

• 名医经验谈 •

史载祥教授治疗急性化脓性脊髓炎临床经验

谷万里

(卫生部中日友好医院中西医结合心内科, 北京 100029)

【关键词】 脊髓炎, 化脓性, 急性; 活血化瘀; 血瘀证

中图分类号: R249 文献标识码: B 文章编号: 1008-9691(2006)04-0250-02

史载祥教授是卫生部中日友好医院中医大内科主任, 北京中医药大学博士研究生导师, 第 3 批全国名老中医, 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会主任委员。临床擅长灵活运用活血化瘀法治疗疑难杂症、重症, 疗效卓著。笔者有幸跟史老师学习, 深感其临床注重中西医结合, 辨证与辨病结合。今撷导师辨证治疗急性化脓性脊髓炎的典型案, 以窥其学术思想一斑。

1 病历简介

患者男性, 61 岁。因腰痛、双下肢乏力渐重 8 d, 伴发热 3 d, 于 2000 年 12 月 8 日入院。患者入院前 8 d 无明显诱因出现持续性腰部钝痛, 双下肢乏力, 行走时脚下有踩棉花感, 休息后可消失, 未诊治。5 d 前上述症状加重, 坐起及翻身时腰部剧痛, 双臀部有重压感, 平卧位缓解, 双下肢不能屈曲, 行走时感双下肢无力, 不能坚持行走, 伴夜寐不安、纳差、小便费力、大便干结; 3 d 前自觉持续性发热(体温未测); 至 1 d 前双下肢已不能站立, 方来我院急诊, 由急诊收入院。

患者 13 年前患肺结核, 当时治愈。11 年前发现糖尿病, 近 1 年来正规应用降糖药, 但血糖控制不理想。

入院查体: 患者体温 38.2℃, 呼吸频率 19 次/min, 脉搏 98 次/min, 血压 95/65 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa)。意识清, 双肺呼吸音粗, 未闻及干、湿性啰音, 心音低钝, 双下肢轻度凹陷性水肿。神经系统检查: 双下肢肌张力减低, 肌力 III 级, 自第 12 胸椎平面以下痛、温觉减退, 双髋关节以下音叉振动觉减弱, 关节位置觉可疑。双上肢肌张力、肌力正常, 双侧肱二头肌腱反射减弱, 双侧肱三

头肌腱反射、桡骨膜反射正常, 双膝、双踝腱反射消失, 双侧巴彬斯基征阳性、双侧夏道克征阳性, 双侧拉塞格征阳性, 植物神经系统皮肤划痕呈白色延长。

实验室检查及辅助检查: 血常规示白细胞 $21.8 \times 10^9/L$, 红细胞 $4.38 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 130 g/L, 中性粒细胞 0.886, 淋巴细胞 0.060。尿常规结果: 糖(++++)、蛋白(+), 潜血(++), 酮体(++)。血糖 27.2 mmol/L, 血 Na^+ 127 mmol/L。腰穿脑脊液常规检查示外观无色浑浊, 蛋白(++), 细胞总数 $1.71 \times 10^9/L$, 白细胞 $1.03 \times 10^9/L$, 单核细胞 0.05, 多核细胞 0.95; 脑脊液生化检查: 氯化物 29.61 mmol/L, 蛋白质 970 mg/L, 糖 3.9 mmol/L。脊髓磁共振水成像(MRm)示: 第 2 腰椎水平以下蛛网膜下腔内异常信号, 考虑粘连或脓肿。

入院诊断: 急性化脓性脊髓炎, 糖尿病, 糖尿病性周围神经病。

治疗经过: 入院后即给予导尿、留置导尿管, 抗生素静脉滴注, 胰岛素控制血糖, 纠正低蛋白血症和电解质紊乱等处理, 炎症、血糖控制, 体温渐降至正常, 但腰痛未缓解, 须服芬必得或去痛片。应用弥可保、维生素 B1、B6 等, 效果差。

2001 年 1 月 15 日开始以中药治疗为主。当前患者疼痛性质以刺痛为主, 每日上午较轻, 中午 12 时始疼痛加重, 夜间更甚, 腰痛呈刀割样剧痛, 渐至使用强痛定等镇痛剂亦不能止痛。详询疼痛情况, 患者以胸腹侧痛为甚, 腰背侧痛稍轻。伴双下肢无力、麻木, 不能站立, 食欲不振、纳差, 恶心, 小便仍需持续导尿, 大便干, 隔日一行。舌质紫暗, 苔薄腻, 脉左沉细, 右弦大。辨证为任督亏虚, 经脉瘀滞、脾胃失运, 治则调补奇经, 化瘀通脉、健运脾胃, 以活络效灵丹加味: 紫丹参 30 g, 当归 20 g, 乳香 6 g, 没药 6 g, 乌贼骨 15 g, 豨莶草 15 g, 杜仲 15 g, 肉苁蓉

20 g, 川楝子 15 g, 生鸡内金 12 g, 白术 10 g, 水煎服 5 剂, 每日 1 剂, 早晚分服。1 月 20 日二诊: 服上方 1 剂后, 夜间疼痛即较前减轻, 食欲改善, 无恶心。小便能自行排出, 已于前一日拔除尿管, 大便通畅。目前腰及周身轻度疼痛, 不需西药止痛, 舌脉同前。上方肉苁蓉减为 15 g, 加巴戟天 12 g、川断 12 g, 继服 8 剂。2 月 2 日三诊: 服上方后, 于 1 月 25 日患者已能独立站立; 1 月 27 日已能行走约 5 m。查体: 双下肢肌力 IV 级, 病理征(±)。复查 MRm, 示第 11 胸椎水平以下脊髓及圆锥内异常信号, 考虑为脊髓病变软化灶形成, 蛛网膜下腔病变与入院后检查相比有明显好转。目前全身疼痛消失, 惟躯干及下肢瘙痒, 夜寐转安, 食欲好, 纳增, 舌质暗, 苔薄白, 脉细弦。原方去豨莶草、杜仲、川楝子、巴戟天、川断, 加潼、白蒺藜各 15 g, 苍术 12 g, 生黄芪 15 g, 山萸肉 15 g, 僵蚕 12 g。继服 7 剂善后, 诸症缓解, 准备出院。随访 4 年半痊愈, 腰痛未复发。

2 讨论

急性化脓性脊髓炎是由细菌感染引起的脊髓急性化脓性炎症, 临床罕见。发病多由于全身或局部感染, 细菌经血液循环或直接带入等途径进入脊髓, 且以金黄色葡萄球菌最多见, 其次为大肠杆菌或变形杆菌, 病变多累及胸段, 出现部分或完全性脊髓横贯性损害, 于 1 周内症状达到高峰。目前西医主要治疗是用抗生素, 配合支持和对症治疗, 必要时切开引流。该患者无明显细菌感染灶, 可能与糖尿病长期控制不良引起的体内潜在炎症有关。依据病史、症状、体征、实验室辅助检查, 可明确诊断为急性化脓性脊髓炎。虽应用大量抗生素控制炎症, 胰岛素控制血糖, 但患者疼痛症状并未随炎症和血糖的控制而减轻, 反有加重之势, 表现为日轻夜重特点的刺痛、刀割样

作者简介: 谷万里(1971-), 男(汉族), 山东聊城人, 博士研究生, 副主任医师, 获省、市科技进步奖 4 项, 主编著作 3 部, 参编 5 部, 发表文章近百篇。

剧痛,应用西药强力镇痛效果差。

对本病的辨证,史教授认为应从以下两个方面入手。一方面,从疼痛入手。首先根据患者疼痛的特点,脊髓病变局部经过了炎症、渗出、化脓、机化、粘连的病理过程,所表现出的刺痛、昼轻夜重的疼痛特点,属中医的“血瘀证”疼痛。其次根据疼痛的部位,腰为肾之府,脊髓病变处于腰背部督脉,故本病与肾和脊髓有密切的联系。督脉循行于脊里,处背部正中线,“总督诸阳”,为“阳脉之海”,其脉气与各阳经都有联系。脏腑通过足太阳膀胱经背部的俞穴受督脉经气的支配,因此,脏腑的功能活动均与督脉有关。督脉为病,气机受阻,清阳之气不能上升,则腰脊强痛。同时,督脉的别络由小腹上行,如脉气失调,可导致腹痛、癃闭等证。渐至胸腹部亦痛,疼痛又涉及任冲之脉。治疗应根据病变部位,辨证与辨病结合,从奇经论治。奇经八脉以通为补,应采取通补奇经之法,活血化瘀即是通补之法。

另一方面,从体质入手。患者久有肺结核病史和糖尿病,中医认为二病均以阴虚为本,故患者多属阴虚之体。且患者

血糖长期控制不良,阴虚为本,燥热内结,督脉瘀阻,瘀热搏结成脓而发病。史教授认为,从中西医结合的视角,青霉素类抗生素属中医学中的寒凉药物,虽对炎症有良好的作用,但长期大量应用,会对虚、寒性体质患者造成不良影响。中医认为“寒主收引”,过用寒凉会使经脉拘挛、瘀滞,不通则痛。且久病及肾,日久肾阳亦虚,据患者舌脉症状,当属虚、瘀为患。因此,虽经抗炎、降糖治疗后病情控制,但患者腰痛等症状并未随之缓解。

总之,患者肾虚督弱为根本,经脉瘀滞、脾胃失运为标。治疗应针对上述病机,标本兼顾。一方面,史教授擅长应用活血化瘀法,注重辨证,有是证则用是药,并强调要气血兼顾,以活血化瘀、通络止痛的活络效灵丹为主方。活络效灵丹是张锡纯“治气血郁滞肢体疼痛方”(《医学衷中参西录》),临床疗效确切。其中,丹参、当归为活血化瘀之常用要药,能活血养血、化瘀而不伤正,乳香、没药“为宣通脏腑流通经络之要药……其通气活血之力,又善治风寒湿痹、周身麻木、四肢不遂及一切疮疡肿痛”。患者所

用大量抗生素均为寒凉之品,易伤及奇经督、任、冲脉,故不但腰背疼痛,渐至胸腹疼痛更甚。治疗宗张氏“冲任主血,而活络效灵丹诸药品,皆善入血分,通经络……川楝子直入冲任,而消解其瘀热”之意而加川楝子。另加豨莶草疏通经络,生鸡内金软坚散结、善化瘀积,又能健脾胃。另一方面,督主身后之阳,任、冲主身前之阴,冲任督三脉,同起而异行,一源而三歧。史教授认为,奇经八脉隶于肝肾,故补益奇经八脉的药物均为补肝肾之品。肾主骨生髓,脊柱、脊髓乃督脉循行之处,故加用杜仲、肉苁蓉、乌贼骨以补肾壮督,调理奇经。患者同时存在脾失健运,故以白术健脾化湿和胃。

诸药合用,共奏调补奇经、化瘀通脉、健运脾胃之功,一剂知,收效显著。善后药物调整,均在活络效灵丹基础上,加减补益肝肾、理气健脾之品。临床证实,中药参与治疗后,患者各项症状、体征均于短期内明显改善,且疗效巩固。

(收稿日期:2005-12-12)

修回日期:2006-03-13)

(本文编辑:李银平)

• 基层园地 •

29 例子痫治疗体会

赵学霞

(天津市北辰医院,天津 300400)

【关键词】 子痫;围产期;治疗

中图分类号:R271.41 文献标识码:B 文章编号:1008-9691(2006)04-0251-01

总结 1990 年 12 月—2000 年 1 月收治的子痫患者资料,报告如下。

1 临床资料

1.1 病例:29 例患者年龄 19~38 岁;初产妇 25 例,经产妇 4 例;未行正规孕检 19 例,10 例门诊诊为中度子痫前期,对症治疗。产前子痫 24 例,产前、产后难以控制子痫 2 例,产后子痫 3 例。26 例血压高,3 例血压正常,尿蛋白(+++)~(++++)。20 例有头疼、胸闷、视力模糊、恶心、呕吐等前驱症状,9 例无前驱症状。终止妊娠时间:反复抽搐 2 例在抽搐停止 30 min 手术,其余在 6~12 h 内终止妊娠。29 例患者产后子痫均发生

在 12 h 之内。

1.2 治疗:①冬眠 I 号 3 ml 肌肉注射(肌注)。②硫酸镁 5 g 肌注,15 g 静脉滴注(静滴),中间加间隔液以解除全身小动脉痉挛。③甘露醇 250 ml 快速静滴降颅压,如出现心率 ≥ 100 次/min 时静脉用速尿 40 mg,用药期间记出入量,注意心率、呼吸、膝腱反射。④地塞米松 20 mg 静脉给药以减少毛细血管通透性,减轻脑水肿,并增加尿量。⑤对血压不降、抽搐难控制者给硝普钠,东莨菪碱;对有心力衰竭征兆者给予西地兰、速尿。同时注意输液速度、输液量,纠正酸中毒、低蛋白、贫血等。

1.3 结果:24 例患者一次处理子痫得到控制;2 例因反复抽搐行剖宫产术,术

后仍抽搐,给硝普钠、东莨菪碱得以缓解;3 例因基础血压低引起产后子痫,处理后好转。29 例无合并症发生。围生儿 29 例。

2 讨论

以安定、硫酸镁和冬眠 I 号综合治疗迅速控制抽搐。硫酸镁治疗剂量必须足,注意输液速度和利尿剂的应用,达不到有效血镁浓度不足以止抽。同时检测呼吸、膝腱反射及尿量。对频繁抽搐者,用抗胆碱类药物,但剂量不能小,配合降压药可达到良好效果。对重度子痫前期孕周达 37 周者应终止妊娠。

(收稿日期:2006-06-20)

(本文编辑:李银平)

作者简介:赵学霞(1957-),女(汉族),天津人,主治医师。