

对“无痰不作眩”的认识

郑彩慧 王保和

【摘要】 本文主要从导致高血压的重要因素和病理产物“痰”入手,以梳理“无痰不作眩”的源流和痰病致眩的特点为手段,阐述痰在原发性高血压病发生、发展中的重要性,从理论的角度探讨了痰与高血压的相关性。

【关键词】 痰; 眩晕; 高血压病; 理论研究

【中图分类号】 R544.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.11.029

中医学中无高血压病的病名,属于“眩晕”的范畴,《丹溪心法》认为“无痰不作眩”,强调痰在高血压发病机制中的重要作用,是高血压病发生、发展的重要机制之一^[1]。

1 “无痰不作眩”源流

痰能致眩这一观点,首见于《伤寒杂病论》。东汉·张仲景从病因病机、治法方药对痰饮致眩进行详细的论述“心下有痰饮,胸胁支满,目眩”,提出“病痰饮者,当以温药和之”,创制了苓桂术甘汤、五苓散、泽泻汤等多首方剂,开创因痰致眩之先河。后世医家在仲景“痰能致眩”的基础上,对其病机进行了诸多阐发;隋·巢元方《诸病源候论》在“痰结实候”中详细地阐述了痰水互结发生眩晕的病机,说“痰水积聚,在于胸膈,遇冷热之气相搏,结实不消,故令人心腹痞满,气息不安,头眩目暗”;唐·孙思邈《千金方》首次提出“风热痰”三因致眩的观点,说“痰热相感而动风,风心相乱则瞽,故谓之风眩”;宋·严用和《济生方》重视内伤七情致眩,云“七情所感,遂使脏气不平,郁而生涎,结而为饮,随气上逆,令人眩晕”;金·张从正提倡“痰实致眩”,他在《儒门事亲·头风眩运》中提及眩晕与宿痰有关,“夫妇人头风眩运,登车乘船亦眩运眼涩,手麻发退,健忘喜怒,皆胸中有宿痰使然也”。上述观点,对朱丹溪的“无痰不作眩”有很大的启发。元·朱丹溪首次提出“无痰不作眩”,他的著作《丹溪心法》专列头眩一章,主要介绍了四气乘虚而眩晕,和七情郁而生痰动火,而致虚眩运。他认为“眩晕属痰者居多,盖无痰不能作眩也。虽有内风者,亦必有痰”,《丹溪心法·头眩》:“头眩,痰夹气并火,无痰不作眩,痰因火动,以有湿痰

者,有火痰者。”

2 对“痰病致眩”的理解

眩晕发病,多属风、火、痰、虚与痰相兼而发,眩在病机上多离不开一个“痰”字,在治痰的基础上根据兼加不同,常以风痰、湿痰、痰火、痰瘀、虚痰为病,现分述之。

2.1 风痰作眩

风痰致眩,既有从外风阐发,亦有从内风立论者。从外风者,认为外风中络,营卫不和,津液运行不畅,津聚为痰,如《灵枢·厥病》说“风痺淫泆,病不可已者……眩已汗出,久则目眩”。《成方便读》云“夫风之中于经也,留而不去,则与络中之气血津液,混合不分,由是卫气失于常道”“络中之津液即结而为痰”;从内风者,或土虚木横,津失输布,或肝风内动,痰气内生或因痰化热生风,使风与痰化热搏结而成风痰。如《医门法律》云“风生必挟木势侮其脾土,故脾气不行,聚也为痰”;朱丹溪也认为是“多是湿土生痰,痰生热,热生风也”。由此可见,肝之生痰,或情志不遂,肝气郁结,气滞津停,聚而生痰,肝郁化火,煎灼津液为痰,或肝气横逆克伐脾土,脾失健运,水湿停聚为痰,痰一旦生成则随肝经之气升降出入而致眩。后世在此基础上,认为无论外风、内风,至若风痰即成,上壅清窍,可致眩晕发生,治宜祛风化痰,代表方为半夏白术天麻汤。

2.2 湿痰作眩

李东垣从脾虚湿痰立论眩晕之为病,说:“夫饮食失节,寒温不适,脾胃乃伤……脾胃一伤,五乱互作,其始病遍身壮热,头目眩,肢体沉重……”他认为脾胃气虚,运化失司,痰湿内生,浊痰上犯清阳之位。《兰室秘藏》曰:“恶心呕吐,不食,痰唾稠粘,眼黑头眩,目不能开……”此为脾胃气虚,浊痰上逆之眩晕。《症因脉治》云:“饮食不节……脾弱不能运化,停留中脘,有火者则锻炼成痰,无火者则凝结为饮,中州积聚,清明之气,窒塞不伸,而为眩晕之证也。”从脾虚生湿痰的角度来看,脾虚运化失司,精微物质输布障碍,久则痰浊内聚,经脉壅塞,可以导致血压升高。在治法方面,《证治汇补》曰“先理痰气,次随证治”,即眩晕先理痰气。脾

作者单位: 300150 天津中医药大学第二附属医院(郑彩慧、王保和);华北理工大学中医学院(郑彩慧)

作者简介: 郑彩慧(1975-),女,2013级在读博士研究,讲师。研究方向:中西医结合防治心脑血管疾病研究。E-mail:1464196543@qq.com

通信作者: 王保和(1964-),硕士,主任医师。研究方向:中西医结合防治心脑血管疾病研究。E-mail:wbh3423@sina.com

为后天之本,为生痰之源,健脾化痰化湿,使气血壅滞状态得以驱动而流畅而眩晕自除。在用药上,清·程钟龄《医学心悟》认为湿痰壅遏之眩晕非天麻、半夏不除,说明半夏、天麻是治疗湿痰的首选药物。

2.3 痰火作眩

素体多痰,外感火热之邪,或情志郁怒,肝气郁而化火生风,风木旺,火盛侮金,金衰不能制火,火邪上炎,炼液为痰,加之肺虚痰停,终致痰火相互搏结,并走于上,壅遏清阳,故见眩晕、头胀、目赤口苦心烦,呕吐痰涎,苔黄腻,脉弦滑等症。如金·刘完素《素问玄机原病式》中所说:“风火皆属阳,多为兼化,阳主乎动,两阳相搏,则为之旋转。”由此可知,素体、外感或七情等诱因导致痰湿内生,郁久化热,痰热上扰而导致血压升高,其治当遵元·朱丹溪所言“头眩……痰并火,治痰为主,挟补气药和降火药”,治宜化痰降火^[2]。

2.4 痰瘀作眩

痰瘀之间可以互相转化,痰饮即成,有可能化为瘀血。血不循经,留于脉外而成瘀血,瘀血又有可能化为痰饮。对此,古代医家早有论述,如《血证论》云:“血多气少,气不胜血则不散,或纯是血质,或血中裹水,或血积即久,亦能化为痰水。”所谓痰久必夹瘀,瘀久必夹痰。但是痰瘀互结有先瘀后痰或先痰后瘀,换句话说,也要分清痰、瘀的主次。对此,《医述》有一段精彩的论述:“或问痰挟瘀血,何以验之?予曰:子知有痰挟瘀血,不知有瘀血挟痰。如先因伤血,血逆则气滞,气滞则生痰,与血相聚名曰瘀血挟痰……若素有郁痰,后因血滞,与痰相聚,名曰痰挟瘀血。”因此,有学者提出“痰瘀阻络,毒损络脉”是高血压发生发展的重要病机^[3],其治当遵隋·巢元方《诸病源候论》所言:“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水结聚而不消散,故能痰也。因此,治痰勿忘治瘀,治瘀以消痰,痰去血自行;治痰要治血,治瘀以消痰,血活则痰自化。”治宜化痰祛瘀,朱妍等^[4]认为原发性高血压的主要证型应为痰瘀互结,毒损络脉,强调化痰祛瘀法应贯穿高血压的各个时期。

2.5 虚痰作眩

虚痰者,元气亏虚所致之痰证也,《景岳全书·杂证谟》:“或以形羸气弱,年及中衰者……或以劳倦,或以忧思酒色,致成劳损,……时呕恶泄泻,气短声啞等症,皆虚痰也。”张景岳强调五脏病后生痰,其有主次之别,首重脾肾,曰:“然无不由乎脾肾,盖脾主湿,湿动则为痰,肾主水,水泛亦为痰,故痰之化无不在脾,而痰之本无不在肾。所以凡是痰证,非此则彼,必与二脏有涉。”由此辨之,虚痰之本在于脾肾虚衰。由此可知,脾失健运,聚湿生痰,痰浊中阻,脾不能升清降浊即可产生眩晕等症。肾之生痰,为肾阳不足或命门火衰,气化无权,或水湿上泛,聚而为痰;久病伤及肾阴,肾阴不足,阴虚火旺,虚火内炽,炼金为痰。《辨症奇闻》提出虚痰的治疗原则:“水泛为痰,涎如清水,入水即化,人谓肾中痰,谁知肾寒精变为痰乎,心肝脾肺痰可于补中用攻,独治肾痰须纯补,不可少间攻痰。”治宜补脾肾,化痰浊。唐靖一等^[5]采用化痰补肾法结合西药进行治疗,不仅可以降低血

压、改善患者的眩晕症状,而且可以提高动脉弹性,减缓心血管重构。

3 “痰”与高血压病相关性的现代研究

3.1 “痰”与 EH 胰岛素抵抗

李东晓等^[6]提出胰岛素抵抗(insulin resistance, IR)属于中医“痰浊”或“痰湿”范畴;IR 是痰证的主要致病因素之一,对于 IR 的治疗应从“痰”论治。钱岳晟等^[7]认为痰湿型 EH 患者为维持血糖在正常水平,胰岛 β 细胞的功能是亢进的,胰岛素的分泌也明显增加,与阳亢质组相比,胰岛素的敏感性下降,胰岛素抵抗现象严重。痰湿型 EH 患者心血管的易损性可能比阳亢质组更明显。另有研究发现^[8],痰湿型 EH 患者与非痰湿型高血压患者比较,存在胰岛素的敏感性降低,胰岛素抵抗性增高的现象,男性之间的差别显著。

3.2 “痰”与 EH 颈部动脉硬化

钱岳晟等^[9]发现痰湿质 EH 患者与非痰湿质高血压病患者相比,存在左心室肥厚程度严重、颈动脉内膜厚度增加等靶器官损害的倾向。有学者^[10-11]认为痰湿壅盛型 EH 患者颈动脉粥样硬化 IMT 较其他组患者明显升高。张文等^[12]提出 EH 痰湿壅盛型是颈动脉粥样硬化的高危证型,从痰论治是中医临床治疗 EH 致颈动脉粥样硬化的重要治则。钱岳晟等^[13]认为痰湿型高血压患者中瘦素基因 RS1137101 的 AA 型和 GG 型与颈动脉内膜-中膜厚度(IMT)厚度相关。

3.3 痰与 EH 脂质代谢

张云飞^[14]认为血清 TG 升高和 HDL-C 降低可以作为痰湿壅盛证辨证的客观化指标,LDL-C、TC 对于痰湿壅盛型 EH 患者也尤为重要。刘莹露等^[15]强调 EH 与血脂代谢紊乱有关,痰湿壅盛是原发性高血压合并血脂代谢异常的关键病机。

3.4 痰与同型半胱氨酸

谈学平等^[16]认为血浆 Hcy 浓度水平在痰湿壅盛证组别中最高,可作为痰湿壅盛证分型的客观指标。张文等^[17]强调高血压病患者不同中医证型血浆同型半胱氨酸水平不同,痰湿壅盛型是高同型半胱氨酸血症的高危证型,提示从痰论治是中医防治高同型半胱氨酸血症的有效措施。孙旭等^[18]发现“H 型”高血压的所有证型中,痰湿壅盛证的分布最多,说明“H 型”高血压是以痰湿为主要表现的一类疾病,与传统高血压证型分布不太相同。

4 讨论

综上所述,正如《医述》所言:“丹溪论眩晕曰:无痰不作眩,虽有风者,亦必有痰夹气,虚者亦宜治痰为主。若据此论,则凡眩晕无非痰证也。”痰是眩晕(高血压病)发病中重要的病理因素,且因致痰因素具有广泛性,在临床诊疗中应细心辨别痰在眩晕病因中的主次兼夹,所以在治疗高血压病时应注意从痰论治。

参 考 文 献

- [1] 江秀东,谷万里. 肝旺痰阻是高血压病的重要机制[J]. 中西

- 医结合心脑血管杂志,2011,9(3):346-348.
- [2] 王球球,徐京育.黄连温胆汤治疗 H 型高血压临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2012,10(2):147-148.
- [3] 韩学杰,朱妍,李成卫,等.痰瘀互结、毒损心络导致高血压病的理论探讨[J].中国中医基础医学杂志,2008,14(3):201-204.
- [4] 朱妍,韩学杰.高血压病从痰瘀论治的理论研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2006,4(10):890-891.
- [5] 唐靖一,胡婉英,王英杰,等.补肾化痰法对老年高血压患者心血管重构的影响[J].上海中医药杂志,2005,39(8):10-12.
- [6] 李东晓,高洪春.胰岛素抵抗与痰证相关性的探讨[D].济南:山东中医药大学,2002.
- [7] 钱岳晟,龚艳春,李华,等.肥胖的高血压病患者中医体质分类与胰岛素抵抗的关系[J].浙江中医药大学学报,2007,31(1):61-63.
- [8] 钱岳晟,高平进,张怡,等.痰湿质高血压患者胰岛素抵抗与脂联素基因相关性[J].中华高血压杂志,2010,18(7):653-657.
- [9] 钱岳晟,王彦,杨龔,等.痰湿体质高血压病患者心血管高危风险与脂联素基因相关研究[J].上海中医药大学学报,2014,28(4):27-30.
- [10] 刘雪玲,韦艾凌,骆峰,等.原发性高血压病中医分型与斑块积分及颈动脉内膜厚度相关性研究[J].辽宁中医杂志,2009,36(5):689-691.
- [11] 桂明泰,符德玉,周训杰,等.546 例高血压病患者颈动脉硬化分布特征及其与中医证候的相关性初探[J].辽宁中医杂志,2013,40(9):1752-1754.
- [12] 张文,张杜平.高血压中医证型与颈动脉粥样硬化的相关性研究[J].现代中西医结合杂志,2009,18(9):973-975.
- [13] 钱岳晟,王彦,杨龔,等.痰湿体质高血压病患者瘦素 RSI137101 基因与心血管功能的相关研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014,12(3):261-263.
- [14] 张云飞.高血压病中医证型与血脂紊乱的相关性[J].中医杂志,2007,48(8):626-628.
- [15] 刘莹露,杨海明,汪洋,等.血脂代谢与原发高血压中医辨证分型关系临床研究[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(11):228-229.
- [16] 谈学平,王承龙.原发性高血压中医证型分布规律及其与血浆 Hs-CRP、HCY 水平相关性研究[D].北京:中国中医科学院,2010.
- [17] 张文,王剑,吕全胜.高血压病中医证型与同型半胱氨酸的相关性研究[J].新疆中医药,2010,28(4):11-13.
- [18] 孙旭,李荣.“H 型”高血压与中医证型的相关性研究[D].广州:广州中医药大学,2015.

(收稿日期:2016-11-05)

(本文编辑:董历华)