

陈辉清主任治疗小儿慢性咳嗽经验拾萃

陈岚榕¹ 吴灵敏¹ 叶艺茹¹ 指导:陈辉清²

(1 福建中医药大学附属康复医院,福州,350003; 2 福州儿童医院,福州,350005)

摘要 小儿慢性咳嗽是儿科肺系常见病、多发病,久治不愈则影响患儿身心健康和学习生活。陈氏儿科在福建传承多年,第七代传人陈辉清主任已行医 40 余年,尤擅于儿科肺系疾患救治,专精于小儿慢性咳嗽辨证遣方。其治疗师古不泥古,注重整体防治,组方用药因时节、禀赋、地域、病期等各有侧重;治法力主宣肺祛痰,健脾养阴,肝肺合治。

关键词 儿科;慢性咳嗽;中医疗法;名医经验

Experience of Chen Qinghui in Treating Pediatric Chronic Cough

Chen Lanrong¹, Wu Lingmin¹, Ye Yiru¹, Counselor: Chen Huiqing²

(1 Fujian University of TCM Subsidiary Rehabilitation hospital; 2 The children's Hospital of Fuzhou, Fuzhou 350003, China)

Abstract Chronic cough is very common to see in pediatric pulmonary disease, which affects physical and mental health or even intellectual development of children. “Chen pediatrics” has shared a long history in Fujian. As the seventh-generation descendant, Chen Huiqing director has clinical experience for more than four decades. He excelled at the treatment of pediatrics pulmonary disease and its prescriptions. His treatment is classic but not stubborn, which focused on overall prevention. His prescription are always considering the factors like season, endowments, geography, and other diseases. It is especially effective in ventilating lung and eliminating phlegm, invigorating spleen and nourishing yin, and co-treating lung and liver.

Key Words Pediatrics; Chronic cough; Chinese medicine therapy; Clinical experience

中图分类号:R249. 2/. 7 文献标识码:B doi:10. 3969/j. issn. 1673 - 7202. 2015. 07. 017

咳嗽是儿科呼吸系统疾病的常见症状,属中医儿科肺系病证中的病名范畴。儿童咳嗽按病程分为急性咳嗽和慢性咳嗽;按病因(或病原)分为感染性咳嗽和非感染性咳嗽;根据有痰无痰还可分为有痰咳嗽(湿咳)和无痰咳嗽(干咳)等^[1]。现代医学认为,小儿慢性咳嗽是指咳嗽症状持续 4 周以上,胸部 X 线片正常,且无明显的肺部疾病证据者^[2],常见于感染后咳嗽、上气道咳嗽综合征、咳嗽变异性哮喘、胃食管反流性咳嗽等,以反复发作、经久不愈为特点。近年来,儿童的慢性咳嗽发病率呈增高趋势,久治不愈严重影响患儿身心健康和学习生活,并给家庭和社会带来额外的经济负担^[3]。传统中医将小儿慢性咳嗽其归于“久嗽”“久咳”“痉咳”“风咳”“疳嗽”等范畴^[4]。本病病程较长,易迁延反复,中医药治疗疗效独特,历代医家有丰富的理论及临床诊疗经验积累;随着疾病谱的改变、环境污染以及化学药品不良反应等影响,人们更多地寄希望于中药,^[1]各地名老中医经验传承广受关注。

福州陈氏儿科始于清乾隆年间,始祖陈少邱由河南固始迁榕行医,其子孙均世业儿科,传承至今已有 200 余年,其族陈刚济、陈燮藩、陈笃初等均医名大著。陈辉清主任系陈氏儿科第七代传人^[5],从事

中医儿科临床工作 40 余年,是第五批全国老中医专家学术经验继承人指导老师,在儿科常见病、疑难病诊治方面积累了丰富的经验,尤以治疗小儿咳嗽、哮喘、厌食等病证著名。笔者有幸跟随陈辉清老师临床学习,现将其治疗小儿慢性咳嗽经验总结如下。

1 陈辉清治疗小儿慢性咳嗽的学术思想

1.1 博采众长,深化病因病机认识 有关小儿咳嗽的记载,首见于《诸病源候论·嗽候》。历代医家大多从五脏辨证论治,如张景岳所述:“外感之咳,必由皮毛而入,……久而不愈,则必自肺而传于五脏”。《幼幼集成·咳嗽证治》指出,“初伤于肺,继动脾湿也”。小儿慢性咳嗽一年四季均可发生,以冬春二季发病率高;任何年龄小儿均可发病,以婴幼儿多见。陈老师结合多年的临床经验,认为小儿慢性咳嗽多是内外合邪所致,临证中应厘清致病的内外因素,进而抓住疾病发展的主要矛盾。

1.1.1 内因 小儿脏腑娇嫩,禀赋不足,往往肺、脾、肾皆不足。肺常不足,久咳耗伤肺气,肺气虚则祛邪无力,复因卫外不固又屡受外邪,咳嗽迁延不已或愈后又作,酿成慢咳;脾虚生化乏源,痰湿内蕴,上贮于肺而肺失宣降,久咳难止;《小儿卫生总微方论》曰:“有儿乳饮失宜,致脾胃不和,停滞其饮不

散,聚结成痰,若随气上干于肺而嗽者,此为痰嗽”。指出小儿饮乳失宜,脾失健运,不能运化水液,停而聚湿成痰,上输于肺,肺失肃降,肺气上逆而咳;《冯氏锦囊秘录》曰:“大抵脾不足,则不能生肺家气”,若小儿脾胃虚弱,失于健运,酿湿生痰,上贮于肺,可发为痰湿咳嗽。若素体禀赋不足,后天失调,肺脾气虚,不能敷布津液,津液凝聚为痰,阻于肺络,而致气虚咳嗽;同时临床上也常见肺病咳嗽日久,母病及子,损伤肾气之阴阳。

1.1.2 外因 《素问·咳论》云:“皮毛者,肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也”,小儿在气候变化、冷热失常、沐浴着凉、调护不当、机体抗病力低下时,尤易受风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪乘虚从口鼻而侵,或从皮毛而入,内犯于肺,肺气失于宣肃而发生咳嗽。就诊者多以风热咳嗽居多,其次见于风寒、风燥致咳。陈师赞同林氏等医家观点,认为小儿慢性咳嗽日久难愈,多与风邪密切相关,因“风者,百病之始也”“伤于风者,上先受之”^[6]。临床常见小儿慢性咳嗽时作时止,反复发作,符合“风性善行数变”“风盛则痒”“风盛则挛急”等致病特点,故认为“风邪”是引起本病的重要致病因素。同时,随着当前社会发展,饮食因素和环境因素对小儿慢性咳嗽迁延不愈也不容忽视——饮食因素包括喂养不当、饮食不节、恣食肥甘生冷之品损伤脾胃,痰浊内生,上贮于肺而咳嗽不清;环境因素包括气候变化、外感六淫,再加上日趋严重的环境污染,空气中尘螨等致敏因素。而随着抗生素药物的广泛应用而产生的主要致病菌谱发生改变,也增加了治愈小儿咳嗽的难度,致咳嗽经久不愈。

综合分析,小儿慢性咳嗽病因繁多,但细究其理,发病机制皆为肺脏受累,宣肃失司而成。其病理因素主要为痰,病性有寒热虚实的不同,常表现为寒热错杂,虚实错杂,以气虚、阴虚之虚,痰热、痰湿之实为多。近有安氏医家^[7]认为儿童慢性咳嗽以“风、热、痰、瘀、虚”为主要特点,是一种或多种因素协同作用的结果,以虚实夹杂证多见,单纯的虚证或实证则少见。陈师也颇为认同,对于救治迁延不愈超过半年转诊的患儿皆应多考虑“久病入络”,络脉瘀阻也是本病迁延难愈的重要因素,临床也当细查之。

1.2 因地因人制宜,细化辨证论治 因闽地地处东南,常年多雨潮湿,夏秋两季降水丰富且常伴持续高温,湿热之气较他地为甚,故闽地患儿慢性咳嗽有其地域性特点,在证型上分布上与北方及岭南各地不同。陈师结合多年临床经验,灵活运用小儿慢性咳

嗽救治常用的“宣发、肃降、燥湿、涤痰、祛风、化滞、益气、养阴”等八法^[8],对闽地儿童慢性咳嗽因地制宜、因人分析、辨证论治,其常见分型及治法、用药如下。

1.2.1 肺脾气虚 症见:咳嗽无力,痰白清稀;偏肺气虚,气短懒言,语声低微,自汗,易感;偏脾虚者,面色欠华,消瘦,痰涕清稀,伴有食少,纳滞,便溏不成形,舌淡,边齿印,苔多白腻,脉沉滑缓。治宜健脾补肺,益气化痰。方选四君子汤加减。常用药物:党参、黄芪、黄精、白术、茯苓、陈皮、半夏等。咳重加枇杷叶、蜜紫菀;手足冰冷加淫羊藿;纳少者加鸡内金、羊肚枣、建曲等。

1.2.2 肺阴亏虚 症见:干咳或痰少而黏,不易咳出,口渴,咽干或咽喉痒,声哑,唇赤,潮热,手心热,盗汗,舌红苔净,脉细数,指纹红紫。治宜滋阴清热,润肺止咳。方用沙参麦冬汤加减。常用药物:沙参、麦冬、百部、百合、天花粉、蜜枇杷叶、蜜紫菀、扁豆、桑白皮、地骨皮等。

1.2.3 痰湿蕴肺 症见:久咳不止,咳声重浊,痰多色白清稀,喉间痰声,神倦纳呆,舌淡红,苔白腻,脉滑。治宜燥湿化痰,宣肺止咳,方用二陈汤加减。常用药物:半夏、陈皮、乌梅、茯苓、川朴、甘草、苏子、莱菔子、竹茹等。顽痰加胆南星、浮海石、白附子,气逆、纳差者加苏子、鸡内金、羊肚枣。

1.2.4 痰热犯肺 症见:咳嗽痰多稠黏,色黄或白,难咳或咳吐不爽,或伴干呕、胸膈痞满,舌苔腻,脉滑数,重者咳剧呕吐,喘促不安。方用泻白散合麻杏石甘汤加减。常用药物:麻黄、杏仁、石膏、甘草、黄芩、桑白皮、地骨皮、萎实等。表证明显者加金银花、连翘;食欲不佳者加山楂、神曲;痰多者加半夏、橘红;咳剧者加炙枇杷叶、炙百部;发热者加青蒿;有痰难咯者加海浮石、胆南星。

此外,陈师在辨证论治过程中常常结合患儿体质,对小儿慢性咳嗽病证进行总体把握,因为体质特点往往是决定咳喘患儿预后转归的一个非常重要的因素^[9]。结合多年临床实践,陈师将小儿分为 4 种体质,即正常体质、痰湿体质、阴虚体质、气虚体质;在个体救治干预过程中,对正常体质儿佐以清肺泄热,对痰湿体质儿佐以健脾燥湿,对阴虚体质儿佐以滋阴清热,对于气虚体质儿佐以健脾益气,每收良效。

2 陈辉清治疗小儿慢性咳嗽的临证经验

2.1 系统把握小儿“脏腑娇嫩、肺肾不足、内外合邪”的病因病机 现代医学认为,小儿肺脏发育是一

个贯穿于胚胎期和生后3年的复杂而循序的漫长过程。从鼻道、鼻咽腔、喉腔、气管、支气管、直至细支气管,小儿气道的总体特点是管腔狭小、软骨发育尚未完善、黏膜柔嫩、血管丰富、易受感染,而感染时又极易充血肿胀。这也是小儿容易产生上气道和(或)下气道阻塞的主要解剖原因。小儿上气道尚有另一些特点:1)婴幼儿易患鼻炎、鼻咽炎,鼻塞流涕和咳嗽的几率高。2)呼吸系统防御功能不完善:小儿无鼻毛过滤作用,黏液纤毛装置发育不完善,黏液腺和杯状细胞分泌不足,纤毛运动较差,咳嗽反射发育不完善,主动排痰以及清除已吸入的病毒、细菌等能力较差。3)肺泡巨噬细胞吞噬能力不强,细胞内抗氧化系统能力不足,全身和呼吸道局部免疫功能不完善^[1]。

中医学认为,小儿脏腑娇嫩,形气未充,发病容易、传变迅速,“肺常不足”的生理特点尤为突出。小儿“肺常不足”是明代医家万全提出的五脏有余不足学说之一。“肺常不足”理论阐明的小儿在物质基础及生理功能方面的幼稚娇嫩与现代医学对儿童呼吸系统解剖、生理、免疫功能等方面的认识均一致。

陈师在救治过程中,侧重把握小儿时期肺系功能未臻完善,肺气尚未充盛,在肺主气,司呼吸等功能均处于不完善和不稳定状态;兼顾考量外感六淫之邪及脏腑内伤诸多因素;注重调整肺之宣肃功能;尤其重视动态把握疾病传变转化规律,小儿肌肤嫩弱,藩篱疏薄,一旦六淫之邪侵犯机体,皮毛受邪,即可由毛窍而入于肺系,也可从口鼻而舍于肺,肺气上逆而导致外伤咳嗽,外感咳嗽日久不愈,耗伤正气,则可转为内伤咳嗽,若外邪化热入里,炼液为痰,形成痰热;或素体热盛,或有食积内热,痰热相结,阻于气道,肺失清肃,发为痰热咳嗽。

2.2 综合运用“宣肺化痰、燮理脾胃、肝肺合治”的治法治则

2.2.1 宣肺气为首要 肺气清肃为顺,郁而不宣,肺气上逆则为咳,不论实证或虚证,阻碍了肺气的清肃,都要宣肃肺气,或宣或补,权衡施治。

2.2.2 化痰祛痰贯始终 痰之化生,缘肺缘脾,痰阻气道,肃降受阻。慢性咳嗽的始末总以痰为主要病征,易酿成痰热互结,形成痰热闭肺证,或痰热夹湿证。福州地区气候特点为湿气较重,气温偏高,因此4、5月及9、10月慢性咳嗽加重者众多。临证务必止咳以祛痰顺气为先,气顺痰行咳减,切忌滥用镇咳致痰壅气堵上逆。

2.2.3 燮理脾胃之气是关键 《幼幼集成·咳嗽证治》指出:“初伤于肺,继动脾湿也”。肺贮痰,脾生痰,肺脾虚弱,气不化津,痰易滋生,于此循环,酿为久咳。所以燮理脾胃杜绝生痰之源为治疗慢性咳嗽的关键所在,可谓实脾土,肺自和。

2.2.4 肝肺合治,疏理气机促平衡 小儿肝有余,肝脉布以肋而上注于肺,以疏为顺。若木火刑金,肺失肃降,则易至久咳不止,临证宜清肝气、泻肺热,肝肺合治,以寻求两者制约与协调。

2.3 注重“因人制宜、灵活化裁、轻简精效”的遣方用药 陈师临证重视明理识病,进而立法遣方。药味多在九味上下,主张轻简精活效。慢性咳嗽陈师常用方不过10余首,如麻杏石甘汤、三子养亲汤、六君子汤、二陈汤、泻白散、沙参麦冬汤、黛蛤散、温胆汤、苓桂术甘汤、涤痰汤、三拗汤等,但临床上则依证型灵活运用,调裁精微;用药升降并用,依古不泥古,常见精妙。如:以前胡清肺下气,降气下痰配桔梗宣发肺气,两者相配,升降兼有,升清降浊,祛痰止咳;对部分鼻后滴漏致慢性咳嗽的患儿常用胆星、菖蒲涤顽痰,开鼻窍;对于肺阴受损之咳则常用百合配百部或百部配款冬润肺下气;柴胡、前胡并用,桔梗枳壳配对,都含升降调和气机之功;麻黄配杏仁,麻黄为平喘止咳,宣肺顺气,杏仁辛开苦降,一升一降,下气平喘配伍甚妙;对风邪为犯,气急痉咳,陈师更多以虫类药治之,在总结自拟僵龙汤治疗50例咳喘取验的基础上^[10],活用僵蚕、蝉蜕、地龙干、蜈蚣等以搜风宣肺,祛风解痉,清肝经风热,定惊助眠;对于福州地区民间祛痰化积的习方竹茹配莱菔子,陈师也灵活应用,效果上佳。

3 典型案例

3.1 例1 某,男,3岁1月,2014年3月25日初诊。患儿反复咳嗽咳痰2个月,患儿2个月来反复感冒、咳嗽,曾于外院诊断为“支气管炎、反复呼吸道感染”,并反复使用头孢类和阿奇霉素抗感染及服用多种化痰止咳糖浆,但效果不明显。现咳嗽以夜间明显,为阵发性干咳,痰少不会咯出,咳时烦躁不安,体温正常,白天玩耍自如,纳可,小便少,大便常。查体:咽稍红,双肺未闻及干、湿性啰音,舌红苔少,脉细。诊断:慢性咳嗽,辨证为肺阴亏虚,治以滋阴清热,润肺止咳,方用沙参麦冬汤加减。药物:麦冬9g,沙参9g,百合9g,百部9g,蜜紫菀9g,蜜款冬花9g,五味子5g,甘草3g。4剂后患儿仅夜间偶咳,再服3剂而咳止。

按:此患儿咳历2个月,久病必虚。阵发性干

咳,夜间为著,痰少难咯为里阴不足、久咳阴伤为患。方中麦冬、沙参用于养阴清肺生津益胃,百合配百部,百部配款冬润肺下气,化痰止咳,五味子收敛肺气,甘草调和全方,诸药合用使阴得养、肺得润,咳得平。

3.2 例2 某,男,6岁5个月,于2013年10月11日初诊。反复咳嗽1个月,咳嗽,喉间痰鸣,伴有夜间喘,痰多未咯出,时有喷嚏,流黄白相间涕,汗多,纳欠佳,夜寐可,小便黄,大便偏稀。查体:神清,舌质红,苔薄黄,咽部稍充血,双侧扁桃体无肿大,双肺呼吸音粗,可闻及少许痰鸣音。诊断:慢性咳嗽。辨证:痰热犯肺证。治以清热化痰,宣肺止咳。方用麻杏石甘汤合泻白散加减药物组成:蜜麻黄6g,玉泉散12g,银杏5g,黄芩9g,桑白皮9g,地骨皮9g,浙贝母5g,辛夷花9g,浮小麦15g,神曲15g。4剂水煎服,2日后痰量减少,涕少。4d后咳嗽明显减轻,汗出减少,有饥饿感但不欲食,二便常,舌质淡,苔薄白。继予竹茹9g、半夏6g、葶苈子9g,莱菔子9g,苏子9g,前胡9g,鱼腥草15g,神曲16g,鸡内金6g,再服3剂,症状基本消失。

按:患儿初诊时属痰热交滞,肺气受阻,宣降失调所致咳嗽。痰甚则喉间痰鸣、痰多;热甚则小便黄、舌质红;苔薄黄为痰热蕴结于肺的表现。吾师用药考虑小儿处于生长发育阶段,脏腑娇嫩,形气未充,体质较成人弱,用药上偏于平和,选侧重于平喘的蜜麻黄,方中石膏清郁热与蜜麻黄二者相伍,皆能充分发挥宣肺降逆与行水涤饮之功,石膏得蜜麻黄之辛散能更好发泄胸中蕴结郁热,二者相辅相成,炙甘草之甘以缓急和中,均有助于平喘,又可防止石膏寒凉伤胃。黄芩、桑白皮、地骨皮清热泻火,浙贝母、银杏宣肺化痰。复诊时,热象渐轻,痰湿证显,故改用三子养亲汤加减以降气化痰止咳收功。

3.3 例3 某,男,4岁1个月,于2014年2月1日初诊。反复咳嗽咯痰5个月余。患儿咳嗽缠绵不休,愈后未几又复感风寒,或已至尾声再继发咳嗽,常服抗生素、化痰止咳药、清热解表药等,疗效不佳。现咳嗽、痰清稀,量不多、无气急、无发热、精神欠佳、自汗,面黄、纳差、便濡。查体:舌质淡红、苔薄白、脉缓,咽不红,扁桃体无肿大,两肺呼吸音未闻及干、湿罗音。诊断:慢性咳嗽。辨证:肺脾气虚。治以健脾补肺,益气化痰;方选六君子汤加减。药物组成:太子参9g,炒白术5g,黄芪9g,茯苓12g,山药9g,陈皮6g,姜半夏6g,炙甘草5g,山楂9g,浮小麦15g。日1剂,水煎服。4剂后,咳嗽缓解,汗止,纳稍增。

查体:舌质淡红、苔薄白、脉缓。上方去浮小麦,加乌梅5g用药5剂后,咳嗽消失、纳增,随访6个月未复发。

按:患儿脏腑娇嫩,形气未充,卫外不固,寒暖不能自调。外邪侵袭娇脏肺而失之宣降之功,症见咳嗽,加之后天失养,抗邪无力,正不胜邪,致咳嗽迁延不愈,久咳伤肺。久咳不止,肺气必虚,子盗母气,致脾胃虚弱,运化失健,痰湿随之而生,痰湿阻肺,肺失宣降,“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,则久咳难止。方中黄芪为君,加白术共用益气固表;茯苓、太子参、山药健脾益气;姜半夏、陈皮燥湿化痰;浮小麦敛汗固表;山楂健脾开胃助运;炙甘草温卫和营。二诊中患儿咳嗽缓解,汗止,故去浮小麦,加乌梅敛肺止咳。

3.4 例4 某,女,3岁10个月,2014年11月5日初诊。反复咳嗽6周,现咳嗽,喉中痰多,不会咯出,无发热,无流涕,纳呆,大便日1次,质偏软,小便调。查体:体温正常,咽充血,舌淡红,苔薄白微腻。听诊:双肺可闻及痰鸣音。诊断:慢性咳嗽。辨证:痰湿蕴肺。治以燥湿化痰,宣肺止咳;方用二陈汤合三子养亲汤加减。药物组成:盐陈皮6g,半夏6g,茯苓12g,炒苏子9g,葶苈子6g,莱菔子6g,白前9g,蚤休6g,神曲15g。4剂水煎服,日1剂。11月10日二诊:患儿药后咳嗽、痰明显减少,食纳可,二便调,夜寐安,肺部听诊已清。查体:舌淡红,苔薄白,咽不充血,两肺痰鸣音消失。原方去蚤休,葶苈子,加竹茹9g,枳壳6g,桔梗9g续服3剂后诸症消失,夜寐安,饮食、二便均正常。

按:患儿脾虚运化失健,水液代谢失常,湿邪内生,聚湿成痰,停于胸中,肺气壅遏,肺失宣肃,津液失布,肺气上逆,则表现为咳嗽痰多。方中茯苓淡渗,健脾渗湿;半夏辛温性燥,归脾胃肺经,燥湿化痰,与茯苓配伍,燥湿化痰效增;陈皮理气调中,燥湿化痰;葶苈子、紫苏子、莱菔子、白前降气涤痰;蚤休清化痰热,神曲消食导滞,桔梗与枳壳配对以调和气机,诸药合用,共奏化痰止咳,理气消食之功。

4 讨论

临床上遇到慢性咳嗽的患儿情况各异,或急病误治或延时求诊,或受污染空气致敏,或因六淫之邪受袭或饮食不节等。因此,在实际临证中,更要仔细审视患儿的禀赋,体质属性,考虑四季时节正与不正,甚至求诊患儿的地域差别,闽籍山区农村、沿海与居住城市有别,还有父母教育素养、饮食起居习惯

(下接第1036页)

30 g, 没药 30 g, 老君须 30 g, 川芎 30 g, 徐长卿 30 g, 南蛇藤 50 g, 油松节 50 g, 威灵仙 30 g, 水 2 500 mL 煎至 1 500 mL, 渣 2 000 mL 煎至 1 000 mL, 合并煎液 2 500 mL 加黄酒 250 mL、温水 2 500 mL, 浴足 45 min。每晚睡前 1 次, 每剂可重复使用 2 次, 10 次为 1 个疗程, 可连续使用多个疗程。

2.7.2 湿热痹为主 2 号方用于湿热型痹证。

忍冬藤 100 g, 九节茶 50 g, 海桐皮 50 g, 豨薟草 50 g, 三桠苦 50 g, 十大功劳 50 g, 青筋藤 30 g, 宽筋藤 100 g, 蚕沙 50 g, 水 2 500 mL 煎至 1 500 mL, 渣 2 000 mL 煎至 1 000 mL, 合并煎液 2 500 mL 加温水 2 500 mL, 放凉后浴足 45 min。每晚睡前 1 次, 每剂可重复使用 2 次, 10 次为 1 个疗程, 可连续使用多个疗程。

3 病案举例

某, 女, 52 岁, 因多发关节肿胀疼痛、僵硬 10 余年为主诉, 于 2013 年 8 月 17 日就诊。患者 10 余年前无明显诱因逐渐出现双手指关节肿胀、僵硬症状, 遂开始辗转多家医院治疗, 经 X 线片、血沉、类风湿因子等检查, 明确诊断为“类风湿性关节炎”。10 余年来, 患者曾先后服用激素、免疫调节剂、止痛药等药物治疗, 病情难予控制。刻下症: 双手指关节、腕关节多发肿胀变性、疼痛、僵化, 活动严重受限, 双肩关节僵化, 两膝关节、踝关节肿大变性, 无法站立, 纳

寐差。舌暗红, 苔薄白, 脉弦细。查 ESR 102 mm/h, RF 383.6 u/mL, CRP 72 mg/L, ASO 82 U/mL。郭主任四诊合参后诊断为“痰瘀痹阻兼肝肾气血亏虚”型之顽痹, 治宜补气血益肝肾、活血通络。处方当归 12 g、乌梢蛇 15 g、露蜂房 10 g、蟑螂 7 只(去头足)、黑蚂蚁 10 g、徐长卿 10 g、穿山甲 6 g、雪莲花 15 g、雷公藤 10 g、青风藤 30 g、蜈蚣 1 条、全蝎 4 g、熟地黄 25 g、炙黄芪 30 g、桂枝 10 g、怀牛膝 15 g、鹿衔草 15 g、淫羊藿 15 g、生姜 30 g。并嘱药渣炖公鸡, 每 3 d 1 次。服药 7 次后, 关节疼痛症状有所减轻。嘱原方再服 2 周。复诊, 诉疼痛、关节僵硬症状明显缓解, 嘱其原方减少露蜂房用量为 6 g, 以避其毒性, 再服月余, 关节活动自如, 续用原方加减进退, 每周服药 2 次, 逐月随访效果巩固。

参考文献

- [1] 朱良春. 医学微言[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 11.
- [2] 陈国源, 柯联才. 盛国荣临证经验集[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2007: 7.
- [3] 江苏新医学院. 中药大辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2013: 3.
- [4] 郭为汀. 辨证结合大通筋汤治疗坐骨神经痛临床体会[J]. 实用中西医结合杂志, 1997, 3(10): 598.
- [5] 冼建春, 林日初. 青草药识别应用图谱[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2012: 10.
- [6] 谢海洲. 谢海洲医学文集[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2004: 4.

(2015-05-06 收稿 责任编辑: 洪志强)

(上接第 1033 页)

等影响。陈师强调临证务必因人因地因时制宜, 注重中医整体观念, 重视脏腑间的相互影响, 分清标本虚实, 并综合考虑患儿年龄、体质、季节、地域等诸多因素, 真正做到“三因制宜”, 注重整体调理, 强调临床宏观调控——即调阴阳, 理脏腑, 求平衡。

参考文献

- [1] 陆权, 王雪峰. 儿童咳嗽中西医结合诊治专家共识(2010 年 2 月)[J]. 中国实用儿科杂志, 2010, 25(6): 439-443.
- [2] 中华医学儿科学分会呼吸学组. 《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(试行)[S]. 中华儿科杂志, 2008, 46(2): 104-107.
- [3] 刘新, 张秀英, 王雪峰. 王雪峰教授论治儿童慢性咳嗽肝火犯肺证经验撷萃[J]. 中国中西医结合儿科学, 2014, 6(6): 504-505.

- [4] 章新辉. 中医药治疗小儿慢性咳嗽的研究进展[J]. 中医药导报, 2013, 19(5): 98-99.
- [5] 黄颖. 清代以降福建中医儿科三世家[J]. 福建中医学院学报, 2006, 16(1): 56-57.
- [6] 彭贝如, 翁泽林. 林季文老中医治疗小儿慢性咳嗽经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(7): 137-138.
- [7] 潘璐. 安效先教授治疗儿童慢性咳嗽思路[J]. 中医儿科杂志, 2011, 7(3): 11-13.
- [8] 徐珊, 汪受传. 汪受传教授治疗小儿慢性咳嗽八法[J]. 中医儿科杂志, 2010, 6(11): 1-3.
- [9] 李卉, 陈陶后. 陈陶后诊治小儿过敏性咳嗽经验[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36(11): 32-33.
- [10] 陈辉清. 僵龙汤治疗小儿哮喘 50 例疗效观察[J]. 福建医药杂志, 1998, 20(5): 74-75.

(2015-03-13 收稿 责任编辑: 王明)