

· 针灸经络 ·

应用热敏灸治疗胸椎管狭窄症 1 例临床体会

● 姚光伟* 刘芳玉 万文蓉▲

摘 要 胸椎管狭窄症尚无有效的非手术治疗方法,目前唯一有效的方法即利用手术减压达到恢复脊髓功能,但手术并发症多。本文通过对运用热敏灸治疗本病的验案进行分析,旨在探寻更加安全、有效、简便的治疗方法。

关键词 胸椎管狭窄症;脊髓损害;热敏灸

胸椎管狭窄症是指不同病因导致的椎管内韧带肥厚与骨化、椎间盘硬性突出或椎体后缘离断、椎体后缘骨赘、椎管发育性狭窄等病理改变中的单一或多种因素共同作用致胸椎管有效容积减小,导致胸脊髓或神经根受压而产生的一组临床症候群^[1]。本病多见于 40 岁以上的中老年人,可造成脊髓功能障碍、行走困难、尿便功能障碍。病情多呈进行性发展,至今尚无有效的非手术治疗方法,目前公认唯一有效的方法是利用手术减压,解除压迫,恢复脊髓功能^[2-5],尤其是其中脊髓损害发展较迅速者,建议尽快手术,但其治疗难度大,手术风险高^[4-6]。长期随访表明,胸椎管狭窄症手术的优良率不足 70%,仍有 1%~2% 或更高概率发生持久神经损害。中医将其归于“痿证”

范畴。目前尚未见有针对胸椎管狭窄症的中医治疗效果报道。笔者使用热敏灸法治疗一例,取得了良好的疗效,兹将该案报告如下。

1 病案

患者姚某某,男,85 岁,2019 年 1 月 18 日初诊。主诉:双下肢无力,行走不稳,踩棉花感 2 周。现病史:患者自 2019 年 1 月 3 日起出现右侧臀部疼痛如刺,位置固定,按压、活动右下肢、行走时疼痛加剧,静止时疼痛缓解,坐、立不动无不适。5 天后,双侧臀部均有疼痛,并向大腿放射。曾拟“腰椎间盘突出症”,进行理疗、卧床休息等对症治疗。2 周后,疼痛稍减,但出现双下肢无力、行走不稳、踩棉花感,左足拖鞋时常脱落。平素对气温变化敏感,不耐寒、热,易感冒。常久

坐看电脑、电视。平素常食冰箱冷食。纳寐可。大便 1~2 日一行,质软,小便调。既往史:心悸 7 年,EKG 检查示心房纤颤。全身慢性荨麻疹 2 年。专科检查:坐轮椅就诊,注目于地蹒跚而行,双足缓慢在地上拖行,行走不稳。体型胖,唇色暗紫。舌胖大,舌质淡紫,舌边齿痕,苔白腻,舌边瘀斑数处,脉沉涩,结脉。双下肢肌力、肌张力正常,针刺痛觉、温度觉正常,触觉减弱,关节位置觉消失,音叉震动觉胸 10 平面以下消失,双侧跟腱反射、膝腱反射明显减弱,病理反射未引出。腰椎 MR 检查:L3-4、L4-5、L5-S1 椎间盘巨大突出,黄韧带肥厚,腰椎管重度狭窄。胸椎 MR 检查:T10 胸椎管黄韧带肥厚,关节突增生内聚,椎间盘突出,椎管明显狭窄。西医诊断:胸椎管狭窄症(T10 椎间盘突出、T10 黄韧带肥厚)伴脊髓损害。中医诊断:痿证。辨证:寒湿阻络、气虚血瘀证。治法:益气活血、祛寒除湿。患者要求保守治疗,故予肌注甲

* 作者简介 姚光伟,男,主任医师。主要从事中医骨科临床和科研工作。

▲ 通讯作者 万文蓉,女,主任医师。主要从事中医针灸临床与科研工作。E-mail: xmtcmwrr@126.com

• 作者单位 福建中医药大学附属厦门中医院(福建 厦门 361009)

钴胺针剂 0.5mg, 1 天 1 次; 维生素 B1 针剂 100mg, 1 天 1 次。口服复方血栓通片 1 次 3 片, 1 天 3 次; 贝前列素钠片 1 次 40 μ g, 1 天 3 次。

2019 年 2 月 18 日二诊: 症状无改善, 行走困难, 双下肢软弱、踩棉花感加重。治疗拟在前述用药基础上施以针灸疗法, 因患者对针刺存在恐惧感, 考虑到患者年事已高, 为安全见, 故增加了热敏灸法治疗。取穴: 命门、腰阳关、腰俞、肾俞(双侧)、大肠俞(双侧)、关元俞(双侧)、腰夹脊(双侧)、八髎(双侧)、环跳(双侧)。选用清艾条(南阳市卧龙汉医艾绒厂生产的汉医牌, 规格 18mm $\times$ 200mm, 重量 23 克, 批号 20140216)施以循经往返灸, 每日 1 次。第 1 天和第 2 天根据热敏灸要求的个体化、达到饱和灸量的施灸要求, 施灸时间 2 小时, 患者只有局部热感。第 3 天施灸 1 小时热感传至臀部; 第 5 天开始感受到艾热透达腹部, 并向双侧足底传热, 施以饱和灸量, 每次施灸时间以热敏化消失为度。持续施灸 2 周后, 双下肢软弱、踩棉花感消失, 步态恢复正常, 步速较以往正常时稍减慢。双下肢关节位置觉、音叉震动觉恢复正常, 肌力、感觉正常, 恢复正常生活活动。至今已随访 3 个月, 病情无反复, 无不适。

按 《素问·上古天真论》云: “男子八八, 天癸竭, 精少, 肾脏衰, 形体皆极。”患者年过八旬, 肾精竭, 肾阳衰, 阳气推动气血循行之力已不足。加之患者长期进食冷食, 日久寒湿之邪侵袭脏腑经络, 气血运行更加不畅, 阳气温煦无力, 津液不化, 寒凝湿聚而成痰; 气

血不通, 肢体经络失于温养, 脉络阻滞, 不通则痛。故当治以益气活血, 温阳散寒。腰阳关与命门同属督脉, “督脉为阳脉之海”。《难经》曰: “督脉者, 起于下极之输, 并于脊里, 上至风府, 入属于脑。”督脉从尾骨端上行脊柱的内部, 具有调节阳经气血的功能。命门善补督阳, 腰阳关善补肾阳, 两穴相须为用可增强其补阳活血之功效。《席弘赋》曰: “冷风冷痺疾难愈, 环跳腰俞针与烧”, 可见寒湿痿痹取环跳、腰俞效果甚佳。腰夹脊范围大致位于膀胱经循行路线; 肾俞、大肠俞、关元俞及八髎穴均是足太阳膀胱经腧穴。“太阳为巨阳”, 统领一身之阳气, 取足太阳膀胱经之背俞穴可调动患者机体阳气。《素问·生气通天论》谓: “阳气者, 精则养神, 柔则养筋”, 阳气振奋则气血得以运行通畅。而灸法具有行气通络、温经散结、活血消瘀的作用。《神灸经纶·说原》曰: “灸者, 温暖经络, 宣通气血, 使逆者得顺, 滞者得行。”《素问·调经论》曰: “气血者, 喜温而恶寒, 寒则泣而不流, 温则消而去之。”结合“经脉所过, 主治所及”的规律, 在督脉及足太阳膀胱经上寻找热敏腧穴, 应用热敏灸法进行治疗, 既可振奋人体阳气, 祛寒散瘀, 又能通调经络使气血畅达下肢, 取得满意的疗效。

2 体会

关于对脊柱病的论述, 中医学见于“痹证”“痉证”“痿证”“头痛”“眩晕”“项强”“颈筋急”“颈肩痛”“腰腿痛”“腰背痛”等。施氏等^[7]认为脊柱病具有发病的普遍性、症状的多元性及病因病机的复杂

性等特性。中医药治疗脊柱病具有简便廉验的优势, 适合于大多数患者。并提出治疗脊柱病当“以血为先, 以气为主, 痰瘀兼顾, 肝脾肾同治”的思路, 以“益气化瘀补肾”为法, 发展及完善了中医脊椎病的治疗原则及预防思想。进一步深入进行中医药防治脊柱病的研究, 挖掘有效、实用的中医药治疗方法, 具有重要的理论和实践意义。

本病多因椎管内组织的退行性变致椎管容积变小, 引起胸脊髓或神经根受压而产生相应的临床症状。其以肢体功能障碍为外在症状表现, 以经络失养或闭阻不通及脏腑功能失常为内在病理基础。肢体、经络、脏腑在生理上以通利为顺, 在病理上因瘀滞或失养而为病。本例患者因长期进食冰箱冷食, 加之年老、体胖, 又惯于久坐, 导致寒湿内停, 脏腑气机受遏, 经络气血不能畅达。《灵枢·海论》说: “夫十二经脉者, 内属于脏腑, 外络于肢节。”《灵枢·本脏》云: “经脉者, 所以行气血而营阴阳, 濡筋骨, 利关节者也。”所以, 经脉受邪, 闭阻不通, 脏腑戕伤, 则变生疾病, 致双下肢痿软不利, 行走障碍。

中医传统的悬灸疗法以经穴为固定施灸位, 在人体的局部与皮肤表面产生温热为灸感, 灸量每穴一般从 10 分钟到 15 分钟不等, 或者以局部皮肤潮红为度。每穴的艾灸时间没有个体化的灸量指征, 往往无法达到治疗最佳的个体化灸量, 使其灸疗的临床疗效不能充分发挥。热敏灸法针对人体在疾病时出现的热敏穴位进行悬灸治疗, 并根据个体化不同的消敏灸量, 达到传导经气及产生热敏灸感

的目的,是提高艾灸疗效的一种新疗法,与普通悬灸或其他艾灸项目有着本质上的区别。

穴位热敏灸疗是陈日新教授在临床实践中,发现患者体表存在特殊的反应现象而发展起来的一种新的灸疗方法。当人体处于疾病或亚健康状态时,施灸于相关腧穴会发生热敏现象,呈现热的透、扩、传,及局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热或非热觉等现象。最佳的灸疗取穴当取热敏化腧穴,以热敏化腧穴极易激发灸性感传(95%的出现率)乃至气至病所,从而大幅度提高临床灸疗疗效^[8]。热敏部位的选取可根据穴位的敏化特征,即通过患者对穴位刺激的反应来定位,如“以手疾按之,快然,乃刺之”^[9]。热敏灸法通过激发经气的传感,使“气至病

所”,达到调节脏腑的阴阳平衡,扶正驱邪,以调动机体自身的防御、修复自愈能力,调和阴阳、气血、脏腑功能,从而达到防病治病的目的。

对于寒湿阻络、气血瘀滞的胸椎管狭窄症患者,中医艾灸治疗是可选择的方法之一。热敏灸作为一种新的治疗方法,操作简便、无副作用,其对于胸椎管狭窄症的治疗作用虽仅是个案,尚需要积累更多的病例加以验证,但可提供临床参考并进行深入研究。

参考文献

- [1]陈仲强.胸椎管狭窄症临床诊疗中面临的争议与挑战[J].中国脊柱脊髓杂志,2014,24(7):577-579.
- [2]陈仲强,孙垂国.胸椎管狭窄症临床诊疗研究进展[J].脊柱外科杂志,2012,10(4):

193-194.

- [3]陈仲强,党耕町,刘晓光,等.胸椎黄韧带骨化症的治疗方法选择[J].中华骨科杂志,1999,19(4):197-200.
- [4]刘晓光.胸椎管狭窄症的手术技术要点[J].中国脊柱脊髓杂志,2017,27(7):670-672.
- [5]刘政,李宏伟.胸椎管狭窄症的研究现状与治疗进展[J].解放军医学院学报,2018,11:1023-1027.
- [6]付砚禄.胸椎管狭窄症的临床特点及手术治疗[J].中国医药,2010,5(7):648-649.
- [7]施杞,王拥军.脊柱病学的历史与发展[J].中西医结合学报,2003,1(4):304-308,320.
- [8]陈日新,康明非.腧穴热敏化的临床应用[J].中国针灸,2007,27(3):199.
- [9]陈日新,康明非.《内经》腧穴概念在热敏灸中的重要指导作用[J].江西中医学院学报,2010,22(3):36-38.

(收稿日期:2019-06-19)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第40页)

的必然要求,这无论对于中医还是健康管理而言,二者都会因此获得更长足的进步与发展,为推进健康中国建设奠定更加坚实的基础。

参考文献

- [1]李灿东.中医健康管理学[M].北京:中国中医药出版社,2018:5.
- [2]李灿东,纪立金,鲁玉辉,等.论中医健康认知理论的逻辑起点[J].中华中医药杂志,2011,26(1):109-111.
- [3]陈菲,雷雪.健康老龄化背景下重庆市老年健康服务产业业态模式研究[J].保健医学研究与实践,2018,15(2):14-16,34.
- [4]向运华,王晓慧.人工智能时代老年健康管理研究[J].新疆师范大学学报(哲学社会科学

版),2019,40(4):98-107.

- [5]洪月玲,常战军.基于健康管理的慢性病社会问题及文化意义分析[J].河南预防医学杂志,2019,30(3):247-250.
- [6]刘晓娜,张华,赵根明,等.我国慢性病预防与控制发展历程[J].公共卫生与预防医学,2015,26(2):79-83.
- [7]郑德亮,李俊霞.关于推进医疗服务供给侧改革的探讨[J].中国社会医学杂志,2019,36(1):8-10.
- [8]郑宇明,姚岚,刘智勇,等.我国健康管理师培训存在的问题及对策分析[J].中华健康管理学杂志,2015,9(1):51-54.
- [9]杨一帆,巩奕辰,张容嘉.当前高校为康养行业培养人才过程中存在的问题与对策[J].科教导刊(下旬),2018,351(9):36-37.

[10]张凯,蒋玲钰,张宏,等.基于大健康背景下的高职院校中医健康管理人才培养模式初探[J].教育教学论坛,2019,396(2):274-275.

- [11]王胜军,孙金海,陈立富,等.我国健康管理的现状与展望[J].解放军医院管理杂志,2014,21(7):690-691,694.
- [12]健康管理师国家职业标准[J].中华健康管理学杂志,2007,1(2):74-77.
- [13]王陇德.健康管理师基础知识[M].北京:人民卫生出版社,2019:126-127.
- [14]薛维娜,伍红艳,刘亭,等.高校健康管理专业人才培养研究[J].社区医学杂志,2017,15(22):73-75.

(收稿日期:2019-10-23)

(本文编辑:金冠羽)