

头皮针提插动留综合手法治疗缺血性中风偏瘫临床对比观察

任彦红¹ 指导:王 岱² 冯春祥²

主题词 脑缺血/针灸疗法 中风后遗症/针灸疗法
头针/方法

头皮针“提插动留”综合手法是导师王岱教授、冯春祥教授在临床中常用于治疗中风偏瘫的一种独特的针刺手法,笔者于1992~1996年间,运用这一针刺手法对100例缺血性中风患者进行了临床观察,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

病例全部来自北京军区总医院神经内科住院病人,均为已脱离危险期、病情较稳定的急性中风患者。其中男性57例,女性43例;年龄最大79岁,最小46岁。所有病例均经颅脑CT检查确诊,其中脑血栓形成86例,脑栓塞4例,腔隙性脑梗塞10例。病程为15天~3个月。初次中风87例,再次中风13例。初诊时病情较重者(0~5分)67例,病情较轻者(6~10分)33例。有高血压病史者46例,冠心病史者24例,高脂血症者46例,高粘血症者87例。

按完全随机设计,将病人分为三组:A组30例,为单纯西药组;B组30例,为西药加头皮针快速捻转法组;C组40例,为西药加头皮针“提插动留”综合手法组。

2 治疗方法

A组:给予低分子右旋糖酐500mg静滴,胞二磷胆碱500mg加入5%葡萄糖溶液100ml中静滴,每日1次。

B组:西药治疗同A组。头皮针选穴,进针同C组,手法选用山西焦顺发氏的快速捻转法,即针体刺入帽状腱膜下后,以200次/分快速捻转,行针3分钟,使患者头皮感觉沉、麻、

胀、热感。如此反复3次后将针拔出,每日1次。

C组:西药治疗同A组。头皮针治疗:按“头针穴名国际标准化方案”取顶中线、顶颞前斜线、额中线为治疗线。

顶中线(前顶~百会):用32号1.5寸毫针1根,于常规消毒后针尖自前顶向百会方向与头皮呈30°快速刺入帽状腱膜下,然后针体平卧,向百会方向平行刺入1.2寸,施小幅度快速提插手法,提插幅度为0.3寸左右,频率为100次/分。要领为重提快提,重插慢插,使针体最大限度接触、摩擦骨膜。行针3分钟,使针下产生“吸针”感,患者头皮部有沉、紧、麻、胀、热感,即为得气。然后对患肢进行按摩、被动运动3分钟。如此反复3次后,留针24小时。留针期间要求患者主动或被动活动患肢。

顶颞前斜线(前顶~悬厘):取患肢对侧顶颞前斜线,用32号1.5寸毫针3根,于常规消毒后,从前顶进针,针尖向悬厘方向采用三段接力透刺,针体刺入帽状腱膜下,手法同上。

额中线:用32号1寸毫针1根,选取神庭穴,常规消毒后针尖向下刺入帽状腱膜下0.5~0.7寸,手法同上。头皮针治疗为隔日一次。

A、B、C三组治疗均以10天为一疗程,疗程间休息3天,共治疗3个疗程。

3 疗效分析

3.1 疗效标准:根据中国中医药学会内科分会与卫生部中医急症中风病协作组于1986年6月在泰安市制定的《中风病中医诊断及疗效评定标准》进行疗效评定。

3.2 治疗结果:表1示,B组和C组疗效均高于A组,经统计学处理,B组和A组比较尚无显著性差异($P>0.05$),C组和A组比较有显著性差异($P<0.05$)。C组基本痊愈、显效率虽高于B组,但尚无显著性差异($P>0.05$)。

3.3 治疗前后各组肌力比较:表2示,治疗前

1 北京针灸骨伤学院附属医院,北京市朝阳区望京中环南路6号(100015)

2 北京针灸骨伤学院

收稿日期:1997-03-03;修回日期:1997-05-08

三组肌力基本一致($P>0.05$),经治疗后C组上、下肢肌力提高均明显优于A组($P<0.05$);治疗后B组肌力提高略优于A组,尚无显著性差异(P 均 >0.05);治疗后C组上下肢肌力略高于B组,但无显著性差异($P>0.05$)。

表1 三组治疗效果比较

分组	例数	基本痊愈 例(%)	显效 例(%)	有效 例(%)	无效 例(%)
A组	30	8(26.7)	6(20.0)	11(36.7)	5(16.7)
B组	30	13(43.3)	6(20.0)	7(23.3)	4(13.3)
C组	40	19(47.5)	14(35.0)	4(10.0)	3(7.5)

表2 治疗前后三组上下肢肌力比较

分组	例数	上肢肌力						下肢肌力					
		0	I	II	III	IV	V	0	I	II	III	IV	V
A 组													
治前	30	5	9	6	5	4	1	4	10	7	6	3	
治后	30	3	9	6	7	3	2	1	7	8	7	5	2
B 组													
治前	30	6	8	5	6	5		4	8	7	6	5	
治后	30	2	3	6	8	8	3	1	3	5	7	8	6
C 组													
治前	40	4	8	12	8	6	2	2	9	11	9	6	3
治后	40	1	2	6	15	6	10		3	4	12	11	10

3.4 C组梗塞面积与疗效的关系:将C组40例病人脑梗塞面积依CT检查结果进行分类,直径大于4cm的低密度区称为大梗塞,直径小于2cm的为小梗塞,直径2~4cm为中梗塞。表3示,三者间疗效无显著性差异($P>0.05$)。

表3 C组梗塞面积大小与疗效的关系

梗塞面积	例数	基本痊愈	显效	有效	无效
$>4\text{cm}$	14	7	4	2	1
2~4cm	13	6	5	1	1
$<2\text{cm}$	13	6	5	1	1

3.5 C组梗塞部位深浅与针刺疗效关系:观察仍限于C组40例病人,将局限于大脑皮层的梗塞病灶称为浅部梗塞,将累及内囊、丘脑、基底节、脑室周围白质的梗塞称为深部梗塞。表4示两者间疗效有显著性差异($P<0.05$),说明

位于大脑皮质的浅部梗塞针刺疗效较好。

表4 C组不同梗塞部位与疗效的关系

梗塞部位	例数	基本痊愈	显效	有效	无效
深部	18	7	4	4	3
浅部	22	12	10		

4 讨论

从以上资料可以看出,头皮针“提插动留”综合手法治疗缺血性中风偏瘫确有较好的疗效,能尽快提高肌力,改善病人生活质量,而且此手法比“快速捻转”手法操作简便,易得要领,患者痛苦小,宜于推广。

《灵枢·官针篇》曰:“短刺者,刺骨痹,稍摇而深之,致针骨所,以上下摩骨也。”“输刺者,直入直出,深内之至骨,以取骨痹,此肾之应也。”古人的论述提示我们,在治疗骨关节病变及四肢运动功能障碍时,可针至骨膜,用提插手法来摩擦骨膜,可能会达到理想效果。导师在此理论的启发下,结合自己的临床实践,摸索出治疗中风偏瘫(本文观察对象是缺血性中风偏瘫,另据我们观察,此手法对出血性中风偏瘫也有同样好的疗效)的头皮针“提插动留”综合手法。

本手法的要点为针至骨膜后针体平卧,施小幅度快速提插手法,幅度0.3寸,频率100次/分,重提快提,重插慢插,给骨膜一个强刺激,以达疏通经络、运行气血之目的。同时针刺强调“得气”,得气后留针24小时,并使患者主动或被动运动患肢,以维持一定的有效刺激量,促进经络畅通。临床证明此种手法有一定优势,能在短时间内取得较好疗效。

在临床观察的同时,我们还对A、B、C三组患者治疗前后的血液流变学各项指标进行了对比观察,A、B、C三组病人治疗前后自身对比,各项指标均有不同程度的下降,其中尤以红细胞压积、血小板聚集率、纤维蛋白原及全血、血浆粘度下降明显。组间比较,B、C两组(均加用头皮针)较A组下降明显,而B组、C组间比较无显著差异。说明加用头皮针治疗后,能较好地降低血液粘稠度,从而增加脑血流量,促进脑部侧支循环的建立,使临床症状得以改善。