

参考文献

- [1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2008:988-992.
- [2] 郑亿庆,区永康,许耀东,等. 低频下降型突发性聋药物治疗的多中心研究[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,48(5):362-367.
- [3] 王大勇,侯志强,刘岩,等. 青少年突发性耳聋的临床特征及疗效分析[J]. 中华医学杂志,2013,93(20):1574-1576.
- [4] 李漫,沈红强,杨翼,等. 中药及针灸治疗突发性耳聋的临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2011,17(6):667-669.
- [5] 刘淹清,包永欣. 针刺治疗突发性耳聋56例[J]. 中国针灸,2008,28(7):530.
- [6] 魏彩莲. 头针治疗神经性耳聋43例[J]. 中国针灸,2003,23(2):91.

第一作者:史慧敏,女,2016级硕士研究生,研究方向:针灸治疗脑功能障碍疾病

通讯作者:陈华德,男,主任中医师,博士研究生导师,研究方向:针灸治疗脑功能障碍疾病, E-mail: docchd@sina.com (收稿日期:2018-10-29)

针刺结合按摩 治疗胞轮振跳验案1则

李现伟¹,于金栋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] 胞轮振跳;针刺疗法;按摩疗法;验案

[中图分类号] R276.7 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.10.037

胞轮振跳,又名脾轮振跳,俗称眼眉跳,在《目经大成》上又称之为“目瞤”。西医的眼肌痉挛、眼轮匝肌抽搐、面神经痉挛所致的眼肌痉挛疾病亦是此病。西医治疗主要以缓解症状为主,如口服卡马西平及弥可保等,但疗效不佳。局部注射肉毒毒素A虽可改善症状,但无法根治,且容易产生耐药性,并价格昂贵,难以普及大众。现代医学对此病尚无统一有效的治疗方案,而中医药疗法对此病有独特的疗法,且疗效确切,现将于金栋主任医师治疗胞轮振跳验案1则介绍如下,以供参考。

患者,男,53岁,2018年1月8日初诊。诉右侧眼周肌肉不自主抽搐,反复发作2个月,加重3d。2个月前与家人争吵后出现右侧眼周肌肉抽搐,休息后可缓解,不定时发作。3d前因工作压力大导致上述症状加重,抽搐发作频繁,并伴随颞部、口颌部不适。患者先于神经内科就诊,查头颅CT、脑电图,均未见明显异常。经西药治疗后效果不明显,故来于师处就诊。查体:神志清晰,精神尚可,面部表情不

自然,右侧眼周围肌肉不自主抽搐,神经科查体未见异常。平素心烦易怒,舌红、苔薄,脉弦。西医诊断:眼肌痉挛;中医诊断:胞轮振跳(肝风内动型)。处方:1)合谷、太冲、风池、百会,静留针40min;局部穴位按摩:鱼腰、攒竹、瞳子髎、太阳、四白穴。2)申脉、照海、翳风、四神聪,静留针40min;局部穴位按摩:鱼腰、攒竹、瞳子髎、太阳、四白穴。每天1组,第一天采用处方1)组,第二天采用处方2)组,2组交替进行,以10d为1个疗程。嘱患者避风寒,调畅情志,规律饮食。针刺操作方法:选取0.30mm×40mm的一次性针具,进针风池穴时,针尖向对侧下颌方向刺入,以产生酸胀感为度。其余穴位按常规方法进行针刺。穴位按摩方法:以攒竹为例,用中指或食指指腹为着力点按于攒竹穴,先顺时针按揉8圈,每秒1圈,后逆时针按揉8圈,如此重复2组,余穴按摩方法同上。手法要求:均匀柔和,持久有力;动作轻而不浮,重而不滞。1个疗程后该患者发作频率减少,但幅度减轻;2个疗程后,患者抽搐偶发,但幅度不明显;3个疗程后,患者抽搐消失。嘱其坚持进行局部穴位按摩,不适随诊。后患者未再复诊。

按语:胞轮振跳临床上多表现为眼周肌肉的不自主抽搐,多呈阵发性,常有患侧脸部不适,眼裂变小,流泪,并伴随干眼症;可因情绪激动、紧张,劳累,外感风寒等因素加重,休息后缓解,入睡后停止;该病发展至后期,抽搐、跳动可扩大至面颊肌、口轮匝肌、颈阔肌处,形成面肌痉挛,给患者造成极大痛苦。中医学认为“风盛则动”,胞轮振跳属风动症,与外风和内风紧密相关。《审视瑶函·卷四/运气原证·脾病》曰:“此症谓目脾不待人之开合,而自率拽振跳也。乃气分之病,属肝脾二经络之患。人皆呼为风,殊不知血虚而气不知顺,非纯风也。”故胞轮振跳与肝脾相关。太冲穴为足厥阴肝经之原穴,具有疏肝之效;合谷为足阳明胃经穴,主宗筋,有疏通筋脉、调节气血、濡养眼筋之效,应“面口合谷收”之意^[1]。现代研究表明,针刺合谷穴能同时激活中央后回初级感觉皮层的手部投射区和面部投射区,同时激活面口部的运动皮层^[2],具有通调头面部经络的作用。风池穴为手少阳经与阳维脉之会,刺之可祛风清热。翳风穴为手少阳三焦经穴,刺之可疏通经络、散风息风。中医学认为“百病之始,皆本于神”,故取百会、四神聪调神以全形。跷脉在循行过程中与眼睑联系密切,并在此过程中秉承气血,上濡眼睑而司开合,交通一身阴阳之气。照海、申脉为跷脉交会穴,治疗眼肌痉挛等跷脉风动症具有良效^[3]。《类经附翼·医易义》曰:“动极者镇之以静,阴亢者胜之以阳”,故采用静留针法,以静制动。局部筋脉失养,血虚风动,采用局部穴位按摩,具有通经活络、调和气血之效,使气血畅

达,痉挛自止。由于穴位具有疲劳性的特点,故2组治疗方法交替进行,以使治疗发挥最大作用。

胞轮振跳的中医药疗法较多,其中以针灸为主,包括耳针、电针、梅花针、雷火灸、浮针等多种治疗方式。本处方主要有三大优势:一是安全性高。针刺主要选取远端穴,而局部痉挛处不进行针刺,尽可能避免再次损伤痉挛处神经、血管等组织。二是易操作。所取穴位易取、易针刺,患者取坐位即可,对外部环境条件要求低,且局部穴位按摩可令患者自行操作,方便易行。三是高效性。2组治疗方式交替进行,可增强治疗作用。该法简单经济,便于普及。

参考文献

- [1] 万迎晖. 远端取穴治疗眼肌痉挛 32 例疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(2): 57-58.
- [2] 李落意, 赵斌, 杨骏, 等. “面口合谷收”神经生理机制的 fMRI 研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2012, 10(1): 13-15.
- [3] 王贇芝. 针刺照海、申脉治疗眼肌痉挛 21 例[J]. 吉林中医药, 2001, 21(4): 46-47.

第一作者:李现伟,男,2017 级硕士研究生,研究方向:针灸推拿学

通讯作者:于金栋,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针刺治疗脑血管相关疾病, E-mail: maxli1213@foxmail.com
(收稿日期:2018-10-25)

人参蛤蚧散合参附汤 治疗急性心梗致心衰 1 例

吴朝¹, 林国华¹, 汪涛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] 急性心梗; 心衰; 人参蛤蚧散; 参附汤; 验案
[中图分类号] R259.416 [文献标识码] B
DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.10.038

急性心梗所致心衰属中医学“真心痛”“喘证”的范畴,因心脏阳气虚衰、运血无力所致,是一种以喘息心悸、不能平卧、水肿少尿为主要表现的脱病。现介绍笔者(除第三作者)临床跟师期间所见的应用人参蛤蚧散合参附汤治疗急性心梗致心衰验案 1 则,具体如下。

张某,男,66 岁,2018 年 6 月 19 日初诊。主诉:咳嗽憋气半个月,加重伴水肿 1 周。患者 1 周前开始出现憋气加重,双下肢水肿逐渐明显,咳嗽喘息,纳少。入院症见:急性面容,神志清楚,口唇无发绀,胸闷憋气,无明显胸痛,时有咳嗽喘息,喉中痰鸣难出,无发热,纳少,小便少,大便尚可,

舌紫暗、苔黄厚,脉沉细。脉搏 104 次/min,呼吸 18 次/min,血压 105/80mmHg。双侧呼吸音粗隆,未闻及干湿性啰音,双下肢水肿(2+)。心电图示:窦性心率, V2-5, 可见 Q 波, ST 段抬高, T 波倒置。西医诊断:冠状动脉粥样硬化性心脏病;急性冠脉综合征;心功能不全,心功能 I 级(killip 分级);肺炎待查。中医诊断:胸痹心痛,痰瘀互结证。入院后以抗血小板,扩张冠状动脉,利尿,改善循环,抗感染治疗为主。治疗后见:患者喘息加重,双肺呼吸音粗隆,左上肺可闻及湿啰音,心率 80 次/min,律不齐,可闻及早搏,血压 95/70mmHg。N 末端脑钠肽 4557ng/L,肌红蛋白 561ng/ml,磷酸激酶同 I 酶(CK-MB) 29.2ng/ml,肌钙蛋白 0.401μg/L,氧分压(PO₂) 107.0mmHg,二氧化碳分压(PCO₂) 33.7mmHg,葡萄糖(cGlu) 10.30mmol/L,乳酸浓度(cLac) 3.30mmol/L;床旁胸片:双肺炎性病变,心脏增大。考虑由急性心梗所致心衰。予新活素、多巴胺及其他对症治疗后仍有喘息明显,效果不佳。因患者有脑梗死后遗症,家属放弃行再灌注治疗。因单纯西药治疗效果不佳,遂考虑在原治疗方案的基础上,加入中药汤剂。患者症见:神志淡漠,面色苍白,自汗,四肢逆冷,咳嗽喘息,不能平卧,小便少,下肢水肿,舌淡暗、苔薄白,脉微。属“正虚喘脱证”,治以回阳固脱平喘为主。方用参附汤合人参蛤蚧散加减:红参 30g,附片 6g,酒五味子 10g,蛤蚧 1 对,熟地黄 20g。4 剂,水煎,每天 1 剂,早晚 2 次分服。患者服用 4 剂后喘息减轻,下肢水肿减轻,心率 85 次/min,血压 100/80mmHg。治疗有效,故继续行中西药结合治疗,并根据病情变化调整方药。症见:精神好转,肢体转温,汗出大减,喘息减轻,仍有下肢水肿,小便不利,舌淡、苔白滑,脉弦滑。急症转缓,现以“正虚喘脱”为辅,“阳虚饮停”为主。治以益气温阳、利水平喘,故在前方的基础上保留人参、蛤蚧、熟地黄、附子,去五味子,配伍黄芪、肉桂、猪苓、茯苓,并调整各药用量,以增其益气温阳利水之效。遂调整方药为:红参 20g,黄芪 20g,蛤蚧 1 对,附片(先煎) 10g,肉桂 6g,熟地黄 20g,猪苓 10g,茯苓 10g。连服 4 剂而诸症平稳,续调治 3d,缓解出院。

按语:据本案患者症状和心电图检查,初步诊断为 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI),基本原因是冠状动脉粥样硬化(偶为冠状动脉栓塞、炎症、先天性畸形、痉挛所致),造成一支或多支管腔狭窄和心肌供血不足,而侧支循环未充分建立。在此基础上,血供急剧减少或中断,使心肌严重而持久地急性缺血达 20~30min 以上,所引起的局部心肌的缺血性坏死称为急性心肌梗死(AMI),临床表现可有持久的胸骨后疼痛、休克、心律失常和心力衰竭,并有血清心肌酶增高以及心电图的改变。如未能及时有效控制,可导致心力衰竭(如本例患者),主要是左心衰竭。所以治疗原则是尽快恢复心肌的血液灌注(到达医院后 30min 内开始溶栓,或 90min 内开始介入治疗),以挽救濒死心肌,防止梗死扩