

内湿邪从尿下行，相应补虚祛实之法，使阴阳平衡，则诸症自可痊愈。

### [参考文献]

- [1] 沈净. “二纲八证”辨治代谢综合征[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(8): 860-861.
- [2] 程亚伟, 何磊, 王忆勤. 基于生物技术的病证舌苔信息研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(3): 483-486.
- [3] 李秀钧. 代谢综合征[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 13.
- [4] 郭蕾, 王永炎, 何伟. 关于代谢综合征中医浊病学说思路的研讨[J]. 北京中医药大学学报, 2010, 33(7): 437-440.
- [5] 肖刚铁, 何道同, 邢练军, 等. 代谢综合征中医证候糖脂代谢及瘦素表达规律研究[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(1): 201-205.
- [6] 陈淑娇, 李灿东, 赖新梅, 等. 160例代谢综合征患者中医证候特点研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(3): 689-692.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

## 郝学君“近病灶”针刺治疗中风后吞咽障碍经验介绍

孙晶<sup>1</sup>, 王博<sup>1</sup>, 张松兴<sup>2</sup>

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

[关键词] 近病灶; 针刺; 吞咽障碍; 经验介绍; 郝学君

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 02-0190-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.02.054

吞咽障碍是指支配吞咽运动的神经、肌肉受损, 或因口腔、咽、喉的病变所引起的以进食及饮水呛咳, 食物滞留于口腔, 无法吞咽为主要临床表现的疾病<sup>[1]</sup>。有报道显示: 有大约 30%~65%的脑卒中患者并发吞咽障碍, 其中又约有一半的患者发病半年以后仍不能恢复正常吞咽功能<sup>[2]</sup>。中风后吞咽障碍有较难治愈、持续时间较长等特点, 患者易诱发营养不良、肺部感染等并发症<sup>[3]</sup>。郝学君教授是辽宁中医药大学博士研究生导师, 第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 辽宁中医药大学附属第二医院主任医师, 擅长治疗中风、面肌痉挛、面神经麻痹、偏头痛、三叉神经痛等神经系统常见病和颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症等软组织损伤性疾病, 并擅长采用针灸治疗各种疑难杂症。郝教授通过多年的临床实践, 对中风后吞咽障碍的机制与治疗见解独到, 在其

“近病灶”治疗思想的指导下治疗本并发症, 取得了显著的临床疗效。

### 1 中医学对该并发症的认识

中医学对该并发症认识较片面, 且无统一命名, 多将其归属于中风病的范畴。《千金方》中: “风彰者, 奄息不知人, 咽中塞, 窒窒然”所描述的症状就与该并发症相似; 《金匱要略·中风历节病脉证并治》中: “……邪入于脏, 舌即难言, 口吐涎”, 认识到吞咽障碍是中风严重的并发症之一; 宋代《铜人腧穴针灸图经》中有: “口噤, 舌根急缩, 下食难”; 明代赵献可《医贯·脏腑全景图》中: “咽喉二窍, 同出一腕, 异途施化……当食言语, 则水谷乘气送入喉腕, 遂呛而咳矣”, 阐明了吞咽障碍常见表现中的“呛咳”之症状与咽喉的关系; 明《医林绳墨·卷七》: “涎痰壅盛, 则舌强而难吞”, 认为吞咽困难的病因之

[收稿日期] 2017-07-07

[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)

[作者简介] 孙晶(1990-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 针灸推拿学。

[通信作者] 张松兴, E-mail: songxing95@hotmail.com。

一为痰涎壅盛。上述文献所记载的症状皆与中风后吞咽困难有一定的相关性。由此可见,中医学对于吞咽障碍已有一定的认识,尤其是在该病的症状表现及病因病机方面所载篇幅较多,但就中风后遗症来讲,古代文献中并没有过多的关于中风后吞咽障碍的记载,这就需要运用现代医学知识来分析该并发症,从而更好的优化临床治疗。

## 2 现代医学对该并发症的认识

现代医学认为本并发症是一种运动性吞咽困难,多由球麻痹导致,主要原因包括:双侧皮质延髓束受损,迷走、吞咽和舌下神经的核性或核下性损害。吞咽障碍主要分为口咽吞咽障碍和食管吞咽障碍两种类型,中风后吞咽障碍属于口咽吞咽障碍<sup>[5]</sup>。正常吞咽过程涵盖了4个阶段:口准备期、口腔期、咽期以及食管期<sup>[6]</sup>。不同的卒中部位所导致的吞咽障碍又有不同的特点,大脑皮质卒中分为左侧、右侧大脑皮质卒中,其中左侧大脑皮质卒中的特点为:口腔期启动延迟;右侧大脑皮质卒中的特点为:咽期启动延迟。皮质下脑卒中的特点为:口腔期过程延长,延缓吞咽启动时间,此种情况易引发误吸。脑干卒中的损伤部位可为脑桥或延髓,若为脑桥损伤时,其特点为咽期或吞咽动作延迟。延髓损伤的特点为:咽期明显异常(启动、吞咽)。研究显示:遗留吞咽障碍的脑卒中患者,其死亡率是卒中程度相似但不合并吞咽障碍的患者的3倍左右<sup>[6]</sup>。据此,选取更为有效的治疗方案对于提高该并发症患者的生活质量意义尤为重大。

## 3 “近病灶”思想指导针刺

目前本病西医尚无特效疗法,而中医针刺疗法在脑卒中的康复治疗中越来越受到人们的重视,并逐渐得到肯定<sup>[7]</sup>。郝教授在其“近病灶”治疗思想的指导下,衷中参西,选取独特的针刺方案治疗该病,获取了显著成效。郝教授指出,所谓的“近病灶”是接近病灶之意。针灸临床的优势在于针刺可深可浅,容易抵近病变部位,临床上能否准确判定某些疾病的“病灶”是针刺能否有效的关键。郝教授认为该并发症的“病灶”包括两个层面:一个是在脑,另外是表现于外的局部病变。

## 4 确定病灶,依病选穴

根据症状或在影像学的指导下判定出病灶所在,从而选取相应的穴区或穴位进行针刺等疗法,是治疗该并发症的有效手段。明确中风后吞咽障碍的病灶

后,针对性地选用头针结合体针进行治疗,充分体现了郝教授“近病灶”治疗思想的含义。

**4.1 中西结合选用头针** 郝教授根据中西医对该并发症的认识,选取头针进行治疗。针对损伤部位为大脑皮质的中风患者,选取《焦顺发头针》<sup>[8]</sup>中的运动区下2/5,即头面部运动区,也称言语一区。针对脑干卒中的患者,则选取平衡区进行针刺。穴区针刺操作:患者取坐位,待刺穴区的皮肤进行常规消毒,将毫针刺入头皮下,使针尖抵到颅骨骨面上,采用平补平泻手法,得气后在穴区分别连接电针仪,强度以患者耐受为度,留针30 min,每天1次,10天为1疗程。

**4.2 配合体针疗效显著** 在治疗该并发症时,郝教授采用了头体针相互配合的独特方式,所选体针穴位有:风池、风府、廉泉、内关、太溪、三阴交、太冲。针刺操作:患者坐位,待刺穴位处皮肤进行常规消毒,风池穴操作为:毫针向鼻尖方向斜刺0.8~1.2寸;针刺风府穴时毫针稍向上斜刺,使针尖抵到枕骨粗隆下部骨面;廉泉穴向咽喉部刺入0.5~0.8寸;内关、太溪二穴直刺0.8~1.2寸;三阴交穴直刺1.0~1.5寸;太冲穴直刺0.5~1.0寸。诸穴在手法得气后留针30 min,每天1次,10天为1疗程。

## 5 选穴依据

“头针”不仅继承了我国古代针刺治疗脑病的独特理论及实践经验,还结合了现代医学中大脑皮层的功能定位,通过反复研究以及临床验证总结出来的治疗疾病的一种方法<sup>[9]</sup>。其设定的大部分刺激区是根据皮层功能定位的头皮对应区来确定的,适应症也主要是神经系统疾病<sup>[9]</sup>。郝教授所选用的运动区下2/5主要治疗对侧运动性失语、吞咽障碍、流涎,而平衡区相当于脑干及小脑在头皮上的投影<sup>[10]</sup>。郝教授认为平衡区也是治疗该并发症的有效穴区,治疗时应注意依据病情选取相应的穴区。

风池、风府穴为我国历代名家治疗中风之要穴,《古法新解会元针灸学》:“风池者,在项两旁陷处如池,又系脑后大经脉管交叉之处,风邪易入而溜注太阳经,内邪一动,即为中风之类,若无内邪而发感冒之类,故名风池”;《经穴命名浅解》:“池指浅的意思,该穴为足少阳、二焦、阳维之会,主治伤风感冒,中风偏枯,为风邪窝积之所,因名风池”;《针灸甲乙经》:“暴暗不能言,喉嗌痛,刺风府”;《备

急千金要方》：“风府主舌缓，暗不能言，舌急语难”。从现代医学的角度来说，此二穴位置接近病灶脑干及上位颈神经，针刺此二穴，可提高参与吞咽动作诸神经的功能，将有助于改善整体吞咽机制，是治疗吞咽困难时的必用穴位。

廉泉穴位属任脉，该穴下方为喉门，深部是会厌，有舌肌和甲状舌骨肌；深层有舌下神经的分支，是治疗呛咳、失语的重要穴位。《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……”；《针灸大成》：“廉泉主……舌下肿难言，舌根缩急不食”。内关为心包经的络穴，《灵枢·经别》：“手心主之正……出循喉咙……”，心包经经别循行喉咙，心开窍于舌，对气逆上冲者尤效；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。三阴交为足太阴脾经穴位，脾经循行“……络胃，上膈，挟咽，连舌本，散舌下……”。太冲为足厥阴肝经原穴，肝经“……上贯膈，布胸胁，循喉咙之后，上入颞颥……”。不论是从中医学还是现代解剖学的理论上来看，这些穴位的选择都将郝教授“近病灶”治疗思想体现得淋漓尽致。

## 6 病案举例

张某，女，67岁，2016年10月5日初诊。以“右侧肢体活动不利伴吞咽困难1周”为主诉就诊。病人于7个月前突发右侧肢体无力，就诊后查头CT提示脑干出血，经对症治疗后，遗留右侧肢体活动不利、语言不利、吞咽困难等症状，为求康复治疗来诊。现症见：舌强语謇、吞咽困难、饮水呛咳，右侧肢体半身不遂、麻木，胸闷、胁胀，留置胃管，鼻饲饮食，寐可，小便正常，大便干。查体：神清，言语不利，鼻唇沟对称，伸舌右偏，吞咽障碍，右侧肢体肌力4级，肌张力亢进，左侧肢体肌力、肌张力正常，肱二、三头肌肌腱反射L(++R(+++))，跟腱反射L(++R(+++))，巴氏征L(-)R(+)。诊断：中风病(中经络)。治疗：头针取：病灶侧平衡区，配合电针；体针取：风池、风府、廉泉、内关、太溪、肩髃、肩

髃、曲池、手三里、合谷、血海、阳陵泉、三阴交、太冲，诸穴均采用捻转平补平泻手法。以上治疗每天1次，每次留针30min，10天为1疗程。同时配合本院脑病科住院相关治疗，包括中药汤剂、雷火灸、中药熏洗及静点西医营养脑细胞药物等。

治疗2个疗程后，患者舌强语謇、吞咽困难、饮水呛咳等症状明显改善，已撤去鼻饲，吞咽功能已基本恢复，病情好转出院。

吞咽障碍虽为中风数十种并发症之一，但其对患者身心健康带来的影响却实为巨大。郝教授将其“近病灶”思想运用到该病的治疗中，选取头针结合体针的方式，其疗效确切，对于缓解患者症状起到至关重要的作用。

## [参考文献]

- [1] 周思, 周鸿飞. 周鸿飞运用项丛刺治疗中风后吞咽困难经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(4): 92.
- [2] 饶明利. 中国脑血管病防治指南[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(3): 260-263.
- [3] 曹锐, 张元元. 通关利窍针刺法治疗中风后吞咽障碍的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(12): 2568-2569.
- [4] 李重庆. “舌三针”结合康复训练治疗不同期中风后吞咽困难的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012.
- [5] 黄伟新. 针灸联合康复训练治疗卒中后吞咽障碍的文献及临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [6] 易长兴. 针刺任督脉穴位结合中风单元治疗中风后吞咽困难的临床疗效观察[D]. 长沙: 湖南中医药大学, 2014.
- [7] 赵援非, 王学远. 针刺治疗中风后吞咽障碍的临床研究概况[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(12): 155-158.
- [8] 焦顺发. 焦顺发头针[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [9] 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, 14(8): 923-926.
- [10] 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: 广州中医药大学, 2014.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)