

## 思路与方法

## 提高中风偏瘫针灸疗效的途径和方法(待续)

陆 寿 康

主题词 中风(中医)/针灸疗法 偏瘫/针灸疗法

中风偏瘫是由急性脑血管病(中风)引起的脑损害症状,属于上运动神经元性瘫痪范畴。在临床上,中风偏瘫以病灶对侧上下肢随意运动肌力减弱或消失,肌张力增高,腱反射亢进,并伴有病理反射为特征。由于近年来中风发病率逐年递增,中风偏瘫的康复治疗已成为当今临床的一个重要课题。针灸治疗可以恢复或部分恢复患者瘫痪肢体的运动和感觉功能,缓解相关症状,改善局部体征,增强其体质和心理调适能力,因此已成为中风偏瘫治疗的一种重要方法。兹就如何提高其针灸疗效水平,谈谈自己的一些看法。

## 1 有效穴位的选择

作为针灸治疗的部位,腧穴的选择自古至今一直是历代医家研究的课题。对于中风偏瘫来说,腧穴的选择尤为重要。根据全身分部,以下分几方面来进行阐述:

## 1.1 头穴和头皮针治疗线

头穴针灸治疗是中风偏瘫的有效方法。70年代以来,头皮针疗法的倡用,对中风偏瘫和各种中枢神经系统疾患疗效的提高有较大的促进作用。在临床上,常用的头穴和头皮针治疗线,主要有神庭、前顶、百会、悬厘、曲鬓、正营、承灵、承光、通天,以及顶颞前斜线、顶颞后斜线、顶中线(或运动区、感觉区、足运感区)等。有资料证明,针灸额、顶、颞区的头穴(头皮针治疗线)较枕区的头穴(头皮针治疗线)疗效为优,两者比较有显著性差异;而瘫痪侧头穴与健侧头穴两者之间,针灸疗效差异不大。因此,在临床上根据具体情况,交替使用左右两侧头穴或头皮针治疗线,对减轻局部痛苦和穴位疲劳(因反复刺激而使穴位应激性降低的现象),提高针灸疗效是十分必要的。同样道理,对额、顶、颞区头穴和头皮针治疗线,组合交替处治,对针灸疗效的提高也不无帮助。

值得指出的是,有选择性地针灸头穴和头穴治疗

线,不仅可提高中风偏瘫的疗效,还有助于相关症状的缓解。如百会、前顶、四神聪、神庭,和顶中线、额中线、额旁1线的针灸,对缓解精神障碍症状有益;曲鬓、悬厘、额厌、率谷,对听觉障碍和失语症有一定疗效;针刺正营、承灵,可缓解胸腹腰背部疼痛;针刺百会、前顶或顶中线,可治足部疼痛,并能改善足踝部关节运动功能。笔者对中风偏瘫患者兼见小便失禁、尿频者,取百会透刺后顶,往往可收到明显的效果。此外,对兼有视力障碍、视野缺损者,则可针刺头临泣、目窗、玉枕和枕上旁线(或视区)。

在头穴选用时,尤其要重视督脉和足少阳经穴位。督脉循脊柱,至项后入脑,至巅、额,及目、鼻、口唇(舌),统一身之阳经。足少阳经循人身之侧,及于颞、巅、耳、目、颌、胸胁、髀尻和下肢,其经筋“维筋相交”,“并跻脉而行”(《灵枢·经筋》)。因此,在中风偏瘫治疗过程中,临床选择以上两经的穴位较多,疗效也相对较好。如李定明选用风府、哑门、人中、百会穴为主治疗出血性中风,可较快促使意识清醒,恢复言语和运动功能(中国针灸1987(3):1~4)。而有人用长针交替透刺头部督脉(神庭、上星、囟会、前顶、百会)和足少阳经(头临泣、目窗、正营、承灵),对中风偏瘫运动功能恢复有较为显著的疗效。即是其例。

尽管额、颞部的穴位与头顶部穴位针刺比较,较易引起疼痛,但仍为不少医家用以治疗中风偏瘫,并取得较佳疗效。靳瑞倡用颞三针,取耳尖上2寸处及其前后各旁开1寸处(共3穴),沿头皮向下针刺1~1.2寸深,用提插捻转手法,留针30分钟,其间每5分钟行针1次。日本山元敏胜在中国头皮针基础上,倡用山元式新头针,其所取头穴均在额、颞部发际(相当于胸腔区、胃区、生殖区和曲鬓穴),沿皮进针1cm左右,用以治疗中风偏瘫和疼痛等症,据称其疗效迅速(中国针灸1989(5):33~35)。如患者局部痛觉敏感,笔者常嘱患者摒息或咳嗽,同时快速进针,以减轻疼痛。也可采用神庭、曲鬓艾条温和灸的方法来代替。值得指出的是,《本事方》中风十二穴和《太平圣惠方》中风七穴灸治方,分别选用了发际(神庭)、耳前发际(相当于悬厘、曲鬓),可见其源流有兹。

\* 北京针灸骨伤学院,北京市朝阳区望京中环南路6号(100015)

收稿日期:1994-07-21

## 1.2 四肢和躯干穴位

上下肢穴位为中风偏瘫针灸治疗常用者,是属局部取穴和近治作用范畴。一般以阳经穴位为主,如手阳明经之肩髃、臂臑、曲池、手三里、合谷,手少阳经之肩髃、天井、外关,足阳明经之髌关、伏兔、梁丘、足三里、解溪、内庭,足少阳经之环跳、风市、阳陵泉、悬钟、丘墟,足太阳经之秩边、殷门、委中、承山、申脉等。其中较多选用的是肩髃、曲池、合谷、环跳、阳陵泉、足三里,可根据具体症状选择应用。根据大量的临床报道,大多学者都取用瘫痪侧肢体穴位,恰好与头穴以健侧为主相对成立。之所以选用上述穴位针灸,除考虑到阳经气血旺盛,似主要与现代神经反射学说有关。若细析之,上述穴位深、浅部大多有支配肢体运动的神经干或分支通过,针刺(或用他法)这些穴位,比较容易取得明显感应,促进肢体运动恢复。

应该说明的是,中风偏瘫治疗过程较长,其病程、病位、病情因人而异,仅取阳经穴针灸是不够的。若依据病程而言,病变初期(病程在3个月以内),宜取上下肢阳经穴为主;病变后期(病程在6个月以上),宜取上下肢阴经穴为主;在病程3~6月之间者,可阴经和阳经穴交替,一日取阳经穴,一日取阴经穴来进行针灸治疗。若依据病情而言,弛缓性瘫痪以阳经穴为主,并适当配用1~2个与之相表里的阴经穴;痉挛性瘫痪以阴经穴为主,并适当配用1~2个与之相表里的阳经穴。如此阴阳经穴位相配,从阴引阳,从阳引阴,可较为迅速地促使脉气血流通,恢复瘫痪肢体功能。

根据病程分期选用健、瘫侧穴位,并适当配合肢体运动,无疑是提高临床针灸疗效的一个途径。在发病早期可取健侧肢体穴位,用针刺泻法,以活血通络;发病在半年以上者,病至中期,应针刺双侧肢体穴位,以健侧穴泻法为主,瘫侧穴补法为辅,补气活血、平衡阴阳;后期则宜取瘫侧穴,以改善关节功能和提高骨骼肌运动能力为目的。有人通过临床观察发现,针刺健侧穴(巨刺)对改善瘫侧肢体甲皱微循环和病侧脑血流图变化,较针刺瘫侧穴为优。

躯干部穴位常用督脉穴和夹脊穴。如大椎、命门深刺(或加以脉冲电刺激),可用以治疗上、下肢瘫痪。又如选用颈4~6、腰3~5夹脊针刺,对瘫痪肢体功能恢复亦有帮助。值得指出的是,夹脊穴皮下有与脊神经交通的神经纤维组织分布,针刺之可调整植物神经与内脏功能。因此,若中风偏瘫兼有植物神经功能紊乱和肢端感觉异常者,可配用胸5、7、9、11和腰2夹脊穴,获取与五脏背俞穴同样的功效。

人迎、颈臂(锁骨内1/3与外2/3交界处向上1

寸、胸锁乳突肌锁骨头外缘处)、扶突等颈项穴位,对脑血流供应和局灶血循环及上肢功能的改善不无影响。但针刺时,必须注意针刺深浅、方向,以策安全。

## 2 针刺手法和得气

作为针刺操作技术的重要组成部分,针刺手法是促使得气和气至病所、维持和加强针感的必要手段。对于以经络气血壅滞不通为主要病机的中风偏瘫而言,合理而熟练地应用各种针刺手法和相关技术,取“通关节”、“飞经走气”和循经感传之效应,是提高临床疗效的根本方法。

### 2.1 捻转、提插、徐疾和针向迎随

一般而言,捻转和针向迎随手法以疏经通络为主,提插和徐疾手法则主要以调和阴阳为目的。捻转和提插手法是针刺治疗最常用的手法,对中风偏瘫来说,亦然如此。高频率、小幅度的捻转、提插手法(亦可两法结合应用),是获得、维持和加强针感的主要手段。对初病、邪实者可用泻法,久病、正虚者可用补法。这里必须强调的一点是,在针刺得气后,采用捻转或提插手法,一定要小幅度,使针尖不离气感,否则会引起“经气脱失”,从而影响疗效。《素问·宝命全形论》说:“经气已至,慎守勿失”。《针灸大成》说:“宁失其时,勿失其气”。说的就是这个道理。

徐疾补泻手法历来操作不同,笔者在临床上主要采用陈克彦所提倡的方法。其具体方法是:补法,缓慢而用力地将针进入至穴位深层(地部),然后紧压穴位半分钟,迅速出针;泻法,快速将针插至穴位深层(地部),然后缓慢而用力地将针退出。该法的补或泻,行针一次的时间均为3~4分钟,其关键在于缓慢而用力地下插或上提。如此做法,常可获得针下“吸针”感,即针尖似为穴下纤维所牵吸,有“如鱼吞饵”的手指感觉。如虚实不甚显著者,则可采用“徐入徐出”的导气手法,即由穴位浅层(天部)缓慢地将针插入穴位深层(地部),再由深层缓慢地将针提至浅层,两者时间和速度相等,共需时2~3分钟。每次行针为1度,留针3~5分钟后,再予行针,计行针3~5度,然后再予留针。如此做法,对经气郁滞、气机逆乱而不易得气者有效。

针向迎随在中风偏瘫应用时,主要须根据针刺传感方向来进行调节。一般来说,针尖方向与针感方向是一致的,同时要根据具体情况,充分运用押手按压关闭和循摄,并调节捻转角度(方向)和提插幅度(方向),以促使针感向欲传导的方向走行和放散。

在取用头皮针治疗线针刺时,主要可采用快速捻转、小幅度提插和徐疾补泻等手法。焦顺发倡用的头皮针快速捻转法,要求高频率(200次/分),较易迅速引起

瘫侧肢体温热感应等变化,但一般较难在浅薄的头皮上达到如此的速度(这也是采用头穴电针来代替手法行针的主要原因),且易引起患者局部疼痛。上海中医学院汤颂延主张在头穴上应用小幅度提插手法,并长时间留针,配合肢体运动等法;中国中医研究院针灸研究所陈克彦则倡用头皮针徐疾补泻法。以上两法为朱明清所融会变通,称为抽气法(泻)和进气法(补),在针刺至头皮帽状腱膜下层时,用暴发外提或内插,以三退一进或三进一退为形式,临床应用确实可减轻局部痛苦、迅速提高瘫痪肢体肌力,从而提高了疗效。

## 2.2 飞经走气和接气通经

飞经走气四法,即青龙摆尾、白虎摇头、苍龟探穴和赤凤迎源,简称为“龙虎龟凤”,其中以以前两法,为中风偏瘫针刺常用者。青龙摆尾,得气后提针至穴位浅层,搬倒针身,执针柄不进不退,向左右缓慢反复拨动(幅度在45°以内)9次(或27次),使针感逐渐扩散,出针慢而后速闭针孔,此法可用于正虚而邪实者。也有用此法治疗上肢屈伸不利获效者,取穴如缺盆、肩髃、天井、腕骨、三间等经筋结聚处,先摇动患肢关节,进针得气后,向左右摆动针柄(针体不进不退)以摩擦经筋结聚处,常可使肌腱挛缩缓解,肢体逐渐伸展。白虎摇头,主要用于邪实者,进针至穴位深层得气后,拇食指扶住针尾,随患者呼吸,插针时左转一呼一摇,提针时右转一吸一摇,有疏通血脉、祛风化痰的功效。

接气通经和抽添法,为明代徐凤、汪机所倡用,均以“动摇、出纳、呼吸同法”,用治“瘫痪半身不遂之疾”(《针灸问对》)和“久患偏枯”(《金针赋》)者。在临床上,可根据汪机著述所示变通施术。其具体方法是,针刺得气后,随患者深呼吸的状态,呼气时向下插针,吸气时向上提针。实证者以提针为主,可“一拔再拔”,是为“抽气”;虚证者以插针为主,可“一插再插”,是为“添气”。此乃“抽添即提按出纳之状。抽者,提而数拔也;添者,按而数推也”(《针灸问对》)之义,如结合具体经脉,手足三阳经穴以呼气时用力紧插为主(吸气时慢提),手足三阴经以吸气时用力紧提为主(呼气时慢插),亦即“接气通经”之法。值得注意的是,以上两法均要掌握提插幅度小、不转动针体,并配合患者呼吸状态施术的关键,否则就很难取得激发经气传感的效果。至于上述两法,还有配穴、添穴的意义,本文将纳入“针刺感应和刺激强弱”部分来予以介绍。

## 2.3 多针,多向刺法和透穴刺法

在病变局部或腧穴处,用2支以上毫针刺入,以加强刺激,促使针感放散传导,可提高中风偏瘫的临床疗效。将2支或3支(甚而用4、5支)等长毫针同时刺

入穴内,进行大幅度捻转或上下提插,对弛缓性瘫痪或肌肉萎缩者,常可明显提高肌力。笔者常用此法,取四强穴(髌骨上缘中点直上4.5寸)和新伏兔穴(伏兔穴外5分),用3寸毫针多针刺入(体弱者用1支针),以治疗下肢瘫痪而股四头肌无力者,可引起向下肢远端迅速放散的强烈针感。此外,如齐刺法可缓解局部肌肉僵硬、肌腱挛缩;对刺法用2支针相向刺入,同时行针,可加强局部针感,迅速恢复瘫痪肢体运动功能。

一穴多向针刺法,有扩大刺激范围、减少进针次数而又起到多穴针刺目的的作用,实际上已含有透穴刺法的意义。中风偏瘫常见有上肢三角肌无力和肩部疼痛从而无法抬举的症状,对此可取用抬肩和肩髃二穴针刺。抬肩穴,位于肩峰前下1.5寸,直刺1.5~2寸;肩髃穴,则可强令患者抬臂(有人扶助),向极泉穴透刺,2寸左右,取得强烈针感后,再分别向臂臑、肩内陵(肩前腋前纹端与肩髃连线之中点)、肩髃透刺,使针感扩散至肩关节周围和前臂部(如有肩关节半脱位时则不可用之)。实际上,上述的多刺法亦即《灵枢·官针》合谷刺法的滥觞,读者自可举一反三。

透穴刺法是本病常用的针刺法,对中风偏瘫后遗症期、关节肌腱拘急挛缩者有一定效果。在临床上常采用阴阳经穴透刺和邻近两条经脉透刺的方法,以调和阴阳、疏通经络,促进气血循行。兹举其代表性穴位以资说明:上肢部,肩髃透臂臑,肩髃透臑会,曲池透少海,四渎透臂中(腕横纹与肘横纹连线中点,两骨之间),曲池透支沟,合谷透后溪;下肢部,梁丘透伏兔,血海透箕门,阳陵泉透阴陵泉,足三里透承山,三阴交透悬钟,昆仑透太溪等。此外,也有人应用督脉穴透刺法(大椎透至阳、至阳透筋缩、命门透腰阳关)取效者。值得指出的是,上述几种刺法针感强烈,只适用于体质较为强壮,一般情况良好,应用常规方法效果不显者;对于体质虚弱、血压过高或兼有心脏病、糖尿病等严重疾患患者就不合适。

## 征 稿

本刊“临证心得”“当代名医”和“针灸经络”栏目,深受广大读者厚爱。为了更好地办好上述栏目,特征稿如下:

(1)全国和各省、市、县名老中医的学术和临床经验;(2)已故各地名老中医的学术和临床经验;(3)对某病或证在治疗上的独特而有效经验;(4)在临床中有某一方面(如诊断辨证、方药应用、针灸运用等)高于教科书的心得和体会;(5)有价值 and 值得借鉴的医话或医案;(6)误诊病例分析;(7)中医病例讨论。欢迎各地作者按照本刊上述栏目的体裁撰写、踊跃投稿。

中医杂志编辑部