

构的基础上进行的, 由于基本标志线明确了耳廓各解剖结构的分野, 从而为在各解剖结构内进一步分区提供了依据, 并可在文字、绘图、制模等方面解决耳穴定位的解剖结构界线问题。应当说明, <方案> 中已经谈及几条标志线, 如对耳轮耳甲缘等, 并用其作为 ABC 线定位的标志, 但没有说明其具体划定方法。本文试就所有耳穴定位涉及的标志线予以说明, 目的是为 <方案> 拾遗补缺, 使之更趋完整。

3.2 有利于<方案>的推广和交流。<方案>作为一种学术交流的语言, 首先有赖于人们对它的准确了解和掌握, 这就要求<方案>尽可能地减少不确定性, 增加明确性和可重复性。以往就有人将“耳甲折线”当作对耳轮耳甲缘, 因而对<方案>中的肝、脾、胃等穴的定位提出异议, 认为<方案>的定位与实际不符。事实上, 产生这种误解的原因恰在于解剖结构的界线不清楚。1990 年法国学者提出了一些与<方案>相悖的解剖结构划分方法, 如取消对耳轮上脚, 将其分别划入耳舟和

三角窝, 分析产生这种划法的动因, 在一定程度上, 也是对<方案>中解剖结构理解不清所致。由此可见, “共同语言”中如存在不明确性, 必然影响交流。

3.3 有利于教学和临床。毫无疑问, 在耳穴教学和临床诊治疾病中, 都需要对耳廓解剖结构和耳穴定位加以明确说明。教学中, 学生往往会主动提出这样的问题: “<方案>中所述对耳轮耳甲缘的准确位置在那里?” 因而, 耳廓基本标志线的问题是不能回避的, 必须加以说明。

4 讨论

本文探讨的耳廓基本标志线是在<方案>的基础上, 为更准确地耳穴定位而设。它不一定是解剖学和胚胎学上所述的各解剖结构间的移行、融合部(也可能部分相吻合)。设立耳廓基本标志线旨在发挥上述三方面的作用。试图作为<方案>的补充。耳廓标志线的提出仅是初步的, 需不断修正、完善, 能否起到预期的目的, 尚待实践检验。

呼吸补泻法针刺治疗贲门失弛缓症

陈玉华* 赵 勃*

我们自 1985 年至 1991 年应用呼吸补泻法针刺治疗贲门失弛缓症患者 62 例, 收效显著, 总结如下:

1 一般资料 62 例中, 男性 38 例, 女性 24 例; 年龄最小者 15 岁, 最大者 57 岁; 食物中毒引起者 12 例, 颈椎病所致者 3 例, 情志所伤而致者 16 例, 劳心过度所致者 31 例; 病程最短者 6 天, 最长者 3 年。

2 治疗方法 首先取体穴: 内关(双)、中脘、足三里(双)、膻中。针前用手轻叩手厥阴经(自中冲至天池), 然后针刺内关, 行呼吸泻法, 即吸气时进针, 呼气时提针; 针中脘行先泻后补(阴中隐阳)手法, 即针进至阴部, 行六阴数泻法, 结合呼气时提针, 将针提至阳部, 行九阳数补法, 结合吸气时插针, 共行三度; 膻中逆经向下平刺; 针足三里时先逆经轻叩足阳明经(自内庭至胃脘部), 深刺 2 寸有放射感后提针至阳部行呼吸补法, 即吸气时插针。留针 15 分钟, 每 5 分钟行针 1 次。

3 治疗结果 62 例全部治愈。治疗 6 次痊愈者 29 例, 占 46.8%; 12 次痊愈者 23 例, 占 37.1%; 18

次痊愈者 10 例, 占 16.1%。半年后复发者 6 例, 占 9.7%。复发者按上法治疗仍有效。

4 典型病例 王×, 男, 36 岁。1991 年 5 月 17 日初诊。3 年前因惊吓、劳心过度而致饮食后胃脘不适, 剑突下梗噎, 每因情志波动而加重, 经中西医治疗曾一度好转。自 1991 年 2 月起吞咽困难, 进食时梗噎感加重, 只能进流食, 近 10 天汤水难进, 食入即吐, 噎气, 胃脘部隐痛, 大便干。查面色苍黄, 舌红苔白, 脉弦细。证属噎膈(痰气交阻), 经 X 线上消钡餐透视诊断为“贲门失弛缓症”。治以理气开郁, 降逆化痰之法。按前法针刺治疗, 次日脘痛及呕吐停止, 进汤水已畅, 治疗 3 次后能吞咽馒头等食品, X 线钡餐透视检查无异常体征。为巩固疗效又针 3 次, 嘱调情志, 半年后随访一直未复发。

5 体会 贲门失弛缓症系食道神经肌肉功能障碍所致的食道下端括约肌弛缓。内关为八脉交会穴, 通于阴维脉, 取之和胃降逆, 调气止痛; 中脘穴是腑“会”, 胃之“募”穴, 取之启膈开胃, 化痰散结; 膻中穴为气之“会”, 针之宽胸理气; 足三里乃胃之“下合”穴, 取之健脾益气, 助运消痰; 结合呼吸补泻以增理气和胃之功, 故收显效。

* 山东胶州市中医医院(266300)

稿日期: 1991-11-08; 修回日期: 1992-03-30.