

综 述

耳穴压丸治疗胆石症

南京市建邺区中医院针灸科 王天俊

指 导 肖少卿

我国成人中胆石症的发生率约占 10%⁽¹⁾, 其发病率在急腹症中仅次于阑尾炎, 居第二位⁽²⁾。西医治疗主要为外科手术, 虽手术方式几经改革, 其治疗效果仍不满意⁽³⁾, 且手术后复发率较高, 残留结石率达 20%~40%⁽⁴⁾。近年来, 非手术疗法越来越受到重视, 包括服用药物、针灸、耳穴压丸等, 其中耳穴压丸(以下简称耳压), 因其简便易行, 无痛苦及副作用, 排石率高, 越来越多地受到重视和研究。

一、适应症与禁忌症

1. 适应症: 胆石症中医临床一般分为气滞型和湿热型, 有的还加上中毒⁽⁵⁾、气虚⁽⁶⁾、脓毒⁽⁷⁾等型。其中湿热型(相当于急性发作期)疗效最佳, 气滞型次之, 气虚型最差^(8,9)。有报道认为湿热型和脓毒型不宜使用耳穴压丸治疗⁽⁷⁾。

从现代医学的症状描述归纳, 耳压治疗胆结石的适应症如下: (1) 胆囊内结石, 大小在 1.0 cm 以下; (2) 总胆管结石; (3) 肝内胆管结石; (4) 胆系多部位的中小结石及泥沙样结石; (5) 胆结石伴有黄疸、发热、慢性胆囊炎^(5,9)。

2. 禁忌症: 张氏⁽⁶⁾总结耳压的禁忌症是: (1) 胆囊、胆管、Oddi 氏括约肌有先天畸形; (2) 萎缩性胆囊炎, 无胆汁分泌; (3) 严重疾病; (4) 胆总管、Oddi 氏括约肌、十二指肠乳头有慢性炎症狭窄、纤维化或瘢痕, 引起梗阻或不完全堵塞; (5) 有胆道出血史; (6) 有胰腺炎症状; (7) 休克状态; (8) 孕妇。

二、治疗方法及疗效

1. 取穴: 据临床报道统计, 耳压治疗胆石症选取耳穴有六十多个穴(组), 其中使用频率最高的有十个, 按顺序是胆(胰)、肝、三焦、脾、十二指肠、胃、肾、交感、神门、小肠。另外, 一些单位在排石困难时都选用了耳迷根^(10,11)。

有些单位还选择对照组对耳穴取穴的特异性进行了研究。如宋氏⁽¹²⁾通过 B 超观察到针刺耳胰胆、迷根穴可使胆囊收缩功能增强, 利于排石; 而针刺耳胰胆、交感穴可使胆囊收缩功能降低, 可用于缓解疼痛。提

示治疗胆道疾病时, 应根据具体病情而选用不同耳穴。张氏等⁽¹³⁾指出, 耳穴对胆囊收缩功能的影响具有相对特异性, 耳压肝、胰胆、十二指肠三穴 5~10 分钟, 胆囊出现明显收缩, 而耳压心、上肺、下肺 5~10 分钟, 胆囊无明显变化。蒋氏⁽¹⁴⁾的研究表明, 耳神门穴有抑制胆囊收缩的作用。

王氏⁽¹¹⁾提出耳压的取穴原则为: (1) 辨证选穴; (2) 阳性反应点(过敏点); (3) 对症选穴。

2. 操作: 在操作方法上, 各文献报道一般无多大差异。如北京市公安医院针灸科⁽¹⁰⁾的操作方法为: (1) 找准穴位, 常规消毒; (2) 将王不留行籽用胶布按压在穴位上, 每穴 1 粒, 手压穴位, 使患者有明显的痛感为宜, 隔日换籽一次, 两耳交替使用; (3) 嘱患者每餐 15 分钟后, 手压耳穴 20~30 分钟, 同时每天煮食猪蹄 1~2 个, 30 天为一疗程。

耳穴压丸的操作材料大多为王不留行籽, 该药苦平无毒, 其性走而不守, 可通血脉、止痛, 用于压耳可起到强化刺激穴位⁽¹⁰⁾、疏通胆道、稀释胆汁、促进结石排出的作用⁽¹⁾。亦有主张用白芥子或油菜籽作为操作材料者⁽¹⁵⁾。

3. 疗效: 从临床报道看, 耳压治疗胆石症疗效较为显著。李氏⁽¹⁸⁾每次分别贴压 6~8 个耳穴, 按男左女右顺序开始, 配合高脂餐, 取得了排石率 100% 和排净率 74% 的疗效。董氏等⁽¹⁹⁾收治 80 例胆石症患者, 经过 1~2 个疗程, 排石有效率为 97.5%, 显效率 90%。罗氏⁽²⁰⁾除选用肝、胰胆、脾、肾等常用耳穴外, 还自拟了胃、任、督、排石点等耳穴, 治疗胆石症 1115 例, 有效排石率 94.25%, 痊愈排净率 10.11%。许多单位对排出的结石都作了胆固醇和胆红素的定性分析^(5,21~24), 有些还作了红外光谱分析和扫描电镜检查⁽⁹⁾, 除个别阴性外, 大多为阳性。

从笔者收集的文献统计可以看出, 几乎所有报道的排石有效率及症状好转率都在 80% 以上, 其中总有效率在 95% 以上的占 59%。与自然排石率为 12% 左右⁽²⁵⁾相比较有显著差异⁽⁹⁾。

三、机理探讨

1. 耳压的理论基础: 耳壳与人体各部存在着生理性的内在联系, 因而在病理方面, 表现为一定的反应规律。人体患病时, 耳廓上即出现相应部位的敏感点, 在敏感的耳穴上用药压迫可治疗有关疾病⁽¹⁷⁾。

2. 耳压对胆系的影响: 实验证实, 耳穴压丸 5~10 分钟后, 胆囊出现明显收缩, 持续 30 分钟则胆囊声象图面积接近压丸前水平, 提示耳压作用时间不长⁽¹²⁾。耳压后肝脏分泌增多, 胆囊内压增高, Oddi 氏括约肌舒缩频繁, 胆汁流量增多, 这一系列作用有助于胆汁的排放和结石的排出⁽⁶⁾。在 B 超下可观察到, 耳压后胆总管内径可扩张近一倍^(2,26), 尚氏⁽²¹⁾认为这种扩张可能是胆囊收缩引起的一种被动性扩张。

胆石症伴有慢性胆囊炎的患者, 耳压后, 其增厚、毛糙的囊壁可以渐变纤薄, 内膜面光滑^(2,27)。萎缩性胆囊炎合并胆石症患者应用超声波常探测不到胆汁, 仅见毛糙增厚的囊壁紧聚结石, 在耳压 10~13 次后, 超声探测发现胆囊内开始出现胆汁, 胆囊容积相应增大, 囊壁变薄, 结石光团随体位改变在胆囊内滚动⁽¹⁶⁾。胆囊收缩功能差, 呈大胆囊伴结石的患者, 耳穴压丸 2~3 次后, 即可见胆囊明显缩小⁽²⁾, 从而提示耳压可以增加胆汁分泌, 消除胆系炎症, 改善和恢复胆系功能⁽²⁷⁾。

王氏⁽²⁷⁾还经过双盲法试验, 证明按压左右侧耳穴无明显差异, 按压单侧耳穴和按压双侧耳穴效果一样, 这就为临床治疗中每次只贴一只耳, 交替使用, 以预防因贴压耳穴时间过长而诱发耳廓感染找到了依据。

3. 耳穴压丸的作用途径: 当肝胆、肝等耳穴受到刺激后, 可作用于肝经、胆经, 通过神经-体液系统的调节作用, 影响肝胆等脏器的功能活动, 使胆汁分泌增加, 胆汁流量增加, 胆囊压力及张力增高, 体积增大。这一过程为排石作好了必要的准备。

周氏等⁽²⁸⁾根据在耳穴胆、肝、肾等压丸的观察, 发现患者传感的走行和人体经络的走行相一致, 说明耳廓通过经络与脏腑有着密切联系。葛氏⁽²⁹⁾从人体耳部信息理论出发, 认为耳穴压丸刺激耳部淋巴管、血管、神经纤维组合在一起的神经通路, 通过神经纤维、脊髓和大脑以后, 又以神经的形式走向内脏器官, 能达到改善器官功能的作用。

4. 关于溶石、碎石: 有报道证实, 通过耳穴压丸已排出数枚结石。但治疗后结石的数目却与治疗前相同, 且排出的结石体积较前缩小, 有的存在裂痕, 认为耳压有一定的溶石、碎石作用^(24,30)。刘氏⁽²³⁾运用磁珠压耳法治疗胆石症, 发现有许多病例治疗前经

B 超检查结石较大, 经过治疗排出一些小颗粒结石后, 经复查原 B 超显示的强光团变小或消失, 说明磁珠压耳有疏松分化结石的功能。

5. 脂餐在耳压排石中的作用: 临床实践证明, 进食脂餐的患者较不食、少食脂餐的患者排石效果好, 中断脂餐排石效果便不理想⁽³¹⁾。另外, 脂餐可刺激胆汁的分泌⁽³²⁾, 起到“增水行舟”的作用。不食脂餐, 因胆汁分泌量减少甚或无胆汁冲洗, 结石就难于排出⁽⁶⁾。

四、注意事项

1. 病程、疗程、结石大小与排石的关系: 一般认为病程短则疗效较佳⁽³³⁾, 结石数目愈多, 要求疗程愈长, 疗程愈长, 则疗效愈好⁽⁶⁾。目前多数认为 >1 cm 的结石难以排出^(18,34), 但陆氏⁽²⁸⁾提出正确的选穴与按压药籽, 以及饮食配合, 对 1 cm 以上的结石有一定效果。有的单位也报道了排出的最大结石有 4.8 × 1.6 cm⁽³⁵⁾、3.6 × 1.8 cm⁽³⁶⁾、2.0 × 1.8 cm⁽³²⁾等。

2. 排石现象: 成氏⁽³³⁾认为在耳压治疗时, 如耳廓出现酸、麻、胀、热等“得气”反应, 一般都有较好的疗效; 如胆囊区出现胀痛、刺激痛, 常为排石现象。临床治疗中观察到, 一般先排小结石, 后排中、大结石⁽²⁴⁾。

3. 中转手术的指征⁽⁶⁾: 根据报道文献归纳, 中转手术的指征为: (1) 耳压排石治疗无效, 症状加重者; (2) 急性发作伴中毒性休克; (3) 胆囊坏疽及胆系穿孔。

4. 提高疗效的因素: 首先, 选取耳穴位置的正确与否, 直接影响疗效⁽²⁸⁾, 选取耳穴应有足够的数量, 操作时应有足够的刺激量⁽³⁵⁾。其次, 治疗过程中要求患者认真按压耳穴⁽⁶⁾, 注意饮食宜忌, 并及时冲洗大便以观察疗效。

五、尚待研究的课题

1. 防止结石的再生: 董氏⁽¹⁹⁾认为结石的再生是造成结石增多的重要原因。有的患者在治疗后结石反有增加或较前增大, 似可提示为胆石再生的迹象。从文献报道来看, 胆结石病人的胆汁凝结比对照组明显加快, 且多个结石集结时间较单个结石集结时间迅速减少, 可见多个结石尚未排尽者不能排除结石再生的可能, 如何预防, 当是一项有待研究的课题⁽⁶⁾。

2. 提高排净率: 目前, 单纯耳压治疗胆石症的排净率普遍不高, 本文所收集的文献中, 排净率超过 20% 的不到四分之一, 超过 50% 的报道仅两篇^(18,36)。因此, 盛氏等⁽³⁷⁾指出, 必须提高胆囊、胆管结石的排净率, 耳压治疗胆石症才能在临床上广泛运用。

以耳压为主的综合疗法已见诸报道,如翟氏⁽⁸⁸⁾通过统计学处理,得出耳压配合中药优于单纯耳压($P<0.05$)。张氏⁽⁸⁹⁾的结果亦表明,与耳压配合中药治疗相比,单纯耳压组排石周期长,排净率低。说明综合疗法在耳压治疗胆石症中已显出其优势。

参 考 文 献

- (1) 孟承伟,等. 大众医学 1986; (7):30.
- (2) 施荷玉,等. 上海针灸杂志 1985; (2):5.
- (3) 陈汉平,等. 上海针灸杂志 1987; (1):19.
- (4) 朱培庭,等. 上海中医药杂志 1987; (3):33.
- (5) 张树德,等. 中国针灸 1985; (6):4.
- (6) 南京协作组. 江苏中医杂志 1985; (8):24.
- (7) 万保根. 江西中医药 1985; (5):38.
- (8) 贺瑞麟. 中医杂志 1985; (5):24.
- (9) 董绍荣,等. 中国针灸 1985; (6):1.
- (10) 洪 广. 河南中医 1987; (6):28.
- (11) 张育西,等. 中国针灸 1986; (5):5.
- (12) 宋晓鸽,等. 安徽中医学院学报 1987; (2):41.
- (13) 张仁,等. 中医杂志 1986; (3):24.
- (14) 蒋吉刚,等. 广西中医药 1987; (6):25.
- (15) 王香兰,等. 陕西中医 1985; (5):221.
- (16) 北京公安医院针灸科. 中国针灸 1985; (5):44.

- (17) 王益敏,等. 新医学 1987; (2):72.
- (18) 李映刚. 四川中医 1987; (4):32.
- (19) 董绍荣,等. 第二届全国针灸针麻学术讨论会论文摘要 1984年; 第99页.
- (20) 罗兴中,等. 陕西中医 1986; (3):124.
- (21) 尚桂枝. 内蒙古中医药 1987; (4):9.
- (22) 刘孟陶. 中国针灸 1986; (5):1.
- (23) 陆惠新,等. 北京中医 1987; (6):56.
- (24) 赵萌生,等. 四川中医 1986; (8):50.
- (25) 赵竟成,等. 中华外科杂志 1980; (4):292.
- (26) 张海春,等. 陕西新医药 1986; (10):19.
- (27) 王宏业,等. 安徽省针灸学术会议资料 1986.
- (28) 周淑芳,等. 陕西中医 1986; (5):216.
- (29) 葛效香. 中国针灸 1988; (5):26.
- (30) 赵炳灿. 上海中医药杂志 1987; (1):19.
- (31) 费宗祥. 新中医 1987; (11):36.
- (32) 刘国隆主编. 生理学. 上海科技出版社 1986:225.
- (33) 成跃红,等. 黑龙江中医药 1986; (1):36.
- (34) 孙宝华. 安徽中医学院学报 1986; (1):42.
- (35) 李汉珠. 陕西中医 1985; (5):220.
- (36) 李惠芳,等. 中国针灸 1989; (2):19.
- (37) 盛灿若,等. 山西中医 1987; (1):39.
- (38) 翟 锋. 吉林中医 1987; (6):17.
- (39) 张秀蝉. 湖北中医杂志 1987; (6):21.

喉外下咽区直接推拿治疗声门运动障碍致声嘶

山东省立医院 朱利相 王秀云

一侧或两侧声门运动不良所致的发声障碍,其病因有喉部神经麻痹,喉关节病变如炎症、脱臼,喉肌病如肌纤维织炎及发病突然的功能性失音等。当前治疗方法很多,喉镜下环杓关节拨动术是其中之一,它不仅有治疗作用,还有一定的鉴别诊断价值。只可惜尚有些不足之处,如操作时病人常感恶心不适,影响操作,并使操作者感觉不清而影响诊断;常常遇到由于操作时病人感到不适而中断检查者;再则,检查还需特殊的医疗器械和条件。近年来我们采用喉外下咽区直接推拿疗法代替之,方法简便,疗效可靠,现介绍如下。

一、操作方法:患者平坐,双眼平视,头略转向健侧。操作者站在患侧,病在右侧,操作者用右手手指和食指将病人的喉头推向右侧,然后用拇指沿着甲状软骨板侧缘逐渐滑入喉的下咽区,此时,咽下缩肌、杓肌、环杓后肌等咽喉肌病如肌纤维织炎和环杓关节病变的推拿治疗便可完成。若病在左侧,则用左手治疗。在推拿时,病人发“伊”音,有益于增加被动运动的环杓关节活动作用。一次治疗约5~10分钟。用力应适

当,不可过大,轻重交替。若连续用力操作,常引起病人咳嗽或不适,有碍操作。治疗后患者局部常有反应性疼痛,无碍于继续治疗。

二、指征:喉外下咽区直接推拿疗法适用于喉肌弱症、喉关节炎或插管后脱臼和功能性失音。喉部神经麻痹者,此推拿法有防治喉肌废用性萎缩和固定关节的作用。

三、疗效:采用上述推拿方法治疗20例,其中男10例,女10例。病程6天至5个多月。声带固定6例;发生在甲状腺和胸部手术后,经治疗后发声都有不同程度的提高,但声门运动未见变化。上呼吸道感染或用嗓过度致声门闭合不良2例,经治愈。插管后环杓关节脱臼1例,治后痊愈。声门偏斜2例,治疗后有效。功能性失音9例,治疗后发声恢复正常。患者在接受第一次推拿治疗后即可发声谈话。

四、体会:用喉外下咽区直接推拿疗法或喉镜下环杓关节拨动术治疗声门运动障碍同样有效,前者操作简便,不需任何特殊器械,也无需特别场所即可完成,因此,比后者容易推广。