

颈项部→肩部→上肢部→手指部→最后以拿肩井为结束。②手法:鱼际擦法、掌心擦法、双手抹法、揉法、拿揉端提颈项法、摇肩法、挤捏法、梳推手指法、单梳肋法、双梳肋法等。

3 “平衡推拿法”的临床辨证应用

“平衡推拿法”近 30 年来一直循着“辨病与辨证相结合”的原则,广泛运用于临床。如治疗亚健康状态,保健,运动员的康复,治疗疾病:①呼吸系统:主要推拿胸部,以及第七胸椎以上部位。主要治疗哮喘、支气管炎等。②循环系统:主要推拿胸部,以及第五胸椎以上部位和头部。主要治疗高血压、心血管神经官能症、中风后遗症、冠心病心绞痛等。③消化系统:主要推拿上腹部,以及第十二胸椎以上部位。主要治疗腹泻、溃疡性结肠炎、五更泻、便秘等。④生殖泌尿系统:主要推拿下腹部,以及第十二胸椎以下部位。主要治疗前列腺炎、慢性盆腔炎、尿潴留、痛经等。⑤神经系统:主要推拿脊柱部,以及头部。主要治疗帕金森病、面瘫、三叉神经痛、臂丛神经损伤。⑥运动系统:主要以直接治疗和间接治疗法相结合,用五点推拿法治疗腰椎间盘突出症。⑦疑难杂病:脊髓性颈椎病、电击伤去皮质综合征、痛风、带状疱疹、脑瘫、失眠、强直性脊柱炎。以上各系统疾病治疗以“热者寒治、寒者热治、虚则补治、实则泻治”的原则,在手法治疗的前提和基础上,适当配合拔火罐、艾灸或药物治疗等其他治法。

4 “平衡推拿法”的要求

4.1 手法的规范性

手法是推拿的精髓。在临床上,必须强调手法的规范性,采用“走线、落点、带面”达到上下、左右、前后有机联系,真正做到:“一旦临症,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出…”,只有严格按照“平衡推拿法”的规范去

做,才能收到满意的临床治疗效果。

4.2 手法的连续性

“平衡推拿法”有其独特的连续性,是由几十个手法有机和巧妙组合而成的整体。各种手法适用于不同部位,但又有内在的联系。在操作时,要求在诊断清楚,辨证明确的前提下,做到熟练掌握要领、得心应手及环环相扣,以自如协调地完成整个“平衡推拿法”的过程。

5 “平衡推拿法”的注意点

5.1 加强基本功

强调医者手法的基本功和理论的基本功。从多年的临床实践可以验证:“平衡推拿法”施行的标准、规范,就可以做到“手到病除”;反之,达不到预期的目的或治疗效果。同时,扎实的基本理论也是十分重要,如解剖学、生理学、诊断学、内外妇儿等学科的理论基础。

5.2 讲究“力”与“巧”的结合

笔者认为,推拿等于力量加技巧。“平衡推拿法”要求有一定的功底、扎实的理论知识,加之良好的技巧,方能成就“点石成金”的功夫,也才能使患者真正的感受到诊前感痛苦、疗后身心松。

5.3 强调手法的太过与不及

“平衡推拿法”不论是保健还是治疗,要注意恰到好处。如临床上常见的面瘫治疗,若施行之手法恰当,就能够很快治愈之;反之,若手法“不及”或“太过”,则会出现“倒错”,即“不及”则不愈,如小儿腹泻治疗,如手法运用适当,一般 1~3 次即可治愈;如手法运用不当或“太过”则会造成小儿便秘。从而使患者错过了最佳的治疗时机、耽误了病情。

* 江苏省南京市中医院 (210001)

双重火罐结合梅花针治疗带状疱疹后神经痛 32 例临床观察

符健* 张丽* 杨京慧* 虞成飞*

带状疱疹后神经痛是指带状疱疹皮损已愈,但局部按神经分布支配区域内仍留有神经疼痛,多为烧灼样刺痛,可持续数月至数年,缠绵难愈,严重影响患者的生活质量,是困扰中老年人群的顽痛症之一。目前西医无特效疗法,多以经营养神经、止痛对症为主,疗效欠佳,且难免有副作用。而针灸治疗本病历来有独到之处,笔者于 2003 年 9 月~2009 年 9 月,采用双重火罐结合梅花针治疗带状疱疹后神经痛取得了较为显著的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者均来源于我院针灸科病区及门诊,按随机方法分为治疗组和对照组,治疗组 32 例,男性 18 例,女性 14 例;年龄 50~60 岁 5 例,60~70 岁 17 例,70 岁以上 10 例;病程 1 个月以内 15 例,1~3 月 8 例,4~6 月 6 例,6 个月以上 3 例;病变在胸背部 19 例,腰腹部 12 例,大腿内侧 1 例;疼痛强度 2 分的 8 例,3 分 19 例,4 分 5 例。对照组 30 例,男性 16 例,女性 14 例;年龄同上分依次为 3 例、16 例、11 例;病程同上分依次为 13 例、9 例、4 例、4 例;病变部位同上分依次为 16 例、13 例、1 例;疼痛强度

同上分依次为 10 例、14 例、6 例。两组资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断及纳入标准

诊断标准参照《实用临床疼痛诊疗学》, 凡符合标准者均可纳入。

1.3 排除标准

对有严重内脏疾病、造血系统疾病 (或有出血倾向)、恶性肿瘤、精神病患者, 以及病变部位在头面或会阴部者、不配合治疗或未能坚持治疗者, 均予排除。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 予双重火罐结合梅花针治疗。取穴: 阿是穴及相应神经节段夹脊穴。阿是穴于病变局部压痛最明显处选取, 可根据病变范围取一至数穴。操作: 先行首次火罐治疗, 在所取穴处及其周围采用反复闪罐法, 不留罐, 以局部皮肤微红充血为度。随后立即行梅花针叩刺, 叩刺前做常规消毒, 叩刺时先由相应夹脊穴沿神经分布方向叩刺, 然后对阿是穴及其周围重点叩刺, 手法要快速均匀, 轻重以患者能耐受为度, 对局部皮肤有皱褶处要用手绷紧皮肤后操作, 叩至皮肤有少量出血即可。随后即行第 2 次火罐治疗, 在叩刺部位采用留罐法, 留罐 5~10 min。拔罐后以出血量多者为佳, 局部用消毒干棉球擦净。以上操作可按部位分别进行。治疗当日禁洗澡, 防止感染。

对照组: 予单次火罐结合梅花针治疗, 即先行梅花针叩刺, 随后留罐放血, 具体取穴及操作同治疗组。

2.2 观察方法

两组均每日治疗 1 次, 5 次为 1 个疗程, 间隔 2 天, 共 3 个疗程。每疗程后进行 1 次疗效评定。3 个疗程后观察两组治愈率与治疗次数的关系。

2.3 统计学方法

计数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用非参数秩和检验。

3 结果

3.1 疗效判定标准

痊愈: 疼痛完全消失; 好转: 疼痛减轻; 无效: 疼痛无明显变化。

3.2 治疗结果

第 1 个疗程后, 治疗组 32 例痊愈 15 例, 好转 14 例, 无效 3 例, 总有效率为 90.63%; 对照组 30 例, 分别为 5 例、19 例、6 例, 80.0%。第 2 疗程后, 治疗组痊愈 21 例, 好转 10 例, 无效 1 例, 总有效率为 96.88%; 对照组分别为 12 例、14 例、4 例, 86.67%。第 3 疗程后, 治疗组痊愈 25 例, 好转 6 例, 无效 1 例, 总有效率为 96.88%; 对照组分别为 20 例、8 例、2 例, 93.33%。两组疗效比较, 3 疗程后无统计学差异 ($P>0.05$); 但 1、2 疗程后均有统计学差

异 ($P<0.05$)。此外, 治疗组共治愈 25 例, 其中经治 1~5 次的 15 例, 6~10 次 6 例, 10~15 次 4 例; 而对照组治愈 20 例, 分别为 5 例, 7 例, 8 例。两组治愈率与治疗次数比较有统计学差异 ($P<0.05$)。

3.3 疗效分析

3 个疗程后两组均取得了满意疗效, 但前 2 个疗程治疗组优于对照组。此外治疗组获痊愈的治疗次数明显少于对照组。说明双重火罐结合梅花针治疗带状疱疹后神经痛疗效好, 起效快, 疗程短。

4 讨论

中医认为, 带状疱疹后神经痛是由于疾病后期正气不足, 原有瘀毒未尽, 或气虚阴伤血瘀, 瘀血阻滞脉络, 不通则痛。“久病入络”、“久痛入络”, 故其病位在络脉。所取阿是穴是气血瘀滞、经络不通最剧之处, 故其疼痛最甚, 而为通利经气之要枢。局部选取相应夹脊穴, 为就近取穴, 即“腧穴所在, 主治所在”。取穴准确是取得满意疗效的关键之一。临床治疗遵循“苑陈者除之, 出恶血也”的原则, 治法之一采用梅花针叩刺腧穴皮部, 皮部是络脉之气敷布于皮表之处, 通过叩刺出血, 以祛邪化瘀, 使络脉气血运行通畅。治法之二结合双重火罐治疗, 初次闪罐使腧穴局部皮肤充血微红, 促进了气血运行, 再施以梅花针叩刺时患者疼痛耐受程度提高, 并且叩刺后易出血, 有利于充分发挥梅花针的治疗作用。之后再施以留罐治疗, 更便于拔除局部瘀滞邪毒, 令血出邪尽。此外放血治疗亦能引导营卫之气输布, 鼓动经脉气血, 鼓舞正气, 加强驱除病邪之力。临床观察采用双重火罐治疗后出血量较单次火罐治疗后略多, 可以提高放血治疗的效果。总之, 双重火罐结合梅花针治疗, 有着开门驱邪之功, 祛瘀生新之效, 使邪尽瘀除, 局部受损络脉气血调和, 经络疏通, “通则不痛”, 从而缓解疼痛。目前西医认为脊髓后神经纤维长期、慢性的损害导致了神经痛的形成。而现代研究表明火罐结合梅花针治疗能直接扩张局部血管, 加速血流, 改善血液循环, 从而加速新陈代谢, 增加组织营养和供氧量, 尤其皮下神经末梢的营养得以改善, 促使神经细胞功能恢复, 消除神经纤维粘连而止痛。同时还能促进局部淋巴循环, 增进皮肤免疫因子释放, 提高免疫功能, 提高痛域, 并促进内源性阿片肽类物质的分泌, 产生镇痛作用。

双重火罐结合梅花针治疗带状疱疹后神经痛疗效肯定, 能提高患者生活质量。其操作简便, 见效快、疗效高、费用低廉, 无副作用, 具有临床推广应用价值。但治疗前还应注意向患者做好解释工作, 消除畏惧紧张情绪, 以免影响治疗效果。

* 北京市中西医结合医院针灸科 (100039)