

中风病中医辨病的临床意义

刘 亮* 周文学* 段 锦* 李 曦*

摘要 通过对中风病病名的变迁、演变到统一的分析及中风病辨病与辨证治疗效果的比较,认为中风病的治疗虽然辨证与辨病缺一不可,但辨病更有针对性。应重视中医辨病,有利于中风病诊断的准确性和临床疗效的提高。

主题词 中风/中医药疗法 辨病

中风在临床上是一种常见病、多发病,在中风急性期及时采取中西医结合的方法治疗,是降低病死率、减轻致残率的关键。近年来,中医药对中风病的研究活跃而深入,对中风病证候学的研究,是中风病研究的核心问题。

但中风病在临床诊断上往往过于强调辨证,而忽视中医辨病,由于“病”的概念欠确切,尤其是病名不规范,被视作可有可无,甚至有人提出用“西医诊病,中药治疗”,无形中走入“弃医存药”的怪圈。中医病名有丰富的内涵与外延,临床必须重视疾病诊断并坚持使用中医病名^[1]。研究某一对象,必先正名,正如张景岳所言:“凡诊诸病,必先宜正名。”不过由于历史局限,历代中医内科的许多疾病都是以症状作病名,病种分类不多,不如今天的医生能借助现代科技对疾病的本质有更深刻的认识,因而强调辨证论治的作用。但历代医家在反复的临床实践中也确立了部分较能反映疾病本质的非症状性病名,中风就是其中之一。有中医片面强调西医诊断,认为只要西医诊断明确,中医诊断可有可无、无关紧要。其实不然,中医对中风病诊断是病名证名的诊断,是理法方药的完整统一,它直接关系到临床疗效,因而决不是单纯的西医诊断所能代替。

1 病名之争统一了中风病名

有关中风病名的记载,始见于《内经》。中风病有煎厥、薄厥、大厥、巅厥、昏仆之名,中风后遗症有偏枯、偏风、中风的记载。至东汉,张仲景《金匱要略·中风历节病脉证并治》篇中,较为详细地论述了中风病的病因病机。至此,始有中风专论。

隋代巢元方《诸病源候论·中风候》中有中风候、风瘕候、风口喎候、风舌强不语候、风口喎候等。唐代孙思邈《备急千金药方·诸风·论杂风状》说:“中风大法有四,一曰偏枯,二曰风痲,三曰风懿,四曰风痹。”唐宋

以后,由于学术的发展,对本病的名称有了新的认识。元代王履将中风病分为真中风、类中风两大类,认为金元四大家所言之中风为“类中风”,与《内经》所言之“真中风”不同,这对中风病的病因病机认识有了很大的变化。

明代楼英《医学纲目》首用“卒中”之名,认为“中风,世俗之称也。其症卒然仆倒,口眼喎斜,半身不遂,或舌强不言,唇吻不收是也。然名各有不同,《经》称为击仆,世又称卒中”。缪希雍等提倡“西北为真中风,东南为类中风”,这是以地域不同来分辨真中风、类中风的审证求因方法。但林珮琴指出:“夫以地分真、类,谓真中者西北为剧,类中者东南为多,未可胶柱以谈也。”沈金鳌等从临床症状分析,认为有六经形症者为真中风,而无六经形症者为类中风。可见,对中风认识不同,命名就不同,其含义相差甚远。中风的一些症状常出现在厥证、痹证、昏迷、痉病等病中,造成概念上的混乱。

所以,明代张景岳在《景岳全书·杂证谟·非风》提出“非风”病名,他说:“而古今相传,咸以中风名之,其误盛矣。故余欲易去二字,而名类风。又欲名属风,然类风、属风,仍与风字相近,恐后人不解,仍尔模糊,故单用河间、东垣之意,竟以非风名之,庶乎使人易晓,而知其本非风症矣。”

张山雷指出:“晚近医家所谓真中、类中之界限,实即外风、内风之畛域。然自真中、类中显然分别之后,则类中之病,所在多有;而所谓真中风者,不可复观。”认为中风病是由内因所引起,也就是中风病全部都是类中风病,结束了王履真中风病的存在,得到了许多医家的认同。

随着中医内科学的发展,中风病的病名、病因、病机、五大主症都进行了统一的界定。1986年制定的《中风病中医诊断疗效评定标准》出台,中风病的病名为“中风病”,又名“卒中”。1992年全国脑病急症会议上又正式统一“中风病”作为病症名,在CVD(TCD)编码中与西医一致。对椎-基底动脉血管病变出现风眩、风痲以及风瘕、风痹、风痴、疯癲、风搐、舌謇等证,不以偏枯为主症者,定名为“类中风病”(包括脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血等)。根据临床症状特征不同,将以传统中风病的五大主症(半身不遂、口舌歪斜、语言謇涩或不语、偏身麻木、或神识昏蒙)为主要临床表现的一

* 成都医学院第一附属医院中医科,四川省成都市新都区宝光大道 278 号(610500)

收稿日期:2004-12-22;修回日期:2005-02-11

类脑卒中归属中风,仍延续中医传统中风的理论体系。以头痛、眩晕、精神障碍等多种症状为主要临床表现的脑卒中归属类中风单独研究,不断从中医角度揭示其规律,丰富和发展中医中风病理论^[2]。

由此可见,本病名称繁多,争议大。中风病名的变迁、演变到统一,标志着对中风病的认识不断深入。

2 中风病辨病使选方用药更具有针对性

传统的中医在中风病的诊治中,既辨证也辨病。徐阳孙等^[3]以《名医类案》与《续名医类案》记载的 116 例中风医案为依据,运用文献理论研究方法,并借助于医学统计学手段,对运用药物及药量进行了深入细致的精确计算。概括出了对内科急症——中风病的辨证论治和辨病论治的用药规律。凡气虚型中风者均可治以六君子汤合当归、黄芪、柴胡、升麻、天麻、防风。凡痰湿型中风者均可治以二陈汤合天南星、竹沥、姜汁、当归、白芍、白术、川芎、羌活、人参。凡阴虚型中风者均可治以六味地黄丸合生脉散、川芎、当归、生地黄、防风。凡阳虚型中风者均可治以参附汤合肉桂、白术、炙甘草、茯苓、干姜。并且规范了方药。辨病治疗中,中风病皆可以用稀莖丸治疗,均可加人参、白芍、当归、白术、川芎、防风、天麻等药。廖兵强等^[4]运用辨病论治中风病 69 例,总有效率 76.8%。在中风病辨病论治过程中,辨病论治规范了证候和方药,提高了中风病诊断的准确性,使选方用药更具有针对性,从而提高了临床疗效。所以,辨病论治将有利于中风病治疗的专方专药开发。

3 辨证论治在中风病的诊治过程中是辨病的具体化和深入

临床上辨证论治中风病很多,而且也能收到良效,但实际上这是在明确中风病的概念下进行的辨证论治,因为辨病是纲,辨证是目的。刘玉环等^[5]治疗 88 例,气虚血瘀型用补阳还五汤,肝肾阴虚型用镇肝息风汤,风痰阻络型用二陈汤,脉络空虚、风邪入中型用秦艽汤;症见肢麻加地龙、蜈蚣,口眼歪斜加全蝎、白僵蚕;语言不利加石菖蒲,便秘重用当归。基本痊愈 23 例,显效 39 例,好转 23 例,无效 3 例。宋承山等^[6]用蠲瘀启闭汤治疗 66 例,肝阳暴亢者减黄芪,加天麻、钩藤、柴胡、夏枯草;风痰交阻型加制半夏、胆南星、天麻;痰热腑实型加大黄、芒硝、制半夏;阴虚风动型加白芍、熟地黄、沙参;中脏腑应视病情先灌服安宫牛黄丸、至宝丹、生脉散等,基本痊愈 42 例,显效 19 例,有效 4 例,无效 1 例,总有效率 98.5%。海丽等^[7]认为,气虚是致病的根源,气虚血瘀是急性期的主要病机,用益气活血法治疗 30 例,肝肾阴虚、风阳上扰型加龙骨、牡蛎、赭石、龟甲;阳闭证以风阳上扰为主加羚羊角、石决

明、夏枯草;以痰浊壅盛为主加制半夏、陈皮、竹茹、胆南星;脱证加制附子、人参、山茱萸;兼里实热加酒制大黄,痊愈 24 例,好转 5 例,无效 1 例,总有效率 96.7%。从以上对中风病的治疗来分析,无论其选方、用药、证候的诊断、药物的加减,都遵从了中风病发生、发展和转化的规律。

4 结合现代医学的中风辨病和辨证更能揭示中风病的本质

临床对中风病的诊治,西医辨病中医辨证运用较多。张慧^[8]用泻肝清热凉血开郁汤治疗出血性中风 50 例,显效 11 例,有效 34 例,无效 2 例,恶化 3 例,总有效率 83.37%。袁永萱等^[10]用祛痰开窍法治疗出血性中风伴意识障碍 60 例,合用安宫牛黄丸及苏合香丸,治愈 17 例,好转 40 例,无效 3 例。李文浩^[10]用葛蒲郁会汤治疗出血性中风伴意识障碍 120 例,属闭证加安宫牛黄丸或苏合香丸;属脱证加大剂量参附龙牡汤合生脉饮;抽搐加全蝎、僵蚕、蜈蚣;便秘甚加芒硝、厚朴、枳壳;痰盛加天竺黄、法半夏,治愈 29 例,好转 85 例,无效 6 例,总有效率 95%。张介眉^[11]用黄芩汤治疗急性脑梗死 31 例,服药期间不用其它血管扩张药,治愈 6 例,显效 10 例,有效 12 例,无效 3 例。以上对中风病运用西医辨病中医辨证治疗,显然十分有效。这是借助现代医学,使中医对中风病的辨证论治更细化,是中医医学中风病辨病论治的升华,不但对中风病的本质有了更深入的了解,而且也丰富了中风病辨病的内涵。

5 讨论

中医认为,中风是由于气血逆乱,产生风火痰瘀,导致脑脉闭阻或血溢脉外而致。中风的发病,均以虚、风、火、痰、瘀、气(气逆)六者为其病理基础,本虚而标实。中风病病因复杂,常是多种病因,发病常有诱因。按病情轻重可分为中络、中经、中脏、中腑。在其发展过程中,由于多种原因,证候可在脏腑经络间相互转化。中风病的诊断必须与痫证、厥证、痉证等疾病相鉴别。在急性期,其证表现为肝风痰火、或肝风痰浊、或肝阳化风、或痰火瘀阻、或气虚血瘀、或肝风痰瘀、或痰热腑实等证候,可用导痰汤、天麻钩藤饮、羚角钩藤汤、补阳还五汤、星蒺承气汤等加减以涤痰熄风、平肝潜阳、熄风清热、益气化瘀、化痰通腑,并可加用三七、丹参、水蛭等祛瘀生新、活血止血;恢复期表现为气虚血瘀、或阴虚阳亢、或肝肾阴虚、或肝阳上亢等证候,故用补阳还五汤、杞菊地黄汤、镇肝熄风汤等加减以滋养肝肾、益气化瘀、平肝潜阳。后遗症期标本兼治,可用补阳还五汤合地黄饮子等加减以益气化瘀、滋补肝肾。肢体瘫痪疼痛、挛缩者,加服大活络丹或人参再造丸以搜风通

络。急性期闭证者,有热象表现为肝风痰火闭郁清窍,可加用安宫牛黄丸或清开灵等以辛凉开窍、清肝熄风;无热象表现为肝风痰浊内闭清窍,可加用苏合香丸以辛温开窍、豁痰熄风。因而如何把握好中风病的发生、发展规律,明确其每一阶段证候,是提高临床诊断准确率和疗效的关键所在。

辨病论治与辨证论治是中风病同样重要的诊断治疗方法,二者应互为补充。辨证是中医临床分析、认识、治疗疾病最根本的方法。不同疾病,有质的区别;同一疾病,在不同阶段,或不同体质,也有质的区别,因此,要用不同的方法去解决。辨证立法解决的是中风病主要矛盾,是中医临床医生根据四诊,得出中风病证候,而用何种方药的“有是证,用是药”着眼解决中风病发展过程中某一阶段的主要矛盾。辨病论治解决的是中风病基本矛盾,基本矛盾存在于中风病的所有矛盾中,具有决定性的意义,并贯穿在中风病从产生到结束的整个过程中。

“病”与“证”二者进行比较,病是个性的表现之证。在一定意义上说,辨病是掌握疾病的个性,辨证是掌握疾病的共性。清代徐灵胎曾说:“病之总者谓之病,而一病必有数证”。所以临床医生对中风病的个性了解越深入,那么他概括出来的共性规律就更有普遍的指导意义。在中风病的辨证与辨病中,中医不只讲辨证,而是通过以四诊为途径,以科学思维,因地因人因时等方法达到辨证,并且根据中风病发生发展规律判断疾病的预后和转归。历代医家对“中风”从名称、病因、病势、病

性、病位等到治疗无不有深入细致的讨论,并对多种相类似的疾病加以鉴别诊断,论述了中医学自身特色的辨病规律。通过辨病,可以认识中风病证的发生、发展规律,明确中风病的证候,规范中风病的选方和用药,使中风病的选方和用药更具有针对性,也便于在临证实践中掌握,从而提高临床疗效。

参考文献

- 1 朱文锋,贺泽龙.论坚持中医病名诊断的必要性.辽宁中医杂志,2000,27(2):50~52.
- 2 郭蓉娟,任占利,王弘午,等.类中风研究(Ⅱ)——类中风主症的研究.北京中医药大学学报,1999,22(5):28~31.
- 3 徐阳孙,吴文刚,孙丽华.《名医类案》和《续名医类案》中风用药规律探讨.中国医药学报,1989,4(6):50~52.
- 4 廖兵强,陈跃飞.辨病论治中风病 69 例临床观察.湖南中医药导报,2003,9(11):19~20.
- 5 刘玉环,李大文,李苗然.88 例老年中风辨治探讨.中医药学报,1997,15(2):22.
- 6 宋承山,刘福礼,王建业,等.醒脑开窍汤治疗急性中风 66 例疗效观察.中西医结合实用临床急救,1997,4(3):124~125.
- 7 海丽,盛力.益气活血法治疗中风急性期 30 例临床体会.实用中医内科杂志,1997,11(1):38.
- 8 张慧.泻肝化痰法治疗出血性中风体会.江西中医药,1997,28(1):16.
- 9 袁永萱,郑本德.祛瘀开窍法治疗出血性中风伴意识障碍 60 例.实用中西医结合杂志,1997,10(11):1080.
- 10 李文浩.葛蒲郁金汤加减治疗出血性中风伴意识障碍 120 例.中西医结合实用临床急救,1998,5(8):380~381.
- 11 张介眉.黄芩汤治疗急性脑梗塞临床观察.中国中医急症,1999,8(1):13~14.

神威牌清开灵软胶囊有奖征文通知

神威药业有限公司是一家专业从事现代中药研发、生产、销售的大型现代化医药企业,是国家计委命名的“中药现代化科技示范基地”。由神威药业出品的神威牌清开灵软胶囊是清开灵类唯一的软胶囊制剂,其药物稳定性好,吸收快,自上市以来,得到了广大临床医学工作者的支持和好评。为了进一步增强对该产品的认识,总结和交流临床对神威牌清开灵软胶囊的应用经验,指导临床合理用药,中医杂志社与神威药业联合举办“神威牌清开灵软胶囊临床应用有奖征文”活动。

征文内容:清开灵软胶囊治疗上呼吸道感染的疗效与安全性比较报告。

征文要求:请参照《中医杂志》稿约中的有关要求撰写完整的病例报告,建议参照药品说明书对患者进行正规治疗,同时应有必要的实验室及医学辅助检查。全文不超过 2000 字。论文请采用 Word 格式打印。

征文时间:2005 年 7 月 1 日至 12 月 31 日。

奖励办法:我们将邀请国内著名专家进行论文评审,此次活动将设立一等奖 3 名(各奖 3000 元奖金),二等奖 5 名(各奖 2000 元奖金),三等奖 10 名(各奖 1000 元奖金)。获奖论文符合《中医杂志》刊用标准者,将在《中医杂志》上发表。

投稿地址:北京市朝阳区八里庄西里 100 号住邦 2000 西区 17 层,清开灵产品组,邮政编码:100025;或发送到:keji@shineway.com,主题写“清开灵征文”。