

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20201012-k0005

中图分类号: R 246 文献标志码: A

## 龙砂开阖六气针法治疗疑难病医案 2 则\*

莫雅婷<sup>△</sup>, 李丹玉, 杨薇<sup>✉</sup>

(中国中医科学院眼科医院神经眼科, 北京 100040)

[关键词] 龙砂医学; 开阖六气针法; 开阖枢理论; 五运六气; 中风

龙砂开阖六气针法是陕西省宝鸡市中医医院王凯军主任医师跟师龙砂医学流派代表性传承人顾植山教授过程中研创的一种针法。其理论基础为《黄帝内经》中的阴阳离合理论和三阴三阳开阖枢理论, 顾植山教授据此绘制顾氏三阴三阳太极时相图(图1), 王凯军主任医师由此将三阴三阳量化分布于太极图中各特定区域(图2), 在人身各处作开阖枢太极图(以头部及腹部为主, 图3), 于太极图中相应部位针刺或点按以治疗各科杂病。在前期的临床实践中, 龙砂开阖六气针法已被证明具有手法简单、应用广泛的特点。现介绍医案 2 则与同道交流。

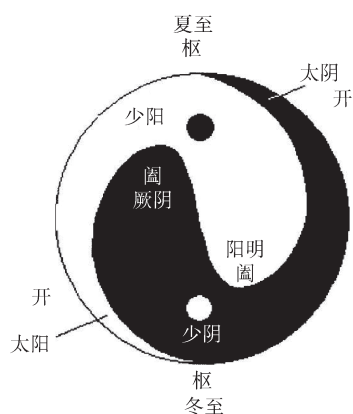


图1 顾氏三阴三阳太极时相图

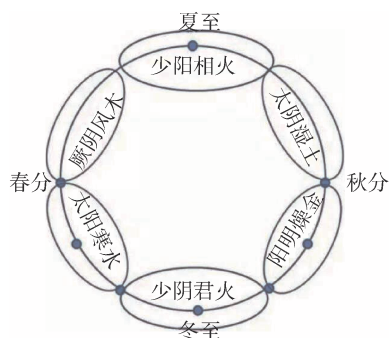


图2 三阴三阳区域分布图

\*北京市中医药薪火相传 3+3 工程项目: 2019-SZ-B-39

✉通信作者: 杨薇, 主任医师。E-mail: 184950196@qq.com

△莫雅婷, 中国中医科学院硕士研究生。E-mail: dg\_myt@126.com



图3 以百会为中心的头部针刺图

## 1 左侧面部神经感觉障碍案

患者, 女, 80 岁。初诊日期: 2020 年 9 月 18 日。主诉: 左侧面部麻木 10 余年, 加重 1 h。现病史: 10 余年前无明显诱因出现左侧面部及肢体麻木, 于北京某三甲医院就诊诊断为面部神经感觉障碍, 针刺治疗 2 个月后症状稍好转, 但左侧面部及肢体仍时觉麻木僵硬。1 h 前(约 15:00)无明显诱因出现左侧面部麻木加重。刻下症: 左侧面部麻木, 口周及面颊尤甚, 肌肤硬度增高、扪之稍发热, 左侧肢体麻木感同前, 纳可, 二便调, 舌稍暗、苔薄白, 脉寸关大、尺沉。查体: 血压: 110/50 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa), 左侧面部及肢体浅感觉较右侧迟钝。西医诊断: 左侧面部神经感觉障碍; 中医诊断: 麻木(清阳不升, 浊气不降)。治则: 升厥阴清阳, 降阳明浊气。针刺处方: 厥阴, 阳明。操作: 嘱患者取坐位, 面向南方, 医者手部及患者针刺区域皮肤消毒, 以百会为中心, 直径 5 cm 画圆定位, 选取 0.30 mm × 25 mm 无菌针灸针, 于厥阴及阳明区域压痛明显处, 沿圆切线与皮肤呈 15° 角顺时针刺入 5~10 mm, 不行手法, 留针 30 min 后患者感到口周麻木减轻, 再留针 20 min, 口周麻木明显好转, 皮肤变软、扪之无发热。次日舌稍暗、苔薄白, 脉寸关稍大、右尺稍浮、左尺沉。考虑麻木部位为太阳经循行部位, 且血压较低, 为阳气升发不足,

予针刺厥阴、太阴、阳明、太阳。针刺操作同前，针刺太阳时进针处疼痛明显。留针 40 min 后左侧面部麻木面积缩小，两侧面部温度一致，无肿胀，左侧口角与下颌之间区域轻微麻木，两侧肢体感觉大致同等。血压：118/58 mm Hg。第 3 天于上午 9:20 针刺，针刺选穴及操作同第 2 天。针刺太阳时进针处疼痛明显。留针 1 h 后起针前测血压为 122/73 mm Hg，患者诉麻木区域变小，口角麻木已无，下颌处面积约硬币大小的区域仍有轻微麻木，脉柔和。第 4 天针刺前测血压：120/77 mm Hg，于上午 9:00 针刺，针刺选穴及操作同第 2 天。留针 40 min 后，患者面部麻木感已无。左右侧面面部及肢体感觉几乎一致。针刺后测血压为 122/77 mm Hg。随访半个月症状未复发。

按语：中医无面部神经感觉障碍病名，按症状当属“麻木”范畴。由气血阴阳亏虚，经脉失于濡养或痰瘀阻络，气血阴阳不通所致。本案发病于左侧面部阳明经循行部位，且发病时间为“阳明病欲解时”，阳明经为多气多血之经，头为诸阳之会，考虑病机为阳气不足，经脉失于濡养，故取阳明；患者左关脉大，属厥阴，且病发于左侧，考虑为阳气左升不足，故取厥阴，合阳明恢复一身升降。次日患者总体麻木感减轻，而全身症状改善不明显，肢体麻木症状仍存在，血压仍低，考虑首次针刺思路仍有需要完善之处。左侧肢体麻木、舒张压偏低说明一身的阳气生发原动力仍不足，针刺厥阴不能从根本上解决全身阳气升发不足的问题，且患者年龄偏大，元阴元阳日渐亏虚，考虑面部麻木区域属于太阳经循行部位，故取太阳，开太阳以敷布阳气。患者面部肌肉时有僵硬感，脾主肉，故取太阴以运行水液，转输精微物质上达头面。在针刺太阳时患者感到针刺点疼痛明显，说明升太阳思路正确且为病机关键，针刺后疗效显著、且将血压调控至正常范围。因此后续沿用此针刺方案，并选择于 9:00–10:00 针刺，此时为“太阳病欲解时”，借助一日中阳气升发的力量以助患者恢复，取得满意效果。

## 2 脑梗死案

患者，男，42 岁。初诊日期：2020 年 9 月 13 日。主诉：头部巅顶紧箍感如戴安全帽 2 周。现病史：2 周前因工作及家庭事务繁重出现头部巅顶紧箍感如戴安全帽，伴头晕，无头痛、意识障碍、肢体活动不利、言语不清、二便失禁。查颅脑 MRI 示脑梗死，予改善微循环、中药等（具体不详）治疗后，影像学检查较前好转，而头部巅顶紧箍感无缓解。刻下症：头部巅顶紧箍感如戴安全帽，无头晕、头痛、肢体活动障碍、言

语不清，脾气急躁，易上火，口唇紫暗，多饮，多尿，纳眠可，二便调，舌淡、苔白腻、舌根部尤甚，脉关尺弦紧数、左寸弱。查体：巴宾斯基征（+）。西医诊断：脑梗死（急性期）；中医诊断：中风—中经络（肝阳上亢，痰瘀阻络证）。治则：平肝潜阳，化痰祛瘀。针刺处方：厥阴、少阳、太阴、阳明、少阴。操作：嘱患者取坐位，面向南方，医者手部及患者针刺区域皮肤消毒，以百会为中心，直径 5 cm 画圆定位，选取 0.30 mm × 25 mm 无菌针灸针，于针刺区域压痛明显处，沿圆切线与皮肤呈 15° 角顺时针刺入 5~10 mm，不行手法。40 min 后起针，患者自评症状缓解 60%。查体巴宾斯基征（-）。随访半个月症状未加重。

按语：脑梗死是各种原因引起脑部血液循环障碍，缺血、缺氧以致局限性脑组织缺血性坏死或软化，出现相应的神经系统功能障碍<sup>[1]</sup>，属中医“中风病”范畴，主要病因为肝肾不足，风火痰瘀阻络，与肝、肾、心、脾有关，病性一般为本虚标实。本案患者属于病情较轻者，以头戴帽子紧箍感为首发症状。患者为火盛之人，阴液相对不足。平素忧虑过重，伤心血、心阳，脉道不充，左寸脉弱也佐证了这一点，左关尺脉弦紧数说明肝肾阴血亏虚不能濡养脉道，且平素脾气急躁，气郁化火，耗伤阴血，阴不制阳，故发为脑梗。发病之时为戊午岁四之气，主气为太阴湿土，客气亦为太阴湿土，湿邪弥漫，正如《素问·六元正纪大论》言：“四之气，溽暑至，大雨时行，寒热互至。”时令气候特点为湿热，患者头戴帽子紧箍感与湿邪上蒙清窍致头目不清利有关。在本病例中舌苔白腻及右关弦紧数均提示患者体内痰湿较重，且患者病位在巅顶，属厥阴经，病机为心肝肾阴血亏虚，肝阳上扰头目。根据病位及病机特点取厥阴；少阳为枢，取少阳以枢转上炎的心肝之火以下行；发病及治疗时间主气与客气均为太阴湿土，太阴为开，主敷布水液，可化痰湿，故取太阴；阳明主降，合厥阴以恢复一身气机升降；患者体质为火盛之人，生活及工作性质耗伤心血，左寸脉弱，依据六部脉象对应六经（右寸对应阳明，右关对应太阴，右尺对应少阳，左寸对应少阴，左关对应厥阴，左尺对应太阳），故取少阴，少阴与少阳同为枢，合用枢转气血，且少阴心肾交通利于潜阳，故取得佳效。

## 参考文献

- [1] 高长玉, 吴成翰, 赵建国, 等. 中国脑梗死中西医结合诊治指南(2017)[J]. 中国中西医结合杂志, 2018, 38(2): 136-144.

（收稿日期：2020-10-12，编辑：陈秀云）