

DOI:10.13703/j.0255-2930.2015.05.021

中图分类号:R246.1 文献标志码:A

## 医案选辑

## 癔症性喉暗案

张雪<sup>1,2</sup> 布赫<sup>2</sup>

(1. 天津中医药大学研究生院, 天津 300193; 2. 内蒙古包头医学院第二附属医院针灸科)

患者,男,41岁,于2014年2月10日以“声音嘶哑半年余”就诊。病史:2013年6月因外感出现鼻塞、打喷嚏、流涕,时感疲乏,自行口服“维C银翘片”,效果不明显。鼻内窥镜示:鼻部、筛管区开放良好,上有囊泡;会厌形态正常,声带闭合良好。之后打喷嚏、流涕好转,但鼻塞持续存在,并出现声音嘶哑。于2013年8月先后于市内多家医院检查:颈椎正侧位X线片示颈椎退行性变;头颅CT未见明确病变;颈动脉彩超示双侧颈动脉内膜不均增厚伴斑块、右侧锁骨下动脉斑块;汉密尔顿抑郁量表表示正常,焦虑量表表示可能有躯体焦虑状态。并未给予针对声音嘶哑症状的明确诊断,患者仍存在声音嘶哑,并伴有鼻塞。遂于2013年11月求诊于北京市多家医院,亦未给予明确诊断,曾考虑“脑梗死”,并给予脉络宁、蚓激酶肠溶胶囊、硫酸氢氯吡格雷片、阿托伐他汀钙片治疗,症状仍未见好转。现症:声音嘶哑,言语无力、清晰,伴有鼻塞、鼻翼抽搐,自觉音调由之前高亢洪亮变为低沉厚重感,入睡困难、多梦,厌烦与人交流,二便正常。既往史、家族史均无特殊。查体:神清,精神尚可,面色苍白,双眼睑浮肿明显,伴见鼻翼抽动,无表情肌、舌肌、下颌部肌肉不自主运动;舌体胖大边有齿痕、苔薄白腻,脉沉滑。神经系统查体无异常。头颅MRI示:①双侧侧脑室前后角旁轻度白质脱髓鞘改变;②部分空泡蝶鞍;③双侧上颌窦黏膜显示增厚。中医诊断:喉暗,证属肝郁脾虚兼痰湿困阻。西医诊断:癔症性声嘶。治疗以“调神疏肝针法”为基础,并辅以通窍利咽、健脾化痰穴位。取穴:百会、水沟、印堂、四神聪、太冲、膻中、廉泉、足三里、丰隆、金津、玉液。操作:先刺百会,针尖向前平刺13~20 mm,行平补平泻1~2 min;水沟向鼻中隔方向斜刺7~13 mm,用雀啄泻法以患者能耐受为度;印堂针尖向下平刺7~13 mm,用捻转泻法1~2 min;四神聪向百会方向斜刺13~20 mm,用捻转补法1 min;太冲直刺13~25 mm,

膻中向下斜刺13~20 mm,均用捻转泻法1~3 min;廉泉针尖向咽喉方向刺入20~30 mm,用提插捻转泻法以舌根有感觉为度;足三里直刺30~40 mm,用提插捻转补法1~2 min;丰隆直刺30~40 mm,用提插捻转泻法1~2 min;金津、玉液点刺出血约1 mL。留针40 min,每日1次,12次为一疗程。治疗1个疗程后,患者自诉精神状态较前好转,乐与人交谈,晨起言语清晰洪亮,持续时间较前延长,但言语时间长后觉舌根后坠、舌肌僵硬,随之出现声音嘶哑,尤以站立时明显。遂于第2个疗程开始,加入中脘、气海两穴,中脘直刺20~30 mm,气海直刺30~40 mm,均用提插捻转补法1~2 min。治疗第2个疗程结束,症状明显好转,语言清晰,声音洪亮持续时间明显延长,睡眠亦较前好转,做梦减少。共治疗3个疗程,声音如常,语言清晰,偶有鼻塞感,面色红润有光泽,情绪佳,乐与人攀谈。

按语:喉暗,是指以声音嘶哑失音为主要特征的喉部疾病,与西医学之急慢性喉炎、喉肌无力、声带麻痹颇为相似。本例患者因外感鼻塞,后期出现声音嘶哑,症状持续存在。病程持续时间长,导致患者情绪低落,羞与人沟通,量表显示其可能有焦虑状态。《景岳全书》说:“惊恐忧郁,卒然致暗者,肝之病也。”足厥阴肝经循喉咙、舌,环行唇内。若情志不舒,郁怒伤肝,致气机不畅,影响喉气发音,声带可无变化,却可见卒然失音、精神抑郁等症,临床多见癔症性失音<sup>[1]</sup>。患者声音嘶哑伴有音调的改变,自觉由高亢洪亮变为低沉厚重感。干祖望<sup>[2]</sup>教授指出:“音调属足厥阴,凭高低以衡肝之刚怯”。声带亦为筋膜,“肝主身之筋膜”,肝血充足,筋脉得养,声带活动有度;若肝血不足,血不养筋,可致声带活动不利。本病病位在喉,病根在肝,声音嘶哑,并出现音调的改变,乃是由于病程迁延,影响患者情绪,情志不舒,肝气郁结,致气机不畅,影响喉气发音。故治疗上采用“调神疏肝针法”为主。百会位于头部巅顶,属督脉,督脉循行入脑,上巅与肝经相会,针百会、四神聪可调阴阳、平肝息风、醒神开窍;水沟为督脉、手足阳明之会,刺之可直通脑腑,以达醒神开窍、复神导气

第一作者:张雪(1983-),女,主治医师,天津中医药大学2012级针灸专业博士研究生。研究方向:针刺治疗脑血管病、神经系统疾病。  
E-mail:plainaa@126.com

之功;印堂属督脉穴,具有醒神清窍之功;太冲属肝经,为肝脏经气留止之处,有疏肝理气之功;廉泉为阴维脉、任脉之会,任脉上行经咽喉,阴维脉上达咽喉及舌根,加之该穴位于喉结上方,故为治疗喉暗要穴之一,有清利咽喉、通调脉络之功;膻中位于两乳之间,乃宗气会聚之所,为心包募穴,泻之可宽胸利膈、理气通络;足三里能补中益气,增强气血生化之源,宗气充足则能鼓动声门而发音;丰隆为足阳明胃经之络穴,有化痰利咽之功效;金津、玉液为局部取穴,刺激直达病所,通窍利咽。治疗 1 个疗程后,患者症状改善,声调提高,但是长时间言语后觉舌肌僵硬,尤以直立位感觉疲乏。考虑与

患者气虚有关,遂于第 2 个疗程开始加入中脘、气海以补益中气,并配合百会以升提清气。诸穴共用以达调神疏肝、通窍利咽、健脾化痰之功。肝气条达,肝脏疏泄功能正常,气机调畅,心情舒畅,则声音嘶哑症状消失,并且声调恢复如初,疗效颇佳。

#### 参考文献

- [1] 干祖望,申斌. 浅谈“五脏之病皆能为暗”及其在临床的意义[J]. 黑龙江中医药,1986(2):13-14.
- [2] 干祖望. 干祖望经验集[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:264-275.

(收稿日期:2014-04-28,编辑:朱琦)

DOI:10.13703/j.0255-2930.2015.05.022

中图分类号:R 245 文献标志码:B

百 家 园

## 从有效刺激强度谈中风偏瘫的体针治疗\*

覃光辉

(上海市闸北区临汾路街道社区卫生服务中心,上海 200435)

体针是目前临床上常用的一种治疗中风偏瘫的针刺治疗方法。然而有些病人病情改善速度很快,有些病人改善不明显。同样是体针治疗,疗效差异的本质在哪里,是穴位、是手法、还是针刺强度?这个问题不解决,将困扰对中风偏瘫的治疗。笔者从有效刺激强度的角度,提出体针治疗中风偏瘫的有效刺激强度理论,认为体针是通过对神经通路的有效刺激来达到中风偏瘫的治疗效果,只有达到有效刺激强度才能对中风偏瘫起效。

### 1 体针是对神经通路的刺激

体针作用在皮肤、肌肉、神经等组织,通过神经通路将刺激传达到大脑,引起相应脑组织的兴奋,从而恢复脑部功能。体针是一种刺激,这种刺激只有在引起神经通路兴奋的情况下才能传递到大脑。因此,刺激的强度是关键,能引起神经通路兴奋的强度是有效刺激强度,达到有效刺激强度的刺激是有效刺激。如果没有达到有效刺激强度,体针刺激不能引起神经通路兴奋,则刺激不能传递到大脑,不能引起大脑组织的兴奋,不能对中风偏瘫起效。

### 2 有效刺激强度的评价指标

评价有效刺激强度的指标有两个:痛感和肢体抽动。意识清晰的患者能表达出痛感,意识不清晰

的患者会表现出痛苦表情和肢体扭动等来传递痛感。刺激到外周神经会出现所属神经支配肢体的抽动。痛感和肢体抽动都是神经通路兴奋的表现,因此可以用来评价刺激强度是否有效。

### 3 如何达到有效刺激强度

进针方面,不要采用无痛进针法,进针要痛;穴位方面,除一般穴位外,可加用痛觉敏感部位,如水沟、指趾尖、外周神经,神经刺激一般 3 次左右即可;手法方面,除神经外,其他皮肤、肌肉等部位穴位要求采用提、插、捻、转等手法使穴位出现酸、麻、胀、触电等感觉。对于感觉异常的区域,可以采用密集点刺的方法兴奋神经,必要时还要在病变对侧采用此法。对于刺激皮肤、肌肉无法出现痛感和肢体抽动的患者,应该直接刺激患侧肢体的神经。

### 4 达到有效刺激强度的针法

神经干刺激疗法、醒脑开窍针法、靳三针针法、平衡针针法等,均刺激强度大,达到了有效刺激强度,在临床上治疗中风偏瘫显示了很好的效果,是有效刺激强度理论的实证。

### 5 有效刺激强度理论的适用范围

本理论仅适用于通过神经通路起效的体针疗法,对于眼针、腹针、耳针等非神经通路起效的疗法不适用。对于某些通过神经通路起效的灸法、推拿等疗法,也可以适用本理论。

(收稿日期:2014-08-04,编辑:成平)

\* 湖南省中医药科研计划重点课题项目:201336

作者:覃光辉(1977-),男,主治医师。E-mail:banmao007@163.com