

## 范玉义治疗中风

★ 于长虹 薛允红 (山东省沂南县中医院 沂南 276300)

关键词:范玉义;中风病;老中医经验

中图分类号:R 255.2 文献标识码:B

我师范玉义,勤求古训,博览群书,治学严谨,敢于创新,从事医、教、研 30 余年,积累了丰富的临床经验,特别对中风病的辨证论治独具特色,遣方用药撷古采今。笔者有幸忝列门墙,现就侍诊师侧所得之一鳞半爪,整理如下。

根据中风的临床表现特征,西医学中的急性脑血管病与之相似,包括缺血性中风和出血性中风,它

g,西洋参 10 g,山茱萸 12 g,淮山药 15 g,桑椹子 20 g,扁豆 15 g,葛根 30 g,麦门冬、玄参、生地各 15 g,龟胶 10 g,墨旱莲、女贞子各 12 g。

2.2.3 脾肾阳虚,温运失职 症见腰酸腿软,乏力,咀嚼无力,语言费力,胸闷气短,动则气喘,面部虚浮,恶寒,夜尿多,舌淡、苔白,脉沉细弱。治以温补脾肾。药用:生黄芪、党参各 30 g,桂枝 10 g,菟丝子 30 g,淫羊藿 15 g,补骨脂、炒白术各 10 g,茯苓 15 g,砂仁 6 g,陈皮 10 g,鹿角霜、神曲各 15 g。

## 3 典型病例

侯某,男,72 岁,退休干部,2006 年 1 月 1 日初诊。患者缘于 2004 年 10 月份无明显诱因出现复视,但肢体活动无障碍。12 月份至某医院对症治疗,复视无明显改善。2005 年 8 月患者出现左眼睑下垂,两目闭不紧,伴吞咽困难,讲话费力,四肢活动后无力。12 月 5 日于江西某西医院求治,新斯的明试验阳性,胸部 CT 示:胸腺未见明显异常;肌电图示:左右面神经运动神经传导速度延长,波幅明显降低。诊断为重症肌无力(中度全身型)。予强的松、免疫球蛋白、溴吡斯的明营养神经等治疗。上症稍有改善,但不明显,且在治疗过程中患者喉中痰多,不易咯出,胸闷气喘不能平卧。故转来我院治疗。入院症见:复视,左眼睑下垂,吞咽困难,言语欠清晰,四肢乏力,不能久行,痰多色白不易咯出,胸闷气喘不能平卧,纳呆,大便干结,3~4 日一次,小便正常,舌红、体胖大、苔白腻中间微黄,脉弦细。证属脾胃气虚,痰湿不运。治宜益气健脾,除湿化痰。方用补中益气汤合温胆汤加减:生黄芪 50 g,太子参 30

如短暂脑缺血发作、局限性脑梗塞、原发性脑出血、蛛网膜下腔出血等,均可参照本病进行辨证论治。范师认为中风病发生的病理机制在本为阴阳失衡、气血逆乱,在标为风痰、血瘀阻络,形成本虚标实之证。平素将息失宜,致气血亏虚、营卫空虚,而致阴阳失衡。他认为本病的根本原因,在于年老体弱,元气亏虚,血行无力,饮食不节,脾失健运,劳倦过度,

g,法夏 10 g,陈皮 10 g,茯苓 15 g,枳实 10 g,竹茹 10 g,苍白术各 10 g,生薏仁 30 g,砂仁 6 g,白蔻仁 12 g,神曲 15 g,火麻仁 30 g,苦杏仁 10 g,槟榔 10 g,当归 10 g,葛根 30 g,黄柏 10 g。水煎服,日 2 次,嘱其继服强的松、溴吡斯的明,待中药起效后,逐渐减量,上方随证加减治疗 4 个月,病情明显好转,复视明显改善,偶见眼睑下垂,言语清晰,吞咽顺畅,四肢活动正常,活动耐量明显提高,可独立行走 1000 米亦无疲劳感,喉中无痰,纳可,二便平。强的松已停药,溴吡斯的明减量出院,出院后定期门诊,现生活基本无大碍。

## 4 体会

重症肌无力属中医“睑废”、“歧视”、“痿症”等范畴。饶主任认为其根本在于“虚”,在扶正过程中,尤其注重“气虚”,补气贯穿于各种重症肌无力治疗之始终,且剂量宜大,生黄芪可用 50~100 g,但也应防补气太过,因“气有余便是火”,而致阴虚内热,故常在复方中加入黄柏、玄参、知母等药。对于虚证要定位清楚,分清脏腑气血阴阳,偏阴虚者配西洋参或太子参;偏阳虚者配红参或党参加桂枝;虚中挟实者,应在补虚基础上祛邪;兼有表证的应疏风散表,邪去正安;兼挟湿痰者,一定要化湿祛痰,以免碍脾阻胃,补之无效。

重症肌无力是一种较为常见的神经内科疾病,也是一种比较难治性疾病,其病程长,恢复慢,易反复,治疗贵在坚持,只要服药无异常不适,就应有方有守,坚持到底。

(收稿日期:2006-05-23)

思虑恼怒,肝肾阴虚。发病可因休息安静时血流缓慢而停滞,也可因激动引动肝风、宿痰、留瘀。病变涉及肝脾肾等脏,主要病机有:(1)气虚无力,血行瘀滞。(2)肝风挟痰,瘀阻脉络。(3)肝肾不足,虚风扰动。(4)痰热腑实,浊气上冲。(5)肝阳暴涨,风火上扰。其病机要点为瘀血痰浊,随风上涌,阻滞脉络。在中风先兆期,瘀血阻滞、脉络不通可出现肢体麻木、蚁行感、屈伸不利、舌强不遂,脑窍失养而见健忘、眩晕、耳鸣、舌质晦暗或有瘀点、瘀斑,脉象沉涩;中风急性期,因气血上逆,蔽阻清窍,或风火痰瘀阻滞经络,而致卒然昏仆、不省人事、口眼喎斜、半身不遂、语言蹇涩;中风后遗症期,可见半身不遂、肢体强痉、口喎语涩、舌痿不语等症。有属气虚血瘀或风痰流窜,脉络阻滞;有因肝肾不足,阴血亏虚,血脉阻滞。因此,范师强调中风之病机复杂,病人体质各异,但血瘀证贯穿于中风病的整个过程中,活血化瘀应是本病的治疗大法,适用于各期各型,临证应该根据不同的临床证型加以灵活变通。

### 1 益气活血

中风病人多年高,中气亏虚,加之饮食不节,劳倦内伤或久病之后将息失宜,气虚更甚,血脉失于温煦、鼓动,淤滞经络而发中风。其表现多兼见面色㿗白,气短乏力,口角流涎,自汗出,舌质暗淡、舌苔薄白或白腻、舌体胖或有齿痕,脉象沉细或细缓。方常选补阳还五汤加减,以重用黄芪治气虚之本,或可配伍党参、白术辅佐之,桃仁、红花、川芎、当归、赤芍、地龙以活血化瘀通络治其标。

### 2 滋阴活血

中风病人年老体衰,肝肾阴虚,或长期忧思愤怒,五志化火,火烁真阴,阴虚则血少,脉络空虚,血流缓慢易于淤滞。其临床表现:烦躁失眠,眩晕耳鸣,手足心热,面赤,舌质多暗红或红绛、少苔或无苔,脉弦细数。药选生地、玄参、女贞子、白芍、寄生、首乌以育阴滋肝肾之不足,丹参、赤芍、鸡血藤、当归养血活血祛瘀。

### 3 理气活血

气行则血行,气滞则血脉不通,气逆则血升,甚则络破血溢于脉外,凡离经之血皆为瘀血。病人平素急躁易怒,因于情志波动而卒发中风,起病急,变化快,舌质红或暗、苔薄白,脉象弦滑。方选血府逐瘀汤加减:当归、川芎、桃仁、红花、赤芍活血化瘀,柴胡、枳壳、白芍、川楝子理气疏肝,牛膝引血下行,使气机条畅则血脉流通,病势向愈。

### 4 通腑活血

临床上中风病腑实及血瘀证常相互兼见并存,

腑实的成因多为中风热扰阳明,胃肠气机瘀滞而致腑实便秘或不通,腹胀或呃逆,口气臭秽,舌质暗红、苔黄厚或腻,脉象弦滑。病人多烦躁不安,且多兼夹痰热之象。药用生大黄、芒硝、枳实、栝蒌通腑理气化痰,桃仁、赤芍、当归、川芎活血化痰,使腑气通畅,热得下泻,气血调和。

### 5 化痰通络

痰随气行,若痰瘀互结,闭阻脉络或上蒙清窍而致中风喎僻不遂、昏仆不语,兼见头晕目眩,鼻鼾痰鸣,舌质暗淡,舌苔白厚腻,脉象弦滑。以生白术、法半夏、全栝蒌、胆南星化痰,鲜竹沥、石菖蒲化痰兼开窍,丹参、川芎、白僵蚕活血化瘀通络。

### 6 病案举例

郭某,男,35岁,1996年12月20日入院。因昏仆、不省人事2小时诊为蛛网膜下腔出血,给予脱水降颅内压对症支持治疗5日,仍昏迷,喉中痰鸣,大便不通,小便失禁,舌质暗红、舌苔厚略黄,脉象滑。辨证属痰热腑实,蒙蔽心窍。拟化痰通腑法:陈皮9g、法半夏9g、茯苓12g、栝蒌15g、生大黄6g、胆南星6g、石菖蒲12g、丹参30g、鲜竹沥30g、生姜汁3滴,水煎300毫升,分2次鼻饲。次日大便两次,色黑,神志稍清,能争眼示意,但不能言语,痰声减轻。继用3剂后神志清楚,但仍舌强语涩,左侧肢体不遂,上肢肌力2级,下肢肌力3级。上方去生大黄、生姜汁、鲜竹沥,加当归12g、川芎9g、丹皮9g,服6剂后查舌质暗红、舌苔薄,脉象细弦,改桃红四物汤加减。一月后能扶杖行走,左上肢肌力3级,左下肢肌力5级,中风病评分23分,带药出院。

范师认为中风病血瘀证之形成机制多端,病理表现兼夹证候复杂,治疗上因此强调法随证变,方因法易,不能执一法一方而统疾病的始终。临证中,需悉心辨析瘀血证与其他兼夹证的轻重缓急,根据瘀血的轻重缓急而选取适当的药物。轻者宜养血活血,可用当归、丹参、鸡血藤等;稍重者宜活血化瘀,用桃仁、红花、赤芍、牛膝、三七等;甚重或顽固性瘀血证者,用破血逐瘀法,可选水蛭、三棱、莪术等品。另外,据范师临床观察研究,水蛭可降低颅内压控制脑水肿,改善局部血液循环,有利于神经功能恢复;地龙中的蚓激酶能明显降低纤维蛋白原含量,降低血液粘稠度,降低血小板聚集作用;川芎中有效成分川芎嗪治疗缺血性中风,急性期、恢复期或后遗症期均有疗效;全蝎、三七,具有明显抗凝、消栓功能;丹参具有抗血小板聚集,溶解血栓,改善血液流变学作用,有效促进机体微循环,增强脑的供氧量。

(收稿日期:2007-01-16)