

基于中西医对比的中医中风内风说研究

王顺治 贾春华

(北京中医药大学基础医学院, 北京, 100029)

摘要 目的:探寻中医中风内风说与西医出血性、缺血性脑血管疾病相关关系。方法:藉由中、西医对中风成因的认识,寻求两者间相似或相同点。结果:中医心火暴盛病机说与西医出血性中风存在相似性;中医痰湿凝聚、气血不足与西医缺血性中风存在相似性。结论:中西医对中风病的认识无论在认识方法、语言表述上均有不同,但通过中风病临床表现分析及现今中医临床研究进展,可以发现两者认识存在着相似或相同点,而此相似或相同点的发现有益于临床治疗。

关键词 中风;脑出血;辨证论治;脑梗死;内风

Study on TCM Endogenous Wind Theory for S Apoplexia in Comparison with Western Medicine

Wang Shunzhi, Jia Chunhua

(Basic Medicine College, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Objective: To explore the relationship between endogenous wind-evilness in traditional Chinese medicine and apoplexia, hemorrhagic and cerebrovascular disease from western medicine. **Methods:** Similarities are sought via the understanding of the causes of apoplexia from both western medicine and traditional Chinese medicine. **Results:** There is similarity between the theory of exuberance of heart fire in traditional Chinese medicine and hemorrhagic apoplexia from western medicine; analysis from phlegm and dampness condensation and deficiency of Qi and blood and ischemic apoplexia for western medicine are similar. **Conclusion:** Though understanding and language expression on apoplexia were different in both Chinese and western medicine, similarities and identical points could be found through analysis of the clinical manifestations and the present TCM clinical research progress, which are useful in the clinical treatment.

Key Words Apoplexia; Cerebral hemorrhage; Syndrome differentiation and treatment; Cerebral infarction; Endogenous wind-evil

中图分类号:R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.04.011

1 中西医对中风的认识

中风病以猝然昏仆、不省人事、半身不遂、口眼歪斜、语言不利为主症的一种疾病^[1]。西医认为中风即脑血管意外疾病,是非外伤性脑局部血供障碍引起的局灶性神经损害。可分为出血性脑血管疾病和缺血性脑血管疾病,西医诊断标准参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[2],脑出血常见于体力活动或情绪激动时发病、具有高血压病史^[3]、发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高。脑梗死经常在安静状态下发病、发病缓慢,多逐渐发展或阶段性进行,多与脑动脉粥样硬化有关,也可见于动脉炎、血液病等,脑栓塞多为急骤发病,栓子的来源可为心源性或非心源性,也可同时伴有其他脏器、皮肤、黏膜等栓塞症状。短暂性脑缺血发作为短暂的、可逆的、局部的脑血液循环障碍,可反复发作,多与动脉粥样硬化有关,也可以是脑梗死的前驱症状,缺血性中风是常见的类

型,约占整体中风的60%~80%^[4]。

将《中医内科常见病诊断指南(2008年版)》的中风病证型与西医的缺血性脑卒中及出血性脑卒中进行比较。西医出血性脑卒中为非外伤性脑实质自发性出血所引起的昏迷或瘫痪,与情绪激动、血压高有关,相对于中医出血性中风的证型是风火上扰、痰热腑实、内闭,症状为气血逆乱,脑络破损,血溢于脑;西医缺血性脑卒中主要为脑血液供应障碍引起脑部病变造成偏瘫或意识障碍与脑动脉粥样硬化、血液相关病变或伴有栓塞症状有关,相对于中医缺血性中风的证型是风痰阻络、痰蒙清窍、元气败脱,症状为气血不足、通道闭阻不通、血不濡脑。

中医临床思维是采司外揣内,也就是从局部到整体、从现象到本质的辨证思维方法。现代医学是以先进仪器、细胞学、生理学方式来解析人体生理和病理,两者对中风的病因病机认识是出发点是截然

基金项目:国家自然科学基金项目(编号:81373770)——具身心智视域下的中医五行概念隐喻的认知心理语言逻辑研究,负责人:贾春华

作者简介:王顺治(1972.01—)男,博士研究生在读,主要研究方向:认知科学视域下中医理论体系研究

通信作者:贾春华(1961.10—),男,医学博士,教授,主任医师,博士研究生导师,主要研究方向:认知科学视域下中医理论体系研究,E-mail:

jiachunhua125@163.com

不同的。

2 中风由“外风”说转变到“内风”说的源流

“外风”说是主张风邪外扰为导致中风发生的原因。《素问·风论》“风之伤人也……或为病风，或为偏枯……内至五脏六腑”；《诸病源候论·风病诸侯》“中风者，风气中于人也。”风是四时之气，分布八方，外感风邪是诱发中风的重要因素。唐宋以前以“外风”说为主，金元四大家以后“内风”说开始引起注意，这是中风论述的一大转折。

“内风”说主张病患饮食情志失宜、房劳伤精耗气、体内正气不足等诱因内生风邪，造成痰火夹杂、气血运行受阻、血瘀滞络、气血上逆、蒙蔽清窍而造成。刘完素在《素问玄机原病式》认为中风多因心火暴盛而化热生风，风火相兼气血上逆所致；李东垣的内伤病因说，提出中风乃本气自虚元气耗伤所致，气虚及肥人易患此疾；朱丹溪在《丹溪心法·论中风》认为：“中风大率主血虚有痰，治痰为先，次养血行血。”痰湿阻滞则化热生风、经络闭阻导致中风。张景岳在《景岳全书·非风》提出“卒倒多由昏愦，本皆内伤积损颓败而然，原非外感风寒所致”直接说明中风为非外来之风。

为何中风的病因病机由“外风”说开始转向了“内风”说，比较明确的是中风病机复杂，“外风”已经无法全面的解释中风病的病因病机，它需要进一步的扩充、完善，从不同角度和层面阐述对中风的认识，反映了人类对复杂事物的认识由浅入深，由表及里的思维轨迹，加上对风的认知已经不是来自大自然由体外而入，而是从体内痰湿郁而化热，热胜风动自生，所以就转向了内风，但不论是外风或是内风，中风起病急骤、变化无常、变证多见、传变迅速，古人为了要说明中风在体内复杂的变化，疾病发生进展中复杂的病理机制，应用了隐喻思维^[5]的角度论述中风的发生和发展，借助已知且相对熟悉的大自然风的特性——善行而数变，来解释我们无法观察到的人体内变化及内在联系，并作致病因素的概念隐喻，来说明中风病的发生及特征。

3 基于“内风”说探讨中风的病机关系与临床表现

3.1 心火暴盛与脑出血 《素问玄机原病式·火类》云：“中风瘫痪者，……心火暴甚，肾水虚衰不能制之，……而卒中者，由五志过极皆为热甚故也。”，说明饮食起居失节、情志变化过激，会导致心火暴盛。《临证指南医案·中风》云：“精血衰耗，水不涵木，肝阳偏亢，内风时起。”叶天士认为中风乃肝肾血液不足，阳亢之风熏灼于内，耗伤心营，出现咽干口

燥、心悸不寐、舌红绛少苔等症而生。心火暴盛，肾水虚衰水不制火，血热脉盛，热极生风疾速妄行，冲激于脑造成血溢脑脉外；精血衰耗，水不涵木，木旺生风，风本为热，热胜则风动，气血逆乱，使人薄厥，两者皆会热气怫郁，上扰清窍，顷刻心昏神冒，而脑脉溢血卒倒无知。

故《素问病机气宜保命集·中风论》中指出：“风本生于热，以热为本，以风为标”。出血性中风急性期患者，证候实证常见火热证、风证^[6]，在肝肾阴虚的基础上^[7]急性起病，临床以面赤身热，烦躁不安，口苦咽干，舌质红，舌苔黄，脉数，为主要表现^[8]。实验室相关检查，血液黏度增高，血液流变异常，提示“瘀热”的存在^[9]，热与瘀是急性出血性中风的主要病理因素，瘀热证是主要证候^[10]，其病机为气血上冲，瘀热阻窍。中风急性期火热毒邪和血压异常波动两种证候关系密切^[11]，后遗症期以气虚证，血瘀证多见^[12]，高血压引起脑动脉压力过高而导致血管破裂，是脑出血最常见和最直接病因。

3.2 痰湿凝聚与脑梗死 《景岳全书·痰饮》：“五脏之病，虽俱能生痰，然无不由乎脾肾。”及“中风之痰，本非外感，悉由脾肾虚败所致”，脾肾健运失常，水湿停聚，湿聚为痰，上蒙轻窍，痰证是体内津液代谢失常的表现证候。《丹溪心法·中风》云：“湿土生痰，痰生热，热生风也。”脾土水湿生痰，痰湿内盛郁而化热，热胜则风动，故中风需以治痰为先。痰湿阻滞，经络闭塞不通，肢体不仁不用；痰随气升，蒙蔽清窍，卒然发病，造成半身不遂、语言蹇涩、昏愦不知人事。

痰浊可视为有形之物，是黏稠状的病理产物，也是有形的致病因素。性黏滞导致血液流速降低、脂质沉着在血管壁内形成粥样硬化斑块，造成血管狭窄、血液流动异常引起痰瘀互结，严重时形成血栓或发生斑块破裂，导致脑组织局部供血障碍，遂发脑梗死或脑栓塞，引发缺血性中风^[13]。

过食肥甘厚味，损伤脾胃，聚湿生痰，痰热内生、化火动风导致人体阴阳气血失调。形盛体肥加上高血压、高血脂、糖尿病、心脏病是缺血性脑卒中的危险因素^[14]，脑梗死中风患者中，风痰阻络型所占比例最高^[15]，其他证型为气虚血瘀型、和阴虚阳亢型；缺血性脑卒中急性期舌象为黄、厚、腻、燥^[16]，火和痰是其病程中的病理产物，动脉粥样硬化性脑梗死常伴高血压病，糖尿病和高脂血症也会加速动脉粥样硬化的进程^[17]。

3.3 气血不足与缺血性中风 《医林改错·半身不

遂论叙》中说:“半身不遂,亏损元气,是其本源。”元气是生命的根源,人体内五脏六腑、外部肌肤腠理、四肢百骸皆赖元气,元气不足虚者渐生,虚到一定程度正虚络痹,血行迟滞,瘀阻脑络,脑髓失养,发为中风。《医宗必读·真中风》“故因气虚血瘀,皆由气血不周”,气血不足、正虚积损造成的气血失调情况,是中风病发病基础。胸中宗气助血上行,贯心脉行气血,人体气血不足,脑络不充脑髓失养,邪易趁虚而入;气血充足,营行脉内卫行脉外,脉道柔韧通利,血液在脉内正常运行,濡养周身脏腑、脑髓。当气机升降失常出现气滞、气陷等病理状态,气机郁滞造成气血升降失调,为气郁血瘀,导致瘀血、痰饮等病变;气虚造成血流不畅而瘀血,为气虚血瘀与缺血性中风有密切关系^[18]。

气虚无力行血,血虚不能载气,致血少气衰血脉凝滞、临床表现头晕、肢体麻木,口舌歪斜、动作笨拙;气虚下陷血不荣脑,病位在脑出现神智、头目、语言方面的变症,且病变影响脑内的多部位,临床表现构音障碍、注意力不集中、记忆力下降及短暂性脑缺血等中风先兆。老年急性缺血性中风患者以气虚、血瘀为主要证候表现^[19-20];头颅 CT 或 MRI 确诊为脑梗死,发病 72 h 内的临床表现,不论是以指标聚类分析^[21]或是采集证候要素的评分^[22]皆有气虚证候,气虚证代表了正虚的一面,说明正虚在急性期也经常有所体现,临床上值得重视。

3.4 气血水病理特性与中风关系 气为一身之主,主升降出入,脏腑气化可以推动和调控脏腑功能,周留全身温煦内外,四肢经络脏腑得以正常活动。《灵枢·邪客》“营气者,泌其津液,注之于脉,化以为血”,津血同源为生理基础,若火盛煎灼津液凝而为痰,血受热则煎熬成块,气血津液运行迟缓及津血不互相渗透转化,为痰瘀互结的病理基础。

心脑血管疾病高危体质类型为痰湿体质、血瘀体质^[23],气行水行,气滞水滞,气机升降失常不能正常输布津液,则气血津液代谢失常,产生痰瘀诸邪,中风病与痰邪密切相关^[24],瘀可致水,水湿不化而聚而为痰,痰能滞血,痰瘀为气血津液代谢紊乱的产物,具有黏稠重浊之性,可以互相转化,凝聚滞留又进一步壅遏气机,使中风病机复杂及缠绵难愈。

缺血与出血都是血瘀证的临床表现,有着相同的病理基础,两者在一定条件下可互相影响,相互转化,唐容川《血证论》谓“既是离经之血,虽是清血鲜血,亦是瘀血”,脑出血后造成血肿及压迫脑组织造成脑缺血、缺氧,引发脑水肿颅内高压,气血运行被

阻气滞乃成,气滞脉络血瘀,新血不归经,或水蓄脉外挤压动脉管腔造成狭窄,最终闭塞引起脑梗死,病变过程中,脑梗死可转化为出血、脑出血也能转化为梗死,或是梗死与出血相继发生成混合性中风^[25]。

3.5 中风阶段与病机虚实关系 中风急性期多以实证表现,初期虚证并不显著,病进虚实参杂,后期以虚为主,最终为虚实夹杂、正虚络痹。气虚除在缺血性中风恢复期和后遗症期出现,发病急性期也有重要的意义^[12],若进一步发展可致病势反复。阴虚证在中风病的急性期有较典型的表现^[11],出血性中风急性期患者,证候为阴虚阳亢居多,另缺血性中风患者证候以气虚血瘀居多^[26]。藉由危险因素分析,高血压是出血性中风最密切的因素;血脂异常、肥胖、脉压增大则与缺血性中风较为密切^[27]。中风病急性期标实表现为突出,本虚的现象会暂时被严重的标象所掩盖,当急性期过后虚象就会逐渐显露出来,故中风后遗症患者多呈现虚证^[28]。脑卒中是本虚恶化和标实激化的结果,本虚不可能在卒中后的急性期和短短恢复期得到改善,便留下了后遗症。

4 基于内风说的病机与治法治则探讨

心火暴盛,肾水虚衰水不制火,精血耗竭则热极生风;另一方面水不涵木,木少滋荣,肝肾阴虚,阴津亏损肝阳偏亢亦可导致动风。“诸风掉眩,皆属于肝;诸逆冲上,皆属于火”火极可以生风动风、气火具浮、迫血上涌,所以心火暴甚、肾水虚衰无力制火与脑血管疾病中的脑出血有关,是发生出血性中风的重要病机。治法以降心火为先,心火降则肝木自平。张景岳曰:“治热必从血分,甚者用苦寒,微则用甘凉”,凉血与清热治中风相辅相成,凉血有助清热,清热有助凉血及避免化风,针对病因直折热势,血分之热缓解,防止继续迫血妄行,出血量进一步扩大。

气血不足是指元气不足、气不生血、生化之源匮乏,气血两亏脏腑功能衰减。气血不足造成血液循环受阻,血流突然减少,脉管闭塞供血中断,脑组织局部供血障碍引发短暂性脑缺血。痰湿中阻清阳不升,气血不能宣通濡养,如:脑动脉粥样硬化或其他因素造成血管增厚、管腔狭窄闭塞和血栓形成会导致局灶脑梗死,引起脑组织缺血、缺氧而发生坏死。痰湿凝聚导致生热化火化风,造成脏腑功能气机不调升降失常,让人体血液循环中一些异常的固体、液体或气体等栓子物质,藉由血流进入脑动脉或供应脑的颈部动脉,使血管腔急性闭塞,造成局部脑血流中断或局部脑组织缺血、缺氧导致脑组织坏死,出现急性脑功能障碍如偏瘫、失语等神经功能缺失的临

床表现。

气血不足与脑血管疾病中短暂性脑缺血有关,痰湿凝聚与脑血管疾病中脑梗死、脑栓塞有关。气血不足及痰湿凝聚是发生缺血性中风的重要病机。短暂性脑缺血、脑梗死、脑栓塞则是缺血性中风的不同阶段或程度。治法为针对不同病邪,谨守病机各司其属,正虚邪实者补而通之。邪实痰瘀阻滞者,通而达之。

5 小结

《医学发明·中风有三》说:“中风者,非外来风邪,乃本气自病也。中风病因病机虽然复杂,不论属性是出血性还是缺血性中风,不论病机是心火暴甚、痰湿凝聚、气血不足,都是在气血衰少、内伤积损、五脏元真相对不足的基础上所致。心火暴甚是在肝肾阴虚基础上,肝阳上亢、肝风内动;痰湿凝聚是在脾肾虚衰的基础上,水湿停聚、蕴湿酿痰;气血不足是在内伤积损的基础上,血少气衰、正虚络痹。中风病可概括为:阴阳气血长期失调的结果,以虚为本,因虚而渐生风、火、痰、瘀等邪为实,因实或其他诱因而触发,以致脏腑经络不畅、气血逆乱而发为中风。

藉由中西医对中风的认识进行病因、病机、症状分析,归纳探讨比较,可以发现心火暴盛是风火上扰、血随气逆不循经而行,形成了血冲脑造成血溢脑脉外,与出血性中风的非外伤性脑实质自发性出血,两者发病机理皆存在血管壁破裂出血;痰湿凝聚、气血不足是痰湿阻滞经络或气虚血行迟滞、闭阻不通血不濡脑,与缺血性中风动脉粥样硬化或血液相关病的栓塞症状有关,两者发病机理皆存在血液黏滞凝聚、血液供应障碍。中西医对中风病的认识无论在认识方法、语言表述上均有不同,但通过中风病临床表现分析及现今中医临床研究进展,可以发现两者认识存在着相似或相同点,而此相似或相同点的发现对于临床治疗及临证思路拓宽有着积极的意义。

参考文献

- [1] 张伯礼. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:113-121.
- [2] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[S]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-381.
- [3] Kario K. Morning surge and sleep surge in blood pressure—new clinical insights[J]. Nihon Rinsho,2011,69(11):1950-1957.
- [4] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[S]. 中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
- [5] 贾春华. 一种以身体经验感知为基础形成的理论—以“六淫”中的风为例分析中医病因的隐喻特征[J]. 世界科学技术-中医药现

代化,2011,13(1):47-51.

- [6] 李建香,过伟峰,吴勉华,等. 出血性中风急性期证候分布及变化规律分析[J]. 中医杂志,2011,52(11):938-940.
- [7] 郑国庆,黄培新,刘茂才. 出血中风病因病机的发展及阐发[J]. 浙江中医学院学报,2005,29(4):8-9.
- [8] 杜侃. 出血中风急性期阳类证、阴类证辨证标准的初步研究[D]. 广州:广州中医药大学,2005.
- [9] 田同良,解姗姗,朱应征. 凉血散瘀法治疗急性出血性中风的立论依据[J]. 中国中医急症,2014,23(4):659-661.
- [10] 李建香,过伟峰,吴勉华,等. 出血性中风急性期证候分布及变化规律分析[J]. 中医杂志,2011,52(11):938-940.
- [11] 余学杰,李书珍,李晓燕,等. 中风病“火毒”证候分析[J]. 中医学报,2015,30(2):222-224.
- [12] 周文强,刘德恒,林惠琴,等. 脑卒中中医证型与临床总体评价的相关性研究[J]. 广西中医学院学报,2002,5(3):24-26.
- [13] Sander D, Kukla C, Klingelhöfer J, et al. Relationship between circadian blood pressure patterns and progression of early carotid atherosclerosis: A 3-year follow-up study[J]. Circulation,2000,102(13):1536-1541.
- [14] 张成发,王复新,吴丽莉,等. 315 例缺血性脑卒中危险因素 Logistic 回归分析[J]. 黑龙江医药科学,2015,38(2):153-155.
- [15] 刘红,王斌. 1000 例中风(脑梗塞)的临床分析[J]. 北京中医,1996,17(3):33-35.
- [16] 刘晓婷,孙海英,宋立公. 急性期缺血性脑卒中 120 例舌象演变观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(8):949-950.
- [17] 马菊香. 急性脑卒中患者颈动脉粥样硬化与血压水平的相关性探讨[J]. 中国实用神经疾病杂志,2011,14(5):71-73.
- [18] 李祥,杨文明. 缺血性中风气虚血瘀证理论探讨[J]. 中医临床杂志,2015,27(5):601-603.
- [19] 李玉梅,宋月晗,杨毅玲. 178 例老年性缺血性中风患者中医体质类型分析研究[J]. 云南中医学院学报,2015,38(2):62-64,76.
- [20] 鲍远程,杨文明,胡翠平,等. 缺血性中风的中医证候特点研究[J]. 中医临床杂志,2012,24(3):189-192.
- [21] 刘强,高颖. 中风病不同阶段四诊信息的指标聚类分析[J]. 中华中医药杂志,2007,22(3):162-164.
- [22] 张华,高颖. 缺血性中风证候演变与神经功能缺损的相关性研究[J]. 北京中医药大学学报,2007,30(4):274-278.
- [23] 郑燕飞,焦招柱,王济,等. 从中医体质角度防治慢性病探讨[J]. 云南中医学院学报,2013,36(4):82-84.
- [24] 王丽波. 杨泽华教授从痰论治急性期中风病的临床经验总结[J]. 中国现代药物应用,2015,9(10):224-225.
- [25] 李光宇,曹传宇,张萍. 混合性脑卒中的诊断与治疗[J]. 中国综合临床,2004,20(2):124-125.
- [26] 肖诗鹰,王振海,金章安. 缺血性中风、出血性中风与中医诊断的相关性研究[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):53.
- [27] 李立新,李琳琳. 缺血性和出血性脑卒中危险因素分析[J]. 郑州大学学报:医学版,2010,45(2):313-315.
- [28] 刘志龙. 中风病机探讨 665 例中风患者临床资料分析[J]. 湖南中医学院学报,1995,15(3):16.