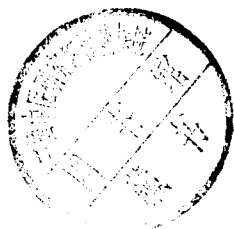


1043510

瘫痪的针灸治疗

孔尧其 任兴生 沈 斌 编著

2101/00



中医古籍出版社

R246.6/6



数据加载失败，请稍后重试！

1043510

前 言

瘫痪是常见的神经系统病症之一，以随意运动肌力减退和丧失为临床特征。各种原因造成的偏瘫、截瘫、四肢瘫、单肢瘫和局限性瘫痪，影响患者的生活和劳动能力，部分可造成残废，甚至引起生命危险，尤其以中风偏瘫、外伤性截瘫和小儿脑性瘫痪最为突出。

针灸治疗各种瘫痪，不仅能促进瘫痪肢体运动肌力的恢复，而且对改善患者全身体质，缓解相关症状与体征，提高患者功能康复水平有重要影响。在临床上选择适当的针灸治疗方法，对各种瘫痪病症进行治疗，有较显著的临床疗效。

大量临床报告证明，应用针灸治疗比较有效的瘫痪病症，有中风偏瘫、外伤性截瘫、小儿脑瘫、小儿麻痹后遗症和癔病性瘫痪等。值得指出的是，面神经麻痹引起的面部表情肌瘫痪，虽然与上述各种肢体瘫痪有别，但用针灸治疗常有显效，故本书亦予介绍。

本书除详细介绍瘫痪的病因分类、疾病诊断、辨证分型、常用腧穴、针灸疗法和处方原则之外，特别重点介绍各种瘫痪的临床表现和针灸治疗处方（包括取穴、操作和疗程）。并对大多瘫痪针灸治疗的临床疗效作客观评估。

本书全面收集国内临床资料，结合编者个人临床经验，系统整理、重点介绍瘫痪针灸治疗的现状。相信读者通过本书的阅读，对针灸治疗各种瘫痪的方法会有较深刻的认识。限于水平，不当之处，祈指正感。

编 者 1993年2月

内 容 提 要

本书是瘫痪针灸临床专著。详细介绍瘫痪的病因分类、疾病诊断、中医辨证，以及常用腧穴、针灸疗法和处方原则。对偏瘫、截瘫、四肢瘫、单肢瘫、局限性瘫痪、小儿脑瘫、癔病性瘫痪和面瘫的临床表现、针灸治疗处方予以重点阐述，并对其疗效作客观评估。附有典型病例分析与肌力检查方法等内容。可供中西医临床医师、针灸师、理疗师和医学院校师生参考。

瘫痪的病因分类和疾病诊断

瘫痪是随意运动肌力的减退或消失，前者为轻瘫或不完全性瘫痪，后者称为完全性瘫痪（全瘫）。

运动神经系统主要包括锥体束（上运动神经元）、周围运动神经元（下运动神经元）、锥体外系和小脑系统。锥体束与周围运动神经元损害时，则可产生瘫痪。

随意运动的完成，除了神经系统的上、下运动神经元外，还需要正常的肌肉和神经肌肉传导功能的协调配合。神经肌肉传导障碍或肌肉病变亦可引起瘫痪。

因此，瘫痪可分为上运动神经元性、下运动神经元性、神经肌肉传导障碍性、肌源性四种瘫痪类型。此外，根据瘫痪所及肢体的分布形式，还可分为偏瘫、四肢瘫、截瘫、交叉性上下肢瘫、单肢瘫、局限性瘫痪。根据瘫痪肢体的肌张力和肌力变化情况，又可分痉挛性瘫痪和弛缓性瘫痪。

一、瘫痪的病因分类

（一）偏瘫

1. 大脑病变：

血管性 脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、脑血管畸形、无脉症、基底动脉环闭塞症。

肿瘤性 脑肿瘤。

感染性 病毒性脑炎、乙脑、急性弥漫性脑脊髓炎、脑膜炎、脑脓肿等。

外伤性 颅脑外伤。

先天性 婴儿大脑偏瘫等。

脱髓鞘性 多发性硬化。

其他 癫痫发作后偏瘫、偏侧面肌萎缩症、癔病。

2. 脊髓病变:

脊髓外伤、脊髓高颈位肿瘤。

(二) 交叉性瘫痪

主要见于脑干病变，有基底动脉供血不足或血栓形成（血管性），脑干肿瘤（肿瘤性），脑干脑炎（感染性）。亦可见于脊前动脉旁中央支闭塞，或由外伤所致者。

(三) 四肢瘫

1. 大脑病变

血管性 双侧脑血管意外、基底动脉血栓形成、脑室出血、桥脑出血等。

肿瘤性 脑瘤。

感染性 脑炎。

以及外伤性、先天性、脱髓鞘性等。

2. 脊髓病变

血管性 脊髓前动脉血栓形成、脊髓出血、脊髓血管畸形。

肿瘤性 颈髓肿瘤等。

感染性 急性上升性脊髓炎、脊髓蛛网膜炎、脊髓硬膜外脓肿。

外伤性 颈椎间盘突出、颈椎外伤、颈髓外伤。

先天性 脊髓空洞症等。

脱髓鞘性 视神经脊髓炎。

3. 前角细胞病变

脊髓灰质炎、进行性脊肌萎缩、肌萎缩性侧索硬化症。

4. 周围神经病变

多发性神经根炎、铅中毒等。

5. 肌病

进行性肌营养不良、多发性肌炎、家族性周期性瘫痪等。

6. 神经肌肉传递障碍

重症肌无力等。

(四) 截瘫

1. 大脑病变

血管性 上矢状窦血栓形成。

肿瘤性 大脑矢状窦旁肿瘤。

2. 脊髓病变

血管性 脊髓前动脉血栓形成、脊髓出血等。

肿瘤性 胸、腰段脊髓肿瘤。

感染性 横贯性脊髓炎、脊髓蛛网膜炎。

外伤性 脊柱外伤、椎间盘脱出症等。

先天性 大脑瘫痪、脊柱裂。

脱髓鞘性 视神经脊髓炎。

3. 前角细胞病变

脊髓前角灰白质炎。

4. 肌病。

(五) 单瘫

1. 大脑病变

大脑前动脉血栓形成、大脑肿瘤。

2. 脊髓病变

脊髓肿瘤、脊髓空洞。

3. 前角细胞

脊髓前角灰白质炎、进行性脊肌萎缩症、肌萎缩性侧索硬化症。

4. 周围神经性

颈肋、神经丛病变

5. 肌病。

(六) 局限性瘫痪

1. 周围神经病变

神经纤维瘤、椎间盘突出，单神经病变（桡、正中、尺、股、腓、胫、坐骨、臀神经）。

2. 肌病。

二、瘫痪的临床分类

根据临床表现，瘫痪在临床上可分为四类：

(一) 上运动神经元性瘫痪

自大脑皮层至脊髓前角细胞或脑干运动神经核前的一段受损害时，则产生上运动神经元性瘫痪。其特点如下：

1. 运动肌肉瘫痪，瘫痪的分布可为偏瘫、四肢瘫、截瘫或单瘫，但不产生一组肌肉的瘫痪，随意运动消失，但当患者喷嚏、咳嗽、呵欠或健侧肢体运动时，瘫痪肢体仍可有不随意肌肉收缩或称为联合运动。

2. 肌张力增高，常呈痉挛性瘫痪。

3. 腱反射亢进，可有阵挛。

4. 出现病理反射。

5. 无肌萎缩及电变性反应。

(二) 下运动神经元性瘫痪

自脊髓前角运动细胞或脑干运动核至神经与肌肉交接处

的一段受损时，产生下运动神经元性瘫痪。

1. 运动肌肉瘫痪，随意、不随意动作均消失，瘫痪的分布可分为截瘫、四肢瘫或可出现一组肌肉的瘫痪。

2. 肌张力减弱，呈弛缓性瘫痪。

3. 腱反射减低或消失。

4. 无病理反射。

5. 肌萎缩，并有电变性反应，肌肉有束性震颤。

6. 肌无力和萎缩按神经分布。

7. 肌电图有纤维电位、巨大运动单位。

(三) 神经肌肉传递障碍性瘫痪

1. 横纹肌易于疲劳，休息后或给予抗胆碱酯酶可有一定程度的恢复。

2. 症状可见缓解、复发。

3. 肌电图：在一定时间的强力收缩后，振幅出现逐渐减退现象。

(四) 肌源性瘫痪

1. 肌肉无力或强直。

2. 肌肉萎缩或假性肥大。

3. 肌肉疼痛。

4. 无力、萎缩、疼痛不按神经分布范围，以近端损害较严重。

5. 肌张力和肌腱反射较正常降低，不伴感觉障碍。

6. 血清肌酸磷酸激酶、SGOT、醛缩酶、乳酸脱氢酶等在疾病进展期明显升高。

7. 肌电图呈低电压，多相运动单位。

8. 肌肉活组织检查：有肌纤维横纹的溶解，肌浆中空

泡形成，间质中大量的脂肪组织沉积等。

三、上下运动神经元性瘫痪的定位诊断

(一) 上运动神经元性瘫痪的定位诊断

1. 大脑皮层：一般仅影响病灶对侧下肢、上肢、或上肢及面部，病变广泛才能产生偏瘫，常可伴失语、失认、失用、失写、失读等行为障碍。

2. 内囊：病灶对侧产生完全性偏瘫和中枢性面瘫，有时尚有偏身感觉障碍，和对侧同向偏盲，如影响丘脑可出现瘫痪肢体自发性疼痛，亦可伴有行为障碍。

3. 脑干：产生交叉性偏瘫，有病灶侧颅神经损害和对侧肢体瘫痪，或可伴小脑征。

4. 锥体交叉：产生同侧下肢和对侧上肢的肢体交叉瘫。

5. 脊髓：如为横断损害则产生四肢瘫或截瘫，病变水平面以下有各种感觉障碍和大小便功能障碍。如为半横断损害则产生同侧上下肢（或下肢）瘫，深感觉减退或消失，对侧上下肢（或下肢）浅感觉丧失，亦可伴二便功能障碍。通常无颅神经症状。

(二) 下运动神经元性瘫痪的定位诊断

1. 前角细胞：肌肉萎缩无力以手部小肌肉为多见，亦可影响下肢肌、脊肌及呼吸肌，肌肉有束性颤动，无感觉障碍，腱反射减低，无病理反射。

2. 神经根：大多为多发性，尤以运动神经根受累为多见，多发性神经根炎为其典型，常为对称性肢体无力，腱反射减弱或消失，不久即出现肌萎缩，无感觉障碍，脑脊液检查常有细胞蛋白分离现象，神经传导时间延长。

3. 脊神经病变：按每一根脊神经分布的肌肉和皮肤感觉损害可作定位，可有局限的肌力减退，肌肉萎缩和皮肤感觉障碍，相应的肌腱反射消失，植物神经功能障碍，有电变性反应，肌电图有纤维性颤动等变化。

4. 神经丛病变：大多表现为多脊神经病变，上肢多见有颈丛病变，下肢多见有腰骶丛病变。

5. 单神经病变：上肢病变有腋神经、肌皮神经、桡神经、尺神经、正中神经、下肢病变有闭孔神经、股神经、腓总神经、胫神经等相应损害表现。

6. 末梢性神经病变：四肢末端无力，肌萎缩，感觉障碍呈手套、袜子型，受累部位腱反射减低或消失，皮肤有营养障碍。

瘫痪的中医辨证

现今所谓的瘫痪，是指随意运动肌力减弱或消失。在历代中医书籍中，常以“半身不遂”论偏瘫，以“痿痹”、“痲”等名介绍现今之四肢瘫、单瘫、截瘫等。

针灸治疗瘫痪，除需根据瘫痪的病因分类和疾病诊断来指导取穴处方外，还必须根据其临床表现和患者体质等具体情况，进行辨证分型治疗。

一、半身不遂（偏瘫）

半身不遂，是指左侧或右侧的上下肢瘫痪，不能随意运动的临床表现而言的。《内经》对此则称为“偏枯”。《金匱要略》：“夫风之为病，当半身不遂。”《诸病源候论》

记述有“风半身不随候”、“风偏枯候”、“偏风候”，均有半身不遂的临床表现。因半身不遂常伴面瘫（口眼歪斜）、失语而突然发生，多见于中风病，故历代医家多于“中风”一病中予以讨论。其临床主要证候类型有：

1. 风中经络：突然昏仆，半身不遂，肌肤不仁，伴见口眼歪斜，语言不利，或有发热恶寒、头痛、身痛、肢体拘急，舌苔白腻，脉象浮滑。

2. 肝阳化风：头痛眩晕，耳鸣眼花，心烦易怒，面红目赤，情绪突然激动而致神志不清，半身不遂，语言不利，舌强，口眼歪斜等，舌质红，脉弦数。

3. 痰火内闭：突然昏仆，神志不清，半身不遂，口眼歪斜，两手握固，痰涎壅盛，牙关紧闭，面红目赤，喉中痰鸣，喘促躁动，舌质红，舌苔黄腻，脉弦滑而数。

4. 湿痰内闭：突然昏仆，嗜睡或昏睡，半身不遂，神志不清，痰涎壅盛，两手握固，牙关紧闭，静而不烦，面白唇紫，口眼歪斜，四肢不温，舌苔白滑腻，脉沉滑或缓。

5. 阳气虚脱：突然昏仆，半身不遂，神志不清，目合口开，手撒遗尿，鼻鼾息微，四肢逆冷，面色苍白，额出冷汗，舌痿而淡白，脉沉细微。亦可于苏醒后见半身不遂。

6. 阴脱阳浮：突然昏不识人，半身不遂，口眼歪斜，亦可见目合口开，手撒遗尿，鼻鼾息微，手足冷而面颧红赤，舌痿而红，脉沉细欲绝。亦可于苏醒后方见半身不遂。

7. 气虚血瘀：半身不遂，面色苍白，形羸自汗，偏身枯瘦，肌肤不仁，或手足肿胀，筋脉拘急，上肢屈曲，下肢伸直，上下肢强制屈伸则疼痛，或有半身疼痛，舌淡白或晦暗有瘀斑，脉弦细或涩、结。

8. 肝肾亏虚：病人多年高力衰，耳鸣健忘，眩晕目糊，语言不利，神情呆滞，智能低下，如痴如痫，半身不遂常逐渐发生，其前可见肢体麻木，舌淡或嫩红，脉细弱而沉。

半身不遂一症，除见于中风之外，亦可见于婴儿产伤或头颅外伤等病程中。针灸治疗半身不遂，多以中风“中经络”为主，临床上以肝阳化风、湿痰内闭、痰火内闭、气虚血淤、肝肾亏虚之证为其主要的适应症。

二、四肢瘫、单瘫

瘫痪或称“摊缓”，是指肢体痿软无力，肌肉弛纵不收，不能随意运动而言的临床病症。《圣济总录》：“摊则懈惰而不能收摄，缓则弛纵而不能制物。故其证四肢不举，筋脉关节无力，不可枝梧者，谓之摊，其四肢虽能举动，而筋节缓弱，凭物方能运用者谓之缓。或以左为摊，右为缓”。

《素问》有“痿躄”一病之论述，并提出五脏痿和脉痿、筋痿、肉痿、骨痿等名称，介绍其临床表现，也有肢体弛纵、筋急拘挛、肌肉不仁、腰脊不举等症。《灵枢·热病》：“非之为病也，身无痛者，四肢不收，智乱不甚，其言微，知可治，甚则不能言，不可治也。”亦现今之四肢瘫痪。《证治准绳》：“痿者手足痿软而无力，百节缓纵而不收。”说明痿证以肢体随意运动减弱或消失的临床表现为主，与“摊痪”、“骀曳”等有相类的涵义。因此，历代医家常以“痿证”门介绍四肢瘫、单肢瘫等的临床表现。其证候有：

1. 肺胃津伤（肺热伤津）：外感发热期或发热后，四肢痿弱无力，手不能持物，足不能任地，尤以下肢为多见，

甚则瘫痪不用，渐致肌肉萎缩。心烦口渴，咳呛痰少，手足心热，咽干唇燥，小便短赤，可见发热，舌质红，舌苔黄，脉细数。

2. 湿热浸淫：四肢或双下肢痿软无力，困重麻木，肌肤不仁，甚则弛纵不收，瘫痪不用，肌肉萎缩。胸闷纳呆，口干苦而粘，小便赤涩而短，或见身热不扬，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

3. 寒湿浸淫：四肢困重，行动不便，乃至瘫痪不用。颜面虚浮晦滞或水肿，胸闷纳呆，泛恶欲吐，腰脊酸重，足跗微肿，或有肌肤不仁，舌胖有齿痕，舌苔白腻，脉滑而缓。

4. 脾胃气虚：四肢或下肢渐见痿软无力，甚则缓纵不收，肌肉萎缩。神疲倦怠，食少便溏，头晕肢困，面色淡白无华，舌淡苔薄，脉细弱无力。

5. 肾阳虚亏：四肢痿弱瘫痪，面色苍白，四肢冰冷，足跗肿胀，腰膝酸软，倦怠乏力，眩晕耳鸣，阳萎遗精，舌淡白，脉沉细。

6. 瘀血阻络：多于外伤后立即出现下半身或四肢瘫痪，肢体麻木不仁，不知痛痒，二便失禁或秘结，继而皮肤干枯，肌肉萎缩，四肢不温，胸腰或肌肤刺痛，舌质青紫或有瘀点，脉涩细。

7. 肝肾阴虚：病势缓慢，逐渐下肢或上肢痿弱不用，腰脊酸软不举，形体瘦削，肢体麻木，筋脉拘挛，头晕耳鸣，两目昏花，潮热盗汗，颧红，咽干口燥，舌红而干，脉弦细数。

8. 肝郁血虚：病人多愁善感，喜悲伤欲哭，一遇激怒则突发肢体瘫痪，然肌肉虽久病而不瘦削萎缩，肌肤润泽，

伴两胁胀痛，嗳气纳呆，口苦，舌淡红，脉弦细。

肢体瘫痪，弛缓不收，肌肉萎缩，是本病证的特点，或见于四肢，或见于单肢，或见于双侧上肢或下肢。针灸治疗的主要适应症，以肺胃津伤、湿热浸淫、寒湿浸淫、瘀血阻络、肝郁血虚等证为宜，其他证型则需针药并治，综合治疗。

瘫痪常用的腧穴

腧穴又称穴位，是针灸治疗的刺激部位（刺激点）。瘫痪针灸的常用腧穴，包括十四经穴和经外奇穴、阿是穴在内。本节所介绍的内容，主要是十四经穴和部分经外奇穴。为了叙述方面起见，根据瘫痪针灸治疗的特点，兹分为头面颈项部穴、背部穴、胸腹部穴、上肢穴和下肢穴几个部分来介绍。

一、头面颈项部位

（一）头部发际区穴

1. 百会：在头顶正中线与两耳尖联线的交点；主治中风偏瘫、颅外伤后遗症、小儿脑瘫、癔病瘫痪等；沿皮刺0.5~1.5寸，直刺0.1~0.2寸。属督脉经。

2. 通天：百会穴前1寸，旁开1.5寸处；主治中风偏瘫等脑源性瘫痪；沿皮刺0.5~1寸，直刺0.1~0.2寸。属足太阳经。

3. 头维：在额角发际，前发际正中旁开4.5寸；主治面瘫、偏头痛等；沿皮刺0.5~1.5寸。属足阳明经。

4. 前顶：百会穴前1.5寸处；主治中风偏瘫、小儿脑瘫等；沿皮刺0.5~1.5寸。属督脉经。

5. 后顶：百会穴后1.5寸处；主治同前顶穴；针法同前顶穴。属督脉经。

6. 四神聪：百会穴前、后、左、右各1寸，共4穴；主治小儿脑瘫、乙脑后遗症等；沿皮刺，针尖向百会穴透刺0.5~1寸。属经外奇穴。

7. 曲鬓：耳前鬓发中稍后，当耳廓根眉梢平线上；主治中风偏瘫等；斜刺1~1.5寸。属足少阳经。

8. 悬厘：从头维穴至曲鬓穴联线分为四折，下一折点为本穴；主治、针法同曲鬓。属足少阳经。

9. 络却：通天穴后1.5寸处；主治、针法同通天穴。属足太阳经。

10. 神庭：头部正中线上入前发际0.5寸；主治中风偏瘫等；沿皮刺0.5~1寸。属督脉经。

11. 风府：项后发际正中上1寸，枕外粗隆直上凹陷处；主治中风偏瘫、昏迷，癔病性瘫痪，小儿脑瘫，乙脑后遗症等；直刺0.5~1寸，深刺法宜慎用，可参见中风偏瘫毫针处方11。属督脉经。

12. 哑门：项后发际上0.5寸，当第1、2颈椎棘突间隙处；主治同风府；直刺0.5~1寸，深刺法可参见中风偏瘫毫针处方11。属督脉经。

13. 风池：在枕骨粗隆直下凹陷处与乳突之间，当斜方肌和胸锁乳突肌之间取穴；主治中风偏瘫、小儿脑瘫、乙脑后遗症等；直刺（平耳垂水平、略斜向下）1~1.5寸。属足少阳经。

14. 正营：头临泣（阳白穴直上，当神庭穴与头维穴之间入发际0.5寸）直上3寸；主治中风偏瘫；沿皮刺1寸。属

足少阳经。

15. 承灵：正营穴后1.5寸；主治、针法同正营。属足少阳经。

头部发际区穴位，是脑源性瘫痪（中风偏瘫、小儿脑瘫、乙脑后遗症等）的重要针灸刺激部位，除可用头穴透刺法（头皮针）取治之外，还可用穴位注射、艾条温和灸等疗法。临床研究证实，取以头顶部、头额部的穴位针灸，如百会、前顶、后顶、络却、通天、正营、承灵、神庭等穴，选择应用，对中风偏瘫的疗效都很显著，与枕部穴针灸疗效有显著差异。取用哑门、风府针刺，配合其他穴位治疗中风偏瘫，其疗效较不取哑门、风府者为佳。此外，头部发际区穴位还可用于治截瘫、癔病性截瘫等。

（二）颈项部穴

1. 扶突：喉结旁3寸，人迎穴外侧，胸锁乳突肌后缘处；主治臂丛神经损伤、桡神经损伤等；直刺0.5~1寸。属手阳明经。

2. 颈臂：在锁骨内1/3与外2/3交界处上1寸，胸锁乳突肌锁骨头后缘处；主治臂丛炎、上肢瘫痪；沿水平方向直刺0.5~0.8寸。属经外奇穴。

（三）额面部穴

1. 人中：在人中沟上1/3与下2/3交界处；主治中风偏瘫、癔病性瘫痪等；向鼻中隔方向由下向上刺0.3寸左右。属督脉经。

2. 兑端：上唇中央尖端；主治中枢性面瘫，斜刺0.2~0.3寸。属督脉经。

3. 金津、玉液：舌系带两侧静脉上，卷舌取穴（左为