增加,第 11 天挣扎次数增加,CRH、ACTH 降低;桂枝甘草龙骨牡蛎汤组大鼠第 19 天爬格次数增加,第 19 天静止时间

缩短, CRH、ACTH 降低。结论: 半夏厚朴汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤可作用于下丘脑-垂体-肾上腺轴的不同环节, 一定程度上影响慢性应激大鼠的行为方式, 调节慢性应激大鼠的内分泌功能。

2. 对人血浆和唾液中神经肽水平的影响 半夏厚朴汤胶囊为半夏 (6.0g)、茯苓 (5.0g)、厚朴 (3.0g)、紫苏 (2.0g) 和生姜 (1.3g) 的生药粉提取物。安慰剂为 EK-16 添加剂。受试者为 5 名健康男性志愿者 (24~29 岁, 不吸烟), 受试前至少 1 个月未服用任何药物。每人用水送服半夏厚朴汤胶囊 6g, 2 周后再给予相同剂量的安慰剂。分别于服药前和服药后 20~240 分钟取样进行检测。2 个月后用 Saxon 试验测定唾液量。结果提示, 半夏厚朴汤可能通过刺激局部神经多肽能神经改善声音嘶哑、咽喉食管部异物感和吞咽反射异常等症状。

〔运用心得〕 半夏厚朴汤为开结散郁, 调气化痰之剂。由于七情郁结, 气滞痰凝, 上逆于咽喉, 咯之不出, 咽之不下, 即所谓梅核气, 全方配伍能调气开郁, 理气和中, 下气降逆, 化痰散结, 健脾渗湿。能使郁结解散, 气机调达, 痰结凝消, 故为治梅核气之主要方剂。临床应用本方首先要把握其功效, 全方重在理气开郁, 化痰降逆, 不要拘泥于化痰一端, 其中半夏、厚朴、苏叶诸药皆理气之品, 其辛散能疏肝解郁, 诸药又多化痰之用, 因此, 最擅长治疗因痰气郁结所致的病证。其次, 本方主治病机是气机郁滞, 痰浊内停, 若阻结局部, 则为梅核气或咽部感觉异常、痞满、胁痛、胸痛等; 若气结痰郁影响神明, 则表现为精神抑郁, 情志不畅, 嗳气叹息, 失眠多梦等, 从而使本方的主治不仅仅限于梅核气。第三, 临床常以本方为基础加减应用, 如, 梅核气患者常伴有精神抑郁, 胸闷叹息等肝气郁结见症, 故可加入柴胡、郁金、青皮等疏肝理气之品, 或合逍遥丸加减同用; 胸闷胁痛, 嗳气叹息, 加桔梗、枳壳、川贝母; 湿郁气滞而兼胸脘痞闷, 嗳气, 苔腻者, 加香

附、佛手片、苍术理气除湿；脘腹痞满，嗳气或呕吐，加陈皮、旋覆花、枳壳等；失眠，加合欢花、川贝母等；痰郁化热而见烦躁，舌红苔黄者，加竹茹、瓜蒌、黄芩、黄连清化痰热；病久入络而有瘀血征象，胸胁刺痛，舌质紫暗或有瘀点瘀斑，脉涩者，加郁金、丹参、降香、姜黄活血化瘀。近年来，根据本方主治梅核气的功效，将其扩展到抑郁症的治疗，临证可以借鉴《温病条辨》半夏桂枝汤，将本方与桂枝汤合方，既能开郁理气，化痰降逆，又能调和营卫，养心安神，符合抑郁症阳郁神颓，气机不达，神机失和的病机特征，临床仍需随证加减。此外，本方除治疗梅核气之外，还可用于功能性胃肠病之胃脘痛、腹胀、呕吐，痰气郁滞的哮喘，颈椎病变见胸痹等的证治，总以辨证为据。此外，对局部病变为主证者，应注意明确诊断，尽量区分功能性病变与器质性病变。

第十一节 桂枝茯苓丸

〔组成〕 桂枝 茯苓 牡丹（去心） 桃仁（去皮尖，熬） 芍药各等分

〔功效〕 活血化瘀，消积化癥。

〔方义分析〕 本方为活血化瘀，消积化癥之要剂。由于妇人宿有癥病，复又受孕成胎，停经三月，又漏下不止，以癥病妨害胞胎之养，故积不去，则漏下不止，而无新血养胎，以桂枝茯苓丸，缓消癥块，桂枝温通血脉，茯苓健脾渗湿，扶正养胎，芍药养血和营，丹皮、桃仁消瘀血、破瘀积，祛瘀生新，使癥痕逐渐消散，而新血养胎。本方虽有破血行滞之桃仁、丹皮。但为缓消癥块之品，使胎孕无限。丸以白蜜者，意在使猛攻，缓缓显效。

〔适应证〕

1. 中风病，肢体瘫痪，偏身麻木，口舌喎斜，语言不利，

舌质淡暗，苔白腻，脉弦或弦滑，或弦涩。

2. 椎基底动脉供血不足或慢性脑供血不足，眩晕头痛，恶心呕吐，耳鸣，转颈或体位变化可以诱发或加重眩晕。

3. 偏头痛、紧张性头痛、颈源性头痛等证属痰瘀阻滞经脉者，可选用本方治疗。

4. 抑郁症或慢性失眠症，睡眠障碍，入睡困难，头昏头痛，记忆力减退，舌质淡暗，苔白腻者，可选本方加减治疗。

〔类方〕

1. 苓桂术甘汤 即桂枝茯苓丸去桃仁、丹皮、芍药，加白术、炙甘草。功能温阳化饮，健脾利水。治疗水停为饮所致的眩晕、心悸等病证。临床用于水饮内停之眩晕、失眠、脱发的治疗。

2. 温经汤 即桂枝茯苓丸去桃仁、茯苓，加吴茱萸、当归、芍药、人参、阿胶、生姜、牡丹皮、甘草、半夏、麦门冬而成。功效温经散寒，养血祛瘀。原方用于虚寒兼瘀血所致的崩漏证治。临床可以用于气血亏虚，寒邪凝滞的坐骨神经痛、偏头痛等病证的治疗。

〔加减方〕

1. 通脉汤（杨百蓓）

组成：黄芪 30g，当归 15g，白芍 15g，桃仁 10g，生地 15g，川芎 10g，丹皮 10g，桂枝 10g，茯苓 10g。本方是从仲景之桂枝茯苓丸与王清任之补阳还五汤二方化裁而成。功效：益气活血，逐瘀通络。主治：中风半身不遂，口眼喎斜，语言謇涩，口角流涎，脉迟缓或浮弱，舌苔薄白。（引自《首批国家级名老中医效验秘方精选》）

2. 苓桂茜红汤（刘渡舟）

苓桂茜红汤，即苓桂术甘汤减去白术、甘草，加红花，茜草而成。此方为余手制。常用于某些冠心病患者。他们既有水气上冲的症候，复有心前区疼痛控背及手指发麻等气血瘀阻的

证候。此方用苓桂通阳化饮，红花、茜草活血脉而行瘀滞。

(引自《伤寒论十四讲》)

3. 苓桂芥甘汤 (刘渡舟)

苓桂术甘汤减白术、又加白芥子 3 克，使其疏肝下气，开阴凝之邪，临床用于治疗水气上冲，而又有肝气作暖、头晕目胀，又以夜晚为甚、脉沉弦等症。(引自《伤寒论十四讲》)

〔临床荟萃〕

1. 无症状脑梗死 后藤博三等报道，长期服用桂枝茯苓丸对无症状脑梗死的疗效，观察组，给予桂枝茯苓丸为主的中药治疗 1~3 年左右，按头部 MRI 影象每年有精神症状，使用修订长谷川式简易智力评价标准、SAS、SDS、血压、及自觉症状的头重、头痛、眩晕、肩周炎、上火、耳鸣、四肢麻木发冷、全身倦怠乏力、食欲情况等 10 项症状的有无，分 5 个阶段进行评价。对无症状性脑梗死患者用中药进行了 3 年治疗，以健康高龄组作为对照，从精神症状方面和无症状性脑梗死的复发了探讨。中药治疗组与健康高龄组比较，抑郁状态总的改善有统计学意义。在认知机能检查方面，与健康高龄组评分比较，无显著差异。中药治疗无症状性脑梗死的认知机能低下被提示是有益的。中药治疗组的组内比较抑郁状态的改善，提示桂枝茯苓丸的有效性。英国医生用桂枝茯苓丸，由桂枝、茯苓、丹皮、芍药、桃仁各 3g 混合制备而成，其中每 7.5g 中含 1.75g 提取物。受试对象为 142 例无症状性脑梗死患者，其中男 32 例，女 110 例；年龄为 68.9 ± 8.1 岁，139 例完成了本研究，患者并发疾病：高血压 71 例、糖尿病 10 例、高脂血症 27 例、缺血性心脏病 8 例。脑 MRI 检查：29 例有 1 个、113 例有 2 个或 2 个以上腔隙梗死；81 例无或有极轻度、41 例轻度、16 例中度、4 例重度室周高强度信号改变。方法：患者服用桂枝茯苓丸（每日 7.5g，分 3 次服）12 周，无其他特殊药物治疗。结果与讨论：治疗过程中，HDS-R、淡漠评定、SDS

等指标均显著改善：除 10 例自觉症状恶化外，其他患者都有不同程度的改善。治疗 12 周后，患者平均收缩压有下降趋势，平均舒张压显著下降，表明桂枝茯苓丸有舒张血管作用。除 6 例有轻度副作用及 3 例因副作用（腹泻、心悸、瘙痒）停药外，其他患者未见副作用。结果表明桂枝茯苓丸短期治疗无症状性脑梗死有效。

2. 糖尿病周围神经病变 廖世忠等报道，用桂枝茯苓丸治疗糖尿病周围神经病变 20 例，方法：桂枝茯苓丸改作为汤剂，每药各 10g，每日 1 剂。加减法：瘀血明显加红花、川芎；痰湿重加白芥子、橘络；气阴虚加黄芪、淮山药。连服 2 个月。治疗期间，停用其他对糖尿病神经病变有影响的药物，治疗前后观察自觉症状、血糖、运动神经传导速度变化。结果：自觉症状明显减轻 10 例，好转 6 例，无效 4 例，总有效率为 80%。症状改善以肢麻、疼痛为著，乏力欠佳。认为桂枝茯苓丸对瘀血或兼痰湿寒凝病证效果更好，这与本方组成相关。

3. 高血压性脑出血 狄民等介绍用桂枝茯苓丸加减治疗高血压性脑出血 55 例，将 102 例高血压性脑出血，随机分为治疗组 55 例，对照组 47 例。治疗方法：治疗组在常规内科治疗的基础上加用桂枝茯苓丸。基本方：桂枝 10g，茯苓 20g，丹皮 15g，赤芍 20g，桃仁 10g，生大黄 8~15g（后入），生黄芪 30~45g，牛膝 20g，鲜竹沥 1~2 支（分 2 次冲服）。上方在应用时一般不作加减，唯舌象显示伤阴时加生地 20~45g。每日 1 剂，水煎分 2~4 次服，20 天为 1 个疗程。对照组只采用内科常规治疗。用药前所有入选病例根据脑卒中神经功能缺损度评分量表，分别在用药前 1 天和用药后第 20 天评分。结果：治疗组：基本治愈 11 例（20%），显著进步 24 例（43.7%），进步 9 例（16.4%），无变化 3 例（5.4%），恶化 8 例（14.5%），死亡 4 例（7.2%），总有效率 44 例（80%）。

对照组：基本治愈 5 例 (10.6%)，显著进步 9 例 (19.2%)，进步 17 例 (36.2%)，无变化 8 例 (17%)，恶化 8 例 (17%)，死亡 5 例 (10.6%)，总有效率 31 例 (65.9%)。两组比较，有显著性意义 ($P < 0.01$)。

4. 眩晕 李泉红介绍桂枝茯苓丸加味为主治疗眩晕 58 例，治疗组在对照组治疗基础上加服桂枝茯苓丸加味，处方为：桂枝、茯苓、丹皮、桃仁、赤芍、白芍各 10g。肝阳上亢者加天麻 10g，钩藤 20g，石决明 30g，川牛膝 20g，菊花 10g；痰湿较甚者加陈皮、石菖蒲、半夏各 10g；气血亏虚者加黄芪 20g，当归 10g；肝肾阳虚者加女贞子、旱莲草各 10g，枸杞 20g；恶心、呕吐者加旋覆花 10g，代赭石 30g；肢体麻木者加怀牛膝 20g，豨莶草 10g，广地龙 10g；颈项不舒者加葛根 20g，木瓜 10g。水煎，分早、晚服，每日 1 剂。30 天为 1 疗程。治疗结果：治疗组 58 例中，治愈 18 例，占 31.03%；好转 36 例，占 62.07%；未愈 4 例，占 6.9%；总有效率为 91.10%。对照组 30 例中，治愈 6 例，占 20%；好转 16 例，占 53.33%；未愈 8 例，占 26.67%；总有效率为 73.33%。两组总有效率经统计学分析有显著性差异 ($P < 0.05$)。

5. 神经纤维瘤 韦曙平用桂枝茯苓丸治疗神经纤维瘤 17 例，所有病例均作过肿瘤活检确诊。处方：桂枝 8g，茯苓、归尾、败酱草、甘草各 15g，白芍 30g，牛膝、丹皮各 10g，桃仁 6g。气虚者加黄芪、党参；血瘀者加三棱、莪术。每日 1 剂，水煎分 4 次服。连服 1 周，休息 3 天，共用 3 个月。其中 4 例疼痛重者在治疗开始时加用西药 5~7 天，药用消炎痛 25mg，每天 3 次；或布洛芬 0.2g，每天 3 次。治疗结果 17 例中，5 例服药后肿瘤基本消失；8 例肿瘤缩小，疼痛、麻木症状缓解；4 例服药 3 个月无效或失访。中老年疗效较好，2 例儿童无效。

〔实验研究〕

1. 对变应性神经炎的作用 对照组（非投药组，7只），桂枝茯苓丸组（8只），真武汤组（7只）。将药物混于饲料中喂养3周，然后造大鼠后腿佐剂性变应性神经炎。对临床症状分七级进行评价，症状到达峰值时处死1~2只大鼠，取神经、脑、脊髓进行组织学研究。结果：对照组、桂枝茯苓丸组、真武汤组的发病时间（日）分别为 14.6 ± 0.8 ， 15.0 ± 0.6 ， 15.5 ± 0.5 ；症状到达峰值的时间（日）分别为 16.1 ± 0.7 ， 15.5 ± 0.5 ， 16.3 ± 0.8 ；症状峰值的延续时间（日）分别为 9.0 ± 3.6 ， 5.0 ± 3.9 ， 5.0 ± 3.6 ；症状峰值的重症度分别为 3.3 ± 0.8 ， 2.3 ± 1.9 ， 2.2 ± 1.5 ；病程（日）分别为 29.4 ± 4.7 ， 29.0 ± 4.2 ， 24.2 ± 2.7 。由此可见，桂枝茯苓丸组和真武汤组有发病迟，症状峰值延续的时间短，症状峰值的重症程度低，病程短的倾向。经统计学处理，真武汤组的发病时间明显晚于对照组（ $P < 0.05$ ），其他则无明显差异。病程自始至终的重症度积分平均值三组分别为 41.4 ± 19.5 ， 26.8 ± 23.2 ， 16.8 ± 12.3 ，真武汤组明显降低，（ $P < 0.05$ ）桂枝茯苓丸组有低值倾向。结果表明，真武汤对变应性神经炎具有治疗效果，桂枝茯苓丸具有治疗变应性神经炎的可能性。

2. 对脑缺血及再灌注过程中 Ca^{2+} 氨基酸水平的变化影响 氨基酸自动分析仪测定 Glu、Asp、Gly、GABA。原子吸收分光光度法测定脑组织中的 Ca。结果：中药治疗组的氨基酸水平及 Ca 含量与对照组相比有明显差异。桂枝茯苓丸加减方对缺血性脑损伤有缓解作用。

3. 对脑缺血鼠脑组织超微结构的影响 用透射电镜观察缺血60分钟、再灌注60分钟、缺血后中药治疗3组小鼠脑运动区皮层的超微结构，结果发现：锥体细胞和胶质细胞均有改变，以胶质细胞改变最显著；毛细血管周围的胶质细胞突起肿胀明显，且内皮与突起之间的基膜增厚可达300nm；中药治疗组鼠脑胶质细胞肿胀消失，细胞器恢复正常，毛细血管内皮

与胶质细胞突起之间的基膜厚度变薄。表明脑缺血对大脑胶质细胞和血脑屏障损害严重,而中药复方具有改善上述损伤的作用。

4. 对缺血鼠脑和血中氨基酸变化的影响 中药复方(桂枝茯苓丸加川芎、泽泻)能明显降低鼠脑组织和血清中 GLu、Asp、Gly、GABA 含量,统计结果均有显著意义。表明本方有明显的抗脑缺血性氨基酸毒性的作用,有助于缺血性脑水肿的减轻和脑细胞损伤的修复。

5. 对血液流变性的影响 家兔静脉注射或口服桂枝茯苓丸 1.5 小时后,经血液流变学测定,全血还原比粘度(高切、低切),全血比粘度(高切、低切),血浆比粘度及纤维蛋白原浓度均明显降低,红细胞电泳时间减少。但对红细胞计数、白细胞计数、血红蛋白含量及血浆中胆固醇浓度均无明显影响。表明本方降低血液粘度的作用不是由于血细胞数量或血中胆固醇浓度降低所致,而是与血浆中链状高分子物质,主要是纤维蛋白原的浓度降低有关。

6. 降脂作用研究 对实验性老龄动物高脂血症的体重、体态变化和中药复方对其的影响,结果显示高脂饮食后,实验动物体重变化明显,从毛发、精神、食欲、活动、体形来看变化明显;在不限高脂饮食的条件下,中药复方还不能完全拮抗高脂饮食引起的体重增加。但在由高脂饮食引起的体重增加后,能明显地降低体重,改善体态。表明该复方具有一定的健美减肥作用。

对摄食高胆固醇大鼠脑动脉早期病变的疗效 日本木村通郎为了研究当归芍药散(T)、桂枝茯苓丸(K)对脑血管疾病的作用机制,以摄取高胆固醇饮食而引起脑动脉粥样硬化,作为早期血管病变出现动脉血管内皮细胞及 T 淋巴细胞、单核吞噬细胞特异性粘附的实验动物为对象,观察给药后对其脑动脉内皮 T 淋巴细胞黏附抑制效果。实验用 35 日龄 SD 雄性大

鼠。结果：对照组摄取 HC14 天后，血中总胆固醇含量明显增加，胸、腹主动脉内皮细胞和外周 T 淋巴细胞黏附也明显增加，随后巨噬细胞黏附明显，内膜内可见泡沫样细胞。而脑动脉内皮中 T 淋巴细胞黏附的出现晚于胸腹部动脉、T、K 组 21 天后胸腹部动脉内皮 T 淋巴细胞黏附少量出现，脑动脉内皮中 T 淋巴细胞黏附可被抑制。由此认为，T、K 的免疫作用机制与外周 T 淋巴细胞的变化有关。

预防饲喂胆固醇饮食家兔的动脉粥样硬化形成 16 只雄性日本白兔分为 A、B 两组。A 组饲喂含 1%胆固醇的饮食 5g/日，B 组除给予含 1%胆固醇饮食外，同时给予 1%桂枝茯苓丸 5g/日。实验结果显示给予桂枝茯苓丸可见胸主动脉粥样硬化斑点总表面积百分比明显降低，桂枝茯苓丸能拮抗 Cu^{2+} 引起的 B-VLDL 和 LDL 的氧化修饰。桂枝茯苓丸还能明显抑制体外过氧化脂质形成，并有剂量依赖性。此外，桂枝茯苓丸的组成药物桂枝、芍药、牡丹皮在高浓度时体外也能抑制过氧化脂质的形成。结果提示桂枝茯苓丸可能是通过限制氧化 LDL 修饰，预防饲喂胆固醇家兔的动脉粥样硬化的形成。

〔运用心得〕 桂枝茯苓丸原为妇人癥病下血不止而设。为祛瘀化癥的轻剂，特别是炼蜜为丸，每服 1~3 丸，剂量既小，药力又薄，使下癥而不伤胎。方中桂枝温通经脉、散寒通络，桃仁、丹皮破血祛瘀，芍药益阴柔肝缓急止痛，茯苓利湿化痰、安神宁心。从方剂组成看，本方既有苓桂剂之核心茯苓与桂枝，通阳化气，降逆化饮；又有桃核承气汤之桂枝、桃仁，通阳化瘀；还有桂枝汤之主要组分桂枝、芍药，调和营卫，活血通脉。可以全方具有通阳、散寒、化瘀、活血、通脉、化气、利水、化痰、散结、消癥之功。而本方主治证病机，涉及瘀血、痰浊、水饮、寒邪，因此，凡瘀瘀阻滞，清窍不利，脉络闭塞所致的麻木、疼痛、偏瘫、失用、失语、听力减退、健忘、失眠、头痛、眩晕等病证皆可随证使用。瘀阻在脑髓清

窍，失语、健忘，加石菖蒲、远志；失眠，加半夏、石菖蒲；头晕或眩晕，舌质淡，苔滑，加白术、炙甘草、泽泻、天麻；舌质暗，加丹参、葛根、天麻；苔白腻，加半夏、陈皮、厚朴；颈项强急、疼痛，苔白腻，加葛根、芒硝、半夏、枳实；肢体麻木，上肢加桑枝、羌活、当归；下肢加牛膝、独活、苍术；手指不用、拘急，加连翘、当归；瘀血重者，合大黄廑虫丸；便秘，加大黄、当归。久病气虚，加黄芪、人参，或合黄芪桂枝五物汤、补阳还五汤；伤阴，合金水六君煎；伤阳，合金匱肾气丸；心阳不振，加炙甘草、肉桂；脾阳不足，加干姜、炙甘草；肾阳不足，加附子、肉桂；肢体肿胀，加车前子、茯苓、牛膝。

总之，脑病临床应用本方以痰瘀痹阻为病机要点，阻络则疼痛、麻木、瘫痪、抽动；扰神则头痛、眩晕、失眠、健忘、语言障碍、神志障碍等。凡属瘀血痰浊阻滞者，皆可选用桂枝茯苓丸加减治疗。

参 考 文 献

1. 名医名方一颈舒汤. 中国中医药报, 2006, 5.24, 总 2539 期
2. 张月林. 加味葛根汤治疗寒湿痹阻型椎动脉型颈椎病 80 例 [J]. 江苏中医药, 2004, 25 (5): 38
3. 陈作桓, 彭雪锋. 葛根汤合四物汤配合枕颌带牵引治疗颈椎病 218 例 [J]. 新中医, 2004, 36 (12): 46~46
4. 曹先明, 许湘龙. 加味葛根汤治疗贝尔氏面瘫 35 例 [J]. 湖北中医杂志, 2000, 22 (2): 14
5. 潘治平. 解肌止痛冲剂治疗紧张性头痛 50 例——附阿米替林治疗 50 例对照 [J]. 浙江中医杂志, 2001, 36 (11): 470~470
6. 郑丹. 自拟麻芍葛根汤治疗血管神经性头痛 62 例 [J]. 广西中医学院学报, 2004, 7 (2): 27
7. 满宏顺, 杨平巧, 谷志平, 等. 葛根汤治疗椎基底动脉缺血性眩晕 32 例 [J]. 河北中医药学报, 1999, 14 (1): 10

8. 韩周贵. 葛根汤治疗痉挛性斜颈 8 例分析 [J]. 甘肃中医, 2005, 18 (3): 18
9. 周军, 方素萍, 等. 葛根汤对佐剂性关节炎大鼠关节液炎症介质的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2001, 7 (3): 29~31
10. 刘云波, 邱世翠, 等. 葛根对小白鼠免疫功能的影响 [J]. 中国现代医学杂志, 2002, 12 (15): 62~63
11. 宋淑珍, 董振南, 谷峰, 等. 葛根中不同提取物对外周血免疫细胞 R 调节机理研究 [J]. 中国中药杂志, 2002, 27 (9): 684~687
12. 王福文, 王磊一. 葛根素对兔脑循环及脑代谢的影响 [J]. 时珍国医国药, 2000, 11 (7): 590~591
13. 吴永勤, 陈遇英, 王春明. 葛根素对高血压患者左室舒张功能的影响 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2002, 12 (7): 408~409
14. 周军, 方素萍, 等. 葛根汤对退变颈椎间盘组织磷脂酶 A₂ 的影响 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2002, 10 (4): 12~14
15. 禹志领, 张广钦. 葛根总黄酮对脑缺血的保护作用 [J]. 中国药科大学学报, 1997, 28 (5): 310~312
16. 郭杰, 王玉平, 朱瑞娥. 柴胡桂枝汤治疗耳后神经痛 36 例 [J]. 中国中医急症, 2002, 6 (12): 498
17. 罗泽中. 中西医结合治疗糖尿病自主性神经病变的临床探索 [J]. 四川中医, 2004, 22 (11): 237
18. 伊东范夫. 柴胡桂枝汤治疗癫痫的使用经验 [J]. 汉方治疗, 1996, 15 (2): 5
19. 大野健次. 柴胡桂枝汤治疗三叉神经痛的效果 [J]. 日本东洋医学杂志, 1995, 46 (1): 55
20. 柴胡桂枝汤治疗鼾声的效果 [J]. 国外医学中医中药分册, 1994, 6 (4): 15~16
21. 李恒欣. 柴胡桂枝汤治疗面部神经炎 1 例 [J]. 北京中医药大学学报, 1995, 18 (1): 68
22. 马融. 柴胡桂枝汤抗戊四唑惊厥的作用观察 [J]. 国医论坛, 1991, (1): 44
23. 肖子曾. 柴胡桂枝汤的药理研究和临床应用 [J]. 中成药, 1996, 16 (4): 47~48

24. 李治淮, 冯学斌, 袁柱婷, 等. 柴胡桂枝汤对反复呼吸道感染患儿免疫球蛋白及 IgG 亚类的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (11): 653.
25. 船越显博. 柴胡桂枝汤对大鼠胰腺细胞的影响 [J]. 临床之研究, 1994, 71 (1): 258
26. 吴美娟, 吴慧平. 柴胡桂枝汤对 D 半乳糖亚急性中毒小鼠拟衰老的实验研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2000, 16 (3): 164
27. 闫炳远. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗癫痫 65 例 [J]. 四川中医, 2002, 20 (4): 48
28. 王兰. 柴胡加龙骨牡蛎汤化裁治疗眩晕 51 例 [J]. 河南中医, 2000, 20 (3): 12
29. 沈莉. 柴胡加龙骨牡蛎汤配合行为疗法治疗失眠 36 例疗效观察 [J]. 天津中医, 1999, 16 (2): 25~26
30. 张家驹. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗恐怖性神经症 14 例 [J]. 实用中医内科杂志, 1994, 8 (3): 10
31. 戴裕光. 柴胡龙牡汤治疗神经精神疾病 271 例疗效分析 [J]. 实用中医药杂志, 1996, (6): 10
32. 石月平, 赵建宇, 周亚滨. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗心血管神经症体会 [J]. 中医药信息, 2002, 19 (3): 53
33. 张春光. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗感染性多发性神经炎举隅 [J]. 实用中医药杂志, 1998, 14 (10): 39
34. 伊藤忠信. 柴胡加龙骨牡蛎汤及加味逍遥散对中枢 5-HT 关联物质的影响 [J]. 汉方医学 (日), 1986, 19 (9): 14
35. 童建明. 柴胡加龙骨牡蛎汤和柴胡桂枝干姜汤对中枢神经系统的作用 (译) [J]. 国外医学·中医中药分册, 1998, 20 (2): 36~37
36. 道尻诚助. 柴胡加龙骨牡蛎汤及柴胡桂枝干姜汤对小鼠脑内单胺类物质的影响 [J]. 国外医学·中医中药分册, 1997, 19 (2): 40~41
37. 饭冢进. 柴胡加龙骨牡蛎汤对 E1 系小鼠自发运动量及睡眠的影响 [J]. 日本东洋医学杂志 (日), 1996, 46 (6): 89
38. 伊藤忠信. 柴胡加龙骨牡蛎汤及柴胡桂枝干姜汤对小鼠脑内乙酰胆碱含量及记忆障碍的影响 [J]. 日本医学论坛报 (日), 1993,

(6): 17

39. 张有志, 聂惠民, 张德昌, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤等经方治疗抑郁症的动物行为学研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7 (7): 30~32
40. 徐国龙, 杨帆, 沈德凯, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤对戊四唑点燃癫痫大鼠海马内 cAMP、cGMP 含量的影响 [J]. 安徽中医学院学报, 2002, 21 (1): 36~38
41. 沈鸿, 黄芳, 窦昌贵, 等. 酸枣仁汤药效的影响因素研究. 江苏药学与临床研究, 2004, 12 (3): 34
42. 严林. 大承气汤灌肠对脑血管病患者意识障碍的改善作用 [J]. 山西中医学院学报, 2002, (3): 32
43. 覃香. 大承气汤灌肠治疗脑出血急性期的疗效观察 [J]. 广西中医学院学报, 2000, 17 (1): 27
44. 邢刚, 于美红, 刘珍华. 复方大承气汤保留灌肠治疗肝性脑病 16 例 [J]. 时珍国医国药, 2000, 11 (8): 726
45. 梁宝利. 大承气汤加味在狂症中的应用 [J]. 中国民康医学杂志, 2003, 15 (7): 429
46. 王丽娟. 中草药保留灌肠治疗中风后便秘 [J]. 中华实用中西医杂志, 2005, 18 (6): 822
47. 高庆云, 高国莉, 李文玲. 大承气汤在格林巴利综合征麻痹性肠梗阻时的应用 [J]. 河北医科大学学报, 1995, 6: 370
48. 王俊卿, 周筱燕, 杨文清. 大承气汤对脑出血急性期家猫脑保护作用的研究 [J]. 中国中医急症, 2002, 11 (4): 289
49. 王俊卿, 周筱燕. 大承气汤对急性脑出血病人下丘脑-垂体-甲状腺轴的影响 [J]. 中医杂志, 1998, 39 (3): 160~161
50. 侯俊良, 梁清华, 包太成, 等. 大鼠脑出血后血肿周围组织活化凋亡蛋白酶 3 表达与大承气汤的干预 [J]. 中国临床康复, 2005, 9 (21): 145
51. 周晓红, 翟佳. 大承气汤抗内毒素休克的实验研究 [J]. 中华实用中西医杂志, 2004, 4 (17): 16
52. 潘金辉, 黄坚. 桃核承气汤治疗急性脑卒中 83 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28 (4): 210

53. 杨通宝, 谭晖, 彭清玲. 桃核承气汤合灯盏花注射液治疗急性脑梗死 50 例临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28 (4): 210
54. 焦波涛. 桃核承气汤治疗急性脑出血 30 例临床观察 [J]. 天津中医学院学报, 2000, 19 (4): 13
55. 曲颖, 朱清友, 王军, 等. 桃核承气汤治疗伤科下焦蓄血证 [J]. 中医药信息, 2000, (2): 39
56. 桃核承气汤对多发性脑梗死患者的疗效 [J]. 国外医学中医中药分册, 1996 年, 18 (2): 24
57. 管敏, 龚传美, 管喜文. 桃核承气汤对动物脑缺氧的影响 [J]. 中药药理与临床, 1998, 14 (3): 11
58. 桂欣, 张凤蕴, 张华, 等. 桃核承气汤调节机体免疫功能的实验研究 [J]. 哈尔滨医科大学学报, 2004, 38 (4): 330~338
59. 何赛萍, 徐晓东, 毛黎明. 桃核承气汤配伍意义的实验研究 [J]. 中医药学刊, 2004, 22 (7): 1212~1213
60. 熊曼琪, 林安钟, 朱章志, 等. 加味桃核承气汤对 II 型糖尿病大鼠胰岛素抵抗的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (3): 165
61. 何赛萍, 徐晓东, 高欣杰, 等. 桃核承气汤对热瘀大鼠模型血液流变学和凝血指标的影响 [J]. 浙江中医学院学报, 2003, 27 (6): 56~58
62. 谢忠礼, 王兴华. 加味四逆散治疗恶劣心境障碍 38 例临床研究 [J]. 中国实验方剂学, 2005, 12 (4): 8
63. 李耀林. 四逆散加减治疗失眠 43 例 [J]. 广西中医学院学报, 2005, 8 (2): 47
64. 薛汉荣, 冷天文. 黄连温胆汤合四逆散治疗失眠 30 例临床观察 [J]. 江西中医药, 2004, 35 (3): 35
65. 杨永勤, 李凤. 四逆散加味治疗末梢神经炎 25 例 [J]. 实用中医杂志, 2002, 18 (11): 28
66. 宋培瑚. 四逆散加味治疗偏头痛疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2002, (3): 4
67. 姜蓉. 四逆散合天麻钩藤饮在内伤头痛中的应用 [J]. 海南医学, 2001, 12 (3): 61
68. 赵长涛. 原发性眶上神经痛证治 [J]. 河南中医, 2001, 21

- (3): 55
69. 谢忠礼. 加味四逆散对恶劣心境障碍模型大鼠行为学影响 [J]. 陕西中医学院学报, 2004, 27 (4): 60
70. 畅洪升, 王庆国, 石任兵, 等. 四逆散活性成分对抑郁症大鼠慢性应激模型行为学及脑内单胺类神经递质的影响 [J]. 北京中医药大学学报, 2003, 26 (5): 42
71. 李廷利, 朱维莉, 齐凤琴, 等. 四逆散催眠作用的实验研究 [J]. 中医药信息, 2004, 21 (1): F003~F003
72. 王平义. 当归四逆汤加味治疗坐骨神经痛 31 例 [J]. 湖南中医杂志, 1997, 13 (3): 48
73. 李明山, 许长有, 王洛芳. 乌头汤合当归四逆汤治疗坐骨神经痛 74 例 [J]. 陕西中医, 1997, 18 (10): 445
74. 郑均山, 胡运久. 当归四逆汤加味治疗中风后遗症 36 例 [J]. 国医论坛, 1999, 14 (2): 11
75. 胡一鸣. 当归四逆汤加味治疗神经根型颈椎病 58 例临床观察 [J]. 湖南中医药导报, 2003, 9 (4): 37
76. 马景智. 当归四逆汤治疗偏头痛 48 例 [J]. 湖北中医杂志, 2004, 26 (12): 38
77. 林珍莲. 当归四逆汤治疗经期头痛 100 例 [J]. 浙江中医杂志, 2000, (10): 423
78. 唐茂清. 当归四逆汤治疗带状疱疹神经痛 32 例 [J]. 山西中医, 2001, 17 (6): 19
79. 刘启金. 当归四逆汤治疗多发性末梢神经炎 12 例 [J]. 新中医, 1996, (2): 19
80. 程瑾华. 程协南运用当归四逆汤经验举隅 [J]. 湖北中医杂志, 1998, 20 (4): 12
81. 窦昌贵, 成俊, 黄芳, 等. 当归四逆汤镇痛抗炎作用的实验研究 [J]. 中国实验方剂学杂志, 1999, 5 (5): 38
82. 黄芳, 黄罗生, 成俊, 等. 当归四逆汤活血化淤作用的实验研究 [J]. 中国实验方剂学杂志, 1999, 5 (5): 31
83. 温云君. 黄芪桂枝五物汤倍量治疗神经根型颈椎病 [J]. 中国民间疗法, 2000, 8 (4): 41~42

84. 周德玉, 魏昌景. 黄芪桂枝五物汤治疗多发性神经炎 36 例 [J]. 菏泽医专学报, 2000, 12 (3): 99
85. 周长胜. 黄芪桂枝五物汤合当归四逆汤加减治疗多发性神经病 [J]. 2001, (3): 29
86. 窦中华. 黄芪桂枝五物汤加减治疗糖尿病神经病变 46 例 [J]. 吉林中医药, 2003 年, 23 (8): 15
87. 张天健. 加味黄芪桂枝五物汤治疗桡神经损伤 98 例报告 [J]. 中医正骨, 1994, 5 (2): 18
88. 范建军. 加味黄芪桂枝五物汤配合脉络宁注射液治疗急性脑梗塞 68 例 [J]. 中国中医药信息杂志, 1999, 6 (12): 50
89. 秦周顺, 王俊芳. 黄芪桂枝五物汤治疗偏侧肢体麻木症. 医药论坛杂志 [J]. 2005, 26 (5): 64
90. 苏东升. 黄芪桂枝五物汤加味治疗颈性眩晕 52 例 [J]. 四川中医, 1993, (5): 26
91. 黄兆胜, 施旭光, 朱伟, 等. 黄芪桂枝五物汤及其配伍抗炎镇痛的比较研究 [J]. 中药新药与临床药理, 2005, 16 (2): 93
92. 张丽萍, 卢建. 酸枣仁汤合甘麦大枣汤治疗更年期失眠症 25 例 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2002, 12 (6): 362
93. 张诗军, 陈泽雄, 李俊彪, 等. 加味酸枣仁汤治疗失眠证临床疗效及对 SIL-2R 水平的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8 (1): 40
94. 杨海波, 杨启瑞. 甘麦大枣汤合酸枣仁汤治疗紧张性头痛 [J]. 山东中医杂志, 1994, 13 (10): 467
95. 袁梦石, 卢芳, 陈向良. 加减酸枣仁汤治疗脑出血急性期狂躁型精神障碍 32 例临床观察 [J]. 湖南中医药导报, 2004, 10 (6): 14
96. 黄灿. 酸枣仁汤合导赤散治疗性病恐怖症 30 例 [J]. 广西中医药, 2000, 23 (4): 24
97. 李军艳, 王欣. 酸枣仁汤治疗广泛性焦虑障碍临床分析 [J]. 山东中医药大学学报, 2004, 28 (6): 438~439
98. 弓慧珍. 甘麦大枣汤合酸枣仁汤治疗精神失常症 46 例 [J]. 河南中医. 2005, 25 (4): 15
99. 李玉娟, 刘雯, 杨静玉. 酸枣仁汤的镇静催眠作用 [J]. 沈阳药科

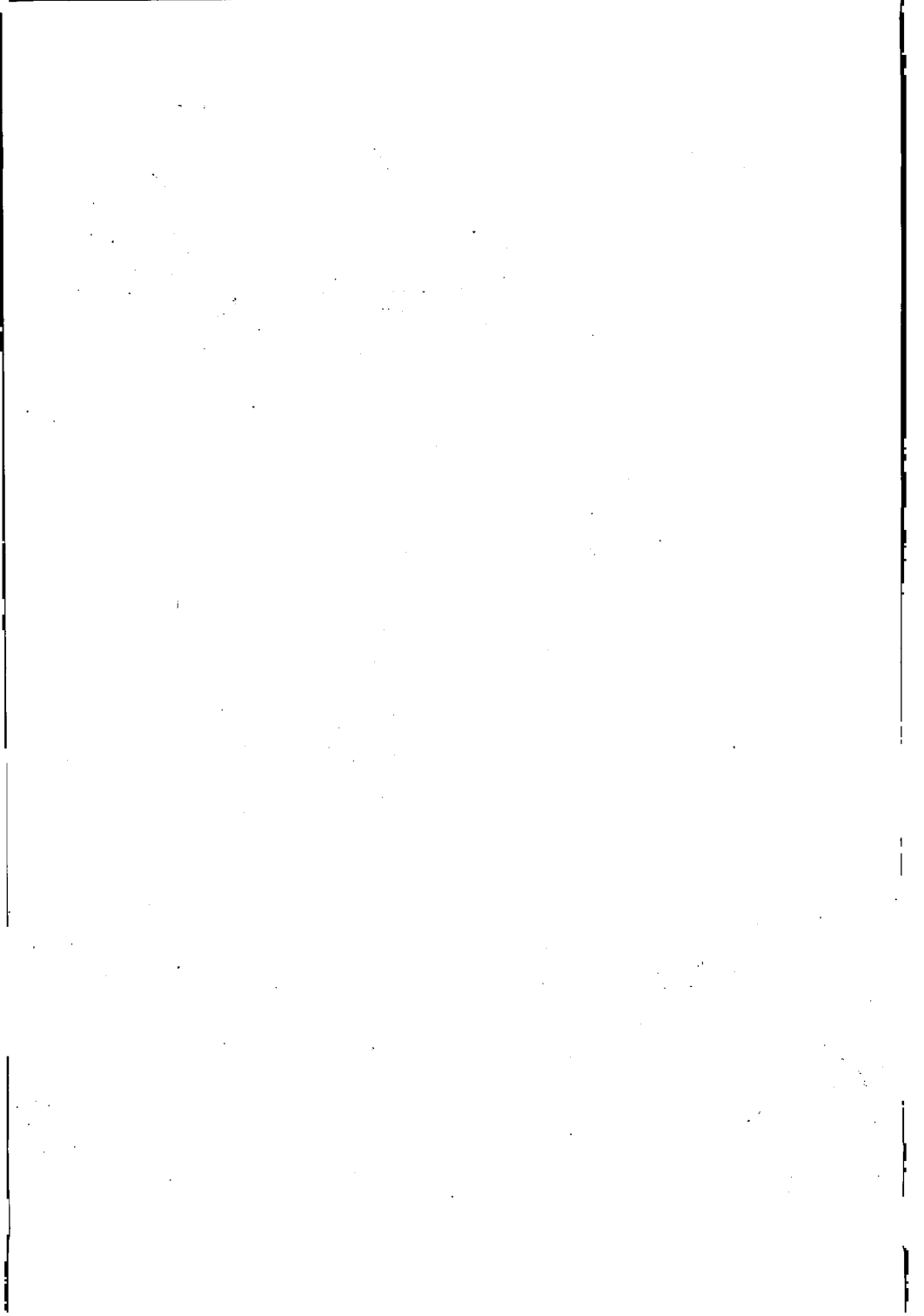
- 大学学报, 2002, 19 (2): 115~116
100. 酸枣仁汤对应激小鼠戊巴比妥睡眠时间的影响 [J]. 国外医学中医中药分册, 2001, 23 (2): 95
101. 李哲. 酸枣仁汤对小鼠脑组织内啡肽的影响 [J]. 河南中医, 2001, 21 (5): 21
102. 王欣, 谢鸣. 酸枣仁汤对 EPM 大鼠血清 NO 及细胞因子水平的影响 [J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27 (1): 49
103. 段瑞, 黄鹏, 张宏, 等. 酸枣仁汤对记忆能力影响的实验研究 [J]. 福建中医药, 2003, 34 (1): 37~38
104. 张仲一, 高岚, 胡觉民, 等. 酸枣仁汤降脂作用的实验研究 [J]. 江西中医药, 2005, 36 (2): 58
105. 沈鸿, 黄芳, 窦昌贵. 酸枣仁汤处方的配比研究 [J]. 中国药科大学学报, 2002, 33 (1): 21~23
106. 刘景辉. 半夏厚朴汤加味治愈梅核气 [J]. 江西中医药, 1960, (12): 11
107. 蔡钺候. 加味半夏厚朴汤治疗“梅核气”74 例 [J]. 浙江中医杂志, 1983, (8): 345
108. 刘红, 王泽山. 半夏厚朴汤治疗瘰疬 42 例 [J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 11 (11): 6: 1056
109. 张文才. 半夏厚朴汤加味治疗瘰疬性瘫痪 30 例 [J]. 河南中医, 2001, 21 (6): 42
110. 应有荣. 加味半夏厚朴汤治疗颈椎病合并梅核气的疗效观察 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2002, 10 (4): 35
111. 半夏厚朴汤对伴有脑血管障碍的吸入性肺炎的预防作用 [J]. 国外医学中医中药分册, 2004, 26 (6): 343~344
112. 半夏厚朴汤治疗睡眠呼吸暂停综合征 [J]. 国外医学中医中药分册, 2002, 24 (4): 220
113. 半夏厚朴汤对吞咽反射的作用 [J]. 国外中医中药分册, 1999, 21 (4): 42
114. 傅强, 马世平, 瞿融. 半夏厚朴汤抗抑郁作用的研究-I [J]. 中国药科大学学报, 2002, 33 (6): 514~517
115. 傅强, 马世平, 瞿融. 半夏厚朴汤抗抑郁作用研究-II 对未预知的

- 长期应激刺激抑郁模型的作用 [J]. 中国天然药物, 2005, 3 (2): 112~115
116. 李建梅, 杨澄, 张伟云, 等. 半夏厚朴汤醇提物对大鼠慢性抑郁模型的影响 [J]. 中国中药杂志, 2003, 28 (1): 55~58
117. 半夏厚朴汤对人血浆和唾液中神经肽水平的影响 [J]. 国外医学中医中药分册, 2005, 27 (1): 36~37
118. 后藤博三, 柴原直利, 喜多敏明, 庞德湘 (译), 俞忠树 (审校). 长期服用桂枝茯苓丸对无症状脑梗死的疗效探讨 [J]. 浙江中医学院学报, 2005, 29 (2): 48
119. 翁小刚摘译. 桂枝茯苓丸对无症状性脑梗死的短期效应 [J]. 国外医学中医中药分册, 2003, 25 (5): 294
120. 廖世忠, 陆社桂. 桂枝茯苓丸治疗糖尿病周围神经病变 20 例 [J]. 内蒙古中医药, 1996, 15 (4): 8
121. 廖世忠, 张刚, 胡宏奎. 桂枝茯苓丸治疗糖尿病周围神经病变初探 [J]. 江西中医学院学报, 1995, 35 (3): 57~58
122. 狄民, 高坚. 桂枝茯苓丸加减治疗高血压性脑出血 55 例 [J]. 福建中医药, 2003, 34 (1): 35
123. 李泉红. 桂枝茯苓丸加味为主治疗眩晕 58 例 [J]. 湖南中医杂志, 2003, 19 (1): 40
124. 韦曙平. 桂枝茯苓丸治疗神经纤维瘤 17 例 [J]. 实用中医药杂志, 2001, 17 (6): 14
125. 桂枝茯苓丸与真武汤对变应性神经炎疗效的实验研究 [J]. 国外医学中医中药分册, 1995, 17 (2): 41
126. 张雨梅, 谢恺舟, 王以兰. 桂枝茯苓丸加减方对脑缺血及再灌注过程中 Ca^{2+} 、氨基酸水平的变化研究 [J]. 中国中药杂志, 1998, 23 (9): 558~559
127. 张博生, 项晓人. 中药复方对脑缺血鼠脑组织超微结构的影响 [J]. 江西临床医学杂志, 1997, 1 (5): 318~320
128. 张博生, 徐运. 中药复方对缺血鼠脑和血中氨基酸变化的影响 [J]. 中医医药学报, 1997, 25 (4): 48~49
129. 谢家骏. 桂枝茯苓丸对血液流变学的影响 [J]. 中成药, 1986, 8 (5): 24

130. 白华, 曲丽芳, 陈洁, 等. 桂枝茯苓丸加味对实验性老龄动物高脂血症体重、体态的影响 [J]. 四川生理科学杂志, 2002, 24 (3): 133~134
131. 木村通郎. 当归芍药散、桂枝茯苓丸对摄食高胆固醇大鼠脑动脉早期病变的疗效 [J]. 国外医学中医中药分册, 1998, 20 (4): 43
132. Sekiya N. 桂枝茯苓丸预防喂胆固醇饮食家兔的动脉粥样硬化形成 [J]. 国外医学中医中药分册, 2000, 22 (2): 99
133. 王宏伟. 从肝论治难治性癫痫 34 例临床观察 [J]. 新中医, 1999, 31 (4): 17
134. 陈秋玲, 樊兴国, 杨飏. 柴胡桂枝汤配合苯妥英钠治疗腹型癫痫 [J]. 中医药研究, 1994, 3: 36
135. 林松. 柴胡加龙骨牡蛎汤合白金丸治疗癫痫 30 例 [J]. 吉林中医药, 2001, 3: 34~35
136. 韩金华. 大剂酸枣仁加味治疗梅尼埃病 55 例. 光明中医, 2001, 16 (2): 49
137. 丁元庆. 卢尚岭调气为主治疗急性中风经验 [J]. 山东中医杂志, 1997, 16 (4): 181
138. 沈鸿, 肖红, 陈建芳. 酸枣仁汤对血虚、阴虚小鼠的镇静催眠作用 [J]. 中药药理与临床, 2006, 22 (3): 23~24
139. 程梦琳, 邱明义, 陶春晖. 桃核承气汤对大鼠肠缺血再灌注损伤保护作用的研究 [J]. 山东中医杂志, 2006, 25 (10): 689~692
140. 杜江成, 杜剑峰, 孔令深. 柴胡加龙骨牡蛎汤治疗中风后抑郁症的疗效 [J]. 广东医学, 2005, 26 (6): 859~860
141. 康大力, 瞿融, 朱维莉, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤对抑郁动物下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 2005, 10 (11): 1231~1233
142. 徐国龙, 杨帆, 王频, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤对戊四唑点燃型癫痫大鼠脑电图的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12 (4): 282~283
143. 侯俊良, 梁清华, 包太成. 大承气汤对脑出血大鼠神经元线粒体内细胞色素 C 释放的影响 [J]. 实用预防医学, 2006, 13 (3):

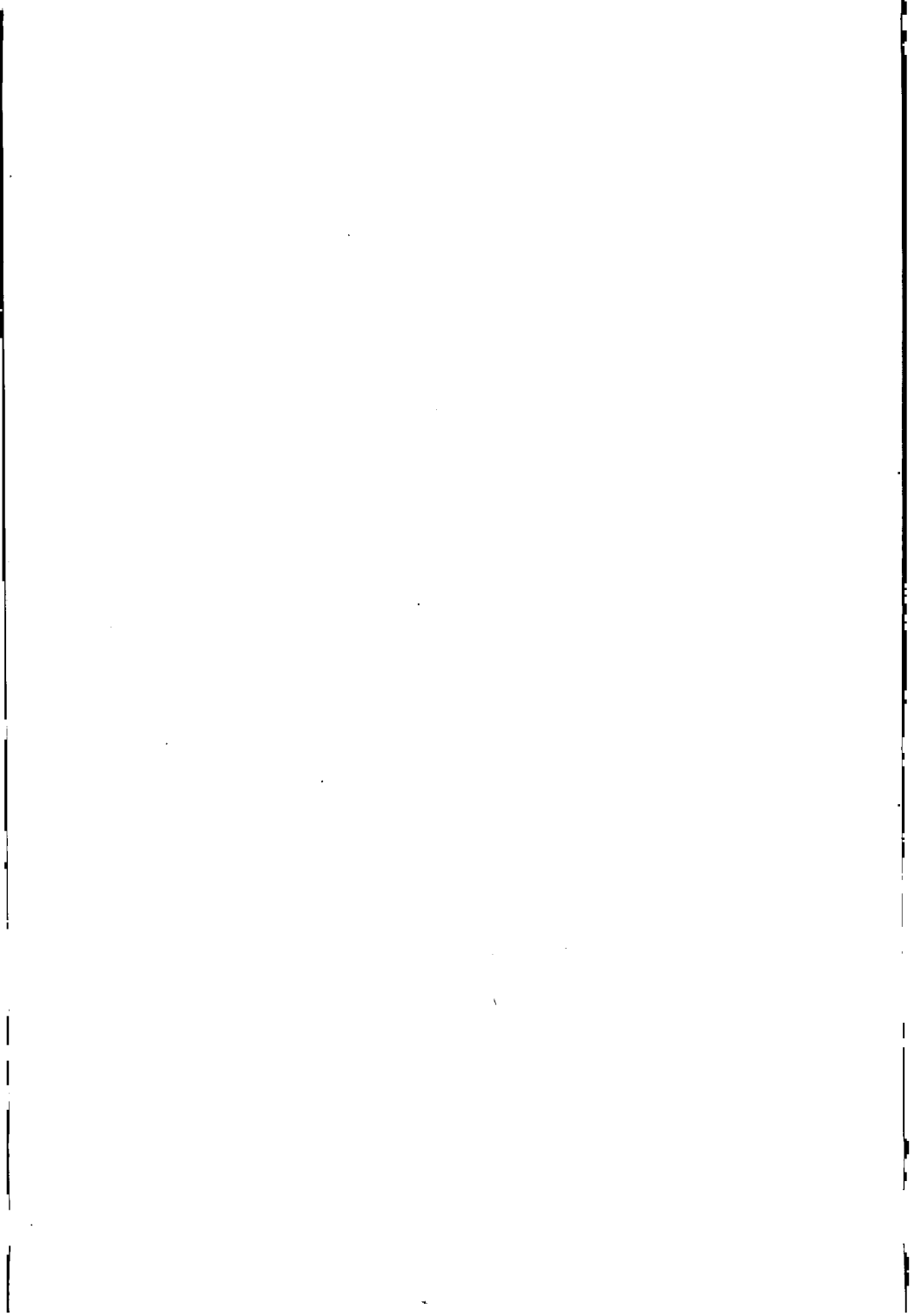
495~497

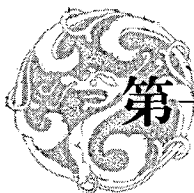
144. 张玉辉. 柴胡桂枝汤加味对偏头痛发作期患者血中内皮素、一氧化氮水平的影响 [J]. 中国中医药信息杂志, 2005, 12 (10): 17、83
145. 赵智勇, 耿慧春, 姚兵, 等. 柴胡桂枝汤抗抑郁作用的实验研究 [J]. 中医药信息 2006, 23 (3): 50~51
146. 邹军, 梁尚华, 赵仓焕, 等. 二种中药复方对慢性心理应激大鼠行为及下丘脑-垂体-肾上腺轴的影响 [J]. 暨南大学学报 (自然科学与医学版). 2005, 26 (4): 530~534
147. 晏桂华, 侯全忠, 郭皖北. 加味当归四逆汤治疗糖尿病周围神经病变 35 例疗效观察 [J]. 新中医 2006, 38 (7): 53~54
148. 武宏. 当归四逆汤治疗不宁腿综合征 45 例 [J]. 四川中医, 2006, 24 (10): 65~66
149. 郭志忠, 车志英. 葛根汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕 40 例中医研究, 2005, 18 (10): 41~42
150. 李俊红. 大承气汤加减治疗中风急性期脑水肿 35 例 [J]. 中国中医急症, 2006, 15 (7): 770
151. 钟冬梅. 加味黄芪桂枝五物汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕疗效观察中国中医急症, 2006, 15 (10): 1084
152. 马丽. 黄芪桂枝五物汤对糖尿病周围神经病变微循环障碍的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (2): 140~141





疾病篇





第一章 周围神经病经方治疗

第一节 三叉神经痛

一、概 述

三叉神经痛是指在三叉神经分布区域内出现的阵发性电击样剧烈疼痛，历时数秒或数分钟，间歇期无症状。病程呈周期性发作，疼痛可自发，也可因刺激扳机点引起。三叉神经痛分原发性和继发性两种，其中的原发者较为多见。

人群中的发病率约 10 万分之 4。多见于老年人，通常的患病年龄为 50~60 岁，但也可以发生于年轻人。典型的疼痛发作形式为：疼痛突然发作，疼痛性质剧烈，患者通常形容疼痛为电击样、针刺样或撕咬样；疼痛过程短暂，一般为数秒至数分钟，个别患者可持续数分钟至 1 小时；疼痛发作为间断性，发作间期可为数日甚至数年，伴随病程发展，疼痛发作会日趋频繁，发作间期越来越短。疼痛可同时累及一侧面部三叉神经的三个分支，但临床最常见的是疼痛位于颜面下部，以至于好多患者误认为是牙病而进行拔牙治疗。轻刺激面部的一些特定部位、咀嚼、大声说话、甚至冷空气刺激都可以诱发

疼痛。

中医认为本病多由头面三阳与足厥阴经脉受邪发病。病因不离外感与内伤两方面。外感以风为主，风邪每与寒、火、痰兼夹合邪，以致风寒凝滞，或火风灼伤，或风火痰瘀壅滞头面经脉而病。内伤发病则多与阳明胃热炽盛、肝经风火相煽、痰浊瘀血阻滞、阴虚阳亢化风等相关。本病呈阵发性，病机以风火扰动最为多见，病久则多因气血瘀滞，经脉闭塞。本病属中医学偏头风，亦称“偏头痛”。是临床常见头面痛中痛势较为剧烈的病证之一，其痛暴发，或左或右，或连及眼、齿，痛止则如常人。需要指出的是偏头风临床常见于三叉神经痛。在《中医内科学》与《神经病学》中各有“偏头痛”之名，但二者概念完全不同。

二、诊 断

1. 疼痛部位为三叉神经或其某分支的分布区。或左或右，痛连齿目，剧痛难忍，每次发作持续数秒或数分钟，突发突止，痛止则如常人。

2. 多为突然发作的阵发性剧痛，不发作时绝大部分患者完全不痛，仅极少数患者仍有轻度疼痛。

3. 大多数患者有“扳机点”，即触发点，刺激这些点可引起疼痛发作，但发作刚过去，再刺激“扳机点”则不引起发作。发作期间面部的机械刺激，如说话、洗脸、剃须、刷牙、打呵欠，甚至微风拂面皆可诱发疼痛。

4. 疼痛发作时不合并有恶心、呕吐。

5. 对此病一般镇痛药物完全无效。

6. 病程冗长。

7. 多发于40岁以上的中老年人，女性多于男性。

三、辨证治疗

1. 肝经风火证

主证：颜面阵痛，面颊有烧灼感，痛连齿目，突发突止，作止无时，烦躁不安，耳鸣口苦，舌质红，苔黄，脉弦数。

治法：凉肝泻火，镇痉止痛。

方剂：白头翁汤合羚羊角汤加减。

白头翁 15g，黄芩 12g，黄连 9g，黄柏 9g，羚羊角粉 2g（冲服），蝉蜕 15g，夏枯草 15g，薄荷 9g（后入），生地 15g，菊花 15g，石决明 24g（先煎），天麻 15g（先煎）。

加减：疼痛剧烈，加露蜂房 15g，地龙 12g；火盛伤阴，口干口燥，加玄参 15g，生石膏 24g。

2. 胃火上攻证

主证：颜面剧痛阵阵发作，其痛难忍，甚则胀痛如裂，面赤灼热，口干口臭，溲赤便结，舌质红，苔黄，脉滑数。

治法：清胃泻火，通络止痛。

方剂：葛根芩连汤合白虎汤加味。

黄连 12g，黄芩 15g，葛根 15g，炙甘草 12g，赤芍 15g，白芍 30g，生石膏 30g，知母 15g，天麻 15g，僵蚕 15g，升麻 15g。

3. 痰火上扰证

主证：面部阵发性闷胀灼痛，常进食时发作，局部喜冷凉，头昏而沉，口渴不欲饮，时吐痰涎，胸脘痞闷，舌苔厚腻，微黄，脉弦滑。

治法：化痰清热，通络止痛。

方药：小陷胸汤合桃核承气汤加减。

半夏 10g，栝楼 30g，黄连 12g，大黄 6g，芒硝 6g（冲服），茯苓 15g，白芍 30g，枳实 12g，竹茹 12g，川芎 10g，全蝎 5g，甘草 6g。

4. 风寒凝滞证

主证：面痛突然发作，遇风寒常常发病，惧怕风冷，常喜裹头，遇风寒加重，持续时间1~2分钟突然停止，热敷可以减少疼痛时间。舌质淡，苔薄白，脉浮紧。

治法：疏风散寒，通络止痛。

方剂：葛根汤加味。

葛根 30g，麻黄 6g，桂枝 12g，白芍 30g，炙甘草 12g，天南星 6g，天麻 15g，白芷 12g，僵蚕 15g。

加减：风寒重，加川乌 3~6g，吴茱萸 9g；疼痛剧烈，加全蝎 9g，露蜂房 30g。老年人或高血压者慎用麻黄。

5. 风痰壅阻证

主证：面部阵痛，经久不愈，伴见面部麻木作胀，头昏沉重，舌体胖大，苔白腻，脉弦滑。

治法：行气化痰，通络止痛。

方剂：桂枝茯苓丸合大川芎丸加减。

茯苓 30g，桂枝 12g，桃仁 12g，赤芍 15g，白芍 30g，炙甘草 9g，川芎 15g，天麻 15g，白芷 12g，白附子 6g，天南星 6g。

6. 痰瘀阻滞证

症状：面部阵痛，或左或右，发作无时，疼痛剧烈，难以忍受，痛甚欲死，唇舌紫暗，苔白腻，脉沉弦或弦滑。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：桂枝茯苓丸合活络效灵丹加减。

桂枝 15g，茯苓 30g，桃仁 12g，牡丹皮 12g，赤白芍各 15g，乳香 6g，没药 6g，当归 15g，天麻 15g，白附子 6g，麝香 0.5g（冲服）。

加减：疼痛重者，加乌梢蛇、蜈蚣。

7. 阴虚阳亢证

主证：颜面灼痛伴抽搐，头目眩晕，面色潮红，腰膝无

力，耳鸣失眠，舌红无苔或少苔，脉细数。

治法：滋阴潜阳，熄风通络。

方药：风引汤合芍药甘草汤加减。

生龙骨 30g，生牡蛎 30g，菊花 20g，白芍 30g，生石膏 20g，滑石粉 15g，炙甘草 12g，大黄 15g，甘草 15g，川芎 9g，天麻 15g。

加减：加生熟地、夏枯草、牡丹皮、珍珠母、丹参、全蝎、蜈蚣。

四、名 医 经 验

1. 赵锡武 三叉神经痛中医学中名谓偏头风，其痛随触随发，作止如常。六腑清阳之气，五脏精华之血皆会于头。自外入者风、火循经之邪；自内发者，气血痰郁之阻塞皆能为痛。或蔽覆其清阳或瘀塞其经络，因之与正气相搏，邪聚则脉满，若邪气稽留则脉亦满，而血气乱故久痛。偏头痛总属厥阴、少阳、阳明。胃肠燥热，肝胆风火，三经之邪壅闭经络。使脉满肿胀迫及神经则剧痛突然发作，风火之邪其性动，故时发时止。以石膏、黄芩、葛根清阳明。柴胡，黄芩以清肝胆。芥穗、钩藤、薄荷、苍耳子、蔓荆子以驱风散火。全蝎、蜈蚣以止痉挛。赤芍、甘草活血消肿以止痛。屡试屡验。处方如下：生石膏 24g，葛根 18g，黄芩 9g，赤芍 12g，荆芥穗 9g，钩藤 12g，薄荷 9g，甘草 9g，苍耳子 12g，全蝎 6g，蜈蚣 3 条，柴胡 12g，蔓荆子 12g。目痛甚加桑叶、菊花，牙痛甚加细辛、生地、牛膝。（选自《赵锡武医疗经验》）

2. 李寿山 瘀血头痛临床除脉见细涩，或弦大，舌质暗赤有紫气或见瘀斑瘀点外，最可靠的证据是观察舌下脉络的形态与颜色，只要见青紫、淡紫，粗大而长，甚或怒张有结节，结合临床证候，便可基本断定瘀血证。临床积几十年经验，悟出一方，以芎归散为基础加蜈蚣、细辛二味，名曰通络活血

汤，用于临床颇有效验。有注射杜冷丁头痛不解者，服本方霍然而愈。名曰通络活血汤，组成：全当归 10~30g，川芎 15~50g，细辛 3~9g，蜈蚣 1~3 条（研末冲服更佳），痛甚者日服 3 次。（选自《当代名医临证精华·头痛眩晕专辑》）

3. 夏度衡 三叉神经痛以面部三叉神经一支或几支分布区内反复发作、突发突止的短暂暴痛，常伴有同侧面肌抽搐，痛止则如常人为主要临床表现。临床从主症入手，认为：短暂暴痛，突发突止，是风性数变；常伴面肌抽搐，是风性主动，故此乃风邪所伤，非胃热所致。病情反复发作，迁延难愈，是为久病；且无恶风发热、汗出、脉浮缓及喉痒、咳嗽、鼻塞等外风侵袭见症，故当属内风为患。从而提出了三叉神经痛主要系肝阴血不足，肝阳偏亢，化风上扰所致，应以柔肝潜阳，和络熄风为其主要治则的学术见解。在临床用药方面，夏氏认为，肝风上扰，当静以制动，治疗此病以生牡蛎、石决明为上品，惟此二药平肝潜阳之力专。选用白芍、甘草，取其酸甘化阴之用，缓急止痛之功。不可不辨轻重及一概施以熟地、麦冬之类养阴，否则阴未骤生，反使胃脘壅滞，一病未平，一疾又起。久病入络，当择味苦性微寒的丹参以佐之。通过多年临床实践，夏氏总结出其治疗三叉神经痛的经验之方四味芍药汤：白芍 30g，生牡蛎 30g，丹参 15g，甘草 15g。痛剧，病情顽固者，可加重 $1/3 \sim 2/3$ 的剂量。方中重用白芍、生牡蛎以柔肝潜阳熄风；白芍配甘草酸甘化阴，缓急止痛；丹参养血通络合具柔肝潜阳，和络熄风之功。

在通常的情况下，夏氏治疗三叉神经痛均首选此方，或以此方为主进行加减运用。兼见烦躁易怒、口苦、面赤、大便干结者，酌加龙胆草、大黄、黄芩；若鼻塞、鼻窦部胀痛则颜面疼痛（三叉神经痛）加重者，加辛夷、苍耳子、白芷、薄荷；兼见牙龈红肿胀痛，或龈缘溢脓、渗血者，酌加葛根、生石膏、生黄芪、蒲公英；兼见牙龈红肿胀痛而见舌体肿胀、舌苔

滑腻者，加葛根、苍术；兼见腹胀、纳呆者，酌加神曲、藿香、茯苓、白术、党参；兼见前额或眉棱骨疼，项背强、头胀、恶风者，酌加防风、白芷、桂枝；兼见胸闷、咳嗽、口流涎沫者，酌加茯苓、苍术等药物；兼见潮热、心烦、咽干、口燥不多饮，舌红少苔，脉细数者，酌加生地、鳖甲、丹皮、梔仁。

三叉神经痛主要系肝阳化风上扰所致，系指一般规律而言。少数病例有“阳明风热”，“瘀血阻络”，“寒凝经脉”等其他证型出现，临床上亦会有兼阴虚、兼肝火、兼胃热、兼外风（外风引动内风），挟瘀、挟痰者。临证中，应始终坚持辨病与辨证相结合，若病证为肝阳化风上扰（三叉神经痛患者属此病证者为多），则投以四味芍药汤；若夹杂其他症状，需兼而治之时，则在四味芍药汤的基础上，再辨证加投相应药物；若其他疾病上升为主要矛盾（包括重感冒等），则又需暂停四味芍药汤，而改用其他方药。（《当代名医临证精华——头痛眩晕专辑》）

4. 于鹄忱 善用白芍止痛，用其主治拘急挛缩性疼痛，如胃脘痛、小腹痛、胁痛、关节痛、三叉神经痛，慢性痢疾等。常用配伍为：白芍 30～50g，配甘草 10g，川芎 30g，牛膝 30g，柴胡 10g，僵蚕 10g，治三叉神经痛、偏头痛；白芍用量：15～50g。体会：白芍止痛，剂量小，效果差，大剂量止痛效果好，但不宜连续服用，否则可出现头昏、恶心不适等感觉。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

五、医案精选

1. 朱进忠医案——白虎汤加乌头治疗寒闭胃热案

郇某，女，45岁。右上齿、颊部疼痛3年，先在某医院诊为龋齿，拔牙3个不效，后在某医院诊为三叉神经痛，中西药物，针灸治疗亦无效。邀余诊视。察其右上牙疼痛不止，不

敢刷牙、洗脸、说话，舌苔白，脉弦紧。余云：此阳明胃热于内，寒邪闭塞于外所致也。法宜白虎清胃热，乌头搜风散寒以破阴霾：川乌 10g，草乌 10g，知母 10g，玄参 15g，生石膏 30g，甘草 6g，粳米 15g。进药 1 剂疼痛果减，5 剂即消失大半，15 剂后疼痛消失，后果愈。（选自《中医临证经验与方法》）

〔按语〕 阳明经脉入上齿中，行于颊。阳明胃热素蕴，复为寒邪所犯，经脉壅滞，不通则痛。故白虎清胃热，加乌头搜风散寒以破阴霾。常中有变，是妙手所在。

2. 朱进忠医案——柴胡加龙骨牡蛎汤、乌头桂枝汤治疗肝郁痰结案

丁某，男，55 岁。左上牙、眼眶、太阳穴部阵发性灼痛剧烈 8 年多。医诊三叉神经痛。始用西药治疗疼痛稍减，但继续应用时则无明显效果。又邀中医以滋阴泻火、清胃、泻火、疏风散寒、活血逐瘀、密验方蜈蚣、全蝎、蜂房，以及治疗牙痛的中成药等，除偶有微效外，大多无明显效果。最近 3 年多，疼痛日渐加重，尤其是近 3 个多月以来，洗脸、刷牙、吃饭、饮水、剃须、打呵欠、说话、微风吹面都会引起剧烈疼痛，若一触碰面部，讲课则更是剧烈疼痛难于忍耐。细审其证，除上述者外，并时见心烦不安，失眠，舌苔薄白，脉弦紧而数。综合脉证，思之：脉弦者，肝脉也；紧脉者，寒也；紧数相兼者，寒痰凝结也。合之与证，乃痰郁气结，肝木失达也。治宜拟疏肝理气，化痰散结。处方：柴胡 10g，半夏 10g，黄芩 10g，人参 10g，生姜 3 片，大枣 5 个，甘草 6g，桂枝 10g，熟大黄 3g，龙骨 15g，牡蛎 15g，茯苓 15g。服药 6 剂，疼痛大减，但在讲课开始的时候仍疼痛；继服 18 剂，疼痛不再改善，且感全身拘急疼痛不适。再审其脉仍弦紧。脉证合参，思之：此恐大寒入络也。拟乌头桂枝汤以除表里之寒。处方：川乌 12g，桂枝 10g，白芍 10g，生姜 3 片，大枣 7 枚，

炙甘草 10g, 细辛 3g。服药 3 剂, 疼痛几近消失。嘱其内服羊角糖衣片以善后。

【按语】 本证患者, 诊断明确, 而常用之法已经遍尝, 从脉识证, 据证处方, 所用之方, 无论柴胡加龙骨牡蛎汤, 还是乌头桂枝汤总以对证为要, 功效总在疏通, 通则不痛是其理也。(选自《中医临证经验与方法》)

3. 闫云科医案——芍药甘草汤证治疗三叉神经痛案

董某, 男, 75 岁, 退休职工。左侧三叉神经疼痛 10 余年, 时轻时重, 终不愈。近因诸多不快, 复被异味刺激, 致痛益甚, 3~10 分钟疼痛一次, 每次持续 2~3 分钟。服安乃近、卡马西平等止痛镇静药不见效应, 遂求诊。患者皓首苍颜, 容貌痛苦, 诊脉中适逢疼痛发作, 只见额角青筋怒张, 两手抱头, 涕泪俱下, 于原地打转, 立坐皆非, 其痛苦之状目不忍睹。舌微暗, 苔薄白。询知纳呆噎逆, 矢气多, 大便二日未行, 体倦无力, 头晕少寐。切得六脉沉弦。沉为里病, 弦主肝郁。由脉症观之, 此为肝郁气滞, 瘀阻经络。治当舒肝行气, 活血通络, 拟小柴胡汤加味: 柴胡 12g, 黄芩 10g, 半夏 15g, 党参 10g, 白芍 15g, 甘草 6g, 全蝎 10g, 蜈蚣 2 条, 桃仁 10g, 红花 10g。二剂。二诊: 疼痛不止, 仅噎气矢气得减, 由是观之, 显非单纯气滞血瘀。再诊其脉, 沉弦中兼有细象, 细为阴血不足之脉, 以患者年高体弱, 本非金刚罗汉之躯, 加之久病消耗, 津亏血少, 脉络空虚, 肝木失养而作痛也。以乙癸同源, 故以滋水涵木为治, 若执于剧痛皆实则谬矣。拟芍药甘草汤加味: 白芍 30g, 甘草 15g, 熟地 24g, 山药 12g, 山萸 12g, 乌梅 12g, 丹皮 10g, 元参 15g, 何首乌 15g, 麦冬 15g, 枣仁 15g, 三剂。三诊: 疼痛大减, 一昼夜仅发 1~2 次, 且程度较前为轻, 药已中病, 令续服 10 剂以获久效。(选自《临证实验录》)

【按语】 三叉神经疼痛十余载已是难治之疾。本证初诊用

小柴胡汤加味虽有效，但终不能获全效，二诊能以芍药甘草汤加味获效，全是医生辨证准确而又能执着守方。医者能对自己的辨证深信不疑，也是功力所在。

4. 夏度衡医案——四味芍药汤加味治疗肝风上扰兼阳明胃热案

彭某，女，51岁，工人。1978年12月6日初诊。患者从1978年6月开始不明原因的左侧牙床及颜面部间断性疼痛，以后疼痛逐渐加剧，发作次数逐渐增多，每次发病时间为数秒或数十秒。咀嚼不慎或微风拂面时均可诱发，服食炒虾后尤为明显。痛如锥钻、电击，伴同侧面肌抽搐。每次发作剧痛时，其痛楚不可名状，严重影响睡眠与饮食，烦躁，自诉曾几次对生活失去信心。有时感左上后牙松动不适，牙龈肿痛、口臭。曾多方求医，诊断为“三叉神经痛（左）”、“慢性牙龈炎”，经针灸、服用中药（祛风活血、清热解毒）、西药（镇痛、抗菌），并自购大量参须、麦冬泡水当茶饮，均无效果所就诊于余。察其用手捂于左面颊，表情痛苦，左上第二磨牙松动，附近牙龈稍红肿，轻触痛，龈缘可见少量黄白色脓液。舌淡红、苔薄，脉沉细而弦。此为肝风上扰兼阳明胃热，治当柔肝熄风和络，佐以清胃排脓、拟四味芍药汤加味：白芍30克，生牡蛎30克，丹参15克，甘草15克，葛根15克，生黄芪15g。4剂，水煎服。复诊：服药后以上治疗均明显好转，精神大振。舌淡红白，脉沉细。原方续服5剂。三诊：颜面及牙床疼痛已除，而颊抽搐已止。牙龈红肿明显减轻，龈缘未见脓液，曾特地试食炒虾也未见复发。只因数年来大便干燥，舌淡红，苔薄白，脉沉细，原方加瓜蒌仁15g，再进5剂，以巩固疗效。1980年5月随访，一直未复发，左上第二磨牙也不见松动，痼疾霍除。（《名医名方录》）

六、临证心得

三叉神经痛属于一种神经痉挛性疼痛，是以反复发作的侧面痛为特点的一种疼痛状态。按照一般规律，患者一旦患病则很难有自行痊愈的可能。因此，本病属于神经内科的疑难病，作者体会，本病的治疗，应当从病因研究入手，就临床而言需要重视区分火热与风寒。三叉神经痛发病急骤，或作或止，倏忽往来，其病因与火热与风寒关系最为密切，但有寒热之别，因此，临证首重辨寒热，区分寒热是用药之本；其次分清病变脏腑。三叉神经痛发生于面部，颜面乃三阳经脉循行之地，而与足阳明胃、足厥阴肝尤为密切。《灵枢·经脉》“胃足阳明之脉，起于鼻之交頤中，旁纳太阳之脉，下循鼻外，入上齿中，还出挟口环唇，下交承浆，却循颐后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过客主人，循发际，至额颅……”。肝足厥阴之脉“其支者，从目系下颊里，环唇内”。故辨证要在明病变脏腑经脉，一则有助于明确病变属性，二则有利于引经药的选择。肝胃分治，用药有别。治肝重在平肝息风，凉肝降火，柔肝缓急，通络止痛，常用药如羚羊角、僵蚕、蝉蜕、刺蒺藜、珍珠母、茺蔚子、夏枯草、赤芍、白芍、炙甘草等，皆可随证应用。平息肝风，凉肝止痛，羚羊角最佳。平肝解痉，息风止痛，天麻为首选，无论寒热虚实，皆可随证应用，用量从15g起，无效可以逐渐增加剂量。治胃首先要和胃降气，清胃泻热，兼通阳明胃络，常用升麻、葛根、白芷、吴茱萸。其中升麻最为首选，升麻入足阳明经，《本草衍义补遗》：“阳中微阴，主脾胃，解肌肉间热……手足阳明伤风引用之药及发解本经风邪。”用于阳明胃热壅滞，经脉不利之三叉神经痛十分恰当。寒证用乌头桂枝汤加减，乌头用量受限，可酌加天南星、白附子、天麻、蜂房等，散寒通络止痛。临证常需从小量开始，逐渐加量，可以避免引起呕吐。另外，本病反复发作，经久不

愈，久病入络，常常需要配伍风药、虫类药通络止痛，常用药如蜈蚣、全蝎、僵蚕、蝉蜕、土鳖虫等。注意避免诱因的刺激。如保持精神愉快，避免精神刺激；尽量避免触及“触发点”。

三叉神经痛治疗的首要问题就是如何尽快缓解患者的剧烈疼痛，《伤寒论》芍药甘草汤具有养阴柔肝，缓急止痛发热良好作用，因此，在辨证的基础上可以随证配伍，以求尽快取得缓解疼痛的疗效。此外，各种神经痛是神经内科临床常见病证，经方芍药甘草汤是临床常用方剂，对于三叉神经痛、眶上神经痛、带状疱疹后遗神经痛及坐骨神经痛等，临床表现以阵发性的挛痛为特征者，可以作为投用本方指征；如疼痛剧烈，临证可以相应增大方中药物剂量，同时还可采用顿服法。

第二节 枕 神 经 痛

一、概 述

枕神经痛是枕大和枕小神经痛的合称。可以因为发自第一至第四颈段的一个或几个神经遭受刺激而引起。多见于成年人。本病临床极为常见，对此，中医文献中未见明确记载，根据其临床表现，应属太阳、少阳头痛的范围。为了便于表述，直接引用西医病名。

流行性感冒、感染、枕部受伤、第1~4颈椎疾病，如椎关节炎、脊椎结核、肿瘤、枕叶小脑及脊髓颈段内肿瘤和脑脊膜炎粘连。上述疾病当侵犯或压迫枕神经，出现支配区疼痛。

二、诊 断

1. 本病表现为后头部和项部的发作性剧痛，可自行发生

或由于头部猛动、喷嚏、咳嗽等原因诱发。体检发现病人保持头部不动，呈轻度前倾或侧倾。

2. 发作间歇期中往往有钝痛，在神经分布区域有感觉减退。

3. 枕大神经压痛点在乳突与枕骨隆起连线的中点，枕小神经压痛点在该连线的外 1/3 交点。

三、辨证治疗

1. 风寒外袭证

主证：枕部跳痛，痛势剧烈，头颈活动受限，惧怕风寒，遇寒加重，舌质淡红，苔薄白，脉浮紧。

治法：发散风寒，通络止痛。

方剂：葛根汤加味。

葛根 30g，桂枝 15g，麻黄 6g，白芍 15g，炙甘草 12g，生姜 15g，大枣 12 枚（掰），天麻 15g，天南星 6g，细辛 3g。

加減：疼痛剧烈，加羌活 12g，露蜂房 24g；方中麻黄可用至 9~12g，但老年人及高血压患者慎用。

2. 痰瘀阻结证

主证：枕部疼痛，阵发加重，颈部不舒，或感僵硬，颈部压痛明显，舌质暗，苔薄白或白腻，脉滑或弦。

治法：化痰活血，舒筋通络。

方药：桂枝茯苓丸合葛根汤加味。

桂枝 12g，茯苓 30g，葛根 30g，麻黄 6g，赤白芍各 12g，天南星 6g，僵蚕 12g，天麻 15g，羌活 9g，芒硝 3g（熬）。

加減：痰瘀阻滞日久，加威灵仙 18g，半夏 9g，蜈蚣 2 条。

3. 湿热壅滞证

主证：枕部疼痛，连及颈项不舒，或伴肩臂疼痛、麻木，常常阵发加重，或感僵硬，颈部压痛明显，或多食肥厚，形体

肥胖，面赤油垢，大便不爽，口干口苦，舌质红，苔黄腻，脉滑数或弦数。

治法：清热利湿，舒筋通络。

方剂：葛根芩连汤加味。

葛根 30g，黄芩 12g，黄连 9g，炙甘草 9g，茵陈蒿 15g，泽泻 15g，僵蚕 15g，天麻 15g，姜黄 9g，羌活 6g。

加减：恶心呕吐，加半夏、旋覆花；胃脘胀满，减葛根用量，加半夏、干姜、枳实；痛甚，加芒硝 3~6g（熬）。

4. 气虚血瘀证

主证：枕部疼痛，经久不愈，反复发作，时轻时重，痛连项背，舌质淡，苔薄白，脉弱。

治法：益气活血，柔筋止痛。

方剂：黄芪桂枝五物汤合清阳汤加减。

黄芪 30g，桂枝 12g，白芍 15g，炙甘草 12g，生姜 15g，当归 15g，天麻 15g，淫羊藿 12g。

加减：遇风寒加重或诱发，加羌活、制南星、细辛；病久阳气亏虚，疼痛时作时止，加鹿角霜、骨碎补。

四、医案精选

1. 笔者医案——桂枝加葛根汤治疗寒凝络痹案

患者，段某，女，52岁，济南市人。2003年8月21日初诊。头痛2年加重10天。近来天气炎热，纳凉受寒，头痛剧烈，以左枕部为主，呈搏动性痛，固定不移，影响睡眠。出汗多，大便正常。舌质淡红，苔薄白，脉弦。体格检查：Bp120/70mmHg、左枕神经出口压痛（+）。颈椎正侧位片：椎管狭窄。中医诊断：太阳头痛。辨证：寒凝络痹。西医：枕神经痛。治法：散寒疏利太阳经脉，通络止痛。处方：桂枝 9g，生白芍 18g，葛根 30g，当归 15g，天南星 6g，姜黄 9g，天麻 15g，威灵仙 18g，炙甘草 9g。6剂，水煎服，每日1剂。

全天麻胶囊 2 粒，口服，每日 3 次。二诊：头痛明显减轻，昨日起左手拇指疼痛，强迫伸直位，出汗少。舌质淡红，苔薄白，脉弦。处方：上方加姜黄 12g，6 剂，水煎服，每日 1 剂。尽剂，头痛解。

〔按语〕 太阳头痛与足太阳经脉循行部位有关。《灵枢·经脉》：“膀胱足太阳之脉，起于目内眦，上额交巅；其支者，从巅至耳上角；其直者，从巅入络脑，还出别下项，……是动则病冲头痛……是主筋所生病者……头颞项痛……”。头痛项强，病在太阳。故用《伤寒论》桂枝加葛根汤为主方，以散寒疏邪，畅利太阳经脉，加天南星、姜黄、威灵仙通络止痛。临床用之常能获效。

2. 笔者医案——葛根芩连汤加味治疗湿热头痛案

患者，孟某，女，36 岁。2004 年 5 月 19 日初诊。头痛 7~8 天。初起受寒，头痛项强，不发热。现头痛不止，以左枕颈部疼痛为主，呈波动性痛；头皮触痛明显，伴头晕、睡眠减少。舌淡暗，苔黄腻厚，脉微浮弦。左枕神经出口处压痛明显，余颅神经未见异常。诊断：中医：外感头痛；辨证：风热夹湿热阻滞太阳、少阳经脉。西医：枕神经痛。治法：外散风寒，内清湿热，兼疏利经脉气血。处方：葛根 24g，黄芩 9g，黄连 6g，茵陈蒿 15g，当归 12g，川芎 9g，天麻 15g，生薏苡仁 30g，麻黄 6g，炙甘草 9g，蔓荆子 18g，薄荷 9g（后入）。4 剂，水煎分 2 次温服。二诊：头痛基本缓解，疼痛时间缩短，程度减轻，舌质淡红，苔薄微黄，脉弦细。上方去黄芩、黄连、白鲜皮，加僵蚕 12g，羌活 6g，5 剂，水煎服。后以它病就诊，问及头痛事宜，述上方尽剂而愈。

〔按语〕 枕神经痛属于风寒者最多，但湿热证临床亦时有所见，湿热壅滞太阳可用麻黄连翘赤小豆汤、湿热壅滞阳明则宜葛根芩连汤、湿热郁滞少阳可用茵陈蒿汤，若三阳合病，则可以统而治之。本案为湿热内蕴，风寒外袭，故用葛根芩连汤

加茵陈蒿、生薏苡仁、麻黄、川芎、薄荷等内清外散，表里兼治。

五、临 证 心 得

枕神经痛是神经内科临床常见病，对枕神经痛临床主要是以针刺、局部封闭治疗为主，应用辨证论治的方法，采用中药内服治疗的文献报告较少。作者体会，临床采用经方为主，辨证治疗本病有较好的疗效。

重视风寒为患。枕神经痛临床常见，发病常与诱因有关，其中调摄不当，寒邪或风寒邪气侵袭，凝滞经脉，气血不畅，经脉痹阻，不通则痛。故治疗首要审查风寒之有无、轻重。重视发散风寒方药的应用，如麻黄、桂枝、羌活、防风、荆芥穗、白芷、乌头之类。

重视经脉辨证与循经用药。枕神经痛病位多责之邪气阻滞足太阳膀胱经脉，导致太阳经脉闭塞或不畅，因此，重视祛除足太阳经脉邪气，疏利太阳经脉，气血畅达，是缓解枕神经痛的基本方法。发散太阳风寒，麻黄、桂枝、羌活为首选；兼能疏利太阳经脉；若为发热外袭，当用辛凉疏利之品，如菊花、苏叶、僵蚕、蝉蜕辛凉宣透，疏风热，达邪气，通经脉，活气血，蠲疼痛。

查痰瘀之有无。枕神经痛往往反复发作，病久多兼痰浊瘀血阻滞，导致疼痛迁延反复，临证当兼顾化痰与活血通络。化痰常用天南星、白附子、僵蚕、威灵仙；而痰浊久结，痹滞不通，则需用咸味软坚，散结化痰之品，威灵仙尤为常用，少用芒硝（3~6g）常有良好效果，也可合用指迷茯苓丸。注意调摄与合理劳作。枕神经痛发病常常与调摄失宜，体位不当，劳伤筋骨、经脉、肌肉，因此，在准确治疗的同时，需要合理调护，避免风寒侵袭，工作与睡眠是要注意保持合理体位，减少劳损伤害。

第三节 特发性面神经麻痹

一、概 述

特发性面神经麻痹亦称面神经炎，临床表现为周围性面神经麻痹，引起病灶同侧全部颜面肌肉瘫痪。双侧周围性面神经麻痹时，面部无表情，双侧额纹消失，双眼不能闭严，贝尔氏征阳性。双侧鼻唇沟变浅，口唇不能闭严，口角漏水，进食时，腮内存留食物，言语略含混不清。

周围性面瘫与中医“口僻”病相当，是指以突发面部麻木，口眼喎斜为主要表现的疾病。本病急性起病者，称为急性口僻。中医认为，本病多由人体正气不足，经脉空虚，风邪乘虚而入头面阳明脉络，使颜面一侧营卫不和，气血痹阻，经筋失养而发病。风邪为六淫之首，百病之长，风邪中于经络，每与寒、热、痰等邪兼夹为患，且久病致瘀，瘀血阻滞，往往使病程迁延，恢复比较困难。此外，外风与内风之间常可相互影响，外风可以引动内风，内风亦可兼夹外风，进而使病情错综复杂。故内外合邪为患，亦是本病发生与转归的病机特点。

二、诊 断

1. 患侧全部面肌瘫痪，眼睑不能充分闭合，闭嘴时，颊肌松弛，口角下垂。抬眉时，额横纹消失，眉毛较健侧低，睑裂变大，内眼角不尖，眼泪外溢。笑时，口角向健侧牵引。由于颊肌麻痹，咀嚼时食物贮留于颊部与牙龈间。

2. 贝尔氏征 闭眼时麻痹侧眼球上窜，角膜下方露出巩膜。

3. 眼球征 患侧眼球上移。

4. 颈阔肌征 病人用力前屈，检查者抵额，健侧颈阔肌

收缩，患侧不动。

5. 听觉过敏 由于镫骨肌麻痹，鼓膜张肌紧张，微小声音产生强震动，产生过听。

6. 泪腺分泌障碍，患侧减少。

7. 唾液分泌障碍，患侧下颌腺分泌减少。

8. 神经麻痹定位诊断。

三、辨证治疗

1. 风寒侵袭证

主证：口眼喎斜，患侧耳后疼痛、面部发紧，舌质正常或偏淡，舌苔薄白，脉浮。

治法：疏风散邪，宣通经脉。

方剂：葛根汤加减。

葛根 30g，生麻黄 6g，桂枝 12g，白芍 15g，炙甘草 9g，生姜 15g，大枣 12 枚（掰），天南星 6g，天麻 15g，僵蚕 12g。

加减：可加防风、荆芥穗、白芷、当归，以增疏风活血通络之力。

2. 风热侵袭证

主证：除口眼喎斜外，尚可见口干、舌质红、苔薄黄、脉浮中见数。

治法：疏风清热，宣痹通络。

方剂：葛根汤合麻黄升麻汤加减。

葛根 30g，生白芍 15g，炙甘草 9g，升麻 15g，当归 15g，黄芩 12g，石膏 24g，麻黄 3g，蝉蜕 15g，僵蚕 15g。

加减：发邪偏盛，加菊花、忍冬藤、荆芥穗、薄荷等。

3. 湿热侵袭证

症状：口眼喎斜，面色红赤，口气秽浊，口干口苦，大便不爽，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

治法：清热化湿，和胃通络。

方药：葛根芩连汤合麻黄连翘赤小豆汤加减。

葛根 30g，黄芩 12g，黄连 9g，茵陈蒿 15g，豨莶草 30g，赤小豆 30g，连翘 15g，甘草 6g，天麻 5g，僵蚕 12g，蝉蜕 15g。

加减：临证可选加栀子、黄连、半夏、白豆蔻、天麻、白鲜皮。

4. 实热壅盛证

症状：患者素嗜辛热厚味，内蕴积热，形丰体肥，病则口眼喎斜，面红目赤，面部油垢，大便干结，口气秽臭，舌质红，苔黄，脉滑数。

治法：清胃泻热，散结通络。

方药：调胃承气汤加减。

大黄 6g，芒硝 6g（冲服），桃仁 12g，桂枝 6g，炙甘草 9g，黄连 9g，升麻 12g，生地黄 15g，葛根 12g，天麻 15g，忍冬藤 30g，僵蚕 15g。

加减：热盛伤阴，加玄参、天花粉、葳蕤；阳明热盛，大便通畅，用白虎桂枝汤加味。

5. 气虚络痹证

症状：素体气虚，卒病口眼喎斜，或口僻病程渐久，诸证不愈，伴见面色不华，精神不振，体倦食少，舌质淡，苔白，脉细弱。

治法：益气补虚，养血通络。

方药：黄芪桂枝五物汤合清阳汤（《脾胃论》）。

黄芪 30g，白芍 12g，桂枝 9g，生甘草 12g，红花 5g，酒黄柏 9g，苏木 9g，葛根 24g，当归 15g，升麻 9g。

加减：气血亏虚，加党参，或人参、龙眼肉；加丝瓜络、蝉蜕、乌梢蛇通络宣痹。

6. 阴虚络痹证

主证：口眼喎斜，或口僻病程渐久，诸证不愈，伴见饮食

减少，口干舌燥，大便秘结，心烦失眠，舌质红，苔少或无苔，脉细弦。

治法：滋阴养血，疏风通络。

方剂：胶艾汤加减。

生地 15g，熟地 15g，当归 12g，白芍 15g，赤芍 12g，川芎 6g，阿胶 9g（烔化），桑叶 15g，天麻 15g，僵蚕 15g。

加减：便秘，加黑芝麻 30g，生首乌 30g；心烦失眠，加百合 30g，酸枣仁 24g，夜交藤 30g。

四、医案精选

1. 刘渡舟医案——桂枝加葛根汤治疗面瘫案

张某，女，26岁。因乘长途汽车，面朝敞窗，疾风拂面，当时殊觉凉爽。抵家后发觉面肌拘紧，口眼喎斜。切脉浮，舌苔白而润。辨证，风中阳明经络。正如《金匱要略》所说：“络脉空虚，贼邪不泻，或左或右，邪气反缓，正气即急，正气引邪，喎僻不遂”之证。治法：驱阳明经络之风邪。处方：桂枝加葛根汤，另加白附子、全蝎。服两剂，汗出邪解，其病遂愈。

〔按语〕 本方由桂枝汤加葛根而成。有驱风通经和滋润经脉之功。故风中阳明经脉用之有效。（选自《伤寒论十四讲》）

2. 朱进忠医案——柴胡加龙骨牡蛎汤治疗肝郁寒饮化热案

赵某，女，33岁。左侧口眼喎斜8个多月。医诊面神经炎。先予西药、理疗治疗3个多月不效，后又配合针灸、按摩、中药牵正散、补阳还五汤、再造丸等治疗半年多，亦不见好转。细审其证，除左侧口眼喎斜，不能鼓颌，不能闭眼，吃饭、饮水均漏外，并见头晕头痛，心烦失眠，时或心悸，烦热上冲，冲则汗出，口苦口干，左臂憋胀，舌苔黄白，脉弦紧。综合脉证，思之：脉弦者，肝脉也；紧者，寒也，结滞不化

也。合之于证，此乃肝郁气结也，寒饮内郁，郁而化热，上热下寒，心肾失交之证也。治拟疏肝理气，辛升苦降，交通心肾。处方：柴胡 10g，半夏 10g，党参 10g，黄芩 10g，甘草 6g，生姜 3 片，大枣 5 个，桂枝 10g，茯苓 15g，大黄 3g，龙骨 15g，牡蛎 15g。服药 6 剂，左侧面颊发紧感好转，继服 10 剂，口眼喎斜明显改善，眼可闭合，咀嚼食物正常，口角已不漏饭、漏水，继服 20 剂，愈。（选自《中医临证经验与方法》）

〔按语〕肝主筋膜之病，口眼喎斜、面颊发紧、脉弦紧是肝郁气结也，寒饮内郁，经脉不利，肌肉失养。故疏肝理气，辛升苦降，交通心肾有效。

3. 笔者医案——桃核承气汤治疗瘀热结滞面瘫案

何某，男，45 岁，济南长清人。口眼喎斜 10 余天。诊见：口角左歪，右睑闭合不全，右侧额纹消失，右口角漏水，大便干结，舌暗红，有瘀斑，苔薄黄少，脉沉略滑。既往有糖尿病肾病、高血压病史，就诊前因肾功能损害正在服通腑泻浊中药治疗，发病后，经当地医院外治效果不佳，前医改方牵正散加减，病情变化不明显，就诊神经内科。证属瘀热内阻阳明，风邪滞于阳明之脉。治以通腑化瘀泄热，疏风活血通络，方用桃核承气汤加味。处方：桂枝 12g，桃仁 15g，炙甘草 9g，芒硝 6g，生大黄 10g（后入），葛根 30g，天麻 15g，赤芍 18g，川升麻 15g。水煎服 6 剂。二诊：面瘫渐改善，额纹接近正常，口角喎斜减轻，胃纳渐佳，眠差。大便通畅，每日 2 次稀便。舌暗红，有瘀斑，苔薄黄少，脉沉细涩。上方去升麻，加夜交藤 30g，金银花 30g，生黄芪 30g，6 剂。诸症明显减轻，纳眠俱佳，二便调。舌暗红，苔薄黄少，脉细涩较前有力。上方继服 6 剂以资巩固。

〔按语〕该患者本为瘀热内结，阳明浊滞之候，泻阳明浊气，化瘀通络本是正治，改牵正散反而无效。用桃核承气汤加味标本兼治，故能获效。

五、临证心得

着眼于阳明。阳明经脉行于面。阳明经脉有手足之分，胃足阳明之脉，“起于鼻之交中，旁纳太阳之脉，下循鼻外，入上齿中，还出挟口还唇，下交承浆，却循颐后下廉，出大迎，循颊车，上耳前，过客主人，循发际，至额颅……”。大肠手阳明之脉，“其支者，从缺盆上颈贯颊，入下齿中，还出挟口，交人中，左之右，右之左，上挟鼻孔”。阳明经脉挟口行于面，阳明受邪，经脉失和，最易致口僻。故《灵枢·经脉》说：胃足阳明经脉“是主血所生病者……口喎唇胗”。阳明主肌肉。阳明受邪，胃腑失和，气血失调，也会导致阳明胃经不利，面部肌肉失养，发生口眼喎斜。故口僻以阳明经脉受病，面部筋脉失养，肌肉松弛为主要病机。因此，其证治必须从阳明着眼，祛阳明之邪，通阳明之络，补阳明之虚。处方用药也以阳明经药物为重点。处方以葛根汤为常用方剂，随寒热而化裁。

着手于祛风。急性口僻病因以风为主，因此，治疗以祛风为首务，重用葛根为主药。葛根为阳明经要药，轻清透达，既能疏风散邪；又能舒筋脉，缓挛急，合于阳明经脉受邪，气血失和，筋脉失柔的病机特点。

重视祛除兼夹邪气。风挟湿热、痰热、胃热是急性口僻常见的致病因素，因此，祛风尚须适当兼顾所夹之邪。湿热加茵陈、赤小豆、黄芩，湿热自表而入治用麻黄连翘赤小豆汤，阳明湿热则宜葛根芩连汤加味；热盛用黄连、栀子、生石膏、白鲜皮等；便秘加生大黄、芒硝，佐以羌活，其效更佳，夹瘀用桃核承气汤；挟痰配制南星、白附子、僵蚕、远志。

祛风当兼和营养血。邪自外受，阻于阳明经脉必然影响营血的运行，以致肌肉失养。祛风兼以和营养血，既能荣养肌肉筋脉，又能加速风邪的尽快消散，是为“治风先治血”。处方中常配用当归、生白芍、生地黄，日久则再加鸡血藤、枸杞

子；阴伤有热，则用生熟地黄、枸杞子、女贞子、玄参、菊花等。

经久不愈，当补虚活络。急性口僻治不及时，日久不愈，一则正气渐虚，一则病入络脉，治疗当以补虚活络为主，黄芪配桂枝、黄芪配天麻、黄芪配当归，皆为可随着选用，常用方剂如黄芪桂枝五物汤、清阳汤、补阳还五汤等。久病入络，临证应酌加虫类药，常用僵蚕、蝉蜕、乌梢蛇、地龙。

第四节 面肌痉挛

一、概 述

面肌痉挛又称面肌抽搐、半面痉挛，是指一侧面部阵发性、不自主、不规则的肌肉抽搐，无神经系统损害的其他阳性体征。发病原因不清楚。本病是慢性进行性过程，多数难以自发缓解，部分患者在晚期可以发生患侧面肌瘫痪和萎缩，此时抽搐因而停止。

面肌痉挛属于中医风病范畴，与《素问·调经论》所说的“微风”相似。

二、诊 断

1. 多发于中老年女性，女性高于男性。
2. 通常仅限于一侧面部，两侧面部较少见，病程长，为缓慢性进展。
3. 主要表现面肌的抽搐，最先发生在眼轮匝肌，逐渐向面部口角肌肉及颈阔肌扩展，多次抽搐持续数秒钟或分钟，在疲倦、精神紧张，自主运动时加剧，但不能控制，入睡后消失，抽搐时可伴有面部轻度的疼痛。
4. 少数病人晚期可出现患侧面肌的中度无力和轻度萎缩。

三、辨证治疗

1. 风阳内动证

主证：面肌抽动，发作频繁，抽动幅度大，面赤头晕，急躁易怒，心烦失眠，口干口苦，大便秘结，舌质红，苔薄黄，脉弦有力。

治法：镇肝熄风，养阴安神。

方剂：风引汤合芍药甘草汤加减。

龙骨 30g，牡蛎 30g，紫石英 24g，寒水石 15g，滑石 12g，赤石脂 15g，白石脂 12g，白芍 30g，炙甘草 15g，白头翁 30g，牛膝 15g，石膏 15g，酸枣仁 30g。

加减：肝肾阴虚，加玄参、龟板、天冬、麦冬；头晕明显，加天麻、钩藤；抽动严重，加僵蚕、蝉蜕、蚤休。

2. 肝经风火证

主证：面肌抽搐，反复发作，精神紧张或情绪激动时发作明显或加重，心烦失眠，口干口苦，大便不畅，舌质红，舌苔黄，脉弦。

治法：清肝泻火，熄风止痉。

方剂：白头翁汤合芍药甘草汤加减。

白头翁 30g，黄连 9g，秦皮 15g，羚羊角粉 2g（冲），生白芍 30g，甘草 12g，僵蚕 15g，蝉蜕 30g，夏枯草 15g，牡丹皮 15g。

加减：伤阴，加生地、玄参；便秘，加决明子、大黄；失眠，加栀子、珍珠母。

3. 风寒外袭证

主证：面肌抽动，遇风寒则发作或加重，面部怕冷，舌质淡，苔薄白，脉浮或紧。

治法：疏风散寒，缓急解痉。

方剂：葛根汤加减。

葛根 30g, 桂枝 9g, 麻黄 3g, 白芍 30g, 炙甘草 12g, 生姜 12g, 大枣 12 枚 (掰), 荆芥 9g, 天南星 6g, 白附子 6g, 当归 15g。

加减: 风寒重, 面部疼痛, 加白芷、川乌、蜂房。

4. 阳郁神扰证

主证: 面肌抽动, 反复发作, 时作时止, 精神紧张, 心烦不安, 睡眠不实, 舌质淡红, 苔薄白, 脉沉弦。

治法: 疏肝解郁, 镇痉安神。

方剂: 柴胡加龙骨牡蛎汤加减。

柴胡 15g, 龙骨 30g, 牡蛎 30g, 茯苓 30g, 半夏 9g, 白芍 30g, 炙甘草 12g, 桂枝 6g, 酒大黄 3g。

加减: 阳郁化热, 心烦易怒, 加丹参、白头翁、蚤休; 伤阴, 加百合、生地。

5. 心神不宁证

主证: 面肌抽动, 作止无时, 睡眠不足, 或精神紧张诱发或加重, 心神不安, 情绪不稳, 舌质淡红, 苔薄白, 脉细动数。

治法: 养心宁神, 柔肝熄风。

方剂: 酸枣仁汤合桂枝加龙骨牡蛎汤加味。

酸枣仁 30g, 茯苓 30g, 知母 15g, 川芎 3g, 炙甘草 15g, 桂枝 6g, 龙骨 24g, 牡蛎 24g, 白芍 30g, 天麻 15g。

6. 阴虚风动证

主证: 面肌抽搐, 经久不愈, 精神紧张, 心烦失眠, 大便秘结, 或口干口渴, 舌质红, 苔少或无, 脉弦细。

治法: 养阴柔肝, 熄风止痉。

方剂: 芍药甘草汤加味

白芍 30g, 炙甘草 15g, 当归 15g, 枸杞子 15g, 石斛 15g, 天麻 15g, 牛膝 12g, 阿胶 9g (烊化), 酸枣仁 30g, 玄参 15g。

加減：陰虛火旺，加黃連、淡竹葉、知母、黃柏；失眠，加牡蠣、珍珠母。

7. 陽虛風動證

主證：面肌抽動，病程日久，時作時止，心神不安，面白少華，精神不振，舌質淡胖，苔薄白，脈沉細遲。

治法：溫養補虛，安神解痉。

方劑：真武湯加減。

炮附子 9g，生白芍 30g，茯苓 15g，白朮 15g，生薑 12g，炙甘草 12g，紫石英 30g。

加減：失眠，加酸棗仁、淮小麥、大棗；面肌抽搐重者，加天麻、蜂房、淫羊藿。

四、名醫經驗

陳寶田：常用《傷寒論》四逆散合三黃瀉心湯治療面肌痉挛。以局部面肌陣發性的抽搐，作為投藥指征。曾治愈 2 例面肌痉挛，其病程長達 3 年之久，經各種治療均未獲效，用芍藥甘草湯吞服全蝎散 1.5g（全蝎、蜈蚣各等份），投 10~15 劑而治愈。震顫麻痹綜合征多由動脈硬化所致，屬中醫內風之例，常規應用鎮肝熄風之類藥，但筆者臨床體會，治在少陽，用柴胡桂枝湯合芍藥甘草湯，常常有效。（选自《經方臨床應用》）

五、醫案精選

1. 楊發清醫案——麻黃附子細辛湯治療面肌痉挛案

王某，女，55 歲，2001 年 2 月 16 日初診。素體虛弱，一周前因冒雨受涼後惡寒、頭痛、身痛，繼而左側面肌痉挛抽搐，經服用多種中西藥治療，病情未見好轉，反而加重。診見：左側面部肌肉痉挛抽搐，呈陣發性，口角流涎，畏寒，神疲乏力，舌淡苔白，脈沉澀。血常規檢查正常。頭顱 CT 檢查

正常。BP 12.0/7.0kPa, 神经反射正常。证属风寒内侵, 经脉阻滞。治宜温经散寒, 活血通经止痉。拟麻黄附子细辛汤加味: 麻黄 10g, 熟附子 6g, 细辛 5g, 丹参 30g, 川芎 30g, 钩藤 30g, 全蝎 10g, 蜈蚣 3 条, 防风 15g。水煎 3 服, 每日 1 剂。服 3 剂后, 面肌痉挛大减。效不更方, 继服 5 剂, 病获痊愈, 随访至今未见复发。

〔按语〕 该病属中医的“筋惕肉瞤”病症范畴, 多由于肝肾阴虚, 气血不足, 筋脉失养, 虚风内动所致。本例因素体虚弱, 感受风寒之邪, 风善行而数变, 风闭寒凝, 上犯清空, 扰乱面部经脉, 致气血运行不畅, 则面肌痉挛抽搐。用麻黄、附子温经散寒, 重用川芎、丹参活血通经, 细辛利窍通痹, 全蝎、蜈蚣配防风、钩藤祛风止痉。诸药合用, 寒邪得以温散, 气行血通, 风平痉止, 则病告愈。(选自《四川中医》2005, 23 (10): 107)

2. 笔者医案——白头翁汤合芍药甘草汤治疗肝经火热证

患者, 吕某, 男, 39 岁, 1999 年 8 月 17 日初诊。面部右侧肌肉抽动 3 个月。素多饮酒, 嗜烟, 性格急躁易怒, 睡眠不实。发病前因家中琐事不得正常睡眠, 昼夜操劳, 随即感到右侧眼睑部肌肉抽动, 多家数次就诊, 均诊断为面肌痉挛, 虽时有小效, 但始终未见明显疗效, 且抽动范围扩大, 抽搐程度有所加重。诊见患者右侧面部肌肉抽动不止, 讲话时面部抽动加重。伴心烦不安, 多梦少寐, 口干口苦, 大便略干, 舌质红, 苔黄, 脉弦数。中医诊断: 微风; 辨证: 证属肝经风火上扰。治宜清肝泻火, 柔肝止痉。处方: 白头翁 24g, 黄连 6g, 秦皮 12g, 黄柏 9g, 白芍 60g, 天麻 15g, 僵蚕 15g, 炙甘草 12g, 决明子 30g, 生地 15g。6 剂, 水煎服, 每日 1 剂。面肌抽动次数减少, 情绪逐渐稳定, 心情平和, 大便软而通畅。舌质红, 苔薄黄, 脉弦。上方加当归 12g, 夏枯草 15g。12 剂, 水煎服。睡眠改善, 面肌抽动缓解, 口干口苦消失, 舌质淡红,

苔薄微黄，脉缓小弦。上方改2日1剂，继进6剂。随访1年，病情稳定。

〔按语〕 本案面肌痉挛与患者平素不良生活方式以及操劳过度有关。“阳气者，烦劳则张”。肝火内盛，内风遂生，故以白头翁汤清肝泻火，白芍、甘草养血柔肝，荣筋缓急，决明子、白天麻、僵蚕平肝熄风。火去风静，诸证消失。

六、临证心得

面肌痉挛属于《内经》所说的“微风”。《素问·调经论》：“肌肉蠕动，命曰微风。”《圣济总录·肌肉瞤动》也有类似论述：“论曰肌肉瞤动，命曰微风。盖邪搏分肉，卫气不通，阳气内鼓，故肌肉瞤动。然风之入脉，善行数变，亦为口眼瞤动偏喎之病也”。作者临证治疗面肌痉挛症，理本《内经》，法取仲景，治从阳明、厥阴。认为其病机主要是由于素体阴亏或体弱气虚引起阴虚、血少、筋脉失养或风寒上扰于面部而致，病位在面部阳经与肝、脾、肾、胆、胃、脏腑相关；病性或虚或实。实证法取清泻阳明、厥阴，泻阳明厥阴火热、痰热、郁浊，常用泻心汤、葛根芩连汤、桃核承气汤、白头翁汤、风引汤、小陷胸汤等方剂。虚证则宜柔肝安神，柔肝可以熄风，安神则阳气宁静。方选芍药甘草汤、炙甘草汤、甘麦大枣汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、酸枣仁汤。清泻阳明，常用葛根芩连汤，本方既能清热泻火，又能清利湿热，且能引药力达于面部，凡阳明郁热、湿热、痰热、风热皆可随证应用。厥阴热盛，或肝经风火炽盛，治宜清泻肝经火热，临证常用白头翁汤加味，方中白头翁清肝泻热，凉肝止痉，柯韵伯在《伤寒来苏集》说：“白头翁临风偏静，长于祛风”。全方清泻厥阴肝经风火郁热，凡肝热、肝火之证皆可应用，止痉常加龙骨、牡蛎、珍珠母、紫石英、生石膏。厥阴风木过旺，既重视清肝凉肝熄风止痉，还需养血柔肝，可以合用芍药甘草汤、胶艾汤、酸枣仁汤。酸

枣仁汤既能清热安神，又能柔肝缓急，用于肝经虚而有热之证，常加丹参，凉血清肝，安神缓急。此外，阳气不足，筋脉失于温养，痉挛抽搐，可以随证选用真武汤、苓桂术甘汤、芍药甘草附子汤，温经通脉，舒筋缓急。

面肌痉挛是难治性疾病，难取速效，远期疗效亦差，需要坚持治疗，同时舒畅心志，宁心安神，有利增加疗效。本病在外界的刺激下往往会加重，进食辛辣刺激之物，可加重病情，如烟酒、咖啡、浓茶、无鳞鱼等，多食清淡含维生素多的食品。减少不必要的熬夜，保证睡眠，保持轻松的心境，避免情绪波动，有利病情的缓解与控制。

第四节 坐骨神经痛

一、概 述

坐骨神经是支配下肢的主要神经干。坐骨神经痛是指坐骨神经通路及其分布区域内（臀部、大腿后侧、小腿后外侧和脚的外侧面）的疼痛。

发病时患者首先感到下背部酸痛，腰部僵直感，以后逐渐加重而发展为剧烈疼痛，疼痛由腰部、臀部、髋部开始，向下沿大腿后侧、腘窝、小腿外侧和足背扩散，有时有烧灼样或针刺样疼痛。患者喜卧向健侧，病侧下肢髋膝部微屈，重心移向健侧。日久大腿后方及小腿的肌肉松软无力，可导致轻度肌肉萎缩。

坐骨神经痛属于中医痹证范畴。

二、诊 断

坐骨神经痛依病理变化部位的不同可分为根性痛、干性痛和丛性痛。

1. 根性坐骨神经痛以腰椎间盘突出、腰椎椎管狭窄及椎管内肿瘤三者最常见。椎旁压痛：腰椎椎旁压痛及叩击痛均较明显，而干性痛及丛性痛者难以出现。增加腹压则痛剧：咳嗽、喷嚏、大便等增加腹压的动作使痛加剧。屈颈实验：其阳性率可高达95%以上。脊神经根的定位症状：腰1脊神经根影响膝反射、胫1则波及跟腱反射为最重要。脑脊液：腰穿多显示椎管内脑脊液呈部分梗阻及生化异常改变。

2. 干性坐骨神经痛以前多诊断为“坐骨神经炎”，以后研究发现大多由于局部粘连形成狭窄所致。以盆腔出口狭窄最为多见，其次见于梨状肌病变和骶髂关节炎。

三、辨证治疗

1. 风寒阻络证

主证：下肢腰胯持续性钝痛，并向大腿后侧、小腿外侧及足背外侧放射，受寒加剧，得热痛缓，活动受限，夜间加重，舌质淡，苔薄白，脉弦紧。

治法：疏风散寒，通络止痛。

方剂：葛根汤加减。

麻黄6~12g，白芍30g，炙甘草12g，桂枝15g，葛根30g，羌活9g，独活15g，炮附子9g。

加减：加制川乌、蜈蚣、制乳香、制没药、乌蛇等。湿邪重，加薏苡仁、苍术；肾虚加杜仲、续断、狗脊、千年健等；挟瘀血，加乳香、没药、桃仁、红花；疼痛重者，加土鳖虫、蜂房。老年人或高血压患者不宜应用麻黄。

2. 寒凝脉络证

主证：下肢腰胯痛势较剧，部位固定，遇寒则痛甚，得热则痛缓，关节屈伸不利，皮色不红，触之不热或有冷感，舌质淡，苔白而薄腻，脉弦紧。

治法：散寒通络，祛风除湿。

方剂：乌头汤合肾着汤加味。

川乌 6g，生麻黄 12g，生黄芪 30g，生白芍 30g，甘草 12g，天南星 6g，生白术 15g，桑寄生 30g，乌梢蛇 15g，威灵仙 30g，茯苓 15g，干姜 12g。

加减：寒湿重，肢体沉重，活动不利，改生白术 30～45g，茯苓 30g，加苍术 15g，附子 9g。

3. 湿热阻络证

主证：下肢腰胯痛势较剧，部位固定，肢体沉重，诸证遇热则甚，肢体活动受限，皮色不红，舌质红，苔黄腻，脉弦数有力。

治法：清热利湿，疏风通络。

方剂：麻黄杏仁薏苡甘草汤加味。

麻黄 6g，杏仁 12g，薏苡仁 30g，甘草 9g，苍术 9g，赤小豆 30g，防己 12g，黄柏 12g。

加减：腰痛，活动受限，加狗脊、独活、生白术；病久气虚络痹，加黄芪、防风。

4. 瘀血阻络证

主证：腰胯痛引下肢，痛势剧烈，固定不移，肢体活动受限，被动体位，舌质暗红，或见瘀点瘀斑，苔白，脉涩或弦。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方剂：大黄廑虫丸加减。

酒大黄 3g，土鳖虫 12g，甘草 9g，桃仁 12g，杏仁 9g，赤白芍各 15g，干地黄 12g，川乌 6g，当归 15g，桂枝 9g，生白术 30g。

加减：疼痛甚者，选加威灵仙、独活、乳香、没药、蜈蚣、全蝎；遇寒加重者，加川乌、麻黄。病久肾虚，加杜仲、狗脊、桑寄生。

5. 肾阳亏虚证

主证：下肢腰胯疼痛，经久不愈，痛势趋缓，腰痛隐隐，

遇劳即作或阴雨加重，精神疲惫，腰膝酸软，舌质淡胖，苔薄白，脉沉细无力。

治法：温肾助阳，温养筋脉。

方剂：金匱肾气丸加味。

熟地 24g，山药 12g，山茱萸 12g，泽泻 6g，茯苓 12g，牡丹皮 9g，桂枝 12g，附子 9g，杜仲 15g，狗脊 15g，桑寄生 15g，千年健 30g。

加减：疼痛较重，加黄芪、续断、细辛、露蜂房；小便淋漓不已，加桑螵蛸、莲须、补骨脂。

四、名 医 经 验

1. 江克明 治疗坐骨神经痛属风寒湿邪，伤于脾肾二经者。常用《金匱要略》肾着汤化裁，处方为：干姜 5g，炙甘草 3g，苍术、茯苓、独活、桑寄生、狗脊、怀牛膝各 10g，桂枝、木瓜各 6g，附子 5g。此方用干姜温中散寒，炙甘草和中缓痛，苍术健脾燥湿，茯苓渗利水湿，原方只此四味，故又名甘姜苓术汤。加桂枝、附子增强温阳去寒之力；狗脊、桑寄生、怀牛膝壮筋骨，强腰腿；独活祛风止痛，木瓜舒筋。全方祛风寒湿邪，使筋骨强壮，痹痛自除。加减法：腰痛甚者，加杜仲，续断。气血不足者，加黄芪，当归。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

2. 张文泰 由腰椎间盘突出症引起的腰及下肢疼痛呈放射性，尤其是寒冷时疼痛加重者。用麻黄附子细辛汤加减，组成：附子 15g，细辛 5g，麻黄 15g，牛膝 15g，木瓜 15g，地龙 10g，全蝎 5g，蜈蚣 3 条，防己 15g，川断 15g，甘草 10g。禁忌：对于伴胃脘痛者应慎用此方，或与健脾益胃药联合应用，否则会使胃脘疼痛加重。应用本方待急性期过后应配合牵引、按摩等治疗。（选自《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

五、医案精选

1. 江克明医案——肾着汤治疗寒湿痹证案

成某，男，32岁。初诊（1985年12月27日），先左腿酸痛，一周以后，右臀腿后亦疼痛，发麻，甚至连及足跟痛，不能行动。脉象弦缓，舌苔根部白腻。病起月余，时届冬令，证属寒湿，邪伤经络。治宜温散寒湿，强壮筋骨。处基本方（干姜5g，炙甘草3g，苍术、茯苓、独活、桑寄生、狗脊、怀牛膝各10g，桂枝、木瓜各6g，附子5g）2剂。二诊（12月31日）：右臀腿疼痛减轻，能起床行动。脉舌如前。守上方加当归、香附、防己、葫芦巴各10g，川芎3g。五剂。三诊（1986年1月8日）：臀腿痛、麻俱已，行动渐渐方便。舌根白腻之苔已化。守上方再服5剂。

〔按语〕 冬令起病，病史短暂，起于寒邪致病，症状典型，辨证准确，处方简捷，方证对应，疗效可靠。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

2. 朱进忠医案——肾气丸加味治疗肾虚寒凝血滞案

于某，男，35岁。腰腿疼痛3个多月。医诊坐骨神经痛。先用理疗、按摩、针灸、西药治疗剧痛消退，但从左侧腰部至左腿循膀胱经憋痛一直不见改善。后又配合中药活血逐瘀止痛之剂，诸证亦不见改善。细审其证，除左侧腰、腿循膀胱经至小腿、足部疼痛之外，别无所苦，舌苔白，脉弦紧，尺大。综合脉证，思之：脉弦紧者，寒也；尺脉大者，肾阳亏损也。合之于症，乃肾气亏损，寒湿不化，血络瘀滞也。治宜培补肾气、温阳散寒，佐以活血。处方：熟地20g，山药10g，肉苁蓉15g，茯苓10g，泽泻10g，丹皮10g，附子10g，肉桂10g，五味子10g，怀牛膝10g，车前子10g，乳香10g，没药10g，蜂房10g。服药7剂，疼痛明显好转，宗效不更方之旨，继服30剂，疼痛消失。

〔按语〕 肾主骨生髓，腰为肾府。腰腿疼痛，日久常见肾虚，金匱肾气丸乃补肾之祖方。补肾可以治腰腿疼痛，而方中附子、肉桂之属又能散寒通络，温经止痛，加五味子、怀牛膝、车前子、乳香、没药、蜂房，既符合常理，别开生面。

（选自《中医临证经验与方法》）

3. 李宝顺医案——通经行痹汤治疗寒凝血脉案

患者，曹某。女，34岁，1990年1月13日初诊。右腿疼痛2年余，加重2个月。疼痛自右臀部起，沿右腿外侧及后侧向下反射。症状常年不断，时轻时重，冬季为甚，近2个月来疼痛较明显。西医诊断为原发性坐骨神经痛。曾用中西医多种方法治疗，病情未见改善。诊得舌质淡，舌苔白，脉虚。证属寒凝血脉，足太阳经痹阻，予通经行痹汤治之：桂枝10g，白芍30g，炙甘草8g，生姜7g，大枣15g，威灵仙10g，独活8g，徐长卿20g，牛膝10g，苏木15g，制乌头10g（先煎）、全蝎7g。上方连服5剂，右腿疼痛明显减轻。去乌头再进10剂，症状基本缓解。后用独活寄生汤化裁，调理近1个月。随访1年，未见复发。（《名医名方录》）

〔按语〕 案中通经行痹汤即乌头桂枝汤加味，乌头、桂枝、威灵仙、独活、生姜、徐长卿散寒温经，通脉止痛；芍药、大枣、炙甘草缓急止痛，养血补虚；全蝎、苏木、牛膝通络止痛。药与病合，故取效迅捷。

4. 笔者医案——乌头汤治疗寒凝络痹案

周某，男，36岁，工人。门诊病历。2001年11月10日初诊。腰痛5年，加重伴右下肢剧痛2个月。5年前劳动中不慎扭伤腰部，此后经常腰痛，阴雨天或受寒加重或诱发，近2个月来腰痛加重，并出现自腰部向右臀部、下肢、足外侧的放射性疼痛，弯腰、咳嗽、排便可以加重下肢的疼痛；坐位疼痛明显，不能坐沙发；并且晨起较重，起床后右腿活动不灵活，活动后疼痛可以减轻；怕冷，右下肢发凉。大便正常，舌质淡

红，苔薄微黄，脉沉细。体格检查： $L_4\sim_5$ 棘突右侧压痛，直腿抬高试验（+）。中医诊断：筋痹。辨证：寒湿凝滞，经脉痹阻。西医：根性坐骨神经痛。治法：温经散寒，通络止痛。处方：生黄芪 30g，白芍 24g，川乌 6g，甘草 9g，生麻黄 9g，葛根 30g，生白术 30g，炮附子 9g，桂枝 15g。水煎服，6 剂。2001 年 11 月 17 日二诊，腰腿疼痛明显缓解，可以较长时间取坐位，排便、咳嗽时疼痛程度减轻，右下肢仍发冷。饮食如故，二便正常，舌质淡红，苔薄白，脉沉细。上方加天南星 6g，改甘草为炙甘草 12g。6 剂，水煎服。2001 年 12 月 1 日三诊，右下肢疼痛基本缓解，腰痛隐隐，余无所苦，舌质淡红，苔薄白，脉沉。上方去川乌，改麻黄 3g，加当归 12g，6 剂。

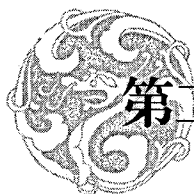
〔按语〕 坐骨神经痛的发生，往往与腰部外伤有关，本案即是。腰部损伤，气血失和，筋脉失养，局部卫外力弱，以致寒湿邪气易于侵袭，痹阻经脉，导致腰腿放射性疼痛，治疗宜温经散寒，通络止痛。乌头汤为主方，加入太阳经之葛根以散风，用生白术以逐湿治痹，附子、桂枝以增温经散寒之力。风寒外散，经脉疏通，通则不痛。

六、临证心得

坐骨神经痛属于“痹证”、“痛痹”、“筋痹”范畴。是临床常见病，以秋冬季节更为多见。其病在足太阳经脉与少阴经脉。《素问·金匱真言论》：“北风生于冬，病在肾，俞在腰股”，恰是本病之注脚。病因有外感与内伤两方面，就外感而言，主要责之寒邪、风寒之邪；内伤责之肾虚。而气滞、血瘀、痰浊、外伤皆为常见致病因素。病机为阳气不通，经脉不畅，不通则痛。治疗重在温通，畅利太阳经脉。处方常用葛根汤、麻黄汤、白术附子汤、甘草附子汤、乌头汤、乌头桂枝汤、肾着汤、附子汤、金匱肾气丸等。外感风寒以辛温发散为

主，麻黄、桂枝最为常用，但老年人宜慎用麻黄；寒湿壅滞，则宜辛散温燥，祛寒邪除湿邪，苍白术、羌活、独活、乌头、附子为常用。“逢寒则急”，故剧痛多寒，因而，乌头、附子温散寒邪，畅通经脉，为本病止痛所常用。但乌头、附子有毒，用量宜从小剂量开始，逐渐加量；用量增加之后，常需久煎，一般在1小时以上，或加重甘草用量以解毒；服用川乌、附子期间，尽量不要饮酒，热水浴温度不宜过高。正虚之处，常是留邪之所。肾主骨生髓，脾主肌肉生血，本病正虚首先责之肾虚，其次责之脾虚。肾虚补肾，金匱肾气丸可用，方中附子、桂枝于补肾之中，又能温经通阳散寒止痛。脾虚则湿邪易于留滞，健脾常需顾除湿，白术、苍术、茯苓皆常用，《神农本草经》：“术，主风寒湿痹死肌。”白术需生用，且用量宜大，常需30g以上，湿盛则苍白术合用。

此外，注意保护，避免损伤，是减少或避免本病发作的重要措施。



第二章 脑血管病经方治疗

第一节 短暂性脑缺血发作

一、概 述

短暂性脑缺血发作（TIA）是由颅内血管病变引起的一过性或短暂性、局灶性脑或视网膜功能障碍，临床症状一般持续10~15分钟，多在1小时内，不超过24小时。不遗留神经功能缺损症状和体征，结构性影像学（CT、MRI）检查无责任病灶。TIA是由动脉粥样硬化、动脉狭窄、心脏疾患、血液成分异常和血流动力学变化等多因素致成的临床综合征。传统的TIA定义，人为的将神经系统局限症状发作时间限定为少于24小时，然而，绝大多数TIA发作少于15分钟，一般不超过1小时，超过1小时的TIA发作多出现CT或MRI可见的脑组织损害，罕有发作长达24小时者。

本病与中医中风先兆相当。中风先兆是指一组以短暂性脑髓神机失用的临床表现为特征的病证。其临床表现十分复杂，为时短暂，发作过后可复如常人。中风先兆既可是一个独立的疾病，又可以是中风病行将发病的前兆，因此，称为中风先

兆。金元以后,中医对中风病病因病机的认识有了突破性的进展,其中刘完素提出了“五志过极,心火暴盛”致中的学说。这一观点就为后世应用苦寒泻火法防治中风病提供了理论依据。

二、诊 断

1. 临床特点

(1) 年龄、性别: TIA 好发于老年人, 男性多于女性。

(2) TIA 的临床特征: ①发病突然; ②局灶性脑或视网膜功能障碍的症状; ③持续时间短暂, 一般 10~15 分钟, 多在 1 小时内, 最长不超过 24 小时; ④恢复完全, 不遗留神经功能缺损体征; ⑤多有反复发作的病史。

(3) TIA 的症状: 是多种多样的, 取决于受累血管的分布。①颈内动脉系统的 TIA: 多表现为单眼(同侧)或大脑半球症状。视觉症状表现为一过性黑朦、雾视、视野中有黑点、或有时眼前有阴影摇晃光线减少。大脑半球症状多为一侧面部或肢体的无力或麻木, 可以出现言语困难(失语)和认知及行为功能的改变。②椎-基底动脉系统的 TIA: 通常表现为眩晕、头晕、构音障碍、跌倒发作、共济失调、异常的眼球运动、复视、交叉性运动或感觉障碍、偏盲或双侧视力丧失。注意临床孤立的眩晕、头晕、或恶心很少是由 TIA 引起。椎-基底动脉缺血的患者可能有短暂的眩晕发作, 但需同时伴有其他神经系统症状或体征, 较少出现晕厥、头痛、尿便失禁、嗜睡、记忆缺失或癫痫等症状。

2. 辅助检查

辅助检查的目的在于确定或排除可能需要特殊治疗的 TIA 的病因, 并寻找可改善的危险因素以及判断预后。

(1) 头颅 CT 和 MRI: 头颅 CT 有助于排除与 TIA 类似表现的颅内病变。头颅 MRI 的阳性率更高, 但是临床并不主

张常规应用 MRI 进行筛查。

(2) 超声检查：①颈动脉超声检查：应作为 TIA 患者的一个基本检查手段，常可显示动脉硬化斑块。但其对轻中度动脉狭窄的临床价值较低，也无法辨别严重的狭窄和完全颈动脉阻塞。②经颅彩色多普勒超声：是发现颅内大血管狭窄的有力手段。能发现严重的颅内血管狭窄、判断侧支循环情况、进行栓子监测、在血管造影前评估脑血液循环的状况。③经食道超声心动图 (TEE)：与传统的经胸骨心脏超声相比，提高了心房、心房壁、房间隔和升主动脉的可视性，可发现房间隔的异常（房间隔的动脉瘤、未闭的卵圆孔、房间隔缺损）、心房附壁血栓、二尖瓣赘生物以及主动脉弓动脉粥样硬化等多种心源性栓子来源。

(3) 脑血管造影：①选择性动脉导管脑血管造影（数字减影血管造影，DSA）：是评估颅内外动脉血管病变最准确的诊断手段（金标准）。但脑血管造影价格较昂贵，且有一定的风险，其严重并发症的发生率约为 0.5%~1.0%。②CTA（计算机成像血管造影）和 MRA（磁共振显像血管造影）：是无创性血管成像新技术，但是不如 DSA 提供的血管情况详尽，且可导致对动脉狭窄程度的判断过度。

(4) 其他检查：对小于 50 岁的人群或未发现明确原因的 TIA 患者，或是少见部位出现静脉血栓、有家族性血栓史的 TIA 患者应做血栓前状态的特殊检查。如发现血红蛋白、红细胞比容、血小板计数、凝血酶原时间或部分凝血酶原时间等常规检查异常，须进一步检查其他的血凝指标。

三、辨证治疗

1. 火热炽盛证

主证：中风先兆症发作，平时常见头晕头痛，心烦失眠，急躁易怒，面红口干，大便秘结，舌质红，苔薄黄，脉滑数。

治法：清热泻火，除烦安神。

方剂：泻心汤合枳实芍药散加味。

黄连 12g，黄芩 15g，栀子 9g，大黄 9g，枳实 12g，赤白芍各 20g，当归 15g，生地 18g，丹参 30g，珍珠母 30g。

加减：肢体麻木，加乌梢蛇、桑枝、丝瓜络；头痛剧烈，加代赭石、夏枯草、珍珠粉（冲服）、怀牛膝。

2. 痰热内蕴证

主证：中风先兆症发作，平时常见胸闷头晕，体胖气粗，心烦面赤，面红烦躁，口气秽恶，大便秘结或不畅，舌质红，苔薄黄，脉滑数。

治法：清热化痰，行气通络。

方剂：葛根芩连汤合小陷胸汤加味。

葛根 30g，黄芩 15g，黄连 9g，瓜蒌 30g，半夏 9g，茵陈蒿 30g，天麻 15g，丹参 30g，天竺黄 12g，鲜竹沥 30ml（兑）。

加减：大便秘结，加生大黄、芒硝；痰热壅盛，加胆南星、川贝母；痰火伤阴，加生地、麦冬、沙参；头晕头痛，加珍珠母、夏枯草、怀牛膝。

3. 瘀血阻络证

主证：中风先兆症状发作，头痛头晕，记忆力减退，睡眠异常，精神不振，面色晦暗无华，舌质淡暗，舌下脉络迂曲，苔薄白，脉涩或弦。

治法：活血化瘀，宣痹通络。

方剂：大黄廑虫丸。

大黄 9g，土鳖虫 12g，桃仁 12g，生地 15g，赤芍 15g，干漆 6g，虻虫 6g，水蛭 6g，蛭螭 6g，黄芩 9g，甘草 6g，杏仁 9g。

加减：挟痰浊，加半夏、天南星、陈皮；挟痰热，加瓜蒌、黄连、半夏；血虚，加当归、鸡血藤；瘀血化热，加丹

皮、水牛角粉（先煎）、紫草。

4. 肝阳亢盛证

主证：中风先兆症状发作，平素头痛眩晕，面红目赤，烦躁易怒，耳鸣失眠，舌质红或红绛，苔薄黄或少苔，脉弦大滑数或弦劲有力。

治法：镇肝潜阳，熄风通络。

方剂：风引汤合侯氏黑散加减。

龙骨 30g，牡蛎 30g，黄芩 15g，当归 12g，菊花 30g，川芎 9g，天麻 15g，玳瑁 12g，怀牛膝 30g。

加减：加夏枯草、牡丹皮、珍珠母、丹参。

5. 气虚血瘀证

主证：中风先兆症状发作，平素气短乏力，精神不振，面色少华，舌质淡暗，苔薄白，脉弱，或虚大无根。

治法：益气活血，化瘀通络。

方剂：黄芪桂枝五物汤合清阳汤加减。

黄芪 30g，桂枝 12g，炙甘草 12g，赤白芍各 15g，天麻 15g，当归 15g，牛膝 15g，红花 6g，葛根 15g，淫羊藿 12g。

加减：大便秘结，重用当归，加决明子；气虚甚者，加人参、党参、仙鹤草；肢体麻木，加威灵仙、忍冬藤、夜交藤；气阴两虚，加石斛、麦门冬。

6. 肝肾阴虚证

主证：中风先兆症状发作，头晕头痛，面赤耳鸣，烦躁失眠，情绪不稳，口干舌燥，大便燥结，舌质红或红绛，苔少或无，脉弦细数。

治法：滋养肝肾，育阴熄风。

方剂：加减复脉汤加味。

生地 30g，麦冬 30g，阿胶 6g（烔），火麻仁 30g，牡蛎 30g，鳖甲 15g（先煎），龟板 15g（先煎），枸杞 15g，珍珠母 30g，丹参 15g，牛膝 12g。

加減：頭暈頭痛，加天麻、鉤藤（后入）；失眠，加夜交藤、僵蚕；夾瘀血，加丹皮、川芎。

四、醫案精選

1. 王大經醫案——葛根湯化裁治療短暫性腦缺血發作

苑某，男，50歲。初診日期：1975年8月18日。主訴：1975年7月21日晨，突然右下肢麻感，繼則仆倒，右半身癱瘓，神志清楚。約二三分鐘後緩解復常，緩解後無不適感。至8月1日，如此發作四次，有時須經一天始得緩解。發作前略覺頭暈心煩。自1963年始患高血壓病，經某醫院檢查診斷：高血壓，動脈硬化，腦血管痙攣，椎-基底動脈供血不全。椎-基底動脈血流圖：血管緊張度增強，彈力減弱。在我院檢查，X線片示：頸椎骨質增生。主證：曾數次暈厥仆倒，右腳略覺麻脹。血壓180/120mmHg，舌苔薄白，脈弦滑。辨證：痰阻經絡，氣滯血瘀，上實下虛，陰陽氣不相順接。治法：逐痰通絡，理氣化痰，協調上下，宣通陰陽。方藥：大熟地30g，全蝎6g，片姜黃15g，炙山甲6g，桃仁24g，南紅花6g，炒白芥子15g。二診：服上藥10劑。近日發病兩次，証如前述。血壓140/90mmHg，舌苔薄黃，脈弦。方藥：葛根15g，生白芍30g，大熟地30g，全蝎6g，靈磁石30g，鉤藤12g，桃仁18g，豨薟草30g，川牛膝24g。三診：服上方24劑，病未見犯。過勞則感右下肢沉重。舌苔薄白，脈弦滑。血壓140/90mmHg。方藥：葛根15g，生白芍30g，桑寄生15g，烏梢蛇15g，全蝎6g，炙山甲6g，大熟地30g，酒大黃6g，炒白芥子15g。四診：服上方10劑。病未發作。以丸藥常服，巩固療效。方藥：生黃芪30g，全蝎15g，桃仁30g，酒大黃15g，大熟地30g，生白芍30g，牡丹皮15g，柴胡15g，雞血藤15g，五靈脂15g，炙山甲15g，葛根30g，酒川芎15g，莢術15g，烏梢蛇15g，炒白芥子15g。用上方藥制成蜜丸，每

丸 10g 重，早晚各服 1 丸，追访 3 年，病未复发。（选自《名老中医临床经验选编》）

【按语】突然右下肢麻感，继则仆倒，右半身瘫痪，迅即缓解，舌苔薄白，脉弦滑。证属痰阻经络，气滞血瘀，故前后应用多方，但二诊开始始终以葛根汤化裁，疏利经脉，畅利气机，化痰活血，终而获效。

2. 李浩然医案——承气泻心汤治疗风阳痰火案

刘某，男，64 岁，工人。罹高血压多年。1975 年冬于劳动之中，突然头痛眩晕，心胸懊恼，莫可名状，舌体欠灵，急来诊治。苔薄黄舌红，口苦而干，脉弦劲而滑。平时大便素结，今已 4 日未行。测血压 190/130mmHg。辨为肾阴下亏，风阳痰火窜犯上中，治先清中彻火，平熄风阳。药用生大黄、玄明粉各 12g，川连、黄芩、山栀、连心翘各 10g，羚角粉 6g（分 2 次冲服）。药后约经 20 分钟泻下大便甚多，且挟硬块，心胸顿畅，眩痛亦明显好转，复测血压已降为 160/100mmHg。续服原方，经 2 日泻下 5 次，皆为臭秽之便，但觉神清体爽，脉小犹弦，血压 160/96mmHg、乃换方调治。（选自《壶天散记》）

【按语】舌体欠灵急性起病，苔薄黄舌红，口苦而干，脉弦劲而滑，证以风阳痰火窜犯上中为急，故治先清中彻火，平熄风阳。承气汤、泻心汤皆以降气泻火为要，胃肠气机下行，浊气降泻，气机畅茂，诸证可除。

3. 笔者医案——葛根芩连汤治疗湿热痰火案

张某，男，45 岁，山东邹城市人。2000 年 3 月 6 日初诊。述有 TIA 病史半年余，现反复发生右侧肢体无力、麻木，伴语言欠清晰，每次持续 10 余分钟。数日发作 1 次，严重时 1 日发作 2~3 次。兼见入睡困，睡眠不足，白天精力、体力尚好，记忆力减退，耳鸣，纳可，晨起腹泻，日 2~3 行。现每日口服肠溶阿司匹林 50mg，上述 TIA 症状时有发作。诊见舌

质红，舌苔薄黄，脉沉细弦。嗜烟 20 余年，喜食肥甘。体格检查：血压 128/86mmHg，神经系统未见明显异常。生化：血总胆固醇 6.68mg，余未见异常。中医诊断：小中风，辨证湿热痰火内蕴，阴液耗伤。西医诊断：短暂性脑缺血发作，高胆固醇血症，慢性脑供血不足。治法：清热化湿，养阴通络。处方：葛根 30g，黄芩 12g，黄连 9g，茵陈蒿 24g，天竺黄 12g，炙甘草 9g，栀子 9g，麦冬 30g，百合 30g，知母 15g，丹参 15g，生牡蛎 24g，莲子肉 24g。6 剂，水煎服。肠溶阿司匹林改 75mg 口服，每日 1 次。嘱戒烟，清淡饮食，适当运动。二诊，本周 TIA 仅发作 1 次，睡眠改善，精神情绪好转，大便成形，每日 1 次，排便畅快，舌质红，舌苔薄黄少津，脉细弦。上方去栀子、莲子肉，改黄芩 9g，加沙参 15g，继进 12 剂。三诊，TIA 未发作，入睡时间约需 40 分钟，每夜睡眠 5 小时，大便正常，并已彻底戒烟，患者异常欣喜。舌质红，舌苔少，微黄，乏津，脉沉细。此是湿热痰火渐退，阴虚之象显露，继以滋水清肝饮去柴胡、栀子，加女贞子、麦冬、百合、知母、丹参，滋补肝肾之阴，凉血柔肝为治。后已水丸善后。随访 2 年，病情稳定。

〔按语〕嗜烟肥甘，湿热痰火内蕴，壅滞脏腑气机，损伤阴液，湿热痰火生风，故时时发作 TIA。缪仲醇在《先醒斋医学广笔记》说“治痰先清火，清火先养阴，最忌燥剂”。故首用葛根芩连汤加味清热利湿，泻火化痰为主，湿热痰火渐尽，继则养阴清肝善后。

五、临证心得

有关短暂性脑缺血发作的名称，有“中风先兆”、“小中风”等的不同，古今医家均十分重视本病的临床防治。从其命名可以察知，本病与中风有着密切的联系，常常是中风发病的先兆症状，而且已经形成了约定俗成的认识，这一认识的好处

是将其与中风联系在一起，但也有不足之处。本病可以单独发病，此时与中风没有必然联系。它提示临床医师应当给予单独的关注，即无论何时都应重视本病的防治。本病发病急骤，恢复较快，尤风气迅捷，如火热骤至，无论从风气还是从火热，应用经方可以以畅利气机，疏散风火，清利火热，消散痰浊瘀血，故为临床治疗中风先兆的常用方剂。心肝火热，治用泻心汤合白头翁汤；阳明热结气壅，腑气不通，气机逆乱，治宜承气汤诸方，其中桃核承气汤最为常用；痰热瘀结，脉络闭塞，治用葛根芩连汤合小陷胸汤，大便秘结，治用桃核承气汤合小陷胸汤，通腑化痰，泻火降浊；痰浊瘀血闭塞，治用桂枝茯苓丸合半夏厚朴汤化裁。肝经风火炽盛，风阳上扰是临床常见病机，风引汤加味为对证之剂。临床可以随证加减，或与后世医家之经验方结合应用。如，风引汤与镇肝熄风汤合方治疗肝阳化风证，三化汤与小陷胸汤合方治疗痰热腑实证，大黄廑虫丸治疗瘀血阻络证，等等。肝肾阴虚，风阳上扰是 TIA 临床常见证候，对此，需要借鉴清代医家镇肝熄风汤、天麻钩藤饮、滋液养营膏等方剂以平肝熄风。对本病患者应当进行细致检查，力争发现可能导致发作的原因，作求本之治，是当务之急。又，本病临床表现倏忽往来，极易导致患者及家属的忽视，做好病情解释与健康宣教是十分必要的。

第二节 脑 梗 死

一、概 述

脑梗死指因脑部血液循环障碍，缺血、缺氧所致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化。血管壁病变、血液成分和血液动力学改变是引起脑梗死的主要原因。脑梗死发病率为 110/10 万人口，约占全部脑卒中的 60%~80%。脑梗死的诊治重在

根据发病时间、临床表现、病因及病理进行分型分期，综合全身状态，实施个体化治疗。在超急性期和急性期采取积极、合理的治疗措施尤为重要。

根据脑梗死的临床表现，可以见于中医“中风”、“眩晕”、“麻木”、“头痛”等病证。但前循环脑梗死主要见于中风，或麻木，后循环脑梗死多见于“眩晕”、“风痲”等病证。

二、诊 断

(一) 诊断

1. 一般性诊断

(1) 临床特点：①多数在静态下急性起病，动态起病者以心源性脑梗死多见，部分病例在发病前可有 TIA 发作。②病情多在几小时或几天内达到高峰，部分患者症状可进行性加重或波动。③临床表现决定于梗死灶的大小和部位，主要为局灶性神经功能缺损的症状和体征，如偏瘫、偏身感觉障碍、失语、共济失调等，部分可有头痛、呕吐、昏迷等全脑症状。

(2) 辅助检查：①血液检查：血小板、凝血功能、血糖等。②影像学检查：脑的影像学检查可以直观地显示脑梗死的范围、部位、血管分布、有无出血、陈旧和新鲜梗死灶等，帮助临床判断组织缺血后是否可逆、血管状况，以及血液动力学改变。帮助选择溶栓患者、评估继发出血的危险程度。常用头颅计算机断层扫描 (CT)、头颅磁共振 (MRI) 经颅多普勒超声 (TCD) 等。

2. 临床分型 (OCSP 分型)

(1) 完全前循环梗死 (TACI)：表现为三联征，即完全大脑中动脉 (MCA) 综合征的表现：大脑较高级神经活动障碍 (意识障碍、失语、失算、空间定向力障碍等)；同向偏盲；对侧三个部位 (面、上肢与下肢) 较严重的运动和 (或) 感觉障碍。多为 MCA 近段主干，少数为颈内动脉虹吸段闭塞引起的

大片脑梗死。

(2) 部分前循环梗死 (PACI): 有以上三联征中的两个, 或只有高级神经活动障碍, 或感觉运动缺损较 TACI 局限。提示是 MCA 远段主干、各级分支或 ACA 及分支闭塞引起的中、小梗死。

(3) 后循环梗死 (POCI): 表现为各种不同程度的椎-基底动脉综合征: 可表现为同侧脑神经瘫痪及对侧感觉运动障碍; 双侧感觉运动障碍; 双眼协同活动及小脑功能障碍, 无长束征或视野缺损等。为椎-基底动脉及分支闭塞引起的大小不等的脑干、小脑梗死。

(4) 腔隙性梗死 (LACI): 表现为腔隙综合征, 如纯运动性轻偏瘫、纯感觉性脑卒中、共济失调性轻偏瘫、手笨拙-构音不良综合征等。大多是基底节或脑桥小穿通支病变引起的小腔隙灶。

三、辨证治疗

1. 痰热腑实证

主证: 半身不遂, 口舌喎斜, 言语謇涩, 头痛眩晕, 大便秘结, 口气秽浊, 舌质暗红或见瘀斑, 舌苔黄腻, 脉沉滑。

治法: 通下泻热, 活血化痰。

方剂: 桃核承气汤合小陷胸汤加味。

大黄 12g、桃仁 12g、瓜蒌 30g、枳实 30g、芒硝 6g (冲服)、甘草 6g、桂枝 6g、胆南星 9g。

加减: 加土鳖虫、瓜蒌、丹参。

2. 痰热阻络证

主证: 半身不遂, 口舌喎斜, 言语謇涩, 头痛眩晕, 舌质红或暗红, 或见瘀斑、瘀点, 苔黄腻, 脉滑数。

治法: 清热化痰, 化瘀通络。

方剂: 小陷胸汤合桂枝茯苓丸。

瓜蒌 30g、黄连 9g、半夏 9g、桃仁 12g、赤芍 15g、牛膝 15g、桂枝 6g、天南星 6g、僵蚕 12g、乌梢蛇 15g。

加减：便秘，加大黄、芒硝；肢体麻木，加丝瓜络、桑枝；伤阴，加玄参、生地、天花粉。

3. 瘀血阻络证

主证：半身不遂，口舌喎斜，言语謇涩，偏身麻木，舌质暗，或紫暗，脉沉涩滞。

治法：活血化瘀，通经活络。

方剂：大黄廑虫丸。

酒大黄 9g，土鳖虫 12g，黄芩 12g，甘草 9g，桃仁 12g，杏仁 9g，赤白芍 15g，干地黄 30g，水蛭 6g（研极细末，冲服，或装胶囊，吞服），当归 15g，桂枝 9g。

加减：日久气血不足，加黄芪、党参、白术；便秘，加芒硝（冲服）。

4. 风寒阻络证

主证：半身不遂，头痛发热，颈项拘急，舌质淡红，苔薄白，脉弦紧。

治法：通经脉，散邪气，调气血。

方剂：葛根汤加味。

葛根 30g，桂枝 12g，赤白芍各 15g，麻黄 3g，炙甘草 12g，天麻 15g，丹参 15g，羌活 9g，当归 15g。

加减：肢体麻木，加桑枝、丝瓜络、乌梢蛇；头痛加川芎、菊花。

5. 风阳内动证

主证：平素头晕头痛，耳鸣目眩，突然发生口眼喎斜，舌强语謇，或手足重滞，甚则半身不遂等症，舌质红苔黄，脉弦。

治法：平肝潜阳，活血通络。

方剂：风引汤合侯氏黑散加减。

菊花 30g, 牡蛎 30g, 黄芩 15g, 当归 12g, 芎蒭 9g, 龙骨 30g, 天麻 15g, 玳瑁 12g, 怀牛膝 30g。

加减: 伴头晕头痛加夏枯草、菊花、桑叶; 心烦易怒加丹皮、莲子心; 大便秘结加生大黄、芒硝。若神志恍惚, 迷蒙, 舌苔黄腻者, 为风火夹痰上扰清窍, 由中经络向中脏腑转化, 可配合灌服万氏牛黄清心丸或安宫牛黄丸以开窍醒神。

6. 湿热阻滞证

主证: 半身不遂, 语言不利, 偏身麻木, 口舌喎斜, 头痛眩晕, 口干口苦, 心烦腹胀, 大便不爽, 舌质红, 苔黄腻, 脉弦或滑。

治法: 清热利湿, 通络利窍。

方剂: 葛根芩连汤合枳实芍药散加味。

葛根 30g, 黄芩 15g, 黄连 12g, 枳实 15g, 赤白芍各 15g, 茵陈蒿 30g, 泽泻 15g, 滑石 18g, 僵蚕 12g, 天麻 15g, 丹参 15g。

加减: 大便不爽, 加大黄 6g, 改枳实 30g; 热盛, 加栀子 12g, 知母 15g; 湿热伤阴, 加天花粉 12g, 生地 15g。

7. 气虚血瘀证

主证: 喎僻不遂, 肢体麻木, 语言謇涩, 气短乏力, 精神不振, 面色少华, 舌质淡暗, 苔薄白, 脉弱。

治法: 益气活血, 化瘀通络。

方剂: 黄芪桂枝五物汤合清阳汤加减。

黄芪 60g, 桂枝 9g, 炙甘草 12g, 赤芍 12g, 天麻 15g, 当归 15g, 牛膝 15g, 红花 3g, 葛根 12g, 丹参 15g。

加减: 大便秘结, 重用当归, 加决明子; 气虚甚者, 加人参、党参、仙鹤草; 肢体麻木, 加威灵仙、忍冬藤、夜交藤; 气阴两虚, 加石斛、麦门冬。

8. 阴血亏虚证

主证: 喎僻不遂, 筋脉拘急, 肢节僵硬, 头晕目眩, 大便

干燥，舌质红赤，无苔，脉细弦。

治法：滋阴养血，舒筋通脉。

方剂：复脉汤加减。

麦门冬 30g，麻仁 30g，人参 9g，阿胶 11g（烊化服），大枣三十枚（掰），生地黄 30g，炙甘草 12g，桂枝 3g，生姜 10g。

四、名 医 经 验

1. 赵锡武 本病具体治疗方法：在昏迷期神志不清，病情危重，先予通关散，少许吹于鼻中。其意义有二：其一是治疗意义，促使苏醒。其二是判断预后，谓有嚏者生，无嚏者死，继予以生姜汁、白矾灌之，灌后探吐。第二步，予再造丸，每日2次，1~2日用完，不宜多用。本药作用有三：其一因其虫类药物多，可调节神经功能失调；其二有养血药，具有化瘀通络作用；其三有祛风药，有调节发汗中枢改善末梢血液循环及感觉神经末梢的功能，在此间可配用录验续命汤（脑溢血可用本方，脑血栓形成则可用小续命汤）。第三步，安宫牛黄丸或苏合香丸。对于痰盛有热象者，予以安宫牛黄或至宝丹；热盛于阳明，证见舌燥便干宜予紫雪丹，亦可用三化汤，兼湿者予苏合香丸。半身不遂为主，兼血压高者，予潜阳通络，选用风引汤（大黄、干姜、龙骨、桂枝、甘草、牡蛎、寒水石、滑石、赤石脂、白石脂、紫石英、石膏）加磁石、龟板、鳖甲、生铁落。痰盛阳亢，血压过高也可以予天麻钩藤饮配合录验续命汤（麻、桂、归、参、石膏、干姜、甘草、芍、杏仁）。便干舌燥阳明胃热，予三化汤或调胃承气汤。半身不遂善后方，选用侯氏黑散（菊花、白术、细辛、云苓、牡蛎、桔梗、防风、人参、矾石、黄芩、当归、干姜、川芎、桂枝）宜冷服。如无大便干热象时，血压已降高血压症状已减，留有后遗症麻木无力，屈而不伸，臂不能举可用强筋壮骨，通经疏

络法，则用桂枝汤加黄芪、当归、杜仲、续断、天麻、冬虫夏草、淫羊藿、鸡血藤、香附、乌药、高良姜、伸筋草、山甲等以善其后，病愈后还可使用侯氏黑散加六味地黄丸以巩固其疗效。（选自《赵锡武医疗经验》）

2. 汪履秋 急性中风火盛通腑为要。中风中脏腑闭证多为痰火炽盛，常有胃热积滞，腑气不通，大便秘结，舌苔厚腻。此时证情每多危重。清火化痰是所必须，然往往难取速效，唯攻下一法可迅速荡涤肠腑中积滞，大便一通，邪热下泄，痰火之势每亦随之转衰，窍闭渐开转危为安。即使大便不甚干结，只要痰火壅盛亦可使用通腑法，即“釜底抽薪”法。刘完素的三化汤（厚朴、大黄、枳实、羌活），就是治疗中风二便不通的方子。从现代医学研究来看，它不但能排出积于肠内的代谢废物，还能降低颅内压，对缓解病情具有较大的意义。通腑泻热临床常用大承气汤，药如大黄、玄明粉、枳实等，或煎汤灌肠，或鼻饲，亦可使用保留灌肠法。不过使用攻下药要注意适度，否则泻下过频，正气受损，还会增加护理上的困难。（《当代名医临证精华·中风专辑》）

3. 朱进忠 发散风寒法，适应证：年高气衰，冬季感受风寒后（多在由暖处猝至冷处或汗出受风寒时发生），猝然偏瘫，舌苔薄白，脉浮紧。方药：续命汤加减：麻黄 10g，石膏 10g，桂枝 10g，当归 10g，人参（或党参）10g，干姜 10g，甘草 10g，川芎 5g，杏仁 10g，千年健 10g，威灵仙 10g，老鹳草 10g。理气疏肝法：适应证：肝郁气滞，枢机不利，阳气不能外达，头晕头痛，胸满心烦，心悸失眠，轻度偏瘫，口苦咽干，舌苔薄白或薄黄而润，脉沉弦涩或结或弦紧者。方药：柴胡加龙骨牡蛎汤加减：柴胡 10g，半夏 10g，黄芩 10g，党参 10g，桂枝 10g，生姜 10g，茯苓 15g，大黄 3g，甘草 6g，大枣 5 枚，龙骨 15g，牡蛎 15g。益气散风法：适应证：气血俱虚，寒湿内蕴，外受风寒，偏瘫身重，心中寒，气短乏力，

手足厥冷，舌苔薄白，脉沉细弦。方药：侯氏黑散加减：菊花 40g，白术 10g，细辛 3g，茯苓 3g，牡蛎 3g，桔梗 8g，防风 10g，人参 4g，明矾 3g，黄芩 5g，当归 3g，干姜 3g，川芎 3g，附子 5g。共为细末，一日 3 次，一次 1~3g，黄酒少许，冷服。（选自《中医临证经验与方法》）

4. 徐景藩 一般在中经络证之初期，大致以风、痰或血瘀为主。中脏腑闭证初起，每以风、火、痰为主，闭证好转，趋向恢复，又多以风、痰、瘀为主。气为火、痰、风、瘀等病理因素之先导，亦常为火、痰、风、瘀之所兼有。气有余，便是火，气之郁，血可瘀，气之郁，痰易生，其间可相互联系，相互影响，互为因果。出血性中风急性期，多以风、痰、火（热）为主，因其猝然发病，胃肠实。风阳痰火壅于清窍，故宜釜底抽薪，上病取下，通其腑气，导热下行，藉以祛痰平熄肝风，实为救治之要法。根据证候，用凉膈散加减，或用小承气汤合羚羊钩藤汤，或佐礞石滚痰丸去沉香。可鼻饲灌服，或精简药味、以硝黄为主药，加大剂量，煎汁灌肠。据个人经验之得，经通腑导热而抢救成功者不少。（《当代名医临证精华·中风专辑》）

五、医案精选

1. 颜德馨医案——风引汤治疗风阳内动中风案

陈某，男，59 岁。初诊：水亏木旺，头晕复发，曾经跌仆，头额两侧胀痛，手足举止不利，大便干燥，小便黄赤，面部潮红，脉弦细而数，舌苔薄黄。血压：180/120mmHg。头为诸阳之会，唯风可到，外风引动内风，急以风引汤平肝熄风。处方：石膏 30g（先煎），寒水石 30g（先煎），滑石 15g（包），生牡蛎 30g（先煎），石决明 15g（先煎），龙骨 30g（先煎），大黄 4.5g，生甘草 4.5g，川牛膝 9g，川杜仲 9g。7 剂。二诊：药后血压下降，肢体活动欠灵活，原方加桂枝

4.5g。7剂。药后诸症次第减退，病体健复。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

〔按语〕 本案火热内扰，风阳旋动，故用《金匱要略》风引汤，取重镇潜阳熄风，大黄、滑石、生石膏、寒水石降泻火热，畅利气机，即治风之标，又治风之本。俾气机下行，火热内消，风阳自无上僭之虞。

2. 张凤郊医案——泻肝承气汤治疗痰火阳闭案

章某，男，59岁。1962年5月23日，于仁济医院急诊观察室会诊：患高血压已十余载。一周前因情志暴怒，突然昏倒不省人事，迄今未苏。刻诊：面赤气粗，喉中痰声漉漉，鼾声迭起，烦躁不安，两目直视，身热，测体温 38.2°C ，右侧肢体不遂，腹胀硬满，大便秘结数日未更。口秽较甚；脉弦滑，舌红，苔焦黄垢腻。测血压 $130/100\text{mmHg}$ 。证属肝火暴动，并风痰内炽，燥结阳明，郁闭心包，病势危笃，堪虞卒变。拟急下阳明，泻肝熄风，涤痰开窍，以冀势入坦途。处方：生大黄9g（后下），枳实6g，川朴9g，玄明粉9g（分冲），龙胆草9g，羚羊粉0.6g（分二次冲），石菖蒲3g，炙远志4.5g，鲜竹沥2支（分冲），安宫牛黄丸1粒（烱化分冲）。服上方2剂，大便畅通，腹软，面赤显退，气粗鼾声，喉中痰声俱消失，体温 37.4°C ，两瞳能转视，神志亦较清晰。续服1剂，神志清晰，显有表情，测血压 $150/90\text{mmHg}$ ，舌淡红，苔薄黄，脉弦细，予清肝熄风，活血通络之品以善其后。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

〔按语〕 腑气不通，火热内壅，气机逆乱，风阳内动是急性中风常见病机，通腑法源自仲景，本案以大承气汤为基础，加泻肝化痰之品获效。有是证用是方，为应用经方之要着。

3. 廖先齐医案——经方系列治疗中风案

谭某，男，49岁，住院号49361。1961年1月3日入院。患者于入院前十天，开始头顶部有针刺样疼痛，伴有眼花，耳

鸣,当时尚能行走,勉强工作。于入院前一天下午,起床小便,突然跌倒,右半身完全不能活动,并呕吐2~3次,二便失禁,来院治疗。检查:神志清楚,说话有个别字吐不清,瞳孔等大,对光反射存在,左侧鼻唇沟变浅,口角右歪,舌向左偏,颈软,左侧上下肢瘫痪。血压:128/84mmHg,眼底:未见明显改变。脑脊液:颜色清亮,压力高,细胞数2个。西医诊断:脑血栓形成并左侧上下肢瘫痪。入院后给青霉素、氯化钾、维生素C等对症支持疗法,同时加用中药治疗。中医辨证与治疗:病员面色潮红,眼球充血,自述恶风恶寒,时觉发热,目眩耳鸣,周身骨节疼痛,口眼喎斜,左侧偏瘫,时感疼痛,并说年前曾作挖井工作3个月。舌质红苔黄白厚腻,脉象沉迟而弦。考《内经》,中风有四:一曰偏枯,二曰风痲,三曰风懿,四曰风痹”。《千金要方》注:“偏枯者,身半不随,肌肉偏而不用而痛,言不变,志不乱,病在分腠之间”。今病员上下肢偏瘫而不用,但有疼痛,神志清楚,能自诉所苦,颇与此论有相似之处,证属中医的真中风。系腠理不密,太阳虚不能卫外而为固,病在分腠之间。方用柴桂汤和解表里,因表失解,寝生内热,故病员面色潮红。舌苔黄白厚腻,复加白虎汤,寓清里于解邪之中。疏方如下:竹柴胡16g,野台参9g,京半夏9g,枯黄芩9g,嫩桂枝10g,生白芍9g,生石膏31g,肥知母9g,粳米15g,炙甘草6g,生姜9g,大枣6g。1月10日:血压124/86mmHg,恶寒发热及周身骨节疼痛均减,尚感头昏头痛,左侧上下肢偏瘫如前,仍时感疼痛,舌质正常,舌苔仍黄白厚腻,脉象转缓。再处下方:竹柴胡25g,野台参15g,枯黄芩9g,生白芍9g,嫩桂枝9g,防风9g,明天麻9g,广角参30g,炙甘草9g,生姜9g,大枣10g。二诊1月14日,服4剂,恶寒发热已罢,头痛消失,眼球充血亦消失,左侧上下肢偏瘫如前,时感疼痛,舌无苔,脉缓。乃风寒湿之邪,阻滞经络所致,再进祛风散寒除湿,活血通络。《金匱》

乌头汤加減。生黃芪 30g, 炒麻黃 9g, 制川烏 15g, 黑附片 15g, 全當歸 15g, 紫丹參 9g, 乳香 9g, 沒藥 9g, 明天麻 9g, 蜈蚣 2 條, 淨地龍 6g, 北秦艽 6g, 威靈仙 5g, 鹿角膠 9g。針: 左肩髃、肩貞、肩井、曲池、陽陵、足三里。2 月 25 日: 血壓: 120/80mmHg, 左側下肢癱瘓明顯好轉, 疼痛消失, 已能下地行走, 左手能自由伸屈, 左下肢尚感有些麻木, 脈舌無異, 再進益氣活血通絡。生黃芪 18g, 全當歸 9g, 紫丹參 9g, 甘松 9g, 乳香 9g, 沒藥 9g, 制川烏 21g, 鹿角膠 15g, 雞血藤 9g, 北秦艽 9g, 生甘草 5g。效果: 一般情況良好, 血壓正常, 無任何自覺症狀, 左側半身癱瘓完全恢復正常, 自由行走如常人, 於 3 月 27 日痊癒出院。(《當代名醫臨證精華·中風專輯》)

〔按語〕 本案為外風引動內風, 故治療不囿成說, 先用柴胡桂枝湯合白虎湯, 繼用烏頭湯, 終以黃芪桂枝五物湯收功, 非眼力老道者, 難以為之。提示臨證致病, 不應為病證所限制, 而經方的應用以適應病機為根本。

4. 朱進忠醫案——牛黃承氣湯治療痰火腑實閉竅案

關某, 男, 60 歲。神昏, 口喎, 半身不遂 4 天。醫診腦血栓形成。每日除予西藥外, 並鼻飼安宮牛黃丸 3 丸, 然其效果始終不夠顯著。細審其證, 除神昏, 口眼喎斜, 半身不遂外, 並見其脘腹脹滿大便 5 日未行, 舌苔黃燥, 脈沉滑數。綜合脈證, 思之: 神昏者, 心包之疾也, 其痰火蒙蔽者, 安宮牛黃丸為必用之藥, 然其已用 13 丸而尚不減, 其故何也? 又思鞠通《溫病條辨》曰: “陽明溫病, 下之不通, 其證有五……邪閉心包, 神昏舌短, 內竅不通, 飲不解渴者, 牛黃承氣湯主之。”此“其因邪閉心包, 內竅不通……較前條僅僅謔語, 則更急而又急, 立刻有閉脫之虞, 陽明大實不通, 有消亡腎液之虞, 其勢不可少緩須臾, 則以牛黃丸開手少陰之閉, 以承氣急瀉陽明, 救足少陰之消, 此兩少陰合治法也。”本病非但神昏,

亦且便秘，舌黄而燥，脉沉滑数，故非通腑不得解也。再思下法有二：一曰牛黄丸加大黄，二曰牛黄丸加小承气。若腹满便秘者宜小承气，仅口渴者宜大黄，今患者腹满、便秘、脉滑并见，自宜小承气也。因拟通腑泻热，开窍化痰。处方：大黄 10g，枳实 10g，厚朴 10g，安宫牛黄丸 2 丸（另化开服）。服药 1 剂，大便通，神稍清，继服 1 剂，神志全清。（选自《中医临证经验与方法》）

〔按语〕 本案将仲景承气汤与吴鞠通牛黄承气汤结合应用，只以病机为依据，而不局限于病证，经方与时方巧妙结合，方剂虽无创新，但法有独到之处，治病求本是其巧妙之所在。

六、临证心得

近年来，应用经方治疗本病是中风临床的一大特征，但经方原本主治中风者少，因此，如何运用经方治疗中风有不同的经验。首先，经方治疗中风的应用途径主要是根据方剂的功效与中风病机的一致性，即辨证论治。如，葛根汤治疗中风的應用，主要是借其疏风散邪，疏利气血之力；小陷胸汤治疗中风则是用其清热化痰，润肠散结，痰热阻络可用，痰热腑实配伍承气汤诸方，则是通腑泻热，化痰荡浊之良方；与抵挡汤配伍，则能荡涤痰热瘀血，畅利胃肠气机，是中风痰热瘀血阻滞气机，腑实络痹之有效方剂。

第二，应用经方治疗中风不必拘泥与原方主治。如，葛根芩连汤本是治疗湿热泄泻之剂，但是临床用于中风病的湿热证非常适宜，葛根祛风通络，辛散胜湿；黄芩、黄连清热燥湿，三味皆是近年来临床治疗中风病的常用药物，无论从中医理论，还是现代药理研究，都可以找到合理的解释，因此，临床用之有效。

第三，中风病是由于脏腑亏虚，气血失衡，产生风、火、

痰、瘀，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外。其本质是本虚标实，急性期以内风、邪热、痰浊、血瘀、腑实等标实为主，恢复期及后遗症期以气血虚为主。许多经方恰合于在本病某时段的病机，故可随证应用。如，当归四逆汤能温经散寒、养血通脉，原本治疗血虚寒凝之厥逆。而阴血虚是中风发病之本，女性特别是老年女性阴血常不足，血虚不能充脉，营血失于滋润濡养。如果起病前有受寒史，病后出现四肢欠温，口角流清涎等症，用之最为对证。再如，中风以虚为本，黄芪桂枝五物汤长于益气和营、通阳宣痹，治疗营卫气血俱虚、邪入血分致肌肤麻木不仁的血痹病。中风急性期即可随证应用，然化瘀通络力嫌不足，可配川芎、土鳖虫、丹参、大黄等；舌苔厚腻，为痰湿内盛，加半夏、陈皮、茯苓、天南星等；痰热，加胆南星、半夏、瓜蒌等。若进入后遗症阶段，多见气血亏虚，脉络瘀阻证，本方重用黄芪，选加活血养血通络之丹参、当归、葛根、地龙、川芎、桃仁、红花等。

第四，侯氏黑散、风引汤是《金匮要略》治疗中风的重要方剂，但后世应用较少，积累的经验不多。从其中不乏可以借鉴之处：一是，清热泻火药物的应用，为后世从火热论治中风奠定基础；二是，大黄通腑降浊的功效，成为后世通腑法治疗中风的重要起源；三是，菊花、防风等祛风散邪疏利气血药物的使用，也为后世积累了经验；四是，重镇潜阳熄风药的应用，成为真珠母丸、镇肝熄风汤的临床基础，我们可从中得到许多启迪。全盘否定或笼统接受都是不可取的，只有辩证的分析，有批判的汲取，才是正确的态度。

第三节 脑 出 血

一、概 述

脑出血是指非外伤性脑实质内的出血。发病率为 60~80/10 万人口/年,在我国占急性脑血管病的 30%左右。急性期病死率约为 30%~40%,是急性脑血管病中最高的。在脑出血中,大脑半球出血约占 80%,脑干和小脑出血约占 20%。脑 CT 扫描是诊断脑出血最有效最迅速的方法。脑出血的治疗主要是对有指征者应及时清除血肿、积极降低颅内压、保护血肿周围脑组织。

脑出血属于中医中风病范畴,通常称为出血性中风。急性出血性中风病因以风、火、痰、瘀等标邪为主,诸邪上犯脑神致病。本病发病时属实,发病前以虚为本,其本在于“脏腑亏虚,阴精不足”,由此引起阴阳失调,阳亢风动,气血逆乱形成其病机关键。脏腑亏虚,阴阳失衡,气血逆乱,阳化风动,风火相煽,动气迫血,上犯巅顶,闭窍阻络,发生本病。窍闭则神明出入之窍不通,以致神昏;脉络痹阻,则神机之功用不能外达,遂致喎僻不遂诸症。中医治疗本病,可以分为急性期、恢复期、后遗症期。急性期邪气盛者,治疗重在降泻痰火,潜镇风阳,调畅气机,化瘀通络;正气亏虚,则当补虚扶正培本,兼顾祛邪。恢复期、后遗症期则可参考 TIA、脑梗死的治疗。

二、诊 断

(一) 一般性诊断

1. 临床特点

(1) 多在动态下急性起病。

(2) 突出现局灶性神经功能缺损症状, 常伴有头痛、呕吐, 可伴有血压增高、意识障碍和脑膜刺激征。

2. 辅助检查

(1) 血液检查: 可有白细胞增高, 血糖升高等。

(2) 影像学检查: ①头颅 CT 扫描: 是诊断脑出血安全有效的方法, 可准确、清楚地显示脑出血的部位、出血量、占位效应、是否破入脑室或蛛网膜下腔及周围脑组织受损的情况。

②头颅 MRI 检查: 出血后的不同时期血肿的 MRI 表现也各异。对急性期脑出血的诊断 CT 优于 MRI。③脑血管造影 (DSA): 中青年非高血压性脑出血, 或 CT 和 MRI 检查怀疑有血管异常时, 应进行脑血管造影检查。脑血管造影可清楚地显示异常血管及显示出造影剂外漏的破裂血管和部位。

(3) 腰穿检查: 脑出血破入脑室或蛛网膜下腔时, 腰穿可见血性脑脊液。在没有条件或不能进行 CT 扫描者, 可进行腰穿检查协助诊断脑出血, 但阳性率仅为 60% 左右。对大量的脑出血或脑疝早期, 腰穿应慎重, 以免诱发脑疝。

(二) 脑出血的病因

脑出血的病因多种多样, 应尽可能明确病因, 以利治疗。下面介绍常见的病因及诊断线索。

1. 高血压性脑出血

①50 岁以上者多见。②有高血压病史。③常见的出血部位是壳核、丘脑、小脑和脑桥。④无外伤、淀粉样血管病等脑出血证据。

2. 脑血管畸形出血

①年轻人多见。②常见的出血部位是脑叶。③影像学可发现血管异常影像。④确诊需依据脑血管造影。

3. 脑淀粉样血管病

①多见于老年患者或家族性脑出血的患者。②多无高血压病史。③常见的出血部位是脑叶, 多发者更有助于诊断。④常

有反复发作的脑出血病史。⑤确定诊断需做病理组织学检查。

4. 溶栓治疗所致脑出血

①近期曾应用溶栓药物。②出血多位于脑叶或原有的脑梗死病灶附近。

5. 抗凝治疗所致脑出血

①近期曾应用抗凝剂治疗。②常见脑叶出血。③多有继续出血的倾向。

6. 瘤卒中

①脑出血前即有神经系统局灶症状。②出血常位于高血压脑出血的非典型部位。③影像学上早期出现血肿周围明显水肿。

三、辨证治疗

1. 痰热腑实证

主证：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩，烦躁谵语，头痛剧烈，眩晕耳鸣，大便秘结，口气臭秽，舌质暗红或见瘀斑，舌苔黄腻，脉沉滑。

治法：通腑泻热，泻火降浊，化痰逐瘀。

方剂：桃核承气汤合小陷胸汤加味。

大黄 12g，桃仁 12g，瓜蒌 30g，枳实 30g，芒硝 6g（冲服）、甘草 6g，桂枝 6g，胆南星 9g，葶苈子 15g。

加减：瘀血重，加土鳖虫、瓜蒌、丹参、紫草；痰热窍闭突出，加竹沥、菖蒲、天竺黄；窍闭神昏，加羚羊粉、水牛角或送服安宫牛黄丸。中焦湿热壅滞，头痛头晕，烦躁面赤，口干口苦，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉弦滑，用茵陈蒿汤合葛根芩连汤加减。

2. 风阳上扰证

主证：突发半身不遂，语言謇涩，偏身麻木，或头痛剧烈，或眩晕呕吐，面红目赤，烦躁不安，大便不畅，舌质红

绛，苔薄黄或少苔，脉弦大滑数。

治法：潜阳降逆，镇肝熄风。

方剂：风引汤合侯氏黑散加减。

石决明 30g（先煎），龙骨 30g（先煎），生牡蛎 30g（先煎），石膏 30g（先煎），寒水石 30g（先煎），滑石 15g（包），大黄 6g，生甘草 6g，菊花 15g（后入），牛膝 15g。

加减：肢体麻木，加僵蚕、乌梢蛇；头痛眩晕明显，加天麻、钩藤；阴伤，加玄参、白芍、生地；肝火亢盛，面红目赤，头痛剧烈，烦躁不安，脉弦数有力，合白头翁汤，加夏枯草、丹皮、茺蔚子。

3. 痰瘀痹阻证

主证：半身不遂，语言謇涩，肢体麻木，口舌喎斜，或头痛呕吐，或头晕目眩，或形体肥胖，记忆力下降，舌质淡暗，或见瘀斑，苔白腻，脉弦滑。

治法：化痰逐瘀，熄风通络。

方剂：桂枝茯苓丸合半夏厚朴汤加减。

桂枝 12g，茯苓 30g，桃仁 12g，赤芍 15g，丹皮 15g，半夏 9g，陈皮 15g，甘草 6g，天麻 15g，石菖蒲 15g。

加减：便秘，加大黄、枳实；舌苔黄腻，加瓜蒌、天竺黄；语言謇涩明显，加郁金、远志。

4. 瘀血阻络证

主证：半身不遂，口舌喎斜，言语謇涩，偏身麻木，舌质暗，或紫暗，脉沉涩滞。

治法：活血化瘀，通经活络。

方剂：大黄廑虫丸加减。

酒大黄 9g，土鳖虫 12g，黄芩 12g，甘草 9g，桃仁 12g，杏仁 9g，赤白芍 15g，干地黄 30g，水蛭 6g（研极细末，冲服，或装胶囊，吞服），当归 15g，桂枝 9g。

加减：日久气血不足，加黄芪、党参、白术；便秘，加芒

硝（冲服）。

5. 阴虚风动证

主证：半身不遂，语言謇涩，肢体麻木，口舌喎斜，平素头晕目眩，形体消瘦，耳鸣心烦，失眠健忘，大便干燥，舌质红绛，苔少或无，脉弦细。

治法：滋阴补肾，柔肝熄风。

方剂：复脉汤合胶艾汤加减。

生地 15g，熟地 24g，白芍 15g，麦门冬 30g，阿胶 9g（烔化），炙甘草 9g，火麻仁 30g，石决明 24g（先煎），天麻 15g，牛膝 15g。

加减：头晕头痛，加僵蚕、钩藤；便秘，加决明子、瓜蒌、大黄；失眠心烦，加百合、知母、竹叶。

6. 气虚血瘀证

主证：半身不遂，语言謇涩，肢体麻木，口舌喎斜，面色不华，头晕乏力，懒言懒动，大便不实或排便不畅，舌质淡，苔薄白，脉弦细无力。

治法：益气活血，化瘀通络。

方剂：黄芪桂枝五物汤合桂枝茯苓丸加味。

黄芪 45g，赤白芍 15g，桂枝 12g，桃仁 12g，生姜 12g，大枣 15 枚（掰），葛根 15g，丹参 15g，当归 15g，地龙 12g。

加减：气虚甚者，加党参 30g，或用人参；大便不畅，或排便无力，加生白术、黄精、枳实；腹胀，加陈皮；苔白腻，加半夏、陈皮。

四、名医经验

1. 周筱斋 由于中风的基本病理，是血之与气，并走于上，瘀热上冲巅顶，神明失用所致。因此在卒中昏迷的闭证阶段，如表现面色深红郁滞如赭色、目赤、颈脉搏动明显、脉象弦硬者，除按一般常规进行开闭外，有时还当从“瘀热”考

虑，用下瘀热的桃仁承气汤，或主或次地与清火、化痰、熄风等法配合应用。通过引血下行，以解除上部瘀热所致的窍闭症状。从临床看，这一疗法颇适用于中风病的某些类型，如缺血性的脑血栓形成以及出血性的脑出血之类、揆其机制，可能是通过活血化瘀，使脑部瘀阻的血脉通畅，则出血自止，溢出络外的瘀血也相应地逐渐得到消散吸收。从桃仁承气汤全方药性分析，大黄本为凉血、止血之品，如能与丹皮、赤芍、槐花、水牛角等配伍合用，则更可达到行瘀凉血止血的目的，而无破血之弊。至于对桂枝一药，因其性温通，故以应用于缺血性中风为宜，可加强通络行瘀的作用。痰火壅结阳明，内闭神机者，当泻其痰火。中风闭证，邪入于腑，痰火壅结阳明，上蒙神机，神志昏糊，而腹部胀满，按之皱眉，似有所苦，大便不行，或泻下臭秽黏垢焦黄粪便，口噤、口臭、喉中痰鸣有声，舌苔厚腻，脉息沉实滑数者，往往开之不应，必须通利腑道，泻其痰火，兼以涤化。用硝、黄、枳实、半夏、竹沥等品，既能使痰火从下而泄，不致上蒙神机，又可引导气血下降而使神志复苏。在临床上凡遇痰火、瘀滞为患的中风证，应用桃仁承气汤合温胆汤，活血化瘀，清热通腑，涤痰泄浊，每获佳效。临床并用此二方以治中风病，主要是取桃仁承气汤下其瘀热，用温胆汤清其痰热。药用桃仁、大黄破血通瘀；芒硝、大黄、枳实下其痰火；辅以半夏、陈皮、茯苓、竹茹等清化痰热；甘草、大枣安中并缓调诸药；桂枝通行血脉。瘀行络通则不至郁而生热，热清火平则不至蒸液成痰。既能阻断产生内风的病理环节，又能使上逆之瘀热痰浊从下而泄，神机遂得复苏。（《当代名医临证精华·中风专辑》）

2. 颜德馨 脑卒中辨证为中经络和中脏腑中的闭证，症见肢体偏瘫，言语不利，伴头痛头晕，面红目赤，便秘尿赤等，属肝阳上亢，肝火挟痰横窜经络所致者。治以清热泻火，潜阳熄风，用风引汤。组成：石膏 25g（先煎），寒水石 25g

(先煎), 滑石 25g, 赤石脂 25g, 紫石英 20g (先煎), 牡蛎 15g (先煎), 龙骨 12g (先煎), 桂枝 12g, 干姜 4.5g, 大黄 4.5g, 甘草 4.5g。加减法: 肝阳上亢, 肝风内动诸证明显者: 去桂枝, 加石决明 30g, 灵磁石 30g, 地龙 12g, 钩藤 12g, 以加强潜阳熄风作用。经络不通, 肢体活动受限者: 加当归 9g, 赤芍 9g, 川芎 9g, 鸡血藤 30g。言语不利者: 加天麻 6g, 菖蒲 4.5g, 白附子 9g。脑血栓形成, 属缺血性中风者: 可加川芎 15~30g。(选自《仲景方在急难重病中的运用》)

3. 刘茂甫 上病下治宜用通里润便: 此适用于厥证之际, 脘腹胀满, 大便数日未行, 且患者素日体质尚好, 脉象沉实者, 可考虑攻里通下, 在攻下之同时应加入润便之品。常常可望获效。方用小承气汤加味: 大黄、厚朴、枳实、火麻仁、郁李仁、光杏仁、肉苁蓉。或用安宫牛黄丸 2 丸, 内加大黄末 9g, 先服一半, 不下, 再服之。中风厥证, 若有脘腹胀满, 大便数日未行, 且患者体质尚好, 脉象沉实者, 应当考虑攻下之法。确有实证可辨, 则用之有据。况上病取下, 引导下行, 中风乃巅疾之患, 血气并走于上, 用降下之药, 即可缓冲。吴鞠通曾指出: “邪闭心包, 神昏舌短, 内窍不通, ……牛黄承气汤主之。……再不下者, 增液承气汤主之”。吴氏此言, 虽系指阳明温病而语, 但与中风厥证其理相通, 故仿鞠通之意, 以小承气汤加火麻仁、郁李仁、杏仁、肉苁蓉等, 以求济水行舟。安宫牛黄丸加大黄, 为吴氏牛黄承气汤减芒硝, 以开窍攻下。笔者以此理救治中风厥证, 疗效颇佳。(《当代名医临证精华·中风专辑》)

4. 钟一棠 通腑可降浊热, 出血性中风患者保持大便通畅非常重要, 即使没有便秘现象, 亦可常加通腑之品。因为本病之作, 多为肝阳上亢, 血随气涌所致, 苦寒清化通腑之品能使上亢之邪随大便下行, 并能起到降低血压和颅内压的作用, 一般可在常用方中加入生大黄、元明粉或枳实导滞丸。如便秘

重或不易口服及鼻饲者，可灌肠。常用下方：生大黄 30g，黄芩 30g，知母 20g，加水煎成 300ml，待温保留灌肠，每日 1~2 次。（《当代名医临证精华·中风专辑》）

5. 李浩然 无形痰火，利在速降。内风中人多挟无形痰火，其势迅疾能顷刻毙命。例如出血性中风特别是脑溢血等病：其症见猝倒口歪，舌謇懊恼，时有迷睡，脉弦大而数者，为中风之初，邪将深入，宜急急清下彻火。我常喜用大剂三黄泻心汤加羚羊粉；其昏瞤舌红，大便秘结者，则应迺予牛黄承气加羚羊粉，清心开窍，通腑解痉，若口瞤面赤，鼻鼾气粗，苔黄舌红，脉弦而数，则用大剂礞石滚痰丸方煎灌之，其小有痉搐者宜大剂小儿回春丸加制军急煎服之，以清降痰火，镇惊止痉。（选自《壶天散记》）

五、医案精选

1. 周筱斋医案——桃仁承气合温胆汤治疗瘀塞清窍案

赵某，男，40 岁。卒然昏仆，不省人事，肢痉，遗尿，痰声漉漉，大便秘结不行，血压高至 200/130mmHg，脉息滑数。撬齿视苔黄腻。询知平素嗜酒、吸烟。其证显系痰热肝火随气上逆，激犯清空，血络阻滞、瘀塞而闭清窍所致，为中风闭实之重症。乃亟投桃仁承气合温胆汤以通腑下瘀，涤化痰浊。药用：大黄 10g，芒硝 10g，桃仁 10g，竹沥半夏 10g，陈皮 6g，茯苓 12g，甘草 3g，枳实 10g，石菖蒲 10g，钩藤 12g（后下），炙远志 6g，竹沥水 20ml（冲服）。药后大便排出多量粪块，神志转清，痉定。唯右侧肢体偏瘫，续于涤痰化浊之剂，用指迷茯苓丸及和营通络之品，调治半月，逐渐恢复，能行步自如。

【按语】 本案素嗜酒、烟，是痰火内盛之体。卒倒中风，大便秘结，脉滑数、苔黄腻，为痰火壅塞，气机逆乱，清窍闭塞，故用桃仁承气汤以通腑泻热，荡涤痰火，合温胆汤加石菖

蒲、远志、竹沥水化痰开窍，获效确属迅捷。（《当代名医临证精华·中风专辑》）

2. 朱进忠医案——滋阴潜镇法治疗阴虚风动案

李某，男，77岁。脑出血病，经过中、西药的治疗，半年多来，神志虽然已经恢复正常，偏瘫亦明显好转。但至今仍完全失语。细审其证，除仍偏瘫、失语外，尚见舌质红绛无苔，脉虚大而数。证脉合参，诊为阴虚金破。拟滋阴润肺，养心益肾。处方：龟板 30g，鳖甲 30g，牡蛎 15g，甘草 10g，白芍 15g，生地 15g，麦冬 15g，阿胶 10g，元参 10g，五味子 10g。针：哑门、涌泉、通里。服药 70 余剂，言语果然恢复正常。

〔按语〕脑出血后的阴虚证临床常见，治疗无速效，而失语尤其难治。本案红绛无苔，脉虚大而数，与温病后期的阴虚证类似，故以三甲复脉汤化裁配合针刺治疗，仅 2 月余竟收全功，确属难得。（选自《中医临证经验与方法》）

3. 笔者医案——葛根芩连汤治疗湿热壅阻案

患者，刘某，女，82岁。2004年2月6日入院，住院号 111679。头痛 15 年，加重 3 天。头痛反复发作，病程 15 年。1985 年突发头痛，经 CT 扫描，诊断为“脑出血”。此后，头痛时常发作，经久不愈。昨天头痛突然加重，颅脑 CT 扫描示右侧侧脑室旁“脑出血”。患者神志清楚，语言正常，舌质红，苔黄腻，脉弦大浮滑。体格检查：血压 120/80mmHg；头皮（两颞部及太阳穴、头顶）触痛，3~6 颈椎横突旁压痛（+）。神经系统检查未见阳性体征。颈椎平片：颈椎生理曲度消失，棘突旋转移位。中医诊断：头痛，辨证：湿热内蕴，久而生风，肝风夹湿热上扰清空。西医诊断：①脑出血，②颈椎病，③颈源性头痛。治法：清热利湿，平肝熄风。处方：葛根芩连汤加味：葛根 30g，黄芩 12g，黄连 9g，苦参 6g，丹参 18g，白鲜皮 15g，菊花 15g，当归 15g，生白芍 15g。水煎服，每日

1剂。20%甘露醇 125ml 加压快速静脉滴注，每日2次，连用2天后改为 125ml 加压快速静脉滴注，每日1次，3天。2004年2月12日，头痛明显减轻，口渴，舌质红，苔薄微黄乏津，脉弦滑。血压 120/70mmHg。处方：上方去苦参，加天花粉 15g，北沙参 30g。上方加减治疗3周，头痛缓解，复查脑MRI：脑出血基本吸收。

〔按语〕 本案头痛经久不愈，突然加重，虽然脑CT显示脑出血，但无“喎僻不遂”见症，故仍诊断为头痛。久病头痛责之湿热内蕴。湿热蕴结既久，导致风火内生，湿热风火上扰清窍，是以头痛不愈反而加重。治法以清利湿热，兼降火熄风。葛根、黄芩、黄连、苦参、白鲜皮清利湿热；菊花、丹参凉肝熄风，配生白芍、当归柔肝平肝。全方苦寒为主，清利湿热，凉肝平肝，而无伤阴耗血之虞。

六、临证心得

经方治疗脑出血已经积累了大量经验。主要体现在以下几方面：通腑法在中风病临床得到广泛应用。以大承气汤、抵当汤、桃核承气汤、大陷胸汤（丸）大黄黄连泻心汤等为代表的通腑泻热、降浊化痰方剂，是当代临床治疗治法中风病的基本处方，临床报道与实验研究时有所见。如大黄黄连泻心汤具有止血，降火，镇静，消炎的作用，所以脑出血和蛛网膜下腔出血后，立刻服本方，能消除头部的充血、出血，并使精神兴奋镇静下来，血压稳定。精神分裂症者，有幻想和妄想、不眠、精神不安、大便秘结时，应投本方。实验研究表明大承气汤能促进脑出血患者血肿的吸收，减轻脑组织的水肿，提高患者的免疫功能。上方中的主要药物大黄、瓜蒌、水蛭、土鳖虫、桃仁、葶苈子是临床应用最多的通腑泻热化痰药物。在临床应用时，重视腑气的通畅，同时以大便的排泄通畅与否为重要指征，临床总以腹胀、苔黄腻、脉弦滑为证据，大黄用量可随证

增减，并随证配伍。火热炽盛，大便秘结，口气臭秽，重用大黄，配瓜蒌、枳实、芒硝泻热通腑，化痰降浊，加紫草、生地凉血养阴。临床应用通腑法的目的应当十分明确，腑气不通或不畅，每见大便不通，或排便不畅，此时通腑可使大便调畅。通腑不是通便，但大便通畅则表明腑气畅达。故通腑的目的在于调畅气机、驱除郁积之邪气，而绝不只是为了通便；但大便调畅之后，更有利于腑气恢复和降下行之机。如见大便已通而仍腹满腹胀、暖气不除者，又当用降气、顺气之品，如厚朴、旋覆花、乌药、沉香、槟榔、炒莱服子之属。

镇肝、凉肝、熄风是脑出血急性期的重要治法，经方中不乏治肝良方，如，风引汤、侯氏黑散、白头翁汤、黄芩汤、茵陈蒿汤、栀子豉汤等。若肝经风火或肝风上扰，头痛眩晕，肢体瘫痪或拘急、抽搐，可用风引汤合白头翁汤、羚羊角汤化裁，并可参照镇肝熄风汤方义，加川楝子、麦芽，而侯氏黑散中的菊花、防风等也值得借鉴。若肝胆火盛，风火上扰清窍，头痛眩晕，面红面赤，急躁易怒，不得睡眠，则白头翁汤为主方，合风引汤，重用白头翁以及潜镇风阳之品；中焦湿热，壅滞气机，大便不爽，舌质红，苔黄腻，茵陈蒿汤合小陷胸汤为首选，可加枳实、泽泻、滑石等。

化痰逐瘀法的应用尤多。痰瘀同源，痰瘀同病，故临床常痰瘀同治。经方中不乏治痰、治瘀以及同治之剂：桃核承气汤、抵当汤、大陷胸汤、小陷胸汤、桂枝茯苓丸、大黄廑虫丸、木防己汤、半夏厚朴汤等。痰瘀阻络，偏于热盛，便秘者用桃核承气汤合小陷胸汤；痰浊偏盛，苔白腻者，用桂枝茯苓丸合半夏厚朴汤加味；湿热夹瘀，大便不爽，苔黄腻，用茵陈蒿汤合桂枝茯苓丸加减，便溏者，用葛根芩连汤加味；痰浊内盛，元气不足，宜桂枝茯苓丸合黄芪桂枝五物汤加减。

脑出血急性期以邪气盛实为基本病机特征，因此，上述治法方药临床应用较多。火盛易于伤阴，故通腑泻热、化痰逐

瘀，应注意刻刻固护阴液，除痰湿偏盛者，处方遣药，多不可用过温燥之品，过伤阴津，难于救治，且易于复发。此外，由于历代医家对风引汤、侯氏黑散的研究与临床应用相对减少，临床经验不足，影响其临床应用。脑出血急性期在应用破血逐瘀药物，如水蛭、土鳖虫等，需要注意用法用量，勿使过之，同时，注意舌脉变化，谨守辨证论治宗旨，而不刻意追求对血肿的治疗。

脑出血急性期之后，其治疗方法及预防措施与脑梗死、椎基底动脉供血不足一致，可以互相借鉴。

第四节 椎-基底动脉供血不足

一、概 述

椎-基底动脉供血不足（VBI）是由于脑动脉粥样硬化、颈椎病等原因所导致的椎-基底动脉系统供血障碍，从而出现其供血区包括内耳、脑干（中脑、脑桥、延髓）、小脑、间脑、枕叶、颞叶等各组织的一过性局灶性神经功能障碍，如眩晕、视觉障碍、头痛、运动障碍、感觉障碍、内脏性障碍等相应的症状和体征。

椎-基底动脉供血不足大多发生于中年以后，青壮年也可罹患，其临床病征多种多样，相当复杂，其发作无明显规律。本病多突然发病，每次发作多持续数分钟，多不超过 24 小时，后遗不适可持续数天。从国内外学者对 VBI 的描述来看，其实供血不足这一概念不准确，是否废除这一提法，改以椎-基底动脉 TIA 或其相应供血区的梗死，值得商榷。目前，国内已经提出“后循环缺血”的诊断取代椎-基底动脉供血不足，但是由于国内临床及文献报道仍然使用这一概念，故本书暂予保留这一诊断。

本病主要属于中医学的“眩晕”范畴。脏腑功能衰退，故而眩晕大多发生于中年以上，可反复发作，部分患者阴虚阳亢，阳化风动，血随气逆，夹痰夹火，横窜经络，蒙蔽清窍，可进展为眩仆、中风。

二、诊 断

1. 发病大多在 50 岁以上。

2. 突发与头位有关的眩晕，持续时间短暂；眩晕发作时伴有一项或数项脑干缺血症状和体征；临床征象的持续时间不一，可数分钟至数日；

3. 症状的特点是发作性、可逆性，有复发倾向，每次发作的症状有时不尽相同；发作时神经系统检查多有阳性征，但也可正常；

4. 发病大多在中年以上，若病人同时患有动脉粥样硬化或颈椎病时，则进一步支持本病的诊断；

5. 椎动脉造影发现异常改变时对本病的诊断帮助较大，但造影所见正常也不能除外；

6. 病人作脑电图检查的同时进行压迫颈总动脉试验，出现上述改变者，也较有力支持本病的诊断。

三、辨证治疗

1. 风邪上犯证

主证：头晕目眩，头痛项强，或颈肩疼痛，上肢麻木，恶心呕吐，转颈加重，舌质淡红，苔薄白，脉弦或浮紧。

治法：疏风活络，升清利窍。

方药：葛根汤加味。

葛根 30g，桂枝 12g，麻黄 6g，防风 9g，天麻 15g，天南星 6g，荆芥穗 12g，炙甘草 12g，生姜 15g，大枣 12 枚（掰）。

加减：若恶心呕吐明显者，加姜半夏、旋覆花；头痛甚

者，加羌活、僵蚕、菊花。

2. 肝火上炎证

主证：头晕且痛，目赤口苦，胸胁胀痛，烦躁易怒，寐少多梦，舌红苔黄腻，脉弦数。

治法：清肝泻火，利窍定眩。

方药：白头翁汤加味。

白头翁 24g，秦皮 15g，黄柏 9g，栀子 12g，淡豆豉 12g，薄荷 9g（后入），黄芩 15g，柴胡 10g，生地 15g，当归 6g，白芍 15g，甘草 7g。

加减：若肝火上心神，失眠、烦躁者，加知母、牡丹皮、磁石、龙齿、珍珠母；肝火化风，肝风内动，肢体麻木、震颤，欲发中风者，加珍珠粉（冲服）、羚羊角粉（冲服）、地龙、僵蚕、羌蔚子平肝熄风；火盛损伤肝肾之阴，加知母、龟甲、旱莲草养阴清热。

3. 风阳上扰证

主证：头痛头晕，手足麻木，面红，口苦，耳鸣，便秘，溲赤，舌质红，舌苔薄黄，脉弦硬数。

治法：平肝潜阳，熄风定眩。

方剂：风引汤加减。

生龙骨、生牡蛎各 30g，寒水石 24g，紫石英 30g，石膏 18g，生石决明 20g，（均先煮半小时），滑石 15g（包煎），赤芍 15g，干姜 3g，大黄 9g，川芎 9g。

4. 痰饮上犯证

主证：头重如蒙，视物旋转，闭目不欲睁眼，胸闷作恶，呕吐痰涎，苔白腻，脉弦。

治法：温化痰饮，和中健脾。

方药：苓桂术甘汤合泽泻汤加味。

茯苓 30g，生白术 45g，桂枝 12g，炙甘草 9g，泽泻 30g，半夏 12g，天麻 12g，陈皮 6g。

加減：若嘔吐頻繁，加代赭石、旋覆花（包煎）和胃降逆止嘔；頭身困重，苔膩者，加藿香、厚朴醒脾化濕；耳鳴、重聽者，加石菖蒲、遠志等滌痰開竅。若痰濁郁而化熱，痰火上犯清竅，眩暈，苔黃膩，脈弦滑，用黃連溫胆湯清化痰熱。

5. 氣血失和證

主證：眩暈頭痛，動搖不定，項強肢麻，動則眩暈加重，情緒不穩，胸脇脹滿，嘔吐納少，舌質淡紅，苔薄白，脈弦細。

治法：疏利氣血，和調樞機。

方劑：柴胡桂枝湯加味。

柴胡 15g，桂枝 12g，半夏 9g，黨參 15g，黃芩 9g，炙甘草 12g，生薑 15g，大棗 12 枚（掰），天麻 15g，薄荷 12g（后入）。

加減：嘔吐劇烈，加代赭石、旋覆花；胸脇脹滿，加枳實、桔梗、香附；心悸失眠，加龍骨、牡蛎。

6. 氣虛絡痹證

主證：頭暈目眩，動則加重，惡心嘔吐，面色不華，神疲懶言，困倦乏力，飲食減少，舌質淡胖，苔薄白，脈沉細無力。

治法：益氣升清，活絡利竅。

方劑：黃芪桂枝五物湯加味。

黃芪 30g，桂枝 12g，炙甘草 12g，葛根 15g，天麻 15g，淫羊藿 12g，丹參 15g。

加減：惡心嘔吐，減黃芪用量，加半夏、旋覆花；氣血虧虛，加當歸、黨參、白朮、茯苓；脘腹脹滿，加陳皮、砂仁；若氣虛衛陽不固，自汗時出，重用黃芪，加防風、浮小麥；若氣虛濕盛，泄瀉或便溏者，加薏苡仁、白朮、炒扁豆健脾利濕。

7. 陽虛水泛證

主证：眩晕头重，精神疲惫，耳鸣堵塞，腰膝酸软，形寒肢冷，面色晄白或黧黑，舌质胖嫩，脉沉细。

治法：温阳化饮，通阳利窍。

方药：真武汤加味。

炮附子 9g，茯苓 30g，生白术 30g，生姜 30g，桂枝 9g，泽泻 30g。

加减：本方中附子、肉桂刚燥，不宜久服，可改用巴戟天 12g，仙灵脾 12g 等温润之品，以期助阳而不伤阴。若遗精频频，可加芡实 15g，桑螵蛸 12g，覆盆子 15g 以固肾涩精；若眩晕较甚，无论阴虚、阳虚均可加用龙骨 20g，牡蛎 20g，磁石 20g 以潜镇浮阳。

8. 气血虚弱证

主证：眩晕，动则加甚，劳累则发，神疲懒言，气短声怯，心悸怔忡，健忘少寐，纳谷不香，面色白或萎黄，唇甲无华，舌质淡嫩，边有齿痕，脉细弱。

治法：补气养血，健脾充脑。

方药：薯蓣丸加减。

山药 12g，当归 12g，桂枝 9g，干地黄 12g，炙甘草 12g，川芎 9g，麦门冬 15g，白芍 12g，白术 15g，杏仁 9g，人参 9g（单煎）、柴胡 9g，桔梗 9g，茯苓 15g，阿胶 9g（烊化），干姜 3g，葛根 9g，防风 6g，大枣 12 枚。

加减：若气虚卫外不固，汗出不止，加黄芪、浮小麦益气固表；脾虚湿盛，便溏或泄泻，加炒薏苡仁、炒扁豆健脾利湿；兼见中焦阳虚，畏寒肢冷，腹中隐痛等阳虚症状，加重桂枝、干姜用量，以温阳暖中；若中气不足，清阳不升，表现眩晕兼见气短乏力，纳差神疲，便溏下坠，脉象无力者，可用补中益气汤补中益气，升清降浊。

9. 瘀血阻窍证

主证：眩晕头痛，兼见健忘，失眠，心悸，精神不振，耳

鸣耳聋，面唇紫黯，舌有瘀点或瘀斑，脉弦涩或细涩。

治法：祛瘀生新，通窍活络。

方药：桂枝茯苓丸加味。

桂枝 15g，茯苓 30g，赤芍 15g，桃仁 12g，牡丹皮 12g，川芎 12g，天麻 15g，丹参 15g，葛根 15g。

加减：若兼寒邪阻络，可重用桂枝，加细辛温经通络；头痛肢体麻木，项强颈痛，加羌活、桑枝。本方中可酌加其他活血药及虫类药，如僵蚕、全蝎、蜈蚣、地龙等搜剔之品，更增活血通窍之力，或合用通窍活血汤。

四、名医经验

1. 江尔逊 余临证既久，参验先贤论治眩晕之要，自拟“柴陈泽泻汤”以治眩晕。此方即小柴胡、二陈、泽泻汤合方另加天麻、钩藤、菊花而成。药用：柴胡 10g，黄芩 6~10g，法半夏 10g，党参 12~15g，甘草 3~5g，大枣 10~12g，生姜 6~10g，陈皮 10g，茯苓 15g，白术 10~15g，泽泻 10~15g，天麻 10g，钩藤 12g，菊花 10g。其中小柴胡汤旋转少阳枢机，透达郁火，升清降浊；二陈汤化痰降逆；泽泻汤涤痰利水。方中尚寓有小半夏加茯苓汤，亦可化痰降逆，涤痰止呕；又寓有六君子汤运脾和胃以治其本。加天麻、钩藤、菊花者，旨在柔润以熄肝风。以上药味虽平淡，而实具卓效。临证体验以来，凡真性眩晕之发作者，以此为基础，随证化裁，服 2~4 剂，多能迅速息止之，历用不爽，故敢确切言之。待眩晕息止之后，再详察五脏气血阴阳之虚而培补其本，以收远期之疗效。此外，根据“异病同治”之原则，可以扩大本方运用之范围。如曾治高血压之眩晕及脑动脉供血不足之眩晕，凡具有真性眩晕之特征性证候者，均投以本方，亦收迅速息止之效。（《当代名医临证精华——头痛眩晕专辑》）

2. 陈向明 自拟椎动脉型颈椎病方颈椎病椎动脉型。组

成：天麻 15g，钩藤 15g，当归 12g，川芎 12g，白芍 12g，何首乌 15g，丹参 15g，菊花 15g，姜黄 12g，葛根 15g，延胡索 12g，桑寄生 20g，夜交藤 15g，龙骨 15g，牡蛎 15g，白芷 12g。指征：头晕、项痛。C4—6 棘突压痛，X 片：颈椎增生，夜不寐，时有心烦，头痛，此时用该方必定有效。禁忌：颈椎病其他型用该方效差。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

3. 刘柏龄 自拟清眩舒颈汤治疗椎动脉型颈椎病，证属经络受阻，血脉不通，髓海失充，肝风内动，风火上扰者。组成：天麻 15g，钩藤 20g，石决明 25g，黄芩 15g，丹参 15g，桑寄生 20g，骨碎补 20g，葛根 20g，半夏 15g，僵蚕 15g，全蝎 5g，白芍 20g，甘草 10g。指征：颈僵痛，头晕，目眩，恶心呕吐，兼有肩臂痛，手指麻木等症，用此方有效。禁忌：孕妇慎用或不用。体会：本方治椎动脉型颈椎病，取其有柔肝熄风、清热活血、补益肝肾之功，若患者呕吐不止，加用生赭石、橘皮、竹茹以和胃降逆止呕，诸药相伍应用，则肝风熄，髓海充，阴阳和，晕止头清，胃亦安矣。（选自《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

4. 田隽 自拟眩晕方治疗颈椎病，椎-基底动脉供血不足，偏头痛。组成：当归 6g，川芎 6g，甘草 6g，全蝎 6g，白芍 30g，葛根 30g，钩藤 30g，威灵仙 9g，枳实 9g。指征：头晕，顽固性偏头痛。禁忌：低血压、低血糖引起的眩晕，及痰浊中阻引起的眩晕，不宜使用此方。本方对颈椎病引起的头晕效果尤佳。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

5. 罗致强 自拟眩晕方治疗头晕，顽固性偏头痛，组成为：当归 6g，川芎 6g，甘草 6g，全蝎 6g，白芍 30g，葛根 30g，钩藤 30g，威灵仙 9g，枳实 9g。主治：颈椎病，椎-基底动脉供血不足，偏头痛。禁忌：低血压、低血糖引起的眩晕，及痰浊中阻引起的眩晕，不宜使用此方。体会：本方对颈椎病

引起的头晕效果尤佳。(《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

五、医案精选

1. 田隽医案——眩晕方治疗肝风上扰案

陈某，女，48岁。因头晕2年余，加重1天来诊。患者两年来时有头晕，发作与颈部位置有关，伴恶心欲吐。X片示：颈椎增生。服中药后症状可缓解。昨日眩晕发作，平卧2小时后稍减，颈部转动不灵，左侧位时明显不适，恶心，面色无华，舌质淡，苔薄，脉弦。中医辨证为肝风上扰。予上方平肝熄风，活血通络，予眩晕方：当归6g，川芎6g，甘草6g，全蝎6g，白芍30g，葛根30g，钩藤30g，威灵仙9g，枳实9g。服药3剂，症状减轻。续以原方加減调治2周，病情稳定。

〔按语〕 眩晕、脉弦证属肝风上扰无疑，治当平肝熄风。然女子以血为用，年届七七，阴血已有不足，故用《金匱要略》当归芍药散合葛根汤化裁，加全蝎、钩藤以平肝。本案既重视舌脉，也注意局部本病对整体的影响应当是获效的关键。(选自《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

2. 张鉴铭医案——粉葛汤治疗颈椎病患

袁某，女，45岁，会计师。颈部酸痛1年余，近月来头晕项强，头低过久，骤起则见四周晕转。X线检查：颈3、4、5椎轻度骨质增生，生理弧度变直。诊断：颈椎病。检查：双上臂能抬举，项部转侧正常，仰头侧不适，感头晕。诊断：劳损型颈椎病，予粉葛汤：粉葛根15g，防风12g，白芍12g，钩藤12g，桔梗10g，蔓荆子10g，牛蒡子10g，蝉蜕10g，僵蚕10g，藁本10g，甘草5g。3剂，水煎服，每日服3次。复诊：晕昏减轻，9剂服后而愈。(《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

〔按语〕 项为太阳之专位，头晕项强，头低过久，骤起则见四周晕转，是太阳经脉不利，气血不能上达之故。用葛根汤化裁，加入轻清而又能平肝之品以定眩。

3. 罗致强医案——葛根汤加减方治疗肝风上扰案

陈某，女，48岁。因头晕2年余，加重1天来诊。患者两年来时有头晕，发作与颈部位置有关，伴恶心欲吐。X片示：颈椎增生。服中药后症状可缓解。昨日眩晕发作，平卧2小时后稍减，颈部转动不灵，左侧位时明显不适，恶心，面色无华，舌质淡，苔薄，脉弦。中医辨证为肝风上扰。予上方平肝熄风，活血通络。服药3剂，症状减轻。续以原方加减调治2周，病情稳定。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

4. 笔者医案——黄芪桂枝五物汤治疗气虚眩晕案

患者，周某，女，61岁，济南市人。2002年6月15日初诊。眩晕、项部不适2~3年。头晕、眼胀、无恶呕，后项部不适，喜按，饮食尚可，睡眠可，二便调，舌淡红，苔薄白，脉弦。闭目难立征（+），颈椎增生病史。中医诊断：眩晕，辨证：气虚清阳不升，清窍失养。西医诊断：颈椎病，椎-基底动脉供血不足。治法：益气升清，补虚定眩。处方：生黄芪30g，桂枝9g，炙甘草9g，葛根30g，当归15g，天麻12g，酸枣仁24g，丹参15g，羌活9g，仙灵脾15g，豨莶草30g。2002年6月21日二诊：药后效果明显，颈部症状缓解，活动时自觉响声减轻，眩晕已不明显，转颈时仍感头晕，记忆力减退，颈部略感拘急，舌淡红，苔薄白，脉沉弦细。处方：上方加石斛15g，杜仲15g。6剂，水煎服。

〔按语〕 高年元气亏虚，清气不升，清窍不荣，筋脉失养，故眩晕、项强。用黄芪桂枝五物汤益元气，升阳气，兼疏利经脉气血而收效。

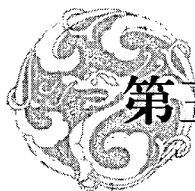
六、临证心得

椎-基底动脉供血不足是临床常见疾病，眩晕是其发作时的主要症状之一。然而由于许多疾病都可以引起眩晕，由此给临床诊断带来困难；因而，本病临床首选要确定诊断。此外，本病具有以突发性与反复发作性的特点，甚者可能合并不可逆转的脑缺血等危急情况，这些都是临床治疗的难点。据此，基础治疗本病首先要针对突发性眩晕进行治疗，同时，在缓解期采取“急则治标，缓则治本”的原则，确立治疗的重点。

急性发病时需要尽快缓解眩晕，适当应用经方常可获得较好疗效。眩晕与项强并见，可以见于太阳经脉不利，阳气郁痹，清气失和，筋脉失濡，舌质淡红，苔薄白，治疗常用葛根汤，呕吐，用葛根加半夏汤；颈项拘急，口苦口干，舌质红，舌苔黄腻，为湿热壅滞，用葛根芩连汤加味；若大便秘结，用茵陈蒿汤加味治疗；风阳上扰，气血逆乱，眩晕动摇，不能站立，治宜平肝潜阳，熄风定眩，用风引汤，本方重用金石与介类药物，重镇之力有余，兼能泻火降逆，风阳内动，兼有痰火气逆者用之恰当；但肝风内动，常责肝肾之阴亏虚，故临床常需减干姜、桂枝，同时加入滋阴补肾之品，如玄参、生地、熟地、白芍、枸杞子、制首乌等，还可参考后世之天麻钩藤饮、镇肝熄风汤化裁。风引汤潜镇力胜，有时不利于肝气之生发，故也可合用侯氏黑散加减，借方中菊花、防风、川芎、细辛之辛散生发，使降中有升，升以助降，降而不至于太过，升发无动气之虞，与镇肝熄风汤之麦芽、青蒿、川楝子有异曲同工之妙。痰饮致眩，古今一理，温化痰饮，降逆定眩是不易之法，仲景之苓桂术甘汤、五苓散、小半夏汤、小半夏加茯苓汤、真武汤、金匱肾气丸等皆可随证而施。若体虚气弱，清气不升，用黄芪桂枝五物汤加味，病久虚甚，则可用薯蓣丸以益气养血，补虚扶正。又，本病眩晕具有阵发性特点，阵发性即休作

有时，眩晕属于风，二者皆属于肝胆所主，故小柴胡汤及其加减方、类方，如大柴胡汤、柴胡桂枝汤、柴胡加龙骨牡蛎汤，以及当归芍药散、白头翁汤、茵陈蒿汤等都可以用于本病的治疗。

此外，本病休作有时，当其病情稳定之机，宜“缓则治本”，此时应抓住时机，调整脏腑气机、阴阳气血，祛痰化浊，化瘀通络，对减少或杜绝发作具有一定作用。同时，应注意避免体力和脑力的过度劳累，避免强烈、突然的头部运动，少作或不作颈部旋转、弯腰动作，特别已发现某一体位容易引发眩晕时，更应避免以免诱发眩晕；并且通过适当锻炼，增强体质；还应劳逸结合，保护易损部位，如颈部，防患未然。



第三章 头痛经方治疗

第一节 偏 头 痛

一、概 述

偏头痛是一类有家族发病倾向的周期发作性疾病，发作时伴有恶心、呕吐及羞明等症状，间歇期一切正常。其发病机制是遗传素质基础上形成的局部颅内外血管对神经一体液调节机制的阵发性异常反应。偏头痛属于血管性头痛，是由于颅内外血管舒缩功能障碍所引起的反复发作性头痛。其发作特征为单侧或由一侧转向另一侧，伴有恶心呕吐，发作前可有先兆，间歇期如常人，可有家族史。偏头痛以往称为血管性头痛、神经血管性头痛，随着国际头痛学会头痛分类诊断标准的普及，现在统称偏头痛，但在采用以前文献资料内容时，仍使用各资料所采用的疾病名称。本病属中医“头痛”、“脑风”范畴。

二、诊 断

偏头痛的诊断主要根据临床表现。国际头痛协会（IHS）制订的诊断标准如下：

1. 有先兆偏头痛 ①至少有 2 次发作。②至少有下列 4 项中的 3 项：a. 有一种或多种完全可逆转的先兆症状，表现为可明确定位于大脑皮层和（或）脑干的局灶性神经系统功能障碍症状。b. 至少有一种先兆症状逐渐发生，持续时间超过 4 分钟，（通常为 5~20 分钟），或者有两种以上先兆症状连续发生。c. 先兆症状持续时间通常少于 60 分钟，如果先兆症状超过一种，症状持续时间则相应增加。d. 头痛、恶心和（或）畏光在先兆之后发生，间隔时间少于 60 分钟，头痛常持续 4~72 小时（头痛可在先兆之前或与先兆同时发生）。③排除其他原因引起的头痛。

2. 无先兆偏头痛 ①至少发作 5 次；②头痛发作持续 4~72 小时，小于 15 岁的儿童，头痛发作持续 2~48 小时。③头痛至少具有下列特点中的 2 点：a. 局限于单侧；b. 搏动性痛；c. 程度为中或重度（日常活动受限或停止）；d. 因上楼梯或其他类似日常躯体活动而加重。④头痛期至少具有下列中 1 项：a. 恶心和（或）呕吐；b. 畏光和怕声。⑤排除其他原因引起的头痛。

痛性眼肌麻痹、视网膜型偏头痛、儿童周期型综合征：可能是偏头痛预兆，或与偏头痛有关。

三、辨证治疗

1. 风邪阻络证

主证：头痛起病较急，其痛如破，连及项背，常有拘急收紧感，或伴恶风畏寒，遇风尤剧，口不渴，苔薄白，脉浮紧。

治法：疏风散寒止痛。

方剂：麻黄附子细辛汤合大川芎丸加减。

麻黄 6g，附子 6g，细辛 3g，桂枝 12g，白芍 15g，炙甘草 12g，川芎 15g，葛根 30g，生姜 15g，天麻 12g。

加减：痛甚，加川乌、天南星、露蜂房。

2. 肝风上扰证

主证：头痛而胀，甚则头痛如裂，发热或恶风，口渴欲饮，面红目赤，便秘溲黄，舌红苔黄，脉浮数。

治法：疏风清热和络。

治法：平肝熄风。

方剂：风引汤加减。

龙骨 30g，牡蛎 30g，寒水石 24g，大黄 3g，川芎 12g，滑石 24g，甘草 6g，白芍 24g，天麻 15g，菊花 15g，紫石英 15g，僵蚕 12g，蝉蜕 15g。

3. 肝火上扰证

主证：头昏胀痛，两侧为重，心烦易怒，夜眠不宁，口苦面红，舌红苔薄黄，脉弦数。

治法：清肝泻火。

方剂：白头翁汤合泻青丸加减。

白头翁 15g，黄芩 12g，秦皮 15g，大黄 6g，川芎、天麻各 15g，羌活 9g，防风 12g，栀子 9g，夏枯草 15g，生地 15g。

加减：肝火炽盛，加栀子、丹皮；大便秘结，加决明子、郁李仁；失眠心烦，加知母、竹叶。

4. 肝胆湿热证

主证：头痛反复发作，头昏胀痛，两侧为重，疼痛难忍，恶心呕吐，视物模糊，心烦易怒，失眠口苦，口渴欲饮。舌质红，苔黄腻，脉弦数。

治法：清利肝胆湿热。

方剂：茵陈蒿汤合大川芎丸加减。

茵陈蒿 24g，栀子 9g，大黄 6g，川芎 15g，僵蚕 15g，刺蒺藜 15g，天麻 15g，白鲜皮 15g，苦参 6g。

加减：伤阴，加生地、沙参；恶心呕吐，加竹茹、旋覆花、半夏；

5. 痰浊上扰证

主证：头痛昏蒙，胸腔满闷，呕恶痰涎，舌胖大有齿痕，苔白膩，脉沉弦或沉滑。

治法：健脾燥湿，化痰降逆。

方剂：半夏厚朴汤合旋覆花汤加减。

半夏 9g，苏叶 12g，陈皮 15g，茯苓 24g，旋覆花 15g（包煎），石菖蒲 15g，天南星 6g，天麻 15g，川芎 9g，白僵蚕 15g。

6. 肝寒上犯证

主证：头痛反复发作，巅顶痛甚，呕吐涎沫，面白畏寒，舌质淡，苔薄白，脉沉弦。

治法：暖肝降逆，温经散寒。

方剂：吴茱萸汤加减。

吴茱萸 9g，人参 6g，生姜 24g，大枣 12 枚（掰）。

加减：痛甚，加藁本、乌头；呕吐重，加半夏。

四、名 医 经 验

1. 陈孝伯 治疗血管神经性头痛，伴呕吐，泛恶，属肝胃虚寒者。常用吴茱萸汤为基本方，随证加减。处方为：吴茱萸 6g，党参 15g，生姜 9g，红枣 5 枚。吴茱萸辛温大热，温中散寒，下气降逆为君，人参甘苦微温，补气生津，和理脾胃为臣，生姜辛温散寒止呕，大枣甘温健脾和胃，兼有调和营卫之功。合而成为暖肝温胃，降逆散寒之剂。加减法：脘腹冷痛，舌苔白膩，痰湿中阻者：加姜半夏 12g，陈皮 9g，化痰燥湿。少腹冷痛，阴囊内缩，寒邪入阴者，加小茴香 1.2g，肉桂 6g（后下），以增强温肝暖胃之功。形寒怯冷、时时自汗出、营卫不和者：加川桂枝 6g，炒白芍 12g，以调和营卫。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

2. 刘春堂 治疗血管神经性头痛，伴畏寒，属阳虚型者。常用麻黄附子细辛汤为基本方，处方组成：炙麻黄 9g，熟附

子 9g, 北细辛 3g。随证加减: 气血虚: 加黄芪 10g, 当归 9g, 大生地 12g。阴虚腰酸、耳鸣: 加熟地 12g, 肉桂 4.5g, 淮山药 9g。(选自《仲景方在急难重病中的运用》)

五、医案精选

1. 陈孝伯医案——吴茱萸汤合桂枝汤治疗厥阴寒邪上犯巅顶案

张某, 女, 38 岁。初诊 (1986 年 9 月 23 日): 患者头痛 3 年余, 时发时愈。近一月来头痛增剧, 偏于左侧, 痛剧则引头顶作疼, 呈跳痛或刺痛, 中脘冷胀, 呕吐涎沫, 背部恶寒, 时自汗出, 四肢欠温, 舌苔薄白, 脉来沉缓。曾做脑电图, 检查正常。测血压 120/80mmHg。西医诊断为血管神经性头痛。中医辨证属厥阴寒邪上犯巅顶, 阻滞清阳, 兼营卫不和之候, 治宜暖肝温胃, 降逆散寒, 兼调营卫。方以吴茱萸汤合桂枝汤加减。处方: 吴茱萸 6g, 党参 15g, 红枣 5 枚, 生姜 9g, 川桂枝 6g, 炒白芍 9g, 姜半夏 9g, 陈皮 6g, 炙甘草 6g。3 剂。二诊: 服前药后, 头痛吐涎沫显减, 背部恶寒亦瘳, 惟自汗仍多, 更见心悸。药已中病, 再守原方加煅龙骨 30g, 煅牡蛎 30g。3 剂后诸证悉除, 以香砂六君子汤调理 2 周而愈。(选自《仲景方在急难重病中的运用》)

[按语] 《伤寒论》厥阴头痛以巅顶痛吐涎沫为主证, 本案尚见背部恶寒, 时自汗出, 四肢欠温, 故辨证为厥阴寒邪上犯巅顶, 阻滞清阳, 兼营卫不和之候, 以吴茱萸汤合桂枝汤收效。

2. 刘春堂医案——麻黄附子细辛汤治疗阳虚外感头痛案

曹某, 女, 38 岁。1984 年 12 月 2 日初诊: 患者七岁即病头痛, 至今已 30 余年, 每在夜间而作, 深夜尤甚, 无法忍受, 黎明渐渐自止。痛时须绒裘厚被覆身, 厚巾裹头, 影响睡眠, 痛苦异常。刻诊: 苔薄白, 舌质淡, 脉沉细。头痛发于深夜,

阴盛阳微之时，显属元阳不振，不足以御外寒，寒邪伏风，上犯脑户，法以温补肾阳，散寒祛风，麻黄附子细辛汤加味。处方：熟附块 9g，上肉桂 3g（后入），淡干姜 3g，北细辛 3g，炙麻黄 3g，大熟地 12g，淮山药 9g。二诊（12月8日）：投药 5 剂，沉痾松动，子夜头痛已能忍耐。面色少华，精神疲乏。苔薄白，脉细弱。少阴不足，气血亏损，再拟前法，佐以益气养血。处方：熟附块 9g、上肉桂 3g（后入），淡干姜 4.5g，炙麻黄 4.5g，北细辛 3g，潞党参 12g，炙黄芪 12g，大熟地 12g。患者先后服药 30 余剂，当时正逢严寒季节，虽寒风凛冽，但头痛不发。再随访。亦未发作过。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

【按语】麻黄附子细辛汤为少阴阳虚感寒之主方，本案脉沉细，是阴阳俱不足，但阳虚感寒为主，故麻黄附子细辛汤重用附子，加干姜、肉桂以温阳散寒，熟地、山药补肾填精。应用经方也当灵活应变。

3. 朱进忠医案——柴胡加龙骨牡蛎汤治疗肝逆挟痰案

张某，男，40 岁。头晕头痛，时轻时重 5 年多。医诊血管性头痛。先以西药治疗 2 年多不效，后又配合中药平肝泻火、滋阴平肝、疏风散寒，以及蜈蚣、全蝎、蜂房之属与针灸等治之 2 年多仍不效。审其头痛之状，均呈阵发性，每次发病之前，先发现昼夜不能入睡 2~3 天，接着突然感到头胀头痛，进而剧烈发作，头痛如裂，恶心呕吐，心烦意乱，时时烦热向上冲逆，胃脘悸动不已，胃脘满胀，一天后头痛开始减轻，并感到特别疲乏思睡，头脑不清，思维和记忆力几乎全部丧失，这种情况约 2 天左右，诸证逐渐消失，并感几乎和无病一样。这种情况，开始时，约 3~4 个月 1 次，最近 3 个月来几乎每月都发。舌苔白，脉弦紧而数。综合脉证，诊为痰饮蕴伏，肝木失达。治拟化饮理肝。处方：柴胡 10g，半夏 10g，黄芩 10g，党参 10g，甘草 6g，生姜 3 片，大枣 5 个，桂枝 10g，

茯苓 15g, 熟大黄 4g, 龙骨 15g, 牡蛎 15g。服药 3 剂, 头痛顿止, 继服 7 剂, 他证未作。其后又服 30 剂停药观察半年, 愈。(选自《中医临证经验与方法》)

[按语] 治头痛用药、虫类药是临床常见的方法, 本案头痛 5 年, 迭经治疗, 反复发作, 柴胡加龙骨牡蛎汤原方获效, 既与原方主治不同, 也未应用所谓方药、虫类药, 辨证准确是其根本。

4. 胡希恕医案——小柴胡汤加生石膏治疗少阳阳明合病头痛

韩某, 男, 35 岁, 病案号 173044。初诊日期 1966 年 10 月 16 日: 头痛、头晕五六年, 多方检查, 未查出器质性病变, 常服西药止痛片暂缓其痛, 而不能除其根。也曾多处求中医治疗而无寸效, 吃过的蝎子、天麻、川芎等可用斤计。近头痛发作发无定时, 但多发于受凉或受热后、疲劳或睡眠不足后, 痛多发于两侧, 左多于右。来诊刻下除感咽干思饮外, 他无明显不适, 舌苔白薄, 脉弦细。此属少阳阳明合病, 与小柴胡汤加生石膏: 柴胡 12g, 党参 9g, 黄芩 9g, 半夏 12g, 生姜 9g, 炙甘草 6g, 大枣四枚, 生石膏 60g。结果: 上药服 3 剂, 症已。(选自《中国百年百名中医临床家丛书·胡希恕》)

[按语] 《伤寒论》265 条“伤寒, 脉弦细, 头痛发热者, 属少阳。”患者头痛多发于两侧, 舌苔白薄, 脉弦细, 故用小柴胡汤为主疏利少阳; 咽干思饮为阳明郁热, 故加石膏清阳明之热。

六、临证心得

偏头痛以反复发作, 经久不愈为临床特征, 属于中医“头风”范畴。头风为病、具有作止无常, 或左或右、卒发卒止, 愈后退触复发, 具有善行数变之风象。头为诸阳之会, 居高巅之位, 唯风邪可到, 据证求因, 头风多由风邪所致。邪气上

壅，清窍失和，脉络闭阻为偏头痛发病病机。头痛多风，这也正是古今医家大量用于风药治疗头痛的依据之所在。如清代医家李中梓在《医宗必读·头痛》中说：“头痛自有多因，而古方与用药者何也？高巅之上，惟风可到。味之薄者，阴中之阳，自地升天者也。”

头风就外感而言多为风夹时气之邪为患，致成风寒、风热、风湿等证候，则经方最多适应证，风寒用麻黄汤、桂枝汤；发热用小柴胡汤；风湿用麻黄加术汤、麻黄杏仁薏苡甘草汤、防己黄芪汤等，湿热用麻黄连翘赤小豆汤。内伤则多风寒痰瘀郁热致病，风火为重要致病因素，其中风邪是头痛最常见的致病因素，风为阳邪，旺于春而流行于四季，在内为气，在脏属肝。厥阴肝脉与督脉会于脑颠，上出额，下颊里，环唇内，故头面疼痛，与肝关系最为密切。肝病易郁，郁则化火、生风、动气。火为阳邪，其性炎上，无论阳盛化火，还是邪郁化火、情志化火，或阴虚龙雷之火，均可上扰清窍而致头痛。故火热上扰是偏头痛的重要病理因素。火生于内，其病可以涉及心、肝、胃，而以肝为主。头风属于内伤者常见风火、风痰、发热、风寒、风痰火、风火痰瘀等证候。《景岳全书·头痛》云：“凡诊头痛者，当先审久暂，次辨表里，盖暂痛者必因邪气，久痛者必兼元气。以暂痛言之，……有里邪者，此三阳之火炽于内者，……治宜清降，……其有久病者，则或发或愈，或以上亏于下而虚火乘之则发……”。因火而致头痛，临床以肝胆风火上扰为多最为多见。则四逆散、小柴胡汤、大柴胡汤、黄芩汤、白头翁汤、栀子豉汤、风引汤、侯氏黑散等皆可随证选用。肝血不足，是偏头痛的常见证候，《金匱要略》当归芍药散为首选，血虚受寒，则温经汤、当归四逆汤可用。瘀血阻滞，不通则痛，四逆散合桂枝茯苓丸加味。寒邪凝滞是导致头痛的原因之一，《素问·奇病论》说：“人有病头痛以数岁不已，此安得之？名曰何病？岐伯曰：当有所犯大寒，内至

骨髓，髓者以脏为主，脑逆故令头痛……”。引起头风之寒，即有久留脑内的外感之寒，又有阳虚阴盛的内生之寒。寒为阴邪，易伤阳气。无论外寒久留，还是阳虚生寒，临床均可见到阳虚阴寒凝滞之象。外感之寒用乌头汤、乌头桂枝汤，阳虚感寒用麻黄附子细辛汤，内有寒邪吴茱萸汤可用；若血虚久寒，则当归四逆加吴茱萸生姜汤为首选。阳明胃热上攻，头面疼痛，或前额眉棱骨痛，用白虎汤加白芷、葛根；大便秘结，口气臭秽，舌苔黄燥，用大承气汤加葛根；大便不爽，舌苔黄腻，用茵陈蒿汤加苦参、白鲜皮，或用葛根芩连汤加味。痰是偏头痛发病中常见的致病因素，偏头痛反复发作，久而不愈，往往与体内痰浊蕴伏有关。《丹溪心法·头痛》云：“头痛多主于痰，痛甚者火多”。痰浊头痛，可用半夏厚朴汤合大川芎丸加减，痰热头痛，则以小陷胸汤合大川芎丸加减，痰火头痛，用白头翁汤合小陷胸汤加减。在偏头痛急性发作时，病机以风、火、痰、寒等标实阻滞为主，而风、火、痰、瘀、寒又多相互兼夹。故治疗常需兼顾。

在头风缓解期，随着风、火、痰、寒等标实之象的衰减，可以出现肝脾肾等脏腑功能失调以及本虚的见症。病久或年高者，常见精亏髓空证，“脑为髓海”，赖肝肾精血及脾胃运化水谷精微，输布气血以濡养。若脾虚运化无权，则气血亏虚，气虚则清阳不升，血虚则脑髓失养，或肾精不足，髓海空虚，或肾阳虚衰，寒从中生，清阳失旷。血虚头痛，用胶艾汤加菊花、天麻，肾精亏虚；用加减复脉汤加枸杞子、龟板、制首乌；肾阳亏虚，用金匱肾气丸加川芎、细辛、天麻；气血不足，用黄芪建中汤加当归、天麻；素体亏虚，气血阴阳俱不足，用炙甘草汤，夹风邪头痛，用薯蓣丸。

偏头痛具有复发与缓解的特点，因此，应重视探求预防复发的有效措施，并重视缓解期的治疗。在缓解期，既要注重治本，舒畅情志，调畅气机，和调气血阴阳，还应重视内伏邪

气，如祛除瘀血、痰浊、郁热、痰湿等。结合合理调护，可以减少或避免发作。

第二节 紧张型头痛

一、概 述

紧张型头痛是比偏头痛更为多见的一种常见病。起病多在30岁前后，女性多于男性。临床表现：钝痛、胀痛、压迫麻木或束带样紧箍感，涉及双颞侧、枕、额、顶或全头部。呈轻中度发作性或持续性，不因体力活动而加重，病程数小时、数日至数年不等。疼痛部位肌肉可有触痛或压痛，有时出现头发牵拉性痛，头颈、肩背部肌肉有僵硬感，转颈时尤为明显。多数病人伴有焦虑、抑郁、失眠等症状。

紧张型头痛属于中医“头风”、“内伤头痛”的范畴。精神紧张，首先影响心肝功能。人体的精神活动分属五脏，而心肝为主。心藏神，是一切精神活动之总司，故精神紧张，首伤心神。肝主疏泄，条畅情志，精神紧张，肝失疏泄，气机失调，气血不和，经脉不畅，发生头痛。久劳伤筋是发生紧张性头痛的主要病机之一，精神紧张、焦虑、烦躁等不良情绪以及各种活动都会消耗气血，所谓“劳则气耗”。气血耗伤，精神神志活动以及筋脉肌肉失于荣养，发生本病。

二、诊 断

国际头痛学会头面痛分类委员会在2004年初将紧张型头痛的诊断标准制定如下：

1. 发作性紧张型头痛诊断标准

(1) 至少有符合标准(2)～(4)的10次发作。具体分型根据此类头痛的发作频率：①偶发性紧张型头痛：平均每月

头痛发作不到 1 天（每年头痛 <12 天）；②频发性紧张型头痛：至少 3 个月每月头痛发作 1~14 天（每年头痛 ≥ 12 天， <180 天）。

（2）每次头痛持续 30 分钟~7 天。

（3）至少有下列中的两项头痛特征：①双侧性；②压迫/紧缩（非搏动）性；③轻中度；④不会因走路、爬楼等日常体力活动而加重。

（4）符合下列两项：①无恶心和呕吐（可有厌食症状），②无畏光和畏声，或仅有其中之一。

（5）不能归因于其他疾病。

2. 慢性紧张型头痛诊断标准

（1）头痛符合标准（2）~（4），且至少 3 个月平均每月头痛超过 15 天（每年头痛 ≥ 180 天）。

（2）头痛持续数小时或持续不断。

（3）至少有下列中的两项头痛特征：①双侧性；②压迫/紧缩（非搏动）性；③轻中度，④不会因走路、爬楼等日常体力活动而加重。

（4）符合下列两项：①无畏光、畏声及轻度恶心症状，或仅有其中之一；②无中重度恶心、无呕吐。

（5）不能归因于其他疾病

需要注意的是，慢性紧张型头痛大多是由频发或偶发性紧张型头痛逐渐演变而来的，如果在头痛首发 3 天内便出现类似慢性紧张型头痛的表现，且每日均有发作且症状持续不缓解，这类头痛应诊断为新发每日持续头痛。

三、辨证治疗

1. 肝气郁结证

主证：轻重不同程度的头痛均可发生有明显精神因素为诱因，伴有精神抑郁或情绪不宁，善叹息，失眠多梦，脘闷暖

气，胁肋胀满，纳差，舌红苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁。

方剂：四逆散加味。

柴胡 15g，枳实 15g，白芍 15g，川芎 15g，天麻 15g，薄荷 9g（后入），僵蚕 12g，葛根 24g，炙甘草 12g。

加减：若有热象明显者加丹皮、栀子、黄芩；失眠加丹参、生龙骨、牡蛎、酸枣仁。

2. 肝郁气逆证

主证：头痛头胀，或伴头晕，郁怒烦躁，胸肋胀闷，暖气叹息，或恶心，大便不畅，舌质淡红，苔薄白，脉弦或弦硬。

治法：疏肝达郁，降逆平肝。

方剂：四逆散合五磨饮子加减。

柴胡 9g，枳实 24g，槟榔 15g，乌药 12g，白芍 30g，炙甘草 6g，沉香 6g（后入），苏子 15g，珍珠母 30g，天麻 15g，钩藤 30g（后入），白僵蚕 15g。

3. 肝郁化火证

主证：头痛头胀，目赤、耳鸣，急躁易怒，口苦而干，或胸肋胀满，或嘈杂吞酸，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数。

治法：疏肝解郁，清肝泻火。

方剂：白头翁汤合栀子豉汤加味。

白头翁 15g，黄芩 12g，黄柏 9g，秦皮 9g，栀子 12g，淡豆豉 15g，薄荷 9g（后入），牡丹皮 12g，当归 12g，生地 15g。

加减：大便秘结，加决明子 30g，大黄 6g；肝火炽盛，加龙胆草 6g，白芍 15g，生地 15g；头痛重，加天麻 15g，刺蒺藜 15g，川芎 12g，僵蚕 15g。

4. 气滞血瘀证

主证：头痛经久不愈，伴失眠，健忘，精神抑郁，性情急躁，或伴胸肋疼痛，舌质紫暗，或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

治法：疏肝解郁，理气活血。

方剂：柴胡桂枝汤合旋覆花汤。

柴胡 15g，赤芍药各 15g，桂枝 12g，炙甘草 9g，旋覆花 15g（包煎），红花 9g，川芎 15g，枳壳 12g，桔梗 12g，当归 15g，天麻 15g。

加减：头痛重者，加僵蚕、蝉蜕；胁痛，加川楝子、香附。

5. 痰气郁结证

主证：头胀头痛，头目不爽，精神抑郁，胸脘闷塞，胁肋胀满，咽不适，苔白腻，脉弦滑。

治法：行气开郁，化痰散结。

方剂：半夏厚朴汤合旋覆花汤加减。

半夏 9g，苏叶 12g，陈皮 15g，茯苓 24g，旋覆花 15g（包煎），石菖蒲 15g，天南星 6g，天麻 15g，川芎 9g，白僵蚕 15g。

加减：痰瘀结滞，面暗神疲，舌质暗红或暗淡，苔腻，脉滑或弦滑或细涩不一，加川芎、当归、羌活、防风、桃仁、红花、天南星。

6. 心神不宁证

主证：头痛经久不愈，反复发作，每因精神紧张或睡眠不足、失眠而加重，精神不振，情绪不宁，注意力不能集中，舌质淡红，苔薄白，脉动数不宁。

治法：宁心安神，养血柔筋。

方剂：酸枣仁汤合芍药甘草汤加减。

酸枣仁 30g，炙甘草 12g，川芎 12g，茯苓 30g，知母 12g，白芍 15g，天麻 15g，白蒺藜 15g，僵蚕 12g，当归 12g，薄荷 9g（后入）。

加减：失眠，心烦，加川贝母、蝉蜕、竹叶、龙骨、珍珠母。

7. 气虚络痹证

主证：头痛反复发作，日久不愈，时作时止，伴见头目昏沉，精神疲惫，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：益气养血，补虚通络。

方剂：黄芪桂枝五物汤。

黄芪 30g，桂枝 9g，白芍 15g，生姜 12g，大枣 12 枚（掰），当归 12g，葛根 15g。

加减：气血重者，加党参 15g，炙甘草 12g，仙灵脾 9g；头痛较重，加天麻 15g，川芎 9g。

四、名 医 经 验

1. 赵金铎 疏风通络、调和营卫法，适用于狭义的头风。病由起居不慎，栉沐取凉，醉饱仰卧，而致贼风入侵脑络所致。其证发无定时，发则头汗出而恶风，每值刮风的前一日症状加重，或头皮浮顽，口不知味，脉多浮弦或浮缓。或但有发作性头痛，而余无不适。临床每遇此证，若汗出恶风、脉浮缓者，则以调和营卫，辛甘化风之法施治，方用加味桂枝汤（桂枝、白芍、生姜、大枣、炙甘草、浮小麦、吴茱萸、荆芥炭、钩藤、白蒺藜）。若舌脉如常、无证可辨者，采用单方蝎梅散（全蝎 3g 炒研细，梅片少许研细，二药调匀，用少许吸鼻中，左痛吸右，右痛吸左，两侧痛吸两鼻，每日二～三次）。此方功主疏风通络，用之效捷，不可以其简便而忽视之。（《医话医论荟要》）

2. 夏度衡 用四味芍药汤治疗肝阴血不足、肝阳偏亢而化风上扰之头而疼痛，处方组成：白芍药 30g，生牡蛎 30g，紫丹参 15g，生甘草 15g，水煎服。功能柔肝潜阳熄风，和络缓急止痛。视病情轻重日煎数次或数剂服用。（《名医名方录》）

3. 顾丕荣 头痛需分经论治。头角属少阳，由于肝火移胆，胆火窜络上腾，两头角痛甚则恶，久痛不止，邪痹络道。

宜养肝清胆，疏运机枢，佐之虫蚁蠕动之物，出阳入阴以搜络邪。药用：焦白术 10g，白芍 12g，当归 12g，川芎 10g，生地 15g，柴胡 15g，黄芩 12g，姜半夏 10g，茯苓 10g，全蝎 5g，蜂房 12g，薄荷 3g，生草 3g。巅顶痛：夫厥阴之脉上至巅顶，由于厥气上逆，痰随气升，痛作则呕吐清涎。吴茱萸汤加味治之。药用：吴茱萸 6g，炒党参 12g，半夏 10g，藁本 10g，生草 6g，鲜生姜 5 片，红枣 3 枚。（《当代名医临证精华——头痛眩晕专辑》）

4. 关幼波 自拟养血平肝汤治疗久治不愈的顽固性头痛，包括神经性头痛、脑震荡后遗症等疾患。处方组成：旋覆花 10g，生赭石 10g，生石膏 10g，首乌藤 30g，当归 10g，杭白芍 10g；川芎 10g，生地 10g，杭菊花 10g，木瓜 10g，香附 10g，甘草 10g。功能：养血平肝，散风止痛。用法：日 1 剂，水煎分 2 次服。“顽固性头痛”多以头痛时作时止，缠绵日久，经过各种治疗收效不大而名之。其病机是虚、滞、痰、瘀。故以补血而又活血的四物汤为主，取旋覆代赭汤的主药旋覆花、代赭石以平肝、降逆、疏气、化痰；佐以酸涩而温的木瓜以调和肝脾，且与白芍、甘草同伍，酸甘化阴，育阴缓急止痛；方中加入生石膏，旨在有热可清，无热可平可降，与四物汤配伍相反相成；另遣香附行气解郁；配川芎气血双调；用首乌藤以养阴安神；菊花清肝平肝；共奏养血平肝；活血化痰之效。该方经临证使用效果甚佳。加减：血脉壅滞明显而见刺痛者，加红花 10g，通血脉消瘀滞；属肝气上冲之头痛头晕者，加珍珠母 30g，生石决明 30g 以镇潜之；面红目赤昏花等肝火较旺者，加钩藤 30g，配合杭菊、旋覆花，以清利头目；若腰膝酸软加川断 10g，枸杞子 10g，牛膝 10g 补肾气；阴虚明显见五心烦热，口干者，加北沙参 30g，石斛 10g，以滋养阴液。（《首批国家级名老中医效验秘方精选》）

5. 范国梁 善用芍药甘草干姜汤治疗各种非器质性疼痛，

表现为寒证者。组成：芍药 30g，炙甘草 10g，干姜 15g。
 (《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》)

6. 陈宝田 偏头痛、肌紧张性头痛以及二者的混合性头痛时，以大便秘结，作为投药指征。神经系统检查均正常，头颅 CT 扫描、脑电图、脑超声波等物理检查无异常，唯觉头痛，以桃核承气汤为基础方，头痛恶心呕吐者加煅磁石、石决明、钩藤、豨签草、菊花、地龙，仍不解者加全蝎、蜈蚣，烦躁易怒较重者加龙胆草、黄连，睡眠不佳者加煅磁石、珍珠母、茯神、竹叶、灯心草、合欢皮，舌质瘀斑重者加乳香、没药、茺蔚子。(《经方临床应用》)

五、医案精选

1. 胡希恕医案——当归芍药散加味治疗血虚水盛，郁热上扰证

叶某，女，43 岁，病案号 51575。初诊日期 1965 年 4 月 7 日：反复发作左偏头痛 10 余年，常于疲劳、睡眠不好时发作，西医诊断为“神经性头痛”，多治无效，服止痛片或喝浓茶可暂缓其痛，近发作转频，服止痛片多而出现恶心，伴见头晕、心悸，常失眠，口干思热饮，既往有卵巢、子宫切除史。舌苔白，舌质淡红，脉沉细。证属血虚水盛，郁热上扰，为当归芍药散加生石膏吴茱萸方证：当归 9g，白芍 12g，川芎 9g，苍术 12g，茯苓 12g，泽泻 24g，炙甘草 6g，吴茱萸 9g，生石膏 45g。结果：上药服 4 剂，诸症已。(选自《中国百年百名中医临床家丛书·胡希恕》)

[按语] 中年女性，头痛反复发作，舌苔白，舌质淡红，脉沉细，是血虚；心悸、喜热饮，是水饮内停；口干头痛，为血虚郁热上扰，故用当归芍药散养血行水，加石膏清热，吴茱萸降逆止痛。

2. 万友生医案——芍药甘草汤加味治疗头痛案

黄某，女，39岁。头痛20年，痛在巅顶，牵引右侧或左侧，而及于前额。异感、麻木、脑鸣、失眠、多梦，脉弦细。于1973年1月1日连用芍药甘草汤加蜈蚣、全蝎、僵蚕、地龙、川芎、白芷。服15剂，头痛明显减轻。守方加枸杞、菊花、熟地黄、山萸肉、山药，服至10月28日头痛基本控制。乃用上方去虫药作丸剂善后。

〔按语〕“头为诸阳之首”，巅顶系至高之处，为风所扰。芍药甘草汤和营缓急止痛，复加虫类剔风之品，直达病所，终以调理脾胃善后。（选自《经方应用》）

3. 夏本经医案——柴胡桂枝汤、吴茱萸汤合方治疗头痛验案

杨某，女，46岁。素有头痛，时作时止，于20天前突然头前额及左半边发痛不休，近日复感风寒，以致剧痛，坐卧不安，经常两手抱头，热敷后稍适，精神疲倦，四肢无力，睡眠不熟，大便三天未解，表情苦楚，似难言喻，舌苔淡薄，脉象弦软。诊为头痛（寒偏重），证因风邪夹寒扰巅所致。病属邪实。治宜祛风散寒佐以清下。方用柴胡桂枝汤、吴茱萸汤加减。药用：柴胡10g，桂枝5g，生姜5g，大枣10g，杭菊5g，升麻10g，吴茱萸4g，蔓荆子10g，川大黄4g，防风5g，半夏6g。外用：生南星、生白芷、生半夏、生川乌各3g。共研为末，加葱白5个切碎，并用凡士林调匀，贴于头部（严禁入口）。外用和服2剂后初见和缓，再进2剂，各症消失。

〔按语〕平日在临床上治疗头痛，多以疼痛部位按照阳明、少阳、太阳、厥阴分经用药，因症而异，本例偏重风寒夹热杂感之候，用以上方法是内外夹攻，药能迅速到达病所，故取得较满意的结果。（《当代名医临证精华——头痛眩晕专辑》）

4. 笔者医案——葛根汤加味治疗气郁络痹案

患者，袁某，男，40岁。2003年9月6日初诊。头痛8个月。因工作压力大导致阵发性头痛，枕部为主，隐痛。3月

前头痛加重，呈持续性胀痛，疼痛剧烈，无头晕恶呕。现感觉记忆力减退明显。曾服用全天麻胶囊，效果不明显。患者纳少眠差，表现为入睡困难，睡后易痛醒，二便正常。舌淡，苔薄黄，脉缓滑。体格检查：两颞部轻触痛，按压舒适。血压 110/90mmHg。中医诊断：头痛。辨证：气郁络痹。西医：紧张性头痛，高血压病观察。治法：疏利气血，缓急止痛。处方：葛根 30g，白芍 15g，桂枝 9g，当归 15g，炙甘草 9g，天麻 15g，酸枣仁 30g，丹参 15g，白蒺藜 15g，僵蚕 15g，6 剂，水煎服。二诊：头痛改善，呈间断性发作，以起床前后明显，纳可，睡眠差，早醒。近日感冒，咽不利，大便正常。舌略暗，苔薄少，脉沉弦细略滑。血压 110/80mmHg。药已奏效，守方继服，加桔梗、川贝母利咽散邪，开郁悦志，安神宁心。处方：上方加桔梗 12g，川贝母 9g。6 剂，头痛缓解，睡眠改善。予酸枣仁汤加味，养心安神，舒络缓解以其善后。并嘱注意劳逸结合，舒畅情志。

【按语】紧张型头痛的发病与形神劳顿关系密切，劳神伤血，劳形伤筋，心主血，肝主筋。疏肝可以调畅气血，柔养筋脉；养血可以宁心，形神安宁，头痛可除。《素问·金匱真言论》说：“东风生于春，病在肝，俞在颈项。”本案枕部疼痛，与足太阳、厥阴相关，故用太阳之葛根汤合厥阴之酸枣仁汤，疏利太阳经脉气血，柔养厥阴以滋筋脉，且能养心安神，加之调摄适宜，故迅速获效。

六、临证心得

紧张型头痛一般属于内伤头痛范畴。内伤之原因颇多，但精神紧张，劳神过度，失眠不足，或劳作、坐卧姿势不当，损伤筋脉、肌肉，等等，是临床常见病因。故紧张型头痛发病与心神过劳、形劳不当关系最为密切。其病位在心肝，损在气血筋脉。紧张性头痛虽虚实皆有，但以实为主，以“郁”为核

心，“郁”久致虚。治疗以疏肝柔筋、调神养心为基本原则，临证应重视形神兼病的病机特点，调心疏肝、舒畅气血、怡神柔筋是紧张性头痛的基本治法。

“肝为万病之贼”，紧张型头痛发病与肝经郁火上扰有着密切的关系。肝郁化火与肝阳上亢皆可导致紧张性头痛，临床应予以区分。重视调肝以疏调气血，常用调心怡神、疏肝调气、理气活血、安神畅志等方法，疏肝解郁常用四逆散、柴胡桂枝汤；肝郁化火，常用四逆散合栀子豉汤、白头翁汤；养心安神，常用酸枣仁汤、甘麦大枣汤、炙甘草汤；柔肝缓急，常用芍药甘草汤、桂枝汤加味；病久夹痰夹瘀，常用四逆散合桂枝茯苓丸；头为三阳之通位，项为太阳之专位，紧张性头痛兼见项背疼痛、拘急，或头侧疼痛，按压反而舒适，是劳伤气血，太阳筋脉失养，用桂枝加葛根汤或葛根汤为主，加黄芪、当归、酸枣仁，益气养血，疏利太阳筋脉，或用黄芪桂枝五物汤加味。血虚合用加味四物汤，阴虚合用一贯煎或杞菊地黄丸。

紧张型头痛应重视内伤致病，积极寻找病因，采取针对性措施。首先应注意心理调整，还应当从环境和生理的角度来调整人体，以减轻头痛发作。注意预防和矫正各种不良姿势，避免引起头颈和肩背部肌肉的持续性收缩，比如长期低头伏案工作等。放松训练是预防紧张型头痛的最常用及最有效的方法。

第三节 颈源性头痛

一、概 述

颈源性头痛是颈枕部或（及）肩部组织的器质性或功能性病变所引起的以慢性单侧头痛为主要表现的综合征，其疼痛性质是一种牵涉痛。颈源性头痛是临床最常见的头痛之一。1983年 Sjaastad 提出颈源性头痛的概念。1990 年国际头痛委员会

(IHS) 颁布颈源性头痛的分类标准。一般认为, 颈椎退行性变和肌肉痉挛是颈源性头痛的直接原因, 因此, 颈源性头痛可根据神经根的不同受累部分, 分为神经源性疼痛和肌源性疼痛。颈源性头痛好发于 20~60 岁人群, 但近年来年龄日趋年轻化, 20 岁以下者并不少见; 从性别上看, 女性多于男性。

根据头痛的部位与疼痛的特点, 颈源性头痛大多与中医太阳头痛、少阳头痛、厥阴头痛相当。其发病与内伤关系最为密切, 而行为不当, 劳伤颈项部筋骨肌肉, 损伤经脉, 凝滞气血, 日久正虚是常见病因; 外感是本病的重要诱发因素。中医治疗本病有较好疗效, 主要特点是起效快, 疗效稳定。

由于颈源性头痛 1990 年始见于国际头痛委员会 (IHS) 颁布头痛的分类诊断标准中, 故相应的中医文献报道较少, 迄今为止, 中医治疗本病主要以采用手法与小针刀等方法为主, 而应用中医辨证论治方法治疗颈源性头痛的文献仅有本书作者的 1 篇, 故本病缺少名医经验与验案。

二、诊 断

根据疼痛部位、性质、体征, 除外其他可致头痛的器质性疾病, 多能迅速确定颈源性头痛的诊断。

1. 单侧发作性头疼不伴对侧转移, 偶尔也可双侧同时发作。

2. 疼痛首先发生于颈部、枕部、耳后部、耳下部不适感, 以后渐次转为闷胀或酸痛感, 逐渐出现疼痛。疼痛的部位可扩展到前额、颞部、顶部及眶部。有的患者同时出现同侧肩背上肢疼痛。疼痛呈钝性, 常深在, 无搏动性。疼痛可有缓解期。疼痛等症状随病程进展逐渐加重, 可以持续性存在, 缓解期缩短, 发作期加重。

3. 间歇性发作, 每次持续数小时至数天。

4. 寒冷、劳累、饮酒、情绪激动可导致疼痛加重。颈部

活动，不良的颈部姿势可诱发头痛的发作。

5. 体格检查可发现枕大或枕小神经处压痛，颈部活动受限，颈椎及椎旁有压痛。在耳后下方颈椎旁及乳突下后方有明显压痛。病程较长者可有颈后部、颞部、顶部、枕部压痛点。

6. 影像学表现：颈椎生理曲度变直，小关节紊乱，后纵韧带或黄韧带增厚，关节间隙变窄等。

三、辨证治疗

1. 经脉失和证

主证：颈枕部拘紧或酸痛，连及颞额，或伴肩背不适，舌质淡红，苔薄白，脉弦或紧。

治法：疏通经脉，缓急解痉。

方剂：葛根汤加味。

葛根 30g，麻黄 6g，桂枝 12g，白芍 30g，炙甘草 12g，生姜 15g，大枣 12 枚（掰），天麻 15g，当归 12g。

加减：经久不愈，加羌活、桃仁、夜交藤；夹湿邪者，加羌活、独活、防风、生薏苡仁。

2. 瘀血阻滞证

主证：头痛经久不愈，固定不移，疼痛较重，反复发作，难以缓解，舌质暗红或见瘀斑瘀点，苔白，脉沉滞或涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方剂：温经汤加减。

桂枝 12g，当归 15g，牡丹皮 12g，桃仁 9g，生姜 15g，半夏 9g，淫羊藿 12g，川芎 15g，赤白芍各 15g，炙甘草 12g，细辛 3g。

加减：瘀血阻滞，疼痛甚者，加苏木、红花、天麻、威灵仙、姜黄。

3. 湿热壅滞证

主证：头痛项强，项部不适或疼痛，可连及肩背手臂，素

多饮食肥甘，口干口苦，大便不畅，舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：清利湿热，疏经通络。

方剂：葛根芩连汤加味。

葛根 30g，黄芩 12g，黄连 9g，生薏苡仁 30g，茵陈蒿 15g，天麻 15g，僵蚕 12g，炙甘草 9g。

加减：湿胜气滞，加白豆蔻、厚朴、土茯苓；热重便结，加大黄、决明子；头痛甚者，加川芎、菊花。兼有外感湿邪者，可用麻黄加术汤，湿热用麻黄连翘赤小豆汤加减。

4. 气血失和证

主证：头痛头晕，情绪不畅加重，伴见胸胁胀闷、心悸、恶心等症状，舌质红，苔薄白，脉弦细。

治法：疏调气血，和畅气机。

方剂：柴胡桂枝汤。

柴胡 15g，桂枝 12g，白芍 15g，党参 15g，炙甘草 12g，大枣 12 枚（掰），生姜 12g。

加减：头痛重者，加香附、旋覆花、天麻等。

5. 气虚络痹证

主证：头痛反复发作，日久不愈，时作时止，伴见头目昏沉，精神疲惫，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

治法：益气补虚，活络止痛。

方剂：黄芪桂枝五物汤加味。

黄芪 30g，桂枝 12g，白芍 15g，生姜 15g，大枣 12 枚（掰），当归 15g，葛根 15g，党参 12g，淫羊藿 12g，炙甘草 9g。

加减：失眠，加酸枣仁、茯苓；头痛甚者，加天麻、菊花。

6. 精血亏虚证

主证：枕颈部疼痛，隐痛为主，时轻时重，经久不愈，头

昏耳鸣，记忆力差，精神不振，舌质红，舌苔少，脉细弱或细数。

治法：填精养血，充髓荣筋。

方药：胶艾汤加减。

熟地黄 30g，当归 15g，白芍 15g，川芎 12g，阿胶 12g（烔化），艾叶 15g，天麻 15g，枸杞子 15g，菊花 12g。

加减：血虚络痹，疼痛时作时止，加红花、旋覆花（包煎）；气血亏虚，神疲乏力，加黄芪、党参、炙甘草。高年肾虚，筋骨失养，用金匱肾气丸加减，阴虚亏虚，去附子、桂枝，合胶艾汤加肉桂、天麻；肾阳不足，加淫羊藿、补骨脂。

四、医案精选

1. 笔者医案——葛根汤合酸枣仁汤加减治疗颈源性头痛案

患者，邢某，女，49岁，济南市人。2004年12月25日初诊。头痛4、5年，加重3天。头部右侧阵发性、针刺样疼痛，喜热敷，喜按压。1年发作数次，每次发作3、5天后可逐渐缓解。头痛时不伴恶心呕吐耳鸣。常服脑清片、谷维素等治疗，可或缓解，近3天因牙痛致头痛又犯，症状同前，阵发性潮热，汗出，情绪尚可，纳可眠差，入睡难，易醒。颈项不适，近几日手指麻，喜高枕。舌淡红，苔薄黄，脉弦细。体格检查：血压118/80mmHg，脑神经（-），右膝腱（+），鼻丛牵拉试验（+）。诊断：中医：太阳头痛，辨证：血虚失养，经脉失和。西医：颈源性头痛。治法：暂拟疏利太阳经脉，养血柔筋。处方：葛根30g，生白芍15g，炙甘草9g，当归15g，天麻15g，菊花15g，夏枯草15g，僵蚕15g，黄芩12g，羚羊粉1g（冲）。6剂，水煎服。注意劳作姿势，并颈部保暖。2005年1月15日二诊：服上药头痛一度消失，停药后受凉致头痛又作，仍右侧阵发性针刺样疼痛，程度较前减轻，每次几

秒钟至1、2分钟。无阵发性汗出，胃纳可，睡眠差，主要是入睡困难，易醒，醒后难再入睡，二便调。偶咳嗽、咳痰，色白量少，质粘难咯出，偶胃脘部针刺样不适，已发作过3次。舌尖红，苔薄黄，脉沉弦滑。处方：上方加川贝母9g，黄连6g，天南星6g。6剂，水煎服。2005年1月29日三诊：头痛未作，眠差，大便不畅。牙痛、咳痰，偶痰中带血丝。咳嗽十余年。舌红，苔薄少，脉沉细弦。血虚阳旺，肝热犯肺。治法宜养血柔肝，安肺凉血。处方：白芍15g，珍珠母30g，酸枣仁30g，知母15g，川贝9g，（打）白茅根30g，藕节15g，明天麻15g，桔梗12g，炙甘草9g。6剂。2005年3月19日四诊：头未痛，眠差，大便不畅，仍咳痰，较前少，痰中带血。舌红苔薄黄少，脉沉细。治宜滋阴补虚，凉血柔肝为要。处方：上方加旱莲草24g，女贞子20g。10剂，水煎服。后以他病就诊，述头痛年余未作，咳痰咯血消失。

【按语】太阳头痛治用葛根汤本是正治，而女子七七，阴虚渐亏，血虚失养不能忽视，而血虚则肝气易旺，故以葛根汤去麻、桂，合酸枣仁汤加当归、菊花、僵蚕、夏枯草等，面面俱到，头痛迅速缓解。后来之咳嗽、咯血，更证实血虚郁热之虑。

2. 笔者医案——葛根汤加味治疗颈源性头痛案

患者，赵某，女，48岁。2003年9月16日初诊。头项疼痛1周。头痛连项背，痛甚俯仰不便。今日感冒，鼻塞流涕，不发热。舌红苔少，脉弦。体格检查：血压：110/75mmHg 颅神经未见异常，四肢腱反射（+），双侧霍夫曼征（+）。中医诊断：头痛，辨证：太阳经脉瘀滞，厥阴血虚失养。西医：颈源性头痛。治法：疏利太阳经脉，疏风散邪，养血补虚。处方：葛根30g，生白芍30g，当归15g，炙甘草9g，天麻15g，白僵蚕15g，石斛15g，旋覆花18g（包），菊花15g，天南星6g。6剂，水煎服。二诊：头痛明显缓解，头胀连项，睡眠

差。舌质仍红，苔薄白少，脉沉弦细。两颞部头皮触痛明显。处方：酸枣仁 30g，当归 15g，生白芍 15g，葛根 30g，丹参 15g，炙甘草 9g，天麻 15g，天南星 6g，刺蒺藜 15g。6 剂，水煎服。后以他疾来诊，述上方未尽剂，头痛项强均愈。

〔按语〕 年届五旬，阴血渐亏，加之外感邪气侵袭，但外感为急，故以葛根汤去麻、桂，加菊花、天麻、僵蚕、天南星疏风散邪，用白芍、当归、石斛养血柔筋，待外邪散去，尽以养血柔筋为主。

3. 笔者医案——葛根芩连汤加味治疗湿热壅滞案

患者张某，男，54 岁，济南市人。2004 年 2 月 11 日初诊。左侧颞部疼痛 10 余天。10 余天前无明显诱因出现左侧颞部疼痛，呈持续性，下午痛甚，曾服药治疗效不显，头晕，不伴恶心，耳鸣，纳眠可，二便调舌红苔黄腻水滑，脉沉细。体格检查：左侧颞部触痛，左侧 3~6 颈椎横突旁压痛明显。中医诊断：头痛；辨证：湿热壅滞太阳少阳经脉。西医：颈源性头痛。治法：清利湿热，疏利经脉。处方：葛根 30g，黄芩 12g，黄连 9g，炙甘草 9g，生白芍 15g，天麻 15g，姜黄 9g，桂枝 10g，威灵仙 30g，天南星 6g。6 剂，水煎服。二诊（2004 年 2 月 18 日）头痛基本缓解，左侧颞部触痛减轻，舌红苔薄黄腻，脉沉。处方：上方加豨莶草 30g。6 剂，水煎服。愈。

〔按语〕 葛根芩连汤本为协热利者设，作者临床用于湿热蕴结之头痛每获疗效。用葛根之辛凉疏达，以疏风散邪，疏利经脉气血，畅利气机；黄芩、黄连清利湿热，加天麻、桂枝、威灵仙、天南星以增葛根散邪通络之力。

五、临证心得

颈源性头痛是临床常见病，从其头痛发生的部位来看，多属于中医所说的太阳头痛、少阳头痛、厥阴头痛以及合病头痛。但以太阳为主，病变主要在于足太阳经脉，以太阳经不

利为发病的中心环节，病理属性多见寒凝、血瘀，以内伤为主，实证居多。太阳经主一身之表，其经脉上行巅顶，循项背，外感内伤皆可导致太阳经脉阻滞，头痛连及项背。诚如清代柯琴《伤寒来苏集》所说：“三阳俱有头痛症……惟头项强痛是太阳所独也，故见头连项强痛，知是太阳受病。盖太阳为诸阳主气，头为诸阳之会，项为太阳之会故也。”因此，临床治疗颈源性头痛多从太阳入手。《伤寒论》麻黄汤、桂枝汤、葛根汤、葛根芩连汤、柴胡桂枝汤、黄芪桂枝五物汤等皆是临床常用处方。麻黄、桂枝入足太阳膀胱经，为太阳经常用药，而葛根本为阳明经药，但自仲景用于治疗太阳病项背强几几之后，更是被历代医家用作头痛连及项背的专经之药。随证配伍，多可获效。急性起病，或证候属实者，常用麻黄汤、桂枝汤、葛根汤之类，湿热则宜葛根芩连汤；久病或反复发作，颈部喜按压揉捏，则多是虚证，或虚中夹实，治疗不宜单纯疏利，当以补为主，气虚是最常见证候，用黄芪桂枝五物汤益气补虚，活络止痛，加酸枣仁、淫羊藿、当归养血舒筋，常可迅速获效。病程日久，或反复发作，或平日不能养慎，筋骨肌肉劳伤，而痰浊瘀血内结，治疗随可获效，但反复发作则在所难免，可于对证方中加威灵仙、姜黄、羌活、天南星、白术、党参等，化痰通络与补虚养正结合，希冀能或久效。温则通，通则不痛，若在内服药的基础上，再以煎药后的药渣热敷颈部，其效更佳。临床可以随证配伍大川芎丸，即天麻、川芎，具有良好的疏风通络，平肝缓急，解痉止痛作用。

此外，芍药甘草汤与葛根、川芎、当归、天麻、姜黄、天南星等活血通络药配伍，可治颈椎病，同时对颈源性头痛有很好的缓解症状作用。

本病的主要病因是劳损，与职业有一定关系，合理调护，如日常工作、学习、睡眠时应注意头颈部姿势，减少头颈部组织损伤和肌肉疲劳，对预防发病和减少发作具有积极意义。



第四章 癲 病

一、概 述

癲病是由多种原因引起的一种脑部慢性功能障碍综合征，主要可由以下原因引起：先天性疾病、外伤、感染、中毒、颅内肿瘤、脑血管病、营养代谢疾病、变性疾病、高热惊厥等等。癲病是由于大脑神经元突然异常放电引起的反复发作的短暂大脑功能失调，如全身惊厥，失神发作，精神行为紊乱等，是神经系统的常见病。任何引起脑组织功能或结构损害的病理过程都可能发生癲病。临床表现以反复发作的短暂意识丧失、肢体痉挛及抽搐为特点。癲病根据病因可分为原发性、继发性两种。原发性癲病原因不明，脑部无明显病理或代谢改变，体内外环境在生理范围内的各种改变可诱发其发病。原发性癲病多在5岁左右或青春期发病。继发性癲病是由脑内外各种疾病所引起，例如脑炎、脑膜炎、脑寄生虫病、脑瘤、脑外伤、脑缺氧、铅、汞等引起脑中毒等，均可导致本病的发生。癲病有一定遗传性。原发性癲病病人亲属中的癲病患率人群中癲病发病率的4~7.2倍，继发性癲病是2~3.6倍。

中医对癲病的认识很早，在《黄帝内经》已有明确记载，

称之为“癲”，这一名称一直沿用至今。

二、诊 断

(一) 临床表现

1. 癲痫发作前精神状态 大发作前几小时或几天约 10% 的患者有前驱症状，表现为情绪焦虑、抑郁或头痛、胸闷、疲乏、嗜睡，一般意识清晰。但在发作前几秒钟有 50% 患者有感觉、运动、精神、神经方面的先兆，此期有意识障碍，并能提示癲痫病灶的部位。

2. 癲痫时急性精神障碍 此类精神障碍一般持续数小时、数日、数周或更长，均有不同程度的意识障碍。

(1) 发作性朦胧状态：为癲痫发作本身所表现的一种独立发作类型，有的可发生在癲痫大发作之后，可伴有精神紊乱或自动症表现，可有生动的幻觉，有时出现暴怒、冲动、逃跑、攻击等。

(2) 癲痫性自动性：50% 的患者有颞叶病变，突然发生意识模糊，表现为简单的或复杂的自动性动作，面色苍白，目光呆滞，对外界反应迟钝、动作笨拙、重复，无目的性，根据自动症动作的特点，可分为以下七种：①摄食自动症：表现吸吮、舐唇、伸舌、吞咽、咀嚼等。②表情性自动症：异常表情或恐惧、愤怒、欣喜、急躁。③姿势性自动症：抚面、解扣、脱衣、穿衣、梳头、点头、搬家具，某种职业性动作。④言语性自动症：出现单调、刻板、重复言语、低声自语、叫喊声或发笑。⑤行走自动症：在室内徘徊、疾走、奔跑。⑥癲痫性神游症：是一种持续时间较长的自动症，可达数小时，甚至数日。患者对周围环境有一定感知能力，而且有相应的反应，外表近似正常，并可在相当长的一段时间内进行复杂而协调的活动，如购物、付款、简单交谈，甚至可以乘车或乘船长途旅行，也称逍遥自动症。⑦癲痫梦游症：是夜间发生的一种自动

症。患者从睡眠中突然起床走动，抚摸家人、开窗、搬东西等。此时患者不能正确感知周围环境和辨认周围人物，表情茫然，呼之不应，不能唤醒，一般持续数分钟后可自行卧床入睡或随地卧倒再睡，醒后完全不能回忆。

(3) 病理性心境恶劣：通常在意识清晰状态下发生，持续数小时或数日、数周。在无明显意识障碍情况下，突然发生的心境变化、情绪低沉、感觉全身不适、焦虑、抑郁、苦闷、愤怒、激惹、欣快或不自在感，对周围一切都感到不满意，挑剔找岔。抑郁时可产生自杀观念和行为。

(4) 精神分裂症样发作：在抗癫痫药物治疗过程中突然出现明显的幻觉和妄想。患者意识清晰、定向力好，往往表现很不安宁，吵闹不休，动作过多，有时显得有些紧张，一般思维活动正常。发作后可出现遗忘。

3. 慢性精神分裂症样状态 病情迁延数月或数年，无自然缓解倾向。临床主要表现是慢性偏执状态，以关系妄想和被害妄想为主。

大发作：病人突发意识丧失，跌倒，有时大叫一声，呼吸暂停，口吐白沫，全身强直性抽搐，唇舌咬破，大小便失禁，5~10分钟恢复。

小发作：可表现为两种情况，①失神小发作，突然两眼凝视或上翻，愣神，活动语言中断，持物掉地，呼之不应，约数十秒钟。②肌阵挛小发作，面部、上肢、颈部、躯干发生短促性（1~2秒）的肌阵挛。

局限性发作：一侧口角、眼睑、手指、足趾或一侧面部及肢体末端短阵性抽搐或麻木刺痛。抽搐有时可由手指至上肢扩展到对侧。

精神运动性发作：类似失神小发作，但持续1分钟以上或出现多种幻觉、错觉、无意识的动作，如吸吮、咀嚼、嘔嘴、脱衣、解钮扣、无理取闹等。

肢痛性癲病：发作时四肢末端疼痛及关节疼痛，但查不出关节红、肿、热的表现，而且疼痛发作与天气和季节无关，使用止痛剂无效，体格检查时无阳性特征，但如做脑电图则可发现有癲病样放电。

(二) 诊断

癲病的诊断，首先判定是否为癲病，其次要确定发作类型，最后找出病因或脑损伤部位。

1. 准确的病史和体征。

2. 脑电图检查 原则上讲发作期脑电图是最有价值的一项辅助检查。不论任何一种癲病，在发作时均伴有脑部的痫性放电，但目前临床上所使用的常规头皮脑电图不一定都能记录到，而在发作间歇期即使再结合诱发试验、24 小时连续描记等，其总的阳性率也只在 80%~90% 左右，所以，临床上诊断时一定要结合病史，体检和其他方面的内容进行综合分析，不能因为脑电图呈阴性就否认是癲病，当然没有临床表现而脑电图呈阳性者，也是不能确诊的。只要临床表现是典型的，一般都可予以诊断，同时注意加强对脑电图的检查。

3. 影像学及实验室检查。

三、辨证治疗

1. 气郁热扰证

主证：发作时昏仆倒地，不省人事，两眼上视，四肢抽搐，口吐白沫，发作后，胸胁苦满，胆小恐惧，遇事易惊，饮食如常。舌质红，苔薄白或微黄，脉沉弦。常因惊而发。

治法：开郁下气，镇惊宁神。

方剂：柴胡加龙骨牡蛎汤。

柴胡 15g，黄芩 12g，半夏 9g，茯苓 20g，生龙牡各 30g，酒大黄 3~6g，党参 12g，桂枝 6g，炙甘草 12g，僵蚕 12g。

加减：发作频繁，抽搐严重，加天麻、钩藤、琥珀；失

眠，加酸枣仁、天竺黄；苔黄膩，加竹茹、鲜竹沥。

2. 痰浊上扰证

主证：癫痫反复发作，发则突然昏扑，四肢痉挛、抽搐，口吐白沫。平素头晕头疼，胸闷，乏力，痰多，或伴恶心呕吐，心情不悦，纳差食呆。舌质红，苔黄膩，脉弦。

治法：化痰降浊，熄风止痉。

方剂：柴胡桂枝干姜汤合半夏厚朴汤加味。

柴胡 12g，生龙牡各 24g，黄芩 15g，天花粉 15g，干姜 3g，桂枝 9g，炙甘草 12g，半夏 9g，厚朴 12g，茯苓 30g，菖蒲 15g，僵蚕 15g。

加减：抽搐甚者，加全蝎、蜈蚣；脑囊虫病者，加雷丸、槟榔。

3. 水饮内停证

主证：头眩晕厥，发作则不省人事，平素头晕或伴呕吐，脉沉，舌淡嫩，苔白润滑。

治法：通阳化气，利水消阴。

方剂：五苓散加味。

茯苓 30g，泽泻 12g，猪苓 12g，白术 15g，桂枝 9g，龙骨 30g，牡蛎 30g。

加减：阳虚，加肉桂 6g（后入）。

4. 肝风内动证

主证：发作时突然仆倒，或发怪叫，或喉中痰鸣，不省人事，面色潮红，口唇青紫，牙关紧闭，两目上视，项背强直，四肢抽搐，口吐涎沫。移时苏醒，除感疲乏、头痛外，一如常人。舌质红，苔多白膩或黄膩，脉弦数或弦滑。平素常见眩晕，头痛而胀等先兆症状。

治法：平肝熄风，止痉定痫。

方剂：风引汤加减。

生龙骨 25g，生牡蛎 25g，紫石英 30g，赤石脂 20g，桂枝

6g, 大黄 6g, 干姜 5g, 生石膏 30g, 寒水石 15g, 滑石粉 15g, 甘草 10g, 钩藤 30g, 天麻 15g。

加减: 抽搐严重者, 加全蝎、蜈蚣; 心神不宁, 失眠, 加丹参、连翘、麦冬。

5. 痰瘀互结证

主证: 癫痫反复发作, 经久不愈, 发则神昏抽搐, 呼之不应。平素头晕头痛, 精神不振, 或有头部外伤、手术史。面色晦滞, 舌质淡暗, 苔白腻, 脉弦细或涩。

治法: 活血化痰, 化痰熄风。

方剂: 桂枝茯苓丸合半夏厚朴汤加味。

桂枝 12g, 茯苓 30g, 桃仁 12g, 赤白芍各 15g, 丹皮 12g, 半夏 9g, 厚朴 12g, 苏梗 12g, 生姜 15g, 僵蚕 12g, 天麻 15g。

加减: 头痛突出, 加川芎、旋覆花; 失眠, 加夜交藤、琥珀; 便秘加大黄、杏仁。

6. 痰热内蕴证

主证: 发作性神昏不知人事, 四肢抽搐, 牙关紧急, 平时急躁易怒, 心烦失眠, 咳痰不爽, 口苦咽干, 便秘溲黄。舌红, 苔黄腻, 脉多沉弦滑而数。

治法: 清热化痰, 泻火镇惊。

方剂: 小陷胸汤合白头翁汤加减。

瓜蒌 30g, 黄连 12g, 半夏 9g, 大黄 12g, 白头翁 30g, 黄柏 12g, 秦皮 15g, 僵蚕 15g, 天竺黄 12g, 龙骨 30g, 牡蛎 30g。

加减: 伤阴, 加生地、知母、麦冬; 失眠, 加竹叶、琥珀、青礞石。

四、名 医 经 验

1. 赵锡武 根据前人经验, 在长期的临床实践中, 每用

柴胡龙骨牡蛎汤治疗癫痫。一般癫痫或用西药苯妥英钠治疗好转，而停药后又复发或不能控制或不能根治，常有发作性抽搐或伴有头痛头晕者，宜用潜阳和肝，通便祛痰法治疗，用柴胡龙骨牡蛎汤加减：柴胡 20g，生龙骨 20g，生牡蛎 20g，半夏 12g，茯苓 12g，芍药 10g，炙甘草 10g，黄芩 10g，桂枝 10g，大黄 10g，生姜 10g，丹参 30g，大枣（劈）10 枚。柴胡龙骨牡蛎汤加减为通用方，是因该方兼顾范围较广，方中柴胡、龙骨、牡蛎和肝潜阳熄风，适用于风痫；丹参与龙骨、牡蛎可以养血镇摄，可治疗惊痫；大黄、甘草、半夏又可消食化积而治食痫。若发作时痰量较多，先用礞石滚痰丸早晚各服 9g，连服 2 日，以下其痰，第 3 日开始再用以上通用方。痰之稠者为痰，稀者为饮。平时或发作后，除有稀痰外，发病时气憋，心下逆满为其特征。宜先化饮祛痰，用小青龙汤亦可获愈。药用：麻黄 6g，细辛 6g，半夏 12g，桂枝 10g，白芍 10g，甘草 10g，五味子 10g，干姜 10g。发病多年不愈或多日发作 1 次，如有痰或饮等症，先对症治疗。因其久病多虚，则宜缓治其本，用治本方久服即可获效。药用：升麻 120g，贝母 60g，田螺盖（焙干）60g，鲫鱼（焙干）1 条。共为细末，炼蜜为丸，每丸 6g，早晚各服 1 丸。频发型癫痫，发作较频，甚则每日数次，常伴头痛头晕者。宜先用引风汤加减。药用：生龙骨 20g，生牡蛎 20g，生石膏 20g，赤石脂 20g，紫石英 30g，滑石 12g，寒水石 12g，地黄 12g，干姜 10g，桂枝 10g，甘草 10g，大黄 6g，全蝎 3g。待症状减轻时再用通用方。如经服药半月以上发作 1 次，或停服苯妥英钠等西药而病情不加重者，改用本方。

脑囊虫性癫痫，症见头痛较甚，脸部出现白斑，舌尖有红点，象覆盆子舌（又谓杨梅舌），治宜驱虫。头痛甚者，选用人参败毒散加雄黄或送乌梅丸 30g，或化虫丸 3g，日服 2 次。化虫丸方：雄黄 30g，枯矾 30g，干漆 30g，鹤虱 60g，槟榔

60g, 雷丸 20g, 百部 90g。共为细末, 水泛为丸。

另外, 久病而虚可用未出胎的小羊 1 只, 用水煎, 待汤煎干时, 加入 250ml 黄酒使之达到沸点, 放入 250g 红糖, 溶化后即取出 1 次服完。(选自《赵锡武医疗经验》)

2. 李寿山 我治此病先分阴阳: 阳痫多呈大发作, 成年人居多。急则治标, 以清热熄风, 涤痰定痫。如发作较频, 发作前头痛眩晕, 舌红脉大者, 常用风引汤加减: 桂枝 10g, 大黄 7.5g, 干姜 7.5g, 生石膏 30g, 寒水石 15g, 滑石粉 15g, 紫石英 30g, 丹参 25g, 生龙骨 25g, 生牡蛎 25g, 赤石脂 20g, 钩藤 30g, 全蝎 5g, 蜈蚣 2 条。水煎服, 每日 1 剂。待症状缓解, 发病次数减少后, 继服验方止痫丹: 郁金 15g, 胆南星 15g, 清半夏 15g, 血竭 15g, 乌蛇 1~5g, 全蝎 1~5g, 蜈蚣 15g, 朱砂 5g, 明矾 7.5g, 皂角 7.5g, 冰片 3g, 麝香 0.2g, 牛黄 0.2g。共研细末, 成人每服 3g, 早晚各 1 次, 儿童酌减。阴痫柴胡加龙骨牡蛎汤。阴痫多呈小发作症, 少年患者居多, 治以镇肝熄风、安神定痫。如发作较频, 发病前惊恐烦躁, 舌淡脉细者, 常用柴胡加龙骨牡蛎汤加减: 柴胡 15g, 半夏 15g, 黄芩 10g, 酒大黄 10g, 桂枝 10g, 茯苓 20g, 生龙骨 25g, 生牡蛎 25g, 灵磁石 50g, 丹参 30g, 生姜 10g, 大枣 5 枚。水煎服, 每日 1 剂。待发病次数、症状缓解后, 继服五味止痫散: 全蝎、僵蚕、丹参、蜈蚣、蝉蜕各等分, 研细末, 每次 3g, 早晚各 1 次, 儿童酌减。(选自《当代名医临证精华 癲狂痫专辑》)

3. 彭静山 痫症俗名羊痫风, 发作时大多尖叫一声, 突然不省人事, 或吐白沫, 四肢及躯干强直或扭曲。病因多系五脏为病, 肝风内动, 痰浊中阻, 而旁及阴阳维跷督诸经。《内经》云: “二阴急为痫厥”。其症常猝然昏仆, 仅一、二分钟或稍长即苏醒, 医生不及见, 而无法区分属何种痫症, 内属何脏。成人每因惊恐或气恼而得, 儿童患此症则得自先天。虽无

生命危险，但终身不能摆脱。发作间隔长短不定，尚少根治方法。治宜镇痉止搐。临证常用自拟止痉除痫散：生龙骨 60g，生牡蛎 60g，紫石英 45g，寒水石 45g，白石脂 45g，赤石脂 45g，生石膏 45g，滑石粉 45g，生赭石 60g，桂枝 15g，降香 60g，钩藤 60g，干姜 15g，大黄 15g，甘草 15g。用法：共为极细末，成人每次服 5g，一日 2~3 次。小儿 3 岁以内可服 0.5~1g，5~10 岁可酌加至 2g。须连服 1~3 个月，不可间断。本方对各种痫症有效。本方有《金匱要略》风引汤化裁而来。（选自《首批国家级名老中医效验秘方精选》）

4. 江育仁 心脾不足所见的癫痫，常发生于胆怯善惊的病儿，惊恐是其发作的主因，属“惊痫”。这类痫证，同样出现不同程度的抽搐和一时性神志丧失，临床虽有“风”和“痰”证的表现，但不能责之于风、痰作祟，而应归咎于心脾气虚。故在治疗法则上，必须重在养心宁神，补益心脾，方用加味甘麦大枣汤。组成药物：炙甘草 20g，小麦 60g，柏子仁 60g，磁石 100g，煅龙骨 100g，煅牡蛎 100g，远志 60g，桂圆肉 100g，莲子 100g。由于长期每日煎煮中药极为不便，且影响食欲，可将上药 10 剂，文火浓煎 2 次，得药汁约 800~1000ml，放入冰糖 250g，蜂蜜 250g，成为糖浆，每次 1 调羹，开水冲服，早晚各 1 次。有条件的可放置冰箱内，或存放于阴凉处，每 5 天将该药隔水蒸煮 1 次，以防霉变。一般按上方连续服用 6 个月到 1 年，可取得较好的疗效。（选自《古今名医临证金鉴癫狂痫卷》）

5. 印会河 善用抵当汤治疗癫痫，处方组成为：水蛭 10g，地鳖虫 12g，桃仁 12g，大黄 4g。主治：痛经、癫痫等。禁忌：没有明显外伤史之癫痫不使用该方。（《方药传真——全国老中医药专家学术经验精选》）

五、医案精选

1. 刘渡舟医案——柴胡加龙骨牡蛎汤治疗癲痫案

尹某，男，32岁。余受惊恐而患病。症状为头晕、失眠，睡则呓语频作，胸胁苦满，自汗而大便不爽，并时发癲痫。望其人神情呆滞，面色青，舌质红、苔白而干，脉沉弦。辨证：头晕、胸满、脉弦，证属少阳为病，汗出不恶寒、大便不爽，证又兼阳明腑热之象。此病得于惊恐之余，而时发癲痫，又与肝胆之气失和有关。《伤寒论》说：“胸满烦惊……谵语，一身尽重，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”与此证极为合拍。处方：柴胡 10g，龙骨 10g，牡蛎 10g，生姜 10g，黄芩 10g，桂枝 6g，半夏 10g，生大黄 6g，铅丹 4g（布包），茯苓 10g，大枣 6枚。服 1 剂，呓语不发，胸胁满去，精神好转。复诊：又加竹茹 10g，陈皮 10g。服 2 剂而病愈，癲痫随之亦愈。（选自《伤寒论十四讲》）

〔按语〕 此证因余抓住了肝胆胸胁满和精神方面的主证，选用了柴胡加龙骨牡蛎汤，因而取得了疗效。

2. 李克绍医案——桂枝去桂加茯苓白术汤治癲痫案

王某，女性，年约五旬，住济南市白马山。患者经常跌倒抽搐，昏不知人，重时每月发作数次，经西医诊断为癲痫，多方治疗无效。后来学院找我诊治。望其舌，一层白砂苔，干而且厚。触诊胃部，痞硬微痛，并问知其食欲不佳；口干欲饮。此系水饮结于中脘。但患者迫切要求治疗痫风，并不以胃病为重。我想，癲痫虽然是脑病，但是脑部的这一兴奋灶，必须通过刺激才能引起发作。而引起刺激的因素，在中医看来是多种多样的，譬如用中药治疗癲痫，可以任选祛痰、和血、解郁、理气、镇痉等各种不同的方法，有时都能减轻发作，甚至可能基本痊愈，就是证明。本患者心下有宿痰水饮，可能就是癲痫发作的触媒。根据以上设想，即仿桂枝去桂加茯苓白术汤意，

因本证不发热，把桂枝、姜、枣一概减去，又加入枳实消痞，僵蚕、蜈蚣、全蝎以搜络、祛痰、镇痉。处方：茯苓、白术、白芍、炙甘草、枳实、僵蚕、蜈蚣、全蝎。患者于1年后又因它病求诊于余，述上方连服数剂后，癫痫一次也未发作，当时胃病也好了。现今胃病又发，只要求治疗胃病云云。因又予健脾理气化痰方而去。

〔按语〕 本案患者，历年以来，各处奔走，访医求治，其惟一目的是要求解除癫痫。但是服过不少治癫痫的药物，而癫痫发作如故。改服几剂健脾散水稍加止痉的中药，便停止发作，这其中的道理，大有研究的价值。（选自《伤寒解惑论》）

3. 胡希恕医案——大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗痰热挟瘀案

张某，男，46岁。初诊日期1981年3月13日：因1968年8月被电击伤、击倒，昏迷约一分钟，身体七处被灼伤，自此常发癫痫，大约每半月发一次，并每天头痛无休，在当地中西医治疗迄今未愈。现症：胸胁苦满，胃腹胀满，早起恶心，后头痛，喜忘，舌苔白根黄腻，脉沉弦。与大柴胡汤合桂枝茯苓丸加生石膏：柴胡18g，半夏12g，黄芩9g，枳实9g，生姜9g，大枣4枚，桂枝9g，桃仁9g，白芍9g，茯苓9g，丹皮9g，大黄6g，炙甘草6g，生石膏45g。结果：上药服16剂，恶心、头痛已，癫痫发作较轻，约1月1次仍喜忘。仍上方继服10剂，癫痫未再发，喜忘好转渐已。

〔按语〕 癫痫发作频繁，伴胸胁苦满，脉沉弦。是少阳郁热结滞；而头部外伤史，舌苔白根黄腻，是痰瘀阻结，用大柴胡汤清利少阳疏达气机，桂枝茯苓丸化瘀散结通络，药证合拍，而有效。（选自《中国百年百名中医临床家丛书·胡希恕》）

4. 洪哲明医案——大陷胸丸治疗癫痫

洪氏早年治一少妇，幼年即罹癫痫，数月发作1次，症状

较轻，虽经调治，获效甚微。近两月发作尤频，或3~5日1发，或1日1发，或隔日1发。四肢抽搐，昏不识人，口吐涎沫，1刻钟方可缓解，旋又酣睡，醒后亦觉头痛头晕。今又发作，急来邀诊。诊见：昏仆于地，两目上窜，牙关紧闭，颈项强直，四肢抽搐，头汗大出，发如水洗，但齐颈而还，躯体无汗，喉中痰鸣。此乃痰热交结，蒸迫于上，太阳经气不利。予大陷胸丸9g灌服。2小时后，大泻痰浊。10余年后又见此妇，自云服药后，终未复发。

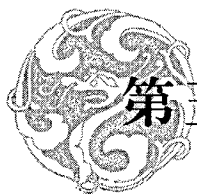
〔按语〕痰热交结于胸中，邪热蒸迫，故头汗如洗；太阳经气因痰热阻闭故颈项强直而肢挛。大陷胸中，大黄、芒硝、甘遂，荡涤实热，攻逐痰饮；葶苈子泻肺行水，杏仁宣降胸中逆气，丸以缓攻，可专逐肺胸之痰热。治癲病，每以大陷胸丸攻逐荡涤痰热为治，后予运脾清化祛痰之剂调理，每获良效。（选自《古今名医临证金鉴癲狂痫卷》）

六、临证心得

痫病以发作性生风失神为临床特征，其主要病理因素是宿痰（痰热、痰火、痰浊）内伏，因触而发。其发作性的特点，就脏腑而言主要责之肝胆。从《伤寒论》所描述的发作性病证看，主要见于少阳病、厥阴病。少阳病的“休作有时”与厥阴病的“厥热胜负”，这与癲病发作性的临床表现恰好一致，因此，古今医家常常借助《伤寒论》治疗“休作有时”之少阳病常用的小柴胡汤类方治疗癲病；厥阴在脏为肝与心包，肝主疏泄，心包为君主之臣使，肝病则易动风，心包病则神志异常，因此将《伤寒杂病论》治疗厥阴肝与心包病变的方药，如风引汤、甘麦大枣汤、白头翁汤、柴胡加龙骨牡蛎汤等，用于癲病的证治，也是临床常用方法。祛除内伏之痰浊是癲病防治的要点，张仲景积累了丰富的治痰经验和大量的治痰方药，如大陷胸汤、小陷胸汤、柴胡桂枝干姜汤、五苓散、苓桂术甘汤、半

夏厚朴汤、小半夏加茯苓汤等，可以随证使用。癫痫以反复发作，病程漫长为特征，在其病程中，会逐渐出现因实致虚，实中夹虚，虚实夹杂，甚至以虚为主的证候，此时，常见心脾两虚、肝肾亏虚，治疗心脾两虚可以甘麦大枣汤、炙甘草汤加减；肝肾亏虚，则有金匱肾气丸、加减复脉汤。

历代医家用经方治疗癫痫虽然积累了经验，但是病变复杂，证候多端，经方不能统治全部，需要与后世医家之经验结合使用，以期提高临床疗效。临床较为常用的方剂有定痫丸、礞石滚痰丸、涤痰汤、导痰汤等，癫痫病程缠绵，难期根治，长期治疗是关键，而主药汤剂虽然加减方便，但煎煮则麻烦，因此，长期服药，可以制成丸剂、或胶囊剂。此外，治疗本病的经方风引汤多金石之品，故镇痉止搐力胜，对癫痫发作有抑制作用。然“石药发癫”，易损心智，故小儿患者应中病即止，不可久用。若单用中药难以控制癫痫发作时，适当配合西药是必要的。



第五章 精神疾病经方治疗

第一节 焦 虑 症

一、概 述

焦虑症又称焦虑性神经症，是以焦虑、紧张、恐惧的情绪障碍，伴有植物神经系统症状和运动不安等特征的神经症，表现为没有事实根据也无明确客观对象和具体观念内容的提心吊胆和恐惧不安的心情。常伴有头昏、头晕、胸闷、心悸、呼吸困难、口干、尿频、出汗、震颤等明显的躯体症状，其紧张或惊恐的程度与现实情况不符。

根据本病的临床表现，与中医郁证、百合病、奔豚、善恐、惊悸等病证相似。上述病证的发病原因很多，涉及先天禀赋与后天失调两方面，其中精神刺激、情志不畅、操劳过度、饮食失节、睡眠不佳等是最为常见的原因。由此导致脏腑气机失常，气血失和，引起心神失调而发病。气郁日久，产生痰浊、郁热、瘀血等致病因素，使本病的病机日趋复杂，甚至顽固难愈。本病起病多缓慢，可由情志不舒或躯体疾病诱发，多发于青、壮年人，女性多于男性。

二、诊 断

(一) 惊恐障碍

1. 符合神经症的诊断标准。
2. 一个月内至少有 3 次惊恐发作，或者首次典型发作后继之以害怕再发作的焦虑而持续 1 个月。
3. 惊恐发作符合以下四项 ①在没有任何客观危险的环境下发作，或者发作无明显而固定的诱因，以致发作不可预测；②两次发作中的间歇期，除了害怕再发作外，没有明显的症状；③发作表现为强烈的恐惧，伴有显著的自主神经症状，还往往有人格解体、现实解体、濒死恐怖、失控感等痛苦体验；④发作来得突然，10 分钟内达到高峰，一般不超过一小时，发作时意识清晰，事后能回忆发作的经过。
4. 排除恐怖性神经症、抑郁症等继发的惊恐发作。

(二) 广泛性焦虑

1. 符合神经症的诊断标准。
2. 以持续的焦虑症状为原发的和主要的临床相。焦虑症状的表现符合下述两项：①经常或持续的无明确对象和固定内容的恐惧或提心吊胆；②伴自主神经症状或运动性不安。
3. 排除强迫症、恐怖症、疑病症等。

(三) 焦虑症的诊断标准

1. 在过去六个月中的大多数时间里，对某些事件和活动（比如工作进度、学业成绩）过度担心。
2. 个体发现难以控制自己的担心。
3. 焦虑和担心与至少下面六个症状中的三个（或更多）相联系（至少有某些症状至少在过去六个月中的大多数时间里出现）。①坐立不安或者感到心悬在半空中；②容易疲劳；③难以集中注意力，心思一片空白；④易激惹；⑤肌肉紧张；⑥睡眠问题（入睡困难、睡眠不稳或不踏实）。注意：在儿童

中，有上述症状之一即可。

4. 焦虑和担心的内容不是其他障碍的特征内容。也就是说，焦虑和担心的内容，不是关于被细菌感染（强迫症）、惊恐发作（惊恐症）、当众出丑（社交恐怖症）、长胖（神经性厌食症）、严重疾病（疑病症），等等。

5. 焦虑、担心和躯体症状给个体的社交、工作和其他方面造成了有临床显著意义的困难。

6. 上述症状不是由于药物的生理作用（例如，服药，吸毒，酗酒）或者躯体疾病所引起（例如，甲状腺分泌降低），也不仅仅是发生在情绪障碍、精神病性障碍、或普遍发展障碍之中。

三、辨证治疗

1. 肝气郁结证

主证：情绪不宁，胸胁胀痛，痛无定处，或伴精神抑郁，纳呆少寐，脘闷暖气，大便不调，苔薄腻，脉弦。

治法：舒肝解郁，理气安神。

方剂：四逆散合茯苓甘草汤加味。

柴胡 15g，白芍 15g，枳实 10g，茯苓 30g，炙甘草 9g，合欢花 30g，香附 15g，石菖蒲 15g，生姜 9g。

加减：烦躁不宁，加丹参、川贝母；脘闷暖气，舌苔白腻，加旋覆花、半夏。

2. 气郁化火证

主证：性情急躁，胸胁胀痛，口苦而干或头痛目赤耳鸣，或嘈杂吞酸，舌红苔黄，脉弦数。

治法：舒肝解郁、清肝泻火。

方剂：四逆散合栀子豉汤加减。

柴胡 9g，白芍 24g，炙甘草 9g，茯神 15g，淡豆豉 15g，丹皮 10g，栀子 10g，郁金 9g，川贝母 6g。

加减：口干口渴，加天花粉、沙参；头痛，加天麻、钩藤；便秘，加瓜蒌、决明子。

3. 郁热扰神证

主证：性情急躁，易惊善恐，失眠头痛，健忘或胸胁疼痛，或身体某部有发热或麻痛感，大便秘结，或排便不畅，舌紫暗或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

治法：疏肝解郁，行气活血。

方剂：柴胡加龙骨牡蛎汤加减。

柴胡 12g，龙骨 20g，牡蛎 20g，白芍 15g，桂枝 9g，黄芩 9g，炙甘草 12g，生姜 12g，大枣 12 枚（掰），半夏 9g，党参 15g，酒大黄 6g。

加减：口渴，加天花粉、知母，去桂枝、半夏；舌质紫暗，加桃仁、丹皮；便秘，加芒硝、决明子。

4. 肝郁脾虚证

神情不宁，精神不振，或不言不语，或急躁不安，胸闷叹息，入睡困难，倦怠乏力，腹胀食少，便溏不爽，舌质淡，舌苔白腻，脉弦缓。

治法：疏肝解郁，健脾宁心。

方剂：四逆散合厚朴生姜半夏甘草人参汤加减。

柴胡 15g，白芍 15g，枳实 10g，茯苓 30g，炙甘草 9g，厚朴 10g，生姜 15g，半夏 9g，党参 18g，远志 10g。

加减：大便溏薄，加炒白术、炒扁豆；急躁不安，加川贝母、香附；胸闷叹息，加合欢花、苏梗。

5. 痰气郁结证

主证：情绪不宁，胸部闷塞，胁肋胀满，咽中有物梗塞，吞吐不得，苔白腻，脉弦滑。本证又称“梅核气”。

治法：理气解郁，涤痰开窍。

方剂：半夏厚朴汤加味。

半夏 9g，厚朴 12g，茯苓 30g，苏梗 15g，陈皮 15g，枳

壳 12g, 远志 9g, 香附 12g, 郁金 12g, 菖蒲 15g, 川贝母 6g, 生姜 12g。

加减: 痰郁化热, 烦躁失眠, 舌苔黄腻, 加竹茹、天竺黄; 伤阴, 减半夏、厚朴, 加天花粉、沙参。

6. 痰热交阻证

主证: 多疑善虑, 心烦不宁, 喜怒无常, 烦躁失眠, 舌苔白腻少津, 脉弦滑。

治法: 化痰开窍, 清热泻火。

方剂: 小陷胸汤合三物白散加减。

瓜蒌 30g, 半夏 9g, 黄连 12g, 川贝母 9g, 桔梗 12g, 郁金 9g, 竹茹 15g, 天竺黄 12g, 枳实 15g, 橘红 12g, 菖蒲 12g, 栀子 9g。

加减: 大便秘结, 加大黄、决明子; 烦躁失眠, 舌苔黄腻, 加大黄、青礞石、沉香、鲜竹沥 (兑入)。

7. 忧郁伤神证

主证: 精神恍惚, 心神不宁, 多疑易惊, 悲忧善哭, 喜怒无常, 或时时欠伸, 或烦躁喊叫等多种症状, 舌淡, 脉弦。

治法: 理气解郁, 安神定志。

方剂: 甘麦大枣汤合酸枣仁汤加减。

炙甘草 15g, 淮小麦 30g, 大枣 15 枚 (掰), 酸枣仁 30g, 知母 12g, 茯神 30g, 茯苓 30g, 远志 10g, 人参 6g (单煎), 石菖蒲 12g, 生龙齿 30g, 琥珀 2g (吞服)。

8. 心阳不振证

主证: 精神不安, 心神不宁, 烦躁焦虑, 失眠健忘, 易惊善恐, 面色不华, 时时汗出, 或心胸疼痛, 或头痛, 舌苔疼痛, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉细动数。

治法: 温通心阳, 安神定志。

方剂: 桂枝加龙骨牡蛎汤加味。

桂枝 12g, 白芍 12g, 炙甘草 12g, 龙骨 30g (先煎), 牡

蛎 30g (先煎), 石菖蒲 15g, 远志 12g, 酸枣仁 20g, 山茱萸 15g。

加减: 心悸易惊, 加茯苓、莲子、桑螵蛸; 时时汗出, 加黄芪、炮附子。

9. 心肺阴虚证

主证: 情绪不宁, 心悸失眠, 焦躁不安, 烦躁易怒, 头晕咽干, 舌红, 脉细弦稍数。

治法: 养阴清热, 除烦安神。

方剂: 百合地黄汤合酸枣仁汤加减。

百合 30g, 生地黄 30g, 知母 15g, 酸枣仁 30g, 茯苓 30g, 炙甘草 12g, 沙参 18g, 川贝母 6g。

加减: 焦躁不安, 烦躁易怒, 加淡竹叶、莲子心; 易惊善恐, 加桔梗、蝉蜕、天竺黄。

10. 肝肾阴虚证

主证: 神志恍惚, 情绪不宁, 心悸而烦, 急躁易怒, 头晕或失眠耳鸣, 形瘦面红, 口干, 或咽干盗汗, 舌红, 脉细弦稍数。

治法: 滋补肝肾, 重镇安神。

方剂: 百合知母汤合黄连阿胶汤、知柏地黄丸加减。

百合 30g, 知母 15g, 黄柏 9g, 阿胶 12g (烔化), 白芍 12g, 生地黄 18g, 熟地黄 24g, 山茱萸 12g, 山药 12g, 茯苓 12g, 泽泻 12g, 酸枣仁 15g。

加减: 头痛眩晕, 加珍珠母、天麻、钩藤; 口干咽燥甚者, 加麦冬、沙参; 肝肾亏虚重者, 加枸杞子、女贞子。

11. 痰瘀互结证

主证: 情绪不宁, 或烦躁不安, 或淡漠少语, 头痛头晕, 失眠健忘, 舌质暗或青紫, 苔白腻, 脉弦滑或弦细。

治法: 化痰活血, 安神宁心。

方剂: 桂枝茯苓丸加味。

桂枝 12g, 茯苓 30g, 赤白芍各 12g, 牡丹皮 12g, 桃仁 9g, 当归 15g, 夜交藤 30g, 半夏 9g。

加减：痰浊重者，舌苔厚腻，头昏目眩，加菖蒲、厚朴；头痛，加天麻、天南星。

四、名 医 经 验

1. 胡建华 本病多由情志不舒或思虑过度，劳伤心脾，心血亏耗，心神失养；或情志怫郁，肝气横逆，上犯于心。病久则聚湿生痰，痰湿交阻而病程缠绵。因心主神明，张介宾在《类经》中说：“心为脏腑之主，而总统魂魄，并赅意志，故忧动于心则肺应，思动于心则脾应，怒动于心则肝应，恐动于心则肾应，此所以五志唯心所使也。”故治疗应以养心安神为主。临证常用甘麦大枣汤养心安神，甘以缓急，合菖蒲、远志、丹参解郁化痰，活血养血，柴胡、郁金、枳壳（实）疏肝理气。若以不寐为主者，加用炒枣仁、夜交藤；以烦躁为主者，加用知母、百合。临证善用《金匱要略》甘麦大枣汤治疗各种精神疾病；患者心悸、恐惧、烦躁、悲伤欲哭，用之最宜。百合知母汤亦为《金匱》方，先生认为：百合能养心阴，安心神，知母则具清热除烦，镇静安神作用，与甘麦大枣汤配合治疗各种精神疾病之偏于阴虚烦热者，颇有效果。处方中佐以丹参、麦冬、菖蒲、石决明、郁金以养心安冲，平肝解郁。（选自《古今名医临证金鉴·癫狂痫卷》）

2. 彭履祥 现代医学所称之神经官能症、癔病等，病程中的某些证型，正是属于百合病的范畴。对于此病，患者全身痛苦不可名状，医者则苦于症状捉摸不定，难于着手。彭认为，只要掌握了本病的特点，则辨认不难。经过临床观察和总结，他认为具备以下 3 点者，即可诊为百合病：①症以心神涣散为主，如默默不欲言，欲卧不能卧，欲行不能行，欲食不能食，如寒无寒，如热无热，诸药不效，变幻无常。②自觉症状

极多，全身似病，苦恼万状，但客观体征极少，身形如和。③头眩、口苦、舌红、尿黄、脉数为5项可凭之征。彭还指出，切不要单凭一些变幻莫测、捉摸不定、有如神灵驱使之征，即诊为百合病。百合病的病机特点是心肺阴虚，邪少虚多，故养心肺之阴，清气分之热，为其治疗原则。一般镇心安神，和中补气或苦寒降泄之品皆非所宜，甚至得药反剧，甚或吐利。（选自《古今名医临证金鉴·癫狂痫卷》）

3. 路志正 神经衰弱及神经官能症的发生，主要因思虑过度，心阴暗耗；或久病不愈，阴血耗伤；或劳心伤脾，气血两亏，致使心失所养，心神不安，其病变部位主要在心，不时可涉及肺、脾、肝三脏。本症不是脏腑形体的实质病变，而属其功能失常，临床以虚多邪少者多见，且一般病程较长，故治疗上不能孟浪从事，急于求成。如因其虚而用重剂滋补，不但药过病所，且可引起诸如胸闷脘痞、腹胀纳呆等不良反应；如因其有邪而攻之，亦会进一步损伤正气，加重病情。所以必须从虚多邪少，功能失常这一点着眼，缓缓为之，以清淡、轻灵、活泼、流动之品，斡旋其枢机，调整其功能，补虚而不助邪，祛邪而不伤正。故取《金匱要略》甘麦大枣汤与百合汤之义，再加莲肉、夜交藤。以淮小麦、甘草、大枣益心脾之气；以莲肉、百合、大枣养血和营；以百合微寒之性，清内蕴之虚热；且淮小麦、百合、莲肉、夜交藤、大枣诸药均有安神定志的作用。诸药合用，共奏养心阴，益心气，清虚热，缓诸急，安神定志之功。百麦安神饮组成：百合 30g，淮小麦 30g，莲肉 15g，夜交藤 15g，大枣 10g，甘草 6g。加减：兼气郁者，加合欢花 30g；兼痰浊者，加竹茹 9g，生姜 6g；兼湿邪阻滞者，加藿香、荷梗各 10g。（选自《首批国家级名老中医效验秘方精选》）

五、医案精选

1. 岳美中医案——桂枝加桂、理中加肉桂吴萸治奔豚气案

故乡老友娄某的爱人，年 70，患呕吐腹痛 1 年余，于 1973 年 4 月 16 日偕同远道来京就诊。询其病状，云腹痛有发作性、先呕吐，即于小腹虬结成瘕块而作痛，块渐大，痛亦渐剧，同时气从小腹上冲至心下，苦闷“欲死”。既而冲气渐降，痛渐减，块亦渐小，终至痛止块消如常人。按主诉之病状，是所谓中医之奔豚气者，言其气如豕之奔突上冲的形状，《金匱要略》谓得之惊发，惊发者，惊恐刺激之谓。患者因其女暴亡，悲哀过甚，情志经久不舒而得此症。予仲景桂枝加桂汤。桂枝 15g，白芍药 9g，炙甘草 6g，生姜 9g，大枣 4 枚（擘）。水煎温服，每日 1 剂。30 日二诊：共服上方 14 剂，奔豚气大为减轻，腹中作响，仍有 1 次呕吐。依原方加半夏 9g，茯苓 9g，以和胃蠲饮，嘱服 10 剂。5 月 13 日三诊：有时心下微作冲痛，头亦痛，大便溼，左关脉弦、是肝胃气上冲，改予理中汤加肉桂吴茱萸，以暖胃温肝，服后痊愈回乡。两月后函询未复发。

〔按语〕 方剂用量，至关重要，于此案可见一斑。某一种药味，用量增加，不仅增大方剂的力量，且有时改变方剂的作用。桂枝汤原本治太阳中风、汗出、发热、恶风证。而仅加桂枝量后，则治奔豚气。因此医生在处方用量上，岂可掉以轻心。（选自《岳美中医案集》）

2. 刘渡舟医案——苓桂枣甘汤治疗豚气证

郭某，男，56 岁。患奔豚气证，发作时气从少腹往上冲逆，至心胸则悸烦不安，胸满憋气，呼吸不利，头身出汗。每日发作 2~3 次。切其脉沉弦无力，视其舌质淡而苔水，问其小便则称甚少，而又有排尿不尽之感。辨证：水气下蓄，乘心

脾阳虚而发为奔豚。考仲景治奔豚有两方，而小便不利者，则用本方为宜。处方：茯苓 30g，桂枝 12g，大枣 12 枚，炙甘草 6g，嘱患者以大盆贮水，以杓扬水，水面有珠子五六千颗相逐，用以煮药。患者服两剂，小便通畅而“奔豚”不作。转方又用桂枝 10g，炙甘草 6g，以扶心阳，其病得愈。（选自《伤寒论十四讲》）

〔按语〕 本证与《伤寒论》所描述的苓桂枣甘汤证相同，故以法治之获效。

3. 朱进忠医案——柴胡加龙骨牡蛎汤治阳郁寒饮化风案

席某，女，29 岁。人工流产后，心情惶恐 7 个多月。医诊神经官能症。先以西药治疗 4 个多月不效，继又配合中药养血安神、安神镇惊之剂 3 个多月亦无功。细审其证，心悸不安，腹中空虚，脘腹悸动灼热，逆气上冲，冲则寒热往来，时或抽搐，四肢厥冷，易惊易恐，舌苔白，脉弦紧。综合脉证，思之：弦紧之脉者，少阳枢机不利，寒饮内郁，郁而化风也。治宜和解少阳，化饮熄风。处方：柴胡 10g，半夏 10g，黄芩 10g，党参 10g，甘草 6g，生姜 4 片，大枣 5 枚，桂枝 15g，茯苓 15g，酒大黄 2g，龙骨 15g，牡蛎 15g。服药 4 剂，寒热搐搦，心悸，易惊易恐，逆气上冲大减；继服 10 剂，诸证消失。（选自《中医临证经验与方法》）

〔按语〕 《内经》论治病，一者攻邪，一者调和，并称调和之法为促进阴平阳秘之最神圣之法。而调和之法，在于调气，在于调气之升降，今本病诸证俱见，非调之不得除诸疾，非调之不得以助气之升降，而促病得愈也。

4. 朱进忠医案——竹皮大丸治疗阳气闭郁焦虑案

苏某，女，50 岁。阵发性连续昼夜哭泣 20 多年。医诊癔证。先以西药治疗十几年不效，后又配合中药甘麦大枣汤加减数年亦不效。细审其证，自从 22 岁分娩一女婴时，因心情不愉快而发本病以来，每至冬季即必发生本病，轻则连续昼夜哭

泣十几天，重则1个多月，有时因哭泣不止而连续昏厥，至夏则全然不作，此次发病既重且长，已连续哭泣75天未止，并曾哭泣昏厥4次，每次少则3秒，多则10分钟才清醒，舌苔薄白，脉弦涩不调。综合脉证；思之：涩脉者，寒也，滞也，瘀也。冬季发而夏季瘥者，阳气闭郁于外也。喜悲而不喜笑者，肺强而心弱也，痰浊内郁也。治宜清化热痰，通阳散结。处方：竹茹20g，生石膏20g，桂枝10g，甘草20g，白薇10g。服药6剂，悲伤哭泣之状顿止。继服20剂，追访6年，未见复发。

〔按语〕竹皮大丸为《金匱要略》方。今取本方之石膏清肺热，桂枝、甘草养心阳，竹茹、甘草、白薇和肝胆。故以此方治之而获效如神也。（选自《中医临证经验与方法》）

六、临证心得

焦虑症是临床常见的精神心理疾病，从其临床表现看大多与中医的奔豚气、脏躁、郁证、失眠等病证近似。因此，临床治疗焦虑症往往借助历代医家治疗上述病证的经验。

焦虑症重在神病，而神之根在阳气。《素问·阴阳应象大论》：“阳气者，精则养神，柔则养筋”。《素问·痹论》说：“阴气者，静则神藏，躁则消亡”。因此，治疗焦虑症，应当重视阳气的变化。《伤寒论》六经辨证恰恰重视阳气的盛衰与消长变化，重视阴阳的互根互依，是以根据六经辨证方法，应用经方治疗焦虑症往往事半功倍。阳气郁结，在太阳为易惊善恐，气逆上冲，或周身不适、疼痛或肌肤症状，如麻木、蚁行感等，治从调和营卫，常用桂枝汤及其类方桂枝加桂汤。在少阳则常见情志不畅，闷闷不乐，胸胁胀满，嗳气叹息，口苦口干，枢转少阳，畅利气机，用小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤等。阳明郁结，惊恐焦虑，烦躁不安，腹胀不适，或疼痛，失眠便秘，治宜清泻火热，宁心安神，用泻心汤合栀子豉汤；痰

热内结，热扰心神，焦躁不安，睡眠障碍，舌质红，舌苔黄腻，脉滑数，治宜清化痰热，清心安神，用泻心汤合小陷胸汤，加青礞石、天竺黄、竹沥；热伤气阴，心神不宁，治宜清热养阴，益气安神，用竹叶石膏汤、竹皮大丸化裁。病在太阴，气虚为本，常见于年老体虚者，或久病之人，紧张、焦虑，时时不安，易惊善恐，失眠健忘，饮食减少，精神疲惫，治宜益气补虚，用桂枝人参汤合酸枣仁汤。在少阴为虚，且有阴阳之分，阴虚阳虚，有在心在肾之别；心阳不足，心神不宁，惊悸恐惧，治宜温补心阳，用桂枝加龙骨牡蛎汤；心阴不足，烦躁失眠，养心安神，用百合知母汤合甘麦大枣汤加减；肾阴亏虚，相火旺盛，治宜滋阴泻火，百合知母汤合黄连阿胶汤；心肾阳虚，心悸胸闷，惊恐不安，用真武汤合桂枝加龙骨牡蛎汤。对更年期发生的焦虑症，往往伴有肝肾亏虚的病机变化，治疗应补益肝肾，益阴宁心，除烦安神，用二仙汤合二阴煎化裁。

此外，焦虑症表现为“神”的异常，因此，在调畅气机，畅达阳气的同时，还必须重视宁神，对此，仲景也有示范，如茯苓养心安神定悸；炙甘草甘温补中益气，润甘缓润燥安神；大枣甘缓润燥，补虚安神；知母苦寒清热除烦安神宁心；酸枣仁养心安神；龙骨、牡蛎重镇安神，镇惊定悸，等等。在辨证论治的基础上，重视阳气的宣通，从而求得阴平阳秘，同时，合理使用安神药物，是临床取效的重要条件。

第二节 抑 郁 症

一、概 述

抑郁症是一组以情感障碍为突出表现的心理疾病，表现为心境显著而持久的低落超过两周，伴有相应的思维和行为的改

变，病因与心理社会因素密切相关。随着现代生活节奏的加快，竞争日趋激烈，人际关系、家庭结构、情感障碍、工作压力等一系列问题的困扰，使人的思想和情绪经常处于焦虑不安之中，如不能很好的调节适应，容易导致抑郁症的发生。因抑郁症而造成的经济损失相当巨大，而且给患者本人及其家属带来很大的痛苦。抑郁症是一种危害全人类身心健康的常见病，其终生患病率为 6.1%~9.5%，约 13%~20% 的人一生中曾有过一次抑郁体验。

古代没有抑郁症之名，但从历代文献中可以见到许多与本病临床表现相似的描述，大多散见于郁证、百合病、脏躁、癰证等疾病中。历代医家从不同角度阐述对其病因病机的认识，如《伤寒论》和《金匱要略》中记载的多种疾病和证候与抑郁症有诸多相似之处，相关的一些成方现代被广泛用于治疗抑郁症。如《伤寒论》第 96 条“胸胁苦满，默默不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之”；柴胡加龙骨牡蛎汤证“胸满，烦惊”，认为病位主要在肝，病机为肝失疏泄。《金匱要略》涉及此类症状的病证主要有百合病、脏躁等。“百合病者，……意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，饮食或有美时，或有不用闻食臭时，如寒无寒，如热无热，口苦，小便赤，诸药不能治，得药则剧吐利，如有神灵者，身形如和，其脉微数。”把患者痛苦、焦虑的体验生动描绘出来。百合病，病位在心肺，是由于阴血不足而影响神明，出现神志恍惚不定，语言、行动、感觉等失调，酷似抑郁症的寡言少语、行动犹豫不决、食欲改变等形神失调的症状。脏躁首见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治第二十二》，本证由于长期情志不舒，思虑过度，心肝阴血不足，而累及脾肺肾五脏阴液俱亏，虚火躁动而脏不藏神，故表现出精神失常，无故悲伤想哭，神疲乏力等症。

二、诊 断

按照《中国精神障碍分类与诊断标准（第3版）》（CCMD3）心境障碍（情感性精神障碍中的双向障碍、抑郁发作、持续性心境障碍、其他待分类的心境障碍）明确诊断，其抑郁症分类。

（一）分型如下

1. 抑郁发作抑郁症是以情绪低落、悲伤、失望、活动能力减退以及思维、认知功能迟缓为主要特征的一类情绪障碍。

（1）症状标准：以心境低落为主，伴有下列症状中的4项：

- ①兴趣丧失、无愉快感；
- ②精力减退或疲乏感；
- ③精神运动性迟滞或激越；
- ④自我评价过低、自责或有内疚感；
- ⑤联想困难或自觉思考能力下降；
- ⑥反复出现想死的念头或有自杀、自伤行为；
- ⑦睡眠障碍如失眠、早醒或睡眠过多；
- ⑧食欲降低或体重明显减轻；
- ⑨性欲减退。

（2）严重标准：社会功能受损，给本人造成痛苦或不良后果。

（3）病程标准：

①符合症状标准和严重标准，至少持续2周。

②可存在某些分裂症状，但不符合分裂症的诊断标准。若同时符合分裂症诊断标准，在分裂症缓解后，满足抑郁发作标准至少2周。

（4）排除标准：排除器质性精神障碍，或精神活性物质和非成瘾性物质所致抑郁。

注：本抑郁发作的标准仅适用于单次发作的诊断。

三、辨证治疗

1. 肝气郁结证

主证：精神抑郁，情绪低落，胸胁胀痛，痛无定处，纳呆少寐，脘闷暖气，大便不调，苔薄白或薄腻，脉弦。

治法：疏肝理气，解郁安神。

方剂：四逆散合茯苓甘草汤。

柴胡 15g，白芍 15g，枳实 12g，炙甘草 12g，茯苓 30g，桂枝 12g，生姜 12g，旋覆花 12g（包）。

加减：失眠，加合欢花、酸枣仁；便秘或排便不畅，加郁李仁、杏仁。

2. 气郁化火证

主证：性情低落，急躁易怒，失眠头痛，胸胁胀痛，口苦而干或目赤耳鸣，或嘈杂吞酸，舌红苔黄，脉弦数。

治法：疏肝解郁，泻火安神。

方剂：四逆散合栀子豉汤加减。

柴胡 12g，白芍 24g，枳实 12g，炙甘草 12g，栀子 9g，淡豆豉 15g，川贝母 9g，当归 15g，夏枯草 15g，郁金 15g，秦皮 12g，生地 15g。

加减：大便秘结，加郁李仁、决明子；伤阴加麦冬、沙参。

3. 气滞血瘀证

主证：精神抑郁，性情急躁，失眠头痛，健忘或胸胁疼痛，或身体某部有发热或麻痛感，舌紫暗或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

治法：理气活血，解郁安神。

方剂：四逆散合三物白散、桂枝茯苓丸加减。

柴胡 12g，白芍 24g，枳实 12g，炙甘草 12g，桂枝 9g，桔梗 12g，川贝母 9g，丹参 15g，郁金 15g，茯苓 12g，牛

膝 15g。

加减：头痛加天麻、旋覆花；失眠加夜交藤、酸枣仁；便秘加当归、桃仁。

4. 肝郁脾虚证

主证：表情抑郁，胸闷叹息，急躁易怒或不言不语，入睡困难，倦怠乏力，便溏不爽，舌苔白腻，脉弦缓，

治法：疏肝健脾，行气安神。

方剂：四逆散合厚朴生姜半夏甘草人参汤加减。

柴胡 12g，白芍 12g，枳实 9g，炙甘草 12g，人参 9g，生姜 9g，厚朴 9g，半夏 9g，茯苓 24g，白术 12g，当归 12g。

加减：食少，食后胀闷，加生炒麦芽各 15g；郁热内扰，加连翘、丹参；便秘，加生白术 30g，郁李仁 30g；便溏，去当归，加山药、炒扁豆。

5. 痰气郁结证

主证：精神抑郁，呆滞寡言，胸部闷塞，胁肋胀满，或表情淡漠，多疑善虑，或喃喃自语，或咽中有物梗塞，吞吐不得，苔白腻，脉弦滑。

治法：理气化痰，解郁安神。

方剂：半夏厚朴汤合苓桂术甘汤加味。

半夏 9g，厚朴 12g，苏叶 12g，炙甘草 12g，茯苓 30g，桂枝 9g，白术 12g，石菖蒲 15g，郁金 12g。

加减：咽中有物梗塞突出，加川贝母、桔梗；多疑善虑重者，加天南星、远志；腹胀，加槟榔、大腹皮。

6. 痰热蕴结证

主证：精神抑郁，烦躁不宁，面赤气秽，喜怒无常，烦躁失眠，舌质红，苔黄腻少津，脉弦滑或滑数。

治法：清热化痰，利气泻浊。

方剂：小陷胸汤合小承气汤加减。

黄连 12g，瓜蒌 15g，半夏 9g，大黄 6g，芒硝 3g（化），

炙甘草 9g, 天竺黄 15g, 苦参 6g, 枳实 15g, 鲜竹沥 60ml (兑入)。

加减: 便秘, 重用生大黄 (后入), 情绪不宁, 躁动不安, 加青礞石、生铁落; 伤阴, 加生地、玄参。

7. 忧郁伤神证

主证: 精神恍惚, 心神不宁, 多疑易惊, 悲忧善哭, 喜怒无常, 或时时欠伸, 或烦躁喊叫等多种症状, 舌淡, 脉弦。

治法: 养心安神, 解郁悦志。

方剂: 甘麦大枣汤合桂枝甘草汤加减。

炙甘草 15g, 大枣 15 枚 (掰)、淮小麦 30g, 桂枝 12g, 茯苓 30g。

加减: 失眠, 加酸枣仁、远志; 气虚加人参、白术; 头晕加黄芪、天麻。

8. 阴虚火旺证

主证: 神志恍惚, 多言善惊, 心烦易躁, 失眠健忘, 头晕目眩, 形瘦面红, 口干, 大便不畅, 舌质红, 苔少或无苔, 脉细数。

治法: 养阴泻火, 除烦安神。

方剂: 黄连阿胶汤合百合知母汤加味。

黄连 9g, 黄芩 9g, 白芍 30g, 阿胶 9g (烔化), 鸡子黄 2 枚 (兑入), 百合 30g, 知母 15g, 生地 15g, 牡蛎 30g。

加减: 失眠心烦, 加莲子心、酸枣仁; 便秘, 去牡蛎, 加玄参、郁李仁; 头晕加菊花、天麻、珍珠母; 肝肾阴虚, 加知柏地黄丸。

9. 心肾阳虚证

主证: 精神萎靡, 情绪低沉, 嗜卧少动, 心烦惊恐, 失眠多梦, 面白无华, 形神颓废, 阳痿遗精, 舌淡胖苔白, 脉沉细。

治法: 温补心肾, 助阳悦神。

方剂：金匱腎氣丸合桂枝甘草湯加味。

熟地 24g，山藥 12g，山茱萸 12g，茯苓 30g，丹皮 9g，澤瀉 9g，桂枝 15g，附子 9g，炙甘草 9g，巴戟天 12g。

加減：睡眠障礙，夜尿頻繁，加桑螵蛸、蓮子；便秘，加肉苁蓉、鎖陽；恐懼、心悸，加紫石英、石菖蒲。

四、名醫經驗

1. 陳汝興：患者主要症狀為顯著而持久的心境低落，抑鬱悲觀，對日常活動喪失興趣和愉悅感，終日憂心忡忡，鬱鬱寡歡，精力明顯減退，嚴重者甚至反覆出現自殺意念或行為。言語明顯減少，自我評價過低，常產生無用感、無希望感、无助感，思考能力明顯下降，反應遲鈍，少氣懶言，動作緩慢，喜歡獨居，疏遠親友，回避社交。緊張不安、焦慮、易激惹，失眠或早醒，食慾不振，性欲明顯減退，閉經。老年患者除有抑鬱心境外，焦慮煩躁情緒突出，軀體不適感明顯。根據其“陰虛火旺”的病機特點，陳師擬制解鬱合劑治療抑鬱症，驗之臨床，每獲佳效。藥物組成為：生地 18g，百合 30g，遠志 6g，炒酸棗仁 30g，柏子仁 15g，龍眼肉 24g，生龍骨 30g（先煎），生牡蠣 30g（先煎），茯苓 10g，當歸 12g，石菖蒲 12g，生麥芽 15g，柴胡 12g，梔子 6g，丹皮 12g，制南星 12g，制半夏 15g，山茱萸肉 15g。每日 1 劑，水煎服。該方由百合地黃湯合滋水清肝飲加減而成，方中生地、百合、炒酸棗仁、柏子仁、龍眼肉清熱涼血、養心安神；制南星、石菖蒲、遠志祛痰開竅，寧心安神；生龍骨、生牡蠣鎮驚安神、平肝潛陽；茯苓、半夏清化心下之痰飲以寧神；生麥芽行氣消食、健脾開胃；柴胡、梔子、丹皮清肝火，除心煩；山茱萸肉、黃精養陰補虛。

用藥見效的指征首先表現在睡眠改善，其次為食慾增加，情緒穩定。用藥見效後，應堅持用藥 6～10 個月，以巩固療

效。该病秋冬季易反复，可以改汤剂为丸药服用6~8周，以预防复发。《临证指南医案·郁证》说：“郁证全在病者能移情易性”。除上述药物治疗外，心理治疗极为重要，尤其是认知行为治疗和认知心理治疗，能够帮助患者解除思想顾虑，正确对待客观事物，树立战胜疾病的信心。而充分调动患者的积极性，改善患者人际交往能力和心理适应功能，有助于疗效的提高，可收事半功倍之效。（选自《中国中医急症》2006，15（7）：758）

2. 张承烈 气滞痰郁，肝郁乘脾，脾运不健，生湿聚痰，痰气郁结于胸膈之上，自觉咽中似有异物，吐之不出，吞之不下，或伴触事易惊，眩晕心悸，呕恶口苦，苔黄而腻等，“妇人咽中如有炙脔，半夏厚朴汤主之。”选用半夏厚朴汤理气化痰。心肾不交：心肾不交是指心火亢盛不能下交于肾，肾水亏虚不能上济于心的心肾阴虚阳亢证候。多因思虑劳神太过，心阴暗耗；或情志忧郁，郁而化火，耗伤肾阴；或因虚劳久病，房事不节等导致肾阴水耗，肾水不足，心火便相对旺盛，阴虚阳动，上扰心神所致。症见月经不调，有性欲，但性交达不到高潮，阴道渗出物少，心烦不眠，头晕耳鸣，心悸健忘，体倦乏力，腰膝酸软，潮热盗汗，咽干少津，舌红少苔，脉细数等。治疗宜滋阴降火，交通心肾，常用交泰丸及黄连阿胶汤治疗。心脾两虚：忧郁不解，思虑过多，肝郁化火，伤津耗液，心脾两虚，临床见症多为发作性，情绪容易冲动，知觉过于敏感或迟钝，心神不宁，精神恍惚，悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸，神疲力乏，即《金匱要略》“脏躁”证，治宜养心安神定志，选用甘麦大枣汤。（选自《中医杂志》2006，47（9）：659）

五、医案精选

1. 彭履祥医案——百合地黄汤治疗心神涣散，情绪低

落案

曾某，男，56岁。患者神情恍惚多年，中西医治疗不效，症见心慌不宁，劳动时情绪不定，欲动不耐动，欲行不耐行，心神涣散，情绪低落，烦躁易怒，睡眠不安，遂整日钓鱼养病。口苦口渴，小便黄，舌红赤少苔，脉弦略数。同时发生遍体瘡疹，甚似杨梅疮。询其起因，乃偶遇打渔人，吸其烟具后所致，顽固不愈。据证审因，乃心肺阴伤，里热偏盛，为百合病之典型者。方用百合、生地、知母、滑石等味，服10剂后，诸症略减，唯瘡疹如故。于原方加金银花以解毒。但1剂未已，翻胃呕吐，腹泻如水，再次来诊。审其所由，恐系银花之寒伤其胃气，非百合病所宜。故再投初诊原方，吐利即止，守方20剂余，瘡疹隐没，诸症消失。（选自《古今名医临证金鉴·癫狂痢卷》）

〔按语〕 情绪低落，烦躁易怒，睡眠不安，应属抑郁焦虑共病，属中医所说的百合病无疑，故《金匱要略》之百合诸方合用有效，而百合病不能用金银花则是需要借鉴的经验。

2. 闫云科医案——柴胡加龙骨牡蛎汤治疗郁证案

马某，女，34岁，娄烦县人。夏季病胆结石，经余治愈。冬日因家事不遂，积忧成疾，病失眠。原籍一医与镇静药治疗月余，时效时不效。易医，与归脾汤加莱菔子，仅一剂，烦躁益甚，通宵达旦难以成寐，遂来忻州求诊。患者精神萎靡，表情淡漠，闷闷不乐，郁郁寡欢，胸满心烦，胆怯易惊，喜欢独处，厌扰之情及于幼子，胸背部如火烧焚，思饮喜冷，口苦。舌尖红，苔薄白，脉来弦滑。诊腹，右胁下有抵抗，脐上动悸。胸满不欢者，肝气郁结也；脉象弦滑者，痰气交阻也。口苦思冷者，肝胆火旺也。《丹溪心法》云：“气血冲和，万病不生，一有怫郁，诸病生焉，故人身诸病，多生于郁。”张景岳亦云：“神安则寐，神不安则不寐，其所以不安者，一由邪气之扰，一由荣气之不足耳。”由是观之，本案之失眠乃肝气郁

结，火生于内，痰聚于中，痰火扰心，神明不安而起。正所谓痰因火而壅，火因痰而盛。治当舒肝解郁，清热化痰。拟柴胡加龙骨牡蛎汤加减：柴胡 12g，黄芩 10g，半夏 15g，党参 10g，龙牡各 30g，茯苓 15g，川大黄 6g，胆星 6g，白金丸 3g。3 剂。患者住忻州饭店，服药当晚仍不能寐，躁懊若丧。自视病不治，绝望之至，跳楼自杀，幸其丈夫早有防备，使之未遂，急愤中用指甲自毁其面，来诊时犹血迹缕缕。余以宽言慰之，并以《皇汉医学·柴胡加龙骨牡蛎汤》治愈病例示之，以坚其必愈信念。令守方续服，至 7 剂时，可睡 5~6 小时，胸背部烧灼感消失，口苦止，胸满烦惊诸症减轻。继进 3 剂，可寐 7~8 小时，情绪亦恢复如初，惟感疲倦而已。嘱其淡漠宠辱，自我调理，无忧无虑即成仙，何不仰之、行之！（选自《临证实验录》）

〔按语〕 郁生百病。本案患者精神萎靡，表情淡漠，闷闷不乐，郁郁寡欢，自寻短见，为抑郁症所常见。从郁而治，舒肝解郁，清热化痰，守方获效。但“心病还需心药医”也是不可忽视的经验。

3. 顾武军医案——小柴胡汤合百合地黄汤、甘麦大枣汤治疗抑郁症案

陈某，女，53 岁，2005 年 3 月 26 日初诊。患者咽喉不适、气道不畅伴有胀感 1 年余，常情绪急躁易怒、悲伤欲哭，曾有自杀念头。既往有慢性胆囊炎、慢性胃炎病史，右肩背放射痛。诊见：咽喉两侧有堵塞感，伴胃脘不舒，嗳气则舒，舌淡、苔白少津，脉弦。证属肝强脾弱，肝脾不和。治以疏肝理气，方以小柴胡汤合百合地黄汤、甘麦大枣汤加减。处方：百合、小麦各 30g，生地黄、蒲公英各 15g，柴胡、茯苓、刀豆、葛根、紫苏叶、紫苏梗、八月札、娑罗子各 10g，桂枝、厚朴、法半夏、炙甘草各 5g，红枣 5 枚。每天 1 剂，水煎服。连服 28 剂，自觉心情舒畅，咽部亦较前舒利，唯见气逆、暖

气，易疲劳，舌淡、苔薄白，脉弦。仍宗原方增减，加山茱萸 15g 补益肝肾，继服 20 剂以调理善后。

按：小柴胡汤具有和解少阳枢机之功，疏利三焦，调达上下，宣通内外，和畅气机，主治少阳枢机不利证；百合地黄汤滋阴安神；甘麦大枣汤则养心安神。顾老师临证常用 3 方加减治疗抑郁症，每获良效。本例患者诊为抑郁症，病机乃肝郁脾虚，痰气郁结，故以小柴胡汤和解少阳，宣畅气机；百合地黄汤滋阴安神；甘麦大枣汤补益心脾，安神宁心；酌加桂枝通阳透达；茯苓健脾安神；厚朴行气解郁，化痰散结；紫苏叶、紫苏梗、刀豆、八月札、娑罗子理气和胃降逆；葛根、蒲公英清热解毒。3 方合方加减，使肝气舒，脾气健，气顺痰消，诸症自愈。（选自《新中医》2006，38（3）：69—70）

4. 笔者医案——桂枝加龙骨牡蛎汤治疗阳郁神颓案

患者：张某，女，26 岁，学生。2004 年 11 月 21 日初诊。情绪低落 1 年余，加重 2、3 个月。患者 1 年前出现情绪低落，悲伤欲哭，神疲乏力，注意力及记忆力均下降，心烦，脾气急躁，对周围事物无兴趣；已经服中药数月，但疗效甚微。近 2、3 个月因情志刺激导致病情加重，曾服用脑蛋白水解物，症状有所缓解。纳差眠差，口干，二便调。神情凝重，表情悒郁，难以释怀。舌淡略红，苔薄腻淡黄，脉左沉细略弦，右弦见滑。诊断：抑郁症。情绪低落，悲伤欲哭，神疲乏力，均为阳郁不达之象；“所以任物者谓之心”，其注意力及记忆力均下降，心烦，脾气急躁，对周围事物无兴趣，均属阳郁神颓所致。治法：宣阳开郁，畅达神机，宁心安神。处方：桂枝 12g，生白芍 18g，炙甘草 9g，生龙牡各 24g，茯苓 30g，巴戟天 15g，东白薇 24g，石菖蒲 18g。6 剂，水煎服，每日 1 剂，分早、午两次温服。二诊：精神情绪明显改善，已无明显不适，睡眠正常，口干已不著。面露喜悦之色，肤色亦渐荣润。舌淡红，苔薄根微黄，脉微浮。年轻体强，治疗反应迅速，故

取效甚捷。药既见效，毋需更方：上方6剂，水煎服，每日1剂，分早、午两次温服。三诊：症状消失，睡眠好，精力旺盛，学习效果亦佳，口不渴。精神情绪好，为近年来得最佳状态。已满怀信心投入博士研究生入学考试准备工作。舌淡红，苔薄微黄，脉左沉细，右弦。证治分析：药已见效，阳郁已开，拟减开郁通阳药之用量，小量缓图。处方：上方改桂枝9g，巴戟天10g，加天花粉9g，厚朴6g。6剂，水煎服，2日1剂，每日早餐后温服。随访半年，病情无反复，正在准备硕士研究生论文答辩。（《中国中医药报》总2653期，2006.12.15）

〔按语〕 本案取效之快，难以料想。细思之，除方药对证之外；患者年轻、身体素质好，文化素质高，求治心切，对治疗反应迅速亦有密切关系。

六、临证心得

抑郁症是近年来临床常见的精神心理疾患，正在受到日益广泛的关注。中医虽无抑郁症之名，但是，从张仲景《伤寒杂病论》所记载的内容中可以找出许多与抑郁症类似的表现，如，小柴胡汤证的“嘿嘿不欲饮食”，大柴胡汤证的“郁郁微烦”，少阴病阴提纲证的“但欲寐”、黄连阿胶汤证的“心中烦，不得卧”，猪苓汤证的“心烦不得眠”，以及《金匱要略》有关百合病、脏躁、惊悸、奔豚气病等记述，其中不乏与抑郁症相当的病情描述。

近年来，我们通过临床实践发现，抑郁症患者以情绪低落、兴趣降低、自我评价下降、工作效率降低、懒动懒言、神疲乏力、体重减轻、性欲减退、大便秘结为主要临床表现。可以概括为“懒”、“呆”、“变”、“忧”、“虑”等方面。据此，我们以“阳郁神颓”概括抑郁症的基本病机，而神机颓废是抑郁症临床表现的基本特征。其情绪低落、兴趣降低、自我评价下

降、工作效率降低是神机颓废；而懒动懒言、神疲乏力、体重减轻、性欲减退、大便秘结即是由于阳气郁痹，气机不畅，脏腑身形失和之故。神形兼病，神病为主，是抑郁症的主要临床表现。抑郁症临床表现虽然复杂，不出神形兼病之范围，并且主要表现为功能活动呈现出抑制性的变化，其中神机颓废是其特征性的改变。而阳气郁痹，生发异常是抑郁症之病机核心。阳气郁痹，则生发之机抑遏，表现为功能活动减弱。功能活动减弱的特征是昼不能精，且至夜则不能寐。进而提出畅达阳气作为治疗抑郁症的基本方法，通过畅达阳气以求达到舒畅气机，鼓舞脏腑气化，振奋神机，宁神定志之目的。心为阳中之太阳，主血脉，藏神明，又为人体精神心理活动之总司。因此，通阳可以治心，治心可以调神。借鉴仲景六经辨证理论和方药，用于抑郁症临床，以桂枝甘草汤、苓桂术甘汤、四逆散、柴胡桂枝汤、桂枝茯苓丸、竹皮大丸等方剂为基础，化裁治疗抑郁症，重在宣通阳气，振奋神机，取得一定疗效。此外，诸如桂枝加龙骨牡蛎汤、柴胡桂枝汤、附子汤、桂枝加大黄汤、小陷胸汤、瓜蒌薤白半夏汤、三物白散等也可使用。临证需要注意，通阳勿过温燥，以防助热伤阴；对热证特别是痰热证，应在清化痰热的基础上，注意畅达气机，但应防治伤阴，较之阳郁之证，更难调理。在此基础上，同时应当重视审察兼夹证病机，适当给予治疗。如，夹肝气郁结，合四逆散疏肝解郁；失眠严重，合酸枣仁汤养心安神；阳郁化热，加白薇、竹叶；阳郁夹痰热内蕴，可先用礞石滚痰丸或黄连温胆汤豁痰清热，开郁宁神；也可选用《伤寒论》三物白散合小陷胸汤去巴豆，加郁金、橘叶、竹茹、天竺黄。在应用桂枝汤类方治疗抑郁症时，若患者阴液耗伤，或咽喉干燥，其轻者减桂枝、补骨脂用量，或去桂枝、补骨脂，加麦冬、百合、玉竹养阴安神，川贝母、竹茹清热开郁，散结化痰；重者用二加龙牡汤去附子，加天冬、麦冬、生地、熟地；郁热内结，阳郁不

达，神机被扰，治宜清热开郁，振奋神机，宁心安神，用《金匱要略》竹皮大丸加味。

调神是抑郁症证治的重要内容，我们体会，调神首选要疏达阳气，阳气宣达，神机才能振奋。其次，需要重视阴精的谧藏，察其阴液之盈亏，阴液充足者，振奋阳气为要；阴液不足者，养阴为先着，阴亏者神无所藏，安神必以养阴为基础。第三，安神药物种类繁多，临证需随证而施，不可一味追求潜镇，用之不当，反而影响阳气之生发，神机被遏，其病缠绵难愈。

重视大便通畅与否。便秘是抑郁症的主要临床表现之一，保持大便通畅是抑郁症治疗过程中的重要临床内容。大便的排泄以阳气的鼓舞推动为动力，阳明胃肠的传导下行是大便排泄的基本脏腑器官，因此，抑郁症的便秘以宣畅阳气，畅达气机为首务，不可一味苦寒泻下，虽可求得一时畅快，日后反而越发秘结，甚至连一泻也难得。此时便秘的治疗，应当以基本病机核心，在针对基本病机进行治疗的同时，适当佐以通便药物，如，阳气郁结，宣达失常，宜郁李仁；痰热郁结，宜瓜蒌、决明子，或稍加大黄；阴虚热结，宜生地、玄参、麦冬。

第三节 躁狂证

一、概述

躁狂症是躁狂抑郁症的一种发作形式。以情感高涨、思维奔逸、以及言语动作增多为典型症状。躁狂症的发病与遗传因素、体质因素、中枢神经介质的功能及代谢异常、精神因素等因素有关。其中，躁狂抑郁性精神病的发病可能与精神刺激因素有关，但只能看作诱发因素。

躁狂抑郁症中医称之为“癫狂。”“癫”指的是抑制性症状，属阴，一般为忧郁型精神病，临床表现为精神萎靡，行为懒散，瞬视怠缓，音低语简，动作迟缓，兴趣索然，如醉如吃，或悲或泣，或歌或笑。“狂”指的是亢奋性症状，属阳，一般为躁狂型精神病。如：毁物伤人，裸体狂奔，不避亲疏，甚则持刀杀人，逾垣上屋，多怒不卧，高歌大笑，属肝、心、胃痰火壅盛。由于悲愤不解，懊恼愤怒，伤及肝胆，伤肝加化火，乘胃扰心，心窍昏蒙，失于疏泻，煎熬津液，结为痰火，痰火上扰，蒙闭心窍，神气逆乱，狂躁不宁，故狂责在肝、胃、心与包络四脏之邪气盛实。一般而言，癫病为阴邪，而狂病为阳热。此外，在《金匱要略》还提出“阴气衰者为癫，阳气衰者为狂”的论点，而从《伤寒论》、《金匱要略》的有关论述可以说明癫狂虽分阴阳，但不是绝对的。有时狂躁、抑郁症状同时出现，反复发作，属阴阳失调、虚实兼夹证。治疗上则应分别予以理气解郁，化痰开窍，清肝泻火，镇心涤痰，健脾化痰，调和阴阳。

二、诊 断

以心境显著而持久的改变——心境高扬为基本临床表现，伴有相应的思维和行为改变，有反复发作的倾向，间歇期完全缓解。发作症状较轻者可达不到精神病的程度。本病发作表现为躁狂相，其含义和诊断标准为：患者心境高扬，与所处的境遇不相称，可以兴高采烈，易激惹、激越，甚至发生意识障碍。严重者可出现与心境协调或不协调的妄想、幻觉等精神病性症状。

（一）症状标准

以情绪高涨或易激惹为主要特征，且症状持续至少一周，在心境高扬期，至少有下列症状中的三项：

1. 言语比平时显著增多；

2. 联想加快, 或观念飘忽, 或自感言语跟不上思维活动的速度;

3. 注意力不集中, 或者随境转移;

4. 自我评价过高, 可达妄想程度;

5. 自我感觉良好, 如感头脑特别灵活, 或身体特别健康, 或精力特别充沛;

6. 睡眠的需要减少, 且不感疲乏;

7. 活动增多, 或精神运动性兴奋;

8. 行为轻率或追求享乐, 不顾后果, 或具有冒险性;

9. 性欲明显亢进。

(二) 严重程度标准

至少有下列情况之一:

1. 工作、学习和家务劳动能力受损;

2. 社交能力受损;

3. 给别人造成危险或不良后果。

(三) 排除标准

1. 不符合脑器质性精神障碍、躯体疾病与精神活性物质和非依赖性物质所致精神障碍;

2. 可存在某些分裂性症状, 但不符合精神分裂症的诊断标准。若同时符合精神分裂症的症状诊断标准, 鉴别诊断可参考分裂情感性精神病的诊断标准。

三、辨证治疗

1. 痰火壅盛证

主证: 平素急躁易怒, 头痛失眠, 两目怒视, 面红目赤, 突然狂乱无知, 骂詈叫号, 不避亲疏, 逾垣上屋, 登高而歌, 弃衣而走, 打人毁物, 气力逾常, 不食不眠, 舌质红绛, 苔黄腻或黄燥而垢, 脉弦大滑数。

治法: 清心泻火, 涤痰醒神。

方剂：大承气汤合小陷胸汤。

大黄 9g，芒硝 6~9g（冲服），枳实 15g，厚朴 12g，瓜蒌 15g，黄连 12g，半夏 9g，胆南星 9g，生铁落 30g。

加减：火盛伤阴，加生地、玄参；痰盛，加青礞石、鲜竹沥。

2. 瘀血阻滞证

主证：狂病日久，躁扰不宁，恼怒不休，甚则登高而歌，弃衣而走，妄见妄闻，面色晦暗滞而垢，舌质紫暗，有瘀斑，少苔或薄黄而苔干脉弦细或细涩。

治法：逐瘀荡热，调畅气血。

方剂：桃核承气汤合防己地黄汤。

大黄 9g，芒硝 6g（冲服），桃仁 12g，桂枝 9g，炙甘草 9g，防己 12g，防风 9g，生地黄 30g，赤芍 15g。

加减：气滞加重，加枳实、槟榔、大腹皮；血虚，加当归、白芍。

3. 痰瘀阻结证

主证：发狂日久，躁妄不宁，言语混乱，睡眠不实，蓬头垢面，面色晦滞，大便不畅，舌质紫暗，苔腻或白或黄，脉弦滑或涩。

治法：活血化瘀，化痰醒神。

方剂：桃核承气汤为主，痰热合当归贝母苦参丸，痰浊合桂枝茯苓丸加减。

大黄 9g，芒硝 6g（冲服），桃仁 12g，桂枝 9g，炙甘草 9g，当归 15g，川贝母 9g，苦参 9g，茯苓 30g，赤芍 15g，丹皮 12g。

加减：痰热盛，不用桂枝，加天竺黄、鲜竹沥；瘀血阻滞突出，加莪术、水蛭。

4. 火盛伤阴证

主证：狂病久延，其势渐缓，烦惋焦躁，时有发作，神志

渐清，虽有妄乱之症，但呼之已能自制，夜不安寐，伴见精神疲惫，面红而垢，形体消瘦，口干便难，舌尖红无苔，有剥裂，脉细数。

治法：清泻火热，宁心安神。

方剂：竹叶石膏汤合百合地黄汤。

生石膏 30g，竹叶 12g，知母 15g，百合 30g，生地 30g，半夏 9g，丹参 15g，天竺黄 12g，竹茹 15g，珍珠粉 3g（冲服）。

加减：失眠者，加黄连、酸枣仁；大便秘结，加芒硝、决明子。

5. 阴虚火旺证

主证：狂病久延，病势徐缓，虽有躁动不安，但发作减少，自制力大多恢复，饮食减少，睡眠不足，大便干燥，口干口渴，舌质红赤，苔少或无，脉弦细数。

治法：滋阴降火，除烦安神。

方剂：黄连阿胶汤合百合知母汤。

黄连 6g，阿胶 9g（烊化），白芍 30g，黄芩 6g，鸡子黄 2枚（搅兑），百合 30g，知母 15g，竹叶 6g，丹参 15g。

加减：失眠突出，加麦冬、酸枣仁、生龙齿；烦躁妄动，加白头翁、青礞石。

6. 气郁热结证

主证：躁扰不宁，烦躁惊恐，失眠头晕，饮食减少，大便不畅，口干口苦，舌质红，苔薄黄，脉弦动数。

治法：疏肝解郁，清热安神。

方剂：柴胡加龙骨牡蛎汤。

柴胡 15g，黄芩 12g，桂枝 6g，半夏 9g，大黄 6g，茯苓 30g，龙骨 24g，牡蛎 24g，炙甘草 6g，桔梗 9g，紫菀 24g。

加减：失眠，加石菖蒲、远志、酸枣仁；烦躁重者，加连翘、丹参、竹叶；伤阴，加麦冬、百合、生地。

7. 心阳不振证

主证：病程日久，或患者体弱，也可以在久病之后，发生精神不安，烦躁惊狂，易惊善恐，睡眠易惊，大便不实，形神疲惫，面色不和，舌质淡胖，苔薄白或滑，脉沉细迟。

治法：温通心阳，镇惊安神。

方剂：桂枝加龙骨牡蛎汤。

桂枝 15g，炙甘草 15g，龙骨 30g，牡蛎 30g，山茱萸 15g，茯苓 30g，人参 6g，石菖蒲 12g，酸枣仁 15g。

加减：汗出多，加浮小麦、麻黄根、炮附子；小便频多，可以重用山茱萸，桑螵蛸。

四、名 医 经 验

1. 沈仲理 治疗精神分裂症，临床表现为病如狂状妄行，独语不休，无寒热，其脉浮。或为癫狂之疾。癫则沉默痴呆，或昏睡终日，语无伦次，或歌或笑，或悲或泣为特征。狂则躁狂打骂，毁物咬人，喧扰不宁，动而多怒为特征。常用《金匱要略》防己地黄汤，处方：木防己 10g，地黄 20g，桂枝 10g，防风 10g，甘草 5g，（地黄有新鲜者可用生地黄 1000g 绞汁，分冲煎剂内服用）。本方用木防己取其除热气诸病、祛风利湿，故仲景用防己以除癫狂之疾，颇有心得。配合生地以入营分，凉血清神，桂枝、防风通阳祛风，正所以振心阳以安神明。合而有扶正祛邪而起到平其狂妄，言乃心之声，心阳宣通则独语不休自除，取甘草以调和诸药，起到益中气、振心阳、养心血，使整个方药发挥应有的效用。加减：肝火旺者，加羚羊角（或山羊角代替）、生石决明、天麻。心阳郁而亢者，加野百合、麦冬、带心连翘、玄参、淮小麦、合欢皮。夹有痰热者，加陈胆星、石菖蒲、天竺黄、竹沥、半夏、枳实、竹茹。严重不寐者，加磁朱丸（吞服）。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

2. 胡建华 精神分裂症有狂躁型和抑郁型。狂躁型精神分裂症，中医属狂证范畴，《临证指南》曰：“狂由大惊，病在肝胆胃经，三阳并而上升，故火炽则痰涌，心窍为之闭塞。”胡氏以为：此证当为郁怒伤肝，气失疏泄，郁而化火，津液被熬，结成痰火，扰乱心神，导致发狂。由于痰火上扰，心窍被蒙，故见语无伦次，哭笑无常；由于肝胆火旺，痰火壅盛，可见怒目直视，盛气凌人，甚则骂詈不避亲疏；由于热盛津液被灼，故多见便干，舌红，脉数。处方则以加味甘麦大枣汤为基础，养心安神，化痰解郁；生铁落饮以镇心降火；百合、知母清热润燥；狂躁征象严重，常加用龙胆草、黑山栀、生大黄等直折肝火。（选自《古今名医临证金鉴·癫狂痫卷》）

3. 周康 青春型精神分裂症临床上极为多见，其表现为惊狂不安，行为紊乱，情感倒错，妄言妄见。仲景在《伤寒论》中云：“伤寒八，九日，下之，胸满烦惊，小便不利，谵语，一身尽重，不可转侧者，柴胡加龙骨牡蛎汤主之。”《类聚方广义》指出柴胡加龙骨牡蛎汤的适应证为“狂症，胸腹动甚，惊惧避人，兀坐独语，昼夜不眠，或多猜疑，或欲自死，不安于床，或郁郁悲愁，多梦寐，或恶接人，或屏居暗室。”上述症状与青春型精神分裂症的临床表现极为接近。遂以柴胡加龙骨牡蛎汤为主，对原方药物加以变化，取名新制柴胡汤治之。组成：柴胡 15g，龙骨 30g，牡蛎 30g，竹沥 9g，半夏 9g，黄芩 9g，桃仁 15g，红花 9g，丹皮 15g，赤芍 15g，丹参 15g，香附 15g，青皮 9g，陈皮 9g，酒大黄 15g，生甘草 3g。本方是柴胡加龙骨牡蛎汤去人参、桂枝、铅丹、茯苓、生姜、大枣，加桃仁、红花、丹皮、赤芍等理血药。《内经》云：“心主血，肝藏血”，“心主神明”，故神明昏乱而癫狂者与血分有关。本方不但具有理气重镇之功，尚有行血破瘀之力，且药味多为入肝经之品。因狂多实证，故采取实则泻之而奏效。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

4. 姚子扬 精神分裂症多因痰、气、火相结。表现为精神失常，烦躁不安，多语善疑，或哭笑无常，夜不安寐，或尿黄便秘等。肝主疏泄而喜条达，心主神明而恶热。若所愿不遂，忧郁悲怒，肝气郁滞，郁久化火，灼津生痰。痰、气、火三相结，母病及子，扰乱心神，则精神失常，遂成是症。治疗宜舒肝解郁，清心化痰。痰火一清，则心神自安。方用自拟瓜蒌泻心汤：瓜蒌 30~60g，制南星 10g，姜半夏 10g，黄连 6~10g，栀子 15g，枳实 15g，竹沥 10ml（兑入），橘红 10g，柴胡 10g，大黄 10g，菖蒲 10g，郁金 12g，白芍 15g，甘草 2g。每日 1 剂，水煎，分 2 次温服。（选自《首批国家级名老中医效验秘方精选》）

5. 乔保钧 临证治疗一般分为 3 个不同阶段，各期治疗有异：①狂躁期：症见精神亢奋，狂躁刚暴，喧扰不宁，力大过人，或毁物打骂，或登高而歌，或逾垣上屋，或狂奔乱舞，脉劲有力，或舌红，苔黄厚，脉弦滑洪数。此期为病之初起属实属阳。其病机为：气郁化火，炼津为痰，痰火内壅，火气交蒸。治宜清心泻火，涤痰宣窍，通腑导下，兼疏肝畅气。方融大承气汤、黄连泻心汤、栀子豉汤、涤痰汤合而化裁：大黄 15~30g（后下），黄连 9g，芒硝 10~15g，白芍 30g，枳实 15~30g，栀子 9g，淡豆豉 9g，胆南星 10g，石菖蒲 10g，厚朴 9g，生甘草 5g。②相对平衡期：狂躁期经积极治疗或未经治疗，但患者由于连续发作，体力日渐消耗可转为本期。症见：精神疲惫，时而躁狂，烦躁不眠，多言乱语，痰热扰心。治当疏肝理气，清热化痰，宁心安神。方宗逍遥散、栀子豉汤合涤痰汤化裁：柴胡 9g，当归 15g，茯苓 30g，栀子 9g，淡豆豉 10g，白芍 20g，枳实 9g，菖蒲 10g，炒枣仁 20g，琥珀 3g，生龙骨 15g，生牡蛎 15g，夜交藤 30g。③恢复期：经上治疗，精神基本复常，但因体质消耗过大，加之患病期间饮食无时，气血渐亏，故表现为乏力、神疲、少言懒动，胸胁胀满或刺

痛，脘痞纳呆，心烦口渴，头晕头痛，舌红紫黯，少苔，脉沉细无力。其病机主要为肝郁脾虚，气阴两伤兼有瘀血。治宜疏肝健脾，补气养阴，活血化瘀。方融生脉散、逍遥散、二陈汤加减化裁：党参 12g，麦冬 15g，五味子 9g，当归 15g，柴胡 9g，白芍 20g，天麻 15g，白术 10g，半夏 9g，陈皮 9g，茯苓 30g，丹参 15g，川芎 9g，炙甘草 5g。总之，狂躁期以通腑泄热，荡涤痰浊为主；相对静止期以疏肝理气，清心安神为主；恢复期以疏肝健脾，益气养阴，活血化瘀为主。（选自《古今名医临证金鉴·癫狂痫卷》）

五、医案精选

1. 沈仲理医案——防己地黄汤治疗躁狂案

陈某，女，30岁。初诊（1979年11月17日）：停经三月，夜寐不安，有时独语不休，心烦易怒，或狂妄出走，神情呆滞。舌质淡红，脉左弦、右细数。心肝之火偏亢，肝气郁结，夹痰热内恋，心阳失展，导致神明不安，主宰紊乱之象。治宜养血调经，清心解郁，佐以化痰宁神之品。处方：当归 12g，丹参 12g，赤白芍各 9g，川芎 6g，大生地 12g，泽兰叶 10g，茺蔚子 10g，广郁金 10g，夏枯草 10g，陈胆星 6g，石菖蒲 10g，天竺黄 6g，磁朱丸 12g（分二次吞服）。7剂。二诊：近日精神兴奋异常，时有狂躁，独自外出，夜不安寐。月经未见来潮。口苦唇燥。苔薄黄，舌质淡红，脉弦细带数。病久血虚，血不养心，心气郁遏，心火上僭，心主神明，故神明不得宁静。夹痰热逗留，则清阳被蒙，而致神识恍惚，无以自主。再拟防己地黄汤合甘草泻心汤法。处方：木防己 12g，大生地 15g，桂枝 3g，防风 19g，当归 12g，丹参 12g，赤芍 10g，朱茯神 10g，生甘草 10g，川连 3g，黄芩 6g，竹沥 6g，半夏 10g，全瓜蒌 30g，野百合 10g，合欢皮 10g，磁朱丸 12g（分二次吞服）。14剂。三诊：月经已来潮。服药以来，精神状态

逐渐恢复正常，夜寐已安，口唇亦润。苔薄黄，脉濡细，数象已平。心藏神，心阴充沛，心阳宣通，心火下交心肾，则神明得以安其舍。再拟养血调经，宁心安神法。处方：当归 10g，丹参 10g，大生地 12g，枸杞子 12g，柏子仁 10g，麦冬 10g，怀小麦 30g，生甘草 10g，野百合 10g，合欢皮 10g，朱茯神 10g，火麻仁 12g，灯芯草 4g。7 剂。（选自《仲景方在急难重病中的运用》）

〔按语〕 防己地黄汤《金匱要略》用于治疗狂证，全方除癫狂、益中气、振心阳、养心血，配合清热化痰开窍安神之品，渐次收功。

2. 张琪医案——桃核承气汤治疗瘀血内阻案

史某，女，32 岁。1983 年 9 月 16 日初诊。烦躁不安，发狂数月。患者因家庭不和，经常与其爱人口角，抑郁寡欢，月经逐渐减少，后致闭经 1 年余。初则烦躁易怒，继而狂躁外奔，争吵骂詈，不避亲疏。曾入某专科医院，使用冬眠灵治疗无效，故由家人陪伴来门诊请张老诊治。患者狂躁不安，经闭不行，少腹拒按，舌质紫黯，脉沉弦有力。诊断：狂证（精神分裂症），辨证属瘀血闭阻胞宫，实热上扰神明。治以清热泄下，活血逐瘀。处方：桃仁 30g，大黄 20g，桂枝 15g，丹皮 20g，玄明粉 15g，赤芍 15g，甘草 15g。连服上方 10 剂，每日大便 1~2 次，精神渐安，未出现骂詈奔走现象。但月经未潮，少腹仍拒按。上方去玄明粉，加水蛭 10g。继服上方 10 剂，月经于本月 15 日来潮，经量较多，夹有瘀块。精神转佳。继以养血活血之剂调治而愈。（选自《古今名医临证金鉴·癫狂病卷》）

〔按语〕 蓄血发狂治用桃核承气汤，本属正治。但数月之疾，迭治无效，则凸显识证之重要性，亦彰显医者辨证水准。

3. 朱进忠医案——大陷胸、抵当汤合方治疗蓄血发狂案

薛某，男，22 岁。精神失常半个多月，先用西药治疗不

效，继用中药安宫牛黄丸治之亦不效。诊时见其两目怒视，大便秘结数日不行，少腹硬满而痛，舌苔黄燥，脉沉滑数。追问其狂发之状，每至夜间其证尤剧。思之，正蓄血发狂之证也，拟大陷胸、抵当汤合方：甘遂 6g，水蛭 6g，虻虫 4.5g，大黄 6g，芒硝 3g，桃仁 6g。患者家属欲求速效，4 剂合为 1 剂，顿服之，药后泻下 8 次，色黑褐，是夜即睡眠约 8 个小时，次日夜又连续睡眠达 20 小时左右。3 个月后来诊，精神恢复正常。（选自《中医临证经验与方法》）

〔按语〕 痰瘀互结发狂，用抵当汤是为正治，大陷胸汤虽亦泻热荡浊，但临证敢于用之，则是胆识所及，非胆大心细者不可为。

4. 胡建华医案——甘麦大枣汤加味治疗痰火蒙神案

患者，男性，47 岁。18 年前因受刺激而致精神失常，意识不清，狂躁不安，暴怒毁物，时或哭笑，时或打人骂人，夜不能寐，大便干结，7 日 1 行。曾往某精神病院治疗，服用氯丙嗪、氟哌啶醇等，病情时有反复。近因家中琐事刺激，诸症又现，舌质红，苔腻，脉弦滑数。证属肝郁化火，痰浊内蒙，扰乱心神，情志逆乱。治宜泻火化痰，养心安神。处方：炙甘草 9g，怀小麦 30g，大枣 9g，菖蒲 9g，炙远志 4.5g，丹参 30g，龙胆草 9g，黑山栀 12g，生大黄 9g（后下），知母 15g，生南星 20g。服药 7 剂，精神渐趋正常，原方增减再服 1 个月，并自行减量和停用西药，各症消失而告康复，后改用养血安神中药调理。1 年后因精神刺激稍有反复，但程度明显减轻，再用原方调治 1 周即愈。（选自《古今名医临证金鉴·癫狂痫卷》）

〔按语〕 痰火发狂，治宜涤痰泻火，而合以甘、麦、大枣，于甘缓之中，加以苦寒荡泻，既是经验，也是胆识。

5. 闫云科医案——瓜蒂散治疗狂言案

陈某，男，25 岁，未婚，东冯城人。狂言妄道已逾两载。

长则十余日一作，短则每日如斯，每作约 3~5 分钟，作毕，清醒如常，一忘所言也。今日来诊，叙称头脑憋闷，有震动感，寐少梦多，纳呆喜唾，恶心欲吐，痰涎甚多，二便正常，口苦。舌尖红，苔黄黑而腻，脉沉伏。在某医院作脑电图检查，未见异常。由脉症观之，证为痰饮停伏，蒙蔽心窍使然。盖所求不得，所欲不遂，肝气抑郁，郁则生痰，扰心则神乱，犯胃则呕吐。观邪呈上逆之势，治当顺其势以越之。豆豉 15g，煎汤送服瓜蒂散 6g。二诊：药后一时许开始呕吐，吐出黄色黏痰约一杯，继而泄泻水样便三次，头重脑闷顿觉减轻。至此，本应健脾化痰予以善后，然从舌苔黄黑而腻、脉象沉滑有力看，知痰饮留伏深固，非旦夕能以驱除。斩草要除根，除恶务求尽，姑息养奸，终为祸端。且其体质健壮，宜一鼓作气，继以除痰。拟：礞石滚痰丸 6g，1 日 2 次，连服 3 天。三诊：泄泻黑便甚多，感觉头脑轻快，痰涎已无，恶心不再，黄黑腻苔渐退，仍纳呆，脉沉滑。此邪已衰大半，战术宜易，变剿为抚。拟：陈皮 15g，半夏 10g，茯苓 15g，甘草 6g，枳实 10g，竹茹 10g，黄连 4.5g。3 剂。四诊：自用药后，狂言妄语再未发作，胃纳增，睡眠佳，舌尖红，苔白腻，脉沉滑。邪虽臣服，须防反复，嘱守方续服 5~10 剂。（选自《临证实验录》）

〔按语〕 狂则痰火壅盛，治需荡涤痰火，礞石滚痰丸最为常用。但《内经》有“其高者因而越之”的治法，仲景有瓜蒂散应之，虽是峻剂，对证即是良方。要在识证准确。

六、临证心得

躁狂无论是在杂病还是热病皆时有所见，属于临床常见病。从《伤寒论》到《金匱要略》都有论述，杂病发狂，责之痰火与气血逆乱；热病得之，以热邪内扰、瘀血内结、痰热结聚。临床应用仲景方药，可以治疗多数发狂的病证。杂病发狂

临证最多，治用三承气汤、大小陷胸汤、泻心汤、防己地黄汤。如，大黄黄连泻心汤用于躁狂症，以具有火热亢奋倾向为特征，伴有精神不安、兴奋、少寐、头晕等证候。经方治疗发狂，长于泻火，而荡涤痰浊之力尚嫌不足，宜参照后世医家治疗狂病之生铁落饮、礞石滚痰丸，从中选择涤痰、豁痰之品，如青礞石、白矾、黑白丑等，随证应用。蓄血发狂证治始于仲景，桃核承气汤、抵当汤、下瘀血汤皆属良方，对症投药，其效甚速，亦可用于颅脑外伤后的精神失常的治疗，但对于杂病之蓄血证，用于痰瘀相关的病理基础，在应用逐瘀定狂方法时，还应当顾及痰浊、痰热的存在，适当配合化痰、涤痰之品，而仲景之桂枝茯苓丸、半夏厚朴汤、小半夏汤、小陷胸汤、大陷胸汤等均属治痰之剂，临证可以选择应用。痰瘀互结，宜合用桂枝茯苓丸；血瘀气滞，宜桃核承气汤、下瘀血汤合用半夏厚朴汤；兼见痰热者，则合用小陷胸汤；痰热结滞，常难速除，则宜选用大陷胸汤荡涤痰热瘀浊，但甘遂宜慎用。《素问·生气通天论》说：“阴不胜其阳则脉流迫疾并乃狂”。则狂病泻火涤痰、凉血逐瘀是为常法，日久阴伤，又当兼顾养阴，阴复则神得安宁，阴足则能制约阳气，使火热不能内生，可以断狂病复发之路。竹叶石膏汤、麦门冬汤、百合知母汤、百合地黄汤、百合滑石汤等皆可随证选用。最值得称道的是，《金匱要略》之防己地黄汤，重用生地黄汁为主药，集清热、凉血、养阴、泻火于一身，凡火热内盛，热邪内扰，心神不安，而狂躁妄行，独语不休者，用之以养阴血而除热，养阴泻火，寓防于治，值得借鉴。论治阳虚发狂是仲景的重要贡献，也为狂病临床提供了可靠的治疗方法。后世治疗阳虚狂病，多师法仲景，心阳不振，心神失养，形神不宁，惊悸狂言，不得安宁，易惊善恐，舌质淡胖，脉沉细迟或动数，则不可轻言泻火化痰，治宜桂枝加牡蛎龙骨救逆汤；阳虚甚者，或心肾阳虚，烦躁不宁，昼重夜安，精神疲惫，气力不足，则当辛热开

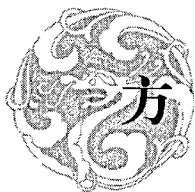
破，鼓舞阳气，消散阴凝，首选《伤寒论》之干姜附子汤，可加龙骨、牡蛎、茯苓等，或用《伤寒论》茯苓四逆汤加减。

痰火发狂或热病发狂应重视保护阴液。痰生于津液之停滞，火热易于伤阴，故躁狂之因于痰热、痰火或心肝火炽者，其背面就是阴虚津亏，所以在清热泻火，涤痰开窍之同时，还必需注意保护阴液，首先是苦寒泻火涤痰而不伤阴，其次，在清泻火热化痰的过程中，随时应着手养阴之治。对此，《医学心悟》生铁落饮之用麦冬，《景岳全书》二阴煎之用麦冬、生地、玄参，其配伍之妙意，足资师法。

狂病发作控制多有难度，协助患者找出发作诱因，避免或减少刺激，对狂病的治疗与预防都是重要的，因而，也是治疗工作的重要一环。

参 考 文 献

1. 卫生部疾病控制司，中华医学会神经病学分会．中国脑血管病防治指南．2005
2. 丁元庆．颈源性头痛证治．中国中医药报，总 2447 期，2005
3. 丁元庆．“阳郁神颓”是抑郁症的重要病机．中国中医药报，总 2568 期，2006



方剂汇编

二 画

二陈汤（《太平惠民和剂局方》）半夏 橘红 白茯苓 甘草 生姜 乌梅

二阴煎（《景岳全书》）生地 麦冬 枣仁 生甘草 玄参 黄连 茯苓 木通 灯草（或竹叶）

二加龙牡汤（《外台秘要》）龙骨 甘草 牡蛎 芍药 大枣 生姜 白薇 附子（炮）

二仙汤（张伯讷验方）仙茅 淫羊藿 巴戟天 当归 知母 黄柏
人参败毒散（《太平惠民和剂局方》）柴胡 甘草 桔梗 人参 川芎 茯苓 枳壳 前胡 羌活 独活

三 画

三化汤（《素问病机气宜保命集》）厚朴 大黄 枳实 羌活

三物白散（《伤寒论》）桔梗 巴豆 贝母

三甲复脉汤（《温病条辨》）炙甘草 干地黄 生白芍 麦冬 阿胶 麻仁 生牡蛎 生鳖甲 生龟版

干姜附子汤（《伤寒论》）干姜 附子

下瘀血汤（《金匮要略》）大黄 桃仁 蟅虫

大川芎丸（《宣明论方》）川芎 天麻

大承气汤（《伤寒论》）大黄 厚朴 枳实 芒硝

大柴胡汤（《伤寒论》）柴胡 黄芩 芍药 半夏 生姜 枳实 大枣

大陷胸丸（《伤寒论》）大黄 葶苈子 芒硝 杏仁

大陷胸汤（《伤寒论》）大黄 芒硝 甘遂

大黄蛰虫丸（《金匱要略》）大黄 黄芩 甘草 桃仁 杏仁 芍药 干地黄 干漆 虻虫 水蛭 蛰蛰 蛰虫

大黄黄连泻心汤（《伤寒论》）大黄 黄连

小半夏汤（《金匱要略》）半夏 生姜

小半夏加茯苓汤（《金匱要略》）半夏 生姜 茯苓

小承气汤（《伤寒论》）大黄 厚朴 枳实

小青龙汤（《伤寒论》）麻黄 芍药 细辛 干姜 甘草 桂枝 五味子 半夏

小柴胡汤（《伤寒论》）柴胡 黄芩 人参 半夏 甘草 生姜 大枣

小陷胸汤（《伤寒论》）黄连 半夏 瓜蒌实

四 画

天麻钩藤饮（《中医内科杂病证治新义》）天麻 栀子 黄芩 杜仲 益母草 桑寄生 夜交藤 朱茯神 川牛膝 钩藤 石决明

五苓散（《伤寒论》）猪苓 白术 泽泻 茯苓 桂枝

五磨饮子（《医方考》）木香 沉香 槟榔 枳实 台乌药

止痉除痢散（《首批国家级名老中医效验秘方精选》）生龙骨 生牡蛎 紫石英 寒水石 白石脂 赤石脂 生石膏 滑石粉 生赭石 桂枝 降香 钩藤 干姜 大黄 甘草

风引汤（《金匱要略》）大黄 干姜 龙骨 桂枝 甘草 牡蛎 寒水石 滑石 赤石脂 白石脂 紫石英 石膏

牛黄承气汤（《温病条辨》）大黄 安宫牛黄丸

乌头汤（《金匱要略》）麻黄 芍药 黄芪 甘草 川乌

乌头桂枝汤（《金匱要略》）乌头 桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣

化痰通腑汤（《当代名医临证精华·中风专辑》）瓜蒌 胆南星 生大黄 芒硝

六味地黄丸（《小儿药证直诀》）熟地黄 山茱萸 干山药 泽泻

牡丹皮 茯苓

五 画

甘草附子汤（《伤寒论》）甘草 附子 白术 桂枝

甘草泻心汤（《伤寒论》）甘草 黄芩 干姜 半夏 大枣 黄连

甘草小麦大枣汤（《金匱要略》）甘草 小麦 大枣

甘草干姜茯苓白术汤（《金匱要略》）甘草 白术 干姜 茯苓

四物汤（《仙授理伤续断秘方》）熟地黄 当归 白芍药 川芎

四逆散（《伤寒论》）甘草 枳实 柴胡 芍药

四七汤（《太平惠民和剂局方》）半夏 苏叶 茯苓 生姜 陈皮

四味芍药汤（《当代名医临证精华·头痛眩晕专辑》）白芍 生牡蛎

丹参 甘草

生脉散（《医学启源》）人参 麦门冬 五味子

生铁落饮（《医学心悟》）天冬 麦冬 贝母 胆星 橘红 远志

菖蒲 连翘 茯苓 茯神 玄参 钩藤 丹参 辰砂 生铁落

生姜泻心汤（《伤寒论》）生姜 甘草 人参 干姜 黄芩 半夏

黄连 大枣

白虎汤（《伤寒论》）知母 石膏 甘草 粳米

白虎加白芷汤（《卫生宝鉴》）知母 石膏 甘草 粳米 白芷

白虎葛根汤（《伤寒大白》）知母、石膏、葛根、白芷

白头翁汤（《伤寒论》）白头翁 黄柏 黄连 秦皮

瓜蒂散（《伤寒论》）瓜蒂 赤小豆

瓜蒌泻心汤（《首批国家级名老中医效验秘方精选》）瓜蒌 制南星
姜半夏 黄连 梔子 枳实 竹沥（兑入）橘红 柴胡 大黄 菖蒲
郁金 白芍 甘草

半夏厚朴汤（《金匱要略》）半夏 厚朴 茯苓 生姜 干苏叶

半夏白术天麻汤（《兰室秘藏》）半夏 白术 天麻 黄芪 黄柏
泽泻 神曲 麦曲 炙甘草 干姜 人参 白茯苓 苍术 橘皮

加味甘麦大枣汤（《古今名医临证金鉴·癫狂痫卷》）炙甘草 小麦
柏子仁 磁石 煅龙骨 煅牡蛎 远志 桂圆肉 莲子

加减小续命汤（《温病条辨》）炙甘草 干地黄 生白芍 麦冬 阿胶
麻仁

加减柴胡加龙骨牡蛎汤《方药传真》柴胡 黄芩 半夏 甘草
龙骨 牡蛎 青黛 铅丹 天麻 石决明 黄精 白胡椒 枯矾

加减承气汤《精神病的中医治疗》生大黄 芒硝 枳实 礞石
皂角 猪胆 醋 竹沥汁 朱砂 石膏 知母

加减黄芪桂枝五物汤《方药传真》黄芪 桂枝 赤芍 当归 鸡
血藤 木瓜 葛根 汉防己 细辛 制没药 青风藤 秦艽 炙甘草

六 画

百合地黄汤《金匱要略》百合 生地黄汁

百合知母汤《金匱要略》百合 知母

百合滑石散《金匱要略》百合 滑石

百合鸡子黄汤《金匱要略》百合 鸡子黄

百合安神饮《首批国家级名老中医效验秘方精选》百合 淮小麦
莲肉 夜交藤 大枣 甘草

芍药甘草汤《伤寒论》白芍 甘草

芎归胶艾汤《金匱要略》川芎 阿胶 甘草 艾叶 当归 芍药
干地黄

防己黄芪汤《金匱要略》防己 甘草 白术 黄芪 生姜 大枣

防己地黄汤《金匱要略》防己 桂枝 防风 甘草 生地黄

当归四逆汤《伤寒论》当归 桂枝 芍药 细辛 甘草 通草
大枣

当归四逆加吴茱萸生姜汤《伤寒论》当归 桂枝 芍药 细辛
甘草 通草 大枣 吴茱萸 生姜

当归四逆汤合四藤一仙汤《方药传真》当归 桂枝 炒白芍 细
辛 威灵仙 海风藤 青风藤 络石藤 鸡血藤 羌活 独活 乳香
没药 丹参 炙甘草

当归芍药散《金匱要略》当归 芍药 茯苓 白术 泽泻 川芎

当归贝母苦参丸《金匱要略》当归 贝母 苦参

竹皮大丸《金匱要略》生竹茹 石膏 桂枝 甘草 白薇

竹叶石膏汤《伤寒论》竹叶 石膏 半夏 麦门冬 人参 甘草
梗米

安宫牛黄丸《温病条辨》牛黄 郁金 黄连 朱砂 山梔 雄黄

黄芩 水牛角 冰片 麝香 珍珠 金箔衣 蜜

七 画

麦门冬汤（《金匱要略》）麦门冬 半夏 人参 甘草 粳米 大枣

苏合香丸（《太平惠民和剂局方》）苏合香 龙脑 麝香 安息香
青木香 香附 白檀香 丁香 荜茇 熏陆香 白术 诃黎勒 朱砂
水牛角 白蜜

厚朴生姜半夏甘草人参汤（《伤寒论》）厚朴 生姜 半夏 甘草
人参

吴茱萸汤（《伤寒论》）吴茱萸 人参 生姜 大枣

补中益气汤（《脾胃论》）黄芪 甘草 人参 当归 橘皮 升麻
柴胡 白术

附子汤（《伤寒论》）附子 茯苓 人参 白术 芍药

附子泻心汤（《伤寒论》）大黄 黄连 黄芩 附子

八 画

苓桂术甘汤（《金匱要略》）茯苓 桂枝 白术 甘草

苓桂茜红汤（《伤寒论十四讲》）茯苓 桂枝 红花 茜草

苓桂芥甘汤（《伤寒论十四讲》）茯苓 桂枝 甘草 白芥子

抵当汤（《伤寒论》）水蛭 虻虫 桃仁 大黄

抵当丸（《伤寒论》）水蛭 虻虫 桃仁 大黄 蜂蜜

肾着汤（《金匱要略》）甘草 干姜 茯苓 白术

知柏地黄丸（《医宗金鉴》）熟地黄 山萸肉 干山药 泽泻 牡丹
皮 茯苓 知母 黄柏

金匱肾气丸（《金匱要略》）干地黄 山药 山萸肉 泽泻 茯苓
牡丹皮 桂枝 附子（炮）

炙甘草汤（《伤寒论》）甘草 生姜 人参 生地黄 桂枝 阿胶
麦门冬 麻仁 大枣 清酒

泻青丸（《小儿药证直诀》）当归 龙脑 川芎 山栀子 川大黄
羌活 防风

泻肝承气汤（《仲景方在急难重病中的运用》）生大黄 枳实 川朴
玄明粉 龙胆草 淡子芩 羚羊粉 焦山栀 石菖蒲 炙远志 鲜竹沥

泽泻汤（《金匱要略》）泽泻 白朮

九 画

牵正散（《杨氏家藏方》）白附子 白僵蚕 全蝎

茵陈蒿汤（《伤寒论》）茵陈蒿 梔子 大黄

茯苓甘草汤（《伤寒论》）茯苓 甘草 生姜 桂枝

茯苓四逆汤（《伤寒论》）茯苓 人参 附子 甘草 干姜

茯苓桂枝白朮甘草汤（《伤寒论》）茯苓 桂枝 白朮 甘草

茯苓桂枝甘草大枣汤（《金匱要略》）茯苓 甘草 大枣 桂枝

枳实芍药散（《金匱要略》）枳实 芍药

梔子豉汤（《伤寒论》）梔子 香豉

厚朴生姜半夏甘草人参汤（《伤寒论》）厚朴 生姜 半夏 甘草
人参

香薷散（《鲁府禁方》）香附子 川芎 细茶

侯氏黑散（《金匱要略》）菊花 白朮 细辛 茯苓 牡蛎 桔梗
防风 人参 矾石 黄芩 当归 干姜 川芎 桂枝

活络效灵丹（《医学衷中参西录》）当归 丹参 生明乳香 生明
没药

活络熄风汤（《方药传真》）当归 桂枝 白附子 生黄芪 生地
赤芍 白芍 天竹黄 全蝎 刺蒺藜 地龙 胆南星 竹沥汁 天麻
钩藤

十 画

桂枝人参汤（《伤寒论》）桂枝 甘草 白朮 人参 干姜

桂枝甘草汤（《伤寒论》）桂枝 甘草

桂枝加桂汤（《伤寒论》）桂枝 芍药 生姜 甘草 大枣

桂枝茯苓丸（《金匱要略》）桂枝 茯苓 牡丹 桃仁 芍药

桂枝加大黄汤（《伤寒论》）桂枝 大黄 芍药 生姜 甘草 大枣

桂枝加葛根汤（《伤寒论》）葛根 麻黄 芍药 生姜 甘草 大枣
桂枝

桂枝加龙骨牡蛎汤（《金匱要略》）桂枝 芍药 生姜 甘草 大枣
龙骨 牡蛎

桂枝加黄芪汤（《金匱要略》）桂枝 芍药 甘草 生姜 大枣 黄芪

桂枝去桂加茯苓白术汤（《伤寒论》）芍药 甘草 生姜 白术 茯苓 大枣

桂枝四七汤（《仁斋直指方》）桂枝 白芍药 半夏（制） 白茯苓 厚朴 枳壳 甘草 人参 紫苏

桃核承气汤（《伤寒论》）桃仁 大黄 桂枝 甘草 芒硝

栝蒌薤白半夏汤（《金匱要略》）瓜蒌实 薤白 半夏 白酒

栝蒌牡蛎散（《金匱要略》）瓜蒌根 牡蛎

真武汤（《伤寒论》）茯苓 芍药 白术 生姜 附子

真珠母丸（《保嬰撮要》）真珠母 当归 熟干地黄 人参 酸枣仁 柏子仁 犀角 茯神 沉香 龙齿

柴胡桂枝汤（《伤寒论》）桂枝 黄芩 人参 甘草 半夏 芍药 大枣 生姜 柴胡

柴胡桂枝干姜汤（《伤寒论》）柴胡 桂枝 干姜 瓜蒌根 黄芩 牡蛎 甘草

柴胡加龙骨牡蛎汤（《伤寒论》）柴胡 龙骨 黄芩 生姜 铅丹 人参 桂枝 茯苓 半夏 大黄 牡蛎 大枣

柴胡加芒硝汤（《伤寒论》）柴胡 黄芩 人参 半夏 甘草 生姜 大枣 芒硝

柴胡羌活汤（《症因脉治》）柴胡 羌活 防风 川芎

柴胡龙牡汤（《方药传真》）柴胡 龙骨 牡蛎

柴陈泽泻汤（《当代名医临证精华·头痛眩晕专辑》）柴胡 黄芩 法夏 党参 甘草 大枣 生姜 陈皮 茯苓 白术 泽泻 天麻 钩藤 菊花

通经行痹汤（《名医名方录》）桂枝 白芍 炙甘草 生姜 威灵仙 独活 徐长卿 牛膝 苏木 大枣

通脉汤（《首批国家级名老中医效验秘方精选》）黄芪 当归 白芍 桃仁 生地 川芎 丹皮 桂枝 茯苓

逍遥散（《太平惠民和剂局方》）甘草 当归 茯苓 芍药 白术 柴胡 烧生姜

涤痰汤（《证治准绳》）南星 半夏 枳实 茯苓 橘红 石菖蒲

人參 竹茹 甘草 生姜

調胃承氣湯《《傷寒論》》甘草 芒硝 大黃

調氣熄風飲《《山東中醫雜誌》》生大黃 全瓜蒌 枳實 胆南星
土螫虫

調整自主神經方《《方藥傳真》》柴胡 枳殼 炒白芍 甘草 川芎
炒酸棗仁 茯苓(神) 琥珀粉 龙眼肉 鉤藤

眩暈方《《方藥傳真》》當歸 川芎 甘草 全蝎 白芍 葛根 鉤
藤 威靈仙 枳實

眠安湯《《方藥傳真》》百合 生地黃 麥冬 炒酸棗仁 茯神 灯
心草 竹叶 胆南星 生龍骨 生牡蛎 小麦 甘草 大棗

膠艾湯《《金匱要略》》川芎 阿膠 甘草 艾葉 當歸 芍藥 干
地黃 清酒

十 一 画

黃芩湯《《傷寒論》》黃芩 芍藥 甘草 大棗

黃連阿膠湯《《傷寒論》》黃連 黃芩 芍藥 雞子黃 阿膠

黃連溫胆湯《《六因條辨》》半夏 陳皮 竹茹 枳實 茯苓 炙甘
草 大棗 黃連

黃芪桂枝五物湯《《金匱要略》》黃芪 芍藥 桂枝 生姜 大棗

麻黃升麻湯《《傷寒論》》麻黃 升麻 當歸 知母 黃芩 萎蕤
芍藥 天門冬 桂枝 茯苓 甘草 石膏 白朮 干姜

麻黃細辛附子湯《《傷寒論》》麻黃 細辛 附子

麻黃連翹赤小豆湯《《傷寒論》》麻黃 連翹 杏仁 赤小豆 大棗
生梓白皮 生姜 甘草

麻黃杏仁薏苡甘草湯《《金匱要略》》麻黃 甘草 薏苡仁 杏仁

旋復花湯《《金匱要略》》旋覆花 葱 新絳

旋復代赭湯《《傷寒論》》旋覆花 人參 生姜 代赭 甘草 半夏
大棗

羚羊角湯《《醫醇剩義》》羚羊角 龜板 薄荷 夏枯草 生地 菊花
石決明 蟬蛻 丹皮

粉葛湯《《方藥傳真》》粉葛根 防風 白芍 鉤藤 桔梗 蔓荊子
牛大力 蟬蛻 僵蚕 桑本 甘草

清阳汤（《脾胃论》）红花 酒黄柏 桂枝 生甘草 苏木 炙甘草
葛根 当归身 升麻 黄耆

清眩汤（《方药传真》）柴胡 法半夏 黄芩 党参 川芎 吴茱萸
钩藤 甘草 生姜 红枣

清眩舒颈汤（《方药传真》）天麻 钩藤 石决明 黄芩 丹参 桑
寄生 骨碎补 葛根 半夏 僵蚕 全蝎 白芍 甘草

十 二 画

葛根汤（《伤寒论》）葛根 桂枝 麻黄 白芍 炙甘草 生姜
大枣

葛根加半夏汤（《伤寒论》）葛根 桂枝 麻黄 白芍 炙甘草 生
姜 大枣 半夏

葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》）葛根 甘草 黄芩 黄连

紫雪丹（《外台秘要》）石膏 寒水石 滑石 磁石 水牛角 羚羊
角 沉香 青木香 玄参 升麻 甘草 丁香 芒硝 硝石 麝香

颈舒汤（《名医名方》）葛根 当归 狗脊 桂枝 炒白术 白芍
黄芪 茯苓 全蝎粉

温经汤（《金匱要略》）吴茱萸 当归 川芎 芍药 人参 桂枝
阿胶 生姜 牡丹皮 甘草 半夏 麦门冬

温经通脉汤（《首批国家级名老中医效验秘方精选》）川桂枝 炙黄
芪 当归 炒白芍 北细辛 红花 炙甘草 木通 川芎

温胆汤（《三因极一病证方论》）半夏 竹茹 枳实 橘皮 甘草
白茯苓 生姜 大枣

十 三 画

解肝煎（《景岳全书》）半夏 厚朴 茯苓 生姜 苏叶 白芍 砂
仁 陈皮

新制柴胡汤（《仲景方在急难重病中的运用》）柴胡 龙骨 牡蛎
竹沥 半夏 黄芩 桃仁 红花 丹皮 赤芍 丹参 香附 青皮 陈
皮 酒大黄 生甘草

新制桃仁承气汤（《精神病的中医疗法》）鲜生地 生大黄 桃仁
丹皮 红花 郁金 胆星 香附 甘草

十 四 画

酸枣仁汤（《金匱要略》）酸枣仁 甘草 知母 茯苓 川芎
磁朱丸（《备急千金要方》）磁石 朱砂 神曲 蜜

十 五 画

镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）怀牛膝 生赭石 生龙骨 生牡蛎 生龟版 生杭芍 玄参 天冬 川楝子 生麦芽 茵陈 甘草

十 六 画

薯蓣丸（《金匱要略》）薯蓣 当归 桂枝 干地黄 曲 豆黄卷 甘草 川芎 麦门冬 芍药 白术 杏仁 人参 柴胡 桔梗 茯苓 阿胶 干姜 白薇 防风 大枣

十 七 画

礞石滚痰丸（《丹溪心法》）大黄 片黄芩 礞石 沉香

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 神经精神病经方论治

作者 = 丁元庆编著

页数 = 382

SS号 = 11944477

出版日期 = 2007 . 6

理论篇

第一章 中医对脑髓与神经精神病的认识

第一节 脑、髓的概念及其分类

一、脑

二、脊髓

三、骨髓

第二节 脑髓的生成

一、禀先天精气而生

二、成形于胚胎发育过程中

三、根于肾命 长于后天

第三节 脑髓的功能

一、脑髓的功能

二、脊髓的功能

三、骨髓的功能

第四节 脑髓、髓的生理特性

一、脑髓的生理特性

二、脊髓的特性

三、骨髓的生理特性

第五节 脑髓与神机

第二章 神经、精神病的病因病机

第一节 病因

一、外感邪气对脑髓病的影响

二、七情伤神损脑

三、先天因素

四、其他致病因素

第二节 脑髓神志病病机

一、气血失常

二、阴阳失调

三、正虚邪犯

四、瘀血内阻

五、火热上扰

六、痰饮蒙阻

七、脑髓空虚

八、脑髓损伤

第三节 神经精神病的病证特点

一、易虚易实

二、神机失用

三、五觉失调

第四节 神经精神病的症状学特点

一、精神、神志异常

二、知觉思维异常

三、运动异常

四、语言异常

第三章 神经精神病的常用治则、治法与经方

第一节 治则

一、调整阴阳

二、调和气血

三、扶正祛邪

四、调治脏腑，以利脑髓神机

第二节 常用治法与常用经方

一、祛风散邪法

二、调气疏肝法

三、活血通络法

四、化痰利窍法

五、清热泻火法

六、泻火导浊法

七、安神宁脑法

八、补虚益损法

九、通腑泻热法

十、宣痹通络法

第四章 六经辨证与神经精神病证治

第一节 六经辨证与神经精神病概述

一、六经辨证阴阳为纲

二、神经精神病的六经见症

第二节 六经辨证与头痛证治

- 一、三阳病常见头痛
- 二、三阴病性厥阴病可见头痛
- 三、非六经病头痛
- 四、历代医家的补充与发挥
- 五、头痛六经分证
- 六、杂病头痛

第三节 六经辨证与眩晕证治

- 一、六经病证多可发生眩晕
- 二、眩晕六经分证论治

第四节 六经辨证与烦躁证治

- 一、六经病证多可发生烦躁
- 二、烦躁辨证要点

三、六经辨证与烦躁证治

第五节 六经辨证与失眠证治

- 一、张仲景继承和发扬《内经》睡眠理论
- 二、热病、杂病皆可发生失眠
- 三、六经辨证与失眠证治

第六节 六经辨证与郁证证治

- 一、六经皆有郁证
- 二、六经阴阳多少是郁证发病的基础
- 三、从六经论治郁证

第五章 杂病病脉证并治与神经精神病证治

第一节 百合病证治

- 一、百合病的病因病机
- 二、百合病的临床表现与诊断
- 三、百合病主治方研究

第二节 脏躁病证治

- 一、脏躁病因病机
- 二、脏躁的临床表现与诊断
- 三、脏躁主治方的研究

第三节 中风

- 一、对中风病因病机的认识
- 二、准确描述了中风临床表现与发病机制

三、积累了中风治疗经验

四、留下一些难解之题

第四节 痉病

一、痉病原因复杂

二、痉病辨证

三、痉病证治

第五节 血痹

一、血痹病因病机

二、血痹表现

三、血痹证治

四、历代临床对血痹因脉证治的研究

方剂篇

第一节 葛根汤

第二节 柴胡桂枝汤

第三节 柴胡加龙骨牡蛎汤

第四节 大承气汤

第五节 桃核承气汤

第六节 四逆散

第七节 当归四逆汤

第八节 黄芪桂枝五物汤

第九节 酸枣仁汤

第十节 半夏厚朴汤

第十一节 桂枝茯苓丸

疾病篇

第一章 周围神经病经方治疗

第一节 三叉神经痛

第二节 枕神经痛

第三节 特发性面神经麻痹

第四节 面肌痉挛

第五节 坐骨神经痛

第二章 脑血管病经方治疗

第一节 短暂性脑缺血发作

第二节 脑梗死

第三节 脑出血

第四节	椎 - 基底动脉供血不足
第三章	头痛经方治疗
第一节	偏头痛
第二节	紧张型头痛
第三节	颈源性头痛
第四章	癫痫
第五章	精神疾病经方治疗
第一节	焦虑症
第二节	抑郁症
第三节	躁狂证
方剂汇编	

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医