

杨沛群治疗缺血性中风后遗症经验介绍

石星宇¹, 彭思杰¹, 吴艳萍¹, 廖星雨¹, 谢丽英² 指导: 杨沛群²

1. 广州中医药大学附属广州中西医结合医院, 广东 广州 510800

2. 广州市中西医结合医院, 广东 广州 510800

[摘要] 介绍杨沛群教授治疗缺血性中风后遗症的临床经验。杨沛群教授认为, 缺血性中风后遗症的核心病机为本虚标实, 以肾虚髓亏、气血两虚为发病之基, 以瘀血阻络、痰浊蒙蔽为致病之标。在治疗上主张“以经方立根基, 以时方作化裁”, 强调寒温并施、攻补兼顾, 临证尤擅配伍虫类药以搜剔络脉, 独到地运用“仲景三方”(抵挡汤、桂枝茯苓丸、桂枝葛根汤) 辨治颈动脉狭窄及消融斑块, 从而改善中风后遗症的病理基础并降低其复发风险。

[关键词] 中风后遗症; 虫类药; 杨沛群

[中图分类号] R249 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 14-0167-08

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.14.025

Introduction to YANG Peiqun's Experience in Treating Sequelae of Ischemic Stroke

SHI Xingyu¹, PENG Sijie¹, WU Yanping¹, LIAO Xingyu¹,

XIE Liying² Instructor: YANG Peiqun²

1. Guangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510800, China; 2. Guangzhou Hospital of Intergrated Traditonal Chinese and Western Medicine, Guangzhou Guangdong 510800, China

Abstract: This paper introduces Professor YANG Peiqun's clinical experience in treating sequelae of ischemic stroke. Professor YANG posits that the core pathogenesis of this condition is deficiency in root and excess in manifestation, deficiency of kidney essence and depletion of the marrow sea, as well as deficiency of qi and blood, constitute the fundamental basis of the disease, while blood stasis obstructing the collaterals and phlegm turbidity clouding the orifices serve as the pathological manifestations. In terms of treatment, he advocates "taking classical formulas as the structural foundation and flexible prescriptions as the functional application, " emphasizing the simultaneous administration of cold and warm medicinals as well as simultaneous application of purging and nourishing therapeutics. He is particularly adept at employing insect-based medicinals to expel and remove pathogens within the collaterals. Furthermore, he innovatively applies the "Three Zhongjing Formulas" (Didang Decoction, Guizhi Fuling Pills, Guizhi Gegen Decoction) for the differentiation and treatment of carotid artery stenosis and plaque dissolution, thereby improving the pathological basis of sequelae of ischemic stroke and reducing the risk of recurrence.

Keywords: Sequelae of ischemic stroke; Insect-based medicinals; YANG Peiqun

[收稿日期] 2026-01-19

[修回日期] 2026-05-29

[基金项目] 广东省中医药局科研项目 (20251295); 国家中医药管理局杨沛群全国基层名老中医药专家传承工作室建设项目 (国中医药人教函〔2024〕256号); 广州市花都区基础与应用基础研究区院联合资助项目 (24HDQYLH22)

[作者简介] 石星宇 (2000-), 女, 硕士研究生。

[通信作者] 杨沛群 (1969-), 男, 主任中医师, 教授, 硕士研究生导师。

杨沛群教授从事中医临床工作30余年,对中风后遗症的治疗有独到经验,认为本病症状虽纷繁复杂,但核心病机总不离本虚标实,治疗当紧扣辨证论治原则,以益精填髓、恢复气血运行、濡养脑窍为要。善用经方治疗缺血性中风后遗症。笔者有幸跟师侍诊,受益匪浅,现将杨沛群教授治疗缺血性中风后遗症的经验整理介绍如下。

中风病,现代医学称为脑卒中,具有高致死率、高致残率、高复发率的特点。据《2024年中国脑卒中防治报告》数据显示,我国脑卒中发病率呈上升趋势,且年轻化趋势明显^[1]。中风后遗症是指急性脑血管疾病(含缺血性与出血性卒中)经急性期治疗及恢复期康复后,发病6个月以上仍持续存在的神经功能缺损症状,其病理基础为脑组织缺血或出血导致的神经元不可逆损伤^[2],临床表现为半身不遂、麻木、言语不利等。

1 病因病机

1 本虚为基:肾精亏虚,气血俱损

1.1 肾虚髓亏,水不涵木 杨沛群教授指出,中风的直接原因是内风上扰致清窍受损,而内风产生的根源在于正气内虚,同时认为肾精亏损是中风发病的基石,其病机可概括为:①肾水不足,则水不涵木,肝阳化风,上扰清窍。叶天士《叶氏医案存真》云:“质瘦脂亏,稟乎木火。血液既少,内风暗动。”指出阴虚体质的患者可由于肝火旺,疏泄太过,从而藏血功能下降,肝血少易肝风内动,易出现眩晕、中风的特点。水能滋木,固护肾水可助肝木平衡。②久病耗伤,肾精不能化生脑髓,脑窍失养,则神机失灵。《素问·阴阳应象大论》言:“年四十,而阴气自半也,起居衰矣。”^[3]杨沛群教授强调,在后遗症期,治疗不可只盯着“风”字,必须寻其根源,注重滋补肝肾、填

精益髓,所谓“治风先治血,血行风自灭”,此处的“血”亦包含肾精阴液。杨沛群教授基于五脏中肾的生理特点及中风后产生的后遗症症状认为,肾藏志,志指记忆力、意志力和专注力,肾精充足,则志得养,脑力充沛,耳目聪明,思维敏捷,肾精不足,则出现记忆力减退、反应迟钝,甚则言语失利等等。杨沛群教授指出言语不利可巧用地黄饮子,强调“舌之灵动在心,舌之根基在肾”,治疗言语困难,若只活血而不补肾,正如枯树开花,难以为继。杨沛群教授认为,地黄饮子是治疗“下元虚衰,痰浊上泛”之痿痹证的要方,当中风后遗症后期,患者舌质苍老或淡红瘦小,必责之于“肾精亏耗”,此时使用地黄饮子,亦取“壮水之主,以制阳光;益火之源,以消阴翳”之意。

1.2 气血两虚,正不胜邪 《金匱要略》^[4]曰:“寸口脉浮而紧……浮者血虚,络脉空虚;贼邪不泻,或左或右……正气引邪,喎僻不遂。”杨沛群教授常以此解释中风的病机,指出此处的“脉浮”非外感表证,而是气血外散、不能固守于内,导致脉络空虚的表现。正气不足,卫外无力,外邪乘虚而入,或内风乘虚而动,正如《黄帝内经》所言“正气存内,邪不可干”,反之则“邪之所凑,其气必虚”。《金匱要略·中风历节病脉证并治》言:“夫风之为病,当半身不遂,或但臂不遂者,此为痹。脉微而数,中风使然。”^[4]《医宗金鉴》^[5]注释本条以解释中风与痹证的区别,认为风痹为阴病,脉多沉涩,病在局部,为阳病,脉微而数,病涉半身,因虚召风、因热生风而致。受其启发,杨沛群教授认为,脉微气虚则血行无力,血虚则脑脉失养,故气血两虚是中风后遗症缠绵难愈的重要因素。

2 标实为患:瘀血为要,瘀浊胶结

2.1 因虚致瘀,瘀血阻滞 王清任《医林改

错》^[6]创“气虚血瘀”理论,提出:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”认为病程日久,必耗元气,元气虚衰,则无力以行血,血液停留至血管内,则形成瘀血。杨沛群教授推崇此理论,认为元气亏虚无力推动血行,瘀血阻滞脉络,是导致半身不遂的核心病理。正如《素问·调经论》所言:“五脏之道,皆出于经髓,以行血气,血气不和,百病乃变化而生。”气血充足则“阴平阳秘,精神乃治”,气血不调,阴阳失衡,则疾病横生。基于对《金匱要略》^[4]所载“病者如热状,烦满,口干燥而渴,其脉反无热,此为阴伏,是瘀血也”中关于瘀血的论述的认识,杨沛群教授指出,中风后遗症患者常出现口干、烦躁、失眠等貌似“火热”的症状,但脉象却沉涩或无明显数象,这并非实火,而是瘀血内阻,气化不利,津液不能上承所致。这种“假热真瘀”的现象,是瘀血伏于阴分的明证,治疗当以活血化瘀为主,切勿滥用苦寒直折。

2.2 痰瘀互结,蒙蔽清窍 《丹溪心法》^[7]曰:“半身不遂,大率多痰,在左属死血、瘀血,在右属痰、有热,并气虚。”杨沛群教授认为,现代人饮食肥甘厚味,多生痰湿。痰性黏滞,瘀性凝涩,二者在病程中极易胶结,形成“痰瘀互结”之顽证。痰瘀阻滞经络,导致气机升降失常,清阳不升,浊阴不降,故见头晕肢重、舌强语謇,临床亦可见患者中风后出现半身偏冷、或半身有汗。同时,杨沛群教授指出,临床上若见患者舌苔厚腻、舌质紫暗、脉滑涩互见,且伴有神情呆滞、肢体麻木沉重者,必有痰瘀作祟。治当化痰祛瘀,通络开窍。

3 治法与用方

3.1 经方为体,时方为用 经方,狭义指张仲景《伤寒杂病论》中所载的方剂。其特点是:药味精简、配伍严谨、法度森然、疗效卓

著、历经临床验证。为体,即是以六经辨证、脏腑辨证指导为理论核心。时方,即张仲景之后的历代医家所制,往往针对更复杂的病机如痰、郁、瘀、毒,针对更具体的病证,辨证更细腻,用药更灵活。杨沛群教授除擅长使用补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风后遗症、天麻钩藤饮治疗肝肾阴虚型中风后遗症外,还善于使用经方治疗中风后遗症。

3.1.1 桂枝剂附方 桂枝汤被誉为仲景群方之冠,其组方严谨,调和阴阳、调和营卫之力宏。杨沛群教授善用桂枝汤附方:如桂枝加附子剂、桂枝芍药知母剂、葛根汤、黄芪桂枝五物汤等。

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》曰:“太阳病,发汗,遂漏不止,其人恶风,小便难,四肢微急,难以屈伸者,桂枝加附子汤主之。”桂枝加附子汤原方病机为太阳病发汗太过,导致阳虚不固,津液亏损。汗出不止伤阳也伤阴液。杨沛群教授认为,中风后遗症患者更需要注重津液的补充,临床上常见中风后遗症患者半身汗出或动则汗出,此非实热,而是阳虚不固之象。汗为心液,汗出不止,非徒伤阳,亦必耗阴,若一味见汗止汗或仅知滋阴,非但无效,反至阴阳两伤。杨沛群教授善用桂枝加附子汤治疗缺血性中风后遗症阳虚汗证。

桂枝芍药知母汤出自《金匱要略·中风历节病脉证并治》,曰:“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐,桂枝芍药知母汤主之。”原方为治风寒湿邪痹阻关节,郁久化热伤阴,属寒热错杂、虚实夹杂之证。临床常见中风后偏侧肢体疼痛的病症,杨沛群教授认为,桂枝芍药知母汤可用于治疗中风后遗症气虚血瘀兼风寒湿痹阻经络证,是治疗中风后关节疼痛的良方。

葛根汤是在桂枝汤的基础上加入葛根和麻

黄，可解肌舒筋。杨沛群教授认为，中风后遗症患者时有肩背疼痛，肢体痉挛强直，其病机与“项背强几几”同出一辙，故常用其治疗中风后肢体舒筋不利者。

黄芪桂枝五物汤是桂枝汤去甘草加黄芪倍生姜，可治疗血脉凝滞，肌肤失养。杨沛群教授常用其治疗中风后遗症期感觉减退者。

3.1.2 仲景三方 现代医学的“斑块”在中医学古籍中并无相应病名，杨沛群教授在临床中发现，颈动脉斑块的临床表现，与《金匮要略》所载几种瘀血证型高度契合，可将其归属为“有形之实邪”，亦可与仲景所言之积聚、癥瘕相对应，属痰瘀胶结、阻滞脉络之证，此病变不仅是脑卒中发生的重要基础，亦是中风后遗症迁延难愈及反复发作的关键病理环节。杨沛群教授据此提出，治疗中风后遗症不应仅着眼于既有症状，更需从“有形之实邪”入手，消癥化瘀，通利脑络，从而改善脑部气血运行，促使其言语、肢体复常，并降低再发卒中的风险。杨沛群将抵挡汤、桂枝茯苓丸、桂枝葛根汤统称为“仲景三方”，根据患者斑块硬度、形态，以及患者的体质进行精准化裁。

一者，抵挡汤之“破”。抵挡汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治》，曰：“太阳病六七日，表证仍在，脉微而沉……所以然者，以太阳随经，瘀热在里故也。抵挡汤主之。”杨沛群教授认为，若彩超提示斑块回声增强、质地坚硬，且患者体质壮实，伴有大便秘结，舌质紫暗甚至有瘀斑者，此乃瘀热互结于下焦，非峻剂不能攻逐，应取抵挡汤之意，破血逐瘀，直达病所，以消陈旧之顽积。

二者，桂枝葛根汤之“通”。桂枝葛根汤出自《伤寒论·辨太阳病脉证并治》，曰：“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之。”杨沛群教授认为，颈部乃由头入

身之关隘，若见项背拘急不舒，必合用桂枝加葛根汤。同时指出，治斑块不能仅盯着血管，要先松解周边经气。常重用葛根30~50g，以升津舒经，引药上行直达病所。

三者，桂枝茯苓丸之“消”。桂枝茯苓丸出自《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》，曰：“所以血不止者，其癥不去故也，当下其癥，桂枝茯苓丸主之。”杨沛群教授指出，若斑块性质混合(混合回声)，患者表现为肌肤甲错、少腹压痛，可视其为“癥瘕”之初起。桂枝茯苓丸寓补于攻，杨沛群教授常以此方作为基础方长期调理，意在缓消癥块，既能化瘀生新，又不伤正气。

3.1.3 吴茱萸汤 杨沛群教授擅长使用吴茱萸汤及其加减方治疗中风后遗症头晕头痛。杨沛群教授指出，并非所有头晕皆可使用吴茱萸汤，必须抓住“寒、饮、冲”三字要点，即患者必须有畏寒肢冷、吐涎沫或舌苔水滑、头痛如劈、或有气上冲感。且需通过剂量调整，急则治其标，缓则调其本。《伤寒·辨厥阴病脉证并治》言：“干呕，吐涎沫，头痛者，吴茱萸汤主之。”杨沛群教授认为，中风后肝肾阳气进一步亏虚，水液温化无权，停滞为饮。此寒饮并非仅停于中焦，更可循肝经上犯于脑窍，即“巅顶之上，唯风可到”，足厥阴肝经“与督脉会于巅”，或后遗症期气虚运血无力，瘀血内生，同时阳虚失于津液布散，痰浊凝结。此痰、瘀、寒饮相互搏结，形成“浊阴”之邪，上蒙清窍，发为眩晕。关于吴茱萸的用量，杨沛群教授经验独到：对于中风后头晕程度剧烈，伴有恶心欲呕感者，可重用吴茱萸至10g，若配伍大枣可用至15g，同时可配伍党参、干姜等；对于中风后遗症的大多数轻症患者，其病机多虚实夹杂，则主张“小量长流”，可使用5g左右。

3.2 寒温并用，重视脾胃 寒温并用，是指既以温药振奋阳气、推动气血，又佐寒药清解郁热、顾护阴液，使温而不燥，寒而不凝。杨沛群教授在治疗中风后遗症时，常于补阳还五汤中加入黄芩、牡丹皮等清热凉血之品，或于温经通络方中配伍知母、石膏，以防温药助火伤阴，尤其适用于素体阳虚复感外邪，或久病化热夹瘀之复杂病机。杨沛群教授认为，此法契合“阳中求阴，阴中求阳”之理，可调和营卫，平衡阴阳，使祛邪不伤正，扶正不留邪，为治疗疑难杂症的重要法则。同时，杨沛群教授也注重固护脾胃。常引《伤寒论》中注重固护脾胃的例子，如服用桂枝汤要“啜热稀粥一升余”等来提示学生在组方用药时要特别考虑药物是否会导致胃部不适，怎样加减才能固护胃气。杨沛群教授指出，中风后遗症后期多以本虚为基，特别要重视后天之本脾胃在治疗中的作用。

3.3 善用虫类药物 虫类药物有以下特点：①搜剔走窜，通络力强：虫类善动，能深入一般植物药难以到达的经络、骨骸、窠臼之中，起搜风剔邪、疏通顽固痹阻和瘀滞的作用。所谓“飞者升，走者降，血无凝着，气可宣通”。②破积消癥，药性峻猛：许多虫类药物具有破血逐瘀、攻坚散结之功，力专效宏，常用于治疗癥瘕积聚如肿瘤、肝硬化、顽固瘀血。③熄风定痉，以虫治风：取“同气相求”之理，对于病程漫长、病情顽固的慢性病、后遗症，在辨证准确时加入虫类药物，常能取得“植物药”难以企及的突破性效果。叶天士有云：“久则邪正混处其间，草木不能见效，当以虫蚁疏通逐邪。”

杨沛群教授临床应用虫类药物经验丰富，剂量拿捏精准，常根据病情轻重与体质强弱配伍使用。①地龙：性味咸寒，善于通络，清热定

惊，药性相对平和，为通络基础之品，常用5~10 g。②全蝎、蜈蚣：二者均为熄风止痉、攻毒散结、通络止痛之要药，力猛效宏。对于中风后遗症见肢体拘挛、抽搐、麻木疼痛剧烈者，常相须为用。全蝎常用5~10 g，蜈蚣常用1~2条。③乌梢蛇或金钱白花蛇：具透骨搜风、定搐止痉之功。《本草纲目》^[8]载白花蛇“主治：中风湿痹不仁，筋脉拘急，口面喎斜，半身不遂，骨节疼痛，脚弱不能久立，暴风瘙痒，大风疥癩”，白花蛇能透骨搜风，截惊定搐，为风痹、惊搐、癩癣恶疮要药。杨沛群教授认为，白花蛇祛风通络之力尤强，适用于麻木、疼痛症状深入筋骨关节的顽固病例，常在中风危重症时使用1~2条，一般是在患者肌力小于3级时使用。

杨沛群教授运用虫类药物，绝非一味攻伐，而是注重与扶正药物的配伍。常将虫类药物与黄芪、当归、党参、地黄等益气养血滋阴之品同用，旨在使“攻邪而不伤正，通络而有源泉”，体现其“用药如用兵，攻守有度”的学术思想。

3.4 善用药对化痰祛瘀 杨沛群教授注重痰、瘀等病理因素在中风后遗症中的作用。杨沛群教授临床喜用药对治疗，常用的有以下药对：①石菖蒲-远志：化痰开窍，交通心肾。石菖蒲气味芳香，功擅化湿浊、豁痰开窍；远志不仅能祛痰，更能通肾气上达于心，安定神志。两药相配，直指痰蒙清窍之病机核心，旨在涤除蒙蔽脑窍之痰浊，为神明恢复扫清障碍，对于中风后的神识昏蒙、言语謇涩或反应迟钝有良效。②胆南星-丹参：清化热痰，凉血散瘀。此药对意在痰瘀同治、防止化热。胆南星善清化热痰，并能熄风定惊；丹参功同四物，长于凉血活血，祛瘀而不伤新血。针对痰郁日久易生热、瘀血停滞常化热的临床趋势，此药对能

同步化解胶结的热痰与瘀血，切断其化热生风之径，对于伴有内热征象或血管斑块明显的患者尤为切合。③川芎-地龙：活血通络，搜风剔邪。为治疗肢体络脉痹阻的重要药对。川芎为血中气药，上行头目，旁达肢节，活血行气之力强；地龙为虫类搜剔之品，性善走窜，长于通经活络，熄风止痉。二者配伍，一升一钻，能深入经络搜剔盘踞其中的瘀血与伏痰，强力疏通经脉，专治中风后遗之肢体顽固性麻木、疼痛或拘挛等症，可解决“久病入络”之难题。

4 病案举例

例1：任某，女，54岁。2025年7月初诊。主诉：右侧肢体乏力麻木半年，右小腿疼痛明显。患者2025年1月初因突发右侧乏力麻木6小时入院，确诊为急性脑梗死。经急救及康复治疗症状病情稳定出院，但仍遗留右小腿肌肉紧张、麻木、冷痛，右侧肢体肌力尚可，左侧肌力5级，右侧肌力5级，双下肢肌张力尚可。症见：右小腿麻木疼痛，甚至挛急，怕冷。无发热，无腹泻。纳食一般，夜寐欠安，二便调。舌淡、质黯，脉沉。中医诊断：中风后遗症；辨证属阳虚寒凝、痰瘀阻络证。治法：温阳散寒，化痰祛瘀，搜风通络。处方：桂枝10g，白芍20g，麻黄10g，熟附子(先煎)15g，知母10g，防风10g，干姜10g，甘草10g，薏苡仁30g，苍术10g，川牛膝15g，姜黄10g，广东海风藤15g，蜈蚣2g，酒乌梢蛇20g。7剂，每天1剂，水煎。

二诊：右下肢麻木冷痛明显减轻，步态较前稳健，夜寐渐安。查舌淡红、苔薄白，脉沉细。效不更方，原方去干姜，增黄芪至30g以助气行血。续服7剂。

三诊：肢体冷感基本消失，麻木偶作，且自觉麻木处偶有灼热感，伴有口干，大便略

干。久瘀易于化热，此时病机已由单纯“寒凝”转化为“瘀热互结”，宜调整处方。处方：桂枝10g，赤芍20g，白芍20g，知母10g，防风10g，干姜5g，甘草10g，薏苡仁30g，姜黄10g，蜈蚣2条，全蝎5g，地龙10g，大黄10g，黄芩10g，牡丹皮10g，葛根30g，百合15g。

四诊：服药后灼热感消失，大便通畅，肢体麻木疼痛进一步缓解，此时邪气已衰，当重在扶正固本。在三诊方的基础上加入党参15g，生地黄15g，酒乌梢蛇15g。去黄芩、姜黄。

随访半年余，右下肢疼痛未再发作，麻木感基本消失。

按：本案患者虽处于中风后遗症期，但其表现并非单纯气虚。患者舌质淡，主气血两虚或阳气不足。舌质黯，是血行不畅、瘀血内停之征。黯色较紫更为深沉，多主久病入络，瘀血凝滞。脉沉，指脉位深沉，轻取不应，重按始得。《濒湖脉学》^[9]言：“沉行筋骨。”“如石投水。”沉脉主里证，气滞、血瘀、阳虚皆可致此。综合舌淡、质黯与脉沉，此乃气虚推动无力，血行滞涩成瘀之象。气虚为本，故舌淡、脉来沉而乏力；血瘀为标，故舌质见黯。

杨沛群教授认为，本案患者因以久病入络，气血亏虚为本，寒湿痰瘀深伏络脉为标，患者右小腿冷痛、挛急，实乃“寒湿痰瘀”深伏络脉。寒主收引，湿性黏滞，导致经络不通则痛，遂摒弃寻常益气活血法，转以“温阳化瘀”立论。用仲景桂枝芍药知母汤，其方原治“诸肢节疼痛，身体尪羸”之历节病，其“风湿流注，郁而化热”之病机虽与本案不尽相同，然其通阳宣痹、散寒除湿、寒热并调之治法精义，正可借鉴。本案取桂枝、麻黄、附子、干姜之大辛大热，非为发汗解表，意在峻

逐深伏之寒湿，温通凝滞之阳气；白芍、知母、甘草之用，非为清解实热，乃在滋阴柔筋，兼制温药之燥烈，防其劫伤阴血。针对顽麻剧痛、邪伏深邃之候，寻常草木之力已难触及，故师法叶天士“久病入络，须用虫蚁”之训，加入蜈蚣、乌梢蛇等灵动走窜之品。蜈蚣性猛，走窜之力最速；乌梢蛇性平，透骨搜风之功尤擅。二虫相须，能深入络脉，搜剔顽痰死血，松动伏邪病根。二诊，加重黄芪用量，乃画龙点睛之笔，取“气旺则血行，血行则络通”之意，以益气之伟力，助温通、搜剔诸药畅行无阻，共奏扶正达邪之功。三诊，患者出现灼热感、便干，为久瘀化热之势，故用抵当汤之意，加入大黄、黄芩。杨沛群教授常言：“化瘀即是清热。”通过破血下瘀，使内蕴之热随瘀而解。四诊，灼热已消，大便通，此时邪气已衰，治疗应调整为扶正固本，故加入生地黄、党参等。

例2：徐某，男，70岁。2024年11月初诊。主诉：右侧肢体乏力伴言语不利1年余。患者2023年3月因右侧肢体乏力伴言语不利入住本院脑病科，完善相关检查后确诊为脑梗死、颈动脉粥样硬化并斑块形成。2024年7月复查颈动脉彩超示：双侧颈动脉多发低回声及混合回声斑块，左侧较大者约17.6 mm×4.5 mm，右侧较大者约为23.3 mm×5.0 mm。2024年11月求诊于杨沛群教授门诊。症见：右侧肢体乏力，右上肢肌力约5级，行走拖曳，言语稍謇。舌质淡黯、苔薄黄，脉细涩。中医诊断：中风后遗症；辨证属肾虚髓亏，气虚血瘀，痰瘀互结，脉络闭塞证。治法：益肾填髓，化痰祛瘀，消癥通络。处方：黄芪60 g，当归10 g，赤芍10 g，地龙10 g，桃仁10 g，红花10 g，三七粉(冲)3 g，盐杜仲15 g，炙甘草10 g，蜈蚣2条，酒乌梢蛇15 g，葛根40 g，

桂枝10 g，大枣10 g，生地黄20 g，知母10 g。7剂，水煎服。

二诊：肢体有力感增加。考虑到患者七旬高龄，久病伤肾，加用鹿角霜10 g以温肾助阳。

三诊：症状平稳，加用牛大力20 g，川牛膝15 g以强筋健骨，引药下行。

四诊：步态稳健，言语转利。舌淡红、质略黯，苔薄白，脉细。邪气已去大半，转调补气阴。处方：黄芪100 g，赤芍10 g，桃仁10 g，红花10 g，川芎10 g，当归10 g，地龙10 g，生地黄30 g，盐杜仲20 g，续断20 g，北沙参10 g，麦冬10 g，党参10 g。

2025年12月复查颈动脉彩超示：左侧斑块缩小至14.9 mm×4.5 mm，右侧缩小至23.3 mm×3.4 mm，性质趋于稳定。患者肢体功能基本恢复，生活自理。随访至投稿时，未复发。

按：本案患者年届古稀，肾气自半，且病程已逾一载。杨沛群教授指出，其病机关键在于其“本虚标实”之深重与“有形实邪”之胶结。舌质淡黯，淡为气虚、阳气不充；黯为血瘀，久病入络。苔薄黄，提示瘀滞日久，有化热之趋势，或兼有痰浊轻微郁热。脉细涩，《濒湖脉学》^[9]有云，“细脉萦萦血气衰”，“涩脉，细而迟，往来难，短且散，或一止复来。”细为气血两亏，脉道不充；涩为血行滞涩，脉络不通。合而参之，正是正气内虚、鼓动无力、瘀血内生之候。结合其“颈动脉粥样硬化斑块形成”之西医诊断，此斑块实属中医“痰浊”与“瘀血”搏结，附着于脉道之内，渐成“癥积”之形，乃中风发病与复发之宿根。辨证为肾虚髓亏，痰瘀互结，脉络闭塞证。考虑患者气虚为基，重用黄芪60~100 g行气补血，峻补元气，令气旺而血行，奠定扶正基础。

二诊、三诊适时加入鹿角霜、杜仲等温肾填精之品，以“补肾生髓”助“养脑通络”，巩固根本；及至四诊，虑及长期运用辛温通窜之品可能耗伤气阴，遂佐入沙参、麦冬等甘润之品，以求祛邪而不伤正，全程把握“温通不助火，滋补不碍邪”之平衡。除此以外，针对患者双侧颈动脉斑块形成这一“有形之邪”，杨沛群教授从中风后遗症的病理基础出发加以干预，认为其为卒中发生与复发之宿根，据此杨沛群教授并未拘泥于常规益气活血，而是取法仲景，融三方精义于一炉。其一，取桂枝葛根汤“解肌舒筋”之旨，重用葛根至40 g，配以桂枝，旨在松解颈脉挛急、畅通气血上灌脑窍之通路，此即“欲消斑块，先通关隘”之先手。其二，寓桂枝茯苓丸“缓消癥块”之法与抵当汤“破血逐瘀”之力于活血通络药中。方中桃仁、红花合地龙、蜈蚣等虫蚁之品，非仅活血，实具搜剔络中顽瘀死血、软化消融斑块之深意。复查见斑块缩减，不仅是“消癥化瘀”在微观病理层面的印证，亦提示脑络渐通，预后改善，从而促进中风后遗症的整体恢复。综观本案，杨沛群教授以经方智慧直捣瘀瘀巢窠，以虫类药深入搜剔络邪，更以先后天同调、攻补有序之策略贯穿始终，为动脉粥样

硬化性中风及其后遗症层次分明、动静结合之圆机活法。

4 结语

缺血性中风后遗症病程漫长，病机错综复杂。杨沛群教授紧扣“本虚标实”之核心，以经方为体，时方为用，巧用虫类药搜剔通络，并创新性地运用仲景三方辨治斑块，从痰瘀互结、闭阻脑络入手，消癥通络、化瘀开窍，不仅有助于神机恢复、诸症改善，亦可防其再次中风，体现治未病与既病防变之要旨。

〔参考文献〕

- [1] 国家卫生健康委加强脑卒中防治工作减少百万新发残疾工程专家委员会，吉训明.《2024年中国脑卒中防治报告》概要[J].首都医科大学学报，2025，46(6)：947-960.
- [2] 贾建平，陈生弟.神经病学[M].8版.北京：人民卫生出版社，2018：173-176.
- [3] 佚名.黄帝内经素问[M].田代华，整理.北京：人民卫生出版社，2005.
- [4] 张仲景.金匮要略[M].北京：人民卫生出版社，2005.
- [5] 吴谦.医宗金鉴[M].北京：人民卫生出版社，2010.
- [6] 王清任.医林改错[M].北京：中国中医药出版社，2011.
- [7] 朱震亨.丹溪心法[M].北京：人民卫生出版社，2010.
- [8] 李时珍.本草纲目[M].刘衡如，刘山永，校注.北京：华夏出版社，2013.
- [9] 李时珍.濒湖脉学[M].北京：人民卫生出版社，2006.

〔责任编辑：刘淑婷，蒋维超(英文)〕