

# 厥脱的辨证与治疗

410007 湖南中医学院 郭振球



郭振球教授

主题词 厥逆/ 中医药疗法 脱证/ 中医药疗法  
理中汤/ 治疗应用 四逆汤/ 治疗应用

作者简介: 郭振球,男,生于1929年,湖南省长沙市人。出身于儒医世家,1947年毕业于长沙精益中医院国医专业。长期从事中医临床、教学、科研工作,擅长中医内科、妇科、儿科,对中医诊断学颇有造诣。先后出版《中医诊断学》、《中医临证学基础》、《中医儿科学》等专著,有《常见病辨证论治系统微型电子计算机的应用研究》、《微观辨证学研究》等科研成果,发表有较高学术水平的论文百余篇。现任湖南中医学院教授、博士研究生导师,中国医学百科全书编辑委员会委员,卫生部高等医药院校教材编审委员会委员等职。

厥脱,包括厥逆与虚脱。《伤寒论》辨厥阴病脉证谓“厥者,手足厥冷是也”,“阴阳气不相顺接,便为厥”。《景岳全书·杂证谟》:“厥逆之证,危证也。”徐灵胎评《临证指南医案·脱》云:“脱之名,惟阳气骤越,阴阳相离,汗出如珠,六脉垂绝,一时急迫之证,方名为脱。”《侣仙堂类辨》称为“阴阳虚脱”。

## 一、厥脱的临床表现

其特点,多见面色苍白、四肢厥冷、汗出淋漓、烦躁不安,或精神淡漠、少尿、脉微细欲绝、血压下降等,与各种原因引起的休克相类。如感染、出血、创伤、失水、烧伤的低血容量性、心源性、中毒性、神经性、代谢性、变态反应性、

肾上腺性、药物性等休克近似。故临床可参照厥脱辨证论治。

## 二、厥脱的病因病机

厥脱主要是因阴阳、气血、津液的失衡、逆乱与外脱所致。一般阴阳不相顺接为厥,“下虚则厥”,故阳衰于下则为寒厥,阴衰于下则为热厥;阳气浮越,阴精、阴血下脱为脱。然生命以阴阳为枢纽,阴在内,阳之守,阳在外,阴之使,阴阳互根,相抱不脱。“阴平阳秘,精神乃治”。《难经·二十难》曰“脱阳者,见鬼”,“脱阴者,目盲”。《灵枢·决气》曰“精脱者,耳聋;气脱者,目不明;津脱者,腠理开,汗大泄;血脱者,色白夭然不泽,其脉空虚。”

导致厥脱的原因主要有:

1. 热盛伤阴: 不论外感六淫、疫疠,或内伤情志、乳食,都能郁而化热、耗伤气阴而致厥脱。因六淫、疫毒伤人,由表入里,由上而下,郁而不解,皆能化火,蕴结成毒,热毒炽盛,上损肺阴、心营,迫血妄行,耗血动血,中伤胃阴、胃气,上逆则吐,下攻则泄,热毒直袭下焦,劫及肝、肾之阴,使阴气衰于下而发热厥。

2. 失血脱液: 失血可因热盛伤络,络伤而血溢,亦可因创伤而脉络损折,导致出血。失血过多,气随血脱,阳从阴亡。或由食物不洁,或药物中毒,损伤脾胃、升降失常、清浊不分、吐泻频作、阴液

苡仁30克,地肤子10克,明矾6克,蜈蚣1条,甘草6克。上药系由《妇人良方》之“仙方活命饮”和《景岳全书》之“连翘金贝煎”以及《医宗金鉴》之“五味消毒饮”三方增损化裁而成。同时用药液擦拭疮面,以期内外分消。

小儿阴阳稚弱,复为恶疮损伤,有害之躯,脾胃气血暗耗,故服药量宜少,更不能使其极,但药应少

少频饮,即重剂之轻用耳,恰似微风拂煦,使轻剂以取重疾,化散肌腠间留伏之痰毒。

一周后复诊,病势大减,其父快慰,遂以軀代驢负子,言其药力神奇……云云。其时疮痂痊愈,稚丽之气外露,雀跃喜人,与病前判若二童子也。

“顽痰怪症”、“百病兼痰”之症,不独“不惑”、“无命”……之人

有之,襁褓嬰幼亦有之,内妇疾患亦有之,外科、皮肤疾患亦有之,识得个中趣,是为中医高手。行笔至此,顿生感慨二端:一为,严重皮肤疾患,若外用药不效,需改弦更辙,求治于内,外病内治,其效果往往比径直外用药效果为佳;二为,不少中医同道治疗皮肤疾患时,常步西医后尘,往往滥用抗生素类药物,放弃自身优势与特色,良可叹哉!

名 医 医 话

水津大伤,或因酷热汗多、阴液脱失、阴损及阳、内脏虚寒、阴寒内盛,成为气虚阳脱之证。

3. 正虚邪恋:久病正伤,逐邪无力,邪恋正气暗消,脏腑虚损至极,元真消竭,阴精渐亡,因致厥脱。或心阳阻痹、痰淤阻络,或内风旋动、上闭清窍,或疔痈痰热、壅滞气机,以及剧烈疼痛、正不胜邪、气机逆乱,使阴阳之气不相顺接,亦可致厥。

### 三、厥脱的辨证要点

厥以气自下上逆、突然昏倒、窍闭肢厥为特征,故称厥逆。一般,以手足冷称为清,冷过腕、踝称为厥,冷过膝、肘称为逆;轻者称为厥冷,重者称为厥逆,窍闭神昏称为“闭厥”。虚脱除有厥的表现外,尚有汗出如珠、口开目合、手撒遗尿、脉细欲绝等特征。早期多见面色苍白,四肢厥冷,心悸多汗,短气乏力,尿量减少,精神紧张,烦躁不安,脉搏细弱;重者表情淡漠,神志昏迷,口唇、指端发绀,呼吸浅快;甚者喉间痰鸣,无尿。脉象,早期多见细数,或沉细无力;重者脉微欲绝,或举按寻难见,血压也测不出。

1. 辨厥:突然发厥者为“猝厥”。厥有寒热之分。寒厥者,身寒面清、四肢逆冷、指甲冷、蹇卧不渴、便利、脉微迟,亦名阴厥;热厥者,身热面赤、四肢厥冷、指甲暖、烦渴昏冒、便短涩、脉滑数,亦称阳厥。气厥有二,气虚气实,皆能致厥。气虚而厥者,必形气消索、身微冷、脉涩弱,即气脱;气实而厥者,形色郁勃、脉沉弦而滑、胸膈喘满,即气逆。血厥亦有二,即血脱血逆,皆可致厥。血脱者,多因吐血、失血过多所致;血逆者,多因暴怒、血随气逆所致。此外,还有因秽浊蒙神、乱其阴阳之气,则为尸厥;或于饱食之后,适有感触、胃气不行、阳并于上,则为食厥;时见吐蛔,则为蛔厥;湿痰上逆,则

为痰厥;手足汗出、搐搦、烦满不解,则为风厥;《素问·调经论》“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死”。这些厥候,均应注意。

2. 辨脱:脱可继发于厥,也可单独或突然发生。发脱急者为暴脱。喻嘉言分上脱、下脱、上下俱脱。这类虚脱,总由阴阳枢纽不固而成。上脱者,喘促不续、汗多亡阳、神气乱而昏冒,即脱阳;下脱者,出血不止、大汗亡阴、精气大泄,即脱阴;上下俱脱者,类中眩仆、鼻声鼾、绝汗出、遗尿失禁,即阴阳俱脱。更有内闭外脱者,症厥神昏、痰淤闭窍,闭与脱兼见。

### 四、厥脱的治疗方法

#### 1. 厥脱的辨治法

(1) 治厥宜宣通经络,厥回即安。寒厥,初起即肢冷、脉沉而微,宜温经回厥,用附子理中汤;若表热里寒、下利清谷、厥逆干呕咽痛、脉沉细而微者,用四逆汤;指尖独冷,名清厥,宜温中,用理中汤。热厥,热微厥亦微者,用四逆散;热深厥亦深者,用承气汤或白虎汤。气脱者,宜固气,用参、芪、归、地、术、杞之类,甚者用回阳饮(参、附、姜、草)、独参汤;气逆者,先理其气,用七气汤、排气饮(藿、朴、枳、香附、木香、乌药、泽泻、陈皮)。血脱者,宜益气,用独参汤或加参、芪、龙、牡,以补气摄血;血逆者,宜通淤煎(归尾、山楂、香附、红花、乌药、青皮、木香、泽泻)。蒙神尸厥,用还魂丹或苏合香丸;食厥,用不换金正气散;蛔厥,用乌梅丸、安蛔散(参、术、苓、姜、椒、梅);痹厥,用当归拈痛汤;风厥,手足搐搦、身体强直,用羚羊钩藤汤或天麻钩藤饮,以熄风回厥。

(2) 治脱宜固摄其脱,脱固可安。在未脱之先,审其元阳欲绝者,于回阳剂中兼引其阴,用参附汤加五味、麦冬、山萸肉;真阴欲

绝者,于摄阴剂中兼固其阳,用固阴煎(参、地、萸、味、山药、远志、菟丝)。血脱者,宜益气,用独参汤加三七粉;精脱者,宜填肾,用救脱汤(参、芪、附、地、麦冬、五味);津脱者,宜实卫,用收汗丹(参、芪、麦、地、枣仁、五味、当归、甘草);液脱者,宜滋阴,用加减四升丸(地、味、苡、膝、木瓜、天麻、鹿茸、菟丝子)。至于内闭外脱、症厥神昏,暂宜豁痰,用鲜石菖蒲根汁和送至宝丹,以苏神志,再固其脱。

#### 2. 厥脱急救法

(1) 清热回厥法:①鱼腥草注射液150~800毫升加入10%葡萄糖注射液250毫升中静滴,每日2次;②大蒜注射液40毫升加入5~10%葡萄糖注射液500毫升中静滴,每日1~2次。

(2) 温阳救逆法:①参附针剂10~20毫升加入50%葡萄糖注射液40~60毫升中静脉注射1~2次后,再以40~80毫升加入10%葡萄糖注射液250~500毫升中静滴,或稀释后静滴,每日2次;②附子I号注射液(消旋去甲乌头碱)5毫克加入5~10%葡萄糖注射液250毫升中静滴,每日1~2次。

(3) 救急固脱法:除用温阳救逆法外,亦可用10%生脉针、参麦针10~30毫升加入50%葡萄糖注射液30~20毫升中静脉注射,每隔15~30分钟1次,连续3~5次,待血压回升或稳定后,再以50~100毫升加入增液针或10%葡萄糖注射液250~500毫升中静滴,直至脱离厥脱状态为止。

(4) 行气通脉法:①青皮素注射液0.1~0.5克加入25%葡萄糖注射液20毫升中,缓慢静注,连续1~2次后,以5~10毫升加入5~10%葡萄糖注射液500毫升中静滴;②复方丹参注射液4~8毫升加入50%葡萄糖注射液40毫升中静注,



作者 苏 礼

# 话说“学医”与“行医”

710003 陕西省中医药研究院 苏 礼

主题词 中医学/教育

**作者简介:** 苏礼, 男, 生于1946年, 陕西省岐山县人。出身于中医世家, 长期从事中医临床、科研工作, 对中医医史文献研究较深。先后编著《法门寺妇科胎产 后良方注评》、《名医医案选读》、《药王孙思邈》、《海上方注释》等10余部医著, 撰写许多有较高学术水平的论文。现任陕西省中医药研究院文献医史研究所副所长, 中华医学会陕西省医史学会委员, 并应聘兼任《中华本草》文献专业委员会委员, 陕西省中医古籍整理评审组委员等职。

我与中医学结缘二十余年, 半生经历坎坷曲折, 但概括起来无非是四个字——“学医”与“行医”。因此, 我很愿意就“学医”与“行医”这四个字, 与年青同道们说几句话。

为什么学医, 要学些什么, 应怎样学, 这是摆在每一个学医者面前的基本试题。这三个试题回答得好, 必然学有所成, 成有所用; 回答得不好, 则可能与己无益, 与世无补, 甚至沦为“含灵之巨贼”, 用现今的话来说, 也就可能沦为人民的罪人。当然, 这个问题并不是三言两语就能回答清楚的, 往往要回答几年、几十年, 甚至一辈子。

为什么学医? 这个问题似乎已解决, 也似乎没有完全解决。说“为什么学医”已解决, 是因为许许多多的中医界先哲、前辈, 已用他们各自的实践写出了圆满的答案。东

汉·张仲景:“感往昔之沦丧, 伤横天之莫救”, 为疗君亲之疾, 救贫贱之厄, 兼以修身养生, 而发愤学医, 终于成为一代“医圣”; 唐代孙思邈, “幼遭风冷, 屢造医门, 汤药之资, 罄尽家产”, 又感于当时“朝野之士, 咸耻医门”, “君亲有疾, 不能疗之”, 遂誓愿普救含灵之苦而学医, 后来被人们尊崇为“药王”。尽管他们的学医经历不同, 但都是为了解除人民的病苦, 为了人类的健康。这个目的, 直到今天看来, 仍然是很崇高的。说“为什么学医”还没有完全解决, 是因为历代直至当代, 总有那么一些想学医的人, 心术不正, 动机不纯, 或为“钱”图, 或为名计。抱着类似种种不健康的目的去学医, 是很难学有所成的, 更不用说能“成而有用”了。

要学些什么? 前人认为, 一个合

格的医生, 应该“上知天文, 下通地理, 中晓人事”。医、文、史、哲, 社会、心理, 以至声光化电、现代科学, 均应在涉猎之列。不知天文, 不明自然变化之理, 不了解人与自然界的关系, 何以明医? 不通地理, 不知地土方宜对人体生理病理之影响, 何以言医? 不晓人事, 不知社会、心理因素在发病学、预防学、治疗学方面的重要意义, 又何以业医? 当然, 作为一个中医, 最重要的还是要打好中医学的基础。

《灵枢》、《素问》、《伤寒论》、《金匱》、本草、方剂、脉诀等, 则是基础中的基础。《内经》博大精深, 其中许多超前性、哲理性的论述, 至今对中医临床思维起着巨大的指导作用, 是中医基本理论的骨干。《伤寒杂病论》是现存第一部完备的临床医学专著, 其所创立的六经辨证的方法, 至今仍是辨治伤寒一类外感热病的总纲; 其所载述的300余首方剂, 经受住了1700余年的临床验证, 被尊之为“经方”。药理学、诊断学、方剂学, 都是作为一个中医必须掌握的基本知识和手段, 都应下功夫学好。在这个基础上, 再进一步学习临床各科, 就会驾轻就熟, 事半功倍了。需要说明的是, 尽管术业有专攻, 但中医

每隔30分钟1次, 连续1~2次后, 改为20~30毫升加入10%葡萄糖注射液100~250毫升中静滴, 对纠正淤血阻滞的厥脱有一定疗效。

### 3. 厥脱针灸法

(1) 素髻、内关, 配少冲、少泽、中冲、涌泉, 中度刺激, 留针, 持续、间断捻针, 血压稳定后方可出针。

(2) 足三里、合谷, 昏迷加涌泉、人中, 针刺。厥脱伴发热者宜针, 体温低属阴厥、脱阳者, 宜灸百会、神阙、关元。

(3) 耳针: 肾上腺、升压点、皮质下、心等, 配用甲状腺、激素点、肺、肝、神门、交感等穴。以常用穴为主, 两耳交叉取穴, 间歇留针, 留针1~2小时。效果不显著时加配穴。