

的定位、主治对于大部分学生难以掌握,有些临床医生也难以简单定位,故笔者做此教学设计,以头针简易定位为出发点,使教学用更有效结合,使学者更好地掌握头针的定位、临床选穴、主治作用。望对广大针灸爱好者有所帮助,也同时希望读者能将其用于临床,更好地运用头针疗法去治疗相应的疾病,提高临床疗效,更好地为患者服务,为医学事业服务。

参考文献

[1] 王富春. 刺灸灸法[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2009:141.

- [2] 王德深. 针灸穴名国际标准化手册(中英对照)[M]. 北京:人民卫生出版社,1988:9.
- [3] 闵友江. 浅析《头针穴名国际标准化方案》的科学性[J]. 中国针灸,2007, 27(8):612-616.
- [4] 李杰. 经络穴位速记法[M]. 北京:人民军医出版社, 2016:171-173.
- [5] 李杰. 浅析头皮发际区微针系统的理论基础[J]. 陕西中医学院学报,2014,37(5):10-11.
- [6] 田开宇.《针灸学》头针疗法的记忆教学法[J]. 中国针灸,2002,22(2):113-114.

(收稿日期:2015-06-03,编辑:王晓红)

DOI:10.13703/j.0255-2930.2016.05.020

中图分类号:R246.2 文献标志码:B

医案选辑

子宫全切术后遗溺案

罗钰莹,汤昌华

(防城港市中医医院针灸科,广西防城港 530021)

患者,女,42岁,于2013年6月17日就诊。病史:2个月前因子宫肌瘤行子宫全切术,术后初期各方面安好,但1周后外感高热,予抗生素类药物(具体药物不详)热退后出现不完全性小便失禁,行走、变换体位均有小便淋漓而出,安静卧位则缓解,一直在其他医院行针灸治疗,未见好转。来诊时除不完全性小便失禁外还兼见恶风、乏力,舌淡、苔白且舌尖有少许红点,脉浮缓。诊断:遗溺(肺肾气虚,余邪未清)。操作:先取风门、肺俞,局部皮肤常规消毒,使用6号一次性注射器针头进行点刺,每穴点刺深约3mm,随即拔罐使之出血少许,并于背部膀胱经部位拔罐,留罐8min;后取肾俞、膀胱俞、上髂、中髂,局部常规消毒,用0.25mm×40mm毫针,肾俞直刺32mm,行捻转补法,膀胱俞、上髂、中髂直刺25~32mm,以局部有明显酸胀感为度,并于上面4对腧穴接电针,予连续波,频率1Hz,留针30min。次日患者诉行走时小便淋漓而出症状明显减少,略恶风,仍有乏力,遂错开之前拔罐部位,继续于背部拔罐,留罐6min,针刺选穴增加肺俞、足三里直刺,行捻转补法,得气后每10min行针1次,其余针刺穴位和方法同第1日。第3日就诊时无明显恶风,乏力稍减,行走时偶有小便点滴而出,遂予上述穴位针刺加电针治疗10次而痊愈。1个月后随访,未见复发。

按语:古代医家早有对遗溺的论述,《景岳全书》

云:“遗溺一证,有自遗者,以睡中而遗失也;有不禁者,以气门不固,而频数不能禁也。”究其病因,《素问·宣明五气论》云:“膀胱不利为癃,不约为遗溺”;《类证治裁》卷七记载:“大抵遗溺失禁,由肺肾膀胱气虚”;《景岳全书》亦云:“凡治小便不禁者,古方多用固涩,此固宜然。然固涩之剂,不过固其门户,此亦治标之意,而非塞源之道也。盖小水虽利于肾,而肾上连肺,若肺气无权,则肾水终不能摄。故治水者,必须治气,治肾者,必须治肺。”故遗溺病性为虚,主与肺、肾、膀胱三脏相关。论及本病例,患者有手术损伤肾气史,但当时虚不致遗,遗溺乃外感发热所引动。虽然其病后也接受了近1个月的针灸治疗,但未见好转,故判断常规补益固涩的治疗方案对患者此阶段疗效不佳。综合病史、症状、体征等诸多方面,认为其遗溺的原因,首先是疾病和手术损伤肾气,后又外感发热,一者术后正气不足,不能尽驱外邪,致余邪留肺扰膀胱;二者外感发热耗损正气,进一步加剧了肺气虚弱、肾气不固、膀胱失约。其标在余邪留肺扰膀胱、膀胱失约,其本在肺肾气虚。故应以驱邪固本为治疗原则。本病例单纯采用针灸疗法治疗,先予风门、肺俞点刺放血拔罐并配合背部膀胱经留罐,既可解表祛邪,又可振奋膀胱经气;后穴取肾俞、肺俞补益肺肾,膀胱俞约束膀胱,上髂、中髂、足三里通利经脉、益气固脱。需要注意的是,此患者体质虚弱,刺络放血量应少,如2~3粒黄豆大即可,拔罐时间应短,以6~8min为宜;同时嘱患者避风保暖,起居有节,饮食以清淡、营养易消化为宜,并配合适度体育锻炼,如慢走等。

(收稿日期:2015-08-04,编辑:杨立丽)

第一作者:罗钰莹(1980-),女,主治医师。研究方向:经络的理论研究和临床应用。E-mail:xiangceff@qq.com