

百

家

园

从瘀论治病毒性心肌炎

病毒性心肌炎临床表现复杂多样,病程长短不一,迁延难愈,反复发作,常遗留不同程度的后遗症,且易转化为心肌病。我们在长期临床实践中发现,活血化瘀是重要的治疗环节。

1 从瘀论治的理论依据

病毒性心肌炎的发生多由感受温热或湿热毒邪或风寒侵入人体,酿成热毒,深入心包脉络,耗损心之气阴而发,热毒之邪既伤心体又伤心用,使心气不足,鼓动血行无力,血流不畅而形成瘀血。瘀血既成,阻滞脉络,进一步使气血壅塞不畅,加重病情,即所谓虚可致瘀,瘀亦可夹虚,所以瘀血在急性期、慢性期和后遗症期均可见到,但以中后期为显著。瘀血不仅是病毒性心肌炎病程中的重要病理产物,同时亦是致病、加重病情的重要因素。故活血化瘀是治疗中不容忽视的一环,因此,不能拘泥于机体是否有瘀血征象,即使是早期瘀血征象不典型者,亦有瘀血的存在。对于一些患者无明显症状、体征,仅有顽固性心电图变化,如 I 度房室传导阻滞或束支传导阻滞,认为这些患者无证可辨时,可依叶天士“久病入络”理论径用活血通络法,或一些患者虽无明显血瘀征象,但用它法多方不效,可辨为瘀血为病,试用活血化瘀法。

本病早期病毒直接侵犯心肌使之发生炎症、变性或坏死,可以认为是机体局部瘀血所致。而慢性期心肌结构异常,心肌细胞凋亡,心肌间质增生,形成心肌纤维化,成为顽固性心律失常的原因和向心肌病转化的重要机转,此组织结构的异常也可以看成是血瘀证之微观辨证指标。因此,无论急性期还是慢性期,活血化瘀药物都应在辨证的基础上配伍应用,急性期可选用丹参、赤芍、牡丹皮等清热凉血活血之品;慢性期可选加丹参、赤芍、川芎、红花等活血化瘀药,瘀血征象明显或胸痛者,加用制乳香、制没药、土鳖虫、三七粉等理气活血通络止痛。

2 病案举例

患者丁某某,女,38岁,工人,2000年11月4日初诊。阵发性胸闷、心悸8个月。8个月前感冒后出现胸闷、心悸,当时心电图示:I、aVL、V₁、V₂、V₃导联ST段压低,T波低平,心肌酶谱升高,诊为病毒性心肌炎,经用极化液、辅酶Q₁₀等住院治疗1个月,心电图已基本恢复正常,但仍感胸闷、心悸,后又住院治疗3个月,症状不见好转而来诊。刻诊:阵发性胸闷、心悸,伴有头晕,全身乏力,胸闷在阴雨天加重,善太息以吸入为快,月经后期,量少,色淡,失眠多梦,饮食可,口唇淡暗,舌质淡红,舌尖有红点,脉沉细。证属气阴不足,兼有热毒瘀阻,拟方生脉饮加清热解毒活血之品。处方:西洋参、麦冬、五味子、生百合、生地、黄、生黄芪、丹参、炒酸枣仁、柏子仁、连翘、虎杖、炙甘草。服药5剂,觉心悸稍有好转,连续服用21剂后,症状未见减轻,遂改用血府逐瘀汤加减:当归、川牛膝各15g,生地黄、桃仁、红花、枳壳、赤芍、柴胡、川芎、瓜蒌皮各12g,桔梗、薤白各10g,桂枝6g。

每日1剂,水煎服,服上方7剂,觉胸闷、心悸、头晕基本消失,又加减化裁服药30余剂,诸症消失,随访半年未复发。

3 体会

《难经·三十七难》说:“邪在五脏则阳脉不和,阴脉不和则留之。”心主血脉,循环不息,一旦外邪入侵,脉络失畅,或气阴、气阳不足,推动无力,营阴滞涩,均可致瘀血证候不著,往往在清热解毒、益气养阴的基础上加用活血化瘀药物如丹参、川芎、红花、赤芍等;对于瘀血证候严重或用其他法则不效时,可径用活血化瘀法为主,如血府逐瘀汤进行治疗往往能收佳效。有时即便中医症状、脉象等虽未显示出血瘀之象,考虑有微观之血瘀之存在,并非活血为其禁用之法。《医林改错》血府逐瘀汤所治证下,有“胸痛,在伤寒用瓜蒌陷胸、柴胡等皆可愈,有忽然胸痛,前方皆不应,用此方一服,痛立止;心跳心忙用归脾、安神等方不效,用此方百打百中。”病例患者,初见心悸,全身乏力,善太息以吸入为快,月经量少,色淡,舌尖有红点,明显属于气阴两虚,但治以生脉饮为主不效,改用血府逐瘀汤而显功,说明血瘀在此病证中占主要矛盾,药属中的故效捷。

河南省中医院(450002) 孙刚 王振涛

赵锦声针刺治疗面瘫手法分轻重

天津中医学院第一附属医院赵锦声主任医师用针刺治疗面瘫,临床常分为风寒、风热两个基本证型辨证施治。

风寒型多有面部受凉诱因,起病较急,症状多局限在面部,舌质淡红,苔薄白,脉浮紧或浮弦。治以祛风散寒,疏经活络。主取太阳、阳明经穴位,如攒竹、睛明、迎香、颧髻、下关、地仓、颊车、四白、合谷等,配以肺经之列缺、面部阳明经筋排刺。风热型多起病较慢,在发病前或发病时常有病侧耳内、耳后完骨处及面部疼痛,继则出现口眼歪斜,或伴发热、头痛、大便干燥,小便短赤等,舌质红、苔黄燥或薄黄少津,脉浮数或弦数。治以清热散风,疏经活络。除取上述穴位外,常加取少阳经的风池、完骨、率谷、翳风、瘰脉、丝竹空及奇穴太阳。赵老师认为,针刺治疗周围性面瘫宜尽早进行。因为疾病传变的规律一般是按“皮—络—经—腑—脏”进行,治疗面瘫也应该遵循疾病传变及肌体抗御外邪的这一规律,分期治疗。正如《素问·刺要论》所述:“病有浮沉,刺有浅深,各至其理,无过其道。”

赵老师治疗面瘫一般分四期:急性期(发病1周以内),外邪入侵经络,处于邪正交争之际,局部取穴少,配以远道取穴如合谷、列缺,针刺较浅,刺激宜轻,取意于《灵枢·官针》记载的“毛刺”、“浮刺”,利于导邪外出而不伤正;恢复期(发病第2~4周),是治疗面瘫关键时期,针刺治疗以局部为主,取穴由少渐多,针刺由浅入深,可斜刺或透刺,刺激强度逐渐加大,以祛邪外出;巩固期(发病第5~8周),取穴由多渐少,针刺由深渐浅,减轻对深部肌层的刺激;后遗症期(发病2个月以上),这一期主要是根据遗留的症状对症取穴调整,如不能皱眉,取阳白向

上、下、左、右四个方向沿皮透刺;眼睑闭合不全,取攒竹、鱼腰、承泣,均向睛明方向沿皮透刺;眼球活动受限,深刺睛明、球后;鼻唇沟不对称取迎香、禾髻;口角歪斜取水沟、地仓、承浆;口眼连带运动或面肌痉挛,取双侧人迎;出现患侧肌肉挛缩、口角歪斜,除患侧穴位外,常配以健侧穴位,同时可以2~3天针刺1次,尽量减轻刺激,协助肌体功能的自主恢复。

在整个治疗过程中,赵老师不主张用电针和刺络拔罐,针刺时不宜做提插捻转手法,也基本不用艾灸。他认为,不适当的刺激是延长病程和造成后遗症的主要因素。在急性期配合辨证内服中药可增强疗效、缩短病程,他常用葛根汤合牵正散随证化裁。

如治吕某某,女,49岁,教师,2004年11月11日初诊。主诉:右侧口眼歪斜5天。7天前,右侧耳周及下颌部疼痛,舌干涩,咽痛,自服黄连上清片等药症状无明显好转。5天前晨起时发现右侧口眼歪斜,遂到某医院求治,给予强的松、利巴韦林、维生素类口服,病情呈渐进性加重,故来求诊。刻诊:右侧额纹完全消失,不能蹙额、皱眉,右眼睑闭合不全,流泪,鼻唇沟平坦,口角向左侧歪斜,说话漏风,不能做露齿、鼓腮、吹口哨等动作,耳内、耳后完骨处疼痛,无疱疹出现,舌边尖红,苔薄黄少津,脉浮数。角膜反射、眼轮匝肌反射、口轮匝肌反射、口轮匝肌反射及瞬目反射均减退。诊为周围性面瘫,证属风热外感型。治以清热散风,疏经活络。取攒竹、迎香、颧髻、下关、地仓、颊车、四白、风池、完骨、率谷、翳风、瘰脉、太阳、合谷、列缺,治疗1周后加上阳明经经筋排刺。每次留针30分钟,每日1次,每周治疗6次,12次为1个疗程。经2个疗程治疗,患者面部表情肌恢复正常,额纹显露,眼裂正常,闭目已实,口角对称,鼓气口角不漏气,临床治愈。

河南省中医药研究院(450000) 李华伟
新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市友谊医院 汪浩
山东省莱州市人民医院 滕春志

朱砂的致毒原因及减毒应用

朱砂,又名辰砂,丹砂,主要成分为硫化汞(HgS),在我国有着上千年的药用历史,有镇心安神、清热解毒之功,临床广泛应用于内、外、妇、儿等各科,主治心神不宁、心悸、失眠、惊风、癫痫、疮痈肿毒、咽喉肿痛、口舌生疮等症。近年来,因服用朱砂制剂不适当而导致中毒的报道有所增多。因此,需探明朱砂中毒的原因,寻找减少其毒副作用的方法。

1 朱砂的毒性

中医药学对朱砂毒性的认识,经历了由“无毒”到“有毒”,到目前“限量”使用的过程。自《神农本草经》将其列为上品以来,直至明清,对朱砂的毒性,特别是导致慢性中毒的弊端,基本上没有认识,几乎均认为朱砂“无毒”。直到明清时期,诸医家才改变了对朱砂“无毒”的认识,如《本草从新》中曰:“独用多用,令人呆闷”,《本经逢原》中云:“朱砂入火烈毒能杀人”,《本草蒙筌》中言“生饵无毒,炼服杀人”,《本草经疏》中载:“若经伏火及一切烹炼,则毒等砒硫,服之必毙”,不仅指出了朱砂的毒副作用,而且还指出了火煅可使朱砂的毒性增强。目前《中药学》教材已将朱砂列为“有毒”中药,且忌火煅。

现代研究表明,朱砂内服过量可引起毒性。由于无机汞在人体内的吸收率为5%,甲基汞的吸收率可达100%。朱砂在厌

氧有硫的条件下,pH7、温度37℃的境环境中与带甲基的物质相遇均能产生甲基汞,而人体肠道正具备这一条件,故内服朱砂制剂更增加了中毒机会。朱砂在临床上的主要中毒表现为:(1)神经系统:失眠多梦,记忆力减退,头痛头晕,手脚麻木等;(2)消化系统:初期表现为恶心、呕吐,咽喉肿痛,食欲不振,重者可出现消化道出血;(3)泌尿系统:常表现在中毒后期,血压下降,心律失常或中毒性心肌炎等。汞吸收入血后通过生物膜进入红细胞与血红蛋白的巯基(-SH)结合,可侵害脑细胞、胎儿、精子、卵子、心、肝、肾等,还可抑制多种酶的活性,严重时发生急性肾功能衰竭而死亡。

2 朱砂中毒原因及减毒应用

2.1 炮制不当:临床应用的朱砂细粉多半质地不纯,甚至颜色发黑,究其原因,可能与炮制不当有关。目前,朱砂的炮制,仍有采用机械化加工,如用球磨机研磨,使有毒汞游离出来,患者内服导致汞中毒。古法和2005版《中华人民共和国药典》(简称《药典》)规定炮制朱砂时,均要求先以磁铁吸去铁屑,然后以水飞法加水研磨,方可得到红色细粉正品朱砂。有学者分析了水飞法、显法研磨、粉碎机粉碎、粉碎水漂3次,粉碎沸水漂3次等5种不同炮制方法。表明以水飞法炮制后的朱砂,游离汞和可溶性汞盐的含量最低。

2.2 剂量过大:朱砂能镇心安神,常用于风痰诸痛,精神恍惚,口吐白沫等症。临床对癫痫等精神疾患治疗时,朱砂常大剂量口服,致使中毒者屡有发生。2005版《药典》明确规定,含有朱砂的药中,朱砂含量应为0.1~0.5g。因此,日有用量超过现行《药典》规定者(0.5g),患者一般不要服用。

2.3 服用时间过长:临床有患者因患顽固性失眠症而长期轮换服用朱砂安神丸、天王补心丸、柏子养心丸等含朱砂制剂,结果造成慢性肾功能衰竭。按照汞在人体内代谢速度推算,每天吸收10mg汞,经过10天即可达到100mg的体内积蓄量。因此,对一般患者,连续服用朱砂及其制剂的时间不宜超过7天。

2.4 制备服用方法不当:一些中药常用朱砂包衣,以提高其安神作用,如朱茯苓,朱茯神,朱远志等。这些中药与其它中药同煎,造成汞中毒。因此,朱砂入汤剂时,应用煎好的药液或温开水冲服,禁止与群药同煎;朱砂挂衣的药物不宜入汤剂。同时,朱砂应避免与含铝成分的药物(如明矾)同用,也不宜将朱砂置于铝器中加水研磨,或盛放在铝器皿中。因朱砂与铝会发生化学反应,生成灰色的铝汞齐,而导致中毒。

2.5 配伍不当:研究表明,含朱砂的中成药不宜与碘化物、溴化物配伍同用。两者同时服用可在肠道内生成碘化汞或溴化汞,毒性大大增强,可导致药物性肠炎。而最有机会混合使用到这三种药物的要数神经衰弱和失眠患者。因此,患者服用含朱砂的安神中药中,一定不要同时服用三溴合剂之类含溴化物的西药。

2.6 体质因素:研究表明,肝肾功能不全的患者和小儿,更易出现汞中毒的情况。因此,《药典》规定,肝肾功能不全者禁服。小儿脏腑娇嫩,为“稚阴稚阳”之体,因此,应尽量减少朱砂在儿科方面的用药频率及用量,避免朱砂对小儿的伤害。

综上所述,朱砂的中毒原因是由多方面因素造成的,临床应用时,只要严格按照《药典》规定使用,并对朱砂开展深入系统的毒理学研究,尤其注意朱砂中汞对中枢神经系统、肾脏及生殖系统的毒性作用,即可扬长避短,趋利避害。因此,朱砂在