

补肝肾益气升清 治疗重症肌无力

□武明钦

案 例

初诊：钟某，男，57岁，左侧眼睑下垂8个月，在当地某医院住院治疗，经CT检查、核磁共振检查后，结果显示无异常，后经疲劳试验、抗胆碱酯酶药物试验、肌电力评估被确诊为重症肌无力，服用新斯的明治疗2周后症状好转出院。近期患者病情复发，到笔者所在的医院就诊。患者左侧眼睑下垂，语言不清，咀嚼困难，口唇周边肌肉有乏力感，伴头晕，舌苔两侧花剥，舌质紫暗，脉细。查见语音低微，语音不清，呼吸平稳，心肺正常，睁眼无力，咽反射良好，左上肢握力为Ⅴ级，右上肢握力为Ⅳ级。

辨证：肝肾亏虚，清气不能上承。

治方：培补肝肾，益气升清。

处方：石斛12克，黄精12克，枸杞子10克，生黄芪20克，党参15克，葛根15克，当归10克，炙甘草3克，陈皮10克，石菖蒲6克，升麻5克，炙僵蚕10克，炮山甲6克，共7剂。

二诊：患者眼睑下垂稍有恢复，语音清晰，咀嚼功能改善，但不耐劳累，舌苔薄白，但尚暗紫，脉细滑。将原方改石斛15克，生黄芪30克，服用30剂。

三诊：患者眼睑下垂恢复正常，语音清晰，咀嚼功能恢复，精神改善，舌苔薄腻，舌暗紫，脉细有力。效不更方，原方改石斛10克，嘱附患者继续服用1个疗程，以巩固疗效。半年后随访患者，未见复发。

按 语

在中医古籍中与重症肌无力相似的证名记载有“痿证”“废痿”“脾倦”“大气下陷”等。对病机和治疗的阐述，着重脾胃的较多。中医学认为，脾为后天之本，主运化，为气血生化之源，主四肢、肌肉，五脏六腑之精气皆赖其供养，四肢肌肉均为其主持。脾虚则运化失常，气血生化之源，四肢肌肉失于濡养，故痿而不用。《素问·太阴阳明论》记载：“脾病而四肢不用，何也？岐伯曰：四肢皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液，四肢不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉，皆无气以生，故不用焉。”《证治汇补》中指出：“气虚痿者，因饥饿劳倦，胃气一虚，肺气先绝，百骸溪谷皆失所养，故宗筋弛纵，骨节空虚。”眼有五轮，各应五脏，脏有所病，各现于轮，肉轮属脾，脾主肌肉，脾虚则气血不能上荣于肌肉而出现

“眼废”。《灵枢·大惑论》记载：“五脏六腑之精气皆上注于目而为之精。精散则视歧，视歧见两物。”气血不充目睛，则出现视歧；呼吸困难、语音不清为咽喉等部位肌肉失于气血濡养所致。若脾虚导致肝脏失养，可见筋肉肉瞤等风象；气不运血，或痰湿阻滞，可见肌肤麻木不仁等瘀血征。

关于治疗，《素问·痿论》指出：“治痿独取阳明。”后世医家亦颇多论述。所谓治痿独取阳明者，即补益后天之法。《素问·痿论》记载：“阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关也。”脾与胃相连，行津液上输于肺，布散全身，以润筋脉肌肉。故脾胃得健，则肺津有源，肝肾精血得充，宗筋得润，机关可利，不易

致痿或痿易恢复。故治疗常以益气健脾升清为主要大法，方用补中益气汤之类。临床上患者不仅脾虚，且常有兼症，其中最易见者为肾虚，即《脾胃论》记载的“脾病则下流乘肾，土克水则骨乏无力”。治疗当在健脾益气升清的基础上加鹿角胶、巴戟天、锁阳、菟丝子、杜仲、桑寄生等补肾温肾之品。总之，本病多虚，以脾为主，或脾肾两虚，故当宗“治痿独取阳明”之训，同时针对相关脏腑，审其病理因素的兼夹情况，兼顾并治。

（作者为全国首批中医药专家学术经验继承工作指导老师）



中药灌肠治疗外感热病

□陶黛芸 李丽英

外感热病，根据其发病的传变规律，从伤寒六经或卫气营血辨证，运用中药煎剂灌肠，治疗患者20例，取得较满意效果。

临床资料

本组病例均为住院患者，中西医结合治疗8例，单用中药治疗患者12例，其中男患者10例，女患者10例，年龄最大者为60岁，最小者为19岁。体温在39.5摄氏度~40.5摄氏度的患者5例，38摄氏度~39.5摄氏度的患者15例，经过灌肠治疗后，效果满意。

治疗方法

方药组成：根据外感发热的传变规律，即表证——半表半里——里证，或卫——气——营——血，治疗采用3种处方，银翘散，小柴胡汤，白虎汤加减。

灌肠方法：每剂中药浓煎约20毫升，过滤待温（34摄氏度~36摄氏度），按灌肠操作方法，先嘱患者排尿排便，以利于药物的吸收，垫高臀部10厘米，将细红管插入肛门内10厘米~14厘米，缓慢注入药液，卧

床休息30分钟~60分钟，尽量延长保留药液的时间，每天灌肠1次。体温超过39.5摄氏度以上的患者可以每天灌肠2次。

结 果

疗效标准：痊愈，症状消失、体温降至正常，症状减轻、体温降至37.5摄氏度~37摄氏度；无效，症状及体温无改变。

经过该疗法治疗的20例患者中，中西医结合治疗8例，痊愈7例，好转1例；单纯中药灌肠12例中，痊愈9例，好转3例，无效1例（另经调治而愈）。

体 会

外感热病，多由感受温热之邪所致，外邪上受，常先犯肺，肺

主气属卫，卫气失于宣畅而见发热，盖肺与大肠为表里，肺气不宜，则腑气不得下行，采用中药灌肠有宣肺通腑泄热之效，外邪随之而解，高热自退。

中药灌肠适用于外感热病，内伤发热效差，中药灌肠可克服中药味苦，以及高热患者不易接受或药后呕吐等缺点。西医对此类患者多采用输液加抗生素药物治疗，如配合中药灌肠可明显缩短发热病程，减少患者发热之痛苦。

中药灌肠体现了中医辨证论治的特色，具有收效快，无副作用，患者易于接受的优点。

（作者供职于平顶山市第二人民医院）



直接血管内给药的优势与方法

□徐 苗 韩新巍

无论是涂抹、含化、口服药物，还是皮内、皮下、肌肉注射药物，最终都要吸收进入血管、分布全身才能发挥治疗作用。药物进入血管的多少与快慢，在血管内维持的峰值高低以及时间长短等，受到多种因素影响，将直接决定疗效。直接穿刺血管，将药物注射进血管内，能够明显提升进入血管内的药物量与峰值，可以显著提升治疗效果。

直接血管内的给药方法有静脉途径和动脉途径：静脉途径有静脉注射和静脉点滴；动脉途径有非选择性动脉灌注、选择性动脉灌注以及超选择性动脉灌注。

静脉注射给药

静脉注射是把药物溶液、营养液等液体物质直接注射进静脉中的方法。静脉注射可分为短暂性与连续性，短暂性的静脉注射多以针管直接注入静脉，即一般常见的“打针”；连续性的静脉注射则以静脉滴注进行，俗称“打点滴”。把药液直接注入静脉血流中，可迅速准确获得希望的血药浓度，因而作用迅速，这是其他给药方法无法达到的。但由于高浓度的药物迅速到达血浆和组织，同时也增加了发生不良反应的可

能性。

什么情况下使用静脉注射呢？口服药物不易吸收或者胃肠道毒副反应大者；剂量大或局部刺激性大，不适合皮内、皮下或肌肉注射者；需要迅速发挥药效者；注入药物（对比剂）做某些诊断性检查，如CT增强检查、磁共振增强检查、超声波增强检查者。

静脉点滴给药

静脉点滴给药也叫静脉输液给药，是利用大气压和液体静压原理将大量药物液体直接通过静脉输入的方法，将大量的药物溶液、电解质液体，成分血液或营养液体等由静脉输入称为静脉输液法。静脉输液可以迅速、有效地补充机体丧失的体液和电解质、增加血容量、改善微循环、维持血压，是临床治疗疾病，纠正人体水电解质及酸碱平衡失调，恢复内环境稳定并维持机体正常生理功能的重要治疗措施。因输液部位不同，分为外周静脉输液和中心静脉输液等。

什么情况下需要应用静脉输液呢？补充水分及电解质，预防和纠正水电解质及酸碱平衡紊乱。用于治疗脱水、酸碱平衡失调的患者，如腹泻、剧烈

呕吐、大手术后的患者；增加血液循环，改善微循环，维持血压及微循环灌注量，用于治疗严重烧伤、大出血、休克等；大量静脉营养治疗供给营养物质，促进组织修复，增加体重，维持正氮平衡。用于治疗慢性消耗性肝病、胃肠道吸收障碍及不能经口进食（如吞咽困难、昏迷、气道瘘、消化道瘘等）的患者；输入药物治疗疾病，如输入抗生素控制感染，输入解毒药物达到解毒作用，输入脱水剂降低颅内压等。

动脉灌注给药

经导管动脉灌注药物，就是明确病变的靶器官或供养动脉即动脉后，经动脉途径将导管引至供养动脉内向病灶局部灌注高浓度药物，达到治疗疾病的目的。

动脉灌注是介入医学的操作技术之一，局部麻醉后经皮穿刺入主动动脉向动脉系统引入导管，插导管进入动脉的不同部位，如主干动脉的主动脉，或主动脉的一级分支动脉（颈总动脉、腹腔动脉、肠系膜动脉等），或一级分支动脉的更远分支二级、三级分支动脉等。导管插入主动脉叫非选择性动脉插管即动脉插管；导管插入一级分支动脉叫选择性动脉插

管；导管插入二级或二级以上分支叫超选择性插管。动脉灌注给药一般采用选择性动脉插管灌注，或超选择性动脉插管灌注。

多数药物的疗效与病变局部的药物浓度成正比，经导管动脉灌注药物可实现药物的高浓度集中应用，最大限度提高治疗效果，并尽可能降低全身不良反应，可以使原来全身用药无效的治疗变得有效，原来不能耐受的不良反应变得能够耐受，从而顺利完成治疗。

什么情况下使用动脉灌注？灌注溶栓药物。血栓形成后血栓局部和邻近区域血流停滞，全身应用的溶栓药物无法随正常血流到达血栓处。将导管直接插入血栓内灌注高浓度溶栓药物，发挥高效溶栓作用迅速有效地溶解血栓；灌注止血药物。有凝血

药物和缩血管药物。生理腔道大出血，如咯血、大量呕血、便血、尿血以及妇产科大出血等，内科用药治疗无效时，将导管直接插入出血部位的供养动脉，持续性匀速地注射高浓度收缩血管药物，促使血管收缩、闭塞，从而达到止血效果；灌注化疗药物。肿瘤化疗无效，其实并非药物杀不死肿瘤细胞，而是没有达到足够药量来杀死肿瘤细胞，口服、静脉点滴等方法不能有效杀死肿瘤细胞，但经导管动脉直接灌注药物可明显提高肿瘤部位的抗癌药物浓度，从而提高疗效；灌注胰酶抑制剂治疗重症胰腺炎；灌注抗生素预防胰腺炎继发性感染。

动脉灌注给药，超选择性动脉灌注给药是药物治疗疾病最高效的给药途径。

（作者供职于郑州大学第一附属医院）



临证心语



笔者跟随老师李明山学习中医多年，李老师在治疗内科常见病、多发病的中西医结合诊治方面经验丰富，擅长中医内科的诊治，尤其对脾胃病的诊治有独到之处。下面介绍李老師关于脾胃病的治疗经验。

健脾益气法

临床症状如倦怠乏力、面色㿔白、少气懒言、食欲不振、肠鸣便溏、脉沉细无力者，即属脾虚之证，可用本法。代表方以四君子汤为首选。李老師认为脾主升清，喜燥恶湿，以健运为常，胃主和降，喜润恶燥，以通为贵，故健脾益气，方中配伍理气醒脾的木香、陈皮及渗湿甘淡的茯苓、薏苡仁；若湿邪困脾，应加健脾燥湿的苍术、厚朴或芳香化湿的藿香、佩兰之类。李老師认为“治湿不利小便，非其治也”，故滑石、竹叶、车前子也是常用之品。

健脾温中法

临床症状如呕吐泻痢、脘腹疼痛、舌淡苔白、脉沉迟而弦紧者属中焦虚寒，可用本法。常选干姜、丁香、高良姜等温中散寒药，与党参、白术、甘草、砂仁等益气健脾药组成此类方剂。代表方为理中汤。如果有消化性溃疡伴出血，可加白及、三七；若挟痰，可配陈皮、半夏；若呕吐、呃逆，可加旋覆代赭汤、丁香柿蒂汤等。以上诸方皆可随证选用。

行气导滞法

临床症状如脘腹胀满或气郁痰阻咽喉多为中焦气滞，宜行气导滞，畅达气机。常用的药物有厚朴、枳壳、陈皮、砂仁、木香、豆蔻、大腹皮等，越鞠丸为代表方。应根据证候寒热虚实，配伍不同药物。如气滞实证，可配三棱、莪术、槟榔等破气药；胀满而痛的可配乌药、延胡索等行气止痛药；若挟食滞，可配山楂、麦芽、鸡内金等消食药。

活血化瘀法

依据“病久入络必瘀”的观点，李老師在诊治脘腹胀痛等脾胃病时，凡见疾病久发者或胃镜下见有胃黏膜充血水肿者（此时不必拘泥患病时间），总喜或多或少应用活血化瘀之品，常获良效。代表方为丹参饮、加味金铃子散。关键是看医师是否善于诊查到瘀血的证候而及时恰当用药，如应用恰当，则能收到事半功倍的效果。此外，在治疗消化系统的疑难疾病时，应在治病求本、辨证施治的基础上，重视活血化瘀药物之运用。

除湿运脾法

临床症状如脘腹胀痞、纳呆、恶心呕吐、嗳气、泛酸、便溏、苔白腻、脉濡缓则属湿困脾胃，常用药物有苍术、厚朴、陈皮、半夏等运脾化湿药与茯苓、泽泻等淡渗利湿药共同组成本方剂。代表方为平胃散。如寒痰，可加干姜、细辛；热痰，可加黄芩、瓜蒌；燥痰，可加川贝、杏仁；湿痰，可加苍术、厚朴。若痰瘀化热，口苦、心烦、舌红苔黄腻者，可加枳实、竹茹。

以上5种方法虽不能概括所有脾胃病证治法，基本上能满足常见脾胃病证辨治的需要。故“以法统方”可提纲挈领，成竹在胸，据证选药则切中病机，得心应手。此外，脾胃病证，药入于口，即达病所，故见效亦快，但一日三餐，皆赖胃肠，故胃肠疾病若不注意饮食调摄，亦难治，根治更难。因此脾胃病证，除正确的辨证论治以及药物治疗外，尤应注意饮食宜忌，少食多餐，多吃容易消化且营养丰富的流质或半流质食物，忌油腻、生冷、辛辣刺激之品，这样才能使药物达到事半功倍的效果。

（作者供职于郑州市金水区总医院）

河南中医药大学第一附属医院
主任医师崔公让：

易被误诊的三叉神经痛



扫码看视频



专家名片：

崔公让，全国著名中西医结合专家，中医外科专家，周围血管病专家；河南中医药大学第一附属医院主任医师，教授，硕士生导师；首届“全国名中医”，全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，中华中医药学会外科分会顾问，“河南省中医事业终身成就奖”获得者；享受国务院颁发的政府特殊津贴。

稿 约

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”，内设《中西合璧》《中医特色技术》《中医外之》《针推论衡》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《名医堂》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求：一定是原创，言之有物，具体可行；1000字以内；可以用小故事开头，以增加趣味性。

联系人：朱忱飞
电话：13783596707
投稿邮箱：5615865@qq.com
投稿邮箱：450000
地址：郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社总编室。