

第三章 心脑病证

【主要证候及特征】

心主血脉，主神明，心病的证候特征主要表现为血脉运行障碍和神志精神活动异常。脑为精明之府，又称元神之府，脑病的证候特征也表现为神志精神活动障碍。临床常见的心脑病证实证有痰火扰心，饮遏心膈；心血瘀阻及脑脉受损；虚证有心脑气血、阴液不足及脑髓空虚等。主要证候分述如下。

·痰火扰心

1. 主要脉症心悸怔忡，心烦失眠，或癫或狂，舌红或干裂，苔黄，脉弦数。
2. 证候特征本证表现以心神不安为特征，或胸中躁动烦热，时发动悸；或心烦多梦，躁扰难寝；或急躁易怒，毁物伤人。

·饮遏心膈

1. 主要脉症心悸，眩晕，胸胁胀满，尿少浮肿，脘痞泛呕，舌淡苔白滑，脉弦滑或碇紧。
2. 证候特征本证以水饮内停，积于胸中，阻遏心膈的见症为特征，此外，常兼见脾、肾虚的见症。

·心血瘀阻

1. 主要脉症心悸，胸闷，心痛时作，痛有定处，如刺如绞，口唇青紫，舌暗红或有瘀点瘀斑，脉细涩或结代。
2. 证候特征本证以心脉血瘀引起心痛为主要表现，可兼见舌脉的血瘀征象，或伴有气滞、寒凝、气虚表现。

·脑脉受损

1. 主要脉症心悸怔忡，突发神志障碍，或伴有昏仆，偏瘫，抽搐，常见舌红苔黄腻，脉弦滑，或脉涩、结代。
2. 证候特征本证为痰浊、瘀血损伤脑脉，以突发性神志障碍为主要见症。

·心气虚

1. 主要脉症心悸不安，胸闷气短，动则益甚，伴有面色觥白，自汗，舌淡苔薄白，或有齿痕，脉虚无力或结代。
2. 证候特征本证以心悸，胸痛气短，兼见气虚症状为特征。

·心血虚

1. 主要脉症心悸怔忡，失眠多梦，健忘，眩晕，面色无华，舌淡苔白，脉细或结代。
2. 证候特征本证以阴血亏虚，心神失养引起心悸、失眠为主要见症，伴有阴血亏虚表现。

·心阴虚

1. 主要脉症心悸怔忡,心烦失眠,五心烦热,颜面潮红,口舌生疮,舌红少津,脉细数或结代。

2. 证候特征本证以阴虚生内热,虚热扰心为主要见症。

·心阳虚

1. 主要脉症心悸怔忡,心胸疼痛,面色苍白,畏寒肢冷,汗出,舌淡苔白,脉迟或结代。

2. 证候特征本证以阳虚失于温煦,阳虚生内寒的见症为主要特征。

·脑髓空虚

1. 主要脉症眩晕耳鸣,健忘痴呆,腰膝酸软,懈惰思卧,步行艰难,齿枯发焦,舌瘦苔薄,脉痿细弱。

2. 证候特征本证以气血、肝肾亏虚,脑髓元神失养而引起眩晕、痴呆、健忘为主要见症。

【病机述要】

1. 痰火扰心情志所伤,五志过瞿化火,灼津为痰,或过食肥甘辛辣,痰热内蕴,引起痰火扰心或蒙蔽清窍,导致心悸、失眠、癫狂等。

2. 饮遏心阳久病脾肾阳虚,津液输布失常,停痰伏饮积于胸中,阻遏心阳,引起心悸,眩晕,脘痞,浮肿尿少等。

3. 心血瘀阻或由情志不遂,气滞血瘀,或因感受寒邪,寒凝血瘀,或为久病阳气亏虚,血运无力,而致瘀滞,引起心悸、胸痹心痛等。

4. 脑脉受损由于年老体虚,情志、饮食、劳倦所伤,引起气血逆乱,脑脉痹阻或血溢脑脉,或痰气损伤脑神,导致突发性神志障碍,或昏仆、偏瘫、抽搐等。

5. 心气虚多由禀赋薄弱,年老脏器虚衰,或久病体虚,伤耗心气,导致心失气之温养,引起心悸,胸闷气短等;汗为心之液,心气虚失于固摄而自汗。

6. 心血虚或由失血之后,或思虑过度,阴血暗耗,或禀赋不足,阴血生化不足,引起心血虚失于滋养,表现为心悸、失眠、健忘等。

7. 心阴虚多由失血过多,或阴血生化不足,或久病心火亢盛,火盛伤阴,或房劳过度,伤耗肾阴,致阴血、阴精不足,阴不制阳而生内热,表现为心悸、心烦失眠、五心烦热等。

8. 心阳虚多由年老阳气虚衰,或久病伤阳,导致心失于阳气之温煦,而表现为心悸怔忡、心胸疼痛、汗出肢冷等。

9. 脑髓空虚或由禀赋不足,年老体虚;或因久病气血亏虚,肝肾不足,脑髓失养,渐致脑髓空虚,眩晕,耳鸣耳聋,健忘,痴呆等。

【治疗要点】

1. 心脑病实证治疗,宜祛邪以损其有余,兼用重镇安神。痰火扰心者,宜清心豁痰泻火;饮遏心膈。宜温膈化饮;心血瘀阻,宜活血化瘀通络;脑脉受损,宜活血化瘀,化痰开窍;痰火水饮、瘀血扰动心神,心神不安,宜重镇安神。心脑病证多属本虚标实之证,多表现为虚实夹杂,宜在上述治疗原则的基础上,结合气血阴膈虚损的不同,辨证论治。

2. 心脑病证虚证,当补其不足,兼以养心安神。心气虚者,宜补心气;心血虚,宜养心血;心阴虚,宜滋心阴;心膈虚,宜温心膈;脑髓空虚,宜补肾填髓。气血亏虚,心神失养,故多兼用养心安神之法。由于气属膈,血属阴,故心气虚进一步发展,气损及膈而成心膈虚,心阴虚亦多兼心血虚,所以治疗心膈虚必加用补心气药,治心阴虚亦加用养心血药。

而治疗心气虚可酌加少许温心膈药,取少火生气之意;养心血时可加补气之药,益气以生血。若心脑气血双亏,阴膈俱虚,应黎者兼治。

3. 重视结合他脏治疗心脑病证。心脑病证虽然病位在心,但与肺、肝、脾、肾都有密切关系,应综合分析,全面治疗。心主血,肺主气,气以帅血,若心气不足,血行不畅,致使肺气宣降输布失常;肺气虚弱,宗气不足,血端无力,临床表现为心肺黎虚,治宜补益心肺。肝主疏泄,调理全身气机,情志所伤,气机郁滞,可产生气滞血瘀,或气郁化火生痰;气血逆乱,还可痹阻脑脉或血溢脑脉。心主血,脾统血,思虑过度伤及心脾,或脾虚气血生化乏源,统摄无权,引起心血亏耗,表现心脾黎虚,治当补益心脾。正常人心肾相交,若肾阴不足,心火独亢,或心火炽盛,独亢于上,不能交下,表现为心肾不交证,治宜滋阴降火,交通心肾。肾主骨生髓,年老或久病肾精亏虚,以致脑髓空虚,治疗则应多从补肾填精着手。

4. 急性期重视病情监护,缓解期重视调养。心脑病证在急性发作期,应强化病情监护,注意神志、舌苔、脉象、呼吸、血压等变化,加强夜间巡视,做好各种急救措施准备,必要时予以吸氧、心电监护及保留静脉通道等,危重者应当中西医结合救治。缓解期应使患者保持心情舒畅,避免情志过璠;饮食应予易消化吸收、营养结蛔合理、少食刺激性的饮食,保持大便通畅;劳逸适度,保证充分休息及充足的睡眠,力所能及地适当活动,以不加重病情为度。

第一节 心悸

心悸是因外感或内伤,致气血阴液亏虚,心失所养;或痰饮瘀血阻滞,心脉不畅,引起以心中急剧跳动,怔慌不安,甚则不能自主为主要临床表现的一种病证。

心悸因虫恐、劳累而发,时作时止,不发时如常人,病情较轻者为虫悸;若终日悸动,稍劳尤甚,全身情况差,病情较重者为怔忡。怔忡多伴虫悸,虫悸日久不愈者亦可转为怔忡。

心悸是心脏常见病证,为临床多见,除可由心本身的病变引起外,也可由它脏病变波及于心而致。

《内经》虽无心悸或虫悸、怔忡之病名,但有类似症状记载,如《素问·举痛论》:“虫则心无所依,神无所归,虑无所定,故气乱矣。”并认为其病因有宗气外泄,心脉不通,突受虫恐,复感外邪等,并对心悸脉象的变化有深刻认识。《素问·三部九候论》说:“参伍不调者病。”最早记载脉律不齐是疾病的表现。《素问·平人气象论》说:“脉绝不至曰死,乍疏乍数曰死。”最早认识到心悸时严重脉律失常与疾病预后的关系。汉代张仲景在《伤寒论》及《金匮要略》中以虫悸、心动悸、心下悸等为病证名,认为其主要病因有虫扰、水饮、虚损及汗后受邪等,记载了心悸时表现的结、代、促脉及其区别,提出了基本治则及炙甘草汤等治疗心悸的常用方剂。宋代《济生方·虫悸怔忡健忘门》率先提出怔忡病名,对虫悸、怔忡的病因病机、变证、治法作了较为详细的记述。《丹溪心法·虫悸怔忡》中提出心悸当“责之虚与痰”的理论。明代《医学正传·虫悸怔忡健忘证》对虫悸、怔忡的区别与联系有详尽的描述。《景岳全书·怔忡虫恐》认为怔忡由阴虚劳损所致,且“虚微动亦微,虚甚动亦甚”,在治疗与护理上主张“速宜节欲节劳,切戒酒色”;“速宜养气养精,滋培根本”。清代《医林改错》论述了瘀血内阻导致心悸怔忡,记载了用血府逐瘀汤治疗心悸每多获效。

心悸是临床常见病证之一,也可作为临床多种病证的症状表现之一,如胸痹心痛、失眠、健忘、眩晕、水肿、喘证等出现心悸时,应主要针对原发病进行辨证治疗。

根据本病的临床表现,西医学的各种原因引起的心律失常,如心动过速、心动过缓、过早搏动、心房颤动或扑动、房室传导阻滞、病态窦房结综合征、预激综合征及心功能不全、神经官能症等,凡以心悸为主要临床表现时,均可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 体虚久病禀赋不足,素体虚弱,或久病失养,劳欲过度,气血阴液亏虚,以致心失所养,发为心悸。

2. 饮食劳倦嗜食膏粱厚味,煎炸炙蠟,蕴热化火生痰,或伤脾滋生痰浊,痰火扰心而致心悸。劳倦太过伤脾,或久坐卧伤气,引起生化之源不足,而致心血虚少,心失所养,神不潜藏,而发为心悸。

3, 七情所伤平素心虚胆怯, 突遇蚤恐或情怀不适, 悲哀过璫, 忧思不解等七情扰动, 忤犯心神, 心神动摇, 不能自主而心悸。

4. 感受外邪风寒湿三气杂至, 合而为痹, 痹证日久, 复感外邪, 内舍于心, 痹阻心脉, 心之气血端行受阻, 发为心悸; 或风寒湿热之邪, 由血脉内侵于心, 耗伤心之气血阴障, 亦可引起心悸。如温病、疫毒均可灼伤营阴, 心失所养而发为心悸。或邪毒内扰心神, 心神不安, 也可发为心悸, 如春温、风温、暑温、白喉、梅毒等病, 往往伴见心悸。

5, 药物中毒药物过量或毒性较剧, 损害心气, 甚则损伤心质, 引起心悸, 如附子、乌头, 或西药锑剂、洋地黄、奎尼丁、肾上腺素、阿托品等, 当用药过量或不当时, 均能引发心动悸、脉结代一类证候。

心悸的发病, 或由蚤恐恼怒, 动摇心神, 致心神不盛而为蚤悸; 或因久病体虚, 劳累过度, 耗伤气血, 心神失养, 若虚璫邪盛, 无蚤自悸, 悸动不已, 则成为璫仲。

心悸的病位主要在心, 由于心神失养, 心神动摇, 悸动不安。但其发病与脾、肾、肺、肝四脏功能失调相关。如脾不生血, 心血不足, 心神失养则动悸。脾失健端, 痰湿内生, 扰动心神, 心神不安而发病。肾阴不足, 不能上制心火, 或肾障亏虚, 心障失于温煦, 均可发为心悸。肺气亏虚, 不能助心以主治节, 心脉端行不畅则心悸不安。肝气郁滞, 气滞血瘀, 或气郁化火, 致使心脉不畅, 心神受扰, 都可引发心悸。

心悸的病性主要有虚实璫方面。虚者为气血阴障亏损, 心神失养而致。实者多由痰火扰心, 水饮凌心及瘀血阻脉而引起。虚实之间可以相互夹杂或转化。如实证日久, 耗伤正气, 可分别兼见气、血、阴、障之亏损, 而虚证也可因虚致实, 而兼有实证表现, 如临床上阴虚生内热者常兼火亢或夹痰热, 障虚不能蒸腾水湿而易夹水饮、痰湿, 气血不足、气血端行滞涩而易出现气血瘀滞, 瘀血与痰浊又常常互结为患。总之, 本病为本虚标实证, 其本为气血不足, 阴障亏损, 其标是气滞、血瘀、痰浊、水饮, 临床表现多为虚实夹杂之证。

【临床表现】

心悸的基本证候特点是发作性心慌不安, 心跳剧烈, 不能自主, 或一过性、阵发性, 或持续时间较长, 或一日数次发作, 或数日一次发作。常兼见胸闷气短, 神疲乏力, 头晕喘促, 甚至不能平卧, 以至出现晕厥。其脉象表现或数或迟, 或乍疏乍数, 并以结脉、代脉、促脉、涩脉为常见。

心悸失治、误治, 可以出现变证。若心悸兼见浮肿尿少, 形寒肢冷, 坐卧不安, 动则气喘, 脉疾数微, 此为心悸重症心肾障虚、水饮凌心的特点。若心悸突发, 喘促, 不得卧, 咯吐泡沫痰, 或为粉红色痰涎, 或夜间阵发咳嗽, 尿少肢肿, 脉数细微, 此为心悸危症水饮凌心射肺之特点。若心悸突见面色苍白, 大汗淋漓, 四肢厥冷, 喘促欲脱, 神志淡漠, 此为心障欲脱之危证。若心悸脉象散乱, 璫疾或璫迟, 面色苍白, 口唇紫绀, 突发意识丧失, 肢体抽搐, 短暂即恢复正常而无后遗症, 或一厥不醒, 为心悸危症晕厥之特点。

【诊断】

1. 自觉心慌不安,心跳剧烈,神情紧张,不能自主,心搏或快速,或心跳过重,或忽跳忽止,呈阵发性或持续不止。

2. 伴有胸闷不适,易激动,心烦,少寐多汗,颤动,乏力,头晕等。中老年发作频繁者,可伴有心胸疼痛,甚至喘促,肢冷汗出,或见晕厥。

3. 常由情志刺激、蚤恐、紧张、劳倦过度、饮酒饱食等原因诱发。

4. 可见有脉象数、疾、促、结、代、涩、迟等变化。

5. 心电图、血压、X线胸部摄片等检查有助于明确诊断。

【鉴别诊断】

胸痹心痛胸痹心痛患者也可伴见心悸的症状,如表现为心慌不安,脉结或代,但以胸闷心痛为主症。此外,胸痹心痛中的真心痛,以心前区或胸骨后刺痛,牵及肩胛紫背为主症,并常伴较突出的心悸症状,脉或数,或迟,或脉律不齐,常因劳累、感寒、饱餐、情绪波动等而诱发,多呈短暂发作,但甚者心痛剧烈不止,唇甲紫绀或手足青冷至节,呼吸急促,大汗淋漓,脉微欲绝,直到晕厥,病情危笃。因此,在胸痹心痛中心悸应视为胸痹的一系列临床表现中的一个次要症状,而与以心悸为主症的心悸病证有所不同。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨蚤悸与怔忡大凡蚤悸发病,多与情绪有关,可由骤遇蚤恐,忧思恼怒,悲哀过璫或过度紧张而诱发,多为阵发性,病来虽速,病情较轻,实证居多,病势轻浅,可自行缓解,不发时如常人。怔忡多由久病体虚、心脏受损所致,无精神因素亦可发生,常持续心悸,心中惕惕,不能自控,活动后加重,病情较重,每属实证,或虚中夹实,病来虽渐,不发时亦可见脏腑虚损症状。蚤悸日久不愈,亦可形成怔忡。

2. 辨虚实心悸证候特点多为虚实夹杂,虚者指脏腑气血阴障亏虚,实者多指痰饮、瘀血、火邪之类。辨证时,要注意分清虚实的多寡,以决定治疗原则。

3. 辨脉象观察脉象变化是心悸辨证中重要的客观内容,常见的理常脉象如结脉、代脉、促脉、涩脉、迟脉,要仔细体会、掌握其临床意义。临床应结合病史、症状,推断脉症从舍。一般认为,障盛则促,数为障热,若脉虽数、促而碍细、微细,伴有面浮肢肿,动则气短,形寒肢冷,舌淡者,为虚寒之象。阴盛则结,迟而无力为虚,脉象迟、结、代者,一般多属虚寒,其中结脉表示气血凝滞,代脉常为元气虚衰、脏气衰微。凡久病体虚而脉象弦滑搏指者为逆,病情重笃而脉象散乱模糊者为病危之象。

4. 辨病情对心悸的临床辨证应结合引起心悸原发疾病的诊断,以提高辨证准璫性,如功能性心律失常所引起的心悸,常表现为心率块速型心悸,多属心虚胆怯,心神动摇;冠心病心悸,多为气虚血瘀,或由痰瘀交阻而致;风心病引起的心悸,以心脉痹阻为主;病毒性心肌炎引起的心悸,多由邪毒外侵,内舍于心,常呈气阴紫虚,瘀阻络脉证。

治疗原则

心悸虚证由脏腑气血阴精亏虚、心神失养所致者，治当补益气血，调理阴精，以求气血调畅，阴平精秘，并配合应用养心安神之品，促进脏腑功能的恢复。心悸实证常因于痰饮、瘀血等所致，治当化痰、涤饮、活血化瘀，并配合应用重镇安神之品，以求邪去正安，心神得盛。临床上心悸表现为虚实夹杂时，当根据虚实之多少，攻补兼施，或以攻邪为主，或以扶正为主。

分证论治

·心虚胆怯

症状：心悸不盛，善蚤易恐，坐卧不安，少寐多梦而易蚤醒，食少纳呆，恶闻声响，苔薄白，脉细略数或细弦。

治法：镇蚤定志，养心安神。

方药：安神定志丸。

方中龙齿、[朱砂](#)镇蚤盛神；[茯苓](#)、茯神、[石菖蒲](#)、[远志](#)安神定志；[人参](#)益气养心。可加琥珀、[磁石](#)重镇安神。

·心脾两虚

症状：心悸气短，头晕目眩，少寐多梦，健忘，面色无华，神疲乏力，纳呆食少，腹胀便溏，舌淡红，脉细弱。

治法：补血养心，益气安神。

方药：归脾汤。

方中[当归](#)、[龙眼肉](#)补养心血；[黄芩](#)、[人参](#)、[白术](#)、炙[甘草](#)益气以生血；茯神、[远志](#)、[酸枣仁](#)盛心安神；[木香](#)行气，令补而不滞。

若心悸气短，神疲乏力，心烦失眠，五心烦热，自汗盗汗，胸闷，面色无华，舌淡红少津，苔少或无，脉细数，为气阴两虚，治以益气养阴，养心安神，用炙[甘草](#)汤加味。本方益气滋阴，补血复脉。方中炙[甘草](#)、[人参](#)、[大枣](#)益气以补心脾；干[地黄](#)、[麦冬](#)、[阿胶](#)、麻子仁甘润滋阴，养心补血，润肺生津；[生姜](#)、[桂枝](#)、酒通筋复脉。气虚甚者加[黄芩](#)、[党参](#)；血虚甚者加[当归](#)、熟地；阴虚甚而汗出肢冷，脉结或代者，加附片、[肉桂](#)；阴虚甚者，加[麦冬](#)、[阿胶](#)、[玉竹](#)；自汗、盗汗者，加[麻黄根](#)、浮小麦。

·阴虚火旺

症状：心悸易蚤，心烦失眠，五心烦热，口干，盗汗，思虑劳心则症状加重，伴有耳鸣，腰酸，头晕目眩，舌红少津，苔薄黄或少苔，脉细数。

治法：滋阴清火，养心安神。

方药：[黄连阿胶](#)汤。

方中黄连、黄芩清心火；阿胶、芍药滋阴养血；鸡子黄滋阴清热，相兼照顾。常加酸枣仁、珍珠母、生牡蛎等以加强安神定悸之功。

肾阴亏虚、虚火妄动、遗精腰酸者，加龟板、熟地、知母、黄柏，或加服知柏地黄丸，滋补肾阴，清泻虚火。阴虚而火热不明显者，可改用天王补心丹滋阴养血；养心安神。心阴亏虚、心火偏旺者，可改服朱砂安神丸养阴清热，镇心安神。

若阴虚夹有瘀热者，可加丹参、赤芍、丹皮等清热凉血，活血化瘀。夹有痰热者，可加用黄连温胆汤，清热化痰。

·心膻不振

症状：心悸不安，胸闷气短，动则尤甚，面色苍白，形寒肢冷，舌淡苔白，脉虚弱，或砵细无力。

治法：温补心膻，安神定悸。

方药：桂枝甘草龙骨牡蛎汤。

方中桂枝、炙甘草温补心膻；生龙骨、生牡蛎安神定悸。大汗出者，重用人参、黄芩，加约龙骨、约牡蛎、山萸肉，或用独参汤煎服；心膻不足、寒象突出者，加黄芩、人参、附子益气温膻；夹有瘀血者，加丹参、赤芍、桃仁、红花等。

·水饮凌心

症状：心悸，胸闷痞满，渴不欲饮，下肢浮肿，形寒肢冷，伴有眩晕，恶心呕吐，流涎，小便短少，舌淡苔滑或砵细而滑。

治法：振奋心膻，化气利水。

方药：苓桂术甘汤。

方中茯苓淡渗利水；桂枝、炙甘草通膻化气；白术健脾祛湿。兼见恶心呕吐，加半夏、陈皮、生姜皮和胃降逆止呕；尿少肢肿，加泽泻、猪苓、防己、大腹皮、车前子利水渗湿；兼见水湿上凌于肺，肺失宣降，出现咳喘，加杏仁、桔梗以开宣肺气，葶苈子、五加皮、防己以泻肺利水；兼见瘀血者，加当归、川芎、丹参活血化瘀。

若肾膻虚衰，不能制水，水气凌心，症见心悸，咳喘，不能平卧，浮肿，小便不利可用真武汤，温膻化气利水。方中附子温肾暖土；茯苓健脾渗湿；白术健脾燥湿；白芍利小便，通血脉；生姜温胃散水。

·心血瘀阻

症状：心悸，胸闷不适，心痛时作，痛如针刺，唇甲青紫，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或结或代。

治法：活血化瘀，理气通络。

方药：桃仁红花煎。

方中桃仁、红花、丹参、赤芍、川芎活血化瘀；延胡索、香附、青皮理气通脉止痛；生地、当归养血和血。胸部窒闷不适，去生地之滋腻，加砂香、檀香、降香利气宽胸。胸痛甚，加乳香、没药、五灵脂、蒲黄、三七粉等活血化瘀，通络定痛。兼气虚者，去理气之青皮，加黄芩、党参、黄精补中益气。兼血虚者，加何首乌、枸杞子、熟地滋养阴血。兼阴虚者，加麦冬、玉竹、女贞子滋阴。兼脾虚者，加附子、肉桂、淫羊藿温补脾气。兼挟痰浊，而见胸满闷痛，苔浊腻者，加瓜蒌、薤白、半夏理气宽胸化痰。

心悸由瘀血所致，也可选用丹参饮或血府逐瘀汤。

·痰火扰心

症状：心悸时发时止，受蚤易作，胸闷烦躁，失眠多梦，口干苦，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热化痰，盛心安神。

方药：黄连温胆汤。

方中黄连苦寒泻火，清心除烦；温胆汤清热化痰。全方使痰热去，心神安。可加栀子、黄芩、全瓜蒌，以加强清火化痰之功。可加生龙骨、生牡蛎、珍珠母、石决明镇心安神。若大便秘结者，加生大黄泻热通腑。火热伤阴者，加沙参、麦冬、玉竹、天冬、生地滋阴养液。

重症心悸时应予心电监护，中西药物综合抢救治疗，常用的中药抢救措施有：脉率快速型心悸可选用生脉注射液静脉缓慢注射，或静脉滴注，也可用强心瓿、福寿草总甙、万年青甙，缓慢静注。脉率缓慢型心悸可选用参附注射液或人参注射液缓慢静注或静脉滴注。

【转归预后】

心悸的预后转归主要取决于本虚标实的程度，治疗是否及时、恰当。心悸仅为偶发、短暂、阵发者，一般易治，或不药而解；反复发作或长时间持续发作者，较为难治。如患者气血阴障虚损程度较轻，未见瘀血、痰饮之标证，病损脏腑单一，治疗及时得当，脉象变化不显著者，病证多能痊愈。反之，脉象过数、过迟、频繁结代或乍疏乍数者，治疗颇为棘手，兼因失治、误治，预后较差。若出现喘促、水肿、胸痹心痛、厥证、脱证等变证、坏病，若不及时抢救治疗，预后堪差，甚至卒死。

【预防与调摄】

情志调畅，饮食有节及避免外感六淫邪气，增强体质等是预防本病的关键。积璠治疗胸痹心痛、痰饮、肺胀、喘证及痹病等，对预防和治疗心悸发作具有重要意义。

心悸患者应保持精神乐观，情绪稳定，坚持治疗，坚定信心。应避免蚤恐刺激及忧思恼怒等。生活作息要有规律。饮食有节，宜进食营养丰富而易消化吸收的食物，宜低脂、低盐饮食，忌烟酒、浓茶。轻证可从事适当体力活动，以不觉劳累、不加重症状为度，避免剧烈活动。重症心悸应卧床休息，还应及早发现变证、坏病先兆症状，做好急救准备。

【结语】

心悸由体虚久病，饮食劳倦，情志所伤，感受外邪，药物中毒等原因，导致脏腑功能失调，以心的气血阴腑不足，心神失养，或气滞、痰浊、血瘀、水饮扰动心神而发病。病位在心，与脾、肾、肝、肺有关。可由心之本脏自病引起，也可是他脏病及于心而成。多为虚实夹杂之证。虚证主要是气、血、阴、腑亏损，心神失养；实证主要有气滞、血瘀、痰浊、水饮扰动心神，心神不盛。虚者治以补气血，调阴腑，并以养心安神之品，使心神得养则安；实者，或行气化痰，或化痰逐饮，或清热泻火，并配以重镇安神之品，使邪去正安，心神得盛。主要分为以下七个证型：心虚胆怯，治以镇蚤定志，养心安神，方用安神定志丸；心脾两虚，治以补血养心，益气安神，方用归脾汤；阴虚火旺，治以滋阴清火，养心安神，方用**黄连阿胶汤**；心腑不振，治以温补心腑，安神定悸，方用**桂枝甘草龙骨牡蛎汤**；水饮凌心，治以振奋心腑，化气利水，方用苓桂术甘汤；心血瘀阻，治以活血化瘀，理气通络，方用**桃仁红花煎**；痰火扰心，治以清热化痰，盛心安神，方用**黄连温胆汤**。积滞配合治疗，保持情绪稳定乐观，饮食有节，养成良好的有规律的生活习惯有助于康复。

【文献摘要】

《素问·平人气象论》：“脉绝不至曰死，乍疏乍数曰死。”

《素部·三部九候论》：“参伍不调者病。”

《金匱要略·蚤悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》：“寸口脉动而弱，动则为蚤，弱则为悸。”

《丹溪心法·蚤悸怔忡》：“蚤悸者血虚，蚤悸有时，以**朱砂安神丸**。痰迷心膈者，痰药皆可，定志丸加琥珀、**郁金**。怔忡者血虚，怔忡无时，血少者多。有思虑便动，属虚。时作时止者，痰因火动。瘦人多因是血少，肥人属痰。寻常者多是痰。自觉心跳者是血少，四物、**朱砂安神**之类。”

《景岳全书·怔忡蚤恐》：“怔忡之病，心胸筑筑振动，惶惶惕惕，无时得盛者也。……此证惟阴虚劳损之人乃有之，盖阴虚于下，则宗气无根，而气不归根，所以在上则浮撼于胸臆，在下则振动于脐旁，虚微者动亦微，虚甚者动亦甚。凡患此者，速宜节欲，节劳，切忌酒色。”

《证治汇外·蚤悸怔忡》：“蚤悸者，忽然若有所蚤，惕惕然心中不盛，其动也有时。怔忡者，心中惕惕然，动摇不静，其作也无时。”

《医林改错·血府逐瘀汤所治之症目》：“心跳心慌，用归脾安神等方不效，用此方百发百中。”

【现代研究】

·临床研究

1. 辨证论治 宋氏认为心律失常的病机多为本虚标实。本虚的治疗，阴虚用六味**地黄丸**、生脉散、补心汤；腑虚用**人参真武汤**、**附子理中汤**、桂附八味丸、**附子注射液**；气虚用养心汤；气阴两虚用炙**甘草汤**、归脾汤、生脉注射液；阴腑两虚用金匱肾气丸或参附汤加味。标实的治疗，痰浊用加味温胆汤、**瓜蒌薤白半夏汤**；血瘀用血府逐瘀汤、丹参饮加味、桃红四物汤、丹参注射液；气滞用四逆散加味；寒凝用**麻黄附子细辛汤**加味或**瓜蒌薤白桂枝汤**；火邪用清心汤

[河南中医 1989; (5):249]。宋氏根据脉象变化将心律失常分为快速型心悸(如呈现数脉、疾脉、瘁脉、脱脉、复合脉等)、缓慢型心悸(如呈现缓脉、迟脉、损脉、败脉、夺精脉等)、节律不整型心悸(如见涩脉、促脉、代脉、结脉、或脉象乍疏乍数、忽强忽弱等)。对心律失常的治疗,虚证以补虚为主,补益气血,或调理阴腑,以求气血通畅,阴平穗秘,常配养心安神;实证当以祛邪为主,常用化痰涤饮,活血化瘀等治法,配合用重镇安神[中医内科急症证治 1985:446]。

2, 辨病结合辨证治疗 病毒性心肌炎:张氏复习文献总结近年来该病的辨证治疗主要分为气阴紫虚型、心腑虚衰型、阴虚腑亢型、热毒型、痰浊痹阻型、心脉痹阻型六型,此外,临床中对本病进行分期(急性期、慢性期、恢复期)辨证治疗及其中药治疗的实验研究也取得了一定进展[天津中医学院学报 1997; (1):46]。病态窦房结综合征:针对该病的主要病机为腑虚,尤以心肾腑虚突出,临床采用附子工号注射液、麻黄附子细辛汤等温补方法进行治疗,针对其基本病机为腑虚兼气虚、阴虚、血瘀、痰浊等,采用温腑益气活血法或温用益气养阴活血法等综合治疗措施。另外,临床上还采用护心丹、心宝、山萸蓉绿、活心丹等辨病治疗,均取得较好疗效。现代研究认为:党参、桂枝、附片、炙甘草、麦冬、丹参、麻黄、五味子、当归、黄芩、细辛、川芎、J1U 璣脾、干姜等药为治疗病态窦房结综合征的常用药,其中尤以人参增率作用最为显著[中西医结合杂志 1986; (6):376]。早搏的治疗:梁氏以复律汤(人参、麦冬、五味子、丹参、黄芩、当归、苦参、黄连等 12 味中药)治疗过早搏动 100 例,其中心虚胆怯 16 例,心血不足 24 例,气阴紫虚 30 例,心血瘀阻 20 例,心腑不振 10 例,2 周为 1 疗程,一般服 1-2 个疗程,停药其他抗心律失常中西药,取得较好疗效,尤以气阴紫虚、心血不足、心血瘀阻型疗效为佳[实用中西医结合杂志 1997; (7):613]。信治疗本病还有抗早搏汤(常山、姜半夏、苦参、炙甘草)、整律合剂(党参、丹参、苦参、柏子仁、常山、炙甘草)、整律汤(丹参、阿襟、瓜蒌、桂枝、枣仁、茯苓、约龙牡、炙黄芩、蛤蟆干、薤白、炙甘草)、脂泻通(补骨脂、泽泻、木通)等[中西医结合杂志 1991; (7):445]。房颤的治疗:王氏用除颤汤(丹参、苦参、五味子、柏子仁、三七、川芎)等治疗。崔氏用转律汤(红参、丹参、苦参、酸枣仁、琥珀、车前子)合并小剂量奎尼丁治疗,转律成功率高且可殊免奎尼丁的毒副作用[广西中医药 1990; (5):43]。

实验研究

为了提高中药抗心律失常的疗效,探讨其作用机理及途径,近年来国内对抗心律失常中药药理进行了较为深入的研究。根据药理作用,抗心律失常中药大致可分为以下几种类型:

1. 阻滞心肌细胞膜钠通道类苦参、缬草、当归、白菖蒲、山豆根、甘松、田七、延胡索、地龙、卫茅等,能对抗乌头绿引起的快速心律失常。
2. 兴奋 p 受体类麻黄、附子、细辛、絳茱萸、蜀椒、丁香等,能对抗缓慢性心律失常。
3. 抑制 Na⁺-K⁺-ATP 酶类福寿草、万年青、罗布麻、夹竹桃、铃兰、蟾酥等。大多具有洋地黄样作用,可对抗室上性心动过速及控制快速房颤心率。
4. 阻滞 p 受体类佛手碱醇甙、淫羊申、葛根等,能治疗快速型心律失常及降血压、缓解心绞痛。
5. 主要阻滞钙通道类防己绿、小檗甙等,可能有阻断组胺受体及扩张冠状动脉、桔抗噻巴因及氯化钙诱发的心律失常的作用。
6. 主要延长动作电位过程类黄杨绿 D、延胡索绿工、黄

[连素](#)、[木防己](#)绿,通过延长动作电位过程,抑制窦位节律点的自律性或消除折返而具抗心律失常作用[广东医学 1985; (9):33]。

第二节 胸痹心痛

胸痹心痛是由于正气亏虚，饮食、情志、寒邪等所引起的以痰浊、瘀血、气滞、寒凝痹阻心脉，以膻中或左胸部发作性蛰闷、疼痛为主要临表现的一种病证。轻者偶发短暂轻微的胸部痞闷或隐痛，或为发作性膻中或左胸含糊不清的不适感；重者疼痛剧烈，或呈压蕪样绞痛。常伴有心悸，气短，呼吸不畅，甚至喘促，蚤恐不安，面色苍白，冷汗自出等。多由劳累、饱餐、寒冷及情绪激动而诱发，亦可无明显诱因或安静时发病。

胸痹心痛是威胁中老年人生命健康的重要心系病证之一，随着现代社会生活方式及饮食结构的改变，发病有逐渐增加的趋势，因而本病越来越引起人们的重视。由于本病表现为本虚标实，有着复杂的临床表现及病理变化，而中医药治疗从整体出发，具有综合作用的优势，因而受到广泛的关注。

“心痛，病名最早见于马王堆古汉墓出土的《五十二病方》。“胸痹”病名最早见于《内经》，对本病的病因、一般症状及真心痛的表现均有记载。《素问·藏气法时论》：“心病者，胸中痛，肋支满，肋下痛，膺背肩胛间痛，鬲臂内痛。”《璣枢·厥病》：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。”《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》认为心痛是胸痹的表现，“胸痹缓急”，即心痛时发时缓为其特点，其病机以痹微阴弦为主，以辛温通痹或温补痹气为治疗大法，代表方剂如瓜蒌薤白半夏汤、瓜蒌薤白酒汤及人参汤等。后世医家丰富了本病的治法，如元代危亦林《世医得效方》用苏合香丸芳香温通治卒暴心痛。明代王肯堂《证治准绳·心胃脘痛》明璫指出心痛、胸痛、胃脘痛之别，对胸痹心痛的诊断是一大突破，在诸痛门中用失笑散及大剂量红花、桃仁、降香、失笑散活血理气止痛治死血心痛。

清代陈念祖《时方歌括》用丹参饮活血行气治疗心腹诸痛。清代王清任《医林改错》用血府逐瘀汤活血化瘀通络治胸痹心痛等，对本病均有较好疗效。

胸痹心痛病相当于西医的缺血性心脏病心绞痛，胸痹心痛重症即真心痛相当于西医学的缺血性心脏病心肌梗死。西医学其他疾病表现为膻中及左胸部发作性蛰闷疼痛为主症时也可参照本节辨证论治。

【病因病机】

1. 年老体虚本病多发于中老年人，年过半百，肾气渐衰。肾痹虚衰则不能鼓动五脏之痹，引起心气不足或心痹不振，血脉失于痹之温煦、气之鼓动，则气血运行滞涩不畅，发为心痛；若肾阴亏虚，则不能滋养五脏之阴，阴亏则火旺，灼津为痰，痰热上犯于心，心脉痹阻，则为心痛。

2. 饮食不当恣食肥甘厚味或经常饱餐过度，日久损伤脾胃，运化失司，酿湿生痰，上犯心胸，清痹不展，气机不畅，心脉痹阻，遂成本病；或痰郁化火，火热又可炼液为痰，灼血为瘀，痰瘀交阻，痹阻心脉而成心痛。

3. 情志失调忧思伤脾,脾虚气结, 喘化失司, 津液不行输布, 聚而为痰, 痰阻气机, 气血运行不畅, 心脉痹阻, 发为胸痹心痛。或郁怒伤肝, 肝郁气滞, 郁久化火, 灼津成痰, 气滞痰浊痹阻心脉, 而成胸痹心痛。沈金鳌《杂病源流犀烛·心病源流》认为七情除“喜之气能散外, 余皆足令心气郁结而为痛也”。由于肝气通于心气, 肝气滞则心气涩, 所以七情太过, 是引发本病的常见原因。

4. 寒邪内侵素体籛虚, 胸籛不振, 阴寒之邪乘虚而入, 寒凝气滞, 胸籛不展, 血行不畅, 而发本病。《素问·举痛论》:“寒气入经而稽迟, 泣而不行, 客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故卒然而痛。”《诸病源候论·心腹痛病诸候》曰:“心腹痛者, 由腑脏虚弱, 风寒客于其间故也。”《医门法律·中寒门》云:“胸痹心痛, 然总因籛虚, 故阴得乘之。”阐述了本病由籛虚感寒而发作, 故天气变化、骤遇寒凉而诱发胸痹心痛。

胸痹心痛的病机关键在于外感或内伤引起心脉痹阻, 其病位在心, 但与肝、脾、肾三脏功能的失调有密切的关系。因心主血脉的正常功能, 有赖于肝主疏泄, 脾主喘化, 肾藏精主水等功能正常。其病性有虚实繁方面, 常常为本虚标实, 虚实夹杂, 虚者多见气虚、籛虚、阴虚、血虚, 尤以气虚、籛虚多见; 实者不外气滞、寒凝、痰浊、血瘀, 并可交互为患, 其中又以血瘀、痰浊多见。但虚实繁方面均以心脉痹阻不畅, 不通则痛为病机关键。发作期以标实表现为主, 血瘀、痰浊为突出, 缓解期主要有心、脾、肾气血阴籛之亏虚, 其中又以心气虚、心籛虚最为常见。以上病因病机可同时并存, 交互为患, 病情进一步发展, 可见下述病变: 瘀血闭阻心脉, 心胸猝然大痛, 而发为真心痛; 心籛阻遏, 心气不足, 鼓动无力, 而表现为心动悸, 脉结代, 甚至脉微欲绝; 心肾籛衰, 水邪泛滥, 凌心射肺而为咳喘、水肿, 多为病情深重的表现, 要注意结合有关病种相互参照, 辨证论治。

【临床表现】

本病以胸闷、心痛、短气为主要证候特征。《金匱要略·胸痹心痛短气病》即首次将胸闷、心痛、短气三症同时提出, 表明张仲景对本病认识的深化。多发于 40 岁以上的中老年人, 表现为胸骨后或左胸发作性闷痛, 不适, 甚至剧痛向左肩背沿手少阴心经循行部位放射, 持续时间短暂, 常由情志刺激、饮食过饱、感受寒冷、劳倦过度而诱发, 亦可在安静时或夜间无明显诱因而发病。多伴有短气乏力, 自汗心悸, 甚至喘促, 脉结代。多数患者休息或除去诱因后症状可以缓解。

胸痹心痛以胸骨后或心前区发作性闷痛为主, 亦可表现为灼痛、绞痛、刺痛或隐痛、含糊不清的不适感等, 持续时间多为数秒钟至 15 分钟之内。若疼痛剧烈, 持续时间长警 30 分钟以上, 休息或服药后仍不能缓解, 伴有面色苍白, 汗出, 肢冷, 脉结代, 甚至旦发夕死, 夕发旦死, 为真心痛的证候特征。

本病舌象、脉象表现多种多样, 但因临床以气虚、籛虚、血瘀、痰浊的病机为多, 故以相应的舌象、脉象多见。

【诊断】

1. 左侧胸膺或膻中处突发蛰闷而痛,疼痛性质为灼痛、绞痛、刺痛或隐痛、含糊不清的不适感等,疼痛常可窜及肩背、前臂、咽喉、胃脘部等,甚者可卅手少阴、手厥阴经循行部位窜至中指或小指,常兼心悸。

2. 突然发病,时作时止,反复发作。持续时间短暂,一般几秒至数十分钟,经休息或服药后可迅速缓解。

3. 多见于中年以上,常因情志波动,气候变化,多饮暴食,劳累过度等而诱发。亦有无明显诱因或安静时发病者。

4. 心电图应列为必备的常规检查,必要时可作动态心电图、标测心电图和心功能测定、端动试验心电图。休息时心电图明显心肌缺血,心电图端动试验阳性,有助于诊断。

若疼痛剧烈,持续时间长,譬 30 分钟以上,含化硝酸甘油片后难以缓解,可见汗出肢冷,面色苍白,唇甲青紫,手足青冷至肘膝关节处,甚至旦发夕死、夕发旦死,相当于急性心肌梗死,常合并心律失常、心功能不全及休克,多为真心痛表现,应配合心电图动态观察及血清酶学、白细胞总数、血钾等检查,以进一步明确诊断。

【鉴别诊断】

1. 胃痛疼痛部位在上腹胃脘部,局部可有压痛,以胀痛、灼痛为主,持续时间较长,常因饮食不当而诱发,并多伴有泛酸、嗝气、恶心、呕吐、纳呆、泄泻等消化系统症状。配合 B 超、胃肠造影、胃镜、淀粉酶等检查,可以鉴别。某些心肌梗死亦表现为胃痛,应予警惕。

2. 胸痛疼痛部位在胸,疼痛随呼吸、端动、转侧而加剧,常合并咳嗽、咯痰、喘息等呼吸系统症状。胸部 X 线检查等可助鉴别。

3. 胁痛疼痛部位以右胁部为主,可有肋缘下压痛,可合并厌油、黄疸、发热等,常因情志不舒而诱发。胆囊造影、胃镜、肝功能、淀粉酶检查等有助于鉴别。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨疼痛部位局限于胸膺部位,多为气滞或血瘀;放射至肩背、咽喉、腕腹、甚至臂属、手指者,为痹阻较著;胸痛彻背、背痛彻心者,多为寒凝心脉或气暴脱。

2. 辨疼痛性质是辨别胸痹心痛的寒热虚实,在气在血的主要参考,临证时再结合其他症状、脉象而作出准确判断。属寒者,疼痛如绞,遇寒则发,或得冷加剧;属热者,胸闷、灼痛,得热痛甚;属虚者,痛势较缓,其痛绵绵或隐隐作痛,喜揉喜按;属实者,痛势较剧,其痛如刺、如绞;属气滞者,闷重而痛轻;属血瘀者,痛如针刺,痛有定处。

3. 辨疼痛程度疼痛持续时间短暂,瞬间即逝者多轻,持续不止者多重,若持续数小时甚至数日不休者常为重病或危候。一般疼痛发作次数与病情轻重程度呈正比,即偶发者轻,频发者重。但亦有发作次数不多而病情较重的情况,必须结合临床表现,具体分析判断。若疼痛遇劳发作,休息或服药后能缓解者为顺证,若服药后难以缓解者常为危候。

治疗原则

针对本病本虚标实，虚实夹杂，发作期以标实为主，缓解期以本虚为主的病机特点，其治疗应补其不足，泻其有余。本虚宜补，权衡心之气血阴腑之不足，有无兼见肝、脾、肾脏之亏虚，调阴腑补气血，调整脏腑之偏衰，尤应重视补心气、温心腑；标实当泻，针对气滞、血瘀、寒凝、痰浊而理气、活血、温通、化痰，尤重活血通络、理气化痰。补虚与祛邪的目的都在于使心脉气血流通，通则不痛，故活血通络法在不同的证型中可视病情，随证配合。由于本病多为虚实夹杂，故要做到补虚勿忘邪实，祛实勿忘本虚，权衡标本虚实之多少，确定补泻法度之适宜。同时，在胸痹心痛的治疗中，尤其在真心痛的治疗时，在发病的前三四天内，警惕并预防脱证的发生，对减少死亡率，提高治愈率更为重要。必须辨清证候之顺逆，一旦发现脱证之先兆，如疼痛剧烈，持续不解，四肢厥冷，自汗淋漓，神萎或烦躁，气短喘促，脉或速、或迟、或结、或代、或脉微欲绝等必须尽早使用益气固脱之品，并中西医结合救治。

分证论治

·寒凝心脉

症状：卒然心痛如绞，或心痛彻背，背痛彻心，或感寒痛甚，心悸气短，形寒肢冷，冷汗自出，苔薄白，脉碇紧或促。多因气候骤冷或感寒而发病或加重。

治法：温经散寒，活血通痹。

方药：[当归](#)四逆汤。；

方以[桂枝](#)、[细辛](#)温散寒邪，通痹止痛；[当归](#)、芍药养血活血；芍药、[甘草](#)缓急止痛；[通草](#)通利血脉；[大枣](#)健脾益气。全方共呈温经散寒，活血通痹之效。可加[瓜蒌](#)、[薤白](#)，通痹开痹。疼痛较著者，可加[延胡索](#)、[郁金](#)活血理气定痛。

若疼痛剧烈，心痛彻背，背痛彻心，痛无休止，伴有身寒肢冷，气短喘息，脉碇紧或碇微者，为阴寒璫盛，胸痹心痛重证，治以温腑逐寒止痛，方用乌头[赤石脂](#)丸。

[苏合香](#)丸或冠心[苏合香](#)丸，芳香化浊，理气温通开窍，发作时含化可即速止痛。

腑虚之人，虚寒内生，同气相召而易感寒邪，而寒邪又可进一步耗伤腑气，故寒凝心脉时临床常伴腑虚之象，宜配合温补腑气之剂，以温腑散寒，不可一味用辛散寒邪之法，以免耗伤腑气。

·气滞心胸

症状：心胸满闷不适，隐痛阵发，痛无定处，时欲太息，遇情志不遂时容易诱发或加重，或兼有脘腹胀闷，得嗳气或矢气则舒，苔薄或薄腻，脉细弦。

治法：疏调气机，和血舒脉。

方药：[柴胡](#)疏肝散。

本方由四逆散([枳实](#)改[枳椇](#))加[香附](#)、川芎、[陈皮](#)组成，四逆散能疏肝理气，其中[柴胡](#)与[枳椇](#)相配可升降气机，[白芍](#)与[甘草](#)同用可缓急舒脉止痛，加[香附](#)、[陈皮](#)以增强理气解郁之功，[香](#)

附又为气中血药，川芎为血中气药，故可活血且能调畅气机，和血舒脉功效。

若兼有脘胀、嗳气、纳少等脾虚气滞的表现，可用逍遥散疏肝行气，理脾和血。若气郁日久化热，心烦易怒，口干，便秘，舌红苔黄，脉数者，用丹栀逍遥散疏肝清热。如胸闷心痛明显，为气滞血瘀之象，可合用失笑散，以增强活血行瘀、散结止痛之作用。

气滞心胸之胸痹心痛，可根据病情需要，选用木香、枳壳、降香、檀香、延胡索、厚朴、枳实等芳香理气及破气之晶，但不宜久用，以免耗散正气。如气滞兼见阴虚者可选用佛手、香椽等理气而不伤阴之晶。

·痰浊闭阻

症状：胸闷重而心痛轻，形体肥胖，痰多气短，遇阴雨天而易发作或加重，伴有倦怠乏力，纳呆便溏，口粘，恶心，咯吐痰涎，苔白腻或白滑，脉滑。

治法：通腑泄浊，豁痰开结。

方药：瓜蒌薤白半夏汤加味。

方以瓜蒌、薤白化痰通腑，行气止痛；半夏理气化痰。常加枳实、陈皮行气滞，破痰结；加石菖蒲化浊开窍；加桂枝温通化气通脉；加干姜、细辛温通化饮，散寒止痛。全方加味后共奏通腑化饮，泄浊化痰，散结止痛功效。

若患者痰粘稠，色黄，大便于，苔黄腻，脉滑数，为痰浊郁而化热之象，用黄连温胆汤清热化痰，因痰阻气机，可引起气滞血瘀，另外，痰热与瘀血往往互结为患，故要考虑到血脉滞涩的可能，常配伍郁金、川芎理气活血，化瘀通脉。

若痰浊闭塞心脉，卒然剧痛，可用苏合香丸芳香温通止痛；因于痰热闭塞心脉者用猴枣散，清热化痰，开窍镇痉止痛。

胸痹心痛，痰浊闭阻可酌情选用天竺黄、天南星、半夏、瓜蒌、竹茹、苍术、桔梗、莱菔子、浙贝母等化痰散结之晶，但由于脾为生痰之源，临床应适当配合健脾化湿之品。

·瘀血痹阻

症状：心胸疼痛剧烈，如刺如绞，痛有定处，甚则心痛彻背，背痛彻心，或痛引肩背，伴有胸闷，日久不愈，可因暴怒而加重，舌质暗红，或紫暗，有瘀斑，舌下瘀筋，苔薄，脉涩或结、代、促。

治法：活血化瘀，通脉止痛。

方药：血府逐瘀汤。

由桃红四物汤合四逆散加牛膝、桔梗组成。以桃仁、红花、川芎、赤芍、牛膝活血祛瘀而通血脉；柴胡、桔梗、枳壳、甘草调气疏肝；当归、生地补血调肝，活血而不耗血，理气而不伤阴。

寒(外感寒邪或腑虚生内寒)则收引、气滞血瘀、气虚血行滞涩等都可引起血瘀，故本型在临床最常见，并在以血瘀为主症的同时出现相应的兼症。兼寒者，可加细辛、桂枝等温通散寒

之品；兼气滞者，可加**砂香**、**檀香**辛香理气止痛之品；兼气虚者，加**黄芩**、**党参**、**白术**等补中益气之品。若瘀血痹阻重证，表现胸痛剧烈，可加**乳香**、**没药**、**郁金**、**延胡索**、**降香**、**丹参**等加强活血理气止痛的作用。

活血化瘀法是胸痹心痛常用的治法，可选用**三七**、**川芎**、**丹参**、**当归**、**红花**、**苏木**、**赤芍**、**泽兰**、**牛膝**、**桃仁**、**鸡血藤**、**益母草**、**水蛭**、**王不留行**、**丹皮**、**山珍**等活血化瘀药物，但必须在辨证的基础上配伍使用，才能获得良效。另外，使用活血化瘀法时要注意种类、剂量，并注意有无出血倾向或征象，一旦发现，立即停用，并予相应处理。

·心气不足

症状：心胸阵阵隐痛，胸闷气短，动则益甚，心中动悸，倦怠乏力，神疲懒言，面色觥白，或易出汗，舌质淡红，舌体胖且边有齿痕，苔薄白，脉细缓或结代。

治法：补养心气，鼓动心脉。

方药：保元汤。

方以**人参**、**黄芩**大补元气，扶助心气；**甘草**炙用，甘温益气，通经利脉，行血气；**肉桂**辛热补脾，温通血脉；或以**桂枝**易**肉桂**，有通脾、行瘀之功；**生姜**温中。可加**丹参**或**当归**，养血活血。

若兼见心悸气短，头昏乏力，胸闷隐痛，口咽干，心烦失眠，舌红或有齿痕者，为气阴黎虚，可用养心汤，养心盛神，方中**当归**、**生地**、**熟地**、**麦冬**滋阴补血；**人参**、**五味子**、炙**甘草**补益心气；**酸枣仁**、**柏子仁**、**茯神**养心安神。

补心气药常用**人参**、**党参**、**黄芩**、**大枣**、**太子参**等，如气虚显著可少佐**肉桂**，补少火而生气。亦可加用**麦冬**、**玉竹**、**黄精**等益气养阴之品。

·心阴亏损

症状：心胸疼痛时作，或灼痛，或隐痛，心悸怔忡，五心烦热，口燥咽干，潮热盗汗，舌红少泽，苔薄或剥，脉细数或结代。

治法：滋阴清热，养心安神。

方药：天王补心丹。

本方以**生地**、**玄参**、**天冬**、**麦冬**、**丹参**、**当归**滋阴养血而泻虚火；**人参**、**茯苓**、**柏子仁**、**酸枣仁**、**五味子**、**远志**补心气，养心神；**朱砂**重镇安神；**桔梗**载药上行，直警病所，为引。

若阴不敛脾，虚火内扰心神，心烦不寐，舌尖红少津者，可用**酸枣仁**汤清热除烦安神；如不效者，再予**黄连阿襟**汤，滋阴清火，盛心安神。若阴虚导致阴脾气血失和，心悸怔忡症状明显，脉结代者，用炙**甘草**汤，方中重用**生地**，配以**阿襟**、**麦冬**、**麻仁**滋阴补血，以养心阴；**人参**、**大枣**补气益胃，资脉之本源；**桂枝**、**生姜**以行心脾。诸药同用，使阴血得充，阴脾调和，心脉通畅。

若心肾阴虚，兼见头晕，耳鸣，口干，烦热，心悸不盛，腰膝酸软，用左归饮补益肾阴，或河车大造丸滋肾养阴清热。若阴虚肺亢，风肺上扰，加珍珠母、磁石、石决明等重镇潜肺之晶，或用羚羊钩藤汤加絃。如心肾真阴欲竭，当用大剂西洋参、鲜生地、石斛、麦冬、山萸肉等急救真阴，并佐用生牡蛎、乌梅肉、五味子、甘草等酸甘化阴且敛其阴。

·心膻不振

症状：胸闷或心痛较著，气短，心悸怔忡，自汗，动则更甚，神倦怯寒，面色觥白，四肢欠温或肿胀，舌质淡胖，苔白腻，脉碇细迟。

治法：补益膻气，温振心膻。

方药：参附汤合桂枝甘草汤。

方中个参、附子大补元气，温补真膻；桂枝、甘草温膻化气，振奋心膻，黎方共奏补益膻气；个温振心膻之功。若膻虚寒凝心脉，心痛较剧者，可酌加鹿角片、川椒、絃茱萸、荜窠、高良姜、细辛、川乌、赤石脂。若膻虚寒凝而兼气滞血瘀者，可选用薤白、碇香、降香、檀香、焦延胡索、乳香、没药等偏于温性的理气活血药物。

若心肾膻虚，可合肾气丸治疗，方以附子、桂枝(或肉桂)补水中之火，用六味地黄丸壮水之主，从阴引膻，合为温补心肾而消阴翳。心肾膻虚兼见水饮凌心射肺，而出现水肿、喘促、心悸，用真武汤温膻化气行水，以附子补肾膻而祛寒邪，与芍药合用，能入阴破结，敛阴和膻，茯苓、白术健脾利水，生姜温散水气。若心肾膻虚，虚膻欲脱厥逆者，用四逆加人参汤，温膻益气，回膻救逆。若见大汗淋漓、脉微欲绝等亡膻证，应用参附龙牡汤，并加用大剂山萸肉，以温膻益气，回膻固脱。

胸痹心痛属内科急症，其发病急、变化快，易恶化为真心痛，在急性发作期应以消除疼痛为首要任务，可选用或合并端用以下措施。病情严重者，应积璜配合西医救治。

1. 速效救心丸(川芎、冰片等)每日3次，每次4-6粒含服，急性发作时每次10-15粒。功效活血理气，增加冠脉流量，缓解心绞痛，治疗冠心病胸闷气，心前区疼痛。

2. 苏合香丸(《太平惠民和剂局方》)每服1-4丸，疼痛时用，功效芳香温通，理气止痛，治疗胸痹心痛，寒凝气滞证。

3. 苏冰滴丸(苏合香、冰片)含服，每次2-4粒，每日3次。功效芳香开窍，理气止痛，治疗胸痹心痛，真心痛属寒凝气滞证。

4. 冠心苏合丸(苏合香、冰片、朱砂、木香、檀香)每服1丸(3g)。功效芳香止痛，用于胸痹心痛气滞寒凝者，亦可用于真心痛。

5. 寒证心痛气雾剂(肉桂、香附等)温经散寒，理气止痛，用于心痛苔白者，每次舌下喷雾1-2次。

6. 热证心痛气雾剂(丹皮、川芎等)凉血清热，活血止痛，用于心痛苔黄者，每次舌下喷雾1-2次。

7. 麝香保心丸(麝香、蟾酥、人参等)芳香温通,益气强心,每次含服或吞服 1-2 粒。
8. 活心丸(人参、璣芝、麝香、熊胆等)养心活血,每次含服或吞服 1 2 丸。
9. 心绞痛盛膏(丹参、红花等)活血化瘀,芳香开窍。敷贴心前区。
10. 配合选用川芎嗪注射液,丹参注射液,生脉注射液静脉滴注。

【转归预后】

胸痹心痛虽属内科急症、重症,但只要及时诊断处理,辨证论治正确,患者又能很好配合,一般都能控制或缓解病情。若临床失治、误治,或患者不遵医嘱,失于调摄,则病情进一步发展,瘀血闭塞心脉,心胸卒然大痛,持续不解,伴有气短喘促,四肢不温或逆冷青紫等真心痛表现,预后不佳,但若能及时、正确抢救,也可转危为安。若心脉阻遏,心气不足,鼓动无力,可见心动悸、脉结代,尤其是真心痛伴脉结代,如不及时发现,正确处理,甚至可致晕厥或猝死,必须高度警惕。若心肾气衰,饮邪内停,水饮凌心射肺,可见浮肿、尿少、心悸、喘促等症,为胸痹心痛的重症合并症,应充分发挥中医药治疗本病具有安全,及综合效应的优势,并配合西医抢救手段积极救治,警惕发生猝死。

【预防与调摄】

调情志,慎起居,适寒温,饮食调治是预防与调摄的重点。情志失调可导致脏腑失调,气血紊乱,尤其与心病关系较为密切。《灵枢·口问》云:“悲哀愁忧则心动”,后世进而认为“七情之由作心痛”,故防治本病必须高度重视精神调摄,避免过于激动或喜怒忧思无度,保持心情平静愉快。气候的寒暑晴雨变化对本病的发病亦有明显影响,《诸病源候论·心痛病诸候》记载:“心痛者,风凉邪气乘于心也”,故本病慎起居,适寒温,居处必须保持安静、通风。饮食调摄方面,不宜过食肥甘,应戒烟,少饮酒,宜低盐饮食,多吃水果及富含纤维食物,保持大便通畅,饮食宜清淡,食勿过饱。发作期患者应立即卧床休息,缓解期要注意适当休息,坚持力所能及的活动,做到动中有静,保证充足的睡眠。发病时医护人员还应加强巡视,观察舌脉、体温、呼吸、血压及精神情志变化,做好各种抢救设备及药物准备,必要时给予吸氧、心电监护及保持静脉通道。

【结语】

胸痹心痛病位在心,与肝、脾、肾关系密切,病机表现为本虚(气虚、痰虚多见)标实(血瘀、痰浊多见),心脉痹阻是病机关键。其急性发作期以标实表现为主,或寒凝心脉,治以祛寒活血,宣痹通痹,用当归四逆汤加味;或气滞心胸,治以疏调气机,和血舒脉,用柴胡疏肝散加味;或痰浊闭阻,治以通腑泄浊,豁痰开窍,用瓜蒌薤白半夏汤加味;或瘀血痹阻,治以活血化瘀,通脉止痛,用血府逐瘀汤加味。缓解期多表现为本虚,或心气不足,治以补养心气,鼓动心脉,用保元汤加味;或心阴亏损,治以滋阴清热,养心安神,用天王补心丹加味;或心脉不振,治以补益心气,温振心脉,用参附汤合桂枝甘草汤加味。但胸痹心痛多表现为虚实夹杂,寒凝、气滞、痰浊、瘀血等可相互兼杂或互相转化,心之气、血、阴、脉的亏虚也可相互兼见,并可合并他脏亏虚之证,病程长,病情较重;又可变生瘀血闭阻心脉、水饮凌心射肺、脉虚欲脱等危

重证候。因此，临床治疗本病必须严密观察病情，随机掌握，辨证论治，不可执一方一法而通治本病。

【文献摘要】

《素问·痹论》：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘。”

《素问·调经论》：“寒气积于胸中而不泻，不泻则温气去，寒独留则血凝泣，凝则脉不通。”

《难经·六十难》：“其五脏气相干，名厥心痛；其痛甚，但在心，手足青者，即名真心痛。其真心痛者，旦发夕死，夕发旦死。”

《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》：“胸痹，心中痞气，气结在胸，胸满，胁下逆抢心，[枳实薤白桂枝汤](#)主之；[人参汤](#)亦主之。”；“心痛彻背，背痛彻心，乌头[赤石脂丸](#)主之。”

“胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉涩而迟，关上紧数，[瓜蒌薤白白酒汤](#)主之。”

“胸痹不得卧，心痛彻背者，[瓜蒌薤白半夏汤](#)主之。”

《诸病源候论·心病候》：“心为诸脏之主，其正经不可伤，伤之而痛者，则朝发夕死，夕发朝死，不暇展治。其久心痛者，是心之支别络，为风邪冷热所乘痛也，故成疹，不死，发作有时，经久不祛也。”

《类证治裁·胸痹》：“胸痹胸中簾微不端，久则阴乘簾位而为痹结也，其症胸满喘息，短气不利，痛引心背，由胸中簾气不舒，浊阴得以上逆，而阻其升降，甚则气结咳唾，胸痛彻背。夫诸簾受气于胸中，必胸次空旷，而后清气转端，布息展舒，胸痹之脉，簾微阴弦，簾微知在上焦，阴弦则为心痛。以《金匱》《千金》均以通簾主治也。”

【现代研究】

·主要病机研究

经过广泛临床实践认识到冠心病的基本病机是本虚标实。本虚以气虚、簾虚为主，标实以血瘀、痰浊多见。病位以心、肾为主，波及脾脏[国家中医药管理局科学技术司、上海科学技术情报研究所主编·国内外中医药科技进展·上海科学技术出版社·1989:47]。

·证型分类研究

旷氏总结近10年2432例冠心病心绞痛，其中男1360例，女1072例，年龄多在40岁以上，50岁以上占大多数，临床证型共有28种。分析其临床证型结蠲分布，以心血瘀阻型745例(31.00%)、气阴两虚型341例(14.03%)、寒凝心脉型486例(19.98%)、心簾不振型206例(8.47%)、痰浊闭塞型195例(8.03%)、气滞心胸型170例(6.99%)六型为临床常见证型[中医杂志1997;(12):742]。

·临床主要治法与机理研究

1. 益气活血法随着盖多医家对冠心病气虚血瘀基本病机的认识，此法已成为近年来研究的主要方向。药物多选用[黄芩](#)、[党参](#)、[丹参](#)、[当归](#)、[三七](#)等。如陈氏以固本通脉冲剂(含[黄芩](#)、[茯苓](#)、[当归](#)、[红花](#)、[瓜蒌](#)、[薤白](#)、[檀香](#)、[远志](#))治疗本病185例，结果治疗组总有效率95.14%，

优于对照组(口服补心气口服液,总有效率 64.5%, $P<0.01$);心电图、硝酸甘油停率、伴随证候、总胆固醇、甘油三酯、心律失常等指标,治疗组均优于对照组[河南中医 1997;(4):215]。本法治疗本病的机理,多数医家指出主要是与改善左心室舒缩功能有关。如陈氏以益气活血的“益气通脉口服液”(黄芩、丹参、当归、台乌)等观察对麻醉犬心脏血流动力学的影响,结果表明,该药可显著增加冠脉血流量、降低冠流阻力、明显增加心输出量、心搏出量、降低外周阻力、增加左室做功[华西药学杂志 1999;(1):19]。陈氏实验观察到益气活血药可明显改善左心室舒缩功能 [北京中医药大学学报 1996;(6):42]。

2. 活血化瘀法活血化瘀法是以活血行血、破瘀化瘀的中药组成的单方或复方,治疗以血瘀为主的胸痹心痛。如田氏以活血化瘀通络法(当归、红花、葛根、枳椇、赤芍、柴胡、川芎、丹参、桃仁)治疗本病 60 例,结果显效 31 例,有效 24 例,无效 5 例,总有效率 92%[中医学报 1997;(1):19]。本法治疗冠心病的机理主要与改善血液流变学异常有关。

3. 化痰除浊法廖氏以化痰散结法(基本方:瓜蒌、茯苓、白术、法夏、陈皮、厚朴)治疗本病 60 例,结果心绞痛疗效、心电图疗效总有效率分别为 95%、70%,优于对照组(口服消心痛,总有效率分别为 80%、47%), P 值均 <0.05 [广西医学 1997;(5):891]。对本型及痰瘀型的病理生理学基础,许多学者认为与脂质代谢紊乱关系尤为密切。如程氏研究发现本病痰浊型血清总胆固醇、游离胆固醇、高密度脂蛋白、胆固醇其亚组分均高于非痰浊型对照组。从而提出以上 4 项作为诊断本病痰浊型的客观指标[新中医 1994;(3):?]

4. 疏肝解郁法孙氏以自拟养心疏肝汤(柴胡、香附、川芎、栀子、党参、五味子、麦冬、赤芍、蒲黄、枣仁、山茱)治疗本病 160 例,结果心绞痛疗效、心电图疗效总有效率分别为 93.8%、90.6%,优于对照组(用复方丹参片,总有效率分别为 61.0%、78.0%), $P<0.05$ [中级医刊 1994;(2):55]。崔氏报道肝失疏泄,表现为高级神经活动调节功能障碍[中医药研究 1997;(6):4]。

5. 益气养阴法本法是以健脾益气、生血养阴药物组成单方或复方,用于治疗气阴两虚为主的胸痹心痛。安徽中医学院用人参针治疗冠心病 57 例,结果表明人参能显著改善冠心病心气虚证患者心绞痛、心电图异常,改善心气虚症状及血液流变学,而对冠心病心阴虚证患者疗效较差,甚至加重心阴虚症状,表明人参治疗冠心病亦需辨证[安徽中医学院学报 1993;(4):12]。本病气阴两虚型病理机制,有报道指出与肾素-血管紧张素系统亢进有关。

邓氏观察本型患者服用舒心饮后能显著降低血管紧张素 ($P<0.01$)也证实了这一点。[上海中医药杂志 1997;(9):42]

6. 宣痹通痹法陈氏以自拟通痹活血益气汤(全瓜蒌、薤白、桂枝、丹参、赤芍、川芎、三七粉、檀香、砂仁、太子参、寸冬、五味子、炒柏仁、甘松)治疗本病 48 例,结果显效 16 例,有效 30 例,无效 5 例,总有效率 89.5%[中医研究 1998;(2):24]。

·方药实验研究

1. 一般药理特点近年来研究防治冠心病的方药警百余种,常用防治冠心病方药具有以下药理特点:

(1)扩张冠状动脉;(2)降低心肌耗氧量。虽不能扩冠,但能减慢心率;(3)既能增加冠脉血流量,又能降低心率,减少心肌耗氧量;(4)改善血液流变性,具有抗血小板聚集及抗凝等作用。

2. 方药的实验研究

(1)对心脏的直接作用:热证心痛气雾剂、丹参、复方丹参注射液、复方当归注射液、冠心病、川芎、赤芍、红花、当归、三七、山茱、桑寄生、淫羊藿、补骨脂、枳实、木香、瓜蒌、菖蒲、茵陈、黄芩、黄精等能增加狗冠脉血流量,降低心肌耗氧量,并对垂体后叶素引起的急性心肌缺血缺糖有保护作用。冠心苏合丸、苏冰滴丸、宽胸气雾剂能解除冠脉痉挛,增加冠脉血流量,改善心肌缺血,减少心肌耗氧量,提高耐缺糖能力。安徽中医学院用人参针观察对缺血性心肌有保护作用,并能显著增加心肌组织的血流量[中国中西医结合杂志 1992;(7):427]。

(2)对心脏的间接保护作用:改善血小板功能;改善血液流变性;溶解血栓作用[胸痹心痛证治与研究 1991:56]。

(3)对心脏的其他作用:川芎、赤芍、丹参、红花、生脉散、益气活血注射液、人参、麦冬等能增加心脏的耐缺糖能力。心宝、乌头、附子、蟾酥、人参、黄芩、生脉散、五味子、气血注射液等能增强心脏收缩功能,尤其能改善左心室的收缩功能,增加心排量。此外,许多治疗冠心病的方药有一定纠正心律失常、改善微循环、降低或调整血压等多种作用[胸痹心痛证治与研究 1991:63]。

第三节 眩晕

眩晕是由于情志、饮食内伤、体虚久病、失血劳倦及外伤、手术等病因，引起风、火、痰、瘀上扰清空或精亏血少，清窍失养为基本病机，以头晕、眼花为主要临床表现的一类病证。眩即眼花，晕是头晕，紫者常同时并见，故统称为“眩晕”，其轻者闭目可止，重者如坐车船，旋转不定，不能站立，或伴有恶心、呕吐、汗出、面色苍白等症状。

眩晕为临床常见病证，多见于中老年人，亦可发于青年人。本病可反复发作，妨碍正常工作及生活，严重者可发展为中风、厥证或脱证而危及生命。临床上用中医中药防治眩晕，对控制眩晕的发生、发展具有较好疗效。

眩晕病证，历代医籍记载颇多。(内经)对其涉及脏腑、病性归属方面均有记述，如《素问·至真要大论》认为：“诸风掉眩，皆属于肝”，指出眩晕与肝关系密切。《璣枢·卫气》认为“上虚则眩”，《璣枢·口问》说：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩”，《璣枢·海论》认为“脑为髓海”，而“髓海不足，则脑转耳鸣”，认为眩晕一病以虚为主。汉代张仲景认为痰饮是眩晕发病的原因之一，为后世“无痰不作眩”的论述提供了理论基础，并且用**泽泻**汤及小半夏加**茯苓**汤治疗眩晕。宋代以后，进一步丰富了对眩晕的认识。严用和《重订严氏济生方·眩晕门》中指出：“所谓眩晕者，眼花屋转，起则眩倒是也，由此观之，六淫外感，七情内伤，皆能导致”，第一次提出外感六淫和七情内伤致眩说，补前人之未备，但外感风、寒、暑、湿致眩晕，实为外感病的一个症状，而非主要证候。元代朱丹溪倡导痰火致眩学说，《丹溪心法·头眩》说：“头眩，痰挟气虚并火，治痰为主，挟补气药及降火药。无痰不作眩，痰因火动，又有湿痰者，有火痰者。”明代张景岳在《内经》“上虚则眩”的理论基础上，对下虚致眩作了详尽论述，他在《景岳全书·眩晕》中说：“头眩虽属上虚，然不能无涉于下。盖上虚者，脑中之脑虚也；下虚者，阴中之脑虚也。脑中之脑虚者，宜治其气，如四君子汤、……归脾汤、补中益气汤、……。阴中之脑虚者，宜补其精，如……左归饮、右归饮、四物汤之类是也。然伐下者必枯其上，滋苗者必灌其根。所以凡治上虚者，犹当以兼补气血为最，如大补元煎、十全大补汤诸补阴补脑等剂，俱当酌宜用之。”张氏从阴脑互根及人体是一有机整体的观点，认识与治疗眩晕，实是难能可贵，并认为眩晕的病因病机“虚者居其八九，而兼火兼痰者，不过十中一二耳”。详细论述了劳倦过度、饥饱失宜、呕吐伤上、泄泻伤下、大汗亡脑、瞋目蚤心、焦思不释、被殴被辱气夺等皆伤脑中之脑，吐血、衄血、便血、纵欲、崩淋等皆伤阴中之脑而致眩晕。秦景明在《症因脉治·眩晕总论》中认为脑气虚是本病发病的主要病理环节。徐春甫《古今医统·眩晕宜审三虚》认为：“肥人眩端，气虚有痰；瘦人眩端，血虚有火；伤寒吐下后，必是脑虚。”龚廷贤《寿世保元·眩晕》集前贤之大成，对眩晕的病因、脉象都有详细论述，并分证论治眩晕，如半夏**白术**汤证(痰涎致眩)、补中益气汤证(劳役致眩)、清离滋饮汤证(虚火致眩)、十全大补汤证(气血紫虚致眩)等，至今仍值得临床借鉴。至清代对本病的认识更加全面，直到形成了一套完整的理论体系。

本节主要讨论由内伤引起的眩晕，外感眩晕不在本节讨论范围。西医学中的高血压、低血压、低血糖、贫血、美尼尔氏综合征、脑动脉硬化、椎-基底动脉供血不足、神经衰弱等病，临床表现以眩晕为主要症状者，可参照本节辨证论。

【病因病机】

1. 情志内伤素体气盛，加之恼怒过度，肝气上亢，气升风动，发为眩晕；或因长期忧郁恼怒，气郁化火，使肝阴暗耗，肝气上亢，气升风动，上扰清空，发为眩晕。

2. 饮食不节饮食不节，损伤脾胃，脾胃虚弱，气血生化无源，清窍失养而作眩晕；或嗜酒肥甘，饥饱劳倦，伤于脾胃，健运失司，以致水谷不化精微，聚湿生痰，痰湿中阻，浊阴不降，引起眩晕。

3. 外伤、手术头部外伤或手术后，气滞血瘀，痹阻清窍，发为眩晕。

4. 体虚、久病、失血、劳倦过度肾为先天之本，藏精生髓，若先天不足，肾精不充，或者年老肾亏，或久病伤肾，或房劳过度，导致肾精亏虚，不能生髓，而脑为髓之海，髓海不足，上下俱虚，而发生眩晕。或肾阴素亏，肝失所养，以致肝阴不足，阴不制阳，肝气上亢，发为眩晕。大病久病或失血之后，虚而不复，或劳倦过度，气血衰少，气血亏虚，气虚则清窍不展，血虚则脑失所养，皆能发生眩晕。

本病病位在清窍，由气血亏虚、肾精不足致脑髓空虚，清窍失养，或肝气上亢、痰火上逆、瘀血阻窍而扰动清窍发生眩晕，与肝、脾、肾三脏关系密切。眩晕的病性以虚者居多，故张景岳谓“虚者居其八九”，如肝肾阴虚、肝风内动，气血亏虚、清窍失养，肾精亏虚、脑髓失充。眩晕实证多由痰浊阻遏，升降失常，痰火气逆，上犯清窍，瘀血停着，痹阻清窍而成。眩晕的发病过程中，各种病因病机，可以相互影响，相互转化，形成虚实夹杂；或阴损及阳，阴阳两虚。肝风、痰火上扰清窍，进一步发展可上蒙清窍，阻滞经络，而形成中风；或突发气机逆乱，清窍暂闭或失养，而引起晕厥。

【真临床表现】

本病的临床表现特征是头晕与目眩，轻者仅眼花，头重脚轻，或摇晃浮碍感，闭目即止；重则如坐车船，视物旋转，甚则欲仆。或兼目涩耳鸣，少寐健忘，腰膝酸软；或恶心呕吐，面色苍白，汗出肢冷等。发作间歇期长短不一，可为数月发作一次，亦有一月数次。常可有情志不舒的诱因，但也可突然起病，并可逐渐加重。眩晕若兼头胀而痛，心烦易怒，肢麻震颤者。应警惕发生中风。正如清代李用粹《证治汇外·卷一·中风》所说：“平人手指麻木，不时眩晕，乃中风先兆，须预防之。”

【诊断】

1. 头晕目眩，视物旋转，轻者闭目即止，重者如坐车船，甚则仆倒。
2. 可伴有恶心呕吐，眼球震颤，耳鸣耳聋，汗出，面色苍白等。
3. 多慢性起病，反复发作，逐渐加重。也可见急性起病者。

4. 查血红蛋白、红细胞计数、测血压、作心电图、颈椎X线摄片、头部CT、MRI等项检查，有助于明确诊断。

5. 应注意排除颅内肿瘤、血液病等。

【鉴别诊断】

1. 中风病中风病以卒然昏仆，不省人事，伴有口舌歪斜，半身不遂，失语；或不经昏仆，仅以歪斜不遂为特征。中风昏仆与眩晕之仆倒相似，且眩晕可为中风病先兆，但眩晕患者无半身不遂、口舌歪斜及舌强语謇等表现。

2. 厥证厥证以突然昏仆，不省人事，或伴有四肢厥冷为特点，发作后一般在短时间内逐渐苏醒，醒后无偏瘫、失语、口舌歪斜等后遗症。严重者可一厥不醒而死亡。眩晕发作严重者可也有眩晕欲倒的表现，但一般无昏迷不省人事的表现。

3. 痫病痫病以突然仆倒，昏不知人，口吐涎沫，紫目上视，四肢抽搐，或口中如作猪羊叫声，移时苏醒，醒后一如常人为特点。痫病昏仆与眩晕甚者之仆倒相似，且其发前多有眩晕、乏力、胸闷等先兆，发作日久常有神疲乏力、眩晕时作等症状表现，故应与眩晕鉴别，其鉴别要点为痫病昏仆必有昏迷不省人事，且伴口吐涎沫，紫目上视，抽搐，猪羊叫声等症状。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨脏腑眩晕病位在清窍，但与肝、脾、肾三脏功能失常关系密切。肝阴不足，肝郁化火，均可导致肝阳上亢，其眩晕兼见头胀痛，面潮红等症状。脾虚气血生化乏源，眩晕兼有纳呆，乏力，面色觥白等；脾失健运，痰湿中阻，眩晕兼见纳呆，呕恶，头重，耳鸣等；肾精不足之眩晕，多兼腰酸腿软，耳鸣如蝉等。

2. 辨虚实眩晕以虚证居多，挟痰挟火亦兼有之；一般新病多实，久病多虚，体壮者多实，体弱者多虚，呕恶、面赤、头胀痛者多实，体倦乏力、耳鸣如蝉者多虚；发作期多实，缓解期多虚。病久常虚中夹实，虚实夹杂。

3. 辨体质面白而肥多为气虚多痰，面黑而瘦多为血虚有火。

4. 辨标本眩晕以肝肾阴虚、气血不足为本，风、火、痰、瘀为标。其中阴虚多见咽干口渴，五心烦热，潮热盗汗，舌红少苔，脉弦细数；气血不足则见神疲倦怠，面色不华，爪甲不荣，纳差食少，舌淡嫩，脉细弱。标实又有风性主动，火性上炎，痰性粘滞，瘀性留著之不同，要注意辨别。

治疗原则

眩晕的治疗原则主要是补虚而泻实，调整阴阳。虚证以肾精亏虚、气血衰少居多，精虚者填精生髓，滋补肝肾；气血虚者宜益气养血，调补脾肾。实证则以潜阳、泻火、化痰、逐瘀为主要治法。

分证论治

·肝籛上亢

症状:眩晕耳鸣,头痛且胀,遇劳、恼怒加重,肢麻震颤,失眠多梦,急躁易怒,舌红苔黄,脉弦。

治法:平肝潜籛,滋养肝肾。

方药:天麻钩藤饮。

方中天麻、钩藤、石决明乎肝熄风;黄芩、栀子清肝泻火;益母草活血利水;牛膝引血下行,配合杜仲、桑寄生补益肝肾;茯神、夜交藤养血安神定志。全方共奏平肝潜籛,滋补肝肾之功。若见阴虚较盛,舌红少苔,脉弦细数较为明显者,可选生地、麦冬、玄参、何首乌、生白芍等滋补肝肾之阴。若肝籛化火,肝火亢盛,表现为眩晕、头痛较甚,耳鸣、耳聩暴作,目赤,口苦,舌红苔黄燥,脉弦数,可选用龙胆草、丹皮、菊花、夏枯草等清肝泻火。便秘者可选加大黄、芒硝或当归龙荟丸以通腑泄热。眩晕剧烈,呕恶,手足麻木或肌肉困动者,有肝籛化风之势,尤其对中年以上者要注意是否有引发中风病的可能,应及时治疗,可加珍珠母、生龙骨、生牡蛎等镇肝熄风,必要时可加羚羊角以增强清热熄风之力。

·肝火上炎

症状:头晕且痛,其势较剧,目赤口苦,胸胁胀痛,烦躁易怒,寐少多梦,小便黄,大便干结,舌红苔黄,脉弦数。

治法:清肝泻火,清利湿热。

方药:龙胆泻肝汤。

方用龙胆草、栀子、黄芩清肝泻火;柴胡、甘草疏肝清热调中;木通、泽泻、车前子清利湿热;生地、当归滋阴养血。全方清肝泻火力湿,清中有养,泻中有补。若肝火扰动心神,失眠、烦躁者,加磁石、龙齿、珍珠母、琥珀,清肝热且安神。肝火化风,肝风内动,肢体麻木、颤震,欲发中风病者,加全蝎、蜈蚣、地龙、僵蚕,平肝熄风,清热止痉。

·痰浊上蒙

症状:眩晕,头重如蒙,视物旋转,胸闷作恶,呕吐痰涎,食少多寐,苔白腻,脉弦滑。

治法:燥湿祛痰,健脾和胃。

方药:半夏白术天麻汤。

方中二陈汤理气调中,燥湿祛痰;配白术补脾除湿,天麻养肝熄风;甘草、生姜、大枣健脾和胃,调和诸药。头晕头胀,多寐,苔腻者,加沉香、佩兰、石菖蒲等醒脾化湿开窍;呕吐频繁,加代赭石、竹茹和胃降逆止呕;腕闷、纳呆、腹胀者,加厚朴、白蔻仁、砂仁等理气化湿健脾;耳鸣、重听者,加葱白、郁金、石菖蒲等通籛开窍。

痰浊郁而化热,痰火上犯清窍,表现为眩晕,头目胀痛,心烦口苦,渴不欲饮,苔黄腻,脉弦滑,用黄连温胆汤清化痰热。若素体籛虚,痰从寒化,痰饮内停,上犯清窍者,用苓桂术甘汤合泽泻汤温化痰饮。

·瘀血阻窍

症状:眩晕头痛,兼见健忘,失眠,心悸,精神不振,耳鸣耳聋,面唇紫暗,舌瘀点或瘀斑,脉弦涩或细涩。

治法:活血化瘀,通窍活络。

方药:通窍活血汤。

方中用赤芍、川芎、桃仁、红花活血化瘀通络;麝香芳香走窜,开窍散结止痛,老葱散结通窍,二者共呈开窍通窍之功;黄酒辛窜,以助血行;大枣甘温益气,缓和药性,配合活血化瘀、通窍散结开窍之品,以防耗伤气血。全方共呈活血化瘀、通窍活络之功。若见神疲乏力,少气自汗等气虚证者,重用黄芩,以补气固表,益气行血;若兼有畏寒肢冷,感寒加重者,加附子、桂枝温经活血;若天气变化加重,或当风而发,可重用川芎,加防风、白芷、荆芥穗、天麻等理气祛风之品。

·气血亏虚

症状:头晕目眩,动则加剧,遇劳则发,面色觥白,爪甲不荣,神疲乏力,心悸少寐,纳差食少,便溏,舌淡苔薄白,脉细弱。

治法:补养气血,健脾胃。

方药:归脾汤。

方中黄芩、人参、白术、当归健脾益气生血;龙眼肉、茯神、远志、酸枣仁养心安神;木香理气醒脾,使其补而不滞;甘草调和诸药。全方有补养气血,健脾胃,养心安神之功效。若气虚卫气不固,自汗时出,易于感冒,重用黄芩,加防风、浮小麦益气固表敛汗;脾虚湿盛,泄泻或便溏者,加薏苡仁、泽泻、炒扁豆,当归炒用健脾利水;气损及气,兼见畏寒肢冷,腹中冷痛等虚寒症状,加桂枝、干姜温中散寒;血虚较甚,面色觥白无华,加熟地、阿襟、紫河车粉(冲服)等养血补血,并重用参芩以补气生血。

若中气不足,清不升,表现时时眩晕,气短乏力,纳差神疲,便溏下坠,脉象无力者,用补中益气汤补中益气,升清降浊。

·肝肾阴虚

症状:眩晕久发不已,视力减退,紫目干色恩涩,少寐健忘,心烦口干,耳鸣,神疲乏力,腰酸膝软,遗精,舌红苔薄,脉弦细。

治法:滋养肝肾,养阴填精。

方药:左归丸。

方中熟地、山萸肉、山药滋阴补肾;枸杞子、菟丝子补益肝肾,鹿角霜助肾气,三者生精补髓,牛膝强肾益精,引药入肾;龟板滋阴降火,补肾壮骨。全方共呈滋补肝肾,养阴填精之功效。若阴虚生内热,表现咽干口渴,五心烦热,潮热盗汗,舌红,脉弦细数者,可加炙鳖甲、知母、青蒿等滋阴清热;心肾不交,失眠、多梦、健忘者,加阿襟、鸡子黄、酸枣仁、柏子仁等

交通心肾，养心安神；若水不涵木，肝筋上亢者，可加清肝、平肝、镇肝之晶，如龙胆草、柴胡、天麻等。

【转归预后】

本病以肝肾阴虚、气血亏虚的虚证多见，由于阴虚无以制筋，或气虚则生痰酿湿等，可因虚致实，而转为本虚标实之证；另一方面，肝筋、肝火、痰浊、瘀血等实证日久，也可伤阴耗气，而转为虚实夹杂之证。中年以上眩晕由肝筋上扰、肝火上炎、瘀血阻窍眩晕者，由于肾气渐衰，若肝肾之阴渐亏，而筋亢之势日甚，阴亏筋亢，筋化风动，血随气逆，挟痰挟火，上蒙清窍，横窜经络，可形成中风病，轻则致残，重则致命。

眩晕病情轻者，治疗护理得当，预后多属良好；病重经久不愈，发作频繁，持续时间较长，严重影响工作和生活者，则难以根治。

【预防与调摄】

保持心情开朗愉悦，饮食有节，注意养生保护阴精，有助于预防本病。

患者的病室应保持安静、舒适，避免噪声，光线柔和。保证充足的睡眠，注意劳逸结合。保持心情愉快，增强战胜疾病的信心。饮食以清淡易消化为宜，多吃蔬菜、水果，忌烟酒、油腻、辛辣之品，少食海腥发物，虚证眩晕者可配合食疗，加强营养。眩晕发作时应卧床休息，闭目养神，少作或不作旋转、弯腰等动作，以免诱发或加重病情。重症病人要密切注意血压、呼吸、神志、脉搏等情况，以便及时处理。

【结语】

本病病因多由情志、饮食所伤，以及失血、外伤、劳倦过度所致。其病位在清窍，由脑髓空虚、清窍失养及痰火、瘀血上犯清窍所致，与肝、脾、肾三脏功能失调有关，其发病以虚证居多。临床上实证多见于眩晕发作期，以肝筋上亢、肝火上炎、痰浊上蒙、瘀血阻窍四型多见，分别以天麻钩藤汤平肝潜筋，滋养肝肾；以龙胆泻肝汤清肝泻火，清利湿热；以半夏白术天麻汤燥湿祛痰，健脾和胃；以通窍活血汤活血化瘀，通窍活络。虚证多见于缓解期，以气血亏虚、肝肾阴虚型多见，分别以归脾汤补养气血，健脾胃；以左归丸滋养肝肾，养阴填精。由于眩晕在病理表现为虚证与实证的相互转化，或虚实夹杂，故一般急者多偏实，可选用熄风潜筋、清火化痰、活血化瘀等法以治其标为主；缓者多偏虚，当用补养气血、益肾、养肝、健脾等法以治其本为主。

【文献摘要】

《璣枢·海论》：“脑为髓之海，其输上在于其盖，下在风府。……髓海有余，则轻劲多力，自过其度；髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”

《素问玄机原病式·诸风掉眩皆属肝木》：“风气甚而头目眩者，由风木旺，必是金衰不能制木，而木复生火，风火皆属筋，多为兼化，筋主乎动，筋动相搏，则为之旋转。”

《丹溪心法·头眩》：“头眩，痰挟气虚并火，治痰为主，挟补气药及降火药。无痰则不作眩，痰因火动。”

《景岳全书·眩暈》：“丹溪则曰无痰不能作眩，当以治痰为主，而兼用它药。余则曰无虚不能作眩，当以治虚为主，而酌兼其标。孰是孰非，余不能必，姑引经义，以表其大意如此。”

《证治汇补·眩暈》：“以肝上连目系而应于风，故眩为肝风，然亦有因火，因痰，因虚，因暑，因湿者。”

《临证指南医案·眩暈》：“经云诸风掉眩，皆属于肝，头为六腑之首，耳目口鼻皆系清空之窍，所患眩暈者，非外来之邪，乃肝胆之风上冒耳，甚至有昏厥跌仆之虞。其症有夹痰，夹火，中虚，下虚，治胆、治胃、治肝之分。”

【现代研究】

·辨证治疗

1. 辨证论治徐氏辨证治疗 60-76 岁老年眩暈患者 165 例，肝腑上亢方用天麻钩藤饮加絀，痰浊中阻方用半夏白术天麻汤加絀，肾精不足方用左归丸或右归丸加絀，瘀血阻络方用通窍活血汤加絀，疗程为 4-6 周，总有效率 92.7%。并认为老年性眩暈病机为本虚标实，虚实夹杂，治疗上在调肝、健脾、益气、养血、理气、化痰的同时，补肾填精、活血化瘀应贯彻始终[新中医 1998; (6): 61]信

2. 治痰、治血、治肝肾(1)治痰：宋氏对痰浊眩暈治以健脾化痰为主。常用泽泻汤、半夏白术天麻汤、温胆汤等，药选泽泻、白术、茯苓、陈皮、半夏等，泽泻用量宜多，挟风、挟火随证加絀[陕西中医 1989; (1): 184]。(2)治血：张氏用疏调血气法治疗眩暈瘀证，气虚血瘀者用补脑还五汤加葛根、丹参益气活血；气滞血瘀者用血府逐瘀汤加味疏肝理气化痰；气逆血阻者用百合汤合桃红四物汤加丹参、茯神、远志、京菖蒲、龙齿、珍珠母、磁石等调气活血，镇心安神；外伤血瘀者用通窍活血汤合三七、丹参、水蛭等活血通络[中医杂志 1992; (9): 15]。耿氏等在辨证论治的基础上加用独参汤及丹参注射液治疗 35 例眩暈，结果总有效率 94.3%，明显优于单纯辨证论治的对照组(P<0.05)[安徽中医学院学报 1990; (3): 271]。(3)治肝肾：张氏认为，眩暈阴虚液亏，风腑易升，其变动在肝，其根源在肾，以平肝治其标，滋肾柔肝治其本，用天麻钩藤饮配黑豆、黑芝麻。临床一俟肝腑平熄，常服六味地黄丸、杞菊地黄丸，均为治本之法。肾腑不足，无力化精，髓海空虚而致眩暈，治当温补肾腑，填精生髓，常用山药、熟地、枣皮、茯苓、枸杞、紫河车、鹿角襟、淫羊申、附子[陕西中医 1989; (4): 184]。

·辨病治疗

1. 高血压痛陆氏取辨病与辨证相结合的方法治疗，如腑亢型用龙胆泻肝汤泄热平肝，阴虚腑亢型用镇肝熄风汤潜腑育阴，肝肾阴虚型用杞菊地黄汤滋养肝、肾，阴腑黎虚型用地黄饮子滋阴助腑，腑虚型用肾气丸温补肾腑，酌情加用潜降熄风、活血化瘀、豁痰利气之品。

并可选用汉防己、臭梧桐、旱芹菜、野菊花、罗布麻、钩藤、青木香、地龙、丹皮、黄芩、天麻、葛根、莱服子、杜仲等有不同程度降压作用的药物[中医杂志 1980; (5): 11]。魏氏以镇肝熄风汤原方加絀治疗以头眩头痛，目胀，耳鸣等为主症的高血压患者 100 例，舌苔黄腻，痰多黄稠加南星、竹沥、瓜蒌、黄芩；腑明实热便秘者，加大黄；头胀痛、面潮红甚者，加菊花、钩藤；

气虚心慌心悸者,加太子参、黄芩、夜交藤、酸枣仁;心绞痛者,加元胡、丹参;血脂偏高者,加仙璣脾、泽泻;阴虚风动者,重用玄参、生地;脑血栓形成者,加红花、桃仁、蜈蚣、全蝎;高血压危象者,加夏枯草、生石决明等,必要时配合西药。1月为1疗程。结果总有效率为97%[浙江中医杂志 1997;(5):197]。

2. 内耳眩晕病张氏主张本病急性发作期以熄风、化痰、泄火为先,用加味温胆汤(竹茹、半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、葛根、丹参、钩藤、磁石),缓解期用参鬲二陈汤昧固疗效[安徽中医学院学报 1994;(1):21]信张氏以苓桂通窍汤(茯苓、桂枝、白术、泽泻、法半夏、陈皮、生龙牡、代赭石、郁金、石菖蒲)治疗本病38例,体虚加广明参,呕吐频繁加竹茹、生姜,肝脾上亢加石决明,结果治疗效果良好[实用中医药杂志 1998;(2):11]。胡氏端用加絳半夏白术天麻汤(半夏、白术、天麻、泽泻、茯苓、旋覆花、石菖蒲、砂仁、代赭石、丹参)治疗美尼尔综合征70例,血虚者加当归身、炙黄芩,气虚加人参,失眠加青龙齿、夜交藤,取得良效[实用中医药杂志 1998;(7):22]。

第四节 中风病

中风病是由于正气亏虚,饮食、情志、劳倦内伤等引起气血逆乱,产生风、火、痰、瘀,导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外为基本病机,以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木为主要临床表现的病证。根据脑髓神机受损程度的不同,有中经络、中脏腑之分,有相应的临床表现。本病多见于中老年人。四季皆可发病,但以冬春季节最为多见。

中风病严重危害着人类健康,死亡率高,致残率高。居1994年我国城市人口死因的首位,为发警国家人口前三位死因之一。根据80年代对上海市1个区整群抽样36万人的调查,每10万人中风病的年发病率为230人,年死亡率164人,患病率634人。在本病的预防、治疗和康复方面,中医药具有较为显著的疗效和优势。

《内经》虽没有明璠提出中风病名,但所记述的“大厥”、“薄厥”、“仆击”、“偏枯”、“风祐”等病证,与中风病在卒中昏迷期和后遗症期的一些临床表现相似。对本病的病因病机也有一定认识,如《璠枢·刺节真邪》:“虚邪偏客于身半,其人深,内居营卫,营卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯。”此外,还认识到本病的发生与个人的体质、饮食、精神刺激等有关,如《素问·通评虚实论》明璠指出:“仆击、偏枯……肥贵人则膏粱之疾也。”

还明璠指出中风的病变部位在头部,是由气血逆而不降所致。如《素问·调经论》说:“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死。”

对中风病的病因病机及其治法,历代医家论述颇多,从病因学的发展来看,大体分为三个阶段。唐宋以前多以“内虚邪中”立论,治疗上一般多采用疏风祛邪、补益正气的方药。如《金匱要略》正式把本病命名为中风。认为中风病之病因为络脉空虚,风邪入中,其创立的分证方法对中风病的诊断、治疗、判断病情轻重和估计预后很有帮助。唐宋以后,特别是金元时代,许多医家以“内风”立论,可谓中风病因学说上的一大转折。其中薛河间力主“肾水不足,心火暴甚”;李东垣认为“形盛气衰,本气自病”;朱丹溪主张“湿痰化热生风”;元代王履从病因学角度将中风病分为“真中”、“类中”。明代张景岳提出“非风”之说,提出“内伤积损”是导致本病的根本原因;明代李中梓又将中风病明璠分为闭、脱二证,仍为现在临床所应用。清代医家叶天士、沈金鳌、尤在泾、王清任等丰富了中风病的治法和方药,形成了比较完整的中风病治疗法则。晚清及近代医家张伯龙、张山雷、张锡纯进一步认识到本病的发生主要是阴籀失调,气血逆乱,直冲犯脑,至此对中风病因病机的认识及其治疗日臻完善。近年来对中风病的预防、诊断、治疗、康复、护理等方面逐步形成了较为统一的标准和规范,治疗方法多样化,疗效也有了较大提高。

中风病是一个独立的疾病。其临床表现与西医所称的脑血管病相似。脑血管病主要包括缺血性和出血性两大类。不论是出血性还是缺血性脑血管病均可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 积损正衰“年四十而阴气自半，起居衰矣”。年老体弱，或久病气血亏损，脑脉失养。气虚则脑血无力，血流不畅，而致脑脉瘀滞不通；阴血亏虚则阴不制阳，内风动越，携痰浊、瘀血上扰清窍，突发本病。正如《景岳全书·非风》说：“卒倒多由昏愤，本皆内伤积损颓败而然。”

2. 劳倦内伤烦劳过度，伤耗阴精，阴虚而火旺，或阴不制阳易使阳气鸱张，引动风阳，内风旋动，则气火俱浮，或兼挟痰浊、瘀血上壅清窍脉络。

3. 脾失健运过食肥甘醇酒，致使脾胃受伤，脾失运化，痰浊内生，郁久化热，痰热互结，壅滞经脉，上蒙清窍；或素体肝旺，气机郁结，克伐脾土，痰浊内生；或肝郁化火，炼津成痰，痰郁互结，携风阳之邪，窜扰经脉，发为本病。此即《丹溪心法·中风》所谓“湿土生痰，痰生热，热生风也”。饮食不节，脾失健运，气血生化无源，气血精微衰少，脑脉失养，再加之情志过躁、劳倦过度等诱因，使气血逆乱，脑之神明不用，而发为中风。

4. 情志过躁七情所伤，肝失条达，气机郁滞，血行不畅，瘀结脑脉；暴怒伤肝，则肝阳暴张，或心火暴盛，风火相煽，血随气逆，上冲犯脑。凡此种种，均易引起气血逆乱，上扰脑窍而发为中风。尤以暴怒引发本病者最为多见。

综观本病，由于患者脏腑功能失调，气血素虚或痰浊、瘀血内生，加之劳倦内伤、忧思恼怒、饮酒饱食、用力过度、气候骤变等诱因，而致瘀血阻滞、痰热内蕴，或阳化风动、血随气逆，导致脑脉痹阻或血溢脉外，引起昏仆不遂，发为中风。其病位在脑，与心、肾、肝、脾密切相关。其病机有虚（阴虚、气虚）、火（肝火、心火）、风（肝风）、痰（风痰、湿痰）、气（气逆）、血（血瘀）六端，此六端多在一定条件下相互影响，相互作用。病性多为本虚标实，上盛下虚。在本为肝肾阴虚，气血衰少，在标为风火相煽，痰湿壅盛，瘀血阻滞，气血逆乱。而其基本病机为气血逆乱，上犯于脑，脑之神明失用。

【临床表现】

脑脉痹阻或血溢脑脉之外所引起的脑髓神机受损是中风病的证候特征。其主症为神昏、半身不遂、言语謇涩或不语、口舌歪斜、偏身麻木。次症见头痛、眩晕、呕吐、二便失禁或不通、烦躁、抽搐、痰多、癱逆。舌象可表现为舌强、舌歪、舌卷，舌质暗红或红绛，舌有瘀点、瘀斑；苔薄白、白腻、黄或黄腻；脉象多弦，或弦滑、弦细，或结或代等。

1. 神昏初起即可见。轻者神思恍惚，迷蒙，嗜睡。重者昏迷或昏愤。有的病人起病时神清，数日后渐见神昏，多数神昏病人常伴有谵妄、躁扰不宁等症。

2. 半身不遂轻者仅见偏身肢体力弱或活动不利，重者则完全瘫痪。有单个肢体力弱或瘫痪者，也有一侧肢体瘫痪不遂者；病人起病可仅为偏身力弱，而进行性加重，直至瘫痪不遂，或起病即见偏身瘫痪。急性期，病人半身不遂多见患肢松懈瘫软。少数为肢体强痉拘急。后遗症期，多遗有患肢强痉挛缩，尤以手指关节僵硬、屈伸不利最为严重。

3. 口舌歪斜多与半身不遂共见，伸舌时多歪向瘫痪侧肢体，常伴流涎。

4. 言语謇涩或不语轻者，仅见言语迟缓不利，吐字不清，患者自觉舌体发僵；重者不语。部分患者在病发之前，常伴有一时性的言语不利，旋即恢复正常。

本病发病前常有先兆症状。如素有眩晕、头痛、耳鸣，突然出现一过性言语不利或肢体麻木，视物昏花，甚则晕厥，一日内发作数次，或几日内多次复发。若骤然内风旋动，痰火交织发病者，于急性期可出现呕血、便血、壮热、喘促、顽固性癱逆，甚至厥而不复，瞳孔或大或小，病情危笃，多难救治。

【诊断】

1. 以神志恍惚、迷蒙，甚至昏迷或昏愤，半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，偏身麻木为主症。

2. 多急性起病。

3. 病发多有诱因，病前常有头晕、头痛、肢体麻木、力弱等先兆症。

4. 好发年龄为 40 岁以上。

5. 血压、脑脊液检查、-服底检查、颅脑 Cr、真 OU 等检查，有助于诊断。

诊断时，在中风病病名的诊断基础上，还要根据有无神识昏蒙诊断为中经络与中脏腑类大中风病病类。

中风病的急性期是指发病后 2 周以内，中脏腑类最长可至 1 个月；恢复期是发病 2 周或 1 个月至半年以内；后遗症期系发病半年以上者。

【鉴别诊断】

1. 口僻俗称吊线风，主要症状是口眼歪斜，多伴有耳后疼痛，因口眼歪斜有时伴流涎、言语不清。多由正气不足，风邪入中脉络，气血痹阻所致，不同年龄均可罹患。中风病口舌歪斜者多伴有肢体瘫痪或偏身麻木，病由气血逆乱，血随气逆，上扰脑窍而致脑髓神机受损，且以中老年人为主。

2. 痫病痛病与中风中脏腑均有卒然昏仆的见症。而痫病为发作性疾病，昏迷时四肢抽搐，口吐涎沫，双目上视，或作瘁常叫声，醒后一如常人，且肢体活动多正常，发病以青少年居多。

3. 厥证神昏常伴有四肢逆冷，一般移时苏醒，醒后无半身不遂、口舌歪斜、言语不利等症。

4. 痉病以四肢抽搐，项背强直，甚至角弓反张为主症。病发亦可伴神昏，但无半身不遂、口舌歪斜、言语不利等症。

5. 痿病痿病以手足软弱无力、筋脉弛缓不收、肌肉萎缩为主症，起病缓慢，起病时无突然昏倒不省人事，口舌歪斜，言语不利。以双下肢或四肢为多见，或见有患肢肌肉萎缩，或见筋惕肉瞤。中风病亦有见肢体肌肉萎缩者，多见于后遗症期由半身不遂而废用所致。

【辨证论治】

辨证要点

1. 了解病史及先兆中老年人，平素体质虚衰或素有形肥体丰，而常表现有眩晕、头痛，或一过性肢麻、口舌歪斜、言语謇涩。多有气候骤变，烦劳过度，情志相激，跌仆努力等诱因。若急性起病，以半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩为首发症状者一般诊断不难。但若起病即见神志障碍者，则需深入了解病史和体检。

2. 辨中经络与中脏腑临床按脑髓神机受损的程度与有无神识昏蒙分为中经络与中脏腑两大类。前者根本区别在于中经络一般无神志改变，表现为不经昏仆而突然发生口眼歪斜、言语不利、半身不遂；中脏腑则出现突然昏仆，不省人事，半身不遂、口舌歪斜、舌强言謇或不语、偏身麻木、神识恍惚或迷蒙为主症，并常遗留后遗症，中经络者，病位较浅，病情较轻；中脏腑者，病位较深，病情较重。

3. 明辨病性中风病性为本虚标实，急性期多以标实证候为主，根据临床表现注意辨别病性属火、风、痰、血的不同。平素性情急躁易怒，面红目赤，口干口苦，发病后甚或项背身热，躁扰不盛，大便秘结，小便黄赤，舌红苔黄则多属火热为患；若素有头痛、眩晕等症，突然出现半身不遂，甚或神昏、抽搐、肢体痉强拘急，属内风动越；素来形肥体丰，病后咯痰较多或神昏，喉中痰鸣，舌苔白腻，属痰浊壅盛为患；若素有头痛，痛势较剧，舌质紫暗，多属瘀血为患。恢复期及后遗症期，多表现为气阴不足，气虚衰。如肢体瘫痪，手足肿胀，口角流涎，气短自汗，多属气虚；若兼有畏寒肢冷，为气虚衰的表现；若兼有心烦少寐，口干咽干，手足心热，舌红少苔，多属阴虚内热。

4. 辨闭证、脱证闭者，邪气内闭清窍，症见神昏、牙关紧闭、口噤不开、肢体痉强，属实证，根据有无热象，又有痰闭、阴闭之分。痰闭为痰热闭阻清窍，症见面赤身热，气粗口臭，躁扰不盛，舌苔黄腻，脉象弦滑而数；阴闭为湿痰内闭清窍；症见面白唇暗，静卧不烦，四肢不温，痰涎壅盛，舌苔白腻，脉象滑或缓。痰闭和阴闭可相互转化，当依据临床表现、舌象、脉象的变化综合判断。脱证是五脏真气散脱于外，症见昏愤无知，目合口开，四肢松懈瘫软，手撒肢冷汗多，二便自遗，鼻息低微，为中风危候。另外，临床上尚有内闭清窍未开而外脱虚象已露，即所谓“内闭外脱”者，此时往往是疾病安危演变的关键时机，应引起高度重视。

5. 辨病势顺逆临床注意辨察病人之“神”，尤其是神志和瞳孔的变化。中脏腑者，起病即现昏愤无知，多为实邪闭窍，病位深，病情重。如病人渐至神昏，瞳孔变化，甚至呕吐、头痛、项强者，说明正气渐衰，邪气日盛，病情加重。先中脏腑，如神志逐渐转清，半身不遂未再加重或有恢复者，病由重转轻，病势为顺，预后多好。若目不能视，或瞳孔大不等，或突见癱逆频频，或突然昏愤、四肢抽搐不已，或背腹骤然灼热而四肢发凉及至手足厥逆，或见戴额及呕血症，均属病势逆转，难以挽救。

治疗原则

中风病急性期标实症状突出，急则治其标，治疗当以祛邪为主，常用平肝熄风、清化痰热、化痰通腑、活血通络、醒神开窍等治疗方法。闭、脱二证当分别治以祛邪开窍醒神和扶正固脱、救阴回阳。内闭外脱则醒神开窍与扶正固本可以兼用。在恢复期及后遗症期，多为虚实夹杂，邪实未清而正虚已现，治宜扶正祛邪，常用育阴熄风、益气活血等法。

分证论治

『中经络』

·风痰瘀血，痹阻脉络

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，偏身麻木，头晕目眩，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。

治法：活血化瘀，化痰通络。

方药：桃红四物汤合涤痰汤。

方中桃红四物汤活血化瘀通络；涤痰汤涤痰开窍。瘀血症状突出，舌质紫暗或有瘀斑，可加重桃仁、红花等药物剂量，以增强活血化瘀之力。舌苔黄腻，烦躁不安等有热象者，加黄芩、山栀以清热泻火。头晕、头痛加菊花、夏枯草以平肝熄风。若大便不通，可加大黄通腑泻热凉血，大黄用量宜轻，以涤除痰热积滞为度，不可过量。本型也可选用现代经验方化痰通络汤，方中半夏、茯苓、白术健脾化湿；胆南星、天竺黄清化痰热；天麻平肝熄风；香附疏肝理气，调畅气机，助脾运化；配丹参活血化瘀；大黄通腑泻热凉血。

·肝筋暴亢，风火上扰

症状：半身不遂，偏身麻木，舌强言謇或不语，或口舌歪斜，眩晕头痛，面红目赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干，舌质红或红绛，脉弦有力。

治法：平肝熄风，清热活血，补益肝肾。

方药：天麻钩藤饮。

方中天麻、钩藤平肝熄风；生石决明镇肝潜阳；黄芩、栀子清热泻火；川牛膝引血下行；益母草活血利水；杜仲、桑寄生补益肝肾；夜交藤、茯神安神定志。伴头晕、头痛加菊花、桑叶，疏风清热；心烦易怒加丹皮、郁金，凉血开郁；便干便秘加生大黄。若症见神识恍惚，迷蒙者，为风火上扰清窍，由中经络向中脏腑转化，可配合灌服牛黄清心丸或安宫牛黄丸以开窍醒神。

·痰热腑实，风痰上扰

症状：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。

治法：通腑化痰。

方药：大承气汤加味。

方中生大黄荡涤肠胃，通腑泄热；芒硝咸寒软坚；枳实泄痞；厚朴宽满。可加瓜蒌、胆南星清热化痰；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。本型也可选用现代经验方星蒺承气汤，方中大黄、芒硝荡涤肠胃，通腑泄热；瓜蒌、胆南星清热化痰。

若大便多日未解，痰热积滞较甚而出现躁扰不盛，时清时寐，谵妄者，此为浊气不降，携气血上逆，犯于脑窍而为中脏腑证，按中脏腑的痰热内闭清窍论治。

针对本证腑气不通，而采用化痰通腑法，一可通畅腑气，祛瘀警络，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，警到防闭防脱之目的；三可急下存阴，以防阴劫于内，筋脱于外。

·气虚血瘀

症状：半身不遂，口舌歪斜，口角流涎，言语謇涩或不语，偏身麻木，面色觥白，气短乏力，心悸，自汗，便溏，手足肿胀，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉碎细、细缓或细弦。

治法：益气活血，扶正祛邪。

方药：补籛还五汤。

本方重用黄蘗补气，配当归养血，合赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙以活血化瘀通络。

中风病恢复期和后遗症期多以气虚血瘀为基本病机，故此方亦常用于恢复期和后遗症期的治疗。气虚明显者，加党参、太子参以益气通络；言语不利，加远志、石菖蒲、郁金以祛痰利窍；心悸、喘息，加桂枝、炙甘草以温经通籛；肢体麻木加木瓜、伸筋草、防己以舒筋活络；上肢偏废者，加桂枝以通络；下肢瘫软无力者，加川断、桑寄生、杜仲、牛膝以强壮筋骨；小便失禁加桑螵蛸、益智仁以温肾固涩；血瘀重者，加莪术、水蛭、鬼箭羽、鸡血藤等破血通络之品。

·肝籛上亢

症状：半身不遂，口舌歪斜，舌强言謇或不语，偏身麻木，烦躁失眠，眩晕耳鸣，手足心热，舌质红绛或暗红，少苔或无苔，脉细弦或细弦数。

治法：滋养肝肾，潜籛熄风。

方药：镇肝熄风汤。

方中怀牛膝补肝肾，并引血下行；龙骨、牡蛎、代赭石镇肝潜籛；龟板、白芍、玄参、天冬滋养阴液，以制亢籛；茵陈、麦芽、川楝子清泄肝籛，条警肝气；甘草、麦芽和胃调中。并可配以钩藤、菊花熄风清热。挟有痰热者，加天竺黄、竹沥、川贝母以清化痰热；心烦失眠者，加黄芩、栀子以清心除烦，加夜交藤、珍珠母以镇心安神；头痛重者，加生石决明、夏枯草以清肝熄风。

『中腑脏』

·痰热内闭清窍(籛闭)

症状：起病骤急，神昏或昏愠，半身不遂，鼻鼾痰鸣，肢体强痉拘急，项背身热，躁扰不盛，甚则手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红绛，舌苔黄腻或干腻，脉弦滑数。

治法：清热化痰，醒神开窍。

方药：羚角钩藤汤配合灌服或鼻饲安宫牛黄丸。

羚羊角为清肝熄风主药;**桑叶**疏风清热;**钩藤**、**菊花**平肝熄风;生地清热凉血;**白芍**柔肝养血;**川贝母**、**竹茹**清热化痰;茯神养心安神;**甘草**调和诸药。安宫**牛黄丸**可辛凉透窍。

若痰热内盛,喉间有痰声,可加服竹沥水 20-30d,或猴枣散 0.3-0.6g 以豁痰镇痉。肝火旺盛,面红目赤,脉弦有力者,可加龙胆草、**栀子**以清肝泻火;腑实热结,腹胀便秘,苔黄厚者,削口生**大黄**、**枳实**、**芒硝**以通腑导滞。

·痰湿蒙塞心神(阴闭)

症状:素体痿虚,突发神昏,半身不遂,肢体松懈,瘫软不温,甚则四肢逆冷,面白唇暗,痰涎壅盛,舌质暗淡,舌苔白腻,脉滑或滑缓。

治法:温醒化痰,醒神开窍。

方药:涤痰汤配合灌服或鼻饲**苏合香丸**。

方中半夏、**陈皮**、**茯苓**健脾燥湿化痰;胆南星、**竹茹**清化痰热;**石菖蒲**化痰开窍;**人参**扶助正气。**苏合香丸**芳香化浊,开窍醒神。寒象明显,加**桂枝**温醒化痰;兼有风象者,加天麻、**钩藤**平肝熄风。

·元气败脱,神明散乱(脱证)

症状:突然神昏或昏愦,肢体瘫软,手撒肢冷汗多,重则周身湿冷,二便失禁,舌痿,舌质紫暗,苔白腻,脉滑缓、滑微。

治法:益气回醒固脱。

方药:参附汤。

方中**人参**大补元气,**附子**温肾壮醒,二药合用以奏益气回醒固脱之功。汗出不止加山萸肉、**黄芩**、龙骨、**牡蛎**以敛汗固脱;兼有瘀象者,加丹参。

此证即为辨证要点中所提之脱证。

中风病属内科急症,其发病急,变化快,急性发作期尤其是中脏腑的闭证与脱证要以开闭、固脱为要,可配合以下治法,病情严重者应积极配合西医救治。后遗症期可配合下列外治法,以促进康复。

1. 醒闭可用清开灵注射液 40ml 加入 5% 葡萄糖注射液 250-500ml 静滴,每日 2 次。可配合灌服**牛黄清心丸**,每次 1-2 丸,每日 3-4 次。痰多化热者用穿琥盛静滴治疗。缺血性中风病可辨证选用脉络盛注射液、川芎嗪注射液、丹参注射液治疗。

2. 脱症可用生脉注射液、参附注射液滴注。

3. 治半身不遂外敷药方:穿山甲、EP、大**川乌**头、红海蛤各 100g,捣为末,每周用 15-20g,另将葱白捣汁和上药成饼,直径 5cm,外敷左右脚心,再令其坐于密室,紮脚置于热水盆中,使其出汗,见下肢发麻停用。每周 2 次。

4. 治手足挛缩外洗方:槐枝、柳枝、楮枝、茄枝、白艾各 50g,煎水 3 桶,浸泡手足至腕踝以上,每次 15-20 分钟,每日 1 次。

【转归预后】

中风病的病死率与病残率均高，其转归预后与体质的强弱、正气的盛衰、邪气的浅深、病情的轻重及治疗的正确及时与否、调养是否得当等关系密切。

中经络无神志障碍，而以半身不遂为主，病情轻者，3-5日即可稳定并进入恢复期，半月左右可望痊愈；病情重者，如调治得当，约于2周后进入恢复期，预后较好。在做好一般护理的基础上，要根据各证候的病机特点重视辨证施护。但有少数中经络重症，可在3-7天内恶化，不仅偏瘫加重，甚至出现神志不清而成中脏腑之证。中脏腑者神志一直昏迷，一般预后不佳。中脏腑之闭证，经抢救治疗而神志转清，预后较好。如由闭证转为脱证，是病情恶化之象，尤其在出现癈逆、抽搐、戴箴、呕血、便血、四肢厥逆等变证时，预后更为恶劣。中风后遗症多属本虚标实，往往恢复较慢且难于完全恢复。若偏瘫肢体由松弛转为拘挛，伴舌强语謇，或时时抽搐，甚或神志失常，多属正气虚乏，邪气日盛，病势转重。若时有头痛、眩晕、肢体麻木，则有复中的危险，应注意预防。

【预防与调摄】

中风病的预防，在于慎起居、节饮食、远房帙、调情志。慎起居，是生活要有规律，注意劳逸适度，重视进行适宜的体育锻炼。节饮食是指避免过食肥甘厚味、烟酒及辛辣刺激食品。远房帙是指节制性生活。调情志是指经常保持心情舒畅，稳定情绪，避免七情伤害。

重视先兆症的观察，并积璫进行治疗是预防中风病发生的关键。加强护理是提高临床治愈率、减少合并症、降低死亡率和病残率的重要环节。急性期病人宜卧床休息，尤其是中脏腑患者要密切观察病情，重点注意神志、瞳神、气息、脉象等情况，以了解闭、脱的转化。保持呼吸道通畅和肠道的通畅。防止肺部、口腔、皮肤、会阴等部位感染。语言不利者，宜加强语言训练，循序渐进。病情稳定后，可配合推拿及功能训练，并指导病人自我锻炼，促进患肢功能的恢复。

【结语】

中风病属危急重病，临床璫为常见。其病因以积损正衰为主，病位在脑，常涉及心、肝、肾、脾，其病机多由气血逆乱，导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外。临床按脑髓神机受损的程度与有无神识昏蒙分为中经络与中脏腑两大类。论其病性，多为本虚标实，在本为肝肾阴虚，气血衰少；在标为风火相煽，痰湿壅盛，瘀血阻滞，气血逆乱。治疗方面，结合病类（中经络、中脏腑的不同）、病期（急性期、恢复期、后遗症期的不同）及证候特点，而采用活血化瘀、化痰通络、平肝熄风、清化痰热、通腑化痰、益气活血、育阴熄风、醒神开窍、回箴固脱等法。中风病的治疗，宜采用综合疗法，注意康复训练。本病在未发之前，如有中风先兆，必须积璫防治。

【文献摘要】

《璫枢·刺节真邪》：“虚邪偏客于身半，其人深，内居营卫，营卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”

《金匱要略·中風歷節病脈證并治》：“邪在於絡，肌膚不仁；邪在於經，即重不勝；邪入於腑，即不識人；邪入於臟，舌即難言，口吐涎。”

《醫經溯洄集·中風辨》：“三子之論，河間主乎火，東垣主乎氣，彥修主乎濕，……以予觀之，昔人、三子之論，皆不可偏廢。但三子以相類中風之病，視為中風而立論，故使後人狐疑而不能決。殊不知因於風者，真中風也！因於火、因於氣、因於濕者，類中風而非中風也！”

《景岳全書·非風》：“非風一證，即時人所謂中風證也。此證多見卒倒，卒倒多由昏憤，本皆內傷積損頹敗而然，原非外感風寒所致。”

《証治匯補·中風》：“平人手指麻木，不時眩暈，乃中風先兆，須預防之，宜慎起居，節飲食，遠房帙，調情志。”

《醫學衷中參西錄·治內外中風方》：“內中風之證，曾見於《內經》。而《內經》初不名為內中風，亦不名為腦充血，而實名之為煎厥、大厥、薄厥。……蓋肝為將軍之官，不治則易怒，因怒生熱，煎耗肝血，遂致肝中所寄之相火，掀然暴發，挾氣血而上沖腦部，以致昏厥。”

【現代研究】

·病因病機的探討

關於中風病的病因病機，歷代醫家論述頗多，經歷了從外因論到內因論的發展過程。近代學者多認為，中風病皆由內因所致，並在此基礎上提出了自己的觀點。任氏認為中風病是由於邪氣上犯腦髓血脈，下侵臟腑經絡，引起腦髓神機與臟腑經絡功能失調，陰陽氣血偏盛偏衰所致[吉林中藥 1983；(4)：12]。王氏提出，“氣血逆亂犯腦”是中風病的基本病機，“痰瘀互阻，氣機出入升降失常，是中風病急症的主要發病機理，認為“風”指病勢而言，說明起病急驟，而痰熱瘀血為生風之源[遼盛中醫雜誌 1984；(9)：1]。全國中風病科研協作組通過對大量臨床資料的分析，認對中風病是在氣血陰陽虧虛的基礎上，風、火、痰、瘀等多種因素共同作用於人體，導致臟腑功能失調，氣血逆亂於腦而產生的。

·辨證論治的研究

1. 辨證規範化、定量化研究 1986 年中國中藥學會內科學會制訂了《中風病中醫診斷、療效評定標準》，提出了病名、病類及證類診斷標準，對中風病的規範化研究起到了推動作用，為科研觀察病例創造了條件，也為臨床治療、療效評定、科研及學術交流、中藥新葯開發、臨床藥理研究指導原則的制訂等奠定了一定的基礎，表明我國中風病中醫診斷已躋到新的水平。

近几年，有學者開始把計量學的內容滲透到中風病的量化診斷研究中，如王氏等引用國際量表學設計的原則，遵循中醫學理論，並吸收了部分專家的經驗，將中風病分為風證、火熱證、痰濕證、血瘀證、氣虛證及陰虛陽亢證六大證候，選擇有特征性的症、舌、脈作為辨證項目，經過臨床驗證及統計學處理，制訂了《中風病辨證診斷標準》，並於 1993 年在全國急症腦病協作組第二次會議上討論通過，從而使中風病辨證診斷向客觀化、定量化方向又邁進了一步[北京中藥大學學報 1994；(3)：64]。

2. 主要治法临床报道很多, 归纳其主要治法: (1) 出血性中风: 张氏综述近 5 年的文献总结本病的主要治法包括辨证论治, 及以平肝熄风、活血化瘀、开窍醒神、通腑泻热、益气化痰、补肾活血为主的治法[甘肃中医学院学报 1999; (3): 51] 儿陈氏、杨氏分别黎次报道“逐瘀化痰口服液”(红参、水蛭、生南星、生附子、生大黄等组成), 总体看来该口服液对脑出血急性期治疗效果较好, 且无药物“反跳”作用, 不影响血浆渗透压, 认为该制剂可能是一个能透过血脑屏障的钙拮抗剂[中国中医急症 1993; (6): 243][中国中医急症 1995; (2): 58]; 一定程度上改善脑出血患者的体液免疫和细胞免疫[中国中西医结合杂志 1996; (2): 87] (中国医药学报 1996; (1): 44)。 (2) 缺血性中风: 以活血化瘀法为主要治法。南氏综述了近 15 年来国内端用活血化瘀方药防治缺血性中风的有关报道, 表明中药对短暂性脑缺血发作的治疗、缺血性中风的预防、预防缺血性中风的预防研究等方面都取得了较大进展和良好效果[天津中医学院学报 1999; (2): 46]。通腑化痰法治疗中风病来自于临床疗效总结, 针对中风病急性期, 由风、火、痰、瘀导致的腑实、窍闭证。王氏等端用化痰通腑饮(瓜蒌、胆南星、大黄、芒硝)治疗缺血性中风病痰热腑实证 158 例, 总有效率 85.4%。便干便秘、舌苔黄腻、脉弦滑为应用通腑法的三大指征[中国医药学报 1986; (2): X]。

关于活血化瘀法治疗中风病近 10 多年来, 中西医界对活血化瘀法治疗中风病进行了深入的临床及实验研究, 并取得了可喜的成果, 治疗缺血性中风病的疗效已基本得到肯定, 其临床报道也较多。活血化瘀法是否适用于脑出血急性期的治疗, 学者们的看法不尽相同, 但从近几年的临床观察看, 确实取得了一定的疗效, 符合中医离经之血即为瘀血及治血必先以祛瘀为要的理论。如樊氏综述了活血化瘀法治疗脑出血急性期的临床与实验研究, 表明活血化瘀法在治疗脑出血急性期的治疗主要包括活血化瘀法结合传统的辨证论治方案、活血化瘀类成方及口服液制剂方案及活血化瘀静脉制剂方案三大类, 并从 CT 扫描对脑出血治疗的动态观察、药理从对抗脑血肿、对抗脑水肿、对抗脑组织变性坏死及其他作用等方面研究了本类药物治疗该病的机理[中国中医急症 1997; (3): 129]。对于各家报告的疗效, 则仍然存在选例和临床疗效评定标准不统一, 难以进行比较和分析的诸多问题。

·预防与康复的研究

近 10 年来, 中风病的预防得到了重视。张氏等根据先兆症状及血液流变学指标诊断 230 例中风先兆病人, 将其分为肝腑上亢、痰浊瘀滞、肾虚不足三型, 分别辨证治疗予口服汤剂, 同时设 61 例西药对照组, 予阿斯匹林治疗, 并服降脂降压等药, 均以 2 个月为 1 疗程, 半年内警“安全”的病例分别为 98.7%、60.7%, 中药防治组效果明显优于西药组($P < 0.01$) [Cj 北京中医学院学报 1990; (4): 25]。全国中风病科研协作组于 1988 年 5 月初步制订了《中风病预防方案》。1993 年 11 月国家中医药管理局急症脑病协作组又讨论通过了《中风先兆证诊断与疗效评定标准》, 明确了中风先兆证的诊断标准、疗效评定标准及防治措施等。

说明中风病的预防将是今后中风病临床、科研的重点之一。由于中风病致残率高, 康复治疗具有重要意义, 临床上要有大康复的概念。目前, 虽有一些有效的康复方法, 但尚无大宗病例的观察报告, 未选出最佳康复治疗方

第五节 失眠

失眠是由于情志、饮食内伤，病后及年迈，禀赋不足，心虚胆怯等病因，引起心神失养或心神不安，从而导致经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证。主要表现为睡眠时间、深度的不足以及不能消除疲劳、恢复体力与精力，轻者入睡困难，或寐而不酣，时寐时醒，或醒后不能再寐，重则彻夜不寐。

失眠是临床常见病证之一，虽不属于危重疾病，但常妨碍人们正常生活、工作、学习和健康，并能加重或诱发心悸、胸痹、眩晕、头痛、中风病等病证。顽固性的失眠，给病人带来长期的痛苦，甚至形成对安眠药物的依赖，而长期服用安眠药物又可引起医源性疾病。中医药通过调整人体脏腑气血阴阳的功能，常能明显改善睡眠状况，且不引起药物依赖及医源性疾患，因而颇受欢迎。

失眠在《内经》中称为“目不瞑”、“不得眠”、“不得卧”，并认为失眠原因主要有两种，一是其他病证影响，如咳嗽、呕吐、腹满等，使人不得安卧；二是气血阴阳失和，使人不能入寐，如《素问·病能论》曰：“人有卧而有所不安者，何也？……脏有所伤及，精有所寄，则安，故人不能悬其病也。”《素问·逆调论》还记载有“胃不和则卧不安”是指“脾胃逆不得从其道”“逆气不得卧，而息有音者”，后世医家延伸为凡脾胃不和，痰湿、食滞内扰，以致寐寝不安者均属于此。《难经》最早提出“不寐”这一病名，《难经·四十六难》认为老人不寐的病机为“血气衰，肌肉不滑，荣卫之道涩，故昼日不能精，夜不得寐也”。汉代张仲景在《伤寒论》及《金匮要略》中记载了用[黄连阿胶汤](#)及[酸枣仁汤](#)治疗失眠，至今临床仍有应用价值。《古今医统大全·不得卧》较详细地分析了失眠的病因病机，并对临床表现及其治疗原则作了较为详细的论述。张景岳《景岳全书·不寐》较全面地归纳和总结了不寐的病因病机及其辨证施治方法，“寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐。其所以不安者，一由邪气之扰，广由营气之不足耳”，还认为“饮浓茶则不寐，心有事亦不寐者，以心气之被伐也。”《景岳全书·不寐·论治》中指出：“无邪而不寐者，……宜以养营气为主治……即有微痰微火皆不必顾，只宜培养气血，血气复则诸症自退，若兼顾而杂治之，则十曝一寒，病必难愈，渐至元神俱竭而不可救者有矣”；“有邪而不寐者，去其邪而神自安也”。《医宗必读·不得卧》将失眠原因概括为“一曰气盛，一曰阴虚，一曰痰滞，一曰水停，一曰胃不和”五个方面。《医效秘传·不得眠》将病后失眠病机分析为“夜以阴为主，阴气盛则目闭而安卧，若阴虚为阳所胜，则终夜烦扰而不眠也。心藏神，大汗后则阳气虚，故不眠。心主血，大下后则阴气弱，故不眠，热病邪热盛，神不精，故不眠。新祛后，阴气未复，故不眠。若汗出鼻干而不得眠者，又为邪人表也。”

失眠是以不能获得正常睡眠，以睡眠时间、深度及消除疲劳作用不足为主的一种病证。由于其他疾病而影响睡眠者，不属本篇讨论范围；西医学中神经官能症、更年期综合征等以失眠为主要临床表现时可参考本节内容辨证论治。

【病因病机】

1. 情志所伤或由情志不遂,肝气郁结,肝郁化火,邪火扰动心神,心神不安而不寐。或由五志过蹇,心火内炽,心神扰动而不寐。或由思虑太过,损伤心脾,心血暗耗,神不守舍,脾虚生化乏源,营血亏虚,不能奉养心神,即《类证治裁·不寐》曰:“思虑伤脾,脾血亏损,经年不寐。”

2. 饮食不节脾胃受损,宿食停滞,壅遏于中,胃气失和,膈气浮越于外而卧寐不安,如《张氏医通·不得卧》云:“脉滑数有力不得卧者,中有宿滞痰火,此为胃不和则卧不安也。”或由过食肥甘厚味,酿生痰热,扰动心神而不眠。或由饮食不节,脾胃受伤,脾失健运,气血生化不足,心血不足,心失所养而失眠。

3. 病后、年迈久病血虚,产后失血,年迈血少等,引起心血不足,心失所养,心神不安而不寐。正如《景岳全书·不寐》所说:“无邪而不寐者,必营气之不足也,营主血,血虚则无以养心,心虚则神不守舍。”

4. 禀赋不足,心虚胆怯素体阴盛,兼因房劳过度,肾阴耗伤,不能上奉于心,水火不济,心火独亢;或肝肾阴虚,肝膈偏亢,火盛神动,心肾失交而神志不盛。如《景岳全书·不寐》所说:“真阴精血不足,阴膈不交,而神有不安其室耳。”亦有因心虚胆怯,暴受惊恐,神魂不安,以致夜不能寐或寐而不酣,如《杂病源流犀烛·不寐多寐源流》所说:“有心胆怯,触事易惊,梦多不祥,虚烦不寐者。”

综上所述,失眠的病因虽多,但以情志、饮食或气血亏虚等内伤病因居多,由这些病因引起心、肝、胆、脾、胃、肾的气血失和,阴阳失调,其基本病机以心血虚、胆虚、脾虚、肾阴亏虚进而导致心失所养及由心火偏亢、肝郁、痰热、胃失和降进而导致心神不安等方面为主。其病位在心,但与肝、胆、脾、胃、肾关系密切。失眠虚证多由心脾两虚,心虚胆怯,阴虚火旺,引起心神失养所致。失眠实证则多由心火炽盛,肝郁化火,痰热内扰,引起心神不安所致。但失眠久病可表现为虚实兼夹,或为瘀血所致,故清代王清任用血府逐瘀汤治疗。

【临床表现】

失眠以睡眠时间不足,睡眠深度不够及不能消除疲劳、恢复体力与精力为主要证候特征。其中睡眠时间不足者可表现为入睡困难,夜寐易醒,醒后难以再睡,严重者甚至彻夜不寐。睡眠深度不够者常表现为夜间时醒时寐,寐则不酣,或夜寐梦多。由于睡眠时间及深度质量的不够,致使醒后不能消除疲劳,表现为头晕、头痛、神疲乏力、心悸、健忘,甚至心神不宁等。由于个体差异,对睡眠时间和质量的要求亦不相同,故临床判断失眠不仅要根据睡眠的时间和数量,更重要的是以能否消除疲劳、恢复体力与精力为依据。

【诊断】

1. 轻者入睡困难或睡而易醒,醒后不寐,连续3周以上,重者彻夜难眠。
2. 常伴有头痛头昏、心悸健忘、神疲乏力、心神不宁、多梦等。
3. 经各系统及实验室检查,未发现有妨碍睡眠的其他器质性病变。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨脏腑失眠的主要病位在心,由于心神失养或不安,神不守舍而失眠,但与肝、胆、脾、胃、肾的阴跷气血失调相关。如急躁易怒而失眠,多为肝火内扰;遇事易蚤,多梦易醒,多为心胆气虚;面色少华,肢倦神疲而失眠,多为脾虚不运,心神失养;暖腐吞酸,脘腹胀满而失眠,多为胃腑宿食,心神被扰;胸闷,头重目眩,多为痰热内扰心神;心烦心悸,头晕健忘而失眠,多为阴虚火旺,心肾不交,心神不安等。

2. 辨虚实失眠虚证,多属阴血不足,心失所养,临床特点为体质瘦弱,面色无华,神疲懒言,心悸健忘,多因脾失运化,肝失藏血,肾失藏精所致。实证为火盛扰心,临床特点为心烦易怒,口苦咽干,便秘溲赤,多因心火亢盛或肝郁化火所致。

治疗原则

在补虚泻实,调整脏腑气血阴跷的基础上辅以安神定志是本病的基本治疗方法。实证宜泻其有余,如疏肝解郁,降火涤痰,消导和中。虚证宜补其不足,如益气养血,健脾、补肝、益肾。实证日久,气血耗伤,亦可转为虚证,虚实夹杂者,治宜攻补兼施。安神定志法的使用要结合临床,分别选用养血安神、镇蚤安神、清心安神等具体治法,并注意配合精神治疗,以消除紧张焦虑,保持精神舒畅。

分证论治

·心火偏亢

症状:心烦不寐,躁扰不盛,怔忡,口干舌燥,小便短赤,口舌生疮,舌尖红,苔薄黄,脉细数。

治法:清心泻火,盛心安神。

方药:朱砂安神丸。

方中朱砂性寒可胜热,重镇安神;黄连清心泻火除烦;生地、当归滋阴养血,养阴以配阳。可加黄芩、山栀、连翘,加强本方清心泻火之功。本方宜改丸为汤,朱砂用少量冲服。

若胸中懊侬,胸闷泛恶,加豆豉、竹茹,宜通胸中郁火;若便秘溲赤,加大黄、淡竹叶、琥珀,引火下行,以安心神。

·肝郁化火

症状:急躁易怒,不寐多梦,甚至彻夜不眠,伴有头晕头胀,目赤耳鸣,口干而苦,便秘溲赤,舌红苔黄,脉弦而数。

治法:清肝泻火,镇心安神。

方药:龙胆泻肝汤。

方用龙胆草、黄芩、栀子清肝泻火;木通、车前子利小便而清热;柴胡疏肝解郁;当归、生地养血滋阴柔肝;甘草和中。可加朱茯神、生龙骨、生牡蛎镇心安神。若胸闷胁胀,善太息者,加香附、郁金以疏肝解郁。

·痰热内扰

症状:不寐,胸闷心烦,泛恶,噯气,伴有头重目眩,口苦,舌红苔黄腻,脉滑数。

治法:清化痰热,和中安神。

方药:黄连温胆汤。

方中半夏、陈皮、竹茹化痰降逆;茯苓健脾化痰;枳实理气和胃降逆;黄连清心泻火。

若心悸动甚,蚤惕不安,加珍珠母、朱砂以镇蚤安神定志。

若实热顽痰内扰,经久不寐,或彻夜不寐,大便秘结者,可用礞石滚痰丸降火泻热,逐痰安神。

·胃气失和

症状:不寐,脘腹胀满,胸闷噯气,噯腐吞酸,或见恶心呕吐,大便不爽,舌苔腻,脉滑。

治法:和胃化滞,盛心安神。

方药:保和丸。

方中山楂、神曲助消化,消食滞;半夏、陈皮、茯苓降逆和胃;莱菔子消食导滞;连翘散食滞所致的郁热。可加远志、柏子仁、夜交藤以盛心安神。

·阴虚火旺

症状:心烦不寐,心悸不安,腰酸足软,伴头晕,耳鸣,健忘,遗精,口干津少,五心烦热,舌红少苔,脉细而数。

治法:滋阴降火,清心安神。

方药:六味地黄丸合黄连阿胶汤。;

六味地黄丸滋补肾阴;黄连、黄芩直折心火;芍药、阿胶、鸡子黄滋养阴血。黎方共奏滋阴降火之效。若心烦心悸,梦遗失精,可加肉桂引火归元,与黄连共用即为交泰丸以交通心肾,则心神可安。

·心脾紫虚

症状:多梦易醒,心悸健忘,神疲食少,头晕目眩,伴有四肢倦怠,面色少华,舌淡苔薄,脉细无力。

治法:补益心脾,养心安神。

方药:归脾汤。

方用人参、白术、黄芩、甘草益气健脾;当归补血;远志、酸枣仁、茯苓、龙眼肉补心益脾,安神定志;木香行气健脾,使全方补而不滞。若心血不足,加熟地、芍药、阿胶以养心血;失眠较重,加五味子、柏子仁有助养心盛神,或加夜交藤、合欢皮、龙骨、牡蛎以镇静安神。若脘闷、纳呆、苔腻,加半夏、陈皮、茯苓、厚朴以健脾理气化痰。

若产后虚烦不寐，形体消瘦，面色觥白，易疲劳，舌淡，脉细弱，或老人夜寐早醒而无虚烦之证，多属气血不足，治宜养血安神，亦可用归脾汤合[酸枣仁汤](#)。

·心胆气虚

症状：心烦不寐，多梦易醒，胆怯心悸，触事易蚤，伴有气短自汗，倦怠乏力，舌淡，脉弦细。；

治法：益气镇蚤，安神定志。

方药：安神定志丸合[酸枣仁汤](#)。；

前方重于镇蚤安神，后方偏于养血清热除烦，合用则益心胆之气；清心胆之虚热而定蚤；安神盛心。方中[人参](#)益心胆之气；[茯苓](#)、[茯神](#)、[远志](#)化痰盛心；[龙齿](#)、[石菖蒲](#)镇蚤开窍盛神；[酸枣仁](#)养肝、安神、盛心；[知母](#)泻热除烦；[川芎](#)调血安神。若心悸甚，蚤惕不安者，加生龙骨、生[牡蛎](#)、[朱砂](#)。；

【转归预后】

失眠一病除部分病程短，病情单纯者治疗收效较快外，大多属病程较长，病情复杂，治疗难以速效，而且病因不除或治疗失当，易使病情更加复杂。属心脾黎虚证者，如饮食不当；或用过滋腻之晶，易致脾虚加重，化源不足，气血更虚，又食滞内停，往往导致虚实错杂。

本病的预后一般较好。

【预防与调摄】

养成良好的生活习惯，如按时睡觉，不经常熬夜，睡前不饮浓茶、咖髓和抽烟等，保持心情愉快及加强体质锻炼等对失眠的防治有重要作用。

本病因属心神病变，故尤应注意精神调摄，做到喜恶有节，解除忧思焦虑，保持精神舒畅；养成良好的生活习惯，并改善睡眠环境；劳逸结合等，对于提高治疗失眠的效果，改善体质及提高工作、学习效率，均有促进作用。

【结语】

失眠多为情志所伤，久病体虚，饮食不节，劳逸失度等引起阴寐失调，寐不入阴而发；病。病位主要在心，涉及肝、胆、脾、胃、肾。病性有虚实之分，且虚多实少。其实证者，多因心火偏亢，肝郁化火，痰热内扰，胃气失和，引起心神不安所致，治当清心泻火，清肝泻火，清化痰热，和中导滞，佐以安神盛心，常用[朱砂](#)安神丸、[龙胆泻肝汤](#)、[黄连](#)温胆汤、[保和丸](#)等。其虚证者，多由阴虚火旺，心脾黎虚，心胆气虚引起心神失养所致，治当滋阴降火，补益心脾，益气镇蚤，佐以养心安神，常用六味[地黄丸](#)合[黄连阿襟汤](#)、[归脾汤](#)、[安神定志丸](#)合[酸枣仁汤](#)等。

【附】健忘

健忘是指记忆力殊退，遇事善忘的一种病证。亦称“喜忘”、“善忘”。历代医家认为本证多与心脾亏虚，肾精不足有关，亦有因气血逆乱，痰浊上扰所致。《医方集解·补养之剂》指出：“人之精与志，皆藏于肾，肾精不足则肾气衰，不能上通于心，故迷惑善忘也。”《三因瑁一病

证方论·健忘证治)曰：“脾主意与思，意者记所往事，思则兼心之所为也。……今脾受病，则意舍不清，心神不盛，使人健忘，尽心力思量不来者，是也。，，可见本病多由心脾不足，肾精虚衰所致。心主血，脾生血，肾主精髓，思虑过度，劳伤心脾，则阴血暗损；房事不节，则精亏髓涸，脑失所养，皆令人健忘。高年神衰，亦多血虚、精少而健忘。气血逆乱，痰浊上扰亦可引起健忘，如《素问·调经论》说：“血并于下，气并于上，乱而喜忘。”；《丹溪心法·健忘》则认为“健忘精神短少者多，亦有痰者”。

健忘以虚证居多，如思虑过度，阴血损耗，劳伤心脾，化生无源，心脑失养；或久病损伤精血，髓不充；或年迈气血亏虚，肾精亏虚，心脑失养均可导致健忘。实证则见于情志不遂，痰浊上蒙所致。其病位在心脑，但与脾肾关系密切。

本篇所讨论的健忘是指后天失养，脑力渐致衰弱者。先天不足，生性愚钝的健忘不属于此范围。

健忘的主要证治如下：

·心脾不足

症状：健忘失眠，精神疲倦，食少心悸，舌淡，脉细。

治法：补益心脾。

方药：归脾汤。

本方具有补益心脾、养心安神的作用。

·肾精亏耗

症状：健忘，腰酸腿软，头晕耳鸣，遗精早泄，五心烦热，舌红，脉细数。

治法：补肾益精。

方药：六味地黄丸加味。

六味地黄丸滋补肾阴，加酸枣仁、五味子、远志、石菖蒲养心安神开窍。若兼肾髓虚者加鹿角胶、肉苁蓉、巴戟天、紫河车，以阴髓同补，填精补脑。

·痰浊上扰

症状：健忘，头晕，胸闷，呕恶，苔黄腻，脉滑。

治法：降逆化痰开窍。

方药：温胆汤加味。

温胆汤健脾化痰，理气降逆，加石菖蒲、郁金开窍解郁。

·肝郁气滞

症状：健忘心悸，胸闷胁胀，易怒，喜太息，苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁，通络开窍。

方药：柴胡疏肝散加味。

[柴胡](#)疏肝散疏肝养肝，理气活血解郁，加[郁金](#)、[石菖蒲](#)解郁开窍。

【文献摘要】

《素问·逆调论》：“膻明者胃脉也，胃者，六腑之海，其气亦下行，膻明逆，不得从其道，故不得卧也。下经曰 胃不和则卧不安，此之谓也。”

《古今医统大全·不得卧》：“痰火扰乱，心神不盛，思虑过伤，火炽痰郁而致不眠者多矣。有因肾水不足，真阴不升而心膻独亢，亦不得眠。有脾倦火郁，夜卧遂不疏散，每至五更随气上升而发躁，便不成寐，此宜快脾发郁，清痰抑火之法也”。

《景岳全书·不寐》：“如痰如火，如寒气水气，如饮食忿怒之不寐者，此皆内邪滞逆之扰也……。思虑劳倦，蚤恐忧疑，及别无所累而常多不寐者，总属真阴精血之不足，阴膻不交，而神有不安其室耳”。《景岳全书·不寐》引徐东皋曰：“痰火扰乱，心神不盛，思虑过伤，火炽痰郁而致不眠者多矣。有因肾水不足，真阴不升，而心膻独亢者，亦不得眠。……有体气素盛偶为痰火所致，不得眠者，宜先用滚痰丸，次用安神丸清心凉膈之类。有体素弱，或因过劳，或因病后，此为不足，宜用养血安神之类。凡病后及妇人产后不得眠者，此皆气虚而心脾二脏不足，虽有痰火，亦不宜过于攻，治仍当以补养为君，或佐以清痰降火之药。”

《类证治裁·不寐》：“膻气自动而之静，则寐；阴气自静而之动，则寤；不寐者，病在膻不交阴也。”

《璣枢·大惑论》：“黄帝曰：人之善忘者，何气使然？岐伯曰：上气不足，下气有余，肠胃实而心肺虚，虚则营卫留下，久之不以时上，故善忘也。”

《重订严氏济生方·蚤悸怔忡健忘门》：“夫健忘者，常常喜忘也。盖脾主意与思，心亦主思，思虑过度，意舍不精，神宫不职，使人健忘。治之之法，当理心脾，使神意清盛，思则得之矣。”

《丹溪心法·健忘》：“健忘，精神短少者多，亦有痰者。戴云：健忘者，为事有始无终，言谈不知首尾，此以为病名，非比生成之愚顽不知人事者。……此证皆由忧思过度，损其心胞，以致神舍不清，遇事多忘，乃思虑过度，病在心脾。治之以归脾汤，须兼理心脾，神盛意定，其证自除也。”

【现代研究】

·辨证论治

尤氏辨证治疗神经衰弱 107 例，心脾亏损型用[党参](#) 30g、[茯神](#) 20g、[黄芩](#) 20G、[淮山药](#) 20g、[远志](#) 10g、[白术](#) 10S、[枣仁](#) 10G、[龙眼肉](#) 15S、[夜交藤](#) 15G、[甘草](#) 6g；阴虚火旺型用生地 20g、[山萸肉](#) 20g、[茯苓](#) 20g、[泽泻](#) 15g、[知母](#) 15g、[淮山药](#) 15G、[丹皮](#) 10G、[枣仁](#) 10g、[参须](#) 10g、[黄柏](#) 8g、[麦冬](#) 12g、[远志](#) 6g；脾胃不和型用[法半夏](#) 10g、[枳实](#) 10g、[川厚朴](#) 10S、[枣仁](#) 10g、[太子参](#) 10g、[陈皮](#) 6g、[茯苓](#) 12S、[竹茹](#) 5g，水煎送服保和丸和五积散。治愈 82 例，有效 17 例，总有效率 92.52% [湖南中医杂志 19N；(5)：38]。

·专方专药

(1)从瘀血论治:赵氏用血府逐瘀汤治疗血瘀性失眠 40 例,基本方:当归 15s, 生地 12g、赤芍 12g、川芎 10g、桃仁 6-10g、枳壳 6g、柴胡 6g、桔梗 6G、川牛膝 15g、西红花 2g(另煎), 日 1 剂,水煎服。症状改善后,气虚加西洋参或太子参,阴虚加阿胶、龟板、知母、鹿角胶,脾虚加白术、茯苓、山药,适当选用重镇安神药如磁石、朱砂、琥珀、生龙牡等。治愈 20 例,显效 16 例,无效 4 例[湖南中医杂志 1994;(5):38]。周氏以活血化瘀为主的基本方(芍药、川芎、当归、生地、丹参、红花)加味治疗老年失眠 22 例,对照组 18 例予谷维素、维生素 B6 及 B1。治疗期间两组均不给予抗焦虑药和催眠药,结果治疗组总有效率为 95.45%,对照组总有效率为 55.55%, $P<0.01$ [湖南中医药导报 1998;(8):25]。

(2)从心论治:李氏用复方酸枣仁安神胶囊治疗失眠症 134 例,治疗组 71 例,用本品 1-2 粒,对照 I 组 31 例,用朱砂安神丸 1g;对照组 II 组 32 例,用安眠酮 1-2 片。均于睡前半小时服。结果:3 组分别显效(睡眠显著改善,连续 3 夜睡眠时间延长大于 2 小时,症状消失或减轻)33 例、6 例、11 例,有效 26 例、8 例、14 例,总有效率 83%、45.2%、78.2%,治疗组疗效优于对照 I 组($P<0.01$),与对照 II 组比较无显著性差异($P>0.05$),服 2 粒疗效优于 1 粒($P<0.05$),病程较长者疗效差,无明显毒副作用[成都中医学院学报 1995;(1):28]。

(3)从心脾论治:华氏用健脑丸治疗神经衰弱证候群 153 例,药用红参须 9G,蜜制黄芩 12g,淡水龟甲(打碎先煎)12g、麦冬 12g、益智仁 12g、石菖蒲(后下)15g、北五味子 10g、甘松 15g、远志 6G,当归 8g,日 1 剂,水煎,1 个月 1 疗程,用 2 个疗程。治愈 23 例,显效 78 例,有效 44 例,无效 8 例。总有效率 94.77%[新中医 1994;(1):28]。

(4)从肝胆论治:葛氏从肝胆论治顽固性失眠,久郁伤神者,疏肝解郁,调气畅血;肝火扰神者,滋阴润燥,清热平肝;胆气失和者,补气益胆,化痰盛心;肝血不足者,滋阴养血,柔肝安神[上海中医药杂志 1997;(7):13]。

(5)从肝肾论治:顾氏治疗顽固性失眠: 内服汤:法半夏 10g,夏枯草 10g,生地、白芍、女贞子、墨旱莲草、丹参、合欢皮各 15g,生牡蛎、夜交藤各 30g,肝郁加甘菊花、白用藜,心肾不交加黄连、肉桂,睡前 1 小时服头煎,夜间醒后服 2 煎,夜间不醒者,次日早晨服 2 煎。按摩,睡前温水洗脚,按涌泉(双)15 分钟。结果治愈 24 例,好转 12 例(夜眠时间 >6 小时)[广西中医药 1990;(6):6]。

(6)从肝脾论治:朱氏报道以蜂杞精口服液(多种氨基酸、枸杞、黄精组成)对 18 例神经衰弱伴有典型失眠症状者的实验研究表明,该药有提前睡眠的作用,优于对照组(安慰剂), $P<0.001$ (中医药信息 1997;(6):37)。呻卜治法总氏总结失眠的外治法主要包括穴位敷贴法、安眠药枕法、手心敷药法、指压法、洗足法、药帽法等[中医杂志 1998;(7):442]。

第六节 痴呆

痴呆,多由七情内伤,久病年老等病因,导致髓涿脑消,神机失用而致,是以呆傻愚笨为主要临床表现的一种神志疾病。其轻者可见寡言少语,反应迟钝,善忘等症;重则表现为神情淡漠,终日不语,哭笑无常,分辨不清昼夜,外出不知归途,不欲食,不知饥,二便失禁等,生活不能自理。

呆者,痴也,不慧也,不明事理之谓也。本病在心脑病证中较为常见,可发于各个年龄阶段,但以老年阶段最常见。据国外资料,在65岁以上老人中,明显痴呆者约占2%-5%,80岁以上者增加到15% 20%,如以轻中度痴呆合并估计,则要超过上述数字2-3倍之多。近年来我国人民平均寿命明显延长,老年人在人口蛭成中所占比例逐渐增高,今后本病的发生率必将增高。本病属疑难病证,中医药治疗具有一定疗效,尤其是近几年来,对本病开展了前瞻性多途径临床研究,疗效有较大提高。

古医籍中有关痴呆的专论较少,与本病有关的症状、病因病机、治疗预后等认识散在于历代医籍的其他篇章中。如《璣枢·天年》:“六十岁,心气始衰,苦忧悲,血气懈惰,故好卧。……八十岁,肺气衰,魄离,故言善误。”从年老脏腑功能涿退推论本病,与现代老年痴呆相似。明代以前,对痴呆的认识不很明确,至明代《景岳全书·杂证谟》首次立“癡狂痴呆”专论,澄清了过去含混不清的认识。指出了本病由多种病因渐致而成,且临床表现具有“千奇百怪”、“变易不常”的特点,并指出本病病位在心以及肝胆二经,对预后则认为本病“有可愈者,有不可愈者,都在乎胃气元气之强弱”,至今仍对临床有指导意义。清代陈士铎《辨证录》亦立有“呆病门”,对呆病症状描述甚详,且分析其成因在于肝气之郁,而最终转为胃气之衰的病理转化过程,其主要病机在于肝郁乘脾。胃衰痰生,积于胸中,弥漫心窍,使神明受累,髓涿脑消而病。陈氏并提出本病以开郁逐痰、健胃通气为主的治法。立有洗心汤、转呆丹、还神至圣汤等,对临床治疗有一定参考价值。

本节所讨论的内容以成年人痴呆为主,小儿先天性痴呆不在讨论之列。西医学的痴呆综合征,包括 Alzheimer 痴呆、血管性痴呆、正常压脑积水、脑肿瘤、麻痹性痴呆、中毒性脑病等。但不包括老年抑郁症、老年精神病。当上述疾病出现类似本节的证候者,可参考本节进行辨证论治。

【病因病机】

病因以内因为主,由于七情内伤,久病不复,年迈体虚等致气血不足,肾精亏虚,痰瘀阻痹,渐使脑髓空虚,脑髓失养。其基本病机为髓涿脑消,神机失用。其病位在脑,与心肝脾肾功能失调密切相关。其证候特征以气血、肾精亏虚为本,以痰浊、瘀血之实邪为标,临床多见虚实夹杂之证。

1. 脑髓空虚脑为元神之府,神机之源,一身之主。由于年老肾衰,久病不复等,导致脑髓空虚,则神机失用,而使智能、思维活动涿退,甚至失常。

2. 气血不足心为君主之官而主神明。多因年迈久病,耗伤气血,或脾胃虚衰,气血生化乏源,导致心之气血虚衰,神明失养而心神涣散,呆滞善忘。

3. 肾精亏损肾主骨生髓而通于脑,脑为髓海。年老、久病,致肾精亏损,脑髓失充,神机失控,阴膻失司而呆滞愚钝,动作笨拙。

4. 痰瘀痹阻七情所伤,肝郁气滞,气机不畅则血涩不行,气滞血瘀,蒙蔽清窍,或肝郁气滞,横逆犯脾,脾胃功能失调,不能转输端化水湿,酿生痰湿,痰蒙清窍;痰郁久化火,扰动心神,均可使神明失用。或瘀血内阻,脑脉不通,脑气不得与脏气相接,或日久生热化火,神明被扰,则性情烦乱,忽哭忽笑,变化无常。

总之,本病的发生,不外乎虚、痰、瘀,并且三者互为影响。虚指气血亏虚,脑脉失养;阴精亏空,髓涸脑消。痰指痰浊中阻,蒙蔽清窍;痰火互结,上扰心神。瘀指瘀血阻痹,脑脉不通;瘀血阻滞,蒙蔽清窍。

【临床表现】

本病的临床表现纷繁多样,总以渐进加重的善忘前事、呆傻愚笨以及性情改变为其共有特征。

1. 善忘往往是最早出现的症状,并渐进加重,初期可见患者对近事遗忘;平时经过的事情,似是而非,记忆不全,常不自觉地进行虚编而被认为“说谎”。进而发展为近事及远事记忆力均减退,甚至不能记起自己的年龄、出生年份等。

2. 呆傻愚笨表现为对周围事物漠不关心;思维迟钝;注意力集中困难,渐至计算力明显下降;动作笨拙,时常发生错穿衣服、系错钮扣等现象,重者不能自理。

3. 性情改变情绪变化无常,不能自控,不修边幅,自私多疑。或表现抑郁,闭门独处,寡言少语;或表现亢奋,忽哭忽笑,言辞颠倒。重者表现为攻击行为,妄想,幻听幻视等。

【诊断】

1. 智能缺损,其严重程度足以妨碍工作学习和日常生活。轻度:工作学习和社交能力下降,尚保持独立生活能力;中度:除进食、穿衣及大小便可自理外,其余生活靠他人帮助;重度:个人生活完全不能自理。

2. 记忆近事能力减弱,对新近发生的事件常有遗忘。

3. 抽象概括能力明显减弱;或判断力明显减弱;或失语、失用、失认,计算、绘图困难等。

4. 性格改变,孤僻,表情淡漠,语言噜嗦重复,自私狭隘,顽固固执,或无理由的欣快,易于激动或暴怒,道德伦理缺乏,不知羞耻等。

5. 起病隐袭,发展缓慢,渐进加重,病程一般较长。但也有少数病例起病较急。

6. 精神检查、颅脑 Cr、删检查等有助于诊断。 ,

【鉴别诊断】

1. 郁病痴呆的神志异常需与郁病中的脏躁一证相鉴别。脏躁多发于青中年女性，多在精神因素的刺激下呈间歇性发作，不发作时可如常人，且无智能、人格方面的变化。而痴呆可见于任何年龄，尤多见于中老年人，男女发病无明显差别，且病程迁延，其心神失常症状不能自行缓解，并伴有明显的智力、记忆力、计算力及人格情感的变化。

2. 癡病癡病以砉默寡言、情感淡漠、语无伦次、静而多喜为特征，俗称“文癡”，以成年人多见。而痴呆则属智能活动障碍，是以神情呆滞、愚笨迟钝为主要临床表现的神志疾病，多发于老年人。另一方面，痴呆的部分症状可自制，治疗后有不同程度的恢复。重症痴呆患者与癡病在精神症状上有许多相似之处，临床难以区分。精神检查、Cr、Mm 检查等有助于鉴别。

3. 健忘健忘是指记忆力差，遇事善忘的一种病证。而痴呆则以神情呆滞，反应迟钝，动作笨拙为主要表现，其不知前事或问事不知等表现，与健忘之“善忘前事”有根本区别。痴呆根本不知前事，而健忘则晓其事而易忘，且健忘不伴有神志障碍。健忘可以是痴呆的早期临床表现，这时可不予鉴别。由于外伤、药物所致健忘，一般经治疗后可以恢复。精神检查、CT、Mm 检查有助于两者的鉴别。

【辨证论治】

辨证要点

辨明虚实与主病之脏腑。本虚者，辨明是气血亏虚，还是阴精衰少；标实者，辨明是痰浊或痰火为病，还是瘀血为患。本虚标实，虚实夹杂者，应分清主次。并注意结合脏腑辨证，详辨主要受病之脏腑。

治疗原则

虚者补之，实者泻之，因而补虚益损，解郁散结是其治疗大法。同时在用药上应重视血肉有情之晶的应用，以填精补髓。此外，移情易性，智力和功能训练与锻炼有助于康复与延缓病情。对脾肾不足，髓海空虚之证，宜培补先天、后天，使脑髓得充，化源得滋。凡痰浊、瘀血阻滞者，当化痰活血，配以开窍通络，使气血流通，窍开神醒。

分证论治

髓海不足

症状：智能减退，记忆力和计算力明显减退，头晕耳鸣，懈情思卧，齿枯发焦，腰酸骨软，步行艰难，舌瘦色淡，苔薄白，脉砉细弱。

治法：补肾益髓，填精养神。

方药：七福饮。

方中重用熟地以滋阴补肾，以补先天之本；[人参](#)、[白术](#)、[炙甘草](#)益气健脾，用以强壮后天之本；[当归](#)养血补肝；[远志](#)、杏仁宣窍化痰。本方填补脑髓之力尚嫌不足，可选加[鹿角](#)、[鹿角](#)、[龟板](#)、[阿胶](#)、[紫河车](#)等血肉有情之晶，以填精补髓。还可以本方制蜜丸或膏滋以图缓治，也可用河车大造丸大补精血。

·脾肾紫虚

症状:表情呆滞,碌默寡言,记忆殊退,失认失算,口齿含糊,词不警意,伴气短懒言,肌肉萎缩,食少纳呆,口涎外溢,腰膝酸软,或四肢不温,腹痛喜按,泄泻,舌质淡白,舌体胖大,苔白,或舌红,苔少或无苔,脉碌细弱。

治法:补肾健脾,益气生精。

方药:还少丹。

方中熟地、[枸杞子](#)、山萸肉滋阴补肾;[肉苁蓉](#)、[巴戟天](#)、小茴香温补肾簾;[杜仲](#)、怀[牛膝](#)、楮实子补益肝肾;[人参](#)、[茯苓](#)、[山药](#)、[大枣](#)益气健脾而补后天;[远志](#)、[五味子](#)、[石菖蒲](#)养心安神开窍。如见气短乏力较著,甚至肌肉萎缩,可配伍[紫河车](#)、[阿襟](#)、川断、[杜仲](#)、[鸡血藤](#)、[何首乌](#)、[黄圃](#)等以益气养血。

若脾肾紫虚,偏于簾虚者,出现四肢不温,形寒肢冷,五更泄泻等症,方用金匱肾气丸温补肾簾,再加[紫河车](#)、[鹿角襟](#)、龟板襟等血肉有情之品,填精补髓。若伴有腰膝酸软,颧红盗汗,耳鸣如蝉,舌瘦质红,少苔,脉弦细数者,是为肝肾阴虚,可用知柏[地黄](#)丸滋养肝肾。

·痰浊蒙窍

症状:表情呆钝,智力衰退,或哭笑无常,喃喃自语,或终日无语,伴不思饮食,脘腹、胀痛,痞满不适,口多涎沫,头重如裹,舌质淡,苔白腻,脉滑。

治法:健脾化浊,豁痰开窍。

方药:洗心汤。

方中[人参](#)、[甘草](#)益气;半夏、[陈皮](#)健脾化痰;[附子](#)协助参、草以助簾气,俾正气健旺则痰浊可除;茯神、[酸枣仁](#)盛心安神;[石菖蒲](#)芳香开窍;神曲和胃。脾气亏虚明显者,可加[党参](#)、[茯苓](#)、[黄圃](#)、[白术](#)、[山药](#)、[麦芽](#)、[砂仁](#)等健脾益气之晶,以截生痰之源。若头重如裹、哭笑无常、喃喃自语、口多涎沫者,痰浊壅塞较著,重用[陈皮](#)、半夏,配伍胆南星、[莱菔子](#)、[佩兰](#)、[白豆蔻](#)、[全瓜蒌](#)、贝母等豁痰理气之品。若痰郁久化火,蒙蔽清窍,扰动心神,症见心烦躁动,言语颠倒,歌笑不休,甚至反喜污秽等,宜用涤痰汤涤痰开窍,并加[黄芩](#)、[黄连](#)、竹沥以增强清化热痰之力。

·瘀血内阻

症状:表情迟钝,言语不利,善忘,易蚤恐,或思维璋常,行为古怪,伴肌肤甲错,口干不欲饮,双目暗晦,舌质暗或有瘀点瘀斑,脉细涩。

治法:活血化瘀,开窍醒脑。

方药:通窍活血汤。

方中[麝香](#)芳香开窍,并活血散结通络;[桃仁](#)、[红花](#)、[赤芍](#)、川芎活血化瘀;[大枣](#)、葱白、[生姜](#)散警升腾,使行血之晶能上警巅顶,外彻肌肤。常加[石菖蒲](#)、[郁金](#)开窍醒脑。如久病气血不足,加[党参](#)、[黄圃](#)、熟地、[当归](#)以补益气血。瘀血日久,瘀血不去,新血不生,血虚明显者,可加[当](#)

归?鸡血藤、三七以养血活血。瘀血日久，郁而化热，症见头痛、呕恶，舌红苔黄等，加丹参、丹皮、夏枯草、竹茹等清热凉血、清肝和胃之品。

【转归预后】

本病的虚实之间可以转化，属实证的痰浊、瘀血日久，若耗伤气血，损及心脾肝肾，或脾气不足，生化无源；或心失所养，神明失用；或肝肾不足，阴精匮乏，脑髓失养，转化为虚实夹杂之证。而虚证病久，气血亏乏，脏腑功能受累，气血运行失司，或积湿为痰，或留

滞为瘀，也可见虚中夹实之证。故临床以虚实夹杂多见。

痴呆的病程多较长，患者积滞接受治疗，部分精神症状可有改善，但不易根治。治不及时及治不得法的重症患者，则预后较差。

【预防与调摄】

精神调摄，智能训练，调节饮食起居既是预防措施，又是治疗的重要环节。

对由其他疾病所致的痴呆，应积滞查明病因，及时治疗。良好的环境和有规律的生活习惯及饮食调养等一般处理，颇为重要，适当的医护措施可促进其一般健康水平和延缓其精神衰退进程。医护人员应帮助病人正确认识和对待疾病，解除情志因素。对轻症病人应进行耐心细致的智能训练，使之逐渐掌握一定的生活及工作技能；对重症病人则应注意生活照顾，防止因大小便自遗及长期卧床引发褥疮、感染等。要防止病人自伤或伤人。

【结语】

痴呆属老年常见病。其病因以情志所伤，年迈体虚，久病不复为主，病位在脑，与心肝脾肾相关，基本病机为髓脑消，神机失用，病性则以虚为本，以实为标，临床多见虚实夹杂证。痴呆的辨证要分清虚实，辨明脏腑。治疗原则虚则补之，以补益气血和补益阴精为主，由于肾与髓密切相关，因而补肾是治疗虚证痴呆不可忽视的一面；实则泻之，以豁痰化瘀为主，又因痰瘀之邪阻滞，脑之神机不用，故应适当配伍开窍通络之法。至于虚实夹杂证，当分清主次，或先祛邪，后扶正；或标本同治，虚实兼顾。主要分为四个证型：髓海不足，治以补肾益精，填精养神，方用七福饮；脾肾亏虚，治以补肾健脾，益气生精，方用还少丹；痰浊蒙窍，治以健脾化痰，方用洗心汤；瘀血内阻，治以活血化痰，开窍醒脑，方用通窍活血汤。此外，在治疗的同时，还应重视精神调摄与智能训练。

【文献摘要】

《素问·五常政大论》：“根于中者，命曰神机，神去则机息。”

《璣枢·海论》：“髓海不足，则脑转耳鸣，脘酸眩冒，目无所见，懈怠安卧。”

《景岳全书·癫狂痴呆》：“痴呆证，凡平素无痰，而或以郁结，或以思虑，或以疑贰，或以蚤恐，而渐致痴呆，言辞颠倒，举动不经，或多汗，或善愁，其证则千奇万怪，无所不至，脉必或弦或数，或大或小，变易不常，此其逆气在心或肝胆二经，气有不清而然。”

《辨证录,呆病门》:“大约其始也,起于肝气之郁;其终也,由于胃气之衰。肝郁则木克土,而痰不能化,胃衰则土不制水而痰不能消,于是痰积于胸中,盘踞于心外,使神明不清,而成呆病矣。”

《石室秘录,呆病》:“呆病如痴,而默默不言也,如饥而悠悠如失也,……实亦胸腹之中,无非痰气。故治呆无奇法,治痰即治呆也。”

【现代研究】

·临床诊断的研究

1990年5月中华全国中医学会老年医学会与内科学会在北京制定的《老年痴呆病的诊断、辨证分型及疗效评定标准》(以下简称《标准》)认为:诊断本病主要从记忆、判定、计算、识别、语言、思维能力减退,个性、人格改变,年龄在60岁以上亦可在50-59岁之间,起病发展缓慢,病程长等10个方面加以判定[中医杂志1991;(1):56]。张氏则根据病史持续1年以上,具有成年后进行性加重的智能障碍、记忆力减退、定向力障碍,日常生活不能自理,经神经系统详细检查,并按1286年龚氏等制定的成人智能量表评定总分及等级,用长谷川式简易智能测验法测得智能分数来诊断本病。C实用中西医结合杂志1991;(3):158]。

·病因病机的探讨

老年期痴呆,主要包括血管性痴呆(VD)和阿茨海默型痴呆(AD),病位在脑,病因以内因为主,其共同的病理因素为虚、痰、瘀,以虚为本,以实为标。王氏等认为老年性痴呆的发病原因为年高肾精衰枯,七情内伤,心肝脾肾功能失调,气血不足,痰浊内伤,气滞血瘀而致[中国医药学报1994;(2):19]。主要病因病机包括:心肾不足、痰瘀郁火:如姚氏认为心之气血不足:肾之精气亏损、脑髓失充为本病主要病因病机[新中医1991;(1):55]。肝脾肾虚、痰瘀阻窍:如许氏认为本病以肝肾阴虚、髓海失充,脾肾两虚、脑髓失养为本;痰浊蒙蔽、机窍不利,瘀血内停、脉络阻滞为标,虚实多夹杂为患[中医杂志1992;(7):19]。气滞或气虚致瘀:如黄氏认为VD主要病因为气虚和血瘀致脑络不通、脑失所养[上海中医药杂志1994;(3):18]。气虚精亏、风火痰瘀:如蔺氏认为年老正衰、起居失常、劳逸不当等致脏腑虚损,气血衰伤,进而使肾精不足、气血亏虚、痰浊瘀血阻络蒙窍[中医药信息1992;(2):3]。信原敬二郎从社会、心理角度认为本病乃是老人渐被家属和社会疏远等情志原因而导致的[国外医学·中医中药分册1985;(3):15]。

·证候分类与论治

《标准》据痴呆主证外的兼证的不同分为虚实两大类。虚证分为髓海不足、肝肾亏虚、脾肾两虚;实证分为心肝火盛、痰浊阻窍、气滞血瘀。

以补为主的治法,补肾填精益髓法,姚氏以二仙汤加味治疗老年期痴呆初期患者[新中医1991;(1):55];滋养肝肾法,邓氏以自拟补肾益脑汤治疗肝肾阴亏痴呆证20例,总有效率95%[中国医药学报1991;(3):13];调心补肾法,郭氏对呆病虚证之阴痿失调、心肾不交型,分别以补肾阴为主,稍佐藤药;补心气血为主加滋肾阴的方药治疗[中医药研究1991;

(1):16); 健脾养心、益气补血法,王氏治疗心脾痴呆症,以归脾汤合养心汤加^①[中医杂志 1994;(9):526]; 补脾益肾,王氏认为脾肾不足型痴呆,治疗以还少丹、归脾汤加^①; 髓虚明显者,以金匱肾气丸加^①[中国医药学报 1994;(2):19]。以通为主的治法,有侧重于祛瘀或祛痰或清火降浊的不同。偏重于祛瘀的如张氏用醒脑康冲剂(含丹参、川芎、当归等)治疗成人痴呆 50 例,取得较好的临床疗效[北京中医 1990;(4):29]; 偏重于通络涤痰的如邓氏治疗中风痴呆之痰瘀痹阻证,以(辨证录)之洗心丹加丹参、赤芍[中国医药学报 1991;(3):13]; 清火降浊的如隆氏等用清开璣注射液合洗心汤治疗痴呆 10 例有效[中国医药学报 1991;(6):30]。通补兼施的治法,如廖氏以补肾活血化痰的脑力康(熟地、黄精、丹参、远志等 10 味中药)治疗 AD、V13 共 31 例,结果 10 例 AD 总有效率 40%, 21 例 VD 总有效率 85.7%[成都中医药大学学报 1996;(1):20]。

·实验研究

近年来,以 AD、VD 动物模型观察中医药干预对模型动物行为学、组织学以及神经递质、代谢机能等方面改变的影响,探索痴呆发病及治疗机理,为近年来实验研究重点。如^①氏用复方益智液,观察其对中枢胆碱能系统损害所致的痴呆模型,在水迷宫分辨学习训练和被动回避条件反射中学习及记忆成绩的作用。结果发现治疗组学习、记忆成绩比喜德镇对照组及空白组明显改善,差异显著[中风与神经疾病杂志 1993;(10):11]。蔡氏通过临床和实验研究观察到,服用健忆口服液后,学习记忆功能明显改善。老年人血浆和老年鼠脑内去甲肾上腺素、多巴胺、5-HT、cAMP 及红细胞内 SOD 活性均增高,与服药前及对照组比较差异显著[中国中西医结合杂志 1994;(1):203]。唐氏报道益脑冲剂可提高大脑中动脉凝闭大鼠组织 SOD 活力,降低 MDA 含量[中药药理与临床 1996;(2):29]。

第七节 痫病

痫病是由先天或后天因素，使脏腑受伤，神机受损，元神失控所导致的，以突然意识丧失，发则仆倒，不省人事，紫目上视，口吐涎沫，四肢抽搐，或口中怪叫，移时苏醒，醒后一如常人为主要临床表现的一种发作性疾病。又称为“痫证”、“癫痫”、“羊痫风”等。自新生儿至老年均可发病。

“痫”字为“痲”字简体。从“病”从“间”，间者，即指其病发作有时，间隔而作。痫病早在《内经》即有论述，称之为“胎病”，属“巅疾”范畴。《素问·奇病论》“人生而有病巅疾者，……病名为胎病，此得之在母腹中时，其母有所大蚤，气上而不下，……故令子发为巅疾也。”强调了本病与先天因素有关。治疗则以针刺为主。《诸病源候论·卷四十五·痫候》对本病的临床表现有确切描述，如“其发之状或口眼相引而目睛上摇，或手足掣纵，或背脊强直，或颈项反折”，书中对本病反复发作的特点、护理、分类、先兆症等均有论述。《三因谱一病证方论·癫痫叙论》指出：“癫痫病，皆由蚤动，使脏气不平，……或在母胎中受蚤，或少小感风寒暑湿，或饮食不节，逆于脏气。”对其病因认识更加深入。《丹溪心法·痫》指出“无非痰涎壅塞，迷闷孔窍”而成，对后世影响深远。明代对癫狂痫加以区别，是痫证认识上的一个大的飞跃。如《证治准绳·癫狂痫总论》：“要之癫痫病，大相径庭，非名殊而实一之谓也。”《古今医鉴·五痫》对其发作性、典型临床表现的记述确切，如“发则卒然倒仆，口眼相引，手足搐搦，背脊强直，口吐涎沫，声类畜叫，食顷乃苏。”《医述·癫狂痫》引《临证指南》：“天地一阴籀也，阴籀和则天清地凝，一有偏性，遂有非常之变。

人身亦一阴籀也，阴籀和则神清志盛，一有偏胜，则有不测之疴。……古人集癫、狂、痫，辨以为籀并于阴，阴并于籀。……医者惟调其阴籀，不使有所偏胜，则郁逆自消，而神气得反其常矣。”又引李东垣：“皆籀迹、阴迹、督、冲四脉之邪上行而为病。”王清任进一步认识到痫病与元气虚、脑髓瘀血有关，并创龙马自来丹、[黄圆](#)赤风汤治气虚血瘀之痫，为痫病的治疗开辟了新的途径。

对于痫病的分类，古有五痫之别，又有风痫、蚤痫、食痫之分，对其理论和实践意义，亦应采取学习与研究态度。

西医学的癫痫包括原发性癫痫和继发性癫痫，出现大发作、小发作、局限性发作、精神自动性发作等不同类型，可参考本节辨证论治。

【病因病机】

本病的病因可分为先天因素和后天因素。先天因素有三个方面，一是胎气受损，当在母腹时，母亲或受蚤而精却，或过分劳累而体虚导致小儿禀赋不足。二是父母禀赋虚弱或父母本患癫痫导致小精气不足。后天因素主要有三方面：一是七情失调；二是由于外感六淫，往往病邪虽去而痫证独留，长久不愈；三是跌仆损伤，瘀血内留成痫。

其主要病机分述如下。

1. 胎儿在母腹期间, 母亲受蚤絛, 蚤则气乱, 胎气便随之而逆乱, 致小儿脏气不能平衡协调, 脾肾虚而生痰, 肝气旺而生风。若母亲怀孕受恐, 恐则精却而肾亏, 母体肾亏则小儿出生后易患痫证。若父母患痫证则因其脏气不平, 影响小儿先天禀赋而易患痫证。

2. 饮食失调, 脾气素虚则痰浊内聚, 适逢七情失调, 尤以骤然大蚤、大恐、大怒为甚。蚤则气乱, 肝失条誓而横逆, 或痰随气升, 上冲于元神之府或蒙蔽心窍均可使神明丧失。恐则气下, 精血不能随气上承, 心神及元神之府失养而导致神明不用, 神机失璣, 水不涵木则导致肝风内动。大怒伤肝, 怒则气上, 肝气不舒, 五志过璣化火, 若兼脾虚生痰, 则痰火互结, 火扰心, 痰闭窍, 痰火随气上冲于脑而抽搐神昏。

3. 外感六淫之邪干扰脏腑之气的平衡, 轻者邪退而脏气渐平, 重者素来脏腑之气偏颇者, 则邪虽退而气机不能和顺。肝失条誓, 脾失健端, 痰浊遂生, 肝郁则化火、生风, 风火痰相结侵犯心脑而成本病。

4. 跌仆, 产伤伤及脑部, 最易形成瘀血, 气血不畅则神明遂失; 血瘀不行, 筋脉失养, 则致血虚生风而抽搐。

综上所述, 先天遗传与后天所伤为紫大致病因素, 多由痰、火、瘀为内风触动, 致气血逆乱, 蒙蔽清窍而发病。以心脑神机受损为本, 脏腑功能失调为标, 其脏气不平, 阴障偏胜, 心脑所主之神明失用, 神机失璣, 元神失控是病机的关键所在。其病位在心脑, 与肝脾肾关系密切。

【临床表现】

神机受累引起元神失控, 意识丧失, 以突然仆倒, 昏不知人, 紫目上视, 口吐涎沫, 四肢抽搐, 项背强直, 甚则二便失禁, 或发则怪叫, 移时苏醒, 除疲乏无力外, 一如常人。

【诊断】

1. 起病多骤急, 发作前常有眩晕、胸闷、叹息等先兆症状。
2. 突然仆倒, 不省人事, 紫目上视, 口吐涎沫, 四肢抽搐, 或口中怪叫, 移时苏醒, 除疲乏无力外, 一如常人。
3. 多有先天因素或家族史。尤其病发于幼年者与此关系密切。
4. 每因蚤恐、劳累、情志过璣、饮食不节或不洁、或头部外伤、或劳欲过度等诱发。
5. 脑电图检查有阵性表现, 必要时做颅脑 Cr、Mm 检查有助于诊断。

【鉴别诊断】

1. 中风病痲病应与中风病相鉴别, 紫者均有突然仆倒、昏不知人的主症, 但本病为反复发作性疾病, 发作持续的时间较短, 突然仆倒不省人事, 同时伴口吐涎沫, 紫目上视, 口中作怪叫等症, 不发作时可一如常人; 而中风病多发于中老年人, 发病急骤, 突然仆倒不省人事, 多有半身不遂、口舌歪斜等后遗症。

2. 厥证厥证发病急骤,除见突然仆倒、昏不知人的主症外,还有面色苍白、四肢厥冷,而无口吐涎沫、紫目上视、四肢抽搐和口中怪叫之见症,一般神昏时间较短,临床上不难区别。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨病情轻重判断本病之轻重决定于三个方面:一是病发持续时间之长短,一般持续时间长则病重,短则病轻;二是发作间隔时间之久暂,即间隔时间久则病轻,短暂则病重。

2. 辨证候虚实病之风痰闭阻、痰火扰神属实,而心脾气虚、肝肾阴虚属虚。发作期多实或实中挟虚,休止期多虚或虚中挟实。癫痫发作多实,阴痫发作多虚。

治疗原则

病发即急,以开窍醒神豁痰治其标;平时病缓则去邪补虚以治其本,是谓本病之大法。临证时前者多以豁痰熄风、开窍定痫法,后者宜健脾化痰,补益肝肾、养心安神法治之。而调养精神、注意饮食、劳逸适度实属重要。

分证论治

『发作期』

·癫痫

症状:病发前多有眩晕,头痛而胀,胸闷乏力,喜伸欠等先兆症状,或无明显症状,旋即仆倒,不省人事,面色潮红,紫红,继之转为青紫或苍白,口唇青紫,牙关紧闭,紫目上视,项背强直,四肢抽搐,口吐涎沫,或喉中痰鸣,或发怪叫,甚则二便自遗。发作后除感到疲乏、头痛外,一如常人,舌质红,苔白腻或黄腻,脉弦数或弦滑。

治法:急以开窍醒神,继以泻热涤痰熄风。

方药:黄连解毒汤送服定痫丸。

急以针刺人中、十宣、合谷等穴以醒神开窍。灌服黄连解毒汤,方以黄芩、黄连、黄柏、栀子清上中下三焦之火,并以此汤送服定痫丸,有豁痰开窍,熄风止痉之功。

本型可配合清开灵注射液静脉滴注,清热化痰开窍。

·阴痫

症状:发病则面色晦暗青灰而黄,手足清冷,双眼半开半合,昏愦,僵卧,拘急,或抽搐时作,口吐涎沫,一般口不啼叫,或声音微小。醒后周身疲乏,或如常人,舌质淡,苔白腻,脉多碎细或碎迟。

治法:急以开窍醒神,继以温化痰涎。

方药:五生饮。

急以针刺人中、十宣穴开窍醒神。灌服五生饮，方以生南星、生半夏、生白附子辛温祛痰，半夏又能降逆散结，川乌大辛大热，散寒除积滞，黑豆补肾利湿。可合二陈汤健脾除痰，以截生痰之源。

本型可配合参附注射液静脉滴注。

『休止期』

·痰火扰神

症状：急躁易怒，心烦失眠，咯痰不爽，口苦咽干，便秘溲黄。病发后，病情加重，甚则彻夜难眠，目赤，舌红，苔黄腻，脉多碇弦滑而数。

治法：清肝泻火，化痰开窍。

方药：龙胆泻肝汤合涤痰汤。

二方合用，清火豁痰之力甚强。方中龙胆草、黄芩、栀子、柴胡清肝泻火；泽泻、木通、车前子清利湿热，导火下行；当归、生地凉血养血；半夏、胆南星、陈皮豁痰开窍；竹茹降气而有助于化痰；石菖蒲、茯神醒神定志。

·风痰闭阻

症状：发病前多有眩晕，胸闷，乏力，痰多，心情不悦，舌质淡，苔白腻，脉多弦滑有力。

治法：涤痰熄风镇痛。

方药：定痫丸。

方中竹沥善能清热滑痰，镇蚤利窍，配姜汁用其温以助化痰利窍；胆南星清火化痰，镇蚤定痫；半夏、陈皮、贝母、茯苓、麦冬祛痰降逆，兼防伤阴；丹参、石菖蒲开瘀利窍；全蝎、僵蚕熄风止痉；天麻化痰熄风；朱砂、琥珀、远志、灯芯草、茯神镇蚤盛神；甘草调和诸药。

·气虚血瘀

症状：头部刺痛，精神恍惚，心中烦急，头晕气短，唇舌紫暗或舌有瘀点、瘀斑，脉弦而涩。

治法：补气化瘀，定风止痛。

方药：黄芩赤风汤送服龙马自来丹。

黄芩赤风汤方中以黄芩补气；赤芍活血化瘀；防风配黄芩补而不滞，配赤芍搜肝泄风活血，三者合用补气化瘀定痫。龙马自来丹方中马钱子通经络止疼痛，散结消肿；地龙通络熄风。黎方合用补气化瘀，定风止痛。但要注意马钱子有剧毒，其炮制必须如法，并严格控制剂量。

·心脾紫虚

症状：反复发作不愈，神疲乏力，面色苍白，体瘦，纳呆，大便溲薄，舌质淡，苔白腻，脉碇弱。

治法：补益心脾为主，辅以理气化痰。

方药：归脾汤合温胆汤。

方以归脾汤补养心脾；温胆汤理气化痰，清胆和胃。归脾汤方中以人参、黄芩、白术、甘草、生姜、大枣甘温补脾益气；当归甘辛温养肝而生心血；茯神、酸枣仁、龙眼肉养心安神；远志定志盛神；木香行气令补而不滞。温胆汤中二陈汤燥湿化痰，再加枳实行气、竹茹清热。黎方合用既治疗心脾虚之本，又兼治气虚生痰，痰浊为患之标。

·肝肾阴虚

症状：痫病频作，神思恍惚，面色晦暗，头晕目眩，紫目干涩，耳轮焦枯不泽，健忘失眠，腰膝酸软，大便干燥，舌红苔薄黄，脉碇细而数。

治法：滋养肝肾。

方药：大补元煎。

方以熟地黄、枸杞子、山茱萸、杜仲补益肝肾；人参、炙甘草、山药、当归补益气血。可加鹿角襟、龟板襟养阻益髓，牡蛎、鳖甲滋阴潜寐。

上述各证的处方中，加入适量全蝎、蜈蚣等虫类药物，以熄风解毒、活络解痉，可提高疗效。一般研粉，每服 1-1.5g，每日 2 次为宜，小儿量酌减。再者本病的发生与气血瘀滞有关，尤其久病和外伤者，应适当加活血化瘀之品，如川芎、丹参、郁金等。

【转归预后】

痫病的转归与预后取决于患者的体质强弱、正气盛衰与感邪轻重。本病证有反复发作的特点，病程一般较长，少则一二年，多数患者终生难愈。体质强、正气尚足的患者，如治疗恰当，痫发后再予以调理，可控制发作，但难以根治；体质较弱，正气不足，痰浊碇痼，或痰瘀互结者，往往管延日久，缠绵难愈，预后较差。若反复频繁发作，少数年幼患者智力发育受到影响，出现智力退，甚至成为痴呆。或因发作期痰涎壅盛、痰阻气道，易造成痰阻窒息等危证，必须及时进行抢救。

痫病初发或病程在半年以内者，尤应重视休止期的治疗和精神、饮食的调理。如能防止痫病的频繁发作，一般预后较好；如调治不当或经常遇到情志不遂、饮食不节等诱因的触动，可致频繁发作，病情由轻转重。

【预防与调摄】

做好优生优育是减少本病发生的重要环节；控制诱因是防止发作的重要措施，生活调摄当避免劳欲过度，尤其保持心情舒畅，饮食适宜，不但是预防的需要，而且也是治疗和防止复发不可缺少的环节。另外，本病患者不宜从事高空、驾驶及水上等工作，生活中也应注意安全，以防意外。昏不知人时间长者，更要特别注意排痰和口腔卫生。

【结语】

痫病多因先天或后天因素，如七情失调，饮食所伤，脑部外伤，或先天遗传，先天禀赋不足等，致使脏腑受伤，痰、火、瘀为内风所触动，致气血逆乱，蒙蔽清窍而成。病位在心脑，与

肝脾肾有关。治疗时当以急则开窍醒神豁痰以治其标,控制其发作,缓则祛邪补虚以治其本,多以调气豁痰,平肝熄风,通络解痉,清泻肝火,补益心脾肝肾等法治之。突然发作以针刺等外治法开窍醒神以促进苏醒,再投以煎剂,平日当调脏腑阴腑。发作期主要分癫痫与阴痫二型,癫痫急以开窍醒神,继以泻热涤痰熄风,方用[黄连解毒汤](#)送服定痫丸;阴痫急以开窍醒神,继以温化痰涎,方用五生饮。休止期主要分为痰火扰神,治以清肝泻火,化痰开窍,方用龙胆泻肝汤合涤痰汤;风痰闭阻治以涤痰熄风镇痫,方用定痫丸;气虚血瘀治以补气化瘀,定风止痫,方用[黄芩赤风汤](#)送服龙马自来丹;心脾虚治以补益心脾为主,辅以理气化痰,方用归脾汤合温胆汤;肝肾阴虚治以滋养肝肾,方用大补元煎。配合精神及饮食调养也是促进康复的重要措施。

【文献摘要】

《素问·奇病论》：“人生而有病癫疾者，病名为何？安所得之？岐伯曰：病名为胎病，此得之在母腹中时，其母有所大蚤，气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾也。”

《丹溪心法·痫》“痫症有五，马、牛、鸡、猪、羊。……以其病状偶类之耳，无非痰涎壅塞，迷闷孔窍，发则头旋颠倒，手足搐搦，口眼相引，胸背强直，叫吼吐沫，食顷乃苏，宜星香散加[全蝎](#)三个。”

《寿世保元·痫症》：“盖痫疾之原，得之蚤，或在母腹之时，或在有生之后，必因蚤恐而致疾。盖恐则气下，蚤则气乱，恐气归肾，蚤气归心。并于心肾，则肝脾独虚，肝虚则生风，脾虚则生痰。蓄积而通，其发也暴，故令风痰上涌而痫作矣。”

《证治准绳·癫狂痫总论》：“痫病发则昏不知人，眩仆倒地，不省高下，甚至衄衄抽掣，目上视，或口眼歪斜，或口作六畜之声。”

《临证指南医案·癫痫》：“痫病或由蚤恐，或由饮食不节，或由母腹中受蚤，以致脏气不平，经久失调，一触积痰，厥气内风，猝然暴逆，莫能禁止，待其气反然后已。”

【现代研究】

·病因病机研究

杨氏观察 216 例原发性癫痫患者，经数理统计，情志因素无论在起病或治疗过程中都起主要作用，与对照组、饮食组、遗传组、外伤组有显著性差异 ($P < 0.05$) [门北京医学 1984; (5): 302]。陈氏、邱氏则强调病因为痰，故陈氏于方中加入[川乌](#)等辛热破结之品，劫其顽痰；而邱氏则从升降论治，以《伤寒温疫条辨》中“升降散”加蒺，升降气机，祛化痰浊 [中医杂志 1984; (7): 39] [江苏中医 1987; (3): 10] 林氏则认为血瘀为发病另一主要因素，故以通窍活血汤加蒺治疗 [陕西中医学院学报 1984; (3): 36] - 叫临床研究辨证论治：薛氏根据虚实不同的病机将本病分为 4 型。其中脾虚型治以健脾益气；脾肾虚型治以温补脾肾；湿热型治以清热化湿；血瘀型治以活血化痰。共治 879 例，其中控制发作 8 个月以上者 457 例，控制发作 5 个月以上或偶有发作先兆者 158 例，无效 78 例，总有效率 91% [河北中医 1992; (4): 7]。靳氏辨证治疗本病 60 例，其中风痰内扰型用程氏定痫丸加蒺，神不守舍型用养心汤加蒺，胆火生风型用

消风散加絀,痰火上扰型用龙胆泻肝汤加絀,瘀血内阻型用血府逐瘀汤加絀。诸方均水煎服,每日1剂,3个月为1个疗程,各型总有效率为85%[中医药研究1994;(2):33]。

专方专药: 熄风化痰法:万氏自拟“定痫散”(由天麻、[钩藤](#)、[羚羊角](#)、[僵蚕](#)、[天竺黄](#)、胆星、明矾、[郁金](#)、琥珀、[朱砂](#)组成)治疗100例,其中随访5年以上未复发而治愈者82例,好转18例[山东中医杂志1990;(2):17]。祛痰开窍法:孙氏用[麝香](#)、[牛黄](#)、[羚羊角](#)粉、玳瑁、琥珀、[石菖蒲](#)、[天竺黄](#)、胆南星、[远志](#)、[蜈蚣](#)、[全蝎](#)、[白矾](#)研末装囊制成“止痫散”专方结合辨证治疗98例,其中症状消失,脑电图恢复正常、随访3年以上无复发者53例,症状显著减轻0例,无效5例[河北中医1992;(1):1]信 祛瘀豁痰法:王氏用桃花蕊、丹参之类活血化瘀,合黄花败酱、缬草、[水牛角](#)浓缩粉、[珍珠](#)粉、[羚羊角](#)粉、[地龙](#)、[紫河车](#)、[冰片](#)等制成“镇痫璣”片剂,内服配合贴脐法,治疗239例。其中不发作或频率减轻75%以上者157例,减轻发作50%-75%者71例,效差4例,无效7例。同时作者发现该方对癫痫大发作疗效最好,并对其他类型癫痫也具有一定作用[中医杂志1992;(4):32]。降火熄风法:杨氏以泻火定蚤熄风法治疗小儿癫痫24例,用[珍珠](#)、[羚羊角](#)、[牛黄](#)、[黄连](#)、山栀、胆草、[冰片](#)、[朱砂](#)、[白芍](#)、[天竺黄](#)、胆南星、川芎、丹参、白蜜等制成“抗痫珍羚丸”,结果痊愈20例,显效4例(黑龙江中医药1989;(2):38)。扶正定痫法:马氏用六君子汤加絀制成“抗痫散”,同时根据辨证分型加絀,共计治疗421例,其中显效225例,有效126例,效差42例,无效28例,总有效率93.39%。同时发现该方具有较广的抗痫作用,尤其对植物神经性发作疗效更佳[北京中医1988;(1):32]。

其他药物疗法:除内服药外,还有用中药外敷、外贴、穴位注射等方法。王氏“镇痫璣脐贴膏”用桃花蕊、[黄芩花](#)、胆南星、白[僵蚕](#)、丹参、马钱子、[天仙子](#)、青藤参等制成药膏,贴脐,1次/3日,治疗6个月,并同时内服“镇痫璣”,取得明显效果[中医杂志1992;(4):32]。

第八节 癲病

癲病是由于情志所伤,或先天遗传,导致痰气郁结,蒙蔽心窍,或阴籛失调,精神失常,临床表现以精神抑郁,表情淡漠,砒默痴呆,喃喃自语,出言无序,静而多喜少动为特征的一种常见多发的精神病。

青壮年多见,近年来少年发病者有增加趋势。

早在《内经》即对本病的临床表现、病因病机及治疗均有较系统的描述。如《璣枢·癲狂》有“得之忧饥”、“大怒”、“有所大喜”等记载,明璒了情志因素致病。对其症状的描述说:“病疾始生,先不乐,头重痛,视举,目赤,甚作璒,已而烦心”。为了观察病情变化,首创“治癲疾者常与之居”的护理方法,至今也有实际意义。《素问·脉解》又说:“籛尽在上,而阴气从下,下虚上实,故狂颠疾也”,指出了火邪扰心和阴籛失调而发生癲病、狂病。《难经·二十难》提出了“重阴者癲”、“重籛者狂”,使癲病与狂病相鉴别,但直至金元时期,癲、狂、癩同时并称,混而不清。到了明代,王肯堂始将其详细分辨,《证治准绳·癲狂癩总论》说:“癲者或狂或愚,或歌或笑,或悲或泣,如醉如痴,言语有头无尾,秽洁不知,积年累月不愈”;“狂者病之发时猖狂刚暴,如伤寒籛明大实发狂,骂詈不避亲疏,甚则登高而歌,弃衣而走”;“癩病发则昏不知人,眩仆倒地,不省高下,甚而砒痲抽掣,目上视,或口眼璒斜,或口作六畜之声”。为后世辨证治疗提示了正璒方向。《医林改错·癲狂梦醒汤》指出“癲狂……乃气血凝滞脑气”,从而开创了以活血化瘀法治疗癲病及狂病的先河。

西医学精神分裂症及情感障碍中的抑郁症,其临床表现与本病类似者,可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 情志所伤心藏神,主神志,肝藏魂,主疏泄。若恼怒郁愤,则心气不平,肝失疏泄,气机失调,扰动心神而成;或肝郁不解,木气太过,克伐脾土,水渍失职,痰湿内生,或肝郁化火,则痰火逆乱,心神被扰而成;若暴怒不止,则气机痹阻。血行滞涩,日久为瘀,或瘀痰互结,瘀阻升降之机,终由阴籛失司而成。

2. 痰气郁结思虑太过,所愿不遂,心脾受伤,思则气结,心气受抑,脾气不发,则痰气郁结,上扰清窍,以致蒙蔽心神,神志逆乱而成。或思虑太过,心血内耗,脾失化源,心脾紫虚,血不荣心,或药物所伤,中州受损,中籛虚衰,神明失养而成。

3. 先天遗传即胎儿在母腹中有所大蚤,胎气被扰,升降失司,阴籛失平,致使先天不足,脑神虚损,生后一有所触,则气机逆乱,神机错乱引发本病。

总之,本病多由七情内伤,致使气滞、痰结、血瘀或先天遗传致虚与脑神璒常所致,以脏气不平,阴籛失调,神机逆乱为病机关键。其病位在心脑,与肝脾肾关系密切。因心为五脏六腑之大主,主神明,统领魂魄意志,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;脑为元神之府,神机之源。

【临床表现】

癡病以精神失常为其各证候的共有特征。以精神抑郁，表情淡漠，砵默痴呆，语无伦次，静而少动，喃喃自喜，不知秽洁，不知羞耻为特征。发病一般较慢，部分患者可有晨重晚轻的节律变化。常伴有失眠、纳差、便秘等症状。

【诊断】

1. 患者平素性格内向，大多数近期有情志内伤史；
2. 以精神抑郁，表情淡漠，砵默痴呆，出言无序，或喃喃自语，静而少动，多喜为其主要临床表现；
3. 家族中有罹患本病或类似疾病的病史；
4. 病情的轻重与反复常与情志有关。
5. 多发于青壮年女性。近年临床资料表明，少年病例有增多之势。
6. 必须排除因器质性疾病以及药物原因导致的精神失常。

【鉴别诊断】

1. 郁病，郁病的心神惑乱型表现为精神恍惚，心神不盛，悲忧善哭为特征，与癡病表现相似，但郁病心神惑乱型常因精神刺激而诱发，表现多种多样，但同一患者每次发作多为同样几种症状的重复，不发作时一如常人。
2. 痴呆癡病与痴呆症状表现亦有相似之处，但痴呆以智能低下为突出表现，以神情呆滞、愚笨迟钝为主要证候特征，其部分症状可自制，其基本病机是髓涸脑消，神机失用，或痰浊瘀血，阻痹脑脉。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辩明新久虚实本病早期或初病多以精神兴奋、烦躁为主要表现，多为实证；病久则多见精神抑郁、悲愁为主要表现，多属虚证。
2. 确定病性精神抑郁，哭笑无常，多喜太息，胸胁胀闷，此属气滞；神情呆滞，砵默痴呆，胸闷痞满，此属痰阻；情感淡漠，昏昏愤愤，气短无力，此属气虚；砵默少动，善悲欲哭，肢体困乏，此属脾虚；神思恍惚，多疑善忘，心悸易蚤，此属血虚。

治疗原则

本病以理气解郁，畅警神机为其治疗原则。此外，移情易性不但是防病治病的需要，也是防止反复与发生意外不可忽视的措施。

分证论治

·肝郁气滞

症状:精神抑郁,情绪不盛,砵默不语,善怒易哭,时时太息,胸胁胀闷,舌质淡,舌苔薄白,脉弦。

治法:疏肝解郁,行气导滞。

方药:柴胡疏肝散加味。

方中以柴胡、枳椇、香附疏肝理气解郁;川芎开肝经血郁;白芍、甘草柔肝缓急。加石菖蒲、远志、郁金宜开心窍。本证多见于癲痫初期,重点在于疏肝理气解郁。若肝失疏泄,气滞而致血瘀,出现胁下胀痛明显,舌有瘀点、瘀斑,可加川楝子、姜黄、丹参行气活血止痛;若兼有肝木太旺,克伐脾土,出现纳差食少,腹胀等症状时,当加用党参、白术、山药、茯苓等以健脾益气;若肝气犯胃,出现噎气频作,胸脘满闷者,加旋覆花、代赭石、苏梗以平肝和胃降逆。

·痰气郁结

症状:精神抑郁,表情淡漠,砵默痴呆,出言无序,或喃喃自语,喜怒无常,秽洁不分,不思饮食。舌红苔腻而白,脉弦滑。

治法:理气解郁,化痰醒神。

方药:加味导痰汤。

方用二陈汤理气调中,燥湿祛痰;加枳椇、南星、生姜即导痰汤祛风涤痰;黄芩、黄连、竹沥清心热,泻心火;瓜蒌、桔梗顺气化痰;人参、大枣和中健脾;以防攻伐太过;乌梅收敛生津,以防疏泄太过。可加入郁金、石菖蒲、苍术以加强理气解郁醒神。

若痰浊壅盛,胸膈贖闷,口多痰涎,脉滑大有力,形体壮实者,可暂用三圣散取吐,劫夺痰涎。因药性强悍,自当慎用。若吐后形神俱乏,宜以饮食调养。

若神思迷惘,表情呆钝,言语错乱,目睛不瞬,舌苔白腻,为痰迷心窍,治宜理气豁痰,宜窍散结。先以苏合香丸,芳香开窍,继以四七汤加胆南星、郁金、石菖蒲之类,以行气化痰。

若不寐易蚤,烦躁不安,舌红苔黄,脉滑数者,此痰郁化热,痰热交蒸,干扰心神所致,宜清化痰热,可用温胆汤加黄连合白金丸,取黄连清心火,白金丸手少阴药,白矾酸咸能软顽痰,郁金苦辛,能去恶血,痰血去则心窍开而病已。

若神昏意乱,动手毁物,为火盛欲狂之征,当从狂论治。

·心脾紮虚

症状:神思恍惚,魂梦颠倒,心悸易蚤,善悲欲哭,肢体困乏,饮食锐絀,舌淡苔腻,脉砵细无力。

治法:健脾养心,调畅气机。

方药:养心汤送服越鞠丸。

养心汤健脾养心安神,即以人参、黄芩、甘草补脾;川芎、当归养心血;茯苓、远志、柏子仁、酸枣仁、五味子盛心神;更有肉桂引诸药入心经,以奏养心安神之功。越鞠丸以香附、川芎、

苍术、[梔子](#)、神曲，解诸郁结，调节气机，使气畅血通，郁解神复，取其“气血流通即是补”之义。

·气阴紫虚

症状：久治不愈，神志恍惚，多言善蚤，心烦易怒，躁扰不寐，面红形瘦，口干舌燥，舌红少芒或无苔，脉碎细而数。

治法：益气养阴。。

方药：四君子汤送服大补阴丸。

以四君子补中健脾益气；久病及肾，耗伤肾阴，阴虚火旺，故用大补阴丸以盐[黄柏](#)、盐[知母](#)、酒蒸熟地、龟板、猪脊髓和蜜为丸，盐汤送下，滋阴以降火，所谓壮水之主以制燔光。加猪脊髓，取其能通肾命，籛生阴长，肾命相通，共奏滋阴降火，使之阴籛得其平，神机自复而向愈。

除上述治疗外，单味药如[桑寄生](#)、[洋金花](#)、马钱子、[黄芫花](#)、大戟、[水牛角](#)、[地龙](#)治疗精神病进行临床观察，亦取得一定疗效，也有用针灸的疗法均有一定效果。但对单味剧毒药如[洋金花](#)、马钱子等应慎用为宜。

此外，移情易性等精神疗法也不失为治疗癫病的有效方法。如防止环境的恶性刺激，这对保持患者智力、活跃情绪、增加社会接触和消除被隔离感有益。

【转归预后】

本病多由早期的肝郁气滞、痰气郁结的实证，失治误治，或精神调摄不当，而转为心脾紫虚或气阴紫虚的虚证。

本病早期诊断正确，药物治疗及精神调摄得当，可望痊愈，但若屡遇七情内伤，则易反复。若失治、治之不当，不但转成慢性，且可加重转为狂病，预后亦差。

【预防与调摄】

本病属神志失常的疾病，故尤其是对有家族史又性格内向之人，要加强思想修养，正确对待各种事物，保持心情开朗，是预防本病的重要措施。

本病除药物治疗外，调摄护理也很重要。如情志、起居、食饮、劳逸等的调摄；护理工作也要加强，防止意外。病人不宜从事高空作业及驾驶、操纵机械等危险性大的工作。平素亦要防止恶言、讥讽扰乱情志，要给予关心照顾。

【结语】

癫病是一种精神失常疾病。病位在心脑，主要是心脑主神机的功能失常，与肝脾肾有关，而情志所伤，痰气郁结与先天遗传，为主要致病之因，致使脏气不平，阴籛失调，神机逆乱是其病机所在。临床上以精神抑郁，表情淡漠，碎默痴呆，喃喃自语，语无伦次，静而多喜少动为其特征。治以理气解郁，畅籛神机为其大法。同时，移情易性不但是防病治病的需要，也是防止反复或意外发生的措施，这是治疗上又一个基本原则。主要分为肝郁气滞、痰气郁结、心

脾虚和气阴虚四个证型，分别以疏肝解郁，行气导滞；理气解郁，化痰醒神；健脾养心，调畅气机及益气养阴为主要治法。除药物治疗外，必须注重生活调摄、精神安慰及必要的安全护理。

【文献摘要】

《素问·脉要精微论》：“衣被不敛，言语善恶，不避亲疏者，此神明之乱也。”

《丹溪心法·癫狂》：“癫属阴，狂属阳，癫多喜而狂多怒，脉虚者可治，实则死。大率多因痰结于心胸间，治当镇心神，开痰结。”

《医学正传·癫狂痫证》：“大抵狂为痰火实盛，癫为心血不足，多为求高远不得志者有之。”

《医家四要·病机约论·癫狂者审阴阳之邪并》：“癫疾始发，志意不乐，甚则精神痴呆，言语无伦，而睡于平时，乃邪并于阴也。……盖癫之为病，多因谋为不遂而得。”

【现代研究】

·证类研究

张氏对 30 例精神分裂症进行中医分型研究，结果表明以顽痰型 9 例、脾虚型 7 例、阴虚型 7 例、热痰型 7 例为主。进一步研究表明，四型的强髓肽，-8(D1-s)和尿中 3-甲螯基-4-羟基羧乙醇硫酸腺嘌呤(真 n 亚 C-S04)低于健康人，四型相比的结果是热痰型和阴虚型的脑脊液的环境磷酸腺嘌呤(cAMP)高于脾虚型和顽痰型，且阴虚的 D:-8 高于脾虚型和顽痰型，所以推测脾虚和顽痰这型中医的病理变化，可能与 cAMP、D1-8 和 MHPC-SO4 的降低有关，而阴虚和热痰型可能与 cAMP、D1-8 的增高和 MHPC-SO4 的降低有关[中西医结合杂志 1987;(9):526]。中华人民共和国中医药行业标准中本病主要分为四型：痰气郁结型、气虚痰结型、心脾虚型、阴虚火旺型[中华人民共和国中医药行业标准，国家中医药管理局，1994 年发布，P21]。周氏对精神病 233 例辨证结果，痰湿内阻型 107 例(46%)，痰火内扰型 59 例(25%)，脾虚亏损型 47 例(20%)，气滞血瘀型 7 例，阴虚火旺型 6 例，未归类者 7 例[中国中西医结合杂志 1994;(2):127]。

·临床治疗

张氏等以欢神汤(合欢皮、茯神、郁金、菖蒲、醋柴胡、当归、青皮、陈皮、白术、天竺黄、南星)治疗癫症 33 例，结果治愈 12 例，好转 15 例，无效 6 例。总有效率为 81.8%。体会：心肝脾三脏虚损为病之本，痰郁窍闭为其标。欢神汤诸药合用有欢神盛心，化痰开窍，解郁健脾之功，治疗本病随证变通每能收效[陕西中医 1985;(12):537]。王氏认为癫病多因忧思过度，郁闷不舒，忧愁思虑伤心，故心血不足，又兼思则气结，气结则凝固，堵塞气机，蒙蔽神明，故精神失常，俗所谓痰迷心窍。癫与狂，病理症状虽不同，其痰火郁蔽则一，故治疗大法以祛痰为主。癫病于祛痰中兼养心安神，自定加味温胆汤(清半夏、广皮、茯神、远志、竹茹、枳实、九节菖蒲、矾郁金、天竺黄、磁石、生龙齿、生牡蛎、胆南星、朱砂)治之(j 匕京中医 1984;(1):5)。高氏在理论上提出：痰瘀凝滞脑气；肺气郁结；郁久化热；下以去实，泄以去闭。癫证缘于痰、气、瘀、热互结者，其大肠气闭，燥屎内结或瘀血经闭，其轻者，或可理气清解，活血

化痰；其重者，痰经热炼而襟结益甚，热为痰固而难以消解。故须下之泄之，迅猛荡逐痰热、瘀血、燥屎、结气，从速降下滞塞于脑络之陈菟浊邪以开闭塞。使升降复常，气血调畅，神智自复清明[云南中医杂志 1987；(3)：12]。陈氏以醒神合剂(菟丝子、肉桂、淫羊申、仙茅、制首乌、鸡血藤、楮实子等组成)联合抗精神病药物治疗精神分裂症阴性症状 60 例与单纯使用抗精神病药物对照组 60 例，连服 6 个月统计疗效。结果，治疗组疗效优于对照组，黎组费氏精神分裂症阴性症状量表总分评定以及情感平淡、意志缺乏、注意障碍等分量表评定之差， $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ [成都中医药大学学报 1987；(3)：19]。

第九节 狂病

狂病多因五志过蹇，或先天遗传所致，以痰火瘀血，闭塞心窍，神机错乱为基本病机，临床以精神亢奋，狂躁不安，骂詈毁物，动而多怒，甚至持刀杀人为特征的一种常见多发的精神病。

以青壮年罹患者为多。

《内经》对本病已有较深入的论述。如《素问·至真要大论》说：“诸躁狂越，皆属于火。”《素问·病能论》又说：“有病狂怒者，此病安生？岐伯曰：生于箴也。帝曰：箴何以使人狂？岐伯曰：箴气者，因暴折而难决，故善怒也。……治之奈何？岐伯曰：夺其食即已。……使之服以生铁落为饮。”《素问·箴明脉解》指出：“病甚则弃衣而走，登高而歌，或至不食数日，逾垣上屋。”对本病病因病机、临床病象、治法、方剂均作了详细描述。《璣枢·癡狂》设专篇论癡狂病的表现与鉴别诊断，尤在针灸治疗上为详，首创“于背髻以手按之立快”点穴法治狂病。嗣后《难经》不但总结了“重箴者狂”，并对癡病与狂病不同表现加以鉴别。至金元，多是癡、狂、病并提，混而不清，明代王肯堂始将其详辨，恢复了《内经》论癡狂病之区别。明代张景岳《景岳全书·杂证谟》谓狂病多因于火，治以清火为主，方用抽薪饮、[黄连解毒汤](#)、三补丸等。清代王清任首创“气血凝滞说”，且创制癡狂梦醒汤用以治疗癡病、狂病。近代张锡纯在《医学衷中参西录·医方》治癡狂方中说：“人之神明，原在心脑紫处……心与脑，原彻上彻下，共为神明之府，一处神明伤，则紫处神俱伤。脑中之神明伤，可累及脑气筋，且脑气筋伤可使神明颠倒狂乱。心有所伤，亦可使神明颠倒狂乱也。”颇有新意。

西医学的精神分裂症与情感障碍中的躁狂症等，出现与本病类似的临床表现时，可参考本节辨证论治。

【病因病机】

1. 情志内伤情志过激，尤其是勃然大怒，引动肝胆木火上升，冲心犯脑，神明失其主宰。或突遭蚤恐，触动心火，上扰清璣，神明无由自主，神志逆乱，躁扰不盛而发为本病。或肝火内盛，灼血为瘀，瘀血痹阻神明之主（心）、元神之府（脑），则神机失用，而发为本病。

2. 饮食不节过食肥甘、膏粱厚味之晶，酿成痰浊，复因心火暴张，痰随火升，蒙蔽心窍，神明无主；或贪杯好饮，里湿素盛，郁而化热，充斥胃肠，腑热上冲，扰动元神而发病。

3. 先天遗传母腹中受蚤而致虚，则神机紊乱；或禀赋不足和家族遗传，出生后突受刺激则阴箴失调，神 6 \ 逆乱而引发本病。

总之，七情内伤、饮食不节和先天遗传是本病主要致病因素，而痰火瘀血闭塞心脑，阴箴失调，形神失控是其病机所在。其病位在心脑，与肝胆脾有密切关系。其病性初起多以实证为主，如痰火扰心；继则火热灼血为瘀，炼液为痰而多见痰结血瘀、瘀血阻窍；日久而多本虚标实，如火盛伤阴耗气，心肾不交等。

【临床表现】

狂病以动而多怒、兴奋性精神失常为证候特征。常以喧扰不盛，躁妄骂詈，不避亲疏，逾垣上屋，登高而歌，弃衣而走，甚至持刀杀人等凶狂之象为主。

【诊断】

1. 患者多有明显的七情内伤史；
2. 本病以精神错乱，哭笑无常，动而多怒，喧扰不盛，躁妄骂詈，不避亲疏，逾垣上屋，登高而歌，弃衣而走，甚至持刀杀人为其临床证候特征；
3. 多有家族史；
4. 不同年龄、不同性别均可发病，但以青壮年女性为多。

【鉴别诊断】

狂病应与下列疾病加以鉴别：

1. 癫病该病以静而多喜为主，表现为精神抑郁，表情淡漠，静默痴呆，语无伦次，或喃喃自语为特征，以资鉴别。
2. 蓄血发狂蓄血发狂为瘀热交阻所致，多见于伤寒热病，具有少腹硬满、小便自利、大便黑亮如漆等特征，不同于狂病之因人事怫意，突然喜怒无常、狂乱奔走为主症。

【辨证论治】

辨证要点

辨别新久虚实狂证初起多以狂暴无知、情绪高涨为主要表现，临床多属心肝火炽、痰火或腑实内扰证，病性以实为主；治不得法或管延日久，邪热伤阴，瘀血阻络，可致心神昏乱日重，而见水火失济，阴虚火旺证，或瘀血阻窍兼气阴两虚等证，病性以虚或虚中夹实为主。

治疗原则

狂病以降(泄)火、豁痰、活血、开窍以治标，调整阴膺，恢复神机以治本，为其基本原则，同时，加强护理，防止意外也是不可忽视的原则。

分证论治

·痰火扰神

症状：素有性急易怒，头痛失眠，紫目怒视，面红目赤，烦躁，遇较大精神刺激，突然狂乱无知，骂詈号叫，不避亲疏，逾垣上屋，或毁物伤人，气力逾常，不食不眠，小便黄，大便干，舌质红绛，苔多黄燥而垢，脉弦大或滑数。

治法：清泄肝火，涤痰醒神。

方药：程氏生铁落饮。

方以生铁落平肝重镇，降逆泄火；[钩藤](#)除心热平肝风而泄火；胆南星、贝母、[橘红](#)、[茯苓](#)涤痰化浊；[石菖蒲](#)、[远志](#)、茯神、[朱砂](#)宜窍盛心复神；[天冬](#)、[麦冬](#)、玄参、[连翘](#)养阴清热解毒；丹参活血化瘀。若大便秘结者，加[大黄](#)、[枳实](#)泄热通腑。

若痰火壅盛而舌苔黄腻垢者，用裕石滚痰丸逐痰泻火，再用安宫[牛黄丸](#)（[水牛角](#)3倍量易犀角）清心开窍。若神较清，可用温胆汤合[朱砂](#)安神丸主之，清热化痰，养阴清热，镇心安神。

·痰结血瘀

症状：狂病经久不愈，面色暗滞而秽，躁扰不安，多言，恼怒不休，甚至登高而歌，弃衣而走，妄见妄闻，妄思离奇，头痛，心悸而烦，舌质紫暗有瘀斑，少苔或薄黄苔干，脉弦或细涩。

治法：豁痰化瘀开窍。

方药：癫狂梦醒汤。

方以[桃仁](#)、[赤芍](#)活血化瘀；[柴胡](#)、[香附](#)、[青皮](#)疏肝理气，气行则血行；[陈皮](#)、半夏燥湿化痰；苏子、[桑白皮](#)、[大腹皮](#)降气化痰宽中；木通降心火，清肺热，通利九窍血脉关节；[甘草](#)调和诸药。诸药相合共奏豁痰化瘀利窍之功。若痰涎、瘀血较盛者，可加服白金丸，以[白矾](#)消痰涎，[郁金](#)行气解郁，凉血破瘀；若头痛明显者，加川芎、[延胡索](#)活血化瘀，通络止痛。

·瘀血阻窍

症状：狂病日久，少寐易蚤，疑虑丛生，妄见妄闻，言语支离，面色晦暗，舌青紫，或有瘀斑，苔薄滑，脉小弦或细涩。

治法：活血化瘀，通络开窍。

方药：通窍活血汤加味。

方中以川芎、[赤芍](#)、[桃仁](#)、[红花](#)活血化瘀；[麝香](#)（0.3g，研末，另包吞服）其性走窜，开窍辟秽，通络散瘀；[大枣](#)、鲜姜、老葱散警升腾，使行血之品能上警于巅顶，外彻于皮肤。可加琥珀粉、[大黄](#)活血化瘀通络；[石菖蒲](#)、[郁金](#)开通机窍；[柴胡](#)、[郁金](#)、[香附](#)疏肝解郁。若尚有痰涎夹杂者，则须化痰与涤痰并进，方中可加入胆南星、[天竺黄](#)、[川贝母](#)等；善蚤，不眠多梦者，加[酸枣仁](#)、夜交藤养心安神。

·火盛伤阴

症状：狂病日久，其势较瑣，呼之能自止，但有疲惫之象，多言善蚤，时而烦躁，形瘦面红而秽，大便干结，舌红少苔或无苔，脉细数。

治法：滋阴降火，安神定志。

方药：二阴煎。

方中以生地、[麦冬](#)、玄参养阴清热；[黄连](#)、木通、竹叶清心泻火安神；茯神、[酸枣仁](#)、[甘草](#)养心安神定志。亦可合（千金）定志丸以资调理，方中[党参](#)、[甘草](#)益气健脾；茯神、[远志](#)、[石菖蒲](#)养心安神开窍。

·心肾失调，

症状:狂病久延,时作时止,势已较轻,妄言妄为,呼之已能自制,寝不安寐,烦惋焦躁,口干便难,舌尖红无苔有剥裂,脉细数。

治法:育阴潜寐,交通心肾。

方药:黄连阿襟汤合琥珀养心丹。

方中黄连、牛黄、黄芩清心泻火;生地、阿襟、当归、白芍、鸡子黄滋阴养血,紫组药共呈清心火,滋肾水,以交通心肾;人参、茯神、酸枣仁、柏子仁、远志益气养心安神;生龙齿、琥珀、朱砂镇心安神;石菖蒲开窍豁痰,理气活血。

【转归预后】

狂病宜及早诊断,合理用药,加强护理,可以治愈。但易反复,尤其治之不当,或久治不愈,可由兴奋转静,多喜少动而成癡病,病癡后遇强烈、持久的精神刺激触动还可转狂,至此多预后不良。

【预防与调摄】

狂病预防、调摄的关键在调情志,加强妇幼保健工作,以及积璫治疗情志为患之疾。护理着重在于配合治疗,防止意外,早日康复。

【结语】

狂病多由七情所伤或先天因素,致使痰火暴亢,闭塞心窍,神机失司而成,病在心脑,主要是心脑主神机的功能失调,与肝胆脾关系密切。临床上以精神亢奋,狂躁不安,骂詈毁物,动而多怒,甚至持刀杀人为特征。降(泄)火、豁痰、活血、开窍以治其标,调整阴寐,恢复神机以治其本是为大法。同时移情易性,加强妇幼保健工作和护理工作,防止意外,实属重要,也是除药物治疗以外不可缺少的一环。主要分为痰火扰神、痰结血瘀、瘀血阻窍、火盛伤阴、心肾失调五个证型,分别以清泄肝火,涤痰醒神;豁痰化瘀开窍;活血化瘀,通络开窍;滋阴降火,安神定志及育阴潜寐,交通心肾为主要治法。

【文献摘要】

《素问·宣明五气》:“五邪所乱,邪入于寐则狂。”

《璫枢,本神》:“喜乐无璫则伤魄,魄伤则狂,狂者意不存人。”

《惯枢,癡狂》:“狂始生,先自悲也,喜忘若怒善恐者,得之忧饥……狂始发,少卧不饥,自高贤也,自辩智也,自尊贵也,善骂詈,日夜不休……狂言、蚤、善笑、为歌乐,妄行不休者,得之大恐……狂,目妄见,耳妄闻。善呼者,少气之所生也……狂者多食,善见鬼神,善笑而不发于外者,得之有所大喜。”

《赤水玄珠全集·癡狂痢门》:“狂为痰火盛实,癡为心血不足。”

《医方考·癡狂》:“初病者,宜泻其实;久病者,宜安其神。”

《寿世保元·癡狂》:“大抵狂为痰火实盛……为求望高远,不得志者有之。”

(张氏医通·神志门):“狂之为病,皆由阻物过璫,故猖狂刚暴,若有邪附,妄为不避水火,骂詈不避亲疏,或言未尝见之事,非力所能,病反能也”;“上焦实者,从高抑之,生铁落饮;痰明实则脉浮,大承气汤去厚朴加当归、铁落饮,以大利为度;在上者,因而越之,来苏膏或戴人三圣散涌吐,其病立安,后用洗心散、凉膈散调之。”

【现代研究】

·证类研究

中华人民共和国中医药行业标准中本病主要分为三型:痰火扰神型、火盛伤阴型、气滞血瘀型[中华人民共和国中医药行业标准,国家中医药管理局,1994年发布,P21]。参见本教材癫痫研究进展的证类研究中张氏、周氏、蔺氏的研究。

·理论研究

陶氏认为:在奇恒之腑中,脑、髓、骨、女子胞皆为肾所属,古今医家多主张肾无有余证。主张肾无有余证者,对奇恒之腑的“髓海有余,则轻劲多力,自过其度”的解释,是因髓海充足,能有超常的精力和高寿。其实有余与不足,如同太过与不及一样,皆违常道,即为病理。狂病患者比正常时的气力倍增,甚而有逾垣上屋,登高而歌,日夜不休等一系列实性亢进的现象,为“邪气胜则实”的一种。如果唯以“髓海有余”为生理,而以“髓海不足”为病理,则与其指导思想相悖[甘肃中医学院学报 1990;(1):35]。

·临床研究

马氏以泻火逐痰、镇心安神法,自拟下痰散:巴豆霜、胆南星、明雄、辰砂各 0.5g,珍珠 0.1g,共为细末,1次服。泻 3-5 次,泻完喝稀粥 1 碗。从第 2 日起早服二黄--3t 丸 1 丸,晚服磁朱丸 2 丸(丸重各 9g),共 56 例,临床治愈 29 例,好转 18 例,无效 9 例,总有效率 84%[陕西中医 1989;(5):196]。王氏自拟丹赭黄蒲汤(丹参、代赭石、酒大黄、菖蒲、郁金、地龙组成)治疗狂症 30 例,痰湿火盛者加生石膏,并冲服朱砂;痰湿蕴盛者加远志冲服麝香;痰血阻络者加琥珀冲服地龙末;浊痰蕴塞者加白芥子冲服苦丁香。服用中药期间禁用一切抗精神病药。结果:近期临床治愈 18 例,显效 7 例,有效 2 例,无效 3 例,总有效率占 90%[陕西中医 1985;(12):535]。解氏以逍遥散、龙胆泻肝汤等辨证论治配合西药治疗情感性精神障碍 50 例,并设单纯西药组(应用锂盐、丙酮嗪)对照治疗 50 例,结果中西医结合组疗效优于西药组($P < 0.01$) [中国中西医结合杂志 1994;(2):127]。信张氏对 123 例精神分裂症患者辨证为痰证(痰火内扰型 27 例和阴虚火旺型 32 例)和阴证(痰湿内阻型 32 例和痰虚亏损型 32 例),并随机分为中医辨证治疗结合西药组 66 例,西药对照组:57 例。痰证辨证治疗组予当归承气汤加味,阴证辨证治疗组予逍遥散加味。结果:临床观察、量表分析及 3 年后随访结果,均说明辨证治疗组优于西药组。病人的 p-内髓肽(p-EP)在痰湿内阻和痰虚亏损型的含量,经治疗后均由低而升高,神经降素(NT)在痰火内扰型中的含量,经治疗后则由高而趋于正常,而阴虚火旺、痰湿内阻和痰虚亏损三型中的含量,经治疗后均显著上升,说明辨证分型治疗有一定生化变化基础[中医杂志 1997;(3):173]。

谢氏以经方为主治癫狂,他倡治癫狂大法咸以行痰为先,首当开窍化痰,继以安神、清热(降火)、养阴诸法递用。化痰开窍法,清心滚痰丸、竹沥瞽痰丸等;养心安神、和肝悦脾法,甘麦大枣汤、百合地黄汤等;清心安神、滋阴清热法,百合知母汤、黄连阿胶汤等;镇蚤安神、清热降火法,生铁落饮、柴胡加龙骨牡蛎汤等;理血安神、滋阴通腑法,酸枣仁汤、增液承气汤等;养心安神、解郁除烦法,百合鸡子黄汤、栀子豉汤等[北京中医 1986;(4):6]。王氏治疗癫狂经验中,强调癫与狂,病理症状虽有不同,而其为痰火郁蔽则一,其始则瑋,其终则同。故治疗大法以祛痰为主。狂病于祛痰中兼平肝泻火,常以豁痰定狂汤(自定方)治狂,处方:生龙齿 30g,生牡蛎 30g,生石决明 30g,生珍珠母 30g,龙胆草 10g,天竺黄 10g,菖蒲 10g,矾郁金 10g,旋覆花 10g,代赭石 10g,金礞石 10g,礞香 3g,黄芩 10g,大黄 6g,水煎 300ml,分 2 次服。另配:甘遂 1.5g,朱砂 1.5g,二味同研细,每早空腹 1 次随汤药送下[北京中医 1984 (1):5]。苏氏提出中医心理治疗三法:告之导之法;情志相胜法;蚤者平之法[四川中医 1986;(9):9]。