

“虚邪瘀”辨证治疗 类风湿关节炎

□姜多峰

案例一

祛邪为主兼活血治疗类风湿关节炎

周某,男,52岁,营业员。
初诊:患者因受凉发生右手中指近端指间关节肿胀、疼痛,约20天波及全身多个关节,呈对称性,以四肢小关节明显,伴关节晨僵。在当地治疗服用过中药和西药(药名不祥),效果不佳。诊见患者四肢多关节对称性肿痛,以小关节为主,关节晨僵持续约3个小时,影响生活和工作,病变关节畏寒、酸痛,遇雨天加重,伴胃脘满,食欲差,神疲,行动迟缓,双手握力差,双腕、膝、踝及手指关节肿胀、压痛,舌质淡,有瘀点,苔薄白,脉弦紧。
诊断:顽痹(类风湿关节炎)。
辨证:寒湿闭阻。
治宜:散寒祛湿,活血通络。
处方:羌活30克,制川乌、制草乌各9克,桂枝9克,透骨草30克,萆薢30克,海风藤30克,木瓜30克,薏苡仁30克,当归30克,丹参30克,鸡血藤30克,甘草9克。水煎服。
二诊:患者服用上方10剂后全身多关节肿痛减轻,行动较前方便。精神及饮食较前好转。上方加生地黄20克,继续服用20剂;痹苦乃停片,服用3个月。
三诊:患者关节肿痛消失。继服痹苦乃停片3个月,巩固疗效。

按语:类风湿关节炎是一种常见的多发性、慢性、全身性疾病,以骨关节炎表现最为突出。患者多为青壮年,女性多于男性。临床主要表现为早期关节肿痛和功能障碍,晚期可出现关节畸形、骨质改变和骨骼肌肉萎缩、关节僵硬,从而导致患者丧失劳动力。属于中医学的骨痹、顽痹、历节风范畴。

案例二:

养血活血、蠲痹通络法治疗晚期类风湿关节炎

马某,女,56岁,家庭主妇。
初诊:患者全身多关节肿痛36年,手畸残6年。患者生产后数日出现“拉风箱”症状,旬日手指关节发生剧烈肿痛,1个月后已波及全身多个关节。当地医院诊断为“产后身痛”,给予激素治疗暂缓症状。10年后患者双手手指畸形改变,20年后双手典型鹅颈样类风湿手,间断服用激素30年。诊见患者全身多关节肿痛、酸痛、僵硬,四肢及下颌关节为甚,张口困难,生活失理,肢体畏寒怕冷,倦乏无力,情绪悲观。家族中,患者的三姐及大姐的儿子患有类风湿关节炎(已残废)。体格检查:形瘦,面苍白,四肢肌萎筋挛,类风湿手。舌淡暗,苔薄白,脉弦细涩。
处方:当归30克,丹参30克,鸡血藤30克,炒穿山甲12克,桂枝

12克,独活20克,千年健30克,木瓜18克,香附30克,川牛膝30克,陈皮15克,甘草9克。共9剂,水煎服。
二诊:患者服药9剂后,疼痛肿胀减轻,傍晚下肢浮肿,夜尿频。上方加制附子6克,茯苓20克。共6剂。
三诊:患者肿痛较上次减轻,下肢浮肿及夜尿频亦不明显。上方加三七3克。共10剂。将药研为细末,水为丸,每天服3次,每次9克。
四诊:7月6日,患者坚持服用完上药后,虽手畸残未改观,但关节肿痛消失,身体感觉舒适,可自行上下楼活动,四肢肌肉较前丰满。守法继续,巩固疗效。
一年后随访,患者病情稳定,生活基本自

脱满,食欲不振。经脉闭阻日久,必有瘀血形成,而见舌有瘀点、脉弦细。证属寒湿凝滞,瘀血闭络,不达,故肢体关节疼痛、肿胀、僵硬,遇寒湿加重。湿困于脾,故胃

按语:类风湿关节炎病至Ⅲ期,患者关节畸形,骨损筋缩,多数医者认为此时瘀血顽痰凝结,以虫类药搜风剔络,破瘀涤痰为主。根据笔者临床所见,此时虽确有瘀血顽痰凝结,但正气虚弱,筋骨失养更多。病至Ⅲ期的治疗指导思想为改善症状,提高生活质量。除个别患者体质尚可,适当或临时用虫类药逐瘀外,主要当扶正固本。该方养血活血、蠲痹通络,缓缓调之,收效确切。

(作者为全国名老中医)



单方验方

治难治性胃痛方

百合50克,丹参30克,乌药15克,檀香5克(后下),砂仁3克,高良姜、香附各10克。水煎服,每天1剂,15天为1个疗程。

治急性乳腺炎方

取黄栀子、连翘、当归、赤芍各12克,黄连3克,紫花地丁、蒲公英各30克,黄柏、没药、制乳香各10克,柴胡6克。水煎3次后混合药液,分3次饭后服用。一般2剂-3剂后体温下降,疼痛减轻,乳房红肿明显缩小,连续3剂-4剂可治愈。

治病毒性心肌炎方

西洋参6克,生黄芪50克,红花10克,丹参15克,水煎3次,合并药液,分3次服用,每天1剂。心动过缓者加附子、麻黄;快速型心律失常者加苦参、僵蚕;心悸、多梦者可加龙齿、夜交藤;胸膈甚者加蒲黄、郁金。该方联用干扰素、地塞米松,屡用屡效。

(以上验方由山东省惠民县胡集镇郑家村卫生室郑玉平提供)

本版药方需要在专业医生指导下使用

乌梅丸加味 治疗泄泻合并痤疮

□闫京涛

刘某,男,30岁,腹痛、腹泻3年余。患者3年前开始出现脐周下腹部隐痛,腹泻,大便每天3次~5次,不成形,间断药物治疗,症状时轻时重,反复发作。近期患者腹痛、腹泻加重,到笔者所在医院就诊。

刻诊:面色白,面部、背部可见痤疮,背部为甚,部分红肿疼痛,怕冷,无汗,喜温热食物,时感腹部隐痛不适,腹泻,大便每天3次~5次,不成形,进凉食后加重,腹部触诊无压痛,舌质淡红,苔白,脉沉弱。

辨证:脾胃阳虚,寒热错杂。治则:温补脾胃,固肠止泻兼清上热。

方药:乌梅丸加味。乌梅30克,党参15克,淡附片12克,先煎,细辛3克,肉桂6克,当归10克,干姜10克,黄连6克,黄

柏10克,花椒6克,吴茱萸6克,肉豆蔻9克,补骨脂10克,五味子10克,麸炒白术12克,甘草6克。共7剂。每天1剂,每剂水煎400毫升,分早、晚两次空腹温服。

二诊:患者服药后腹痛明显减轻,大便次数减少,每天1次~2次,不成形,面部、背部痤疮无明显变化,舌脉无明显变化,守上方继续服用14剂。

三诊:患者腹痛消失,大便每天1次,不成形,面部、背部痤疮明显减少变小,守上方继续服用2个月后,无腹痛等不适,大便每天1次,面部、背部痤疮大部分消失。嘱咐其继续服药巩固疗效。

按语:患者先天禀赋不足,命门火衰,饮食生冷伤及脾胃,寒自内生,致脾胃阳虚,运化失

职,水谷不化,而成泄泻。《景岳全书·泄泻》记载:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之开闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰,而阴寒内盛,故于子丑五更之后,当阳气未复,阴气盛极之时,即令人洞泻不止也。”阳虚阴郁,郁而化热,致面部、背部痤疮。证属脾胃阳虚,上热下寒,给予乌梅丸加味温补脾胃,固肠止泻兼清上热。方中淡附片、肉桂、干姜、麸炒白术温补脾胃;党参、肉豆蔻、干姜、甘草温中健脾益气,散寒止痛;黄连、黄柏清热解暑燥湿;乌梅、五味子酸涩收敛止泻,全方谨守病因病机,方证对应,故能取得很好疗效。

(作者供职于濮阳市中医院)

食疗缓解 更年期综合征

□黄泽春

更年期是每个女性必不可少的生理阶段,在这个阶段,由于体内内分泌的改变,女性往往会出现精神紧张、情绪波动、腰酸背痛、多汗潮热等症状。缓解更年期综合征症状,可试用以下食疗方。

小米枣仁粥:小米100克,枣仁末15克,蜂蜜30克。小米煮粥,待煮熟后放入枣仁末,搅匀,食用时可加蜂蜜;每天分2次服用。适用于女性更年期纳食不香、大便干燥、夜间失眠等。

甘麦饮:小麦30克,红枣10枚,甘草10克。加水煎煮。每天早、晚各服用1次。适用于绝经前后伴有潮热出汗、烦躁心悸、忧郁易怒、面色无华者。

(作者供职于河南省中医院)

胃肠道大出血的介入治疗

□韩新巍 毕永华 李兆南

肛门排出大便带血,呈鲜红、暗红或柏油样,称为便血。大量失血可导致休克甚至死亡。由于血液中的血红蛋白与肠道内的硫化物相互作用后形成黑色的硫化铁,从而导致大便呈黑色。黑便的颜色深浅与血液在肠道内停留的时间长短有关,时间越长大便越黑。大量出血后,由于血液在肠道内蠕动快,停留时间较短,大便可呈暗红色甚至鲜红色,部分患者反复流入胃腔,也可引起呕血。

便血的出血部位主要发生在下消化道的小肠与大肠,也可见于上消化道的食管、胃、十二指肠和胆道。出血可来源于动脉和门静脉,肝硬化胃底静脉曲张出血属于门静脉,其他疾病引起的出血属于动脉,本文仅介绍动脉性便血。

常见病因

下消化道出血常见有肠道动静脉畸形与毛细血管扩张症、肠癌与间质瘤、肠道糜烂性炎症与美克尔憩室炎、溃疡性结肠炎等。上消化道出血常见为溃疡、食管癌、胃癌、胆管癌、外伤性出血、医源性出血等,溃疡出血最常见。当溃疡侵蚀到深部较大动脉时,会导致血管破裂引发大出血。无论什么疾病的出血,其本质都是血管破

裂。

诊断
胃肠道出血引起的便血如何诊断?做腹部CT检查,CT平扫若显示肝脏和脾脏大小形态正常,便可基本排除肝硬化和门静脉高压性出血;CT发现胃肠内不规则高密度影像提示肠管内积血,间接可证明胃肠内出血。根据胃肠内血液分布,尤其最早血液分布的胃肠道区域,推测胃肠道出血的大致部位,如胃腔正常而十二指肠有血,可能是十二指肠溃疡出血;如胆道和十二指肠都有血液,很可能是胆道出血;十二指肠以上肠管内显示正常,而空肠或回肠内有血液,可能是由肠道动静脉畸形或毛细血管扩张症引起的出血;仅大肠内有积血多见结肠癌或肠道血管畸形。从CT影片上还可以寻找肠管异常扩张、肠壁异常增厚、肠腔狭窄等征象,以发现肠道自身病变。CT增强检查若发现肠管壁异常强化,提示可能有肠道血管畸形,如动静脉畸形或毛细血管扩张症;发现肠管增厚并异常强化,提示可能有肠道肿瘤,如腺癌或间质瘤等。根据异常强化区域判断所属的动脉供血区域,为后续介入治疗提供指导。

治疗

治疗方法由无创——微

创——大创伤,包括有:内科药物止血和补血;内科内镜或结肠镜止血;介入动脉灌注药物止血;介入栓塞血管止血;介入胃肠动脉造影确定出血区域后,外科切除。

内科保守治疗:一直以来内科使用药物处理胃肠道大出血都很棘手。内科抗休克和止血治疗虽能减少出血量,降低危险性,但绝大多数患者不能达到永久止血目的。尽管内镜已广泛用于消化道出血的诊断和治疗,但是对于肠道准备不充分的急诊患者,即使是大出血时(>1毫升/分),其出血点也可能会被食物、粪便、血凝块等遮挡。上消化道动脉性大出血由于出血动脉压力高,出血遮挡胃镜检查视野,很难准确找到出血病灶。

外科手术:急症外科手术探查手术风险极高,术后并发症多。若患者出现大出血导致生命体征不稳定,或无法耐受麻醉和剖腹手术,则无法通过影像准确找到病变部位,或血管造影不能定位出血部位,外科手术也难以找到出血病变部位。影像提示肿瘤、血管畸形引起的出血,外科手术成功率较高;对于合并胃肠穿孔者,进行开腹手术修复。

微创介入治疗:介入治疗胃肠道动脉性大出血具有安

全、微创、迅速见效等优势,被临床医生广泛认可。可疑动脉性出血应首选DSA(数字减影血管造影技术)检查,可发现出血病灶或动静脉畸形血管团。

便血引起血压脉搏等生命体征不稳定、危及生命者,只要身体能够耐受肌肉注射的程度,便可以选择介入治疗。介入治疗有两种主要技术:动脉灌注药物止血和动脉栓塞止血。经动脉灌注药物止血用于治疗肠道炎症、糜烂或毛细血管扩张症引起的出血。将导管引入出血血管供血动脉内,留置固定导管,经导管24小时持续匀速灌注血管收缩药物(垂体后叶素),促使微小动脉收缩从而阻断末梢血管破裂出血,并逐渐愈合。这种灌注药物止血一般要维持几天,先从较大剂量开始,待患者出血停止和血压脉搏稳定后,才可逐渐减少用药剂量,再维持3天~5天,可以拔出导管,改为全身维持用药2天~3天,便可停药。

如果判断是癌症出血,也可配合局部动脉灌注化疗药物,以控制肿瘤发展。

血管内栓塞已成为治疗动脉性出血的重要方法。微粒和弹簧圈是常用的栓塞剂,根据出血动脉和畸形血管管的直径选择不同大小的栓塞剂。介入治疗创伤小,起效迅速,通过局部麻醉,可不开刀、不剖腹挽救患者生命。治疗时患者平躺在手术台上,在大腿根部穿刺股动脉,引入导丝和导管至主动脉,选择性插管至腹腔动脉,或肠系膜上动脉等,经导管高压注射对比剂进行造影,便可发现胃肠道出血,从而确认病变类型,而后选择动脉灌注治疗,或动脉栓塞治疗。在患者治疗结束后拔出导管,对穿刺点进行止血后加压包扎6小时~8小时后,患者就可以正常活动了。再观察2天~3天后,患者出血黑便完全停止,身体恢复,即可出院回家。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)

河南中医药大学第一附属医院

儿科五病区主任医师马淑霞:

辨证治疗小儿反复肺炎

扫码看视频



马淑霞,河南中医药大学第一附属医院儿科五病区主任医师,教授,硕士研究生导师,第三批全国优秀中医临床人才;河南省首批青苗人才培养项目指导老师,世界中医药学会联合会儿科专业委员会理事,中国民族医药学会儿科分会理事,河南省中西医结合学会儿科专业委员会感染学组副组长,河南省中医药学会经方临床研究会常务理事。

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
邮政编码: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。

本版未署名图片为资料图片

