

气后接通电针治疗仪,分别接双侧胃区针体上,取疏密波,电流强度以病人耐受为度,留针 20~30 分钟,每日 1 次。

3 治疗结果

经 1 次治疗,症状完全消失者 49 例,占 90.7%,随访半年未复发;经 3 次治疗症状基本消失者 3 例,占 5.5%;经 3 次治疗后呃逆次数减少者 2 例,占 3.7%,本组 54 例,治愈率达 96.3%。

4 体会

呃逆多由寒邪犯胃,饮食不节,情志不舒,正气亏虚等引起寒气,蕴藏于胃,并循手太阴之脉上袭肺,导致胃气上逆动膈而成。病位在膈,病变的关键脏腑在胃,常与肺、肾、肝有关。肺气失于肃降,在发病中也起一定作用,《灵枢·口问》曰:“欲于胃,胃气上注于肺,今有故寒气与新谷气俱还入于胃,新故相乱,其邪相攻,气并相逆,复出于胃,故为哕。”《景岳全书·呃逆》:“然致呃之由,总由气逆。气逆于下,则直冲于上,无气则无呃,无阳亦无呃,此病呃之源,所以必由气也。”治法上分清虚实寒热,此理气和胃,降逆平呃,标本兼治为原则。现代医学,治疗呃逆,其目的是通过中枢与外周的神经反射弧的作用,调节和抑制膈神经的兴奋和膈肌的痉挛。目前现代医学对有明确病因或不能祛除病因的顽固性呃逆束手无策。头针胃区属足少阳胆经。头面部是经气汇聚的重要部位,针刺头穴线,不仅可疏通气血,调

理阴阳,治疗经脉病证,也可以治疗脏腑病证。治疗呃逆选用双侧胃区正是基于这一原理,刺激头部的经络腧穴,来调整气血运行和脏腑功能状态。针刺胃区,直拉调节胃气和胃降逆。从西医角度来看,头针胃区与食道下段,膈、胃等内脏器官相对应。针刺治疗区可以改善本区域内大脑内层血液循环,有利于相应侧支循环的建立,使该局部缺血区的脑血流障碍得以改善,也可以促使因出血灶压迫而处于休克状态下的脑细胞觉醒并恢复其兴奋性,进而使患者的功能恢复。并且可使各种传入的神经冲动不断传达至大脑皮层,皮层在针刺刺激下对各种传入神经冲动提高了敏感性,从而发出相应神经冲动,有利于神经功能的不断恢复和巩固。头针中胃区分布规律与内脏(人体脏象上焦、中焦、下焦缩影模伏于前额发际的左右两侧)一致,符合生物规律的原理。呃逆的神经反向弧为,传入神经为迷走神经,膈神经亦和胸 6~12 节段交感神经中的向心纤维,中枢于脑干的呼吸中枢,第 3~5 颈髓节段,延髓网状结构,传出神经为膈神经和支配前斜角肌,肋间肌的运动运动神经纤维。当针刺大脑、功能区在头疗位胃区时,引起皮神经和骨膜效应,循经络神经反射引起中枢神经的兴奋或抑制,调整膈神经的生理状态,可能是迷走神经和膈神经的传入纤维相对阻断,从而达到止呃逆的目的。头针治疗呃逆方法简单,效果明显,对顽固性呃逆效果显著,无副作用。

肾虚小议

★ 张宏 (江西省宜春市第二人民医院中医科 宜春 336000)

关键词:肾虚;中医药辨治

随着社会的不断发展,生活节奏不断加快,人们要随着环境的不同,而不断改变自己的生活习性,引发各种心理、生理上的病症,在此以肾虚为例,小议一番。

1 泄泻

指排便次数增多,大便稀薄,甚则泻如水样而出,病在脾胃与大小肠,总以脾胃功能障碍而起;有外邪影响,脾胃虚弱,肝脾不和,肾阳不足等,其中的肾阳不足,乃久病久伤,损伤肾阳,或年老体残,阳气方虚,或饮食失节,暴饮暴食,或昼伏夜出,违背自然

规律,伤及自身,脾失温煦,运化失常,而致泄泻。正如《景岳全书·泄泻》中所言:“肾为胃关,开窍于二阴,所以二便之升闭,皆肾脏之所主,今肾中阳气不足,则命门火衰……阴气盛极之时,即令人洞泄不止。”多表现为在黎明之前,以腹痛肠鸣即泻,泻后即安,伴有形寒怯冷,肢冷乏力,腰膝酸软,舌淡苔白,脉沉细为特点,因黎明之前阳气未振,阴寒较盛,肾虚不能温养脾胃,运化失常,故腹痛肠鸣即泻,泻后则腑气通利,故后觉安舒,形寒肢软皆为阳气不足之象。治则如《医宗必读》所言:温肾,固涩之法,方

用四神丸等补肾、散寒、涩肠之品。

2 带下病

正常带下乃妇人带下,为肾气充盛、脾气健运而行、其量不多,而带下量明显增多,色、质、臭味异常,或伴全身、或局部症状者,方称带下病。如《金匱要略》云:“妇人之病,因虚、积冷……此皆带下。”《校注妇人良方》亦云:“病生于带脉,故名带下。”总以湿邪影响任带,以致带脉失约,任脉不固而成,以脾虚肾虚,湿热为多见,其中肾虚乃素体肾气不足,下元亏损,或房劳多产,伤及肾气,封藏失职液滑脱而下,如《沈氏妇科辑要笔正》张山雷云:“景岳以脾肾两虚为言,则带出精窍,言肾较为切近。”肾虚内寒丛生,带脉失约,任脉下固,故可见带下清冷、量多、质稀、淋漓不断、滑脱而下,肾门火衰,不能温暖膀胱、胞宫,故可见小便频数清长,小腹作冷拘急,肾阳亏虚,可见舌淡,苔薄白,脉沉迟等虚象,治以治肾宜补、宜涩、培元止带,方甲内补丸等补真火、固任带、

益血脉之品。

3 喘证

其以呼吸困难,甚则张口抬肩,鼻翼煽动,不能平卧为特征,如《灵枢·本脏》云:“肺膏则止气,肩息咳。”《素问·举病论篇》亦云:“劳则喘息汗出。”总以外感、内伤两端多见,内伤则多以劳欲,久病为多发,其中肾虚亏劳,精气内夺,肺气亏耗,失荫于肾、真元伤损、根本不固、气失摄纳,上出于肺,出多入少,逆上为喘,此为《医贯·喘》而言:“真元损耗,喘出于肾气之上奔……乃气不归元也。”另《景岳全书喘促》云:“虚喘者无邪,元气虚也。”《类证治裁喘证》云:“由内伤者治肾”皆责于肾。因肾为气之根,与肺同司气体之出纳,故肾气下固,则气下归元,故可见气下得续,动则气喘,呼多吸少,卫阳失固,而见汗出、肢冷、面青,肾阳衰弱可见舌淡苔白脉微细之象,治拟补肾纳气,方用金匱肾气丸等温补肾阳,纳气归元之品。

通腑利胆治重肝

★ 肖东明 (江西省吉安县中医院 吉安 343100)

关键词: 重型肝炎;通腑利胆;中西医结合疗法

重型肝炎来势凶险,病情复杂,病死率极高。分为急性、亚急性、慢性三类型。笔者近年治疗该病 26 例,临床观察其发病机理:肝胆相照,息息相关。针对这机理,治疗中肝胆兼顾,在综合疗法基础上,重用通腑利胆法,给邪以出路,对修复肝损害,加速肝细胞再生及组织重组,而见显效。

病案举例:患者,刘某某,男,40 岁,工人,1997 年 12 月 3 日入院。见症:目黄、尿黄、恶心 1 月余,加剧伴右上腹疼痛,腹胀,尿少 3 天。体格检查:神清,精神不振、消瘦、面色黄青紫暗,巩膜深度黄染;心肺无异常;腹隆起,皮下未见蜘蛛痣及静脉怒张;肝脏叩诊体积稍大,触痛明显,胆囊可触 10.0 cm × 5.0 cm 大小包块,压痛明显;脾肋下 2.0 cm;质中无触痛,入院 3 天后病情恶化,神疲无力,黄疸急剧加深,腹胀如鼓,极度厌食,恶心呕吐,吐出紫黑色血块及胃容物,大便色黑,血压下降。肝功能示:TBIL 226.1 μmol/L, DBIL 110.9 μmol/L, TTT 10, ALT 163 U/L, AST 190 U/L, ALP 156.0 U/L, r-GT 212. U/L, A/G 31.84 g/40.00g, 二对半 1、3、5 (阳性), PT 35 秒;血 Hb 70 g/L, RBC 2.67 × 10¹²/L,

PLT 159 × 10⁹/L;大便潜血(++)。B 超及 CT 均提示,肝右叶增大,肝内胆管不扩张,门脉 1.4 cm,胆囊 12.3 cm × 5.4 cm 大小,胆总管壁增厚;脾厚 4.8 cm,脾门 1.2 cm,胰腺无异常,腹腔内可探及中等量液性暗区。西医诊断,亚急性重型肝炎上消化道出血;胆囊高压。中医诊断:瘟黄,远血鼓胀。西医治以综合疗法,护肝解毒,以冰冻血浆及白蛋白交替输入,止血急用去甲肾上腺素 8 ml 加入 5% 葡萄糖氯化钠注射液 200 ml 稀释,频服。促肝细胞生长因子;保钾利尿,抗炎,调节电解质治疗 10 天后,出血止,血压稳定。仍深度黄疸,腹胀如鼓,胆囊肿大高压,肝损害加剧,病无转机。至元月 10 日,经口服硫酸镁 50 ml 及中药通腑利胆,清化湿热剂,翌日解出大量水液及稀便、色黄;腹胀明显消退,尿量增多色黄。使用乳果糖口服液 10 ml,日 3 次保持大便稀软,有利于胆囊排泄,消除黄疸又可减少肠道毒素,脱氨,防止肝昏迷发生。同时注意补钾,抗生素改用复达欣 2 g,静推日 2 次。顺利渡过上消化道出血、少尿、感染及胆囊高压几道关口。随后始终贯彻利胆通腑法则,中药用茵陈 50 g,栀子 12 g,生大黄 12