

● 医案医话 ●

本栏目由湖南湘乡起蛟中医医院协办

李澎运用调神醒脑针刺法治疗发作性睡病验案1则

丁玲, 李澎

(天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 发作性睡病; 针灸治疗; 调神醒脑; 验案; 李澎

[中图分类号] R246.6 [文献标识码] B DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.11.028

发作性睡病是一种不明原因的睡眠障碍性疾病,是指患者在日常生活或生活工作中突然出现不可抗拒的短期睡眠发作,往往伴有猝倒发作、睡眠瘫痪、睡眠幻觉等其他症状,合称为发作性睡病四联症。本病作为一种睡眠-觉醒障碍性疾病,其发病机制尚未明确,多认为与基因、环境因素及某些中枢神经疾病密切相关。中医学将其归属于“多寐”“嗜卧”范畴,其病位在心、脑、脾、肾诸脏,主要病机为阴阳失衡,阳虚阴盛。现代医学治疗本病虽有一定疗效,但毒副作用较多,患者难以坚持治疗,而临床研究显示针灸疗法治疗本病疗效颇佳。李澎,主任医师,擅长于针灸治疗心脑血管疾病以及神经系统疾病等,现将其临床运用醒脑针刺法治疗发作性睡病验案1则介绍如下。

患者,男,29岁,2019年11月15日初诊。主诉:间断发作性日间嗜睡15年余,加重半年。患者于15年前无明显诱因出现间断发作性日间嗜睡,上课难以集中注意力,课间休息时间可快速入睡,但寐浅、易醒,醒后嗜睡症状可轻微缓解,夜间可深度睡眠10~12h,曾就诊于当地医院,行头部CT等检查均未见异常,诊断为“发作性睡病”,未予治疗。半年前,患者因学业压力致日间嗜睡次数较前明显增多,且难以自控,遂就诊于李师门诊。现症见:白天不自主进入睡眠,一日多次,伴精神疲惫,面色苍白,少气懒言,畏寒肢冷,健忘,夜间多梦,二便尚可,舌淡、苔薄白,脉沉细无力。查体:神经系统检查未见阳性体征。西医诊断:发作性睡病。中医诊断:嗜睡(阳气虚弱证)。治则:调神醒脑、温补阳气。选穴:百会、人中、神门、内关、后溪、足三里、太溪、涌泉、命门。操作:穴位常规消毒,采用0.25mm×40mm毫针针刺。人中朝鼻中隔方向针刺,采用雀啄法,以眼球湿润或流泪为度;内关行提插捻转泻法;足三里、太溪行提插补法;余穴均用平补平泻法(以产生酸胀感为度),留针30min,隔天1次,共治疗6次。命门穴在针刺得气后加用温针灸,使用硬纸板遮盖穴位局部,以避免皮肤烫伤,后将长度为2cm的艾条置于针柄点燃,保持后腰部皮肤温热,待艾条燃尽后将灰烬除去,再将针取出,施灸2炷,隔天1次,共治疗6次。12月8日二诊:日间嗜睡次数明显减少,畏寒肢冷、夜间多

梦均有缓解,舌淡,苔薄白,脉沉有力。同一诊治疗方案。12月23日三诊:日间嗜睡次数较前明显减少,畏寒肢冷、夜间多梦亦较前大为好转,触诊皮温正常,舌淡、苔薄白,脉和缓有力。

按语:本病的发生与心、脑、神、阳气相关。《医学衷中参西录》载:“人之神明,原在头脑两处……心与脑,原彻上彻下,共为神明之府”。心藏神,脑存神,心神与脑神相辅相承,协调共济,从而调节人体的一切神机活动^[1]。《灵枢·寒热病》载:“阳气盛则瞋目,阴气盛则瞑目”,说明本病病机为阴阳失衡,阳虚阴盛。本案患者久病迁延不愈,耗伤机体阳气,阳气不足则水谷精微失于运化,脑髓失充,脑窍、元神失养,故症见多寐、精神疲惫、健忘、夜间多梦;阳气虚弱则阳不制阴,阴盛阳衰,阴气盛则寒,故症见面色苍白、畏寒肢冷。结合舌脉象分析,辨证为阳气虚弱证,治以调神醒脑、温补阳气之法。

心主神明,心者通过神来调节人体的寤寐,故取手少阴心经原穴神门以安定心神;内关为手厥阴心包经之络穴,联络心包经和三焦经,三焦为人体元气升降出入之通路,《难经》载:“三焦者,原气之别使也,主通行三气,经历五脏六腑”,故针刺内关可调理气机、宁心安神。“督脉络于脑”,百会属督脉,位于头顶部,其深部为脑之所在,针刺之可醒脑调神;针刺人中可醒元神、调脏腑。督脉循行于人体后背部正中线,有督调阳气的功能,为“阳脉之海”。《素问·生气通天论》载:“阳气者,精则养神,柔则养筋”,说明阳气有内化水谷精微、充养于神的作用。《景岳全书》云:“命门为元气之根,水火之宅,五脏阳气,非此不能发。”命门汇聚一身之阳气,艾灸之可温阳补虚、振奋阳气。后溪与督脉相交通,四穴配伍可升发督脉阳气,使机体阳气充实,阳气充则脑神、心神得养;阴阳互根互用,阳气充盛,可上出于阴,使机体重归阴阳平衡的状态。

本病的发生还与脾、肾相系。脾胃运化水谷精

微,为后天之本;患者久病耗伤脾胃,气血亏虚,脑髓失养。足三里为补益之要穴,有健脾益气、化生气血之功。气血充盈则髓海得充,元神得养。肾藏精,为先天之本。人之精根于先天而充养于后天,正如《景岳全书·脾胃》所载:“人之始生,本乎精血之原;人之既生,由乎水谷之养。”二者相互资生,共同充养人体之“精”。精生髓,脑为髓之海。《灵枢·海论》载:“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒,目无所见,懈怠安卧。”可见肾通过精-髓-脑-神来调节机体的睡眠。太溪为肾经原穴,为补肾填精之要穴,针刺之可益精养脑。《灵枢·本输》载:“肾出于涌泉,涌泉者足心也。”针刺涌泉可激发肾经经气,达“醒脑开窍”之目的。神主导人体的寐寤,且本病病机为阴盛阳衰,故立足于“调神醒脑,温补阳气”的治疗原则,选用针灸治疗,效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 王勇. “脑神”与“心神”辨析[J]. 山东中医药大学学报, 2002, 26(5): 333-335.

第一作者:丁玲,女,2018 级硕士研究生,研究方向:针灸防治脑血管病

通讯作者:李澎,男,主任医师,研究方向:针灸防治脑血管病,
E-mail: L08771@163.com (收稿日期:2020-12-09)

针药结合治疗

克劳德综合征验案 1 则

侯春光¹, 杨 涛²

(1. 天津市中医药研究院附属医院, 天津, 300120;

2. 天津市北辰区中医医院, 天津, 300499)

【关键词】 克劳德综合征; 针药疗法; 补阳还五汤; 补中益气汤; 验案

【中图分类号】R246. 81, R276. 73 【文献标识码】B

DOI: 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2021. 11. 029

克劳德综合征即动眼神经和红核交叉综合征,常由局部炎症、肿瘤、外伤引起,而因脑血管病引发的病例临床报道较少。其临床表现为同侧动眼神经麻痹及对侧半身共济失调,病变血管为基底动脉或脑后动脉。笔者运用针药结合治疗克劳德综合征验案 1 则,疗效颇佳,现报告如下。

穆某,女,51 岁,因“右眼睑下垂及左半身无力 7 h”于 2019 年 12 月 26 日搀扶入院。现症见:神清,吞食饮水无呛,左半身无力,头晕,出现飞蚊症,右眼睑下垂,时有胸闷憋气、心慌之症,伴视物旋转、恶心,无汗出、耳鸣、头痛、反酸、心

前区疼痛、咳嗽、咳痰之症,纳可、寐安,大便一日一行,质软,小便调。舌暗淡、苔薄白,脉沉细。血压 220/130 mmHg (1 mmHg $\approx$ 0. 133 kPa),左瞳孔直径约 0. 25 cm,对光反射灵敏,右瞳孔直径约 0. 4 cm,对光反射减弱,右眼外下位置、上下视活动均受限,咽反射正常,软腭上提尚可,鼻唇沟正常,伸舌居中,左侧肢体 V⁻级,右侧肢体 V 级,双侧肢体肌容量可;双掌颌反射(+),双侧巴氏征(+). 生理反射存在,余病理反射未引出。双侧深浅感觉对称存在。左指鼻试验差,左轮替试验差,左跟膝胫试验辨距不良,闭目直立试验(+). 既往有 2 型糖尿病、高血压病。头颅 MRI 示:1) 中脑新发脑梗死; 2) 脑白质脱髓鞘改变。糖化血红蛋白 9. 9%。西医诊断:1) 脑梗死(急性期); 2) 2 型糖尿病; 3) 高血压病(2 级,高危)。中医诊断:1) 缺血性中风(中经络); 2) 消渴(气虚血瘀证)。入院后给予抗血小板聚集、稳定斑块、改善循环、调控血压、降糖等治疗。中药予补阳还五汤合补中益气汤化裁以益气活血。处方:生黄芪 50g,党参 10g,白术 15g,炙甘草 15g,升麻 10g,柴胡 10g,当归 20g,赤芍 15g,陈皮 15g,桃仁 15g,红花 15g,川芎 15g,桔梗 15g,葛根 15g,僵蚕 10g,丹参 20g,天麻 15g。7 剂,水煎,每天 1 剂,早晚分服。针刺以调理脾胃针法为主,具体取穴:中脘、曲池(双)、合谷(双)、足三里(双)、阴陵泉(双)、三阴交(双)、丰隆(双)、血海(双)、地机(双)、太冲(双)、百会、申脉(双)、照海(双)、阳白透鱼腰(右)、攒竹(右)、丝竹空(右)、四白(右)。操作:所选穴位常规消毒,取华佗牌 0. 3 mm $\times$ (50~60 mm)毫针(苏州医疗用品厂有限公司)针刺,针刺深度以得气为度。其中中脘、血海、太冲、申脉、照海、攒竹、丝竹空、四白穴施以平补平泻之法;足三里、阴陵泉、三阴交穴施以徐疾提插补法;曲池、合谷、丰隆、地机穴施以徐疾提插泻法,留针 30 min;百会穴施以温和灸 15 min。每天 1 次,6 次为 1 个疗程,疗程间休息 1 d。2 个疗程后患者诉右上眼睑可抬起 2/3,可大部分露睛,右眼球活动较前好转,上下视线基本不受限,肢体无力改善,但行走转侧尚欠稳。续予针灸巩固治疗 2 个疗程后,患者行走平稳,右上眼睑可抬起 4/5,左瞳孔直径约为 0. 25 cm,右瞳孔约为 0. 3 cm,对光反射尚可,右眼位置大致正常,上下视活动较前灵活,视野无缺损,左指鼻试验(-),左轮替试验(-),左跟膝胫试验(-),闭目直立试验(-)。患者病情好转后出院。半年后随访,病情控制佳。

按语:患者突发右眼睑下垂、右眼外下及上下视不能、右瞳孔散大,动眼神经为完全麻痹,动眼神经束受损,同时出现左侧肢体无力,共济失调,出现小脑联系纤维受损体征,可能为小脑红核束及红核受损所致;其头颅 MRI 提示右侧中脑前内侧新发脑梗死灶,结合患者为中年女性,起病急,既往有高血压病、糖尿病病史,出现中脑梗死,因其无对侧肢体