

梁君昭运用“藏络结合”法治疗眩晕病临床经验

● 姜浩¹ 李彦¹ 刘丽梅¹ 高海红² 指导:梁君昭^{2▲}

摘要 眩晕病是一种常见疾病,名中医梁君昭教授结合“无痰不作眩”“诸风掉眩,皆属于肝”“无虚不作眩”基础上提出“因痰致眩,痰瘀互结”的病因理论,提出“藏络同治,扶正固本,祛痰化瘀,调整阴阳”的治疗法则。诊疗过程中注重审因查机,病症结合,辨证论治,标本兼治的诊治法则,临床中取得显著成效。

关键词 眩晕;临床经验;藏络结合;痰瘀互结

眩晕病是一种发病率很高的疾病,中医是以头晕、眼花为主要症状的一类病症,包含西医很多种疾病,本病多见于中老年人,容易反复发作,影响日常工作和生活。梁君昭教授是西安市中医医院主任医师、硕士研究生导师,西安市首届名中医,国家级名老中医学术经验继承人,中医师承指导老师。行医三十年,注重中医疗效与方药配伍研究,擅长运用脏腑学说结合络病理论辨证论治,擅长中西医结合诊治心脑血管疾病。笔者有幸跟师侍诊左右,受益匪浅,梁教授对诊治眩晕病有着丰富的临床经验,现就其临床经验归纳总结如下。

1 追溯本源,探索病因

眩晕病最早见于《内经》。自

古以来,关于眩晕病病因病机的认识在不断发展,逐步深入,各医家及典籍对其都有详细的记载。《素问·至真要大论》提到“诸风掉眩,皆属于肝”,阐述眩晕病与肝密切相关,从经络而言,足厥阴肝经连接目系,向上经前额到达巅顶。《素问·气交变大论》言:“岁木太过,风气流行,脾土受邪。民病飧泄,食减,体重,烦冤,肠鸣腹支满……甚则忽忽善怒,眩冒巅疾。”提出了肝强脾弱,风邪侵袭,脾胃受损,肝气上逆诱发眩晕,眩晕与肝脾相关。《诸病源候论》提出了“风头眩者,由血气亏虚,风邪入脑”的病源学说。故肝与眩晕相关,肝阳上亢,风阳上扰,气血上冲会导致眩晕;肝阴不足,阴虚内热,虚热上绕头目导致眩晕。《灵枢·海论》提到“因虚致眩”,《灵枢·卫气》提到“上虚则眩”,故有“无

虚不作眩”的理论说法,《灵枢·口问》提到“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”,故有脑络髓海气血失养而致眩晕。《丹溪心法》提出“无痰不作眩”,同时强调“痰因火动”,眩晕病机复杂,常有痰邪合并气虚及火邪存在。《证治汇补·眩晕》对眩晕病因病机做了初步概括,其中包括实热、厥逆、阴虚、阳虚、五志、抑郁、精血亏虚等,被后世医家及学者广泛认同。

梁教授总结眩晕的病因病机由风、虚、火、痰、瘀及阴阳失衡为主,病位在清窍脑络髓海,与肝、脾、肾密切相关,故为藏络同病。肝为刚脏,即风木之脏,寄生相火,其性主动主升,若肝阴不足,伴有肾阴亏虚,脑络髓海失养,则头晕目眩、耳鸣如蝉;肝阳亢盛,肝风内动,上扰头目则眩晕欲扑,耳鸣、头胀痛。脾主运化,气机升降中枢,若脾阳不振或脾气亏虚,纳运失常,清阳不升,浊阴不降,水谷精微不能正常转化气血津液,脑络髓海失养,则眩晕、神疲乏力、面色无

▲通讯作者 梁君昭,男,主任医师,硕士研究生导师。E-mail:1379084029@qq.com

• 作者单位 1. 银川市中医医院(宁夏 银川 750001);2. 西安市中医医院(陕西 西安 710021)

华;若转化为痰湿或湿热中阻,痰湿上蒙清窍,则视物旋转、头重如裹;若痰久生瘀,痹阻脑络清窍,不通则痛,则眩晕时作、头痛如刺。肾者,精之处也,肾精不足,水不涵木,诱发肝阳上亢或风阳上扰发为眩晕;肾脏阴虚或阳虚,阴损及阳,阳损及阴,阴阳两虚,都可脑络髓海空虚,诱发眩晕、耳聋耳鸣,伴腰酸膝软。结合现代人生活饮食习惯,酒食肥甘,酿湿成痰,久则成瘀,久病入络,痰瘀互结于脏腑经络,损伤脑络,故“痰瘀致眩”者较多。痰湿困脾,脾胃纳化失常,水谷精微继续转化为痰湿而不生气血,同样导致清窍失养,故痰瘀致病本虚标实,虚实夹杂。

2 藏络同病,痰瘀互结

梁教授依据叶天士提出“久病入络”,又有“久虚入络”“久瘀入络”理论之说,眩晕病病机复杂,既在脏也在络,脏络相连,病邪在脏腑经络中浸润、蔓延、转化、演变,表现出不同的病理与临床症状,故为“藏络同病”。藏即人体脏器组织,包括五脏六腑和奇恒之腑;络即经络,作为运行气血、联系脏腑及全身各部的通道;“藏络同病”指脏腑和经络同时出现生理功能失常与病理变化。梁教授认为五脏六腑皆能生痰,痰是病理的初期阶段,痰可生瘀,痰浊黏滞,易阻气机,痰浊痹阻脉络,气血运行不畅,瘀血形成,瘀是痰浊的进一步发展。瘀可生痰,瘀血停于体内,则气机失调,影响津液输布代谢,痰浊内生,痰是疾病更深的发展。痰瘀互生是疾病发生、演变、恶化的基本继发因素,又是一个病理过程,侵犯脏腑经络。痰瘀互生源于痰瘀同源,本于津血同源,痰源于津,瘀本于血。痰瘀互结既是病理

产物,又是致病因素,痰瘀侵至脑络,促进眩晕的发展与演变,重者导致中风。王永炎院士提出“毒损脑络”学说,毒邪导致脑络损伤可致眩晕及中风,毒包括热毒、痰毒、瘀毒等^[1]。梁教授注重本病的发展演变过程,认为一般情况下早期病机较为单一,或虚或实,中后期病机逐渐复杂,相互转化,虚实夹杂,但后期以虚为主,本虚标实,实者多以痰瘀、痰湿、火邪、风阳为主,虚者以气血阴阳亏虚为主。痰瘀是近年来十分热门的一个话题,痰瘀互结,痰瘀互化,痰瘀同病,痰瘀生毒,痰瘀可以导致很多种心脑血管疾病^[2],相互消长转化,可使病情复杂,病程缠绵^[3]。例如痰瘀导致高血压病眩晕甚多^[4],同时高血压病危险因素包括肥胖、高血脂、糖尿病、吸烟、饮酒等,其多种危险因素也与痰瘀有非常密切的关系^[5],互相结合而致病。

3 藏络同治,扶正固本,祛痰化瘀,调整阴阳

梁教授深入研究古医典籍,结合多年临床经验,对于痰瘀互结证眩晕病提出“注重藏络结合,扶正通络共施,调整阴阳平衡”理论观点^[6]。把握几个要点:一、脏腑经络同治,病症互相结合。依据脏辨证和经络辨证,把握相关脏腑气血阴阳亏损情况,辨别病理产物的性质及所在的脏腑经络,结合脑络髓海的症状,做到病症结合的治诊治方案。二、扶正固本,祛瘀通络,痰瘀同治。本病本虚标实,扶正固本也是治病求本,注重补充正气以抵抗邪气,故强调益气健脾化湿。祛瘀通络是消除病理产物,依据叶天士提出“气在经,血在络”,注重行气活血祛瘀,使经络气血畅达,瘀即为“痰瘀”,故祛痰而不忘化瘀,

化痰而兼顾祛痰,近代医家关幼波提出:“治痰要活血,血活则痰化”的治疗法则。痰瘀同治则要健脾燥湿化痰,活血祛瘀通络,同时宣调脾胃气机升降,有助于消除痰瘀。三、调整阴阳平衡,注重补虚泻实。本病病机复杂,年龄体虚甚多,调整阴阳平衡,调理肝阴肝阳、肾阴肾阳平衡,补虚泻实,则注重柔肝与泻肝平调,补肝与疏肝同治,肝气达到正常的疏泄升发状态,使脑窍髓海部位的经络畅达,补益肾虚注重“阴中求阳,阳中求阴”。结合以上治法方案才能做到治病求本,标本兼治,改善眩晕的病与症。

4 遣方精要,用药严谨,随证加减

梁教授治病求本,具有创新与严谨的治疗思路与方法,遣方精要,用药严谨。运用四诊合参,结合症状体征,探索病理机制,依据辨证论治,制定理法方药,配方注重治疗病因的药物、针对病位的药物、治疗主次之症的药物及调和诸药的药物,将药效融汇贯穿于脏腑经络之中。对于治疗高血压病眩晕遣方用药要“动静结合,稳中求进”,同时基于现代药理研究,合理运用,提高疗效^[7]。梁教授依据“注重藏络结合,扶正通络共施,调整阴阳平衡”的理论法则,自拟扶正祛瘀通络汤,方中主要为法半夏、天麻、白术、茯苓、石菖蒲、地龙、川芎、当归、川牛膝、杜仲、山药、枸杞等药物。法半夏燥湿化痰,天麻平肝潜阳、祛风通络止眩,二者合用为君,共同起到祛瘀通络的作用;白术、茯苓补气健脾,利湿渗湿,为固本祛湿,石菖蒲化浊豁痰,醒脑开窍,共为臣药。地龙、川芎、当归、川牛膝养血活血,祛瘀通

络;杜仲、山药、枸杞补益肝肾起到扶正固本、调整阴阳的作用,共为佐药。其中,川芎引活血祛瘀诸药上行,清理头部脉络中的痰瘀之邪。天麻平肝潜阳,其善走头部经络,与川芎则一升一降,则清气得升,逆气则降。天麻与川牛膝活血通络,平抑肝阳,苦泻下降引脑络瘀热下行。川芎、天麻、川牛膝、石菖蒲四药起到痰瘀同治的作用,可使脑络中痰瘀并祛,气血通达,髓海清静,眩晕自止。全方重点突出了扶正补虚、痰瘀同治、脏络同治的思路。本方可以灵活加减运用,气虚明显加黄芪、黄精,对舌苔厚腻者少用;脾胃燥湿较重多用白术、苍术、厚朴;腹胀纳差多用枳实、木香、莱菔子;滋补肝肾多用熟地、女贞子、墨旱莲、菟丝子,舌苔厚腻者熟地少用,防治滋腻加重痰湿;伴有湿热多用黄芩、黄连、栀子;伴有肝经郁热多用郁金、柴胡、白芍等等。

5 验案举例

张某,男,59岁。2年前无明显诱因出现头晕,头重如裹,时轻时重,重则视物旋转,胸闷、气短,恶心,无呕吐,无黑矇,无晕厥,遂就诊于陕西省人民医院,测血压155/90mmHg,行头颅CT示:“多发性腔隙性脑梗死”,诊断:(1)多发性腔隙性脑梗死;(2)高血压病1级(中危)。经住院给予降压、改善脑循环、营养脑细胞治疗后症状减轻。出院后长期口服贝那普利、银杏叶片、氟桂利嗪等药物。此后患者因劳累后该症状反复发作,经休息及口服药物治疗可缓解。1周前再次因劳累后出现头晕、头痛,头重如裹,耳鸣,视物旋转,胸

闷、气短,伴恶心,无呕吐,神疲乏力,时有咳少量黄色粘痰,无黑矇,无晕厥。自发病以来精神困倦,口干、口苦,急躁易怒,虚热多汗,少寐,纳差,时有腹胀,大便干,小便偏黄。舌暗红,舌下脉络紫瘀,舌苔黄腻,脉弦滑。测血压140/85mmHg;心电图示:窦性心律,未见明显ST-T异常。心脏超声示:左方、左室略大;左室舒张、收缩功能正常;彩色血流显示各瓣膜未见病理性反流。梁教授认为本病属于眩晕,证型以痰瘀痹阻、肝经湿热为主,治法化痰祛瘀、扶正通络、疏肝清热为主。方药:法半夏9g,天麻10g,生白术15g,茯苓20g,石菖蒲15g,地龙10g,川芎10g,当归12g,川牛膝15g,柴胡10g,白芍12g,钩藤10g,黄芩15g,厚朴12g。7剂,每日1剂,水煎分服。1周后复诊,患者头晕头痛、耳鸣减轻,视物旋转明显好转,胸闷气短减轻,口干、口苦减轻,腹胀、便干好转,时有焦虑烦躁,少寐多梦。舌暗红,舌下脉络紫瘀,舌苔薄腻,脉弦滑。测血压132/80mmHg;上方去黄芩、川牛膝,加郁金、远志各10g。7剂后再次复诊,患者无头晕头痛不适,诸伴随症状逐渐改善,精神良好,舌红,舌下脉络紫瘀减轻,舌苔薄白,脉滑。随访3个月,间断口服中药以健脾燥湿、祛瘀通络为主,病情稳定。

按 该患者素有脑梗死、高血压病史,本次发病以劳累后诱发,出现头晕、头痛,头重如裹,咳少量黄色粘痰,舌暗红,舌下脉络紫瘀,舌苔黄腻,脉弦滑,为痰瘀痹阻脑络,肝阳上亢,湿热内生。口干、口苦,急躁易怒,虚热多汗,为肝经湿热,肝阳化火,湿热扰心则少寐,湿

热困脾则纳差,时有腹胀,湿热下注肠道则大便干,小便偏黄。方中法半夏、天麻燥湿化痰,平肝通络;生白术、茯苓、石菖蒲健脾利湿,豁痰开窍;地龙、川芎、当归、川牛膝活血祛瘀通络;柴胡、白芍疏肝理气,养血柔肝;钩藤、黄芩清热平肝;厚朴燥湿下气除胀。诸药共奏化痰祛瘀、扶正通络、疏肝清热之功,故而获效。

6 小结

梁教授根据多年的临床经验,致力研究藏象学说结合络病理论诊治心血管疾病,并提出了研究思路和方法。认识到眩晕病的病因复杂,多为藏络同病,痰瘀互结,提出藏络同治,扶正固本,祛瘀化痰,调整阴阳的总体治法,把握病变机制,临床病证合参,用方严谨精要,条理清晰,灵活加减,经过临床实践,显著获益。

参考文献

- [1] 张 锦,张允岭,郭蓉娟,等.从“毒损脑络”到“毒损络脉”的理论探讨[J].北京中医药,2013,32(7):483-486.
- [2] 杜 松,胡镜清,卢红蓉.痰瘀互结证现代理论研究进展述评[J].中国中医基础医学杂志,2015,21(4):477-482.
- [3] 曹升荣.论痰瘀合而致病[J].临床和实验医学杂志,2007,6(10):151-153.
- [4] 张荣珍,陈志祥,胡素颖,等.3578例高血压中医证型构成临床调查研究[J].中医药临床杂志,2007,19(4):360-364.
- [5] 顾衡强,陈美华.高血压病痰瘀证的治疗研究进展[J].福建中医学院学报,2006,16(1):70-72.
- [6] 梁君昭.藏象学说结合络病理论诊治心血管疾病的探析[J].陕西中医,2011,32(2):184-185.
- [7] 梁君昭,姜 浩,马丽君,等.中医药防治高血压病思路与应用[J].中医药通报,2016,15(5):32-33.

(收稿日期:2018-08-05)

(本文编辑:金冠羽)