

· 名老中医学术传承 ·

## 凉血通瘀法治疗出血/缺血两类中风的浅识

周仲瑛 (南京中医药大学, 江苏 南京 210046)

**摘要:**总结多年临床实践,对中风病理基础及治疗等问题进行了探讨,提出了一些独到的见解。指出瘀热阻窍是中风急性期的病理基础;风、火、痰、瘀、虚皆由瘀热所衍生;并通过具体病例,客观表明应用凉血通瘀法治疗出血/缺血两种不同类型的中风的瘀热阻窍证,疗效均佳。体现了中医以证候为中心、异病同治的特色以及方药的双向调节作用。

**关键词:**中风;出血性中风;缺血性中风;瘀热阻窍;凉血通瘀

中图分类号:R 242

文献标志码:A

文章编号:1000-5005(2011)02-0101-05

Views on the Method of Cooling Blood and Removing Blood Stasis in Treating Hemorrhagic and Ischemic Stroke

ZHOU Zhong ying

(Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210046 China)

**ABSTRACT:**According to clinical practice of the author for many years, the pathological basis and treatment of stroke were discussed and some unique opinions were proposed in this paper. Stagnant heat blocking orifices was thought to be the pathological basis of stroke at acute stage. Other pathogens like wind, fire, phlegm, blood stasis and deficiency were all derived from stagnant heat. Specific cases were analyzed to prove that the method of cooling blood and removing blood stasis can be used for the syndrome of stagnant heat blocking orifices in both hemorrhagic and ischemic stroke. It reflects the ideas of "focusing on syndrome" and "treating different diseases with the same therapy" in TCM as well as the bidirectional regulation of Chinese medicine.

**KEY WORDS:**stroke; hemorrhagic stroke; ischemic stroke; stagnant heat blocking orifices; cooling blood and removing blood stasis.

中风是以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜,语言謇涩,或不语为主症,病轻者可无昏仆,具有起病急、变化快的特点。因其在急性期病势暴急,故亦名“卒中”。近代西医学亦仍多沿用其名。目前按其病理实质,分为缺血性卒中、出血性卒中两大类,涉及急性脑血管病的短暂性脑缺血发作,脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血等。治法亦据此而有异。如脑梗死早期应予溶解血栓、抗血小板聚集、降低血黏度、抗凝、降低纤维蛋白原等治疗,与中医的活血通络类同,而对脑出血急性期则应忌用,并要防止出血加重。但笔者在临床从中医角度辨证应用凉血通瘀法及其相关方药治疗出血、缺血两类中风的急性期,却均有正面的疗效,值得从医理、药理进一步探析。

### 1 瘀热阻窍是中风急性期的病理基础

中风的病因病机虽然复合多端,认识各有侧重,但其基本特点有二:一是病位在脑窍;二是其病理因素属“瘀热”为患。

上溯《素问·调经论》所说:“血之与气,并走于上,则为大厥,厥则暴死,气复反则生,不反则死”<sup>[1]</sup>。《素问·生气通天论》说:“阳气者,大怒则形气绝,而血菀于上,使人薄厥”<sup>[2]</sup>。均已明确指出中风——大厥、薄厥的发病基础为血随气逆,上冲于脑。而血气之上冲于脑,实由“瘀热”所导致。

脑为髓之海,元神之府,是精髓和神明汇聚之处,生命活动的主宰,喜静谧而恶动扰,容不得内外之邪的侵犯,正如王肯堂《证治准绳》所说:“盖髓海真气所聚,卒不受犯,受邪则死不可治”<sup>[3]</sup>。

收稿日期:2011-01-18;修稿日期:2011-02-18

**作者简介:**周仲瑛(1928-)男,江苏如东人,南京中医药大学教授,全国著名老中医,2009年被国家人力资源和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局评选为“国医大师”。

而瘀热是一种特殊的复合病理因素,由瘀血和火热两者相互搏结而成,具有阴阳交错的特性。其火热动越之性,能流窜上炎,直冲犯脑,灼伤脑络,其瘀血凝着之性,能阻滞脑络,上蒙神机。瘀偏重,则络热血瘀,瘀滞脑络;热偏重,则络破血溢,脑中蓄血。表现两种不同的病理倾向,且可错杂并见。

进而言之,瘀热的形成根源多脏,病涉心、肝、肾、胃肠,每在肝肾不足、内伤积损的基础上,复加多种诱因的触动,脏腑气机升降逆乱,气郁化火,血滞为瘀,气火上冲、血随气逆而致瘀热冲激于脑,阻滞窍络,形成卒中。故临证还当重视脏腑整体关系在发病中的重要性。

## 2 瘀热阻窍,证有轻重

中风急性期瘀热阻窍的典型表现是卒然昏仆,不省人事,或躁扰不宁,或昏蒙不语,或神志恍惚;半身不遂,肢体强痉拘急,口眼歪斜,舌强语謇,腹胀硬满,便干便秘;发热甚至高热;面色红赤或深紫;舌质红绛或紫暗,苔黄燥,脉弦滑数或结。

在临床上,病人的症状表现,因瘀热的轻、中、重不同而有很大的差异。血分瘀热不重者,症状轻而不典型,因无神志及腑实证候而类似李东垣所说的“中血脉”之证。症见面色轻度潮红,肢体偏侧麻木无力或不利,口舌歪斜,舌质偏红,脉弦滑有力等。血分瘀热较重者,症状较显而典型,可表现为神识障碍,反应迟钝,躁扰不安,半身不遂,舌强语謇,腹胀硬满,大便秘结,身热面赤,舌红绛或紫、苔黄燥,脉弦滑数或结等,类似李东垣所指“中腑”(“内有便尿之阻隔”,可以伴有轻、中度神志障碍)之证。血分瘀热极盛,则窍闭之征更为显著,症见神识昏迷,失去反应,丧失知觉,变证百出,演变迅速,表现为“中脏”危候。总之,瘀热阻窍证有轻重,病从血脉内及腑、脏,证候复盖面广,可变性大,表明瘀热阻窍是中风急性期的基本病机病证。

## 3 风、火、痰、瘀、虚皆由瘀热所衍生

历代医家对中风发病,主风、主火、主痰、主瘀、主虚,各有见解,笔者认为其中火热与血瘀当是重要的始动病理因素,风痰为继发病理变化,正虚为其发病基础。多因血分瘀热,搏结不解,郁火内生,内风暗动,痰浊内蕴,构成潜在的病理因素,若积渐突变,瘀热炽盛,血随气逆,上冲于脑,发为卒中时,瘀热势必进而化火、生风、酿痰(水),三者

互为因果、兼夹,表现“火动风生”、“风助火势”、“痰郁化火”、“风动痰升”、“血瘀水停”等病理演变,终至风火相煽,痰瘀闭阻,交互为病,进一步加重瘀热阻窍的病势。表明瘀热为病变之本,风、火、痰(水)为发病之标。同时在肝肾精气本虚的基础上,因瘀热炽盛,又复燔灼阴津,耗伤正气,因实致虚而导致阴竭阳亡,产生厥脱之变。可见,不论风、火、痰、虚,皆因瘀热而起。瘀热阻窍是中风的中心病理环节,且常与相关多个病机、证候复合兼夹并见,而其他病理因素又皆处于从属地位。据此,可平外风、内风之争,统风火痰瘀虚诸说于一炉。

## 4 凉血通瘀法可通用于出血、缺血两类中风的瘀热阻窍证

从中风的病理实质而言,虽然包括出血性脑血管病和缺血性脑血管病两大类,但“瘀热阻窍”多为其主要病理环节。分别言之,出血性中风是由瘀热上冲,损伤脑络,络破血溢,瘀于脑中,闭阻清窍,瘀热不仅在血脉之中,还阻滞脑腑之内;缺血性中风则为瘀热上冲,壅滞血脉,津凝痰聚,蒙蔽清窍,病在脑络。但缺血性中风,瘀热壅滞脉络,血涩不行,亦可动血出血(梗死后出血),出血性中风,脑中“蓄血”,瘀血不去,郁热不清,血脉涩滞,亦可引起缺血之变。因此出血和缺血互为因果及共存的混合型中风,临床亦并非罕见。

从上启示表明,无论出血、缺血,凡属符合“瘀热阻窍”证候者,均可根据这一病机特点,采用凉血通瘀治法,分解瘀热相搏之势。因凉血可清血中之热,血凉热清则不致煎熬成瘀,不致逼血妄行,可以防止瘀热动血而再出血。通瘀:一可通窍络以化脑中“蓄血”而醒神;二可通血脉,瘀散脉通,可防瘀郁生热,血与热结;三可通下瘀热,釜底抽薪,以顺降气血;四可防血瘀络损,离经外溢。总之,凉血与通瘀的联用,凉血止血而不留瘀,通瘀散血而不破血、动血,有别于当前倡用的活血化瘀、破血逐瘀单一治法,且有利于明确在时间、用量、用法上的具体界定。

## 5 凉血通瘀方药的组合应用

基于上述理论及凉血通瘀治法,笔者临证对热重于瘀者,主用犀角地黄汤,热瘀相等者用《温疫论》桃仁承气汤,瘀重于热者,用抵当汤。急性期凉血重于通瘀,恢复期通瘀重于凉血。并以犀角地黄汤为基础,加大黄、山栀、三七、地龙、冰片

等,分别研制成凉血通瘀注射液及口服液,注射液为犀角地黄汤去赤芍,加大黄、山栀、三七、地龙等7味。大黄苦寒清热泻火,凉血化瘀,通腑泄热;水牛角类犀角,具咸寒之性,长于清热解毒,凉血止血,两药相合互补为君,更能增强凉血化瘀之力。生地为臣,甘寒滋阴,清热凉血,活血消瘀,以治瘀热炽盛之伤阴耗血。佐入山栀苦寒清热泻火,凉血止血,以解血分郁热;丹皮寒凉辛散,既能凉血,又能行瘀,凉血而不凝瘀,活血而不动血,最适用于血热血瘀之症;三七甘苦而温,为化瘀止血之要药,止血而不留瘀,诸药合用,尤能增效。取地龙为使,咸寒泄降,熄风止痉,清热通络。全方配伍,具有凉血散瘀,通腑泄热之功。凉血通瘀口服液在上方基础上再佐以赤芍,苦寒入血,和营泄热,凉血热,散瘀血,通经脉。并入冰片为使,芳香走窜,开窍醒神,引药上行。

上方用治出血性中风急性期“瘀热阻窍证”,经临床证实其有效性后,又进一步按照同证同治的思路,试用于缺血性中风急性期,结果提示可显著改善脑梗死患者神经功能缺损评分和中医证候评分,从而为凉血通瘀法治疗出血、缺血两类中风提供了切入点。若能进一步深入探索,极有可能揭示中医的双向调节理论和中药凉血止血及化瘀活血的双重作用。如能据此再从病理基础、瘀热偏重、病理实质、病势轻重等方面区别处理,针对病机证候的兼夹复合施治,同中求异,将会对疗效的提高更有裨益。

## 6 病案举例

### 6.1 出血性中风(瘀热阻窍证)

宋某某,女,65岁,教师。

初诊(1994年6月2日):患高血压病25年,今日上午用力后突感剧烈头痛,恶心呕吐,肢麻,随后跌倒。2小时后送医院救治。体检:T 36.8℃,R 20次/min,P 82次/min,BP 180/80 mmHg,神志朦胧,面色潮红,两侧瞳孔等大,对光反应存在,心肺(-),腹软,无压痛,肝脾肋下未及,右侧肢体瘫痪,痛觉存在,舌质暗红,有瘀点,苔薄黄燥,脉弦滑数;CT:脑出血,出血量3 mL。诊断:出血性中风。

辨治经过,患者有高血压病史,根据发病时情况及临床特点等,证属瘀热阻窍。治予凉血通瘀,开窍醒脑。按临床研究方案,在西医综合治疗的同时,并用凉血通瘀口服液(大黄、水牛角、黑山

栀、赤芍、生地、冰片等组成)。每次30 mL,1日2次。连用3天。神志转清,面色潮红,语言清楚,疲劳乏力,右侧肢体瘫痪,手指,足趾能动,但不能行走,纳谷不香,能进少量流质,昨日大便2次,脉弦滑、舌质暗红有瘀点、瘀斑,苔薄黄少津,治守原意,继用凉血通瘀口服液,1次30 mL,1日2次,前后共治疗14天,复查CT:血肿已吸收。右侧肢体瘫痪改善,能在床上活动,但不能行走。胃纳明显好转,能进食半流质,大便日行1~2次,再服凉血通瘀口服液,14天,1次30 mL,1日2次。血压130/76 mmHg,面尚潮红,语言清楚,能进食软饭,大便日行1~2次,右侧肢体瘫痪明显改善,上肢已能活动,下肢稍能动弹,但均无力,不能行走。于1994年6月30日出院,继服中药汤剂调治。

按语:本案有高血压病史数十年,根据发病特点及临床表现,属于出血性中风瘀热阻窍证。针对瘀热阻窍、络损血溢的基本病机,故采用具有凉血化瘀、通腑泄热功效的凉血通瘀口服液。方中大黄苦寒清热泻火,凉血化瘀,通腑泄热,水牛角清热泻火,凉血止血,两药相合互补,更能加强凉血化瘀作用;生地甘寒滋阴生津,清热凉血,以治瘀热相搏所致之伤阴耗血。佐山栀、赤芍,山栀苦寒,清热泻火,凉血止血;赤芍苦寒,凉血活血,和营泄热。冰片为使,芳香走窜,开窍醒神,引药上行。诸药配伍具有凉血化瘀、通腑泄热之功,融凉血、散瘀、清热、通腑、通络、开窍诸法于一炉,故患者服后迅速起效。

### 6.2 缺血性中风(瘀热阻窍证)

钱某,男,69岁。

初诊(2003年12月9日):患者于入院前4小时摔倒在办公室,当时呼之不应,尿失禁,呕吐咖啡样胃内容物,搬动时见其左侧肢体稍有活动,右侧肢体无活动。急行头颅CT检查示:左侧大脑中动脉高密度影;头部核磁共振成像加磁共振脑血管造影(MRI+MRA)示:左侧颈内动脉至大脑中动脉闭塞。查体:右上肢和右下肢肌力均为0级,右下肢巴彬斯基征阳性,心电图示:心肌缺血,心房纤颤。面红,口唇紫暗,脉细滑数。证属瘀热阻窍,蒙蔽神机。

方药:水牛角片(先煎)20g,生地黄20g,赤芍15g,牡丹皮15g,黑山栀15g,石菖蒲15g,地龙15g,胆南星15g,炙僵蚕10g,白薇15g,泽兰

12g, 泽泻 12g, 三七粉(分冲服) 3g, 3 剂, 每日 1 剂, 水煎, 取药液 200 mL, 分 2 次, 鼻饲。另: 竹沥水, 每日 20 mL, 每日 1 次; 安宫牛黄丸每次 1 粒, 每日 2 次。均鼻饲。

二诊(2003 年 12 月 12 日): 患者意识较前好转, 偶见睁闭眼动作, 咳嗽反射明显, 左侧肢体有自发动作, 痰多色黄难咯, 二便尚调, 舌紫暗, 苔薄黄滑腻, 左脉细数, 右脉滑数。体温 37~38℃。再拟凉血清热, 化痰祛瘀开窍法。

上方加天竺黄 10g, 郁金 10g, 法半夏 10g, 知母 10g, 远志 5g, 10 剂; 另以猴枣散每次 0.36g, 每日 2 次; 安宫牛黄丸每次 1 粒, 每日 2 次。鼻饲。

三诊(2003 年 12 月 24 日): 因上呼吸道堵塞, 经纤维支气管镜检查为喉头水肿、声带麻痹, 于 12 月 18 日行气管切开术, 意识稍有清醒, 病情平稳, 清醒时间进一步延长, 看电视有欣快情绪反应, 与人交流可示微笑、点头, 可经口进食, 二便亦调, 舌偏紫, 苔腻微黄, 脉细数。病情进入恢复期, 治以凉血祛瘀, 化痰通络。

熟大黄 5g, 炙水蛭 3g, 炮山甲(先煎) 6g, 桃仁 10g, 丹参 15g, 泽兰 15g, 郁金 10g, 天麻 10g, 石菖蒲 10g, 炙远志 10g, 胆南星 10g, 地龙 15g, 炙僵蚕 10g, 炙全蝎 5g, 白薇 10g, 豨莶草 15g。每日 1 剂, 水煎服。另: 竹沥水 20 mL 兑入。嘱加强体能锻炼, 配合康复治疗。

四诊(2004 年 2 月 9 日): 病情继续好转, 可自行起床、穿鞋、行走, 神志转清, 饮食馨。睡眠佳, 二便调, 唯语言謇涩, 口角歪斜, 舌质暗, 边尖有瘀斑, 苔薄黄微腻, 脉弦滑略数, 再拟上法出入。

上方加羌活 6g, 石斛 10g, 片姜黄 10g, 制白附子 10g, 天仙藤 15g。

五诊(2004 年 04 月 28 日): 患者智能恢复良好, 可书写较长句子, 阅读简单书籍, 讲简单词句, 但吐字尚不清晰, 口角歪斜已不明显, 口微干, 右侧肢体肌力恢复至 II~III 级, 饮食及二便正常, 舌暗红, 苔微腻稍黄, 脉滑数, 再从痰热瘀阻论治。

上方去制白附子, 加天竺黄 10g。每日 1 剂水煎服, 每次竹沥水 20 mL 兑入。

按语: 风、火、痰、瘀、虚。是中风病的基本病理因素, 而在中风重症窍闭神昏之急性期, 这些因素皆属于从属地位, 其根本原因在于痰热阻窍, 进而化火生风生痰, 演变为火动风生, 风动痰升等病

变, 终致风火相煽, 痰瘀闭阻, 进一步加重痰热的病势。可见“痰热”是中风危重期的中心病理环节。故据此采用凉血化痰通窍法, 方选凉血化痰的犀角地黄汤, 配合化痰开窍药。药服 3 剂即见窍开神清之佳兆。病至恢复阶段, 火热之势已减, 而以风痰瘀阻为主, 故转用桃仁承气汤、白薇煎加减治疗。用大黄清热通腑, 凉血化痰, 上病下取, 釜底抽薪以顺降气血; 以桃仁、泽兰、炙水蛭、炮山甲、丹参、郁金活血破瘀通络; 石菖蒲、胆南星、地龙、天竺黄、白附子、炙僵蚕、天麻祛风化痰通络; 天仙藤、豨莶草、羌活调和气血, 疏通经络。白薇、泽兰、炮山甲方源白薇煎, 是治疗中风后遗症络热血瘀的有效验方。

### 6.3 混合型中风(风痰瘀热证)

胡某, 男, 66 岁。

初诊(1999 年 10 月 22 日): 高血压多年, 1994 年 6 月中风, 1995 年 3 月曾突发癫痫, 1996 年 4 月又发 1 次。现 CT 查见左侧多发性脑梗死、右侧出血。

症见行路站立不稳, 难以自主, 右手活动欠灵, 有时足肿, 大便干结, 近来血压较稳定。苔黄薄腻, 舌质暗, 脉细滑。病属类中, 风痰瘀阻, 肠腑燥热。

方药: 熟大黄 5g, 生大黄 5g(后下), 桃仁 10g, 水蛭 3g, 地龙 10g, 鬼箭羽 12g, 制南星 10g, 炙僵蚕 10g, 豨莶草 15g, 川石斛 12g, 大生地 15g, 怀牛膝 10g, 桑寄生 15g, 川续断 15g。服 14 剂复诊, 大便通畅, 但小便有时失控, 上方加煨益智 10g, 路路通 10g。

1 月后再诊, 又诉大便 3、4 日一行, 且小便不畅, 右手时有抖动, 原方改生大黄至 10g, 加炒枳实 10g。调理 3 月后, 大便隔日 1 次, 但苔黄厚腻、质暗红, 脉细滑。拟方: 生大黄 12g(后下), 桃仁 12g, 炙水蛭 5g, 广地龙 10g, 炙僵蚕 10g, 制南星 10g, 鬼箭羽 15g, 石斛 15g, 豨莶草 15g, 泽兰 15g, 泽泻 15g, 怀牛膝 12g, 赤芍 12g, 红花 6g。加减进退近 1 年, 病情平稳。

2001 年 2 月就诊时, CT 复查: 梗死灶明显缩小, 未见出血灶。右下肢仍乏力, 但不麻, 头不昏, 大便又秘, 苔黄腻、质暗红, 脉小弦滑。风痰瘀阻、肠腑燥热。处方: 生大黄 15g(后下), 芒硝 6g(分冲), 桃仁 10g, 水蛭 5g, 广地龙 10g, 豨莶草 15g, 红花 10g, 石斛 12g, 怀牛膝 12g(下转 123 页)

的差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 3 薄苔病例中各病位证素出现的频数、频率( $n=349$ )

序号	证素	频数	频率/%
1	肝	69	19.77
2	肾	60	17.19
3	脾	58	16.62
4	肺	44	12.61
5	筋骨	35	10.03
6	心	25	7.16
7	胃	23	6.59
8	表	23	6.59

表 4 薄苔在肝、肾、脾及表的病例中出现比率的比较(例)

组别	薄苔	非薄苔
表	23	11
肝	69	105
肾	60	118
脾	58	140

注:经 $\chi^2$ 检验,各组比较, $\chi^2=20.09,P<0.01$ 。

4 讨论

薄苔是临床上很常见的舌象。据笔者查证,关于薄苔的最早记载见于张璐《伤寒缙论·伤寒绪论》(1667年),其曰:“惟屡经汗下,舌虽干而有微薄苔,却无燥裂芒刺,此为津液耗亡”<sup>[3]</sup>。综观古代、近代中医文献的记载,薄苔与病位证素表的关系最为密切。本研究中,7 680个当代名医医案里,570例薄苔病例涉及到的病位证素中出现频

率最高的是肝、脾、肾,而表的病例中出现薄苔的比率高于肝、脾、肾( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),肝的病例中出现薄苔的比率高于脾( $P<0.05$ );临床研究里,349例薄苔病例涉及到的病位证素中出现频率最高的是肝、肾、脾,将薄苔在肝、脾、肾及表的病例中出现的比率进行比较,出现的结果与医案研究部分的结果几乎完全一样。综合两方面的研究情况可以看出,肝、脾、肾是在薄苔病例中出现频率最高的病位证素,而表的病例中出现薄苔的比率较高,因此薄苔与肝、脾、肾、表等病位证素关系较为密切。目前一般认为薄苔主表证。但从本研究的结果来看,薄苔与里证的关系相当密切,薄苔在里证中很常见,对此应该引起注意,不可拘泥于薄苔主表证的说法。同时也要看到,表证出现薄苔的比率较高,因此薄苔与表仍有较为密切的关系,薄苔主表证的说法亦有其正确的一面。

参考文献:

[1] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:162-228.  
[2] 朱文锋,甘慧娟. 证素内容的辨析[J]. 中医药导报, 2005,11(1):11-13.  
[3] 张民庆,王兴华,刘华东,等. 张璐医学全书[M]. 北京:中国中医药出版社,1998:213.

(编辑:周建英)

(上接104页)12g,炙僵蚕10g,陈胆星10g,天麻10g。服4剂后,大便通畅,一般情况良好,查血脂偏高,上方又加生楂肉15g,泽兰15g,泽泻15g,决明子15g,白薇15g,炮山甲6g(先煎)。加减服用半年余后,肢体活动明显改善,诸症均见好转,间断服药,调理善后。

按:纵观本例诊疗经过,“瘀、热、风、痰”明显,尤其肠腑燥热较为突出,故用药从生、熟大黄到生大黄,用量从5g,一直到15g,下其瘀热,才使热清瘀消,病情稳定。方中配芒硝、桃仁寓核桃承气之意,合水蛭、红花、鬼箭羽加大活血力度,又用白

薇、泽兰、炮山甲进一步活血通络、清热凉血。由于络热血瘀,易致血脉不畅,故用天仙藤、鸡血藤,因形体稍胖,常见黄腻苔,故用炙僵蚕、南星、白附子化痰祛风。疗效堪称满意。

参考文献:

[1] 黄帝内经素问[M]. 北京:中医古籍出版社,1997:94,4.  
[2] 王肯堂. 证治准绳·杂病[M]. 上海:上海科学技术出版社,1959:218.

(编辑:范欣生)