

# 万海同教授养阴益气活血法治疗缺血性中风经验总结

申杰, 荣妍, 杨洁红, 万海同

浙江中医药大学心脑血管研究所, 浙江 杭州 310053

[关键词] 中风病; 养阴益气活血法; 经验; 万海同

[中图分类号] R249; R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)07-0222-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.096

缺血性中风又称脑卒中, 属中医“中风”范畴, 是由于气血逆乱, 阴阳失衡上犯于脑部而引起的以突然昏仆、不省人事、半身不遂、口舌歪斜、偏身麻木为主要表现的一种病症, 是临床上的常见病, 多发病, 具有高复发率、高致残率、高病死率、多并发症及低治愈率等“四高一低”的特点, 临床上治疗较为棘手。中医药在治疗中风病方面越来越有优势, 在临床实践中有效应用中医药的治疗优势, 对于防治中风病具有重要作用。万海同教授为浙江中医药大学心脑血管研究所所长, 从事临床、科研、教学工作30载, 擅长诊治脑血管疾病, 尤其是对中风病的治疗, 有独到的见解与丰富的经验。临床上师古不泥古, 灵活且合乎法度, 认为阴虚气弱血瘀是中风病恢复期的基本病机, 倡导养阴益气活血法治疗中风病, 在临床实践中收到显著疗效。笔者有幸师从万教授, 受益匪浅, 现将其治疗的经验介绍如下, 以飨同道。

## 1 病因病机

万老师认为中风以阴虚气弱血瘀为其根本, 气阴两虚, 脉络瘀阻为缺血性中风的主要病机。《素问·阴阳应象大论》谓“年四十, 而阴气自半, 起居衰矣”, 人在四十岁以后体质偏于阴虚, 多存在阴虚症状。阴虚导致虚火上炎, 火胜伤津; 阴血不足, 血行不畅, 瘀血内生; 火灼津液, 易有痰滞之变。延至清代, 活血化瘀之法倍受推崇, 清代医家王清任推崇李东垣的“正气自虚”论, 在《医林改错·半身不遂论叙》中曰: “半身不遂, 亏损元气, 是其本源”, 并认为中风是“元气既虚, 必不能达于血管, 血管无气, 必停留而瘀”, 进一步强调元气虚损在中风发病中的作用, 并强调了瘀血的存在。针对气虚所致血瘀, 创制了以益气活血为立论的代表方补阳还五汤。《医学衷中参西录》中张锡纯把中风分为脑充血和脑贫血(脑贫血即相当于现代的缺血性中风), 认为“若气上升过少, 又可使脑部贫血, 无以养其髓神经, 亦可至昏厥”, 说明气血为髓

神经功能的物质基础, 肾阴耗衰, 气血亏虚, 致使脑及其它脏腑组织功能受损, 因虚致实, 痰瘀阻滞脑络引发为中风。据蒋军林等<sup>[1]</sup>所论, 阴虚血瘀是中风的基本证型, 滋阴活血是中风的基本治法。中风不外乎虚、火、风、痰、气、血六端, 在此基础上加之操劳过度, 情志所伤等致阳亢化风, 气血并逆, 上犯脑窍, 中风乃作, 缺血性中风临床虽有气虚血瘀、风痰上扰、痰热腑实和阴虚风动等几个证型<sup>[2-3]</sup>, 但气虚、阴虚是致病的根源, 血瘀是病邪的核心, 万老师以阴虚气弱血瘀为其根本, 以气阴两虚、瘀血阻络为缺血性中风的主要病因病机, 以上这些认识为中医应用养阴益气活血法治疗缺血性中风提供了科学的依据。万老师无论在临床辨证还是处方用药方面, 始终以活血化瘀、益气养阴为治则, 兼顾风火、风痰、痰热腑实等证, 以达到气脉通顺之目的。

## 2 辨证论治

万老师认为, 阴虚气弱血瘀是缺血性中风的病理基础, 应以益气养阴活血为基本治疗大法。缺血性中风的病理因素多责之气、虚、风、火、痰、瘀, 一般认为急性期以风、火、痰、瘀为主, 恢复期及后遗症期则以虚(包括气虚、阴虚)、瘀为主。结合缺血性中风的发病阶段及临床特点, 万老师认为, 在缺血性中风病急性期, 阴虚症状被风、火、痰、瘀等标实所掩盖, 至恢复期显现出发病的病理基础为气阴两虚。气虚则血行无力, 阴虚则脉道艰涩难行, 血液黏稠, 血行涩滞, 血脉失养, 脉管硬化, 脑脉不通, 气虚、阴虚、血瘀三者相互影响, 促使引发为中风病。多数医家多采用活血化瘀或益气活血法, 此类药物虽有一定临床疗效, 但该类治法有耗伤阴液, 易致脑出血、脑缺血再灌注损伤等不良反应<sup>[4]</sup>。临床上万老师认为重视养阴药的应用, 可有效避免以气虚血瘀论治缺血性中风之“补气活血有余, 养阴不足之弊”, 如叶天士所言“精血衰耗, 水不涵木, 木少滋荣”<sup>[5]</sup>, 导致内风旋动发生中风, 此时若仅

[收稿日期] 2015-11-25

[作者简介] 申杰(1987-), 女, 2013级硕士研究生, 研究方向: 方剂配伍规律的研究。

[通讯作者] 万海同, E-mail: whtong@163.com。

益气活血,则阴愈甚,故当重视滋肝肾、养阴血,阴血得以濡涵,则刚木柔驯,则无暴戾之变。缺血性中风属本虚标实之证,恢复期不仅存在气虚血瘀,而且多兼存阴伤,万老师据此提出缺血性中风恢复期气阴两虚是发病基础,为发病之本;瘀血阻络贯穿于恢复期始终,为发病之标,应根据病变发展规律,中西医结合论治相结合,综合治疗。万老师根据“风、火、痰、瘀”的病理因素,临床上以气阴两虚、瘀血阻络证为基本证型,兼顾治疗风痰、风火、痰热腑实、痰湿蒙神、痰热内闭之证,取得很好的疗效。在上述认识的基础上,万老师自拟养阴益气活血方。药物组成:生地黄、石斛、黄芪各15g,葛根18g,水蛭3g,川芎10g。根据临床表现随症加减,兼风痰,加半夏、天南星、竹茹等或真方白丸子加减,以祛风化痰;兼风火上扰,加天麻、钩藤、羚羊角等以平肝潜阳熄风;兼痰热腑实,加大黄、虎杖、瓜蒌等,以通腑、化痰;兼痰湿蒙神,急配用苏合香丸以辛温开窍豁痰;兼痰热内闭,急配用安宫牛黄丸或清开灵注射液等,以清热化痰开窍;兼热毒,加黄芩、黄连等以解毒;兼肾虚,加巴戟天、续断等以补肾;兼湿,加茯苓、猪苓、泽泻等以利湿。在应用滋阴养血药物时要注意,如有痰湿之象,加用利湿药物,以防滋阴过腻而使湿邪凝滞,加重病情。万老师强调临床要抓住益气养阴、活血通络的治疗主线,务必做到既紧扣中风之核心病机,又要照顾其各种兼证,方可得心应手,取得明显疗效。现代药理学研究证明,此方中药物可改善血液流变学及脑部血管的灌注和微循环、扩张脑血管,抑制炎症反应,抗自由基,降低血脂水平等<sup>[6-7]</sup>。

### 3 病案举例

张某,男,49岁,2014年8月18日初诊。10天前突发左侧肢体麻木无力,未予重视,2天前患者症状进行性加重,急送往本院治疗,以“左侧肢体麻木无力10天,加重伴言语不利2天”收住入院。急查头颅CT未见明显异常,考虑诊断为急性脑梗死。入院后完善头颅磁共振弥散加权成像(MRI+DWI)提示:右侧基底节急性脑梗死。就诊时,患者左侧肢体麻木,乏力,口角轻度歪斜,言语欠利,头晕,腹胀纳呆,二便调,舌质暗淡、舌体稍胖大、苔白腻,脉弦滑。查体:血压:165/95 mmHg,神志清,精神欠佳,左侧上下肢肌力级,左侧巴彬斯基氏征阳性。既往有高血压病史8年余,最高血压可达180/95 mmHg,平素未予以重视,未服药。中医诊断:中风病,中经络。辨证:风痰瘀阻证,治宜熄风化痰,化痰通络。养阴益气活血方加减,处方:天麻、白术、鸡血藤、石菖蒲各12g,生地黄、石斛、黄芪、丹参、地龙各15g,川芎、远志、鸡内金各10g,茯苓20g,葛根18g,

水蛭3g。14剂,每天1剂,水煎服,其他治疗高血压病的西药继续服用。服药2周后,头晕消失,左侧肢体肌力已达3级,患者半身不遂及言语欠利,腹胀纳呆症状较前好转,舌质淡暗、苔白腻,脉弦滑,四诊合参,患者目前辨证仍属风痰瘀阻证。原方去丹参、鸡内金,加黄芪20g,桑枝12g,白芍10g。14剂,每天1剂,水煎服,嘱其配合针灸、推拿、康复治疗。复诊时患者症状均明显改善,除患肢肌力IV级,活动略不利外,余症悉愈,嘱其守原方继服1月以巩固治疗,肢体功能基本恢复正常,未再复发。

万老师继承传统,在临床实践基础上,结合现代基础临床研究,认识到养阴益气活血的重要性,提出应用养阴益气活血法论治缺血性中风,可达到标本兼治,固本清源之目的。同时万老师指出眩晕乃中风之渐,临床出现阵发性眩晕、发作性偏身麻木、短暂性语言蹇涩、一过性偏身瘫软等症皆为中风先兆,患者应予以重视,未病先防,调摄精神,调畅情志,节制饮食,适量运动,控制体重,以提高患者的免疫力,所谓“正气存内,邪不可干”。此外,中风的复发率高,极易发生第二次乃至第三次中风,患者及家属应高度警惕。只有将药物治疗、饮食治疗、功能锻炼三者有机结合起来,才能有效地降低中风患者的病死率、致残率,改善预后,防止中风病的再次发作,帮助中风患者重拾健康。

### [参考文献]

- [1] 蒋军林,周慎.周慎教授从阴虚血瘀论治中风经验浅述[J].中医药导报,2007,13(11):12-13.
- [2] 第四届全国活血化瘀研究学术会议论文集.活血化瘀研究[M].北京:中国医药科技出版社,1995:126-127.
- [3] 孙景波,华荣.张学文教授从气虚血瘀论治中风病的经验[J].陕西中医学院学报,1991,14(3):1-2.
- [4] 陈冬,杨洁红.补阳还五汤抗脑缺血作用的研究进展[J].中华中医药学刊,2010,28(1):72-74.
- [5] 叶天士.临证指南医案[M].上海:上海科学技术出版社,1959:20.
- [6] 杨洁红,郭莹,别晓东,等.养阴益气活血方药对大鼠血液流变学和血小板聚集的影响[J].中国临床康复,2005,9(39):108-109.
- [7] 别晓东,万海同.养阴益气活血方活性物质对脑缺血性损伤的保护作用[J].中国中医基础医学杂志,2002,8(11):33.

(责任编辑:骆欢欢,郑锋玲)