

# 李振华辨证治疗面瘫

□李鹏辉 李志刚 李晓铭

## 案例一

2009年10月28日初诊 王某,男性,50岁,口眼歪斜4个月有余。

**病史** 患者于2009年6月突然出现口眼歪斜,左眼角下垂,流泪,左侧面部麻木,流口水,语言不利,曾在河南两家省级医院及沈阳某医院经中西药物及针灸治疗4个月有余,效果不明显,后经朋友介绍前来求诊。

**症状** 患者口眼歪斜,左眼角下垂,左眼不能完全闭合,流泪,左侧面部麻木,流口水,语言不流利,舌体端正,舌质淡红,舌苔薄白,脉弦。

**中医诊断** 口眼歪斜(中风)。

**西医诊断** 面神经麻痹(面瘫)。

**治则** 益气养血,活血通络,祛风解痉。

**方药** 加味牵正散。黄芪20克,当归12克,川芎10克,赤芍15克,川羌活10克,荆芥10克,丹参15克,白附子10克,醋香附12克,全蝎10克,炒僵蚕10克,地龙15克,天麻10克,蝉蜕10克,细辛3克,鸡血藤25克,菊花12克,甘草3克。共35剂。每天1剂,水煎,分2次服用。

患者守方服药35剂后,病告痊愈。

**按语** 面神经麻痹属中医口眼歪斜的范畴,多由风邪入侵

面部留而不去,痰浊阻滞经络所致,以突发面部麻木,口眼歪斜为主要表现。该病乃本虚标实之证,属于阳明经筋病,系正虚不足,络脉空虚,卫气不固,风邪乘虚侵袭面部经络,风邪为六淫之首,善行而数变,且风为阳邪,易伤筋,筋脉失养,而口眼歪斜不愈者,更当以益气养血活血为主,佐以祛风通络。

《医学心悟·中风门》中记载:“治风中经络,口眼歪斜,半身不遂,或语言謇涩,乃血弱不能养于筋,宜用养血疏风之剂,经云:治风先治血,血行风自灭是也。”该方在牵正散祛风解痉的基础上加补气养血活血之黄芪、丹参、当归、川芎、赤芍、鸡血藤,使气旺血盛,气行则血行,血行风自灭。黄芪性虽温补,而能通调血脉,故为治疗气虚血瘀引

起中风偏瘫口眼歪斜的要药。《本草正义》中记载:“丹参专入血分,其功在于活血行血,内之达脏腑……外之利关节而通脉络。”荆芥、羌活、地龙、天麻、蝉蜕、细辛,祛风解痉。《药性论》谓羌活:“治贼风、失声不语,多痒血癩,手足不遂,口面歪斜遍身顽痹”。荆芥味辛、性温、无毒,主治口眼歪斜,通利血脉,化痰血死血,祛风利窍,治头风如神;菊花,散头风;醋香附,理气解郁;甘草调和诸药,全方共奏益气养血、活血通络、祛风解痉之功效。该方补气而不滞,祛风通络而不伤正,使正复邪祛,故病告痊愈。

此外,外风与内风之间常可相互影响,外风可引动内风,内

虚,健运失职,湿邪阻滞,脉络瘀阻而发病。该患者病程长、症状多样、病情复杂,既有外感风湿,又有内伤劳倦,心脾两虚。根据病情之缓急,脏腑气血之盛衰,李振华对该病分3个阶段治疗:首先,以生脉饮加味,另配伍白干参、藏红花、三七等药制成的胶囊,养心健脾、活血化痰,重点以护心为主,使心之气血充盈,鼓动有力,血脉运行正常。其次,该病为伤风入中、经络不通,故治宜祛风除湿、活血通络;重用虫类药物,一则是虫类药物有活血通络的作用,使风祛湿除、经络得通,则面部知觉恢复,张口困难及舌不灵活均改善;最后是病已与外风无关,为脾虚湿盛,治宜健脾祛湿、通窍活血,患者最终痊愈。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院全国名老中医李郁生传承工作室)

## 案例二

2009年1月6日初诊 张某,男性,51岁,口眼歪斜3年有余。

**病史** 患者1993年起左侧面部麻木;1997年在深圳某医院被诊断为风湿性心脏病,用中西药治疗效果不明显;2000年出现舌不能向右侧伸;2005年症状加重,每天晨起出现口眼向左歪斜,伴有头痛、眼痛,左侧面部不出汗,在省内某医院曾做磁共振检查未见异常,应用黄芪针、脉络宁治疗7天,起初有效,后出现心烦急躁,又服用脑心通,无明显疗效,头痛如裹持续不减,而后转诊到另外一家西医院按脑梗塞治疗1年。北京某医院按神经性头痛治疗均无明显效果,后转省内多家医院治疗,前后历时16年,效果均不明显并日渐加重。2009年1月经朋友介绍,患者慕名找到国医大师李振华寻求治疗。

**刻诊** 心悸,胸闷,气短,失眠,口角向左歪斜,左侧面部无知觉,抬捏均无感觉,局部发凉,无汗,张口困难,涎流,舌伸不出,语言不利,头痛如裹,行走不稳,向一侧倾斜,坐立不安,心烦急躁易怒,记忆力减退,每天癫痫发作10余次(每次持续几秒钟),面色黧黑,舌质淡,舌体胖大,苔白厚腻,脉弦滑。

**中医诊断** 口眼歪斜(气虚湿困、脉络瘀阻)。

**西医诊断** 面神经麻痹。

**治则** 养心健脾,顾护正气。

**方药** 党参15克,麦冬15克,五味子10克,生地15克,茯神15克,丹参15克,远志10克,酸枣仁15克,节菖蒲10克,龙齿15克,阿胶10克,黄连5克,天麻10克,细辛3克,甘草3克。每天1剂,水煎,分2次服用。另用白干参、藏红花、三七等粉碎制成胶囊,每次3粒,每天3次,口服。

2009年2月28日二诊 服上药后心悸、胸闷、气短明显好转,睡眠改善,心烦急躁易怒不减,舌尖红,舌苔薄腻,此为肝郁化火之象。

**治则** 健脾除湿,平肝熄风,化痰通络。

**方药** 当归10克,白芍15克,炒白术10克,茯苓15克,柴胡5克,香附10克,郁金10克,节菖蒲10克,枳壳10克,天麻10克,细辛3克,炒栀子10克,白豆蔻10克,钩藤12克,全蝎10克,牡丹皮10克,川芎10克。每天1剂,水煎,分2次服用。

2009年5月26日三诊 患者舌已能伸出口外,癫痫发作次数减少,心烦、急躁、易怒消失,头痛明显减轻,面部有知觉,行走

平稳。

**方药** 炒白术10克,茯苓15克,橘红10克,半夏10克,香附10克,郁金10克,节菖蒲10克,泽泻15克,穿山甲8克,川芎10克,僵蚕10克,白附子10克,苍术10克,丹参15克,全蝎10克,桂枝6克,豆蔻10克,佛手10克,生薏苡仁30克,甘草3克。每天1剂,水煎,分2次服用。

2009年7月24日四诊 口角已无明显歪斜,语言清晰,左侧面部感觉基本正常,记忆力明显改善,面色稍黯,舌尖红,舌体胖大。

**方药** 炒白术10克,茯苓15克,橘红10克,半夏10克,香附10克,豆蔻10克,佛手12克,郁金10克,节菖蒲10克,莲子心6克,泽泻15克,川芎10克,全蝎10克,穿山甲8克,细辛3克,苍术10克,天麻10克,麝香0.5克(分2次冲服),甘草3克,葱白10厘米为引。用法同上。

2009年8月19日五诊 患者症状均已消失,行走坐卧均如常人,无癫痫发作,要求继续服药,以巩固疗效。

**方药** 苍术10克,白术10克,茯苓15克,橘红10克,早半夏10克,香附10克,郁金10克,节菖蒲10克,泽泻18克,川芎10

克,天麻10克,桃仁10克,莪术12克,胆南星10克,全蝎10克,穿山甲8克,细辛3克,香0.5克(分2次冲服),甘草3克,葱白10厘米为引,每天1剂,水煎,分2次服用。

**按语** 患者半边脸无汗,属中医学的“偏沮”,由气血不能物流周身所致;面部无知觉,口角歪斜,无汗,张口困难,涎流,舌伸不出,语言不利,是由于正气不足,营卫俱虚,络脉空虚,外邪入侵经络所致;短暂发作的癫痫提示痰湿阻遏清阳,清窍被蒙;心悸、胸闷、气短为心气亏虚,气血不调;记忆力减退为心脾两虚,气血不足;头痛如裹,行走不稳,向一侧倾斜,坐立不安,均为脾失健运,清阳不升,浊阴不降,痰瘀互结,脉络失养之象。

李振华详细询问患者病史,得知患者在发病之前长期在深圳工作,经常涉水淋雨,感受风湿之邪,加之紧张劳累,心脾气



## 经验之谈

# 多部位皮肤感染诊疗感悟

□郭宏强

**初诊** 患者李某,男性,60岁,患骨髓增生异常综合征6年有余,在5月15日入住笔者所在医院血液科。入院后,患者出现体温升高,畏寒,考虑为上呼吸道感染,给予头孢他啶抗感染治疗,予以阿托伐他汀联合阿司匹林治疗。化疗后患者出现IV度骨髓抑制,咳嗽、咯痰,予以阿昔洛韦抗病毒治疗,用药后依然咳嗽、咯痰,体温升高,伴有腹痛,随即换用美罗培南及庆大霉素治疗,控制效果欠佳,体温为38.5摄氏度。停用美罗培南,采用哌拉西林钠他唑巴坦联合利奈唑胺治疗,控制效果欠佳,加用伏立康唑抗真菌治疗。6月13日,患者臀部出现大面积感染,红斑上有脓点,伴有疼痛,体温达39.6摄氏度,予以阿昔洛韦静脉滴注,感染范围扩散至整个臀部、会阴部及小腹,改用美罗培南联合利奈唑胺、阿昔洛韦与伏立康唑,口服奥司他韦胶囊,

但高热未退,感染范围继续扩散,并且左侧腋窝下也出现了感染病灶。6月17日,患者加用替加环素3天无效。6月21日,患者加用替考拉宁及免疫球蛋白注射,外用多黏菌素及康复新液,仍然畏寒、高热,感染范围继续扩散,右上肢也出现了感染病变。6月22日,医院组织多学科专家会诊,患者面色萎黄,口干,畏寒,发热,体温为39.6摄氏度,臀部、腰部、会阴部、小腹、左腋下、右上肢肘窝处皮肤暗红溃烂,有脓点,气短乏力,食欲差,睡眠差,查舌质淡,苔白厚腻,微黄,右手脉滑,左手脉弦。

**辨证** 肝脾不和,寒湿蕴热。

**方药** 柴胡25克,黄芩15克,薏苡仁60克,杏仁10克,白豆蔻6克,滑石15克,通草10克,芦根30克,干姜15克,桂枝15克,清半夏20克,人参9克,黄芪90克,地肤子15克,蝉蜕15克,生姜20克。共7剂。水

煎服,每天1.5剂,分3次服用。6月25日,患者皮肤病变已明显好转,体温降低。

6月26日,随访患者体温下降,最高38摄氏度,食欲较前好转,气短好转。

6月30日,医院再次组织多学科专家会诊。患者口微干,面色较前红润,近2天体温正常,体温最高一次为38.5摄氏度,无畏寒,臀部及左侧腋下皮肤溃烂大部分已结痂,疼痛明显减轻,食欲较前好转,睡眠佳,乏力较前好转,不再需要吸氧,查舌质淡红,苔白,中心黄,部分因服用中药染色所致,脉弦。

**辨证** 肝脾不和、湿滞蕴热。

**方药** 柴胡25克,黄芩15克,薏苡仁60克,杏仁10克,白豆蔻6克,滑石15克,通草10克,干姜15克,清半夏20克,王不留行15克,地肤子15克,白鲜

皮30克,蝉蜕15克,黄芪90克,当归15克。共7剂。水煎服,每天1.5剂,分3次服用。

**方剂分析与个人感悟** 患者经专家会诊以后,应用了较多的药物,但病变仍然在全身蔓延。会诊时,患者体温接近40摄氏度,寒热往来,且左手脉弦,故考虑少阳经病的可能,而舌质淡红,苔白厚腻,食欲差;右手脉滑,乃脾阳不足寒湿停滯所致,而苔微黄、寒湿蕴热、气短乏力乃脾肺之气亦不足。脾阳不足,湿滞不运,使肝胆内瘀于里。皮肤的溃烂只是内部不导致的一种外部表现,故以调内为主,兼顾皮肤。遂以小柴胡汤以和解少阳,以三仁汤为主方加干姜、桂枝变清利湿热之方,为温补脾阳、清热燥湿。同时,桂枝汤助柴胡达少阳之热。应脾肺之气不足,用黄芪助人参补表里之气,达邪外出。地肤子本可清利湿热;特别是可去皮肤

中之湿热;蝉蜕则可疏风透疹,以皮而补皮。3日后随访,患者病情有所好转,8日后随访各种症状已经全部好转。继续以一方为主方加减,加王不留行以托毒敛疮。因患者皮肤溃烂渗血,故以当归配黄芪以补气生肌,扶助正气。患者从入院就有咳嗽、咯白痰,从中医角度考虑患者应该是素体脾肺阳虚而致脾寒不化,化疗后出现骨髓抑制等。患者体质虚寒,更无力运化寒饮,而化疗所致细胞内热释放,因寒饮弥漫体内,邪热不出,故出现寒饮蕴热。患者出现腹泻,乃人体的一种自救方式以排泄,止泻药邪无出路则从皮肤而发致蔓延扩散。因此,人体是一个整体,我们不要将其割裂开,应该有整体观,这样就会了解其病证演变过程,对临床辨证用药的准确性是有帮助的。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

## 中医特色疗法

# 棍针拨筋综合疗法治疗慢性腰痛

□嵇辉 杨增敏

慢性腰痛是指持续至少12周的腰部疼痛或不适,其中80%~90%属于非特异性腰痛,即无明确病因、神经根病变或特定的脊柱疾病。中医学将此病归类为“腰痛”或“腰痹”。南京市名中医、南京市中西医结合医院骨科主任中医师杨增敏提出“因虚致痹”概念。患者阳气不足或久居阴冷潮湿之地,寒湿邪气在腰部凝聚,阳气受阻,筋骨肌肉失于濡养,寒性收引,寒内生发为疼痛;湿性黏滞,侵袭机体后可损人体阳气,导致气阻血瘀。该病是中医骨伤科的优势病种。笔者近期采用棍针拨筋综合疗法,治疗了一例慢性腰痛患者,并取得了良好的疗效。

2024年10月14日初诊 王某,男性,56岁,腰部酸痛伴活动受限3个月,加重6天。患者3个月前因久坐出现腰部酸痛,活动受限,近6天症状加重,休息后疼痛未缓解。

**刻诊** 患者夜间、久坐劳累后腰部疼痛症状加重,活动不利,无下肢麻木,舌暗苔白,舌下脉络青紫,脉沉弦。

**查体** 腰部、双侧髂胫束压痛,右侧腰部竖脊肌轻微萎缩,直腿抬高试验(-),无下肢麻木。

**西医诊断** 腰痛(寒湿痹阻)。

**治则** 温经散寒,祛湿通络。

**外治法** 棍针长约22厘米,双头设计,一端铲刀形,一端牛角形,两端凸起,中间凹陷。棍针操作时,患者需要露出腰背、骶尾及臀部。医者用拇指指腹,沿足太阳经、足少阳经及督脉方向施压,寻找“结筋”病灶。特别要注意腰椎(L1~L5)棘突、三焦俞穴等部位,触及增厚肌肉时,询问患者感受,若疼痛强烈,用记号笔标记。使用铲刀头松懈腰背部肌肉和关节,找到竖脊肌和腰大肌起止点。消毒后,用棍针牛角头在标记位置进行圆周旋转(轻推慢按),手法要柔和,持续约15分钟。施术时观察患者感受,对疼痛部位用棍针扁平端进行弹、拨、点、按,力度要适中,避免出现血痕。

10月16日二诊 患者腰背疼痛症状较前明显减轻。继续按原方案治疗,共治疗4次,患者基本无明显疼痛,活动范围基本恢复正常。

**按语** 棍针疗法,源于推拿、按摩,专治筋病,特别是慢性腰痛。治疗时,重点刺激督脉,因腰部受邪气侵袭,气血运行受阻,督脉受损,导致阳气不足。足太阳经筋和足少阳经筋在腰部的异常,也会引起腰痛。L1~L5棘突和后腰部穴位(如三焦俞穴、肾俞穴等),以及髂肌附着处的穴位,都是治疗的关键点。腰痛通常由外邪侵袭或劳损损伤筋内、骨节引起,导致邪气闭阻。“不通则痛”“气不足则不用,血不足则不仁”,表现为疼痛、麻木、强直等症。治疗时,应遵循“以痛为腧”的原则,采用触诊结合问诊的方法,寻找条索状或不同形状的结节疼痛点,操作时直达病灶。此外,通过刺激病灶处神经,使筋脉调达、气血通行,通则不痛,恢复“主束骨”“利机关”的功能,在一定程度上可以协调腰椎的动态与静态平衡。

(作者供职于江苏省南京市中西医结合医院)

# 补脾益肾、化痰通络 治疗痛风性关节炎

□王利民

蔡某,男性,42岁。患者自述双足第一跖趾关节肿痛,畸形7年有余,饮酒、进食荤腥食物则疼痛加剧,昼轻夜甚,行动不便,近一周加重,前来就诊。

**诊见** 患者双足第一跖趾关节处红肿,畸形,触之有热,托毒敛疮。因患者皮肤溃烂渗血,故以当归配黄芪以补气生肌,扶助正气。患者从入院就有咳嗽、咯白痰,从中医角度考虑患者应该是素体脾肺阳虚而致脾寒不化,化疗后出现骨髓抑制等。患者体质虚寒,更无力运化寒饮,而化疗所致细胞内热释放,因寒饮弥漫体内,邪热不出,故出现寒饮蕴热。患者出现腹泻,乃人体的一种自救方式以排泄,止泻药邪无出路则从皮肤而发致蔓延扩散。因此,人体是一个整体,我们不要将其割裂开,应该有整体观,这样就会了解其病证演变过程,对临床辨证用药的准确性是有帮助的。

**辨证** 脾肾两虚、痰湿凝滞、经络痹阻。

**治则** 补益脾肾、利湿化痰、活血通络。

**方药** 薏苡仁、山药各20克,肉苁蓉、丹参各15克,巴戟天、淫羊藿、生地、熟地、炒杜仲、鸡血藤各12克,白术、杏仁、红花、赤芍、川牛膝、海风藤、海狗活络丸。

(作者供职于河南省濮阳市濮阳县张寨村卫生室)

## 征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推治验》《临证心悟》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

**稿件要求:**一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

**联系人:**朱老师  
**电话:**13783596707  
**投稿邮箱:**5615865@qq.com

本版药方需要在专业医生指导下使用

## 验案举隅

# 验案两则

□冯普生

**病例一**

**初诊** 赵某,女性,27岁。患者在家中沐浴后,汗出当风,夜半恶寒发热,随后四肢筋骨酸楚剧痛,治疗两个月无效,遂求助于笔者。

**诊见** 患者形体羸弱,肤色熏黄,双臂不举,步履维艰,茶饭不思,头晕恶心,低热不退,入夜汗湿被褥,苔腻微黄,脉弦细。

**辨证** 此乃风湿历节证。《黄帝内经》中记载:“风寒湿三气杂之,合而为痹也。”沐浴后腠理疏松,卫外失职,风寒夹湿乘虚内侵,渐次化热,湿热留恋经络,血脉泣而不行,则肢体痛楚难忍,屈伸不利,湿热上蒸则面目虚浮熏黄,湿遏热伏则胶结难解。夜汗湿褥,清阳不升则头晕,浊阴不降则呕恶。湿注下焦则脚肿,中焦

被困运化失司则食欲不振。苔腻微黄属湿证之象,脉弦细为营阴亏损之征。

**治则** 祛风散寒除湿,养阴清热通络。

**方药** 桂枝芍药汤加母汤。麻黄5克,桂枝6克,附子12克,白术15克,防风13克,芍药13克,知母12克,生姜6克,甘草9克,黄芪18克,制川乌(先煎)10克。

**按语** 麻黄、桂枝祛风通阳,附子温经止痛,白术、防风祛风除湿,芍药、知母清养阴、生肌、甘草和胃调中,黄芪扶正固本,制川乌祛寒止痛。随证化裁,患者服药20余剂后诸症悉平。

**病例二**

**初诊** 钟某,男性,85岁,素有痰疾,常自觉背部发冷,令人拔罐捶背后背症状缓解。患者食用大肉饺子后又感风寒,清晨即痰涎涌盛,胸膈痞闷,伏榻而卧,气短心悸,头昏目眩,舌苔白滑,脉弦滑。

**辨证** 此新感引动伏饮之证。膈上伏饮,致阳气不布,则背常恶寒;寒饮得温,则散故喜拔罐捶背。肺失宣肃则咳嗽痰多,不能平卧,甚至张口抬肩以助呼吸;饮停中焦,则胸膈支满;水饮渍肺,妨碍呼吸之气则短气;水气凌心,则心悸;阴乘阳位,则头昏目眩;气不化津,津不上承则渴不多饮;舌脉皆痰饮之象。“痰饮者,当以温药和之”。

**方药** 苓桂术甘汤。茯苓15克,桂枝6克,白术13克,甘草10克,厚朴12克,杏仁13克,生姜6克,大枣6枚。

**按语** 茯苓淡渗利水,桂枝辛温通阳,二者合用温阳化水;白术健脾除湿,甘草补中益气,二者合用可补土制水;厚朴下气消痰,杏仁宣肺降气,生姜宣散水气,大枣培补中土。患者服药1剂后即有效果,服用6剂后痊愈。

(作者供职于河南省博爱县金城乡西马营村中医诊所)