



辨证施治策略与案例丛书

BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI CONGSHU

脑病

辨证施治策略与案例

NAOBING BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI

主编 张怀亮 崔书克



郑州大学出版社

辨证施治策略与案例丛书

BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI CONGSHU

脑病

辨证施治策略与案例

NAOBING BIANZHENG SHIZHI CELUE YU ANLI

主编 张怀亮 崔书克



郑州大学出版社

郑州

图书在版编目(CIP)数据

脑病辨证施治策略与案例/张怀亮,崔书克主编.
—郑州:郑州大学出版社,2012.1
(辨证施治策略与案例丛书)
ISBN 978-7-5645-0638-4

I. ①脑… II. ①张…②崔… III. ①脑病-辨证论治
IV. ①R277.72

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 232629 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:王 锋

全国新华书店经销

河南新华印务有限公司印制

开本:787 mm×1 092 mm 1/16

印张:23.25

字数:555 千字

版次:2012 年 1 月第 1 版

邮政编码:450052

发行部电话:0371-66966070

印次:2012 年 1 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-0638-4

定价:58.00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换



作者名单
ZUOZHEMINGDAN

主 编 张怀亮 崔书克
副主编 刘 轲 刘群霞 张金生
杨克勤 马建功 秦瑞君

编 委 (按姓氏笔画排序)
王双双 朱宏建 刘贯华 李 丹
李 磊 李瑞红 宋张杰 周 媛
徐 晔 郭丽芳 雷丽亚

《脑病辨证施治策略与案例》一书,是在现代神经病学常见疾病病理生理概要、诊断与鉴别诊断的基础上,对其相应的中医常见病证的辨证施治进行归纳总结,并运用名家医案、经方医案及验方医案对其进行剖析举证,其目的在于提高广大中医工作者临证时对脑病的辨识水平。本书适合广大医务工作者,尤其是长期从事中医脑病临床研究者及医学院校相关专业学生阅读使用。

中医的特色和优势在辨证施治,获得满意疗效的关键在辨证施治,然而临证也难在辨证施治。尤其是对于错综复杂的病情及走出学校初到临床的中医工作者来说,准确辨证施治更是难以把握,有时甚至很茫然。我临证30余年,也经历了这样一个过程。随着临证经验的不断积累,对疾病辨证施治的不断总结、不断思考、不断深化,对辨证施治的内涵有了更深刻的认识。临证时不仅对于常见病、多发病运用中医治疗收效满意,而且对于一些复杂、疑难病也每获奇效。此时,对《内经》“言病不可治者,未得其术也”有了进一步的理解。疾病的疗效不好,是我们对辨证施治的真谛尚未认识,是我们辨证施治的功夫还不够,是我们对该病的治疗方法还没有掌握。我在临证之余,经常在思考,觉得很有必要将临床辨证施治中的一些体会,进行总结,以便交流,希望对同道们有所启发。恰郑州大学出版社同志们提出来编写一套“辨证施治策略与案例丛书”,我便欣然接受了任务,并尽快组织专家收集资料,认真编写,完成本套丛书。

本丛书是一套关于常见病与多发病辨证施治策略的书籍,对各系统疾病从中医临床分型、辨证用药、施治策略与案例分析等方面进行了论述。其中施治策略部分凝聚了编者与各位专家的多年临床心得与经验,是该书的精要部分,病案分析部分则精选荟萃了编者临证积累的典型病案及名家医案、经方医案与验方医案,并对各个经典医案进行了分析。本套丛书可作为广大中医初学者与基层该专业人员的临证参考书,对具有一定经验的同道们亦有参考价值。然时间仓促,水平有限,书中不足之处在所难免,恳切希望同道们斧正。

本套丛书被列入河南省“十二五”重点图书规划项目,在编写过程中,得到了郑州大学出版社相关工作人员的大力支持,在此一并表示感谢。

李庆海
2011年11月



序

祖国医学浩博源长,其典籍汗牛充栋,就中医脑病证治而言,肇始于《内经》,后经东汉、金元、明清及当代不断地充实、发展至成熟。脑独特的生理病理特点,决定了其病因病机的复杂性,从而给其辨证施治带来一定的难度与困惑。临证之时,如何对脑病辨证施治,除具备深厚的中医基本理论功底外,学习总结先人及当代医家案例也是提高其辨证思维的主要方法之一。正如清末医家余听鸿所言:“医术虽从,不出二义,经文、本草、经方为学术规矩之宗;经验、方案、笔记为灵悟变通之用,二者并传不朽。”

医案始萌芽,可追溯周代,秦汉以降,历经唐、宋、元、明、清,各代医案记载大量出现,此对中医学术的继承和发展起到重要的作用。中医临床病案把中医抽象理论和临床实践有机地融合在一起,通过学习分析临床验案,既可以提高中医基础理论水平,又能对中医临床辨证的准确性和针对性有重要的启示作用。因此,“全面还原”每个临床验案医家诊断的细节、思考,乃至犹疑、失误、反复的全过程,以“精细入微、知无不言、言无不尽”的讲解,不仅可使初学者有举纲而目系其中、置枢纽而寓于纵横、循阶造顶之感,而且可以感悟名医大家辨证施治、诊断处方遣药之准绳。“问渠那得清如许,为有源头活水来”。通过对中医源头——临床实践的不断挖掘和整理,必将为21世纪中医脑病研究奠定坚实的基础。“中医之成绩,医案最著,欲求先人经验之得,医案有线索可录,寻此钻研,事半功倍。”就本书脑病案例记载而言,既有辨证思维的方法,又有临床治疗的基础,此可以提高脑病的辨证思路,启发读者思维,拓宽学者视野。

《脑病辨证施治策略与案例》一书,由中华中医药学会脑病分会常委、河南省中医药学会脑病专业委员会副主任委员、郑州医学专家会诊中心中医脑病首席专家、河南中医学院第一附属医院脑病四区主任张怀亮教授牵头及其同仁在历代医家临床经验基础上,结合自己的临床所得、所感编著而成。本书所选各家临床验案,皆辨证准确,立方谨严,药效明朗,医理精辟,全无“各承家技,始终顺旧”的陋习。相信本书将为广大临床医生提供详尽而实用的脑病诊疗参考资料,亦可为广大医学院校师生进行理论探索和临床运用提供参考。

在本书行将付梓之时,有感该书言简而意赅,医论明晰而捷径,必有益于后人,济于今日之需,幸然为之序。

河南中医学院院长

教授 博士生导师

郑玉玲

2010年11月16日于郑州

中医脑病发展的关键是有效地采集与挖掘中医文献的学术思想和临床经验,而这些中医文献大多以技巧、经验和过程等隐性知识为主,并具有多层次复杂的网络结构。因此,如何对中医脑病文献与临证经验进行梳理辨析,深层次挖掘脑病临床病案的辨证论治规律和独有经验,是开创中医脑病研究新的思路 and 方向。

近年来,中医的临床研究越来越受到中医医家的关注。临床病案作为中医抽象理论的现实载体,体现了中医理论和实践的互动关系,既能说明中医理论的科学性,又能表明中医疗效的可靠性。但中医辨识疾病,始终不能忘记动态地看待不断变化的证,即使有效治疗方案及方药,也要随证加减。因此,如何通过紧扣方药与人体及疾病同步变动的现实,依据“以案统论,以论明理”的方法,总结中医临床脑病病案,将与脑病相关的精彩医论、医案、医话加以系统整理,是中医病案研究和总结的难点。

《脑病辨证施治策略与案例》在编写时针对上述难点提出两个原则,其一,在理论探讨上,力求简其要略,明其脉络,进而知简晓深,知表探里,引导各级医师结合自己的临床所得、所感,明晓中医临床的精华。其二,始终紧扣临床医案展开,就案而论,通过整理,务求反映临床真正有效的内容;就论而言,通过探究医家用药、用方上的特点,道出其用药之妙、痼疾痊愈之理,彰显中医辨证之精妙。

《脑病辨证施治策略与案例》不但参阅了大量的中医各类书籍、杂志,总结了近半个世纪以来中医脑病各家的临床验案,而且对临床病案做到名医论点有出处、方药选择有依据。医论中集萃了大量知名专家的精辟论述、新创方药和临床心得,其学术性与实用性远远超过了“一方一病”、“一家一技”之囿界。同时,编者坚持“融汇新知、贴切实用”的创作原则,在吸纳历代医家临床经验基础上,结合自己的临床所得、所感,针对脑病的演变规律提出自己的独到见解和治疗思路,因此,希冀该书对中医脑病之辨证施治有所裨益。

张怀亮

2010年11月16日

第一章 脑血管疾病

第一节	短暂性脑缺血发作	/1
第二节	脑梗死	/8
第三节	脑出血	/16
第四节	蛛网膜下隙出血	/25
第五节	血管性痴呆	/32
第六节	高血压脑病	/37

第二章 中枢神经系统炎性疾病与寄生虫疾病

第一节	流行性乙型脑炎	/43
第二节	结核性脑膜炎	/51
第三节	化脓性脑膜炎	/57
第四节	脑蛛网膜炎	/61
第五节	颅内脓肿	/68
第六节	脑囊虫病	/74

第三章 神经系统脱髓鞘疾病

第一节	多发性硬化症	/80
第二节	视神经脊髓炎	/86

第三节 急性播散性脑脊髓炎	/93
---------------	-----

第四章

锥体外系统疾病

第一节 帕金森病	/99
第二节 肝豆状核变性	/105
第三节 小舞蹈病	/111

第五章

颅内发作性疾病

第一节 偏头痛	/118
第二节 丛集性头痛	/128
第三节 癫痫	/135
第四节 发作性睡病	/144

第六章

周围神经疾病

第一节 三叉神经痛	/152
第二节 面神经炎	/160
第三节 面肌痉挛	/166
第四节 前庭神经元炎	/173
第五节 梅尼埃病	/178
第六节 多发性周围神经病	/185
第七节 格林-巴利综合征	/193

第七章

神经系统先天性与遗传性疾病

第一节 脑性瘫痪	/202
----------	------

第二节	先天性脑积水	/208
第三节	遗传性共济失调	/214

第八章 神经系统变性疾病

第一节	阿尔茨海默病	/222
第二节	运动神经元病	/229
第三节	多系统萎缩	/238

第九章 颅脑损伤

第十章 颅内肿瘤

第十一章 神经-肌肉接头与肌肉疾病

第一节	重症肌无力	/261
第二节	进行性肌营养不良症	/268
第三节	强直性肌病	/275
第四节	周期性瘫痪	/282

第十二章 精神障碍

第一节	瘾症	/289
第二节	焦虑症	/294
第三节	抑郁症	/301

第四节 恐怖症 /309

第五节 神经衰弱 /315



附录

/322



参考文献

/357

第一节 短暂性脑缺血发作

概述

短暂性脑缺血性发作是局灶性脑缺血导致突发短暂性、可逆性神经功能障碍。发作持续数分钟,通常在 30 min 内完全恢复,超过 2 h 时常遗留轻微神经功能缺损表现,或 CT 及磁共振成像显示脑组织缺血征象。传统的短暂性脑缺血发作,定义时限为 24 h 内恢复。短暂性脑缺血发作,好发于 34~65 岁,男性多于女性。发病突然,多在体位改变、活动过度、颈部突然转动或屈伸等情况下发病。发病无先兆,有一过性的神经系统定位体征,一般无意识障碍,历时 5~20 min,可反复发作,但一般在 24 h 内完全恢复,无后遗症。往往因症状来得快而消失也快,恢复后不留任何后遗症而易被人忽视。短暂性脑缺血发作的主要危险因素有高血压病、心脏疾病、糖尿病、脑动脉粥样硬化、血黏度增高、高脂血症、吸烟和酗酒等不良生活习惯、肥胖、高龄和男性、直系亲属中有脑血管病的人、不良饮食结构等。短暂性脑缺血发作症状繁多,有轻有重,轻者一年发作数次;重者一日发作数次,一月发作数十次。实际上,短暂性脑缺血发作症状虽轻,但后果严重,如不及时治疗,据统计,有 25%~40% 患者,在 5 年内将产生严重的脑梗死,而威胁患者生命。脑梗死的患者中的 1/3~2/3 曾经发生过短暂性脑缺血发作。因此,医学家们常常把它看成是脑血管病的先兆或危险信号。

中医原著名言

根据本病猝然为病,旋即而复,符合风邪致病的特点,可归属于中医学“中风先兆”、“类中风”等范畴。元代罗天益在《卫生宝鉴·中风门》提到:“凡大指、次指麻木或不用者,三年中有中风之患。”朱丹溪提出:“眩晕者,中风之渐也。”明代李用粹在《证治汇补·预防中风》中也强调:“平人手指麻木,不寸眩晕,乃中风先兆,须预防之。宜慎起居,节饮食,远房帏,调情志。”《医林改错》云:“有头无故一阵发沉者……有头项无故一阵发直者”。《医林改错》亦云:“未得半身不遂以前,有无故一阵眼睛发热者,有眼前长见旋风者;有平素聪明,忽然无记性者,有忽然说话少头无尾语无伦次者。”以上论述均表明,应识别中风先兆,及时处理,以预防中风发生。

预后

不同病因的患者预后不同。如不发展为其他脑血管病,可自行缓解,或经过及时正确的治疗而得到控制,预后良好。约 1/3 患者最后发生脑梗死,1/3 的发作自然消失,1/3 继续有发作,主要死亡原因为脑卒中和心肌梗死。

诊断与鉴别诊断

(一) 临床表现

1. 颈内动脉系统短暂性脑缺血发作 ①单眼突然出现一过性黑矇,或视力丧失,或白色闪烁,或视野缺损,或复视,持续数分钟可恢复;②对侧肢体轻度偏瘫或偏身感觉异常;③优势半球受损出现一过性的失语或失用或失读或失写,或同时面肌、舌肌无力;④偶有同侧偏盲。其中单眼突然出现一过性黑矇是颈内动脉系统短暂性脑缺血发作的特征性症状。

2. 椎-基底动脉系统短暂性脑缺血发作 ①最常见的症状是一过性眩晕、眼震、站立或步态不稳;②一过性视物成双或斜视、视力模糊、视物变形、视野缺损等;③一过性吞咽困难、饮水呛咳、语言不清或声音嘶哑;④一过性单肢或双侧肢体无力、感觉异常;⑤一过性听力下降、延髓性麻痹、交叉性瘫痪、轻偏瘫和双侧轻度瘫痪等;⑥短暂性完全健忘,表现为记忆力全部丧失,但神志清楚,说话书写及计算能力保持良好;⑦少数可有意识障碍或猝倒发作。

3. 特殊类型的短暂性脑缺血发作 近年来随着 CT 和磁共振成像在临床上的广泛应用,发现多数短暂性脑缺血发作患者存在小灶性脑梗死损害,国外学者报道脑 CT 扫描检查表现为低密度梗死灶者占 10%~40%,而磁共振成像检查有脑实质改变者可高达 84%,因而提出应以“有短暂性神经体征型脑梗死”描述那些临床上符合短暂性脑缺血发作,但脑 CT 扫描或脑磁共振成像检查显示有脑梗死的病例。

(二) 诊断标准

采用 1995 年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》标准:①为短暂的、可逆的、局部的脑血液循环障碍,可反复发作,少者 1~2 次,多至数十次。多与动脉硬化有关,也可以是脑梗死的前驱症状;②表现为颈内动脉系统和(或)椎-基底动脉系统的症状和体征;③每次发作时间通常在数分钟至 1 h,症状和体征应该在 24 h 内完全消失。

(三) 鉴别诊断

1. 局灶性运动性癫痫 其应与颈内动脉型短暂性脑缺血发作进行鉴别,局灶性运动性癫痫多数为脑部器质性病变,年轻人多见,多为一侧肢体或身体某部位的一系列重复抽搐动作,大多见于一侧口角、眼睑、手指或足趾,也可涉及一侧面部或一个肢体的远端。较严重的发作后,发作部位可能遗留暂时性受累肌肉的瘫痪。局部抽搐偶然持续数小时、数天,甚至数周,则发展成持续性部分性癫痫。有癫痫发作病史,脑 CT 扫描或磁共振成像

可发现脑内病灶,脑电图检查有癫痫电波。抗癫痫药可控制发作,可作鉴别,而颈内动脉型短暂性脑缺血发作脑电图检查正常,发作持续时间小于24 h。

2. 内耳眩晕症 其是由于内耳膜迷路积水引起平衡功能及听觉障碍而导致的真性眩晕,应和椎-基底动脉短暂性脑缺血发作进行鉴别。其共同点是均有眩晕,但短暂性脑缺血发作在老年人中多见,内耳眩晕症多见于中青年且伴有耳鸣,内耳眩晕症发作持续时间长,可以达到数天,之后逐渐缓解,一次发作常超过24 h,部分病情存在周期性发作的特点,反复发作时常导致永久性听力下降,神经系统检查没有定位体征,与短暂性脑缺血发作短暂发作形式不同,且短暂性脑缺血发作多有心脑血管危险因素存在。

3. 晕厥发作 晕厥发作多见于年轻女性,是指突然发生的短暂性意识丧失状态,是暂时性的、广泛性脑供血不足而引起的短暂性意识丧失。常由躯体因素引起,如低血糖、碱中毒以及脑组织本身损伤所致,也可继发于脑的血液循环障碍。其临床特点是急性起病、短暂性意识丧失。患者常在晕厥发作前约1 min出现前驱症状,表现为全身不适感、视力模糊、耳鸣、恶心、面色苍白、出冷汗、四肢无力,随之很快发生晕厥。晕厥发作时,随意运动和感觉丧失,有时呼吸暂停、心律减慢,甚至心脏停搏,此时难以触及桡动脉、颈动脉的搏动。临床表现以面色苍白、意识丧失和突发性瘫倒为典型表现,多伴有头晕、眼花、恶心、出冷汗等先兆症状。一般持续2~3 min,继之全部功能逐渐恢复。患者苏醒后可有腹部不适、恶心、呕吐有便意,甚至大小便失禁,有极度疲劳、嗜睡,持续时间为几分钟至半小时。发作后检查可以无阳性体征。而短暂性脑缺血发作以老年人多见,发作持续时间小于24 h,发作诱因是多在体位改变、活动过度、颈部突然转动或屈伸等情况下发病,发病无先兆,一般无意识障碍。

4. 心源性疾病(心律失常、病态窦房结综合征) 临床中脑动脉硬化患者常同时并有冠状动脉粥样硬化性心脏病,冠心病不仅影响全脑功能,还与颅脑前后循环系统的短暂性脑缺血发作密切相关。严重心律失常如室上性及室性心动过速、心房扑动、多源性室性早搏及病态窦房结综合征,原发性或继发性自主神经功能不全亦可因血压及心律急剧变化,出现短暂性全脑供血不足和发作性意识障碍。这组疾病可引起头昏、晕倒及意识丧失,血压及心电图检查可有异常发现。症状与短暂性脑缺血发作(特别是椎-基底动脉系统短暂性脑缺血发作)易混淆,通常缺乏局灶性神经症状和体征。连续12导联心电图的监测、神经系统的查体、诊断性治疗及心源性疾病的病因治疗有非常重要的鉴别意义。

辨证分型与施治策略

(一)辨证分型

1. 肝阳上亢 头晕目眩,甚则头昏胀痛,烦躁易怒,口干口苦,少寐多梦,恼怒后症状加重,肢体发麻、震颤,舌强言謇,舌质红、苔薄黄,脉弦或弦数。

2. 痰浊阻滞 头晕目眩,头重如裹,胸闷身重,脘腹痞满,肢体麻木,体丰面白,语塞,甚至神智迷蒙。舌苔厚腻,脉弦滑。

3. 气虚血瘀 阵发性眩晕,发作性偏身麻木,短暂性言语謇涩,一过性偏身瘫软,瞬时性视歧昏瞀,面色无华,心悸气短,自汗乏力,舌质暗淡或有瘀斑或边有齿痕、苔白腻,脉

沉细。

4. 肝肾阴虚 头晕耳鸣,失眠健忘,五心烦热,腰酸腿软,四肢震颤,手足麻木,或半身感觉异常,或一侧肢体无力,一过性言语謇涩,舌质红、少苔,脉弦细数,两尺脉弱。

5. 瘀血阻络 头昏、头痛,眩晕,肢体麻木,震颤,语言謇涩,舌暗红或有瘀斑,脉沉涩。

6. 阴阳俱虚 面色苍白或潮红,精神不振,形寒肢冷,或手足心热,盗汗,自汗,头晕目眩,失眠多梦,耳聋耳鸣,腰膝酸软,腰痛,舌淡、苔白,脉沉细或沉迟。

(二)辨证施治

1. 肝阳上亢证

治法:平肝潜阳熄风。

方药:天麻钩藤饮加减。天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、杜仲、桑寄生、益母草、夜交藤、牛膝、茯神等。眩晕头痛症状较重者,加代赭石_{先煎}、生龙骨_{先煎}、生石决明_{先煎};心中烦热者,加牡丹皮、栀子、黄连。

2. 痰浊阻滞证

治法:燥湿化痰通络醒窍。

方药:半夏白术天麻汤加减。制半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、郁金、石菖蒲、远志、葛根、蔓荆子等。头沉重者,加藿香、佩兰、白蒺藜、厚朴、薄荷_{后下};便秘,苔黄厚腻者,加全瓜蒌、生大黄_{后下};肢体麻木者加木瓜、伸筋草、防己、鸡血藤。

3. 气虚血瘀证

治法:益气活血。

方药:补阳还五汤加减。黄芪、全当归、桃仁、红花、赤芍、川芎、地龙等。胸闷气短、心悸、懒言少语或动则气喘、乏力等气虚明显者,加党参或太子参;舌有瘀斑、舌下脉络青紫,脉沉涩者,加莪术、水蛭、鸡血藤。

4. 肝肾阴虚证

治法:滋补肝肾。

方药:六味地黄汤加减。熟地黄、茯苓、白芍、泽泻、枸杞子、山茱萸、山药、赤芍、何首乌、牛膝、葛根等。痰热盛者,加胆南星、竹沥、川贝;心中烦热者,加黄芩、生石膏_{先煎};失眠多梦者,珍珠母_{先煎}、生龙齿_{先煎}、夜交藤、茯神;头痛头胀、目眩较重,属肝阳过亢者,可酌加石决明_{先煎}、白蒺藜、夏枯草等。

5. 瘀血阻络证

治法:活血化瘀通络。

方药:桃红四物汤加减。当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙、葛根、水蛭、牛膝、香附等。痰浊者,加制半夏、陈皮;血虚者,加女贞子、旱莲草;瘀血严重者,加三棱、莪术;身体痛甚,加鸡血藤、延胡索。

6. 阴阳俱虚证

治法:滋阴温阳。

方药:地黄饮子加减。干地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、苁蓉、炮附子、五味子、肉桂、茯苓、陈皮、远志、石菖蒲。热者,加黄芩、生石膏_{先煎};失眠多梦者,珍珠母_{先煎}、生龙齿_{先煎}、夜交藤;腰膝酸软较重、舌质红、脉细数属阴虚较甚者,加首乌、女贞子等。

(三) 施治策略

本病为中风先兆,有“大风将至”之虞,基本病机为本虚标实。本虚是发病基础,标实为发病动因。患者平素多有肝肾不足、气血两亏、瘀血痰浊内停之隐忧。治疗应以平肝熄风、活血通络为主旨。由于本病多为内风所致,存在阴虚风动、血虚生风的病机,临床组方遣药应注意避免使用辛燥温热之品。治疗时并可配合西医抗凝及扩张脑血管等药物以终止或减少发作,预防脑梗死。

(四) 调护

平时在饮食上宜食清淡易消化之物,忌肥甘厚味、动风、辛辣刺激之品,并禁烟限酒,要保持心情舒畅,劝患者调养情志,喜怒有节,避免情志内伤,做到起居有常、饮食有节,避免疲劳,以防止卒中和复中。前贤云:“劳则气耗”、“动则阳张”,劳作和情志因素常常是发病的始动因素,临证应高度重视。

病案示例与分析

(一) 名家案例

周仲英医案

华某,女,60岁。初诊(2004年8月18日):两旬前因热贪凉,引起右侧后脑发胀,头皮麻木,右侧颜面感觉迟钝,背胀,手臂发麻,夜间口干,二便正常,形体较丰,既往有颈椎病病史,苔黄质暗红,脉小弦滑,血压:16.6/9.3 kPa。CT查左侧基底节腔梗。拟从外风入客,痰瘀阻络,类中风治疗。处方:天麻10g,白蒺藜10g,炙僵蚕10g,炙全蝎5g,广地龙10g,制南星10g,鸡血藤15g,片姜黄10g,羌活6g,防风10g,川芎10g,赤芍10g,川石斛10g,桑寄生15g,日1剂。

二诊(2004年8月25日):后脑时胀时平,头皮颜面麻木减轻,右侧卧位时颈背部不舒,多言后头昏,右目有绷紧感,右手无名指、小指时麻,有时便溏,汗多,夜晚口干有减,舌苔薄黄腻质黯红,脉细滑。血压:15.9/10.6 kPa。治守原法:8月18日方加葛根15g,生黄芪15g,日1剂。

三诊(2004年9月1日):后脑僵硬,牵引感有所缓解,右侧卧时较重,汗多,右手臂吹风不适,便溏,稍有口干,夜晚明显,苔脉如前。效不更方,宗原意续进:8月18日方加葛根20g,生黄芪20g,生地黄10g。

案例分析:明代王履从病因学角度首次把中风分为“真中风”和“类中风”两大类,后世医家大都继承了王履提出的类中风概念,并不断从多方面将其发展、完善。本案素体痰湿内盛,复因空调贪凉,受风,外风引动内风,肝风夹痰上扰清空,湿痰阻络,气血失和。故当内外并治,标本兼顾。用天麻、白蒺藜熄风化痰平眩;僵蚕、全蝎、地龙、制南星搜风通络祛瘀;鸡血藤、片姜黄、川芎、赤芍活血通经化瘀,石斛、寄生补肝肾以固其本;羌防疏风散邪以治其标。形盛气虚,卫外不固,易于受邪,方中以一味黄芪卫外实表,兼能益气通脉,方药与病机丝丝相扣,故得显效。