

第五篇 内科疾病先兆学

第六十章 心系病先兆

心系病包括各种心脏及血管疾患，发病率较高，对人类的威胁极大，在人类死亡率中亦占有相当比重。因此心病先兆的意义亦极大。由于心主血脉，血脉遍布于体表及周身，故心病先兆是容易外露的，可以通过各种血脉渠道而获得……

第一节 概 述

心系疾病范围甚广，包括惊悸、怔忡、昏迷、心痛、不寐、多寐、健忘、昏迷、痴呆、百合病等。本书心病重点论述真心病，即心脏本身的病变，而其他心系诸病如癫狂、昏迷等则分别列属于其他篇章。

真心病包括怔忡、心悸、胸痹、心痹及真心痛等。真心痛在《金匱要略》被归纳于胸痹范围。怔忡包括现代医学的心肌炎及心脏传导系统疾病。心悸还包括肺心病、高血压性心脏病等。真心痛包括冠心病、心绞痛及心肌梗塞等。心痹主要指风湿性心脏病。

心病发病率高，对人类的危害极大，在人类死亡率中亦占有相当比重。因此，探索心病先兆，具有重要的社会效益。

心病先兆潜证与火型体质的关系

病理火型人体质的特点是心气素旺、火性内伏，因此具有心系疾患的潜在易罹性。火气通于心，火性炎上，火易灼津，故此型人平时常呈阴虚火旺先兆证型。证见体型偏胖、面赤唇红、口渴喜凉、心烦易热、急躁失眠、溺黄便秘、舌质红苔少、脉洪数。正如《难经·十六难》所曰：“外证面赤，口干，喜笑，其内证齐上有动气，按之牢若痛，其病烦心，心痛，掌中热而腕，有是者心也。”说明心病是有其素质基础的，心病潜证的存在是可能的。另外，心为火脏，火性炎上，心又主血脉，血脉遍布于体表及周身，且心主神明，火性之人气质外向。因此，心病征兆是容易外露的，心病的早期先兆是有其理论基础的。

第二节 真心痛（冠心病）先兆

真心痛根本的问题在于瘀瘀阻塞导致心脏供血不良，其先兆症不仅来自于心脏本身，更易首先披露于心外，因为心外组织对缺氧缺血更为敏感，故许多真心痛的发生，却并无心脏本身疼痛的预兆。因此，真心痛的信号，并非只限于心内……

真心痛包括冠状动脉硬化性心脏病，心绞痛及心肌梗塞等疾病。真心痛在《内经》又称为“厥心痛”和“卒心痛”，

《灵枢·厥病》篇还把厥心痛具体分为肾心痛、肺心痛、胃心痛、肝心痛和脾心痛等。《金匱要略》则称为胸痹。真心痛的发病率相当高，对人类的危害极大，故掌握其先兆规律，争取早期诊断和早期治疗具有十分重要的意义。

真心痛的根本病源为痰浊阻络和寒凝血瘀，其机制皆为脉络受损、血行受阻，造成心脏本身缺氧失荣，轻则隐隐作痛，重则“手足青至节”或“色苍苍如死状，终日不得太息”，疼痛程度可有“痛如以锥针刺其心”或“心痛彻背、背痛彻心”等。正如《灵枢·厥病》篇所述：“厥心痛与背相控、善噦，如从后触其心，伛偻者……腹胀胸满、心尤痛甚……痛如以锥针刺其心……色苍苍如死状，终日不得太息……真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死”。

真心痛的根源，现代医学认为因于冠状动脉粥样硬化，冠状动脉粥样硬化为动脉粥样硬化中最常见、发生率最高、危害最大的病变。

冠状动脉粥样硬化性心脏病，属中医真心痛。本病是由于心脏冠状动脉硬化，导致心肌缺血、缺氧引起的心脏病，主要因为冠状血管痉挛及管腔变硬、狭窄的缘故。本病多发生在40岁以上的中老年人，但实际上从青年时期即已经开始了动脉硬化，男性多于女性，且大多有高血压、高胆固醇症及糖尿病史。冠状动脉粥样硬化性心脏病包括冠心病、心绞痛、心肌梗塞，兹分别论述如下：

一、冠心病先兆

冠心病无论显露的或是隐匿的，都必然有一定的潜证，潜

证是冠心病产生的土壤，如能早期发现、及时纠正，则有阻断冠心病发展的作用，冠心病先兆潜证表现形式不一，大约有以下三型：

（一）痰热型先兆潜证

此型先兆证表现为形体肥胖垂腴，并多突出在腹部，面部油光红润，痰多，口粘，烦闷发热。舌苔黄腻，脉象滑数，过劳即感胸闷气粗，心前区不适。实验室检查为高血脂，多有家族史。其冠状血管已开始狭阻，产生机制为痰浊阻络，心脏慢性失养失荣，表现特点为不能耐劳，稍累即胸憋气短。

阻截治则 以化痰降浊为主。目前多采用黄连温胆汤：黄连、枳实、竹茹、茯苓、法半夏、陈皮、甘草加山楂、泽泻、荷叶。

（二）阴虚肝旺型先兆潜证

该型先兆证表现为形体干瘦，心烦易怒，失眠梦多，手足心热，午后升火，头晕腰酸，舌质红少苔，脉细数，遇情绪激动则感左胸隐隐作痛，多伴有高血压、高血脂。产生机制为肝肾阴虚水不涵木，致肝阳上亢肝风内伏，并由于肾阴虚、虚火灼津煎熬成痰，而致心脉闭阻。其特点为头晕胀，情绪不稳定，易受激惹而出现左胸隐痛。

阻截治则 舒肝解郁，滋肾育阴兼以豁痰。目前采用张锡纯建瓴汤加味：生怀山药、怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、生地黄、生杭芍、柏子仁。

（三）气滞血瘀型先兆潜证

此证型表现为面色偏滞，目圈发暗，乏力气短，偶觉胸闷及隐隐刺痛，舌偏紫暗或有瘀斑，脉多沉涩。病机为气虚

运行无力致血行瘀滞，或感受寒邪，寒凝气滞，血脉凝泣而瘀阻脉络。其特点为易受气候影响，遇冷则胸痛发作。

阻截治则 以温经益气化瘀为原则，辅以温经散寒，常用《医林改错》血府逐瘀汤：桃仁、红花、当归、生地黄、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草，偏寒者，酌加桂枝温经、散寒、通络。

（四）隐性冠心病先兆

隐性冠心病指由于冠状动脉粥样硬化，心脏供血受到一定程度的影响，心肌已有缺血现象，心电图呈示异常，但尚未出现明显的临床症状的冠心病，称为隐性冠心病。其危险性在于，在潜匿进行的背景上，易突然发生心绞痛或心肌梗塞，也易潜在地演变为心肌硬化，而发生猝死。此外，冠心病在没有发生心绞痛或心肌梗塞的时期，也可称为隐性冠心病。隐性冠心病由于痛阈的个体差异，血管径大小的悬殊，心肌肥厚程度的不同，以及劳动强度不一，因此可以无明显的临床表现，但时隐时现的信号却依然可见。如临通风不良之地，易感气闷，恶心，或出现转移性症状，如心源性牙痛、心源性胃痛，因胃和心经络相通、经气相贯，如《素问·脉解篇》说：“阳明络属心”，心病可以及胃，胃病可以及心，如《金匱要略》胸痹心痛短气篇，即为心胃互病的精粹论述。临床上不少冠心病即以胃脘不适为前症，说明冠心病的先兆表现形式是多种多样的，尤其隐性冠心病的表现形式更是变幻莫测。尽管如此，各种复杂、隐蔽的冠心病，其先兆表现仍然是可以捕捉的。

二、心绞痛先兆

心绞痛是由于冠状动脉供血不足引起的心肌缺氧缺血所致的症状。主要表现为胸骨后疼痛，胸部缩窄感，胸闷，气短，心悸等，疼痛一般在 15 分钟内可以自行缓解。与心肌梗塞的区别是，心绞痛为一过性供血不足，所导致的心肌缺氧缺血只是暂时的，休息及服用亚硝酸酯制剂可以迅速缓解，而心肌梗塞则是心脏因冠状动脉闭塞，使部分心肌发生严重的、持久性缺血而发生坏死。因此，临床症状为持续性的胸骨后疼痛，并易出现心源性休克（晕厥、面色苍白、手足冰冷，出冷汗、血压下降、脉微欲绝），发热，患者有濒死恐觉，休息及服用亚硝酸酯制剂不能缓解。劳累、情绪激动、气候（寒冷）、饱食等常为诱发因素。发热、手术、疾病，如休克、贫血、心律失常（心动过缓或过速）等，皆可诱发心绞痛及心肌梗塞，心绞痛频繁发作往往是心肌梗塞的信号。

报兆症

(1) 一过性胸闷、气塞常为冠心病及心绞痛的早期先兆，常出现于过劳、情绪激动及受寒等情况。

(2) 一过性舌麻、咽喉发紧，因“舌为心之苗”，“手少阴之脉……上挟咽”（《灵枢·经脉》）。

(3) 于熟睡或梦中突然惊醒，憋气，并很快消失。

(4) 心前期隐隐作痛，于劳累及精神刺激、饥饿等情况时加重。

(5) 气压改变及空气不流通的环境，即感胸闷，气短。

三、心肌梗塞先兆

冠心病、心肌梗塞，在中医属胸痹及心痛的范围，《内经》及《金匱要略》都有许多记载。如《素问·脏气法时论》曰：“心病者，胸中痛，胁支满，胁下痛，膺背肩甲间痛，两臂内痛”，《灵枢·厥病》曰：“真心痛，手足青至节，心痛甚，旦发夕死，夕发旦死。”对心绞痛的发作特点，《灵枢·厥病》作了典型的描述，如《灵枢·厥病》曰：“厥心痛，与背相控，善噦，如从后触其心，伛偻者……腹胀胸满，心尤痛甚……痛如以锥针刺其心，心痛甚……色苍苍如死状，终日不得太息……卧若徒居，心痛间，动作痛益甚，色不变”。此外，《金匱要略·胸痹心痛短气病》曰：“胸痹不得卧，心痛彻背者，栝蒌薤白半夏汤主之。”提出了痰浊型胸痹的发作征兆及治方。而“夫脉当取太过不及，阳微阴弦，即胸痹而痛，所以然者，责其极虚也。今阳虚知在上焦，所以胸痹、心痛者，以其阴弦故也。”则提出了上焦心阳虚与冠心病发生的关系。以后历代诸家也多有论述，然对其病机也都不除外痰、瘀、寒、火四大因素，如《诸病源候论》曰：“心痛者，风冷邪气乘于心也，其痛发有死者”，《辨证录·心痛门》曰：“夫真心痛原有两证，一寒邪犯心，一火邪犯也”。其火主要是指五志所化之火，正如《杂病源流犀烛·心病源流》所言：“心痛之不同如此，总之七情之由作心痛”。其他《古今医鉴》曰：“心脾痛者，也有顽痰死血”。强调了心痛与痰瘀的关系。另外，对于心肌硬化，《内经》也作了论述，如《灵枢·经脉》曰：“手少阴气绝则脉不通，脉不通则血不流，血不流则毛色

不泽，故其面黑如漆柴者，血先死”。以上说明祖国医学对心肌梗塞、心肌硬化的发作先兆、征兆及危象，都有精辟而形象的论述。也说明冠心病的先兆证规律是客观存在的，并且是可以掌握的。

心肌梗塞报兆症

(1) 原来体力尚可，突然出现劳动耐受力低下，稍累即感心慌，气短、出汗。

(2) 原有心绞痛突然程度加重，发作频繁，休息或含硝酸甘油不能缓解，疼痛加剧，时间延长。

(3) 一过性胸闷、憋气、胸痛、胸部如有重石沉压感。

(4) 变得易出冷汗，尤其是胸前后背大片出汗（心为汗）。

(5) 面色变得苍白或发黄（心主血脉其华在面）。

上述先兆预报时间约在一月以内，有可能发生心肌梗塞。此时如做心电图可能会有一过性 S-T 段抬高呈单向曲线，或者 S-T 段明显压低，T 波高耸等，或一过性血压下降。此时期心脏冠状动脉管腔已接近闭塞，但尚未出现心肌梗塞或已有局灶性梗塞。据报道，急性心肌梗塞发病前，20.6~84.6% 有先兆表现，称为梗塞先兆或梗塞前综合征（《冠心病》谷毓澍、张鸿修主编，1985 年再版，天津科技出版社，206 页）。

此外，尚须提及，心肌梗塞本身就是十分险恶的疾病，而面黑如柴，则为脉闭心绝的恶讯。《内经》已有具体记载，如《灵枢·经脉》曰：“手少阴气绝则脉不通，脉不通则血不流，血不流则髦色不泽，故其面黑如漆柴者，血先死”。故心肌梗

塞见面黑必为凶险之兆，预后不良，应高度警惕。

动脉粥样硬化与肥胖病很有关系，故特附肥胖病的标准体重计算方法：

体重超过标准体重 20%，即为肥胖病，标准体重（公斤）为身高（厘米）减去 105（女性减 100）。例如一个身高 162 厘米的人，标准体重应为 $162 - 105 = 57$ （公斤）。而此人实际体重为 70 公斤， $70 \text{ 公斤} - 57 \text{ 公斤} = 13 \text{ 公斤}$ ，即比标准体重超过 13 公斤。超出之数是否超过标准体重 20%，则把 13 除以标准体重 57 ($13 \div 57$) = 0.22 (22%)，因已超过标准体重 20% 以上，故此人应为肥胖病。再如身高为 165 厘米，实际体重为 65 公斤，标准体重应为 $165 - 105 = 60$ ，超出标准体重数为 $65 - 60 = 5$ 公斤，占标准体重百分比为 $5 \div 60 = 0.08$ (8%)，由于没有超过标准体重 20%，因此，此人不能列为肥胖病。

第三节 怔忡（病毒性心肌炎）先兆

怔忡虽为多种心脏病的共症，但因心肌炎先兆多表现为不明原因的心悸怔忡，故特以怔忡概之。心肌炎的预兆复杂而多样，尤其常常被一些类似症所掩盖，因此早期发现心肌炎的关键，还在于尽早识破这些烟幕……

怔忡、心悸是许多心脏病的常见征兆，心悸常由怔忡发展而来。所谓怔忡：《医学纲目》曰：“怔忡，惕惕然心动而不宁，无时而作是也”。导致怔、悸的机制不外心脉失养，产

生的原因总因气血不足或气血瘀阻，前者多由心阳虚宗气不足，或心阴虚心血亏乏所致，后者则由心脉瘀痹而成。如《杂病源流犀烛·怔忡源流》曰：“怔忡，或由阳气内虚或由阴血内耗”。此外，怔、悸的产生和肾的关系也很密切，如《类证治裁·忡惊恐论》曰：“心本于肾，上不安者，由乎下。”“水衰火旺，心动不安”。临床上，肾水亏，真阴不足或命火衰，真阳不足皆可导致怔、悸。其他，饮邪凌心亦是导致怔、悸的常见因素之一，关于怔忡的征兆，中医已有许多论述，如《内经》提出了虚里搏动应衣、颈动脉搏动明显等，如《素问·平人气象论》曰：“胃之大络，名曰虚里，贯膈络肺，出于左乳下，其动应衣，宗气泄也”。

目前无论心肌炎、心律失常、肺源性心脏病、高血压性心脏病等，都易出现怔忡、心悸，上述心脏病都是发病率比较高，比较常见的心脏病。因此，探索其先兆规律，早期治疗原发病，对减少怔忡的发生有很大的意义。

一、病毒性心肌炎先兆

怔忡，虽属许多心病的共同症候，但除心律失常外，尤其为近代发病率极高，且对人类危害较大，又常无典型症状的病毒性心肌炎的主要征兆。因此，有必要对导致怔、悸的主要疾病之一——病毒性心肌炎及其先兆进行探索，以求得早期治疗。

病毒性心肌炎是近 30 年来较为猖獗的心脏疾患，由于心肌和传导系统受到侵犯，因此遗留下长期的心律失常（包括心率不齐、心率过速，尤其多见的为心率过缓），故为怔忡、

心悸的主要产生根源。病毒性心肌炎近代发现为肠道柯萨奇病毒、肠病毒、流行性感病毒感感染，能引起自身免疫反应侵害心肌，尤其是柯萨奇 B 组病毒以及埃可病毒为最主要病原菌，不但儿童易感，而且成人易罹率亦极高。早期无特异症状，亦无明显先兆症。一般为出现心肌损害症候及传导系统受损症候时，才能诊断为病毒性心肌炎，而此时已经失去了最佳治疗时间，因此研究病毒性心肌炎的先兆症规律是十分紧迫的。

病毒性心肌炎多发生在有先兆潜证的基础上，心阴虚和心气不足常是病毒性心肌炎发病的土壤，所谓“邪之所凑，其气必虚”是也。其先兆潜证可分为下面二型：

（一）心阴虚型先兆潜证

该型患者由于多病损伤阴血，或因七情暗耗伤阴致心阴素亏。呈现心烦。心神不宁，心常跳动不安，失眠健忘，舌红，脉偏数等症。一旦感受外邪患心肌炎时，则易向心阴虚型发展。证见心悸，心前期隐痛，头晕乏力，五心烦热，潮热盗汗，颧赤面白，舌红，脉细数无力等症，报标症为心动不安，脉细数无力。

阻截治则 祛邪解毒，益养心阴，方予抗心炎方 号：
* 人参、麦冬、五味子、苦参、丹参、玄参、野菊花、瓜蒌、板蓝根。尚在潜证阶段者，应服生脉散滋养心阴以去除产生心肌炎的土壤。

心悸的主要产生根源。病毒性心肌炎近代发现为肠道柯萨奇病毒、肠病毒、流行性感病毒感感染，能引起自身免疫反应侵害心肌，尤其是柯萨奇 B 组病毒以及埃可病毒为最主要病原菌，不但儿童易感，而且成人易罹率亦极高。早期无特异症状，亦无明显先兆症。一般为出现心肌损害症候及传导系统受损症候时，才能诊断为病毒性心肌炎，而此时已经失去了最佳治疗时间，因此研究病毒性心肌炎的先兆症规律是十分紧迫的。

病毒性心肌炎多发生在有先兆潜证的基础上，心阴虚和心气不足常是病毒性心肌炎发病的土壤，所谓“邪之所凑，其气必虚”是也。其先兆潜证可分为下面二型：

（一）心阴虚型先兆潜证

该型患者由于多病损伤阴血，或因七情暗耗伤阴致心阴素亏。呈现心烦。心神不宁，心常跳动不安，失眠健忘，舌红，脉偏数等症。一旦感受外邪患心肌炎时，则易向心阴虚型发展。证见心悸，心前期隐痛，头晕乏力，五心烦热，潮热盗汗，颧赤面白，舌红，脉细数无力等症，报标症为心动不安，脉细数无力。

阻截治则 祛邪解毒，益养心阴，方予抗心炎方 号：
* 人参、麦冬、五味子、苦参、丹参、玄参、野菊花、瓜蒌、板蓝根。尚在潜证阶段者，应服生脉散滋养心阴以去除产生心肌炎的土壤。

感染症状为掩盖，但特点为有发热头痛，咽痛、身困乏力等类似感冒症状，却常无眼鼻卡他尔症状。

2 类肠胃道感染症状 有的病毒性心肌炎由于为肠病毒所致，可以腹痛、腹泻等肠胃道症状为序幕，但心悸、乏力等心肌炎信号必然时隐时现。

3 心率改变是心肌炎的重要信号 提示传导系统已受损害，如出现上呼吸道感染的同时或数天后出现心率增速与体温升高不相称（一般而言，体温升高一度，心率应增加 10 次），或心率减慢皆应警惕心肌炎的可能，此时作心电图检查，可出现心肌受损改变。

4 .胸闷 心前期隐痛，常为心肌炎的外兆，是心肌已受损害的警号。

5 .类似感冒却高热不退，虚软乏力 也应警惕心肌炎的可能，虚软空飘感可能和缺钾有一定关系。

6 言语努挣为病毒性心肌炎的重要信号 许多心肌炎患者在复发前，亦皆有言语努挣先兆。

待出现惊悸、怔忡时，已提示心肌及传导系统有较重损害。

潜隐性心肌炎先兆

1~2 周前有上呼吸道或肠胃道感染史，如咽痛、咳嗽、四肢酸痛或腹痛、腹泻，以后逐渐出现虚软乏力，气短胸闷，言语努挣，则为心肌炎信号，心电图可示正常，但心肌或传导系统已留下潜匿性改变。

总之，如不明原因发热数天后，渐现足软、全身明显的软弱、乏力、心悸、气短，就应高度警惕隐匿性病毒性心肌

炎的可能。

病毒性心肌炎凶兆

心肌炎很容易发生厥脱，相当于心源性休克。当心肌受损严重时，心肌功能减弱，心脏排血量下降，有效循环量减少，导致大脑及全身脏器缺氧、缺血而致厥脱。临床上病人如出现烦躁不安，反应迟钝，昏厥，甚至昏迷，面色苍白，全身湿冷，心率增快，脉搏细数无力，血压下降〔收缩压在 10.7 千帕（80 毫米汞柱）以下〕则为心源性休克的凶兆，应立即抢救。如偏于阳脱，四肢厥冷，脉微欲绝，较重者，用参附龙牡汤急救：人参、制附片、龙骨、牡蛎；偏于阴脱，唇干舌红，尿少，则用四逆生脉散：附子、甘草、人参、麦冬、五味子减去干姜。

急性心力衰竭危象

急性心力衰竭多发生于重症弥漫性心肌炎，由于心肌大幅度受损而发生心脏泵衰竭，因心搏量急剧下降，排血量骤减，全身组织器官严重缺氧缺血。临床上以突然昏厥（心源性昏厥）甚至抽搐、紫绀、呼吸暂停、脉微欲绝、冷汗肢厥等为征兆，如突然出现起坐喘息，面白唇紫，口吐大量粉红色泡沫痰，则为急性肺水肿的凶讯。严重者甚至可致心脏骤停，由于心脏排血突然消失，引起脑的不可逆性损坏，故常可导致死亡。用独参汤或参附汤：人参、附子进行急救。

心脏传导阻滞凶兆

心肌炎分两种类型，一类为主要损害心肌型，则易发生急性心力衰竭；一类为主要侵犯传导系统，传导系统受损，严重的易出现传导阻滞凶兆，属中医脏竭凶兆，导致心脏停搏

而猝死。急救仍用独参汤或参附汤。

第四节 胎心病（先天性心脏病）先兆

胎心病主要指先天性心脏病，为与身具来的心脏病，虽然先兆信号早已频频发出，但由于患儿已经适应了，因此往往延误了最佳手术时期，导致心脏因长期超负荷而日渐失于代偿……

胎心病主要指先天性心脏病，属先天畸形病之一，本病由于胚胎发育缺陷和停育所致。儿童发病率较高，居心脏病第六位。引起原因据言与母体孕期感染病毒，尤其是风疹病毒有关。此外，与遗传、环境、地理等因素也有一定关系。

先心病分为无分流型先心病及有分流型先心病两大类，无分流型先心病包括单纯肺动脉口狭窄、主动脉缩窄、主动脉口狭窄、原发性肺动脉扩张、右位心等。有分流型先心病指向右分流先心病及向左分流先心病。前者包括心房间隔缺损、单心房、室间隔缺损、左心室、左心房沟通、单心室、动脉导管未闭、主动脉、肺动脉间隔缺损等。向左分流先心病有法乐氏四联症（肺动脉口狭窄、心室间隔缺损、主动脉右位、右心室肥大）、完全性和其他类型大血管错位。法乐氏三联症等。

由于先心病有的临床症状出现较晚，有的较轻，因此难以即时发现而使心脏未能得以保护，待典型症状出现时，已接近失代偿期了，故早期先兆的发现，对于先心病的早期诊

断,早期治疗意义是十分重大的。先心病分属于中医怔忡、心悸之列,儿科则包括于五迟、胎怯的范围。胎心病的先兆表现于婴幼儿时期即可见到,因此儿科是胎心病先兆观察的重要部门,中医儿科对先心病的早期表现,已有不少记载。如《小儿药证直诀·卷上·脉证治法》曰:“胎怯……生下面色无精光”,“心病多哭叫惊悸”,(同上·五脏病)“心主惊,实则叫哭发热……虚则卧而悸动不安”。《幼幼集成·胎病论》亦曰:“禀心气为血脉……心气不足则血不华色,面无光彩”。又如《婴童类萃》曰:“惊搐啼叫属心经”。《幼幼新书·卷三·得病之源第七》亦曰:“浑身皆壮热肢体不能任,怕冷增重覆,腮红面似金,口干常鼻燥,渐次病根深,只因惊仆得,此病本从心”。等,记载了先心病患者,其先兆症出现较早,在婴幼儿期即可出现,如见面无精光,发育迟缓,身体羸瘦,面白腮红,夜啼烦扰,咽乳发呛,心胸发凉,则常为先心病的信号,应进一步进行心脏听诊和X线确诊。成年人如常出现晕厥、紫绀、下蹲动作,应警惕先心病的可能。总之,先心病的先兆表现虽然比较复杂,但仍有规律可循,具体分述如下:

1.心悸、气急 大多数先心病皆有不同程度的心悸气急先兆,在劳累、生病、情绪激动时尤为明显,但其程度仍然以分型不同而异,如无分流型不严重者,可以无症状,如右位心可终身无症状,面向左分流型则心悸,气急出现的早而且较重,向右分流型则出现较晚且较轻。

2.杵状指 杵状指为先心病的常见征兆之一,提示缺氧已较为严重。

3. 颈动脉搏动及虚里（心尖搏动）搏动应衣 大多数先心病病人由于心脏负荷重，心脏病理代偿性肥大，因此常有颈动脉及心尖搏动较强烈征象，并且出现的比较早。

4. 下蹲动作 常见于向左分流的紫绀型先心病，由于全身缺氧所致。

先心病凶兆

1. 咯血 为先心病向右分流导致肺充血的较重征象。咯血，尤其是咯泡沫血痰，伴喘促、心悸，为左心衰竭肺水肿的严重信号。

2. 水肿 伴紫绀、心悸、肝肿大，为先心病右心衰竭的凶讯，提示心脏已失代偿。

3. 发热 伴寒战、心悸、乏力、心前区不适，为先心病并发感染性心内膜炎的凶兆。因为先天性心脏病患者，心脏素质较差，因此极易继发感染。如上述症状逐渐出现，并伴贫血、脾肿大、杵状指、皮肤瘀点等，要考虑亚急性感染性心内膜炎。尤须注意，如栓子脱落易导致内脏（脑、肺、肾）等栓塞而出现危症。

早期治疗 先心病出现先兆的早期治疗，非手术指征患者，应以益气养心，佐以化瘀为治，一般以生脉饮：人参或党参、麦冬、五味子酌加丹参、赤芍、桃仁。肢冷、恶寒偏阳虚者，可酌加附子、桂枝。瘀象较为严重，胸痛、舌有瘀块，体质较好者可酌用血府逐瘀汤：桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草并酌加人参。

第五节 肝心病（高血压性心脏病）先兆

肝心病指高血压性心脏病，发病极为普遍，先兆症也多披露于外，尤其体质预报——超早期先兆，对肝心病有着特殊的意义……

肝心病，即高血压性心脏病，病源在肝，累及于心，故曰肝心病。根源在于长期肝阳上亢，血升火动，血脉壅阻，使心鼓动负荷加重，日久心质受损，心鼓动力减弱，导致高血压性心脏病。

高血压性心脏病也为心脏病中较常见的类型，为高血压所引起，一般发生于高血压数年至10余年之后，由于全身细小动脉痉挛发展为硬化造成外周阻力增加，使左心室负担过重，日久由于代偿而发生肥厚，心脏发生代偿，即为高血压性心脏病的形成机制。

高血压病与肝、肾、心的关系最大，根源在肝肾，累及于心，故其先兆证型皆与肝肾有关，并多为木型气质。盖木乃肝之性，秉风气而善动，风气通于肝，故此型人肝气素旺。又肝为将军之官，其性刚劲，故风木气盛之人必素见性急易怒，争强好胜，奔走多动，失眠梦多，易耗伤肝肾之阴及升阳动气。为高血压性心脏病的潜在隐患。高心病先兆潜证大约为如下二类：

（一）肝气偏亢先兆潜证

该型素体肝气偏旺，因肝乃风木之脏，体阴而用阳，又

刚为将军之官，性刚劲而主动主升，故肝气偏旺之人，多性急易怒，最易气升血涌，面目常赤，时感头胀眩晕，脉弦有力。

阻截治则 柔肝养肝，以杜绝肝气升动，方选柔肝饮*化裁：白芍、柴胡、牡蛎、钩藤、牛膝、一贯煎：干地黄、白芍、沙参、杞子、麦冬、当归、川楝子，上二方皆可酌加代赭石、石决明。

（二）肝肾阴虚先兆潜证

该型肝肾之阴素亏，导致水不涵木，这是肝阳上亢产生的根源之一，因肝肾同源，肝肾之阴互资，肝阴虚可下汲肾阴，肾阴虚则肝阴泛濡，故肝肾阴虚往往共见。表现为头晕耳鸣、目眩眼花、五心烦热、颧红盗汗、咽干口燥、遗精腰酸、带下经少、舌红少苔、脉细数。

阻截治则 养阴潜阳，方用滋水涵木饮*：生地、玄参、杭芍、生龙骨、生牡蛎、牛膝、丹皮、龟板、佛手。建瓴汤：生怀山药、怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、生地黄、生杭芍、柏子仁。

上述二症如见劳累后气短心悸为高血压性心脏病的报标症，可酌加党参、麦冬、枣仁等以益心宁神。总之，高血压性心脏病出现先兆症时，应根据辨证论治原则，但由于高血压以阴虚阳亢型较多，且至引起高心病时，大多正气已虚，因此虽以平肝潜阳为主，然必辅以养阴益气以兼顾正气保护心脏。血压较高时则酌用天麻钩藤饮：天麻、钩藤、石决明、山栀、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、朱茯神或镇肝熄风汤：怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟

板、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草酌加党参、丹参、柏子仁。如已发生心力衰竭则应用人参之类进行抢救。

高心病凶兆

1.左心衰竭凶兆 高心病由于左心室肥大，日久失代偿而发生左心衰竭。其先兆症为劳力性心悸及呼吸困难，即在劳累后出现心悸，气急，但经休息可以缓解。如夜间熟睡之际突然发生气闷、气急而惊起，数分钟后缓解，次日并无不适，则为左心衰竭的早期信号。如继续发展下去，出现呼吸困难，虽经休息不能缓解，即非劳力性呼吸困难，则为左心衰竭失代偿的标志。以后由于肺循环郁血、肺动脉高压的不断增高，心脏失代偿越来越重，呼吸困难、紫绀、心悸、都日愈明显，为左心衰竭征兆。

2.急性肺水肿 为急性左心衰竭的征兆，常于夜间突然发生，症见端坐呼吸、咳吐大量粉红色泡沫痰、鼻翼煽动、紫绀、叹息性呼吸。

3.肺性脑病 为二氧化碳潴留导致脑严重缺氧，引起昏迷、呼吸浮浅、微弱至停止的恶性病症。

4.右心衰竭 在心衰竭如继续发展下去，可导致右心衰竭，最终全心衰竭而亡，其征兆为尿少、下肢水肿，甚至腹肿、肝大、颈静脉怒张。

高血压性心脏病出现上述凶兆均提示预后不良，应紧急抢救。

第六节 惊悸（心脏神经官能症）先兆

惊悸为心脏神经官能症的主要征兆。由于发病与心胆的关系较大，故先兆症也多首先披露于心胆……

惊悸，是指由于七情不节累及于心所导致的，以惊悸为主要外兆的心病，属于现代医学的心脏神经官能症。惊悸多由外因引起，怔忡则属内因所致，惊悸与心胆的关系最为密切，因心为君主之官，主神明；胆为中正之官，决断出焉。惊者，因外有所触而动，悸者，无外触而自身惊悸之病，动也，筑筑然触动，如人将捕之是也，总因心神被触忤之故。如《素问·举痛论》曰：“惊则心无所倚，神无所归，虑无所定，故气乱矣”。此外，惊悸虽然与水饮、瘀血、痰火等都有关系，但大多属心胆虚，如《金匱要略》说：“寸口脉动而弱，动即为惊，弱则为悸”。说明尽管惊悸有外忤因素，然必有内虚隐患。

惊悸在现代医学属于心脏神经官能症，本病多发生于年青人，尤以女性为多。心脏神经官能症是一种非心脏器质性心脏病，为一种病态，且发病率并不低。因此，探索其先兆症规律，争取截断心脏官能症的发生，仍具有和器质性心脏病同等重要的意义。

先兆潜证

由于心脏神经官能症与心胆的关系较大，如清·罗国纲曰：“惊悸者，肝胆怯也”（《罗氏会约医镜·卷十·论怔忡、

惊悸、恐惧、健忘》),故其先兆证多与心胆有关。本病多为木质人气质型。盖胆为乙木,肝为甲木,木性多秉风气,风性善变,故该气质型人平素即敏感多疑,忧郁善嫉,遇事易惊。体型细长或小巧纤弱,脉多弦细,舌质淡苔薄。心脏神经官能症先兆证型约常见下列三种:

(一) 心胆虚先兆潜证

该型为心胆素虚,表现为怯弱胆小,忧柔寡断,善惊易恐,多梦易醒,如《灵枢·四时气》曰:“善呕,呕有苦,长太息,心中澹澹,恐人将捕之,邪在胆,逆在胃”。但尚未出现明显惊悸,以心惕惕而动为其报标症。

阻截治则 养心温胆,以阻断其发展,方用平补镇心丹:(《局方》):酸枣仁、五味子、天门冬、麦门冬、熟地黄、远志、人参、山药、肉桂、龙齿、朱砂、茯神、茯苓、车前子。

(二) 肝郁痰扰先兆潜证

此型人平素忧郁寡欢,多愁善感,胸闷不舒,涎多善呕,苔腻脉弦。报标症为时感胸闷、心悸、气短。

阻截治则 舒肝解郁,豁痰清胆,方用温胆汤:枳实、竹茹、茯苓、法半夏、陈皮、甘草与逍遥散:柴胡、白芍、薄荷、茯苓、白术、当归、生姜、甘草交替服用,或用甘麦大枣汤:甘草、麦冬、大枣。

(三) 心肾阴虚先兆潜证

心肾水火互济则心宁神安,而心肾阴虚,水火不交,则常为心烦惊悸产生的重要根源。如清·林佩琴言:“昔人论阳统于阴。心本于肾,上不安者由乎下,心气虚者因乎精,此精气互根,君相相资之理固然矣”。如心火素旺灼伤心阴或久

病伤肾，耗夺肾阴，致肾水亏于下，心火炎于上。故时觉面赤足热，头晕耳鸣，心悸烦躁，失眠梦多，遗精腰酸，口干舌红，脉细数，报标症为心烦不安。

阻截治则 滋养心阴，清热除烦为主，方用灵芝养心方*：灵芝、茯苓、柏子仁、百合、莲子、甘草。柏子养心丸：柏子仁、枸杞、麦冬、当归、菖蒲、茯神、玄参、熟地、甘草。天王补心丹：人参、玄参、生地、丹参、茯苓、五味子、远志、桔梗、归身、天冬、麦冬、柏子仁、酸枣仁、朱砂。

上述三种先兆证型常为惊悸产生的潜证，如能及早治疗，可阻断其发展。一旦失治，任其发展则易出现惊悸病证。症见心悸不安，焦虑紧张，心前区不适，胸闷气短等。其特点为在受惊、情绪激动及睡眠前后明显加重，并自始至终有焦虑紧张感出现。心脏神经官能症虽为非器质性的心疾，但如反复发作，日久也可致心质受到损害而演变为器质性的心脏病，故应引起警惕。

第七节 脉律失常（心律失常）先兆

脉律失常即心律不齐，虽然受精神因素的影响，但更多信号来自躯体性因素，并常常是心脏病的不祥之兆……

脉律失常，指心脏搏动次数失常和节律异常，相当于现代医学的心律失常，发病率相当高，主要为心脏传导系统病变所致（心脏起搏传导系统包括窦房结、结间束、房室结、房室束（希氏束）及浦肯野氏纤维）。总分为冲动起搏异常和冲

动传导异常两大类，或二者病变兼有。其中，冲动起搏异常，主要包括窦性心动过速、窦性心动过缓、窦性心律不齐和异位心律以及早搏、阵发性心动过速、心房扑动、心室颤动等。冲动传导异常则包括传导阻滞疾患。

临床上以窦性心率失常和过早搏动（期外收缩）最为多见，预后也较好。其次，阵发性室上性心动过速，房室传导阻滞，阵发性室性心动过速等则为少见，且较难控制，心律失常与植物神经功能失调、冠心病、心肌炎、心力衰竭和心肌梗塞等疾病密切相关。心律失常的重要意义在于，心律失常是许多疾病的信号，无论其早期先兆和凶兆危象对疾病都有着重要的预报意义。

脉律失常属中医怔忡，心悸范围，主要症状除心悸、怔忡之外，尚有气短、胸闷、头晕、脉象参伍不调等症。如《素问·三部九候论》所说：“参伍不调者病”即指脉象乍疏乍数、参伍不调为脉律失常的主要征象，又如《素问·平人气象论》所说：“人一呼脉四动以上曰死……乍疏乍数者死。”《灵枢·口问》说：“心动则五脏六腑皆摇”。均强调了脉律失常对人体的危害性。脉律失常无论脉律过速、过缓或不齐的产生原因皆与脏虚、七情过激，以及风、火、痰、瘀等因素有关，尤与心胆肝肾的关系更为密切。但仍以心为病之本源，故其先兆证常表现为心的虚实病变，主要约下列二大证型。

一、先兆潜证

（一）心气不足先兆潜证

素禀不足，心气本虚或久病气衰，损伤心气，或年高体

弱，心力日减，皆可导致心气不足，心失所养而见头昏乏力、自汗、劳即心悸、舌质淡、脉细弱等症。该型多为窦性心动过缓、期外收缩、房室传导阻滞等疾患的先兆证，报标症为动辄心悸。

阻截治则 为补心宁神，方予生脉饮：人参或党参、麦冬、五味子，或益心饮*：人参或党参、茯苓、灵芝。

（二）心阴亏虚先兆潜证

多由五志化火损伤心阴，或劳神过度心阴暗耗，或热病久病伤阴，皆可导致心阴亏乏。证见头晕心烦、失眠盗汗、手足心热、咽干舌燥、舌红少苔、脉细数等症。该型多为窦性心动过速、阵发性心动过速等疾病的先兆证，报标症为心烦不安。

阻截治则 滋养心阴，安神宁志。如兼肾阴虚，证见头晕耳鸣、夜热盗汗、腰酸带下、遗精膝软，则用天王补心丹：生地、人参、丹参、元参、白茯苓、五味子、远志、桔梗、当归身、天门冬、麦门冬、柏子仁、酸枣仁。心火偏旺的证见心烦不安、惊悸梦多、面赤舌红、脉细数，则用朱砂安神丸：朱砂、黄连、炙甘草、生地、当归纠正。兼血虚者，证见面色不华、头晕眼花、心悸气短等，又当兼补心脾，方用归脾汤：党参、黄芪、当归、白术、茯神、远志、元肉、木香、枣仁。

二、窦性心律失常

窦性心律失常是许多疾病的信号，如窦性心动过速（成人每分钟超过 100 次）为迷走神经张力降低及交感神经兴奋

增高,与精神因素有很大关系。此外还为许多疾病的信号,如神经官能症、甲状腺功能亢进、贫血、脚气病、结核病或癌恶液质等,皆有窦性心动过速的征象,因激动起源于窦房结,故称窦性心动过速。

窦性心动过速属于中医怔忡、惊悸范畴,主要为心的病变。《内经》则列之为心经的是动病,如《灵枢·经脉》曰:“心主手厥阴心包络之脉,是动则……胸胁支满、心中憺憺大动”。《素问·六元正纪大论》曰:“少阴所至为惊惑”。说明心悸为心的虚实信号,如《千金方·惊悸》曰:“徵音(火)人者,主心声也……其经手少阴……虚则惊悸,定心汤主之”。王叔和《脉诀·惊病之脉》曰:“心脉歌:实大相兼并有滑,舌强心惊语话难”。说明心悸产生的原因虽较为复杂,但仍以心病为本。

阻截治则 镇惊安神,如磁朱丸:磁石、朱砂,如气血虚者可用归脾汤:党参、黄芪、白术、茯神、远志、木香、枣仁、元肉、炙甘草。

凶兆 心动过速常为心力衰竭的信号,心动过速发展下去可引起心室颤动,甚至心力衰竭。

此外,窦性心律不齐还包括窦性心动过缓,特征为每分钟心搏低于60次,为迷走神经张力过高所致,常是梗阻性黄疸、颅内压增高及病窦综合征的征兆。

三、病态窦房结综合征(又称“病窦”)

本病属于窦房结本身的器质性病变,多表现为心动过缓,主要是冠心病及心肌炎的征兆。病机为窦房结供血不足,其

症状为气短、怔忡、脉缓。报标症为言语努挣，即发病前常感言语时气短难接。治疗用麻辛附子汤：麻黄、细辛、制附片加丹参、党参、郁金、瓜蒌，脉不甚缓者可用生脉饮：人参、麦冬、五味子加丹参。

凶兆 心动过缓（40次以下）易突然晕厥，甚至抽搐为阿—斯氏综合征凶象，死亡率极高，须紧急抢救。

四、期外收缩（过早搏动）

期外收缩为常见的心律失常，是从异位节律点发出的过早搏动，心悸是其主要信号。本病除神经官能症外，还为冠心病及心肌炎（包括风湿性心肌炎及中毒性心肌炎）的信号。中医属心动悸、脉结代，亦称“逸脱脉”。《伤寒论》177条用炙甘草汤炙甘草、桂枝、麦冬、生地、麻仁、阿胶、人参、大枣可酌加丹参主治。

凶兆 诱发心肌梗塞或心力衰竭：当出现胸骨后剧痛、胸闷、气塞、昏厥、面色苍白、出冷汗、四肢发凉、脉微欲绝，为心肌梗塞发作的征兆。如见紫绀、心悸、气喘、下肢浮肿，肝肿大则为诱发心力衰竭的凶讯。

五、阵发性心动过速

阵发性心动过速指心搏每分钟150次以上的一种心律失常疾患。仍属惊悸、怔忡之列，如《素问·大奇论》曰：“脉至如数、使人暴惊”。《素问·平人气象论》曰：“病心脉来，喘喘（形容急促）连属，其中微曲曰心病。”这是一种常见的心律失常病，为许多心脏器质性疾病的信号。诸如冠心病、风

心病、肺心病、高心病、心肌病、病窦综合征、甲状腺功能亢进等病的征兆。治疗时，偏火盛的用朱砂安神丸：朱砂、黄连、炙甘草、生地黄、当归，偏气虚的用生脉饮：人参、麦冬、五味子酌加丹参、朱砂。

六、心律失常危象（主要指真脏脉危象）

真脏脉属死脉，提示脏气衰败，胃气将竭《内经》记载的比较多，其中有不少是提示心律失常危象的真脏脉。如《素问·玉机真脏论》曰：“真脾脉至，弱而乍数乍……乃死”。形容脉率不齐，忽快忽慢，是脾将竭之兆。又如《素问·平人氣象论》曰：“死脾脉来……如屋之漏……曰脾死”，指出了脉滞缓如屋之漏为脾脏竭的凶兆，《素问·三部九候》亦曰：“参伍不调者病”，“其脉乍 乍数、乍迟乍疾者，曰乘四季死”。此外，元代危亦林《世医得效方》记载的“十怪脉”，即釜沸脉、鱼翔脉、虾游脉、屋漏脉、雀啄脉、解索脉、弹石脉、偃刀脉、转豆脉、麻促脉，皆为严重心律失常的征兆。

（一）急性心力衰竭

心律失常易诱发急性心力衰竭，表现为心源性昏厥、心源性休克、急性脑水肿（喘促气急、端坐呼吸、面白唇紫、咳吐大量血性泡沫痰）。主要由于持续性心律失常导致心排血量骤减，全身脏腑器官缺氧缺血所致。其心源性休克无法纠正，导致的心肌损害呈不可逆性，心肌损害反过来又加重了心力衰竭，形成恶性循环，从而诱发急性心力衰竭。

（二）房室传导阻滞

为心肌病变所导致，常为冠心病，心肌炎、风心病、先

天性心脏病、中毒（洋地黄中毒）等疾病的严重后果，心搏在每分钟 28～50 次的范围内。中医属脏竭。如《灵枢·根结》曰：“四十动一代者，一脏无气；三十动一代者，二脏无气；二十动一代者，三脏无气；十动一代者，四脏无气；不满十动一代者，五脏无气”。房室传导阻滞为五脏无气的凶兆，尤其为心气欲竭之危象，预后往往不良。王叔和《脉经》亦曰：“脉来五动而一止者，五脏无气，却后五日而死”。（卷四·诊脉动止投数 数死期年月第六）这种脉中医又称“屋漏脉”，为胃气将竭的真脏死脉，上述皆表明房室传导阻滞是心律失常的严重征兆。

（三）心源性晕厥

为心律失常的常见危象，主要由于心排血量锐减，组织器官灌血不足，缺氧缺血，导致急性循环衰竭属中医脱厥。由于严重的脑缺血发生昏厥、紫绀、抽搐、甚至死亡，又称为阿—斯氏综合征。

（四）心房、室扑动和心房、室颤动凶兆

心房、室扑动和心房、室颤动为严重的心律失常危象，常发生于风湿性心脏瓣膜病、冠心病及心肌炎等心脏器质性损害。属异位性心动过速，起搏点分别在心房或心室，心室率皆在每分钟 150 次以上，本病属于中医怔忡、惊悸范畴，中医文献有“沸釜脉”、“火薪脉”的记载，即形容脉至的疾数，如锅釜里滚开的沸水，亦如燃烧的火焰无法定形计数。如《素问·大奇论》曰：“脉至如火薪然，是心精之予夺也，草干而死”。实际上指出了相当于心房室扑、颤动的不良预后。此外，尤须注意本病极易发生心搏消失，心排血量全无而死

亡。

(五) 猝死

严重的心律失常可引起心脏骤停,是心力耗竭的征兆,可致突然死亡。

第八节 胸痹(肺源性心脏病)先兆

胸痹指肺源性心脏病,因为是肺及于心,根源在肺,故先兆症必然先见于肺……,尤其心兆往往被肺兆所掩盖,待出现典型征兆时,心脏代偿能力已近竭绝,故掌握先兆预报,及早阻截,具有重要意义……

胸痹(肺源性心脏病),亦为怔忡、心悸产生的主要根源之一,该病是由于肺部病变,肺循环阻力增加,肺动脉高压,导致右心负荷加重引起右心肥大的疾病。最终导致右心衰竭。此病为常见心脏病之一,尤多见于老年人。肺源性心脏病包括急性肺源性心脏病及慢性肺源性心脏病。其中急性肺源性心脏病极为少见,主要因于肺栓塞(感染性心内膜炎、心房颤动、骨折、气胸等),导致肺循环阻力急剧增高,使右心室负荷突然加重,代偿无力而出现衰竭。临床上常见的为慢性肺源性心脏病,又称肺心病,是我国常见的心脏病。多发生于老年人及农村寒冷地区。该病主要继发于慢性支气管炎、支气管哮喘、矽肺、结核肺等疾病,以后形成阻塞性肺气肿,最终转归为肺心病。本病由于进展缓慢,心功能代偿期较长,临床症状长期被气管炎症状所掩盖。待心悸、气急、紫绀等心

功能代偿不全征兆出现时,则提示已进入肺心病失代偿期。因此,肺心病早期先兆的发现,具有十分重要的价值。

胸痹的实质主要为肺心病,指肺病及心,心肺具病的疾患,常由咳嗽、喘息、肺胀等疾病发展而来。胸部为心肺之清廓,故胸痹多由心肺具病所致,如《金匱要略》说:“胸痹之病,喘息咳唾、胸背痛、短气、寸口脉沉而迟,关上小紧数”即是。心肺关系在胸痹中非常重要,喘息、心悸常为心肺具病的标志,如《素问·阴阳别论篇》说:“二阳之病发心脾……其传为息贲者,死不治。”为心累及肺的论述,《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》曰:“咳逆倚息、短气不得卧”。《中藏经·脉证定死生》说:“病气人一身尽肿,四肢不收,喘无时,厥逆不温,脉候沉小者死,浮大者生”。《丹溪心法》载戴元礼注曰:“肺胀者,动则喘满、气急息重”等,又为肺累及心的征兆。

一、先兆潜证

胸痹主要为肺病及心,病根在肺,肺为气之主,肾为气之根,肺又为娇脏不耐寒热。故其先兆证与肺肾及寒痰燥火的关系最大,约为下列几型:

(一) 肝火犯肺先兆潜证

该型性情多急躁易怒,常惹动肝火,上灼肺津,肝火升动致肺失肃降(所谓“木火刑金”),则胸胁闷胀、咳吐不爽、痰干而粘、咽燥舌红、脉数。

阻截原则

清肝润肺,方予黛蛤散:青黛、海蛤,酌加贝母、麦冬、

沙参、枇杷叶、山梔。

（二）阴虚内热先兆潜证

素体消瘦、阴虚火旺、虚火灼津、致肺阴受损，故常呈夜热、盗汗、干咳少痰、舌红少苔、脉细数等症。

阻截治则

滋阴润燥，方用养阴清肺汤：大生地、麦冬、甘草、玄参、贝母、丹皮、薄荷、白芍。

（三）肺肾阳虚先兆潜证

该型为先天禀赋不足或后天失养，致肺肾阳虚，证见乏力气短，劳即咳喘、痰涎清稀、畏寒肢冷、脉沉细、舌胖嫩、苔白腻。

阻截治则

补益肺肾，散寒化痰，方用人参胡桃散：人参、蛤蚧、杏仁、茯苓、贝母、桑白皮、知母、甘草。

上述三型，皆易导致久咳，损伤肺络、日久痰瘀阻脉，累及于心，为肺心病形成的潜证，因此，必须及早纠正以防后患。

肺气肿的存在，是肺心病发生的前驱阶段，在长期咳嗽的基础上，逐渐出现呼气延长，劳累后气急，休息时得以缓解，以及偶感胸闷，为早期肺气肿的信号。以后气急逐渐加重至休息也不能缓解，并常感憋气、胸闷、疲惫，则已进入肺气肿的典型阶段，此时肺部体征可出现明显肺气肿征兆，如桶状胸、语颤减弱，叩诊清音 X 线检查也可助诊。由于肺部循环阻力的增高出现肺动脉高压，心脏负荷也随之增大，右心室逐渐肥大，即构成肺心病，劳累后出现心悸、气急、紫

绀为肺心病信号。X线检查可见心界扩大，叩诊亦呈心界扩大。

二、阻截治则

偏肺寒的呈气短胸闷，咳痰清稀，形寒肢冷，苔白腻舌质淡，脉浮紧或浮数等症，则温肺化痰，方用麻黄附子细辛汤：麻黄、附子、细辛。偏痰热的证见气阻胸闷、咳吐粘痰、舌红苔黄腻、脉滑数，治则为清肺化痰。方用三子葵贝汤：苏子、葶苈子、杏子、瓜蒌、贝母、梔子、黄芩、地龙、甘草。偏心肺阳虚的，呈胸闷心悸、气短喘息、面白唇紫、足肿肢冷、肺细数无力、苔白润舌青紫，以益心气回阳、化痰行水，方用真武汤：炮附子、白术、茯苓、白芍、生姜，如挟瘀甚者，证见胸闷憋气，面晦滞舌紫，胁下胀痛，痰挟血丝又当益肺化瘀，方用人参蛤蚧散：人参、蛤蚧、茯苓、杏仁、贝母、知母、桑皮、甘草酌加青黛。失笑散：蒲黄、五灵脂。

三、肺心病凶兆

（一）呼吸衰竭（肺气脱）

由于低氧血症（缺氧）和高碳酸血症（二氧化碳潴留），相继出现呼吸性及代谢性酸或碱中毒，导致酸碱平衡紊乱，水电解质平衡失调，出现昏迷、紫绀、抽泣式呼吸是呼吸衰竭的凶兆，为肺心病死亡的主要原因之一。

（二）肺性脑病（肺脑病）

由于高碳酸血症（二氧化碳潴留）引起脑缺氧称为肺性脑病。先兆症为躁动、心烦（为脑麻痹前的兴奋），继而淡漠

嗜睡 昏睡，一旦出现昏迷、抽搐、叹息式呼吸即为肺性脑病的危象，预后不良。

（三）右心衰竭（心气脱）

由于右心长期负荷过重，日久失代偿而致心力衰竭，早期先兆为劳累后气急，心悸加重，休息不能缓解，颈静脉搏动增强，渐之，除心悸、气急加重外，还出现尿少、下肢浮肿、紫绀、肝肿大，则为右心衰竭的典型征兆。X线检查心界已扩大。如见表情淡漠或烦躁、肢冷、出冷汗、面色苍白、唇紫、鼻扇动，则为心源性休克的危象，提示心肺衰竭，生命濒危。

第九节 心痹（风湿性心脏病）先兆

心痹，指风湿性心脏病，本病虽与关节痛密切相关，然心痹实源于咽，因心脉上挟咽，心咽相通，受咽部毒热干扰所致。故先兆症的标虽在周身关节，本却在咽……

一、概 述

心痹，主要指风湿性心脏病，在人群中发病率很高，占我国所有心脏病的首位。多发于青少年，与风湿热有密切关系，主要为心脏瓣膜受损害，尤以二尖瓣损害为显著，并与溶血性链球菌感染及扁桃体炎有关。病变的心脏瓣膜由于粘连、脱落，造成瓣膜口狭窄或关闭不全，导致心肌受损，最终引起心力衰竭，对人民健康的危害极大。

心痹属痹症范畴，和外邪感染，尤其是风、寒、湿邪客入有密切关系。《内经》认为由脉痹发展而来，如《素问·痹论》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也……脉痹不已，复感于邪，内舍于心。”并记述了心痹的具体症状：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，嗌干，善噫，厥，上气则恐”。

心痹，无论风湿为患或湿热客入，根本问题为湿，与脾失转输，湿热不化有关，故病位虽在心，病源实在脾。因此健脾除湿是治本病的一大要义，无论在病初，或是后期心水肿证阶段，健脾、温脾对本病都是非常重要的。另外，心脉上挟咽，心咽相通，故咽部毒热最易影响于心，尤其湿热型心痹与咽关系最大。此外，心脉通于肺，心肾相交，故心痹晚期最易累及肺肾，出现喘咳、水肿，加重了心的损害，从而形成病理恶性循环。

二、风心病先兆潜证

（一）湿热型先兆潜证

该型心痹与感受湿热的关系最大，咽常作痛，扁桃体呈 \sim 度肿大，经常患风热型感冒，加之，患者长期居处潮湿之地，故关节经常不适，偶有心前区隐痛。

阻截治则 清热除湿利咽，方予利咽蠲痹汤*：桑枝、独活、忍冬藤、连翘、桔梗、射干、白术、茯苓、牛膝、防己、甘草。

该型由于湿热伤阴，阴不敛阳、致心阳浮越，故易发展为心阴亏虚型心痹，证见面暗，颧红如朱，胸闷夜热，手足

心热，心悸气促。又当清热育阴蠲痹，方予益心蠲痹汤*：人参、麦冬、桑枝、秦艽、萆薢、忍冬藤、牛膝、独活、姜黄、没药、丹参、甘草。

（二）寒湿型先兆潜证

素体单薄，阳气不足，腠理空虚，或居处阴冷之地，致寒湿之邪客袭入体。可见面色白，手足常冷，畏寒，天冷即感关节酸痛，动即气促、汗多乏力。进一步发展还易导致心水症。

阻截治则 温阳益心蠲痹，方予桂枝附子汤加味：桂枝、附子、白术、茯苓、防己、丹参、甘草。

三、风心病早期信号

由于心痹的主要病理为瓣膜口狭窄或关闭不全，导致血行受阻，因此“瘀”为本病的主要病理。如《内经》说：“心痹者，脉不通”（《素问·痹论》）故以瘀象为本病的早期信号，即曾有发热，咽痛、关节痛史，渐出现动则心悸，胸隐痛。天气变化加重常为本病早期信号。咽峡炎、扁桃体炎数日后，心前区隐痛，偶感心悸，常为隐性心痹的预兆。

四、典型征兆

（1）胸闷隐痛，时感憋气，常有气短现象。

（2）心悸怔忡，动则加剧，天气变化明显，为风心病、心脏损害征兆。

（3）关节作痛，并与天气变化有关，关节周围可能到皮下小节结。

(4) 日久失代偿，心衰可出现面白、颧赤、唇紫（二尖瓣面容），疲倦乏力及持续性心悸、怔忡，甚则气喘、咳嗽、水肿。

五、风心病凶兆

(一) 心阳暴脱

患者于夜间突然出现端坐呼吸，气喘，憋气、神昏，唇绀，并咯吐血性泡沫痰，为心阳暴脱凶兆。现代医学认为，由于二尖瓣狭窄，导致小循环郁血，引起右心衰竭、急性肺水肿，属心肺失代偿险证。

急救原则 回阳固脱通瘀，方予独参汤或参附汤。并配合西医抢救。

(二) 水气凌心症

心痹病人，心悸气喘逐渐加重，并伴随下肢浮肿，肝大唇紫，为心病及肾，水气凌心凶讯，现代医学认为，上述症状乃由于二尖瓣损害，导致右心负荷加重，日久失于代偿引起体循环郁血之故。

急救原则 温阳利水，强心益气。方予真武汤加味：附子、干姜、白术、白芍、茯苓、甘草。

(三) 心脉瘀阻

患者出现气喘胸闷，胸痛闷乱，心悸怔忡，憋气唇紫，颈脉动甚，舌质紫、脉涩，为心脉闭阻瘀象，应化瘀通络、益心复脉。如栓子脱落引起肺梗塞，则可出现突然气喘、呛咳胸痛、窒息危象。

急救原则 强心益气，化瘀通络，方予血府逐瘀汤：桃

仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草加人参、桂枝。

第六十一章 肝系病先兆

肝系病包括肝胆疾患及脑血管、部分神经系统疾患，范围较大，发病率甚高，故早期预报具有重要的现实意义。由于肝功能为全身功能最多的脏器（约 1000 种功能），一旦肝功能发生障碍则必然波及面较大，因此容易露出迹象，这就为肝病的早期发现创造了条件……

第一节 概 述

肝系病范围颇大，包括眩晕（动脉硬化）、中风、郁病、黄疸（病毒性肝炎）、痉病、颤病等疾患。上述疾病皆属肝系病中的常见病。其中，中风对人类的威胁最大，随着人们生活水平的提高及饮食结构的改变，中风的发病率日愈增高，其死亡率跃居前三位。另外，由于情志因素的复杂性，致肝系病中的郁证、眩晕的发生率亦猛增，因此肝系病在五脏疾病中占有重要地位，对该病的预测具有重要的实践意义。

肝系病先兆潜证与木型体质的关系 病理木型体质人的特点是肝气素旺、风性内寓。因此，具有易罹上述肝系疾患的潜在易感性，此型人平素常呈阴虚肝旺先兆证型，即见形体壮实、面色偏青、性急易怒、多疑善嫉、失眠梦多、头晕耳鸣、口干心烦、阳强易遗、大便秘结、脉弦滑、舌质红而

少津等症，如《难经·十六难》曰：“外证善洁、面青善怒、其内证脐左有动气、按之牢若痛，其病四肢满闭、淋洩便难、转筋、有是者肝也”。上述症状不必全具，但见一、二，即有先兆意义。

第二节 眩晕（动脉硬化、高血压）先兆

眩晕，主要指动脉粥样硬化，高血压。眩虽为肝家之病，却与风、火、痰、瘀攸关，故眩晕先兆不但早见于肝，更常为风火痰瘀之先露……

眩晕是较为复杂又极常见的疾病，分为虚性眩晕及实性眩晕两大类。虚性眩晕包括肾精不足、气血亏虚，故张景岳曰：“无虚不作眩”。实性眩晕指肝阳上亢，与肝肾的关系最大，如《素问·至真要大论》：“诸风掉眩，皆属于肝”，《素问·五藏生成篇》曰：“徇蒙招尤（头晕目眩）……下实（肝肾）上虚”，而痰浊中阻、瘀血内结则为虚实夹杂性眩晕，尤与风火痰瘀密切相关。故前贤有“无痰不作眩”（元·朱丹溪），“血瘀致眩”（明·虞搏），风火致眩：“风火兼属阳……两动相搏，则为之眩转”（刘河间）。本节眩晕重点讨论痰浊中阻性眩晕（动脉硬化）及肝阳上亢性眩晕（高血压）先兆。其余详见第六十七章第二节眩晕先兆

一、动脉粥样硬化先兆

动脉粥样硬化是由于脂质代谢异常，沉着于动脉管壁引

起管壁增生硬化的一种全身性疾病。常发生于家族性肥胖及从事紧张工作的人，或素有高血压、糖尿病、高脂血症等疾病的人。主要为内源性脂质增高，与遗传密切相关，从少年儿童期病变即已开始。目前随着人们生活水平的提高，本病已成为世界性疾病，主要危害性为对心、脑、肾血管的侵害。

（一）脑动脉硬化先兆

脑动脉硬化是动脉硬化中较常见的内脏损害，由于脑动脉硬化、变窄、变脆，故主要病理为脑缺血。脑动脉硬化先兆症为健忘，尤其是人名遗忘，为脑动脉硬化的最早信号。渐之则出现头昏、头痛、用脑后易疲劳等脑动脉硬化征兆。中医属痰脂瘀阻脑络。

阻截治则 豁痰清脂化瘀，近代多用泽泻汤（泽泻、白术）加味：荷顶、山楂肉、丹参、竹茹、首乌、灵芝等。

（二）脑血栓形成先兆

脑血栓形成又称脑动脉硬化性脑梗塞，为脑卒中之一，属缺血性中风，是脑动脉粥样硬化的进一步发展，最终导致脑动脉由狭窄变为闭塞。

先兆证为眩晕，一侧肢麻、口角扯撮等肝风内动证。由于管腔日愈狭窄，故报标症为短暂的脑局部缺血，引起一过性脑的神经功能突然缺失，如一过性失语、失明、一侧感觉障碍等，是为脑血栓形成的信号。具体为单眼失明、对侧偏瘫，多是颈内动脉血栓形成的信号，而眩晕，语言障碍，对侧感觉、运动障碍，则为椎—基底动脉血栓形成的前兆。

阻截治则 脑血栓形成多为痰瘀合邪，宜益气除痰化瘀为治，今多采用王清任补阳还五汤：黄芪、当归、赤芍、地

龙、川芎、红花、桃仁辅以吞服生三七、炙水蛭、地龙末等通经活络之品。近年来，中国中医研究院西苑医院创制的脑血康口服液效果颇佳。脑血栓形成的严重者，由于脑长期供血不良，可形成脑萎缩现象出现痴呆、幼稚或“返老还童”等类衰老征兆。如管腔由高度狭窄发展为完全闭塞或大部分闭塞时，则可出现昏迷、脑神经功能障碍甚至死亡，为脑梗塞导致脑水肿、软化甚至液化的凶兆，预后极差。

（三）脑溢血先兆

脑溢血又称为出血性脑卒中，是脑血管动脉硬化导致脑血管破裂的危重疾病。高血压是主要诱因，先兆症为眩晕、指、趾麻，一过性失语，口角撮动等（参看本章第三节中风先兆）。一旦发生中风则出现剧烈头痛、昏迷、潮氏呼吸等（症状及具体处理方法参看中风节）。

（四）肾动脉粥样硬化先兆

肾动脉粥样硬化，是由于肾动脉管腔变窄引起肾性高血压，严重可形成肾动脉血栓形成。由于肾急性缺血，可产生肾区疼痛、尿闭及尿中毒等危象。

（五）冠状动脉粥样硬化先兆

（详见第六十章第二节真心痛）。

二、高血压先兆

眩晕为高血压的主要征兆。高血压是发病率相当高的多发病常见病之一，多发生于40岁以上。本病与遗传、精神因素、内分泌失调及肾病都有很大关系，主要病理为全身细小动脉痉挛、变硬、狭窄，常并发动脉粥样硬化，并容易导致

心、脑、肾、肺等重要器官的病变。

高血压属中医眩晕、肝阳、肝风范畴，尤与肝肾的关系最为密切，因水生木，高血压与水不涵木有关，多属下虚上实。下虚指肝肾阴虚，上实为肝阳上亢，也有为单纯的肝阳上亢型，后期可演变为阴阳两虚。

高血压多发生于肥胖体质，故先兆证常呈现肝肾阴虚型，症见形体肥胖、面赤、急躁易怒、两目干涩、耳鸣腰酸、造精带下、虚热内蒸、盗汗、脉滑舌红。

（一）阻截治则

滋水涵木，益阴柔肝，方用六味地黄汤：熟地、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻、山药及一贯煎：沙参、杞子、麦冬、白芍、生地、川楝子。如肝肾阴虚继续发展，肝阳失潜即有肝阳上亢、血压升高的趋势，肝阳上亢报标症为一过性头重足轻及一过性目眩。如出现头晕头胀、面红目赤、烦躁易怒、耳鸣脉弦，则为肝阳上亢的典型征兆，血压多较高。治疗以养阴平肝、潜阳熄风为原则，方用天麻钩藤饮：天麻、钩藤、石决明、山栀、黄芩、川牛膝、杜仲、益母草、桑寄生、夜交藤、朱茯神，镇肝息风汤：怀牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、生龟板、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草。至于潜隐性高血压肝肾阴虚先兆不明显，仅于脑血管意外前偶见头痛、头晕、头胀、耳鸣、烦躁、四肢麻木等先兆症，也当格外警惕。

（二）高血压病凶兆

1 中风凶兆 又称脑血管意外，中风是高血压病的凶兆，其征兆为剧烈头痛，呕吐，旋即昏迷、潮氏大呼吸（鼾声）、

面色潮红、大小便失禁，其症状根据出血部位不同而有不同表现。脑出血属中医的中风范畴，凡牙关紧闭、两手握固、口噤不开、二便闭为闭证，属实；反之，目合口张、鼻鼾息微、手撒、遗尿为脱证，属虚。闭证又以寒热表现而分阳闭（面赤身热、口臭气粗、烦躁搔扰、舌苔黄腻、脉弦滑）、阴闭（面白唇黯、四肢发凉、静卧不烦、苔白滑腻、脉象沉滑）。《金匱要略》则分为中脏腑及中经络（“邪在于络，肌肤不仁；邪在于经，即重不胜；邪入于腑，即不识人，邪入于脏，舌即难言，口吐涎。”）。中风属高血压常见凶象，尤其中风脱证，为元气衰微阴阳离决、及阴竭于下、孤阳上越之疾，有暴脱之虞，预后极为不良（处理见本章中风先兆节）。

2. 高血压危象

是由于情绪波动、寒温变化或紧张劳累等因素，诱致周围细小动脉发生一过性强烈痉挛，引起的血压，尤其是收缩压突然升高，为高血压危象。症见突然兴奋、头痛、眩晕、潮热面赤、恶心气急，甚至突然一过性失语、失明、严重者可引起肾、肺等内脏损害，甚至发展为高血压脑病。中医属风阳上扰，急宜平肝息风，方用羚羊角汤或可救急，《医醇賸义》羚羊角、石决明、代赭石、菊花、黄芩、夏枯草、钩藤、龟板、白芍、丹皮、天竺黄。

3. 高血压脑病凶兆

高血压脑病为高血压危象的进一步发展，是脑细小动脉发生持续性的强烈痉挛，引起血压（尤其是舒张压）急剧升高，致颅内压升高的病变。症见突然发生持续性剧烈头痛，恶心呕吐、烦躁不安、意识不清、视力突然丧失。中医属肝阳

上亢、肝风内动，宜急予平肝熄风、潜阳为治，方用羚羊角汤（见高血压危象）。

4. 恶性高血压凶象

恶性高血压属急进型高血压，舒张压急剧升高至 17 千帕（130 毫米汞柱）以上，易危害心脑血管，引起中风，且心、肾也极易导致衰竭，预后往往不良，眼底视网膜多有明显病变。

中医属肝阳妄动、肝风翕张、非镇肝泻火潜阳熄风不能救急。方用羚羊角汤，如便秘酌加生大黄，面红目赤加生石膏，痰涎上涌加竹沥，头晕胀、鼻衄加犀角，抽搐加全蝎、僵蚕。

5. 高心病合并心衰凶兆

长期高血压由于细小动脉痉挛、变硬、狭窄的变化，导致周围循环阻力不断增加，使心脏（首先是左心室）负荷增加，日久心脏呈代偿性肥大，于是形成高血压性心脏病。平日常感心悸、气喘，劳累后加重，夜间可突然发生阵发性呼吸困难，喘咳心悸，但经端坐呼吸而缓解。代偿超过一定限度即发生心力衰竭，尤其是夜间突然持续的呼吸困难，端坐呼吸不能缓解，心悸喘促加重、面晦唇紫、并咯吐大量血泡沫痰则为左心衰竭的征兆，中医属心气暴脱，须紧急抢救。抢救原则为强心固脱、可予独参汤酌加山萸肉、龙骨。如平日常心悸、气急、渐见尿少、浮肿，颈静脉怒张、肝肿大、紫绀、甚至腹水，为右心衰竭的征兆，预后不良，可因全心衰竭而死亡。中医属心肺衰竭、预后不良，急用参附汤、独参汤或可回阳固脱。

6. 肾衰凶兆

高血压对肾的损害是十分严重的，由于肾细小动脉硬化变窄，肾由于缺血缺氧而萎缩、变性，逐渐导致肾功能不全，如出现嗜睡、尿少、浮肿、恶心、蛋白尿为肾衰尿毒症的凶兆。中医谓之关格，为浊毒上干、清阳不升之证，近代用《千金方》温脾汤（大黄、附子、干姜、甘草）或可图救。

7. 急性肺水肿凶兆

心源性急性肺水肿常出现在高血压性心脏病急性左心衰竭阶段，由于肺循环高度瘀血，肺内血管与组织之间液体交换功能紊乱，使肺部含水量增大，致肺泡水肿。以呼吸困难、紫绀、皮肤苍白、湿冷、咯大量血性泡沫痰为特征，最终可导致呼吸循环衰竭而死亡。中医属肺气暴脱，急宜益气固脱，用独参汤加龙骨、牡蛎。肢厥畏寒者酌加附子回阳，以期挽回生机。

第三节 中风先兆

中风为肝风内动，病源乃痰瘀为患，因痰致瘀，故痰兆必然为主要预兆。由于风痰的特性变幻万端，故中风先兆也多呈现形形色色的怪兆。另外，体质预报对本病的超早期先兆具有特殊的意义……

一、概 述

中风，即“卒中”，又名偏枯、击仆、大厥、薄厥，还包括瘖瘁，如《灵枢·刺节真邪》曰：“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”，《素问·生气通天论篇》曰：“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”，《素问·调经论》曰：“血之与气，并走于上，则为大厥，厥则暴死”，《素问·脉解篇》：“内夺而厥，则为瘖痺”。

主要见证为卒然昏仆，后遗口眼喎斜，半身不遂等症或无昏仆仅见半身不遂，口眼喎斜等，因其来势凶猛，后患无穷，如大风倾倒楼厦故名中风。中风产生机制为素体肥腴，膏粱厚味致痰湿内生；或七情失节、忧思恼怒、郁而化火或将息失调，纵欲房劳致阴虚阳亢。总因脏腑阴阳失调，气血逆乱或湿浊内生，痰瘀互结所致。中风相当于现代医学的脑卒中，亦即脑血管意外，包括脑出血性及脑缺血性两类疾病，脑出血性疾病分为脑溢血和蛛网膜下腔出血，脑缺血性疾病则有脑血栓形成和脑栓塞。中风是一种对中、老年人威胁较大，发病率颇高，后遗症不良，死亡率较高的疾病，在世界人口死亡率中占第三位。因此，对中风先兆的预报具有重要的现实意义。

二、中风先兆潜证

中风与肝肾及痰瘀的关系最大，如《素问·通评虚实论篇》曰：“偏枯……甘肥贵人，高粱之疾也”。又如《临证指南医案》华岫云按：“肝为风脏，因精血衰耗，水不涵木，木少滋荣，故肝阳偏亢，内风时起。”朱丹溪则曰：“半身不遂，大率多疾”（《丹溪心法·论中风》）。

但中风一病虽与风火痰瘀皆密切相关，然却以内虚为本，故《灵枢·刺节真邪》曰：“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”。祖国医学对中风病机的认识，从“外风”到“内虚邪中”到“非风”的过程，实际上是中风病机学的发展过程。因此，其先兆潜证以肝肾阴虚潜证及痰浊瘀阻潜证为常见。

（一）肝肾阴虚先兆潜证

肝木赖肾水的滋养，如肾阴虚水不涵木，则易导致肾阴下亏，肝火上亢，该型常为“中脏腑”（出血性脑血管意外）的远期潜证，即形体偏瘦、头痛眩晕、耳鸣目糊、夜热盗汗、遗精带下、腰酸膝软、咽干颧红、舌质偏红、脉弦细等仅偶见一、二，便足以说明之。

阻截治则 滋水涵木、柔肝熄风，方用滋水涵木饮*：大生地、白芍、玄参、龙骨、牡蛎、龟板、牛膝、佛手，或镇肝熄风汤：怀牛膝、生赭石、生龟板、生龙骨、生牡蛎、生杭芍、玄参、天冬、川楝子、生麦芽、茵陈、甘草。

（二）痰浊瘀阻先兆潜证

痰浊瘀阻证与痰瘀互结证不同，前者病机以痰为主，后者则以瘀为要。作为中风潜证的痰浊瘀阻型，是以痰浊挟瘀为患，痰为病根，瘀为继发性病因，并且多为内源性痰浊，症见形体肥腴、头晕目眩、痰多涎粘、脉弦滑、舌苔腻等。

阻截治则 豁痰逐瘀、平肝化浊，方用云连温胆汤：黄连、茯苓、法夏、枳实、竹茹、陈皮、甘草加生龙骨、生牡蛎、泽泻、山楂、荷叶，或《济生方》导痰汤：半夏、陈皮、茯苓、甘草、枳实、南星加生龙骨、生牡蛎、泽泻、荷叶、山楂等化痰去脂浊药。

（三）气虚血瘀先兆潜证

气虚血瘀是中风的主要潜证之一，内虚是中风之本，故明·张景岳指出：“本皆内伤积损颓败而然”又有形容中风犹如巍峨大厦之倾倒者。清·王清任《医林改错》提出了中风的气虚血瘀机制，并立著名的补阳还五汤治疗。实践中，气虚血瘀潜证确也较多，尤其为中风“中经络”（缺血性脑血管意外）的远期潜证，即表现为头昏乏力，健忘失眠，肢软指麻，脉象沉涩，舌质偏暗有瘀点等。

阻截治则 益气化瘀，方用益气通瘀汤*：党参、丹参、赤芍、葛根、地龙重者可用王清任补阳还五汤：黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、桃仁、红花。

三、中风先兆

（一）远期先兆

1. 记忆障碍 以健忘、记忆力减退、注意力不集中为远期先兆特征，并以近期遗忘、尤其人的姓名遗忘为甚。但理解力及远期记忆良好。其产生机制为瘀瘀阻络，导致脑髓空虚、脑脉气血不运之故。主要为颈内动脉供血不良，形成大脑皮层额叶慢性缺血缺氧所致。

2. 感觉异常 以肢麻、尤其指麻为最常见，有的形成头皮麻木，病机为瘀瘀阻络，气血失运所致，主要系大脑中动脉供血不良的缘故。

3. 异常动作 以头摇、肌肉瞤动、口角撮动，下眼皮跳为常见，产生机制为风阳上扰肝风欲动，即所谓“诸风掉眩皆属于肝”。

脑部血液的供应由颈内动脉及椎动脉完成，颈内动脉的第二分支——大脑中动脉，主要供养大脑皮质，故健忘、记忆力减退、一过性失语、失明皆与大脑中动脉硬化、管腔狭窄有关，而眩晕等，则是由椎基动脉硬化小脑供血不良引起的。

上述症状属中风远期先兆，可先露于脑卒中前数月至数年。金·刘完素曾提出中风的远期先兆为三年。其曰：“中风者具有先兆之证，凡人觉大拇指及次指麻木不仁，或手足不用或肌肉蠕动者，三年内必有大风”。〔1〕颇有实践意义。

（二）近期先兆

1. 眩晕、头昏 这是中风常见先兆之一，其机制为痰浊上壅，瘀阻脉络，或上盛下虚、肝风欲动。

2. 一过性失语、失明、神志丧失 由于脑络高度瘀阻致脑海失养之故，现代医学认为可因供养脑血液的颈内动脉、大脑中动脉硬化，管腔高度狭窄，或血管收缩，致大脑皮质短暂性缺血而出现上述症状。

上述近期先兆可发生于中风前数日至数月。

（三）前夕先兆

1. 嗜睡、迷糊 精神痿靡、昏昏欲睡，这是由于脑络高度瘀阻、血行失运之故，现代医学认为是由于椎底动脉管腔狭窄，供血不良所致，为脑血栓形成前期，这是中风的较近先兆，多出现于缺血性脑出血之前夕。

2. 头痛、恶心、眩晕 头痛由不定性变为持续性，部位亦由不定变为固定。有的比较剧烈，甚至恶心、眩晕，此系肝阳上亢，肝风升动，上扰清空，乃祸不旋踵之兆，为出血

性脑卒中的信号，此系脑血管高压，管壁紧张之极，脑血管破裂的前兆。

3. 频发肢麻、行走跌半 由于脑络高度瘀阻、气血不运，远端供血不良所致，常出现于缺血性脑卒中，脑血栓形成的前夕。

上述先兆可发生于中风前数小时至数日。

四、中风先兆特点

（一）表现为肝风的特点

风性动摇，风性向上，中风卒中一病，多由肝阳翕张，阳化风动所致，故先兆证的表现必然以肝风的特点为主，如眩晕、头摇、肢指麻木、头皮发痒等。《素问·至真要大论》指出：“诸风掉眩、皆属于肝”，由于肝经循行上至头部，肝阳妄动不横窜经络便上冲巅顶，因此中风先兆多发生于头部及肢体等部位。

（二）表现为痰瘀的特点

中风的病理之一是痰瘀阻络、脑络受阻，其特点为血行不运，脑髓失去濡养，可出现善忘、喜眠、精神萎靡、眩晕、肢麻等证。

先兆时间可由发病前数秒到发病前二十年不等，时间差距很大。

五、中风先兆鉴别诊断

中风先兆最常见症为肢麻、颤动、步难、善忘和眩晕，因上述症状并非为本病的特异症状，因此必须与有上症的一些

疾病进行区别，病史以及伴发症很有鉴别意义：

（一）肢（或指、趾）麻

中风先兆的肢（指、趾）麻需与痹症、痰阻、血瘀及血虚所致的肢麻相鉴别，要点如下：

1. 中风先兆肢（指、趾）麻 多属于肝阳上亢型或血瘀阻络型，属肝阳上亢型者，多伴有头胀痛、眩晕、脾气暴躁，属血瘀阻络型者常有好哭、嗜睡及健忘。前者为动脉硬化并发高血压的情况，后者可见于脑血栓形成前期。

2. 痹证肢（指、趾）麻 痹证常出现肢麻，尤以着痹为多，鉴别要点是伴有疼痛或肿胀，而着痹还有沉重的特征，且痹证肢麻与风湿寒冷天气密切相关。属湿热型者多有局部灼热，脉濡数、苔黄腻的特征。

3. 血虚肢（指、趾）麻 气血虚肢（指、趾）麻鉴别要点为双侧性，并兼见乏力、面色苍白，脉弱无力等症，多见于低血压、贫血、低血糖、神经衰弱、颈椎病及心律不齐等疾病。

4. 痰阻经络肢（指、趾）麻 痰流窜经络，阻碍气血可发生肢（指、趾）麻、震颤等，多继发于脉管炎，神经官能症等疾患。

5. 血瘀肢（指、趾）麻 常发生于心脉瘀阻、鉴别要点是左上肢及小指麻，但每与胸闷、憋气或心悸、舌紫、脉涩等并见，可出现于冠心病等症。

（二）颤摇

包括头摇、身晃动及手颤等，须与血虚失濡，阴虚风动及风痰走窜相鉴别。

1. 中风先兆颤摇 多属肝阳上亢型,伴有高血压、动脉硬化、脉弦劲、面赤、眩晕、急躁易怒等,所谓“诸风掉眩,皆属于肝”(《素问·至真要大论》)。

2. 血虚失濡颤摇 此型出现的肢末震颤,鉴别要点为伴有肢麻及头晕乏力,面色苍白及脉弱等症状。可见于低血钙性手足抽搐症,神经官能症,老年性家族性震颤无肌强直症等。

3. 阴虚生风颤摇 多表现为手指颤动,每伴见口干舌质红、心烦、手心热、脉细数等症状。多出现于热病后期,热邪久羁灼伤阴分癰瘕风动。

4. 风痰走窜颤摇 鉴别要点为兼形体肥胖,有麻木或痒感、舌胖大苔腻、恶心胸闷、脉弦等症。常见于帕金森氏综合征,甲状腺功能亢进,慢性酒精中毒等疾患。

(三) 步难

指行走打跄无力。

1. 中风先兆步难 常伴见糊涂、健忘、头晕、肢麻等症,多发生于脑动脉硬化,脑血管痉挛和脑血栓形成前期,主要机制为一过性脑供血不良,气血不运经脉失濡所致。

2. 痿证步难 鉴别要点为行走打绊伴有手不能握物,足不能任地,并有肌肉痿缩、消瘦等症,常出现于重症肌无力及家族性周期性弛缓性瘫痪。

3. 痰瘀阻络步难 所致行动不灵多见于痹证、虚劳病。前者伴有疼痛、肢肿和麻木,后者可见发热盗汗、背痛干咳、消瘦等症。如为脊髓痨者可出现间歇性跛行。

(四) 善忘

中风先兆善忘应与瘀血善忘、肾精不足善忘、痰浊阻心窍善忘、心肾不交善忘及血虚善忘相区别，其要点如下：

1. 中风先兆善忘 多为瘀痰阻滞脑络，常有头痛、嗜睡、好哭及注意力不集中，脑力下降、肢麻等大脑慢性缺氧、缺血症状，常发生在脑血栓形成患者，其特点为近事遗忘，尤其是人名遗忘，如对比较熟悉的人突然忘其姓名。

2. 肾精不足善忘 必伴耳目失聪发花，毛发早白，形容憔悴无泽，齿摇足跟痛，腰酸头晕脉沉等症。

3. 瘀血善忘 善忘为瘀血的重要特征，鉴别要点为常有脱发，但欲嗽水不欲咽，舌紫暗、脉涩或便黑等症。

4. 心肾不交善忘 除善忘外还与心烦、失眠、心悸合为心肾不交四大症状，可以据此进行鉴别。

5. 痰浊阻心窍善忘 其善忘每有神迷恍惚、胸闷呕恶、苔腻脉滑等症，可出现于癫狂痫证、痰证、郁证等疾患。常可出现神经官能症。

6. 血虚健忘 此为心脾两亏，鉴别要点为兼见面色苍白、精神萎靡、气短乏力、舌淡、脉细等症。

(五) 眩晕

中风先兆眩晕应与血虚眩晕、痰浊眩晕、肾精不足眩晕、水饮眩晕等相区别，其鉴别要点如下：

1. 中风先兆眩晕 多为肝阳上亢型，应兼见头胀痛、急躁易怒、面赤升火、脉弦滑、肢麻、颤摇等证。多为脑动脉硬化、高血压疾患，属瘀痰阻脑络型则伴有善忘、迷糊、肢麻及性格反态等症状。

2 血虚眩晕 此型眩晕鉴别要点必见面色苍白、唇舌淡、神疲乏力、脉细弱等症，可见于血虚、虚劳等症。

3 痰浊眩晕 痰浊眩晕应并见呕恶胸闷、苔腻纳呆、身重脉沉等症。癫狂病证、痰证每可见之，每见于现代医学疾病的美尼尔氏综合征、神经官能症、脑肿瘤等。

4 肾精不足眩晕 鉴别要点必并见腰酸耳鸣、健忘目花、遗精阳痿、脉沉无力等症。

5 水饮眩晕 为津液失运，水气上泛所致眩晕、必见呕吐涎沫、溺短、心下或脐下悸、或肠中漉漉、消瘦等症，故鉴别并非难事。

六、中风先兆病案选录

1 李××：男，62岁，干部。于干校劳动期间，突发半身不遂，经河南某医院诊断为“脑血管栓塞”遂回京求治。据云二十年前即有肝风之鸣动，头手轻度振颤……以自拟活血通脉汤去乌药加黄芪施治……上方共服40余剂，患者即可健步，二十年之头身振颤也不期而愈。〔2〕

〔按〕本案先兆为头身振颤、先兆出现之早竟于发病前二十年即现，说明中风先兆可以发生很早。该患者42岁即已动脉硬化，和目前提出动脉硬化发生年龄较早的观点是一致的，说明我国早已注意到了动脉硬化可以较早发生的问题。

2 李××：男，65岁，农民，河北省××县××医院住院病人。会诊日期，1978年5月10日。四天前感到右上下肢麻木，活动不利但尚能活动，言语有些改变，说话较笨，次日诸证愈来愈严重，即送来医院，经检查，诊断为脑动脉血

栓形成。〔3〕

3. 梅××：男，45岁，干部。一日晚饭后生气，突然头痛，目眩和呕吐，烦躁不安，昏不识人，呼之不语，项强，四肢微急……。〔4〕

〔按〕上述2、3两例病案皆为中风的近期先兆，第二例说明，中风先兆常于发病前数日加重，第三例先兆出现于发病前数秒，为中风先兆最短者，其头痛、目眩和呕吐属于前夕先兆。

七、中风先兆文献研究

（一）选摘

（1）《素问·灵兰秘典论》：“至道在微”，《素问·八正神明论篇》：“上工救其萌芽”。

（2）《河间六书》：“凡人如觉大拇指及次指麻木不仁或手足不用，或肌肉蠕动者，三年内必有大风”。

（3）《医宗金鉴》：“此病之来，必有先兆，如神短忽忽，言语失常，上盛下虚，头眩脚软，此痰火内发之先兆也”。

（4）《杂病广要》引：

《丹台玉案》：“卒然中中风者，岂一朝一夕之故哉，其受病久矣，盖肉必先腐也，而后虫生之；土必先溃也，而后水决之；木必先枯也，而后风吹之”。

《杨氏家藏方》：“人有患头目眩，或游走风、口眼瞤动、非痰、乃风之渐也”。

《诸证辨疑》：“中风者，人本气血两虚，或有形盛气衰，或指节不时麻木，或手足间酸疼，或头眩、眼吊或虚跳，痹

于半身或周身，有如虫行，此中风之兆也”。

《医经会元》：“大凡见眩晕之渐，劳即耳鸣目眩，背膊酸痛，有时腰痛者，此中风之履霜也，此是病之缓也”。

(5)《医林改错》：“未得半身不遂以前，有虚证可查乎？余生平治之最多，知之最悉。每治此症，愈后问及未病以前之形状，有云偶尔一阵头晕者，有头无故一阵发沉者，有耳内无故一阵蝉鸣者，有下眼皮长跳动者，有一只眼渐渐小者，有无故一阵眼睛发直者，有眼前长见旋风者，有常向鼻中钻冷气者，有上嘴唇一阵跳动者，有上下嘴唇相凑发紧者，有睡卧口流涎沫者，有平素聪明忽然无记性者，有忽然说话少头无尾语无伦次者，有无故一阵气喘者，有一手长战者，有两手长战者，有手无名指每日有一时屈而不伸者，有手大指无故自动者，有胳膊无故发麻者，有腿无故发麻者，有肌肉无故跳动者，有手指甲缝一阵阵出冷气者，有脚指甲缝一阵阵出冷气者，有两腿膝缝出冷气者，有脚孤拐骨一阵发软向外仆倒者，有腿无故抽筋者，有脚无故抽筋者，有行者两腿如拌蒜者，有心口一阵气堵者，有心口一阵发空气不接者，有心口一阵发忙者，有头顶无故一阵发直者，有睡卧自觉身子沉者，皆是元气渐亏之症，因不痛不痒，无寒无热，无碍饮食起居，人最易于疏忽。

(6)《清代名医医案精华》：“中年下元虚损，浮阳上扰，不时足软肢麻，肩背憎寒，头眩多汗，六脉沉微不振，防有猝中之患，亟须温补肝肾，兼养脉为治”。

(7)《先醒斋医学广笔记》：“其将发也，外必先显内热之候，或口干口苦，或大便闭涩，小便短赤，此其验也”。

(8)《衷中参西录》：“中风症，必有先兆，中年人但觉大拇指作麻木或不仁，或手足少力，或肌肉微掣，三年内必有暴病”。

(9)《证治汇补》：“平人手指麻木，不时眩晕，乃中风先兆，须预防之，宜慎起居，节饮食，远房帏，调情志”。

(10)《中风论》：“其先兆每见头痛晕瞶、痿痹麻木，恶寒扯筋等恙，或眼花面转色，或白或赤，更有自行恸哭者，随及倒卧而不省人事”“或头晕心乱，皮肉松软而兼发呕，嗣后必成半身不遂”或“疲倦遗忘”，“缓证迟之数月或数年乃成瘫痪”，“亦有毫无先兆即行中风之状者，病人哭叫一声即倒卧而不省人事”。“病之将发每有前驱症，大概为头痛头晕，头重耳鸣，眼火闪发，心神慌乱，四肢厥冷，言语错谬，记性全无，暴露激郁，手足麻痹，半边软弱而偏枯处则冷冻，且视物为二，视火放大，舌亦无力，便属将起中风之候”或“一刹那间各般病状齐见”。

(11)《医学正传》：“凡人手足渐觉不随，或臂膊及髀股指节麻痹不仁，或口眼歪斜，语言蹇涩，或胸膈迷闷，吐痰相续，或六脉弦滑而虚软无力，虽未至于倒仆，其为中风晕厥之候，可指日而定矣”。

(二) 分析

综观诸家所言，中风先兆主要为指麻、头晕、肉脞、健忘、嗜眠及易怒等六大症状。其中，出血性脑卒中先兆以指麻、头晕、易怒、肉脞为最常见，缺血性脑卒中则以肢麻、健忘和嗜睡为多。金元·刘河间提出中风能预报三年，是明确提出中风预报的最早者。祖国医学中风预报尤其可贵的是除

了认识到指麻、头晕之外，已注意到健忘及性格反态变化，是中风预报的一个发展。王清任记载的中风预报最为全面，提出 32 个先兆证，其中，部位几乎都在头部及四肢，而且几乎都为偶然性及一过性出现，《中风论》对中风先兆的描绘也颇有启发。

八、中风先兆临床调查分析

（一）调查纪实选录

1. 先兆表现为同侧异常（与脑病变部位同侧）

（1）同侧头痛

白某：男，55 岁，患脑溢血，住中国中医研究院广安门医院神经科，左侧半身不遂，发病前半年出现右侧头痛、胀、右侧耳鸣，此外尚有头晕及健忘等。〔5〕

（2）同侧耳鸣

佟某：男，63 岁，患脑血栓形成，左半身不遂，发病前先兆为右耳鸣一年，并逐渐加重〔6〕。

（3）同侧脸痒

张某：女，51 岁，患脑溢血，发病前月余，右半侧脸痒。（该患者患左半身不遂）〔7〕。

（4）同侧发早白、脱发

甘某：女，57 岁，患脑血栓形成，发病前二年，对侧头发早白，脱发〔8〕。

（5）同侧头发紧

高某：男，57 岁，患急性脑血管病，右手失灵，于发病前数月出现左半头痛发紧及健忘〔9〕。

2. 先兆表现为对侧异常（与脑病变部位对侧）

(1) 对侧指麻

金某：男，52岁，患脑血管意外，左上肢不能动，发病前一日左手外侧二指发麻^[10]。

(2) 对侧指肿

杜某：女，73岁，患脑溢血，发病前中指肿、痛及发病后头痒^[11]。

(3) 对侧肢麻

黄某：男，59岁，脑血栓形成患者，左半身不遂，于发病前一周出现左上肢发麻，活动后好转，三天后又麻，发展至同侧左腿，历时约半小时，活动后恢复，又过三天后于夜半麻醒，天亮加重，逐左半身不能运动^[12]。

(4) 对侧体麻

白某：男，60岁，患脑血栓形成，发病前二日出现左半身麻木，两天后左侧半身不遂^[13]。

(5) 对侧肢体行走不灵

李某：男，58岁，患脑血栓形成，左半身不遂，左腿走路不灵半年余^[14]。

(6) 对侧肌肉跳动、抽掣

张某：女，52岁，患脑血栓形成，右上肢不遂，发病前右上肢肌肉出现跳动月余^[15]。

赵某：女，58岁，患脑血栓形成，发病前半年，出现左上下肢抽掣^[16]。

(7) 对侧一过性不能持物

姜某：男，50岁，患脑溢血，发病前三日患侧麻而不灵

活，一过性不能抬碗^[17]。

(8) 对侧肢体肌肉疼痛

王某：男，47岁，患脑出血，左半身不遂，发病前年余，出现左腿肌肉疼痛，发病后加重^[18]。

3. 头面五官异常

(1) 全头发痒

杜某：女，73岁，患脑溢血，发病前2~3月出现全头发痒，发病后，病侧痒^[19]。

(2) 眼累、复视

甘某：女，57岁，患脑血栓形成，左半身不遂，发病前2月出现左眼累^[20]。

张某：男，60岁，患脑血栓形成，发病前半月出现复视，阵发性头晕等^[21]。

(3) 耳鸣

黑某：女，40岁，患脑血管病，半身不遂，发病前半年反复出现耳鸣^[22]。

(4) 口麻

周某：男，56岁，患急性脑血管病，发病前一天，出现嘴麻^[23]。

(5) 面赤

袁某：男，59岁，脑血栓形成，发病前面赤紫红^[24]。

(6) 舌大

屈某：男，63岁，患脑血栓形成，发病前一天说话声音异常，随即舌大^[25]。

4. 性格反态

(1) 易怒

甘某：女，57岁，患脑血栓形成，发病前半年易怒^[26]。

(2) 无故哭泣

张某：女，51岁，患脑溢血左半身不遂，发病前半年常无故哭泣，自觉委屈^[27]。

(3) 哭笑反常

赵某：女，58岁，患脑血栓形成，发病前一年出现哭笑反常^[28]。

5. 近事记忆减退

马某：男，68岁，患急性脑血管病，左侧半身不遂，近事遗忘三年，尤其以人名遗忘为甚^[29]。

6. 嗜睡

王某：男，47岁，患脑出血，左半身不遂，于发病前三天明显嗜睡〔30〕。

7. 头晕

张某：女，66岁，患脑血栓形成，左半身不遂，发病前二年出现晕眩，持续加重^[31]。

8. 早醒

史某：女，57岁，患脑溢血，左半身不遂，发病前数年出现早醒^[32]。

9. 口干

张某：男，72岁，患脑血管病，左下肢不遂，发病前一月出现口干^[33]。

10. 烦躁、失眠、低热、出汗；

黑某：女，40岁，患脑血管病，右半身不遂，发病前半年伴右半身发麻，同时出现失眠、出汗、低热、烦躁^[34]。

（二）分析

1. 中经络先兆 主要系脑缺血，多为脑血栓形成所致。由于椎体交叉，所以先兆症状表现于同侧头面五官及对侧肢体躯干，主要症状为：

（1）同侧头部因慢性缺血而隐隐作痛，或伴有同侧头发早白、脱发、同侧耳鸣、面痒、同侧眼累。

（2）对侧肢体因慢性供血不良而发麻，肉腩、抽掣、行动不灵。

（3）健忘、注意力涣散，喜哭善悲，亦因慢性脑髓失养所致。

上述症状为中经络先兆，所谓“中经络”，正如《金匱要略》所曰：“邪在于络，肌肤不仁，邪在于经，即重不胜”。因发病多不出现意识丧失，言语不乱之故，中经络先兆也多表现于肢体发麻，很少有一过性失语、意识丧失。

2. 中脏腑先兆 主要为脑出血，多为动脉硬化、高血压引起脑血管破裂而致。其先兆表现多因血管壁弹性减弱，管壁紧张度太高，或管壁痉挛引起脑部充血，脑血行郁滞之故。其先兆表现多为：

（1）头痛或伴眩晕、耳鸣：可出现于全头或一侧。每于情绪激动或工作紧张，过度劳累后诱发。

（2）手颤、头摇、口角掣扯：亦为脑出血的先兆，主要为脑血管舒缩减弱，致神经营养功能障碍之故。

（3）脾气暴躁、易怒、易激动：皆为出血性脑卒中的先

兆，因每诱发肝气上逆，风阳上扰之故。

(4) 面赤目红：面赤为气血上冲，目红为肝火过盛，皆为出血性脑卒中的信号之一。

(5) 大便秘结：为腑气不通，热闭于内，肝火欲动之兆。故肝阳上亢动中者，每有大便秘结之先兆。

以上诸证因为脑出血性卒中，来势凶猛，每伴神志丧失不能言语，正如《金匱要略》所言：“邪入于腑即不识人，邪入于脏，舌即难言，口吐言”。所以多为中脏腑。中脏腑先兆多有一过性失语，失明，意识丧失，中医称为“小中风”，“小中风”频发即有大中风的可能。

九、中风先兆防治

对中风先兆的处理，其中，中经络先兆与中脏腑先兆的处理各不相同。

(一) 中经络先兆防治

中经络先兆多为缺血性脑卒中前驱证，以痰瘀阻络为主要病机，出现先兆证时应化痰通络。因是内源性痰浊，故应通过调整脏腑阴阳，消除内源性浊痰的产生根源，截断脏腑虚实与风、火、痰、浊之间的病理因果关系，是化痰浊的根本大法。

阻截治则 缺血性脑出血先兆的主要治疗原则为化痰通络、豁痰泻浊。因脑血栓形成主要为脉瘀，导致脉瘀的机制为气血的清浊滑涩异常，血浊发展为血瘀，所以解决的根本方法在于化瘀，包括行气、豁痰及泻浊等法。可采用泽泻汤、减肥饮、温胆汤等，然大多数减肥失败者，皆因食欲过亢，饮

食不能节制，因此自始至终必须配合抑脾火制胃纳的药物方能断其源，除其根。

对脑动脉硬化者，大多体质肥胖，食欲旺盛，其特点为肝脾失调，笔者将其机制称为“脾旺肝弱”。因为脾旺致肝木受抑，肝木被郁不能疏土，土失布运致浊阴不降，痰浊内生，故治疗当抑脾舒肝、运浊化痰。《内经》曰：“诸湿肿满皆属于脾”正可说明。方用防风通圣散或减肥饮*柴胡、薄荷、苍术、茯苓、陈皮、黄连、小枣、荷叶、竹茹、白矾（分冲）。

脑血栓形成的治疗原则为化瘀通络，豁痰泻浊，或以温胆汤加参三七末、丹参、地龙、桃仁、红花*有较好的疗效。必要时加水蛭末。

（二）中脏腑先兆防治

中脏腑先兆多属出血性脑卒中，如为脑溢血前驱伴高血压者，多有肝阳上亢，内风欲越之证。出现先兆证后，急应滋水涵木，平肝潜阳并兼以豁痰熄风，多能避免或延缓中风的来临。可酌用镇肝熄风汤，滋水清肝饮*：柴胡、白芍、生地、丹皮、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、夏枯草、石决明、生牡蛎或杞菊地黄丸之类。

（三）生活调摄及体育锻炼

发现中风先兆后，除配合药物治疗外，应立即注意调摄生活起居及控制体重（详见第六十章第二节），劳逸结合，切不可连续干紧张的工作，一定要让血管紧张度降低，要保证充足的睡眠，心情要乐观愉快，生活起居，必须轻松协调。

体育锻炼，尤其是慢跑、气功均能降低胆固醇，对延缓动脉硬化，调整血压颇为有效，是防治中风的积极措施。

(四) 配合现代检查

对动脉硬化，中医切诊很有价值，笔者长期观察，注意到寸口脉的硬度对动脉硬化的发展颇有观察价值。脉管硬者，血脂几乎长年偏高，通过一定的防治后，寸口脉的硬度可有相应改善。

出现中风先兆后，除用中医传统的望、闻、问、切加强观察外，并积极配合现代科学及现代医学手段进行检查。如血脂分析（实验室）、脂蛋白电泳图、心电图、X线、超声波、脑电图等检查动脉硬化、冠心病。

(五) 饮食管理

饮食管理是防治中风的重要步骤，出现中风先兆的患者往往都有动脉硬化、血脂及胆固醇偏高。因此，控制每日饮食的总热量及食低胆固醇、低糖和低脂饮食是非常重要的，由于中风先兆患者食欲多亢进，因此不科学管理好饮食，将会使中风的防治失败。

(1) 脂蛋白高，并合并胆固醇高：膳食管理低脂、低胆固醇。

(2) 甘油三酯高，不伴胆固醇高：膳食管理当限制糖及总热量，胆固醇不限制。

(3) 胆固醇高，伴血脂升高：以限制胆固醇食物为主，脂肪可较少受限制。

每日脂肪在 50 克以内，糖 250 克以内（不吃单糖），胆固醇限制在 300 毫克以内，总热量每公斤体重 104.5~125.4 焦（25~30 卡）^[35]。

(六) 中药降脂药

可以防己黄芪汤酌加泽泻、山楂、竹茹、芦根、何首乌、柏子仁、黑芝麻、苡仁、葛根、荷叶、茶叶。

(七) 降脂食物、菠菜参考

绿豆、黄豆、芹菜、荠菜、西瓜、冬瓜、黑芝麻。

十、文献选摘

(1)《内经》曰：“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！”（《素问·四气调神大论》）。

〔按〕本段指出治病应治于发病之前的原则，即所谓“治未病”。

(2)《刘河间伤寒六书》曰：“经曰：肌肉蠕动者，名曰微风，宜先服八风散、愈风汤、天麻丸，各一料为效，故手大指、次指手太阴阳明经、风多着此经也，先服祛风涤热之剂，辛凉之药治内外之邪，是以圣人治未病，不治已病，又曰善治者，治皮毛是止于萌芽也……是治病之先也”（《素问病机气宜保命集》卷中·中风论第一）。

〔按〕对中风先兆证提出八风散、愈风汤、天麻丸进行防治。

(3)《儒门事亲》·中风：“高评事，中风稍缓，张令涌之。后服铁弹丸，在《普济》加减方中，或问张曰：君常笑人服铁弹丸，今自用之，何也？张曰：此收后之药也。今人用之于大势方来之时，正犹蚍蜉撼大树，不识次第故也”。

〔按〕提出中风证治疗当先以涌吐缓其急，可供痰热阻窍型治疗之参考。

(4)《张氏医通》：“又治松陵沈云步先生，解组归林，以素禀多痰，恒有麻木之患，防微杜渐，不无类中之虞，乃谋治于石顽，为疏六君子汤，服之颇验”。

〔按〕本段介绍张石顽以补气法治疗中风先兆，以除类中之虞。

(5)《续名医类案·中风》：“龚子材治桑环川刘前溪，年近五旬而桑多欲，刘嗜酒其脉左手具微，人迎盛右脉滑大，时常手足酸麻，肌肉蠕动，此气血虚而风痰盛也，谓三年内具有瘫痪之患，因劝其服药谨慎，以防未然桑然其言，每年制搜风顺气丸（此药亦未可常服）延龄固本丹各一料后果无恙”。

(6)《续名医类案》：“万密斋治 敬吾庚戌冬得风疾医治之未尽，辛亥春右肩膊抽掣、唇吻随动，诊之脉浮缓而 ，此风邪在太阴经也，右寸浮而 、肩膊动者，肺病也，手太阴右关脉缓唇动者脾病也……以黄芪蜜炙，白芍酒抄，甘草炙作大剂服之，……此缓而治本也”。

〔按〕提出中风先兆从经络调治。

(7)《续名医类案·中风》：“程晓川客湖州，四十诞辰，徵妓行酒，宴乐弥月，一日忽觉两小指无力，掉硬不舒，且为不用，口角一边常牵引，诊之六脉皆滑大而数，浮而不敛，其体肥、面色苍紫。据脉滑大为痰，数为热，浮为风，盖湿生痰，痰生热，热生风也，以善饮故多湿，近女故真阴竭，而脉浮中风之征已兆，喜面色苍紫神藏犹可治。宜戒酒色，以自保爱，以二陈汤加滑石为君，芩连臣，健脾消痰，撤湿热从小便出，加胆量天麻以定风，竹沥姜汁拌晒，仍以竹沥、姜

汁打湖为丸，引诸药入经络化痰，又以天麻丸滋补筋骨，标本两治，服二料，遂 10 年无恙”。

〔按〕此案成功地用药物控制了先兆证，使中风延缓了 10 年也未发作。

(8)《杂病源流犀烛·中风源流》：“若遇小中症，切不可用正风药深切治之，或至病反引而向里，只须平和之剂调理，虽未必为完人，亦不至有伤性命也。若风病既愈，而根株未能悉拔，隔一二年或数年必再发，发则必加重，或至丧命，故平时宜预防之，第一防房劳，暴怒郁结调气血，养精神，又常服药以维持之。宜定风饼子，庶儿可安”。

〔按〕本段指出中风先兆证的治疗与中风有所不同，不可用正中风药深治，以免引邪入里。

(九)《医碥》引薛立斋云：“预防之理，当养气血，节饮食、戒房帏”。

第四节 郁证先兆

郁证先兆既要重视七情精神因素，更要注意来自躯体方面的报兆症。因郁证不仅为外源性郁，还包括内源性郁，而内源性郁的先兆主要披露于躯体……

一、概 述

郁证，是七情六欲不节，导致气机郁滞的疾病。主要因于肝郁，因肝主疏泄、调畅气机，如情志不舒致肝木不条达，则可产生郁证，故郁证与肝的关系最为密切。此外，郁证与

心脾也极为相关，因心藏神、脾主思。所愿不遂皆可导致气郁病，故《素问·阴阳别论》曰：“二阳之病发心脾，有不得隐曲，女子不月，其传为风消，其传为息贲者，死不治”。

郁证，是以气郁为先，然后发展为湿、痰、热、血、食六郁，郁证不仅与心脾肝有关连，而且可波及五脏六腑。故《灵枢·口问》曰：“悲哀忧愁则心动，心动则五脏六腑皆摇”。故郁证对人体的影响是比较大的，并非局限于气机，最终必将导致气血紊乱，脏腑阴阳失调。

郁证初起，病在肝，以气分郁结为主，日久则向阴虚内热及阳虚气衰两个方向发展。如气郁化火，阴火灼阴，致阴虚热浮，或忧思劳积暗耗心神、损伤心脾，则导致心脾气衰。渐之，由于脏腑阴阳失调、气血升降失序，如《金匱钩玄》曰：“郁者，结聚而不得发越也，当升者不得升，当降者不得降，当变化者，不得变化也，此为传化失常，六郁之病见也。”反过来又加重了情志的失调。如《灵枢·本神》曰：“心气虚则悲，实则笑不休”，“肝气虚则恐、实则怒”，此为因郁而病，逆之，又导致因病而郁，如《景岳全书》：“凡五气之郁，则诸病皆有，此因病而郁也，至若情志之郁，则总由乎心，此因郁而病也”。如此形成恶性循环，终致气血紊乱、脏气耗竭。

郁证的危害性还不仅仅在于它的本身，郁证是导致形神具损、未老先衰、工作力下降的病因之一，也是自杀的常见因素。尤其郁证还能继发产生多种疾病，如冠心病、高血压、消化道溃疡等，危害更大的是，郁证还常以肝脾不和的形式存在，患者长期处于不明原因的食欲不振、失眠、头昏乏力、情绪低落、淡漠消极。日久形成形与神病理之间的恶性循环。

脏腑功能日见衰落，而致正气不足、变生疾病，给社会生产力带来了严重的危害。因此，研究及揭示郁病的先兆具有重要的社会意义和实践价值。

二、郁证先兆

郁证分为内源性郁及外源性郁两类。精神和躯体是一个统一的整体，精神症状只是躯体症状的一部分，精神疾病可导致躯体疾病，躯体疾病可引起精神疾病。内源性郁证为躯体疾病引起精神疾病，外源性郁为精神疾病引起躯体疾病。

（一）内源性郁病先兆（因病而郁）

此型郁证的发生机制因于脏虚，如《灵枢·本神》曰：“肝藏血，血舍魂，肝气虚则恐；实则怒……心藏脉，脉舍神，心气虚则悲，实则笑不休”。郁证的发生机制与心、肝、脾关系尤其密切，盖肝主疏泄升发，如素禀肝虚胆薄，或后天失养致肝胆精血受损，肝的疏泄升发功能减弱，不能调畅及推动全身气血，导致气机郁结，使心情抑郁。正常的情志活动有赖于气血的正常运行，气机不畅，必然导致情志郁结。

1. 肝胆虚郁证先兆潜证 即见面色微暗，胁肋不舒，头晕雀目，头昏乏力，失眠梦多，食欲下降，性欲减退，舌质淡，苔薄白，脉细弦等症。

先兆报标症

乏力 因“肝为罢极之本”，肝藏血，主疏泄，《素问·五脏生成篇》曰：“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄。”说明肝有贮藏及调节血量的作用。如肝郁，因上述功能失职，则机体供血不足而易疲乏，故乏力

为内源性郁证的首要先兆。

食欲不振 肝郁则木不疏土，脾的运化有赖于肝的疏泄，肝的疏泄功能正常，脾才能正常运化。若肝郁失于疏泄则脾的运化失常，从而出现食欲不振、腹胀、呃逆等肝脾不和症状，为内源性郁证的重要先兆。

多疑寡断 胆为中正之官，主决断，《素问·六节脏象论》曰：“凡十一脏，取决于胆”即言胆有决断作用，如胆虚则多疑善虑、忧柔寡断，故多疑寡断是郁证的先兆证之一。

性欲减退 肝主筋，肝经环绕阴器，阴器为宗筋之所聚，肝郁则宗筋不起，性欲减退。

总之，肝胆虚型郁证先兆，以肝不疏土，胆虚不宁为主要特点。

阻截治则 根据《内经》“木郁达之”，以疏肝温胆为治，方用逍遥散合温胆汤化裁：柴胡、白芍、当归、茯苓、白术、薄荷、法夏、陈皮、枳实、竹茹、甘草。

2. 心脾两虚型郁证先兆潜证 该型证见面色黄白，神疲乏力，心慌心烦，失眠多梦，食欲不振，腹胀便溏，舌质淡苔白腻，脉细弱。

先兆报标症

心慌心烦 心藏神，心虚神不守舍故心烦心虚，心脉失养则心慌，该症为心脾两虚型先兆潜证的主要前症。

失眠多梦 心主神明，心虚心神得不到阴血的濡养，故致心神不宁，失眠多梦，为心脾两虚型郁证的主要先兆症。

食欲不振 脾为气血生化之源，脾虚运化失健，故食欲不振，腹胀便溏。

概言之，心脾两虚型先兆潜证以心神失养，心神不宁为主要特点。

阻截治则 健脾养心，舒肝调气，方用归脾汤：党参、黄芪、当归、白术、茯神、远志、木香、枣仁、元肉酌加柴胡、佛手、紫苏、厚朴等。

3.痰气郁结先兆潜证 此型人素脾虚运化失职，致湿痰内生，加之肝郁，气血失于疏泄，则易气滞津凝，聚而成痰。痰气交阻，故常感胸闷，泛恶，咽中如阻，脉弦滑，舌质淡苔腻。报标症为胸窒咽梗。

阻截治则 舒郁化痰，方用半夏厚朴汤（半夏、厚朴、苏叶、生姜）。

以上三型先兆潜证，如失治，则出现精神抑郁，多疑善虑，心惊胆怯，胸胁胀痛，失眠多梦，喜哭善悲，乏力倦怠，甚至精神恍惚，悲观欲绝等典型郁病征兆。又当舒肝解郁、养心缓急，予甘麦大枣汤：炙甘草、麦冬、大枣或柴胡舒肝散：柴胡、枳壳、白芍、甘草、川芎、香附、陈皮。

内源性郁病属躯体疾患致精神障碍，病因病机为躯体疾患，而非情志为病，因此主要症状为躯体症状，而非精神症状。故本病非是精神症状被掩盖，其实精神症状本来就是继发的，原发的是内脏症状，故病症表现当然应以躯体症状为主。西医的所谓隐匿性抑郁症，即相当于内源性郁病，前躯症状以植物神经紊乱，如失眠、厌食、多疑、头痛、早醒为主，并无精神创伤史。发病早期亦无精神七情症状，该病和内源性郁病相似。现代医学注意到隐匿性忧郁病人。占人口的3~5%，其特点为，忧郁病证在躯体病症的掩盖下，潜在

地进展着。主要表现为植物神经系统症状,如头晕、失眠、头痛、心跳、肢麻、恶心、食欲减退、反应迟钝、性欲减退等症,掩盖了情绪抑郁。此外,现代医学还认为反应性抑郁症与抑郁症不同,主要在于,前者为突然的精神刺激致心理突然失去平衡,刺激排除后心理平衡恢复,抑郁亦随之消失,为一过性精神抑郁症。而抑郁症则为长期刺激后,量变到质变,大脑已形成固定的病变,病程长而顽固,忧郁或焦虑等精神障碍较为明显。可为研究郁病的参考。

(二) 外源性郁病先兆(因郁而病)

外源性郁病,病因为情志过极所致,有精神创伤史,是因郁致病,亦即是由精神创伤导致内脏失调。故先兆证以七情不节为原发证,内脏失调为继发证,日久,精神因素与躯体因素互为因果关系,构成病理恶性循环。

外源性郁病,先兆潜证主要为肝气不舒先兆潜证。郁证初起以气郁为先,正如《杂病广要·诸气病》所曰:“郁之为病,气郁为最。”主要表现为:心情不畅,抑郁寡欢,食欲不振,眠少梦多,舌苔薄白,脉弦,继而渐见情绪低落,精神痿靡,喜哭善悲,多疑善妒,或郁怒憋闷,坐卧不宁,恚满欲舒,胸胁胀痛,食少纳呆,苔白薄,脉弦。以后逐渐由气郁发展为湿郁、痰郁、热郁、血郁及食郁,亦即由精神疾患向躯体疾患演变。

外源性郁证的特点是先出现情志症状,并且比较明显,以后才逐渐出现躯体症状,情志症状是主要矛盾。

阻截治则 舒肝解郁顺气化痰,方用朱丹溪越鞠丸:香附、苍术、川芎、神曲、栀子或《医学正传》久郁汤:陈皮、

半夏、茯苓、甘草、苍术、川芎、栀子、香附、砂仁。

郁病亦包括现代医学的躁狂抑郁性精神病抑郁状态。凡神经衰弱，反应性抑郁症，更年期抑郁症，神经官能症，癫痫性病理性心境恶劣，风湿性脑病，甲状腺功能低下，老年性精神病，退休病等疾患均属此列。

第五节 黄疸（病毒性肝炎）先兆

黄疸在本节以病毒性肝炎为主，其最大的隐患在于无黄疸型先兆的隐匿。其潜证虽然缺少特异性，然却可为本病最早窥出端倪……

一、概 述

黄疸，指面目及全身肌肤黄染及小便黄赤的疾病。包括的范围很广，诸如现代医学的病毒性肝炎，肝硬化，肝癌，胆道梗阻性黄疸，溶血性黄疸，胆石症，胆囊炎，胆管炎，胆囊癌等。本节重点讨论病毒性肝炎，肝硬化，胆囊炎等病先兆。其他，肝癌先兆归于第八十九章肝癌先兆讨论，胆石症则详见第八十五章外科急症先兆。

黄疸系列疾患，中医十分重视，如《内经》已较全面地论述了黄疸的征兆及病因病机，如《素问·平人氣象论》曰：“溺黄赤安卧者，黄疸……目黄者，曰黄疸”，《灵枢·论疾诊尺》曰：“齿垢黄，爪甲上黄，黄疸也”，《素问·六元正纪大论》曰：“凡此厥阴司天之政……民病黄疸而胛肿”。张仲景《伤寒论》则指出了具体治疗，巢元方《诸病源候论》对黄疸

的病机及分类作了详细论述。《圣济总录》则有九疸、三十六黄之分，罗天益将黄疸分为阴黄及阳黄，至今皆有十分重要的实践意义，尤其与黄疸的先兆潜证密切相关。

二、黄疸先兆潜证

（一）湿热内蕴先兆潜证

该型多为阳黄的先兆潜证，由于酒食不节损伤脾胃，致运化失职、湿浊内生。日久郁而化热；或感受湿热之邪，湿热交炽、蕴蒸脾胃，内伏于肝胆。证见脘闷恶心，口苦纳呆，胁肋不舒，大便粘臭，尿短赤，舌苔黄腻，脉濡数等症。其中，偶见一、二，便具先兆意义。

近期报标症为口粘（或口苦）、泛恶（或心中懊憹）。纠正原则为清热除湿，舒肝健脾，方用丹栀逍遥散：丹皮、栀子、柴胡、白芍、薄荷、茯苓、当归、白术、生姜、甘草。如出现面赤、肤黄、溺黄赤、发热口渴，则为阳黄的典型征兆，包括现代医学的病毒性肝炎，中毒性肝炎、急性胆道感染及溶血性黄疸、胆石症等疾患。

阻截治则 清热除湿利黄，用茵陈蒿汤：茵陈蒿、栀子、大黄。如湿盛于热者，则用茵陈四苓散：茵陈蒿、茯苓、猪苓、泽泻。

（二）寒湿阻遏先兆潜证型

该型主要为阴黄的先兆潜证，为素禀脾气不足，或后天损伤，或寒邪内袭太阴，由于寒湿郁滞脾胃，致脾阳不振、运化失职，产生湿浊不化，壅滞肝胆之故。证见口粘纳呆，呕恶涎多，脘闷腹胀，大便不实，舌质淡苔白腻，脉象濡缓等

症。报标症为乏力呕恶。

阻截治则 健脾调肝、温化寒湿，方用六君子汤：党参、白术、茯苓、法夏、陈皮、甘草，酌加竹茹、藿香、佛手。若见目肤晦黄，则已为阴黄征兆，主要包括现代医学慢性肝炎复发，肝硬化黄疸，肝癌等疾。又当酌加回阳退黄之品，方用茵陈术附汤：茵陈、附子、白术、干姜、甘草。

总之，无论阳黄或阴黄先兆，皆以湿为病本，肝胆为病根，因发黄无不因于湿浊作祟，湿气内通于脾，故黄疸与脾湿甚为攸关。

因此，黄疸的先兆潜证无论湿热内蕴先兆证型，还是寒湿阻遏先兆证型，都有脾湿的特点，又因肝胆为发黄的病源，故黄疸潜证必有肝胆郁滞的特征。纠正原则须在运脾除湿的前提下辅以调肝利胆，才能阻截潜证的进展，以避免黄疸的出现。

三、病毒性肝炎先兆

病毒性肝炎，是感受肝炎病毒致肝细胞损害的疾病，是现代对人类威胁最大的多发病、常见病之一。分为甲型（短潜伏期）乙型（长潜伏期及同种血清型）及非甲非乙型三类。（目前，非甲非乙型肝炎已被发现为是一种丙型戊型肝炎，河北省孙永德首次将南浆引起的非甲非乙型肝炎证实为丙肝，我国预防医学科学院也即将制出丙型戊型肝炎诊断试剂。）全世界有近两亿人罹患此病，对人类的危害极大，尤其该病易迁延，10%可转化为慢性肝炎，1~2%还可转变为肝硬化，少数甚至发生肝癌，足见掌握病毒性肝炎的先兆规律，争取早

期发现和早期治疗，具有广泛的社会效益。

（一）急性肝炎先兆

1 无黄疸性肝炎先兆 无黄疸性肝炎，由于肌肤无黄染，并且自觉症状不明显，故无论于病人本身或从流行病学的角度来看，其危害性都是非常大的，因此对本病先兆规律的捕捉更具有重大意义。

无黄疸型肝炎症状虽不显露，但病机多为湿热蕴脾，故先兆潜证主要为湿热内蕴，肝脾失和型，但症状不明显，仅偶见恶心、食欲减退、苔腻等症。近期先兆症虽有乏力、恶心、厌油、食欲减退等，但无特异意义。如伴有肝区不适或隐痛，则先兆价值增大。

阻截治则 清热除湿、舒肝和胃，方用逍遥散加味：柴胡、白芍、茯苓、白术、薄荷、当归、生姜，去甘草，酌加藿香、蔻仁等芳香化浊之品。如出现肝区隐痛则为本病的特异信号，又当清肝利湿解毒化浊，以四逆散：柴胡、白芍、枳实、甘草，酌加板蓝根、茵陈、败酱草、郁金等。

2 黄疸型肝炎先兆 黄疸型肝炎除食欲不振、恶心、乏力，与无黄疸型肝炎先兆相同之外，尿色加深是其主要报标症，待目黄及肝区隐痛出现时，已为典型征兆，具体为：

（1）湿热蕴脾先兆潜证：症见乏力、厌油、食欲减退、恶心、腹胀、尿黄、苔腻、脉濡数。约持续一周左右，此型约占黄疸型肝炎病人的 1/2 以上。

阻截治则 清热除湿、化浊利胆，方用四逆散：柴胡、白芍、枳实，酌加板蓝根、大青叶、茵陈蒿等。

（2）风热袭卫先兆潜证：症见发热、头痛、鼻咽不适、身

痛、食欲减退、乏力、脉浮数、苔薄黄等，此型约占黄疸型肝炎的 1/4 以上。

阻截治则 疏风散热、舒肝利胆，方用银翘散：银花、连翘、竹叶、荆芥、薄荷，酌加析蓝根、败酱草。

(3) 肝胆湿热先兆潜证：症见口苦、胁肋胀、欲呕、尿黄、便秘等，此型约占黄疸型肝炎的 1/3。

阻截治则 清肝利胆、化湿除黄，方用茵陈四苓汤：茵陈、茯苓、猪苓、白术、泽泻，酌加虎杖、板蓝根、金钱草等。

(二) 急黄先兆（暴发型肝炎）

本型发生率的百分比为 0.2~0.4%，大部分为黄疸型肝炎。特征为黄疸开始即明显，且迅速加深，呕恶较为突出，并有显著肝臭。

急黄在祖国医学即已有论述，如《诸病源候论·急黄候》已有典型论述，其曰：“卒然发黄，心满气喘，命在顷刻，故云急黄也。”《杂病源流犀烛·诸疸源流》也注意到了此型的危害性。如曰：“又有天行疫疠，以致发黄者，俗谓之瘟黄，杀人最急”，《圣济总录·黄疸门》：“病人心腹间闷、烦躁、身热五日之间，便发狂走，体如金色，起卧不安，此是急黄”。

抢救：清热解毒、泻火除黄，方以茵陈蒿汤合黄连解毒汤：茵陈蒿、大黄、栀子、黄连、黄柏，酌加板蓝根、大青叶、蒲公英。若热毒深重，症见出血、衄血等症，又当急用清瘟败毒饮加减：犀角、生石膏、黄连、栀子、玄参、黄芩，酌加茵陈蒿、板蓝根等清营泄火、解毒救急。

(三) 肝炎凶兆

1 急性肝功能衰竭 急性肝功能衰竭是暴发型肝炎的常见凶兆,主要由于肝细胞大量坏死、肝功能严重损害所致。其先兆症始为性格发生改变,情志逐渐变得反常,不稳定,易兴奋激动或抑郁沉默,继而神志异常,甚至精神错乱,此为肝细胞严重损害的信号。待出现昏睡和昏迷时,已进入肝昏迷阶段,处理见肝昏迷条。此外,黄疸的进行性加深和出血倾向,亦是急性肝功能衰竭的凶兆,如继发肾功能衰竭,无尿或少尿、痰质血症、尿毒症,则常死于呼吸衰竭。

中医属肝肾阴竭,为热毒久羁、耗损真阴,致肝肾精竭之故,症情危笃。

抢救治则 肝昏迷见下节,其他如见面赤唇红、手足掣动等阴虚风动危象时,可予生脉散:人参、麦冬、五味子,合大定风珠加減:白芍、阿胶、龟板、干地黄、生牡蛎、生鳖甲、鸡子黄、石菖蒲、远志。如见面白颧赤、喘促汗出、肢厥痰响等症,为真阴受损、阴损及阳,致真阳不足、下虚上盛之兆,又当以黑锡丹辈温壮下元、镇纳浮阳,以救欲亡之真阳。如热毒鸱张、盛极动风,见抽搐震扑之凶兆,又当急以羚羊钩藤散:羚羊片、霜桑叶、京川贝、鲜生地、双钩藤、滁菊花、茯神木、生白芍、淡竹茹、生甘草清热熄风。若热毒炽盛、深入血分,扰神动血,见尿血、便血、谵妄狂乱、舌质深绛等凶兆时,又当以犀角地黄汤:犀角、干地黄、生白芍、丹皮,凉血解毒以救欲亡之阴。

2. 肝昏迷 急黄极易侵犯中枢神经系统而发生肝昏迷,又称肝性脑病,常继发于急性肝功能衰竭。产生原因为肝解

毒力丧失，体内毒素进入脑部，是暴发型肝炎、晚期肝硬变和晚期肝癌的不良结局。

前期先兆为性格改变，即无故兴奋或抑郁不语，或无故哭笑，是脑组织中毒、肝昏迷的早期信号，应引起高度警惕。继而出现类精神病症状，如精神错乱，昼夜醒寐颠倒，甚至幻听、幻视等，可视为肝昏迷的中期预兆。一旦发展为嗜睡、甚至昏睡，则已为肝昏迷前夕的报标症。待出现谵妄狂言、昏迷不醒及散发出肝臭（烂苹果味，血氨过高致脑细胞严重中毒的信号）时，已是肝昏迷的典型征兆。

抢救治则

肝昏迷，中医属热毒内陷心营，邪闭心包，治以清营解毒、凉血开窍，急投安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹以解毒开窍，方用犀角清心饮*：犀角、牛黄、栀子、黄连、茵陈蒿、板蓝根、虎杖、石菖蒲、牡丹皮。如痰浊蒙闭、昏愤不语，又当以《济生方》涤痰汤：半夏、胆星、橘红、枳实、茯苓、人参、菖蒲、竹茹、甘草以涤痰开窍。若见面色苍白，肢冷汗凉，鼻鼾息微，神昏口开，二便失禁，则为肝昏迷脱症，当急予参附龙牡汤：生晒参、附片、龙骨、牡蛎以回阳救脱。

3. 心阳衰脱凶兆 如病程发展，心肾之阳耗竭，出现喘息气微，肢冷汗凉，面白唇紫，呼之不应，目合口开，二便失禁，舌淡质青紫，脉微欲绝，则为心肾阳衰脱之危兆。

抢救原则 急宜独参汤或参附龙牡汤：生晒参、附片、龙骨、牡蛎、山萸肉，以急救欲亡之阳。

四、肝硬化先兆

肝硬化是广泛性、进行性肝实质变性和坏死的疾病。尤其乙型病毒性肝炎发展为结节性肝硬化的比率较高（以我国为最多），其次为酒精中毒（以欧美较多）。由于增生的结缔组织取代了肝细胞，使肝功能遭到严重的不可逆性的损害。肝硬化的潜伏期较长，以及代偿功能较好，因此可以潜伏较长的时间，甚至一二十年，加之肝外症状较多，又缺少特异性，故先兆症的规律较难掌握，但仍有一定的征兆可循。

（一）先兆信号

远期潜证

肝硬化属“癥瘕”、“络阻”、“瘀血”范畴，为痰瘀阻络的病变。由于气与血至为相关，气行则血行、气滞则血瘀，气滞常为血瘀的前驱，因此肝硬化的远期潜证常为肝郁气滞证型。即见性情抑郁或急躁，右胁下常胀痛，善太息，脘腹胀闷，大便不爽，脉弦，苔薄白等症。

中期先兆症

主要反映在消化能力的减退方面，如乏力、食欲减退、厌油、肉食物、恶心、右上腹不适等症。其次为毛细血管扩张征兆，如蜘蛛痣、手掌发红（肝掌）等症，此阶段肝功能尚正常，提示肝代偿功能尚可。

近期报兆症

持续性严重乏力为本病近期重要信号，以肝外症状为突出，尤其以内分泌变化（尤为性激素紊乱）为明显。主要为性激素水平的降低，性征和性能力的减退等，诸如男性乳房

发育、阳痿、女性阴毛脱落、月经过少等。另外，肝区隐痛和不适，常渐为明显，是该病特异性征兆之一。其他，出血倾向，如鼻衄、牙龈衄、皮肤紫斑等，亦为肝硬化的征兆之一。待出现面色黎黑、上腹饱胀（肝脾肿大）时，已为本病的典型症状。

（二）阻截治则 活血化瘀、益气养阴，方用化瘀消癥汤：丹参、赤芍、沙参、黄芪、鳖甲、三棱、莪术、郁金。如硬度较大，瘀血较重者，应软坚化瘀、益气养阴，方用下瘀血汤：桃仁、制鳖虫、制大黄，酌加炮甲珠、党参、生地等。辅以人参别甲煎丸、大黄蛰虫丸。腹水较重者，应扶正逐水，其中体实水困的可用《丹溪心法》舟车丸：甘遂、芫花、大戟、大黄、黑丑、广木香、青皮、陈皮、轻粉、槟榔；体虚脾湿者，酌用中满分消丸，《兰室秘藏》方：厚朴、枳实、黄芩、黄连、知母、半夏、人参、甘草、陈皮、茯苓、泽泻、砂仁、干姜、姜黄、白术。

（三）肝硬化凶兆

（1）肝昏迷（见上文）。

（2）上消化道大量出血：上消化道大量出血，是由于食道胃底静脉曲张破裂所致，以吐血及便血为征兆，如《症因脉治》说：“内伤吐血……若倾盆大出者，则肝家吐血也”。如患者突然出现面色苍白、头昏视暗、冷汗淋漓、烦躁不安、心悸脉速、四肢厥冷、血压下降，则为气随血脱险象，病情十分危急，宜急予云南白药及独参汤急救，并配合现代医学手段抢救。

（3）肝癌（见下文）。

五、肝癌先兆

肝癌可以是原发性的，也可以由慢性肝炎、尤其是慢性乙型肝炎演变而来，有的“慢性肝炎”实际是肝癌的前身。肝硬化也是肝癌的主要基础，因此早期发现及早期治疗慢性肝炎，对预防肝癌具有重要意义。肝癌在中国发病率较高，死亡率仅次于胃癌及肺癌，男性尤多于女性。

肝癌的早期症状缺少特异性，其先兆规律很难掌握，但仍有一定的信号发出。如厌食、尤其厌食肉类，肝区胀痛或隐痛，乏力，恶梦（肝藏魂），在没有胃、胆疾患的情况下，对上述信号应引起高度警惕（详见本书第八十九章肝癌先兆）。现代医学应用甲胎蛋白预查法，对早期发现肝癌具有重大意义。

六、胆囊炎先兆

（一）急性胆囊炎、胆石症先兆

急性胆囊炎、胆石症是发病率较高的疾患，也是急腹症的主要病症之一。急性胆囊炎大多并发有胆石症，但引起急性胆囊炎的主要原因在我国主要是细菌感染及蛔虫钻入，并多见于妇女及儿童。急性胆囊炎主要是由于胆囊颈管梗阻（蛔虫或胆石）、胆汁郁积引起细菌感染所致，因此急性胆囊炎之前，多有慢性胆囊炎及胆绞痛的频发史。

急性胆囊炎、胆石症，中医属“胁痛”、“黄疸”、“胆胀”、“肝胀”，与肝胆的关系最大。如《灵枢·胀论》曰：“肝胀者，胁下满而痛引小腹。胆胀者，胁下痛胀，口中苦，

善太息”，《景岳全书·杂证谟·胁痛》亦曰：“胁痛之病，本属肝胆二经，以二经之脉皆循胁肋故也”。其先兆潜证与慢性胆囊炎相同，主要为肝气郁结先兆潜证及肝胆湿热先兆潜证。肥胖型女性发病率较高，与遗传、家族史有关。

发病前先兆

急性胆囊炎发病前，大多有脾胃消化不良症状，如食欲不振、厌油、腹胀等症，但无特异性意义。饱餐及进肥甘油腻饮食后右胁不适，或右肩胛部隐痛，为慢性胆囊疾患及胆石症的信号，如发现上述预兆，应进一步作超声波检查，可以很快确诊。

在慢性胆囊炎及胆石症频发的情况下，应警惕引起急性胆囊炎的可能。如见低热，右上腹痛，厌油，往往是胆囊炎的前奏。当出现胆区疼痛逐渐加剧，寒战，高热，甚至黄疸，则已为急性胆囊炎的典型征兆，应按急腹症处理。急性胆囊炎及胆绞痛先兆详见本书第八十五章第六节，急性胁痛先兆。

（二）慢性胆囊炎先兆

慢性胆囊炎属“胁痛”、“黄疸”范畴，主要病机为木不疏土。常由于肝郁不疏、胆汁不降，导致脾土壅滞，脾运失司。如《血证论》说：“食气入胃，全赖肝木之气以疏泄之”（卷一·脏腑病机论）。胆寄附于肝，肝升胆降，如肝郁失于疏泄，胆汁不降，则易壅遏成患，所谓胆壅木郁证即是。故慢性胆囊炎的先兆潜证，与肝胆不调及肝脾失调的关系最大。

1. 肝郁气滞先兆潜证 此型潜证主要为情志不畅，气机郁滞，导致胆气不行、胆汁内壅。症见精神忧郁寡欢，右胁常有饱闷感，并于食油腻后加重，脉弦滑、苔腻。报标信号

为右胁饭后饱闷感。

阻截治则 疏肝顺气，方用逍遥散：柴胡、当归、白芍、薄荷、茯苓、白术、生姜、甘草，或柴胡舒肝散：柴胡、香附、枳壳、川芎、白芍、陈皮、甘草。待出现右胁隐痛，厌油，甚至发黄时，则已为胆囊炎征兆，又须疏肝利胆以治。方用四逆散：柴胡、白芍、枳实、甘草，酌加茵陈、郁金、香附、鸡内金、金钱草、龙胆草等。

2. 肝胆湿热先兆潜证 该型由于嗜好肥甘、饮食不节，或感受湿热之邪，致湿热蕴结肝胆、胆失疏泄之故。日久渐见胸闷纳呆，脘痞胁胀，大便不爽，小便黄短，苔腻脉濡等症。报警信号为呕恶胁痛。

阻截治则 清热利湿、疏肝利胆。方用清胆汤*：柴胡、黄芩、茯苓、法半夏、枳实、郁金、竹茹、蒲公英、虎杖。偏于湿浊、呕恶较重的则用甘露消毒丹：滑石、茵陈、黄芩、菖蒲、木通、贝母、藿香、射干、连翘、薄荷、白豆蔻以清热解毒、利湿化浊。如寒战、发热、胁痛、胆囊区疼痛加剧，并出现右肩背放射性疼痛，甚至胆汁不循常道，泛溢肌肤发黄，则为胆囊、胆管炎急性发作的征兆。又当用大柴胡汤：柴胡、大黄、枳实、黄芩、半夏、白芍、生姜、大枣。肝火偏重的用龙胆泻肝汤：龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、木通、泽泻、车前子、生地，酌加大黄、茵陈蒿等，并配合现代医学方法作急症处理。如并发胆道蛔虫及胆石症，则参见本书第八十五章，急腹症先兆。

注：

- 〔1〕刘完素：《伤寒六书·素问病机气宜保命集》卷中·中风论第一。
- 〔2〕《医案医话荟要》，中医研究院广安门医院，人民卫生出版社，1982年版，123页。
- 〔3〕焦树德：《从病例谈辨证论治》，43页，人民卫生出版社，1982年版。
- 〔4〕《老中医医案选》张金衡医案，143页，黑龙江科技出版社，1981版。
- 〔5〕中国中医研究院广安门医院神经科住院病人（1986年6月11日调查）。
- 〔6〕同上。
- 〔7〕同上。
- 〔8〕同上。
- 〔9〕中国中医研究院西苑医院神经科住院病人（1986年6月2日调查）。
- 〔10〕同上。
- 〔11〕同上。
- 〔12〕同上。
- 〔13〕同上。
- 〔14〕同上。
- 〔15〕同上。
- 〔16〕同上。
- 〔17〕同〔9〕。
- 〔18〕同〔5〕。
- 〔19〕同〔9〕。
- 〔20〕同〔5〕。

〔21〕同〔5〕。

〔22〕北京中医学院附属东直门医院神经科住院病人(1986年6月7日调查)。

〔23〕同〔5〕。

〔24〕同〔5〕。

〔26〕同〔20〕。

〔27〕同〔5〕。

〔28〕同〔5〕。

〔29〕同〔9〕。

〔30〕同〔5〕。

〔31〕同〔5〕。

〔32〕同〔5〕。

〔33〕同〔22〕。

〔34〕同〔22〕。

〔35〕《饮食疗法及其管理》：文树根等著，人民卫生出版社，1984年版，131～132页。

第六十二章 脾系病先兆

脾系病的范围也极广，既包括消化系统疾病，也含代谢方面疾患，同样为内科多发病、常见病。尤其痰饮（主要为慢性胃肠炎及慢性气管炎）及消渴（主要为糖尿病）对人类的危害较大，因此探索脾胃系疾病先兆规律很有现实意义。其超早期先兆——各种类型的潜证，将有助于早期预兆的发现

.....

第一节 概 述

脾主运化，主水谷精微的敷布，故脾系病主要包括水谷精微运化失调的疾病。如痰饮、消渴、呕吐、反胃、反酸、泄泻、噎膈、呃逆、便秘、胃痛、腹痛、痞满、孤惑病等疾病，其中，痰饮、消渴、噎膈等病，是极为常见的脾系疾患，本章重点论述其先兆症。由于脾胃为后天之本，关系着人体脏腑的盛衰，又因脾胃疾患较多，发病率也很高，故脾胃系疾病先兆规律的探索很有实践价值。正如沈金鳌所言：“盖脾统四脏，脾有病，必波及之，四脏有病，也必俸养于脾”（《杂病源流犀烛·脾病源流》）。对脾病先兆历代医家都十分重视，如《难经·十六难》曰：“外证面黄，善噫，善思，善味，其内证当脐有动气，按之牢若痛，其病腹胀满，食不消，体重

节能，怠堕嗜卧，四肢不收，有是者脾也。”即指出了脾病的外兆。

脾系病大多为湿病，湿为太阴脾土之气，湿气通于脾，故脾病与湿最为相关，如《内经》曰：“中央生湿，湿生土……在脏为脾”（《素问·五运行大论》），“岁土太过，雨湿流行，肾水受邪，民病腹痛，清厥意不乐，体重烦冤”（《素问·气交变大论》），“诸湿肿满皆属于脾”（《素问·至真要大论》）等，皆足以说明湿与脾的关系。《内经》对痰饮一类疾病的论述，不仅重视其与肺脾肾的关系，尤其突出与脾的关联，并指出了“饮发于中”（《素问·至真要大论》）的观点，《金匱要略》则具体提出了治疗大法 and 具体方剂等，对痰饮与脾的关系从治疗学上作了重要的补充。

但脾系病不仅与脾病关系密切，与肾也极为关联，因肾为水脏，主水的蒸腾气化，正如张景岳所说：“五脏之病虽俱能生痰，然无不由乎脾肾，盖脾主湿，湿动则为痰，肾主水，水泛亦为痰，故痰之化无不在脾，而痰之本无不在肾，所以凡是痰证，非此则彼必与二脏有涉”《景岳全书·杂证谟·痰饮》故土衰不能制水，火微不能胜阴，是痰饮产生的两大因素。说明脾系病的产生机制与脾肾至为相关，故脾系病的先兆证也多较早反映于脾肾，尤其最先披露于脾。

脾系病先兆潜证与土型体质的关系 病理土型质人的特点是土湿偏重，湿气通于脾，故此型人有易罹脾系疾病的潜在危险性，主要潜证为脾虚湿盛先兆型，症见面黄色滞，形体矮胖，四肢重困懒动，行动较缓，大便不爽，脉缓，舌胖苔白膩等。

第二节 痰饮先兆

痰饮为脾病，脾统四脏，脾有病必波及四脏，故痰饮虽属脾病，却多及于肺肾，故其先兆症的探索也不应局限于脾……

一、概 述

痰饮是指津液运化失职，潴留于体内的一类病证。痰饮的患病率是很高的，正如张璐所言：“痰饮为患，人居其七、八”（《张氏医通·痰饮》）。痰饮包括痰饮、溢饮、悬饮、支饮四类以及留饮、伏饮。

痰饮与肺脾肾的关系最大，因肺主通调水道，脾主运化，转输津液，而肾为水脏、起蒸水化气的作用，又对脾肺有温煦功能，故肺脾肾三脏气化职能失司是产生痰饮的主要根源。其中，与脾肺的关系尤为直接，如脾阳虚，水液失于健运，必致停积为饮，肺失通调敷布则水走肠间。

痰饮为患甚广，包括的疾病亦较多，尤对脾肺的侵害为大，病位主要在肺、大肠及脾胃，包括现代医学的慢性支气管炎、肠胃功能紊乱、哮喘，胸膜炎、慢性胃炎、幽门不全梗阻、不完全性肠梗阻、慢性肠炎等，说明痰饮一类疾病对人体的危害较大，探索其先兆规律是十分必要的。

二、痰饮先兆的临床预报意义

痰饮的预报，早在《内经》即有论述，如曰：“水气客于

大肠，疾行则鸣濯濯如囊裹浆，水之病也”（《素问·气厥论》），（《素问·气交变大论》则曰：“岁土不及……化气不令……民病飧泄霍乱，体重腹痛”、“岁木太过，风气流行，脾土受邪，民病飧泄，食减，体重，烦冤，肠鸣，腹支满”等，皆指出了气候对痰饮的预报意义。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证篇》对痰饮病的预兆也有许多论述，如曰：“心下有留饮，其人背寒冷如手大。”元·朱丹溪《丹溪心法》曰：“凡痰之为患，为喘为咳为呕为利，为眩为运心嘈杂，怔忡惊悸，为寒热肿痛，为痞隔为壅塞，或胸胁间辘辘有声，或背心一片常为冰冷，或四肢麻痹不仁，皆痰饮所致”。（卷二·痰十三）明·楼英《医学纲目》亦言：“凡有痰者，眼皮及眼下，必有烟灰黑色，举目便知，不待切脉”。皆说明痰饮先兆的预报早已被前贤所关注。

痰饮先兆

痰饮为脾肾阳虚所致，如李梴《医学入门》所曰：“痰原于肾，动于脾，客于肺”。（卷五·杂病提纲·痰）王纶《明医杂著》曰：“痰之本，水也，原于肾，痰之动湿也，主于脾”。平素多呈脾肾阳虚潜证，即有面色 白，形寒肢冷，腹凉作痛，尿清便稀，舌质淡胖，脉沉迟等症。

阻截治则 温肾健脾，方用金匱肾气丸或桂附理中丸一类。如见头眩、心悸、欲呕、泛吐清涎，为痰饮在胃脘之兆；而形体素盛今瘦，肠中水声漉漉、泄泻，又为饮停胃肠之征。相当于现代医学的慢性胃炎、慢性肠炎、胃幽门不全梗阻等病患。

概言之，心下有痰饮，其先兆多为欲呕，重则水入即吐，

甚至感心悸、气短。此外由于饮停心下，中阳不运，致清阳不升，浊阴不降，易出现头眩，故《丹溪心法·头眩》曰：“无痰则不作眩”。而脐下悸动，吐涎沫而癫眩，又为脐下有水的征兆，如《金匮要略》曰：“假令瘦人脐下有悸，吐涎沫而癫眩，此水也”。又如孙思邈《千金方·痰饮》：“凡心下有水者，筑筑而悸，短气而恐，其人眩而癫”即是。此外，眩饮征兆为咳唾引痛，乃水饮停在胁下之故，相当于现代医学的渗出性胸膜炎、胸腔积液。支饮征兆则为咳嗽气短，气逆而上，如《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证治》曰：“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”相当于现代医学的支气管炎、喘息性支气管炎、支气管扩张症、老年性慢性支气管炎等。溢饮征兆又为水饮停留在肌肤肢体，当汗出而不出，身体痛重等，正如《内经》所曰：“溢饮者，渴暴多饮而易入肌皮肠胃之外也。”（《素问·脉要精微》），《金匮要略·痰饮咳嗽证治》亦曰：“饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮”。

痰饮先兆以《金匮要略·痰饮咳嗽篇》论述的最为全面，该篇除痰饮外，还论述了各种先兆，如对五脏水先兆指出：“水在心，心下坚筑，短气。恶心不欲饮。水在肺，吐涎沫欲饮水。水在脾，少气身重。水在肝，胁下支满，噎而痛。水在肾，心下悸”。对留饮先兆的论述亦极为精辟，如曰：“夫心下有留饮，其人背寒冷如手大。留饮者，胁下痛引缺盆，咳嗽则辄已。胸中有留饮，其人短气而渴，四肢历节痛，脉沉者，有留饮”。对伏饮先兆则曰：“膈上病痰，满喘咳吐，发则寒热，背痛腰疼，目泣自出，其人振振身瞤剧，必有伏

饮”。

痰饮病本为虚，故总的治则为“以温药和之”，温肾健脾、化痰除湿是其主要原则。偏于脾虚的用苓桂术甘汤，偏于肾虚者用金匱肾气丸或真武汤，其余支饮、溢饮、悬饮，多为虚实夹杂，治疗原则又当逐饮驱邪兼以顾护正气。

美尼尔氏病先兆

美尼尔氏病属于痰饮眩晕，《金匱要略》记载为泽泻汤证，即：“心下有支饮，其人苦冒眩，泽泻汤主之。”产生根源在于脾湿生痰，中州受阻，清浊相干之故。该病平素多呈脾虚痰湿先兆潜证，即素有食少纳呆，脘痞泛恶，乏力体困，身重肢倦，苔白腻，舌质淡，脉濡缓等症。泛恶、吐清涎是本病报标症，眩晕、眼颤、耳鸣等典型征兆相继出现。现代医学认为由于内耳迷路炎症、中毒、迷路血循障碍、渗出液过多所致，严重者每周可有数次发作，直至迷路功能完全破坏，听力丧失为止。

阻截治则 化痰除湿，方用温胆汤合泽泻汤：枳实、竹茹、茯苓、陈皮、泽泻、白术，酌加天麻、钩藤、荷叶。至于美尼尔氏其余类型眩晕，如肝郁热型、气血虚型、肾阴虚型等先兆及处理，参看本书第六十一章第二节眩晕先兆。

痰饮凶兆

痰饮凌心 痰饮凌心为痰饮凶兆，表现为心悸、胸闷、狭窄感、气短等症。如见唇绀喘促脉微为不良预兆，相当于现代医学的心包炎、心包腔积液。由于急性心包炎、心包渗液大量增加，限制了心脏的扩张，使心室舒张期充盈减少，心搏量降低，导致心排出量降低，严重时可产生循环衰竭、休

克，病势凶险，预后不良。

痰饮射肺 痰饮射肺亦为痰饮凶兆之一，表现为喘咳、心悸、胸闷，相当于现代医学的胸腔积液，引起肺不张，常由血行播散性结核所导致，胸腔积液过多，甚至可引起端坐呼吸、紫绀等症，病情十分危急。

痰饮干脑 亦为痰饮凶兆，为痰饮上犯于脑，症见眩晕，昏冒，头胀痛，呕吐等症，预后不良。相当于现代医学的脑积水、蛛网膜下腔积液、脑室液循环障碍等，由于颅内疾患（炎症、出血、肿瘤、外伤出血）引起脑脊液循环受阻，吸收障碍或分泌过多，使脑室系统或蛛网膜下腔积液，导致颅内压增高，病势危重。

第三节 消渴（糖尿病）先兆

消渴主要指糖尿病，病源虽在脾，却系于肺肾。三多症出现已非早期，其早期先兆往往为潜兆，隐藏于各型潜证之中……。另外，消渴为胰病，口味又为胰所主，故口味变化往往为本病的最早发露……

一、概 述

消渴是一种以多饮、多食、多尿及尿甜为特征的消耗性疾病，远在二千多年前《黄帝内经》对消渴即已有不少精辟记载，称之为膈消、消中、食亦、消瘴、脾瘴……并论述了消渴病的病因病机、症状特点及治疗，如《素问·奇病论》说：“有病口甘者……此五气之溢也，名曰脾瘴”，《素问·气厥

论》曰：“心移热于肺，传为膈消”，又说：“大肠移热于胃，善食而瘦人，又谓之食亦”，《灵枢·五变》曰：“五脏皆柔弱者，善病消瘅”等皆是。

消渴一病在我国文献史上已有着丰富的记载，如公元前四世纪《黄帝内经·奇病论》首先提出消渴病先兆之一——“口甘”，并提出多食特征（引文见上）。此外，还提出多饮多尿，如《素问·气厥论》曰：“肺消者饮一溲二，死不治”。对糖尿病的特征——“三多”（多食、多饮、多尿）及消瘦（引文见上）已有完整记载。公元二世纪，张机·《金匮要略》“男子消渴，小便反多，饮一斗，小便亦一斗”。公元八世纪，我国唐朝《外台秘要》已有尿甜特征的记载，如引《古今录验》：“一渴而饮水多，小便数，无脂似麸片甜者，皆是消渴病也。”比英国·Thomas Willis 提出糖尿病患者尿“甜如蜜”者，要早约一千年。此外，我国文献还记载有糖尿病的并发症及预后等，在世界糖尿病史记载中一直处于领先地位，同时还提出了糖尿病的有效治疗方法，预防措施，尤其是1965年我国首先合成了胰岛素，标志着我国在糖尿病研究方面已经取得了卓越的成就。

消渴病主要见证为口渴引饮，消谷善饮，尿频量多和糖尿、脂尿。消渴病的特征以公元八世纪《外台秘要》的记载至为完备，其引《古今录验》论消渴病有三：“一渴而饮水多，小便数，无脂似麸片甜者，皆是消渴病也。二吃食多不甚渴，小便少仍有油而数者，此是消中病也，三渴饮水不能多，但腿肿脚先瘦小，阴痿弱，数小便者，此是肾消病也”把上中下三消的特征均作了精辟的论述，至今仍颇具实践意义。

消渴病,现代医学称为糖尿病,其病机认为是由胰源性、内分泌源性及肾动脉源性三种。其中,胰源性糖尿属于胰腺的炎症、肿瘤、手术损伤导致胰腺损坏,胰岛素分泌减少的缘故。内分泌源性则包括垂体、肾上腺、甲状腺功能障碍或医源性内分泌紊乱,导致胰岛素需要量增加之故,因为垂体前叶激素和肾上腺皮质激素都具有抗胰岛功能作用。上述胰源性使胰岛素绝对减少,而内分泌源性则引起胰岛素相对减少,但无论是绝对的或相对的,都引起碳水化合物代谢障碍,使组织利用葡萄糖的能力和肝糖原的形成减弱和减少,最终导致血糖浓度持续升高,血糖超过肾阈而产生尿糖。以上为高血糖性糖尿,其中,胰源性为原发性,有一定的家族遗传性,且系按孟德尔氏隐性定律遗传,而内分泌性则为继发性,前者多存在隐性糖尿。此外,由于肾炎、肾病,肾功能受到损害,致肾小管再吸收功能减弱 肾糖阈降低,所致糖尿则为正常血糖性糖尿。其他尚可见暂时性血糖过高性糖尿,如中枢神经性糖尿(可见于脑卒中、脑外伤、脑肿瘤、或麻醉时),还有饥饿性糖尿,大量食糖后糖尿等。另外,对于肾小球硬化症和肾小动脉硬化症导致肾小球滤过率降低,肾糖阈增高,此种情况出现高血糖而无糖尿。

中医消渴病尚包括尿崩症(垂体后叶机能减退症),本文论述消渴病只阐述糖尿病性消渴先兆。

糖尿病历来对中、老年人的威胁就比较大,随着人民生活水平的提高,糖尿病的发病率也逐渐增加,对人民健康的威胁也逐渐增大,总之,该病正日益被医学界密切关注着,探索这一疾病的先兆具有十分重要的意义。

二、消渴病机及潜证

消渴病的病因病机主要为：饮食肥甘，湿热损脾及纵欲房劳，伤及肾阴，或气郁化火，消灼肺胃。疾病的发生与精神因素、先天禀赋的关系极大，如《灵枢·五变》所曰：“刚则多怒，怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆留，腠皮急，血脉不行，转而为热，热则消皮肤，故为消瘴”。“五脏皆柔弱者，善病消瘴”等即是，历代医籍把消渴病机分为肺燥热型，如《素问·气厥论》曰：“肺消者，饮一溲二”。其次为胃燥热型，如《灵枢·师传》曰：“胃中热则消谷，令人悬心善饥”。消渴日久多转为肾虚型，如《金匱要略》曰：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便亦一斗，金匱肾气丸主之。”足见消渴病与肺脾肾的关系最大，如《素问·阴阳别论》曰：“二阳结，谓之消”，《灵枢·五邪》曰：“邪在脾胃……则热中善饥。”《素问·气厥》曰：“心移热于肺，传为膈消。”《灵枢·邪气脏腑病形》曰：“心脉……微小为消瘴”。故其先兆潜证亦多与肺、脾、肾有关，其潜证阶段为消渴病的倾向时期，大约可分如下三类。

（一）肺燥先兆潜证

该型患者，由于感受燥邪、咳痰伤津，或胃火灼肺，或由于心火移肺，使肺阴受损、肺津不布，致人体失濡，失濡则燥，“燥胜则干”。故素日可见口干舌燥，时干咳少痰，大便较干，舌苔薄少津，脉数，则为上消倾向期。

阻截治则 养阴润肺保津，方用养阴清肺汤：大生地、麦冬、生草、玄参、贝母、丹皮、薄荷、炒白芍。如迁延失治，

日久肺失治节之权，上不能布津，下不能制水，则水液下趋，报标症为不明原因的口干舌燥，为上消的早期信号。发展下去，出现口渴引饮，则成为饮多尿多的上消典型征兆，皮肤干、咽干是上消的特征，治用人参白虎汤：人参、生石膏、知母、甘草、粳米清热泻火，生津止渴。

（二）胃热先兆潜证

该型系因平素恣食肥甘香热之品，使阳明积热，消灼津液，耗伤精气，致脾胃运化失职。故常感饥饿能食，大便秘结，小便短热，苔黄燥，脉洪数，为中消倾向潜期。

阻截治则 泻胃热保津液，方用调胃承气汤：大黄、芒硝、甘草。如胃热继续亢盛，熏灼上蒸则见烦渴引饮，消谷善饥，消瘦乏力等典型中消征兆，如《灵枢·大惑论》曰：“热气留于胃，胃热则消谷，谷消故善饥”。肌肉枯、腹部灼是其特征，报标症为能食易饿。由于津液大伤，治又当予增液承气汤：玄参、麦冬、细生地、大黄、芒硝以泻火增液。

（三）肾精不足先兆潜证

思虑劳神或情志不节致肾阴暗耗，或房劳纵欲，致肾精亏损皆可因肾阴亏虚、肾精不足而呈现腰酸膝软，遗精带下，耳聩头眩，口干舌红，脉细数等症，为下消倾向潜期。纠正原则为益肾补精，方用六味地黄汤：生、熟地、山萸、山药、茯苓、泽泻。如继续发展导致肾阴亏虚，扰动相火，引起“精关”失约，则脂液下趋，报标症为尿面浮脂，如症见尿如脂膏，尿频，尿甜，口渴引饮则已为下消的典型征兆，耳轮焦，舌中裂是其特征。

阻截治则 当滋阴固肾，方用六味地黄汤加味：生地、熟

地、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、丹皮、黄芪、花粉、玉竹。如相火妄动则用知柏地黄丸：知母、黄柏、生地、山药、丹皮、茯苓、山萸肉、泽泻加龟板、生牡蛎，或大补阴丸：熟地、知母、黄柏、龟板、猪脊髓。如尿量剧增，饮一溲二，面色黎黑，阳痿耳焦，为阴损及阳，损伤肾气之兆，又当以金匱肾气丸温命阳，滋肾精。

三、消渴病先兆信号

（一）糖尿病早期十大先兆症

1.口甘、口粘 口甜为中消先兆，中消又称脾消或脾瘅。甘，甜也，口甘，即口中有甘甜味道，战国时期《黄帝内经》即已有糖尿病口甜先兆的记载，并指出了产生口甜的机制。如《素问·奇病论》曰：“有病口甘者……名曰脾瘅。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也”。口甜为脾胃湿热，热蒸上迫脾液外溢所致，或脾虚不能摄精致脏精外漏，为中消先兆。口粘为脾胃湿热的象征，湿热型消渴病人往往以口粘为先兆。

2.口干 口干为上消先兆，亦即为肺消的先躯症状，燥热伤肺致肺津不布或阴虚灼津，皆可致津不上承而口干，口干常为肺消的最早信号。

3.性欲亢进 下消多为肾消，性欲亢进可为下消的最早信号，且常出现“强中症”，为燥热伤肾，扰动相火之故，到糖尿病典型症状出现时则反易发展为阳痿，而且是十分顽固的阳痿。

4.屡发疮疖 屡发疮疖，此起彼伏，为糖尿病的较早信

号,大多发生在作渴之前,如《诸病源候论》所说:“其病变多发痈疽”,糖尿病在出现典型症状之前,不少病人多先有顽固的此起彼落的疮疖史,

5.肥胖 逐渐肥胖,体重递增,是糖尿病发作前的信号,但糖尿病一经典型发作即逐渐转为消瘦。

6.不明原因的乏力 乏力是糖尿病的一个极为重要的信号,尤其是身体健康,饮食好的人更要引起警惕。

7.尿浊 小便浑浊,尿常规正常,多为肾消的前驱症状,如张洁古说:“肾消者,初发为膏淋”。

8.早发白内障 白内障一般为老年性,如中年白内障视力明显减退,而且经治疗无效的,应警惕隐性糖尿病的潜在。眼底检查,视网膜上有微血管瘤,这是糖尿病由于代谢紊乱、导致微细血管病变的结果。

9.高血脂及动脉硬化、冠心病的进行性进展 糖尿病人往往同时伴有高血脂、动脉硬化,而且发展速度较快。故中年以上,凡不明原因的血脂高、动脉硬化、速度发展较快的冠心病,都应警惕糖尿病的潜在。这是由于糖尿病人脂肪代谢失常,累及心血管系的缘故,对较大血管有广泛的侵犯,故糖尿病人的中风、心肌梗塞的发病率比正常人高得多。

10.易感染性征兆 糖尿病人容易发生感染,如皮肤感染,上呼吸道感染、肺部感染、尿路感染、外阴感染等,尤其是患有肺结核的,则旧病复发和进展迅速,治疗无效。

(二) 三大先兆症辨析

1.口渴辨析 引起口渴的疾病虽多,但都有一定的特点,和真正的消渴病并不难鉴别。与消渴病一样大渴的如阳明经

证，但必伴有高热大汗、脉洪大等特征，阳明腑证则必有大便秘结，舌苔黄燥，小便黄赤，甚至高热、烦躁等症。此外，水饮内停的渴（渴不欲饮、饮入即吐），热入营血口渴（午后热升、舌质红绛），以及湿热郁阻口渴（脘痞、泛恶、苔腻、纳呆、大便不爽、肢体困重）等，则口虽渴皆饮水不多或水入即吐。其他，外感风热的口渴（恶风、头痛、口干、脉浮数、苔薄黄），厥阴病消渴（消渴、气上撞心、心中痛热，饥而不欲食、食即吐衄、下之利不止），阴虚火旺口渴（口干夜尤甚、五心烦热、盗汗骨蒸、脉细数、舌质红），及肺燥津伤口渴（鼻干咳嗽、肌肤干燥、大便秘结）等，口渴仅为中等度渴，且饮水渴即缓解，不同于消渴病之渴饮无度。至于阴盛格阳的口渴则为口虽渴反不欲饮或欲饮滚饮，症必见畏寒肢冷、面颧嫩红如妆，脉微欲绝。

2. 多食鉴别 多食善饥主要见于阳明胃腑热盛，然消渴病则必然具见消渴征兆。其余瘰病虽然也有消谷善饥、消瘦症状，但并无烦渴引饮，且渐见眼球突出、颈项肿大及伴有出汗、手颤、心悸等特征，故并不难鉴别。此外，虫疳也常见多食善饥、消瘦，但无烦渴，且大多有面部虫斑、腹痛、便虫等症。另外，某些精神病，如躁狂型精神分裂症即有多食狂饮的病证，但必然兼有精神病的症状。

3. 多尿鉴别 多尿指尿频及尿量多，多尿的疾患虽然不少，但鉴别并不困难，如膀胱湿热尿频有尿急和尿痛，小便短赤等特征。脾肾阳虚尿频则有形寒神疲，腰酸肢冷，肠鸣便溏，小便清长等症，相当于现代医学的慢性肾脏疾病。肾虚失约尿频则必兼见尿清而长，头晕神疲，气短乏力，腰酸

膝软，脉沉而弱等症，相当于现代医学的肾功能衰竭多尿期。精神性多尿则往往与烦渴并见，且有精神反常的症状，与消渴的鉴别并不困难。消渴病的多尿则必有多食、多饮等征兆，包括现代医学的糖尿病。

（三）糖尿病并发症的先兆意义

由于糖尿病无症状期较长，以及隐性糖尿病较多，一旦症状出现，疾病已经较重了，因此探索其先兆规律，争取早期发现，早期治疗尤其必要。

从现代医学的角度来看，糖尿病无症状期一般试验，包括糖耐量试验均呈阴性，唯用葡萄糖刺激后血清胰岛素释放试验反应延迟，高峰较低，以后逐渐出现应激性糖耐量减低，胰岛素分泌相对不足。迄糖耐量试验阳性时（空腹血糖增高）已至症状前期。隐性糖尿病则可长期无症状，但必然有并发症的先兆出现，因此捕捉并发症的先兆是间接早期发现糖尿病的一个重要途径。

1. 微血管病变 微血管病变是糖尿病的特有并发症，以眼底微血管病变为特征，因视力模糊而就诊，常常因此而发现糖尿病。糖尿病眼病主要为晶状体浑浊（白内障）及眼底视网膜病变（眼底静脉曲张、微血管瘤、渗出、出血、水肿），致视力模糊，甚至失明。因此，临床上发现上述进行性眼底改变，视力退化者，应高度警惕糖尿病的隐潜。

2. 皮肤疔疮 反复发生皮肤化脓、感染、疮癣、疔痈，是糖尿病的主要兼见症之一。如感染了结核则难以控制，发展迅速。泌尿系感染经常发作的都应高度怀疑糖尿病潜在的可能。

3.肥胖 体重超过标准体重的 20% (糖尿病发生率比普通体重者高出三倍),糖尿病有家族史(遗传率达 30%以上)。

4 动脉硬化 心脑血管动脉硬化是糖尿病的主要伴发病,而且往往掩盖了糖尿病的病情,是糖尿病患者的严重隐患,也是糖尿病的主要死因。尤其心脑血管硬化死亡率较高,而眼、肾动脉硬化又是糖尿病的重要特征,近代已注意到微血管病变对心肌的危害,因此血管硬化常是糖尿病的潜在警号。

5.神经病变 主要为周围神经病变,虽然出现的较晚,但却为糖尿病的特有征兆。主要为肌神经,坐骨神经、桡神经、尺神经等,所支配的部位出现麻木、灼热、刺痛等异常感觉。严重者,运动神经也可受累,如腰大肌、臀肌、胸锁乳头肌等而常觉肢体软弱无力。

四、消渴病危兆

(一) 气尿

前医有文献记载消渴病人小便有气泡为病重标志,如戴思恭《证治要诀》曰:“三消人而小便不臭,在溺桶中滚湧,其病为重”。

(二)口出烂苹果臭、嗜睡为消渴病凶兆 说明浊毒内蕴,阴浊犯脑,相当于现代医学的酮症酸中毒。

(三)痈疽凶兆 消渴病后期出现痈疽,势凶险而难愈,因消渴病易感性强,故痈疽常难治愈,且易疮毒内陷引起邪毒攻心(败血症)而亡。前人已极为注意,如薛立斋曰:“一男子……渴不止,背发疽而没”,“一老人冬月口舌生疮作渴

……发疽难疗……次年夏，果发疽而没”。

(四) 肿胀凶兆 消渴病后期，肺脾肾长期负荷过重，日久力尽致土气弱不能制水，肾气衰不能约固，肺气虚失于治节，则水无所制而泛滥肌肤，聚而肿胀，预后亦多不良。

第四节 狐惑病（白塞氏病）先兆

狐惑病，主要指现代医学的白塞氏病，由于该病为口眼肛同病，口肛为脾所主，眼为肝所系，故先兆症多以潜证先露于肝脾……

一、概 述

狐惑病是一种与肝脾肾湿热内蕴有关的口、眼、肛（或外阴）溃烂，并有神志反应的综合征，相当于现代医学白塞氏病。

狐惑病首载于《金匱要略·百合病狐惑阴阳毒篇》：“狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐，不欲饮食，恶闻食臭，其面目乍赤、乍黑、乍白、蚀于上部则声嘎，甘草泻心汤主之”。

本病在古代即已引起注意，近代由于发病率逐渐增高，因此引起了国内外的关注。日本将该病列为“难病”，并推崇张仲景的甘草泻心汤主治，据报道疗效甚佳，并提出了一些独到见解（见笔者译文《国外医学参考资料中医药分册》1986，3期，难治疗病的东洋医学治疗）。

二、狐惑病先兆的临床意义

狐惑病以肝脾湿热为主要病机，其先兆证多呈肝郁脾胃湿热证型，即见心绪不舒，多疑善妒，口臭泛恶，舌红苔黄腻，便干，溲短腥臭等症，并多有七情损伤史。

阻截治则 舒郁清热利湿，方用丹栀逍遥散：丹皮、栀子、柴胡、薄荷、当归、白芍、茯苓、白术、生姜、甘草可以逐渐改变郁热内蕴，避免发展。如见可疑的疮常为本病欲作信号，服龙胆泻肝汤可以防患于未然。发展下去，见默默欲眠，或卧起不安，神情时恍，逐渐出现口腔、外阴甚至眼见溃烂则为狐惑病征兆，治用甘草泻心汤：炙甘草、黄芩、黄连、干姜、半夏、人参、大枣，如肝火偏重者，如见烦躁、易怒、头晕、耳鸣、便秘、溺短者，则予龙胆泻肝汤：龙胆草、栀子、黄芩、柴胡、生地、车前子、泽泻、木通、当归、甘草。

凶兆 如失治，进一步恶化“三四日，目赤如鸠眼”，“若七八日，目内眦黑”则为热毒久郁，作瘀脓成的征兆。

第五节 噎膈先兆

噎膈为痰瘀交阻之病，病位又多在饮食入口通道的狭窄部——食道三狭及胃的出入口狭窄部，因此先兆症常比其他部位的癌较早出现……

一、概 述

噎膈是指饮食吞咽不利及格拒不入的病证。多为气血瘀郁、痰气交阻而成。《内经》记载有“三阳结，谓之膈”（《素问·阴阳别论》）及“脾脉……微急为膈中，食饮入而还出，后沃沫”（《灵枢·邪气脏腑病形篇》）等，《诸病源候论·否噎病》则曰：“否者，塞也，言脏腑否塞不宣通也”，“噎者噎塞不通也”并将噎膈分为五噎八痞，说明产生噎膈的原因是很复杂的。

噎膈虽然包括食道癌、贲门癌、贲门痉挛、食道炎、食道憩室、食道胃神经官能症，但以食道癌为主。

噎膈日久，因水饮难入，下无以出，状如关格。由于化源告竭，故呈羸瘦干枯，肌肤甲错，面色灰晦，为阴阳离竭绝证。

二、噎膈先兆的临床意义

因本病多由肝郁血瘀、痰瘀交阻而成，故平素潜证多呈肝郁痰瘀型。即见忧郁善愁，喜食肥甘烟酒，舌质暗、苔腻，便于脉涩，咽干食易梗，食急常发噎等症。

阻截治则 疏肝解郁，豁痰化瘀。方宜启膈散：丹参、郁金、砂仁壳、沙参、川贝、茯苓、荷叶蒂、杵头糠，或柴胡疏肝散：柴胡、白芍、陈皮、枳壳、川芎、香附、甘草，一贯煎：北沙参、麦冬、归身、地黄、杞子、川楝子，化裁均可。

噎膈主要包括食管癌及贲门癌，尤以食管癌为常见。

食管癌先兆

食管癌是恶性肿瘤的高发病之一,占我国癌症的第四位,仅次于肺癌、肝癌及胃癌,且居消化系癌首位,死亡率较高。祖国医学属噎膈、膈中范畴,早期先兆为食管内异物感,食物通过有梗噎感,由于食管不仅是消化管中最窄的一根,而且还有三个生理狭窄处。即:食管起端,支气管分叉处及食管与胃连接处,食管癌也常发生于这三个狭窄处,因此吞咽不畅是食管癌的最早预兆,尤其在吞咽干燥、刺激性食物或进食较急时,于胸骨后或心窝部出现不适感(滞留感、异物感、烧灼感、紧缩感、或常发生梗噎),应引起高度警惕。

祖国医学对食管癌先兆及预后已有较多记载,如《古今医镜》曰:“食下有碍,觉屈曲而下,微作痛”。又如朱丹溪曰:“噎膈反胃年高者不治”(《丹溪心法·卷三·翻胃十一》)。关于食管癌先兆详见本书第八编第九十一章食管癌先兆。

第六节 腹泻先兆

腹泻的原因极其复杂而广泛,五脏皆能致泻,故其先兆也决非限于脾胃。预兆的发现必然应立足于五脏的异常……

一、概述

腹泻,指便质清稀,大便次数增多的疾病。轻则仅为稀便,重则呈水样便,《内经》称为“泄”、“洞泄”、“濡泻”,泄泻除与感受湿邪有关外,与五脏六腑皆甚为密切,尤其与脾

胃大小肠的关系最大。

泄泻的形成与脾的升清降浊功能，及小肠的泌别清浊职司均有密切关系。脾的升降功能失常最易导致泄泻，如《素问·阴阳应象大论》曰：“清气在下，则生飧泄，浊气在上，则生胀，此阴阳反作，病之逆从也”即是。此外，泄泻与肾也极为相关，因“肾为胃关”（《素问·水热穴论》曰：“肾者胃之关也。”），如命火衰微，肾气不足，肾关不固，则易导致泄泻，尤其易导致洞泄，其他，肝疏泄太过，也易导致泄泻，说明泄泻与脏腑功能失调极为关联。因此泄泻的先兆症必然由脏腑的异常反映出来，故掌握其先兆规律，首先应从脏腑着手，且调整脏腑功能是阻截泄泻发展的重要途径。

由于腹泻，无论暴泄或久泄，发病率都极广，产生的根源也较复杂，因此掌握其先兆规律，争取早日治疗原发病，其意义是十分必要的。

二、先兆及阻截治疗

（一）暴泻先兆

暴泄必因于湿，非兼寒即兼热。其中寒湿泄多出现于冬秋，湿热泄则常见于夏秋。

属寒湿泄泻的多呈脾胃寒湿先兆证型，症见胸闷纳呆，腹胀食少，舌苔白腻，舌质淡胖，大便时溏，感寒或伤食则易诱发暴泻。报兆症为舌苔白腻，大便时溏。属湿热泄泻的则呈脾胃湿热先兆证型。症见口干口臭，腹胀恶心，苔黄腻，舌质偏红，脉象濡数，大便秽臭不爽，感遇夏秋湿热淫邪则易出现暴泻，报兆症为舌苔黄腻，大便不爽。

阻截治则：属寒湿先兆证型的宜温化寒湿阻截，方予理中汤加二陈汤：人参、白术、炮姜、甘草、茯苓、法半夏、陈皮。如出现暴泻，属感寒诱因的用理中汤加胃苓汤化裁：人参、白术、炮姜、炙甘草、茯苓、白术、桂枝、猪苓、泽泻、苍术、厚朴。风寒甚者，用藿香正气汤：藿香、苏叶、半夏、白术、厚朴、白芷、神曲、茯苓、干姜、大枣、甘草。伤食者用保和丸导滞：神曲、山楂、茯苓、法夏、陈皮、连翘、莱菔子。

属湿热先兆证型的，宜清热利湿阻截，方予葛根苓连汤合六一散：葛根、黄芩、黄连、甘草、滑石。出现暴泄则以黄连香薷饮合六一散：黄连、香薷、鲜扁豆花、厚朴、甘草。

（二）缓泄先兆

1. 癌泻先兆 由于肠癌的刺激使肠粘膜细胞分泌增加，因此常发生腹泻，中年以上伴有排便习惯改变，排稀便次数增多皆应引起警惕。早期仅大便表面附有条状粘液，见血便则提示肠癌已非早期。酌予肠癌汤*：当归、赤芍、枳壳、丹参、半枝莲、白花蛇舌草、牡蛎、夏枯草、蜂房、八月札、甘草酌加活蜗牛、壁虎、全蝎、蜈蚣等阻截（用于体质壮实者）。

2. 痨泻先兆 指肠结核，由于肠部发生结核，尤其是溃疡型结核，大便次数增多，呈稀糊状，原有肺结核史。以后逐渐出现腹泻以及结核毒性反应：低热、盗汗、颜红、消瘦、乏力等，应予痨泻方*：党参、白术、茯苓、法夏、陈皮、甘草、白芍、百部阻截，并辅以月华丸：天冬、麦冬、熟地、山药、百部、沙参、川贝、茯苓、阿胶、三七、獭肝。

3. 郁泻先兆 七情失调,肝气不舒致肝脾失调,也易导致大便次数增加,多见于青年女性,属西医神经官能性腹泻。忧郁、焦虑为腹泄的先驱症状,由于胃肠功能紊乱,因此常以腹泻、便秘交替出现。方予逍遥散加味:柴胡、白芍、白术、茯苓、当归、薄荷、生姜、甘草、郁金阻截。

4. 痰泻先兆 多因于肠胃变态反应,或慢性肠炎,肠胃功能紊乱所致,信号为“肠中漉漉”、“素盛今瘦”,由于肠蠕动加快,肠分泌物增多,故多为水浊稀便。阻截治疗以健脾豁痰为原则,方用苓桂术甘汤:茯苓、白术、桂枝、甘草,或四逆四君子汤:附子、干姜、人参、白术、甘草以温阳化湿。

5. 瘀泻先兆 为慢性肠病,肠系膜血管病,肠息肉,肠畸形,肠部肿瘤所致,先驱症为腹部隐痛,痛区固定,舌质偏暗或有瘀点。阻截方予少腹逐瘀汤:当归、川芎、官桂、赤芍、蒲黄、五灵脂、干姜、延胡索、小茴。

6. 餐泻先兆 为脾虚久泄,由于脾受损不能健运升清阳而致。特征为乏力下坠,常伴脱肛。食少腹胀是其信号,常有完谷不化特征,方宜桂附理中汤加味:上肉桂、附子、人参、白术、茯苓、炒二芽,脱肛用补中益气汤升提。

7. 洞泄先兆 为肾阳不足,命火衰微,脾土失煦所致。信号为五更泄,并伴有畏寒肢冷腰酸膝软,面白头晕等症。方宜桂附理中汤加天生黄,或合四神丸:补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻、五味子。

8. 虫泻先兆 由于肠寄生虫对肠粘膜的刺激导致腹泻,以小儿多见。此外,血吸虫病,绦虫病也常有腹泻,小儿常以面部虫斑,怪癖嗜食和脾气干怪为信号。血吸虫病则以疫

水接触史，绦虫病则有食生肉、生鱼史可参。

（三）霍乱先兆

霍乱是一种感受时行疫病的凶险的肠胃烈性流行病。近代虽已基本控制，但有的国家仍时有发生，霍乱在祖国医学已不乏记载，如《素问·六元正纪大论》曰：“土郁之发，为呕吐霍乱”。《素问·至真要大论》曰：“诸呕吐酸，暴注下迫，皆属于热。”、“诸转反戾，水液浑浊，皆属于热”。主要病机为脾胃功能被严重扰乱，升降失序，清浊相干，因病势进展如挥霍撩乱之势，多顷刻立变之危，故曰霍乱。

霍乱是烈性传染病，起病急骤，先兆症短而不明显，一般只在起病前微感不适，旋即吐泻交加，少数隐性感染者可无症状。病人出现身感疲乏，食欲减退，腹部不适，舌苔腻，恶心，为发病前早期信号，虽非特异性，但在流行期即应作为警号。可作进一步检查。

阻截治则 宜化湿排毒，因霍乱大多属湿热型，方予黄连香薷饮合六一散：黄连、香薷、扁豆、厚朴、甘草、滑石，舌苔白腻偏寒湿的可用藿香正气散。病暴发后，视其寒热拟方，如属热霍乱，用燃照汤：滑石、香鼓、山栀、黄芩、省头草、川朴、半夏、白蔻，可先服玉枢丹辟秽救急。属寒霍乱先用避瘟丹救急，服方用四逆平胃散：附子、干姜、甘草、苍术、厚朴、陈皮加藿香，法半夏。

凶兆

1. 阳脱津竭凶兆 多出现于寒霍乱，由于吐泻剧烈、津液严重耗失，致阳衰欲脱。证见面色苍白，两眼深陷，目无精光，神惫气微，汗出肢厥，筋脉拘急，脉细而微。急予艾

灸神阙，并灌服大剂量人参四逆汤加肉桂，急挽回欲脱之阳，冀能阳生阴长。如见阴盛格阳，面颧嫩红如妆，干呕，又当予通脉四逆加猪胆汁汤以破阴通阳（甘草、附子、干姜、猪胆汁）。

2．热厥凶兆 为内真热外假寒，多出现于热霍乱极期，为热伏于内，热深厥深之证。由于阴阳不接，寒热分离，故证见身热肢厥，神识不清，应立予紫雪清热开窍，白虎除热，燃照除湿，紧急图救。

3．疫毒内闭凶兆 多出现于干霍乱，干霍乱最为凶险，证见关格闷乱，毒邪内闭，关格壅阻。乱闷欲绝，腹中绞痛，面青肢厥，脉象沉伏。急宜辟秽开窍，宣壅泄毒，方宜玉枢丹开窍，瓜蒂涌吐，皂角通关取嚏，冬葵子汤酌加大黄以泄其邪。

第六十三章 肺系病先兆

肺系病囊括肺部各种气管咽喉的疾患,发病率同样很高。尤其咳喘对人类的危害较大,因此探索其先兆规律同样有着重要的实践意义。体质预报各种类型的潜证,是发现该系病的超早期先兆……

第一节 概 述

肺系疾病指喘证、哮病、肺胀、肺癆、肺痿、咳嗽、失音、鼻渊等。其中哮病、喘证对心肺的影响较大,该系疾病发病率亦极高,对人体健康的影响较大,故探索其先兆证是十分必要的。

金型体质与肺系疾病先兆潜证的关系 病理金型体质人燥气素盛,燥气通于肺,故易患肺系疾患。该型人体胖面白,常咳嗽咽干,舌质偏红,苔薄而干,便秘尿短。

祖国医学古籍文献早已有关于肺系病可以预测的记载,如《难经·十六难》曰:“外证面白,善嚏,悲愁不乐,欲哭,其内证脐右有动气,按之牢若痛,其病喘咳,洒淅寒热,有是者肺也”即是。

第二节 哮病喘证先兆

哮病是遗传性疾病，故先露多见于先天肾的潜证，喘证为后天获得性疾患，先兆潜证又与金型（燥质）体质攸关……

一、概 述

哮、喘、胀、痿四大病证是肺系疾病的四大常见病、多发病，对人体危害较大。因此探索其先兆症（证），争取早期诊断、早期治疗，有很重要的意义。

哮病是一个独立的病，一种素有夙根的、发作时以呼吸急促，胸膈，喉间痰鸣为主症的疾患。喘证则是以呼吸急促为主要表现的病证。

哮证和喘证日久必然耗伤肺气累及心肾，重者甚至导致阳气暴脱危及生命，对人体健康危害极大。因此必须研究其先兆症，争取早期治疗，由于哮必兼喘，哮、喘病理相关，因此二病证列为一节，一并研究。

二、哮病、喘证先兆的临床意义

（一）哮病先兆

哮病是遗传性疾病，有家族史，本病多呈肾阳不足的阳虚先兆潜证。即见面色 白，形体偏胖，目胞虚浮或晦暗，畏寒肢冷，大便多溏，小便清长，舌质淡，舌体胖大，多有齿痕，苔白腻，脉沉无力等症。感冒时痰多清而有泡沫，呈这类先兆证型多为冷哮潜证。

阻截治则 应及早作扶肾阳治疗。方宜金匱肾气丸：制附子、肉桂、熟地、山萸肉、山药、茯苓、泽泻。如素见咽干口渴，痰多粘稠，大便干结，溺黄而短，呼吸气粗，舌质红、舌苔黄腻，脉滑数等症，则为肺痰热型先兆潜证，或为热哮先兆前证。纠正原则为清肺豁痰，方用桑杏汤：桑叶、杏仁、贝母、栀子、沙参、梨皮、香豉或养阴清肺汤：冬桑叶、生石膏、人参、甘草、胡麻仁、阿胶、麦冬、杏仁、枇杷叶之类。

哮喘发作前兆

鼻痒、流涕、喷嚏、胸闷、气塞、咳嗽，继之则哮喘发作。阻截宜根据病情寒热虚实而定，冷哮用射干麻黄丸：射干、麻黄、生姜、细辛、紫菀、冬花、五味子、大枣、半夏。热哮用越婢加半夏汤：麻黄、石膏、生姜、大枣、半夏、甘草。哮喘失治易发展至动则息促的肾不纳气结局，其机制为下元虚冷，肾气不得归元所致，则非黑锡丹（制附子、肉桂、沉香、阳起石、破故纸、黑锡、硫黄、胡芦巴、茴香、肉豆蔻、金樱子）重剂不能收功。

哮喘凶兆

以汗出如油，面色青紫，张口抬肩，鼻翼煽动为哮喘阳气暴脱凶兆。如《直指方》曰：“汗出发润，喘者为肺绝，身汗如油喘者为命绝，直视谵语喘满者不治”。

（二）喘证先兆

喘证先兆证 喘证多为后天获得性，多出现于许多急、慢性疾病的过程中。诸如温病、失血、产后、外伤、手术、痼疽……，因此无特异先兆证，但喘与哮不同之处在于哮多属

肾，喘多属肺，哮多属寒，喘多属热。哮先兆证多为肾阳虚型体质，喘先兆潜证则多属痰热质型，呈形体丰满壮实，面赤油光，平素咳吐痰粘，大便干，小溲短，舌质红苔黄腻，脉弦滑等症常为喘证先兆潜证。

阻截治则 清肺豁痰，方宜桑杏二陈汤：桑叶、杏仁、沙参、象贝、香鼓、栀子、梨皮、茯苓、法半夏、陈皮、甘草，可酌加竹茹、瓜蒌、苏子之类。

危证凶兆

仲景曰：“凡喘烦躁无脉，身冷神昏者死，发汗如油，汗出如珠不流，抬肩撷肚，喘而不休及膈前高起，手足厥冷，脉散及数者皆死”。《直指方》亦曰：“汗出发润喘者为肺绝，身汗如油喘者为命绝，直视谵语喘满者不治”（《杂病源流犀烛·卷一·咳嗽哮喘源流》）。皆提示了上述症状为心肾阳衰，孤阳欲脱的危兆，喘证见之，预后不良。《苍生司命》还曰：“凡喘病，上喘下泄者死。上喘而小便不利者死，喘病危笃，鼻出冷气者，此肺绝也”（《杂病广要·喘》）。

总之，喘证大抵皆忌见：直视谵语（肝竭），胸高肚凸（肺竭），泄利（脾绝），大汗如油（心竭），畏寒肢厥（肾竭）。

第三节 肺胀（肺气肿）先兆

肺胀，主要指肺气肿，病源在肺，累及心肾。“胀”兆是本病的重要外露，气憋、胸满是本病的报警信号……

一、概 述

肺胀是由于久咳或哮喘之后，出现胸廓胀满，喘咳痰壅，气滞痰阻的病证。正如《灵枢·胀论》说：“肺胀者，虚满而喘咳”。《金匱要略》说：“咳而上气，此为肺胀”。肺胀是一种久咳致痰瘀夹杂，气浊交阻的肺病。日久累及心肾，出现面晦唇绀，心慌气促，胸满如桶，腹胀肢肿等症。其特点为咳、喘、胀三症并见，该病重则痰迷心窍，神识昏迷或心阳衰竭阳气外脱。属于现代医学的肺气肿、肺心病，发病率高，病程缠绵，预后不良。由于该病发病率较高，农村尤多，老年人深为其害，故探索该病的早期先兆，争取早期治疗，有着深远的社会意义。

二、肺胀先兆的临床意义

肺胀病多由久咳、哮喘、喘症发展而来，最早潜证多呈痰浊质型：即素禀形体肥胖，面目虚浮，咳嗽痰多，食少腹胀，舌质淡、苔白腻，舌体胖大等症。

阻截治则 祛痰清肺，方宜桑杏二陈汤化裁：桑叶、杏仁、象贝、栀子、梨皮、沙参、茯苓、法夏、陈皮、竹茹、瓜蒌、黄芩。早期先兆为：咳嗽努挣，常呛咳气急，痰少发粘，动则气促，咳则面紫气粗，舌质紫或有瘀斑，治以清肺化痰、顺气活血为主。方宜萎贝温胆汤化裁：瓜蒌、贝母、枳壳、竹茹、茯苓、法夏、陈皮、甘草，酌加厚朴、赤芍，气虚则用人参蛤蚧散：人参、蛤蚧、杏仁、甘草、人参、茯苓、贝母、桑白皮、知母，并加胡桃仁以补肾纳气。日久渐现杵状指，桶

状胸，张口抬肩，面浮目脱，呼气延长等症，则已成为典型肺胀病。

肺胀凶兆

肺胀如突然昏厥，四肢厥冷，汗出如油，呼吸微弱为阳脱征兆，相当于现代医学的肺源性休克。

如出现嗜睡、神迷，为痰迷心窍的险讯，继之则神志不清，喘息更甚，陷入昏迷状态则预后不良，属现代医学肺性脑病。

如喘喝抬肩，汗出如珠，面浮唇绀，四肢厥冷，神识不清，脉沉微欲绝，或脉浮大，为心阳虚、阳气外脱之凶兆，正如《金匱要略》说：“上气面浮肿，肩息，其脉大，不治，又加利尤甚”相当于现代医学急性心力衰竭。

如突然唇绀面紫，鼻煽憋气，胸闷烦躁，痰声漉漉，神志恍惚，则为肺闭的危候，继而气闭，终由闭到脱，肺绝而亡，肺绝者气去而无还也。正如《中藏经·虚劳死证》说：“肺绝则气不反，口如鱼口者，三日死。”相当于现代医学急性肺水肿、急性呼吸衰竭。

第四节 肺痿先兆

肺痿指肺部的痿缩性、退行性病变，本质属虚。肺与皮毛相合，故皮毛焦先兆可为肺部预兆的旁证……

一、概述

肺痿，指肺叶萎缩，是由于损伤肺津或热病耗伤肺阴，导

致肺叶失荣而枯萎的慢性虚弱性肺病。如《金匱要略》提出“重亡津液，故得之”。临床症状以咳吐浊唾涎沫为主证，如《素问·痿论》说：“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，着则生痿躄也”。《金匱要略》说：“寸口脉数，其人咳，口中反有浊唾涎沫者……为肺痿之病。”相当于现代医学中的老年性慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核并肺不张、矽肺、肺硬化等。肺痿分为虚热型和虚冷型两类，以虚热型较为多见，日久损阳而演变为虚冷型。虚热型肺痿产生原因为“肺热叶焦”，日久则形成痿躄（指手足痿废）如《素问·痿论》曰：“五脏因肺热叶焦发为痿痹”。虚冷型肺痿则可发展为上虚不能制下膀胱失约的遗尿、小便数等病症，迁延日久，可导致心阴两虚，心肺具绝。因此有必要对该病的先兆症（证）进行探索，以加强防治。

二、肺痿先兆的临床意义

肺痿由久咳伤阴演变而来，因此肺痿的早期先兆潜证仍为阴虚燥热质型：平素每见干瘦面赤，唇裂口干，咳嗽，咯痰，大便干结，小便短赤，舌质红苔薄白或薄黄而干，脉细数或滑数。

阻截治则 润肺保津，方宜清燥救肺汤：冬桑叶、生石膏、杏仁、甘草、麦冬、人参、阿胶、黑芝麻、枇杷叶。报标症为持续吐浊痰涎沫（大量稠痰、稀痰），为肺痿早期先兆。日久气阴两伤则宜予麦门冬汤：麦冬、半夏、人参、甘草、粳米，阴损及阳又当温肺益气，用甘草干姜汤以温肺益气。

肺痿凶兆 肺痿病人出现皮毛枯焦，咳哑声嘶为肺精败

绝的预兆，如《灵枢·经脉》曰：“手太阴气绝则皮毛焦”，因肺主皮毛，肺为音声之源，故肺精绝则首先反映于皮毛音声。肺痿疾患本为咯吐痰涎多的病证，如反无痰涎或痰涎渐少，神疲色悴羸弱枯晦，亦为肺精将竭之恶讯。

如张口喘喝，呼吸气微，面白唇紫，汗出如油，四肢发冷，六脉沉弱，又为肺气耗尽，元根将竭凶兆，相当于现代医学呼吸循环衰竭。

第五节 肺癆先兆

肺癆指肺结核，病源为癆邪伏体，症状的产生主要为癆毒作祟，故先兆症多具有特异性……

肺癆即肺结核，自抗结核药发明以来，结核已能被控制，发病率虽有大幅度下降，但仍有一定的发病率，尤其在我国发病率仍较高。因此，早期发现同样具有较高的社会价值。

肺癆的发生，正虚是发病的根本，外邪癆虫（结核杆菌）是乘虚而入，因此该病先兆潜证，常是正虚肺卫不足型，即见经常咳嗽，少气乏力，劳累愈甚，自汗畏风，体瘦神惫，声音低怯，易伤风感冒，苔白脉虚等症。

阻截治则 由于肺卫不足，气管素禀薄弱，因此须服用增强肺卫抗力的药物以图纠正。如琼玉膏：人参、生地、茯苓、百合固金汤：生地、熟地、麦冬、百合、当归、贝母、生甘草、玄参、桔梗，保元汤：人参、茯苓、肉桂、甘草等。以益肺强卫，从而可防患癆虫的侵入。一旦感受肺癆虫后，该

病即极易转变成阴虚先兆证，呈现形体消瘦、潮热、五心烦热、舌红少津、脉细数。

肺癆报标症为干咳无痰，盗汗，颧红（癆红）。咯血、胸痛、潮热、盗汗、消瘦为肺癆典型征兆，X线检查及痰培养可以确诊。治疗以养阴清肺、清热杀虫的月华丸（《医学心悟》）为代表方剂：天冬、麦冬、生地、熟地、山药、百部、沙参、贝母、阿胶、茯苓、獭肝、三七、白菊花、桑叶，熬膏服用。

肺癆凶兆

1. 毒入营血凶兆 肺癆如出现高热、寒战、昏睡为疫毒入营血凶兆，如见气急、紫绀、脉数无力为预后不良，易导致厥脱症。现代医学认为结核热度一般不太高，如出现高热并伴恶寒，常提示急性弥漫性血行播散。肺部结核灶如侵入肺静脉则可沿血行播散于全身，形成毒血症，呈现高热、畏寒、虚弱、出汗、昏睡、脉细弱等症。结核可播散于全身各组织，包括骨、脑、肾、内分泌腺、生殖器、皮肤……尤其易引起急性粟粒性肺结核，易导致感染中毒性休克。

2. 咯血凶兆 小量咯血是大量咯血的信号，大量咯血易导致亡阳阴竭凶兆。症见晕厥、面色苍白、皮肤湿冷、肢厥脉细微、血压下降，属现代医学的失血性休克，主要因肺结核空洞较大血管破裂引起大量咯血而致。如咯血过程中突然出现气急挣扎而起，面唇发紫为咯血窒息的征兆，应立即抢救。

3. 肺竭凶兆 长期癆咳，损耗肺精，日久必致肺竭。凶兆为呼吸微弱欲绝（叹息样呼吸），面白唇紫，神识恍惚，脉

微弱，预后不良。西医认为肺结核发展为慢性纤维空洞性肺结核，肺组织被大量破坏，其余肺泡进行病理性代偿，一旦代偿失力则易出现呼吸衰竭，气急是失代偿、呼吸衰竭的信号。一旦出现紫绀，心悸气急，叹息性呼吸，脉微欲绝，甚至昏迷，抽搐，则为呼吸衰竭、肺性脑病危象。

4. 疫毒犯脑凶兆 肺癆病由于正虚邪陷、毒邪猖獗，入血犯脑，预后不良。其凶兆为头痛、嗜睡、恶心，婴儿可见囟门饱满，重者甚至出现颈强、昏迷。相当于现代医学的结核性脑膜炎，多为粟粒性肺结核的并发症，由血行播散引起，常见于婴幼儿及体虚正气弱者。

5. 疫毒犯肾 肺癆病，正虚邪毒，入犯于肾，导致腰痛、尿急、尿脓，血尿常为早期信号，晚期出现无尿、恶心、嗜睡等关格凶兆，则将危及生命。有的则见长期腰痛，畏寒肢冷，神惫乏力等症，又为命火衰微症，上述相当于现代医学肺结核并肾结核、尿毒症、肾上腺皮质结核等病。肺结核由于血行播散引起肾结核，临床发病率并不低，尤其双侧肾上腺易受结核杆菌侵犯，肾上腺皮质被破坏，可导致阿狄森氏综合征（肾上腺皮质功能减退），预后亦不佳。晚期还可导致肾积水、肾周围脓肿及侵犯邻近器官，如引起生殖系统结核，男性为前列腺、睾丸、附睾结核，女性为卵巢、输卵管、子宫及盆腔结核等。

第六十四章 肾系病先兆

肾系病含泌尿系及生殖系疾病，发病率也很高，在内科疾病中比重较大，尤其肾炎、水肿、关格对人类的危害较大，故必须尽早获得病理信息。由于泌尿系统是人体的主要排泄系统，其排泄物为明显外候，因此为早期发现先兆创造了有利的条件……

第一节 概 述

肾系病包括的疾病较多，如水肿、关格、癃闭、淋证、遗精、腰痛、遗尿、阳痿等疾。其中，肾炎、水肿的发生率很高，在内科疾病中比重也较大，尤以关格的死亡率较高，因此研究肾系疾病及其先兆证具有重要的社会意义。

肾系病先兆潜证与水型体质的关系 病理水型质人的特点是水寒偏盛，寒气通于肾，故此型人多有易患肾系疾病的潜在危险性。病理水型体质人易呈阳虚阴寒先兆潜证型，证见面偏黑少华，形体稍胖，目胞虚浮晦暗，畏寒肢冷，倦怠少神，动作缓慢，尿清便溏，腰酸腿软，脉沉缓，舌质较青，体胖大或有齿痕、苔白。证见此型者，常有水肿的潜在易罹性。

肾病是可以预报的，中医古籍文献已有不少记载，如

《难经·十六难》曰：“外证面黑，善恐欠，其内证齐下有动气，按之牢若痛，其病逆气，小腹急痛，泄如下重，足胫寒而逆，有是者肾也”。

第二节 水肿先兆

水肿的发生与肺脾肾关系最大。然五脏皆能致肿，非独脾肾，故水肿的先兆也必然从五脏所乱获得信息……

一、概 述

水肿是由于脏腑功能失职导致水液不能正常输布排泄而潴留于体内，引起周身或局部浮肿的病症。

水肿与五脏的关系都极为密切，如肺气通调水道，脾气转输津液，肾气化气蒸水，心气运行气血，肝气疏泄条达，以及三焦的决渎职能等，都关乎着水液的运化和转输排泄，其中尤与肺脾肾三脏的关系最大。正如张景岳所说：“凡水肿等证，乃肺、脾、肾三脏相干之病。盖水为至阴，其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾，今肺虚则气不化津而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行”（《景岳全书·二十二卷·肿胀》）。三者以肾为本，以肺为标，以脾为制，为水肿病机的要害。此外，心、肝的功能障碍，导致气、血、水失调，也是引起水肿的重要机制。

上述说明，五脏皆能致肿，非独肾脾。水肿病发生于五脏的功能紊乱，故水肿病出现之前，五脏必有所乱，也必有征兆外露。因此发现水肿病的先兆症，及早治疗水肿病是可

能和必须的。

二、水肿先兆的临床意义

水肿在出现较明显的肿之前，皆有一定的先兆症首先披露出来。早在《内经》即有记载，如《素问·评热病论》说：“诸有水气者，微肿先见于目下也。”指出了水肿先兆出于目下，其原因是“水者阴也，目下亦阴也，腹者至阴之所居，故水在腹者，必使目下肿也”，《素问·平人氣象论》亦曰：“颈脉动，喘疾咳曰水”。

（一）五脏肿先兆

1. 脾病水肿 脾主输布津液，运化水湿，如脾胃气虚或脾阳不足，则水湿不运聚留体内而为肿。脾虚水肿先兆潜证为面色萎黄，食少，饭后腹胀，大便不实，少气懒言，体重肢困，舌淡苔白。

阻截治则 健脾益气，方宜补中益气汤或丸：黄芪、白术、党参、当归、升麻、柴胡、当归、陈皮、甘草，或六君子汤：党参、白术、茯苓、法半夏、陈皮、甘草。四君子汤：党参、白术、茯苓、甘草。如见四肢不温，大便清稀，小便清长，脉沉无力，又为脾阳虚潜证。纠正原则为温脾益元，方用理中汤；党参、白术、炮姜、甘草，或桂附理中汤。（加附子、肉桂）

上述先兆潜证如失于纠正，则一旦因于劳累、受寒、伤食、疾病，则脾阳极易受损而诱发水肿，脾虚水肿以素禀脾气不足、体虚弱者，及小儿伤脾后较为多见。

脾病水肿最先出现的预报症为四肢重滞、少气，浮肿最

先见于四肢。正如《素问·脉要精微论》所说：“脾脉搏坚而长，其色黄当病少气，其奕而散色不泽者，当病足肿，苦水状也。”指出少气为脾病水肿的最早信号。《金匱要略》亦明确提出：“脾水者，其腹大，四肢苦重，津液不生，但苦少气，小便难”。

脾性水肿以温运脾阳，利水湿为主，方用实脾饮：附子、干姜、白术、甘草、厚朴、木香、草果、大腹子、木瓜、生姜、大枣、茯苓。挟表者，脉浮，属皮水，以五苓散合五皮饮：茯苓、猪苓、泽泻、桂枝、白术、桑白皮、茯苓皮、陈皮、大腹皮、生姜皮。属湿热壅滞者应用疏凿饮子：商陆、泽泻、赤小豆、椒目、木通、茯苓皮、大腹皮、槟榔、生姜、羌活、秦艽。

2. 肾病水肿 肾为水脏，主化气行水司开阖，肾气虚阳气不足，则人体水液失于气化、蒸腾和推动，于是水液泛滥，导致水肿。

肾虚水肿先兆潜证为平素面色较为白或偏黑，常感腰酸膝软和畏寒肢冷，便稀尿清，舌苔偏白，舌体胖大，脉沉弱。

阻截治则 温肾扶阳，方宜金匱肾气丸或汤：附子、肉桂、熟地、山药、山萸肉、丹皮、茯苓、泽泻。

上述潜证如失于纠正，则在体虚、疲劳、感冒等情况下，易导致肾阳损伤而诱发水肿。肾虚水肿以先天禀赋不足，肾元不足为多见。

肾病水肿最先出现的前兆为腰酸，阴下湿，夜尿多，白昼少，浮肿最先见于阴部。如《金匱要略》曰：“肾水者，其

腹大，脐肿腰痛，不得溺，阴下湿如牛鼻上汗，其足逆冷，面反瘦”。《诸病源候论》亦曰：“黑水者，先从脚趺肿，其根在肾。”（水肿病诸候·十水候）。

肾性水肿以温暖肾阳，化气行水为主，方用真武汤：制附子、白术、茯苓、芍药、生姜最佳，或可用四逆五苓散：制附子、干姜、甘草、桂枝、茯苓、泽泻、白术、猪苓。挟表者，用麻辛附子汤：炙麻黄、制附子、细辛。

3. 肺病水肿 肺为水之上源，肺主通调水道，如肺气虚失于宣化，则水留为饮。又肺主气，外合于皮毛，风邪犯肺，肺失宣发，不能通调水道，下输膀胱，风水搏击漫溢肌肤则全身水肿。

肺虚先兆潜证为素有咳嗽或喘促史，且经常少气不足以息，面色淡白，声音低怯，自汗恶风，易伤风感冒，脉气虚，舌淡苔白。

阻截治则 补肺益气，方宜补肺益气汤*：黄芪、白术、党参、防风、杏仁、甘草。

上述潜证如失于纠正，因久咳耗气，或大病伤元，皆可导致肺气虚，肺宣发、肃降失职而引起水肿，肺虚水肿以老年人，尤其男性最为多见。

肺病水肿的先兆症为：水肿先见于头面四肢。《金匱要略》曰：“肺水者，其身肿，小便难，时时鸭溇”。肺病水肿多为风水，“伤于风者，上先受之”，肺又为华盖，居五脏之上，故肺病水肿先发露于上。

肺性水肿，属肺卫虚者，用防己黄芪汤：防己、黄芪、白术、生姜、去大枣、甘草，加车前子。兼挟表邪，属表实热

郁者，则用越婢加术汤：麻黄、生石膏、白术、生姜、大枣、甘草。

4. 肝病水肿 肝主疏泄，若失于疏达，气逆则水逆，致水液不循常道而成水肿。

肝虚先兆潜证为平素肝气不足，木失调达，疏泄无力。呈现面色偏青，精神不振，情绪较低，胁肋不舒，胸闷欲伸，食少神疲，脉微弦，苔薄白等症。

阻截治则 温肝达木，方宜温肝达木饮*：党参、吴茱萸、柴胡、香附、甘草。

上述潜证失于纠正，如遇情志不遂，劳累伤肝，久病失养，则易损伤肝气。肝失疏泄，气、血、水三者运行失调而出现浮肿，肝性浮肿以更年期妇女最为多见，属现代医学更年期内分泌失调。

肝病水肿的先兆症为水肿先见于胁下及四肢，因气机被阻，水停肝络之故。正如《金匱要略》曰：“肝水者，其腹大，不能自转侧，胁下腹痛，时时津液微生，小便续通”。《诸病源候论》亦说：“青水，先从两胁肿起，根在肝”。

肝性水肿应温肝达木，以温肝达木饮*化裁：柴胡、吴茱萸、党参、香附、茯苓、大腹皮、槟榔。肝性水肿多兼肝脾失调。治疗则以调和为主，方宜逍遥散化裁：柴胡、白芍、白术、薄荷、生姜、茯苓、香附、甘草。晚期有的属于石水，以柴苓汤合二丑（黑、白丑粉）图治，体质壮实者，可酌用舟车丸：黑丑、甘遂、芫花、大戟、大黄、青皮、陈皮、木香、槟榔、轻粉。

5. 心病水肿 气血运行靠心阳的鼓动和宗气的推行，如

心气不足,甚而心阳虚衰则宗气不足致血运无力而引起水肿。

心气虚先兆潜证为:面色淡白或 白,常感心慌少气,自汗乏力,舌淡胖、苔白滑,脉微细。

阻截治则 温心阳,益心气,方宜益心汤*:人参、茯苓、上肉桂、甘草,或四君子汤:人参、白术、茯苓、甘草。如失于纠正,因思虑伤神,劳心过度,或大病伤元,感冒受邪等,皆可损伤心气,致心气不足,则可因气血运行无力而发生水肿。心气虚水肿,多见于素禀心气不足,或年老体虚者。

心病水肿先兆证为心悸,颈脉动,水肿先见于下肢足胫,如《金匱要略》所曰:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿”。说明颈脉动,心悸,少气是心水肿的报标征兆。

心性水肿应益心气利水湿,方用桂枝茯苓饮*:桂枝、上肉桂、茯苓、人参、白术、大腹皮、车前子。日久,脉沉迟,气喘心悸,发展为正水时,则用参椒饮*:人参、上肉桂、茯苓、椒目、车前子、葶苈子、制附子。

(二) 水肿凶兆

(1) 肿势由足至腹,属于向心性肿,提示病邪入脏,预后多不良。如《直指方》曰:“大凡肿病,先起于四肢,而后入于腹,不治”。

(2) 凡脐心突、足下平、掌心平、小儿囟门凸突。背心平、缺盆平者,为五脏伤败凶兆,预后不良。如《诸病源候论》记载曰:“水病有五不可治,第一唇黑伤肝,第二缺盆平伤心,第三脐出伤脾,第四足下平满伤肾,第五背平伤肺,此

五伤，必不可治”。

(3) 水肿见面色晦黑，提示肾水泛滥，预后不良。如《千金翼方》提出水肿病人面色苍黑、掌腹纹理消失，阴肿不起，脐满肿反为五不治（《千金翼方·十九卷·水肿第三》）。

(4) 凡阳水肿势自上而下为顺，自下而上为逆，凡阴水肿势自下而上为顺，自上而下为逆。

(5) 水肿病晚期，反而肿势消减，但泻泄不止者死，此为脏竭凶兆。如张景岳曰：“大便滑泄，水肿不消者，死。”（《景岳全书·二十二卷·肿胀》）。

(6) 水肿后期出现尿闭、恶心、嗜睡，为关格凶兆，即现代医学尿毒症，预后不良。

(7) 水肿出现呕吐、神昏、昏睡，甚至谵语，为浊毒犯脑，相当于现代医学肾衰氮质潴留。

(8) 水肿后期，突然出现气急起坐，胸闷鼻扇，心悸唇紫，咯吐粉红色泡沫痰，大汗淋漓，肢冷脉欲绝，为心阳欲亡凶兆，属现代医学的急性左心功能不全、急性肺水肿，预后不良。

(9) 水肿期间出现眩晕、头胀痛、恶心，为肝气上犯，肝风内动，属现代医学肾功能不全并高血压，预后恶劣。

(10) 水肿晚期出现高热、神迷、皮肤瘀点，为正虚感受外邪，深陷营血凶兆。现代医学认为肾功能不全，免疫力低下，易引起感染，导致败血症，预后不良。如《灵枢·玉版》曰：“腹胀，身热，脉大，是一逆也……如是者，不过十五日而死矣”。

第三节 关格（尿毒症）先兆

关格（指尿毒症）一病最为危候，乃脾肾衰败之危象，根源虽在脾肾，主要则导致清浊升降紊乱，产生浊阴上逆，关键在于内源性浊毒，故其先兆也以浊阴上干为警号……

一、概 述

关格为肾功能衰竭的危重病证，主要见证为小便闭及呕吐上逆，系水肿、癃闭、淋证等病的晚期，也可突然出现于外科手术后、温毒、急腹症等病末期。

病机由于脾阳败竭，肾阳虚惫，致阳不化浊、浊邪壅塞三焦之故。因气机阻碍，引起升降反作，清阳不升浊阴不降，导致阴浊上逆，壅塞上窍。故关格一病，根源虽在于肾之衰竭，然已累及心脾，因肾为胃关，关门不利之故。尤其因火衰致土败，土败则火更衰微，二者互为病理因果关系，因此关格系脾肾先后二天具竭并损及五脏，乱至三焦的危证。故临床上，关格病机应抓住脾肾具败为本，三焦升降紊乱为标的关键，从温肾健脾，通腑降浊及清利三焦进行综合治疗，不能只注意肾阳虚衰的一面。

关格一病，最为危候，如林佩琴说：“下关上格，中焦气不升降，乃阴阳离绝之危候”（《类证治裁·关格》）。对于关格，中医文献论述较多。在《内经》关格为以脉论证，即通过脉象的变化阐述病机，亦即通过人迎、寸口脉象的亢盛，反映阴阳离绝的情况，如《素问·六节脏象论》曰：“人迎……

四盛以上为格阳；寸口……四盛以上为关阴，人迎与寸口具盛四倍以上为关格”。《灵枢·脉度》亦曰：“阴气太盛，则阳气不能荣也，故曰关。阳气太盛则阴气弗能荣也，故曰格。阴阳俱盛，不得相荣，故曰关格”。

后世则以关格作为病名，《诸病源候论》认为关格指大小便闭，即大便不通为内关，小便不通为外格，二便俱不通，谓之关格。张景岳则曰：“此真阴败绝，元海无根，诚亢龙有悔之象，最为危候。”（《景岳全书·十六卷·关格》）。以后关格逐渐被列为上不能入为之格，下不能出谓之关的危证，即：呕吐，二便闭泛称关格，其中呕逆，大便不通指肠梗阻，亦称关格，而呕逆，小便少，甚至尿闭的关格即为本节肾衰尿毒症危证。

关格，现代医学称为尿毒症，为慢性肾功能衰竭的主要病证。由于慢性肾脏损害导致代谢产物的堆积，水、电解质、酸碱平衡紊乱，可发生于各种肾脏疾病，尤其是肾小球性肾炎及肾盂肾炎后期。由于血中二氧化碳潴留，导致酸中毒，氮质浓度增高而产生氨中毒，此阶段，由于肾小管呈不可逆性的损害，故预后极为不良。

二、关格先兆的临床意义

关格分为前期及后期两个阶段，皆各有征兆显露，至晚期时多呈危象，病多已入膏肓。

（一）早期先兆

关格早期先兆主要以脾肾阳俱虚先兆证的形式出现，大凡慢性肾炎后期，出现面色 白，食少便溏，呕恶，畏寒肢

冷，神疲乏力，腰酸腿软，小便昼短，夜尿多，虚浮，就应注意为关格前驱先兆征。尤其偶有恶心及虚浮，昼尿短少应警惕为关格的早期先兆症，此时实验室检查肾功能大都不正常。

阻截治则 温补脾肾，方宜金匱肾气丸：制附子、肉桂、熟地、山药、茯苓、泽泻、山萸肉、丹皮。

（二）后期凶兆

关格后期以口中出现尿味，表情淡漠，嗜睡为晚期凶兆。此时提示阳虚阴盛，浊毒上逆，现代医学为氮质潴留，血氮偏高。

阻截治则 扶阳降浊以大肠泻浊法（通腑降浊法），替偿已丧失利水功能的肾脏，一般采用千金温脾汤：生大黄、附子、干姜、人参、去甘草，酌加上肉桂、茯苓，并辅以丹参活血化瘀，晚期真阴欲竭者，酌加滋养真阴之品，如龟板、鳖甲等。

（三）晚期危象

关格若继续发展下去，出现频频呕恶，尿闭，甚至昏迷，抽搐，出血，气喘，则为关格危象。提示脾肾大衰，浊毒上犯，致阻塞三焦，蒙闭心窍，病情危笃。相当于现代医学血尿素氮上升致脑血氨浓度过高及酸中毒，水电解质紊乱，水盐平衡失调，预后不良。

抢救 以温脾汤加生龙骨、牡蛎保留灌肠，呕吐、恶心、烦躁、有郁热者，可口服或鼻饲苏叶黄连饮*：苏叶、黄连、竹茹、生姜，昏迷不醒的可予至宝丹或牛黄清心丸开窍，尿闭严重的，生大黄必须重用，通过导泻肠腑代替膀胱降浊，

并注意顾护正气。并配合现代医学方法进行抢救。

急暴型关格凶兆

水肿病人如迅速出现尿少，甚至尿闭，呕恶严重，并很快昏迷的，为浊毒内蕴，闭阻三焦的关格急症。属急性肾功能衰竭，预后极为凶险，应急予温脾汤及按温病进行辨证论治。

第四节 癃闭（前列腺增生）先兆

癃闭本身就是凶兆，非紧急即危重，为暴露性急症。因此，早期先兆并不隐蔽，超早期先兆则当于潜证中求。如属内科急症，又当责之脑与肾……

一、概 述

癃闭是一个病证，可由许多疾病引起，癃闭本身就是凶兆。凡膀胱阻塞，肺热气壅，膀胱积热或命门火衰等，皆可导致癃闭。现代医学前列腺增生，尿路梗阻（结石），尿潴留，尿毒症等，皆可导致癃闭。

二、癃闭先兆的临床意义

（一）前列腺增生先兆

前列腺增生由于压迫膀胱颈部或尿道，易引起机械性尿潴留。前列腺增生是一个很常见的疾病，据尸检统计竟有75%的发生率，多出现于50岁以后老年人。大多与前列腺动脉硬化及炎症有密切关系，目前认为与内分泌失调也有密切

关系，尤其与性激素紊乱甚为相关。且受睾丸功能的影响较大，如雄性激素降低是引起前列腺肥大，导致机械性尿路梗阻的常见因素。

前列腺增生是引起癃闭的主要病源，分为湿热蕴结型及肾气虚衰型两大类。其中，湿热蕴结先兆潜证多见于中、壮年人，多为平素嗜高粱美酒、肥甘香燥，损伤脾胃，致湿热内积，壅阻于下。症见形体肥腴，面黄赤油光，口干不欲饮，舌苔黄腻，舌质偏红，脉滑数，小便少而黄浑，大便不爽，小腹时有坠胀。

阻截治则 育阴清热利湿，方宜知柏八味丸化裁：知母、黄柏、生地、茯苓、山药、泽泻、山萸肉、丹皮，加车前子、牛膝。

肾气虚衰先兆潜证多见于年老体弱者，或素禀肾气不足，久病失养，大便伤元等，致命火渐衰。症见面色淡白或 白，口干欲饮热饮，舌苔白，舌质淡胖大，脉沉迟，腰酸膝软，小便细长无力。纠正原则为温肾扶阳，方用金匱肾气丸加熟地、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、丹皮、车前子、牛膝。

夜尿渐频是老年人前列腺肥大的早期信号，发现这个信号时，应立即作肛门指检，前列腺超过栗子大即为前列腺肥大前期。尿流变细及分段排尿，是前列腺肥大进展期。

属湿热潜证失于纠正发展而来的，则用八正散：车前子、木通、滑石、扁蓄、瞿麦、大黄、栀子、甘草，酌加蒲公英、银花；偏阴虚的，可用猪苓汤化裁：猪苓、滑石、阿胶、泽泻、茯苓，加栀子、木通，或加牛膝、车前子；如系在肾阳不足潜证基础上产生的，则宜济生肾气丸：车前子、牛膝、熟

地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮；如属阴虚阳不化气的，则可用滋肾通关丸：知母、黄柏，上肉桂，以化气利水。然皆必辅以活血散结，软坚通络，通常选用地龙、炮甲珠、桃仁、牛膝、王不留行、海藻、昆布，酌加桔梗、荆芥以“开提上盖”。如湿热重者酌用蒲公英、银花之类以清热解毒。

（二）急性尿潴留先兆

急性尿潴留的发生原因有机械性（压迫性）及神经性（麻痹性）两类，机械性的常见于前列腺肥大、妊娠子宫压迫及尿路结石所致。

急性尿潴留的先兆潜证主要为：

1. 肺热气壅先兆潜证 此型多见于小儿及青少年，平素多有肺热气逆见证。即见咳嗽气粗，痰多粘稠，咽干口渴，舌苔黄，舌质偏红，脉数，小便黄短，大便秘结。

阻截治则 清肺利水，方宜麻杏石甘汤：麻黄、杏仁、生石膏、甘草。如突然尿闭，多为肺气壅闭失于宣降，则欲通下必先启上，采用所谓“提壶揭盖”法，用麻杏石甘汤加桔梗、荆芥以下病上治。

2. 命门火衰先兆潜证 此型多见于老年人，为素禀肾元不足，或因病致命火衰败，素日多见面色白或黎黑，畏寒肢冷，头晕耳重，腰酸膝软，神惫乏力，小便细长无力，大便不实，舌苔白舌体大，舌质偏暗脉沉迟无力。

阻截治则 扶肾阳，温命火，方宜四逆汤：制附子、干姜、甘草加上肉桂。如命火骤衰，肾气化无权则发生无尿，急宜温命门补肾通窍，方用四逆汤：制附子、干姜、甘草加葱白、上肉桂、茯苓。

急性癃闭尤宜配合针灸、探吐、取嚏、敷脐等法，必要时施行导尿术以防膀胱破裂。

现代医学认为由于酗酒、精神刺激、寒冷、和劳累等因素，引起前列腺充血、肥大、压迫膀胱颈部而出现急性尿潴留或前列腺癌、膀胱结石、尿路结石嵌顿，皆可引起急性尿潴留。

神经性尿潴留由于脊髓损伤，脊髓神经炎症，肿瘤，或中枢神经系统病变，中风，昏迷，外科手术后等原因引起。

总之，无尿排出首先应区别是内科急症还是外科急症。如属外科急淋、尿路结石过大，应考虑手术取石。非手术适应症的应区分癃闭和关格，癃闭属膀胱有尿不能排出（癃为点滴而出，闭属完全闭阻），而关格则为肾性无尿属肾衰尿毒症。

癃闭应用中医癃闭理论辨证论治，分清是湿热壅遏胞痹，还是命门火衰不能温阳化气，抑或中虚气陷排尿无力。采用通利开窍或温补命门，或升提中气，并皆应辅以开窍。挟瘀者，加牛膝、桃仁；属肺热壅闭的，可采用具有中医特色的“提壶揭盖法”以开肺启闭（如用麻杏石甘汤或佐以桔梗、荆芥之类），即开其上窍以利其下窍。而关格则属肾衰尿毒症，近代用温脾汤温阳化气、通腑泻浊，有一定疗效。

（三）癃闭危象

癃闭本身即为凶兆，如癃闭出现喘促、胀闷欲死，甚至昏冒，如《景岳全书·癃闭》曰：“小水不通，是为癃闭，此最危急证也，水道不通，则上侵脾胃而为胀，外侵肌肉而为肿，泛及中州则为呕，再及上焦则为喘，数日不通则奔迫难堪，必致危殆”，为癃闭压迫急症，由于膀胱暴张，腹腔压力

剧增，引起的血管神经受压的反射性危证，应急施导尿术。

如突然出现全腹剧痛、板状腹、面色苍白、烦躁不安，皮肤湿冷，脉细欲绝，血压下降，导出血性尿，为膀胱破裂凶兆，宜紧急施行外科手术急救。

如出现恶心呕吐，甚至昏迷、抽搐、口出氨味，为癃闭转为关格危象，应立即按关格抢救（参见上节关格先兆）。

第五节 肾炎先兆

肾与咽在潜病方面关系极为密切，咽受感染，内应于肾，故肾炎虽病在肾，实源于咽，故咽峡炎往往事实上是肾炎的前奏……

一、概 述

肾炎，是多发病、常见病之一，由于本病对人类威胁较大，故除分述于“水肿”、“关格”之外，还另列本节对其先兆证作专门论述。

肾炎的发生，现代医学认为与链球菌感染有关，近代注意到与免疫反应有联系。由于肾炎的发病率较高，青少年受害尤其严重，且隐匿型也并非少见，而且肾炎极易转为慢性，也易出现衰竭危象。因此，掌握急性肾炎、隐匿性肾炎、慢性肾炎及肾功能衰竭等先兆情况具有重要的实践意义。

二、肾炎先兆的临床意义

（一）急性肾炎先兆

根据生物进化论观点，肾与咽在潜病方面具有特殊的亲缘关系，咽受感染，必内应肾，在咽部受到病菌（尤其是溶血性链球菌）感染之际，肾也开始了反应。因此，咽峡炎只是肾炎的序幕，在序幕之后，肾炎其实已经在悄悄地进展着了。

肾炎的早期信号

腰部隐痛 在咽峡炎的同时或之后，腰部肾区呈现轻微隐痛或不适感，常为肾炎的最早信号，因腰为肾之腑，为肾的外应区，故肾的病变必最早反应于腰。一般而言，在急性肾炎首次发作时，腰部信号出现的稍晚；而慢性肾炎则腰部信号出现较早，有时甚至在咽部感染 1~2 天即出现，腰痛特点为晨起明显，劳累加重。

目胞微肿 晨起目胞微肿为急性肾炎的重要信号，因急性肾炎中医多属风水，风邪上犯，故浮肿多见于上，与心脏病水肿浮肿先见于下不同。出现目肿信号后，尿液检查大多呈现不同程度的蛋白尿。

头晕头痛 头晕头痛虽轻重程度不一，但皆为大多数肾炎的早期信号，此时测血压往往偏高。

隐匿型肾炎并无浮肿、头晕、头痛等症状，但出现腰酸或腰部不适、乏力等信号，此时作尿液检查可发现蛋白尿，应警惕之。

急性肾炎以少尿为最早信号，随即呈现浮肿、高血压，并很快出现尿毒症，预后不良。故急性肾炎见少尿、甚至无尿，应高度警惕恶性肾炎。

（二）慢性肾炎先兆

慢性肾炎多出现于成年人，容易发展为肾病综合征和肾功能衰竭。

慢性肾炎的早期信号

腰酸乏力 多出现于疲劳、感染或精神不愉快之后，常提示蛋白尿的潜在。

头晕 头晕为慢性肾炎的主要信号之一，提示肾性高血压的隐进。

浮肿 反复出现的足胫及晨起眼睑浮肿，皆为慢性肾炎警号，尤其在劳累、感冒后加重更应引起注意。

（三）肾病综合征先兆

肾病综合征为一种特殊的肾病症候群，症状缠绵，易导致全身许多功能紊乱，对健康危害较大。

肾病综合征信号

浮肿 眼睑及足部长期反复浮肿，并伴有恶心、乏力、头晕等症，为肾病综合征的重要信号，尿液检查有不同程度的蛋白尿。

苍白 皮肤苍白提示贫血，亦为肾病综合征的信号之一。

肥胖 肥胖并有血脂过高，为肾病综合征的特征之一，提示类脂性肾病的潜在。

腰痛 长期腰部隐痛，应警惕肾病综合征、肾静脉血栓引起静脉瘀滞的情况。

（四）肾功能衰竭凶兆

肾功能衰竭分为急性衰竭和慢性衰竭两种，皆易痰质潴留出现尿毒症，预后极为不良，故对其早期信号，应引起高

度警惕。

肾功能衰竭信号

少尿 少尿为肾衰的重要信号，无论急性衰竭或慢性衰竭，皆最早出现少尿，待出现尿闭时，只有作透析才能急救。

恶心 恶心为肾衰痰质血症的信号，常常是肾衰的重要报标症，应引起高度警惕。

头昏 头昏为尿中毒的早期先兆，发展下去，则出现嗜睡、昏睡、甚至昏迷、抽搐。

尿臭味 肾炎病人从口鼻、肌肤散发出尿臭味为尿毒症血氨过高的不祥信号。

此时作检查可呈现“三高两低”的结果，即高血压、高蛋白尿、高氮质血症及低血红蛋白、低比重尿指征。

第六节 肾盂肾炎先兆

肾盂肾炎与上行性感染极为有关，其病最大的隐患在于在不知不觉中已步入肾衰。因此对那些习之以常的信号，决不能掉以轻心，尤其要注意肾衰警号……

一、概 述

肾盂肾炎也是一种极常见的泌尿系疾病，尤多侵害妇女，由于症状不十分严重，因此常常不被病人所重视。其实，该病易转为肾功能衰竭，并且是肾衰的主要病源之一，故对此病不能掉以轻心，掌握其先兆规律的实践价值并不亚于肾炎。肾盂肾炎属中医淋病、腰痛、关格等症。

二、肾盂肾炎先兆的临床意义

肾盂肾炎早期信号

腰痛 腰部钝痛，或有灼热感，为肾盂肾炎的信号之一，少数呈刺痛，严重者甚至为绞痛。

尿频、尿急 尿频、尿急为肾盂肾炎的征兆之一，少数伴尿痛。

乏力、发热 乏力、发热、甚至高热，是急性肾盂肾炎的常见症状，一部分病人呈稽留热。

慢性肾盂肾炎先兆

尿频、腰痛、目胞肿 夜间尿频、晨起腰痛、目胞轻度浮肿，常为慢性肾盂肾炎信号，尤其在劳累、感冒后出现。

头晕头痛 常提示肾性高血压，多为慢性肾盂肾炎后期的信号。

少尿、恶心、嗜睡 为肾衰尿毒症的凶兆，提示肾盂肾炎已进入晚期阶段。

尤须提及，有的慢性肾盂肾炎，可以长期出现无任何临床症状的菌尿，只有后期才被发现。提示曾经有过急性肾盂肾炎的历史，以后如出现不明原因的长期腰痛、疲乏及轻度浮肿，应引起警惕，因为本病极易成为慢性肾性高血压的根源，以及有潜在地进展为肾功能衰竭的隐患。

有关肾炎、肾盂肾炎的阻截治疗，详见前述“水肿”，“关格”、“癃闭”节

第六十五章 精神病先兆

精神病的表现是形形色色的，并非强关起来的才是精神病。其实各种各样的非典型的精神病人就和正常人工作在一起，生活在一起，可见精神病的发病率并不低，长期潜在的精神病尤应注意早期识别其预兆。尤须提及，精神疾患与躯体疾患互为因果关系，因此探索精神病的先兆规律，不能只局限于精神情志方面，尤须注意发现来自躯体方面的信号

.....

第一节 精神病先兆意义

世人但知大凡精神病人皆为关在铁笼子里的会打骂哭叫的、衣服不整的蓬头垢面的人，其实精神病并非皆如此典型，许多精神病人就发生在日常生活中，或许就在我们周围，在慢慢地演变着，人们只知道他“怪”，却不知是一种“病”，病人自己也决不会想到是患了精神病，更不会去找精神病科就医，因而贻误了治疗的最佳时机。

其实，精神病人在我们生活周围并不少见，发病率也不低，且类型极为复杂，对生产力存在着潜在的影响，尤其社会上大多数人是精神病盲，就连医生亦有不少对精神病不熟悉者。

因此对精神病先兆学的研究，其重要意义并不亚于癌肿先兆的探索。掌握精神病先兆规律，有利于早期发现、早期诊断、早期治疗精神疾病，在内科疾病先兆学中具有重要意义。

精神病病因病机

精神分裂症主要机制为阴阳偏离。阴阳失调是导致精神疾病的根本机制，阴阳协调是正常精神活动的保证，阴阳的偏盛偏衰是精神疾病的根源，阴阳离决则是造成严重精神分离的根本机制。如《素问·阳明脉解篇》曰：“阳盛则使人妄言骂詈”，《素问·病能论》曰：“阳气者暴折而难决，故善怒也”，《难经·二十难》说：“重阳则狂。重阴则癫”。躁狂抑郁症的主要病机为心肾不交、水火失济。神经官能症的主要病机在于肝胆失调，心理精神因素占主要地位。更年期精神病则以肾虚冲任失调为要，老年性精神病以肾虚为主。

上述五种常见精神病皆与痰瘀有关，老年性精神病主要为瘀阻脉络，病位在肺肾，肺衰魄离之故。精神分裂症及躁狂抑郁症则以痰结为患，皆病在心脑；神经官能症及更年期精神病以虚为主，重点在肝肾。

脑为元神之府，脑是精神活动的基础，精神病的发生与脑最为攸关。脑为奇恒之府，主藏而不泻，大脑为髓之海，髓为肾所生，故脑与肾尤为至关，肾充则髓海足，肾亏则髓海不满，故《灵枢·海论》说：“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”。脑和五脏六腑亦同样有密切联系，如《灵枢·大惑论》说：“五脏六腑之精气……上属于脑”。《灵枢·动输》说：

“胃气上注于肺……入络脑”。

脑与经络关系亦极为密切，“头为诸阳之会”；“十二经脉，三百六十五络皆上注于头”说明头部有丰富的经络贯注。其中，上于头部的经络有手足三阳经，手三阴经虽然未上头，但通过经别，其经气亦间接上头。

尤其督脉与脑最为攸关，如《灵枢·动输》曰：“督脉者，……入络脑。”督脉为阳脉之海，总督诸阳经，沟通着五脏和大脑之间的通应，关乎着颅脑的营养，因此督脉为病“实则脊强，虚则头重。”如督脉经气受阻则清阳不升，致髓海空虚，出现头重头痛脑力不足等症状，因此凡脑部疾患除注意肾及其它脏腑之外，督脉也是一个重要内容。

上述说明脑与人体脏腑各部都密切相关，无论脑或脏腑有病皆可影响到人体的精神情志。

其次，脏腑虚实是导致精神性疾病的重要环节，中医五神藏的特点是五脏分主五神（心藏神、肝藏魂、肺藏魄、脾藏意、肾藏志）及五志（心志喜、肝志怒、脾志忧思、肺志悲、肾志惊恐）。因此脏腑的虚实必然引起五神及五志的变化，正如《素问·调经论》所说：“神有余则笑，神不足则悲”。《灵枢·本神》亦曰：“心气虚则悲，实则笑不休”即是。

尤须注意，风、火、痰、瘀在精神性疾病中有着特殊的意义。所谓痰，指对脑细胞有危害的病理代谢产物，对癫狂病的形成起着一定作用，历代医家都极为重视痰的作用。如张景岳曰：“癫病多由痰气”。此外，《内经》尤重视火热与癫狂的关系，如《素问·至真要大论》曰：“诸躁狂越，皆属于火。”风在精神病中的作用，主要为癫痫病机中的风邪挟痰引

过肝气,以及对狂病的发作有一定意义,如《诸病源候论》说:“狂病者,由风邪入并于阳所为。”瘀在精神病的发生中也很重要,尤其痰瘀交阻脑络,致脑失于营养,脑组织萎缩,更易加重精神病的恶化。

此外,精神疾患与躯体疾患之间存在着病理因果关系,精神疾患与躯体疾患二者皆为有物质基础的疾病,二者是人体的两大类疾病,相互之间在生理上是不可分割的整体,在病理上互为因果关系。如精神疾患可以被躯体疾患所激发,躯体疾患又可发生于精神疾患,由于在发病方面,互相诱发,因此在疾病预报方面也互为先兆症。故探索精神病的先兆规律,不能只局限于精神情志方面,应注意发现来自躯体方面的信号。

从现代医学的观点来看,精神病多发生在青春期及更年期,此二时期正值人体内处于“动荡”时期,尤以内分泌系统变化较大,青春期体内进行着剧烈的变化,体内原有的平衡不断被打破,中枢神经系统还比较嫩弱,尚不能适应,因此容易出故障。更年期由于身体各部分都正在走下坡路,内脏的衰减已不能满足精神的需要,躯体与精神之间发生了矛盾,因而容易出现躯体与精神的分裂,更年期精神病正是在这样的变化下产生。

本文将对精神分裂症、躁狂抑郁性精神病、偏执性精神病、反应性精神病、神经官能症、病态人格、颅脑损伤性精神障碍、癫痫性精神障碍、老年性精神病、儿童精神病等的先兆潜证、先兆症及其鉴别诊断、处理进行叙述。

精神病共分为四大类型,即“疯”:为精神病,如精神分

裂症、躁狂抑郁性精神病。“神经”：指神经官能症，神经质。“傻”：为精神发育缺陷。“怪”：指人格障碍（变态人格），本章将分别进行论述。

第二节 精神病先兆潜证

一、痰郁型先兆潜证

此型潜证多见于病理水型人或少阴之人，表现为类气郁痰结证。起因可以有精神因素，也可以无精神因素，以素有性格狭隘，或多疑、孤独为其典型潜证。此外，好哭喜悲，常有忧郁情绪，此型常为癲病、郁病潜证。可因逐渐发展或因精神打击而诱发癲病。证见郁忧冷漠，哭笑无常，甚至神识迷惘，出言无序，相当于西医的精神分裂症忧郁型及躁狂忧郁性精神病忧郁型，神经官能症，神经质和人格障碍（变态人格）等。

阻截治则

解郁化痰，方宜解郁化痰汤*：柴胡、白芍、茯苓、法半夏、枳实、竹茹、生姜、菖蒲、郁金、天竺黄、白矾、甘草。已发展为癲病则予至宝丹、苏合香丸等以开窍护神，继服解郁化痰汤，痰郁重者可用礞石滚痰丸：大黄、黄芩、礞石、沉香，或控涎丹：甘遂、大戟、白芥子。

二、痰火烈先兆潜证

此型潜证多见于病理木火型或太阳之人、少阳之人，表

现为类火郁痰结型。即素有急躁易怒，抑制能力偏低，易兴奋激动，肝胆之气偏旺。此型常为狂病潜证，病情可逐渐显露或因精神打击诱发为狂病。证见面目红赤，精神错乱，狂言叫骂，不避亲疏，甚而逾垣上屋，打人砸物，相当于西医精神分裂证躁狂型及躁狂忧郁性精神病躁狂型。

阻截治则

清火化痰，方宜黄连温胆汤：黄连、茯苓、法半夏、枳实、竹茹、生姜、甘草，酌加菖蒲、郁金、白矾。如已发展为狂病，则急以安宫牛黄丸清心开窍，继服礞石滚痰丸加竹沥，或加减生铁落饮*：生铁落、辰砂、黄连、胆星、竹沥、菖蒲、郁金、茯神，大便秘者酌加大黄，胃腑热甚者，酌加生石膏。

三、痰瘀型先兆潜证

此型潜证多见于病理土型人，太阴之人，表现为类痰瘀互结证，即素见虚浮面晦、目光呆滞、健忘思稚。此型常为呆病、傻病的潜证，逐渐发展为痴呆、傻笑、智能低下及障碍。包括先天遗传呆傻病及后天性痴呆（脑动脉硬化性痴呆、老年性痴呆、外伤性痴呆），此外，还包括假性痴呆（癔病性痴呆及反映性精神病痴呆）。

阻截治则

属先天性痴呆的则予健脑开窍，方宜醒脑汤*：党参、丹参、菖蒲、郁金、茯神、远志、胆星、益智仁、法半夏、竹茹、甘草、灵芝，痴呆较甚者可予苏合香丸开窍。属后天性痴呆，则予豁痰化瘀开窍，方宜化瘀开窍方*：天麻、丹参、

菖蒲、郁金、钩藤、地龙、茯苓、法半夏、山楂、竹沥、生姜、甘草，瘀重酌加桃仁，寒重加桂枝，并辅以消瘀散*：生三七、水蛭、地龙，以化瘀通络。

第三节 精神分裂症先兆

真正的精神分裂症，并非精神因素所导致，遗传因素及家族史具有重要意义。体质预报对本病具有独特的意义，即所谓分裂型气质，可以视为超早期先兆……

一、概 述

精神分裂症是一种较常见的精神病，主要从思维、情志、行为、知觉的分裂（障碍）为特征。常起病于青壮年，病因至今未明，与遗传因素有一定关系，临床共分为青春型、紧张型、妄想型及单纯型四型，是精神病中发病率最高的一型，我国有学者作抽样调查，患病率竟达 1.9~4.66% 之间^[1]。

中医称为癲、狂、呆病，如晋·葛洪《肘后备急方》叙述曰：“女人与邪物交通，独言独笑，悲思恍惚”即是。

病因病机

精神分裂症属内因性精神病，真正的精神分裂症，并非精神因素所导致，是有其生物学基础的，但并不排斥精神创伤和幼年不良遭遇的影响。

精神分裂症的病因与遗传因素最大，血缘越亲，潜在罹发率越高。此外，和体质神经类型亦极有关，一般认为精神分裂症多发生于内向型、弱而不均衡型或弱型+艺术型，或

瘦长型，所谓分裂性气质。

另外，精神分裂症与性激素因素关系极大，大多数“精分症”均发生于青春性成熟期，并于月经期有波动，怀孕及分娩后急速加重，新婚蜜月发病和更年期复发等。因上述时期皆存在性激素水平发生变化，从而导致精神分裂症的发生、发展和衰退。老年期性激素水平降低，精神病可有好转趋向，说明性激素水平增高与精神分裂症有密切关系。尤其是青春型，在精神分裂症中俗称“花癲”，即多发生于青春性成熟期性激素水平升高阶段，以及更年期性激素忽高忽低的时期，女性更年期的性疑心病即与雌激素水平偏高有关。

目前国外有学者提出自体中毒因素、代谢因素、病毒感染因素等，皆尚无定论。因此，精神分裂症的原因，至今仍是未知数。

精神分裂在中医属于癲狂之范畴，其病因病机主要为阴阳失调，如《素问·生气通天论》说：“阴不胜其阳，则脉流薄疾并乃狂，阳不胜其阴，则五脏气争，九窍不通。”即《难经》所说的“重阴者癲，重阳者狂”诱因以情志不节耗伤津血，致心神不守舍，肝魂不藏宅。病理过程中痰迷心窍，瘀血阻脑及痰瘀互结等，皆不断促使病情加重。气郁 痰火 血瘀为本病的主要发展环节，病位主要在肝胆心脾。治疗癲病以解郁化痰、顺气开窍为主，狂证则以泻肝清火、涤痰镇心为要。又久癲必耗伤心阴，又当养心安神，益气疏郁为治，狂久火盛伤阴，又当滋阴降火，柔肝定心，大凡久癲、久狂病程长者皆应兼以逐瘀。

二、精神分裂症先兆的临床意义

主要性格改变和表现与神经官能症相类似。

(一) 单纯型精神分裂症先兆

多起病于青少年期，起病极缓，早期先兆潜证可达数年之久，主要特点为性格衰退。

1. 先兆潜证

(1) 人格变异：特点为逐渐变得孤僻、懒散、冷漠和发呆，这两大特征维持较长的时间，常被人们认为“怪”，而未意识到是精神病的早期潜兆。

(2) 类神经官能症：初起可出现人格衰退伴类神经衰弱症，但亦可重点呈现神经衰弱的躯体症状，如失眠、疲劳、食欲不振、头昏、工作能力下降。

2. 鉴别

(1) 与人格障碍相鉴别：单纯型精神分裂症应与人格障碍的分裂型相鉴别，后者同样有冷、孤、呆、静的特征，但无呆及思路障碍。

(2) 与内向性格区分：此为人的体质差异，表现为沉静、少言、不露，但并不冷漠、孤癖。

3 早期先兆 逐渐出现强迫性观念和较轻的思维障碍，该型最大的特征为冷漠、发呆，必须抓住这一特征才能早期发现病人。因为该型患者无幻听、幻视等感觉障碍，思维障碍也不明显，发病后的基本征兆在懒、孤、冷、呆日愈明显的基础上出现思维障碍、联想障碍和情志分裂等典型征兆。

阻截治则 单纯性精神分裂症，相当于中医癫证，应早

期养心益脾、豁痰开窍，方宜温胆汤加味：茯苓、法半夏、陈皮、枳实、竹茹、生姜、菖蒲、远志、百合、莲子肉、辰砂，并辅以天王补心丹。典型发作则用涤痰汤化裁：茯苓、法半夏、陈皮、胆南星、枳实、竹茹、党参、菖蒲、郁金、远志。

（二）青春型精神分裂先兆

1. 早期先兆 此型患者多以类神经衰弱症为早期潜兆，以孤僻、沉默及多疑、敏感为特征。表现为头昏、失眠、食欲不振、多疑，注意力不集中，喜与异性接近，好表现自己，想入非非等症。

阻截治则 该型类似中医狂证，当以疏肝泻火涤痰开窍为原则，辅以滋养心阴使心神有所依。方宜逍遥散加减：柴胡、白芍、茯苓、当归、白术、生姜、薄荷、菖蒲、竹沥、龙齿、珍珠母，配服龙胆泻肝丸。

2. 典型征兆 青春型精神分裂症，发病较快，很快即出现思维分裂、情感错乱，多表现为狂型，并带有性的色彩，俗称：“色疯花癲”。

3. 处理 清泻肝火，开窍镇神，方宜龙胆泻肝汤加味：龙胆草、山栀、黄芩、柴胡、生地、车前子、泽泻、木通、大黄、甘草、菖蒲、竹沥，生铁落、龙齿、珍珠母、磁朱丸，并辅以礞石滚痰丸：青礞石、大黄、沉香、黄芩、朴硝及白金丸：白矾、郁金。

（三）紧张型精神分裂症先兆

紧张型先兆主要表现为紧张性兴奋及紧张性木僵，二者交替出现，以木僵状态时间最长，主要特征为在幻听，幻视支配下的运动障碍。

早期先兆

本病亦起病于青年期，起病较急，故先兆潜证较短，为多疑敏感、抑郁，对事无兴趣，注意力不集中及失眠。继之则迅速演变为典型症候，以无原因的、进行性加重的突然孤癖、多疑、呆滞为先兆。

阻截治则 宜解郁化痰，方予逍遥散合温胆汤加减：柴胡、白芍、当归、茯苓、生姜、薄荷、白术、法半夏、陈皮、竹茹、枳实、菖蒲、远志。

典型征兆

(1) 木僵状态：主要表现为强迫动作（运动障碍）、呆立、呆站、呆坐或持续于某一刻板动作，所谓“僵尸”。

(2) 兴奋状态：幻视、幻听，被害妄想等极为严重，因而常发生攻击性动作，凶暴冲动，呼叫打骂，口涎外流，以后渐转入木僵状态。

处理

(1) 木僵状态：中医称尸厥，属癫之范围，原则为豁痰开窍平肝，方宜涤痰汤加味：茯苓、法半夏、陈皮、竹茹、枳实、生姜、胆南星、竹沥、菖蒲、郁金、煅礞石、天竺黄，并配合服苏合香丸开窍，木僵状态持续日久，可酌加桃仁、红花破瘀开郁。

(2) 兴奋状态：宜镇肝泻心豁痰，方用生铁落饮：生铁落、辰砂、钩藤、丹参、石菖蒲、茯苓、茯神、天冬、麦冬、贝母、胆星、橘红、远志肉、元参，控涎丹：甘遂、大戟、白芥子、磁朱丸：灵磁石、朱砂。

(四) 偏执型精神分裂症先兆

本病起病较缓，多起于中年（30岁左右），以妄想症状为特征，故又可称妄想型，是精神分裂症中最常见的一型，以被害妄想为最多，其次为系统妄想。

早期先兆

多疑、敏感、孤癖仍为早发症状，不易发觉，人格变异不如上三型明显，但以无端怀疑为主要信号。

阻截治则 舒肝解郁、养心安神、涤痰为主，方予温胆汤加味：茯苓、法半夏、陈皮、竹茹、枳实、生姜、甘草、五味子、莲子肉、百合、菖蒲、郁金、远志、丹参。

典型征兆

出现明显的被害妄想及关系妄想，以致对周围的一切都怀疑，最后可发展为攻击冲动。

处理 解郁豁痰、逐瘀开窍，方用涤痰汤加味合白金丸：茯苓、法半夏、陈皮、甘草、枳实、竹茹、胆南星、天竺黄、白矾、郁金。

第四节 躁狂抑郁性精神病先兆

躁狂抑郁性精神病为情感障碍性精神病。早期先兆为双向性性格变异，多呈循环特点，情感变化经常不明原因地“两极分化”……如发展为进行性的、典型性的情感两极分化，则宣告本病的序幕已经徐徐拉开……

一、概 述

本病是以躁狂或忧郁的反复发作和交替发作为特征的精神病，主要特征为情感障碍，故又称情感性精神病。发作可呈双向性，亦可呈单向性，躁狂症的特征是兴奋的、激动的、乐观的、情感高张，抑郁型恰恰是另一极端、其特点是忧郁的、悲观的、沉静的、情感低落的。

因二者可交替发病，故该病又称循环性精神病，全程中，有的以躁狂型为主，有的以忧郁型为著，一个阶段化悲为喜，一个阶段又转喜为忧。本病以情感低落、思维迟缓和运动抑制为三大特征，并呈躁狂、抑郁交替发病。

二、躁狂抑郁性精神病先兆的临床意义

（一）躁狂型先兆

病情性格多呈循环特点，即兴奋性病前性格与抑制性病前性格相交替。

1. 早期先兆 本病以失眠、头痛、烦躁、易兴奋激动、话多，以及无原因的、持续性的、高涨的兴奋激动为先兆。

阻截治则 以平肝解郁、养心涤痰为原则，方宜龙胆泻肝汤合涤痰汤：龙胆草、山栀、黄芩、柴胡、生地、车前子、木通、泽泻、茯苓、法半夏、枳实、竹茹、胆南星、生姜、菖蒲。

2. 典型征兆 以无原因的、持续的兴奋躁动、活跃乐观为典型征兆。即“情感高张、思维奔逸、意志增强”为三主征，无幻觉、妄想，本能亢进（食欲、性欲）。

3.处理 以平肝泻心、豁痰开窍为原则,凡邪壅上焦的以瓜蒂散或莱菔子涌吐痰涎。服法:瓜蒂(炒黄)、赤小豆各等分,研细为末和匀,每服0.6~3克,不吐者,以翎毛探喉,但只能用于实证。湖北省沙市精神病院,用莱菔子30~50克,为末温水调服,比瓜蒂散平稳。〔2〕邪阻下焦皆可酌情选用泻心汤:大黄、黄连、黄芩,控涎丹、龙胆泻心汤、防风通圣散、涤痰汤、温胆汤、礞石滚痰丸、白金丸、朱砂白金丸。发作后、休止期又须以养心阴、益心气、舒肝解郁为辅。

(二) 抑郁型先兆

1.早期先兆 无重大原因的进行性忧郁、悲伤、孤癖、消极迟顿,为该病早期先兆症状。

阻截治则 宜舒郁豁痰、化痰开窍,方予逍遥散:柴胡、白芍、当归、茯苓、白术、薄荷、生姜、甘草或柴胡疏肝散:柴胡、白芍、川芎、香附、枳壳、陈皮、甘草,酌加化痰开窍涤痰之品,如桃仁、丹皮、菖蒲、郁金、竹沥、牙皂(一次量,半克)。女性患者伴有经闭者,可用桃仁承气汤,大黄牡丹皮汤化痰通经开郁。属阳虚者,可酌用壮阳刺激法,方用起抑饮*化裁:附子、干姜、细辛、牙皂、菖蒲、郁金、淫羊藿、仙茅、仙灵脾、甘草。

2.典型征兆 从忧郁、悲伤,发展至悲观失望,消极低落,自罪妄想,甚至自杀或木僵,即所谓“情感低落、思维迟缓、意志减退”三主症。

3.处理 以涤痰疏郁、化痰开窍、壮阳兴奋的原则,方宜涤痰汤加味:茯苓、法半夏、橘红、枳实、竹茹、胆南星、

菖蒲、郁金、远志、牙皂、细辛、苏合香丸、三圣散：瓜蒂、防风、藜芦、控涎丹：甘遂、大戟、白芥子。阳气虚的用壮阳刺激法，予起抑饮化裁：附子、干姜、细辛、牙皂、菖蒲、郁金、仙茅、仙灵脾、鹿角霜、壮阳汤〔3〕：巴戟天、淫羊藿、陈皮、黄芪、附子、肉桂、干姜、党参、熟地、仙茅、龟板、砂仁、甘草。有瘀象的酌加活血化瘀之品，如丹参、桃仁、三棱、莪术等。

第五节 神经官能症先兆

神经官能症为大脑非器质性疾患，主要病理为兴奋与抑制失调。由于患者的自知力较强，愿意积极就医，因此客观上对本病的早期诊治有利。体质预报，所谓神经质，具有超早期先兆意义，本病主要特点为躯体症状大于精神症状，故先兆信号首先来自躯体方面的不适……

神经官能症是一种大脑功能暂时失调的疾病，虽仍属于精神方面的疾患，但无精神错乱，尤其是对疾病的自知力较强，而不像真正的精神病人否认自己有精神病。该病共分为八型：神经衰弱，焦虑性神经官能症，癔病，强迫性神经官能症、恐怖性神经官能症、抑郁性神经官能症、疑病性神经官能症、人格解体性神经官能症，本文仅择其发病率较高的三种类型进行叙述：

（一）神经衰弱症先兆

神经衰弱症是一种长期大脑超负荷（包括工作过度紧张

和心理矛盾)之后,出现的大脑衰弱。主要为兴奋与抑制的失调,易于兴奋亦易于抑制,并且躯体症状较为明显,如乏力、失眠、头痛、食欲不振等。

神经衰弱症发病率很高,且精神症状与躯体症状常互为恶性循环,对生产力影响很大,因此早期发现及早期阻截治疗有极为重要的意义。

1 早期先兆 患神经衰弱症的人常早期即有神经质的素质,弱型、强而不均衡型皆易得此症。易罹素质约为两类,一类为纤弱质倾向,怯弱、敏感、多疑、自卑;一类为不均衡质倾向,即易于激惹,自制力弱,易发脾气,主观,任性,易“冷热病”,一段时间热情,一段时间消极。

先兆症的类型在上述两种易罹质的基础上表现为兴奋型先兆及衰弱型先兆,前者以焦虑、敏感、易激动为特征,后者则以沮丧、萎靡、暗疑为征兆,二者都有植物神经功能症状。如出汗,食欲不振,睡眠不好,性功能减弱以及头部的神经衰弱三主症:头昏、头重、头痛。发病前早期信号集中表现在睡眠障碍方面,以失眠,尤其入睡困难为特征(包括早醒、醒后不能入睡),其次为不易抑制,情绪不稳定,焦虑急躁为信号。

2 神经衰弱与精神分裂症的早期先兆鉴别 由于精神病也有类神经衰弱症,因此二者必须进行鉴别,神经衰弱多有心理矛盾史,情绪焦虑,忧心忡忡,但生活兴趣浓厚,对疾病有自知力,积极治病。精神分裂症则精神创伤不明显,情感冷漠,对生活无兴趣,不承认自己有病。此外,某些患有慢性躯体疾患的人也可能出现症候性神经衰弱,其他,脑力

劳动过度同样也可出现一时性神经衰弱。

3. 阻截治则

(1) 兴奋型

先兆阻截治疗 宜柔肝益心舒郁，方用一贯煎加减：柴胡、白芍、杞子、川楝子、沙参、生地、茯神、远志、炒枣仁、寸冬、龙齿、辰砂。

典型征兆 发病为易虚性兴奋、激动，紧张焦虑，旋即倦怠萎靡，神经过敏，多疑，注意力不集中，顽固性失眠，头昏头痛头重，食欲不振，即精神症状与躯体症状之间形成了恶性循环。

处理 必须打破精神症状与躯体症状之间的恶性循环，以突破失眠大关为第一要义。主要立法为交通心肾，佐以化痰通窍，方宜百合饮*：夜交藤、丹参、百合、合欢皮、莲子肉、丹皮、菖蒲、远志、黄连、肉桂。

(2) 衰弱型

先兆阻截治疗 宜益气养心、安神解郁，方予天王补心丹加味：人参、丹参、玄参、茯苓、五味子、远志、桔梗、当归、天冬、麦冬、柏子仁、酸枣仁、菖蒲、郁金，另服朱砂安神丸。

典型征兆 忧郁寡欢，乏力自汗，失眠食欲不振，在躯体症状与精神症状的相互作用下，逐渐由神经衰弱导致躯体衰弱。

处理 关键在于阻止向躯体衰弱的发展，立法为补肾扶阳，其中，属肾阳虚者，用壮阳兴奋法，方予起抑饮*：熟附子、干姜、细辛、牙皂、菖蒲、郁金、仙茅、鹿角霜。久

郁多挟瘀，则当服鸡血藤饮：鸡血藤、丹参、党参、麦冬、五味子。

（二）癔病先兆

癔病即歇斯底里，多发生于青年女子，包括精神、神经、躯体三方面的病症，中医称为脏躁、梅核气、奔豚、暴癰、暴瘡、暴盲、暴聾等，如《金匱要略·妇人杂病脉证篇》曰：“妇人脏躁，喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸。”其病机认为系心血虚肝郁，神魂无所依所致。临床特点为情感性强烈（包括富于幻想），易接受暗示，高度自我中心，症状千恣百态，变幻万端等。

癔病病机的最大特点为心理性，心理因素占很重要的地位，因此心理治疗及暗示治疗作用，比药物治疗有效。

1 早期先兆 癔病大多出现于弱型神经类型兼有艺术型的人。早期多感情丰富、脆弱、敏感、多疑、自尊心强，且躯体症状较明显。其中，尤以植物神经失调为明显，如恶心、食欲不振等。

阻截治疗 以滋润五脏之阴为主，用甘麦大枣汤合地黄汤：甘草、小麦、大枣、百合、生地。

2 典型症状 癔病症状的特点为突然性、暂时性和可恢复性。如突然丧失某种感觉，包括失嗅、失听、失明；突然丧失某种运动能力，如单瘫、偏瘫、截瘫；突然出现震颤、惊厥；突然精神出现障碍，如意识丧失，痴呆，精神错乱等，以及突然出现躯体内脏功能紊乱，如忽然出现气喘、厌食、咽堵、抽搐、仆倒、吐白沫等，但都可经心理暗示或药物暗示而得以缓解。

3.处理 除加强心理治疗之外,应根据不同临床表现进行辨证立法。

(1) 症状表现为抑制性的:如突然失听、失明、失语的以豁痰开窍为治则,而突然丧失运动能力的以解郁通络为治则,突然意识丧失的以疏肝开心窍为原则。

(2) 症状表现为兴奋性的:如突然痉挛抽搐或哭笑奔走,怒恚叫骂或腹如豚奔,又当以平肝泻火、养心敛神为治。在发作间歇阶段则须侧重养阴解郁、豁痰逐瘀的原则,防止复发。临床可酌情选用甘麦大枣汤、温胆汤、涤痰汤、天王补心丹、龙胆泻肝汤和礞石滚痰丸、朱砂安神丸等。

(三) 强迫性神经官能症先兆

主要症状是存在强迫观念、强迫动作,和精神病的区别在于,对病有自知力,但无法摆脱,在疲劳、静止、疾病后加重。此类疾病,其病机主要为肝胆虚,肝主藏魂,胆主决断,肝胆虚则逐渐胆怯多疑,不能决断而成病。

1.早期先兆 患者多为内向型,但过于谨细认真,发病前忧柔寡断没有主见,多疑善虑,伴犹豫不决进行性加重。

阻截治则 此型多呈肝胆虚先兆,治疗当补益肝胆,方宜滋肝益胆汤*:当归、白芍、柴胡、枣仁、百合、合欢皮、龙眼肉、菖蒲、远志、郁金、大枣、小麦、甘草。

2.典型征兆 强迫性神经官能症的特点是强迫观念,即被迫思维、强迫心理,主要为惊恐综合征以及强迫行为,如做一些无聊的动作。和精神分裂症的区别为,前者为对疾病的不知性,本病为可知性,但不能自制,前者淡漠,不愿治病,本病则疑病,愿意治病。

3.处理 宜滋肝益胆、养心宁神,方予滋肝益胆汤*合生脉饮加味:当归、白芍、柴胡、枣仁、百合、合欢皮、龙眼肉、菖蒲、远志、郁金、党参、麦冬、五味子、龙齿、辰砂。

第六节 更年期精神病先兆

更年期精神病发生于男女更年期,主要病机为精神适应不了日趋衰退的躯体,也即心理和生理之间的矛盾,导致平衡的失调,并以内分泌的衰减,尤其是性激素水平的波动为特征。故性的色彩和性系统的不适,及其引起的心理精神变化是本病的早期信号……

一、概 述

更年期精神病是发生在男女更年期(女子45~55岁,男子50~60岁之间)的一种特有的精神病,女性多见。

主要症状以忧郁、焦虑和紧张为主,少数有妄想(尤以自罪妄想)存在。其中,以伴发较为明显的植物神经症状为主的称为更年期综合征,以忧郁为主的称为更年期忧郁症,以妄想为主的为更年期妄想症。更年期精神病其特点为伴有以内分泌减退,尤其是性腺减退为主的早衰征象。

病因病机

祖国医学认为女子“七七”(四十九岁),已冲任虚衰、肾气亏减,因而对人体的心理及生理皆发生影响,心理上难以承受日益衰退的生理现象,如再逢精神七情的刺激则易导致

更年期精神病。如《素问·阴阳应象大论》曰：“年四十而阴气自半也”，《素问·上古天真论》说：“七七任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通。”说明更年期肾气、冲任开始衰减，阴阳开始失调，正气渐不能胜邪，因此，更年期阶段是产生各种精神性疾患及躯体性疾患的复杂时期。

现代医学认为更年期精神病与内分泌的紊乱、衰减和退化有很大关系，尤为性腺的减退。因此，更年期精神病大多有性的内容。如性功能的亢进和减低，嫉妒幻想中的性色彩，无故怀疑爱人有外遇，以及性器官的种种不适等，是更年期精神病的一大特点。

总之，更年期阶段，由于生理的衰退，生理和心理之间的平衡被打乱了，因此更年期精神病，尤其是更年期综合征及更年期忧郁症是发病率比较高的疾患，对中年人的威胁较大。如能早期发现先兆征象，及早进行心理或药物的阻截治疗，可帮助中年人获得人生第二个春天，顺利进入老年期，对生产力的发展将有很大的促进作用。

二、更年期精神病先兆的临床意义

（一）更年期综合征先兆

该病以类神经衰弱症状及植物神经功能紊乱为主，前者症状为头痛、头晕、烦躁、失眠、焦虑或忧郁，后者表现为食欲不振、多汗、手抖、心悸。其次为性功能紊乱（减退或亢进），男子阳痿或阳强，女子月经不调（多为月经二至或过多）等症，更年期综合征不属于精神病范畴，经过适当的调理可以恢复。

1. 早期先兆 该型多出现于平素工作较为紧张,或诸事不顺利的情况下,平时性格多急躁、易恶。以后逐渐出现情绪不稳定,敏感、焦虑、失眠、注意力不集中。继之则有明显的植物神经紊乱综合征,如心悸、出汗、颜面潮红,以及胃肠神经紊乱(包括食欲减退、大便不正常)等症。此外,还以性功能紊乱为特征,如性欲亢进或减退,男子性事反常(兴奋或阳痿),女子月经不调(月经二至或延期)。

2. 阻截治则 宜扶肾益脾、兼化痰调冲任,方予二仙汤加味:仙茅、仙灵脾、肉苁蓉、巴戟天、知母、黄柏、当归、白术、百合、莲子肉、辰砂。

(二) 更年期忧郁症

多由更年期综合征发展而来,主要症状为情感障碍和伴随而来的植物神经功能紊乱,具体表现为进行性忧郁、焦虑和自罪妄想。

1. 早期先兆 患者形体纤弱,平素情感较为脆弱,心胸较狭窄,多疑善嫉,逐渐出现迟顿,兴趣减少,忧郁焦虑,性欲减退等症。

阻截治则 宜舒肝解郁,调理冲任,兼以化痰,方予更年期乐方*:柴胡、白芍、熟地、枸杞、菖蒲、郁金、胆星、仙茅、仙灵脾、甘草。

2. 隐匿性忧郁症 主要特点为:以躯体症状为突出,精神症状缓慢出现或为隐蔽性。先兆症以淡淡的忧郁情绪,反应渐迟顿,兴趣下降为信号。渐之,大部分主要出现头痛、不适,如头昏、头痛、头胀等症状,以及失眠、汗多、食少、乏力、心悸等症。继而,工作精力下降,朝气减钝,这样的病

人为数不少，占更年期抑郁症中的一半，常被混诊于躯体性疾患，实质是隐匿性精神疾患。

处治 隐匿性忧郁症由于精神症状被隐匿，故治疗大多从解决躯体症状进行治疗，因没有抓住疾病的实质，故疗效不佳。这样的疾病用益气安神治疗效果不佳，应予壮阳兴奋剂以拮抗抑郁，则躯体症状不治自愈。拟方更年乐方*：柴胡、白芍、熟地、枸杞、菖蒲、郁金、胆星、仙茅、仙灵脾、甘草，阳虚酌加附子、干姜。

3. 典型征兆 高度抑制或焦虑发展为自罪妄想，甚至欲自杀。

处治 本阶段特点为久郁化火、邪火内炽，致相火被邪火引动。因此，治疗必须化郁滋水制火，以及交通心肾以治。方予柴芍二仙汤加味：柴胡、白芍、仙茅、仙灵脾、知母、黄柏、巴戟天、菖蒲、郁金、磁石、朱砂，或用知柏地黄汤加味：知母、黄柏、生、熟地、茯苓、泽泻、山药、山萸肉、丹皮、菖蒲、郁金、磁石、朱砂，或予克抑饮*：生地、丹皮、巴戟天、仙茅、仙灵脾、菖蒲、郁金、细辛、牙皂、甘草，阳虚酌加附子、干姜。

（三）更年期妄想症

更年期妄想症又称更年期偏执状态，主要以妄想和幻觉为特征，包括嫉妒、被害、自罪、疑病妄想及幻觉、幻听，其特点为伴有更年期综合征，如失治最终可演变为痴呆。

1. 早期先兆 性格不开朗，接近更年期逐渐变得孤癖，不近人情，嫉妒和狭隘，敏感多疑，继之逐渐出现妄想。

阻截治则 宜补肾调冲，滋水制火，方予知柏地黄汤：知

母、黄柏、生地、丹皮、茯苓、泽泻、山萸肉、山药与二仙汤：仙茅、仙灵脾、巴戟天、知母、黄柏、当归交替服用酌加化痰开郁之品。

2. 典型征兆 更年期妄想症的典型症状为嫉妒妄想，被害妄想以及关系妄想，其中由于性腺开始衰减，故嫉妒妄想大多有性的内容，是为更年期妄想症的主要特点之一，最突出的症状为怀疑爱人有外遇和伴有性欲亢进，并死死盯住丈夫（或妻子）的所谓外遇。

处治 本症病机主要为肾阴不足，水不涵木，导致肝虚性亢奋之故，肝藏魂，主谋虑，肝虚魂不归宅，故妄想幻觉，治疗当滋水平肝豁痰，方予仙地汤加减*：仙茅、仙灵脾、生地、女贞子、菖蒲、郁金、胆星、天竺黄、当归、白芍、珍珠母、牡蛎、辰砂。偏相火亢盛者可用泻相火汤*（生地、女贞子、知母、黄柏、丹皮，酌加胆星、天竺黄）。

3. 鉴别诊断 躁狂抑郁性精神病，其特点为兴奋与抑制性两种性格的交替，不一定发生在更年期，精神分裂症抑郁型，多发生在青壮年期，以冷漠、暗淡、情感分裂，对疾病的不自知为特征。

第七节 老年性精神病与脑动脉硬化性精神障碍先兆

老年性精神病的大脑器质性疾病——不明原因的脑萎缩所导致的精神病；脑动脉硬化性精神病为脂质代谢所引起的

脑供血障碍。二者的共同后果皆为——痴呆，故均以智力衰退为早期信号，以健忘、尤其为近事遗忘、人名遗忘为报标症。当然二者的早期先兆也不尽相同……

一、概 述

老年性精神病系脑萎缩、尤以额叶萎缩为主，导致的精神衰退性疾病，主要以智能的衰退为特征，尤以记忆障碍及遗忘为显著，进一步发展即为痴呆、妄想、甚至自杀。老年性精神病为躯体、精神的器质性衰退，因此大多为进行性的及不可逆性的。

老年性精神病大脑发生萎缩，严重者脑重量可低于 800 克，脑回变平，脑沟增宽，脑室扩大，并伴随脑代谢、细胞生化（包括核糖核酸等代谢）的退化。老年性精神病脑萎缩产生的原因，至今不明，老年性精神病是一个独立的疾病，并非老年人皆可罹患，但近代老年性精神病已逐渐增加，占精神病入院人数的 1/3 左右。

老年性精神病和脑动脉硬化性精神障碍不是一个病，但可以有共同的结局——痴呆。同样导致大脑慢性进行性缺氧、缺血变化，但产生机制不同。前者为原因不明的脑萎缩，后者则是脂质代谢障碍，导致脑动脉管腔狭窄引起脑供血不良所致，二者可并见，因此有时极难鉴别。

脑动脉硬化性精神障碍多发生于中、老年人，近代随着人类生活水准的提高，膳食性质趋向于肉类、蛋、脂类、酒类。因此，发病率近代有上升趋势，主要病机是由于脑动脉管壁硬化之故。本病世界发生率及我国罹患率均较高，且和

遗传素质有关。

老年性精神病的发病机制，中医认为由于肾衰血瘀导致髓海不足之故。人体 40 岁以后肾气即开始衰减，如《素问·上古天真篇》曰：“五八（40 岁），肾气衰。”人脑为髓所充，脑髓为肾精所化，故肾亏则髓减，如《灵枢·海论》说：“脑为髓之海”，“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”。因此脑髓的充盈损减与肾气的盛衰密切相关。《灵枢·本神》篇曰：“肾藏精，精舍志”，《素问·调经论》曰：“肾藏志”。志者，“又记也，与志同。”（《左传》注）说明记忆与肾的关系密切。老年性精神病与脑动脉硬化皆以健忘为先兆信号，道理即在于此。

又老年气虚血瘀导致脑供血不良而渐萎缩，故清代王清任《医林改错》说：“脑气虚，脑缩小。”

以上说明老年性精神病的脑萎缩导致的智力减退及记忆丧失，皆与肾的亏损有直接关系。至于脑动脉硬化性精神障碍，中医认为与痰瘀作祟有关，由于平素饮食不当或脾虚失运，致痰浊内生，痰瘀壅聚脉管而成，多发生于体肥者，与遗传有一定关系（详见本书第六十一章第二节，眩晕先兆）。

二、老年性精神病及脑动脉硬化性精神障碍先兆的临床意义

（一）老年性精神病

1. 早期先兆 提早出现衰老征象，如精力下降，性欲减

退，发白牙落等症，并逐渐出现近事遗忘，兴趣减退，易动感情及迟顿等现象，潜证约持续 2~3 年。

阻截治则 宜补肾逐瘀、温督（改善脑组织缺血缺氧状态），方予益脑饮*：熟地、紫河车、鹿角霜、龟板、菟丝子、党参、益智仁、菖蒲、远志、紫丹参、红花、甘草。

2. 典型征兆 主要为智力，尤以记忆力的进行性减退以及进行性的人格衰退（呆板、孤癖、自私、迟顿、淡漠、忧郁）和隐藏着的日愈加重的痴呆。并伴随有明显的早老，最后逐渐发展为痴呆、妄想甚至谵妄。

处治 宜通络化瘀益脑，方予益脑饮加味*：熟地、鹿角霜、龟板、菟丝子、党参、紫河车、益智仁、菖蒲、郁金、紫丹参、红花、甘草。偏肾水亏者酌加女贞子、知母以滋肾水。

（二）脑动脉硬化性精神障碍先兆

1. 早期先兆 呈类神经衰弱症，即失眠、头昏、乏力、易激动等症，属于脑衰弱综合征，伴有情感易激动及近事遗忘、尤以人名遗忘为著，但智力、理解力及分析力等并无明显减退。与老年性精神病的区别是脑动脉硬化精神障碍为痰瘀挟风，因此早期先兆有一过性眩晕、肢麻、目眩等症。另一特点为人格改变不如老年性精神病明显，临床症状并不和脑病理成正比，因此潜伏期可长达十余年。此外，可伴有心、肾等其它部位动脉硬化症可帮助鉴别。

阻截治则 宜豁痰化瘀，方予软脉消脂汤*：茯苓、法半夏、陈皮、竹茹、枳实、山楂、丹参、天麻、生、熟地、泽泻、荷叶、灵芝。另服白金丸：白矾、郁金。

2. 典型症状 呈脑衰弱综合征, 即头昏、头痛、头重、失眠、疲劳、注意力不集中, 以后逐渐加重, 并以情感障碍及强制性哭笑为特征, 遗忘特征由近事遗忘发展至妄想 痴呆 甚至意识障碍。

处治 宜熄风豁痰、益气化痰, 肝阳上亢者平肝潜阳、育阴息风, 方予息风豁痰合剂*: 天麻、钩藤、茯苓、法半夏、竹茹、枳实、陈皮、泽泻、山楂、丹参、郁金、甘草, 或镇肝熄风汤化裁: 代赭石、生地、玄参、龙骨、牡蛎、茵陈、法半夏、竹茹、竹沥、胆南星、丹参、郁金。

第八节 病态人格先兆

病态人格属人格障碍, 不能适应社会生活, 以情感和意志障碍为特点, 智力正常, 和遗传及环境因素很有关系。超早期先兆出现极早, 往往在青少年时代即已开始, 早期信号为孤癖、刻板、古怪三大征兆。但应注意本病和正常人的怪个性大相径庭……

一、概 述

病态人格为精神病态, 属于一种人格的异常, 主要指情感和意志活动的障碍, 思维和智力正常。病发生于青少年时期, 至壮年已基本定型, 该病一旦形成则很难改变, 预后不良。

病态人格属人格障碍, 所谓人格障碍即指人格严重偏离, 在发展和结构上缺陷, 不能适应生活。

形成原因与遗传、脑发育因素及环境因素有很大关系。大多认为先有大脑器质上的病变作为背景,加之后天环境不良,尤其是幼年时期生长于不良环境,如父母早亡、离异、寄养……长期的精神创伤。孤独、冷漠、暗淡,致童年人格渐渐发生扭曲,渐成为孤癖、刻板、偏执、冷漠,成为所谓“怪人”。

病态人格分为偏执型、分裂型、癔症型、强迫型、暴发型、衰弱型、循环型、被动攻击型、无情型、躲避型十种类型。

病态人格须和正常个性变异相区别,后者属于正常人格范围未达到害人害己的程度。

此外,还应区分精神病的人格改变和病态人格两种情况。人格改变为精神病发病前的征兆之一,而病态人格则为一种独立的精神变态疾病,表现为情感和意志活动的障碍。

二、病态人格先兆的临床意义

(一) 偏执型病态人格

早期先兆 最早以固执主观,多疑善嫉、狭隘,自我中心为先兆。以后则上述症状日愈加重,逐渐发展至与周围环境不相容。

阻截治则 仍以疏肝解郁为治,方宜合欢解郁饮*:合欢皮、菖蒲、郁金、柴胡、白芍、当归、川芎、佛手、甘草,或柴胡疏肝散、逍遥散均可选用。

(二) 分裂型病态人格先兆

早期先兆 为性格怪僻,知己性缺乏,以及丧失意志,因

而逐渐出现消极、孤僻、冷漠和自足、胆怯。继而常有白日梦，不合群，与现人、社会皆不相容。如思维及行为出现分裂，则已演变为精神分裂症。

阻截治则 宜解郁开窍豁痰，方予解郁豁痰方*：柴胡、白芍、茯苓、法半夏、陈皮、菖蒲、郁金、竹茹、胆南星、丹参、生姜汁、天竺黄。

（三）癔症型病态人格

早期先兆 以自我中心，情感变幻莫测，暗示性强为先兆特点。出现动作，哭笑无常，把幻想当现实，自我显示，容易接受周围人言行、态度的影响。继续发展则出现癔病的其他典型症状，如情感暴发，意识朦胧，做作显示，甚至错觉，幻觉，强迫动作，假性痴呆等精神障碍、运动障碍及感觉障碍。

阻截治则 宜解郁养心、涤痰开窍，方予涤痰开窍合剂*：柴胡、白芍、茯苓、法半夏、陈皮、菖蒲、郁金、远志、珍珠母、甘草、小麦、大枣、竹沥、生姜汁、胆南星。如症状表现较亢奋者，加礞石滚痰丸。

第九节 颅脑损伤后精神障碍先兆

颅脑损伤后精神病属颅脑外伤后综合征。因有脑外伤的器质性损坏为背景，故大多为不可逆性。早期先兆为脑神经衰弱症候，渐之则以进行性人格变异为征兆……

一、概 述

颅脑损伤伴发的精神障碍,是指在脑组织损伤的背景上,产生的精神异常。颅脑损伤后遗精神障碍,以外伤后颅脑损伤后综合征,人格变异及精神缺损为多见,此外还包括外伤性癫痫及外伤性脑病。

随着工业建设和交通事业的日益发展,颅脑损伤的发生率逐渐增高。颅脑损伤后可能出现多种不同的精神障碍,如及早发现,可变被动为主动,有利于疾病的恢复。

二、颅脑损伤后精神障碍先兆

(一) 颅脑损伤后综合征

早期先兆 主要为头部症状,特征是头晕、头痛、失眠、易激动,注意力不集中等先兆。继之则渐见记忆力减退,反应迟缓及思维变顿,兴趣变淡漠,上进心下降等精神障碍症状。有的还伴有植物神经失调症状,如多汗、心悸、性功能下降等。

阻截治则 宜安神荣脑、化瘀通络,方予龟鹿饮*: 龟板、鹿角霜、菖蒲、远志、丹参、红花、党参、麦冬、五味子、甘草、小麦、大枣、制乳没,另服七厘散。如典型症状出现,则于上方加重活血化瘀药份量,及任、督脉药。(如龟板、鹿角霜)

(二) 颅脑损伤后人格改变

早期先兆 多发生于严重颅脑损伤之后,主要病态为逐渐出现自私,与人交往不近情理,吝啬。贪小便宜为先兆。

阻截治则 宜荣脑补督，化瘀通络，方予龟鹿饮*：龟板、鹿角霜、熟地、菖蒲、远志、丹参、红花、党参、麦冬、五味子、小麦、大枣、制乳没、郁金。日久逐渐发展为天真幼稚，甚至偷窃行盗，言行与现实脱离。治疗则于上方剂量酌加重。

（三）颅脑损伤后癫痫

早期先兆 颅脑损伤后癫痫，因颅脑损伤后脑组织疤痕形成及脑萎缩粘连所致，多发生于外伤后1~3年，甚至数十年之后，大部分为癫痫大发作，也有小发作和精神运动性发作，先兆信号为情绪改变，急躁易怒，头痛涎多，一过性发愣、发呆。

阻截治则 宜益脑补督，化瘀开窍，方予龟鹿饮*加味：炙龟板、鹿角霜、菖蒲、郁金、丹参、红花、党参、麦冬、五味子、甘草、小麦、大枣、制乳没、天竺黄、羚羊粉、钩藤。

第十节 儿童精神病先兆

儿童精神病虽然来自胎传或遗传，但后天环境也有很大影响，特点为行为障碍。又由于儿童神经系统发育欠完善，故多以兴奋型占优势，并往往以好动、注意力不集中、自制力差为早期先兆，其好动先兆，甚至远在母孕期即已外露……

一、概 述

儿童精神病多为先天而来，胎传或遗传占主要因素，其次由于儿童神经系统尚不完善。如后天因感染、中毒、脑部

外伤，则容易损伤神经系统而罹患精神性疾患。儿童由于思维尚未成熟，因此思维障碍较少，而以行为障碍为典型，年龄愈小预后愈差，但儿童神经系统的可塑性较大，因此及早发现先兆，及早治疗有较大意义。尤其变态人格多在未成年期形成，因此改变不良环境及正常的幼年教育对预防儿童精神病具有十分重要的意义。

二、儿童精神病先兆的临床意义

（一）儿童多动综合征

儿童多动综合征又称轻微脑功能障碍综合征，往往在胎儿时期即已表露出来，特点为好动，好冲动，注意力不能集中，自制力差，技巧动作笨拙，甚至不怕危险。

病因可为遗传、胎伤、产伤、脑外伤等，有的学者主张力单胺代谢障碍，由于对儿童的学习及成长有影响，因此及早发现，及早预防颇有意义。

早期先兆 该病在母体时有的即有胎动症，婴幼儿期就有兴奋多动及睡眠障碍，儿童期表现为注意力不能集中，难以安静，睡眠少，中医辨证为心肝不宁。

阻截治则 宜柔肝养心宁神，方予儿安饮*：当归、白芍、柴胡、枣仁、五味子、菖蒲、远志、龙骨、牡蛎、朱砂、莲子肉、甘草。

（二）少年儿童神经官能症

少年儿童神经系统发育尚欠完善，大脑神经活动兴奋性偏高，抑制能力较弱。故而易出现好激惹，烦躁易怒，失眠多梦，或紧张焦虑，继而出现兴奋性衰弱。女孩占多数。

早期先兆 好哭，好发脾气，睡眠不安，记忆力减退。

阻截治疗 中医辨证属肝虚心神失养，方宜逍遥散化裁：当归、白芍、柴胡、柏子仁、百合、小麦、大枣、甘草、莲子肉。

（三）少年儿童癔病

女性较男性多见，儿童多表现为二型，即精神型和躯体型。精神型者多以精神分裂、哭笑无常、情感暴发、梦游为多见。躯体型者出现癫痫、瘫痪、强迫动作、失听、失明等，但都能接受暗示。

早期先兆 敏感、多疑、情绪不稳定，感情脆弱，好表现，易受暗示影响等，中医辨证属心肝阴虚、痰气凝结。

阻截治则 宜舒肝化痰开窍，方予逍遥散合甘麦大枣汤：柴胡、白芍、当归、甘草、小麦、大枣、百合、莲子肉、菖蒲、远志、竹茹。

（四）儿童、少年病态人格

儿童时期由于环境因素、精神创伤，最重要原因为丧失亲人的温暖或不合理的教育，或异装教养，使患儿身心素质发生变化，成为成年性变态的前驱，病态人格多起自童年。

早期先兆 孤独、冷漠、不合群、自信、沉默寡言，如发展下去进入成年则与现实严重偏离，与人相处，格格不入。极少数人可演变为精神分裂症，中医辨证属肝郁气滞，心神失养。

阻截治则 宜舒肝解郁，调养心神，方予解郁汤*：绿萼梅、玫瑰花、白芍、薄荷、甘草、小麦、大枣、百合、莲子肉。

注：

- 〔1〕《精神病学》，北京医学院主编，1982年第一版，227页。
- 〔2〕张鉴修：《中医治疗精神病》，湖北人民出版社，1980年版，109页。
- 〔3〕周康：周期性精神病与活血化瘀治疗，《中华神经精神科杂志》，(2)：114，1980。

第六十六章 内分泌系统疾病先兆

内分泌系统是人体中所占比重最小，而能量却最大的器官，微量便可发挥巨大威力。由于内分泌系统左右着人体生机的存亡，却又常常多灾多难，因此掌握其先兆规律十分重要。又因内分泌系统疾病进展缓慢，加之初起症状缺乏特异性，故更给早期预报增加了难度……，尤须提及，内分泌系统出现临床症状，本身即为不祥之兆，因为内分泌病一旦出现先兆，即意味着已经被破坏 50% 以上，而当出现临床症状时，则提示破坏程度已达到 90% 以上……，此外内分泌疾患虽然潜证可以提供早期信号，但由于内分泌功能减退所出现的负性平衡，和内分泌功能亢进的超正性平衡，患者已经适应了，因此病情往往被掩盖……

第一节 概 述

内分泌系统是人体重要的功能器官，由下丘脑、脑垂体、肾上腺、甲状腺、胰腺、性腺等组成，微量便可发挥巨大的威力，是维持生命不可缺少的器官。其中，脑垂体分泌生长激素、促甲状腺激素、肾上腺皮质激素、卵泡刺激素、黄体生成素、黑色细胞刺激素、催乳素、抗利尿激素、催产素；甲状腺分泌甲状腺激素；甲状旁腺分泌甲状旁腺素；胰岛分泌

胰岛素、胰高血糖素；肾上腺分泌肾上腺素、去甲肾上腺素、糖皮质激素、盐皮质激素、性激素；睾丸分泌雄激素；卵巢分泌雌激素、孕激素。

内分泌腺受中枢神经的管辖和控制，主要为大脑皮层和下丘脑直接支配，所谓神经内分泌作用。目前已发现下丘脑能释放对脑垂体控制的激素，甚至惊异地发现大脑中枢神经系统，对内分泌亦有调控激素相应区域，经研究证实，在特异的脑区，有特异的激素受体。神经系统对内分泌重要的调控作用以及内分泌腺体（所谓靶器官）本身对脑的反馈作用，这两种作用统称为神经内分泌作用，在内分泌的调节中起着重要作用。另外，内分泌的另一调控方式是脑垂体分泌各种促内分泌腺体的激素，促进诸内分泌腺体的工作，其它内分泌腺体又反过来约束脑垂体，即所谓反馈作用。此即说明神经系统与内分泌腺之间存在着互相促进及互相制约的内在联系，共同维持着内分泌系统的正常功能。

内分泌系统是人体的重要系统，关系着人体的生长、发育及衰老，是人体生长、发育的“调节器”和“催化剂”。内分泌系统失常将导致人体各系统的紊乱，产生各种疾病，使人的生命活动受到严重影响。

由于内分泌系统疾病进展缓慢，加之初起症状特异性差，后期又容易导致综合紊乱。因此，掌握内分泌系统疾病的先兆，早期发现及早期治疗内分泌疾病，对人体的健康具有十分重要的意义。

内分泌系统疾病与中医五脏六腑皆有密切关系，尤其与肝肾命门最为关联。为了更深入细致地对内分泌各个病的先

兆及阻截治疗进行剖析，故采用保留西医病名，用中西医结合的形式进行分述，并重点对脑垂体前叶功能减退症（命火衰微证）、肾上腺皮质功能减退症（肾阳虚衰证）、甲状腺功能减退证（脾肾阳虚证）、脑垂体功能亢进症（命火亢进证）、肾上腺皮质功能亢进症（相火亢进证）、甲状腺功能亢进症及更年期内分泌紊乱（冲任失调、天癸衰减）等病进行讨论。

第二节 脑垂体前叶功能减退症 （命火衰微证）先兆

脑垂体不但是生命的中枢，而且是内分泌系统的控制中心。脑垂体功能失常必然引起整个内分泌系统的失控，致各靶腺分泌失衡，最后产生内分泌系统的紊乱而危及生命。因此，脑垂体前叶功能减退，其先兆信号不仅来自脑垂体本身，还来自各靶腺器官……

一、概 述

脑垂体前叶功能减退症，发生于成年期后称西蒙氏病，发生于产后大出血引起脑垂体坏死，称为席汉氏综合征，而发生于成年期前则称侏儒症。

出现临床症状示意脑垂体组织已绝大部分被破坏，常发生于脑垂体切除术后，产后垂体坏死、出血性休克、垂体肿瘤、放射损伤、垂体感染（急、慢性感染，梅毒，结核，肉芽肿）、白血病、淋巴瘤等。由于垂体前叶的各种激素分泌不

足，因而逐渐导致各靶腺器官分泌失衡，最终导致整个内分泌系统的紊乱。垂体前叶功能减退最多见于产后休克，因为妊娠时垂体肥大增生，产后大流血，肥大的脑垂体因突然供血不足而骤然发生缺血性坏死，坏死组织形成瘢痕，以后逐渐纤维化，脑垂体大部分坏死后，各靶腺器官缺少脑垂体促激素的分泌而逐渐萎缩，相继出现各腺体的功能减退症。如脑垂体性低血糖（胰岛功能减退）、阿狄森氏病（肾上腺皮质减退症）、粘液性水肿（甲状腺功能减退症）、性功能减退症（卵巢、睾丸减退）、严重者引起垂体性昏迷而死亡。

二、先兆与阻截治疗

早期先兆 垂体前叶坏死 50%时无临床症状，坏死 75%时有轻微症状，一般出现早期先兆时已提示垂体坏死 50%以上。垂体前叶坏死多发生于有分娩休克史和分娩后大出血史的妇女。

本病早期多呈命火衰微先兆潜证，即畏寒肢冷，面色白，虚浮或晦暗，头目眩晕，精神萎靡，腰酸膝软，食欲减少，口出恶臭，舌淡胖苔白，脉沉弱。尤以皮肤色素沉着，毛发脱落及第二性征衰退变化为信号（乳房萎缩，阴毛脱落，生殖器干瘪，分娩后无乳汁分泌，月经延期，量少，性欲减退，男子阳痿、早泄）。发展下去则出现肾上腺皮质功能减退症，典型征兆为面黑消瘦，低血糖，低血压，低血钠，低体温以及甲状腺功能低下症（低体温，慢心率，脑力迟顿、虚浮泡胖），性腺功能减退症（月经减少，延后，稀发到闭经，性欲减退，生殖器萎缩，毛发脱落）。

阻截治则 宜温命火、扶肾阳，早期可服金匱肾气丸，右归饮等，出现典型症状则服用温命饮*：熟附子、上肉桂、紫河车、熟地、鹿角霜、山药、山萸肉、茯苓、丹皮、天生黄、甘草。

三、垂体前叶功能减退危象

在垂体前叶功能严重减退的情况下，应激能力下降，因此逢感染、外伤、手术、疲劳、精神打击、饥饿、寒冷、服过量镇静剂、注射胰岛素等情况下，极易出现垂体前叶功能减退危象。主要表现为低血糖昏迷，低温性昏迷，感染性昏迷及水中毒昏迷。

早期先兆 恶心、神志模糊、幻觉，以后则逐渐出现四肢发凉，血压、血糖下降，精神错乱，继而抽搐或惊厥、昏迷。

抢救 急予参附汤：人参、制附子，并配合西医进行抢救。

四、侏儒症先兆

垂体前叶功能减退症，发生于成人前则形成侏儒症。由于脑垂体前叶生长激素分泌过少，致骨骼生长不足，多因垂体先天性发育不足或感染、肿瘤、血吸虫、出生时脑外伤、营养不良致垂体发育不良所致，身高低于正常人的30%。

早期先兆 生长发育迟缓，上身长于下身，头大面老比例失调。1~2岁以后生长缓慢，以及正在生长的少年儿童，因患感染后出现生长停滞的，均应警惕本病的可能。

阻截治则 宜补肾温督,肾主骨生髓,督为阳脉之海,侏儒症与肾虚有一定关系。盖肾气主宰人体的生长壮老已,故助肾在侏儒症的治疗中有很重大意义。方予补肾温督汤*:鹿角霜、紫河车、熟地、巴戟天、补骨脂、骨碎补、菟丝子,加猪脊柱带髓一具,或长骨,排骨适量。

第三节 脑垂体前叶功能亢进症先兆

脑垂体前叶功能亢进症的信号,不仅在外形上表现为少年时期生长过速(尤其远比同龄人身高)成年人的肢端粗大等外兆,而且更为重要的是还有来自内体的信号,因为内脏也正以迅猛的速度在增大……

脑垂体前叶因肿瘤和细胞增生,导致生长激素释放过度,于是成年以前形成巨人症(长骨过长),成年之后形成肢端肥大症。

成年以前生长过速,以下肢尤著,长度超过正常人的30%。成年以后则指趾肥大,面部增长,下颚宽厚,颧骨高凸,五官肥厚,皮肤变粗,凡骨骼末端皆肥大化。内脏方面,心肝胃肠、生殖系皆增大,各内脏功能均亢进。

早期先兆 成年期后早期先兆为肢端增大,尤以手、足、耳、鼻、下颌增宽、增大为信号,继之则出现顽固性两侧侧头痛,视力减退,食量大增,性欲亢进等征兆。儿童则以身高增长迅猛为警号。

阻截治则 宜清泻相火,方予泻相火汤*:知母,黄柏、

生地、丹皮、女贞子加泽泻。

第四节 肾上腺皮质功能减退症 (肾阳虚衰证) 先兆

肾上腺皮质功能减退先兆虽然可以较早地反映于肾阳虚潜证,但由于长期出现的负性平衡,使患者已经习之以常,以致出现危象时才开始惊慌,不幸的是,为时已晚……

一、慢性肾上腺皮质功能减退症先兆

(一) 概言

慢性肾上腺皮质功能不全症,又称为阿狄森氏病。主要发生于肾上腺结核(占 1/3)、肿瘤、肾上腺炎(自身免疫性)、先天性肾上腺酶缺乏等疾患。主要病变为肾上腺皮质激素水平低下,导致全身生命活动缓慢、低下,最后早衰死亡。

约 1/3 有肾上腺皮质危象发作(即急性肾上腺皮质功能减退),一般肾上腺皮质被破坏 90% 以上才出现临床症状,发病以女性为多见,中年人发病率较高。

(二) 先兆及阻截治疗

早期先兆 早期先兆症为肾阴阳具亏先兆证型,即面黑干瘦,头晕耳鸣,腰酸膝软,神意乏力,畏寒肢冷,舌质淡苔白,脉沉细。继之,则出现面黑晦暗,消瘦干枯,虚惫乏力,恶心食少,毛发脱落,阳痿早泄,甚至低血糖、低血压、昏厥。报警信号为面部、手部及其它皮肤暴露部分色素沉着,

消瘦乏力。

阻截治则 宜温肾助阳，益阴填精，方予甘紫汤*：甘草、紫河车、鹿角霜、熟附子、熟地、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、泽泻，或金匱肾气丸、右归饮、左归饮。

二、急性肾上腺皮质功能减退症

（一）概言

急性肾上腺皮质功能减退症，又称肾上腺危象或华弗氏综合征，多发生于原有慢性肾上腺皮质功能减退症，或潜在慢性肾上腺皮质功能减退的基础上。

由于肾上腺贮备力剧降，应激力减弱，故在手术、感染、肾上腺切除术、肾上腺急性坏死（中毒性休克、败血症、大失血）等情况下容易诱发本病。并容易出现危象发作，掌握急性减退及危象先兆规律，对及早治疗、及早抢救，拯救生命具有重要的意义。

（二）先兆及阻截治疗

早期先兆 平素有肾阳虚衰，命火不足的征兆，如乏力虚惫，精神萎靡，面黑羸瘦，毛发脱落，畏寒肢冷，舌质淡苔白，舌体胖大有齿痕，脉沉弱。急性减退征兆为高热、休克、昏迷、恶心、呕吐、腹泻，甚至循环衰竭。报警症为无其它原因的恶心、呕吐、极度乏力、血压下降，神志淡漠或烦躁。

阻截治则 宜温肾阳、益肾精，方予甘紫汤*：甘草、紫河车、鹿角霜、熟附子、熟地、山药、茯苓、泽泻、山萸肉。及配合西医治疗。

三、肾上腺皮质功能减退症危象

早期先兆 由于感染、高热、手术、外伤、精神打击等因素，使肾上腺皮质负荷突然骤增而衰竭。先兆信号为恶心、虚惫、烦躁或淡漠，发展下去则出现血压下降，继而嗜睡，甚至昏迷、高热、脱水及循环衰竭而死亡。特征为低体温、低血压、低血钠及高血钾（即三低一高）。

急救原则 宜回阳救亡，急予回阳汤*：熟附子、人参、炙甘草，以挽残阳。

第五节 肾上腺皮质功能亢进症 （相火亢盛证）先兆

肾上腺皮质功能亢进症的发展过程是由亢进到衰竭，因为耗散太过，因此同样易导致危象。本病与肾上腺皮质功能减退症的负性平衡相反，由于长期处于超正性平衡状况，人体已经习之以常，故真正的病情常常被“旺盛的精力”所掩盖了，待出现危象时，已濒临衰竭……

肾上腺皮质功能亢进症又称柯兴氏综合征。发生原因为肾上腺皮质增生、肿瘤及脑垂体前叶肿瘤，释放过量的促肾上腺皮质激素。总的机制为血中肾上腺皮质激素水平过高，最终必将导致肾上腺皮质衰竭，中医属于相火亢盛。

早期先兆 本病早期先兆呈相火亢盛型，表现为毛发增

多，体胖垂腴，虚烦不寐，阳兴梦遗，小便黄，大便秘，舌质红，少苔。报标症为毛发增多，皮肤油红及肥胖，与肾上腺皮质功能减退症的毛发脱落、皮肤渐黑及消瘦相反。典型征兆为向心性肥胖，满月脸，毛发增多，性欲亢进，皮肤红润及皮脂溢出。

阻截治则 宜滋阴降火，方予泻相火汤*：生地、丹皮、黄柏、女贞子、知母。

第六节 甲状腺功能减退症先兆

甲状腺功能减退症同样为甲状腺器质性重度损坏或先天性发育不良所致。早期先兆为脾肾阳虚潜证，但患者同样适应了长期的负性平衡状况，待危象出现时，则宣告已步入失代偿……

甲状腺分泌甲状腺素，是维持机体代谢不可缺少的物质。其分泌功能减退时，主要表现在儿童期为呆小病，成年后为粘液性水肿。发生机制，呆小病多由于先天性甲状腺缺陷、甲状腺发育不全或后天缺碘，致甲状腺激素合成障碍；粘液性水肿则由于甲状腺炎、甲状腺滤泡被破坏、萎缩、致甲状腺功能减退。此外，内分泌系统调节中枢、下丘脑、脑垂体功能减退也可导致甲状腺功能减退，总之是甲状腺激素水平低下。

早期先兆 该病中医属脾肾阳虚，潜证多呈脾肾阳虚先兆证型，即见面浮白，食少纳呆，畏寒体凉，肢肿身困，疲

乏无力，舌质淡白，苔白腻，脉沉而缓，眼周及下眼睑浮肿，面色苍白、虚浮，思维变得迟缓。

阻截治则 宜温肾健脾，方予桂附理中汤加味：熟附子、上肉桂、党参、白术、茯苓、干姜、白芥子、昆布、海藻。

甲状腺功能低下继续发展下去则出现粘液性水肿，特点为指压时无凹痕，因为堆积在细胞间隙和组织间隙的是一些粘蛋白及粘多糖而非单纯的水液。甲状腺功能低下，在中医属于痰肿，病机为脾肾阳虚，具有上述脾肾阳虚症状。粘液性水肿有典型的面容，即浮肿多以眼周为著，尤其下眼睑、面部变得广大，眉间距增宽，皮肤苍白，鼻唇变得肥厚，舌体肥大，言语低顿不利，面容愚笨，思维缓慢，反应迟顿，动作变得迟缓，发展下去可变的淡漠、痴呆，或木僵、昏迷。宜温脾肾、醒脑神，化痰消肿，方予益膈消肿饮：羊膈、昆布、海藻、党参、熟附子、白芥子、茯苓、法半夏、陈皮、苍术、白术。

呆小病先兆 呆小病出现于成年期前甲状腺功能减退症，呆小病由于儿童时期患地方性、单纯性甲状腺肿（甲状腺代偿性肿大，或钙化、囊状病变）或散发性的甲状腺功能减退（多呈萎缩状）所致。

由于少儿期甲状腺激素不足，因此呈现发育迟缓，矮小和基础代谢率低下的症状，如怕冷、怕动、食少、迟顿等症。中医为肾阳不足，患儿呈现五软五迟，即行迟、语迟、立迟、齿迟、发迟，尤其为智迟。报标症为矮小、畏寒、智力迟顿及特殊面容：呆板、虚浮、流涎。

阻截治则 宜温肾益脑，方予羊膈益脑剂*：羊膈一具、

昆布、海藻、党参、附子、菖蒲、远志、龟板、益智仁、紫河车。

粘液性水肿危象 粘液性水肿属于成年期后甲状腺功能减退症，主要诱因为感染、麻醉、手术创伤、心力衰竭和使用镇静剂，或甲状腺制剂骤停，病因为甲状腺贮备减少，致失代偿之故。由于甲状腺素减少，使机体产热量减少导致低体温和休克。另外，由于心排血量下降，使脑组织缺氧、脑细胞代谢障碍而导致昏迷，高龄者发生危象机会较大。

危象发作先兆为淡漠、嗜睡、畏寒肢冷、心率缓慢，典型征兆为意识障碍，体温降低，血压下降，心跳减慢，呼吸减弱，甚至昏迷。

中医属真阳不足，发展为亡阳急证，即由面色 白，虚浮身肿，耳鸣腰酸，阳痿精冷，两足萎弱，脉大无力，发展为神志昏愤，肢冷汗凉，脉缓息微，面色 白等亡阳危证。

抢救 宜温阳救亡，方予参桂四逆汤：人参、上肉桂、熟附子、干姜、炙甘草。

第七节 甲状腺功能亢进症先兆

甲状腺功能亢进症，同样表现为超正性平衡，长期的阴虚阳亢证，使患者已经适应了，忽略了甲状腺在“旺盛”烟幕下的急剧消耗，因此极易导致衰竭危象。故本病尤其应注意不明原因的肝火潜兆……

甲状腺功能亢进症为甲状腺素分泌过多所致，远远超过

人体的需要量，目前有人认为是自身免疫性疾病。由于病毒感染、精神刺激等因素，激惹甲状腺，引起甲状腺素分泌增高，甲状腺肿瘤、下丘脑-垂体-甲状腺轴功能失调等也可导致甲状腺分泌增高。

主要病变为身体同化作用增强，代谢亢进。表现为中枢神经系统处于兴奋状态，呈反射活跃，精神振奋，激动不宁，失眠，且基础代谢率升高，心血管系统、呼吸系统、消化系统及造血系统等皆亢进，以心悸、气促、食欲亢进为突出症状。

早期先兆 甲状腺功能亢进症，中医病位在肝，病机为肝火亢盛，平素有心肝阴虚潜证，即呈头晕，心悸，易怒，怵惕不安，胁痛，舌质红，脉弦，颈略粗等症。报标症为畏热、多汗、手抖心悸。典型症状为突眼、颈粗、多食、消瘦、易怒、手抖、心悸、多汗、烦躁。少数老年人甲亢则表现为淡漠、嗜睡、迟顿，属“淡漠型甲亢”。

阻截治则 宜滋心肝之阴，兼以平肝，方予平癭亢剂*：柴胡、白芍、生地、麦冬、石决明、海藻、夏枯草、黄药子、柏子仁。在典型症状出现后则宜泻肝火，化痰散结，方予平癭亢剂合龙胆泻肝汤化裁：龙胆草、夏枯草、黄芩、栀子、泽泻、木通、车前子、柴胡、海藻、黄药子、牡蛎、贝母。

甲状腺功能亢进危象 甲状腺功能呈急剧亢进，血中甲状腺激素迅速增高，临床呈现高热（39℃以上），心率加速（200次/分），大汗，呕吐，腹泻，神志为极度烦躁，甚至出现谵妄、昏迷等症。

甲状腺危象前预兆为紧张，心悸，多汗，烦躁，高热，恶

心，乏力。淡漠型以神志淡漠，嗜睡，乏力为先兆。出现上述信号即可迅速发展为危象，应及早抢救。

阻截治则 宜清泻肝火，宁心安神，方予犀龙汤*：犀角（水牛角代）、龙胆草、石决明、生牡蛎、夏枯草、黄药子、柴胡、白芍，神昏予至宝丹、紫雪丹开窍并配合西医抢救。

第八节 性腺功能减退症 ——更年期综合征先兆

更年期综合征的病因在于，因性腺的急剧波动，引起其它腺体的失控，从而导致脏腑功能的紊乱，产生种种不适，故先兆信号必然首先披露于性系统。但是更年期力衰老开始的代名词，故并非仅为性腺减退，只是性腺减退较为突出而已，因此先兆信号不能只局限于性腺。另外，须要提及，更年期综合征由于心理适应不了突然的生理异常和性腺的大起大落所带来的失调，故极易发展为更年期精神病，先兆症的特点为带有明显的性色彩……

女子更年期为 45～55 岁，男子更年期为 50～60 岁。出现更年期综合征的机制为性腺减退，睾丸和卵巢逐渐萎缩，性激素分泌减少，性激素水平降低。于是脑垂体分泌促性腺激素增多，并由于更年期的到来（衰老的开始），肾上腺及甲状腺亦开始减退，相应的激素分泌减少，激素水平下降。这一阶段由于对脑垂体的负反馈制约力减弱，引起继发性脑垂体

功能亢进。因此脑垂体促甲状腺激素、促肾上腺皮质激素、促性腺激素及血中性激素水平皆增高,于是导致内分泌紊乱,表现出许多不适症状,即所谓更年期综合征。

更年期综合征的社会意义在于及早发现和治疗更年期综合征,可以帮助人们顺利地渡过更年期,减少夫妻之间因更年期不适带来的磨擦,有利于巩固家庭的稳定,尤其对进入生命的第二个春天更具有积极意义。

一、肝郁脾虚先兆潜证

早期先兆 女性月经逐渐延期,量少,稀发,食欲减少,性欲减退,面浮肢重,腰酸耳鸣,畏寒肢冷,忧郁少眠,胁肋不舒,舌质淡,苔白腻,脉弦细。

男性精力减退,忧虑寡欢,食少眠差,胁肋不舒,面浮肢重,阳痿早泄,舌质淡,苔白腻,脉弦细。

阻截治则 宜助肾健脾、疏肝解郁,由于此型性腺减退较为明显,因此舒肝解郁必须在助肾气的基础上进行。精神变化以忧郁为主,忧郁的产生非七情为患,而系内源性因素,即因于肾虚肝木不能温升,郁而克土之故,所以助肾气应为主要立论基础,疏肝解郁为辅。方予消忧饮*: (更年期 1 号) 仙茅、仙灵脾、熟地、柴胡、白芍、白术、茯苓、丹皮、甘草。

二、肾虚肝经郁火型先兆潜证

早期先兆 此型的主要特点为久郁化火,故症状表现以易激动、烦躁、焦虑多疑为主。体型多干瘦,面部潮红,汗

多，心悸，失眠多梦，血压高，性欲亢进，舌质偏红，脉细数。女子月经过多，甚至月二至，或为崩漏，男子则阳兴易举，早泄遗精。

此型属肾阴虚肝郁化火，故立法应滋肾阴为主，水足火自灭，不能妄自灭火。因更年期肾气已虚，相火已开始衰减，即使有火也为虚性偏亢，如病情需要，性激素水平确实偏高者，可暂清相火，但应适可而止。

阻截治则 宜滋肾疏肝郁，少佐清泻相火，方予平躁剂（更年期 号）*：生地、丹皮、山萸肉、仙茅、仙灵脾、女贞子、旱莲草、柴胡、白芍、黄柏、甘草。

更年期综合征继续发展下去，血中性激素水平由低（性腺减退）到反而增高（垂体分泌促性腺激素增高），最终下降（性腺萎缩）。由于性激素水平的大起大落导致其他激素的紊乱，使人体心血管系统，精神神经系统和代谢功能皆受到冲击，平素肾气较充者，更年期性腺衰退得较慢，起伏不大，内分泌紊乱较轻，临床症状不显。如素禀肾气较弱者，更年期性腺衰退较明显，内分泌紊乱较大，因此临床症状比较典型。由于性激素水平的下降可引起胸腺的变化，使免疫力降低，导致其他疾病和早衰的到来，性激素水平偏高的又易导致各种肿瘤，尤其是性器官肿瘤。更年期性腺本应逐渐衰减，如该衰不衰，应减不减反而病理性偏亢者，其中卵巢功能偏亢的，则易引起子宫、输卵管、乳腺以及卵巢本身的肿瘤。睾丸功能偏亢的发生前列腺及外生殖器等肿瘤。因此更年期性欲应相对下降，如反而亢进者，是不祥信号，应加以调整。

阻截治则 宜调整肾阴阳水平，方予更年平汤*：仙茅、

仙灵脾、生地、丹皮、知母、黄柏。临床应根据阴阳的偏颇调整二仙及知、柏的分量。近代用二仙汤随证加减：仙茅、仙灵脾、当归、巴戟天、知母、黄柏。

另外，更年期阶段，由于性腺的波动导致内分泌紊乱，引起精神心理异常，尤其以多疑和焦虑最为多见。其中，以怀疑配偶有外遇以及对被怀疑的“外遇”人的仇视和报复最为突出，因此用药应酌加开窍及定神之品，如菖蒲、远志、辰砂等，由于更年期心理及精神难以适应日愈变化的内分泌紊乱，如已发展为更年期精神病，具体治疗参看精神病先兆章，更年期精神病先兆节。

第六十七章 神经系统疾病先兆

神经系统包括大脑、脊髓以及外周神经等，引起的疾患广泛、复杂且较严重。所幸神经系统由于所居的重要地位以及组织结构的完备性，决定了这一精密装置稍出故障，便会及早发出警号，因而具备了早期发现的条件……

第一节 概 述

神经系统是人体最重要的系统，神经系统包括中枢神经系统（大脑、脊髓）及周围神经系统（颅神经、脊神经），是主宰和支配、调节人体生命活动的重要组织器官。神经系统的疾病非常广泛而复杂，包括大脑疾病，脊髓疾病及外周神经疾病（颅神经、脊髓神经）以及肌肉疾病、皮肤神经综合征、植物神经疾病、神经梅毒等，可由感染、外伤、中毒、血管病变，代谢障碍，遗传变性、肿瘤与先天性发育异常等引起。

由于包罗疾病太广，本篇只对常见病、多发病进行论述，即眩晕、重症肌无力、癫痫、震颤四病。

第二节 眩晕先兆

由于眩晕的病源极其复杂，因此先兆症的表现也呈形形色色状，较难掌握其规律，但万变不离其宗，万端种眩晕也无非功能性障碍及器质性损坏两大类。顽固而进行性的眩晕为大脑器质性损坏的信号，而偶发的一过性眩晕则常为大脑功能性障碍的暗示，但也可能为器质性损坏的前兆……

一、概 述

眩晕是一个非常复杂的症状，是多系统疾病的征兆，眩指眼花，晕指旋转感，二者并见合称眩晕。

眩晕的发生机制，《内经》比较重视虚的本质，并认为与肝肾的关系最大。如《灵枢·海论》说：“髓海不足，则脑转耳鸣、胫酸眩冒”。《素问·五藏生成篇》曰：“徇蒙招尤，……下实上虚……甚则入肝”，《灵枢·卫气》：“上虚则眩”，《素问·至真要大论》曰：“诸风掉眩，皆属于肝。”眩晕除与肝肾阳亏的关系最大之外，事实上，五脏皆能致眩，风火痰瘀亦无不作眩，故致眩的因素是很广泛的。从西医角度来看，眩晕分为脑性眩晕（脑动脉硬化、高血压脑病、颅内占位性疾病、传染性疾病），颈性眩晕（椎动脉供血不足），耳性眩晕（内耳的前庭、迷路、炎症、中毒），心源性眩晕（阵发性心动过速、心动过缓、房室传导阻滞），血管源性眩晕（高血压、低血压等），血液病性眩晕（贫血、再生障碍性贫血），眼源性眩晕（屈光不正等），内分泌代谢障碍性眩晕，外伤性眩晕，

中毒性眩晕（包括药物性中毒，如链霉素中毒）等。

由于导致眩晕的因素非常复杂，先兆症的表现也因原发病的不同而异，因此较难掌握，但仍有一定的规律可循，探索这些规律对早期发现及治疗原发病，根除眩晕有重要意义。

二、眩晕先兆的临床意义

眩晕非虚即实，虚性眩晕多为肝肾精血不足，或中虚清阳不升作眩；实性眩晕则以阴虚阳亢及痰浊阻络为多，挟瘀更甚，因此眩晕的先兆症括之为以下四型。

（一）肝肾精亏型眩晕先兆

早期先兆 肾生髓，主藏精，《灵枢·海论》曰：“脑为髓之海”，《素问·阴阳应象大论》曰：“肾生骨髓”，《灵枢·本神》曰：“肾藏精，精舍志”，说明肾精与脑髓之间有密切关系，脑髓源于肾精，故《灵枢·海论》说：“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”即是。

由于素禀肾虚，或劳心，劳房，劳累过度，导致肾精亏损，皆可引起脑虚而出现眩晕。先兆潜证为神惫乏力，面少精光，头昏眼花，耳鸣发落，记忆力减退，腰酸遗精，脉虚无力，虚损日久导致阳浮，则开始出现眩晕，欲作信号为头重足轻感，待出现目眩物转时，则已为典型征兆。属现代医学脑萎缩、椎-基底动脉供血不良、脑垂体功能减退症，肾上腺皮质功能减退症等。

阻截治则 宜填精补髓，兼潜虚火，方予补脑止眩汤*
>紫河车、灵芝、肉苁蓉、熟地、人参、龟板、茯神、牛膝、

黄柏、猪脊髓一具或羊脑一个，猪脊髓或羊脑煎汤另服。典型发作时酌加天麻、钩藤、僵蚕，食疗方用天麻煮猪脊髓一具。另外，由于精血同源的关系，故该型易兼见贫血，如证有面苍唇淡等血虚症时，又应上方酌加当归、枸杞、鹿胶、龟胶之类，以补血止眩。又“气归精”、“精食气”，精亏日久必致气不足，故兼气虚者，宜加人参、黄芪，以补气制眩。

（二）肝肾阴虚型眩晕先兆

早期先兆 《素问·至真要大论》说：“诸风掉眩，皆属于肝”，肝本风木之脏，性升主动，如肝阴不足则肝阳容易浮动；或肾阴亏虚，水不涵木，最易惹动肝阳，上扰清空。由于肝体阴用阳，故素禀肝气旺者，最易耗阴动阳，或后天失养肾阴亏耗，致肝气缺少滋涵，则肝气易浮动而产生晕眩。

先兆潜证多为肝肾阴虚、肝阳偏亢混合型，证见面目泛赤，急躁易怒，口干舌质红，五心常热，腰酸遗精，脉细弦等。如自觉头胀、头大、眼花，则为肝阳浮动，眩晕欲作信号，待出现眩晕，恶心、目糊，则已为本病典型症状。

阻截治则 宜滋水涵木、柔肝潜阳，方予滋水涵木饮*化裁：生地、玄参、白芍、生牡蛎、龟板、牛膝、青皮。眩晕发作时加天麻、钩藤、生石决明、僵蚕，如肝阳偏亢，则宜镇肝息风，方予镇肝熄风汤：牛膝、生赭石、生龙骨、生牡蛎、龟板、杭芍、玄参、天冬、川楝子、茵陈、麦芽、甘草。

（三）痰浊肝郁型眩晕先兆

由于脾运化不力，致脂浊内停，或恣食肥甘，致痰浊内聚、壅阻经络，皆可蒙蔽清阳而导致眩晕，故朱丹溪说：“无

痰不作眩。”

早期先兆 该型患者大多食欲旺盛，痰多懒动，头昏健忘，苔腻脉滑。一旦痰浊挟肝气上蒙，则易导致眩晕，头时如蒙为眩晕欲作报兆先兆，待出现明显眩晕时则已为典型征兆。现代医学动脉硬化、冠心病、美尼尔氏病等，大多属于此型。

阻截治则 宜豁痰化浊消脂，方予软脉消脂汤*化裁：茯苓、法半夏、陈皮、枳实、竹茹、泽泻、丹参、山楂、荷叶、何首乌、黄连。肝阳偏亢者，酌加夏枯草、代赭石、天麻、钩藤。日久痰浊挟瘀阻络，则须兼顾化瘀，上方酌加消瘀散*：生三七、水蛭、地龙，如脑部有外伤史或颈椎病致眩者，应提早加化瘀之品。

（四）中虚型眩晕先兆

早期先兆 脾胃为人体清浊升降的枢轴，尤其脾主升清，如脾虚、中阳失运，致清阳不升、浊阴不降，浊阴上干清空，则导致眩晕。如《素问·阴阳应象大论》曰：“清阳出上窍，浊阴出下窍”。《灵枢·阴阳清浊》曰：“清浊相干，命曰乱气”。

此型人多为先天脾阳素薄，或饮食不节损伤脾气，症见面色白，气短乏力，腹胀食少，大便不实，舌淡苔腻，脉弱无力等。该型属虚性眩晕，正如张景岳所言：“无虚不作眩”。该型眩晕欲作信号为头昏而空，出现眼发黑则为本病典型征兆。现代医学的低血糖、低血压、肠胃功能紊乱、椎—基动脉供血不足、严重贫血等属于此型，有肾阳虚者，现代

医学肾上腺皮质功能减退，甲状腺功能减退引起的眩晕多属之，治疗则应加附子、肉桂。

阻截治则 宜补益气血、升举清阳，方予补中益气汤：人参、黄芪、白术、升麻、柴胡、当归、陈皮、炙甘草加天麻、荷叶。或用举元煎：人参、黄芪、升麻、白术、炙甘草，升陷汤：生箭芪、知母、柴胡、桔梗、升麻。

（五）眩晕凶兆

1. 实性眩晕危象 主要为肝阳暴亢、肝风翕张、致清窍欲闭。相当于现代医学高血压危象，病理实质为脑部细小动脉强烈痉挛，导致颅内压增高，引起剧烈眩晕、头痛、恶心、视力模糊，或一过性失明、言语不利。如脑细小动脉持续痉挛不得缓解，即为高血压脑病，可发展为脑水肿，导致昏迷、黑蒙、抽搐，甚至死亡。病情危急，非重剂不能潜镇。方予羚羊石决明汤*：羚羊角、石决明、钩藤、代赭石、牛膝、葛根、天麻、僵蚕、生牡蛎，痰甚加天竺黄、竹沥，热重加生石膏，酌服牛黄清心丸。昏迷酌用至宝丹、紫雪丹。

2. 虚性眩晕危象 主要为厥、脱凶兆，即在眩晕过程中出现头晕眼黑，汗出肢冷，气短心悸，脉弱无力。提示气虚将绝，包括心阳暴脱，或其它脏气欲竭凶兆，相当于现代医学虚脱、休克，常出现于低血压、低血糖、和肾上腺皮质功能减退、心源性眩晕等疾病。有脑供血不足危象，应立即给予独参汤，伴阳虚者（如出现畏寒肢冷）则急用参附汤以挽回欲脱之阳。

第三节 癫狂先兆

癫狂一病为精神病中的高发病，对人类的危害较大，而且其病多隐匿进展，先兆症常常被躯体症所掩盖。但由于本病与遗传有关，为与生具来，故远期先兆即可在性情神态上发现端倪。又狂病多火，癫病多痰，故近期先兆应于痰兆及火兆中求……

一、概 述

癫、狂皆为精神失常的疾患。癫证以精神紊乱、抑郁沉默、痴呆寡言、语无伦次、甚而木僵为主证，狂证则以精神错乱、兴奋狂躁、惊呼打骂、不避亲疏为特征。

《内经》对癫狂早有论述，如《灵枢·癫狂篇》说：“癫疾始作，而引口啼呼喘悸者……先反僵，因而脊痛。”“狂者，多食善见鬼神，善笑而不发于外者，得之有所大喜。”

癫、狂的发生机制皆因于阴阳失调，如《难经·二十难》说：“重阳者狂、重阴者癫”。《素问·宣明五气篇》说：“邪入于阳则狂，搏阳则为癫疾。”在阴阳失调的基础上，又与痰迷心窍有关。其中，癫因于痰气郁结，狂则系痰火壅盛，如《素问·至真要大论》所说：“诸躁狂越，皆属于火。”此外，由于瘀阻脑络，导致脏气不能上荣脑髓，产生清空神乱、灵机失职，也是癫狂的发生机制之一。如王清任《医林改错》说：“癫狂一证，哭笑不休，詈骂歌唱，不避亲疏，许多恶态，乃气血凝滞脑气，与脏气不接，如同做梦一样”。并提

出了癫狂梦醒汤，以桃仁为君破瘀宣窍。

总之，癫狂病位均在肝胆心脾，总因阴阳逆乱，心神受扰所致。此外，本病与遗传因素也很有关系，发病率大约比一般人高 10~30 倍。

由于癫狂病的发病率较高，无论各阶层、各年龄都可发生，对人体健康及工作影响较大，且诸病多隐潜进展，先兆症又常匿混在躯体症状之中。因此，揭示其先兆规律，争取早期治疗是十分必要的。

癫狂包括现代医学的精神分裂症、躁狂忧郁性精神病、更年期精神病，神经官能症，老年性精神病等。

二、癫狂早期先兆的临床意义

（一）癫病先兆 癫病属阴、主静，所谓“重阴者癫”，故发病前大都有较长期的隐证阶段。

远期潜证 患者多为少阴之人、太阴之人，即病理水型、土型人，属高度内向型。平时心胸较狭窄，自私自利，沉默寡言，仔细认真，工作一丝不苟，刻板守成，孤僻好静，但尚能如常人一样工作和生活。

近期潜证 患者渐现痰郁型潜证，即见时觉咽哽，常感胸闷不舒，痰多而粘，苔腻脉滑等症。

欲发信号 一过性神思迷惘，目瞪不瞬，喜静独处，胸闷欠伸为本病欲作信号。因心藏神、脾藏意，癫证病位在心脾，脾郁失运，致痰凝不伸、神明受扰故也。

先兆特点 癫病特点为痰气郁结，病位在心脾，故先出现情志及痰症状。其中，情志症状以多悲为特征。如《灵枢

· 癲狂》曰：“癲疾始生，先不乐”，《难经·五十九难》曰：“癲疾始发，意不乐，僵仆直视。”痰症状特点为咽堵神昧，乃痰气内郁，脾气不伸所致。

典型症状 抑郁呆滞，目睛不瞬，时喃喃自语，语无伦次，经常悲伤欲哭，或神思恍惚、魂梦癫倒，或不动不语，呆立傻坐，并有妄视妄闻、自罪自责等典型症状。

癲病与郁证的区别 癲病患者大多有遗传史及精神创伤史，因长期不能排解而忧郁成疾，大多情感痴呆，故精神障碍是本病病根，其先兆症亦以精神症状为主，躯体症状为继发，最终必将导致精神崩溃、形神具败。总之，癲病自始至终以精神病变为主要环节，主要为现代医学的精神分裂症和家族史、遗传因素有很大关系。

郁证包括内源性郁证及外源性郁证。其中内源性郁证可无精神创伤史，外源性郁证则有精神紧张，内心冲突史，心理失去平衡。郁证有上进心，和癲病的毫无上进心迥异。其中，精神病证与躯体病证互相影响，互为病理因果关系。内源性郁病虽以躯体性症状为基础，但最终仍转化为精神性疾病，导致形神皆损。此外，郁证与癲病不同之处还在于郁证的精神症状没有癲病显著，郁证相当于现代医学的神经官能症。

阻截治则 宜化痰解郁、顺气开窍，方予豁痰开抑饮*：柴胡、白芍、菖蒲、郁金、细辛、牙皂、枳实、法半夏、竹沥、姜汁。气虚加人参，阳虚加附子、干姜，神迷较明显者，加服苏合香丸宣窍，心脾两虚、心悸易惕者，可用甘麦大枣汤：炙甘草、大枣、淮小麦，加元肉、莲子肉、菖蒲、远志、

茯神。又久癲必挟瘀，故应酌用桃仁、红花、葱白、酒，以破瘀通窍。也可酌用王清任癲狂梦醒汤：桃仁、柴胡、香附、木通、赤芍、半夏、腹皮、青皮、陈皮、桑皮、苏子、甘草。

（二）狂证先兆

狂证主动，所谓“重阳者狂”。因此，患者可有一段时间先兆潜证，并且比癲病显露的较快。

远期潜证 该病多为太阳之人，少阳之人，即病理火型、木型人，呈高度外向，禀性急躁，好激动易怒，多言善惊，孤高自傲，自命不凡，好为人师。

近期潜证 为渐至明显的痰火质型潜证，即见目赤易怒，痰多口苦，心烦失眠，小便黄赤，大便秘结，舌质红、苔黄腻，脉弦而数等症。

先兆信号 出现躁动不安，言语大增，自以为是，是狂病欲发信号。正如《灵枢·癲狂》所曰：“狂始发，少卧不饥，自高贤也。”因狂病主要病位在心肝，心主神明，痰火偏旺，必扰动心神，又肝为将军之官，性慍悍志怒，易受激惹上逆之故。

先兆特点 狂病特点为痰火为患，病位在心肝，仍先出现情志症状及痰症状。其中，情志症状以喜怒无常为特征，如《灵枢·癲狂》曰：“狂言、惊、善笑、好歌乐，妄行不休者，得之大恐。”“狂者多食，善见鬼神，善笑而不发于外者，得之有所大喜。”痰症状特点为狂暴、神蒙，乃痰火上扰，肝胆气逆所致。

典型症状 初则哭笑无常、不避亲疏，继之神丧失守，狂

乱无常，甚而弃衣而走，登高而歌，或行凶打人，砸物毁坏，力大无比。

狂证和癫证日久皆可互相转化。狂证日久，可因火气渐平，痰气凝结而转为癫证，癫病时长亦能因痰郁化火，上蒙清窍而变成狂证。其中，癫病因痰气凝滞，最易挟瘀，狂病则因火旺耗津，极易伤阴，故在治疗上应注意兼顾。

阻截治则 宜泻火涤痰，镇心宣窍，方予镇狂汤*：生铁落、天竺黄、黄连、竹沥、姜汁、胆南星、菖蒲、远志、龙齿、朱砂，灯心草为引。热甚加羚羊角、水牛角或生石膏、腑实加大黄，痰甚可辅以礞石滚痰丸：礞石、大黄、沉香、黄芩、朴硝。或白金丸：白矾、郁金。神迷重者可用吐法，瓜蒂散、三圣散：瓜蒂、防风、藜芦，但吐法必须证实方可应用，伤阴加寸冬、玄参。另外，狂病的一大特点为善食、食多助火，故《内经》治疗原则有“夺其食则已”之说，可以作为控制手段之一。

第四节 癫痫先兆

癫痫的发生率竟高达人口的千分之一，可见探索早期先兆对本病的现实意义。由于癫痫是一种胎传疾患，与风痰至关，故远期先兆多隐藏于潜证之中，而近期信号则常以风兆、痰兆为先露……

一、概述

癫痫是一种发作性昏仆、抽搐、呼叫、口吐涎沫的疾病。

《内经》对癫痫的病因及症状已有较多记载，如《素问·奇病论》：“人生而有病癫疾者……此得之在母腹中时，其母有所大惊。气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾也。”指出癫痫的成因与胎期先天惊恐密切相关。此外，癫痫的成因与痰浊关系甚为密切，病位在肝胆脾胃，多为风痰上逆，闭阻窍络。癫、狂、痫三证，皆以虚为本，以痰为标，故《灵枢·癫狂篇》说：“狂……少气之所生也”指出气虚是致狂的病机之一。癫痫的病机以风痰为要，总以痰为本，以肝脾为源，故前贤有“无痰不作痫”之说。盖风与肝相应，风气内通于肝，肝气内虚则风阳容易扰动，风阳袭扰则肝阴愈虚，肝阴愈虚则风阳愈易袭入，如是风阳与肝虚互为病理因果关系，加速了癫痫的形成及恶化，此类癫痫属阳痫。证见卒然仆倒，面色红紫，两目上视，牙关紧闭，口吐白沫，发出类似猪羊叫声，手足抽搐，舌质红，苔黄腻，脉弦或弦滑。

脾胃为运化水湿之脏，脾胃虚则湿浊不化，聚而为痰，痰与风阳搏击上涌而为癫痫，则多形成阴痫。证见倒仆昏愤，面黯色晦，口唇发青，眼闭口干，涎沫外溢，手足搐动，舌质淡紫，舌苔白腻。

二、癫痫先兆的临床意义

癫痫病人发作之前皆有一段先兆潜证，不同的类型，先兆潜证亦异。

（一）阳痫型先兆

早期潜证 该型患者平素肝阴不足，风痰内伏，故素呈肝阴虚痰热型先兆潜证。常感头晕头痛，头时作响，目眩眼

花，胸闷欲伸，涎多欲呕，舌质偏红，舌苔黄腻，脉滑。上述潜证，如无外因激惹，可长期潜伏，倘遇风阳内扰，则易迅速演变为癫痫前期。

先兆信号 突然性格大变，一反往常，由原来的急躁易怒，变得极度抑郁苦闷。或由以往的沉静突然变得狂怒激动，头闷胀加重，口涎增多，常怒目而视，胸闷欲伸，如此先兆信号可持续数日至数周如早期服阻截药可以延缓和控制发作。

典型发作 面色紫红，昏仆倒地，牙关紧闭，两目上视，手足抽搐，喉中痰鸣，口吐涎沫，并发出猪羊叫声。

阻截治则 宜清热涤痰，养阴柔肝，方予柴芍温胆汤：柴胡、白芍、胆南星、竹沥、黄连、茯苓、法半夏、枳实、生姜、甘草，如出现先兆信号，则加小白附子、天麻、僵蚕，辅以白金丸：白矾、郁金。典型发作服用小白附子天麻剂（康诚之方〔1〕）小白附子、天麻、钩藤、细辛、牙皂、菖蒲、远志、全蝎、蜈蚣、僵蚕、法半夏、姜汁、天竺黄、辰砂。

（二）阴痫型先兆

早期潜证 此型脾胃素虚、运化不足，常呈脾虚湿盛先兆潜证，即为痰湿内盛，呕恶纳呆，痰涎充口，脘痞不舒，头重头闷，目常发直，舌质淡、苔白腻等症。此型先兆潜证可长期存在，如坚持服用健脾化痰之品，可以阻断向早期先兆发展。

先兆信号 如失治和受情感诱发，则易向前期阶段过渡，出现头重、发呆、痰涎涌口、恶心脘闷、失眠等先兆信号。此阶段可持续数日至数月，如迅速服用涤痰开窍药可以避免发

作。

中医文献著述对癫痫先兆的记载较多，如《千金要方·候痫法》说：“目瞳子卒大，黑如常是痫候”，“闭目青，时小惊是痫候”，“弄舌摇头是痫候”皆是。

典型发作 面色晦暗，昏仆不醒，双目半睁，手足清冷，口吐涎沫，手足抽搐，不啼叫，或呆木无知，呼之不应，日十数发作。

阻截治则 宜健脾化痰，方予温胆汤合六君子汤：党参、茯苓、法半夏、白术、陈皮、枳实、竹茹、生姜、甘草，辅服白金丸：白矾、郁金。出现先兆信号则宜涤痰防痫，方予止痫汤*：茯苓、法半夏、枳实、竹沥、姜汁、胆星、僵蚕、菖蒲、远志、白矾、苍术。典型发作，宜温阳化痰止痫，以小白附子天麻剂酌加温阳之品：小白附子、天麻、钩藤、法半夏、细辛、牙皂、菖蒲、远志、僵蚕、全蝎、蜈蚣、干姜。日久体虚精血大亏者可服河车丸：紫河车、茯苓、茯神、远志、人参、丹参。

第五节 癫痫性精神障碍先兆

癫痫性精神障碍由癫痫演变而来，多发生于癫痫病长期发作者。其以逐渐出现的情感障碍，如情感两极化、刻板、呆笨……为预兆。但本病的要害为痰迷心窍，故自始至终应注意无形痰兆的时隐时现……

一、概 述

癫痫性精神异常，是癫痫发作的一种形式。癫痫发病率约占人口的千分之一，主要病证为仆倒，不知人事，四肢抽搐，口吐涎沫，目睛上视，口中发出类似猪羊叫声，称为癫痫大发作，也包括仅有短暂意识丧失及眼肌轻度抽动的小发作，少数人表现为癫痫性精神异常发作，而无癫痫大、小发作，有的则由长期癫痫演变而成。

癫痫性精神障碍，无论原发性或继发性癫痫皆可发生，并且可以发生在癫痫状态之前或之后的任何时候，其先兆症状大多有癫痫病的特征。癫痫性精神障碍分为癫痫发作前精神障碍及癫痫性精神病，癫痫发作前精神障碍其先兆症状，以出现兴奋或抑制两极情感变化为信号。即表现为躁动不安，易于激惹，紧张敏感，或忧郁压抑，呆滞刻板、甚至悲观自罪，并于发病前较为突出，大发作后可缓解。而癫痫性精神病主要包括癫痫性人格变态，癫痫性痴呆及癫痫性精神分裂，大多发生于癫痫后期相当长一段时间，同样可因癫痫大发作而得暂缓，其先兆症及阻截治则分别论述如下：

二、癫痫性精神障碍先兆的临床意义

（一）癫痫人格变态先兆

早期先兆 癫痫性人格变态，是癫痫性精神病的前期阶段，也可为癫痫病的后期改变，主要表现为狭隘，自私，固执，过分拘谨或粗暴，不近情理，冲动缺乏自制。其特点为“两极性”，即粘滞型和激动型的两面存在。如出现发愣，呆

顿，目光呆滞，一过性糊涂，涎多，头痛，则为癫痫发作或复发先兆。

阻截治则 宜柔肝豁痰、宁神开窍，方予柔肝化痫饮*：柴胡、白芍、当归、菖蒲、郁金、远志、天竺黄、牙皂、细辛、天麻、枣仁、百合、小麦、大枣、甘草。或予小白附子天麻剂：小白附子、天麻、全蝎、僵蚕、蜈蚣、细辛、牙皂、法半夏、生姜、小枣、甘草。

（二）癫痫性痴呆先兆

早期先兆 该病主要机制为长期慢性癫痫，导致大脑局部萎缩，主要症状为癫痫反复发作，初起先兆为性格变得粘滞，刻板，迟顿，并逐渐发展为呆笨，甚至痴呆。

阻截治则 宜荣脑益神、豁痰开窍，方予益脑豁痰剂*：党参、当归、白芍、紫河车、鹿角霜、龟板、熟地、菖蒲、远志、天竺黄、细辛、牙皂、甘草，另服磁朱丸：磁石、朱砂。

（三）癫痫性精神分裂先兆

早期先兆 长期癫痫反复发作后逐渐出现，或发生于癫痫前期，以情绪改变，紧张，激动，幻觉妄想，朦胧状态为先兆。以后逐渐出现神游、梦游、或谵妄状态，木僵状态，甚至精神分裂样发作。

阻截治则 宜豁痰熄痫，调神开窍，方予豁痰化痫饮*：生石决明、天麻、柴胡、白芍、朱砂、黄连、菖蒲、远志、法半夏、竹沥、姜汁、天竺黄，酌加细辛、牙皂。

第六节 颤病先兆

颤病也是一种遗传性疾病，与家族史密切相关，由于颤病的病本在肝，病标在风，故远期先兆应追究于肝肾之阴不足潜证，而近期先兆则多以风兆为发露……

一、概 述

本病属中医颤证，为头、肢不自主震动的一种疾病。人体意识不能控制，包括现代医学帕金森氏病、舞蹈病及手足徐动症等，严重者可发生扭摆、痉挛，甚至危及呼吸、生命，颤证多发生于温热性疾病、痹证或源于脑部疾患，其中震颤麻痹多发生于中老年男性，舞蹈病则多危害小儿。

颤证为一种肢体动摇症，由于风性善动，肝本风木之脏，故本病与风邪入侵及肝病密切相关。如《素问·至真要大论》所曰：“诸风掉眩，皆属于肝”，肝肾阴虚、筋脉失濡是该病的根本。此外，大汗伤阳，气血双虚也可发生本病。其他，如湿热交阻经络也可导致，由于颤证较为顽固，难以根除，因此及早发现先兆，争取早日控制发作，实属必要。

二、颤证先兆的临床意义

颤证大多有家族史，并有一定的遗传性，因此先兆潜证存在较早。故对该病早期先兆的研究，应着手于先兆潜证，发现及阻截治疗对本病具有积极意义。

（一）肝肾阴虚型颤病先兆

早期先兆 素禀肝肾之阴不足，或因病失养，或摄生不慎，致阴虚阳亢，水不涵木，症见头晕耳鸣，失眠梦多，腰酸膝软，舌质偏红，脉细弦。

报标症为肢常麻，肉时掣动，筋络时拘紧，面部表情常僵化，发呆健忘。该型颤病主要包括现代医学震颤麻痹症（帕金森氏病）。

阻截治则 宜滋养肝肾之阴，方予六味地黄汤：生、熟地、山萸肉、淮山药、茯苓、泽泻、丹皮等。如出现明显震动、强直及运动障碍，则必用龟板、鳖甲之类以育阴熄风，方宜大定风珠：生白芍、阿胶、生龟板、干地黄、麻仁、五味子、牡蛎、麦冬、甘草、鸡子黄或三甲复脉汤：干地黄、白芍、炙甘草、麦冬、阿胶、麻仁、生牡蛎、生龙骨、鳖甲、龟板，或大补阴丸：黄柏、知母、熟地、龟板，酌加鳖甲、牡蛎、钩藤、白蒺藜，兼肝血虚者，可酌加当归、桑椹子、木瓜、玳瑁、白蒺藜等，以养血熄风，柔肝缓筋。

（二）阳气虚型颤病先兆

早期先兆 素禀阳虚元气不足，或劳累、久病、大汗后损伤阳气，致筋脉失于温煦，症见恶寒肢冷，面色淡白或白，头昏乏力，舌质淡苔白润，脉沉无力。报标症为头晕乏力及偶发性筋惕肉瞤。该病多出现于久病伤元之后，主要包括现代医学脑炎后遗症、手足徐动症和帕金森氏病后期。

阻截治则 宜温肾扶元，方予四逆汤辈：附子、干姜、甘草。或人参养荣丸，如出现行走振振欲擗地体摇、步履维艰等典型症状时，则予真武汤：附子、干姜、白芍、白术、甘

草以益元温经。

（三）痰湿痹阻型颤病先兆

早期先兆 平素为痰湿之体，复感受湿热之邪或湿邪化热，痰热交结痹阻经络，症见头晕口干、痰稠胸痞，苔腻而黄、舌质偏红，脉滑数。报标症为头晕头摇，肢麻，该型颤病主要为风湿痹证，包括现代医学舞蹈病。

阻截治则 宜清热利湿豁痰，方予云连温胆汤：黄连、茯苓、法半夏、橘皮、枳实、竹茹、甘草。如出现头摇、震颤、摇摆、舞蹈动作时，则应予木连饮*：木瓜、云黄连、茯苓、法半夏、桑枝、牛夕、白芍、白蒺藜、钩藤、伸筋草、豨莶草、天麻、天竺黄、胆星。

第七节 痿证先兆

痿病多虚，五脏皆能致痿，非独肺也。五脏不足是产生痿病的土壤，故痿病先兆隐藏于五脏（尤其为肝肾肺）异常的潜证之中……

一、概 述

痿证，指筋脉弛缓，手足痿软无力的病证，日久呈现瘦削无力，尤以下肢无力为著。痿证包括痿臂（肺痿）、脉痿（心痿）、筋痿（肝痿）、肉痿（脾痿）及骨痿（肾痿）五种。中医对痿证的病因病机、症状及治疗，都有较全面的认识。《内经》并设有专篇进行讨论，如《素问·痿论》曰：“五脏使人痿何也……肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄著，则生痿臂也；

心气热，则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿，枢折挐，胫纵而不任地也；肝气热，则胆泄口苦筋膜干，筋膜干，则筋急而挛，发为筋痿；脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿；肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿”。

痿病与肝脾肾的关系最为密切，因肝主筋，肾主骨，脾主四肢、肌肉之故，肝脾肾功能失常则筋骨弛缓、肌肉痿废而不用，因此肝脾肾功能的异常是痿病先兆产生的土壤。

痿病包括西医的急性感染性多发性神经炎、重症肌无力、小儿麻痹证，进行性肌营养不良、截瘫、周期性麻痹等病。其中，除重症肌无力先兆及阻截治疗另立专题讨论外，其余各病皆概括于下列先兆类型中进行阐述。

二、痿病先兆

（一）湿热遏阻型痿病先兆

早期先兆 本病主要病位在脾，由于湿热侵袭、困遏脾胃，致脾气受损、运化受阻，因脾主肌肉、肌肉失荣故痿废不用。从而呈现脾虚湿热先兆潜证，症见面色萎黄，食少乏力，体倦肢怠，腹胀便稀，尿短黄，舌苔黄腻，脉濡等症。

报标症为手足麻木发软，以后逐渐发展为四肢瘫软，甚至痿废不用。中医主要属肉痿或脾痿，该型包括西医的进行性肌营养不良，小儿麻痹症等病。

阻截治则 早期以益气健脾，清热化湿为主，方用四君子汤合三妙丸：党参、白术、茯苓、苍术、黄连、牛膝、佩兰、荷叶、甘草，出现痿躄后用克痿号*：人参、苍术、黄柏、防己、萆薢、牛膝。

（二）气阴两虚型痿病先兆

早期先兆 该型主要病位在肺，由于“肺热叶焦、发为痿躄”之故。主要病因为客热耗伤肺气，肺不布津，致筋脉失煦，故痿弱不用。先兆潜证为肺气阴两亏，症见面白少华，呼吸气短，口干咳嗽，皮肤枯燥，口干苔薄，脉细无力。

报标症为下肢膝软，行走无力，逐渐发展为全身肌肉痿废不用。中医多属肺痿、皮痿，包括现代医学急性感染性多发性神经炎，脊髓蛛网膜炎后遗症等病。

阻截治则 宜益气养阴润肺，方予清燥救肺汤：人参、阿胶、黑芝麻、麦冬、杷叶、石膏、杏仁、甘草。如出现痿躄则予克痿 号*：人参、麦冬、五味子、沙参、石斛、苍术、黄芩、竹叶、甘草。

（三）肝肾亏虚型痿病先兆

早期先兆 该型由于过劳失养或久病损伤肝肾，致筋骨失荣而成痿病，因肝主筋，肾主骨，肝肾亏损、精血不足之故。先兆潜证为肝肾亏虚证，即见头晕脑空，失眠健忘，腰酸膝软，神意乏力，遗精带下，脉沉迟弱。

报标症为腰膝酸软，头昏脑空，逐渐发展为下肢痿软，不能行立，甚至全身肌肉痿废不用，中医属于筋痿、骨痿，包括现代医学的重症肌无力、周期性瘫痪、癱病性瘫痪等疾病。

阻截治则 宜补益肝肾，清利湿热，方予克痿 号*：紫河车、熟地、龟板胶、鹿角霜、黄柏、苍术、牛膝、动物骨髓。另外，久痿必挟瘀，可酌加三七、桃仁之类。

第八节 重症肌无力先兆

重症肌无力属痿病。因为主要病变在肌肉，故与脾的关系最大。又湿热之邪是本病的主要致病因素，湿邪又是脾的克星，因此远期先兆大多为湿兆，近期先兆则以脾虚中气不足为信号……

一、概 述

重症肌无力属中医痿证范畴，为一种神经肌肉接头间传递功能障碍所致的疾病，以骨骼肌疲劳为特征。近代认为属于自身免疫性疾病，且与病毒感染有关，根本原因尚待揭示，目前已发现与胸腺异常密切相关，以女性为多见。

二、先兆及阻截治疗

早期先兆 本病中医认为与脾的关系最大，因脾主肌肉、湿易困脾，故该病先兆潜证多呈脾虚湿热证型。即见面色萎黄，食少乏力，体倦肢怠，腹胀便稀，尿短黄，舌苔黄腻，脉濡等症。

本病起病极为隐匿缓慢，仅以眼睑下垂为眼肌型的报标症。咽呛（吞咽反射迟钝）为延髓肌型早期信号，梳头吃力为脊髓肌型预兆。病情发展下去，眼睑肌型者出现眼睑下垂，复视，眼球运动受邪，继而全身骨骼肌受惠。延髓肌型者，声音日愈低微，吞咽困难，咀嚼无力，继而遍及全身。脊髓肌型者，以上肢无力逐渐累及下肢。

阻截治则 早期以益气健脾，清热化湿为治，方用补中益气汤合三妙散：党参、黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、当归、苍术、黄柏、牛膝。出现痿痹后用抗痿方*：人参、黄芪、苍术、白术、黄柏、牛膝、防己、萆薢。湿热重者加佩兰、竹叶，气虚甚者重用人参、黄芪，肝肾亏者加紫河车、鹿角胶、动物骨髓、熟地、龟板等，日久挟瘀加三七、红花，瘀重者辅以大黄 虫丸，阴亏者可辅以大补阴丸：黄柏、知母、熟地、龟板，或加服虎潜丸：黄柏、龟板、知母、熟地、陈皮、白芍、锁阳、虎骨、干姜。

制马钱子对重症肌无力有兴奋脊髓、延脑，增强肌力作用，但毒性较大，必要时可谨慎使用，日总量一般不超过1克，过量可引起惊厥，甚至昏迷。

第九节 颈椎病先兆

每当变换头位，如低头或后仰时出现短暂的眩晕、并伴有不明原因的指麻时，首先应警惕颈椎病隐患。但颈椎病是一个极为复杂的颈椎综合征，其先兆信号当然不会如此单纯……

一、概 言

颈椎病又称颈椎综合征，是中、老年人常见病、多发病，近年有增高趋势，对中老年人威胁较大。对从事低头位伏案工作者的危害尤甚。如脑力劳动者、书写工作者、打字员、会计、绘画、绘图、修理、缝纫、检验工作者等发病率都相当

高，因此早期发现先兆，争取早期治疗，对本病有重要意义。

颈椎病是颈椎间盘、关节、韧带等组织的退行性变化，肾虚督脉空是为主要内因，风寒、劳损、外伤往往为本病诱因。由于临床以颈神经根、脊髓、椎动脉及颈部的交感神经受刺激和被压迫表现的综合症状为特征，故又称为颈椎综合征。

二、颈椎病主要病理

（一）椎间盘退化变性

颈椎病的病变主要为椎间盘退化变性，包括髓核、纤维环和软骨板的长期慢性病损。纤维环变性，尤其因纤维环组织的变性，形成裂隙致脱水变性的髓核脱出，从而造成对颈神经根的压迫最为突出。由于椎间盘的变性，纤维环弹性降低，承受不住椎体之间中心重力而向椎管突出。突出部分可以发生增生，甚至钙化、骨化成为骨刺，从而导致椎管狭窄、变形，及椎间孔变细，引起一系列压迫症状。主要为脊髓、和颈部神经、血管受压，并发生继发性病变，如脑供血不良，肢体感觉运动障碍等。

（二）椎体代偿性肥大增生

由于椎间盘的退行性变化，椎体之间失去保护性支撑，椎体为适应重力的增大发生代偿性增生，主要表现为椎体边缘的唇样骨性增生、突出，从而使椎管、椎孔进一步变窄，加重了对脊髓、及脊神经、血管的刺激和压迫，使颈椎病进一步加重。

（三）椎间孔（管）变窄

由于椎管狭窄，使脊髓的血管，神经受压，造成脊髓及

脊椎关节的供血不良，回血受阻。致脊髓及脊椎关节的营养发生障碍，更加速了颈椎的退化变性。并形成恶性循环，逐渐演变成为不可逆性的颈椎病。

（四）脊髓变性

由于脊髓长期受压，逐渐发生变性、退化，甚至形成空洞，严重影响脊髓功能，导致肢体感觉、运动功能障碍。

（五）椎动脉、脊神经根、颈交感神经受压迫发生病变

由于突出于椎管（孔）的骨增生物及变性椎间组织的压迫和刺激，椎动脉可发生扭曲，脊神经根发生变性，颈交感神经受到刺激而功能失调，从而导致一系列的内脏及肢体的继发性病变。

总之，颈椎病的主要病变为椎间盘组织的退行性变化导致椎间盘失去支撑椎体的作用，并且因不能承受中心重力而向椎管膨出。日久钙化、骨化，造成椎管狭窄，致脊髓、脊神经根及血管受压迫，从而引起一系列症状。

三、颈椎病病因病机

（一）肝肾亏损

颈椎病的主要病根在椎间盘组织，椎间盘在中医属骨，骨主于肾。如《素问·宣明五气篇》说：“肾主骨”。《灵枢·五色》曰：“肾合骨也”。《素问·六节脏象论》亦说：“其充在骨”。《素问·四时刺逆从论》曰：“肾主身之骨髓”说明骨的生理与肾密切相关。脊柱涉及到脑髓，根据“肾生骨髓”（《素问·阴阳应象大论》）及脑为髓海理论，脊柱为藏脊髓神经之处，故与肾的关系更为相关。临床上颈椎病与肾虚确

有着非常密切的关系，肾亏往往导致颈椎病眩晕的发作，故《灵枢·髓海》所说：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见”可见一斑。

（二）督脉空虚

颈椎病和督脉的关系也很大，督脉行脊里、经气贯于脊中，入络脑，故督脉为病必然反映于脊柱。如《素问·骨空论》曰：“督脉为病，脊强反折”，《难经》亦曰：“督脉为病，脊强为厥”。

（三）太阳经输不利

足太阳膀胱经挟脊而行，下抵腰中，上从巅入络脑，与脊柱的关系也最密切。故感受风寒，太阳经输不利，营卫失和也是本病的常见因素之一。

（四）痰浊壅阻

由于痰浊壅阻，致动脉硬化引起颈椎营养代谢障碍，是颈椎病的重要内因。

（五）颈部感受风寒、七情郁结、劳损

感受风寒、郁思恚结、低头劳损皆可导致颈椎的气血运行受障，亦是导致颈椎病的重要因素。尤其劳损，长期伏案工作，导致颈椎的长期超负荷体位，使颈椎营养机制障碍从而引起椎间盘退行性病变而产生颈椎病。

（六）枕头过高、睡眠姿势不良及外伤、炎症是导致本病的因素之一

目前，青少年出现颈椎病也不乏其例，提示颈椎病的病因病机可能还有更复杂的机制。

四、颈椎病分型

颈椎病因脊髓、脊神经根、椎动脉、颈交感神经受压的不同表现而分为四型：

（一）颈型颈椎病

本型为颈椎病的早期阶段，颈椎椎间盘已开始退行性病变，但尚未达到椎管狭窄的程度，症状较轻而不典型，主要表现为反复落枕、头颈不适、肩臂疼痛等症。

（二）神经根型颈椎病

此型发病率最高，对中老年人威胁最大，主要和受寒、劳损、长期低头工作或久卧高枕有密切关系。主要病变为椎间盘退化、变性，椎间盘突出，椎间孔变窄、颈神经根受压。主要症状为头痛、肢麻、及头晕。

（三）交感神经型颈椎病

该型主要为颈椎退行性病变，导致颈部交感神经受刺激而出现的病症。本型的发生机制与七情郁结有很大关系，症状繁杂。主要表现为交感神经“上象限”区域受累，而出现的头部、五官、汗腺、血管及内脏的一系列综合征。

（四）椎动脉型颈椎病

本型主要病变为椎间盘退行性病变，突出管腔，钩椎关节增生，椎动脉受压之故。主要为脑底部椎-基底动脉供血不足，致脑供血不良，主要症状为眩晕、头痛，严重者可发生猝倒。此外还可伴有口麻，一过性失语及一过性眼蒙等症。本型多与动脉硬化病有关。

（五）脊髓型颈椎病

本型主要病变为椎间盘变性突出，导致脊髓受压或交感神经受刺激，脊髓血管舒缩障碍等，引起脊髓供血不良，变性坏死，甚至形成空洞。主要症状为下肢发麻、甚至瘫痪、二便失禁、性功能障碍。又由于支配下肢运动的神经纤维排列在脊髓的外层，比支配上肢运动的神经纤维偏外，故当脊髓受压时，首先受害。因此，脊髓型颈椎病，下肢运动障碍必然首先出现。

五、颈椎病先兆

1. 反复出现“落枕”，一过性颈部发僵，常为早期颈型颈椎病警号。

2. 改变头位时出现头颈隐痛并伴有不明原因的指胀、指麻，则往往为神经根型颈椎病的早期信号。

3. 转动头位时出现头部轻微不适，或极短暂的眩晕，往往为椎动脉型颈椎病早期先兆。

4. 出现头痛、头晕、颈部不适并伴有不明原因的眼、鼻、耳的刺激症状，则应考虑为交感神经型颈椎病先兆。

5. 如呈现不明原因的下肢麻木、无力、步履蹒跚，以及颈部疼痛、排便无力，就应考虑脊髓型颈椎病潜匿的可能。

六、颈椎病典型症状

（一）颈椎关节及其周围组织受压症状

由于椎间盘退化变性不能承受头部重力的压迫，使椎体、颈椎关节及其周围韧带、软组织的负荷加重，从而出现代偿

性增生。表现症状为颈部发紧、僵硬、转动不灵、甚至疼痛，并波及肩部以及反复落枕。

（二）颈神经根压迫症状

转动头部、或头部负重时，出现颈部疼痛或向一侧上肢放射疼痛，并出现一侧或双侧上肢皮肤感觉异常和无力。

（三）椎动脉压迫症状

头部向一侧转动时，出现眩晕、恶心、甚至摔倒，平时可有一侧肢麻或头痛。

（四）颈交感神经刺激症状

主要累及受颈部交感神经支配的心、眼、汗腺、血管等部位，表现为眼睑下垂、瞳孔缩小、眼球下陷、心跳加速、肢端发凉、面部潮红、汗多或无汗，或恶心呕吐等。

（五）脊髓压迫症状

先出现下肢行走不灵活，继则上、下肢行动不便，步履不稳，并伴有感觉障碍及肌肉萎缩，重则出现瘫痪及感觉消失。

七、颈椎病的诊断

（一）X 线检查

X 线检查是颈椎病诊断的重要依据。

颈椎病 X 线特征：

1. 颈椎肥大 椎体前后缘骨质增生，骨唇形成，并向椎间孔突出。
2. 椎间孔（管）变窄 有骨质长入。
3. 椎间盘退化 变窄、钙化。

（二）体征检查

1. 头部叩击试验 检验者左手平放于患者头部，以右手轻击左手，如出现颈部疼痛并向上肢放射则为阳性，提示脊神经根受压。

2. 头颈改换姿势试验 即令病人作低头、仰头、转头试验，如迅速出现头晕、恶心、目眩或肩痛肢麻，即为阳性，提示椎动脉受压。

3. 神经检查 包括对病人的皮肤感觉、温度、握力、手指挟纸能力、肢体运动能力等检查。

4. 头部拔伸试验 检查者抱住患者头部作垂直性的轻提，颈椎关节受压顿减，患者感到颈痛及上肢痛减轻为阳性。

（三）脑血流图检查

有助于椎动脉型颈椎病的诊断。

八、颈椎病鉴别诊断

（一）与美尼尔氏病鉴别

颈椎病，尤其是椎动脉型颈椎病与美尼尔氏病很易混淆。二者同样有眩晕、头痛、恶心、复视、眼震、耳鸣等症，且神志都很清楚。但美尼尔氏病的发作与头位体位的改变无关，且耳力障碍较为明显，是这两病的主要鉴别点。颈椎病则有颈椎 X 线的颈椎病特征，因此两者并不难鉴别。另外美尼尔氏病属于内耳性眩晕，病的根源在于内耳，由于迷路血管神经失调，引起淋巴循环障碍，致内耳积水，耳压增高所致。因此，必然以听力障碍如耳鸣、耳蒙、耳聋为早期先兆，且听力障碍的程度随着发作次数的增高而加剧。

（二）与肩周炎鉴别

肩周炎是肩关节及其周围组织的退行性病变，常发生于中老年人，女性的发病率较高。发病原因与受寒、劳损及外伤有关，并和激素失调有一定关系。由于有肩颈不适及上肢麻木、疼痛，而与颈椎病有类似之处，主要应与颈型颈椎病相鉴别。但该病的疼痛重点在肩周部，且无头颈转动加重的特征，X线也无颈椎肥大征兆。

（三）与脊髓空洞症鉴别

该病为脊髓颈胸段的脊髓慢性进行性病变，严重时有脊髓空洞形成故名。由于与脊髓型颈椎病有相似之处，故应与之鉴别。

脊髓空洞症起病较早，多数在中年以前，症状多出现在上肢，呈脊髓节段性分布的感觉异常，即长手套式、褂式的分离性感觉异常。X线检查可见颅颈部畸形改变及脊柱病变，但无颈椎病病变特征。

脊髓型颈椎病也可引起上肢感觉障碍，但X线检查有颈椎肥大改变。且年龄出现较晚，可作鉴别。

九、颈椎病阻截治则

（一）治疗总则

1 滋益肝肾 颈椎病是发生在颈椎及其椎间组织的慢性进行性病变，肝肾亏损于内，致筋骨失荣是其本；风寒络滞，痰凝血瘀是其标。根据中医肾主骨、肝主筋的原理，以及本病多发生于中老年人，中老年人肝肾已渐亏，故本病的治疗不能忽视肝肾亏虚病迹，因此滋肝益肾填精补髓，

改善椎骨的营养，延缓退化是本病治疗的根本原则。

2. 强督充脉 颈椎为督脉太阳经以及诸经所系，乃一身经络之枢纽。故驱风散寒、疏利经络，充益督脉又是本病的重要辅助治疗原则，对颈型颈椎病尤显必要。

3. 豁痰化瘀 颈椎有丰富的血管，关系着脑部的供血。故豁痰驱脂、活血化瘀也是本病的重要兼治原则，对椎动脉型有动脉硬化者尤其重要。

4. 舒畅情志 颈椎是大脑的门户，有丰富的血管神经，和大脑相关。故七情不畅，易影响颈部的血管神经而累及于脑，因此舒肝解郁、调达七情是本病的治则之一，尤其对交感型颈椎病最为适宜。

（二）颈椎病阻截治疗方药

1. 颈椎病方 号：* 熟地、虎骨、鹿角霜、补骨脂、威灵仙、骨碎补、牛膝、苏木、郁金、赤芍、甘草。

适宜于颈椎病有肝肾不足的患者，还可配合服猪、羊脊柱骨，及服金匱肾气丸，但有风寒表症者暂不宜，偏肾阴亏者，去鹿角霜。加龟板胶、黄柏。

2. 颈椎病方 号：* 制川乌、羌活、防风、姜黄、没药、赤芍、威灵仙、骨碎补、牛膝、苏木、甘草。

适宜于颈椎病受寒，以疼痛为主者，可以小活络丸辅治。

3. 颈椎病方 号：* 柴胡、赤芍、半夏、竹茹、陈皮、茯苓、枳实、生姜、威灵仙、骨碎补、牛膝、苏木、地龙、甘草。

适宜于伴有动脉硬化、痰瘀较重的颈椎病患者。

此外，中医按摩、推拿及针灸对本病有明显效果，针灸

穴位以大椎、风池、百会、合谷、足三里、肾俞为主，再根据不同类型的颈椎病作灵活加减。

十、颈椎病预防

- 1 不要伏案工作过久，以免导致颈椎超负荷而发生变性。
- 2 避免脑力劳动太过，因为伤髓是导致本病的因素之一。
- 3 注意保护肾精，防止肝肾亏损。房劳伤精是诱发本病的主要因素之一，因为肝肾亏损不能养骨生髓之故。
- 4 调畅七情，避免因精神因素导致颈椎的营养功能障碍，引起退化变性。
- 5 枕头不宜过高，否则易导致颈椎变性。
- 6 避免颈部受寒，不要反复“落枕”，以免导致外源性颈椎病。
- 7 婴儿睡觉要经常调换姿式，以免造成斜颈，成为颈椎病的隐患。
- 8 加强体育锻炼，提倡工间操、课间操，尤其是脊柱头颈的活动，以改善颈椎血行，从而延缓变性的速度。
- 9 加强营养，适当补充骨质、钙质，以防脊椎老化。
- 10 气功对颈椎病有一定疗效，尤其对颈交感型颈椎病的效果更佳。

第十节 腰椎病（含腰椎间盘突出症）先兆

只要腰部稍负重或多站立一会，即感腰酸如折，甚至臀部发麻，就应想到腰椎间盘突出出的可能。但腰部是人体多种

疾病的重要反射区域，因此腰痛可能还有着更为复杂的背景
.....

一、概 言

腰椎病又称为腰椎退化性疾病，是腰腿痛的主要病因。腰椎病为中、青年人常见病、多发病，常导致椎间盘脱出而压迫坐骨神经。椎间盘脱出是腰椎病的主要病迹，髂脊担恕巾；坐骨神经压迫症是椎间盘脱出的主要病症。坐骨神经受压所产生的主要症状是下肢疼痛、麻木。

本病无论体力劳动和脑力劳动者发病率皆较高。因为体力劳动者易导致腰部负荷过重，脑力劳动者则因久坐伏案工作，腰部长期处于屈曲状之故，这些原因都易引起腰椎超负荷，发生椎间盘退行性变化而导致脱出，主要发生于腰4~5椎及骶1~2椎段。

由于本病发病率较高、较普遍，对生产劳动的影响较大，而且到晚期常为不可逆性。因此，早期发现及早期治疗有重大意义。

二、腰椎病主要病迹髂脊担恕巾

（一）腰椎间盘退化变性

腰椎间盘包括纤维环、髓核及软骨板三部分，主要病变为髓核变性、脱水，纤维环退化变性致弹性减弱，发生断裂，导致髓核脱出，使椎孔变窄。

（二）腰椎体代偿性增生、肥大

由于椎间盘组织退化变性及外脱，致椎间盘变扁，失去

坚韧度，不能支撑中心重力。椎体则发生代偿性增生，形成椎体边缘骨唇，并向椎孔突出，进一步加重了椎管的狭窄。

（三）腰椎孔狭窄

主要由于椎间盘脱出、椎体增生肥大致腰椎孔变窄，先天本来就偏窄的可以较早出现症状，而且较重；椎管较宽的也可无症状或无典型症状。

（四）马尾神经受压

主要为后中央型及中央旁型的髓核脱出，导致马尾神经受压、变性，引起泌尿、生殖功能障碍及双下肢感觉、运动功能障碍。

（五）坐骨神经受压

坐骨神经指腰4~5、骶1~2发出的脊神经的合称，属脊髓马尾神经。受压日久可发生缺血性炎症，最终发生退化变性，除疼痛、发麻外，还可致下肢运动障碍。

三、腰椎病病因病机

（一）肝肾亏损

“腰者，肾之府。转摇不能，肾将惫矣。”（《素问·脉要精微论》），说明腰与肾密切相关，肾主骨生髓，肝主筋，肝肾同源，故腰椎和肝肾的关系最为密切。如肝肾亏虚筋骨失荣则易导致腰椎退化、变性而产生椎间盘脱出。正如《灵枢·五癃津液别论》所说：“虚，故腰背痛而胫酸”。

肾病及腰，腰病也可及肾，二者常成为病迹龇裕担恕巾因果关系。如腰部劳损，同样可以伤肾，肾虚又加重腰的退行性病变。因此，腰部过劳是腰椎病的主要致因。此外，房

劳耗伤肾精，致肾亏腰髓失荣，也是腰椎病的主要因素。

（二）经络失濡

腰居人身之中点，为诸经之枢，经过腰部的经脉有督脉、足少阴肾经、足太阳经和带脉，如“督脉者，……挟脊抵腰中”（《素问·骨空论》），“膀胱足太阳之脉，……其直者，挟脊抵腰中……其支者，从腰中下挟脊，贯臀入腠中。”（《灵枢·经脉》）。另外，足少阴肾经，“贯脊属肾”，肾位于腰，带脉经气环腰而行，督脉总督一身之阳，起于肾下胞中，与肾阳的盛衰休戚相关，皆说明肾经、督、带脉与腰有着不可分割的联系。此外，足太阳经为巨阳，如曰：“巨阳者，诸阳之属也”（《素问·热论》），与足少阴肾经存在着经气相引的关系，如：“巨阳引精者三日”（《素问·评热论》），故太阳经气不足，可导致肾虚腰痛，如曰：“巨阳虚则腰背痛，项痛”（《素问·痛论》），都说明上述经络与腰有密切关系。如经脉受寒，或经气不足，或经气瘀滞皆可致经络失濡而引起腰椎退化变性，故《素问·刺腰痛篇》说：“足太阳脉，令人腰痛，引项脊尻背如重状”。

（三）腰部劳损

腰是人体负荷最重的部位，腰椎，尤其是第4~5腰椎是承受人体重力的集中点，因此最易发生劳损。长期过劳和过度负重，皆可导致腰椎间盘的损伤，日久引起退化变性而发生椎间盘脱出。故腰部劳损是形成本病的重要因素。前人对此已多有阐述，如《金匱翼·腰背》说到：“腰者一身之要，屈伸俯仰无不为之，若一有损伤，则血脉凝涩，经络壅滞”即是。

(四) 腰部受邪

腰部由于坐卧冷地，或当风作业，而感受寒湿，导致经络受阻，气血运行不畅，日久成瘀而发生腰椎病。正如《素问·六元正纪大论》所说：“感于寒，则病人关节禁固，腰椎痛”。或因感受湿热之邪。阻遏经络也可导致腰椎病变。

(五) 跌仆闪挫

外伤是腰椎病的重要外因，因为腰部在人的身体中段，是担任重力的主要部位，因此也是最容易受伤的部位。如突然负重，可导致髓核膨出。另外，凡持续腰姿不正，日久使椎间重力加大，也可迫使椎间盘脱出。腰部受伤后，由于血脉凝滞，腰骨失荣而致腰椎病。

此外，忧思郁怒、七情不畅也是本病的诱因之一。总之，腰椎病的病因病机虽然复杂，但总不外肾虚为发病的根本，经络不利，感受外邪、劳伤、七情等因素为标。又肾与腰二者互为病迹龃龉担怨巾因果关系，如肾虚引起腰痛，腰痛反过来又加重肾虚，因腰为肾之府，故往往形成恶性病迹龃龉担怨巾循环。

三、腰椎病分型

(一) 腰型腰椎病型（腰酸痛型）

此型为腰椎病的早期阶段，椎间盘组织正处于退化变性阶段，椎间盘已开始脱出，但程度尚轻，尚未造成对脊神经根的压迫。此阶段的早期发现的意义在于这一阶段为腰椎病治疗的可逆时期。此期偶尔有坐骨神经受刺激症状，由于腰椎间盘组织已开始退化变性、腰椎开始代偿增生，因此患者

在一般情况下没有症状，但在久立和负重后腰部即感明显钝痛。

（二）脊神经根压迫型（坐骨神经压迫型）

腰椎病导致椎间盘脱出，主要发生在腰4~5椎及腰5至骶1之间的椎间盘，因为这个节段为全身负重最大及活动度最大的部位，因此最容易受损而脱出。

脊髓在3个月前与脊柱等长，成人脊髓短于脊柱，从第二腰椎以下只有称为马尾的神经根，故腰椎间盘突出，主要为压迫脊神经根，而不是脊髓主干。

腰椎间盘突出主要压迫的脊神经根称为坐骨神经，由腰4~5神经根和骶1~3神经根所组成，故腰椎间盘突出时的主要症状为坐骨神经痛。

该时期由于椎间盘组织的退化变性，支撑椎体的能力降低，椎间盘组织及肥大增生的椎体骨唇向椎管明显突出，致脊神经根受压。此时期治疗的可逆性较小，症状明显，以持续性腰背钝痛及频繁的坐骨神经下肢放射痛为特征。

（三）马尾神经受压型

此型为后中央型及中央旁型的椎间盘脱出症，主要症状除坐骨神经受压表现之外，还有不同程度的会阴麻痛、阳痿、大小便控制障碍，甚至下肢瘫痪。

腰椎退化性病变以椎间盘脱出为主者多见于中、青、壮年，主要症状为坐骨神经受压，劳累加重，与劳损密切相关。如仅为腰椎增生（肥大）则属腰椎老化，无椎间盘脱出，以老年人为多，此为肾虚腰痛，疼痛仅局限于腰部，无下肢放射痛。

五、腰椎病先兆

1. 久立及负重后即感腰部钝痛为腰型腰椎病的早期信号。

2. 久立及稍负重后即感坐臀部位麻痛，腰部酸痛如折，应警惕脊神经根受压型腰椎病潜在的可能。

3. 久立及稍负重后即出现会阴部麻、痛、排便无力或步态欠稳者常为马尾神经受压型腰椎病的信号。

发现上述信号时，应及早进行X线摄片检查，争取早期治疗。

六、腰椎病典型症状

1. 腰型腰椎病 久立及负重后出现腰部酸痛、坐臀部位麻痛不适，偶尔出现下肢放射痛。

2. 坐骨神经压迫型腰椎病 平时即感腰部酸痛如折，特点为疼痛呈持续性，如果脊神经根受压发生缺血性炎症，则可出现腰部剧烈的痉挛性痛，可持续数天。脊神经根受压的另一重要症状为下肢放射痛，即从腰部至大腿后部到足底部，沿着坐骨神经循行路线的麻木、疼痛，严重者可出现电击样剧痛。

间歇性跛行提示腰椎管高度狭窄。

3. 马尾神经压迫型 该型轻则仅感会阴麻木、刺痛，二便无力，重则出现大、小便排出障碍，甚则双下肢不全性瘫痪。

七、腰椎病的诊断

(一) X 线检查

X 线平片显示椎间隙变窄、椎体肥大(唇样增生),及游离骨块,脱出的髓核钙化。

(二) 体征检查

1. 直腿上举试验 令患者仰卧,然后伸直腿部上举,感坐骨神经部位疼痛为阳性体征。

2. 屈颈试验 令患者坐位或半坐位,医生将患者头部前屈,如出现下肢放射痛即为阳性。

3. 仰卧挺腹试验 令患者仰卧,作抬臀挺腹的动作,以足跟及头颈部支撑,使臀部及背部作弓形离开床面,出现患肢放射痛为阳性。

八、腰椎病鉴别诊断

(一) 与内脏反射性疾病鉴别

腰痛是一个很复杂的症状,由于盆腔内脏疾病可以因刺激盆部神经丛而于腰骶部发生反射性疼痛,因此应进行鉴别。如:

1. 与妇科腰骶痛鉴别 妇科腰痛的特征是偏于骶部,和月经周期有关,尤其多发生于经前,并多伴有下肢或少腹酸胀痛,有妇科炎症者,有白带增多及其色质改变。无下肢及臀坐骨部放射痛。腰骶 X 线检查无腰椎病改变。但许多妇女往往妇科病与腰椎病兼见,诊断须靠腰骶部 X 线摄片。

2. 与盆腔肿瘤鉴别 此病如出现坐骨神经压迫症状时,

与椎间盘脱出症颇为相似，但作肛门触诊及 B 型超声波检查，腹部灌肠后摄片即可鉴别。

（二）与血管源性疼痛鉴别

由于血管病变也可产生腰腿痛，因此应与之鉴别。Benney (1956) 年报告 310 例动脉栓塞的病人，有的表现腰椎间盘突出脱出的症状，如坐骨神经压迫症状和间歇性跛行。包括主动脉、髂总动脉、髂外动脉等栓塞^[1]。X 线摄片发现大血管钙化及动脉造影发现栓塞可作鉴别。

（三）与马尾部肿瘤鉴别

该病易与中央型髓核脱出症相混，故应注意鉴别，要点在于本病疼痛为持续性剧痛，平卧无缓解，进展迅速，腰穿及脊髓造影为鉴别手段。

（四）与脊柱（腰骶部）转移性肿瘤相鉴别

人体任何部位的肿瘤皆可转移至脊柱，如乳腺癌、肺癌、肾癌、甲状腺癌等。鉴别要点为疼痛呈进行性、持续性剧痛、夜晚尤甚。X 线平片、B 型超声检查、脊髓造影、CT 等检查均可鉴别。

（五）与腰椎风湿病鉴别

该病与气候变化密切相关，服用抗风湿性药物效果较好，血沉率增快，血清抗“O”试验在 400 单位以上，X 线摄片无骨质增生改变可作鉴别。

九、腰椎病阻截治则

（一）阻截总则

1. 本病治则必以治肾为根本大法，因为骨源于肾、腰为

肾府，故应充益肾精，通过增强肾，以改善骨质的营养，从而延缓骨质的退化及老化。

2. 筋是椎骨关节的组成结构之一，筋主于肝。故养肝必利于筋，因此治任何关节韧带疾患，必以调肝为辅，腰椎痛也不例外。

3. 经脉不利，络脉瘀阻是本病之标，故治疗腰椎间盘突出，舒筋利脉通经化瘀是不可缺少的重要原则。

4. 腰椎病有受寒史及气候变冷加重者，应辅以散寒利湿驱风搜络等治法。

（二）阻截方药

1. 腰椎间盘突出方 号：* 熟地、龟板胶、鹿角霜、狗脊、杜仲、牛膝、威灵仙、木瓜、炙乳没、苏木、甘草。

适于椎间盘脱出早期肝肾精亏患者，同时配合服猪或羊腰脊髓及腰椎骨。如腰部热感，有虚火者，去鹿角霜加知母、黄柏。

2. 椎间盘脱出方 号：* 当归、赤芍、独活、牛膝、川续断、骨碎补、炙乳没、 虫、苏木、甘草。

适于椎间盘脱出后期瘀阻较重者。

3. 椎间盘脱出方 号：* 制川乌、独活、羌活、苡仁、牛膝、苍术、炙乳没、玄胡索、甘草。

适于兼感寒湿、坐骨神经疼痛者。

（三）针灸、推拿治疗

针灸、推拿对椎间盘脱出的效果较好。针灸穴位以命门、阳光、肾俞、气海、上髂、委中、足三里为主，坐骨神经疼痛加环跳。

十、腰椎病防治

1. 避免腰部过度负重，既不能一次过度负重，也不能长时间增加腰部负荷，提取重物应屈膝直腰，因为劳损是导致椎间盘脱出的最主要因素。

2. 体位不宜长期曲屈，不良姿势要注意纠正，以免导致气血不运加速腰椎的退行性变化。武林行话：“站如松，坐如钟，卧如弓”实可借鉴。

3. 节制房事保护肾精是预防腰椎病的根本办法，因为腰为肾之府，腰椎骨源于肾之故。

4. 做脊保健功，加强脊柱骨的锻炼，促进血液循环是防治本病的大法。

5. 有脊柱病的人应睡木板床。

6. 加强营养，补充骨质、钙质。

注：

〔1〕胡有谷主编：《腰椎间盘突出症》，人民卫生出版社，1985年211页。

第六十八章 结缔组织性疾病先兆

结缔组织性疾病又称胶原性疾病，发病率不低，并且病情表现复杂，尤其易损害内脏，故常常被列为疑难病之列，其中以红斑性狼疮、类风湿性关节炎、硬皮病、干燥综合征等为多见。本病与肾的关系最为密切，先兆常从肾的阴阳失调披露于外，故早期发现并非难事……

第一节 概 述

结缔组织性疾病，包括红斑性狼疮、类风湿性关节炎、皮肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎和干燥综合征等皆为比较常见的内科病。结缔组织包括皮肤、血管膜、浆膜、滑膜等组织，主要病变为粘液样水肿和类纤维蛋白变性，发生原因与感染、中毒、药物、日晒和恶性肿瘤的诱发有一定的关系，产生机制与自身免疫反应有关。另外，本系统疾病与内分泌失调皆有密切关系。用肾上腺皮质激素治疗证实有肯定效果。

本病从中医学的角度来看，和肾的关系最为密切，尤多与肾阴虚湿热或肾精亏损、肾阴阳失调有关，辨证多与肾虚有联系，治疗用调理肾阴阳药，疗效较佳，故基本可属肾系疾患。

由于结缔组织性疾病包括范围较广，发病率较高，对人

类的危害较大，因此探索其先兆规律，争取早期发现、早期阻截是十分必要的。

第二节 红斑狼疮先兆

红斑狼疮是一种比较凶险的疾病，其危害性在于内脏被损害。发病机制目前认为与“免疫错乱”有关。本病潜匿期较长，主要病变在肾，故先兆信号也多发露于肾……，但由于长期的内脏损害而易于衰竭，故尤应注意危象的出现……

一、概 述

红斑性狼疮属结缔组织疾病，为自身免疫性疾病范畴，包括盘状红斑狼疮和系统性红斑狼疮。其中，局限性红斑狼疮局限于损坏皮肤，而系统性红斑狼疮则以全面损害皮肤、关节、肾、甚至心包、胸膜为特点，并都伴有不同程度的发热。

红斑性狼疮中医属“温热发斑”，后期与“虚损”有关。由于本病慢性型及潜隐型较多，而且，本病的发病率也较高，尤其在女性中更为多见，对人体的损害较广，除皮肤之外，对许多脏器皆有损害。因此掌握其先兆规律，对本病的早期发现及早期治疗有一定的意义。

二、早期先兆及阻截治疗

早期先兆 本病的发生与先天禀赋不足，后天失养及病毒感染，内分泌失调，精神打击等因素有关。对人体危害较大。主要损害部位为皮肤、关节、肾脏。

中医认为红斑狼疮病机与肝肾亏损,肾阴阳失调有关。主要诱因为湿毒、湿热伏体,后期多挟气滞血瘀,故先兆潜证多呈肝肾亏损、热毒内蕴型,即见乏力易疲,头晕耳鸣,腰酸膝软,潮热夜汗,舌质偏红,苔黄腻,便干尿短,脉细数等证。此阶段为红斑狼疮的潜在阶段,如能注意休息调养,服用滋肝肾之阴兼清化湿毒的药物则可防患于未然。

由于红斑性狼疮往往呈多脏器损害,故早期症状缺乏特异性,但仍有值得警惕的信号。如面部出现低热、蝶形红斑及关节痛、不规则发热为红斑性狼疮信号。红斑狼疮细胞阳性及抗核因子阳性基本可以确诊。典型征兆为面部红斑(环状、蝶形或不规则形)关节酸痛、乏力、发热(低热或不规则高热),90%患者兼有肾脏损害(蛋白尿,甚至管型尿,尿毒症)。此外,还常并发心包炎、胸膜炎、溃疡性结肠炎,少数患者可有精神异常。

阻截治则 潜期应滋肝肾之阴,兼清解热郁,方予清热解郁饮*:丹皮、栀子、柴胡、白芍、薄荷、生地、玄参、黄柏、滑石、竹叶。或予知柏八味丸:知母、黄柏、生地、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻。急性期热毒炽盛,可予化斑汤:生石膏、知母、甘草、玄参、犀角、粳米,犀角地黄汤:犀角、生地、芍药、丹皮等清热解毒、凉血化瘀。中期见阴虚者应辅以养肾阴之品,后期瘀象重的,应用血府逐瘀汤:桃仁、红花、当归、生地、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、柴胡、枳壳、甘草,以之加强活血化瘀。

凶兆 本病凶兆主要在于提示内脏损害,其中最常出现的内脏损害为肾损害。其先兆信号为蛋白尿、血尿、管形尿、

水肿、肾性高血压，如见嗜睡、厌食、恶心、搔痒、尿闭为关格（肾衰尿毒症）凶兆。此外，本病还易损伤心包、心肌，尤其易出现心包炎，其凶兆为怔忡、气急、胸闷、心电图T波异常，听诊心包摩擦音可以助诊。另外见胸闷、气喘、咳嗽，又为胸膜炎、胸腔疾患的信号，X线检查可确诊。其他，如见头痛、项强、喷射性呕吐，为脑炎、脑膜炎信号，少数可见腹泻、腹痛、恶心为溃疡性结肠炎征兆，以上情况出现时皆为内脏损害信号，应引起高度警惕。

危象 红斑狼疮危象主要发生于疾病的晚期，多为气血耗尽，阴阳离绝危象表现为极度衰竭虚弱，高热不退以及各受累内脏的衰竭。如肾衰，心衰，昏迷，甚至严重感染，败血症等，提示病情危笃、生命濒危，临症见之应竭力图救。

第三节 类风湿性关节炎先兆

类风湿性关节炎，也属自身免疫性疾病。以肝肾亏损为本，风湿毒邪为标，故远期先兆即隐藏于肝肾潜证之中，近期先兆则以风湿之兆为标志。但本病也易侵害内脏，尤其为心的损害，故其凶兆往往发露于心……

一、概 述

类风湿性关节炎是一种慢性关节炎演变的全身性疾病，因有免疫反应现象，故属自身免疫性疾病。

本病以侵犯小关节为特点，严重时可发生强硬及畸形，甚至萎缩，甚至可损及心肺、神经等内脏，多见于年轻女性。

类风湿关节炎中医属痹症范畴,《金匱要略》称之为历节病,并点出了本病与肝肾亏损的关系,如其谓:“寸口脉沉而弱,沉即主骨,弱即主筋,沉即为肾,弱即为肝,汗出如水中,如水伤心,历节黄汗出,故曰历节”即是。

二、先兆及阻截治疗

早期先兆 类风湿性关节炎与风湿性关节炎不同,本病的发生机制虽与湿毒入中、劳累外伤及精神创伤等有关,但肝肾亏损是其根本原因,感染风湿毒邪是为诱因,故先兆潜证以肝肾亏虚风湿毒邪内蕴证型为主。即见头晕眼花,易疲乏,懈怠,多动即感指趾关节发酸、麻木、或僵硬,耳鸣腰酸肢软,低热,短则几周,长则数月,应服用补肝肾健筋强骨类药加以阻截。

报标症为指、趾小关节对称性疼痛,尤其晨起感到关节强硬、不灵活常为本病警号。发展下去逐渐出现肿胀、发热,类风湿因子阳性可以确诊。

典型征兆为从远端的指、趾、腕、踝小关节开始,逐渐侵犯肘膝,甚至髋、肩等大关节,关节由红肿热痛演变为僵硬强直,初起常呈游走性,以后逐渐固定,少数侵犯心脏瓣膜及胸膜。

阻截治则 出现潜证宜补肝肾,强筋健骨,方予类风湿性关节炎 号*:熟地、山萸肉、山药、丹皮、茯苓、泽泻、秦艽、牛膝、独活。典型症状出现时予类风湿关节炎 号*:土茯苓、川萆薢、忍冬藤、乌梢蛇、秦艽、灵仙、防己、独活、地龙、川芎。疼痛为主者用类风湿关节炎 号*:制川乌、制

草乌、独活、牛膝、防己、地龙、秦艽、制乳香、制没药。关节肿胀、变形、疼痛剧烈，偏寒者用《金匱要略》桂芍知母汤：附子、桂枝、白芍、知母、白术、麻黄、防风、牛膝、生姜、甘草。热重的用木防己汤：木防己、生石膏、桂枝、人参。日久挟瘀重者，酌加虫类药及活血化瘀药如桃仁、赤芍、甲珠及 虫等。

凶兆 类风湿性关节炎的凶兆意义在于提示关节极度变形及内脏受损，这种危兆在《内经》早已指出，如《素问·痹论》曰：“肾痹者，善胀，尻以代踵，脊以代头”，表明关节已明显变形，而让其它组织代替行动，又如《素问·痹论》说：“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾。”指出关节日久可侵害五脏，故出现心悸、怔忡，心率不齐，胸闷，气短，为心脏受损的凶兆，常累及二尖瓣膜。如《素问·痹论》曰：“心痹者，脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘。”有的还可累及于肾，浮肿、腰痛为其信号。此外，少数可有神经、眼、肺及胸膜的损害。日久成瘀，关节可出现强直和畸形，导致残废。

第四节 硬皮病先兆

硬皮病与遗传有关，同样为自身免疫性疾病。晚期内脏受到侵害，尤其以肾及心、肝脏为甚。先兆仍然首先见于肾阳不足，报警信号为皮肤的异常……。瘀象出现则标志着疾病已进入晚期……。

一、概述

硬皮病是一种以皮肤损害为特征的结缔组织性疾病，本病与遗传有关，也为自身免疫性疾病。硬皮病分为局部性及系统性两类，系统性以晚期内脏侵害为特征，局部性则以皮肤损害为主。

本病中医称为皮痹和风痹，如《诸病源候论》曰：“风湿痹病之状，或皮肤顽厚，或肌肉酸痛。”（卷一，风湿痹候）其病机与肾虚，尤其是肾阳虚有密切关系。病因与遗传、感染有关，风寒湿毒为其诱因。如《素问·五脏生成篇》曰：“卧出而风吹之，血凝于肤者为痹”，《灵枢·刺节真邪篇》曰：“虚邪之中人也……搏于皮肤之间，留而不去则痹，卫气不行，则为不仁”即是。总之，无论先天肾阳不足，或后天失养、久病伤肾，皆可损及肾阳，导致该病，日久必挟瘀而成顽硬。

二、先兆及阻截治疗

早期先兆 本病先兆潜证主要呈肾阳不足证型，即素有畏寒肢冷，腰酸足跟痛，牙摇发落，头昏耳鸣，阳痿带下，舌胖质淡，脉沉等肾阳虚证。报标症为出现肢端发凉、发紧，尤以晨起肿胀疼痛为本病先驱症。如渐见面部、手足皮肤苍白、硬化如腊状，皮肤紧张，伸屈困难则为本病典型征兆。

阻截治则 出现肾阳虚先兆潜证宜予《景岳全书》右归饮：熟地、山药、山萸肉、枸杞、鹿角胶、菟丝子、杜仲、当归、肉桂、附子。和金匱肾气丸：附子、肉桂、熟地、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、丹皮。出现报标症时可予阳和汤：鹿

角胶、肉桂、姜炭、熟地、白芥子、麻黄。硬皮病症状显露时则宜扶阳散寒、化瘀通络，方予抗硬皮病方*：仙茅、仙灵脾、桂枝、熟地、丹参、红花、乌梢蛇、甲珠、地龙、象贝母。气虚加人参、黄芪，寒甚加附子，后期皮肤板状化、痰瘀胶着，则应加重化痰瘀软坚药，如可予 虫、鳖甲、牡蛎之类。

凶兆 硬皮病凶兆主要为内脏损害信号，内脏损害尤以风痹为多（皮痹相当于局限性硬皮病，风痹相当于系统性硬皮病），以心、肺、肾等重要内脏损害为主。如见怔忡、胸闷、气急为心脏受累的征兆，可导致左心衰竭或全心衰竭，为左心肥大或心包积液所致。合并肺部病变是硬皮病的重要合并症，《素问·痹论》曰：“皮痹不已，复感于邪，内舍于肺”，如咳嗽、喘促，呼吸用力是肺纤维化的凶象。恶心、蛋白尿、少尿、浮肿、高血压、头昏为肾衰危象。

第五节 干燥综合征先兆

干燥综合征以眼口同病为特征，仍属自身免疫性疾病，气阴两虚的先兆潜证虽无特异性，但长期的、不明原因的干燥和伴随而来的无形瘀兆，足以敲响了本病的警钟……

一、概 述

干燥综合征是一种以眼、口干燥伴结缔组织疾病为特征的病患。其中，以口眼干燥症为多见，有的并发类风湿性关节炎，本病与自身免疫性疾病有关，并多发生于女性。

二、先兆及阻截治疗

早期先兆 中医认为本病多为气阴两虚挟瘀。肾阴为五脏阴之本，故最终必表现为肾阴之不足，先兆潜证为气阴两虚证型，特点为偏于肾阴不足。症见乏力口干，尿少便干，手足心热，头晕腰酸，月经量少，舌苔薄白而干，舌质偏红，脉细数无力。

报标症为口干乏力，眼干泪少，这些先驱症可持续相当长时期。以后发展为眼、口、鼻皆干，便干尿少，全身分泌液均减少，包括唾液、鼻涕、痰、白带、汗液等在内，甚至有类风湿性关节炎及结缔组织炎变，则为干燥综合征的典型征象。

阻截治则 出现气阴两虚先兆潜证时，以滋肾阴益气为治，方予知柏八味丸：知母、黄柏、生地、山萸肉、丹皮、泽泻、茯苓加人参为治。报标症出现时则宜养阴益气，兼以化瘀，方予抗干燥综合征方*：人参、生地、五味子、黄柏、丹参。典型征兆出现时加重化瘀之品，如赤芍、红花。

第六十九章 造血系统疾病先兆

造血系统疾病主要指血液病，不但发病率高，且治疗甚难，对人类危害非浅。其中，尤以白血病、再生障碍性贫血及血小板减少性紫癜最为凶恶，故掌握其先兆规律甚是必要。血虽为心所主，实则源于肾，故本病同样与肾至为关联，但应注意血系病先兆并不仅从肾披露，而往往从其它五脏先见其端倪……

第一节 概述

造血系统疾病即血液病，包括血液、骨髓、脾、淋巴结等组织。所谓血液病，指血液的生成与破坏的平衡发生失调，包括血液的生成障碍及血液的凝集失常，本病和遗传有一定关系。血液病以贫血、再生障碍性贫血、白血病、出血性疾病等为多见。其中再生障碍性贫血，白血病及血小板减少性紫癜，皆较为难治，且比较复杂，预后也较差，故掌握其先兆规律具有一定的实践意义。

第二节 再生障碍性贫血先兆

再生障碍性贫血属血劳。与遗传有关，病根在肾。因此，

不明原因的长期的肾虚潜证及伴随而见的面无精光，即应警惕本病的潜在……

一、概述

再生障碍性贫血，谓之“再障”，主要改变为造血功能衰竭导致全血细胞均减少，病理部分在红骨髓，男性多于女性，以青年为多见。

再生障碍性贫血在中医属于虚劳、血虚、出血、虚损、血劳等疾病。本病与肾至为关联，因“肾主骨”，“骨生髓”，血由髓生之故。另外，脾为气血生化之源，脾统血，“心生血”“心主身之血脉”，故心脾对本病的影响也较大。

二、先兆及阻截治疗

早期先兆 本病肾虚是本，气血不足是标，阴阳两虚错综复杂，故起病前大多有脾肾亏虚，化源不足导致肾精不足的先兆潜证。即见头晕眼花，眠少健忘，男子遗精，女子经少，腰酸膝软，口淡食少，舌质淡，脉细等症。

报标症为面色苍白或萎黄，乏力，皮肤紫斑，抵抗力减弱，血象为红、白血细胞均减少，作骨髓穿刺造血细胞减少可以确诊。典型症状为面色苍白或苍黄，面无精光，指甲白，皮肤紫癜，鼻衄，不规则低热，头晕目眩，神惫乏力，舌质淡，脉细无力为再障征兆，血象呈全血减少，骨髓象呈红骨髓容量向心性减少。

阻截治则 出现先兆潜证宜滋补肾精、益气生血，方予再障方 号*：猪脊髓一具、紫河车、阿胶、黄芪。典型征

兆出现时宜填精补髓、再生气血，方宜再障方 号*：猪脊髓一具，紫河车、阿胶、三七、鹿角片、龟板胶、鳖甲胶、砂仁。

凶兆 本病晚期由于血小板减少，凝血功能障碍，故易导致出血。其中尤以内脏出血及颅内出血为凶象。如见头痛，昏迷，呕吐为颅内出血的征兆。见胸闷，气急，紫绀，呛咳，面色苍白，出冷汗，咳吐大量血性泡沫痰为肺水肿凶兆，多为颅内出血引起，尤多见于急性再生障碍性贫血，预后不良。出现怔忡、气短、胸闷、唇绀要警惕心肌出血。

败血症凶兆 由于再生障碍性贫血白细胞减少，抵抗力下降，故易患败血症，如见高热，皮肤瘀点，关节损害，肝脾肿大则为败血症凶兆。

第三节 血小板减少性紫癜先兆

血小板减少性紫癜，由于报标症多显露，故早期发现并不困难。本病多虚，因此凡出现周期性的，不明原因的疲劳和相应而见的皮肤乌青块，即为本病信号，待见外出血倾向时，已非早期……

一、概 述

血小板减少性紫癜，属出血性疾病，为较常见的一种紫癜，可由血小板生成减少或破坏过多所致。血小板计数低于五万（50000/立方毫米）以下，即有出血倾向，急性型以儿童为多见，慢性型则以成年女性为多。近代认为属自身免疫

性疾病，病人血液中含有存在破坏血小板的抗体。

本病中医属紫癜，虽有湿热为患的情况，但仍多以虚为本，尤与脾肾虚有关，因脾统血、肾生髓之故。原发性者湿热型较常见，继发性的多为气虚不摄，本病与再生障碍性贫血，结缔组织疾患，白血病，病毒感染，恶性肿瘤有关。

二、先兆及阻截治疗

早期先兆 原发性血小板减少性紫癜，分为急性型及慢性型两类，急性型多与湿热有关，慢性型及继发型则与脾肾虚密切。急性型起病前常有低热，尿黄，苔腻，泛恶等湿热型先兆潜证，渐之出现皮肤瘀点或瘀斑（以下肢为多）以及鼻衄、齿衄等出血倾向。慢性型及继发性血小板减少性紫斑以脾肾虚为病本，故脾肾虚为先兆潜证，即见乏力食少，劳累加重，面色苍黄，畏寒肢冷，腰酸膝软，脉沉舌淡，妇女则有月经过多等症。四肢经常出现 1~2 个乌青块为本病信号，女性尤与月经周期有关。

典型征兆为皮肤、粘膜有瘀点、瘀斑，鼻、齿衄等出血倾向，女性患者以月经过多为特点。还可出现贫血，面色萎黄或白，乏力神惫，头昏心悸，易患感冒、感染，抵抗力下降，甚至脾肿，血小板计数在 50,000/立方毫米以下。

阻截治则 急性期湿热先兆潜证阻截治疗宜解毒化瘀、清利湿热，方予清斑汤*：丹皮、栀子、苍术、黄柏、牛膝、紫草、茜草、丹参、竹叶、滑石。发热者宜清热解毒，除湿化瘀，方宜清斑汤*：犀角或水牛角代、生地、玄参、苍术、黄柏、牛膝、紫草、茜草、丹皮、竹叶、滑石，热重者加生

石膏。

慢性型脾肾虚先兆潜证阻截治疗，宜健益脾肾，温化冷斑，方予温斑汤*：人参、熟地、三七、丹参、阿胶，典型症状出现时加墨旱莲、仙鹤草、龟胶、茜根、丹皮、花生衣、大枣、寒甚加附子。

第四节 白血病先兆

白血病即血癌，属急劳、热劳及虚损、虚劳。急性白血病和慢性白血病并非为一个病的两个阶段。前者与热毒关系较大，早期虽然血象反映较迟，但不明原因的疲劳和出血倾向足以弥补血象预兆的不足。慢性白血病因病源在骨髓，故先兆多披露于肾……

一、概 述

血癌即白血病，确切地说是一种造血系统的恶性肿瘤，主要包括骨髓、脾脏、淋巴等造血器官。主要为骨髓恶性白细胞大量增生，并大量进入血液，使正常红、白细胞及血小板不能正常制造，大量的幼稚白细胞充斥血液，故谓白血病，占我国恶性肿瘤的第六到第七位，儿童及青年尤多见。白血病分为粒细胞性、淋巴细胞性及单核细胞性三型，急性白血病中医属急劳、热劳，慢性白血病属“虚劳”、“虚损”、“癥瘕”，如《圣济总录》曰：“急劳之为病……忧思气结，荣卫俱虚，心肺壅热……或感外邪，故烦躁体热，颊赤心忪，头痛盗汗，咳嗽咽干，骨节酸痛，久则肌肤消铄，咯涎唾血者，

皆其候也”(虚劳门·急劳)。《普济方》亦曰:“热劳由心肺实热,伤于气血,气血不和,脏腑壅滞,积热在内,不能宣通三焦”。

二、先兆及阻截治疗

早期先兆 急性白血病,属温病急劳范畴,起病急骤,故早期先兆多较短。先兆潜证为阴虚热毒证型,即见潮热,盗汗,口干烦躁,口舌生疮,便干尿臭,脉细数,舌质红,少苔。报标症为乏力,发热及鼻衄,此时血象不一定能反应出来,早期作骨髓穿刺涂片,则可早期诊断。典型症状为发热、贫血及出血三大特征,病人呈现面色苍白,极度乏力虚惫,发热不能用其它原因解释以及明显的贫血。

慢性白血病属虚劳,癥瘕范畴,慢性白血病是一个独立发展的病,并非由急性白血病转变而来,由于病程发展缓慢,因此早期症状更为隐匿。由于慢性白血病,病源在骨髓,髓生于肾,故该病与肾的关系甚大,尤与肾精不足,精亏髓少有关。早期先兆潜证呈现肾虚(主要指肾气虚、肾精不足),即见头昏耳鸣,健忘发落,腰酸膝软,神意乏力,面色黯黑,舌淡体胖大,有齿痕,脉沉迟弱,报标症为低热,乏力,面色失华,即不明原因的,难以消退的发热及贫血貌。待出现出血(如皮肤、粘膜的紫斑、紫点,鼻、齿衄),脾肿大,消瘦,胸骨疼痛时,已为典型的白血病征兆。

阻截治则 急性白血病阻截治则为清热解毒,方宜土茯苓方*:土茯苓、白花蛇舌草、半边莲、虫葵、野菊花、甘草,或以五味消毒饮:银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、紫

背天葵子、黄连解毒汤：黄连、黄芩、黄柏、栀子。高热毒重加服犀黛饮*：犀角或水牛角代之、青黛。

慢性白血病阻截治则为补肾益髓，方予大补阴丸：熟地、龟板、知母、黄柏、猪脊髓一具，偏于气虚者加人参，肾阳不足则加附子。典型症状出现后加青黛，有凝聚痰核的酌加化痰散结之品，如南星、土贝母、山慈姑、白芥子、黄药子等，日久挟瘀出现固定痛块，肌肤甲错、舌质暗紫或有瘀斑的酌加丹参、桃仁、水蛭、虻虫、三七之类，或辅以大黄虫丸：大黄、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、芍药、干地黄、干漆、虻虫、水蛭、蛭蟥、虻虫或犀黄丸：犀黄、麝香、乳香、没药、黄米饭。

另外，关于白血病先兆，可参阅本书第九十二章血癌先兆。

第七十章 爱滋病先兆

免疫系统疾病为自身免疫性疾病及免疫缺陷病，中医属正虚，发病率不低，预后不良。尤其号称“超级癌症”的爱滋病更是人类当今最大的隐患，该类疾病潜伏期大多较长，但长期的正气不足给病者从各方面频频发出信号，因此本病的预兆其实并非难以发现……

第一节 概 述

免疫学是近代崛起的一门医学，免疫指人体的卫御系统，免疫性疾病即人体卫御系统发生异常的疾病。人体的免疫系统主要由淋巴器官及免疫活性细胞构成，包括胸腺、骨髓、脾、淋巴结等组织。免疫活性细胞主要来自胸腺和骨髓，胸腺产生的 T 细胞循环于淋巴液，和来自骨髓的浆细胞（前身为 B 细胞），皆具有主要免疫作用。

免疫系统疾病包括的疾病虽然比较多，如荨麻疹、过敏性休克，但以自身免疫性疾病及免疫缺陷病对人类的威胁最大。自身免疫性疾病主要包括结缔组织系统疾病（类风湿性关节炎、红斑狼疮、硬皮病等）、内分泌疾病（原发性肾上腺皮质萎缩的阿狄森氏病、慢性淋巴性甲状腺炎）、血液病（自身免疫性溶血性贫血）及消化系疾病（慢性非特异性结肠炎、

慢性活动性肝炎)等,是一种自身免疫反应而造成自身损伤的疾病,即属于一种自体破坏性疾病。

免疫缺陷病为人体免疫功能不足、卫御功能低下的疾病,包括细胞免疫及体液免疫障碍致防御、监视、自稳功能低下,其恶果为易使抵抗力削弱而遭致感染和恶性肿瘤的产生,以及自身免疫性疾病的发生等。

先天性免疫缺陷病包括T细胞免疫缺陷病,先天性胸腺发育不全等疾患。继发性免疫缺陷病,又称为后天获得性免疫缺陷病,其发生机制与病毒感染及性行为有关。目前以爱滋病为本病代表。

爱滋病是一种获得性免疫缺损综合征。传染性很强,死亡率极高,爱滋病是AIDS四字的字母音,是八十年代的世纪之病,号称“超级癌症”、“当代瘟疫”,预计为二十世纪九十年代对人类威胁最大的疾病。当前正以迅雷不及掩耳的速度席卷全球。自从1978年在北美洲发现了第一例后,目前据健康报1990年12月1日国家预防控制爱滋病专家委员会发表致医务人员公开信中报道:截至今年10月31日全球共有157个国家,298914例病人,800万人感染,70万人患病,今后10年内至少有300~400万在八十年代感染的HIV已将发展为艾滋病。亚洲占0.3%,1985~1990年9月,全国对34万多人各进行了血清学检测,其发现446例HIV抗体阳性者,5例确诊为爱滋病病例,说明我国爱滋病流行的形势日趋严峻。

尤其我国尚未作大范围的血清普查工作,究竟有多少人为HIV抗体阳性还不清楚,这实在是一个很令人忧虑的隐

患。

由于爱滋病死亡率极高，为二十世纪比癌症还要凶险的“不治之症”，因此该病已经愈来愈引起世界性的关注，因为当前来说，人类对爱滋病病毒还没有获得免疫力。

第二节 爱滋病病因病机

爱滋病起源于中非扎伊尔，传到海地，再传到美国，然后流行于世界五大洲。因为美国曾经从海地进口过一批血浆制品。爱滋病的起源被认为和非洲的绿色长尾猴有关，因为学者们从此种猴的血清中发现了与人爱滋病相似的病毒。爱滋病的病源目前被证实是 HTLV— 病毒 (T 细胞白血病病毒的变种)，此种病毒由美国学者首先发现，另一病毒为 LAV 病毒 (淋巴腺病变病毒)，该病毒由法国学者最先分离出来。此二种病毒为爱滋病当前被公认的病毒，合称 HTLV— / LAL 病毒，和 Kaposi s 肉瘤的病源有关 (多发性出血性肉瘤) 以及和巨细胞病毒感染有关。是一种逆转录病毒，具有亲 T 细胞性。此种病毒专门破坏人体的免疫系统 (人体的保安机关)。它们入体后，即附着于人体的“辅助性 T 淋巴细胞”上，并潜伏起来，俟机破坏。人体的 T 淋巴细胞共分为杀伤性、辅助性及抑制性三种，可喻为人体的保安部队。

爱滋病病毒破坏这些免疫细胞的识别能力，使它们敌我不分，并且逐渐瓦解了整个免疫系统，使免疫系统由代偿到活性衰竭，至全线崩溃。由于人体被解除了“武装”，失去了卫御能力。一方面各种外邪的长趋直入，另一方面由于免疫

系统的监视功能混乱，不能排除异己，甚至颠倒“敌”“我”关系，削弱正常生理细胞，促进异己细胞，从而为各种癌细胞的复制大开绿灯。爱滋病人由于免疫防护体系被破坏，从而极易继发各种顽固感染，而且由于免疫监视的瘫痪而极易生长肿瘤，最终发展为获得性免疫缺陷综合征即免疫缺陷加上各种机遇感染的综合病征。爱滋病的病机至为复杂，至今尚未找到杀伤T细胞的密码。主要传播途径为粘膜及血液、淋巴，病源从病人的一切体液中排出，主要为血液及精液（大量存在），其次为乳汁、唾液、泪液及汗液（较少量），再其次为尿及大便、呕吐物（少量），离体可存活24小时，因此传染性是很强的。

发病机制

1. 感染机制 科学家经过实验研究认为：由于感染了特异性的爱滋病病毒所致。这种病毒附着于人体的免疫细胞—T₄淋巴细胞上，使这类细胞丧失了识别敌我的能力，削弱了人体T₄辅助淋巴细胞亚群，使T₈性抑制性淋巴细胞相对增加，形成T₄/T₈倒置。使免疫防护、免疫监视功能削减而致各种感染入侵及肿瘤细胞猖獗增长。对爱滋病病毒具有易感性的人更易发生。

2. 自体机制 即因患其它免疫系统疾病（包括原发性免疫缺陷病和继发性免疫缺陷病）致免疫系统损坏，从而具有免疫缺陷，在这样“内虚”的基础上如一旦感染了爱滋病病毒则难免不发病。

3. 药物诱发 使用刺激剂的人，如用亚硝酸异戊脂兴奋性活力者，有可能激发某些细胞的转化作用而诱发爱滋病，有

报道，一位服用激素壮体的运动员，并无性乱及输血史也无爱滋病人接触史而患了爱滋病。

此外，爱滋病现在还没有证实有否遗传性，但可以通过乳汁传染婴儿却是已被证实了的。据报道，有一妇女，因车祸受伤，接受输血，感染了爱滋病病毒，婴儿也得了本病。

第三节 爱滋病先兆、征兆及诊断

本病潜伏期较长，但由血源传染的较短，最短者为一年，最长者 15 年，平均为 6 年。少数为终身隐型，但却是危险的病毒携带者。

超早期先兆 出现不明原因的发热、皮疹、周身酸痛，酷似病毒型感染，数日即自行消失。从此则长期潜伏，二周后血清即可查出抗体，这一段时间极长，是该病的超早期阶段，可供分析病史参考。

早期先兆 逐渐出现顽固的、进行性的疲乏，消瘦、发热、厌食、痒疹、淋巴结肿大（颈、腋下尤甚）六大症状。属中枢神经性者则有痴呆。上述症状虽无特异性，但如为不明原因及久治无效，又有爱滋病人接触史、性乱史或输血史者即应引起高度警惕。应立即作血清检查，发现爱滋病病毒抗体，诊断即可确立。

典型征兆期 此时期为特异性症状阶段。如出现罕见的顽固性感染（机遇感染），如巨细胞病毒感染、真菌、孢子虫、鼠伤寒沙门氏菌，鼠弓形病、卡氏肺囊虫……引起发热、咳嗽、腹泻……且极易出现败血症，则意味着爱滋病人在先兆

症状出现后，经过长期的潜伏期（实际上是免疫功能代偿期）后，出现免疫贮备耗尽，免疫衰竭的凶讯。

具体如一个长期乏力、厌食、消瘦、发热的人突然患一般人不易得的病，如鹅口疮（白色念珠状菌感染）、卡氏肺囊虫性肺炎，孢子虫性肠炎，或出现巨细胞病毒感染，或反复出现带状疱疹或出现视网膜炎，兰氏贾第鞭毛虫病，或贾弓状体脑炎，鼠弓形体脑炎，反复发作的带状疱疹等谱广而又离奇的各种病原体感染为免疫功能衰竭的信号。

因此，突然出现咳嗽或腹泻、发热、鹅口疮、脑炎，如查出上述病原体，再结合病史以及长期的疲乏、低热、消瘦、厌食、痒疹、淋巴结肿大，就应高度怀疑爱滋病的可能，应立即作血清检查。

如再发现卡波济氏肉瘤（长在下肢的轻度皮肤癌，呈蓝紫色结节，重则转入肠道，形成大量癌结节，病人可因血性泄泻而死亡）斑，则提示爱滋病综合征的两个条件已经具备，诊断基本可以确立，即免疫缺陷加机遇感染。

爱滋病的诊断

除据上述临床症状外，还须作如下检查方可确诊。

1. 分离出爱滋病病毒 即 HTLV/HIV 病毒。
- 2 检测出爱滋病抗毒血清 即血清 HIV 抗体（一般在感染爱滋病病毒 2~4 周后，病人血清中即可出现）。

如上述检查为阳性结果，诊断即可成立。但还须再作免疫功能的实验检查以进一步确诊。 白细胞总数长期低；
淋巴总数长期减少： $< 1000/\text{立方毫米}$ （正常 $1500/\text{mm}^3$ ）；
T 淋巴细胞计数下降： $< 1000/\text{立方毫米}$ （正常 $1200/\text{mm}^3$ ）；

T_4 细胞计数锐减： $< 400/\text{立方毫米}$ （正常 $800/\text{mm}^3$ ）； T_4/T_8 比值 < 1.0 （正常 $1.1 \sim 3.5$ [1]）。

第四节 爱滋病的治疗

一、西医治疗方法

自爱滋病发现十余年来，现代医学对治疗本病想了许多对策，但至今仍然收效甚小，大约有如下几种：

（一）作用于爱滋病病毒

目前尚未发现特异性药物，但美国、苏联发明了一种叫做 HPA—23 及苏拉明（Suramin）的药物，主要是作用于逆转录酶以干扰病毒的遗传密码，从而破坏病毒的复制。临床应用后确有降低病毒的效果。但并不能减轻症状和避免死亡，且毒性很大，停药即复发。总之，至今尚无理想的抗病毒药物。

（二）纠正免疫功能的药物

近年来外国学者发明了一些药物，诸如白细胞介素 和干扰素，皆来自于 T 细胞糖蛋白，试图促进 T 细胞的活力，但临床效果不满意。

（三）胸腺素，骨髓移植

对爱滋病人给予胸腺素及进行骨髓移植，病人的免疫功能确能有所纠正，但效果不稳定，尚在实验治疗之中。

（四）抗机遇感染

由于爱滋病人的免疫缺陷导致对多谱病源体皆毫无抵御

能力。因此，极易患由各种细菌、寄生虫、病毒引起的疾病，如由卡氏肺囊虫、白色念珠菌、鼠弓形体、新隐球菌、单纯疱疹、带状疱疹、巨细胞病毒、隐孢子虫病……引起的肺炎、肠炎、粘膜炎症、溃疡、脑炎。不但顽固难愈，百药无效而且极易复发和导致败血症。这些继发感染往往是爱滋病人致死的主要原因，因此攻克感染关，是挽救爱滋病人生命的一个重要措施。

目前来说，现代医疗手段对上述各种感染皆有一定的控制能力，但用在爱滋病人身上效果都不太明显，磺胺一类对卡氏肺囊虫肺炎有一定效果，但易复发。目前对爱滋病人的继发感染正在试验用多种药联合治疗的办法，具有一定的前景。

（五）抗肿瘤治疗

由于爱滋病人的免疫缺陷造成免疫监视功能的障碍，不能识别“自身”和“敌人”，为肿瘤细胞的大量复制创造了条件。因此，容易产生各种肿瘤，尤其是易患卡波济氏肉瘤，目前采用放射及联合化疗有一定疗效。

（六）治疗总结

1 综合治疗及联合多种药物治疗比单一的孤立的治疗效果为佳。

2 爱滋病导致的免疫功能的衰竭，主要是由于爱滋病毒的破坏，导致免疫储备下降而失代偿的缘故，犹如甲状腺被病毒破坏，形成甲状腺功能低下，须终身供给甲状腺素一样。爱滋病因免疫储备耗竭，因此应终身补充免疫储备，故胸腺素的补给、骨髓移植、骨髓淋巴细胞的补给，以及不断输入

健康人的血浆应该是晚期爱滋病最有希望的治疗手段，因为此时即使给予能消灭病毒的药，亦为时已晚。

3. 早期爱滋病免疫系统尚未被破坏完，还有一定的储备及代偿能力，此时的治疗主攻方向应该是消灭病原体，即用直接对爱滋病毒有特异疗效的药，因此探索这一类的药物对保护爱滋病人的免疫系统，挽救病人是有积极意义的。否则病人的免疫系统一旦耗尽则难以挽回。

4. 爱滋病毒侵犯中枢神经系统者，治疗更为困难。因为能透过血脑屏障的药物较少，目前只有磺胺尚可，但仍不理想。因此，探索透过血脑屏障而作用于侵犯中枢神经系统的病毒，是一紧迫任务。爱滋病毒潜入人体后，并不能马上发病，而是长期隐伏着等待机会，而且潜伏得很深。当人体抵抗力衰弱时，或感染了其它疾病时，这些病毒才会乘机出来破坏。据报道，爱滋病人在发病前几乎和健康人一样，而且身体愈壮实的人发病愈晚。因此，在直接消灭爱滋病毒的特异药物未发明前，一旦感染了爱滋病病毒的人，应采取长期“封闭”病毒的方法，以期尽量延缓发病时间，同时也可减少传染他人的机会。措施如下：

(1) 避免催化发作的因素：包括禁忌服各种激素，兴奋剂，如性激素、肾上腺皮质激素、海洛因吸毒、鸦片，减少抽烟量、亚硝酸异戊酯等，以免起到催化作用。

(2) 避免诱发发作的因素：包括生物因素，理化因素及精神因素等，如避免各种感染，少到公共场所，不要接触传染病原。因为潜伏着病毒的人体只要一旦有疾病发生，爱滋病毒就会乘机而出，因为各种感染往往是诱发爱滋病的重要

因素。包括不能接受各种免疫抗原。此外，理化因素也易诱发本病，心理创伤、精神打击都可以导致人体正气骤然大虚而为爱滋病毒的“出山”创造了条件。

(3) 避免免疫抑制的因素：潜伏期病人不能服用抗癌药和化疗、放射等抑制免疫能力的措施，也不能长期服用抗生素，以免造成慢性免疫抑制。因为爱滋病毒一旦侵入人体后，免疫系统就会遭到了不同程度的破坏。

(4) 避免免疫错乱：有同性恋史的爱滋病人应停止同性恋行为以及频繁的手淫和过度的性生活，因为性心理变态引起的免疫错乱会产生自体免疫破坏。过度的性生活因缺锌也会加重免疫力的下降。

(5) 扶正强体：扶正强体、加强营养、保持抵抗力、延缓发作是很重要的措施，因为爱滋病的内因是正虚。

中医中药对调整免疫功能是有前途的，中医中药通过对人体肾阴阳的途径对调整免疫功能很有希望。另外，中医的“辨证”对爱滋病的抗病毒及抗感染都有一定的优势，是极其值得发掘的，详见下述。

二、中医辨证论治

由于爱滋病的病因病机为内虚邪中，并且正虚是主要矛盾且贯穿于爱滋病全过程的自始至终。因此，爱滋病的治疗自始至终都必须注重扶正。

爱滋病属温病范畴，早期及中期应按照温病卫气营血进行辨证。早期在肺卫阶段出现急性感染反映时（一般在急性感染后 2~8 周出现微恶寒、发热、皮疹、身痒、淋巴结肿大

等类病毒感染综合征),应予疏风泄热、清营解毒为治,可按照温病卫分证给予银翘散酌加板蓝根、紫花地丁、牛蒡子,蒲公英、天花粉、穿心莲、千里光、猫爪草、紫草、灵芝之类。

中期为气营阶段,以气虚营热为主。没有并发感染的以虚羸、乏力、消瘦、低热、厌食、淋巴结肿大为主症。这时应益气养阴、调整免疫功能,不能乱用抑菌的药物,以免抑制本来就已经削弱了的免疫功能。可用扶正合剂〔2〕:人参、生黄芪、甘草,酌加养阴药和健脾药物如生脉散。

中、晚期体重下降 10%以上,继发感染此起彼伏,邪已深入下焦肝肾。此时脏腑虚羸、邪毒盘踞,病情十分复杂,多已发展为“温劳”、“疫劳”、“虚劳”,还常表现为伤寒三阴证候,因此须灵活应用多种辨证规律,卫气营血辨证已经不能概括。由于病人正气大虚(免疫功能衰竭),又继发各种罕见的感染,包括卡氏肺囊虫肺炎、隐孢子虫腹泻、白色念珠菌鹅口疮、带状疱疹病毒感染、巨细胞病毒视网膜炎、鼠弓形体脑炎、兰氏贾第鞭毛虫腹泻,粟粒性肺结核等。这些疾病基本上都属于本虚标实、正虚邪甚。感染每复发一次,则加重虚羸,虚羸又加重感染,形成恶性循环,导致呼吸、消化、血循全面崩溃。因此中医给药都必须扶正祛邪,按照整体调节进行辨证论治,配方都比较灵活。如爱滋病晚期主要死于肠炎、肺炎及脑炎,并且都往往易导致阴阳俱虚、阴竭阳脱(呼吸、循环衰竭),故一切过寒过热或大补大攻都是不适宜的,必须寒热调配、补泻兼施,并以扶正为主,方可图治。

中医治疗爱滋病的优势

1.“证”是中医治疗爱滋病的优势 爱滋病初、中期阶

段属于中医的“温病”，应按照中医温病的卫气营血规律进行辨证。晚期属于“劳病”，又应按照中医的“虚劳”或《伤寒论》的三阴证进行辨证。自始至终应抓住中医“证”的优势进行施治，由于本病极其复杂，故涉及到中医的多种辨证手段，包括卫气营血辨证、脏腑辨证、三焦辨证及伤寒六经辨证。

由于爱滋病一开始感染即因房劳伤肾而有内虚的基础，并且贯穿于自始至终，因此初起也大多为正虚邪实或本虚标实，几乎没有单纯的实证。因此，治疗原则初起多用扶正祛邪的方法，没有单纯用攻的。中医“扶正”以及标本兼顾、补泻兼施，对本病可以大大发挥作用。

另外，由于爱滋病是一个全线崩溃的整体疾病，因此中医的辨证可以充分发挥整体治疗、整体纠正的优势。爱滋病后期病情发展迅速、变化多端，中医辨证具有充分的灵活性，能够“魔高一尺，道高一丈”，显示了中医“证”的灵活优势。

2 中医的方剂有着潜在的优势 因为爱滋病后期正气已经完全溃败，人体的功能全线崩溃，用药必须采取综合治疗，单一的药效果不佳，中医方剂的君、臣、佐、使配伍法则具有联合用药，协同作用的效益，是治疗爱滋病的又一潜在优势。

3 中药治疗爱滋病大有希望 由于爱滋病人极度虚羸，无力承受一切有毒药品，中药为自然生物药品，毒性小、副作用轻，最适合于虚羸病人。尤其中药各类补益药对纠正爱滋病的阴阳俱虚有着独特的作用，中药的双向调节作用对调节免疫功能（也即“扶正”）大有希望。

另外，中药不但“扶正”有优势而且在“祛邪”方面，同样大有潜力可挖。一方面中药有着丰富的药源和众多的品种，抗菌谱广泛。中药经过临床实验，不但能对抗爱滋病的各种机遇感染，而且最终有可能筛选出对爱滋病病毒直接起作用的药物。

总之，中医中药在爱滋病治疗的三大环节上都有着潜在优势，尤其在对抗机遇感染和调整免疫功能方面已经取得了一定的成效。今后中医中药将在治疗爱滋病这一世纪绝症上发挥优势，中医中药将进一步对全球人类的健康作出贡献。

第五节 爱滋病的预防

爱滋病是可以预防的，但要掌握爱滋病的预防知识，首先要明确其传播途径。

一、爱滋病传播途径

爱滋病病毒是随体液传播的，主要为精液、血液、阴道液、唾液、尿液、乳汁等，尤其以精液、血液及阴道液为甚，进入人体的途径为粘膜（如生殖器粘膜、口腔粘膜、眼结膜）及皮肤破口，但都必须进入血液循环。爱滋病病毒一旦进入血液循环即开始破坏人体的免疫系统而且无法消灭。因此要预防该病就必须阻断病原体的侵入途径。必须注意如下问题：

（一）维护性道德，避免性接触传染

1 首先要杜绝同性恋 根据世界同性恋的高发区爱滋病

猖獗的情况来看，爱滋病人确实高发于同性恋者，为什么？因为同性恋扭曲了的心态，由于心理——大脑的病理生理因素而容易导致免疫错乱，从而成为免疫缺陷产生的土壤，则有利于爱滋病病毒的袭击。再则同性奸容易对肛门及生殖器造成损伤，哪怕只有一个极微小的破损，也足以成为对爱滋病毒敞开的大门。因此同性恋患爱滋病最为高发，必须坚决禁止。如美国旧金山及洛杉矶为同性恋的集中地区，同时也是爱滋病流行最严重的地方。

2. 禁止乱恋，打击娼妓 不仅同性恋，异性恋也是感染爱滋病的重要途径，爱滋病人无论精液和阴道液中都有大量爱滋病毒，因此异性恋同样易感染爱滋病。目前西方的性自由、性解放在导致爱滋病流行的惨痛教训下已经大大收敛了。现在的问题还要坚决打击男女娼妓，这些人是传播爱滋病的最危险的媒介。同时，每个人也都应洁身自爱，才能避免染上这个比癌症还要致命的二十世纪“不治之症”。

（二）禁止吸毒注射

吸亚硝酸异戊脂以刺激性欲和服用激素壮肌，无疑都可成为诱发爱滋病的催化剂。尤其数人共同使用一个注射器或针头更是爱滋病的传播媒介，有些地方由于有吸毒习惯，故而成为爱滋病的流行区，故应严禁。

（三）控制医源性传染

1. 血浆血制品严格检查，禁止从国外输入 美国纽约就是因为从海地进口了一批血浆制品而造成爱滋病流行。我国已发现几例血友病患者因接受进口血制品而感染了爱滋病。对供血者及血浆皆应进行严格的爱滋病抗毒血清检查，如发

现 HIV 抗体阳性的血液则应坚决禁止使用。

2. 注射器的一次性使用 注射器要严格消毒, 对爱滋病患者用过的必须消毒后处理, 不能再用。口腔科、眼科、妇产科医护人员, 既要注意自身防护也要避免造成病人之间的交叉感染, 检验员、病理室人员、实验人员、科研人员都应注意防护, 外宾病房的护理人员、卫生人员、炊事人员都要严格注意消毒和防护。

3. 组织、器官的移植 国外已提供有因移植肾、人工受精等受染的病人, 因此要注意检疫。

(四) 加强海关检疫

对从疫区入境的人都应作 HIV 抗体检查。

(五) 对海滨、旅游地、国际饭店、宾馆都应注意卫生消毒和必要的防备措施。

(六) 消灭蚊子、臭虫、虱子这些吸血的昆虫, 如果叮咬了爱滋病人再咬健康人难免不会作为媒介。

但是, 必须强调对爱滋病毒虽然要加以防范, 但也不必惊恐, 只要不性乱、不吸毒、不和爱滋病人密切接触是不会传染上的。一般礼节性的来往不会传染。对爱滋病人不应歧视, 医护人员也不应逃避, 应有救死扶伤的精神。

此外, 必须把有免疫损坏的疾病和爱滋病区别开来, 不能随便怀疑体虚抵抗力差的人有爱滋病。爱滋病的诊断是严肃的, 必须血清检查 HIV 阳性方能确诊。而下列有慢性免疫损坏的人易感疾病与爱滋病相同, 当然没有爱滋病严重, 但绝不是爱滋病, 更谈不上传染性, 如: 为抗癌或防癌而长期使用抑制细胞生长的药物, 或如化疗或放射, 当然也同时

抑制了人体的正常细胞的生长,包括骨髓细胞、免疫细胞。
长期患慢性病导致体质虚羸的人致抵抗力下降。因接受器官移植而配合抑制抗体免疫反应的人,目的在于防止对移植细胞进行排斥。严重烧伤病人。先天免疫缺陷的人。
长期用抗体代替治疗导致自身免疫反应减退的人。患免疫系统疾病的人。

消毒(被污染): 高压消毒; 2%碱性戊二醛溶液;
75%乙醇; 次氯酸钠 250~1000ppm(有效氯浓度); 10%
甲醛; 1~3%来苏。

第六节 采访记实

为了更深入地探索爱滋病的治疗,笔者走访了中国中医研究院科研医疗处苏诚炼处长,他曾经受国家的委托,成立中国中医研究院试治爱滋病小组,赴东非某国首都医院医治爱滋病一年余。他们(包括中国中医研究院陆广莘主任及中国中医研究院薛伯寿主任等)所取得的经验是十分宝贵的,在我国亲自到外国高发区治疗爱滋病住院病人达一年以上,系统观察30例的医务工作者是不多的。因此,这些经验是非常有价值的。

鉴于当前爱滋病盲还比较普遍,即使在医务工作者中,对爱滋病了解的也不太多,为了扩大宣传,笔者把这次采访记实加以整理,并刻意以问答的形式作深入浅出的叙述,目的在于既对医务工作者有参考价值,又能让广大群众看得懂。

问:根据你们的亲身实践经验,中医治疗爱滋病效果明

显吗？

答：中医治疗爱滋病能提高免疫功能，改善临床症状，对早、中期病人效果确实明显。

问：您经手诊治了多少爱滋病人？

答：30例。都是经过确诊的 HIV 阳性者。由于爱滋病病人心理负担极重，几乎都隐瞒病情，是因为发热或严重的腹泻、咳嗽来看病时被医院发现的，一旦发现就把他们收住院治疗。

问：您见到的爱滋病人，都表现哪些症状？

答：爱滋病人的症状分为三期，早期是无症状带毒症，HIV 阳性（爱滋病病毒抗体反应）大约为 3~6 月出现。该病有胎传性，即病毒可以从母体透过胎盘屏障进入胎儿血循，母亲是爱滋病人，后代也必然是。至于该病是否遗传？目前尚未发现家族性。

中期为前驱症，表现症状为发热、乏力、皮疹、厌食、淋巴结肿大（尤为颌下、腋下及颈部淋巴结），酷似病毒性感冒也很像过敏。并且出现抵抗力下降，一般感染 2 周后出现皮疹、发热及淋巴结肿大，这个阶段可以持续很长时期。

第三阶段为爱滋病的晚期阶段，这个时期也是爱滋病人必然暴露的时期，以消瘦、发热、腹泻、皮疹、咳嗽及各种机会感染而突出。病人虚羸到了极点，有的病人瘦得只剩一架骨头，起床都必须要人搀扶着。此时白细胞下降到 3000 以下， T_4 淋巴细胞就更少得可怜了，颌下、腋下淋巴结明显肿大，腹股沟淋巴结对该病无特异性。 T_4/T_8 比值下降，甚至降到零点几（正常比值不小于 2），抵抗力几乎等于 0。

问：爱滋病人有先兆症吗？

答：没有。不过爱滋病急性感染 2 周后，出现皮疹、颌下、腋下、淋巴结肿大、类似病毒性感冒。

问：这可以说是爱滋病漫长病程的早期先兆吧？

答：是的。可以算是先兆症吧。

问：爱滋病毒是怎样感染人的？

答：爱滋病毒侵入人体共为三个途径：一是通过性交，二是血源传染，如输血、血友病人最危险，因为缺少第八因子，需要由 2000 人的血浆供给，其中只要有一个人患爱滋病这个血友病人就不能幸免。所以禁止进口血浆制品。但是第八因子我国不能制造，所以很麻烦。还有吸毒，同用一针管注射，当然会互相传染。第三个途径是母婴胎传。母亲有爱滋病，胎儿必然被传染上。

问：感染了爱滋病毒后，必然发病吗？难道人类对这种病毒一点抵抗力都没有吗？

答：是的。人类当前来说对这种病毒毫无抵抗力，可以说是束手待毙，一旦感染了爱滋病毒后不论潜伏期长短都必然要发病，这是避免不了的。

问：潜伏期有多长？

答：最短二周，一般为 3~6 月，有长达 9 年者。

问：为什么感染了爱滋病毒后必然发病？

答：因为这种病毒一旦侵入血液循环后，和 T₄ 淋巴细胞的染色体相结合，因此很难驱除。感染的病毒量与病情发展的严重程度成正比。这种病毒潜伏于人体很深，并且能潜伏于骨髓细胞很长时期，一旦受到某些理化因素的诱发即突然

大量释放入血。美国做过这样一个实验，即对 131 例同性恋患者观察，开始 HIV 为阴性，跟踪 3 年后才有 1/3 出现阳性反应。

问：爱滋病病毒是怎样破坏免疫系统的？

答：这种病毒的目标对准了人体的 T_4 淋巴细胞，一侵入血液即寻找这些细胞并附着于其上，进行大量繁殖。被破坏的 T_4 细胞崩溃后，释放出来的病毒又去侵犯别的 T_4 细胞并进行繁殖，因此是很难消灭得了的。 T_4 细胞相当于“人体警察”，被破坏后，等于使人体被解除了武装，丧失了防卫能力。

问：能制出爱滋病预防疫苗吗？

答：目前恐怕很困难，因为病毒变异太大，在同一个人身上仅一个月内即有 2 次变异病毒膜蛋白，等到抗体制造出来，新的抗原又产生了，就像病毒感冒没有预防疫苗一样。这也是爱滋病成为人类当今最大隐患的原因之一。

问：爱滋病毒是怎么起源的？

答：这要追溯到非洲的绿猴上去。这种猴身上感染了一种叫做 HASAL - 的病毒。侵入人体后经过遗传变异而得成为爱滋病毒，现统称为 HAL 病毒，即人免疫缺陷病毒，最早是法国人在扎伊尔发现的。在维多利亚有一个湖叫做基五湖，那里的黑人习惯注射绿猴血兴奋壮阳，男人注射于大腿上，女人注射于背臂部，可能是通过这样的途径传染于人的。爱滋病病毒实际上在一百多年前在非洲即已有了，只不过那些时候比较封闭，交通不发达，诊疗条件较差，诊断不出来而已。美国 1972 年在非洲某国抽查发现带病毒人 70% 阳性，该病美国于 1981 年才公开报道。

问：经过一年的实践后，请您谈谈中医对爱滋病病因的认识。

答：本病的发生，外因是感染温邪病毒 HIV，损伤了人体，内因是长期性生活紊乱，正气受损，气血亏虚，内外因互为因果，感染日久，严重损伤全身脏腑功能，造成恶性循环。

问：请谈谈您是怎样辨证论治的。

答：很好，你问的这个问题正中要害，中医治疗爱滋病的法宝就在一个字：“证”。本病早、中期属于温病，应用温病卫气营血辨证。属气阴两虚的较多。中期常出现伤寒的“三阴”证，可按伤寒论六经辨证进行辨证。后期则为“虚劳”，属阴阳俱虚，又多用脏腑辨证。

问：那么说中医的卫气营血辨证、六经辨证、脏腑辨证以及三焦辨证全都用上了？

答：是的。这个病是一个全线崩溃的病，累及脏腑之广是非常严重的，尤其晚期证情十分复杂，并且多变。

问：请您谈谈温病的卫气营血及三焦辨证在该病中的应用。

答：爱滋病早、中期属于温病范畴，故卫气营血及三焦辨证很重要，爱滋病早期病邪尚在卫气阶段，故以气阴两虚为多见，邪在上焦，证型以肺胃阴虚为多见。中期邪入气分，在中焦脾胃，故脾胃虚损证型较多。可表现为厌食。晚期邪入下焦肝肾，又以肝肾虚损为多。

问：有血分证的表现吗？

答：有出血的情况，但我们这里没有见到。

问：请您介绍一下爱滋病的阴阳失调情况？

答：爱滋病人早、中期以气阴两虚为主，晚期则几乎都为阴阳俱损，当然也有所偏重。

问：晚期偏阴虚多还是偏阳虚多？

答：在我们经治病历中，以偏阴虚的多。

问：为什么？

答：因为大部分是止不住的腹泻，导致阴竭阳脱的太多了。

问：请您讲一下，您对爱滋病是怎样掌握补泻原则的。

答：好的。由于爱滋病自始至终都贯穿着一个“虚”字，因此没有单纯攻的情况，可以说都是攻补兼施，标本兼顾的，因为病人的抵抗力丧失了，因此“扶正”一直是用药的总前提。中、早期正虚邪实的则扶正与祛邪并用。中、晚期则以扶正为主，祛邪为辅，单纯祛邪者少用因为病者已经不能耐受。

问：您刚才谈到此病常出现《伤寒论》的三阴症，请您介绍一下。

答：我们治疗几个病人辨证为“厥阴下利”用乌梅丸治疗有效。“厥阴下利”就属“三阴”症。

问：机会感染是爱滋病的主要死亡原因，您是怎样用中药征服的？

答：不敢说是征服，但用中药后改善了症状，这都是事实。如腹泻，多是感染了孢子虫，病人一天可泻几十次，瘦得皮包骨，很多是头天还给他看病，第二天早上查房时就已死了。我们辨证为脾肾两亏，多半采用温固的办法，如四君

子汤合四神丸，或扶正合剂（人参、黄芪、甘草）合四神丸，或金匱肾气丸。可以改善症状，有的好转出院。如W HUCE，男，33岁，军人，病历号533752，每日腹泻7~10次，化验HIV阳性，诊为爱滋病。于1988年6月27日由我们给中药治疗，病人两侧颈部淋巴结肿大，苔薄黄、舌质红，舌两侧有瘀斑，脉细数。证属正气不足，脾胃虚弱，邪毒内蕴，治以扶正祛邪，培补脾胃。方用扶正合剂合补中益气汤，小柴胡汤加减。另加土茯苓、板蓝根。10剂后，咳减但腹泻仍日十余次，去板蓝根、黄芩加炮姜、诃子肉、煨木香，6剂后腹泻减为日3~4次，20余剂后腹泻基本控制。以后又复发，方予扶正合剂合四神丸，同时加服金匱肾气丸14剂后基本控制，体重增加，1988年9月29日出院。有的辨证为脾胃虚损，用补中益气汤，香砂六君子汤，人参归脾丸等温中健脾、收涩止泻有一定效果。但太晚太重的还是无法挽救。如我们治一位名叫LBula，男性，35岁的工人，病历号520019。发热腹泻、消瘦乏力已达8个月之久，近4个月来加重。为黄色水样便，化验HIV阳性。1988年1月9日转为中医治疗，证情危笃。患者呈恶性重病容，颈部、腹股沟淋巴结皆肿大，两前臂外侧有散在性皮疹，血白细胞仅有 $2350/\text{毫米}^3$ ，日泻5~6次，肢冷、脉细、舌质稍红，苔薄黄，证属正气虚损，脾肾两亏。拟扶正祛邪，培补脾肾，方用补中益气汤、扶正合剂与四神丸加减。服药10剂后，自觉乏力、盗汗、皮疹瘙痒皆有所减轻，又予人参养荣丸10剂后腹泻减为每日2~3次，咳嗽、头痛皆好转。后来又因鹅口疮及腹泻加重无法挽救而死亡。对咳嗽，多为卡带氏囊虫性肺炎。多半表现为肺胃阴虚。

用益气养阴清热化痰法，方用参苓白术散，百合固金汤，加服生脉散，很有效。正虚的用扶正合剂合百合固金汤葶苈大枣泻肺汤，大多能好转出院。如我们治疗一患者，A Gaim，男，46岁，农民，已婚，病历号 549277。因咳、胸痛发热盗汗等症于 1987 年 12 月 1 日收住内科，确诊为爱滋病并肺结核。除每日肌注链霉素 0.75 克外，西药全停。经我们辨证为肺胃阴虚，水湿内停、热邪恋肺，因属本虚标实，给予扶正合剂合百合固金汤，葶苈大枣泻肺汤化裁服药 20 余剂后左侧胸水逐渐消失，咳减轻，体重增加，于 1988 年 2 月 6 日出院。并发鹅口疮的（白色念珠球菌感染）我们用冰硼散和锡类散涂上，能缓解，但易复发。

问：神经型爱滋病您们是怎样辨治的，请举实例介绍一下。

答：爱滋病病毒是嗜中枢神经细胞的病毒，如侵犯中枢神经细胞则可导致痴呆、半身不遂、惊厥等，我们采用温开法如治疗患者 J Fass，女，33 岁，1988 年 1 月 4 日曾以“败血症”、“肠伤寒”收入内科病房。血清化验：HIV 阳性，属于艾滋病毒侵犯中枢神经系统晚期危重者。症见神昏谵语、抽搐惊厥，体温 39、咳嗽、腹泻、满口鹅口疮、脉细无力，证属阳虚邪实。热盛痰蒙、肝风内动、上扰神明，我们给予扶正固脱，逐秽开窍，予苏合香丸 2 丸，开水化服及人参生脉饮 2 瓶喂服。药后神志逐渐清醒、谵语、抽搐、惊厥等症亦渐止。次日早晨查房时见患者神志转为清醒，自诉头痛、乏力、下肢麻木、大便日 3~4 次，遂予扶正祛邪，调和肝脾之剂以后一般情况尚稳定。

问：以后是好了，还是又复发了？

答：又复发了，因为脑型爱滋病是非常凶险的，属于晚期垂危病人，无论什么药都难以挽回生命，该病人一个月后出现神情呆滞，说话困难，躁动不安，辨证属正气衰竭，陷邪心包，痰浊上蒙。虽急予安宫牛黄丸开窍、清开灵肌注，但终因病已入膏肓无法挽救而死亡。

问：真不幸，那么周围神经型的爱滋病你们碰到过吗？

答：治过了，爱滋病还经常袭击周围神经，出现肢麻，疼痛及行动困难即感觉，运动障碍，如苔黄腻脉滑数的，则予清热化痰、息风开窍治疗，方用钩藤饮、安宫牛黄丸等，有一定效果。有的尺神经损坏，手指伸不直，我们给予活血通脉后疼痛大有减轻。

问：爱滋病人的淋巴结肿大也是一个大难关，您们是怎样攻克的呢？

答：爱滋病人主要为颌下、颈及腋下淋巴结肿大。我们采用扶正合软坚散结的办法用夏枯草、牡蛎、丹参、玄参、土贝母、黄药子、山慈菇、僵蚕、橘核、白花舌蛇草等有一定效果。

问：爱滋病的发热是非常顽固的，请介绍一下您们的治疗经验。

答：爱滋病的发热确是一大难关，但只要按照中医的“证”辨治，皆可有一定程度的减轻。如早、中期，体质尚可以的，可以用温病学清卫分热的办法。如出现类似感冒和过敏的病毒急性感染症则可按照温病初起邪在卫分给予清泄疏解的办法，如银翘散加减之类。如中期邪入气分，气阴两虚，

又当加重解毒清热之品并兼顾扶正。中晚期属气虚发热的用“甘温除大热”的办法可予补中益气汤、升阳散火汤等。晚期阴虚发热可用秦艽鳖甲汤等，基本可以缓解发热。

问：爱滋病人的鹅口疮是非常顽固而痛苦的，据说满口满舌的白霉物，甚至可阻塞呼吸道，请讲一下你们是怎样为病人减轻痛苦的。

答：是的。由于白色念珠状菌的感染，使病人舌边尖部有白色糜烂点或片，进食疼痛加剧，病人痛苦异常。有的满口满舌堆布白色腐臭斑块，影响呼吸及消化。我们给予冰硼散及锡类散后局部症状有所好转，但因晚期病人体虚不受寒凉，量不能大，否则易致腹泻加重。

问：对爱滋病人好长的卡波氏肉瘤（皮肤血管性肉瘤）你们是如何治疗的？

答：卡波氏肉瘤可用小金丹和用中药抗肿瘤的方法治疗有一定效果。典型症状为下肢皮肤变为蓝色或长出蓝紫色结节，西医用化疗和放射治疗。

问：请您谈谈中医中药在治疗爱滋病的优势。

答：首先爱滋病是一种由于免疫系统被破坏而导致的血液系统、呼吸系统、消化系统、全线崩溃的全身性疾病。中医的辨证论治的整体性及灵活性在调整全身、纠正脏腑功能紊乱来说具有较强的优势。

其次，爱滋病是以免疫功能被破坏导致正虚最后形成阴阳俱虚，阴阳俱虚又加重正虚，形成恶性循环。中医药的补益药包括补阴类、补阳类、补气类及补血类皆有扶正、调整免疫功能增强抵抗力的作用，有阻断恶性循环的优势。

再次,爱滋病的各种机会感染,中医药是最好的尅星。因为中医药的抗菌谱较广、毒性小、副作用轻,病人容易接受,我们在临床上应用了确有可观的前景。

问:中医药在直接消灭爱滋病毒方面有优势吗?

答:目前还在探索阶段,紫花地丁、黄连、千里光、蒲公英比较有效,目前还在筛选。天花粉蛋白可以选择性地抑制被破坏的T₄淋巴细胞上的病毒。中国有着丰富的药源,以及千百种有抗菌力的中草药,筛选出具有特异抗爱滋病毒的药是很有希望的。我们收治的病人,都是化验确诊为爱滋病而且全部停西药的,说明中医中药在治疗爱滋病是很有前途的。

问:你们治疗组用的扶正合剂只有人参、黄芪及甘草,说明主要是益气,为什么不用扶阳药——附片呢?

答:您提的问题很有水平,附片是可以用的,但爱滋病晚期大多阴阳俱虚而偏重阴虚。但偏重阳虚的时候也用附片,如阴证腹泻我们也用金匱肾气丸、四神丸效果也很好。

问:我分析了您发表的临床治疗经验,发现大部分情况用的是复方、合方、大方子,按理来说疾病愈重方药就不能太多,请您谈谈经验。

答:是的,我们用的多是合方、复方,但主要是与扶正合剂合用。因为该病晚期正气大虚,必须攻补兼施,标本兼顾,单一的攻或补病人都是耐受不了的。另外,爱滋病晚期往往呼吸、消化、血液系统的疾病总暴发。病人既咳嗽又腹泻,还高热甚至出血、昏迷,所以往往需要综合治疗,避免顾此失彼。

问：大家都怕传染上爱滋病，请您讲讲你们和这么多爱滋病人直接接触了一年多都没有传染上，你们是怎样防护的？

答：我们开始也很担心，但我们掌握了爱滋病的三个传染途径后我们就不怕了。首先，我们洁身自爱。其次，我们诊脉及检查病人时使用一次性手套，手上如有破处就先贴上一小块胶布再戴上手套，检查后好好洗手就行了，但决不能被污染针头刺破。我们看病时也不戴口罩。

问：为什么？

答：一是戴上口罩和病人增加了距离，病人反感了就影响合作，二是天气热受不了。有时候病人打喷嚏也喷在我们脸上也没传染上。我们回国时作了化验，我们一行的都是阴性，谁也没传染上，说明爱滋病的传染性并非可怕，医务人员只要注意防护；根本不必退避三舍。

问：您这么大年纪了不怕传染，远离家乡到那异乡国土上和爱滋病人打交道，是国际主义精神在鼓舞着您吧？

答：说实在话，当时接受组织上交给的任务后，心里就想要是传染上了就回不来了。但作为一个医务工作者首先要有献身精神，没有献身精神是不行的。再说作为一个共产党员对党和国家的信任和委托是不应辜负的，眼看着爱滋病这样一种凶恶的病魔在全球蔓延，我们中国人也应尽自己的责任，何况爱滋病已经冲破中国的缺口了，我们也应该取得征服这个疾病的经验。

问：中国现在的流行情况如何？

答：中国现在没有做大范围的普查，公布的数字都是范围不大的，HIV 是阳性的究竟现在全国已经有多少了？谁也

不知道。因此现在不能不引起警惕。亚洲，中国都已经开放了，每年进出中国那么多的人，谁能担保没有带进病毒？因此展开对这个病的宣传是十分必要的，等到流行开了才宣传那就晚了。

问：您说的很对，必须加强宣传扫爱滋病盲，让这个病在中国没有市场。另外，西方发生这个病后在性道德方面有所收敛了吧？

答：收敛多了，性自由，性解放已经不再时髦了，大家开始醒悟到还是一夫一妻制好。

问：中药在预防爱滋病方面前景很可观，请您介绍一下。

答：好。关于中药对该病的预防问题口服药正在实验室阶段，有的地方（如深圳）创造了一种消毒的洗液，以后还可创造佩带的，总之，中药在预防爱滋病方面是很有前途的。

问：昆虫和节肢动物会成为爱滋病的传染媒介吗？

答：肯定的说，不会。我们在那里天天被蚊子咬，但我们一个也没有传染上。据研究，爱滋病毒并不进入蚊子的血液循环，要被传染上，除非有二千只蚊子叮咬了爱滋病人后又集中叮咬于一个人身上才会得病。

问：真是这样吗？

答：是的，否则我们还不早被传染上了。

问：您们吃什么防护药吗？

答：我们除了吃抗疟药外什么也没吃，也没有可吃的药。

问：请您把爱滋病的消毒问题介绍一下。

答：好的，这个问题很有必要。任何一种普通消毒药都可以消灭爱滋病毒，如 70% 酒精、3% 来苏尔，10% 漂白粉皆

可。但爱滋病人用的针头针管必须是一次性的，医院、旅馆要注意便盆和澡盆的消毒。一般社交不会传染。

问：哦，还有一个问题，请您谈谈爱滋病的社会问题？

答：对待爱滋病病人不能歧视，这是不符合人道主义精神的，因为他们本来精神上就很痛苦，有严重的社会失落感，如果再歧视他们就可能使少数病人产生报复行为，那就不利于社会。

注：〔1〕何济华、彭马丽著《爱滋病及其防治》，中国国际广播出版社。1987年版，74页。

〔2〕中国中医研究院试治爱滋病小组，苏诚炼执笔：中医药试治爱滋病30例临床报告，中医杂志，1990年第3期。

主要参考资料

- 〔1〕法国巴斯德研究所著：何照洪译，《世纪的疾病——爱滋病》。世界图书出版公司，1989年版。
- 〔2〕联邦德国K.H.雷格尔.P.海姆豪森合著：《爱滋病——二十世纪的新流行病》。科学技术文献出版社，1987年版。
- 〔3〕何济华、彭马丽编著：《爱滋病及其防治》。中国国际广播出版社。1987年版。
- 〔4〕张求精等编译：《爱滋病的现状及防治》。陕西科学技术出版社。1986年版。
- 〔5〕马复兴等：《爱滋病》。同济大学出版社。1987年版。

-
- 〔6〕 中国中医研究院试治爱滋病小组、苏诚炼执笔：中医药试治爱滋病 30 例临床报告。中医杂志，1990 年第 3 期。
- 〔7〕 苏诚炼：《临床诊治爱滋病的初步体会》。中医杂志，1990 年第 2 期。
- 〔8〕 程违主编：《爱滋病防治理论与实践》，上海科学技术出版社，1989 年版。