

针灸推拿

头皮针抽提法提高脑血栓偏瘫患者肌力 120 例临床研究

孔尧其¹ 徐 福² 林秀蓉³ 冯贞根⁴ 史红斐⁵ 俞国桥⁶ 胡利荣¹ 李新伟¹ 江凌圳¹

摘要 目的:为脑血栓形成后偏瘫患者患肢功能的恢复提供质量可控、疗效确切的新疗法。方法:将 180 例脑血栓形成后偏瘫患者随机分为 2 组:B 组(头皮针抽提法组)和 A 组(头皮针捻转法组),对 2 组患者治疗前后的肌力及综合功能进行评估。结果:2 组均能不同程度地提高偏瘫患肢的肌力,B 组愈显率是 86.67%,与 A 组的 5% 比较差异有显著性($P < 0.01$)。结论:头皮针抽提法对脑血栓形成后偏瘫患肢肌力的提高作用显著,是临床治疗中风偏瘫的有效方法之一。

关键词 颅内血栓形成/针灸疗法 头皮针 肌张力/针灸效应

Clinical Study on Scalp Acupuncture Increasing Myodynamia in 120 Cases of Hemiplegia after Cerebral Thrombosis

Kong Yaoqi¹, Xu Fu², Lin Xiurong³, et al.

(1. Zhejiang Provincial Tongde Hospital, Hangzhou 310012; 2. Zhejiang Province Hospital of TCM; 3. Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical College)

Objective: To provide a new therapeutic method for recovery of function of affected limbs in the patient of hemiplegia after cerebral thrombosis. **Methods:** 180 cases were randomly divided into 2 groups: group B treated with lifting and thrusting scalp acupuncture and group A treated with twirling scalp acupuncture, and their myodynamia and comprehensive function before and after treatment were evaluated. **Results:** Myodynamia of affected limbs in the 2 groups increased in varying degrees. The cured-markedly effective rate was 86.67% in group B and 5% in group A with significant difference between the two groups ($P < 0.01$). **Conclusion:** Lifting and thrusting method of scalp acupuncture can significantly increase myodynamia of affected hemiplegic limbs after thrombosis and it is an effective method for hemiplegia after apoplexy.

Key Words Cerebral thrombosis/acup-mox therapy; Scalp acupuncture; Muscular tension/acup-mox effect

头皮针是在头部针灸腧穴和某些区域用以治疗疾病的一种针灸方法。因其施术部位在头部,而中医认为“头为诸阳之会”、“诸经皆归于脑”,因此,头皮针被认为是治疗脑血管意外后遗症的一种较好的治疗方法^[1]。

我们所运用的头皮针抽提法也在临床中得到了推广和应用。为了探讨头皮针抽提法的确切疗效,笔者自 2001 年 10 月~2004 年 3 月按照国家中医药管理局关于中医临床诊疗技术整理与研究课题的要求,应用大样本、多中心、盲法、随机等较为科学、系统的研究方法,整理和总结该疗法的临床疗效,为脑血栓形成后偏瘫患肢功能的恢复提供质量可控、疗效确切的新疗法。现报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象:180 例脑血栓形成患者均为浙江省立同德医院、浙江省中医院、温州医学院附属第二医院、金华市中医院、杭州铁路中心医院、东阳市肿瘤医院针灸科门诊及住院患者。其中门诊患者 129 例,住院患者 51 例。

1.2 诊断标准:(1)脑血栓形成诊断标准:根据中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》的相应标准来确诊。(2)中医诊断标准:根据卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则》中《中风病中医诊断标准》和《中风中经络中医辨证标准》确诊。

1.3 纳入标准:(1)符合上述脑血栓形成诊断标准、中医诊断标准,并结合 CT 或 MRI 诊断为脑血栓形成的偏瘫患者。(2)中医辨证为中风中经络的实证或本虚标实证者。(3)参照《中药新药治疗中风的临床研究指导原则》,偏瘫侧肢体中上肢瘫、指瘫、下肢瘫、趾瘫肢体功能评分或综合功能评分有一项 ≥ 3 分者。(4)发病至接受治疗时间在 2~3 个月以内(即发病后第 31 天至第 90 天)者。(5)无神志昏迷,血压基本稳定者。

1.4 排除标准:(1)CT 或 MRI 诊断为非脑血栓形成

基金项目:国家中医药管理局资助项目(2000-ZL-21)

1 浙江省立同德医院针灸科,杭州市古翠路 234 号(310012)

2 浙江省中医院针灸科

3 温州医学院附属第二医院针灸科

4 浙江省金华市中医院针灸科

5 浙江省杭州铁路中心医院针灸科

6 浙江省东阳市肿瘤医院针灸科

收稿日期:2004-06-18;修回日期:2004-10-11

的偏瘫者(包括脑出血、蛛网膜下腔出血、脑硬膜外出血、脑肿瘤、脑内血管畸形出血、脑炎和脑膜炎等)。(2)中医辨证为中脏腑和虚证者。(3)偏瘫侧肢体功能评分和综合功能评分均 ≤ 2 分者。(4)神志昏迷或生命指征不稳定者。(5)发病至接受治疗时间在3个月以上者。(6)年龄在70岁以上者和妊娠者。(7)头皮有瘢痕、肿瘤、严重感染、溃疡和创伤者,施术部位为头颅手术部位或未植入颅骨者。

1.5 分组方法:按统计学上样本数的要求,根据病例纳入标准选取脑血栓形成患者180例,分为6个中心,各30例,然后利用随机分配卡分为两组,A组为头皮针捻转法组各10例,共60例,男34例,女26例;年龄38~70岁,平均 (64.57 ± 6.75) 岁;病程30~89天,平均 (43.25 ± 14.64) 天;治疗前评分9~20分,平均 (15.33 ± 3.36) 分。B组为头皮针抽提法组各20例,共120例,男68例,女52例,年龄39~70岁,平均 (63.66 ± 7.44) 岁;病程30~90天,平均 (43.66 ± 14.54) 天;治疗前评分6~20分,平均 (14.98 ± 3.36) 分。以上两组患者的性别、年龄、病程及治疗前评分等资料经统计学处理,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。同时为提高依从性,所有纳入病例均在分组后、治疗前,由患者或其家属签署《知情同意书》。

2 治疗及观察方法

2.1 A组:(1)体位:仰卧位。(2)针刺部位:病灶侧(即偏瘫肢体的对侧)头部。(3)取穴:采用《中国头皮针施术部位标准化方案》:顶中线、顶颞前斜线。顶中线:在头顶部前后正中线上,自百会向前至前顶。顶颞前斜线:在头部侧面,即前顶穴起,止于悬厘穴。(4)针具:采用30~32号(直径0.25~0.30mm)、1~1.5寸(25~40mm)佳辰牌一次性不锈钢毫针。(5)皮肤消毒:采用2%的碘酒擦拭施术部位,再用75%的酒精棉球脱碘,或单用75%的酒精棉球擦拭针刺部位皮肤消毒。(6)进针:采用快速进针法。用一手拇、食指夹捏住针体,针尖对准进针点,手腕背屈后,再突然手腕掌屈,使针尖快速到达帽状腱膜下层。(7)针尖方向:顶中线由前顶刺向百会;顶颞前斜线由前顶刺向悬厘的上2/3节段,用两根毫针接力刺法。(8)手法:在针尖刺入膜状腱膜下层后,使毫针与头皮呈15~30°角,在腱膜下层进入皮肤1寸(25mm)左右。捻转至头皮有酸、胀、麻等得气感。(9)留针:静留针2个小时。(10)出针:出针时,应先以左手拇指按住针孔周围皮肤,右手持针慢慢提至皮下。然后,将针迅速拔出。出针后若有出血,应迅速用消毒棉球压迫止血。(11)疗程:每日针1次,隔日1次,1周针刺3次,12次为1个疗程。

2.2 B组:(1)体位:坐位。确不能坐者,可采用仰卧位。(2)针刺部位、取穴、针具、皮肤消毒、进针和针尖方向同A组。(3)手法:在针尖刺入帽状腱膜下层后,使毫针与头皮呈15~30°角,在腱膜下层进入皮肤1寸(25mm)左右,指下有不紧不松的一种吸针感。然后进行行针操作,即用爆发力向外速提3次(约5秒钟),每次至多提出1分(2.5mm)许,又缓插至1寸,如此反复运针10遍,共计约5分钟。(4)留针:间歇动留针2个小时,每隔30分钟运针5遍(约2分30秒)。行针和留针期间,可结合患肢的运动。(5)出针、疗程同A组。

2.3 观察方法:患者治疗前和治疗后各根据诊断标准对肢体偏瘫情况评分1次,以患者治疗前的评分减疗程结束后的评分,用此差值作为患者瘫肢恢复程度并进行两组间的比较。但为了观察疗效,各临床中心均将全部病例每周治疗后观察1次加以评分。

评分百分数计算=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$

2.4 统计学方法:采用 χ^2 检验进行统计分析。

3 治疗结果

3.1 疗效标准(参照1993年卫生部颁布的《中药新药治疗中风的临床研究指导原则》):上肢肩关节:正常0分,上举正常但肌力差1分,上举平肩或略过肩2分,上举不到肩3分,不能动或前后略摆动4分;上肢肘关节:正常0分,手指分别动作有效而肌力差1分,握拳伸指2分,屈指、握不成拳、不会伸3分,不会动4分;下肢髋关节:正常0分,抬高45°以上1分,不足45°者2分,摆动能平移3分,不会动4分;下肢趾关节:正常0分,伸展自如但力弱1分,伸屈不全2分,略动3分,不会动4分;综合功能:生活能自理自由活动0分,独立生活,简单劳动而有部分功能不全1分,可行走,部分自理,尚需人辅助2分,可站立迈步,需人随时照料3分,卧床4分。

3.2 疗效评定:(1)基本痊愈: $\geq 85\%$, (2)显效: $\geq 50\%$, (3)有效: $\geq 20\%$, (4)无效: $< 20\%$ 。

3.3 疗效观察:表1示,B组愈显率与总有效率分别为86.67%和98.33%,A组愈显率与总有效率分别为5.00%和83.33%,经 χ^2 检验,两组疗效差异有显著性($P < 0.01$),B组疗效明显优于A组。表2示,与A组比较, $P < 0.01$,提示各分中心B组愈显率显著高于A组。与A组比较, $P < 0.05$,提示浙江省中医院等3个分中心B组疗效明显优于A组。与A组比较, $P < 0.01$,提示温州医学院附属第二医院分中心B组疗效显著优于A组。

表 1 两组临床疗效比较

组别	例数	基本痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	愈显率(%)	总有效率(%)
A组	60	0	3	47	10	5.00	83.33
B组	120	9	95	14	2	86.67	98.33

表 2 各分中心临床疗效比较

分中心名称	组别	例数	基本痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	愈显率(%)	总有效率(%)
浙江省立	A组	10	0	1	9	0	10	100
同德医院	B组	20	6	13	1	0	95	100
浙江省	A组	10	0	2	6	2	20	80
中医院	B组	20	0	16	4	0	80	100
温州医学院	A组	10	0	0	7	3	0	70
附属第二医院	B组	20	1	15	4	0	80	100
金华市	A组	10	0	0	8	2	0	80
中医院	B组	20	2	18	0	0	100	100
杭州铁路	A组	10	0	0	9	1	0	90
中心医院	B组	20	0	16	2	2	80	90
东阳市肿	A组	10	0	0	8	2	0	80
瘤医院	B组	20	0	17	3	0	85	100

4 讨论

中医学称脑血管意外为中风或脑卒中,而脑血栓形成是其中最为常见的一种。随着生活的改善和医疗抢救水平的提高,中风成了发病率高、病残率高、治疗难度高的一种常见病^[2]。我国中风发病率约为 80~120 人/10 万人^[3],已跃居我国疾病谱的第二位。而据 1987 年中华人民共和国国家统计局关于全国残疾人抽样调查主要数据的公报,脑内疾病所引起的肢体残疾约 118 万人,占全体残疾患者的 15.63%,我国幸存者中的 3/4 不同程度丧失劳动力,重度致残者占 40% 以上。因此,尽早提高偏瘫患肢肌力,对促进运动功能的恢复,避免各种并发症及无用综合征的发生,提高患者生活自理的能力,有十分重要的意义。

针灸对中风疾病疗效满意^[3]。早在《灵枢·热病》中就说过:“偏枯,身偏不用而痛,言不变,志不乱,病在分腠之间,宜温卧取汗,巨针取之,益其不足,损其有余,乃可复也。”头皮针是针灸治疗中风的有效方法之一。本研究运用笔者 20 年的临床经验,用科学的方法验证头皮针抽提法对脑血栓形成后偏瘫患肢肌力的提高,有显著疗效。

本研究取“头针穴名标准化方案”的顶中线 and 顶颞前斜线为治疗穴位。顶中线属督脉,有疏通全身经络,升阳益气,平肝息风的功能;顶颞前斜线贯穿督脉、足太阳膀胱经和足少阳胆经,对偏瘫肢体和面颊,有疏通经络的功能。其治疗原理,在经络系统主要是“用针刺刺激在头部分布的经络腧穴,来调节气血运行和脏腑功能状态”,在神经系统,主要是通过大脑皮质功能定

位,如顶颞前斜线就对应于大脑皮质的中央前回,是对侧肢体的运动中枢,针刺刺激顶颞前斜线,就能达到治疗对侧肢体运动障碍的目的。此外,根据生物全息律的原理,认为头部存在一个与人体相对应的缩影,通过头部穴位的刺激,可以治疗身体对应部位的疾病^[4]。

头皮针抽提法源于汪机的《针灸问对》,由抽添法演化而成。“抽添即提按出纳之状,抽者提而数拔也;添者按而数推也。”抽提法是以向外抽提,“一抽数抽”的手法动作为主要特点,以紧提慢按为主,属小幅度提插手手法范畴,是为泻法。抽提法的操作要领有:一是力度,必须将全身的力量集中于手指,然后形成爆发力向外抽提;二是速度,即瞬间速度要快,但最好针体又不动,每次至多抽出 1 分(2.5mm)许,而不能将针体大幅度抽出。这样,才能保持较大的刺激量,又减少疼痛,有利于反复抽提和长时间留针,维持刺激量。有研究认为,“刺激量与疗效关系密切,针刺间隔时间过长,疗程过短,刺激量过小,都可影响疗效。”^[5]而头皮针抽提法,不仅有较大的刺激量,而且还有利于配合肢体运动,产生较强的改善肌力的效应。

参考文献

- 1 朱明清,孔尧其. 中国头皮针. 广州:广东科技出版社,1993:116~118.
- 2 孙光荣. 中风康复研究. 北京:中医古籍出版社,2000;王永炎序.
- 3 石学敏. 针灸治疗学. 北京:人民卫生出版社,2001:212.
- 4 于致顺,包向阳. 头穴改善偏瘫病人肌力效应的时动态观察. 针灸学报,1991,7(1):39~41.
- 5 陆寿康,孔尧其. 实用头针大全. 上海:上海科学技术出版社,1993: