

# 百 家 园

## 再谈尪痹的辨证论治

近 10 多年来,我曾在国内外讲述过“尪痹的辨证论治”(见《中医杂志》1992 年第 3 期)。近些年来,在临床、教学和科研工作中,对尪痹的辨证论治有了进一步的体会和认识。

### 1 关于尪痹的病因病机与发生发展

过去曾强调,对“风寒湿三气杂至合而为痹”的“合”字应作深刻理解,即不但风寒湿三气杂“合”而使人可以患痹病,而且还要进一步体会《内经·痹论》中关于与风寒湿三气合者则为痹,不与风寒湿三气合者则不为痹的重要意义。人体受风寒湿三气杂至的侵袭,不一定都可患痹病,与三气合者才为痹,不与三气合者则不为痹。由于风寒湿三气杂至有的合于皮肉筋骨,有的合于脏腑血脉,还有的与不同的时令相合,也有的又与不同脏腑所主的不同时气相合等,有许多不同的组合,而发生不同的“痹”。另外,在临床上除重视“合”字的涵意之外,还要注意结合中医学中的从化理论。中医学认为邪气侵入人体后常常发生“从化”而使病证产生转变。“从阴化寒,从阳化热”这一疾病转化机理,源出于《内经》,仲景先师首先运用于临床,后世医家也有论述。这一从化理论在临床上指导辨证论治具有非常重要的意义。尪痹虽然以寒湿之邪深侵入肾为主要病机,但是再结合从化理论来分析,有“从阴化寒”而见寒盛证,有“从阳化热”而见化热证,因此在观察、认识和理解尪痹的病因病机与证候变化时,不但要注意深入理解“合”字的深刻涵意,还要注意运用从化理论去辨证分析,才能更好地认识尪痹各个不同阶段不同证候的变化。

### 2 关于尪痹病因病机特点

过去主要强调三个方面,即(1)肾虚寒湿深侵入肾;(2)各季寒盛,肾气当令,同气相感,深侵入肾;(3)复感三邪,内含肾肝。现在还要强调:肾督两虚,寒袭督脉,肾督同病。另外,这些年来,通过临床实践,认识到某些常年处于湿热气候的地域或国家,也有在肾虚条件下风寒湿(寒湿较重)深侵入肾,但由于体质和环境关系,而邪从热化(从阳化热)而形成了湿热伤肾,或

湿热过盛,肾不胜邪,入肾伤骨而发病的。因为水湿同源,肾主水,故湿邪过盛也可影响到肾,脾受湿也可以传肾克肾。肾为水火之脏,湿从火化则肾火浮动致肾失坚封藏之性能而受伤,故须再认识湿邪化热,久郁不解而致伤肾损骨的另一面。总之,肾主骨,邪侵入肾则可渐渐影响到骨和肝而形成骨松筋挛、关节变形、肢体僵曲不能自由活动的尪痹。

### 3 对常见证的补充

过去只讲到三种常见证候,即:(1)肾虚寒盛证;(2)肾虚标热轻证;(3)肾虚标热重证。这三种证候多见于我国北方或比较寒冷的地域或气候有寒有热以及多寒少热国家。寒邪深侵入肾为疾病之本,不同程度的化热之证为疾病之标。由于对本病不断深入的认识,在上述基础上再补充以下两证:(4)肾虚督寒证:腰骶脊背疼痛,痛连颈项,背冷畏寒,脊柱僵硬弯曲,直腰、弯腰受限,两腿活动受限,得温暖而痛减,大腿外展或下蹲受限,舌苔薄白或白,脉象沉弦或兼细,或沉细弦迟。甚者致“尻以代踵,脊以代头”而成尪废之人。(5)湿热伤肾证:多个关节肿痛,痛处用手摸之有些发热,喜凉爽,皮肤不红,常伴有腰膝乏力、晨僵,也可有轻度身热或下午潮热久久难解,关节自感蒸热疼痛,痛发骨内,关节有不同程度的变形。舌苔黄腻或白厚浮黄。脉象滑数或沉弦细数,尺脉多小于寸关。此证多见于气候潮热地域,根据从化理论,也会有一些寒证,但湿热证多,寒证少见。

### 4 对经验药方的补充

在“尪痹的辨证论治”中,介绍过 3 张经验方,即(1)补肾祛寒治尪汤,主治肾虚寒盛证;(2)加减补肾治尪汤,主治肾虚标热轻证;(3)补肾清热治尪汤,主治肾虚标热重证。现再补充:(4)补肾强督治尪汤:熟地 15~20g,制附片 10~12g,金狗脊 20~40g,鹿角胶 9g(烊化或鹿角霜 10~15g),骨碎补 15~20g,羌活 12g,独活 10g,川断 15~18g,杜仲 15g,桂枝 15g,赤白芍各 12g,知母 15g,地鳖虫 6~9g,白僵蚕 9~12g,防风 12g,麻黄 3~6g,炙山甲 9g,怀牛膝 12~15g,伸筋草 20~30g。本方主治肾虚督寒证。若腰膝疼痛,大腿伸屈不利,下蹲困难者,可加泽兰 12~15g,白芥子 6~9g,苍

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)补肾清化治痿汤: 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“痿痹的辨证论治”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, 但瘖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“语音冒昧、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