

# 张磊涤浊法治疗吉兰-巴雷综合征经验介绍

李琰<sup>1</sup>, 岳姣姣<sup>2</sup>, 郑晓玲<sup>1</sup>, 付菊花<sup>1</sup>

1. 漯河市中医院, 河南 漯河 462000; 2. 河南中医药大学第三附属医院, 河南 郑州 450003

[关键词] 吉兰-巴雷综合征; 痿证; 涤浊法; 经验介绍; 张磊

[中图分类号] R745.4+3; R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0300-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.093

吉兰-巴雷综合征是一类免疫介导的急性炎性周围神经病, 表现为多发神经根及周围神经损害, 常有脑脊液蛋白-细胞分离现象, 多呈单时相自限性病程<sup>[1]</sup>。发病与空肠弯曲菌、巨细胞病毒、EB病毒和肺炎支原体等病原体的感染有关。多数患者神经功能在数周至数月内基本恢复, 少数遗留神经功能障碍。吉兰-巴雷综合征病死率约3%, 还有少数患者病情在恢复过程中出现波动。张磊教授为第三届国医大师、国家第二批全国老中医药专家学术经验继承人指导老师, 系国家“十五”攻关“名老中医学术思想、经验传承研究”课题研究的名老中医之一, 享受国务院特殊津贴。张教授医术精湛, 医理纯熟, 对内科疑难杂病的诊治颇具心得。笔者有幸跟师学习, 将其涤浊法思想治疗吉兰-巴雷综合征经验总结如下。

## 1 浊邪与本病的关系

中医古籍中并吉兰-巴雷综合征的记载, 多以肢体无力为主要症状, 将其归属于中医痿证范畴, 痿证是指肢体筋脉迟缓, 软弱无力, 不能随意运动, 或伴有肌肉萎缩的一种病症<sup>[2]</sup>。张教授认为本病皆由浊邪作祟, 包括湿浊、痰浊、瘀浊、脂浊等, 常由寒温不适、起居无常、饮食偏嗜或情志不畅, 水湿、痰饮、瘀血内生, 蕴积日久, 阻滞气机, 伤及络脉、脏腑、肌肉<sup>[3]</sup>。吉兰-巴雷综合征常分为肺热津伤、湿热浸淫、脾胃虚弱、肝肾亏损、脉络瘀阻等证型<sup>[4]</sup>, 其基本病机不外乎痰湿、火热、气虚、阴虚<sup>[5]</sup>。但临床中观察的吉兰-巴雷综合征患者, 与湿浊关系密切, 中医证候多以痰湿证型为主, 湿为阴邪, 多阻遏气机, 病程日久, 往往外损筋骨, 内损脏腑。《医原记略》中所说: “湿之为病最多, 人多不觉湿来, 但知避寒, 避风, 而不知避湿, 因其为害最缓, 最隐, 而难觉察也。”湿邪为病不易为人察觉, 一旦引起症状, 则病时已久, 病变已深。同时, 湿浊黏腻, 一般病程迁延, 症状缠绵, 胶着难祛。患者发病多以夏秋季节为主, 湿浊最盛, 《素问·五常政大论》: “暑以蒸之, 湿气在中”, 《素问·阴阳应象大论》: “湿

盛则濡泻”, 《素问·生气通天论》: “秋伤于湿”, 而患者长期吸烟, 内伤脾胃, 运化失司, 可致湿邪内盛加重病情。《素问·至真要大论》曰: “诸湿肿满, 皆属于脾”, 湿邪的形成, 无论外感于外或内生于内, 皆与平素脾虚有关。《医原·百病提纲论》曰: “内湿起于肺脾肾, 脾为重……脾为散输水津之源”, 《仁斋直指方》也指出: “湿能伤脾, 脾土一伤, 百病根源”, 由于脾胃虚则易生内湿, 而湿邪对人有易侵性, 故脾胃虚损之人极易受外在湿邪的侵入。这也与吉兰-巴雷综合征的西医病因类似, 多有胃肠道感染病史。脾胃运化不足, 上犯心肺, 宗气受损, 表现为呼吸肌麻痹; 下及肝肾, 肝肾不足, 筋骨不荣, 表现为痿软无力。浊邪致病, 往往缠绵难愈, 易成痼疾, 所以往往会遗留肢体无力、麻木后遗症, 或病程缠绵、复发。

## 2 涤浊法与本病的治疗

张教授认为在内科杂病之中, 浊邪致病较为常见, 湿浊内聚, 痰浊内生, 瘀浊内阻, 脂浊内蒙均可致病, 于是在长期的临床中不断探索、总结、提炼, 创立了涤浊法治疗各类浊病。其理论依据在于《素问·汤液醪醴论》“去宛陈莖”“疏涤五脏”之旨。涤浊法是以《古今录验方》之苇茎汤为主方, 桃仁、甜瓜子皆为润降之品, 一则行其瘀, 一则化其浊, 苇茎清上退热, 薏苡仁下行除湿, 看似平淡之药, 却有通瘀化浊之功。同时对于痰浊、湿浊、瘀浊、脂浊又分别采用二陈汤、五苓散、血府逐瘀汤、导痰汤等方剂灵活加减运用。对于本病, 正气不足, 外邪内侵, 伤及肺、脾等脏, 进而波及四肢肌肉, 出现四肢痿软无力, 累及上、中、下三焦。上焦之证明显, 当以清肺化痰、宣利肺气为主, 治疗中用苇茎汤佐以桔梗、黄芩、紫苏子、麻黄、葶苈子、海浮石等, 可合葶苈大枣泻肺汤、泻白散、麻杏石甘汤、生脉饮、桔梗汤加减应用; 中焦之证明显, 当以健脾祛湿、化痰通络为主, 治疗中用苇茎汤佐以薏苡仁、陈皮、茯苓、苍术、六神曲等, 可合平胃散、越鞠

[收稿日期] 2018-06-20

[基金项目] 河南省中医药科学研究专项课题 (2015ZY02091)

[作者简介] 李琰 (1984-), 男, 主治医师, 主要从事中医内科脑病临床研究。

丸、逍遥散、半夏白术天麻汤等加减应用；下焦之证明显，当以通利下焦、利湿散结为主，治疗中用苇茎汤佐以赤小豆、滑石、牛膝、琥珀、冬葵子、白茅根等，可合五苓散、八正散等加减应用。涤浊法在治疗本病同时，不能忽视健脾益肾，兼顾阳明气血，可酌情增加健脾益气、强筋骨、补肝肾之品，培养正气，增强体质。

### 3 病案举例

例1：陈某，男，56岁，2017年6月初诊，以“四肢远端麻木、无力逐渐进展加重6月余”为主诉就诊。患者6月前外出游玩饮食不洁，出现腹泻症状，后逐渐出现双手指端、双足趾端对称性麻木，症状逐渐进展加重，双下肢无力明显，行走不稳，诊断为吉兰-巴雷综合征。查体：颅神经检查无异常，双上肢肌力V-级，双下肢近端肌力V-级、远端肌力IV级，四肢肌张力低，腱反射消失，病理征未引出。四肢末梢呈手套-袜套样痛觉减退，腓肠肌压痛。肌电图提示：四肢被检肌呈神经源性改变，四肢运动、感觉传导无波形，双下肢被检肌有失神经电位。脑脊液检查：白细胞： $2 \times 10^5/L$ ，脑脊液蛋白：61 mg/dL。血生化：谷丙转氨酶：49 U/L，谷草转氨酶：55 U/L；乙肝DNA： $1.6 \times 10^4$ 。患者因合并慢性乙型病毒性肝炎、肝功能异常，乙肝病毒载量高，又因注射免疫球蛋白费用昂贵，患者拒绝采用，遂采用小剂量糖皮质激素治疗，并给予乙肝抗病毒药物，密切观察肝功能，经治疗患者症状有所改善，肌力较前进步，但仍四肢远端麻木、力弱。患者寻求中医治疗，刻下四肢痿软无力、麻木，舌淡、苔白厚腻，脉弦滑，中医诊断为痿证，为脾失健运、湿浊中阻证，运用张教授涤浊法，方用苇茎汤合二陈汤加减，处方：苇茎、冬瓜仁、生薏苡仁各30g，桃仁、清半夏、陈皮、泽泻、白术各10g，茯苓、石菖蒲各15g，炒六神曲20g，胆南星、甘草各6g，3剂之后症状减轻，后依据辨证，基础方酌情增减苍术、川芎、木瓜、杜仲、黄芪、桑寄生等，1个月后患者四肢无力、麻木症状完全改善，舌苔、脉象平和。

例2：李某，男，42岁，2017年9月初诊，以“四肢麻木、无力1月”为主诉就诊。1个月前腹泻后出现四肢麻木、

无力，神经系统查体：双上肢肌力V-级，双下肢肌力III级，四肢肌张力低，腱反射消失，病理征未引出。肌电图提示：四肢被检肌呈神经源性改变，四肢被检神经周围运动及末梢感觉传导未引出，双正中神经F波未引出，双胫神经H反射未引出。脑脊液检查：白细胞 $3 \times 10^4/L$ ，脑脊液蛋白：360 mg/dL。西医诊断为吉兰-巴雷综合征，给予静注人免疫球蛋白25g/天，应用5天，结合营养神经药物治疗，效差，肌力改善不明显。寻求中医治疗，患者舌淡暗、苔白腻，舌底络脉瘀滞，脉弦滑，中医诊断为痿证，为痰湿内停、瘀血内阻之证，运用张教授涤浊法，方用苇茎汤合血府逐瘀汤加减，处方：苇茎、冬瓜仁、生薏苡仁各30g，桃仁、桔梗、川芎各10g，当归15g，红花、赤芍、枳壳各12g，怀牛膝20g，柴胡、甘草各6g。后依据辨证，基础方酌情增减木瓜、山药、黄芪、地龙、乌梢蛇等品，经过3月治疗，患者肢体症状改善，体质恢复。

按：以上病虽相同，但方各有异，体现了“同病异治”的思想，同为“浊邪”，例1患者痰浊、湿浊重，例2患者痰浊兼瘀浊，治病要点均在“荡涤浊邪”，初期以祛邪为主，化痰祛瘀以涤其浊，后期不能忽视正虚，以扶正固本，增强体质，如此根据标本缓急，审证施治，浊祛而新生。药味随证加减变化，不可药味堆砌、大用补益之品，宜缓缓图之，自能见效。

### [参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会. 中国吉兰-巴雷综合征诊治指南[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(8): 583-586.
- [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 500-508.
- [3] 何华. 张磊涤浊法在神经系疾病中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志, 2011, 17(7): 768.
- [4] 高长玉, 刘桂宇, 韩淑芬, 等. 吉兰-巴雷综合征中医证候分布的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2007, 13(2): 136-138.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)