

【理论探讨】

从“阳不足,阴有余”谈中风病及其并发症的
证本质研究

贾奎,王珍

(新乡医学院第一附属医院,河南卫辉 453100)

摘要: 阴阳是中医的根本,阴阳辨证是中医学八纲辨证的总纲。中风及其并发症多具有不言、不动、不记甚至不醒的阴属性特点,通过具象阴阳理论,从发病因素、临床症状、生理病理、影像学以及流调治疗学方面剖析中风病及其并发症的病机特点,不难发现“阳气不足”其实是病机中的关键,“阴有余”是临床表现的关键,“阳不足,阴有余”为中风病及其并发症的证本质,根据这一证本质设定的“益其不足(阳),损其有余(阴)”理论指导中风及其并发症的临床治疗,可以执简驭繁、事半功倍,具有指导意义。

关键词: 中风; 阴; 阳; 病机

中图分类号: R255.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2018)08-1052-02

中风及其并发症是临床常见病、多发病,以高发病率、高致残率、高死亡率为著,严重影响患者的生活质量,同时不断增加患者家庭的经济负担和国家的医疗支出,如何有效合理的治疗是目前全世界面临的难题。现代神经内科学虽然定位定性诊断十分精妙,急性期的治疗也确有优势,但是恢复期以及合并中风后抑郁乃至中风后失语时康复治疗起效缓慢,患者生活以及生存质量不高。近年来,中医治疗该病取得了长足的进步,尤其在恢复期以及并发症期的疗效较为显著,但是也存在临床分型复杂,诊治方案虽有国家指南,但是实际辨证治疗往往倾向于经验用药,疗效差强人意。如何更加科学规范的认识该病的病因病机,更好地指导临床治疗亟需解决。

笔者通过临床积淀,结合中医经典著作,逐渐认识到“阳不足,阴有余”可以归纳统一其他病机,简化中风病及其并发症的重复认识,指导临床诊治能达到事半功倍的效果。

1 具象阴阳的指导意义

《素问·阴阳应象大论》曰:“阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也。”其实是在讲阴阳是中医的根本,阴阳辨证是中医学八纲辨证的总纲,阴阳学说渗透于人体的生理、病理、诊断、治疗以及各个学科。对阴阳辨证的科学解读,决定了中医认识疾病和诊治疾病的技术高度。

虽然阴阳属于“道”的范畴,没有办法具体描述且较为抽象,但临床实践工作中我们可以根据事物不同的属性具体确定某物为阴,某理为阳,可以看到阴阳其实有迹可循、有理可依。本质上来讲,我们可以称之为“具象阴阳”。正如《素问》有云:“水火者,

阴阳之征兆也。”其实质也就是说凡是具备无形、温暖、光明、向上、向外、跳动、干燥等特征的属性都可以称为阳属性,与此相反,具备有形、寒凉、晦暗、向下、向内、稳定、湿润等特点的就是阴属性。同时从阴阳的本性出发触类旁通,还可以了解阴阳本质属性的延伸。朱丹溪《局方发挥》曰:“阴阳二字,固以对待而言,所指无定在,或言寒热,或言血气,或言脏腑,或言表里,或言虚实,或言清浊,或言上下,或言邪正,或言生杀,或言左右,求其立言之意。”阴阳学说充满了一分为二的辩证思维模式^[1],“人生有形,不离阴阳”“外为阳,内为阴;上为阳,下为阴;背为阳,腹为阴;脏为阴,腑为阳;升为阳,降为阴;昼为阳,夜为阴;春夏为阳,秋冬为阴”。凡能量大、运动快、热量高、向上向外、积极、开放的都属阳,凡能量低、运动慢、热量低、向下向内、消极、闭塞的都属阴。从阴阳的具象来分析中风病以及其并发症具有现实指导意义。

2 “具象阴阳”揭示中风及其并发症的证本质

中风病的发病因素主要是年龄、饮食、情绪等,常见于中老年人,多有怕冷等具象阴阳中阳属性不够的表现。而且临床症状常见于不动、不言甚至不醒等症,符合具象阴阳中阴的属性特点。而且从现代医学生理病理学乃至各家学说和治疗学均能看到,中风病及其并发症的证本质其实就是“阳不足,阴有余”。

2.1 病因提示证本质为“阳不足,阴有余”

《素问·阴阳应象大论》提出:“清阳出上窍,浊阴出下窍。”其实是说人体清阳向上、浊阴向下是正常的。清阳如果不上于脑窍就会出现浊阴逆乱于上,浊阴不下荣于脏腑肢体关节就会出现清阳受损,最终形成阴阳逆乱、言语謇涩、肢体偏瘫等中风病症状。又气为阳,血为阴,所以阳气以“下”为逆,阴血以“上”为乱,引起中风的气血逆乱其实质就是气逆

作者简介: 贾奎(1977-),男,河南卫辉人,副教授,副主任医师,医学硕士,从事心脑血管疾病的中西医结合临床与研究。

于下、血逆于上,所以“气血俱逆于上”有所偏颇。而且气逆于下就会出现脑之阳不足(脑梗塞乃至脑出血的脑缺氧状态),血逆于上则有脑之阴有余(脑梗塞则有血瘀于脉内,脑出血则有血凝于脉外)。由此可知,引起中风气血逆乱的根本就是阳(气)不足(浊)阴有余。

又《灵枢·刺节真邪论》曾言“虚邪偏客于身半,其入深,内居营卫,荣卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯。”其中“真气去,邪气留”其实就是阳不足、阴有余的有力佐证。更有《素问·生气通天论》云“阳气者,大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥。”又进一步论述了中风病之所以加重主要是“气绝而有血菀”,简单解释就是阳气绝少而阴血多菀聚于脑窍而使人出现薄厥中风。刘完素在《素问玄机原病式·火类》也提出“暴病暴死,火性疾速故也……不循其宜而失其常,久则气变兴衰而为病也。”进一步指出“壮火蚀气”进而出现阳气不足而发生中风病。至于《医经溯洄集·中风辨》中所述:“中风者……乃本气自病也。凡人年逾四旬,气衰之际,或因忧喜忿怒伤其气者……亦是形盛气衰而如此”,也可以作为佐证。《素问·调经论》尤其提到“大厥……气复反则生,不反则死。”其中厥(中风)后气何以“复反”?循其常道就是复反,补气不足就是不反,该论点还进一步说明“阳气不足”其实是病机关键中的关键。

2.2 临证提示证本质为“阳不足,阴有余”

中风病及其并发症常见的临床症状为肢体偏瘫活动不利,言语不能自如表达,神志不受支配甚至出现昏迷不醒等症状,在恢复期乃至后遗症期有些病人还会出现精神抑郁、记忆力减退、不主动与人交流等症状。根据具象阴阳的属性原理,凡是不动、抑制、寒冷、弛缓、静默的都属于阴,所以中风病及其并发症如卒中后抑郁、卒中后失语等均属于阳不足、阴有余的情况。进一步解读中风病及其并发症的病机本质,从症状学上来讲,阴证有余是临床表现的关键之关键。

2.3 病机学提示证本质为“阳不足,阴有余”

现代医家对中风病机从不同角度所进行的论述,也可以作为“阳不足”后“阴有余”理论的佐证。如李旭阳^[2]虽然认为脾胃虚损、五脏受病而产生阳气下陷、阴火上乘,导致阴阳失调、气血逆乱然后发生中风。究其本质仍是阳气下不足,阴邪上有余,导致疾病发生。胡怀强^[3]也提出情志失调、环境因素、不良生活习惯、年老体衰及久病虚损均可导致肝肾阴虚,继而引起中风,且肝肾阴虚可继发火炽、风动、痰生、气逆、血瘀。其本质也是以“虚”为主,实质是“虚”生风“实”,然后“实”又生风“虚”,不离本旨。钞建峰^[4]等则认为,“虚”是中风病机的根本,而虚以元气虚损为主,瘀、痰、风、火等为中风病发展

中的病理产物。与笔者思路有重合,但其所得的结论则是脾胃为根本而有所区别。刘亚琼^[5]等深入地针对“毒阴有余”进行了治学以微的探讨,提出“毒损脑络”假说,从更微观的层次阐发了中风病危重、脑损难复的病机,并应用解毒通络治疗中风病,在临床获得了较好的疗效。但是该类药物多以寒凉药物为主,不能长久应用且中病即止,且临床应用有一定的局限性。这些学说均对中风病病机进行了深入研究,同时不难看出所有病机的提出均依托中医学尤其是《内经》的中风经典理论,多认为气血逆乱、正气不足发生在先,进而出现阴邪(包括瘀血、痰饮、浊毒等)有余,最终导致中风病的发生,这些观点都可以作为“阳不足,阴有余”的佐证研究。

2.4 治疗学提示证本质为“阳不足,阴有余”

方随法立,法随证立,中风病的治疗法则其实就是根据中风的病机特点所制定。反过来说,治疗中风的方药需要中风病病机有效验证,才能进一步指导临床,传世立著,流传至今。从本科生教材《中医内科学》规范九方证治疗中风的药物研究来看,“阳不足,阴有余”实为中风病之根本病机。

如中经络-风痰入络证给予真方白丸子(半夏、胆南星、制白附子、天麻、全蝎、当归、白芍、鸡血藤、豨莶草)以祛风化痰通络;中经络-风阳上扰证以天麻钩藤饮(天麻、钩藤、珍珠母、石决明、桑叶、菊花、黄芩、栀子、牛膝)平肝潜阳,活血通络;中经络-阴虚风动证滋阴则以镇肝息风汤(白芍、天冬、玄参、枸杞子、龙骨、牡蛎、龟板、代赭石、牛膝、当归、天麻、钩藤)平肝息风,潜阳通络;对于中腑脏-闭证之痰热腑实证以桃仁承气汤(桃仁、大黄、芒硝、枳实、胆南星、黄芩、栝楼、赤芍、牡丹皮、牛膝)通腑泄热,息风化痰;中腑脏-闭证之痰火瘀闭证应用羚角钩藤汤(羚羊角、钩藤、珍珠母、石决明、胆南星、竹沥、半夏、天竺黄、黄连、石菖蒲、郁金)息风清火,豁痰开窍;中腑脏-闭证之痰浊瘀闭证以涤痰汤(半夏、茯苓、橘红、竹茹、郁金、石菖蒲、胆南星、天麻、钩藤、僵蚕)化痰息风,宣郁开窍;对于中腑脏-脱证(阴竭阳亡)则以参附汤合生脉散(人参、附子、麦冬、五味子、山萸肉)回阳救阴,益气固脱;对于恢复期-风痰瘀阻证则以解语丹(天麻、胆南星、天竺黄、半夏、陈皮、地龙、僵蚕、全蝎、远志、石菖蒲、豨莶草、桑枝、鸡血藤、丹参、红花)搜风化痰,行瘀通络;恢复期-气虚络瘀证则以补阳还五汤(黄芪、桃仁、红花、赤芍、当归尾、川芎、地龙、牛膝)益气养血,化瘀通络;对于恢复期-肝肾亏虚证则以左归丸合地黄饮子(干地黄、首乌、枸杞、山萸肉、麦冬、石斛、当归、鸡血藤)滋养肝肾。通过对这些方药以及既往临床医家治疗中风病及其并发症的方药来看,发现该类药物中辛温甘淡药物占5/6强,咸苦寒凉药物不足1/6。基

(下转第1061页)

病相关症状内容丰富、见解独到,总为虚实两端,虚者以正虚为主,多由失治误治所致,表现为心阳不足、心阴亏耗、阴虚阳亢、肾阳衰微等证,治以温补为主。实者以邪实为主,多由瘀血、燥结、水饮等造成,表现为阳明热证实证、热入血室、蓄血等证,治以清热、通下、化瘀为主。本文就《伤寒论》中对神志病的证治经验进行了梳理,并归纳为补阳安神法、滋阴安神法、和解安神法、清热安神法、祛瘀安神法、利水安神法、通下安神法、回阳安神法八法。张仲景治疗神志病并非局限于消除神志病症状的异常而单纯使用重镇安神或养心安神药,而是坚持辨证论治,依据整体观念,着眼于恢复整个机体气血阴阳的平衡。此外,他非常重视机体自身的康复能力,强调勿滥用药饵,以免戕伐无辜等。在神志病的辨治组方规律方面也体现了辨证论治这一中医基本原则,这也是

张仲景经方的灵魂所在。

参考文献:

- [1] 范小会,刘华,庆慧,等.从痰论治神志病[J].中医研究,2016,29(29):10.
- [2] 史金玉,姬昌,范军铭.神志病与“瘀”[J].中医研究,2016,29(8):58-61.
- [3] 王民集.邵经明教授治疗神志病经验[J].北京中医药大学学报,2001,24(25):73-74.
- [4] 刘鹏妹.张仲景治疗神志病条文探析[J].内蒙古中医药,2010,29(24):118-119.
- [5] 赵永厚,赵玉萍,柴剑波,等.论神志病中医诊察法的特色与优势[J].中医杂志,2013,54(20):1739-1741.
- [6] 朱寒阳.《伤寒论》神志病治疗10法[J].国医论坛,2005,20(4):2-4.

收稿日期:2018-01-10

(上接第1053页)

于“四气五味”理论,气为阳,味为阴,温热为阳中之阳,寒凉为阳中之阴,辛、甘、淡为阴中之阳,咸苦为阴中之阴^[6],所以该类药物中阳味药占有统治性地位。正如《灵枢·热病》中所说“益其不足,损其有余”是中医治疗一切疾病的大法,阳不足则以阳药补之,阴有余则以阴药损之,阳药化之。所以这些方剂中的半夏、天麻、黄芪、人参、当归等药物以辛散之,甘缓之,温化之,淡平之可也,该类药物较为常用就不是那么难以理解了。因为中风病药证本质就是“阳不足,阴有余”。

进一步探究历代医家治疗中风病的方药,也很难脱出这种“阳不足,阴有余”“益其不足,损其有余”诊断治疗范畴。如治疗瘀血证的经典医家王清任,其所创制的益气活血化瘀方药中几无阴类药,以补阳还五汤最为典型,方中红花、黄芪、当归、川芎等皆为辛温甘淡之药,可以补不足损有余也。现在仍然有效地指导着临床脑血管病后遗症的治疗。当代医学临床常用治疗中风的活血化瘀、改善脑循环的注射液如红花注射液、丹红注射液、麝香针等都是阳类药物为主,由此可见端倪。

3 结论

《素问·生气通天论》指出“阳平阳秘,精神乃治,阴阳离决,精气乃绝。”其中之“精神”可以泛指机体功能,也可以单指脑之精神状态,也就是脑中风后的神智乃至肢体、言语等综合功能。只有“阳平阳秘”,才能使中风及其并发症“精神乃治”。现代中医学认为,风火痰瘀气虚等6种病理因素常常交互为害,而且中经络、中脏腑可以相互转化,闭证、脱证也能相互演变,所以中风病的治疗就较为繁复、棘手,常常选方用药就不能够照顾周全。笔者根据临床经验并结合先贤的理论,提出“阳不足,阴有余”为中风病及其并发症进而设立的“益其不足(阳),损其有余(阴)”的治疗法则,可以执简驭繁、化繁为简。

首先对于所有治疗中风的方药进行详细的阴阳分类,遵循四气五味理论本质,对于阳不足重于阴有余时可以加大辛温甘淡的药物,稍佐损其有余的药物即可,局限到具体的舌症脉也可以随机辨证加减,反之同法也可以应用于阴有余重于阳不足的情况,整体上还需要照顾到阴阳的平衡才能够真正达到脑的“精神乃治”。

如对于中风中脏腑脱证(阴竭阳亡)的治疗,患者多以正不胜邪、元气衰微欲绝为主病机。其实质就是阳(元气)不足(败脱)甚,阴(痰浊瘀血毒邪)有余(壅塞脑窍)更甚,所以会有突然昏仆、不省人事、目合口张、鼻鼾息微、手撒肢冷、大小便自遗、肢体软瘫、舌痿脉细弱或脉微欲绝等脑髓神机不用、精神离决的症状,所以临床需要补不足之阳,祛除有余之阴邪。而且由于该类患者多是阳不足为更危重之症,所以重用益其不足的辛甘淡阳类药物治疗,这样就不难理解《中医内科学》教材中所说的参附汤与生脉散的合方,而且重用人参、附子的立方机理,随证变化,结合“阳不足,阴有余”证本质理论,该病证还需要积极配合“损其有余”的方药应用,择机应用化痰祛浊的石菖蒲、南星乃至通腑化浊清热的大黄、黄芩、黄连等阴类药物辅助治疗,效果会更加理想。

参考文献:

- [1] 张树生.对中医阴阳学说的思考与认知[J].中医杂志,2014,55(18):1616-1619.
- [2] 李旭阳.从脾胃论中风病的病机及治疗[J].辽宁中医药大学学报,2010,12(1):179-180.
- [3] 胡怀强,周永红,王新陆.论肝肾阴虚是中风病病机之根[J].中华中医药学刊,2009,27(12):2520-2522.
- [4] 钞建峰,贾慧,孙风平.试述以“虚”为核心的中风病机观[J].中医药学报,2011,39(2):67-68.
- [5] 刘亚琼,朱陵群,王硕仁,等.中风病“毒损脑络”病机假说研究进展[J].北京中医药大学学报,2009,32(2):98-100.
- [6] 沙妙清,杨柏灿.从阴阳属性探析辛甘化阳的实质[J].北京中医药大学学报,2013,36(1):21-26.

收稿日期:2017-12-21