

基层老年病防治的中医思路

基层医院老年病科收治的患者常患有多种慢性病(如高血压病、糖尿病、骨关节炎、慢性阻塞性肺疾病、心脑血管疾病后遗症等),且普遍存在疼痛、功能障碍、睡眠障碍、焦虑抑郁状态、营养不良、便秘、尿失禁等老年综合征。现代医学在控制急性期症状和指标方面优势明显,但是在整体功能改善、生活质量和长期调养方面存在局限。中医强调“整体观念、辨证施治”和“治未病”思想,其适宜技术如针灸、推拿、拔罐、刮痧、穴位敷贴、耳穴压豆、中药熏洗、食疗、传统功法等,能够从调节气血阴阳平衡、疏通经络脏腑入手,有效弥补现代医学的不足,非常适合在基层推广。

核心中医适宜技术筛选与应用策略

针刺与艾灸技术 针对老年疼痛(如颈肩腰腿痛、关节痛)、卒中后遗症(偏瘫、吞咽功能障碍)、面瘫、失眠、尿频尿失禁、功能性胃肠疾病等。针刺以安全为要,选用体针、头皮针、腕踝针等,注重得气感与患者耐受度。艾灸(特别是温针灸、隔物灸、雷火灸)广泛用于虚寒性病证、免疫功能低下、慢性疲劳及预防保健。可建立常见病的标准化穴位处方,由经过规范培训的医师或技师操作。

推拿按摩技术 适用于肌肉骨骼系统疾病(如颈椎病、腰椎间盘突出症、膝骨关节炎)、中风后肢体痉挛、便秘、腹胀,以及放松身心、改善睡眠。采用柔和、持久、渗透的手法,如滚法、按法、揉法、一指禅推法等。患者及家属可以学习简单的自我按摩或互助按摩方法(如腹部按摩通便、穴位按压缓解头晕头痛),促进患者康复。

拔罐与刮痧技术 拔罐,用于风寒湿痹所致的肌肉酸痛、感冒咳嗽、背腰部劳损;刮痧,用于外感暑湿、轻度中暑、颈肩部僵痛。操作简便,注重皮肤评估与防护,避免过度刺激,可作为辅助疗法,快速缓解局部症状。

穴位敷贴与耳穴压豆技术 穴位敷贴,利用“三伏贴”,防治慢性支气管炎、哮喘、鼻炎;吴茱萸敷贴涌泉穴,引火下行治疗失眠、高血压病;活血止痛膏贴敷关节疼痛。耳穴压豆,调节自主神经功能,用于失眠、焦虑、疼痛、戒烟辅助、单纯性肥胖、心律失常等。安全无创,患者接受度高,可由护士或康复师操作,适合长期维持治疗和健康管理。

中药熏洗与足浴技术 适用于外周循环障碍(糖尿病足早期、下肢水肿)、风湿性关节炎、皮肤瘙痒症、失眠、疲劳综合征。使用成本低廉的中药,通过温热刺激和药物的双重作用,活血通络、祛风除湿、安神助眠。科室可配备恒温熏洗设备,制订标准化操作流程。

中医情志与饮食调摄 针对老年抑郁、焦虑、孤独感,以及营养不良、代谢紊乱,将“五音疗法”(音乐治疗)、“话疗”(疏导式沟通)融入日常护理。根据中医体质辨识和疾病证型,提供个性化的食疗建议(如山药粥健脾、百合羹安神、山楂饮消食),与营养师合作制定食谱。

传统养生功法 改善平衡能力、预防跌倒、增强心肺功能、调节情绪。康复师指导患者练习太极拳、八段锦、五禽戏、六字诀等,可组织小组练习,增加社交互动,形成积极的康复氛围。

综合治疗模式构建

团队协作模式:建立由老年科医师(掌握中医辨证)、中医师/针灸师、康复治疗师、护士、临床药师、营养师组成的多学科团队。西医诊断与中医辨证相结合,共同制定个体化的综合治疗计划。

诊疗流程整合 在入院评估阶段,增加中医体质辨识、证候评估、经络穴位检查。在治疗阶段,在常规西医治疗基础上,根据评估结果,开具“中医药适宜技术处方”,多项技术同步或序贯进行。康复与出院规划,将耳穴压豆、自我按摩、食疗指导、养生功法作为出院后延续护理和社区或家庭康复的重要内容。

分级分类应用 急性期:以针刺、放血(严格掌握指征)等技术快速缓解疼痛、眩晕、呃逆等急症。恢复期/稳定期:综合运用艾灸、推拿、拔罐、熏洗、功法等进行功能康复和体质调理。预防与保健期:重点推广穴位敷贴、耳穴压豆、食疗、情志调摄和养生功法,用于慢病管理和“治未病”。

优势与成效预期

在临床疗效层面,通过多靶点干预的方式,既可以有效改善患者症状,还能减少西药的用量及相关副作用,延缓疾病进展;在患者体验层面,这类非药物疗法的体验感颇佳,能提升患者的参与度,同时增强其自我健康管理的能力,进而提高患者满意度;在卫生经济学层面,其技术成本低廉,有助于降低患者的住院时长、再入院率以及长期用药的费用,减轻医疗负担;在学科发展层面,能够助力基层老年科形成中西医结合的特色优势,增强科室的服务吸引力与核心竞争力;在文化传承层面,既弘扬了中医药文化,又契合老年人的传统健康观念,有利于增进医患之间的信任度。

挑战与实施建议

在中医药适宜技术的临床应用中,要从多维度构建完善的实施体系。一方面要强化人才培养,定期对科室医务人员开展规范化培训,保障技术应用的安全与有效;另一方面要严守规范与安全底线,制定严格的操作清单和不良事件处理预案,尤其针对老年患者皮肤脆弱、感觉迟钝、基础疾病多的生理特点做好针对性防护;同时,要完善设备与空间配置,设立独立或整合式中医治疗区,并配备必要的消毒与安全设备。此外,要积极推进医保政策的配套衔接,将成熟的适宜技术项目纳入本地医保报销范围,切实减轻患者就医负担;还要重视科研与评价工作,通过开展临床观察,运用功能评分、生活质量量表、不良反应率、卫生经济学指标等客观数据评价综合疗效,积累本土应用证据,以此持续优化技术应用方案。

在基层医院老年科系统化、规范化地应用中医药适宜技术,是应对老龄化健康挑战、提供全人全程健康服务的有效途径。多学科协作、全程化管理,能够显著提升老年病综合防治水平,为建设有温度、有特色的基层老年服务体系提供有力支撑。

(作者供职于正阳县瑞德医院)

学术论坛

审证求因 治病求本

□许二平 李亚南

成人斯蒂尔病(AOSD)是一组病因及发病机制不明的综合征,临床以高热、一过性皮疹、关节炎或关节痛、白细胞计数增高为主要表现,严重者可并发心、肝、肾等多系统损害。AOSD需要结合临床症状和实验室检查进行排他性诊断,目前尚无统一诊断标准,也缺乏有针对性的治疗方案,现多采用非甾体消炎药、糖皮质激素和免疫抑制剂等经验性疗法。AOSD的预后差异较大,且易反复发作。根据发病特点及病证表现,AOSD可归属于中医“伤寒”“温病”“痹证”“内伤发热”等范畴。国医大师张磊以《黄帝内经》理论为指导,综合运用六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证及脏腑气血阴阳辨证等方法分型论治,临床疗效显著。

张磊教授经验俱丰,在长期的教学临床实践中,总结出独具特色的临证八法,并形成“动、和、平”的学术思想,临床涉及内、外、妇、儿各科,擅擅内科疑难杂症的诊治。笔者有幸侍诊数载,得窥堂奥,现将其治疗AOSD的经验介绍如下,以期共勉。

病因病机

AOSD病理因素涉及风、湿、热、毒、痰、瘀、虚,临床表现复杂,证候多变。现代医学家对其病因病机见解不一,有从毒邪论治者,有从风湿论治者,有从热痹论治者,亦有按伤寒六经、温病卫气营血及三焦传变等辨证分型者。张磊教授认为,在临证时要重视病机,“得其机要,则动小而功大,用浅而功深”,通过审证求因,探寻AOSD的致病原因及病机本质。

审“六经之证” 风热外邪侵袭,卫气抗邪,相争于表,形成太阳温病证,即《伤寒论》中“太阳病,发热而渴,不恶寒者为温病”的观点。症见发热、口渴、咽痛、肌肉关节痛等。随后可出现两种传变:一是传入阳明,表现为阳热亢盛之证,症见壮热汗出、心烦口渴、脉洪大;二是传入少阳,导致发热弛张、寒热如疟,皮肤热起发红、热退则消。

审“卫气营血之证” 风热毒邪首先侵犯肺卫,卫阳被遏,肺气失宣,发为风热犯肺证;且易迅速进入气分、营分,常往返于气营之间,极少深入血分。邪留气营,则皮疹与发热并见;温毒窜扰肌肤,则斑疹密布;毒瘀互结,则见咽喉肿痛、关节红肿疼痛。此外,风热温邪来势迅猛、进展迅速,易出现逆传心包等危重证候,如陆子贤所言“传变最速,较诸温热则尤险也”。

审“三焦之证” 外感湿热,加之素体脾虚失运、内湿停聚,“同类相召”,因“内不能运化水湿,外复感时令之湿”发为湿温。初期感邪轻者,邪遏卫气;感邪重者,则邪阻募原。“湿热之邪始虽外受,终归脾胃”,且脾主四肢,湿热浸淫肢体关节,气虚痹阻,可见身热不扬、关节酸楚疼痛;病程日久则湿热伤阴,累及下焦肝肾,出现低热、腰膝酸软、关节灼痛、腿足消瘦等阴虚症状。

审“脏腑气血阴阳之证” 素体脏腑湿热,湿热阻遏经络则发为痹热。《圣济总录》记载:“盖肺膈壅热,复遇风寒湿三气至,客搏经络,留而不行,阳遭其胶,故痹熯然而闷也。”湿热瘀浊胶结,

阻滞经络则见淋巴结肿大;蕴结肺腑,则胁下瘕块积聚。“邪之所凑,其气必虚”,AOSD初期,患者若气血不足、卫外不固,复感外邪,可见发热、皮疹等阴火之候;迁延期热伤气阴,出现反复发热、肢体柔软的心阴虚证;发热日久阴损及阳,可致阴虚阳浮之证。

辨证精要

通过上述病因病机分析可知,AOSD病理因素繁杂,寒热虚实并见,属中医“疑难杂症”范畴。《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》曰:“治病必求于本。”张磊教授认为,AOSD的辨证既要“求于本”,又要“穷其末”,临证要仔细辨别以下3点。

辨主症与兼症而观其杂 辨主症与兼症有两层含义:针对症状而言,发热、关节痛、皮疹是AOSD的三大主症,三者亦有主次之分。临床观察显示,发热多表现为弛张热,间歇热或稽留热,常在午后或夜晚加重;皮疹多为一过性,与发热伴随出现,热起则显、热退则消,轻者为疹、重者为斑;关节炎多较轻微,极少数会发展为破坏性关节炎,关节疼痛随热势增减。因此,发热是AOSD的中心环节,关节痛、皮疹、咽痛等为兼症。

《黄帝内经·素问·标本病传论》记载:“谨察间甚,以意调之,间者并行,甚者独行。”在疾病发作期,要权衡利弊、分清缓急,在繁杂的病证中抓住发热这一主症,同时统筹兼顾兼症。针对证候而言,若发热伴恶寒或寒战,应以辨“六经之证”为主,其他证候为兼;若寒象不明显,热毒症状突出,则按温病卫气营血辨证;若以湿热为主,首选三焦辨证;若正气已受损,则着重审察脏腑气血阴阳的盛衰。但不可拘泥于单一辨证方法,应随证灵活变通。

辨“动证”与“静证”而识其变 证,具有时相性和空间性特征:时相性反映疾病的阶段性本质,空间性体现疾病不同类型的本质;空间性是横向相对的“静”,时相性是纵向绝对的“动”。

张磊教授认为,AOSD发作期应关注证的“动”,尤其要留意“六经之证”“卫气营血之证”“三焦之证”3条脉络中证动态变化。但是,也有发病即表现为某一证候,无明显传变规律的情况,尤其当兼有湿邪为患时,要谨守证的“静”。其中,“六经之证”,包括太阳温病证、阳明热盛证、少阳郁热证;“卫气营血之

证”,包括风热犯卫证、热炽阳明证、气营两燔证;“三焦之证”,包括邪遏卫气证、邪阻募原证、中焦湿热证、湿热痹阻证。值得注意的是,上述证候并非相互独立,这是导致辨证方法多样化的根本原因。例如,太阳温病证与风热犯卫证均为外邪犯表证,阳明热盛证即热炽阳明证,少阳郁热证与邪阻募原证可组合为半表半里证。

AOSD迁延期应关注“静”,此阶段虽然邪气留恋,但是正气已伤,加之久病内生痰瘀,导致瘀热内结、痰热闭阻。此时,要明确辨别正邪主次及脏腑气血阴阳的虚损程度,该坚守方剂时便坚守,切不可因症状改善不明显而自乱阵脚。

辨“正治”与“逆治”而明其伤 辨“正治”与“逆治”,主要针对激素的应用而言。糖皮质激素是目前国内外治疗AOSD的首选药物,对控制症状疗效显著,但是存在不良反应多、停药后易反弹等缺点。

中医认为,激素具有“补火助阳、温补脾胃”的功效,而邪热本身就会耗伤阴液,长期使用激素会进一步加重阴液损伤。《黄帝内经·素问·阴阳应象大论》曰:“少火生气,壮火食气。”小剂量使用激素或短期冲击疗法可“生气”,此为“正治”;长期大剂量使用则会“食气”,最终导致邪热内盛、正气损伤,此为“逆治”。因此,激素的使用是AOSD病机转化的关键,需要关注其“伤阴”之弊。此外,激素的撤减过程,也会对机体阴阳变化产生重要影响,这也是后期运用“调理阴阳”法的依据之一。

分型论治

外邪犯表证 发热,恶寒轻,咽痛,全身肌肉酸痛,伴一过性皮疹,口渴,舌尖红、苔薄白,脉浮数。治宜疏风散热、透疹解肌,方用银翘散合升降散加减。若高热无汗、烦躁口渴、恶寒重、关节肌肉疼痛明显,即遵《黄帝内经·素问·生气通天论》“体若燔炭,汗出而散”之旨,予大青龙汤发汗解表,或用柴葛解肌汤外散表寒、内清郁热;若素体气血虚弱,见低热乏力、疹出不畅,选用李东垣的升阳散火汤。

邪遏卫气证 身热不扬,恶寒轻,头身困重,皮疹色白,关节酸楚,汗出胸痞,舌淡红、苔白腻,脉濡缓。治宜芳香透泄、宣肺祛湿,方用藿朴夏苓汤加减。若汗出不畅,伴“一身尽疼,日晡所剧者”,予《金匱要略》

麻黄杏仁薏苡甘草汤。

半表半里证 高热寒战,寒热往来,汗出热退,不发时如常人,皮疹热起发红、热退则消,脘痞腹胀,身痛肢重,舌质红、苔白厚腻,脉弦滑。治宜和解少阳、开达募原,方用柴胡达原饮加减。若烦渴瘦赤、苔黄腻等湿热征象显著,予蒿芩清胆汤治疗。

阳明热盛证 壮热,汗出,烦渴,身痛,舌红、苔黄燥,脉洪数。治宜辛寒清气,方用白虎汤加味。若发热无汗,此为太阳阳明合病,方用张锡纯的清醒汤(薄荷、蝉蜕、石膏、甘草)加减;若兼口苦、恶心等少阳证候,用小柴胡汤合白虎汤加减。

气营两燔证 高热目赤,口渴引饮,烦躁汗出,咽喉肿痛,淋巴结肿大,关节肿痛,斑疹鲜红,舌绛、苔黄,脉数。治宜清气透营、凉血解毒,方用清瘟败毒饮加减;毒热症状较轻者,可改用《温病条辨》化斑汤泄热救阴、解毒化斑。经曰:“热淫于内,治宜咸寒,佐以苦甘”,即为此意。

湿浊阻滞证 身热而汗出不解,口渴不多饮,体胖困倦,泛恶欲吐,关节肌肉酸楚,舌红、苔黄腻,脉濡数。治宜祛湿涤浊,方用张磊教授自拟的涤浊汤(冬瓜仁、薏苡仁、桃仁、大黄、半夏、苍术、泽泻、茯苓、陈皮、神曲、梔子、甘草)加减。若关节酸痛不休、木瓜、威灵仙、忍冬藤、丝瓜络、白芍,以通络止痛。

瘀热内结证 身燥热,多在下午或夜间发作,口咽干燥而不欲饮,或伴头痛、失眠、多梦、肌肉刺痛,舌质暗,舌下脉络瘀阻,脉涩。治宜活血化瘀、开郁透热,方用血府逐瘀汤。心烦者,加淡竹叶、灯芯草、浮小麦,以清心宁神;盗汗者,加桑叶、浮小麦、煅牡蛎。

脾阴不足证 低热缠绵,神疲倦怠,四肢乏力,食少便溏,腹满,舌淡红、苔薄白,脉细。治宜补益脾胃,方用一味薯蓣饮合四君子汤加味。一味薯蓣饮是张锡纯治疗“劳瘵发热”的方剂,张磊教授常重用山药,以滋阴补脾、清除余热。

阴虚阳浮证 低热,乏力,自汗,盗汗,关节灼痛,足踝消瘦,舌质淡红、脉细弱。《小品方》云:“虚弱浮热汗出者,除桂,加白薇,附子各三分,故曰二加龙骨汤。”若虚热征象明显者,先予当归六黄汤加减。

(作者供职于河南中医药大学,许二平系全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师)

传统中药方剂的现代应用解析四十二

消乳丸

□李红举

消乳丸作为儿科经典方剂,源自宋代医学家汤民望的《婴童妙诀论》,后被《证治准绳·幼科》等典籍收录。消乳丸历经数百年临床验证,以“温中快膈、消食和胃”的功效,成为治疗乳食积滞证的代表方。随着现代医学对儿科消化系统疾病认识的深化及中医药现代化研究的推进,消乳丸的应用场景不断拓展,其组方逻辑、药理机制与临床价值也得到了新的阐释。

消乳丸的经典组方与配伍逻辑,充分契合中医辨证施治与整体调理的核心思想。原方由炒香附、砂神曲、炒麦芽、陈皮、炙甘草、砂仁组成,遵循“消补兼施”的配伍原则,针对小儿“脾常不足”的生理特点精准组方。

方中以炒神曲、炒麦芽为核心消导药,二者协同作用,专攻乳食停滯,能增强脾胃运化功能,尤其适合乳食不节导致的积滞证;炒香附,疏肝理气,可助中焦气机调畅,解决积滞引发的气滞问题,体现“气行则积散”的中医理论;陈皮能理气燥湿、降逆止呕,砂仁能芳香醒脾、化湿行气,二者配伍,既能辅助消积,又能缓解气滞湿阻导致的呕吐、腹胀;炙甘草,甘缓和中、调和诸药,兼顾补脾胃之气,防止消导药损伤小儿娇嫩的脾胃,形成“消导不耗正、理气不耗阴”的配伍特色。古语云,“人以米糊制乳,姜汤送服,现代则根据临床需求调整为汤剂、颗粒剂等剂型,应用于不同年龄段的患儿。

在现代临床中,消乳丸的核心应用领域仍聚焦于小儿乳食积滞证;同时,在成人相关疾病的治疗中也具有较高临床价值。小儿乳食积滞是儿科常见的消化系统疾病,多因喂养不当、乳食过量或冷热不调所致,临床表现为不思乳食、呕吐酸腐乳片、脘腹胀满、大便秘臭、舌苔厚腻等症。临床研究表明,消乳丸对小儿乳食积滞具有显著的疗效,可快速缓解呕吐、腹胀等症状,改善脾胃运化功能。在临床实践中,医生还根据患儿的具体症状进行加减:呕吐甚者,加半夏、竹茹,增强降逆止呕功效;积久化热伴烦躁、舌红者,加连翘、梔子,清泻郁热;痰湿壅盛者,合二陈汤,化痰燥湿;脾虚

显著者,配伍白术、茯苓,强化“消补兼施”效果。消乳丸的现代应用,还拓展至小儿腹泻、夜啼、发热等与乳食积滞相关的病证,以及成年人肝郁气滞兼食积证。对于乳食积滞引发的小儿腹泻,消乳丸可以通过调理脾胃气机,清除肠道积滞,改善大便酸臭的症状;对于积滞化热导致的小儿夜啼、手足心热,消乳丸的消积清热作用可缓解热扰心神的表现。成年人因肝郁气滞兼食积引起的乳房胀痛伴消化不良,消乳丸可发挥疏肝理气、消食和胃的协同作用,但是需要注意与含柴胡、瓜蒌等专攻乳腺疾病的同名方剂区分,避免辨证失误。此外,消乳丸在治疗男性乳房发育

症、乳腺纤维瘤等疾病时,也可作为辅助方剂,配合有针对性的药物调理肝脾功能,改善痰瘀凝聚的病理状态。现代药理研究为消乳丸的临床应用提供了科学支撑,其药效机制与组方中各味药物的活性成分密切相关。炒麦芽中的淀粉酶,可以促进淀粉消化、增强胃肠道蠕动,提升脾胃的消化功能;炒神曲中的酵母菌、消化酶等成分,能促进营养物质吸收,改善肠道菌群平衡;炒香附中的香附酮、挥发油等成分,具有调节胃肠道平滑肌、缓解胃肠道痉挛的作用,可有效减轻腹胀、腹痛症状;陈皮中的橙皮苷,能抑制胃肠道平滑肌过度收缩,促进消化液分泌,增强食欲;砂仁中的挥发油可增强胃肠道动

力,改善胃肠道黏膜血液循环;炙甘草中的甘草酸,具有保护胃肠道黏膜、调节免疫功能的作用,可减少消导药物对胃肠道的刺激。这些药物成分的协同作用,从分子层面印证了消乳丸“消食导滞、理气和胃”的传统功效,为其现代临床应用合理性提供了科学依据。在应用消乳丸时,需要严格遵循辨证施治的原则,保障疗效与安全。首先,需要精准辨证。消乳丸适用于乳食积滞证,脾虚失运或阴虚火旺者忌用,以免加重正气损伤。其次,注重剂型与剂量调整。小儿脏腑娇嫩,剂量需要根据年龄精准把控,年长儿可酌情增减,现代汤剂用量需要遵医嘱换算。再次,区分同名方剂。避免将

治疗乳食积滞的消乳丸与治疗乳腺疾病的同名方混淆,前者以消食理气为主,后者侧重疏肝散结,病机与用药差异显著。此外,患者服药期间需要配合饮食调理,不要吃生冷、油腻食物。小儿患者应控制乳食摄入量,帮助脾胃功能恢复。消乳丸凭借严谨的组方逻辑、确切的临床疗效,在现代中医临床中仍发挥着重要作用。其核心价值不仅在于对小儿乳食积滞证的精准治疗,更在于其“消补兼施、肝脾同调”的配伍思想,为现代儿科消化系统疾病的治疗提供了思路。 (作者供职于郑州市第七人民医院,系河南省妇幼保健协会儿科呼吸专业委员会常务委员)