

针刺治疗脑出血的临床观察报告

李定明¹ 李文铎² 赵玉林³ 魏利华² 路怀忠⁴

本世纪六十年代以来,国内外学者对缺血性脑血管病进行针刺治疗取得了较好的疗效,但对脑出血特别是脑出血急性期的治疗则研究较少。我们自1980年以来,以针刺哑门、风府穴为主治疗脑出血恢复期和脑血栓形成患者,在取得显著疗效的基础上,又进行了针刺上述穴位治疗脑出血急性期的研究。现将1984年5月至1986年5月间治疗92例脑出血患者的结果报告如下:

临 床 资 料

一、一般资料

急性期脑出血患者92例,男54例,女38例。年龄最大85岁,最小26岁,以50~59岁最多,共37例(40.2%)。病程在24小时内者37例,1~2天者23例,3~6天者23例,6天以上者9例。有高血压者77例,占83.7%。壳核内囊出血85例,脑叶出血3例,桥脑出血4例。有意识障碍61例,其中重度昏迷6例,中度昏迷8例,浅昏迷15例。左肢瘫者45例,右肢瘫者47例。一侧肢体全瘫者59例,不全瘫者33例。有语言障碍者52例,其中完全失语者16例,仅能说单词者10例。

二、诊断标准与分组

脑出血的诊断主要依据病史、典型症状、体征及血性脑脊液等进行综合诊断。对定性不明者则进行CT扫描以确诊。有极少数病例,因严重脑疝或病情危笃,不宜进行腰穿或CT扫描者,根据其典型表现,经专家共同会诊予以确诊。随机分为两组,治疗组和对照组各46例。经统计分析,两组在意识障碍、语言障碍、肢体瘫痪程度及比例等方面基本一致,有可比性。

治 疗 方 法

一、治疗组

主穴为风府、哑门穴。从入院日起,每天针刺风府或哑门穴一次,两穴交替进行,针刺深度以“得气”为准(对昏迷患者,其进针深度相当于其颈围的12~14%),不留针。并根据辨证每次加刺相应的辅穴6~10个。例如有意识障碍者加刺脑清或百会、人中;闭证加井穴放血;脱证加灸足三里、百会;血压高加刺曲池、太冲;失语加刺廉泉、涌泉或通里;心律快、舌质绛有瘀斑加刺内关、血海;大小便失调加刺盆丛、阴陵泉;上肢瘫加刺肩三针、曲池、外关、合谷等;下肢瘫加刺环跳、秩边、风市、阳陵泉、三阴交等。病情稳定后,辅穴用G6805治疗仪电针10~20分钟。每疗程14次,疗程间停针3天。一般针刺3~4个疗程。

二、对照组

除不针刺风府、哑门穴外,其他针刺治疗的穴位及方法均与治疗组相同。

在急性期内,两组均采用常规抢救方法加针刺治疗。待病情稳定后,停用中西药物,单纯采用上述针刺治疗方法。

治 疗 结 果

一、疗效评定标准

本组病例在入院、每一疗程结束及出院时,均按全国中医内科学会1983年制定的《中风病疗效评定标准》⁽¹⁾及我们制定的《脑血管病病情指标的评分标准》进行评定。后者的具体内容为:意识15分,言语12分,面肌和舌肌活动

1 山西中医学院 2 山西医学院第一附属医院
3 山西省人民医院 4 山西省晋东南中医院

各9分,患侧上肢功能30分,下肢功能25分。六项满分共100分。评定结果如积分未增加或增加不足15分者为无效;积分增加15~29分者为有效;积分增加30~89分者为显效;积分增加至90~97分,患者生活能基本自理者为基本痊愈;积分增加达98分以上,患者意识、言语和肢体功能基本恢复正常者为痊愈。

二、治疗效果与分析

按上述疗效标准统计,治疗组46例,治疗后获痊愈15例(32.6%),基本痊愈8例(17.4%),显效15例(32.6%),死亡8例(17.4%)。对照组46例,治疗后获痊愈2例(4.4%),基本痊愈7例(15.2%),显效8例(17.4%),有效5例(10.9%),无效10例(21.7%),死亡14例(30.4%)。治疗组痊愈和基本痊愈者占50%,而对照组仅占19.6%,经统计学处理,两组有非常显著性差异($P < 0.01$)。

1. 对意识障碍患者的疗效比较: 两组有不同程度意识障碍者共61例。其中治疗组30例,经治疗意识恢复正常22例(73.3%),死亡8例(26.7%);而对照组31例,意识恢复正常8例(25.8%),改善9例(29%),死亡14例(45.2%)。两组意识恢复正常率相比较,有非常显著性差异($P < 0.01$)。

2. 对语言障碍患者的疗效比较: 除外死亡病例,治疗组存活38例中,有语言障碍者27例,治疗后语言恢复正常25例(92.6%);对照组存活32例中,有语言障碍者25例,治疗后语言恢复正常10例(40%)。两组疗效比较有非常显著性差异($P < 0.01$)。治疗组治疗前完全失语8例,能说单词3例,治疗后语言恢复正常9例,基本恢复正常2例;而对照组治疗前完全失语8例,能说单词7例,治疗后仅1例恢复正常。

在有语言障碍患者中,经确诊为左脑出血者,治疗组14例,治疗后语言恢复正常12例;对照组15例,治疗后语言恢复正常5例。两组疗效比较也有非常显著性差异($P < 0.01$)。

3. 对肢体瘫痪疗效比较: 如附表所示,治

疗组存活38例,经治疗后上肢肌力恢复到IV级以上者29例(76.3%);对照组存活32例,治疗后上肢肌力恢复到IV级以上者13例(40.6%)。治疗后下肢肌力恢复到IV级以上者治疗组有35例(92.1%),而对照组有20例(62.5%)。经统计学处理,无论上肢和下肢肌力的恢复,均以治疗组的疗效为显著(P 值均 < 0.01)。

附表 两组存活病例治疗前后肢体肌力改变

肌力	治疗组(38例)		对照组(32例)	
	上肢	下肢	上肢	下肢
0级	21/1	18/1	19/8	15/4
I级	6/0	7/0	5/3	7/4
II级	1/3	4/2	2/1	4/2
III级	2/5	2/0	2/7	5/2
IV级	8/7	7/11	4/4	1/8
V级	0/22	0/24	0/9	0/12

注:表内数字为:治疗前例数/治疗后例数

4. 相同疗程的疗效对比观察: 为比较两组相同疗程的疗效,在治疗满三个疗程后分别进行疗效观察以资比较。结果显示:治疗后意识及语言功能恢复正常者治疗组各22例(57.9%),对照组分别为5例(15.6%)和9例(28.1%),经统计学处理,两组间均存有非常显著性差异($P < 0.01$)。治疗后上、下肢肌力均恢复到IV级以上者,治疗组18例(47.4%),对照组7例(21.9%),也存有显著性差异($P < 0.05$)。

讨 论

一、针刺风府、哑门穴可显著提高脑出血的疗效

治疗结果表明,针刺风府、哑门穴为主穴的治疗组,其痊愈和基本痊愈率达到50%;不针刺风府、哑门,仅针刺与治疗组相同的其他穴位的对照组,其痊愈和基本痊愈率仅为19.6%。对脑出血引起的意识、语言、肢体功能障碍的恢复,治疗组也明显优于对照组。这表明针刺风府、哑门穴可以明显提高脑出血的治疗效果。

二、早期施行针刺风府、哑门穴对治疗脑

出血的重要性和必要性

一般文献认为对急性期脑出血患者要绝对卧床4~6周,避免一切刺激(当然也禁止针刺),否则会使病情加重,甚至引起再度出血⁽²⁾。但我们的研究表明,早期即开始针刺风府、哑门穴,不仅无不良反应,相反可以缩短疗程,提高疗效。本组病人有相当一部分(37例)是在出血24小时内即行针刺的。

我们另曾观察病程在11~31天间属于恢复期脑出血患者12例,其治疗方法与本文治疗组完全相同,治疗结果基本痊愈和显效各6例,无一例痊愈。而本文治疗组痊愈者占32.6%。这表明在急性期就进行针刺治疗有助于提高疗效。另外,从本文治疗组来看,意识、语言、肢体功能障碍在治疗三个疗程时即恢复到正常者均占50%以上,尤其是在有语言障碍27例中,恢复正常者25例(92.6%),而在第一、二疗程中即恢复到正常的就有20例(74.1%)。由此可见,争取时间尽早针刺风府、哑门穴,对提高疗效、缩短疗程有非常重要的作用。

三、针刺风府、哑门穴的安全性

我们在临床上曾对147例脑血管病患者,就针刺风府、哑门“得气”后的进针深度与患者颈围的关系进行了统计分析。对其中35例,在

X线透视下观察进针深度,于“得气”时及针尖到硬脊膜表面时,分别拍摄了X片,以探索进针合适深度和安全范围。据此推导出患者的颈围(x)与风府、哑门穴进针深度(y)的回归方程如下:

$$\text{风府穴的进针深度 } y(\text{cm}) = 2.6475 \pm 0.0778x$$

$$\text{哑门穴的进针深度 } y(\text{cm}) = 2.7183 \pm 0.07x$$

对脑出血患者在昏迷时的进针深度,我们根据在52具尸体上观察针刺到达寰椎后结节前缘的深度及其与颈围比值关系的结果,认为针刺深度一般可为颈围的12~14%。

临床实践和X线拍片观察均表明,针刺风府、哑门穴“得气”时进针的最浅和最深间有较大的有效和安全范围(0.45~1.8厘米)。因此,我们认为参考回归方程,严格操作规程,随时注意观察,进针以“得气”为准,不片面追求深刺,这样针刺风府、哑门两穴一般是比较安全的。我们在针刺此两穴治疗的9193例次中,无一例发生意外。

参 考 文 献

- (1) 全国中医内科学会. 中风病疗效评定标准(试行). 北京: 中医学院学报 1984年; (1): 31.
- (2) 肖镇祥, 等. 脑血管疾病. 北京: 人民卫生出版社 1979年: 280.

恶 阻 治 验 一 得

山东省平阴县中医院 张 秀 兰

刘×, 女, 25岁, 工人, 1984年3月初诊。

患者早妊二个月, 近周来渐觉胃脘部痞满不适, 恶心呕吐, 恶闻食气, 食入即吐。三日来, 因情志不遂, 胃脘部痞满, 恶心呕吐加重。伴有头晕目眩, 心烦易怒, 神疲乏力。曾在本厂医务室服用胃复安, 维生素B₆等西药治疗, 效均不显, 故来院求治。

查见患者精神不振, 痛苦病容, 形体消瘦, 巩膜皮肤无黄染, 腹部柔软, 按之无压痛。舌质红, 苔黄腻, 脉滑数。证属胃气素虚, 肝郁气滞化热, 肝脉挟胃贯膈, 孕后血海不泻, 冲脉之气上逆, 饮随气上所致之妊娠恶阻。治宜健胃和中, 清热调气降逆。方用半夏泻心汤化裁。

处方: 姜半夏10克, 黄连8克, 黄芩10克, 党

参12克, 竹茹12克, 炒砂仁10克, 陈皮12克, 茯苓12克, 灶心土15克, 生姜三片, 大枣五枚, 水煎服。三剂后, 诸症减轻, 能进饮食, 但进食甚少, 又按上方服用三剂病愈。足月顺产一男婴。

按: 恶阻是妊娠早期最常见的疾患。此案恶阻, 乃属脾胃虚弱, 肝郁气滞, 郁而化热, 冲脉之气上逆犯胃。与半夏泻心汤病机相符, 故投用之。方用姜半夏、竹茹、茯苓、党参、生姜、大枣健脾益气, 和胃止呕。陈皮、砂仁理气和胃安胎。黄连、黄芩清热, 灶心土温中止呕。方中半夏用姜制, 其镇呕化浊作用强。半夏虽被列为妊娠禁忌药, 但从张仲景开始历代乃至近代医家在恶阻中, 每用姜半夏, 并未见动胎流产的报道。