

学术争鸣 ·

针灸治疗中风若干问题商榷

陈晓军 方 针

(浙江中医药大学附属第三医院针灸科、康复科, 杭州市庆春路 23 号, 310009)

[摘 要] 国内大多数临床和实验研究都显示针灸对于中风具有很好的疗效, 但其治疗方面却仍存在很多争议, 如针灸介入的时机、不同发病阶段的选穴、患者的自我锻炼以及中风后遗症的疗效等。这些争议将有助于针灸医生对于中风的针灸治疗有一个全新的认识。

[关键词] 针灸疗法; 传统理论; 现代康复理论

针灸疗法是中国传统医学的主要内容之一, 有着数千年的悠久历史, 《内经》、《针灸甲乙经》及《针灸大成》等古籍对针灸治疗中风均有相关记载, 国内有关针刺的基础和临床研究大多也提示针刺治疗中风很有前途。虽然如此, 临床上对于中风的针灸治疗仍存在不少争议, 一些治疗理念仍值得进一步商榷, 特此谈谈个人的一些拙见, 请同道斧正。

1 针灸介入的时机

针灸介入的时机一直是针灸界颇有争议的议题。多数医生认为, 针灸介入时机应区别对待缺血性中风和出血性中风。大多数临床文献也认为, 对于缺血性中风, 早期的针灸介入能尽快促使血脉通畅, 恢复血液供应, 减少因缺血而致的脑神经组织的坏死。因此, 针刺介入越早越好。但现代研究表明, 中风起病两周内, 病侧大脑半球自动调节功能丧失, 整个半球血流量减少, 脑局灶性充血或缺血区容易发生局灶性血管麻痹现象, 此时用化学药物使正常脑组织扩张血管, 血流反而从病灶区分流入其他周围正常脑组织, 以致病灶区加重缺血, 形成所谓的盗血现象。因此, 杨安生认为, 过早针刺是否产生脑内盗血症尚是一个疑问^[1]。

而对于出血性中风的针灸介入时机, 多数医生持谨慎态度, 一般认为, 在发病急性期处于抢救阶段时, 针灸不宜立刻介入, 在生命体征平稳后 3~5 天, 针灸才可介入, 而且选穴时应注意避免选用敏感性太强的穴位, 手法宜轻柔, 刺激要轻, 以免使患者紧张而引起血压上升。但张临洪等认为, 脑出血本身引起的死亡绝大多数在发病的早期, 故脑出血治疗的关键在急性期, 降低病死率和提高治愈率的有效措施(针灸)也应在急性期采取^[2]。古人云:“急则用针, 缓则用药”。《针灸大成》也说:“凡中风跌到, 卒暴昏沉, 急以三棱针刺十二井穴。”可见古人主张脑卒中针灸早期治疗, 因传统中医

学并无出血性和缺血性中风之分, 所以针灸治疗中风是不择时机的, 这与现在大多数针灸医生所持观点有所不同。

我们认为, 腧穴具有良好的双向调节作用, 合理的治疗不会引发出血或进一步加重或再度出血, 因此, 针灸可以尽早介入, 并不一定要因缺血性中风和出血性中风而有明显的区别对待, 关键是要看患者发病时的生命体征是否平稳。对于生命体征不平稳的患者(如神志欠清、血压过高等), 应以头针为主, 针刺宜少而精, 刺激不宜过强; 而对于生命体征相对平稳者, 可头针、体针相结合, 刺激可稍强, 以患者能耐受为度。

2 不同阶段的选穴

古人治疗中风有“治痿独取阳明”一说, 随着现代康复医学理论在广大针灸工作者中的普及, 大多数针灸医生都认识到了“治痿独取阳明”理论的局限性, 即在软瘫期或是对轻型患者, 本法确有明显效果; 而对病情较严重的患者大多只能使其改善到出现联合反应、共同运动的初级恢复阶段为止, 并使这种低级反射过度增强, 最终出现以异常运动模式为主的、难以恢复的“偏瘫步态”、“误用综合征”等^[3]。因此, 近几年, 也鲜见有关独取阳明经穴治疗中风尤其是中风后遗症的临床报道。

具体而言, 对于软瘫期中风的治疗, 医家基本都沿用“治痿独取阳明”的理论, 也很少有学术上的争论, 但对于痉挛期中风的治疗则存在较大的争议。目前比较流行且为多数医生认可的是拮抗肌针刺法。如路怀忠等认为, 患者上肢多表现为肩的内收肌、肘部的屈肌、手旋前肌、掌屈肌肌张力增高, 这时应重点取其拮抗肌部位的穴位如肩贞、天井、手三里、外关、阳池、中渚等; 下肢多表现为股四头肌、比目鱼肌、屈拇屈趾长短肌的肌张力增高, 应重点在上述肌肉的拮抗肌部位取穴, 如居髎、承扶、殷门、足三里、绝骨、丘墟、足临泣等^[4]。但也有其他理论, 如吕慧青等根据“病在阳之阴者, 刺阴

之经",以阴经经穴为主,如上肢取人中、极泉、曲泽、尺泽,大陵;下肢取阴廉、阴市、血海、三阴交,并与取阳经经穴为主的对照组比较。结果治疗组较对照组能更好的改善痉挛性偏瘫^[5]。另外,李铭军等采用阴阳表里经脉配穴法,以及正经和奇经结合。例如肘臂挛急,在常规取曲池、手三里、外关、合谷等手阳明经穴的同时,配合取与之相表里的手太阴肺经的尺泽、孔最,临床观察发现疗效更好^[6]。

我们认为,对于软瘫期的中风患者,其针灸治疗可完全遵循古代“治痿独取阳明”的理论,且刺激可稍重以尽快促进患肢肌张力的产生;对于痉挛期患者,除了应遵循“针刺兴奋拮抗肌”以外,其取穴还应遵循以头针为主,肢体针刺宜少宜轻的理念。在肌张力过高时可以考虑单纯针刺头针而不用体针,待经过综合治疗肌张力明显降低后方可逐步增加体针。另外,对于单纯针刺阴经的理论,我们有少许异议。因为我们多次临床观察发现,对于痉挛期的中风患者,针刺下肢的阴经经穴,如三阴交、复溜、太溪、太冲等较敏感穴位,很容易诱发下肢的肌阵挛,这种现象是否会影响病情尚需进一步探讨。

3 患者的自我锻炼

在国内,接受针灸治疗的患者以发病时间超过1个月后者居多。脑卒中偏瘫是高级中枢丧失其对随意性运动功能的控制能力,取而代之的是低位中枢控制下以痉挛为基础的异常运动模式。日本学者上田敏指出:周围神经瘫痪的恢复过程是一个量变的过程,即运动功能随肌力的增加呈直线的恢复过程,而中枢性瘫痪的恢复过程是一个质变的恢复过程,其功能恢复不是单纯肌力的恢复,而是运动模式的恢复,不宜用肌力的大小评价运动功能的好坏。若一味对患者进行提升肌力的治疗和训练,会使痉挛加重,诱发出联合反应和强化病理性共同运动等异常运动模式,将治疗引入误区。但当今针灸临床上仍存在很多这种误导现象,即医生在患者患侧肢体的关节尚未出现任何分离运动时就盲目鼓励患者尽快持物或是下地活动,这在很大程度上迎合了患者及其家属希望尽快恢复的心理。殊不知,这完全是一种“饮鸩止渴”的行为,是以上肢的功能废用和下肢的偏瘫步态来换取所谓的临床疗效。这种错误的功能锻炼过度地诱发或强化了低级中枢的运动模式,形成病理定式,即以上肢屈肌、下肢伸肌为主的“偏瘫步态”、“误用综合征”,最后走入治疗的误区,得不偿失。

我们认为,对于患者的自我锻炼,我们可以充分借鉴现代康复医学理论。Brunnstrum 理论认为,Ⅰ~Ⅲ阶段实质上为偏瘫的发展过程,Ⅳ~Ⅵ阶段才是真正

的恢复过程。正确的指导方法是:对于生命体征较为平稳,体力有一定恢复的患者,应尽早指导其进行一些床上的主动活动,如翻身、健侧上肢帮助患侧上肢抬举过头、平躺抬举患侧下肢等;在经过康复训练,患侧肢体的关节出现部分分离运动时,可考虑逐渐加大锻炼的强度,如上肢举重量适中的哑铃,下肢捆绑一定重量的沙袋反复抬举等,以后再逐步过度到诸如步行、抬举物体等接近现实生活的锻炼,使患者能尽量以正常或接近正常的运动模式活动。

4 中风后遗症的疗效

传统的观念一般认为,针灸对于包括中风后遗症在内的各期中风均有较好的疗效,国内大多数相关临床报道也持类似的观点。如胡秋香报道采用透穴针法治疗中风后遗症322例,治疗4个疗程(12次为1个疗程,每个疗程之间休息3~5日)。结果痊愈226例,显效62例,有效18例,无效16例,治愈率70.19%,有效率96.27%^[7]。又如王慧芳报道,用电针治疗中风后遗症56例,1周5次,共治疗4周。结果56例中基本痊愈16例,显著进步23例,较进步13例,无变化4例,总有效率92.8%^[8]。但这些报道的结果与现代康复医学理论却存在一定的矛盾。现代康复医学理论认为,神经功能的修复在2~3个月内是最佳时间,对于中风后遗症患者,半年已超出神经系统损伤后自愈的最长时间限制,一般认为很难恢复。因此,吴强等认为,后遗症期由于病理定式已经形成,各种治疗大都只能使患者的功能得到量的提高而很难有质的变化,甚至只能巩固原有的疗效不再退化而已,所以保存、巩固已取得的疗效是此时的重点,不应该过度期待奇迹出现^[9]。美国学者的一项研究也证实,轻、中、重、极重等四类脑卒中最佳康复功效的时间分别是8.5、13、17、20周,在这些时间后一般即不再有明显进步^[10]。

根据现代康复理论,结合临床观察,我们认为,中风恢复的最佳时机应该是发病后3个月之内,3~6个月的疗效尚可,6个月之后的疗效一般较差,1年后几乎无疗效可言。虽然也有一些医者持不同观点,如王茂斌等认为,即使急性期末进行过任何康复治疗,在后遗症期,如发病1年以后,正规训练1~3个月,患者仍能有很大程度的恢复,尤其是在认知和语言方面^[11]。但在国内,多数后遗症期的患者因前期未能接受系统治疗,甚至是接受了错误的治疗,多遗留较为明显的后遗症,如“偏瘫步态”、“误用综合征”、“肩手综合征”等,要达到后期完全纠正非常困难。因此,针对我国的国情,我们认为,在发病3个月之内的黄金时间,医生应尽早为患者制定一个全面系统的治疗方案,如包括针灸、康复、中药、西药在内的多种综合疗法,这样才有可能使疗效最大化。

5 小结

在中国,针灸治疗中风已经有数千年的历史,而康复医学作为一门新兴的学科,在国内只是最近30余年才逐渐发展起来的。作为新世纪的针灸工作者,如何正确对待传统理论与现代理论在治疗中风上的理念冲突,取其各自精华,有机结合,这是摆在我们面前的一个重要课题。本文从临床实际运用的角度对临床上争议较大的一些治疗问题进行探讨,发表一些个人观点,希冀能对广大针灸医生重新认识中风的针灸治疗起抛砖引玉的作用。

参考文献

[1]杨安生. 中风偏瘫针刺时机选择[J]. 针灸临床杂志, 1999, 15(10): 48-50.
[2]张临洪, 闻立斗, 张征, 等. 头针治疗急性脑血管病失语症疗效的对照研究[J]. 中国针灸, 1993, 13(3): 6.
[3]吴强, 陈立典, 苏彩. 针刺配合促通技术改善偏瘫下肢功能[J]. 福建中医学院学报, 1997, 7(2): 41.

[4]路怀忠, 张忠文. 结合现代神经康复理论谈中风偏瘫的循经取穴[J]. 针灸临床杂志, 2005, 21(4): 1-2.
[5]吕慧青, 遇永琴, 李秀珍. 针刺三阴经治疗中风后痉挛性偏瘫60例分析[J]. 北京中医药大学学报, 2001, 24(4): 54-55.
[6]李铭军, 张洪鑫. 阴病治阳理论在针灸治疗中风后遗症中的意义[J]. 实用中医内科杂志, 2004, 18(4): 374.
[7]胡秋香. 透穴针法治疗中风后遗症322例[J]. 河南中医学院学报, 2007, 22(1): 66-67.
[8]王慧芳. 电针灸治疗中风后遗症56例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2008, 18(3): 187.
[9]吴强, 陈立典, 王薇. 关于针灸治疗中风后遗症的几个问题[J]. 针灸临床杂志, 2002, 18(3): 50-51.
[10]黄如训, 苏镇培. 脑卒中[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1-2, 298, 338.
[11]王茂斌, 高谦, 高霞. 脑卒中康复医疗[J]. 继续医学教育, 2007, 21(15): 4-9.

(收稿日期: 2008-10-08)

[编辑: 黄健]

体外碎石后服用中药排石汤治疗肾结石43例

叶艳军 滕淑玲 吴志民

(河北省宽城县中医院, 宽城县文卫路42号, 067600)

肾结石, 中医学称之为“石淋”, 为湿热蕴结下焦, 尿液受到煎熬, 日积月累, 结为结石。我院自2006年以来, 采用体外碎石后服用中药排石汤治疗肾结石43例, 取得满意疗效。现将结果报告如下。

1 临床资料

病例为河北省宽城县中医院门诊、住院患者, 共86例, 按就诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组43例, 男28例, 女15例; 年龄18~62岁, 平均(30.35±12.12)岁; 病程1个月~1年; 轻度13例, 中度18例, 重度12例。对照组43例, 男36例, 女7例; 年龄15~61岁, 平均(30.25±11.37)岁; 病程1~2年, 轻度14例, 中度21例, 重度8例。两组患者性别, 年龄、病程的差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。根据病史、B超检查、尿常规检查确诊为肾结石。分级标准参照周仲瑛主编规划教材《中医内科学》标准, 即轻度:B超查肾结石0.8cm, 镜检尿红细胞偶见; 中度:B超查肾结石1.5cm, 镜检尿红细胞(++) ; 重度:B超查肾结石2.0cm, 镜检尿红细胞(+++) , 严重影响日常工作和生活。

2 治疗方法

2.1 治疗组

采用西门子体外震波碎石机, 日本阿洛卡B超对结石定位, 连续击打, 利用超声监视器图像监控, 直到结石破碎成泥沙样。碎石后患者开始服用中药排石汤, 每日3次, 饭前水煎服, 并嘱患者多饮水, 多运动, 10天为1个疗程, 共2个疗程。

排石汤组方: 金钱草50g, 海金沙20g, 鸡内金15g, 车前子10g, 白茅根10g, 萹蓄10g, 瞿麦10g, 木通5g, 小蓟5g, 生地黄5g,

白芍5g, 甘草5g。

2.2 对照组

单独体外碎石后多饮水、多运动, 口服抗生素, 治疗14天为1个疗程, 连续2个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

痊愈:B超查结石全部排出, 尿检红细胞(-)。显效:B超查结石大部分排出, 尿检红细胞(+)。有效:B超查结石小部分排出, 尿检红细胞(++)。无效:B超查结石无变化, 尿检红细胞(+++)。

3.2 治疗结果

治疗组43例, 痊愈12例, 显效14例, 有效14例, 无效3例, 总有效率93.8%。对照组43例, 痊愈5例, 显效12例, 有效9例, 无效17例, 总有效率66.7%。两组疗效差异有统计学意义($P<0.05$)。

4 讨论

体外碎石后服用中药排石汤, 是我院经过多年探索对肾结石患者进行辨证分型, 中西医结合, 标本兼治的方法。方中金钱草、海金沙、鸡内金排石化石; 车前子、萹蓄、瞿麦、白茅根清热利湿通淋; 肾绞痛加白芍、甘草缓解疼痛; 尿中带血可加小蓟、生地黄凉血止血; 若结石排出, 无明显症状可常用金钱草煎汤代茶, 多饮水, 多运动。

(收稿日期: 2008-11-20; 修回日期: 2008-12-11)

[编辑: 李春梅]