

高维滨治疗 Bell 麻痹经验举隅

★ 韩岳珊¹ 霍薇² 陈春林¹ (1.黑龙江中医药大学 2005 级硕士研究生 哈尔滨 150040;2.哈尔滨医科大学 哈尔滨 150001)

关键词:电针疗法;名医经验;Bell 麻痹

中图分类号:R 745.1⁺2 文献标识码:B

高维滨教授治学严谨,精益求精,善于创新,对多种疑难病症的治疗有独到的见解。笔者有幸随师侍诊,现选其治疗 Bell 麻痹验案,以飨读者。

1 概说

Bell 麻痹是指面神经核以下病变所致的周围性面瘫。任何年龄均可发病,而以 20~30 岁为多,男性略多,常发生于左侧。任何季节均可发病,而以春秋季节发病较高。中医称“中风”,属中经络,亦称:“口眼歪斜”、“吊线风”、“口僻”。一部分病人因局部受风吹着凉而起病,可能为局部营养神经的血管痉挛使神经组织缺血、水肿,受压迫而致病。或因细菌、病毒感染,轴突髓鞘变性,或因炎症粘连、骨质增生、压迫等致面神经肿胀、受压、血液循环障碍而导致 Bell 麻痹。

2 治疗手法

2.1 取穴 (1)主穴:翳风、牵正;(2)配穴:上关、丝竹空、颧髻、迎香、地仓、大迎、颊车、攒竹;(3)特色穴:合谷。

2.2 刺法 取穴均为患侧,采用 0.30 mm×4.0 mm 毫针。翳风直刺 20 mm,其他诸穴均采用平刺,以出现酸麻胀重得气为度,采用 KWD-808 II 型电针仪,选用疏波或疏密波。电针连接需要区分正负极,连接方法为:上关(+)、丝竹空(-)为一组,颧髻(+)、迎香(-)为一组,大迎(+)、地仓(-)为一组。刺激强度,以患者难受为度,通电 30 分钟,12 次为一疗程。

3 病例介绍

患者,女,23 岁,大学生,右侧口角歪斜 3 小时。该患者无明显诱因于晨起刷牙时发现右侧口角漏水,在家给予热敷治疗未见好转,急来我院诊治。查体:右侧额纹消失,睑裂变大,病侧鼻唇沟变浅,口角低垂。患者不能蹙额、皱眉,眼睑闭合无力,闭合时露白,不能鼓腮、吹口哨,露齿时口角歪向健侧,饮水时口角漏水,食物停留于齿颊之间,瞬目减少,右耳后乳突有压痛。无发热实验室检查血常规示淋巴细胞升高,静点抗病毒、脱水治疗,口服中药面瘫灵(为院内制剂),针刺方法同上,经过 20 次治疗患者痊愈出院。

4 体会

4.1 关于发病机制 中医学认为面瘫是由风痰阻络,经脉瘀阻,气血不通而发病。现代医学认为本病病因尚未完全明了,与病毒感染、局部血液循环障碍、神经水肿、髓鞘脱失有

关。

4.2 关于中西医结合治疗 高维滨教授主张早期用药,辨证论治。若为细菌病毒感染引起本病,早期静点、应用激素,减少面瘫并发症的发生。临床观察发现,非受风着凉引起的,有感染史,早期应用激素,以减轻面神经水肿及神经脱髓鞘方面起着重要的作用,明显地减少面瘫并发症的发生。

4.3 关于面瘫早期针刺的问题 一般认为,面瘫早期 7~15 天,病情可以进行性加重,若过早针刺,可能加重面神经水肿,加重病情。高维滨教授通过多年的临床观察发现,早期针刺,选用疏波,刺激量宜轻,可以改善面部血液循环,减轻神经水肿,防止神经进一步变性。待病情稳定 3 天后,改用疏密波,有利于恢复表情肌的肌张力肌力,促进面神经再生。本疗法可以明显的缩短病程,患者多能完全恢复。

4.4 关于电针仪的使用 通电后以患者能够耐受,出现面部有节律的跳动为度,若未出现明显的面部有节律的跳动,患者即已不能够耐受其强度,多预示病程会超过 2 个月,往往留有后遗症或并发症。

4.5 取穴方解 翳风穴处有茎乳孔,面神经由此出颅,此处为治疗面瘫主穴。牵正为面神经出颅的主干部位。地仓、颊车、颧髻、丝竹空等穴均为面神经的分支,支配口轮匝肌、眼轮匝肌、颊肌、额肌。现代解剖学研究认为合谷的颈神经在脑干处与面神经有联系,因此,针刺合谷穴可以使面神经受到刺激,有利于面神经功能的恢复。

4.6 关于翳风穴是否通电的问题 本穴深层不但有面神经,还有颈内动脉鞘内的迷走神经,有报道称,通电后刺激迷走神经,有心脏停跳的报道,因此本穴若要通电,电流宜小,同时密切观察患者的反应。若患者出现明显不适感,应立即停止通电。翳风穴深层有面神经主干通过,是治疗面瘫的主穴,对本病的治疗起着关键的作用,若通以脉冲电流,可能会提高疗效,但鉴于本穴的危险性,建议慎重通电。

4.7 关于针刺深浅及眼睑下垂的问题 面神经形成的穴位是肌门类型的(肌神经进入肌肉的地方叫肌门,也叫运动点),神经分支都是从外表进入肌肉,面神经在面部肌肉表浅,所以穴位位置浅。故面部穴位不宜深刺,电针时,出现牙关紧闭,是因为刺中咬肌和颞肌,应将针退出、浅刺。临床上有很多患者,眼睑抬起不好,高维滨教授采用左手捏起眼睑,

华海清治疗肺癌咳喘经验

★ 谷雨¹ 指导:华海清² (1.南京中医药大学 2005 级硕士研究生 南京 210029;2.解放军第八一医院 南京 210029)

关键词:华海清;肺癌;咳喘;经验

中图分类号:R 249.2 文献标识码:B

华海清教授是解放军第八一医院著名中西医结合专家,从事中西医结合教学、临床、科研工作 20 余年,其学术观点源于中医各家经典,发煌古义,博取众采,并加以创新,在临床诊疗中形成了自己独特的风格。笔者侍诊左右数月,获益颇丰。现将其治疗肺癌咳喘的经验简介于下,以飨读者。

1 病位在肺,注重整体观念

华师认为,肺癌咳喘病位在肺,亦与其他脏腑关系密切。首先从病理基础上来说,肿瘤在支气管粘膜上生长,特别是生长在管径较大、敏感度较高的段、叶支气管时,达到一定程度,癌肿或其分泌物刺激气管、支气管粘膜,即可出现咳嗽。癌肿接近隆突时,表现为刺激性干咳,可有少量白色泡沫痰。肺泡癌可有大量粘液痰,继发肺部感染时,表现为粘液脓痰。其次,从传统中医理论来看,肺为华盖,主气,司呼吸,开窍于鼻,外合皮毛,又主宣发肃降,通调水道,六淫之邪、情志郁结及脏腑功能失调易导致气血凝滞、阻滞经络,久之发为癌肿,肺内癌肿阻遏肺气,引起气机升降运动失常及水液代谢障碍,肺失宣肃,出现咳嗽、喘息不得卧、胸闷等症。

肺与其他脏腑关系密切。肺主气、司呼吸以及通调水道功能,与脾肾二脏关联密切。肾主纳气又主水,且金水相生,肺久病及子,可致肾气虚衰,水湿内停。因此,肺癌晚期常可见张口抬肩、喘息不得卧、肢体面目浮肿等症;脾为气血生化之源,又主散精,使水津四布,“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,脾

失健运,湿聚成痰,痰饮停肺则可加剧咳喘;久病气虚及阳,心阳不振,阳虚水泛,可见咯痰清稀、胸满气憋、喘息不止;若情志不畅,肝火偏亢,木火刑金,又可伴有咳血或咳时胸胁胀痛等症。

总之,咳喘病位在肺,但“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,因而,治疗肺癌,不可单纯治肺,需注重整体观念。

2 辨清虚实,擅用扶正祛邪

肿瘤的发生多由于机体久受毒邪侵袭,蕴毒于内,加之饮食不节、情志不畅等因素,使机体气血运行失调,而致气滞、血瘀、痰结、毒邪互结,渐成积聚。这些病理因素常相互兼杂、互为因果,损害脏腑功能,日久导致机体气血亏损,精气衰败,最终导致阴阳两竭而亡。肺癌咳喘,一般病初为实,久则为虚,虚实时常夹杂,其总的病机为本虚标实。因此华师特别强调治疗肺癌咳喘需辨清虚实,他常说,肺癌实证责之于痰、火、瘀,虚证责之于津、气、血,临床应根据具体情况仔细辨别,扶正祛邪不可偏废。例如同见呛咳时作,咯吐清稀泡沫样痰,咳喘不能平卧及一身面目浮肿,若胸胁胀满疼痛,舌质淡胖、苔白或滑腻,脉弦紧或弦滑,则为水饮内停壅闭肺气之实证,治用葶苈大枣泻肺汤加减以泻肺逐饮、开结平喘;若兼有胸闷气短,张口抬肩,舌淡或黯紫,脉沉细无力,则为实中夹虚,必须配合参蛤散等补肺纳肾,降气平喘;如肺癌久咳伤肺,以致肺气虚寒、脾肾两虚,治疗上又当补虚为主,佐以去实。总之,扶正与祛邪应各

用 20 mm 毫针由上向下斜刺入 15 mm,疗效显著,该穴为“提睑穴”。面瘫时下眼睑外翻,可用 20 mm 毫针刺下眼睑,可使之恢复。

4.8 关于面瘫并发症的问题 部分患者病情较重,或发病初期治疗不当,或未及时应用激素治疗,可并发面肌痉挛、联动症、面肌倒错。高维滨教授认为,出现面肌痉挛针刺治疗

基本无效,局部针刺往往增加面神经的兴奋性加重病情,远端取穴,疗效不佳,可选择其他疗法。经长期临床观察发现,联动症的针刺组与自然恢复组对照,未见明显差异,本病可有一定程度的自然恢复。出现面肌倒错,病程要长,患侧表情肌运动功能可恢复良好,但萎缩的表情肌很难完全恢复,双侧表情肌不对称。

(收稿日期:2007-09-05)