

醒神启闭针刺法对脑梗死急性期患者的影响

高琼珏 吴清明 李丹丹 刘未艾 李梦瑶 刘 恋

(湖南中医药大学第二附属医院脑病科,长沙,410005)

摘要 目的:观察醒神启闭针刺法对脑梗死急性期患者神经功能缺损程度、患肢运动功能及日常生活活动能力的影响。方法:将符合纳入标准的60例脑梗死(急性期)患者随机分为A组和B组,每组30例。A组用醒神启闭针刺法加基础治疗,B组用常规针刺法加基础治疗,治疗10 d后,采用CSS、FMA和MBI评分评定神经功能缺损程度、患肢运动功能和日常生活活动能力。结果:1)2组治疗后CSS评分均有显著下降($P < 0.01$),A组较B组优($P < 0.05$);2)2组治疗后FMA评分均有明显提高($P < 0.01$),A组降幅更大($P < 0.05$);3)2组治疗后MBI评分均显著提高($P < 0.01$),A组优于B组($P < 0.05$)。结论:醒神启闭针刺法可有效改善患肢的运动功能、降低脑梗死急性期患者神经功能缺损程度和提高日常生活活动能力,比常规针刺法有优势。

关键词 脑梗死(急性期);醒神启闭针刺法;神经功能缺损;患肢运动功能;日常生活活动能力

Effect of Xing Shen Qi Bi Needling Therapy on Patients with Acute Brain Infarction

Gao Qiongjie, Wu Qingming, Li Dandan, Liu Weiai, Li Mengyao, Liu Lian

(Department of encephalopathy, Second Hospital Affiliated to Hunan College of Traditional Chinese Medicine, Changsha 410005, China)

Abstract Objective: To explore the mechanism of Xing Shen Qi Bi Needling therapy in treating acute cerebral infarction by comparing the degree of nervous functional defect, limbs movement function and daily activities. **Methods:** Patients meeting the inclusion criteria of 60 cases were randomly divided into group A and group B, 30 cases in each group. Group A adopted Xing Shen Qi Bi Needling therapy with basic treatment and group B received routine acupuncture plus basic treatment. Treatment lasted for ten days. Both groups were evaluated by Clinical Nerve Functional Impairment Level Score Standard (CSS), Fugl-Meyer (FMA) and modified Barthel index (MBI) before and after the treatment. **Results:** Firstly, the CSS score after treatment obviously decreased ($P < 0.01$), there was a more obvious effect in group A than group B ($P < 0.05$). Secondly, the FMA score increased obviously after treatment ($P < 0.01$), the result of group A was better than group B ($P < 0.05$). Thirdly, the MBI score after treatment increased obviously ($P < 0.01$), the effect of group A was better than group B ($P < 0.05$). **Conclusion:** Xing Shen Qi Bi Needling therapy has significant efficacy on patients with acute brain infarction in reducing neurological functional deficit, limbs movement function and daily activities, the efficacy is superior than routine acupuncture.

Key Words Acute cerebral infarction; Xing Shen Qi Bi Needling therapy; Degree of nervous functional defects; Limbs movement function; Daily activities

中图分类号:R255.2;R246.6 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.04.004

脑梗死是世界性常见病和多发病,具有发病率高、致残率高、复发率高、死亡率高以及并发症多等特点,是致残的首要原因,常遗留不同程度神经功能缺损症状。流行病学调查发现^[1],脑梗死的发病率近年来有着明显上升趋势,且日益年轻化。笔者采用湖南中医药大学第二附属医院脑病科常用治疗中风病的特色疗法之一醒神启闭针刺法,对脑梗死急性期患者神经功能缺损程度、患肢运动功能及日常生活活动能力进行了观察。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有60例患者均来自2013年1月至2014年1月湖南中医药大学第二附属医院脑病科病房,采用随机数字表法随机分为A组和B组,每组30例。A组中男性18例,女性12例;年龄最小49岁,最大75岁,平均(58.73±7.11)岁;病程最短2 h,最长50 h,平均病程(23.14±12.37)h;B组中男性19例,女性11例;年龄最小48岁,最大75岁,平均(57.70±7.59)岁;病程最短2 h,最长52 h,

基金项目:湖南省社会发展科技基金重点资助项目(编号:2014SK2007);神经保护剂和中成药联合应用治疗急性脑梗死的疗效和安全性评价

作者简介:高琼珏(1987.09—),女,硕士,医师,研究方向:针灸治疗脑病的研究,E-mail:juejue118@sohu.com

通信作者:吴清明(1962.04—),男,本科,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸治疗脑病的研究,E-mail:qmwu@163.com

平均(20.87 ± 12.18)h。所有患者都愿接受本治疗方案,并且签署知情同意书,未有中途退出和脱落情况的病例。2 组患者在性别、年龄、病程等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 2010 年出版的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^[2](简称《指南》)的诊断标准。

1.3 纳入标准 符合《指南》诊断标准;年龄在 40~75 周岁之间,性别不限;病程在 2 周以内;无治疗方案中中西药物禁忌证且近两周内未接受过醒神启闭针刺治疗;CSS 评分 ≥ 10 分;Fugl-Meyer 运动功能评分 ≤ 95 分;无针刺禁忌证;既往无类风湿性关节炎、关节畸形等可直接影响肢体运动功能的疾病;未合并较严重的并发症如心力衰竭、肾功能衰竭、消化道出血等,生命体征平稳;意识清楚,无耳聋、严重认知障碍,可以配合正常评估;同意接受本研究方案并签署知情同意书。

1.4 排除标准 不符《指南》诊断标准;年龄大于 75 周岁或者小于 40 周岁;发病时间大于 2 周;有治疗方案中中西药物禁忌证且近两周内接受过醒神启闭针刺治疗;CSS 评分 < 10 分;Fugl-Meyer 运动功能评分 > 95 分;有针刺禁忌证;既往有类风湿性关节炎、关节畸形等可直接影响肢体运动功能的疾病;合并较严重的并发症,如心力衰竭、肾功能衰竭等致生命体征不平稳;合并耳聋、严重认知障碍以致无法配合正常评估;不同意接受本研究方案或不愿意签署知情同意书。

2 治疗方法

将符合脑梗死(急性期)纳入标准的患者按照就诊的先后顺序随机分为 A、B 2 组,A 组采用醒神启闭针刺法加基础治疗,B 组采用常规针刺法加基础治疗。

2.1 基础治疗 参照《指南》^[1]及王拥军主编的《卒中单元》^[3](北京:科学技术与文献出版社,2004),卓大宏主编的《中国康复医学》^[4](北京:华夏出版社,2003),采用卒中单元管理模式进行综合治疗,连续治疗 10 d。1)一般治疗:保持呼吸道通畅,吸氧与呼吸支持,心脏监测与心脏病变处理,予以控制血压、体温、血糖及营养支持治疗。2)西药治疗:参照《指南》^[2],根据患者具体病情,给予抗脑水肿、降颅高压、改善脑血循环、保护神经等相应治疗。3)心理治疗:对有心理障碍患者先进行测评,然后进行心理及药物治疗。4)康复治疗:康复医师每日对患者进行 1 次康复治疗。5)健康教育:分别由医生、

责任护士、康复师进行健康宣教,采用多媒体、墙报、健康教育手册、口头宣教等形式。

2.2 醒神启闭针刺法 接受基础治疗,在生命体征稳定,神经病学体征不再进展 24~48 h 后开始醒神启闭针刺法。

2.2.1 取穴 1)醒神穴:人中、双侧内关、双侧太冲、患侧通里、患侧大陵;2)通络穴:患侧合谷、患侧曲池、患侧阳陵泉、患侧悬钟、患侧足三里、气海、患侧血海。

2.2.2 操作方法 患者取仰卧位,穴位定位后予 75% 的乙醇棉球常规消毒针刺穴位处皮肤。先刺人中,向鼻中隔方向斜刺进针 0.3~0.5 寸,轻捻转加震颤,持续行针 1 min 左右;双侧内关,直刺 0.5~1 寸,采用提插捻转平补平泻法,持续行针 1 min 左右;太冲直刺 0.5~1 寸,采用提插捻转泻法,每穴施手法 30 s;通里直刺 0.3~0.5 寸,采用提插捻转平补平泻法;大陵直刺 0.3~0.5 寸,采用提插捻转平补平泻法。

合谷直刺 1 寸,采用提插捻转平补平泻法;曲池直刺 1.0~1.5 寸,采用提插捻转平补平泻法;阳陵泉直刺 1.0~1.5 寸,采用提插捻转平补平泻法;足三里直刺 1~1.5 寸,采用提插捻转平补平泻法;悬钟直刺 0.5~0.8 寸,采用提插捻转平补平泻法;气海直刺 1.0~2.0 寸,采用提插捻转平补平泻法;血海直刺 1.0~1.5 寸,采用提插捻转平补平泻法,每穴施手法 30 s。

除人中穴在出血性脑卒中活动期(24 h 之内)应慎重选用外,其他腧穴均较安全。

2.2.3 治疗周期 每天进行针刺治疗 1 次,每次留针 30 min,间隔 10 min 捻转行针 1 次。连续治疗 10 d。

2.3 常规针刺法 接受基础治疗,在生命体征稳定,神经病学体征不再进展 24~48 h 后开始常规针刺法。

2.3.1 取穴 常规针刺组参照高树中主编的《针灸治疗学》^[5](北京:中国中医药出版社,2012),取穴如下:内关、极泉、尺泽、委中、三阴交、足三里(均为患侧穴位)。

2.3.2 操作方法 内关用捻转泻法,持续运针 1~3 min;三阴交、足三里用提插补法;刺极泉时,在原穴位置下 2 寸心经上取穴,避开腋动脉,用提插泻法,以患者上肢有麻胀和抽动感为度;尺泽、委中直刺,用提插泻法,使肢体有抽动感。

2.3.3 治疗周期 每天进行针刺治疗 1 次,每次留针 30 min,间隔 10 min 捻转行针 1 次。连续治疗 10 d。

2.4 观察指标与方法 于入组治疗前当天及治疗后第 10 d, 分别采用 Fugl-Meyer 运动功能评分(FMA)、《脑卒中临床神经功能缺损程度评分标准》^[6] (Clinical Nerve Functional Impairment Level Score Standard, CSS) 及改良 Barthel 指数^[7] (Modified Barthel Index, MBI) 分别对患者神经功能缺损程度、患肢运动功能及日常生活活动能力进行评定。

2.5 统计学处理 计量资料以均数 ± 标准($\bar{x} \pm s$)表示, 计量资料采用配对 *t* 检验, 计数资料采用检验, 所有临床资料数据由 SPSS 16.0 统计分析, 以 *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

3 观察结果

3.1 2 组患者治疗前后 CSS 评分及比较 见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后 CSS 评分(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
A 组	30	21.87 ± 3.17	14.03 ± 2.87▲▲	7.83 ± 2.54 *
B 组	30	23.03 ± 2.97	16.87 ± 3.34▲▲	6.17 ± 2.29

注: 组内与治疗前比较, ▲▲*P* < 0.01; 与 B 组比较, **P* < 0.05。

由表 1 可知: 2 组患者治疗前 CSS 评分无统计学意义(*P* > 0.05), 具有可比性; 治疗后 2 组均较治疗前有显著下降(*P* < 0.01), 且 A 组降幅较大(*P* < 0.05), 提示醒神启闭针刺法和常规针刺法均能有效降低脑梗死急性期患者的神经功能缺损程度, 但醒神启闭针刺法较常规针刺法功效更优。

3.2 2 组患者治疗前后 FMA 评分变化比较 见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后 FMA 评分变化比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
A 组	30	44.23 ± 4.33	58.33 ± 4.83▲▲	14.1 ± 5.93 *
B 组	30	43.26 ± 4.25	52.0 ± 4.37▲▲	10.74 ± 4.72

注: 组内与治疗前比较, ▲▲*P* < 0.01; 与 B 组比较, **P* < 0.05。

由表 2 可知: 2 组患者治疗前的 FMA 评分无统计学意义(*P* > 0.05), 治疗 10 d 后, 2 组患者 FMA 评分较治疗前均有显著升高, 差异有高度统计学意义(*P* < 0.01); A 组较 B 组升高更明显, 差异有统计学意义(*P* < 0.05)。说明醒神启闭针刺法和常规针刺法均能促进脑梗死急性期患者患肢运动功能康复, 且醒神启闭针刺法治疗疗效更佳。

3.3 2 组患者治疗前后 MBI 评分及比较 由表 3 可知: 2 组患者治疗前 MBI 评分无统计学意义(*P* > 0.05), 具有可比性; 治疗后 2 组均较治疗前有显著提高(*P* < 0.01), 且 A 组优于 B 组(*P* < 0.05), 提示醒神启闭针刺法和常规针刺法均能有效改善脑梗死急性期患者的日常生活活动能力, 但醒神启闭针刺

法较常规针刺法更有优势。

表 3 2 组患者治疗前后 MBI 评分(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
A 组	30	24.3 ± 3.52	35.37 ± 3.86▲▲	11.07 ± 3.22 *
B 组	30	22.7 ± 2.83	31.97 ± 3.33▲▲	9.27 ± 1.87

注: 组内与治疗前比较, ▲▲*P* < 0.01; 与 B 组比较, **P* < 0.05。

4 讨论

脑梗死属中医“中风”范畴, 此病发病率高, 易遗留不同程度的神经功能缺损障碍^[8]。因溶栓等药物治疗存在不同程度的危险性、不良反应, 故选择更具安全性的中医疗法已逐渐形成临床应用趋势, 引起广泛重视。作为中医特色疗法, 针刺治疗脑梗死历史悠久, 能明显改善脑梗死患者的肢体运动功能障碍和降低病残率^[9], 能降低神经功能缺损程度及提高日常生活活动能力^[10-11], 且不良反应少, 因此被广大患者所接受。针刺治疗脑梗死作用机制复杂, 尚未明确, 有待更深入研究。

中医认为中风病的发病与机体感受内外之邪, 致气血逆乱, 血随气逆, 冲脑达巅, 蒙蔽清窍, 导致脑窍闭阻, 神机失用, 经脉痹阻而肢体不遂有关。严洁教授带领的专家团队以此为理论基础, 明确提出其病位在脑, 病机为脑络不通, 神机失用, 认为脑居头颅之内, 头为诸阳之会, 位居高位, 主一身之意志, 在此基础上总结出中风的病机, 其病机在于脑窍闭阻, 神机失用, 并且与心、肝、脾等脏腑关系密切, 再结合团队多年的临床经验, 在理论与临床经验相结合的基础上创建“醒神启闭, 通经活络”针刺法, “醒神启闭”针刺法以醒神启闭, 疏经通络为基本治疗原则, 在治疗上主要以醒神启闭, 改善大脑(元神之府)的功能为主, 疏经通络为辅, 从整体上治疗中风。传统的针灸治疗中风病取穴多以“治痿独取阳明”“风取阳明”的理论为原则, 以多取阳经的穴位为主, 此法虽在一定程度上可治疗和改善肢体功能, 但在改善脑循环和脑功能等方面疗效仍有待提高, 而“醒神启闭”针刺法在理论上强调对中风的整体治疗, 醒神启闭和通经活络同等重要, 在取穴治疗上以阴阳相配取穴, 主要以阴经穴位醒神启闭, 阳经穴位通经活络。为湖南中医药大学第二附属医院脑病科常用治疗中风病的特色疗法之一, 经过多年的临床应用及研究被证实治疗脑梗死疗效显著。本研究结果显示醒神启闭针刺法能改善患者患肢运动功能、降低神经功能缺损程度和提高脑梗死患者日常生活活动能力, 且疗效较常规针刺法更佳, 值得临床广泛推广。

(下接第 586 页)

则瘀去。山药,补脾胃而养气阴,山茱萸益肝肾而填精髓,共为臣药;山茱萸与熟地合用助其补养肝肾,取“肝肾同源”之意。牡丹皮、赤芍、红景天、当归尾皆为活血之药,且以牡丹皮、赤芍之凉血活血制山茱萸之性温,以当归尾养血活血之力助黄芪补气行血之功,红景天既能健脾益气,又可活血化瘀,以上四味皆为佐药。地龙入经络能搜风邪,入血脉能行气血,帅诸药通行全身,活血通络。全方诸药合用,共奏填精益髓、益气活血之效。

本研究结果显示,肾脑复元汤可以降低脑缺血后大鼠神经功能评分,改善其运动、感觉及平衡功能,对于肢体功能的恢复起到积极的促进作用。同时,肾脑复元汤能明显缩小脑梗死体积,说明肾脑复元汤能够减少梗死后脑组织损伤、促进损伤后组织修复。在相关神经营养因子的表达方面,肾脑复元汤可以显著增加 HGF 及 TGF- β 阳性细胞数,促进相关蛋白的表达。因此,本实验从动物实验的角度证明肾脑复元汤能够在缺血性中风后有效地起到脑保护的作用,其作用机制可能与促进神经营养因子 HGF 及 TGF- β 的表达有关。

参考文献

- [1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013, 175.
- [2] 胡国恒,李映辰,程齐来,等. 肾脑复元汤对脑缺血大鼠 BDNF 及 bFGF 表达的影响[J]. 中成药,2015,10(10):2275-2279.
- [3] 胡国恒,李映辰,邹婷,等. 肾脑复元汤对 MCAO 大鼠炎症因子及神经营养因子表达的影响[J]. 中药药理与临床,2015,31(2):81-84.
- [4] 翁维良. 中药临床药理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002. 256.
- [5] Lin YC, Ko TL, Shih YH, et al. Human umbilical mesenchymal stem cells promote recovery after ischemic stroke [J]. Stroke, 2011, 42(7):2045-53.
- [6] Zhang L, Li Y, Zhang C, et al. Delayed administration of human um-

bilical tissue-derived cells improved neurological functional recovery in a rodent model of focal ischemia[J]. Stroke, 2011, 42(5):1437-1444.

- [7] Shang J, Deguchi K, Ohta Y, et al. Strong neurogenesis, angiogenesis, synaptogenesis, and antifibrosis of hepatocyte growth factor in rats brain after transient middle cerebral artery occlusion[J]. J Neurosci Res, 2011, 89(1):86-95.
- [8] 李国前,王杰华,杨小霞,等. 骨髓间充质干细胞移植大鼠脑缺血区微血管密度和肝细胞生长因子的表达[J]. 中国组织工程研究与临床康复,2011,15:6007-6011.
- [9] 贺芳,叶蓓,陈建珍,等. HGF 对脑缺血/再灌注大鼠脑 iNOS, NO 及 IL-1 β 的影响[J]. 中南大学学报:医学版,2014,39(1):23-29.
- [10] Shang J, Deguchi K, Yamashita T, et al. Antiapoptotic and antiautophagic effects of glial cell line-derived neurotrophic factor and hepatocyte growth factor after transient middle cerebral artery occlusion in rats[J]. J Neurosci Res, 2010, 88(10):2197-206.
- [11] Okazaki H, Beppu H, Mizutani K, et al. Changes in serum growth factors in stroke rehabilitation patients and their relation to hemiparesis improvement[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2014, 23(6):1703-1708.
- [12] Sugimoto k, Nishioka R, Lkeda A, et al. Activated Microglia in a Rat Stroke Model Express NG2 Proteoglycan in Peri-Infarct Tissue Through the Involvement of TGF- β 1[J]. GLIA, 2014, 62:185-198.
- [13] Cekanaviciute E, Fathali N, Doyle KP, et al. Astrocytic transforming growth factor-beta signaling reduces subacute neuroinflammation after stroke in mice[J]. Glia, 2014, 62(8):1227-1240.
- [14] Yoo SW, Chang DY, Lee HS, et al. Immune following suppression mesenchymal stem cell transplantation in the ischemic brain is mediated by TGF- β [J]. Neurobiology of Disease, 2013, 58:249-257.
- [15] Seo JH, Maki T, Maeda M, et al. Oligodendrocyte Precursor Cells Support Blood-Brain Barrier Integrity via TGF- β Signaling[J]. PloS ONE, 2014, 9(7):e103174.
- [16] Cai YY, Liu XF, Chen WX, et al. TGF- β 1 prevents blood-brain barrier damage and emorrhagic transformation after thrombolysis in rats [J]. Experimental Neurology, 2015, 266:120-126.

(2016-03-24 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第 582 页)

参考文献

- [1] 李松. 缺血性脑血管病二级预防浅述[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(6):121.
- [2] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南[S]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2):146-153.
- [3] 王拥军. 卒中单元[M]. 北京:科学技术与文献出版社, 2004:372-421.
- [4] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 北京:华夏出版社, 2003:563-653.
- [5] 高树中. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:66-69.
- [6] 全国第四届脑血管病学术会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程

度评分标准(1995)[S]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):381-383.

- [7] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京:华夏出版社, 2009:216-235.
- [8] 任新光. 缺血性脑血管疾病的药物治疗进展[J]. 中国社区医师:医学专业, 2012, 27(14):7.
- [9] 王淑兰,倪光夏. 针刺治疗中风后运动功能障碍进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(4):112-113.
- [10] 高琰琰. 醒神启闭针刺法对脑梗死患者血中 EPCs 含量及其神经功能缺损程度的影响[D]. 长沙:湖南中医药大学, 2014.
- [11] 李梦瑶. 醒神启闭针刺法配合归蛭温胆汤对脑梗死患者血中 EPCs 含量及患肢运动功能的影响[D]. 长沙:湖南中医药大学, 2014.

(2016-03-24 收稿 责任编辑:洪志强)