

从少阳病论治失眠

赵鸿飞¹, 高阳¹, 赵德喜²

(¹长春中医药大学, 长春 130117; ²长春中医药大学附属医院, 长春 130021)

摘要: 中西医基于不同的理论, 对失眠的病因病机有不同的认识。赵德喜教授从中医经典《伤寒论》出发, 在“定位、定性、定方证三步辨证法”指导下, 重新审视本病的中医证候特点, 结合多年临床经验, 认为失眠与少阳病是高度契合的, 因此, 提出“从少阳病论治失眠”的学术观点, 依据“方证对应”的经方辨证理念, 采用《伤寒论》柴胡类方化裁治疗失眠, 疗效显著。

关键词: 失眠; 少阳病; 方证对应; 伤寒论

Treating insomnia from shaoyang disease

ZHAO Hong-fei¹, GAO Yang¹, ZHAO De-xi²

(¹Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130117, China; ²Affiliated Hospital to Changchun University of Chinese Medicine, Changchun 130021, China)

Abstract: Based on different theories, Chinese and western medicine have different understanding about the etiology and pathogenesis of insomnia. From the view of *Shanghan Lun*, professor ZHAO De-xi proposed a three-step theory that refers to ensure the disease location, ensure the disease nature and ensure the prescription-syndrome. Under the guidance of this theory combined rich experience, professor ZHAO De-xi reconcluded the TCM syndrome characteristics of insomnia, and came up with the idea that insomnia highly correlated with the shaoyang disease. Therefore, he advocated to treat the insomnia from shaoyang disease. According to the concept of prescriptions corresponding to syndromes in the classical prescriptions syndrome differentiation, the insomnia would be well improved using the Chaihu-like Formula in *Shanghan Lun*.

Key words: Insomnia; Shaoyang disease; Prescription corresponding to syndrome; *Shanghan Lun*

中医对于失眠的病因病机研究可谓百家争鸣, 脏腑、经络、卫气营血辨证理论是指导失眠诊治的主流理论; 对失眠的治疗方法研究大多采用镇静安神法、养血安神法、清心安神法等。现代医学对失眠的治疗多采用苯二氮卓类、非苯二氮卓类药物、抗抑郁药和褪黑素等治疗。如何提高失眠治疗的临床疗效、降低药物的不良反应, 是当代中医人应当研究的重要问题。章太炎说: “中医之胜于西医者, 大抵伤寒为独甚”。笔者认为, 治疗失眠应当从中医经典《伤寒论》中汲取精华, 将时代的治病特点与经典理论相结合, 探求更优的理论与方法。

失眠通常指患者对睡眠时间和(或)质量的不满并影响日间社会功能的一种主观体验。其主要表现为入睡困难(入睡时间超过30min)、睡眠维持障碍(整夜觉醒次数≥2次)、早醒、睡眠质量下降和总睡眠时间减少(通常<6h), 同时伴有日间功能障碍^[1]。

失眠在中医又称为不寐。《实用中医内科学》将不寐定义为: 由于外感或内伤等病因, 致使心、肝、胆、脾、胃、肾等脏腑功能失调, 心神不安而成本病^[2]。当代中国失眠发病率约为23%^[3], 据统计, 33%~50%成人主诉每年有数夜失眠, 10%~15%人群会有失眠的主诉和因失眠导致的不适症状, 原发性失眠占5%~10%。赵德喜教授通过对临床上失眠证候的仔细观察和归纳发现, 失眠与《伤寒论》少阳病无论在病机的复杂性还是症状的相似性上都高度契合, 并深入探求理论依据, 逐渐形成了“从少阳病论治失眠”的学术观点, 在此观点指导下进行临床诊治取得了较好的疗效。

理论来源

1. 从《伤寒论》六经病分析

1.1 《伤寒论》六经辨证理论体系 张仲景在《伤寒论》中创立了“三阴三阳病”辨证论治理论体

系,后世将其归纳为“六经”辨证。胡希恕^[4]先生认为六经来自八纲,即表、里;阴、阳;寒、热;虚、实。而八纲中表里最重要,六经就是以表里为最基本的分类,分成表、里、半表半里3个病位。表里之中又分阴阳,即病性。表阳为太阳、表阴为少阴;半表半里阳为少阳,半表半里阴为厥阴;里阳为阳明,里阴为太阴,构成了三阴三阳病,即六经病。太阳病或少阴病不解,则由表传入半表半里,成为半表半里阳证少阳病或半表半里阴证厥阴病;半表半里证不解,则入里而成里阳证即阳明病,或里阴证即太阴病。这是一般规律,也有由表直接传里,更有二经或三经同病的,即合病和并病。所以,六经病以独特的辨证体系,从定位与定性的角度穷尽了人间万病。冯世纶^[5]通过六经病的主提纲和辅助提纲分别归纳和概述了六经病的证候特点,据此可以在面对复杂的疾病时,通过辨六经迅速抓住其病机。

1.2 定位定性定方证三步辨证法 第一步定病位:表:指体表,即皮肤、肌肉、筋骨等所组成的机体外在躯壳,则谓之表,若病邪集中反应于此部,即称之为表证。里:指机体的极里面,即由消化道、胃、大小肠等所组成的消化管道,则谓之里,若病邪集中反应于此部,即称之为里证。半表半里:指表之内,里之外,即胸腹二大腔间,为诸多脏器所在之地,则为半表半里,若病邪集中反应于此部,即称之为半表半里证。因为表里易判,在确定少阳病时,也可采用排除法,即排除表证和里证,必为半表半里证。

基于以上方法对失眠证候定位,其病位多为半表半里。

第二步定病性:阳:如太过,则患病机体亦必相应表现出亢进的、发扬的、兴奋的等太过的病证,即称之为阳证。阴:如不及,则患病机体亦必相应表现出衰退的、消沉的、抑制的等不及的病证,即称之为阴证。

失眠的临床表现常伴有心烦、易怒、易惊、焦虑、恐惧、头昏、心悸、烘热等症状,因此为“太过”,其病性多为阳证。

因此,此类型失眠为半表半里阳证,即少阳病,此为“从少阳病论治失眠”的主要依据。

第三步定方证:根据“方证相应”的经方辨证方法,少阳病以小柴胡汤为代表方,因此,可以采用《伤寒论》柴胡类方化裁治疗失眠。

2. 从《黄帝内经》理论分析 失眠又称“不寐”,在《黄帝内经》中被称为“目不瞑”“卧不安”。

《灵枢·邪客篇》云:“今厥气客于五脏六腑,则卫气

独卫其外,行于阳,不得入于阴。行于阳则阳气盛,阳气盛则阳跷陷,不得入于阴,阴虚,故目不瞑”。卫气昼行于阳而夜行于阴,昼行于腑而夜行于脏,任何破坏营卫循行和相交的因素都会导致失眠的发生。阳不入阴是失眠的病机总纲,而少阳为枢,主开合,它既是病邪的出入场所,病情转变的门户,同时也是卫气由阳入阴,由阴出阳的枢纽,因此少阳枢机不利是导致卫阳不入营阴的病机关键。少阳主枢的功能,少阳病即是枢机不利之病^[6]。因此,失眠的病机关键是“少阳枢机不利”。此为“从少阳病论治失眠”的依据之二。

3. 从临床表现分析

3.1 少阳病的特点 《伤寒论》第263条:“少阳之为病,口苦,咽干,目眩也”。第264条:“少阳中风,两耳无所闻,目赤,胸中满而烦者,不可吐下,吐下则悸而惊”。第265条:“伤寒,脉弦细,头痛发热者,属少阳”。第96条:“伤寒五六日中风,往来寒热,胸胁苦满,嘿嘿不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之”。

少阳病的主要证候特点为:口苦、咽干、目眩、往来寒热、胸胁苦满、心烦喜呕、嘿嘿不欲饮食等为主的七大症状,即少阳“七大症”。此外,张仲景又确立了少阳病“但见一证便是”的诊断原则,如第103条原文:“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”。综上所述,凡具有少阳七大症状或其中之一,而能反映少阳病病机者均可诊断为少阳病。

3.2 失眠的临床表现 失眠常伴有:①心烦、易怒、易惊、焦虑、恐惧等精神心理症状;②恶心、干呕、纳差、大便溏或黏干等胃肠症状;③口干、口黏、口苦、眼干、头昏沉、胸闷、胁胀、心悸、烘热、身重疲乏等自主神经症状。

3.3 二者的联系 见表1。失眠与少阳病症状高度契合,是“从少阳病论治失眠”的依据之三。

表1 少阳病“七大症”与失眠临床表现的对应关系

少阳病“七大症”	失眠的临床表现
口苦、咽干、目眩	口苦、口干、眼干、头昏沉
往来寒热	烘热
胸胁苦满	胸闷、胁胀、乳房胀
嘿嘿不欲饮食	纳差,纳谷不香
心烦喜呕	心烦、干呕、恶心

4. 从临床疗效验证 赵德喜教授门诊已积累失眠病历4 250余份,主要是在“从少阳病论治失眠”的

学术思想指导下,采用和解安神方化裁治疗,通过随访,痊愈1 108例,显效1 535例,有效820例,无效425例,失访362例,总有效率80%以上。此为“从少阳病论治失眠”的依据之四。

治法确立

1. 治则 按照伤寒“方证对应”的理论思想,治疗上当秉承《伤寒论》中少阳病不可汗、吐、下的治疗大法,以调畅少阳枢机为主,确立了“和解安神”的治疗法则。

2. 处方 以小柴胡汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、柴胡桂枝干姜汤等柴胡类方进行化裁,经过多年实践,形成了“和解安神方”:柴胡25g,黄芩10g,姜半夏10g,党参20g,炙甘草10g,生龙骨50g,生牡蛎25g,夏枯草20g,炒白术15g。

3. 方解 方中柴胡为主药,具有疏解肝胆、畅利三焦的作用。柯韵伯称“柴胡为枢机之剂”。邹澍说:“仲景著小柴胡汤之效,曰:‘上焦得通,津液得下,胃气因和,身濈然汗出而解。’以是知柴胡证皆由上焦不通,上焦不通则气阻,气阻则饮停,饮停则生火,火炎则呕吐,半夏、生姜能止吐蠲饮,然不能彻热,黄芩能彻热,然不能通上焦,能通上焦者,其惟柴胡乎!”^[7];黄芩,苦,寒,归肺、胆、胃、大肠经,其外坚内空,故能内除烦热,利胸膈逆气,根据《黄帝内经》“热淫于内,以苦发之”之意,以黄芩协助柴胡,清气分之热,故以柴胡、黄芩共为君药;半夏,辛,温,归脾、胃、肺经,感一阴之气而生,故能开结气、降逆气、除痰饮,得阴而生,故能引阳入阴,能治目不瞑,其味辛可助柴胡而散邪,其性降,可降逆止呕,与柴胡一升一降,开通少阳之路,祛除肝胆经之郁滞;夏枯草,苦、辛,寒,归肝、胆经,得至阳而长,与半夏是阴阳配合的妙药,故二者相配使阴阳相交,引阳入阴。生龙骨,甘、涩,微寒,归心、肝经,重镇之品,能镇惊而平木,镇心安神,平肝潜阳,收敛浮越之正气;生牡蛎,味咸、涩,性微寒,归肝、心、肾经,其坚不可破,其性守而不移,静可以镇惊,而寒可以除烦热,重镇安神,潜阳补阴;生龙骨、生牡蛎二药一阴一阳,具有潜阳敛阴、调和阴阳之效,四药助柴胡和解少阳,止烦镇惊安神共为臣药;党参,性平,味甘,归脾、肺经,补脾肺气,补血,生津。既助少阳以祛邪,又固中以防变;白术,苦、甘,温,归脾、胃经,补气健脾,燥湿利水。党参、白术防肝胆木郁克土,共为佐药;炙甘草,甘,平,归脾、胃、肺、心经,用为使药。诸药合用,散结气,清郁热,使枢机通畅,营卫调和,共奏和解安神之效。

典型病例

患者某,女,59岁,长春市人。初诊时间:2016年6月3日。主诉:失眠1年余。现症见:患者自述入睡困难,易醒,醒后难以入睡,每日仅睡眠2-3h,白天疲乏,易突然汗出,眼干,易怒,焦虑,胸闷,心悸气短,头昏沉,怕冷,晨起口干口苦,喜饮,纳谷不香,大便溏,小便正常。舌体大,舌质红,苔薄腻黄,脉弦滑。既往史:平素身体健康。处方:和解安神方加味。用药:柴胡25g,黄芩10g,党参20g,炙甘草10g,生姜10g,清半夏10g,大枣4枚,炒白术15g,生龙骨50g,生牡蛎25g,茯苓30g,泽泻10g,生石膏45g,桂枝10g。7剂,水煎服,每日1剂,早晚分服。

按语:本病案辨证为少阳阳明太阴合病,治以和解安神之法兼顾阳明内热及太阴停饮。患者以失眠为主证,并且伴随症状较多,根据六经病的特点可迅速将复杂的症状表现进行归类:患者晨起口苦、突然汗出、胸闷气短、心悸为少阳半表半里的阳性证的表现,故以小柴胡汤为主方;患者头昏沉、怕冷、纳谷不香且大便溏为太阴病位在里的阴性证合并水饮的表现,故合用苓桂术甘汤加泽泻;患者汗出较多,口干喜饮,舌红苔薄腻黄为阳明内热之象,故加生石膏以清阳明内热;患者失眠以易醒为特点,故加生龙骨与生牡蛎以镇静安神,二药一阴一阳,共奏潜阳敛阴、调和阴阳之效。经随访得知,患者服药1周后,自述入睡困难好转,每日可眠6h以上,且日间状态良好。

结论

“从少阳病论治失眠”是赵德喜教授长期临床实践研究的结果,这一学术观点从经方角度、医经角度都具有坚实的理论基础,而且验之于临床,取得了良好的疗效,在“失眠”与“少阳病”之间建立了紧密联系,丰富了失眠治疗的中医学术思想,为更好应用经方治疗失眠提供了借鉴。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断与治疗指南.中华神经科杂志,2012,45(7):534-536
- [2] 方药中,邓铁涛,李克光,等.实用中医内科学.上海:上海科学技术出版社,1985:345-347
- [3] 周颂衡.不寐的六经辨治与情志关系影响的临床思路探讨.广州:广州中医药大学,2012
- [4] 胡希恕,冯世纶.伤寒论通讲.北京:中国中医药出版社,2014:23
- [5] 冯世纶.中国百年百名中医临床家丛书·胡希恕.北京:中国中医药出版社,2014:147
- [6] 刘力红.思考中医.桂林:广西师范大学出版社,2003:292-293
- [7] 邹澍.本经疏正.海口:海南出版社,2009:44

(收稿日期:2016年11月28日)