

脉细弦。胃镜示萎缩性胃炎伴胃窦小区糜烂。病理示胃窦黏膜重度萎缩性胃炎伴重度肠化,肠化染色分型以完全性小肠型和结肠型为主。辨证为脾胃气虚、血络瘀滞。治宜补中益气,活血化瘀。处方:炙黄芪 30g 党参 20g 炙甘草 10g 炒白术 15g 赤芍 15g 白芍 15g 茯苓 30g 白及 6g 制乳香 3g 没药 3g 败酱草 20g 当归 10g 三七粉 3g(分吞),香茶菜 10g 7剂。二诊时上腹部隐痛好转,时有嘈杂,恶心,舌苔薄白,脉细滑。前方加干姜 6g 吴茱萸 3g 7剂。三诊时症状明显好转,拟前方出入续服半年后,复查胃镜示:萎缩性胃炎。病理示胃窦轻度萎缩性胃炎伴轻度肠化。此后,患者继续续诊 3个月,再次复查胃镜示:浅表性胃炎。病理结果示:(胃窦)黏膜重度浅表性胃炎。

4 体会

久病及虚,益气和中:慢性萎缩性胃炎属中医“胃脘痛”“痞满”等范围,《素问·五常政大论》:“备化之纪……其病否……卑监之际……其病留满否塞。”李东垣在《兰室秘藏·中满腹胀论》中认为“或多食寒凉及脾胃久虚之人,胃中寒则生胀满,或藏寒生满病”。其发生多由素体虚弱、七情过极等致脾胃受损,气血生化失源,胃络失于濡养而使腺体萎缩。胡师认为皆属于“久病及虚”。故常见倦怠乏力、消瘦、纳差、口淡无味、大便不实等。而本病的基本病机是脾虚,中焦气机阻滞,久则由气及血,故辨证总属于本虚标实,治疗原则应以补中养胃健脾为先。常用党参、黄芪、白术、白芍、甘草等益气健脾和中之药。

木郁化火,疏肝清热:朱丹溪曾说:“气血冲和,万病不生,一失怫郁,诸病生焉,故人身之病,多生于郁。”肝气郁滞,则气郁化火,耗竭胃阴,横逆犯胃,胃气不得通降,或脾胃虚弱,肝木乘侮。如《类经图翼》:“盖造化之机,

不可无生,亦不可无制。无生则发育无由,无制则亢而有害。”故胡师常在临床用郁金、柴胡、川楝子、佛手等疏肝之品以调理脾胃气机,促进脾胃功能恢复。若肝郁化热可加用大青叶、蒲公英、败酱草、七叶一枝花等清热解毒。败酱草治疗胃黏膜糜烂效果佳。在临床应用时,切不可用过香燥耗气及苦寒败胃之药戕伐脾土。

久病入络,活血行瘀:《脾胃论》“脾胃不足皆为血病。”叶天士亦云:“初病在气,久病入络。”慢性萎缩性胃炎病程日久,故久病常可入络,症见脘痛绵绵,痛有定处等血瘀之症。胡师认为此血瘀乃气滞血瘀或气虚血瘀,宜在益气或理气的基础上加活血行瘀之品,如三七粉、当归、红花、莪术等,而不能一味活血、通血、破血。现代药理学认为活血化瘀可改善胃黏膜的血液循环、促进胃黏膜的修复、并有增加细胞免疫促进体液免疫的功能。故胡师认为萎缩性胃炎当以益气和胃,通络行瘀为法。切不可一个“炎”字印定耳目,而按“热”证治,罔施寒法,则犯“虚虚”之戒。在临床治疗中,往往可见到胃黏膜萎缩病变逆转的病例。

现代医学证实,幽门螺杆菌(HP)是引起各种胃炎的重要原因,对胃黏膜屏障有破坏作用,持续 HP感染可使细胞发生肠上皮化生、不典型增生,使患胃癌的危险增高,WHO也将之列为第一类致癌因子。HP感染多形辨中医湿热,其次多辨为肝胃不和。故在临床上常用清湿热之黄芩、蒲公英,并用参三七、党参益气活血,现代药理证实,参三七含有人参皂苷,补血益气,活血散瘀,影响 HP的生长。伴有常化生或异型增生者,可在辨证的基础上加用全蝎、蜈蚣等虫类药。有时配合西医的三药联用取得功倍之效。

* 浙江省杭州市第四医院医教科(310002)

吴敏治疗儿童抽动障碍的用药规律研究

张欣* 吴敏* 倪健俐*

儿童抽动障碍(TD)是一种儿童期起病,为一组原因未明的神经精神性疾病。长期以来,多巴胺受体阻滞剂氟哌啶醇等是治疗抽动障碍的首选药物,但由于许多患儿症状迁延,长期服药后副作用大,影响儿童的正常学习。中医从整体观念和辨证施治的理论着手,在治疗上显示了明显的优势,且已取得较好疗效。

导师吴敏教授师从儿科大家刘弼臣教授治疗抽动障碍的学术思想,创制祛风止动方治疗抽动障碍患者千余例,临床显示能较快改善抽动症状,减轻氟哌啶醇毒副作用,总有效率高达 83.3%。本文选取抽动障碍专科数据库中 187份初诊处方进行统计分析,总结吴敏教授的临证用药规律,以共同行医家借鉴参考。

1 资料与方法

1.1 资料来源

入选的 TD患儿均来自 2003年 6月~2008年 2月于上海交通大学医学院附属新华医院中医儿科门诊就诊的患儿。共 187例。其中男性患儿 134例,女性患儿 53例;年龄 4~17岁,平均年龄(6.77±2.83)岁;病程 0.25~108个月,平均病程(19.42±11.68)月。

1.2 诊断标准

根据《ICD-10精神与行为障碍分类、临床描述与诊断要点》,抽动障碍诊断要点。

1.3 纳入病例标准

①符合《国际疾病分类》第 10版(ICD-10)抽动障碍诊断标准;②在本院门诊接受治疗并完成相关资料调查者;③未用其他方法治疗者。

1.4 排除病例标准

①不符合诊断标准者;②年龄<3或>18岁者;③有

习惯性抽搐、肌阵挛性癫痫、风湿性舞蹈病、肝豆状核变性、脑外伤、脑炎后遗症和其他锥体外系疾病者；④合并心血管、肝、肾、血液等严重疾病者；⑤不能配合治疗或资料不全者。

1.5 研究方法

建立抽动障碍专科病历，收集患者就诊资料，包括中医症状、辅助检查、证候诊断和处方用药等信息，设计抽动障碍病例资料数据库，数据采用双对照录入。临床常用药物及其性味归经统计采用频数法，应用统计软件进行数据处理。

2 结果

2.1 常用药物性味归经分析

使用频数法对 187 例处方中常用药物进行四气、五味和归经的统计分析，结果如下：

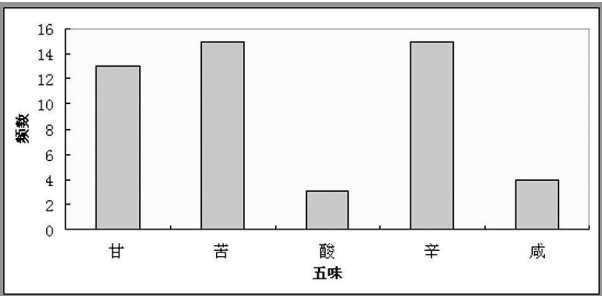


图 1 常用药物的五味归属

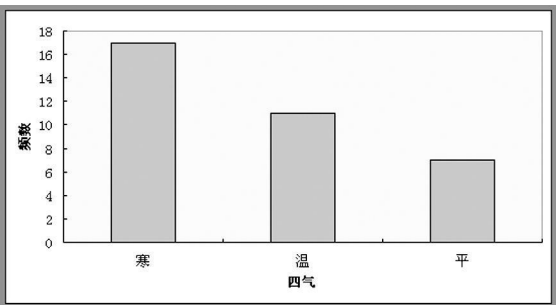


图 2 常用药物的四气归属

由图 1~图 3 可以看出，常用药物按照五味归属按照由高到低的顺序依次为苦、辛、甘、咸、酸；四气依次为寒、温、平。综合分析吴敏教授的用药，性寒味苦的药物为主，辛温的药物用在其次。我们分析乃是因为吴敏教授认为小儿抽动障碍本源在肝，病发于肺；病机关键为外风引动内风，应以祛风熄风为大法，不仅应以平肝熄风为重，更应祛除外风，以防外风引动内风，故在加减用药时常配伍苦寒之品泻肝中伏火，辛温之品散肺中风邪。

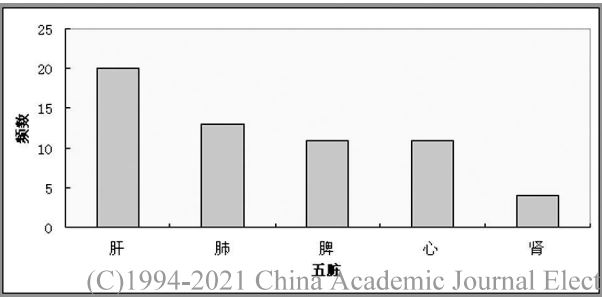


图 3 常用药物归经统计

归经频次统计结果显示，入肝经的药物最多，然后依

次是肺、脾、心、肾，由此可以看出吴敏教授临证处方用药，视病在肝，其治在肺的遣方用药特点。

2.2 祛风止动方配伍加减药物性味归经分析

在选取的 187 份处方中，吴敏教授在祛风止动方的基础上共加减用药 68 味，对其进行统计，运用频数法计算其出现频率，对临床常用出现频率较多的 13 味药物列举如下，结果见表 1。

表 1 祛风止动方随证加减药物频数统计

药物名称	次数	频数 (%)	性	味	归经
蔓荆子	93	50	苦、辛	微寒	膀胱、肝、胃
白菊花	83	44	辛，甘，苦	微寒	肺、肝
白芍	53	28	苦、酸	微寒	肝
蝉蜕	51	27	苦	寒	肺、肝
僵蚕	31	17	辛，咸	平	肝、肺、胃
龟甲	14	7.5	咸，甘	寒	肝、肾
生山楂	14	7.5	酸，甘	微温	脾、胃、肝
生谷芽	14	7.5	咸	平	脾、胃
生麦芽	14	7.5	甘	平	脾、胃
夜交藤	12	6.4	甘	平	心、肝
板蓝根	12	6.4	苦	寒	心、胃
合欢皮	11	5.9	甘	平	心、肝

由表 1 所示可知，12 味常用中药功效可以分为 4 类：其中出现最多的是疏风清热药，包括 4 味药物，分别是蔓荆子、菊花、蝉蜕、板蓝根；其次是平肝止痉的药物，分别是白芍、僵蚕、夜交藤，可见吴敏教授在对祛风止动方进行加减用药时仍注重配伍祛散风邪，平肝熄风的药物。第 3 类为消食开胃药，分别为生山楂、生谷芽、生麦芽。三药合用和增强消食导滞的功效，可见吴敏教授在平肝疏风的同时注重培护小儿脾胃，一助药力之吸收，二防止长期用药有碍患儿胃纳。第 4 类为安神药，包括夜交藤、合欢皮，吴敏教授在临床诊疗中发现睡眠质量不佳会导致抽动患儿症状加重，故常对夜寐欠安的患儿加用养心安神之品。夜交藤兼具祛风通络之功，合欢皮可解郁，舒缓情绪，故临床常用此药对配伍。还有一类是滋阴潜阳的龟甲，既可平肝阳，亦可滋肾阴，阴平阳秘，可调节患儿机体阴阳平衡。

2.2 祛风止动方加减药物的对症治疗分析

抽动障碍患儿常表现为头、肢体和躯干等部位肌肉突发、快速、反复抽动和 (或) 伴爆发性喉音和行为紊乱，患儿常见眨眼、摇头、耸肩、踢腿等多发性的抽动症状。吴敏教授在临床诊治过程中，常针对不同的抽动症状有针对性的进行对症治疗，通过对吴敏教授临证处方的总结研究发现，常见的对症用药如下：头面动作异常者常加用黄连、菊花；烦躁、秽语者加用柴胡、白芍、枳壳；注意力不集中加用石菖蒲、远志、郁金、丹参；肢体抽动明显加用蜈蚣；上肢抽动明显加用姜黄；下肢抽动明显加用牛膝；颈肩部抽动明显加用柴胡、葛根；喉部异声加用蝉蜕、僵蚕、射干。

3 讨论

名中医的学术经验代表着同期中医学术和临床发展的最高水平,是中医药宝库中的重要财富,也是中医药薪火传承的核心与精髓。由于其间体现的灵活辨证思维、方药运用艺术以及“存乎一心”的精妙境界,常常是难以表达和言传的。传统上多通过跟师抄方、“口传心悟”等方式来总结继承,但如此不仅耗费的周期漫长,其结果也与学习者的天资和悟性密切相关。在信息技术高速发展的今天,借助计算机技术和统计学等现代数理手段川,从临床实证出发,对名中医的学术经验进行总结,将有可能缩短这一过程,提高工作效率。

本研究通过对 187张临床中药处方的分析,对吴敏教授治疗 TD的用药经验进行了初步研究,总结吴敏教授的临证用药经验如下。

3.1 肝肺并调

吴敏教授认为,抽动障碍患儿本病在肝,病发于肺;病机关键为外风引动内风,治疗宜肝肺并调,一则疏风通窍祛外风,二则平肝通络熄内风。故祛风止动方中,辛夷善散肺部风邪而通鼻窍,天麻熄风止痉、祛风通络,全蝎熄风止痉通络,三药配伍既散外风又熄内风,共为君药;方用钩藤、板蓝根为臣药,钩藤熄风止痉、清热平肝,常与天麻相配伍,共奏熄风通络之功。板蓝根清热解毒利咽,与辛夷相伍,共奏祛邪护肺以安内宅之功,从而防止外风引动内风,更重要的是使肺金保持正常的功能状态。伸筋草入肝脾肾三经,有祛风散寒、舒筋活血之功。木瓜平肝抑木,舒筋通络,二者共为佐使药。诸药合用,可疏风通窍、平肝熄风。

导师吴敏教授指出:肝为刚脏,肺为娇脏,一刚一柔,一阴一阳,贵在坚守,刚柔相济,阴阳协调,待其内外之风平熄,火清痰化,肺气肃清,筋脉通润,心静神宁,则病自缓解。故治疗应以祛风熄风为大法,不仅应以平肝熄风

为重,更应祛除外风,以防外风引动内风。

3.2 清散同治

明代名医万全在提出的“三有余、四不足”的小儿生理病理学说中指出“小儿“阳常有余、阴常不足”。故与多数医家治疗抽动障碍侧重补益脾肾的不同之处在于,吴敏教授在肝肺并调的同时,更注重配伍清热、养阴之品,且常用归属肝经的药物,以平肝阳,泻伏火。吴敏教授在临床中发现,TD患儿常有反复呼吸道感染史,或因发热、鼻塞流涕、咽部红肿等风邪侵袭肺卫证候而使症状加重。现代医学研究表明,许多感染因素均可导致TD的发生。小儿肺为娇脏,且肺为华盖,风邪上受,首先犯肺。古代医家有“娇肺遭伤不易愈”的明训,所以抽动障碍一旦形成,不仅难期速效,而且病情起伏不定。若仅强制定震,使其宁静,非独不能治,反而反复无常,徒延岁月。故吴敏教授常配伍辛散之品,以辅佐祛风止动方疏散外邪之功效。

吴敏教授在总结治疗本病临床经验的基础上,结合小儿生理病理特点及TD病因病机特征,提出“肝肺并调”的基本治法。临床以此方为基础治疗小儿抽动障碍患儿,取得较好疗效。现代医学倡导生理—社会—心理医学的治疗模式。因此在药物治疗同时,医师亦应对患儿及其家长从自我心理调节及日常生活护理两个方面进行必要的指导,有意识培养患儿好的心理素质,并取得幼儿园或学校老师的密切配合,矫正认知能力,鼓励日常生活中的点滴进步和优点,体会到成就感和满足感,树立战胜疾病的信心。

基金项目:上海市卫生局青年科研基金(2008QN052);上海市中医脑病专科建设项目;上海市卫生局中医药科研基金(2008L052C)
* 上海交通大学医学院附属新华医院中医科(200092)

柳国斌应用无创经络功防治下肢静脉功能不全

杨 晓* 柳国斌*

慢性下肢静脉功能不全(CVI)是最常见的周围血管疾病之一,它是一组下肢静脉病症的总称,其发病率很高,约为27%。CVI包括下肢静脉曲张综合征、原发性下肢深静脉瓣膜功能不全、下肢深静脉血栓形成、交通静脉瓣膜关闭不全等疾病,严重影响人们的生活质量^[1]。在治疗方面,CVI手术方法虽然很多,但是近期或远期疗效不满意,所以保守治疗仍是目前治疗CVI的重要手段之一^[2]。我师柳国斌根据其既往的临床经验,总结出了一套无创经络功治疗慢性下肢静脉功能不全,疗效满意,兹介绍如下。

1 诊断和纳入条件

1.1 诊断标准

表 1 临床表现分类

分类	临床征象
C ₀	有症状而无静脉病体征(如:腿部沉重,乏力、酸胀或疼痛)
C ₁	毛细血管扩张,网状静脉
C ₂	浅静脉曲张
C ₃	静脉性水肿
C ₄	皮肤改变:(色素沉着、湿疹、脂质硬皮症、白色萎缩)
C ₅	皮肤改变加已愈合溃疡
C ₆	皮肤改变加活动期溃疡

根据美国静脉论坛提出的CEAP分类法(见表1)是