

郭子光对几种“肝风内动”治验

刘 杨*

郭子光(1932—),男,承袭家学,为成都中医学院首届毕业生,留校任教并从事临床、科研工作,从医 50 余年,享受政府特殊津贴。现为全国名老中医带徒导师、四川省政府确定的学术技术带头人、成都中医药大学专家委员会委员。发表医学论文 120 余篇,编著或主编医学专著 10 种,擅长内科病症诊治,对中医理论颇多发挥与创新。

主题词 肝风内动/中医药疗法;名医经验

清代叶天士发明内风,认为“乃身中阳气之变动,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”(《临证指南医案·中风》)。其后,张山雷更明确指出:“内动之风,皆肝木之旺,木火生风”(《中风斟论·中风总论》)。近现代医家将其概括为“肝风内动”,并根据《素问·至真要大论》“诸风掉眩,皆属于肝;诸暴强直,皆属于风”的论述,将“肝风内动”的临证特点表述为:凡具有头摇眩晕,昏仆,肢体麻木、拘挛、颤动、抽搐,半身不遂,角弓反张,舌强不语,两眼直视等,具“掉眩”、“强直”特征的证候,皆属“肝风内动”所致。而在引起“肝风内动”的原因方面,除“肝阳化风”外,更有“热极生风”、“阴虚风动”等发挥。不过,就“肝风内动”的临床表现特点而言,尚不止于“掉眩”和“强直”。《素问·风论》指出:“风者善行而数变。”由此可见,风病的共通性特点是“变”,即其证候表现变化多端;“动”,即其证候表现异常动态,且可发生于内外任何部位。这就说明“肝风内动”的证候表现除“掉眩”和“强直”以外,还具有“变”和“动”的特点。换言之,凡具有“变”和“动”特点的证候,都要考虑“肝风内动”的可能。这意味着“肝风内动”证候表现的复杂性和多样性。郭子光教授在临床上经治了几种少见的“肝风内动”顽症,印证了古人关于风病的“变”和“动”的认识。兹录于此,以供参考。

1 肝风内动所致肠鸣音异常亢进、下血案

关于肠鸣音亢进的记载,早见于《金匱要略》两处条文,一是《金匱要略·腹满寒疝宿食》篇所载附子粳米汤证“腹中寒气,雷鸣切痛”,是寒气相搏所致。二是《金匱要略·痰饮咳嗽》篇所载:“其人素盛今瘦,水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮。”是水气相搏所致。两者均

无下血症状。在后世文献中更未有“肝风内动”引起腹中雷鸣、下血的记载。

例 1:杜某,男,43 岁,1998 年 12 月 25 日初诊。病史:自述数月前初觉腹中肠鸣亢进,沥沥有声,未予介意。病情逐渐增进,肠鸣音越来越大,乃至腹中整天无休止地“咕咚、咕咚”翻腾作响,甚至影响休息和睡眠,同时发现粪便变黑,但无腹痛腹胀等症状,乃就医于某医院,做过多种检查,除粪便潜血强阳性外,B 超、X 线钡餐、肠镜、胃镜、CT 检查等,均未发现异常,试用过西药抗生素、止血药和中医中药无效。现症:患者“咕咚、咕咚”之肠鸣音清晰可闻。随即扪其腹部,腹壁较薄、柔软、无压痛和反跳痛,其肠之蠕动犹如巨浪起伏翻腾不已。自谓只觉腹中冲动难受,偶有轻微烧灼感,从无腹痛腹胀之苦,近日大便黑如咖啡发亮,小便清,口中和,饮食尚可,形体渐瘦,有疲乏之感,无烟酒嗜好。察其形体瘦长,面色晦暗,性情偏激,精神欠佳,呼吸平匀,舌质淡,苔白薄润,脉沉细乏力。辨治:肝之疏泄太过,内动肝风,扰动肠系,肝失藏血夹瘀滞。以平肝息风,通络逐瘀,凉血止血法治之。处方:全蝎 12g,地龙 15g,僵蚕 15g,白芍 40g,炙甘草 6g,黄芩 15g,地榆 15g,生地黄 20g,仙鹤草 30g,延胡索 15g,1 日 1 剂,浓煎分 3 次服。

1998 年 12 月 30 日二诊:患者服 2 剂后肠蠕动和肠鸣音明显减轻,粪便颜色变浅。服 4 剂后,一日之中还有数次轻微的肠蠕动和肠鸣音的感觉,大便呈黄色,但潜血试验仍为弱阳性。效不更方,再加谷芽 30g,确保胃气。患者再服 4 剂后,乃持原方回家继续服 10 余剂停药。电话追访至 1999 年 5 月 4 日,未复发。

按:本例患者性情偏急,肝之疏泄太过,肝为风木之脏,疏泄太过,势必内动肝风。肝风内动,扰动肠系,使肠系蠕动翻腾,犹树欲静而风不止,故肠鸣亢进。其病初风不盛而未动血,继则风盛动血,使肝失藏血之职而引起下血。又因出血必有瘀,血瘀致出血,致使下血不断加重,脉络瘀滞日甚。此种风瘀搏击,比之痰饮、寒气所引起之肠鸣亢进自然更甚一筹。此状与肝风夹痰上扰,气血奔逆所致眩晕、抽搐、痉挛等症同理,不过一内一外表现不同而已。还应当指出,其瘀滞虽甚,可因强烈之蠕动而不断排出,故无腹痛腹胀之症状。治疗着重平肝熄风,抑制肝之疏泄太过,所选药品全具平肝抑

* 成都中医药大学中医临床基础教研室,成都市十二桥路 37

号(610075)

收稿日期:2004-02-16

肝之用。其中芍药甘草汤平肝、柔肝、缓肝、敛肝；三虫平肝、熄风、解痉、通络；黄芩清肝泄热；地榆敛肝凉血；仙鹤草、生地黄入肝凉血止血；延胡索入肝行气活血。此种肝风内动，非风痰上扰，故不宜介类潜镇之品。由于用药得当而一举中的。

2 肝风内动所致顽固性呃逆案

呃逆乃胃气上逆动膈而成。此病在《内经》、《金匮要略》乃至《诸病源候论》中皆称“哕”，直到元代《丹溪心法·呃逆》才指出“古谓之哕，近谓之呃……”。其致之由，多责之脾胃，尤其是饮食、情志、寒热等引起胃气上逆动膈为多见，古今文献中尚未发现因肝风内动致呃逆的记载。然而，其按肝风内动治疗收效的呃逆患者已有10余例，其中有的属多年呃逆的顽固性病例，并观察到肝风内动引起呃逆大多见于高血压患者。

例2：李某某，女，54岁，1998年3月3日初诊。患者多年糖尿病，长期每天自注胰岛素维持，又有高血压病，每天必须服降压药，同时有高血压心脏病、冠心病时发心绞痛，血脂偏高，血液比粘度也高，还有慢性胆囊炎，时发关节痛风，每天服用药物有6种之多。2年前出现呃逆，开始较稀疏，继则越发越频繁，初服西药镇静剂或中药有效，久之则中西药效果都不明显，西医认为“神经性膈肌痉挛”，做心理疏导也没有效果。近来越发严重，以致晚间因呃逆而失眠，做过胃镜及B超检查无阳性发现，出示中药处方一叠，不外丁香柿蒂、旋覆代赭、膈下逐瘀、黄连温胆、桂附理中等方加味化裁，有的略有暂时减轻，大多罔效。做过针灸治疗亦未能中止。现症：患者频频呃逆，几天无休止，以至晚间不能入眠，胁下腹壁因呃逆牵拉作痛，从不呕吐、泛酸，口中和，能进食，但不可过热过凉，过则呃逆更甚，同时还有胸闷窒塞时而隐痛之感，心累气短，乏力，常自汗，膝关节酸痛，二便尚可。察其形体肥胖，腠理疏松，情绪抑郁，痛苦面容，面色晄白少华，呼吸平匀，其呃逆有声低微而不高亢，舌质胖淡两边有瘀点、苔灰白厚润，脉沉而细。辨治：本例病情十分复杂，其心累气短、呃声低微是气虚之象，而情绪抑郁又夹气郁；其胸痛有定处、舌有瘀点为血瘀之征，而胸闷、体肥、舌胖又夹痰湿。从整体观之，其气虚为本，气郁血瘀夹痰浊为标，为本虚标实之证。但当务之急为呃逆所苦，详辨其呃逆之因，当为风痰瘀三气相合所致。盖“风以动之”、“善行数变”，肝风夹痰瘀，郁久不解，深入络道，引起时时呃逆，而与风痰瘀所致手足痉挛同理，此亦即叶天士所谓“久病入络”之机。目前之治疗，当顿挫呃逆，然后再治其虚。用平肝熄风、豁痰通络法，以通络三虫药合芍药甘草汤、旋覆代赭汤化裁。处方：全蝎12g，僵蚕、地龙、制天南

星（先煎30分钟）、法半夏、旋覆花（布包）、酸枣仁、丹参各15g，白芍40g，赭石（布包）30g，石菖蒲、甘草各10g，1日1剂，分3~4次服。

1周后，患者复诊，叙述上方颇效，第1剂服下即明显减轻，当晚安然入睡；第2剂服完呃逆停止；又服完2剂，胸闷胸痛等症状也有所缓解。乃转用针对气虚血瘀夹痰湿的病机，以治疗其冠心病、高血压诸疾。

3 肝风内动所致痉咳昏厥案

古今文献对咳嗽的讨论多多，外感内伤皆可致咳，五脏六腑皆令人咳，就是没有肝风内动引起咳嗽的记载。郭教授经治数例肝风内动所致咳嗽，其特点是：咳嗽呈痉挛性阵咳，咳剧时发生昏厥，年事较高。

例3：李某某，男，68岁，1988年7月30日初诊。患者陈述，10余年来，每于咳嗽之际，随即昏倒不省人事，1月发作数次，或数月发作1次。近月来咳嗽气逆而昏迷，1日发作数次之多，其咳嗽呈痉挛性连续频咳，以致颜面通红，气逆不转，随之昏迷，历时数分钟至10余分钟不等，气息平缓方才慢慢苏醒，吐少量稠痰。近日来发作频繁，服中西药无效。现症：患者形体丰盛，唇甲微紫，苔白滑，脉弦滑，血压不高，余同上述。辨治：此证乃肝风内动，夹痰气上逆，阻闭气道，引起一时性气机失调所致，由于风善行而数变，夹痰为患，上壅气道则痉咳气逆而昏迷，直当痰降风平、气息缓和之时又苏醒。以平肝息风解痉、降气豁痰通络法治之。处方：全蝎8g，地龙15g，僵蚕15g，半夏15g，天竺黄10g，茯苓15g，甘草5g，厚朴15g，杏仁15g，前胡20g，1日1剂，分3次服。

上方服后症状大减，仅在服第1剂后轻微发作1次。效不更方，再进3剂。8月7日三诊，咳嗽昏迷完全停止，乃以柴芍六君子汤调理善后收功，服4剂。随访2年余未复发。

按：查患者原服之方药尽是祛痰止咳降气之品而无效，加入平肝息风、豁痰解痉通络之品，如全蝎、地龙、僵蚕、天竺黄等，一举奏效。从中可体会到，平肝息风解痉有利于降气化痰，否则，不会如此速效。

4 肝风内动所致眼睑痉挛案

眼睑痉挛即动眼神经痉挛，其发生之原因，古今医家有谓贼风内侵，或痰火上炎者，有谓邪气闭塞，或气血失调者，有谓劳瞻竭视，阴亏失于濡养者。然而，肝开窍于目，肝主筋，肝风内动引起眼睑痉挛却不被古今医家所重视。郭子光教授认为眼睑痉挛、磨牙等以肝风内动引起者居多，从此论治多应手取效。

例4：许某某，女，61岁，2000年11月14日初诊。

（下转第783页）

痰热分解而易于清化等。同是“风温”，由于时期不同，治疗原则也不同。我们在临床教学中，经常选择同一种温病或证型相同的不同温病要求学生分析，以培养学生解决问题的能力。

3 临床病例讨论形式教学法的运用

课堂教学一直是医学教育主要的形式，要在一定的课时内把问题讲清楚，目前仍摆脱不了满堂灌。学生则忙于死记硬背，应付考试，不能有机地把基础知识与临床内容结合起来，以至于到临床不知如何用所学的知识分析疾病的发生机理、对患者诊断治疗等实际问题。针对这种情况，多年来温病临床教学中，临床病例讨论一直是我们的主要形式之一。

我们在每周星期三下午，对病区中典型病例或诊断不明的病例进行讨论，包括中医诊断、治疗等。由于病例分析前学生和教师均有充分的准备，通过病例讨论，可加强师生之间的交流，提高了学生的学习积极性和主动性，提供给学生一个相互学习、相互交流、取长补短、共同提高的机会。同时增加了学习兴趣，一旦学习中有了乐趣，那么再学习时就易于融会贯通、举一反三。病例讨论要求每一个学生发表自己的观点和看法，然后由老师进行归纳、总结。病例讨论的问题可以较广，但必须参照温病学的教学大纲，突出重点和要点。例如湿温在传变过程中，脾胃功能的状态、中气的盛衰决定着湿热的转化和本病的发展趋势，一般而言，此阶段可有湿偏重、热偏重、湿热并重三种类型，而辨清湿热偏盛程度就是本病辨证论治的关键。我们对临床实习学生进行了本教学法后的满意度调查，结果满意度为 100%。

4 开展临床系列讲座

以临床疾病诊断、治疗出发，组织一系列基础研究与临床密切相关的进展性讲座，以问题(疾病)为纽带，综合相关各基础医学课程知识，强化临床与基础知识的相互联系和相互渗透，拓宽学生知识面，更好地巩固基础理论知识，提高综合素质。温病学是由大量有关温

病著作汇集而成，属于中医四大经典之一。随着现代科学技术的发展，温病学的学术水平也不断提高。知识不断更新必然是现代医学教育的一个必要环节。在新的历史时期，温病学已进入一个全面发展的新阶段，要促进温病学的进一步发展和提高，对学生开设临床系列讲座，是非常重要的手段之一。例如，传染性非典型性肺炎(严重急性呼吸综合征，SARS)被认为是一种新的传染病，我们认为属于温病范畴，利用温病理论指导治疗取得了良好的效果。为此，我们开展有关 SARS 的一系列讲座，介绍 SARS 的病因、临床表现及诊断和中医治疗。一方面可以提高学生对温病学的兴趣和学習热情，对温病理论的理解和运用；另一方面可以拓宽学生的知识面，提高学生的综合素质。

5 临床考核制度的实施

充分利用有限的实习时间，加强对学生的临床训练，强化实际工作能力考核训练确实起到把关、强化的作用，不失为培养医学生能力的有效措施。我们对实习生还进行了学生出科的考核，教给学生一个完整的、正确的教学医院医师的工作模式，处理患者的思维方法及规范的技能操作；学生的毕业成绩加大临床能力(病例分析、技能操作)考核的比重，减少理论考试，新增“病例分析”水平评分，这样能促使学生安心临床实习，真正掌握实习期应掌握的内容。我们的临床考核分为两部分，即基础理论部分和临床技能操作。基础理论包括温病学的诊法、卫气营血辨证和三焦辨证体系、治法和方药等，临床技能操作包括心电图、CT 及腰椎穿刺、骨髓穿刺等基本技能。温病学蕴含着历代医家防治温病的丰富的学术理论和经验，实践证明，这些理论和经验对于防治多种感染性疾病有着重要的意义，因此加强和巩固学生的基础理论知识是非常有必要的。温病的诊治有很强的临床实践性，故强化和提高学生的临床技能操作水平，是不可缺少的手段。通过考核，实习生整体成绩明显上升，90% 以上的学生成绩在 80 分以上，无不及格者，达到了教学要求。

(上接第 740 页)

患者陈述 1 月多来发生右眼跳动但不痛，其初是间断性的跳动，继则越来越频繁，目前是整天几乎不停止的跳动，以致使人心烦不安。曾服几种镇静药都无效，而且越发越频繁，乃请针灸科医生配以针刺治疗，针刺时跳动减轻，起针后不久又跳动如故，已针刺 10 次没有改善。经介绍前来求治。现症：右眼不断跳动，不胀不痛，晚间睡后则跳动停止，时有头晕，心烦易怒，眠食二便均可，血压不高。察其形体略矮而偏胖，性情偏急，面

色白润，舌质略淡而苔白润，脉弦细沉。辨治：肝风内动，夹痰上扰，阻滞络道，使眼部肌肉失于濡养而抽动也。当平肝缓肝，祛风豁痰，辛咸通络以治之。用三虫药合芍药甘草汤加味。处方：全蝎 10g，僵蚕、地龙、制天南星(先煎 30 分钟)各 15g，白芍、菊花、石决明各 30g，炙甘草 10g，2 剂，水煎服，1 日 1 剂。

11 月 21 日复诊：上方服 2 剂后跳动停止，又自配 1 剂服用以巩固疗效。察其舌正脉平，阴阳和调，告之不必服药，注意不要过分用眼即可。