

全身型重症肌无力辨治经验

黄子天* 指导:刘小斌

广州中医药大学,广东省广州市广州大学城外环东路 232 号,510006)

基金项目:广州中医药大学教学名师人才培养工程项目(AOG11205)

* 通讯方式:445442695@qq.com,15913145095

[摘要] 介绍刘小斌对全身型重症肌无力辨证论治、并发症与兼夹症的处理等方面的经验,认为该病属中医虚损病证,治疗以健脾益气、升阳举陷为大法。并附验案一则。

[关键词] 全身型重症肌无力;临证经验;医案;刘小斌

重症肌无力是神经肌肉接头传递障碍的自身免疫性疾病。主要临床特征为受累骨骼肌极易疲劳,重复收缩后肌力减退明显,休息和使用抗胆碱酯酶药后肌力可部分暂时恢复。根据改良 Osserman 分型法分为 I 型(眼肌型)、II 型(全身型)、III 型(重度激进型)、IV 型(迟发重症型)及 V 型(肌萎缩型),其中 II 型(全身型)又分为 II A 型(轻度全身型)与 II B 型(中度全身型)。II A 型临床表现为四肢肌群轻度受累常伴眼外肌受累,一般无咀嚼、吞咽、构音困难。II B 型临床表现为四肢肌群中度受累常伴眼外肌受累,一般有咀嚼、吞咽、构音困难^[1]。

广州中医药大学刘小斌教授师从国医大师邓铁涛临证 30 余年,擅长重症肌无力的中西医结合诊疗,现将刘老师治疗全身型重症肌无力经验介绍如下。

1 病因病机

全身型重症肌无力临床常见症状有上睑下垂、眼球活动障碍、复视、面肌无力、咀嚼无力、颈肌无力、四肢无力、吞咽困难、构音不清等。上睑下垂,属中医“睑废”范畴。《类经·疾病类》认为:“约束,眼胞也。能开能合,为肌肉之精,主于脾也。”若脾气虚弱,则清阳不升,提睑无力,故见上睑下垂。眼球活动障碍、复视,属中医“视歧”范畴。《灵枢·大惑论》曰:“精散则视歧,视歧见两物。”肾精亏虚,目失所养,故见眼球活动障碍、复视。《灵枢·经脉》曰:“胃足阳明之脉,起于鼻之交頄中,旁纳太阳之脉,下循鼻外,入上齿中,还出挟口环唇,下交承浆,却循颐后下廉,出大迎,循颊车,上耳前。”因此,面部、两颊肌肉均属胃经所主。《灵枢·经脉》又言:“脉不荣则肌肉软。”胃气虚损,则胃经不荣,面部、两颊肌肉失养,面肌无力则见面部表情呆滞,两颊肌肉无力则咀嚼无力。颈肌无力即《灵枢·口问》曰:“上气不足,……头为之苦倾”,乃因脾胃两虚,清阳不升所

致。四肢无力,属中医“痿证”范畴。按《灵枢·本神》所言:“脾气虚则四肢不用”,故四肢无力主要责之脾气虚弱。《重楼玉钥·喉科总论》指出:“咽者,咽也。主通利水谷,为胃之系,乃胃气之通道也。”又《灵枢·经脉》曰:“是主脾所生病,……食不下。”《素问·水热穴论》曰:“肾者,胃之关也。”故知吞咽困难病在胃、脾、肾。构音困难属中医“失音”、“喑”范畴。《灵枢·忧恚无言》曰:“会厌者,音声之户也。口唇者,音声之扇也。舌者,音声之机也。悬壅垂者,音声之关也。”指出了参与发声的器官,同时指出“足之少阴,上系于舌,络于横骨,终于会厌”。又《素问·阴阳应象大论》曰:“脾主口。”《灵枢·经脉》曰:“肾足少阴之脉,……循喉咙,挟舌本。”由此可见,声音之发与脾、肾密切相关。《景岳全书·声喑》明确指出:“声音出于脏器,……脏虚则声怯,故凡五脏之病皆能为喑,……而声音之本则在肾,……虚损为喑者,凡声音之病惟此最多。”故构音困难病机为脾肾两虚,以肾气虚损为主。

全身型重症肌无力见症繁杂,该病总属中医虚损病证。其病机关键在于脾、胃、肾俱虚,但根据 II A 型与 II B 型症状之不同,两者病机又各有侧重。II A 型常见上睑下垂、眼球活动障碍、复视、面肌无力、四肢无力等症状,主要为脾胃气虚所致,兼夹肾精亏虚。II B 型尚出现咀嚼无力、颈肌无力、吞咽困难、构音不清等症状,乃因脾病及肾,肾气亏损所致,病机为脾肾两虚。

2 治则治法

刘老师主张以健脾益气、升阳举陷为大法贯彻本病治疗始终。在此基础上,II A 型兼以补益精血,II B 型加强补肾填精。刘老师强调,该病症状繁杂、病情易反复,需长期治疗。医者临证应抓住关键病机所在,始终坚持该治法,切不可轻易易法变方。患

者也应坚定信心,长期服药,方见成效。

3 辨治经验

刘老师治疗全身型重症肌无力常以补中益气汤为基本方,重用黄芪、五爪龙,常用加减方如下:①黄芪、五爪龙各 60 g,党参、何首乌各 30 g,山药 20 g,白术、茯苓、山萸肉、石斛各 15 g,当归、升麻、柴胡各 10 g,陈皮、甘草各 5 g。②黄芪、五爪龙各 60 g,党参、千斤拔、枸杞子各 30 g,白术、何首乌、山萸肉、石斛各 15 g,当归、升麻、柴胡各 10 g,陈皮、甘草各 5 g。③黄芪、五爪龙各 60 g,党参、谷芽各 30 g,白术、山萸肉、石斛、杜仲、肉苁蓉各 15 g,当归、升麻、柴胡各 10 g,陈皮、甘草各 5 g。④黄芪、五爪龙各 60 g,党参 30 g,白术、山萸肉、石斛、杜仲、肉苁蓉各 15 g,当归、升麻、柴胡、紫河车各 10 g,陈皮、甘草各 5 g。⑤黄芪、五爪龙、党参、千斤拔各 60 g,何首乌、山药各 30 g,枸杞子、山萸肉、石斛、杜仲、女贞子各 15 g,升麻、柴胡各 10 g,橘络、甘草各 5 g。

方①适用于ⅡA型症状较轻的患者,也适用于经过治疗后病情稳定、无明显症状但仍需继续治疗巩固疗效者,也因其药性相对平稳而常用于首诊患者。方②加用枸杞子填精明目,千斤拔壮筋骨、益气力,适用于ⅡA型以眼部症状及四肢无力明显的患者。方③、方④、方⑤主要用于ⅡB型患者,药效依次加强,根据临床症状严重程度选用。ⅡA型患者若经方①、方②治疗后症状仍反复者,也可酌情选用方③、方④、方⑤。

以上各方均量大力宏,若按常规中药服用方法每天服用二三次则有壅滞中满之弊,应减少服药数量,每剂中药可煮两次,分两天口服,每天服药 1 次,每次不超过 250 ml。该病为慢性虚损病,并非每天增加服药数量便可早日好转,关键在谨守病机,积极调治,长期服药,则虚损渐复,疗效自见。

4 并发症与兼夹症的处理

及时处理并发症与兼夹症是治疗重症肌无力的重要一环,须予重视,临床上常以“脾胃虚损,五脏相关”指导治疗。该病常见并发症有上呼吸道感染、胸腺增生或胸腺瘤、甲状腺机能亢进症、白色素斑沉着等。

并发上呼吸道感染者,症见发热、咳嗽、咯痰、流涕等,属中医“虚人感冒”范畴,即《证治汇补·伤风》所言:“有平昔元气虚弱,表疏腠松,略有不谨,即显风症者,此表里两因之虚证也。……虚人伤风,屡感屡发。形气病气俱虚者,又当补中,而佐以和解,倘

专泥发散,恐脾气益虚,腠理益疏,邪乘虚入,病反增剧也”。常用方为:五爪龙、千斤拔、太子参、山药、薏苡仁、谷芽各 30 g,茯苓 20 g,白术、浙贝母、龙胆叶、海浮石各 15 g,甘草、陈皮各 5 g。

并发甲状腺机能亢进症、胸腺增生或胸腺瘤者,乃因脾胃虚损,聚湿生痰,痰瘀互结所成,常加用浙贝母 15 g 或山慈菇 15 g 消痛散结,加用山慈菇 15 g 或预知子 15 g 解毒散结治疗胸腺增生或胸腺瘤。

并发白色素斑沉着者,与肺脾相关,脾土虚则肺气损,肺主皮毛,故当治肺、脾,常在桑白皮 20 g、茯苓皮 20 g、合欢皮 20 g 中选用一二味。

对该病常见兼夹症的处理主要有:失眠、多梦者,乃因心血不足,常加酸枣仁 30 g、夜交藤 30 g、百合 30 g 养心安神;颈肌酸痛者,为肌肉失于濡养,常加葛根 30 g 解肌升清;月经量少者,乃因精血亏虚,常加熟地黄 30 g、女贞子 20 g 补益精血,甚则闭经者,常加路路通 20 g 通利经水;怀孕者,黄芪、五爪龙用量减至 45 g,去当归、升麻、柴胡,以防升提太过、活血动血,不利养胎,同时予杜仲 15 g、肉苁蓉 15 g、紫河车 10 g、熟地黄 30 g、女贞子 20 g 中选用二三味以补益肝肾、固经安胎;长期服用肾上腺皮质激素以致满月脸、水牛背者,多为脾虚湿滞,常加用薏苡仁 30 g 或白茅根 30 g 利水渗湿;肾上腺皮质激素减量后,常加紫河车 10 g 加强补肾填精,余如杜仲 15 g、肉苁蓉 15 g 也每多选用。

5 验案举例

患者,女,30岁,2006年9月30日初诊。反复眼睑下垂2年余。患者于2003年11月开始出现眼睑下垂、构音不清、吞咽困难,2004年4月经广州某三甲医院诊断为重症肌无力,予溴吡斯的明片及甲泼尼龙片治疗,并于2004年5月12日行胸腺切除术,术后出现重症肌无力危象,予丙种球蛋白冲击等治疗后症状好转。2004年10月再次出现重症肌无力危象,经住院治疗后好转。出院后一直服用溴吡斯的明片 60 mg,每日 2 次,甲泼尼龙片 8 mg,每日 1 次,后甲泼尼龙片逐渐减量至停用,反复出现眼睑下垂、构音不清等症状。刻诊见:双侧眼睑下垂,四肢乏力,构音欠清,无吞咽困难。舌淡红、苔薄白,脉细。中医诊断:虚损病(脾肾两虚证),西医诊断:重症肌无力ⅡB型。治法:健脾益气,兼以补肾。处方:黄芪、五爪龙各 45 g,党参、薏苡仁各 30 g,何首乌 20 g,白术、山萸肉、杜仲各 15 g,当归、升麻、柴胡各 10 g,陈皮、甘草各 5 g。7 剂。溴吡斯的明片维持

• 综 述 •

药对配伍理论及相关研究概述

李建波 张 莉* 张 洁

河北医科大学第四医院中医科, 河北省石家庄市健康路 12 号, 050011)

基金项目: 河北省科学技术研究与发展计划资助项目(09276101D-34);

河北省中医药管理局科研计划资助项目(2012085)

* 通讯作者: li_dongyuanzhihou@126.com, (0311)86095562

[摘 要] 阐述中医药药对配伍理论历史沿革、配伍原则及配伍思想, 指出影响药对作用的常见因素, 提出药对配伍理论发展目前存在的问题。药对配伍应遵循“一原则, 多思想”的配伍理论, 允许药对配伍理论多元化对于丰富扩充中医药理论内涵, 指导提高中医临证疗效大有裨益。

[关键词] 药对; 中药配伍; 综述; 七情和合

在中医药理论指导及辨证论治的前提下, 通过合理有效的中药配伍, 组成方剂应用于临床, 是中医治疗疾病的一大特色。方剂的最小元素为单味中药, 其次为药对。单味中药的功用各有特点, 只有通过合理的搭配, 调其偏性, 制其毒性, 使不同药物组成一个新的有机整体, 方能发挥特有的药理作用进而达到治疗疾病的目的。药对又称对药, 是临床中药配伍中相对固定的两味药物的搭配形式, 其并非任意两味药物的堆砌叠加, 而是包含了历代中医医家的智慧与临证经验, 尤其经典对药更非一日而成。本研究通过查阅相关文献, 从药对沿革、配伍原则及面临的问题等方面作以下综述。

1 历代文献、医家对药对的认识及其对现代临床的指导作用

古代文献及医家很早就开始重视对药对的认识

60 mg, 每日 2 次。以上方加减治疗, 病情稳定。2006 年 12 月 6 日来诊时眼睑下垂较前加重, 构音不清, 仍坚持以健脾补肾为法, 加用强的松片 10 mg, 每日 1 次, 溴吡斯的明片加至 60 mg, 每日 3 次。至 2007 年 1 月 3 日来诊, 症见眼睑下垂, 构音清, 中药守法不变, 强的松片减至 5 mg, 每日 1 次, 溴吡斯的明片用量同前。治疗至 2007 年 8 月 1 日, 无明显不适, 强的松片 5 mg, 隔日 1 次, 其他治疗同前。至 2007 年 10 月 31 日停用强的松片, 溴吡斯的明片用量同前, 中药效不更法。此后主要症状为眼睑下垂, 伴有复视, 反复上呼吸道感染, 一直坚持中药配合溴吡斯的明片治疗, 症状逐渐好转。2011 年

及运用。如《黄帝内经素问》中记载乌贼骨与茜草配伍, 再加以雀卵、鲍鱼汁, 治疗血枯经闭, 即四乌贼骨一蘼茹丸。现代于妇科临床中多以乌贼骨配伍茜草加减治疗月经过多、月经先期、崩漏及闭经等^[1]。皮持衡在坚持中医辨证论治的前提下, 对照血枯与慢性肾功能衰竭的中医病机, 将该方广泛地用于慢性肾衰竭的治疗, 亦取得良好的临床实效^[2]。

早期药对的临床应用, 随着经验的积累, 逐渐上升为理论认识, 《神农本草经》中“七情和合理论”已基本成型: 药有单行、相须、相使、相畏、相恶、相反、相杀, “凡此七情, 合和视之。当用相须相使者良, 勿用相恶相反者”。《本草纲目》也提到: “相须者, 同类不可离也”, “相使者, 我之佐使也”。根据疾病特点及药物功效特性, 选择能够达到相互增强疗效的药物组合应用, 即为相须相使之法, 现代医学称之为协

1 月 26 日溴吡斯的明片减为 30 mg, 每日 3 次; 2011 年 8 月 31 日改为 30 mg, 每日 1 次; 2012 年 5 月 30 日改为 30 mg, 隔日 1 次。

随访至 2012 年 8 月 22 日, 患者无眼睑下垂、复视、四肢乏力、构音不清、吞咽困难等症状, 中药坚持以健脾益气为大法不变, 随症加减, 自诉无明显不适, 属临床近期治愈。

参考文献

[1] 许贤豪. 肌无力: 临床与基础[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2003: 46-47.

(收稿日期: 2012-10-02; 修回日期: 2012-12-09)

[编辑: 洪 涛]