

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.14.012

贺氏针灸三通法治疗 Wallenberg 综合征 14 例临床观察

张帆, 王桂玲*, 王麟鹏, 张涛, 王少松

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京市美术馆后街 23 号, 100010)

摘要 目的 观察贺氏针灸三通法治疗 Wallenberg 综合征的临床疗效。方法 将 28 例急性延髓背外侧梗死的 Wallenberg 综合征患者随机分为贺氏三通法组和常规针灸组, 每组 14 例。贺氏三通法组采用贺氏三通法中的微通法、温通法、强通法联合治疗, 常规针灸组采用常规针刺取穴治疗, 两组均每周治疗 5 次, 共治疗 4 周。两组患者治疗前后及随访时 (治疗结束 20 周后) 分别采用改良 Rankin 量表 (MRS)、Barthel 指数 (BI)、脑卒中专门化生活质量量表 (SS-QOL)、洼田饮水试验、标准吞咽功能评价量表 (SSA) 评分评价患者神经功能与吞咽功能。结果 治疗 4 周后两组患者各指标评分与治疗前比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 且两组间比较差异也无统计学意义 ($P > 0.05$)。随访时两组 MRS、BI、SS-QOL 评分以及贺氏三通法组洼田饮水试验、SSA 评分均较本组治疗前显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 且贺氏三通法组洼田饮水试验、SSA 评分优于常规针刺组 ($P < 0.01$)。结论 贺氏针灸三通法可有效改善 Wallenberg 综合征患者吞咽功能, 且远期疗效优于常规针刺。

关键词 Wallenberg 综合征; 贺氏三通法; 微通法; 温通法; 强通法; 吞咽功能

Wallenberg 综合征又称为延髓背外侧综合征, 是由于小脑后下动脉梗死或椎动脉梗死导致的延髓后、上、外侧部三角区发生梗死。临床表现为交叉性半身感觉异常, 同侧腭弓、咽、喉肌不全麻痹形成构音障碍及吞咽功能障碍等真性球麻痹表现, 前庭障碍及眼球震颤, 同侧共济失调, 同侧 Horner 征^[1]。其中吞咽功能障碍发病率高达 70%^[2], 极大地影响患者营养摄取, 进而导致吸入性的肺部感染、营养不良、脱水等严重的脑梗死后并发症的发生。

国医大师贺普仁教授经过多年的临床经验积累创立了“贺氏三通法”, 形成了“病多气滞, 法用三通”的独特学术思想^[3]。其内容为以毫针刺法为主的“微通法”, 以火针疗法为主的“温通法”, 以三棱针放血为主的“强通法”, 三法联用治疗疑难杂症、陈疾旧病, 扩大了针灸临床的适应症, 提高了临床疗效。我们采用贺氏针灸三通法治疗 Wallenberg 综合征患者, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集首都医科大学附属北京中医医院针灸科 2013 年 10 月至 2016 年 7 月 Wallenberg 综合征住院患者 28 例, 按就诊先后顺序采用随机数字表法进行分组。贺氏针灸三通法组 14 例, 其中男 10 例, 女 4 例; 年龄 50 ~ 79 岁, 平均 (65.03 ± 7.02) 岁; 病程 10 ~ 46 h, 平均 (19.36 ± 3.54) h。常规针灸组 14 例, 其中男 8 例, 女 6 例; 年龄 48 ~ 80 岁, 平均 (68.59 ± 9.63) 岁; 病程 8 ~ 43 h, 平均 (20.62 ± 6.23) h。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中华医学会神经病学分会制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》^[4] 的脑卒中诊断标准, 且经头颅 MRI + DWI 检查明确显示延髓背外侧梗死灶, 表现为在延髓背外侧 T1WI 呈低信号、T2WI 呈高信号, FLAIR 呈高信号, DWI 呈高信号, ADC 呈低信号。

1.2.2 中医诊断标准 参照国家中医药管理局脑病急症协作组《中风病诊断与疗效评定标准 (试行)》^[5] 中风病的诊断标准: 1) 主症: 半身不遂,

基金项目: 国家重点基础研究发展计划 (“973” 计划) (2014CB543203); “十二五” 国家科技支撑计划 (2013BAH13B032)

* 通讯作者: wndzh@tom.com

神识昏蒙,言语蹇涩或不语,偏身感觉异常,口舌歪斜;2) 次症:头痛,眩晕,瞳神变化,饮水发呛,目偏不瞬,共济失调;3) 起病方式:急性起病,发病前多有诱因,常有先兆症状;4) 发病年龄:多在 40 岁以上。具备主症 2 个以上,或 1 个主症+2 个次症,结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊;不具备上述条件,结合西医影像学检查结果亦可确诊。

1.3 纳入标准

1) 符合上述诊断标准;2) 发病 2 周内的住院患者;3) 年龄 40~80 岁;4) 7 分 $\leq$ 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) [8] 评分 $\leq$ 21 分,且格拉斯哥昏迷量表 (GCS) [9] 评分 $\geq$ 7 分;5) 首次发病,或有卒中史但无严重残疾,改良 Rankin 量表 (MRS) [10] 评分 $\leq$ 1 分;6) 签署知情同意书。

1.4 排除标准

1) 近 3 个月内参加其他临床试验者;2) 合并有心、肝、肾和造血系统等严重的原发性疾病以及精神病患者;3) 妊娠或哺乳期妇女;4) 先天残障影响临床疗效观察者。

2 方法

2.1 治疗方法

贺氏针灸三通法组治疗方案:1) 微通法:取百会、廉泉及双侧曲池、外关、通里、合谷、风池、丰隆、照海、太冲穴。皮肤常规消毒后,采用 40 mm $\times$ 0.3 mm 毫针 (贵州安迪药械有限公司,批号 160602) 快速破皮,然后直刺 0.5~1 寸,小幅度均匀提插或捻转 3 次,产生局部酸胀等得气针感。留针 30 min。留针期间,每 15 min 行小幅度均匀提插捻转手法 1 次,共进行行针手法 2 次。2) 强通法:取四神聪、金津、玉液穴。先在四神聪针刺部位揉捏推按,使其充血,然后皮肤常规消毒,使用三棱针迅速刺入皮下 0.5~1 分,立即出针,挤压针孔周围,使血液流出 3~5 滴即可,最后以消毒干棉球按压针孔。取舌下金津、玉液部位持三棱针迅速刺入皮下 0.5~1 分,立即出针,使血液流出即止。3) 温通法:取廉泉、天突穴。皮肤常规消毒,点燃酒精灯或 95% 酒精棉球,将火源移近针刺的穴位,以握笔式持贺氏细火针将针尖针体伸入外焰,待针体前 0.5 寸烧至通红时迅速将针准确地刺入穴位 0.1~0.3 寸,并迅速地将来针拔出,然后用消毒干棉球揉按针孔,以使针孔闭合,防止出血或感染。

常规针灸组:参照《针灸学》[11] 取患侧肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里、解溪、昆仑穴。刺法:采用 1.5 寸毫针快速破皮,直刺 0.5~1 寸,小幅度均匀提插或捻转 3 次,产生局部酸胀等得气针感。留针 30 min。留针期间,每 15 min 行小幅度均匀提插捻转手法 1 次,共进行行针手法 2 次。

两组均每周治疗 5 次,共治疗 4 周,其中贺氏针灸三通法组的强通法及温通法每周 2 次。治疗期间两组均参照《中国脑血管病防治指南》[12] 进行颅内压与血压的管理、抗血小板聚集、神经保护、康复治疗以及合并症和并发症的处理。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 神经功能评价 分别在治疗前、治疗 4 周及随访时 (治疗结束 20 周后) 用 MRS [8]、Barthel 指数 (BI) [13]、脑卒中专门化生活质量量表 (SS-QOL) [14] 对患者神经功能进行评价。

2.2.2 吞咽功能评价 在治疗前、治疗 4 周及随访时进行洼田饮水试验 [15]、标准吞咽功能评价量表 (SSA) [16] 对患者吞咽功能进行评价。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。计量资料正态分布且方差齐者两组比较采用两样本 t 检验,不符合正态分布或方差不齐者采用秩和检验;计数资料采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后吞咽功能比较

表 1 示,治疗 4 周两组患者洼田饮水试验、SSA 评分较治疗前差异均无统计学意义,两组间比较差异亦无统计学意义 ($P > 0.05$)。随访时贺氏三通法组患者洼田饮水试验、SSA 评分均较治疗前显著降低 ($P < 0.01$),且显著低于同时间常规针灸组 ($P < 0.01$)。

表 1 两组 Wallenberg 综合征患者治疗前后不同时间洼田饮水试验、SSA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	洼田饮水试验	SSA
贺氏三通法	治疗前	14	4.07 $\pm$ 0.588	38.77 $\pm$ 2.589
	治疗 4 周	14	3.56 $\pm$ 0.534	32.67 $\pm$ 3.789
	随访时	14	1.66 $\pm$ 0.374* Δ	18.63 $\pm$ 3.969* Δ
常规针灸组	治疗前	14	3.99 $\pm$ 0.608	38.25 $\pm$ 3.897
	治疗 4 周	14	3.80 $\pm$ 0.578	36.35 $\pm$ 3.797
	随访时	14	2.40 $\pm$ 0.748	26.45 $\pm$ 3.837

注:SSA,标准吞咽功能评价量表;与本组治疗前比较,

* $P < 0.01$; 与对照组同时间比较, $\Delta P < 0.01$

表 2 两组 Wallenberg 综合征患者治疗前后不同时间 MRS、BI、SS-QOL 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	MRS	BI	SS-QOL
贺氏三通法组	治疗前	14	3.14 ± 0.467	53.07 ± 11.739	128.58 ± 30.831
	治疗 4 周	14	2.69 ± 0.738	69.93 ± 12.875	164.36 ± 26.187
	随访时	14	1.15 ± 0.532 ^{**}	88.71 ± 13.637 ^{**}	192.41 ± 30.334 ^{**}
常规针灸组	治疗前	14	3.13 ± 0.345	52.37 ± 12.679	123.09 ± 35.500
	治疗 4 周	14	2.90 ± 0.829	65.03 ± 13.231	153.67 ± 27.483
	随访时	14	1.78 ± 0.658 [*]	79.65 ± 11.340 [*]	175.03 ± 35.293 [*]

注: MRS, 改良 Rankin 量表; BI, Barthel 指数; SS-QOL, 脑卒中专门化生活质量量表; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

3.2 两组患者治疗前后神经功能比较

表 2 示, 治疗 4 周两组患者 MRS、BI、SS-QOL 评分较治疗前差异均无统计学意义, 两组间比较差异亦无统计学意义 ($P > 0.05$)。随访时两组 MRS、BI、SS-QOL 评分均较本组治疗前显著改善 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 但两组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

由于小脑后下动脉的解剖变异较多, 所以临床上常见到不全表现的 Wallenberg 综合征, 其中最为常见的主要表现为眩晕、构音障碍、吞咽障碍、共济失调, 其他症状表现有一侧咽反射减退或消失、呃逆、意识障碍、周围性面瘫、交叉性感觉障碍、一侧 Horner 征、一侧肢体轻偏瘫、一侧病理征等。Wallenberg 综合征属于中医学“中风”范畴, 病机为气血逆乱产生风、火、痰、瘀, 导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外而致。贺普仁教授认为, 中风的产生不论出血或是梗死均以经络瘀而不通为根本病机。经络是运行气血的通路, 气血是营养四肢百骸、五脏六腑的物质, 在生理上二者相互依存、相互为用。无论何种病因, 最终不外乎导致经络气血不通, 经气瘀滞。因此, 采用强通法即强制经脉通畅的放血方法是治疗中风急性期发作的重要一环。气行则血行、血行则气畅, 气血通畅而达到清心开窍、平肝潜阳、滋阴熄风、通经活络的效果^[3]。

贺氏三通法中的微通法为临床最常用、最基本的毫针刺法; 温通法借助火针的温热刺激, 激发人体阳气, 增强经络对气血的营运与推动, 即可“借火助阳”以补虚, 又可“开门祛邪”以泻实; 强通法使邪随血出, 祛瘀通闭, 疏通脉络。本研究中贺氏三通法组以微通法为基本治疗, 强通法醒神开窍、祛瘀通闭, 温通法激发经气, 加强经络气血运行之功。百会穴为三阳五会即足厥阴、足太阳、手足少阳经与督脉交会穴, 是治疗各种眩晕症的重要穴位, 具有祛风熄风的作用, 可用于治疗内外风

病, 如眩晕、中风等。廉泉穴位于喉舌之间, 内应舌根, 为阴维、任脉之交会穴, 两脉上达舌咽, 故能清利咽喉, 通利舌络, 配合天突穴疏调舌本气机。曲池穴为阳明经合穴, 合为汇合之意, 言其经气最盛, 故曲池通调经络作用当为之最。外关穴系八脉交会穴之一, 通阳维脉, 有镇惊熄风、通经活络之功, 治疗肘臂不得屈伸、五指不能握及耳聋等症有佳效。通里穴为心经络穴, 手少阴心经上走喉咙, 系舌本, 故通里穴是治疗舌强不语之要穴, 配合照海穴, 具有通窍增音之功。合谷配太冲, 称为四关穴, 贺普仁教授常运用四关穴治疗因肝阳上亢, 风火相煽, 或内热炽盛, 引动肝风, 或肝肾阴虚, 气血亏虚, 筋失所养, 虚风内动, 或瘀血内阻, 血行不畅, 筋脉失养所致的眩晕、中风、半身不遂病症。风池穴是治风要穴, 具有疏通经气、调节局部气血运行的作用。丰隆穴善治痰饮, 为足阳明经络穴, 足阳明络脉上络头项, 合诸经之气, 下络咽喉, 依“经脉所通, 主治所及”之理, 丰隆穴可通经络、祛痰饮。急性期放血四神聪迅速改善头晕, 具有疏通经络、平肝熄风的作用。恢复期放血金津、玉液治疗中风后言语不利, 有泻火解毒、活血化瘀、通利舌窍之功。

本研究结果显示, 贺氏三通法治疗 Wallenberg 综合征在改善吞咽功能的远期疗效上显著优于常规针灸, 而在改善患者神经功能方面较常规针刺虽显示出一定优势, 但差异无统计学意义。考虑本研病例数较少, 且疗程与随访时间较短, 今后应在扩大样本量的基础上对其康复的过程进行进一步观察与更长时间的随访。

参考文献

- [1] LEE SH, KIM JS. Acute diagnosis and management of stroke presenting dizziness or vertigo [J]. Neurol Clin, 2015, 33(3): 687-698.
- [2] MENG NH, WANG TG, LIEN IN. Dysphagia in patients with brainstem stroke: incidence and outcome [J]. Am

- Phys Med Rehabil, 2000, 79(2): 170-175.
- [6] 王桂玲, 贺普仁. 贺氏火针技术临床应用文献研究 [J]. 医学综述, 2015, 21(1): 137-138, 141.
- [7] 中华医学会神经病学分会. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014 [J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [8] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行) [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [9] 王平平, 高颖, 刘璐, 等. NIHSS 绝对值变化与 NIHSS 变化率对脑梗死患者残疾预测能力的比较研究 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2011, 28(2): 156-158.
- [10] 佚名. 格拉斯哥昏迷量表简介 [J]. 临床荟萃, 2009, 24(18): 1577.
- [11] TEASDALE G, MAAS A, LECKY F, et al. The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time [J]. Lancet Neurol, 2014, 13(8): 844-854.
- [12] 邱茂良. 针灸学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1984: 212-213.
- [13] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南 [J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(1): 5-6.
- [14] MAHONEY H, BATHEL DW. Functional evaluation: Barthe l Index [J]. Md State Med J, 1965, 14: 61-65.
- [15] WILLIAMS LS, WEINBERGER M, HARRIS LE, et al. Development of a stroke-specific quality of lifescape [J]. Stroke, 1999, 30(7): 1362-1369.
- [16] 王拥军. 神经病学临床评定量表 [M]. 北京: 中国友谊出版公司, 2005: 214-217.
- [17] 张婧, 王拥军. 脑卒中后吞咽困难 9 个评价量表的信度及效度研究 [J]. 中国临床康复, 2004, 8(7): 1201-1203.
- [18] 贺小靖, 贺林, 贺普仁. 浅析针灸三通法的“病多气滞”理论 [J]. 环球中医药, 2013, 6(10): 740-744.

Clinical Observation on 14 Cases of Wallenberg Syndrome Treated with HE's Three Dredging Needle Methods

ZHANG Fan, WANG Guiling, WANG Linpeng, ZHANG Tao, WANG Shaosong

(Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing, 100010)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of HE's three dredging needle methods in treating Wallenberg syndrome. **Methods** Twenty eight acute dorsolateral medullary infarction patients with Wallenberg syndrome were randomly divided into HE's three removing obstruction methods group and routine acupuncture group, with 14 cases in each group. HE's three dredging needle methods group was given combined treatment of micro-removing obstruction method, warm-removing obstruction method and strong-removing obstruction method. Routine acupuncture group was given routine acupuncture treatment. The two groups were both treated 5 times each week for 4 weeks. Modified Rankin Scale (MRS), the Barthel index of ADL (BI), Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL), water swallow test, and Standardized Swallowing Assessment Scale (SSA) were measured in the two groups to evaluate neurologic function and swallowing function of patients before and after treatment and at the time of followed up (20 weeks after treatment). **Results** There was no significant difference in all indexes in the two groups between before treatment and after 4 weeks of treatment ($P > 0.05$), and there was also no significant difference in those indexes between the two groups ($P > 0.05$). At the time of followed up, MRS, BI and SS-QOL scores in the two groups, as well as the results of water swallow test and SSA scores in HE's three removing obstruction methods group were all observably improved compared with those before treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and the results of water swallow test and SSA scores in HE's three removing obstruction methods group were better than those in routine acupuncture group ($P < 0.01$). **Conclusion** HE's three dredging methods could effectively improve swallowing function of Wallenberg syndrome patients, and the long-term effect of HE's three dredging methods seems better than that of routine acupuncture.

Keywords Wallenberg syndrome; HE's three dredging needle methods; micro-removing obstruction method; warm-removing obstruction method; strong-removing obstruction method; swallowing function

(收稿日期: 2017-02-19; 修回日期: 2017-05-05)

编辑: 焦 爽