

万海同应用养阴益气活血方治疗缺血性中风经验介绍

王慧君, 万嘉洋, 程兰, 杨洁红 指导: 万海同

浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053

[关键词] 缺血性中风; 气阴两虚; 养阴益气活血方; 经验介绍; 万海同

[中图分类号] R743 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 04-0217-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.04.062

万海同教授, 医学博士, 浙江中医药大学博士研究生导师。万教授现任浙江中医药大学心脑血管病研究所所长, 主要从事中西医结合防治心脑血管疾病临床与基础研究、教学工作, “新世纪百千万人才工程”国家级人选, 享受国务院政府特殊津贴专家, 中华中医药学会中药制剂分会副主任委员, 浙江省中西医结合学会脑心同治专业委员会主任。万教授行医数十年, 著书立说, 学验俱丰, 擅长用养阴益气活血方治疗缺血性中风, 在中西医结合防治心脑血管疾病的临床方面取得了显著成果。笔者有幸师从万教授, 侍诊左右, 现择其一二报道如下, 以飨同道。

缺血性中风又称脑卒中, 相当于现代医学脑梗死等急性缺血性脑血管疾病, 属于中医学中风范畴。该病多是由于阴阳失调、气血逆乱, 上犯于脑部而引起的以猝然昏倒、不省人事或突然发生口眼喎斜、半身不遂、口角流涎、吞咽困难、语言障碍等为主要临床表现的一种病症, 本病多见于中老年人, 四季均可发病, 以冬、春季节多见。缺血性中风具有致残率高、复发率高、病死率高及治愈率低的特点。目前, 现代医学治疗缺血性中风的方法很多^[1]: 包括超早期溶栓治疗、抗凝治疗、高压氧治疗以及颈动脉内膜切除、颅内外动脉吻合、开颅减压等手术疗法。鉴于疗效及后遗症等问题, 越来越多的患者选用保守方法治疗。万教授多年来从事对中风病的研究, 在中医治疗缺血性中风方面积累了丰富的临床经验。

1 病因病机

中风病始载于《内经》, 在其理论的指导下, 历

代医家对本病病因病机的认识逐渐深化。唐宋之前, 以“外风”学说为主, 多从“内虚邪中”立论。《素问·风论》云: “风之伤人也……, 或为偏枯”, 偏枯即为中风; 《诸病源候论》指出: “中风者, 风气中于人也”, 表明中风是由于机体感受外风而发生。唐宋之后, 尤其金元时期, 多以“内风”立论。如《医学发明·中风有三》指出: “中风者, 非外来风邪, 乃本气自病也”; “东南之人, 多是湿土生痰, 痰生热, 热生风也”(《丹溪心法·论中风》), 提示痰湿生热, 热极生风, 终致风火痰热内盛, 窜犯络脉, 上阻清窍。《医林改错·半身不遂论》中提到“无气则不能动, 不能动, 名曰半身不遂”, “半身不遂, 亏损元气是其本源”, 即中风的根本原因在于元气大亏, 气虚不能推动血液运行, 则停留而为瘀, 王清任首次明确提出“气虚血瘀”致中风论。近代学者周慎^[2]、赵承祥^[3]等认为, 阴虚血瘀是中风的基本证型, 宜采用滋阴活血法治疗中风。历代医家对中风病已有大量论述, 已认识到内虚致病的重要性。然医者多从气虚或阴虚等角度孤立论治, 缺乏对气虚与阴虚相互影响的深入探讨。

万教授立足于临床实践, 系统总结此病的病因病机, 认为其病位在脑, 与肝、脾、肾密切相关。本病主要是在平素肾虚、气血亏虚, 肝、脾、肾三脏功能失调的基础上, 情志不畅, 或劳欲过度, 或饱食恣酒, 或外邪侵袭等诱因, 乃至阴血亏虚于下, 阳气暴张于上, 引动风阳上旋, 气血逆乱, 横窜经脉, 上冲于脑, 蒙蔽心窍而发生卒然昏仆、半身不遂诸症。中

[收稿日期] 2017-10-18

[基金项目] 国家自然科学基金项目 (No.81630105, No.81374053); 浙江省卫生领军人才项目

[作者简介] 王慧君 (1990-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 方剂配伍规律研究。

风病理性质多属本虚标实，肾阴亏虚、气血衰少为致病之本，风、火、痰、气、瘀为发病之标。

《素问·调经论》曰：“血气不和，百病乃变化而生也。”气与血均由人身之精所化生，气属阳，血属阴，生理上互根互用。人至中年以后，人体元气亏损，脏腑机能虚衰，气虚无力推动血行，血行迟滞，停留为瘀。万教授继承并发展了清代医家王清任“气虚血瘀”致中风的理论思想，指出阴虚在中风发病过程中起重要作用。阴虚病变，五脏六腑皆可发生，尤以肾阴虚为最。肾为先天之本，肾阴为人体诸阴之本源。中风病发病的根本是肾阴亏虚，肾精不足以濡养五脏。阴液亏虚，阴不制阳，从而形成阴虚内热、阴虚火旺、阴虚阳亢等表现。阴虚内热者，精血耗损，血热致瘀；阴虚火旺者，耗阴伤血，煎熬成瘀；阴虚阳亢者，气逆血菴，脑脉溢血，离经成瘀。此外，阴虚又往往是其他致瘀因素的病机枢纽^[4]：气滞易致血瘀，而气滞常与阴血不足有关。如肝喜条达而恶抑郁，肝阴不足，易致肝疏泄失常，造成气滞血瘀。气虚无力行血，血行不畅则血瘀，而津能化气，津液不敷亦是导致气虚的重要原因。《灵枢·本神》有云：“阴虚则无气”，反映了气血津液密切相关，阴液是气血盛衰的重要物质基础。同时，万教授亦指出血瘀形成后又可以进一步加重阴虚。瘀血乃阴血聚结而成，其形成本就是阴血耗伤的过程。

基于以上认识，万教授提出“气阴两虚致血瘀”是缺血性中风的基本病机，气阴两虚是缺血性中风的病理本质，是致瘀血、痰瘀、风痰、风火及痰蒙、热闭等标实之本，而瘀阻脑络是疾病发展的必然结果。气虚则无力行血，阴虚则脉道艰涩，血行迟滞，停而为瘀；津血同源，阴津亏损则血虚，血虚则气弱，可见气虚、阴虚、血瘀三者相互影响，构成中风的病理基础。

2 临床辨证与治疗特色

缺血性中风辨证分型与治疗已有多家报道，认识多不尽一致。万教授认为气阴两虚致血瘀是缺血性中风的基本病机，当以养阴益气活血为基本治疗大法。中风的病理因素不外乎风、火、痰、气、虚、瘀六端。一般认为，中风病急性期以风、火、痰、瘀等标实为主，治以祛邪为先；恢复期及后遗症期，以虚、瘀为主，虚实夹杂，当扶正祛邪，标本兼顾。因此，万教授提出气阴两虚、瘀血阻络证是缺血性中风的基

本证型，辨证标准^[5]选择相关症状作为观察指标：(1)主症：①半身不遂；②言语謇塞或不语；③口舌歪斜；④偏身麻木。(2)次症：①气短，乏力，自汗，面白；②心烦，口干舌燥，盗汗，颧红；③头晕，耳鸣，大便秘结。(3)舌象：舌红瘦，或淡暗，少苔，或无苔，或有裂痕。(4)脉象：脉沉细，或虚弱，脉细涩，或细数。其中具备主症 ≥ 2 项，兼具次症①②③中各 ≥ 2 项者，结合舌象、脉象，即可诊断为本证。此外，万教授指出缺血性中风有兼风火上扰、兼风痰、兼痰热腑实、兼痰湿蒙神、兼痰热内闭等诸证。

缺血性中风存在着血瘀病理状态，医者以往对缺血性中风的治疗大多采用益气活血或活血化瘀法，如补阳还五汤，其历来为医家所推，此类药物确有一定临床疗效，但该类治法易致脑出血、脑缺血再灌注损伤、伤阴等不良作用。有关学者认识到补阳还五汤“养阴不足”，补气不养阴，则气之推动之功失于阴液滋润，正如无水行舟，难以见效^[6]。因此，万教授认为应当重视养阴药的应用。研究表明，养阴药含有大量的糖类、维生素、氨基酸、微量元素，可补充人体所需的多种营养物质，增强机体免疫力，有利于修复脏腑组织损伤。养阴药既能濡润脉道，使脉道通利，有利血行；同时，又可以滋补阴液，增水行血，消除瘀结病理状态，能有效避免“补气活血有余，养阴不足之弊”。但由于养阴药多滋腻而致邪恋，故万教授在方药选择上多选用滋而不腻、滋而能清、滋而能散的养阴生津之品^[7]，如生地黄、玄参、麦冬、鳖甲、知母、石斛、芦根、白芍、天花粉、沙参、玉竹等。

基于缺血性中风本虚标实的病理性质，万教授结合现代中药药理学，以养阴、益气、活血为基本治法，自拟养阴益气活血方，用于缺血性中风的治疗。养阴益气活血方组成^[8]：生地黄、石斛、黄芪各15g，葛根18g，川芎10g，水蛭3g。方中生地黄、石斛通过保护血管内皮细胞，恢复脏腑功能达到“化瘀”目的，即通过滋补阴液，增水行血。黄芪抑制能量耗竭，补气以推动血液运行，加强活血药作用，养阴益气治阴虚气弱之本。川芎、水蛭抗栓溶栓，改善微循环以祛瘀血之标实。川芎被《神农本草经》列为上品，味辛性温，少阳经引经药。川芎辛温香燥，走而不守，既能行散，又入血分。《本草汇言》有云“芎藭，上行头目，下调经水，中开郁结，血中气药……”

非第治血有功，而治气亦神验也……虽入血分，又能去一切风，调一切气”。葛根甘凉，有生津之功效，同时还可以扩张血管，降低外周阻力，降低血压。诸药合用，共奏益气、养阴、活血之功。

临证时，万教授又根据病症的兼加症状灵活加减应用。兼风火上扰者，加天麻、钩藤、羚羊角等以平肝潜阳熄风；兼风痰者，加天南星、半夏、竹茹或真方白丸子以祛风化痰；兼痰热腑实者加大黄、虎杖、栝蒌子等以通腑化痰；兼痰湿蒙神者，配用苏合香丸以辛温开窍、豁痰；兼痰热内闭者，配用安宫牛黄丸或清开灵注射液等以清热化痰、开窍；兼热毒者，加黄芩、黄连等以解毒；兼肾虚者，加巴戟天、肉苁蓉、续断等以补肾；兼湿者，加茯苓、泽泻等以利湿。

3 病案举例

陈某，女，65岁，2016年12月5日初诊。以“右侧肢体活动障碍1年，加重伴言语不利3天”为主诉收住入院。患者1年前跳舞时突发右侧肢体乏力，跌倒在地，感右下肢轻度疼痛伴头晕，在当地医院按急性脑梗死治疗1月后出院。出院时，右侧肢体轻度活动障碍。3天前，出现右上肢抬举困难伴感觉减退，言语不利，舌强语蹇，全身乏力，急送至本院急诊治疗。急查CT未见明显异常，考虑诊断为急性脑梗死。入院后，完善磁共振成像(MRI)提示：左侧基底节及侧脑室旁急性梗死灶，两侧基底节放射冠区多发陈旧性脑梗死，两侧放射冠区多缺血性改变，老年脑。就诊时，患者右上肢抬举困难伴手指麻木，活动不利，身体乏力，言语欠清，口干苦，胃纳尚可，情绪烦躁，睡眠欠佳，大便干结，小便频数。查体：精神差，右上肢近端肌力Ⅱ级，远端Ⅲ级，右下肢肌力Ⅳ级，双下肢水肿，歪斜舌，舌红少苔，脉细数，血压：160/92 mmHg。心电图检查：窦性心律，频发室性早搏，多见三联律。神经系统检查：双侧巴宾斯基征阳性，双侧痛觉对称存在，NIHSS评分2分。既往有高血脂症病史，目前服用瑞舒伐他汀治疗。中医诊断：缺血性中风(气阴两虚，瘀血阻络型)；西医诊断：脑梗死。治疗：养阴益气，活血化瘀，选用养阴益气活血方加减。处方：黄芪、生地黄、葛根、茯苓各30g，川芎、丹参各20g，白术12g，石斛、红花、玄参、当归各10g，地龙5g，黄芩6g。7剂，每天1剂，水煎服。

2016年12月12日二诊：服用上方7剂后，患者精神状况好转，乏力、口干苦的症状较前稍有好转，水肿症状减轻，小便频次减少，但患者仍感情志抑郁，难以入寐，故万教授加用佛手、合欢皮各10g以疏肝解郁。28剂，每天1剂，水煎服。

2017年1月13日三诊：上方服用月余后，患者精神状况明显好转，乏力、口干苦、下肢水肿症状得到明显改善，右上肢可上举过头，情志稍舒，可以简单言语，睡眠改善。患者以上方为基础方加减持续服用3月后，患者情况明显好转，右上肢肌力Ⅳ级，下肢肌力Ⅴ级，右上肢些许乏力，反应仍不够灵敏，无特殊不适。

按：本例患者年过半百，阴气自半，肝肾之阴亏虚于下，则肝阳易化风火亢盛于上，风火痰瘀与气血阻于脑窍而见卒然昏仆，不省人事，则发为中风。故而选用大剂量的黄芪、白术、石斛以益气养阴；当归、川芎、红花善活血化瘀，然当归、川芎、红花等活血药性温辛燥，易煽风动火，故配伍苦寒之丹参，使活血而不动火。万教授指出丹参和红花的配伍比例为2:1时活血化瘀功效佳。且活血药大多温燥有耗伤阴液之嫌，故万教授指出在使用大剂量活血药的同时应不忘滋阴养血，故配伍生地黄、玄参、白芍以滋阴养血，凉血活血，活血而不伤阴。患者双下肢水肿，为湿邪困阻，故万教授选用茯苓以健脾利水渗湿，且茯苓一药可健脾宁心，养护中焦脾胃，万教授临床常用之。患者口干苦、舌红少苔、脉细为阴虚之兆，阴虚易生内热，故万教授配伍黄芩、葛根以清热，葛根甘凉，清热的同时兼能鼓舞脾胃清阳之气上升，有生津之效。地龙为虫类药物，性走窜，善于搜风剔络，与活血药配伍，使活血效果更佳。

[参考文献]

- [1] 万海同. 中西医结合脑血管病临床与科研方法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 30-31.
- [2] 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, 20.
- [3] 赵承祥, 唐先平, 高宝海. 滋阴活血法治疗中风先兆及实验研究[J]. 中医杂志, 1989, 30(2): 37-38.
- [4] 万海同, 杨进. 论养阴是治疗血瘀证的重要法则[J]. 中医杂志, 1996, 37(1): 8-11.
- [5] 万海同, 侯群, 刘华, 等. 缺血性中风气阴两虚、瘀血阻络证诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 世界中西医结合杂

- 志, 2015, 10(4): 581-582.
- [6] 肖春海. 补阳还五汤临证运用体会[J]. 实用中西医结合临床, 2010, 10(2): 72-74.
- [7] 万海同, 王灿辉, 杨进. 论养阴生津是治疗温病热瘀证的主要治法[J]. 中国中医基础医学杂志, 1996, 5(4): 42-46.
- [8] 万海同, 别晓东, 姚政, 等. 养阴益气活血方治疗气阴两虚证、瘀血阻络证缺血性中风疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2015, 35(3): 281-286.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

张忠德从络脉论治痛风经验介绍

祝鸿发, 高峰, 金连顺 指导: 张忠德

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120

[关键词] 痛风; 中医病机; 络脉; 张忠德

[中图分类号] R249

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2018) 04-0220-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.04.063

痛风是一种单钠尿酸盐沉积所致的晶体相关性关节病, 它特指急性特征性关节炎和慢性痛风石疾病, 属于代谢性风湿病范畴。基于其典型的关节病变, 尽管中医将其归于痹症范畴, 但与传统的“风寒湿三气杂至, 合而为痹”之“痹”实则不同。岭南名中医甄梦初老先生也曾提出“痹者, 闭也, 瘀血阻滞, 经络不通”的理论。张忠德教授为岭南甄氏杂病流派第四代传人, 对于痛风的论治, 深得甄梦初老先生真传, 从络从瘀而治, 临证常获佳效。笔者有幸跟随张教授学习三载, 收益良多, 现将张教授治疗痛风经验介绍如下。

1 病因病机

1.1 诸湿相合, 阻滞脉络 现代社会所带来的饮食、环境的变化, 导致了湿邪致病的增加。有学者对痛风的中医证型进行分析, 其中湿邪在痛风的证候要素中占了主要地位^[1]。一则生活水平的提高, 人们更嗜食肥甘厚味, 嗜啖海腥发物, 嗜饮酒湿之品, 损伤脾胃, 运化失调, 内生水湿, 清浊不分; 二是当下环境的变化致雾霾严重, 其性若岭南的潮湿瘴气, 日夜生活其中, 则人多湿。湿浊在内, 与外邪相引, 内外相

合, 则易诱发本病。湿从热化则急性发作, 出现关节红肿热痛等症状。

络脉理论起源于《内经》, 而后由张仲景于肝着、肝血劳等证中, 首次于临床中正式开创通络之法, 并提出以虫类药搜剔通络的治法。而后叶天士在前人的启发下进一步完善了络脉理论。张教授继承了前人的观点, 认为在痛风的发病过程中, 络脉为其病位, 湿邪阻滞络脉是其基本病因。《灵枢·本藏》有言: “经脉者, 所以行气血而营阴阳, 濡筋骨, 利关节者也。”《难经·二十三难》曰: “别络十五, 皆因其原, 如环无端, 转相灌溉, 朝于寸口、人迎, 以处百病, 而决死生也。”所以络脉作为气血的运行通道, 环绕周身, 输送营养, 保证了身体筋骨关节的正常活动。其日常生理功能的实现需要依靠络脉的充盈和通畅。若络脉受外湿侵袭, 或内湿下注, 气血运行不畅, 留滞局部, 则筋骨关节失于濡养, 络脉闭阻。而气血停滞, 亦会反过来加重局部的湿浊积聚, 药石难以祛除。正如《类证治裁·痹症》所言: “正气为邪阻, 不能宣行, 因而留滞, 气血凝涩, 久而成痹。”

1.2 久病必瘀, 瘀去证消 众所周知, 高尿酸血症

[收稿日期] 2017-09-05

[基金项目] 广东省中医院科研专项 (YN2014LN05)

[作者简介] 祝鸿发 (1991-), 男, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医急诊。