

《内经》就强调要根据脉的异常变化来判断针灸的禁忌。如《素问·疟论》提出“无刺浑浑之脉”；《灵枢·邪气脏腑病形》提出“诸小者，阴阳形气俱不足，勿取以针而调以甘药也”，强调对过于虚弱的脉不可针灸；《灵枢·卫气失常》认为“诊视其脉大而弦急，及绝不至者，及腹皮急甚者，不可刺也”；《灵枢·终始》认为“人迎与脉口俱盛三倍以上……如此者，因而灸之，则变异而为他病矣”，均说明了临床诊见脏腑之气逆乱或阴阳气血极度虚衰之脉均为针灸的禁忌，不可妄用针灸。这要求临床上不能盲目地治疗，要根据患者的具体情况而行针灸疗法，何时针刺，何时艾灸，何时针灸并用，都要仔细地斟酌。若患者出现不宜针灸的症状以及脉象，不可贸然针灸。

脉诊贯穿整个针灸诊疗过程当中。临床工作中只有灵活熟练地运用脉诊，建立正确的治疗原则，选择适当的治疗手段，才能提高临床疗效和自身的专业素质。当然在临床实际工作中不能仅靠脉诊来判断疾病，还应运用中医的理论和方药，四诊合参分析病情从而辨证施治。笔者认为，《灵枢》的许多针灸篇章中正是蕴藏着这样一个诊脉的原则，只有通过正确察脉，才能判断出经络脏腑之气虚实，使针灸立法得当，取穴精妙。所以在平时应重视脉诊的重要性，然而虽然脉诊在针灸治疗中有着极其重要的地位，但在临证也不可唯取脉诊，还应四诊合参，不可偏颇。

(责任编辑：骆欢欢)

从《金匱要略》“血不利则为水”解析张学文教授论治颅脑水瘀证

周海哲

陕西中医学院，陕西 咸阳 712046

[摘要] 分析《金匱要略》中“血不利则为水”的病机和意义，探讨国医大师张学文教授针对中风、解颅等脑病提出的颅脑水瘀证。强调颅脑水瘀证中瘀血与水湿互结，相互影响，因而病情复杂难愈。并自拟脑窍通口服液，针对颅脑水瘀证进行治疗。

[关键词] 颅脑水瘀证；《金匱要略》；“血不利则为水”；张学文

[中图分类号] R241.8 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0323-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.153

“血不利则为水”是张仲景在《金匱要略·水气病脉证并治》中提出的著名论点。《金匱要略·水气病篇》云：“师曰：‘寸口脉沉而迟，沉则为水，迟则为寒，寒水相搏。趺阳脉伏，水谷不化，脾气衰则鹜溏，胃气衰则水肿。少阳脉卑，少阴脉细，男子则小便不利，妇人则经水不通；经为血，血不利则为水，名曰血分。”后世学者根据这一理论，在不同疾病中均有所发展。国医大师张学文教授提出了颇具影响力的颅脑水瘀证的学术观点，笔者有幸成为其学术弟子，对张教授的颅脑水瘀论有所体会，试述如下。

1 “血不利则为水”的病机及意义

仲景论述的“血不利则为水”是指水气病病机的一种，指在阴寒内盛的水气病中，见到“寸口脉沉而迟，趺阳脉伏，少阳脉卑，少阴脉细”者，并在妇人则为“经水不通”，推其病理为“经为血，血不利则为水，名曰血分”。“血不利”即血行不畅，与现代医学的血液循环障碍观点相似。如外周血液循

环不畅、内脏血液循环不畅、局部淋巴循环不畅等，可由现代医学的各种原因引起，如高脂血症、高黏血症等都可以成为中医之“血不利”，血行不畅。

因血和水之间的密切关系，导致“血不利”而出现“水”的异常问题。《内经》中记载了水、津液和血的形成，如《素问》云：“夫水者，循津液而流也”。《灵枢·五癯津液别》“水谷皆入于口，其味有五，各注其海，津液各走其道。故上焦出气，以温肌肉，充皮肤，为津，其流而不行者，为液。”《灵枢·痈疽》“中焦出气如露，上注溪谷，而渗孙脉，津液和调，变化而赤为血。”水和津液属同一物质，而血的生成需要津液调和为基础，并且津液是血的重要组成部分。血液循环于脉中，水和津液布散于脉外，二者相互影响。水、津液和血之间的密切关系被后人概括为津血同源，由于津血互化的生理联系，水液内停和血液瘀滞之间必然存在着互为因果的病理联系。如血行不畅，血中津液外渗，留于组织间，成为病理之

[收稿日期] 2014-11-10

[作者简介] 周海哲 (1975-)，女，副教授，主要从事中西医结合脑血管病研究。

水,即水肿;脉外水液过多,组织水肿,又可压迫脉管,致使血行受阻,甚则淤滞成瘀。如《灵枢·百病始生》“凝血蕴里而不散,津液涩渗,着而不去”,《诸病源候论》亦云:“若气血俱涩,则多变为水病也”。唐容川则明确提出:“血积既久,亦能化为痰水。瘀血化水,亦发水肿”“血病不离乎水,水病不离乎血”等观点。现代很多学者根据这一理论,对很多疾病的认识,提出了新的观点。

2 颅脑水瘀证

国医大师张学文教授依据“血不利则为水”的论述,并根据水和血的生理病理特点,结合自己数十年来的临床体会,提出的诸多脑病的新证型,经过多年的临床验证,业已得到了诸多学者和医家的认可。

2.1 颅脑水瘀证的概念 颅脑水瘀证是指由于各种原因引起的颅脑血瘀,络脉痹阻,血中津液外渗化为水浊,或与体内原有水湿痰浊互阻于脑窍,使脑失去清灵通利的一种证候^[1]。临床表现以神明失主,肢体失用,九窍失司,语言失利为主要临床表现。多见于中风病、解颅、癫痫、脑外伤后遗症、痴呆等病证中。有人认为颅脑水瘀证即为西医之脑水肿,笔者认为此说不尽然也。

2.2 常见脑病颅脑水瘀证形成的病机及证候

2.2.1 中风 张教授通过大量的临床观察和分析,发现中风病虽然表现有气虚血瘀证、肾精亏虚证、脉络瘀阻证、风痰阻络证、肝阳上亢证等等,但临床还存在着以水瘀交结互阻颅内为基本病理特征的“颅脑水瘀证”。众所周知,无论是缺血性中风还是出血性中风,瘀血的形成只是因为血液郁滞、阻塞脉络或是脉络破损、血溢脉外而成的不同而已,张教授认为,瘀血内阻脑窍是贯穿中风病始终的基本病机。瘀血一旦形成,必然会引起持续而复杂的病理变化,而影响津液代谢较为常见。故临床中,中风后患者都会有明显的脑水肿表现,尤其在急性期。西医学认为,脑水肿和血液循环障碍是出血性中风急性期的主要病理环节。脑出血后即可形成血肿和颅内高压,压迫脑组织,影响血液循环,致使脑缺血、缺氧,酸性代谢产物堆积而脑实质受损,脑血管通透性增加而致脑水肿或脑病发生。缺血性中风后,病灶区氧和能量物质迅速耗尽,出现无氧代谢酸中毒,局部血管扩张,微血管通透性增强,血液成分漏出,造成脑组织的水肿或脑细胞摄水增多而致肿胀,这些都与仲景“血不利则为水”的观点吻合。中风颅脑水瘀证的表现主要有神志失常、半身不遂、偏身麻木、口舌歪斜、言语蹇涩、耳目失聪、呕吐、头痛等。观其舌脉,可见舌质多暗红或发紫,或舌下脉络迂曲,有瘀丝、瘀点或瘀斑,舌苔厚或水滑或腻,口中痰涎较盛,脉多弦硬、滑、涩等^[2]。

2.2.2 解颅 解颅相当于现代医学之脑积水。《诸病源候论》记载:“解颅者,其状小兒年大,凶应合而不合,头缝开解是也。”《灵枢·五癯津液别》:“五谷之津液和合而为膏者,内渗于骨空,补益脑髓。”故历代医家多以肾气不充,则髓脑不足,不能连结,头颅开解,认为本证多为先天不足,髓脑失充

为其主因。此外,还有从水湿上泛、痰热交阻、瘀阻清窍等来论述者。张教授认为,肾气不足,颅脑水瘀、脑络壅塞是小儿脑积水发病的病机关键。小儿为稚阴稚阳之体,肾气未盛,气血未充,髓不足是其生理特点。或因先天禀赋不足,肾气亏虚,气血衰少,气血运行无力,血瘀内停;肾虚无力制水,肾虚水泛,波及于脑,水浊与瘀血互结脑络,压迫髓,阻塞脑窍而变证丛生。或因后天失养,卫外不固,外感实邪,热毒壅遏,上攻于脑,炼津为痰,日久瘀阻,瘀久则渗化为水。痰水与瘀血交加互结,压迫髓,阻塞脑窍。还可因颅脑外伤,络破血溢,致瘀血内停,水津外渗,水瘀互结、脑窍闭塞,即张教授所谓之“颅脑水瘀证”。脑窍贵在清灵通利,一旦瘀水闭阻,则脑神失养,神机不运而变证丛生。解颅颅脑水瘀证,可见患儿头颅膨大畸形,青筋暴露,两目下视,视弱或失明,或聋哑、失语、语迟,智能低下,神情呆滞、四肢瘫痪,二便失禁等症;成人可见头痛、头晕、头胀,健忘等症,观其舌脉,可见舌多暗红或紫,或舌下脉络迂曲,有瘀丝、瘀点或瘀斑,舌苔厚或水滑或腻,口中痰涎较盛,脉多弦硬、滑、涩。

2.3 颅脑水瘀证的治疗 脑为元神之府,清灵之窍,贵在通利,瘀血水浊互结于脑内,阻塞脑络,致使邪害空窍,脑神失养,脑窍不通而表现出一系列神机失用,脑窍失灵以及瘀血、痰浊之征。而在颅脑水瘀证治中,纯化瘀则水不去,单利水则瘀不散,唯有化瘀利水同施才是正治,如唐容川在《血证论》中所云:“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血则痰水自消”。故张教授以醒脑通窍,活血利水为其治则,在通窍活血汤基础上化裁出脑窍通方,以祛除瘀血水浊之邪,使脑窍恢复清灵通利,再现脑神之神功。主要药物为丹参 15~30g,赤芍 10~12g,桃仁 10~15g,红花 10~12g,益母草 15~30g,川芎 10~12g,川牛膝 15~30g,茯苓 15~24g,白茅根 15~30g,水蛭 6g,麝香(冲服)0.1~0.2g,若无麝香者可用白芷、冰片合用来替代。方中丹参活血化瘀而不伤正,赤芍、川芎行活血,加强化瘀之力,桃仁、红花活血通络,益母草、白茅根既可化瘀又能利水,再用茯苓健脾利水化浊,而川牛膝活血利水,引水引血引热从下而行,并有补益肝肾之功。用通络活血之水蛭以缓化慢消人体之瘀血,而又不伤新血,张教授喜用其治疗中风、胸痹等心脑血管疾病中的顽病痼疾。方中并用少量麝香,取其辛香走窜之力而协诸药上行,共奏醒脑通窍、活血利水、升清降浊之功。全方化瘀利水、醒脑通窍,临证用之,每获显效。

[参考文献]

- [1] 王景洪,李军,张宏伟.张学文医学求索集[M].西安:陕西科学技术出版社,1996:1.
- [2] 闫咏梅,周海哲.张学文教授辨治中风颅脑水瘀证经验探析[J].北京中医药大学学报,2012,19(4):9.

(责任编辑:骆欢欢)