

李可老中医创加味五生饮在脑卒中后吞咽功能障碍 治疗中的应用体会^{*1}

杨 恂，王忠兰[△]，张大伟，安超文，杨 敏，井小会
甘肃省康复中心医院，甘肃 兰州 730000

[摘 要] 加味五生饮是李可老中医自创用来治疗脑溢血重危急证及癌症晚期多脏器衰竭的抢救方，我科结合冷热刺激辨证试用于脑卒中后吞咽功能障碍的康复治疗，疗效满意。对加味五生饮的应用有所体会，现结合案例加以阐述。

[关键词] 李可；加味五生饮；脑卒中；吞咽功能障碍；体会

脑卒中患者常见的并发症有认知功能障碍^[1]和吞咽功能障碍。50%脑卒中患者发病后伴有不同程度的吞咽功能障碍^[2]，缺血性脑卒中患者产生吞咽功能障碍的发病率为 51%~73%^[3]，主要表现为进食吞咽困难、饮水呛咳。可影响患者进食，引起脱水、水电解质紊乱和营养不良、心理障碍，甚至可以引起吸入性肺炎，严重时因窒息而危及生命^[4]。严重影响患者的生活质量和预后。

三生饮是《太平惠民和剂局方》^[5]卷一治诸风篇之方，由生附子、生川乌、生南星、木香、生姜组成。治卒中昏不知人，口眼 斜，半身不遂，咽喉作声，痰气上壅，或六脉沉浮，或指下浮盛；兼治痰厥气厥，及气虚眩晕。李可老中医在此方基础上加味创立加味五生饮，主要用来治疗脑溢血重危急证及癌症晚期多脏器衰竭的抢救。我科结合冷热刺激辨证试用于脑卒中后吞咽功能障碍的康复治疗，疗效显著。本文结合病例，简述临床应用体会。

1 加味五生饮治疗脑卒中吞咽功能障碍具体方法如下：

1.1 方药组成：黄芪 500g、生附子 30g、生半夏 130g、生川乌 30g、生禹白附子 30g、生南星 60g、白芥子（炒研）30g、麻黄 45g、辽细辛 45g、干姜 45g、茯苓 45g、炙甘草 60g、人参 30g、山萸肉 120g、防风 30g、生姜 75g、大枣 12 枚、黑小豆 30g、蜂蜜 150g。加减：痰瘀互阻伴有意识不清晰、高热不退者加九节菖蒲、生石膏、童子尿以豁痰开窍，退热醒神；痰多患者加用杏仁、桂枝温肺化饮，气虚血瘀者加用当归、川芎益气活血；燥屎内结的加生大黄通便泄热。

1.2 煎煮方法：取加味五生饮一剂加水 4000mm1，文火煮取约 600mm1，煎煮药液分三份：一份内服剂；一份制成冰棉棒[将直径约 3*5 厘米的棉棒反复蘸取中药汤汁冰冻而成（蘸取中药汤汁约 10mm1），保存时注意避免污染]；一份用作热敷中药剂。

1.3 治疗方法：①内服剂：因患者吞咽障碍，故鼻饲给药，当饮水无呛咳时拔除胃管改口服。每日 3 次，每次 50mm1，连续服用两个月。②体位：患者取坐位，头前倾 30°，

* 文章属 2015 年甘肃省中医管理局立项课题，编号：GZK-2015-56

能够使舌骨肌张力增高,喉上抬;对于不能取坐位的卧床患者,取 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 体位,头抬起,下颌贴前胸,转向健侧。此体位易引起吞咽反射,食物易于通过,减少返流和误吸^[6]。③中药冷热刺激:用制成的冰棉棒轻轻刺激以前腭弓为中心,包括后腭弓、软腭、腭弓、咽后壁及舌后部的刺激部位,同时嘱患者进行吞咽,并将冰化的水咽下($5\sim 8\text{ml}$),以达到中药治疗的双重目的。然后用棉纱布蘸取热敷中药剂外敷甲状软骨至下颌下方的皮肤,冷热交替,内外相治,反复此操作,每次 30 分钟(用冰棉棒 5 根,咽下中药约 $25\sim 40\text{ml}$),每日 2 次,连续治疗两个月。此项训练可以使吞咽反射易于发生,吞咽有力。当饮水无呛咳时拔除胃管自行摄食。但应注意在训练过程中如患者发生呕吐,应暂停进行,以免发生误吸。

1.4 效果:采用此方法治疗一个月左右,患者吞咽顺畅、饮水呛咳减轻或消失,患者的饮水及食物的摄入量都会逐日增多;患者每次吞咽需要的时间逐渐缩短,吞咽时喘鸣及吞咽后喉功能等情况都会逐渐得到改善;患者言语能力都能得到改善:语速增快、吐字较前清晰、音量增大、音调提高;同时随着食物摄入量的增多,患者的营养状况也能得到很大改善。

2 验案举隅:

2.1 患者刘某,男,64 岁,甘肃省天水市人,汉族,农民,2014 年 5 月 20 日来诊。患者于本次入院前 17 天,凌晨起夜时感头晕不适,右侧肢体无力,步行及翻身受限且逐渐加重,意识尚清,无耳鸣耳聋、视物模糊、恶心呕吐、二便失禁及四肢抽搐,遂往当地卫生院诊治,给予对症治疗(具体用药不详),患者病情呈进行性加重至右侧肢体无力,不能翻身起坐,不能言语,考虑“脑梗死”遂转往上级医院神经内科诊治,查头颅 MRI 示:左侧基底脑梗塞。给予抗血小板聚集,抗动脉硬化,营养神经,改善微循环等药物治疗 10 余天,语言不清,仅能够简单对答,右下肢能够抬离床面,但仍感右手抬举无力,屈伸抓握不能,翻身起坐费力,日常生活大部分依赖,吞咽困难,鼻饲饮食,饮水呛咳明显,大便稀溏,小便夜间频至 3-4 次,舌质淡暗舌体胖大苔白腻,脉沉细。为进一步康复治疗收住我科。患者年老体弱,素体脾肾两虚,气血虚弱,血脉瘀阻,引动内风,发为中风。临床表现为肢体偏瘫,大便溏泄,小便频夜尿多。均为脾肾两虚 经络阻滞之象。入院后行肢体康复训练并给予加味五生饮加人参 30g、当归 30g、川芎 15g 补气活血通络,结合冷热刺激治疗,半月后患者饮水已无呛咳,拔除胃管饮食能进,吞咽顺畅,语言清晰。一月后肢体功能恢复、生活自理痊愈出院,随访一年未复发。

2.2 患者卢某某,男,56 岁,湖北省人,农民。2014 年 8 月 12 日来诊,患者于 1 月前,劳动时突发左侧肢体无力,家属搀扶至中医学院附属医院,行头颅 CT 检查示:右侧基底节区脑出血破入双侧脑室。急送省人民医院行开颅血肿清除术,次日清晨手术完成,复查头颅 CT 示:再次出血。2 小时后再次行手术清除血肿治疗。患者手术后一直昏睡,出现肺部感染、胃出血、甲状腺机能减退等并发症,给予气管切开、止血、脱水、抗炎、平喘、化痰、营养神经、补充甲状腺素等综合治疗(具体不详),10 日后逐渐清醒,为求康复治疗转至我科,患者嗜睡,吞咽障碍,鼻饲饮食,言语困难,语声低微,可做简单问答,左侧偏瘫,右侧肢体无力,四肢肌张力增高,各关节活动受限,小便意识差,接尿器接尿,便干,开塞露辅助排便。舌僵,自主伸舌困难,咳嗽咳痰不爽,舌质暗红苔腐腻脉弦细。

患者急性期过后久卧病床，气血亏耗，痰涎壅盛，离经之血阻滞经络故见肢体偏瘫，神志昏愤，嗜睡多卧，舌强不灵，饮食呛咳，言蹇语塞等症。入院后行肢体康复训练并给予加味五生饮加九节菖蒲 30g、生石膏 30g、杏仁 15g 桂枝 15g 以豁痰除湿，醒神开窍，温肺化饮，结合冷热刺激治疗，经治疗 1 月患者意识清晰，饮水无呛咳，拔除胃管自行摄食。继续治疗一月，日常生活部分能够自理，吞咽功能进一步改善，食物摄入量逐日增多，吐字清晰、音量增大。因家中原因出院。一年后电话随访，患者回家三月后因其他原因死亡（死因不详）。

3 体会

中医学认为，脑卒中引起的吞咽困难属“喉痹”范畴，其病性总属本虚标实，以肝肾亏虚为本，痰瘀壅阻咽喉为标^[7]。在古代，医家就认识到舌咽、饮食、构音、吞咽有极其重要的关系。在《内经·灵枢》中记载：“咽喉者，水谷之道也，喉咙者，气之所以上下者也，会厌者，声音之户也，口唇者，声音之扇也。舌者，声音之机也。悬壅垂者，声音之关也，颊颚者，分气之所泄也，横骨者，神气所使主发舌者也。”这段话直接说明了咙、会厌、口唇与饮食、发音、言语有着非常密切的关系。《医学心悟·中风不语辨》中记载：“若胞络受邪，则时错时醒，或时自喜笑，若脾经不语，则人事明白，或口缓，口角流涎，语言蹇涩，若肾经不语，则腰足痿痹，或耳聋遗尿，以此为辨。”是按心、脾、肾三经进行分证，其病因病机是风、火、痰、瘀阻滞心肾经络、上扰神明，阻闭咽关舌窍，经气不通，气血不畅所致，病性为本虚标实；并发的吞咽困难、声音嘶哑则多由气血逆乱，瘀血与痰涎互结于会厌所致，故以活血化瘀，通利咽喉，豁痰开窍是主要治则。

李可是山西省灵石县的一位民间老中医，是山西中医界独具特色的临床家，他在长期的临床实践中，运用中医药，诊治了大量的急危重症病人，取得了宝贵的临床经验，著有《李可老中医急危重症疑难病经验专辑》^[8]，在中医急症方面谓绝无仅有，故被著名中医大家邓铁涛称为“中医的脊梁”；他不仅才识过人，而且医德高尚，李可老中医在实践中，运用考古学中“权”的发现，解决了长期困扰中医界关于经方药物用量的问题，根据病情他使用附子的量为 30~200g，生半夏可用到 130g；在疑难杂症、重症的诊疗上不断地突破与创新，他在一些危重疾病的治疗上取得了进展和突破。本文所用加味五生饮是李可老中医用来治疗脑溢血重危急证及癌症晚期多脏器衰竭的抢救方。我科结合冷热刺激辨证试用于脑卒中后吞咽功能障碍的康复治疗，疗效显著。方中因五种生药配伍故而得名，生南星苦、辛，温，有毒，燥湿化痰，对治风痰，针对形成痰毒气的根气及有形或无形的风痰；生半夏辛，温，有毒，对治胶黏顽痰及饮邪；生川乌辛、苦，热，有大毒，乃破冰之物，针对阴寒冰伏；生附子辛，大热，有毒，有益气破瘀、化阴寒坚冰、通阳作用；生禹白附子辛、甘，大温，有小毒，针对柔风致病疏散风寒，五种生药合用，能发挥破冰解凝、通阳开结、豁痰开窍、祛风除湿作用，大剂量黄芪，其“定中轴、厚土气、运中气”之功可统领五种生药于土中，推动气机运行，调节阴阳平衡。人参、山萸肉等具有推动气机运行，增强人体生生之源和萌发之力，对于本气先虚、寒邪直中三阴、寒热错杂、痰湿瘀浊阻塞络道的中风吞咽障碍患者有很好的效果。“豆风草蜜姜枣参黄芪”与之配伍，再加煎煮时间长，可使五种生药之毒性降到最低，临床应用从未发生毒性反应。

参考文献

- [1] 杨敏, 杨恂等. 中药预知子汤加味治疗卒中后认知障碍临床研究. 西部中医药, 2013, 26 (9): 56
- [2] 朱庸连. 神经康复学. 北京: 人民军医出版社, 2001.
- [3] Han TR, Paik NJ, Park JW. Quantifying swallowing function after stroke: a functional dysphagia scale based on videofluoroscopic studies, 2001, 82 (3): 677-682.
- [4] 大西幸子, 孙启良. 摄食-吞咽障碍康复实用技术. 赵峻译. 北京: 中国医药科技出版社, 2000.
- [5] 刘景源整理, 宋·太平惠民和剂局编. 太平惠民和剂局方卷之五 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 125.
- [6] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [7] 王莹, 裴景春. 针灸治疗中风后吞咽障碍研究进展. 实用中医内科杂志, 2011, 25 (12): 3
- [8] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑 [M]. 山西: 山西科学技术出版社, 2002: 6.

作者简介

杨恂 (1962-), 男, 甘肃会宁县人, 主任医师。主要研究方向: 老年病、消化系统疾病的防治和传统康复。

△通讯作者: 王忠兰 (1981-), 女, 主治医师, 甘肃省兰州市城关区定西路 53 号, 邮编: 730000, 电话: 0931-7849170, E-mail: kfzxyangxun@163.com