

后以益气活血之方为主,达到了扶正固本、防止复发的目的。

案2:秦某,男,17岁,2017年1月11日初诊。主诉:双下肢出现紫红色瘀点2d。现病史:患者2d前感冒后突然出现双下肢有大小不等的密集紫红瘀点,患者未引起重视,昨夜间发现皮疹增多,轻度瘙痒,无行走不适、腹痛等,乏力,大便可,小便稍黄,口干欲饮,夜寐尚可。检查:双下肢可见密集分布大小不等紫红色瘀点,部分紧簇成片,压之不褪色;咽部有充血,舌红、苔薄黄,脉浮滑。血常规:白细胞 $11 \times 10^9/L$ 。小便常规未见异常。西医诊断:过敏性紫癜。中医诊断:紫癜风;辨证:风热未尽,内夹湿邪证,属于初期。给予银翘散加减治疗。药用:金银花15g,连翘10g,薄荷10g,牛蒡子15g,升麻6g,葛根8g,生地炭10g,侧柏炭10g,槐花炭10g,地榆15g,白术10g,薏苡仁10g,冬瓜皮8g,茯苓10g,红花6g,甘草6g。7剂,每天1剂。配合曲克芦丁片、维生素C、裸花紫珠片内服。嘱避免剧烈运动,忌辛辣发物,防止感冒。1月18日二诊:服药后瘀点大部分消退,咽痛消失,无口干口苦,二便调。专科检查:双下肢可见少许单一瘀点,压之不褪色,舌红、苔薄白干,脉滑。属于恢复期,给予参苓白术散加减。方药:白术10g,山药15g,茯苓20g,血余炭10g,茜草15g,生地黄15g,岗梅20g,牡丹皮10g,丝瓜络6g,金银花15g,僵蚕10g,陈皮10g,甘草6g。14剂,每天1剂。继续给予收敛消炎止血之裸花紫珠片内服。三诊:患者皮疹消失,无咽痛、腹痛等不适,小便常规未提示异常,嘱继续口服裸花紫珠片1个月善后。

按:此案患者年纪较轻,阳气较盛,且治疗及时,故用药相对简单,治疗周期较短。初起使用银翘散加减,患者风热未尽,金银花、连翘轻清宣透、清热解毒;薄荷、牛蒡子清利咽喉,同时增强金银花、连翘的清热解毒,发表邪作用。升麻、葛根辛凉解肌,解毒透疹,此为朱教授治疗紫癜风之常用组合。配合生地炭、侧柏炭、槐花炭、地榆凉血收敛止血,截其出血之路。瘀点为离经之血,即为瘀血,故使用活血之品红花;给予白术、薏苡仁、冬瓜皮、茯苓化湿,同时白术、茯苓健脾扶正祛邪。二诊:患者外邪已尽,以辅助正气为主,采用参苓白术散加减,同时配合滋阴凉血化瘀之品善后,切合病机,收效显著。

临床上紫癜风反复难愈,患者发病多先求助于西医,对于非皮肤专科医师,直接给予激素等治疗,短时效果立竿见影,但面临激素停用后复发以及激素毒副作用等问题,给患者心理及经济上带来沉重负担。目前该病已成为中医的优势病种。一方面,正气不足为发病的基础,“正气存内、邪不可干”,早期需益气祛邪,后期需益气扶正;另一方面,血分伏热为疾病发展过程中重要的病理因素,贯穿始终,内清余热对防止皮损复发至关重要;最后,离经之血

即为瘀血,收敛止血防止皮疹新发,活血通络促进原有皮疹消散。故朱教授治疗该病,虽3期各有偏重,但组方思想多强调益气、收敛止血、活血通络、清热同时进行,标本同治。

参考文献

- [1] 张学军,陆洪光,高兴华. 皮肤性病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:167-168.
- [2] 蒋文杰,杨进. 运用温病治法辨治过敏性紫癜体会[J]. 中医杂志,2015,56(2):163-165.
- [3] 欧阳恒,杨志波,李宇明. 实用皮肤病诊疗手册[M]. 北京:人民军医出版社,2009:460-462.

第一作者:王峰,男,2015级硕士研究生,研究方向:中医外科学(皮肤病方向)

通讯作者:朱明芳,女,教授,博士研究生导师,研究方向:中医外科学(皮肤病方向),E-mail:26715858@qq.com

(收稿日期:2017-10-17)

针刺结合热敏灸 治疗尺神经损伤验案1则

张雪松¹,熊鹏²

- (1. 江西中医药大学,江西 南昌,330006;
2. 江西中医药大学附属医院,江西 南昌,330006)

[关键词] 尺神经损伤;针刺;热敏灸;验案

[中图分类号]R277.75 [文献标识码]B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.058

周围神经损伤是一种由于各种原因引起受该神经支配的区域出现感觉障碍、运动障碍和营养障碍的神经功能障碍性疾病^[1]。该损伤虽不危及生命,但严重影响患者的生活质量,甚至致残。西医目前对本病的治疗主要以手术为主,但预后欠佳。针刺作为一种简便廉效的治疗手段,能明显促进已损伤神经组织的修复,并有效改善其低下之功能,是符合当今世界推崇的安全、有效、经济、方便原则的“绿色疗法”^[2]。但是,临床鲜有对针刺结合热敏灸提高尺神经损伤疗效的研究报道,现将1例因醉酒后长时间枕臂而眠致尺神经损伤的患者诊治经过介绍如下。

患者,男,35岁,于2016年10月13日以右手麻木无力及活动受限12d前来江西中医药大学附属医院热敏灸分院针灸科门诊就诊。该患者因12d前醉酒后枕臂而眠5h,醒来后突感右手无力伴麻木不适,遂立即前往当地医院就诊,给予营养神经药物治疗合并康复锻炼后,症状并无明显改善,后转至江西中医药大学附属医院门诊。刻诊:患者右手肌力3级,小鱼际肌张力下降,未发现明显肌萎缩。环指、小指呈爪型屈曲并伴有浅感觉障碍。右手手指内收、外展活

功能障碍,精细活动不能,无疼痛。病理征未引出。肌电图:右尺神经损伤。针刺取穴为阿是穴、腕骨、小海、中渚、外关、曲池、八邪,皆以得气为准,行平补平泻法,留针30~40min,每天1次。而热敏灸治疗之法,则是在探得热敏化腧穴后对其施以温和灸,灸疗时间以热敏感消失为度,一般时间为40min左右,每天1次。同时,给予患者维生素B族及甲钴胺片口服以营养神经,并嘱患者积极做康复锻炼。治疗10d后患者自诉右手无力、麻木等症状有明显改善,经查肌力恢复至4级,肌张力较前亦有增高,感觉障碍和活动功能障碍得到明显改善。坚持治疗20d后,患者自觉右手症状基本消失,仅偶有麻木感,内收、外展活动自如,肌力、肌张力已恢复至正常水平。嘱患者继续针灸巩固疗效,注意避免寒保暖、适时休息及康复锻炼。

按:尺神经损伤在中医学中属“伤筋”“痹证”及“痿证”的范畴。中医学认为,本病多因外力损伤经络,或风寒湿等邪气闭阻,导致气血运行不利,经筋功能失调,以致筋骨、肌肉等处出现疼痛、酸楚或麻木,甚至屈伸不利,久之则筋肉失其濡养以致肢体痿废不用。综合分析该患者临床资料,考虑是由于长时间枕臂带来的持续性外力压迫损伤经络,导致手腕处气血运行不利,经筋功能失调,以致右手筋骨、肌肉等处出现麻木无力以及屈伸不利的临床表现。故本病应以疏通经络、行气活血为其治法。针刺所取阿是穴乃是位于中渚穴后约1寸触之有一细条索结节处,按之压痛明显,针刺该穴可有效疏通手部闭阻之经络。又因本病多属手少阳三焦经和手太阳小肠经经筋病,遂结合该患者实际情况,循经选取腕骨、小海、中渚、外关、曲池以舒筋活络。局部选穴之八邪则是善治手指麻木的效穴。此外,运用热敏化穴位探查法探查后发现,右小海穴处可出现透热、传热的热敏现象,热感可向肘部内渗透,并沿手太阳经传到小指,而其他穴位通过探查并无透热、传热等热敏现象,对比明显不同,故悬灸此穴可有效温通经络、通达气血。若从西医学角度分析其病因,则是由于该患者长时间枕臂对手腕处形成的一种慢性卡压使神经缺血、缺氧,进而影响了神经的传导功能。灸法可以使热量直达病灶深部,起到改善局部血液循环,改善组织缺氧和营养,加速神经组织再生和传导功能恢复的功效。而热敏灸疗法的运用,不但可以起到传统灸法的作用,而且通过艾热刺激患者体表的热敏化腧穴,产生一个“小刺激大反应”,有力地调动了体内的内源性调控系统功能,从而使临床疗效大大提高^[3]。

在临床中,尺神经损伤的治疗虽较为棘手,但

在起病的早期尚处于可逆阶段,所支配的肌肉除有肌力、肌张力降低外并未发生实质性的萎缩,故早期明确诊断并及时予以行之有效的治法乃是决定其疗效的关键。而该患者之所以能在较短的时间内康复,热敏灸疗法的联合运用是至关重要的。因此,笔者认为,在针刺的基础上结合热敏灸疗法治疗该病,可以从多角度、多层次调动机体的抗病功能,进而实现优势互补,疗效确切且无后遗症,在今后的临床实践中值得进一步推广。

参考文献

- [1] 杨光,尹勇. 针刺促进周围神经损伤的修复及机制研究新进展[J]. 云南中医中药杂志,2015,36(3):75-77.
- [2] 王淑荣,孙忠人. 针刺治疗周围神经损伤及机制的研究进展[J]. 中国中医药科技,2005,12(2):127-128.
- [3] 陈日新,康明非. 一种新类型的疾病反应点——热敏点及其临床意义[J]. 江西中医学院学报,2006,18(2):29-30.

第一作者:张雪松,男,2016级硕士研究生,研究方向:腧穴敏化规律的研究及针灸治疗面瘫、中风、颈肩腰肌筋膜炎、胃肠道疾病及内科疾病

通讯作者:熊鹏,男,主治医师,研究方向:腧穴敏化规律的研究及针灸治疗面瘫、中风、颈肩腰肌筋膜炎、胃肠道疾病及内科疾病

(收稿日期:2017-07-26)

针灸治疗中风后呃逆验案1则

王凯¹,韩宝杰²,王元²

(1. 天津中医药大学,天津,300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193)

[关键词] 中风后呃逆;针灸;验案

[中图分类号] R277.739 **[文献标识码]** B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.059

呃逆俗称“打嗝”,是指以胃气上逆动膈,气逆上冲,喉间呃呃连声,声短而频,不能自止为主要表现的病症^[1]。中风后呃逆是中风病一个常见的并发症,表现为呃逆声短而频发,连续不断,不能自止。若不及时治疗,则使病情加重,预后不良。笔者在跟师学习中,接触一典型中风后呃逆患者,现将其诊治经过介绍如下。

乔某,男,67岁,2016年12月9日初诊。主因“左侧肢体不遂1年余”收入天津中医药大学第一附属医院针灸科病房。颅脑CT示多发性脑梗死。患者于12月10日因误饮冷水后出现呃逆,呃声低微,持续发作,严重影响其生活质量。现症见:左侧肢体不遂,面色淡白,呃声低微,持续发作,约11次/min,形寒肢冷,食少困倦,寐差,小便频,大便稀溏,舌淡苔白,脉弱无力。诊断:中风后呃逆。辨证属脾胃