



郝学君针灸治疗脑干梗塞的经验总结

王 博¹ 李旭阳¹ 孙 晶¹ 张松兴^{2*} (1 辽宁中医药大学 辽宁沈阳 110032 2 辽宁中医药大学附属第二医院 辽宁沈阳 110034)

摘要: 脑干梗塞是脑卒中类型之一, 归属于祖国医学的“中风”、“卒中”等范畴。郝学君教授从事针灸临床工作数十载, 运用现代医学的解剖知识结合中医理论形成了“近病灶”治疗思想, 在治疗脑干梗塞时根据患者表现不同, 选择相应的头针穴区和体针穴位进行治疗, 临床疗效显著, 值得推广。

关键词: 郝学君 脑干梗塞 经验总结 针灸治疗 近病灶

中图分类号: R743.33 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)14-001-02

基金项目: 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[2016]42号)

Abstract: Brainstem infarction is one of the type of cerebral apoplexy, belonging to the traditional chinese medicine "apoplexia", "apoplexy". Professor Hao Xuejun has been engaged in clinical work for decades, the use of Chinese medicine theory formed a "near focus" for ideological anatomy knowledge of modern medicine. The treatment of brainstem infarction patients according to the different performance, select the appropriate scalp acupuncture and body acupuncture treatment. The clinical curative effect has been remarkable. It is worth of promotion.

Key words: Hao Xuejun brainstem infarction experience summary acupuncture treatment near focus

脑干由中脑、脑桥和延髓三部分组成, 为中枢神经系统最重要的部位, 上面连有第3~12对脑神经, 是大脑、小脑与脊髓相互联系的重要通路^[1]。当脑干发生卒中时, 致死率和致残率非常高, 严重影响了患者的生活质量^[2]。脑干梗塞常见的临床表现有眩晕、交叉性瘫痪、动眼神经麻痹、共济失调、语言障碍、吞咽困难等^[3], 郝学君教授运用现代医学的解剖知识结合中医理论形成了“近病灶”治疗思想, 采用头针结合体针治疗本病, 临床疗效显著, 值得推广。

1 祖国医学对本病的认识

祖国医学对脑干梗塞没有相关的命名, 根据其临床表现与发病机理, 多将其归属为“中风病”、“卒中”等范畴。《黄帝内经》认为外因是本病的首要致病因素, 其中描述“风之伤人也, 或为寒热, 或为热中, 或为寒中, 或为病风, 或为偏枯”。《金匱要略·中风历节病脉证并治》中记载:“夫风之为病, 当半身不遂, 或但臂不遂者, 此为搏。脉微而数, 中风使然。……邪气反缓, 正气即急, 正气引邪, 嚼僻不遂。邪在于络, 肌肤不仁; 邪在于经, 即重不胜; 邪在于腑, 即不识人; 邪入于脏, 舌即难言, 口吐涎。”其首创中风病之名, 对其病因、病机、证候进行了系统论述, 对后世医家产生了深远影响^[4]。宋人严用和《严氏济生方·中风候》中提到:“中风在伤寒之上, 为病急卒。……或因喜怒忧思惊恐, 或饮食不节, 或劳役过伤, 遂至真气先虚, 荣卫失度, 膜理空疏, 邪气乘虚而入。及其感也, 为半身不遂, 肌肉疼痛; 痰涎壅塞, 口眼喎斜, 偏废不仁, 神智昏乱; 为舌强不语, 顽痰不知, 精神恍惚, 惊惕恐怖; 或自汗恶风, 筋脉掣急, 变证多端。”书中对中风病因病机论述更重视内虚等内因^[5]。明·楼英《医学纲目》曰:“中风, 世俗之称也。其证卒然仆倒, 口眼喎斜, 半身不遂, 或舌强不言, 唇吻不收是也。然名各有不同, 其卒然仆倒者, 《经》称为击仆, 世又称为卒中”, 首次提出“卒中”一词^[6]。《景岳全书·非风》则说“非风一证, 即时人所谓中风证也。此证多见卒倒, 卒倒多昏瞶。本皆内伤积损颓败而然, 原非外感风寒所致。”提出了“非风”之说, 揭示了内虚才是本病发病的因素^[7]。清·叶天士的《临证指南医案》中记载“偏枯在左, 血虚不荣筋骨, 内风袭络……”是指中风所在病位, 因血虚筋脉失养所致。而在“……身肢麻木, 内风暗袭, 多有痺中之累”之句中, 则将“内风”列为了独立的病名^[8]。明清时期对中风病名逐渐细化, 还出版了关于中风病的专著, 将中风的概念往前推进了一大步。清代王励臣提出“脑髓说”, 更把脑部作为卒

中病理研究和治疗的主要对象, 这说明祖国医学在古时对卒中的认识已经接近现代医学上的脑血管疾病范畴^[5]。

2 现代医学对本病的认识

现代医学认为脑干梗塞是指椎基底动脉及其分支血管狭窄或闭塞致使中脑、脑桥或延髓发生缺血性坏死, 出现相应的神经系统症状和体征, 是相对较少的脑梗塞类型, 约占所有脑梗塞的9%~21%^[9]。由于梗塞灶位于中脑、脑桥、延髓, 常见的临床表现有眩晕、交叉性瘫痪、动眼神经麻痹、共济失调、语言障碍、吞咽困难等^[3]。

3 针刺治疗经验

3.1 擅用头针

郝学君教授将焦顺发头针的理论应用于本病的治疗, 主要选用的就是平衡区, 头晕时另加晕听区。

3.1.1 针刺操作: 患者取坐位, 局部常规消毒, 选用0.30~0.35mm×40mm~50mm毫针, 平衡区向下刺入, 晕听区水平刺入, 与头皮呈30°夹角, 将针快速刺入头皮下, 当针达到帽状筋膜下层时, 指下感到阻力减小, 此时将针沿着与头皮平行的方向继续捻转进针, 进针约1.5~2.0寸后留针, 为加强头针的刺激, 连接电针仪, 在同一侧的穴位连接一对电极, 选用疏密波, 时间为30分钟, 电流强度以病人有明显感觉为度, 针刺风池穴时毫针向鼻尖方向斜刺0.8~1.2寸, 针刺风府穴时针尖应稍向上斜刺, 以直抵颅骨为度, 针刺哑门穴时针尖应稍向下斜刺, 进针长度以针尖抵达第二颈椎棘突为度, 每天1次, 每周5次, 10次一疗程。

3.2 配合体针

郝学君教授在治疗本病时配合体针, 主穴取风府、双侧风池, 配穴根据不同的临床表现相应处置, 如交叉瘫痪在表现上分为中枢性面瘫和肢体偏瘫, 面瘫患侧面部头维、攒竹、阳白、丝竹空、瞳子髎、四白、颧髎、牵正、地仓、颊车、夹承浆、大迎、迎香; 偏瘫取瘫痪肢体臂臑、肩髃、肩髃、曲池、尺泽、四渎、外关、合谷、梁丘、血海、阳陵泉、阴陵泉、足三里、三阴交、太冲、中脉、照海、足临泣; 共济失调取中脉、照海; 吞咽困难、语言障碍取哑门、廉泉、内关、太溪; 动眼神经麻痹取攒竹、丝竹空、瞳子髎、承泣、四白、太阳; 头晕取百会、神庭、本神、上印堂、太阳。

3.2.1 针刺操作: 患者取坐位, 局部常规消毒, 针具同头针针具, 头面部穴位平刺或斜刺进针0.5~1.0寸, 四肢穴位直刺1.0~1.5寸, 太冲、中脉、照海直刺0.5~0.8寸, 平补平泄捻转手法, 留针30分钟, 日1次, 每周5次, 10次一疗程。

4 选穴依据

4.1 头针

郝学君教授选取平衡区作为基础头针是因为平衡区相当于小脑半

作者简介: 王博(1990-), 男(汉), 辽宁省大连市, 2015届在读硕士研究生, 研究方向: 针灸推拿学。

*通讯作者: 张松兴(1977-), 男(汉), 主任医师, 博士, 研究方向: 针灸临床。



球及脑干在头皮上的投影^[12]，现代医学认为，脑梗塞灶周围的半暗带，神经细胞虽无功能，但仍处于可逆状态^[10]，及时有效的治疗可复活这部分神经元。有研究表明^[11]，针刺头皮可通过增加脑血流量、改善脑微循环而加快缺血脑组织的恢复，有效解除因脑缺血而引起的微血管高度痉挛，使周边侧支代偿血流及时涌入缺血区，从而改善脑血流状态。因此针刺平衡区可以促进脑干功能的恢复。

4.2 体针

风池、风府穴是历代医家治疗中风的要穴，《古法新解会元针灸学》^[13]：“风池者，在项两旁陷处如池，又系脑后大经脉管交叉之处，风邪易入而煽注太阳经，内邪一动，即为中风之类，若无内邪而发感冒之类，故名风池”。在针刺风府、哑门时分别直抵颅骨和颈椎椎体，这是为了更靠近病灶，更好的发挥针刺作用，同时还可以保证这两个穴位在针刺时的安全。选用电针来加强刺激病灶处，从而让病灶处的血液流量增加，以抑制脑缺血后脑内神经细胞的凋亡，对脑损伤具有一定的保护作用^[14]。

中医认为足太阳经筋为“目上冈”，足阳明经筋为“目下冈”，故而眼睑不能闭合为足太阳与足阳明经筋功能失调所致，口颊部主要为手太阳和手、足阳明经筋所致，因此面瘫主要系该三条经筋功能失调所致^[15]。《灵枢·刺节真邪篇》曰“虚邪偏客于身半，其入深，内居荣卫，荣卫稍衰，则真气去，邪气独留，发为偏枯。”明确指出中风偏瘫是因为正气不足，外邪入中所引起，郝学君教授在治疗脑干梗塞所致的交叉瘫时多选择手足阳经的穴位，激发手足阳经的阳气，再配合近病灶的取穴，更有利于交叉瘫的恢复。

《备急千金要方》：“治久风、卒风、卒发动不自觉知……或口噤不言，涎唾自出……即灸廉泉……”，在古代的著作中就已经提出治疗中风后吞咽困难和语言障碍的取廉泉。内关为心包经的络穴，心包经别循行喉咙，心开窍于舌；太溪为肾经的原穴，肾经起于足底涌泉穴，沿下肢内后侧上行至腹胸，而终于喉咙、舌根，通于廉泉；所以针刺内关、太溪有利于语言和吞咽的恢复。《黄帝内经·至真要大论》中指出：“诸风掉眩，皆属于肝”，《丹溪心法·治病必求于本》中指出：“厥阴为标，风木为本，风邪伤于人也，掉摇而眩转”，中医认为中风后头晕是内风所致，故而用风池、风府熄风。古代文献没有动眼神经麻痹的命名，其归属于中医的“风牵偏视”、“睑废”、“上胞下垂”、“视歧”等，《灵枢·经筋》中云：“足太阳之筋……其支者，为目上冈，……足少阳之筋……其支者，结于目眦为外维，……足阳明之筋……太阳为目上冈，阳明为目下冈。”可见足三阳经筋结聚于眼及其周围，共同作用支配着眼睑的开阖，眼球的转动^[16]，所以针刺足三阳经上的攒竹、瞳子髎、承泣、四白有利于动眼神经的恢复。

5 典型案例

梁某，男，56岁，于2016年12月22日无明显诱因出现言语不利伴右侧肢体无力，家属立即带患者就诊于沈阳军区总医院，查头CT示：腔内多发梗塞，入院治疗，入院后完善头MRI示：双侧桥臂、右侧小脑半球见斑片状、点状弥散受限高信号，入院期间出现吞咽困难、双侧面瘫，患者经抗凝、清除自由基、改善循环等治疗出院。遗留站立不稳、吞咽困难、双侧面瘫，患者为求康复治疗来我院，时症见：站立不稳、吞咽困难、饮水呛咳、留置胃管、鼻饲饮食、双侧面瘫。病来无意识障碍。查体：神清，语言欠流利，双瞳孔等大正圆D=5mm，对光反射左眼球消失，右眼球减弱，角膜反射减弱，眼球各项运动灵活，额纹消失，双侧鼻唇沟变浅，不能示齿，伸舌右偏，右侧肢体肌力5级，肌张力正常，肱二、三头肌腱反射L(++)R(++)，跟腱反射L(++)R(++)，面部感觉减退，无深感觉障碍，双侧指鼻试验欠稳准，双侧轮替试验笨拙，双侧跟膝胫试验欠稳准，双巴氏征(-)。脊柱及四肢正常。辅助检查：头CT：1.腔隙性脑梗塞伴软化灶（右侧小脑、左侧桥臂、双侧基底节、右侧侧脑室旁可见低密度影）；2.脑白质缺血。头MRI：双侧桥臂、右侧小脑半球见斑片状、点状弥散受限高信号（2016.12.23陆军总院）西医诊断：脑梗死，小脑梗死。

治疗：运用头针结合体针的方法，取平衡区、风府、哑门、下廉泉，双侧风池、承泣、太阳、头维、攒竹、阳白、丝竹空、瞳子髎、四白、颧髎、牵正、地仓、颊车、夹承浆、大迎、迎香、三阴交、太溪、太冲，进针适当深度后留针，为了加强刺激，在平衡区每根针各加一对电针，同侧风池、风府一对电针，共四对电针，选用疏密波，时间为30分钟，电流强度以病人有明显感觉为度，日一次，每周5次，针刺1周左右，胃管拔除，可自行进流食，饮水呛咳改善明显；针刺2个月左右，已经可以稳定站立，而且可辅助器具行走；左侧面瘫已经近乎痊愈，左侧鼻唇沟明显，额纹出现，右侧鼻唇沟略浅，额纹不明显。

6 总结

祖国医学认为头部是人体全身经络密集的部位^[17]，《灵枢·邪气藏府病形篇》记载“十二经脉，三百六十五络，其血气皆上于面而走空窍”。《难经·七十四难》亦认为“人头者，诸阳之会也”的记载，为头针治疗中风病提供了理论依据^[18]。郝学君教授根据其数十年的临床经验总结出来的“近病灶”治疗思想，即在治疗疾病时，一定要在病变部位或尽可能接近病变部位处有针对性的进行治疗^[19]。郝学君老师认为脑干梗塞所带来并发症的“病灶”有两个方面，一个在脑，另一个是脑损伤所产生的外在表现，治疗时必须两方兼顾，方可保证疗效，因此，在治疗脑干梗塞的过程中，头针和体针的配合运用才能使得治疗效果更加确切。此外，郝学君老师认为脑干梗塞的致死率颇高，在治疗过程中必须配合理疗、功能训练等康复手段，在必要时可采取一定的介入治疗，从而降低患者致残的概率，提高患者的生活以及生命质量。

参考文献

- [1] 孙庆华. 脑干卒中111例临床与影像学分析[D]. 大连医科大学, 2011.
- [2] 薛永全. 敦化市医院住院脑梗死患者临床分析[D]. 延边大学, 2006.
- [3] 陆璐. 100例脑梗死的临床特点分析[D]. 吉林大学, 2010.
- [4] 刘悦, 凌方明, 章小平等. 分期针刺配合康复训练对急性脑梗卒中的早期康复[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(11):689-690
- [5] 李雨蔓. 针灸治疗脑梗死的临床研究进展[D]. 北京中医药大学, 2016.
- [6] 张少芸. 针灸调任通督法治疗脑梗塞恢复期临床研究[D]. 广州中医药大学, 2009.
- [7] 王琼. 头针治疗脑梗死的临床与实验研究[D]. 湖北中医药大学, 2011.
- [8] 许世波. 针灸治疗脑梗死取穴规律研究[D]. 天津医科大学, 2016.
- [9] 汤华萍, 李美英, 夏峰. 脑梗死的相关危险因素及血管病变分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2013, 07:22-23.
- [10] 杨柳. 头针结合康复体位及高压氧治疗脑梗塞的临床研究[D]. 河北医科大学, 2011.
- [11] 周厚勤. 病灶定位围针治疗急性脑梗塞的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2009.
- [12] 朱杰彬. 运动针法配合背俞穴艾灸治疗卒中后平衡障碍的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2014.
- [13] 焦会元. 古法新解会元针灸学[M]. 北京泰山堂书庄铅印本, 1937.
- [14] 孙士红. 电针治疗脑梗塞后偏瘫的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2005.
- [15] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003:69.
- [16] 董敏. 针刺眼部经筋治疗动眼神经麻痹的临床疗效观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2012.
- [17] 张红星, 周利, 张唐法. 头针对大鼠急性局灶性脑缺血再灌注损伤的影响. 浙江中西医结合杂志, 2006, 16(5): 268-269.
- [18] 周利, 张红星. 头针治疗卒中易感型自发性高血压大鼠的实验研究. 上海针灸杂志, 2006, 25(6):42-44.
- [19] 修宇, 张松兴. 郝学君针刺治疗中风痉挛性瘫痪的临床经验[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 08:923-926.