

耳子 6~9g, 苍术 9g, 五加皮 9g。汗多可减麻黄。腰痛明显, 以腰脊强痛为主者, 可加补骨脂 12g, 制草乌 3g, 干姜 3~6g。略见热象者, 改熟地为生地, 加炒黄柏 12g, 秦艽 12g。骨关节见损者, 可加寻骨风 15g, 自然铜 9g(先煎)。(5)补肾清化治痞汤: 骨碎补 15~20g, 川断 10~20g, 怀牛膝 9~12g, 黄柏 9~12g, 苍术 12g, 地龙 9g, 秦艽 12~18g, 青蒿 10~15g, 豨莶草 30g, 络石藤 30g, 青风藤 15~25g, 防己 10g, 威灵仙 10~15g, 银柴胡 10g, 茯苓 15~30g, 羌独活各 9g, 炙山甲 6~9g, 生薏米 30g。本方主治湿热伤肾证。四肢屈伸不利者, 加桑枝 30~40g, 片姜黄 10g。减银柴胡、防己。疼痛游走不定者, 加防风 9g, 荆芥 10g, 去地龙。痛剧难忍者, 可加闹羊花 0.3~0.6g。治疗一段时间, 如出现关节喜暖怕凉之症者, 可参照“痞痹的辨证论治”一文中第二方加减。

北京中日友好医院(100029) 焦树德

中风言语障碍的中医病名及分类

1 中风言语障碍的中医病名

近年有关中风言语障碍的报道, 所采用的病名有中风失语、中风暴哑、中风言语不利、瘖痲、中风不语等。除“失语”一词之外, 其余均可见于历代文献之中。但失语或失语症, 是西医病名词, 属言语障碍中的一类。从现有的文献来看, 多以中风失语来代替中风所致的言语障碍, 这不仅从概念上是中西混淆, 而且内涵外延均不相符。可见以“中风失语”作为中风言语障碍的中医病名不妥。

中医病名首先要具有中医特色, 既简单明了, 又尽可能概括病位、病因、症状等基本特征。关于中风言语障碍的记载, 首见于《素问·大奇论》曰:“心脉小坚急、皆鬲偏枯, 男子发左, 女子发右, 不瘖舌转, 可治”。《素问·脉解》亦云:“所谓入中为瘖者, 阳盛已衰, 故为瘖, 内奇而厥, 则为瘖痲, 此肾也”。这里“瘖”即说不出话, “痲”即肢体萎废不用。故瘖痲一词, 似相当于中风后言语障碍。此后, 晋·皇甫谧《针灸甲乙经》中, 有“风寒客于厌发瘖不能言”一节, 载有十二条因不同原因所致的不能言。

“中风不语”一词, 首见于元·王国瑞《扁鹊神应针灸玉龙经》, 云:“中风不语最难医, 发际顶门穴要知, 更问百会明补泻, 即日苏醒免灾难”。此后历代医家多沿用中风不语一词。而瘖痲、风瘖、风懿、中风失瘖、中风失音等今均弃之不用。瘖痲, 虽酷似中风后言语障碍, 但痲在历代论述中多指四肢不收, 故与以偏瘫为多见的中风病多有不符, 且瘖痲一词, 今人多不使用。风懿、风懿之名, 虽均代表以言语障碍为主症的病, 但从原文

的描述来看, 并未完全概括中风言语障碍的普遍特征。且瘖、懿二字, 从字义上已丝毫看不出言语障碍的意思。至于中风失瘖一词, 仅见于《千金要方》且瘖即不能言, 失瘖则有肯定之疑, 亦多有不妥。若用中风失音, 则音与语又不同, 有语必有音, 有音则未必能成语。中风一词, 现已成为众人皆知的急性脑血管病的中医病名, 不语代表言语障碍的特征, 两者并称, 简单明了, 况且从元代起就已沿用至今。此外, 还可区别于西医中风失语一词。故以中风不语为中风后言语障碍的中医病名, 既尊古, 又宜今。

2 中风不语的分类

中风后言语障碍, 从症状特征可分为两大类。第一类的语音形成的失调或障碍, 主要表现为发音不准, 吐字不清, 语调及速率节奏等异常。常伴有舌强、舌缓、舌体短缩或口噤不开等症状。第二类为语言交流中的表达和理解方面的功能失调, 主要表现为言语蹇涩不畅、答非所问、言语多误等。古代医家虽未从以上两方面对中风不语进行分类, 但已发现中风不语言语症状的不同特征。如《千金要方》已注意到五脏诸风所引起言语症状各具特征, 其中包括了上述两类。《冯氏锦囊秘录》则认为, 中风不语因当从言语特征进行分类, 其中指出:“中风不语之证有六: 有失音不语者; 有舌强不语者; 有神昏不语者; 有口噤不语者; 有舌纵语涩者; 有舌麻言蹇者, 可不详欤”? 可见, 古代医家已认识到中风不语分类的必要性。

中风不语是中风引起的言语障碍, 是一种后天获得性的听觉语言的障碍。听觉语言(言语)的构成包括两个方面, 即发声构音和借助特定声音符号的表达和理解。现代医学称前者为构音障碍, 后者为失语症。因此中风不语的分类, 即应从构音障碍和言语理解表达障碍两方面来分类。从古代文献中有关中风不语言语症状的描述, 可以发现, 古代医家已认识到这两方面的不同特征。如《千金要方》“言音嘶下、言音混浊、言音沉鼓、失音不语、口噤不语、瘖痲不语、言语不正”等显然是在描述构音发声方面的异常; 而“语声冒昧、语言蹇吃、言语倒错、心手不随、奄忽不知人、咽中窒窒然有声”等, 则显然是在描述言语的表达和理解方面的障碍。中风不语分类名称的确定, 仍应尽可能具有中医特征, 并能对临床辨证论治起到指导作用。

中风后所出现的发音构音障碍, 最突出的特征表现在发音构音的异常和舌体活动不灵两个方面。古代文献对此症状的描述, 曾采用“舌强不能言, 舌缓不能言、言音混浊、言语不正、舌瘖”等词。其中以舌瘖一词最能概括中风后发音构音障碍的特征。舌瘖, 首先指明

主要的病位在舌,这是中风后构音障碍患者所能见到的最明显的器官病变。除舌之外,或可见口歪、张口闭口不利、吞咽困难等症状,而舌体不灵活则为此类患者所必备,患者常以舌强、言语不清为主诉就诊。其次,瘖,即不能言,指言语表达障碍,尤其是发音的障碍。“舌”代表病位,“瘖”代表症状特征,基本概括了中风构音障碍的基本特征。

中风后所致的言语表达和听理解障碍,临床最突出的表现为言语的词、句、及语言逻辑组织上的表达和理解不全。古代文献中的描述有:言语蹇吃、言语蹇涩、语涩、言语倒错、语音冒昧、短气不得语、语则失忘等等。其中以“语涩”一词最能概括其特征。语,代表言语障碍的层次在语而不在音,涩,指出言语表达和理解的不顺利。故以“语涩”作为中风不语的言语表达和理解障碍的分类名称较为合理。

北京中医药大学东直门医院(100700) 赵百孝
孟宪坤

《南海寄归内法传》中 有关医学的资料

在中国佛教史上,晋代的法显、唐代的玄奘、义净是最著名、最有成就的僧人,分别留下了《佛国记》、《大唐西域记》和《南海寄归内法传》。义净 671 年从海路赴印度,695 年回到洛阳,历时 25 年,游历 30 余国。《南海寄归内法传》(简称《内法传》)系义净由印度归国途中在南海室利佛逝(今印度尼西亚苏门答腊)停留时所著。该书部分内容涉及当时印度的医药学,并与我国当时的医药学作了一些比较,具有一定的价值。

1 “五明”与“八病”

《内法传》27 条“先体病源”曰:“然西方五明论中,其医明曰:先当察声色,然后行八医,如不解斯妙,求顺反成违”。“五明”即五大学问,相当于中国的“六艺”。其中医方明即医药学,内容包括“禁咒闲邪、药石针艾”,说明当时印度也用药、石、针、艾治病。

“八医”在陈真谛所译《金七十论》中,称为“八分医方”,是一种医学分类法。《内法传》曰:“言八医者,一论所有诸疮,二论针刺首疾,三论身患,四论鬼障,五论恶揭陀药,六论童子病,七论长年方,八论足身力”。诸疮即人体内生发的疮、疱等的手术治疗,外伤如箭伤、刀伤等。针刺首疾即治理头部眼、耳、鼻等的疾病。身患即内科疾病。鬼障即以为是魔鬼所致的机能混乱疾病。恶揭陀药即毒药的制作。童子病即儿科疾病,包括孕妇疾病。长年方即化学或炼丹术。足身力即性的力量的增加技术。上述分类包括了现代医学中内、外、妇、儿、五官、

精神各科以及类似中国古代的炼丹术和房中术等。

2 四大不调

《内法传》28 条言:“夫四大违和,生灵共有,八节交竞,发动无恒。凡是病生,即须将息。故世尊亲说《医方经》曰:四大不调者,一婆嚧,二婆跛,三毕哆,四婆哆。初则地大增,令身沉重。二则水大积,涕唾乖常。三则火大盛,头胸壮热。四则风大动,气息击冲。即当神州沉重、痰痼、热黄、气发之异名也”。婆嚧,意即沉重,此指食积胃中,消化不良,有沉重之感,属地大增不调。婆跛,古代印度医学理论中所谓三种体液之一,约类痰液,此指涕唾增多,属水大积不调。毕哆,三种体液之一,约类胆汁,此指热黄之症,属火大盛不调。婆哆,三种体液之一,此指人体内产生并循环不已的一种风,约类中医中的“气”,属风大动不调。

印度医学理论把所有的疾病归纳成 404 种,每一“大”辄有 101 种病症;对不同的病症采用不同的方法治疗。上述四大不调,既互有区别,又互相关联、互相影响,其中地大增不调最为重要。

3 保健养身之道

《内法传》中还记载了印度僧人的养生保健之道。朝嚼齿木:“每日旦朝,须嚼齿木。揩齿刮舌,务令如法。盥漱清静,方行敬礼”。齿木可就地取材,以苦涩辛辣者为佳,最好的是苍耳根,可“坚齿口香,消食去痢。用之半月,口气顿除”。洗浴随时:印度天气较热,人们喜欢洗浴。但洗浴有严格的时间要求,僧徒都在每天早晨洗浴。“洗浴者并须饥时,浴已方食……饱食方洗,医明所讳”。经行少病:“五天之地,道俗多作经行。直去直来,唯遵一路,随时适性,勿居闹处,一则痊痼,二能销食。或可出寺长引,或于廊下徐行。若不为之,身多病苦,遂令脚肿肚肿,臂疼膊疼。但有痰痼不销,并是端居所致。必若能行此事,实可资身长道”。经行本是绕佛殿行走,是一种宗教仪式,同时也是一种保健运动。

4 中印医药学比较

在《内法传》中,还将中印医药学作了一些简单的比较,从中可以略见两国的医学发展水平。当时我国大约有 400 余种药材,且大多“色味精奇、香气芬郁,可以蠲疾,可以王神”。而印度的主要药材只有藏青果(诃黎勒),藏红花(郁金香)、阿魏、龙脑香、豆蔻、丁香等少数几种。我国的药材占有很大的优势,为印度人所羡慕。义净认为我国“针灸之医、诊脉之术,赡部洲中无以加也”。反映当时我国的针灸学、诊脉学水平远远超过印度及南海诸国。这也证明了有些学者认为中国的针灸学来自印度的论断是没有根据的。

北京针灸骨伤学院附属医院(100015) 俞东青