

## LA CEFALEA ENDOGENA IN MEDICINA CINESE ED IN MEDICINA OCCIDENTALE: ANALOGIE E DIFFERENZE TRA I VARI QUADRI CLINICI

La Medicina Occidentale distingue due principali forme di cefalea endogena: emicranica e di tipo tensivo. La prima è caratterizzata da importanti modificazioni del tono vasale endocranico e si può trasmettere ereditariamente; la seconda spesso colpisce soggetti sottoposti ad un elevato grado di stress emotivo e si associa a contratture muscolari cervico-dorsali. A volte queste due forme di cefalea sono presenti nello stesso soggetto ed in tal caso si parla di “cefalea mista”.

La Medicina Cinese descrive invece numerosi quadri clinici di cefalea endogena, ciascuno corredato da una semeiotica e da un protocollo terapeutico particolare.

La terapia della cefalea tramite agopuntura deve considerare sempre attentamente due fattori: modalità di insorgenza dell’attacco (manifestazione) e le condizioni generali del soggetto (radice o terreno).

### **Classificazione**

Per quanto riguarda le principali caratteristiche della cefalea, le modalità di insorgenza e la sintomatologia presente durante l’attacco, la Medicina Cinese distingue due categorie, con i relativi quadri clinici:

#### **1 - Cefalea “da Pieno”**

**a - Fuga di yang del Fegato:** è la classica manifestazione emicranica con localizzazione prevalentemente temporo-frontale. Può essere accompagnata da vertigini, nausea o vomito, turbe del visus e dall’emotività. La frequenza e l’intensità degli attacchi sono variabili a seconda degli individui e dei diversi periodi della vita.

**b - Fuoco di Fegato:** ai sintomi precedenti si aggiungono quelli descritti come “Fuoco”. Il dolore è solitamente maggiore, così come lo stato di agitazione e le vertigini; accanto a turbe dell’udito e ad un elevato grado di irritabilità sono presenti anche sintomi di carenza di liquidi (gola secca, sete, stipsi) e di calore (vampate al viso, senso di calore generalizzato) o ipertensione arteriosa.

**c - Vento di Fegato:** è simile al punto b, dal quale la distinguono essenzialmente il dolore del tipo “trazione-strappo” esteso a tutto il capo e la presenza di sintomi neurologici quali vertigini e tremori al capo e agli arti.

**d - Stasi di Sangue:** quando non è successiva ad un trauma può corrispondere allo stato di male emicranico, oppure agli attacchi che si protraggono per molte ore con un forte dolore fisso, localizzato e lancinante. Segno caratteristico di questo quadro clinico sono le evidenti occhiaie scure, che peggiorano nei periodi di maggiore sofferenza e si schiariscono in quelli di relativo benessere; le donne spesso sono afflitte anche da dismenorrea con dolori trafittivi al basso ventre e coaguli scuri.

**e - Calore nello Stomaco:** è caratterizzata da un forte dolore localizzato in regione frontale e si accompagna a turbe digestive, pirosi gastrica, segni di carenza di liquidi e di calore (sete, stipsi, ecc.). Spesso ha insorgenza postprandiale ed è peggiorata da abitudini alimentari errate.

**f - Ritenzione di cibo:** come nel punto precedente, la cefalea è localizzata prevalentemente in regione frontale e spesso è scatenata dai pasti o da errori dietetici. Non sono presenti segni di carenza di liquidi e di calore, ma solamente eruttazione e rigurgiti acidi.

**g - Accumulo di freddo nel meridiano di Fegato:** è caratterizzata da un forte dolore localizzato al vertex, con sensazione di freddo generalizzato, estremità fredde, vomito e polso a corda. Si osserva raramente.

**h - Stasi di Qi del Fegato:** è caratterizzata da un senso di peso, tensione ed oppressione alla fronte o in regione temporale. Il dolore, scarsamente martellante, può essere migrante ed accompagnarsi a sintomi quali gonfiore e senso di distensione in regione ipocondriaca, nervosismo, ansia, insonnia, dispepsia, meteorismo, nausea e vomito.

**i - Umidità:** il senso di pienezza e pesantezza del capo e di confusione mentale prevalente al mattino è la principale caratteristica di questo quadro clinico. Il dolore può essere diffuso o localizzato alla fronte e sono riscontrabili sintomi generali di umidità (catarro, edemi, oppressione e pienezza in regione pettorale ed epigastrica, lingua gonfia con induito spesso e appiccicoso, ecc.).

**l - Flegma - torbido:** è simile al punto i, del quale rappresenta un aggravamento rivelato da vertigini ad offuscamento del visus.

## **2 - Cefalea "da Vuoto"**

**a - Vuoto di Qi:** si localizza alla fronte, oppure si estende a tutto il capo. Insorge prevalentemente al mattino ed è caratterizzata da un dolore sordo e gravativo, che migliora con il riposo o l'attività non troppo intensa. Il paziente è spesso astenico, stressato e si affatica facilmente. Corrisponde alle forme più lievi di cefalea tensiva.

**b - Vuoto di Sangue:** insorge prevalentemente nella regione del vertex e può rappresentare un aggravamento del quadro precedente. Si manifesta spesso al termine del flusso mestruale, è alleviata dalla posizione orizzontale e peggiora verso sera. Può corrispondere ad una cefalea mista, nella quale la componente vascolare è prevalentemente catameniale.

**c - Vuoto di Rene:** il dolore si localizza in regione cervico-nucleare oppure è diffuso a tutto il capo, accompagnato da vertigini e sensazione di "testa vuota". Sono concomitanti altri sintomi di deficit del Rene *yin* o *yang*. Questo quadro clinico spesso corrisponde alle forme di cefalea tensiva accompagnata da sintomatologia vertiginosa o da sensazione di equilibrio precario.

## **Discussione**

Sebbene in linea di massima si possa affermare che i quadri definiti "da Pieno" della MTC corrispondono prevalentemente alla cefalea emicranica e quelli "da Vuoto" alla cefalea di tipo tensivo, in realtà i pazienti sono spesso colpiti da manifestazioni ad andamento ciclico e/o mutevole, nel corso delle quali si alternano le varie situazioni sopra descritte. I casi di cefalea mista (vascolare e tensiva) osservabili nella pratica quotidiana sono numerosi e non è sempre facile per il

medico definire esattamente la reale eziologia della cefalea endogena sia nell'ottica orientale, che occidentale.

La Medicina Cinese affronta il problema della classificazione dividendo i pazienti in due categorie che richiedono interventi opposti: nella condizione di eccesso, infatti, è necessario innanzitutto sedare la sintomatologia, mentre in quella di deficit è prioritario rinforzare gli organi carenti. I quadri clinici descritti sono numerosi perché, soprattutto nell'eccesso, le diverse caratteristiche del dolore, della localizzazione e la sintomatologia collaterale richiedono un approccio terapeutico mirato e preciso. In caso di deficit, invece, si evidenzia una componente ereditaria o congenita del disturbo, che viene fatta risalire a Qi, Sangue e Rene: ovviamente lo stress psicofisico provoca o peggiora la sintomatologia, causando ulteriore indebolimento organico.

Un approccio corretto al problema della cefalea, deve quindi tener conto non solamente del sintomo-dolore e di quelli collaterali, ma anche della condizioni generali del paziente. La MTC considera due tipi di eccessi *shi*: uno da noxa patogena esterna (vero eccesso) ed uno relativo, provocato dalla carenza di una o più funzioni (falso eccesso). Nel caso della cefalea endogena le violente manifestazioni algiche accusate dai pazienti durante le crisi sono importanti dal punto di vista semeiologico, tuttavia non costituiscono un vero eccesso. Non bisogna ignorare o sottovalutare le cause più profonde di squilibrio organico che costituiscono il reale deficit alla base della patologia cefalalgica, la quale spesso peggiora nei periodi di particolare astenia, stanchezza, tensione nervosa o stress, cioè quando il deficit diviene maggiore.

## Conclusioni

In base alle considerazioni effettuate in precedenza si può affermare che nella cefalea endogena non è sufficiente trattare il paziente unicamente secondo la sintomatologia propria degli attacchi; soprattutto nei casi inveterati o nelle recidive è opportuno risalire ai deficit organici o funzionali che sono alla base della cefalea, i quali spesso interessano Qi, Sangue, Fegato e Rene. La cefalea da stasi di Sangue, caratterizzata da dolore lancinante, fisso e severo, ad esempio, può avere differenti eziologie: Stasi di Qi, deficit di Sangue e/o di Qi, Calore nel Sangue, Freddo interno.

Non riconoscere e, di conseguenza, non trattare uno di questi problemi (ciascuno caratterizzato da una ben precisa semeiotica), significa non ottenere validi risultati terapeutici, oppure incorrere inevitabilmente in rapide recidive.

Il corretto approccio terapeutico alla cefalea in agopuntura quindi prevede da un lato la tipizzazione in base alle principali caratteristiche semeiologiche e dall'altro lo studio approfondito del paziente allo scopo di evidenziare e curare le condizioni patologiche di "terreno" che favoriscono l'insorgenza del disturbo.

Il fatto che le cefalee "da eccesso" della MTC corrispondano prevalentemente all'attacco emicranico e che quelle "da vuoto" siano riconducibili soprattutto alle forme di tipo tensivo non è di grande aiuto nell'impostazione della terapia, se non in linea generale.

In quest'ottica si può affermare che nella terapia delle cefalee vascolari si usano in prima istanza agopunti locali, adiacenti e distali volti a riequilibrare la regione del capo affetta e l'organo del Fegato (F 3, VB 43, MC 6, GI 4, TR 5, VB 20, Ex *Taiyang*, VB 14, ecc.), mentre in seconda

istanza si correggono i deficit di "terreno"; in quelle tensive invece si prescrivono alcuni agopunti atti a rinforzare Qi e Sangue (S 36, MP 6, V 20, V 21, RM 12, RM 6, ecc.) ed altri a scopo decontratturante e rilassante (V 62, IT 3, VB 34, C 7, VB 20, VB 21, DM 14, DM 20, ecc.). Ogni paziente, però, ha la sua storia da raccontare...