

调神通络针刺法治疗中风后偏身麻木的疗效观察

朱雪梅¹, 于学平², 马慧慧²

(1. 黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨 150040; 2. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江哈尔滨 150040)

摘要:【目的】观察调神通络针刺法治疗中风后偏身麻木的临床疗效。【方法】将60例中风后偏身麻木患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例。2组患者在常规治疗的基础上, 治疗组采用调神通络针刺法治疗, 对照组采用常规针刺法治疗。每日治疗1次, 每周连续治疗6次, 共治疗4周。治疗4周后, 观察2组患者治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分、感觉障碍评定积分表(改进Fugl-Meyer及Lindmark评分)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分的变化情况, 并评价2组的临床疗效。【结果】(1)研究过程中, 治疗组与对照组各失访1例。最终治疗组29例、对照组29例纳入疗效统计。(2)治疗后, 2组患者的VAS评分均明显改善($P < 0.01$), 2组患者VAS评分治疗前后差值比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的改进Fugl-Meyer及Lindmark积分均明显改善($P < 0.01$), 2组患者改进Fugl-Meyer及Lindmark积分治疗前后差值比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。(4)治疗后, 2组患者的HAMA评分均明显改善($P < 0.01$), 2组患者HAMA评分治疗前后差值比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗组的愈显率为79.31%(23/29), 明显优于对照组的48.28%(14/29), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】调神通络针刺法治疗中风后偏身麻木, 可明显改善患者麻木的症状, 从而提高患者的生活质量, 疗效显著。

关键词: 调神通络; 针刺疗法; 中风; 偏身麻木; 疗效观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1168-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.017

Clinical Observation on Mind-Regulating and Collaterals-Dredging Acupuncture Therapy for Unilateral Numbness after Stroke

ZHU Xue-Mei¹, YU Xue-Ping², MA Hui-Hui²

(1. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040 Heilongjiang, China; 2. The First Hospital Affiliated to Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin 150040 Heilongjiang, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of mind-regulating and collaterals-dredging acupuncture for the treatment of unilateral numbness after stroke. **Methods** Sixty cases of patients with unilateral numbness after stroke were randomly divided into treatment group and control group, 30 cases in each group. Both groups of patients received routine treatment, additionally, the treatment group received mind-regulating and collaterals-dredging acupuncture therapy, and the control group received conventional acupuncture, once a day, 6 continuous times every week, the treatment lasting 4 weeks. After 4 weeks of treatment, the changes of Visual Analogue Scale (VAS) scores, Sensory impairment assessment scores (modified Fugl-Meyer and Lindmark scores), and Hamilton Anxiety Scale (HAMA) scores were observed in the two groups before and after treatment, and the clinical therapeutic effects of the two groups were evaluated. **Results** (1) During the trial, one case was lost to follow-up from the treatment group and control group, respectively. Ultimately, 29 cases in the treatment group and 29 cases in the control group were included into statistical analysis. (2) After treatment, the VAS scores were significantly improved in the two groups ($P < 0.01$), and the difference in D-value of VAS scores before and after treatment between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the modified Fugl-Meyer and Lindmark scores were significantly improved in the two groups ($P < 0.01$), and the difference in D-value of modified Fugl-Meyer and Lindmark scores before and after treatment between the two groups were statistically

收稿日期: 2020-12-23

作者简介: 朱雪梅(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: 2459068828@qq.com

通讯作者: 于学平(1962-), 女, 医学博士, 主任医师; E-mail: hzyxp82@163.com

基金项目: 黑龙江省科技攻关项目(编号: GC08C424); 哈尔滨市科技局科技创新人才(优秀学科带头人)项目(编号: 2014RFXGJ030)

significant ($P < 0.01$). (4) After treatment, the HAMA scores were significantly improved in the two groups ($P < 0.01$), and the difference in D-value of HAMA scores before and after treatment between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). (5) The markedly effective rate was 79.31% (23/29) in the treatment group, and was 48.28% (14/29) in the control group, the difference in improvement being statistically significant ($P < 0.05$).

Conclusion Mind-regulating and collaterals-dredging acupuncture has a definite effect on the numbness symptom in patients with unilateral numbness after stroke, thus promotes quality of life.

Keywords: regulating mind and dredging collaterals; acupuncture therapy; stroke; unilateral numbness; clinical observation

中风是以猝然昏扑、不省人事、半身不遂、偏身麻木、口眼歪斜、语言不利等为主症的一种疾病, 主要包括现代医学的急性脑血管疾病。该病常遗留有不同程度和不同类型的感觉障碍, 其发生率约为65%^[1], 其中, 偏身麻木最为常见。持续不停的偏身麻木感令患者痛苦不堪, 常常引发焦虑、抑郁、失眠等神志异常症状, 而这种负面情绪使患者对感觉异常的耐受性进一步下降, 异常感觉进一步加重^[2], 严重影响患者的生活质量, 使本病更加缠绵难愈。因此, 调神定志是中风后偏身麻木治疗的一个重要方面, 但目前本病多以通络刺血等方法治疗^[3-4], 鲜有调神治疗方面的研究。本研究采用调神通络针刺法治疗中风后偏身麻木, 取得显著疗效, 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2019年1月至2020年1月黑龙江中医药大学附属第一医院收治的60例明确诊断为中风后偏身麻木的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组, 每组各30例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

中风后偏身麻木诊断参照1995年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[5]。

1.2.2 中医辨证标准

参照1996年国家中医药管理局脑病急症科研组制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[6], 证属中经络, 并以偏身麻木为主要表现。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准; ②偏身麻木因中风所致; ③年龄40~80岁; ④病程15~90 d; ⑤生命体征平稳, 意识清楚, 认知基本正常, 语言表达能配合; ⑥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不符合纳入标准的患者; ②神志不清, 或合并语言、认知障碍, 不能配合病情评定的患者; ③重要脏器功能受损或病情危重的中风患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规治疗

2组患者均给予常规脑卒中药物治疗, 包括抗血小板聚集, 控制血压, 调整血糖及血脂等。

1.5.2 对照组

在常规治疗的基础上, 给予常规针刺治疗。取穴: 顶颞后斜线(健侧); 曲池、外关、中渚、合谷、足三里、悬钟、昆仑、太冲(均为偏麻侧)。操作: 患者取仰卧位, 穴位局部常规消毒, 采用安迪牌一次性毫针(贵州安迪药械有限公司生产, 规格: 0.35 mm × 40 mm)。顶颞后斜线按照头皮针刺法; 肢体穴位均依据穴位所在部位深浅分别直刺进针10~40 mm, 得气后行平补平泻手法, 留针50 min, 期间行针2次。每日治疗1次, 每周连续治疗6次, 共治疗4周。

1.5.3 治疗组

在常规治疗的基础上, 给予调神通络针刺治疗。取穴: 百会、神庭、人中、膻中、内关(双侧)、神门(双侧)、三阴交(双侧)。操作: 患者取仰卧位, 穴位局部常规消毒, 采用安迪牌一次性毫针(贵州安迪药械有限公司生产, 规格:

0.35 mm × 40 mm)。百会穴向前斜刺进针 20 mm，神庭穴向前斜刺进针 10 mm；人中穴向上斜刺进针 5 mm；膻中穴向下平刺进针 20 mm；内关穴直刺进针 10~15 mm；神门穴直刺进针 8~10 mm；三阴交穴直刺进针 15~20 mm。诸穴得气后行平补平泻手法，留针 50 min，期间行针 2 次。每日治疗 1 次，每周连续治疗 6 次，共治疗 4 周。同时配合调情志，多与患者沟通，让患者了解本病的预后，无需过度关注麻木感。

1.6 观察指标

1.6.1 麻木程度评估

分别于治疗前后观察 2 组患者视觉模拟量表 (Visual Analogue Scale, VAS)^[7]评分的变化情况。使用一条长约 10 cm 的游动标尺，一面标有 10 个刻度，两端分别为“0”分端和“10”分端，以“0”~“10”分度值表示麻木的主观感觉。0 分为无麻木，1~3 分为尚可忍受的轻度麻木，4~6 分为仍可忍受的中度麻木，7~10 分为难以忍受的重度麻木。

1.6.2 感觉障碍评估

分别于治疗前后观察 2 组患者感觉障碍评定积分表 (改进 Fugl-Meyer 及 Lindmark 评分法)^[8]评分的变化情况。包括浅感觉 (痛觉、温度觉、轻触觉)，本体觉 (位置觉、运动觉) 及皮层觉 (两点辨别觉、实体觉)。依据感觉障碍的程度赋予 0、1、2 分共 3 个分值，将各个不同部位分值累加，总分共计为 42 分。分值越低感觉障碍越重。

1.6.3 焦虑程度评估

采用汉密尔顿焦虑量表 (Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[9]评分：包括焦虑心境、紧张、害怕、失眠、抑郁等 14 项症状，每项症状以 0~2 分或 0~4 分表示焦虑的程度，总分 ≥ 7 分为可能有焦虑，总分 ≥ 14 分为肯定有焦虑。

1.7 疗效判定标准

通过改进 Fugl-Meyer 及 Lindmark 评分对 2 组患者的疗效进行判定^[8]。治愈：偏身麻木消失，或治疗后积分值 ≥ 40 分，较治疗前提高 ≥ 25 分；若为单项感觉障碍，治疗后积分 ≥ 该项最高分的 90%。显效：治疗后积分 < 40 分，较治疗前提高 ≥ 15 分；若为单项感觉障碍，治疗后积分 ≥ 该项最高分的 70%。有效：治疗后积分较治疗前提高 ≥ 5 分；若为单项感觉障碍，治疗后积分 ≥ 该

项最高分的 50%。无效：治疗后积分较治疗前提高 < 5 分；若为单项感觉障碍，治疗后积分 < 该项最高分的 50%。愈显率 = (治愈例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.8 统计方法

采用 SPSS 20.0 (中文版) 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 χ^2 检验；等级资料组间比较采用秩和检验。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

治疗组 30 例患者中，男 17 例，女 13 例；年龄最小 41 岁，最大 78 岁，平均 (60.47 ± 10.80) 岁；病程最短 15 d，最长 88 d，平均 (24.37 ± 10.62) d；脑梗死 24 例，脑出血 6 例。对照组 30 例患者中，男 15 例，女 15 例；年龄最小 41 岁，最大 76 岁，平均 (59.93 ± 10.61) 岁；病程最短 16 d，最长 90 d，平均 (25.13 ± 13.97) d；脑梗死 23 例，脑出血 7 例。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 组患者失访情况比较

研究过程中，治疗组与对照组各失访 1 例。最终治疗组 29 例、对照组 29 例纳入疗效统计。

2.3 2 组患者治疗前后 VAS 评分比较

表 1 结果显示：治疗前，2 组患者 VAS 评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后，2 组患者的 VAS 评分均明显改善 ($P < 0.01$)，2 组患者 VAS 评分治疗前后差值比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组中风后偏身麻木患者治疗前后 VAS 评分比较

Table 1 Comparison of the VAS scores between the two groups of patients with unilateral numbness after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 (例)	治疗前	治疗后	差值
治疗组	29	5.97 ± 2.40	2.45 ± 2.15 ^①	3.52 ± 2.47 ^②
对照组	29	5.83 ± 2.28	3.62 ± 2.26 ^①	2.21 ± 2.09

① $P < 0.01$ ，与同组治疗前比较；② $P < 0.05$ ，与对照组比较

2.4 2组患者治疗前后改进Fugl-Meyer及Lindmark积分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者改进Fugl-Meyer及Lindmark积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组患者的改进Fugl-Meyer及Lindmark积分均明显改善($P<0.01$),2组患者改进Fugl-Meyer及Lindmark积分治疗前后差值比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表2 2组中风后偏身麻木患者治疗前后改进Fugl-Meyer及Lindmark积分比较

Table 2 Comparison of the modified Fugl-Meyer and Lindmark scores between the two groups of patients with unilateral numbness after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
治疗组	29	26.97 ± 2.78	37.10 ± 4.20 ^①	10.14 ± 3.95 ^②
对照组	29	27.45 ± 3.11	34.76 ± 4.36 ^①	7.31 ± 3.84

① $P<0.01$,与同组治疗前比较;② $P<0.01$,与对照组比较

2.5 2组患者治疗前后HAMA评分比较

表3结果显示:治疗前,2组患者HAMA评分

均值都在14分左右,存在不同程度的焦虑,2组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组患者的HAMA评分均明显改善($P<0.01$),2组患者HAMA评分治疗前后差值比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组中风后偏身麻木患者治疗前后HAMA积分比较
Table 3 Comparison of the HAMA scores between the two groups of patients with unilateral numbness after stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
治疗组	29	14.86 ± 4.70	7.45 ± 5.42 ^①	7.41 ± 4.13 ^②
对照组	29	15.72 ± 4.50	10.45 ± 5.23 ^①	5.28 ± 3.09

① $P<0.01$,与同组治疗前比较;② $P<0.05$,与对照组比较

2.6 2组患者临床疗效比较

表4结果显示:治疗组的愈显率为79.31%(23/29),明显优于对照组的48.28%(14/29),差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组的总有效率为89.66%(26/29),对照组为82.76%(24/29),治疗组疗效稍优于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4 2组中风后偏身麻木患者临床疗效比较

Table 4 Comparison of the clinical efficacy between the two groups of patients with unilateral numbness after stroke

组别	例数(例)	治愈	显效	有效	无效	愈显	总有效
治疗组	29	9(31.03)	14(48.28)	3(10.34)	3(10.34)	23(79.31) ^①	26(89.66)
对照组	29	4(13.79)	10(34.48)	10(34.48)	5(17.24)	14(48.28)	24(82.76)

① $P<0.05$,与对照组比较

3 讨论

传统中医学认为中风后麻木是由于阴阳失调,气血逆乱,风火痰瘀阻塞脉络所致,正如《张氏医通》言:“麻则属痰属虚,木则全属湿痰死血,一块不知痛痒,若木然似也。”^[10]因此,本病在治疗上多以活血通络、刺络放血等方法为主。但现代医家石学敏教授则认为“窍闭神匿、神不导气”是中风病的基本病机^[11],庄礼兴教授也认为,中风后气机逆乱,痰瘀内生,留于脑窍,导致脑神失养、失藏而发病^[12],故中风后既可能出现运动感知等形体功能障碍,又可见心烦郁闷等情志异常,并且中风后麻木较中风后瘫痪更容易出现这种情志变化,持续不停的麻木不适感令患者难

以忍受,导致夜不能寐,焦躁郁闷,甚者痛不欲生。因此,从调神入手治疗中风已越来越受到人们的青睐^[13-14],尤其在缓解偏身麻木方面更为重要。

调神通络针刺法,取穴督、任2条经脉上的百会、神庭、人中、膻中,配合双侧内关、神门、三阴交,重在通调心脑之神。脑神具有统领诸神之功,《医学衷中参西录》云:“盖言神明虽藏于脑,而用时发露于心,故不曰藏而曰出,出者即由此发露之谓也。”可见,神志活动的产生,由脑达心,由心而作用于外,心脑共主神明,调神当心脑同治。调脑神应以督脉穴为主,因督脉“入络脑”,为阳脉之海,总督诸阳经,针刺督脉之百

会、神庭、人中可调整督脉经气，使诸经经气通畅，脑髓得以濡养，则神机灵透，感知正常；并且人中穴为“醒脑开窍”针法治疗中风的主穴，笔者用其治疗广泛性焦虑症取得良好疗效，该法具有清脑开窍、安神镇静的作用^[15]。调心神当取膻中、内关、神门，膻中位于胸中，为心包经募穴，心君之臣使，同时又为八会穴之气会，针刺膻中具有宽胸理气，开郁安神之功，善治中风后抑郁^[16]；内关为心包经络穴，神门为心经原穴，2穴相配以养心安神。三阴交穴属脾经，其循行注于心，并且为肝脾肾三条经脉的交会之处，能够调理肝脾肾三脏，具有益气养血、疏肝健脾、滋肾生髓、养神通络之功。内关、神门、三阴交均为双侧取穴，不同于常规针刺法的患侧取穴，其目的是让患者用心体会双侧针感，减轻患者对偏身麻木感的专注力，加强针刺调神通络的作用。

本研究结果显示：调神通络针刺疗法治疗后，患者麻木感VAS评分显著下降($P < 0.05$)，改进 Fugl-Meyer 及 Lindmark 积分显著增加($P < 0.01$)，汉密尔顿焦虑量表(HAMA)显著下降($P < 0.05$)；其愈显率为79.31%(23/29)，显著高于常规针刺对照组的48.28%(14/29)，差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明调神通络针刺法能减轻中风患者的肢体麻木感，缓解患者的焦虑状态，促进感觉障碍的恢复，临床疗效优于常规针刺疗法，调神通络针刺法可作为针刺治疗中风偏身麻木患者治疗的优选方案。很多实验研究已证实：针刺百会、神庭、水沟、内关、神门等调理神志的腧穴，既可以通过直接调整脑组织的血浆血管内皮生长因子(plasma vascular endothelial growth factor, p-VEGF)、半胱氨酸蛋白酶3(Caspase-3)、聚腺苷二磷酸核糖聚合酶(PARP-1)表达等机制拮抗脑缺血再灌注损伤，促进脑细胞修复^[17-19]，同时，也可以通过调整5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素和多巴胺等神经递质而改善患者的精神思维活动^[20-21]。精神思维活动的改善有利于脑损伤的恢复，其确切机理有待进一步研究。

综上所述，调神通络针刺法治疗中风后偏身麻木可明显改善患者麻木的症状，临床效果显著，值得在临床进一步推广应用。

参考文献：

- [1] 陈晓虹, 王玉洁, 孙晓菊. 偏瘫肢体的感觉障碍[J]. 现代康复, 2000, 8(4): 486-488.
- [2] 徐慧霞. 肢体麻木主诉对脑卒中后遗症患者负面情绪的影响和治疗指导[J]. 医学信息, 2012, 25(12): 56-57.
- [3] 符昱, 罗毅, 江国华, 等. 卒中后麻木的中医研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2019, 17(17): 2615-2617.
- [4] 吴萍, 丁德光. 刺络结合穴位注射治疗中风后偏身麻木症临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2018, 40(2): 46-48.
- [5] 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]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [6] 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(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [7] 高万露, 汪小海. 视觉模拟疼痛评分研究的进展[J]. 医学研究杂志, 2013, 42(12): 144-146.
- [8] 周智梁, 杨家荣. 刺血疗法治疗脑血管疾病偏身感觉障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2004, 23(5): 6-7.
- [9] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 133.
- [10] 蒋萃. 古代文献中“麻木”的证治规律研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2014.
- [11] 张曦, 王世娟, 王恩龙. 运用石学敏“醒脑开窍”针法治疗中风的研究[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(4): 22-23.
- [12] 贺君, 严苗苗, 刘慧. 庄礼兴调神针法治疗中风后抑郁思路探讨[J]. 广州中医药大学学报, 2018, 35(4): 727-730.
- [13] 马惠宁, 张军平, 周欢, 等. “血-脉-心-神”一体观指导中风病防治理论刍议[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(9): 1830-1832.
- [14] 谢感共, 吴健文, 文胜. 浅谈“治神”在中风病康复治疗中的作用[J]. 江苏中医药, 2005, 26(1): 45-46.
- [15] 于学平, 张庚鑫. 水沟穴治疗广泛性焦虑症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(2): 162-164.
- [16] 于学平, 杨才佳, 张洁玉. 针刺膻中穴治疗中风后抑郁临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(8): 59-62.
- [17] 蒋素容, 武姿含, 高音来, 等. 针刺大椎、百会、人中穴对脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织p-VEGF蛋白表达的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(11): 1262-1266.
- [18] 俞坤强, 李晓洁, 彭洪卫, 等. 电针百会、神庭穴对MCAO大鼠学习记忆能力及IL-1 β 、TNF- α 表达的影响[J]. 中国中医急症, 2015, 24(11): 1891-1894, 1914.
- [19] 程莹莹, 倪光夏, 狄忠. 针刺内关、水沟对脑缺血再灌注大鼠大脑皮层Caspase-3、PARP-1表达的影响[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(2): 234-238.
- [20] 黄亮. 针刺内关、膻中穴对慢性应激抑郁模型大鼠HPA轴影响的实验研究[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2005.
- [21] 王宇, 林先刚. 针刺神门穴对脑功能的影响[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(10): 1774-1776.

【责任编辑：宋威】