

同时足阳明胃经是多气多血之经,针刺能起到补气血、调节机体免疫力的功效。运动疗法则根据现代康复理论,通过运动训练来促使患者关节功能的恢复,延缓疼痛的复发<sup>[9]</sup>。本研究结果显示:观察组患者治疗 1 个月、3 个月、12 个月的 Lequesne 指数均明显比对照组患者低, $P < 0.05$ ;且观察组患者在治疗 12 个月后的膝关节间隙狭窄程度明显低于对照组,相关部位的软骨厚度比对照组厚, $P < 0.05$ 。

综上所述,将针刺运动疗法用于膝关节炎治疗中效果确切,促进患者临床症状的缓解,提高生活质量,值得推广应用。

#### 参考文献

- [1] 章芬. 关节松动术联合筋结针刺运动在膝关节炎中的应用举隅[J]. 光明中医, 2016, 31(2): 250-251.
- [2] 邓启龙, 武欢, 马朝阳, 等. 关节对应针刺结合坐-立试验治疗膝骨关节炎[J]. 中国康复, 2012, 27(5): 370-371.

- [3] 王彦军, 赵芳娟. 针刺配合祖师麻膏药外敷治疗膝骨关节炎 120 例临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(5): 28-29.
- [4] 任云, 张皎, 魏晋阳, 等. 小针刀联合运动疗法治疗膝骨关节炎的临床效果[J]. 中国基层医药, 2015, 22(24): 3770-3773.
- [5] 苏泉, 鲁光钱. 针刺配合关节腔注射和中药内服治疗膝骨关节炎 53 例[J]. 中医正骨, 2014, 26(5): 35-36, 38.
- [6] 陈益丹, 邱华平, 金肖青, 等. 不同针灸方法对膝骨关节炎模型细胞因子及基质金属蛋白酶影响的比较研究[J]. 中国比较医学杂志, 2016, 26(1): 42-45, 64.
- [7] 王利军, 李广琦, 王玉霞, 等. 关刺配合热补针法对膝骨关节炎患者膝关节活动能力的影响[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(8): 1003-1004.
- [8] 李湘龄, 陈晓韵, 金娜来, 等. 针刺与氩激光治疗膝骨关节炎的临床对比研究[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(11): 829-830.
- [9] 郑爽, 刘鹏, 毛旭东, 等. 针刺配合肌力训练治疗膝骨关节炎的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2016, 16(28): 130-131.

(本校校对: 唐杨 收稿日期: 2016-12-12)

## 头针结合扶阳罐疗法治疗中风偏瘫临床研究\*

郭娜 焦黎明<sup>△</sup>

**摘要:** **目的** 观察头针结合扶阳罐药物导入治疗中风偏瘫的临床疗效。**方法** 将符合纳入标准的 80 例患者, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 40 例, 对照组予常规西药治疗, 治疗组在常规西药治疗基础上给予焦氏头针结合扶阳罐药物导入法, 2 周为一个疗程, 共 2 个疗程。观察两组治疗前后临床症状、神经功能缺损评分改善情况以及 Fugl-Meyer(FMA)、Barthel 指数评分的变化。**结果** 治疗组患者临床疗效显著优于对照组, 两组治疗后 FMA、Barthel 指数评分改善均优于治疗前, 且治疗组评分改善优于对照组。**结论** 头针结合扶阳罐药物导入能明显改善中风偏瘫患者肢体运动功能, 提高其日常生活能力。

**关键词:** 中风; 偏瘫; 头针疗法; 扶阳罐疗法

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2017.09.039 文章编号: 1003-8914(2017)-09-1308-03

中风病具有发病率高、死亡率高、致残率高等特点, 并且中风后肢体功能障碍是致残的重要因素<sup>[1,2]</sup>。西医常规药物治疗急性缺血性脑卒中后肢体功能障碍效果欠佳。中医药治疗本病具有独特优势, 我们在西药常规治疗的基础上应用头针结合扶阳罐药物导入治疗本病获得较好的临床疗效, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 按随机数字表法分为对照组、治疗组, 每组各 40 例。其中对照组男性 22 例, 女性 18 例, 年龄最小者 40 岁, 最大者 68 岁, 平均年龄(63.5 ± 5.1) 岁; 病程最短者 5h, 最长者 24h, 平均病程(13.2 ± 1.72) h。治疗组男性 23 例, 女性 17 例; 年龄最小者

41 岁, 最大者 67 岁, 平均年龄(64.1 ± 5.3) 岁; 病程最短者 6h, 最长者 25h, 平均病程(12.7 ± 1.48) h。两组患者年龄、性别、平均病程等资料比较差异无明显统计学意义, 具有可比性( $P > 0.05$ )。

**1.2 病例选择** 中医中风诊断标准及证候诊断标准参照国家中医药管理局制定的《中风的诊断依据、证候分类、疗效评定》<sup>[3]</sup>; 西医脑梗死诊断参照中华医学会制订的《各类脑血管病诊断要点》<sup>[4]</sup>: 经 CT 和(或) MRI 扫描符合脑梗死表现, 初次发病, 存在不同程度肢体运动功能障碍, 生命体征平稳, 意识清楚。纳入标准: ①符合以上中西医诊断标准; ②年龄 18 ~ 70 岁; ③自愿参加临床观察并签署知情同意书。排除标准: ①过敏体质者; ②合并其他严重疾病者; ③妊娠期、哺乳期妇女; ④合并精神类疾病或不能配合者。

**1.3 治疗方法** 对照组予常规西医治疗, 包括口服

\* 基金项目: 国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项(No. JDZX2015028)

作者单位: 山西省中医药研究院脑病科(太原 030012)

△ 通讯作者

降糖药物或使用胰岛素控制血糖、钙离子拮抗剂或(和)血管紧张素转换酶抑制剂降压、阿托伐他汀钙片调节血脂、阿司匹林肠溶片抗凝以及改善循环及神经保护等治疗。治疗组在常规治疗基础上给予焦氏头针结合扶阳罐药物导入法,具体操作如下:①焦氏头针法:患者取仰卧位,选取患肢对侧运动区上 1/5、中 2/5 及足运感区;局部常规消毒后,以 26~28 号 1.5 寸不锈钢毫针,沿刺激区迅速刺入皮下,然后快速推进至上述三个刺激区下方,深度 2~3 cm,以 200 次/分的速度持续捻转 1~2 min,隔 1 h 后再捻转 1 次,共留针 2 h。②扶阳罐药物导入法:先将罐预热,然后将白脉软膏涂抹于患肢皮肤表面,利用温热的扶阳罐在患肢进行走罐的操作时,将药物导入渗透到患肢内,上肢和下肢分别为两个部位,每个部位导入 10 min,操作结束后待药物渗透 10 min 后,将皮肤表面擦拭干净即可。以上两种方法均每日 1 次,每周连续 5 次,休息 2 d 再行治疗,2 周为一个疗程,共治疗 2 个疗程。

**1.4 观察指标** 观察两组治疗前后患者的临床症状、神经功能缺损评分改善情况,以及 Fugl-Meyer 评分、Barthel 指数评分<sup>[5]</sup>变化情况。

**1.5 疗效评价标准** 参照脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准<sup>[6]</sup>制定:基本痊愈:神经功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度 0 级;显著进步:神经功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级;进步:神经功能缺损评分减少 18%~45%;无效:神经功能缺损评分减少在 17% 以内或增加。

**1.6 统计学方法** 计数资料使用  $\chi^2$  检验,计量资料使用  $t$  检验,采用 SPSS20.0 统计软件进行统计分析, $P < 0.05$  为有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组中风偏瘫患者临床疗效比较** 对照组总有效率 70.0%,治疗组总有效率 92.5%,治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组中风偏瘫患者总有效率比较 (例,%)

组别	例数	基本痊愈	显著进步	进步	无效	总有效率
对照组	40	12	10	6	12	28(70.0)
治疗组	40	18	13	6	3	37(92.5) <sup>1)</sup>

注:与对照组比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$

**2.2 两组中风偏瘫患者 FMA 评分、Barthel 指数评分比较** 两组治疗前 FMA 评分、Barthel 指数评分无统计学差异( $P > 0.05$ ),治疗后两组 FMA 评分、Barthel 指数评分均明显上升( $P < 0.05$ ),治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组中风偏瘫患者 FMA 评分、Barthel 指数评分比较 (例, $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	FMA 评分	Barthel 指数评分
对照组	40	治疗前	41.29 ± 5.74	26.12 ± 4.41
		治疗后	53.32 ± 7.12 <sup>2)</sup>	44.52 ± 5.36 <sup>2)</sup>
治疗组	40	治疗前	39.16 ± 6.18	25.63 ± 5.13
		治疗后	65.21 ± 6.68 <sup>1)2)</sup>	57.23 ± 6.53 <sup>1)2)</sup>

注:与对照组比较,<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与治疗前比较,<sup>2)</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

中风病发病率逐年上升,是致死、致残的主要病因<sup>[1,2]</sup>,严重影响人们的生活质量<sup>[7]</sup>,已成为影响社会经济的重要问题<sup>[8]</sup>。中风病的治疗主要是减少致死、致残率,虽然目前西医治疗脑梗死手段较前明显增多,如支架取栓、微创溶栓等新技术的应用,大大降低了患者的死亡率,但由于其本身技术操作水平要求较高,以及临床应用具有时间窗限制等,使其临床应用具有一定的局限性。对于患者肢体功能的康复,中医药具有明显的优势,尤其是针刺疗法具有明显的临床疗效,能够明显改善患者的运动能力,帮助患者尽早康复<sup>[9]</sup>,加之针刺疗法临床操作简单易行,风险性及不良作用小,无具体时间窗限制等优点,决定了其临床应用具有一定的可行性。

目前针灸治疗脑梗死临床研究众多,大多数都取得较好的临床疗效,贝剑宏等<sup>[10]</sup>使用点穴配合针刺治疗脑梗死,将 78 例脑梗死患者随机分为治疗组和对照组,治疗组应用基础治疗联合针灸康复加点穴治疗,对照组应用基础治疗加针灸康复治疗,治疗 1 月后观察比较两组的临床疗效,结果显示点穴配合针刺能明显改善患者神经功能缺损评分(NIHSS)积分、FMA 积分、BI 指数积分。倪浩斌等<sup>[11]</sup>通过中医化痰通络法与针灸醒脑开窍法联合治疗急性期脑梗死,治疗组 2 周后患者临床神经功能缺损程度评分、ADL 量表 Barthel 指数及临床疗效明显优于对照组,表明化痰通络法联合针灸醒脑开窍法治疗急性期脑梗死疗效满意,有利于神经功能恢复,提高患者生活自理能力。

焦氏头针是古代针灸学与现代医学相结合的产物,是在与大脑皮层功能定位相应的头皮投射区给予针刺以治病的方法,主要用于治疗脑源性疾病<sup>[12]</sup>。头针疗法能增加脑部血液循环,促进脑侧支循环的建立,有利于病灶周围组织细胞重组<sup>[13]</sup>。头针可通过抑制大脑血管内皮素合成分泌而发挥促进侧支循环建立和肢体运动功能恢复作用<sup>[14]</sup>。闵友江等<sup>[15]</sup>指出针刺头部刺激区反射性作用于感觉主核并与孤束核及迷走神经运动核产生反射联系,通过各脑神经核调节机体功能而治愈疾病,同时可反射性增加脑血流量以促进脑细胞功能恢复。

扶阳罐是古代疗法与现代科学技术相结合的一种新式疗法,它集红外线、热能、磁疗于一体,具有活血祛瘀、通经活络的作用<sup>[16]</sup>。白脉软膏是一种藏药外用制剂,主治白脉病、偏瘫,该药外用经皮吸收,具有行气活血、舒筋活络的功效<sup>[17]</sup>。利用温热的扶阳罐,在患肢进行走罐刮拭时,其温热作用可以更好的促进白脉软膏的渗透吸收,其温刮作用可以通经活络,活血祛瘀,促进患肢恢复。

本研究结果表明,治疗组总有效率 92.5%,明显优于对照组( $P < 0.05$ ),且治疗后治疗组 FMA 评分、Barthel 指数评分均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。表明头针结合扶阳罐药物导入疗法治疗中风偏瘫临床效果显著,可明显提高患者生活质量,有利于偏瘫患者肢体功能的恢复,值得在临床上进一步广泛应用。

#### 参考文献

- [1] 李月梅,江钢辉,李艳慧,等. 针刺神经干穴位配合井穴麦粒灸治疗中风后肢体功能障碍 50 例疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2010,37(7): 1364-1365.
- [2] 周建伟,李怡,袁秀丽,等. 针刺中药康复综合方案治疗中风弛缓性肢体功能障碍:多中心随机对照研究[J]. 中国针灸,2012,32(12): 1057-1062.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 中风病中医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.
- [4] 全国第四届血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6): 379-380.
- [5] 朱镛连. 神经病学——神经康复学[M]. 北京:人民军医出版社, 2001: 249-253.
- [6] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6): 381-383.
- [7] 孙晓伟,李洪涛,栾俊琦,等. 针刺对急性颈动脉粥样硬化性脑梗死患者血清 sCD40L 水平的影响[J]. 中医药信息,2015,32(4): 59-61.
- [8] 章薇. 张力平衡针法治疗中风后痉挛性瘫痪技术[J]. 中国乡村医药,2008,15(9): 77-78.
- [9] 马朝阳,高光仪,王文俊,等. 头针配合促通技术治疗卒中偏瘫患者的临床疗效[J]. 中国康复,2010,25(6): 432-433.
- [10] 贝剑宏,陈荣钟,杨卓欣. 点穴配合针灸治疗脑梗死疗效观察[J]. 新中医,2016,48(8): 38-39.
- [11] 倪浩斌,张萃艺,王华政. 化痰通络法联合针灸醒脑开窍法治疗急性期脑梗死的临床观察[J]. 中国中医急症,2016,25(4): 707-708.
- [12] 焦顺发. 焦顺发头针[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2009:7.
- [13] 于川,申斌,徐寅平. 头针长留针配合张力平衡针法改善脑梗死神经功能缺损的临床疗效评价[J]. 针灸临床杂志,2013,29(6): 36-38.
- [14] 郭杰. 针刺联合功能训练对脑卒中肢体运动功能的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志,2012,27(9): 856-858.
- [15] 闵友江,姚海华,邵水金,等. 浅桥头针穴名国际标准化方案的科学性[J]. 中国针灸,2007,27(8): 612-616.
- [16] 胡木明,朱嵘. 扶阳调理与扶阳罐[M]. 北京:中国中医药出版社,2011: 168-185.
- [17] 俞海捷. 白脉软膏配合特定电磁波治疗周围性面瘫 46 例[J]. 中华全科医学,2013,11(6): 909.

(本校校对:杜秀娟 收稿日期:2016-12-20)

### 《中国中医药现代远程教育》杂志征订征稿启事

《中国中医药现代远程教育》杂志是国家中医药管理局主管的国家级中医药科技期刊,中国科技期刊统计源期刊,中国学术期刊综合评价数据库(CAJCED)中国期刊全文数据库(CAJED)及中国核心期刊《遴选》数据库,中国期刊全文数据库收录期刊,中国期刊网全文数据库收录期刊,每月 8 日、23 日出版,国内统一刊号 CN11-5024/R 国际刊号 ISSN1672-2779。

《中国中医药现代远程教育》杂志服务于全国医药卫生及相关行业的科技人员,是我国唯一传播中医药远程教育资讯的中医药科技期刊,是中医药科教研及大中专学生的教辅,是中医药临床教研人员的益友,也是中医药远程网络教育学员的教参。欢迎订阅,全国邮局均可征订。国内邮发代号:82-107,国外代号 N-1751。可直接与本刊发行部发行。

本刊主要栏目分四大版块:一是临床版块:①临床专著;②薪火传承;③护理讲坛;④临证精华;⑤临床报道;⑥他山之石。二是科研版块:①学术论著;②实验研究;③科研进展。三是远教版块:①中远论坛(教育与管理论坛);②远教辅导;③试题解析;④继教讲堂;⑤名师讲座;⑥用药精讲。四是时政与文化版块:①特稿特讯;②大医精诚;③医海泛舟;④杏林文苑;⑤综合资讯。

地址:北京市西城区复兴门南大街甲 2 号知医堂 101 室 邮编:100031

在线投稿邮箱:zgzyycjy@163.com

联系电话:010-87363190