

断为周围性面神经麻痹,给予西医药住院治疗 1周,未见明显效果,故来余处求诊。现症见:右侧口角歪斜,右侧鼻唇沟消失,左侧额纹消失,右眼闭合不全,右侧舌前味觉减退,右耳后疼痛不适,大小便尚调,食欲减退,舌暗红,苔薄微黄,脉滑弦。证属风热之邪乘虚侵袭少阳经脉,治宜疏散少阳之热,方选小柴胡汤加减治疗,药用:柴胡 10g 黄芩 10g 荆芥 10g 防风 10g 法半夏 10g 生姜 10g 党参 10g 大枣 3枚,炙甘草 6g。3剂后,诸症明显好转,故效不更方,继续在原方基础上加养阴、健脾之品,调理半月而痊愈。随访半年未见复发。

按:《伤寒论》曰:“伤寒中风,有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”,故此证因风热之邪乘虚侵袭少阳经脉,故用柴胡、黄芩专入少阳,清少阳之热,柴胡为少阳经引经之药,可引诸药入少阳药;荆芥、防风为散风专药,荆芥芳香而散,气味轻扬,性温而不燥,以发汗散寒之力较强,防风气味俱升,性温而润,祛风之力较胜,二药参合,既能发散风寒,又有祛经络中之风热;半夏、生姜味辛能散,能燥湿化痰,兼有疏通少阳郁滞;党参、大枣、甘草相配,扶中益气,助正以祛邪,实脾以绝少阳之邪内传之路。

例 2,彭某,男,76岁。初诊:2009年 3月 15日。患者在 10天前因感冒后出现畏寒、发热,体温达 38.5℃,肢冷,无汗,头身酸痛,咳嗽、痰多而稀白,胸闷、动则喘作,静则喘止,口干不欲饮水,在当地诊所输液治疗后,病情未见明显好转,且出现右侧口眼歪斜,右侧鼻唇沟消失,遂至某中心医院诊断为周围性面神经麻痹,给予住院治疗,给予强的松等西药治疗,并配合针灸治疗 1周,病情稍有好转,故来余处求诊。现症见:右侧口角歪斜,右侧鼻唇沟消失,恶寒无汗不发热,头身酸痛不适,咳嗽痰多而稀白,胸闷、动则喘作,静则喘止,口干不欲饮水,肢冷,纳差,小便清长,精神欠佳,夜寐欠安,舌薄黄而稍腻,脉沉而缓,治宜温肾散寒、止咳化痰,投以麻黄附子细辛汤加减治疗,药用:麻黄 10g 细辛 5g 制附片 10g 鱼腥草 15g 瓜蒌 10g 葶苈子 15g 杏仁 10g 炙甘草 6g。连服 3剂,微自汗出,恶寒顿失,右口角歪斜、咳嗽减去十之七

八,食欲亦有所增加。故复诊守方加黄芪 15g 党参 15g 再进 7剂,诸症消失,惟感神疲乏力,有时偶感心性,食欲稍差,二便尚可,故改用参苓白术散加附子以调理而愈。

按:本例因患者年事已高,阳气不足可想而知,又因外感风寒束太阳而内困少阴,故采用既能解太阳之表,又能温少阴之里的麻黄附子细辛汤为主,《本草汇言》虞抟说:“附子以其禀雄壮之资,而有斩关夺将之势,能引人参辈并行于十二经,以追复其失散之元阳;又能引麻黄、防风、杏仁辈发表开腠理,以驱散在表之风寒;引当归、芍药、川芎辈入血分行血养血,以滋养其亏损之真阴。”并加瓜蒌宽胸理气;杏仁、葶苈子以宣降肺气和疏运脾气;鱼腥草以清肺止咳化痰,甘草调和诸药。诸药配合,而能获表里双解,而获良效。

例 3,李某,男,28岁,2009年 7月 2日初诊。患者在 6月 21日无明显诱因,清晨起床后自感左侧面部不适,家人发现其口角歪斜,遂致某人民医院就诊,即诊断为周围性神经面麻痹,而给予中药全蝎、蜈蚣等祛风搜络之中药 10余剂,未见明显效果,前来求诊。现症见:眠可,二便尚调,左侧口角歪斜,不能鼓腮、吹气,精神欠佳,食纳基本正常,舌质红,苔薄黄,脉弦。治宜滋阴养筋,补血通络,方选增液汤合四物汤加减治疗:生地黄 30g 玄参 15g 麦冬 15g 沙参 15g 防风 10g 僵蚕 10g 蝉蜕 6g 当归 10g 川芎 10g 白芍 15g 甘草 6g。连服 5剂后,诸症明显好转,故继续按原方治疗半月,诸症全失而愈。

按:本例年青体壮,无明显其他症状,前医以祛风搜络之品治疗半月而未见寸功,可见方药不对证,此例因病发夏至前后,夏至乃一年之中阳气最旺之时,阴气相对不足之时而发病,可见其阴气不足,故本例以增液汤以滋养阴气,四物汤以补益气血,加防风、僵蚕以祛风通络,共奏荣养经筋之功,而达到药到病除之效。

* 湖南省涟源市疾病预防控制中心 (417100)

表层点状角膜炎误诊为病毒性角膜炎 3例

韩红波* 刘春姿*

1 病例报告

例 1,患者,男,68岁。双眼涩痛畏光 2年,在外院诊断为“干眼症”,给予人工泪液治疗,病情无缓解。20天前来我科要求服中药治疗,被诊为“双眼病毒性角膜炎”,给予抗病毒眼水,抗生素眼水并口服中药(金银花,连翘,板蓝根,黄芩,川羌活,桔梗,生甘草,山药,沙参等),仍无好转,今来复诊,故转来我处。检查双眼视力 1.0(戴镜),裂隙灯下,双眼球结膜轻度睫状充血,角膜上皮层针尖大小炎症,但无上皮下浸润,荧光染色见点状着色 20~30点,分布整个角膜,呈椭圆形,微微高出上皮面,角膜知

觉正常,前房(一),诊为“表层点状角膜炎”,给予 0.1% 氟美瞳眼水,每日 4次,口服杞菊地黄口服液,停用原药。1周后复诊,自觉症状好转,双眼角膜上皮点状着色明显减少,再继续用药 1周,自觉症状及角膜点状着色消失 FI(一),未留瘢痕。后因疲劳,复发过几次,每次按上方治疗均能痊愈。

例 2,患者,女,56岁。双眼异物感畏光干痛 3个月。发病前有感冒史,在外院诊为“病毒性角膜炎”,予抗病毒口服及局部点眼,未见好转,来我科要求中医治疗。检双眼视力 0.8 插片 -0.75DS=1.0 双眼球结膜轻度睫状

充血,角膜上皮散在灰白色点状浸润灶约 20~30个,均匀分布,FL(+),角膜知觉正常,前房(-),诊为“表层点状角膜炎”,予 0.1%氟美瞳眼水,每日 4次,口服杞菊地黄口服液,1周后复诊,自觉症状消失,FL(-)。

例 3. 患儿,男,11岁。双眼频繁眨眼 2个月,在外院先后诊为“抽动症”、“双眼病毒性角膜炎”,治疗无效,今来我院就诊。检双眼视力 1.2 双眼球结膜充血明显,角膜上皮灰白色点状浸润灶,均匀分布于整个角膜,FL(+),角膜知觉正常,前房(-),诊为“表层点状角膜炎”,予 0.1%氟美瞳眼水,每日 4次,1周后复诊,眨眼次数明显减少,角膜上皮点状浸润灶明显减少,继用 1周,眼部症状及体征痊愈。

2 讨论

表层点状角膜炎是一种病因不明的隐匿性角膜上皮炎,主要特征:双侧性,病程长,角膜知觉正常,结膜反应

轻,愈后不留疤痕,易复发,皮质类固醇可迅速改变症状。本病易与病毒性点状角膜炎相混淆,后者由于病情感染所致的角膜上皮层或上皮下的点状混浊浸润,以腺病毒为多见,常使单眼或双眼受累,角膜知觉减退,球结膜混合充血水肿 1~2周后结膜炎消退,瞳孔区上皮和上皮下引起炎症和浸润,可见粗细不等的点状细小灰白色点或呈点状,线状混浊,荧光素染色可着色,抗病毒治疗有效。与干眼症的混淆,干眼症是由于外眼的天然功能和保护机制的各种障碍引起瞬目时泪膜不稳定的一种眼表疾病。它的眼表损害,角膜染色都出现在下部,鼻侧多于颞侧,且常伴球结膜染色,基本都有角膜知觉异常。它的治疗,尽量使用不含防腐剂的人工泪液并口服养阴生津的中药。

* 浙江中医药大学第一临床医学院 (310006)

凉血益气法治疗免疫性血小板减少性紫癜

崔 徐 江*

免疫性血小板减少性紫癜 (ITP), 中医治疗有较好的疗效。由于患者多因为皮肤黏膜的出血表现前来就诊,传统中医常将此病归属“血症—紫癜”的范畴。随着血常规检测技术及健康体检的普及,很多患者就诊时并无出血表现,如皮肤紫癜、黏膜出血点、齿龈出血、月经增多或经期延长等,而是因为多次检查血常规发现外周血小板计数减少。根据辨病辨证的原则,凉血益气法对本病疗效良好。

1 对本病中医辨证的认识

中医强调辨证施治,“证”是关键。对有明显皮肤出血表现的 ITP患者,文献中多将本病归属“血症—紫癜”,有“血热妄行、气虚失摄、阴虚火旺、瘀血阻络、肝肾亏虚、脾肾亏虚”等证型分类。笔者认为,这是基于对“出血及相关症候群”的辨证分析,并无不妥。但是,对于那些仅在化验检查时发现血小板计数减少并无其他异常表现的患者,要通过“症候群”辨证分析,是困难的。多次检测血小板计数减少,是 ITP诊断的关键。笔者认为,对本病的辨证,应该借助现代科技手段。从增多与减少的关系看,增多属“阳”、“实”,减少属“阴”、“虚”。长期血小板减少,似乎可归属“阴”、“虚”的范畴。阴虚,与内热,有着一定的关联。再看血小板减少的原因,是自身免疫反应,自身抗体破坏自体血小板所致。免疫反应的启动与全过程,均离不开“能”和“热”。虽然自然科学中的“能”与“热”的概念,与中医抽象的“热”概念有着本质区别。但是,笔者认为,中医的概念,是从具体到抽象的产物,在特定条件下“抽象”又在“具体”中再现。这个“内热”,与自身免疫反应,就有着必然的联系。自身免疫反应被抑制,血小板被破坏就少,血小板计数就可以升高,这是现代医学的治疗机制。中医之“清热、凉血”,毒副作用甚微,能

否达到类似的疗效?

笔者认为,本病有“内热”,且位于“血分”,并非“热邪入血分”,而是“热源自血分”,乃“血分之内热”。基于条件所限,尽管缺乏实验研究的支持,但通过多年临床实践,坚持用“犀角地黄汤”为基本方治疗本病的收效,推论得到初步验证。

在辨证分析中,还应该注意到“气”的问题。中医认为,“气”是生命运动的源动力。细胞的生长发育,同样离不开“气”。尽管笔者依然无法通过实验研究求证,但从多年的临床实践中,个人的体会是:在“犀角地黄汤”凉血基础上,辅以补气疗效更佳,对血小板计数稳定和升高都有利。尽管补气是否就作用于巨核细胞生长发育环节,目前只是一种猜测;但是,从多个方面看,益气应该作为凉血的辅助,而不应局限于对“气虚”传统方式的辨证分析。

ITP是西医诊断,关键依据是血小板计数。因此,对本病的辨证,应建立在“辨病”的基础上,也离不开血小板计数的检测。辨证分析,也离不开现代医学有关病机的认识。异常的自身免疫反应,是本病的根本,也是“血分内热”产生的根源。“益气”不仅是考虑到生血,而且也综合考虑到统血、摄血、健脾、行经等。

2 治疗本病的临床实践体会

基于上述认识,对 ITP的治疗,笔者多年坚持“能不西、中西结合”,坚持以凉血益气法为主要治则。体会如下。

2.1 凉血益气用药体会

基础方采用犀角地黄汤。因犀角当今无法获取,只能用水牛角代替。水牛角为君药,用量要大,成人 40~80g 要求先煎 30min 以上。生地黄 10~20g 赤芍 10~