

急则治标破虚象，分期论治痰热清

—急性进展性脑梗死

姓名：朱某某 **性别：**女 **年龄：**63 岁 **2025 年 9 月 29 初诊**

主诉：突发言语不清，右下肢活动不利 8 小时余。

现病史：患者于 2025 年 09 月 28 日 19:00 时左右出现言语不清、右侧肢体活动不利，当时未重视，凌晨 00:00 时左右症状加重，不能行走，至我院急诊查头颅 MR 提示左侧基底节急性腔梗。入院时：患者言语不清，右肢活动不利，不能独立行走，倦怠明显，未进食，寐多，二便调。

查体：BP：151/99mmHg，心肺听诊未闻及异常，双下肢无水肿。专科检查：神清，运动性失语，右侧肢体肌力在 4 级左右，左下肢肌力 4 级，四肢肌张力正常，腱反射（++），双侧病理征阳性。

个人史：出生于江苏省连云港市久居本地，居住条件良好，无地方病或传染病流行区居住史。否认有吸烟史，否认有饮酒史。

既往史：有“脑梗死后遗症”病史 2 年余，遗留左下肢活动不利，平素未规律服“抗栓”药物。既往有“高血压”病史 5 年。有“脑膜瘤术后”病史 19 年，“畸胎瘤术后”病史 5 年。

过敏史、家族史：均无。

辅助检查：头颅 MR 绿色通道：左基底节急性腔梗；双侧大脑中动脉 M1 段狭窄（2025-09-29 本院）。

中医体征：面色少华，精神不振，形体适中，舌质红，苔白，脉弦。

诊断：中医诊断：缺血性中风，阴阳两虚证；**西医诊断：**脑梗死、脑梗死后遗症、高血压。

入院后予以积极双联抗板、强化降脂、抗自由基等治疗。2025 年 09 月 30 日（入院第二天）出现右肢活动不利加重，双眼运动受

限，咽反射减弱，右肢肌力 3 级。查头颅 CT 排除出血后，考虑进展性卒中，将口服抗板药改为替罗非班静脉泵入强化抗板治疗后病情改善。2025 年 10 月 02 日（入院第 4 天）再次出现右肢活动不利加重，右上肢肌力 1 级，右下肢肌力 3-级。复查头颅 MR 示左侧基底节急性脑梗死（病灶较前扩大）。同时完善头颅 CTA 示颅内多发血管狭窄，C7 段瘤样突起。头颅 CTP 显示：核心梗死灶体积为 0.00mL，低灌注区体积为 0.92mL。全脑 DSA 示左侧脉络膜前动脉显影浅淡。左锁骨下动脉起始处斑块形成伴官腔轻度狭窄。无血管内治疗指征。

目前患者言语欠清，右肢活动不利，左下肢活动不利，行走不能，情绪低落，倦怠甚，饮食饮水偶呛咳，怕热，手足心热，不欲饮，若饮则喜凉饮，少量汗出，周身乏力，不思饮食，寐多，小便稍黄，大便不畅（使用开塞露后偏稀），舌红，苔白，脉弦。

治法：调补阴阳

选方：地黄饮子

方药：熟地黄 12g，酒萸肉 15g，石斛 12g，麦冬 15g，五味子 5g，石菖蒲 10g，蜜远志 10g，茯神 10g，酒苁蓉 8g，巴戟天 10g，薄荷^{后下} 10g，生姜 6g，大枣 10g，3 剂，水煎服，日两次。

2025 年 10 月 5 日

药后，患者仍表现为右肢活动不利，且仍有肢体乏力轻度进展表现，情绪低落，表情淡漠，不思饮食，纳少，寐多，小便偏黄，大便不畅，舌红，苔白，脉弦。请丰老师指点！

2025 年 10 月 6 日

丰广魁老师查房：患者右肢活动不利，语言謇涩，口唇青紫，情绪低落，身热喜凉，手足心热，有汗，不发热，纳少，思睡，大便黏滞，舌红，苔白，脉弦滑有力而缓慢。中风病分为急性期、恢

复期、后遗症期。急性期以实、以热为主，恢复期虚实夹杂，后遗症期虚实夹杂、以虚为主。中风的实性病理关键是风、火、痰、瘀。在急性期即使有虚的症状也暂不考虑，急则治其标，待病情恢复时再调理本虚。四种病理产物中，以“痰”和“瘀”最为常见。在病情严重时如昏迷的情况下，多以“火”为主，表现为高热惊厥、大便干结、大便臭等。“风”主要表现为发作性症状，如TIA（短暂性脑缺血发作），如风一样来去自如、时作时息。在中风病中，有关“风”的表现所占比例总体来说不多。在中风病急性期治疗原则中，除了高热、昏迷从“热”的方向治疗外，其他主要从“痰”和“瘀”的方向开展治疗，痰有痰热，瘀有瘀热，二者可相互兼夹。对于本案患者，中医诊断：缺血性中风病，证型：痰热互结，治法：清热化痰。选方：黄连温胆汤加减，方药如下：黄连 9g，法半夏 10g，陈皮 24g，茯苓 15g，枳实 15g，竹茹 10g，郁金 12g，石菖蒲 6g，5剂，水煎服，日两次。

本案患者，从舌脉来看，以痰热为主，故而不适合使用“补”药，肉桂、附子不用，滋阴补肾的药也不能用。脑血管病急性期一般不使用“补”法，在治疗过程中要明确这个思路。患者情绪低落，故而加郁金行气解郁、疏肝利胆。患者思睡，精神萎软，提示痰蒙清窍严重，故而陈皮用量较重。本案患者无头晕头痛，故而不采用“平肝潜阳”之法；患者仅有“口唇青紫”，其他瘀象不显，故而不采用“活血化瘀”之法。

2025年10月11日

药后，患者右肢活动不利较前有所改善（右上肢肌力3-级，右下肢肌力3+级，语言仍謇涩，情绪较前明显高涨，仍身热喜凉，口

干，汗出不显，纳可，睡眠时间较前减少，大便两日一行，便质软，舌红，苔白，脉弦滑。上方将陈皮量减至 12 克，再进 7 剂。

编者按：本案例充分展现了丰广魁老师在中风病诊治方面的独到见解和精湛医术，对临床具有重要的指导价值。

丰广魁老师明确提出中风病应分为急性期、恢复期、后遗症期三期论治，各期虚实侧重不同。急性期以实、以热为主；恢复期虚实夹杂；后遗症期虚实夹杂而以虚为主。这一分期理论切中临床实际，为不同阶段的辨证论治提供了清晰的框架。本案患者此次发病仅 8 小时余，病情反复进展加重，显然属于急性期范畴。原治疗方案诊为“阴阳两虚证”而投以地黄饮子调补阴阳，虽见患者“情绪低落、周身乏力、不思饮食”等虚象，但未能准确把握疾病所处阶段，犯了“虚实不分”之误。

丰老师强调“在急性期即使有虚的症状也暂不考虑，急则治其标，待病情恢复时再调理本虚”，这是本案的核心要点。患者虽表现出诸多虚弱症状，但细察其舌红苔白、脉弦滑有力、身热喜凉、手足心热、口唇青紫等，实为痰热内蕴、蒙蔽清窍之象。此时若一味补虚，势必闭门留寇，使邪热愈盛，病情难以控制。果断改用黄连温胆汤清热化痰，体现了“治病必求于本”的中医思维。这一转变提醒我们：临床辨证不能只看症状表象，必须四诊合参，尤其要重视舌脉这一客观指标。另外，丰广魁老师指出中风实性病理关键为风、火、痰、瘀四者，其中以“痰”和“瘀”最为常见。在急性期治疗中，除高热昏迷从“热”论治外，主要应从“痰”和“瘀”着手。本案患者无高热昏迷，亦无明显风象（发作性、时作时息），瘀象仅见“口唇青紫”而不显著，故治疗重点应在“痰热”。方中黄连清热燥湿，法半夏、陈皮、茯苓、枳实、竹茹理气化痰，痰去

则热清，清窍得开，神志自明。陈皮重用至 24g，针对患者“思睡、精神萎软”等痰蒙清窍严重之象；加郁金疏肝解郁，切合患者“情绪低落”之症；石菖蒲化痰开窍，诸药合用，切中病机。患者无头晕头痛，故不用平肝潜阳之品；瘀象不显，故不强调活血化瘀；舌脉提示痰热，故不用温补之肉桂、附子，亦不用滋阴之品。这种“有是证用是药”的精准思维，避免了盲目堆砌药物的弊端，体现了“大道至简”的中医智慧。（乔本玉）