

本文引用:孙一凡,李国铭,翁鑫坤,刘文琛,赵敏,招远祺.论“湿邪致中风”[J].湖南中医药大学学报,2021,41(1):111-115.

论“湿邪致中风”

孙一凡¹,李国铭²,翁鑫坤²,刘文琛²,赵敏²,招远祺^{2*}

(1.广州中医药大学第二临床医学院,广东 广州 510006;2.广东省中医院,广东 广州 510120)

[摘要] 中风病是难治性脑病,历代医家对中风病病因病机观点各异。立足于湿邪和中风病的古今文献研究,结合湿邪致病的特点和中风病的证候特点,探讨湿邪与中风病之间的关系,剖析“湿邪致中风”的源流、辨证要点及临证思路,强调湿邪为中风病的重要病理因素,以期加深临床上对中风病的研究,进一步拓宽治疗思路。

[关键词] 中风;湿邪;病因病机

[中图分类号] R255.2

[文献标志码] A

[文章编号] doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2021.01.021

The Theory of "Stroke Caused by Pathogenic Dampness"

SUN Yifan¹, LI Guoming², WENG Luankun², LIU Wenchen², ZHAO Min², ZHAO Yuanqi^{2*}

(1. Second Clinical School of Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong 510006, China;

2. The Second Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, Guangdong 510120, China)

[Abstract] Stroke is a refractory disease of encephalopathy. The understanding of the etiology and pathogenesis of stroke has been different in generations of physicians. Based on the ancient and modern literature researches of dampness and stroke, combined with the pathogenic characteristics of dampness and the syndrome characteristics of stroke, this article discussed the relationship between dampness and stroke. We analyze the origin and development, dialectical points and clinical thinkings of "stroke caused by pathogenic dampness" and emphasized that pathogenic dampness is an important pathological factor of stroke. This paper aims to deepen the clinical research on stroke and further broaden the treatment ideas.

[Keywords] stroke; pathogenic dampness; etiology and pathogenesis

中风又名卒中,是临床常见疾病,与“痹、鼓、膈”共为古代中医的4大顽症^[1],并居首位,历来受到医家的重视,中医对中风病机的认识经历了一个逐步完善的过程。唐宋以前多以“内虚邪中”立论,自金元以来,内风学说逐渐占据上风,近代以内风学说成为主流,并与现代医学紧密结合,在继承传统的基础上开始深入探讨脉络闭阻、痰瘀阻络、脑神失养等微观

病机,此外,外风学说也引发了新的思考^[2]。

当前,中风的病理因素仍以风、火、痰、瘀、气、虚6端论述较多^[3],本研究团队在总结临床经验和研究中发现,湿邪也是中风的重要病因。本文拟通过分析湿邪和中风病的古今文献,结合临床经验,提出“湿邪致中风”假说,认为湿邪入络,湿聚为痰,痰滞为瘀,痰瘀互结,损伤血络,从而引起或加重中风病。

[收稿日期] 2020-07-22

[基金项目] 广东中医药大学第二附属医院省部共建中医湿证国家重点实验室项目;广东省中医药局中医药科研项目(20202069);广东省中医急症研究重点实验室项目(2017B030314176);广东省中医院院内专项(YN2016ZD04,YN2015MS02)。

[作者简介] 孙一凡,男,在读硕士研究生,研究方向:中医药治疗神经系统疾病。

[通讯作者] * 招远祺,男,主任医师,博士研究生导师,E-mail: tcm2008@126.com。

1 “湿邪致中风”的理论源流

“湿邪致中风”理论滥觞于《黄帝内经》，《素问·通评虚实论》提到“凡治消瘴、仆击、偏枯、痿厥、气满发逆，肥贵人，则高粱之疾也”，张山雷评述“肥贵人则高粱之疾，则痰湿壅塞皆在不言之中”^[4]，指出痰湿内盛的肥贵人易患中风等疾病。金元时期，中风病“内因”学说开始占据主流。朱丹溪在《丹溪心法·中风》进一步论述了湿邪致中风的病机，说：“东南之人，多是湿土生痰，痰生热，热生风也。”他认为，东南之地气候潮湿，是导致中风病重要始动因素。同时他还就此提出了中风病湿邪致病的病理机制，湿邪凝聚为痰，痰聚生热，热生风，风火相煽，气血逆乱导致中风病的发生。湿邪一方面直接入于营血，凝涩血脉；另一方面阻滞气机，与痰瘀相合，阻于经络，使筋脉失养，发为中风^[5]。

元代医家认为中风之风是从内生而非外感风邪的中风病症，与外感风邪相比较，提出了“类中风”（简称“类中”）。王履著《医经溯洄集·中风辨》，从中风病因学出发，首创“真中风”与“类中风”，将内风与外风做了本质上的区别。《医经溯洄集·中风辨》指道：“殊不知因于风者，真中风也；因于火，因于气，因于湿者，类中风而非中风也。”后世医家对“类中风”的概念进一步认识和探索，对湿邪和中风病的关系也得到了更加深入的认识。《类证治裁·中风》云：“河间主火（谓心火暴盛，肾水虚衰），东垣主气（谓猝中乃本气自病），丹溪主痰（谓湿生痰，痰生热）……（皆辨明类中之由，与真中症异）。”

明代医家李士材^[6]将类中风分为“火中、虚中、湿中、寒中、暑中、气中、食中、恶中”8类，进一步深化了对类中风病诊治的认识，将“湿中”作为中风的一个因素。清代医家黄元御^[7]从气机升降角度明确指出：“中风之病，由于土湿，土湿则木郁而风动”“缘湿土壅满，肺金不得降敛，故气阻而生麻。肝木不得升达，故血郁而生风”，中风病的根源全在于中土之湿邪，扰乱气机，故而生风。并指出“其神迷不清者，胃土之逆也，其舌强不语者，脾土之陷也。以胃土上逆，浊气郁蒸，化生痰涎，心窍迷塞，故昏愤不知人事，脾土下陷，筋脉紧急，牵引舌本，短缩不舒，故蹇

涩不能言语，此总由湿气之盛也。”其症状虽繁多，但总由湿气之盛为根本。随后更多的医家补充了关于湿中的描述，《医阶辨证·猝中、暴厥辨》云：“湿中之状猝然昏倒不知人，关节重痛，浮肿喘满，腹胀烦闷，脉沉缓或沉细，久居水湿地得之。”《时病论·中湿》较为系统地论述了湿邪导致中风，认为“中湿者，即类中门中之湿中也。盖湿为阴邪，病发徐而不骤。今忽中者，必因脾胃素亏之体，宿有痰饮内留，偶被湿气所侵，与痰相搏而上冲，令人涎潮壅塞，忽然昏倒，神识昏迷。与中风之证，亦颇相似，但其脉沉缓、沉细、沉涩之不同”。

此外，日本医家丹波元坚在《杂病广要·中湿》中指出“若气不和平，湿中稍重，亦令人半身不遂，口眼喎斜，涎潮昏塞，有类风证”。可以看出中风湿证除了猝然昏扑、不省人事等中风病常见症状外，还有关节肿痛、腹胀、浮肿、喘闷、脉沉缓细或沉涩等湿邪困阻的突出症状，是中风病湿邪致病的重要辨证要点。近年来，《中风病辨证诊断标准》《缺血性中风证候要素诊断量表》等在临床上得到了运用，其多以神情呆滞、肥胖、头昏头重、口黏腻、渴不欲饮、咳痰或喉中痰鸣、纳呆便溏等症状作为诊断痰湿证的主要依据，进一步提高了中风病辨证诊断的一致性和疗效评价的客观性^[8-9]。

2 “湿邪致中风”的病因病机

湿为自然界的气候变化之一，正常情况下属“六气”之一，若其出现异常变化，超过人体正常承受能力或者人体正气不足，不能适应其变化时，就成为伤人致病的湿邪，属于外感“六淫”之一。中医学在天人合一观指导下，认为湿有内外，内湿是脏腑气化失调导致津液转输障碍所生，是指津液停聚蓄积。外湿证多由气候潮湿、涉水淋雨、居处潮湿、水中作业等环境中感受湿邪所致。内湿则多责之肺、脾、肾，脾的运化水液功能失常是湿浊内生的关键。饮食失度、嗜烟好酒等不良习惯内伤脾胃可影响水液运化而生湿。脾的运化水液功能有赖于肾阳的温煦气化，肾阳虚衰也可导致湿浊内生。肺主宣发肃降，为水之上源，通调一身水道，敷布津液，调节和维持水液代谢。若肺气宣降失常，则津液代谢失常，易生湿浊。

此外,气可行津,气是津液在体内正常输布的动力,情志抑郁、喜静少动、痰湿和瘀血等病理产物、体质偏于痰湿和瘀血者,易于导致气机不畅,津液输布失常而生湿。外湿与内湿虽然来路不同,但是常常相互影响^[10-11]。

湿邪为病,发病隐袭,初起不易被重视,致病广泛,其性重浊,易阻气机,又易夹杂他邪,缠绵难愈。《黄帝内经太素·虚实所生》曰:“寒湿中人,致虚有四:皮肤收者,言皮肤急而聚也;肌肉坚者,肌肉坚而不收也;营血泣者,邪气至于脉中,故营血泣也;卫气去者,邪气至于脉外,卫气不行,故曰去也。”外湿侵袭人体,既可阻滞气机,又可直接入于血脉,使营血凝涩。脾喜燥而恶湿,外湿困脾影响脾之健运,亦可滋生内湿。内湿之人往往也易感外湿,《金匮要略心典·痉湿喝病脉证治》曰:“中湿者,亦必先有内湿而后感外湿,故其人平日土德不及而湿动于中,由是气化不速,而湿侵于外,外内合邪。”

《医经溯洄集·中风辨》曰:“中风者,非外来风邪,乃本气病也,凡人年逾四旬气衰之际,或因忧、喜、忿怒伤其气者,多有此疾,壮岁之时无有也,若肥盛则间有之。”揭示中风病以本虚为根本,正合《灵枢》“邪之所凑,其气必虚”之意。湿邪虽为实证,究其根本,亦责之于肺、脾、肾亏虚。肺、脾、肾亏虚,功能失常,水液失于运化则湿浊生于内,或与外湿相合,共同致病,阻滞气机,郁而生风,上蒙清窍,扰乱神机。《景岳全书·肿胀》曰:“盖水为至阴,故其本在肾;水化于气,故其标在肺;水惟畏土,故其制在脾。”水湿之病,与肺、脾、肾关系最为密切。研究证明:饮食偏嗜、吸烟、情志失常等是中风的危险因素^[12]。吸烟无度,损伤肺脏,影响肺通调水道的功能,导致痰湿。饮食偏嗜多伤脾胃,过食肥甘厚味,可助湿化痰生热;过食生冷,损伤脾阳,易生寒湿。中医学认为不良心理因素是产生疾病的重要原因,情志过极导致脏腑功能失调亦可导致津液运行失常,如大怒伤肝则疏泄失常,肝逆犯脾,影响运化,聚湿生痰;思虑伤脾则失于健运,运化失职。此外,劳则伤气,过度劳累伤人正气;安逸过度使人气血不畅,皆可影响脾胃功能,导致水湿内生。此外,由于湿性重浊黏滞,

多阻滞气机,亦可导致痰瘀等病变。湿、痰、瘀同源而异流,分之为三,合则为一,都是脏腑功能失调,水液代谢障碍的病理产物,均以气机不利为病理基础^[13]。《素问·经别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺;通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行,合于四时五脏阴阳,《揆度》以为常也。”人体脏腑功能正常,津液则能顺利敷布全身。津液运行不利则化生为湿,湿聚集成水饮,凝而成痰。津液是痰与湿的共同来源,湿是痰形成的重要的前驱状态。瘀血阻滞往往会导致津气运行不利,酿湿生痰。痰浊壅滞,血脉不利,又会导致瘀血。正如《医贯·郁病论》所说:“气郁而湿滞,湿滞而成热,热郁而成痰,痰滞而血不行。”湿、痰、瘀血三者病理状态下可以相互影响,杂合为病,而往往以湿邪为启动因素,故湿邪为中风的重要基础病因。

湿为阴邪,易阻遏气机,湿易困脾,脾胃为人体气机升降枢纽,脾为湿困,从而使气机升降失常,经络运行阻滞不畅。湿邪久困,聚而生痰,痰湿互结。痰湿既是中风病脏腑功能失调、气血津液代谢失常的病理产物;同时作为新的致病因素,又会加重脏腑功能失调和气血津液运行障碍,导致湿痰再生,加重病情进展。痰湿进一步困阻脾胃,阻遏气机正常升降出入,“出入废则神机化灭,升降息则气立孤危”,气机阻滞则影响血液正常运行,导致瘀血产生。瘀血形成又可阻滞气机反过来加重痰湿。正如唐容川所说:“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血,则痰水自消”“水病而不离乎血”“血病而不离乎水”。痰湿与瘀血形成恶性循环,胶结不解,最终亦可闭阻脉络导致中风。同样,中风发生后,瘀血内阻脑窍,又常影响津液代谢。“血不利则为水”,津血流行不畅,血滞留而为瘀,津液外渗而为水,渐成瘀水互结的病理状态^[14]。

3 从湿论治中风的思路

国医大师刘祖贻指出:肾是肾-精-髓-脑系统的起始因子,肾虚(尤以肾阳虚多见)是多种脑病的病理基础^[15]。而中风病湿证以脾肾亏虚为本,以气机不利,痰湿蒙窍或湿痰瘀互结阻滞脉络为标。故中风病湿证的治疗应祛邪与扶正并举,标本兼治。中风病来势急,进展快,急性期以治标为主,宜以祛湿

活血,化痰开窍为主,佐以补气之品;恢复期以固本为重,健脾补肾,理气化湿。正如徐大椿所说:“若纯用补,邪气益固,纯用攻,则正气随脱,此病未愈,彼病益深”。

对于中风病湿证的治疗,《医学心悟·类中风》主张以“苍白二陈汤”(即二陈汤加苍术、白术)治疗,二陈汤为化痰祛湿之名方,但健运脾胃之力不足,辅以二术,既助祛湿之力,又有健脾之功,收标本同治之效。《儒医心镜·中风》中推荐用四君子汤合二陈汤调理,亦是攻补兼施之意。林佩琴在《类证治裁·中风》中主张分外湿与内湿两端治疗,外湿以除湿汤(羌活、藁本、升麻、柴胡、防风、苍术)治疗,以风药为重,取风可胜湿之意,然仍不忘以苍术苦温之品以厚中土;内湿以渗湿汤(即胃苓汤加香附、川芎、砂仁、黄连)治疗,淡渗利湿、苦温燥湿、芳香化湿三法并举,更兼行气活血之品以助宣畅气机,调和气血。而雷少逸尤重开窍,主张以增损胃苓法去猪苓、泽泻、滑石等渗利之品,加紫苏子、制半夏、远志、石菖蒲以豁痰开窍治之,以祛湿、化痰、开窍为治疗法则。

黄元御^[16]治疗中风病以湿立论,以桂枝乌苓汤(桂枝、芍药、甘草、何首乌、茯苓、砂仁)治疗左半偏枯者;以黄芪姜苓汤(黄芪、人参、甘草、茯苓、半夏、生姜)治疗右半偏枯者。两方皆备注“中下寒,加干姜、附子”。黄元御认为气分偏虚则病于右,责之手太阴肺经,血分偏虚则病于左,责之足厥阴肝经;但左右偏枯之源皆为太阴脾土之湿。故组方虽有补气、补血的差异,但都重视茯苓等健脾化湿药的应用。此外,黄元御认为土虚则肾水必寒,故载干姜、附子以备温阳祛寒之用。

现代临床研究方面,赵建欣^[17]、宋立辉^[18]、宗振勇^[19]等人在常规西医治疗的基础上加用半夏白术天麻汤治疗中风,效果优于对照组,均取得了满意的疗效。由于时代差异和中医辨证论治的特色,各位医家在具体方剂上未能完全一致,而是各有侧重,但大多燥湿和健脾作为组方的核心思路,药物多选苍术、白术、陈皮一类温燥之品;在此基础上分别选用豁痰开窍、升阳祛风、理气利湿之品随证加减立方。董文静^[20]总结了103例中风病中经络患者的痰

湿证患者的中药处方后发现,其处方用药总体遵循“标本兼顾”的原则,以补脾为本,燥湿化痰为标。

总而言之,湿邪致病,变幻多端,然治湿之法,不外芳香化湿、苦温燥湿、淡渗利湿、活血利水、疏风散湿诸法。中风病的诊治和预防中,在辨证论治的基础上选用适当的祛湿方药,有助于临床疗效的提高。芳香化湿法选用气味芳香、具有化湿行气醒脾功能的药物,常用药如广藿香、佩兰、石菖蒲、砂仁,方如六君子汤、异功散等;苦温燥湿法常选用苍术、厚朴、陈皮、草果等药,方如平胃散、半夏白术天麻汤等;淡渗利湿法常选用茯苓、薏苡仁、猪苓、泽泻等药,方如胃苓汤、渗湿汤等;活血利水法常选用泽兰、牛膝、益母草等药,方如张学文教授的脑窍通方(丹参、川芎、赤芍、桃仁、红花、益母草、川牛膝、茯苓、白茅根、麝香);疏风散湿法取风可胜湿之意,常用羌活、独活、防风等药,方如小续命汤、大秦芩汤、除湿汤等。

4 医案举例

张某某,形体肥胖,男,41岁,以“突发认知下降1月余”为主诉求诊。1月前患者突发记忆力下降,反应迟钝。头颅核磁共振提示:左侧海马、丘脑等多发亚急性脑梗死、脑萎缩、多发脑血管重度狭窄。刻诊:患者神清,精神疲倦,反应迟钝,沉默寡言,下肢水肿,纳可,眠多,大便每2~3d1次,小便调,舌淡红嫩,苔稍腻,脉沉细。记忆力与计算力减退,时间及空间定向力下降。四诊合参,结合影像学检查诊断为“中风中经络”。证属气虚痰湿瘀阻,治以益气化痰祛湿活血。处方:酒大黄10g,姜黄15g,蝉蜕5g,布渣叶10g,僵蚕6g,益智仁15g,巴戟天15g,苍术10g,党参20g,茯苓25g,石菖蒲15g,制远志15g。加用痴复康口服液(广东省中医院院内制剂,主要成分为黄芪、红参、当归、何首乌、紫河车、巴戟天、法半夏、石菖蒲、远志、牛黄粉)、丹参川芎嗪注射液(贵州拜特制药有限公司)活血通络,配合治疗。治疗8d后,患者症状明显好转,言语较前增多,反应迟钝、认知下降较前改善,下肢水肿不显。仍以“益气化痰祛湿活血通络”法,治疗近月余,症状显著好转而出院。

按:患者素来体肥,精神疲倦,长居岭南湿地,内

外合邪,气虚湿盛,困阻脾胃,则一身气机升降失常,湿浊流注下肢则水肿;清阳不升则眠多;痰湿内蕴,久而成瘀,浊阴上扰清窍则记忆力与计算能力减退,时间及空间定向力下降。以气虚湿盛为本,痰瘀互结为标,以党参、茯苓健脾益气,苍术、布渣叶燥湿化湿,益智仁、巴戟天补肾填精,升降散合石菖蒲、远志升清降浊、活血祛痰,标本兼治。

5 结语

中医学在治疗中风病方面有着悠久的历史和丰富的经验,随着现代社会人们生活方式和饮食结构的改变,过饮茶酒冷饮,过嗜肥甘之人日众,致使脾胃受损,中阳困遏,水湿停聚之证有增无减,因损伤脾胃而导致的内湿病证明显增多^[21]。广东省中医院脑病中心作为“国家高级卒中中心建设单位”及“中国卒中中心培训基地”,在卒中患者的诊治过程中,非常重视湿邪对卒中的影响。借助省部共建中医湿证国家重点实验室平台,提出“湿邪致中”假说,以便引起更多的关注及重视,进一步开展更深入的探索研究,为中风病的治疗和预防提供更广阔的思路。

参考文献

[1] 张菊人.菊人医话[M].北京:人民卫生出版社,2006:38.
[2] 刘敏,王庆国.中风病中医病因病机学说史略[J].中国中医基础医学杂志,2006,12(4):252-253.
[3] 田德禄.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:271.
[4] 张山雷.中风斟论[M].福州:福建科学技术出版社,2007:74.

[5] 靳毅,王丽.痰湿与脑血管疾病关系探析[J].中国中医急症,2000,9(6):268.
[6] 李中梓.李中梓医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1999:188.
[7] 黄元御.黄元御医学全书[M].北京:中国中医药出版社,1996:529-530,741.
[8] 程雪,都文渊,王媛媛,等.《中风病辨证诊断标准》在中风病急性期的应用[J].中国中医急症,2013,22(9):1527-1529.
[9] 王雪飞,刘强,钟海珍,等.基于中风病患者报告的结局评价量表(初稿)的研制过程[J].中华中医药杂志,2012,27(2):292-295.
[10] 印会河.中医基础理论[M].上海:上海科学技术出版社,1984:117.
[11] 张维骏,侯建春.路志正学术思想之湿病证治[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(4):548-550.
[12] 戴颖仪,黄志新,刘新通,等.影响大动脉粥样硬化性脑梗死复发的危险因素[J].南方医科大学学报,2017,37(12):1678-1682.
[13] 刘宗莲,路洁,王秋风,等.国医大师路志正从湿辨治冠心病学术思想初探[J].中华中医药杂志,2010,25(3):379-381.
[14] 闫咏梅,周海哲.张学文教授辨治中风颅脑水瘀证经验探析[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2012,19(4):9-10.
[15] 寿雅琨,刘芳,周胜强,等.国医大师刘祖贻运用温阳活血法治疗中风后遗症经验[J].湖南中医药大学学报,2019,39(10):1179-1182.
[16] 黄元御.四圣心源[M].北京:中国中医药出版社,2009:111-114.
[17] 赵建欣,杨素娟.半夏白术天麻汤治疗痰湿型急性脑梗死45例[J].河南中医,2010,30(9):855-856.
[18] 宋立辉.半夏白术天麻汤治疗痰湿中阻型急性缺血性脑卒中25例[J].光明中医,2017,32(10):1428-1429.
[19] 宗振勇,耿连岐.针药并用治疗痰湿淤阻型急性缺血性中风病临床疗效观察[J].医学理论与实践,2017,30(5):666-668.
[20] 董文静.中风中经络痰湿证证素分布特点及用药规律探究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2019.
[21] 路志正.中医湿病证治学[M].北京:科学出版社,2007:3.

(本文编辑 贺慧斌 黎志清)