

加味牵正散治疗面神经麻痹 53 例

喻凤江*

(* 湖南省浏阳市骨伤科医院, 湖南省浏阳市社港汉兴街 7 号, 410327)

关键词 面神经麻痹/中医药疗法; @ 加味牵正散

自 2001 年 3 月以来, 笔者运用加味牵正散为主治疗面神经麻痹 53 例, 取得较好疗效, 兹报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择: 诊断标准参照王玉来《中西医临床神经病学》(中国中医药出版社 1998 年 1 月出版)有关标准, 排除中枢性面瘫, 颅后窝病变, 大脑半球病变, 腮腺肿瘤, 颌后的化脓性淋巴结炎。所有病例均选自本院住院或门诊的患者, 凡不符合标准, 不按要求治疗或统计资料不全者均予以排除。

1.2 一般资料: 观察病例 105 例, 随机分为两组: 治疗组 53 例, 男性 36 例, 女性 17 例, 年龄 24~65 岁, 病程 1 天到 1 年, 中医辨证风痰阻络证 13 例, 风寒袭络证 18 例, 风热中络证 12 例, 气虚血瘀证 10 例; 对照组 52 例, 男性 31 例, 女性 21 例, 年龄 22~60 岁, 病程 1 天到 1 年, 中医辨证风痰阻络证 17 例, 风寒袭络证 12 例, 风热中络证 11 例, 气虚血瘀证 12 例。两组病例在性别、年龄、病程长短、中医分型上经统计学处理均无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

两组均采用强的松 15mg, 每日早晨顿服, 连用 5~6 日(急性期发病后 1~2 周内), 阿昔洛韦 200mg, 4~5 次/d, 口服, 连用 10 天, 弥可保 500μg, 口服, 3 次/d, 维生素 B₁ 100mg, 肌肉注射, 1 次/d; 治疗组加用加味牵正散(黄芪 30g, 丹参 30g, 僵蚕 10g, 全蝎 3g, 白附子 5g, 蜈蚣 2 条, 防风 6g, 生石膏 20g(先煎)); 对照组加服牵正散(僵蚕 10g, 全蝎 3g, 白附子 5g)。两组均按中医辨证分型加减: 风寒袭络证加桂枝 10g, 麻黄 10g; 风热中络证加黄芩 10g; 气虚血瘀证加当归尾 10g, 红花 10g。均以 1 周为 1 个疗程。

3 疗效标准及治疗结果

3.1 疗效评定标准: 治愈: 症状消失, 患侧眼睛闭合完全, 无口角歪斜, 鼻唇沟对称, 鼓腮露齿动作完全对称。好转: 症状、体征改善。未愈: 症状、体征无改善。

3.2 治疗效果

3.2.1 两组临床疗效比较见表 1。治疗组临床治愈率、好转率、总有效率分别为 75.47%、22.64%、

98.11%; 对照组分别为 69.23%、19.23%、88.46%。两组治愈率、总有效率比较均有显著差异 ($P < 0.01$)。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	临床治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	53	40	12	1	98.11%
对照组	52	36	10	6	88.46%

3.2.2 治疗组各证型疗效比较见表 2。各证型间临床治愈率、好转率、总有效率比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。

表 2 治疗组各证型疗效比较 例(%)

证型	例数	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
风痰阻络证	13	10	3	0	100%
风寒袭络证	18	13	4	1	94.44%
风热中络证	12	9	3	0	100%
气虚血瘀证	10	8	2	0	100%

4 讨论

面神经麻痹多由风邪入中面部, 痰浊阻滞经络所致, 以突发面部麻木, 口眼歪斜为主要表现。张仲景在《金匱要略》指出: “贼邪不泻, 或左或右; 邪气反缓; 正气即急, 正气引邪, 喎僻不遂。”即是说风邪留而不去, 郁滞颜面络脉, 致使感受邪气的一侧面部肌瘫痪不遂, 健侧面肌相对紧张, 牵引口角而为病。而《诸病源候论·偏风口候》则进一步阐明: “偏风口是体虚受风, 风入如夹口之筋也。足阳明之筋, 上夹与口, 其筋偏虚, 而风因乘之, 使其经筋急而不调, 故令口僻也。”这些文献都说明了本病乃本虚而标实之证, 属于阳明经筋络病, 系正气不足, 络脉空虚, 卫气不固, 风寒风热之邪乘虚侵袭面部阳明经筋络脉, 以致气血运行障碍, 面部肌肉拘急纵缓而成。一般而言, 风邪为六淫之首, 善行而数变, 且风为阳邪, 易袭阳位, 故风邪上扰头面部络脉, 致其收缩拘急, 气血运行不畅, 稽留成痰, 阻滞络脉。且风邪入中经络, 每与痰湿、瘀血等邪兼夹为患, 或者邪气郁久成痰或炼津为痰, 痰瘀血滞, 络道不利, 致肌肉络脉之营血亏虚, 则发生面肌麻痹、瘫痪、口眼喎斜。此外, 外风与内风之间常可相互影响, 外风可引动内风, 内外合邪为患, 致病程迁延难愈。故对其治疗应遵循在筋守筋, 在络守络, 益气扶正祛邪, 活血化痰之法。而对发病日久, 气血耗伤, 筋脉失养, 而口眼喎斜不愈者, 更当以补

· 名老中医经验 ·

晁恩祥治疗肺间质纤维化临证思辨特点

陈燕* 吴继全*

(* 卫生部中日友好医院,北京市朝阳区和平街北口樱花东路,100029)

关键词 肺间质纤维化/中医药疗法;名医经验;◎ 晁恩祥

肺间质纤维化(pulmonary fibrosis, PF)属于弥漫性间质性肺疾病(diffuse interstitial lung disease, DILD或ILD)范畴,根据其致病原因不同,可分为继发性肺纤维化(secondary pulmonary fibrosis, SPF)和特发性肺纤维化(idiopathic pulmonary fibrosis, IPF),组织活检是肺纤维化诊断的金标准。其中,IPF因发病率上升,症状严重,诊断治疗棘手乏策,预后极差而备受关注。目前本病西医以糖皮质激素、免疫抑制剂等作为主要的治疗药物,但有相当一部分患者使用激素治疗无效,病情呈进行性加重;且长期使用致使患者机体抵抗力明显下降,产生多种合并症,患者常常因免疫力下降,反复合并感染导致呼吸衰竭危及生命。近年来中医药在治疗肺纤维化方面已显现出优势和潜力,能够显著改善患者的临床症状,提高其生活质量。晁恩祥教授善于融会贯通中西医两法之长,治疗PF临床疗效显著,并探讨总结了中医认识规律与见解,现总结导师晁恩祥教授治疗肺间质纤维化临证思辨特点如下。

1 肺纤维化与中医肺痿相链接

“肺痿”病名始见于张仲景的《金匱要略》,书中专篇论述了肺痿的定义、病因、病机、症候与治法等。认为肺痿是因肺气虚弱,无力布津,以咳吐浊唾涎沫为主症的疾病。后世医家也多有论述,如孙思邈有“肺痿无论寒热,皆属于虚损之证”之说,《类证治裁》则明确指出此属“难治之证”等。清·尤在泾所言:“痿者,萎也,如草木之枯萎而不荣,为津枯而肺焦也”,形象说明该病

因津涸而干枯皱缩的病理特点。晁恩祥教授结合临证观察和西医学知识,认为肺痿包括了毒损、邪伤、正虚、痹阻等不同原因病证,将肺痿定义、肺热叶焦的基本病机和迁延不愈、肺叶萎弱不用的临床特点等与肺纤维化的双肺形态改变、功能受损和临床缠绵不愈、晚期呈蜂窝或破损肺、预后不佳等特点相链接,认为PF与肺痿密切相关。认为PF属于中医肺痿范畴,是以咳嗽唾涎为主要临床表现的慢性虚损性难治病;肺痿的主症应为咳、喘、唾涎,三者可并现、可或缺。本病以虚证为主,病机转化由气及血,由肺及肾,最终导致肺叶痿弱不用,预后不佳。临床以气阴两虚、肺肾亏虚之证多见。因难治不愈,病程长久,久病人络,导致络脉瘀阻,又可见气滞血瘀之实证。根据临证经验,晁教授总结出了益气养阴,调补肺肾,纳气平喘,兼以活血化痰的治疗大法,取得了较好的临床疗效。

2 辨病与辨证论治相结合

2.1 辨病要点:肺纤维化涵盖着众多的异质性疾,尤其是SPF和IPF,在病因病机、临床表现、实验室检查、治疗及预后等方面差异较大,临证鉴别非常重要。肺纤维化最常见的症状为短气、咳嗽或动喘,可伴有低热、肌痛等。体征有杵状指等缺氧缺血表现,后期可出现肺动脉高压和右心衰竭等。本病发病早期与其他疾病临床表现相似,如以“干咳”、“劳累后气短”为主诉,缺乏临床经验往往易误诊延误治疗。因此,晁恩祥教授临证中,非常注重X线胸片、HRCT典型的影像学诊断,必查肺功能(限制性通气功能障碍和/或弥散功能

法为主。本方在牵正散祛风解痉的基础上加补气活血之黄芪、丹参,取气虚则血行乏力,气行则血行,血行风自灭之理。《本草逢源》云:“黄芪性虽温补,而能通调血脉,故为治疗气虚血瘀引起中风偏瘫口眼喎斜的要药。”《本草正义》云:“丹参专入血分,其功在活血行血,内达脏腑……外之利关节而通脉络。”防风祛风解痉以条达气机,既祛外风又熄内风,为止痉良药。《本草正义》云:“此药气平散风……诸经皆至,气味俱轻……为

风药之润剂。”《医学衷中参西录》云:“蜈蚣,走窜之力最速,内脏腑外经络,凡气血凝聚之处能开之……其性尤善搜风……外治经络中风,口眼歪斜。”《本草衍义补遗》云:“石膏,本阳明经药……其辛也,上行至头”,故为引经药。本方强调扶正和祛邪并举,诸药合用,共奏补益气血,祛风消痰,通畅络脉之效,对本症确有较好疗效。

(2006-08-24 收稿)