

• 理论研究 •

中风病化痰通腑治疗后的病证转归与相应治疗

谢颖桢¹ 王永炎²

(1 北京中医药大学东直门医院神经内科 北京 100700; 2 中国中医科学院)

摘要:痰热腑实证是中风急性期的主要证候,是由中风后气机逆乱、痰热壅结阻遏中焦的病理机转所致。化痰通腑法为其主要治法。化痰通腑治疗后,中风病势总体向愈,但不同患者病状有别,呈现不同的病证转归。经过长期大量的化痰通腑临床应用、反复验证的观察研究,总结并形成化痰通腑法治疗后证候演变与不同转归的系统认识及应对措施。

关键词:中风;化痰通腑法;病证转归;治疗

中图分类号:R255.2

Outcome and relevant treatment of stroke after treating with therapy of removing phlegm to relax bowels

XIE Ying-zhen¹, WANG Yong-yan²

(1 Department of Neurology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700; 2 China Academy of Chinese Medical Sciences)

Abstract: The syndrome of phlegm-heat and fire-excess is a main syndrome in the acute phase of stroke which is induced by disturbance of qi movement and phlegm-heat obstruction in the middle-jiao. The therapeutic method for this syndrome is the therapy of removing phlegm to relax bowels. After the treatment stroke tends to being cured but different patients have different symptoms and different outcomes. The system recognition and relevant measures on syndrome development and outcomes of stroke after the treatment were summed up through a lot of observation and study on the clinical application of the therapy of removing phlegm to relax bowels for a long time.

Key words: stroke; therapy of removing phlegm to relax bowels; outcomes of diseases; treatment

痰热腑实证是中风急性期的主要证候,在病情较重特别是在中经和中腑患者中出现率更高,积极通腑泻热不仅可以防止中经向中腑移行、防治病情加重,同时还有助于中腑患者意识状况改善,促使病情向中经络方向好转。由于痰热腑实为中风气机逆乱、痰热壅结阻遏中焦这样一种共性病理机转所致,因此化痰通腑法成为中风病急性期主要的治法之一。临床观察发现,化痰通腑后,患者出现的病状往往纷繁复杂,呈现不同的病证转归。王永炎教授带领东直门医院神经内科团队历经 30 余年对化痰通腑法治疗后证候演变与中风病之不同转归进行长期系统地观察研究,总结出适应临床诊疗的应对措施^[1]。本文谨就以上内容进行阐发。

1 中风病痰热腑实证形成的多种途径

由于中风病形成于不同体质、不同发病诱因、不同的兼夹疾病乃至不同的饮食习惯、生活习惯、地域环境条件,以及中风后严重程度不同,因此,作为主要证候痰热腑实产生于上述不同情况下,其证候严重程度不一、形成途径多种。

1.1 风痰上扰,痰热阻遏

中风病人平素多有膏粱厚味的饮食习惯,好逸少劳的生活方式,长期紧张的精神状态,可因饮食自倍使脾胃受伤,痰浊内生,也可因肝郁日久,木克脾土,脾失健运、致痰湿内生,同时肝郁日久,气机不畅、瘀血阻络,气郁化热灼伤阴液、炼液为痰,形成瘀血阻络、痰浊内盛、痰热内阻之素体。此内蓄痰热的

谢颖桢,女,博士,副主任医师,硕士生导师

病人,若遇调摄失宜,气机逆乱、内风旋动则形成风痰上扰、痰热阻遏、痰热腑实之病证。

1.2 风痰瘀血痹阻脉络,痰瘀化热,中焦阻遏

中年以后,正气积损,痰瘀内阻。或七情刺激、气滞血瘀,或烦劳过度,阳气亢张,或饮食不节、内生痰湿,致气机逆乱、风痰瘀相搏,壅滞经脉,此属风痰瘀血痹阻脉络,发为中风。中风后,痰瘀内阻、郁而化热,痰热蕴结、阻遏中焦,致使中焦升降失常,腑气不通,从而形成痰热腑实。

1.3 阳亢生风,风火上扰,气机逆乱,痰瘀化热阻遏中焦

“年逾四十,气阴自半”。性情急躁、肝阳素盛之体,存在因长期气郁化热、郁热暗耗肝肾之阴、导致水不涵木、阴虚阳亢之病状,兼有气滞血瘀、郁火炼液为痰、痰瘀阻络之势。若平时饮食不节,嗜酒过度或劳倦内伤则可使脾失健运,聚湿生痰,痰郁化热。遇到情志火极,内风动越之时,或致风火上扰、络破血溢、或致风火上扰、痰瘀阻络,则气机逆乱升降失常,风火炼液为痰、痰火内盛、蕴结中焦、胃肠气机不降而成痰热火盛腑实内结之病证^[3]。

1.4 气虚生风,风痰瘀阻

年老正气衰弱之人,气血本虚,脾胃功能衰弱,痰湿内生,加之情志、劳累等诱因,使气机逆乱于心胸,风挟痰瘀阻络,痰湿郁积中焦而化热,痰热阻滞,升降失职渐致腑气不通。

2 化痰通腑治疗后的不同证候演变与疾病转归

2.1 腑气通畅,痰瘀阻络,病势向愈

痰热腑实形成于中风后风痰瘀血痹阻脉络、气机逆乱、痰瘀化热者,此类患者多为中风中经络,痰热腑实一般多出现于中风后 3~7 d 在中风病情的极期,及时化痰通腑后,往往只需 1~2 剂,绝大多数患者则腑气通畅,痰热减轻,形成痰热瘀阻及痰瘀阻络证,经对症治疗病情稳定,逐步向愈。

2.2 腑气通畅,气虚血瘀,病势趋缓

痰热腑实形成于气虚血瘀、气机逆乱、虚气流滞、气虚生风。中风后以风痰瘀血痹阻脉络标实为主,但部分患者在发病 5~7 d 痰瘀化热出现腑实内结者。由于证候演变缘于患者本身气血不足的体质,应用化痰通腑法后腑气通、痰热消,标实证候已去,正气虚象渐显,多见气虚血瘀证,病势趋于和缓,但由于患者素体正气虚弱,因此本证病程相对较长,恢复较慢。少部分患者可能出现虚风再次形成,引起复中或小中风的发生。

2.3 腑气通畅,腑实再结,病情欠稳

痰热腑实形成于中风后风痰上扰、痰浊瘀血痹阻经络、痰浊瘀血阻遏三焦气机不畅,或兼痰湿内盛化热者,往往患者素体气郁、痰湿相对较盛,应用星蒺承气汤化痰通腑后大便虽可通,但大便量少、虽通而不畅,须坚持应用,大便才会通畅,或大便通后,痰热未减、气机未畅,腑实很快再结。此类患者化痰通腑治疗,腑气通畅后,病情虽有好转,但因痰热易蓄势再结,更致气机不畅,故病情又欠稳定、需密切关注,积极调治保证腑气通畅、气机调达。

2.4 腑气通畅,痰热仍盛,病势缠绵

痰热腑实形成于素来内蓄痰热之体或肝阳素盛兼嗜食肥甘者,患者平素即常有腑实内结,中风后风痰上扰、痰热腑实在发病后即刻形成。此类患者多为中风中经、或中经向中腑移行。化痰通腑法治疗腑气通畅后,痰热内蓄或兼肝阳上亢之势仍然较盛,表现在患者口气臭秽、舌红苔黄腻或黄厚腻、脉弦滑诸症未有明显改善,或伴有头痛、头晕昏沉、嗜睡,上症可持续 1~2 周或更久,化痰通腑法需要坚持治疗的时间较长,病情相对急重的状况持续时间较长,积极合理全面调整有助于病情稳定和好转。此类患者值此期间,若调摄不适或用药权衡不周,致腑实再结、痰热壅盛,可致热盛阴伤、或痰热扰神甚至内闭心窍,导致病势逆转,因此治疗调护不可不慎。

2.5 腑气通畅,阴液大伤,病情不稳,警惕复中

阴虚阳亢、水不涵木之体,在肝风内动、风火上扰、气机逆乱、痰火阻遏中焦基础上形成痰热腑实证者,在清热息风的同时,并用化痰通腑法,若腑气通畅但由于邪热内炽、灼伤阴液,或是屡用脱水剂后阴液大伤者,病情不稳,容易出现阴虚风动证,导致复中风,临床应高度警惕,积极防治。

2.6 腑气不通,风火更甚,痰热内闭心窍,由腑及脏,病位加深

屡用化痰通腑法后腑气仍不通,多见于痰热实邪重或兼风火内扰者。风火炼液为痰,可加重痰热内结之势,痰热互结又可进一步化火生风,形成恶性循环。痰热随风阳上扰清窍,而见神志昏蒙。若腑实不通、痰火壅盛,风阳痰火内闭心窍而致昏迷。此时病情由腑及脏,病位加深。此类证候演变如果治疗及时得当,于 1 周或 10 日之内,神志逐渐清醒者尚可脱离险境^[3]。

2.7 腑气不通,风火痰热猖獗,变证丛生,病势恶化

痰热腑实、痰热内闭心窍虽经化痰通腑法治疗

腑气不通,风火痰热猖獗,消灼阴液耗损正气,正不胜邪使得变证丛生,病势恶化。常见变证有四:一是在口噤不开、水米不进的情况下出现呃逆频频的症状,这是由于风火痰热消耗正气,因胃气败伤而形成。二是阳闭神昏数日之后,骤然背腹灼热而四肢手足厥冷,此时患者背部、腹部用手摸时有如火炭烧灼般的烫手,这是肠热内闭的缘故。然而患者手足冰冷,甚至寒冷至肘膝以下,当然上下肢发凉的程度是肢体远端更凉,这种四肢发凉甚至冰冷的症状称为“厥逆”,是由于邪热内闭,阻遏了阳气外达而形成的。中医还有热深厥深的说法,即是邪热内闭的情况越重,则四肢厥冷的症状亦随之加重。三是阳闭神昏不遂之时还兼有频繁的抽搐。这种中风神昏病人出现的抽搐,西医学认为是脑血管病继发的癫痫,中医也可以把它看成是癫痫的一种证候类型。这是因为肝风与痰热互结,在屡犯心窍的情况下,由风阳内盛肝阴不足,使筋膜燥涩,内风动越所成。四是阳闭数日之后出现便血、呕血的症状,这是由于邪热猖獗,肝胃之火灼迫血络造成的。变证一旦出现,无论呃逆、厥逆、抽搐或便血、呕血都是病情恶化的标志,预后多不佳。

3 化痰通腑治疗后不同演变证候及相应治疗措施

3.1 痰热瘀阻,痰瘀阻络证

经过化痰通腑后,腑气已通,痰热消减,首先出现痰热瘀阻证,临床上常见患者大便已通,但舌苔仍黄腻,或口气臭秽虽减轻仍存在,或有瘀斑,舌底脉络瘀张,脉弦滑、或涩,并见面部烘热,心烦易怒,走路脚步不稳等。故治疗以清热化痰、活血化痰通络,常加全瓜蒌、胆南星清泄痰热;丹参、赤芍、鸡血藤等活血通络,亦可酌加行气、降气之品,如枳实、半夏、橘红等以治痰。此证调治一段时间后,痰热渐化,呈现痰瘀阻络证,舌质淡红或淡暗,苔薄或腻,治疗以化痰通络。

3.2 痰热已退,气虚血瘀证

应用化痰通腑法治疗后腑气通,痰热标实证候已去,临床常见气虚血瘀证,患者面色㿔白,气短乏力,口流涎,自汗出,手足肿胀或肢体松懈瘫软,舌质暗淡,苔白腻,脉变为沉细、细缓或弦细。此时需益气,然而在痰热刚刚化净之时,虽有气虚见证,益气药物应以甘平或甘微温之品最适宜,药如太子参、茯苓、生山药、白扁豆等,注意避免过分甘温壅滞气机的药物。至恢复期纯属虚证而无热象,可考虑黄芪、党参等药的使用,方剂可选《医林改错》补阳还五汤加减。

3.3 气机未畅,腑实再结证

应用星蒺承气汤化痰通腑后大便通,由于气机不畅,腑实再结,舌苔仍黄腻,此时应考虑少阳枢机不利,改用利气疏导的大柴胡汤。大柴胡汤主少阳兼阳明实证,是少阳邪热未及时和解而传入阳明,为“枢机不利,里热结实”之故。审证论治,故治宜“外和枢机,里下结实”,即因枢机不转,里实内结可相互影响,故治疗时双管齐下,则可收事半功倍之效。中风病人多是气机的不调畅,应用大柴胡汤治疗时,外用和解之法以利枢机,并可促进腑气之畅行;内下结实之邪也可助枢机运转,两者相辅相成、相得益彰。

3.4 痰热内蓄,肝阳亢盛证

化痰通腑法治疗腑气通畅后,部分患者出现的痰热内蓄或兼肝阳上亢证候,表现在患者口气臭秽、舌红、苔黄腻或黄厚腻、脉弦滑诸症未有明显改善,或伴有头痛、头晕昏沉、嗜睡,上症可持续1~2周或更久,清热化痰通腑法或兼平肝潜阳息风法需要坚持治疗的时间较久。

临床治疗多以星蒺承气汤和羚羊钩藤汤加减治疗,药用胆南星、瓜蒌、黄芩、天竺黄、酒大黄、丹参、赤芍、羚羊角、钩藤、菊花、生龙骨、生牡蛎、川牛膝等。同时配合清开灵注射液或醒脑静注射液。

3.5 气阴两虚,阴亏内热证

如果应用化痰通腑剂后舌质转红绛,黄腻苔呈斑块剥脱,甚至舌面光净无苔,脉弦细而数,并烦躁不安,甚至彻夜不眠者,属痰热内蕴而阴液内耗、胃气虚衰的表现。这主要是由于痰热腑实证经治腑气已通,痰浊渐消,而邪热更炽,灼伤阴液或是屡用脱水剂后阴液大伤,致使内风旋动转化为阴虚风动证。此时治疗最难,可适当加入鲜生地、沙参、麦冬、玄参等育阴药,但不宜过多,恐有碍于涤除痰热。此时病情不稳,发生复中的危险性很大。

3.6 腑气不通,痰热内闭心窍证

痰热内闭心窍为阳闭重证,可见于起病之初,也可由痰热腑实证及风火上扰清窍证转变而来。应该指出,若本证神昏、半身不遂起病骤急,多在顷刻之间发生,则是因为暴怒等情志刺激使肝阳暴涨,阳引风动,致气血奔上窜,气血俱浮上壅,如迅雷不及掩耳之势干扰神明之府而发病。临床以起病骤急,神昏,昏愤,鼻鼾痰鸣,躁扰不宁,半身不遂甚而肢体强痉拘急,舌质红绛,舌苔褐黄干腻,脉弦滑数为主症。至于半身不遂而肢体强痉拘急,项强是由痰火亢盛,内风横窜,肝肾阴液耗伤,筋脉失于润养而成,

面红、躁扰不宁、气粗、口噤、便秘等症均属风火痰热阳邪内闭的表现。舌质红绛，舌苔褐黄干腻是阴液大伤、痰热内盛的表现，脉弦滑数由痰热使然。

临床应及时清化痰热、醒神开窍，选用羚角钩藤汤加减。药用羚羊角粉 2 g(分冲)，钩藤 24 g 菊花 10 g 夏枯草 15 g 黄芩 10 g 生石决明 30 g(先煎)，生赭石 30 g(先煎)，石菖蒲 6 g 远志 6 g 牡丹皮 10 g 天竺黄 6 g。中成药亦可用安宫牛黄丸或局方至宝丹，以及选用清开灵或醒脑静注射液静脉滴注。

3.7 腑气不通，风火痰热猖獗，中风变证

中风病变证是因邪热炽盛内闭气血而使阴阳离绝的危重病证，包括呃逆、厥逆、抽搐、呕血、戴阳。可在痰热内闭心窍、神昏日久，或正不胜邪，或治疗不当的基础上，由于风火痰热猖獗、邪气亢盛，耗损阴液阳气、败伤脏腑功能、气血逆乱、阴阳格拒而形成。

密切观察变证的早期信号，在变证发生之前积极防治具有重要意义。比如呃逆变证，由痰热腑实基础上气机逆乱引起，宜积极通腑泻热、和胃止呃，根据病情选用大承气汤加味或大柴胡汤、黄龙汤加味。而因胃气胃阴两伤属“土败胃绝”之呃逆，应益气养阴、和胃止呃，方选人参梗米汤。厥逆为热深厥深应急予羚羊钩藤汤加减，送服或鼻饲安宫牛黄丸、局方至宝丹，此与痰热内蒙心窍证的治疗相同。厥逆而周身湿冷、阴阳离绝之时，方选白通加猪胆汁汤以附子、干姜回阳救逆为主，反佐以猪胆汁咸寒苦降之品，取“甚者从之”之意。

由于变证多发生于邪盛正衰之际，因此对中风重症患者虽以风火痰热猖獗为主，但兼见气血亏虚、

阴阳损伤之证者，宜在积极清热解毒、化痰息风、开窍醒神的同时，予以或益气养阴或回阳固脱的抢救治疗，临床用药方面可在服用安宫牛黄丸或局方至宝丹，以及运用清开灵或醒脑静注射液静脉滴注的驱邪同时，加用参脉或参附注射液扶正救治，或可力挽狂澜、防止变证脱证的发生。

4 小结

综上所述，痰热腑实证为中风后气机逆乱、中焦痰热内蕴、阻遏导致升降失常、腑实不通，是许多不同状况的患者中风后的共性机转；应用化痰通腑法后出现不同的病状，体现了中风病发病和疾病发展的个体化病机特点。

把握中风病疾病与证候演变规律，同时临证时还需深刻了解每位患者的禀赋体质、生活习惯、危险因素、发病特征，在临证时把中风病病证演变规律与患者的具体病情相结合、应证组合、随机应变，才会提高临床辨证论治的疗效和中医药防治中风病的水平。

参考文献：

[1] 王永炎,李秀琴,邓振明,等.化痰通腑法治疗缺血性中风 158 例疗效观察[J].中国医药学报,1986,1(2):22—24.

[2] 牛明娣.通腑化痰法在中风病急性期中治疗作用的理论探讨[J].社区中医药,2005,10(7):115.

[3] 邹忆怀.王永炎教授应用化痰通腑法治疗急性期中风病的经验探讨[J].北京中医药大学学报,1999,22(4):68—69.

(收稿日期:2008-08-29)

关于正确使用统计学符号的通知

根据国家标准 GB3358-82《统计学名词及符号》的有关规定,请作者书写统计学符号时注意:①样本的算术平均数用英文斜体小写 \bar{x} 表示,不用正体 \bar{X} ,也不用 M 或 $Mean$ (中位数仍用 M);②标准差用英文斜体小写 s 不用 SD ;③标准误用英文斜体小写 s_x ,不用 SE ,也不用 SEM ;④ t 检验用英文斜体小写 t ;⑤ F 检验用英文斜体大写 F ;⑥卡方检验用希腊文斜体小写 χ^2 ;⑦相关系数用英文斜体小写 r ;⑧自由度用希腊文斜体小写 γ ;⑨样本用英文斜体小写 n ;⑩概率用英文斜体大写 P 。