

中医教学

厥脱证治和急救的讨论

第四期全国中医内科急症进修班

黄星垣 (重庆市中医研究所): 厥脱, 是内科常见的急症, 包括古代中医的“厥证”和“脱证”。由于厥脱两证常可相互转化, 较难截然分割, 因此临床上常将其并而论治。近年来, 对此急症的治疗和研究, 多将益气、回阳、解毒、通腑、化瘀、开窍等治则, 交叉联合并用, 特别是采用中医多种有效新型制剂、多种给药途径综合治疗处理以来, 其急救效果有了明显提高, 在理法的探讨上, 也有新的进展。为了总结经验, 进一步提高厥脱的证治和急救水平, 第四期全国中医内科急症进修班组织了从事内科急症, 且具有一定实践经验的教學人員, 进行了一次专题讨论。现将讨论的主要内容整理如下。

厥脱含义及其异同

彭登慧 (中医研究院西苑医院): 在《内经》中, 厥证是最早列为专篇, 为重点论述的急症之一。其含义有三: 一指暴不知人, 如《素问·厥论》云: “厥或令人腹泄, 或令人暴不知人”; 《素问·大奇论》又云: “暴厥者, 不知与人言”。二指手足逆冷, 如《灵枢·五乱》篇说: “乱于臂胫, 则为回厥”。三指六经之不同厥证病型, 如《素问·厥论》所述: “巨阳之厥, 则肿首头重, 足不能行, 发为胸仆”; “阳明之厥, 则癫疾欲走呼”等。上述《内经》所指之厥, 前两者一直沿用至今, 后者所指, 与后世之含义迥异, 因而罕有按厥论治。汉之张机才明确指出, 手足逆冷为厥之主证, 热之深浅直接反映厥之程度, 如《伤寒论》云: “厥者, 手足逆冷是也”; “热深厥亦深, 厥微热亦微”。隋·巢元方在他的《诸病源候论·中恶病诸候》中, 将厥证的范围, 从寒热诸因, 扩大到把精神刺激所致之昏

厥, 也列入厥证范围。明清以来, 才将厥与脱证并而论述, 如《景岳全书·厥逆》在论述气厥和血厥时, 曾这样并论: “气厥之证有二, 以气虚气实皆能厥也。气虚卒倒者, 必其形气索然, 色清白, 身微冷, 脉微弱, 此气脱证也”; “血厥之证有二, 以血脱血逆皆能厥也。血脱者如大崩大吐, 或产血尽脱, 则气亦随之而脱。”

脱, 指疾病过程中, 阴阳气血大量耗损, 而致病情垂危之临床证候, 它的综合表现为“脱证”。主要症状有: 汗出如珠, 四肢厥逆, 口开目合, 手撒遗尿, 脉微欲绝等。由于其临床症候系以精气向外而泄为特点, 故又称“外脱”。有些病证如中风时, 又常以“内闭”和“外脱”两者兼见; 《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》则将虚劳病出现的动则气喘、手足冰冷、食不消化、腹胀、大便溏泄、脉沉小而迟等阳虚虚微的证候, 名为“脱气”; 《难经·二十难》则以真阴损耗, 而致突然视力严重减退的证候, 名为“脱阴”, 即“脱阴者目盲”之谓。此外, 还有“脱阳”和“阴竭阳脱”等亦列为脱证。脱证的早期一般多有四肢厥冷、神情淡漠或烦躁, 故可认为厥为脱之轻证, 脱为厥之变证, 两者在临床上常相转化, 较难分割, 以厥脱并而论治为宜。

厥脱的病机分析

杨东祺 (西安市中医院): 厥脱, 乃多种疾病发展到某一病程时, 具有阴阳离决、精气乃绝之虞的危急证候。对其病机分析, 历代皆有论述。《内经》首立厥为阴阳气乱之说, 如《素问·厥论》说: “阴气盛于上则下虚, ……阳气盛于上则气重上, 而邪气逆, 逆则

(16) 西安医学院针麻基础理论研究组: 针刺对机体的调整作用。《针刺麻醉资料综述》(国内发行), 人民卫生出版社, 1973。

(17) 河南医学院针麻原理人体解剖协作组: 电针对机体的细胞免疫反应的进一步观察。针刺麻醉(2~3):104, 1977。

(18) 赵植桂等: 针刺对提高机体免疫力的观察。天津医药

(7):323, 1975。

(19) 马振亚: 针刺对血清中调理素的影响。陕西新医药(6):42, 1978。

(20) 章育正等: 艾灸对实验动物免疫反应的影响。全国针灸学术讨论会论文摘要(二), 1976。

(21) 毛良等: 针灸对家兔网状内皮系统吞噬机能的影响。上海中医药杂志(4):36, 1985。

阳气乱,阳气乱则不知人也。”《伤寒论》进一步对寒厥、热厥、脏厥、蛔厥、气厥和血厥等证,详加区别,并将厥之病机高度概括为“阴阳气不相顺接”,其证则概括为“手足逆冷”,可谓执简驭繁,提纲挈领,为后世所宗。以此为基础,我拟补充和阐发为以下三个方面。

(一)厥脱之现,本于阴阳失衡。人之阴阳,出入升降,运行不已,环抱不离,即《素问·阴阳应象大论》谓:“阴在内,阳之守也;阳在外,阴之使也。”厥脱之阴阳气不相顺接者,乃阴阳失衡之极也,如《诸病源候论·厥逆气候》谓:“厥者逆也,谓阴气乘于阳,阴气居于下,阳气处于上,阳虚则阴实,实则阴盛,阴盛在上乘于阳,卫气为之厥逆,失于常度,故寒从背起,手足逆冷,阴盛故也。”诸如外感温热阳邪,灼伤阴液,阴不济阳,阳热充斥,阻滞气机,阳郁而不能外达四末,热深厥深,热极为寒,以致四肢厥逆,面色苍白,汗出尿少,脉细而微,呈现出阴阳离决之危候。

(二)厥脱之发,起于气机逆乱。气机调达,是反映人体脏腑生理功能的正常协调。如脏腑受损,出现厥脱之候,则是气机逆乱的病理结果,如《景岳全书·厥逆》说:“气逆者,即为厥也。凡阴阳之气,阳从左而升,阴从右而降,……升者不升,降者不降,而逆其升降之气也。”说明厥脱之发,起于气机逆乱。今人田令群氏等^[1],从大量的急症死亡病例分析中,佐证了这一论点,他们从464例内科急症死亡例中观察到,当病情转入重危阶段,有97.6%的病例,呈现出明显的气机逆乱,其逆乱乃风火痰水瘀之变。

(三)厥逆之源,在于脏腑衰竭。阴阳协调,气血和顺,取决于脏腑的正常制约和正气的健旺。厥脱证之气机逆乱,皆缘于脏腑受病,功能衰竭,尤以心肾衰竭更易导致。诸厥气机逆乱,血瘀不行,与心气虚衰至为相关。盖心主血脉,又主神明,心气虚衰,则血无所主,气无所依,而易逆乱,发为厥脱。肾主藏精,又主水液,为元阴元阳之宅,为气之根,诸病所致的肾气衰竭,则气无依而逆逆;元阴不藏,犹若水之无源,真阴涸竭,乃成阴阳离脱之证。如《类证治裁·厥》说:“厥者尽也,危候也。”这里的“尽”,即脏腑功能衰竭之意也。

临床特点及类型

文立微(河南中医学院附属第一医院):在正常生理情况下,人体阴阳气血,处于相对的动态平衡状态。在病理情况下,受到各种致病因素的急剧影响,五脏受损,尤其是心阳亏虚,心阴耗伤,阴阳气血,不相贯

通,气机逆乱,厥脱乃现。初起证见面色苍白,四肢发凉,汗出气短,躁扰不宁,或神情淡漠,小便短少,脉细弱,血压下降。此时若不及早救治,或治不得法,则病情急速恶化,呈现四肢厥冷,汗出如油,唇指紫绀,口开手撒,昏不识人,尿少或无尿,脉微欲绝。正如《证治准绳·厥》说:“今人又以忽然昏运,不省人事为厥。”其中脱证,《临证指南医案·脱》阐述较明,如云:“脱之名,惟阳气骤起,阴阳相离,汗出如油,六脉垂绝,一时急迫之症”。

可见厥脱的临床表现,虽然包括诸多证候,但其特点,可概括为肢冷、昏晕、汗出和脉微四项主要指征。盖厥者,冷也,阳衰无以温煦四末,所以厥脱的早期表现,少有四肢不发凉者;心主神明,阴阳气血逆乱,则神失所守,而为昏晕;汗为心之液,心阳不足,阴不敛阳,汗必自泄,故厥脱多有冷汗淋漓,或汗出如珠;心主血脉,心阳虚衰,鼓动无力,故现脉细弱或脉微欲绝。此外,现代医学中的休克,因其临床表现,颇似厥脱,若其脉证相符者,亦可参照厥脱进行辨证论治。

丁学芬(贵阳中医学院附属第一医院):《内经》以六经形证立名论厥,分为巨阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴诸厥,也有暴厥、薄厥、煎厥等名称,但后世临床沿用较少。《伤寒论》以寒热及虫患分证,将厥证分为寒厥、热厥和蛔厥。以后内科杂病以气血痰食分证,概为“四厥”。至温病学派兴起,则以热厥、暑厥、尸厥分证。脱之分证有二:其一,从发病之急缓,分为“暴脱”和“虚脱”;其二,从阴阳耗伤之异,分为“阴脱”、“阳脱”和“阴阳俱脱”。

厥脱相合而论,如何分证,是近年尚待探讨的课题。一般说来,应从详察厥逆之程度、神志变化之情况、气息之有无异常、汗出多少、尿之有无、脉之强弱快慢等,可分厥脱为热伤气阴、阳微寒盛和阴阳俱衰三类。热伤气阴厥脱以神情淡漠、语音低微、气短自汗、唇甲发绀、四肢逆冷、口干喜饮、小便短赤、舌质发红、苔黄少津、脉象细数等为主证,治宜清热养阴,益气固脱,可选生脉散之类加减。阳气衰微厥脱以无热畏寒、神情淡漠、或短暂昏厥、身冷如冰、尿少遗尿、面色苍白、苔少舌淡、脉微欲绝等为主证,治宜回阳救逆固脱,可选四逆汤、参附汤之类加减。阴阳俱衰厥脱以神志恍惚或昏不知人、目呆口张、气促息微、四肢逆冷、身出冷汗、二便失禁或无尿、舌蹇囊缩、脉微欲绝或不应指等为主证,治宜阴阳双补以固脱,可选人参四逆汤合固阴煎之类加减。若见唇面指端紫绀者,加丹参、赤芍、红花、川芎等以加强活血之效。

上述分证,既可反映厥或脱之孰主孰从,又能别其寒热阴阳属性之差异,还能提示病情之轻重深浅,对指导临床的治疗处理有较好的实用意义。

辨证要点和鉴别诊断

卞占先(开封市中医院)、张征(陕西榆林地区中医院):《景岳全书·厥逆》指出:“《伤寒》之厥,辨在邪气,故寒厥宜温,热厥可攻也;《内经》之厥,重在元气,故热厥当补阴,寒厥当补阳也。二者之治,不可不察。”由此可见,厥脱之变化多端,可分为阴阳寒热虚实。如厥脱之前吐泻不渴、身凉踈卧,及已发而脉迟、口出涎沫者为阴厥;如厥脱之前便秘尿涩、口渴、身热、烦躁,及已发而脉数大、口中反干燥者为阳厥。阳厥即热厥,其证四肢厥逆,身面赤,唇燥大渴,口干少津,目闭或不闭,小便赤涩短少,大便燥结;阴厥即寒厥,其证四肢厥逆,身冷而踈卧,大便溏或完谷不化,小便自利,不渴,不省人事。

厥脱与中风、痫证之临床症候,虽常相兼见,易于混淆,但风病其伤在筋,痫病其伤在血,而厥脱则其伤在气,可为鉴别。以中风而论,虽可见“内闭”与“外脱”之厥脱有疑似之候,但中风必兼见口眼喎斜、偏废不用等后遗之症,故周学海的《读医随笔·风厥痙痙》谓:“风之为病,其伤在筋,故有口眼喎斜、肢节痿缓之象。厥之为病,其伤在气,……故气复则醒,醒即如常,而无迁延之患。”痫证发作,虽亦可兼见厥脱之候,但病发之后,常以喉中发出猪羊叫声和反复发作为特点,此为痫证独有,与厥脱大有不同。故《读医随笔·风厥痙痙》又云:“痙之为病,其伤在血,……血脉通心,故发昏闷,而又有抽掣叫呼者,皆心肝气为血固之象;……厥有一厥不发,痙必屡发难愈者,正以在血故也。”

处理原则和方法

许顺祖(南京铁道医学院附属医院)、皇甫礼(云南东川市中医院):厥脱为病,分则为二,合则为一。厥轻脱重,既有区别,又互相传。临证虽只见厥而未见脱者,因其转化急速,亦应在立方遣药之时,权衡标本缓急,防止病势之突变,将厥脱合治为宜。总概治疗厥逆之要,不外“急”、“准”、“快”、“细”四字。

“急”,就是在治疗处理厥脱的指导思想上,突出一个“急”字。因此证具有急而多变,危在旦夕的特点。

“准”,即在辨厥脱之病因和证型时,掌握一个“准”字。因厥脱乃多种病因所致的急症,即可由热毒内陷,灼伤营阴而起;亦可因大惊恐,创伤剧痛,瘀血攻

心而发;还可于汗吐下太过,亡血失精而病;也可见于劳伤久病,耗气伤阴,五脏衰竭之时。临床表现,既有寒热之别,又有阴阳之分,虚实之异。若审因不准,则辨证难确,其急救处理,易致失误。

“快”,即在厥脱的具体急救措施和手段方法上,体现出个“快”字。必须及时采用近代投药手段,尽快选用解厥固脱具有速效的新制剂和中成药,其中尤以静脉给药的复方注射剂,如益气固脱的生脉针、回阳救逆的四逆针、行气活血的复方枳实针、救阴保津的增液针等,联合用药,加上针灸和其它有效的中医综合急救措施,这样才有可能提高急救疗效。

“细”,就是对厥脱患者,在急救治疗过程中,应医护密切协作,详细观察记录其病情变化,及时提出观察记录结果。这不仅为正确而合理的治疗处理,提供可靠的客观依据,而且对厥脱急救处理的规范化,也是必不可少的内容。

杜树明(重庆市中医研究所):明辨标本以决先后缓急,是厥脱证治过程中应严格遵循的处理原则。以热毒内陷、耗伤营阴所致的热厥为例。其热毒内陷是致厥致脱之因,为病之本;其厥其脱,是热伤营阴后之变证,为病之标。故治热厥之要,既可先治其标,以救其逆,继挫其热,以治其本;亦可先除其因,挫其热而解其厥;还可标本同治,把益气固脱或回阳救逆急治其标,与救阴增液、解毒挫热除因治本结合起来,采用针刺与药物并用,口服汤药与静滴中药并用等,结合多种急救方法、多种急救剂型和多种投药途径的综合急救措施。上述治厥脱之法,前两者乃中医传统的成功经验,后者则系近年来,在继承传统经验基础上,发扬和改革的新进展。

重庆市中医研究所运用新近研制成功的“新三宝”,即益气固脱的参麦针、救阴保津的增液针和解毒退热的清气解毒针联合用药,或参麦针注射加口服辨证汤药,治疗感染性休克46例,结果休克纠正,血压回升稳定,平均为 27.158 ± 11.863 小时;对照组选用升压的西药治疗,结果休克纠正,血压回升稳定,平均为 39.654 ± 3.549 小时,临床效果较为优良^[1]。近年来有人对厥脱的临床研究认为,感染性休克系毒血症引起的严重微循环障碍及重要脏器的功能衰竭,因而提出只见“菌”,而无视“毒”之危害,则治疗上难以突破的看法^[2];也有人以中医理论作指导,将“毒”与厥脱的关系概括为:热由毒生,变由毒起,毒不除,热不退,变必生,危必现^[3]。在临床实践中,及早选用通腑解毒和活血化瘀之剂,有明显增强机体非特异性免疫功能,不同程度拮抗内毒素,改善微循环,增

加血容量的治疗作用。

厥脱的证治展望

郑新(重庆市中医研究所):一般厥脱轻症,遵循中医理法辨证,口服汤药,疗效亦佳,广州曾报道30例,27例治愈⁽⁶⁾。近年来对重症厥脱的治疗,通过对有效方剂型和投药途径的改进,有了较快的进展。这些进展,具有两个显著的特点,一是以中医的治则为理论指导,选用古方或验方进行剂改;二是剂改的给药途径,主要是静脉,所以疗效较为满意。现就部分资料统计^(6~9)分述如下:

1. 益气复脉法:选方以生脉散为主,近年各地报道用该方治疗各类休克的病例不下300例。其中生脉针抗休克观察114例,显效率为71.8%;重庆将生脉散去五味子,配制成参麦针,治疗各型休克74例,显效率为90.9%。经临床和实验观察证明,生脉针及参麦针的药理作用是多相的,它比目前单一的强心剂或加压胺类药物具有更大的优势。

2. 温阳救逆法:选方以四逆汤或参附汤为代表,各地报道该方治疗各型休克近200例。其中参附针治疗51例,有效率为86.5%。参附汤对心原性休克及肾功衰竭的休克,更有良好的升压作用。参附汤之中以黄精代人参,补气养阴,另加生甘草以解毒和中,组成升压汤,对中毒性休克的疗效较好。

3. 行气活血通脉法:属于此治则研制的抗厥脱新制剂有枳实注射液、复方闹洋花注射液、东莨菪碱注射液。用这些制剂共治疗各型休克共329例。其中枳实注射液一般药后20分钟至4小时,即可见到升压作用,同时脉压增大,尿量增加,但不加快心率,据249例临床疗效统计,有效率为87.8%;复方闹洋花注射液治疗各型休克80例,显效率为78.2%;东莨菪碱注射液自抢救暴发性流脑败血症休克获得成功,已逐渐扩大用于其它休克,因其具有兴奋呼吸的作用,故更有利于休克的恢复。

4. 解毒通腑法:这种治则的运用,尤对感染性休克,早期表现为温暖型,证见发热面赤,四肢发凉者,可在固脱的基础上加用清热解毒之剂;若有腑实不通者,可加用急下存阴类药物。据对137例流行性出血热休克期的观察,属于热厥者用通腑解毒法,寒厥者用回阳救逆、益气固脱法,肾阴欲绝、相火偏亢者用滋阴降火法,结果治愈130例,治愈率为95.89%。

黄星垣:厥脱发病,不论其病因如何复杂,必然存在着导致阴阳气不相顺接的共同致厥、致脱的病机,深入探讨和掌握这些共同病机,并以此为理论指导,

保持和发扬中医的特色,研制具有速效高效、系列配套的救厥固脱新型制剂,以此为重点,更新厥脱急救的手段,探讨多种剂型、多种投药途径的中医综合急救措施,已成为当前提高厥脱证治水平,突破临床疗效的趋势和前景。

近年有关厥脱的临床和实验研究,始终是围绕提高疗效这一中心环节,是从以下几个方面进行改进和提高的。其一,由重视特殊治疗经验的总结,以提高个案轻中症患的疗效,逐步趋向于总结治疗厥脱的共性规律和经验,以提高成批重症病例的疗效。其二、从局限于方药加减的路子,去总结同证异治的经验,逐渐趋向于对有效治则和定型方药的筛选,去探讨运用新型制剂,扩大异证同治的验证治疗。其三,厥脱的辨证论治,从选用较单一的治则,进行立方遣药,逐渐趋向于将益气、回阳、救阴、活血、通腑、解毒、开窍等治则,交叉联合运用,把治标治本与急救除因的治疗处理结合起来和统一起来。其四,对以重点继承古代厥脱证治的具体经验和方药,逐渐扩大和提高,趋向于把继承传统经验,与更新厥脱的中医急救手段结合起来,研制既能反映中医特色,又具有速效高效而且系列配套的新型制剂,以探索突破疗效的新路子。以上尝试虽然才刚刚开始,还存在不少困难和问题,但从其现实意义及实践效应来看,已初露苗头,展示出其优势和潜力。

由于厥脱这样的急症,是机体多个脏器,多个系统和多层次的整体性失调,或整体性破坏的结果。因此,只有采取相应的整体性的急救处理,才可能是较合理的急救治疗。传统辨证论治处理急证,具有采用复方整体调治的优点,所以其治疗作用是多相的和整体的,效果较佳。其不足之处,主要是投药途径受限,剂型品种受限,不能充分发挥药效。如能运用现代先进技术加工,改进给药途径,改进为静脉给药的系列配套的新剂型,则其劣势即可转变为优势。如药理研究表明,益气固脱的参麦针具有强心作用、对内毒素的明显解毒作用、激活网状内皮系统的吞噬功能、镇静作用,有利于休克的治疗⁽⁹⁾;回阳救逆的参附针具有明显增加冠脉血流量和强心的作用⁽¹⁰⁾;以参附针代血浆进行动物换血实验及其临床观察,结果明显优于低分子右旋糖酐⁽¹¹⁾;行气活血的枳实注射液,不仅已弄清其有效成分,而且具有明显升压强心,改善心脏泵血功能,增加心脑血管的灌流量,其升压作用较去甲基肾上腺素的持续时间长,且不影响心率,是治疗厥脱有前途的中药新制剂⁽¹²⁾。

以上治疗厥脱的新型中药注射液,不仅疗效快而

稳定,投药方便,未见毒副反应,而且在突出中医特色方面,正逐步地向系列配套化发展。因此厥脱的急救治疗展望,从现在开始,已步入了多种速效中药复方制剂静脉注射为主,口服汤药和针灸等其它疗法配合治疗的新阶段。如果这种疗法能够得到不断改进、充实和扩大,特别是得到应有的扶持和鼓励,那么中医治疗厥脱的证治水平,以及急救手段的更新,是有可能取得突破性进展的。

(黄星垣整理)

参 考 文 献

- (1) 田令群等: 464例内科急症死亡病例的病机探讨。上海中医药杂志(9):12, 1983。
- (2) 郑新等: 参麦针对抗内毒素和治疗感染性休克的初步探讨。上海中医药杂志(6):12, 1982。

- (3) 王今达等: 中西医结合治疗感染性休克 105例临床分析。中西医结合杂志(1):21, 1983。
- (4) 黄星垣: 内科急症的主要病机 and 治疗方法。上海中医药杂志(11):13, 1983。
- (5) 田令群等: 温病卫气营血研究概况。河南中医(2):48, 1982。
- (6) 黄星垣: 中医治疗内科急症概况。上海中医药杂志(2):9, 1982。
- (7) 危北海: 休克的中西医结合治疗近况。中西医结合杂志(4):243, 1982。
- (8) 郑新: 715例内儿科急重症治疗概况。内部资料, 1983。
- (9) 邓文龙: 参麦注射液的药理作用研究。四川医学(3):113, 1982。
- (10) 吴树勋等: 参附汤的药理研究。中成药研究(6):32, 1982。
- (11) 丛月珠: 参附代血浆换血实验及临床观察。中成药研究(7):26, 1982。
- (12) 刘昌富等: 复方参枳注射液的药理研究。中成药研究(11):36, 1982。

眩晕合剂治疗眩晕60例疗效观察

桂林市人民医院中医科 于 昌 贵

我们自1982年10月~1983年7月运用眩晕合剂治疗60例眩晕患者,疗效尚好,现介绍如下。

一、临床资料

60例患者均为门诊病人,男16例,女44例;年龄21岁~76岁,其中21岁~30岁者14例,31岁~40岁者15例,41岁~50岁者17例,51岁~70岁者11例,71岁以上者3例;60例患者均具有眩晕症状,西医诊断为高血压病9例,冠心病5例,颈椎病3例,美尼尔氏综合征8例,脑动脉硬化4例,贫血3例,其他28例。

二、治疗方法

本组患者均单服服用眩晕合剂,药物组成: 泽泻10克,白术6克,茯苓6克,陈皮4克,法夏6克,女贞子7克,旱莲草7克,菊花7克,牛膝4克,益智仁6克,甘草3克。每日1剂,水煎2次,去渣,兑后,分2次早晚服,3天为一疗程(此药现临桂制药厂已制成冲剂和片剂)。

三、治疗结果

本组60例患者,显效(治疗后症状控制或基本控制,复发较前明显减轻,时间向后推迟,本身症状消失60%以上)35例,占58.3%;有效(治疗后症状部分控制或减轻,复发时症状较服药前有所好转)20例,占33.3%;无效(治疗后症状无改善,或用药途中改用其他药物)5例,占8.3%。总有效率达

91.6%。从有效病例来看,疗效最快者为服3剂而见效;最慢服2个疗程才见效果。

四、典型病例

张××,男,66岁,1982年11月6日初诊。

患者自述类昏反复发作7年余,发作时如坐舟车,头昏眼花,不能站立,眼眶发紧,胸闷气短,有压迫感,恶心呕吐,伴有耳鸣,听力减退,盗汗,有时口苦,饮食欠佳,乏力,二便正常,脉弦细,舌质红,苔薄黄。血压140/100毫米汞柱。西医诊断“美尼尔氏综合征”,“高血压病”。辨证:肝肾不足,阴精亏损,阴虚火旺,精亏髓空,而致眩晕。治宜补养肝肾,予眩晕合剂3剂,每日1剂,早晚服。11月9日二诊:服药后,头昏眼花及其他症状明显减轻,食欲增加,脉弦缓,舌红,苔薄黄。守前方6剂。11月18日三诊:诸症消失,血压150/90毫米汞柱,继续服眩晕合剂5剂,隔日1剂,以巩固疗效。停药后半年未见复发。

五、小结

我们采用的眩晕合剂,是由二陈汤、二至丸、金匱泽泻汤加菊花、牛膝、益智仁所组成。二陈燥湿化痰、理气和中,茯苓健脾利湿,甘草和中补土;二至丸益肝肾补阴血,泽泻汤健脾行水除痰;菊花明目而清头风,牛膝可引气血及其浮越之火下行,益智仁功能温肾健脾,宁心安神;诸药同用,可滋补肝肾,健脾求本,充髓补血,故可用于各种原因引起的眩晕症。