

李庚和教授治神经肌肉疾病 学术思想探讨[※]

● 盛昭园^{*}

摘 要 李庚和教授为上海市名中医,从事神经肌肉疾病的研究。为了继承和学习名老中医学术经验,本文对李教授治神经肌肉疾病的学术思想进行了研究和探讨。

关键词 神经肌肉疾病 虚劳 痿证 痹证 学术思想 李庚和

李庚和教授(1936. 11—),女,山东省济南市人,上海市名老中医。从医五十余年,初涉内科杂病,后专攻神经肌肉疾病,学术上尊崇《内经》之旨,倡用经方,注重诊法。李教授为重症肌无力多种临床表现正名,认为该病应属“虚劳”,提出以“脾肾学说”为指导,培补脾肾为治则,以中西医结合治疗重症肌无力的学术思想,为该疑难病的诊治开创了新的格局。李庚和教授根据临床表现将部分神经肌肉疾病归入“痿症”的范畴,认为“治痿不必独取阳明”。在内科杂病的治疗中,注重顾护脾胃之气,首辨邪正,提倡祛邪为要,邪去则正安。

1 六诊合参辨肌病

李庚和教授强调诊法在疾病辨证中的意义,更在传统的望闻问切之外强调客观化计量以及现代医学检查,认为中西方医学各有优势,应相互取长补短以利于临床诊断与治疗。主张为医之道,至精至微,应明

辨而行之,若冒失妄为,则罔顾医者救死扶伤之天职。

1.1 察颜观色望形体 李庚和教授注重望诊,望诊居四诊之首,有“望而知之谓之神”之谓。望诊之法甚为精微,汪宏在望诊专著《望诊遵经·五色十法合参》中论及“病情深奥,望法精微,间有隐于此而显于彼者,其病盖又有遁情焉,故必参伍于脉症,错综于声音,察之至精,问之至确,然后决其病焉可也。”病人神、色、形、态的变化反映了其内在脏腑之气的充盈与亏损程度。

神态表现于外,是动态的连续,其灵活或呆滞的表现可以体现机体健康状况。患病之人少有神态安闲者,如非蹙眉悲苦即怅然若失。遵《内经》之旨,《素问·举痛论》中岐伯曰:“五脏六腑固尽有部,视其五色,黄赤为热,白为寒,青黑为痛,此所谓视而可见者也。”虚损者神气不充,气血不畅,面色晦暗;邪实者色显于外而无润泽之象。有经验的医者往往通过望诊对患者健康状况已

大致了然。

顾名思义,肌病患者常有明显的肌肉无力症状,但其中精微之处,仍需明辨。进行性肌营养不良的患者可能出现特殊的面具面容;而如眼睑下垂一症,可能有多种病因;眼睑下垂、不耐上视者可能是眼肌型重症肌无力的表现,若伴有眼球活动障碍、复视等表现则更有利于诊断;但若紧张时眼睑紧闭难以睁开,而放松时如常则可能是眼肌紧张症所致;若自出生时即如此,无论劳累或休息后始终不能上抬则可能是先天性眼睑下垂的表现。

望诊不止于望面色,形体动作特点在肌病的诊断中亦有重要价值。重症肌无力患者四肢软弱无力,多无肌肉萎缩;起步困难、字越写越小、震颤、表情僵硬、肌肉僵直则可能是帕金森氏病的表现;如肌营养不良患者可能呈现特殊挺胸凸腹的体态,行走时骨盆向两侧摇摆,呈“鸭步”,部分肌群萎缩,侧卧站起时需要先转为俯卧位再用双手支持才能缓慢站起则为进行性肌营养不良的特殊体态,并可见翼状肩胛及肌肉假性肥大。

1.2 闻声知病辨深浅 闻诊可分

[※]基金项目 上海市优秀青年中医人才培养计划

^{*}作者简介 盛昭园,女,医学博士,副主任医师。研究方向:心血管疾病、失眠症、神经肌肉疾病。

• 作者单位 上海市中西医结合医院(200082)

听声音与辨气味两端。气实者声高多言,气虚者声低少言。暖气呃逆为胃失和降、胃气上逆的表现;口气臭秽为脏腑浊气上犯所致;暖气酸腐可能为食滞肠胃或暖气无味则为胃气虚弱。眼肌型重症肌无力患者不影响发声,轻度全身型者可能存在构音障碍、言语含混,重者常语声低微难以连续,若出现咳嗽无力或呼吸急促、吐痰涎不止、言语不能者多可能于近期出现呼吸危象,应引起足够重视以免贻误病机。能引起言语障碍的肌病有多种,如部分进行性肌营养不良患者也可能出现构音障碍,甲状腺肌病也可能伴发言语笨拙,帕金森病能引起声音嘶哑及言语障碍。以上需结合其它辅助检查而明确诊断。

1.3 详问病史助诊断 不同肌肉疾病的发病年龄具有特异性。如帕金森氏病多发于中老年人,进行性肌营养不良除个别晚发型者则大多发病于幼年或童年时;而重症肌无力的发病年龄从几个月到80几岁均可;先天性眼睑下垂则自出生时即如此。感染、情绪刺激、怀孕等是多种肌肉疾病发生发展的诱因。进行性肌营养不良以及运动神经元疾病多有相关家族史,某些肌肉疾病与近亲结婚有关。诸如此类的相关病史必须详加询问,有助于明确诊断。

李教授认为,患者的主诉具有重大价值,能够为医生提供最直接的依据,如酸痛、刺痛、麻木等是有邪的表现,祛风祛湿治疗多有效,而虚弱无力不伴上诉表现者则宜补虚。

1.4 舌脉合参辨病证 一般来说,凡六腑病,舌苔变化明显,五脏病症,舌质变化更明显,外感病随邪气由浅入深可以出现舌苔、舌质的逐渐变化。临床诊病,多苔质合参,舌

形、舌质、舌苔、脉象的变化可反映出正气之盛衰,邪气之消长,预后之转归,舌象与脉象合参才能如实反映机体状况。舌象反映了胃气的盛衰、邪正关系、脏腑气机,脉象反映了气血运行、脏腑充盈、经络流通的情况。

正常之舌质淡红,苔薄白,随年龄增长,舌质可能逐渐略暗。舌上白苔,多主表证。舌苔白滑多里阳虚衰。舌苔水滑则寒湿内胜。舌上苔黄垢则多为湿热内扰。舌苔干燥则为津亏,口苦者多有邪热。舌痿者脾气不足,或肝肾俱虚。口舌生疮者火热上炎。但亦可见真寒假热或真热假寒之象。故应舌脉合参,并全身辨证方可真确。

1.5 计数测量明疗效 李庚和教授在临证治疗患者时往往随身携带一把尺子,用以测量患者眼睑下垂程度。肉眼的估计有时并不能反应精确的数据,而疗效是要用数据来加以证明的。患者治疗前后直立下蹲次数的改变、鼓腮是否有力、手臂直立平抬时间等都是评估疗效的有力证据。

1.6 实验室检查助辨证 李庚和教授认为现代医学的实验室检查也可以纳入中医辨证之中。如肌酶高、血沉高也是正邪相争的结果,是有邪的表现,除补虚外加以泻实化瘀。

2 拨冗芜杂正其名

长期的历史沿革,使得中医学的病名设置复杂多样。根据重症肌无力患者的临床表现特点,李庚和教授认为统一病名有利于临床诊断与治疗的规范化。

2.1 睑废、睪目 重症肌无力患者常可因眼肌无力出现眼睑下垂,症状晨轻暮重。这种眼睑下垂的表现,在历代文献中均有记载。眼胞在眼

科五轮部位学说中定为“肉轮”,清·顾氏《银海指南》气病论:“中气不足,为眼皮宽纵”。此外,在历代文献中还有诸如上胞下垂等记载。病名杂陈,不利于临床统一诊断及治疗,李庚和教授通过文献考证,认为巢氏《诸病源候论》睪目侯“目是脏腑血气之精华,若血气虚,其皮缓纵,垂复于目,则不能开,此呼睪目”。《内经·大惑论》称之为“睑废”中的描述与重症肌无力眼睑下垂的表现最为贴切。

2.2 视歧 瞳神为“水轮”属肾,目得精血而视,这是眼有视力的生理基础。《内经·大惑论》曰:“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。”故后人列于“五脱”,有“精脱则视歧”之说。明·张景岳曰:“真阴不足,本无火证,但目视无光及昏黑、倦视等证,悉由水亏血少而然,宜《济阴》地黄丸、左归丸之类主之。”阐明了肾阴与倦视等的关系。李庚和教授认为,重症肌无力患者出现复视现象,与经典中记载的“视歧”之病因病机基本相同,故而将其正名为视歧。

2.3 声瘖 发音之生理,来源于“气”。《内经·海论》说:“气海不足,则气少不足以言。”“言而微……此气之夺也。”“阳盛已衰,故为瘖也。”诸家都认为气少、气夺可致音微声嘶。“会厌为声音之户”,“足之少阴(肾)上系于舌,络于横骨,终于会厌。”说明了与肾经的联系。张景岳曰:“声音出于脏气,凡脏实则声怯。”“瘖哑之病,当知虚实,实者其病在标,因窍闭而瘖也,虚者其病在本,因内夺而瘖也。”并进一步提出因虚致瘖有在肾、在脾的治法:“虚损为瘖者,凡声音之病,惟此最多,……凡伤阴病在肾者宜左归丸、右归丸、大补元煎之类,择

而用之”，“凡中气大损而瘖音，其病在脾，宜归脾汤、补中益气汤之类主之。”

2.4 舌萎 全身型重症肌无力患者常有舌体软弱伸卷无力。脾主肌肉，舌以肌肉为本，脾虚则舌痿。初起痿而舌淡，多为气血两虚。久病者舌面凹凸不平，肝肾已虚，少阴之脉挟舌本，舌体失养，故而为痿。

2.5 头苦倾 重症肌无力患者常出现头倾下垂，这是因颈项部乏力无力支撑头颅所致。《灵枢·口问》：“故上气不足，脑为之不满，耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩。”

3 详辨虚劳、痿与痹

重症肌无力患者以肌肉无力为最主要表现，肌肉无力晨轻暮重，一般没有肌肉萎缩以及疼痛的表现，临床辨证应属于“虚劳”的范畴。痿证是以肢体筋脉弛缓、软弱无力，日久而致肌肉萎缩的一种病症。痹证则是由于风寒湿热等外邪侵袭，闭阻经络，气血运行不畅所致，以肌肉、筋骨、关节酸痛、麻木、重着、屈伸不利，甚或关节灼热肿大等为主要表现的病症。痛与不痛是辨痹与痿的重要标志。但痹证日久有可能转为痿证。《内经·本病》述曰：“大经空虚，发为肌痹，传为脉痿。”少数重症肌无力患者病程晚期出现肌肉萎缩，此为虚劳转为痿证的明证。

《素问·痿论》论痿证的病因为肺热叶焦，因肺燥不能输精于脏而致痿，有“皮、脉、筋、骨、肉”五痿，并提出“治痿独取阳明”的原则。何以独取阳明？“阳明者，五脏六腑之海，阳明宗筋之会……故阳虚则宗筋纵。”

3.1 虚劳以培补脾肾为本 重症肌无力患者应属“虚劳”范畴，先、后天之本亏虚贯穿于本病的病程

中。辨证与脾、肾、肝三脏关系密切。多因先天禀赋不足，由外感、内伤、劳倦或情志失调诱发。脾虚则水谷精微不达四末，肌肉失其濡养，故而四肢乏力。肾亏则精血不足，精血不能上注于目则睑废视歧。骨髓失养，筋脉不濡则肢体痿废不用。“足少阴脉贯肾系舌本”、“足太阴脾连舌本散舌下”，脾肾之精气不足则声音低嘶、舌痿软无力。肾主纳气，肾气虚惫之极则气息难出，吞咽难下，此为脾肾两虚之重症。此病之进程皆为虚损证候，感触外邪则耗伤正气，可加重病情，甚至诱发呼吸危象。气虚则温煦、推动作用不足，故而久病者多兼有脉络瘀阻之候。

李庚和教授将虚劳归纳为脾虚气弱、脾肾气阴两虚、脾肾阳虚 3 个基本证型。

(1)脾虚气弱：见倦怠乏力，眼睑下垂，无复视，可伴纳少便溏，舌苔薄白，舌体胖嫩或边有齿痕，舌质淡，脉濡。

(2)脾肾气阴两虚：疲倦无力，复视，口干，纳呆，伴或不伴全身无力症状，舌苔花剥或少苔甚无苔，舌体偏小，舌质偏红，脉细弱或细数。

(3)脾肾阳虚：全身乏力，胸闷气急，语声不扬，憎寒怕冷，腰酸膝软，可见面色晄白，小便清长，大便多稀溏或完谷不化，苔薄白，舌体胖大，舌质淡，脉沉细。

重症肌无力发病有这样的特点：除个别急进型外，初起往往以脾虚气不足为主，此时及时治疗则可逆转病势，如儿童眼肌型患者常可因及时有效的治疗在短期内痊愈。若失治误治出现复视或眼球固定则治疗难度增加，需时较长，此时以补脾肾、益精气为主。若病情进一步发展，累及咽喉及呼吸甚则出现危象，则应大补肾气而补脾为次，常以重

镇之品引药入肾以力挽狂澜。

3.2 痿证治疗不必独取阳明 李庚和教授认为中医“痿证”涉及范围较广，多为神经科慢性病，如肌萎缩侧索硬化症、进行性肌营养不良症、甲状腺肌病等可归属于痿证的范畴。由于涉及脏腑不止一脏故不能单独用“治痿独取阳明”法则所概括，但本着“脾胃元气既伤，元气亦不能充满，诸病之所生”的理论，调治阳明在各种病痿者均可应用。

肌萎缩侧索硬化症为神经元损害的疾病，病者多有大小鱼际肌萎缩、肌束震颤，甚则胸大肌、肩臂各肌群萎缩、吞咽困难、痰涎增多，同时还可以有腰酸、肢冷、神疲乏力、舌肌震颤，舌红或暗，脉细弦或沉弦，此属肝脾肾经俱损，精血亏耗筋脉肌肉失养所致，宜健脾补肾养筋。若痰涎多、大便干应加化痰清热之药如指迷茯苓丸之类，化痰湿则脾胃健，脾为胃行其津液。四肢秉水谷之气，筋骨肌肉得以营养。故逐痰化湿补肾实为痿症整个阶段所用方法之一。此类病人往往由于吞咽困难，痰涎壅塞导致肺部感染，或致死亡。

进行性肌营养不良为另一种原发于肌肉组织的遗传性疾病，临床主要表现为进行性加重的肌肉萎缩和无力，是由于肌细胞能量代谢的先天性缺陷所致。自少年开始，四肢肌肉萎缩，有远端假性肥大，一般经过 5 年左右就卧床不起，有些类型可以维持很久。此属先天不足，后天失调所致，“脾主肌肉，灌溉四旁”，脾胃为本，胃强则容纳五谷化精微，清者为营，浊者入卫，所谓清阳实四肢，“阳不足者，温之以气”，多用补肾运脾、化痰通络之法，如参芪、苍术、鸡内金、丹参、地龙、蕲蛇、半夏、茯苓等，但此疾病病程长，恢

(下转第 40 页)

火,胜风除湿,清热解郁,甘咸性寒之蝉蜕清热解表,宣透达邪为臣;姜黄活血行气解郁为佐;大黄苦寒泻火、荡涤郁热为使。诸药合用,升清降浊,气血畅通,故内伏之郁热可透达外解。叶天士之“在卫汗之可也,到气才可清气,如营犹可透热转气,……”其在临床应用时,强调“在表初用辛凉轻剂,挟风则加入薄荷、牛蒡之属,挟湿加入芦根、滑石之流,或透风于热外,或渗湿于热下……”;而吴鞠通则根据叶氏之经验,总结出银翘散以荆芥、薄荷解表透邪;清营汤以连翘、金银花、竹叶轻宣透邪外出,药物配伍均不离辛散、寒凉之品,辛味用于透邪,寒凉用于清热,清中有散,清里透外,使气机通畅郁火得清,郁热可散,邪有出路。“随其性而宣泄之,就其近而引导之”就是其对“火郁发之”的最好发挥。笔者曾用此法治疗一个中年男性,因感冒出现恶寒高热,服用扑热息痛等药物大汗出后体温可暂时下降,移时再起,体温仍高达 39℃,已持续 1 周,静脉输入抗生

素、清开灵治疗无效,且阵发性剧烈咳嗽,伴胸闷憋气,查体:脉滑数,舌质暗红,舌苔薄黄,此乃邪郁肺卫,郁热不得宣泄之重症,静脉输入寒凉之品后导致病邪无外达而逼迫入内,其热益甚,治以辛凉解表,宣郁舒卫之法,以升降散加味治之,药后 4 小时,患者微微汗出,邪随汗解,热退身凉,体温降至 36.8℃。随访未再复发。

近代医家赵绍琴认为火郁的病因较多,除温热邪气外,兼寒邪束表,湿邪凝滞,或夹痰、饮、食滞、血癖等。治疗当审证求因,祛其致郁之由,则“火邪”也迎刃而解。诚如赵老所言:“因于血癖者,散其癖滞,则火郁自解。因于痰湿者,化其痰浊,则气机条畅而郁火有泄越之路。因于食滞者,消导化滞,则火郁不存……”,拜读其佳作,不得不佩服中医大家对古人治则之发挥。

总之,“火郁发之”起源于汉代医家对自然现象的读解,发扬于唐代王冰的《重广补注黄帝内经素问》与张景岳的《类经》,光大于清

代的温病学家与近代中医大家。笔者认为读书加思考方能使人明理,“火郁发之”乃古人治疗热病的原则之一,“发之”简而言之则为驱邪之意,其“汗之”驱邪外出可谓发之;其升阳散火,宣散透热可谓发之;其清宣郁热,导邪外出也可谓发之;其升举阳气发散阴火也可谓发之,总为因势利导、驱邪外出之法。既为热邪则应不离“清”法,正确运用“火郁发之”,在于理解“清之”与“发之”之比例,“清之”太过则易寒凉冰伏,“发之”太过则热升火炽,形成燎原之势,其祸更大。如没有“清”、“发”之配伍,则没有桴鼓之疗效,学者当勤思之,谨记之。

参考文献

- [1]田代华整理.《黄帝内经素问》[M].北京:人民卫生出版社,2005:174.
- [2]唐·王冰.《重广补注黄帝内经素问》[M].北京:人民卫生出版社,1981:502.
- [3]明·张介宾.《类经》[M].北京:人民卫生出版社,1982:946.
- [4]清·喻昌.《医门法律》[M].上海:上海科技出版社,1983:4.

(上接第 32 页)

复较难,肢体的被动或主动运动对维持肌力、延缓萎缩有一定意义。

多发性肌炎主要影响肢带、颈项和咽部肌肉的非遗传性肌病,肌组织常有炎症和变性,也与免疫异常有关,多由于正气不足,风湿热邪乘虚而入,滞于经络,阻塞气血之畅达,导致肌肤不仁,筋脉失养而致痿,以补气血为主,有风则祛风,见湿则利湿,有热则清热,可参以活血药,有“治风先治血,血行风自灭”之义。气血得以恢复,筋脉四肢得以濡养。

甲状腺功能亢进性肌病与甲亢同时存在,表现为近端无力逐渐

发展到四肢远端肌肉,男性多于女性,部分病人出现肌萎缩,证见双手颤抖、怕热、体重减轻、失眠、眼球突出等症,此类患者多无脾虚证表现,而表现为阴虚阳亢、痰热上扰之证,故治疗以清化痰热,软坚泻火为主,常以导痰汤加减如夏枯草、生牡蛎、海藻、昆布、黄连、郁金等。待亢进症状平复后再以益气健脾之剂收功。

3.3 免疫疾病后期宜补养肝肾

肝肾之间关系密切,肝藏血,肾藏精,精血同源,相互滋生与转化;肝与肾内寓之相火源于命门。肝肾

共同起源于生殖之精,肝肾亏虚或相火过亢,常肝肾同治。《灵枢·经脉》谓:“人始生,先成精,精成而脑髓生。”《素问·五运行大论》云:“北方生寒,寒生水,水生咸,咸生肾,肾生骨髓,髓生肝。”肝肾两脏之间相互联系、相互影响,久病之后损及于肾。李庚和教授认为一些难治的免疫障碍所致肌肉病最终阶段往往损及肝肾,肝肾常是五脏传导的最后一关。补养肝肾往往同时进行。如重症肌无力危象就是肾气衰竭,元气式微的表现,但此时往往需要肝肾同补。