

误断气虚效不彰，真武温阳水饮消

—脑梗死后乏力症

姓名：王某某 **性别：**男 **年龄：**54岁 **2025年8月28日 初诊**

主诉：四肢乏力两月余。

现病史：患者于2025年6月15日出现四肢乏力，头晕，视物模糊，行走欠稳，言语不清，无肢体抽搐，无吞咽困难、饮水呛咳，查头颅MRI：双侧脑干腹侧急性梗塞；右侧侧脑室体旁陈旧性梗塞灶；双侧侧脑室旁缺血灶（Fazekas1级）；脑部MRA示双侧大脑后动脉局部狭窄，考虑为动脉硬化；头颅SWI未见异常改变。予抗血小板聚集、降脂稳定斑块等治疗，遗留四肢乏力、麻木等症。刻下：患者四肢乏力、麻木，行走欠稳，头晕，头重如裹，视物模糊，言语不清，倦怠懒言，动则汗出，手足发凉，渴不欲饮，食欲不振，大便干，小便频，夜寐安。

查体：血压：140/85mmhg，心肺听诊正常，双下肢不肿。神志清，构音障碍，左侧鼻唇沟略浅，伸舌左偏，咽反射减弱，四肢肌力4级，肌张力正常，双侧肱二头肌反射、膝腱反射（+），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。

既往史：“2型糖尿病”10余年，平素口服“二甲双胍、瑞格列奈”，“双耳中耳炎致双耳听力下降”病史20余年，曾因外伤致“右下肢

骨折”行手术治疗。

过敏史：有“**头孢**”类药物过敏史。

家族史：无。

辅助检查：头颅 MRI：1.右基底节区、丘脑缺血梗塞灶，2.脑萎缩，3.MRA 示脑动脉粥样硬化。（2025.08.18 连云港市中医院）

中医体征：形体适中，精神不振，舌暗淡，苔薄白、水滑，脉沉细。

诊断：中医诊断：缺血性中风，气虚湿阻证；西医诊断：脑梗死、2 型糖尿病。

治法：益气活血，化湿通络

处方：补阳还五汤合二陈汤

方药：生黄芪 20 克、当归 15 克、赤芍 10 克、地龙 10 克、川芎 10 克、红花 10 克、桃仁 10 克、法半夏 10 克、陈皮 10 克、茯苓 10 克，3 剂，水煎服，日两次。

2025 年 8 月 30 日

药后，患者症状改善不显，仍四肢乏力、麻木明显，行走欠稳，头晕、头重较前有所减轻，仍视物模糊，言语不清，动则汗出，手足发凉，渴不欲饮，食欲不佳，大便干，小便频，睡眠安。请丰广魁老师指导！

2025 年 8 月 31 日

丰广魁老师查房：患者四肢乏力、麻木，头昏头重，懒动，手足不温，喜暖，口渴不喜饮，汗多，舌暗淡，苔薄白、水滑，脉沉细。其中倦怠乏力，手足不温，喜暖，提示阳虚。口渴不喜饮，苔水滑，

提示水饮。该患者中医诊断：缺血性中风，证型：阳虚水泛，治法：温阳化气，选方：真武汤，方药如下：制附子 9g^{（先煎）}、茯苓 30g、炒白术 12g、生白芍 12g、生姜 18g，5 付，水煎服，日两次。该患者舌虽然偏暗淡，但暗的不明显，说明血瘀不明显，且存在虚象，所以使用补阳还五汤不合适。补阳还五汤虽然有生黄芪，有补气的作用，但方中还有活血药，其核心病机是气虚，同时伴血瘀。若气虚伴水饮，或伴痰湿，补阳还五汤也不合适。二陈汤的核心是痰湿，但这个患者是水饮为主，也并非痰湿。目前使用真武汤主要是针对阳虚水泛治疗，对四肢麻木暂时可能没有特别治疗，若药后仍觉麻木明显，可以合黄芪桂枝五物汤。要注意的是，临床上常用豨莶草、川芎、桑枝这几味药治疗麻木，但虚寒的患者使用效果不佳，因为这几个药偏寒凉，不适合虚寒证。对虚寒的患者，可以重用黄芪、桂枝，如黄芪桂枝五物汤，其中黄芪可用到 30-60g。

2025 年 9 月 5 日

服药 5 付后，患者头昏减轻，乏力改善，之前需扶行，现可独立缓慢行走。怕冷感改善，麻木也有所减轻，守原方 5 付。

2025 年 9 月 9 日

患者诉头昏头重、情绪低落明显改善，四肢麻木、乏力、多汗部分改善，目前颈枕部沉重感，右肢麻木为主，手足欠温，喜暖，纳眠可，大便成形，小便调。舌暗淡，苔薄白、水滑，脉沉细。

2025 年 9 月 10 日

丰广魁老师再次查房：患者目前多汗减轻，四肢欠温，右下肢麻

木伴颈项僵硬、沉重，说话及行走稍多即感乏力，纳眠可，二便调，舌暗红，苔薄白水滑，脉细滑。综合四诊，当下中医诊断：眩晕病，证型：阳气亏虚，营卫不和；治法：调和营卫，兼温阳，选方：桂枝加附子汤加味，方药如下：桂枝 12g、生白芍 12g、甘草 6g、制附子 6g、生姜 12g、葛根 18g、羌活 6g，4 付，水煎 400ml，日两次。上方合桂枝加葛根汤意在舒筋通络。患者整体阳虚为主，阳虚则静，阳盛则动，所以患者见精神差，思睡懒动，闷闷不乐，不喜与人言，此类患者不必解郁，根据寒热虚实，予真武汤温阳化饮，故改善明显。但药后，患者仍畏寒喜暖、汗出、肢体麻木，单纯通络药物，如虫类药，亦不合适，应当以温补为基础，桂枝汤类为强壮、补益剂，如桂枝加附子汤治“漏汗不止”。所以多汗患者并非不能用附子，要搞清楚什么原因引起的多汗，是阳虚？还是阳亢？阳虚表卫不固则可用此类方，前提是辨证。

2025 年 9 月 14 日

药后，患者头昏症状基本消失，情绪一般，汗出不显，颈枕部沉重感大减，手足转暖，右侧肢体仍有麻木感，纳可，寐安，二便调，舌暗淡，苔薄白、脉沉细。守上方一周。

编者按：本患者经丰广魁教授先后两次查房，首次选用真武汤，源自东汉张仲景所著《伤寒杂病论》，是经典的温阳利水代表方。《伤寒论》中“太阳病发汗，汗出不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者”，指真武汤被用于治疗太阳病发汗太过，损伤少阴肾阳，或阳虚之人外感寒邪直中少阴，导致肾阳衰微、不能化气

行水，水饮内停泛滥肌肤。而在《金匱要略》中，则拓展应用于“肾水”所致的“腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者”，以及妇人妊娠阳虚水停之证。方中以附子辛温补肾，化气行水，兼暖脾土、运水湿；茯苓、白术为臣，健脾渗湿，助附子温阳利水；生姜辛温，既助附子温阳散寒，又合苓、术宣散水湿，且能制约附子之毒；芍药为佐，利小便以行水气，柔肝缓急以止痛，敛阴舒筋以解筋肉瞤动，亦防附子燥热伤阴，五味配伍，共奏温阳利水之效，体现了张仲景“病痰饮者，当以温药和之”及“温阳利水”的治疗思想。

首诊为何不用补阳还五汤，丰广魁老师已讲明原因，一者气虚、阳虚之别，二者血瘀、夹饮、痰湿之差，本案阳虚水饮上犯，补阳还五汤合二陈汤并未直击要害。根据药后反馈情况，患者涉及“精神、情志、体感”等阳虚相关症状改善明显，也证实辨证之准确无误。然而，药后，患者疗效显著，按常理可“效不更方”，但丰老师为何换方“桂枝加附子汤”？

笔者分析有以下原因：首先，患者阳虚引起的水饮上犯，继而产生多种多样的症状，故温阳、化饮两种治法缺一不可，真武汤附子刚烈之性走内外温经扶阳，加之茯苓、白术、生姜温化水饮之功，效果立竿见影。显然，药后患者症状发生了改变，阳虚夹饮相关的“头昏重、情绪低沉、困乏”等改善，转而是“出汗、肢体麻木”为患者当前主诉，主要矛盾为阳虚引起的“经络阻滞、营卫不和”，治法仍以“阳虚”为背景，当然首选“桂枝加附子汤”，温阳通经，调和营卫。另外，关注桂枝加附子汤，所述“治漏汗不止”，杨大华在《皇汉医

学评述》中强调，并不局限于原文“太阳病麻黄剂误汗”所致“漏汗、小便难、四肢微急”，本意强调汗出程度，伤及津液；大塚敬节在《临床应用伤寒论解说》中指出，本方适用的是误用发汗剂而出汗过度、体液丢失，但还未完全陷入四逆汤类方证时的里阴证趋向，脉一般是浮大无力，归属表阴证，但脉象也非定论，沉脉患者亦不在少数，故需与四逆辈区别。另外本案合桂枝加葛根汤，加葛根、羌活意在缓解项僵症状，其内在原因仍是表阳虚微、汗出津伤、腠理受邪，故随证加减，也说明经方之灵活性，不可拘泥于条文！（唐鑫）