

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.05.015

石志超教授临证经验与医案拾萃*

张 洋¹ 李骏辰² 石志超^{3△}

¹大连医科大学附属第二医院中医科,辽宁大连 116000

²大连医科大学中西医结合学院,辽宁大连 116000

³大连市中医医院石志超全国名老中医工作室,辽宁大连 116000

关键词 石志超;临床经验;医案

中图分类号 R249 **文献标志码** A

石志超教授少承庭训,出身四代中医世家。现为全国名老中医药专家、全国老中医药专家经验传承导师、辽宁省名中医,享受国务院特殊津贴。石老潜心研究中医 50 余载,治学严谨,精勤不怠,睿悟岐黄,知行合一,擅汇百家之长为己用,师古而不泥,创新不离宗。石老谙熟经典,执古之道,御今之有,形成自己独特的学术观点和诊疗经验。现将石志超教授临证经验与有关医案介绍如下,以飨读者。

1 谙熟经典,妙用名方

成人 Still 病以突发高热、一过性皮疹、全身多关节炎或关节疼痛和白细胞数增多等为主要临床特点,其发病原因和发病机制尚未明确,属于多系统受累的风湿免疫性疾病。成人 Still 病的临床表现在许多中医古籍中有类似描述,因其症状复杂,故很难归为某一病证,多数医家认为其属“热痹”范畴。关于其论述,始见于《素问·四时刺逆从论》:“厥阴有余病阴痹,不足病生热痹”,认为其病机为阴不足和阳有余。宋代医家骆龙吉进一步拓展了热痹的内涵,其言:“热痹,主阳盛阴弱。夫阴阳相等,斯无寒热之患也。今惟阳气多,阴气少,则阳气偏胜,盛阳遭弱阴,故风寒湿三气杂至,而客于经络,郁而为热痹也。”石老认为“热痹”之人,多为“阳多阴少”的阴虚内热体质,此种体质容易被热邪侵袭致患此病。

验案举隅:患者,女,51 岁。主诉:间断发热伴皮疹、咽痛、关节疼痛 1 年余,加重 2 周。患者 1 年余前无明显诱因出现皮疹、咽痛、右膝关节疼痛,于大连医科大学附属第一医院诊断为“成人 Still 病”,经口服

“洛索洛芬钠片、甲泼尼松片、甲氨蝶呤”治疗后病情好转。此后病情反复,平素间断口服洛索洛芬钠片、甲泼尼松片。2 周前患者因劳累后病情再发加重,遂口服洛索洛芬钠片(4 片/日)、甲泼尼松片(30 mg/日),连服 5 日病情未见好转,自行停药。现症见:反复低热(37.5~37.8℃)、咽痛、乏力,双膝关节轻度肿胀疼痛,双下肢关节肌肉酸痛,双上臂少量皮疹,心烦,纳寐可,二便调。舌暗红,苔白腻花剥,脉细涩。

西医诊断:成人 Still 病。中医诊断:痹病(热痹)。辨证:阴虚内热、余热未尽。治法:益气养阴,透热和络。处方:青蒿鳖甲汤加减。青蒿 20 g,鳖甲 15 g(先煎),生地黄 20 g,地骨皮 20 g,知母 15 g,牡丹皮 12 g,生黄芪 20 g,寒水石 15 g,当归尾 10 g,炒白芍 30 g,穿山龙 30 g,生百合 20 g,合欢皮 10 g,炙甘草 10 g。共 7 剂,1 剂/日。水煎取汁 250 mL,早晚 2 次饭后分服。

二诊:无发热、咽痛、皮疹,乏力明显改善,双膝关节肿胀消失、疼痛感大减,双下肢关节肌肉酸痛亦明显减轻,心烦略有改善。舌红,苔白略花剥,脉涩。守一诊方,加延胡索 15 g、郁金 10 g、生麦芽 30 g,共 7 剂,用法同前。

三诊:诸症基本缓解,偶有心烦。舌淡红,苔白,脉略弦。守上方继续服用 14 剂,嘱适当运动,忌辛辣。随诊半年未复发。

按语:本案例以《温病条辨》中的经典名方青蒿鳖甲汤为基础方,治以养阴透热、凉血解毒。方中鳖甲咸寒,可达阴分,滋阴潜阳,退热除痹;青蒿辛香透散,其性微寒,可入血分,凉血透络,清退虚热。两药相配,相得益彰,滋阴清热,内清外透,使阴血伏热宣泄得解,正如吴鞠通所言:“此方有先入后出之妙,青蒿不能直入阴分,有鳖甲领之入也;鳖甲不能独出阳分,

*全国名老中医药专家传承工作室建设项目(No. 国中医药人教函[2019]41 号)

△通信作者,Corresponding author, E-mail:110610517@qq.com

有青蒿领之出也。”生地甘寒,滋阴凉血;知母苦寒质润,滋阴降火,共助鳖甲以养阴退虚热^[1-2]。丹皮辛苦性凉,泄血中伏火;加用寒水石、当归、白芍、穿山龙配伍,共奏清热凉血、散瘀消肿、通痹止痛之功。又以黄芪益气扶正,当归尾活血补血,两药合用使正气复而驱邪外出;合欢皮、百合二药配伍,共奏除烦安神兼养阴清热之功。二诊据患者病情守前方,加延胡索活血化瘀、通络止痛,郁金清心除烦化瘀,生麦芽疏肝化滞,诸症尽除。

2 久病顽疾,瘀虚郁痹

纤维肌痛综合征(fibromyalgia syndrome, FMS)主要表现为弥漫性周身性肌肉疼痛,可伴多种非特异性临床表现,如疲劳及睡眠障碍等;典型临床表现为某些特定部位有明显压痛,可严重影响患者生活质量^[3]。本病属中医学“周痹”范畴,又称“肌痹”。如《灵枢·周痹》曰:“此内不在脏,而外未发于皮,独居分肉之间,真气不能周,故命曰周痹。”又曰:“风寒湿气,客于外分肉之间……真气不能周,故命曰周痹。”表述了其发病与风、寒、湿相关。石老认为 FMS 发病的外因多为风湿寒邪侵袭,内因多与情志、气滞、血瘀相关,虚实夹杂,本虚标实。

验案举隅:患者,女,49 岁。主诉:全身多处肌肉疼痛 7 年,加重半年。患者 7 年前无明显诱因出现全身多处肌肉疼痛,以双侧颈、肩胛及双上肢为主,伴多部位压痛及僵硬感。外院诊断:纤维肌痛综合征,曾口服“布洛芬片、甲泼尼松片”等药物治疗,病情反复。半年前肌肉疼痛明显加重,口服上述药物效果不佳。刻下:全身多处肌肉疼痛,以颈肩部、双上肢、腰髋及双臀部为主,伴周身乏力,烦躁易怒,口干多饮,饮食可,睡眠差,小便可,大便干燥,3~4 日/次。舌质黯、有瘀点,苔黄腻,脉弦涩。查体:周身多处肌肉压痛明显,以颈肩部、双上肢、腰髋及双臀部为甚。

西医诊断:纤维肌痛综合征。中医诊断:肌痹。辨证:肝郁气滞,瘀血痹阻。治法:疏肝通滞,化瘀补虚。处方:血府逐瘀汤加减。柴胡 9 g,川牛膝 10 g,当归 15 g,红花 6 g,桃仁 6 g,枳壳 15 g,炒白芍 30 g,桔梗 6 g,瓜蒌 15 g,生地黄 15 g,生百合 15 g,麦冬 15 g,生麦芽 30 g,郁金 10 g,延胡索 10 g,生甘草 10 g。共 7 剂,水煎服,1 剂/日,分 3 次口服。

二诊:肌肉疼痛较前缓解,烦躁易怒大减,乏力有所缓解,无口干多饮,二便正常。舌红,苔薄黄,脉弦。前方加炙黄芪 30 g、蜈蚣 1 条,共 7 剂,服法同前。

三诊:诸症均除,又服 14 剂巩固疗效。随访半

年,未见发病。

按语:本案患者肌痹日久,属旧疾顽疾。石老认为久病必瘀、久病必虚、久病必郁;石老言预先补之,须先化瘀解郁后方可再行补益,以防虚虚实实之弊。结合本案病史及现症,以“瘀、虚、郁”论治。本案以血府逐瘀汤为主方进行加减化裁治疗。方中血府逐瘀汤活血化瘀、通络止痛,结合现症辅以郁金疏肝活血;生麦芽疏肝理气,古云:“疏肝莫忘麦芽”;生地、百合、麦冬取两意:一取《金匱要略》中百合地黄汤养阴清热、除烦安神之义,二取《温病条辨》中增液汤(方中以百合易玄参)滋阴通便,增水行舟之义;瓜蒌开胸散结、开郁润肠。生甘草清解瘀热,调和诸药。二诊时患者诸症均大减,唯乏力仍存,故予黄芪益气补虚,并与蜈蚣加强通络蠲痹、巩固前方疗效。

3 执古之道,御今之有

古人常云“运气不齐,古今异轨,古方今病,不相能也”。石老言“执古之道,以御今之有,古方今病亦相能也”。石老临证中善用、能用古方经方,师古而不泥,创新不离宗,又能衷中参西,汇众家之长。如石老对“胸痹”的理解可谓文不按古,匠心独具。

验案举隅:患者,女,57 岁。主诉:反复心前区疼痛不适 1 年余,加重 2 周。患者 1 年来出现心前区疼痛不适,以胸骨后疼痛为主,疼痛性质为烧灼感,每于餐后症状尤甚(以餐后平卧或情志不畅时最为明显)。曾因上述症状多次急诊入院,多次行胸部 CT、心电图、运动平板试验、心肌肌钙蛋白、心肌酶谱、血常规、尿常规、大便常规等检查,均未发现明显异常。于外院诊断为:胸痛待查,冠心病可能大;经服“硝酸甘油片、阿司匹林肠溶片、曲美他嗪片、通心络胶囊、银杏叶片”等药物治疗后症状未见缓解。2 周前患者与他人发生争执后,自觉胸骨后疼痛较以往明显加重(性质同前),伴反酸、呃逆、烦躁、善太息,时有咳嗽,口干口苦,饮食可,睡眠差,小便色黄,大便干燥,3~5 日/次。舌暗苔薄黄,脉弦滑数。入院查体:心率 80 次/min。血压 135/85 mmHg。呼吸音略粗,未闻及啰音。心脏查体未见明显异常。腹软,剑突下压痛明显,肝、脾、肾等查体未见异常。

就诊后行心电图提示:偶发房性早搏。行心脏彩超提示:二尖瓣轻度反流。冠脉 CTA 检查提示:主动脉钙化,余未见明显异常。无痛胃镜示:反流性食管炎(重度),慢性浅表性胃炎(中度),HP(+++)。综合上述,西医诊断:反流性食管炎重度,慢性浅表性胃炎中度。中医诊断:吐酸病。辨证:肝胃不和证。治

法:和胃疏肝、理气健脾。处方:半夏泻心汤加减。姜半夏 6 g,干姜 5 g,黄芩 9 g,黄连 3 g,党参 20 g,黄精 15 g,佛手 15 g,枳实 10 g,厚朴 15 g,瓦楞子 30 g,吴茱萸 3 g,生麦芽 30 g,炙甘草 5 g。共 5 剂,水煎服,1 剂/日,分 2 次口服。嘱软食,避免饱食及餐后平卧。

二诊:无胸痛不适感,反酸、呃逆、烦躁、善太息及口干口苦等症明显减轻,偶有咳嗽,小便正常,大便略干燥,2~3 日/次,饮食及睡眠尚可。舌淡苔白,脉略数。上方加麻子仁 10 g、苦杏仁 6 g 以润肠通便、降逆止咳。再服 10 剂,偶感口苦,余症皆除。

按语:仲景在《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治第九》中首提胸痹,而纵观仲景辨治胸痹心痛条文(胸痹心痛短气病脉证治第九篇中共计十二条文,论一首、证一首、方十首),未见一味活血化瘀类方药(冠心病等心肌缺血性疾病的治疗多以活血化瘀类方药为主)。结合仲景所处时代背景为东汉末年(物质极度匮乏,人均寿命 22 岁左右),其所云之胸痹定非现代医学中的老年疾病——冠心病,而更似饮食不节(饥饱无度)所致的胃食管反流性疾病。本案心前区疼痛不适(胸骨后疼痛)为重度反流性食管炎所致,临床易误诊为冠心病等心肌缺血性疾病。因此在临床中应注意二者之间的鉴别诊断,避免误诊、误治^[4]。

经四诊合参及结合病史、辅助检查,本案中医诊断为吐酸病。石老认为本病的病位在食管与胃,与脾、肝关系密切;病机为脾胃升降失序。胃以降为顺,胃之通降又受脾之升清、肝之疏泄的影响。若脾升清失常,肝疏泄不畅,中焦气机升降无序,胃失和降,上逆于食管,故见反酸、呃逆、烦躁、善太息等症。治当和法以辛开苦降,方以半夏泻心汤为主方化裁治疗。方中姜半夏和胃降逆,配干姜温中散结;黄芩、黄连清热降逆;党参、黄精健脾升清,使得中焦脾气得运、得健;佛手疏肝理气、和胃止痛;枳实、厚朴行气降逆以通腹气、降浊气;吴茱萸(配黄连)意取左金丸,寒热并用、抑酸止痛;瓦楞子为抑酸专药、对症治疗;生麦芽消食健脾,疏肝和胃;炙甘草益气健脾、调和诸药。二诊加麻子仁、杏仁取麻子仁丸治疗“脾约”之意,如内经所云“六腑以通为用,腑病以通为补”。

4 疑难顽疾,经方治愈

雷诺综合征属于中医学“血痹”“脉痹”等痹病范畴,晚期属于“脱疽”等范畴。中医虽无本病的病名,但早在《黄帝内经》即可见到与本病相类似的记载,如《素问·举痛论》曰:“寒气入经而稽迟,泣而不行。”又云:“寒则气收”;“寒气客于脉外则脉寒,脉寒则缩蜷,

缩蜷则脉绌急,绌急则外引小络,故卒然而痛,得炅则痛立止;因重中于寒,则痛久矣。”石老认为本病多与风、寒、湿、虚、瘀、痰等密切相关。历代医家将本病多归纳为血虚寒凝、阳虚寒凝、气虚血瘀、四末失荣、血瘀毒盛等证。病机上多因卫气不足,气血虚弱,风寒湿邪侵袭,经络受阻,寒凝血瘀所致;并多与外感风寒邪气、情志劳倦内伤相关。临证治疗上,根据致病因素不同,辨证不同,治疗原则亦不同。

验案举隅:患者,女,33 岁。主诉:双手手指肿胀、麻木、疼痛 4 年余,加重 1 个月。4 年前患者无明显诱因出现双手手指肿胀、麻木、疼痛,曾就诊于大连医科大学附属第一医院,诊断为“雷诺综合征”,经口服“雷公藤片、甲钴胺片、洛索洛芬片”治疗后症状有所缓解。此后每因天气转冷或受凉后发病。1 个月前患者食冷饮后双手手指肿胀、麻木、疼痛再发加重,伴手指关节活动受限,局部皮肤苍白、发紫、发凉,继而出现潮红,经热敷后症状可暂时缓解,严重影响正常生活及工作。患者平素有畏寒、四肢欠温、周身乏力等症,饮食尚可,睡眠差,二便可。舌暗,苔白腻,脉沉涩。

西医诊断:雷诺氏综合征。中医诊断:痹病。辨证:血虚寒凝证。治法:温阳散寒,养血通络。处方:当归四逆汤合四逆散加减。桂枝 10 g,细辛 3 g,当归身 10 g,通草 6 g,柴胡 10 g,枳壳 10 g,炒白芍 15 g,炙黄芪 15 g,夜交藤 30 g,延胡索 15 g,鸡血藤 30 g,炙甘草 10 g。共 7 剂,水煎服,1 剂/日,早晚 2 次温服。

二诊:双手手指肿胀、麻木、疼痛较前明显好转,肢体畏寒、四肢欠温大减,无双手手指关节活动受限,乏力略有改善,发作时无局部皮肤苍白、发紫、发凉等表现。饮食、睡眠、二便均可。舌淡,苔白腻,脉缓。前方加用炙黄芪至 30 g;服 7 剂后诸症均消。随访 6 个月未见发病。

按语:本案石老以经方当归四逆汤合四逆散加减治疗。方中当归身养血和血通络;桂枝温经散寒,温通血脉;细辛温经散寒,助桂枝温通血脉;白芍养血和营,助当归补益营血;通草通利经脉,以畅血行;炙黄芪合当归身、白芍以补血养血,亦防桂枝、细辛燥烈,伤及阴血之弊。患者畏寒、四肢欠温,缘于外邪传经入里,气机为之郁遏,不得疏泄,阳气内郁,气不宣通,故再合四逆散。其以柴胡升发阳气,疏肝解郁,透邪外出;枳壳以理气解郁泄热,与柴胡为伍,一升一降,加强舒畅气机之功,并奏升清降浊之效,与白芍相配,一散一收,理气和血,使气血调和^[5-6]。甘草调和诸药,配白芍可缓急止痛。另辅以延胡索行周身气血;

鸡血藤、夜交藤补血通络,养血安神。诸药共用,使寒得除,血得养,络得通,病得愈。

5 结语

石老临证师于经典,勤求古训,博极医源,知行合一,擅用名方、经方于临床,并对中医理论、名方经方进行发挥、创新;每可挽狂澜于危危险症,起沉痾于疑难怪病^[7]。石老常言临证中面对疑难病要擅抓主证、主病,即找到疾病的主要矛盾,分清主次,抓住主线,步步为营,剥丝抽茧,方能做到方证一致、反客为主而药到病除。此外,临证中还要辨证、辨病、辨体(辨体质)、辨情(辨情志)、辨季(辨季节)、辨域(辨地域)互参,全面考量患者病情(现病史与既往史互参),才能把握诊疗的主动权。石老还强调,临床中要善于吸取他人经验教训,对于反复就诊患者,定要注重其既往诊治方案,避免“穿新鞋走老路、被疾病牵着鼻子走”的局面。临床中除要注重四诊合参外,更要结合现代诊疗技术,即结合查体技术及相关辅助检查结果,做到衷中参西、中西并用、中西并重^[8]。

参 考 文 献

[1] 徐玉慧. 青蒿鳖甲汤合知柏地黄汤加减治疗肾阴虚型围

绝经期综合征的临床分析[D]. 成都:成都中医药大学,2011.

- [2] 柴惠斌. 青蒿鳖甲汤加减治疗骨科术后无菌性发热疗效观察[J]. 中国民族民间医药,2013,22(5):125.
- [3] 陈远芳. 针灸疏肝调神法治疗纤维肌痛综合征的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2013.
- [4] 张洋,石鉴泉,石志超,等. 胸痹医案 2 则[J]. 新中医,2020,52(22):200-202.
- [5] 艾相乾,左新松,张仕玉,等. 四逆散加味治疗肝郁型类风湿关节炎的疗效观察[J]. 中医临床研究,2018,10(27):79-81.
- [6] 谭庆. 经方四逆散之妇科临证应用[J]. 中国临床医生杂志,2017,45(1):113-114.
- [7] 王达,石志超. 石志超教授辨治胆系疾病高热经验[J]. 中国医药指南,2020,18(26):117-118.
- [8] 石鉴泉,张洋,石志超. 石志超教授临证经验撷英[J]. 中国中医药现代远程教育,2022,20(11):61-62.

(收稿日期:2022-03-30)

(上接第 343 页)

- [6] 吴以岭. 络病学[M]. 北京:中国中药出版社,2017:2.
- [7] 郭丛丛. 血管内皮功能与冠脉病变程度及 PCI 术后转归的相关性研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.
- [8] 赵思鸿. 替罗非班对急诊 PCI 治疗心肌梗死患者内皮细胞功能的影响[J]. 心血管康复医学杂志,2017,26(4):410-413.
- [9] 李波. PCI 术后心脏康复/二级预防现状与中医证型调查

研究[D]. 北京:北京中医药大学,2016.

- [10] 张淑娟,张育贵,牛江涛,等. 黄芪的研究进展及其质量标志物预测分析[J]. 中华中医药学刊,2022,40(2):151-155.
- [11] 周蓓. 桂枝桃仁及其配伍对抗凝血作用影响的研究[J]. 云南中医中药杂志,2014,35(1):62-63.

(收稿日期:2022-03-24)