

- [11] 王忠诚. 脑血管病及其外科治疗[M]. 北京:北京出版社, 1994:189-190.
- [12] 于天霞,杜文贞. 易误诊的颅内静脉窦血栓形成[J]. 临床误诊误治,2009(11):59-60.
- [13] 赵锦娜,李瑛,吴玉璘,等. 妈富隆复方口服避孕药的使用对江苏农村地区已婚育龄妇女生活质量的影响[J]. 中国计划生育学杂志,2009(1):9-13.

第一作者:胡琮琦,男,2015级硕士研究生,研究方向:针灸推拿学

通讯作者:王敏,女,医学硕士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸治疗脑血管疾病, E-mail:1348102906@qq.com  
(收稿日期:2017-07-12)

## 小柴胡汤加减治疗血瘀发热验案1则

董雄飞,宋海红

(河北省永年县中医院,河北 永年,057150)

[关键词] 小柴胡汤;血瘀发热;验案

[中图分类号] R255.1 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.056

小柴胡汤出自张仲景的《伤寒杂病论》,是治疗少阳病证的主方,是临床上应用最多、治疗范围最广的经方之一,丹波元简曰:“伤寒诸方,唯小柴胡汤为用最多,而诸病屡称述之”,也有人说:“小柴从早开到晚,虽不中,也不远。”古今医家用小柴胡汤治疗发热病例最多,结合体质加减均可痊愈,近日笔者采用小柴胡汤加减治疗血瘀发热验案1则,现介绍如下。

刘某,女,68岁,因下肢肿胀伴疼痛半个月,加重3d于2017年5月8日前来就诊。患者于半个月前因不慎摔倒出现右侧膝关节内侧疼痛,当时未作特殊处理,经在家休息后不能缓解,就诊于某医院拍X线片:右侧股骨内髁撕脱骨折。住院行石膏固定,具体不详,出院回家后突然出现右下肢肿胀伴疼痛,为明确诊治,遂来我院住院治疗。入院情况:右下肢肿胀,疼痛,皮温低,间断胸闷、气短。既往左下肢静脉炎大隐静脉切除术后30年;冠心病病史20年;高血压病史5年,间断口服降压药物,血压控制不佳。查体:T 36.5℃,BP 140/80mmHg,心肺(-),左下肢内侧可见手术切除瘢痕,左下肢无肿胀,皮温皮色正常,各关节活动正常,右侧下肢呈全肢型肿胀,皮温偏低,皮色光亮,无明显压痛,右膝内侧稍有压痛,双足背胫后动脉搏动弱。辅助检查:血常规(-);尿常规(-);电解质:Na 153.45mmol/L, Cl 112.32mmol/L;凝血4项+INR:PT 16.4s, APTT 21.4s;生化全项:同型半胱氨酸 17.12μmol/L,总胆固醇 20.6μmol/L,直接胆红素 7.9μmol/L,间接胆红素 12.7μmol/L,白球比 1.08,胱抑素 C 1.63mg/L,α-羟丁酸 210U/L,载脂蛋白 A1 0.88g/L,载脂蛋白 B 0.98,葡萄糖 5.5mmol/L,下肢静脉彩超:右侧髂静脉、右下肢浅静脉、右下肢深静脉血栓形成。5月10日行下腔静脉滤器植入术,术后给予尿激酶溶栓、低

分子肝素联合华法林抗凝,右下肢肿胀明显好转,疼痛稍有好转。5月12日突然出现午后低热,测T 37.8℃,伴头晕、口苦,余症状同上,口服尼美舒利后上述症状可缓解,第2天仍然重复上述情况,连续3~4d,发热伴头晕,可自行缓解,患者出现少阳证,建议患者联合中药治疗,选方小柴胡汤加减。处方:北柴胡30g,炙甘草10g,黄芩15g,清半夏10g,太子参10g,生姜10g,大枣10g,川牛膝30g,益母草30g,泽兰30g。颗粒剂3剂,每天1剂,开水冲服。治疗3d后,测T 37.0℃,无头晕,口苦明显好转,余症状同上,上方加水蛭6g,颗粒剂5剂,治疗5d后测T 36.5℃,无头晕、口苦、右下肢肿胀,皮温正常,皮色无光亮,唯膝关节内侧压痛,上方加土鳖虫10g,颗粒剂7剂,上述症状明显好转。随访至今无发热。

按:本例发热是因为下肢血栓性发热,应用溶栓、抗凝后出现的发热,给予退热药后可退热,但第2天定时发热,同时伴有口苦、头晕,符合柴胡证“伤寒五六日中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,小柴胡汤主之”。应用小柴胡汤加活血化瘀利水药后收效显著。患者素体虚弱,正气不足,正邪交织于半表半里,以至于热邪不去,小柴胡汤和解少阳,解表与扶正同时进行。方中北柴胡解在表之邪,黄芩解里热之邪,太子参、炙甘草扶正以祛邪,清半夏降逆,生姜、大枣调和营卫以祛邪。方中加入泽兰、益母草活血化瘀利水,川牛膝化瘀并引血下行,水蛭增强活血化瘀之功而不伤正气,患者膝关节副韧带损伤,络脉瘀阻加入土鳖虫舒经通络,方证对应,故收效迅速。

第一作者:董雄飞,男,医学硕士,主治医师,研究方向:肾病的临床研究

通讯作者:宋海红,男,副主任医师,研究方向:骨伤疾病的临床研究, E-mail:1245904208@qq.com

(收稿日期:2017-07-07)

## 朱明芳分期论治紫癜风验案举隅

王峰<sup>1</sup>,陶梦颖<sup>1</sup>,杨逸璇<sup>1</sup>,杨婉婷<sup>1</sup>,朱明芳<sup>2</sup>

- (1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;
2. 湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙,410005)

[关键词] 紫癜风;名医经验;朱明芳;验案

[中图分类号] R259.54\*6 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.057

过敏性紫癜,中医学称为“紫癜风”,是一种免疫性的血管炎,好发于双下肢,以其累及的系统分为皮肤型、腹型、关节型、混合型,属于反复易发、难以治愈的一类皮肤病。西医学认为其病因复杂,各种感染、食物、药物、恶性肿瘤、自身免疫性疾病皆可为病,发病机制为Ⅲ型变态反应<sup>[1]</sup>。中医学认为

本病多为六淫侵袭,入里化热;或误服药石,内生毒热;或喜食肥甘厚味,湿热内生;或素体阴虚,而生虚火,热迫血出,血溢肌肤;疾病后期,反复发作,邪热久羁,耗伤阴液,反复发斑,久则气血亏虚,损及脾肾<sup>[2]</sup>。《外科正宗》载:“感受四时不正之气,郁于皮肤不散,结成大小青紫斑点,色若葡萄”,《证治汇补》载:“热则伤血,血热不散,里实表虚,出于肌肤则为斑”,故临床上多从风、湿、热等病理产物及脾肾等脏腑论治,多辨证为风热伤营、湿热蕴里、阴虚火旺、脾不统血、脾肾阳虚等证<sup>[3]</sup>。

朱明芳教授治疗紫癜风有着丰富的经验,其将本病分为初期、进展期、恢复期3期论治。此病初起,多可见皮疹散在出现,时隐时现,伴发热、头痛、疲乏、咽喉疼痛等不适;此期为表里同病,表证未罢,故见发热头痛等不适,热邪入里,故见皮下出血、咽喉疼痛;治当表里同治、疏风解表、凉血通络,选用自拟银翘散加减。进展期,多见皮疹较多,增加较快,部分融合,色鲜红,可伴瘙痒,同时伴见关节肿胀、酸痛、腹痛;此期因湿热之邪为甚,湿热下注,破血妄行,故见皮下鲜红出血;湿热停于关节而见关节肿胀酸痛;停于胃肠而见腹痛不适;故当清热解毒、祛湿通络,选用自拟清热解毒化湿汤加减。恢复期,皮疹颜色变暗,数目减少,可见少许脱屑,表面干燥,伴见明显乏力等不适;此期多为疾病日久或误用激素,气阴已虚,伏热未清或已清;根据病久必瘀的原则,此期以健脾益气、活血通络为主,方选参苓白术散或补中益气汤为主加减。现将朱教授临证验案2则介绍如下。

案1:李某,男,46岁,2015年11月4日初诊。主诉:双下肢出现瘀点1个月。现病史:患者1个月前无意中发现双下肢散在瘀点,不高出于皮肤,伴见咽喉疼痛,无腹痛、关节痛等不适,于当地人民医院就诊,查尿蛋白(+),诊断为“过敏性紫癜”,给予抗生素、维生素C、强的松等治疗(具体不详),经治疗后,患者皮疹消退明显。目前激素使用剂量为10mg/d。现症:双下肢散在瘀点,无新发,无发热恶寒、腹痛、关节痛。口干欲饮,口稍苦,精神稍差,纳差,大便稍溏,小便稍黄,夜寐尚可,近期无明显体质量变化。既往无高血压病、糖尿病等病史,否认食物、药物过敏史。专科检查:双下肢散在针尖大小淡褐色瘀点,不高出于皮面,压之不褪色,其上可见少许脱屑,舌淡暗、稍白腻,脉细滑。辅助检查:尿常规正常;大便常规与隐血试验均正常。予参苓白术散加减治疗。具体方药如下:党参10g,白术10g,山药15g,茯苓20g,陈皮10g,砂仁6g,侧柏叶15g,乌梅炭15g,槟榔15g,鸡血藤15g,丹参10g,泽兰15g,苍术10g,凤尾草15g,甘草6g。14剂,水煎服。11月18日二诊:患者1d前烤火后出现双下肢新发皮疹,发作程度较前减轻,无腹痛、关节痛

等不适。二便调,口不干,夜寐尚可。专科检查:双下肢散在新发皮下瘀点,颜色较上次鲜艳,不高出皮面,皮温正常,舌质淡红、苔偏黄,脉细滑稍数。尿常规无异常。予自拟清热除湿通络汤治疗。具体方药如下:知母15g,石菖蒲10g,赤芍15g,侧柏叶15g,丹皮炭15g,蒲黄15g,生地炭10g,鸡血藤15g,牛膝15g,透骨草15g,山药10g,白术10g,白芍30g,浮萍10g,茯苓皮10g,甘草6g。7剂,水煎服。激素量改为5mg/d。11月25日三诊:用药后,皮疹消退明显,双下肢肿胀,大便稍稀,余症同前。专科检查:原发皮疹变浅,数目明显变少,未见新发皮疹,舌质淡红、苔腻,脉沉滑。尿常规(-)。药用:太子参10g,黄芪15g,白术10g,山药15g,白芍30g,侧柏炭15g,红芪10g,蒲黄10g,乌梅炭15g,鸡血藤15g,怀牛膝15g,郁金15g,桅仁10g,赤芍15g,珍珠母15g,甘草6g。14剂,每天1剂。停激素。12月9日四诊:皮损基本消退,夜寐欠佳,余症好转,舌质淡红、苔薄黄,脉细滑。上方去红芪、鸡血藤,加远志15g、莲子10g。14剂,每天1剂。随访半年未见复发。

按:该患者属于五八年龄,肾气衰,邪气易侵袭机体,入而化热,故发病可见咽痛;热迫血出,发而为斑;内伤肾络,封藏失司,则出现蛋白尿。经使用激素后,皮疹控制,但激素使用碍脾运化,不能正常运化水谷,故致大便稀溏;脾失健运,气血不荣,而见精神稍差;伏热未清,而见口苦,小便稍黄。结合舌脉象,辨证为脾气亏虚,伏热未清,属于恢复期。治疗上,选用参苓白术散加减。方中党参、白术、山药健脾益气,以固其根;侧柏叶、乌梅炭收敛止血阻其新发;配合槟榔、鸡血藤、丹参、泽兰行气活血化瘀,加快皮疹消散;加入陈皮、砂仁、苍术健脾化湿;伏热未尽,加入凤尾草清热解毒;甘草调和诸药。二诊,患者伏热未清,烤火属于六淫之热邪,内外相引,故再次出现皮疹新发加重,颜色较艳,根据舌脉象,属于进展期,以清热化湿解毒为主,方选自拟清热解毒化湿汤加减。入血当凉血散血,方中重用知母、赤芍凉血散血解毒;佐石菖蒲、茯苓皮和胃化湿;此为朱教授自拟清热解毒化湿汤的常用组合;予侧柏叶、丹皮炭、蒲黄凉血止血;鸡血藤、牛膝、透骨草活血通络;患者正气未复,继续给予健脾益气之山药、白术、白芍扶正祛邪;加入祛风之品,解在表之热邪。三诊时,热邪好转,气阴不足为主要矛盾,继续予以参苓白术散加减。此次去党参改为太子参,加重养阴之效;加用红芪补气升阳,与牛膝引药下行,互为升降。余热扰动心神,而见心烦,故给予郁金、桅子、珍珠母清心安神。四诊,气血较前好转,热象再显,故去温补之红芪;颜色转淡,减活血化瘀之鸡血藤;患者夜寐欠安,结合苔稍黄,考虑热扰心神,给予养心安神之远志、莲子清心安神。善

后以益气活血之方为主,达到了扶正固本、防止复发的目的。

**案2:**秦某,男,17岁,2017年1月11日初诊。主诉:双下肢出现紫红色瘀点2d。现病史:患者2d前感冒后突然出现双下肢有大小不等的密集紫红瘀点,患者未引起重视,昨夜间发现皮疹增多,轻度瘙痒,无行走不适、腹痛等,乏力,大便可,小便稍黄,口干欲饮,夜寐尚可。检查:双下肢可见密集分布大小不等紫红色瘀点,部分紧簇成片,压之不褪色;咽部有充血,舌红、苔薄黄,脉浮滑。血常规:白细胞 $11 \times 10^9/L$ 。小便常规未见异常。西医诊断:过敏性紫癜。中医诊断:紫癜风;辨证:风热未尽,内夹湿邪证,属于初期。给予银翘散加减治疗。药用:金银花15g,连翘10g,薄荷10g,牛蒡子15g,升麻6g,葛根8g,生地炭10g,侧柏炭10g,槐花炭10g,地榆15g,白术10g,薏苡仁10g,冬瓜皮8g,茯苓10g,红花6g,甘草6g。7剂,每天1剂。配合曲克芦丁片、维生素C、裸花紫珠片内服。嘱避免剧烈运动,忌辛辣发物,防止感冒。1月18日二诊:服药后瘀点大部分消退,咽痛消失,无口干口苦,二便调。专科检查:双下肢可见少许单一瘀点,压之不褪色,舌红、苔薄白干,脉滑。属于恢复期,给予参苓白术散加减。方药:白术10g,山药15g,茯苓20g,血余炭10g,茜草15g,生地黄15g,岗梅20g,牡丹皮10g,丝瓜络6g,金银花15g,僵蚕10g,陈皮10g,甘草6g。14剂,每天1剂。继续给予收敛消炎止血之裸花紫珠片内服。三诊:患者皮疹消失,无咽痛、腹痛等不适,小便常规未提示异常,嘱继续口服裸花紫珠片1个月善后。

**按:**此案患者年纪较轻,阳气较盛,且治疗及时,故用药相对简单,治疗周期较短。初起使用银翘散加减,患者风热未尽,金银花、连翘轻清宣透、清热解毒;薄荷、牛蒡子清利咽喉,同时增强金银花、连翘的清热解毒,发表邪作用。升麻、葛根辛凉解肌,解毒透疹,此为朱教授治疗紫癜风之常用组合。配合生地炭、侧柏炭、槐花炭、地榆凉血收敛止血,截其出血之路。瘀点为离经之血,即为瘀血,故使用活血之品红花;给予白术、薏苡仁、冬瓜皮、茯苓化湿,同时白术、茯苓健脾扶正祛邪。二诊:患者外邪已尽,以辅助正气为主,采用参苓白术散加减,同时配合滋阴凉血化瘀之品善后,切合病机,收效显著。

临床上紫癜风反复难愈,患者发病多先求助于西医,对于非皮肤专科医师,直接给予激素等治疗,短时效果立竿见影,但面临激素停用后复发以及激素毒副作用等问题,给患者心理及经济上带来沉重负担。目前该病已成为中医的优势病种。一方面,正气不足为发病的基础,“正气存内、邪不可干”,早期需益气祛邪,后期需益气扶正;另一方面,血分伏热为疾病发展过程中重要的病理因素,贯穿始终,内清余热对防止皮损复发至关重要;最后,离经之血

即为瘀血,收敛止血防止皮疹新发,活血通络促进原有皮疹消散。故朱教授治疗该病,虽3期各有偏重,但组方思想多强调益气、收敛止血、活血通络、清热同时进行,标本同治。

#### 参考文献

- [1] 张学军,陆洪光,高兴华. 皮肤性病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:167-168.
- [2] 蒋文杰,杨进. 运用温病治法辨治过敏性紫癜体会[J]. 中医杂志,2015,56(2):163-165.
- [3] 欧阳恒,杨志波,李宇明. 实用皮肤病诊疗手册[M]. 北京:人民军医出版社,2009:460-462.

**第一作者:**王峰,男,2015级硕士研究生,研究方向:中医外科学(皮肤病方向)

**通讯作者:**朱明芳,女,教授,博士研究生导师,研究方向:中医外科学(皮肤病方向),E-mail:26715858@qq.com

(收稿日期:2017-10-17)

## 针刺结合热敏灸 治疗尺神经损伤验案1则

张雪松<sup>1</sup>,熊鹏<sup>2</sup>

- (1. 江西中医药大学,江西 南昌,330006;
2. 江西中医药大学附属医院,江西 南昌,330006)

[关键词] 尺神经损伤;针刺;热敏灸;验案

[中图分类号] R277.75 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.058

周围神经损伤是一种由于各种原因引起受该神经支配的区域出现感觉障碍、运动障碍和营养障碍的神经功能障碍性疾病<sup>[1]</sup>。该损伤虽不危及生命,但严重影响患者的生活质量,甚至致残。西医目前对本病的治疗主要以手术为主,但预后欠佳。针刺作为一种简便廉效的治疗手段,能明显促进已损伤神经组织的修复,并有效改善其低下之功能,是符合当今世界推崇的安全、有效、经济、方便原则的“绿色疗法”<sup>[2]</sup>。但是,临床鲜有对针刺结合热敏灸提高尺神经损伤疗效的研究报道,现将1例因醉酒后长时间枕臂而眠致尺神经损伤的患者诊治经过介绍如下。

患者,男,35岁,于2016年10月13日以右手麻木无力及活动受限12d前来江西中医药大学附属医院热敏灸分院针灸科门诊就诊。该患者因12d前醉酒后枕臂而眠5h,醒来后突感右手无力伴麻木不适,遂立即前往当地医院就诊,给予营养神经药物治疗合并康复锻炼后,症状并无明显改善,后转至江西中医药大学附属医院门诊。刻诊:患者右手肌力3级,小鱼际肌张力下降,未发现明显肌萎缩。环指、小指呈爪型屈曲并伴有浅感觉障碍。右手手指内收、外展活