

明清医家对中风治疗的认识

郑淑美

(福建中医学院, 350003, 福建福州 //女, 1979年生, 2002年硕士研究生)

摘 要: 中风是以猝然昏仆、不省人事, 伴有口眼喎斜、语言蹇涩、半身不遂, 或不经昏仆而仅以口眼喎斜, 不遂为主证的一种疾病。明代以后, 中风治法发生了重大变革, 多执“木必先枯也, 而后风催之。人必先虚之, 而后风入之。”的观点, 改变了以前单纯调气的治法, 使中风治疗进一步多元化。

关 键 词: 明清; 中风治疗

中图分类号: R255.1

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2004)02-0272-02

中风是以猝然昏仆、不省人事, 伴有口眼喎斜、语言蹇涩、半身不遂, 或不经昏仆而仅以口眼喎斜, 不遂为主证的一种疾病。本病宋代以前, 多执虚邪客身之说, 而从外风立论, 宋代始提出“阴阳不调, 脏腑久虚”“荣卫失度”等内因发病学说。如宋·严用和在《济生方·中风论治》中, 首先提出内外因分途论治法, “若内因七情而得之者, 亦先当调气, 然后依所感六气, 随证治之。”突出了调气的重要性。明代以后, 中风治法发生了重大变革, 多执“木必先枯也, 而后风催之。人必先虚之, 而后风入之。”的观点, 改变了以前单纯调气的治法, 使中风治疗进一步多元化。现将有关治法综述如下:

1 化痰顺气

明清时期, 痰饮学说已日趋系统和完善, 因此, 在中风的治疗上许多医家已认识到了祛痰的重要性。痰阻可导致气阻, 气顺可助化痰, 于是“顺气”又成了“化痰”的好助手。如龚廷贤认为, “中风身温口多涎, 猝然昏倒不能言, 急用通关开噤口, 化痰顺气当先”。治中风不省人事, 不问痰厥、气厥皆用南星、木香、生姜; 治风著, 口面喎斜, 语音不转用独活、竹沥、生地黄; 治口眼喎斜, 用白芷、独活、薄荷……。缪希雍在治疗类中时也采取了化痰顺气之法, 他认为, 类中则由“多热多痰, 真阴既亏, 内外弥甚, 煎熬津液, 凝结为痰, 壅阻气道, 不得通利, 热极生风, 以致猝然僵仆”, 治当用清热的天门冬、麦冬、甘菊, 顺气的紫苏子、枇杷叶、郁金, 开痰的贝母、白芥子以治其标。

2 祛邪扶正

有些医家认为, 中风不仅有实邪而且还存在正虚, 因此, 祛邪与扶正应共同应用。如孙一奎认为, 应分外感重还是内伤重。外感重者, 宜先祛外邪, 而后补中气; 内伤重者, 宜先补正气而后攻外邪。或以补虚药为君, 而散风药为佐使, 全在治法, 量标轻重而治之。凡中风证, 内邪已除, 外邪已尽, 当服愈风汤, 以行导诸气。缪希雍将中风分为真假内外, 治疗真中风, 治则为先散风邪, 次则补养气血, 方用小续命汤: 桂枝、麻黄、防风、南星等; 治疗类中除上述提到的化痰顺气治标外, 治本则用益阴的天门冬、甘菊花、怀生地、补阳的人参、黄芪、鹿茸、大枣。李中梓则认为, “大抵治风之法, 初得之便当顺气, 及其久也, 即当治血”。

3 滋补阴阳

阴虚、阳虚或阴阳两虚皆可导致风邪乘虚而入而致中风, 治疗的根本在于补阴、补阳或阴阳并补。如喻嘉言认为, 中风为“阴虚邪害空窍为本”, 非补虚则风不出。叶天士认为, “非发散可解, 非沉寒可清”, 通常采用“甘味熄风法”。此法应辨肾中阴阳之偏差, 用药上认为补虚唯有甘药, 对于肾水亏损, 水不涵木者, 治宜滋阴泄热, 药用生地、熟地、元参等; 肾阳虚者, 治宜温肾补阳, 药用肉苁蓉、枸杞子等; 肾阴阳两虚, 动化内风者, 一方面, 以甘平寒之品滋阴涵木, 抑制肝阳上越化风; 另一方面, 温肾不用桂、附燥热之品, 主以甘辛温润之品。张景岳认为, “有中风者, 猝然昏愤, 不省人事, 此非外来风邪, 乃本气自病也。”所谓根本者, 真阴也。故凡治类风者, 专宜培补真阴以救根本, 则风燥自除矣。治虚者, 当察其在阴在阳而直补之。故凡治卒倒昏沉等证, 若无痰气阻塞则以大剂参、附峻补元气, 以先其急, 随用地黄、当归、甘草、枸杞之类填补真阳, 以培其本; 肾阴虚者, 则治以左归饮、左归丸、六味地黄丸之类主之, 以“壮水之主”; 肾阳虚者, 治以大补元煎、右归饮、右归丸、八味地黄丸之类主之, 以“益火之源”; 肾阴阳俱虚者, 治也以大补元煎主之, 以“悉力挽回, 庶可疗也”; 脾虚者, 当以五福饮之类培其中气, 虚甚者, 宜用大补元煎或十全大补汤治之。张景岳极力反对妄用痰药, 认为对痰的治疗需辨证论治, 分清虚实。

4 补气活血

气虚无力, 必致经脉不濡, 不濡则日久无力, 故致半身不遂; 日久血瘀, 更加重了经脉的不通, 因此, 补气的同时应注意活血, 在这一方面王清任最具有特色。他反对前世医家关于中风因于风、火、痰、湿及真中、类中之分, 推崇张介宾对中风成因有“高人之见, 论半身不遂大体属气虚”, 强调中风半身不遂, “亏损元气, 是其本源”, 即半身不遂是由于经脉不通所致, 而不通畅的原因是元气不足, 无力推动瘀血, 欲使之恢复正常, 必须选用大补元气之药, 于是自创了补阳还五汤来大补元气以治其本。此方特点是黄芪量大且生用, 活血药用量轻微, 意取生黄芪之性走而周行全身, 又因气虚所致血瘀, 故补气药与活血药合用。王清任的用药经验对于当今临床上气虚型中风后遗证、中风先兆和小中风的治疗具有很大的指导意义。

5 培补脾胃

脾为后天之本, 主四肢; 胃主腐熟水谷, 两者对肢体

的运动都起极其重要的作用。若脾胃虚弱, 肢体得不到充分的营养, 则可导致四肢的无力, 更甚者, 导致不遂。因此在中风的治疗过程中, 培补脾胃显得尤其重要。明·李中梓在治疗中风时就做到了这一点, 他认为“因脾胃虚而四肢不举者, 慎不可杂以风药, 应以培补为主”, 用药以补脾胃之药为主, 如四君子汤、茯苓、肉苁蓉等。

从以上可以看出, 明清医家对中风的治疗已日趋完善和多元化, 在单纯“外风”的病因基础上, 又提出了化痰顺气、祛邪扶正、滋补阴阳、补气活血、培补脾胃的治疗方法, 为后世医家治疗中风奠定了良好的基础, 后世医家在临床上也多采用这些方法。

参考文献

- [1] 张民庆, 王兴华. 医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999, 8
- [2] 裴惠占. 叶天士中風治法探析[J]. 湖北中医学院学报, 2002, 2(4): 7~8
- [3] 张志强. 叶天士论治中風述要[J]. 湖北中医杂志, 1999, 21(11): 487~490
- [4] 陈海燕, 金杰. 王清任对中风病的贡献[J]. 陕西中医函授, 1997, 5: 9~10
- [5] 韩伟锋, 徐立然. 张锡纯论治中风病用药特色探讨[J]. 新中医, 2001, 33(3): 8~9

(上接第 242 页) 具有减轻和治疗肾病伴高血脂的作用。

表 6 大黄廔虫丸对肾病伴高血脂血症大鼠血中 ALB, TP 等的影响 ($\bar{X} \pm S$)

组别	TP(g/L)	HDL-C(mmol/L)	BuN(mmol/L)	ALB(g/L)	G(g/L)	CHO(μmol/L)	TG(μmol/L)	Cr(μmol/L)
正常组	64.3±3.27 ^{△△}	0.53±0.20	8.79±1.49	27.6±4.00 ^{△△}	36.7±5.38	1.18±0.19 [△]	1.23±0.79	65.7±18.85
模型组	55.0±6.11	1.57±0.59	14.5±6.64	19.8±4.06	35.2±2.87	3.63±1.89	3.6±2.37	75.8±30.30
阳性组	60.3±4.76	0.72±0.18 [*]	12.8±2.48	22.2±2.80	38.7±3.86	1.80±1.04 [*]	1.49±0.54	76.7±26.93
治疗组	59.3±7.58	0.76±0.28 [*]	11.4±3.30	23.6±7.45	33.7±4.0	1.55±0.57 [*]	0.56±0.37 [*]	65.1±26.75
治疗+组	61.3±1.69	0.83±0.38 [*]	11.2±1.04	22.1±2.02	39.1±2.11	1.75±0.91 [*]	1.42±0.87 [*]	76.6±8.23

注: 与肾病模型组比较: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

实验结果所示: 大黄廔虫丸 0.75g/kg 和 1.5g/kg 剂量组可明显降低肾病伴高血脂血症大鼠血中的 HDL-C, CHO, TG 含量, 与肾病模型组比较差异显著 ($P < 0.05$, $P < 0.01$) 同时可升高 BuN, TP 和 ALB 含量, 具有一定的治疗肾病伴高血脂血症的作用。

3 讨论

大黄廔虫丸组方为张仲景《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》中, 由熟地黄、黄芩、生地、廔虫、水蛭等组成, 是以通为补, 祛瘀生新, 缓中补虚之。临床上多用于久病正虚而有血瘀之证, 近年来, 临床上应用本方治疗多种疾病, 该方药理研究表明, 具有抗血栓, 抗血小板聚集, 降脂等作用, 方中水蛭对 TG、TC 和 TXB₂ 升高、血小板聚集有抑制作用, 同时对肾小管坏死大鼠的血肌酐和尿素氮有降低作用。大黄具有利尿, 对肾功能不全患者可明显降低血中尿素氮和肌酐含量; 桃仁具有改善血流阻滞, 血行障碍的作用, 能使各脏器组织机能恢复; 廔虫具抗凝血, 降低血小板聚集性和粘附率, 降脂作用。临床上观察该药可消除蛋白尿, 保护肾功能, 延缓肾末期肾衰进展的速度, 在此基础上, 我们将大黄廔虫丸用于 ADR 肾病伴高血脂血症模型大鼠。

ADR 肾病是大鼠肾病综合征(NS) 模型, 我们采用右肾切除术 1 周, 静脉注射 ADR5mg/kg, 2W 后尿中蛋白明显增多, 肾病模型组和正常对照组比较具有显著性差异 ($P < 0.01$), 4W 后开始饲喂高脂饲料, 1 次/d, 连续 4 周后, 造成 ADR 肾病伴高血脂大鼠模型。从大黄廔虫丸治疗结果来看¹ 1.5g/kg·d 和 0.75g/kg·d 剂量在连续给药 4W 和 6W 后, 体重和摄食量有明显上升趋势, 与肾病模型大鼠比较有显著性差异, 说明大黄廔虫丸在治疗过程中有促进大鼠生长的作用。这对治疗 ADR 肾病起到辅助作用。④ADR 肾病大鼠尿蛋白增高明显, 大

黄廔虫 1.5g/kg·d 和 0.75g/kg·d 剂量连续给药 4W 后, 可使尿中蛋白排除减少, 10W 后尿蛋白定量检测结果与肾病模型组比较有显著差异 ($P < 0.05$)。提示: 大黄廔虫丸治疗 ADR 肾病与减少尿中蛋白排泄有关。④连续给予高脂饲料 4W 后, ADR 肾病大鼠即可造成高血脂症, 血清中脂质水平, 其中 1.5g/kg·d 剂量组的对 TG 和 HDL-C 降低与模型组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。提示: 高脂饲料可加剧 ADR 肾病大鼠病情恶化^[1], 而大黄廔虫丸通过降低血清中脂质水平缓解和治疗 ADR 肾病。④连续给药 10W 后, 大黄廔虫丸 1.5g/kg·d 和 0.75g/kg·d 剂量可明显降低血清中 CHO、TG 和 HDL-C 水平, 与 ADR 肾病模型组比较有显著性差异, 同时可升高 BuN、TP 和 ALB 含量。提示: 大黄廔虫丸对 ADR 肾病伴高血脂血症的治疗与降低血清中脂质水平和蛋白排出有关。

实验结果提示, 大黄廔虫丸通过降低血清中胆固醇和甘油等含量, 减少尿蛋白排出, 降低血中肌酐和尿素氮含量, 延缓肾衰的发生, 具有治疗 ADR 肾病伴高血脂血症的作用。

参考文献

- [1] 周全荣, 戴诗文, 王绪平, 等. 肾病 5 号对腺嘌呤致大鼠慢性肾炎模型的治疗研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 1999, 4(4): 282
- [2] 周锦明, 蔡浙毅, 葛缘仁, 等. 益肾解毒汤延缓大鼠慢性肾功能衰竭进程的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 1999, 5(4): 21
- [3] 邓虹洙, 陈育尧, 陈江华, 等. 中药通腑固肾灌肠剂治疗大鼠慢性肾衰的实验观察[J]. 中国中药杂志, 1999, 24(7): 248
- [4] 侯连兵. 三种慢性肾衰模型的制备及意义[J]. 华西药理学杂志, 1994, 9(3): 169