

论中风乃杂合之病 必须用杂合之药

郑国庆¹ 王小同¹ 黄培新²

主题词 中风/中医药疗法 @ 杂合之药

中风病为中医风、劳、臆、膈四大难症之一。中医学非常重视中风病的救治,积累了丰富的理论和临床辨治经验。但中风病是一种复杂多变的病种,病因病机复杂。古有大方复方理论并用于指导中风病的治疗,喻嘉言《寓意草·论杨季衡风废之证并答门人四问》提出:“治杂合之病,必须用杂合之药”的观点,是对前人中风病诊治的时代总结,颇切合临床实际,且后世代有发展,并在临床上取得了较好的疗效,迄今对中风病的临床仍有指导作用。我们认为,此是目前中西医结合、多法综合治疗救治中风病的思想基础。现试作阐述。

1 大方复方及其作用探析

大方复方的理论先河,始于《内经》时代。《素问·至真要大论》说:“气有多少,病有盛衰,治有缓急,方有大小……。”大方,一指药味多的方剂,“君一臣三佐九制之大也”。根据历代的演化及医家经验,现一般指 15 味以上药物组成的方剂,而以 20 味左右具有代表性。其二,指药量大的方剂,“远而奇偶,制大其服也”,张从正亦说“有分两大而顿服之大方”。又《内经》曰:“奇之不去则偶之,是谓重方”,至金代成无己《伤寒明理药方论·序》中将“重方”改为“复方”,才有后来“复方”之称,其最初的涵义是指两张以上的方剂相合,如刘元素在《素问病机气宜保命集》中说:“有二、三方相合之为复方者。”复方亦含药味多者或本方之外复加它味者。大方、复方的具体形成和应用见于张仲景《伤寒杂病论》,其 374 首方剂中两方相合的方剂占了 10 首左右,大方薯蓣丸有 21 味药,而大青龙汤药味少而药量大(重剂)等,对其起了奠基作用。

历代医家对大方复方治病,虽无系统的总结归纳,但都意识到其在急、重、疑难的复杂病证中的重要作用,而时有阐发。《医碥·凡例》说:“凡品味庞杂者,必所治之证不一,丹溪所谓杂合之病,须用杂合之药治之

也。”喻嘉言曾说:“大病需用大药。”王孟英说:“急病重症非大剂无以拯其危。”曹仁伯曰:“每遇病机丛杂,治此碍彼,他人莫能措手者,必细意研求,或于一方中变化而损益之,或合数方为一方而融贯之。”恽铁樵说:“凡聚四五十味药浑和之,使之正负相消,宽猛相济,别出一总和之效方”。大方在治法上的主要表现之一是多法兼备,裘沛然教授指出:“兼备法并不是一个杂凑的方法,其处方既寓有巧思,而配伍又极其精密,这是中医处方学上一个造诣很深的境界。”

心脑血管病、癌症、糖尿病等,已成为当今危害人类健康的主要疾病,这些疾病多是多因素致病,缓慢发展而形成的疾病。疑难病的最大特点是病因病机复杂,往往是多种病因,作用于多个部位,产生多个病理环节,那么药味少的方剂就难以胜任,药味多的大方就可能因其药味多而药效成分多,针对各个病因,击破各个病理环节,从而使疑难病好转乃至痊愈^[1]。宋镇星^[2]称大方复治法为网治,是指广集寒热温凉气血攻补于一方的治法,多用于病机复杂,常有寒热夹杂,虚实兼见,邪恋正衰,或疾病使多个脏腑受累、虚损,治疗时用一方一法不能尽赅,顾此失彼者。采用本法可收稳妥周全之效。常用方如大活络丹、鳖甲煎丸、安宫牛黄丸、紫雪丹等。杨浩观^[3]治痼疾,力主大方复治,认为许多疑难病证寒热交织、虚实互见、气血同病,治疗偏执一端,收效往往不显,而采用经方、局方、时方为一炉,集寒热攻补于一方调治,常收出奇制胜之效。叶永安^[4]认为,中医复方的出现是中医学治疗疾病的发展到了一个较成熟阶段的标志。复方治疗一方面针对病机的复杂性抓住主要方面,兼顾次症而施用;另一方面药物的相互配伍,既弥补了单味药作用力薄的不足,同时又减少了单味用药的毒性。在临床上对一些疑难杂症的治疗从多方着手方可见效。

2 中风病杂合之治的理论发展

侯氏黑散方出自《金匱要略·中风历节病脉证并治》,是由 14 味药组成的大方。《诸病源候论·寒食散发候》曰:“仲景经有侯氏黑散”,当是张仲景所选或所创之方。张仲景首推侯氏黑散治疗中风,治寒、治热、治虚、治实之法,无不完备,如以参归之补,大黄之泻,滑

1 温州医学院附属第二医院神经内科,浙江省温州市学院西路

109 号(325027)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

2 广东省中医院神经内科

收稿日期:2005-07-19

石之利,龙牡之镇,桂芎活血,防风散风,细辛散寒,白术化湿,菊苣清肝,干姜温中,矾梗涤痰,治中风之法尽矣。《千金》、《外台》罗列许多治中风的方子,大多不出小续命、录验续命范围。程门雪^[5]试为分析,其中有散风的药(如防风、麻黄、桂枝等),有清热的药(如黄芩、石膏等),有温经的药(如附子、桂心、干姜等),有补虚的药(如参、术补气,归、芍和营等)。综合来说,就是中风是正虚邪实,寒热夹杂之证,所以用补气、和营、祛风、温经、清热的复方治之。可见古人对中风一证,虽有认为属外中风邪,但也绝不认为单用祛风一法就能解决问题的。

喻嘉言《寓意草·论杨季衡风废之证并答门人四问》谓:“季衡翁禀丰躯伟,望七之龄,神采不衰。近得半身不遂之证,已二年矣。病发左半,口往右^[6],昏厥遗溺。初服参术颇当,为黠医簧以左半属血,不宜补气之说,几致大坏。云间施笠泽以参附疗之,稍得向安。然概从温补,未尽病情也。诊得脉体,软滑中时带劲疾。盖痰与风杂合之证,痰为主,风为标也。又热与寒杂合之证,热为主,寒为标也。……是以杂合而成是证耳。及今大理右半脾胃之气,以运出左半之热痰虚风,此其间有微细曲折,非只温补一端所能尽者,何也?治杂合之病,必须用杂合之药。而随时令以尽无穷之变。”程门雪^[5]对此说法深有体会。谓:“何况中风本身就是一种杂合之症,更当用杂合之方治之。所以,只要处理得当,治外风、内风、气、痰、火之药,均可体现于一方之内,有先有后,有缓有急,有综合,有突出,才是好方子。例如王孟英以六君子汤加羚羊角、蝎尾、竹沥、姜汁,就是内、外、气、火、痰并治,益气健脾为主,化痰为辅,泄内风为佐,祛外风通经络为使,这是临床很实用的一张好方子,当然要辨证应用。”

王心东^[6]认为,中风病起病急骤,急性期多有病因病机错综复杂、证候多端的特性。将风、火、痰、血瘀、气虚、阴虚阳亢 6 种病因病机及证候,确立为一种综合证候,以数法同用的思路方法,采用大方、复方治疗的形式,以治疗中风病急性期患者。能够针对其错综复杂的病因病机,克服诊治中的一些片面性和公式化,避免顾此失彼,且方便快捷,有利于中风急症的应用。这并非是不辨证或简单化的辨证,而实为一种综合性的有针对性的辨证施治方法。这种综合性治疗用药,可阴阳互济、攻补兼施、相辅相成,并能补偏救弊,消除或减少药物的不良反应。所以大方复方能广泛地截断疾病的发展趋势,保护脑部免受多种病理因素的伤害,促进肢体及言语功能的恢复,缩短病程,提高生活质量。

近代名医施今墨是大方名家,治疗疑难病用药多

在十七八味或 20 味以上,其善用药对,多用复方多法,同类相聚而用或相反相成而佐等,是其大方的特点,病、证、症相参,中西医结合是其运用大方的理论基础^[1]。黄培新等^[7]认为,中风病致病因素多,病情复杂;病发后,病理生理反应更复杂;加之颅脑生理功能的特殊性,其治疗必须具备整体性,要全方位地采取各种给药途径,各种治疗手段,应用多技术组合的综合治疗方案进行治疗,才能全面兼顾,提高疗效。因此,拓展大方复方理论,据中医、西医(内科或外科)救治中风病各有所长和不足,病死率和致残率都很高,且中风病是多因素所致的疾病,每一种治疗手段不可能干预所有的因素,必须采取多环节、多水平、多靶点有治疗及相应的综合措施,发挥综合效能,才能取得最好的疗效,而中西医结合救治初显优势。此是目前中西医结合、多法综合治疗救治中风病的理论基础。同时,针对目前中风病临床分型意见颇不一致,证候分型多且混乱,缺乏统一简化的辨证分型标准和行之有效的救治方案的现状,提出“中风病阴阳为纲简化辨证”的学术观点^[8]。

3 中风病简化辨证综合治疗探讨

由于中风病证候十分复杂,变化多端,证候诊断受到病种、病程、药物、医者水平、学术流派等诸多因素的影响,导致中风病临床辨治分型过多且不统一,临床难以把握,不利于疗效评价,不利于推广和学术交流。因此,古今医家以传统方法研究中风病证治的规律性,探索中风病共同的辨治规律,力求规范中风病的辨证,其中以中风病阴阳为纲简化辨证,源远流长,理论依据充分,提纲挈领,最为简洁实用,不断得到重视和发展。国家“十五”攻关项目《中风病急性期综合治疗方案研究》明确提出了“出血中风急性期分阴类证、阳类证为纲辨证”,制订的辨证诊断标准为:(1) 阳类证:大多为阳盛之体,兼有眩晕头痛,口苦咽干,甚面赤身热或气粗口臭,烦躁失眠甚躁扰不宁,尿赤便秘,舌质红或红绛,舌苔薄黄或黄腻,脉弦数或滑数;(2) 阴类证:大多为阴盛之体,兼有头晕目眩,面白唇暗,静卧不烦,痰浊壅盛,舌质暗或淡,舌苔薄白或白腻,脉弦细或滑。对出血中风的简化辨治进行了有益的探索^[8]。初步的研究表明,出血中风以阳类证为主,约占 85%,而缺血中风以阴类证为主。

综合治疗目前尚无一个较为明确的定义和范畴。我们认为,综合治疗是应用两种或多种有效疗法,取长补短、优化组合、综合应用,从而提高临床疗效的治疗方法。综合治疗的临床应用主要分为中医综合治疗、西医综合治疗和中西医结合综合治疗 3 种,其具体方法包括中西医内科疗法、外科疗法,中医药外治法、针灸、

推拿疗法,各种物理疗法、心理疗法、各种康复疗法、健康教育等等,内科治疗还包括不同剂型的多种给药途径如口服或鼻饲、静脉滴注、直肠灌滴等^[7,9]。尤其中西医结合综合治疗在中风病,其疗效优于单一中、西医内科或外科治疗,并逐渐成为中风急性期治疗的有效途径。2001年,黄培新指导研究生肖书平^[7],以“中风 AND 综合治疗”、“中风 AND 综合疗法”、“脑血管意外 AND 综合治疗”、“脑血管意外 AND 综合疗法”为自由检索词在中国生物医学文献光盘数据库(CBMdisc)上检索到87篇文章,应用综合疗法的组合中,名目繁多,各有特色,其疗效都较高,并作述评。2005年,郑国庆等^[10]对出血中风的综合治疗进行了综述,出血中风病机复杂,且不断发展变化,目前尚未有一种针对性中医的治则治法及药物能全面治疗它,故在临床必须多种治疗方法合用,内科多种治法联用,有所侧重地选择相应药物进行多种给药途径的中西医结合疗法;西医治疗脑出血均采用内科综合治疗或在内科基础治疗上加外科手术治疗、康复等其它疗法。

由于出血中风在病理上痰瘀多贯穿于发病始终,破瘀涤痰是基本治法之一;腑气不通是其急性期的重要证候,通腑宜早是重要治法之一。故制定阳类证的共通治法为(滋阴)清热、平肝息风、破瘀涤痰、通腑,有意识障碍者加醒神开窍(凉开);阴类证共通治法为温阳息风、破瘀涤痰、通腑(脱证不用,重用回阳固脱)、有意识障碍者加醒神开窍(温开)。并加用西医基础治疗进行中西医结合治疗。并确定了急性脑出血中医辨证综合治疗方案,对阳类证用安脑丸,通腑醒神胶囊,清开灵注射液和协定1号处方[人工牛黄粉(冲服)1.5g,水牛角(先煎)30g,龙胆草9g,虎杖30g,水蛭3g,益母草15g],有意识障碍者加用安宫牛黄丸;阴类证用华佗再造丸,通腑醒神胶囊,复方丹参注射液和协定2号处方(制天麻10g,川芎12g,制天南星10g,益母草20g,制半夏12g,石菖蒲9g,水蛭3g,黄芪30g),有意识障碍者加用苏合香丸。可谓提纲挈领,易于操作。在“十五”攻关的多中心随机对照试验结果表明,中医药综合救治方案在改善患的残损(神经功能缺损评分)、残疾(BI指数)及生活质量等方面优于单纯西医治疗组,更是充分验证了其科学性。

黄培新等^[9]为研究缺血中风中医综合治疗,回顾性总结1995~1999年缺血中风住院患者的一般情况,并分析接受不同治疗方法的综合组和非综合组的疗效。结果609例患者,显效320例,显效率52.5%,总有效576例,总有效率96.4%;接受中医内科辨证并物理治疗的综合组总有效率96.7%,仅接受中医内科

辨证治疗的非综合组总有效率88.0%,综合组疗效优于非综合组($P < 0.05$),且急性期疗效综合组优于非综合组($P < 0.05$),认为中医综合治疗提高了缺血中风的临床疗效。并进行了中医综合治疗的临床随机对照试验^[11]。治疗方案:(1)中药治疗:治宜息风涤痰,活血通络。半夏白术天麻汤加减;中成药:灯盏花注射液,百路达,脑脉I号口服液(制天麻,全蝎,川芎,益母草,制天南星,制半夏,石菖蒲,黄芪等,医院制剂)。(2)非药物治疗:使用MNT91型多功能神经-肌肉治疗仪;使用KX-280-IB型低强度He-Ne激光多功能血管内照射仪。康复锻炼:根据患者的具体情况,进行早期康复指导和训练。治疗组予中药治疗加非药物治疗;对照组仅予中药治疗。根据病情需要,两组均可用脱水、控制血压、控制血糖、抗感染及其他对症处理。将75例脑梗死急性期证属风痰瘀血痹阻脉络患者,随机分为治疗组53例和对照组22例,于治疗后第14天、第21天及随访2个月时评定中风病证候积分、神经功能缺损积分、总的生活能力状态(ADL)。结果治疗后第14天,治疗组中医证候积分改变优于对照组($P < 0.05$),两组临床疗效比较差异无显著性($P > 0.05$);治疗后第21天,治疗组临床疗效优于对照组($P < 0.05$);随访2个月时治疗组ADL优于对照组。治疗脑梗死急性期证属风痰瘀血痹阻脉络患者,在中药治疗基础上加用非药物治疗法疗效优于单纯中药治疗者。

参考文献

- 王暴魁,张军,李晔,等.关于大方治疗疑难病的思考.上海中医药杂志,2003,37(9):3~5.
- 宋镇星.谈中医几种特殊的治疗决策思维.北京中医药大学学报,1998,21(2):25~26.
- 王恩厚,赵秀君.杨浩观学术经验拾萃.北京中医,1995,(4):3~4.
- 叶永安.中医药在疑难病治疗中的优势及研究的思考.中国中医药信息杂志,1999,6(12):10~12.
- 程门雪.内外闭脱风气痰火,开镇通滋治求细微.见单书健,陈子华主编.古今名医临证金鉴.中风卷.北京:中国中医药出版社,1999:143~150.
- 王心东,张凤梅,范东杰,等.大方复方治疗中风病急性期123例临床观察.中国中医急症,2003,12(1):13~14.
- 肖书平,黄培新,雒晓东.中风病综合治疗研究述评.中国中医药信息杂志,2001,8(1):14~16.
- 郑国庆,黄培新.中风病辨治阴阳为纲源流.中华医史杂志,2003,33(4):227~230.
- 黄培新,黄燕,肖书平.609例缺血中风患者中医综合治疗回顾性分析.中国中医药信息杂志,2002,9(3):16~18.
- 郑国庆,黄培新.脑出血急性期的综合治疗现状.中国中医药信息杂志,2005,12(9):99~100.
- 肖书平,黄培新,雒晓东.脑梗死急性期中医综合治疗对比研究.中国中医急症,2002,11(3):160~161.