

# 论心脑血管系病证的共同病机

周承志, 指导: 张道亮

(湖北省中医院心内科, 湖北 武汉 430061)

**摘 要:** 中医心脑血管系病证有着共同的病机, 即气、火、风、痰、瘀、虚。外感、内伤、饮食、劳逸等多种病因均可致气、火、风、痰、瘀、虚, 进而导致多种心脑血管系病证发病, 针对这些共同病机进行辨证论治可治疗多种心脑血管系病证。

**关键词:** 心系病证; 脑系病证; 病机

中图分类号: R256.2

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)07-1245-02

中医心系病证有心悸、胸痹等, 脑系病证有不寐、痴呆、癲狂、痫病、头痛、眩晕、厥证、中风等, 临床辨证论治均较复杂, 但笔者经过理论分析及临床验证发现它们有着共同的病机, 即气(气滞、气逆)、火(肝火、心火)、风(肝风、外风)、痰(痰饮、痰湿、风痰、痰气互结、痰火、痰瘀互结)、瘀、虚。

## 1 各种病因均可致气火风痰瘀虚

1.1 外感六淫 起居不慎, 感受风邪, 多兼寒、湿、热之邪。

1.2 内伤七情 五志过极, 皆可化火, 致心火炽盛, 《素问·阴阳应象大论》云:“阳胜则阴病”, 心火炽盛可耗损肝肾之阴。喜笑无度, 过于激动, 可损伤心气, 致心气虚。情志不遂, 肝气郁结, 肝郁气滞则津液的输布与排泄障碍, 停聚为湿、饮, 湿郁生痰, 痰郁可化火; 气为血之帅, 气行则血行, 气滞则血瘀, 肝郁气滞, 血行不利, 而为血瘀; 肝郁乘脾, 脾失健运; 肝郁也可化火, 肝火又可灼伤心肾之阴。暴怒伤肝, 可致肝气上逆。暴受惊恐, 可致心虚胆怯, 也可伤肾。思虑太过, 思虑伤脾, 脾气虚, 不能运化水湿, 津液的输布与排泄障碍, 水湿之邪可停聚为饮、痰; 脾气虚无以化生水谷精微, 气血生化无源, 可致气血亏虚。

1.3 饮食不节 嗜食肥甘厚味、煎炸香爆之品可蕴热化火生痰; 暴饮暴食, 宿食停滞, 可致脾胃受损。

1.4 劳逸失调 《素问·举痛论》云:“劳则气耗”, 《素问·宣明五气论》云:“久卧伤气”, 劳倦太过或过逸少动, 皆可伤脾气。房劳过度, 使肾精久亏。

1.5 年老或病后体虚 年老脏腑功能减退, 阴气自半, 肝肾自虚。久病可损伤气血阴阳。气虚推动无力也可致水、血运行不利, 停聚为湿、饮、痰、瘀。肾阴耗伤, 不能上奉于心, 心肾不交, 心火独亢; 肾阴虚, 水不涵木, 肝阳上亢, 化风上扰。心肾阳虚, 气化不利, 水液内停, 聚为饮、痰。

## 2 气火风痰瘀虚导致多种心脑血管系病证发病

2.1 气 肝郁气滞, 气机不畅, 胸阳失展, 可发为胸痹。《素问·生气通天论》“大怒则形气绝, 而血菀于上, 使人薄厥。”肝气上逆, 血随气升, 瘀阻清窍, 可发为厥证。

2.2 火 肝火扰心, 心神不安, 可致不寐。肝火挟痰上逆, 闭阻神窍, 可发为中风中脏腑闭证。

2.3 风 《素问·太阴阳明论》云:“伤于风者, 上先受

之”, “高巅之上, 唯风可到”, 外感风邪, 犯于清空, 兼夹寒邪, 凝滞血脉, 络道不通, 不通则痛; 或兼夹热邪, 风热炎上, 清空被扰; 或兼夹湿邪, 阻遏阳气, 蒙蔽清窍, 均可致头痛。脉络空虚, 外风挟痰邪乘虚入中, 气血闭阻, 可发为中风之中经络。《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩, 皆属于肝”, 肝阳化风, 上扰清窍, 可致眩晕, 也可致头痛; 肝风挟痰瘀阻经络, 可发为中风之中经络。肝阳化风, 挟痰邪上干清窍, 风痰闭阻, 神机受累, 元神失控, 可发为痫病。

2.4 痰 痰饮内停, 上凌于心, 扰乱心神, 心阳被抑, 可致心悸。痰浊盘踞, 胸阳失展, 气机痹阻, 脉络阻滞, 气血不能正常流通, 可发为胸痹; 《丹溪心法·头眩》云:“无痰则不作眩”, 痰浊阻塞气机, 浊阴不降, 清阳不升, 清窍被蒙而致眩晕, 也可致头痛; 痰浊上蒙, 清窍被阻, 神机失用, 可致痴呆。肝气上逆, 痰随气升, 上闭清窍, 气血阴阳不相顺接, 可发为痰厥; 痰气郁结, 蒙蔽神窍, 神机逆乱, 可发为癲证。痰与热合, 痰火扰心, 心神不安, 可致心悸、不寐; 《素问·至真要大论》“诸躁狂越, 皆属于火”, 痰随火升, 痰热上扰清窍, 神明昏乱, 可致狂证; 《丹溪心法·病》“无非痰涎壅塞, 迷闷心窍”, 痰热上扰清窍, 也可致病病。

2.5 瘀 血瘀气滞, 或痰瘀互结, 心脉瘀阻, 心阳被遏, 心失所养, 可致心悸、胸痹; 瘀血内阻, 或痰瘀互结, 脑脉不通, 不通则痛, 可发为头痛, 脑神失养可发为眩晕、痴呆, 脑神逆乱可发为痫病。

2.6 虚 《景岳全书·不寐》“无邪而不寐者, 必营气之不足也, 营主血, 血虚则无以养心, 心虚则神不守舍”, 血虚心失所养, 心神不宁, 可致不寐、心悸; 气血两虚, 心神失养, 可发为癲证、痫病; 气血亏虚, 不能上荣, 脑失所养, 可致头痛、眩晕; 气随血脱, 神明失养, 可发为血厥。肝肾阴虚, 水不济火, 心肾不交, 虚火内动, 扰动心神, 可致心悸、不寐。《灵枢·海论》曰:“髓海不足, 则脑转耳鸣, 胫酸眩冒。”心肾精血亏损, 髓海不足, 脑失所养, 可致眩晕, 也可致头痛, 或发为痫病、痴呆。《素问·举痛论》“惊则心无所依, 神无所归, 虑无所定, 故气乱矣。”心胆气虚, 心虚胆怯, 可致心悸、不寐。心阳虚衰, 无以温养心神, 可致心悸; 《类证治裁·胸痹》“胸痹, 胸中阳微不运, 久则阴乘阳位, 而为痹结也。”阳气虚衰, 虚寒凝滞气血, 血行瘀滞, 可发为胸痹; 阳虚气陷, 清阳不升, 神明失养, 可发为气厥。

## 3 针对气火风痰瘀虚可治疗多种心脑血管系病证

针对气、火、风、痰、瘀、虚这些共同病机, 以疏肝、清肝、平肝、疏散外风、活血化瘀、补益气血阴阳可治疗多种心脑血管系病证。

收稿日期: 2006-01-25

基金项目: 湖北省自然科学基金资助项目(2003A BA 155)

作者简介: 周承志(1974-), 男, 湖北武汉人, 主治医师, 博士, 研究方向: 心血管疾病。

# 针刺预处理抗脑缺血再灌注损伤作用及其分子机制

陈泽斌, 柯 晖, 邹 锋  
(湖北中医学院, 湖北 武汉 430061)

**摘 要:**目的: 研究针刺预处理对脑缺血再灌注神经元损伤的“治未病”作用及其神经生物学分子机制。方法: 以肾俞、百会穴为针刺用穴; 颈动脉引流法全脑缺血 7min 再灌注造模; 病理学石蜡包埋切片, HE染色, 进行顶皮质 I区 V层幸存神经元计数, 观察脑片缺血性病理变化; 基因芯片技术进行针刺诱导的大鼠脑组织基因表达差异分析。结果: 不同再灌时间段,  $E_{0.5h}$ 组幸存神经元密度显著均高于 D组、 $E_{1.5h}$ 组和  $E_{3h}$ 组 ( $P < 0.05$ ),  $E_{3h}$ 组与 D组无差异 ( $P > 0.05$ )。针刺预处理后 0.5h 大鼠脑组织表达变化大于 2 倍的基因共 265 个, 20 个基因表达差异具有显著意义, 其中 8 个基因表达上调, 12 个基因表达下调。结论: 针刺预处理具有抗脑缺血再灌注损伤作用, 该作用具有明显的时间依赖性; 一些针刺诱导基因表达产物在这一过程中发挥了重要作用; 本研究结果为针灸“治未病”提供了形态学及分子生物学实验证据。

**关键词:** 针刺预处理; 脑缺血损伤; 幸存神经元密度; 基因芯片

中图分类号: R246 R743.301

文献标识码: B

文章编号: 1009-5276(2006)07-1246-04

整体观念是中医理论的精髓所在, 十分重视未病先防、既病防变, 认为针刺穴位能激发经气, 疏通经络, 调养身体, 提高正气抗邪能力, 根据中医理论“治未病”和“正气存内, 邪不可干”的观点结合现代医学有关研究成果<sup>[1-2]</sup>, 笔者首次提出“针刺预处理”(acupuncture preconditioning AP)这一概念并开展相关系列研究(即预先按一定方式对实验对象进行针刺处理, 观察其对随后造模或发病的抗损伤作用), 旨在探讨“针刺预处理”扶正对机体抗邪能力的影响及其机制, 以期对相关疾病防治提供新的思路和策略, 为中医理论有关观点提供现代医学实验证据。本研究以急性脑缺血模型大鼠为研究对象, 肾俞、百会穴为针刺用穴, 采用病理学和现代基因芯片技术, 着重探讨针刺预处理对脑缺血再灌注神经元损伤的“治未病”作用及其神经生物学分子机制。

疏肝理气可治疗气滞心胸之胸痹; 降气解郁可治疗肝气上逆之厥证。以祛风药配合散寒、清热、化湿可治疗外感风邪之头痛, 配合祛痰药可治疗外风挟痰入中之中风中经络; 平肝熄风可治疗肝阳上亢之眩晕、头痛、中风中经络, 配合豁痰开窍可治疗肝风挟痰闭阻清窍之病病。清肝泻火可治疗肝火扰心之不寐。温化痰饮可治疗水饮凌心之心悸; 化痰祛湿可治疗痰湿眩晕、头痛, 配合通阳宣痹可治疗痰浊闭阻之胸痹, 配合理气解郁可治疗痰气郁结之癰证, 配合降气可治疗痰随气升之厥证, 配合清热可治疗痰火扰动心神之心悸、不寐、狂证、病病, 配合开窍可治疗痰浊蒙窍之痴呆、中风中脏腑闭证。活血化痰可治疗瘀阻心脉之心悸、胸痹及瘀阻脑络之头痛、眩晕、痴呆、病病。滋阴养血可治疗心失所养之不寐、心悸, 心神失养之癰证、病病及脑失所养

## 1 材料与方法

**1.1 实验动物及分组** 雄性 Wistar 大鼠 101 只(由同济医科大学实验动物中心提供), 体重 180~200g 随机分 5 组。空白对照组(A组): 8 只(5 只用于病理检查, 3 只用于芯片检测), 空白对照; 假手术对照组(B组): 15 只, 行假手术; 针刺预处理对照组(C组): 18 只(15 只用于病理检查, 3 只用于芯片检测), 行针刺预处理; 脑缺血再灌注对照组(D组): 15 只, 行脑缺血再灌注造模; 针刺预处理脑缺血再灌注组(E组): 45 只, 先针刺预处理, 再行脑缺血再灌注造模。上述 B、C(用于病理检查大鼠)、D 3 组分别于术后(或针刺后)1、3、7 天取材(即各分 3 小组:  $B_{1d}$ 、 $B_{3d}$ 、 $C_{1d}$ 、 $C_{3d}$ 、 $C_{7d}$ 、 $D_{1d}$ 、 $D_{3d}$ 、 $D_{7d}$  每小组 5 只)。E 组针毕分 3 组( $E_{0.5h}$ 组、 $E_{1.5h}$ 组、 $E_{3h}$ 组, 每组 15 只, 即针后分别间隔, 30min( $E_{0.5h}$ 组)、1.5h( $E_{1.5h}$ 组)、3h( $E_{3h}$ 组)开始造模, 各组又分再灌 1、

之头痛、眩晕; 益气温阳可治疗气阳虚之心悸、胸痹、厥证。

## 4 讨 论

心的生理功能主要有两方面: 一是主血脉, 二是主神明。心主血脉指血行脉中, 依赖于心气的推动, 而输送到全身, 周流不息, 营养全身, 发挥其濡养的作用, 包括对脑的濡养作用。心主神明, 在中医学的藏象学说中, 将人的精神、意识、思维活动归属于心的生理功能。《素问·灵兰秘典论》云:“心者, 君主之官, 神明出焉”, 《素问·邪客》云:“心者, 五脏六腑之大主也, 精神之所舍也”。心主神明的生理功能正常, 则神志清晰, 思维敏捷, 精神充沛; 如心有病变, 影响到神志活动, 则可出现精神意识思维方面的异常表现, 可见失眠、多梦、神志不宁、甚则谵妄; 或见反应迟钝、健忘、精神萎靡, 甚则昏迷等临床表现。

脑的功能, 如《素问·脉要精微论》所云:“头者, 精明之府”, 与心主神明的功能相互为用, 难以分割。

因此, 从中医理论角度而言, 心与脑在生理功能上是相互关联, 在病理上是相互影响的。发病后, 心系病证与脑系病证也有着气、火、风、痰、瘀、虚这样共同的病机。

收稿日期: 2006-01-14

基金项目: 湖北省自然科学基金资助项目(2005BA188)

作者简介: 陈泽斌(1964-), 男, 湖北嘉鱼人, 副教授, 博士, 主要从事针刺效应及中枢机制研究。