

## 【理论探讨】

## 张仲景经方治疗神志病治法探讨

刘鹏妹

(包头医学院职业技术学院, 内蒙古 包头 014030)

**摘要:** 中西医治疗神志病各有特长, 故以《伤寒杂病论》辨治神志病的治法为纲, 将相关方剂按照治法分为补阳安神法、滋阴安神法、和解安神法、清热安神法、祛瘀安神法、利水安神法、通下安神法、回阳安神法八类。《伤寒论》中的神志病不外虚实两端, 虚者以正虚为主(可兼有标实)多由失治误治所致, 多表现为心阳不足、心阴亏耗、阴虚阳亢、肾阳衰微等证, 治以温补为主。实者以邪实为主多由瘀血、燥结、水饮等造成, 表现为阳明热证实证、热入血室、蓄血等证, 治以清热、通下、化瘀为主。要点在于观其脉证, 知犯何逆, 随证治之。本文认为张仲景治疗神志病并非局限于消除神志病症状的异常而单纯使用重镇安神或养心安神药, 而是坚持辨证论治, 依据整体观念着眼于恢复整个机体气血阴阳的平衡。此外张仲景非常重视机体自身的康复能力, 强调勿滥用药物, 以免戕伐无辜等。在神志病的辨治组方规律方面也体现了辨证论治这一中医基本原则, 这也是张仲景经方的灵魂所在。

**关键词:** 《伤寒论》; 神志病; 证候; 治疗; 安神

**中图分类号:** R222.19 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2018)08-1059-03

张仲景在《伤寒杂病论》中有关神志病的论述有70条之多, 贯穿于六经脉因证治中, 并分别运用温、清、下、和、补、消等法, 对神志病证分经辨证施治, 为后世神志病的治疗和发展奠定了基础, 其许多理法方药至今仍在有效指导临床, 为丰富和促进中医药及《伤寒论》方药在神志病方面的继承弘扬运用, 拓展临床思路诊治疑难神志杂病。本文对《伤寒论》中有关诊治神志病的经验及学术思想进行了初步梳理和归纳, 现分述如下。

张仲景经方治疗神志病类方可按治法分为八类。《伤寒论》(本文依宋版《伤寒论》为据)中多用温补心阳安神法, 以治疗发汗过多或其他原因导致心阳虚亏的神志病。其中, 汗法类方有大青龙汤、小青龙加石膏汤、五苓散, 吐法类方有瓜蒂散<sup>[1]</sup>, 下法类方有大承气汤、小承气汤、调胃承气汤、大陷胸汤, 和法类方有小柴胡汤、大柴胡汤、柴胡桂枝干姜汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、乌梅丸、桂枝加龙骨牡蛎汤, 温法类方有桂枝甘草龙骨牡蛎汤、桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤、半夏麻黄丸、干姜附子汤、茯苓四逆汤、白通加猪胆汁汤、甘草干姜汤, 清法类方有栀子豉汤、栀子干姜汤、栀子厚朴汤、栀子大黄汤、白虎汤、白虎加人参汤、黄连阿胶汤、百合地黄汤、猪肤汤、猪苓汤、竹皮大丸、甘麦大枣汤、酸枣仁汤, 补法类方有小建中汤, 消法类方有桃核承气汤、抵挡汤、枳实芍药散、茯苓桂枝甘草大枣汤、桂枝加桂汤、奔豚汤、吴茱萸汤、半夏厚朴汤。上述方剂用于治疗“烦躁”方29首, “少眠睡”4首, “心神异常”7首, “语言异常”5首, “动作异常”4首, “多眠睡”1首, “默默”2首, “狂”3首, “喜忘”1首, “脏躁”1首, “惊”2首, “奔豚”3首, “梅核气”1首, 但只在不同治法中应用了45首方剂。

**作者简介:** 刘鹏妹, 女, 内蒙古赤峰人, 医学硕士, 从事张仲景经方组方规律研究。

## 1 张仲景经方治疗神志病方法

## 1.1 补阳安神法

补阳安神法主要治疗因阳虚证而导致的神志病, 并以补助阳气为主要作用, 常用以改善或消除阳虚证的药物, 适用于心阳不足而致心悸、气短、胸闷不舒, 如因“发汗过多, 其人叉手自冒心, 心下悸, 欲得按者”, 乃是过汗伤及心阳, 心神失去阳气的温煦, 心营空虚无养, 故用桂枝甘草汤温补心阳。方中桂枝辛甘性温, 入心助阳, 甘草甘温益气, 和中补虚, 二药相伍君臣互济、辛甘化阳, 使心阳复, 心气定, 其神自宁。又如“火逆下之, 因烧针烦躁者”乃是误治再误, 使汗液外泄, 阳随汗出, 重伤心阳之故, 心神不但失去温养且不能敛藏于心, 其证不仅心悸不宁且烦躁、心阳损伤程度较重。故治疗在桂枝甘草汤的基础上, 加入重镇潜阳、敛汗安神的龙骨、牡蛎以治烦除躁, 使心阳得复, 神不外浮, 其神自平。再如因表证“医以火劫之, 亡阳必惊狂, 卧起不安者”, 则心阳损伤更重, 几欲亡阳, 这是火迫发汗, 使心阳伤亡, 心神失养, 心胸阳气不足, 水饮痰邪乘虚扰乱心神, 故治用桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤。是方重用龙骨、牡蛎镇潜安神, 蜀漆涤痰祛邪, 生姜、大枣补益安中, 且助桂枝、甘草温经化气, 诸药共奏扶心阳、安神志、祛痰邪之功。还如因“烧针令其汗, 发奔豚, 气从少腹冲心者”, 乃是热邪迫劫发汗, 损伤心阳, 寒水之气乘虚上犯心胸之故。故用桂枝加桂汤, 重用桂枝温通心阳, 平冲降逆, 使寒得火制则冲平神安。又如若“伤寒二三日, 心中悸而烦者”, 则是其人气素虚, 复被邪扰, 心阳不足, 阴血又亏, 使心无所主、神无以养之故, 治用小建中汤温阳建中, 益血和营, 定悸安神。方中桂枝与芍药配伍, 既温阳补虚助化源又酸甘化阴以生血。

## 1.2 滋阴安神法

《伤寒论》主要用温补滋阴安神法或清热滋阴安神法, 以治疗心阳不足、心血亏损或少阴热化、阴

虚有热的神志病。如“伤寒,脉结代,心动悸”,乃是心脏素虚,复感风寒,寒邪伤阳,心中阴阳气血亏虚,使其脉气鼓动无力、心神失养之故,治以炙甘草汤通阳复脉,滋阴养血。方中重用炙甘草补助正气,助化源以复脉;桂枝、生姜振奋心阳,温通血脉;生地、麦冬、阿胶、麻仁养心血、滋心阴,诸药借酒之温通升散之力,使经络通畅、血脉通利、阳复阴生则心神自安,神志安宁。再如“少阴病,得之二三日以上,心中烦,不得卧者”,是真阴已虚,邪火复炽,肾水亏于下,心火亢于上,水火不能相交,心神既失濡养又被火扰之故,因此用黄连阿胶汤滋阴清火安神。还如若“少阴病,下利六七日,咳而呕渴,心烦不得眠者”,是阴虚有热兼水气上扰神明之故,治以猪苓汤育阴润燥,清热利水,除烦安神。

### 1.3 和解安神法

中医的“和”法共有狭义、广义之分,其狭义的概念是由清·程钟龄提出,其著作《医学心悟》有云“而论病之方,则以汗、吐、下、清、温、和、补、消等八法尽之”,即代表中医八大治法主要是经程钟龄提出,但八法的内容却非尽出于他手。中医八法中可按其实质归纳为攻、补、和等三法,其中“汗、吐、下、消、清”等五法属于攻法,“温、补”等两法属于补法,其中攻法与补法在中医临床上的应用较为广泛,而和法的应用则相对较为局限。和解安神法主要治疗热入血室的神志病。如因“妇人中风,发热恶寒,经水适来,得之七八日,热除而脉迟,身凉,胸胁下满,如结胸状,谵语者”或“妇人伤寒发热,经水适来,昼日明了,暮则谵语,如见鬼状者”,乃是月经期经脉空虚、邪热乘虚而入,与血结于血室上扰神明所致。治当因势利导,针刺肝之募穴期门泻血实以安神。如兼寒热往来者,用小柴胡汤和解枢机助正祛邪,达到疏利三焦、通达上下内外、和畅气机之功,枢机运转,热邪得除,血结自散,则谵语自止,神志自安。和有调和之意,究其源流目前多认为主要归溯于《伤寒杂病论》,该著作中方药的配伍充分体现出“和”之思想。《伤寒杂病论》中的“和”法主要指机体生理机能的平和与协和,或指处于病理状态患者的机体恢复至和谐、协和等生理状态,从而达到治疗的要求,既可作为“和”法的广义概念,同时亦是“和”法在《伤寒杂病论》中的应用价值,其中通过“和”法对机体的阴阳、气血进行调和,使患者的生理恢复正常。

### 1.4 清热安神法

清热安神法主要用于热扰胸膈证及阳明热证所导致的热扰心神的神志病。如因“发汗吐下后,虚烦不得眠。若剧者,必反复颠倒,心中懊恼”者,此为误治后表邪内陷胸中所致。胸为心之城廓,邪居胸中,必扰心神,因此用栀子豉汤透邪达外、安神除烦。方中栀子苦寒,既可清透郁热又能泄热下行,郁热得清,神志自宁。再如“三阳合病,腹满身重,难以转侧,口不仁、面垢,谵语遗尿”者,是阳明里热炽

盛、热扰神明所致,故用白虎汤大清实热,热退则神自清。

### 1.5 祛瘀安神法

祛瘀安神法主要治疗因蓄血证而导致的神志病<sup>[2]</sup>。蓄血证的神态异常症状与其蓄血程度轻重有关。太阳蓄血轻则“如狂”重则“发狂”,皆为热入血分、热结膀胱、瘀热上扰心神所致。其轻者用桃仁承气汤活血化瘀,通下瘀热;重者用抵当汤破血逐瘀。前方以桃仁、桂枝活血逐瘀,大黄、芒硝泻热祛瘀,为泻热逐瘀之轻剂。后方以水蛭、虻虫直入血络破血逐瘀,更兼桃仁、大黄为攻逐瘀血之重剂。如系阳明蓄血,其人“喜忘者”是旧有瘀血、热入阳明后,宿瘀与热相合进而上扰心神之故,此虽然与太阳蓄血证神志症状表现不同,但其病机则一,故仍用抵当汤异病同治。

### 1.6 利水安神法

利水安神法主要治疗中虚不运、水饮内停、上凌于心的神志病。如“伤寒,厥而心下悸”,是胃阳不足、水饮内停、上凌于心所致,治以茯苓甘草汤温中化饮,通阳利水,定悸安神。若“心下逆满,气上冲胸”所导致的心悸,是中阳不足、脾运失职、不能制水、水逆上冲造成的,治用苓桂术甘汤温阳健脾,利水平冲<sup>[3]</sup>。前方重用生姜功在通阳利水;本方是在前方中去生姜加白术重在健脾利水。再如“太阳病,发汗、汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者”<sup>[4]</sup>,是误发虚人之汗、内伤肾阳、阴盛于下、虚阳外越、寒水不化、上凌于心所致,其病变重点在肾,累及于脾,故用真武汤温肾健脾,利水止悸。

### 1.7 通下安神法

通下安神法主要用于阳明结实证引起的神志异常症状。书中在阳明篇叙述此种神志病证较多,其中突出的有“谵语”“独语如见鬼状”“发则不识人、循衣摸床,惕而不安”“目中不了了,睛不和”等。此皆有形之燥结与邪热搏结肠道所致。此等症既有瘀热扰神之证,又有津竭神失濡养之象,故应急治快治,用大小承气汤通下燥结,保津安神。

### 1.8 回阳安神法

回阳安神法主要治疗邪入少阴、心肾阳虚及心阳暴脱之神志异常病证。邪入少阴,心肾阳虚,阴寒内盛,神失所养,则出现精神萎靡不振、神志恍惚、似睡非睡之“脉微细,但欲寐”证<sup>[5]</sup>。若阴寒内盛,虚阳上浮,扰乱神明则见“烦躁”证。此皆为水极火衰之重证,治用四逆辈回阳救逆,定志安神。如“昼日烦躁不得眠,夜而安静,不呕不渴无表证,脉沉微,身无大热者”,是汗下后阳气大伤,虚阳被阴所逼,欲争不能,欲罢不休,只能在白昼阳旺之时与邪争,致使神明被扰,当急用干姜附子汤顿服回阳治躁,救逆安神<sup>[6]</sup>。

## 2 结语

中西医治疗神志病各有特长,《伤寒论》对神志

病相关症状内容丰富、见解独到,总为虚实两端,虚者以正虚为主,多由失治误治所致,表现为心阳不足、心阴亏耗、阴虚阳亢、肾阳衰微等证,治以温补为主。实者以邪实为主,多由瘀血、燥结、水饮等造成,表现为阳明热证实证、热入血室、蓄血等证,治以清热、通下、化瘀为主。本文就《伤寒论》中对神志病的证治经验进行了梳理,并归纳为补阳安神法、滋阴安神法、和解安神法、清热安神法、祛瘀安神法、利水安神法、通下安神法、回阳安神法八法。张仲景治疗神志病并非局限于消除神志病症状的异常而单纯使用重镇安神或养心安神药,而是坚持辨证论治,依据整体观念,着眼于恢复整个机体气血阴阳的平衡。此外,他非常重视机体自身的康复能力,强调勿滥用药饵,以免戕伐无辜等。在神志病的辨治组方规律方面也体现了辨证论治这一中医基本原则,这也是

张仲景经方的灵魂所在。

#### 参考文献:

- [1] 范小会,刘华,庆慧,等.从痰论治神志病[J].中医研究,2016,29(29):10.
- [2] 史金玉,姬昌,范军铭.神志病与“瘀”[J].中医研究,2016,29(8):58-61.
- [3] 王民集.邵经明教授治疗神志病经验[J].北京中医药大学学报,2001,24(25):73-74.
- [4] 刘鹏妹.张仲景治疗神志病条文探析[J].内蒙古中医药,2010,29(24):118-119.
- [5] 赵永厚,赵玉萍,柴剑波,等.论神志病中医诊察法的特色与优势[J].中医杂志,2013,54(20):1739-1741.
- [6] 朱寒阳.《伤寒论》神志病治疗10法[J].国医论坛,2005,20(4):2-4.

收稿日期:2018-01-10

(上接第1053页)

于“四气五味”理论,气为阳,味为阴,温热为阳中之阳,寒凉为阳中之阴,辛、甘、淡为阴中之阳,咸苦为阴中之阴<sup>[6]</sup>,所以该类药物中阳味药占有统治性地位。正如《灵枢·热病》中所说“益其不足,损其有余”是中医治疗一切疾病的大法,阳不足则以阳药补之,阴有余则以阴药损之,阳药化之。所以这些方剂中的半夏、天麻、黄芪、人参、当归等药物以辛散之,甘缓之,温化之,淡平之可也,该类药物较为常用就不是那么难以理解了。因为中风病药证本质就是“阳不足,阴有余”。

进一步探究历代医家治疗中风病的方药,也很难脱出这种“阳不足,阴有余”“益其不足,损其有余”诊断治疗范畴。如治疗瘀血证的经典医家王清任,其所创制的益气活血化瘀方药中几无阴类药,以补阳还五汤最为典型,方中红花、黄芪、当归、川芎等皆为辛温甘淡之药,可以补不足损有余也。现在仍然有效地指导着临床脑血管病后遗症的治疗。当代医学临床常用治疗中风的活血化瘀、改善脑循环的注射液如红花注射液、丹红注射液、麝香针等都是以前类阳类药物为主,由此可见端倪。

### 3 结论

《素问·生气通天论》指出“阳平阳秘,精神乃治,阴阳离决,精气乃绝。”其中之“精神”可以泛指机体功能,也可以单指脑之精神状态,也就是脑中风后的神智乃至肢体、言语等综合功能。只有“阳平阳秘”,才能使中风及其并发症“精神乃治”。现代中医学认为,风火痰瘀气虚等6种病理因素常常交互为害,而且中经络、中脏腑可以相互转化,闭证、脱证也能相互演变,所以中风病的治疗就较为繁复、棘手,常常选方用药就不能够照顾周全。笔者根据临床经验并结合先贤的理论,提出“阳不足,阴有余”为中风病及其并发症进而设立的“益其不足(阳),损其有余(阴)”的治疗法则,可以执简驭繁、化繁为简。

首先对于所有治疗中风的方药进行详细的阴阳分类,遵循四气五味理论本质,对于阳不足重于阴有余时可以加大辛温甘淡的药物,稍佐损其有余的药物即可,局限到具体的舌症脉也可以随机辨证加减,反之同法也可以应用于阴有余重于阳不足的情况,整体上还需要照顾到阴阳的平衡才能够真正达到脑的“精神乃治”。

如对于中风中脏腑脱证(阴竭阳亡)的治疗,患者多以正不胜邪、元气衰微欲绝为主病机。其实质就是阳(元气)不足(败脱)甚,阴(痰浊瘀血毒邪)有余(壅塞脑窍)更甚,所以会有突然昏仆、不省人事、目合口张、鼻鼾息微、手撒肢冷、大小便自遗、肢体软瘫、舌痿脉细弱或脉微欲绝等脑髓神机不用、精神离决的症状,所以临床需要补不足之阳,祛除有余之阴邪。而且由于该类患者多是阳不足为更危重之症,所以重用益其不足的辛甘淡阳类药物治疗,这样就不难理解《中医内科学》教材中所说的参附汤与生脉散的合方,而且重用人参、附子的立方机理,随证变化,结合“阳不足,阴有余”证本质理论,该病证还需要积极配合“损其有余”的方药应用,择机应用化痰祛浊的石菖蒲、南星乃至通腑化浊清热的大黄、黄芩、黄连等阴类药物辅助治疗,效果会更加理想。

#### 参考文献:

- [1] 张树生.对中医阴阳学说的思考与认知[J].中医杂志,2014,55(18):1616-1619.
- [2] 李旭阳.从脾胃论中风病的病机及治疗[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(1):179-180.
- [3] 胡怀强,周永红,王新陆.论肝肾阴虚是中风病病机之根[J].中华中医药学刊,2009,27(12):2520-2522.
- [4] 钞建峰,贾慧,孙风平.试述以“虚”为核心的中风病机观[J].中医药学报,2011,39(2):67-68.
- [5] 刘亚琼,朱陵群,王硕仁,等.中风病“毒损脑络”病机假说研究进展[J].北京中医药大学学报,2009,32(2):98-100.
- [6] 沙妙清,杨柏灿.从阴阳属性探析辛甘化阳的实质[J].北京中医药大学学报,2013,36(1):21-26.

收稿日期:2017-12-21