

·名医精粹·

DOI: 10.11656/j.issn.1673-9043.2023.05.01

张伯礼教授“以平为期”辨治烟雾病 临证思路*

闫景贤^{1,2}, 肖璐¹, 刘耀远^{1,2}, 黄湘龙³, 李霄³, 马妍⁴, 季宏昌³, 江丰³

(1.天津中医药大学第一附属医院,天津 300381;2.国家中医针灸临床医学研究中心,天津 300381;

3.天津中医药大学,天津 301617;4.天津中医药大学第二附属医院,天津 300250)

摘要:张伯礼教授基于烟雾病脑底代偿血管网脆弱且易破裂出血的疾病特点,将“以平为期”思想贯穿治疗始终,择药以“平和”为善,组方以“中和”为贵。辨治法效中风,重视“瘀、痰、亢、虚”之四端,其虽会随病程阶段的不同而各有侧重,但总体病机演变本于正虚不足,重于痰瘀胶结,危于肝阳暴亢。临证擅于气血合治,以益气活血、理气行血为先,慎用破血逐瘀之品;治痰重在辨舌,以把握用药层次、分度,因势利导以分消其势;若久病入络、窠囊难除,酌以虫类之品通达络脉;在重镇潜阳的同时,兼顾疏、柔两法,形神并调,遂肝性而不悖;先后天以涵养、颐养为主,固护胃气以助药力发挥。

关键词:烟雾病;以平为期;名医经验;张伯礼

中图分类号:R743

文献标志码:A

文章编号:1673-9043(2023)05-0545-06

烟雾病(MMD)在1969年由日本学者首次命名^[1],是双侧颈内动脉虹吸部及大脑前动脉、大脑中动脉起始部进行性狭窄或闭塞,继而代偿形成脑底异常血管网为特征的脑血管疾病^[2],主要分为缺血和出血两种类型,尤其以出血型具有高致残率及高病死率^[3]。目前病因仍不明确,多被认为是遗传因素和获得性环境因素共同作用的结果^[4]。MMD发病人群以儿童及青壮年为主,存在0~10岁与30~50岁两个年龄高峰^[5],其中出血型多见于成年患者。现有治疗手段如血运重建术及抗血小板、钙通道阻滞药、他汀类药物等尚不能控制和逆转病情进展^[6-7],MMD患者最终仍可能因不良脑血管事件,尤其是再次出血而致残甚至死亡^[8]。

张伯礼教授从事中医药临床工作与研究数十

载,深谙“以平为期”道理,并在MMD的治疗中加以运用与发挥,病证结合、法效中风,在病机上重视“瘀、痰、亢、虚”四端,临证时强调不仅要“济衡燮平”为治疗目的,在择药之际即考究思辨,多用性味中正平和之品,并将相辅相成与相反相成两者有机结合,以求组方“允执其中”。笔者有幸跟师学习,现将张伯礼教授治疗MMD临证诊疗思路整理如下。

1 理宗“以平为期”,遣方以稳、和、缓为先

“以平为期”的观念源于《素问》,其言“夫气之胜也,微者随之……无问其数,以平为期,此其道也”,强调治疗应以恢复机体气血阴阳及脏腑功能的平衡协调为限度^[9]。张教授在此观念基础上,结合MMD的疾病特点,兼顾“以平为期”在目标“调平”与手段“平调”的双重内涵应用于择药组方过程之中,强调治疗应“稳”字当头,稳中求效,不必盲目求快。MMD受累动脉主要包括大脑动脉(Willis)环及其分支,可见管腔狭窄、闭塞及管壁韧性下降,而脑底代偿的血管网畸形扩张,管壁菲薄且更加脆弱,可伴有微小动脉瘤的形成,受血流动力学的影响极易发生破裂,造成弥漫性出血。针对MMD上述特点,张教授强调治疗应掌握分度,以“和”为贵,用药以轻灵平和为先,慎用药性峻猛之品,所开处方中多

*基金项目:张伯礼学部委员学术思想经验多维度传承研究项目(CI2022E025XB)。

作者简介:闫景贤(1999-),男,硕士研究生在读,主要从事中医药防治心脑血管疾病方向研究。

通讯作者:江丰,E-mail:wecm@sina.com。

引用格式:闫景贤,肖璐,刘耀远,等.张伯礼教授“以平为期”辨治烟雾病临证思路[J].天津中医药大学学报,2023,42(5):545-550.

数药味的剂量在 15~30 g,且 1 剂服 2 d。在单味中药之药性平和、剂量折中的前提下,张教授善于运用相辅相成的对(队)药,意在协同增效或优势互补,即张锡纯所谓“取其药性化合,借彼药之长,以济此药之短”,而相反相成则体现在将攻补兼施、寒温同调、升降得宜、润燥相合等法度融会贯通。当患者病情或重或危时,依据“非重不沉”“甚者独行”等用药思想,在单味或单组药味直达病所之际,亦兼顾组方整体作用趋势的平正中和,不致偏颇失衡。此外,张教授强调患者病情的恢复应以“缓”为要,循序渐进,尤其在气候骤变之际不可陡然停药,要让机体有一个平缓的适应过程,例如病情稳定者可逐步改为隔日 1 剂或隔日服用 1 次汤药,或夏季停服,待秋冬交替时继服。

2 法效中风辨治,立论以“痰、瘀、亢、虚”为主

张教授临证注重辨病与辨证相结合,强调“以辨病为先,以辨证为主”^[10],治法是将 MMD 归属于“中风”范畴以明晰病机特点,主要从“痰、瘀、亢、虚”4 个证候要点加以论治。张仲景《金匮要略》提到“孙络血溢,则经有留血,血瘀则中风使然”,《丹溪心法》指出中风“半身不遂,大率多痰”,并首倡“痰挟瘀血,遂成窠囊”,重视痰瘀致病的相兼性。张教授则从临证经验中进一步总结出“痰瘀互生,病重之源”^[11],痰瘀既成则胶结相伍为患,成为重病、顽疾之肇端。随着人们膳食结构和生活方式的改变,千年以来“藜藿之躯”渐成如今“膏粱之体”,痰瘀表现日益显著,两者常常在中风病发生发展过程中互为因果,形成恶性循环,壅遏戕害脉道,乃至久病入络,尤其表现为中风后偏身不遂的症顽势重。张山雷在《中风斟论》中指出“五脏之性肝为最,肝木横逆则风自生”,指出肝阳升动、阳亢化风为中风起病以及波动进展的重要环节。叶天士《临证指南医案》谈及“肝为风脏,因精血衰少,水不涵木,木少滋荣,故肝阳偏亢,内风时起”,张教授提出“痰瘀不自生,生必有故殒”^[12],可见中风虽以痰瘀胶结、阳亢风动为标,但往往本于正虚不足,在治疗时应谨守病机,多方兼顾,把握正邪盛衰偏执,不可仅执一端而犯“虚虚实实”之戒。

3 临证思路概要

3.1 调血气为先,化瘀忌破泄 王清任《医林改错》提到中风“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必将留而瘀”,MMD 代偿血管初期形成较为滞后,而在中后期可见侧支血管网的逐步减少、消退,这

种临床特点更责之于气虚运血无力,脉道瘀阻不通,张教授治之法取当归补血汤,合用黄芪、当归以承益气活血之义,并指出两药的用量比例应根据患者病情灵活加减,唯期中病不囿一隅。《本草思辨录》言“惟补虚通痹,则芪之专司也”,对于以气虚为主的患者,则以黄芪为主药用 30 g 初探,可依据病情需要逐步用至 60 g,配伍当归 12~15 g,意在引黄芪之药力入于血分;若患者血瘀、血虚较为明显,可酌情增加当归剂量以求活血、补血之效,正如《本草备要》载其功用“血滞能通,血虚能补,血枯能润,血乱能扶”。考虑到血管因素正是 MMD 薄弱环节之所在,张教授强调活血化瘀不可破泄过度,尤其是合并高血压病、脑动脉瘤的患者,应格外注意对血管的保护,慎用破血逐瘀之品。张教授临证擅用活血兼能养血、理气之对药,如丹参配伍郁金以调气血、开瘀滞,即《本草正义》所谓“丹参专入血分,其功在于活血行血”,《滇南本草》更是赞其“一味可抵四物补血之功”;而郁金与川芎、延胡索之类,此属“血中之气药”,行血而少有耗血动血之虞,同时兼有理气之功用,气机畅通又利于血液周流。黄元御《四圣心源》言“四维之病,悉因于中气”,强调脾胃为一身气机之枢纽。张教授临床常以辛开之半夏配伍苦降之黄连,通过斡旋中焦,带动周身气血的正常运行,以求“疏其血气,令其条达,而至和平”。

3.2 治痰重舌诊,通消勿孟浪 朱丹溪提出的“百病皆由痰作祟”,是将痰邪从病理产物延伸到致病因素的雏形认识,后世医家在此基础上逐步扩展了痰证理论的应用范围,而西医中血脂代谢异常以及炎症水平升高等对 MMD 血管内皮的损伤在病机方面也常归为痰浊壅盛、毒损脑络。张教授治痰注重舌诊,用以辨析其寒热性质、聚散层次以及胶着程度等不同,从多样化的临床痰象中以洞见症结之所在,并擅于通过归纳比较的方法在治痰类药中明确每味药物各自的功用特点,务求“药不空投,有的放矢”。例如痰湿尚浅表时,见舌苔薄白腻者,以藿香、佩兰凭其芳香之性即可奏效;若舌苔腻而渐厚转黄,痰盛入里并有化热之势,则以茵陈、苍术清化痰热;若舌苔细腻致密、揩之不去者,张教授指出此为痰浊顽固之象,治之不可避重就轻,无论苔色或黄或白,非得蚕沙之泄浊辟秽而不化,常配合以半夏和胃化痰;若痰浊蕴毒,盘踞中焦,所见舌苔胶黏而腐腻难消,甚则胃气难升导致苔剥脱者,可在蚕沙、半夏基础上继以性锐利之皂角刺直达痼处所在,涤

浊毒而濯顽痰,起沉痾以得机转。周学海《读医随笔》提到“凡治病,总宜使邪有出路”,针对痰热腑实、大便秘结、舌苔黄厚而燥腻,甚至焦黄起芒刺者,则以大黄、瓜蒌、胆南星通腑逐痰、泄热行滞。《素问》有言“魄门亦为五脏使”,张教授常通过询问患者大便情况以司外揣内,参之辨寒热、定虚实,临床常用大黄以“荡涤肠胃,推陈致新”,认为不仅是腑实不通,若腑气不顺也可用,以免浊阴上乘而蒙扰脑窍,清阳难升则神机失用,同时也可防止MMD患者如厕时屏气用力,对本就脆弱的脑血管形成较大压力。值得注意的是,大黄的应用宜把握以便不稀溏或服用后微溏为限度,因势利导以通消,不可单凭孟浪,徒致病之逆从。若意在调畅肠腑气机,大黄用量6~10g即可,并与其他药同煎而不必后下,或从“肺与大肠相表里”入手,代之以桑白皮,泻肺以降腑。

3.3 络脉通为用,虫药以搜剔 MMD代偿形成的新生血管网从中医角度来看应归属“络脉”范畴,但纤细、紊乱的结构特征导致其恢复脑组织血供的能力并不理想,符合络脉病变易瘀易滞的病机特点,而或轻或重的中风后遗表现,如偏侧肢体麻木、疼痛,乃至半身不遂等亦可从“络脉不通”论治,在治疗上可借鉴叶天士“络以通为用”之原则。针对络滞轻证,以黄芪、当归相伍,使气旺血行而络脉自通。若肢体麻木不仁,甚则疼痛不堪,亦可配合桑枝、葛根、老鹳草以通经活络、流利关节,络石藤、鸡血藤亦清亦养、疏补兼备。如病久入络,见舌质晦暗、舌体僵硬、言謇语涩、偏身拘挛不利者,此属根深症顽固,非一般枝藤草木之品可及,可酌情选用土鳖虫、全蝎、地龙、乌梢蛇等。正如叶天士《临证指南医案》盛赞其可“追拔沉混气血之邪”乃至“搜剔络中混处之邪”,虫类之品性灵动而善走窜,力专捷亦效桴鼓,张教授强调因其偏性较著,常佐以质润养血之品制其燥烈以保护络脉,应用时务求“药证相符,有故无陨”,且在剂量上宜轻不宜重,常与益气活血药相伍,可引诸药之力直达络中,针对邪之或隐匿不出者,或盘踞难除者,均可除其窠囊,无所遗漏。

3.4 肝性当适平,形神在同调 《素问》有言“诸风掉眩,皆属于肝”,叶天士认为治肝应当“制其亢而不折其性”,张教授认为MMD若从肝论治,重在适平肝性,立法遵以潜、镇、柔、疏。MMD受累动脉的弹力纤维层多呈迂曲断裂状态,血管壁整体张力较高,反映到临证脉诊时则多表现为弦象。《诊家正

眼》指出“弦为肝风”,张教授强调尤其以弦细脉、弦缓脉的患者往往并见偏头痛以及血压波动不稳,治则平潜于未然,以防肝阳动越、骤然生变,在天麻、钩藤平肝息风,夏枯草、菊花、槐米清肝泻火的用药基础上,善以珍珠母、石决明、牡蛎等咸寒质重性沉降之品,从阴引阳以秘敛浮越,正所谓“凡肝阳上亢,必须用介类以潜之”。《素问》言及“血之与气并走于上,则为大厥,厥则暴死”,若肝阳暴亢引起气血逆乱,症见如面红目赤、烦躁愤怒以及头撞如裂等,重则血溢脉外、危及生命,故见其端倪则应镇其亢而得其平,投以代赭石“含有金气而兼饶重坠之力”,直折肝木亢逆之势,配合“性下走如奔”之牛膝,引领逆乱之气血随之而下行。《临证指南医案》提到“盖肝为刚脏,必柔以济之”,《本草乘雅半偈》指出“肝以藏血为体,疏泄为用”,肝喜条达而恶抑郁,若悖其性则反增逆冲之变,故在潜镇亢阳的同时,不忘加白芍、当归柔肝缓急并固肝体,川芎、川楝子疏遂肝气以承肝用,又恐金石、介壳之品重镇太过,常于方中纳入葛根,取其味辛而性升发,以求组方气机升降相宜。针对患者情志不遂、思虑忧悲,乃至虚烦不寐,则以心肝同治,常用首乌藤、合欢花以悦心养肝、解郁安神,酸枣仁、柏子仁滋肝养血、宁心助眠,而上述介类之品以及龙骨等亦可发挥安神定志之功用。并嘱患者作息应以“日出而作,日入而息”为导向,要顺应自然节律,不宜昼夜颠倒,尤其MMD发病人群以青壮年为主,相当一部分患者因生活节奏快、压力大而血压常在临界高值波动,可以坚持每日在睡前进行0.5~1h的冥想放松,以恢复植物神经功能的弛张有序,既能稳定血压,又可怡养性情。

3.5 平补先后天,胃气存为本 遗传因素在MMD发病中占有重要地位,临床所表现出Willis环及其分支血管的自发性闭塞以及脑底血管网的畸形代偿亦根源于先天禀赋不足,张教授强调肝肾为先天之本,贵在涵养平补,切不可壅赋呆补以碍胃气,临床常用杜仲、槲寄生以补益肝肾、强筋壮骨,墨旱莲、女贞子甘寒滋润、清补其本。随着病程进展,常出现阴损及阳,乃至阳不守位,所致下元亏虚之证,兼见上焦燥热之象,张教授治以引火归元之法,但对于MMD患者未必用辛热燥烈之附子、肉桂,常代以较为温煦中和之淫羊藿、狗脊,意在阴中求阳、少火生气;并以甘凉清润之沙参、麦冬,法取益胃汤,治燥热以清解而非苦寒直折,以求“壮水之主,以制

阳光”。陈修园在《医医偶录》提到“肾气足则化，肾气不足则不化”，气化得司以促痰瘀之消散，防痰瘀之复聚，尤以冬季“同气相求”而痰瘀胶结不解，则避其锋芒，考虑先择以杜仲、槲寄生、淫羊藿、狗脊之属培元固本、以助气化，意在“合人形以法四时五行而治”。脾失运化、纳呆食少者，可以党参、白术相伍，法效四君子汤“颐养后天，化源气血”以实四肢、充筋肉。

4 典型病案

患者男性，37岁，2019年9月26日初诊。主诉：左侧肢体麻木2年余，加重伴视物模糊3个月。患者2017年9月无明显诱因出现左侧肢体麻木，就诊于河北省石家庄市某院，查头颅磁共振成像(MRI)，诊断为烟雾病(未见报告)，后于河北省石家庄市某院住院对症治疗(具体不详)。2019年6月患者因左侧肢体麻木加重，伴视物模糊，于河北省石家庄市某院查头电子计算机断层扫描(CT)、MRI，以“烟雾病、右枕叶大面积脑梗死”收住院予奥扎格雷钠、奥拉西坦及七叶皂苷钠等药物静脉滴注治疗20余日，症状有所缓解。2019年7月患者就诊于河北省石家庄市某三甲医院，查头CT示：1)双侧颞枕叶、左侧额顶叶灌注稍减低。2)双侧额顶叶、颞枕叶、基底节、左侧丘脑多发缺血灶、软化灶。3)脑萎缩，左侧大脑半球为著。查头颅内动脉磁共振血管造影(MRA)成像，双侧大脑前动脉及大脑中动脉大部未见显影，双侧颈外动脉分支代偿性扩张，右侧大脑后动脉P2段管腔局限性狭窄。临床诊断为烟雾病，建议行血运重建术，患者拒绝。现口服阿司匹林肠溶片100mg，每日1次；阿托伐他汀钙片20mg，每晚1次。刻下症：左侧肢体麻木，活动不利，左下肢乏力；言语不利；视物模糊，视野缺损，视物定位不准确；记忆力减退，时间、空间定向力障碍，识人辨物较差；性情急躁。纳尚可，寐安，二便调。舌暗红，苔薄黄，脉弦弱。血压：135/85mmHg(1mmHg≈0.133kPa)。处方：黄芪30g，当归15g，牛膝15g，菊花15g，夏枯草20g，川芎15g，白芷15g，天麻20g，葛根20g，杜仲20g，桑枝30g，槐米15g，狗脊15g，丹参30g，郁金15g，牡蛎20g，共10剂，水煎服，每剂3煎分成4份，在2d内各早晚温服。并嘱口服叶酸片0.4mg(每日1次)，以改善血管内皮功能，增加血管壁韧性。

2诊(2019年11月14日)：患者肢体麻木、下肢乏力、视物模糊等症好转，情绪失控情况减少，左

手稍麻木，言语欠流畅，物品命名障碍，方向辨别不清，健忘，纳可，寐安，二便调。舌暗，苔薄白，脉弦弱。处方：黄芪30g，当归15g，牛膝15g，菊花15g，夏枯草20g，川芎15g，白芷15g，天麻20g，葛根20g，杜仲20g，桑枝30g，槐米15g，槲寄生20g，狗脊15g，丹参30g，郁金15g，半夏15g，黄连15g，珍珠母30g，共10剂，煎服法同前。

3诊(2020年1月7日)：患者肢体麻木、下肢乏力等症进一步缓解，语言表达能力提高，视物定位、视野范围较前改善，仍不能远视，左手微感麻木，活动不舒，仍存在物品命名障碍，方向辨别不清，自觉双目赤痛，时有健忘，纳可，寐安，二便调。舌暗淡，苔薄白，脉弦细。处方：黄芪30g，当归15g，牛膝15g，菊花15g，蒺藜15g，密蒙花20g，夏枯草20g，川芎15g，白芷15g，天麻20g，葛根20g，杜仲20g，桑枝30g，鸡血藤15g，土鳖虫12g，槐米15g，槲寄生20g，狗脊15g，丹参30g，郁金15g，半夏15g，黄连15g，珍珠母30g，共10剂，煎服法同前。后患者定期来张教授门诊调方，先后间断服用汤药3年余，随访至2023年2月，病情稳定，未再出现不良脑血管事件。

按语：《灵枢》言“虚邪偏客于身半，其入深，内居荣卫，荣卫稍衰则真气去，邪气独留，发为偏枯”，患者苦于中风后遗诸症，以正虚为本，血瘀在标，兼见肝阳上亢之征象。方中黄芪甘温增气、行滞通痹，当归质润养血、化瘀生新，两药合用则补中寓行、行不伤正，共奏益气活血之功，是谓君药。臣以牛膝引血下行，与狗脊、杜仲同用益肝肾以资先天，强筋骨则增劲力；天麻抑肝亢、息肝风，伍桑枝、葛根以通经络、利关节，治其所苦；菊花清肝热、平肝阳，合槐米、夏枯草则清肝兼以明目，亦为佐助；牡蛎咸寒益阴，滋水涵木以平潜亢阳。丹参主入血分、功同四物，郁金、川芎为血中气药，辛香行散，通调气血以开瘀滞。如《医学阶梯》所言“汤之有引，如舟之有楫”，葛根“轻扬升散”，川芎、白芷“上行头目”疏利经气又可引经报使，带领诸药上行而直达脑中。2诊患者诸症缓解，见效守方，加半夏、黄连辛开苦降、调达枢机；槲寄生甘平补肝肾，易牡蛎为珍珠母增加明目之力。3诊继有转机，患者仍感肢体麻木，屈伸不利，考虑病久入络，执前法另加“最能活血，暖腰膝，已风瘫”鸡血藤，配合“无微不至，无坚不破”土鳖虫，兼治络脉“不荣”与“不通”；《本草求真》言蒺藜功能“宣散肝经风邪”，可治“凡因风盛而见面

赤肿翳”，《开宝本草》载密蒙花适用于“赤涩多眵泪，消目中赤脉”，两药合用则明目兼消赤痛。回顾治疗过程，张教授临证对“效不更方”一说参考而不盲从，诘问舌脉与症状变化，根据患者病情对药味以取舍加减，借鉴张仲景所论“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，以达平治于权衡。

参考文献：

[1] SUZUKI J, TAKAKU A. Cerebrovascular “moyamoya” disease. Disease showing abnormal net-like vessels in base of brain[J]. Archives of Neurology, 1969, 20(3): 288-299.

[2] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018.
JIA J P, CHEN S D. Neurology[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018.

[3] SHANG S L, ZHOU D, YA J Y, et al. Progress in moyamoya disease[J]. Neurosurgical Review, 2020, 43(2): 371-382.

[4] 胡良晨, 郝延磊. 烟雾病的病因研究进展[J]. 中风与神经疾病杂志, 2016, 33(5): 472-474.
HU L C, HAO Y L. Research progress on etiology of moyamoya disease[J]. Journal of Apoplexy and Nervous Diseases, 2016, 33(5): 472-474.

[5] 宋晓雯, 张谦, 赵继宗. 烟雾病流行病学研究进展[J]. 中华脑血管病杂志(电子版), 2021, 15(1): 9-15.
SONG X W, ZHANG Q, ZHAO J Z. Research progress in the epidemiology of moyamoya disease[J]. Chinese Journal of Cerebrovascular Diseases (Electronic Edition), 2021, 15(1): 9-15.

[6] Research Committee on the Pathology and Treatment of Spontaneous Occlusion of the Circle of Willis, Health Labour Sciences Research Grant for Research on Measures for Infractable Diseases. Guidelines for diagnosis and treatment of moyamoya disease (spontaneous occlusion of the circle of Willis) [J]. Neurologia Medico-Chirurgica, 2012, 52

(5): 245-266.

[7] 烟雾病治疗中国专家共识编写组. 烟雾病治疗中国专家共识[J]. 国际脑血管病杂志, 2019, 27(9): 645-650.
Writing Group for Chinese Expert Consensus Statement on the Diagnosis and Treatment of Moyamoya Disease. Chinese expert consensus statement on the diagnosis and treatment of moyamoya disease[J]. International Journal of Cerebrovascular Diseases, 2019, 27(9): 645-650.

[8] KURODA S, HOUKIN K. Moyamoya disease: current concepts and future perspectives[J]. The Lancet Neurology, 2008, 7(11): 1056-1066.

[9] 王庆其, 陈晓. 实用内经词句辞典(修订版)[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2017.
WANG Q Q, CHEN X. Dictionary of practical words and sentences in Huangdi Neijing(revised edition)[M]. Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers, 2017.

[10] 张伯礼. 津沽中医名家学术要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
ZHANG B L. Academic outline of famous traditional Chinese medicine masters in jingu[M]. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine, 2008.

[11] 张哈, 康立源, 张伯礼. 心脑血管疾病痰瘀互结证述析[J]. 天津中医药, 2009, 26(2): 172-174.
ZHANG H, KANG L Y, ZHANG B L. Analysis of syndrome of phlegm and blood stasis in cardiovascular and cerebrovascular diseases[J]. Tianjin Journal of Traditional Chinese Medicine, 2009, 26(2): 172-174.

[12] 江丰, 张磊. 张伯礼教授痰瘀学说及临证应用经验[J]. 天津中医药, 2014, 31(7): 385-387.
JIANG F, ZHANG L. Theory of phlegm and blood stasis and clinical application experience of Professor ZHANG Boli[J]. Tianjin Journal of Traditional Chinese Medicine, 2014, 31(7): 385-387.

(收稿日期: 2023-07-10)

Professor ZHANG Boli's clinical thinking in treating moyamoya disease based on the theory of “aim for balance”

YAN Jingxian^{1,2}, XIAO Lu¹, LIU Yaoyuan^{1,2}, HUANG Xianglong³, LI Xiao³, MA Yan³, JI Hongchang³, JIANG Feng³
(1. First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300381, China;
2. National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin 300381, China;
3. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China;
4. Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300250, China)

Abstract: Moyamoya disease (MMD) is characterized by the fragile compensatory collateral circulation of the skull base that is prone to rupture and hemorrhage. Under the guidance of the theory of “aim for balance”, herbs with mild properties are the preferred choice. Through the proper compatibility between herbs, a tendency towards

balance of the overall effect of the decoction is equally expected. By analogy with stroke, the four syndrome elements of phlegm, blood stasis, liver-*yang* hyperthyroidism and deficiency are important in syndrome differentiation and treatment. Although the above syndrome elements may have different emphasis with the different stages of the disease, the overall pathogenesis of traditional Chinese medicine follows the following rules: the deficiency syndrome is the basis, the mutual accumulation of phlegm and blood stasis leads to the progress, and the hyperthyroidism of liver-*yang* leads to the critical condition. The treatment should take into account both *qi* and blood, such as tonifying *qi* and activating blood circulation, regulating *qi* and promoting blood circulation, but herbs with strong activity of activating blood circulation and removing blood stasis should be used with caution. For the treatment of phlegm syndrome, tongue diagnosis is helpful to use herbs accurately according to the development trend of the disease. When the chronic course causes the pathogenic factors to enter the collaterals, the appropriate application of medicinal insects can dredge the collaterals. In the treatment of suppressing the hyperthyroidism of liver-*yang*, the method of soothing should also be considered, and it is expected to comply with the physiological characteristics of the liver by regulating the body and spirit. While supplementing the congenital and acquired foundation, it is also necessary to protect the stomach *qi* to enhance the therapeutic effect.

Keywords: moyamoya disease; aim for balance; famous physician's experience; ZHANG Boli

.....

·消 息·

张伯礼暑期学校三位一体践行班启动,推动高水平育人

近期,“张伯礼暑期学校三位一体践行班”开班仪式在天津中医药大学举行。该班旨在深入学习贯彻落实党的二十大精神,发挥国家重点实验室科技平台优势,推动实现中医药教育、科技、人才一体化发展。

张伯礼院士担任班主任,他结合自身成长经历寄语学员,提出中医药事业接班人应该具有远大理想、家国情怀、开阔视野和创新精神,要善于发现问题、解决问题,敢于担当,勤于实践,实现德智体美劳全面发展。他提出教学模式和教学方法也要创新,坚持临床需求和产业需求为立足点,强化产教融合、推进科教融汇,推进平台育人、项目育人、产业育人等多种实践育人方式取得实效,为健康中国建设、中医药高质量发展培养高水平人才。

刘革生书记致开幕词。党的二十大报告指出,教育、科技、人才是全面建设社会主义现代化国家的基础性、战略性支撑。天津中医药大学拥有现代中药创制全国重点实验室、省部共建组分中药国家重点实验室、现代中医药海河实验室等一批高水平科研平台,有责任、有能力承担为党育人、为国育才的历史使命,要充分利用好高水平科研平台资源和学校各方面优势资源,强化科研育人和实践育人,用一流的科学研究培养一流的人才,服务一流学科建设。“张伯礼暑期学校三位一体践行班”是张伯礼院士倡导建立的高水平育人平台,也是大学推动主题教育走向深入,完善“三全育人”的重要举措。

开班仪式后,张院士讲了开班第一课。他指出,中华文明绵延五千年从未中断,中医学作为中华优秀传统文化的杰出代表身在其中,又为中华文明的连续性作出独特贡献。中医药全过程参与新型冠状病毒感染疫情防控,为守护人民生命健康安全发挥了重要作用,彰显了中药可及性的优势和确切的疗效。中医药虽然古老,但其理念并不落后,当前生命健康领域的诸多难题可以从中医药宝库中找到应对的策略。在新时代实现中医药高质量发展,不断推进中医药知识的创新性转化和创造性发展,必须坚持“传承精华,守正创新”,注重用现代科技解读中医学原理,把中医药的优势说明白、讲清楚。

据悉,“张伯礼暑期学校三位一体践行班”依托天津中医药大学全国科学家精神教育基地,由张伯礼院士带领的全国高校黄大年式教师团队成员作为主讲老师,通过授课-研讨-实践等方式构建三位一体人才培养模式,旨在增强学生文化自信,增长知识、拓展视野,提高综合素质,推进构建德智体美劳全面发展的中医药青年人才培养体系。第一期共招收学员150人,包括博士、硕士和本科生。