

蚕等;如皮肤瘙痒发干,抓挠后皮肤出现白色或浅红色抓痕,并伴有皮肤脱屑,舌淡,苔薄白,脉沉细,方选当归饮子化裁,加地肤子、白鲜皮以祛风止痒,并清解血分燥热之毒;如皮肤瘙痒常在秋季出现,多伴有口鼻干涩,舌干少津,苔薄黄而干,方以清燥救肺汤化裁,加当归、白芍、北沙参等养阴清肺。因糖尿病皮肤病多发于肌肤,故用药可酌加疏风解表药,如荆芥、防风、羌活等辛散祛风之品,引邪外出。糖尿病皮肤病临床表现复杂,病程痼难愈,加之现代生活环境改变,致病因素增加,需突破传统毒邪的理念,给浊毒以现代化的定义,重视与现代医学的关系,使内毒理论更好地指导并解决临床问题。

参考文献

[1] 吴深涛. 内毒辨释[J]. 上海中医药杂志, 2014, 48(2): 4-7.
[2] 吴深涛. 糖尿病中医病机新识[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(11): 808-811.
[3] 吴深涛, 章清华, 刘弘毅, 等. 内毒蓄损与“生生之气”失衡——现代病证的核心机制[J]. 中医杂志, 2016, 57(23): 1985-1988.

第一作者:张迪,男,2015 级硕士研究生,研究方向:中医内科学(内分泌代谢疾病方向)

通讯作者:吴深涛,男,医学博士,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医内科学(内分泌代谢疾病方向),E-mail:shtaowu@163.com

(收稿日期:2017-11-28)

通督温阳法治疗

胸皮神经卡压综合征验案 1 则

陈思铭¹,李桂平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] 胸皮神经卡压综合征;通督温阳法;夹脊穴;灸感;验案

[中图分类号] R246.6 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.045

皮神经卡压综合征常因皮神经经过骨孔、骨性隆起、筋膜、肌腱、纤维骨性管道等部位时,遭遇反复摩擦刺激或受压而导致,而该病发病率相对较低,常在发病早期得不到患者和医师的足够重视。笔者临床以通督温阳为治疗大法,采用夹脊穴排刺结合悬灸的方法,并重视灸感的作用,治疗胸皮神经卡压综合征 1 例,取得了良好的效果,现报告如下。

患者,女,48 岁,2017 年 8 月 7 日就诊。主诉:背部麻木伴胸闷不适 2 个月余。病史:患者 2 个月前因家务劳动后突然出现右侧背部麻木,并觉右侧肩背部至前胸部憋闷不舒。曾自服复方丹参滴丸,并于社区诊所行推拿、刺络拔罐等治疗,不能缓解。查胸 CT 示:第 2~4 胸椎椎管狭窄、退行性改变。患者 8 年前因腰椎间盘突出行手术治疗。刻诊:右背部麻木,后背至前胸憋闷不舒,夜间较重,受寒、劳累时加重;伴腰酸,腰后部及四肢怕凉,纳食可,入睡困难,小便清冷,大便秘溏薄;舌质淡白,脉迟弱。查体:在以正中线上胸 1~3 椎体为长边、旁开 1.5 寸为宽边的一长方形范围内,皮肤触之麻木,痛觉、温度觉皆消失。深按其胸 1 椎体旁开 1.5 寸处,可触及一长约 2cm 纵行条索状物,按揉弹拨无异样感觉。查心电图正常。西医诊断:胸皮神经卡压综合征。中医诊断:麻木病。治疗原则:通督温阳,通经行气。采用针灸治疗。针刺:取夹脊穴(T₁~L₅ 棘突下两侧,后正中线旁开 0.5 寸),向脊椎方向呈 70°斜刺,得气后行捻转补法 30s,留针 30min。艾灸:先以点燃的艾条距皮肤 3cm 左右施灸,以微微热感起始为佳,循膀胱经第 2 侧线往返行温和灸;发现灸附分穴时,患者小腿肚以承筋穴为中心的巴掌大皮肤范围内出现持续的类似水流样灸感;另于承筋穴施灸,患者片刻后感觉下肢后表面热感呈条带状大致沿膀胱经扩展至承扶穴及跟腱后。维持灸感 30min。以上治疗每天 1 次,连续治疗 6 次为 1 个疗程,嘱其远离空调、注意保暖、勿食生冷。治疗 5 次后,患者感觉患处皮肤可稍觉触碰感、针刺微痛、灸时温暖感,憋闷感亦减,并诉近日睡眠改善。治疗第 8 次时,麻木感大减,近距离悬灸患处有烧灼感,此时按揉其条索有刺痛感。治疗过程中,背部悬灸点逐渐从附分穴处向正中线移动,灸感均可保持。治疗第 11 次后,患者皮肤感觉恢复正常,憋闷感未再发作,条索拔按较前柔软、无痛感,腰肢怕冷减轻,自觉身心舒畅。遂嘱患者回家后时常令家属为其行温和灸,悬灸两侧夹脊穴以巩固疗效。3 个月后随访,未再复发,并诉睡眠大大改善。

按:以麻木为首发症状的胸皮神经卡压综合征在临床虽不常见,但往往发展至中晚期才引起患者的重视,多表现为背部局部疼痛及感觉异常,给患者带来了极痛苦的身心感受。其发病机制主要是受累皮神经受到周围组织压迫产生炎症,或供养血管不能正常濡养,日久可导致神经束膜变硬变窄^[1],影响神经束本身及其支配区生理功能正常运行。本病属于中医学“麻木”“不仁”“顽麻”等范畴,主要病机为气血凝滞、脉络痹阻。本案患者从事会计工作,长期伏案,背部肌肉筋膜长期处于紧张状态,劳累后出现该症,感受风寒症状加重,经过一些常规通经活络法治疗不能缓解。详问病史后发现患者存在腰与四肢怕凉、小便清冷、大便秘溏薄、舌质淡白、脉迟弱等素体阳气虚衰的各种症状,

考虑其背部阳经经气失于温煦、推动,经气运行布散受阻,肌肤濡养失常故发本病,以阳气痹阻为本、气血痹阻为标。如郑钦安所言:“阳气流通,阴气无滞,自然百病不作,阳气不足,稍有阻滞,百病丛生”,《类经·疾病类》载:“分肉者,卫气之所行也。卫气昼行于阳,自足太阳始……卫气不行则体有不仁,故凡于痛痒寒热,皆有所弗知也”。故本案以通督温阳、通经行气为治疗大法。《素问·骨空论》载:“督脉者……起于少腹以下……贯脊属肾……挟脊抵腰中,入循膂,络肾……”《灵枢·经脉》载:“督脉之别,名曰长强,挟脊上项,散头上,下当肩胛左右,别走太阳,入贯膂”,从走行分布来看,督脉、夹脊穴与膀胱经沟通紧密。夹脊穴纵列于督脉与膀胱经之间,位于后两者脉络系统重叠处,针刺之可推动三焦脏腑气机的阴阳升降,又能促进督脉与膀胱经经气的融通。膀胱经又称巨阳,《素问·热论》载:“巨阳者,诸阳之属也,其脉连于风府,故为诸阳主气也。”故择膀胱经施灸,先以患者对艾热的敏感度来确定最佳施灸部位^[2],最初出现的灸感竟与《备急千金要方》中“灸两胛中各一处,至六百壮,多至千壮,当觉气下砢砢然如流水状”的描述相似,在守此感觉的基础上,另悬灸出现灸感的承筋穴以图加强灸感,最终膀胱经于腿部走行区域内皆出现热感,至此方达《医宗金鉴·刺灸心法要诀》所言之“凡灸诸病,必火足气到,始能求愈”的最佳效果。因考虑患者脊柱病史,其督脉阳气痹阻,故而先后从夹脊穴、膀胱经着手,针灸结合,通督温阳,恢复气血调达。患者睡眠的改善是本次治疗的意外收获,印证了《素问·生气通天论》中“阳气者,精则养神,柔则养筋”的论述。重视患者灸感,对于感觉障碍类疾病是否有特殊疗效,也值得在临床工作中进一步探究。

参考文献

- [1] 董福慧. 皮神经卡压综合征的病因病机[J]. 中国骨伤, 2003(2): 117-119.
- [2] 朱道成, 陈日新, 焦琳, 等. 论热敏灸探感定位是阿是之法的传承与发展[J]. 中国针灸, 2014, 34(8): 769-771.

第一作者:陈思铭,男,2015级硕士研究生,研究方向:针刺治疗脑血管疾病与颈腰椎疾病

通讯作者:李桂平,女,医学博士,副主任医师,研究方向:针刺治疗脑血管疾病与颈腰椎疾病, E-mail: 532637578@qq.com

(收稿日期:2017-12-28)

针药并用治疗脊髓炎验案1则

武红

(天津市中医药研究院附属医院,天津,300120)

[关键词] 脊髓炎;养血柔肝针法;左归丸;六藤水陆蛇仙汤

[中图分类号] R277.73 **[文献标识码]** B

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.046

张某,女,50岁,2015年12月15日因“左侧肢体腰部以下麻木疼痛近1个月”入院。现病史:患者自2015年11月18日突发腰部以下左侧肢体麻木疼痛,于天津市某医院接受甘露醇、激素等药物治疗,病情得到控制后遂来我院针灸治疗。现症:神清,精神可,自行步入病房,腰部以下左侧肢体麻木疼痛,右膝以下麻木,四肢运动灵活,未诉头晕、头痛、呕恶、胸闷憋气、心悸、心前区疼痛、咳嗽痰咳、腹痛腹胀及反酸,纳食可,夜寐欠安,大便无力,小便可,舌质红,少苔,脉细。查体:双侧肢体肌力V级,双侧肌张力、肌容量可,生理反射存在,病理反射未引出,左侧肢体浅感觉减弱,深感觉对称存在,双下肢未肿,足背动脉搏动正常。BP 100/80mmHg。血常规:单核细胞比率10.8%,中性粒细胞比率38.2%,嗜酸性粒细胞比率9.5%,淋巴细胞比率41.4%,白细胞数目 $3.04(10^9/L)$,中性粒细胞数目 $1.16(10^9/L)$;血液流变学:血沉方程K值85.36;血沉27;C-反应蛋白 $<8\text{mg/L}$;钙 2.26mmol/L ;前白蛋白 285mg/L ;空腹血糖 5.03mmol/L ;血脂正常;肝功能:r-谷氨酰转肽酶 89U/L ,谷丙转氨酶 110g/L ,球蛋白 22.5g/L ,白蛋白 34.7g/L ,总蛋白 57.2g/L ;同型半胱氨酸 $8.2\mu\text{mol/L}$;BNP 114pg/mL ;D-二聚体 0.35mg/L ;凝血试验:纤维蛋白原浓度 3.57g/L 。心脏彩超:主动脉硬化,左室舒张功能减低,三尖瓣关闭不全。胸椎MR:第3~4胸椎水平髓内异常高密度信号影。西医诊断:脊髓炎;中医诊断:痹病(肝肾亏虚,阴血不足证)。治法:补益肝肾、滋阴养血、活血通络。针灸采用养血柔肝针法。主穴:双侧风池、支沟、血海、三阴交、阳陵泉、阴陵泉、太冲;辅穴:外关、阳池、风市、飞扬、悬钟、丘墟、光明。拔罐治疗:穴取大椎、风门(双侧)、肺俞、膈俞、秉风、天宗,留罐8min。结合左归丸合六藤水陆蛇仙汤加减。处方:熟地黄20g,菟丝子15g,牛膝20g,山药15g,山茱萸10g,枸杞15g,龟甲胶15g,鹿角胶15g,海风藤30g,青风藤30g,鸡血藤30g,络石藤30g,忍冬藤30g,钩藤30g,白芍40g,甘草20g,肉苁蓉30g。4剂。水煎,每天1剂,分2次服。2016年12月19日,患者诉腰部以下左侧肢体麻木疼痛、右膝以下麻木症状有所减轻,故继原方治疗至出院。住院治疗期间患者麻木疼痛逐渐好转,夜寐于出院之前已安。出院当日腰部以下左侧肢体麻木疼痛、右膝以下麻木已大为减轻,舌质淡红、稍暗,薄白苔,脉略涩。中药方加川芎15g,嘱患者继服,变化随诊。随访半年,未见加重。

按:患者因正虚而反复感邪,日久则损伤气血,