

头部针刀治疗脑卒中下肢运动功能障碍的临床观察

张永红¹, 吴婷², 黄飞燕¹, 卿培武¹

(1. 广东三九脑科医院康复治疗科, 广东广州 510510; 2. 广东三九脑科医院超声诊断科, 广东广州 510510)

摘要:【目的】观察头部针刀治疗脑卒中下肢运动功能障碍的临床疗效。【方法】将68例脑卒中下肢运动功能障碍患者随机分为观察组和对照组, 每组各34例, 对照组给予针刺配合综合康复训练疗法进行治疗, 观察组在对照组治疗的基础上, 配合头部针刀治疗。2组患者每天治疗1次, 每周治疗5d, 4周为1个疗程。治疗1个疗程后, 观察2组患者治疗前后Fugl-Meyer下肢运动功能评定量表(FMA-L)评分与Berg平衡量表(BBS)评分的变化情况, 比较2组患者治疗前后计时起立-步行测验(TUGT)评分和临床痉挛指数量表(CSI)评分的变化情况, 并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)治疗后, 2组患者的下肢运动功能FMA-L量表评分明显改善($P < 0.05$), 观察组下肢运动功能FMA-L量表评分明显升高, 但与对照组比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。 (2)治疗后, 2组患者的平衡能力BBS量表评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善平衡能力BBS量表评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (3)治疗后, 2组患者的移动能力TUGT评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善移动能力TUGT评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (4)治疗后, 2组患者的临床痉挛指数CSI评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善临床痉挛指数CSI评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。 (5)2组患者在治疗期间均未发生与治疗相关的不良反应。【结论】头部针刀治疗脑卒中下肢运动功能障碍, 能有效改善脑卒中患者的下肢运动功能, 对提高患者的生活质量起到一定的促进作用。

关键词: 小针刀; 头部; 脑卒中; 下肢运动功能障碍; 生活质量; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)03-0507-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.03.014

Clinical Observation on Head Needle Knife for Treatment of Lower Limb Motor Dysfunction in Stroke Patients

ZHANG Yong-Hong¹, WU Ting², HUANG Fei-Yan¹, QING Pei-Wu¹

(1. Dept. of Rehabilitation, Guangdong 999 Brain Hospital, Guangzhou 510510 Guangdong, China; 2. Dept. of Ultrasound Diagnosis, Guangdong 999 Brain Hospital, Guangzhou 510510 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of head needle knife for the treatment of lower limb motor dysfunction in stroke patients. **Methods** A total of 68 cases of stroke patients with lower limb motor dysfunction were randomly divided into observation group and control group, 34 cases in each group. The two groups received acupuncture combined with comprehensive rehabilitation training treatment, additionally, the observation group received head needle knife treatment, once every day, 5 days a week, 4 weeks constituting one course. After one course of treatment, the changes in Fugl-Meyer Assessment of Lower Extremity (FMA-L) scale score and Berg Balance Scale (BBS) score in the two groups were observed before and after treatment, the changes in Timed Up and Go Test (TUGT) score and Clinical Spasm Index Scale (CSI) score in the two groups were compared before and after treatment, and the safety and occurrence of adverse reactions were evaluated in the two groups. **Results** (1) After treatment, the FMA-L scale score of lower limb motor function in the two groups of patients was significantly improved ($P < 0.05$), but there was no statistically significant difference between the observation group and the control group ($P > 0.05$). (2) After treatment, the BBS score in the two groups was significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement in BBS score in the observation group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). (3) After treatment, the TUGT score in the two groups was significantly improved ($P < 0.05$),

收稿日期: 2020-07-16

作者简介: 张永红(1967-), 女, 副主任医师; E-mail: zhang_yonghong@126.com

and the improvement in TUGT score in the observation group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). (4) After treatment, the CSI score in the two groups was significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement in CSI score in the observation group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). (5) No treatment-related adverse reactions in the two groups during treatment period. **Conclusion** Head needle knife treatment is effective for improving the lower limb motor dysfunction in stroke patients, and promoting the quality of life of patients.

Keywords: small needle knife; head; stroke; lower limb motor dysfunction; quality of life; clinical observation

脑卒中是临床常见病、多发病, 60%~80%的患者会遗留有各种功能障碍^[1], 严重影响患者的生存质量, 目前尚无特效治疗方法。有报道宫氏脑针疗法对一些顽固性疼痛及瘫痪等疑难杂症显示了特殊的疗效^[2-4], 其主要治疗方式是以针刀刺激以枕外隆突为重点的颅骨中线区域。为了探索促进脑卒中患者运动功能康复的新方法, 本研究采用头部针刀治疗脑卒中后下肢运动功能障碍, 取得了一定的疗效, 现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2017年12月至2019年6月广东三九脑科医院病房及门诊收治的68例明确诊断为脑卒中运动功能障碍的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组, 每组各34例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

脑卒中西医诊断标准参照《中国脑血管疾病分类2015》^[5]中有关标准拟定, 中医辨证标准参照《中医临床诊疗指南释义·脑病分册》^[6]拟定。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②年龄18~75岁; ③病程1~6个月, 步行障碍, 但具有一定的独立步行能力, Holden步行能力2级以上; ④无明显认知障碍, 简易精神状态检查(Mini-Mental State Examination, MMSE)评分>17分; ⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①患有理解或认知障碍, 严重心理障碍的患者; ②患有影响步行的其他神经、骨关节疾病的患者; ③患有严重心、肺等重要脏器疾病, 不适合综合康复治疗的患者; ④依从性差, 不按要求

接受治疗, 无法坚持完成治疗周期的患者。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者; ②研究资料不齐全而影响疗效判定者; ③未按研究方案要求治疗者; ④治疗过程中因各种原因中断治疗, 未能完成治疗者; ⑤患者病情变化或改变治疗方案者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

给予针刺配合综合康复训练疗法进行治疗。

(1) 针刺疗法: 以偏瘫侧肢体取穴结合头针为主, 采用一次性使用无菌针灸针(苏州针灸用品有限公司生产, 规格: 0.3 mm × 40 mm)。上肢主穴: 合谷、外关、曲池、肩髃; 下肢主穴: 环跳、足三里、委中、阳陵泉、太冲等。各个穴位以络合碘消毒后, 垂直进针1~3.5 cm, 采用平补平泻法, 留针30 min, 每日治疗1次。头针以运动区及平衡区为主。运动区: 前后正中中线中点向后0.5 cm与眉枕线和鬓角发际前缘焦点的连线区域。平衡区: 枕外隆突水平向外3.5 cm向下4 cm区域。采用上述毫针, 从上向下平刺进针, 针体在帽状腱膜下顺滑进针30 mm, 前后快速捻转1 min后留针30 min。(2) 综合康复训练: 根据患者的不同情况, 给予肌力训练如核心肌群训练。让患者坐在Bobath球上, 进行骨盆前、后、侧倾训练; 患侧负重训练如单腿踏台阶、重心转移; 平衡训练如坐位、站立各个方向取物、转身、单腿站立平衡、坐-站转移训练等, 以及步行、上下台阶训练。偏瘫肢体运动功能训练以易化技术以及运动再学习技术为主, 日常生活自理能力训练根据日常生活能力(Activity of Daily Living, ADL)中的评估项目进行训练。针刺与康复训练的顺序没有特别要求。

1.6.2 观察组

在对照组治疗的基础上, 配合头部针刀治疗。具体如下: 取穴以头部前后正中中线为主, 配

合头针的平衡区、运动区。针具采用一次性使用无菌小针刀(江西老宗医医疗器械有限公司生产,规格:1.2 mm×40 mm)。方法:前后正中线上从枕外隆突下缘项韧带止点开始,由下向上至前发际;运动区及平衡区与头针部位相同,由上向下取穴,以上区域每隔1.5 cm取一个点,每次以医用记号笔取1~2个点。先做前后正中线上,5次以后根据患者情况选择运动区、平衡区与正中线上交替进行,为避免针眼重叠可稍有偏离。治疗部位头发密集,但考虑到美观需求,不要求患者一定剃头,局部需严格碘伏消毒3遍,以1 mL注射器抽取1 mL麻药(以0.9%氯化钠加2%利多卡因按4:1体积配比),先打皮丘,后垂直头皮边推药边进针抵颅骨,每个点大约0.3~0.5 mL。带无菌手套,左手持无菌棉球或纱布,右手持小针刀,刀口线纵向与人体纵轴平行,先倾斜针体,以左手拇指迅速按压针体,以针下角开皮后,马上垂直颅骨进针,迅速抵骨,再前后小幅度摇动针体进针,使刀口慢慢深入,稍有夹针感为度,入骨约1 mm,随即起针。嘱患者或家属按压针眼2 min,至不出血为止,8 h内避免局部沾水。

1.6.3 疗程

2组患者均每天治疗1次,每周治疗5 d,治疗4周为1个疗程,共治疗1个疗程。

1.7 观察指标

以下检测项目均由不知分组情况的专门评估人员在2组患者治疗前后分别进行。

1.7.1 Fugl-Meyer下肢运动功能评定量表

观察2组患者治疗前后Fugl-Meyer下肢运动功能评定量表^[7](FMA-L)评分的变化情况。该量表包含下肢的17项评定内容,每项评分0~2分(0分代表无法完成,1分代表可以部分完成,2分代表能完全完成),满分共34分。分值越高,则代表运动功能越好。

1.7.2 Berg平衡量表

观察2组患者治疗前后Berg平衡量表^[8](BBS)评分的变化情况。该量表包含坐位平衡、站立平衡、坐站转移、站坐转移、床椅转移、闭目站、并足站、站立伸手前倾取物、站立弯腰拾物、转身看、转身1周、交替踏台阶、前后站及单腿站等14个项目,每项评分0~4分(0分代表无法完成,4分代表能完全完成),满分共56分。分值越高,表示平衡能力越好,40分以下则有跌倒的风险。

1.7.3 计时起立-步行测验

观察2组患者治疗前后计时起立-步行测验^[9](TUGT)评分的变化情况。嘱患者坐在椅子上,计算患者从椅子上站起,向前直线步行3 m,然后转身步行回来,再坐在椅子上的时间。反复测定3次,取平均值。时间为7~10 s提示正常;时间≥14 s提示有跌倒的风险;时间≥20 s提示存在移动障碍。

1.7.4 临床痉挛指数量表

观察2组患者治疗前后临床痉挛指数量表^[10](CSI)评分的变化情况。该量表包括腱反射(0分:无反射;1分:反射减弱;2分:反射正常;3分:反射活跃;4分:反射亢进)、肌张力(0分:无阻力;2分:阻力降低;4分:正常阻力;6分:阻力轻到中度增加;8分:阻力中度增加)、阵挛(1分:无阵挛;2分:阵挛1~2次;3分:阵挛2次以上;4分:阵挛持续超过30 s)共3个方面。结果判断:7~9分为轻度痉挛;10~12分为中度痉挛;13~16分为重度痉挛。

1.8 安全性评价

治疗过程中,观察2组患者不良反应的发生情况。如持续疼痛、出血、癫痫及其他不良反应情况,并给予及时的治疗和调整,如患者严重不适可暂停治疗。

1.9 统计方法

采用SPSS 19.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

表1结果显示:2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后下肢运动功能FMA-L量表评分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者下肢运动功能FMA-L量表评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的下肢运动功能FMA-L量表评分均明显改善($P < 0.05$),观察组下肢运动功能FMA-L量表评分明显升高,但与对照组比

表1 2组脑卒中下肢运动功能障碍患者基线资料比较

Table 1 Comparison of the baseline data in the two groups of patients with lower limb motor dysfunction ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	病变类别(例)		偏瘫侧(例)	
		男	女			出血	梗死	左	右
对照组	34	20	14	57.62 ± 23.35	55.48 ± 25.86	17	17	14	20
观察组	34	19	15	58.77 ± 21.58	53.13 ± 27.34	18	16	16	18

表2 2组脑卒中下肢运动功能障碍患者治疗前后
下肢运动功能FMA-L量表评分比较Table 2 Comparison of FMA-L scale score for the two groups of patients with lower limb motor dysfunction before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	34	17.32 ± 8.64	22.79 ± 7.87
观察组	34	18.51 ± 9.18	23.61 ± 9.53 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 2组患者治疗前后平衡能力BBS量表评分比较

表3结果显示: 治疗前, 2组患者平衡能力BBS量表评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的平衡能力BBS量表评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善平衡能力BBS量表评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组脑卒中下肢运动功能障碍患者治疗前后平衡能力
BBS量表评分比较Table 3 Comparison of BBS scores for the two groups of patients with lower limb motor dysfunction before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	34	36.31 ± 3.67	39.71 ± 4.82 ^①
观察组	34	35.85 ± 4.13	43.86 ± 4.53 ^②

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

2.4 2组患者治疗前后移动能力TUGT评分比较

表4结果显示: 治疗前, 2组患者移动能力TUGT评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的移动能力TUGT评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善移动能力TUGT评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 2组脑卒中下肢运动功能障碍患者治疗前后
移动能力TUGT评分比较Table 4 Comparison of TUGT score for the two groups of patients with lower limb motor dysfunction before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	34	27.38 ± 9.61	21.13 ± 4.5 ^①
观察组	34	26.53 ± 8.37	17.44 ± 6.5 ^②

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

2.5 2组患者治疗前后临床痉挛指数CSI评分比较

表5结果显示: 治疗前, 2组患者临床痉挛指数CSI评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的临床痉挛指数CSI评分明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善临床痉挛指数CSI评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表5 2组脑卒中下肢运动功能障碍患者治疗前后
临床痉挛指数CSI评分比较Table 5 Comparison of CSI score for the two groups of patients with lower limb motor dysfunction before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	34	12.51 ± 3.83	10.89 ± 3.6 ^①
观察组	34	12.74 ± 3.57	9.14 ± 3.11 ^②

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

2.6 2组患者不良反应发生情况比较

2组患者在治疗期间均未发生与治疗相关的不良反应。

3 讨论

脑卒中是由于脑部血管因出血或缺血造成高级中枢损害, 下位神经元失去控制而出现的一系列症状, 多表现为病灶对侧半身感觉、运动障

碍,以及言语、吞咽、认知等功能损害。其中,下肢功能障碍主要有肌张力增高、肌力减弱,髌膝踝等关节运动控制和协调障碍,平衡障碍以及步行速度减慢等,涉及多种综合能力,可以从多个不同角度评估患者的疗效,因此,本研究把具有一定步行能力的脑卒中患者下肢运动功能作为疗效评估指标。

现代康复对脑卒中的治疗主要是通过针对性的功能训练,促进大脑功能区的重塑。研究^[11]表明,当某外周单位频繁使用或废用时,大脑皮层的相应代表区会扩大或被临近的代表区占据,因此,反复训练会改变、强化传向中枢的信息,进而逐步改变大脑皮层的结构^[12],实现所需的功能重塑。本研究采用的头部针刀治疗方法,是在宫氏脑针理论及其有效案例的基础上制定的,也是通过改变传入大脑的信息起效的。宫氏脑针的治疗方法主要有实相针法和筋膜松解针法两个部分。实相针法是根据大脑功能区与躯体结构具有一一对应、时时对应的关系,通过针刀刺入周围骨突少许,轻度改变骨的结构,影响其传向中枢的信息,进而影响皮层脑反应区的突触连接,打破因脑细胞受损或敏化而产生的相关信号,使异常症状得以消除^[13]。筋膜松解是通过松解紧张的筋膜,改善内环境,进而改善组织营养代谢和神经的兴奋性,促进修复。脑是神经中枢,人体的一切功能都是在脑的最高调控下进行的,因此,头部在皮层的功能区面积很大,所以,宫氏脑针把头部作为治疗重点。由于枕外隆突是项韧带在颅骨的附着点,是颈枕筋膜应力集中点,它对应的颅内结构是枕内隆凸,是大脑镰和小脑幕的汇集区。因此,针刀松解项韧带,并刺入枕外隆突以及大脑中线的骨膜和骨皮质,可以松解颅外的筋膜张力,轻度改变颅骨结构,进而影响颅内应力以及脑的功能区,改善症状。由于需要刺入骨骼改变其结构,并切割筋膜进行松解,因此,宫氏脑针采用较粗硬的针刀进行治疗。另外,头针疗法对脑卒中的治疗也有多年的临床应用经验,效果满意,其主要取穴部位是头部功能区的对应区域,因此,本研究将宫氏脑针与焦氏头针的针刺部位相结合,希望对脑卒中患者的运动功能起到更好的作用。

本研究结果表明,头部针刀对脑卒中患者下

肢运动能力具有较好的促进作用。治疗后,2组患者的下肢运动功能FMA-L量表评分明显改善($P < 0.05$),但观察组与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组患者的平衡能力BBS量表评分、移动能力TUGT评分以及临床痉挛指数CSI评分均明显改善($P < 0.05$),且观察组明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2组患者在治疗期间均未发生与治疗相关的不良反应。说明头部针刀对脑卒中下肢运动功能的康复具有促进作用,但并非特别突出地提高了患肢的分离运动水平,而是在整体上改善了患者的下肢运动能力。

中医认为脑与肾、骨、髓紧密相关,《灵枢·海论》云:“脑为髓之海。”《素问·宣明五气篇》曰:“肾主骨。”《素问·痿论》曰:“肾主身之骨髓。”《素问·五脏生成》曰:“诸髓者,皆属于脑。”说明脊髓、骨髓都与脑相关。脑是生命最先形成的组织,《灵枢·经脉》曰:“人始生,先成精,精成而脑髓生,骨为干,脉为营,筋为刚,肉为墙,皮肤坚而毛发长,谷入于胃,脉道以通,血气乃行。”脑为元神之府,统领全身,因脑与肾、髓、骨密切相关,而髓是骨的核心部分,因而从中医学角度来讲,在骨上治疗脑病及其他疑难杂症是有依据的。

骨骼与神经之间的相关性也是近年研究的热点。临床研究发现,颅脑损伤合并肢体骨折的患者,其骨折的愈合速度要快于单纯骨折的患者,甚至出现骨化性肌炎^[14];频繁中风的患者大多伴随骨质疏松,而这些患者如果髌骨骨折,却可以免于急性中风^[15]。研究^[16-18]表明,骨骼是具有生物活性的“内分泌器官”,它与神经细胞一样具有突触,在信息传递和生物调控方面都具有重要作用。

综上所述,头部针刀治疗脑卒中下肢运动功能障碍,具有操作简便、安全系数高,痛苦小、见效快等优点,且患者乐于接受,复诊率较高,可以为广大脑卒中患者提供一个新的治疗手段。配合功能训练及常规针灸等治疗,可以进一步提高患者生活质量。但其作用机理尚不十分明确,需要进一步的研究来探讨。

参考文献:

- [1] WANG Y J, ZHANG S M, ZHANG L, et al. Chinese guidelines for the secondary prevention of ischemic stroke and transient ischemic attack[J]. CNS Neurosci Ther, 2012, 18(2): 93-101.

- [2] 吴俊. 宫氏脑针联合多巴丝肼治疗帕金森病临床观察[J]. 中医药临床杂志, 2019, 31(6): 1099-1101.
- [3] 涂雅丹, 宫长祥, 贺振泉. 宫长祥运用宫氏脑针疗法治疗脑性瘫痪的临床经验[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(6): 1156-1158.
- [4] 宫长祥. 截瘫病例3例报告[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(97): 183-185.
- [5] 陈艳, 胡发云, 吴波. 《中国脑血管疾病分类2015》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2017, 17(12): 865-868.
- [6] 高颖. 中医临床诊疗指南释义·脑病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 18.
- [7] GLADSTONE D J, DANELLIS C J, BLACK S E. The Fugl-Meyer assessment of motor recovery after stroke: a critical review of its measurement properties [J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2002, 16(3): 232-240.
- [8] BLUM L, KONER B N. Usefulness of the berg balance scale in stroke rehabilitation: a systematic review [J]. *Phys Ther*, 2008, 88(5): 559-566.
- [9] NG S S, HUI C C W. The time up & go test: its reliability and association with lower-limb impairments and locomotor capacities in people with chronic stroke [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005, 86(80): 1641-1647.
- [10] 燕铁斌. 临床痉挛指数: 痉挛的综合临床评定[J]. 现代康复, 2000(1): 88-89.
- [11] 马书杰, 吴佳佳, 华续赟, 等. 周围神经损伤及脑功能重塑研究进展[J]. 中国康复, 2019, 34(3): 165-168.
- [12] 唐强, 朱路文. 脑卒中康复新策略——针康法[J]. 中国康复医学杂志, 2015, 30(10): 1071-1073.
- [13] 颜质灿. 慢性疼痛症的颜氏治疗法[M]. 北京: 学苑出版社, 2002: 59-69.
- [14] 马乐园, 赵岩, 乔万庆, 等. 创伤性脑损伤合并骨折中加速骨折愈合过程中相关因子的表达[J]. 中国组织工程研究, 2017, 21(32): 5115-5121.
- [15] 李俊琴, 尹欣雨, 张帅帅, 等. 感觉神经在骨修复中的作用及应用[J]. 生命科学, 2020, 32(3): 227-232.
- [16] 李文洲, 解琪琪, 史卫东, 等. 骨骼内分泌功能研究进展[J]. 生命科学研究, 2018, 22(6): 483-490.
- [17] ZHAO J, LEVY D. The sensory innervation of the calvarial periosteum is nociceptive and contributes to headache-like behavior [J]. *Pain*, 2014, 15(5): 1392-1400.
- [18] KANG H W, LEE S J, KO I K, et al. A 3D bioprinting system to produce human-scale tissue constructs with structural integrity [J]. *Nat Biotechnol*, 2016, 3(4): 312-319.

【责任编辑: 宋威】

烧山火复式手法针刺治疗脾胃虚弱证腹泻型肠易激综合症的疗效观察

黄聪敏¹, 陈奕兆¹, 唐润东², 柴铁劬¹

(1. 广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东广州 510006; 2. 广州中医药大学附属宝安中医院, 广东深圳 518133)

摘要:【目的】观察烧山火复式手法针刺治疗脾胃虚弱证腹泻型肠易激综合症(IBS-D)的临床疗效。【方法】将80例脾胃虚弱证IBS-D患者随机分为治疗组和对照组, 每组各40例。治疗组给予烧山火复式手法针刺治疗, 对照组给予单式提插补法针刺治疗。2组患者均隔天治疗1次, 每周治疗3次, 周日休息1d, 总疗程4周, 共治疗12次。治疗4周后, 评价2组患者的临床疗效, 观察2组患者治疗前后中医证候评分、IBS严重程度评分的变化情况, 并评价2组的安全性及不良反应的发生情况。【结果】(1)治疗后, 2组患者的各个中医证候评分及证候总积分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 治疗组患者大便稀溏、畏寒怕冷、精神疲乏证候评分及证候总积分均明显降低, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(2)治疗后, 2组患者IBS严重程度评分均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且治疗组对IBS严重程度评分的降低作用明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗组总有效率为92.5%(37/40), 对照组为75.0%(30/40)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)研究过程中, 未发生严重不良反应以及患者脱落等情况。【结论】烧山火复式手法针刺治疗脾胃

收稿日期: 2020-09-23

作者简介: 黄聪敏(1995-), 女, 2018级硕士研究生; E-mail: 20187107180@stu.gzucm.edu.cn

通讯作者: 柴铁劬, 男, 教授, 博士研究生导师; E-mail: 1620937629@qq.com