· 临证体会 ·

# 基于验案探讨针灸辨治意识障碍的临证经验

李珮馨[1],李佳佳[1],文希[2*]
(1. 广州中医药大学第五临床医学院,广东 广州 510405;2. 广东省第二中医院,广东 广州 510095)

**摘要** 意识障碍是脑血管意外等神经系统疾病的常见并发症之一,其长期医疗管理复杂,目前尚无确切有效的昏迷促醒方法。文希认为邪气内阻,窍闭神匿,髓海受损是本病的主要病机,临床论治当从髓入手,紧扣“脑为髓海”的生理特点,针刺取穴注重调髓以养脑窍,祛邪以行气血,创“调髓促醒”针刺疗法,取效颇验。此外,治疗时协同配穴临证加减,分期治疗,可达激经行气、通调阴阳的目的。

**关键词** 文希;意识障碍;调髓促醒;针灸
**中图分类号**:R246.6 **文献标识码**:A **文章编号**:1002 - 2392(2025)04 - 0053 - 05
**DOI**:10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250074

意识障碍以觉醒程度降低和意识内容改变为特征,即患者对自身状态和周边环境刺激的觉醒感知能力存在不同程度的下降或丧失[1]。常见的致病原因包括颅脑暴力损伤、心脏骤停、脑出血和脑梗死等。意识障碍患者常出现呼吸功能障碍、肌肉骨骼 - 皮肤并发症和内分泌代谢异常等问题,这些并发症的医疗管理复杂,长期的监护和医学治疗方能维持患者生存,影响患者后续的康复进程,对家庭和社会造成极大的经济负担[2]。针刺作为一种安全有效的自然疗法,被证实能够激活大脑皮层神经细胞兴奋性,刺激受抑制的脑细胞苏醒[3],已广泛用于治疗各种神经系统疾病,临床效果确切[4-5]。

文希是广州中医药大学副教授、硕士研究生导师,长期从事针灸临床及科研教学工作,在颅脑外伤、脑血管病等神经系统疾病的针灸治疗方面取得了丰硕的成果,在长期临床实践及文献研究的基础上,总结并建立了“调髓促醒”针法体系。笔者有幸跟师学习,现就文希治疗脑出血后意识障碍医案一则探讨本病的学术思想和针刺辨治取穴临证思路,以供学习和参考。

## 1 验案举隅

患儿,男,9 岁。2023 年 10 月 23 日首诊。主诉:意识障碍 2 月余。患儿 2023 年 8 月 4 日上午出现头痛,随后出现意识障碍,当地医院头颅 CT 显示左侧丘脑出血,如图 1示,当日住院接受脑室穿刺引流及右侧脑室 - 皮下 ommaya 囊埋置术,8 月 11 日接受左侧丘脑血肿清除术、血管畸形切除、硬脑膜修补术、颅骨形成术。术后经抗痉挛、营养神经等对症治疗,脑脊液检查结果达标后,于 9 月 6 日予右侧脑室腹腔分流术 + 右侧脑室 - 皮下 ommaya 囊取出术,术后患者仍昏迷状。

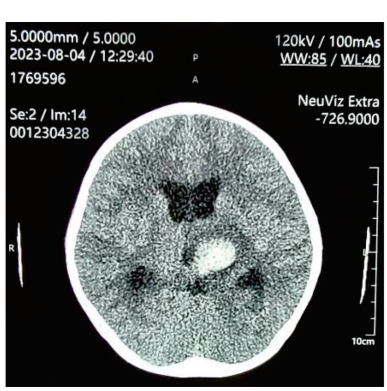


图 1 2023 - 08 - 04 头颅 CT(左侧丘脑出血)

刻下:患儿醒状昏迷,呼之不应,自主睁眼,无眼球追踪,发音不能,双侧肢体活动不利,左侧肢体痛刺激下异常屈曲,右侧肢体痛刺激下无反应,颈部疲软无力,鼻饲饮食,二便失禁,咳嗽痰鸣,痰黄白相间、质黏,面色浅灰,口唇色暗,舌质暗淡,苔白腻,舌底络脉稍迂曲,脉弦涩。双侧瞳孔不等大,左侧对光反射消失,右侧对光反射迟钝,四肢肌张力降低,腱反射减弱,粗测左侧肢体肌力 2 级,右侧肢体肌力0 级,右侧巴氏征阳

**收稿日期**:2024 - 04 - 23 **修回日期**:2024 - 09 - 11
**基金项目**:广东省中医药局科研项目(20241010)
**作者简介**:李珮馨(1999 - ),女,硕士研究生,研究方向:针灸治疗脑病、脊柱相关疾病。
*通信作者:文希(1984 - ),男,博士,副主任中医师,副教授,研究方向:针灸治疗脑病、脊柱相关疾病。

性,格拉斯哥昏迷评分(GCS 评分)8 分(E4V1M3),意识恢复量表(CRS－R)评分 3 分。西医诊断:脑出血恢复期、脑积水(脑室腹腔分流术后);中医诊断:出血性中风(痰瘀阻络证)。治则:调髓开窍,祛湿化痰,活血通络。针刺处方:主穴为风府、哑门、悬钟,双侧风池、完骨、天柱;配穴为双侧内关、太冲、合谷,右侧三阴交、委中、极泉,素髎、水沟、四神聪、脑三针、智三针、双侧顶颞前斜线。操作:取端坐位,昏迷患者不能自主端坐,由陪护协助固定患者头项部,摇高床头至 80°,患者腰背部垫软枕以保持姿势。皮肤常规消毒后,取 0.30 mm×40 mm 不锈钢毫针,风府、哑门直刺 40 mm 后,行平补平泻法,不留针;双侧风池、完骨、天柱采用横透针法,针体与皮肤表面呈 30°,缓缓透针至对穴;悬钟直刺进针得气后,行捻转提插补法;患侧三阴交、委中、极泉直刺后行提插捻转泻法,以患侧肢体抽动 3 次为度;素髎穴向鼻中隔方向进针 13 mm,行雀啄泻法,以取嚏为度;水沟捻转滞针后用雀啄泻法,以眼球湿润为度;双侧内关、太冲、合谷直刺后行捻转泻法;头皮针平刺后行捻转针法。除风府、哑门穴外,余穴位均留针 20 min,每周治疗 6 次,连续治疗 4 周。

2023 年 11 月 29 日二诊。患儿仍昏迷状,痛刺激下左上肢可抬离床面,左下肢时有不自主床面平移,右上肢刺激下见屈曲回缩,双足内翻,在辅助下可短时间保持坐位,颈部能够保持直立。小便自遗,大便秘结,舌质淡红,苔白,脉细弱。GCS 评分 9 分(E4V1M4),CRS－R 评分 4 分。辨:患儿痰瘀久闭,脏腑气血已伤,脾胃功能衰弱,故取穴时配伍胃经合穴,健运脾胃,充实气血营卫,濡养脏腑元气。针刺处方主穴同前,改风池向同侧眼球方向直刺 25 mm,改完骨、天柱直刺进针 20 mm,均行捻转提插补法,押手重按于上述穴位下方以引经气入颅。配穴在前方基础上加双侧足三里,行捻转提插补法。主穴及配穴均留针 20 min,每周治疗 6 次。

2023 年 12 月 6 日三诊。患儿于 12 月 6 日神志转清,视力仅有光感,可发音,不能言语,可执行简单指令动作如摇头、点头示意,右上肢肌张力增高,Ashworth 2 级,腱反射亢进,左侧上下肢及右下肢均可抬离床面,右上肢异常屈曲,右手不自主抓握,右足下垂,喉中痰鸣,二便可自控,舌淡红,苔白花剥,脉弱。GCS 评分 12 分(E4V2M6),CRS－R 评分 14 分。辨:患儿意识水平好转,但意识内容障碍。针刺处方主穴不变,配穴在前诊基础上加百会、安眠以集神醒脑;去极泉、委中;加右侧曲池、曲泽、肘髎、尺泽、肩髃、臂臑、外关、手三里、血海、梁丘、曲泉、阴陵泉;除百会、安眠外,体针配穴配合电针,电流强度设置为 0.4 mA,通电 20 min,进行穴位刺激,以恢复肢体运动功能。每周治疗 6 次。

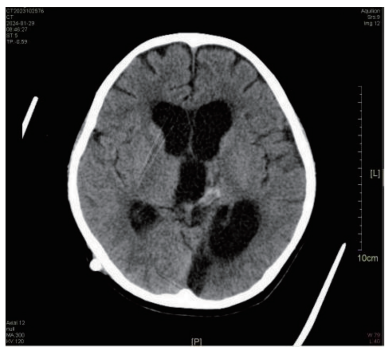

图 2 2024－01－29 头颅 CT(左侧丘脑血肿吸收期改变)

2024 年 2 月 23 日四诊。患儿1 月29 日复查,头颅 CT 示左侧丘脑小血肿吸收期改变,脑积水程度较前减轻,如图 2 示。现患儿神志清醒,视物可辨别形状,有意义简单对答,言语含糊,咽反射正常,偶有饮水呛咳,洼田饮水实验 2 级,右侧上下肢均可抬离床面但乏力明显,右足下垂,可短时间独站,大量辅助下可步行数步,经口进食软烂食物。辨:患儿存在吞咽功能障碍,调整风池进针方向,朝向咽部进针,行捻转提插补法;神志已清醒,主穴不变,在三诊穴位处方基础上,去水沟、素髎穴;患者病程已久,脏腑功能衰弱,配穴可加中脘、下脘、关元、气海以培元补虚,上述所加配穴行捻转提插补法,各穴均留针 20 min,每周治疗 6 次。

1 月余后随访,患儿精神可,能简单语言交流,视物可识别大物体,不能识别颜色,在他人搀扶下可缓慢行走,双手可抬举及抓握。右上肢肌张力稍高,Ashworth 1 级,腱反射正常,右上肢肌力 3 级,右下肢肌力 4 级;左侧肢体肌力 5 级。Brunnstrom 分期:左侧Ⅵ期;右侧手功能Ⅳ期,上肢Ⅲ期,下肢Ⅴ期。日常生活活动能力评定:改良 Barthel 量表(MBI)57 分。

## 2 基于验案探析文希治疗本病的独特优势

### 2.1 意识障碍核心病机

意识障碍归属于中医学“神昏”“昏蒙”“昏聩”范畴。脑为髓海,是元神之府,王清任《医林改错》认为“灵机记性在脑”,已认识到精神、意识、视、听、嗅、味、触等神志活动均与脑密切相关[6]。《灵枢·大惑论》言:“邪中于项,因逢其身之虚,其入深,则随眼系以入于脑,入于脑则脑转”,盖脑为清灵之府,清阳上走巅顶,凡风、寒、痰、瘀之邪气上犯,均可出现窍闭神昏。当正气虚于内,加之风火、痰湿、瘀血蒙蔽清窍,气血逆乱,髓海受损,神不能内守为意识障碍的基础所在。意识障碍的病机在本为脏腑亏虚,气血衰少,在标为风火相煽,痰浊壅盛,瘀血阻滞,气血逆乱。

文希从“髓海”角度探讨意识障碍的病机，认为脑髓损伤是导致昏迷的关键。《灵枢》中指出“脑为髓之海”，又言：“髓海不足，则脑转耳鸣，胫酸眩冒，目无所见，懈怠安卧”，阐明脑由髓海组成，髓海充盈则脑之功能得以发挥，若脑髓受损，则神机失用，出现神昏、昏蒙。文希认为，脑出血后昏迷早期病机多实，因血溢脉外致瘀血停滞，血行受阻，新血不生，脑络、髓海反复受损，久病则本虚标实，见脏腑受损，精气不足，气虚血瘀等。针灸疗法作为一种直接作用于机体以促醒和恢复意识的有效手段，通过对特定穴位的刺激，旨在调理经脉脏腑气血运行，改善颅脑微循环，从而有助于逆转脑髓损伤所致的昏迷状态。

本案患儿因突发左侧丘脑出血，出现神经系统功能缺损诸症，属于中医“出血性中风”范畴。脑出血后血溢脉外，瘀阻脑窍，继而脑中气机紊乱，髓海受损；又因病后脾虚运化失司，水湿内停，痰浊聚而速成，痰瘀相兼为患，神窍闭阻，脑失其司，则神机不用，发生昏迷。

2.2 基于验案探析“调髓促醒”针法理念

文希担任广东省第二中医院促醒病区的负责人，其在继承导师许能贵教授（国家“973 计划”项目的首席科学家）“通督调神”学术思想以及岭南名中医王小寅教授开创的昏迷促醒特色针灸疗法的基础上，结合临床实践与基础研究，提出“调髓促醒针法”。该针法通过刺激患者头颈部的督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经相关腧穴，行气血，通经络，填精益髓贯穿治疗始终，寓以“既病防变”的中医预防思想，从而减缓意识障碍的病情进展，甚至实现病症可逆。

意识障碍乃脑髓损伤，脑窍滞闭，神明失守，五脏失统，经脉失和，气血逆乱所致。尽管意识障碍病机复杂，但治疗核心不外乎“通”与“荣”。当清阳受阻，壅遏经气，或痰瘀闭阻，或肝阳偏亢，则治以祛湿化痰，活血开窍，或清热潜阳，补益肝肾；当髓海匮乏，脑窍失于濡养，则治以健脾益气，资气血生化之源，滋阴补肾，益髓健脑。气血充足循环往复，脏腑各司其职，则脑清神明。文希认为，意识障碍的主要病机是“邪气内阻，窍闭神匿，髓海受损”，因此确立了“调髓治神”的治疗理念，以“调髓开窍，祛邪通络”为核心原则。治疗上强调调髓以养脑窍，祛邪以行气血，通过调髓促醒针法调达神机，恢复阴阳平衡。

2.3 基于验案探讨针灸核心处方

2.3.1 取穴精要，调髓醒脑

文希在治疗时协同使用督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经三经穴位，此三条经络是经脉“入络脑”的关键经络。督脉主一身之阳，行于脊里正中，从颈上行入络脑，相通于任脉，联络髓海，髓的生长有赖于督脉的温煦、推动作用，髓不足可以督脉治疗为主，取风府、哑门以通督开窍，益髓健脑。膀胱经与胆经的循行与脑窍密切相关，取风池、完骨调理头部气血，息风开窍，通络安神。《灵枢》言：“头气有街”，天柱位于以脑为中心的头气街，可起到祛邪理气，调节头部经络气血的作用。以上三经取穴，为针灸治疗“经脉所过，主治所及”的取穴原则之体现。悬钟为八脉交会穴之髓会，《难经》中指出“髓病治此”，而脑为髓海，悬钟可治疗脑髓不足的疾病。研究表明[7]，针刺悬钟具有激活大脑左右两侧脑区，调节高级神经中枢功能的作用，为悬钟治疗意识障碍提供了理论依据。另外，配穴素髎下的组织末梢感受器是针刺升压点所在，针刺素髎可出现喷嚏反应，促进脑部疾病后昏迷患者的苏醒[8]。配穴水沟为任督之交，取强刺激可分清阳别浊阴，以达交通阴阳，通督醒神之功。在取穴角度及深度方面，《灵枢》云：“直针刺者，引皮乃刺之，以治寒气之浅者也”，又言：“恢刺者，直刺傍之。举之前后。恢筋急，以治筋痹也”，文希取横针透刺治疗之精华，总结出透刺双侧风池、天柱及完骨以醒脑调神之法，即采用长毫针从项部任一侧腧穴缓慢平刺，横透至对侧腧穴，针身与发际线平行，入针时押手在皮下感受针尖方向和深度，并施以人工滞针，旨在增强颈部肌肉力量。在临床治疗中，昏迷患者常见颈项部肌肉疲软，处于感觉剥夺状态，表现为抬颈无力，不能端坐。中医学认为患者久病，脏腑功能失调，阴阳气血均衰，筋骨肌肉不得濡养，则不能保持静息下的体态。而现代医学表明[9-10]，增强颈部力量以及变换卧床体位，能影响颅脑的血流变化，改善脑部氧供，保护脑组织，从而潜在地促进神经功能状态恢复。因此，有意识地加强患者坐位训练和颈部肌肉力量，可使患者意识恢复的概率增加。调髓促醒针法治疗时，患者取端坐体位，以颈项部腧穴如风府、哑门、风池、完骨、天柱为主穴，并配合透刺法加强颈项部肌肉力量，由此形神得以紧密相联，阴阳循环往复，生生不息，达到激经行气，通调阴阳之功。从解剖学角度看，颈项部穴位靠近脑干、延髓、颈神经及枕大神经分支等解剖结构，且颈部是颈内动脉及椎动脉向大脑供血的路径，局部分布供应脑后部血运的椎动脉及大脑半球前 2/3 血运的颈内动脉。文希研究发现，促醒针法可提高颅脑损伤后昏迷大鼠的意识水平，上调额叶、顶叶及下丘脑部位食欲素 A 及食欲素受体 1 的表达，从而减轻神经元损伤[11]。另外，研究发现[12]，针刺风池、完骨能改善椎 - 基底动脉的血流供

应。另外颈项部还存在脑干网状上行激活系统,是维持动物大脑皮质觉醒功能的神经纤维束。因此,文希认为调髓促醒针法促醒的机制可能与增加上行性网状激活系统信号输入,改善大脑血液供应相关。

2.3.2 昏迷康复,分期促醒

文希强调通过观察患者意识状态判断疾病进程,将意识障碍病程分为 3 个阶段,在不同阶段运用不同治疗策略,且尤为注重调整进针角度、针刺深度及行针技巧,以适应不同阶段的治疗需求,并协同配穴临证加减,促进患者的觉醒和意识恢复。

昏迷早期,患者处于“神识藏匿”阶段。临床上,患者呈昏迷状,颈部肌肉松软无力,本体感觉丧失。此时,横透风池、完骨及天柱以增加颈部肌肉张力,改善脑部血液循环。风府和哑门,传统针灸的进针深度一般不超过 25 mm,且进针方向朝向下颌[13]。调髓促醒针法根据该处穴位针刺安全深度的研究[14-15],此两穴进针深度为 40 mm 时仍是安全的,只要把握好针下感觉,不刺破寰枕后膜,能更好地发挥醒神开窍的功效,使“气至病所”,神气宣发,一改匿藏状态,进而调动气血运行,充养脑髓、四肢百骸。本案患儿卒中早期软瘫状态见肌张力、肌力低下,不能抗重力活动,腱反射减弱,可选用极泉、委中、三阴交进行配穴治疗,这些穴位针感明显,可引起明显肢体抽动,有助于瘫痪肌群肌力恢复,操作方法如下。三阴交沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45°斜刺,进针 25 mm,用提插泻法,使患侧下肢抽动 3 次为度;医者用左手握住患者踝关节,以肘部顶住膝关节,刺手向外平刺进针委中穴,得气后行提插泻法,以下肢抽动 3 次为度;极泉穴注意避开腋动脉,直刺进针后行提插泻法,以上肢抽动 3 次为度。

治疗中期,患者意识状态改善,处于最小意识状态期,有本体感觉出现,患者端坐位时平衡能力及姿势控制较前改善,此阶段改风池进针方式为向同侧眼球方向直刺 25 mm,行捻转提插补法,改完骨、天柱进针方式为直刺 20 mm,行捻转提插补法,押手重按于各穴位下方以引经气入脑户上巅顶。本案患儿卒中后恢复期见肌痉挛状态,腱反射亢进,肌张力增高,处于“阴急阳缓”状态。《难经》曰:“阴跷为病,阳缓而阴急;阳跷为病,阴缓而阳急”。本案患儿因内侧屈肌拘挛而外侧伸肌相对迟缓表现为右上肢异常屈曲,阴经急,阳经缓是其病机。此阶段配穴以“缓泻温补”为法,当扶阳抑阴,同时注重肘、膝关节局部取穴,强化中间关节的控制,可选取阴经尺泽、曲泽、大陵、太溪等穴以及阳经肩髃、臂臑、外关、手三里、阳溪等穴。阴经腧穴均得气后行泻法以开凝滞之阴气,阳经腧穴则得气后行补法以振奋阳经。

治疗后期,本案患儿脱离最小意识状态,出现自主活动,但仍吞咽功能障碍,此时风池进针方可向朝向咽部,以加强对咽部肌肉的刺激;待吞咽功能正常后,风池穴则朝向肢体偏瘫侧直刺进针,行平补平泻法,以促进肢体肌力恢复。此外,因病程已久,患者形成脏腑元气虚损,气血虚耗的病理状态,配穴应以温养脏腑,促生气血为法,必要时兼以祛瘀通络[16],可针刺中脘、下脘、气海、关元以调补脏腑。

## 3 结语

文希深入分析了意识障碍的病因和病机,在长期的临证经验中总结出一套独具特色的针刺方法,即“调髓促醒”针法。他指出,“窍闭神匿,髓海受损”是意识障碍的核心病机,“调髓治神”为核心治疗理念。在治疗过程中,针刺主穴以调髓开窍,祛邪通络贯穿始终,并根据患者的具体情况,灵活运用配穴,适时调整治疗方案,分阶段促进患者的觉醒。文希运用“调髓促醒”针法治疗意识障碍的临床疗效确切,临证思路与特色针法值得推广。

**参考文献:**


[1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2019:62.

[2] ESTRANEO A, LORETO V, MASOTTA O, et al. Do medical complications impact long-term outcomes in prolonged disorders of consciousness? [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2018, 99(12): 2523-2531.

[3] WANG S Y, LIU K, WANG Y, et al. A Proposed neurologic pathway for scalp acupuncture: trigeminal nerve-meninges-cerebrospinal fluid-contacting neurons-brain[J]. Med Acupunct, 2017, 29(5): 322-326.

[4] 王丹丹,庞猛,王辉. 电针刺激对重型颅脑损伤迁延性昏迷患者昏迷程度的影响及其机制[J]. 现代中西医结合杂志,2020,29(1):51-54.

[5] 徐俊峰,张皓,王晓艳,等. 以电针为主持续植物状态综合促醒方案的临床效果[J]. 世界中医药,2018,13(4):970-973,977.

[6] 陈炎,谢秋幼,何艳斌,等. 意识障碍中医研究概况[J]. 辽宁中医药大学学报,2015,17(8):81-83.

[7] 王敬贤. 基于 fMRI 技术针刺健康青年悬钟穴脑效应研究[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2022.

[8] 范颖洁,黄树敏,谢小英,等. 素髎穴的现代临床应用及研究[J]. 中医临床研究,2022,14(36):106-109.

[9] 黄寒冰,夏楠,周志忠,等. 标准化体位变换联合前庭刺激对严重意识障碍的促醒作用[J]. 中国康复,2018,33(5):385-388.

[10] 张为民,岳盼盼,任杰,等. 头项针联合对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志,2024,44(2):315-318.

[11] 杨志琼,黄桃,李慧靖,等. 促醒针法对颅脑损伤昏迷大鼠额叶、顶叶及下丘脑食欲素 A 及其受体表达变化的影响[J]. 广州中医药

大学学报,2023,40(6):1454 - 1461.
[12] 王小寅,陈文君. 促醒针法治疗昏迷患者临床观察[J]. 按摩与康复医学,2014,5(5):50 - 52.
[13] 梁繁荣,王华. 针灸学[M]. 4 版. 北京:中国中医药出版社,2016:104.
[14] 杨松堤,李亚东,姜国华,等. 应用 CT 测量风府针刺深度的研究[J]. 中国针灸,2008,28(1):47 - 48.
[15] 唐娟,王小龙,廖兴富,等. 应用 MRI 测量哑门和风府针刺危险深度的研究[J]. 重庆医学,2014,43(11):1317 - 1319.
[16] 曹二梅,王颖,孙善斌. 培元固本针刺对脑梗死恢复期气虚血瘀证患者运动功能的影响[J]. 河北中医,2024,46(2):292 - 295,300.

# On the Clinical Experience of Differentiating and Treating Consciousness Disorder with Acupuncture Based on Case Studies

LI Peixin[1], LI Jiajia[1], WEN Xi[2]
(1. *The Fifth Clinical Medical School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou* 510405, *China*;
2. *Guangdong Provincial Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou* 510095, *China*)

**Abstract** Consciousness disorders are common complications of neurological diseases such as cerebrovascular accidents. The management of this disease is long - term and complex, and there is currently no definite and effective method for promoting consciousness recovery. Wen Xi believes that the primary pathogenesis of this condition is internal obstruction of pathogenic factors, blockage of orifices and concealment of spirit, and damage to the marrow sea. Clinical treatment should focus on the marrow, aligning with the physiological characteristic that the brain is the sea of marrow. Acupuncture should aim to regulate the marrow to nourish the brain orifices and expel pathogenic factors to facilitate the flow of qi and blood. Doctor Wen developed the "Regulating Marrow to Promote Awakening" acupuncture method, which has shown effective results. Additionally, in clinical practice, the treatment is often adjusted by combining supplementary acupuncture points and phased treatment to achieve the goals of stimulating meridians, moving qi, and balancing yin and yang.

**Key words** Wen Xi; Consciousness disorders; Regulating marrow to promote awakening; Acupuncture