論中風病辨證之輕重緩急

Priorities on the syndrome differentiation and treatment of stroke

劉清清[1] 周震[2*] *LIU Qingqing, ZHOU Zhen*

（1天津中醫藥大學 2天津中醫藥大學第二附屬醫院）

[摘要] 基於多年臨床經驗，針對中風病病因繁複，多種證候錯綜複雜的情況，總結出了自己的經驗。辨證上針對中風病的疾病特點，採用輕重緩急、辨證求本的原則，從而提高中風病辨證的準確性，改善患者的遠期預後。

[關鍵詞] 中風病；風；火；痰；瘀；虛

中風是由於陰陽失調，氣血逆亂，使風、火、痰、瘀痹阻腦脈或血溢腦脈之外而發的病症。臨床上以忽然昏僕、半身不遂、口舌歪斜、言語不利、偏身麻木或不經昏僕而僅以歪僻不遂為主證的一種疾病。

祖國傳統中醫對中風病的病因認識各成一派。唐宋以前，多以外風立論，《靈樞》有云：邪氣者，虛風也，虛風之賊傷人也……虛邪偏客於身半，其人深，內居榮衛，榮衛稍衰，則真氣去，邪氣獨留，發為偏枯。從而提出了「外風」導致中風的理論。張仲景在外風學說基礎上進一步提出了「正氣先虛，賊邪入中」的中風病因學說。

唐宋以後，多以內風立論。劉河間認為「腎水不足，心火暴甚」是導致中風的主要因素；李東元則認為「中風者，非外來風邪，本氣自病也」；朱丹溪認為「有風者非風也，皆濕生痰，痰生熱，熱生風」。明代張景岳提出「非凡」之說，認為「內傷積損」而致中風。到清代，王清任提出中風病的病因為「氣虛血瘀」，並創補陽還五湯治療中風病。近代張伯龍、張山雷則認為中風的發生是由於肝陽化風、氣血並逆，直沖瘀於腦所致。

中風病病因繁複，變化多端，但總不離風、火、痰、虛、瘀六端。歷代對中風病的認識，對這六般病因各有側重，從而治法不盡相同。現在，普遍認為中風病的治療應當急則治其標、緩則治其本。即在中風病急性期標實症狀突出，治則以祛邪為主，常用平肝熄風、清熱化痰、化痰通腑、活血通絡、醒神開竅等法。在恢復期，多為虛實夾雜，治宜扶正祛邪，常用育陰熄風、益氣活血等法。

目前，從證候要素為切入點研究中風病的辨證分型是中風病的研究熱點。證候要素是組成證候的主要元素，通過對證候要素的統計，有助於立體、多維的理解疾病[1]，從而提高辨證分型的準確性。誠然，此類研究取得了一定的成果，但是尚未形成標準化，在臨床上普遍推廣尚需要一段時間。如此一來，中風病的辨證分型仍然主要倚靠醫生的主觀判斷。在遇到多證夾雜的患者時，應該如何判斷孰輕孰重，從而最大限度的改善中風患者的預後。在多年臨床經驗和查閱相關文獻的基礎上，形成了自己的經驗。近年來，運用該原則治療中風患者，臨床效果滿意。

1 活血化瘀應該貫穿缺血性中風治療的始終

在長年的臨床工作中，筆者發現，中風病患者無論是急性期還是恢復期，多伴血瘀症狀。多表現為：面色晦暗或黧黑、口唇紫暗或暗紅、皮膚粗糙、痛有定處、紫舌或暗舌、舌有瘀斑瘀點、舌下脈絡青紫、舌下脈絡曲張、澀脈、結脈或代脈。經輔助檢查多存在頸部動脈硬化、血液狀態異常。將活血化瘀作為缺血性中風病患者的基礎治療，貫穿於整個療程，有助於改善患者的血液狀態，降低患者的動脈粥樣硬化程度。

2 積極運用化痰療法

中風病人多痰。多見表情淡漠或寡言少語、神情呆滯、肥胖、頭悶痛、頭重、頭昏或頭暈、口黏膩、渴不欲飲、啅妠痰或喉中痰鳴、納呆、便溏、胖大舌、齒痕舌、厚苔、膩苔、滑苔、滑脈。輔助檢查多見糖、脂代謝異常。痰濁停滯可阻礙氣機，痰濁形成日久，則會成為血瘀。瘀血既生，則會加重痰濁的聚集。《醫學正傳》

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

有云：津液稠黏，為飲為痰，積久滲入脈中，血為之濁。說明，痰濁可導致血瘀。

3　諸證夾雜，注重清熱與補氣

中風病人多見多證夾雜。痰飲既生，瘀血已成，又夾雜了熱像或者虛像，或虛熱並見。如何辨證，從而確定方藥。中風患者見熱像者，臨床表現為面紅、目赤、口乾、渴喜冷飲、舌乾、口唇焦裂、口苦、口臭、痰色黃、心煩、躁擾不寧、吞酸、小便黃赤、大便乾、紅舌或絳舌、黃苔、燥苔、數脈、弦脈、滑脈。當先清熱，口乾尤甚者，應用竹茹、蘆根等生津之藥。大便乾者當用大黃、芒硝清熱通便，急下存陰，或以麻子仁丸化裁潤腸瀉熱，待到大便已通，熱像漸去，再辨以他症。緣因臨床觀察，夾雜熱證患者病症往往較重，且熱證常常影響患者的睡眠、飲食、二便甚至心情，從而影響患者的預後。

虛證，中風常見氣虛與陰虛，陽虛極少。氣虛患者中醫四診可見神疲、乏力、面色白、面色萎黃、口唇淡白、氣短、語聲低微、手或足腫脹、自汗、大便初硬後溏、大便或小便失禁、淡舌、胖大舌或齒痕舌、緩慢、細脈、沉脈、弱脈、結脈或代脈。陰虛證患者可見兩顴潮紅、舌乾、手足心熱、五心煩熱、盜汗、絳舌、瘦薄舌、剝脫舌、舌光紅無苔、細脈、弦脈或數脈。輔助檢查可見貧血患者。依據病位的不同，中風患者氣虛又常見肺氣虛和脾氣虛，陰虛則常見腎陰虛。

4　辨明風證與中風病的關係

中風病之「中」，為打擊之意，又為矢石之中。中風病之「風」，取風善行數變和風性主動之性，善行數變，描述了中風病起病急、變化快的特點。風性主動，概括了中風病的部分臨床表現，如頭暈目眩、目偏不瞬、手足或下頜顫動、肢體強直、肢體拘急、抽搐、舌短縮、舌顫等。由此可知，風主要描述了中風病的病性特徵和部分症狀，並非中風病的主要致病因素。中風主要證候要素：火、痰、虛、瘀皆可導致風的發生[2-4]。因此，在臨床治療上，辨明風證因何而起，積極採用清火、祛痰、補虛、化瘀等法則風證自滅。針對中風病而言，風為標，火、痰、虛、瘀為本，本着中醫「治病必求於本」的原則，應把主要經歷放在求本而去標上。

5　臨床案例舉隅

張某某，男，56歲，主因左側肢體麻木活動不利7天而入院。查CT示：兩基底節區梗塞及軟化灶；雙側上頜竇炎症；腦幹密度欠均勻。美國國立衛生研究院卒中量表（NIHSS）評定為8分。採集中醫四診信息為：患者神清，精神可，面色黯紅，口唇輕紺，形體適中，口喝，言語流利，語音洪亮，雙下肢不腫，頭不沉，無頭暈，前額時有脹痛，口乾不欲飲，口不苦，腰部酸，活動後無喘，無氣短，時有咳嗽，咯白痰。易咳出，偶有自汗，稍動則汗出。納可，寐安，二便可，舌質暗，舌體略胖大，苔白膩，略厚，脈緩。西醫診斷：腦梗死。中醫診斷：中風氣虛血瘀證。根據患者的四診信息，患者存在痰濕、血瘀、氣虛兼火證症狀，可以辨做痰瘀阻絡證、也可以辨氣虛血瘀證。但是考慮到應該及早干預氣虛，故首先辨氣虛血瘀，選補陽還五湯加減，用藥如下：黃芪80g，當歸6g，赤芍6g，地龍10g，川芎13g，紅花15g，桃仁6g，清半夏19g，丹參18g，桔梗10g，石菖蒲30g，防風18g，白術20g，茯苓15g。患者入院一周後，患者肢體和語言功能同前，自汗緩解，前額脹痛症狀均緩解，餘同前。患者出院時（住院14天），無明顯口乾、無明顯頭脹痛，偶咳白痰易咳出，納可，寐安，二便可。舌質暗，苔薄白，脈緩。辨證仍屬氣虛血瘀夾雜痰濕。NIHSS評分7分。

中醫辨證是一個複雜的、非線性過程，證有虛實緩急之分，當多種證候錯綜夾雜時，如何「善乎明辨」，從眾多證候中抽絲剝繭，提取出與疾病預後相關、改善患者生活質量的證候，需要倚組於醫生的主觀判斷。該個病案中，此中風患者同時存在痰濕、氣虛、血瘀症狀，同時兼有火證，按照傳統「急則治其標」的原則，應該將痰濕、血瘀納入辨證重點，但是依據多年的臨床經驗，及早干預中風患者的氣虛症狀，有助於改善患者預後，改良患者的生存質量。而將活血化瘀貫穿治療的治終，有益於改善患者血管狀態。如此，辨證首辨氣虛血瘀，方用補陽還五湯，加半夏，石菖蒲、桔梗以祛痰，加茯苓以健脾，因「脾為生痰之器」，與白術共奏健脾

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All rights Reserved

祛痰之效。加丹參以加強活血之效，加防風、白術與黃芪共建玉屏風散之意，補肺氣以改善患者的自汗症狀。

參考文獻

[1] 王永炎，張啟明，張志斌. 證候要素及其靶位的提取[J]. 山東中醫藥大學學報，2006, 30(1): 6-7.

[2] 向楠.「瘀血生風」假說檢驗[D]. 山東中醫藥大學，2011.

[3] 孟令軍，李可建，馬麗虹，等. 缺血性卒中病機假說——[氣虛生風]臨床依據研究[J]. 山東中醫藥大學學報，2008, 32(01): 6~10.

[4] 張再康，李士懋. 論「中風從火熱論治」[J]. 河北中醫藥學報，2000, 15(02): 45-46.

（編委：鄭華明審校2014.12.14）

香港註冊中醫學會 版權所有
Copyright HKRCMP All Rights Reserved