

# 从固本培元理论论治缺血性中风的针灸治疗思路

孙熙蕊, 徐梦方, 李媛媛, 马任钊, 史昕玥, 林雨晴, 邹忆怀

(北京中医药大学东直门医院, 北京 100700)

**摘要** 缺血性中风(ischemic stroke, IS)是一种由多因素导致的脑血管疾病。固本培元理论由新安医家提出,强调固护后天之本脾胃和培护先天之本真元。基于此理论,文章系统梳理了IS三期病机的演变规律及相应针灸治疗思路。初期元气内虚、脑髓失养,治以针药兼用,保元养髓;进展期气血逆乱、阴阳失交,采用透刺等针刺手法,选穴以合穴为主,以调和气血阴阳;后遗症期,脏腑亏虚引发瘀血内生,治以针灸并用,补虚活血。文章以固本培元理论为指导,阐述IS的病机演变规律与针灸治疗思路,旨在为构建针灸分期治疗IS规范提供理论依据,提高临床疗效。

**关键词** 固本培元; 缺血性中风; 针灸; 先天之本; 后天之本

**中图分类号:** R246.1 **文献标志码:** A **文章编号:** 1007-5615(2025)04-0040-04

**DOI:**10.16370/j.cnki.13-1214/r.2025.04.009

缺血性中风(ischemic stroke, IS)是我国最常见的脑血管疾病之一,常表现为肢体偏瘫、面舌歪斜、言语障碍等,具有高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率和高经济负担五大特征<sup>[1]</sup>。在中国,IS占有中风病例的70%~80%,其高发病率和致残率使其成为公共卫生的重大挑战<sup>[2]</sup>。现代医学研究证实,IS病理机制主要涉及脑动脉闭塞引发的局部缺血性坏死。现代医学治疗和康复手段存在影响因素多、干预周期长等不足<sup>[3]</sup>。本病属于中医学“偏枯”“薄厥”等范畴,其病位涉及心、脾、肝、肾四脏。固本培元理论认为IS病机演变呈现动态特征:初期元气内虚、脑髓失养;进展期气血逆乱、阴阳失交;后遗症期脏腑亏虚伴瘀血内生,最终导致脑络闭阻。在该理论指导下,针灸治疗应结合IS不同时期的临床表现和病变特点,重视先天之本与后天之本的协同调理,通过保元养髓、气血和合、补虚活血等作用机制,对IS进行分期论治。

## 1 固本培元理论

新安医学体系发轫于宋朝,固本培元派是新安医学的重要分支,该分支在针灸领域具有重要影响,其中,王国瑞《扁鹊神应针灸玉龙经》、汪机《针灸问对》、徐春甫《古今医统大全》等著述具有重要学术价值。至明清时期,固本培元理论日趋成熟。“元”在古代哲学中指天地万物的本原,固

本培元为固护后天之本脾胃和培护先天之本真元<sup>[4]</sup>。先天之本藏元阴元阳而主生殖发育,后天之本运水谷精微以化生气血,二者共同构成生命活动的物质基础与动力源泉,其虚损可致气血生化乏源、阴阳失衡、元气衰惫,最终出现脏腑功能衰退及瘀血内生等变化。汪机首倡此说,针对当时滥用寒凉伤及中焦的问题,提出调补气血、温补元气的治则。汪宦在此基础上强调“惜元气、重根本”,后世孙一奎创建“命门动气”学说,将命门属阳的一面具象化为肾间动气,认为肾间动气为生命的根本动力。吴崑在治法上确立“针药保元”的治疗原则。罗周彦针对病机提出“元气空虚至百病生论”,通过元阴元阳之间的关系阐发先后天病机转化规律,进一步扩展了元气的内涵<sup>[5]</sup>。经过历代医家的学术争鸣与实践创新,形成了以培补脾肾元气为治法<sup>[6]</sup>的固本培元理论,即通过健运中焦促进气血化生,温补命门激发脏腑气化,使阴阳自和、气充血活,从而抵御外邪,治愈疾病<sup>[7]</sup>。

## 2 从“固本培元”理论探析IS病机

**2.1 初期: 元气内虚、脑髓失养** IS初期常以一过性黑矇、失语、偏瘫、意识丧失等症状为特征,此期患者以元气内虚、脑髓失养为主要病机。脑髓赖元气上奉以充养,若元气骤衰可致脑髓失养而突发意识丧失,正如吴楚在《宝命真论》中提到“元气素亏,卒然而倒”。短暂性脑缺血发作(tran-

**基金项目:** 国家自然科学基金面上项目(82174331)

**通信作者:** 邹忆怀,男,博士,主任医师,博士生导师。E-mail: zouyihuai2004@163.com

sient ischemic attack, TIA)在IS前的几个小时或几天内发生,称为中风预兆,现代影像研究表明,TIA患者的核磁结果表现为脑室周围、深部白质高信号,腔梗的数目增多<sup>[8]</sup>,可视化地证实了脑髓失养而导致脑缺血。同时,元气不足,更易招致外邪,表现为“内虚邪中”<sup>[9]</sup>。余午亭临证发现,气虚体弱之人容易出现中风,孙一奎在《赤水玄珠》中剖析其机:“由人元气素虚,腠理疏豁,卫弱失护,一遇风邪,莫之能御。经曰:邪之所凑,其气必虚。”揭示了元气虚损,卫外之气衰惫,腠理不固,虚邪贼风乘虚内侵,清阳不能上升,四肢得不到清阳的充实,就会变得痿软和无力<sup>[10]</sup>,正如孙一奎提出“凡中风者,俱有先兆之症。凡人如觉在拇指及次指麻木不仁,或手足不用,或肌肉蠕动者,三年内必有中风之症。经曰:肌肉蠕动,命曰微风”。由此可知,元气内虚,机体抗邪能力减弱,风邪上扰清窍,脑髓失养而发为IS初期。

**2.2 进展期:气血逆乱、阴阳失交** IS进展期,患者肢体不利、意识障碍症状进一步加重,以猝然昏倒、口眼喎斜、半身不遂为辨证要点,其病机在于气血逆乱、阴阳升降失交。临床观察发现<sup>[11]</sup>,此期舌色以红舌为主,舌象以颤动舌、歪斜舌为主,病机以邪实为主。固本培元理论立足“阳生阴长、气血同源”理论体系。生理上,气为阳,主温煦推动;血为阴,主濡养滋润,二者具有“阳化气,阴成形”的互化关系。病理上,一方面,清阳不升、浊阴不降,形成阴阳离决之势,表现为猝然昏倒、偏瘫,正如吴崑指出“若浊邪风涌而上,则清阳失位而倒置矣”,张景岳也提出“阴亏于前,而阳伤于后,阴陷于下,而阳乏于上,以致阴阳相失,精气不交”;另一方面,《素问》言:“大怒则形气绝……有伤于筋,纵,其若不容。汗出偏沮,使人偏枯。”反映出阳气厥逆于上导致肢体不利,《素问玄机原病式》中指出:“人卒中则气血不通,而偏枯也。”气血逆乱引发细胞损伤和炎症介质释放,强烈的炎症反应会导致脑组织继发性损伤<sup>[12]</sup>。阴阳失交,脏腑经络气机阻塞,阳不化气则血滞,阴不载阳则气浮,这与现代医学的线粒体功能障碍、氧化应激反应高度相关。线粒体是人体生命活动的能量来源,“阳不化气”类似线粒体功能障碍,大脑能量代谢不足,脑组织的缺氧导致神经细胞功能的下降甚至丧失<sup>[13]</sup>,“阴不载阳”时抗氧化能力下降,自由基堆积加重神经损伤。因此,气血逆乱,上冲于脑,元神扰动,阴阳失交发为IS进展期。

**2.3 后遗症期:脏腑亏虚、瘀血内生** IS后遗症

期一般指IS发病后6个月以上,此期以面色㿔白、肢冷不利、舌淡紫、脉细涩等症状为特征性表现,病机以元气虚衰为本、瘀毒阻络为标。临床观察发现<sup>[11]</sup>,该阶段的舌色以斑点舌为主,舌有瘀斑、瘀点为血瘀阻滞之象,表明气虚血瘀为该阶段主要证候表现。脾肾亏虚是脏腑功能衰退的根源,元气衰惫则气化失司,血失温煦推动而凝滞成瘀,瘀浊痹阻经脉则新血不生,形成“因虚致瘀,瘀久更虚”的恶性循环,终致“血气不和,百病乃变化而生”的病理结局,出现肢体不利、语言謇涩、口眼喎斜等后遗症。具体证候可分为三方面:其一,面色㿔白、少气懒言等脾虚气弱之候,乃因中焦失运而气血生化乏源;其二,《医学原理》载中风脉象“迟者,阴也……主肾虚不安”,肾中元气不充,无法藏精化生元气以温煦脏腑,表现为肢体发凉、脉细涩;其三,舌质紫暗、肌肤甲错等表现对应《医林改错》中提到的“血管无气,必停留而瘀”的病机,这与现代研究揭示的代谢毒性物质及兴奋性氨基酸对微血管内皮细胞和神经细胞的损伤等机制相契合<sup>[14]</sup>。综上所述,该阶段脾肾元气虚衰,久则化为瘀毒损伤脑络,为临床培元补虚活血治法奠定理论基础。

### 3 固本培元针法特色

**3.1 针药兼用,保元养髓** IS初期病机在于元气虚损导致脑髓失养,正如孙一奎提出“拇指及次指麻木不仁”等症,实质是脑髓失养的早期表现。固本培元派医家在长期的临床实践中充分认识到针药的互补性,通过“脑髓-元气轴”理论构建了“针药兼用、保元养髓”的治疗体系。其核心在于药物长于补虚、针刺可泻实扶正以保元。孙一奎认为“有汗无热”的中风属少阴经,宜针刺太溪穴,配伍续命汤等方。太溪穴作为足少阴肾经原穴可补肾填髓。小续命汤治疗突然中风导致的不省人事具有较好疗效,“用桂枝、麻黄通血脉、开腠理,助防己、防风以散风,人参、杏仁以救肺,川芎、白芍以养血,黄芩胜热,甘草和药,佐附子引诸药以行经络,兼善散风”。吴崑提出“用药以元气为重,不可损伤,故峻厉之品不轻用,恐伤元气也。用针亦以元神为重,不可轻坏,五脏之俞不刺,恐伤元神也”,强调无论针灸还是方药,均需以固护元气、保护元神为要<sup>[15]</sup>。故IS初期的治疗,遣方用药补虚时多避免使用峻猛之药,针刺应通过适度的刺激量激发经气而不伤元神。元气赖于脾胃滋养,如《推求师意》指出“盖元精、元气、元神不可一日无水谷以养之,其水谷药石入胃,而气属阳,味属阴”,汪机提出气虚猝倒可以浓煎参芪

汤;治疗中风因中气不足导致的运动失常,“用人参、白术、茯苓、甘草等以补中气为本”。气虚者补之以甘,用甘温益气之品以资气血生化之源,滋养脑髓。现代临床证实药物能够改善脑部环境,搭配体针治疗能够进一步激发药物的疗效,强化治疗效果,两者相互协同改善患者的临床症状<sup>[16]</sup>。何琳华等<sup>[17]</sup>选用以人参、熟地黄、黄芪为君药的固本培元方联合针刺百会、内关、四神聪等穴位治疗元气亏虚、脑髓失养的老年性痴呆患者,有效率、神经递质分泌水平高于对照组,可见针药联合使用有助于促进神经元的生长和认知功能的恢复。“脑髓-元气轴”理论为IS初期及具有相同病机的神经系统疾病的防治提供了新视角,其强调的“治未病”理念与现代缺血性脑血管疾病二级预防策略高度契合。

3.2 气血和合,阴阳调变 IS进展期病机在于气血逆乱、阴阳失交,针灸治疗通过调和气血阴阳以达“阴平阳秘”之效,降低炎症反应、改善线粒体功能以调节稳态。

3.2.1 尤重合穴,阴阳为纲 进展期治疗需以阴阳平衡为纲领,通过针刺调节气血,《针灸问对》所言:“合者,会也,如水会于海。”所以常选用具有“气血会聚”之功的合穴如足三里、曲池、阴陵泉、阳陵泉等治疗IS。王国瑞治疗半身不遂选取合谷、曲池、环跳、血海、阳陵泉、阴陵泉、足三里、昆仑等。《黄帝内经》主张“先取其阳”,针刺阳经可恢复和提升人体阳气,有助于祛邪外出,故临床选属土之性的阳经合穴健脾益气,促进气血输布,同时配伍阴经合穴如阴陵泉以滋阴养血,形成“阳中求阴,阴中求阳”的配穴思路。微观层面上,阴阳平和有助于维持线粒体稳态,为脑组织供能。笔者团队前期对阳陵泉等合穴做了大量研究,合穴主逆气而泄,阳陵泉作为胆经合穴,通过气机升降调节阳气逆乱<sup>[18]</sup>。研究表明<sup>[19]</sup>,针刺曲池、足三里、阳陵泉等合穴能够调节大脑与小脑间的双侧性联系,从而改善中风偏瘫患者的运动功能,为合穴“调阴阳、通气血”的作用提供了影像学证据支持。

3.2.2 妙用透刺,互引阴阳 纵观《黄帝内经》《针灸甲乙经》等书,治疗中风病常采用单穴治疗,后世医家在临证中认识到单穴治疗作用有限,故出现透刺法和一针两穴法<sup>[15]</sup>。吴崑治疗中风后上肢痿痹,取肩井、曲池、合谷三穴,配合外关透内关,外关、内关分别为手少阳三焦经、手厥阴心包经之络穴,外关通阳维脉,内关通阴维脉,可沟通内外、调和阴阳,使肢体肌力、肌张力平衡<sup>[20]</sup>。

《肘后备急方》记载,“救卒死尸厥”可用针刺人中透龈交的急救针法。通过“一针两穴”贯通阴阳表里经,既扩大刺激范围,又通过经气互感激发元气运行,实现“从阴引阳,从阳引阴”,达到“阴阳并治,气血同调”的效果,这种透穴刺法至今仍被广泛运用。赵卫锋等<sup>[20]</sup>运用芒针阴阳透刺法治疗IS患者,上肢选用肩髃透曲池、曲池透少海、外关透内关等,下肢选用阳陵泉透承山、环跳透风市、悬钟透三阴交等,治疗组总有效率为83.3%,高于对照组,透刺法有效降低IS患者的血清炎症因子白细胞介素6、肿瘤坏死因子 $\alpha$ 的过度表达,抑制炎症反应,促进神经功能恢复,提高患者日常生活能力。

3.2.3 针刺有序,健侧求愈 针刺手法应有顺序,即遵循先健侧行补法,而后患侧行泻法的补泻手法。通过针刺健侧调节整体气血,将健侧的阳气引入患侧,以纠正阴阳失衡、气血逆乱状态,为患侧功能恢复奠定元气基础。正如王国瑞在《扁鹊神应针灸玉龙经》中提到的“中风半身不遂,左瘫右痪,先于无病手足针,宜补不宜泻,次针其有病足手,宜泻不宜补”的针刺次序,此法至今仍在沿用。陈梦玲<sup>[21]</sup>运用健补患泻法针刺治疗IS患者,发现其总有效率可达91.2%,在改善神经功能缺损评分及降低血清超敏C反应蛋白水平方面优于传统平补平泻法。笔者团队通过研究证实脑梗死偏瘫后,患者脑功能出现了双侧半球部分对称区域间自发性同步性活动的减弱<sup>[22]</sup>,针刺治疗中风病患者的即刻效应是以健侧大脑半球功能网络为主的调节作用<sup>[23]</sup>,这些发现从神经可塑性角度印证了“先健后患”针刺顺序的重要性,提示健侧调节可能通过增强半球间功能代偿促进神经功能恢复。

3.3 针灸并用,补虚活血 针对后遗症期“脏腑亏虚、瘀血内伤”病机,提出“针灸并用、补虚活血”的协同治疗策略,形成“气行血活、元络通”的学术特色。

3.3.1 针以调气,灸以温通 IS后遗症期病机以脏腑虚损为本,气血生化乏源,气化失司而瘀血内滞为标,当以补虚培本、活血通络为治疗大法,正如《赤水玄珠》提到“治风之法……日久,即当活血”。针刺温补活血力量有限,《医学入门》指出“药之不及,针之不到,必须灸之”,艾灸具有温暖经络、宣通气血的作用,可“唤醒脉道,血气得通”。吴亦鼎治疗半身不遂时艾灸健侧,借健侧之力补患侧之虚,也可灸神阙温补元阳,对肢冷、脉涩等肾虚证疗效确切。艾灸产生的热效应可改善微循环,与针刺调节自主神经功能产生协同作

用,实现“针引灸效,灸助针功”的治疗效果。目前众多学者采取此法治疗IS后遗症期,例如贺小卉等<sup>[24]</sup>运用温针灸治疗气虚血瘀型中风后遗症患者,总有效率为93.33%,可改善患者临床症状以及神经功能缺损情况,进一步佐证针法与灸法联合使用在改善中风预后的优势。

3.3.2 攻补有序,血充脉通 针对后遗症期“毒损脑络”病机,临床上可以使用王国瑞提出的“先补后攻”治疗策略,先用灸法配合补法针刺以培补元气,引气血上注充养髓海;待正气渐复后,再施以泻法针刺疏通脑络瘀滞,此治法契合《灵枢·九针十二原》“菀陈则除之”的治疗原则。《扁鹊神应针灸玉龙经》记载:“中风不语最难医,顶门发际亦堪施;百会穴中明补泻,即时苏醒免灾危。顶门:即囟会穴。上星后一寸。禁不可刺,灸七壮,针泻之。百会:顶中央旋毛中,取眉间印堂至发际折中是穴。针一分许。中风,先补后泻,多补少泻。灸七壮,无补。”明确中风中脏腑闭证的治疗需采用“先补后泻、多补少泻”的特殊手法,通过补法针刺与灸法温阳以固本培元,配合泻法针刺以祛瘀通络,实现标本兼治的协同效应。

#### 4 小结

文章以固本培元理论为指导,系统阐释了IS从“元气虚损(初期)→气血逆乱(进展期)→虚瘀互结(后遗症期)”的三期病机演变过程。文章强调,针灸治疗IS的关键在于把握其分期特点,实施阶段性辨证治疗。因此,临床应依据不同病期的证候表现,通过固护元气、调和气血阴阳、补虚活血等作用机制,探索提升针灸疗效的新路径,从而减轻患者病痛。

#### 参考文献

[1] 王陇德,彭斌,张鸿祺,等.《中国脑卒中防治报告2020》概要[J].中国脑血管病杂志,2022,19(2):136-144.  
[2] MA R C, SUN X H, LIU Z F, et al. Ferroptosis in Ischemic Stroke and Related Traditional Chinese Medicines [J]. Molecules, 2024, 29(18): 4359.  
[3] 董莹慧,张立杰.东垣针法对缺血性脑卒中后偏瘫患者运动功能及皮质脊髓束损伤的影响研究[J].针灸临床杂志,2023,39(8):14-18.  
[4] 陈婷,张松兴.基于固本培元理论探究中医药治疗虚性功能便秘的临床特色[J].中医药临床杂志,2024,36(6):1012-1015.  
[5] 许奇,方朝晖.基于“固本培元”理论探讨糖尿病微血管并发症的防治[J].中医药信息,2023,40(11):53-57.  
[6] 王键,黄辉,蒋怀周.新安固本培元派[J].中华中医药杂志,2013,28(8):2341-2349.

[7] 张倩,牛淑平.新安医家汪机、孙一奎“固本培元”学术流派研究[J].中医学报,2012,27(6):697-699.  
[8] 李帅,何超明,庞明武,等.短暂性脑缺血发作患者的MRI特点及危险因素分析[J].内科,2017,12(5):665-666.  
[9] 张飞虎,王宇,刘阳,等.从“急性虚证”理论探析急危重症辨治[J].山东中医药大学学报,2024,48(5):546-550.  
[10] 谈露,方向.基于新安医学固本培元思想分期论治运动神经元病的理论探讨[J].云南中医中药杂志,2023,44(11):14-16.  
[11] 杨牧祥,于文涛,王少贤,等.缺血性中风患者舌象变化规律的研究[J].中国中医基础医学杂志,2008,14(1):46-48.  
[12] 朱睿奇,朱凯.银杏叶联合丁苯酞注射液对老年急性脑梗死患者炎症因子、血流动力学和氧化应激反应的影响[J].中国老年学杂志,2023,43(21):5146-5149.  
[13] 陈彦灵,蔡昱哲,刘艺璇,等.从“补虚泻实,燮理阴阳”探讨中药靶向线粒体稳态改善糖尿病合并脑梗死的机制[J].湖南中医药大学学报,2024,44(10):1921-1929.  
[14] 李澎涛,王永炎,黄启福.“毒损脑络”病机假说的形成及其理论与实践意义[J].北京中医药大学学报,2001,24(1):1-6,16.  
[15] 叶冠成,朱芷薇,陈佳祺,等.基于固本培元理论探究新安医家针灸治疗痹证的临床特色[J].中国针灸,2022,42(9):1059-1063.  
[16] 黄玲,司峥,王道义.天龙醒脑汤联合体针治疗风阳上扰证中风患者的临床效果及对微炎症水平的影响[J].河北中医药学报,2025,40(1):26-30.  
[17] 何琳华,赵传浩,杨宝,等.固本培元方联合针刺对老年性痴呆患者精神行为症状的改善作用及其机制[J].环球中医药,2024,17(5):911-914.  
[18] 陈天竹,邹忆怀,张勇,等.基于“一气周流”探析中风后偏瘫的针灸疗效机制[J].北京中医药大学学报,2023,46(11):1611-1615.  
[19] CHEN T Z, CHEN T Y, ZHANG Y, et al. Bilateral effect of acupuncture on cerebrum and cerebellum in ischaemic stroke patients with hemiparesis: a randomised clinical and neuroimaging trial [J]. Stroke Vasc Neurol, 2024, 9(3): 306-317.  
[20] 赵卫锋,党莎,王瑶嘉,等.芒针阴阳透刺针法治疗缺血性卒中的疗效观察[J].上海针灸杂志,2024,43(7):734-738.  
[21] 陈梦玲.健补患泻法联合董氏奇穴针刺治疗缺血性中风急性期的临床研究[D].重庆:重庆医科大学,2024.  
[22] 江澜.基于大脑双侧性联接的中风偏瘫针刺调控效应机制的研究[D].北京:北京中医药大学,2020.  
[23] 金贺.基于图论理论的针刺干预中风病健侧大脑半球功能网络效应的研究[D].北京:北京中医药大学,2021.  
[24] 贺小卉,张少明.温针灸对气虚血瘀型中风后遗症患者的疗效及安全性分析[J].世界中医药,2017,12(10):2447-2449.

(2025-03-15 收稿)