

# 高位截瘫患者的综合疗法

□赵安业

外伤性截瘫患者，多由高处跌下，或被重物压伤脊髓而形成。主要症状：大小便失禁，腰部以下肢体瘫痪，或虽然能轻微活动而有痛感，久则下肢肌肉萎缩，功能失常。

该病是由脊髓损伤，督脉受阻及经络受损，气血运行不畅所致。督脉与脊髓有着不可分割的关系，又络于肾，故脊髓受损则伤及肾气，“肾司二便，开窍于二阴”，故造成大小便失禁，经络受阻则下肢活动无力。全国老中医药专家学术经验继承指导老师赵清理认为，在治疗该病时应以“活络通经，补肾强筋”为基本原则。在用药过程中，需要注意局部与整体的关系。内服药可以使患者的全身症状得到改善，以促进局部病变好转；外敷药及时治疗局部症状，为恢复肢体功能创造有利条件，以提高疗效。

初诊：徐某，男性，37岁。患者在施工中，因缆绳断裂，不幸摔下，左肩及左侧头部着地，导致昏迷。经过当地医务人员现场急救，患者幸免死亡，后经医院检查结果显示：脑脊液血性。X线检查结果显示：第4、6颈椎骨折，脊髓断裂。患者被诊断为外伤性闭合性高位截瘫，并通过手术剔除碎骨片，以解除脊髓压迫。术后，患者接受脱水剂、维生素B<sub>12</sub>、三磷酸腺苷、辅酶A、细胞色素C等神经营养类药物

支持治疗(历时4个月)，高热不退，四肢瘫痪，不能言语。

初诊：患者神志清醒，高热不退，头颈侧屈，局部肿胀，四肢不能运动，肌肉萎缩，麻木无知，两肩剧痛(阴天和夜间加重)，肢体失去平衡，身体消瘦，面色苍白，饮食欠佳，大小便不能自理，导出尿液浑浊如膏，每两日灌肠1次，大便解，舌有瘀点，脉沉细弱。

辨证：精髓受损，气血不足，瘀血阻络。

治则：补气养血，填精补髓，温督活络，通络止痛。

内服方药：党参12克，当归15克，生地30克，黄芪30克，狗脊30克，红花12克，肉苁蓉15克，郁李仁15克，菟丝子30克，桃仁12克，元胡12克，金樱子30克，滑石12克，补骨脂15克，甘草6克。共3剂，水煎服。

外敷方药：甘松30克，山柰30克，牛膝30克，川断30克，桑寄生30克，广木香30克，土鳖虫40克，骨碎补40克，鹿筋20克，蜈蚣20条，甘草20克，伸筋草30克。将上药共研为粉，在颈椎患处外敷，每5日更换1次。另外，予以针灸辅助治疗。

二诊：患者颈部自觉舒舒，疼痛稍减，高热仍未消退，其他症状如前。

守初诊内服方，去掉郁李仁，加生大黄9克，以泻热凉血、逐瘀通经。共10剂，水煎，另配

合针灸，并嘱咐患者坚持局部外敷，结合按摩治疗。

三诊：患者头项不甚侧屈，肿胀及疼痛均有所减轻，小便稍清。患者自觉口渴，发热，四肢情况如前，脉细弱而数。在二诊方药基础上，去掉肉苁蓉、金樱子，加白芍15克，葛根12克，桂枝9克，菟丝子剂量减至12克，元胡剂量减至9克，补骨脂剂量减至12克。水煎，每日1剂。此外，配合针灸、按摩治疗，外用方改为10日更换1次。

四诊：患者服上药1个月有余，小便已经趋于正常，头能轻微转动，疼痛大减，局部无肿胀，上肢可以内收至衣扣，但是不能外展，下肢无改善，尚有发热，饮水量少，脉细而数。

方药：党参12克，白术12克，白芍12克，黄芪30克，当归12克，生地12克，桃仁9克，红花9克，生大黄9克，桂枝12克，蜈蚣3条，狗脊20克，菟丝子12克，骨碎补15克，甘草6克。水煎服，每日1剂。仍配以针灸和按摩，并嘱患者停用外敷药。

五诊：服药1个月有余，患者体温已经趋于正常，上肢可以缓慢内收或外展，但是不能抬举，上臂肌肉有所增加，下肢已经微微有些感觉，颈部无肿胀，但是微痛，食量仍少，舌无瘀点，脉细弱。

方药：黄芪30克，白术12克，砂仁9克，谷芽、麦芽各12

克，党参12克，当归15克，赤芍12克，丹参20克，红花12克，狗脊20克，骨碎补15克，牛膝12克，僵蚕9克，蜈蚣3条，甘草6克。水煎，每日1剂。继续配合针灸、按摩。

六诊：服药10剂后，患者上肢活动范围明显增加，肘部可以屈伸，下肢感觉有所好转，精神振作，饮食增加，颈部及肩部微痛，小便颜色微黄，脉较前有力。在五诊方药基础上，去掉红花、谷芽、麦芽，加枸杞子12克。水煎服。

在后续治疗中，均以补气养血、活络通经为法，同时方中多加用补骨之品，并辨证用药，灵活圆变，坚持按摩。患者连续用药600剂后，精神恢复正常，语言流利，颈项活动自如，上肢可以抬越头顶，能自动掌握自身平衡，体温恢复正常，肩部及颈部痛感消失，尿液清，但是四肢末端肌肉萎缩，下肢不能运动。而后，患者返回家中休养。

按语：该患者初诊时病情危重，然而按中医辨证治疗，不

仅使之脱险，而且获得比较满意的疗效。在治疗过程中，要抓住肝主筋，肾主骨生髓，督脉统督阳经及“有所堕坠，恶血内留”的特点，采取攻补兼施的办法：一方面，补气养血、益肾温督；另一方面，活血化痰、通络止痛。治疗初期，内治与外敷相结合，内服药可以调理脏腑气血，起到全身治疗的作用；外敷药作用于局部，利用皮肤吸收药效，使局部气血得温，血脉流通；配合针灸、按摩，以助药物吸收。内外合治，多法并用，故获效明显。患者尿如膏脂，系膀胱湿热导致，故在方中以滑石、甘草清利湿热，使尿色逐渐恢复正常。在治疗过程中，患者发热较难控制，主要是肺主皮毛卫，肺气不利，卫阳阻遏，则毛窍闭塞，汗液不泄，热郁不得外达，故热势不退。证属营卫不和，故遵桂枝汤之义，投桂枝、白芍，配伍葛根，使营卫和利而身热除矣。

(作者为赵氏中医第七代传承人)



## 经验之谈

# 一例尿崩重症患者的中医处理方法

□郭宏强

初诊：患者化某，男性，48岁，外省某医院重症监护室住院患者，脑出血1年有余，现在处于深度昏迷状态，体温高达39摄氏度，眼睑浮肿，瞳孔对光反射迟钝，口中大量涎沫，口腔周围均为清稀液体，呼吸机辅助呼吸，听诊呼吸音弱，左肺尤甚，需要用升压药维持血压，呈尿崩状态，小便总量每日超过5000毫升，给予大剂量加压素治疗无效，全腹胀满，大便不畅(每两三日灌肠1次)，查舌质淡红、苔水滑，脉双寸部沉细弱(几乎不可及)，关尺滑而沉弱。

辨证：脾、肾、阳虚，大气下陷，寒饮不运。

方药：黄芪180克，当归30克，茯苓60克，干姜12克，细辛3克，五味子9克，清半夏20克，炙甘草6克，桂枝15克，炒白术15克，制附子15克，补骨脂30克，厚朴20克，人参10克，麻黄5克，生白芍15克，生姜5片，共7剂，水煎，每日1剂。

共5剂，水煎，每日1剂。

二诊：服药5剂后，患者体温降至37.9摄氏度左右，口水减少，小便量降至每日3000毫升左右，腹胀有所减轻。效不更方，续服5剂。

三诊：服药5剂后，患者体温恢复正常，尿量维持在3000毫升左右，大便不成形、色黑，口中涎沫较多，肢体接触时敏感度增加，仍然需要升压药来维持血压，肠蠕动活跃。

方药：黄芪150克，当归25克，茯苓60克，干姜12克，细辛3克，五味子9克，清半夏20克，炙甘草6克，桂枝15克，炒白术15克，制附子20克，补骨脂30克，益智仁15克，萹蓄20克，乌药15克，石菖蒲12克，覆盆子30克。共7剂，水煎，每日1剂。

四诊：服药7剂后，患者各项指标明显好转，触碰反应更加敏感，尿量约1000毫升，体温正常，口水明显减少，瞳孔反射较

前灵敏，可以睁眼，对周围声音有反应。目前，患者的升压药已经停用，补液量减少，主要采用营养管进食，舌质淡红、苔白水滑。

方药：黄芪150克，当归25克，茯苓60克，干姜12克，细辛3克，五味子9克，清半夏20克，炙甘草6克，桂枝15克，炒白术15克，制附子15克，补骨脂30克，益智仁15克，萹蓄20克，石菖蒲12克，远志12克。共7剂，水煎，每日1剂。

按语：患者病情危重，深度昏迷，口中有大量涎沫，小便呈尿崩状态，需要呼吸机辅助呼吸，且舌质淡、苔水滑，双寸脉沉细弱(几不可及)，关尺沉弱、微滑。因此，考虑患者为气损及阳、气不敛阳、阳不化饮，故给予大剂量黄芪，配伍人参，以补气；用茯苓、干姜、细辛、五味子，合半夏干姜汤、苓桂术甘汤，以温脾肺、化痰饮；制附子

配伍补骨脂，以温肾固摄。患者眼睑浮肿，因腰以上肿者宜发其汗，故以麻黄配伍桂枝汤调和营卫、发越水邪。患者全腹胀满乃脾虚气滞导致，故用厚朴生姜半夏甘草人参汤，以除腹胀。

服药5剂后，患者体温降至37.9摄氏度左右，口水减少，小便量降至每日3000毫升左右，腹胀也有所减轻。因患者远在外省，故笔者嘱咐其再服药5剂。服药后患者体温正常，尿量维持在3000毫升左右，大便不成形、色黑，口中涎沫仍较多，肢体接触敏感度增加，仍需要升压药维持血压，肠蠕动活跃。此次诊疗重点针对患者口中涎沫多与尿量多的问题，故调整药方，去掉厚朴、麻黄、白芍等，将制附子剂量增至20克，加用缩泉饮组方及覆盆子，配伍补骨脂以温阳化水、缩尿。服药7剂后，患者各项指标

明显好转，触碰反应更加敏感，尿量约1000毫升，体温正常，口水明显减少，升压药停用，对周围环境有反应。四诊时，去掉乌药，加远志配伍石菖蒲，以芳香豁痰开窍，帮助患者意识恢复。

该患者属于极危重患者，虽然症状错综复杂，但是每次方药均紧扣“阳”与“气”两大核心，以大剂量黄芪补气，用干姜、细辛、附子、桂枝、补骨脂等温阳；同时注重“通”字，用厚朴生姜半夏甘草人参汤疏通腹部胀气，用桂枝汤配伍麻黄疏通表里内外。只有机体内外表里上下彻底通畅，气机才能有效循行，药物才能发挥应有的作用。因此，在临床上遇到病情危重且症状复杂的患者时，一定要牢记“正气”与“畅通”这两个关键，许多疑难杂症便能迎刃而解。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

## 中医特色疗法

# 阴阳平衡法治疗眩晕

□夏俊博

### 案例一

司某，男性，50岁，患高血压病5年有余，日常感觉头痛、头晕，失眠多梦，烦躁易怒，近期左侧前区刺痛，并向肩部放射，左手小指麻木，右腿软弱沉重，口苦，双眼视物昏花，曾服用中西药治疗但是效果不佳，遂到笔者所在处就诊。

症见：体温36.6摄氏度，脉搏60次/分，呼吸22次/分，血压260/140毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)，脉象弦细，舌质暗红、苔薄白。

查体：心脏听诊发现，主动脉瓣区第二音明显亢进。心电图检查发现，电轴左偏，高电压，心肌缺血。

诊断：眩晕(高血压心脏病)。

治则：滋肾护肝，养心宣痹化痰。

方药：当归12克，制何首乌9克，天冬12克，丹参30克，郁金12克，柏子仁30克，酸枣仁15克，玄参30克，瓜蒌15克，桑寄生30克，怀牛膝15克，决明子24克，地龙15克，橘络30克，甘草6克。共7剂。水煎服，每日1剂，分2次服用。

分2次服用。

二诊：服药7剂后，患者头晕、头痛症状减轻，睡眠质量尚可，血压180/120毫米汞柱，脉弦细，舌质红、苔薄白。在原方基础上去掉柏子仁，加北沙参15克。

三诊：继服21剂后，患者胸部症状消失，双眼视物已经不昏花，血压140/88毫米汞柱，说明方药已切中病机，守原方原方继续治疗。

四诊：服药20剂后，患者症状消失，血压同上，心电图检查结果示T波恢复至正常波形，血常规检查结果示总胆固醇趋于正常。在二诊方药基础上加槐花15克，继续调治1个月有余。

随访半年，患者身体健康。

按语：高血压心脏病，临床辨证多涉及心、肝、肾三脏，常表现为肝肾阴虚、肝失所养、肝阳偏亢；心脏表现为心脉瘀阻，或痰浊阻遏心胸。患者50岁，气血渐虚，阴阳失衡，肾阴不足，肝失所养，肝阳偏亢，故见一派阳亢症状。患者嗜食肥甘厚味，体质肥胖，聚湿生痰，痰湿上犯心胸，

瘀闭心络，心络痰阻，血行不畅，不通则痛，故见胸痛；因心经脉行至小指，故见麻木至小指。治宜滋肾护肝，佐以养心宣痹化痰之法。据临床观察，笔者发现该病多为本虚而标实，故治标者以平镇肝木、宣痹豁痰为用，治本者以滋水涵木、养益心脾为用，佐以化痰之法。药物随症加减，以软化血管、扩张冠状动脉、降脂、降压，效果更加理想。

### 案例二

李某，男性，21岁，出现头痛、头晕、心悸、失眠多梦、恶心、随后到当地某医院检查，血压240/140毫米汞柱，被诊断为急性高血压，随即住院治疗，给予降压药物治疗，但是效果不明显。患者做心电图检查5次，结果均显示心肌缺血。而后，患者开始尿血，尿常规检查结果显示红细胞(+++)，白细胞(++)，自觉腰酸腿疼。出院时，血压180/110毫米汞柱。心电图检查结果示：室性心动过速，心肌缺血。经朋友介绍，患者到笔者所在医院进行治疗。

症见：患者神志清醒，精神尚可，脉弦细数，舌苔白润嫩，舌

体肥大，舌质暗红。

查体：血压160/110毫米汞柱，脉搏100次/分，呼吸25次/分，体温36.6摄氏度，心脏听诊A1>P2，两肺呼吸音清晰，肝脾未触及，肾区叩击痛。

诊断：眩晕(急性高血压)。

治则：滋养肝肾、清热泻火。

处方：桑寄生、怀牛膝、丹参各30克，枸杞子、麦冬、莲子心各12克，刘寄奴15克，生石膏、滑石各30克，海金沙9克，玄参20克，地龙15克，槐花15克，琥珀(冲服)3克，三七粉(冲服)3克，甘草6克。共14剂。水煎，每日1剂，分2次服用。

二诊：服药14剂后，患者血压136/95毫米汞柱，尿血停止，心悸减轻，头已经不晕，心率80次/分，腰痛，脉细弦。在原方基础上加制何首乌9克，续服14剂。

三诊：服药14剂后，血压120/80毫米汞柱，症状基本消除，唯余腰酸乏力、失眠，脉细数，舌质淡红，舌中有裂纹，舌体胖大、苔薄白，尿常规检查结果正常。在二诊基础上去掉滑石、石膏、海金沙，加熟地、续断各30

克，续服7剂。

四诊：服药7剂后，心电图检查结果示正常，尿检(-)，痊愈。

按语：此类型高血压病多见于年轻人，起病急、发展快，血压显著升高，短期会引发肾功能不全。病机主要是肝肾阴虚，肝阳暴盛，引动心火。热极生风，肝风上冲形成肝热阳亢之实证，故见头痛、头晕、失眠、多梦。肝气犯胃可见恶心、热伤阴络则尿血；脉弦细数，舌质暗红，均为肝热伤阴之象。该患者属于肝热阳亢、热灼心肾之阴。因此，在治疗上采用滋养肝肾、清热泻火、通淋之法。肝阳亢盛而泻心火、滋肾阴，是取中医学“实则泻其子，虚则补其母”之意，故快速获效。药用桑寄生、牛膝、熟地、续断、枸杞子、制何首乌，滋养肝肾；玄参、麦冬，滋阴；莲子心、槐花、三七粉、丹参、地龙，凉血止血、活血化瘀；琥珀，定神安志兼通淋；生石膏、滑石、刘寄奴、海金沙，通淋泻火，起釜底抽薪之意。

(作者为河南夏氏脑病阴阳平衡学术流派传承人)

## 验案举隅

初诊：刘某，男性，70岁，已婚，四肢不自主抖动10年有余，加重1个月。

10年前，患者无明显诱因出现右侧肢体不自主抖动，逐渐波及左侧，伴行动迟缓、起步困难、慌张步态等，无四肢肌肉萎缩，就诊于某三甲医院，被确诊为帕金森病，给予多巴丝肼片(0.25克/片，早晚各3/4片，中午1/2片)、普拉克索片(0.25毫克/片，每天1片)长期口服控制症状。患者曾到笔者所在医院门诊就诊，给予口服中药治疗(具体不详)，症状间歇性好转。1个月前，患者无明显诱因出现上述症状加重，翻身困难，活动时突然难以迈开步子，并伴有全身僵硬、行动困难，该症状缓解时四肢抖动加重，门诊以颤证(帕金森病)收治住院。

症见：患者神志清，精神差，表情呆滞，反应迟钝，四肢不自主抖动，起步困难，慌张步态，联动动作消失，翻身困难，发作性胸闷，周身乏力，食欲不振，睡眠质量较差，尿频尿急，大便干。

病史：患者有高血压病21年有余，血压最高时达180/95毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)，现口服苯磺酸氨氯地平片、厄贝沙坦片；抑郁病史11年，口服洛西汀片；前列腺术后5年；面神经炎病史5年；高脂血症病史4年有余；2型糖尿病病史2年有余，现口服格列齐特片、胰岛素；冠心病病史2年有余；反流性食管炎、慢性非萎缩性胃炎伴糜烂、息肉术后2年有余。患者否认有肝炎、结核病等传染病，否认有其他手术、重大外伤、结核及血病史，对硫酸、甘草酸二铵胶囊过敏(服用后出现发热、血压升高等症状)，否认其他食物过敏及药物过敏史。

体格检查：神志清，精神差，形体适中，查体合作，胸廓对称无畸形，双肺呼吸音粗，(未闻及明显的干啰音、湿啰音)，心前区无隆起，未触及震颤，心浊音界无扩大，心律齐，心率76次/分，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。

实验室检查：血常规、肝功能检查结果均未见明显异常，糖化血红蛋白测定6.61%，葡萄糖6.92毫摩尔/升，甘油三酯3.03毫摩尔/升。

舌苔、脉象：舌质暗、苔薄白，脉细弦。

中医诊断：颤证。

辨证分型：肝肾亏虚证。

西医诊断：帕金森病。

治则：滋补肝肾、填精补髓、育阴熄风。

方药：熟地20克，生地20克，鹿角胶3克，龟甲胶3克，淫羊藿10克，锁阳12克，桑狗脊30克，制远志12克，石菖蒲12克，醋龟甲10克，黄柏10克，鸡血藤30克，川牛膝30克，土鳖虫10克，钩藤40克，白芍40克，木瓜30克，砂仁6克，合欢皮30克，蚕沙10克，雄蚕蛾30克，灯盏细辛2袋。共4剂。每日1剂，分早晚两次温服。

二诊：服用上方后，患者不自主抖动症状较前有所好转。守上方，去掉淫羊藿、雄蚕蛾，续服3剂。

三诊：服用上方后，患者不自主抖动症状较前明显好转。效不更方，续服2剂方药4剂。

按语：中医认为，颤证是以头部或肢体摇动颤抖、不能自制为主要临床表现的病症，病机多为气血阴精亏虚，痰浊瘀血痹阻经脉、热甚动风等。上述因素导致经失于濡养而发病。该患者以四肢不自主抖动10年有余、加重1个月为主诉住院治疗，属于中医颤证范畴。患者为老年男性，病位在脑窍、筋脉，病变与肝、脾、肾三脏密切相关。患者年龄已高，肝肾渐亏，肝肾亏、肾虚髓减、髓髓不充，下虚则高摇，故而发为颤证，结合舌质暗、苔薄白、脉细弦，四诊合参辨证为肝肾亏虚证，治宜滋补肝肾、填精补髓、育阴熄风。

方中以熟地、生地、鹿角胶、龟甲胶、淫羊藿、锁阳为君药，填精益髓、温补肝肾之阳，使阴得阳升而泉源不竭；以桑狗脊、制远志、石菖蒲、醋龟甲、黄柏、鸡血藤、川牛膝、土鳖虫、钩藤为臣药，兼具活血化痰、祛湿舒筋、平肝潜阳、熄风止痉之功效，同时佐制君药滋腻生热之弊；以白芍、木瓜、砂仁、合欢皮、蚕沙、雄蚕蛾、灯盏细辛为佐使药，柔肝舒筋、化湿和胃、解郁安神，全方配伍严谨，标本兼顾，共奏滋补肝肾、填精补髓、育阴熄风之效。二诊患者症状好转，减淫羊藿、雄蚕蛾，以防温燥碍胃。三诊症状持续改善，效不更方，以巩固疗效。该病为慢性进展性疾病，待患者病情稳定后，可以根据病情需要将药物制成水丸，方便长期服用。患者服药期间，医生需要根据患者的恢复情况及及时调整药物治疗方案。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院)



## 征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”，设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色疗法》《中医外治》《针推治验》《临证心悟》《中药用法》《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：朱老师  
电话：13783596707  
投稿邮箱：5615865@qq.com

本版方药需要在专业医生指导下使用