

结合Brunnstrom理论探讨卒中后偏瘫体针的选穴思路

潘雷¹ 迟越^{2,3}

康复医学认为卒中后偏瘫患者的经典运动模式为上肢屈肌痉挛型和下肢伸肌痉挛型, 并由此产生了目前临床最常用的易化技术, 包括Brunnstrom法、Bobath法、PNF法等。其中Brunnstrom在观察了大量偏瘫患者的基础上, 总结出中枢性运动功能障碍的恢复过程, 即著名的Brunnstrom六个阶段。Brunnstrom据此理论提出相应评定法, 该法简单实用, 在临床康复中被广泛使用, 对针刺选穴具有临床指导意义。

针灸医学在卒中的治疗中发挥了独特、重要的作用。有资料表明, 针灸具有改善脑损伤局部的血供, 促进脑血管侧支循环的建立及缺血半暗带区域的恢复, 清除自由基等整体作用^[1-2]。值得关注的是, 相对于其整体调整作用, 针灸在治疗偏瘫后肢体运动功能障碍方面的优势越来越突出, 其疗效也得到了更多的肯定。影响针灸治疗卒中后肢体功能障碍疗效的因素很多, 本文试结合Brunnstrom理论从体针选穴的角度探讨肢体功能障碍的最佳治疗方案。

1 目前临床常用的体针取穴

1.1 取阳经穴为主

以“治痿独取阳明”为主要代表。“治痿独取阳明”是中医针灸治疗卒中后偏瘫的传统主导思想, 历代针灸家无不奉为圭臬。《内经》:“虚邪偏客于身半…发为偏枯”。若病日久则气血虚衰, 筋脉拘挛, 发为痿证。因此益气活血、通经活络、扶正祛邪当为治疗卒中后肢体偏瘫的大法。阳明经为多气多血之脉, 刺之益气血, 气血足则瘀可除、络可通、脉可濡、筋可缓。近代有大量研究也证实了阳明经穴的有效性^[3-4]。又因“风”为卒中主要病因之一, 风邪多犯阳经, 因此在使用阳明经穴位的同时, 许多医家同时也配合了其他阳经穴位的选取。同时四肢为诸阳之末, 为恢复肢体阳气, 须取诸阳经之穴, 以使气血和畅、脉络通利。

1.2 取阴经穴为主

以“醒脑开窍”法为主要代表。“醒脑开窍”法是石学敏院士等创立的, 他认为脑卒中的总病机为“窍闭神匿”, 故拟“醒脑开窍, 滋补肝肾为主, 疏通经络为辅”的治疗大法, 简称醒脑开窍法, 开创了阴经穴治疗卒中病的先河^[5]。近年研究认为, 脑卒中之病因病机与虚、气、痰、瘀、火等有关, 从中医理论推论虚、气、痰、瘀的产生与肺、脾、肾、肝四条阴经关系密切, 所以取阴经穴能够治疗卒中^[6]。

1.3 阴阳经配合

很多学者赞同阴阳经配合使用, 他们认为, 单用阴经或阳经会导致阴阳失衡、气血不畅, 二者同用可起从阳引阴、从阴引阳的作用^[7]。另外, 一些学者认为治疗卒中后偏瘫应依病程选穴, 如有人认为病变初期(病程3个月以内)宜取上下肢阳经穴为主, 病变后期(病程6个月以上), 宜取上下肢阴经穴为主, 病程在3—6个月之间者, 可阴经与阳经交替取穴; 若依据病情而言, 痉挛性瘫痪以阴经穴为主, 弛缓性瘫痪以

阳经穴为主^[8-9]。

1.4 按照神经肌肉解剖学理论取穴

越来越多的研究倾向于按照神经及肌肉分布来取穴。有学者认为在针刺经穴的同时, 有时针刺神经或肌肉, 疗效更显著, 而且针刺神经肌肉的效应是能够重复出来, 并进而得到证实和肯定的。对于针灸治疗脑卒中病来说, 针刺神经、肌肉疗法与针刺腧穴疗法两者不能相互替代, 电针针刺神经, 可明显改善偏瘫症状, 而电针针刺腧穴, 可起整体治疗和调节作用, 两者相得益彰^[10]。亦有研究提示从“肌肉”角度针刺治疗, 疗效并不弱于阳经穴位针刺, 扩大了传统针灸采用“穴位”治疗的范畴^[11]。

1.5 其他

如辨证选穴、巨刺法、针刺单穴、择时选穴等。

2 现代康复医学对脑卒中后偏瘫恢复的理论认识

按照Brunnstrom理论, 卒中偏瘫可分为6期: I期(弛缓期, 肌肉迟缓, 无反射)、II期(轻度痉挛期, 出现联合反应)、III期(痉挛加剧期, 可随意引起协同运动)、IV期(痉挛减弱期, 出现分离性运动)、V期(自主运动建立期)和VI期(运动接近正常期, 协调运动接近正常, 共同运动及痉挛消失)。此理论认为, 卒中后偏瘫肢体的功能恢复不同于周围神经损伤的直线恢复过程, 而是一个曲线恢复的过程, 揭示了中枢性瘫和周围性瘫的本质区别。Brunnstrom理论是临床康复治疗的基础, 也是评价患者的依据。无论哪种治疗方法如果引起病理模式的加重, 产生“误用综合征”, 均是错误的, 针刺治疗亦不例外^[12]。

3 我们的观点

脑血管疾病的发展恢复是一个不断变化的复杂过程, 因此, 无论从哲学上绝对运动的观点, 还是中医学辨证论治的观点, 针灸的选穴都应是不变化的。决不能固守一方或不加变通。在整个病程中固守“治痿独取阳明”或“醒脑开窍”法等并不是科学的对待本病的态度, “效不更方”的观点在此并不适宜。我们认为, 在治疗疾病之前, 医者心中要对本病的发展有一明确的掌握, 在疾病治疗中及时接受患者反馈, 不断变换治疗方案, 如此方能适应本病治疗需要。下面笔者试从康复医学中经典的Brunnstrom分期来探讨体穴的选取。

3.1 Brunnstrom I期

此期患者表现为弛缓性瘫痪, 按照Brunnstrom理论, 此期可利用健侧的联合运动、紧张性反射等来促进患肢抗重力肌的肌力恢复, 从而加快病程的进展, 使患者及早摆脱弛缓

1 云南省第二人民医院, 云南昆明, 650021

2 云南中医学院

3 通讯作者: 迟越(云南中医学院, 云南昆明, 650200)

作者简介: 潘雷, 男, 硕士

收稿日期: 2006-03-14

状态而进入痉挛期。表现在针灸上,在本期应采用传统的巨刺法或以健侧穴位为主,患侧为辅。因在此时上运动神经原受损,而脊髓水平的控制尚未发生,故偏瘫侧躯体处于迟缓状态,那么针刺患侧肢体是无法被中枢神经感知和发放神经冲动的,而刺激健侧躯体则可通过中枢神经的交叉控制而达到激发患侧残存神经元、促进潜伏通路及休眠突触活化的作用。此时在上肢多取屈肌群穴位,以手三阴经穴位为主适量配以手三阳经穴。下肢多取伸肌群穴位,髋部多取臀大肌处穴位;大腿部以足阳明经、股四头肌处穴位为主;小腿部以足太阳、少阳经、腓肠肌、比目鱼肌处穴位为主。可辅以“醒脑开窍”等法。

3.2 Brunnstrom II期—V期

痉挛贯穿了Brunnstrom II—V期,肢体的痉挛状态是影响患者肢体功能、心理状态、日常生活能力(ADL)等恢复的严重阻碍,是造成许多患者遗留有严重的肢体拘挛、畸形、萎缩的罪魁祸首,因此抑制痉挛,加快分离运动的出现是这一段的首要任务。此时任何增强痉挛肌群肌张力的刺激都是有害的,有学者认为,在这一阶段如果不按照促进正常运动及反射、抑制异常运动及反射的原则给予针刺刺激、电刺激或按摩,肌张力就会增强,影响功能的进一步恢复^[9]。我们的临床经验也证实了这一点。因此,此时根据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,兴奋拮抗肌来对抗重力肌的痉挛。上肢主要取伸肌群,下肢主要取屈肌群。相应的取穴点主要位于肩关节周围、上肢手三阳经、髂腰肌处、大腿后侧股后肌群(足太阳膀胱经穴)、小腿前侧胫骨前肌处(足阳明胃经)、小腿外侧腓骨长短肌处(足少阳胆经穴)等。选穴宜精不宜多,针法宜轻柔补法。亦有人采用痉挛肌群强刺激法,认为强烈的刺激可使痉挛得到抑制,目前此法多有争论,且此法多接通电针,频率大,针感强烈,患者不易接受。需要提醒的是,有些患者可能会长期处于II—V期不再进展,部分患者会出现患侧上下肢的拘挛或挛缩,故应具体问题具体分析,针刺取相应拮抗肌群即可。

3.3 Brunnstrom VI期

病至本期,患者肢体功能基本正常,可根据患者具体情况辨证选穴。有部分精细运动尚有障碍者,在加强手功能康复训练的基础上,可用梅花针叩刺十宣或针刺八风、八邪。

4 问题

中枢神经性瘫痪是一组肌肉的功能障碍致使整个肢体的偏瘫,而不是周围神经瘫痪的一块或几块肌肉受累,因此按神经肌肉针刺时,每个穴位针刺的深浅及角度如何控制应是需要注意的问题。

在病程发展中,会经常遇到矛盾的问题,如在进入痉挛期后,由于下肢以伸肌痉挛为主,故大腿部穴位应以后方屈肌群为主。但临床中,会发现患者因股四头肌无力而出现站立、行走障碍,此时不能仅顾及屈肌群,而应采用平衡针法,协调屈伸肌群肌力。因此,辨证的看待问题在此尤为重要。

卒中后肢体功能障碍的治疗影响因素很多,除选穴外,

尚有患者的功能状态、针刺时机、刺激量、针具的选择等因素,这就为临床最佳治疗方案的提出增加了难度。

5 展望

卒中后偏瘫是一个极其复杂的系统性疾病,越来越多的研究认为以康复医学为主的综合疗法是治疗本病的最佳方案。人体功能障碍的评定应分为功能形态障碍、个体能力障碍和社会生活障碍3个层次,中药、针灸和任何西药一样,只能改善功能形态障碍,只有通过康复训练,才能把功能形态障碍的改善转化为ADL的改善^[14],这已是不争的事实。因此,从科学的角度来讲,针对卒中后肢体的功能障碍,针灸工作者应该把针灸作为一种治疗手段,而不应是工作的全部。

然而,目前大样本、前瞻性、盲法操作、随机分组的研究尚缺乏,这就导致治疗有效性的准确度和量度受到质疑。因此,设计严密、操作严格的大样本的临床研究和循证医学的介入将是未来临床工作者,尤其是针灸工作者的工作方向。

致谢:本文承蒙云南省第二人民医院康复医学科宋振华医师指导,深表感谢。

参考文献

- [1] 唐巍. 针刺治疗脑卒中作用机制研究进展[J]. 安徽中医学院学报, 2000, 20(1): 56—58.
- [2] 刘孔江. 针刺在中风ICU中的早期干预和思路[J]. 中国针灸, 2003, 23(10): 615—616.
- [3] 戚丽宜, 张仲傲, 叶成鸽, 等. 针刺治疗脑梗死332例临床疗效及对血清高密度脂蛋白、胆固醇、血液流变学、纤维蛋白原等指标的观察[J]. 中国针灸, 1992, 12(4): 19.
- [4] 孔昭遐. 阳明经穴治疗中风偏瘫113例疗效观察[J]. 中国针灸, 1992, 12(4): 1.
- [5] 天津医学院一附院针灸科. 醒脑开窍针刺方法治疗中风2236例临床分析与实验研究[J]. 天津中医, 1989, 6(6): 2.
- [6] 陈汉平. 现代中医药应用与研究大系. 针灸[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 1995: 200.
- [7] 王友仁, 徐止帆. 针药综合治疗中风偏瘫144例[J]. 江苏中医, 1995, (1): 39.
- [8] 王碧如, 楚海波. 我对进针法和补泻的看法[J]. 河南中医, 1996, 16(6): 329.
- [9] 孙维民. 从跷脉的缓急谈针刺治疗偏瘫[J]. 山东中医杂志, 1985, (2): 22.
- [10] 范刚启, 张道斌, 罗伟. 针灸治疗中风病[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2001: 53.
- [11] 樊莉, 朱晓平, 蒙昌荣, 等. 针刺三角肌及肱三头肌治疗脑梗死患者上肢肌肉痉挛: 与同部位阳经穴位针刺的对比[J]. 中国临床康复, 2005, 9(25): 129—131.
- [12] 曾媛, 黄列英. 对脑卒中偏瘫本质的认识及针灸康复在其治疗中的应用体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(5): 612—613.
- [13] 方定华, 钮竹. 脑血管病与废用、过用及误用综合征[J]. 中国康复理论与实践, 2001, 7(1): 44—46.
- [14] 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.