

临 床 报 道

动态观察传染性非典型肺炎 患者舌象 7 例

北京地坛医院(100011)

王融冰 王玉光

舌诊是伤寒、温病外感病中一个重要辨证环节,更有温病重视舌象之说。为了加深对传染性非典型肺炎(严重急性呼吸综合征,SARS)中医辨证的认识,我们于2004年7月对SARS患者的舌象进行动态观察,发现与2003年我们观察的舌象本质相同,同时也有新的发现,现将结果报告如下。

1 观察对象

全部病例均为2004年4月发生在北京,源于实验室污染,收治在北京地坛医院的病例。其中病原学指标SARS RNA阳性者1例,全部病例测SARS IgG、IgM抗体,在病程第2、第3周均为阳性,为SARS确诊病例。1例在入院时已进入恢复期。7例患者中,男2例,女5例;年龄20~49岁;急性期6例,恢复期1例;普通型2例,中型5例;使用有创呼吸机1例,无创呼吸机3例;发热病程 ≤ 10 天1例, ≥ 12 天6例;有基础病2例,无基础病5例。

2 观察方法

一线医生、主任医师1~1名同时观察,用富士600万像素数码相机,在室内日光灯下1m以内近距离特写拍摄,对每例舌象逐日拍摄,每次拍摄时间均在上午。

3 结果

全部患者经2~3周治疗达到出院标准。1例仅有恢复期舌象,其他6例有动态观察舌象。其中1例有严重基础疾病,如高位截瘫、双侧胸水、右肺不张及心房纤颤史,本次病程中并发严重细菌感染;1例有肾炎史。其中5例使用短程、少量甲基强的松龙40~160mg/日。选取不同病程患者的舌象,肉眼观察。早期和进展期正处于发热期,舌质红(6/6例,6/6例),略暗(3/6例,5/6例)几乎可见于全部患者。早期舌苔多见白厚(2/6例)、腻(3/6例),至进展期舌苔增厚,部分患者出现黄腻苔(3/6例),至恢复期有2例患者出现如墨染的黑腻苔,刮之不去。

4 讨论

SARS发病特点、证候表现、传变规律当属于中医学瘟疫范畴,符合《素问·刺法论》“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”的论述。叶天士《温热论》指出:“温邪上受,首先犯肺”,肺为五脏之华盖,司呼吸,有宣发与肃降功能。SARS为温热夹湿之疫毒直伤肺脏,在病程中以发热、呼吸系统症状为主,并符合温病特点,热贯始终。通过观察患者舌、脉及证候表现,我们把病因病机演变经过归为三个阶段,即早期热毒、进展期湿毒、

恢复期虚损为主,热、毒、湿、瘀、虚在整个病程中交错互连。

SARS病程中还出现肺外多系统功能紊乱症状,如不思饮食、恶心、呕吐、恶寒、肌肉酸痛、月经失调等最为多见,舌象所见正是体内湿热、浊毒泛滥的表现。病机是疫毒袭肺,肺气郁闭,阳气不得外达,脾胃升降失司,运化无能;湿热壅滞化热,舌苔可见黄腻。进入恢复期,气阴损伤,湿热渐去,厚腻苔逐渐脱落。恢复期出现黑腻苔,刮之不去,舌面有津,持续时间达10天,比例之高(2/7例)出人意料,在2003年SARS患者舌象中未见报告。台湾医生报告过SARS恢复期可见苔黑,本组2例黑苔均出现在病程15天左右,此时热退而肺部炎症处于吸收阶段,临床虚弱乏力,黑苔而腻是气津亏损、余邪未尽的表现,这也是温病学强调治瘥后的机理所在。其中1例曾用过1次60mg甲基强的松龙和多种抗生素,而另1例患者则未用激素也未用抗生素,既往有肾炎史。

舌象在温病中有重要辨证参考价值,用于区别外感风寒或是温热、湿热,舌质、舌苔是不需争议的证据。舌象的变化还可反映病情的进退,正是有诸内必形于外。本组患者舌红苔厚(黄)腻时恰是持续高热,肺炎急速进展阶段,也即恶寒发热、恶心呕吐等症状最重时期。热退后舌苔逐渐变薄的速度与身体康复的速度同步。

头针滞针法治疗中风偏瘫 50 例

广东省清远市中医(511500)

黄 国 明

脑中风又称脑卒中,是一组急性脑血管病的总称,包括脑血栓形成、脑栓塞、脑出血和蛛网膜下腔出血等,是中老年人的常见病和多发病。随着经济的发展、人民生活水平的提高和生活方式的改变,脑中风发病率呈上升趋势,成为导致人类死亡的三大病因之一。笔者近年来采用头针滞针法治疗中风偏瘫,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

100例患者均为我院门诊和住院患者,按随机原则分为治疗组50例和对照组50例。治疗组中男27例,女23例;年龄16~70岁,平均66岁;病程8天~6个月,平均26天;其中脑血栓形成21例,脑栓塞19例,脑出血6例,蛛网膜下腔出血1例。对照组中男26例,女24例;年龄15~72岁,平均65岁;病程12天~7个月,平均28天;其中脑血栓形成20例,脑栓塞20例,脑出血7例,蛛网膜下腔出血3例。两组患者在性别、年龄、病程、病情严重程度等方面均无显著差异,具有可比性($P > 0.05$)。所有病例均已过急性期,生命体征正常,并排除严重心肝肺肾病变者。

2 治疗方法

治疗组采用头针滞针法留针治疗。选取瘫痪肢体对侧头针运动区(左侧瘫痪选取右侧运动区,右侧瘫痪选取左侧运动区),常规消毒后,用 28 号 2 寸针与头皮呈 30°角进针,住院患者进针后行单向捻转造成人为滞针,每 30 分钟运针 3~5 次,6 小时后将针拔出,并压迫止血;门诊患者进针后行单向捻转造成人为滞针,不施手法,将针留置带回家,6 小时后由其家人将针拔出,并按压止血,治疗当天勿洗头。每天 1 次,10 次为 1 个疗程,完成 1 个疗程后休息 3 天再进行下 1 个疗程。对照组采用常规头针法治疗。选取瘫痪肢体对侧头针运动区(左侧瘫痪选取右侧运动区,右侧瘫痪选取左侧运动区),常规消毒后,用 28 号 2 寸针与头皮呈 30°角进针,透刺至帽状腱膜下,快速捻转 1 分钟后留针,每 10 分钟运针 1 次,30 分钟后将针拔出,并压迫止血,治疗当天勿洗头。每天 1 次,10 次为 1 个疗程,完成 1 个疗程后休息 3 天再进行下 1 个疗程。两组患者同时使用中西药常规治疗,高血压者酌情使用降压药,高血糖者辅用降血糖药,3 个疗程后评估疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:基本痊愈:症状体征消失,基本能独立生活;显效:症状体征明显好转,瘫痪肢体肌力较治疗前增加 II 级以上;有效:症状体征有所好转,瘫痪肢体肌力较治疗前增加 I 级以上;无效:治疗前后症状体征无变化。

3.2 两组疗效比较:治疗组痊愈 42 例,显效 5 例,有效 3 例,治愈率为 81%,总有效率为 100%;对照组痊愈 32 例,显效 8 例,有效 3 例,无效 7 例,治愈率为 64%,总有效率为 86%。两组治愈率、总有效率差异均有显著性($P < 0.05$)。

4 讨论

“滞针”有时也是“得气”的一种表现。《标幽赋》曰:“轻滑慢而未来,沉涩紧而已至”;《针灸大成》曰:“气既至,则针有沉涩,似鱼吞钩”。这些虽是对“得气”的描述,但根据笔者在临床针刺操作过程中的体验,认为“沉涩紧”、“沉涩”、“似鱼吞钩”等感觉与“滞针”时手下感觉有相同之处,应该含有“滞针”之义。《针灸大成》曰:“针如至深处,而进不能,退不能,其皮上四周起皱纹,其针如生在内,此乃气之极也”,“如针进无滞无胀,乃气虚也”。前一句所描述的得气现象与“滞针”时的表现是相同的,同时说明患者“气之极”;而后一句则说明若无“滞针”则表明患者“气虚”。这说明“滞针”不仅是“得气”的一种表现,而且可以判断患者气之虚实。另外,现代教科书中叙述一种催气的方法叫“留针候气”,而叙述“滞针”的原因时,“留针时间过长”也作为“滞针”的原因之一。为了“得气”而留针,留针时间过长则“滞针”,对于这种“滞针”,笔者发现此时患者并无疼痛等不良反应,也不影响临床疗效,这同样说明“滞针”也是一种“得气”的表现。“滞针”也是针刺治疗疾病的一种手法。把“滞针”作为一种手法是当代许多医家的常用手段,笔者也经常运用,尚未出现不良反应且疗效颇佳。滞针一直被认为是针刺的一种意外情况而强调予以避免,然而近来有人有意应用于临床顽固性疾病,且疗效颇佳,可能是由于滞针法能获得更为持久、更为强烈的刺激,使肌纤维和结缔组织紧密缠绕针身。因此,笔者认为,

行滞针法时,可对针刺穴位的组织造成轻微的破坏,导致穴位轻微的无菌性炎症和水肿,形成对穴位的一种持续刺激。

针刺风府穴治疗假性球麻痹 30 例

广西中医学院第一附属医院针灸科(530023)

庞勇 陈尚杰 周开斌 林周杰

假性球麻痹亦称假性延髓麻痹或中枢性延髓麻痹,是由于双侧皮质脑干束受损所致,多见于脑卒中后,表现为吞咽困难、饮水呛咳、构音障碍、情感异常等症。名老中医黄鼎坚教授治疗本病常在常规取穴基础上加刺风府穴,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:60 例病例均来源于本院针灸科、神经内科住院的脑卒中患者,随机分为两组。治疗组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄 40~50 岁 3 例,51~60 岁 13 例,61~70 岁 9 例,71~80 岁 5 例;病程 15 天~3 年,平均 10 个月 8 天;其中脑梗塞 21 例,脑出血 6 例。对照组 30 例,男 20 例,女 10 例;年龄 40~50 岁 2 例,51~60 岁 15 例,61~70 岁 10 例,71~80 岁 3 例;病程 10 天~3 年,平均 9 个月 15 天;其中脑梗塞 26 例,脑出血 1 例。两组患者性别、年龄、病程、神经功能缺损积分、独立生活自理能力(FIM)差异均无显著性,有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准和入选标准:具有饮水呛咳、吞咽困难主症,伴有构音、情感障碍,无舌肌萎缩,咽反射存在,下颌反射亢进,椎体束征阳性,CT 或 MRI 示脑干以上部位梗塞或出血。除外意识不清、全身营养状况极差、肿瘤、严重糖尿病患者。

2 治疗方法

治疗组针刺风府、风池、廉泉、通里。首先选好穴位,常规皮肤消毒后,先取正坐位针风府穴,慢速捻转分层进针法,针尖向咽喉方向刺入 1.0~1.3 寸,左手将针柄压向脑后,并扶持患者躺下;风池穴向喉结方向刺入 1~1.5 寸;廉泉向舌根慢速捻转直刺 1.0~1.5 寸,再分别以 45°角向两侧斜刺 1.0~1.5 寸,患者咽喉部有紧缩、吞咽感;通里直刺 0.5 寸,留针 30 分钟。对照组除不针刺风府穴外,其他都和治疗组相同。两组均每日治疗 1 次,周六、周日休息,15 次为 1 个疗程。若有脑水肿等均配合常规中西医疗法。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:痊愈:吞咽无障碍,发音清晰,饮水不呛;有效:吞咽、构音好转,饮水呛咳明显减少;无效:无明显改善。

3.2 治疗结果:治疗组 30 例,治愈 13 例(43.3%),有效 15 例(50.0%),无效 2 例(6.7%);对照组 30 例,治愈 7 例(23.3%),有效 15 例(50.0%),无效 8 例(26.7%)。治疗组疗效明显优于对照组,差异有显著意义($P < 0.05$)。

4 讨论

假性球麻痹多见于脑血管疾病的并发症,现代医学对此无特殊有效的治疗方法。本病属中医学“中风”、“音哑”的范畴,是气逆乱、瘀血与痰浊互结、闭塞不通所致。故调气活血,祛痰开窍为主要治疗原则。风池是足少阳胆经与阳维脉的交会穴,同时足少阳胆经又与循喉咙之后的足厥阴肝经相表里,针刺风