

以温针上八邪穴为主治疗中风后手指拘挛的疗效观察^{*}

王潇依¹, 樊留博^{2△}, 何晓芬¹

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省台州医院, 浙江 台州 317000)

摘要: **目的** 观察以温针上八邪穴为主治疗中风后手指拘挛的临床疗效。**方法** 将 95 例患者随机分为观察组 (48 例) 和对照组 (47 例)。两组均采用针刺治疗、内科基础治疗和康复治疗, 观察组在对照组的基础上加温针上八邪穴。1 次/d, 10d 1 疗程, 3 疗程后比较两组治疗前后简化 Fugl-Meyer 运动功能评分 (FMA)、改良 Ashworth 痉挛评分 (MAS) 以及神经功能缺损程度评分。**结果** 两组治疗后 Fugl-Meyer 运动功能评分 (FMA) 均有提高 ($P < 0.00$), 观察组手指运动功能优于对照组 ($P < 0.05$); 两组治疗后 Ashworth 痉挛评分 (MAS) 均有减少 ($P < 0.00$), 观察组与对照组相比减少程度更明显 ($P < 0.05$); 观察组愈显率 81.3%、总有效率 95.8%, 对照组分别为 53.2% 和 85.1%, 观察组愈显率优于对照组 ($P < 0.028$)。**结论** 以温针上八邪穴为主的治疗方法可明显改善中风后患侧手指挛缩程度, 提高手指运动功能, 对临床应用推广有一定意义。

关键词: 针刺疗法; 中风后遗症; 手指拘挛; 上八邪穴; 温针

中图分类号: R246.6

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2017)04-0074-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2017.04.018

卒中是我国的常见病、多发病, 具有高发病率、高死亡率、高致残率和高复发率的特点, 全世界脑卒中的流行病学发病率为 257.96/10 万^[1], 而 80% 的患者存在不同程度的肢体功能障碍, 手指拘挛是其后遗症最常见的症状之一, 严重影响病人的生活质量。主要表现为手指肌张力增高, 屈伸不利、强握、废用性萎缩等。笔者于 2016 年 1 月-2017 年 6 月, 采用以温针上八邪穴为主治疗中风后手指挛缩 95 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

100 例患者均来自我院针推科及康复科, 按就诊顺序从 1 到 100 编号, 利用 SPSS18.0 统计软件生成随机数, 按 1:1 比例分为观察组和对照组, 各 50 例。研究过程中, 观察组脱落 2 例, 最后纳入统计 48 例; 对照组脱落 1 例, 剔除 2 例, 最后纳入 47 例。观察组男 27 例, 女 21 例; 最小 34 岁, 最大 71 岁, 平均年龄 (63 ± 13) 岁; 病程最短 9d, 最长 123 d, 平均病程 (83 ± 10) d。对照组: 男 19 例, 女 26 例; 最小 31 岁, 最大 74 岁, 平均年龄 (57.6 ± 11) 岁; 病程最短 13d, 最长

165d, 平均病程 (68 ± 15) d。两组患者性别、年龄、病程比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	性别(男/女)	年龄/岁	病程/年
观察组	48	27/21	63 ± 13	83 ± 10
对照组	47	19/28	57.6 ± 11	68 ± 15

1.2 诊断标准

手指拘挛是中风后遗症之一, 在临床上没有明确的诊断标准, 因此本研究符合下述标准即可诊断。①西医诊断采用中华医学会神经病学分会《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014》^[2], 经头颅 CT 或 MRI 检查支持诊断。②中医诊断参照 1996 年国家中医药管理局全国中医脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[3]。

1.3 纳入标准

①符合上述标准, 并经头颅 CT 或 MRI 检查支持; ②30~75 岁; ③初次中风; ④病情稳定、意识清醒; ⑤偏瘫伴手指拘挛; ⑥患者本人或家属签署知情同意书。

^{*} 基金项目: 2017 年浙江省医药卫生科技计划项目 (2017KY707)

收稿日期: 2017-08-18

作者简介: 王潇依 (1985-), 浙江临海人, 中医师, 研究方向: 针灸对中风病的早期康复研究。

△通信作者: 樊留博, E-mail: fanlb@enzemed.com

1.4 排除标准

①未伴有手指拘挛;②生命体征不平稳;③其他疾病造成的手指拘挛;④年龄<30岁或>75岁;⑤伴有痴呆或心理疾病;⑥妊娠及哺乳期妇女;⑦晕针等有异常反应。

1.5 剔除、脱落及中止标准

①患者依从性差,不能完成疗程;②治疗期间出现严重并发症;③治疗期间使用其他治疗方法(如血管内介入,动静脉溶栓),以致无法继续进行本研究。

2 治疗方法

两组患者均在内科基础治疗、康复仪器和康复功能训练的基础上,配合针刺治疗。

(1)内科基础治疗:参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[3]一般处理(体温、血压、血糖、血脂控制);改善脑循环(抗血小板、抗凝、降纤、扩容药)和神经保护药物等。

(2)康复仪器:参照中国脑卒中康复治疗指南(2012)^[4],包括止痛及肌肉刺激仪、上下肢主被动康复训练器等。

(3)康复功能训练:参照中国脑卒中康复治疗指南(2012)^[4],包括肌力增强训练、关节活动度训练、Bobath方法、减重步行训练、运动再学习方案等。

2.1 对照组

针具选择:采用江苏省吴江市佳辰针灸器械有限公司生产的“佳辰”牌一次性使用无菌针灸针,规格为0.25mm×40mm。

针刺取穴:以手足阳明经为主,辅以少阳、太阳经。百会、四神聪、患侧肩三针、曲池、手三里、外关、合谷、阳溪、阳池、阳谷。随证加减:肝阳暴亢加太冲、太溪;风痰阻络加丰隆;痰热腑实加内庭、丰隆;气虚血瘀加气海、血海;阴虚风动加太溪、风池;下肢不遂加足三里、阴陵泉、绝骨、三阴交、丘墟、太冲。

具体操作:对操作者手指和穴位进行消毒,操作者手持0.25mm×40mm毫针,根据穴位直刺或斜刺,得气后以TDP灯垂直照射,留针30min。

2.2 观察组

取穴:对照组的基础上加上上八邪穴。其中上八邪穴,在针尾点燃湖南国杏中药饮片有限责任公司生产的灸博士的针灸医师专用灸,留针30min。

每天1次,10次为1疗程,休息2d,3个疗程结束后评估疗效。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 运动功能评定

参照简化Fugl-Meyer运动功能评测表^[5]对手指功能进行测评,根据每项测试内容的完成程度给予0、1、2分,集团屈曲、集团伸展、钩状抓握、侧捏、对捏、圆柱状抓握和球形抓握共7项,患者单侧最高14分。

3.1.2 肌张力评定

参照改良Ashworth痉挛评定标准^[5]对患者手指进行被动运动所感受的阻力进行分级评定,分为0级、I级、I+级、II级、III级、IV级,对应为0、1、2、3、4、5分。0级:肌张力无增加;I级:肌张力轻度增加,受累部分被动屈伸时,关节活动范围(ROM)之末时呈现最小阻力或突然出现的卡住和放松;I+级:肌张力轻度增加,在ROM后50%范围内出现突然卡住,然后在ROM后50%均呈现最小阻力;II级:肌张力较明显增加,通过ROM的大部分时,肌张力均明显增加,但受累部分能容易的移动;III级:肌张力严重增高,被动运动困难;IV级:强直,受累部分被动屈伸时呈强直状态而不能动。

两组患者患侧手功能均在治疗前、后进行Fugl-Meyer运动功能评分和Ashworth痉挛评定。

3.2 疗效标准^[6]

基本痊愈:功能缺损评分减少91%~100%,病残程度为0级;显著进步:功能缺损评分减少46%~90%,病残程度为1~3级;进步:功能缺损评分减少18%~45%;无变化:功能缺损评分减少17%左右;恶化:功能缺损评分减少或增加18%以上;死亡。

3.3 治疗结果

3.3.1 两组治疗前后Fugl-Meyer(FMA)评分、改良Ashworth痉挛评分(MAS)比较

两组治疗前改良Fugl-Meyer(FMA)评分、Ashworth痉挛评分(MAS)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。3个疗程后,两组FMA、MAS评分较治疗前均有一定提高,观察组患者评分均优于对照组,差异有统计学意义。详见表2。

3.3.2 临床疗效比较

观察组愈显率81.3%,总有效率95.8%,对照组为58.2%和85.1%,愈显率经卡方检验,比较差异有统计学意义($\chi^2=9.086, P<0.028$),显示观察组的临床疗效优于对照组。详见表3。

表 2 两组治疗前后 Fugl-Meyer 评分、Ashworth 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	时间	Fugl-Meyer	Ashworth
观察组	48	治疗前	6.40 ± 3.044	2.85 ± 1.010
		治疗后	11.27 ± 2.060	1.96 ± 1.010
对照组	47	治疗前	6.21 ± 2.528	3.13 ± 1.013
		治疗后	9.38 ± 2.886	2.45 ± 0.996
t_1, P			-19.346, $P < 0.00$	13.144, $P < 0.00$
t_2, P			-17.296, $P < 0.00$	8.397, $P < 0.00$
t_3, P			0.319, $P > 0.05$	-1.317, $P > 0.05$
t_4, P			3.663, $P < 0.05$	-2.374, $P < 0.05$

注: 1、2 分别为观察组和对照组各自治疗前后组内比较, 3、4 分别为治疗前和治疗后组间比较

表 3 两组患者临床疗效比较 ($\bar{x} \pm s$, 例)

组别	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	愈显率/%	总有效率/%
观察组	17	22	7	2	0	81.3	95.8
对照组	9	16	15	7	0	53.2	85.1
χ^2, P						$\chi^2 = 9.086$ $P < 0.028$	

3.4 统计学方法

用 SPSS18.0 软件进行数据分析, 计量资料由均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内治疗前后比较用配对样本 t 检验, 组间比较用独立样本 t 检验。计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 有统计学意义。

4 讨论

中医学对中风早有认识, 屡次阐述其病机、病因, 但受认知水平限制, 少有中风痉挛的记载, 仅见于“杂风”“中风”等病证中^[7]。而肢体痉挛是中风病最主要的一种后遗症, 甚至部分患者急性期也会出现, 是由缺乏高级中枢调控的牵张反射处于亢进状态而引起的肌张力升高与肌肉协调失常, 是中风患者出现运动功能障碍的主要原因之一^[8]。痉挛如果不经正确、及时、有效的治疗, 会形成永久性的关节挛缩, 必将成为患者日常生活自理能力恢复的阻碍, 尤其是手指功能的重建, 是临床康复治疗的一个重点^[9], 也是一大难点。祖国医学认为, 中风后期因气血失调, 风、火、痰、瘀之邪留滞经络, 血脉不畅而留有后遗症, 在中医学属“经筋病”。《素问·调经论》有云: “手屈而不伸者, 其病在筋”。由于经筋长时间失于濡养而出现筋肉拘急, 屈伸不利, 严重影响其康复进度

和生活自理能力。因此尽快疏筋缓急, 恢复手指功能是中风康复的关键所在。有研究表明^[10], 针灸疗法可从根本的病因病机入手, 调和阴阳, 舒筋活络, 改善中风患者肢体活动功能状态, 提高其生活质量, 而与现代康复训练结合可以激活感觉运动系统的反馈机制模式, 更迅速地促进患者肢体功能康复和生活自理能力的提高。同时, 针刺治疗中风患者, 经济有效, 增加其治疗的可持续性, 为西医疗法不满意的患者提供另一种有效的治疗途径^[11]。但笔者发现单纯针灸对有些病人的效果不是很理想, 而温针上八邪穴为主的疗法, 可有效缓解手指屈伸不利, 促进手指活动功能的恢复。

《难经·二十九难》提出: “阴跷为病, 阳缓而阴急; 阳跷为病, 阴缓而阳急”。中风后患者上肢内侧屈肌占优势, 挛缩屈曲, 乃“阳缓而阴急”的表现, 故治疗时选择阳面穴位, 可以从阳引阴, 改善阴阳失衡。倪欢欢等^[9]认为脑卒中患者的上肢功能重建时, 手三阳经穴是针灸常用穴位, 尤其是阳明经。刘亚光等^[12]认为阳主动, 中风后手指拘急, 其病在阳, 取合谷透后溪, 后溪透合谷, 大陵穴, 可贯通手三阴三阳, 沟通表里, 调节多脏腑多经的卫气营血, 纠正局部肌肉、肌腱和相关韧带的痉挛状态, 达到阴平阳秘, 缓解拘挛。罗天益^[13]《卫生宝鉴·卷八·中风灸法》有“凡治风莫若续命汤, 然此可扶持疾病, 要收全功, 必须火艾为良”。贺成功等^[14]认为艾灸的温热刺激, 直接或间接地作用于人体体表的特定部位, 并通过经络等作用产生局部和远隔部位的效应, 起到温通温补温泻的作用。佟帅等^[15]根据中医“标本根结”理论, 选取“本, 跟穴”“标, 结穴”和阳跷脉与他经的交会穴, 缓解脑梗死患者肢体痉挛, 改善其患侧肢体活动能力。胡蓉等^[16]认为强刺激八邪穴, 针刺兴奋尺、桡神经手背支, 能提高患侧肌肉肌梭的兴奋性, 将冲动传入脊髓, 兴奋脊髓内支配同一肌肉的 α 运动神经元, 收缩受刺激肌肉, 同时传入冲动可能会上传到脑内的各个层次, 不同程度地激活受损脑细胞, 使其恢复, 或促进脑内功能重组, 加强中枢与周围神经的联系, 恢复手部运动功能。赵明华等^[17]使用火针八邪穴和上八邪穴, 既有针刺效应, 又有温热效应, 可温阳通络、行气活血, 从阳引阴, 纠正挛缩状态, 恢复阴阳平衡。上八邪穴位于手的阳(背)面掌指关节后缘, 八邪穴上部, 在拇收肌和骨间肌中, 穴区布有桡神经浅支的

手背支、尺神经手背支、尺神经肌支。位置近“五输穴”中的“输穴”,经气在此流注渐盛。《难经·六十八难》:“输主体重节痛”,指出输穴善于治疗身体沉重和肢体关节疼痛的疾病,王居易^[18]认为输穴有益气化湿之功,阳经输穴偏于疏导本经经气。李洁新^[19]采用手三阳经输穴三间、中渚、后溪放血,达到活血化瘀、舒筋柔筋,改善肢体肌肉痉挛状态。因此,笔者选用以温针上八邪穴可激发手部经气,疏通闭塞经脉,通利腕、掌、指关节。

本研究结果表明单纯针刺与以温针上八邪穴为主疗法对中风后手指拘挛均有疗效。观察组手指肌张力显著低于对照组,提示以温针上八邪穴为主的疗法有助于改善患者手指肌张力;观察组 Fugl-Meyer 手指运动功能评分明显高于对照组,提示以温针上八邪穴为主的疗法有助于改善手指运动功能;观察组的总有效率、愈显率(95.8%、81.3%)显著高于对照组(85.1%、58.2%)。上述结果均证实了以温针上八邪穴为主的疗法能明显改善手指拘挛程度,提高手指的运动功能,而且操作简单方便,为患者的康复治疗提供了有益的探索。

参考文献:

- [1] 张润华,刘改芬,潘岳松,等. 世界卒中流行趋势概况[J]. 中国卒中杂志,2014,9(9):767-773.
- [2] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经外科杂志,1997,13(1):3-5.
- [3] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.
- [4] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室. 中国脑卒中康复治疗指南[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(4):301-318.
- [5] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:405.
- [6] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 脑血管疾病分类(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):376-377.
- [7] 肖春海,李明. 温针灸配合康复治疗中风后肩痛 22 例疗效观察[J]. 河北中医,2014,36(11):1672-1673.
- [8] 沈钦彦. 温针灸联合合谷刺法治疗中风痉挛临床研究[J]. 中医学报,2017,32(8):1570-1572.
- [9] 倪欢欢,崔晓,胡永善,等. 针刺配合康复训练治疗脑卒中后上肢痉挛疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2012,31(11):789-791.
- [10] 张少年,李蕾蕾. 针灸联合功能锻炼对脑卒中患者偏瘫肢体功能恢复的影响[J]. 中国乡村医药杂志,2014,21(16):52-53.
- [11] 林国华,卢立宏,陈楚云,等. 针刺治疗脑梗死非急性期神经功能缺损程度的 Meta 分析[J]. 云南中医学院学报,2016,39(3):44-47.
- [12] 刘亚光,金杰. 针刺后溪、合谷、大陵穴治疗脑卒中后手指挛痛 28 例[J]. 中医临床研究,2014,6(22):20-21.
- [13] 元·罗天益. 卫生宝鉴[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:87.
- [14] 贺成功,蔡圣朝,龙红慧,等. 灸法温泻温通温补作用浅议[J]. 山东中医药大学学报,2013,37(6):473-474.
- [15] 佟帅,苏李,吕海波,等. 关键点针刺法配合康复治疗脑梗死后痉挛期偏瘫疗效观察[J]. 中国针灸,2013,33(5):399-402.
- [16] 胡蓉,王强,朱广旗. 针刺八邪穴治疗脑梗塞手功能障碍 20 例[J]. 吉林中医药,2008,28(5):356.
- [17] 赵明华,钱虹,庄礼兴. 火针八邪、上八邪穴治疗中风后手指拘挛的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2013,30(2):175-178.
- [18] 王居易. 经络医学概论[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:107-109.
- [19] 李洁新. 芒针透刺配合放血疗法治疗中风后上肢肌张力增高 70 例[J]. 北京中医药,2012,31(5):360-362.

(编辑:徐建平)