

基于《古今图书集成医部全录》 探讨中风理论沿革及治疗规律

王瑞泽, 杨东方

(北京中医药大学国学院, 北京 102488)

[摘要]《古今图书集成医部全录·风门》汇集历代医家治疗中风的思想。金元之前,《黄帝内经》等记载以风邪外中为主,认为中风为外感所致;金元时期,刘河间、李东垣、朱丹溪三人主张内伤生风,认为中风为内伤所致;金元之后,对《黄帝内经》中风理论与“三子”中风理论之辩论展开,以王安道、张介宾为代表者,认为当分论“真中”“类中”,而以虞抟、喻昌为代表者,则主张合论“外感中风”与“内伤中风”。治疗规律则是以治外分浅深虚实,治内别火盛寒盛、气虚血虚,预防主张“节饮食、戒七情、远房事”。

[关键词]中风;理论沿革;治疗规律

[中图分类号]R255.2 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2022.05.004

中风是多发于中老年人的一种内科疾病,具有发病率高、病残率高、致死率高的特点^[1]。早在先秦时期,《黄帝内经》便已对此病有相关记载。后世医家亦多论及,承先人之言,各立新说。

《古今图书集成医部全录》为清代陈梦雷、蒋廷锡主编的大型医学类书^[2-3],收录了先秦至清初的诸多重要中医古籍,其中第217~220卷“风门”部分,将古今医家对于“风”及“中风”的各种学说和思想进行汇总,以便后学进行纵向学习和思考。现基于《古今图书集成医部全录》对历代文献有关中风的论述进行梳理,以求阐明中风理论沿革及治疗规律。

1 风邪外中

金元以前,所谓“中风”便是“中于风”“为风所中”,言其外感。

《黄帝内经》记载:“八正者,所以候八风之虚邪以时至者也”“虚邪者,八正之虚邪气也”“以身之虚而逢天之虚,两虚相感,其气至骨,入则伤五脏”“虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形”。所谓八正,即八方因时之风,以春、夏、秋、冬四时应东、南、西、北四方,再以二时交汇对应二方之间,如春夏之交应东南方,如此为“八正”。所谓风邪伤人,即是八方非时之风,恰逢人之腠理疏松,两虚相得而害病。此外,有论及五脏风及胃风之状,其证皆有“多汗而

恶风”^{[4]2-6},即言其病邪在表。张仲景在《金匱要略》中首提“中风”病名,设专篇论述其证治,将风中于人分“在络”“在经”“入腑”“入脏”^{[4]12},依风入浅深之不同而述不同症状,给予不同治法。唐代孙思邈认为“凡风多后背五脏俞入”^{[4]15},并依此提出灸各脏背俞穴的治疗方法。

秦汉隋唐之后,中风理论不断完善,总体不离“风邪外中”之理。直到金元时期,这一局面有了较大改变。

2 内伤生风

金元时期,“中风”不再执于外来之风,转求诸内,言其内伤。

不同于以往认知,刘完素认为“风本生于热”,所谓的“中风”实际上是“以热为本,以风为标”“俗云风者,言末而忘其本也”^{[4]16},换言之,人之所以“中风”,关键不在风,而在于“平日衣服饮食,安处动止,精魂神志,性情好恶,不循其宜而失其常”等“将息失宜”所致的心火暴甚、肾水虚衰,以至于阴虚阳实而热气怫郁,进而导致心神昏冒、筋骨不用或气血壅滞、不得宣通,出现猝倒、瘫痪等“中风”症状^{[4]20}。李东垣提出“中风从内出”,是“气血闭而不行”所致。《古今图书集成医部全录》所载篇幅较少,未能尽述李东垣关于中风的学术思想,据后人总结概括可知,李东垣认为人之所以中风“非外来风邪,乃本气自病也”,凡是年龄超过40岁或情志过极之人多患中风,正是“气衰”所致,肥盛之人间而有之,亦当归咎于形盛气衰。其言治法时,却不谈补法,而称“其治法则如外入之证,亦以发表、攻里、行中道三法”^{[4]27}。朱丹溪认为中风“大率主血虚”,“或属虚挟火(一作痰)

基金项目:内蒙古大学中华民族共同体研究中心 2022 年开放课题(NDZH202211)

作者简介:王瑞泽(1999-),男,博士研究生

通信作者:杨东方(1978-),男,博士,教授,博士研究生导师,
ydf01@163.com

与湿,又须分气虚血虚”。在后续的指导用药中,无论气虚血虚、抑或肥人瘦人,朱丹溪多关注“治痰”,且提出“西北之人,真为风所中,间而有之;东南之人,多是湿土生痰,痰生热,热生风”^{[4]27-28},这便是后人总结朱丹溪论治中风“主于痰”或“主于湿”说法之依据。

刘完素、李东垣、朱丹溪的思路可谓“破而后立”,言及“中风”时不再囿于风,反求诸内,从人体自身寻找问题的来源和解决办法,开辟了新局面,对《黄帝内经》中风理论、“三子”中风理论之辩论由此展开。

3 分合之争

金元之前,医家认为中风便是外中风邪,金元时期,刘河间、李东垣、朱丹溪三人却又提出中风非外中,而是内伤生风,二者对立立论,似是冲突,但“三子未出之前,固有从昔人治之而愈者矣;三子已出之后,亦有从三子治之而愈者矣”^{[4]31}。如此看来,应用到临床上时,二者并非绝对对立关系。如何权衡并妥帖处理二者,当分别命名还是合并而论,诸位医家各有观点。

3.1 分而名之 机械拼凑固不可取,取舍偏废亦不可为,故而诸多医家为其分命病名、分立证治,其中以王安道、张介宾为代表,见解独到。

王安道首做总结,提出了“真中”和“类中”的概念^[5]。其考证了《黄帝内经》《金匱要略》《千金方》等书中关于“风”的相关论述,得出“卒暴僵仆不知人,偏枯四肢不举等证,固为因风而致者矣”的结论,仔细分析了刘河间、李东垣和朱丹溪的观点,指出“三子之论,河间主乎火,东垣主乎气,彦修主于湿,反以风为虚象,而大异于昔人矣”,《黄帝内经》的理论与刘河间、李东垣和朱丹溪的理论是存在冲突的,但在二者指导下却都存在成功的治疗案例作为佐证。为求和合而不偏废,王安道创见性地提出“三子以相类中风之病,视为中风而立论”的观点,将中风分为“真中风”和“类中风”两类,外感所致,“因于风者”,为真中风;内伤所致,“因于火与气与湿者”,为类中风^{[4]30-31}。

张介宾并未承前人之论继发新说,而是溯本求源考证《黄帝内经》,认为《黄帝内经》记载的风邪相关内容都是指外感表证,而当时流传的神魂昏愆、直视僵仆、口眼歪斜、牙关紧急、语言謇涩、失音烦乱、摇头吐沫、痰涎壅盛、半身不遂、瘫痪软弱、筋脉拘挛、抽搐痲疯、遗尿失禁等“中风”症状,却都是因内伤血气所致,并不该与最初的“中风”含义归为一类,

确立了“内伤积损,颓败而然”的病机^[6]。其认为“中风”一词在历代医家层层论述下,所包含的症状越来越丰富,同时也越来越驳杂,从而导致“是风非风,始混乱莫辨,而愈失其真”的问题越来越严重。张介宾认可王安道将当世所言中风分为“真中”“类中”的思想和理论,并进一步详细阐述了自己的见解,有所中则为“中风”、无所中则为“属风”^[7]，“中于风者,即真风也;属于风者,即木邪也。真风者,外感之表证也;属风者,内伤之里证也”^{[4]70-72},将中风、属风、表证、里证四者进行明确区分和对应。王安道、张介宾一言“真中”“类中”,一言“中风”“属风”,名虽不同,理却相似,皆是将对中风的认识分开立论。

3.2 合而论之 也有医家将多样化的认识加以整合,取精华去糟粕,以完善医学理论,形成“合而论之”的观念,其中以虞抟、喻昌为代表。

虞抟在《医学正传》中用反证法论述了对于中风而言“感于外邪”与“气体虚弱”二者的必要性。若所谓的“真中风邪”单有外中风邪而无体虚,则风寒大盛之地,如西北二方,中风之人当比比皆是,若因火、因气、因湿即可“中风”,不必感受外邪,则因火、气、湿而致病,自会有其他的证候表现,并不一定要出现喎僻、瘫痪、暴仆、暴痞等症状。而事实与推断相悖,如此便反向证明了“外感”与“内伤”皆是中风成因,二者缺一不可。金元之前医家所言“外中风邪”为标,刘河间、李东垣和朱丹溪所言“内伤火气湿”为本。其治疗之道,当视轻重缓急而定先后,“重于外感,先驱外邪而后补中气;重于内伤,先补中气而后驱外邪”“急则治其标,缓则治其本”^{[4]33-34}。

喻昌在《医门法律》中指出,人之所以中风,“阳虚邪害空窍”^[8]为本。偏枯不仁、中风猝倒为“阳气虚馁,不能充灌”所致;张仲景所谓“脉微而数”,“微”为阳微,“数”为风炽。可见,“诸脉诸证,字字皆本阳虚为言”。风为阳邪,阳虚卫外不固,阳邪乘阳位,风居空窍而渐入脏腑。其治疗之法,务在填空窍。以此观点为纽带,其将《黄帝内经》与刘河间、李东垣和朱丹溪的观点相联系,提出“阳虚邪害空窍为本,风从外入必挟身中素有之邪,或火、或气、或痰而为标”^{[4]55-56}。

虞抟、喻昌二人分标本而言,皆认可外风为标,至于病本则不同。虞抟认为因火、因气、因湿为本,而喻昌以阳虚邪害空窍为本,火、气、湿则是体虚基础上生成的病理产物,遇外风则被引动而有害。

4 治疗规律

治疗之道,无外乎祛邪扶正、治标治本,诸位医

家各承其论,对中风虚实程度、何为标本自有不同见解,在此基础上的立法处方,自然也会稍有差异。孙思邈引岐伯偏枯、风痲、风懿、风痹中风四大法;张仲景依邪中之浅深分在络、在经、中腑、中脏;刘河间因证分中腑、中脏,李东垣在其基础上增加中血脉一说,二人中腑、中脏名虽同、实却异。如续命汤,刘河间用以治腑,李东垣用以治血脉;又如三化汤,刘河间用以治脏,而李东垣用以治腑。如此之类,各代医家,各抒己见。张景岳深研《黄帝内经》,博览前人著作,对中风的治法总结达到了一个较为全面而系统的层次。试以张景岳观点为主干,旁引他家学说,以使该治疗规律尽可能完善。

治风之法,于其外,当分浅深虚实。这一点也是诸多医家的共识,不过理同名异耳。浅者邪在三阳,头痛恶寒拘急身痛者,为表实,麻黄汤、麻桂饮随证加减,甚者宜续命汤;头痛有汗恶风者,为表虚,宜桂枝汤或五积散;热多寒少而为偏枯疼痛发热者,当养血通气,宜大秦苻汤,甚者愈风汤^{[4]75-76}。刘完素有六经续命汤,分证立法处方,亦可作为借鉴^{[4]19}。二便不通,当先通利二便,可选用三化汤或麻子仁丸。深者直达三阴,选用金匱续命汤去石膏。于其内,当别火盛寒盛、气虚血虚之不同。若火盛而现阳证,由火盛伤阴,火甚则专治火,以徙薪饮、抽薪饮、白虎汤之类,火微则兼补阴,一阴煎、二阴煎之类主之;若寒盛而现阴证,寒微者,宜温胃饮、八味地黄丸之类,寒甚者,右归饮、回阳饮、理中汤、四逆汤之类主之,若寒极阳脱,当灸关元、气海、神阙以回阳。若气虚于上而眩晕掉摇惑乱,以五福饮之类培补中气,虚甚则大补元煎、十全大补汤之类;若血虚不至而麻木不仁、不知痛痒,宜三阴煎、大营煎、小营煎之类滋阴养血^{[4]82-83}。

若出现了“大拇指及次指麻木不仁,或手足不用,或肌肉蠕动”等症状,考虑为中风先兆,应当进行预防。预防一事,“节饮食、戒七情、远房事”为要,若欲服药预防,当先察脉辨虚实,两尺虚则六味地黄、八味地黄补肝肾,寸关虚则四君、十全大补补脾肺^{[4]53-54}。慎不可妄用搜风顺气、清气化痰之方药,否则非但起不到预防作用,反有“招风取中”之弊。

总而言之,中风治法无非审其脉证,随证施治,对外分浅深虚实,对内辨寒热气血。若治后仍遗留一二症不愈,可参考李中梓在《医宗必读》中针对各单一症状的详细论述及立法处方^{[4]46-49},于原方之上

再施加减。

5 小结

以对《黄帝内经》中风理论、“三子”中风理论之辩论为导引,可明晰中风理论的沿革:金元之前以“风邪外中”为主,金元时期刘河间、李东垣、朱丹溪三人提出“内伤生风”观点,金元之后诸医家在这两种说法上进行阐述,有人认为当分论,有人主张当合论。这整个过程,是一个认识不断深入、理论不断完善的过程。“中风”者,中于风也,《黄帝内经》时代医家用“中风”一词,表达的是病因、是外邪致病的状态;后人以古籍记载中风诸证应用于临床,未取得预期效果,故另寻病因,而提出火、气、湿的内伤观点。将二者分而论者,如王安道、张介宾,重在“正名”,金元前后“中风”内涵确实已发生变化,分别命名不但有利于将该病的理法方药梳理清晰,更有益于后世学者学习,于医学传承有功;合而论者,重在“治疗”,无论因风,抑或因火、气、湿,再或因气虚、血虚、阴虚、阳虚,散风制火行气祛湿、益气养血滋阴壮阳,诸法既备,不过随证取舍、加减变化而已。

治疗方面,尽管张景岳之说已较为完备,但难免会有不当之处,现今医家对于中风的认识并没有止步,依然在不断深入和适时修正。

参考文献:

- [1] 国家中医药管理局脑病急症科组. 中风病辨证诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1994, 17(3): 64-66.
- [2] 杨威, 阎卫红, 余丞浩, 等. 《古今图书集成》医学思想研究[J]. 中国中医药图书情报杂志, 2016, 40(6): 49-52.
- [3] 邱纪凤. 《古今图书集成》与陈梦雷: 兼谈《医部全录》在祖国医学上的贡献[J]. 云南中医学院学报, 1983(4): 22-27.
- [4] 陈梦雷, 蒋廷锡. 古今图书集成医部全录: 黄帝素问[M]. 人民卫生出版社, 1991.
- [5] 孟繁东. 李书义辨识“真中”与“类中”探讨[J]. 环球中医药, 2015, 8(12): 1494-1495.
- [6] 尚英兆, 高晗, 高天宇. 中风非风说[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(29): 105.
- [7] 林震溪. 张景岳非风学说的理论研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.
- [8] 贺文龙. 喻嘉言中风证治研究[D]. 昆明: 云南中医学院, 2013.

(收稿日期: 2022-06-09)