

“寒则缩,热则纵”理论指导下的 中风病证治初探

● 郑华津 纪 伟[▲]

摘要 “寒则缩,热则纵”原意出自《内经》,作为机体反应之一,是机体失去阴阳平衡的表现。中风病发生之后出现的半身不遂主症,在痉挛期和软瘫期有寒热之分,选方用药上要有寒热之用。寒证方面,唐宋以前选续命汤类方,从其方证特点上体现了辨中风之证,以及一以贯之的回阳祛风治法,亦体现出正确应用六经八纲的整体观念和辨证施治的独到之处;热证方面,《金匱要略》风引汤以金石潜阳之用开启后世重镇熄风治法先河,临床广泛应用。

关键词 寒则缩;热则纵;中风病;半身不遂;续命汤;风引汤

中风病(脑卒中)是严重威胁人类健康的疾病之一。古代有“风癘臆膈,阎王请客”之说,可见中风病之凶险。中风病以突然昏仆,半身不遂,口舌歪斜,言语謇涩或失语,神昏,偏身麻木为主症,且具有起病急、变化快如风邪善行数变的特点,好发于中老年人^[1]。随着现代医疗的早期介入,死亡率虽大有降低,但大多数患者所遗留的后遗症仍严重影响其生活质量。对于所遗留的症状如半身不遂、偏身麻木等,多依赖于针灸推拿、锻炼康复等辅助患者恢复肢体经气运行。本文希望能在中医药辨证选方方面汲取前人经验,为中风病治疗补充些思路,即在急性期开始通过准确辨证进行干预,重点结合主症寒热之变,正确处方,以期肢体经络、气血尽早恢复运行。

1 “寒则缩,热则纵”的理论来源

《灵枢经》^[2]曰:“足阳明之筋……急者,目不合,热则筋纵,目不开,颊筋有寒则急,引颊移口,有热则筋

弛纵,缓不胜收,故僻。”“足厥阴之筋……伤于内则不起,伤于寒则阴缩入,伤于热则纵挺不收,治在行水清阴气。”“手太阴之筋……经筋之病,寒则反折筋急,热则筋弛纵不收,阴痿不用。阳急则反折,阴急则俛不伸。”《素问》云:“凡痹之类,逢寒则虫,逢热则纵。”^[3]从《内经》原文中可以领悟出:人体阴阳失衡,十二经筋为寒热之变时,以寒症为主要病理表现则经筋反折筋急;以热症为主要病理表现则经筋弛纵不收。《内经》尤其在足阳明、足厥阴、手太阴三部经筋作了详细说明,并提出马膏、白酒、桂、桑钩、生桑炭、焯刺和燔针等寒热治法。所以“寒则缩,热则纵”这组概念在《内经》早已有之而且还提供了相关治法^[2]。

2 “寒则缩,热则纵”在中风病辨证中的思考

中风病症状有寒热的区别,通过四诊合参,可辨证阴阳寒热,确信无疑。症候在变,辨证亦在变,关键问题在于主症如何辨证寒热,以及寒热虚实多少。

半身不遂作为中风病的主症之一,有寒热辨证之分。《金匱要略》^[4]中“夫风之为病,当半身不遂”,提示的是中风病的结果而不是中风病的起因,即可以理解为主要症状为半身不遂的这种疾病所表现的是风邪

▲通讯作者 纪伟,女,主任中医师,教授,博士研究生导师。主要从事风湿免疫性疾病的中西医结合临床研究。E-mail: 1433082016@qq.com

• **作者单位** 南京中医药大学附属医院(江苏 南京 210019)

的特性,因而辨为中风。又因为风者乃百病之长且风邪善行数变,中风病起病急、病情复杂而且变化快,稍有疏忽或辨证拘泥就容易延误病情。临床上,半身不遂症状在病情变化上可有软瘫期和痉挛期两个时间窗^[5]。前者持续时间相对短暂,后者常遗留相当长的一段时间。

2.1 “寒则缩”是中风病痉挛期中医辨证的主症之一 中风病所导致的上运动神经元受损的瘫痪又称痉挛性瘫痪,临床上称为痉挛期。特点是肌张力增高、肌力减弱,无明显肌萎缩,呈现特殊的偏瘫姿势^[6]。包括偏瘫和交叉瘫时的痉挛性偏瘫步态,截瘫时的痉挛性截瘫步态以及神经系统体格检查时出现的折刀样(锥体束损害)、铅管样(锥体外系损害)阳性体征等在内的典型症状。痉挛期由于肌张力增高导致的经筋反折筋急的半身不遂,表现为“寒则缩”的挛缩病理状态。需要明确的是,这里的“缩”不能简单地理解为肢体屈曲。因上肢伸肌群瘫痪比屈肌群瘫痪的程度要重,表现为上肢屈曲旋前;下肢刚好与上肢相反,表现为下肢伸直内收。所以辨证要点在体更在用。据报道,针刺通过疏通经络、振奋阳气,对偏瘫痉挛的预防、治疗和康复有独特优势,亦说明痉挛期中医症候特点以寒证为主^[7]。

2.2 “热则纵”是中风病软瘫期中医辨证的主症之一 中风病所导致锥体束休克期,临床称为软瘫期。特点是肢体肌张力消失或低下^[6],坠落试验阳性等。这种因肌张力突然降低导致的经筋弛纵不收的半身不遂,表现为中风病过程中“热则纵”的病理状态。软瘫期和痉挛期两个过程呈现截然相反的症候表现,有时会在短时间内先后出现在同一个人身上,充分体现了“风邪善行数变”的特点,亦体现机体在风邪主导下,阴阳逆乱:有阳气奋力抗邪,两阳相合者,身热昏谵,肢体纵弛不收;有阳气耗散者“旦欲寐”,形体冷凉,肢体痉挛收缩;更有,由热转寒,出现寒热错杂,是病程变化与治疗中不可忽视的方面。

3 中风病治疗过程中续命汤与风引汤的应用

陈修园《医学三字经》中提到“人百病,首中风,骤然得,八方通,闭与脱,大不同,开邪闭,续命雄。”作为《金匱要略》的附方,续命汤和风引汤无疑是中风病治疗方剂中的佼佼者。

3.1 续命汤的应用 《备急千金要方·治诸风方·论

杂风状第一》中提到“歧伯曰:中风大法有四,一曰偏枯,二曰风痲,三曰风懿,四曰风痹。夫诸急卒病,多是风,初得轻微,人所不悟,宜速与续命汤,根据穴灸之。夫风者百病之长,歧伯所言四者说,其最重也”^[8]。中风病治疗,唐宋以前首选续命汤,即“大小续命二汤,通治五藏偏枯贼风方”。然而,现今谈及中风病治疗,多有中风之名而无中风之实。《金匱要略》附《古今录验》续命汤:“治中风痲,身体不能自收,口不能言,冒昧不知痛处,或拘急不得转侧。……麻黄、桂枝、当归、人参、石膏、干姜、甘草各三两、川芎一两、杏仁四十枚。”^[4]其中“或拘急不得转侧”和“身体不能自收”是“寒则缩,热则纵”辨证依据的主要方面。

3.1.1 续命汤的方义及方证特点 以《古今录验》续命汤为例,其组成可以划分为:还魂汤(麻黄汤)、甘草干姜汤、石膏、人参和当归、川芎。《备急千金要方·卒死第一》^[8]中提到“还魂汤,治卒感忤鬼击,飞尸诸奄,忽气绝无复觉,或已死绞,口噤不开……麻黄三两、桂心二两、甘草一两、杏仁七十枚”,主回阳祛风,剂量与组成等同于麻黄汤异病同治,说明古人早已谙熟麻黄汤在神志及心脑血管系统方面的作用特点,并将其应用于急救中。《伤寒论》^[4]第 29 条提到甘草干姜汤“以复其阳”;《神农本草经》^[9]提到石膏“味辛微寒,主中风寒热”,是以中风之证并非纯寒纯热,根据寒热多少与凉药佐制,以免麻黄发汗过多且用多令人烦;川芎“味辛温,主中风入脑,头痛寒痹,筋挛缓急”;人参“味甘微寒,主补五脏,安精神,定魂魄,止惊悸,除邪气,明目开心益智,久服轻身延年”,可以大补元气,因中风皆虚,故而人参必加;当归入血分,《日华子诸家本草》^[10]提到当归能治“一切风,一切血,补一切劳”,与川芎合用,活血以祛风,如唐容川所言“风能胜湿,风伤血则筋燥,当归能润燥”,取血行风自灭之意。足见,对于中风引发痉挛性瘫痪,唐宋以前医家多以寒风辨证,以回阳散寒,养血祛风的治法贯穿始终。而非后世冠以内风之名,尽失中风之实;辨有中风之证,不结中风之果。在方剂组成上可以看出,续命汤比《伤寒论》太阳病中麻黄汤更注重恢复阳气,行养气血。六经传变上则相类似,在肢体经络“太阳表证”的基础上亦可入里化热为“太阳阳明”,甚至与中脏腑而合病有脉沉而厥的“少阴病证”等,继而可依据所中经络、脏腑之深浅加减处方。故,续命汤证本质上是六经辨证在杂病上的应用。正如胡希恕先生所说的“方证,是中医辨证的尖端”,六经辨证不论在外感还是内

伤杂病上,其实大同小异,具体实践又细致入微。中经络后的肢体“寒则缩,热则纵”的状态更像是中风病两组寒热不同的主症和证型。中风病的寒证在病变程度上又有差别:风中经络为主者,病尚浅表,表现为肢体拘急不得屈伸,偏枯不仁;风中脏腑为主者,病更深重,表现为肢体拘急,偏枯不仁,口不能言,冒昧不识人等。

3.1.2 “寒则缩”为主症辨证的延伸 值得一提的是,中风病导致的无抑制性膀胱引起小便不利也可辨为寒症,即“寒则缩”的病理状态。这是由于中风导致的皮质和锥体束病变使其对骶髓排尿中枢的抑制减弱,每当膀胱内压高于10 cm H₂O时,膀胱不断出现无抑制性收缩,表现为尿频、尿急、尿失禁^[6]。《备急千金要方·贼风第三》提到“治脾风……气息短急,四肢痹弱,面色青,遗失便利,冷汗出,依源麻黄续命汤方。麻黄六两、大枣五十枚、杏仁、白术、石膏各四两,桂心、人参、干姜、茯苓各三两,当归、川芎、甘草各一两……旧方无术茯苓,今方无黄芩转以依经逐病增损”^[8]。依源麻黄续命汤方中重用麻黄以“发其阳”^[4],制其寒,以通阳化气,同时起到“提壶揭盖”上下相通之妙用;加以白术、茯苓健脾通利水湿,辅治遗失便利。从方证角度看,《古今录验》续命汤和依源麻黄续命汤都适用于中风病痉挛期的“寒则缩”的机体状态。现代药理研究^[11]显示,麻黄能引起中枢神经系统和交感神经系统兴奋,对呼吸系统和血管中枢的影响尤为显著;同时,具有正性肌力及调控血压等作用,对盆底肌群及自主神经的兴奋性也都有促进作用。结合药理研究和续命汤类方的应用,麻黄汤不但可散在表之寒,用于伤于风寒在表之证,也能应用于中风病,既可散中经络在表之寒,又可制中脏腑在里之寒。此外,麻黄汤还可根据辨证加入附子、干姜、细辛等加强温经散寒,回阳通脉之效。可以看出,《金匮要略》是六经辨证在杂病辨证上的精略版,对杂病“中风”的六经辨证论中,重点论治疾病客观表现,而非针对病因进行狭义的机械式理论推导。

3.1.3 续命汤及类方的古今应用举隅 续命汤方证在具体辨证上仍需遵循先辨八纲之阴阳、表里、寒热和虚实,后循六经三阴、三阳之合病、并病与传变,并参气血之多少、痰饮聚散等,最终落实经方辨证“方证思维”,继而合方加减,即孙思邈谓之“依经,逐病增损”^[8]临证处方。

《备急千金要方》记载孙思邈自己得中风而后服

续命煮散痊愈:“吾尝中风,言语强涩,四肢拖拽,出此方,日服四服,十日十夜服之不绝,得愈。”续命煮散“治风无轻重,皆主之方。麻黄、杏仁、桂心、川芎、独活、防己、甘草各三两、附子、细辛、人参、茯苓、升麻、防风各二两、白术四两、石膏五两……分三服,日日勿绝,慎风冷。”在《古今录验》续命汤中加入附子、细辛,合为麻黄附子细辛汤,以方测证,辨证中当可见少阴病提纲证“脉微细,且欲寐”之候;加茯苓、白术合为苓桂术甘汤,当有饮停,小便不利,仿依源麻黄续命汤治脾风,为太阳太阴合病。独活、防己、防风、升麻助表散风利水,皆体现临床辨证“以依经,逐病增损”的加减之道。

王焘在《外台秘要》^[12]中记载了使用心得:“崔氏小续命汤,疗中风欲死,身体缓急,口目不正,舌强不能语,奄奄惚惚,精神闷乱,诸风服之皆验,不令人虚。方出《小品》。余昔任户部员外,忽婴风疹,便服此汤,三年之中凡得四十六剂,风疾迄今不发。余曾任殿中少监,以此状说向名医,咸云此方为诸汤之最要。”崔氏小续命汤是在《古今录验》续命汤基础上去当归、石膏,加黄芩、附子、防风,加强回阳祛风,以散中脏腑之寒,黄芩为佐制诸热药,李东垣谓之“补膀胱寒水,滋其化源”。又如,孙思邈在其方书中提到:大续命汤治“猝然暗哑,依古法用大小续命二汤,通治五脏偏枯贼风方……旧无荆沥,今增之,效如神”。《本草备要》^[13]载,荆沥味甘平,宣通经络,为祛风化痰妙药,且有“热多用竹沥,寒多用荆沥”之说。所以,依法辨证,才能做到精准加减,使得方证疗效如虎添翼。纵观《备急千金要方》《外台秘要》各类续命汤,最温者当属崔氏小续命汤(加入附子、乌头、干姜、细辛),其它续命汤类方中或多或少地加入石膏、黄芩、葛根等药辛散三阳郁热,佐制大队温药,寒热同调。总体而言,续命汤类方属温热方剂,适用于“寒则缩”为主症的中风病辨证论治当中,而寒热多少自当明辨。

现代医家应用方面,如李可^[15]治疗中风多用续命煮散,并对有些医家所认为的麻黄、附子、桂枝、细辛单味药具有升压作用而禁用于中风病的观点不以为然。他认为,中风多是由外风引动内风或体内的阳气异动化风,循中药理论,麻桂附细可祛外风,回阳救逆,透发伏邪之势,醒脑开窍,通利脏腑。恰如夏季气候火热之时,人体血压水平反因腠理开泄汗出而低于年平均值。麻黄“主中风……除寒热,破癥坚积聚”^[9],且为续命类方共有之药,甚则黄仕沛^[15]认为麻黄当为

续命汤的君药。因此,麻黄在中风病中的应用不应被视为豺狼虎豹,通过准确辨证及合理配伍可成为中风病治疗中不可缺少的利器,如续命汤通过配伍桂枝降冲气通经络,配伍石膏除烦敛汗等发挥麻黄的最大作用。鉴于麻黄可兴奋中枢神经并有引起心律失常的风险,故宜先小量使用,每 2~3 天增量一次,每次增量 3 g,最大可用至 35~45 g,且宜下午 3 点前服用,以防夜间阳气增强而无法入寐。相关研究^[16]报道,在排除火热证的基础上,《千金要方》小续命汤可用于治疗中风后面瘫、四肢无力、颈椎病、急性脊髓炎、急性神经根炎、格林巴利综合征、多发性硬化、重症肌无力、运动神经元病等神经系统疾患,只要辨证得当,可以取得满意效果,改善预后。

3.2 风引汤证及应用 中风病的热证主症:肢体垂曳,不能自收,偏枯,狂乱妄语或不得语等。与之相对应的方剂众多,现以风引汤为例。《金匱要略》附方中提到:“风引汤,除热、瘫、痢……治大人风引,少小惊痫,日数十发,医所不疗,除热方。”原方组成如下:“大黄、干姜、龙骨各四两,桂枝三两,甘草、牡蛎各二两,寒水石、滑石、赤石脂、白石脂、紫石英、石膏各六两。”方中有大队寒泻药物伍以桂姜,尤在涇^[17]称之为“以涩取泄,以热监寒”。该方在除热和治痢方面每多效验。按六经辨证的思路,中风病风引汤证已是“正阳阳明”阶段,多用于“瘫和热瘫”为主要表现的疾病和中风病火热亢盛^[18]的软瘫期等。古今直接应用风引汤的医案报道虽不及续命汤,但以金石潜阳之用开启后世重镇熄风之先河,渐成中风病治疗主流。此外,冉雪峰^[19]认为风引汤治厥证重在潜镇摄纳,风邪内逆则其热内生,如适当进行加减,还可引申用于治疗多种虚实夹杂之神志病变。

4 讨论

“寒则缩,热则纵”作为人体应对病邪的反应之一,是机体失去阴阳平衡的表现,因此中风病发生之后出现的半身不遂有寒热之分,选方用药上要有寒热之用。中医整体思维的优势,即能够化繁为简、拨云见日,从主症下手知其寒热,辨别阴阳,指导遣方用药。再者,从还魂汤到续命汤和还魂汤到麻黄汤的变

化之中,可以发现古人对药性掌握之精准,对六经方证应用之娴熟,同时也可以看出古人创立续命汤,续命于变化之中的高明之处。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.
- [2] 佚名.灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,2012:44.
- [3] 佚名.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2012:167.
- [4] 张仲景.伤寒杂病论[M].北京:中国中医药出版社,2016:128-129,171,13.
- [5] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范(下册)[M].北京:华夏出版社,1999:84.
- [6] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2016:81,89.
- [7] 赵霞,王鹏琴,王潞彬,等.基于调和阴阳论中风后痉挛性偏瘫从项腹论治诊疗思路[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(4):175-178.
- [8] 孙思邈.孙思邈医学全书[M].太原:山西科学技术出版社,2016:162,168.
- [9] 佚名.神农本草经[M].北京:中国中医药出版社,2018:13,40-41.
- [10] 日华子集.尚志钧辑释.日华子本草辑释本[M].合肥:安徽科学技术出版社,2005:57.
- [11] 杨昕宇,肖长芳,张凯熠,等.麻黄临床应用与药理作用研究进展[J].中华中医药学刊 2015,33(12):2874-2877.
- [12] 王焘.外台秘要方[M].北京:华夏出版社,2009:279.
- [13] 汪庵.本草备要[M].北京:中医古籍出版社:1999:105.
- [14] 王耀顷,曹健.李可治疗中风经验[J].长沙:湖北中医杂志,2015,37(1):30-31.
- [15] 何莉娜,潘林平,杨森荣.黄仕沛经方亦步亦趋录[M].北京:中国中医药出版社:2011:21.
- [16] 熊兴江.《千金要方》小续命汤治疗面神经炎、四肢无力、颈椎病、急性脊髓炎、急性神经根炎、格林巴利综合征、多发性硬化、重症肌无力、运动神经元病、皮炎炎体会[J].北京:中国中药杂志,2020,45(12):2735-2751.
- [17] 尤在涇著.孙中堂主编.尤在涇医学全书[M].北京:中国中医药出版社:1998:114.
- [18] 熊兴江.《金匱要略》“中风篇”防己地黄汤、风引汤方证及其在中风、神志疾病中的运用[J].北京:中国中药杂志,2019,44(3):602-607.
- [19] 马继松,田爱华.冉雪峰治厥证方药自议[J].中医函授通讯,1988(5):22-24.

(收稿日期:2020-06-24)

(本文编辑:蒋艺芬)