

第十六讲 关于治疗瘖症性瘫痪医案的探讨[※]

● 陈雪梅 倪 诚 王 济 李玲孺 井慧如 申荣旻 张 妍 姚海强 俞若熙 许璇璇 孙冉冉 焦招柱 李帅鹏 孙淑娟 杨 菲 王 琦[▲]

摘 要 本次“王琦讲堂”围绕瘖症性瘫痪的中西医病因病机及治疗展开讨论。瘖症性瘫痪是肢体的功能性瘫痪,王琦老师提出瘖症性瘫痪属于中医“风痺”的范畴,本病案先用疏肝解郁治本,续用补阳还五汤、《古今录验》续命汤等,治疗效果发生质的改变直至痊愈。通过讨论,大家对瘖症性瘫痪的病机及治疗有了系统的认识,学习领会了王琦老师运用经方治疗瘖症性瘫痪的思路和用药经验。

关键词 瘖症性瘫痪 郁证 风痺 疏肝解郁 补阳还五汤 续命汤

1 王琦教授开讲

瘖症性瘫痪(简称“瘖瘫”)是一种功能性瘫痪,是由于瘖病而患的一种暂时性肢体运动障碍,是瘖病的一种肢体表现。它是指在意识清晰的背景下,一个或几个肢体全部或部分丧失运动能力,体格检查和辅助检查不能发现有相应的器质性损害,其神经症状也不符合神经解剖生理特点,是一种与器质性瘫痪有本质区别的功能性瘫痪。瘖症性瘫痪是瘖症的多种临床表现之一^[1]。目前,现代医学对于该病的治疗方法主要有心理治疗、暗示治疗以及功能锻炼等。根据瘖症性瘫

痪之迅速瘫痪、不痛不痒、神志清楚、无语言障碍的临床表现,可将其归属中医学“风痺”的范畴。“痺”首载于《灵枢·热病》:“偏枯,身偏不用而痛,言不变,志不乱,病在分腠之间,巨针取之,益其不足,损其有余,乃可复也。痺之为病也,身无痛者,四肢不收,智乱不甚,其言微知,可治;甚则不能言,不可治也。”这也是“偏枯”与“痺”相鉴别之处。“风痺”一词见于隋代巢元方《诸病源候论·风诸病》,其曰:“风痺之状,身体无痛,四肢不收,神智不乱,一臂不遂者,风痺也。时能言者可治,不能言者不可治。”唐代孙思邈在《备急千金要方·卷八·

诸风》中云:“中风大法有四:一曰偏枯,二曰风痺,三曰风懿,四曰风痹……风痺者,身无痛,四肢不收,智乱不甚,言微可知,则可治,甚即不能言,不可治。”将“风痺”作为中风病的一种类型进行论述。由上可见《诸病源候论》、《备急千金要方》所论“风痺”与《灵枢·热病》所论“痺”实为同一类病。我认为,瘖症性瘫痪以瘖症为本,瘫痪为标。在讨论中医诊治瘖症性瘫痪时,应着眼于“瘖症”,落脚于“瘫痪”。我治疗过1例比较典型的瘖症性瘫痪,取得了较好的疗效。但病情的直接转机是运用了《古今录验》续命汤,此次想通过该医案讨论进一步引导大家多读先贤的医书指导今天的临床。下面有请陈雪梅同学介绍医案,大家就此展开讨论。

2 医案介绍

王某,女,26岁。2013年8月19日初诊。主诉:瘫痪在床16个月。现病史:自幼体弱易乏,怯懦胆小。2012年4月受上司训话

※基金项目 ①国家重点基础研究发展计划(973计划)“中医原创思维与健康状态辨识方法体系研究”项目(No. 2011CB505403);②北京市自然科学基金面上项目“王琦名老中医体质学术流派研究”(No. 7132125);③国家中医药管理局王琦名老中医药专家传承工作室建设项目;④北京中医药薪火传承“3+3”工程王琦名医传承工作站建设项目;⑤北京中医药大学名医工程王琦学术传承工作室建设项目。

▲通讯作者 王琦,男,著名中医学家。北京中医药大学终身教授,博士生导师,国家重点学科中医基础理论学科带头人,国家973项目首席科学家,本刊学术顾问。E-mail:wangqi710@126.com

●作者单位 北京中医药大学基础医学院中医体质与生殖医学研究中心(100029)

后心志郁结,如厕时大便干燥用力排便后脱力,无法站起,自此长期卧床,查无器质病变。刻诊:卧不能立,气弱语短,进食甚微,小便失禁,便结如球,呃逆频频,畏寒恶热,体瘦肉削,历时半年。眠差,难以入睡,伴头痛,腰部酸痛。舌尖红,舌边齿痕,舌根苔黄腻,苔质不均。脉弦。既往史:慢性胃炎病史。个人史:月经2-3/35-37,末次月经7月中旬,量少色暗,有血块。西医诊断:癱症性瘫痪;中医诊断:郁证,风痺轻症,筋痿。处方:逍遥散合越鞠丸加减。药用:柴胡12g,薄荷10g(后下),香附10g,枳壳10g,当归10g,白芍10g,川芎10g,茯苓10g,白术10g,苍术10g,神曲10g,连翘20g,生姜6g,炙甘草6g。30剂,水煎服。

2013年9月20日二诊:大便硬结略有改善,饮食微有增加。仍无力坐起,进食、大小便需在床上,语言能进行较长时间对话交流。予小柴胡汤合萎贝温胆汤加减,处方:柴胡12g,黄芩10g,法半夏18g,瓜蒌30g,浙贝10g,竹茹20g,枳实10g,连翘20g,党参12g,炙甘草6g,生姜6g,红枣6g。21剂,水煎服。

2013年10月20日三诊:药后大便排解改善,隔日一次,喜饮食但多后脘胀,仍疲惫少力,气短难言,下腹部按之微满,手足不温。月经每月一行,经行3天。脉弦,苔薄黄。肝胃同治,予柴胡疏肝散合小陷胸汤加味以疏肝气、和胃气。处方:柴胡12g,香附10g,枳壳10g,白芍10g,川芎10g,全瓜蒌30g,法半夏10g,黄连10g,炒莱菔子15g,砂仁6g(后下),太子参15g(单煎)。14剂,水煎服。

2013年11月30日四诊:气短食少,言语无力,自汗,咳嗽,心发虚,头胀如有重物,项软腿疼,失眠。予四君子汤合逍遥散加减。处方:党参15g,白术10g,茯苓12g,炙甘草6g,刺五加15g,陈皮10g,柴胡10g,当归10g,白芍10g,生姜10g,薄荷6g(后下)。14剂,水煎服。

2013年12月14日五诊与2013年12月30日六诊:服上方后食欲量增加,一次能吃半个小馒头,胃胀减轻,时有泛酸。因先后出现心悸、心前区微疼、胸闷气短、失眠多梦、胆小惊醒、便秘、尿频急赤少、呃逆(只能进食半流汁),分别服用予萎贝温胆汤合导赤散加减、旋覆代赭汤加减。

2014年1月6日七诊:其母代诉呃逆已控制大半,现仍卧床不起,自感燥热,每日进食流汁500ml及少量咀嚼玉米、枸杞,大便量少,3日一行。予越鞠丸合小柴胡方加味,处方:制苍术9g,香附9g,川芎9g,炒山栀12g,炒神曲10g,柴胡12g,黄芩10g,法半夏10g,党参10g,炙甘草6g,红枣6g,生姜6g。14剂,水煎服。

2014年1月20日八诊:出汗,呃逆控制。虽感疲乏无力,但能坐起扶持下床走动,目前便秘腹胀,腹部微膨,扣之有声,暖气,阴吹,脉细弦。予补阳还五汤加减,处方:生黄芪30g,地龙10g,赤芍10g,川芎10g,炒莱菔子15g,砂仁6g(后下),肉苁蓉20g,生白术60g,陈皮10g,刺五加20g,仙鹤草60g,生麦芽30g,旋覆花15g(包),枳壳10g。30剂,水煎服。

2014年4月7日九诊:药后精神转佳,时有坐轮椅外出晒太阳。自觉脚后跟刺痛,不能着地,

偶有拄拐杖行走。饮食可,腰背痛似折。小便调,大便一周未解。处方:麻黄9g,桂枝9g,当归9g,生晒参9g,生石膏15g(先煎),干姜9g,甘草9g,川芎6g,杏仁10g,炒决明子20g。5剂,水煎取1000ml,每次250ml,温服取微汗。

2014年4月14日十诊:前投《古今录验》续命汤加味,患者已能持杖站立、短走、爬三层台阶,语言畅达。刻诊:口干,足踝浮肿疼痛。大便2-3日一行。仍以续命汤合补阳还五汤加减,处方:炙麻黄6g,桂枝6g,当归9g,生晒参10g,生石膏20g(先煎),干姜9g,炙甘草6g,杏仁10g,生黄芪30g,地龙10g,赤芍10g,冬瓜皮20g,茜草15g,川牛膝12g,刘寄奴15g。7剂,水煎服。

2014年4月21日十一诊:前投续命汤未得汗,患者上周可弃杖而立,并可做轻微家务事(可做早餐等),进食尚可,睡眠亦可。刻诊:畏风身痛,大便2日一行,下肢足踝微浮,夜尿多3-4次。予玉屏风散合济生肾气加味,处方:黄芪30g,白术20g,防风10g,刺五加20g,炮附子10g(先煎1小时),桂枝10g,熟地15g,山萸肉10g,山药20g,丹皮10g,茯苓10g,泽泻10g,川牛膝12g,车前子10g(包)。7剂,水煎服。

2014年4月28日十二诊:前天可走100米,现可行200米。胸闷气短,眠差。予玉屏风散合柴胡疏肝散加减,处方:生黄芪30g,炒白术20g,防风10g,柴胡12g,白芍10g,枳壳10g,炙甘草6g,川芎15g,香附10g,苏叶15g,川朴10g,茯苓30g,法半夏10g,刺五加20g,砂仁3g(后下),炒莱菔子15g,鸡内金10g。7剂,水煎服。

2014年5月12日十三诊:能站立行走,从一层步行至二楼诊室就诊,弃杖而行300米,并可骑自行车。手指关节、膝关节痛,腰背痛,足踝部浮肿,食不甘味,胃脘胀满,时有喘憋,咳而遗尿,尿频,大便黏,二日一解。予旋覆代赭汤合缩泉丸加减,处方:生代赭石15g(布包、先煎),旋覆花15g(包),法半夏10g,干姜10g,红枣10g,党参20g,炒莱菔子10g,砂仁6g(后下),鸡内金10g,乌药20g,益智仁20g,茜草20g,川芎15g,冬瓜皮20g。14剂,水煎服。

后患者未再前来就诊。随访其诸症良好,饮食正常,体重增加,已如正常人一般工作生活,状态良好。

3 现场讨论

3.1 癔症性瘫痪的西医认识

王济(副教授,医学博士,王琦教授2011届博士后):癔症性瘫痪是一种与器质性瘫痪有本质区别的功能性瘫痪。但与诈病不同,病人没有故意伪造的特征。在疾病分类学上本病归于分离性运动障碍^[2]。流行病学调查显示,癔症性瘫痪和年龄、性别、文化程度有一定关系。一般来说,青年女性发病率较高,本案例亦符合此特点。另外,文化程度较低者发病率较高。

癔症性瘫痪多是在癔症性格的基础上,由于心理因素或暗示、自我暗示而较急发病。癔症性瘫痪的发病因素可以分为生物学因素和社会心理因素两类。生物学因素又包括患者的病前性格特征,其主要特点是:明显的暗示性和自我暗示性、高度情感性和不稳定性、丰富的幻想性和显示性。若上述特点十分突出,则应视为

癔症性人格障碍。社会心理因素对于癔症性瘫痪的发病起着主导作用。据报道,20%以上的癔症性瘫痪是由于单纯的心理因素引起。这些患者平素身体健康,只在遭受精神创伤后肢体才出现瘫痪。有的是以外伤或手术等躯体刺激因素为诱因激发的精神心理性瘫痪,而外伤或手术本身并没有很大的损害。

综上所述,生物性因素(其中主要是性格特征,其次是躯体因素)及社会心理因素(其中主要是精神因素)是癔症性瘫痪发生的决定因素。但三者不是相互独立的,也不是等量的致病因素,而是相互联系、相互作用的。若三个因素同时存在,则极易发生癔症性瘫痪。这种患者的瘫痪症状、表现形式呈复杂和多样化,也较难治愈。

本案患者自幼体弱易乏,怯懦胆小,因受上司训话后心志郁结,由于便秘用力排便这一躯体因素诱发癔瘫,因此具备以上癔瘫所述的发病要素,治愈难度系数较高。

陈雪梅(王琦教授2012级博士研究生):西医对本病的发病机制尚未明确,其病因有生物学因素、心理因素和社会文化因素,其中心理因素对本病的发病起至关重要的作用。癔症性瘫痪的发生,需要有两方面的因素:一是内因,即具有产生癔症倾向的性格特征或各种减弱中枢神经系统机能的有害因素;二是外因,即精神或躯体刺激。癔症性瘫痪常在躯体疾病的基础上引发,某些对中枢神经系统机能有直接影响的致病因素较容易成为该病的发病因素。

孙冉冉(王琦教授2012级硕

士研究生):癔症性瘫痪一般不伴器质性病变,神经系统检查多无异常,其发病可由暗示而诱发亦可用暗示疗法来引发。癔症性瘫痪亦可伴发其他症状,诸如感觉障碍、癔症性失明、癔症性震颤、癔症性痉挛、语言障碍等等。本病应当注意与低钾血症、脊髓血管闭塞、早起脑血管梗死等病证相区别。

3.2 癔症性瘫痪的中医认识

张妍(王琦教授科研助理):本案患者发病即出现卧不能立,虽气弱语短,但仍能言语且神智清醒,这与“风痲”的描述十分吻合。师以“风痲”论治,投之《古今录验》续命汤收效明显。现代医家常以中风后遗症归类“风痲”,国家标准疾病名称亦将脑卒中后遗症称为“风痲”,寻古籍记载“风痲”之状,此种定义实不符本病描述之原意。关于“痲”的记载,《灵枢·热病》中曰:“偏枯,身偏不用而痛,言不变,志不乱,病在分腠之间……痲之为病也,身无痛者,四肢不收,智乱不甚,其言微知,可治;甚则不能言,不可治也。”不难看出“风痲”是以四肢不收但神智清楚为主的病症,并不只见于中风后遗症一病,且中风后遗症多伴有肌肉疼痛及语言障碍,故将脑卒中后遗症命名为“风痲”,实为不妥。

倪诚(双博士,教授,主任医师,博士生导师,王琦教授的学术继承人,北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心主任):关于癔症性瘫痪的中医归属问题,我认为可从以下两方面认识:从临床表现来看,“癔症”的表现与中医学中的“郁证”相似;“瘫痪”卒发但神志清醒,类似于“风痲”轻症。从因果关系来看,癔症性

瘫痪颇似《素问·痿论篇》所论“筋痿”，其曰：“思想无穷，所愿不得，意淫于外……宗筋弛纵，发为筋痿”，诚如邹滋九在《临证指南医案·痿》按语中所云：“盖肝主筋，肝伤则四肢不为人用。”

孙淑娴(王济教授2013级硕士研究生):前面王琦老师已经讲了关于“风痲”的文献记载,我在这里补充与本案有关的古代治疗“风痲”方药。《金匱要略·中风历节病脉证并治》附方中载:“《古今录验》续命汤治中风痲,身体不能自收持,口不能言,冒昧不知痛处,或拘急不得转侧。”清代林佩琴宗《千金》之说,其在《类证治裁》中云:“(四肢不收)诸阳经皆取于手足,循行身体,如邪气客于肌肤,随其虚处停滞,脉缓大有力,土太过也,当泻其湿,胃苓汤;脉细小无力者,当补其气,补中汤。”《医宗金鉴·杂病心法》认为:“其言不变志不乱,乃邪微浅,病在分腠荣卫之间,以黄芪五物汤能补荣卫而散风邪也。”

姚海强(王琦教授2013级博士研究生):《金匱要略·中风历节病脉证并治》附方原文中有小注云:“姚云:与大续命同,兼治妇人产后去血者及老人小儿。”故知本方当为大续命汤,乃林亿等人校书时从《外台秘要卷十四·风痲方三首》中辑录而来,唯剂量小异。《外台》方后注中亦载:“《范汪方》主病及用水升数煮取多少并同。汪云:是仲景方,本欠两味。”故知本方为仲景所传,亦为《范汪方》收载,此外《胡洽方》、《深师方》《集验方》亦载有大续命汤、小续命汤以及西州续命汤。《备急千金要方卷八·诸风》中所载与本方约略相同。然《备急千金要方卷八·诸风》亦载小续命

汤:“小续命汤治卒中欲死,身体缓急,口目不正,舌强不能语,奄奄忽忽,神情闷乱,诸风服之皆验,不令人虚方:麻黄、防己(《崔氏》、《外台》不用)、人参、黄芩、桂心、甘草、芍药、芎藭、杏仁各一两,附子一枚,防风一两半,生姜五两。”续命汤系列方为治疗“风痲”的名方,在现代临床亦有着广泛的应用。据文献报道可据证用于中风、偏瘫、类风湿性关节炎、变应性鼻炎、面瘫、颈椎病、输尿管结石、原发性高血压、糖尿病周围神经病变、面神经麻痹、高血脂症等多种疾病。

3.3 王老师诊治瘧症性瘫痪的临证思路

井慧如(讲师,王琦教授2009级台湾籍博士研究生):本病例患者自幼体弱易乏,怯懦胆小。发病前因被上司训话而生气,情绪抑郁,加以如厕时用力过猛,排便后气脱,无法站立,以致长期卧床,无法站起。就诊时见体弱消瘦,气虚气短,进食量少,小便无法控制,月经量少,舌边齿痕等虚象,伴有便结,呃逆频频,月经色暗,舌尖红,苔根黄腻等气、血、火、痰郁滞之象;考虑发病之因为体虚夹郁,郁久化火,故王老师首诊从“郁”论治,予逍遥散合越鞠丸加减入手。

因患者仍感气虚话语无力、自汗,故王老师予四君子汤加刺五加健脾益气,助逍遥散疏通气机。五诊、六诊时患者呃逆,时有泛酸,失眠多梦,胆小惊醒,心神不宁及小便赤少有味,伴尿急、尿频量不多,综合此时诸证考虑应是气郁日久致体内痰热并心火下移小肠,三焦气机仍未完全通畅,故师分别用予萎贝温胆汤合导赤散加减、旋覆代赭汤加减治疗。

旋覆代赭汤是一剂降气的方药,可降逆化痰并益气和胃。七诊时其母代诉,患者呃逆已控制大半,大便3日一行,量少。故本诊及九诊中王老师仍予越鞠丸合小柴胡方加减,意欲继续调畅患者三焦气机。

八诊时患者已能坐起扶持下床走动,呃逆控制,但有便秘腹胀,暖气,阴吹等证。显示气机仍未完全畅通,故予补阳还五汤以助患者益气活血,加莱菔子、砂仁、旋覆花、陈皮醒脾调气降气,助运行气机;大量肉苁蓉、生白术助运脾润肠通便。九诊及十诊投续命汤合补阳还五汤加减,患者已可持杖站立短走,语言亦见畅达。十一诊时患者已可弃杖而立,并可做轻微家务,进食尚可,睡眠亦可。王老师从开始疏通患者运行不畅之三焦气机,待治疗中期患者气机之运行稍有改善后予益气活血,到后期患者之三焦已恢复运行,气血亦稍回复,方予续命汤祛邪,但治疗中仍时时不忘补益患者气血,故老师此诊予玉屏风散合济生肾气加味,意益气固表温阳,助患者自体功能恢复,巩固疗效。十三诊时患者已能站立行走,自行从一层步行至二楼诊室就诊,观本案例患者治疗过程,王老师以疏通三焦贯彻始终,待气机疏通后方予益气活血,待气血恢复后方予祛风除邪,待风邪去除后予益气固表温阳,巩固疗效,治疗过程有法有方,其中或对证加减用药,故诸证俱蠲。

张妍:患者于第八诊时出现阴吹伴便秘腹胀,腹部微膨,扣之有声及暖气。阴吹之名最早见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治篇》:“胃气下泄,阴吹而正喧,此谷气之实也,膏发煎导之”,认为

阴吹的产生是因为谷气实,大便不通,阳明下行之气不得行于常道,转为经由旁窍而出。本患者由于长期卧床气血虚弱,气运无力,以至于大便不通,结于肠中,腹中之气集聚,故而向下逼走前阴发为阴吹,向上由胃冲逆而出发为暖气。王老师亦承仲景通腑之意以补阳还五汤补气养血通络再加莱菔子、砂仁、肉苁蓉、生白术、陈皮等行气通便及刺五加、仙鹤草补肾强筋之品,使气血鼓舞,气机畅达,腑气得通,再诊即未诉阴吹、暖气之症出现。

李玲孺(讲师,医学博士,王琦老师2009级博士研究生):在CNKI中以“癥症性瘫痪”作为主题词查询,相关报道较为零散,每年报道不超过10篇,多数是两到三篇,治疗方法集中在针刺、火针、电针等,也有部分心理暗示、葡萄糖酸钙静脉注射等方法,治疗思路集中在局部刺激和心理疏导,也有部分从疏肝解郁、醒脑开窍的报道。中药治疗的报道较少,观点之一是治“本”也就是癥症,从中医“脏躁症”角度考虑,运用甘麦大枣汤、百合地黄汤等加减治疗;观点之二是治“郁”和“痿”,运用柴胡疏肝散加减治疗。

通读王老师治疗该病例的医案记录,认为王老师治疗癥症性瘫痪分为三步曲。首先,明确疾病之“本”:王老师治疗癥症性瘫痪始终强调一个“郁”字,即该病一定是有性格气质的基础,即“郁”,也可以称之为气郁体质。因此疏肝解郁的治疗思路贯穿始终,处方不离小柴胡汤、柴胡疏肝散、逍遥散等。其次,充分考虑“诱因”:在“郁”的基础上,要充分考虑诱因。该患者是因“大便干燥用力排便后脱力,无法站起”

导致了瘫痪,因此肠胃问题是诱因,便秘脱力是刺激患者出现瘫痪的关键点。因此在前七次治疗中,始终没有脱离理气化痰通腑,如萎贝温胆汤、越鞠丸、小陷胸汤、四君子汤、越鞠丸、旋覆代赭汤等。因为诱因是患者始终存在的心结,只有诱因消除了,癥症的治疗才能有希望。再次,治疗瘫痪之“标”。长期的瘫痪卧床,必定有肢体的问题,王老师在解郁、通便的基础上,考虑瘫痪的病机“气虚血瘀痰凝”,方用《古今录验》续命汤、补阳还五汤等。依此贯通,从本、从因、从标治疗,相较现有文献报道,对癥症性瘫痪的治疗思路更为全面。

俞若熙(王琦教授2010级博士研究生):王老师在治疗这种瘫痪时特别注意从情志治疗入手。患者“自幼体弱易乏,怯懦胆小,2012年4月受上司训话后心志郁结,如厕时大便干燥用力排便后脱力,无法站起,自此长期卧床。”表明以上瘫痪的情况与癥症关系密切,所以王老师在开始治疗时就想到了以“治郁”入手,后面虽调整了处方,但仍不忘疏肝解郁以治病求本。

李帅鹏(王琦教授2013级硕士研究生):本病是由于精神因素所引起,精神治疗对本病有重要意义。《临证指南医案》:“郁证全在病者能移情易性”,使病人正确认识 and 对待自己的疾病,增强治愈疾病的信心,保持心情舒畅,避免不良的精神刺激,对促进疾病的好转乃至痊愈都有裨益。老师在治疗本患者时,每次都会鼓励患者树立战胜疾病的信心。

许璇璇(王琦教授2012级硕士研究生):本案患者因心志郁结而引发瘫痪,正如《丹溪心法》云:

“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁。”《医经溯洄集·五郁论》曰:“凡病之起也,多由乎郁,郁者,滞而不通。”“郁”有抑而不扬、滞而不行、运而不畅之义。王老师的临床处方思路,怪病常从郁论治,从气郁体质着手调理。李用粹在《证治汇补》中所言:“郁病虽多,皆因气不周流,法当顺气为先。开提为次,至于降火化痰消积,犹当分多少治之。”前7诊,王老师以治疗郁证为主,越鞠丸、逍遥散等疏肝,解郁,理气;辅以萎贝温胆汤,清热化痰;小柴胡汤清胆热,和解少阳。患者坚持了4月余的调理,气机较为条畅,燥热病除,有饥饿感,胃气慢慢来复,为后期的进一步诊治打下了良好的基础。

怪症与癥症类疾病关系密切,从郁证着手多有较好的疗效。对于怪症郁病漏诊、误诊甚多,现就王老师门诊上所出现的类似病症特性进行整理,抛砖引玉,希望更多的临床医生一起探讨分享临床经验。此类病有两种特性:一是主诉特别多而杂,全身上下各处均有不适,如王老师门诊中,常有患者主诉从头到脚都有不适感,处方常令人无从下手,王老师多从气郁体质调理下手,疏肝解郁。二是怪症多伴有情绪障碍,临床表现精神萎靡,反应迟钝,兴趣减退,伴有的情绪常悲伤欲哭、低落,如《灵枢》所说:“悲哀愁忧则心动,心动则五脏六腑皆摇。”王老师常用甘麦大枣汤,此三味甘润滋补,共奏养心安神之功,用于心阴失损,肝气失和之脏躁。

3.4 王老师治疗癥症性瘫痪的处方用药特色

陈雪梅:《金匱要略·中风历

节病脉证并治》“《古今录验》续命汤”方后注云：“上九味，以水一斗，煮取四升，温服一升，当小汗，薄覆脊，凭几坐，汗出则愈。不汗，更服，无所禁，勿当风。并治但伏不得卧，咳逆上气，面目浮肿。”王老师在开出这个方子后也很注重这个得汗与否。《素问·逆调论》：“荣气虚则不仁，卫气虚则不用，荣卫俱虚，则不仁且不用，肉如故也。”调和营卫，当以小汗发之。故此方把得汗与否作为预后的重要标准。但在此案中患者并未得汗却也疗效卓著，其中十一诊见患者夜尿增多，脾胃气虚，蒸腾无力，故津液从下而行。是否也可作为预后良好的一个征兆呢？

焦招柱(王琦教授2012级硕士研究生):王老师在本案多个处方中应用仙鹤草值得注意。考仙鹤草首载于《滇南本草》^[3],言其“调治妇人月经或前或后,红崩白带,面寒背寒,腰痛,发热气胀,赤白痢疾”,功效以收敛固涩为主。国家规划的中药学教材亦把仙鹤草归入收敛止血药的范畴,虽在功效中提及补虚,但常常被忽略。民间常用仙鹤草治疗虚劳证,干祖望教授讲述:“我乡民间,凡人精神不振,四肢无力,疲劳怠惰,或重劳动之后的困乏……土语称“脱力”,于是到药铺里抓一包脱力草(不计份量的)加赤砂(即红糖,也不拘多少)浓煎两次,服用。一般轻者1~2剂,重者3~4剂,必能恢复精神。余也自试几次,确有成效。”受此启发加以仙茅、

仙灵脾,称为“三仙汤”。治疗无外邪的各种疾病而神疲怠惰者,都可使用或在处方中掺插此3味,效果殊佳,并戏谓之“中药的激素”^[4]。

4 王琦教授总结

大家在讨论中抓住风痲的致病特点,并对现有中医病名相关诊断提出质疑,考证方源,探讨处方用药的次第与特点有不少见解,比较全面。我再强调一下用方的关键问题。患者突发瘫痪1年零4个月卧床不起,经治疗7个多月,虽伴随症状改善但未改变躯体障碍,从2014年4月7日~2014年4月14日一周用《古今录验》续命汤7付即能由持杖站立到短走、爬三层台阶,到4月21日弃杖而可做家务事,先后服用《古今录验》续命汤14付发生了根本性的变化,我亦惊叹古方的神奇!

对于突发性瘫痪(或偏瘫或全瘫),神志清楚,无语言障碍,无身体疼痛可属于中医“痲”的范畴,尤在泾《金匱要略心典》曰:“痲者,废也,精神不持,筋骨不用,非特邪气之扰,亦真气之衰也。”《圣济总录》曰:“病痲而废,肉非其肉者,以身体无痛,四肢不收而无所用也”,与中风后遗症当有所别。《金匱要略》载“《古今录验》续命汤治中风痲,身体不能自收持,口不能言,冒昧不知痛处,或拘急不得转侧。”处方为“麻黄、桂枝、当归、人参、石膏、干姜、

甘草各三两,芍药一两,杏仁四十枚,上九味,以水一斗煮取四升温服一斤当小汗,薄覆脊,凭几坐,汗出则愈。不汗,更服。”需要指出的是该方与《千金要方》的小续命汤组成不同,主治功能亦异。小续命汤组成是“麻黄、防己、人参、黄芩、桂心、甘草、芍药、芎藭、杏仁各一两,附子一枚,防风一两半,生姜五两”,主治风邪中络,经脉拘急,半身不遂,口眼喎斜,言语蹇涩。同时也要与《黄帝素问宣明论方》中的地黄饮子相鉴别,地黄饮子由“熟地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、附子、炮五味子、官桂、白茯苓、麦门冬、石菖蒲、远志各等分,生姜五片,大枣一枚,薄荷五七叶”组成,用于舌蹇不能言,足废不能用,口干不欲饮,脉沉细弱之暗痲证。关于暗痲,暗指语声不能出,痲指足废不能用,乃由真阳虚于下,痰浊阻于上所致。《素问·脉解》云:“内夺而厥,则为“暗痲”,此肾虚也,少阴不至者,厥也。”《圣济总录》论曰“内经谓内夺而厥,则为暗痲,此肾虚也,暗痲之状,舌暗不能语,足废不为用。”大家要留意鉴别,学好经方,用好经方!

参考文献

- [1]袁玉民. 癱症性癱瘓的诊断和治疗[J]. 人民军医,2005,48(11):660-662.
- [2]袁玉民,范理铭,孙德胜,等. 癱症性癱瘓[M]. 北京:人民军医出版社,1987:5-54.
- [3]兰 茂. 滇南本草[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:1.
- [4]干祖望. 仙鹤草治脱力、神疲、怠惰[J]. 中医杂志,1992,33(10):5.

悦读《中医药通报》 感受中医药文化

欢迎订阅(邮发代号:34-95)