

● 诊疗经验 ●

何复东主任医师外治法经验撷萃—疏筋理肌治痛证*

杨宇玲 何茁 李涛

(新疆昌吉州中医院何复东名中医工作室 昌吉 831100)

关键词: 痛证; 疏经理肌; 外治法; 何复东; 名医经验

中图分类号: R244

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.037

何复东主任医师生于中医世家, 新疆名老中医, 被国家中医药管理局列为“第五批全国老中医药专家学术经验继承工作”指导老师, 从事中医临床 50 余载, 博览群书, 兼收并蓄, 精益求精, 师古训而不拘泥, 尊大道而知变通, 对多种疾病治疗有其独到之处, 尤其是在各种痛证的诊治方面, 精于传统经络辨证、结合现代解剖生理学选穴配穴, 并将五六十年代在下乡巡回医疗时所接触到的民间刮痧、拔罐等治疗颈肩腰腿痛的方法改进, 形成了独特的治疗痛证的“疏筋理肌”的临床思路。现介绍如下:

1 传统经络辨证治痛, 以疏利经络为首要原则

1.1 病例资料 尹某, 女, 35 岁, 会计师, 患者因“反复颈肩部酸痛不适 5 年余”来诊。刻诊: 颈肩背部酸痛沉重, 连及两侧肩胛部, 伴有头昏重, 眼胀, 手脚心发热易汗, 纳食可, 眠欠安, 大便两日一行, 小便可, 舌淡红苔薄白, 脉弦细。查体: 颈椎生理曲度存在, 颈项部及肩前部肌肉稍紧张, 压痛(+), 以右侧为甚。

1.2 治疗 (1) 患者体位: 嘱患者充分暴露颈肩背部, 患者背向医生, 骑坐在自制的颈椎治疗椅上, 头部向前伸固定在平颈部的框架内, 双手向前环抱一枕头, 使颈项肩背以大椎为中心形成一前屈弧状。(2) 按摩法: 先以长约 40 cm、直径约 5 cm 的自制“松揉棒”自颈部的第一、二颈椎开始依次向下沿着颈椎生理曲度向下按摩, 实施以按、揉、擦等, 手法由轻至重, 患者皮肤发红为度。(3) 刮痧法: 在颈部、背部、肩部、脊柱由内而外俞穴两侧及肩胛两侧涂上少许红花油, 用自制的长约 50 cm、宽约 5 cm 的“牛肋刮刀”, 按经络走向顺次刮拭, 采取单一方向, 自上而下沿颈部、大椎、督脉、华佗夹脊穴、及其两侧的肩胛进行由轻到重的刮痧, 刮拭时用力要均匀, 每个部位刮 20~30 次, 每条 20~30 次, 每条长 6~15 cm, 直至皮肤出现深红色或紫红色的痧斑块或痧条块为度。(4) 刺络拔罐: 在痧点较重的部位用自制的“小针刀”以“十字连环切开筋膜法”行“内手法”^[1]治疗, 患者局部有酸、胀、酥麻感即可出针, 在针刺处拔火罐, 用闪火法, 吸紧后留罐 10~15 min, 以拔出黑紫血为

佳。治疗 1 次患者即感颈项肩背部酸痛减轻, 头昏重感、眼胀、睡眠、手足心热、汗出等症状亦明显改善。间隔 1 周后予以二诊治疗, 连续 3 次患者长时间不再复发。

1.3 讨论 颈椎病是临床中常见的一种病证, 多发于长期伏案工作的白领。该患者颈项部酸痛, 伴有头昏重, 眼胀, 手脚心发热易汗, 属于混合型颈椎病(颈型、交感型), 既有无形之邪, 又有有形之邪(瘀血)痹阻经络, 经络不通, 故见颈项部强痛不适及头昏重, 由于颈项部肌紧张, 致使颈椎间隙变窄而压迫交感神经, 出现眼胀、手脚心发热易汗等症状。目前在临床上多以单一治法为主, 或刮痧、或拔罐、或推拿、或针灸、或针刀等, 都有很好的疗效, 但是因为方法单一, 需要治疗的时间较长, 而且容易反复。何老在多年的临床经验中将传统经络辨证、现代解剖肌肉纹理走向和民间治疗有机地结合起来总结出一整套治疗颈椎病、颈肩综合征、肩周炎的方法, 疗效立竿见影, 且能缩短疗程, 减少复发。从中医十二经脉、奇经八脉分布分析, 项背部属足太阳膀胱经、督脉循行部位, 太阳又主一身之表, 督脉总督一身之阳; 从现代解剖学分析: 颈肩部分布的肌肉群有肱二头肌、冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌、斜方肌、菱形肌、肩胛提肌、胸大肌、背阔肌等, 而颈椎病的患者往往感觉肩部沉重、酸痛, 常常不能确切指出某一痛点, 酸痛常向肩后部及两侧上肢后侧放射, 情绪紧张、劳累、受凉则症状加重, 所以在实际治疗时很难确定一个点, 常常需要对肩胛部周围肌肉群进行更大范围的调整, 需要对各肌肉的起止点进行梳理, 这与针灸界先辈杨继洲所说“宁失其穴, 勿失其经”机理一致, 松揉棒、牛肋刮刀、刺络拔罐等手法的实施均遵循传统经络、现代肌肉纹理走向, 通而按、揉、擦、拿可使经气畅达, 络气得和, 气顺血调, 瘀滞得解, 痛证自消; 可以促进局部血液和淋巴循环, 改善微循环, 从而减轻或消除组织供血不足与缺氧状态; 使肌肉伸展, 解除挛缩, 整复关节, 从而达到舒筋活血、软坚散结的目的; 刮痧、拔罐是中医学外治法, 是历代劳动人民在生产生活中长期与疾病作斗争的实践中发展

* 基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(编号: 国中医药人教发[2013]47 号)

起来的,但受医学基础理论知识的限制,在百姓当中运用缺乏专业性,疗效不甚理想。而何老将传统经络循行、现代肌肉解剖的起止点与民间的按、揉、撮、刮等具体操作有机结合,将古老的实践医学服务于人类,为更多的患者解除了痛苦。

2 中西合璧配穴止痛,重视奇经八脉,善用奇穴

2.1 病例资料 赵某,男,17岁,2010年10月22日初诊。主诉:右踝关节扭伤1d。患者与同学打篮球时不慎将右踝扭伤,不敢活动,动则痛甚。舌质红苔白脉弦。中医诊断:足痹证;西医诊断:踝关节软组织损伤。

2.2 治疗 取健侧足运感区(运动区旁开0.5cm,向后针1.5寸深),患侧瞳子髎透曲鬓,足运感区针刺后施以捻转手法,速度200 r/min,持续3~4 min。瞳子髎穴采用循经透刺法,针尖向曲鬓方向以15°平刺入1.5寸,施以由徐到急捻转手法,并以自制的三棱针点刺右侧外踝尖放血,行针30 min后足部肿胀疼痛消失,活动正常。

2.3 讨论 根据大脑皮层机能定位与头皮表面投影关系选取头穴,结合经络辨证“循经取穴”与远道取穴“下病上取”之原则,配合针刺后患者主动运动治疗,可达立竿见影之效。“足运感区”必须施以一定的手法,使其达到一定的刺激量后,针刺信号穿过高阻抗的颅骨,作用于大脑皮质中央前回感中枢下肢代表区,抑制其下行痛觉信号的传递,从而发挥镇痛作用。瞳子髎透曲鬓穴具有振奋足少阳胆经气之功,使经脉疏通,气血调和,络脉得养,通则不痛。外踝尖位于足外踝骨之高点处,属下肢奇穴之一,穴区内有腓肠神经及腓浅神经分支分布,刺激该穴可使右侧下肢挛缩的肌肉群舒展,活动自如。

3 辨病、辨证、辨状态,对于顽症常针药结合,善起沉疴

3.1 病例资料 陈某,男,58岁,工人,2010年3月10日来诊。主诉:腰痛反复发作5年,加重1个月。患者于5年前因一次搬运重物而出现腰部酸痛,左右前后转侧受限,先后在当地医院就诊,腰椎CT提示腰椎间盘突出,行局部针刺、拔罐、推拿等,症状时轻时重,每因受凉、劳累而加重。患者平素感腰部冰冷,双下肢膝关节以下尤其感冰冷,凌晨5时许双下肢冷汗明显。于1个月前因负重而致腰痛,自贴活血止痛膏无效,继则牵及左侧下肢痛,遂去医院骨科就诊治疗。CT示:腰L₄、L₅椎间盘中央偏左突出,建议住院牵引,必要时手术溶核治疗。患者选择门诊牵引疗效不著,又经针灸热敷等治疗,效仍不佳。患者惧怕手术而拒。来诊时腰部仍痛,牵及左侧臀下

部及小腿外侧麻木胀痛。走路、坐时均感疼痛。查:L₄、L₅棘突旁压痛、叩击痛明显;舌淡暗苔薄脉沉细。中医诊断:腰痛,肾虚血瘀证;西医诊断:腰椎间盘突出症。

3.2 治疗 (1)体位:患者骑坐在自制的治疗椅上,暴露腰部,脐腹部垫一枕头,使腰背部呈龟背状;(2)取穴:肾俞、气海、腰眼、十七椎、腰阳关、照海、束骨、阿是穴等^[2-3];(3)用自制的“小针刀”依次在上述穴位按照“针刀进针四步法规程”进行操作^[4],患者有酸麻重胀感时,即行“纵行疏通剥离法”、“十字连环切开筋膜法”,进行“内手法”^[4]操作,患者有酸麻重胀感即提示达到治疗目的,即可出针,每次3~4穴,治疗1次/周。(4)中药内服:予以自拟经验方“功腰汤”加减:熟地30g,山药15g,山萸肉15g,茯苓15g,泽泻10g,牡丹皮10g,土鳖虫15g,丹参30g,盐杜仲30g,续断15g,海马5g,巴戟天15g,淫羊藿15g,菟丝子30g,桂枝30g,益母草30g,白芥子30g,全蝎5g,蜈蚣3条,牛膝15g,5剂,水煎服,1剂/d。起针后患者即感腰部酸痛减轻,左侧小腿外侧的麻木胀痛感缓解,回家内服上述中药,1周后复诊再次施以上述治疗手法及中药内服,此后1次/周,每次交替穴位治疗,连续治疗4次,腰部酸痛、冰冷症状明显改善,中药继服巩固疗效,1个月后将上述中药制成膏剂口服,于2012年电话随访腰痛未再复发。

3.3 讨论 《素问·脉要精微论》称:“腰者,肾之腑”,患者腰部疼痛,因此在足少阴肾经经脉上有明显反应。《难经·八十六难》:“输主体重节痛”。照海为足少阴肾经脉气所聚之输穴,故选之。《灵枢·经脉》:“膀胱足太阳之脉……其支者,从腰中,下挟脊,贯臀,入腠中^[5]……”膀胱经循行部位与患者病变处相符,因此,其输穴束骨对于腰背部的疼痛有调整之功。而该男子已过“七八,肝气衰,筋不能动”;据辨病、辨证、辨状态,该患者属肾虚血瘀、本虚标实,本虚为肾精不足,标实为气滞、血瘀,病情迁延反复发作,故针药结合;患者治疗时的龟背体位可以牵拉开椎间隙,便于针刺、切割、松解并出血,使肿胀部减轻张力,疼痛立解。肾俞、气海、腰眼、十七椎、腰阳关等这些穴位大都位于腰椎棘突及棘突旁开1.5~3.0cm,实际上也就是坐骨神经内口、外口及侧隐窝等处,对这些穴位的松解、剥离、切割,也就是直接解除椎间管内、外口和侧隐窝对坐骨神经的卡压,十字连环切开筋膜法即是对该处进行减压术。而患者反复发作是基于其年龄大,肾气虚,肾精不足,故予以自拟“功腰汤”加减口服,该方以“六味地黄汤”为基础

方^⑥,加盐杜仲、续断补肝肾,强筋骨;加巴戟天、淫羊藿补肾强骨,活血续伤;加海马补肾填精,调气活血;加丹参祛瘀止痛;加土鳖虫续筋接骨,破血逐瘀;桂枝辛温,可温通经脉;白芥子利气散结,通络止痛;桂枝、白芥子联合可促进腰椎间盘突出局部肿胀吸收;益母草活血散瘀止痛,可促进腰椎间盘突出局部组织间隙水肿消退。

何老临证治疗颈肩腰腿痛等症,以疏筋理肌为核心,常常将传统经络辨证与现代解剖生理学特点相结合,并善于“它山之石以攻玉”,将民间各种疗法与现代医学理论相结合用于临床,对于顽疾重症常

针药结合,从根本上调控经脉的气血运行,自成体系,广泛用于临床,突出了“简、便、廉、验”的中医特色。

参考文献

[1]张文兵,霍则军.肌肉起止点疗法 - 反阿是穴[M].北京:人民卫生出版社,2002.13-14
[2]陈关富,赖志刚.实用针刀术[M].成都:四川科学技术出版社,2004.13,15,19,125
[3]郭诚杰.针灸学[M].北京:中国中医药出版社,2001.26
[4]郑光亮,刘好源.痛点的诊断与治疗[M].北京:人民军医出版社,2008.56
[5]王庆其.内经选读[M].北京:中国中医药出版社,2000.77
[6]高学敏.中药学[M].第 2 版.北京:中国中医药出版社,2007.123

(收稿日期: 2015-02-02)

急诊内科老年重症心力衰竭的治疗方案

张士晓

(广东省珠海市第二人民医院急诊科 珠海 519000)

摘要:目的:分析和研究急诊内科老年重症心力衰竭的治疗方案及效果。方法:选取 2008 年 4 月~2014 年 7 月重症心力衰竭老年患者 120 例,将其按奇偶数字法随机分为观察组与对照组,每组 60 例。对照组患者给予急诊内科常规方法对症治疗;观察组患者在常规对症治疗的基础上加用厄贝沙坦氢氯噻嗪胶囊与美托洛尔片口服治疗,将两组患者治疗 6 个月后的疗效及用药安全性进行对比。结果:两组患者治疗效果相比较,治疗前,两组患者左心射血分数、B 型脑钠肽、心功能分级等均无明显差异, $P>0.05$;治疗后,观察组患者的左心射血分数高于对照组;观察组患者 B 型脑钠肽、心功能分级等均低于对照组, $P<0.05$;两组患者治疗 6 个月内死亡例数相比较,观察组低于对照组, $P<0.05$;治疗 6 个月内两组患者再入院治疗次数相比较,观察组低于对照组, $P<0.05$;两组患者不良反应发生率相比较,无明显差异, $P>0.05$ 。结论:将厄贝沙坦氢氯噻嗪胶囊与美托洛尔片应用于老年重症心力衰竭患者的治疗中,能够有效改善患者临床症状与体征,促进心功能恢复,对提高治疗效果及患者生存质量均具有重要意义。

关键词:重症心力衰竭;急诊内科;老年患者;厄贝沙坦氢氯噻嗪胶囊;美托洛尔片

中图分类号:R541.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.038

心力衰竭是指由于心脏收缩与舒张功能障碍引起的心脏循环障碍性疾病,其会导致动脉血液灌注不足、静脉系统血液淤积,致使心室泵血或充盈功能低下^①。重症心力衰竭在急诊内科是常见危重症之一,是心脏瓣膜病、高血压、肺心病、冠心病、心肌病等患者终末期症状表现。目前,随着我国老年人口数量的增加,重症心力衰竭发病率在临床上也呈现明显上升的趋势。若临床不能给予有效、及时地控制,则会引发患者出现呼吸困难、全身脏器衰竭等严重并发症,从而危及患者生命^②。为了探讨急诊内科治疗老年重症心力衰竭有效方法,本文选取重症心力衰竭老年患者 60 例,在急诊内科常规对症治疗的基础上加用厄贝沙坦氢氯噻嗪胶囊与美托洛尔片口服治疗,疗效较明显。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2008 年 4 月~2014 年 7 月我科收治的重症心力衰竭老年患者 120 例,按奇偶

数字法随机分为观察组与对照组,每组 60 例。对照组 60 例患者中,男 39 例,女 21 例;年龄 59~83 岁,平均年龄(71.4± 3.6)岁;原发疾病类型:高血压 22 例、肺心病 15 例、冠心病 11 例、心肌病 9 例、心脏瓣膜病 3 例。观察组 60 例患者中,男 35 例,女 25 例;年龄 61~82 岁,平均年龄(72.9± 3.4)岁;原发疾病类型:高血压 24 例、肺心病 17 例、冠心病 9 例、心肌病 6 例、心脏瓣膜病 4 例。两组患者的年龄、性别、原发疾病等情况相比较,均无显著性差异, $P>0.05$,具有较好的可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 患者给予急诊内科的常规对症治疗:(1)急救治疗:给患者行面罩给氧;应用利尿剂、血管扩张制剂等;对于有精神症状表现的患者给予镇静剂。(2)病因治疗:对于高血压引发重症心力衰竭患者给予口服普纳洛尔治疗;对于冠心病引发重症心力衰竭患者给予口服硝酸甘油或救心丸治疗;