

运用乌头汤治疗痛痹经验总结

★ 张明明 (天津中医药大学 2006 级硕士研究生 天津 300193)

关键词: 痛痹; 乌头汤; 散寒除湿

导师从医执教多年, 学验俱丰, 善于古方运用, 疗效显著, 今将其应用乌头汤治疗痛痹经验介绍如下:

1 病因病机

导师认为, 痹证的发生是由于正气不足, 感受风、寒、湿、热之邪所致。内因是痹证发生的基础。素体虚弱, 正气不足, 腠理不密, 卫外不固是引起痹证的内在因素。因其易受外邪侵袭, 且在感受风、寒、湿、热之邪后, 易使经络、关节、肌肉痹阻而形成痹证。正如《灵枢·五变》篇说: “粗理而肉不坚者, 善病痹。”《济生方·痹》亦说: “皆因体虚, 腠理空疏, 受风寒湿气而成痹也。”由于感邪偏盛的不同临床表现也就有所差别。正如《素问·痹论》说: “风寒湿三气杂至, 和而为痹也。其风气胜者为行痹; 寒气胜者为痛痹; 湿气胜者为着痹也。”导师指出: 寒气凝滞, 使气血凝滞不通, 故疼痛剧烈而成痛痹。

2 主证方药

导师指出: 痛痹患者大都伴见肢体关节疼痛较剧, 痛有定处, 得热痛减, 遇寒痛剧, 关节不可屈伸, 局部皮色不红, 触之不热, 苔薄白, 脉弦紧。《医学新悟·痹》指出“治痛痹者, 散寒为主。而以除寒祛湿佐之, 大抵参以补火之剂。”风寒湿邪痹阻经络, 而寒邪偏盛, 寒为阴邪, 其性凝滞, 故痛有定处, 疼痛较剧。得热则气血较为流畅, 故其痛减, 遇寒则血益凝滞, 故痛更剧。寒属阴邪, 故局部不红, 触之不热。苔薄白, 脉弦紧亦属寒。治疗当以温经散寒, 祛风除湿主之。以

乌头汤加减主之取得良好效果。

3 乌头汤解析

乌头汤始见于《金匮要略·中风历节病脉证并治第五》曰: “病历节不可屈伸疼痛, 乌头汤主之。”方中乌头温经散寒, 除湿止痛; 麻黄宣散透表, 以祛寒湿; 芍药宣痹行血, 并配甘草以缓急止痛; 黄芪益气固卫, 助麻黄、乌头温经止痛, 亦制麻黄过散之性; 白蜜甘缓, 以解乌头之毒。诸药相伍, 使寒气祛而阳气宣通, 关节疼痛解除而屈伸自如。

4 典型病案

王某某, 男, 60 岁, 主因“双足冷痛多年, 近来加重”就诊, 患者自诉, 近 30 年来双足冷重难耐, 遇风常痛, 近来发作间隔时间缩短, 覆衣被毛毯减轻, 行路则痛剧, 脉沉紧, 舌苔薄白, 视其双足皮色正常。导师查过病人, 综合脉证, 考虑为痹证之痛痹, 遂给予乌头汤加减主之, 处方如下: 炙附子 10 g, 炙麻黄 10 g, 生黄芪 10 g, 白芍 15 g, 炙甘草 10 g。水煎服 300 ml, 日 1 剂。服用 7 剂后复诊, 自诉疼痛明显好转, 双足冷感亦明显好转, 遂再予乌头汤和当归四逆汤加减主之, 再服 7 剂复诊, 诉疼痛已缓解, 遂在底方基础上加减服用 1 个月, 疼痛再无复发, 随诊半年无复发。运用乌头汤治疗痛痹效果的确显著, 但在此还需提出方中君药乌头大辛大热, 为有毒之品, 临床应用当由小剂量开始, 逐渐加量, 方为稳妥。

川芎茶调散合桃红四物汤加减治疗顽固性头痛 13 例

★ 田德光 (湖北省阳新县富池卫生院 阳新 435200)

关键词: 川芎茶调散; 桃红四物汤; 顽固性头痛

川芎茶调散(汤)疏风止痛与桃红四物汤补血活血配伍组方, 加制玄胡, 临床上可用于外感风寒和内伤瘀血之类头痛, 尤其是顽固性偏头痛, 都能取得较好疗效。基于疏风止痛、活血养血的功用, 笔者以其两方配合加减治疗顽固性头痛 13 例, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 13 例, 其中男性 4 例, 女 9 例, 年龄 17~52 岁, 病程 5 个月~27 年, 除外颅内占位、炎症性病变及耳鼻眼疾等引起的头痛。

1.2 临床表现 头部单侧或双侧或后脑部位胀痛、刺痛、拘挛掣痛或搏动性疼痛、间歇性发作、或兼头晕头重, 舌黯红或淡红、舌苔薄红, 脉沉细弦或细涩。部分病例做脑血管功能检查示: 单侧或双侧血流速度减慢, 血管紧张性增高。

1.3 组方与用法 中药处方: 川芎 9 g, 荆芥 8 g, 白芷 12 g,

羌活 7 g, 防风 12 g, 甘草 6 g, 细辛 3 g, 薄荷 6 g, 桃仁 9 g, 红花 6 g, 熟地 20 g, 当归 15 g, 白芍 20 g, 玄胡 15 g。每日 1 剂, 水煎 2 服, 服药期间停用其他所有中西药。

2 结果

显效(头痛及伴随症状基本消失, 或头痛偶有轻微发作) 7 例, 有效(头痛发作次数减少, 疼痛程度减轻, 持续时间短) 5 例, 无效(头痛及伴随症状无明显改善) 1 例, 总有效率 92.3%。

3 体会

顽固性头痛, 其病程长, 疼痛时轻时重, 反复发作, 缠绵难愈。究其原因多责之风、虚、瘀为患, 巅顶之上, 惟风可倒, 且头为诸阳之会, 清阳之府, 外感或内伤之风上扰清窍, 阻遏清阳发为头痛; 而头痛日久不愈, 久痛入络, 络虚瘀阻、清窍闭塞则使头痛更缠绵难愈。故风扰清阳、络脉空虚、瘀血阻

滞实为顽固性头痛之主要病机。川芎茶调散疏风止痛,桃红四物汤养血活血通络,加制玄胡为活血行气治疼痛之要药,

相互合用,能使清阳升、风邪除,血络实而瘀阻去疼痛止,药证合拍,故用治顽固性头痛能获满意效果。

半夏泻心汤治疗功能性消化不良 48 例

★ 康宜兵 汤鹏飞 (广东省广州市中医医院消化科 广州 510130)

关键词:半夏泻心汤;功能性消化不良;中医药疗法

半夏泻心汤出自仲景《伤寒论》,为治疗伤寒太阳病误下后,中虚热陷、寒热壅结于中之方。笔者于 2006~2007 年应用半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良患者 48 例,收效显著。

1 临床资料

纳入病例符合:(1)年龄在 18~70 岁之间;(2)符合功能性消化不良西医诊断标准:①持续性或反复发作性餐后饱胀不适、早饱、上腹痛、上腹烧灼感;②经电子胃镜或上消化道钡餐提示为慢性浅表性胃炎或无明显器质性病变。③诊断之前 6 个月开始出现症状、近 3 个月符合诊断标准。中医辨证标准参照《中医内科学》有关痞满、胃痛的诊断标准。45 例病人均为我院门诊患者,治疗前均经胃镜检查,均符合罗马 III 标准。共 48 例,男 20 例,女 28 例;年龄 21~65 岁,平均 38.5 岁;病程 6~15 年,平均 3.6 年。

2 治疗方法

基本方为半夏泻心汤。药物组成:太子参 30 g,法夏 15 g,黄连 6 g,黄芩 15 g,干姜 6 g,大枣 5 枚,甘草 6 g。神疲乏力、纳差、腹泻者,加云苓 15 g、白术 15 g、炒扁豆 30 g;胃脘灼热加乌贼骨 15 g;腹痛,加白芍 15 g、玄胡索 15 g;腹胀明显,加陈皮 10 g、枳壳 15 g、柴胡 8 g。每日 1 剂,水煎取汁,每次温服 200 ml,每日 2 次。1 个月为一个疗程。

3 疗效标准

临床治愈(临床症状消失)20 例,显效(临床症状基本消失)25 例,无效(临床症状无明显改变)3 例,总有效率 93.7%。

4 典型病例

彭某某,女,53 岁,退休。5 年前曾行胆囊切除术,术后长期有左肋疼痛,胃脘胀痛。入院时症见:精神可,消瘦,

咽干,饭后上腹胀,无暖气反酸,无恶心呕吐,纳差,大便软烂,2~3 次/日。舌尖红、苔黄腻,脉弦细。查体:全腹软,剑突下轻压痛,无反跳痛。莫非氏征阴性。B 超为胆囊术后综合征改变。电子胃镜提示:慢性浅表性胃炎。上消化道钡餐示胃下垂。西医诊断:(1)慢性胃炎;(2)胃下垂;(3)胆囊术后综合征。中医:胃痛、胁痛(脾虚湿热)。拟方半夏泻心汤加减。组方:太子参 20 g,法夏 15 g,黄芩 15 g,黄连 6 g,干姜 6 g,白芍 15 g,甘草 9 g,升麻 9 g。每日 1 剂。服用 1 个疗程后症状消失。1 年后随访无复发。

5 讨论

根据最新罗马 III 标准,FD 的定义指出餐后饱胀不适、早饱、上腹痛和/或烧灼感(burning)的症状源于胃十二指肠区域,并排除可能引起上述症状的器质性、系统性和代谢性疾病。

功能性消化不良属中医“胃痛”、“痞满”范畴,其腹痛、腹胀、泛酸、烧心、恶心呕吐等症状与中医肝胃不和之证相符。病机为饮食不节、损伤脾胃,脾胃虚弱,土虚木乘,或郁怒伤肝,疏泄失职,肝气横逆犯胃而致肝胃不和。临床上,多见虚实夹杂或本虚标实,证见寒热互结之象。半夏泻心汤源自《伤寒论》,具有和胃降逆,开结除痞,协调阴阳之功。全方辛开苦降,复中焦升降功能。半夏、干姜相伍辛开祛寒以和阴,黄连、黄芩相配苦降泻热以和阳;党参、大枣、炙甘草扶正祛邪。笔者在临床运用中以半夏泻心汤为基本方,并随证加减变化。现代药理对半夏泻心汤研究也表明,该方对胃肠运动具有双向调节作用,胃运动受抑时,其促进胃动力作用强于吗叮啉,在胃运动增强时,具有抑制胃运动作用。该方还具有保护胃粘膜,提高免疫力作用。故患者在治疗中取得较好疗效。

不同剂量利多卡因对预防芬太尼诱发呛咳的临床观察

★ 王小华 童兰华 (浙江省玉环县中医院麻醉科 玉环 317600)

关键词:利多卡因;芬太尼;呛咳;临床观察

全麻诱导期间静脉注射芬太尼经常会引起病人呛咳,有研究报道称其发生率为 28%~46%,本文主要观察静注不同剂量利多卡因对预防芬太尼诱导引起的呛咳反应的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 200 例全麻择期手术病人,男 135 例,女 65 例,年龄(40.5±7.2)岁,体重(62±7.4)kg,ASA I~II 级,术前均排除呼吸道及相关疾病。

1.2 方法 所有病人随机分为 A、B、C、D 4 组,每组 50 例,入室后均开放上肢静脉后行全麻诱导,诱导用药:A 组依次静注 力月西 0.1 mg/kg,丙泊酚 2 mg/kg,芬太尼 5 μg/kg,维库溴胺 0.1 mg/kg。B、C、D 三组在诱导前分别静注 1.5、1、0.5 mg/kg 利多卡因,1 分钟后开始诱导,用药同 A 组,其中 A、B、C、D 四组芬太尼均在 3 秒内注入。

1.3 观察项目 观察并记录病人自芬太尼注入到插管前有