

学术论坛

何氏面瘫外治疗法学术流派

从久病络瘀调治面瘫后遗症

□何传义

何氏面瘫外治疗法学术流派依托《黄帝内经》经筋理论,将面瘫归为经筋类病证,病机属于本虚标实。在临床中,何氏面瘫外治疗法学术流派遵从“治风先治血,血行风自灭”理念,采用刺络泻瘀治法,重视络脉瘀滞在面瘫迁延发病及后遗症中的作用,依据病程分期,辨证调方,以微创外治为主,减轻内服药物带来的胃肠道负担。该疗法“简、便、验、廉”,通过口腔黏膜挑刺施治,可减少面部损伤,并结合现代无菌规范优化器具与操作流程,适合基层推广应用。

流派思想

源于《黄帝内经》,立足经筋理论辨治面瘫

中医认为,面瘫属于经筋类病证。人体面部是手足三阳经,以阳明经为主的集中分布区域,面部经筋位置表浅,容易受到风寒外邪侵扰。

何氏面瘫外治疗法学术流派(以下简称流派)遵循《黄帝内经·素问》“邪之所凑,其气必虚”的理论,将该病病机归纳为本虚标实。人体正气亏虚为发病基础,风寒外邪侵袭面部经筋,造成经筋失于濡养,气血运行阻滞,筋肉收缩失常,进而出现口眼歪斜的症状。

“治风先治血,血行风自灭”

流派依托中医刺络泻瘀相关理论,形成相应的诊疗思路。风邪阻滞面部脉络,病程迁延会形成瘀血,瘀血阻滞脉络不散,风邪也难以祛除。

流派采用口腔黏膜定穴三棱针挑刺放血的方式,疏导局部脉络瘀滞,疏通面部阻滞的经筋,具有散瘀祛风的功效,区别于单一的祛

风解表治法。

久病必瘀,络阻为根

流派发展中医病机认知,认为面瘫病程较长、遗留后遗症的原因,在于脉络瘀滞时间较长,气血无法正常濡养面部经筋。因此,面瘫后遗症的调理过程,需要始终贯穿通络散瘀的思路,不可单一采用补虚或祛风的治疗方式。

受宋代王惟一针灸学术思想熏陶

流派根植开封本地针灸学术脉络,承接宋代天圣针灸体系重视经筋、重视实操、取穴精简的特点;开展外治诊疗时,取穴数量少、针对性强,不会对面部进行多部位针刺刺激,能够减少不当操作对面部经筋造成的损伤。

辨证思想

整体观念、内外合治,双法并举

流派坚持中医整体观念,采用三棱针刺络放血,配合四白穴外敷的内外协同诊疗模式。刺络放血,可以疏通瘀滞的经筋通路。何氏家传经验方以白芥子、白附子、白僵蚕、白花蛇等药材配伍而成,外敷穴位能

够温通经筋、驱散风寒。针刺与药物外敷配合使用,在疏通经筋的同时不会损耗人体正气,在驱散寒邪的同时不会耗伤阴液,具有通补兼顾的调理效果。

分期论治,辨证施术

流派以“八纲辨证”为诊疗准则,区分患者病证的寒热虚实,结合个人体质与病程差异,调整外敷药量与放血刺激强度。

急性期诊疗,以疏导邪气、疏通经筋为主,快速散去风寒瘀滞;恢复期,侧重调和气血、滋养经筋,助力机体康复;后遗症期,以散瘀通络、矫正筋脉为主,同时兼顾扶助正气、调理体质。

微创甚至无创

流派坚持以外治方式替代内服峻猛祛风药物的诊疗思路。

面瘫发病部位在体表经筋,优先采用体表、黏膜外治手段,能够减少内服药物对人体脏腑造成的负担,发挥中医外治的应用优势。

临床技术思想

“简、便、验、廉”,普惠群众

流派诊疗方式操作简

单,施治便捷,疗效稳定,费用低廉。

常规每周施治一次,7次~9次构成一个完整的治疗周期。

该疗法适配基层诊疗场景,贴合群众的就医需求。

取穴避面,另辟思路

流派采用特色诊疗思路,选取患侧口腔内黏膜作为挑刺位点,不在面部皮肤直接放血,能够降低面部皮肤遗留瘢痕的概率。

通过口腔内部脉络调理面部经气,形成独特的外治通路,是流派的鲜明技术特点。

传承不守旧,创新不离宗

流派诊疗技艺随时代发展逐步优化,将传统梭针器具改良为三棱针,后续进一步升级为一次性无菌三棱针。

在保留古法刺络诊疗理念的基础上,流派贴合现代无菌操作原则,优化诊疗工具与操作标准。

流派医德与传承

学医先学德,治病先治心

流派倡导医者以德立

身、以术行医,在诊疗过程中不仅调理患者面部病证,同时关注患者心理状态,开展情志疏导,实现身心同步调理。

流派依托“简、便、验、廉”的中医外治疗法,助力患者改善病证、恢复健康。

不轻传,诚者主动传;打破传统,开放传承

流派认为,传统中医技艺应当服务更多人群,因此在传承中,兼顾技艺的“原汁原味”与当代临床转化,整理外治方药、操作规范与病案经验;同时,要求医者恪守医德,强调“技艺开放不等于滥用”,要求医者先立医德,再习医术,保证流派学术思想与外治技法能够规范延续。

“治未病”思想延伸

流派结合中医“治未病”理念,开展面瘫预防科普工作,引导群众日常规避风寒侵袭,做到早发现、早干预,减少面瘫后遗症的出现概率,逐步完善预防、诊疗、恢复“一体化”的服务模式。

(作者系何氏面瘫外治疗法学术流派代表性传承人)

传统方剂的现代应用解析六十七

防风通圣丸

□李爱军

在中医方剂的璀璨星河中,防风通圣丸宛如一颗独特的明珠,自诞生以来,便以奇妙的疗效,在岁月长河中熠熠生辉,承载着古代医学家的智慧与济世情怀。

俗话说:“有病无病,防风通圣。”民间百姓形容防风通圣丸用途广泛,四季皆宜,集“防”与“治”为一体,外散风邪,内清蕴热,是表里双解的经典方剂,因适用范围广、疗效显著,在临床应用过程中深受医者的青睐。

方剂溯源

防风通圣丸,源自金元时期医学家刘完素《宣明论方》中的防风通圣散。

金元时期是中医药发展的重要变革阶段,学术争鸣、流派纷呈。当时以“寒凉派”为代表的刘完素在医学理论和临床实践上,有着卓越的见解。他认为,“六气皆从火化”,提出“火热论”,强调火热病机在疾病发生发展中的重要作用。

由于刘完素生活的年代战乱频繁,百姓生活困苦,饮食不节,起居无常者众多,时人常因受风寒暑湿之邪,内因饮食积滞、情志不畅而致病,病证往往复杂多样,表里俱实、气血同病的情况十分常见。

基于对疾病的深刻认识和多年的临床经验,刘完素精心创制了防风通圣散,将解表、攻下、清里、理气、

养血等多种治法巧妙地融合于“一方”,旨在通过多途径调节人体气血、阴阳平衡,祛除病邪。

防风通圣散,从传统散剂到现代丸剂,经过近千年岁月洗礼,依然焕发勃勃生机,不仅在临床疗效上表现卓越,在中医药文化传承方面也具有重要意义。防风通圣散作为经典方剂,被历代医学家广泛收录于医学典籍中,成为中医学教学和临床实践的重要内容。

成分解读

防风通圣丸是由防风、荆芥穗、薄荷、麻黄、大黄、芒硝、栀子、滑石、桔梗、石膏、川芎、当归、白芍、黄芩、连翘、甘草、白术(炒)等中药材组成。

君药

防风,味辛、甘,性温,能祛风解表、胜湿止痛;荆芥穗,味辛,性微温,能祛风解表、透疹消疮、止痒;麻黄,味辛、微苦,性温,能发汗解表、宣肺平喘;薄荷,味辛,性凉,能疏散风热、清利头目。

四药配伍,能使外邪从汗而解,又散风止痒。

臣药

大黄,味苦,性寒,可泻下攻积、清热泻火;芒硝,味咸、苦,性寒,可润燥软坚、清热消肿;滑石,味甘、淡,性寒,可利水渗湿、清热解暑;栀子,味苦,性寒,可清热利湿、泻火解毒。

四药配伍,既清热泻火、

使里热从内而解,又通利二便,使里热从二便分消。

石膏,味甘、辛,性大寒,可清热泻火、除烦止咳;黄芩,味苦,性寒,可清热燥湿、泻火解毒;连翘,味苦,性微寒,可清热解毒、疏散风热、消肿散结;桔梗,味苦、辛,性平,可宣肺祛痰、利咽排脓。

四药配伍,可清热泻火、解毒散结,兼助君药透散邪毒。

佐药 当归,味甘、辛,性温,能补血调经、活血止痛;白芍,味苦、酸,性微寒,能养血敛阴、柔肝止痛;川芎,味辛,性温,能活血行气、祛风止痛;炒白术,味甘、苦,性温,能益气健脾、燥湿利水。

四药配伍,既养血活血、健脾和中,又祛风除湿;与君药、臣药同用,则发汗而不伤正,清下而不伤里,从而达到疏风解表、泻热通便的目的。

使药 甘草,味甘,性平,能清热解毒、补脾益气、祛痰止咳、缓急止痛,调和诸药。

诸药配伍,汗法、下法、清法、利法并用,共奏解表通里、清热解毒之功。

功能主治

防风通圣丸具有解表通里、清热解毒的功效,主要用于治疗外寒内热、表里俱实、恶寒壮热、头痛咽干、

小便短少、大便秘结、风疹湿疮等。

现代研究

现代药理研究结果表明,防风通圣丸具有解热镇痛、抗炎、抗菌、抗病毒、抗过敏作用;降低胆固醇,抗血栓、抗心律失常和降压作用;调节免疫功能,改善新陈代谢等。

现代应用

在临床应用中,防风通圣丸被广泛运用于多种疾病的治疗。

在内科,防风通圣丸常用于治疗感冒、咳嗽、哮喘等;在外科,防风通圣丸常用于治疗荨麻疹、湿疹、痤疮等;在妇科,防风通圣丸常用于治疗月经不调、痛经等;在儿科,防风通圣丸常用于治疗小儿感冒、咳嗽等。

此外,防风通圣丸在治疗肥胖症、高血压病等现代疾病方面也展现出了一定的疗效。这些疾病往往与体内的新陈代谢紊乱、炎性物质反应等有关。

防风通圣丸能够调节体内的新陈代谢平衡,抑制炎性物质反应,从而改善这些疾病的症状。

用药方法

防风通圣丸为浅棕色或黑褐色,味甘、咸、微苦。

剂型选择 目前,市面上的防风通圣丸除了水丸以外,还有大蜜丸、浓缩丸

和颗粒等剂型。

水丸,多为传统工艺,崩解快、起效快,适合控糖人群;大蜜丸,作用时间更长久,适合长期调理;浓缩丸,体积小,有效成分浓度高、便于携带;颗粒,易溶解、吸收快,有利于困难吞咽患者服用。

用法用量 口服。水丸,每次6克,每天2次;大蜜丸,每次1丸,每天2次;浓缩丸,每次8丸,每天2次;颗粒,每次1袋,每天2次。

患者在服用防风通圣丸期间,忌烟、酒及辛辣、生冷、油腻等刺激性食物。

对防风通圣丸过敏者,禁用防风通圣丸;过敏体质者,慎用防风通圣丸;运动员慎用防风通圣丸;高血压病、心脏病、肝病、糖尿病、肾病等慢性病患者,以及儿童、孕妇、哺乳期妇女、年老体弱者等特殊人群,应在医师或药师指导下服用防风通圣丸。

患者在服用防风通圣丸期间,不宜同时服用滋补类中药。

因防风通圣丸中含大黄、芒硝等寒凉泻下成分,患者应在饭后30分钟用温开水送服防风通圣丸,以减少对肠胃的刺激。

(作者供职于郑州经开区湖河瑞锦社区卫生服务中心)

诊疗感悟

中风后抑郁是集多种精神症状和躯体症状于一体的复杂情感障碍性疾病,是中风常见的并发症之一。

临床症状为情绪低落、兴趣减退、思维迟缓及睡眠障碍组成的焦虑抑郁症状群,典型表现为患者与所处客观环境不匹配持续性心境低落。

神经功能缺损是中风后抑郁的首要危险因素。长期持续的抑郁状态不仅会显著降低中风患者参与康复治疗的主动性与依从性,还会进一步加重认知功能损害,最终导致患者生活质量下降、康复周期延长、康复效果不佳,显著提升中风患者的致残率与病死率。

中医辨证论治干预中风后抑郁,具备疗效确切、复发率低、不良反应轻微的优势,拥有良好的临床应用前景。

中医学并未记载“中风后抑郁”这一病名,依据其临床特征归属于中医学郁证的范畴。“郁”的相关记载较早可追溯至《黄帝内经·素问》,书中已有“木郁达之,火郁发之,土郁夺之,金郁泄之,水郁折之”的相关论述。患者中风发病后,机体气机逆乱、阴阳失调、痰瘀内生,最终引发脑神失养、神失所藏,是中风后郁证发生的重要病机。

中风后抑郁责之于脑,与心、肝、胆、脾多脏腑功能失调密切相关,其中以肝气失调为主的病理环节,整体病机多呈现虚实夹杂的特征。

从病因角度分析,基于情志致病理论,中风后抑郁以气郁为发病起点,肝气郁结为首要病理因素,属于“因郁致病”范畴。

历代医学家早已明确认识到七情失调可以影响气机正常运行。《丹溪心法》明确提出“气血冲和,百病不生;一有拂郁,诸病生焉。故人身之病,多生于郁”的观点,并认为中风后抑郁为继发性疾病。中风本身的病理状态既是中风后抑郁的发病基础,也是推动病情进展甚至加重的重要因素;中风发病后脑络瘀阻,元神受扰。因此,中风后抑郁致病因素以郁为先,归属于因病致郁范畴。

明代医学家王肯堂指出:“郁病虽多,皆因气不周流。”肝气郁久不解,可化生火邪耗伤胆津,引发阴虚火旺,炼液成痰进而导致痰浊凝滞;也可导致气机不畅,脾失健运,水液输布功能失常,湿浊停聚于内。笔者根据临床辨证结果将中风后抑郁归纳为4个证型如下。

肝郁气滞证

患者多表现为情绪低落,兴趣降低,善太息,以及胸胁或少腹胀痛等,其病机多属肝气郁结,病位涉及肝、脾等。中风患者绝大多数患有神经缺损症状,生活技能缺失,身体状况与发病前有明显落差,可造成患者心理调节障碍。症见精神抑郁,情绪不宁,胁肋胀痛,痞满噎气,善太息,大便不调,舌暗,脉弦。治宜疏肝解郁。

方药以柴胡疏肝散加減。

心脾两虚型

患者症见多思善愁,心神不宁,心悸胆怯,头晕神疲(失眠健忘,面色不华),纳差,舌质淡、苔薄白,脉细弱。治疗以健脾养心,补益气血为主。

方药以归脾汤加減。

胆郁火旺证

患者症见心烦易怒,善惊易恐,口苦,头痛,纳差,不寐(睡后易醒,醒后难以再次入睡),舌苔黄腻,脉弦数等。治宜疏肝利胆解郁。

方药以黄连温胆汤加減。

肾虚血瘀证

患者症见表情淡漠,郁郁寡欢,头晕耳鸣,失眠健忘,腰膝酸软,舌紫暗,苔薄白或白腻(或有瘀斑、瘀点),脉细涩。治宜益肾疏肝,调气活血。

方药以地黄饮子加減。

情志内伤是中风后抑郁的主要病因,脏腑功能受损则是中风后抑郁的重要病理基础。

中风后,患者阴阳失调、气血逆乱,病位在心脑,与肝、肾密切相关。

肾精不足则肝血化生无源,肝体亏耗而肝用失柔,外加情志刺激,影响肝的正常疏泄功能,肝气郁结,疏泄不及,也可导致中风后抑郁。

在治疗中风后抑郁过程中,笔者结合中风后不同分期而采取不同的治法,并在临床上取得一定的效果,其安全性、有效性得到广泛认可,值得临床推广。

(作者供职于郑州市金水区总医院)

本版图片由徐琳琳制作

征 稿

您可以谈谈自己的看法,说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见,写一写关于中医现状与问题的文字……《中医人语》《学术论坛》《诊疗感悟》等栏目,真诚期待您的参与!

联系人:徐琳琳

联系方式:15036010089

投稿邮箱:xulin.lin@qq.com