

中风病分期论治的思路与方法

郑国庆¹ 指导:黄培新² 刘茂才²

(1. 温州医学院附属第二医院神经内科,浙江省温州市学院西路 109 号,325027; 2. 广东省中医院神经内科)

[摘要] 介绍中风病分期论治的思路与方法,主要为:中风先兆症重益气活血、熄风化痰,方用清灵定眩汤加减;中风急性期重通腑醒神、化痰涤痰,应用包括通腑醒神胶囊在内的综合治疗方案;中风恢复期重健脾益肾、活血通络,方用复方北芪口服液化裁;中风后遗症期治痿挛重滋阴养血、柔筋活络,方用舒筋颗粒损益。

[关键词] 中风病;分期;中医药

中风病(脑卒中)已成为威胁人类健康的三大疾病之一,具有发病率高、致残率高、复发率高和治愈率低的特点。脑卒中不是单一疾病,而是一组包括不同病因疾病的总称,其表现为不同临床类型、不同严重程度及临床转归的综合征。脑卒中发生后有一个发生进展的动态过程,临床上可以划分为不同病期,有相应的主要病理生理改变,在治疗上必然各有其侧重点,应据卒中不同分型分期实行“辨证论治”的个体化治疗原则。现就中风病分期辨治的思路与方法,试作阐述。

1 中风先兆症重益气活血、熄风化痰

中风先兆症是中风病的一个早期阶段,若能见微知著,防微杜渐,采取积极的防治措施,对预防或延缓中风病的发生至关重要。中医学对中风先兆症的认识经验丰富,《素问·调经论》云:“形有余则腹胀、泾洩不利,不足则四肢不用。气血未并,五脏安定,肌肉蠕动,命曰微风”。金元时期,刘河间《素问病机气宜保命集》明确指出:“中风者,俱有先兆之证,凡人如觉大拇指及次指麻木不仁,或手足不用,或肌肉蠕动者,三年内必有大风之至,宜先服八风散、愈风汤、天麻丸,各一料为效。”晚清张山雷《重订中风斟论》记述了近 20 种中风先兆症状,其曰“其人中虚已久,则必有先机,为之朕兆,或为神志不密……,有一于此,俱足为内风欲煽将次变动之预兆。”王清任《医林改错》详细记载中风先兆症状 34 种,突出描述了一过性症状的重要性,且强调指出“因不痛不痒,无寒无热,无碍饮食起居,人最易疏忽”。清末民初张锡纯结合现代医学提出了脑缺血朕兆和脑充血朕兆,在《医学衷中参西录》谓:“不知凡症之来,皆预有朕兆,至脑充血……,且有在数月之前或数年之前,而朕兆即发露者”。1993 年 11 月国家中医药管理局急症脑病协作组讨论通过了《中风先兆症诊断与疗效评定标准》,明确了中风先兆症的诊断标准、疗效评定标准及防治措施等,表明已将中风病的预防提

到了重要地位。

中风先兆症病因病机复杂多变,但总的来说是本虚标实,气血阴阳亏虚为其根本,风阳痰瘀上扰为标。临床表现亦繁杂多样,主要为眩晕、肢体麻木无力、言语障碍、晕厥发作等。眩晕、肢体麻木是中风病常见的先兆症状,《丹溪心法》谓:“眩晕者,中风之渐也”。陈文治《诸症提纲》指出:“中风者,多疾眩晕,手足麻木”。李用粹《证治汇补》说“平人手指麻木,不时眩晕,乃中风先兆”。对其发生机制,古代医家多认为是气血亏虚所致,《景岳全书·卷之十一》曰:“非风眩运,掉摇,惑乱者,总由气虚于上而然。经曰:上气不足,脑为之不满,头为之苦倾,目为之苦眩。又曰:上虚则眩。此明训也。凡微觉此证,即当以五福饮之类,培其中气。虚甚者,即宜用大补元煎,或十全大补汤之类治之。否则卒倒之渐所由至也。……非风麻木不仁等证,因其血气不至,所以不知痛痒。盖气虚则麻,血虚则木。”陈士铎《辨证奇闻》指出:“两手麻木,谁知乃气虚不能化夫血乎”,“头冒晕重,脾气难升也”。中风先兆症多见于中老年人群,李东垣说:“凡人年逾四旬,气衰者,多有此疾”(《医学发明》)。清·顾松园《医镜》谓:“中年以后,经脉骨肉渐为糟粕之味所渍,……少有所触,皆能卒中。”沈金鳌《杂病源流犀烛》亦云:“人至五六十岁,气血就衰,乃有中风之病,少壮无是也。”气血亏虚,脾胃失健,聚湿可生痰,因虚可致瘀,痰瘀互阻,痰瘀郁而化热,可引动风阳,脾胃升降失常(亦可为气血亏虚直接所致),《灵枢·五乱》曰:“清气在阴,浊气在阳,营气顺脉,卫气逆行,清浊相干,……乱于头,则为厥逆,头重眩仆。”气血升降逆乱、气血运行失常,可产生气滞、瘀血、痰浊等病理产物,互为因果,在临床上产生各种复杂的症状。

针对中风先兆症病因病机,拟定清灵定眩汤(半夏 12g,茯苓 60g,天麻 18g,白术 30g,党参 30g,石菖蒲 12g,白蒺藜 15g。恶心呕吐甚者加用生姜 5 片、大枣 5 枚频服;若瘀象明显可加葛根 30g、丹参 30g)加减治

通讯作者:郑国庆, gq-zheng@sina.com, 13566288727

疗。清灵定眩汤是在半夏白术天麻汤基础上重用茯苓、白术、党参三味药,加强了健脾固本之功,以绝痰浊之源,气机升降失常得以调节,运化恢复;石菖蒲、白蒺藜加强熄风化痰;葛根、丹参升清降浊,活血化痰,使全方标本兼顾,共奏益气活血、熄风涤痰之功。清灵定眩汤治疗椎—基底动脉供血不足眩晕(VBIV)的随机对照临床研究结果表明,其临床疗效、复发率、症状评分、血液流变学及经颅多普勒指标改善均优于西比灵对照组,表明清灵定眩汤对 VBIV 有明显的治疗作用,而改善微循环和降低血液黏度可能是其治疗机制之一^[1]。

2 中风急性期重通腑攻下、化痰涤痰

由于中风病证候十分复杂,变化多端,证候诊断受到病种、病程、药物、医者水平、学术流派等诸多因素的影响,导致中风病临床辨治分型过多且不统一,临床难以把握,不便于疗效评价,不利于推广和学术交流。同时,中风急性期属于危急重症,亦为适应中风急性期“紧急”的救治特点。因此,国家“十五”攻关项目《中风病急性期综合治疗方案研究》明确提出了“中风病急性期分阴类证、阳类证”,制定了简洁可行的辨证诊断标准,在临床上可起到执简驭繁的作用:(1)阳类证:大多为阳盛之体,兼有眩晕头痛,口苦咽干,甚或面赤身热或气粗口臭,烦躁失眠甚或躁扰不宁,尿赤便秘,舌质红或红绛、舌苔薄黄或黄腻,脉弦数或滑数;(2)阴类证:大多为阴盛之体,兼有头晕目眩,面白唇暗,静卧不烦,痰浊壅盛,舌质暗或淡,舌苔薄白或白腻,脉弦细或滑^[2~4]。

由于出血性中风在病理上痰瘀多贯穿于发病始终,破瘀涤痰是基本治法之一;腑气不通是其急性期的重要证候,通腑宜早是重要治法之一。因此,对于出血中风急性期患者,阳类证以邪实为主,为风火痰瘀闭阻脑脉,急则治其标,立清热、平肝、破瘀、涤痰、通腑、醒神法;治疗上逐邪为先,选择安脑丸(意识障碍者先使用安宫牛黄丸)、通腑醒神胶囊、协定 1 号方[人工牛黄粉(冲服)1.5g,水牛角(先煎)30g,龙胆草 9g,虎杖 30g,水蛭 3g,益母草 15g]以及清开灵注射液进行治疗。对于阴类证,以邪实正虚为其主要病机特点,邪实为痰、瘀交阻脑脉清窍,正虚为元气亏虚,治疗立法上则标本兼顾,邪祛安正,立温阳、益气、破瘀、涤痰、通腑、醒神法;治疗上标本兼治,逐邪扶正,选择华佗再造丸(意识障碍者先使用苏合香丸)、通腑醒神胶囊、协定 2 号处方(制天麻 10g,川芎 12g,制南星 10g,益母草 20g,制半夏 12g,石菖蒲 9g,水蛭 3g,黄芪 30g)以及复方丹参注射液进行治疗。就上述方案,采用多中心、单盲随机对照试验的设计方法,404 例患者分别用中西

医结合综合疗法(结合组 199 例)和西医加中药安慰剂(对照组 205 例)治疗,结果表明,中西医结合综合治疗方案可改善本病患者的神经功能和生活质量,降低严重致残率和病死率;其不良反应主要为非感染性腹泻^[2,5]。

通腑醒神胶囊(专科制剂)由番泻叶、虎杖、人工牛黄、天竺黄、瓜蒌子等组成,方中以番泻叶、虎杖为君药,番泻叶通腑泻下,虎杖活血祛瘀化痰解毒,又具泻下作用,与番泻叶合用,通腑之力甚强;人工牛黄等熄风豁痰、开窍醒神为臣药;瓜蒌子润肠除痰,诸药合用,使壅滞之痰邪得以迅速清泄,逆乱之气血得以纠正,气血得以输布则痹通络活;腑气通则浊气下降,不能上冲扰乱神明,因而具“通腑醒神”之功效。在初步肯定通腑醒神液治疗脑出血昏迷疗效的基础上,采用随机对照方法,评价直肠滴注该药对脑出血昏迷患者意识状态的影响,初步结果表明,通腑醒神液直肠滴注较经胃给药,能尽快促使患者神志清醒,减轻昏迷的程度^[6]。在临床应用剂型上以口服为主,灌肠剂也较常用,可解决一些昏迷患者无法口服中药的困难。通腑法可迅速荡涤肠腑中积滞,运用指征不必拘于是否有大便结硬、神志昏迷,只要正确及时应用,对改善中风病患者预后具有重要意义。

3 中风恢复期重健脾益肾、活血通络

中风发病,先有内在的正邪交争,虚实相搏,致使五脏六腑、气血经络功能失常,阴阳失衡,气血逆乱为患,脑为之受扰,因逆致变,因变受损,因损致病。中风虽经短暂的救治,病情多由重转轻,由危转安,但残余之邪未净,脑气未平,经络未和,气血虽顺未畅,滞而不达,津液循行受阻,为痰为瘀,引起清气不入,浊气不出,窍络不利。故中风恢复期,多表现为正虚邪实并存的局面,所谓“本虚”即气血不足,肝肾阴精亏虚。《素问·灵兰秘典论》云:“肾者,作强之官,伎巧出焉”。气血不足,肝肾阴精亏虚则脑脉失养,髓海空虚,可致肢体功能活动障碍。所谓“标实”即痰浊、瘀血阻滞脑窍络、而痰浊瘀血又为正气亏虚所致,“气行则血行”,气虚则运血无力,血流不畅而成瘀,水液不化而成痰。因此,根据“急则治标,缓则治本”治疗原则和“肾主骨,生髓,诸髓皆属于脑”,“其病在脑,瘫痪诸证乃为痰瘀痹阻脑脉”的理论,本着治病求本,从脾肾入手,拟健脾益肾以益脑髓,达到扶正以驱邪,寄补为通,寄补为消之目的。

复方北芪口服液(专科制剂)由黄芪、何首乌、鸡血藤、龟甲胶等组成。方中重用北黄芪益气健脾,化内生之痰;配何首乌、鸡血藤以养血活血通脉;用龟甲胶以

滋阴潜阳,益肾健骨,配何首乌、鸡血藤以养肝肾。北芪补气升阳,龟甲胶滋阴潜阳,共用而平调阴阳。诸药合用,益气养血,滋阴益肾、活血通络,使阴阳平和,气血流畅,精气充足,脑髓得充,痰瘀自消。采用随机对照试验,103 例中风恢复期患者的临床研究结果显示,该药临床总有效率为 94.22%^[7],提示复方北芪口服液对中风恢复期治疗有显著疗效,与华佗再造丸组比较差异无显著性。

4 中风后遗症期痉挛重滋阴养血、柔筋活络

中风后遗症期重点在功能康复、针对病因及发病因素采取相应的措施,防止再发。脑卒中所造成的功能障碍中,肢体肌肉痉挛所导致的运动功能障碍,是阻碍患者独立生活能力恢复、回归社会的主要原因。中医理论认为,中风后肢体痉挛状态是阴阳失调所致,如《难经·二十九难》曰:“阴跷为病,阳缓而阴急;阳跷为病,阴缓而阳急。”《景岳全书》谓:“偏枯拘急痿弱之类,本由阴虚,言之详矣。然血气本不相离,故阴中有气,阴中亦有血。何以辨之?夫血非气不行,气非血不化。凡血中无气,则病为纵缓废弛;气中无血,则病为抽掣拘挛。”一般认为,卒中后痉挛、中风后肢体痉挛病本在脑,病位在肝在筋,以肝阴、肾阴、血虚为本,肢体强硬拘急为标。肝主血主筋,肾主骨主髓,“筋”起着联结关节肌肉的作用,有赖于肝血的濡养;脑中风后元神失养,不能引导肝血达到经脉肌肉,则致失养而出现肢体拘挛、僵硬,故滋阴养血、柔筋活络是其重要治法。

舒筋颗粒(专科制剂)是在芍药甘草汤基础上,加用舒筋活络的木瓜等药组成,具有滋养肝肾之阴血及柔筋活络的功效。采用前瞻性随机双盲对照试验,观察舒筋颗粒治疗脑卒中后痉挛性偏瘫的疗效,结果表明,治疗组的肌张力改善情况、Fugel-Meyer 评分和 Barthel 指数得分均优于对照组,认为舒筋颗粒可改善偏瘫肢体的肌张力,从而促进患肢功能的恢复,进而改

善患者的运动功能,提高其生活自理能力^[8]。

值得指出的是,卒中后肌张力增高不限于后遗症期,本方同样适用于中风后痉挛的任何一期的治疗。同时,并非每个痉挛患者都需要专门的治疗,只有当痉挛影响到患者的功能或未来潜在的功能恢复,以及造成疼痛时才应当对其进行必要的治疗。有些患者依靠他们下肢的较高肌张力维持站立和行走,如果这时降低其肌张力,会造成站立和行走困难。且在药物治疗的同时,应结合物理治疗。若病至后遗症期,往往死血、顽痰痹阻络脉,故常加入水蛭、虻虫、蜈蚣、乌梢蛇、僵蚕、全蝎等虫类搜剔祛痰通络化瘀之峻品,有助于肢体功能恢复。

参考文献

- [1]郑国庆,王艳,潘鹃,等.清灵定眩汤治疗椎—基动脉供血不足眩晕的临床观察.中国中西医结合杂志,2006,26(11):1051~1053.
- [2]黄培新,黄燕,卢明,等.急性脑出血中西医结合综合治疗方案研究.中国中西医结合杂志,2006,26(7):590~592.
- [3]郑国庆,黄培新.中风病辨治阴阳为纲源流.中华医史杂志,2003,33(4):227~230.
- [4]卢明,杜宝新,郭建文,等.对中风病急性期以阴阳辨证代替传统九型辨证的可行性临床验证.广州中医药大学学报,2006,23(4):279~281.
- [5]郑国庆,王小同,黄培新.中风乃杂合之病,必须用杂合之药.中医杂志,2006,47(3):172~174.
- [6]卢明,王立新,黄燕,等.通腑醒神液直肠滴注对出血中风神昏患者意识状态的影响.湖南中医药导报,2003,9(6):27~29.
- [7]黄燕,黄培新,杨志敏,等.复方北芪口服液治疗中风恢复期的临床研究.广州中医药大学学报,1999,16(4):263~267.
- [8]苏巧珍,蔡业峰,卢明,等.舒筋颗粒治疗脑卒中后痉挛性偏瘫疗效观察.中国康复理论与实践,2003,9(12):728~729.

(收稿日期:2006-12-04)

[编辑:黄健]

(上接第 73 页)

参考文献

- [1]吴永刚,王树林,焦柏忠.中医治疗乳腺增生实验及临床研究近况.中医药信息,2002,19(1):16~17.
- [2]何岚,徐月红,刘亚萍.抗肿瘤中药复方免疫调节作用的实验研究思路.中医药学报,2003,31(5):16~17.
- [3]周天红.中药的抗肿瘤药理概述.时珍国医国药,2003,14(11):699~700.
- [4]梁薇.中药免疫调节作用的研究进展.现代医药卫生,2005,21(6):674~676.
- [5]牛芳林.中药免疫调节作用在抗肿瘤中应用研究.中医药学刊,2001,19(5):466~468.

- [6]李凤文,须惠仁,张问渠,等.肝郁气滞血瘀的临床和实验研究.中医杂志,1991,32(10):46~48.
- [7]杨毅.乳腺增生病的病因病机及其证治.中医药学刊,2002,20(6):834~835,837,797.
- [8]沈自尹.从肾本质研究到证本质研究的思考与实践.上海中医药杂志,2000,34(4):4~6.
- [9]钱丽旗,潘超,冯振卿,等.利乳康液对乳腺增生模型乳腺、子宫及卵巢形态学的影响.南京中医药大学学报(自然科学版),2005,21(4):255~257.

(收稿日期:2006-09-18)

[编辑:黄健]