

湿、热、疫毒、气滞、血瘀有关。病机关键为湿热疫毒困遏脾胃，壅塞肝胆，疏泄不利，胆汁泛溢。因此治疗黄疸必以清热解毒、利湿退黄为基本治则。有研究表明，重症黄疸患者血清胆红素持续不退，或呈进行性加重，与胆汁淤积因子的产生、胆栓形成、肝脏炎症及肝内微循环障碍、血栓素(TXA<sub>2</sub>)升高等因素有关<sup>[1]</sup>。此为胆红素代谢障碍的主要病理基础，相当于中医学的血瘀证。故血瘀亦是形成本病的病机关键，凉血活血亦为本病的基本治则。本例患者黄疸指数明显高于正常，以直接胆红素升高为主，且于短时间内进行性加重，同样也存在上述病理改变。故在辨证施治中以清热解毒、利湿退黄为基本大法的同时，不忘凉血活血，使邪有出路。组方中茵陈、山栀、大黄为清热解毒、利湿退黄之要药，药力峻猛，可及时扭转病机。研究表明，上三药能够促进胆汁分泌和排泄，且茵陈具有扩张胆管，加快胆汁分泌，防止肝坏死，促进肝细胞再生的作用<sup>[2]</sup>。胆汁排泄不畅或完全阻塞，胆汁逆流入血，肠道中胆盐缺失，可发生肠黏膜改变与内毒素血症<sup>[3]</sup>。大黄能减轻血中内毒素，促进肠蠕动，及时排出毒素，尚能疏通胆总管及微细胆管内胆汁的淤积，促进肝功能的修复<sup>[4]</sup>。金钱草、鸡内金、海金沙三金合用利湿退黄；薏苡仁、茯苓、砂仁、佩兰化湿利小便，符合黄疸治则，正所谓：“见黄疸，不利小便非其治也”；虎杖、丹参、赤芍凉血活血，与大黄合用能使湿热疫毒从大便而出。研究证明，上述药物合用能改善肝脏的微循环，减轻肝内炎症，促进肝细胞再生，并加强胆红素的结合与排泄，减少肠道内毒素的吸收<sup>[5]</sup>。该患者我院西药治疗用药与上海专科医院无异，唯灵活施治以中医药，患者愈合后随访至今未再发黄疸及肝功能损害，生活质量亦佳，表明中医药在该例患者治疗中发挥了重要的治疗作用。减轻肝脏炎症，促进胆汁排泄，减少血中内毒素，促进肝细胞的再生和修复，是中医药治疗本例患者重症黄疸的重要作用机制。

参 考 文 献

- 1 汪承柏. 中医中药治疗重度黄疸肝炎的研究思路 [J]. 中西医结合肝病杂志, 1998, 8(8): 1~2
- 2 叶维法. 肝病治疗学 [M]. 第 2 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1993: 262
- 3 芮理, 陈玉良, 沈洪薰. 梗阻性黄疸对机体损害的现状与对策 [J]. 肝胆胰外科杂志, 1997, 9(3): 143
- 4 岳仁宋. 大黄的实验研究与临床应用 [J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(5): 310~313
- 5 汪七痴. 中西医结合治疗重症黄疸型肝炎 20 例 [J]. 中国民间疗法, 2006, 14(4): 16

(收稿日期 2007-08-13)

# 重症肌无力患者胸腺摘除后辨治经验

袁 兵 张丁芳

中图分类号: R746.1 文献标识码: B  
文章编号: 1004-745X(2008)01-0120-02

【关键词】 重症肌无力 胸腺摘除术后 辨证施治

重症肌无力据其临床表现，属中医学“痿证”范畴。该病之本

山东省聊城市中医院(聊城 25200)

在于脾肾，病机为气血两虚。但该病患者在胸腺摘除后，病机有所变化，由本虚演变为本虚标实，其虚在脾肾气血，实在痰瘀互现，其治疗应祛痰或化痰或攻补兼施。

## 1 化湿祛痰病之因

胸腺乃人之上焦腺体，位居胸中，心肺之所居。手术所创，伤及心肺脾之经脉，影响清窍通利，脾失健运，肺失宣降，则湿聚为痰，痰郁胸中日久，则热生于内，痰热交炽，气机不降，则咳痰喘息，心悸气短，此乃该术后之病机。患者多咳嗽频作，咳吐痰涎或黏痰，脉滑而数。治当辛开苦降，祛痰郁，散热结，调畅气机。方选涤痰汤、半夏泻心汤之类。热重者可酌加黄芩、黄连、栀子、大黄等清热解毒，通腑泻热之品。如患者某男，26岁，机关工作人员，2003年2月26日就诊。患重症肌无力2年8个月，3个月前在某医院行胸腺摘除术，术后病情曾一度好转，连续服用免疫抑制剂。近20d来病情加重，四肢无力，朝轻暮重，咳嗽频作，吐痰黏稠，胸闷憋气，食后脘腹胀满，大便干，3日一行，舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。证属术后伤及经脉，气机不得宣降，痰郁胸中，痰热互结，壅塞气道。治宜开痰郁，散热结，舒畅气机，疏通经脉。方用半夏泻心汤加减：半夏15g，黄连6g，黄芩10g，党参15g，大黄10g(后下)，枳实10g，炒白术20g，炒莱菔子15g，甘草6g。每日1剂，水煎分服。连服5剂，病情明显好转，咳嗽明显减轻，吐痰稀薄量少，胸膈满闷消失，食后脘腹胀满减轻，大便正常，舌质红，苔薄略黄，脉数。效不更方，再进3剂，诸症消失，但仍有四肢无力，朝轻暮重较前减轻，舌质变淡，脉转细数。此乃痰郁除，气血虚外现，给予八珍汤治疗月余，病情告愈，随访半年未见复发。

## 2 行气化痰通络开窍

肝木气顺，血脉流畅，则五脏安和，六腑功健。手术所创，伤及肝络，木气郁滞，血流滞涩，瘀而不化，肝木乘脾土，清气不升，浊气不降，气机滞涩中焦，截其宗气之源，则四肢无力，行动艰难。治当行气化痰，活血通络。方用血府逐瘀汤加减，使“气畅血活而瘀祛之”。伴有气虚者加用黄芪、人参、三七等益气活血之品。如某男，42岁，2003年6月14日就诊。患重症肌无力3年余，虽经中西治疗，病情仍无好转，5月前在某医院实施胸腺摘除术，术后继续用免疫抑制剂，病情无缓解，诊时，搀扶走路，形体消瘦，肌肤甲错，面色滞暗，食欲差，舌质暗，舌右边有瘀斑，脉细涩。证属气滞血瘀，经脉不通，气血亏虚。治宜先疗其标，行其气，化其瘀，导其滞，通其络。方选血府逐瘀汤加减：赤芍15g，川芎10g，桃仁10g，红花6g，生地黄15g，枳壳10g，柴胡15g，陈皮10g，木香10g，三七各3g(冲服)。每日1剂，水煎分服。3剂后症状有所减轻，且患者无不适之感，守方再进5剂，病情明显好转，食欲大增，自己已能慢行，舌质转淡，瘀斑已消，脉转细数。改用益气养阴之桂附八味丸及气血双补之八珍汤善其后，先后服药达半年，症状消失，能从事一般家务，嘱其注意饮食调节。尔后病逐告愈。

## 3 调理阴阳培补真元

久病不愈，耗气伤阴，加之手术所创，至气不调达，营阴固涩，造成阴阳失调，病久伤脾及肾，至肺脾肾三脏俱损，三焦失司。在上则水犯高原饮食不受，在中则脘腹胀满，在下损及先天，以至于气阴两虚，真元受损。故治当益气养阴，调理阴阳，培补真元，使其气盛阴充，阴阳平衡，元气充沛，则病自向愈。某男，38

岁,2005 年 11 月 8 日就诊。患重症肌无力 5 余年,多家医院治疗,疗效不明显,于 1 年前行胸腺摘除术。术后病情未见好转,终日卧床。诊时见形体消瘦,四肢痿软无力,面色苍白,语声低微,气息无力,动则呼吸急促,心悸不安,舌质淡,舌体胖大满口,舌边有齿痕,少苔,脉细微弱。证属真阳被遏,真阴受损。治当培补真元,振奋阳气,益肾填髓。方用金匱肾气丸加减:熟地黄 10g,熟附子 15g(先煎 1h),肉桂 10g,炒白术 15g,黄芪 15g,人参 10g,山药 20g,牡丹皮 10g,泽泻 10g,天冬 20g,五味子 10g,炙甘草 10g。水煎服,每日 1 剂,连服 10 剂,患者已能站立,并能进食,言语较前有力,精神好转,药已中的,守方继用。用此方加减,先后服用 50 余剂,患者基本康复,嘱其调理饮食,间断服药,半年后病愈。

重症肌无力是神经内科重症,胸腺摘除是其治疗方法之一,但临床上仍有很多患者难有其效。近年来我们采用中医治疗,受到一定效果。由于患者经过手术的创伤,与术前病因病机比较,术后有所改变,因此,在临床上要辨证治疗,先疗其标,而后治本,疗效肯定,且不易复发。

(收稿日期 2007-08-03)

## 痛风治疗体会

李梦光<sup>1</sup> 指导 郭宏敏<sup>2</sup>

中图分类号:R589.7 文献标识码:B

文章编号:1004-745X(2008)01-0121-01

【关键词】 痛风 治疗

痛风是体内嘌呤代谢紊乱所引起的一组疾病,临床特点为高尿酸血症、反复发作的急性单一关节炎、尿酸钠盐形成痛风石沉积、痛风石慢性关节炎。此病在我国的发病率显著提高,据统计,在我国大中城市此病的发病率已接近国外水平。目前对本病尚不能根治,化学药物疗效确切,起效迅速,但存在严重的毒副作用,尤其是对老年及肝肾功能不全的患者。而中药药具有毒性反应小、标本兼治的优势,既能在急性期改善症状,又能在慢性期和缓解期调节脏腑功能,使机体气血阴阳平衡,从而减少复发。

### 1 病因病机

痛风之人,追溯病因,均有不同程度纵酒偏嗜、暴饮暴食等不良饮食习惯。其人虽形体丰腴,亦属形盛气衰,水谷精微不归正化,蕴湿生浊而为内邪。肥甘厚味伤脾碍胃,致脾失健运,脾胃升降清浊功能失司,久之脾损及肾,亦使肾之气化功能失常,水谷不归正化,而使湿浊内蕴。湿浊正是在此饮食失节,脾肾亏损是基础上产生,并可互为因果,进一步因脾伤肾,湿浊形成之后,又每遇诱因而促发,引起关节肿大,畸形,屈伸不利,致发本病。因此从病理机制上看,痛风为本虚标实之证,且以标实为主,本虚主责之于脾肾二脏,标实以湿浊、痰瘀、热、石为患,而标中之本又以湿浊为主,湿浊是启动痰、瘀、热、石的主要病理因素,为

本病之宿根。

### 2 辨证论治

“湿浊”是痛风之“宿根”,正如《丹溪心法》所谓:“肥人肢节痛,多是风湿与痰饮流注经络而痛。”此为引发其他病理环节的关键所在。只有分利湿浊,祛除“宿根”方为治本之策。所以在痛风病症的整个治疗过程中,泄浊通瘀是治疗痛风病证的基本大法,遣方用法应在此基础上考虑每一阶段,寒化、热化或虚或实的特殊性适当配伍即可。并注意中年之后,患病日久,必兼瘀滞,化瘀通络,以畅血行“通则不痛”,有利于“痹证”缓解,且“血不利则为水”,行血亦有助于湿浊的排泄。方选四妙散为基础方,并随证加减。方中以二妙(苍术、黄柏)清热燥湿以除湿热下注之红肿热痛,然湿热虽下注,其本在脾,以苍术燥湿健脾,又合黄柏苦寒沉降,清下焦湿热,解湿热疮毒,两药相合清流洁源,标本兼顾,共为君药。薏苡仁甘淡微寒,主降泄,即健脾利湿,又长于祛除肌肉筋骨之湿邪,主治筋脉拘急之湿热痹阻筋骨之病。湿浊为病,均当以治阳明为本,苍术、薏苡仁正为此意。少加川牛膝既助活血之力,又引诸药直达病所。并配合大黄清热泄浊,附子温肾泄浊,使得湿浊从前后二阴出,共奏泄浊通络之效。

### 3 病案举例

患者刘某,男性,74 岁,干部,2006 年 01 月 12 日初诊。于 10 年前进食海鲜后出现左足第一跖趾关节红肿疼痛,行走不能。予秋水仙碱治疗后症状好转(但腹泻剧烈),但关节处仍有轻度红肿疼痛,尤以活动时加重。此后,每于饮酒或劳累后复发,开始每年发作 1~2 次,近年来复发次数增多,近日因饮酒后再次复发,前来我院就诊。症见:左足第 1 跖趾关节红肿疼痛,触之灼热,难以入睡,口干,小便黄,舌红,苔黄腻,脉滑数。血尿酸检查为 489 $\mu\text{mol/L}$ 。诊断为痛风性关节炎;证属湿热内蕴,痹阻经络。治以清热祛湿,活血通络止痛。药用炒苍术、黄柏、川牛膝各 10g,薏苡仁 20g,虎杖 15g,赤芍、连翘、木瓜各 15g,制大黄 5g,制附片 6g,丹皮 25g,红花 10g,金银花藤、鸡血藤各 20g。并嘱其禁食酒肉、动物内脏等以防湿热内生。14d 后血尿酸降至 394.4 $\mu\text{mol/L}$ ,患部红肿热痛消失,活动自如。继服上方 10 剂以善后。随访 10 个月未复发。

(收稿日期 2007-08-24)

## 汗证论治举隅

王勇

中图分类号:R758.74 文献标识码:B

文章编号:1004-745X(2008)01-0121-02

【关键词】 自汗 盗汗 脱汗 漏汗 半身汗

汗证是人体阴阳失调、营卫不和、腠理开阖失常引起以汗液外泄为主症的疾病。临床不分老少、男女,有“自汗”、“盗汗”、“冷汗”、“大汗”,亦有局部的“额汗”、“手足汗”、“半身汗”、“阴汗”等等,甚至有病危的“脱汗”、“绝汗”。笔者临证 30 余年,运用中医辨治汗证,收效较佳。现举数案如下。

四川省宣汉县人民医院(宣汉 636150)

1 南京中医药大学(南京 210029)

2 江苏省中医院(南京 210029)