

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.02.018

临证心得

基于治神观点重用“鬼穴”治疗中风后淡漠

韩德雄¹, 沈叶静², 申屠嘉俊², 马睿杰¹, 林咸明², 方剑乔², 高宏^{*}

(1. 浙江中医药大学附属第三医院, 浙江省杭州市莫干山路 219 号, 310005; 2. 浙江中医药大学)

摘要 中风后淡漠以目的行为减少、伴发于目的行为的情绪减少为主症, 属于中医学“神志病”范畴。孙思邈“十三鬼穴”是治疗神志病的经典效穴, 该十三穴分布于以任脉、督脉为主的 9 条经脉, 具有平调阴阳、开窍醒神、理气行血、宁心安神的作用。重用十三鬼穴治疗中风后淡漠能很好地改善患者淡漠状态, 增强目的行为和主动活动, 促使神经功能的进一步恢复。

关键词 中风后淡漠; 治神; 鬼穴

中风后淡漠是一种中风后常见的情感障碍, 表现为有目的的行为、认知减少, 伴发于目的行为的情绪减少^[1], 发病率为 15% ~ 55%^[2-3]。淡漠给中风的神经康复带来极大的负面影响^[4], 尤其在我国青年中风约占全部中风住院患者的 9.77%^[5], 更是给患者重归社会、重归家庭带来极大的障碍。因缺乏明确的诊断标准, 临床诊断为中风后淡漠者很少, 亦无系统的治疗方案, 是临床亟需解决的问题。

1 发病率高, 审证求因

早在 1991 年 Marin^[6] 便提出淡漠是一种主动性行为缺乏的症状, 但不能完全被意识障碍、抑郁以及认知功能障碍所解释。研究显示, 中风后抑郁并发淡漠的可能性很大^[7], 但二者的相关性尚未被发现^[8]。淡漠既可以单独继发于中风^[9], 也可以与抑郁或认知减退合并继发于中风。Meta 分析显示, 中风后淡漠发生率高达 34.6%, 且女性多于男性^[10]; 年龄 < 65 岁的患者平均发病率为 41.7%, > 65 岁者为 32.4%; 急性期 (发病 ≤ 15 天) 平均发病率为 39.5%, 恢复期为 34.3%; 首次中风患者平均发病率为 27.1%, 既往有中风病史者为 41.6%^[11]。

淡漠产生的核心是动机发生障碍, 而动机障碍可能与诸多结构有关, 如前扣带回皮层、腹侧苍白球、丘脑背内侧核、额眶叶皮层、多巴胺系统、颞叶海马等^[12-13], 尤其是额叶-皮质下环路可能是产生淡漠的责任区域^[14]。与淡漠密切相关的主要神经递质是多巴胺, 及其代谢有关的儿茶酚胺氧化甲基转移酶 (COMT) 基因和部分乙酰胆碱^[14], 同时与责任部位的低灌注和糖代谢有关^[15]。病因学研究显示, 淡漠的发生与年龄、教育经历、工作、认知等多种因素相关^[16], 且与年龄呈正相关^[17], 同时与中风部位关系密切^[17]。淡漠发生的病因病理相当复杂, 但目前尚无行之有效的治疗方案^[18], 主要是针对原发病治疗。

中风后淡漠的表现如神情淡漠、郁郁寡欢、反应迟钝、兴趣减退、精力下降, 与中医学“郁证”“卑慄”“癰病”“百合病”等有部分相似之处。“心者, 君主之官也, 神明出焉”, 故其发病与心神被扰密切相关; 且心为五脏六腑之大主, 而总统魂魄, 并赅意志, 故忧动于心则肺应、思动于心则脾应、怒动于心则肝应、恐动于心则肾应, 可见淡漠作为情志病, 与其他四脏亦相关联。又因其继发于中风病, 故临床在审查病因时, 常在中风病常见病因虚、火、风、痰、气、血的基础上, 再进一步结合脏腑经络审证求因。

2 审因论治, 重在治神

治神在中风后淡漠的治疗中至关重要。“凡刺

基金项目: 国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目 (国中医药人教发 [2013] 47 号); 浙江省中医重点学科 (浙中医药 [2017] 105 号); 浙江省“医坛新秀”项目 (浙卫发 [2017] 102 号); 浙江省中青年临床名中医项目 (浙中医药 [2017] 22 号)

* 通讯作者: qtgh@vip.qq.com, (0571) 8837497

之法,先必本于神”,从接诊患者开始察病态之神,到与患者交流给予患者信心的定患者之神,到医生聚神辨证处方选穴,再到医生全神针刺、得气和神等^[9],治神思想贯穿于四诊合参、因证立法、随法处方、循方选穴、辨穴施术之中风后淡漠治疗始终。本症之主病为中风病,其病机为心神被扰或因阳虚、阴虚、气虚、血虚、痰蒙、瘀阻,在治法上或镇肝熄风定神,或滋阴养营宁神,或益气养血安神,或涤痰开窍醒神,或化瘀通络养神等。治法既定,穴随法出,有治神作用^[2]的穴位较多,而我们认为,最具代表性的治疗神志病的穴位当属于孙思邈“十三鬼穴”。

3 重用鬼穴,病祛神安

中风后淡漠属于中医学“神志病”范畴,与心脑的功能异常密切相关。古人认为默默不语、谵语、哭笑无常等起病突然、表现怪异的病证与“鬼”相关,故将其治疗所用穴位命名为“鬼穴”,例如孙思邈十三鬼穴。十三鬼穴具体包括人中、少商、隐白、大陵、申脉、风府、颊车、承浆、劳宫、上星、会阴、曲池、舌下中缝。《备急千金要方》中详细记载了该十三鬼穴对应的穴位名称、具体定位、针刺先后、针入深度,以及使用火针的穴位,对后世临床具有重要的指导作用。该十三穴分布于以任脉、督脉为主的9条经脉,其中多为五输穴、交会穴、井穴、原穴等特定穴,尤其是人中、风府、劳宫、上星、少商、隐白、会阴、舌下中缝等穴位,是醒神开窍的重要穴位,具有平调阴阳、开窍醒神、理气行血、宁心安神的作用^[2],是治疗神志病的重要穴位。

4 验案举隅

患者,男,20岁,2016年6月7日初诊。主诉:表情淡漠1个月余。患者1个月前因“脑梗死(左侧基底节区),症状性癫痫”住院治疗,经抗血小板、抗癫痫、营养神经等治疗后出院,遗留表情淡漠。既往体健。刻诊:意识清楚,精神欠佳,定向力、理解力、计算力、记忆力正常,淡漠寡言,无主动言语及动作,纳眠可,小便偏黄,大便黏滞,舌红、苔黄腻,脉滑数。颅神经检查正常,右侧肢体轻瘫试验(+),右侧肢体肌张力、腱反射正常,左侧肢体肌力、肌张力、腱反射正常,右侧巴氏征(+),简化情感淡漠评估量表(MAES)30分^[2]。诊断:中风,中风后淡漠,证属湿热蒙蔽心神,治以清热利湿、开窍醒神。取穴:颞三

针、风池(双侧)、十三鬼穴、间使(双侧)、后溪(双侧)、阴陵泉(双侧)、足三里(双侧)。操作:患者先取坐位针风府穴,常规皮肤消毒后,用0.30mm×25mm华佗牌毫针(苏州医疗器械有限公司),针尖朝口,直刺1.5cm左右,得气不留针。然后取仰卧位,上述十三鬼穴除舌下中缝及会阴外均消毒后常规针刺,其中人中穴针尖斜向上45°刺,行雀啄法动留针,以患者双目流泪为度,其他穴位以得气为度。舌下中缝在所有穴位出针后行点刺微出血。鉴于会阴穴的特殊位置,与患者及家属充分沟通后同意进行针刺,最后针刺会阴穴,行针时注意隐私保护,取膝胸位,碘伏消毒,酒精脱碘后,针刺平补平泻,得气不留针。常规针刺穴共留针30min,每隔10min捻转1次,共捻转3次。每周治疗5次,休息2日。

治疗过程中,患者主动言语、动作、表情、配合度逐渐改善,经26次治疗后,表情明显丰富,对周围事物兴趣显著提高,能主动和家属进行日常生活沟通、和医生谈论治疗感受和希望改善的地方,并能主动读书看报,MAES评分5分,基本治愈。2016年11月9日电话随访,患者生活、学习正常。

按:本例患者属于青年中风,既往体健,无中风危险因素,急性期经神经内科积极治疗后病情稳定,肢体功能恢复较好,但遗留中风后淡漠,严重影响其日常生活和学习。就诊时患者淡漠寡言,无主动言语及动作,多次询问督促才配合回答,右侧肢体轻瘫试验(+),右侧巴氏征(+),纳眠可,小便偏黄,大便黏滞,舌红、苔黄腻,脉滑数。四诊合参,诊断为中风后淡漠,属湿热蒙蔽证。湿热阻滞,蒙蔽心神,清阳不升,导致神志淡漠,反应迟钝。鉴于患者首发中风,故治疗上取颞三针、风池、阴陵泉、足三里祛风化湿通络,作为基础治疗。再加十三鬼穴、间使、后溪主要治疗其淡漠,选择间使、后溪是遵照《针灸大成》关于十三鬼穴治疗“鬼病”的记载“更加间使、后溪尤妙”。诸穴合用,共奏开窍醒神、通关利窍的作用。

5 小结

中风后淡漠、抑郁、焦虑等心理疾病给患者带来极大的影响,但中风后淡漠的发病率与其被重视的程度明显不成正比。淡漠患者缺少动机,目的行为和情绪严重减少,妨碍了其与外界交流,同时因基本康复训练无法正常开展,给神经功能康复亦带

来严重影响^[4]。

中风后淡漠是一种神志病，治神在治疗中具有举足轻重的作用，十三鬼穴是治疗神志病的经典效穴。十三鬼穴中人中、风府、会阴、舌下中缝位于任脉、督脉，任脉为阴脉之海，督脉为阳脉之海，如此更能顺接阴阳，调气行血，达到醒神开窍的功效。十三鬼穴是一组局部和远道取穴相结合的综合选穴，体现了整体把握、重点突出的思想，对中风后淡漠具有良好的疗效。当然，治疗过程中还应重视以下三点：1) 与患者保持良好沟通，不断激励患者，增强其战胜疾病的信心。2) 与患者家属说明病情，以期家属给予患者更多的包容和鼓励，引导患者怡情逸兴，增强对周围事物、环境的兴趣，进一步激发其主动性。3) 规范的基础治疗对患者大有裨益，包括调节血脂、调控血压、抗血小板等治疗。

参考文献

- [1] 赵弘轶, 黄流清, 赵忠新. 淡漠综合征的诊治研究进展 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(18): 4646-4649.
- [2] ONODA K, KURODA Y, YAMAMOTO Y, et al. Post-stroke apathy and hypoperfusion in basal ganglia: SPECT study [J]. Cerebrovasc Dis, 2011, 31(1): 6-11.
- [3] MAYO NE, FELLOWS LK, SCOTT SC, et al. A longitudinal view of apathy and its impact after stroke [J]. Stroke, 2009, 40(10): 3299-3307.
- [4] HAMA S, YAMASHITA H, SHIGENOBU M, et al. Depression or apathy and functional recovery after stroke [J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2007, 22(10): 1046-1051.
- [5] 张微微, 张茁, 毕齐. 青年脑卒中 2359 例全国性多中心发病相关因素调查 [J]. 中国临床康复, 2003, 7(19): 2694-2695.
- [6] MARIN RS. Apathy: a neuropsychiatric syndrome [J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 1991, 3(3): 243-254.
- [7] STARKSTEIN SE, FEDOROFF JP, PRICE TR, et al. Apathy following cerebrovascular lesions [J]. Stroke, 1993, 24(11): 1625-1630.
- [8] WOOLLEY SC, ZHANG Y, SCHUFF N, et al. Neuroanatomical correlates of apathy in ALS using 4 Tesla diffusion tensor MRI [J]. Amyotroph Lateral Scler, 2011, 12(1): 52-58.
- [9] LIGTHART SA, RICHARD E, FRANSEN NL, et al.

Association of vascular factors with apathy in community-dwelling elderly individuals [J]. Arch Gen Psychiatry, 2012, 69(6): 636-642.

- [10] ANDALEN JW, MOLL VAN CHARANTE EP, NEDERKOORN PJ, et al. Poststroke apathy [J]. Stroke, 2013, 44(3): 851-860.
- [11] CAEIRO L, FERRO JM, COSTA J. Apathy secondary to stroke: a systematic review and meta-analysis [J]. Cerebrovasc Dis, 2013, 35(1): 23-39.
- [12] COOPER JC, KNUTSON B. Valence and salience contribute to nucleus accumbens activation [J]. Neuroimage, 2008, 39(1): 538-547.
- [13] KUMRAL E, EVYAPAN D, BALKIR K. Acute caudate vascular lesions [J]. Stroke, 1999, 30(1): 100-108.
- [14] ROBERT PH, MULIN E, MALLEA P, et al. Review: apathy diagnosis, assessment, and treatment in Alzheimer's disease [J]. CNS Neurosci Ther, 2010, 16(5): 263-271.
- [15] LEVY R, DUBOIS B. Apathy and the functional anatomy of the prefrontal cortex-basal ganglia circuits [J]. Cereb Cortex, 2006, 16(7): 916-928.
- [16] SANTA N, SUGIMORI H, KUSUDA K, et al. Apathy and functional recovery following first-ever stroke [J]. Int J Rehabil Res, 2008, 31(4): 321-326.
- [17] MURAKAMI T, HAMA S, YAMASHITA H, et al. Neuroanatomic pathways associated with poststroke affective and apathetic depression [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2013, 21(9): 840-847.
- [18] MIKAMI K, JORGE RE, MOSER DJ, et al. Prevention of poststroke apathy using escitalopram or problem-solving therapy [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2013, 21(9): 855-862.
- [19] 余瑾, 袁青. 靳瑞教授针刺治神经验介绍 [J]. 新中医, 2006, 38(10): 10-11.
- [20] 张智龙. 《素问》“凡刺之真, 必先治神”临证发微 [J]. 中医杂志, 2007, 48(6): 498-499.
- [21] 张汗, 赵梦云. 鬼穴探微 [J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(10): 4162-4163.
- [22] 潘小平. 重视卒中后情感障碍 [J]. 中国卒中杂志, 2012, 7(9): 716-720.

(收稿日期: 2018-03-20; 修回日期: 2018-10-09)

编辑: 侯建春