

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.08.004

杨文明分期论治中风后脑水肿经验

杨玉龙[✉] 指导：杨文明²

1. 安徽中医药大学研究生院，安徽省合肥市瑶海区前江路1号，230012；2. 安徽中医药大学第一附属医院

[摘要] 总结杨文明教授分期论治中风后脑水肿的临证经验。认为瘀、毒、水、痰是中风后脑水肿的主要病理因素，根据其不同发病时期、不同脑水肿程度，将其分为三期。早期、轻度脑水肿阶段，多以瘀、毒为主，治宜活血化瘀、解毒通络，方用通窍活血汤合黄连解毒汤加减；极期、中度脑水肿阶段，多以瘀、毒、水为要，治宜化瘀解毒、通络利水，方用自拟化瘀解毒利水方；晚期、重度脑水肿阶段，多以瘀、毒、水、痰并见，治宜豁痰化瘀、通腑解毒，方用自拟加味星蒺承气汤。临证善用虫类药化瘀通络利水；强调整体观念，上病下取，二便分消；同时重视患者意识状态的动态观察和辨识，在病情未加重或恶化之前及时采取措施以截断病势。

[关键词] 中风；脑水肿；名医经验；杨文明

杨文明（1964—），男，安徽中医药大学第一附属医院教授，主任医师，博士研究生导师，岐黄学者，第六、七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，中国中西医结合学会神经科专业委员会副主任委员，安徽省中医药领军人才，安徽省名中医。从医30余载，治学严谨，在神经系统疾病，特别是神经内科危急重症救治方面积累了丰富的临床经验。

中风，又称卒中，是以半身不遂、肌肤不仁、口舌歪斜、言语不利，甚则突然昏仆、不省人事为主要临床表现的一类疾病^[1]。中风后脑水肿是指缺血性或出血性中风后由于多种物理损伤、生化改变等因素共同作用而导致脑组织继发性病理改变，主要表现为脑内水分增加、脑容积增大，严重时可进一步导致颅内压增高、脑中线移位甚至诱发脑疝而引起死亡^[2]。对于中风后脑水肿的治疗，目前大多应用脱水药物降颅压或手术减压等方法，临床上具有一定的疗效，但其带来的水电解质平衡紊乱、反跳现象、肝肾功能受损等副作用不可忽视^[3-4]。近年来新兴的亚低温疗法对于控制脑水肿也仍停留在临床探索阶段^[5]。中医药治疗中风后脑水肿不良反应较少^[6]，但由于中风后脑水肿属神经科危急重

症，病情及病理因素易发生变化，因此在治疗时需针对不同时期的不同病理因素进行辨证施治。杨文明教授在中医经典理论和现代医学认识的基础上，结合长期临床实践经验，认为中风后脑水肿的病理因素主要为瘀、毒、水、痰四种，且不同发病时期主要病理因素各有不同，在治疗时应分期分度从瘀、毒、水、痰四个方面论治。现将杨老师从瘀、毒、水、痰分期论治中风后脑水肿的临证经验总结如下。

1 中风后脑水肿以“瘀、毒、水、痰”为关键病机

现代医学认为，脑水肿多数是由脑微循环障碍引起，以血脑屏障结构功能损害和脑细胞能量代谢障碍为发病基础，最终导致过多的水分积聚在脑细胞内或细胞外间隙^[7]。根据中风后脑水肿临床症状的不同，可归属于中医学“中风”“真头痛”“昏迷”等病证范畴。早在《素问·调经论篇》中就有“孙络水溢，则经有留血”的记载，认为瘀血是水液泛滥的重要原因。唐宗海在《血证论》中亦云：“瘀血既久，化为痰水，血病不离水”，认为瘀血内阻致使气血运行不畅，气机不利，津液输布失常，而生痰化水。

近年来也有不少学者对中风后脑水肿的理论进行了探索。如常富业等^[8]提出“隐形水肿”的概

基金项目：安徽省高校协同创新项目（GXXT-2020-025）；安徽省高校领军人才团队项目（2021X108）

✉通讯方式：1418057112@qq.com

念,用以辨析脑水肿、肺水肿等脏器水肿疾病,这对于分析中风后脑水肿病机、治法具有重要意义。胡跃强等^[9]认为,脑出血后脑水肿是由于瘀血、痰饮、水浊壅塞互结形成脑中蓄血和脑内蓄水所致。杨老师结合自身临床实践经验,对中风后脑水肿的病因病机进行了总结与创新,认为本病的病理产物主要为“脑中水毒”,基本病机为各种原因导致脑脉痹阻或血溢脉外而成瘀血,瘀停为水化毒,水聚而成痰湿,水与热毒、瘀血、痰湿互结阻于脑之神机窍道,使神机受累、元神失用而出现的一系列变证,故治疗上从瘀、毒、水、痰四个方面论治。

2 分期分度,把握四端

中风后发生脑水肿时,因病情较急,故根据急则治其标的原则,应从标实论治。目前国内外尚无公认的中风后脑水肿严重程度的评判标准,一般结合意识状态,有无头痛、呕吐、视乳头水肿等典型颅内压增高表现以及影像学检查如颅脑CT、磁共振成像(MRI)进行综合评判。杨老师认为MRI可作为评判脑水肿严重程度的首选检查方法。临床根据中风发病不同时期、发生后MRI脑中线移位程度以及临床表现,可将中风后脑水肿分为早期、极期、晚期三期,强调不同时期、不同程度脑水肿的主要病理因素也有所不同。

2.1 早期为轻度脑水肿阶段,治宜活血化瘀、解毒通络

早期又称代偿期(一般在发病6h内),此期延髓对脑缺氧尚有一定的耐受,除偏瘫之外,可出现头痛、呼吸加深等,但一般尚无颅内压增高等典型症状,意识通常保持清醒,因而常被临床忽视。脑水肿早期时,水肿造成的MRI脑中线移位一般 ≤ 5 mm,多属轻度脑水肿^[10]。杨老师认为,瘀血是中风后脑水肿形成的基础,而毒邪为早期、轻度脑水肿阶段主要病理因素,亦可见于脑水肿各个时期。中风后的脑水肿,此时离经之血成为瘀血,其周围形成一缺血水肿区,造成脑组织缺血、缺氧、水肿等病理改变,这些改变是产生一系列临床症状和体征的病理基础^[11]。因此,瘀血是中风后脑水肿的根本原因,治疗应全程重视化瘀通络。

毒邪致病在中风病的发病过程中也有重要作用^[12]。毒邪致病,多病情复杂、变化多端、危急凶险、胶结不解,故《金匱要略心典》云:“毒,邪气蕴结不解之谓”^[13]。中风病是由各种病邪长

期、反复损伤脑络,病邪积而成毒,毒邪闭阻脑络或使脑络破损血溢而发病。此期瘀血与毒邪互结,常见半身不遂,头部刺痛、夜间痛甚,唇色紫暗,大热烦渴,或发斑疹,或吐血、衄血。毒瘀相互为病,毒可致瘀,瘀可化毒。化瘀是解毒的基础,解毒有利于化瘀,因此应化瘀与解毒合用。临床上采用活血化瘀、解毒通络之法,方用通窍活血汤合黄连解毒汤加减。瘀血较甚者,加丹参、土鳖虫、地龙以化瘀通络;兼有气滞者,加枳壳、香附、佛手理气以助血行。杨老师强调,化瘀解毒通络可以祛除血瘀阻络或络破血溢所形成的瘀毒,以正本清源,瘀去毒除,新血得生^[14]。

2.2 极期为中度脑水肿阶段,治宜化瘀解毒、通络利水

极期又称典型期(一般在发病6~48h),患者常有典型的颅内压增高症状,如头痛剧烈、伴有喷射状呕吐、视物模糊、视乳头水肿,但一般无明显意识障碍,此时MRI脑中线移位多在5~10 mm,属中度脑水肿^[15]。杨老师认为,水邪虽见于脑水肿的各期,但往往是脑水肿极期的最主要病理因素,是疾病进展的关键。《金匱要略·水气病》曰:“经为血,血不利则为水”,指出瘀血是导致水肿的重要因素。随着病情的发展,脑中瘀血阻络导致津液输布失常,或瘀血化生水邪导致脑窍水饮进一步增多,病理因素由瘀、毒进展为瘀、毒、水。瘀血阻于脑络,气机被阻,津液输布失常,聚而为水饮之邪;水饮又可阻滞气机,致脑络血行不畅,进一步导致血瘀水停,正如《灵枢·百病始生》所言:“凝血蕴裹而不散,津液涩渗……而积皆成矣”。

水积聚于脑窍,与瘀、毒互结而致疾病渐进,进一步加重临床症状,常见半身不遂、头痛如劈、呕吐涎沫、头晕目眩、腹胀喘满、或有神昏谵语等。治疗应化瘀、解毒、利水并重,常用化瘀解毒、通络利水之法,自拟化瘀解毒利水方(由丹参20 g、赤芍12 g、地龙10 g、水蛭3 g、黄芪30 g、金银花12 g、栀子10 g、黄柏10 g、泽兰12 g、益母草20 g、车前草12 g、川牛膝12 g、甘草6 g组成)。瘀血甚者,加土鳖虫、蜈蚣、僵蚕以加强活血化瘀之功;热毒明显者,加败酱草、蒲公英、半枝莲、白花蛇舌草以清热解毒;水邪明显者,加白茅根、路路通、草薢以通络利水。

2.3 晚期为重度脑水肿阶段,治宜豁痰化瘀、通腑解毒

晚期又称衰竭期(一般在发病48h后),此期

除有明显颅内压增高症状外，常伴有明显意识障碍，严重时可出现昏迷、抽搐、脑疝等，危及生命。此时属重度脑水肿，MRI 脑中线移位一般 ≥ 10 mm，若未得到及时有效治疗，预后多不良，死亡率可达 90%^[16]。杨老师认为，痰浊常常是脑水肿晚期发生发展的重要因素。随着脑水肿进展到晚期，瘀血化水，水湿聚而成痰，临床上不仅表现出脑水肿本身的症状，还可出现痰浊的特征性表现。此时病情较重，随时可危及生命，治疗上应以西医对症支持治疗为主，以维持患者生命，必要时可行脑脊液引流术、去骨瓣减压术^[10]，同时可联合应用化痰、涤痰或豁痰开窍之中药进行中西医结合治疗，以提高疗效，改善预后。

此期病理因素由瘀、毒、水进展成瘀、毒、水、痰，临床症状较重，常见喉中痰鸣、咳嗽喘促、恶心呕吐、神识昏蒙或嗜睡、胸闷、便秘、舌质暗红、苔黄腻、脉弦滑等，治宜豁痰化瘀、通腑解毒。急则治其标，杨老师强调此时应以豁痰开窍醒神为先，方用自拟加味星蒌承气汤〔由瓜蒌 15 g、胆南星 12 g、大黄 6 g（后下）、芒硝 9 g（冲服）、水蛭 3 g、地龙 10 g、黄芩 6 g、栀子 10 g、茯苓 12 g、泽泻 12 g、益母草 20 g、车前草 12 g 组成〕。杨老师认为此方多用于治疗中风后脑水肿伴有意识障碍的患者。若痰涎较多，可合用竹沥汤（竹沥、生葛汁、生姜汁）以增豁痰利窍之功；若患者服用加味星蒌承气汤后仍腑气不通、痰热腑实明显，可改投大柴胡汤；若意识障碍严重者，可先鼻饲安宫牛黄丸或静脉滴注清开灵注射液、醒脑静注射液、羚羊角口服液等以开窍醒脑，继服加味星蒌承气汤。

3 诊疗特色

3.1 化瘀通络，善用虫类药

杨老师认为中风后脑水肿的治疗中利水应重在化瘀，化瘀应重在通络。临床可用益母草、泽兰、桃仁、红花、川牛膝、鸡血藤、琥珀活血通络利水。对于出血性中风离经之血造成的脑水肿，杨老师主张在辨证论治的基础上针对“离经瘀血”选用具有化瘀与止血双向作用的活血化瘀药，如三七、花蕊石、大黄、血竭、蒲黄、赤芍、茜草等。对于瘀血阻于脑络，病位较深，难以祛除者，常用虫类药如地龙、水蛭、虻虫、土鳖虫、蜈蚣、全蝎等，其性走窜，活血通络力强，能除草木难除之瘀滞。应用虫类药不仅可以活血逐瘀、搜风剔络，还能针对脑水肿络阻水停之病机起到活血通络利水之效，

但在病程早期应慎用破血通络峻猛之品。

3.2 二便分消，上病下取

杨老师认为，一些重症或恶性脑水肿的临床治疗难度大，可基于整体观念采用通腑利水、二便分消之法进行治疗。脑为奇恒之腑，元神所处之所，在人体的最上部；大肠是传导之腑，糟粕存储之地，位于六腑的最下部。二者上下联系，清气藏，浊气出，则人体气机升降通畅，脏腑得养，神乃正常。在临床诊治过程中，杨老师十分重视对二便的诊察，强调分消二便可在脑水肿治疗中发挥以下 4 个作用：1) 二便是水液排泄的主要途径，通过分消二便使体内的废液排出体外，可起到减轻脑部水肿及降低颅内压的作用^[17]。2) 中风闭证时，患者意识不清，此时运用通腑泻热利水之剂，可通过二便除去郁滞于胃肠的痰浊积滞，使浊邪不得上扰脑窍神明，气血逆乱得以平息，有助意识改善^[18]。3) 分消二便一方面可以调节胃肠道功能，促进肠管蠕动，预防和减轻肠道应激损伤，又可通过增加小便量而促进毒素从尿液排出^[19]。4) 中风后脑水肿后期常伴有肺部感染及高热，分消二便可增加热量的排出，有助于缓解高热及呼吸道症状^[20]。临床治疗中风后脑水肿特别是顽固性脑水肿时，杨老师常用大黄、枳实、芒硝、火麻仁、番泻叶、茯苓、白术、车前草、商陆、泽泻等通利二便之药，取其釜底抽薪、上病下取、通畅腑气、逐利水道之妙效，通过增加毒素、水液、热量等的排泄，以达到减轻脑部水肿、改善意识状态、防止变生他症的作用。

3.3 辨析意识，截断病势

中风后脑水肿为神经科之危重病症，病情变化迅速，易并发意识障碍甚至脑疝等危及生命。杨老师认为，临床应密切关注患者的意识变化，其意义有二：一则意识是判断病情轻重及预后的关键，当患者中风后出现意识障碍，则提示为中脏腑，其后发生脑水肿程度往往较为严重，预后一般不佳；若患者中风后无意识障碍，一般提示为中经络，病情较轻，其后发生脑水肿程度一般较轻，预后一般较好。二则意识是判断疾病进退变化的标志，若患者中风发病起初伴有因脑水肿引起的意识障碍，经过治疗意识逐渐好转，此时多提示脑水肿情况较前有所好转，疾病趋于良好；若患者中风发病起初无意识障碍，随着时间变化出现意识障碍，或起病之初意识障碍较轻，随着病情进展意识障碍程度进一步加重，则提示脑水肿可能有所加重，疾病趋于进展。

由于中风后脑水肿发病较急、进展较快、病情较重,因此在治疗时须截断病机,扭转病势,阻止病情进一步进展或恶化。当中风患者无意识障碍,仅表现为肢体偏瘫、口舌歪斜等中经络症状,此时密切关注临床表现和影像学变化预先判断脑水肿的发生及其程度,提前应用活血化瘀、解毒通络之品,以防止病情进展。当患者已发生脑水肿,表现出明显头痛、呕吐等症状但意识障碍较轻时,此时虽属中脏腑范畴,但程度较轻,为防止脑水肿加重,应提前应用化瘀解毒、通络利水法来干预,以防止进一步水聚成痰,痰浊蒙蔽心窍而影响神志。当患者已出现明显意识障碍,为防止发生脑疝等危及生命之变症,此时应根据病情积极采取去骨瓣减压、气管插管等措施以维持生命,并联合中医药针对瘀、毒、水、痰进行精准辨治。

4 病案举隅

患者,男,44岁,2021年3月1日初诊。患者2021年2月26日因“突发右侧上下肢无力伴烦躁不安5h”由急诊送入当地医院,急查颅脑CT示“左侧基底节区出血,量约32ml”。既往有高血压病史10年,最高血压220/120 mmHg,未服用降压药物,无外伤史,有长期酗酒史。专科查体:血压:202/120 mmHg,神志不清,烦躁不安,抬入病房,双侧瞳孔等大等圆,直径约2.5 mm,对光反射灵敏,右侧中枢性面舌瘫,右上肢肌力Ⅰ级,右下肢肌力Ⅲ级,右侧巴宾斯基征(+)。诊断为脑出血(急性期),入院后予以甘露醇、甘油果糖等脱水降颅压、维持水电解质平衡及调控血压等综合治疗。3天后患者病情加重,意识障碍加深,呈浅昏迷,立即查颅脑MRI示“左侧基底节区出血,量约30 ml,血肿周围水肿带及占位效应明显,中线移位11 mm”。为寻求中医药治疗,请求院外会诊,刻下症见:意识不清,呼之不应,气粗口臭,身热唇干,大便秘结、三五日一行,小便色黄,偶有呕吐,舌质暗红、苔黄腻、舌下络脉迂曲,脉弦滑。西医诊断:脑出血(急性期);脑水肿;高血压病(3级,很高危)。中医诊断:中风病(痰热腑实,瘀毒内停)。治法:豁痰化瘀、通腑解毒,投之加味星蒌承气汤,处方:瓜蒌15 g,胆南星12 g,大黄6 g(后下),芒硝9 g(冲服),水蛭3 g,地龙10 g,黄芩6 g,栀子10 g,茯苓12 g,泽泻12 g,益母草20 g,车前草12 g。4剂,每日1剂,水煎早晚两次分服。西医继予甘露醇、甘油果糖脱水降颅压

以及调节水电解质、调控血压等综合治疗。

2021年3月5日二诊:患者意识障碍未再加重,大便秘结情况好转、每日1次,舌质红,苔脉同前。据病情调整中药,处方以初诊方大黄加量至9 g、芒硝加量至15 g、益母草加量至30 g、车前草加量至20 g,继服7剂,煎服法同前。

2021年3月12日三诊:患者意识障碍程度减轻,由浅昏迷转为意识模糊,气粗口臭、身热唇干明显好转,舌质淡红、苔白微腻,脉同前。服二诊方4剂患者大便次数明显增多、呈稀水样,最多达每日16次,4日共解大便31次,后大便次数渐减至每日5次或6次、呈稀水样。处方以二诊方大黄用量减至3g,继服7剂。嘱停用甘露醇。

2021年3月19日四诊:患者神志转清,无明显头痛、恶心呕吐,对答内容切题,不完全运动性失语,大便每日2次,舌质淡红、苔白微腻,脉弦。查右上肢肌力Ⅳ,右下肢肌力Ⅴ⁻。2021年3月18日复查颅脑MRI示:血肿密度较前减低,周边水肿明显吸收,无中线移位。处方以三诊方去芒硝,另加白术8 g、白扁豆30 g,再服用14剂以善后。

2021年4月5日电话随访,患者告知除偶有言语謇涩外无其他不适症状,已基本恢复正常生活。

按语:本案患者中年,急性起病,中风发病3日后出现意识不清、呼之不应等症状,颅脑MRI提示中线位移>1 cm,结合患者发病时间、症状及影像学表现,分期分度属晚期、重度脑水肿。患者脑水肿较重,单纯西医治疗效果不佳,故联合应用中药以提高疗效,改善预后。初诊时四诊合参,辨证属痰热腑实、瘀毒内停证,治以豁痰化瘀、通腑解毒,方选加味星蒌承气汤。方中瓜蒌、胆南星清热涤痰开窍;大黄、芒硝性味苦寒,荡涤肠胃,既可通腑泄热利水,又可通腑开窍醒神;水蛭、地龙活血化瘀通络;黄芩、栀子以清体内热毒;茯苓、泽泻、益母草、车前草以通络渗湿利水。二诊患者意识障碍未再加重,大便每日1次,提示治疗有效,大黄、芒硝、益母草、车前草加量意在增强通腑渗湿利水之力,增加水液从二便分消,上病下取。三诊患者大便次数增多,意识障碍程度减轻,大黄减量是为防止水液从大便过度外泄而致津液耗损。四诊取效明显,患者神志转清,诸症好转,去芒硝是为防其峻烈之性伤正,取中病即止之意;加用白术、白扁豆既可顾护脾胃之气,又可燥湿化痰。本案治疗全程紧扣晚期、重度脑水肿瘀、毒、水、痰的病理因素,以豁痰化瘀、通腑解毒为基本治法,

结合应用二便分消之法,同时密切关注患者神志变化,及时调整用药,故效佳病愈。

参考文献

- [1]周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007:304-305.
- [2]周永芳,伍国锋. 缺血缺氧性脑水肿研究进展[J]. 重庆医学, 2021,50(14):2496-2500,2505.
- [3]GONDIM FDE A, AIYAGARI V, SHACKLEFORD A, et al. Osmolality not predictive of mannitol-induced acute renal insufficiency[J]. J Neurosurg, 2005,103(3):444-447.
- [4]SHAH S, KIMBERLY WT. Today's approach to treating brain swelling in the neuro intensive care unit[J]. Semin Neurol, 2016,36(6):502-507.
- [5]魏亮,王琦,杨成,等. 亚低温辅助治疗对高血压颅内出血患者炎症细胞因子水平、脑血肿及脑水肿的影响[J]. 广西医学, 2018,40(3):253-255.
- [6]潘晓云,宁丽娜,刘佳,等. 中医治疗中风后脑水肿的临床研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2015,31(8):176-178.
- [7]李玲,黄如训. 脑水肿[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:62-63.
- [8]常富业,王永炎,高颖,等. 水淫玄府与隐性水肿假说[J]. 山东中医杂志, 2004,23(11):643-645.
- [9]胡跃强,胡玉英,刘泰. 活血利水法治疗急性脑出血水肿期研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(8):963-964.
- [10]《脑出血后脑水肿管理专家共识》专家组,空军军医大

- 学西京医院神经外科,西安交通大学第二附属医院神经外科. 脑出血后脑水肿管理专家共识[J]. 实用心脑血管病杂志, 2017,25(8):1-6.
- [11]刘英姿,过伟峰. 中风病机学说渊源探究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009,7(6):732-733.
- [12]王嘉麟,王玉来,郭蓉娟,等. 浅谈中风病急性期热毒的辨识[J]. 中医杂志, 2011,52(9):740-743.
- [13]尤怡著. 金匱要略心典[M]. 雷风,晓雪,点校. 北京:中国中医药出版社, 1992:75-76.
- [14]赵越,杨文明. 化痰解毒法在中风病中的运用价值[J]. 中医药临床杂志, 2012,24(3):253-255.
- [15]ROPPER AH. Lateral displacement of the brain and level of consciousness in patients with an acute hemispherical mass[J]. N Engl J Med, 1986,314(15):953-958.
- [16]ROPPER AH. A preliminary MRI study of the geometry of brain displacement and level of consciousness with acute intracranial masses[J]. 1989, 39(5):622-627.
- [17]黄融琪,张方东. 中风急性期脑水肿救治体会[J]. 福建中医药, 1994,25(3):27-28.
- [18]李建香,过伟峰,傅淑平,等. 基于脑肠互动探讨通腑泻热法治疗中风的机制[J]. 中医杂志, 2018,59(4):292-294.
- [19]李俊红. 大承气汤加减治疗中风急性期脑水肿 35 例[J]. 中国中医急症, 2006,15(7):770.
- [20]李亚宁. 化痰通腑汤治疗卒中相关性肺炎疗效及对 CRP、TNF- α 及 RAGE 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017,26(20):2237-2240.

YANG Wenming's Experience in Treating Cerebral Edema after Stroke by Stages

YANG Yulong

Graduate School, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei, 230012

ABSTRACT This paper summarized Professor YANG Wenming's clinical experience in treating cerebral edema after stroke by stages. It is believed that stasis, toxin, water and phlegm are the main pathological factors of cerebral edema after stroke. According to the onset time of the disease and the degree of cerebral edema, it can be divided into three stages. In the early stage (mild cerebral edema), stasis and toxin are the main pathogenesis, which should be treated by activating blood and dissolving stasis, resolving toxins and unblocking collaterals. Modified *Tongqiao Huoxue Decoction* (通窍活血汤) and *Huanglian Jiedu Decoction* (黄连解毒汤) could be used. At extreme stage (moderate cerebral edema), stasis, toxin and water are the main factors, and the treatment method is to dissolve stasis and resolve toxin, unblock collaterals and promote urination. Self-made *Huayu Jiedu Lishui Formula* (化痰解毒利水方) is recommended. In the late stage (severe cerebral edema), mostly stasis, toxin, water, and phlegm are seen together, which could be treated by eliminate phlegm and remove stasis, unblock the bowels and resolve toxins, with self-made *Jiawei Xinglou Chengqi Decoction* (加味星蒺承气汤). In clinical practice, he is good at using insects to dissolve stasis, unblock collaterals and promote urination. Following the concept of holism, it is recommended to treat the upper disease from the lower part, and disperse evils of urine and stool separately. At the same time, attention should be paid to the dynamic changes and identification of the patient's state of consciousness, and timely measures should be taken to cut off the progression of the disease before exacerbation or worsening.

Keywords stroke; brain edema; experience of famous doctors; YANG Wenming

(收稿日期: 2022-05-09; 修回日期: 2022-09-29)

[编辑: 果 彤, 邓 媛]