

裘昌林治疗痿证经验

王珏 张丽萍

(浙江省中医院神经内科, 浙江省杭州市邮电路54号, 310006)

裘昌林(1944~),男,浙江省中医院主任医师、教授,第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。中国中西医结合神经内科专业委员会委员,浙江省中西医结合学会神经内科专业委员会主任委员,浙江省中西医结合学会常务理事、副秘书长,浙江省中医药学会理事。发表论文30余篇,参编《神经内科手册》、《实用中医内科手册》。

[关键词] 痿证; 中医药疗法; 名医经验; 裘昌林

裘昌林主任医师临证40余年,诊治了大量神经内科疑难顽证,如重症肌无力、格林-巴利综合征、运动神经元病、进行性肌营养不良等疾病,此类疾病患者多以四肢肌肉废痿无力为主症,可归属于中医痿证范畴,现将裘老师治疗此类病证的经验介绍如下。

1 补虚立论,用药精灵

裘老师认为,痿证以虚证居多,尤以脾胃亏虚和脾肾两虚型为最多见,虚则补之,补虚是治疗本病的根本大法。

1.1 治痿独取阳明

裘老师认为,“独取阳明”其意有二,一是补益后天,即益胃养阴、健脾益气之法,二是在针灸取穴时,往往取足阳明胃经以达到强筋健骨之功效。肺之津液来源于脾胃,肝肾的精血有赖于脾胃的生化,若脾胃虚弱,受纳运化功能失常,津液精血生化之源不足,肌肉筋脉失养,则肢体痿软不用。若脾胃健旺,饮食渐增,气血津液充足,脏腑功能转旺,筋脉得以濡养,有利于痿病的恢复。同时“取”有去阳明之热邪之意,因此类患者往往脾虚夹杂湿热,或寒湿不化,故在补虚同时兼以化湿为法。因此,裘老师临证治疗此病时,常以参苓白术散合补中益气汤化裁,共奏健脾益气、芳香化湿之效。方中黄芪的应用是关键。一是应该重用30~100g,甚至120g,以大补中气;二是主张用生黄芪,生者补气之功更胜一筹。在脾胃亏虚型中,多与大剂量的党参、白术和甘草合用,可增强补中益气之功。但若患者兼有腹胀、苔厚腻、脉弦者,黄芪则不可用。另外,补中益气之时,裘老师亦不忘升举阳气,除应用升麻、柴胡外,常选用桔梗、葛根等药,取其升清作用,特别在外感已解而余邪未清,伴有咽痛之时,往往伍用桔梗、甘草汤而取效。

1.2 滋补肝肾,舒筋通络

脾为后天之本,肾为先天之根,脾失健运,肾失温煦,脾肾虚衰之证,裘老师多用右归丸、理中汤、二仙汤加减。其中熟地黄、山茱萸、枸杞子等滋补肝肾,补而不腻,淫羊藿、巴戟天、肉苁蓉温补肾阳,取其温而不燥。特别喜用淫羊藿,重用至30g,且多与益气健脾、养阴填精、补而不腻的黄精配对应用,经临床实验证实,黄芪、黄精、淫羊藿合用可明显提高机体免疫功能,从根本上改善患者的病情。对一些足废不能用、舌废不能言的重证患者,其主方首推地黄饮子。老师认为,此方温而不燥,阴阳双补,兼以化痰开窍。故适用于运动神经元病引起的多种病症,为治疗痿痹之主方。若是阴虚而痰火盛者,则去附子、肉桂,加胆南星、天竺黄、竹沥清化痰热。

2 治中有防,防治结合

裘老师认为,此类患者体质虚弱,极易患上呼吸道感染,或因误吸致下呼吸道感染,而一旦发生则会加重病情或引起疾病复发,因此,增强体质,预防为主,对本病来说有非常重要的意义。在治疗本病时常常在处方中融入玉屏风散,以达到益气固卫,增强免疫功能作用。平时亦鼓励患者参加一些力所能及的户外活动,增强自身体质,而一旦有感冒发生,则应及时迅速治疗,及时控制症状,这对肌无力症状的反复、减少并发症和疾病的复发至关重要。

3 络病入手,善用引药

“久病必虚,久病必瘀,久病入络”,裘老师认为,本病常因脾肾肝三脏虚损,邪毒内侵,瘀血停滞于络脉而成络病,久病络脉瘀滞,进而又加重病情,变生他证,形成恶性循环,缠绵难愈。老师针对络病易滞易瘀、易入难出、易积成形的病机特点,以“络以通为用”的治疗原则为指导,方中配伍虫类药,并认为以全蝎、蜈蚣、蕲蛇为最佳,活血祛瘀通络之力强。同时以木瓜、砂仁、厚朴等,宽中理气、活血通经,既达理气通腑,又防地黄饮子滋补过腻。

裘老师还强调引经药的应用,引经药既有引药入经之效,又能在方中发挥其主要治疗作用。如姜黄能引药上行通达上肢;而怀牛膝则性喜下行而通达下肢。葛根入脾、胃经,性轻浮,生用则升阳生津,熟用则鼓舞胃气,痿证多以脾胃亏虚,在健脾益气的同时,常常加用

葛根,取其鼓舞胃气,益气升清。因此,在治疗疾病时应根据疾病所在病位及经络,选用适当的引经药,才能达到最佳的治疗效果。

4 研用专药,效捷力宏

裘老师认为,马钱子是治疗重症肌无力的要药,可单独应用,也可与中药汤剂同时应用。多年来对马钱子临床用法、用量、药物的炮制和量效关系均进行了深入的临床研究,并总结出规范炮制、小剂量分次服用、逐渐加量、剂量个体化的应用经验,临床实践证明安全有效。炙马钱子胶囊,系根据裘主任临床应用经验,于1981年3月由本院中药制剂室生产。其炮制方法为:将生马钱子用水浸泡半个月,取出去毛,切片后用香油煎至棕黄色,捞出后用六一散吸附,筛去六一散,研粉装胶囊,每粒胶囊含马钱子0.2g。目前广泛应用于重症肌无力、急性脊髓炎、脊髓外伤、运动神经元病、格林-巴利综合征、类风湿关节炎、阳痿、肿瘤疼痛等疾病。

4.1 常见毒性反应表现

①头昏:多数程度较轻,表现为头昏、头晕,较少影响继续服药。②肌肉颤动感:表现为肌束颤动,全身肌肉均可发生,以腰背部最为明显,夜间感觉较强。③肌张力增高:多在剂量较大时发生,表现为肢体不灵活,特别是下肢沉重感,此时易发生一过性全身肌肉僵硬感而跌倒,导致肢体损伤。

4.2 毒性反应与治疗剂量关系

小剂量(每日炙马钱子剂量0.6~1.0g)可出现头晕,中剂量(每日1.0~1.4g)可出现肌肉瞬间颤动,大剂量时易出现以肌张力增高为表现的一过性肌肉僵硬状态。

4.3 毒性反应与疗效的关系

临床疗效明显的患者,几乎都出现过肌肉跳动,当剂量加大,肌张力增高而致跌倒,往往跌倒后病情大减,说明有效剂量和中毒剂量接近,疗效与剂量有关。

4.4 毒性反应的预防

①分次服药是避免发生中毒反应的关键,单次服用炙马钱子以0.4g为宜;②严格炮制是降低毒性反应的重要环节:将生马钱子用水浸泡半个月,取出去毛,切片后用香油煎至棕黄色,捞出后用六一散吸附,筛去六一散,研粉装胶囊。③逐渐增加剂量,是防止个体差异反应的有效措施。④患者大剂量服用,以住院治疗为宜,便于观察,一旦出现前述反应,减少用药剂量即可消失。

4.5 疗程和适应症

痿证的疗程一般为3~10个月,平均6个月,由于个体敏感度的不同,疗程不尽相同。以肌无力症状改善后,再服6个月,逐渐减量为宜。如果原已服用激素,则

应随着症状的好转逐渐减量,待症状稳定半年后,再渐减马钱子胶囊用量直至停药。运动神经元疾病病程较长,症状迁延不愈,并逐渐加重,故裘老师认为,需长期服药。

5 典型病例

例1 王某,男,38岁,2006年8月因“眼睑下垂”在外院就诊,查:抗乙酰胆碱受体抗体(AchR-ab)(+),胸部CT示胸腺增生,诊为重症肌无力,行胸腺摘除术。术后服用吡啶斯的明,每次120mg,每日3次。2007年2月因上呼吸道感染,诱发肌无力加重,在当地医院住院,应用激素治疗后症状一度缓解。2007年5月再次感冒后,出现胸闷,动则气急,双眼睑下垂,复视,咀嚼费力。吡啶斯的明已加至每次120mg,每6小时1次,症状无缓解,来院就诊。患者疲乏汗出,少气懒言,四肢痿软无力,便溏尿频,面色无华,舌质淡胖,苔薄白,脉细弱。予益气健脾补元汤加减:生黄芪60g,当归12g,党参30g,焦白术12g,山药15g,黄精30g,淫羊藿30g,升麻6g,柴胡6g,陈皮6g,炙甘草6g,仙茅10g,巴戟天15g,水煎服。炙马钱子胶囊1粒,每日3次。服用1剂后,诸症明显好转,吡啶斯的明减至每次120mg,每日3次。守前方加胎盘粉6g(分吞),防风10g,每日1剂,炙马钱子胶囊增2粒,每日3次。生黄芪渐加至80g,方药酌情加减,坚持服药,3个月后渐停激素,6个月后渐减吡啶斯的明,8个月后恢复工作,一直坚持中药治疗,病情稳定。

例2 徐某,男,41岁。2007年9月10日因“双足底足趾麻木8月,双足无力3月”在某医院住院治疗,诊断为格林-巴利综合征,曾用丙种球蛋白、激素、弥可保等治疗,现应用强的松,每日60mg。既往有高血压、糖尿病史。查体:颅神经(-),四肢肌张力正常,肌力双上肢正常,双下肢背曲无力,腱反射:上肢(++),下肢(-),病理征(-),下肢针刺觉差,位置觉可。辅助检查:CSF蛋白3.06g/L,糖化血红蛋白(HbA1c)6.0%。肌电图:右胫前肌放松时少量纤颤,正向波,轻收缩时少数电位电压轻度上升,重收缩时电位数目减少;感觉神经传导速度(SCV)、运动神经传导速度(MCV)减慢,波幅明显降低;诱发电位:感觉诱发电位示双下肢感觉通路有受累;脑干听觉:双侧各波波幅、潜伏期及波间期均未见异常。刻下:下肢痿软无力,行走跨越,足底麻木不仁,易盗汗,舌红,苔根黄腻,脉细数。中医诊断:痿证(肝肾阴虚)。拟滋补肝肾,舒筋通络。生黄芪30g,当归12g,黄精30g,白术12g,淫羊藿30g,桃仁9g,川牛膝15g,木瓜15g,山药15g,菟丝子12g,鹿角霜10g,乌梢蛇12g,续断15g,熟地黄15g。炙马钱子胶囊1粒,每日3次。2007年10月10日二诊:患者乏力麻木略有好转,舌红苔薄,脉细数。上方去白术、山药之健脾之品,加附子6g,槲寄生15g,制狗脊12g,乌药10g,温补肾阳。炙马

钱子胶囊 2粒,每日 3次。2007年 11月 14日三诊:患者因服用激素日久,出现肝功能损害,丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高 174U/L,空腹血糖 8.3mmol/L,肌力好转,背伸无力,麻木较前减轻,现服用强的松 60mg,隔日服,常觉口中甜腻,舌红,苔白腻,脉细,上方去鹿角霜、熟地黄、制狗脊,加垂盆草 30g 郁金 12g 稀莪草 15g 白术 12g 夜交藤 30g 炒酸枣仁 30g 继服炙马钱子胶囊。2007年 12月 12日四诊:ALT降至正常,足下垂,跨越步

态,双足无力麻木明显好转,膝盖有时肿胀,睡眠好转,夜尿增多,大便每日 1次,强的松 57.5mg,隔日服。并嘱以后每个月减 2.5mg,舌淡红,苔薄,脉沉细,处方:黄精 30g,淫羊藿 30g,川牛膝 15g,木瓜 15g,续断 15g,菟丝子 12g,乌梢蛇 10g,熟地黄 15g,山茱萸 12g,龟甲 15g,乌药 10g 诸症明显好转,病情稳定。

(收稿日期:2009-07-20;修回日期:2009-09-05)

[编辑:洪涛]

· 临床解惑 ·

如何运用活血化瘀法治疗内科杂病

吴沛田

(海南省三亚市中医院,572000)

内科杂病一般病程较长,迁延不愈,往往引起人体脏腑经络气血的瘀滞,即古代医家所说“久病入络”。《临证指南医案》说:“大凡经主气,络主血,久病血瘀”,“初为气结在经,久则血伤入络。”病久气血阴阳亏虚,无力鼓动血运,血滞于经;或久病气机逆乱,“气有一息之不通,则血有一息之不行。”所以,瘀血既是杂病所形成的病理产物,又是导致多种病证的病理因素。不论何种疾病,或是在病的某一阶段,凡是反映“瘀血”这一共同病理特征,或兼有“瘀血”症状,如瘀痛、青紫瘀斑、肿块、舌有瘀斑,脉涩、沉、结等,均可按异病同治原则运用活血化瘀法。

古人有“见血休治血”之说,同样,治瘀当求因。在内科杂病中,虽同为瘀血表现,由于病情有轻重缓急之异,致病因素多端,标本邪正虚实有别,脏腑病位不一,故临床上应具体情况具体分析。

益气活血法:常见倦怠乏力,肢体酸麻疼痛,或局部肿胀难消,纳谷不香,气短自汗,舌苔薄白,脉弦或无力。治宜补气与活血同用,补其不足,攻其瘀滞。药用:当归、赤芍、桃仁、红花、川芎、生黄芪、党参、白术、茯苓、白芍。温经活血法,适用于寒凝血瘀者,可见四肢欠温,或拘挛疼痛,遇寒加重,或手指苍白、皮温偏低,舌苔薄白质淡,脉沉细或迟。血宜温,温则通,寒则凝,故选偏温性活血化瘀药如当归、川芎、红花、苏木、刘寄奴、鸡血藤、三七、延胡索、姜黄等,同时配合温热药如附子、肉桂、干姜、桂枝等。

利湿活血法:适用于血瘀湿重者,湿为阴邪,其性黏滞,重浊趋下,易损阳气,多见肢体肿胀,行走不利,或纳差腹胀,倦怠乏力,头重头痛,舌苔白滑或腻,舌质暗,有瘀斑。在活血化瘀方中加用利湿药,有利于消瘀通脉。药用:桃仁、红花、当归、川牛膝、泽兰、防己、猪苓、车前子、益母草、薏苡仁、土茯苓、威灵仙、枳实。清热活血法,适用于瘀血阻络,日久化热者,瘀热相搏这一临床常见证候,是内伤杂病病变发展到某一阶段,火热毒邪或兼挟痰湿壅于血分,搏血为瘀。如流行性出血热、肺结核、支气管扩张、系统性红斑狼疮、重症肝炎、慢性乙型肝炎、高脂血症、糖尿病、真性红细胞增多症等,运用此法能显著提高临床疗效。药用偏寒性活血化瘀药,如:赤芍、丹参、牡丹皮、茜草、土鳖虫、地龙等。同时配伍清热解毒药如:金银花、蒲公英、紫花地

丁、连翘、黄芩、黄柏、虎杖、板蓝根等。

补肾活血法:适用于肾虚、肾阴虚或肾阴阳俱虚伴血瘀证者。若肾阳偏虚,腰膝酸软无力,四肢不温,腰以下冷感明显,舌淡,脉沉,药用:桃仁、红花、当归、川牛膝、赤芍、淫羊藿、巴戟天、狗脊、仙茅、续断、熟地黄;若肾阴虚,腰膝酸软,或肢体麻木,午后低热或五心烦热,夜寐不宁,时有盗汗,消瘦乏力,舌红脉细数,药用:桃仁、红花、当归、赤芍、白芍、生地黄、玄参、制何首乌、山茱萸、川牛膝、水蛭、地龙、银柴胡、鳖甲、龟甲等。若阴阳俱虚,腰膝无力,时有畏寒,口干欲饮,夜寐多梦,自汗盗汗,药用:桃仁、红花、当归、川芎、补骨脂、枸杞子、菟丝子、生地黄、熟地黄、白芍、女贞子、淫羊藿、川牛膝、天冬、茯苓等。

通下活血法:适用于热毒炽盛,瘀血热结者。血瘀日久,肢体瘀肿,疼痛难消,或高热烦躁,神志模糊;或大便秘结、腹胀呕恶,舌苔黄燥或黑苔,脉弦滑,药用:桃仁、红花、赤芍、当归、白芍、生地黄、牡丹皮、丹参、黄芩、枳实、大黄、芒硝等。

行气活血法:适用于气滞血瘀者,症见胁痛及腹,走窜不定,或肢体不利,或病证常因情志变动而加重,舌苔薄,脉滑。气为血帅,血随气行,气塞不通,血壅不流,临床常选具有活血化瘀又有行气作用的川芎、郁金、延胡索、姜黄、川楝子,并酌情配伍行气药如香附、枳壳、木香、青皮、沉香、乌药等。

养血活血法:适用于久病体虚者。《景岳全书》:“血有虚而滞者,宜补之活之”,王清任说:“气有虚实,血有亏瘀”。病程迁延,多见血亏,表现为视物昏花,头目眩晕,四肢麻木,面色萎黄。在女子则经来色淡量少,或应至未至,舌质淡,脉虚。药用:桃红四物汤加减,桃仁、红花、赤芍、熟地黄、当归、白芍、女贞子、桑椹子、墨旱莲、川芎、黄精、枸杞子。

值得注意的是,人身之气血宜和不宜伐,宜养不宜破。所以,证无瘀象应慎用活血化瘀法;有瘀象亦应瘀去即止,不过剂久用,以免耗伤气血。另外,痰瘀同源、同病,津血同源,在病理状态下,津凝为痰,阻滞脉道,血滞成瘀。《血证论》云:“痰亦可化为瘀”、“血积日久,亦能化为痰水”。痰瘀可互相因果为病,临证应辨证运用清热化痰或温化寒痰之法以提高疗效。

[编辑:李巍]