

针灸经络

蒙医针灸结合康复治疗萨病(中风)恢复期 60 例疗效观察

乌兰¹ 姚哈斯²

(1 内蒙古卫生厅, 内蒙古自治区呼和浩特市中山庆路, 010020; 2 内蒙古中蒙医医院)

关键词 萨病/蒙医针灸; 康复治疗

萨病(中风)是严重危害人类健康和生命安全的难治性疾病, 根据统计我国每年发生萨病(中风)的患者达 200 万。随着医学的发展, 萨病(中风)的死亡率明显下降, 但其致残率仍居高不下, 达 80% 以上^[1]。此类患者生活质量低下, 给家庭和社会带来了沉重的负担。目前, 国内萨病(中风)恢复期治疗以单纯康复为主, 开展康复与传统疗法相结合的很少, 甚至有人还认为针灸会加重痉挛的出现。我们从 2010 年 1 月 - 2010 年 7 月期间共对 60 例萨病(中风)恢复期患者进行治疗及对照观察研究, 现将研究结果总结如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 1) 符合蒙医萨病诊断^[2]及西医脑卒中诊断^[3], 有头颅 CT 或 MRI 检查片及报告单; 2) 发病 2 周 ~ 6 个月; 3) 生命体征稳定; 4) 首次发病, 除偏瘫、运动性失语外, 无感觉性失语及痴呆等伴随症状; 5) 无明显的认知障碍并能配合的患者。

1.2 排除标准 1) 有明显的意识障碍; 2) 生命体征不稳定或病情有继续发展趋势; 3) 有 2 次以上发病史, 且留有明显的后遗症; 4) 有严重的心、肺、肾功能不全; 5) 80 岁以上体弱者; 6) 有溶血性疾病或血小板减少性疾病者; 7) 恶性肿瘤患者; 8) 有严重的抑郁或精神病患者; 9) 感觉性失语或痴呆者; 10) 严重的关节畸形并影响功能恢复者。

1.3 一般资料 将入选的 60 例萨病(中风)恢复期患者, 随机分为治疗组和对照组, 治疗组采用蒙医针灸(头针行透刺针、体针行抗痉挛针、穿掌针)结合康复的方法, 对照组采用单纯康复治疗的方法进行治疗, 治疗 1 ~ 3 个疗程。其中治疗组 30 例, 男 21 例, 女 9 例, 年龄 39 ~ 75 周岁(平均为 65.50 ± 6.364), 脑出血 21 例, 脑梗死 9 例, 左侧偏瘫 9 例, 右侧偏瘫 21 例, 病程 18 ~ 90 天; 对照组 30 例, 男 22 例, 女 8 例, 年龄 41 ~ 77 周岁(平均为 53.50 ± 2.121), 脑出血 18 例, 脑梗死 12 例, 左侧偏瘫 11 例, 右侧偏瘫 19 例, 病程 20 ~ 90 天。2 组患者性别、年龄、病变部位、病程、瘫痪侧别等

无明显的差异, 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 2 组均做康复训练, 治疗组除做康复训练外还做蒙医针灸治疗(头针加抗痉挛针), 对照组只做康复训练。

2.1.1 康复训练 采用的康复训练方法主要以《神经发育疗法》及《运动再学习》技术治疗为主: 迟缓期的良肢位摆放、仰卧位翻向侧卧位训练、准备坐起和站立训练、准备进行无划圈运动的步行、上肢训练、卧位起坐训练、坐位平衡训练; 痉挛期的坐位和准备坐起的训练、站起和坐下训练、站立和行走训练、上肢运动控制训练、手膝跪位和双膝跪位训练、肘部控制训练; 分离运动期的改善步态训练、包括初步和进一步训练、上肢运动控制训练等。以上训练每周 6 次, 每天 1 次, 每次 45 ~ 60 min。并对 2 组患者进行一次简单性的运动再学习指导。

2.1.2 头针 行透刺针: 顶会透后顶穴、上宇透顶会穴、颈上凹穴对刺、协日三穴或巴达干三穴相互透刺、双侧头皮运动区上点透下点。

2.1.3 体针 行抗痉挛针。1) 迟缓期: 取仰卧位, 上肢 - 强刺内侧肌群不留针, 缓刺外侧肌群留针 25 min, 下肢 - 膝以上强刺外侧肌群不留针, 缓刺内侧肌群留针 25 min, 下肢 - 膝以下强刺内侧肌群不留针, 缓刺外侧肌群留针 25 min。主选三角肌下穴、肘外侧穴、外茎突穴、桡中穴、腕背侧穴等、腋纹穴、肘内纹穴、髌白穴、转子下三寸穴、臀下穴、股后穴、股骨外侧穴、腓窝上凹穴、膝上外侧穴 I、膝上内侧穴 I、膝上内侧穴 II、腓上凹穴、膝下穴、大脉穴、腓窝穴、肌腹穴、腓骨小头下穴、足上腱穴、胫腓三寸穴、距骨上穴、拇趾第一穴、足次穴、跟腱穴、常走穴(以上除特标外均属蒙医针灸穴)。2) 痉挛期: 取健侧卧位, 上肢 - 屈肌痉挛, 只缓刺外侧肌群留针 25 min, 选肩后穴、三角肌下穴、肘外侧穴、外茎突穴、桡中穴、腕背侧穴等, 如手指握拳式痉挛严重可用穿掌针; 下肢 - 伸肌痉挛, 膝以上缓刺后侧肌群留针 25 min, 选髌白穴、转子下三寸穴、臀下穴、股后穴、股骨外侧穴、腓窝上凹穴; 膝以下缓刺外侧肌群留针

25min,选腓骨小头下穴、足上腓穴、胫腓三寸穴、距骨上穴、拇趾第一穴、足次穴、跟腱穴、常走穴,如跖屈痉挛严重可沿胫骨缘强力斜刺内踝上四指穴或穿脚掌针。3)分离运动期:选穴基本与痉挛期相同,只是不用穿掌针和强力斜刺针;透刺针与抗痉挛针交替使用,每日1次,每周6次。

2.2 评定方法 2组患者均于入选后24h进行初次评定,每1个疗程(30天)结束后再进行1次评定,2组所有患者评定均由同一组医师完成。白脉(神经)功能缺损积分内容共8项,最低积分0分,最高积分46分。积分0~15分为轻型;16~33分为中型;31~46分为重型。蒙医症状分级量化积分内容共4项,最低积分0分,最高积分24分。0~7分为轻型;8~16分为中型;17~24分为重型。运动采用简式Fugl-Meyer躯体能力评定法(FMA)进行评定,总分(FMA)为226分,其中运动100分(上肢66分,下肢34分)。运动积分<50分为Ⅰ级,即患肢严重运动功能障碍;50~84分为Ⅱ级明显运动功能障碍;81~95分为Ⅲ级中度运动功能障碍;96~99分为Ⅳ级患肢轻度运动功能障碍。生活活动能力采用功能独立性评定法(FIM)^[5],内容共18项,其中躯体功能13项、言语功能2项、社会功能1项、认知功能2项,评分采用7分制,最低评分18分,最高评分126分。126分为完全独立;108~125分为基本独立;90~107分为极轻度依赖或有条件的独立;72~89分为轻度依赖;54~71分为中度依赖;36~53分为重度依赖;19~35分为极重度依赖;18分为完全依赖。前2级可列为独立;最后3级可列为完全依赖;中间3级可列为有条件的依赖。

2.3 统计学方法 所有计量资料进行 t 检验。

3 结果

治疗组和对照组在入选时的白脉(神经)功能缺损,蒙医症状改善、FMA上肢、FMA下肢、FMA平衡、FMA感觉、FMA关节活动度疼痛、FIM均无显著差异($P>0.05$)。治疗组和对照组治疗前后功能改变情况见表1。从表1可以看出,治疗组各症状比治疗前明显好转, $P<0.01$,对照组各症状(除上肢、感觉)比治疗前也有明显好转, $P<0.05$ 。说明2种方法都有疗效,治疗后2组各症状改善有明显差异($P<0.05$)。治疗组疗效明显优于对照组,尤其上肢、感觉功能恢复疗效明显。2组FMA关节活动度及疼痛无明显好转的原因可能是样本含量太少,导致标准差大或初、末期评定时由于患者感觉障碍导致疼痛积分的偏差。

4 讨论

萨病(中风)是致残率很高的疾病,一直以来我们

利用传统医学的针灸、按摩等疗法对萨病(中风)恢复期的患者进行治疗,取得了一定的效果^[6]。在此之前的研究证明,在萨病(中风)早期,即中枢休克期(即迟缓期),通过头针促进大脑皮层感觉中枢、运动中枢与同侧联合支及对侧联合支之间的联系,加速建立有效的侧支循环。通过体针促进反射弧的功能复苏,增强中枢与周围神经的联系,从而改善失神经支配状态。进入痉挛期后,针对萨病(脑卒中)易出现的上肢屈肌模式、下肢伸肌模式,采用拮抗肌取穴,其原理是抑制上肢曲肌群张力过高、下肢伸肌群张力过高所导致的关节挛缩状态,使神经功能的恢复朝着正确的方向发展,减少并发症的发生。

表1 治疗前后评分比较

分组	治疗前	治疗后	P值
治疗组白脉功能缺损	20.73 ± 6.664	13.73 ± 7.071	0.000
蒙医症状积分	11.73 ± 3.741	7.33 ± 3.497	0.000
FMA 上肢	9.50 ± 11.236	20.90 ± 10.476	0.01
FMA 下肢	13.53 ± 8.974	20.67 ± 9.312	0.004
FMA 平衡	5.77 ± 4.150	9.50 ± 2.801	0.000
FMA 感觉	14.50 ± 7.660	19.23 ± 5.811	0.009
FMA 关节活动度疼痛	79.57 ± 9.964	80.53 ± 7.851	0.678
FIM	59.13 ± 21.59	86.83 ± 23.704	0.000
对照组白脉功能缺损	20.67 ± 3.842	13.43 ± 3.562	0.027
蒙医症状积分	10.17 ± 7.599	8.00 ± 6.393	0.001
FMA 上肢	11.27 ± 12.545	16.47 ± 13.038	0.121
FMA 下肢	12.87 ± 8.165	18.33 ± 7.275	0.008
FMA 平衡	6.37 ± 3.168	9.20 ± 2.864	0.004
FMA 感觉	16.17 ± 7.259	16.80 ± 6.359	0.721
FMA 关节活动度疼痛	76.87 ± 10.766	77.13 ± 14.717	0.936
FIM	68.17 ± 22.245	88.27 ± 15.065	0.003

中枢神经系统功能的重组和可塑性原理是康复治疗的基础。研究表明,约90%神经学上的恢复出现在脑卒中后3个月内,早期康复可以增加运动感觉信息的输入,促进潜伏通路及休眠突出的活化^[7],即神经网络的变通性——潜在通路的启用,古旧脑的代偿,对侧或同侧周边的代偿,不同感觉神经之间的功能替代等;休眠突触的可塑性——突触后结构上的突触接触点数量的改变和已有突触的功能活性变化。康复训练可提高萨病(中风)患者的生活质量,降低致残率。此外,早期康复训练可杜绝或减轻废用综合征的发生,如压疮、关节挛缩、肩痛等^[8]。本研究中,治疗组对萨病(中风)恢复期白脉(神经)功能缺损,蒙医症状改善、躯体运动功能和日常生活活动能力改善等方面均明显优于对照组($P<0.05$),尤其上肢、感觉功能恢复疗效明显。2组FMA关节活动度及疼痛无明显好转的原因可能是样本含量太少,导致标准差大或初、末期评定时由于患者感觉障碍导致疼痛积分的偏差,故以后应加

时空针灸的理论及临床

朱 勉 生

(法国巴黎达芬奇医学院)

关键词 时空针灸

时空针灸是笔者在长期运用4种传统时间针灸方法和吸纳欧洲医学文化理念的基础上总结出来的,主要内容包括两方面。首先是扩大了时间穴位的范围,将其归纳为五大类,提出了时间穴位具有记忆功能的新概念和新用法^[1]。其次是对4种时间针灸方法的时空结构进行系统解析,设计出了各法中与时间穴位有机结合的空间穴位^[2]。时间穴位与空间穴位联合运用,效验快速持久,对欧洲常见病、疑难病有非常突出的疗效,受到欧洲针灸同道的赞誉和患者的欢迎。10年来笔者在法国、中国、意大利、澳大利亚、荷兰、美国讲授时空针灸,引起了国际针灸界的高度重视和密切关注。

1 时间穴位的种类与功能

1.1 就诊时穴 目前国内外临床运用的时间针灸主要是就诊时穴,方法不外3种。一是就诊当时的时穴。二是按照患者病情选择符合病机的特定穴(五腧穴或者八脉交会穴),按照此穴位对应的时间确定约会。三是依据与病情相关的经络敏感时限确定约会,在这个时段运用就诊时穴。3种方法中第一种最为常用,第二种在操作上受时间的局限,第三种是第一、二两种的组合变通。以上3种方法都是利用穴位在就诊当时的敏感性,来提高经络系统的应激修复能力,从而对针灸疗法发挥增效作用,是《黄帝内经·卫气行》“逢时而刺”的具体运用和发展。

1.2 精神心理创伤时穴 欧洲患者的精神心理素质相对比中国患者脆弱细腻,笔者治疗的糖尿病患者中有一半以上在过度精神刺激后引发糖尿病或者病情加

重。找到精神刺激的时间和选择适当的时穴,常能发挥出清理原始创伤或者重要继发损伤的作用。

1.3 意外事故、自然灾害创伤时穴 这一类创伤对心身失衡影响特别大,运用发生事故、意外或灾害的时穴可以从本源疏导逆乱调整气血。

1.4 手术创伤或医疗事故时穴(包括针灸负反应时穴) 在现代医学占主导的欧洲国家,运用手术疗法处理一些并非必要的病症相当普遍,而且强调手术的彻底性,其中有更甚者运用手术作为预防治疗手段。例如许多女患者,在非必要全切子宫输卵管卵巢后引发严重的心身疾病或更年期。

1.5 出生时穴 这是一类非常特殊的时穴,主要用于特殊的怀孕条件出生条件,或者由于家族关系复杂亲情断裂,或者家族结怨甚深,患者自出生以来深陷其中等引起的心身疾病,或者一些先天性疾病,或者同脑肾关系密切的疾病。

2 空间穴位的组合依据

4种传统时间针灸计算或者推理时间敏感穴位的方法是各不相同的,这些原理是时间穴位得以按时出现的依据,如果离开这些依据单独运用时间穴位,虽然在临床上是“简单易行”了,但是却使得时间穴位“游离”出了支持其成为时穴的基础,当然也就不可能更好的发挥时穴的功能。这就是多年来笔者在临床寻找每一个方法与时间穴位有直接关系的特定穴的原因,为了区别于时间穴位,笔者将这些特定穴称为“空间穴位”。

2.1 纳甲法的空间穴位 纳甲法是肾命三焦通过十二正经输布循环元气的时空系统和五腧穴(包括原穴)在这一系统中的十日敏感周期。时空纳甲法中支

大样本含量,进一步观察研究。综上所述,在萨病(脑卒中)的治疗中,注重蒙医针灸治疗,使其有机的与现代康复训练相结合是有必要的。

参考文献

- [1]戴红,王威,于石成,等.北京市城区居民卒中致残状况及对社区康复的需求.中国康复医学杂志,2000,15(6):344.
- [2]明干.中国医学百科全书(蒙医学下卷)[M].赤峰:内蒙古科学技术出版社,1987:5.
- [3]全国脑血管病会议.各类脑血管疾病诊断要点[S].中华神经科杂

志,1996,29(6):379.

[4]王玉龙.康复评定[M].北京:人民卫生出版社,2000,8:181-187.

[5]纪树荣.实用偏瘫康复训练技术图解[M].北京:人民军医出版社,2005,8:73-76.

[6]明干.中国医学百科全书(蒙医学下卷)[M].赤峰:内蒙古科学技术出版社,1987,5:712.

[7]商晓英,刁凤英,吴世杰.急性卒中早期康复和针刺治疗的疗效分析.中国康复医学杂志,2003,18(2):109.

[8]朱镛连.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2001:1-328.

(2010-07-22 收稿)◎