

# 温通针刺疗法治疗痰瘀痹阻型多发性硬化临床研究

王建文<sup>1</sup>, 黄生辉<sup>2</sup>, 樊树银<sup>1</sup>, 于灵芝<sup>3</sup>, 陈延平<sup>4</sup>, 蓝鹏飞<sup>5</sup>

1. 白银市第二人民医院, 甘肃 白银 730900
2. 甘肃中医药大学附属医院, 甘肃 兰州 730000
3. 兰州大学第一附属医院东岗分院, 甘肃 兰州 730000
4. 甘肃省人民医院, 甘肃 兰州 730000
5. 甘肃省中医院, 甘肃 兰州 730699

**[摘要]** 目的: 观察温通针刺疗法治疗复发-缓解型多发性硬化(痰瘀痹阻型风痺)的临床疗效。方法: 将78例复发-缓解型多发性硬化患者按照随机数字表法随机分为2组, 针刺组38例, 西药组40例。针刺组采用温通针刺疗法。针刺以病变体表投射部位(头针、夹脊穴)局部取穴及特定腧穴为主, 施以温通针刺操作手法。西药组采用口服芬戈莫德及阿米替林。2组均治疗60天后进行日常生活活动能力、抑郁状态、焦虑状态评价。结果: 针刺组与西药组治疗后2组日常生活活动能力、抑郁状态、焦虑状态进行统计分析, 差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。针刺组治疗前后对患者日常生活活动能力、抑郁状态、焦虑状态进行统计学分析, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论: 温通针刺疗法组与西药对照组在复发缓解型多发性硬化中疗效相同, 对患者日常生活活动能力、抑郁状态、焦虑状态有改善。提示温通针刺疗法可应用于改善复发缓解多发性硬化患者临床症状。

**[关键词]** 多发性硬化(MS); 抑郁焦虑; 风痺; 温通针刺疗法

**[中图分类号]** R744.5+1

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415(2016)05-0129-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.049

多发性硬化(multiple sclerosis, MS)是中枢神经系统白质脱髓鞘病变, 属于自身免疫性疾病, 发病率低, 最高达40/10万或更高<sup>[1]</sup>, 为临床少见疾病。MS表现为时空多发性, 无自限性, 可有急性加重-完全或不完全缓解的特点, 迁延不愈, 最终致患者病残。多发性硬化中最常见的临床分型为复发-缓解型多发性硬化(relapsing-remitting MS, RRMS), 约占80%~85%。本病好发于青中年, 患者承受着躯体病痛及精神心理的双重折磨, 社会交往能力下降。心理社会因素和疾病本身造成与情绪调节相关的脑组织损伤使患者并发焦虑抑郁的风险明显增加<sup>[2]</sup>。依临床表现, 属中医学风痺范畴。本研究以痰瘀痹阻型风痺为切入点, 探索温通针刺疗法治疗多发性硬化的临床应用价值。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 采用2010年爱尔兰都柏林国MS诊断会议修订版McDonald标准。修订版McDonald

标准对MS诊断的简易化和实用化做出了进一步推动, 特别对于阐明MS病变时间、空间多发性的MRI标准的修改更适用于非影像科专业医生<sup>[3]</sup>。

**1.2 纳入标准** ①符合2010年修订版McDonald诊断标准; 临床分型为RRMS; 年龄25~60岁; 汉密尔顿抑郁量表(HAMD)总分 $\geq 8$ 分; 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)总分 $\geq 14$ 分; 签署知情同意书并能够配合完成相关检查及治疗者。②中医辨病辨证属痰瘀痹阻型风痺。症状表现: 肌肉、关节、胸胁刺痛或胀痛, 固定不移; 精神抑郁, 情绪不宁, 胸脘痞满, 暖气呕恶; 有(或无)功能障碍效应器(如目睛、膀胱)症状表现; 舌质紫暗或有瘀斑, 舌苔白腻, 脉弦涩。

**1.3 排除标准** ①不符合上述诊断标准者。②私自接受其他治疗方案, 影响本研究可靠性者。③年龄 $> 60$ 岁或年龄 $< 18$ 岁。④患有精神疾病者。⑤合并严重其他疾病者(如严重心血管、脑血管疾病等)。⑥妊娠或哺乳期患者。

**[收稿日期]** 2015-12-15

**[作者简介]** 王建文(1981-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 针灸治疗心脑血管疾病。

**1.4 中止和剔除标准** ①治疗过程中不能坚持治疗方案。②治疗用药过程中出现其他严重疾病(急性严重肝肾功能损伤等)。③治疗过程中患者病情恶化,需激素冲击治疗或静脉注射大剂量免疫球蛋白治疗者。

**1.5 一般资料** 观察病例为2013年1月—2015年8月兰州大学第一附属医院东岗分院、甘肃省人民医院、甘肃省第二人民医院、甘肃省中医院、白银市第二人民医院神经内科、针灸科复发—缓解型多发性硬化患者,共78例。应用随机数字表法随机将78例患者分为温通针刺疗法组和西药治疗组。温通针刺疗法组38例,男13例,女25例;平均年龄( $38.56 \pm 7.24$ )岁;平均病程( $6.12 \pm 2.46$ )年。西药组40例,男18例,女22例;平均年龄( $36.15 \pm 6.28$ )岁;平均病程( $6.98 \pm 3.15$ )年。2组患者基线资料等经统计学处理,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 针刺组** ①取穴:以病变体表投射部位(头针、夹脊穴)局部取穴及特定腧穴为主。头针以顶颞前斜线(前神聪至悬厘连线)及顶颞后斜线(百会至曲鬓连线)为主穴。肢体运动功能障碍为主,头针取顶颞前斜线。肢体感觉功能障碍为主,头针取顶颞后斜线。夹脊穴以颈夹脊为主。化痰祛瘀、行气解郁特定腧穴取穴:丰隆、血海、百会、水沟、太冲、合谷、神门、内关。②操作方法:患者取仰卧位,以75%乙醇棉球严格消毒穴位局部皮肤。太冲、合谷、神门、内关、丰隆、血海采用温通针刺手法操作,操作方法:针刺前左手揣按所针穴位局部,定准穴位后右手持针刺入,得气后左手用关闭法关闭腧穴一侧,右手持针顶着得气感应,守气待针感强后,右手提插针体3~5次(针尖不可脱离针感),使针感进一步增强,左右手配合向下推按(针尖不离针感)使针感沿一定方向传导,逐渐到达病所,操作过程中,左手应随时了解针穴下的经气活动<sup>[4]</sup>。上述诸穴进针时依经络循行针尖略倾斜向头部方向刺入,左手关闭针尖背向头面侧,以利于针感传导至头面、心胸。余穴针刺行捻转针刺手法,平补平泻手法操作,得气后留针。应用温通针刺手法操作,行针得气后留针30 min。连续治疗5天,休息2天,间断治疗60天。

**2.2 西药组** 芬戈莫德,每次0.5 mg,每天1次,口服;阿米替林,每次25 mg,每天3次,口服。治疗60天为1疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 治疗前及治疗60天后对2组患者进行疗效评价,分别由神经内科医师及心理卫生科医生进行日常生活活动能力及焦虑抑郁状态评估。①采用改良Barthel指数评定患者日常生活活动能力<sup>[7]</sup>,对患者进食、穿衣、控制大便、控制小便、用厕、上下楼梯、修饰、洗澡、床或椅转移、平地行走10个项目进行评价,独立能力与得分呈正相关,总分为100分。评分标准:100分生活自理,日常生活活动能力良好,不需他人帮助;61~99分轻度功能障碍,能独立完成部分日常生活,但需要一定帮助;41~60分中度功能障碍,需要极大帮助才能完成日常生活活动;21~40分重度功能障碍,大部分日常生活活动不能完成或完全需要人照料。②应用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和焦虑量表(HAMA)对患者进行抑郁焦虑状态进行评分。汉密尔顿抑郁量表(HAMD)17项版本:总分<8分为无抑郁;≥8分为轻度抑郁;≥17分为中度抑郁;≥24分为重度抑郁。汉密尔顿焦虑量表(HAMA):总分<7分为无焦虑;≥7分为可能有焦虑;≥14分为肯定有焦虑;≥21分为肯定有明显焦虑;≥29分为可能有严重焦虑。以上所有抑郁焦虑障碍患者均符合《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》<sup>[8]</sup>。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS13.0统计学软件进行统计学分析。数据均以( $\bar{x} \pm s$ )表示,两样本均数的比较采用 $t$ 检验。

## 4 治疗结果

**4.1 2组治疗前后Barthel指数得分比较** 见表1。治疗60天后,2组Barthel指数得分均比治疗前升高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。针刺组与西药组比较,Barthel指数差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),得分相近。提示温通针刺疗法治疗方案与西药治疗方案疗效相同,能改善患者日常生活活动能力。

表1 2组治疗前后Barthel指数得分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗60d后
针刺组	38	54.13 ± 10.28	69.62 ± 9.72 <sup>①</sup>
西药组	40	56.54 ± 9.23	66.53 ± 8.87 <sup>①</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$

**4.2 2组治疗前后HAMD和HAMA评分比较** 见表2。治疗前,针刺组和西药组HAMD评分、HAMA评分得分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗60天后,2组HAMD评分、HAMA评分得分均比治疗前降低,差异均有统计学意义( $P <$

0.05)。治疗 60 天后, 2 组比较, HAMD 评分、HAMA 评分得分差异均无统计意义( $P > 0.05$ )。提示温通针刺疗法治疗方案与西药治疗方案均能减轻患者抑郁焦虑状态。

表 2 2 组治疗前后 HAMD 和 HAMA 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

项 目	针刺组(n=38)		西药组(n=40)	
	治疗前	治疗 60 d 后	治疗前	治疗 60 d 后
HAMD 评分	22.68±6.34	8.27±4.84 <sup>①</sup>	19.24±5.47	7.92±3.54 <sup>①</sup>
HAMA 评分	26.59±7.32	11.67±4.18 <sup>①</sup>	28.75±5.68	8.39±3.26 <sup>①</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.05$

## 5 讨论

MS 临床表现复杂多样, 依据 MS 发展过程中所出现的临床表现的多样性, 本病与中医学痿证、肌痹、风痲、眩晕、风懿等病的临床表现相吻合<sup>[9]</sup>。本研究中 RRMS 属痰瘀痹阻型风痲, 病机为脏腑功能失调, 阴阳失和, 气血逆乱, 肝风夹痰浊、瘀血上冒巅顶, 蒙闭清窍, 阻滞脉络, 不能导引神气所致。病在肝肾, 涉及心、脾。证候以行走步履艰难, 双手笨拙, 动作不稳, 或见肢体发僵, 手足震颤, 或语言含混不清, 或视物模糊或视歧为主要表现<sup>[10]</sup>。

本研究中 RRMS 患者病程多长达 5 年左右, 躯体病痛复发 - 缓解间歇发作, 复杂多样性症状体征反复出现, 以致患者情志不遂逐渐加重, 肝失疏泄, 脾失健运, 心失所养, 气、血、痰、火、食、湿等相因成郁, 发为郁病。故治法以化痰祛瘀、行气解郁为总则。选穴以病变体表投射部位局部取穴及特定腧穴为主。头针透穴取顶颞前斜线、顶颞后斜线治疗患者肢体运动功能障碍、感觉功能障碍。取穴丰隆祛湿化痰, 为治痰要穴; 血海引血归经, 治疗血分诸病。二穴合用, 痰瘀并治, 豁痰祛瘀, 舒利清窍。百会居巅顶, 为“三阳五会”之所, 百脉聚会之处, 升提清阳之气以醒脑; 脑为元神之府, 督脉入络脑, 水沟属督脉, 有调神解郁之效。二穴合用, 调和阴阳, 畅达气机, 醒脑调神, 理气解郁。两合谷、两太冲为四关穴, 一阴一阳, 一气一血, 一脏一腑, 一升一降, 阴阳经互配, 上下配穴, 气血、阴阳、脏腑同调。具有行气化瘀、通经活络、调畅脏腑阴阳气血之功。内关穴八脉交会穴, 通阴维脉, 沿手厥阴经上系于心包, 联络于心系; 神门手少阴心经之原穴、输穴, 为心经原气输注、经过、留止之处, 是心经功能主治之源。二穴合用开郁气, 散滞结之效。本研究中采用的温通针法是已故著名针灸学家郑魁山教授数十年临床经验总结创新的独特针法, 对脑血管病具有良好的

疗效。笔者读研期间跟郑老学习 1 年, 有幸继承该针刺手法。

西药芬戈莫德为首个获得美国 FDA 批准上市, 可经口服给药用于治疗 RRMS 的新型免疫抑制剂。芬戈莫德治疗 MS 的主要机制是通过抑制淋巴细胞从外周淋巴组织迁移到周围循环, 降低外周淋巴细胞数量, 减少毒性 T 细胞对中枢神经系统(CNS)的损害<sup>[6]</sup>。近年研究发现, 芬戈莫德亦可通过直接作用于 CNS 机制发挥对 MS 的治疗作用<sup>[6]</sup>。目前为有效延缓及治疗多发性硬化的新型药物。

研究结果显示, 温通针刺疗法组与西药组疗效相近。温通针刺疗法组患者在治疗 60 天后日常生活活动能力改善, Barthel 指数评定由中度功能障碍转向轻度功能障碍, 患者能独立完成部分日常生活, 生活质量提高。治疗 60 天后患者由重度抑郁、明显焦虑转变为轻度抑郁焦虑, 精神心理障碍减轻。由此可知, 温通针刺疗法治疗多发性硬化具有临床应用价值, 能减轻 RRMS 患者躯体及精神心理的双重病痛。

## 【参考文献】

- [1] 贾建平, 陈生弟. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 260-261.
- [2] 胡梅, 杨玉秀. 多发性硬化患者生活质量状况及相关因素分析[J]. 安徽医药, 2013, 17(2): 282.
- [3] 朱银伟. 多发性硬化诊断标准现状与进展[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2012, 39(3): 288.
- [4] 口锁堂, 郑魁山. 郑魁山教授针灸学术思想概述[J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(6): 44.
- [5] Matloubian M, Lo CG, Cinamon G, et al. Lymphocyte egress from thymus and peripheral lymphoid organs is dependent on S1P receptor [J]. Nature, 2004, 427: 355-360.
- [6] Groves A, Kihara Y, Chun J. Fingolimod: direct CNS effects of sphingosine 1-phosphate(S1P) receptor modulation and implications in multiple sclerosis therapy[J]. J NeuroSci, 2013, 328: 9-18.
- [7] 南登崑. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 72-73.
- [8] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 83-114.
- [9] 王平, 樊永平, 张星虎. 多发性硬化的中西医研究进展[J]. 中国医药学报, 2004, 19(5): 303-305.
- [10] 关东升, 李迎霞. 多发性硬化辨证和辨病的思考[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(7): 1350.

(责任编辑: 刘淑婷)