

·专家论坛·

本文引用:周德生,张梦雪,高晓峰,彭勃.基于气机升降理论辨治慢性脑缺血——中医脑病理论与临床实证研究(十四)[J].湖南中医药大学学报,2020,40(6):647-652.

基于气机升降理论辨治慢性脑缺血 ——中医脑病理论与临床实证研究(十四)

周德生¹,张梦雪^{2*},高晓峰¹,彭勃¹

(1.湖南中医药大学第一附属医院神经内科,湖南长沙410007;2.湖南中医药大学,湖南长沙410208)

[摘要] 脑顺应脏腑气机阴阳升降,脑供血与气机升降相关。慢性脑缺血病机特点以虚为主,虚实夹杂;脑部气血升降障碍,或与全身脏腑经脉气血升降障碍同病。升降失常,升降同病;血运失调,气血水同病。例举前循环大动脉狭窄型慢性脑缺血、后循环大动脉狭窄型慢性脑缺血、低灌注型慢性脑缺血3个医案,阐述慢性脑缺血复合治法临床应用体会,即调理大升降,调理小升降;升清降浊,调和气机;形神并调,脑脏同治。

[关键词] 慢性脑缺血;脑供血;气机升降;升清降浊;脑脏同治

[中图分类号] R259;R743

[文献标志码] A

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2020.06.002

Differentiating and Treating Chronic Cerebral Ischemia Based on the Theory of Ascending and Descending of Qi Movement: Traditional Chinese Medicine Theory of Encephalopathy and Clinical Empirical Study (XIV)

ZHOU Desheng¹, ZHANG Mengxue^{2*}, GAO Xiaofeng¹, PENG Bo¹

(1. Department of Neurology, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 2. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410208, China)

[Abstract] The ascending and descending of Qi movement, Yin and Yang is responded by the brain, and blood supply to the brain is related to the ascending and descending of Qi movement. The pathogenesis of chronic cerebral ischemic is mainly characterized by deficiency, and the combination of deficiency and excess. The disorder of ascending and descending of Qi and blood in the brain is the same disease as the disorder of ascending and descending of Qi and blood in whole body viscera and meridians. Abnormal ascending and descending is the same disease as ascending and descending; blood dysregulation is the same disease as qi, blood and water. This paper cited 3 medical cases of anterior circulation hypertensive stenosis chronic cerebral ischemia, posterior circulation hypertensive stenosis chronic cerebral ischemia, and hypoperfusion chronic cerebral ischemia, and described the clinical application experience of combined treatment of chronic cerebral ischemia. That is to adjust the large ascending and descending, as well as the small one; elevating clear Qi to lower turbid Qi to regulate Qi movement; adjust the shape and mind, and treat both the brain and viscera.

[Keywords] chronic cerebral ischemia; cerebral blood supply; ascending and descending of Qi movement; elevating clear Qi to lower turbid Qi; treat both the brain and viscera

[收稿日期] 2020-03-31

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81874463);教育部重点实验室开放基金——中医内科学重大疾病防治及成果转化(ZYNK201609);湖南省科技厅科技创新平台与人才计划——中医脑病临床研究中心(2017SK4005);湖南省中医药管理局项目(201824);湖南省级财政中医药项目——名院工程院内优势病种项目(rsk-010-13(006-09));湖南中医药大学校级科研基金项目(ZYYDX201730)。

[作者简介] 周德生,男,主任医师,教授,博士研究生导师,研究方向:神经系统疾病的中医药防治。

[通讯作者] *张梦雪,女,在读硕士研究生,E-mail:2909406852@qq.com。

慢性脑缺血是一组由于慢性脑灌注下降导致的脑功能障碍的常见临床综合征,其病理变化包括血管狭窄、血管堵塞、血管压迫,也包括高血压、低血压、动脉粥样硬化等。慢性脑缺血是缺血性脑血管病的常见类型,临床表现为头重、头晕、头胀、头痛、记忆下降、注意力不集中等,神经系统检查无局灶性症状和体征,没有慢性系统性疾病的证据^[1]。中医多从眩晕、耳鸣、虚劳、不寐、健忘、痴呆、颤病、郁病等范畴论治慢性脑缺血。脑顺应脏腑气机阴阳升降^[2],脑部气机障碍脑病生焉,辨治慢性脑缺血尤不可逆升降浮沉之理。本文试从清阳不升、浊阴不降病机立论,阐述应用气机升降理论辨治慢性脑缺血的临床体会。

1 脑供血与气机升降相关

1.1 气机升降理论

天地阴阳升降,形成自然变化。天人相应,气机升降以为常变。气机是精气运动的原因、动力、机制和规律。《素问·六微旨大论》曰:“升降出入,无器不有。”所以,气机升降正常,则水升火降、清升浊降、血升气降。在象思维模式下,阳升阴降,阴升阳降,升降相因,形气交感,脏腑经络气机协调有序,是维持人体阴平阳秘的关键。

《灵枢·决气》以精、气、津、液、血、脉统称为气。《读医随笔·气血精神论》认为宗气循行气脉、营气循行血脉,故经络包括气脉和血脉两大系统^[3]。人体而言,脏升则健,腑降为顺;阴脉上升,阳脉下降。脏腑而言,气统于肺,血统于肝;肝升肺降,心肾相交,脾胃枢轴,三焦斡旋升降,为气化的通道和气化的场所。命门火动,水阴互济,精气升降,为脏腑之用,尽管命门的位置有目、脑心、膻中、肾间、两肾、右肾之不同,均一致认为命门元气为气机升降的原动力^[4]。气血为人身之根本,左右者阴阳之道路。中医有左气右血(《医理大概约说·四诊》)及左血右气(《金匱钩玄·中风》)的两种说法,虽然血脉各部位气血的数量存在梯度差异性^[5],成为气血归并出入离合循行的内在动力之一。左右对峙,阴阳互根,气血相依,升降相随。《灵枢·逆顺肥瘦》称为“脉行之逆顺”,左右道路包括血脉功能阴阳升降的差异性,正因为血脉存在往返的通道,才能形成闭合循环的圆道。脑

功能存在偏侧化优势,也与气机升降相关^[6]。

《素问·举痛论》称“百病生于气”,即指气机升降出入障碍。各种病因均可以引起升降出入异常,表现为整体或局部的病变。《杂病广要·诸血病》认为由于血为气母,气为血帅,“养脏之血”需要气的温煦,“灌注之血”需要气的推动,故百病生于气即百病生于血,“血脉”凝滞为百病之根。《读医随笔·升降出入论》认为升降出入者,“百病之纲领”,“内伤之疾,多病于升降”。

1.2 脑供血与脏腑气机升降平衡

五脏精华之血,六腑清阳之气,皆通过脉络汇聚于脑,至阴液充,髓海盈满,是神机内化的生理基础。脑居巅顶之位,气机上升到此而转为下降,成为气机升降的转折点,是气机升降的枢纽^[7]。经脉为营血循行之道路,督脉为精髓升降之道路;髓海为真气所聚,心脑血管相连,肺脑气机贯通,脑的清气入,浊气出,脑府气机升降及脏腑气机升降平衡协调,决定脑神及五脏神功能,脑神调控五脏神,外显为神志。因此,《素问·八正神明论》说:“血气者,人之神。”

《太平御览·方术部》引唐代吴筠《著生论》说:“精能附血,气能附生,常使循环,即身永固。乾元之阳,阳居阴位,脐下气海是也。坤元之阴,阴居阳位,脑中血海是也……血海之气,以补肌肤,以流血脉。”脑中血海与冲脉、肝、心、脾、肾等关联,调节脑气血循行。王冰注《素问·上古天真论》说“冲为血海”,又注《素问·五脏生成》说“肝主血海”;《中西汇通医经精义·冲任督带》称冲脉“导气而上,导血而下;通于肾,丽于阳明”。有学者认为,血海蓄藏输注,容量大且流量大,“脑中血海”随生理所需对支脉血流起调节作用,则保障脑脉之灌流供血,脑中诸脉之血无过多、不足之虞^[8]。

2 慢性脑缺血气机升降障碍的病机特点

《素问·调经论》说:“血气不和,百病乃变化而生。”内因、外因、饮食劳倦引起气机升降的不及、太过与升降失调。气机升降障碍则脑病,脑病与脏腑病互相影响,互为病因,先后发病,或者同病。升降失常,升降同病;血运失调,气血水同病。慢性脑缺血病机特点以虚为主,虚实夹杂;脑部气血升降障碍,或与全身脏腑经脉气血升降障碍同病。

以虚为主者,清阳不升,髓海失养。如慢性脑缺血眩晕,《景岳全书·杂证谟》谓“无虚不能作眩”。慢性脑缺血健忘,《灵枢·大惑论》说:“虚则营卫留于下,久之不以时上,故善忘也。”(1)气血亏虚。《灵枢·口问》说:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”(2)津血亏虚。脑脊液不足,脑失所充,颅压降低;稀薄失滋,脑髓枯萎,眩晕头痛;荣气虚滞,清阳郁结,萎靡不振。(3)精血亏虚。《灵枢·海论》说:“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧。”

虚实夹杂者,清阳不升,浊阴不降,窍路阻塞。《景岳全书·胁痛》说:“凡人之气血犹源泉也,盛则流畅,少则壅滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者。”现代所谓无瘀不能作眩,包括凝聚局部的瘀血和脉行不畅的血瘀两个方面^[9]。如慢性脑缺血抑郁,华岫云在《临证指南医案·郁》中按:“郁则气滞,气滞久则必化热,热郁则津液耗而不流,升降之机失度,初伤气分,久延血分,延及郁劳沉痾”。慢性脑缺血认知功能减退及郁病,精血髓亏,升降失常,痰瘀阻络,络息成积,本虚标实,神机障碍。《血证论·健忘》说:“血在上,则浊蔽而不明矣。”(1)三焦气化不利,脏腑功能紊乱,气升不降,或夹郁滞、内风、相火、痰浊、瘀血等,水气血同病。《素问·六元正纪大论》说:“木郁之发……甚则耳鸣眩转,目不识人,善暴僵仆。”《素问·五脏生成篇》说:“循蒙招尤,目冥耳聋,下实上虚。”(2)神窍玄府乃气血、津液、荣卫、清浊之气出入升降之道路门户,血气不和,气化失常,神机内化障碍,并产生各种内邪。诸邪交互杂合,窍路阻塞,头目不清,眩晕跌倒,以致形神同病。

3 慢性脑缺血气机升降障碍的辨治特点

3.1 调理大升降,调理小升降

天人相应,顺时养生治病,整体气机应时输注,此为调理大升降。如顺天地气机四气调神,子午流注时辰养生,嘘、呵、呼、咽、吹、嘻六字气诀,等等。《脾胃论·用药宜禁论》说:“凡治病服药……必本四时升降之理,汗下吐利之宜。”《素问·脏气法时论》云:“肝苦急,急食甘以缓之……心苦缓,急食酸以收之……脾苦湿,急食苦以燥之……肺苦气上逆,急食苦以泻之……肾苦燥,急食辛以润之,开腠理,致津

液,通气也……肝欲散,急食辛以散之,用辛补之,酸泻之……心欲软,急食咸以软之,用咸补之,甘泻之……脾欲缓,急食甘以缓之,用苦泻之,甘补之……肺欲收,急食酸以收之,用酸补之,辛泻之……肾欲坚,急食苦以坚之,用苦补之,咸泻之。”

调理脏腑经络气机,调理肺肝、肝胆、脾胃之升降枢纽,此为调理小升降。如葛根升津,黄芪升阳;柴胡、大黄,使胆随胃降;桂枝、苍术,使脾随肝升;桂枝、白芍,调和营卫升降;石菖蒲、川芎,开通脑窍玄府气机,等等。经验方如升清降浊方(组成:黄芪、葛根、天麻、川芎、清半夏、黄芩、川牛膝、泽泻)治疗眩晕,通过养心、疏肝、健脾、补肾等升清,通过化痰、祛瘀、息风等降浊。

3.2 升清降浊,调和气机

《读医随笔·升降出入论》曰:“病在升降,举之、抑之;病在出入,疏之、固之。或病在升降而斡旋于出入,或病在出入而斡旋于升降。气之上逆,下不纳也;气之下陷,上不宣也;气之内结,外不疏也;气之外泄,内不谐也。”辨治慢性脑缺血,如益气升阳汤升发阳气,明目地黄丸益精升阴,星萎承气汤沉降浊邪,通窍活血汤疏通脑络玄府,读书丸补气血祛痰瘀,升降散升清降浊,小柴胡汤运转枢机,枕中丹交通心肾,潜阳封髓丹潜阳固阴。将气机升降出入辨证与脏腑经络辨证结合起来,以升降出入理论指导方剂的运用,才能取得较好的临床疗效。

3.3 形神并调,脑脏同治

《医宗必读·古今元气不同论》曰:“气血亏损,则诸邪辐辏,百病丛集。”慢性脑缺血病机复杂,因血及髓,由经入络,气、血、水同病,脑髓、脏腑、脉络同病,功能性病变与器质性病变并存,往往有精神志症状,临床表现复杂多样,慢性进展性加重。有学者提出,血脉病变,虚气流滞,气血归并,容易发生盗血现象;产生气滞、瘀血、痰浊、内风等,容易发生短暂性脑缺血发作或卒中^[10]。辨治慢性脑缺血,复合治法,补虚通络,调气疏脉,形神并调,脑脏同治。选择应用搜剔通络、破血化瘀、峻下涤痰、开窍醒神药物。如《千金要方》薯蕷丸方(《金匱要略》薯蕷丸去阿胶,加鹿角胶、黄芩)治疗风眩“头目眩晕”,复方大方图治。

4 基于气机升降理论辨治慢性脑缺血医案举例

4.1 前循环大动脉狭窄型慢性脑缺血案

刘某某,女,80岁。住院号:331239。因间断性头晕5年,加重半年,于2019-03-30入院。患者5年前无明显诱因出现头晕、脑鸣,无头痛、耳鸣,无视物旋转,无恶心呕吐,未系统治疗。近半年来,上述症状加重。入院症见:头晕、脑鸣,右侧为甚,头部沉重感,疲乏无力,无头痛、耳鸣,无视物旋转,无恶心呕吐,无恶寒发热,无胸痛,时有胸闷,纳可,夜寐差,每晚能睡4~5 h,大小便正常。舌红,苔白腻,脉弦。查体:血压140/69 mmHg,神经系统(-)。既往有高血压病史,收缩压最高达160 mmHg,规律服用苯磺酸左旋氨氯地平片,血压控制可;有冠心病、老年性白内障、脂肪肝、肾囊肿病史,未行特殊治疗。肾功能:尿酸449 $\mu\text{mol/L}$,肾小球滤过率78.86 mL/min。凝血常规:纤维蛋白原4.38 g/L。血常规、肝功能、电解质、血脂、血糖、心肌酶谱、二便常规均未见异常。心电图示:窦性心律,频发性室上性期前收缩,HR 81 bpm;QT 0.350 s,QTc 0.472 s;ST-T改变,avF、V4-V6 <0.05 mV。双侧颈动脉彩超示:双侧椎动脉弹性减退,双侧颈动脉多发粥样硬化斑块形成(软斑、混合斑),双侧椎动脉走行扭曲,双侧椎动脉血流阻力增高。心脏彩超示:左房增大,室壁运动欠协调,二、三尖瓣轻度反流;主动脉弹性稍减退,主动脉及二尖瓣后瓣退行性变;左室顺应性降低,收缩功能测值正常。泌尿系及消化道彩超:未见明显异常。颅脑MRI示:轻度脑白质脱髓鞘改变;轻度脑萎缩。头部MRA示:颅内动脉粥样硬化;右侧大脑中动脉M1-M3段显影较差,其内充盈缺损;右侧大脑中动脉起自右侧颈内动脉颅内段,考虑胚胎型大脑后动脉。患者及其家属以年高为由拒行DSA检查。入院诊断:(1)右侧大脑中动脉狭窄,右侧大脑后动脉发育不良,双侧颈动脉多发粥样硬化斑块形成;慢性脑缺血;(2)原发性高血压3级极高危;(3)无症状型冠心病。中医诊断为眩晕病,辨证为痰浊中阻、升降失司证。予以前列地尔改善血液循环,氯吡格雷抗血小板聚集,阿托伐他汀调脂稳斑,配合中成药天麻素祛风定眩,参松养心胶囊(组成:桑寄生、山茱萸、酸

枣仁、土鳖虫、甘松、黄连、龙骨、人参、独活、丹参、赤芍)养心安神。中医治法:化痰通络,运枢调气。方用葛根汤加减:葛根、煅龙骨、牡蛎、薏苡仁、酸枣仁各30 g,桂枝、柴胡、红花、桃仁、当归、川芎、枳壳各10 g,白芍、生地黄、首乌藤各15 g,甘草6 g。5剂,日1剂,水煎服。2019-04-04患者仍有脑鸣,右侧为甚,头晕较前好转,无头痛、耳鸣,无视物旋转,无恶心呕吐等不适。舌红,苔白腻,脉弦。治疗上加用银杏叶片活血化瘀通络,长春西汀改善脑循环。中药继以上方去煅龙骨、牡蛎。7剂,日1剂,水煎服。2019-04-11患者精神可,脑鸣、头晕好转,无头痛、耳鸣,无视物旋转,无恶心呕吐等不适。舌红,苔白腻,脉弦。药后气机已顺,仍然脑络痹阻。治法:化痰除湿,活血通络。方用化痰通络汤加减:法半夏、柴胡、白术、茯苓、木香、桃仁、红花、当归、川芎各10 g,首乌藤、天麻、白芍、生地黄、山楂各15 g,酸枣仁、薏苡仁各20 g。7剂,日1剂,水煎服。2019-04-13患者诉症状较前明显好转,带药出院。嘱患者继续规律服用氯吡格雷片、阿托伐他汀片、施慧达等药物,定期随诊。

按:大动脉狭窄所导致的慢性脑缺血疾病属于中医学的眩晕、脑萎、痴呆等范畴,有学者统称为血脉病^[1],包括脑脉病^[2]。《中西汇通医经精义·血气所生》将血管、血脉、脉管、脉道并称,与脏腑、经脉、营卫、血气等相联系。脑血管狭窄,脉道不利,气血不畅,长期脑窍失养,出现头晕、耳鸣的症状;同时因津液输布失常,津凝为痰,形成痰浊,痰浊中阻,气机升降失司,血液运行不畅,日久形成瘀血,痰瘀阻络。《长沙药解·薏苡》说:“百病之来,湿居十九,悉缘于太阴脾土之阳衰也。泻湿而燥土,未必益气清金;而利水者,未必补中。能清能燥,兼补兼泻,具抑阴扶阳之力,擅去浊还清之长,未可得于凡草常木之中也。”本案中焦痰湿阻滞气机,治法以运枢调气为先,补脾益气,培土息风,升清降浊,风药燥湿,兼化痰通络、活血通络,则痰湿消而气爽,脑络通而神清。

4.2 后循环大动脉狭窄型慢性脑缺血案

蔡某某,女,50岁。住院号:518394。因反复头晕1年余,加重1周,于2019-03-06入院。患者1年前无明显诱因感头晕,发作时天旋地转,胸闷、冷汗、恶心呕吐、肢体乏力,持续1 min左右,当地医院颈部

血管彩超示右侧椎动脉狭窄;颅脑CT示额部大脑镰左侧缘小片高密度影,脑膜瘤。予以护脑、抗眩晕、改善微循环等对症支持治疗,好转出院。出院后症状偶有反复,近一周出现头晕症状加重,为进一步治疗,门诊以“右侧椎动脉狭窄”收入院。入院症见:头晕,耳闭塞感,无头痛,乏力,频繁呵欠,口干,无胸闷胸痛,全身关节疼痛,右肩、腰部肌肉刺痛,活动不受限,无恶寒发热、恶心呕吐等不适,失眠,纳可,大小便正常,月经紊乱,经量少,淋漓不尽。舌红,苔白腻,脉沉涩。血压145/106 mmHg,神经系统(-)。日常生活能力量表评分:24分。既往有“左胫骨上段内侧骨软骨瘤、骨质疏松、隐性梅毒”病史。入院后完善相关检查,肝功能:谷丙转氨酶42.10 IU/L,余项正常;三大常规、肾功能、电解质、凝血常规(-)。心电图:正常心电图。诊断:(1)右侧椎动脉狭窄;慢性脑缺血。(2)躯体化障碍。予以乙酰谷胺酰营养神经,甲磺酸倍他司汀、盐酸地芬尼多片止眩,配合中成药天麻素注射液祛风定眩。中医诊断为眩晕病,辨证为痰瘀互结证。治法:理气化痰息风,活血化瘀通脉。方用半夏白术天麻汤合身痛逐瘀汤加减:天麻、茯苓、醋香附各15g,陈皮、法半夏、白术、秦艽、川芎、桃仁、羌活、制乳香、制没药、当归、炒地龙各10g,红花、甘草各6g。5剂,日1剂,早晚分服。2019-03-18患者仍感头晕,关节、肌肉疼痛较前好转,出现阵发性潮热,夜寐欠佳,舌红,苔白腻,脉沉细涩。治疗上加用黛力新(组成:氟哌噻吨0.5mg、美利曲辛10mg)抗焦虑,中药处方去羌活、茯苓,加乌药、地骨皮各15g,白菊花20g。5剂,日1剂,早晚分服。2019-03-23患者头晕症状较前好转,夜寐稍差,舌淡红,苔薄白,脉沉细。治法:疏肝理气,安神解郁。处方:延胡索、酸枣仁、盐橘核、盐荔枝核、生地黄、百合各15g,川楝子、玫瑰花、雪莲花、合欢花、五灵脂、茯神各10g,莲子心3g,甘草6g。5剂,日1剂,早晚分服。2019-03-28患者症状好转,带药出院。

按:脑血管狭窄,脉道不利,气血不畅,脑窍气化不足。《灵枢·口问》说:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”《医学正传·诸气》说:“清阳不升,浊阴不降,而诸般气痛,朝辍暮作,而为胶固之疾,非良工妙手莫易治焉。”本案正值围绝经期,气血失调,荣气虚滞;无论因病致郁还是

因郁致病,均因气郁、风痰、瘀血为病,虚实夹杂,诸邪交互,气机失司,久则眩晕、呵欠、身痛、失眠等形神同病;宜斡旋气机、升清降浊、通利血脉为主。本案全身疼痛,右侧疼痛剧烈,血脉与气脉俱病,当理气活血同治。

4.3 低灌注型慢性脑缺血案

陈某某,男,68岁。住院号:389812。反复头痛头晕、心慌胸闷2年余,于2016-12-19入院。患者2年前无明显诱因出现左侧颞部疼痛,伴双上肢麻木,卧位转侧头晕,心慌,胸闷,无胸痛,门诊口服中药(具体不详)治疗,病情反复发作,门诊拟“心律失常,眩晕查因”收住院。入院症见:反复出现左侧颞部疼痛,伴双上肢麻木,卧位转侧头晕,无恶心呕吐,无抽搐,无感觉异常,记忆力减退,左耳听力下降,心慌,胸闷,无胸痛,无恶寒发热、咳嗽咳痰等,纳寐尚可,大便正常,小便频,4~5次/晚。舌暗红,苔薄黄,脉弦滑。入院查体:心率50次/min,血压96/55 mmHg,余未见异常。完善相关检查,心脏彩超示:左房、右房稍大,二尖瓣、三尖瓣轻度反流,主动脉弹性稍减退,左室顺应性减低,收缩功能测值正常。双侧颈动脉彩超:双侧颈动脉硬化并强回声斑块形成。心电图示:窦性心动过缓,Ptfv1异常,肢导联QRS波群低电压。动态心电图检查示:窦性心律;房性早搏,可见房早二、三联律,短阵房性心动过速;阵发性不规则心房扑动伴快速心室率;ST段无改变;心律变异性参数值正常。诊断:(1)窦性心动过缓;室上性心律不齐;低灌注型慢性脑缺血。(2)双侧颈动脉粥样硬化斑块形成。(3)左侧神经性耳聋。治疗上予以乙酰谷胺酰注射液营养神经,马来酸桂哌齐特改善微循环,灯盏花素活血通络。中医诊断为眩晕、心悸,辨证为痰浊内阻,兼肾虚血瘀证。治法:化痰浊复升降,补肝肾通脑络。方用温胆汤合首乌寄生汤加减:法半夏、陈皮、枳实、山茱萸、石菖蒲、瓜蒌皮各10g,茯苓、槲寄生、怀牛膝、杜仲各15g,制何首乌各20g,胆南星、甘草各6g。5剂,日1剂,早晚分服。2016-12-23患者仍诉心慌、胸闷、无胸痛,左侧颞部疼痛较前缓解,伴双上肢麻木,头晕较前好转,无恶心呕吐、抽搐,无感觉异常,记忆力仍有下降。舌暗红,苔薄黄,脉弦细。加用活血荣络片(组成:鸡血藤、石楠藤、生地黄、玄参、黄精、乳香、没药、川芎)活

血通络,稳心颗粒定悸复脉,琥珀酸美托洛尔控制心律,中药原方去枳实、瓜蒌皮,加苏木、三七各10g,丹参15g,5剂,日1剂,早晚分服。以增加活血化痰。2016-12-30患者诉偶有心慌、胸闷,无明显头痛、头晕,症状好转,带药出院。

按:本案患者的原发病在心,肝肾亏虚不能承制,产生痰瘀诸邪,脑窍阻滞;心主血及血脉的功能失常,导致血液运行障碍,影响脑的灌溉,髓海失养;日久心脑同病,导致脑功能的失调,出现心悸、胸闷、头痛、头晕等症状。《杏轩医述·头痛》曰:“肝肾为髓海之原,精气为神藏之根。”升降相因,清升浊降。升降失司,虚实夹杂。《素问·至真要大论》曰:“脉道不通,气不往。”气滞血瘀,痰浊内生。本虚在肝肾,标实在气痰瘀。《证治汇补·惊悸怔忡》曰:“痰居心位,此惊悸之所以肇端也。”无痰不作眩。若心的功能失常进一步加重,大脑的症状随之加重。心病及脑,心脑同病;气病、血病、水病,胶结缠绵。遵循治病求本的原则,补肝肾、健脾肾、养荣气以治本,祛痰瘀、复升降、通脉络以治标。本案用桑寄生“通调血脉”,牛膝“助十二经脉”,杜仲“散湿”“动肾气”,何首乌“活血祛风”,均以补益肝肾之药为疏通经脉之用。

5 结语

慢性脑缺血发病率高,成为中老年人隐形杀手,临床危害重大^[3]。因其具有较长的干预时间窗,如能早期识别及干预,将能有效阻断病程进展、预防脑血管相关事件的发生^[1]。如何有效的防治慢性脑缺血发展为神经功能障碍、精神心理障碍及认知障碍,是目前中西医研究的热点问题。早期应用以中医药为主的复合治疗方法,通过改善脑供血及损伤后修复治疗慢性脑缺血,有较好的临床价值^[4],因此,慢性脑缺血是中医临床优势病种之一。

参考文献

- [1] 高利.慢性脑缺血中西医结合诊疗专家共识[J].中国中西医结合杂志,2018,38(10):1161-1167.
- [2] 郭学军.脑应脏腑气机阴阳升降规律的研究[D].北京:北京中医药大学,2006.
- [3] 邱幸凡.经络之气脉血脉两大系统探讨[J].湖北中医杂志,2006,28(3):22-24.
- [4] 王维广,陈子杰,王慧如,等.命门学说理论框架变迁及其原因的历史考察[J].北京中医药大学学报,2016,39(8):624-629.
- [5] 田进文,石巧荣,徐向青.左右者,人身阴阳之道路也——解剖脏器非对称特征中的太极规律[J].中国中医基础医学杂志,2003,9(1):6-8.
- [6] 郑重,邹可,王承平,等.从精神疾病脑非对称性变异论中医气机升降理论(一)[J].成都中医药大学学报,2015,38(1):95-98,108.
- [7] 郭春莉,付强,王新陆.从脑病的发生谈中药归经入脑[J].中医文献杂志,2007,25(4):8-10.
- [8] 黄燕,杨利,蔡业峰,等.出血中风和缺血中风病机差异与“脑中血海”“升降枢轴”的关系初探[J].中国中医药信息杂志,2004,11(6):472-473.
- [9] 邱锋,陈根成.论“痰”在眩晕发病中的致病作用[J].光明中医,2011,26(6):1222-1223.
- [10] 黄世敬,尹颖辉.论“虚气流滞”[J].北京中医药大学学报,1996,19(6):22-24.
- [11] 杨关林,张哲,张会永,等.血脉病探要[J].辽宁中医杂志,2007,34(11):1528-1529.
- [12] 刘光辉,张会永,张哲,等.脉病的内涵与外延[J].中华中医药学刊,2011,29(5):1018-1020.
- [13] 黄明明.中老年人需警惕隐形杀手——慢性脑缺血[N].健康报,2018-10-23(007).
- [14] 余敏,詹青,徐晓芸.中药对慢性脑缺血所致认知功能障碍的治疗价值探讨[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(19):155-157.

(本文编辑 贺慧娥)