

临 证 心 得

刘公望针药并治法治疗杂病验案 4 则

周 震*

主题词 难治病/针灸疗法 针药并用 @ 刘公望

天津中医学院刘公望教授临床上善用仲景之经方,针药并用,治疗疑难杂病,疗效卓著。笔者有幸随师侍诊,兹选其治疗疑难杂病验案 4 则,以飨读者。

1 复视(眼肌麻痹)

张某,男,54岁,因“突发双眼复视,视物模糊 2 个月”于 2004 年 12 月 11 日就诊。患者以正前方及左、右斜下方复视较明显,视野变窄,伴有头晕,头痛。舌红、苔黄腻,脉弦大。曾因视物模糊重影 10 天住院治疗。查视力左眼 0.1,右眼 0.25。复视象:交叉复视,右眼物象在周边,物象最大分离在左下方。眼底:右眼上斜肌不全麻痹,视网膜动脉硬化。诊断:右滑车神经受损,左动眼神经受损。血流变示:高黏血症,高脂血症。患 2 型糖尿病史近 8 年,空腹血糖 8.3mmol/L,餐后 2 小时 10.2mmol/L。MRI 示:双侧额叶皮层下,双侧基底节区及双侧半卵圆中心多发腔隙性梗死。右侧上颌窦囊肿。予维生素、ATP 等药治疗,无显效。遂来中医门诊治疗。刘教授根据病情,拟祛风通络,平肝明目之法针药并用。针灸治疗以远近配穴相结合,选取局部穴位睛明、攒竹、太阳、丝竹空、瞳子髎,配合四白、球后、上迎香、头维、上星等穴位,根据病情和所累及眼肌、神经的不同,每次选取 4~5 穴,交替使用。左右眼分别取左右局部穴位。并配合远端穴位合谷、风池或丘墟、解溪、光明、公孙等穴。隔日治疗一次。同时配用中药滋补肝肾,降糖祛风。处方:枸杞子、女贞子、五味子、龟甲、炙鳖甲、白芍、全蝎、煅磁石、石斛、石决明、珍珠母、山茱萸各 30g,牡丹皮、黄连各 15g,水蛭、木香各 10g,羚羊角粉 1g(冲服),每日 1 剂。治疗 3 次后,患者自觉症状好转,无头晕及头痛。右下方视一为二现象已消失,仅正前方及左斜下方明显。治疗 7 次后,正前方复视亦消失,眼疲劳感明显减轻,看报时间延长,左下方复视时有反复,血糖已降至正常。后针刺以单侧(左眼)局部取穴为主,10 次后,复视完全消失,病愈。

按:复视是神经系统常见的症状,常常由于眼外肌麻痹引起,为麻痹性斜视的特征之一。此症不仅难治而且常常是脑外伤或脑血管疾病的并发症。因此,临床上许多患者主诉头痛、头晕、视物重影、视力减退等。单用药物治疗不易缓解,故采用针药并用治疗常收效显著。但在针灸治疗中应注意在针刺眼眶穴位时,针具选择不宜过粗且需严格消毒,用 1.5 寸 32 号毫针捻转进针 0.5 寸,留针 30 分钟。内直肌麻痹引起的复视,取睛明、攒竹穴时,针尖应向外下方浅刺;外直肌麻痹,针太阳、瞳子髎、丝竹空穴时,针尖应向内下方浅刺。双侧可配印堂穴。眼部穴位的进针要缓慢,不可大幅度提插,只可做小幅度捻转。退针时要用消毒干棉球轻压针孔,防止出血。

2 阻塞性腮腺炎(慢性发颐)

李某某,男,45 岁,因“左耳垂下包块胀痛 1 月”于 2004 年 6 月 5 日就诊。追诉病史:2004 年 5 月某日咀嚼时发觉左面颊部肿胀,并伴有疼痛,饭后左耳垂下肿大,张口受限,后每有咀嚼即左面颊肿胀难忍,挤压有脓性分泌物经腮腺导管口流出。腮腺造影显示:主导管、叶间导管部分狭窄,部分扩张呈腊肠样改变。舌绛红、苔黄腻,脉弦。诊断为“左腮腺导管不完全阻塞性腮腺炎”,经抗炎治疗后疗效不佳,遂来中医门诊治疗。治疗以针药并治为主。针刺取穴为颊车、太阳、下关、合谷;并配合左腮腺区(颊车穴)局部刺络拔罐,隔日 1 次。中药以清热解毒为主,方取普济消毒饮合五味消毒饮加减,处方:蒲公英、连翘、金银花、紫花地丁、天花粉各 30g,马勃、牛蒡子、半夏、牡丹皮、茵陈各 15g,穿山甲、通草、竹叶、陈皮、龙胆草、生甘草各 10g,升麻、熟大黄各 6g,每日 1 剂。经治疗 5 次,患者症状大减,腮腺局部硬结消退,咀嚼后仅轻微肿胀,偶有咸味分泌物从导管口溢出;继续治疗 5 次,腮腺肿胀消退,无口干及异味,按压腮腺后导管口无脓性分泌物溢出,病愈。随访半年无复发。

按:中医认为,慢性阻塞性腮腺炎属“慢性发颐”范畴。由于外感时行温毒加之痰火积热,郁滞少阳,少阳经脉失于疏泄,以致血热毒不能外达,气血凝滞蕴毒而致腮部肿大疼痛。病初为邪毒化热,化脓后为热毒壅

* 天津中医学院 2004 级博士研究生,天津市南开区玉泉路 88 号(300193)

收稿日期:2025-04-27;修回日期:2005-08-30

盛,致全身抗病能力下降,加之腮腺分泌功能减退,毒邪逆行侵入腮腺导管进而扩散至腮腺。刘教授选用针药并治方法,尤其采用局部颊车穴刺络拔罐法。颊车穴为少阳与阳明之交会穴,亦是古人针刺治疗腮腺炎的经验穴。依据“热则疾之”的原则通过刺络拔罐,以强通手法,清散局气血瘀滞,增强泄热作用,则热去病消,临床见效甚速。

3 神经性耳聋(暴聋)

王某某,男,46岁,2004年8月2日就诊。患者于半个月前因恼怒后突然出现左耳胀满伴听力减退,2日后左耳听力全无,且伴有头痛、眩晕,时有恶心欲吐,曾予低分子右旋糖酐及复方丹参液静脉滴注10天未效。检查:头颅及外耳道、鼓膜、咽鼓管各处无明显病变。音叉检查:感音性耳聋,听力计检查结果显示:高频区及低频区均下降,气导和骨导均下降,语言频率区听闻70dB,复响试验阳性,前庭反应消失。血压140/80mmHg。临床表现左耳听力全无,耳中时有隆隆声,伴头晕头痛,耳后完骨压痛明显,舌边紫、苔白腻,脉弦。诊断为暴聋(神经性耳聋)。刘教授针对病情采用针药并用法。针灸取听宫、翳风、风池、完骨、中渚、悬钟穴,隔日1次。中药处方:龟甲、鳖甲、生牡蛎、蝉蜕、白芍、石决明、川芎、石菖蒲、葛根、桑叶、菊花各30g,羚羊角粉1g(冲服),每日1剂。治疗5次后,患者症状明显缓解,头晕头痛已消失,听力仅有部分恢复,仍有耳鸣,原方不变,加红花15g,蜈蚣2条。继治5次后,听力大见好转,偶有耳鸣及头晕。效不更方,继续治疗10次后,诸症悉除,病愈。随访3个月未复发。

按:暴聋又称突发性耳聋,从耳聋的性质上属感音性耳聋。中医学认为,情志过激,暴怒伤肝或饮酒过多,伤及肝胆导致肝火上升,肝胆之气上逆阻塞耳道就会发生耳聋。本例患者即为郁怒后情态失调,肝气失于疏泄,郁而化火,循肝胆之经上扰,则清窍被蒙致使气闭而成暴聋,治疗以清肝泄火、平肝降逆为主。根据针灸“通其经脉,调其血气”的作用,取手太阳小肠经之听宫、手少阳三焦经之翳风使针感直达病所,以清肝通窍,同时艾灸两穴以温通血脉,缓急止痉。本病在治疗上应遵照“急则治其标,缓则治其本”的原则。早期以祛邪治标为主,后期以补虚治本为主,故当邪去之后应及时治本,予以补肾填精,并适当加用通窍复聪之品,标本兼顾。

4 药疹(渗出性多形红斑型药疹)

吴某某,男,60岁,因“全身皮疹5天伴发热2天”

于2004年7月29日就诊。患者5天前至某医院门诊查空腹血糖17.3mmol/L,诊为糖尿病,予以口服二甲双胍、倍欣、文迪雅后出现全身散在的红色丘疹,高出皮表,瘙痒,未予重视。2日前无明显诱因出现恶寒、发热,最高体温达39℃,伴有恶心、乏力、纳差,在皮肤科诊为药物疹,予以甘草酸胺、克林霉素静脉滴注,症状无缓解,遂来中医门诊治疗。患者精神较差,颜面浮肿,全身皮肤满布红色斑点、丘疹,高出于皮肤,红斑上密集针头大小脓疱,尤以面部、胸腹及背部皮损渗出明显。双颌下淋巴结肿大,咽红,扁桃体2度肿大,双肺呼吸音清,未闻及湿性啰音,心音有力,心率100次/分,律齐,双下肢不肿。大便秘结,小便短黄,舌紫红、苔黄腻,脉浮滑数。既往有双耳流脓性分泌物半年。查体温38.3℃,呼吸21次/分,血压130/60mmHg。诊断为渗出性多形红斑型药疹、传染性湿疹样皮炎。刘教授采用清热解毒、凉血除湿法,予清瘟败毒饮为主方加减治疗。处方:大青叶、水牛角粉、金银花、生石膏、滑石、生甘草、薏苡仁各30g,黄连、黄芩、栀子、生地黄、牡丹皮、赤芍、青蒿、紫草各15g,麻黄10g,3剂。同时结合大椎、至阳两穴刺络拔罐。

二诊时,患者症状已有改善,体温37.2℃,全身皮损及渗出明显减少,四肢脓疱已干结,自觉瘙痒,面部疱疹严重,大便秘,3次/日,睡眠欠佳,食后偶有腹胀不适,舌红苔微黄腻,脉滑数。原方加夜交藤30g,苍术15g,厚朴10g,藏红花2g(冲服),5剂。

三诊时,患者症状大有改善,体温已正常,胸腹背部红斑已消退,头面及四肢皮损大部分消退,无渗出,并有大量脱屑,脓疱全部干结,疹痒减轻,舌红苔薄黄,脉滑。患者症状已基本缓解,改用补益正气、活血祛风、养阴健脾法。处方:生黄芪、何首乌、白蒺藜、鸡内金、生甘草、蛇蜕各30g,玄参、白芍、生地黄、苦参、牡丹皮、赤芍各15g,川芎、薏苡仁各10g,藏红花2g(冲服)。连服5剂后,全身红斑均已消退,皮损亦已消失。随访3个月,病情无复发。

按:药疹属于中医学“中药毒”的范畴。临床表现具有风、热、湿的特点,属风热夹湿。患者入院时全身红斑、恶寒发热、脓疱密布、大便秘结、小便短黄、舌紫红、苔黄腻、脉浮滑数,正符合温病所论“热入营血”,故早期以清热解毒、凉血除湿为主,以清瘟败毒饮加减,同时采用刺络拔罐法以清泄患者体内郁热。后期患者病情稳定,则以补益正气、活血祛风、养阴健脾为主,终获病愈。