

高社光从痰瘀论治中风病经验

魏 勇 军

河北省魏县中医院,魏县天安大道东段路北,056800)

通讯方式:weiyongjun@126.com,13603308698

高社光(1955—),男,主任医师,河北医科大学兼职教授,博士研究生导师,第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,河北省首届名中医,河北省第六批省管优秀专家。临证 40 载,师古不泥,继承创新,学验俱丰,擅长治疗心脑血管病等疑难杂症。

[关键词] 中风病;痰瘀同治;名医经验;高社光

高老师通过长期的临床实践,总结出中风病“多痰瘀,当以涤痰通络为先”、“痰瘀同治贯穿其治疗始终”。笔者有幸拜师随诊,受益匪浅,现将临证体会介绍如下。

1 病因病机

高老师对中风病研究多年,遵从历代医家关于中风从痰瘀论治的思想,结合现代的社会环境、生活条件等变化,认为中风病的发生主要责于患者素不养慎,失于调摄;或年老体衰,肝肾两虚,阴阳失调,或形盛气衰,中气亏虚,脾失健运,痰浊内生,或随着人们生活水平的提高,膳食结构不合理,养尊处优,嗜食肥甘厚味,醇酒炙博,损伤脾胃,聚湿生痰,郁久化热,或肝火内炽,炼液成痰,痰热内结,阻滞气机,痰瘀互结,痹阻脑络,或由于当今社会,竞争激烈,忧思郁怒,过度烦劳,五志化火,暗耗真阴,致阴亏于内,肝阳暴亢,阳亢风动,内风旋起,风火相煽,气血逆乱,挟痰挟火,真冲犯脑,脑络痹阻或络破血溢而致。《素问·通评虚实论》曰:“凡治仆击偏枯……肥贵人则膏粱之疾也。”近代张伯龙、张山雷、张锡纯均认为,中风的发生主要是由于肝阳化风,气血并逆,直冲犯脑所致。张锡纯则秉承前法,将中风病分为脑充血和脑贫血。认为脑充血是由于“肝阳化风,血随气升,气血并逆,直冲犯脑”而致。脑贫血乃由于上气不足,血不养脑髓所引起。

中风病虽为本虚标实,不外风、火、痰、瘀、虚等致病因素,然痰瘀致病最为常见,这是由于中风患者多因年迈体弱或形盛气衰,脏腑功能减退,阳气衰微,水津不化,津聚成痰,痰阻气滞,脉络不通而致瘀;瘀血停积,阻滞经络,津不得化而致痰,故痰瘀同

源。痰之为病,随气运行,无处不到,遍及周身,可挟风、挟热、挟瘀。挟风者为风痰,多为内风旋动,诱发伏痰,横窜经络,阻于络脉,蒙塞清窍,以眩晕、偏身麻木、或半身不遂、口眼歪斜为主;阻于舌络,见舌强语謇;挟热者为热痰,或痰瘀随风火上逆,真冲犯脑,痹阻脑窍,在上则清阳被蒙而眩晕昏冒,甚或昏愤,在下则痰瘀互结,腑气不通而腹满便秘。若腑气不通,痰瘀未消,可使意识障碍等症加重,多表现在中风急性期。若痰瘀日久,脉络痹阻,气血渐耗,不能荣养肢体,则出现肢体偏枯、失语等恢复期及后遗症期症状。朱丹溪对中风病提出痰湿为患,《丹溪心法·论中风》云:“东南之人,多是湿土生痰,痰生热,热生风也”,“半身不遂,大率多痰,痰壅盛者,口眼喎斜者,不能言也”。戴思恭在《证治要诀》将其概括为“中风之证,卒然晕倒,昏不知人,或痰涎壅盛,咽喉有声,或口眼歪斜,手足瘫痪,或半身不遂,或舌强不语,皆痰也”。

2 治则治法

高老师根据“百病兼痰”、“怪病多痰”、“久病多瘀”、“痰瘀相关”等学说,并结合舌苔、脉象、临床表现等,认为中风病的发生虽然为风、火、痰、瘀、虚作怪,但痰瘀互结是其首要致病因素,倡导“中风多痰瘀,当以涤痰通络为先”、“痰瘀同治贯穿其治疗始终”之说。无论是出血性中风,还是缺血性中风,对中风急性期予以涤痰通腑泻热法,恢复期予以涤痰通络法,后遗症期予以益气化痰通络法,疗效显著。单祛痰则瘀血不化,单化瘀则痰浊不去,故治痰应兼化瘀,治瘀不忘化痰。化痰重在通脉,祛痰意在通络。通过活血祛瘀、化痰通络,方能使痰浊消,瘀血去,血络通,气血流畅,肢体得养,病情缓解。对出血性中风认为“离经之血便是瘀”,瘀血阻滞,痰水内生,病情加重。

3 辨治经验

3.1 中风急性期予以涤痰通腑泻热法

中风病急性期以“标实”为主,主要责于患者肝阳暴张,心肝火旺,风火相煽,气血逆乱,挟痰挟瘀,

上冲犯脑,络破血溢或脑络壅塞而致。由于风、火、瘀、痰互结,综合交织,上扰清窍,则出现昏仆不语、烦躁不宁、面红目赤、舌质红绛、苔黄而干、脉弦数等象。火热弥漫三焦,阻滞气机,升降紊乱,出现神昏、腹胀、便秘等腑实窍闭之象。浊气不降,腑气不通,糟粕内停,胃肠积热,可加重火升阳亢之势,浊邪上蒙清窍,神昏更甚;腑气不通,邪无出路,则火热、痰浊、瘀血之邪无排泄之途,病邪更加肆虐,邪浊上犯,造成了有升无降,血菀于上,风火痰瘀上蒙清窍的局面,导致病情加重,昏迷加深,出现气粗口臭、腹胀便秘、舌苔黄腻、脉弦滑而数等大壅大实之象。

由于其病机以痰热腑实、瘀血阻滞为主,故遵涤痰通腑泻热之法,自拟涤痰通腑汤,药物组成:胆南星 10g,天竺黄 10g,瓜蒌 25g,大黄 10g(后下),芒硝 8g(分冲),莱菔子 15g,枳实 12g,石菖蒲 12g,郁金 10g,人工牛黄 2g(分冲),牛膝 15g。昏迷患者可鼻饲或保留灌肠。视病情随证加减,阳闭冲服安宫牛黄丸,阴闭冲服苏合香丸,大便通利后去芒硝。脑水肿者加茯苓 20g、益母草 20g、泽兰 15g;高热者加石膏 30g,栀子 10g,连翘 15g;痰多者加鲜竹沥 30ml;阳亢头痛者加羚羊角(粉)1g(分冲),钩藤 15g,菊花 10g;脉络闭阻者,加桃仁 10g,水蛭 10g,地龙 12g;重度昏迷加麝香 0.3g(分冲),冰片 0.2g(分冲)。使其一可通畅气机,气血得布,利于半身不遂等症之恢复;二可清除胃肠积滞,开其壅塞,引气血下行,釜底抽薪,给痰瘀热邪以出路,使浊不上犯,神志改善;三可急下存阴,以防阴劫于内,阳脱于外。对于截断病源、扭转病势及预后转归至关重要,此乃治疗中风急性期之关键。至于肝阳暴亢、风痰阻络者、痰湿蒙窍等证也可兼见其中,应随证加减。

3.2 恢复期治疗以涤痰通络为主

中风患者自发病两周至半年者,为中风恢复期。高老师认为,中风急性期过后,风邪渐熄,火热渐减,证候逐渐演变,痰浊内留,瘀血阻滞,风痰瘀血痹阻脉络,神机失用已成为本病主要病机。表现为半身不遂,口舌喎斜,偏身麻木,失语痴呆等。故治疗以涤痰化瘀通络为主,自拟涤痰通络方,药物组成:胆南星 10g,竹茹 10g,半夏 10g,茯苓 15g,陈皮 10g,枳实 12g,石菖蒲 12g,郁金 10g,桃仁 10g,红花 10g,川芎 10g,赤芍 15g,僵蚕 10g,全蝎 10g,地龙 15g,水蛭 10g,威灵仙 20g,豨莶草 20g。口舌歪斜加白附子 10g,下肢活动不利加牛膝 15g、木瓜 15g,上肢活动不利加姜黄 10g、桑枝 10g,1个月为1个

疗程。并配合针灸、康复等疗法,疗效显著。

3.3 后遗症期治疗以益气化痰通络为主

高老师认为,中风后遗症期病机为“因虚致瘀”,指病久缠绵不愈,则久病伤气,久病血瘀,久病入络,或失治误治,使痰浊血瘀,难以速去,留滞脉络,脉阻络闭,出现肢体偏废,口舌喎斜,言语不利,或留为夙根,发为痴呆,或遇感引触,发为癫痫,致使病情缠绵难愈或易于复中。清代医家王清任在《医林改错·半身不遂论叙》曰:“半身不遂,亏损元气,是其本源。”其治疗以益气化痰通络为主,攻补兼施,标本同治,即“寓补于通,寓通于补”。方予补阳还五汤合涤痰汤,药物组成:黄芪 40g,半夏 10g,茯苓 15g,陈皮 10g,石菖蒲 12g,郁金 10g,竹茹 10g,僵蚕 10g,赤芍 12g,川芎 12g,桃仁 10g,红花 10g,当归 15g,地龙 15g,水蛭 10g,乌梢蛇 10g,威灵仙 20g,豨莶草 20g。口舌歪斜加白附子 10g,语言謇涩加全蝎 10g,3个月为1个疗程。并配合针灸、理疗、康复等疗法。

4 病案举隅

例1:王某,男,65岁,2010年10月6日初诊。患者形体肥胖,高血压病史5年。因3小时前家庭纠纷突感头痛,左侧肢体活动不利,继而昏仆,不省人事,家属急送医院,检查:血压 160/96mmHg。中度昏迷,左侧肢体上、下肢肌力均为0级,左下肢巴彬斯基征阳性。头颅CT示:右基底节出血。经西药常规抢救治疗1天,病情仍未缓解,伴鼻鼾痰鸣、烦躁不宁、气粗口臭、腹胀,家属言其3日未大便,舌红或暗红、苔黄腻,脉弦滑数。证乃阳亢风动,痰火上扰,气血逆乱,腑实窍闭之中风。治以涤痰开窍,泄热通腑,方用涤痰通腑汤,药物组成:胆南星 10g,天竺黄 10g,瓜蒌 25g,大黄 10g(后下),芒硝 8g(分冲),莱菔子 15g,枳实 12g,石菖蒲 12g,郁金 10g,人工牛黄 2g(分冲),羚羊角(粉)1g(分冲),牛膝 15g,鲜竹沥 30ml。上方八味药先加水 400ml,浸泡1小时,煮沸后加大黄,煎取 200ml,再纳芒硝、人工牛黄、羚羊角(粉)、鲜竹沥,并冲服安宫牛黄丸1丸。每日1剂,分3次鼻饲管注入。1剂之后,矢气频频,大便未解,再服1剂,泄下大便臭秽异常,质软。上方去芒硝,再服2剂。患者神志渐转清楚,痰量减少。上方去安宫牛黄丸、羚羊角(粉)继服,配合西药治疗10余天,患者病情明显改善,神志清楚,语言稍謇涩,左侧肢体肌力恢复Ⅳ级,生活能自理。

刘学勤运用复方反佐法治验举隅

刘明照¹ 刘静生^{2*} 庞国明² 刘静宇³ 指导:刘学勤²

(1. 河南省开封县卫生学校, 开封县县府东街 59 号, 475100;

2. 河南省开封市中医院; 3. 河南省开封市第一人民医院)

基金项目: 开封市科技发展计划项目(090315)

* 通讯作者: jsl6969@126.com, 18637886699

刘学勤(1936—), 男, 教授, 主任医师, 硕士研究生导师, 河南中医学院附属开封市中医院名誉院长, 第二批、第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。擅治消化、呼吸系统疾病, 尤其对甲、乙、丙型病毒性肝炎、肝硬化、哮喘、中风偏瘫等内科疑难杂症有独到认识。编辑出版《实用专病专方临床大会》等 10 余部著作。

[关键词] 复方反佐法; 名医经验; 刘学勤

刘学勤教授从事临床、科研、教学 50 年, 学验俱丰, 善用经方, 临证精于望诊和脉诊, 对内、外、妇、儿各科疑难杂症多能匠心独运, 自成机杼。今将其应用复方反佐法的临证经验整理如下。

复方反佐法治疗疾病理论肇基于《黄帝内经》。《素问·至真要大论》曰:“是故平气之道, 近而奇偶, 制小其服也; 远而奇偶, 制大其服也, ……奇之不去则偶之, 是谓重方; 偶之不去则反佐以取之, 所谓寒热温凉, 反从其病也。”提出疑难病可以用寒热药配伍治疗, 这为疑难病的治疗提供了新的思路和方法。张仲景在《伤寒杂病论》中进一步发展完善, 广泛用

于外感及内伤杂病的治疗, 并依法立方, 创制了许多寒热药并用的名方, 如麻黄配石膏的麻杏甘石汤、大青龙汤、越婢汤等, 用于治疗外寒内热证; 黄连配干姜的诸泻心汤用于治疗寒热错杂心下痞满证、干姜黄芩黄连人参汤治上热下寒呕吐证; 黄连汤则是黄连配干姜、桂枝治上热下寒腹痛欲呕证等。刘老师精读《伤寒论》, 细心体悟, 发现许多难治疾病, 其病机大多为寒热互结, 虚实错杂, 单纯运用寒或热药, 不能从根本上解决问题, 往往清热则伤阳, 祛寒则伤阴, 而运用复方反佐法却能取得较好疗效。

1 忍冬藤、板蓝根配(制)草乌、桂枝治痹证

痹证的发生一般认为是由于正气不足, 感受风寒湿热之邪所致。《素问·痹论》说:“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。”后世又有热痹者, 主要指骨节局部红肿、灼热、疼痛, 得冷稍舒, 并伴有全身症状, 发病较急。临床常见者以风寒湿痹为多, 治疗主要以祛风、散寒、除湿及疏通经络为基本原则, 但有时效果并不理想。刘老师通过观察分析, 发现多数患者, 虽

例 2: 周某, 女, 68 岁, 2011 年 3 月 5 日初诊。高血压病史 6 年余。主因 10 天前于晨起突发头痛、头晕, 继而跌倒, 伴言语不利, 口眼喎斜, 左侧肢体活动不利而住院治疗。经 CT 检查确诊为脑梗死, 老年性脑改变。西医给予常规抗凝降脂、改善脑循环、调控血压、脱水降颅压、预防并发症等治疗, 疗效不显。刻诊: 意识尚清, 形体肥胖, 左侧肢体活动不利, 行走需人搀扶, 步履维艰, 语言蹇涩, 口角歪向右侧, 舌尖向左侧歪斜, 伴头晕、失眠, 胸闷心烦, 大便秘结, 舌暗红、舌下络脉紫暗、苔腻浊, 脉弦滑。左侧肢体肌力Ⅰ级, 肌张力减弱, 左巴彬斯基征(+), 血压 150/80mmHg。证属痰浊血瘀, 痹阻脉络。治以活血化瘀, 涤痰通络。方用涤痰通络方加减, 药物组成: 胆南星 10g, 天竺黄 10g, 半夏 10g, 茯苓 15g, 枳

实 12g, 石菖蒲 12g, 郁金 10g, 桃仁 10g, 红花 9g, 川芎 10g, 赤芍 15g, 僵蚕 10g, 地龙 15g, 水蛭 10g, 威灵仙 20g, 豨莶草 20g, 白附子 10g, 川牛膝 15g, 石决明 30g, 黄芩 10g, 栀子 10g, 陈皮 10g。每日 1 剂, 水煎服。同时配合针灸、理疗治疗, 功能锻炼。二诊: 服药 1 周, 诸症较前好转, 无头晕头痛、胸闷心烦, 血压 140/80mmHg。仍语言不清, 口舌喎斜, 肢体活动不利, 上方继服 7 剂。三诊: 药后大便已下, 左侧肢体活动较前增强, 患者已能扶物行走, 肢体肌力Ⅲ级, 语言较前清楚, 口舌喎斜有所改善, 纳食、二便正常。上方去石决明、栀子, 继服 10 剂。四诊: 药后肢体活动基本恢复正常, 语言流利, 口舌喎斜消失。

(收稿日期: 2011-11-20)

[编辑: 侯建春]