

万海同治疗缺血性中风病经验介绍

莫醉, 周惠芬, 刘鸣曦 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; 养阴益气活血方; 名医经验; 万海同

[中图分类号] R743.3; R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0313-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.098

万海同教授是浙江中医药大学博士生导师, 现任浙江中医药大学心脑血管病研究所所长。万教授从事中西医结合防治心脑血管疾病基础研究与临床带教数十年, 治学严谨, 精研医术, 学验俱丰, 并立说著书指导临床。他认为, 缺血性中风病位在脑, 气阴亏虚、瘀血阻络是该病的基本病机, 或兼风痰、湿困、痰火等, 治疗应以益气养阴、活血通络为原则, 配合调理肾、肝、脾, 临床常用养阴益气活血方治疗缺血性中风, 常效如桴鼓。笔者有幸侍诊左右, 现将万教授治疗缺血性中风临床经验总结如下。

1 历史沿革

缺血性中风归属中医学中风病范畴, 主要临床表现为猝然晕倒、昏不知人或突然发生口眼歪斜、口角流涎、半身不遂、语言障碍、吞咽困难等。中风病最早载于《黄帝内经》, 后世医家不断深化、拓宽该病的认识。在唐宋之前, 多从“外风”立论。如《素问》云: “风之伤人, 或为寒热, 或为热中, 或为寒中, 或为病风, 或为偏枯。”其中所言偏枯即为中风之别称。巢元方《诸病源候论》曰: “中风者, 风气中于人也。”表明该段时间人们认为中风是由于机体被外风侵袭而发病。唐宋之后, 则偏向于“内风”立论。张从正云“手足时复麻痹, 胃脘发痛, 心腹满闷……吐衄, 可服辛凉清上之药。”叶天士提出: “肝为风脏, 因精血衰耗, 水不涵木……故肝阳偏亢, 内风时起。”黄元御《金匱悬解》指出: “湿寒浸脏腑而淫经络, 则病中风。”张锡纯《医学衷中参西录》针对类中风与现今中风相类似的特点, 应用镇肝熄风汤以滋补肝肾, 潜阳熄风。说明此后医家对中风的认识更偏向于内虚或痰瘀论治。

2 病因病机

2.1 阴虚 中风多属本虚标实之证, 以肝、脾、肾三脏阴液不足、生化气血乏源, 不能濡润经脉、窍道为本, 风、火、痰、瘀、气、情志致病为标^[1], 标本合邪, 病势凶险。本病主要是年老肾虚、气血亏虚, 《素问·阴阳应象大论》云: “年四十, 而阴气自半也。”加之情志不畅, 或饱食过度, 或劳欲

不节, 或外邪侵袭, 进而阴血暗耗于下, 阳气暴逆于上, 气血逆乱, 横窜络脉, 上冲脑腑, 心窍蒙蔽而发不省人事、猝然昏迷、半身不遂诸症。阴虚又常常是其他致瘀因素的病机枢纽^[2], 阴虚导致气滞, 气滞又易致瘀。

2.2 气虚 《灵枢·本神》指出“阴虚则无气”, 反映出气的生成与阴液盛衰关系密切, 有形阴液可化生出无形之生气。王清任有关“气虚血瘀”理论思想, 点明气虚是中风发病的重要因素。《医林改错》云“无气则不能动……名曰半身不遂”, 元气亏损是其本源。王氏认为, 中风的根本原因是由于元气大亏, 元气虚则难以推动血液运行, 故停滞则产生瘀血, 首次阐发“气虚血瘀”可致中风的论断。

2.3 总结 万教授兼收先贤经验, 立足临床, 系统、深入提炼出“气阴亏虚致血瘀”这一病机, 认为与痰、瘀、湿、火等诱因比较, 气阴两虚才是该病的病理本质, 而上蒙清窍、瘀血阻络是疾病进展的必然归属。因此, 可以说阴虚、气虚、血瘀相互作用, 虚实相互错杂构成了中风的主要病理因素。基于以上理论, 万教授在缺血性中风治疗上多以养阴益气兼活血为治疗法则。

3 遣方用药

万教授认为, 现行治疗缺血性中风方剂多不能兼顾阴虚、气虚、血瘀的本质, 故在立足于中医、中药理论上, 充分结合现代病理、中药药理学, 拟定养阴益气活血方, 药物组成: 葛根 18 g, 黄芪、生地黄、石斛各 15 g, 川芎 10 g, 水蛭 3 g。纵观全方, 补阴益气活血融为一炉, 意蕴颇深, 选药灵巧, 可用于治疗缺血性中风。方中葛根甘凉, 有“起阴气”即生津之效, 并能散络脉瘀血; 生地黄滋补阴液, 濡养脉道, 增水行血; 石斛, 《神农本草经》言其可“除痹、强阴”, 实为养阴清热、滋补不腻之要药; 黄芪补气以推动血液运行, 有利于活血药发挥作用, 益气固本, 治阴虚气弱之本; 川芎辛温香燥, 善行头部、化瘀血, 走而不守, 能行能散; 水蛭是活血化瘀、消癥破结之良药, 张锡纯认为本品“破瘀血而不伤新

[收稿日期] 2018-11-14

[基金项目] 国家自然科学基金项目 (81630105)

[作者简介] 莫醉 (1989-), 男, 在读硕士研究生, 研究方向: 方剂配伍规律研究。

血，专入血分而不损气分”。水蛭的新鲜唾液中富含水蛭素，能抑制血液凝固^[3]，此药理机制或许是水蛭能活血化瘀的关键。以上诸药同用，标本兼顾，共奏益气养阴、活血化瘀之功。与此同时，万教授又从滋而能散、滋而能清的养阴生津之品中择药备选，适当加入太子参、白茅根、麦冬、石斛、芦根、北沙参、竹茹等^[4]。体现针对缺血性中风治瘀不忘阴虚的特色，发挥补充阴液，润滑窍道的作用。

4 辨证论治

在临床上，万教授会根据具体的症状灵活加减，体现了辨证论治的基本精神。如兼肝火上扰，则加钩藤、菊花、羚羊角、白蒺藜等平肝熄风；兼浮火上炎、烦躁不安，则加黄芩、黄连、夏枯草等泻火除烦；兼风痰阻络，则加天南星、浙贝母、紫苏子、法半夏等祛风化痰；兼痰热腑实，则加大黄、栀子、虎杖等通腑化痰；兼肝气郁结，则加瘰疬桃干、川楝子、郁金等疏肝理气；兼有肾虚，则选用巴戟天、锁阳、续断、牛膝等温阳补肾；兼湿邪困重者，加茯苓、猪苓、薏苡仁等利湿化饮；兼痰热内闭清窍，急用紫雪丹或安宫牛黄丸清热化痰、开窍。

5 病案举例

黎某，男，71岁，2017年8月19日以“左侧肢体活动障碍半年，加重伴言语不利5天”为主诉收住入院。患者有脑梗死病史，5天前出现左下肢抬举困难伴感觉麻木，言语艰涩，吐字含糊，全身乏力汗出。急诊查CT未见明显异常，诊断为急性脑梗死。住院完善颅脑MRI检查，结果提示：右侧基底节及侧脑室旁缺血性改变，部分为陈旧性脑梗死灶。刻见，左下肢抬举困难伴足趾麻木，左足有水肿，活动不利，肢软乏力，语言不清，口苦咽干，心烦易怒，纳寐欠佳，夜梦纷纭，大便偏干、2~3天解1次，小便尚可，口舌略有歪斜，舌质红、苔少，脉弦细。查体：神清，精神萎靡，血压：159/96 mm Hg，左下肢近端肌力Ⅲ级、远端Ⅲ级，左上肢肌力Ⅳ级、右侧肢体Ⅴ级，双下肢伴有轻度水肿，左侧巴宾斯基征阳性、右侧阴性，双侧肌张力无增减，美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分1分。西医诊断：缺血性脑中风。中医诊断：中风，属气阴两虚、瘀血阻络型。治法：益气养阴，活血通络。予益气养阴活血方加减，处方：生地黄、葛根、黄芪各30g，丹参、红花各20g，赤芍、茯苓各15g，白术12g，石斛、川芎、玄参、当归各10g，黄芩6g。7剂，每天1剂，水煎服，每天2次，每次200mL。另加水蛭3g，汤药送服。

2017年8月26日二诊：患者精神状况明显好转，口苦口干、乏力等症状较前稍减轻，左足水肿症状减轻，但大便略干，纳寐质量改善不明显。前方加入桃仁、柏子仁各10g。14

剂，煎服法同前。

2017年9月10日三诊：上方服用半月后，患者精神状态佳，各项兼症得到明显改善，左下肢可上举35°左右，左侧肌力明显好转，夜梦偶有，睡眠改善，语声较前清晰。效不更方，加减持续让患者服用3月后，患者各项症状明显好转，左下肢肌力Ⅳ级，上肢肌力Ⅴ级，除左下肢些许乏力、反应欠灵敏外，无其他特殊不适。

按：患者为老年男性，年过七旬，肝肾之阴液亏虚于下，脾胃运化失司于中，浮火轻炎于上，最终导致瘀血阻于脑窍而出现言语不利、肢体麻木，发为中风。故首诊时万教授选用大剂量益气养阴、活血化瘀药，并适当配伍清热凉血、通络化瘀的丹参、赤芍，使活血而火不上炎，补阴而不呆腻。针对活血药物易于耗伤阴液，加剧病情的弊端，在活血药大量应用时不忘增水行舟、滋阴养血，故配伍玄参、生地黄、赤芍以滋阴活血，活血而不忘补阴。考虑到患者双下肢有水肿，为湿邪留滞于下，故选用茯苓、白术以健脾补中，且茯苓不仅有利水渗湿之功，并能安神定志，是万老师临床常用药。患者口苦口干、舌红少苔、脉弦细均为阴虚之证，阴虚易生内热，故万教授加入黄芩、葛根以清热养阴，葛根辛凉，还有生津之效；黄芩苦寒，可去上焦浮火。水蛭为万教授喜用虫类药，其性平和，长于化瘀生新，与滋阴药相伍，其效更佳。二诊在此基础上加入针对患者便秘及寐差症状的润燥安神之品，桃仁能化痰通便，柏子仁能润肠安神，两味药都有缓泻的作用，这考虑到患者年老，不宜峻下，故疗效显著。三诊治疗更注重的是巩固疗效，故遵从前法，万教授指出，此类患者不宜骤然停药，否则容易反弹，因此后期的治疗同样不可忽视。纵观整个治疗过程，用药考究，有法有度，对拓宽临床思路大有裨益。

[参考文献]

- [1] 王雅茹，胡建鹏，王键，等. 中风病病因病机理论的形成与发展[J]. 中医药临床杂志，2017，29(3)：303-306.
- [2] 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.
- [3] 朱良春，朱步先，朱胜华. 朱良春用药经验集[M]. 长沙：湖南科技出版社，2007：196-200.
- [4] 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.

(责任编辑：吴凌，刘迪成)