

关于中风若干问题的探讨

王明辉, 王风雷

(湖南省中医药研究院, 湖南 长沙 410006)

摘 要:着重介绍中医对中风的治疗, 其要点在: (1)认真辨证和认清中风的病因和病机以便分清虚实、轻重、选好方药, 实则泄之, 虚则补之; 酌情选用, 不可拘泥。(2)对中风的症状轻重及分类要心中有数, 要分别掌握厥证、痙证、暴脱、痹证, 太阳病中风、风痉、破伤风、急风和其他的寒中、热中等而清醒地予以鉴别, 不可迷惑、混淆。因古人对中风所见非一, 后人曾作如下的若干归类: 即①依邪中的浅深而分; ②依病状的偏重不同而分, 如风痙、风痹; ③偏枯; ④风痞; ⑤风痹; ⑥风颤; ⑦其他(如柔风、风口喎等)。(3)依发病时令分(四季可见)。(4)依脏腑官能分(如肝、心、脾、肺、肾五风)。(5)中风的病程分 3 段, 即先兆期、猝中期、后遗期, 而各期多有其特色。对中医“中风”一病的病因、病机的鉴别及分类、病程略作探讨, 期能引发专家的重视和相关的深入探讨。

关键词: 中风; 病因; 病机; 先兆; 猝中; 后遗鉴别

中图分类号: R255.2

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)12-2557-03

中风疾病的病因、病理和证治等方面比较复杂, 后代医家对此病有“外风”、“内风”、“真中”、“类中”、“中经、中络、中府、中藏”以及“非风”之说。这些理论和概念的阐发, 一方面说明了继起的各医家对中风有了进一步的认识和诊疗上的分类, 另一方面也反映出古人对各类风病的命名尚未取得一致的看法, 在其系统性和鉴别上有时令人不无怀疑。如认为“中风”只是病因的诊断, 则风病与中风就无何区别, 也无需区别。如认为“中风”系一专门的病名, 则伤寒论之太阳中风, 与金匱之中风历节, 又何从而区别。兹就个人初步的体会, 对本病的病理机制、病情分类和诊断诸方面不成熟的看法提出来供同道们指教。

1 中风的病因及病机探讨

综合古今有关文献, 可知中风发生的病因有两大不同的学说: 一认为系风邪卒中; 另一则认为病因非独风邪, 而系由于气虚、火盛或痰壅所致, 此则以景岳的“非风论”为代表。究竟中风是否由风邪所引起, 还是有其它各种原因呢? 根据内经所说: “风为百病之长, 善行数变”, 它是代表一切外来的感染, 但中风之因, 却有其内在因素。

考素问、甲乙、难经、伤寒、巢源、千金、外台诸书均有中风一名, 但其所说却多为风邪袭表, 病在肌肤经络, 并无迅即蒙蔽性灵, 汨没神志, 而遽致倾跌僵仆, 不动不言之症。如饮酒中风、入房汗出中风、新沐中风以及太阳中风和风痹等, 是皆外感之风, 故多取麻、桂、羌、防、姜、辛、乌、附或大小续命汤等宣表药为治, 意在祛风温经。后世遂以此外感风邪的表证别以“真中风”名之, 至于卒中暴厥, 眩晕昏仆之疾, 即内经所谓“薄厥”“大厥”, 后人以此类之疾, 定名为“类中风”, 这种分类法是值得研究的, 盖外感中风则多由浅入深、由表及里, 顷间绝少犯及神明者, 即或有之, 亦必有内因久蓄, 然后而致。经曰: “邪之所凑, 其气必虚”, 就是说明这种原因。否则单纯外风, 决难仓卒间导致少阴或厥阴的神志昏厥症候。

再考后人所指其中风之症类, 多肢冷脉伏, 面白唇青, 与猝暴之中寒病症相等, 古有参附汤、三生饮为治, 共实乃寒中而非中风, 同亦有外触暴风, 邪入经络, 倏忽口眼歪斜, 舌音謇涩, 而尚无神志昏昧, 语言迷茫之症者, 此颇似西医之面神经麻痹症, 亦可为中风的先兆(肝风期)表现。可知此风邪外感仅为诱惑, 以其病在经络, 而举止动作如常, 故治疗只须通经宣络, 兼以疏泄, 即易得效。若猝遇邪风, 口眼歪斜, 舌音含糊、神志乖常, 则其因虽是邪风外袭, 而实则是中无所主, 根本动摇, 适以外风引动内风, 故当从内风为治, 急宜摄纳潜镇, 固其根本, 若误与疏风, 则其厥立至。

由上可知外风虽能导致中风, 但却以内风为基础, 非中风一症的主因。故张山雷论昏瞽猝仆之中风, 无一非内因之风, 可说是一矢中的。

关于本病发生机制, 在素问及甲乙经上有所申述, 如: 通评虚实论谓: “仆击偏枯, 肥贵人则膏粱之疾”。五脏生成篇谓: “衄蒙(眩冒)招尤(招摇掉眩), 目冥耳聋, 过在足少阳厥阴”。玉机真脏论谓: “春脉如弦, 其气来实而强, 此为太过, 太过则令人善怒(或作忘), 忽忽眩冒而颠疾”。生气通天论谓: “阳气者, 大怒则形气绝, 而血菀于上, 使人薄厥”。调经论说: “血之与气, 并走于上, 则为大厥, 厥则暴死, 气复反则生, 不反则死”。脉要精微论谓: “厥成为颠疾, 浮而散者为胸仆”。脉解篇谓: “太阳所至, 甚则狂颠疾者, 阳尽在上而阴气从下, 下虚上实, 故颠疾也”。甲乙经明阳清浊顺治逆乱大论谓: “乱于头, 则为厥逆头痛眩仆”。从以上所说来看, 古人认为大多数的厥证(如大厥、薄厥等)是与颠疾(脑部病变)有关的, 虽厥证非尽同于中风, 但却概括了后者。凡此诸条, 说明本病病机多是肝胆火升, 浮阳陡动, 或为暴仆, 或为偏枯, 或为眩晕昏厥, 或为目冥耳聋, 瞬动痙疾, 强直暴死, 皆系上盛下虚, 气血上犯之疾。概括言之: 肝火肝风为病之本, 而火升、气虚、痰壅则系病之标。故平肝息风、潜阳镇摄为治本病之大法, 而清火、顺气、化痰则可辨症兼施。

2 中风的鉴别及分类

根据古医书的记载及个人的体会, 有两类情况的疾病颇易与中风混淆: 一类是发作突然, 症状表现与中风颇近似

收稿日期: 2008-07-08

作者简介: 王明辉(1928-), 男, 湖南湘阴人, 研究员、教授、主任医师, 研究方向: 气学、性学、养生学及中西医结合方法学。

者,另一类则系有“风”字的命名,且症状部分相类者。兹就此二种情况,略作如下的鉴别。因中风多突起昏迷,面色红润,呼吸鼾音,多偏瘫后遗,口眼歪斜,且脉多沉弦或微而数,易与下列诸病区别。

2.1 厥证 古时以中风属厥证范围,但却与表现为四肢厥逆而冷的厥证,在证因上均大不同。盖厥逆之证多系渐起昏迷,色苍白,呼吸不续,四肢逆冷,脉多沉微而无后遗证。据上各点已不难与之鉴别。但如遇厥证而兼中风时,则又不可不详为审察,以下各病鉴别时亦须注意这种情况。

2.2 痫证 虽亦系昏迷突起,但面色多青紫或紫红,四肢抽搐,可发六畜之声,常吐白沫,有频繁发作史而无后遗证。

2.3 暴脱 系在他病的过程中,以元气衰而渐起昏迷,色白,喘息不安,常多自汗,脉微而数,亦无后遗证之表现。

2.4 痹证 由风寒湿三邪合致,病势痛着而病情较轻,多见手或足的关节局部不遂,脉多沉涩,病常由渐而起,可资区别。且一般无昏迷。

2.5 太阳病中风 虽有中风之名,而无中风之实,仅系风邪外感之表虚证,多发热恶寒、汗出恶风、头及身痛,脉多浮缓。此系同名异证。亦无昏迷及后遗证。

2.6 风痉 太阳中风,重感于寒湿则变痉,其状口噤不开,背强而直,如发病之状,摇头耳鸣,腰反折,出汗如雨,时有脱易,宜审察之。

2.7 破伤风 疮伤未合,风入为破伤风。亦有牙紧头摇,项背强直,转侧不仁,筋脉抽搐之感,但与中风症自有区别。

2.8 急风 急风中人,乃毒疔之气,其证筋脉拘急,身背强直,面黑鼻干,口噤不语,可通身壮热,汗出如油,直视唇青,痰涎结聚,咽塞壅塞,如拽锯声。

2.9 其他 如风感寒中或热中,以及暑中、食中等,虽或有昏沉及其他相似症状,但辨其发病的病因、环境及其他脉证,亦不难鉴别。

上述各症大体似中风而又实非中风。有些仅只体劳伤风,或局部器官感受风邪,因而名之为风或中风,可是既无昏不识人,亦无瘫痪喎斜之征,如风惊(血虚气病,复被风邪所乘,故多惊而心神不安)、风厥(二阳一阴发病、主惊骇背痛,善噫善欠)及风眩(病起于心气不足、胸上蓄实,故有高峰面热,痰热相感而动风,甚则闷瞽)之类。有些虽可有昏不识人或失语抽搐等类似中风的表現。但究其病因则多系急性热病或瘟疫(急性传染病)在高热阶段,神经机能受累(即神明失司)时所致,且此必为原发病,在未经诊疗或诊疗失宜时才渐有昏迷不省人事的并发症变化,故一般于苏醒后多无后遗症存在。

古人对中风的分类定名所见不一,有以邪中之浅深分者,有以症状的突出表现不同而分者,致症名混杂,令人难别主从。兹作如下的归类,期有利于对本病概念的清晰。

(1) 依邪中之浅深而分类:此多系指外风乘虚而入的一类中风,以其病多由表入里,由络传经,故有中经、中络、中藏、中府之别。仲景金匱要略述:“……贼邪不泻,或左或右……邪在于络,肌肤不仁,邪在于经,即重不胜,邪入于府,即不识人,邪入于藏,舌即难言,口吐涎。”继之李东垣对此有所引伸,谓:“中血脉,则口眼歪,外有六经形证;中府则肢节废,内有便溺之阻格;中藏则性命危。”是知东垣之所谓中血脉即相当于仲景所分之中络与中经。清秦皇士所著症因脉治中说:“中风之症,卒然倒仆,热身口噤,志乱神昏,四肢俱废,良久不省,内经名曰风痲,东垣所谓中藏之

重症也。若仓卒仆倒,少顷即醒,身热痰涎,或见左瘫右痪,半身不遂,内经名曰偏枯,东垣所谓中府之稍轻者。外无六经寒热,内无便溺阻隔,无痰无喘,言语分明,惟见皮肤不仁或麻或木、口眼喎斜,东垣所谓中血脉之最轻者。”由这段对比,不难理解病症的轻重与邪中的浅深是密切相关的。中邪愈深,病情愈重。是可知中经中络之轻者,亦可能即中风之先兆期症状,此时未必有昏不知人或瘫痪不语等表现,但如不诊治,则病邪可进一步深入,而致有中府或中藏之虞。个人认为此四阶段的划分,也非显然如此典型,外邪既是由浅至深,则当邪中藏府时,能说血脉经络可安然无恙吗?故在中风时往往可看到昏不知人或舌强不语。亦可见到肌肤不仁或肢软不用,是知其临床表现常是错综复杂的,不可拘泥。然对其所表现的症候归属主征如何?病邪已犯何部位?则不可不察,这样才能分清主次缓急,予以适宜的治疗、并借以测其预后。

(2) 依病状的偏重不同分类:本病卒中时的表现,人各有异,因其主要症状的不同而分类定名,现按千金、巢源诸家归纳如下:^① 风瘖:风邪中于阴,发于五藏,其状奄忽不知人,喉中噫噤然有声,舌强不能言,身软有汗,口吐涎沫。^④ 风痲:乃气血虚甚,风邪乘之,内外不得通泄,其病为痲。其状身体不痛,四肢不收,智乱不甚,而时能言。此应为卒中的后遗证,其与偏枯不同点,在于症多无痛,且系四肢废而不仁不用,故当系偏枯的进一步发展、亦可能为再度中风后的慢性症状。亦有人述:“风痲者,卒不能语,口噤,手足不遂而强直。”此似又为卒中时失语和手足废而不用之症候描述。其中以第一说传述者较多。^④ 偏枯:多半身不遂,肌肉不用而痛,言不变,智不乱。此系血气偏虚,腠理开而风湿客于半身分腠之间。应多见于中风的后遗阶段。^④ 风瘖:太阴入中,阳气已衰故为瘖,经所谓“内夺而厥,则为瘖痲”,此属肾虚。因肾脉上循喉咙,挟舌本,病则不能言。^⑤ 风挛:风热入肝,使诸筋挛急,屈不可伸。^④ 风颤:以风入肝脏,经络之气不守正位,故使头招摇而手足颤掉。^⑧ 其他:如柔风(四肢不能收、里急不能仰)、风口噤(风寒客于三阳之筋,致筋脉拘急、口噤不开,牙关紧闭)、风转曳(胃气素虚,复遇风邪,筋肉懈惰,肢体弛缓,不能收摄)及风眩等,或言中风的先兆证,或以卒中时局部的明显异常而称之,应非单独的一类,而系言其症候群中之突出者。

(3) 依发病的时令分类:以春甲乙伤于风者为肝风,以夏丙丁伤于风者为心风,以戊己四季之未伤乎风者为脾风,以秋庚辛伤于风者为肺风,以冬壬癸伤于风者为肾风。以上系四季中风之名,是将人的五脏分配于四季的一种命名法。由此可知中风一病四季可发,不能机械地以为肝风中于春季,肺风发于秋日,而虚审证求因,切记执著。中西医均认识到本病四季可见,惟冬夏多发,但机制不详。

(4) 依脏腑官能分类:五脏中风各有其特异的症候表现,但病邪的侵袭不一定只及于该脏,唯是以该脏为主而已。五脏中风属于卒中一病者有之,但亦有并非中风之类者,不可为同名异病所惑,其鉴别点在于前者有卒中时昏不知人及醒后的后遗症,此外其病脏腑所表现的特殊征象亦甚为明显,而属于非中风者,则未有神智昏迷或瘫痪、呆木、舌强语謇等后遗症。如内经所谓“肝中风、心中风、脾中风、肺中风、肾中风”之类,各有具体症状的描述,可以参考,兹不复赘。

是知五脏中风之属于中风一病者,其所见之症有轻有

蒙药达如奇颗粒“祛黏疫 调理体素”治疗作用与调节巨噬细胞分泌炎症因子的实验研究

孙志刚, 巴图德力根, 韩志强, 孙 萍, 高玉峰, 青 玉

(内蒙古民族大学附属医院, 内蒙古 通辽 028007)

摘 要:目的:探讨蒙药达如奇颗粒祛黏疫、调理体素的治疗机理与调节巨噬细胞分泌炎症因子 IL-1、IL-6、TNF- α 作用的相关性。方法:^①50只 BALB/C 小鼠随机分为正常对照组、模型组、达如奇颗粒预防、低剂量、高剂量组,每组各10只。除正常对照组外,其余各组腹腔注射大肠杆菌菌液复制蒙医“黏疫”增盛热症模型。预防组于造模前48h开始灌胃每日1次;低、高剂量组分别于造模后2h灌胃达如奇颗粒混悬液0.60g/kg和1.20g/kg每日1次,连续3次。于末次灌胃2h后处死小鼠,抽取腹腔洗液,2000r/min离心5min,用ELISA法检测各组腹腔液中 IL-1、IL-6及 TNF- α 的含量。^④将上述腹腔液离心获得的腹腔单核-巨噬细胞培养36h,离心取上清液,检测 IL-1、IL-6、TNF- α 含量。结果:正常对照组与模型组比较,腹腔液和单核-巨噬细胞培养液中 IL-1、IL-6、TNF- α 的含量均有显著性差异($P < 0.05$);达如奇颗粒预防、低、高剂量组与模型组比较,腹腔液 IL-1、TNF- α 的含量明显降低($P < 0.05$);达如奇颗粒预防组、高剂量组与低剂量组比较,腹腔液 IL-1 的含量明显降低($P < 0.05$);达如奇颗粒预防、低、高剂量组与模型组比较,单核-巨噬细胞培养液中 IL-6 的含量明显降低($P < 0.05$)。结论:达如奇颗粒祛黏疫、调节体素的治疗作用与抑制炎症因子 IL-1、IL-6、TNF- α 的分泌有关,而且达如奇颗粒有很好的预防作用。

关键词:蒙药;蒙医疾病模型;巨噬细胞;细胞因子

中图分类号:R291.2 文献标识码:A 文章编号:1673-7717(2008)12-2559-03

Experimental Study on Mongolian Medicine Daruqi Pellet "Removing Infected Viscer Body - Conditioning" Treatment and Regulation of Macrophage Secretion of Inflammatory Factor

SUN Zhigang BATU Deligen HAN Zhiqiang SUN ping GAO Yu-feng QING Yu

重,见于猝中时者有之,见于先兆期或后遗阶段者亦有之。此不可不察。

需着重指出的是五脏中风的分类,非仅因其症状各异而分之,主要还在依据病邪入侵的脏腑或部位而作病因的分类,这样才可以治病以求其本,而避免仅只对症治疗之弊。因中风之本在于体虚,因体虚的程度及脏腑部位的不同,也就反映出某脏中邪症状的差异,这既是从症求因,始可循因施治;如肝虚则需平肝熄风,肾亏是应滋肾潜阳等,在急则治其标,缓则治其本,或标本兼治的治疗原则下,才有可能收根治之效。

3 中风的病程

本病病程一般可分为3个阶段:^①先兆期:包括先是肝气横逆,继之肝火冲激,而终至肝阳上亢,肝风煽动的一系列过程,为猝中之前驱症。每见头重脚轻,眩晕肢麻,动则气急,夜尿频数,耳鸣眼花失眠,心悸肉跳易惊,或有一时性语言謇涩,其中以肝风初动为本期的最后界限,进一步发展

则可因内风翕张而猝中神昏。故亦可谓之肝风期。

^④猝中期:症见猝然昏仆,口喎流涎,手足不遂,或有舌强言謇,或具六经形症(多因兼感外邪致有此并发症),因其症候不同,又有闭症、脱证及内闭外脱等型之别。

^④后遗期:猝中后,重者可于短时间内死亡,轻者可于治疗后醒转,唯醒后有半身不遂,口眼歪斜,舌强语蹇,神志呆木或遗尿不禁等症候,但少数亦可全无后遗症。

由上可知本病最险急而又最引人注意的阶段是猝中期,它具有本病独异的和鉴别诊断的特点,为先兆症之继,亦为后遗症之源,承前启后,实为本病的险要过程,而控制猝中,亦为治疗本病的关键。

已如上述,病程诊断,可分为3期,并宜明确其特征:

(1)先兆期——依其症状轻重又可分为:^①肝气;^④肝火;^④肝阳;^④肝风等4个阶段。(2)猝中期——可分:^①闭症(阴闭、阳闭),^④脱症,^④内闭外脱3型。(3)后遗期——因其症状偏重的不同。而分成:^①偏瘫(左或右)^④口眼歪斜,^④言謇或不语,^④神志呆钝,^④遗尿不禁等几项特征。

4 结 语

本文对于中风一病的病因、病机、鉴别及分类、病程作了初步的探讨和综述,同时提出了本病病因主为内风,诊断时宜周密地分型以利辨证施治。

收稿日期:2008-07-15

基金项目:国家教育部科研项目(205029)

作者简介:孙志刚(1953-),男,教授,主任医师,硕士研究生导师,

主要从事神经外科疾病诊治研究。