

颈腰夹脊刺配合温针灸治疗脑卒中后肌张力增高 96 例临床观察

何剑炜 白慧梅*

天津中医药大学第二附属医院针灸部, 天津市河北区真理道 816 号, 300150)

* 通讯作者: baihuimei2007@163.com, (022)60335413

[摘要] 目的 观察颈腰夹脊刺配合温针灸治疗脑卒中后肌张力增高的临床疗效。方法 将 192 例脑卒中后肌张力增高患者随机分为治疗组和对照组各 96 例, 均采用体针针刺治疗, 治疗组加用颈腰夹脊刺配温针灸, 两组均每日 1 次, 14 次为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程后采用改良 Ashworth 痉挛量表、Fugl-Meyer 运动功能评分、Barthel 评分以及经颅多普勒超声检测评定临床疗效。结果 治疗组治疗后改良 Ashworth 痉挛量表评分、Fugl-Meyer 运动功能评分、Barthel 评分均明显优于对照组 ($P < 0.05$)。与对照组治疗后比较, 治疗组左椎动脉舒张末期流速 (EDV)、右椎动脉 EDV、右基底动脉收缩期峰值流速、左椎动脉血管搏动指数 (PI)、右椎动脉 PI 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 颈腰夹脊刺配合温针灸治疗可改善瘫痪肢体的肌肉痉挛状态, 改善椎-基底动脉系统供血, 在降低中风后的致残率、提高患者的生活质量方面疗效可靠。

[关键词] 夹脊刺; 温针灸; 脑卒中; 肌张力增高

Clinical Observation on Cervical and Lumbar Jiaji Point Acupuncture Combined with Warm Needling for 96 Cases of Musclar Hypertonia after Stroke

HE Jianwei, BAI Huimei

(The Second Affiliated Hospital of Tianjin University of TCM, Tianjin 300150)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of cervical and lumbar Jiaji point acupuncture combined with warm needling on musclar hypertonia after stroke. **Methods** Totally 192 cases of musclar hypertonia after stroke were randomized into treatment group and control group with 96 in each. Both groups were given body needling. The treatment group was added cervical and lumbar Jiaji point acupuncture combined with warm needling. Both groups were treated once daily. One treatment course lasted for 14 days. After two treatment courses, the therapeutic effect was observed with Modified Ashworth Scale (MAS), Fugl-Meyer Motor Scale (FM), Barthel Index (BI) and Transcranial Doppler (TCD). **Results** There were significant differences in MAS, FM and BI between groups ($P < 0.05$). There were significant differences in end-diastolic velocity (EDV) of left vertebral artery (LVA) and right vertebral artery (RVA), peak-systolic velocity (PSV) of right basilar artery (RBA) and pulsatility index (PI) of LVA and RVA between groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Cervical and lumbar Jiaji point acupuncture combined with warm needling for musclar hypertonia after stroke is effective in relieving muscular spasm of affected limbs, improving blood supply of vertebral-basilar artery, reducing disability rate after stroke and improving quality of life.

Keywords cervical and lumbar Jiaji point acupuncture; warm needling; stroke; musclar hypertonia

脑卒中是一组发病率、致残率和致死率均高的疾病。脑卒中后 80%~90% 的患者都有肌张力障碍^[1], 表现为肌张力增高, 肌肉协调异常的特定模式, 在很大程度上影响了肢体功能的恢复, 严重影响了患者的日常生活自理能力。如何能尽早解决痉挛问题, 打破异常运动模式, 促进分离运动, 是脑卒中患者康复的重点和热点。针灸是目前公认的疗效确切的治疗方法。本研究采用颈腰夹脊刺配合温针灸治疗脑卒中后肌张力增高, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照 2005 年卫生部疾病控制司、中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管病防

治指南(试行)》^[2]。

中医诊断及辨证标准参照国家中医药管理局医政司制定的《中风病痉挛性瘫痪中医临床路径(试行)》^[3]。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 符合上述诊断标准; 脑卒中发生在颈内动脉系统, 经过头部 CT 或 MRI 证实; 首次发病, 病程为 21~90 天; 年龄 40~75 岁; 生命体征平稳, 无严重合并症及关节炎等疾病, 意识清醒, 听力及交流无明显障碍, 能够配合医生进行针灸等治疗及测评工作; 患侧肢体肌张力增高, 腱反射亢进, 瘫痪肢体肌张力 > 0 级; 近期未服用过镇静药物或肌松剂; 知情同意者。

排除标准:脑卒中发生在椎—基底动脉系统;反复发病;有严重心、肺、肾等多脏器疾病者或癫痫者;既往有运动功能障碍,有关节疾患或无法交流者;依从性差者。

1.3 一般资料

选择天津中医药大学第二附属医院 2008 年 9 月至 2011 年 9 月符合纳入标准的 192 例脑梗死或者脑出血住院患者,其中男 108 例,女 84 例,按随机数字表法分为治疗组 and 对照组,每组 96 例。其中治疗组男 57 例,女 39 例;平均年龄(63.2 ± 5.3)岁;平均病程(47.5 ± 10.5)天;脑梗死 78 例,脑出血 18 例;肝阳暴亢型 28 例,风痰阻络型 48 例,气虚血瘀型 12 例,阴虚风动型 8 例。对照组男 51 例,女 45 例;平均年龄(64.4 ± 5.0)岁;平均病程(45.2 ± 12.1)天;脑梗死 75 例,脑出血 21 例;肝阳暴亢型 23 例,风痰阻络型 51 例,气虚血瘀型 13 例,阴虚风动型 9 例。两组患者临床资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 体针取穴

双侧风池,患侧肩髃、臂臑、曲池、外关、合谷、风市、四强、阳陵泉、足三里、悬钟、丘墟为主穴,并随证加减。肝阳暴亢加双侧太冲;风痰阻络加双侧丰隆;气虚血瘀加双侧足三里;阴虚风动加双侧太溪。操作:患者取卧位,穴位常规消毒,取 1.5~2 寸毫针(苏州医疗用品厂有限公司生产)快速刺入选定穴位,针刺深度以达肌肉层为度。针刺得气后依照病情施补泻手法,均留针 40min。

2.2 颈腰夹脊刺加温针灸取穴

颈 2~7 夹脊,腰 1~5 夹脊。操作:患者取健侧卧位,穴位常规消毒,取 1.5~2 寸毫针,颈夹脊沿脊柱方向以 75°左右刺入 0.5~0.8 寸,腰夹脊穴以针尖稍向内侧方向直刺 0.8~1 寸,进针至所需深度后均行小幅高频捻转,得气后留针 40min。要求颈夹脊针感向同侧上肢放射,腰夹脊针感向小腿或同侧下肢放射。留针时颈、腰夹脊各取 2 穴,将温针艾灸条一段(约 1.2cm)插进针柄,点燃距穴位皮肤近端,待燃尽后去灰,如过烫则用纸片遮隔皮肤,注意切勿烫伤。

对照组常规体针治疗。治疗组同时进行体针及颈腰夹脊刺加温针灸治疗。两组均每日 1 次,14 次为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。两个疗程间隔 2 天。两组患者均由同一位医师在治疗前后分别进行测评。

2.3 观察指标与方法

患侧肢体痉挛程度评分:根据改良 Ashworth 痉挛量表^[4]测定。0 级、1 级、1+ 级、2 级、3 级、4 级肌张力分别计为 0、1、2、3、4、5 分,将上肢、下肢分别统计后相加。分值越高痉挛程度越高。

患侧肢体运动功能评分:根据 Fugl-Meyer 运动功能评分^[4]测定。上肢评分 0~66 分;下肢评分 0~34 分,分数越高表示运动功能越好。

患者日常生活活动能力评定:根据 Barthel 评分法^[5]评定。0~20 分为极严重功能缺陷;25~45 分为严重功能缺陷;50~70 分为中度功能缺陷;75~95 分为轻度功能缺陷;100 分为能自理。

血流动力学指标检测:采用北京麦迪克斯 MBS-9000 彩色经颅多普勒超声仪检测椎—基底动脉系统[包括左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、左基底动脉(LBA)、右基底动脉(RBA)]血流动力学指标:收缩期峰值流速(PSV)、舒张末期流速(EDV)、时间平均流速(TAV)、血管搏动指数(PI)。

2.4 统计学方法

所有数据应用 SPSS 11.0 统计软件进行处理,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验(正态性)或者秩和检验(偏态性),计数资料组间比较采用卡方检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后患侧肢体痉挛程度比较

表 1 示,两组患者治疗后患侧肢体痉挛程度评分均较治疗前明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后痉挛程度评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后患侧肢体运动功能比较

表 1 示,两组患者治疗后患侧肢体运动功能评分均较治疗前明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组治疗后肢体运动功能评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患侧肢体痉挛程度评分、运动功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	痉挛程度	运动功能	日常生活活动能力
治疗组	治疗前	96	5.69±0.98	23.25±9.49	32.78±9.46
	治疗后	96	3.35±1.12*△	53.83±11.78*△	59.94±11.31*△
对照组	治疗前	96	6.12±1.49	22.67±8.82	35.87±8.92
	治疗后	96	3.95±1.98*	49.74±10.35*	55.63±12.17*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

△ $P < 0.05$ 。http://www.cnki.net

表 2 两组患者治疗前后椎—基底动脉系统血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	位置	PSV(cm/s)		EDV(cm/s)		TAV(cm/s)		PI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	LVA	48.87±11.13	45.83±10.07*	25.76±3.89	26.61±3.92 [△]	33.29±5.76	34.83±4.68*	0.75±0.08	0.78±0.09* [△]
	RVA	51.23±9.46	48.63±8.65*	26.04±3.96	27.23±3.78* [△]	34.34±5.41	35.08±5.76	0.76±0.09	0.79±0.10* [△]
	LBA	58.36±11.72	58.12±9.99	31.30±4.14	31.79±4.23	43.95±7.11	43.12±6.39	0.80±0.11	0.82±0.10
	RBA	60.71±11.58	57.76±7.57* [△]	32.44±4.89	31.98±4.45	43.17±7.89	42.91±6.92	0.91±0.11	0.88±0.10
对照组	LVA	50.67±11.38	50.76±10.99	25.25±5.39	25.26±4.21	33.67±5.69	34.68±5.24	0.75±0.09	0.75±0.10
	RVA	51.50±12.5	50.48±10.42	25.96±5.15	26.07±4.30	35.29±5.49	34.79±5.84	0.75±0.11	0.75±0.14
	LBA	59.98±10.47	59.19±9.59	31.24±5.81	32.60±5.87	42.78±6.99	43.10±6.79	0.79±0.11	0.79±0.10
	RBA	63.76±11.49	60.93±7.74*	32.55±6.23	31.98±7.01	42.98±6.79	42.88±6.88	0.90±0.10	0.89±0.90

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$

3.3 两组患者治疗前后日常生活活动能力比较

表 1 示,两组患者治疗后日常生活活动能力评分均较治疗前明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗后日常生活活动能力评分明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后椎—基底动脉系统血流动力学指标比较

表 2 示,与本组治疗前比较,治疗组治疗后 PSV(LVA)、PSV(RVA)、PSV(RBA)、EDV(RVA)、TAV(LVA)、PI(LVA)、PI(RVA)差异均有统计学意义($P<0.05$),对照组治疗后 PSV(RBA)差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组治疗后比较,治疗组 EDV(LVA)、EDV(RVA)、PSV(RBA)、PI(LVA)、PI(RVA)差异均有统计学意义($P<0.05$),提示治疗组对于缓解椎—基底动脉痉挛、扩张血管、恢复正常血流、改善供血方面,明显优于对照组。

4 讨论

脑卒中后肌张力增高是运动机能恢复过程中的一个现象。随着脑血管意外休克期的减弱和消失,锥体束及伴随锥体束下行的锥体外束纤维对下运动神经元的抑制减弱或消失,但同时大脑皮层高级中枢对脊髓低级中枢的抑制作用及运动功能的控制尚未恢复,从而产生肌张力亢进,临床表现为低级中枢控制下以痉挛为基础的异常运动模式。所以“痉挛控制”是偏瘫恢复的全过程的核心问题。而脑卒中患者在发病后 1~3 个月是最佳恢复阶段,如早期进行干预,能预防各种继发性障碍^[6]。

中风后肌张力增高可归属中风后遗症、痉证、挛缩证范畴,中医学认为本病的发生与肝经、肾经、太阳经脉有关。“阳气者,精则养神,柔则养筋”,若肝肾精亏、阳气不足则筋挛,精血亏虚则肉麻阵挛。说明中风后凡患侧肢体强屈伸不利者,以阴阳失衡

为基础,阴血亏虚,筋失柔养,风阳内动,痰瘀交结阻于经脉为病机,治疗上应以活血通络、平衡阴阳、舒筋止痉为目的。

从现代医学角度,夹脊穴恰好是脊神经所在之处,并且临近脊髓。针刺夹脊穴可以影响脊神经前后支。并且通过直接刺激脊神经根及交感神经,激发了抑制性神经递质的分泌,使脊髓前角的兴奋性降低,牵张反射减弱;同时通过感觉神经将针刺刺激不断传入,经传导束促进脑血管侧支循环建立,改善脑组织的缺血缺氧状态,促进脑细胞的再生及功能重组。温针灸可以使针刺效果与温热效果并存,更有效地扩张血管,缓解其痉挛,加速穴区组织内血液和淋巴循环,恢复正常血流量,可直接作用于椎—基底动脉系统改善供血,腰部夹脊穴与神经根距离最近,针刺后效果显著,故选颈腰夹脊刺作为治疗重点。

夹脊穴为经外奇穴,夹督脉伴太阳经而行,通过督脉之别联系两者。督脉为“阳脉之海”,足太阳为“一身之巨阳”,针刺夹脊穴可以畅通督脉及太阳经气而振奋阳气、调养精神,达到调和阴阳、活血通络之功。另一方面,患者筋肉拘急、肢体拘挛、屈伸不利,病位在经筋。足太阳经“挟脊”;足少阴经“贯脊”;足阳明经之经筋“上循胁属脊”;足太阴之经筋“内者著于脊”;足少阴之筋“循脊内”;手阳明之筋,支者“挟脊”;督脉“贯脊”、“挟脊”,诸阳经皆于此交会。夹脊穴位于脊柱旁,针其能疏通经络,柔韧经筋,缓解拘挛。温针法,是针与灸的结合使用,“针所不为,灸之所宜”,“药之不及,针之不到,必须灸之”,故使用温针治疗可以更好地发挥益气生血、疏通经络、熄风止痉之功效。

本研究在进行过程中,运用了体针及夹脊刺、温针灸三者结合的手法,且分别从 4 个方面进行数据统计观察,不仅包括改良 Ashworth 痉挛量表评分、(下转第 1415 页)

要依据神疲乏力、畏寒怕冷、手足不温、口干喜温饮、大便溏、夜尿多、腰膝酸痛、舌淡、舌胖、舌边有齿印、苔白、苔润、脉沉、脉细、脉弱等一派阳虚表现,其次是考虑是否有伤阳如病程缠绵、久治不愈、迭进养阴镇静之品无效者等方面因素存在。

常用治法和方剂:半数以上研究者从阳虚论治失眠所用治法是温阳安神法,包括温阳潜镇安神和温阳宁心安神两方面,其代表方为桂枝去芍药加蜀漆龙骨牡蛎救逆汤和桂枝甘草龙骨牡蛎汤;其次是温阳补益和温阳劫阴,其代表方分别是肾气丸和四逆汤类;而温阳祛湿(痰)、温阳解表、温阳理血相对少用。上述常用治法正切合阳虚型失眠病因病机(阳虚阴盛,虚阳浮越,神失所主),是从阳虚论治失眠的正治之法。

从阳虚论治失眠使用最多的方是桂枝汤类(35.4%,17/48);其次为自拟方(22.9%,11/48)、四逆汤类(18.8%,9/48)和肾气丸类(14.6%,7/48)。说明从阳虚论治失眠常用方剂与上述常用治法是基本吻合的。《金匱要略》桂枝加龙骨牡蛎汤原为虚劳病“男子失精、女子梦交”而设,但该方具有调和营卫、和阴益阳、潜镇摄纳之功,用以治疗失眠症,也能起到调节阴阳、安神定志的作用。《伤寒论·辨太阳病脉证并治》曰:“伤寒,脉浮,医以火迫劫之,亡阳,必惊狂,卧起不安者,桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤主之。”既能温补心阳,又能化痰安神,方药合用,使心阳复,痰浊去,神明得守,则其卧当安,惊狂当止。《伤寒论·辨少阴病脉证并治第十一》曰:“少阴之为病,脉微细,但欲寐也。”分析张仲景所言“但欲寐”者,实为一特殊之失眠状态。即呈现出欲睡不能、似睡非睡、迷迷糊糊的但欲寐状态。此乃阳气虚

衰,神失所主而成。正所谓“阳气者,精则养神”。故治疗当遵《伤寒论》少阴病治法,温肾回阳,散寒祛邪,方从四逆汤加减。又言“下之后复发汗,昼日烦躁不得眠,夜而安静,不呕,不渴,无表证,脉沉微,身无大热者,干姜附子汤主之。”指出因下法、汗法应用不当所导致的烦躁不得眠之症,是因误治伤阳所致,应当急救回阳、温阳劫阴,方用干姜附子汤。由此可见,上述常用方剂治疗失眠是有着十分久远的历史渊源的。

总之,本研究通过系统收集、评析从阳虚论治失眠的中医期刊文献,发现中医对阳虚失眠辨治积累了一定的理论认识 and 实践经验,一定程度上拓展了失眠症的诊治思路,但是从文献数量来看,其总体认识不足。

参考文献

- [1]张伯臾. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985:113.
- [2]杨小波,黄燕,梁兆晖. 细化和重构中医辨治理论模型的探讨[J]. 医学与哲学(人文社会医学版),2008,29(5):63-64.
- [3]邢晓彤,杨金生,杨建宇,等. 扶阳经方临证精要[M]. 北京:学苑出版社,2010:1-2.
- [4]老膺荣,杨志敏,李艳,等. 卫气不利成失眠扶阳助卫治不寐[J]. 辽宁中医药大学学报,2008,10(5):23-25.
- [5]杨云松,肖相如. 失眠病机论与心肾相交模型[J]. 辽宁中医杂志,2005,32(6):533-534.
- [6]吕爱平,李梢,王永炎. 从主观症状的客观规律探索中医证候分类的科学基础[J]. 中医杂志,2005,46(1):5-7.
- [7]吕爱平. 中药现代化发展新要求——应重视中药适应症和中药药效评价的研究[J]. 首都医药,2003,10(3):27-30.

(收稿日期:2012-01-16;修回日期:2012-04-06)

[编辑:崔京艳]

(上接第1403页)

Fugl-Meyer 运动功能评分、Barthel 评分量表评定,更以 TCD 检测为客观指标,说明联合温针灸和颈腰夹脊刺,效果优于单纯体针治疗。同时,Barthel 评分以及 TCD 检测是评价中风患者预后及在二级预防中有重要意义,亦为比较显著的指标,因此,具有很高的可信度。

本研究因操作简单无不良反应,适合于临床应用。长时间、大样本临床对照试验需进一步开展,并应加强随访,以期得到更完善的数据资料。

参考文献

- [1]南登昆. 康复医学[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,

2006:211.

- [2]卫生部疾病控制司. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:23-24.
- [3]国家中医药管理局医政司. 24个专业105个病种中医临床路径[M]. 2011:181-183.
- [4]张子明,李惠兰. 中风临床与康复[M]. 北京:华夏出版社,2007:137,154.
- [5]缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000:336.
- [6]王晓燕. 分期针刺法治疗脑卒中后偏瘫的临床观察[J]. 中国康复医学杂志,2001,(5):184-186.

(收稿日期:2012-01-13;修回日期:2012-06-06)

[编辑:侯建春]