

点穴配合针灸治疗脑梗死疗效观察

贝剑宏¹, 陈荣钟², 杨卓欣²

1. 深圳市妇幼保健院针灸推拿科, 广东 深圳 518028; 2. 深圳市中医院针灸科, 广东 深圳 518033

[摘要] 目的: 观察点穴配合针刺治疗脑梗死临床疗效。方法: 将 78 例确诊为脑梗死的患者随机分为治疗组 40 例和对照组 38 例。治疗组应用基础治疗联合针灸康复加穴治疗; 对照组应用基础治疗加针灸康复治疗, 治疗 1 月后观察比较 2 组的临床疗效。结果: 组内前后比较, 治疗组患者经治疗 1 月后神经功能缺损评分 (NIHSS) 积分较治疗前有降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而且 Fugl-Meyer 运动评定 (FMA) 积分、日常生活活动能力评定 (BI) 积分均增加, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组患者治疗后 NIHSS 积分少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 且治疗组患者治疗后 FMA 积分、BI 积分均高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 点穴配合针刺能较好地改善脑梗死患者的运动功能, 促进受损神经功能的恢复, 提高患者生存质量, 值得临床运用。

[关键词] 脑梗死; 点穴疗法; 针灸疗法; 康复训练

[中图分类号] R743.34 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0038-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.017

脑梗死致残率高、康复周期长, 给患者及家属带来长期、巨大的身心和经济上的负担, 如何提高脑梗死患者的生活质量, 缩短其康复周期, 一直是医学界致力研究的重点。运用基础治疗联合针灸康复加穴治疗脑梗死 40 例, 初步取得了良好的临床效果, 并采取同期给予基础治疗加针灸康复作为对照比较, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 入选标准 ①参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过《各类脑血管病诊断要点》^[1], 并经头颅 CT 或 MRI 证实; ②Fugl-Meyer 运动评定 (FMA) 积分 ≤ 95 分; 神经功能缺损评分 (NIHSS) ≥ 5 分; 昏迷量表 (GCS) > 10 分; ③发病 6 月之内, 生命体征稳定者; ④年龄 40~80 岁; ⑤入选前无严重残疾, 改良 Rankin 量表 (mRS) ≤ 3 。

1.2 排除标准 ①脑出血或者蛛网膜下腔出血; ②伴有严重的心、肝、肾功能损害; ③合并较严重认知障碍 (简易记忆测试量表 ≥ 7 分) 及完全性失语不能配合者。

1.3 一般资料 观察病例为 2013 年 8 月—2015 年 10 月深圳市妇幼保健院针灸推拿科门诊和深圳市中医院针灸科门诊及病房患者, 共 78 例。将患者按就诊顺序采用简单随机分组法分为治疗组 (基础治疗联合针灸康复加穴) 40 例, 对照组 (基础治疗加针灸康复) 38 例。治疗组男 19 例, 女 21 例; 平均年龄 (55.09 ± 10.54) 岁, 平均病程 (26.16 ± 18.54) 天。对照组男 20 例, 女 18 例; 平均年龄 (54.02 ± 11.68) 岁, 平均病程

(25.81 ± 20.15) 天。2 组患者性别、年龄、病程、严重程度等情况基本经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 除了西药降压、降糖、降脂及抗菌素等基础治疗以外, 予针灸康复和点穴治疗。针灸处方: 内关、极泉、尺泽、委中、三阴交、足三里等^[2]。点穴手法包括基本手法与辅助手法。基本五法: ①点法 (一指、三指、五指), 按用力强弱分轻点、中点、重点。节律: 一虚二实、二虚二实、三虚二实、五虚二实。②按法: 单手单指按法、双手双指按法。③掐法: 用拇指指甲进行抓切。④拍法: 指拍法、指背拍法、掌拍法。⑤叩法: 指腹叩法、指尖叩法。辅助九法: ①揉法; ②揉法; ③捻法; ④扣压法; ⑤捏挤法; ⑥抓拿法; ⑦捶打法; ⑧理筋法; ⑨矫形法。点穴疗法根据患者的具体情况酌情应用: ①意识障碍: 采用开天门、头部特定区叩击法; ②语言不利: 压舌拉伸法; ③指趾拘挛: 运用甲指 (趾) 背刺激法; ④足下垂、足内翻: 压膝整足法; ⑤患肢关节痉挛: 摇关节法; ⑥脊柱强直、行走失衡: 不倒翁治疗法; ⑦患肢肌肉松弛、萎缩: 循经点穴法、捶打法、金鸡独立训练法; ⑧口眼歪斜: 唇颊刺激法; ⑨偏身感觉障碍: 头部特定区域治疗法、华佗夹脊治疗法; ⑩半身不遂: 终始穴位治疗法、循经点穴法。每天进行点穴治疗 1 次, 并配合康复训练, 每天 2 次, 每次 60 min, 疗程 1 月。康复训练具体方法依病情轻重为: a. 定时体位变

[收稿日期] 2016-03-20

[基金项目] 深圳市科技研发资金条件与平台建设计划重点实验室项目 (CXB201111250113A)

[作者简介] 贝剑宏 (1983-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 针灸点穴治疗神经系统、运动系统疾病的临床及研究。

动, 每 2 h 翻身 1 次; b. 良肢位的摆放, 避免异常模式的出现; c. 关节活动度及肌力训练, 由被动运动转变为辅助被动运动, 再转变为主动运动; d. 平衡训练及体位转变, 坐位级平衡训练、坐位到站位体位转移及站立级平衡训练; e. 步态训练; f. 上、下楼梯训练; g. 日常生活活动能力训练等。

2.2 对照组 基础治疗加针灸康复, 操作及治疗次数同治疗组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用 NIHSS、FMA 分、日常生活活动能力评定(BI)作为观测指标。首次治疗前和治疗 1 月后分别进行评定。

3.2 统计学方法 采用 SPSS for Window 17.0 统计软件分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 2 组组间比较采用 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前及治疗 1 月后 NIHSS 积分情况比较 见表 1。治疗前后比较, 治疗组患者 NIHSS 积分较治疗前有降低, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后组间比较, 与对照组比较, 治疗组患者治疗后 NIHSS 积分降低更明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前及治疗 1 月后 NIHSS 积分情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	25.16 $\pm$ 3.27	9.55 $\pm$ 2.16 ^{①②}
对照组	38	24.91 $\pm$ 3.12	19.84 $\pm$ 1.54

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.2 2 组治疗前后 FMA 积分比较 见表 2。治疗组患者 FMA 积分较治疗前有增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后, 与对照组比较, 治疗组患者 FMA 积分增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后 FMA 积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	44.71 $\pm$ 9.53	82.76 $\pm$ 7.51 ^{①②}
对照组	38	45.93 $\pm$ 11.34	60.52 $\pm$ 10.28

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前及治疗 1 月后 BI 积分比较 见表 3。与治疗前比较, 治疗组患者 BI 积分较治疗前有增加, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后, 与对照组比较, 治疗组患者 BI 积分增加更明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

脑梗死患者患肢的运动功能恢复标准是能否向随意和协调的正常运动模式转化^[3]。康复治疗可加速大脑侧支循环的建立, 促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿, 最大限度地发挥脑的可塑性。然而, 许多学者的研究并未显示其疗效与传统康复方法差异有统计学意义^[4]。所以, 在康复方法上遵循

表 3 2 组治疗前及治疗 1 月后 BI 积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	24.36 $\pm$ 5.85	68.14 $\pm$ 7.30 ^{①②}
对照组	38	25.59 $\pm$ 5.39	39.25 $\pm$ 9.34

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

现代康复治疗过程中广泛使用的康复程序, 结合中医学对中风偏瘫的认识及康复治疗手段, 可能会取得更好的效果^[5]。针灸可以改变脑病患者脑内相关神经递质的含量, 促进神经细胞再生和神经功能修复^[6]。点穴疗法是国家级非物质文化遗产保护项目之一, 其临床疗效已得到验证^[7]。点穴疗法速率快、气感大、透筋达骨, 在患者体表适当的穴位或特定的刺激线上, 用手进行点、按、拍、叩、振颤等不同手法的刺激, 通过经络的作用, 促进体内的气血畅通, 使已经发生障碍的中风患者功能活动得以恢复^[8]。根据脑梗死主要病变在脑部, 在治疗过程中始终采用终始穴位治疗法, 直接叩击患肢对侧头部足运动区和掐切患肢指(趾)甲根, 起到活血开窍、疏通经络的功效。

本研究结果显示, 治疗组患者治疗后 NIHSS、FMA 和 BI 评分提高的幅度大于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 提示在常规基础治疗加针灸康复基础上, 采用点穴治疗更有利于改善患者的运动功能, 促进受损的神经功能恢复, 提高患者生存质量等方面均优于常规针灸康复, 且操作简便, 患者易于接受, 安全性高, 值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [2] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 66-68.
- [3] 于兑生, 恽晓平. 康复医学评价手册[M]. 北京: 华夏出版社, 1993: 234-238.
- [4] 周维金, 王玉琴, 崔利华. 脑卒中康复治疗研究新进展[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(2): 124-127.
- [5] 贾超, 庄礼兴, 贺君, 等. 靳三针疗法对脑梗死后偏瘫患者综合功能的影响[J]. 新中医, 2010, 42(3): 82-83.
- [6] 杨卓欣, 于海波, 罗文舒, 等. 针刺任脉和督脉对脑缺血大鼠海马星形胶质细胞的影响[J]. 中国医药导报, 2008, 5(31): 8-10.
- [7] 陈荣钟, 陈耀龙, 陈淑慧. 点穴治瘫十法治疗脑梗死的临床评价[J]. 世界中医药, 2015, 10(7): 1067-1069.
- [8] Chen Rongzhong. Brief Introduction to Digital Acupoint Pressure Therapy [J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2006, 26(1): 80.

(责任编辑: 刘淑婷)