

低,而于腹压突然增加时排尿失去控制,尿液不自主地溢出。本病属中医学“小便不禁”范畴,《内经》载:“水泉不藏者,是膀胱不藏也”,指出该病病位在膀胱。《灵枢·本输》载:“三焦者,足少阳太阴之所将,太阳之别也,……并太阳之正,入络膀胱,约下焦,实则闭癃,虚则遗溺”,指出三焦气化不利为尿失禁的病机之一。三焦可通调水道,其功能的发挥有赖于三焦的气化功能正常,而三焦的气化功能又依靠肺、脾、肾三脏维持,三焦决渎无力,膀胱疏泄失司,故小便失禁,本案患者时有咳嗽、畏寒,易头晕,腹部胀满,属肺、脾、肾三脏功能失调而致三焦气化功能不利,小便失司。故治以疏利三焦,调畅气机,通调水道,以促进三焦气化,恢复膀胱功能。取穴以上焦之膻中,调畅气机,疏调表里之经气;中焦之中脘以调畅中焦气机,培土抑木,疏肝理气;下焦之关元以调理三焦,温补下元。此3穴合用可疏利三焦,通调三焦气机,通调水道,鼓舞膀胱气化,以达启闭小便之功。局部选穴配以水道、中极。水道为足阳明经穴兼有通调水道调节水液运输之功,在解剖位置上水道深部接近膀胱,采用芒针深刺,可使针感向会阴、尿道部放射,以刺激膀胱、尿道周围的交感、副交感神经,增加膀胱逼尿肌的收缩,恢复尿道括约肌的舒缩功能而控制尿液^[1];中极穴是小腹部的任脉穴位,属膀胱的募穴,可通利膀胱,启动膀胱气化,为利尿通淋之要穴。三阴交为足三阴经交会穴,针刺之可滋补肝肾、健脾益气。以上诸穴合用,共奏疏利三焦,调畅气机,恢复膀胱功能之效。所谓“气速至则速效”,在针刺手法上本案腹部穴位采用芒针深刺,配合施以补泄手法,使之更易激发局部经气,促使膀胱气化有源,三焦通利而遗溺自控。从三焦气化理论论治小便不禁,采用芒针深刺进行对症治疗,该针刺疗法简便易行且疗效良好,对临床上压力性尿失禁的治疗具有一定的参考价值。

参考文献

[1] 高乐,牛红月. 芒针配合醒脑开窍针刺法治疗脑梗死后尿失禁30例[J]. 河南中医,2014,34(7):1260-1261.

第一作者:慕容志苗,女,2015级硕士研究生,研究方向:针灸治疗中风及其并发症

通讯作者:牛红月,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸治疗中风及其并发症, E-mail: nhyl966@ sina.com

(收稿日期:2018-01-08)

调神定痛针刺法治疗腰痛验案1则

张梦然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] 腰痛;针刺疗法;调神止痛法;验案

[中图分类号] R246.1 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.044

急性腰痛属于中医学“腰痛”范畴,通常认为是由于风、寒、湿邪侵袭腰部经脉或剧烈运动、闪挫负重,导致局部气血运行阻滞,不通则痛所致。《证治准绳·腰痛》载:“(腰痛)有风、有湿、有寒、有热、有挫闪、有瘀血、有滞气、有痰积,皆标也;肾虚,其本也。”临床研究表明,针灸治疗急性腰痛有效率通常可达90%以上^[1]。李桂平副主任医师采用调神定痛针刺法治疗腰痛效果极佳,现将其验案1则介绍如下。

李某,男,68岁,2017年9月6日主因“腰痛1个月余,加重伴左下肢酸麻感4d”就诊。患者自诉1个月前因吹空调受凉后出现腰痛,未予重视,后疼痛症状加重,均未治疗,疼痛均于1周内自行缓解,其后无明显诱因腰部突然疼痛难忍,遂就诊于天津中医药大学第一附属医院针灸门诊。来诊时见:神清,精神欠佳,疼痛较剧,不可俯仰,伴左下肢外侧及后侧放射性酸麻感,面色暗淡,纳可,寐欠安,二便调。舌暗红,苔白腻,脉弦。查体:腰椎生理弧度变浅,腰肌紧张,前屈角度10°,背伸5°,L_{3/4}至L₅/S₁棘间双侧旁开1.5cm处压痛,左侧梨状肌压痛,左侧直腿抬高试验45°,右侧直腿抬高试验60°,4字试验(±),跟腱反射减弱,小腿外后侧浅感觉减退,左踇趾背屈、跖屈力弱。既往体健,否认药物、食物及其他接触物过敏史。NRS(疼痛数字评分法)评分:9分。西医诊断:腰椎间盘突出症,继发性坐骨神经痛。中医诊断:腰痛(气滞血瘀证)。予调神止痛针刺法治疗。选穴:人中、委中、环跳、肾俞、腰阳关、命门、大肠俞、次髂、悬钟、昆仑、股部足膀胱经及足少阳经排刺。操作方法:选取0.3mm×75mm毫针用于环跳穴,余穴采用0.25mm×40mm毫针。患者先取仰卧位,针刺人中穴,深度0.1~0.3寸,用重雀啄法,以眼球湿润为度,不留针;针刺左侧委中穴,施提插法至左侧小腿抽动为度,不留针。后患者取右侧卧位,左下肢屈髋屈膝,针刺左侧环跳穴,行提插手法,使针感传导至小腿即止;针刺双侧肾俞、命门、腰阳关、大肠俞、次髂穴,针刺深度1寸,施以捻转补法,以腰部有温热感为度;左侧昆仑穴、悬钟穴,针刺深度0.5~0.8寸,平补平泻法;下肢膀胱经、少阳经排刺,行平补平泻法;均留针30min。首次针刺治疗后腰部疼痛明显缓解,前屈角度30°,背伸10°,NRS评分7分。次日复诊,查腰椎MRI示:腰椎骨质增生;考虑L₃椎体前上部及L₅/S₁相邻椎体缘终板炎;L_{2/3}~L₅/S₁椎间盘退变、膨出、L_{2/3}~L_{4/5}椎间盘后突出,继发相应水平椎管及两侧椎间孔狭窄;L_{3/4}水平两侧黄韧带略增厚。针刺时去人

中,余穴针法及留针时间不变,其后坚持隔天治疗,1 周后 NRS 评分 5 分。考虑患者症状明显缓解及可能出现针刺耐受性,其后每周针 2~3 次,治疗 1 个月半月后腰部疼痛及左下肢放射性酸麻感症状消失,腰部活动幅度已接近正常范围。

按:本病例西医诊断为腰椎间盘突出症伴继发性坐骨神经痛,是因腰椎间盘突出发生退行性病变,失去正常的弹性和张力后,腰椎间盘的纤维环破裂,腰椎间盘突出,刺激和压迫周围组织及坐骨神经所产生的一系列症状。有研究认为,针刺可改善血液循环,减轻水肿状态,消散局部炎症介质及致痛物质,以促进神经功能恢复^[2]。且根据世界卫生组织推荐的 43 种针灸适应病症中包含有腰痛及坐骨神经痛。故张师考虑首先采用针刺缓解患者急性腰痛。本案患者为老年男性,年过花甲,肾精不足、肾气亏虚,故腰府失于濡养;又因复感寒湿之邪,聚于腰部,寒性收引,凝滞血脉,腰部经脉不通,不通则痛;且湿性重着黏滞,阻于经络,则疼痛、酸胀感常反复发作。故其以肾虚为本,外感寒湿为标,采用调神止痛兼以温经通脉的针刺方法,取得较好治疗效果。

《灵枢·本神》载:“凡刺之法,必先本于神。”张景岳《类经》中解释道:“医必以神,乃见无形,病必以神,血气乃行,故针以治神为务。”武连仲教授认为神为人体最高统帅,主宰全身,职司运动、感觉等各种功能,接受体内外各种刺激并作出反应,即神和志的关系,故神与痛直接相关^[3]。因此针刺疗法治疗疾病的首务必然是调神,神主司一切人体活动,神机得调则气机得顺,气机和顺则血脉和利,疼痛方可缓解。同时,调神尚可缓解患者紧张的情绪,也为后续治疗提供了保证。在选穴上,对应腰痛发作期首先选用水沟穴,水沟穴属于督脉要穴,督脉走行入于脑,中医学认为脑为元神之府,主宰生命活动、主司精神活动和感觉运动,通过针刺水沟穴的强烈刺激作用,一可醒脑开窍以调神定痛,二可通利督脉气机,促使气行血和则痛亦止。委中穴为太阳经合穴,《灵枢·终始》载:“病在头者取之足,病在腰者取之膕”,刺之可通利足太阳经气,疏通下肢经络。针刺委中穴务必使下肢抽动方可达到量效关系。环跳穴属于足少阳胆经要穴,又为足少阳经与足太阳经交会穴,《医宗金鉴》载“主治腰、胯、股、膝中受风寒湿气、筋挛疼痛”,针刺环跳穴可疏通两经经气,促进气血运行。肾俞、腰阳关、大肠俞、次髎穴均属于局部取穴,温补肾气,温通经脉,行气活血,化瘀止痛;悬钟穴属足少阳胆经,《素

问·刺腰痛论》载:“腰痛,不可以俯仰,足少阳”“少阳令人腰痛……刺少阳成骨之端出血”,且悬钟穴为髓会,有补髓壮骨、通经活络、祛风止痛之功效。《灵枢·根结》载:“足太阳根于至阴,注于昆仑”,昆仑穴,功能舒筋通络,镇静止痛。本案患者下肢外侧、后侧出现放射性酸麻感,根据经络分布及走向,辨为足少阳经、足太阳经病症,由于寒湿侵袭导致经气不利,产生酸麻感,对二经进行排刺,可温通经脉、散寒止痛,从而使经气通利,气行血和则寒湿自去,酸麻自减。临床经验表明,调神止痛辅以温经通脉针刺法对于急性腰痛疗效确切,疼痛缓解后尚应注意疾病的辨证分型,注重穴位临证加减。

参考文献

- [1] 栗冬,陈以国. 急性腰扭伤的针灸治疗概况[J]. 光明中医, 2012,27(7):1491-1493.
- [2] 杨海龙,周胜红,张永臣,等. 针灸治疗腰椎间盘突出症的机制研究进展[J]. 上海针灸杂志,2017,36(3):365-370.
- [3] 唐艳,张欣,武连仲,等. 武连仲教授针刺止痛十二法[J]. 中国针灸,2006,26(9):662-664.

第一作者:张梦然,女,2016 级硕士研究生,研究方向:针灸治疗中风

通讯作者:李桂平,女,医学博士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中风及其并发症、面瘫、郁证、周围神经病与颈腰椎疾病的临床研究

(收稿日期:2018-01-08)

火针治疗

延髓麻痹吞咽障碍验案 1 则

裴丽敏¹,赵志恒¹,杨国荣²

- (1. 天津中医药大学,天津,300193;
2. 天津中医药大学第二附属医院,天津,300250)

[关键词] 吞咽障碍;延髓麻痹;贺氏火针;辨证取穴

[中图分类号] R246.8 **[文献标识码]** B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.045

李某,男性,72 岁,2017 年 10 月 15 日以“左侧肢体活动不利伴语言不利、吞咽困难半年,加重 14d”为主诉就诊。患者于半年前突发左侧肢体活动不利,经治疗留有左侧肢体活动不利、吞咽困难、语言不利等症,半年来均为胃管鼻饲饮食状态。14d 前患者无明显诱因突发语言不利、吞咽困难加重,当时神清,无头晕头痛,未予重视,后由家属送医就诊,查头部 CT:脑干、量基底节区密度欠均匀。刻下症见:吞咽困难,口角歪斜,语言欠利,左侧肢体活动不利,时有咳嗽咳痰,无喘憋,时有恶心,未呕吐,无头晕头痛,鼻饲流质饮食,胃管通畅,其中未见咖啡色物,夜寐尚可,小便可,大便秘结,舌暗红有瘀斑,苔白腻,脉弦涩。专科检查:轻度构音