

成形, 1~2次/d。舌暗苔薄白腻, 脉弦滑。处方: 茯苓15 g, 白术12 g, 清半夏6 g, 陈皮12 g, 广藿香12 g, 佩兰9 g, 枳壳12 g, 香附15 g, 茵陈9 g, 黄连9 g, 野葡萄藤15 g, 藤梨根12 g, 莪术9 g, 全蝎6 g, 余甘子12 g, 山萸肉12 g。28剂, 煎服法同前。

患者先后加减服药150余剂, 结合精神、饮食、起居、运动进行调养, 于2019年6月15日复查电子胃镜: 慢性非萎缩性胃炎, 镜下未见息肉。

按: 本案患者中年女性, 有胃息肉反复发作病史, 且既往有乳腺增生、甲状腺结节病史, 其胃部症状不明显, 结合胃镜, 联合症、征, 明确痰湿郁结、浊毒内蕴是胃息肉反复发作的原因, 治疗当以化浊解毒为主, 初诊时以茯苓、白术、苍术、白扁豆健脾助运, 清半夏、陈皮化痰行气, 广藿香、佩兰、紫豆蔻、石菖蒲芳香化湿醒脾, 野葡萄藤、藤梨根解毒防变, 枳壳、荔枝核调气机, 莪术、全蝎和血络, 诸药共伍, 复脾运, 消痰湿, 散浊毒, 以防息肉再生。二诊时增加健脾、益气、解郁之力; 三诊时有痰湿郁热、浊毒渐进之象, 减轻健脾化浊之力, 增加清热泄毒之用; 四诊时遵循上方, 守法守方, 结合调摄, 继续治疗。经治疗半年, 患者胃镜报告未见息肉再发。

小结

浊毒理论是国医大师李佃贵教授提出的创新性病因病机理论。李佃贵教授认为浊毒伏匿是GP患者息肉不断发展、术后容易复发的核心矛盾。治疗上主张先镜下切除, 继则在化浊解毒法则下, 或重在醒脾运脾, 或治以解毒败火, 或治在消痰活血, 或治当固本清源, 遣方施药以调整机体内环境, 进而降低GP的复发率及癌变率。

参考文献

- [1] Sergio Henrique Brito Barbosa, Geraldo Cezariode Lzaro, Luciano Monteiro Franco, et al. Arquivos de agreement between different pathologists in histopathologic diagnosis of 128 gastric polyps. Arquivos de Gastroenterologia, 2017, 54(3): 263-266
- [2] 独思静, 程若东, 赵兵, 等. 消化道息肉中医病名“腔内癥瘕”初探. 中华中医药杂志, 2019, 34(4): 1475-1476
- [3] 郝旭蕊, 李娜, 白海燕, 等. 国医大师李佃贵运用虫类药治疗慢性萎缩性胃炎伴肠上皮化生经验. 中华中医药杂志, 2020, 35(3): 1236-1239
- [4] 陈昫, 胡玲, 龚琳, 等. 消化道息肉发生与中医体质状态和证候关联的思考. 中华中医药杂志, 2015, 30(7): 2425-2427

(收稿日期: 2020年12月29日)

• 临证经验 •

中风病各期治疗目标的确立与经方应对

赵旌屹¹, 冯学功²

(¹北京中医药大学, 北京 100029; ²北京市中西医结合医院, 北京 100039)

摘要: 中风病虽以偏瘫等为主要临床表现, 但各期治疗目标尚有不同。急性期病情多重, 变化较多, 应以稳定病情、既病防变为要。治疗常用大柴胡汤为主, 和解少阳, 清泻阳明; 恢复期病情趋于稳定, 以促进肢体等功能恢复为主, 同时需治疗情感障碍、肢痛等。常用方如柴胡类方、续命汤、乌头汤等; 后遗症期一般不以偏瘫恢复为主要治疗目标, 按照“随证治之”法则, 治疗导致患者痛苦的症状, 提高生活质量, 预防复中。

关键词: 中风病; 分期; 治疗目标; 经方

基金资助: 北京市中医管理局北京中医药“薪火传承3+3工程”项目 (No.2018-JC-11)

Formulation of treatment goals for each stage of stroke and the treatment plan of classic prescriptions

ZHAO Jing-yi¹, FENG Xue-gong²

(¹Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; ²Beijing Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Beijing 100039, China)

通信作者: 冯学功, 北京市海淀区永定路东街3号北京市中西医结合医院, 邮编: 100039, 电话: 010-88223585

E-mail: bjxwhfxg@sina.com

Abstract: Although the main clinical manifestations of stroke are hemiplegia, the treatment goals of each stage are different. In the acute stage, the condition is severe with many changes, and it is important to stabilize the condition and prevent existing diseases. The main treatment is Dachaihu Decoction to reconcile Shaoyang and clear interior heat of Yangming. During the recovery period, the condition tends to be stable. The goal of treatment in this period is to promote the recovery of limb function. At the same time, it is necessary to treat affective disorders and limb pain. Commonly used recipes such as Bupleurum Recipe, Xuming Decoction, Wutou Decoction, etc. In the sequelae period, rehabilitation of hemiplegia is generally not the main treatment goal. According to the principle of 'treatment with syndromes', the main purpose is to treat the patient's most painful symptoms, improve the quality of life, and prevent re-stroke.

Key words: Stroke disease; Staging; Treatment goal; Classic prescription

Funding: Beijng Traditional Chinese Medicine '3+3 Torch Inheritance Program' of Beijing Administration of Traditional Chinese Medicine (No.2018-JC-11)

中风病主要表现为突然昏仆、半身不遂、口舌喎斜、言语謇涩或不语、偏身麻木等。一般而言,中风病分为急性期、恢复期、后遗症期3个不同的阶段。急性期指发病2周内,如有意识不清(即中脏腑者)则为发病后1个月内;恢复期为发病后2周或1个月至半年内;半年后为后遗症期^[1]。病程不同,各期病理机制也有差异,临床表现主次有别。从治疗角度看,中风病各期需要解决的问题,即主要症状或证候,也有先后主次的不同。目前,在中风病治疗中,常见始终以改善偏瘫等残废症状为主要治疗目标,而忽略足以影响卒中结局如情感障碍、疼痛等的治疗,甚至在中风数年后仍试图仅靠药物改善偏瘫,结果事与愿违,医患双方均感失望。判断中风病各期主要矛盾,针对主要问题,确定治疗目标,并给予恰当的经方应对治疗,对提高临床疗效,节省医疗资源,提升患者及家属的满意度颇为重要,现探讨如下。

急性期(发病2周内)

1. 主要病机与临床表现 中风病发病前多有脏腑功能紊乱、阴阳气血失调的基础,如遇劳倦过度、忧思恼怒、饮食不节、骤然用力、气候突变等诱因,则导致气血逆乱,脑脉痹阻,发为中风、偏瘫、昏仆。此期或因肝阳亢盛,肝火上炎,阳化风动,头痛头晕,肢体抽搐;或因胃肠蕴热,气机不畅,腑气不通,浊气上干,下则大便不通,上则神识昏蒙;或因痰浊阻滞,瘀血内停,痰瘀相合,壅塞脑窍,神志不清;或因正气大虚,邪毒鸱盛,内闭外脱,阴阳离绝,病至不治。

六经辨证是仲景学说的核心内容,因其通过病性病位相结合的方法认识疾病,简洁清晰,有效地指导着临床实践,是中医辨证体系中的重要组成部分。从六经辨证角度看,中风病急性期多为三阳病,尤其

少阳阳明合病。因为中风患者发病前经常有性情急躁易怒、少阳气机不畅甚至郁热明显。平素经常耽于烟酒,嗜食膏粱厚味,壅滞不化,导致胃肠积热,形成少阳阳明气滞热郁甚至痰瘀内蕴的状态。发病后气机逆乱,痰瘀阻滞,郁热内生,气滞加重,腑气不通,形成少阳阳明合病。笔者曾调查300例中风病急性期患者的六经分布状态,结果表明:单经病变以少阳最多,合病则少阳阳明为最(35.7%)。少阳阳明合病是中风病急性期最常见的病理状态^[2]。

2. 主要治疗目标 中风病急性期病情或轻或重,程度不一。较轻者变化较少,病情和缓。较重或危重者病情变化较多,甚至转化迅速。针对病机变化,及时选方用药,稳定或减轻病情,阻滞病情进展甚至恶化,是本期的主要治疗目标。

从证候角度看,此期风、火、痰、瘀四者突出,治疗自然以清热息风、化痰祛瘀为主。如因腑气不通,浊气上干,则需清热通腑以醒脑开窍。前已述及,少阳阳明合病是中风病急性期最常见的病理状态,故和解少阳、清泻阳明是六经辨治的着眼点。

3. 经方应对 中风病急性期风、火、痰、瘀明显,少阳阳明合病多见,经方应对选方则围绕疏解少阳、清泻阳明展开。如有口苦、咽干、目眩、胸胁苦满、神情默默、纳呆、心烦、脉弦细等少阳证者,处以主方小柴胡汤;如胸胁苦满、腹直肌痉挛、情志不畅,脉弦而有力,少阳气机不畅明显者,处以调气主方四逆散;如神志异常,抑郁焦虑甚至谵语,少阳痰热明显者,则处以柴胡加龙骨牡蛎汤;如阳明热盛,口干面赤,舌红脉数者,可用泻心汤加生石膏;如有热胜风动者,可用风引汤;如有神昏、腹满、便秘者,可用承气类方通腑泻浊;如苔腻、脉滑、喉中痰鸣者,可用经典验方星蒺承气汤;因中风病急性期少阳阳明合病多见,故具有和解少阳、清泻阳明之功的大

柴胡汤成为重要选方。出现腑证时,常为少阳阳明合病,不可只重视通下,还需调畅气机,可处以大柴胡汤;如痰浊明显时,合星萎承气汤;有瘀血征象时,合桂枝茯苓丸等。此外,热闭神昏时,可在上述辨证处方基础上,加用安宫牛黄丸清热解毒开窍。如有脱证,大剂四逆辈加以应对。举例如下。

患者某,男,69岁,2018年4月3日初诊。突发意识不清、右侧肢体活动不利、言语不能3 d入院。发病后外院行CT、MRI示左侧大脑半球大面积脑梗死,给予脱水、改善循环、脑保护等常规治疗。因发病1 d后胃内抽出咖啡色内容物,考虑上消化道出血,抗凝、抗聚难以继续,要求转入本院中西医结合治疗。刻下症:患者嗜睡,呼之能睁眼,无言语应答,也不能理解言语内容,右侧肢体无运动,留置胃管,呃逆,喉中痰鸣,口气臭秽,近4 d未大便,尿色淡黄。腹部膨隆较明显,按之腹力较强。舌质暗红,苔黄腻,脉弦细。西医诊断:急性脑梗死;中医诊断:中风病。辨证属少阳阳明合病,痰热腑实证;治以和解少阳,清泻阳明,处以大柴胡汤合星萎承气汤:柴胡30 g,黄芩15 g,白芍20 g,枳实20 g,清半夏15 g,生大黄^(后下)30 g,芒硝10 g,全瓜蒌30 g,胆南星10 g,炙甘草6 g,生姜10 g,大枣10 g。颗粒剂,日1剂,开水溶化后胃管注入。安宫牛黄丸日1丸(规格:每丸重3 g),化开后胃管注入。西药继续脱水、脑保护治疗。药后次日稀便6次,呃逆、喉中痰鸣均减,口臭减轻,腹部变软。继服上方2剂后嗜睡较前减轻,病情趋缓,未再加重。上方3剂后柴胡减至18 g,生大黄减至15 g,芒硝减至6 g,继服,保持大便日2次为度(大黄、芒硝量据此调整)。平稳度过急性期,转为康复治疗为主。

恢复期(2周或1个月至半年内)

1. 主要病机与临床表现 恢复期病情多已平稳,从证候角度看,热、痰、瘀明显,虚象已显。痰浊瘀血痹阻,伤及元神,偏瘫仍著;风动之象多消失,炎上之火已挫,但部分患者热象仍明显,口干、口苦、便干、苔黄等。因肢体瘫痪,津血回流不畅,加之患肢常裸露在外,外邪乘虚侵袭肌肤脉络,气血津液痹阻,出现肢体发凉、疼痛、肿胀等;突发偏瘫、失语,处于残疾状态,极易引发情志不畅,出现抑郁或焦虑;气阴不足者,可出现乏力、多汗等。

从六经辨证分析,此期患者病症常归于少阳、阳明、太阳、少阴或太阴。情志不畅,常归于少阳郁结,

部分患者常存在阳明郁热,如有肢体凉、痛、麻、肿者,多归于表证,依据体质强弱不同,分属表阳证即太阳病,表阴证即少阴病。如虚象明显,纳差便溏、体弱、脉弱者,常归于太阴不足。

2. 主要治疗目标 因此期病情趋稳,促进肢体等残疾康复就成为重要目标。此外,情感障碍此期高发,必须加以处理,否则影响病情恢复。如何改善肢体功能?仅盯着偏瘫,仅认为痰瘀阻络致瘫,叠用化痰祛瘀通络是远远不够的。滥用活血化瘀之品更是不可取的,因为该病出现隶属中医血瘀证的患者比例为30.3%,并没有想象中的高^[2],不能以西医血管阻塞的病理做为中医血瘀证的诊断依据。必须以四诊所得为依据,从病机切入,通过清热、化痰、活血、行气、益气、养阴等手段,调整紊乱的脏腑功能,纠正失衡的阴阳气血。

从六经角度看,此期的主要目标是从少阳、阳明、太阴、太阳及少阴着手,通过发表通脉、和解少阳、清泻阳明、补益太阴等,促进患者肢体、感觉、言语等康复。情感障碍明显者,解郁行气调神为要。

3. 经方应对 如肢凉、疼痛、肿胀,热象不明显者,常处以《古今录验》续命汤以发表通脉。方中虽有麻黄汤发表,但伍有补益清热之品,使发而不峻,补而不滞,清而不过,药性平和,可视为中风病恢复期热象不显者之通剂。如少阳阳明郁热者,大柴胡汤仍为常用方剂。气虚偏瘫者,时下医者动辄处以补阳还五汤,但临床疗效并不满意,可能与王清任时代相比,人的体质已有不同,或许也有药材品质变化等因素在内。从临床实践看,对气虚血瘀者处以乌头汤可能更为妥当,方中黄芪补气,麻黄通脉,乌头《神农本草经》载“破积聚”^[3],自然可以活血,药证相符。对有情感障碍者,柴胡类方是重要选择,小柴胡汤、四逆散、柴胡加龙骨牡蛎汤等都有使用的机会。需要注意的是,不能仅针对半身不遂处方,情感障碍突出者当以治疗神志病为先,虽未治疗偏瘫,有时竟收无心插柳柳成荫之效,举例如下。

患者某,女,55岁,2009年12月9日初诊。右侧肢体偏瘫2个月。2个月前患脑出血(左侧基底节区出血),经治疗遗有右侧肢体活动不利,在他人搀扶下才能行走且不稳。刻下症:右半身麻木胀痛,乏力,口吐清涎,晨起脸肿,纳可,眠可,小便可,大便可,2日1行。舌淡红苔白,脉弦。来诊时抱怨诊室空间太

小,有憋闷感。因小事与其他患者争吵。高血压病史数年,平素性情暴躁。该患者偏瘫明显,但目前情绪问题突出,胸满心烦明显,便干。西医诊断:脑出血恢复期;中医诊断:中风病。辨证为少阳阳明郁热,痰浊内阻;治以和解少阳、清泻阳明、化痰泻浊,柴胡加龙骨牡蛎汤加减:柴胡12 g,桂枝10 g,黄芩10 g,党参10 g,清半夏10 g,茯苓30 g,生龙骨^(先煎)30 g,生牡蛎^(先煎)30 g,生大黄6 g,石菖蒲10 g,炙甘草6 g,生姜3片,大枣5个。5剂,水煎服,日1剂,分早晚2次,饭后1 h温服。二诊(2009年12月14日):药后半身麻木胀痛及乏力明显好转,活动能力增强,可独自行走约100 m,大便通畅。舌脉同上。继以上方为主续服。此后复诊2次,前后四诊共服中药19剂,偏瘫明显好转,能自行1 km,原生活不能自理,整天坐轮椅,现在能做简单家务,情绪也较前稳定。

后遗症期(发病半年后)

1. 主要病机与临床表现 病情稳定,或多或少遗有不同程度、不同表现的功能障碍。从病机分析,或气虚,或阴虚,或郁热,或痰浊,或瘀血,单独或相合存在。因脑髓损伤存在,部分患者残疾难以改善。

从六经角度看,此期尽管患者残疾存在,分辨六经仍以伴随偏瘫等功能障碍出现的症状或体征为依据,基本为问诊十问歌中的内容,如寒热、口苦口干、情绪、饮食、二便等。此期主要症状除偏瘫外,常有尿频、情感障碍、肢体疼痛等。

2. 主要治疗目标 从理论上讲,该病进入后遗症期后,患者功能恢复已经较为困难。虽然也有少数患者肢体功能等还会有一定程度的好转,但总体上病情稳定,难以再有大的进展。故此期的治疗目标不应以改善残疾为主,而应把困扰患者、造成痛苦的症状作为首要治疗目标加以干预,如尿频等。不能再以治疗偏瘫为主要方向,否则常徒增经济支出,而达不到预期目标,让医患均感失望,甚至产生医疗纠纷。

3. 经方应对 以医圣张仲景所说“观其脉证,知犯何逆,随证治之”为准则。情感障碍突出者,以上述柴胡剂为主;肢痛者以乌头汤、续命汤等治之;

尿频者以肾气丸、五苓散、柴胡加龙骨牡蛎汤治之等。举例如下。

患者某,男,36岁,2015年4月14日初诊。右侧肢体偏瘫3年。2012年因高血压脑出血,手术后遗有右侧肢体活动不利,在家人扶持下勉强行走。刻下症:双下肢肿,右侧肢体重,右侧肢体凉感明显。食欲好,大便通畅。夜尿频,约1次/h。平素急躁易怒。舌质偏红,舌苔黄腻,脉沉弦。体质量约150 kg。有高血压病史。因夜尿频且体胖显著,小便不能自理,严重影响患者本人及家属休息,故以改善尿频为治疗目标。西医诊断:脑出血后遗症期;中医诊断:中风病。辨证为少阳痰热;治以和解少阳、清热化痰,故处以柴胡加龙骨牡蛎汤加味:柴胡20 g,桂枝12 g,黄芩15 g,党参15 g,清半夏30 g,茯苓50 g,生大黄6 g,生龙骨^(先煎)30 g,生牡蛎^(先煎)30 g,龙胆草10 g,黄连20 g,炙甘草6 g,生姜10 g,大枣10 g。颗粒剂,7剂,日1剂,分早晚2次,饭后1 h温水冲服。二诊(2015年4月21日):夜尿减为2~3次,家人欣喜不已,因其夜间可得到较好休息。上方继服7剂观察。

小结

中风病虽以偏瘫等为主要临床表现,但各期治疗目标尚有不同。急性期病情多重,变化较多,应以稳定病情、既病防变为要。六经辨证少阳阳明合病多见,治疗多用大柴胡汤为主,据证合星萎承气汤、桂枝茯苓丸等;恢复期病情趋于稳定,以促进肢体等功能恢复为主,同时注意处理影响康复的一些因素,如情感障碍、肢痛等。六经辨证柴胡类方、续命汤、乌头汤等为常用方;后遗症期除非配合其他疗法,否则不应以偏瘫康复为主要治疗目标,应谨遵“随证治之”法则,治疗各种导致患者痛苦的症状,提高生活质量,预防复中。

参 考 文 献

- [1] 田德禄.中医内科学.北京:人民卫生出版社,2002:269
- [2] 张文观,冯学功.中风病急性期经方辨证规律研究.中华中医药杂志,2017,32(8):3494-3497
- [3] 神农本草经.3版.北京:学苑出版社,2007:236

(收稿日期:2021年2月24日)