

针灸经络

针刺治疗癱症性瘫痪1316例经验总结

中国人民解放军第261医院癱瘓针灸中心

张振英 袁玉民 阎炳文 田亚琴 王伟 范理铭

癱症性瘫痪(以下简称癱瘓)是临床上较常见的疾患。我院自1957年3月至1984年9月采用针刺疗法,治疗癱瘓1316例,绝大多数患者经1~2次针刺治疗,患肢功能恢复正常,治愈率达97.8%。现将1316例癱瘓患者的临床资料、针刺方法和治疗中的经验体会总结如下。

临床资料

一、一般资料

本组男570例,女746例。年龄最小9岁,最大75岁,青壮年占大多数。其中9~15岁22例(1.6%),16~25岁517例(39.3%),26~35岁398例(30.2%),36~45岁269例(20.4%),46~55岁96例(7.3%),56岁以上14例(1.1%)。病程最短1天,最长17年。住院治疗240例,门诊治疗1076例。

二、发病诱因

精神因素334例(25.4%),外伤287例(21.8%),躯体疾病208例(15.8%),手术207例(15.7%),受凉59例(4.5%),劳累56例(4.3%),肌注药物18例(1.4%),化学药品中毒11例(0.8%),原因不明136例(10.3%)。

三、瘫痪部位

截瘫776例(58.9%),单肢瘫285例(21.6%),偏瘫165例(12.5%),四肢瘫64例(4.9%),三肢瘫18例(1.4%),双上肢瘫、交叉瘫8例(0.6%)。

四、伴发症状

常见感觉障碍、痉挛发作。少数患者伴有精神障碍、失音、尿失禁、视觉及听觉障碍等。

方法和结果

一、治疗方法

1. 普通针刺法:选涌泉为主穴。上肢配曲池、外关;下肢配足三里、悬钟等。常用18~22号2~3寸不锈钢针或28号毫针。先取涌泉穴,常规消毒皮肤后,快速将针刺入,以捻转和提插结合的手法进行刺激,先使患者的感觉恢复,再嘱患者活动患肢,同时加强语言暗示。若效果差时,再取配穴。留针一般3~5分钟,最长不超过10分钟。一次未能治愈者,可间隔3~7天再行第二次治疗。

2. 电针疗法:电针疗法多用于普通针刺不显效时,可采用普通电针机在上述穴位针刺通电。一般输出电压6伏,以断续或持续的刺激,输出量以患者能耐受为宜。通电后患肢随着电流的刺激而收缩或颤动,并让患者看到患肢的活动以加强暗示作用。

二、疗效分析

1. 疗效标准:分治愈、好转、无效三级。治愈:瘫痪肢体功能恢复正常,伴发症状消失,恢复病前的正常工作;好转:瘫痪活动有明显改善,但生活自理能力稍差或不能离拐;无效:基本无变化。

2. 近期疗效:本组1316例经针刺治疗后,治愈1287例,治愈率为97.8%,其中针刺一次治愈者900例(68.4%);好转16例,

占1.2%；无效13例，占1%。经分析疗效与患病年龄、病程、瘫痪部位无关，而与发病诱因有一定联系。外伤后起病者，特别是公伤的患者，接受针刺前疗程较长，针刺治疗效果较差。

3. 远期疗效：1984年6~9月我们对1958~1978年在我院治愈的痿痹患者125例进行了随访、信访调查，其中1968年前的55例，1969~1978年的70例。125例中，完全恢复健康，能胜任原工作，无复发者98例(78.4%)；患肢遗有酸、麻、痛等自觉症状者4例(3.2%)；复发23例(18.4%)，所有复发者瘫痪程度均较原来轻。

体 会

一、首先要明确诊断

明确诊断是治疗痿痹的前提。为此，医生应详细地询问病史，进行全面的神经系统检查和必要的理化检查，对其资料进行综合分析。对于在外伤或器质性疾病的诱因下致瘫者，更要细致地分析研究，弄清瘫痪的性质。如把器质性瘫痪误诊为痿痹，将延误患者的治疗；反之，将痿痹误诊为器质性瘫痪，放弃治疗，则使患者失去治愈的机会，或因一次治疗效果不好而终止治疗。

二、必须做好心理治疗和暗示治疗

祖国医学一向重视针刺治疗时的心理工作，做好心理治疗，将会使针刺治疗起到事半功倍的效果。痿痹是与精神因素密切相关的心因性疾病，不消除致病的精神因素，不改变患者的认识特点，针刺治疗就很难奏效。实践中体会到，要根据患者的心理特点，对患者进行科学的启发、教育和暗示，消除心理矛盾，建立治愈的信心。为此医护人员要有全心全意为病人服务的思想，真正做到对待病人热心，检查细心，心理治疗耐心，处处关心体贴病人，取得病人的信任和配合。为此必须向患者讲清所患的病不是器质性病变，而是神经通路未受损害的功能性疾病。还应讲清所患之病不是不治之症，而是能很快治愈之病，引导患者正确对待治疗，并积极配合医生治疗。医生应采取多

种形式，如让患者参观诊室，看治愈患者的影集，放映治疗痿痹的电影、录像，以生动的事例坚定患者一定能治愈的信心。

三、针刺是治疗痿痹的重要一环

在研究工作的早期阶段，对心理治疗注意不够，以致治疗时间很长；中期阶段，又一度片面强调心理工作，也未能如愿治愈病人。如1965年我们对11例患者单纯采用一般心理治疗，每天拉着患者锻炼，结果一例也未站起来，后来还是结合针刺治愈的。所以只有把心理治疗和针刺治疗有机地结合起来，才能迅速奏效。

以往我们曾采用葡萄糖酸钙静脉注射法、电刺激法、麻醉分析法治愈了一些患者，但后来被针刺疗法所取代。我们体会到针刺疗法有下列优点：(1)安全，痛苦小，患者易于接受；(2)针刺强度和穴位可灵活掌握；(3)治疗时便于加强心理治疗；(4)简便易行，不受条件限制。

针刺治疗痿痹的穴位，近年我们多选用涌泉穴。但穴位不必固定，针刺方法要灵活掌握，刺激强度要因人而异。如一患者双下肢瘫痪伴双足内翻，在外单位曾用电针强刺激治疗几十次无效，来院后对针刺治疗有恐惧心理，经反复给患者做工作，取得患者的信任和配合，并让患者自选小针，电量强度以患者感觉合适为度，仅治疗一次就能下床行走，也很快矫正了足内翻。

四、要配合功能锻炼

肢体功能锻炼是巩固疗效、恢复健康的必经阶段。针刺后患者虽能站起来，但要迈开双腿行走如常人还需要一个锻炼适应的过程。要依据患者体质强弱、病程长短、患肢肌肉萎缩程度提出不同要求。体质弱、肌肉萎缩明显的患者，锻炼要循序渐进，不可操之过急。锻炼时要注意患者姿势的正确性和动作协调性。对锻炼所致的关节痛、下肢浮肿等，可对症处理，但不可因此中止锻炼。一般体质不是太差的患者，均在患肢能主动活动时，鼓其勇气，迅速锻炼，部分患者常在几分钟内活动如常人，达立竿见影的效果。否则，将会前功尽弃。