

基于Brunnstrom理论探讨中风偏瘫的针灸策略

管兴淳¹, 唐巍², 付周婷¹, 龚丽¹, 丰丽媛¹, 李斯亮¹

(1. 安徽中医药大学研究生院, 安徽合肥 230012;

2. 安徽中医药大学针灸推拿学院, 安徽合肥 230012)

[摘要] 基于Brunnstrom偏瘫六阶段理论探讨针灸治疗中风偏瘫的临床策略是传统针灸疗法与现代神经发育学疗法的有机结合。根据Brunnstrom理论,在弛缓阶段用针刺诱发肌肉张力,痉挛阶段针刺痉挛肌及其拮抗肌以平衡阴阳,分离运动阶段将针刺重点转移到局部,后遗症阶段用多种针灸适宜技术杂合以治。

[关键词] Brunnstrom分期; 针刺; 中风; 偏瘫

[中图分类号] R493; R246.6 **[DOI]** 10.3969/j.issn.2095-7246.2018.01.002

脑血管意外又称“脑卒中”或“中风”,是一组起病急、血管源性、引起持续的神经功能缺损的临床综合征。本病是临床常见的急性病,近10年来,脑卒中一直是全球致残率第一、死亡原因第二的疾病,其致残率为70%~80%^[1-2]。针灸治疗中风偏瘫疗效肯定,结合现代康复理论探讨针灸治疗选穴可为临床提供新的研究思路,有较好的临床实用价值。

1 Brunnstrom理论对中风偏瘫的认识

根据Brunnstrom理论,中风偏瘫可细分为6期,按照各期的不同特点可将脑卒中后偏瘫归纳为4个阶段,即弛缓阶段(Brunnstrom I~II期)、痉挛阶段(Brunnstrom II~IV期)、分离运动阶段(Brunnstrom V~VI期)、后遗症阶段。此理论认为,中风后偏瘫肢体的功能恢复不是一个曲线恢复的过程,在脑卒中的进程中可能停留于某一阶段不再发展,但不会跃过某一阶段进入下一阶段^[3]。Brunnstrom理论是临床康复治疗以及针灸取穴的基础,也是评价疗效的依据,若某种治疗方法引起病理模式的加重,产生“误用综合征”,则表明该种治疗方法无效^[4]。此外,Brunnstrom理论指出中枢性瘫

痪和周围性瘫痪的本质区别,即前者是运动模式的改变(质变),后者是肌力减弱的改变(量变)。对于中枢性瘫痪,患者的康复治疗应从针对肌力大小的训练转向恢复运动模式训练。这一认识对针灸治疗偏瘫取穴也有一定的临床指导意义。

2 基于Brunnstrom分期探讨中风偏瘫针灸策略

2.1 弛缓阶段:诱发张力

2.1.1 体针选穴、刺灸量学要求及其依据 上肢多取健侧屈肌群穴位,肩部选取肩髃、极泉等穴位,上臂以手三阴经穴位、肱二头肌处穴位(手五里)为主,肘部选取曲池、尺泽、曲泽等穴位,前臂以肱桡肌、桡侧腕屈肌、掌长肌处穴位(间使、内关)为主。适量配以手三阳经穴位(肩髃、曲池、手三里、合谷)。

下肢多取肢体伸侧穴位,髋部选取臀大肌处穴位(环跳),大腿以足阳明经、足少阳经、股四头肌处穴位(风市、梁丘)为主,小腿以足太阳经、足少阳经、小腿三头肌处穴位(阳陵泉、足三里、悬钟)为主,足部选取解溪、昆仑等穴位。

每次在各部选取1~2个穴位,交替选穴,接电针,选用断续波(约3s为1个断续周期)刺激10~15min,每日1次。

以上方案适用于中风偏瘫弛缓阶段(Brunnstrom I期,弛缓期,牵拉无反射),或称软瘫期,病程多处于脑卒中发病后1~2周。本期采用传统的“巨刺法”。《灵枢·官针篇》:“巨刺者,左取右,

基金项目: 国家自然科学基金项目(81373711);安徽高校科研创新平台团队建设项目(2015TD033)

作者简介: 管兴淳(1994-),男,硕士研究生,康复治疗师

通信作者: 唐巍, tangwei2633@163.com

[11] 张伯臾. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985.

[12] 张介宾. 类经[M]. 北京:人民卫生出版社, 1965:729.

[13] 周子干. 慎斋遗书[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 1987:194.

[14] 王九峰. 王九峰医案[M]. 北京:中国中医药出版社, 1994:120.

[15] 林佩琴. 类证治裁[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 114.

[16] 姜春华, 沈自尹. 中医治则研究[M]. 2版. 上海:上海科学技术出版社, 1983:26.

[17] 冯兆张. 冯氏锦囊秘录[M]. 北京:人民卫生出版社, 1998:177.

右取左。”脑卒中后因躯干部受双侧皮质脊髓束神经传导束支配一般无功能障碍,因而,此阶段患者表现为对侧肢体弛缓性瘫痪,此时针刺选穴以健侧穴位为主,患侧为辅。断续波能提高瘫痪肌肉组织的兴奋性,并刺激横纹肌的收缩,以提高弛缓期肌肉的张力,交替选穴且刺激时间过长,可有效避免因持续刺激同一穴位产生的耐受,还可减轻患者因针刺产生的不适。刺激健侧躯体则可通过中枢神经的交叉换元传导而达到激发患侧残存神经细胞、促进潜伏通路及休眠突触活化的作用^[5]。

2.1.2 头针选穴、刺灸量学要求及其依据 头针:顶颞前斜线上1/5、中2/5及顶旁2线,辅以头部穴(百会、四神聪)。头部有丰富的毛细血管,头针刺刺激不但可扩张血管、改善微循环,而且针刺头部部位时产生的生物电还能影响大脑皮质功能状态,在脑卒中初期可有利于周围神经修复、再生、激活,又可抑制神经的异位兴奋^[6]。顶颞前斜线上1/5、中2/5分别治疗对侧下、上肢的中枢性瘫痪,辅以百会调督、四神聪醒神,深刺至帽状腱膜处,结合体针,共奏“醒脑开窍”“调督醒神”之功。

2.2 痉挛阶段:平衡阴阳 上肢取伸肌群、手三阳经穴。相应的穴位主要包括三角肌处穴位(肩髃)、桡侧腕伸肌处穴位(曲池、手三里)、肱三头肌处穴位(清冷渊)、前臂穴位(外关)、手部穴位(八邪)。

下肢取屈肌群髂腰肌处穴位(髀关)、大腿内侧肌群处穴位(曲泉、血海)、小腿内侧肌群处穴位(阴陵泉、三阴交、太溪)等,辅以股二头肌、半腱肌处穴位(承扶、殷门)、胫骨前肌处穴位(足三里、条口)、腓骨长短肌处穴位(阳陵泉、悬钟)。

上、下肢各取3~5穴交替,采用0.3 mm×50 mm毫针,轻刺不灸,毫针泻法,留针20~30 min。

以上方案适用于中风偏瘫痉挛阶段(Brunnstrom II~IV期),多发生于脑卒中发病后0.5~4个月,一般处于Brunnstrom II期(轻度痉挛期,出现联合反应,共同运动)、III期(共同运动,痉挛加剧达峰值)、IV期(部分分离运动阶段,痉挛减弱,脱离共同运动模式)。中风偏瘫后弛缓与痉挛阶段,弛缓属阴,痉挛属阳,依据阴阳相互转化原理,当弛缓期达峰值势必会向痉挛转化,毫针泻法属阴,能有效克制痉挛(阳强)状态。在此期,兴奋性的针灸刺激往往会增高患者的肌张力,使患肢表现为上肢屈肌痉挛模式,下肢伸肌痉挛模式,这对患肢的功能恢复十分不利。良姿位可有效对抗上肢屈肌和下肢伸肌痉挛,在良姿位针刺时,既可促进患肢肌力和肌张力的提高,又能抑制相应的痉挛模式,加速分离运动

的引出,研究表明在良姿位下针刺效果明显优于平常体位针刺^[7]。因此,根据此时偏瘫的上肢以屈肌为主、下肢以伸肌为主的痉挛模式,在针刺选穴时应主要选取偏瘫侧肢体相应的拮抗肌群,兴奋拮抗肌以对抗痉挛肌。研究表明,针刺痉挛肌拮抗肌上的经穴,可兴奋拮抗肌群的运动神经细胞通路,抑制痉挛肌群的运动神经细胞通路和痉挛肌受体的激活,从而缓解痉挛^[8]。其机制可能是针刺可调节 α 运动神经细胞活动^[9]。依据肢体痉挛异常运动模式,分为痉挛优势肌和拮抗肌,按照抑制痉挛肌原则选穴,可采用以下3种取穴方法:①痉挛拮抗肌取穴;②痉挛优势侧取穴;③痉挛优势侧与劣势侧同时取穴^[10-13]。

2.3 分离运动阶段:整体局部 选择十宣、鱼际、八邪、足临泣、八风;采用0.3 mm×25 mm毫针平补平泻,留针30 min。

此方案适用于分离运动阶段(Brunnstrom V~VI期),一般为脑卒中发病后4~6个月,处于Brunnstrom V期(分离运动阶段,自主运动建立期)和VI期(协调运动阶段,精细运动,运动接近正常)。从Brunnstrom分期可知,患肢的协调运动以及患侧手足的精细运动为此期治疗重点,因而可将针刺治疗方案调整为侧重局部治疗^[14]。在加强手功能训练、精细作业治疗基础上,针刺取穴除拮抗肌取穴外,手部可用梅花针叩刺十宣,针刺鱼际、八邪矫正手指屈曲痉挛、踝足部加足临泣、八风,以矫正足内翻,此期可采用动态交替取穴,降低穴位对针刺的耐受,通过针刺兴奋手法和抑制手法的双向调节作用,提高肌张力低下肌肉的兴奋性,降低肌张力,促使患肢的运动功能更加协调^[15]。此外,尚有十二井穴大接经、原络大接经取穴法。《针灸大成》曰:“大接经治中风偏枯,从阳引阴,从阴引阳”,这些方法也为局部手功能障碍治疗提供思路^[16]。

2.4 后遗症期的康复治疗:杂合以治 耳穴:皮质下、肾上腺、内分泌、神门、额;肝阳上亢者加肝、胆,痰湿中阻者,加脾。用王不留行或磁珠贴压,每日刺激2~3次。

脑卒中后遗症期多指因失治、误治在相当长的一段时间内停留在某一阶段功能不再恢复,或进展极缓慢。临床上有的在发病后6~12个月,但多在发病后1~2年。此阶段患者多出院在社区进行康复训练,仍存在部分功能障碍以及再次中风的可能。针对临床上脑卒中的高复发率,应注意采用预防性针刺防止脑卒中的再发生。应积极预防糖尿病、冠心病、心脏瓣膜病、高血压等高危因素。可选用耳穴

“皮质下、肾上腺、内分泌、神门、额”改善血液浓、黏、聚、凝状态,调节生化指标异常,促进神经的生长和重组^[17];“肝、胆”平肝止眩;“脾”化痰湿。

3 小结

基于 Brunnstrom 分期理论探讨中风后偏瘫患者的康复治疗对提高临床疗效,具有积极意义。中风偏瘫恢复是一个不断变化的复杂过程,因此,根据中医学辨证论治的原则,针灸的选穴亦应不断变化。脑卒中发生后,应充分认识患者之间的个体差异,在针刺过程中根据患者的病情及舌象、脉象进行随证加减。完整的针灸处方除了选择相应的穴位,还包括刺灸法的选择,针刺治疗脑卒中后偏瘫的“针刺量学”要求主要有针刺频率、时间、留针与否、是否加电针、电刺激参数、针刺深浅、得气感、针刺补泻等一系列指标,这些尚未有明确的标准。因此,中风后痉挛性偏瘫的针灸治疗亟需统一规范,以便更好地提高临床疗效。

另外,越来越多的研究认为,采用以现代康复理念指导下的中西医综合康复疗法是治疗本病的最佳方案。规范化的康复治疗,能够刺激神经细胞再生以及神经细胞突触间递质的释放与再摄取,从而促进大脑皮质功能重组,最终能够较好地促进患侧肢体功能的恢复^[18]。按照《关于功能、残疾和健康的国际分类》理论,人体功能障碍的评定可分为功能形态障碍、个体能力障碍和社会生活障碍 3 个层次^[19],无论中药、西药还是针灸、推拿,仅仅从改善功能形态障碍方面是远远不够的,只有通过综合性干预手段,才能更好地改善患者的功能障碍。目前,众多学者在结合康复治疗中风的过程中,多只引入康复评定方法,并未引入康复功能训练方法^[20-21]。针对中风后肢体的功能障碍,临床中针灸医生应严格界定中风偏瘫所处阶段,以便选用不同的针灸方案。因此,如何将康复手段与针灸有机结合,应用于临床,进行基于 Brunnstrom 理论对中风偏瘫分期的针灸临床研究,是下一步的工作方向。

参考文献:

[1] MARQUEZA-CHIN C, BAGHER S, ZIVANOVIC V, et al. Functional electrical stimulation therapy for severe hemiplegia: randomized control trial revisited[J]. Can J Occup Ther, 2017,84(2):87-97.

[2] YITSHAK SADE M, NOVACK V, IFERGAN G, et al. Air pollution and ischemic stroke among young adults[J]. Stroke, 2015,46(12):3348-3353.

[3] 于维东. 偏瘫康复的理论与实践[J]. 现代康复, 2001,5(3):5-8.

[4] 肖霞,张瑞林. 针刺配合康复训练治疗社区脑卒中偏瘫[J]. 中国实用医药, 2012,7(2):248-249.

[5] 潘雷,迟越. 结合 Brunnstrom 理论探讨卒中后偏瘫体针的选穴思路[J]. 中国康复医学杂志, 2006,21(11):1037-1038.

[6] 梁永瑛,徐平. 针灸治疗中风偏瘫选穴规律研究[J]. 上海针灸杂志, 2007,26(10):28-30.

[7] 董贇. 脑卒中患者良姿位针刺的临床疗效[J]. 中国康复, 2001,16(2):98.

[8] 张志远,冉鹏飞. 针刺拮抗肌腓穴治疗脑卒中致上肢肌痉挛临床研究[J]. 中医学报, 2011,26(1):99-100.

[9] PARK S W, YI S H, LEE J A, et al. Acupuncture for the treatment of spasticity after stroke: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Altern Complement Med, 2014,20(9):672-682.

[10] 李佩芳. 针刺拮抗肌群治疗脑卒中后肌张力增高[J]. 中国康复, 2001,16(1):42-43.

[11] 陈敬君. 针刺手三阴经穴治疗脑卒中后偏瘫上肢拘挛的疗效观察[J]. 中国临床康复, 2002,6(1):118.

[12] 章薇,刘智,刘伍立,等. 针刺协调肌张力平衡治疗脑卒中痉挛性瘫痪 64 例临床观察[J]. 湖南中医药导报, 2001,7(9):464-465.

[13] 娄必丹,刘伍立. 泻阴补阳法论治脑卒中后痉挛性瘫痪[J]. 针灸临床杂志, 2002,18(12):1-2.

[14] 黄统强. 分期针刺治疗脑卒中偏瘫的临床研究进展[J]. 实用心脑血管病杂志, 2013,21(7):18-19.

[15] 马素慧,窦娜,陈长香,等. Brunnstrom 分级取穴治疗脑卒中后偏瘫的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2010,37(8):1572-1574.

[16] 杨佃会,宋洪堰,高华伟,等. 十二井穴大接经针法与原络大接经针法治疗中风恢复期疗效比较[J]. 上海针灸杂志, 2014,33(3):195-197.

[17] 唐巍,高忻洙. 针刺治疗脑卒中作用机制研究进展[J]. 安徽中医学院学报, 2001,20(1):56-59.

[18] 韦坚. 脑卒中偏瘫患者规范化康复研究[J]. 河北医学, 2011,17(8):1014-1017.

[19] 许健鹏. 浅议高校教材《中医康复学》[J]. 中国康复理论与实践, 2001,7(1):36.

[20] 朱长山. 针灸结合康复医学治疗脑中风病的研究述要[J]. 实用中医内科杂志, 2004,18(2):92-93.

[21] 郭泽新,汪润生. 治疗中风偏瘫需要针灸与康复医学的结合[J]. 中国针灸, 2002,22(4):268-270.

(收稿日期:2017-06-13;编辑:张倩)

《太平圣惠方》从脾治疗多种病证的临床意义探析

郝 军,姜 娜,雷海燕,史海霞

(上海交通大学医学院附属第九人民医院,上海 201900)

[摘要]北宋医籍《太平圣惠方》记载从脾治疗“多涎”“心腹疼痛”“呕吐酸水”“脾藏中风”“咽喉不利”“舌强不语”“口舌生疮”“舌肿胀”等多种病证,从藏象理论以脏腑结合经络方法对此进行分析探讨,发现《太平圣惠方》从脾论治的疾病既涵盖现代医学消化系统疾病,也包括其他系统疾病如脑血管疾病、口腔黏膜病变,对临床具有重要的启发和指导作用。

[关键词]太平圣惠方;脾;藏象学说;脏腑辨证学说

[中图分类号]R246.1 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.01.003

《太平圣惠方》成书于北宋初期,虽然名为方书,实际上是对医学各科疾病的辨证论治进行了全面系统的总结,其内容亦是理、法、方、药俱备。“从脾论治”是脾藏象理论应用于临床的具体体现,也是研究脾藏象理论对临床指导作用的切入点,能够为临床各系统疾病及疑难杂症开辟新的诊疗思路。笔者通过分析发现,《太平圣惠方》记载了从脾治疗“多涎”“心腹疼痛”“呕吐酸水”“脾藏中风”“咽喉不利”“舌强不语”“口舌生疮”“舌肿胀”等多种病证。现遵循藏象学说及脏腑经络辨证研究的思路,从脾本脏病证及脾经络所系肢体官窍病证两个方面进行探讨,以启发和指导临床从脾治疗多种现代疾病。

1 脾本脏病证的定位定性及治法方药

1.1 脾本脏病证的定位 对于脾病的辨证论治,

基金项目:上海市卫生和计划生育委员会中医药科研专项(2016JP002)

作者简介:郝军(1962-),男,博士,副主任医师

《太平圣惠方·卷第五》列“治脾藏风壅多涎诸方”“治脾藏虚冷泄痢诸方”“治脾气虚腹胀满诸方”“治脾藏冷气攻心腹疼痛诸方”“治脾藏冷气腹内虚鸣诸方”,将“多涎”“泄痢”“腹胀满”“心腹疼痛”“腹内虚鸣”等视为脾病的主要症状并细析其病因病机。如“多涎”定位在脾,因脾具有“受水谷之精,化为气血,以养脏腑,灌溉身形”的生理功能,若脾气虚弱,气血不足,卫外不固,风邪乘虚侵入足太阴脾经,“脾藏风壅”,致脾运化功能失常,水湿不化,凝聚成涎,因此定位在脾。“心腹疼痛”是由于“脾积冷气,乘之于心,正气与邪气交争,上下相击”,气机逆乱,令心腹疼痛,故病变的部位在脾。

从而可见,《太平圣惠方》认为“多涎”“心腹疼痛”是因风寒湿热之邪、饮食不节、气虚等,致脾失健运、升降失常而出现,所以定位在脾。

1.2 脾本脏病证的定性 《太平圣惠方》记载“脾得水湿”“脾藏冷气”“饮食生冷”伤脾,可引起“水泻”“腹内虚鸣”“呕吐酸水”,并载“脾实”“脾虚”,根据

Acupuncture and Moxibustion Strategies for Apoplectic Hemiplegia Based on Brunnstrom's Theory

ZAN Xing-chun¹, TANG Wei², FU Zhou-ting¹, GONG Li¹, FENG Li-yuan¹, LI Si-liang¹

(1. Graduate School of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230012, China; 2. School of Acupuncture and Massage, Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230012, China)

[Abstract] Based on Brunnstrom's six stages of recovery from hemiplegia, the acupuncture and moxibustion strategies for apoplectic hemiplegia should be a combination of conventional acupuncture and moxibustion and modern neurodevelopmental treatment. Based on Brunnstrom's theory, acupuncture is performed in the flaccidity stage to induce muscle tone; in the spasticity stage, acupuncture is performed for spastic muscle and antagonistic muscle to balance yin and yang; in the isolated movement stage, the focus of acupuncture should be shifted to the local area; in the sequela stage, a combination of various acupuncture and moxibustion techniques should be used for treatment.

[Key words] Brunnstrom stage; Acupuncture; Apoplexy; Hemiplegia