

“荣输补泄”针刺法治疗急性缺血性中风偏瘫 23 例

毛力威 詹广生 周丹 曹婧瑜 郭超 肖素娟

广州市天河区中医医院 广东广州 510000

摘要: 目的: 观察“荣输补泄”针刺法对改善急性缺血性中风偏瘫肢体远端肌力的临床疗效; 方法: 选取符合标准的急性缺血性中风导致的双下肢迟缓性偏瘫患者, 运用“荣输补泄”针刺法治疗患侧内庭、行间、陷谷、太冲, 每穴操作时为 1min; 每 5 分钟行针 1 次, 留针 30 min, 每日 1 次, 共 5 次, 分别评估患者在治疗前、治疗 1 后、治 5 后的患侧远端肌力。结果: “荣输补泄”法可改善急性缺血性中风偏瘫肢体远端肌力。

关键词: “荣输补泄”; 针刺; 急性缺血性中风; 偏瘫; 远端肌力

急性缺血性中风是最常见的卒中类型, 致残率高, 大多患者会出现偏瘫^[1]。其中, 遗留后遗症中下肢远端肌力恢复较慢, 导致患者不良步态, 易造成踝关节畸形, 摔倒风险增高。根据《素问·痿论篇》中治痿独取阳明的思想, 笔者采用“荣输补泄”法针刺以改善急性缺血性中风引起的下肢远端肌力降低 23 例, 现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部 23 例均为 2019 年 10 至 2021 年 11 月于广州市天河区中医医院康复科住院的急性缺血性中风导致的双下肢迟缓性偏瘫患者, 选取患者需神志清楚, 无吞咽障碍, 无明显心肺功能障碍, 无二便失禁, 无下肢溃烂等皮肤病。男 15 例, 女 8 例; 年龄 51~78 岁, 平均 (56+8) 岁; 病程 7~12 d, 平均 8d。

1.2 诊断标准

急性缺血性中风诊断标准采用 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准^[2]。中风病中医诊断标准采用国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[3]。

2 治疗方法

取穴: 患侧内庭、行间、陷谷、太冲。操作: 患者取仰卧位, 选取规格 0.25mm × 0.25mm 一次性无菌针灸针。针刺前, 先进行医生操作手部及患者穴位局部常规消毒; 进针时, 针尖向上斜刺, 刺入深度 0.8~1.0cm; 针刺得气后, 应用捻转补法操作内庭、陷谷, 捻转角度为 90°, 每分钟捻转 90 次; 应用捻转平补平泻法操作行间、太冲, 捻转角度

为 360°, 每分钟捻转 160 次, 每穴操作时为 1min; 每 5 分钟行针 1 次, 留针 30 min。操作时可见踝关节不自主屈曲动作为佳, 每日 1 次, 治疗时间为下午 2 时, 共 5 次。

3 疗效观察

3.1 观察指标

徒手肌力评定 (MMT): 采用《神经病学》^[4]中 0 ~ V 级的 6 级肌力分级标准, 在针刺当天针刺前和针刺后对偏瘫下肢远端肌力进行评定和记录。下肢远端肌力以屈伸踝关节来判断。肌力的分级标准: 0 级: 肌肉无任何收缩现象; I 级: 肌肉可轻微收缩, 但不能活动关节, 仅在触摸肌肉时感觉到; II 级: 肌肉收缩可引起关节活动, 但不能对抗地心引力, 肢体不能抬离床面; III 级: 肢体能抬离床面, 但不能对抗阻力; IV 级: 能做对抗阻力的活动, 但较正常差; V 级: 正常肌力。

3.2 疗效评定标准

显效: 针刺后肌力提高 3 级; 中效: 针刺后肌力提高 2 级; 有效: 针刺后肌力提高 1 级; 无效: 针刺后肌力无明显变化^[1]。

3.3 统计学处理

所有数据资料均采用 SPSS17.0 软件统计, 治疗前分别与治疗 1 次后、治疗 5 次后比较采用方差分析, 检验水准取 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 治疗结果

表 1 治疗 1 次后与治疗 5 次后疗效统计

	无效	有效	中效	显效
第 1 次治疗后	3 (13%)	15 (65%)	4 (18%)	1 (4%)
第 5 次治疗后	0 (0%)	6 (26%)	13 (57%)	4 (13%)

表 2 治疗前与治疗 1 次、治疗 5 后肌力评分统计分析

治疗前后	例数					
	0	I	II	III	IV	V
治疗前	5	11	5	2		
第 1 次治疗后	2	2	8	9	2	
第 5 次治疗后	0	1	3	6	12	1

治疗前与第 1 次治疗后对比: $F=122.986, P=0.000$, 治疗 1 次后症状有明显改善; 治疗前与第 5 次治疗后对比: $F=122.986, P=0.000$, 治疗第 5 次后与治疗前的症状有明显改善; 第 1 次治疗后与第 5 次治疗后对比: $F=122.986, P=0.000$, 治疗 5 次后与治疗 1 次后的症状也有明显改善。

5 典型病例

患者, 男, 68 岁, 因于 2021 年 9 月 3 日打牌后骑自行车时感右侧肢体乏力, 但当时神志清醒, 无明显运动障碍, 立即由家人送至当地医院; 患者于当天症状逐渐加重, 出现左侧肢体乏力明显, 不能独自站立、行走, 言语不清, 经行头颅平扫 +MRA+ 脑功能成像: 桥脑左侧份脑梗塞 (亚急性期); 左侧基底节区小软化灶; 双侧侧脑室周围脑白质及半卵圆中心脑白质疏松; 脑萎缩, 脑动脉硬化, 右侧大脑中动脉 M2 段狭窄; 左侧胚胎型大脑后动脉, 双侧大脑前动脉共干。经行“静脉溶栓治疗”及降脂、调控血压等治疗后, 病情稳定后出院; 留有右侧肢体乏力, 不能独自站立、行走伴言语不清; 为求进一步康复治疗, 于 2021 年 9 月 115 日门诊以“大脑动脉狭窄脑梗死 (右侧运动功能障碍、言语障碍)”收入院。入院后右侧偏瘫肢体肌力评定: 右下肢近端肌力 3+ 级, 右下肢远端肌力 2- 级。右侧足趾可见关节活动, 但不能抬离地面; 第二天予上述治疗 1 次后立即行右下肢肌力评估: 右下肢近端肌力 4- 级, 右下肢远端肌力 3+ 级。右侧踝关节可抬起屈曲角度约 15° , 可顶起 0.5 千克重量的沙袋。5 次治疗后, 再次评估右侧下肢肌力: 右下肢近端肌力 4- 级, 右下肢远端肌力 4+ 级。患者基本无明显活动功能障碍, 可以独自站立、行走。

6 讨论

急性缺血性中风引起的迟缓性瘫痪又称下运动神经元

瘫痪、周围性瘫痪。是由于脊髓前脚细胞或脑干神经运动核及其发出来的神经纤维病变引起的瘫痪。其特点为患肢肌张力降低, 腱反射减弱或消失, 后可出现肌萎缩。

《素问·痿论篇》: “阳明者, 五脏六腑之海, ……故阳阴虚则宗筋纵, 带脉不引, 故足痿不用”。此篇论述了下肢迟缓性瘫痪可归为“足痿”, 并提出“治痿独取阳明”的治疗思路, 又有《素问·痿论篇》: “各补其荣而通其俞, 调其虚实, 和其逆顺……”的具体针刺的方法。根据《素问·痿论篇》的论述, 笔者结合患者的体质辩证, 采用补阳明经的内庭、陷谷以补益阳明经气血以改善下肢肌肉的肌力; 平补平泻肝经的行间、太冲以疏通肝经, 可以增强肝的筋及踝关节的功能。“所溜为荣, 所注为输”, 针刺“荣”、“输”穴可以起到增强补益及疏通经络的功效。另外, “荣”、“输”位于下肢远端, 末梢神经丰富, 可以通过刺激神经末梢以促进相应大脑皮层的循环, 改善运动功能。但是, 该疗法的临床观察的病例数偏小, 也没有跟普通针刺相比较, 不能完全说明该疗法的优势; 没有针对不同的证型采取不同的补泄手法; 也需要进一步探求选穴及手法的原理。

参考文献:

- [1] 杜小正, 王金海, 鲍春玲. 头穴捻转补泻手法针刺对急性缺血性中风偏瘫患者肢体肌力的即刻影响: 随机对照研究 [J]. 中国针灸 2021,36(1):43-44.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 2(6): 379-381.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准 (实行) [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): :55-56.
- [4] 吴江. 神经病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: :62-63.

作者简介:

毛力威 (1983-), 男, 汉族, 广东省广州市, 研究生, 广州市天河区中医医院, 副主任医师, 研究方向: 针刺对脑血管疾病的临床研究