

参考文献

- [1] 苏亮,陆峥. 2017 年中国失眠症诊断和治疗指南解读[J]. 世界临床药物, 2018, 39(4): 217-222.
- [2] 陶国水. 顾植山谈六经病“欲解时”及临床应用[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(7): 1707-1709.
- [3] 史锁芳. 运用“六经病欲解时”辨治肺癌术后咳嗽验案 1 则[J]. 江苏中医药, 2015, 47(4): 44-45.
- [4] 吴同玉,叶桂华,陈美芳,等. 从“六经病欲解时”浅谈中医辨证的时空性[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(4): 1524-1526.

第一作者: 王文婷, 女, 2018 级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合治疗内分泌疾病

通讯作者: 刘素荣, 女, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中西医结合治疗内分泌疾病, E-mail: liusurong214@163.com

(收稿日期: 2019-12-16)

针刺治疗脑术后昏迷验案 1 则

冀小伟, 王丹妹, 金光明

(河北燕达医院, 河北 三河, 065201)

[关键词] 颅内动静脉血管畸形术后; 昏迷; 针刺; 验案

[中图分类号] R256. 24, R246. 6 [文献标识码] B

DOI: 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2020. 10. 032

中医醒脑开窍针法是根据中医辨病论治和辨证论治相结合确立的治疗法则, 临床主要用以治疗神志类疾病, 且较传统针刺法效果更佳。本病例主要采用石学敏院士的醒脑开窍方(内关、人中、三阴交), 在此基础上加用其他配穴和五心穴交替取穴促醒患者意识。应用五心穴源于武连仲教授对脑病的理解, 即醒神调神之治。本文回顾 1 例颅内动静脉血管畸形术后昏迷 5 个月余患者的临床资料, 在评估患者情况后进行施针治疗, 并结合西药、高压氧、康复等其他疗法, 取得良效, 现介绍如下。

李某, 男, 24 岁。患者因“左顶枕开颅动静脉畸形切除夹闭术”术后昏迷前来就诊。患者于 2016 年 7 月 25 日因 3 个月前突发头痛头晕行头颅 CT 检查发现颅内动静脉畸形, 并于 20 d 前于北京某医院行“左顶枕开颅动静脉畸形切除夹闭术”手术治疗, 术后呈持续昏迷状态, 现为进一步诊治就诊于我院, 急诊以“脑术后(颅内动静脉畸形)”收入神经外科。入院时查体: 体温 37.8℃, 脉搏 86 次/min, 呼吸 19 次/min, 血压 130/85 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa)。头颅 MRI 及脑血管造影提示: 左顶枕动静脉畸形术后改变。入院症见: 患者一般情况差, 呈醒状昏迷状态, 面色少华, 形体偏

胖, 呼之不应, 查体不配合, 保留气管套管、胃管及尿管, 双侧眼球向右侧凝视, 双侧瞳孔不等大, 左: 右 = 3.5 mm: 3.0 mm, 对光反射迟钝。左侧额颞枕可见一长约 25 cm“?”型手术切口瘢痕, 部分缝线未拆。枕部大面积压疮, 多处破溃, 可见少量血性分泌物。痰量不多, 多为带血黏痰。双肺呼吸音粗, 未闻及明显湿啰音。颈强直, 双上肢刺痛屈曲, 双下肢刺痛伸展, 右上肢及双下肢肌张力明显增高, 双侧髌阵挛、踝阵挛(+), 双侧巴彬斯基征阳性。无特殊既往史、个人史和家族性遗传病史。西医诊断: 脑术后(颅内动静脉畸形)、肺部感染、左眼结膜炎、头皮毛囊炎。患者入院后给予一级护理, 鼻饲无渣流质饮食, 心电监护, 氧气吸入, 并完善相关检查。请高压氧科会诊协助康复治疗, 给予化痰、促醒、改善脑循环及预防癫痫肌松弛等药物治疗, 嘱患者家属勤翻身叩背, 观察患者病情变化。8 月 3 日, 请中医科会诊, 拟行针灸协助康复治疗。会诊当天患者呈醒状昏迷状态, 生命体征平稳, 保留气管套管, 留置胃管、尿管。右上肢肌张力增高, 偶有左上肢及右下肢抽搐, 但可自行缓解。双侧瞳孔不等大, 对光反射迟钝。枕部敷料清洁固定。颈抵抗(+), 双上肢刺痛屈曲, 双下肢刺痛伸展, 右侧肢体肌张力明显增高, 双侧髌阵挛、踝阵挛(+), 双侧巴彬斯基征(+)。喉间有痰声, 大便干结(依赖开塞露方可解出)。舌质红、苔黄腻, 脉弦滑。中医诊断: 中风(中脏腑); 痰热内闭、气机逆乱、神机失聪。治法: 清热化痰、醒脑开窍。处方: 1) 醒脑开窍穴: 内关、人中、三阴交。配穴: 极泉、尺泽、委中。随症加减配穴: 手指握固可加合谷透二间; 吞咽障碍可加风池、完骨、翳风; 语言不利加上廉泉, 配合金津、玉液放血; 足内翻加丘墟透照海。操作方法: 患者取仰卧位, 选用 0.25 mm×40 mm 规格不锈钢一次性针灸针, 皮肤常规消毒后进针。双侧内关: 直刺 0.5~1.0 寸, 采用提插捻转结合的泻法。双侧同时操作, 施手法 1 min。人中: 向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸, 雀啄泻法, 以眼球湿润或流泪为度。三阴交: 沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45°斜刺, 进针 0.5~1 寸, 针尖深部刺到原三阴交位置上, 采用提插补法, 以患肢抽动 3 次为度。三阴交仅刺患侧, 不刺健侧。极泉: 原极泉穴下移 1~2 寸, 避开腋毛, 直刺 1~1.5 寸, 施用提插泻法, 以上肢抽动 3 次为度。尺泽: 屈肘为内角 120°, 术者用手托住患肢腕关节, 直刺 0.5~0.8 寸, 用提插泻法, 以上肢抽动 3 次为度。委中: 仰卧位抬起患肢取穴, 术者以左手握住患肢踝关节, 以术者肘部抵住患肢膝关节, 刺入穴位后, 针尖向外 15°, 进针 1~1.5 寸, 用提插泻法, 以下肢抽动 3 次为度。2) 五心穴: 即水沟、双侧劳宫、双侧涌泉。配穴: 百会、四神聪、内关、十二井穴。操作方法同前。水沟: 向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸, 雀啄泻法, 以眼球湿润为度; 劳宫: 直刺 0.3~0.5 寸, 提插泻法; 涌泉: 直刺 0.5~0.8 寸, 提插泻法; 百会、四神聪: 平刺 0.5~0.8 寸, 提插手法, 平补平泻; 内关: 直刺 0.5~1.0 寸, 行捻转提插泻法; 十二井穴: 浅刺 3~5 mm, 强刺激手法, 每

穴施提插捻转平补平泻法。上述2个处方隔日交替使用。每天1次,每次留针30 min,10 d为1个疗程,每个疗程之间休息2 d。针灸治疗第3个疗程后,于9月9日患者意识较治疗前明显好转,呈朦胧状态,可遵嘱张口,但不能言语。治疗第9个疗程后,于11月22日患者神志清楚,可以简单语言交流,肢体活动明显好转,且能借助辅助器械能行走活动。针刺治疗改为调经通络为主,协助肢体康复治疗。2017年1月21日,患者神志清楚,可简单语言、正确回答问题,记忆力、认知力均可。左侧肢体可自主活动,灵活度略差,右下肢活动尚可。患者病情稳定,好转出院。出院后电话随访,诉意识状况保持良好。

按语:脑术后昏迷可归属于中医学“中风”“神昏”等范畴,是神志出现病变的表现,病机主要为气机逆乱、神明失司。针灸疗法极其重视对“神”的调理,如《灵枢·官能》所记载:“用针之要,无忘其神”,《灵枢·本神》载:“凡刺之法,先必本于神”,《灵枢·天年》载:“失神者死,得神者生”,均提示治病之首、调神的重要意义。石学敏院士将“神”的认识概括为“百病之始,必本于神;凡刺之法,先醒其神;神调则气顺,百病除矣”,提出了“醒脑开窍”针法^[1]。武连仲教授认为,神是机体对内外界的综合反映,并提出“脑-心-血-肾-督轴论”。心藏神,且主血脉,脑为元神之府,血液充实于脑,脑神要靠心血濡养;肾藏精,主骨生髓,脑为髓海,督脉贯脊属肾,入络脑,肾之精通过督脉上升为髓;心肾相交则水火既济,脑、心、血、肾、督关系密切为一体。临床上武教授对“五心穴”的运用,正是基于上述的认识,既是醒神调神之要穴,又分属于心包经、肾经和督脉,可充分发挥脑对神气的宣导作用^[2]。

本案将石学敏院士的“醒脑开窍”针法与武连仲教授“五心穴”相结合治疗脑病,以醒脑开窍、调神通络为主要原则,再随症选取相应腧穴进行局部治疗,通过针刺的规范操作手法及针刺量学要求,最终达到扶正驱邪的目的,使患者得到了有效治疗。

参考文献

- [1] 张曦,王世娟,王恩龙.运用石学敏“醒脑开窍”针法治疗中风的研究[J].实用中医内科杂志,2012,26(4):22-23.
- [2] 朱志强,路明.武连仲教授运用五心穴经验介绍[J].新中医,2008,40(2):11-12.

第一作者:冀小伟,女,主治医师,研究方向:针灸治疗脑病

(收稿日期:2019-10-10)

陈学忠运用潜阳封髓丹治疗 虚阳上浮型眩晕验案1则

肖芷兰¹,李明秀²

- (1. 成都中医药大学,四川 成都,610075;
2. 四川省第二中医医院,四川 成都,610031)

[关键词] 眩晕;虚阳上浮证;潜阳封髓丹;陈学忠;验案

[中图分类号] R255.3 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.10.033

潜阳封髓丹是由潜阳丹加封髓丹合方而成。郑钦安所创潜阳丹是由附子、砂仁、龟甲、炙甘草而成,而封髓丹最早载于《御药院方》,由砂仁、黄柏、炙甘草组成,用以降心火益肾水,二方合用之潜阳封髓丹被后人多用于治疗因虚而致阴盛于下、虚阳上浮或外越的“阴火”^[1]。陈学忠系四川省名中医,在遣方用药上具有独到的见解,对于潜阳封髓丹的运用可谓是有有的放矢。现将陈老使用潜阳封髓丹治疗眩晕验案1则介绍如下。

蔡某,女,82岁,2019年7月8日初诊。主诉:头晕十余年,复发加重8 h。患者平素头晕乏力,常年四肢冰冷,畏寒,夜间左侧肢体僵硬麻木感加重,晨起活动后僵硬麻木感减轻,口干不苦,语言寥涩,食纳可,睡眠差,泄泻频发,甚则呈水样便,夜尿频多。入院症见:头晕、头痛,呈阵发性发作,多见于夜间,头痛部位多位于右颞侧,可连及枕后,疼痛为闪电般,持续时间短,左侧肢体麻木,伴双下肢乏力,双膝酸软。偶感心悸、胸闷。查类风湿因子、抗链球菌溶血素O、血沉未见异常。舌体胖大,有齿痕,苔白无津有裂纹,脉弱。中医诊断:眩晕,证属肾精不足,虚阳上浮。方用潜阳封髓丹加减。处方:白附片30 g,炮姜15 g,黄柏20 g,龟甲30 g,砂仁30 g,炙甘草15 g,山药30 g,石斛30 g,龙骨30 g,牡蛎30 g。4剂,免煎颗粒,每天1剂,分3次服。7月11日二诊:患者诉头晕及肢体僵硬症状明显缓解,泄泻次数减少,大便可成形,舌淡红,少许薄白苔,舌面少津有裂纹,脉沉弱。在前方基础上加用山茱萸30 g。继服4剂,随访症状好转。

按语:患者老年女性,起病缓,病程长,以头晕头痛伴左侧肢体麻木为主症,既往有脑梗死、高血压病等病史。“人四十而阴气自半”,肾主藏精,年老肾精亏虚,精髓渐空,脑失所养则头晕,先天之精亏虚,无以化气,气虚无以推动血行,血行瘀滞则壅滞脑窍、肢体,不通则痛,故见头痛;肢体血脉运行不畅则见麻木不仁;命门火衰则无以化气行水,则见一系列虚寒之证;虚阳上浮亦令人头目冒眩。脾肾阳虚则可见舌体胖大有齿痕,命门火衰于下,无以化气行津,津液无以上呈则见舌体乏津兼见裂