

DOI:10.16305/j.1007-1334.2024.11

# 东氏针灸治疗中风瘫痪上海方案专家共识

鲍春龄<sup>1</sup>, 东红升<sup>2</sup>, 周亮<sup>1</sup>, 东贵荣<sup>1</sup>

1. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院(上海 200437); 2. 上海市针灸经络研究所(上海 200030)

【关键词】 针灸; 中风; 脑卒中; 瘫痪; 专家共识

## Shanghai expert consensus on treatment of stroke paralysis with Dongshi acupuncture

BAO Chunling<sup>1</sup>, DONG Hongsheng<sup>2</sup>, ZHOU Liang<sup>1</sup>, DONG Guirong<sup>1</sup>

1. Yueyang Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200437, China; 2. Shanghai Institute of Acupuncture and Meridian, Shanghai 200030, China

**Keywords:** acupuncture; apoplexy; stroke; paralysis; expert consensus

中风又称脑卒中,包括出血性中风和缺血性中风,是指急性起病、迅速出现局限性或弥漫性脑功能缺失征象的脑血管临床事件,是一类严重危害人民健康的常见病、多发病、难治病。在我国约有80%的中风患者遗留不同程度的肢体功能障碍。

针灸作为中医学的重要组成部分,在几千年的发展历史中积累了丰富的治疗中风瘫痪的经验。东氏针灸以阴阳调衡为法,明辨中风瘫痪肢体经络阴阳缓急的动态变化,运用百会穴-太阳穴透刺、阴经阳经相互透刺,从阳引阴、从阴引阳以调衡经络气血。海派奚氏针灸以辨病辨证为依据,以通调阴阳为准则,主选阳经及督脉穴,通阳启闭、通调气血。秦氏针灸以通督补肾调肝为纲,认为病变在脑首取督脉。中风病病情复杂、证候多变,不同病期的治疗原则和方法也有不同,为进一步提高针灸诊治中风病水平,以国家中医药管理局适宜技术推广方案——东氏针灸治疗中风病方案为主,融合海派针灸特色学术思想,制订东氏针灸治疗中风瘫痪方案,并邀请上海市针灸学、康复学、神经科学和循证医学等领域的相关专家审议并达成共识。

本共识采取问卷调查和专家论证相结合的方式:通过前期文献资料整理及收集,提出审议共识大纲,同

时结合问卷调查明确共识问题清单;将共识问题转化为循证问题,在系统梳理和总结已有研究成果的基础上,形成共识初稿1.0版本,并经过3轮德尔菲问卷,修改共识初稿形成2.0版本;召开会议审议并达成共识。共识制订过程遵循了全国针灸标准化技术委员会(SAC/TC 475)发布的《针灸临床实践指南制定及其评估规范》,开展了8名专家的半结构访谈,并经过16名专家的3轮德尔菲法问卷调查。制订过程体现了本共识的科学性、客观性和权威性。

### 1 诊断标准

参照2008年中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南》中有关中风的诊断标准。①主症:半身不遂,神识昏蒙,言语謇涩或不语,偏身感觉异常,口舌歪斜;②次症:头痛,眩晕,瞳神变化,饮水发呛,目偏不瞬,共济失调;③起病方式:急性起病,发病前多有诱因,常有先兆症状;④发病年龄:多在40岁以上。具备2项及以上主症或1项主症、2项次症,结合起病方式、发病年龄即可诊断;不具备上述条件,结合影像学检查结果亦可诊断。

### 2 分期治疗

依据中风瘫痪肢体的肌力、肌张力症候动态变化进行分期,分为急性瘫痪期、弛缓性瘫痪期、弛缓性瘫痪-痉挛性瘫痪过渡期、痉挛性瘫痪期,并制订分期针刺治疗方案。

2.1 急性瘫痪期 急性起病,患者半身不遂,或伴有神

【基金项目】上海市卫健委进一步加快中医药传承创新发展三年行动计划项目(ZY[2021-2023]-0209-08)

【通信作者】东红升,副研究员,硕士研究生导师;

E-mail: dhsdoctor2005@126.com

识昏蒙,或口舌歪斜,言语謇涩、不语,或偏身感觉异常等。此为气血逆乱,脑脉痹阻或血溢于脑所致。治以疏通经络,通脑脉,祛痰瘀,活血荣脑。

2.1.1 取穴 百会穴透太阳穴(病灶侧)。

2.1.2 操作 针具选择:0.25 mm×40 mm 一次性无菌针灸。穴位消毒:75%乙醇或碘伏穴位皮肤消毒。

头穴透刺方法:患者坐位或平卧位,百会穴以 30°角刺入头皮达到帽状腱膜下后,以 15°角向太阳穴方向平刺,刺入 15~30 mm;太阳穴以 30°夹角向内下斜刺,深度 10~15 mm;自百会穴向太阳穴连线的 2 等分点各向太阳穴方向透刺 1 针;采用快速、小幅度捻转平补平泻手法,捻转 200 转/min 以上,单手每穴交替捻转或双手同时捻转,共捻转 2~3 min。

2.2 弛缓性瘫痪期 患者瘫痪肢体肌力下降,同时符合以下任意一点:①无肌张力增加,被动运动无阻力,肢体放在可下垂的位置并放下,肢体无或仅有短暂抗重力能力并随即落下;②肌张力轻微增加,受累部分被动屈伸时,在活动范围之末时出现最小阻力或突然出现卡住并放松,腱反射无引出或引出很微弱。

2.2.1 取穴 百会穴透太阳穴(病灶侧)、风池穴(双侧)、风府穴。

健侧:肩髃穴、曲池穴、外关穴、合谷穴、太冲穴、丰隆穴、足三里穴、血海穴。

瘫痪侧:肩髃穴、曲池穴、外关穴、合谷穴、风市穴、膝阳关穴、阳陵泉穴、悬钟穴、足临泣穴。

2.2.2 操作 针具选择:0.25 mm×40 mm 一次性无菌针灸。穴位消毒:75%乙醇或碘伏穴位皮肤消毒。

头穴透刺方法:百会穴透太阳穴同急性瘫痪期;风府穴向哑门穴方向透刺,深度 10~15 mm;风池穴向鼻尖方向斜刺,深度 10~15 mm。

体针针刺方法:①先针刺健侧,太冲穴向涌泉穴方向透刺,深度 15~30 mm;丰隆穴直刺,深度 15~30 mm;足三里穴直刺,深度 15~30 mm;血海穴直刺,深度 15~30 mm;上肢肩髃穴直刺,深度 10~20 mm;曲池穴直刺,深度 15~20 mm;外关穴向内关穴方向直刺,深度 10~15 mm;合谷穴向后溪穴方向透刺,深度 15~30 mm;针刺得气后采用补法。②再针刺瘫痪侧,肩髃穴向极泉穴方向斜刺,深度 10~20 mm;曲池穴直刺,深度 15~20 mm;外关穴向内关穴方向直刺,深度 10~15 mm;合谷穴向后溪穴方向透刺,深度 15~30 mm;风市穴直刺,深度 15~30 mm;膝阳关穴向曲泉穴方向透刺,深度 15~30 mm;悬钟穴向三阴交穴方向透刺,深度 15~20 mm;足临泣穴斜刺,深度 15~20 mm;针刺得气后采用泻法。

2.3 弛缓性瘫痪-痉挛性瘫痪过渡期 患者肢体瘫痪,同时符合以下任意一点:①肌张力轻度增加,在关节活

动范围 50% 之内出现突然卡住,然后在关节活动范围 50% 之后均呈现最小阻力;②肌张力增加较明显,在关节活动范围内的大部分肌张力均明显增加,但受累部分仍能较容易地被动活动,腱反射容易引出或活跃。

2.3.1 取穴 百会穴透太阳穴(病灶侧)。

健侧:同弛缓性瘫痪期健侧取穴。

瘫痪侧:在弛缓性瘫痪期瘫痪侧取穴基础上,加极泉穴、尺泽穴、内关穴、后溪穴、急脉穴、阴谷穴、阴陵泉穴、三阴交穴、太冲穴。

2.3.2 操作 针具选择:0.25 mm×40 mm 一次性无菌针灸。穴位消毒:75%乙醇或碘伏穴位皮肤消毒。

头穴透刺方法:百会穴透太阳穴同急性瘫痪期。

体针针刺方法:①先针刺健侧,针刺方法同弛缓性瘫痪期,针刺得气后采用补法。②再针刺瘫痪侧,极泉穴直刺,深度 10~15 mm;尺泽穴直刺,深度 15~20 mm;内关穴向外关穴方向直刺,深度 10~15 mm;后溪穴向合谷穴方向直刺,深度 15~20 mm;急脉穴直刺,深度 10~20 mm;阴谷穴直刺,深度 10~20 mm;阴陵泉穴向阳陵泉穴透刺,深度 15~30 mm;三阴交穴直刺,深度 15~30 mm;针刺得气后采用阴经补法,阳经泻法。

2.4 痉挛性瘫痪期 患者肢体瘫痪,肌张力明显增高,同时符合以下任意一点:①肌张力严重增高,被动活动困难;②挛缩,受累部分被动屈伸时呈挛缩状态,腱反射亢进或阵挛。

2.4.1 取穴 百会穴透太阳穴(病灶侧)。

健侧:同弛缓性瘫痪期健侧取穴。

瘫痪侧:极泉穴、尺泽穴、内关穴、合谷穴、后溪穴、急脉穴、阴谷穴、阴陵泉穴、三阴交穴、太冲穴。

2.4.2 操作 针具选择:0.25 mm×40 mm 一次性无菌针灸。穴位消毒:75%乙醇或碘伏穴位皮肤消毒。

头穴透刺方法:百会穴透太阳穴同急性瘫痪期。

体针针刺方法:①先针刺健侧,针刺方法同弛缓性瘫痪期,针刺得气后采用补法;②再针刺瘫痪侧,针刺方法同弛缓性瘫痪-痉挛性瘫痪过渡期,针刺得气后采用补法。

### 3 手法与疗程

补泻手法:①补法,针刺得气后,先浅后深,重插轻提,提插幅度小,频率慢,操作时间短,以下插用力为主;②泻法,针刺得气后,先深后浅,轻插重提,提插幅度大,频率快,操作时间长,以上提用力为主。

留针时间:20~30 min。头针留针时间可适当延长,并可在头针留针期间进行功能训练。

治疗频次:每周针刺 3~5 次或隔日 1 次。

疗程:4 周为 1 个疗程。根据中风病情状态,可连续治疗多个疗程。

#### 4 注意事项

①针刺前应评估患者生命体征;②针刺时选择舒适体位,或采用软枕、软垫固定肢体,以避免患者改变体位;③具体的针刺深度视患者的胖瘦程度、肌肉丰厚程度及针刺得气而定;④邻近重要血管部位的腧穴应斜刺或浅刺,不宜深刺和大幅度提插捻转;⑤痉挛性瘫痪肢体的肌张力较高,针刺手法应轻柔,应注意避免诱导肢体痉挛收缩,防止弯针、滞针;⑥中风患者多使用抗凝或抗血小板聚集类药物,出针时应注意按压针孔以防止出血。

##### 起草单位:

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

##### 执笔:

鲍春龄 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

周亮 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

东红升 上海市针灸经络研究所

##### 顾问和审定:

东贵荣 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

##### 专家共识组名单(按姓氏拼音排序):

陈川 上海市中医老年医学研究所

崔花顺 上海中医药大学附属曙光医院

丁邦友 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院  
 葛林宝 上海市气功研究所  
 韩燕 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院  
 胡智海 上海市中西医结合医院  
 姜淑云 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院  
 梁瑞珑 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院  
 梁艳 上海中医药大学附属龙华医院  
 沈特立 上海市电力医院  
 沈雪勇 上海中医药大学  
 王海桥 上海交通大学附属仁济医院  
 王念宏 复旦大学附属华山医院  
 徐世芬 上海市中医医院  
 杨晖 复旦大学附属华东医院  
 赵琛 上海中医药大学

(利益冲突说明:本共识项目组成员均签署了“利益冲突声明书”,且在正式工作开始前公开了利益声明和评价结果,即所有参与本共识制订的成员均没有任何经济利益往来。本共识制订过程中“无利益冲突”,为此不会成为本共识制订的偏倚来源,无需进一步处理。)

编辑:马丽亚

收稿日期:2024-04-20

