

中风辨证分型新观点

★ 曲玉强¹ 过伟峰² (南京中医药大学 2006 级硕士研究生 南京 210029; 2 南京中医药大学 南京 210029)

摘要:历代中医各家对“中风”的辨证分型进行了一系列研究。有病因辨证、经络脏腑辨证、阴阳辨证等等。但这些分法均有其各自的优点及不足之处。引入“病机证素”的概念,最终将中风提炼出痰热、风、火热、痰热、痰湿、血瘀、气虚、阴虚八个病机证素。

关键词:中风;辨证分型;病机证素

中图分类号:R 255.2 **文献标识码:**A

中风是以猝然昏仆,不省人事,伴有口眼歪斜、语言不利、半身不遂为主证的一种疾病,它包括现代医学的脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血等多种疾患。中风病发病急、病情重,具有很高的发病率、死亡率和致残率,严重危害着中老年人的健康水平和生存质量,居我国 1994 年城市人口死亡原因的首位^[1]。因此如何进一步提高中风病的临床疗效,有效的辨证分型指导治疗用药就显得尤为重要。

关于中风病的辨证,《内经》认为中风的病因为正虚风邪入中所致。《金匱要略·中风历节病脉证治》篇根据脏腑经络辨证,首先提出中经、中络、中脏、中腑 4 大类。唐宋以后,刘河间认为是“心火暴盛”,李东垣认为是“正气自虚”,朱丹溪则认为是

“湿痰生热”,都重于内因立论,张景岳则倡中风非风之说,认为是“内伤及损本气虚也”。明·杨洲《针灸大成·卷九·治症总要》曰:“第一、阳症,中风语,手足瘫痪者……第二、阴症中风,半身不遂,拘急,手足拘挛。”明·董宿《文堂集验方·中风·惟是中风一症最而暴》也提出了“阴中”与“阳中”的证候,阳中者面赤,关紧闭,目上视,身强直,手拳掉眩。阴中者面青白。两者均采用阴阳辨证,描述了阴证、阳证的主要表现。秦汉以来,历代医家皆有补充和发挥,并将其列为中医内科四大病症(风、劳、臌、膈)之首,但由于历史条件所限,中风病的辨治很多本质性的东西仍未能揭示出来。

随着中医内科学的发展在中风病的病名、病因、病机、五大主症上基本得到现代医家的共识,然而在

久必伤正,或化燥伤阴,或寒化伤阳,正虚邪恋,僵持交争,此时更需谨查病机,入微思索。

湿为阴邪,久滞可伤脾阳;若在前期治疗中过用清热利湿的寒凉之品单事攻伐,更易损及脾阳。及至肝病慢性阶段,湿热之邪所剩无几,但脾阳受损,日久气血虚弱,故多为虚寒里证。需要注意的是这时辨证并非纯虚无实、但寒不热。湿热因于中焦必然影响气机的升降运行,气滞则易为痰为瘀。湿热余邪将尽而正气已虚,痰瘀胶结而化热,故虚中夹实、寒中有热。当然亦有因过用苦寒燥湿伤阴,痰热胶结更难除去。因此关幼波老中医提出“治黄必治血,血行黄易却;治黄须解毒,毒解黄易除;治黄必化痰,痰化黄易散。”此时治疗当以补虚为主,佐以驱邪,祛邪于扶正之中。如此扶正不恋邪,祛邪不伤正,可以双方兼顾。若患者乏力、纳差、腹胀,以脾虚为主,可用四君子汤、参苓白术散;若已由后天累及

先天,肾阳受损,腰酸脚软、耳鸣、小便白浊,则当用八味丸、右归丸。在扶正方的基础上加用散而勿过、温而勿燥、利而无伤、寒而勿宁之祛邪药物。温寒选巴戟天、仙灵脾之属;利湿选木瓜、泽泻之辈;清热则选知母、山梔、银花等;挟痰者加二陈汤;挟瘀者则加丝瓜络、刘寄奴等。特别需要注意的是王肯堂在《证治准绳》中所提到的,此类患者“不可过用寒凉强通小便,恐肾水枯竭,久而面黑黄色,不可治矣”。

这两类患者都应注意日常的调适。避免“劳复”、“食复”及感受风寒等引起疾病的复发或加重。并应加强精神方面的调节,树立战胜疾病的信心。

参考文献

[1] 郑芝田. 胃肠病学. 第二版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 884-885.

(收稿日期: 2008-09-03 责任编辑: 周茂福)

辨证分型上却各持己见。目前,临床对中风病的辨证主要有:一是按传统的中医辨证方法进行辨证,承袭《金匱要略》中经络、中脏腑作为纲领,从四诊八纲、脏腑阴阳、气血津液辨证。如:《中医内科·中风篇》(第五版)将中风分中经络(络脉空虚、风邪入中,肝肾阴虚、风阳上扰),中脏腑(闭证、脱证、后遗症)等。二是按国家行业标准中所规定的中风病 9 个证型进行辨证。三是依据全国脑病专业委员会的专家共识。如:全国脑病协作组第 2 次会议于 1993 年 11 月通并实施的“中风病证候辨证标准”^[2]。将中风分为 6 个基本证型:风证、火热证、痰证、血瘀证、气虚证、阴虚阳亢证;全国中风病急症协作组将其分为风痰瘀血、痹阻脉络,痰热腑实、风痰上扰,肝阳暴亢、风火上扰,气虚血瘀 4 个证型;1995 年中华神经科学会全国第四次脑血管病会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]中将中风分为超早期、急性期、缓解期、慢性期、恢复期、后遗症期;四是个人经验分型,如:王涛^[4]等将中风分为急性期、慢性期、后遗症期;黎成科^[5]根据中风病程发展分为急性期、缓解期、恢复期、后遗症期 4 期;魏千程^[6]提出风痰瘀血、痹阻脉络,肝阳暴涨、风火上扰,痰热腑实、风痰上扰,气虚血瘀,阴虚风动,风火上扰清窍,痰热内闭清窍,痰湿蒙塞心神和元气败脱、神明散乱等 9 型。

由上可见当前对中风的分型可谓纷繁复杂,笔者认为无论哪种辨证都有其优缺点,就以当前各医家比较认可的中经络、中脏腑分法为例,这种分法虽可指导临床认识病邪的浅深和病情的轻重,但亦有不妥之处,首先对于常见的症型,如痰热腑实等症均未明确分出;其次中脏腑中分出后遗症,笔者认为后遗症多遗留在中脏腑的后期,但中经络的后期亦不少见,编者的目的可能是为了强调中风后期治疗的重要性,借鉴了西医学的分期论治法而脱离了经络、脏腑辨证的宗旨;最后,由于此病有时病情变化很快,中络、中经、中腑、中脏诸证往往相互间杂或相互转化,中腑转为中脏;中脏转为中经;闭证、脱证相兼出现或互相转化等,有的患者上午表现为中经络,下午尚未服药,已转为中腑,甚则中脏,给治疗上带来很多困难。

根据以上分型的不足,笔者在此引入“病机证素”的概念,病机证素是反映某个证候病机的病理因素,它既是某些病因所形成的病理产物,又是导致多种病证的病理因素,它介于证候和病理产物之间的病理因素,举例来说,痰是由于水液代谢失常停留

体内而形成的一种“其液粘稠”的病理产物,但痰一旦形成又会成为一种致病因素,但按照成因及阴阳属性可分为痰湿、痰热。痰湿壅遏肺气,则咳嗽反复发作,痰多色白,咳声重浊,胸闷,舌苔白腻,脉濡滑等,形成痰湿蕴肺症;痰湿中阻则胸闷脘痞、不欲饮食、口淡不渴,舌苔白腻,脉滑等形成痰湿困脾症,这里痰湿、痰热就是病机证素。因为导致疾病某个证候病机的病理因素往往相对稳定,因此病机证素亦相对稳定,病机证素不同于病理因素的简单罗列和机械迭加,而是结合具体疾病由病理因素提升出来的,对证候诊断具有决定作用的病机要素。病机证素的分类,类似于辨证分型,按望、闻、问、切四诊顺序分析,结合周仲瑛教授根据中医理论和临床实践证实的“痰热”病理因素的存在,并创立的“痰热”病因病机学说^[7],最终可将中风提炼出痰热、风、火热、痰热、痰湿、血瘀、气虚、阴虚八个病机证素,补充了 1993 年“中风病证候辨证标准”的不足。此种分法虽然没有指出病邪的位置和病情的轻重,却摆脱了传统辨证分型一成不变的相对刻板 and 固定,又不受中风病情多变性的束缚,简单明了的反映出疾病发展到某个阶段的病理因素,临床医生可以直接从患者的临床表现分析归纳其病机证素,并根据各病机证素灵活遣方用药。

辨证论治是中医学的诊疗基础,而证候是辨证论治的前提和基础。因此抓住证候病机的病理因素相对稳定的特点,即以病机证素来分型论治,结合中风症候内实外虚、动态时空的特点^[8],灵活的遣方用药,将会大大提高中医的临床疗效。

参考文献

- [1]田德禄·中医内科学[M].北京:人民卫生出版,2002:269.
- [2]“中风病证候学与临床诊断的研究”科研协作组,《中风病证候诊断标准》的临床验证研究[J].北京中医药大学学报,1994,17(6):41.
- [3]中华神经科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-391.
- [4]王涛,杨光福,孙金兰.中西医结合分期分型辨证治疗脑梗死研究进展.河北职工医学院学报.2008,4.
- [5]黎成科.提高中风病辨证水平的探讨[J].新中医,2003,35(11):3-6.
- [6]魏千程.中风的辨证分型及治疗浅识[J].实用中医内科杂志,2007,21(4):.
- [7]周仲瑛.论痰热[J].南京中医药大学学报,2006,22(5):273.
- [8]郭蕾,王永炎,张志斌,等.关于证候概念的诠释[J].北京中医药大学学报,2003,2(26):5-8.

(收稿日期:2008-09-21 责任编辑:周茂福)