

· 医经研读 ·

论张仲景伤寒脑病思想

吕小亮 余尚贞 石 青

(江门市五邑中医院脑病科, 广东省江门市华园东路30号, 529000)

[摘要] 从《伤寒论》的产生源由分析, 认为《伤寒论》主要从三大系统方面阐述伤寒思想, 其中包括了伤寒脑病思想。从伤寒的传变过程, 其脑病的表现及其用药特点, 发现伤寒脑病思想贯穿于《伤寒论》之中, 中医伤寒可致脑病; 脑病可产生于伤寒的不同阶段, 且表现复杂; 对于伤寒脑病有不同的治疗方法; 张仲景对于伤寒脑病用药以发散解表药、和解表里药、调理阳明经腑药及潜阳药为其常用之品, 而鲜用清热解毒、醒神开窍之品。期望对中枢神经系统病毒感染性疾病的治疗有所裨益, 更好地发挥中医治疗本类疾病的优势。

[关键词] 张仲景; 伤寒论; 脑病思想

张仲景在《伤寒论》序中曾云: “余宗族素多, 向余二百, 建安纪年以来, 犹未十稔, 其死亡者, 三分有二, 伤寒十居其七。”张氏于2000年前有此痛失亲人之感, 足见伤寒于当时为患不小。古今中外学者对于《伤寒论》的研究主要侧重于经方的临床研究与辨证病机研究^[1,2]。当今中医工作者, 习《伤寒论》皆赞叹经方之妙用^[3,4]。我们认为《伤寒论》主论有三, 其一为肺系论, 再为脾胃论, 三为脑病论。以现代医学而论, 可分属于呼吸系统诸病, 消化系统诸病及中枢神经系统感染诸病。现将张仲景伤寒脑病思想, 撮其要如下。

1 张仲景有关伤寒脑病的描述

在《伤寒论》中, 有关脑病的描述内容较多, 我们总结归纳并称之为“张仲景伤寒脑病41条”。在这41条中, 有“形体不仁, 乍静乍乱”; “阳反独留, 形体如烟熏, 直视摇头”; “溲便遗失, 狂言、目反直视者”; “若被下者, 小便不利, 直视, 失溲。若被火者, 微发黄色, 剧则如惊痫”; “太阳病, 项背强”; “若胃气不和, 谵语者, 少与调胃承气汤”; “厥逆咽中干, 烦躁, 阳明内结, 谵语, 烦乱, 更饮甘草干姜汤”; “太阳中风, 脉浮紧, 发热恶寒, 身疼痛, 不汗出而烦躁者”; “脉急紧, 直视不能眴, 不得眠”; “亡阳必惊狂, 卧起不安”; “其人如狂”; “胸满烦惊, 小便不利, 谵语, 一身尽重, 不可转侧者”; “若剧者, 发则不识人, 循衣摸床, 惕而不安, 微喘直视”; “手足躁扰, 捻衣摸床”等细致的描述。综上可归纳出伤寒脑病的主要表现有①发热、头痛、恶心、呕吐; 烦躁、吐逆、日晡所发潮热。②精神症状: 乍静乍乱、谵语、狂言、发则不识人, 循衣摸床, 惕而不安。③抽搐: 惊痫、癎厥。④颅神经损害: 直视、直视不能眴。⑤脑膜刺激征阳性: 颈项强、身体不能转侧。⑥二便障碍: 小便不利、溲便遗失、

便硬等。参照目前最新版8年制《神经病学》教材有关单纯疱疹病毒性脑膜炎诊断标准: ①有口唇或生殖道疱疹史, 或此次发病有皮肤、黏膜疱疹; ②起病急, 病情重, 临床表现有上呼吸道感染前驱症状如发热、咳嗽等; ③脑实质损害的表现如意识障碍、精神症状、癫痫和肢体瘫痪等; ④脑脊液常规检查符合病毒感染特点; ⑤脑电图提示有局灶性慢波及癫痫样放电; ⑥影像学(CT/MRI)显示额、颞叶软化病灶; ⑦双分血清和脑脊液抗体检查有显著变化趋势; ⑧病毒学检查阳性。通常前5项改变即可诊断, 后3项异常更支持诊断。我们发现, 张仲景伤寒脑病的表现与现代医学病毒性脑膜炎症状与体征非常相似。因此我们认为, 张仲景伤寒脑病为中枢神经感染性疾病。按现代医学理论认为, 外感以后, 可出现中枢神经系统感染, 表现为脑膜炎或及脑炎的症状。

2 张仲景伤寒脑病产生的原由

分析《伤寒论》原著可以发现, 伤寒脑病的产生有以下几种原因。

2.1 直中所致

张仲景认为, 人身如一藩屏, 由于肺卫之气固护于全身体表, 可御外邪。张仲景指出了人体的六个层次, 立体的、逐层的防卫体系, 最外层的是足太阳膀胱经, 最深层的为足少阴肾经。因此, 若外邪来袭之时, 足太阳膀胱经首当其冲, 与邪相争, 出现太阳中风与太阳伤寒等, 如“太阳之为病, 脉浮, 头项强痛而恶寒”, “太阳病, 项背强, 反汗出恶风者, 桂枝加葛根汤主之”, 二条分诉了太阳中风与太阳伤寒时的表现, 直接指出发病之因为风寒之邪外袭, 体表受邪, 则可出现太阳病。从现代医学观点来分析, 认为外感之后, 中枢神经系统受累, 出现了脑膜刺激征, 有颈抵抗如项背强、头项强痛

等,并指出了中医治疗方法与用药。

2.2 传变所致

张仲景认为,伤寒病感邪之后,可出现自解、药解、不解再解、误治不解、深传等不同的结局。自解即不经治疗而出现病情好转情况;药解即经药物治疗病情好转的情况;不解再解指疾病不经治疗病势加深后,不经治疗获得缓解或好转;误治不解指病情治疗不得当或治疗不及时,病情加重,不得缓解;深传指患病以后,病情不见好转,且病情有加重进展之势,称为深传。张仲景认为,伤寒后传变有循经传,也有越经传,病情加重,其发病趋势是内传深重,外传好转。并细述了发病时间不一样,可能传变的情况不一样,或成太阳病证,或太阳少阳证,或少阳阳明证,或阳明腑实证。在《伤寒论》中有关于传变的描述,如“伤寒一日,太阳受之,脉若静者,为不传。颇欲吐,若躁烦,脉数急者,为传也”;“伤寒二三日,阳明少阳证不见者,为不传也”;“伤寒四五日,身热恶风,颈项强,胁下满,手足温而渴者,小柴胡汤主之”;“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之”;“伤寒八九日,下之,胸满烦惊,小便不利,谵语,一身尽重,不可转侧者,柴胡加龙骨牡蛎汤主之”;“太阳病,十日以去,脉浮细而嗜卧者,外已解也,设胸满,胁痛,与小柴胡汤;脉但浮者,与麻黄汤”;“伤寒十三日不解,过经谵语者,以有热也,当以汤下之”等。由以上论述,自发病之初到发病13天,病若不解,病情有加重之势。伤寒一日不解,如有传变,可出现烦躁、呕吐、脉搏快等;“伤寒二三日,阳明少阳证不见者,为不传也。”张仲景指出:伤寒二三日时,如若不出现阳明及少阳证者为不传。此论从其相反的角度可以理解为伤寒二三日,如若出现了阳明及少阳之证后,病有传变,在发病一周之内,均可出现太阳少阳并病,同时指出了治疗用方为小柴胡汤。病程一周到二周内,病情加重,表现为阳明发热、谵语等。现代医学认为,外感之后,如有发热、恶寒、头痛、颈项痛等症,如有脑膜刺激征,可以初步考虑为病毒性脑膜炎。如果病情得不到及时准确的控制,可出现病情加重,如出现恶心呕吐、精神烦躁、高热难退等。如果病情继续进展可出现高热、神志不清、胡言乱语、小便失禁、大便不通等。这种发病的规律与张仲景伤寒脑病思想是相吻合的。

2.3 误治所致

在《伤寒论》中,张仲景反复指出误治在发病中的重要作用,并描述了误治之后可出现脑病的表现。如“太阳病,发热而渴,不恶寒者为温病。若发汗已,身灼热者,名曰风温。风温为病,脉阴阳俱浮,自汗出,身重,

多眠睡,鼻息必鼾,语言难出。若被下者,小便不利,直视,失溲。若被火者,微发黄色,剧则如惊痫,时瘈瘲。若火熏之,一逆尚引日,再逆促命期。”在本条论述中,张仲景指出了伤寒后如若不伴有恶寒,而仅发热则名之为风温,为温病的范畴。当此之时,若用下法,则出现“直视、失溲”等脑病的表现。如若用火攻,则出现“惊痫、瘈瘲”等脑病表现。从上可知,伤寒后,如若经误治,可促使伤寒脑病的出现,情况往往会很严重。

3 张仲景伤寒脑病的治疗

在张仲景的叙述中,指出张氏家族在当时受伤寒所苦,伤寒致死过半。其中道出了伤寒可致人死亡,况且死亡率很高。按张仲景对伤寒后不同传变后果的分析,患者多半死于伤寒脑病。现代医学认为,外感病邪之后,如果出现了内脏功能的紊乱,特别是脑功能的受损之后,病情往往很严重。张仲景对于伤寒脑病的治疗非常重视,认为病邪外侵人体以后,可处于三种不同的状态,即表证、里证、半表半里证。辨证上以六经辨证为主,佐以脏腑辨证。张仲景治疗伤寒脑病的方法有以下几个方面。

3.1 汗法

伤寒于表,如若尚未传变,以表证为主,张仲景主张用汗法,其用药特点多以桂枝汤加减治疗。如“伤寒发汗已解,半日许复烦,脉浮数者,可更发汗,宜桂枝汤。”

3.2 和法

伤寒于表,如若不解,更有向内传变成太阳少阳证者,张仲景主张用和法,即用和解少阳与太阳之法,达到祛邪的目的,用药多以小柴胡汤加减,如“伤寒五六日,中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸,小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之。”

3.3 刺法

伤寒之后,病若不解,如有传变,可用刺法,随证补泻。如“伤寒,腹满谵语,寸口脉浮而紧,此肝乘脾也,名曰纵,刺期门”;“太阳少阳并病,心下硬,颈项强而眩者,当刺大椎、肺俞、肝俞,慎勿下之。”

3.4 下法

伤寒之后,病若不解,内传阳明,则可用下法,此法适用于内变重证,多用承气汤类。如“阳明病,其人多汗,以津液外出,胃中燥,大便必硬,硬则谵语,小承气汤主之。若一服谵语止者,更莫复服。”

通篇分析张仲景伤寒脑病41条中,其中治疗伤寒脑病的处方共20条,如桂枝加葛根汤、白虎汤、白虎加人参汤、甘草干姜汤、芍药甘草汤、大承气汤、小承气

汤、调胃承气汤、四逆汤、甘草干姜汤、葛根汤、大青龙汤、干姜附子汤、五苓散、栀子豉汤、栀子甘草豉汤、栀子生姜豉汤、桃核承气汤、柴胡加龙骨牡蛎汤、桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤。从张仲景用方上分析可知,解表药、和解药、调理阳明经腑药及潜阳药为其常用之药,而鲜用当今常用清热解毒、醒神开窍之品,此为其用药一大特点。

参考文献

[1]中国医学科学院江苏分院中医研究所. 伤寒论方解[M]. 南

京:江苏人民出版社,1959:5.

- [2]白景誉. 图解伤寒论[M]. 西安:陕西师范大学出版社,2008:11.
- [3]郝万山. 郝万山伤寒论讲稿[M]. 北京:人民卫生出版,2008:11.
- [4]范吉平. 经方经量揭秘[M]. 北京:中国中医药出版社,2009:3.
- [5]吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:12,1.

(收稿日期:2009-02-02;修回日期:2009-06-03)

[编辑:黄健]

针刺配合小针刀治疗腰椎间盘突出症58例临床观察

卢国莲¹ 王胜²

(1. 遵化市中医院,河北省遵化市建设南路9号,064200; 2. 中国人民解放军第二五五医院)

我们于2004年3月~2007年3月采用针刺配合小针刀治疗腰椎间盘突出症,并与传统针灸方法做对照,现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断及排除标准

所有病例符合1994年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]。排除合并妊娠者;大块髓核突出,有严重神经功能障碍者;马尾神经受压者;有其他手术指征者。

1.2 一般资料

符合上述诊断标准和病例排除标准的腰椎间盘突出症患者,按就诊顺序随机分为两组。治疗组58例,其中男37例,女21例,年龄29~67岁,病程15天~8年;对照组56例,其中男36例,女20例,年龄25~71岁,病程8天~10年。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性意义,具有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗组

采用针刺配伍小针刀治疗。主穴:病变椎体及上、下各一椎体的两侧夹脊穴,双侧腰眼。配穴:环跳穴齐刺承扶、委中、承山、悬钟。单纯腰痛者只针主穴,兼腿痛者选患肢配穴,并配合小针刀治疗。方法:患者取俯卧位,用华佗牌30号2~3.5寸不锈钢毫针,直刺进针,采用提插补泻手法得气后,留针30分钟。每日1次,10天为1个疗程;休息2天,进行下一个疗程。两个疗程后统计治疗效果。

小针刀治疗:病变棘突旁有深压痛,腰4~骶1的棘间和棘突上、臀大肌髂骨附着点、臀中肌髂骨附着点、臀小肌髂骨附着点、髂嵴后缘、股骨中段、下段髂胫束覆盖区、梨状肌体表投影区、腓骨头前方、腓骨长肌、小腿三头肌等处多有硬结和条索及肌肉变硬。上述压痛点为针刀进针点,每次选2~3处压痛最明显的地方做小针刀治疗,1周后重复小针刀治疗。操作方法:选好治疗点,用棉棒蘸紫药水在皮肤上做一标记,然后用碘伏棉签以记号为中心向周围5cm以上消毒,戴无菌手套,覆盖无菌小洞巾,使进针点正对洞巾的洞口中央。根据病变的深浅选择Ⅰ~Ⅳ号针刀,针体和骨面成90°角,垂直刺入达骨面,纵行剥离2~3下,再横行剥离2~3下,出针,覆盖针孔。

2.2 对照组

采用传统针刺方法治疗。主穴:肾俞、大肠俞、环跳、委中、阳陵泉、昆仑。配穴:寒湿加灸,瘀血阻络采用委中放血,肾虚加命门、太溪。操作方法:患者取俯卧位,用华佗牌30号2~3.5寸不锈钢毫针,直刺进针,根据病情采用提插补泻手法得气后,留针30分钟,每隔10分钟行针1次。疗程同上。

观察两组患者腰腿疼痛症状改善情况及直腿抬高试验,按照尼莫地平法计算减分率并进行统计学处理。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

根据《中医病证诊断疗效标准》^[1]制定。临床治愈:腰腿痛等自觉症状消失,直腿抬高70°以上,主要症状和体征积分减少≥70%,恢复正常工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善,直腿抬高不足70°;主要症状和体征积分减少<70%;未愈:症状、体征无改善,症状和体征积分减少不足30%。计算公式:减分率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%

3.2 治疗结果

治疗组:治愈31例,好转21例,未愈6例。临床治愈率53.45%,有效率89.66%。对照组:治愈18例,好转21例,未愈17例。临床治愈率32.14%,有效率69.64%。两组数据经统计学处理,有效率及临床治愈率差异均有统计学意义(P<0.01),针刺配合小针刀综合治疗效果明显优于传统针灸治疗。

4 讨论

腰椎间盘突出症属于中医的“腰痛”、“痹证”、“痿证”等范畴,治疗分手术治疗和非手术治疗。我们近年来采用针刺作为基础治疗,并配合小针刀,常能快速缓解疼痛以治标,又能消除神经根水肿,松解粘连,预防再粘连以治本。小针刀疗法优点是治疗时切口小,不用缝合,对人体组织的损伤小,且不易引起感染,患者易于接受;针刺配合小针刀治疗,优势互补,既加强了镇痛作用,迅速缓解症状以治标;更利于机体恢复和创造修复环境,尽快消除病理因素,缩短疗程,提高治愈率。

参考文献

- [1]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京中医药大学出版社,1994:201-202.

(收稿日期:2008-12-02;修回日期:2009-05-25)

[编辑:李春梅]