

# 周仕明教授应用扶正法分期论治缺血中风病经验

郑国庆

(温州医学院附属第二医院脑科中心, 浙江 温州 325027)

**摘 要:**简述中风病分期论治, 阐发中风病“本虚”的病机, 详述周仕明教授应用扶正法分期论治缺血中风病的经验, 并介绍分期治则治法和验方三参地芪汤及其加减。

**关键词:**名老中医经验; 缺血中风; 扶正法; 分期

中图分类号: R255.2

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2008)08-1643-03

## Using Strengthening Healthy Qi Methods and by Stages Experience of Prof ZHOU Shi-ming's Treatment for Ischemic Stroke

ZHENG Guo-qing

(Center of Neurology, Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical College, Wenzhou 325027, Zhejiang, China)

**Abstract** To briefly relate treatment for ischemic stroke by stages. To expound pathogenesis of "deficiency in origin" in stroke using strengthening healthy Qi methods and by stages. Experience of Prof ZHOU Shi-ming's Treatment for ischemic stroke was dwelled. It was introduced therapeutic principle and therapeutic method by stages, and empirical prescription of the Sanshen Diqi Decoction with the addition or subtraction of medicinal ingredients in ischemic stroke.

**Keywords** experience of famous veteran TCM doctors of TCM; ischemic stroke; strengthening healthy Qi method by stages

周仕明(1938-), 男, 汉族, 山东沂源人。1965年毕业于山东中医学院医疗系。山东中医药大学教授、研究生导师。曾兼任山东中医协会秘书、山东省台联第一届、第二届理事, 济南市政协第八届、第九届、第十届委员。从事中医临床、教学、科研 40 余年, 著《时间中医学》等著作 10 部, 撰写并发表《常人脉象图参数的研究》《中医舌诊及近代研究》等中医基础、临床论文 32 篇。

中风病(脑血管病)已成为威胁人类健康的三大疾病

之一, 具有发病率高、患病率高、致残率高、复发率高的特点, 已成为当今严重危害中老年人生命与健康的主要公共卫生问题。运用中医中药治疗疾病, 长期以来在我国国民保健体系中起着举足轻重的作用, 也是我国临床医学的一个特色。山东中医药大学周仕明教授, 医、教、研并举, 临证凡 40 余载, 屡起沉痾。笔者有幸受先生教诲, 习《内》、《难》等经典, 并侍诊临证。现值先生“从心之年”、“古稀寿”之际, 整理出其颇具特色的“应用扶正法分期论治缺血

土生金以生肺气, 下则充养先天以益肾气, 又可生化气血以养肝, 健脾治疗可以影响肺、肾、肝。从肺脾气化角度来说, 脾气健则肺气充、卫气固、腠理密, 驱逐和抵御外邪能力就强; 并且脾主运化, 脾气虚则湿从内生, 聚为痰浊, 上渍于肺, 因此实脾又是杜绝生痰之源的关键。补养先天有益于后天, 补肾目的实为健脾益肺。研究发现<sup>[1]</sup>健脾益气中药能有效防治 BHR 哮喘, 其疗效优于酮替酚, 可能的机制为: 通过抑制 IgE 生成, 使气道处于较稳定状态; 调节细胞因子网络中某些细胞水平的降低或升高及炎症细胞的浸润, 抑制气道炎症反应; 降低磷脂酶 PLA<sub>2</sub> 活性升高, 抑制花生四烯酸代谢产生炎症介质的过程; 抑制肺组织上皮细胞

ICAM-1 的表达, 减少炎症细胞黏附、聚集、趋化和游走, 阻止炎症细胞的跨膜转移; 通过上述机制, 可降低气道反应性, 改善哮喘症状。另一方面, 健脾药可调整患者全身主要是免疫系统功能, 增加机体免疫力和抗病能力, 减少 BHR 哮喘发作, 甚至达到长期缓解。

### 参考文献

- [1] 钟南山. 支气管哮喘—基础与临床 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 47, 906.
- [2] 王秀云, 王浩彦. 慢性阻塞性肺病与气道高反应性的关系 [J]. 国外医学·内科学分册, 2004, 31(2): 69.
- [3] 王本祥. 现代中药药理与临床 [M]. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2004: 1546.
- [4] 南京中医药大学. 中药大辞典 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 3599.
- [5] 骆和生, 罗鼎辉. 免疫中药学: 中药免疫药理与临床 [M]. 北京: 北京医科大学协和医科大学联合出版社, 1999: 163, 346.

收稿日期: 2008-03-27

作者简介: 郑国庆(1975-), 男, 浙江温岭人, 副教授, 硕士研究生导师, 博士, 主要从事中西医结合神经病学研究。

中风病经验”一文,以管窥一斑。

## 1 论中风病分期论治

古今医家对中风病分期论治均有不同程度的认识和记载。《内经》虽无中风病的病名,但记载了随本病不同的症状表现和疾病发展的不同阶段有着不同的命名。在中风病初期有仆击、大厥、薄厥、击仆等记载,分别见于《素问·通评虚实论》《素问·调经论》《素问·生气通天论》等;在中风病的中、后期则有偏风、偏枯、身偏不用、痲风等不同的名称,分别见于《素问·风论》《素问·生气通天论》《灵枢·热病》《灵枢·九宫八风》等。楼英在《医学纲目》中明确指出:“其卒然仆倒者,经称为击仆,世又称为卒中,乃初中风时如此也”。中风治疗亦须分先后,如《丹溪心法》谓:“初得急当顺气,及日久当活血。中风大率血虚有痰,治痰为先,次养血行血。初昏倒,急掐人中至醒,然后用痰药”。叶天士《临证指南医案》曰:“治分先后,本体先虚,风阳夹痰火上壅,营卫脉失和,先用开关,继则益气养血,佐以消痰清火,宣通经络”。对中风病中、后期的康复治疗,早在《灵枢·热病》就有:“偏枯巨针取之,益其不足,损其有余,乃可复也”的记载。

近代以前,由于时代和条件的限制,出血中风与缺血中风同属中医中风病混杂论述,清末民国张锡纯《医学衷中参西录》参合西医学的观点提出“脑充血”证和“脑贫血”证,使中风病的认识切合实质。随着对中风病的认识的深入和发展,中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·疾病部分》(GB/T 16751-1997),于 1997 年 10 月 1 日起实施,把中风明确区分为缺血和出血两大类,创制新名“出血中风”和“缺血中风”的病名,至此二者的病名诊断有了国家的标准<sup>[1]</sup>。1983 年,全国中医内科学会就中风病的诊断、疗效及评定标准问题在烟台举行会议,建立了《中风病辨证诊断标准(试行)》该《标准》其中分期标准,分为急性期 2 周以内(中脏腑最长至 1 个月),恢复期 2 周至半年,后遗症期 6 个月以后。该标准以后又经在咸阳召开的全国中风协作组首次会议和 1985 年在吉林长春召开的中风协作组研讨会和 1986 年泰安会议通过,并作了必要的补充和修改。1996 年全国中风协作组又出台了第二代诊断及疗效评定标准<sup>[3]</sup>,其中分期标准中急性期为发病 4 周以内,恢复期为发病半年以内,后遗症期为发病半年以上。至此,中风病的分期有了与现代医学认识相一致的全国分期标准。

现代神经科学的迅猛发展,特别是脑血管疾病的成像(CT、MRI、DSA、SPECT、TCD 等)以及分子生物学等技术手段的应用,使脑血管病的基础及临床研究获得了巨大进展,尤其是临床上最常见的缺血性卒中(脑梗死),脑梗死有动态演变过程,需分期施治:通常脑梗死的病程可分为超早期、急性期、恢复期及后遗症期,其间的治疗差别是不言而喻的,脑缺血开始至梗死灶的形成、演变,有一个动态发展过程,不同阶段的主要病变及病理生理改变也有差异,这是分期治疗的基础<sup>[2]</sup>。因此,中风病分期诊治是有充分中医学理论基础及现代医学依据的。中风病起病急骤,发病后一般迅速达到极期,其后经历稳定、恢复及后遗症等过程,各个时期表现出不同的病机特征,对中风病的治疗应根据

本病不同阶段的病机特征确定相应的最佳治疗原则,进行分期治疗,才能取得较好的临床疗效。

## 2 中风病“本虚”的病机阐发

中风病急性期存在“本虚”的实质一直为古今医家所重视。中医药学对中风病病因病机的认识,唐宋以前以“内虚邪中”立论,认为脏腑久虚,气血衰弱,荣卫不足是外风侵袭的内在基础。金元时期呈现百家争鸣,对中风病病机的认识实现了“由外而内”的转变,刘河间主火,但此“火”是由于“肾水衰弱不能制之”,阴虚阳实,心火暴甚,热气怫郁所致。李东垣主气,谓“元气不足则邪凑之”,气血闭而不行所致。朱丹溪主痰,却是“中风大率主血虚有痰,或属虚,挟痰与湿,又须分气虚、血虚”。明代张景岳倡“内伤积损”,指出“此证多见卒倒,卒倒多由昏愦,本皆内伤积损颓败而然”。清代叶天士发明“内风”,曰:“肝为风脏,因精血衰耗,水不涵木,木少滋荣,故肝阳偏亢,内风时起”。全国中风病协作组通过大量临床资料分析,认为中风病是在气血阴阳亏虚的基础上,风、火、痰、瘀等多因素共同作用于人体,导致脏腑功能失调,气血逆乱于脑而产生的。现代流行病学调查结果进一步证实,中风病的发生与增龄有密切联系。脑卒中发病率、患病率和死亡率随年龄增长而增加,45 岁以后明显增加,65 岁以上人群增加最为明显,75 岁以上发病率是 45~54 岁组的 5~8 倍。此与李东垣“年逾四旬气衰”说相符,其谓:“凡人年逾四旬气衰者,多有此疾,壮岁之际,无有也。若肥盛,则间有之,亦形盛气衰如此。”张景岳《景岳全书·非风》继谓:“盖气生于阳,形成于阴。……夫阳衰则气去,故神志昏乱;阴亏则形坏,故肢体痿废。此衰败之谓也。所以此病多在四旬以外,正以其渐伤渐败而致此,始见其非外感,而总由内伤可知矣。”同时,中风病急性期“本虚”的病机基础,现亦已被学界所认可<sup>[4-6]</sup>。

中风病恢复期,多表现为正虚邪实并存的局面。缺血中风之发病,先有内在的正邪交急,虚实相搏,致使五脏六腑、气血经络功能失常,阴阳失于平衡,气血逆乱为患,脑为之受扰,脑脉痹阻所致。复因逆致变,因变受损,因损致病。中风虽经短暂的救治,病情多由重转轻,由危转生。但经中风急性期的病变,进一步损伤脏腑的机能,引起脏腑功能的进一步恶化。所谓“本虚”,主要责之肝、脾、肾的功能低下;所谓“邪实”,主要责之痰瘀闭阻,痰浊、瘀血阻滞脑窍脉络。同时,正气亏虚又可加重痰瘀,“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,此期以脏腑虚损为本,脏腑功能低下,化生气血精液的功能受损,导致气血阴精不足,脑髓不充而功能低下,中风病不易恢复。

中风病后遗症期,现一般认为卒中后痉挛性中风后肢体痉挛病本在脑,病位在肝在筋,以肝肾气血亏虚为本,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。正如《景岳全书·论治血气》谓:“凡非风口呆歪斜,半身不遂,及四肢无力,掉摇拘挛之属,皆筋骨之病也。夫肝

主筋, 肾主骨, 肝藏血, 肾藏精。精血亏损, 不能滋养百骸, 故筋有缓急之病, 骨有痿弱之病, 总由精血败伤而然。…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。”《素问·调经论》曰: “人之所有者, 血与气耳”, “血气不和, 百病乃变化而生。”气中无血则病肢体痿挛, 血中无气则致肢体缓纵, 二者都同时并存。

### 3 应用扶正法分期论治缺血中风病

中风病急性期, 治当尊《景岳全书·非风》谓: “有邪者, 邪必乘虚而入, 故当先扶正气, 但通经逐邪之品不得不用以为佐。无邪者, 救本不暇, 尚可再为杂用以伤正气乎。”说明中风急症应重视扶正。中风病恢复期, 遵循治病求本, 着重肝脾肾三脏, 尤重脾胃, 《济生方》曰: “夫脾(胃)者, 足太阴之经, 位居中位, 属乎已土, 王于中州, 候身肌肉”。脾为四运之轴, 五脏中心, 脾胃健旺, 可以权衡五脏, 灌溉四旁生心血, 养肺气, 柔肝血, 滋肾精, 散精微而运湿浊, 故脑窍得养, 经脉通利而促进中风恢复。中风病后遗症期, 在张介宾《景岳全书·论治血气》的指导下, 治当益气养血为主, 气中无血则病肢体痿挛, 血中无气则致肢体缓纵, 据程度不同而各有偏颇。《医方考·脑卒中方论》亦指出: “脑卒中之久, 语言蹇涩, 半身不遂, 手足拘挛……所以养血, 亦可以润燥。养血则手得血而能握, 足得血而能步, 润燥则筋得血而能舒矣。”现代医学研究认为, 减轻或去除缺血性脑损害、恢复神经功能是脑梗死治疗的主要目标, 因脑缺血是形成梗死灶的关键, 故及时恢复正常血供才是最根本的治疗措施。此外, 由缺血引发的脑组织损害是一个级联反应过程, 其最重要后果是神经元损伤, 用各种方法来减轻此种损伤, 以保护更多的神经元恢复正常功能, 也就相应成为脑梗死治疗的另一主要方面。总之, 临床针对梗死灶常用的治疗措施可归纳为改善脑血循环和脑保护两大部分<sup>[3]</sup>。

治疗用验方三参地芪汤 [西洋参 9~12g 三七参粉 (冲服) 3~6g, 丹参 20~30g 黄芪 20~30g 地龙 9~12g 川芎 12~15g] 为基本方剂。本方西洋参性味甘微苦、凉, 功能益气养阴, 清火生津, 《医学衷中参西录》谓其: “能补助气分, 并能补益血分。”主要有效成份为人参皂苷, 对脑神经有保护作用, 其机制涉及钙通道拮抗作用、对谷氨酸和  $\gamma$ -氨基丁酸的影响、抗氧化作用、雌激素样作用、对一氧化氮及一氧化氮合酶的影响、抑制脑神经细胞凋亡、改善线粒体功能障碍等<sup>[7]</sup>。参三七, 甘微苦、温, 功能止血散瘀, 消肿定痛, 《中国医药大辞典》(1912年): “三七功用补血、去瘀损、止血衄、能通能补, 功效最良, 是方药中之最珍者。”现代药理研究表明, 三七能抑制凝血酶诱导的血小板聚集, 三七总皂苷能明显改善脑缺血再灌注损伤大脑皮质功能, 降低脑静脉血乳酸脱氢酶和磷酸肌酸激酶活性升高幅度, 非选择性地抑制各种来源的钙离子所致平滑肌收缩, 通过抑制外钙内流和内钙释放来防止细胞内钙离子超载, 使缺血脑组织的钙、水、钠含量减少; 能明显减少缺血再给氧损伤时细胞内酶的释放, 减轻细胞形态学的改变, 提高细胞存活率, 对谷氨酸介导的兴奋性毒性也有一定拮抗作用, 从而实现对

神经细胞的保护<sup>[8-9]</sup>。丹参, 苦、微温, 功效活血祛瘀止痛, 安神宁心, 《日华子本草》: “养神定志, 通利关脉。治冷热劳, 骨节疼痛, 四肢不遂; 排脓止痛, 生肌长肉; 破宿血, 补新生血……”。现代药理研究表明, 丹参对心、肝、肺、脑等多种组织器官的缺血再灌注损伤具有明显的改善作用, 主要是通过对线粒体的能量代谢的保护、对自由基的清除、阻止钙的超载、又通过调整血栓素  $A_2$  及前列环素  $I_2$  平衡及内皮素和一氧化氮这两对平衡调节系统的协调等方面的综合作用的结果<sup>[10]</sup>。黄芪, 性温、味甘, 《神农本草经》列为上品, 主“大风癰疾”。《本草求真》有“黄耆, 入肺补气, 入表实卫, 为补气诸药之最, 是以有耆之称”的论述, 与三参配伍使用, 可增强的活血祛瘀及益气养血作用。地龙, 咸、寒, 通经活络, 川芎, 辛、温, 活血行气为佐使。

分期加减: 中风急性期可合用化痰通腑法, 加用大黄、胆南星等, 迅速荡涤肠腑中积滞, 运用指征不拘于是否大便之结硬、神志昏迷与否, 只要正确及时应用, 对改善中风病的治疗预后具有重要意义。若有意识障碍者, 据阳闭或阴闭可加用安宫牛黄丸或苏合香丸开窍醒神。中风恢复期, 重用黄芪大补元气, 可加水蛭、虻虫等虫类药通经活络。中风病后遗症期, 加芍药、甘草养阴血柔筋, 木瓜舒筋活络, 并据肢体痿挛或缓纵, 或益气或养血为主。伴随病症加减: 高血压加益母草 30~50g 葛根 15~25g 夏枯草 15~20g 菊花 15~20g 高血脂加茵陈 15g 黄连 6g 生山楂 15g 草决明 15g 眩晕加天麻 12g 钩藤 15g 清半夏 9g 心悸加远志 9g 松子 12g 失眠加百合 30g 炒枣仁 30g 脑栓塞加制水蛭 6g 土元 9g 炒桃仁 9g 红花 12g 脑萎缩加制水蛭 6g 葛根 20g 桂枝 12g 枸杞子 15g 天麻 12g 桑椹子 15g 清半夏 9g 益智仁 15g 心绞痛加延胡索 15g 檀香 12g 胸膈憋闷加桔梗 15g 瓜蒌 15g 薤白 12g

### 参考文献

- [1] 郑国庆, 黄培新. 中医对出血中风认识的进步 [J]. 中华医史杂志, 2005 35(1): 25-28.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准 (试行) [S]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [3] 黄如训. 脑梗死治疗的基本观点、原则及方法 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2004 3(4): 248-250.
- [4] 张根明, 孙塑伦, 高颖. 扶正护脑法在缺血性中风急性期治疗中的应用 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2004 10(6): 8-10.
- [5] 俞晓飞, 魏江磊, 王左. 中风急性期运用扶正法的理论依据与临证实践 [J]. 中医药学刊, 2004, 22(7): 1246-1247.
- [6] 郑国庆. 论中风病急性期的标本兼治 [J]. 中国中医急症, 2005 14(1): 46-47.
- [7] 王卫霞, 王巍, 陈可冀. 人参皂苷对动物脑神经保护作用及其机理研究进展 [J]. 中国中西医结合杂志, 2005 25(1): 89-93.
- [8] 国家中医药管理局《中华本草》编委会. 中华本草 (第四册) [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 346-347.
- [9] 蔡永敏. 最新中药药理与临床应用 [M]. 北京: 华夏出版社, 1999: 68.
- [10] 天士力公司药物研究所供稿. 丹参药理作用的新进展 [N]. 中国医学论坛报, 2002-04-25(5).