

病例:患者,男,67岁,2010年10月5日初诊。主诉患高血压病已20年,头晕目眩反复发作,诱发加重3天。20年以来,每当失眠或过度劳累则血压上升。现症见:头晕目眩,耳鸣,腰膝酸软,走路时脚步浮浮,如踩棉花,自觉头重脚轻,夜尿4~5次,日间小便频密,大约50~60 mm/次,不敢出外旅行,不敢坐长途汽车,双脚时肿时退,心慌心惊,气短,形寒肢冷。查血压168/105 mmHg,心电图示“左心室肥大”,查胆固醇和血脂偏高,血清肌酐偏高,尿蛋白阳性。舌质淡,苔薄白而润,脉细弱。诊为“II期高血压病”,中医诊为“眩晕”,证属肾阴阳两虚,虚火上扬。治宜温补肾阳,引火归原,兼息风止头晕,方用肾气丸加减:熟地黄、山萸肉、淮山药、钩藤<sub>后下</sub>、天麻、杜仲各15 g,磁石<sub>先煎</sub>30 g,牡丹皮、制附子各9 g,肉桂<sub>焗冲</sub>3 g,泽泻、牛膝各30 g,鹿含草12 g。3剂。每日1剂,水煎服。服用3剂后症状改善,血压下降至148/95 mmHg,

药已中病,照上方加减调理30余剂,诸症缓解,夜尿2次,患者血压降至138/84 mmHg。病情稳定,嘱勿过劳,每天坚持服用降血压药物,以使血压保持稳定。

## 参 考 文 献

- [1] 尚志钧. 神农本草经校注[M]. 北京:学苑出版社,2008:112.
- [2] 杨仓良主编. 毒药本药[M]. 北京:中国中医药出版社,1993:686.
- [3] 清. 吴仪洛选. 朱建平, 吴文清点校. 本草从新[M]. 北京:古籍出版社,2001:4,159.
- [4] 李培生, 成肇仁主编. 伤寒论[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2006:203.

(收稿日期:2013-01-25)

(本文编辑:秦楠)

# “迎随补泻”平衡舒筋手法治疗中风后手痉挛经验

李振华 周慎

**【摘要】**“迎随补泻”平衡舒筋手法是在“正气引邪,噤僻不遂”理论指导下,以针灸学“泻者迎之,补者随之”的针刺补泻方法为原则,通过补泻推拿手法作用于肢体屈肌侧和伸肌侧特定的穴位上,以补虚泻实为主导思想,产生养血舒筋、活血通络的作用,从而使屈肌和伸肌的肌群间肌张力协调平衡,达到了缓解痉挛,恢复肢体功能的目的。

**【关键词】**迎随补泻; 平衡舒筋手法; 手痉挛

**【中图分类号】** R244.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.03.014

手痉挛是痉挛性瘫痪的具体表现,而手的功能恢复对中风后患者恢复生活自理能力发挥着头等重要的作用。如何治疗手痉挛,使众多患者早日恢复肢体功能、重返社会,成为现阶段临床医生所关心的问题。笔者在临床治疗手痉挛时,受针灸学中“迎随补泻”针刺法的启发,把这一针刺法运用于推拿治疗中风后手痉挛中,取得了较好的疗效。现将经验介绍如下。

## 1 辨证思路

本病发生的机理被认为是:中风后,上运动神经元受损,上位中枢对脊髓的易化作用消失,进入脊髓运动神经元的下行抑制性冲动减少,导致脊髓前角细胞兴奋性增高,对骨骼肌的收缩与紧张状态的控制作用增强,牵张反射亢进,所以临床上出现瘫痪肢体处于痉挛状态。

作者单位:410006 长沙,湖南中医药大学研究生院[李振华(博士研究生)];湖南省中医药研究院附属医院脑病科(周慎)

作者简介:李振华(1981-),2010级在读博士研究生。研究方向:中医药防治脑病研究。E-mail:lizhenhuali@126.com

中风后痉挛性瘫痪属于中医学“经筋病”范畴。中医学认为在中风恢复期或后遗症期,壅滞之邪虽大势已去,但痰浊瘀血未清,而正虚已现,肝肾阴虚之本未变,主要表现为阴血亏虚、瘀血阻络,肢体筋脉肌肉失去濡养而导致痉挛性瘫痪。根据《金匱要略》“正气引邪,噤僻不遂”理论,中风后手痉挛的特征性改变为上肢伸肌(邪实所在)相对弛缓,屈肌(正虚所在)相对拘急。由于本病的病机复杂,病程较长且难以恢复,辨证多为本虚标实、虚实夹杂之证。根据邪实正虚的情况,在治疗中通过补泻推拿手法作用于肢体屈肌侧和伸肌侧特定的穴位上,以补虚泻实为主导思想,产生养血舒筋、活血通络的作用的平衡舒筋手法。

## 2 治疗方法

### 2.1 平衡舒筋手法

根据《金匱要略·中风历节病脉证并治第五》“正气引邪,噤僻不遂”理论和中风后手痉挛的临床特点,应用迎随补泻方法,在痉挛手的背侧施以泻法,在掌侧施以补法,具体方法如下:

补法:施术者在神门、大陵、劳宫、少府、鱼际五穴处,根据迎随补泻方法,用拇指指腹,以揉法、按法和摩法进行补法操作,频率约 60 次/分。以刺激轻而持久,逐渐得气、肌肉松弛为度。

泻法:施术者在阳池、中渚、三间、后溪、腕骨五穴处,根据迎随补泻方法,用拇指指端,以一指禅推法进行泻法操作,频率约 120 次/分。以刺激较强而短暂,得气感明显但不引起肌肉痉挛性收缩为好。

## 2.2 基础治疗

参照《中国脑血管病治疗指南·常见脑血管病的诊断和治疗》<sup>[1]</sup>,针对脑梗塞恢复期和后遗症期的患者,入院后给予神经内科常规药物治疗和康复训练。

## 2.3 操作方法

进行平衡舒筋手法操作,每次治疗 30 分钟,1 周 5 次,以 8 周为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程。

## 2.4 平衡舒筋手法与中医推拿的联系与区别

平衡舒筋手法脱胎于中医推拿。平衡舒筋手法是将针刺迎随补泻的理论应用到推拿治疗当中,迎随补泻法是根据十二经脉之气的行走方向,采用随以补虚、迎以泻实的针刺补泻方法。针刺迎随补泻最早可以追溯到《灵枢终始篇》,且之后针灸典籍也有记载,并且被列入针灸学教科书中针刺补泻手法常用的一种,只是没有在推拿手法治病中得到运用。治疗中,《推拿学》教材中的推拿手法主要是放松痉挛的肌肉,降低其兴奋性,但由于手痉挛的发生是正虚与邪实的差别导致肌群间肌张力不协调,使得这种推拿方法的疗效无法持久,需要长期巩固治疗;而平衡舒筋手法是根据中医“实则泻之,虚则补之”的理论,采用平衡推拿手法以补虚泻实,使肌群间肌张力达到平衡状态,进而从根源上解决这种病理变化,且疗程短,不易反复。

## 3 体会

根据《金匱要略》“正气引邪,喝僻不遂”理论,如清·高学山撰《高注金匱要略》云“邪胜,则正不能束邪,故受病一边,反觉宽缓;正不胜,则邪反乘正,故不受邪一边,便觉紧急;邪满正亏,常相侵犯,如正气之引邪以自就者然,则口鼻反向不受病一边而僻,且莫能自主而不遂矣”。这种正虚与邪实的差别,是导致肌群间肌张力不协调的关键。因此,根据中医“实则泻之,虚则补之”的理论,采用平衡推拿手法以补虚泻实,使肌群间肌张力达到平衡状态。本研究针对中风后手指痉挛患者,在上肢屈肌侧选取神门、大陵、劳宫、少府、鱼际五穴,在上肢伸肌侧选择阳池、中渚、三间、后溪、腕骨五穴,并施以不同的推拿手法来实现补虚、泻实的目的。

推拿是通过不同手法作用于人体不同穴位或部位来体现补泻的。有研究表明<sup>[2]</sup>:推拿手法之所以能起到治疗作

用,除与穴位的特异性有关外,还和手法的性质和量息息相关。一般以手法轻、频率慢、刺激强度小而刺激时间长为补法,具有激发营养机体、促进脏腑生理功能等作用;而以手法重、频率快、刺激强度大而刺激时间短为泻法,具有祛除外邪、调畅气机等作用。据于此,本操作方法对上肢屈肌侧采用的补法以揉法、按法和摩法为主,频率约 60 次/分,以刺激轻而持久,逐渐得气、肌肉松弛为度;对上肢伸肌侧采用的泻法以一指禅推法为主,频率约 120 次/分,以刺激较强而短暂,得气感明显但不引起肌肉痉挛性收缩为好。

平衡舒筋手法是应用针刺迎随补泻方法,而迎随补泻法是根据十二经脉之气的行走方向,采用随以补虚、迎以泻实的针刺补泻方法。如在操作时,逆着经脉循行方向而刺,就是“迎”,属泻法;顺着经脉循行方向而刺,就是“随”,属于补法。再结合“正气引邪,喝僻不遂”理论,通过补泻推拿手法作用于肢体屈肌侧和伸肌侧特定的穴位上,产生养血舒筋、活血通络的作用,从而使屈肌和伸肌的肌群间肌张力协调平衡,达到了缓解痉挛,恢复肢体功能的目的。

## 4 验案举例

患者,男,64 岁。因“右侧肢体活动不利 1 年”于 2012 年 7 月 9 日就诊于中医药研究院附属医院脑病科门诊。诉 2011 年 7 月 15 日无明显诱因出现头晕、视物旋转,恶心呕吐,右侧肢体活动不利,经当地医院检查诊断为脑梗塞,经相关医院治疗后好转,为求进一步康复治疗来脑病科住院,住院时症见:右侧肢体活动不利,右上臂疼痛,右手指拘急感明显,伴见麻木,饮水呛咳、言语欠清晰。无恶心呕吐、胸闷胸痛、心悸心慌,无口干口苦,纳食可,夜寐安,小便调,大便可。舌质暗红,苔薄黄,脉细。查:右侧肱二头肌腱反射亢进、肌张力增高,右侧膝腱反射亢进,右侧跟腱反射亢进;右侧肢体肌张力高,右上肢肌力 4+ 级,头部 CT(湖南中医药大学第二附属医院,2011-7-15, C22244)示:右侧颞叶腔隙性脑梗塞可能;脑萎缩。诊断:脑梗塞(后遗症期)。曾就诊于多家三级医院脑病科和针灸科,经对症治疗效果均不显著,在脑病科住院后,以本文介绍手法予以治疗,连续治疗 4 周后,患者右侧肢体拘急不适、麻木好转,活动较前好转。查:右侧肢体肌张力稍高。右上肢肌力 4+ 级,治疗 8 周后,患者诉右侧肢体活动好转,手指拘急、麻木俱消,手活动自如。

## 参 考 文 献

- [1] 饶明俐. 中国脑血管病治疗指南·常见脑血管病的诊断和治疗[M]. 北京:人民卫生出版社,2005,56-60.
- [2] 查伟. 论推拿补泻[J]. 按摩与导引,1999,15(1):1-3.

(收稿日期:2013-01-01)

(本文编辑:秦楠)