

卒中后假性延髓麻痹验案1则

周诗远¹, 石学敏²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[关键词] 假性延髓麻痹; 卒中后; 石学敏; 验案

[中图分类号] R277. 733 [文献标识码] B

DOI: 10. 16808/j. cnki. issn1003 - 7705. 2018. 04. 043

假性延髓麻痹是脑卒中的严重并发症之一, 是由于双侧皮质脑干束或皮质运动区受损, 致后组颅神经运动核失去上运动神经元的支配调节而出现吞咽困难、饮水呛咳、声音嘶哑、构音不良等症状^[1]。其发病率高达51% ~ 73%^[2], 其中吞咽障碍危害性最大, 可导致患者脱水、营养不良、吸入性肺炎, 严重者因窒息而危及生命, 给患者造成了极大的痛苦, 给家庭及社会带来了巨大的负担。西医对于本病目前尚无一种有效的治疗方法。石学敏院士采用通关利窍法配合咽后壁点刺治疗本病患者1例, 取得了显著疗效, 现介绍如下。

患者, 男, 57岁, 于2016年10月18日就诊。主诉: 左侧肢体不遂伴吞咽困难14d。患者于10月5日3时许无明显诱因突然出现左侧肢体不遂, 饮水呛咳, 语言不能, 继往脑梗死病史遗留右侧肢体不遂较前无明显变化, 时神清, 无头痛头晕、胸闷憋气、二便失禁等症, 就诊于当地某医院。查颅脑MRI示: 右额颞枕顶岛叶、右侧脑室旁、右侧半卵圆中心异常信号, 诊断为: 脑梗死, 予以清除自由基、降压、抗血小板聚集、稳定斑块等, 经治疗病情好转后出院, 但仍遗留吞咽困难, 语言蹇涩, 双侧肢体不遂。现为进一步治疗, 收入天津中医药大学第一附属医院针灸科特需病房。既往有脑梗死病史5年; 高血压病病史二十余年, 血压最高达190/140mmHg, 近期口服氨氯地平, 血压控制在146/96mmHg左右。现症见神清, 精神可, 右口歪, 吞咽困难, 纳食经胃管注入, 语言蹇涩, 双侧肢体不遂, 偶反酸, 寐安, 二便调, 舌暗红, 苔黄燥, 脉弦。查体: 双瞳孔等大等圆, 光反射存在, 双上肢肌力3级, 双下肢肌力3级, Hoffmann(+), Babinski(+), 其余神经系统检查未见异常, 结合病史及各项辅助检查。西医诊断: 脑梗死, 假性延髓麻痹。中医诊断: 中风, 阴虚风动证。治则: 调神导气, 滋补三阴, 通关利窍。针刺取穴: (1) 通关利窍法。取双侧内关, 直刺0.5 ~ 1寸, 提插捻转泻法1min; 人中, 向鼻中隔方向斜刺0.3 ~ 0.5寸, 雀啄泻法至眼球湿润为度; 双侧三阴交, 直刺1 ~ 1.5寸, 提插补法1min, 肢体抽动3次为度。以上均不留针。风池、完骨、翳风, 向结喉方向进针2 ~ 2.5寸, 小幅度高频率捻转补法1min, 以咽喉麻胀为宜; 廉泉、上廉泉、双侧咽穴, 向舌根方向进针1.5 ~ 2寸, 提插泻法1min。以上均留

针20min。(2) 咽后壁点刺。用压舌板压住患者舌体, 暴露咽后壁, 用3寸长针点刺咽后壁。每天1次, 治疗14d后, 患者拔除胃管, 能进食固体食物, 治疗21d后, 患者饮水无呛咳, 吞咽功能基本恢复正常。

按: 假性延髓麻痹为现代医学名词, 根据本病构音障碍、饮水呛咳、吞咽困难等临床表现, 应归属于中医学“中风”“暗瘕”“喉痹”等范畴。以往的针刺治疗仅局限于颈咽部穴位而失于辨证, 从中医学角度看, 本病病位在脑, 证属于阴虚风动, 患者肾阴亏耗, 致使肝风内动, 上扰清窍, 窍闭神匿, 神不导气, 发为中风, 风火上扰咽喉, 阻滞气血经络, 使咽部经筋失于濡养, 发为吞咽障碍。故治疗上应标本兼顾, 通关利窍法是石学敏院士针对本病创立的一种针刺方法, 治以开窍启闭、调神通络, 恢复咽部经脉气血运行; 取人中、内关以醒神开窍, 通调元神; 取三阴交以调肝补肾, 滋补三阴; 风池、完骨、天柱以改善脑循环, 改善椎 - 基底动脉供血, 调整颅内血流动力学^[3], 开窍启闭, 改善元神之府功能, 纠正脑部缺血、缺氧状态, 促进脑组织生理功能的恢复; 取咽部穴位廉泉、上廉泉、双侧咽穴以行气活血, 激活经气, 有通咽利窍之效; 同时配合咽后壁点刺以恢复咽部正常功能。现代研究发现^[4-5], 针刺颈咽部穴位可直接刺激颈咽部通向脑部的神经, 改善神经递质的传递, 促进神经纤维再生; 针刺兴奋周围神经可将刺激反馈到中枢神经, 加强中枢与周围神经的联系, 加快受损神经的恢复。同时, 配合咽后壁点刺, 可有效地改善咽周肌肉的肌张力, 加速咽部血液循环、促进新陈代谢、调整咽后壁经筋、恢复咽部肌肉生理功能, 从而使咽部肌肉运动恢复正常, 吞咽障碍消失。

参考文献

- [1] 彭长林. 任督调通法治疗卒中后假性延髓麻痹疗效观察[J]. 中国针灸, 2010(7): 551 - 553.
- [2] 吴艺玲. 互动式针刺法对卒中后假性延髓麻痹吞咽困难的疗效[J]. 中国康复医学杂志, 2013(8): 739 - 742.
- [3] 石学敏. 脑卒中与醒脑开窍[M]. 北京: 科学出版社, 2015: 401.
- [4] 刘志顺, 刘保延, 张维. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍临床研究[J]. 中国针灸, 2002(5): 291 - 294.
- [5] 张维, 刘志顺, 孙书臣, 等. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍机理探讨[J]. 中国针灸, 2002(6): 405 - 407.

第一作者: 周诗远, 女, 2015级硕士研究生, 研究方向: 针刺治疗脑血管疾病

通讯作者: 石学敏, 男, 主任医师, 中国工程院院士, 博士研究生导师, 研究方向: 针刺治疗脑血管疾病, E-mail: tjdrshi@msn.com (收稿日期: 2017-03-08)

藿朴夏苓汤

在消化系统疾病中的应用举隅

孟庆静¹, 胡运莲²

(1. 湖北中医药大学, 湖北 武汉, 430061;

2. 湖北中医药大学附属湖北省中医院,
湖北 武汉, 430061)

[关键词] 藿朴夏苓汤; 口疮; 口臭; 胃脘痛; 验案

[中图分类号] R256 [文献标识码] B

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.04.044

藿朴夏苓汤出自清代·石寿棠所著的《医原·湿气论》^[1]卷下篇,其方能宣通气机、渗湿利水,经近现代医家的临床广泛应用,总结该方可治疗以湿邪为患所致的多种疾病。胡运莲教授系湖北中医药大学附属湖北省中医院脾胃科主任,临床经验丰富,现将胡主任采用藿朴夏苓汤治疗口疮、口臭、胃脘痛的验案举例介绍如下。

1 口 疮

王某,男,30岁,2016年10月15日初诊。患者诉10年来口疮反复发作,每于饮酒或熬夜后发作,初起口服甲硝唑、维生素C等有效,3d前进食火锅后口腔溃疡再次发作,口服牛黄解毒片疗效不显,自觉疼痛难忍,影响进食。刻诊:患者体胖,口唇、颊膜、舌边可见多个小溃疡,部分覆有白苔,伴头昏重,肢倦乏力,口干口苦,喜冷饮,脘腹胀满。舌红少津,苔白腻,脉弦。中医诊断:口疮,湿阻中焦证;治当健脾化湿、行气和中。予藿朴夏苓汤加减:藿香、厚朴、茯苓、焦神曲、焦山楂、焦麦芽各15g,法半夏、杏仁、陈皮、泽泻各10g,薏苡仁20g,黄连、甘草各6g。7剂后自觉身轻体爽,口腔溃疡面积减小,色仍淡红。舌暗红,苔薄白腻,脉弦。继以上方7剂,口腔溃疡愈合。半年后随访未再复发。

按:该患者平素饮食厚腻,酒易生湿,导致湿浊困脾,脾失健运,津不上承故不能濡养于口,且湿阻气滞,郁而生热,湿热熏蒸于上,灼伤脉络,则出现口疮、疼痛。治疗当健脾祛湿,行气布津,分消湿热,使清升浊降。方中藿香芳化宣透以疏表湿,杏仁开泄肺气于上,肺气宣降,则水道自调;厚朴、半夏燥湿运脾,使脾能运化水湿,不为湿邪所困,陈皮行气,助于运湿;治湿不利小便,非其治也,茯苓、泽泻、薏苡仁淡渗利湿于下,使水道畅通,则湿有去路;郁久化热,故黄连、甘草清胃热;焦神曲、焦山楂、焦麦芽消食化积、健运脾胃。

2 口 臭

张某,男,40岁,2016年10月20日初诊。患者自诉口臭10年余,素有饮酒史,无鼻炎、牙龈炎等病史,近日因频繁

饮酒后口内臭秽加重。刻见:口臭,口干不欲多饮,纳差、偶有泛恶,大便黏腻。舌红苔黄厚腻,脉滑略数。中医诊断:口臭,湿热内蕴证。予藿朴夏苓汤加减:藿香、厚朴、茯苓各15g,法半夏、佩兰、陈皮、泽泻、黄芩、茵陈各10g,薏苡仁20g,甘草6g。7剂后口臭、口干大减,仍时有恶心,舌苔根部厚,原方继服5剂,诸症痊愈,嘱其避免饮酒和食肥甘厚味。

按:本案患者嗜酒,素体湿热内蕴,脾失健运,胃失和降,清气不升,浊气上逆而致口臭诸症。胡主任临床每遇口臭患者,需先排除鼻炎、牙龈炎,无相关病史后,辨证属于湿热内蕴者给予藿朴夏苓汤加减,每获奇效。方中藿香入肺、脾、胃经,化湿和胃,《汤液本经》载:“温中快气,肺虚有寒,上焦壅热,饮酒口臭,煎汤漱”;佩兰入脾、胃经,可化湿、辟秽和中;藿香配伍佩兰,相伍相使;厚朴、半夏燥湿运脾,陈皮行气,助于运湿;茯苓、泽泻、薏苡仁淡渗利湿于下;茵陈清热利湿,黄芩清热燥湿,泻火解毒,与茵陈配伍用于湿热蕴结证。

3 胃脘痛

赵某,女,50岁,2016年11月19日初诊。患者诉胃脘部胀痛1年余,间断性发作,进食后明显,多食后恶心、嗳气。于当地某医院电子胃镜检查示:慢性浅表性胃炎伴糜烂(3级),间断口服泮托拉唑,效果不明显,遂求诊于中医。刻诊:上腹胀痛,时有嗳气、反酸、烧心,伴口干、纳差、便溏不爽。舌暗、苔黄腻,脉濡。中医诊断:胃脘痛,脾胃湿热证。治宜燥湿健脾、清热理气,拟藿朴夏苓汤加减:藿香、厚朴、枳壳、半夏、竹茹、栀子、苍术、白蔻仁各10g,茯苓15g,薏苡仁20g,黄连、甘草各6g,代赭石(先煎)12g,三七(冲服)3g。忌食辛辣肥甘。连服7剂,胃脘痛明显减轻,守前方加炒山楂、炒谷芽、炒麦芽各15g,再服7剂,服药期间上腹痛未再发作。随后以香砂六君子汤加减调服月余,1年后随访,未再复发。

按:糜烂性胃炎西医多以抑酸药治疗为主,有一定疗效但容易反复,中医治疗该病有一定优势。本病属中医学“胃痛”“痞满”等范畴,多由饮食不节、情志所伤或脾胃素虚并感外邪,导致脾胃升降失调、湿浊内生而致。脾虚失运,湿阻中焦化热为其主要病机。章虚谷云:“湿土之气,同类相召,故湿热之邪,终归脾胃。”藿朴夏苓汤具有解表化湿、宣畅气机之功。胡主任在此方基础上,加枳壳行气宽中,黄连清热燥湿,专清中焦湿火郁结之邪;栀子清三焦火邪;竹茹与黄连同用清胃止呕,与茯苓同用除烦安神;苍术为健脾燥湿、消胀除痞之要药,配白术更增益气健脾之功;白蔻仁与苍术、厚朴相须为用,可增强化湿之功效;代赭石重镇降逆而止呕;三七活血化瘀生新;香砂六君子汤健脾利胃以善后。