

# 王祥生治疗中风病经验※

● 刘长伟 指导:王祥生

**摘要** 从王祥生主任对中风病昏迷病因病机的认识入手,阐述心脾功能与中风病昏迷的联系,结合典型医案分析,总结王祥生主任对中风病昏迷独到的辨证论治方法和特点。

**关键词** 中风病;昏迷;心神脾意;辨证论治

脑血管病是危害人类生命与健康的常见病和多发病,我国居民每年约有 182 万人死于脑血管病,居联合国 192 个成员国之首<sup>[1]</sup>。脑卒中是脑血管病的主要类型,归属于中医学“中风”的范畴。患者急性期多并发意识障碍,从而导致肺部感染等并发症增多,使得病程延长,病情加重。目前这类患者多以对症支持治疗为主,针对意识障碍尚无有效的治疗手段。因此,探寻有效改善中风患者意识障碍的新方法和途径成为改善疾病预后,提高患者生存质量的重要任务。

王祥生主任乃山东省名中医、国务院特殊津贴专家,从医 30 余年,曾师从张大宁、张学文、孙光荣等国医大师。王祥生主任推崇张仲景与李东垣,在中风病的诊疗中积累了丰富的临床经验,疗效颇佳,尤其在中风病昏迷患者的诊疗中,重视心脾的作用,在张仲景及李东垣的学术思想指导下,形成了“开心窍治标、健脾胃治本”的治疗思路,取得了较好的疗效。笔者有幸跟师学习,现将老师的治疗经验总结如下。

## 1 中风病因病机

中医对中风病历来就有较多的论述和记载。《素问》将中风神昏称为“仆击”“大厥”“薄厥”。《金匱要略·中风历节并脉证并治》指出“脉络空虚,贼邪不泻”为本病发病特点,并将中风分为中经、中络、中脏、中腑。金元时期医家进一步总结中风病因病机,以“内风”立论,如刘完素认为本病以热为本,以风为标;朱

丹溪则主张湿痰生热,认为痰生热,热生风。至明代,张景岳提出中风乃“内伤积损”的论点;李中梓又将其中的中脏腑分为闭证和脱证并沿用至今。

现代中医对中风病也作了深入的研究。姬晓东等认为中风发病是由于虚实之火旺盛,气血上逆犯脑,震扰脑络所致<sup>[2]</sup>;陈立峰等人结合“外风”之说,认为中风者出现肢体麻木、半身不遂,是由于正气虚弱,感受外邪,经脉痹阻,而营气不能达于内,则出现神昏、舌强语謇等症<sup>[3]</sup>;车建国等人根据“内风”之说,认为风非外来之风,而是由内所生,内风的产生是由于肝肾阴精亏耗,阴亏于下,风动于上<sup>[4]</sup>;卢尚岭教授依据《灵枢》气血理论,指出中风急性发作的病机重点在气机升降逆乱<sup>[5]</sup>;常富业等人则提出中风毒邪论,指出中风与许多病理因素如风、火、痰、湿、瘀等有关,这些病理因素久留不去,蕴结不解,酿积成毒,因而发为中风<sup>[6]</sup>。

王祥生主任认为中风与脑、心、肝、脾、肾关系密切,而中风昏迷的发生与心脾两脏的关联更加紧密,病因归纳起来不外乎虚、火、痰、瘀,其病机总不离气血逆乱、心窍闭阻之根本。

## 2 心脾与中风昏迷发病的关系

神志障碍是中风中脏腑患者的主要症状<sup>[7]</sup>。中医历来对中风神志障碍有着较深入的认识。《灵枢·海论》说:“脑为髓之海,其输上在于其盖,下在风府……髓海有余,则轻劲多力,自过其度。髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧。”《素问·脉要精微论》谓“头者,精明之府,头倾视深,精神将夺矣”,指出了人体神志活动与脑的关系。除此之外,更多的则是指出了心与神志的密切关系,如《素问·灵兰秘典论》谓“心者,君主之官,神明出焉”;《素问·宣明五气

※基金项目 山东省中医药科技发展计划项目(No.2019-0730)

• 作者单位 济宁市中医院(山东 济宁 272000)

论》言“心藏神，脾藏意”。神是人体生命活动的外在表现，也指人的神志、意识，而意则代表人的思维活动。心为人体生命活动的主宰，统一协调正常的生命活动，产生精神和思维活动，对外界事物作出判断。心脾主神意的生理功能正常，则神志正常，思维清晰；如果心脾的生理功能异常，可出现精神意识异常，甚则昏迷等。

### 3 心脾功能异常乃中风病的重要病因

中医历来重视心脾两脏的功能，在诸多论著中，心脾的地位均高于其它脏腑。《灵枢·邪客》提到“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也”；《饮膳正要·序》则认为“心为身之主宰，万事之根本”；《一见能医·中风不语辨》进一步指出：“心者，君主之官，神明出焉。心经不语，必昏冒全不知人，或兼直视摇头等症。盖心不受邪，受邪则殆，此败症也。”明代李中梓在《医宗必读》中进一步阐明“脾为后天之本”的理论。当心脾功能出现异常，会导致诸多的病理产物和疾病发生。

**3.1 致瘀** 《素问·调经论》言“血之与气并走于上，则为大厥”，指出血液停滞聚集在中风发病中的作用，同时也指出异常的情志变化是中风病昏迷的常见病因之一<sup>[8]</sup>，而这一些情志因素均与“心神”关系密切。唐宗海在《血证论》中则指出：“瘀血攻心，心痛头晕，神气昏迷，不省人事……有此证者，乃为危候，急降其血，而保其心。”明确阐明了心、瘀与神智昏迷之间的关系。

**3.2 致热** 近代医家张山雷在《中风斟论》曰：“肥胖太过酿痰蕴湿，积热生风，致为晕仆偏枯，猝然而发，如有物击之使仆者，故曰仆击。”《丹溪心法·中风》指出：“湿土生痰，痰生热，热生风也。”随着现代社会人们生活方式的改变，久坐少运动以及不良的饮食习惯均容易损伤脾胃，脾失健运，则水湿内停，聚湿生痰化热，引动肝风，风痰蒙蔽心窍，成为诱发中风的重要原因之一<sup>[9]</sup>。

**3.3 致痰** 中医历来重视脾胃在疾病发生发展中的作用，《素问·通评虚实论》曾经指出：“仆击偏枯，肥贵人则膏粱之疾也。”强调了痰浊内生是中风病的重要发病基础。脾失健运，则胃不能容纳水谷，脾不能运化精微、津液，久聚而成湿，从而使湿浊内盛，酿津生痰。化痰生风，或闭阻经络致半身不遂，口舌歪斜；或蒙蔽心窍，上犯于脑致神志欠清。

**3.4 致虚** 《灵枢·口问》曰：“上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”指出脑功能

与气血充足与否有密切关系。脾主运化和升清，是气血生化之源，与胃同为后天之本，脾胃之气健运，则气血生化正常，中风则渐至好转<sup>[10]</sup>。反之，脾胃运化失常，气血生化乏源，髓海充养不足，则可出现头晕、脑鸣、智力障碍等表现。

**3.5 致逆** 《脾胃论》言：“内伤脾胃，百病由生。”脾胃居中焦，为气机升降之枢纽。若脾胃受损，则气机升降出入失常，清阳不升，浊阴不降，后天之精不得归藏，痰浊等代谢废物不能排出，则会阻滞经络，蒙蔽清窍。轻者可有眩晕脑鸣，重则昏不知人，发为中风<sup>[11]</sup>。《灵枢·五乱》曰：“清气在阴，浊气在阳，营气顺脉，卫气逆行，清浊相干……乱于头，则为厥逆，头重眩仆。”可见，气机升降逆乱在中风发病中的作用。故卢尚岭教授提出：“中风病的主要脏腑在脾胃而不在肝。中焦通上连下，是升降的枢纽，治疗应重在调理中焦脾胃。”<sup>[12]</sup>

## 4 王祥生主任用药特点

针对以上特点，王祥生主任在治疗中风病昏迷者遣方用药时，在辨证论治前提下，始终重视调理“心神脾意”及顾护后天脾胃，形成了非常鲜明的特色。

**4.1 注重“心神脾意”的调治** 王祥生主任认为“心主神、脾主意”是患者神志正常的基础，心窍被蒙、脾运被困是中风患者发生昏迷的原因。因此，王祥生主任将清心开窍醒脾贯穿治疗始终。临证中多以石菖蒲、远志等开心窍；在“醒脾健运”中崇尚李东垣的《脾胃论》理论，认为风药可以升脾阳，散郁除湿，故临证中多配伍苍术、防风等药。

**4.2 适当增加药物剂量** 随着时代的推移，相同剂量的药物在人体发挥的作用已经大不如前，人体对中西医药物的耐药性不断增加；此外，现代中药的栽培及炮制技术虽然较以往有了长足发展，但由于自然环境及生长周期的变化，中药材的“道地”性减弱，作用下降，正如戴复庵《证治要诀》中提到“药病须要适当，假使病大而汤小，则邪气少屈，而药力已乏，欲不复治，其可得乎？犹以一杯之水，救一车薪，竟不得灭，是谓不及。”故此，在临证中，对昏迷程度较深、病情较重者，在根据古今文献资料基础上，根据实践经验，在安全范围内应当相应增大药物剂量。

**4.3 注重药物归经** 归经是中药药性理论的重要组成部分，药物进入人体后，并非对所有脏腑经络产生同等强度的作用，《素问·至真要大论》曰“五味入胃，各归所喜……”，表明药物因五味不同对机体作用部位也会有选择性。在遣方用药中，王祥生主任注重药

物归经以及引经药物的使用。如兼有上焦病症,则多加川芎、桔梗;如兼有中焦病症,则多加苍术、升麻;如兼有下焦病症,则多加牛膝、肉桂。

**4.4 注重“久病入络”** 中风昏迷虽然发病急骤,但究其病因多迁延较久,其痰热虚瘀等在体内日久,《灵枢·终始》曰:“久病者,邪气入深。”随着疾病迁延不愈,邪气将从原来所在脏腑的属络部位传入“阴络”,由浅入深,即经脏病证,迁延日久,邪气扩散,必然入于络中。由于络主血,邪气入络,则络中之血亦随之而病<sup>[13]</sup>。故在用药时常佐以入里的地龙、海螵蛸等。

## 5 典型病案

陈某,男性,55岁,2019年10月14日因“突发意识不清半个月”由外院转入。患者于半个月前吃饭时突发意识不清,外院急诊行头颅MRI示“脑梗塞”,经气管插管、西医内科对症治疗半个月后,仍呈昏迷状态,痰多,体温波动,最高可达38℃,气管插管无法拔除,患者家属要求转入我院。刻下症:意识不清,痰多,色黄黏稠,四肢软瘫,面色萎黄,舌质暗,苔腻,脉弦滑。肺部CT示:肺部感染,双下肺肺不张。西医主要诊断:(1)脑梗死;(2)肺部感染。中医诊断:中风病,辨为痰蒙心窍证。治法:清心开窍醒脾,兼清肺化痰。处方:石菖蒲12g,远志12g,郁金12g,人工牛黄9g,黄芩12g,苍术12g,防风10g,地龙9g,川芎12g,胆南星9g,半夏9g,橘红12g,瓜蒌仁15g,桑白皮12g。6剂,水煎服,每日1剂。西医治疗维持原方案。

2019年10月21日二诊:痰量明显减少,体温未再有波动,予以疼痛刺激可见头部及右侧肢体活动,肌力Ⅰ级,舌质暗,苔白腻,脉沉滑。上方加茯苓45g、前胡12g、桔梗12g,4剂。

2019年10月25日三诊:患者可自主睁眼,痰量进一步减少,予以拔除气管插管。效不更方,上方继续服用10剂。药后患者右手可遵医嘱进行抓握动作,转入普通病房进行康复训练。

**按** 患者由于脾为湿邪所困,运化失职,聚湿为痰,气机不利,气血逆乱,痰浊蒙蔽心窍,发为中风昏迷。痰湿留滞经络,症见不能言语与活动;痰郁化热壅阻于肺,导致咳嗽痰多、体温波动;舌质暗、苔腻、脉弦滑皆为痰蒙心窍之佐证。故本病例治以清心开窍醒脾,兼清肺化痰。方中以石菖蒲、远志、郁金、人工

牛黄为君药,清心开窍;黄芩、苍术胜湿健脾祛浊,配合防风、橘红共为臣药,以使脾气得健,清阳得升;胆南星、半夏、瓜蒌仁、桑白皮共为佐药,以清宣肺热,化痰止咳;同时以川芎、地龙为使,入络入血,起到搜络祛痰之功。后续治疗仍以清心开窍醒脾为主,加用归心、脾经之茯苓健脾宁心,配合前胡、桔梗以宣降肺气。综上,辨证施治过程中以清心开窍醒脾为主,随症加减,终使疾病趋于稳定,康复的曙光再现。

## 6 小结

王祥生主任认为,针对中风病昏迷患者,辨证施治过程中应重视“心神脾意”对意识状态的影响,从调治心脾入手,以清心开窍醒脾为主要治法,将健运脾胃,顾护后天之本贯穿于诊治过程中,并佐以搜络通络之品,方能提升治疗效果,改善预后。

## 参考文献

- [1] WHO. Global burden of disease[EB/OL]. (2009-12-06)[2020-04-26]. <http://www.healthdata.org/gbd/2019>.
- [2] 姬晓东. 姬乾园治疗中风临床经验撷粹[J]. 山西中医, 1997, 13(2): 5-6.
- [3] 陈立峰, 刘汉祥, 叶美, 等. 续命汤颗粒剂治疗中风31例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 1997, 13(6): 5-6.
- [4] 车建国. 中风病机与辨治浅论[J]. 湖南中医杂志, 1998, 14(5): 6, 22.
- [5] 滕晶. 中风病因病机理论探析[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(5): 962-963.
- [6] 常富业, 邵海毅, 薛幼彬. 脑宁康防治中风先兆证的临床研究[J]. 山东中医药大学学报, 2002, 26(1): 29-32.
- [7] 付跃峰, 张宇, 朱玉涵, 等. 通腑法论治中风病急性期[J]. 世界中医药, 2020, 15(10): 1498-1500, 1504.
- [8] 孙冬梅, 刘昭纯, 赖新生. 从心论治中风病的理论研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(4): 364-368.
- [9] 王洪京, 王磊. 论中风发病与脾胃的关系[J]. 国医论坛, 1997, 12(5): 24-25.
- [10] 吴东昆. 脾胃升降理论及其临床运用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(6): 179-180.
- [11] 刘向哲. 国医大师李振华教授从脾胃论治中风病经验[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(12): 2884-2886.
- [12] 刘清梅. 升阳补脾扶正法在中风后遗症康复中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(9): 121-122.
- [13] 邱幸凡, 陈刚. “久病入络”理论探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9(9): 8-9.

(收稿日期: 2020-05-17)

(本文编辑: 金冠羽)