

肝郁脾虚证。逍遥丸主要针对肝郁脾虚证患者，内含白芍、茯苓、薄荷、当归、柴胡、炙甘草、白术(炒)等成分，具有疏肝健脾、养血调经功效，适用于肝气不舒、纳差、头晕目眩等病症，但难以根除患者疲劳症状，且该中成药有一定的注意事项：感冒时慎用；月经异常、孕妇、过敏患者禁用等。近年来，中医针灸推拿在慢性疲劳综合征治疗中发挥优势，针灸以中医阴阳平衡整体观念为依据^[1]，具有协调阴阳、扶正祛邪等功效，其最主要的功能是调节，通过调节人体的内分泌失调来治疗疾病，且针灸操作简便、费用低廉，同时也避免了口服药物引起的毒副作用，它不会干扰机体的正常功能，对于治疗亚健康状态之慢性疲劳综合征，纠正内分泌失调具有无可比拟的优势。针灸足三里、三阴交具有健脾和胃、益气功效，能有效增强机体免疫能力；针灸太冲、血海可调畅气机^[2]。推拿因其无毒副作用、推拿过程的舒适愉悦以及效果好而受到患者欢迎，推拿是医生与患者之间的交流，患者不仅能从心理上感觉被关爱，还能通过医师的手法刺激腧穴，调节体内的经脉气血，来缓解患者的压力、疼痛等不适症状，促使体力及脑力的双重恢复。

CFS 典型症状为疲劳、失眠，临床常用 MFI-20 评分评价疲劳程度，用 PSQI 评分评价患者睡眠质量，具有客观性、科学性等特点。本研究结果可知，观察组经中医针灸推拿治疗后，睡眠质量明显改善，疲劳症状明显减轻，且效果优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述，中医针灸推拿治疗慢性疲劳综合征疗效良好，能明显减轻患者疲劳症状，促进其睡眠质量提高，临床值得进一步研究应用。

[参考文献]

- [1] 马巧琳, 胡斌. 针灸推拿结合治疗慢性疲劳综合征临床研究[J]. 中医学报, 2011, 26(3): 371-373.
- [2] 姚斐, 房敏, 朱高峰, 等. 经穴推拿对慢性疲劳综合征 FS-14 与 FAI 评分的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2012, 28(3): 222-224.
- [3] Fukada K, Straus Es. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study[J]. Ann Intern Med, 1994, 121(23): 953-955.
- [4] 朱文峰. 中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙: 湖南科学出版社, 1999: 192.
- [5] 戴德纯, 房敏, 姜淑云, 等. 慢性疲劳综合征患者生存质量和疲劳特征及中医推拿干预研究[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(8): 751-755, 763.
- [6] 王敬乔, 周国平, 刘小卫, 等. 整体经络针刺法治疗慢性疲劳综合征的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2010, 30(9): 216-218, 225.
- [7] 范月侠, 闫佩峰, 吴微, 等. 针灸推拿治疗疲劳综合征 86 例临床观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2013, 35(9): 1057-1059.
- [8] 熊杉, 张如祥, 刘良生, 等. 针刺配合推拿膀胱经对慢性疲劳综合征患者血清细胞因子的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(2): 39-41.

(责任编辑: 刘淑婷)

针刺联合拔罐改善缺血性脑卒中恢复期肢体运动功能临床观察

黄雯

杭州市中医院针灸康复科, 浙江 杭州 310013

[摘要] 目的: 观察在内科常规治疗基础上, 加用针刺联合拔罐改善缺血性脑卒中恢复期患者肢体运动功能改善的效果。方法: 将 92 例缺血性脑卒中恢复期患者随机分为对照组和治疗组各 46 例, 2 组均给予内科常规治疗, 对照组患者自行进行日常生活活动能力的训练, 治疗组采用针刺联合拔罐治疗, 2 组疗程均为 4 周。观察 2 组的临床神经功能缺损程度评分标准 (MESSS) 评分与 Barthel 指数的变化。结果: 临床疗效总有效率治疗组为 93.48%, 对照组为 76.09%, 2 组总有效率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 2 周和治疗 4 周, 2 组的 MESSS 评分均较治疗前下降、Barthel 指数均较治疗前升高 ($P < 0.05$), 治疗组的 MESSS

[收稿日期] 2015-07-09

[作者简介] 黄雯 (1986-), 女, 护师, 研究方向: 中风病的康复护理。

评分与同期对照组比较均下降, Barthel 指数均较同期对照组升高 ($P < 0.05$)。结论: 在内科常规治疗基础上采用针刺联合拔罐治疗缺血性脑卒中恢复期患者, 可明显改善患者的神经功能缺损程度, 提高日常生活活动能力, 其临床疗效明显优于单纯采用内科常规治疗。

[关键词] 脑卒中; 针灸; 拔罐; 运动功能

[中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0220-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.099

缺血性脑卒中, 又称为脑梗死, 具有患病率、致残率和致死率高等特点, 对人们的生命健康构成了严重威胁。典型缺血性脑卒中依据发病的时段, 可分为急性期、恢复期和后遗症期。恢复期指的是发病后 2 周~6 月的时间段, 患者进入恢复期后多伴随不同程度的神经功能障碍, 肢体运动功能受损亦是其主要临床表现之一。该阶段被认为是脑梗死恢复的关键阶段, 直接影响患者的临床治疗及预后。因此, 针对恢复期进行规范化治疗具有重要的临床意义。本研究在常规治疗基础上采用针刺联合拔罐治疗缺血性脑卒中恢复期肢体运动功能障碍取得较好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 92 例缺血性脑卒中恢复期患者, 均为本院针灸康复科病房 2011 年 12 月—2014 年 12 月的病例, 按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 46 例。治疗组男 26 例, 女 20 例; 年龄 42~65 岁, 平均 (51.6 ± 4.9) 岁; 病程 14~30 天, 平均 (21.5 ± 4.9) 天。对照组男 24 例, 女 22 例; 年龄 45~66 岁, 平均 (52.2 ± 5.1) 岁; 病程 15~26 天, 平均 (22.1 ± 5.1) 天。2 组性别、年龄、病程比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照《2010 中国急性缺血性脑卒中诊治指南》^[1]: 急性起病; 症状、体征持续数小时以上; 局灶性神经功能缺损, 少数全面神经功能缺损; 脑部 CT 或 MRI 有责任缺血病灶; 脑部 CT 或 MRI 排除非血管性脑部病变。

1.3 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2] 中风病的诊断及恢复期标准。发病 2 周~6 月, 主症: 偏瘫、神识昏蒙, 言语謇涩或不语, 偏身感觉异常, 口舌歪斜。次症: 头痛, 眩晕, 瞳神变化, 饮水发呛, 目偏不瞬, 共济失调。急性起病, 发病前多有诱因, 常有先兆症状。发病年龄多在 40 岁以上。具备 2 个以上主症, 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, 结合影像学检查结果亦可确诊。

1.4 纳入标准 符合上述中西医诊断标准者; 年龄 40~70 岁; 经脑部 CT 或 MRI 检查为缺血性脑卒中, 并证实为首次发病者; 为肢体功能障碍者, 生命体征平稳, 意识清楚; 接受本研究治疗方案, 并签署知情同意书者。

1.5 排除标准 不符合上述诊断标准者; 脑部 CT 或

MRI 检查诊断为出血性脑卒中者; 发病期不能正常交流者; 伴有严重心、脑血管疾病与其他脏器功能衰竭者; 治疗期间依从性差或自行退出试验者; 妊娠及哺乳期妇女或精神疾病患者。

2 治疗方法

2 组均参照《中国脑血管病防治指南》^[3] 予内科常规治疗, 如控制血压、血糖、血脂, 抗凝, 控制脑水肿, 并予支持治疗。

2.1 对照组 给予内科常规治疗, 不行针刺联合拔罐治疗, 自行进行日常生活活动能力的训练。

2.2 治疗组 在内科常规治疗的基础上, 给予针刺联合拔罐治疗。针刺: 根据中医辨证取穴, 按常规针刺方法。头针: 病灶侧头部运动区或血管舒缩区; 体针: 取穴肩峰、肩髃、尺泽、手三里、曲池、合谷、阳池、足三里、太冲、三阴交、扶突、阳陵泉、中腕、气海。每天 1 次, 每次 30 min, 每周 5 次。拔罐: 肩贞、肩髃、肩髃、天宗、中腕、气海行拔罐治疗, 每天 1 次, 每次分别留置 10 min, 每周 3 次。

2 组均治疗 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 神经功能缺损程度评分: 于治疗前、治疗 2 周及治疗 4 周后分别按照临床神经功能缺损程度评分标准 (MESSS) 进行评分, 分值越高代表损伤越严重, 最高为 45 分;

日常生活活动能力评分: 于治疗前、治疗 2 周及治疗 4 周后分别评价日常生活活动能力 (ADL) 量表 Barthel 指数, 分值越高代表日常生活活动能力越高。Barthel 指数分 5 级, 95~100 分为自理; 75~94 分为轻度; 50~74 分为中度; 25~49 分为严重; 0~24 为极严重。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件统计分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中国脑血管病防治指南》^[3] 拟定。基本痊愈: 91% \leq MESSS 评分减少 \leq 100%; 显著改善: 46% \leq MESSS 评分减少 $<$ 91%; 改善: 18% \leq MESSS 评分减少 $<$ 46%; 无效: MESSS 评分减少 $<$ 18%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 93.48%, 对照组为 76.09%, 2 组总有效率比较, 差异有统计学意

义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	基本痊愈	显著改善	改善	无效	总有效率(%)
治疗组	46	13	15	15	3	93.48 ^①
对照组	46	6	13	16	11	76.09

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后 MESSS 评分比较 见表 2。治疗 2 周、4 周后, 2 组的 MESSS 评分均较治疗前下降($P < 0.05$); 治疗组治疗 2 周和 4 周后 MESSS 评分均低于同期对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后 MESSS 评分比较($\bar{x} \pm s, n=46$) 分

组别	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
治疗组	20.16± 5.41	12.33± 3.40 ^{①②}	5.78± 2.17 ^{①②}
对照组	20.19± 5.37	15.27± 4.14 ^①	13.19± 3.22 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后同期比较, ② $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后 Barthel 指数比较 见表 3。治疗 2 周、4 周后, 2 组 Barthel 指数均较治疗前升高($P < 0.05$); 治疗组治疗 2 周和 4 周后 Barthel 指数均高于同期对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后 Barthel 指数比较($\bar{x} \pm s, n=46$) 分

组别	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
治疗组	48.12± 6.42	61.31± 7.62	70.08± 8.76 ^{①②}
对照组	49.21± 6.63	55.27± 7.27 ^①	58.99± 7.56 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后同期比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

缺血性脑卒中可归属于中医学中风病的范畴, 多由元气亏虚, 七情内伤等引起气血运行失调, 因风、火、痰、瘀引起脑脉痹阻。以口舌歪斜、半身不遂、偏身麻木为临床主要表现。《医林改错》记载: “半身不遂, 亏损元气, 是其本源……实因气亏得半身不遂。”又曰: “元气即虚, 不能达于血管, 血管无气, 必停留而瘀。”因此可以认为该病的主要病机为气虚血瘀。现代医学技术的进步, 使该病的死亡率下降, 多数患者转入临床恢复期; 在这一阶段, 大多数患者并发有程度不一的神经功能障碍, 以肢体运动障碍多见。因此在此阶段, 治疗当以益气活血、健脑通络为主。

用针刺治疗缺血性脑卒中恢复期肢体功能障碍已有悠久历

史, 疗效显著^[4]。在本研究中, 笔者采取头针和体针相结合的治疗方法, 在病灶侧头部运动区或血管舒缩区进行头针治疗, 中医学认为“手足之阳会于头”, 头针通过针刺头皮, 调节相应的大脑皮质功能, 最终恢复患侧肢体运动功能^[5]; 体针取穴基于“治痿独取阳明”的治则, 取穴以阳明经穴为主^[6], 阳明经为多气多血之经, 又“主润宗筋”, 故沿阳明经循行取穴, 有助于促进肌肉、四肢正常运动的恢复。

拔罐疗法属于中医学外治法之一, 对缺血性脑卒中肢体功能的恢复已被证实具有较好疗效^[7]。现代医学研究也证实, 拔罐疗法具有机械性刺激和温热效应等作用, 可促进受损区及周围代偿区神经细胞的恢复。拔罐疗法以“血出邪尽, 血气复利”而达补益气血、疏通经络之力。刺激阳明经穴可健脾胃胃以生气血, 疏通经络以调气血, 故本研究选择在肩贞、肩髃、肩髃、天宗、中腕和气海进行拔罐治疗。

本研究结果显示, 在内科常规治疗基础上, 采取针刺联合拔罐疗法治疗缺血性脑卒中恢复期患者, 可明显改善患者的神经功能缺损程度, 提高日常生活活动能力, 其临床疗效明显优于单纯采用内科常规治疗。针刺联合拔罐疗法简便安全, 价廉效高, 值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 2010 中国急性缺血性脑卒中诊治指南[J]. 中国临床医生, 2011, 39(3): 67.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99.
- [3] 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 61-63.
- [4] 郝跟龙. 针刺治疗脑卒中研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2014, 26(2): 204-206.
- [5] 于东强, 张晓英, 贺东勇. 头针运动疗法治疗急性脑梗死 34 例运动功能障碍临床观察[J]. 交通医学, 2013, 27(4): 363-365.
- [6] 章慧燕, 卢青英, 郑惠玉, 等. 物理治疗加针刺对脑卒中患者肢体运动机能康复的研究[J]. 中国康复, 2000, 15(2): 78-79.
- [7] 宋书昌, 卢智, 王利春, 等. 电针夹脊穴联合刺络拔罐法治疗脑卒中后偏瘫下肢痉挛状态的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(10): 1226-1228.

(责任编辑: 吴凌)