

提出一般自汗属阳虚,盗汗属阴虚。但亦指出“自汗盗汗亦各有阴阳之证,不得谓自汗必属阳虚,盗汗必属阴虚也”。纵观本文二则效案,案1虽属自汗,但从湿热实证论治;案2虽属盗汗,却从表虚卫弱处之,两者均取得良效。虽属个案,却体现了中医辨证论治的特色。周仲瑛教授常言,中医治病强调个体化,临床辨证重在“活化”。辨证的基本要求是审证求机,抓住了病机,等于抓住了病变实质,治疗也更有针对性。在审证求机中做到知常达变、圆机活法,才能真正掌握中医辨证的实质和灵魂^[1-2]。

参 考 文 献

- [1] 郭立中,吴勉华,周学平,等.周仲瑛教授学术思想简介(二)[J].南京中医药大学学报,2009,25(1):1-5.
- [2] 过伟峰.审证求机知常达变——周仲瑛教授谈中医临床辨证的思路与方法[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2000,16(3):133-136.

(收稿日期:2012-04-21)

(本文编辑:秦楠)

补气活血治疗脊髓海绵状血管瘤术后截瘫验案 1 例

王士超 吴伟 刘芳 李荣 刘煜德 叶桃春 夏欣田 褚庆民

【摘要】 一位脊髓海绵状血管瘤破裂患者,经手术、激素、西药对症治疗后疗效不满意,出现术后截瘫,病情复杂,治疗难度大。笔者辨证运用邓铁涛教授的大剂量补气活血方药治疗脊髓损伤的经验,给予中药、针灸推拿联合治疗。西医常规治疗联合中药、针灸推拿治疗后,患者的临床症状指表明显改善。显示了中医中药疗法在修复术后脊髓神经损伤,提高病人生活质量方面的确切优势。希望更好的学习、总结和继承邓铁涛学术思想,并在实际病例中运用邓老的经验论治疑难杂病。

【关键词】 脊髓海绵状血管瘤; 截瘫; 痿病; 五脏相关; 邓铁涛

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.06.015

1 诊治经过

患者,51岁。因双下肢进行性麻木乏力伴大小便困难1年加重3天入院。患者2007年9月因运动损伤后,自觉双下肢麻木乏力,左侧稍重,双小腿痛温觉迟钝20余天未见好转,且逐渐伴小便难控制,大便稍紊乱。2007年11月2日到当地医院行胸腰椎MRI提示胸7-8椎相应水平脊髓异常信号,考虑出血。给予理疗等对症支持治疗1月余稍有好转,患者不愿意行高压氧及手术治疗。2008年9月19日症状加重,为进一步诊治来到广州某三甲医院就诊,复查胸椎MRI:胸7-8椎体平面髓内病变,性质多考虑为血管源性病变,以海绵状血管瘤可能性大,继发胸6-7椎体平面脊髓变性。于2008年9月22日收入该院。入院查体:双上肢肌力及肌张力未见明显异常,双下肢麻木无力,左下肢肌力1级,右下肢肌力2级,脐以下感觉减退,双下肢本体感觉减退。双侧巴宾斯基征阳性。余未见明显异常。入院诊断:脊髓占位性病变:胸7-8椎平面海绵状血管瘤。入院后予西药激素治疗,

症状无缓解,考虑到胸7-8脊髓内占位性病变诊断明确,海绵状血管瘤可能性大;患者双下肢麻木无力呈进行性加重,进展速度极快,表现为脊髓横贯性损害。于2008年9月22日急诊全麻下行胸7-8椎平面脊髓内病灶切除术,术程顺利,术后诊断:中胸段海绵状血管瘤。根据术中所见和术后病理结果诊断为海绵状血管瘤。术后予以激素冲击、神经营养、预防感染、改善循环及对症支持治疗,术后第一天,患者生命体征正常,查体双下肢肌力0级,脐以下感觉减退,双下肢本体感觉减退,深浅感觉消失,双侧腹壁和提睾反射存在,双侧巴宾斯基征(+),皮肤划痕征(-),肛门反射未引出。考虑微脊髓手术后脊髓休克期,予以激素冲击、神经营养、抗感染及对症支持治疗,后病情逐渐稳定,精神佳,食欲增加,睡眠改善,伤口愈合尚可。2008年10月23日患者双下肢可轻微移动,右下肢可有温水烫感,提示脊髓功能开始逐步恢复,继续予激素、神经营养及对症治疗。

2008年10月28日吴伟教授受邀查病人,查体患者双下肢无力,几乎全瘫,抬起不能。左下肢肌力1级,右下肢肌力2-级。需家人扶持方能坐起,生活无法自理。面色萎黄,便秘,排尿不能控制,舌质淡暗少苔,脉沉细。中医辨证:痿病气虚血瘀证。乃肝脾肾精气虚损,血循涩滞所致,虚实夹杂之证。治法:补气祛瘀 滋养肝肾。吴教授辨证运用邓铁涛补气活血法为指导,处方:以大剂量补阳还五汤加减。黄芪60g、五爪龙45g、牛大力30g、千斤拔30g、桃仁10g、红花10g、川芎12g、赤芍15g、当归10g、杜仲15g、豨莶草15g。每日1

作者单位:510405,广州中医药大学第一附属医院心血管科(王士超、吴伟、李荣、刘煜德、叶桃春、夏欣田、褚庆民);广东药学院附属第一医院门诊部(刘芳)

作者简介:王士超(1982-),硕士,主治医师。主要从事中西医结合防治心脑血管病的医教研工作。E-mail:wsc2008hehe@stu.xjtu.edu.cn

剂,复煎。并嘱配合针灸推拿治疗。

2008 年 11 月 14 日复诊,查体患者双下肢肌力有所改善,左下肢肌力 2 级,右下肢肌力 3 级,面黄,大便依靠开塞露,小便依靠导尿。舌质淡暗少苔,脉沉细。患者本因肝脾肾精气虚损,血循滞所致,虚实夹杂之证,今仍大小便不通,是有瘀血腑实证在内,故守上方酌加用全蝎 10 g、蜈蚣 2 条活血搜络、枳实 15 g 通腑泄浊,每日 1 剂。嘱其继续配合针灸推拿等康复训练。

2008 年 12 月 28 日三诊,查体患者双下肢肌力明显改善,已经可以轻度抬起来,右侧下肢体抬高 20~30 厘米,患者左下肢肌力 3 级,右下肢肌力 4 级,面色潮红,口干,仍有便秘,排尿控制差,舌淡苔黄腻,脉沉细。吴伟教授将原方加减。考虑到患者面红、大便不通,伴有轻度热象,酌加用补益肝肾、通腑泻热之品,方药如下:黄芪 90 g、五爪龙 30 g、千斤拔 30 g、牛大力 30 g、红花 10 g、川芎 12 g、赤芍 15 g、丹参 30 g、怀牛膝 15 g、独活 10 g、法半夏 10 g、陈皮 6 g、枳实 15 g、杜仲 15 g、肉苁蓉 20 g、锁阳 15 g、全蝎 8 g、蜈蚣 3 条、虎杖 15 g、女贞子 15 g、菖蒲 20 g、何首乌 20 g。

此后继续服上方,黄芪用量逐步增加至每剂 120 g。治疗 60 天后,借助器械可以站立,左下肢肌力也有所恢复。继续服上方治疗,将黄芪量减至 60 g,再服药 30 天以巩固疗效。

经过上述治疗后,患者症状得到了明显改善,2009 年 3 月诊查:患者纳眠可,排尿控制较前好转,自行排便。感觉检查触觉和痛觉进步,右下肢本体觉恢复约 60%,左侧感觉平面在胸 10。肌紧张明显缓解,肌力进步:卧床时右下肢屈髋 4⁺级,屈膝、屈踝、屈脚趾 4 级,伸髋、伸膝、伸踝、脚趾背伸 4⁻级;左下肢屈髋 4⁻级、屈膝、屈踝、屈脚趾 3 级,伸髋、伸膝、伸踝、背伸脚趾 3⁻级。站立与坐位右下肢可以抬离地面,借助器械可以站立和间断步行 50 米。2009 年 3 月 5 日行肌电图与神经传导速度检查提示:左侧胫神经潜伏期延长,传导速度正常,说明脊神经功能存在,有恢复的基础。经治疗患者脊髓功能可进一步恢复。

患者于 2009 年 3 月 30 日好转出院,嘱其继续加强肌肉恢复训练,练习屈膝、屈踝力量,包括卧位和站立位训练,促进双下肢特别是左下肢的恢复,并可使用步行器或者双拐辅助行走。继续守下方巩固治疗半年:黄芪 60 g、五爪龙 30 g、牛大力 30 g、千斤拔 30 g、桃仁 10 g、红花 10 g、川芎 10 g、赤芍 15 g、当归 10 g、杜仲 15 g、怀牛膝 15 g、豨莶草 15 g、全蝎 8 g、枳壳 15 g。日前随诊患者可以不用扶拐杖步行 30 米,二便基本自控,生活基本自理。

2 讨论

该患者病情潜隐,经 MRI 检查发现“脊髓海绵体状血管瘤”,经手术、激素、西药对症治疗疗效仍不满意,出现术后气血亏虚,气虚血瘀,脾虚及肾,病情复杂,治疗难度较大。邓铁涛教授在治疗脊髓损伤疑难内科病的过程中提出“脾胃虚损,五脏相关”的理论,运用大剂量补气活血药来指导临床。笔者针对本病运用邓老经验给予联合中医中药、针灸推拿治疗。患者症状有明显改善。显示了中医中药疗法在修复术后脊髓神经损伤,提高病人生活质量方面的优势。本病例治疗经验如下:

2.1 五脏相关,尤重脾胃

脊髓损伤所导致的偏瘫、截瘫等,属于中医学“痿痹”的范畴,本病病因可归结为外邪所伤,疾病失治,病后失养,导致脾胃气虚,渐而成虚成损。病机为脾胃虚损,而与他脏有密切关系^[2]。对于本病的治疗须运用综合调理之法。补脾养肝益肾、补气强肌祛瘀,是主要治疗原则。邓铁涛教授经验认为脾胃乃人体气机升降之枢纽,为后天气血生化之源,受纳运化水谷精微,达于五脏六腑、四肢百骸,在生理、病理学上占有重要位置。脾主肌肉,肌肉是机体功能活动的基础,肌肉形体属阴,脾气虚损表现为肢体乏力,无力抬腿,站立不能等。发病之后,要设法恢复脾胃正常功能,使气血充裕、气机调畅、升降得度,方可治愈疾病,促进机体康复。抓住脾胃这个核心,不少疑难杂症多可迎刃而解。

2.2 阴精亏耗,补益肝肾

脊髓损伤,病位在脊髓神经,中医学有肾主骨生髓,肝主筋,肝肾同源的理论。笔者认为本病主要是由于先天禀赋不足,后天失养、外力损伤、久病失治等原因导致肝肾脾三脏受损,阴为精,阴成形,此精此形即是真阴之象,真阴真阳受损则导致气血生化乏源,阴精亏耗。肝主筋脉,出现肌束震颤,肌肉萎缩(尤其以下肢近端明显)乃肝阴受损,筋脉肌肉失之濡养的表现。肾主骨,出现脊柱变形、骨髓损伤,肢体不温,大便秘结等都是肾精不足的表现。观外在形质之坏与未坏,即可以察其真阴之伤与未伤。治疗上,补肾益髓中药可以选择杜仲、锁阳、肉苁蓉。养肝用当归、山萸肉、何首乌。还可以配伍选用虫类药物如全蝎、蜈蚣、土鳖虫等疏通筋脉以佐之。

2.3 补气活血,尤重黄芪

邓铁涛教授十分重视王清任《医林改错》中所提供的经验。对于偏瘫、截瘫等半身不遂辨证属于气虚有血瘀者,认为是元气亏损所致,治疗上重用黄芪大补元气,配以祛瘀之药,瘫者行之^[3]。治以补气祛瘀通络,用补阳还五汤为主方,临床上每获奇效。邓老认为,补阳还五汤取效的关键在于重用黄芪 60~120 g,甚至 120 g 以上(此时煎药用水量及煎药时间必须相应增加,否则便不能获得应有的疗效)。用此方治疗各种神经系统疾病属气虚血瘀之偏瘫者,用之得当,多获良效。该方是在邓老上述理论指导下形成的治疗重症脊髓损伤的有效方剂。临床上,使用补阳还五汤要注意三点:一者辨证须是气虚血瘀之证;二者黄芪必须重用至 120 g,不宜少于 60 g 方效,其它药量也可略为增加,但决不能轻重倒置。三可以用五爪龙、千斤拔、牛大力等岭南草药协调黄芪强肌健力,使之补而不燥。

参 考 文 献

- [1] 丁邦哈,林晓忠,严夏,等. 邓铁涛教授治疗心血管病重症案 2 则[J]. 新中医,2006,38(11):16-17.
- [2] 阳涛,周欣欣,刘小斌. 邓铁涛教授函授治疗重症肌无力用药特点浅析[J]. 新中医,2011,43(4):134-135.
- [3] 邓中光,邱仕君. 邓铁涛运用黄芪的经验[J]. 北京中医,1994,13(1):5-8.

(收稿日期: 2012-03-23)

(本文编辑: 刘群)