

化痰祛湿、健脾和胃治疗痰浊上蒙

张彦敏

初诊:患者刘某,男性,52岁,发病节气为惊蛰,发作性头晕1个月有余,加重2天。

病史:1个多月前,患者无明显诱因出现发作性头晕,伴头重昏蒙、视物模糊,单次发作持续约半小时可自行缓解,发作全程无视物旋转、耳聩耳鸣、恶心呕吐等伴随症状。患者曾于当地诊所接受静脉输液治疗(具体用药方案不详),治疗后症状曾有短暂减轻,但是头晕症状仍间断反复发作。2天前,患者头晕发作的频次、程度均加重,同时新增胸闷恶心、呕吐痰涎等表现,为求进一步规范诊治,遂至笔者所在医院就诊。

刻诊:患者神志清楚,精神状态欠佳,仍有头晕(头重昏蒙)、视物模糊,伴胸闷恶心、呕吐痰涎,纳食减少,嗜睡多寐,近1个月来体重无明显波动,大小便正常。

患者有冠心病史5年,平素口服复方丹参滴丸(每日3次,每次10粒),偶有心慌,其余无明显不适;有高血压病史3年有余,最高血压155/93毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),平素口服硝苯地平缓释片(每日清晨口服20毫克),血压控制效果尚可。患者否认有乙肝、肺结核等传染性疾病,否认有糖尿病,否认有手术外伤史,否认有药物过敏史及食物过敏史。

体格检查:患者体型偏胖,神志清楚,语言流利,理解力正常,记忆力、计算力正常,眼球运动灵敏,无眼震,指鼻稳准,闭目直立试验结果为阴性,四肢肌力正常,双侧巴氏征阴性。

头颅磁共振检查:双侧基底节区腔隙性脑梗死。

颈部血管彩超检查:双侧颈动脉粥样硬化伴左侧颈总动脉斑块形成。

心电图检查:窦性心律,ST段-T段改变。

血脂检查:总胆固醇6.50毫摩尔/升、低密度脂蛋白3.14毫摩尔/升。

中医诊断:痰浊上蒙。

西医诊断:短暂性脑缺血,椎基底动脉系统供血不足,冠状动脉粥样硬化,高血压病,高血脂症。

治则:化痰祛湿、健脾和胃。

方药:半夏白术天麻汤化裁。半夏15克,陈皮12克,白术12克,白蒺藜(后下)15克,茯苓15克,天麻15克,竹茹18克,旋覆花(包煎)18克,藿香18克,佩兰12克,薏苡仁30克,砂仁(后下)15克,生姜10克,大枣3枚,甘草9克。共7剂。每日1剂,水煎,早晚温服。

二诊:患者服药后头晕、头重昏蒙减轻,胸闷恶心减轻,呕吐痰涎较前好转,仍食欲不振,睡眠质量有所改善,大小便正常,舌质淡胖,苔白微腻,脉濡滑。在原方基础上加石菖蒲18克,醒脾开窍;加山楂、麦芽各30克,消食导滞。继续7剂,每日1剂,水煎,早晚温服。

三诊:患者服药后头晕、头重昏蒙明显减轻,视物模糊好转,呕吐痰涎较前显著减少,舌质淡,苔白微腻,脉濡滑。效不更方,继续7剂,每日1剂,水煎,早晚温服。

四诊:患者服药后头晕明显好转,头重昏蒙症状消失,舌淡红,苔薄白,脉滑。患者病情明显改善,继续7剂。1周后电话随访,患者不适症状皆已消失。

病案分析:患者为中年男性,平素过食肥甘厚味,损伤脾胃,致使健运失司,水湿内停,聚积成痰。痰湿蒙蔽清窍,从而引发眩晕。湿性重浊,故而头重昏蒙,结合舌质淡胖、苔白腻、脉濡滑的表现,辨证为痰浊上蒙。

治疗选用半夏白术天麻汤(加减)。该方出自清代医学家程国彭《医学心悟》,具有燥湿化痰、平肝熄风的功效,是治疗痰浊眩晕的常用方剂。方中半夏燥湿化痰、降逆止呕,天麻平肝熄风而止头眩,二者共为君药;白术健脾燥湿,茯苓健脾渗湿,共为臣药,辅助君药;陈皮理气化痰,生姜、大枣调和脾胃,起到佐药的作用;甘草,调和诸药,为使药。鉴于患者胸闷恶心、痰涎较多、多寐的症状,酌加藿香、佩兰、石菖蒲,醒脾化湿开窍;加旋覆花,降气止呕;加薏苡仁,健脾渗湿。竹茹与半夏相伍,一寒一热,增强健脾燥湿、和胃止呕的效果。针对纳呆的情况,加砂仁、白蔻仁,化湿开胃;加山楂、麦芽,消食导滞。诸药相互配伍,共同发挥燥湿化痰、平肝熄风的作用。因此,患者服药后,各种症状得以消除。

(作者供职于驻马店市中医院)



制图:朱忱飞

经验之谈

初诊:患者刘某,男性,52岁,发病节气为惊蛰,发作性头晕1个月有余,加重2天。

病史:1个多月前,患者无明显诱因出现发作性头晕,伴头重昏蒙、视物模糊,单次发作持续约半小时可自行缓解,发作全程无视物旋转、耳聩耳鸣、恶心呕吐等伴随症状。患者曾于当地诊所接受静脉输液治疗(具体用药方案不详),治疗后症状曾有短暂减轻,但是头晕症状仍间断反复发作。2天前,患者头晕发作的频次、程度均加重,同时新增胸闷恶心、呕吐痰涎等表现,为求进一步规范诊治,遂至笔者所在医院就诊。

刻诊:患者神志清楚,精神状态欠佳,仍有头晕(头重昏蒙)、视物模糊,伴胸闷恶心、呕吐痰涎,纳食减少,嗜睡多寐,近1个月来体重无明显波动,大小便正常。

患者有冠心病史5年,平素口服复方丹参滴丸(每日3次,每次10粒),偶有心慌,其余无明显不适;有高血压病史3年有余,最高血压155/93毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),平素口服硝苯地平缓释片(每日清晨口服20毫克),血压控制效果尚可。患者否认有乙肝、肺结核等传染性疾病,否认有糖尿病,否认有手术外伤史,否认有药物过敏史及食物过敏史。

体格检查:患者体型偏胖,神志清楚,语言流利,理解力正常,记忆力、计算力正常,眼球运动灵敏,无眼震,指鼻稳准,闭目直立试验结果为阴性,四肢肌力正常,双侧巴氏征阴性。

头颅磁共振检查:双侧基底节区腔隙性脑梗死。

颈部血管彩超检查:双侧颈动脉粥样硬化伴左侧颈总动脉斑块形成。

心电图检查:窦性心律,ST段-T段改变。

血脂检查:总胆固醇6.50毫摩尔/升、低密度脂蛋白3.14毫摩尔/升。

中医诊断:痰浊上蒙。

西医诊断:短暂性脑缺血,椎基底动脉系统供血不足,冠状动脉粥样硬化,高血压病,高血脂症。

治则:化痰祛湿、健脾和胃。

方药:半夏白术天麻汤化裁。半夏15克,陈皮12克,白术12克,白蒺藜(后下)15克,茯苓15克,天麻15克,竹茹18克,旋覆花(包煎)18克,藿香18克,佩兰12克,薏苡仁30克,砂仁(后下)15克,生姜10克,大枣3枚,甘草9克。共7剂。每日1剂,水煎,早晚温服。

二诊:患者服药后头晕、头重昏蒙减轻,胸闷恶心减轻,呕吐痰涎较前好转,仍食欲不振,睡眠质量有所改善,大小便正常,舌质淡胖,苔白微腻,脉濡滑。在原方基础上加石菖蒲18克,醒脾开窍;加山楂、麦芽各30克,消食导滞。继续7剂,每日1剂,水煎,早晚温服。

三诊:患者服药后头晕、头重昏蒙明显减轻,视物模糊好转,呕吐痰涎较前显著减少,舌质淡,苔白微腻,脉濡滑。效不更方,继续7剂,每日1剂,水煎,早晚温服。

四诊:患者服药后头晕明显好转,头重昏蒙症状消失,舌淡红,苔薄白,脉滑。患者病情明显改善,继续7剂。1周后电话随访,患者不适症状皆已消失。

病案分析:患者为中年男性,平素过食肥甘厚味,损伤脾胃,致使健运失司,水湿内停,聚积成痰。痰湿蒙蔽清窍,从而引发眩晕。湿性重浊,故而头重昏蒙,结合舌质淡胖、苔白腻、脉濡滑的表现,辨证为痰浊上蒙。

治疗选用半夏白术天麻汤(加减)。该方出自清代医学家程国彭《医学心悟》,具有燥湿化痰、平肝熄风的功效,是治疗痰浊眩晕的常用方剂。方中半夏燥湿化痰、降逆止呕,天麻平肝熄风而止头眩,二者共为君药;白术健脾燥湿,茯苓健脾渗湿,共为臣药,辅助君药;陈皮理气化痰,生姜、大枣调和脾胃,起到佐药的作用;甘草,调和诸药,为使药。鉴于患者胸闷恶心、痰涎较多、多寐的症状,酌加藿香、佩兰、石菖蒲,醒脾化湿开窍;加旋覆花,降气止呕;加薏苡仁,健脾渗湿。竹茹与半夏相伍,一寒一热,增强健脾燥湿、和胃止呕的效果。针对纳呆的情况,加砂仁、白蔻仁,化湿开胃;加山楂、麦芽,消食导滞。诸药相互配伍,共同发挥燥湿化痰、平肝熄风的作用。因此,患者服药后,各种症状得以消除。

(作者供职于驻马店市中医院)



制图:朱忱飞

征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色疗法》《中医外治》《针推治验》《临证心悟》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱老师 电话:13783596707 投稿邮箱:5615865@qq.com

本版方药需要在专业医生指导下使用

小柴胡汤治疗发热性疾病

赵安业

案例一

小柴胡汤是体现“和法”的核心基础方。方中柴胡苦平,气质轻清,味苦可降泄,气轻能升浮,可以疏达半表半里之机,既能疏调半表气机、调和阴阳,以除寒热往来;又能疏解半里郁滞,以消胸胁苦满,为平调阴阳、和解少阳之君药。黄芩,苦寒性降,清泄半里郁热,以除心烦、口苦、咽干、目眩;半夏、生姜,辛温行散,化解半里阴邪凝聚,以和胃止呕。黄芩与半夏、生姜配伍,辛开苦降、相辅相成,辅助

柴胡调畅气机升降之性。邪入半表半里,正邪相持不下,故用人参、甘草、大枣扶助正气,意在托邪外出,打破邪正相持的局面,使邪从半表半里转出肌表,微然汗出而解。诸药相伍,共奏和解少阳、疏利三焦、条达升降、宣通内外之功。全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师赵清理运用小柴胡汤治疗多种发热性疾病,均取得了较好的疗效。

初诊:杜某,男性,42岁。

患者有6年胆囊炎病史,1周前因受凉感冒出现发热恶寒、头痛,经过治疗,虽然头痛痊愈,但是发热仍未缓解,屡用复方阿司匹林等退热药,效果不佳。二诊:服药3剂后,患者寒热即减,体温降至37.2摄氏度,仍有口苦、食欲不振。守原方,加焦山楂15克,焦神曲12克,焦麦芽15克,青皮12克。水煎服,每日1剂。

三诊:继服3剂后,患者发热已退,体温恢复正常,食量增加,仅有右肋隐痛。后续在原方基础上稍作化裁,配伍

金12克,太子参12克,金银花15克,连翘12克,甘草3克,生姜3片,红枣4枚。水煎服,每日1剂。

二诊:服药3剂后,患者寒热即减,体温降至37.2摄氏度,仍有口苦、食欲不振。守原方,加焦山楂15克,焦神曲12克,焦麦芽15克,青皮12克。水煎服,每日1剂。

三诊:继服3剂后,患者发热已退,体温恢复正常,食量增加,仅有右肋隐痛。后续在原方基础上稍作化裁,配伍

清解余热之品,调理1周后患者痊愈,随访2个月未再复发。

按语:该患者有胆囊炎病史,复加外感,虽经治疗,邪仍未解,内结少阳,导致肝胆郁热。故赵清理投以小柴胡汤和解少阳,加金银花、连翘、板蓝根、郁金清利肝胆郁热,使邪结得散,郁热得清,寒热、胁痛随之得除;加焦山楂、焦神曲、焦麦芽等助运和胃之品与清余热之药,旨在调和肝胆脾胃。全方理法严谨,层次分明,故收全功。

案例二

初诊:李某,男性,38岁,1个月前的某日午后出现低热,夜间盗汗,脘腹痞满,食欲不振,遂前往当地医院就诊。经过胸部X线检查,患者被诊断为渗出性胸膜炎,给予青霉素、链霉素治疗1周,症状未明显好转。

二诊:患者服药3剂后,寒热消退,咳嗽、胸闷症状均有所缓解。守上方,加丝瓜络12克,继续6剂。

三诊:患者服药6剂后,诸症均有减轻,唯食欲仍欠佳。守上方,加焦三仙(焦麦芽、焦山楂、焦神曲)各12克,继续6剂。

患者服药6剂后,食量明显增加。在原方基础上稍作化裁,患者继续15剂,症状消失。

随访:患者进行胸部X线检查,结果显示胸腔积液已经完全吸收,仅见轻度胸膜增厚。赵清理嘱咐患者日常注意避免受凉和过度劳累。半年后随访,患者身体健康,病情未再复发。

按语:该患者明确诊断为渗出性胸膜炎,症见午后低热,夜间盗汗,寒热往来,胸闷,食

欲不振。赵清理据此辨证,给予小柴胡汤化裁治疗,加葶苈子、杏仁、炒莱菔子、理肺宽胸;加麦冬、滋养肺阴。服药3剂后,患者寒热即祛,咳嗽减轻,胸膈畅快,后续在此基础上略作化裁,继续20余剂后痊愈。

从该案例可以看出,赵清理临证时,不仅重视辨病,还注重辨证,只有药证合拍,才能获得较好的疗效。

欲不振。赵清理据此辨证,给予小柴胡汤化裁治疗,加葶苈子、杏仁、炒莱菔子、理肺宽胸;加麦冬、滋养肺阴。服药3剂后,患者寒热即祛,咳嗽减轻,胸膈畅快,后续在此基础上略作化裁,继续20余剂后痊愈。

从该案例可以看出,赵清理临证时,不仅重视辨病,还注重辨证,只有药证合拍,才能获得较好的疗效。

案例三

初诊:赵某,男性,46岁,因劳累过度,偶感风寒,出现头痛、发热、腹胀症状。患者曾用复方新诺明、安乃近、酵母片等药物,头痛稍有缓解,但是腹胀无改善,体温升至40摄氏度。后续患者有服用土霉素、阿司匹林、酵母片等药物,同时予头孢菌素加生理盐水静脉滴注,病情未见缓解,接诊医师遂加大头孢菌素用量,直至用药

第3日,病情急剧加重,发热升至41摄氏度,并伴有咽喉肿痛,无法进食。接诊科室遂紧急邀请赵清理会诊。

二诊:患者呈急性病容,面色潮红,咽痛,扁桃体肿大,发热伴轻微恶寒,口渴不欲饮水,不思饮食,脘腹胀满,大便溏薄,舌红、苔黄厚腻,脉滑数有力。

三诊:患者高热不退,迁延1个月有余,诊见寒热往来,口苦咽干,辨证为邪犯少

阳,病位居于半表半里,故以小柴胡汤和解少阳,加金银花、胡黄连清解热毒,更增羚羊角粉清泻肝胆郁热。患者连续服药数剂后,热退邪祛,痊愈。

(作者为赵氏中医第七代传承人)

初诊:赵某,男性,46岁,因劳累过度,偶感风寒,出现头痛、发热、腹胀症状。患者曾用复方新诺明、安乃近、酵母片等药物,头痛稍有缓解,但是腹胀无改善,体温升至40摄氏度。后续患者有服用土霉素、阿司匹林、酵母片等药物,同时予头孢菌素加生理盐水静脉滴注,病情未见缓解,接诊医师遂加大头孢菌素用量,直至用药

第3日,病情急剧加重,发热升至41摄氏度,并伴有咽喉肿痛,无法进食。接诊科室遂紧急邀请赵清理会诊。

二诊:患者呈急性病容,面色潮红,咽痛,扁桃体肿大,发热伴轻微恶寒,口渴不欲饮水,不思饮食,脘腹胀满,大便溏薄,舌红、苔黄厚腻,脉滑数有力。

三诊:患者高热不退,迁延1个月有余,诊见寒热往来,口苦咽干,辨证为邪犯少

阳,病位居于半表半里,故以小柴胡汤和解少阳,加金银花、胡黄连清解热毒,更增羚羊角粉清泻肝胆郁热。患者连续服药数剂后,热退邪祛,痊愈。

(作者为赵氏中医第七代传承人)

案例四

初诊:钟某,女性,21岁。患者1个月前突发高热,经过多次检查,各项指标均未见异常,给予退热剂、抗生素及补液治疗,体温可暂时降至38.5摄氏度左右,但片刻后即再次升高,持续波动在39摄氏度左右。后来,患者又因使用头孢菌素出现过敏反应,体温升至40.5摄氏度,后续配合服用中药药数剂,仍未收效。

二诊:患者精神不振,自觉寒热往来,脘腹痞满,口苦、咽干、食欲不振,舌质淡、苔薄白,脉弦细。此乃邪犯少阳,病位居于半表半里,治宜和解少阳,佐以清热。

方药:小柴胡汤化裁。柴胡12克,黄芩12克,半夏10克,白干参10克,胡黄连9克,金银花12克,夏枯草15克,甘草3克,羚羊角粉1克(冲服)。

三诊:继服4剂后,患者症状消失,后续调理半个月痊愈。

按语:该患者高热不退,迁延1个月有余,诊见寒热往来,口苦咽干,辨证为邪犯少

阳,病位居于半表半里,故以小柴胡汤和解少阳,加金银花、胡黄连清解热毒,更增羚羊角粉清泻肝胆郁热。患者连续服药数剂后,热退邪祛,痊愈。

方药:小柴胡汤化裁。柴胡12克,黄芩12克,半夏10克,白干参10克,胡黄连9克,金银花12克,夏枯草15克,甘草3克,羚羊角粉1克(冲服)。

三诊:继服4剂后,患者症状消失,后续调理半个月痊愈。

按语:该患者高热不退,迁延1个月有余,诊见寒热往来,口苦咽干,辨证为邪犯少

阳,病位居于半表半里,故以小柴胡汤和解少阳,加金银花、胡黄连清解热毒,更增羚羊角粉清泻肝胆郁热。患者连续服药数剂后,热退邪祛,痊愈。

(作者为赵氏中医第七代传承人)

验案举隅

中医辨证论治免疫性心肌炎

郭宏强

患者尹某,男性,69岁,小细胞肺癌化疗后复发,曾采用“依托泊苷+卡铂+阿替利珠单抗”方案治疗1个周期。治疗后,患者无明显诱因出现颈部、大腿内侧及腋下红疹,随后出现发热,最高体温38.6摄氏度,入院完善相关检查,考虑为骨髓抑制伴发热,给予对症支持治疗后好转。后续患者心电图谱检查结果异常,就诊于省会某三甲医院,并完善相关检查后,考虑不排除心肌损伤,给予激素及相关对症支持治疗后,心电图谱较前有所好转(未降至正常范围)。

患者为寻求进一步治疗到笔者所在医院就诊。患者既往行化疗及免疫治疗后出现多种不良反应,耐受性差,入院时体力状况评分为4分,伴有胸闷、气促、食欲不振、疼痛等症状。

二诊:患者出院后共用此方21剂,西医治疗方案为口服依托泊苷胶囊。此次复查结果提示病变虽然有进展,但是患者整体状态明显好转,每日可分2次散步(三四千步)、乏力、气短症状消失,不需要吸氧,喉部容易痉挛,上腹胀满,恶心(时有呕吐),腰酸,咳嗽,无痰,无虫唾,皮肤瘙痒未发作,舌质红、苔薄白,脉双寸弱,关尺弦。

三诊:继服4剂后,患者症状消失,后续调理半个月痊愈。

按语:该患者高热不退,迁延1个月有余,诊见寒热往来,口苦咽干,辨证为邪犯少

虚、脾肾不足、运化失司。笔者梳理整体辨证脉络,患者病之根本,为肾阳不足累及脾阳,脾气亏虚导致水液运化失司,故见口中多虫唾;脾阳阴液不足、气虚血弱、心阴阳俱不足,则引发失眠。因此,对该患者的治疗当标本兼治:先清脾胃气分虚热,同时补脾肾之阴液,以治其标。以黄芪、当归、人参、炒白术、茯苓,健脾助运;杜仲、肉桂,补肾温阳、阳中求阴,补脾胃以固其本;加清半夏,一是可防滋阴之品过于滋腻碍胃,二是可降气止咳,三是可配伍人参、炒白术、茯苓,化除虫唾。

患者服药21剂后复诊,乏力、气短症状消失,无须再吸氧,且可以自行散步活动。二诊时患者阴液不足之象已明显缓解,核心病机转为中焦痞塞、肾阳不足,故选用半夏泻心汤调中焦寒热,当归补血清心,以助运化,以配伍人参、鹿角胶、紫石英、补骨脂配伍玄参、麦冬、五味子,补益元阴元阳、引火归元。

对该患者的辨证施治过程中,不能因为患者有心肌炎,便局限于心系疾病的辨证。该患者首诊时的核心辨证靶点,主要围绕肺、胃、脾、肾四脏。因此,临床辨证需要树立整体观,不可“头痛医头,脚痛医脚”。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

方剂分析与感悟:患者首诊时病情较重,合并免疫相关性心肌炎,体力状况评分为4分。当时患者口干明显,舌质淡红、少苔,辨证为脾胃阴液不足;胸膈气促、口中多虫唾、呛咳、双寸脉弱,考虑为脾失运化、中气不足、大气不升;腰痛、双下肢无力、尺脉弱,提示肾气亏虚。综合辨证为气阴两

虚、脾肾不足、运化失司。笔者梳理整体辨证脉络,患者病之根本,为肾阳不足累及脾阳,脾气亏虚导致水液运化失司,故见口中多虫唾;脾阳阴液不足、气虚血弱、心阴阳俱不足,则引发失眠。因此,对该患者的治疗当标本兼治:先清脾胃气分虚热,同时补脾肾之阴液,以治其标。以黄芪、当归、人参、炒白术、茯苓,健脾助运;杜仲、肉桂,补肾温阳、阳中求阴,补脾胃以固其本;加清半夏,一是可防滋阴之品过于滋腻碍胃,二是可降气止咳,三是可配伍人参、炒白术、茯苓,化除虫唾。

患者服药21剂后复诊,乏力、气短症状消失,无须再吸氧,且可以自行散步活动。二诊时患者阴液不足之象已明显缓解,核心病机转为中焦痞塞、肾阳不足,故选用半夏泻心汤调中焦寒热,当归补血清心,以助运化,以配伍人参、鹿角胶、紫石英、补骨脂配伍玄参、麦冬、五味子,补益元阴元阳、引火归元。

对该患者的辨证施治过程中,不能因为患者有心肌炎,便局限于心系疾病的辨证。该患者首诊时的核心辨证靶点,主要围绕肺、胃、脾、肾四脏。因此,临床辨证需要树立整体观,不可“头痛医头,脚痛医脚”。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

针刀治疗运动性失语

董宁

中医特色疗法

赵某,男性,50岁,2年前患急性脑梗死,目前肢体运动功能基本恢复正常,但是遗留言语障碍,曾接受针灸、言语训练等治疗,效果欠佳。

患者有高血压病史10年,血压最高180/100毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),未规范治疗,脑梗死发病后血压恢复正常;有20年酗酒史及吸烟史。

查体:体温、呼吸、脉搏、血压均正常,心肺听诊无明显异常,意识清醒,逻辑思维正常,舌肌活动灵活度欠佳,口唇闭合不全,言语迟钝,声音嘶哑,发音清晰度较差。

诊断:运动性失语。

治疗方案:针刀松解治疗配合言语功能训练。

初诊:进行颈部T型针刀松解术。患者取俯卧低头位,定位枕外隆凸及其两侧2.5厘米和5厘米处,两侧乳突及颈椎棘突做标记;常规消毒铺巾,局部浸润麻醉后,用针刀在标记点进针,松解项韧带、棘间韧带、头夹肌、胸锁乳突肌。操作结束后患者自觉局部轻微疼痛,并嘱咐其术后每日进行言语功能训练。治疗后患者自觉头脑清醒,舌体运动功能较前改善。

二诊:进行舌骨相关肌群针刀松解术。患者取仰卧位,暴露颈部,定位舌骨大角转弯处、舌骨大角内侧及其上侧部;常规消毒铺巾,局部浸润麻醉后,用针刀切割松解舌骨肌、胸骨舌骨肌、甲状舌骨肌、乳突舌骨肌结合部。操作结束后患者自觉局部轻微疼痛,舌肌活动功能较前明显改善,发音清晰度显著提升。

三诊:进行喉部针刀松解术。患者取仰卧位,暴露颈部,定位甲状软骨与环状软骨之间、正中线上旁开0.5厘米和1厘米处;常规消毒铺巾,局部浸润麻醉后,用针刀切割松解环甲肌、环甲膜。操作结束后患者自觉局部轻微疼痛,言语发音清晰度较前进一步提升。

按语:脑卒中患者思维逻辑正常,所遗留的失语属于运动性失语。该患者主要发病原因是脑卒中后舌骨周围肌肉僵硬、痉挛、粘连,导致肌肉自主活动能力下降,进而影响正常发音和言语表达。应用针刀整体松解术,可以松解言语运动相关肌肉的粘连、挛缩,恢复局部力学平衡,改善肌体自主活动功能,提升临床治疗效果。

(作者供职于南阳市南都康复医院)