

源,肝病及肾,伤及肾之真阴,且肾为少阴,上通心窍,易导致心神失养或心神受蒙,并发肝性脑病一证,一旦伤及真阴,滋阴怕碍湿,利水更伤阴,给接下来的治疗带来极大不便。故在疏肝健脾祛湿、利水消肿的原则下,初诊酌情去燥湿伤津之属,加强养阴清热之品,且患者湿、瘀、热三邪夹杂为患,又恐耗气动血,变生血证,故二诊在初诊方基础上加生地黄、牡丹皮凉血清热,清补兼施,先安未受邪之地,后患者腹水平稳消退,取得全功。故治疗鼓胀,重在准确认识并积极防治兼证,方可取得良效。

[参考文献]

[1] 蒋俊民. 池晓玲主任医师辨治肝硬变腹水经验[J]. 河南中

医, 2009, 29(2): 126-128.

[2] 吴树铎, 杨凯钊, 蒋俊民, 等. 池晓玲辨治肝性胸水经验[J]. 河南中医, 2014, 34(9): 1713-1714.

[3] 朱良春. 在气在血须细审攻补疏养亦详参[J]. 中国乡村医生, 1999, 15(8): 32-34.

[4] 钱英. 命门—三焦气化学说与肾炎水肿的治疗[J]. 北京中医杂志, 1988(1): 4-6.

[5] 刘乐鑫, 池晓玲, 萧焕明. 池晓玲药对“延胡索-三棱-莪术”治疗胁痛[J]. 实用中医内科杂志, 2016, 30(10): 8-10.

(责任编辑:冯天保, 郑锋玲)

符仲华运用浮针治疗紧张型头痛经验介绍

姚斯韵¹, 向娇娇¹, 崔志忠¹, 林少琴¹, 刘玲玲¹, 招远祺² 指导: 符仲华²

1. 广州中医药大学, 广东 广州 510006; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510120

[关键词] 紧张型头痛; 筋膜触发点; 浮针; 经验介绍; 符仲华

[中图分类号] R246.1

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2018) 08-0238-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.08.077

头痛是临床最常见的症状之一, 头痛影响工作、学习和日常活动, 降低生活质量, 并带来沉重的社会经济负担。其中, 紧张型头痛(Tension-type headache, TTH)是最为常见的原发性头痛之一, 以往被称为肌肉收缩性头痛、心因性肌源性头痛、应激性头痛、特发性头痛, 其临床特征以枕颈部、颞部或额部为主或弥散于全头部的轻度至中度钝痛。16%的频发性 TTH 通过常规治疗不能缓解, 并会发展为慢性 TTH^[1]。TTH 的患病率在中国约为 10.8%, 因头痛所致的每年成本消耗约 6 727 亿元(CNY), 占国内生产总值(GDP)的 2.24%^[2]。一些头痛患者在急性 TTH 发作时需要依赖非甾体抗炎药(NSAID's)来缓解疼痛, 但如果长期过度服用 NSAID's 类药物, 则有可能导致药物滥用性头痛(Medication-overuse headache, MOH)的发生。由于多数 TTH 患者头痛程度为轻度到中度, 因此, 寻找有效的非药物治疗手段尤其重要。

符仲华教授为南京浮针研究所所长, 广东省中医院主任, 再灌注活动的首创人, 曾获得国家专利 12 项, 发表论文 80 余

篇。浮针疗法自 1996 年首度面世至今, 经历 20 余年的发展与沉淀, 其理论基础及操作手法日益完善, 并在国内外迅速普及, 主要用于治疗筋脉不舒、血滞不通所导致的疾病, 尤其在疼痛类疾病方面疗效显著。现就 TTH 为例将符仲华教授运用浮针的经验和见解作出探析。

1 TTH 的发病机制

TTH 的病因与发病机制尚未完全明确, 既往多认为疼痛是由于头颈部肌肉不自主收缩和头皮动脉收缩导致缺血所致。当前多认为 TTH 的发病涉及中枢神经系统、周围神经系统和环境中的多种因素, 不同亚型的 TTH 中这些因素的作用不同^[3]。外周敏化机制似乎在发作性 TTH 的发病中起到重要的作用, 即疼痛来自于外周性筋膜触发点(MTrPs), 肌肉伤害性感受器致敏化导致其对疼痛的敏感性增加。然而, 在慢性 TTH 中, 中枢性的疼痛敏化机制则起主导作用, 即中枢感受痛觉抑制能力减退可引起 TTH^[4]。多项研究显示, 在 TTH 患者中, 上斜方肌、胸锁乳突肌、头夹肌和颈夹肌、额肌、颞肌、

[收稿日期] 2018-01-18

[基金项目] 广东省中医院符仲华浮针医学名中医药专家传承工作室项目

[作者简介] 姚斯韵 (1991-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医脑病。

[通信作者] 招远祺, E-mail: tcm2008@126.com。

咬肌、翼状肌、枕骨下肌群、枕肌、眼轮匝肌、颧肌、二腹肌、颈阔肌、颊肌可常见存在筋膜触发点,通过触诊筋膜触发点以引起牵涉痛的方式再现头痛^[5~7]。

2 浮针治疗痛症的机制假说

浮针疗法为符仲华教授于 1996 年发明,它作用于皮下,不深入肌肉层,似浮于肌肉上方,故称为浮针。它结合现代解剖生理学,以 MTrP 为切入点,运用一次性浮针针具,作用于皮下疏松结缔组织,当用浮针在皮下组织进行扫散时,可使液晶态的疏松结缔组织的空间结构发生改变,由于压电效应,释放出生物电,具有良好的半导体导电性能的疏松结缔组织高效率的传导生物电,当生物电到达病变组织时,产生反压电效应,改变细胞离子通道,调动人体内在的抗病机制,从而迅速缓解病痛^[8~10]。

3 浮针治疗 TTH 方案的初步拟定

根据浮针理论及治疗痛症的机制假说,本研究以符仲华教授及广东省中医院具有高级职称的临床医师构成研究小组,在浮针治疗头痛的机制假说及临床经验基础上,初步拟定治疗方案如下:患者取端坐位或侧卧位,上臂放松,取同侧上臂外侧前缘中央段为进针点,针具选择一次性浮针,主要由软套管和不锈钢针芯组成。常规消毒,在皮下水平进针,针尖由下向上,指向 MTrP,针体在皮下疏松结缔组织中向前推进,皮肤表面可见线状隆起,运针深度一般以软套管全部埋入皮下为度。进针后以拇指为支点,食指和环指一前一后做扇形扫散,频率为 100 次/分,扫散时间约 2 min。操作完毕后抽出不锈钢针芯,将塑料软套管留置皮下,胶布固定。留置 5 h 后将软套管拔出,嘱患者起管后勿沾水,留管期间患者可照常活动。

再灌注活动:①胸锁乳突肌:患者头部稍微偏向健侧,使胸锁乳突肌拉伸至最大幅度,医者手固定患者头部,让患者同向偏头并绷紧,医者给予阻抗 10 s 后告知患者放松。②头夹肌:患者头部前屈并轻微旋转至健侧,使头夹肌拉长至最大幅度,然后医者手固定患者后枕部,让患者后伸颈部肌肉并绷紧,医者给予阻抗 10 s 后告知患者放松。③上斜方肌:患者耸肩向两耳部位靠拢,医者手掌放置患者肩部,给予阻抗 10 s 后告知患者放松,双肩下移置初始位置。④颞肌、咬肌:让患者作咬合动作,10 s 后告知患者放松。以上动作均为患者肌肉紧绷与放松重复交替 3 次。

4 病案举例

例 1:林某,女,47 岁,2017 年 3 月 12 日初诊。主诉:反复头痛 2 月。现病史,2 月前无明显诱因下出现全头紧箍样疼痛,起病至今每周约发作 3~4 次,每次发作数小时,缓解时仍有头昏胀感,未系统治疗。睡眠质量一般。查体:按压右侧颞肌时可引起头痛发作。发作时视觉模拟评分(VAS):8.0 分。MTrP:右侧颞肌。治疗:患者取端坐位,上臂放松,取同侧上臂外侧前缘中央段为进针点,针尖由下向上,指向 MTrP,在皮下疏松结缔组织中向前推进,软套管全部埋入皮

下。进针后以拇指为支点,食指和环指一前一后做扇形扫散,频率为 100 次/分,扫散时间 2 min。让患者作咬合动作,10 s 后告知患者放松。患者肌肉紧绷与放松重复交替 3 次。操作完毕后抽出不锈钢针芯,将塑料软套管留置皮下,胶布固定。患者头胀感明显缓解。30 min 后 VAS 评分:1.0 分。嘱患者留置 5 h 后将软套管拔出,起管后勿沾水,留管期间患者可照常活动。

2017 年 3 月 19 日二诊:患者发作次数较前减少,1 周期间发作 2 次,睡眠质量较前改善。最痛时 VAS 评分:6.0 分。治疗:同初诊。随访 1 个月未复发。

例 2:陈某,男,15 岁,2017 年 5 月 27 日初诊。主诉:反复后枕部疼痛 3 月余。现病史,患者经常长时间低头使用手机或平板电脑,近 3 月每当低头时容易诱发后枕部头痛,有时疼痛可辐射至全头,曾至骨科门诊就诊,完善颈椎 X 光片未见颈椎改变。涂抹扶他林软膏后疼痛改善不明显。查体:双侧斜方肌紧张,低头时可引起枕部疼痛发作。VAS:6.0 分。患肌:双侧斜方肌。治疗:患者取端坐位,上臂放松,取双侧上臂外侧前缘中央段为进针点,针尖由下向上,指向 MTrP,在皮下疏松结缔组织中向前推进,软套管全部埋入皮下。进针后以拇指为支点,食指和环指一前一后做扇形扫散,频率为 100 次/分,扫散时间 2 min。让患者耸肩向两耳部位靠拢,医者手掌放置患者肩部,给予阻抗 10 s 后告知患者放松,双肩下移置初始位置。先后进行左侧及右侧的治疗,方案相同。嘱患者留置 5 h 后将软套管拔出,起管后勿沾水,留管期间患者可照常活动。

2017 年 5 月 30 日二诊:诉近日头痛较前缓解,疼痛最强时 VAS 评分约 4.5 分。治疗:同初诊。随访 1 个月,患者发作次数较前减少,疼痛最强时 VAS 评分约 2.0 分。

再灌注活动是在多年的浮针治疗实践中总结提炼出来的概念,在大量的浮针疗法临床实践中发现,如果单纯进行右手的扫散手法,浮针疗法虽然常常有效,但如果在右手行扫散手法的同时,用左手配合患者的局部肢体的活动,可以提高浮针的疗效。根据这种现象符教授提出了“再灌注活动”这一概念。再灌注活动是根据血液再灌注的观念提出来的,指通过和缓、有针对性的外力或者患者自己的力量,持续重复地舒张和收缩局部肌肉或者相关联的肌肉,使得局部肌肉或者相关关节的血液充盈,改善微循环,帮助身体缺血的组织恢复到正常状态。在 MTrP 的治疗中,拉伸是一个重要的组成部分。拉伸拉长了 MTrP 的收缩结节中缩短的肌小节,使肌动蛋白与肌凝蛋白之间的重叠部分逐渐地减少,并使所需消耗的能量降低。因此,针对紧张型头痛,关键需要寻找相应的“患肌”,进行相应的再灌注活动,才能保证疗效的最大化。

患肌是浮针疗法中特有的概念,指在运动中枢正常情况下,放松状态时,目标肌肉的全部或一部分处于紧张状态,该肌肉就叫患肌,MTrP 是患肌形成的原因,也可以简单定义为

MTrP 所在的肌肉。符教授认为针对患肌及 MTrPs 的治疗是 TTH 的一种有效的治疗手段。通过浮针在皮下组织进行扫散配合患肌的再灌注活动,使激活态的 MTrP 活动性下降,从而达到缓解头痛的目的。有效的改善颅周肌肉的 MTrPs 微循环和代谢状态,对颅周肌肉的 MTrPs 降低活动性,从而可以抑制疼痛向中枢的传导,达到缓解 TTH 的目的,并且控制 ETTH 向 CTTH 的发展。

TTH 属于中医学头痛、头风的范畴,是指以头痛为主要表现的病证,可单独出现,亦可见于多种疾病的过程中。它往往是由于外感六淫或内伤杂病,致使脉络绌急或失养,清窍不利所引起的病证。浮针治疗是现代针灸的研究成果,主要在皮下疏松结缔组织进行扫散治疗,并针对病痛组织起到止痛作用,对应了《灵枢·经筋》中“治在燔针劫刺,以知为数,以痛为腧”的特点,浮针的治疗机制与 TTH 的发病机制相契合,并且具有起效迅速、操作简便的特点,对 TTH 具有良好的疗效。

[参考文献]

- [1] Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, et al. Prognosis of migraine and tension-type headache: a population-based follow-up study[J]. *Neurology*, 2005, 65(4): 580-585.
- [2] Yu S, Liu R, Zhao G, et al. The prevalence and burden of primary headaches in China: a population-based door-to-door survey[J]. *Headache*, 2012, 52(4): 582-591.
- [3] 吴江. 神经病学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [4] 梁瑞华, 张素平. 外感受抑制实验在紧张型头痛中枢调控机制研究中的应用[J]. *脑与神经疾病杂志*, 2014, 22(3): 175-177.
- [5] César FDL, Fernández-Mayoralas DM, Ricardo OS, et al. Referred pain from myofascial trigger points in head and neck-shoulder muscles reproduces head pain features in children with chronic tension type headache[J]. *J Headache Pain*, 2011, 12(1): 35-46.
- [6] Bendtsen L. Treatment guidelines: implications for community based headache treatment[J]. *Int J Clin Pract Suppl*, 2015(182): 13-16.
- [7] Fernández-de-las-Peñas César, Ge Hong-You, Arendt-Nielsen Lars, et al. The local and referred pain from myofascial trigger points in the temporalis muscle contributes to pain profile in chronic tension-type headache[J]. *Clin J Pain*, 2007, 23(9): 786-792.
- [8] 符仲华. 浮针疗法治疗疼痛手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 104, 120.
- [9] 李桂凤, 符仲华. 浅谈浮针对疼痛医学发展的启示[J]. *中国针灸*, 2014, 34(6): 591-593.
- [10] 符仲华. 浮针医学纲要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)