

针灸经络

点穴治瘫十法治疗脑梗死的临床评价

陈荣钟¹ 陈耀龙² 陈淑慧³

(1 广州中医药大学深圳附属医院点穴专科, 深圳, 518033; 2 广州中医药大学第一附属医院康复中心, 广州, 510405;

3 广东省中医院科研处, 广州, 510120)

摘要 目的: 观察点穴治瘫十法治疗脑梗死的临床疗效。方法: 将 70 例确诊的脑梗死患者随机分为治疗组 35 例和对照组 35 例。治疗组应用基础治疗 + 针灸康复 + 点穴治疗, 对照组应用基础治疗 + 针灸康复, 治疗 1 个月后观察比较疗效。结果: 治疗组的患者治疗后 NIHSS 积分明显少于对照组的患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 而且治疗组的患者治疗后 FMA 积分、BI 积分均明显高于对照组的患者, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 自身前后对比, 治疗组患者经治疗 1 个月后 NIHSS 积分较治疗前有明显降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而且 FMA 积分、BI 积分有明显增加, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 点穴治瘫十法配合常规针灸能较好地改善脑梗死患者运动功能, 促进受损的神经功能恢复, 提高患者生存质量, 值得推广。

关键词 点穴; 治瘫十法; 脑梗死

Clinical Evaluation on Ten Acupoints Pressure Methods to Cure Paralysis of Cerebral Infarction

Chen Rongzhong¹, Chen Yaolong², Chen Shuhui³

(1 Shenzhen Affiliated Hospital of Guangzhou University of TCM, Acupoint Pressure Department, Shenzhen 518033, China;

2 First Affiliated Hospital of Guangzhou University of TCM, Rehabilitation Center, Guangzhou 510405, China;

3 Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Research Department, Guangzhou 510120, China)

Abstract **Objective:** To observe the clinic effect of ten acupoints pressure methods on cerebral infarction. **Methods:** Seventy patients with diagnosis of cerebral infarction were randomly divided into treatment group ($n = 35$) and control group ($n = 35$). Treatment group treated patients with basic treatment, acupuncture rehabilitation and acupoint pressure, while the control group treated patients with basic treatment and acupuncture. The effect was observed and compared one month later. **Results:** Subsequent to intervention the NIHSS score was significantly less in the treatment group than in the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$); FMA score and BI score were higher than that in control group, all with statistical differences ($P < 0.05$). Self-comparison showed in treatment group after intervention the NIHSS score significantly decreased, FMA score and BI score increased, both with statistical differences ($P < 0.05$). **Conclusion:** Ten acupoints pressure methods to cure paralysis with conventional acupuncture can improve motor function of patients with cerebral infarction, promote the recovery of damaged nerve function, and increase the quality of survival. And the method is worth being promoted.

Key Words Acupoint pressure; Ten acupoints pressure methods to cure paralysis; Cerebral Infarction

中图分类号: R245.9; R255.2 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2015.07.027

脑梗死是临床常见病、多发病, 严重危害着人类的健康和生活, 是目前难治病种之一^[1]。中国每年新发脑卒中患者约 200 万人, 其中 70% ~ 80% 的脑卒中患者因为残疾不能独立生活^[2], 美国每年超过 690 000 的成年人罹患缺血性卒中^[3]。由于其高度致残率、康复周期长, 因此给近千万患者及家属带来长期、巨大的精神上、体力上与经济上的负担, 如何提高脑梗死患者的生活质量, 缩短其康复周期, 一直

是医学界研究的重点。循证医学证实, 脑卒中康复治疗是降低致残率最有效的方法^[4]。包括 Cochrane^[5] 在内的多项系统评价结果已显示针灸等中医外治法对脑卒中运动功能障碍^[6]、吞咽功能障碍^[7]、失语^[8]、肩手综合征^[9] 等具有一定效果。有研究显示推拿手法能改善中风偏瘫痉挛状态^[10]、缓解肩手综合征^[11], 且认为康复推拿在改善患者日常生活活动能力方面更加经济, 具有简、便、廉优

势^[12]。

笔者总结 30 多年来的临床经验,整理归纳出“点穴治瘫十法”^[13],该手法有别于常规推拿手法,在传统指压点穴基础上,根据现代力学原理,采用弹击点穴法,力度大、速率快、气感强、透筋达骨,使气至病所,疗效更好,并有显著的即刻效应^[14]。并且针对疾病不同阶段的病理特点归纳出不同的治疗方法,前期观察性研究中已发现该法有较好的临床效果^[15],现并采用前瞻性随机对照临床试验,以进一步观察“点穴治瘫十法”改善脑梗死患者生活质量的作用和该疗法的安全性,为制定脑梗死的最佳康复治疗方案提供理论和实践依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2 组患者共 70 例,来自广州中医药大学附属深圳市中医院针灸科门诊和病房。将患者按就诊顺序采用简单随机分组的方法,分为治疗组(基础治疗+针灸康复+点穴)35 例,对照组(基础治疗+针灸康复)35 例。至本研究结束,由于患者失访等因素,最终完成研究的病例为治疗组 33 例,对照组 31 例。治疗组中男 19 例,女 14 例,平均年龄(55.19±10.44)岁,平均病程(26.17±17.54)d;对照组中男 15 例,女 16 例,平均年龄(53.02±14.68)岁,平均病程(24.80±23.39)d,2 组患者性别、年龄、病程、严重程度等情况基本相似,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 除西药降压、降糖、降脂等基础治疗以外,配合针灸康复(处方参照上海科学技术出版社的第五版《针灸学》制定)和点穴治瘫十法。点穴治瘫十法根据患者的具体情况酌情应用:1)意识障碍:采用开天门、头部特定区叩击法;2)语言不利:压舌拉伸法;3)指趾拘挛:运用甲指(趾)背刺激法;4)足下垂、足内翻:压膝整足法;5)患肢关节痉挛:摇关节法;6)脊柱强直、行走失衡:不倒翁治疗法;7)患肢肌肉松弛、萎缩:循经点穴法、捶打法、金鸡独立训练法;8)口眼歪斜:唇睑刺激法;9)偏身感觉障碍:头部特定区域治疗法、华佗夹脊治疗法;10)半身不遂:终始穴位治疗法、循经点穴法。每天进行点穴治疗 1 次,并配合康复训练,2 次/d,每次 60 min,疗程 1 个月。康复训练具体方法依病情轻重为:1)定时体位变动,每 2 h 翻身 1 次;2)良肢位的摆放,避免异常模式的出现;3)关节活动度及肌力训练,由被动运动转变为辅助被动运动,再转变为主动运动;4)平衡训练及体位转变,坐位Ⅲ级平衡训练、坐位到站位体位

转移及站立Ⅲ级平衡训练;5)步态训练;6)上、下楼梯训练;7)日常生活活动能力训练等。

1.2.2 对照组 基础治疗+针灸康复,操作及治疗次数同治疗组。

1.3 诊疗标准

1.3.1 诊断标准

1.3.1.1 西医诊断标准 参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》^[16]。

1.3.1.2 中医诊断标准 参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组《中风病诊断与疗效评定标准》^[17]。

1.3.2 观察指标 采用神经功能缺损评分(NIH-SS)、Fugl-Meyer 运动评定(FMA)、日常生活活动能力评定(BI)作为观测指标。

1.3.3 观察时点 首次治疗前和治疗 1 个月后分别进行评定。

1.3.4 不良反应记录 针刺的不良反应包括金属过敏反应、皮下血肿、瘀青等;点穴的不良反应包括局部酸痛、皮下瘀青等。出现不良反应的病例应详细记录,并根据实际情况决定是否终止试验,而且这类病例应纳入统计。

1.4 统计方法 用 SPSS 17.0 软件统计,计量资料组内治疗前后比较采用配对 t 检验,2 组间治疗前后的比较采用 t 检验,所有检验结果设 $P<0.05$ 作为评定差异有统计学意义的标准。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前及治疗 1 个月后 NIHSS 积分的比较 自身前后比较,经治疗后,治疗组患者 NIHSS 积分较治疗前均有显著降低($P<0.05$);组间比较,与对照组相比,治疗组患者治疗后 NIHSS 积分显著降低($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后 NIHSS 积分的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	33	25.07±3.22	9.58±2.06* [△]
对照组	31	24.81±3.05	19.93±1.58

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与同时时间点对对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 2 组患者治疗前及治疗 1 个月后 FMA 积分的比较 自身前后比较,经治疗后,治疗组患者 FMA 积分较治疗前均有显著增加($P<0.05$);组间比较,与对照组相比,治疗组患者治疗后 FMA 积分显著增加($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者治疗前及治疗 1 个月后 BI 积分的比

较自身前后比较,经治疗后,治疗组患者 BI 积分较治疗前均有显著增加($P < 0.05$);组间比较,与对照组相比,治疗组患者治疗后 BI 积分显著增加($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者治疗前后 FMA 积分的比较($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	治疗前	治疗后
治疗组	33	44.71 $\pm$ 9.53	82.86 $\pm$ 7.55 [*] Δ
对照组	31	46.08 $\pm$ 11.36	60.51 $\pm$ 10.38

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与同时时间点对对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者治疗前后 BI 积分的比较($\bar{x} \pm s$)

时间	例数	治疗前	治疗后
治疗组	33	24.29 $\pm$ 5.86	68.04 $\pm$ 7.27 [*] Δ
对照组	31	25.70 $\pm$ 5.31	39.15 $\pm$ 9.38

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与同时时间点对对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.4 安全性评价 治疗组 2 例由于采用重点手法(力度大)后 24 h 内出现局部瘀斑,予以冷敷等处理后皆消退,未出现其他不良反应,患者依从性未受影响。对照组 1 例经针刺后出现下肢腓肠肌肌束不自主颤动,休息后缓解。

3 讨论

本研究中,笔者采用总结的“点穴治瘫十法”治疗了 33 例脑梗死患者,结果显示该法在改善患者运动功能,促进受损的神经功能恢复,提高患者生存质量等方面均优于常规针灸康复,且操作简便,患者易于接受,安全性良好。点穴治疗脑梗死之所以取得较好疗效,原因主要是:针对疾病不同阶段的病理特点,制定出不同的治疗措施。

脑梗死初期:以肌力差(特别是股四头肌)为主要矛盾,临床表现为肢体软弱无力,肌肉松弛。我们根据《内经·痿论》“治痿独取阳明”的理论,和足阳明胃经循行通过股四头肌的生理特点,采用重点手法直接点按阳明经在股四头肌循行部位,特别是寻找敏感点,髌关下一寸许的提肢穴,从而提高了股四头肌的肌力(股四头肌主要功能是提肢),使偏瘫患者在较短时间内恢复了步行能力。

脑梗死恢复期:患者已具备一定的肌力,而以肢体逐渐趋于强直挛急及功能障碍为主,临床表现为:患肢强直痉挛,髋、膝、足、指、趾、肘、肩等关节僵硬,活动功能受限。我们在《内经·痿论》“宗筋主束骨而利机关”的指导下,提出“治瘫重治节”的观点,采用髋旋法,屈膝伸法,摇肩法,指趾关节拨伸法,等松筋利关节的手法,恢复关节的功能活动,而收到显著

的疗效。在提高肌力方面,除重点阳明经在股四头肌循行部位外,我们还根据“用进废退”的原理,注重加强患肢的锻炼,如练独腿站立(开始可独腿靠墙站立,陪护人员按住其膝关节),并结合“槌震”治疗,即防止肌肉废用性萎缩,又提高了肌力。

根据脑梗死主要病变在脑部,在治疗过程中始终采用终始穴位治疗法,直接叩击患肢对侧头部足运动区和掐切患肢指(趾)甲根,起到活血开窍,疏通经络的功效。为使患者早日康复,在病情稳定情况下,尽早进行坐、站、走锻炼,上台阶锻炼,固定式功率自行车、踏步机、拉沙袋等的锻炼,遵循动静结合,循序渐进的原则进行。根据临床观察,偏瘫上肢的功能恢复比下肢慢,手指技巧动作比肢体大关节恢复慢,我们配合眼针疗法,效果更为理想。由于偏瘫肌肉松弛,容易出现肩关节半脱位,起床行走时,一定要用三角巾悬吊,防止变成习惯性脱肩。合并有风湿性关节炎、类风湿性关节炎、强直性脊椎炎等是脑梗死功能恢复的重要障碍,临床疗效也较差,需积极治疗原发病。脑梗死病程长,容易留下后遗症,鼓励患者树立战胜疾病的信心十分重要。

本研究从整体上初步评价了该疗法的临床疗效,但由于样本量较小,未能根据中风的分期、分型进行亚组分析,进一步的研究中拟根据各法特点和主治病证,通过适当的研究设计和疗效指标,对各法的疗效尤其是即刻效应及持续效应进行分类评价,以期为该法的科学性、有效性提供更高级别的循证证据。

参考文献

- [1] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[S]. 中国康复理论与实践,2012,18(4):301-318.
- [2] 吴兆苏,姚崇华,赵冬. 我国人群脑卒中发病率、死亡率的流行病学研究[J]. 中华流行病学杂志,2003,24(3):236-239.
- [3] 鲍欢,杨玉梅,郝俊杰,等. 卒中及短暂性脑缺血发作二级预防指南(第一部分)[S]. 中国卒中杂志,2014,(8):679-685.
- [4] Thorsén AM, Holmqvist LW, de Pedro-Cuesta J, et al. A randomized controlled trial of early supported discharge and continued rehabilitation at home after stroke: five-year follow-up of patient outcome[J]. Stroke,2005,36(2):297-303. Epub[2004-12-23].
- [5] Chamila Geeganage, Jessica Beavan, Sharon Ellender, et al. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke [DB/OL] The Cochrane Library. 17 OCT 2012.
- [6] 杨珊莉,陈立典,陶静,等. 功能训练结合针刺治疗脑卒中运动功能障碍的系统评价[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(7):649-652.
- [7] 袁梦郎,杨拯,吴金海,等. 针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床疗效的 Meta 分析[J]. 中国康复医学杂志,2011,26(5):467-470.

(下接第 1073 页)

通过该课题研究也发现对于更年期综合征患者,六经经络均可见异常,如果按照辨证分型治疗如肝肾阴虚型加风池、太冲、涌泉,我们通过经络诊察发现辨证分型为此型的患者也经常伴有其他经脉的异常,若仅用证型指导针刺治疗会影响疗效;也有人通过加用症状取穴,如伴有汗多者加肺俞,周身乏力者加足三里、脾俞^[10],我们课题研究显示太阳经与腰痛、乏力;厥阴经与抑郁、记忆力下降的相关性有统计学意义,其他症状未见与六经的直接相关,因此仅根据症状判断取穴则会让医者陷于主观与盲目。

通过该课题研究发现更年期综合征患者的经络异常分布依次为太阴、厥阴、阳明、少阴、少阳、太阳。《素问·上古天真论》“五七,阳明脉衰,面始焦,发始堕;六七,三阳脉衰于上,面皆焦,发始白;七七,任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”因此我们认为经络诊察的结果与《黄帝内经》描述的女人的经脉衰老次序相吻合,实际上人体到了七七时期六脉均开始不足紊乱,清代叶天士《临证指南医案·淋带》提出“女子以肝为先天”认为女人很多疾病与肝的关系,我们经络诊察发现更年期综合征患者的太阴、厥阴两经异常为首位,因此我们认为经络诊察可能是学习思考理解应用经典的一个路径。正如《根结第五》所云“上工平气,中工乱脉,下工绝气危生。故曰:下工不可不慎也,必审五藏变化之病,五脉之应,经络之实虚,皮之柔羸,而后取之也。”《黄帝内经》时代对于医者的诊疗水平的判断

提示我们只有真正的了解患者的经络状态才能为达到上工境界做好基础。

本研究结论为经络诊察指导下的辨经、选经、选穴等治疗更年期综合征对于经络异常的改善优于普通辨证针刺法,研究结论提示经络诊察的针灸诊疗模式对于经络异常的调整具有客观性,拓展了针灸治疗更年期综合征的研究思路,具有一定的临床实用价值和推广前景。

参考文献

- [1]侯玉昆,李忠仁. 针灸治疗围绝经期综合征研究概况[J]. 山东中医药大学学报,2010,34(4):372-374.
- [2]詹光宗. 体针治疗妇女更年期综合征疗效观察[J]. 西南军医,2007,9(6):65.
- [3]李平. 耳穴贴压对女性更年期症状及血清内分泌激素的影响[J]. 中国临床康复,2005,9(15):140-141.
- [4]周军,秦正玉,李伟莉,等. 电针三阴交治疗围绝经期综合征临床观察[J]. 中国针灸,2006,26(9):617-620.
- [5]王升旭,陈静. 腹针疗法治疗围绝经期综合征的临床观察[A]. 首届腹针国际学术研讨会论文集汇编[C],2006:159.
- [6]侯金凤. 针刺与穴位贴敷治疗妇女更年期综合征 60 例[J]. 山东中医杂志,2003,22(8):481-482.
- [7]南柏红. 针刺加循经走罐治疗更年期综合征 40 例临床观察[J]. 黑龙江中医药,2009,38(1):46-46.
- [8]纪峰. 交通心肾针刺法治疗更年期失眠症临床观察[J]. 上海针灸杂志,2008,27(12):21.
- [9]周炜. 王居易经络诊察法的临床应用体会[J]. 北京中医,2010,29(1):19-21.
- [10]李丽君,刘丽君. 针灸加雌激素联合治疗更年期综合征[J]. 中华中西医杂志,2003,4(12):1851-1851.

(2014-08-25 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 1069 页)

- [8]魏文广. 针刺治疗中风后失语的系统评价[D]. 成都:成都中医药大学,2011.
- [9]熊俊. 针灸与康复疗法治疗肩手综合征疗效比较的系统评价与 Meta 分析[A]. 中国中西医结合学会循证医学方法在中西医结合皮肤病临床研究中的应用研讨会论文集[C],2012:82-92.
- [10]彭进,郝凤丹,汤立新,等. 推拿结合康复训练治疗中风偏瘫痉挛状态的疗效观察[J]. 新疆医科大学学报,2014,37(1):79-81.
- [11]李志宇. 针灸推拿联合治疗中风后肩-手综合征的临床观察[J]. 中国伤残医学,2014(23):162-163.
- [12]张小丽,齐瑞,严隽陶. 中风后偏瘫中西医结合优化康复方案的临床研究[J]. 中国针灸,2013,33(12):1113-1117.

- [13]陈荣钟,陈耀龙,陈淑慧. 点穴与临床[M]. 深圳:深圳出版发行集团海天出版社,2012:184-186.
- [14]Chen Rongzhong. Brief Introduction to Digital Acupoint Pressure Therapy[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine,2006,1:80.
- [15]Chen Rongzhong. Treatment of apoplectic hemiplegia by digital acupoint pressure-a report of 42 cases[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine,1997,3:198-202.
- [16]中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,129(6):379-380.
- [17]国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[S]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.

(2013-10-10 收稿 责任编辑:王明)