

作用。再依据病因不同而随症配伍其它养血、祛风、胜湿、凉血……等药物，以协同助效。如阴虚血少者，邪热侵扰，往往出现惊痫痉厥，则配伍养阴或补血药。一切皮肤病，因水湿内

生，加芳香化湿或利湿燥湿药物。湿热上壅则伍以清热解毒，凉血利湿。瘀滞阻络，血瘀生风，则伍以活血祛风。重镇药，功用广泛，因过敏所导致一些疾病，均可配用之。

吴茱萸汤加味治疗颅内压增高性头痛2例

南京中医学院 张 贤 媛

病例一：王××，男，50岁。因发热持续不退，头痛逐渐加剧，检查发现脑电波中度异常，而于1980年11月27日住入南京市某医院内科。住院号：344694。入院时体温39℃，血白细胞总数11700/立方毫米，中性73%；血沉35毫米/小时；脑脊液压力290毫米水柱；双眼底视神经乳头稍红，诊断为颅内高压症原因待查。经抗感染及脱水疗法治疗后，体温恢复正常，头痛未能控制，并出现双眼球震颤，右侧腹壁反射减弱，步履共济失调。双侧眼底网膜静脉略粗大，右视盘上、下方网膜有小片状出血斑，黄斑部水肿，为明确诊断，多次动员脑室造影未允。共住院46天，于1981年1月8日出院，前来就诊中医。

中医辨证治疗：头后枕连及项背剧痛，不能俯首转头，痛势入暮尤甚。伴恶寒、无汗，面色晦滞，视物昏糊，双眼复视，小便清长，舌紫，苔白厚腻，脉弦稍数左细。按太阳风寒湿邪夹瘀论治，以葛根汤、通窍活血汤合方出入。进药3剂，头痛无明显减轻，依然彻夜不宁，且左颈侧连及缺盆抽掣疼痛。转以厥阴肝寒上逆入手，处方：吴茱萸10克，红参10克，大枣7枚，生姜3片，制草乌12克，3剂后头痛即减。原方加炙甘草10克，白芥子10克，连服7剂，头后枕部疼痛大减，左耳后及右缺盆隐痛时作时止。继服原方5剂，病情基本控制，精神明显好转，双眼视物清明，腻苔大部消退。共治疗22天，2月10日五诊时头痛尽除，随访至1983年9月，未见复发。

病例二：丁××，女，31岁。因阵发性前额头痛2周，头痛逐渐加剧，剧烈呕吐1周入院。经南京市××病防治院等医院检查：双眼底早期水肿改变。拟诊颅内高压症(颅内占位性病变——中线附近?)。患者因惧怕脑室造影，而于9月18日前来就诊中医。

中医辨证治疗：头痛骤起，前额为主，痛无休止，至夜加重。伴首重如裹，呕吐清水，不能进食，口不干渴，轻微恶寒，无汗。苔白厚浊腻，脉细弦。按阳

明经寒湿论治，以羌活胜湿汤为主处方：羌活10克，独活10克，川芎10克，蔓荆子10克，藁本10克，防己10克，制川乌12克，生甘草5克，蜂蜜30克，2剂。服头剂头煎后20分钟，周身汗出气臭，头痛、头重即略减轻。续服7剂，头不再昏重，疼痛转为清晨阵发，痛势仍剧，恶心、呕吐未已，有时目眶、两腮作酸，恶寒反而加重，自觉两足胫冷，如立水中，夜间少腹阵痛，下利清冷。转从少阴、厥阴论治，处方：吴茱萸10克，参须9克，大枣5枚，生姜30克，制川乌8克。3剂药后周身转暖，四肢皆温，微微汗出，呕吐停止，头痛轻微，腻苔减轻。前方合入苓桂术甘汤又服7剂，前额头痛尽除，有时目眶轻微胀痛，饮食正常。改六君子汤加桂枝、川芎、羌藁子、蔓荆子、生姜、大枣，每日1剂，带药回原籍调治。1个月后来查时已无自觉症状，除左黄斑色素稍紊乱外，双眼底无异常发现。观察至1983年9月未见复发。

讨论与体会：头痛是许多疾病的常见症状，原因十分复杂。颅内压增高是引起头痛的原因之一。本文两例都是急性头痛，有眼底改变或腰穿脑脊液压力增高，皆系颅内压增高引起之头痛无疑。《罗氏会约医镜》指出：“凡头痛有久暂表里之异，以脉验证，以证合脉，得其源而治之，定奏速效而不难矣。”例一来诊时按太阳风寒夹瘀论治，病情无明显改善。考虑患者视物昏糊，双眼有复视，转从厥阴肝寒论治，即获良效。例二按阳明经寒湿论治，得汗后病减，但恶心呕吐，形寒下利。改投吴茱萸汤加制川乌，亦获满意效果。一般认为厥阴头痛的特征是疼痛位于巅顶，呕吐清涎冷沫。笔者根据临床运用，认为厥阴头痛用吴茱萸汤应以舌苔白厚湿滑、口中和、洩清、脉弦或沉为主要指征。若视病情合入温经镇痛的乌头同用，效尤彰著。至于头痛的部位、呕吐与否，并非辨证关键。本文两例头痛部位均不在巅顶，其中一例亦无呕吐，却获良效，就是明证。