

上干心神,故心悸。以理痰汤治痰之本;加生龙骨、生牡蛎宁心固肾,安神清热;以黄连清心泻火;以酸枣仁、柏子仁宁心神,补心气。标本同治,痰消火清,功效立见。本病当嘱患者节饮食,适当运动,增强体质,并避风寒,以断病源,方能阻其复发。

4 男性不育少精症

杨某,男,32岁,2013年3月17日初诊。患者结婚2年,性生活正常,未采取避孕措施,而女方未孕。已排除女方问题。曾多处求治,诊断:少精症。间断采用各类治疗,未见疗效。诊见:精神疲惫,面色无华,形体肥胖,腕闷纳呆,肢体困重。舌淡苔白滑,脉沉缓。精液常规示:精子密度为 $12 \times 10^6/\text{mL}$,液化时间大于30 min。泌尿系统B超未见异常。中医诊断:不育症,痰湿内阻。处方:生苡实、淫羊藿

各15 g,清半夏、黑芝麻各9 g,白芍、白术、茯苓、陈皮、柏子仁各6 g。每天1剂,水煎,分2次服。

服药2周,自觉精神转佳,食欲好转。3月后,复查精液常规已恢复正常。再过3月,患者来报,妻子已怀孕。

按:本病为患者脾肾不足,不能运化津液,水湿聚而为痰,流窜经络,扰乱精室而致。肾为生痰之本,理痰汤治痰着重于肾,本方加淫羊藿以助温肾补精,加白术以健脾。肾脾阳气充沛,气行则津液行,而痰湿自化,精室得复。此类疾患只要辨证准确,使用理痰汤加减大多有效,但因不是清一时之痰湿而能奏功,故服药时间必得数月以上,须让患者适当运动,合理房事,不要急于求成,以免中途而废。

(责任编辑:刘淑婷)

运用李可经验治疗腰椎术后脑脊液漏医案5则

吴健放,桂平,陈红梅,阮永队,王洪申

东莞塘厦医院,广东 东莞 523710

[关键词] 脑脊液漏;腰椎术后;中医药疗法;医案;李可

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2017) 06-0202-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.06.075

有文献报道,脊柱外科手术中硬膜损伤的发生率为0.6%~17.4%,术后脑脊液漏的发生率为2.31%~9.37%,是脊柱脊髓手术的常见并发症之一^[1]。腰椎术后脑脊液漏的临床治疗相对棘手。2013年6月以来,笔者运用李可老师治疗重症疑难病经验治疗腰椎术后脑脊液漏5例,效果满意,现介绍如下。

1 肾阴亏虚,阴不抱阳案

刘某,女,42岁,2013年10月12日在长沙某医院行腰椎间盘突出核摘除术,术后第3天引流量160 mL,引出液检查为脑脊液,持续10天后拔管。拆线后切口与引流管口有少量脑脊液渗漏,继续治疗15天后出院。11月29日来本院就诊。症见:头晕头痛,心悸,失眠,纳呆,尿多不渴,腰酸软,膝冷痛,舌红无苔,脉洪大。查腰部引流口长约0.8 cm,愈合不良,有少量渗液,局部未扪及包块。CT扫描报告腰5/骶1呈术后改变,有少量积液。中医辨证属肾阴亏虚,阴不

抱阳。治以滋阴助阳,引火归原,方选引火汤加减。处方:熟地黄(砂仁10 g拌捣)90 g,巴戟天、龙骨(先煎)、牡蛎(先煎)各30 g,天冬、麦冬、茯苓、山茱萸各15 g,五灵脂、红参(另炖)、吴茱萸、炙甘草、益智仁各10 g,油桂(先吞)3 g、鲜生姜5片,大枣10枚,五味子、炮穿山甲各6 g。7剂,每天1剂,水煎服。

2013年12月7日二诊:症见引流口无渗液,愈合可,头痛消失,头晕、心悸、失眠、纳呆、尿多明显减轻,脉细弱。守上方加鹿角胶30 g,7剂,每天1剂,水煎服。

2013年12月15日三诊:头晕、心悸、膝冷痛明显减轻,睡眠好转,但仍有腰部酸软,小便清长,胃纳差,舌淡红、苔薄白,脉沉细。上方去五灵脂、炮穿山甲,加白术、山药、山楂各15 g,继服15剂后症状消失,CT复查腰椎术后积液消失。后随访18月无复发。

按:肾为先天之本,内寄命门之火,肾中水火共处一宅,

[收稿日期] 2016-11-18

[作者简介] 吴健放(1964-),男,副主任中医师,研究方向:骨折与脱位、颈肩腰腿痛的诊治。

水火相抱，阴平阳密。水足则火藏于下，温煦脏腑，统领一身气化。腰椎手术，督脉损伤，脑脊液渗漏，水亏于下，火失其制而离位上冲出现头晕、头痛、面赤如醉、心悸、失眠、尿多不渴、舌红无苔、脉洪大等火不归原证。傅青主的引火汤是治疗火不归原的经典名方，乃滋阴大剂，熟地黄用至90g，力量专一，取效甚捷；引火归原用巴戟、五味子、油桂，寓有阴中求阳之意。其中油桂独入血分，以油桂为向导，取其同气相求，引浮游之假热归于下焦，专治下焦痼疾。李可老师说：“中西医结合，中医绝不能‘对号入座，按图索骥’。多数情况，皆需另起炉灶，独立辨证。有时候甚至要反其道而行之。关键时候，要断然舍病从证，方可显示中医的特殊与优势”^[2]。笔者认为本案治疗腰椎术后脑脊液漏正是如此。

2 肺脾气虚，肾不主水案

阮某，男，56岁，2014年12月17日行第一腰椎骨折内固定术，术后切口引流量多，持续引流7天仍不能拔管。12月30日中医科会诊，症见：面白无华，气短自汗，畏寒腰痛，夜尿频数，切口与引流口无渗液，舌淡红、苔薄白，脉沉弱。曾于12月17日24h内引流出约为180mL无色液体。辨证属肺脾气虚，肾不主水。选济生肾气丸加减补肾温阳，益气化水；并重用黄芪补中上之气，气旺则气血畅通，气行则水行，水湿自去。处方：生黄芪90g，熟地黄、山药、山萸肉各30g，茯苓、泽泻、牡丹皮、牛膝、制附子、桃仁、红花、益智仁各10g，油桂3g，麻黄6g，枸杞子、菟丝子、盐补骨脂、淫羊藿各15g。5剂，每天1剂，水煎服。

2015年1月4日二诊：引流管拔除，引流口有少量渗液，面色红润，无气短与畏寒，腰痛减轻。治以健脾补肾益气，利水祛湿。处方：防己、干姜、桂枝、桃仁、红花、益智仁、牛膝、制附子各10g，黄芪、薏苡仁各45g，焦白术、茯苓、猪苓各30g，枸杞、菟丝子、盐补骨脂、淫羊藿(肾四味，李可经验方)各15g，麻黄6g。7剂，每天1剂，水煎服。

2015年1月12日三诊：守二诊方加苍术15g，继服7剂。1月21日腰椎CT扫描报告胸腰椎呈术后改变，局部无明显积液。

按：本患者肾阳虚弱气化无根，肾不主水；卫气闭塞，水道失调；脾失健运，水湿内停。治疗当重用黄芪补中上之气，气旺则周流全身；气行则水行，水湿自去。济生肾气加黄芪益命门之火以消阴翳。肾四味重在鼓舞肾气、统率八脉；加少许麻黄宣肺以通水道；桃仁、红花活血化瘀利水。附子、干姜、白术、茯苓、猪苓意在理中温阳、健脾祛湿、理中化水。若体虚可用阳和汤合五苓散，加黄芪、防己。若方药对症而收效微者，多为局部冰结不化所致，当加油桂开冰解冻。若兼有热毒结于局部，可用清热毒利水湿之品，但宜中病即止。

3 大气虚极下陷案

季某，男，42岁，于2013年11月17日在某县级医院行第1腰椎骨折内固定取出术，术后第16天切口全层裂开且

伴脑脊液中等量渗漏，转某省级医院再次手术治疗。期间服用了百余剂活血化瘀、清热解毒中药，效果不明显。2014年6月17日来本院求诊。症见：切口部位有一扁平隆起，有波动感，站立位时包块增大，卧位尤其是头低脚高位包块明显变小。穿刺可抽出微黄色的液体。并见神疲身懒，动则气喘，纳呆，尿多，畏寒肢冷，腰膝冷痛，舌淡红、有瘀点，苔薄白，脉沉弱。辨证属大气虚极下陷。治以补虚升陷，敛肝固肾。处方：黄芪、山萸肉各90g，知母20g，升麻、桔梗各6g，枸杞子、菟丝子、淫羊藿、补骨脂、生龙骨(先煎)、生牡蛎(先煎)各30g，制附子(先煎)15g，红参、柴胡、五灵脂、炙甘草各10g。7剂，每天1剂，水煎服。患者取平卧位，行包块穿刺180mL加压包扎。

2014年6月24日二诊：患者动则气喘、畏寒、尿多基本消失，膝以下冷痛明显减轻，改黄芪、山萸肉各45g，余药不变，继服7剂。

2014年7月3日三诊：卧床包块消失，但站立时包块隆起。守二诊方再服19剂，包块消失且无明显不适。2014年7月28日CT复查报告：切口及其周围无明显积液。随访1年无复发。

按：外伤、手术、腰椎术后长时间的脑脊液渗漏、长时间服用活血化瘀、清热解毒中药，耗气伤阳、大气开破，出现神疲身懒、动则气喘等大气下陷、虚极欲脱之证。张锡纯云：“……目睛上窜，势危欲脱，或喘逆，或怔忡，或气虚不足以息，诸症只见一端，便宜急服。”急则治其标，大补气元，升阳举陷，敛肝固肾，方选择黄芪、山萸肉为君；黄芪擅长补益气，但药性平和，非破格重用难以奏效；山萸肉尤能收敛元气，固涩滑脱，收涩之中，兼具条畅之性，故又能通利九窍，流通血脉，敛正气而不敛邪气，其救脱之功，较参术芪更胜；盖山萸肉之性，不独补肝，凡人身阴阳气血将散者皆能敛之。龙牡二药固肾摄精，收敛元气。红参与五灵脂有“相畏”之说，但人参归芎汤、定坤丹、化癥回生丸均有人参与五灵脂同用的记载。《张氏医通》云：“古方月闭，四物汤加入参、五灵脂，畏而不畏也。人参与五灵脂同用，最能浚血，为血瘀之方也”。笔者予人参与五灵脂同用治疗虚中夹瘀之腰椎术后难治性脑脊液漏，既启脾益气、化腐生肌，又化积消癥、活血化瘀。两者一补一通，相得益彰。中医治疗腰椎术后脑脊液漏贵在辨证论治，不必在病名上钻牛角尖，不能被西医束缚中医的思维。若拘泥西医的一知半解，外伤就行气活血，渗漏则固涩收敛，就会变证百出，坏证丛生。

4 气虚血瘀，阳虚气不化水案

李某，女，52岁，2010年3月12日行腰4/5椎间盘髓核摘除加椎弓根固定，术后2月发现手术部位有一无痛性包块。2013年11月因腰痛复发在某医院诊断为：①腰4/5椎间盘突出术后；②腰椎术后隐匿性脑脊液漏。2014年1月6日来本院求诊。症见：精神萎靡、嗜卧欲寐，畏寒，腰痛膝冷

喜温，左下肢麻木无力，舌淡红、有瘀点，苔薄白，脉沉伏。查：平板腰，正中纵形疤痕，左腰部有一扁平突起，无压痛，有波动感，边界不清楚，平卧缩小，站立位变大，腰部活动受限，左下肢直腿抬高试验阳性，股四头肌无明显萎缩。腰椎CT报告：腰椎呈术后改变，可见一36 mm×52 mm×45 mm皮下积液；腰4/5椎间盘向后左突出约5 mm，硬脊膜受压，左侧神经根受压明显。证属气虚血瘀，脾肾阳虚，气不化水。予补阳还五汤合五苓散合肾四味加减。处方：黄芪120 g，茯苓、猪苓各30 g，当归、赤芍、地龙、红花、桃仁、桂枝、白术、益智仁、黑芥穗、麻黄、制附子、淫羊藿、炮穿山甲各10 g，枸杞子、菟丝子、盐补骨脂各15 g。5剂，每天1剂，水煎服。行腰部包块穿刺抽吸出无色清亮液体约60 mL加压包扎。

1月11日二诊：精神萎靡，嗜卧欲寐，畏寒、腰痛无明显减轻，膝及膝部以下扪之如冰。再次穿刺包块抽吸出约50 mL无色清亮液体。改予温阳法治疗，处方：川乌(先煎)、制附子(先煎)、薏苡仁、益智仁、黑小豆、茯苓、猪苓、龙骨(先煎)、牡蛎(先煎)、白术各30 g，炙甘草60 g，麻黄、细辛各10 g，苍术、桂枝、牛膝、生姜各15 g，大枣10枚，蜂蜜250 mL。上方加水2 500 mL，文火煎成600 mL，分2次趁热服。5剂。

2014年1月17日三诊：诉腰痛去其一半，腰部包块较前明显减小。守上方再进7剂。

2014年1月25日四诊：患者腰痛腿麻冷症状十去其九，肉眼看不到腰部包块。故守上方川乌、制附子剂量减半，其他不变，再服10剂。药后腰腿不适消失，CT复查报告腰椎术后脑脊液已经完全吸收。随访18月病情未复发。

按：邪之中人，初必在表，失治则由表入里。正气愈虚，邪陷愈深。表既是邪之入路也当是邪之出路。李可老师^[2]说：“凡沉寒痼冷诸证，外邪深陷入里，冰伏难出者，非汗法不能解其死结”。故《内经》之“善治者治皮毛”，不单是为表证立法，也是治疗重难痼症的法宝。本案方中麻黄开提肺气，引邪外透；黑荆芥穗入血分、引深伏之邪由里出表。

李可老师^[2]指出：“剂量总是方剂治疗的核心，没有特定的量，便不能突破特定的质”；“方剂能否治病，除了恰中病机，配伍精当，便是特定的量”。笔者认为，中医治疗疑难病症不仅要辨证，还须辨药，关键时要大胆地非常规用药，做到“有是证，用是药，用是量”，务必使理法方药恰如病机，化裁取舍得当。本例川乌与附子同用，且超常规大剂量用药，安全无毒、疗效可靠。可能得益于附子类药合用强化了：①附子温

阳扶阳之力，尤其是温补脾胃之阳，守护一身之真阳元气；②附子通行十二经，外则达皮毛，里则达上元，扫荡阴寒峻猛凌厉；③补火助阳，温则改善气血运行，气滞血瘀渐渐消除；④附子良好的止痛效用；⑤与蜂蜜、炙甘草配伍、久煎减低了附子类药的毒性与不良反应。

5 阴弱阳浮，荣卫不和案

吴某，男，27岁，2013年6月17日行第二腰椎骨折内固定术，持续引流第12天，24 h引流量仍大于200 mL。诊断为腰椎术后脑脊液漏。某中医诊断为八脉病，采用填补之法，以大量滋补肝肾中药滋补肝肾、养阴固涩，治疗后症状与引流液不减。7月13日请笔者会诊。患者素体虚弱，易受风寒，头晕目眩，口干不渴，心悸，烦惊，多梦，腰膝酸软，切口甲级愈合，引流液清亮，舌淡嫩、苔薄白，脉阳浮阴弱。辨证为阴弱阳浮，荣卫不和，予桂枝加龙骨牡蛎汤合生脉饮加减以养阴潜阳，调和荣卫。处方：桂枝、白芍、山萸肉各15 g，龙骨、牡蛎、黄芪各30 g，生姜3片，大枣5枚，甘草5 g，麦冬、五味子各10 g。5剂，每天1剂，水煎服。

2013年7月18日二诊：引流液明显减少，头晕、心悸、烦惊明显减轻，守上方再服7剂。7月21日拔除引流管，7月28日腰膝酸软，引流管口无渗液，无其他不适，舌淡红、苔薄白，脉沉。予济生肾气丸加减10剂善后。8月11日CT复查报告腰椎局部呈术后改变，局部无明显积液。随访2年无复发。

按：李可老师^[2]认为八脉病的发病特点是：①久治不愈的频发痼疾；②定时发作类病证。该病人虽有“久病不愈”，但无发有定时之特点，故诊断为八脉空虚采用“填”法治疗是不妥当的。桂枝加龙骨牡蛎汤出自《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治第六》，其辨证要点是：①素体虚弱、不耐体力劳动、易受风寒、皮肤色白、纹理较细、肌表比较湿润；②伴有头晕目眩、口干不渴、心悸、烦惊、多梦；③舌淡嫩、苔薄白；④脉阳浮阴弱或芤动微紧。本案用桂枝加龙骨牡蛎汤加减，证、法、方、药吻合，故疗效满意。

[参考文献]

- [1] 林钢, 刘艳武, 罗卓荆. 脊柱手术后切口脑脊液漏21例临床分析[J]. 海南医学, 2006, 17(6): 90.
- [2] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2005.

(责任编辑: 冯天保)