

4 典型病例

张某,男,60岁,2007年7月22日上午突发头昏,左侧上下肢不活动住进某医院,西医诊断:脑出血。入院诉头痛明显,体温38.3℃,血压170/100mmHg,左侧上肢活动受限,肌力0级,下肢1~2级,经治症状稍减轻。7月27日出院后邀我诊治。症见:头顶痛剧,眼睛难睁,神志恍惚,左侧上下肢不能动,血压170/90mmHg,体温38.9℃,口干欲水,不欲食,5天未解大便,舌边尖红,苔厚黄腻,脉沉弦数。中医诊断:暑入阳明。治以清暑透邪。处方:金银花50g,连翘30g,淡竹叶10g,牛蒡子20g,芦根20g,天花粉30g,知母20g,石膏100g,黄芩10g,青蒿30g,醋鳖甲30g,生地黄30g,牡丹皮20g,麦冬20g,五味子10g,太子参30g,玄参20g,大黄5g,1剂,水煎服。二诊:7月29日,头痛稍减,血压120/80mmHg,体温正常,眼睛能睁,能少量进食,大便未下,口干,舌边尖红,苔微黄腻,脉沉弦。处方:赤芍20g,川芎15g,当归15g,地龙30g,黄芪80g,桃仁8g,续断50g,鸡血藤50g,僵蚕20g,白附子(先煎)30g,全蝎(冲服)15g,姜黄20g,白芥子20g,牛膝30g,木瓜15g,穿山甲(冲服)10g,人参20g,五味子10g,陈皮20g,石菖蒲20g,郁金20g,1剂,水煎服。三诊:8月2日,能安睡几小时,食量增加,患侧肩部有痒感,能自行翻身,小便如茶,神志时有恍惚,10天未下大便,舌边尖红,苔干黄,脉沉弦有力。诊断:痰热腑实,风痰上扰。治则:化痰通腑。处方:星蒌承气汤加減,胆南星20g,瓜壳20g,大黄(泡服)20g,芒硝(冲服)30g,丹参20g,赤芍20g,鸡血藤30g,钩藤30g,珍珠母(包煎)30g,沙参50g,麦冬15g,石斛30g,天麻20g,人参15g,石菖蒲20g,郁金20g,三七15g,五味子10g,1剂,水煎服。四诊:8月5日,大便已下,患侧已能缓动,可吃干饭,血压110/70mmHg,头痛缓解1/3,眼能睁,口稍干,舌红,苔微黄腻,脉沉濡数。继二诊原方1剂水煎服。此后效不更方或稍有出入,连进9剂,历时近2个月,患者除患侧上肢欠活动自如外,生活已能自理。使用二诊原方加減制成散剂以巩固。

5 体会

中药大方治病,源远流长,早在《黄帝内经》时期,如《素问·至真要大论》有“……君一臣三佐九制之大也。”已有大方称谓。张仲景在《金匱要略》中治疗“疟母”的鳖甲煎丸,用药达23味。近代上海老中医姜春华对大方运

用更有心得:认为“对病危证重势笃,常数法并进,对危重病便常出现气虚、血瘀、水聚、热毒、积滞等错综复杂的病机,病杂症也杂,如单治一证,势单力孤,往往顾此失彼,难以力挽狂澜,而多症兼顾,数法并用,能推动全局,互相协调增效。那么,何谓大方,近来有专家就其含义作了界定^[2]:“中药方剂由针对多组病症的多组中药组成,通常药味在15味以上,大多在20味左右;方药总量大至在200~350g,亦即在270g左右,通常能治疗3个以上主要病症的方剂称为大方或大复方”。据此,笔者在运用大方治疗中风病的临床实践中也证实了这些理论的正确性和有效性。

中风西医称脑血管意外。中医有中经络中脏腑之分,其病因病机复杂,主要特征是:“卒然昏仆,口眼歪斜,半身不遂”。因本病病死率和致残率极高,在上述病例中,西医诊断为脑出血,中医诊断为中脏腑。针对初诊时既有气滞血瘀,痰蒙清窍,阳明经证,阳明腑证之实证,又有气阴两虚,脾胃虚弱之虚证。此时用一方一法,必力单效弱,不足以拯其危,而按“急则治标,缓则治本”的原则,先解暑邪所致之阳明经,腑证及顾护脾胃。方用银翘散以解暑热,青蒿鳖甲汤透邪出表,白虎汤直折胃腑之热,参麦饮生津复脉以护正气。沙参易党参有增加滋阴清热之意,少许大黄有防过寒大泻致脱之虞。一剂18味药,重量485g,服后便获得了热退身凉,血压正常,饮食增加,精神好转的预期效果。在排除暑热、便秘的标症后,便开始治本。针对中风表现的几组特征证候,及虚实夹杂的病机特点,以补阳还五汤补气活血,牵正散化痰通络,参麦饮顾阴养心,解语丹化痰开窍,四方化裁,一剂21味药,重量达518g,稍加出入,连服13剂,患者基本痊愈。总之,临床实践中体会到,大方可用于中风病的各个阶段,只要以整体观念和辨证施治为指导,用之得当,就会收到良好效果。当然,大方治病也并非盲目重叠处方,要以多而不杂,杂而不乱,切合病机,与病相符为准则。

参考文献

- [1]黄文东.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1984:414.
- [2]何泽民.中药大方治疗疑难病症的思考[J].中医杂志,2005,46(8):572.

* 贵州省绥阳县洋川镇云星村卫生室(563300)

通痹汤加減治疗痹证120例

王 遂 洋*

通痹汤是笔者根据自己多年来以医学理论与临床实践相结合,通过长期临床探索、验证、总结而形成的自拟方,运用通痹汤加減治疗各型痹证,经过临床120例典型病例观察,获效甚佳,现报道于下。

1 临床资料

本组120例均为门诊患者,其中男74例,女46例。

年龄25~72岁;其中25~35岁22例,35~55岁78例,55岁以上20例。病史在6个月左右94例,5年左右26例。临床表现:机体筋络、筋骨、关节、肌肉等部位发生疼痛,伸屈不利,活动不便,有的关节肿大变形,重者丧失劳动能力。体诊查见舌淡或微红,苔白或腻,脉象濡弦或略数。

2 治疗方法

通痹汤药物组成:川芎 18g,川牛膝 25g,秦艽 20g,赤芍 18g,杜仲 20g,薏苡仁 25g,伸筋草 20g,防风 15g,骨碎补 20g,甘草 4g。以汤剂为主,2 日 1 剂,2 周为 1 个疗程。亦可制剂为散剂、丸剂,但须依据病情,酌情量化。随证加减:若风邪偏重者加天麻 20g,独活 18g;若湿邪偏重者加木防己 20g,茵陈 18g;若寒邪偏重加威灵仙 20g,桂枝 10g;若偏热邪重者加忍冬藤 18g,黄柏 12g;若出现肝肾亏虚腰痛者加桑寄生 25g,续断 20g;若出现关节肿大变形者加木瓜 18g,松节 20g;若严重者可结合针灸理疗兼治。

3 结果

疗效评定标准:①痊愈:疼痛及伴随症状消失。②显效:疼痛明显减轻,伴随症状消失。③有效:疼痛及伴随症状减轻。④无效:疼痛及伴随症状不减。治疗结果:痊愈 70 例,显效 35 例,有效 13 例,无效 2 例。总有效率达 98.3%。

4 病案举例

陈某,男,55 岁,就诊时间 2009 年 10 月。患者于 3 个月前,因下地劳动,突遇暴雨,全身湿透,半月后初感肢体疼痛,时觉腰骶沿大腿后侧腘窝处至小腿外侧脚后跟部酸胀疼痛,疲乏无力,诊为“右下肢坐骨神经炎”,经服药打针及艾灸等法治疗,其效不显,病情逐渐加重而前来余处求治。症见:右下肢疼痛,若弯腰、屈膝、或腰膝伸直时疼痛难忍,时现灼痛,尤其阴雨天气痛势较剧,站立和

行走时身体微向左侧倾斜,睡眠时只可向左侧卧,其精神萎靡,时觉口干,舌质淡红,苔少,脉象濡弦略数。以舌脉证候所见诊为痹证。属寒湿郁久化热伤络之势,治以除湿清化通络,方以通痹汤加减:木瓜 18g,薏苡仁 20g,川牛膝 25g,全蝎 10g,木防己 20g,黄柏 12g,忍冬藤 20g,甘草 4g,嘱服 3 剂,并结合针灸推拿理疗兼治。

复诊:腰骶至右下肢疼痛减轻,唯时现灼痛,舌脉未变,此系湿热仍盛之象,守前方去防己,加茵陈 15g,松节 18g,连翘 12g,连进 10 余剂,病势大减。后随症变通加减药物,兼以手法理疗调治月余,诸证逐渐消失而病获痊愈,追访至今未复发。

5 讨论

痹证系临床常见病,多发病。本病的发生常与气候环境以及患者体质因素有关。《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹”;“所谓痹者,各以其时重感于风寒湿之气”。由此可见,痹者是不通之谓,凡风寒湿邪所致人体肌表经络,导致气血阻塞不通,引起机体经络、筋骨、关节、肌肉等部位发生疼痛,伸屈不利,关节肿大等状均可称之为痹证。就其本病,笔者在临床病证中,运用通痹汤加减,对众多患者治疗颇有收效。方中防风、薏苡仁祛风除湿;伸筋草、骨碎补、川牛膝舒筋通络;川芎、赤芍、秦艽、杜仲行气活血止痛;甘草调和诸药增强药效。随证加减,用于临床各型痹证,确有事半功倍之效。

* 四川省遂宁市中医院(629000)

综合疗法治疗类风湿关节炎 80 例临床观察

江莉祥* 王天宝* 肖正华*

类风湿关节炎(RA)是一种以关节和关节周围组织的非感染性炎症为主的自身免疫性疾病,病因及发病机制尚不明确。综合疗法治疗具有减轻局部症状、改善关节功能的作用。现将综合疗法治疗 RA 80 例疗效观察报道如下。

1 临床资料

符合美国风湿病学学会 1987 年 RA 的诊断标准^[1],病级为 1~2 级,红细胞沉降率(ESR)≥30mm/h,所选患者均侧重大关节炎性表现,并排除:①严重的关节畸形、关节功能损伤 3 级以上。②合并有心、肝、肾等关节外表现。③孕妇及哺乳妇女、精神病患者。④重叠其他风湿病如系统性红斑狼疮、干燥综合征、严重的膝部骨关节炎患者。本组 80 例,女 56 例,男 24 例;年龄 16~60 岁,平均 38 岁;病程 6 个月~10 年。

2 治疗方法

2.1 口服自拟补脾除痹汤

黄芪 20g,党参 12g,白术 12g,赤芍 12g,熟地黄 12g,雷公藤、川芎各 10g,当归 15g,青风藤、络石藤各 15~30g,鸡血藤、夜交藤各 30g,蚂蚁、地龙、土鳖虫、乌梢蛇各 10g。随证加减:风寒湿型症见重着疼痛为主加制草乌、

附子等;风湿热郁加知母、忍冬藤等;肝肾亏虚加女贞子、枸杞子、天仙藤等;关节肿痛畸形加全蝎、炮穿山甲等;脾胃虚弱加茯苓、砂仁等。每日 1 剂,水煎分 2 次服,3 个月为 1 个疗程。

2.2 中药外敷治疗

药用制乳香、制没药、血竭、麝香、细辛、黄柏、金银花、附子、马钱子、天南星、红花、栀子等制成酊剂,外敷患处,每周 1 次。

2.3 运动干预加按摩治疗

①急性期。患者需卧硬板床休息,局部行热敷,限制受累关节活动,使关节保持功能位置,可使用各种矫形支架和夹板 1~2 周。②中期。进行按摩、床上被动和主动运动。如伸屈、旋转^[2]。可离床时,注意坐姿,避免跪坐、盘腿坐,四肢小关节可在温水(37℃)中做关节操^[3],鼓励患者尽早下床缓步行走,进行步态训练。③晚期。多采用物理疗法、推拿按摩法,针对关节炎所编的医疗体操、太极拳、健身操、游泳等。

2.4 物理治疗

通过阿是穴及肿胀明显处将药物直接渗透、导入病变部位,可以使病变组织获得比传统进药方式更高的药