

论 坛

头针治疗中风偏瘫及其疗效的评估

北京针灸骨伤学院 陆寿康

中风(急性脑血管病)目前已成为影响人类健康,导致死亡和病残的主要疾患之一。头针治疗中风,以偏瘫等症状缓解和体征改善为目的,有明显的康复治疗作用。兹就有关问题评述于下。

一、中风偏瘫的头针处方

取头穴针灸治疗中风,在我国古代已有所开展。但形成独特的头针疗法,用于中风偏瘫等病症治疗,且进行大量临床观察,则是本世纪70年代以后的事。当时,山西焦顺发、陕西方云鹏、上海汤颂延等都分别应用头针进行中风偏瘫和其他病症的临床治疗,取得了一定的疗效,并形成了各不相同的头针穴名体系。至今专题论文大多采用焦氏头针刺激区体系,来观察中风偏瘫的临床疗效。据有关资料统计,在应用头针(包括艾灸、磁疗、按摩等方法)治疗中风偏瘫的30余篇论文(1980~1989),共计3738例中,采用焦氏头针(包括头皮电针)进行临床观察的就有2580例之多。所谓焦氏头针,应包括其头针穴名采用“头针刺激区”和快速捻转两个方面。除此之外,也还有采用“头针穴名标准化方案”和传统经穴这两种穴名体系来说明中风偏瘫的临床疗效的。

采用焦氏头针体系,临床取用的穴位有运动区、足运感区、感觉区等,其中尤以运动区(患肢对侧)为主。针刺操作则以快速进针、快速推针、快速捻转和快速出针为全过程。其中,要求术者将针体推进至帽状腱膜下进行快速捻转是其关键。普遍认为在头针刺激区范围内进行快速捻转,频率达到200次左右/分,连续行针2~3分钟,每隔5~10分钟再次捻转,重复三次后出针,才能满足头针治疗的有效刺激量。甚至有捻转频率达到240~400次/分,持续或累积时间达到3~5分钟的。用这种手法即可使肢体出现热、麻、胀感或出汗,从而取得较好疗效。

除了用快速捻转手法以外,还有用电针刺激来替代手法捻转的。用电针刺激,一般以脉冲电为多。常用G6805治疗机,用连续波和疏密波交替通电20~(30)分钟,电流强度控制在病人能耐受的限度以内。也

有人主张先用电动头针机通电刺激2分钟(捻针),再改用脉冲电刺激20~30分钟,认为改变其刺激性质、实行强度变率,可提高疗效。

有些临床工作者主张采用“头针穴名标准化方案”的14条标准治疗线,来进行处方配穴。他们治疗中风偏瘫主要取用顶颞前斜线和顶中线,配用顶旁1线、顶旁2线等。而取用传统经穴来进行头针治疗的有下述穴位:(1)上星、百会、承光、五处、通天、络却,患肢对侧或双侧头穴,斜刺2~4分深,捻转1分钟,留针30分钟;(2)神庭至百会、头临泣至承灵(患肢对侧),二组交替使用,用5寸毫针透刺,留针40分钟;(3)百会至曲鬓连线,用1.5~2寸毫针3支,进行三段接力刺,即将上述连线三等分,毫针分别从百会穴、第一和第二等分点进针,然后沿线向下透刺,各针快速捻转,连续5分钟,休息5分钟,再捻转5分钟,共三次。

此外,还有头针和体针相结合的治疗方案,同样能取得与单用头针相类似的临床疗效。

二、头针取穴的疗效特异性

头针治疗中风偏瘫的临床疗效,据有关资料统计,其显效率在60~80%之间,总有效率则可达90%左右,主要表现为患侧肢体运动和感觉功能障碍的康复等。

关于头针取穴的疗效特异性,目前很难作出确切的评价。但必须指出的是,以焦氏头针,特别是取运动区为主的处方,并不是唯一的最佳方案。较有临床说服力的是,有人取用百会至曲鬓连线进行针刺治疗,共观察500例中风偏瘫患者,其肌力恢复率为95%,部分症状改善率为94%(头痛)和89%(眩晕),与运动区头针疗效对比,并无显著性差异。此外,取百会至曲鬓连线进行针刺治疗,还有降低患者血压和改善脑血流图、血液动力学变化的作用。较系统的临床观察表明,针刺头部顶区、颞区穴位治疗中风偏瘫,如前神聪透悬厘(顶颞前斜线)、前顶透悬颅(运动区)、百会透曲鬓(顶颞后斜线)、通天(沿经向后透刺1.5寸)

等各穴组之间的疗效基本相一致。其疗效特异性只有在和枕区穴位(如天柱透玉枕)等比较时,才有统计学意义。上述观察还表明,取顶、颞区穴位的病灶侧(患肢对侧)和非病灶侧,其疗效对比也无统计学意义。

在临床上,笔者治疗中风偏瘫常取用顶颞前斜线(前神聪至悬厘)、顶中线(前顶至百会)为主,顶颞前斜线(患肢对侧)用三段接力刺法,顶中线由前顶向百会进行透刺。在经5次治疗取得初步疗效,但仍须继续治疗时,为了减轻局部疼痛和缓解“穴位疲劳”(穴位因刺激过多而致反应性降低的现象),可取用额中线(神庭沿经向下透刺1.5寸)来代替顶中线,顶旁1线和顶旁2线来代替顶颞前斜线。在临床上如遇所选头穴有局部感染或瘢痕时,可用患肢同侧的同名头穴来代替。

三、针刺手法和电针刺激

据上所述,头针的针刺手法目前大多采用快速捻转。该手法要求针体在达到一定深度(1.5~2寸)后,必须固定而不能上下移动,在这样的情况下通过食指掌指关节的伸屈运动来捻转毫针,才能达到每分钟200次的高频率。通过快速捻转可激发患肢的针感,从而取得疗效。在患肢上出现的针感一般以热感为多见。除患肢外,针感也可发生于健侧肢体或全身。快速捻转的缺点是术者食指关节容易疲劳,患者头部常剧烈疼痛,因此有人主张用电针代替。

根据明代杨继洲《针灸大成》所记述的“抽添法”,朱明清氏演化为头针的抽气法和进气法。抽气法为泻法,当针体沿皮进至1寸后,用拇、食两指紧捏针柄,向外用力快速抽提,连续三次,再缓慢地将针向内进至1寸处。进气法为补法,当针体沿皮进至1寸后,用拇、食两指紧捏针柄,向内用力快速进插,连续三次,再缓慢地将针向外退至1寸处。如此反复行针0.5~1分钟即可取效。实际上,抽气法类似于“紧提慢按”和“三退一进”,进气法类似于“紧按慢提”和“三进一退”,应属于提插补泻和徐疾补泻的范畴。操作时要求全身发力,术者手指并不劳累,病人一般也无太大痛苦,但能在较短时间内达到有效刺激量,从而获得即时疗效。但应该指出的是,这种手法并不容易掌握,对习惯用捻转手法者来说尤其如此。因此,需要有一个较长时间的熟练和适应过程。

除了上述两种手法以外,头针操作时还可采用其他手法。如陈克彦主张用徐疾补泻手法、方云鹏主张浅刺(直刺或斜刺)加捻转、汤颂延主张浅刺(沿皮刺)加提插,也有人主张长时间留针而不行针的。同时,对所选头穴进行按摩、梅花针叩刺、艾条温和灸和磁

疗也能取得一定疗效,这些方法对于局部痛觉过敏者较为合适。

用电针刺激来代替快速捻转又称为“头皮电针”。临床上,有单用头皮电针的,也有头皮电针和快速捻转手法交替应用的。头皮电针和快速捻转手法两者,目前尚缺乏系统的疗效对比。头皮电针的优点在于术者省时、省力,但对于反应迟钝而不能正确及时反映针感者或有脑出血病史者则不适合。即便要用也必须严密观察病情变化,严格掌握电流量和通电时间。在临床上使用头皮电针的频率宜从小到大,电流量以患者能耐受为限,先用疏密波,后用连续波,通电时间控制在20分钟以内。

四、影响头针疗效的有关因素

根据大量临床资料,结合我们的临床体会,兹就有关问题进行讨论。

1. 针感的获得:头针主要是沿头皮透刺的针刺疗法,其作用部位是帽状腱膜和颅骨膜之间的疏松结缔组织层,该组织层便于行针,较少痛感。焦氏等认为,用快速捻转手法获得患肢针感则可提高疗效。我们的经验是,用抽气法和进气法时必须保持“吸针”感,术者指下感觉针体内吸,不松不紧,如鱼吞钩,如此方能取效。有些病人经针刺后,针下空虚松弛,犹如插入豆腐,疗效一般较差。同时,我们并不强调患肢针感,只要求经头针治疗后患肢运动和感觉功能有所改善和恢复,也就是“有效即得气”的观点。

2. 刺激累积时间:头针治疗中风偏瘫的疗效与针刺刺激量的大小有关。加大刺激量有两种方法。其一,延长行针时间和手法强度,每次行针时间延长,捻转(或提插)的频率和幅度加大;其二,延长留针时间,在留针过程中间歇行针(即所谓“动留针”),并嘱患者主动(或被动)运动患侧肢体。我们在临床上提倡使用后一种方法来增强头针累积效应。前一种方法常可造成头穴局部疼痛和穴位疲劳,手法过强过猛对虚弱者也不合适;后一种方法可使患者充分发挥主观能动性,有助于脑局灶血流量的增加和患肢肌肉、关节、神经功能的康复。如患者实在无法运动,则可由术者进行按摩和导引等。留针时间应根据病情需要来决定,病情稳定者一般可留针12~24小时。

3. 治疗时机和次数:中风偏瘫患者在应用头针治疗后,可达到不同程度的功能康复。有人曾观察73例患者经头针治疗后的康复水平变化,其中有31例达到职业功能和生活功能康复,26例达到肢体活动功能的康复水平。前者在发病一个月以内即开始用头针治疗的人数占31例中的97%(1周内者约占50%),而

后者在发病一个月以内即用头针者仅占26例中的19.23%，2个月后才用头针治疗者占80.76%。可见中风偏瘫康复水平的提高有赖于及早使用头针治疗。临床上遇病情静止、生活指征稳定者即可考虑用头针治疗。其最佳治疗时机应为发病半个月以内。即便是高血压性脑出血所致的中风偏瘫亦然如此。治疗次数一般以每日一次，7~10次为一个疗程为宜。在不宜长期留针，病程在一个月以内者每日可用头针治疗二次，以期迅速取效。在病程长达半年以上而要求用头针治疗者，一般可隔日治疗一次，或采用其他疗法（体针、按摩、中药等）配合。

4. 病变性质、部位和病程：一般来说，动脉硬化性脑梗塞所致的偏瘫要比脑栓塞和脑出血所致者头针疗效好。经短期（3~5次）治疗有效者，疗效较佳而预后较好；如经过15~30次治疗仍无效者，一般预后较差。病灶部位和范围与临床瘫痪程度相关。病灶范围大，或位于两侧，或位于脑半球深部，或呈多灶性者，其临床瘫痪程度相应较严重，头针疗效较差；反之则疗效较好。初次发作者较再次、多次发作者疗效好。病程长达半年以上，关节畸形，肌肉萎缩，或伴有失语、精神障碍者，较难取得显著疗效；病程在3个月以内疗效较好，尤其在1月以内者疗效显著。

5. 综合疗法的应用：临床上采用头针、体针、按摩、导引、气功、中药相结合的综合疗法，常可提高中风偏瘫的疗效。头针和体针相结合可采取三种形式：（1）先用体针解除或缓解局部症状，改善体征，再用头针治疗；（2）在头针治疗的留针期间采用体针配合；（3）头针和体针交替进行，一天头针，一天体针。体针取穴宜根据病情需要适当选取局部穴位，如上肢取肩髃、抬肩（肩峰前下1.5寸），下肢取环跳、胯骨（股骨大转子直上2寸）等进行针刺，可迅速改善肩、髋部关节功能障碍的体征。按摩和导引必须在患者能耐受的前提下进行，要注意用力适当，以免发生意外。气功以静功为主，让病人“意守丹田”，放松全身肌肉，或集中意念设想患肢的正常运动过程，是培养患者良好心理素质，增强治疗信念的重要措施。对一些悲观厌世难以配合治疗的患者，要着重做好心理安慰工作。让有效病人现身说法，身体力行，能取得更佳的心理效应。

五、今后的工作

头针治疗中风偏瘫的疗效已基本肯定。问题在于取得近期疗效以后，如何巩固远期疗效并防止其复发。目前，头针治疗的远期疗效追踪和疗效对照，以大样本病例进行系统观察的临床论文，尚未见诸书刊，严

格选择适应症，制定出适合头针疗法的诊断标准和疗效标准，设立对照组，进行即时、近期和远期疗效的临床观察，是深入开展头针疗法的主要工作。

头针疗法目前还存在各种取穴命名体系，长此以往会导致普及推广的困难。用国际规定的“头针穴名标准化方案”来统一头针穴名，将有利于临床、科研和教学工作的开展。目前各种专业出版物上所采用的各不相同的头针穴名，容易混淆视听，造成不必要的麻烦。建议中国针灸学会组织有关专家对有关问题作出相应规定，并首先在教科书编定和专业期刊等出版物上加以贯彻执行。

头针在临床上可采用不同的手法，甚至电针刺激等。确定其手法操作程序和强度范围，以及电针的电流强度、性质、波型及其应用范围，是确保患者安全，提高临床疗效的重要措施。在此基础上，应用现代科技方法进行头针疗效观察和疗效原理研究才能有章可循。目前，用CT检查观察病情与头针疗效的相关性，用脑血流动力学、血液流变学等方法研究头针疗效原理，已取得初步成绩。但深入研究头针疗效原理的工作，还须继续加强。

头针不仅能治疗中风偏瘫，对其他中枢神经系统疾病也有较显著的疗效。80年代曾有人进行小儿脑瘫、颅脑外伤后遗症、脑炎后遗症和癫痫等病的头针临床观察，初步取得一定疗效。今后，宜继续开展上述工作，并逐步扩大头针疗法的临床主治范围。对老年性痴呆和其他精神障碍病症，用头针治疗有一定效果。相信不久的将来，中国头针疗法将在提高智力、改善和恢复精神正常状态的临床康复工作中发挥其应有的作用。

· 新书出版消息 ·

实用中西医结合骨伤科手册 沈志祥、李宜谋主编，尚天裕、张安楠编审。将于1991年10月由中国中医药出版社出版。本书约50万字，32开本。手册立足临床、实用至上为原则，内容丰富、新颖、图文并茂，集当代中西医结合骨伤科最新诊疗技术之精华。为广大骨伤工作者提供最简捷、有效的诊疗技术，是从事中医、中西医结合骨伤工作者以及高等中医院校骨伤专业的广大师生的必备工具书之一。本手册已开始征订，欲购者可汇款14元整（含书款、邮资、手续费）寄北京朝阳区北京针灸骨伤学院骨伤系办公室陈映辉同志收。邮政编码：100015。