

杨玉华治疗眩晕经验

侍方 梁志齐

【摘要】 杨玉华主任医师擅长内科杂病治疗,对眩晕的临床诊治有着自己的特色。杨主任对眩晕病的辨证主要围绕肝、脾、肾三脏,注重脏腑关系,体现了整体观念;在治疗眩晕时善用活血药物使气血畅通;常巧妙使用引经药以增加疗效;无论证候虚实均注重中焦的枢转。杨主任在治疗眩晕病时辨证准确,用药精到细腻,常可取得满意的疗效。

【关键词】 杨玉华; 眩晕; 辨证论治

【中图分类号】 R255.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.12.015

北京积水潭医院中医科杨玉华主任师从晚清御医韩一斋之弟子梁仪韵主任医师,从事中医临床五十余载,溯源《内》《难》,滥觞《温病》,博采众家,师古不泥,擅长治疗内、妇科疾病,于1990年成为北京市老中医药专家学术继承人导师。笔者有幸从2008年起跟随杨玉华主任抄方,耳濡目染杨主任对内科杂病临证时独到的辨证施治和用药经验。现将杨主任对眩晕的辨证论治经验,介绍如下。

1 治疗特色

1.1 肝、脾、肾三脏论治

眩晕病位在清窍,杨主任认为气血亏虚、肝肾不足致脑髓空虚,或脾虚枢转不利、清阳不升致清窍失养,或肝阳上亢、痰火上逆、瘀血阻窍而扰动清窍均可发生眩晕,故对该病的辨证主要围绕肝、脾、肾三脏。

1.1.1 肝阳上亢 患者头晕发作较剧烈,可伴头痛、恶心呕吐,视物旋转、耳鸣如潮如鼓,急躁易怒,舌红苔黄,脉弦,此类病患辨证为肝阳上亢。杨主任在治疗时,大法为平肝潜阳,息风止痉,活血理气,降逆平冲。常用生石决明、生龙骨、生牡蛎、珍珠母、代赭石等以平肝潜阳,重镇安神,缓解患者焦虑状态;用全蝎、蜈蚣、钩藤以息风止痉、通络止痛定眩。

1.1.2 肝肾不足 患者劳累后头晕明显,或有眼前黑蒙发作,或有肢冷遗尿,常伴有耳鸣如蝉、腰膝酸软、精神萎靡、健忘、发落齿摇等症状,舌红少苔或舌淡,尺脉沉细弱,可辨证为肝肾不足。杨主任在治疗此类患者时,首先以补益肝肾为主,如阴虚为主则滋肾阴时不忘清虚火,同时肾阴虚则不能涵养肝木,易导致肝阴不足,虚风内动,肝阳上亢,从而加重头晕,故需加用平肝之药。而阳虚重时注意不可一味腻补,要做到补而不滞,可适当加用温阳之品。同时需注意阴阳互

守,做到阴中求阳、阳中求阴。

1.1.3 脾胃虚弱 患者可有头晕昏沉,胸闷气短、恶心想吐、肢麻沉重、腹胀便溏、纳差及自汗出,舌淡胖边有齿痕,脉沉无力,证为脾胃虚弱。杨主任在治疗脾胃虚弱眩晕的患者时,主以补脾益气治疗,强调脾以升为顺,胃以降为和,在补脾益气升清的同时和胃降逆,这样一升一降则消化功能才能正常,此处杨主任常用生黄芪、川黄连取其升阳降浊之功。其次脾虚之人须防肝旺克脾,故健脾同时加用行气舒肝及柔肝之品,杨主任常用木香、白芍。

杨主任认为眩晕的病理性质有实有虚,虚证多为阴精或气血的亏耗,实证则主要是肝阳亢盛或血瘀,这其中以虚者居多,故张景岳有“虚者居其八九”之说,但在临床上虚实之间常常相互夹杂、相互转化,从而形成本虚标实的相对复杂的病性,这就需要灵活辨证谨慎处方。

1.2 善用活血药

关于眩晕与血瘀的关系,明代的虞抟提出“血瘀致眩”,宋代杨士瀛在《仁斋直指方论》中指出“瘀滞不行,皆能眩暈”,故有“无瘀不作眩”的说法。杨主任在治疗眩晕患者时,常使用活血药物。同为活血,但在不同证候下的不同选药和意图体现了杨主任用药的细腻。

杨主任认为阳亢必有阴血亏虚,同时阳气亢盛不得制约也反过来抑阴耗血,而血虚则致血运不畅,日久即为血瘀。故对此类肝阳上亢的眩晕患者需加用养血活血药,如当归、鸡血藤,既养血以防阴血被亢盛之阳过伤,又可以使经络畅通,气血运行无阻。同时治疗时可加川牛膝、川楝子、旋覆花、法半夏使上涌之气血下行,以助潜阳,效果会更好。

在治疗肝肾不足患者头晕时,杨主任也常使用活血药物以求更好的疗效。如患者为肝肾阴亏,则易阴血不足而致血行不畅,此时加用活血药需防伤阴,故不能选用性燥之品,可用丹参、丹皮、桃仁、牛膝等药。如患者为肝肾阳不足,阳虚寒凝亦会使血络滞涩,故需用性温之活血药使血络运行通畅,常用川芎、延胡索、姜黄。

杨主任在治疗脾胃虚弱的头晕患者时,考虑患者脾气亏虚,气虚则推动无力,可致血行不畅,另一方面脾虚则气血生

基金项目:北京中医药“薪火传承3+3工程”建设项目(2007-SZ-A-16)

作者单位:100035 北京积水潭医院中医科

作者简介:侍方(1981-),硕士,医师。研究方向:中医内科(老年脑病方向)。E-mail:hiasf@sohu.com

化无源,脾虚日久也可导致血虚血瘀,故在补脾益气的同时也要加用活血药。又因脾喜温燥而恶寒湿,故杨主任常用性温之川芎,亦能行血中之气。

1.3 活用引经药

杨主任教导学生在治疗眩晕患者时要学会并灵活使用引经药,用好了则可以使君臣之药直达病所,效果极佳。杨主任在临床上对纯虚证的头晕患者,如脾胃虚弱和肝肾不足的患者,使用引经药时是往下引,意在使精血下沉,固守起来,这样可使后补之气血阴阳有根可守,此类药杨主任常用牛膝、半夏。而对于纯实证的证候,如肝阳上亢,杨主任则是用引经药往上引,即往头目引,这样可使平肝潜阳之药直达病所,并可帮助缓解头目之不适,用药如川芎、蔓荆子、天麻、荆芥穗。当然在临床时单纯的虚证和实证都比较少见,往往是虚实夹杂,这就需要灵活运用引经药,如肝阳的病人阳亢必有阴虚,故在引药直达头目的同时可引精血下行固守。笔者临床上按此法使用,均可获得不错疗效。

1.4 注重中焦枢转

杨主任在治疗眩晕患者时经常强调,无论患者证候是纯虚抑或虚实夹杂,病理性质如何,中焦都是整个治疗的枢转中心,只有升降得当,使中焦枢转开来,才能使机体上清下实、气血阴阳交通平衡,这样治疗的时候才能做到药到病除。杨主任常用生黄芪、川黄连及葛根、半夏以达到一升一降、升清降浊,从而枢转中焦,增加疗效。

2 病例举隅

案一 患者,女,67岁。2009年1月12日主因“头晕4月余”来诊。患者间断头晕,自觉天旋地转,伴恶心、呕吐,头胀痛,目赤耳鸣,急躁易怒,眠差易醒,纳可便调。舌暗苔白腻,脉弦。测血压139/87 mmHg,头颅CT检查未见明显异常。建议患者行经颅多普勒超声(TCD)检查,提示椎-基底动脉流速增快。给予敏使朗6 mg,每天3次口服治疗效果不明显。诊断:椎-基底动脉供血不足。中医诊断:眩晕(辨证为肝阳化风,血络滞涩)。治则:平肝潜阳,活血通络。药用:川芎20 g、全蝎3 g、蜈蚣2条、钩藤30 g、丹参15 g、牡丹皮15 g、泽兰10 g、川牛膝10 g、天麻10 g、生地黄15 g、盐知母15 g、盐黄柏15 g、生牡蛎30 g、天冬10 g、麦冬10 g、制首乌10 g、法半夏10 g。服药7剂后,患者头晕明显缓解,临症加减后继服7剂,诸症痊愈。

按 有研究^[1]发现,眩晕患者血管狭窄的发生率为17.85%,其中椎-基底动脉狭窄的发生率为14.28%。亦有报道^[2]经血管造影证实的基底动脉供血不足或基底动脉闭塞的患者,约2/3主要临床表现为眩晕。杨主任在临床诊治眩晕患者时就十分重视参考TCD检查结果,杨主任说如果存在血管狭窄,则必有血行不畅,加用活血药会收到较佳疗效。此案患者即为椎-基底动脉狭窄病人,故除平肝潜阳外需加以活血通络。方中天麻、生牡蛎、钩藤平肝潜阳;半夏、知母、黄柏辛开苦降;全蝎、蜈蚣息风止痉,通络止眩;生地、二冬、首乌滋阴潜阳;川牛膝、川楝子、法半夏以使上涌之气

血下行,以助潜阳;川芎上行头目,下行血海,配天麻、牡蛎平肝通清窍之络。此患者为虚实夹杂之证,故杨主任使用川芎、天麻引平肝之药直达头目,以增强疗效。并使用丹皮、泽兰、牛膝等药活血而不伤阴,又能引血下行,和络息风。

案二 患者,女,49岁。2011年1月24日主因“阵发头晕1月余”初诊。患者1月余前行走时发作头晕,伴行走不稳,休息后症状可缓解,坐位及平卧翻身时无头晕发作。无视物旋转,无恶心、耳鸣,纳眠可,二便调。舌淡红苔薄,脉沉缓,左关沉取无力。测血压103/66 mmHg,颈椎CT提示C1-7曲度变直、C3-4间盘膨出,双侧颈动脉未见明显异常,TCD检查未见异常。患者就诊前未自行服药。诊断:颈源性眩晕。中医诊断:眩晕(辨证为肝肾阴亏,虚火内生,肝风上扰)。治则:滋肾平肝。药用:制首乌10 g、牡丹皮10 g、生地黄15 g、盐知母10 g、盐黄柏10 g、益母草15 g、醋鳖甲10 g、当归10 g、川芎10 g、赤芍10 g、白芍10 g、生龙骨30 g、生牡蛎30 g、钩藤15 g、川牛膝10 g、荆芥穗6 g。二诊:服药7剂后头晕明显改善,自觉双下肢无力,肩颈部出汗,纳眠可,二便尚调。此为肝肾不足,髓海失养,上方去龙骨、牡蛎、钩藤、荆芥穗,加续断、桑寄生、盐杜仲、仙茅、淫羊藿、肉苁蓉以补肾填精,阳中求阴。再服七剂后诸症明显改善,未再服药。

按 颈源性眩晕也是现在常见的眩晕类型,目前大多数医家都以本虚标实立论。胡长友^[3]从瘀血立论,认为通脉活血祛瘀为治疗颈性眩晕的基本法则。胡思进^[4]从虚论治,认为颈性眩晕多由气虚下陷、清阳不升、脑窍失养所致,指出补益中气、提升清阳为治疗原则。胡军^[5]则认为素体亏虚、正气不足,加之风寒痰湿阻滞经络气血,内因外因合而为病。此案患者行走时发作,休息即可缓解,且脉诊左关沉取无力,为肝肾虚象,但患者初诊头晕严重,故先治其标,兼顾其本,予滋肾平肝,用制首乌、生地黄、醋鳖甲、白芍以滋肾阴,盐知母、盐黄柏、生地黄、鳖甲以清虚火,生龙骨、牡蛎、钩藤以平肝潜阳。杨主任在用药时既考虑到患者肝肾不足而使用川牛膝引精血下沉固守,又顾及阴虚可致肝旺而使用荆芥穗引药直达病所,这样一下一上,使所有药各司其职,以达到最佳疗效。同时杨主任加用活血药当归、川芎、赤芍,使亏虚之阴血运行通畅,补而不滞。患者二诊时头晕明显改善,则缓治其本,予培补肾之阴阳,在原方基础上加用仙茅、淫羊藿、肉苁蓉等补阳培元。

案三 患者,男,40岁,2007年9月17日主因“头晕、乏力、胃胀3月余”初诊。患者近3个月时有头晕发作,伴乏力、胃胀。近来晨起头懵,纳差,入睡困难,大小便尚调。舌胖嫩边有齿痕,苔薄白,脉沉缓细。测血压99/69 mmHg,TCD未见明显异常,双侧颈动脉彩超未见明显异常。中医诊断:眩晕(辨证为脾气虚弱,胃失和降,清阳不升,清窍困顿)。治则:健脾行气和胃,调中止眩。药用:茯苓15 g、太子参10 g、法半夏10 g、川石斛15 g、鸡内金10 g、白豆蔻10 g、广木香10 g、姜厚朴10 g、杭白芍15 g、炙甘草10 g、淮山药10 g、川芎10 g、川黄连6 g、生黄芪15 g。二诊:服药10剂后头晕较前好转,胃胀痛止,纳差,食后呃逆,偶反酸,二便尚

调。上方去厚朴、山药,加砂仁、枳实、竹茹、吴茱萸以行气化湿抑酸。再服 10 剂后已无头晕发作,反酸呃逆纳差也较前明显好转。

按 古代医家即有对脾胃虚弱所致头晕的论述。《灵枢·口问》篇说:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”^[6]李东垣《兰室秘藏·头痛》有论:“食不能停,痰唾稠黏,涌出不止,眼黑头眩,恶心烦闷,气短促上喘,无力而言……。”^[7]《柳选四家医案·评选静香楼医案》亦云:“四肢秉气于脾胃,脾胃虚衰,无气以秉,则为振颤。土虚木必摇,故头晕也。”^[8]他们认为脾胃虚弱上气不足可致眩晕,而因脾虚所致痰浊上扰或肝木过旺也是眩晕的主因。对于本案,杨主任认为患者脾虚不能升清降浊,枢转不利、清窍失养,故头晕。故应先理脾和胃,使中焦枢转正常则头晕自愈,而患者脾虚日久,不宜先行臧补,以防阻碍气机。方中用太子参以补脾益气,茯苓、山药以健脾益肾,石斛、白芍助太子参以益阴和胃,生黄芪、川黄连、法半夏以升清降浊,白豆蔻、木香、厚朴以芳香行气,枢转中焦,木香、白芍舒肝、柔肝以防肝旺克脾。因患者为虚证,故杨主任在方中使用半夏引精血下沉固守,使后补之气血有根。杨主任善用活血药,此处选川芎因其辛温,不碍已虚之脾,并可活血虚所致之血瘀。

3 跟师心得

杨玉华主任在治疗内科杂病时,通过细致的问诊和对舌脉的诊断,能准确的辨别复杂的兼夹证,故可以直接抓住患者的主要问题,用药直达病灶,往往收效既快又显著。如杨主任临床时必须观察患者舌下,称其下有络脉走行,如见舌下脉络紫黑,则必有血瘀,再结合脉象的滞涩选择合适的活血药,效果显著。这些实用的临床经验使后学在临床面对复杂病情患者时增加了不少信心。杨主任在眩晕病的诊疗上思路开阔:在围绕肝、脾、肾辨证时,充分考虑五脏的整体性,如肾阴虚时需防累及肝阴以致肝风内动,脾虚时需防肝旺等;

同时又能统观上中下三焦,巧妙使用一些引经药,使上下贯通、上清下实,并注重中焦的枢转,这样使三焦通利,从而达到最好的效果;其次兼顾气血阴阳的相互作用,如补益肝肾时注意阴阳互生,调补脾胃时考虑气虚无力运血而需理气活血等。杨主任治疗眩晕病证时,用药精到细腻,十分注重药物的药味药性,如在使用活血药时阴伤之人需选性平微寒之品以防温燥伤阴,而脾虚之人则需选用性温之品以防寒凉碍脾。并在用药时注意升降兼顾,寒热互佐,总结了许多实用的药对组合,如黄芪、黄连或葛根、半夏配伍以升阳降浊,半夏、黄柏或干姜、黄连相合以辛开苦降、寒热互佐,木香、白芍相配以疏肝柔肝。杨主任的临床经验和医道医德是年轻大夫需要学习的宝贵财富,希望与同道共勉。

参 考 文 献

- [1] 李秀花,徐长波,赵丽玲. TCD、CDFI 对头晕、眩晕患者检测的临床意义[J]. 中国现代医药杂志,2012,14(3):46.
- [2] Ferbert A, Brückmann H, Drümmer R. Clinical features of proven basilar artery occlusion[J]. Stroke,1990,21(8):1135-1142.
- [3] 胡长友. 通脉活血祛瘀法治疗颈性眩晕[J]. 湖南中医,2003,23(10):21.
- [4] 胡思进. 补中益气汤结合推拿治疗颈性眩晕 72 例[J]. 浙江中医杂志,1999,34(2):63.
- [5] 胡军. 颈性眩晕的辨证与辨病[J]. 河北中医,2001,23(8):600.
- [6] 南京中医药大学. 黄帝内经素问译释[M]. 上海:上海科学技术出版社,2009.
- [7] 金·李东垣. 兰室秘藏[M]. 张年顺,校. 北京:中国中医药出版社,2007:52.
- [8] 清·尤在泾,柳宝诒. 柳选四家医案[M]. 北京:中国中医药出版社,1997:13.

(收稿日期:2012-11-16)

(本文编辑:秦楠)

· 信息之窗 ·

本刊对标注作者单位和作者简介的有关要求

作者姓名全部列出,置于题名下方。所有作者单位须写全称(包括具体科室、部门)并注明省份、城市和邮政编码。投稿时要确定一名对文稿负责的通讯作者。如来稿没有特别注明,则视第一作者为通讯作者。来稿请注明第一作者和通讯作者姓名、性别、出生年、最高学位、职称、主要研究方向、联系电话、E-mail 地址。论著、综述类文稿均须附英文题名、前三名作者姓名汉语拼音,以及第一作者单位名称的英译。如作者中有在读研究生,请注明入学年份。

本刊对来稿中缩略语的有关要求

在摘要及正文中首次出现缩略语时应注明全称。缩略语应尽量少用,以免影响阅读的流畅性,不超过 4 个汉字的名词不使用缩略语。已被公知公认的缩略语可以直接使用,如 DNA、RNA、HBsAg、PCR 等。尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者,若为中文可于文中第一次出现时写出全称,在圆括号内写出缩略语;若为外文可于文中第一次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语。例如:流行性脑脊髓膜炎(流脑),阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(obstructive sleep apnea syndrome,OSAS)。全文缩略语以 5 个以下为宜。