

# “通督启神”结合标本阴阳补泻平衡针法在中风后偏瘫针灸临床中的应用\*

徐骁腾, 汪子栋, 李志刚\*\*

(北京中医药大学针灸推拿学院 北京 100029)

**摘要:**标本先后、阴阳平衡、虚实补泻不仅在遣方开药中需要重视,其理念也贯穿于针灸治疗的临床实践中。“通督启神”针法是李志刚教授多年治疗神志病的经验提炼总结,治疗中风后偏瘫有其独特优势。本研究从理论依据、经典病案、选穴及操作分析三个层面,介绍阐述“通督启神”结合标本阴阳补泻平衡针法治疗中风后偏瘫的临床应用,进而为探索切实可行的临床辨证治疗提供新思路、新方案。

**关键词:**通督启神 标本 阴阳平衡 补泻 中风后偏瘫

DOI: 10.11842/wst.20241018008 CSTR: 32150.14.wst.20241018008 中图分类号: R245.31 文献标识码: A

中风,又称为脑卒中,是一种临床常见的脑血管意外疾病,是多种原因导致脑血管受损而引发的局灶性或整体性脑组织损害的病症<sup>[1]</sup>。中风根据病因临床上分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中两种类型,当脑血管受损后,将导致脑部相应功能障碍,出现猝然昏仆、不省人事、半身不遂、口眼歪斜、语言不利等一系列临床症状,严重者甚则死亡,若处理不当则可能产生中风后遗症,包括偏瘫、感觉障碍、失语、吞咽障碍等<sup>[2]</sup>。根据《中国卒中中心报告2022》<sup>[3]</sup>,中风具有发病率、致残率、复发率和死亡率高的特点,需要尽早及时地干预。随着现代医疗水平的不断提高,在中风急性期采用超早期溶栓、恢复再灌注、抗血小板聚集、改善循环血容量等治疗,能提高患者中风后的生存率,而在后遗症期或恢复期症状的治疗则存在一定的局限性<sup>[4]</sup>,使得其致残率仍无显著改观,其中偏瘫,即半身不遂是中风后最常出现的后遗症,据显示每年大约有80%的中风患者因残疾丧失了独立生活的能力<sup>[5]</sup>,这不仅给患者的身心健康带来了严重危害,也降低了患

者的生活质量和社会参与能力,更给其家庭与社会带来了沉重的经济负担。

中医学治疗中风后偏瘫有其独特优势,古今医家经过长期的临床实践,积累了丰富的经验,偏瘫属于针灸治疗疾病谱中的优势病种之一,并在不断探索发展新的方法<sup>[6-7]</sup>,如李志刚教授的“通督启神”法结合标本阴阳补泻平衡针,从选穴、配穴与针刺手法等方面把平衡标本阴阳运用到中风后偏瘫的毫针治疗,并加以辨证施针,调和机体阴阳平衡,使其恢复“阴平阳秘,精神乃治”的状态,在临床上取得了较为显著的疗效,本研究笔者则从标本阴阳平衡角度对针灸治疗中风后偏瘫的具体临床应用进行一系列探讨。

## 1 中风后偏瘫概述

偏瘫,是中风常见的病症及后遗症,后遗症因病程日久已发展为痉挛性瘫痪,主要临床表现为同一侧的上下肢体出现运动障碍,以共同运动为主,分离运动较少,可伴有同侧面、舌瘫,可出现偏身感觉障

收稿日期:2024-10-18

修回日期:2025-02-11

\* 国家自然科学基金委员会面上项目(82274654):中性粒细胞黏附与内皮修复途径探讨“通督启神”针法干预AD的血脑屏障保护机制研究,负责人:李志刚;北京中医药大学揭榜挂帅项目(2022-JYB-JBZR-024):穴位敏化的物质基础与成像研究,负责人:李志刚。

\*\* 通讯作者:李志刚(ORCID:0000-0003-0378-3496),本刊副主编,教授,主任医师,博士研究生导师,主要研究方向:针刺手法及针刺干预中枢神经损伤机理研究。

碍、偏盲、痛温觉障碍等,晚期可能有肌肉萎缩等病变<sup>[8]</sup>。患者肌张力增高,手指屈曲,被动伸直时有僵硬抵抗感,走路时可出现患侧上肢屈曲,下肢伸直,走步划圈的偏瘫步态。严重者恢复缓慢,丧失生活能力<sup>[9]</sup>。中医古籍中称之为“半身不遂”“偏风”“偏枯”等,《灵枢·刺节真邪》载“虚邪偏容于身半,其入深,内居荣卫,荣卫稍衰,则真气去,邪气独留,发为偏枯”,提示早在《黄帝内经》时期就有了对偏瘫病因病机的初步认识,至汉代《伤寒杂病论》时期,《金匮要略》里首次提出“中风”的病名,后世医家将中风后遗半身不遂统症状归于中风病的治疗中,唐宋以前,多立论于“外风”,金元以后,主要归因于“内风”<sup>[10]</sup>。

中风后偏瘫的病因病机分为外导而生、内引而出和非内外所致。外导而生多由“邪盛中而内虚”,如《金匮要略》曰“夫风之为病,当半身不遂……中风使然……邪在皮肤。浮者血虚,络脉空虚,贼邪不泻,或左或右,邪气反缓,正气即急,正气引邪,喎僻不遂”并阐述了邪气在经络、入腑脏的中风中于不同浅深部位的症状<sup>[11]</sup>。内引而出则不外乎“风、火、气、痰、瘀、虚”,金元代刘完素归为“热壅气血不能宣通”,李东垣主张“正虚而易受,中老年居多”,朱丹溪强调“痰湿化热,热引风气”;明代张景岳提出“非内外风,积伤过重,脏腑受损”为根本病机,从肾论治;清代叶天士论为“精血过耗,阴不涵阳,内引肝风,动而中风”,王清任《医林改错》提出治疗中风的基本原则为益气活血、活血逐瘀;近代医家张锡纯等归因于肝火引动气血上冲<sup>[12]</sup>。现代医学对其发病认识为由脑血管病变、脑部占位、脑外伤、感染等脑部病变导致相应脑功能区及支配神经无能,致使同侧上下肢体活动功能障碍<sup>[13]</sup>。

## 2 “标本阴阳补泻平衡”针理之内涵

标本在中医学里有多重含义,是一个相对的概念,标本涉及病因与症状、先病与后病、正气与邪气、医生与患者等的相互关系<sup>[14]</sup>。如《素问·标本病传论》曰“病有标本,刺有逆从”,即根据标本的相应关系,从而施以针刺、汤药等不同的治疗。“急则治其标,缓则治其本”“标本同治”这些治疗原则的描述同理,在中医的辨证观中,“本”代表着主要矛盾或矛盾的主要方面,而“标”则类似于受主要矛盾所影响的产物,《素问·汤液醪醴论》的“病为本,工为标;标本不得,邪气不服”说明要抓住矛盾的根本,辨本明标,分清

主次,理顺轻重缓急,这样临床施治才能取得良好的疗效。

阴阳是中医学化用中国传统哲学里的概念,蕴含了对自然规律的概括描述,具有对立统一性,为八纲辨证的总纲<sup>[15]</sup>。《素问·阴阳应象大论》言“阴阳者……治病必求于本”,此“本”即指阴阳,其不仅为构成人体的基本物质,也提示了机体在健康时应是“阴平阳秘,精神乃治”的状态,当“阴阳离决,精气乃绝”,机体的阴阳失于平衡时便会发生疾病。故《素问·至真要大论》述:“谨察阴阳所在而调之,以平为期”;《素问·阴阳应象大论》载“故善用针者,从阴引阳,从阳引阴”,说明临床若欲取得不错的疗效需充分应用阴阳的互根互用性并施以恰当的针灸治疗来调和阴阳,恢复机体的阴阳平衡状态,以达其效<sup>[16]</sup>。

补泻是在一定的治疗原则指导下制定的措施,针灸学里也特指在针刺得气后的基础上所施行的操作,即针刺补泻手法<sup>[17]</sup>。《灵枢·九针十二原》曰“凡用针者,虚则实之,满则泄之”提示针刺补泻的治疗原则为虚证用补法,实证用泻法。《灵枢·官能》言“补必用方,泻必用圆”;《灵枢·小针解》云“言补者,必然若有得也,泻者,恍然若有失也”,表明在补泻的要领与效果方面,补法要求达到方平安谧的状态,使得正气集聚,患者应有充实的获得感,以恢复正气的功能;泻法要求圆滑通利,使得正气盛强,处于活跃状态,以更好地驱邪外出,患者应有一定的空虚失去感,如此施以针刺补泻方能起效<sup>[18]</sup>。

现代医学有运用张力平衡针治疗中风痉挛性瘫痪<sup>[19]</sup>,其针刺操作弱化上下肢痉挛优势侧,强化劣势侧以平衡肌张力,施补泻平衡阴阳,确有其效。有研究显示<sup>[20]</sup>,针刺补泻能影响神经递质和调质的分泌与释放以调节肌张力与肌肉收缩能力,同时改善肌肉血液循环,促进肌肉损伤修复;屈肌在内为阴,伸肌在外为阳,研究表明兼顾阴阳行屈伸肌交替电刺激不仅能刺激特定肌肉群诱发肌肉运动,还能将电刺激信号传递至大脑,激活中枢相应脑区,促使脑功能恢复与大脑神经元重塑<sup>[21]</sup>。

综上可知,标本注重主次先后缓急,偏于时间性;阴阳注重平和统一,偏于抽象的空间性,在注重时空规律的同时施以相应的补泻,则是积极发挥主观能动性,目的在于治本平标,调阴和阳,辨证补泻,扶正祛邪,激发相应治疗效应,最终达到机体的稳定平衡状

态,称其为标本阴阳补泻平衡法。

### 3 “通督启神”之针法

李志刚教授,主任医师,博士研究生导师,北京中医药大学穴位研究中心主任,从事针灸临床、教学与科研工作三十余年,临床经验丰富,理论研究通透,师古而不拘于古,基于“督脉-脑-神”关系轴独创“通督启神”针法,通调督脉而奏启发神机之效,临床施针效果显著<sup>[22]</sup>。督脉与脑的关系十分密切,《素问·骨空论》言“督脉者……贯脊属肾,与太阳起于目内眦,上额交巅,上入络脑”;脑亦主神明,明代李时珍在《本草纲目》中明确提出“脑为元神之府”;治神则是针灸治疗的原则之一,《素问·宝命全形论》曰“凡刺之真,必先治神”,“督脉-脑-神”轴故因三者的相互紧密关联而建立,“经脉所过,主治所及”,针灸治疗时注重通督达脑而启神<sup>[23]</sup>。“通督启神”针法的主穴为百会、印堂、水沟三穴,配穴则随证加减。百会,又名三阳五会,位于前发际正中直上5寸处,为督脉穴,督脉为“阳脉之海”,与手足阳经交于巅顶百会,其下深处为脑部所在,《黄帝内经集解》曰“脑为髓之海,其输穴在于其盖,即督脉之百会穴”,针刺百会穴可发挥调控髓海,通畅督脉,醒脑启神之效,故百会为“通督启神”之首选穴。印堂,位于两眉头连线的中点,由经外奇穴改归于督脉,足太阳膀胱经、足阳明胃经及任脉交会于此,有安神定志、醒脑开窍、通督活络的功效。水沟,位于人中沟的上1/3与下2/3的交点处,因其上接鼻窍通于天,下连口窍通于地,而人居天地之中,故亦名“人中”,归属于督脉,是督脉与手足阳明经的交会穴,具有醒脑开窍、镇静安神、交通阴阳之功用,其又为十三鬼穴之一,能起到回阳救逆、敛阴固脱、止搐救逆的作用。百会、印堂、水沟三穴皆位于头面部,通于脑髓,归属督脉,“病变在脑,首取督脉”,三穴配伍合用,共奏“通督启神”之功<sup>[24]</sup>。现代研究显示“通督启神”针法治疗脑卒中后遗症的作用机制可能与调节中枢胆碱能系统功能与神经生长因子水平,促进突触可塑性,提高认知功能;改善脑血流动力学,促进气血运行;减轻炎症反应,抑制细胞凋亡等紧密相关<sup>[25-26]</sup>。

“通督启神”针法与标本阴阳补泻平衡法各有其特点,“通督启神”针法重“本”,针对“督脉-脑-神”轴,选穴精简,偏重补法,注重“神”的统领作用;标本阴阳

补泻平衡法则倾向于平“标”,以屈伸肌在内外的位置分属阴阳,针对屈伸阴阳对抗,选穴灵活多样,补泻兼施,注重“形”的整体平衡。二者的有机结合,形式新颖,融合了传统中医针灸理论与现代解剖康复知识,在中风后偏瘫的针灸治疗中优势互补,不仅重视病位在内外上属阴的中枢脑腑,还兼顾病症在外下属阳的外周手足四肢;既通调总督全身阳气与运动的督脉,又以泻实补虚平衡内外屈伸肌阴阳经筋;祛内风而除挛虚,实现真正意义上的标本同治,整体局部同攻,内外兼顾,形神兼调,增进针灸临床疗效,亦体现了李志刚教授的针治特色。其以明析标本,分辨病位病症所属脏腑经络支节,精调神而众平形,寻阴阳制约之拮抗协同,补虚泻实以期平衡为操作原则,不仅适用于各种类型脑卒中的后遗症期,且对其他神经系统疾病,如帕金森病、肌萎缩侧索硬化、多发性硬化等的针灸治疗有临床指导意义。

### 4 验案举隅

王某,男,55岁,主诉:右侧肢体活动不利1年余。现病史:患者2年前因摔跤外伤而送至当地医院,住院后1个月重度昏迷,3个月不时浅昏迷,完善CT等相关检查后,诊断为脑出血、蛛网膜下隙出血,经西医治疗后恢复意识,后进行康复训练并于当地中医院接受半年左右针灸治疗,症状未见明显改善,遂至李师门诊,寻求进一步诊治。刻下症:患者右侧肢体无力,麻木不仁,痛触觉减退,右上肢肌力Ⅱ级,右手腕屈难伸,右侧手指呈半握拳状,不能自主张开,肌张力明显偏高,右下肢肌力Ⅲ级,右脚戴足内翻矫形器,巴宾斯基征阳性,走路跛行,呈偏瘫步态,脖颈两侧肌肉僵直红紫,语言不利,反应稍迟钝,日常生活不能自理,伴腰痛腰酸,偶有咳痰,饮食睡眠尚可,二便正常,舌黯红,苔薄白,脉弦细。患者无呕吐、头痛、视物旋转、耳鸣耳聋及肢体抽搐等症状,否认基础疾病。现中医诊断:中风,中脏腑后遗症期,风痰瘀阻证;西医诊断:陈旧性脑干出血、假性延髓麻痹。治法为通督启神,息风活络,施以针灸治疗。针刺取穴与手法:嘱患者先取坐位,常规消毒穴位皮肤,选用0.3 mm×40 mm(1.5寸)毫针,头顶部快速针刺哑门、大椎、供血(双)、天牖(双)、完骨(双)、颈百劳(双)、肩井(双)、人迎(右)、扶突(右)、天窗(右)后迅速出针,再双针交叉对刺百会、强间,向前平刺快速透皮,进针约0.5-1.0寸,行小幅度

捻转;再嘱患者取仰卧位,针刺顺序先下后上,右下肢快速提插捻转太冲、委中,委中迅速出针,小幅度慢提插捻转丘墟、解溪、悬钟、阳陵泉、梁丘,大幅度快提插捻转照海、三阴交、阴陵泉、血海,丘墟与照海再相互透刺;左下肢快速提插捻转太冲,小幅度提插捻转三阴交、阴陵泉、阳陵泉、太溪、照海;右上肢快速提插捻转合谷,小幅度提插捻转后溪、八邪(2-5指间)、中泉、阳溪、阳谷、阳池、外关、手三里、曲池、臂臑、肩髃、肩前、肩髃、肩后,合谷与后溪相互透刺;面颈部快速提插捻转人迎(双)、扶突(双)、天窗(双)、天鼎(双)、水突(双),小幅度提插捻转廉泉、外金津玉液、承浆、神庭,小幅度慢捻转率谷(左)、天冲(左)、悬颅(左),提捏印堂,由上往下平刺,进针0.3-0.5寸,行小幅度捻转,向上(鼻中隔方向)斜刺水沟,进针0.3-0.5寸,行小幅度提插,快速针刺2-3次舌面聚泉穴(见表1)。诸穴得气后留针30 min,每天1次,每周3-4次,10次为1个疗程,其间配穴随证加减,针刺治疗5个疗程后,患者右侧肢体麻木较前大幅减轻,右侧肢体肌肉力量恢复较好,右手腕、手指肌张力明显降低,右脚足内翻情况改善,脖颈两侧肌肉僵直程度减少,语言不利等症状恢复至趋于一般水平。

按语:患者因外伤而致血溢脉外,离经之血,是为瘀血,血不利则为水<sup>[27]</sup>,聚而生痰,痰瘀攻上,阻滞气机,使得脑脉闭阻,神机不通,遂发为中风,来势猛急,直中脏腑,后又因久病耗损致使机体阴阳失衡,肌肉痿软,筋脉失约,后遗风症,因实致虚,内风为标,体虚为本,标本兼治,故选用后遗症期针灸疗法<sup>[28]</sup>,以达醒脑启神、扶正祛邪之效,是为从病因病机论治标本阴

阳;偏瘫受风,肝经连督脉,风通达走之,引动血气,壅滞经脉,患侧手足肢体内侧阴经气血壅滞,阳经气血不足,而致阴强阳弱之筋脉拘挛风象,故泻阴补阳,泻屈肌而补伸肌,是为从脏腑四肢经筋以补虚泻实平衡标本阴阳,上二者启标本阴阳补泻平衡法之功。此外,该患者病及脑干,项僵舌软,健侧无大碍,故随证益法,补左颞调右肢以助平衡阴阳,泻项补舌以调虚实,加扎健侧下肢以引正祛邪,又配合“通督启神”针法,分总合顾,形神兼治,针法互补,结合共奏其效。全方选穴精适,手法熟当,二者相宜,标本明辨,神启形复,以针之补泻调整平衡全身之阴阳,阴阳调和则风无以生,气血舒畅调达,则病乃向愈。

5 小结

综上所述,中风病位在脑,而病症见于颈项、面舌、肢体各部,病位为本,病症为标,又因病久至后遗症期,正虚而邪余,体虚为本,内风为标,不显急况,故标本同治<sup>[29]</sup>,形神兼疗,如前述选百会、印堂、水沟三穴,行“通督启神”之法,再配神庭穴,调髓通督,醒脑启神,大椎、哑门、强间为督脉穴,达阳至动,下藏髓脑,天牖为手少阳经穴,完骨、肩井为足少阳经穴,颈百劳为经外奇穴,诸穴位于头项部,风袭之项阳,故泻其实以治项僵不利,哑门还可治舌强,人迎、扶突、天窗、天鼎、水突众穴位于颈部胸锁乳突肌前后,风亦滞此,泻之以治颈项强痛,取经外奇穴供血则可补益颈项、体虚之气血<sup>[30]</sup>,廉泉、承浆为任脉穴,外金津玉液、聚泉为奇穴<sup>[31]</sup>,补益诸穴,疏通气血,通关利窍,共治舌缓不语;受风偏瘫,病位在脑,脑在内为阴,四肢在外

表1 “通督启神”结合标本阴阳补泻平衡针法选穴方案

| 部位  | 主要穴位                                    | 配伍穴位                   | 针刺方法                   | 特殊刺法           | 目的意义                |
|-----|-----------------------------------------|------------------------|------------------------|----------------|---------------------|
| 头部  | 百会、强间、哑门                                | 率谷、天冲、悬颅(均左侧)          | 主穴泻法,配穴补法              | 百会、强间均双针交叉刺    | 泻实补虚,启神复形           |
| 面颈部 | 神庭、印堂、水沟、承浆、廉泉、外金津玉液                    | 聚泉,人迎、扶突、天窗、天鼎、水突(均双侧) | 主穴补法,配穴泻法              | 聚泉点刺           | 补虚泻实,缓僵益舌           |
| 项部  | 大椎、天牖、完骨、肩井(均双侧)                        | 供血、颈百劳(均双侧)            | 主穴泻法,配穴稍刺激             | —              | 泻实硬,通气血             |
| 右上肢 | 合谷、后溪、阳溪、阳谷、阳池、外关、手三里、曲池、臂臑、肩髃、肩前、肩髃、肩后 | 八邪(2-5指间)、中泉           | 合谷泻法,其余主穴补法,配穴补法       | 合谷、后溪相互透刺      | 泻屈肌,补伸肌,平衡肌张力;补伸肌肌力 |
| 右下肢 | 太冲、照海、三阴交、阴陵泉、血海、丘墟、解溪、悬钟、阳陵泉、梁丘        | 委中                     | 前5个主穴均泻法,后5个主穴均补法,配穴泻法 | 委中点刺,丘墟、照海相互透刺 | 泻阴补阳,平衡经筋           |
| 左下肢 | 太冲、照海、三阴交、阴陵泉                           | 太溪、阳陵泉                 | 太冲泻法,其余主穴补法,配穴补法       | —              | 开四关,调筋脉,引正阳祛邪阴      |

注:一般小幅度提插捻转为补法,大幅度快提插捻转为泻法。

为阳,脑在上控中枢神机为阳,躯体在下随调动为阴,左侧足少阳经穴率谷、天冲、悬颅位于颞侧皮质脑部右侧肢体运动区的体表投影内<sup>[32]</sup>,补诸穴可改善右肢运动障碍情况,疗法形意似颞三针<sup>[33]</sup>;以上述标本形神以及表里内外整体阴阳平衡补泻,手足四肢局部阴阳平衡补泻亦明其理,患侧上肢屈肌行阴经,伸肌行阳经,内屈侧为阴,外伸侧为阳,风引气血,壅滞屈肌,内力挛而盛于外,阴强阳弱,故泻阴而补阳,平衡屈伸肌力,泻手阳明经原穴合谷,补手太阳经输穴后溪,再相互透刺,复补奇穴八邪,弱屈肌并使伸肌能拮抗,共治手紧握不开、手指麻木,后溪亦通于督脉,可治头项腰背强痛,手腕部外伸肌侧取分属手三阳经的阳溪、阳池、阳谷及经外奇穴中泉<sup>[34]</sup>,补其以治手腕屈而难伸,补外关、手三里、曲池、臂臑,以治上肢痿痹不遂,外关亦为手少阳经络穴,通于阳维脉,连系督脉而维阳,肩髃、肩髃及奇穴肩前、肩后诸穴位于肩关节周围,补其治疗肩挛重而不举;患侧下肢内侧屈肌属阴,前外侧伸肌属阳,风气亦壅屈肌,内盛于外,阴强阳弱,而现足内翻之象,故亦使平衡屈伸肌力,泻阴补阳,泻足少阴肾经穴照海,补足少阳经原穴丘墟,再相互透刺,强伸肌而弱屈肌,以治足内翻,照海亦通于阴跷脉,可调理心肾之气,疏导气血,泻足厥阴经输穴及原穴太冲,治疗中风、足跗痿痹,合谷、太冲并取,含开四关之意,以疏利气机<sup>[35]</sup>,取足阳明经经穴解溪、足少阳经穴悬钟、足少阳经合穴及下合穴阳陵泉、足阳明经郄穴梁丘,补诸穴以强前外侧伸肌肌力,共治下肢痿痹不遂,悬钟亦为髓会,可治中风、颈项强痛,阳陵泉亦为筋会,能舒筋通骨,同取足太阴经穴三阴交、阴陵泉、血海,泻其以弱内侧屈肌肌力,同治下肢痿痹麻木,泻足太阳合穴及下合穴委中,促使能抬腿,亦治下肢痿痹、腰背痛;此外,健侧亦可用之,偏瘫健侧正气相对充足,可引之而抗邪<sup>[36]</sup>,气血流利为阳,患侧受风病久,正

气不足,余邪留恋,气血壅滞为阴,引健侧阴经屈肌正气至患侧阴经屈肌而抗邪,同经相引,从阳引阴,以左治右,以健治患,故调阳平阴,引正祛邪,补健侧下肢足少阴经输穴及原穴太溪、照海、三阴交、阴陵泉,以益正随引,同时扶正强健侧肌力,健侧泻太冲,补阳陵泉则意在增强通关利气、舒筋通脉之功。

“通督启神”结合标本阴阳补泻平衡针法相对于常规针刺法有其独特优势,常规针刺法大多只在中脏腑的急性期偏重调节脑与神,中经络的后遗症期则以辨证分型针刺为主,经络肢体调节为辅。“通督启神”结合标本阴阳补泻平衡针法则将脑神与经络肢体的整体调节贯穿全程,并细分中枢外周,病因与病症合顾,引用屈伸肌阴阳拮抗协同概念,将中医针灸理论与现代解剖康复知识融会贯通,兼治脏腑经筋形神,辅以神经定位诊断及辨证分型而随证益法,注重个体差异,理论指导更为全面,综合疗效及稳定性更佳,临床可推广运用于与中风后偏瘫类似的中枢外周相累及的神志病,如椎体外系病变而发生震颤麻痹的帕金森综合征,上下运动神经元损伤而发生肌无力的肌萎缩侧索硬化等,应用前景广泛。

综上所述,中风后偏瘫是中风后遗病证之首,其危害性大,病因病机复杂,各家论述纷纭,治法多样。李志刚教授贯通古法今术,师古创新,独创的“通督启神”针法凝结了多年的临床治疗经验,再结合辨证分析而论治,从标本阴阳平衡多角度施针补泻,达到治本平标、形神悉复、扶正祛邪、阴阳调和的目的,恢复机体的稳定平衡状态,形成了较为完整的中风后偏瘫治疗体系,临床上取得了良好确切的疗效,减轻了患者痛苦,实用性强,具有较高的推广价值,为探索治疗中风后偏瘫等类属疾病的新思路、新方法引领了方向,汲取了千年针灸学精华,更发挥出新时代中医学独特的生命价值。

## 参考文献

- 陈付艳. 认识脑卒中. 开卷有益-求医问药, 2024, 9:24.
- 娄艳芳, 都文渊, 姚建景. 醒脑通督针法联合化痰通络汤治疗中风偏瘫临床研究. 山东中医杂志, 2023, 42(2):160-164,194.
- 《中国卒中中心报告2022》概要. 中国脑血管病杂志, 2024, 21(8): 565-576.
- 魏婷. 国医大师张伯礼教授治疗中风临证经验研究. 天津: 天津中医药大学硕士学位论文, 2022.
- 李照辉, 周建伟. 周建伟教授“头皮针徐疾补泻法”治疗中风偏瘫经验. 四川中医, 2023, 41(10):1-3.
- 阮黎清俊. 穴位透刺针法对中风偏瘫的影响. 广州: 广州中医药大学硕士学位论文, 2013.
- 贡静, 韩海瑞, 赵玲玲, 等. 应用针灸治疗中风后偏瘫的研究现状. 中医临床研究, 2023, 15(24):12-17.
- 许欣, 王巍, 封秀琴. 脑卒中患者恐动症的研究进展. 浙江医学, 2024, 46(19):2118-2122.
- 王瑾. 中医综合疗法治疗中风后偏瘫的综述. 现代医学与健康研究

- 电子杂志, 2018, 2(18):173-174.
- 10 曹放. 基于“脑髓神机”理论构建中风病病机证治体系研究. 南昌: 江西中医药大学硕士学位论文, 2023.
  - 11 李进, 史载祥. 《金匱要略·中风历节病脉证并治》中风病范畴探析. 中医杂志, 2020, 61(12):1033-1036.
  - 12 谭春风, 郑全成, 徐琼, 等. 补阳还五汤配合温阳针灸法治疗老年缺血性脑卒中恢复期气虚血瘀证的疗效观察. 中华中医药学刊, 2023, 41(7):230-234.
  - 13 马艾峰, 邢勇胜. 针刺联合康复训练对中风痉挛性偏瘫患者肌电生理指标及运动功能康复的影响. 上海针灸杂志, 2022, 41(3):213-218.
  - 14 余春梅, 盖晓丽, 王德强. 从标本根结理论探析《黄帝内经》的取穴部位. 光明中医, 2024, 39(6):1107-1110.
  - 15 张林落, 唐蕾, 周静, 等. 基于阴阳学说探讨“异类相制”. 四川中医, 2024, 42(8):35-38.
  - 16 张桐, 李继安. 针刺治疗脑卒中后肢体痉挛的研究进展. 中外医学研究, 2024, 22(5):175-179.
  - 17 王敏, 白鸿源. 论《黄帝内经》针刺补泻原则. 哈尔滨医药, 2014, 34(6):398.
  - 18 蔡通. 针刺补泻的文献研究. 广州: 广州中医药大学博士学位论文, 2010.
  - 19 邓雅丹, 余兆安, 刘民权, 等. 张力平衡针法对卒中后痉挛性瘫痪患者表面肌电的短期影响. 中医药临床杂志, 2019, 31(7):1323-1326.
  - 20 郭霞, 杨铭. 针刺手法补泻的现代研究概况. 中华针灸电子杂志, 2016, 5(2):68-71.
  - 21 高竹颖. 调衡屈伸肌电刺激与“阴阳平衡”理论探析. 中国医学创新, 2023, 20(5):176-180.
  - 22 李婷, 田君健, 吴萌, 等. 论“通督启神”针法对阿尔茨海默病的防治作用. 中华中医药杂志, 2023, 38(12):5822-5825.
  - 23 汪子栋, 姜婧, 史术峰, 等. “通督启神”针法治疗神经病的理论探析. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(8):2641-2646.
  - 24 莫雨平, 李多多, 李志刚. 李志刚运用“通督启神”针法配合针刺背俞穴、“靳三针”治疗抑郁症经验. 中国民间疗法, 2020, 28(20):30-31.
  - 25 张晶. 针刺“百会、印堂、水沟”穴改善卒中后认知障碍的作用及机制研究. 武汉: 江汉大学硕士学位论文, 2023.
  - 26 冯梦, 张素钊, 袁军, 等. 通督启神法电针对缺血性脑卒中小鼠认知障碍的改善作用及机制. 中国老年学杂志, 2025, 45(2):375-379.
  - 27 申少珍, 窦金娟, 杨贺, 等. 从“血不利则为水”论卒中后偏瘫肢体肿胀. 现代中医药, 2022, 42(3):89-92.
  - 28 孙定炯. Brunnstrom 分期理论对针刺治疗脑卒中后偏瘫的选穴指导作用. 针灸临床杂志, 2019, 35(9):81-83.
  - 29 贾澄杰, 倪光夏. 脑卒中后痉挛性偏瘫针刺选穴的理论依据与临床应用概况. 针灸临床杂志, 2017, 33(10):84-86.
  - 30 邹婷, 苏临荣, 奚玉凤, 等. 针刺供血穴联合晕乃停和西比灵治疗颈性眩晕气虚血瘀证的临床疗效观察. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(10):1933-1937.
  - 31 李进阳, 申鹏飞. 聚泉穴配合舌面分区点刺治疗脑卒中后构音障碍的临床研究. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(22):3868-3872.
  - 32 尚景舜, 李亚东. 头针穴位分布与皮质投影区关系的研究——顶颞前、后斜线区. 中医药信息, 1987, 4(2):41-42.
  - 33 张金波, 吴运才. 颞三针结合醒脑开窍针法治疗中风偏瘫的临床观察. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(16):116-118.
  - 34 徐炜艳. 关刺中泉穴治疗中风恢复期腕指关节屈伸功能障碍的疗效观察. 南昌: 江西中医药大学硕士学位论文, 2022.
  - 35 俞红五, 朱艳, 潘喻珍, 等. 开四关加人中预防卒中后抑郁的临床研究. 中医药临床杂志, 2017, 29(4):504-506.
  - 36 田烨楠, 彭拥军. 基于“从阴引阳, 从阳引阴”探析针刺治疗中风思路. 上海针灸杂志, 2024, 43(6):691-696.

## Clinical Application of “Tongdu Qishen” Combined with Manifestation-Root Cause Yin-Yang and Reinforcing-Reducing Balance Acupuncture in Treatment of Stroke Sequela Hemiplegia

XU Xiaoteng, WANG Zidong, LI Zhigang

(School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

**Abstract:** The concepts of manifestation-root cause, Yin-Yang balance, reinforcing-reducing for deficiency and excess should not only be focused on the traditional Chinese medicine formulations, but also be consistently applied in clinical practice of acupuncture treatment. The “Tongdu Qishen” acupuncture method, developed by Professor Li Zhigang based on years of experience in treating psychosis, demonstrates unique advantages in treating stroke sequela hemiplegia. From the three aspects of theoretical basis, classic medical records, acupoint selection and operation analysis, this study introduces the clinical application of “Tongdu Qishen” combined with manifestation-root cause Yin-Yang and reinforcing-reducing balance acupuncture in the treatment of stroke sequela hemiplegia, offering new insights and

strategies for exploring effective clinical treatment with syndrome differentiation.

**Keywords:** Tongdu Qishen, Manifestation and root cause, Yin-Yang balance, Reinforcing and reducing, Stroke sequela hemiplegia

(责任编辑: 李青)