

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2014.13.022

临证心得

健脾调肝针法治疗早期中风后痉挛体会

王雪飞, 刘 红*

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010)

[摘要] 中风后痉挛病位主要在肝在筋, 以肝肾阴虚为本, 痰瘀互结于经脉为标, 治法以健脾调肝为主。中风后痉挛的治疗时机应选择在未发生痉挛的软瘫期干预, 采用“健脾调肝针法”治疗中风后痉挛, 要重视补益后天, 标本兼治, 取穴以背俞穴及远端肢体取穴为主, 所取腧穴为肝俞、脾俞、肾俞、阳陵泉、三阴交和太冲。

[关键词] 中风; 痉挛; 针法; 健脾调肝

中风是严重危害人类健康的疾病, 随着诊断和抢救治疗水平的提高, 病死率虽已大幅度下降, 但致残率却依然很高。痉挛是中风病的常见并发症, 中风后痉挛的发病率约为 65%^[1]。我国约有 500~700 万中风病生存患者, 有 325~455 万人中风后受痉挛的影响^[2]。中风后患者高痉挛状态是妨碍其肢体运动功能进一步恢复的最大障碍, 甚至导致关节畸形, 这种异常痉挛模式的存在, 使患者日常生活能力受到严重限制, 甚至终身需人照顾^[3-4]。我们通过早期应用“健脾调肝针法”治疗中风后痉挛, 现将治疗体会介绍如下。

1 病因病机

中医将痉挛归纳到“痉证”、“筋病”范畴。最早论述见于《黄帝内经》。《素问·痿论》曰:“肝气热, 则胆泄口苦, 筋膜干, 筋膜干则筋急而挛。”提出筋急而挛的病因为肝热。对于其病因病机古代文献中也有论述,《素问·至真要大论》曰:“诸暴强直, 皆属于风”;“诸风掉眩, 皆属于肝”。因肝为风脏, 精血衰耗, 水不涵木, 木少滋荣, 故见肢体强直、拘急。《景岳全书》中提到,“肝病则血病而筋失所养, 筋病则掉眩强直之类, 无所不至”;“偏枯拘急痿弱之类本由阴虚气中无血, 则病为抽搐拘挛”。明确提出了病位在肝在筋, 病因为风, 病机为筋燥血虚, 并提出了养血柔筋的治疗方法。综上所述, 痉挛的病位主要在肝在筋, 而中风后肢

体痉挛则主要是以肝肾阴虚为本, 肢体强硬拘挛为标, 随着病情发展, 筋失濡养而致瘫侧肢体痉挛。中风患者多发生于 40 岁以后的中老年人。《黄帝内经》云:“年四十而阴气自半”, 即四十岁后, 肝肾阴虚, 阴不制阳而易逆, 化火生风, 加之脏腑功能渐衰, 气化功能减退, 易生痰、生瘀, 故肝风挟痰挟瘀上扰清窍而致中风。研究发现, 在中风病的发病过程中, 痰和瘀贯穿始终^[5]。患者往往因饮食不节, 嗜食肥甘厚味, 或饮酒过度, 导致脾胃受损, 脾失运化, 痰浊内生, 壅滞经脉, 上蒙清窍而致中风。此外, 还应重视“治痿独取阳明”。阳明经是多气多血之经, 针刺阳明经经穴可以激发经气, 通调血脉, 濡养肌肉, 使肌体得以恢复健康。

2 治疗经验

2.1 治疗时机选择

中风后肢体运动功能的恢复有以下规律: 早期以肌张力下降为特点, 称为软瘫期; 此后大多出现以痉挛和共同运动为特点的痉挛期, 中风后肌张力开始恢复多在发病 1~2 周后出现^[6]。因此, 对中风后痉挛的干预涉及治疗时机的选择问题。回顾文献及从临床来看, 现代康复医学已经倾向于在未发生痉挛的软瘫期进行早期康复干预, 证实早期康复干预可以降低中风患者的致残率, 防止并发症发生, 提高其生活质量^[7]。但是早期针灸介入预防中风后痉挛的文献报道甚少, 传统针刺疗法在痉挛发生后对痉挛的改善多不令人满意^[8]。通过临床观察

* 通讯作者: wangxuefei80798@126.com, 15810212688

我们发现,早期预防性针刺能有效减少中风后偏瘫痉挛的发生,因此,针灸对中风后痉挛治疗时机的选择应转向在痉挛未发生的软瘫期进行干预。

2.2 治疗方法

我们在“健脾调肝”核心理论的指导下,对中风后痉挛的治疗积累了一定的经验。结合本院王乐亭教授提出的“治瘫十一法”和“中风十三治”的选穴经验,提出“健脾调肝针法”治疗中风后痉挛,其重视补益后天,标本兼治,取穴以背俞穴及远端肢体取穴为主,不同于传统针刺法,能减少对痉挛局部不当刺激而加重偏瘫肢体痉挛的风险。健脾调肝针法所取腧穴为肝俞、脾俞、肾俞、阳陵泉、三阴交和太冲。肝俞为肝经的背俞穴,肝主筋,开窍于目,所以筋挛瘕瘕,目视昏糊,取用肝俞。《素问·灵兰秘典论》云:“肾者,作强之官,技巧出焉。”肾主骨生髓,脑为髓之海,髓充则骨强,智多生巧,故针刺肾俞可益肾填髓、滋水涵木以益肝止痉。《素问·痿论》云:“肝主身之筋膜,……筋膜干则筋急而挛,发为筋痿。”可见“痿证”不仅包括通常理解的肌体萎废不用、痿软无力的状态,同时也包括了经脉拘急不利的症状,即痉挛。在“治痿独取阳明”理论指导下选用脾俞以奏健脾之效。阳陵泉为胆经合穴,胆与肝合,肝主筋,且位于膝下,膝为筋之府,故为筋会,可治疗筋病;太冲为肝经原穴,为肝脏原气输注、经过和留止的部位,针刺肝脏原穴有调整其脏腑经络虚实的作用;三阴交为肝脾肾三经交会穴,针刺之能调节肝脾肾三脏气血,不仅能健脾,还能起到补益肝肾之功效。综上,六穴配伍,可以健脾调肝而达到止痉的效果。

3 验案举例

例1:患者,女,47岁,因“右侧肢体活动不利3天”入院。患者自述3天前与家人生气后,突发右侧肢体无力,右上肢抬举不能,行走困难,伴右侧口角歪斜,言语含糊。辅助检查:头颅核磁共振提示左侧基底节区新发梗死。查体:神清,构音障碍,右侧中枢性面舌瘫,右侧肢体肌力3级,右侧肌张力低,腱反射活跃,右侧巴氏征阳性。患者为脑力工作者,平素性情急躁易怒,嗜食肥甘厚味。既往有高血压病、糖尿病病史。入院症见:右侧肢体力弱,右上肢抬举不能,行走时右下肢拖拽,伴右侧口角歪斜,言语含糊,偶有头晕,纳可,夜寐欠安,二便调。切其脉弦,舌红、苔偏黄。中医辨证为肝阳上亢。治疗:在现代医学常规

治疗的基础上采用健脾调肝针刺法,患者采取侧卧位,针刺主穴:肝俞、脾俞、肾俞、阳陵泉、三阴交和太冲,配穴:廉泉、承浆、地仓。采用2寸毫针针刺,平补平泻法,留针30min,每日1次,5次为1个疗程。2周后,患者肌张力较前增高,右上肢能抬举至胸,能独自缓慢行走,行走时右下肢略显拖拽,言语较前清晰,恢复正常肌张力后,始终未发生痉挛性瘫痪。继予“健脾调肝”针刺法治疗2周,患者症状进一步好转出院。2个月后复诊,患者右侧肢体活动基本如常人,言语流利清晰,口角歪斜完全缓解。可见,早期应用健脾调肝针刺法治疗中风,能有效预防痉挛性瘫痪的发生,减少并发症,提高患者生活质量。

例2:患者,男,60岁,因“头晕伴右侧肢体活动不利2个月”入院。患者自述2个月前于外院行冠状动脉介入术后,突发头晕,伴视物旋转、恶心,右侧肢体力弱,言语含糊。辅助检查:头颅核磁共振提示左侧桥脑新发梗死。外院治疗1个月余后头晕症状逐渐好转,但出现右侧肢体痉挛性瘫痪,查体:神清,构音障碍,伸舌右偏,右侧肢体肌力4级,右侧肌张力高,腱反射亢进,巴氏征阳性。患者平素嗜食肥甘厚味,近半年来时感焦虑。既往有高血压病、糖尿病、高脂血症及冠心病病史。入院症见:头昏沉,伴耳鸣,无视物旋转,右侧肢体力弱,右上肢能抬举至胸,行走时右下肢拖拽,言语略显含糊,偶有肩及髋关节痛,纳可,夜寐欠安,大便干,小便调。脉弦细,舌红少苔。中医辨证为阴虚风动。治疗:在现代医学常规治疗的基础上采用健脾调肝针刺法,患者采取侧卧位,针刺主穴:肝俞、脾俞、肾俞、阳陵泉、三阴交和太冲,配穴:听宫、听会治疗耳鸣,四神聪、百会、神门安神助眠。采用2寸毫针针刺,平补平泻法,留针30min,每日1次,5次为1个疗程。2周后,患者头晕缓解,肌张力较前降低,右上肢能抬举过肩,行走时右下肢拖拽较前明显改善,言语较前清晰。继予健脾调肝针刺法治疗2周,患者症状进一步好转,未诉头晕,右侧肢体活动基本如常人,肢体痉挛较前明显改善。本患者由于情志失调、饮食偏嗜、久病等原因,造成肝阴不足、阴虚风动,加之忧思伤脾,脾失健运、病变部位主要在肝,涉及肾和心、脾。因此,采用健脾调肝针刺法,兼顾心肾,还能够在痉挛发生后起到缓解痉挛的作用。

(下转第1170页)

吴宗贵(第二军医大学长征医院), 史大卓(中国中医科学院西苑医院), 吴伟(广州中医药大学第一附属医院), 朱明军(河南中医学院第一附属医院), 张敏州(广东省中医院), 毛静远(天津中医药大学第一附属医院), 王勇(中日友好医院), 刘红旭(首都医科大学附属北京中医医院), 施海明(复旦大学附属上海华山医院), 张明(辽宁中医药大学附属医院), 商洪才(天津中医药大学), 刘国正(中医杂志社)。

参考文献

- [1] Abbate A, Biondi Z, Occai GG, et al. Recurrent angina after coronary revascularization: A clinical challenge[J]. Eur Heart J, 2007, 28(9): 1057-1065.
- [2] Jerlock M, Welin C, Rosengren A, et al. Pain characteristics in patients with unexplained chest pain and patients with ischemic heart disease[J]. Eur J Cardiovasc Nurs, 2007, 6(2): 130-136.
- [3] Filippio O, Nicola B, Casagrande I, et al. Chest pain evaluation project[J]. G Ital Cardiol(Rome), 2009, 10(1): 46-63.
- [4] Son V, Phuong CT, Phuong MT, et al. Antithrombotic strategies in patients undergoing percutaneous coronary intervention for acute coronary syndrome[J]. Drug Des Devel Ther, 2010(4): 203-220. doi: 10. 2147/DDDT. S/2056.
- [5] Ronnevig M, Bjorsvik E, Gullestad L, et al. A descriptive study of early nonspecific chest pain after PTCA: Important area for the acute health care personnel[J]. Heart Lung, 2003, 32(4): 241-248.
- [6] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 经皮冠状动脉介入治疗指南(2009)[J]. 中华心血管病杂志, 2009, 37(1): 4-25.
- [7] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中华心

管病杂志编辑委员会. 中国经皮冠状动脉介入治疗指南 2012(简本)[J]. 中华心血管病杂志, 2012, 40(4): 271-277.

- [8] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 54-56.
- [9] Cutlip DE, Baim DS, Ho KK, et al. Stent thrombosis in the modern era: a pooled analysis of multicenter coronary stent clinical trials[J]. Circulation, 2001, 103(15): 1967-1971.
- [10] 中国中西医结合学会心血管专业委员会. 冠心病中医辨证标准[J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(5): 257.
- [11] 郝瑞席, 陈可冀, 史大卓, 等. 介入术后冠心病中医证候诊断标准的评价[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(8): 1036-1041.
- [12] 胡大一, 马长生, 王显. 心脏病学实践 2011: 中西医结合卷[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 78-79.
- [13] 刘红旭, 王玲, 尚菊菊. 1124 例急性心肌梗死住院患者中医证候特征与病死率相关性研究[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(4): 771-774.
- [14] Wang X, Lin Z, Ge J, et al. Relationship between Traditional Chinese Medicine Syndrome Type and Coronary Arteriography of Acute Coronary Syndrome[J]. Chin J Integr Med, 2003, 9(2): 116-119.
- [15] 王显, 胡大一. 急性冠脉综合征“络风内动”假说临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(3): 204-208.
- [16] 王显, 胡大一, 沙鸥, 等. 复方丹皮酚滴丸对 90 例不稳定型心绞痛患者血浆炎症标志物的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(5): 395-398.
- [17] 胡大一. “生命网”: 他汀降胆固醇的新模式和服务系统[J]. 中国医药导刊, 2004, 6(6): 468-469.

(收稿日期: 2013-12-20; 修回日期: 2014-02-20)

[编辑: 侯建春]

(上接第 1158 页)

参考文献

- [1] McGuire JR, Harvey RL. The prevention and management of complications after stroke[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 1999, 10(4): 857-874.
- [2] 王拥军. 卒中单元: 脑血管病医疗的方向[J]. 中华全科医师杂志, 2003, 7(4): 215-217.
- [3] Marra GA, D'Aleo G, Di Bella P, et al. Intrathecal baclofen therapy in patients with severe spasticity[J]. Acta Neurochir Suppl, 2007, 97(Pt 1): 173-180.
- [4] Lundström E, Smits A, Borg J, et al. Four-fold increase in direct costs of stroke survivors with spasticity compared with stroke survivors without spasticity: the first year after the event[J]. Stroke, 2010, 41(2): 319-324.

- [5] 宋毅, 裴建, 刘志丹, 等. 针刺干预缺血性中风病证候动态化及相关研究[J]. 中西医结合学报, 2009, 7(4): 334-341.
- [6] Welmer AK, Widén Holmqvist L, Sommerfeld DK. Location and severity of spasticity in the first 1-2 weeks and at 3 and 18 months after stroke[J]. Eur J Neurol, 2010, 17(5): 720-725.
- [7] 吴大鸿, 刘晓娟, 吴立新, 等. 早期康复训练对脑梗死患者偏瘫的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2006, 16(24): 3783-3785.
- [8] 祁营洲, 傅立新, 熊俊, 等. 针刺治疗中风后痉挛性瘫痪的系统评价[J]. 中国针灸, 2009, 29(8): 683-688.

(收稿日期: 2013-11-07; 修回日期: 2014-02-10)

[编辑: 洪涛]