香港朱恩博士對中風後遺症的康復手法治療論析

Discussion and analysis by Dr. *Zhu En* of Hong Kong on the treatment of stroke with rehabilitation manipulation techniques

劉碧鳳　*LIU Bifeng*

（香港註冊中醫學會）

香港註冊中醫學會副會長朱恩博士，先後畢業於廣西中醫藥大學、中央民族大學、以及湖北中醫藥大學，獲中醫骨傷博士學位。朱博士從事教學、醫療和科研工作25年多，曾任廣西中醫藥大學推拿教研室副主任、副教授，廣西中醫藥大學第一附屬醫院推拿科副主任、副主任醫師。於2002年以中醫專業優才移居香港，先後在香港大學專業進修學院、香港浸會大學中醫藥學院從事教學、醫療工作，並擔任副主任中醫師，碩士研究生導師。朱博士在香港13年來，兼任《香港中醫雜誌》副主編、世界中醫藥聯合會理事、世界中醫藥聯合會中醫手法專業委員會副會長、世界中醫藥聯合會風濕病專業委員會常務理事、中華中醫藥香港推拿專業學會副會長。由於朱恩博士長期以來重視對香港中醫師的培訓，為香港中醫走向專業化作出不少貢獻，其學術專業與高尚的品格，深受業界的敬重。

〔**關鍵詞**〕中風後遺症；康復手法；名醫論析；朱恩

中風又稱腦卒中、腦血管意外等，是臨床常見病多發病。其病死率致殘率均很高。與心臟病、惡性腫瘤構成多數國家的三大致死疾病。隨着醫學的發展，臨床診斷與搶救治療水準的提高，中風死亡率較以往明顯下降。但在中國存活的中風患者中，約有四分之三存在着不同程度的功能障礙，其中運動功能障礙發生率最高[1][2]，這種中風後的功能障礙，就叫中風後遺症。朱恩博士指出，中風後遺症多因腦血管意外引起，如腦出血、腦血栓形成、腦栓塞、腦外傷等疾病遺留下來的後遺症。主要病理改變多因出血或血流受阻，使受累腦組織發生缺血、壞死或軟化、水腫，而導致一系列後遺症狀。臨床表現為半身不遂、口眼歪斜、舌強、語言蹇澀、精神意識障礙等主要症狀。這些症狀是直接影響中風患者生存素質的主要原因。推拿作為傳統的康復手段在治療中風後遺症中取得較好的療效，朱恩博士有豐富的臨床經驗和深刻的體會，特整理分述。

1　中風後遺症的論析

中醫學認為，中風病是由於正氣虧虛，飲食，情志，勞倦內傷等引起氣血逆亂，產生風、火、痰、瘀，導致腦脈痹阻或血溢腦脈之外為基本病機，以突然昏撲、半身不遂、口舌歪斜、言語謄澀或不語、偏身麻木為主要臨床表現的病證。根據腦髓神機受損程度的不同，有中經絡、中臟腑之分。朱恩博士認為，中風後遺症的病因多樣複雜，多因腦血管意外引起，如腦出血、腦血栓形成、腦栓塞、腦外傷等疾病遺留下來的後遺症。主要病理改變多因出血或血流受阻，使受累腦組織發生缺血、壞死或軟化、水腫，而導致一系列後遺症狀。

腦中風病的主要臨床表現，是神志障礙和運動、感覺以及語言障礙。經過一段時間的治療，除神志清醒外，其餘症狀依然會不同程度地存在，稱為後遺症。朱恩博士認為，後遺症的輕重，可因病人的體質和併發症而異。腦中風常見的後遺症有「麻木」，患側肢體，尤其是肢體的末端、如手指或腳趾、或偏癱側的面頰部皮膚有蟻爬感覺，或有針刺感，或表現為刺激反應遲鈍。麻木常與天氣變化有關，天氣急劇轉變、潮濕悶熱，或下雨前後，天氣寒冷等情況下，麻木感覺尤其明顯；「喎歪眼斜」，患者一側眼袋以下的面肌癱瘓，表現為鼻唇溝變淺，口角下垂，露齒。鼓頰和吹哨時，口角歪向健側，流口水，說話時更為明顯；「偏癱」，又叫半身不遂，是指一側上下肢、面肌和舌肌下部的運動障礙，它是急性腦血管病的一個常見症狀。也是腦中風常見的後遺症。輕度偏癱病人雖然尚能活動，但走路時，往往上肢屈曲，下肢伸直，癱瘓的下肢走一步劃半個圈，我們把這種特殊的走路姿勢，叫做偏癱步態。病情嚴重者常臥床不起，喪失生活能力；「中樞性癱瘓」，即上運動神經元性癱瘓，或稱痙攣性癱瘓、硬癱。是由於大腦皮層運動區錐體細胞及其發出的神經纖維——錐體束受損而產生。由於上運動神經元受損，失去了對下運動神經元的抑制調控作用，使脊髓的反射功能釋放，產生隨意運動減弱

或消失，臨床上主要表現為肌張力增高，腱反射亢進，出現病理反射，呈痙攣性癱瘓；「周圍性癱瘓」，即下運動神經元性癱瘓，或稱弛緩性癱瘓、軟癱。是因脊髓前角細胞及腦幹運動神經核，及其發出的神經纖維——脊髓前根、脊神經、顱神經受損害產生的癱瘓。由於下運動神經元受損，使其所支配的肌肉得不到應有的衝動興奮，臨床上表現為肌張力降低，反射減弱或消失，伴肌肉萎縮，但無病理反射；「失語」，主要表現為對語言的理解、表達能力喪失，是由於大腦皮層（優勢半球）的語言中樞損傷所引起，是腦血管病的一個常見症狀；「失認」，是指病人認識能力的缺失，它包括視覺、聽覺、觸覺及對身體部位認識能力的缺失，是腦卒中的症狀之一；「失用」，即運用不能，病人肢體無癱瘓，也無感覺障礙和共濟失調，但不能準確完成有目的的動作。

朱博士強調，中風為臨床上常見的危重急症，發病率高、病程較長、纏綿難愈。中風後遺症多因腦血管意外引起，如腦出血、腦蜘蛛網膜下腔出血、腦血栓形成、腦栓塞等疾病遺留下來的後遺症，故應注意鑒別。只要正確掌握中風後遺症的病因病機及主要臨床表現，做好診斷和鑑別診斷工作，才能提高中醫推拿手法治療的功效。

2　中風後遺症的手法治療

出血性及缺血性中風後遺症，推拿手法治療可獲佳效。朱博士認為，出血性中風，手法選擇的最佳時期應為中風病的恢復期。因初期出血未止，推拿會加重其出血；對於缺血性中風後遺症應及早介入，越早越好。因早期推拿手法治療，可激發中樞神經環路的聯繫，促使患肢出現運動或肌肉收縮，並能利用殘餘的相對肌力較強的肌肉隨意收縮興奮所有的運動神經細胞，使中樞神經與周圍神經經常保持正常的興奮和抑制活動過程，可以避免癱瘓肢體無活動和不重視被動活動，以致形成關節攣縮而造成廢用性退變[2]。

2.1　頭面頸項操作[2]

（1）取穴：百會、四神聰、運動區、感覺區，印堂、睛明、太陽、角孫、風池、風府、肩井。

（2）手法：按法、抹法、掃散法、拿法。

（3）操作：

A．以指代針。用指甲背面在頭部穴的相關區進行刺激，主要是運動區和感覺區，並隨證選區，每區2—3分鐘。再點按百會、四神聰、印堂等穴，每穴2分鐘；對腦出血患者手法宜輕，不要晃動患者頭部。腦部手術者禁用。

B．患者坐位。醫者站於患者前面，用抹法自印堂至太陽往返4-5次，同時配合按、揉睛明、太陽。再用掃散法在頭側膽經循行部位自前上方向後下方操作，每側20-30次，配合按、揉角孫。時間約2分鐘。

C．患者坐位。醫者站於患者後側面，按、揉頸項兩側，再按風府，拿風池、肩井。

D，如有口眼歪斜可按點按人中、陽白、攢竹、頰車等穴來治療。

2.2　上肢部操作[2]

（1）取穴：尺澤、曲池、手三里、合谷。

（2）手法：滾法、按法、揉法、拿法、捻法、搓法、搖法。

（3）操作：

A．病者仰卧位。用滾法自患側上臂內側至前臂進行治療，肘關節及其周圍為重點治療部位。在進行手法的同時，配合患肢外展和肘關節伸屈的被動活動。按、揉尺澤、曲池、手三里、合谷。繼之在患肢腕部、手掌和手指用揉法治療，同時配合腕關節及指間關節伸屈的被動活動，手指關節可配合捻法。時間約5分鐘。

B．患者取坐位。用滾法施於患側肩胛周圍及頸項兩側，在進行手法時，配合患肢向背後回旋上舉及肩關節外展內收的被動活動。然後用拿法自肩部拿至腕部，往返3-4次，配合活動肩、肘、腕關節。再作肩、肘、腕部搖法，最後用搓法自肩部搓至腕部往返2-3次。時間約3分鐘。

2.3　背及下肢部操作[2]

（1）取穴：天宗、肝俞、膽俞、膈俞、腎俞、環跳、陽陵、委中、承山、風市、伏兔、膝眼、解溪。

（2）手法：滾法、按法、揉法、搓法、擦法。

（3）操作：

A．患者取俯卧位。醫者站在患者側面，先施按法於背部脊柱兩側，自上而下2-3次，重點在天宗、肝俞、

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCM® All Rights Reserved

膽俞、膈俞、腎俞。再在脊柱兩側用滾法治療，並向下至臀部、股後部、小腿後部。以腰椎兩側、環跳、委中、承山及跟腱部為重點治療部位。同時配合腰後伸和患側髖後伸的被動活動。時間約5分鐘。

B．患者取健側卧法。（患側在上）。自患側臀部沿大腿外側經膝部至小腿外側用滾法治療，以髖關節和膝關節作為重點治療部位。時間約3分鐘。

C．患者取仰卧位。醫者站在側面，用滾法在患側下肢，自髂前上棘向下沿大腿前面，向下至踝關節及足背部治療，重點在伏兔、膝眼、解溪。同時配合髖關節、膝關節、踝關節的被動伸屈活動和整個下肢內旋動作。再用拿法施於患側下肢，拿委中、承山，以大腿內側中部及膝部周圍為重點治療。按、揉風市、膝眼、陽陵泉、解溪。最後用搓法施於下肢。時間約3分鐘。

3　手法治療的作用機理論析

推拿手法具有行氣開竅、舒筋活絡、調整人體氣血的功能。朱恩博士認為，手法治療可促使腦中風的血腫吸收和血栓的鬆動，使腦組織儘快恢復功能，以減少不必要的破壞。推拿還能調節中樞神經系統的興奮與抑制過程，促進血液循環與新陳代謝，防止肌肉萎縮 而且早期推拿可激發中樞神經環路的聯繫，促使患肢出現運動或肌肉收縮。朱博士重視國內文獻的綜述[2][3]，指出手法治療中風後遺症有如下作用：①對神經系統的作用：對頭部的推拿可以改善顱內的血液供應，建立側支循環，促進腦出血血塊的液化和出血的吸收，降低顱內壓，從而促進腦功能的恢復。因此，病程越短，應用頭部推拿越早，其康復水準越高。對肢體的推拿可促使周圍神經產生興奮，加強傳導反射。同時，營養和興奮周圍神經可以增強腦部相應區域的興奮性，調整中樞神經系統的功能。②對肌肉、關節的影響：推拿對骨骼肌的作用明顯。如：搓法、一指禪推法等手法可以使血管擴張，局部血流量增加，加快血液循環，營養肌細胞，增強肌肉的張力、彈力和耐受力，緩解肌肉緊張度，糾正肌萎縮。針對患側關節所采用的搖法具有滑利關節、疏筋活血、分離粘連、增強關節活動功能等作用，可促進關節滑液代謝，改善軟骨營養和關節囊韌帶柔韌性、展延性。早期運動推拿治療，可使癱肢關節的被動運動與其主動運動意念相結合，通過本體感受器的傳入衝動，促使相關神經原的軸突發芽，形成新的突觸，經反復運動使這些突觸建立接近正常功能的新的神經環路網路——突觸鏈，使中樞神經功能重新組合，同時抑制異常的低位中樞控制的運動，使其突觸鏈處於受抑制的高閾值狀態，進而改善癱肢運動能力。③推拿是緩解疼痛和痙攣的一種物理治療，根據作用於深部組織或皮膚可以把推拿分為兩種，即深部推拿和表面觸模。深部推拿可緩解痙攣，產生中樞抑制。皮膚表面推拿刺激用於緩解疼痛，皮膚刺激還有一些特殊效應如降低某些肌肉肌緊張和提高交感神經興奮性。朱博士指出， 中風除運動功能障礙外，尚有諸多功能障礙，如言語功能障礙、認知功能障礙、心理障礙等都需要康復治療。目前臨床上運用推拿治療，除運動功能障礙以外其他功能障礙的報導尚不多。因此，針對不同功能障礙，探索出不同的推拿方法，是今後推拿工作者研究的方向。要使中風後遺症能盡快康復必須進行綜合治療，除推拿外還需配合針灸、中藥和心理輔導等治療。

總之，中醫治療中風後遺症頗具康復優勢，由於手法推拿可明顯提高中風偏癱患者的肌力，故在治療中更顯獨特的功效，值得推薦。

Copyright ERKONG All Rights Reserved

參考文獻：
〔1〕伍玲俊，李樹標．陳永鋒．近10年來針刺治療中風後遺症的研究進展．針灸臨床雜誌，2008,24（5）：45.
〔2〕朱恩．中風後遺症的康復手法治療論析．香港中醫雜誌，2010,5(2)：67-72.
〔3〕張鐵柱．按摩治療中風後遺症200例.按摩與導引，2006，22(2)：24.

（編委：陳抗生審校 2016.04.08）